دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

جلد دوم

شورای سیاست‌گذاری
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسم الله الرحمن الرحیم

فهرست

مقدمه ۹

گزارشی از اقدامات ۱۱

سلامت و بیماری‌های واگیر ۱۵

مقدمه ۱۶

واکسیناسیون ۱۸

تاریخچه تولید واکسن در کشور ۱۹

بیماری سل ۳۱

بیماری جذام ۳۹

بیماری نقص سیستم ایمنی اکتسابی (AIDS) ۴۶

مالاریا ۶۰

وبا ۶۸

فلج اطفال ۷۲

کزاز نوزادی ۷۸

شیستوزومیازیس ۸۱

زئونوز ۸۴

توسعه شبکه و ارتقای سلامت ۱۱۳

فناوری و مدیریت اطلاعات ۱۱۴

گزارش سی‌ساله ۱۱۵

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ .... ۱۲۰

موضوعات اصلی و چالش‌ها ۱۲۰

منابع ۱۲۱

گروه اقتصاد و ارزیابی فناوری‌های سلامت ۱۲۲

تعریف واژگان ۱۲۳

گزارش سی ساله ۱۲۴

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ .... ۱۲۹

شاخص ها و دستاوردها ۱۲۹

موضوعات اصلی و چالش‌ها ۱۳۵

پیشنهادها ۱۳۷

منابع ۱۴۰

سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ۱۴۳
مقدمه ۱۴۴
اداره سلامت روان ۱۵۱
اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ۱۶۴
سلامت جمعیت، خانواده و مدارس ۱۷۵
اداره بهبود تغذیه جامعه ۱۷۶
تعریف واژگان ۱۷۸
شاخص‌ها ۱۷۹
گزارش سی‌ساله ۱۹۲
خلاصه عملکرد اداره بهبود تغذیه جامعه در برنامه چهارم (دولت نهم) ۲۰۲
پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ .... ۲۱۵
موضوعات اصلی و چالش‌ها ۲۱۶
پیشنهادها ۲۱۷
واژه نامه ۲۱۸
اداره تنظیم خانواده و جمعیت ۲۱۹
گزارش سی ساله ۲۱۹
پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ .... ۲۲۸
موضوعات اصلی و چالش ها ۲۲۹
واژه نامه‌ها ۲۳۰
منابع ۲۳۰
سلامت سالمندان ۲۳۱
گزارش سی ساله ۲۳۴
سلامت مادران ۲۴۶
تعریف واژگان ۲۴۷
شاخص‌ها ۲۴۷
گزارش سی ساله ۲۴۸
پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ .... ۲۵۷
موضوعات اصلی و چالش‌ها ۲۵۸
پیشنهادها ۲۵۸
واژه‌نامه ۲۵۹
سلامت نوزادان ۲۶۰
تعریف واژگان ۲۶۱

شاخص‌ها ۲۶۲
گزارش سی ساله ۲۶۲
پیش بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ ۲۶۵
موضوعات اصلی و چالش ها ۲۶۵
پیشنهادها ۲۶۵
واژه‌نامه‌ها ۲۶۵
منابع ۲۶۵
سلامت کودکان ۲۶۶
سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس ۲۸۴
تعریف واژگان ۲۸۹
شاخص‌ها ۲۹۴
گزارش سی ساله ۲۹۵
پیش بینی روند ها برای افق ۱۴۰۴ ۲۹۶
موضوعات اصلی و چالش‌ها ۲۹۷
منابع ۲۹۹
آموزش و ارتقای سلامت ۳۰۱
مقدمه ۳۰۲
تعریف واژگان ۳۰۳
شاخص‌ها ۳۰۳
گزارش سی ساله ۳۰۳
پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ ۳۰۷
موضوعات اصلی و چالش ها ۳۰۷
پیشنهادها ۳۰۸
واژه نامه‌ها ۳۰۸
منابع ۳۰۸
آزمایشگاه مرجع سلامت ۳۰۹
عنوان فعالیت (طرح یا برنامه اجرا شده) ۳۱۰
شاخص‌های عملکردی معاونت سلامت ۳۱۶
سلامت محیط و کار ۳۱۷
تاریخچه ۳۱۸
تعریف واژگان ۳۲۱
شاخص‌های کلی مرکز ۳۳۰

چالش‌های بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای ۳۳۲
برنامه‌ها ۳۳۵
امور پرستاری ۳۸۷
مقدمه ۳۸۸
تعریف واژگان ۳۸۹
شاخص‌ها ۳۹۰
گزارش ۳۹۰
پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ .... ۳۹۷
موضوعات اصلی و چالش‌ها ۳۹۷
پیشنهادها ۳۹۸
مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی ۴۰۱
مقدمه ۴۰۲
تعریف واژگان ۴۰۷
شاخص‌ها ۴۱۰
برنامه‌های آتی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور ۴۴۰
موضوعات اصلی و چالش‌ها ۴۴۱
مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان ۴۴۵
اداره نظارت بر درمان ۴۴۶
اداره ارزشیابی مراکز و مؤسسات درمانی کشور ۴۴۹
پیش بینی روند برای افق ۱۴۰۴ .... ۴۵۲
همکاران تدوین ۴۵۳
اعضای تدوین ۴۵۳
تشکر ۴۶۱

مقدمه

سلامت بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی افراد است که با توجه به ابعاد گسترده این تعریف، اهمیت این موهبت الهی هرچه بیشتر نمایان می‌گردد. سلامت دو ویژگی مهم دارد، نخست آنکه از نیازها و حقوق اساسی مردم است و دیگر آنکه عرصه تغییر و تحولات سریع می‌باشد. تغییر سیمای بیماری‌ها، تحول در مفاهیم سلامتی، پیشرفت فناوری در شیوه‌های تشخیص، درمان و ارایه خدمات، همگی حاکی از سرعت تغییرات در سلامت هستند. بخش سلامت و بهداشت در جامعه، حوزه وسیعی را در بر می‌گیرد که تأمین شرایط مناسب آن، عزم ملی می‌طلبد و تأمین آن از وظایف اصلی حکومت ها و قوانین هر کشور گویای جایگاه سلامت نزد حاکمیت آن کشور است. با توجه به نقش سلامت در توسعه و پیشرفت کشور و نهادینه شدن شعار« انسان سالم، محور توسعه پایدار» در تدوین و تصویب قوانین، به موضوع سلامت اهمیت ویژه‌ای داده شده است. از سوی دیگر سند چشم‌انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی به عنوان «میثاق ملی» وجود دارد. در این سند ویژگی‌های جامعه‌ای مطلوب تصور شده که بخش مهمی از آن برخورداری از سلامت باکیفیت زندگی مطلوب و بهره‌مند از محیط زیست سالم است و ایران کشوری در جایگاه نخست اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه می‌باشد.

پس از فراغت از جنگ، نظام جمهوری اسلامی ایران با تلفیق نظام آموزشی و خدمات درمانی و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به دنبال آن، ایجاد شبکه بهداشت و درمان و با احداث خانه‌های بهداشت در روستاها و راه‌اندازی درمانگاه‌ها در شهرستان‌ها و تجهیز بیمارستان‌های سراسرکشور، گام‌های بزرگی را در راه شکل‌دهی نظام نوین سلامت برداشت، به طوری که در حال حاضر ۹۵ درصد روستاییان کشور و نزدیک به ۱۰۰ درصد جمعیت شهری به خدمات اولیه و ابتدایی بهداشتی و درمانی دسترسی دارند و شاخص‌های سلامت طی سال‌های اخیر بهبود چشمگیری داشته است.

از دستاوردهای مهم ۳۰ ساله انقلاب باید به عنوان خودکفایی نیروی انسانی یاد کرد. چنانچه در سال ۱۳۶۳ کشور ما دارای ۳ هزار پزشک خارجی بود، اما خوشبختانه هم‌اکنون در این زمینه به موفقیت‌های بزرگی دست پیدا کرده ایم. یکی از پر شورترین صحنه ها، امداد رسانی در طول جنگ تحمیلی بود که پزشکان و پرستاران در این زمینه افتخار آفرین ظاهر شدند. در ۳۰ ساله اخیر با توجه به جنگ تحمیلی ۸ ساله و تحریم‌های ایجاد شده، نظام سلامت و درمان کشور از روند رو به رشدی

برخوردار بوده است به طوری که می توان گفت در حال حاضر بیش از ۱۸ هزار خانه بهداشت با حضور ۳۰ هزار کادر درمانی در کشور مشغول فعالیت هستند و همچنین با راه اندازی طرح پزشک خانواده، ٦ هزار پزشک عمومی در کنار ۵ هزار ماما در حال ارائه خدمات پزشکی درمانی به ۲۲ میلیون نفر می‌باشند. میزان پوشش واکسیناسیون از ٦۰ درصد به بالای ۹۵ درصد رسیده است. بنابراین امروزه در جای جای جهان و خاورمیانه شاهد شکوفا شدن تفکر کشورمان هستیم که تمامی آن‌ها برگرفته از نتایج پیروزی انقلاب اسلامی است. هیچ کشوری مثل ما از روند رو به رشد تعداد مقالات در مدت زمان کم روبرو نبوده است به طوری که تعداد مقالات کشور ما در مدت زمان اندک ۹ سال از ۳۰۰ مورد به ٤ هزار مقاله افزایش یافته است که مهم‌ترین مسائل مربوط به آن بحث خوداتکایی و سلامت محوری است.

البته باید توجه داشت که وضعیت اشتغال، مسکن، درآمد، سواد، امکانات رفاهی و رعایت حقوق زنان همگی در تامین سلامت افراد جامعه نقش غیرقابل انکار دارند، به همین علت اگر چه وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت مردم در پیشبرد برنامه‌هایش به وظیفه خود عمل می‌کند، اما ارتقای سطح سلامت مردم بدون همکاری همه دستگاه‌های اجرایی کشور و توسعه همه جانبه اقتصادی و اجتماعی میسر نخواهد بود.

دکتر مرضیه وحید دستجردی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزارشی از اقدامات

دسترسی همگانی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تأمین سلامتی و بهره‌مندی از زندگی سالم، حق مسلم همه ملتهاست و ایجاد شرایط لازم برای این مهم و حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه، وظیفهٔ خطیر دولتمردان آن جامعه است.

در راستای برنامه‌های توسعهٔ دولت جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی «حفظ و ارتقای سلامت جامعه» از طریق تربیت نیروی انسانی، تأمین و توزیع تجهیزات و امکانات لازم و فراهم کردن سرمایهٔ کافی سلامت جامعه برای تحقق این هدف انسانی است. به منظور تحقق این هدف و ارتقا و دسترسی عادلانه و فراگیر آحاد ملت به خدمات بهداشتی- درمانی مناسب، از سوی وزارت متبوع و سازمان‌های همکار، همواره تلاش‌های وسیعی صورت گرفته و دستاوردها و موفقیت‌های عظیمی حاصل شده است که بعضاً مورد تقدیر سازمان‌های بین‌المللی نیز قرار گرفته است.

در نگاهی گذرا به تاریخچه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌توان از تأسیس« اداره کل صحیه» در سال ۱۳۰۵ یاد کرد که چند سال بعد به «اداره کل بهداری» تغییر نام یافت. در سال ۱۳۲۰با تغییر ساختار اداره کل بهداری، «وزارت بهداری» تأسیس شد. برای اولین بار در سال ۱۳٦٤نمودار سازمانی و تشکیلات تفصیلی وزارت بهداری توسط سازمان امور اداری و استخدامی به تصویب رسید. در سال ۱۳۵۵ وزارت بهداری به «وزارت بهداری و بهزیستی» تغییر نام داد و در همان سال تشکیل سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استان‌ها تصویب گردید. در سال ۱۳۵۸، بهزیستی از وزارت بهداری تفکیک شد و در نهایت با تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی از وزارت علوم، تحقیقات و فنآوری و ادغام شبکه‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی، در سال ۱۳٦٤ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاسیس شد. در سال ۱۳۷۲ تمام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت منحل و در دانشگاه‌های علوم پزشکی ادغام شدند و در نتیجه، دانشگاه‌های علوم پزشکی به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تغییر نام داد. در سال ۱۳۷۹ ، با اجرای طرح مطالعاتی، ساختار جدید وزارت بهداشت بازبینی و الگوی جدیدی برای آن تدوین شد که به تصویب سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور رسید. در حال حاضر این وزارتخانه در سطح ستاد مرکزی دارای ۸ معاونت شامل معاونت سلامت، آموزشی، امور دانشجویی و فرهنگی، تحقیقات و فنآوری، غذا و دارو، توسعهٔ مدیریت و منابع، معاونت هماهنگی و معاونت امور مجلس است.

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی نیز مستقیماً زیر نظر وزیر اداره می‌شوند. هم اکنون ٤٠ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی در سطح کشور فعال هستند که بر حسب جمعیت تحت پوشش خود در سه تیپ تقسیم‌بندی شده و دارای ساختار تشکیلات متفاوتی هستند. به منظور استقلال عمل دانشگاه‌ها و موسسات آموزشی، «قانون هیئت امناء» تصویب و اجرا شده است. زیر نظر هر دانشگاه شبکه‌های بهداشتی- درمانی، دانشکده‌های آموزشی و بیمارستان‌ها فعالیت دارند. در حوزهٔ شبکهٔ بهداشت و درمان نیز، خانه‌های بهداشت، مراکز و پایگاه‌های بهداشتی- درمانی پیش‌بینی شده است. نظام خدمات بهداشتی و درمانی فعلی، در سه سطح شهرستان، استان و کشور سازمان یافته است. اهم فعالیت‌های این وزارتخانه در سه بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد.

از جمله دستاوردهای باارزش سال‌های پس از انقلاب در حوزه بهداشت و درمان می‌توان به موارد زیر که تفصیل آنها در این مجلد آمده است اشاره نمود:

١. بهبود تغذیه
٢. مبارزه با بیماری‌های واگیردار
٣. برنامه جامع سلامت مدارس
٤. پیشرفت در پیوند اعضا
٥. برنامه تنظیم خانواده و کنترل جمعیت
٦. تأمین داروی مورد نیاز کشور
٧. طرح رابطان بهداشت
٨. کاهش نود درصدی مرگ و میر زنان و مادران باردار
٩. کاهش مرگ و میر کودکان
١٠. ارتقای سلامت روستاها و روستاییان
١١. تأمین نیروهای متخصص
١٢. افزایش امید زندگی

مجموعه حاضر، حاصل تلاشی است که از سال ۱۳۸۷ با حمایت وزیر بهداشت وقت جناب آقای دکتر کامران باقری لنکرانی شروع شد و با همکاری و مساعدت‌های مدیران و معاونین محترم وزارت‌خانه و با تاکیدهای وزیر محترم بهداشت سرکار خانم دکتر مرضیه وحید دستجردی در سال ۱۳۸۸ به ثمر رسید. در اینجا فرصت را غنیمت شمرده از کلیه کسانی که در تدوین این اثر تلاش کرده‌اند از جمله معاونت‌ها، سازمان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین از جناب آقای دکتر سیدرضا مجدزاده رییس محترم دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاران ایشان تشکر می‌شود که بی‌شک بدون تلاش‌ها و پیگیری‌های ایشان این اثر نمی‌توانست به این شکل منتشر گردد

دکتر باقر لاریجانی
رییس شورای سیاست‌گذاری
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سلامت و بیماری‌های واگیر

مقدمه

همانطوری که افراد و جوامع، دگرگونی پویایی را در پاسخ به بیماری عفونی طی نموده‌اند، ارگانیسم‌های عفونی مختلف نیز فرآیند سازگاری و هماهنگی با محیط خود را طی کرده‌اند. هر چند شرایط بدن میزبان‌ها بخش مهمی از محیط را تشکیل می‌دهد، اما تمامی آن نیست. در تداوم این مسیر، مساله برگشت‌پذیری، برای تمامی انگل‌ها و از جمله ارگانیسم‌های بیماری‌زا، آن است که چگونه این عوامل از میزبانی به میزبان دیگر در جهانی که در آن چنین میزبان‌هایی تقریباً هرگز بطور تام مسری نیستند، دسترسی می‌یابند.

تأثیر متقابل طولانی بین انسان میزبان و ارگانیسم عفونی، در نسل‌ها و در میان جوامع متعدد در هر جهت حفظ شده و الگویی از سازگاری متقابلی را خلق کرده که بقای هر دو را امکانپذیر ساخته است.

امروزه بیشتر دانشمندان بهداشت عمومی معتقدند، بسیاری از بیماری‌های مشهور و سابقاً مهم به علت واکسیناسیون گسترده و دیگر اقدامات بهداشت عمومی در سطح جهان در شرف نابودی و خاموشی هستند، ولی عوامل متعددی در پیدایش بیماری‌های جدید و شیوع بیماری‌های واگیردار که زمانی فکر می‌شد به‌خوبی تحت کنترل هستند، دخالت دارند.

افزایش مسافرت‌های بین‌المللی، رشد شهرهای عظیم با تراکم زیاد جمعیت، ناکافی بودن آب سالم و بهسازی محیط، خطر بیماری‌های قابل انتقال از طریق غذا، تغییر در روش تولید، حمل و نقل و بسته‌بندی کردن غذا، تخریب جنگل‌ها، دخالت در اکولوژی جانوران از جمله این عوامل‌اند.

خط‌مشی‌های عمده مبارزه با بیماری‌های واگیردار در مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر (کنونی) و اداره کل ریشه کنی مالاریا و مبارزه با بیماری‌های واگیردار (از سال ۱۳۶۵) کنترل، حذف و ریشه‌کنی بیماری‌های واگیردار در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه می‌باشد که از طریق راهبردها و فعالیت‌های زیر توانسته است با بهره‌گیری از سیستم مراقبت و توانایی کارکنان بهداشتی درمانی گامی اساسی در جهت شناخت هر چه بهتر و سریع‌تر بیماری‌ها و مصون نمودن افراد جامعه در جهت مبارزه با آنها بردارد:

۱. *حمله به منبع عفونت:* با درمان موارد بیماری و افراد حامل، جداسازی بیماران، مراقبت موارد مظنون، مبارزه با جانوران مخزن بیماری و گزارش موارد بیماری
۲. *قطع زنجیره انتقال:* با آموزش رعایت بهداشت محیط، بهداشت فردی، مبارزه با ناقل، گندزدایی و سترون سازی و محدود کردن حرکات جمعیت

۳. *با* ایمن‌سازی، پیشگیری دارویی و حفاظت فردی و بهبود وضع تغذیه

مسلم است که بیماری‌های واگیر و عفونی هیچ مرزی را نمی‌شناسند، بدین جهت برای شناخت و مبارزه اساسی با آنها، همکاری و همیاری‌های ملی و بین‌المللی ضروری است.
مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر برای رسیدن به اهداف خود، برنامه‌های مبارزه با بیماری‌های ایدز، سل، مالاریا و بیماری‌های منتقله توسط ناقلین، بیماری‌های منتقله توسط آب و غذا، بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان، بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن را براساس اولویت‌های بین‌المللی- منطقه‌ای- ملی و محلی در دستور کار قرار داده که در این مجموعه به روند سی‌ساله، چالش‌ها و دستاوردهای برنامه‌های مبارزه با بیماری‌های واگیر اشاره شده است.

واکسیناسیون

مقدمه

برنامه گسترش ایمن‌سازی (EPI) در جهان از سال ۱۹۷٤ آغاز شد و ارایه خدمات ایمنسازی بوسیله انجام دوره‌های بازآموزی، تأمین واکسن‌های ایمن و توسعه زنجیره سرمای مطمئن برای آحاد جامعه به سرعت توسعه یافت.

ایمنسازی دوران کودکی یک سرمایه‌گذاری جهانی برای نجات زندگی حدود ۲/۳ میلیون نفر در دنیاست. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷، ۷۰۰ نفر در اثر بیماری فلج اطفال، ۵۰۰۰ نفر در اثر دیفتری، ۲۸٦۰۰۰ نفر دراثر سیاه سرفه، ۷۷۷۰۰۰ نفر در اثر سرخک، ۲۰۰۰۰۰ نفر در اثر کزاز نوزادی، ٤۵۰۰۰۰ نفر در اثر هموفیلوس آنفلوانزا و ۵۰۰۰۰۰ نفر در اثر هپاتیت ب به طور سالیانه جان خود را در جهان از دست می‌دهند. براساس آخرین برآورد وزارت بهداشت میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در سال ۱۹۷۹برابر با ۱۵٤ در هزار تولد زنده و در سال ۲۰۰۷ به ۳۰ در هزار تولد زنده کاهش یافته است.

برنامه گسترش ایمن سازی در ایران

پس از پیروزی انقلاب اسلامی و به‌موازات شکل‌گیری شبکه بهداشتی- درمانی درکشور و ایجاد ساختارهای لازم، برنامه گسترش ایمنسازی در کشور ما در سال ۱۳٦۳ (مطابق با ۱۹۸٤ میلادی) با هدف ایجاد مصونیت اکتیو در کودکان گروه سنی زیر یکسال در برابر بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن شامل دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل آغاز شد. در سال ۱۳۷۲ نیز برنامه واکسیناسیون هپاتیت ب در برنامه گسترش ایمنسازی ادغام گردید. از سال ۱۳۸۳ نیز پس از انجام واکسیناسیون سراسری سرخک- سرخجه، واکسن سرخک –سرخجه –اوریون (MMR) جایگزین واکسن سرخک در ایمنسازی جاری گردید. اجرای برنامه ایمن‌سازی کودکان سبب شده تا بیماری‌هایی که در ۳۰ سال گذشته موارد بالایی از مرگ و میر کودکان جامعه را تشکیل می‌دادند، کاهش چشمگیر پیدا نمایند و به طور مثال امکان اینکه یک دانشجوی پزشکی در کل دوران تحصیل خود و یا شاید کل دوران طبابت خود یک مورد بیماری دیفتری را ببیند، بسیار بسیار اندک است. حال اینکه در سال‌های قبل اپیدمی‌های بیماری دیفتری مکرر اتفاق می‌افتاد.

تاریخچه تولید واکسن در کشور

در سال ۱۳۲۲ قانون مایه‌کوبی همگانی علیه بیماری آبله به تصویب مجلس شورای ملی رسید و به دنبال آن واکسیناسیون گروه‌های هدف انجام شد. واکسن‌های مورد نیاز علیه بیماری‌های دیفتری، سیاه سرفه، کزاز، فلج اطفال و سرخک در سال‌های اولیه از خارج از کشور وارد می‌شد، ولیکن نظر به توانمندی مؤسسه واکسن و سرم‌سازی رازی و همت والای اساتید آن مؤسسه به ویژه مرحوم آقای دکتر حسین میرشمسی، تولید واکسن‌های مورد نیاز کشور در این مؤسسه انجام گرفت (جدول ۱).

جدول ۱: تاریخچه تولید واکسن در کشور

نوع واکسن	خوراکی فلج اطفال	دیفتری	سیاه سرفه	سرخک	MMR
سال تولید	۱۳۵٤	۱۳۲۰	۱۳۲۸	۱۳٤٦	۱۳۸۲

پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران درسال ۱۳۵۷و در راستای اعلامیه آلماتا (۱۹۷۸ میلادی)، گام‌های بلندی برای ایجاد توسعه شبکه خدمات بهداشتی اولیه (PHC) برداشته شد. همسو بودن مفاد اعلامیه آلماتا با آرمان‌های انقلاب، از جمله عوامل مساعد کننده برای رشد سریع شبکه خدمات بهداشتی اولیه در کشور شد.

هر چند که با فعالیت مؤسسه واکسن و سرم‌سازی رازی قدم‌های بزرگی در تأمین واکسن‌های مورد نیاز کودکان کشور در سال‌های قبل از انقلاب برداشته شده بود، ولیکن استقبال عمومی و حتی خانواده‌های تحصیل کرده بسیار محدود بود. طبق بررسی‌های انجام شده در اوایل پیروزی انقلاب، حداکثر پوشش واکسیناسیون کودکان ۳۰٪ و ایمن‌سازی زنان باردار علیه کزاز ۳/۷٪ بود. از سال ۱۳٦۲ تلاش برای تقویت ایمن‌سازی کودکان با محوریت تقویت تولید داخلی واکسن آغاز گردید و برنامه توسعه‌ایمن‌سازی (EPI) از سال ۱۳٦٤ رسماً به عنوان یک جزء اساسی از فعالیت‌های خدمات بهداشتی اولیه آغاز شد. توسعه مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت در مناطق روستایی کشور، تربیت و به‌کارگیری پرسنل بهداشتی مورد نیاز به ویژه بهورزان که بومی روستای محل خدمت خود بودند، ادغام وزارت بهداری و دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی و تشکیل وزارت بهداشت–درمان و آموزش پزشکی زمینه تربیت پزشکان و نیروهای تخصصی مورد نیاز را فراهم کرد. فراهم نمودن تجهیزات زنجیرهٔ سرما و خودروهای مورد نیاز نظام بهداشتی از دیگر اقدامات ضروری برای رساندن خدمات ایمن‌سازی به نقاط صعب‌العبور و دورافتاده روستایی بود که به خوبی تأمین شد. حاصل تمام این تلاش‌ها افزایش پوشش ایمن‌سازی کودکان زیر یکسال کشور به بیش از ۹۰٪ در سال ۱۳۷۰ و

بالای ۹۵٪ در سال ۱۳۸۰ بود. در حال حاضر، کلیه کودکان کشور علیه بیماری‌های دیفتری، سیاه سرفه، کزاز فلج‌اطفال، سرخک، سرخجه، اوریون، سل و هپاتیت B واکسینه می‌شوند و پوشش کلیه واکسن‌ها برای کودکان زیر یکسال در سطح کشور نزدیک به ۹۹٪ و در سطح شهرستانی هم بالای ۹۵٪ است. بیماری‌های سرخک، سرخجه مادرزادی، کزاز نوزادی در مرحله حذف قرار دارند، ۸ سال است که کشور عاری از پولیو است و بیماری‌های دیفتری، سیاه سرفه و اوریون کنترل شده‌اند. میزان حاملین مزمن هپاتیت B از ۳٪ در سال ۱۳۷۰ به ۱/٦٪ در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است. کیفیت بالای برنامه ایمن‌سازی کودکان در کنار پوشش بالای ایمن‌سازی سبب کنترل، حذف و ریشه‌کنی بیماری‌های هدف در سطح کشور شده است که به اهم آنها در ذیل پرداخته می‌شود.

دستاوردها

برنامه گسترش ایمنسازی در نزدیک به سه دهه از آغاز برنامه و با اتکاء به شبکه گسترده بهداشتی درمانی، با بکارگیری راهکارهای ذیل در جهت کنترل، حذف و ریشه‌کنی بیماری‌های هدف برنامه گام برداشته و جمهوری اسلامی ایران را در جایگاه والایی از نظر بهداشتی قرار داده است.

۱. ایمنسازی جاری کلیه کودکان از بدو تولد و دستیابی به پوشش بالا (پیش از ۹۵ درصد)
۲. انجام ایمنسازی تکمیلی برای هریک از واکسن با توجه به اهداف تعیین شده (روزهای ملی ایمنسازی، ایمنسازی پاک‌سازی (Mopping-up) و ...)
۳. مراقبت بیماریهای هدف برنامه گسترش ایمنسازی

موفقیت برنامه بوسیله اندازه‌گیری سطح پوشش واکسیناسیون و کاهش میزان مرگ ومیر و ابتلاء و نهایتاً کنترل، حذف و ریشه‌کنی بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بطوریکه در سومین دهه از ایمنسازی در ایران دستاوردهایی از جمله: ریشه‌کنی فلج اطفال، حذف کزاز نوزادی ، کنترل و ورود به مرحله حذف سرخک و سندرم سرخجه مادرزادی و کنترل بیماری‌های دیفتری و سیاه سرفه را داشته است.

کلیدی‌ترین استراتژی برای دستیابی به دستاوردهای مذکور ایمن‌سازی جاری و پایش پوشش‌های ایمن‌سازی می‌باشد.

شاخص‌های عمده برنامه به شرح ذیل است:

۱. درصد پوشش واکسیناسیون ب ث ژ
۲. درصد پوشش واکسیناسیون ثلاث نوبت سوم
۳. درصد پوشش واکسیناسیون پولیو نوبت سوم
٤. درصد پوشش واکسیناسیون سرخک
۵. درصد پوشش واکسیناسیون هپاتیت ب نوبت سوم

هدف برنامه گسترش ایمن‌سازی دستیابی و حفظ پوشش حداقل ۹۵٪ در هر شهرستان و پوشش کشوری ۹۸٪ می‌باشد. در جدول و نمودارهای ذیل پوشش ایمن‌سازی ارائه شده است.

جدول ۲: پوشش ایمنسازی کودکان زیر یکسال در آغاز برنامه و سال ۱۳۸۷

سال	ب ث ژ	ثلاث ۳	پولیو۳	سرخک	هپاتیت ب ۳
۱۳٦۳	۱۰/٤ درصد	۳۳ درصد	۳٤ درصد	۳۸/۳ درصد	-
۱۳۸۷	۹۹درصد	۹۹ درصد	۹۹ درصد	۹۸ درصد	۹۹ درصد

این موفقیت‌ها با بهره‌گیری ازامکانات به شرح ذیل حاصل شده است:

- حمایت‌های مادی و معنوی مسوولین کشوری
- وجود شبکه خدمات بهداشتی- درمانی با پوشش بالای ۹۵٪ مناطق روستایی کشور
- برقراری زنجیره سرمای مناسب و حفظ کیفیت آن از سطح سردخانه مرکزی واکسن تا محل تلقیح در مراکز شهری و روستایی، خودروهای سردخانه‌دار برای حمل واکسن و یخچال‌های نگهداری واکسن
- وجود توان بالای علمی در کشور در جهت ساخت واکسن‌های مصرفی برنامه توسط کارخانه‌های داخلی و عدم نیاز به ورود واکسن در طول اجرای برنامه (تا سال‌های اخیر)
- امکان برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف با استفاده از تصمیمات اعضای کمیته کشوری ایمن‌سازی که متشکل از اساتید دانشگاه و فوق تخصص در گرایش‌های مختلف کودکان بوده و به عنوان تعیین‌کنندگان خط‌مشی‌های برنامه ایمنسازی از بدو شروع برنامه تاکنون در جلسات منظم و برحسب مورد همکاری داشته و نظارت بر برنامه را به عهده دارند.
- جلب مشارکت متخصصان کودکان برای آموزش آحاد جامعه، پزشکان عمومی و... در امر ایمن‌سازی

سیاست‌های آینده برنامه گسترش ایمن‌سازی

با پیشرفت علم و ساخت واکسن‌های جدید لزوم افزودن واکسن‌های جدید به واکسن‌های اولیه EPI امری ضروری است و به مرور شاهد افزایش تعداد کشورهای استفاده کننده از واکسن‌های جدید هستیم. در این راستا کمیته کشوری ایمن‌سازی نیز همسو با جدیدترین توصیه‌های علمی گام برداشته و اجرای برنامه‌های ذیل را پیگیری می‌نماید:

- کنترل زنجیره سرمای مرکزی و همچنین مراکز بهداشت استان و شهرستان‌ها با استفاده از برنامه‌های نرم‌افزاری رایانه‌ای و ترمومترهای دیجیتال
- استفاده از واکسن تک ظرفیتی فلج‌اطفال برای آمادگی مقابله با ورود مجدد ویروس وحشی فلج‌اطفال
- ادغام واکسیناسیون هموفیلوس آنفلوانزا در برنامه گسترش ایمن‌سازی
- جایگزینی استفاده از واکسن‌های چند ظرفیتی (پنتاوالان) در برنامه گسترش ایمن‌سازی به جای استفاده از واکسن‌های فعلی در جهت کاهش بار مراجعات به مراکز واکسیناسیون، کاهش تزریقات مربوط به واکسن و در نتیجه کاهش عوارض حاصله ناخواسته و کاهش میزان سرنگ و سرسوزن مصرفی
- جایگزینی استفاده از واکسن آسلولار سیاه سرفه به جای واکسن تمام سلولی سیاه سرفه
- بررسی تعیین بار بیماری روتاویروس در کشور و ادغام واکسیناسیون در صورت شیوع بالا و هزینه اثربخشی آن و تصویب در کمیته کشوری ایمن‌سازی
- بررسی تعیین سروتایپ‌های شایع پنوموکوک در کشور و ادغام واکسیناسیون آن در برنامه گسترش ایمن‌سازی در صورت شیوع بالا و هزینه اثربخشی آن و تصویب در کمیته کشوری ایمن‌سازی

چالش‌ها

- کمبود اعتبارات سالانه در جهت تامین ملزومات اجرای برنامه مثل خرید واکسن و ادغام واکسن‌های جدید که عمدتاً گران‌تر از واکسن‌های اولیه بوده و نیاز به افزایش اعتبارات دارد.
- کاهش تولید یا توقف تولید کارخانه‌های داخلی واکسن به دلیل تحریم اقتصادی
- عدم تولید واکسن‌های جدید به دلیل تحریم اقتصادی و عدم موافقت با انتقال تکنولوژی ساخت واکسن‌های وارداتی

- کمبود نیروی انسانی با توجه بازنشستگی نیروهای کارآمد و عدم جایگزینی یا جایگزینی نیروهای بدون تجربه در زمینه‌های مورد نیاز برنامه
- عدم انگیزه پرسنل موجود به دلیل پایین بودن سطح حقوق و مزایا در وزارت بهداشت
- کمبود اعتبارات سالانه و کاهش اعتبار ماموریت‌ها و اضافه کاری پرسنل
- روند مناسب برنامه‌های مختلف بهداشتی در کشور و افزایش تعداد برنامه‌های بهداشتی نیازمند مراقبت همه جانبه و دستیابی به اهداف شاخص‌های هر برنامه که نیازمند صرف وقت و پیگیری‌های مداوم است، ولیکن به دلیل نبود پرسنل کافی و یا عدم انگیزه پرسنل موجود مشکلاتی را در سیستم ایجاد کرده است.

برنامه ایمن‌سازی کودکان

جمهوری اسلامی ایران با بیش از ۱،٦٤٨،۰۰۰کیلومتر مربع مساحت، از کشورهای بزرگ منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت است. جمعیت کشور در طی یکصد سال اخیر از حدود ۵ میلیون نفر به هفتاد میلیون نفر افزایش یافته است. رشد جمعیت ایران در ۸۰ سال اخیر با کاهش میزان مرگ کودکان و نبود برنامه تنظیم خانواده، به سرعت افزایش یافت به نحوی که از حدود ۷٪ در سال‌های ۱۳۲۰–۱۳۰۰ به ۳/۲٪ در سال‌های ۱۳٦۵–۱۳۵۵ رسید و این امر باعث شد که ایران در زمره کشورهای با بیشترین درصد جمعیت جوان در دنیا محسوب گردد. تقویت برنامه‌های تنظیم خانواده در طی بیست سال گذشته سبب کاهش رشد جمعیت به میزان ۱/۵٪ در سال‌های ۱۳۸۵–۱۳۸۰ شده است. تعداد متولدین زنده سالانه ۱/۲ میلیون نفر است. براساس آخرین برآورد وزارت بهداشت ۱۳ در هزار مرگ، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال و ۲۱ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۷ است. مرگ ناشی از بیماری‌های اسهالی در کودکان زیر ۵ سال از ۳٤۰۰۰ در سال ۱۳٦٤ (در حالی که در ابتدای انقلاب ۱۵٤ در هزار تولد زنده بود) به ٤۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۵ و ۲۱۰ نفر در سال ۱۳۸٦ رسیده است. مرگ ناشی از بیماری‌های حاد تنفسی در کودکان ۱ الی ۵۹ ماهه از ۱۹/٦٪ کل علل، به حدود ۱٤٪ در سال ۱۳۸٦ کاهش یافته است.

ریشه‌کنی جهانی فلج اطفال

با توجه به پیروزی به دست آمده در ریشه‌کنی بیماری آبله که در سال ۱۹۷۷ میلادی و به دنبال مشارکت همه ملت‌ها نصیب جامعه بشری شد، در سال ۱۹۸۸ میلادی مجمع عمومی بهداشت جهانی، سازمان جهانی بهداشت را مکلف نمود که بیماری فلج اطفال را تا سال ۲۰۰۰ میلادی (۱۳۷۹ هـ‌ش)

در کره زمین ریشه‌کن کند. از سال ۱۳۷۰ جمهوری اسلامی ایران راهبردهای مصوب برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال یعنی ارتقای پوشش واکسیناسیون جاری کودکان، فعالیت نظام مراقبت فلج شل حاد و برگزاری عملیات ایمن‌سازی تکمیلی را در راستای وصول به هدف ریشه‌کنی به شدت به اجرا گذاشته است. همچنین از سال ۱۳۷۹، فعالیت در زمینه راهبرد چهارم یعنی مهار آزمایشگاهی ویروس وحشی پولیو نیز به مرحله اجرا درآمد.

مهمترین عامل موفقیت کشور در این زمینه، بدون تردید مرهون کیفیت بالای ایمن‌سازی روتین و تکمیلی کودکان از نظر کارایی واکسن و حفظ زنجیرهٔ سرما و پوشش بالای ۹۵٪ برنامه ایمن‌سازی بوده است. با اجرای موفقیت آمیز اقدامات فوق‌الذکر جمهوری اسلامی ایران موفق شد:

۱. پوشش ایمن‌سازی جاری کودکان زیر یکسال با چهار نوبت واکسن خوراکی فلج اطفال را به بیش از ۹۵٪ ارتقای دهد.
۲. در سال ۱۹۹۷، چرخش ویروس بومی مولد بیماری را متوقف سازد و آخرین مورد ویروس وحشی در سال ۲۰۰۰ وارده از افغانستان بود.
۳. عملیات ایمن‌سازی تکمیلی در سال ۱۳۷۳ با ایمن‌سازی ۹ میلیون کودک زیر ۵ سال در عرض یک روز به شکل برگزاری روز ملی ایمن‌سازی آغاز و تا سال ۱۳۷۷ سالیانه ۲ نوبت ادامه یافت. پس از آن عملیات ایمن‌سازی تکمیلی منطقه‌ای Sub-National Immunization Days به صورت ۲ نوبت در سال آغاز و همچنان ادامه دارد.
٤. فعالیت‌های مهار آزمایشگاهی ویروس وحشی فلج اطفال برای مرحله قبل از اعلام ریشه‌کنی جهانی بیماری را در سال ۱۳۸۱ به پایان برساند. فهرست اسامی کلیه آزمایشگاه‌های کشور و نوع مواد زیستی نگهداری شده در آنها تعیین و مشخص گردید، که در حال حاضر تنها یک آزمایشگاه در کشور بنا به اقتضای عملکرد خود اقدام به نگهداری نمونه‌های ویروس وحشی پولیو تحت شرایط ایمنی زیستی لازم می‌نماید.

پاک بودن کشور از بیماری فلج اطفال از سال ۲۰۰۰ میلادی به تایید سازمان بهداشت جهانی رسیده و تداوم این وضعیت به صورت سالیانه و پس از بررسی سند سالیانه‌ای که در این زمینه تسلیم دفتر نمایندگی آن سازمان (EMRO) می گردد، تمدید می‌شود.

شاخص‌های نظام مراقبت استاندارد بر مبنای تعریف WHO عبارتند از:

میزان کشف سالیانه موارد فلج شل حاد غیرپولیویی: تعداد موارد کشف شده فلج شل حاد غیرپولیویی به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۵ سال. مقادیر عددی این شاخص در ایران در جدول ۳ آمده است.

درصد موارد دارای ۲ نمونه مناسب: درصدی از موارد کشف شده فلج شل حاد که از آنها ۲ نمونه مناسب مدفوع تهیه و جهت بررسی در اختیار آزمایشگاه مرجع کشوری قرار گرفته‌اند. مقادیر عددی این شاخص در ایران در جدول ٤ آمده است.

جدول۳: میزان کشف موارد فلج شل حاد غیرپولیویی کشور ۲۰۰۸- ۱۹۹۹

سال میلادی	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰٤	۲۰۰۵	۲۰۰٦	۲۰۰۷	۲۰۰۸
میزان کشف	۱/۲۸	۱/۲۹	۱/٤۳	۱/٦٥	۱/۸	۱/۷۲	۱/۸۹	۲/۸۷	۳/۲	۳/۰۹

جدول ٤: درصد موارد فلج شل حاد غیرپولیویی دارای ۲ نمونه مناسب ۲۰۰۸- ۱۹۹۹

سال	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰٤	۲۰۰۵	۲۰۰٦	۲۰۰۷	۲۰۰۸
درصد موارد	۷۷	۷۵	۸٦	۹۱/٥٤	۸۹/۹	۹۰/٤	۸۹/۷	۹۰	۸۸	۹۲

پیش‌بینی روندها

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

وضعیت بیماری کزاز نوزادی در کشور

در بررسی کشوری علل مرگ و میر که در سال ۱۳٦٤ به صورت خوشه‌ای انجام شده، مرگ بر اثر کزاز نوزادی، ٤/۸ در هزار تولد زنده نشان داده شد، که بر این اساس، سالانه ۱۰،۰۰۰ مرگ از ٤٥۰۰۰ مرگ نوزادان مربوط به کزاز نوزادی بوده است. با شروع برنامه گسترش ایمن‌سازی در ایران در سال ۱۳٦۳، در بررسی خوشه‌ای که با مشارکت سازمان جهانی بهداشت در کشور انجام شد، پوشش کزاز در زنان سنین باروری با دو نوبت توکسویید کزاز در روستاها ۵٪ و در شهرها ۳٪ بود. با گسترش

شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و تقویت برنامه گسترش ایمن‌سازی و تقویت نظام مراقبت و تصویب قانون ایمن‌سازی اجباری زنان در قبل از ازدواج در سال ۱۳٦۸ پوشش ایمن‌سازی در زنان افزایش قابل توجهی یافت. از سال ۱۳۷۰ برنامه حذف کزاز نوزادان همپای برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال و کنترل سرخک به اجرا گذارده شد.

بر اساس بررسی خوشه‌ای سال ۱۳۷٤ توسط اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، این پوشش به ۸۲٪ رسیده است که در روستاها ۹٤٪ و در شهرها ۷۳٪ بود. در بررسی خوشه‌ای یونیسف در سال ۱۹۹۷ پوشش کزاز زنان سنین باروری ۷۷٪ بوده که در زنان دارای کارت ایمن‌سازی، ۸۹/۵٪ گزارش شده است. در این بررسی تنها واکسن‌هایی که بعد از ۱۵ سالگی تزریق شده، محسوب شده‌اند.

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

حذف بیماری سرخک

در سپتامبر سال ۲۰۰۰ میلادی، ۸ هدف توسعه هزاره سوم توسط ۱۸۹ کشور جهان تا سال ۲۰۱۵ میلادی اعلام گردید. هدف کلی چهارم در برنامه توسعه هزاره سوم کاهش مرگ کودکان و هدف اختصاصی آن کاهش میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال به دو سوم در طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ می‌باشد و شاخص‌های سلامتی شماره ۱۳ و ۱٤ و ۱۵ به ترتیب بدین شرح تعریف گردیده‌اند: میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال، میزان مرگ نوزادان و سهمی از کودکان یکساله که در برابر سرخک واکسینه گردیده‌اند. به عبارتی پوشش واکسیناسیون جاری سرخک به‌عنوان یک شاخص اساسی به کار گرفته می‌شود و کاهش مرگ ناشی از بیماری سرخک، یک مرحله مهم در دستیابی به‌این هدف می‌باشد. به دنبال هدف‌گذاری برنامه‌های توسعه هزارهٔ سوم تا سال ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹٤ هجری شمسی) و فعالیت‌های چشمگیری که بنا بر هدف کلی چهارم آن تحت عنوان کاهش مرگ کودکان تعریف گردیده است، بسیاری از کشورها در فعالیت‌های ملی خود، بیماری سرخک را که یکی از شاخص‌های عملیاتی این برنامه می‌باشد، در دستور کار قرار داده و با طراحی عملیاتی گسترده نسبت به دستیابی به هدف ارایه شده برنامه‌ریزی نموده‌اند.

با استفاده از راهبردهای برنامه‌ریزی شده، سرخک از منطقه آمریکای سازمان جهانی بهداشت ریشه‌کن شده است و سه منطقه دیگر سازمان جهانی بهداشت شامل اروپا، پاسیفیک غربی و مدیترانه شرقی، اهداف حذف را در دستور کار خود قرار داده‌اند. براساس دستاوردهای حاصل از فعالیت‌های جهانی هدف کلی بین‌المللی در حال حاضر کاهش مرگ کلی سالیانه سرخک به میزان ۹۰٪ تا سال ۲۰۱۰ (نسبت به سال ۲۰۰۰) می‌باشد.

درسال ۱۹۹۷، کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، مصوبهٔ حذف سرخک در منطقه را تا سال ۲۰۱۰ تصویب کردند. این مصوبه، شامل چهار راهبرد است:

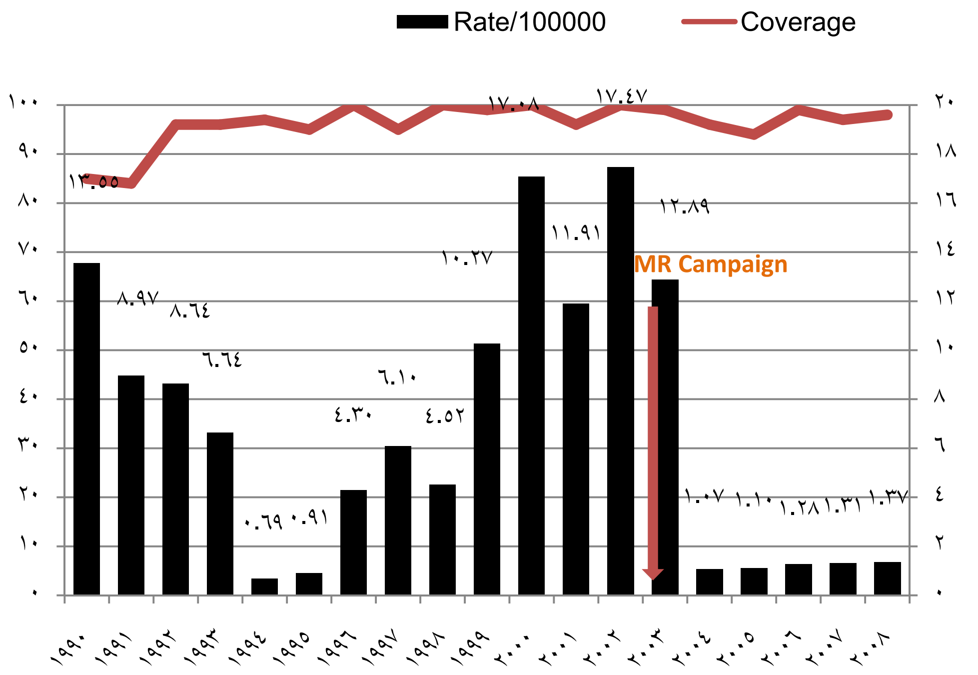
۱. انجام واکسیناسیون سرخک و تداوم آن به منظور پوشش بیش از ۹۵٪ کودکان
۲. واکسیناسیون همزمان همه کودکان، بدون در نظر گرفتن سابقه واکسیناسیون قبلی یا ابتلا به بیماری (بسیج واکسیناسیون عمومی)
۳. انجام بسیج واکسیناسیون تکمیلی دوره‌ای (هر ۳ تا ۵ سال)
٤. تقویت نظام مراقبت سرخک و تأیید آزمایشگاهی موارد مشکوک

در جمهوری اسلامی ایران ایمن‌سازی، علیه بیماری سرخک از سال ۱۳٤۵ به طور آزمایشی در حومه تهران آغاز گردیده است و برنامه رسمی ایمن‌سازی سرخک با همکاری مشترک وزارت بهداری وقت و انستیتو تحقیقات بهداشتی در سال ۱۳٤٦ به صورت اجرایی آغاز گردید و از سال ۱۳٤۹ نیز تولید واکسن سرخک با همکاری وزارت بهداری وقت و انستیتو رازی شروع شد. در سال ۱۳٦۳ با شروع برنامه‌های گسترده ایمن‌سازی و به دنبال آموزش وسیع نیروهای بهداشتی، برنامه‌های ایمن‌سازی و از جمله ایمن‌سازی علیه سرخک اوج گرفت و کاهش بیماری حالت بسیار چشمگیری به خود گرفت. در سال ۱۳۷۵ بسیج واکسیناسیون سرخک در ۳۵ شهرستان که پوشش ایمن‌سازی سرخک نوبت اول در پایان ۲ سالگی کودکان آنها، ۹۰٪ و کمتر بود و به‌عنوان شهرستان‌های پرخطر انتخاب شده بودند، به مرحله اجرا درآمد. همچنین هریک از دانشکده‌ها یا دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که پوشش ایمن سازی بالاتر از ۹۰٪ داشتند، اما هریک از مناطق تحت پوشش خانه‌های بهداشت یا گروه‌های سیار و یا جمعیت شهری آنها پوشش ۹۰٪ یا کمتر داشتند نیز به‌عنوان مناطق پرخطر شناخته شده و کلیه کودکان ۹ ماهه تا ۱۵ ساله صرف نظر از وضعیت ایمن سازی قبلی آنان، علیه سرخک واکسینه شدند و بیش از ۷ میلیون نفر در این برنامه تحت ایمن سازی قرار گرفتند.

وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری سرخک طی سال‌های ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۸۱ تغییر پیدا کرده و اکثر موارد بیماری در سنین بلوغ و پس از آن رخ می‌داده و موارد مشکوک به بیماری نیز بالاتر از حد انتظار بوده است.

در ایران، با توجه به تعهدات بین‌المللی و وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری و اقدامات به‌عمل آمده در راستای کنترل بیماری سرخک، هدف حذف بیماری در سرلوحهٔ فعالیت‌های کنترلی این بیماری قرار گرفته است. طبیعی است که راهبرد حذف بیماری با راهبرد کنترل آن تفاوت‌های بسیاری دارد و اقدامات لازم برای این کار بسیار وسیع‌تر و فشرده‌تر خواهند بود. در راستای نیل به این اهداف، برنامه‌های جدید ایمن‌سازی و مراقبت در جهت حذف زنجیرهٔ انتقال ویروس درجامعه به مرحله اجرا در آمده است. بدون شک کار تقویت پوشش ایمن‌سازی و اجرای برنامه‌های تکمیلی واکسیناسیون در گروه‌های سنی مختلف بر اساس شواهد اپیدمیولوژیک به منظور حذف زنجیرهٔ انتقال، نقش بسیار مهم و اساسی خواهد داشت. در کنار این راهبرد تقویت برنامه‌های آزمایشگاهی جهت تشخیص قطعی موارد سرخک، منطبق بر برنامه‌های دقیق عملیاتی، به‌عنوان مکمل کار ایمن‌سازی ضرورت بسیار دارد.

برای این منظور کلیه موارد مظنون به سرخک مورد بررسی اپیدمیولوژیک قرار گرفته و پس از تهیه نمونه‌های لازم، اقدام به ایمن‌سازی تکمیلی در اطرافیان بیمار خواهد گردید.



نمودار ۲: روند میزان بروز بیماری سرخک و پوشش واکسن سرخک

میزان بروز بیماری سرخک در ایران در چند ساله اخیر ۱۸-۱۲ مورد در یکصد هزار نفر بوده است. از نظر آزمایشگاهی با توجه به نمونه‌های جمع‌آوری شده از افراد مشکوک به سرخک، میزان نتایج مثبت آزمایشگاهی نمونه‌ها از سال ۱۳۷۸ لغایت ۱۳۸۲ به ترتیب ۷۰/۵٪، ۵۹٪، ۳۷٪، ۴۰٪ و ۴۵/۷٪ بوده است. همچنین پوشش واکسیناسیون سرخک در کودکان زیر یکسال در سال‌های ۱۳۷۸ لغایت ۱۳۸۲ به ترتیب ۹۸٪، ۱۰۰٪، ۹۶٪، ۱۰۰٪ و ۹۹٪ بوده است.

در بسیج واکسیناسیون سراسری به‌عمل آمده در آذر- دی سال ۱۳۸۲، پوشش ۱۰۱/۸۲٪ در جمعیت هدف (ایرانی و غیر ایرانی) حاصل گردیده و این پوشش در کلیه استان‌ها و مناطق، بالای ۹۵٪ بوده است.

منابع

۱. اطلاعات و آمار بیماری‌های واگیر در ایران، مرکز مدیریت بیماری‌ها ۱۳۸۳.

۲. اطلاعات و آمار بیماری‌های واگیر در ایران، مرکز مدیریت بیماری‌ها ۱۳۸۶.

۳. دکتر محسن نقوی، سیمای مرگ و میر در ۲۳ استان کشور، ۱۳۸۲.

٤. دکتر علیرضا مرندی و همکاران، سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۷.

۵. دکتر حسین میر شمسی، کلیاتی در مورد پیشگیری و درمان با واکسن و سرم، ۱۳٦۸.

٦. دکتر سید محمد طباطبایی و همکاران، اصول پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها، ۱۳۸۵.

بیماری سل

مقدمه

امروزه یکی از بزرگترین مسایل بهداشتی جهان، بیماری سل است. حدس زده می‌شود که از هر سه نفر جمعیت جهان، یک نفر به باسیل سل آلوده بوده و در هر ثانیه یک نفر به تعداد آنان افزوده می‌شود. نگران‌کننده این است که طبق برآوردهای موجود ۵۰ میلیون نفر از این افراد، به باسیل سل مقاوم به چند دارو (MDR-TB) آلوده هستند. در حال حاضر ۱٤/۵ میلیون نفر در جهان به بیماری سل مبتلا هستند که بیش از ۸۰٪ این موارد، تنها مربوط به ۲۲ کشور در حال توسعه جهان است.

همسایگی ایران با دو کشور افغانستان و پاکستان که در زمره این ۲۲ کشور هستند و همچنین عراق (با بحران‌های چند ساله اخیر آن) و کشورهای تازه استقلال یافته شمال کشور(با شیوع بالای سل مقاوم به چند دارو)، ضرورت توجه بیش از پیش ما را به این بیماری متذکر می‌شود.

بر اساس آخرین گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت؛ در سال ۲۰۰٦، ۹ میلیون بیمار جدید به موارد موجود افزوده شده و ۲ میلیون نفر به دلیل ابتلا به سل فوت کرده‌اند. WHO در سال ۲۰۰٦، شیوع HIV و MDR-TB در بین موارد جدید مبتلا به سل را به ترتیب ۷/۷ و ۳/۲٪ اعلام و سرعت افزایش سالیانه میزان بروز بیماری سل در جهان را ۰/٦٪ برآورده کرده است.

تعاریف واژگان

سل ریوی: در صورتی که بیماری سل پارانشیم ریه را درگیر کرده باشد، به آن «سل ریوی» اطلاق می‌گردد، که خود بر دو نوع زیر است:

سل ریوی اسمیر مثبت	• بیماری که حداقل دو آزمایش اسمیرخلط مثبت از نظر AFB داشته باشد. • یا بیماری که فقط یک آزمایش اسمیر خلط مثبت از نظر AFB داشته باشد و تغییرات رادیوگرافیک قفسه سینه مؤید سل ریوی باشد. • یا بیماری که فقط یک آزمایش اسمیر خلط مثبت از نظر AFB داشته و یک مورد نیز کشت مثبت خلط از نظر AFB داشته باشد.
سل ریوی اسمیرمنفی	بیماری که تمام شرایط زیر را داشته باشد: • بیماری که دو سری آزمایش اسمیر خلط سه نمونه‌ای به فاصله حداقل ۲ هفته انجام داده باشد و در هر سری کلیه نمونه‌ها، از نظر AFB منفی باشد و تغییرات رادیوگرافیک قفسه سینه مؤید سل ریوی باشد و علیرغم ۱۰ تا ١٤ روز درمان آنتی‌بیوتیکی وسیع‌الطیف، تغییری در حال عمومی بیمار ایجاد نشود و تصمیم پزشک بر شروع یک دوره درمان کامل ضد سل باشد. بیماری با علایم مطرح کننده سل که تمام شرایط زیر را داشته باشد: • به شدت بدحال باشد و یکسری آزمایش اسمیرخلط (حداقل دو نمونه‌ای) انجام داده باشد و کلیه نمونه‌ها از نظر AFB منفی باشد و تغییرات رادیوگرافیک قفسه سینه مؤید سل ریوی (شامل تصاویر ضایعات سل ریوی با درگیری بافت بینابینی یا سل ارزنی) و تصمیم پزشک بر شروع یک دوره درمان کامل ضد سل باشد. • بیماری که آزمایشات اولیه اسمیر مستقیم خلط وی ازنظرAFB منفی بوده ولی آزمایش کشت خلط او مثبت گزارش شود.

سل خارج ریه: به ابتلای سایر اعضا بدن به غیر از ریه‌ها اطلاق می‌شود. ابتلای پلور (پرده جنب)، گره‌های لنفاوی، استخوان‌ها و مفاصل، دستگاه ادراری-تناسلی و مننژ در این گروه قرار دارند. تشخیص بر مبنای شواهد باکتریولوژیک (حداقل یک نمونه کشت مثبت)، پاتولوژیک (وجود تغییرات بافت شناسی به نفع سل) مطرح کنندهٔ سل فعال خارج ریوی به همراه تصمیم پزشک مبنی بر شروع یک دوره درمان کامل ضد سل استوار است.

بیماری که به طور همزمان هم به «سل ریوی» و هم «سل خارج ریوی» مبتلا باشد، به عنوان سل ریوی ثبت می‌شود.

مورد جدید سل: بیماری که در گذشته هیچگاه درمان ضد سل دریافت ننموده و یا سابقه مصرف داروهای ضد سل در او کمتر از ٤ هفته باشد.

همچنین دانستن تعاریف زیر برای فهم شاخص‌های برنامه لازم به نظر می‌رسد:

بهبود یافته (Cured): بیمار مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت که آزمایش خلط وی در زمان پایان درمان منفی شده و حداقل نتیجه آزمایش خلط قبلی وی (که با هدف پایش حین درمان انجام شده است) نیز منفی اعلام شده باشد.

چنانچه آزمایش اسمیر خلط در طول ماه پایانی درمان انجام نشده باشد، نتیجه درمان نمی‌تواند بهبود یافته باشد و تکمیل دوره درمان محسوب می‌گردد.

تکمیل دورهٔ درمان (Treatment completed): بیماری که دوره کامل درمان ضد سل را دریافت داشته، ولی فاقد معیارهای طبقه بندی در گروه‌های بهبود یافته و شکست درمان باشد(به عنوان مثال از انجام یا نتیجه آزمایش خلط وی در پایان درمان اطلاعی در دست نباشد).

شکست درمان (Treatment failure): بیمار مبتلا به سل ریوی با اسمیرخلط مثبت که آزمایش مستقیم خلط وی پنج ماه (و یا بیشتر) پس از شروع درمان هنوز مثبت باشد و یا در عرض همین مدت پس از منفی شدن مجدداً مثبت گردد.

- بیمار مبتلا به سل ریوی با اسمیرخلط منفی که آزمایش مستقیم خلط وی در پایان ماه دوم درمان مثبت شده باشد. چنانچه نتیجه آزمایش آنتی بیوگرام بیماری، در هر زمان از طول دوره درمان وی، سل مقاوم به چند دارو (MDR-TB) گزارش شود، نتیجه درمان باید تحت عنوان «شکست» طبقه‌بندی و ثبت شود.

مورد قطعی سل مقاوم به چند دارو (Confirmed MDR-TB): موردی از سل که مایکوباکتریوم توبرکولوزیس ایجاد کنندهٔ آن، در شرایط آزمایشگاهی، حداقل به دو داروی ایزونیازید و ریفامپین مقاومت نشان داده است؛ هر چند که ممکن است همزمان نسبت به داروهای دیگر ضد سل نیز مقاوم باشد.

شاخص‌ها

جدول ۵: روش محاسبه شاخص‌های بیماری سل

شاخص	روش محاسبه
میزان بیماریابی موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت[1]	صورت کسر= تعداد موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص × ۱۰۰ مخرج کسر= تعداد موارد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبتی که تخمین زده می‌شود در همان مقطع زمانی و همان جمعیت بروز کند.
میزان بروز موارد سل ریوی اسمیر مثبت (در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	صورت کسر= تعداد موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص (شهرستان، استان، کشور) × ۱۰۰،۰۰۰ مخرج کسر= کل جمعیت تخمین زده شده در همان مقطع زمانی
میزان شیوع سل (در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	صورت کسر= تعداد کل موارد سل مورد انتظار در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص (شهرستان، استان، کشور) × ۱۰۰،۰۰۰ مخرج کسر= کل جمعیت تخمین زده شده در همان مقطع زمانی
میزان مرگ و میر ناشی از سل (در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	صورت کسر= تعداد کل موارد فوت ناشی از سل که در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص (شهرستان، استان، کشور) × ۱۰۰،۰۰۰ مخرج کسر= کل جمعیت تخمین زده شده در همان مقطع زمانی
میزان بهبودی سل ریوی اسمیر مثبت (Cure Rate)	صورت کسر= تعداد موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص که نتیجه درمانشان (طبق تعاریف استاندارد نتایج درمان (WHO) بهبود یافته می‌باشد × ۱۰۰ مخرج کسر= تعداد کل موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در همان مقطع زمانی و همان جمعیت
میزان تکمیل دوره درمان بیمارن اسمیر مثبت جدید (Completion Rate)	صورت کسر= تعداد موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص که نتیجه درمانشان (طبق تعارف استاندارد نتایج درمان (WHO) تکمیل دوره درمان می‌باشد × ۱۰۰ مخرج کسر= تعداد کل موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در همان مقطع زمانی و همان جمعیت

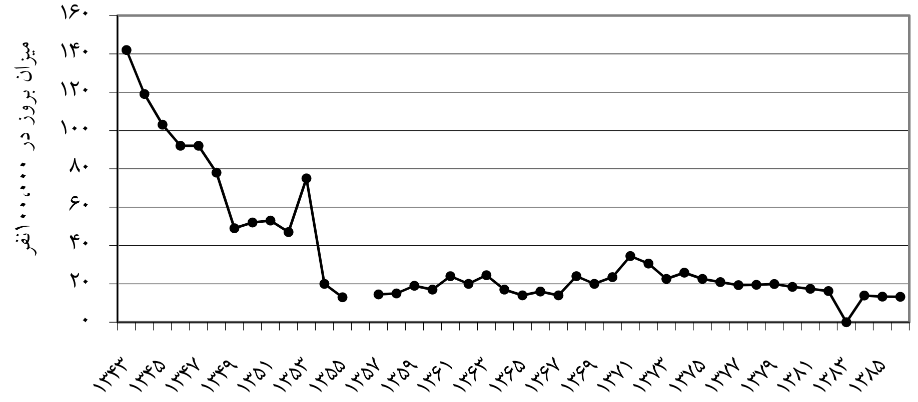
1 CDR = Case Detection Rate

ادامه جدول ۵

میزان موفقیت درمان (Success Rate)	صورت کسر= تعداد موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص که نتیجه درمانشان (طبق تعاریف استاندارد نتایج درمان (WHO) بهبود یافته و یا تکمیل دوره درمان می‌باشد × ۱۰۰ مخرج کسر= تعداد کل موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در همان مقطع زمانی و همان جمعیت

روند سی ساله

نمودار شماره ۳ روند نزولی میزان بروز بیماری سل در طول ٤٠ سال گذشته در کشور را نشان می‌دهد (از ١٤٢ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ١٣٤٢ به ٢/١٣ در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ١٣٨٤ – بیش از ١٠ برابر کاهش).



نمودار ۳: میزان بروز بیماری سل در طول ٤٠ سال گذشته

در سال ١٣٨٦در کشورمان میزان بروز گزارش شده سل ریوی با اسمیرخلط مثبت ٦/٦ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت بوده است. از تعداد ٩٤٣٢ مورد ابتلا به سل گزارش شده کشور در سال ١٣٨٤، ٥٠٪ موارد را زنان بیمار و ١٣٪ موارد را بیماران افغانی تشکیل می‌دهند و بیشترین میزان بروز سل مربوط به گروه سنی ٦٥ سال به بالا بوده که این حاکی از موفقیت چشمگیر کشور در کنترل این بیماری است. در میان استان‌ها، سیستان و بلوچستان و گلستان بیشترین میزان‌های بروز و شیوع را در کشور دارا هستند و میزان موفقیت درمان بیماران در سال قبل بیش از ٨٣٪ بوده است.

لازم به ذکر است که ۱/۸٪ بیماران مبتلا به سل در سال ۱۳۸٦، همزمان به ویروس HIV نیز آلوده بوده‌اند.

اهم اقدامات در سی سال اخیر

- شروع استفاده از درمان کوتاه مدتSCC (۱۳٦۲)
- ادغام واکسیناسیون BCG در برنامه EPI (۱۳٦۳)
- ادغام برنامه کنترل سل در نظام شبکه (۱۳٦۹)
- اجرای راهبرد DOTS (۱۳۷٤)
- تدوین، چاپ و توزیع کتاب راهنمای کشوری (۱۳۸۰) و تعیین و ابلاغ کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل به‌عنوان منبع امتحانی پیش کارورزی، پذیرش دستیار، ارتقای، بورد داخلی، اطفال، عفونی و پزشکی اجتماعی (۱۳۸۵)
- تدوین، چاپ و توزیع کتب راهنمای کشوری مربوط به آزمایش‌ها (۱۳۷۷)
- ادغام برنامه کنترل سل در زندان‌ها (۱۳۸۱)
- الکترونیکی شدن سیستم ثبت و گزارش‌دهی موارد بیماری (۱۳۷۸) و تبدیل نظام ثبت از شکل تجمیعی[1] به شکل اسمی[2] (۱۳۸۲)
- تحت پوشش بیمه قرار گرفتن هزینه بستری بیماران ایرانی به میزان ۷۵ تا ۹۰٪ از سال (۱۳۸۳)
- اجرای برنامه‌های کنترل کیفی آزمایشگاه‌های میکروب شناسی سل
- تدوین بسته پایش و ارزشیابی جدید برای برنامه کنترل سل و انجام پایش از دانشگاه‌های کشور براساس آن
- انعقاد تفاهم‌نامه با ارتش جمهوری اسلامی ایران برای کنترل سل در جمعیت تحت پوشش مربوطه
- برگزاری ۱۹ دوره کنگرهٔ پژوهشی سراسری سالانه در کشور همزمان با روز ملی مبارزه با سل (۲۳ مهرماه)

---
[1] Aggregated
[2] Nominal Registration

- موفقیت در پذیرفته شدن پروژه ۵ ساله پیشنهادی برای تقویت برنامه‌های کنترل سل جمهوری اسلامی ایران برای جذب ۲۱ میلیون دلار از محل صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (۲۰۰۸)
- راه‌اندازی و معرفی مرکز ارجاع و آزمایشگاه کشوری سل ۱۳۸۱
- راه‌اندازی یک مرکز و آزمایشگاه منطقه‌ای سل در شمال‌غرب کشور ۱۳۸۷
- تداوم درمان سرپایی رایگان در نظام بهداشتی کشور

دستاوردهای مهم برنامه

- کاهش میزان بروز گزارش شده سل از ۱٤۰ به ۱۳ نفر در یکصد هزار نفر (در طول یک دوره چهل ساله)
- کاهش ۳۹ درصدی میزان بروز سل در طول ۱٦ سال (از مورد ۳٦ در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۲۲ در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۰٦)
- کاهش ٤٤ درصدی میزان شیوع سل در طول ۱٦ سال (از ۵۰ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۲۸ در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۰٦)
- کاهش ۲۵ درصدی میزان مرگ و میر ناشی از سل در طول ۱٦ سال (از ٤ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۳ در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۰٦)

پیش بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

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

موضوعات اصلی و چالش‌ها

- وجود شرایط اقلیمی نامناسب، فقر و شیوع بالای سوء تغذیه (که از عوامل خطر مهم ابتلا به سل هستند) در برخی استان‌های کشورکه از شیوع بالاتر سل برخوردارند.

- MDR-TB (که بویژه در اثر انجام درمان‌های ناقص و غیر موثر توسط بخش‌های خارج از شبکه ایجاد می‌شود)
- ابتلای همزمان به سل و عفونت HIV
- حضور مهاجرین غیر قانونی و جابجایی‌های آنها (Cross-border issue)
- مشکلات کنترل سل در کلان شهرها
- وجود باورهای غلط در طبقات مختلف اجتماع درمورد بیماری سل
- ضعف منابع (اعم از پرسنل، اعتبارات سرمایه‌ای و مصرفی، تجهیزات)
- مشکل در تامین هزینه فرانشیز بستری بیماران ایرانی و هزینه بستری بیماران غیرایرانی
- عدم انطباق پژوهش‌ها براساس نیازها و اولویت‌ها

منابع

۱. راهنمای کشوری مبارزه با سل.

۲. راهنمای کشوری حذف جذام.

۳. سند توسعه هزاره سوم سازمان ملل.

٤. گزارش‌های سالانه و نظام ثبت و آنالیز داده های بیماران مبتلا به سل و جذام مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

5. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing: WHO report 2007 WHO/HTM/TB/2007.376.

بیماری جذام

مقدمه

بیماری جذام از دسته بیماری‌های مزمن عفونی است که دارای دوره کمون بطور متوسط ۳ الی ۵ سال می‌باشد. استعداد ابتلاء به بیماری نیز فقط در ۵٪ از مردم جامعه وجود دارد و ۹۵٪ باقیمانده هرگز به جذام مبتلا نمی‌شوند. افراد مستعد نیز باید در تماس طولانی مدت و مکرر با بیمار درمان نشده قرار گیرند تا به جذام مبتلا گردند.

عامل بیماری باسیلی اسید فاست بنام مایکوباکتریم لپرا می‌باشد که پوست و اعصاب محیطی را درگیر می‌سازد. بنابراین طیف وسیعی از علایم بالینی در فرد مبتلا قابل مشاهده است. راه سرایت نیز عمدتاً از طریق تنفس و پوست آسیب دیده می‌باشد.

در صورت عدم درمان منجر به تغییر شکل‌های نابهنجار در چهره و اندام‌های فرد بیمار خواهد شد که این معلولیت‌های پایدار، خود باعث انزوا و مطرود شدن فرد از خانواده و جامعهٔ او خواهد شد و بار روانی– اجتماعی و اقتصادی سنگینی را بر فرد مبتلا و خانواده او تحمیل می‌سازد و متاسفانه عدم شناخت کافی و نگرش غلط مردم دربارهٔ بیماری به انزوای فرد دامن می‌زند، به طوری که فرد مبتلا به محض اطلاع از بیماری خود بدلیل انگ جذام سعی در پنهان نمودن علایم و عدم پیگیری به موقع جهت تشخیص و درمان خواهد نمود که این خود باعث پیشرفت معلولیت ناشی از جذام خواهد شد.

تعریف واژگان

جذام پرباسیل: مواردی که اسمیر پوستی آنها حتی در یک منطقه مثبت است و در طبقه بندی بالینی به مواردی که بیش از ۵ ضایعه پوستی داشته باشند و در موارد درگیری تنه های عصبی به مواردی که چند تنهٔ عصبی گرفتار شده باشد، اطلاق می گردد.

جذام کم باسیل: مواردی که اسمیر پوستی آنها در تمام مناطق بدن از نظر وجود باسیل لپر منفی باشد و در طبقه‌بندی بالینی وجود ۲ تا ۵ ضایعه پوستی در صورتی که اسمیر پوستی هم منفی باشد و در موارد درگیری تنه‌های عصبی به مواردی که حداکثر یک تنهٔ عصبی گرفتار شده باشد اطلاق می‌گردد.

حذف جذام: دستیابی به میزان شیوع کمتر از یک نفر در ده هزار نفر جمعیت

معلولیت درجه دو: در پوست و اندام‌ها به مواردی اطلاق می‌گردد که علاوه بر اختلال در حس، آسیب و تغییر قابل مشاهده وجود دارد، بطوریکه قابل برگشت نخواهد بود. در چشم‌ها به اختلال شدید در بینایی اطلاق می‌گردد، بطوری که دید بیمار کمتر از ٦/٦٠ باشد. مواردی مثل لاگوفتالموس (افتادگی پلک)، ایریدوسیکلیت (التهاب عنبیه و اجسام مژگانی) و کدورت قرنیه، معلولیت درجه دو هستند.

بهبودی: هر بیمار کم باسیل که در طی یک دوره ۹ ماهه به مدت ٦ ماه، دوز کامل رژیم PB را مصرف کرده باشد و در مورد بیمار پرباسیل طی یک دوره ۱۸ ماهه به مدت ۱۲ ماه دوز کامل از رژیم MB را مصرف کرده باشد، بهبودیافته تلقی می‌گردد.

شاخص‌ها

جدول ٦: روش محاسبه شاخص‌های بیماری جذام

شاخص	روش محاسبه
میزان شیوع	صورت کسر= تعداد موارد مبتلا به جذام تحت درمان به روش چند دارویی در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص (شهرستان، استان، کشور) × ۱۰۰,۰۰۰ مخرج کسر= کل جمعیت تخمین شده در همان مقطع زمانی
میزان کشف موارد جدید	صورت کسر = تعداد موارد مبتلا به جذام شناسایی شده برای اولین بار در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص (شهرستان، استان، کشور) × ۱۰۰,۰۰۰ مخرج کسر= کل جمعیت تخمین زده شده در همان مقطع زمانی
میزان بروز معلولیت درجه دو ناشی از جذام در یکصدهزار نفر جمعیت	صورت کسر= تعداد موارد مبتلا به جذام شناسایی شده برای اولین بار که در زمان تشخیص دچار معلولیت درجه دو هستند در یک مقطع زمانی و یک جمعیت مشخص (شهرستان، استان، کشور) × ۱۰۰,۰۰۰ مخرج کسر= کل جمعیت تخمین زده شده در همان مقطع زمانی

روند سی ساله

بیماری جذام از بیماری‌های بومی کشور ایران است که به دلیل ایجاد معلولیت ماندگار، افزایش بار بیماری و کاهش سلامت جامعه در زمرۀ بیماری‌های با اولویت بالا در سطح جهانی قرار دارد و لذا از ابتدای دهه ٦٠ همچون سایر بیماری‌های نظام مراقبت در سیستم بهداشتی کشورمان ادغام گردید.
اکنون شیوع جذام بسیار کاهش یافته و سال‌هاست کشور جمهوری اسلامی ایران وارد مرحله حذف بیماری گردیده است. به طوری که در سال ۱۳۷۱ با میزان شیوع ۰/٤ در ده هزار نفر جمعیت وارد مرحله حذف بیماری در سطح کشوری و به ترتیب در سال‌های ۱۳۷۵و۱۳۷٦ وارد مرحله حذف در سطح استانی و شهرستانی گردیده است.

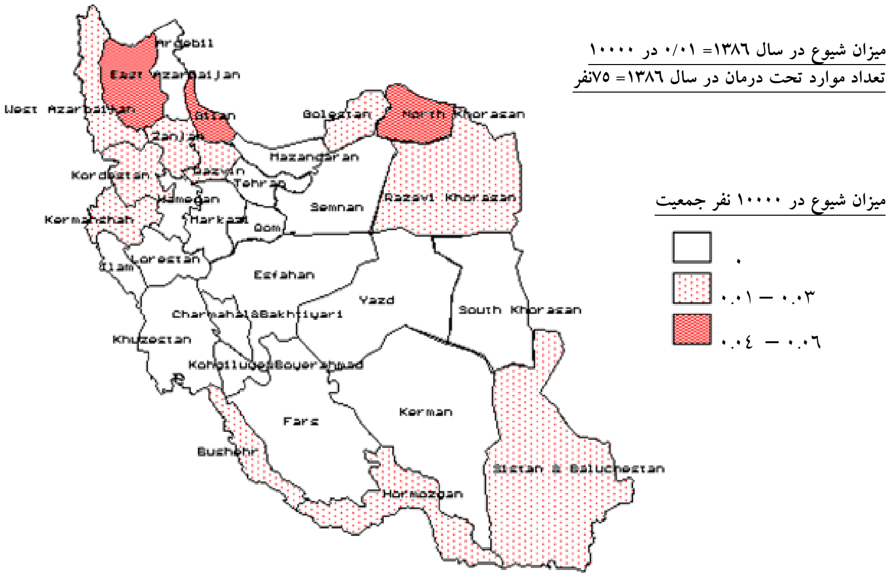
شمار موارد جدید جذام نیز از سال ۱۳٦٤ روندی رو به کاهش داشته است. از ابتدای ثبت موارد جذام تا پایان سال ۱۳۸٦ جمع تزایدی موارد بیماری (اعم از موارد بهبود یافته، فوتی و مجذومین فعلی) به ۱۱۵٦٤ مورد رسیده است که از این تعداد، ۸۹۱۵ مورد بهبود یافته و ۲۱٦٦ مورد فوت کرده‌اند (البته نه به دلیل جذام). در حال حاضر تنها ۸۵ مورد بیمار محسوب شده و تحت درمان چند دارویی (MDT) قرار دارند؛ که از این تعداد ۸۵ مورد تحت درمان، ۳۷ مورد در سال ۱۳۸٦ برای اولین بار کشف و گزارش گردیده‌اند. البته ۳۸۹ مورد از بیماران ثبت شده به دلیل عدم ارائۀ آدرس صحیح و یا

مهاجرت قابل پیگیری نبوده و غایب از درمان محسوب شده‌اند و از این تعداد ۱۱۷ مورد دارای ملیت افغانی بوده‌اند که محل اسکان ثابتی ندارند.

براساس شاخص‌های جهانی برنامه حذف جذام، میزان شیوع کشوری این بیماری در سال ۱۳۸٦، ۰/۰۱ در ده هزار نفر جمعیت محاسبه شده است. میزان کشف موارد نیز، ۰/۰۵ در صد هزار نفر جمعیت بوده است. در سال ۱۳۸٦، ۳۷ مورد جدید بیماری گزارش شده است که از این تعداد ۳۳ مورد ایرانی می‌باشند.

از ۳۳ مورد جدید کشف شده ایرانی در سال ۱۳۸٦:

- ✓ از نظر جنسیت ٤۲٪ از موارد جدید زن و ۵۸٪مرد بوده‌اند.
- ✓ تمام موارد کشف شده به گروه سنی بالای ۱۵ سال تعلق داشته‌اند.
- ✓ ۱۲٪ موارد سابقه تماس نزدیک با بیمار مجذوم را ذکر نموده‌اند.
- ✓ ۲٤٪ موارد از نوع کم باسیل بوده‌اند.
- ✓ ٤۲٪ موارد دارای نقص عضو درجه دو بوده‌اند.



شکل ۱: میزان شیوع بیماران مجذوم ایرانی برحسب استان (۱۳۸٦)

اهم اقدامات انجام شده در زمینه کنترل جذام

- ادغام برنامه حذف جذام در نظام شبکه بهداشتی کشور
- جایگزینی رویکرد «تشخیص و درمان بیماران به صورت سرپایی در مراکز بهداشتی کشور» به جای آسایشگاه‌ها و جذام خانه‌های قدیمی
- استقرار نظام ثبت آماری و تهیه گزارش‌های سالیانه بیماری بر اساس شاخص‌های جهانی
- تدوین دستورالعمل کشوری برای حذف جذام
- ترجمه، چاپ و تکثیر ۱۷ کتاب، جزوه و متن آموزشی سازمان جهانی بهداشت و توزیع آن‌ها در نظام شبکه بهداشتی کشور
- تهیه، چاپ و توزیع ۳ پوستر و ۲ نوع پمفلت آموزشی برای گروه‌های هدف مختلف (از عامه مردم تا همکاران آزمایشگاهی و پزشکان و همچنین بیماران و خانواده‌های آنان)

- تهیه، تکثیر و توزیع مجموعه اسلایدهای آموزشی جذام برای تدریس در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- پیگیری موارد منوتراپی قدیمی جذام و درمان مجدد آنها با روشMDT در سال ۱۳۷۸
- برگزاری برنامه‌های آموزشی در قالب کارگاه و سمینار برای گروه‌های هدف مرتبط در نظام شبکه بهداشتی کشور
- تعیین و صدور ابلاغ برای ٤١ فوکال پوینت بالینی از میان متخصصین پوست جهت برنامهٔ حذف جذام در ٤١ دانشگاه علوم پزشکی کشور (جهت تایید تشخیص نهایی در موارد مشکوک به جذام)
- انجام عملیات بیماریابی فعال (LEC و SAPEL) در استان‌های:

آذربایجان غربی (در دو مرحله در سال‌های ۷۸ و ۸۳)، کردستان، همدان، هرمزگان، فارس (دو شهرستان داراب و نی‌ریز) -شهرستان فسا (دو منطقه روستایی دوگان و نوبندگان) -کرمانشاه - اردبیل - لرستان (شهرستان نورآباد) و تبریز (شهرستان کلیبر)

✓ این فعالیت از سال ۱۳۷۸ آغاز شده و بدنبال آن حدود ۱۳۰ مورد جدید نیز علاوه بر گزارش‌های معمول کشف گردیده و در سایر استان‌های اندمیک کشور نیز در حال انجام است.

دستاوردهای برنامه کنترل جذام در سی ساله اخیر

- دستیابی به مرحله حذف جذام در سطح کشور در سال ۱۳۸۲ (که سال دستیابی به آن از سوی سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۰۰ تعیین شده بود)
- دستیابی به مرحله حذف جذام در سطوح استانی و شهرستانی به ترتیب در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷٦

پیش بینی روند ها برای افق ۱۴۰۴

- حفظ مرحله حذف جذام در سطح شهرستانی
- کاهش ۵۰ درصدی میزان معلولیت درجه دو ناشی از جذام در یکصدهزار نفر جمعیت

موضوعات اصلی و چالش ها

افت مهارت پزشکان و پرسنل بهداشتی درمانی در تشخیص جذام به دلیل عدم برخورد با بیمار در طول تحصیل و تجربه کاری (پدیده‌ای که کشورهایی که به مرحله حذف جذام دست یافته‌اند، با آن دست به گریبانند)

منابع

۱. راهنمای کشوری مبارزه با سل.

۲. راهنمای کشوری حذف جذام.

۳. سند توسعه هزاره سوم سازمان ملل.

٤. گزارشات سالانه و نظام ثبت و آنالیز داده های بیماران مبتلا به سل و جذام مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

5. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing,: WHO report 2007 WHO/HTM/TB/2007.376.

بیماری نقص سیستم ایمنی اکتسابی (AIDS)

مقدمه

جمهوری اسلامی ایران امروزه با مرحله حساسی از همه‌گیری اچ‌آی‌وی مواجه است، زیرا طی دهۀ گذشته شیوع روز افزون اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، کشور را از مرحله شیوع اندک به مرحله متمرکز رسانده و نگرانی‌های جدی در خصوص افزایش شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و همچنین در سایر گروه‌های جمعیتی دارای رفتارهای پرخطر ایجاد کرده است. گر چه، با جلب حمایت سیاست‌گذاران و اتخاذ تصمیمات کلیدی در امر کاهش آسیب، فعالیت‌های بسیار مفیدی در زمینه ارایه و گسترش خدمات اچ‌آی‌وی و ایدز در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و زندانیان صورت گرفته است. همچنین در جمهوری اسلامی ایران زمینه‌های قوی مذهبی وجود دارد و آحاد مردم برای خانواده ارزش بسیاری قائل هستند که در پیشگیری از گسترش همه‌گیری بسیار ارزشمند می‌باشد. بر اساس سیستم ثبت موارد شناخته شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اولین مورد ابتلا به اچ‌آی‌وی در ایران در سال ۱۳۶۵ گزارش شد. از آن پس تا سال ۱۳۷٤ در گزارش‌های سالیانه، موارد شناخته شده افزایشی اندک و تدریجی داشته است. در سال ۱۳۷٤ با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته شده یکباره افزایش چشمگیری یافت و این سیر صعودی تا سال ۱۳۸۳ ادامه یافت. درطی آن سال، کل موارد شناخته شده به حداکثر رسید؛ سپس طی دو سال بعدی، تعداد کل این موارد روندی رو به کاهش داشت.

اولین مورد انتقال اچ‌آی‌وی از راه مصرف تزریقی مواد در سال ۱۳۷۱ شناسایی شد و تا سال ۱۳۷٤، هر ساله تنها حدود ۵ مورد جدید انتقال اچ‌آی‌وی از این راه شناسایی گردید. ولی با وقوع همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، انتقال از این راه طی سال ۱۳۷٤ افزایش یافت و برای اولین بار به‌عنوان شایع‌ترین راه انتقال مطرح گردید و پس از آن تعداد موارد ثبت شدۀ انتقال از راه تزریق تاکنون بطور مداوم افزایش یافته و در سال‌های بعد نیز به‌عنوان شایع‌ترین راه انتقال باقی مانده است.

جمهوری اسلامی ایران، همگام با ۱۸۸ کشور عضو سازمان ملل متحد در خرداد ماه ۱۳۸۰ (ژوئن ۲۰۰۱)، به پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز متعهد شد. این کشورها در نشست سال ۱۳۸۵ خود نیز با تأکید بر تعهد قبلی خود، بر دامنۀ این تعهد افزودند. طبق آخرین آمار منتشره تا تاریخ ۸۷/۱۰/۱، مجموعاً ۱۸۸۸۱ نفر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در کشور شناسایی شده‌اند که از این تعداد ٦۹/۳٪ از موارد ابتلا به علت مصرف تزریقی مواد، ۸٪ به علت رابطه جنسی، ۰/٦٪ از راه مادر به کودک و راه انتقال در

۲۰/۸٪ از مبتلایان نامشخص بوده است، در سال جاری هیچ مورد جدید ابتلا از راه خون و فرآورده‌های خونی گزارش نشده است. طی همین گزارش از کل موارد شناسایی شده، ۱۷۳۰ نفر در مرحله ایدز به سر می‌برند و ۲۹٤۵ نفر نیز فوت کرده‌اند. تا این تاریخ، ۳۹/٦٪ از کل مبتلایان در گروه سنی ۳٤-۲۵ قرار دارند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص داده‌اند.

سیاست‌گذاری و برنامه ریزی

در جمهوری اسلامی ایران، مقامات عالی رتبهٔ کشور، اهتمام ویژه‌ای در حمایت از برنامه‌های پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز دارند. حضرت آیت ا... خامنه‌ای، رهبر جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷٦ در پاسخ به نامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صراحتاً خواستار مبارزه با ایدز شدند و قوه قضائیه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را به اجرای پیشنهادهای ارایه شده مکلف نمودند. ایشان در سال ۱۳۸٦ نیز بر پیشگیری و کنترل ایدز تأکید کردند.

آیت ا... شاهرودی، رییس وقت قوه قضائیه، در بخشنامه‌ای که مورد توجه جامعه بین‌الملل قرار گرفت، قضات را به همکاری در اجرای برنامه‌های کاهش آسیب (Harm Reduction) مکلف کرد.

رؤسای جمهوری اسلامی ایران، بارها در حمایت از برنامه‌های ایدز صحبت کرده‌اند و خواستار تدوین برنامه‌های جامع در این زمینه شده‌اند. نمایندگان مجلس شورای اسلامی نیز آمادگی خود را برای تصویب قوانین مربوط اعلام کرده‌اند. در قانون برنامهٔ چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، به پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز توجه ویژه شده است. نمایندگان مجلس در برنامه‌های اچ‌آی‌وی و ایدز حضور دارند.

معاون رییس جمهوری، نمایندهٔ رییس قوهٔ قضائیه و چند تن از وزرا با عضویت در شورای عالی سلامت، سیاست‌گذاری مسایل مربوط را به عهده دارند. بالاترین رؤسای سازمان‌های مرتبط و بخشی از سایر مسوولان به‌عنوان عضو کارگروه کشوری پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جلسات حضور می‌یابند و هدایت برنامه‌های اچ‌آی‌وی و ایدز را به عهده دارند. با هدایت و نظارت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان ده‌ها برنامه، آیین‌نامه و دستورالعمل اجرایی تدوین شده است. در حال حاضر نیز با توجه به جلب حمایت سیاست‌گذاران (Advocacy)، حمایت سیاسی از برنامه‌های اچ‌آی‌وی و ایدز مطلوب است.

ساختار سازمانی و شرکا

در حال حاضر کارگروه کشوری ایدز با ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بالاترین مقام سازمانهای مرتبط تشکیل می‌شود. کمیته‌های فنّی نیز شامل پنج کمیتهٔ: «آموزش و اطلاع‌رسانی»، «مراقبت و درمان»، «کاهش آسیب»، «پایش و ارزشیابی» و «حمایت اجتماعی» در این ساختار پیش‌بینی شده‌اند. شورای عالی سلامت نیز که شامل معاون رییس جمهور، نمایندهٔ رییس قوهٔ قضائیه و برخی از وزرا است، جهت‌گیری کلی را مشخص می‌کند. در سطح استانی نیز کمیته‌های استانی به ریاست استانداران و دبیری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی تشکیل می‌شوند.

در سطح هر سازمان و وزارتخانه‌ای، متناسب با وظایف محوله، ساختار خاصی ایجاد شده است. در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ادارهٔ کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی، هدایت جریان را به عهده دارد. در سازمان زندان‌های کشور، معاونت سلامت ایجاد شد و ادارهٔ کل بهداشت و درمان تحت نظارت این معاونت، امور کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در زندان‌ها را به عهده دارد. در دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز، واحدی در گروه مبارزه با بیماری‌ها، امور مربوط به اچ‌آی‌وی و ایدز را پیگیری می‌کند. مراکز مشاورهٔ بیماری‌های رفتاری، واحدهای محیطی این ادارات محسوب می‌شوند.

در وزارت آموزش و پرورش، «دفتر سلامت و تندرستی» متولی انجام برنامه در مدارس است. ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز به واسطهٔ تلاش برای هماهنگی دستگاه‌های مختلف، جذب و توزیع بودجه بین سازمان‌های مرتبط، جلب حمایت از سیاست‌گذاران و بهبود قوانین مرتبط با مصرف‌کنندگان نقش قابل توجهی به ویژه در زمینهٔ برنامه‌های کاهش آسیب دارد. در جمعیت هلال احمر و سازمان بهزیستی نیز ساختار مناسب تدوین شده است و برای سایر سازمان‌ها نیز ساختاری مناسب، برحسب شرح وظایف وجود دارد.

برنامهٔ راهبردی کشوری پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز

دوّمین برنامهٔ کشوری پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز نیز با توجه به تجارب حاصله از اجرای برنامهٔ اوّل، با رویکردی کاملاً علمی و اجرایی در سال ۱۳۸۵ تدوین شد که از سال ۱۳۷۶، در حال اجراست. در این برنامهٔ ملی به حوزه‌های آموزش و اطلاع‌رسانی، تأمین سلامت خون، نظام مراقبت اپیدمیولوژیک، احتیاطات همه جانبه برای کارکنان بهداشتی- درمانی، مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT)، کاهش آسیب ناشی از مصرف تزریق مواد، تبلیغ و توزیع وسایل پیشگیری، پیشگیری و درمان

عفونت‌های آمیزشی، سلامت خون، پیشگیری از انتقال مادر به کودک، تغذیه با شیر مادر، مراقبت و حمایت از بیماران و خانواده‌هایشان توجه شده‌است.

این برنامه به منظور انطباق با برنامهٔ چهارم توسعهٔ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، سه ساله (۸۸-۱۳۸٦) تنظیم شده است. دوّمین برنامه، دارای ۱۰ راهبرد، ۷۵ هدف اختصاصی و ٤۹۸ فعالیت اصلی است. از ویژگی‌های دوّمین برنامه نسبت به برنامهٔ نخست می‌توان به مشارکت و هماهنگی بیشتر شرکا، تأکید بیشتر بر جمعیت‌های در معرض خطر، تأکید بیشتر بر دسترسی به خدمات و استفاده از اطلاعات دقیق‌تر نام برد. برنامهٔ راهبردی شامل برنامهٔ اجرایی با اهداف مشخص است که از سوی مدیران کشور و سازمان‌های مرتبط با پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز تایید شده است.

تدوین سیاست‌های ملی ایدز (National Aids Policy)

بر اساس اصول سّوم، بیست و نهم و چهل و سّوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دولت موظف شده است تا برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبت‌های پزشکی را به‌عنوان حقی همگانی برای تک‌تک افراد کشور تأمین کند و هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه را برطرف سازد.

در زمینهٔ پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز، دولت خود را ملزم می‌داند تا تمام اقدامات لازم برای افزایش پوشش مداخلات پیشگیری، درمانی، مراقبتی و حمایتی را به اجرا درآورده و برای رفع موانع دسترسی همگانی از جمله رفع موانع قانونی تلاش کند. در این راستا، دولت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۵ سیاست‌های ملی اچ‌آی‌وی و ایدز را تدوین کرد. این سیاست‌ها در ۱۵ زمینه و ۳۱ بند تدوین شده‌اند.

حقوق افراد، آموزش و اطلاع‌رسانی، جمعیت‌های در معرض خطر و بیشترین خطر، سلامت جنسی و بیماری‌های آمیزشی، خون سالم، زنان و پیشگیری از انتقال از مادر به کودک، زندان‌ها، درمان و مراقبت، محیط کار و مشاغل، سفر و مهاجرت و... از جملهٔ موضوعاتی هستند که در این مجموعه دارای سیاست‌های مشخص‌اند.

آموزش و اطلاع‌رسانی

خدمات پیشگیرانه و آموزش عمومی یکی از سیاست‌ها و راهبردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و در سال ۱۳۸۷ «فرهنگ‌سازی سلامت» یکی از اولویت‌های وزارت متبوع اعلام شده است. در برنامهٔ کشوری پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز، بر آموزش و اطلاع‌رسانی

به‌عنوان نخستین راهبرد برنامه تأکید خاص شده است. به منظور اجرای هر چه بهتر این راهبرد، تاکنون فعالیت‌های وسیعی صورت گرفته است.

کمیتهٔ کشوری آموزش و اطلاع‌رسانی در زمینهٔ اچ‌آی‌وی و ایدز با حضور نمایندگان تمام شرکا و سازمان‌های مرتبط تشکیل شد و برنامه‌های مرتبط در این زمینه را هدایت می‌کند. آیین‌نامهٔ اجرایی کمیتهٔ فنّی و آموزش پیشگیری از اچ‌آی‌وی و ایدز توسط کمیتهٔ شورای اجتماعی کشور نیز تصویب شد. در بحث آموزش و اطلاع‌رسانی همواره نقش مؤثر روحانیون، رهبران مذهبی و آموزه‌های دینی در پیشگیری از ایدز و همچنین آموزش گروه‌های همسان (Peer Education) مورد توجه بوده و از طرفی، با در نظر گرفتن نتایج خوب حاصل از جلب توجه مقامات مسوول در برنامه‌های کاهش آسیب، برای اجرای آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش مسایل جنسی، بر جلب حمایت سیاست-گذاران تأکید شده است.

برای ارتقای آموزش‌های بهداشت باروری و سلامت جنسی مرتبط با اچ‌آی‌وی و ایدز به جوانان، راهبرد مشخصی وجود دارد و آموزش‌هایی یکسان برای دختران و پسران در سطح دبیرستان‌ها و تا حدی در مدارس راهنمایی وجود دارد که رفته‌رفته نیز رو به افزایش است. در سال اوّل دبیرستان ٦ ساعت برنامهٔ درسی اختیاری برای آموزش مهارت‌های زندگی در نظر گرفته شده است. ۱۱/۲٪ دبیرستان‌های کشور، دارای معلم آموزش‌دیده در زمینهٔ اچ‌آی‌وی و ایدز هستند و سالانه برای۹۰٪ دانش آموزان این سطح، آموزش‌های لازم ارایه می‌شود. برای دانشجویان نیز فعالیت‌های خاص پیشگیرانه طراحی شده است و کمیته‌های دانشجویی آموزش اچ‌آی‌وی و ایدز در دانشگاه‌ها تشکیل و رو به گسترش هستند.

برای آموزش و ارتقای سطح اطلاعات و همچنین، سایر مداخلات پیشگیرانه در جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر نیز راهبرد لازم وجود دارد. برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، در کنار اجرای برنامه‌های کاهش آسیب، فعالیت‌هایی از قبیل آموزش، اطلاع‌رسانی و مشاوره انجام می‌شود.

برای زندانیان، سربازان و رانندگان ترانزیت نیز به‌طور منظم آموزش و اطلاع‌رسانی لازم ارایه می‌شود. برای کارگران شرکت‌ها و کارخانه‌ها و کارگاه‌هایی که بیش از ۲۵ نفر جمعیت دارند، کمیته‌های حفاظت فنّی و بهداشت کار پیش‌بینی شده است که برای اعضای این کمیته، آموزش اچ‌آی‌وی و ایدز در محیط ارایه می‌گردد. همه ساله در آستانهٔ روز جهانی ایدز و روز جهانی بهداشت نیز، بسیج اطلاع‌رسانی به ویژه برای جوانان شکل می‌گیرد.

در مجموع سطح برنامه‌های آموزشی و پیشگیری، از بهبود نسبی برخوردار هستند. حاصل فعالیت‌های انجام شده در خصوص آموزش جوانان، رشد چشمگیر میزان سطح آگاهی جوانان در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز بوده است، به گونه‌ای که براساس پاره‌ای مطالعات صورت‌گرفته، میزان سطح آگاهی جوانان در برخی از سوالات مطرح شده به ۹۶٪ نیز رسیده است. امّا نتایج این مطالعات محدود و مقطعی، مانع از افزایش فعالیت‌های آموزش و اطلاع‌رسانی نشده و با توجه به اینکه میزان آگاهی در جمعیت در معرض بیشترین خطر، کمتر از حد مطلوب است، این فعالیت به ویژه برای جوانان روز به روز در حال گسترش است.

تهیه و پخش ده‌ها تیزر و زیرنویس تلویزیونی، مشارکت وسیع در اجرای برنامه‌های اطلاع‌رسانی روز جهانی ایدز و بسیج اطلاع‌رسانی در این زمینه از جملهٔ سایر فعالیت‌های رسانه‌ای در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز است.

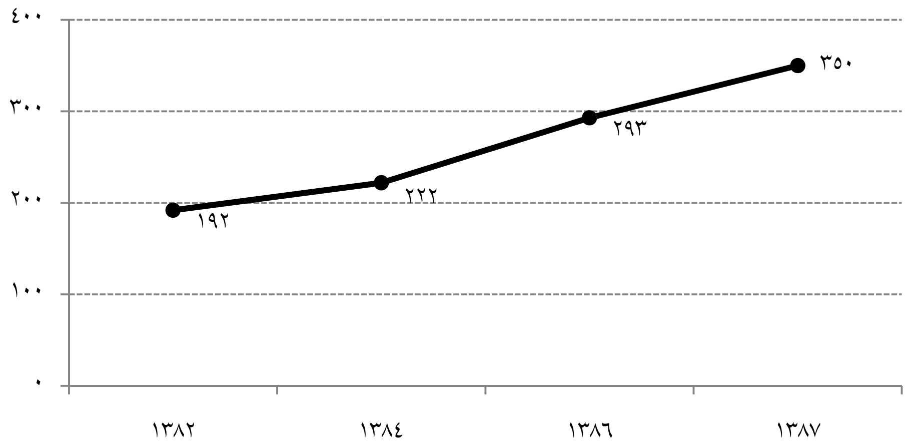
کاهش آسیب

کاهش آسیب (Harm Reduction) یک حرکت جهانی است که در پاسخ به بحران فزایندهٔ ایدز در دهه هشتاد ایجاد شد و هدف آن کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر است. بر اساس رویکرد کاهش آسیب، می‌توان از عوارض نامطلوب یک عمل مضر کاست؛ بدون آنکه ضرورتاً با کاهش آن عمل همراه باشد. به عبارت دیگر، به نوعی بیانگر دفع افسد بر فاسد است.

با توجه به میزان بالای شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد (۱۳/۳٪)، به برنامه‌های کاهش آسیب که یکی از راهبردهای مهّم برنامهٔ کشوری پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز است، توجه خاص شده است.

به منظور دست‌یابی به اهداف راهبرد کاهش آسیب و ساماندهی معتادان خیابانی با صعوبت دسترسی، کمیتهٔ کشوری کاهش آسیب تشکیل شد که این کمیته ایجاد تیم‌های سیّار کمک‌رسان (Outreach)، ایجاد مراکز گذری (DIC)، مراکز مشاورهٔ بیماری‌های رفتاری (VCT) و تقویت و تجهیز مراکز بهداشتی– درمانی شهری و مراکز بهزیستی نزدیک به محله‌های پر خطر را هدایت کرده‌است.

ایجاد مراکز درمان نگهدارنده با متادون (MMT)، تشکیل گروه‌های آموزش همسان (Peer Group Education)، تربیت مربیان آموزشی (Train of Trainers) و راه‌اندازی خطوط مشاورهٔ تلفنی (Hot Line) از جملهٔ سایر فعالیت‌های صورت گرفته در این زمینه هستند.



نمودار ۵: تعداد مراکز و پایگاه‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری در کشور ۱۳۸۷ - ۱۳۸۲

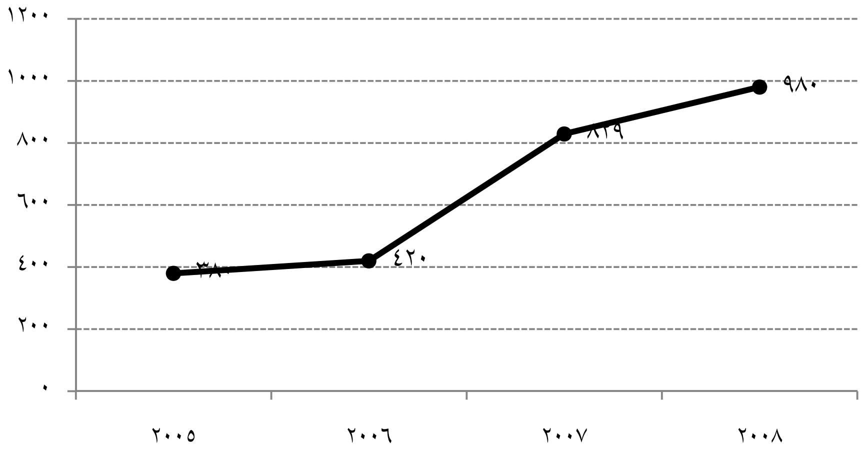
درمان و مراقبت اچ‌آی‌وی و ایدز

دستورالعمل کشوری مراقبت بالینی مبتلایان بالینی اچ‌آی‌وی و ایدز کشور، که بر اساس الگوریتم‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO) تدوین شده است، در سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ مجدداً بازبینی شد. مراقبت و درمان بیماران اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران صرفاً به عهدهٔ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای محیطی آن یعنی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی سراسر کشور است.

درمان بستری و درمان سرپایی افراد مبتلا رایگان است و برای آزمایش‌ها نیز هزینه‌ای دریافت نمی‌شود. تعداد بیماران تحت پوشش درمان ضد رتروویروسی در سال‌های ۸۳، ۸۵ و ۸۶ به ترتیب۳۸۰، ۵۲۲ و ۸۲۹ نفر بوده است. تهیه و توزیع داروهای ضد رتروویروسی در قالب نظام بهداشتی درمانی کشور در سال ۱۳۷۶ آغاز شد.

داروهای ضد رتروویروسی به صورت رایگان از طریق مراکز مشاورهٔ بیماری‌های رفتاری تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سراسر کشور توزیع می‌شود.

اعتبار مورد نیاز برای خرید اقلام دارویی از طریق دولت تأمین می‌شود و داروها بدون هیچ‌گونه محدودیت در تعداد بیماران و به دور از هرگونه اولویت‌بندی سنی و طبقهٔ اجتماعی توزیع می‌شوند. هم‌اکنون، هزینهٔ ماهیانهٔ درمان ضد رتروویروسی برای هر فرد مبتلا به‌طور متوسط بیش از ۵۰۰ دلار است.



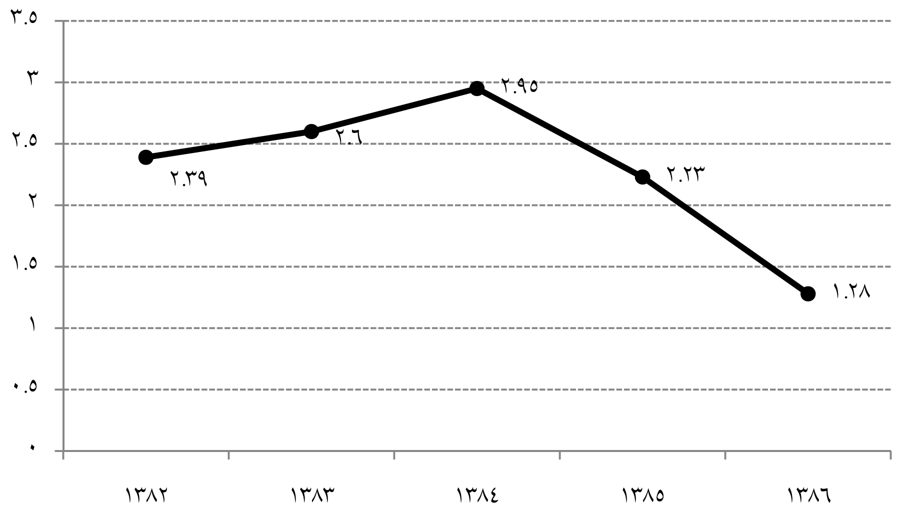
نمودار ٦: تعداد بیماران شناسایی شده تحت پوشش درمان ضد رتروویروسی ۲۰۰۸ - ۲۰۰۵

پژوهش و تحقیقات

«تقویت پژوهش‌های کاربردی»، یکی از راهبردهای برنامهٔ کشوری پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز است که همواره مورد توجه بوده. تاکنون به منظور ارتقای فعالیت‌های انجام‌شده در زمینهٔ آموزش و اطلاع‌رسانی، تأمین سلامت خون، نظام پیشگیری از انتقال ویروس در سیستم بهداشتی- درمانی، مشاوره و آزمایش داوطلبانه، کاهش آسیب، مراقبت و درمان بیماری‌های مقاربتی، مراقبت و درمان افراد مبتلا، موضوعات مربوط به حمایت و بررسی‌های اپیدمیولوژیک ده‌ها «پژوهش کاربردی» در کشور انجام شده است. همچنین، چند پژوهش کاربردی نیز برای پایش و ارزشیابی برنامهٔ کشوری صورت گرفته است. در سال ۱۳۸٦ نیز دو مطالعه با هدف سنجش اثرات اقتصادی اچ‌آی‌وی و ایدز در کشور انجام شد که رو به پایان است.

در راستای گسترش فعالیت‌های تحقیقاتی، در سال ۱۳۸۳ مرکز تحقیقات ایدز در بیمارستان امام خمینی(ره) تهران شروع به کار کرد. در این مرکز که تحت نظر پژوهشگران و اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران اداره می‌شود، در زمینه‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی و ایدز تحقیق و پژوهش صورت می‌گیرد. طرح تحقیقاتی تولید داروی IMOD، یکی از موفقیت‌های حاصله در این زمینه است که با مشارکت مرکز تحقیقات ایدز صورت گرفت. داروی IMOD در مرحلهٔ چهارم کارآزمایی بالینی قرار دارد.

همچنین در راستای حمایت از فعالیت‌های پژوهشی مرتبط با اچ‌آی‌وی و ایدز، در تدوین برنامهٔ آموزش و اطلاع‌رسانی برای دانشجویان، بر اختصاص بخشی از پایان‌نامه‌های دانشجویی و اولویت دادن به پایان‌نامه‌های دانشجویی مرتبط با اچ‌آی‌وی و ایدز و برگزاری همایش‌های علمی در این زمینه از سوی کمیته‌های تحقیقات دانشجویی دانشگاه‌ها، تأکید شده است.



نمودار ۷: روند شیوع* موارد HIV در بین زندانیان کشور بر اساس اطلاعات پایگاه‌های دیده‌ور ۱۳۸۶ – ۱۳۸۲

***(تعداد موارد HIV مثبت شناخته شده / تعداد کل موارد آزمایش شده)**

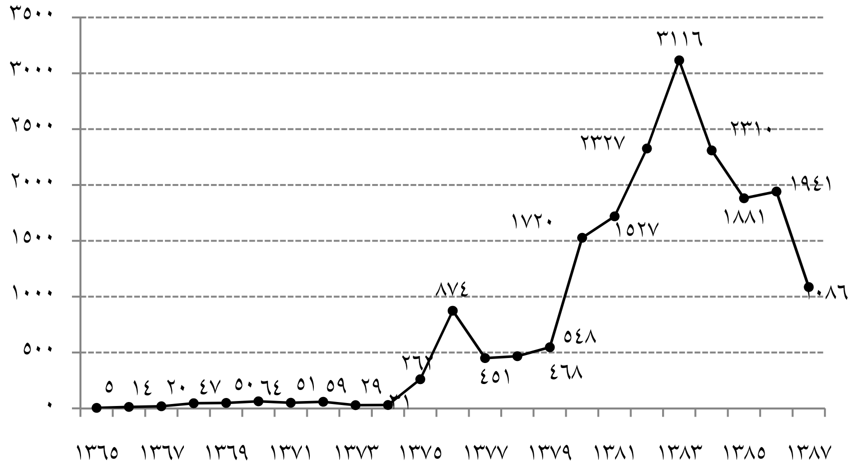
نتیجه‌گیری

شواهد متعددی در دنیا و نیز آسیا وجود دارد که حاکی از رشد سریع و فزاینده شیوع HIV در مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی می‌باشد بطوری که بسیاری از تجربیات، حاکی از افزایش بیش از ۴۰ درصدی شیوع HIV در مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی در کمتر از ۳ سال است.

در دیده‌وری بیولوژیک رفتاری که در سال ۱۳۸٦ در کشور انجام گردید، شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در کل کشور ۱۳/۳٪ و در شهر تهران ۱۲/۳٪ بوده است. در آخرین مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۸۱ در شهر تهران انجام شد، شیوع بیماری در معتادان تزریقی بین ۵ تا ۲۳٪ گزارش گردیده است.

لذا به جرأت می‌توان نتیجه‌گیری نمود با گسترش نسبی فعالیت‌های کاهش آسیب در زندان‌ها و در جامعه در اواسط دهه شمسی جاری، از سرعت رشد پرشتاب آن کاسته شد و به تعداد بسیار بالای مشاهده شده در برخی از مناطق دنیا که فاقد هر گونه برنامه کاهش آسیب هستند، نرسید.

در انتهای شهریور ۱۳۸٦، مجموعاً حدود ۵۷.۰۰۰ نفر از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد تحت درمان نگهدارنده متادون بوده‌اند. طبق گزارش قبلی در سال ۱۳۸۳، این عدد ٤۳۰۰ نفر بوده و بدین ترتیب پوشش خدمات درمان نگهدارنده با متادون در مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی، رشدی بیش از ۱۳ برابر را تجربه کرده است، که بی‌شک این مساله نیز می‌تواند از توفیقات برنامه‌های کاهش آسیب در جامعه و در زندان‌ها در جمهوری اسلامی ایران باشد. شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان نیز الگویی شبیه به آنچه در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ذکر شد، تجربه کرده‌است.



نمودار ۸: روند موارد جدید گزارش شده مبتلایان به HIV و ایدز تا تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۱ (۱۳۸۷ – ۱۳٦۵)

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

هدف کلی:

توقف گسترش عفونت اچ آی وی و ایدز و معکوس نمودن روند رشد آن

اهداف اختصاصی:

- آگاهی عموم مردم جامعه در خصوص بیماری و راه‌های انتقال آن مطابق استانداردهای موجود به میزان بیش از ۸۰٪ تا پایان سال ۱٤۰٤
- تقلیل ضریب احتمال آلودگی خون های مصرفی در کشور به میزان ۰٪ تا پایان سال ۱٤۰٤
- افزایش رعایت احتیاطات استاندارد در مواجهات شغلی به میزان بیش از ۸۰٪ پایان سال ۱٤۰٤
- افزایش درصد شناسایی زنان باردار مبتلا به میزان بیش از ۸۰٪ تا پایان سال ۱٤۰٤
- افزایش درصد شناسایی مبتلایان به HIV به میزان بیش از ۷۰٪ تا پایان سال ۱٤۰٤
- افزایش درصد استفاده از روش‌های کاهش آسیب در بین معتادین تزریقی به میزان بیش از ۹۰٪ تا پایان سال ۱٤۰٤
- افزایش دسترسی بیماران آمیزشی به خدمات مشاوره، مراقبت و درمان استاندارد به میزان بیش از ۹۰٪ تا پایان سال ۱٤۰٤
- افزایش دسترسی مبتلایانHIV شناسایی شده به خدمات استاندارد مشاوره، مراقبت و درمان به میزان بیش از ۹۰٪ تا پایان سال ۱٤۰٤
- کاهش ضریب انتقال مادر به کودک به میزان بیش از ۷۰٪ تا پایان سال ۱٤۰٤

چالش‌های پیش‌رو

- وجود محدودیت‌های اعتباری برای اجرای کامل برنامهٔ کشوری
- فقدان برنامهٔ اعتباری مستقل در قانون بودجهٔ کشور برای پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز
- ناکافی بودن چارت تشکیلاتی برنامه کنترل گسترش ایدز در سطوح ستادی و محیطی
- متناسب نبودن نیروی انسانی آموزش‌دیدهٔ کافی
- تابو بودن رفتارهای پرخطر مرتبط با بیماری ایدز در جامعه
- سخت در دسترس بودن گروه‌های در معرض بیشترین خطر ایدز که منجر به محدودیت مداخلات شده است.

- شناخت ناکافی از میزان آگاهی و رفتارهای پرخطر جوانان و نوجوانان و مشخص نبودن کاستی‌های موجود در آگاهی‌ها و رفتارهای این گروه
- محدودیت‌های اجتماعی- فرهنگی موجود در ارایهٔ آموزش‌های پیشگیری
- انگ و تبعیض اجتماعی نسبت به گروه‌های خاص نظیر؛ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی

دستاوردها و افتخارات

- معرفی جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان اولین کشور منطقه که تمامی خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز در آن رایگان است.
- انتخاب جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان عضو هیأت هماهنگ‌کننده دفتر مقابله با ایدز سازمان ملل متحد از سال ۲۰۰۸ به مدت ۳ سال
- تقدیر و تشویق آقای پیتر پیوت رییس دفتر برنامهٔ مشترک سازمان ملل در زمینهٔ ایدز (UNAIDS)، از برنامه‌های پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در ایران
- تقدیر و تشویق سازمان جهانی بهداشت از تجربهٔ موفق راه‌اندازی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در کشور
- معرفی جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان پایه‌گذار راهبرد همکاری مشترک با زندان‌ها و اجرای موفق برنامه‌ها در زندان‌ها از سوی سازمان جهانی بهداشت
- معرفی نظام مراقبت کشور و تحقیقات کاربردی در مورد همه‌گیری ایدز به‌عنوان بهترین فعالیت در بین کشورهای منطقه
- دریافت جایزهٔ ویژهٔ (Japanese Aids Research Society) توسط محققین ایرانی برای انجام مطالعات طرح‌های پژوهشی هادی
- معرفی جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان بهترین الگو در منطقهٔ آفریقای شمالی و مدیترانهٔ شرقی در زمینهٔ برنامه‌های پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز از طرف دفتر منطقه‌ای سازمان ملل متحد.

منابع

۱. مرکز مدیریت بیماری‌ها، جدول موارد شناخته شده اچ‌آی‌وی در هر سال بر حسب جنس و راه انتقال، ١٣٨٤.

۲. مرکز مدیریت بیماری‌ها، آمار اچ‌آی‌وی و ایدز در ایران، سه ماهه سوم سال، ۱۳۸۷.

۳. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، ١٣٨٤.

٤. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، ١٣٨٦.

۵. برنامه ملی راهبردک کنترل اچ‌آی‌وی وایدز در جمهوری اسلامی ایران، ٨٨-١٣٨٦.

٦. فرشاد فرزاد فر- جلال حسینی – محمد مهدی گویا و همکاران، بر آورد هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۵ (در دست انجام).

۷. سامان زمانی و همکاران. مطالعه مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان معتادین تزریقی، ١٣٨٦.

8. Sarkar SK, Sarkar K, Ponda S, Naik TN, Singh BC, Tripathy SP, Pal SC.Tnt Conf AIDS,1992 jul 19-24;8:Th76(abstract no.Thc 1554).NICED,Calcutta,India.

9. Burrows D, and Wodak A. Harm reduction in Iran: Issues for national scale up. Report for World Health Organization September 2005

10. Zheng X,Tian C,Zhang J,Hall T,Mandel J,Hearst N.Int Conf AIDS.1993 jun 613;9:67 (abstract no.PO-C08-2766).Center for AIDS Surveillance,Chinese Academy of Prev.Med.,Beijing.

11. CDC.MMWR.Weekly.July 18,2003 / 52(28);657-660.

12. Jeffry H.Burack ,and BPhil David B,University of California San Francisco-.Epidemiology and HIV Transmission in Injection Drug Users. HIV InSite Knowledge Base Chapter May 1998.

مالاریا

مقدمه

سالانه ۵۰۰- ۳۰۰ میلیون نفر به مالاریا مبتلا شده که ۲ تا ۳ میلیون نفر از آنان که عمدتاً کودکان و زنان باردار هستند، جان خود را از دست می‌دهند. اهمیت مبارزه با مالاریا باعث شده تا کاهش پنجاه درصدی موارد بیماری تا سال ۲۰۱۵ به عنوان یکی از اهداف مهم توسعه هزاره (هدف شماره ٦) توسط سازمان ملل اعلام گردد.

مالاریا از قدیم به‌عنوان یکی از مسایل بهداشتی مهم کشور تلقی شده و هیچ بیماری دیگری به این اندازه موجب زیان‌های مالی و جانی جبران‌ناپذیر در کشور نشده است. علیرغم پنج دهه تلاش برای کنترل مالاریا، متاسفانه کماکان گزارش حدود ۱۷۰۰۰ مورد بیماری در سال عمدتا مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و بخش کمتر توسعه یافته (شهرستان‌های جنوب) کرمان هستند را شاهد هستیم. استان سیستان و بلوچستان، با ۸٦۵۷ مورد مالاریا (۵۳٪کل کشور)، همچنان به لحاظ بروز مالاریا رتبه نخست در کشور را دارا است.

استان‌های تهران، فارس، اصفهان و قم بیشترین موارد مالاریای واردهٔ کشور را به خود اختصاص می‌دهند و در صورت فراهم شدن شرایط مناسب محیطی انتقال مالاریا، می‌تواند حتی در مناطق عاری از مالاریای استان‌های مذکور و نیز سایر مناطق با پتانسیل انتقال همچون استان‌های خوزستان و بوشهر مشکل آفرین گردد.

برنامه راهبردی منطقه‌ای کنترل مالاریا مبتنی بر اهداف شماره ۲ و ٦ توسعه هزاره و مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل (مصوبه شماره ۵۹/۲۵٦) و قطعنامه ۲ /۵۸ WHA سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰٦، در راستای رویکرد جهانی کنترل مالاریا و متناسب با شرایط کشورهای منطقه توسط دفتر منطقه‌ای (WHO/EMRO) تهیه شده است. در برنامه مزبور، پیشگیری از استقرار مجدد آلودگی در مناطق عاری از مالاریا و حذف بیماری در آن دسته از کشورها که کانون‌های بسیار محدود انتقال مالاریا دارند، توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است.

در این راستا، حذف بیماری و جلوگیری از بازگشت آن در جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان کشوری که دارای بار کم بیماری مالاریا و انتقال محدود بیماری است، مورد تاکید قرار گرفته.

در چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران، کسب رتبه نخست اقتصادی در منطقه هدف‌گیری شده است. در صورت محقق نشدن حذف مالاریا، علاوه بر تبعات بار بیماری، هم کشور به ظرفیت

بهره‌برداری از توسعه اقتصادی نمی‌رسد و هم به‌عنوان منطقه واجد خطر مالاریا، با محدودیت تبادلات توریستی، علمی، فرهنگی و تجاری مواجه خواهد شد. از این رو برای تحقق چشم‌انداز بیست ساله ضروری است که هدف حذف مالاریا در کشور محقق شده و پاک بودن کشور از مالاریا از طریق نهادهای بین‌المللی (سازمان جهانی بهداشت) بطور رسمی اعلام گردد.

تعاریف واژگان

ریشه‌کنی: حذف کامل عامل بیماری از روی کرهٔ زمین

کنترل: کاهش بار بیماری در حدی که مشکل بهداشتی تلقی نشود.

حذف: قطع زنجیره انتقال بیماری؛ در مورد بیماری مالاریا توقف انتقال محلی آن را حذف گویند.

اتوکتنئوس: موارد اتوکتنئوس به مجموع انتقال بیماری به صورت محلی و انتقال از «وارده» و عود می‌گویند.

شاخص ها

میزان بروز (Annual Parasite Index): تعداد موارد بیماری در هزار نفر جمعیت را گویند.

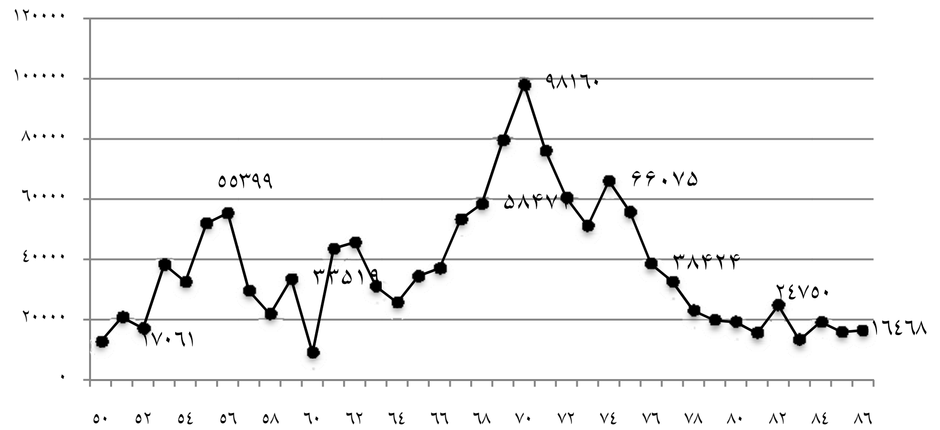
درصد اسپروزویت (Slide Positive Rate): درصد موارد مثبت بیماری به تعداد لام تهیه شده از موارد مشکوک به بیماری

ABER (Annual Blood Examination Rate): درصد لام تهیه شده به تعداد جمعیت

روند سی ساله

وضعیت بیماری در کشور

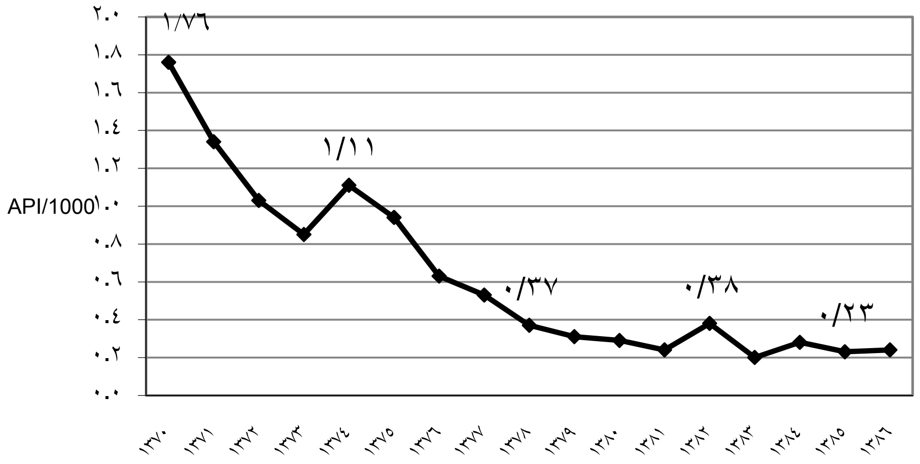
مالاریا یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی کشورهای گرمسیر محسوب می‌شود. سالانه در جهان ۵۰۰–۳۰۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا شده که ۲ تا ۳ میلیون نفر از آنان که عمدتاً کودکان و زنان باردار هستند، جان خود را از دست می‌دهند، به همین دلیل مبارزه با مالاریا به‌عنوان یکی از اولویت‌های بهداشتی جهان همواره مطرح بوده و در اهداف هزاره (توسط سازمان ملل و برای تمامی کشورهای جهان) بر کاهش ۵۰ درصدی موارد بیماری تا سال ۲۰۱۵ تاکید شده است.
در ایران نیز مالاریا مهمترین بیماری انگلی است که سابقه شیوع بسیار طولانی دارد. خوشبختانه به دنبال بیش از نیم قرن مبارزه و اجرای برنامه‌های کنترلی، تعداد موارد بیماری از حدود ۵ میلیون مورد در سال (۳۰٪ جمعیت) در ۵۰ سال گذشته به کمتر از ۲۰ هزار مورد کاهش یافته و انتقال بیماری در مناطق وسیعی از کشور قطع و محدود به برخی مناطق به خصوص جنوب و جنوب شرق کشور شده است.



نمودار ۹: تعداد موارد مثبت مالاریا از سال ۱۳۵۰–۱۳۸۶در جمهوری اسلامی ایران

بررسی روند بیماری در سالیان اخیر نشان می‌دهد که در دو دهه گذشته، میزان بروز بیماری سیر نزولی قابل توجهی داشته، به طوری که در سال ۷۰، بروز بیماری در کشور ۱/۷۶ در هزار بوده و این میزان

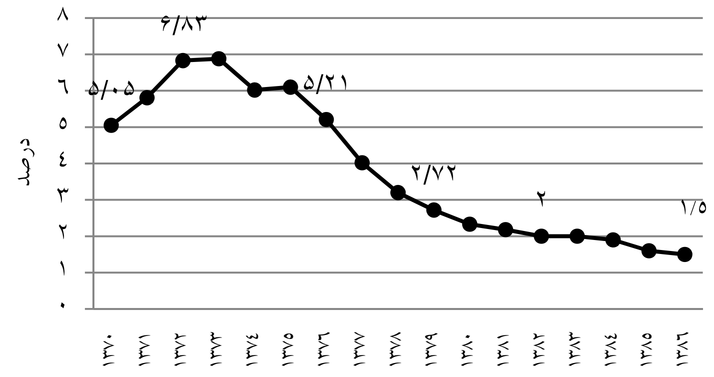
با کاهش ۸ برابری در حال حاضر به ۰/۲ در هر هزار نفر جمعیت رسیده است (در حال حاضر بیش از مقدار تعیین شده در اهداف هزاره محقق شده است).



نمودار ۱۰: روند میزان بروز مالاریا در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۶ -۱۳۷۰

ABER

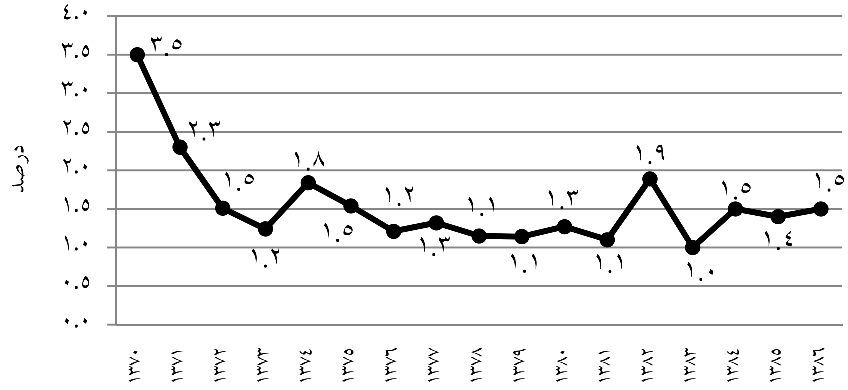
بررسی روند ABER بیماری در سالیان اخیر نشان می‌دهد که در دو دهۀ گذشته، سیر نزولی قابل توجهی داشته به طوریکه در سال ۷۲، شاخص ABER بیماری در کشور ۶/۸۳ درصد بوده و این درصد با کاهش ٤ برابری در حال حاضر به ۱/۵ در هر صد نفر جمعیت رسیده است. که این نشانه تهیه لام هدف دار و با کیفیت می‌باشد.



نمودار ۱۱: روند درصد ABER مالاریا در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۶ - ۱۳۷۰

SPR

بررسی روند SPR بیماری در سالیان اخیر نشان می‌دهد که در دو دهه گذشته، سیر نزولی قابل توجهی داشته، به طوریکه در سال ۷۰، شاخص SPR بیماری در کشور ۳/۵٪ بوده است و این درصد با کاهش ۲ برابری در حال حاضر به ۱/۵ در هر صد نفر جمعیت رسیده است.



نمودار ۱۲: روند درصد SPR مالاریا در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۶ - ۱۳۷۰

پیش بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

هدف نهایی:

حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴ می‌باشد.

اهداف بلند مدت:

- حذف انتقال محلی فالسیپارم در کشور تا پایان سال ۱۳۹۳
- تا پایان سال ۱۳۹۳ شمسی در هیچ شهرستانی از کشور بروز سالانه مالاریای اتوکتنوس ویواکس بیش از ۵ مورد در هزار نفر جمعیت گزارش نشود.
- تا پایان سال ۱۳۹۸ شمسی، در هیچ شهرستانی از کشور بروز سالانه مالاریای اتوکتنوس ویواکس بیش از یک مورد در ده هزار نفر جمعیت گزارش نشود.
- تا پایان سال ١٤٠٠ شمسی انتقال محلی مالاریا در کشور قطع شود.
- داشتن پیش شرط‌های مورد نظر سازمان جهانی بهداشت جهت شروع فرایند اخذ گواهی حذف تا پایان سال ١٤٠٣

جدول ۷: چشم‌انداز افق ١٤٠٤

مناطق کشور بر اساس نوع عملیات کنترلی که تحت آن قرار می‌گیرند		وضعیت موجود کشور		Number of districts in each strata by the end of the year		
		تعداد شهرستان	جمعیت	1393	1398	1404
Intensified control		٥	٤٤٦١١٣	٠	٠	٠
Pre-elimination		٨	٨٥١١٣٩	٨	٠	٠
Elimination		٦١	٣٢٢١٢٢٠	٦	٨	٠
Preventing re-introduction	پر خطر	٥٦	٧١١٧٦٨٦	٧٠	٧٦	٨٤
	کم خطر	٢٧١	٦١٢٤٥٣٧٢	٢٧١	٢٧١	٢٧١
جمع کل		٣٥٥	٧٢٨٨١٥٣٠	٣٥٥	٣٥٥	٣٥٥

چالش‌های پیش‌رو

- فصل طولانی انتقال مالاریا (۹-۷ ماه)، در تعدادی از نواحی انتقال در طول مدت سال امکان‌پذیر است.
- حجم بالای تبادل جمعیتی مرزی ایران، پاکستان و افغانستان که تبادل جمعیتی بالا در مرز پاکستان، بر تداوم انتقال بیماری در ایران تاثیر بیشتری دارد.
- حضور ناقلین اصلی بخصوص آنوفل استفنسی، آنوفل کولیسیفاسیس و آنوفل سوپرپیکتوس
- حجم بالای جمعیت سیاری (حدود ۲۵٪ کل جمعیت)
- درصد بالای مالاریای ویواکس در مقایسه با مالاریای فالسیپارم
- پراکندگی جمعیت
- صعوبت دسترسی دشوار راه‌ها
- وضعیت نامناسب اجتماعی اقتصادی جمعیت این مناطق در مقایسه با سایر نقاط کشور
- عدم کفایت مطالعات مبتنی بر جمعیت و خدمات مورد نیاز برنامه خذف مالاریا در ارتباط با نیروی انسانی و زیر ساخت‌های بهداشتی
- عدم کفایت مشارکت مردمی در اجرای فعالیت‌های ضد مالاریا

پیشنهادها

- ارتقای دسترسی به خدمات تشخیص و درمان مالاریا
- ارتقای دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین (IVM)
- تقویت نظام مراقبت مالاریا با تاکید بر پاسخ مناسب و به موقع
- تقویت و توسعه نظام پایش و ارزشیابی مداخلات حذف مالاریا
- تحقیقات کاربردی
- استفاده از ظرفیت کلیه ذینفعان (Stakeholder) برای حذف مالاریا
- ظرفیت‌سازی سرمایه انسانی و بسیج منابع برای حذف مالاریا
- کشف سریع موارد مالاریا
- درمان فوری، موثر و کامل با داروهای ضد مالاریا
- افزایش بکارگیری پشه بند آغشته به حشره‌کش توسط خانوارهای ساکن در مناطق در معرض خطر

- افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با استفاده از سمپاشی ابقایی
- افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با استفاده از عملیات کنترل لارو
- پیش‌بینی اپیدمی‌ها حداقل یک ماه قبل از وقوع به منظور پیشگیری از رسیدن به آستانه اپیدمی (Epidemic threshold) در تمامی شهرستان‌ها
- شناسایی کانون‌های اپیدمی حداکثر یک هفته پس از بروز طغیان‌های مالاریا
- کنترل طغیان بیماری در مدت دو هفته پس از شناسایی کانون‌های اپیدمی

منابع

1. Strategic plan for Malaria Control and Elimination 2006-2010, WHO/EMRO, 2007.
2. Informal Consultation on Malaria Elimination: setting up the WHO agenda WHO/HQ, 2006.
3. Malaria Elimination (A Field manual for low and moderate endemic countries) WHO/HQ, 2007.
4. Global Malaria Control and Elimination: Report of a technical review WHO/HQ, 2008.
5. National Strategic Plan for Malaria Control, Islamic Republic of Iran (2004-2008), CDC, MOH&ME

۶. گزارش سالیانه اداره کنترل مالاریا در طی سال‌های ۸۶-۷۰

وبا

مقدمه

بیماری وبا حداقل به مدت یک هزار سال در دلتای رودخانه‌های گنگ و براهماپوترا در هندوستان و پاکستان وجود داشته و اپیدمی‌های بزرگی را در مراکز جمعیتی بزرگ در بنگال غربی و بنگلادش بوجود آورده است. بیماری توسط ویبریوکلرا ایجاد می‌شود که از بین ۲۰۶ سروگروپ شناسایی شده آن، فقط سروگروپ‌های ۱ و ۱۳۹ قابلیت ایجاد اپیدمی دارند و بقیه که عموماً [NAG] (Non Agglutinating Groups) نامیده می‌شوند، از عوامل ایجاد اسهال آبکی اسپورادیک هستند. سروگروپ 1، دارای دو بیوتایپ کلاسیک و التور است و بیوتایپ التور نیز دارای سه سروتایپ Hickojima, Ogawa, Inaba است. سروگروپ O139 که از سال ۱۹۹۲ در بنگلادش بعنوان عامل اپیدمی شناسایی گردید، همچنان به صورت محدود در بخش‌های کوچکی از بنگلادش و هندوستان در گردش است.

از ابتدای قرن نوزدهم تا به حال، هفت پاندمی بزرگ بیماری وبا بوقوع پیوسته است. پاندمی هفتم از سال ۱۹٦۱ با بیوتایپ التور ایجاد شد که در حال حاضر نیز بیوتایپ رایج در اکثر مناطق جهان می‌باشد. یکی از دلایل عمده هراس‌آور بودن این بیماری برای عموم مردم، مرگ و میر قابل توجه آن در سال‌های دور است. در صورت عدم درمان مناسب، میزان کشندگی بیماری تا ۵۰٪ هم گزارش شده است؛ ولی با درمان مناسب این میزان کمتر از یک درصد می‌باشد.

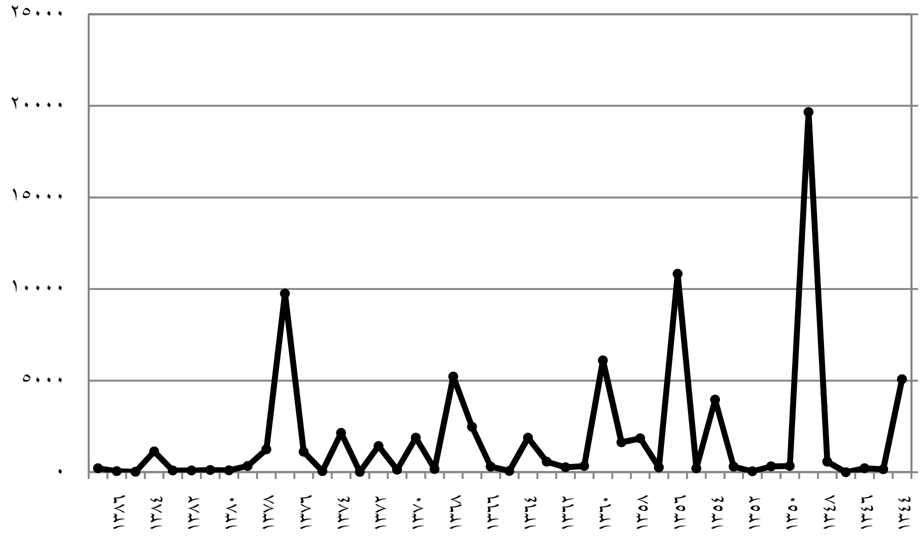
دوره نهفتگی این بیماری معمولاً ۱ تا ۳ روز است، ولی از چند ساعت تا ۵ روز هم گزارش شده. راه انتقال بیماری مدفوعی، دهانی است و از آنجا که تعداد حدود یک میلیون ارگانیسم برای ایجاد بیماری مورد نیاز است، انتقال عموماً از طریق آب یا غذای آلوده انجام می‌شود و از طریق تماس مستقیم فرد به فرد کمتر رخ می‌دهد. مدت زنده ماندن ویبریوکلرا در آب کوتاه است، ولی اگر آب آلوده به مواد آلی و فاضلاب باشد، این مدت تا بیش از یک ماه نیز می‌رسد. در آب‌های شور، ویبریوکلرا از طریق همزیستی با زئوپلانکتون‌ها و یا جلبک‌های دریایی می‌تواند تکثیر نموده و چند سال هم زنده بماند. برخی از افراد مبتلا، ممکن است ویبریوکلرا را تا چندین ماه از طریق مدفوع دفع نمایند.

این بیماری در کشور ما نیز دارای سابقهٔ طولانی می‌باشد. در «تاریخ الفی» چنین آمده است که: «در سال ٤۲۳ هجری قمری، در اثر سکون باران نیامد و قحط عظیم پیدا شد و متعاقب آن وبای عام پیدا شد چنان که در اکثر اقالیم سرایت کرد و در کمتر از یکماه در اصفهان چهل هزار نفر مردند». با بهبود

نظام بهداشتی کشور و توانایی کشف و ثبت بیماران از سال ۱۳٤٤، موارد مبتلا به وبا در کشور ثبت می‌شوند و بر این اساس، این بیماری همه ساله در کشور رخ داده است.
سالانه حدود ۱۵۰–۱۰۰ هزار مورد ابتلا به بیماری وبا به سازمان جهانی بهداشت گزارش می‌شوند که بیشترین آن از آفریقا و بعد آسیا و آمریکای جنوبی است. بنا به برآورد این سازمان، تنها حدود ۵٪ از موارد ثبت و گزارش می‌شوند، که از علل آن یکی نداشتن نظام مراقبت و ناتوانی در تشخیص موارد ابتلا و دوم عدم گزارش‌دهی موارد یافت شده به علت ترس از برقراری محدودیت‌ها و موانع در تجارت و مسافرت‌های بین‌المللی را می‌توان ذکر کرد. این موضوع در خصوص برخی کشورهای همجوار ایران دیده می‌شود، به طوری که کشور پاکستان در طی پنج سال گذشته، هیچ موردی از ابتلا به وبا را به سازمان جهانی بهداشت گزارش نکرده است. بیماری وبا در کشور جمهوری اسلامی ایران اندمیک است و بروز آن در طی ٤۰ سال گذشته همواره ثبت شده است.
سروتایپ غالب در کشور از سال ۱۳٥٦ تا قبل از سال ۱۳۸٤، سروتایپ اوگاوا بوده، در حالی که از این سال به بعد، سروتایپ ایجاد کننده، اینابا بوده است. این یافته‌ها عموماً به نفع وارداتی بودن میکروارگانیسم ایجاد کننده اپیدمی بودند که بعد از ورود بدلیل شرایط نامناسب بهداشتی در کشور، امکان توسعه و گسترش را یافته بودند.

چالش‌های پیش‌رو

بیماری وبا همانگونه که در نمودار زیر آمده است همه ساله در کشور در طی ماه‌های گرم سال بروز



نمودار ۱۳: تعداد موارد بیماری وبا در کشور از سال ۱۳٤٤ لغایت ۱۳۸٦

می‌نماید. هر چند که با ارتقای توانمندی نظام سلامت کشور و بهبود چشمگیر شاخص‌های توسعه جامعه، از شدت و توالی اپیدمی‌های بیماری وبا در کشورمان کاسته شده است، ولیکن عدم دسترسی برخی مناطق روستایی کشور به آب آشامیدنی سالم، فرسوده بودن شبکه‌های آب در بسیاری از مناطق شهری و روستایی و شکستگی‌های متعدد که می‌توانند منجر به ورود فاضلاب به داخل لوله ها شوند، آبیاری برخی مزارع از جمله سبزی کاری‌ها با فاضلاب خام، شیوع بالای بیماری وبا در کشورهای همسایه و ورود بیماری از این کشورها در اثر ترددهای مجاز و غیر مجاز اتباع این کشورها به داخل کشورمان، از مهمترین دلایلی هستند که بایستی همچنان بیماری وبا را به عنوان یکی از مهمترین اولویت‌های نظام بهداشتی درمانی کشور مورد توجه قرار داد. آموزش عموم جامعه برای رعایت نکات بهداشت فردی و تشدید نظارت‌ها بر سلامت آب و مواد غذایی از مهمترین اقداماتی هستند که می‌توانند مانع گسترش بیماری وبا حتی در صورت ورود عوامل مبتلا از کشورهای دیگر شوند.

منابع

1. Seas C, Gotuzzo E, Vibrio cholerae. In: Mandell G, Douglas, Bennett E, Principles and Practice of Infectious Diseases, sixth ed, Churchill Livingstone, 2005. 2536-2544

2. Heymann DL ,18th ed. Control of communicable disease manual. Washington, DC, American Public Health Association, 2004. 100-108

3. Faruque SM, Sack DA, Sack RB, et al. Emergence and evolution of vibrio cholere 0139. Proc Natl Acad sci USA. 2003 ; 100:1304-1309.

4. Cholera Outbreak, Assessing the outbreak response and improving preparedness. WHO/CDS/CPE/ZFK/2004.4

5. Gotuzzo E, Cieza I, Estremadoyrol, etal. Cholera: lessons from the epidemic in Peru Med Clin Noth Am.1994; 8:1830.

6. Zahraei S.M., Water and Food Borne Diseases, in: Information and Statistics of Communicable Diseases in Iran (1977-2002) Tehran: Center for Disease Contrl; 2004. 181-199.

7. Khazaei H., Rezaei N., Bagheri G., et al. A six year study on *vibrio cholerae* in southern Iran. Jpn. J. Infec. Dis. 2005, 58,8-10.

8. WHO, Cholera 2004 , Wkly Epidemiol. Rec., NO.31.5 Aug 2005, 80:261-268.

فلج اطفال

مقدمه

بیماری فلج‌اطفال (پولیو)، یک عفونت حاد ویروسی با دامنه‌ای متغیر از عفونت بدون علامت تا منتژیت (التهاب پرده‌های پوشاننده مغزی)، فلج اندام و مرگ است.

این بیماری توسط ویروس وحشی پولیو که دارای سه تیپ ۱، ۲ و ۳ می‌باشد ایجاد شده و اگرچه در هر سنی می‌تواند ایجاد بیماری نماید، ولی بیشتر بیماری کودکان و نوجوانان است. تنها مخزن این ویروس انسان است و در محیط غیر زنده در مدت کوتاهی از بین می‌رود. در مناطقی که وضعیت بهداشتی آنها در سطح پایینی است، ویروس معمولاً از طریق مدفوعی- دهانی سرایت می‌کند. در جاهایی که وضعیت بهداشتی مطلوبی دارند، انتشار از طریق تنفسی است. ویروس در مدفوع آسانتر و طی مدت زمان طولانی‌تری نسبت به حلق قابل جداسازی است. دوره نهفتگی بیماری عموماً ١٤- ٧ روز در موارد فلجی است ولی از ۳۵- ۳ روز نیز گزارش شده است.

بر علیه این بیماری ۲ نوع واکسن موجود می‌باشد:

۱. واکسن خوراکی پولیو که قیمت نسبتاً ارزانی داشته، ایجاد مصونیت روده‌ای نموده و باعث قطع انتقال ویروس وحشی به کودکان دیگر می‌گردد. در هر ۱۰ میلیون واکسن تجویز شده، ۳ مورد فلج ناشی از واکسن بروز می‌نماید.

۲. واکسن تزریقی پولیو که با ایجاد مقدار کافی پادتن در سرم، از بروز فلج ناشی از واکسن جلوگیری می‌نماید. این واکسن مصونیت روده‌ای کمی ایجاد کرده و هزینه بالایی دارد. در کشور ما از واکسن خوراکی پولیو استفاده می‌شود.

با توجه به پیروزی به دست آمده در ریشه‌کنی بیماری آبله که در سال ۱۹۷۷ میلادی و به دنبال مشارکت همهٔ ملت‌ها، در سال ۱۹۸۸ میلادی، مجمع عمومی بهداشت جهانی، سازمان جهانی بهداشت را مکلف نمود که بیماری فلج اطفال را تا سال ۲۰۰۰ میلادی (۱۳۷۹ هـ ش) در کره زمین ریشه‌کن کند.

طبق بررسی‌های انجام شده در سال ۱۹۸۸ میلادی بیماری در ۱۲۵ کشور دنیا شایع بوده و تعداد موارد ابتلا نزدیک به ۳۵۰،۰۰۰ نفر در دنیا بوده است.

برای تحقق این هدف که تنها با مشارکت کلیه ملت‌ها امکان تحقق خواهد یافت، راهبردهای ذیل معرفی شده‌اند:

۱. ارتقا و نگهداری پوشش واکسیناسیون جاری کودکان زیر ۱ سال به میزان بالاتر از ۸۰٪
۲. راه‌اندازی و استمرار فعالیت نظام مراقبت فلج شل حاد جهت کشف موارد بیماری فلج اطفال
۳. اجرای عملیات ایمن‌سازی تکمیلی نظیر برگزاری روزهای ملی ایمن‌سازی، ایمن‌سازی منطقه‌ای و لکه گیری.
٤. مهار آزمایشگاهی ویروس وحشی فلج اطفال و مواد بالقوه آلوده به آن
۵. جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۷۰ پیگیری راهبردهای فوق را در دستور کار خود قرار داد.

تعریف واژگان

پولیو: فلج اطفال

ریشه‌کنی: حذف کامل عامل بیماری از روی کره زمین

ویروس بومی: ویروسی که براساس آزمایش‌های ویروس شناختی، در یک منطقه معین و از زمان قبل از شروع فعالیت‌های ریشه‌کنی فلج اطفال، انتقال داشته و ایجاد بیماری می نموده است.

کشور پولیو آندمیک (بومی): کشوری که به علت پایین بودن میزان پوشش واکسیناسیون، ویروس پولیوی بومی هنوز در آن کشور ایجاد بیماری می نماید.

شاخص‌ها

میزان کشف سالیانه موارد فلج شل حاد غیرپولیویی: تعداد موارد کشف شده فلج شل حاد غیرپولیویی به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۵ سال

درصد موارد دارای ۲ نمونه مناسب: درصدی از موارد کشف شده فلج شل حاد که از آنها ۲ نمونه مناسب مدفوع تهیه و جهت بررسی در اختیار آزمایشگاه مرجع کشوری قرار گرفته است.

پوشش واکسیناسیون جاری با واکسن فلج اطفال: درصد کودکان زیر یک سال که نوبت سوم واکسن پولیوی خود را دریافت نموده‌اند.

روند سی ساله

با معرفی ابتکار ریشه‌کنی جهانی فلج اطفال در سال ۱۹۸۸ و بدنبال آن موافقت و مشارکت دولت‌ها و جوامع مختلف، در حال حاضر تنها ٤ کشور نیجریه، هندوستان، پاکستان و افغانستان هستند، که هنوز قادر به قطع چرخه انتقال ویروسی بومی مولد بیماری نگردیده‌اند. تعداد موارد بیماری نیز به ۱٦٥۹ مورد در سال ۲۰۰۸ میلادی و در کل دنیا کاهش یافته است. علیرغم موفقیت‌های برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال، دلیل اصلی عدم تحقق نهایی ریشه‌کنی در سال ۲۰۰۰ میلادی را باید در ناامنی در مناطقی از دنیا و یا اختلافات قومی و قبیله‌ای که مانع از دسترسی به کودکان گروه سنی زیر ٥ سال و ایمن نمودن آنان گردیده جستجو نمود.

راه‌اندازی برنامه ملی EPI و گسترش وسیع شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور از سال ۱۳٦۳، مقدمه‌ای برای برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال محسوب می‌گردد.

از سال ۱۳۷۰، جمهوری اسلامی ایران راهبردهای مصوب برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال یعنی ارتقای پوشش واکسیناسیون جاری کودکان، فعالیت نظام مراقبت فلج شل حاد و برگزاری عملیات ایمن‌سازی تکمیلی را در راستای وصول به هدف ریشه‌کنی به شدت به اجرا گذاشته است. همچنین از سال ۱۳۷۹، فعالیت در زمینه راهبرد چهارم یعنی مهار آزمایشگاهی ویروس وحشی پولیو نیز به مرحله اجرا درآمد.

مهمترین عامل موفقیت کشور در این زمینه، بدون تردید گسترش برنامه ایمن‌سازی کودکان برعلیه این بیماری و با زیر پوشش قرار دادن بیش از ۹٥٪ گروه هدف بوده است. به‌این نکته نیز نباید بی‌توجه بود که بدون فعالیت در حد استاندارد نظام مراقبت بیماری فلج شل حاد در کشور، این احتمال وجود دارد که در صورت ورود بیماری از خارج به داخل کشور و وجود مناطقی که گروهی کودک غیرایمن در آنها وجود داشته باشند، بیماری مجدداً امکان انتقال، تکثیر و گسترش داشته باشد.

با اجرای موفقیت آمیز اقدامات فوق‌الذکر، جمهوری اسلامی ایران موفق شد:

۱. پوشش ایمن‌سازی جاری کودکان با چهار نوبت واکسن خوراکی فلج اطفال را به بیش از ۸۰٪ ارتقا دهد. (در حال حاضر پوشش در کلیه شهرستان‌ها بالای ۹٥٪ است).
۲. در سال ۱۳۷٦، چرخش ویروس بومی مولد بیماری را متوقف سازد.
۳. به دنبال سه سال متوالی (۷۹- ۱۳۷۷) ورود بیماری از خارج کشور، نهایتاً از نیمه دی ماه ۱۳۷۹ (ابتدای سال ۲۰۰۱) تاکنون، میزان بروز بیماری فلج اطفال را علیرغم تلاش فزاینده نظام مراقبت جهت کشف موارد احتمالی، به صفر تقلیل دهد.

۴. با پیشرفت برنامه و ارتقای سطح ایمنی جامعه برعلیه این بیماری، عملیات ایمن‌سازی تکمیلی که در سال‌های آغازین برنامه به شکل برگزاری روزهای ملی ایمن‌سازی و عملیات ایمن‌سازی لکه‌گیری بودند، به تدریج تبدیل به برگزاری عملیات ایمن‌سازی تکمیلی منطقه‌ای (Sub-national Immunization Days) شدند.

۵. طی سه سال (۲۰۰۶ الی ۲۰۰۸) میلادی، سالیانه به ترتیب ۸۸۰،۰۰۰، ۷۷۲،۰۰۰ و ۷۲۵،۰۰۰ کودک زیر ۵ سال در ۲ نوبت و به فاصله یک ماه در مناطق پرخطر کشور و بدون در نظر گرفتن سابقه ایمن‌سازی قبلی و به‌صورت خانه به خانه ایمن شده‌اند.

۶. فعالیت‌های مهار آزمایشگاهی ویروس وحشی فلج اطفال برای مرحله قبل از اعلام ریشه‌کنی جهانی بیماری را در سال ۱۳۸۱ به پایان رساند. فهرست اسامی کلیه آزمایشگاه‌های کشور و نوع مواد زیستی نگهداری شده در آنها تعیین و مشخص گردید، که در حال حاضر تنها یک آزمایشگاه در کشور بنا به اقتضای عملکرد خود اقدام به نگهداری نمونه‌های ویروس وحشی پولیو تحت شرایط ایمنی زیستی لازم می‌نماید.

۷. پاک بودن کشور از بیماری فلج اطفال به تایید سازمان بهداشت جهانی رسیده و تداوم این وضعیت به صورت سالیانه و پس از بررسی سند سالیانه‌ای که در این زمینه تسلیم دفتر نمایندگی آن سازمان (EMRO) می‌گردد، تمدید می‌شود.

۸. با توجه به وضعیت مرزهای طولانی با ۲ کشور همجوار آلوده به بیماری پولیو (افغانستان و پاکستان)، سالیانه عملیات ایمن‌سازی تکمیلی پرخطر حداقل در ۲ نوبت در بخش‌های عمده‌ای از استان‌های شرقی و جنوب شرقی و سایر مناطق پرخطر کشور برگزار می‌گردد که همواره با پوشش گسترده عملیات واکسیناسیون در گروه سنی هدف (زیر ۵ سال) همراه بوده است.

جدول ۸: میزان کشف موارد فلج شل حاد غیرپولیویی کشور ۲۰۰۸- ۱۹۹۹

سال میلادی	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷	۲۰۰۸
میزان کشف	۱/۲۸	۱/۲۹	۱/۴۳	۱/۶۵	۱/۸	۱/۷۲	۱/۸۹	۲/۸۷	۳/۲	۳/۰۹

جدول۹: درصد موارد فلج شل حاد غیرپولیویی دارای ۲ نمونه مناسب ۲۰۰۸- ۱۹۹۹

سال	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰٤	۲۰۰۵	۲۰۰٦	۲۰۰۷	۲۰۰۸
درصد موارد	۷۷	۷۵	۸٦	۹۱/٥٤	۸۹/۹	۹۰/٤	۸۹/۷	۹۰	۸۸	۹۲

پیش‌بینی روندها

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

چالش‌های پیش‌رو

- ۲ کشور از ٤ کشور نیجریه، پاکستان و افغانستان و هندوستان که هنوز موفق به قطع چرخش ویروس بومی پولیو در کشور خود نشده‌اند، با کشور ما همجوار هستند. این موضوع باعث می‌شود که کشور ما جزء کشورهای در معرض خطر زیاد آلودگی مجدد با این بیماری محسوب شود.
- احتمال بروز عفونت مجدد (Re-infection) در کشورهای عاری از پولیو نظیر کشور ما تا زمان دستیابی به ریشه‌کنی جهانی بیماری وجود دارد. نظیر این اتفاق به صورت گسترده طی سال‌های اخیر در کشورهای متعدد آفریقایی بروز کرده و در حال تکرار است.
- حفظ آمادگی نظام مراقبت فلج شل حاد و ارتقای شاخص‌های آن همراه با برگزاری عملیات ایمن‌سازی تکمیلی گسترده، از چالش‌های مهم برنامه محسوب می‌شوند.
- وجود مرزهای گسترده با دو کشور افغانستان و پاکستان و ترددهای مرزی متعدد مجاز و غیرمجاز اتباع این کشورها که خطر ورود موارد بیماری را به دنبال دارد.
- هزینه بسیار زیاد انجام عملیات ایمن‌سازی تکمیلی سالیانه در قالب فعلی و تحمیل هزینه‌های بسیار سنگین در صورت مواجهه با ورود موارد بیماری از خارج کشور
- خستگی کارمندان بهداشتی از تداوم عملیات ایمن‌سازی تکمیلی سالیانه به مدت بیش از ۱۷ سال و کاهش انگیزه آنان برای حفظ کیفیت عملیات

- عدم آشنایی کافی بخش خصوصی ارایه کننده خدمات درمانی با برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال و لزوم گزارش دهی موارد فلج شل حاد

پیشنهادها

- تقویت کنترل بر روی ترددهای بین مرزی با کشور پاکستان و افغانستان
- تداوم پوشش بالای ایمن‌سازی در کودکان زیر ۱ سال با واکسن خوراکی پولیو
- تقویت ارتباط با بخش خصوصی در زمینه جلب مشارکت هر چه بیشتر آنان در امر گزارش‌دهی موارد فلج شل حاد.
- در نظر گرفتن جایزه برای کشف و گزارش موارد فلج شل حاد
- تشویق هر چه بیشتر سیستم بهداشتی کشور در زمینه به هنگام نمودن فعالیت‌های مرتبط با مراقبت فلج شل حاد
- راه‌اندازی سیستم الکترونیکی نظام مراقبت فلج شل حاد به صورت شبکه کشوری
- تقویت آزمایشگاه کشوری تشخیص فلج شل حاد از طریق جذب نیروی تخصصی و تأمین تجهیزات لازم
- برنامه‌ریزی و اجرای تحقیقات کاربردی در زمینه ایمنی کودکان برعلیه این بیماری در مناطق پرخطر کشور و یا سایر موارد برحسب ضرورت.
- افزایش بودجه‌های مرتبط با اطلاع‌رسانی و تبلیغات در زمینه ریشه‌کنی فلج اطفال برای مردم و پزشکان
- جلب همکاری هر چه بیشتر صدا و سیما جهت معرفی برنامه و دستاوردهای آن و استفاده از ظرفیت اطلاع رسانی گسترده در زمان برگزاری عملیات ایمن‌سازی تکمیلی

کزاز نوزادی

مقدمه

قبل از شروع برنامه گسترش ایمن‌سازی در ایران در سال ۱۳۶۳، بیماری کزاز نوزادی یکی از مشکلات بهداشتی کشور به شمار می‌رفت. بررسی‌های مرگ و میر ناشی از بیماری نشان داده بود که مرگ و میر این بیماری سالیانه پنج تا هفت در هزار تولد زنده می‌باشد. به دنبال اجرای برنامه گسترش ایمن‌سازی از سال ۱۳۶۳، پوشش کلیه واکسن‌های کزاز زنان حامله و زنان سنین باروری در مقایسه با قبل از شروع برنامه مذکور پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته است.

امروزه بروز بیماری کزاز نوزادی در جامعه بین‌المللی بهداشتی به‌عنوان یکی از شاخص‌های عقب ماندگی تلقی می‌شود، لذا برای کشور جمهوری اسلامی ایران با توجه به ظرفیت‌های بالا و پشتیبانی سیاسی به منظور ارایه خدمات بهداشتی- درمانی به کلیه اقشار مملکت، عذری برای تأخیر بیشتر در حذف این بیماری کشنده در جامعه باقی نمی‌ماند.

تعریف واژگان

حذف کزاز نوزادی: که یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است، از طریق انجام سه راهکار اصلی قابل حصول است که عبارتند از:

۱. ایمن‌سازی زنان سنین باروری با پوشش بالا (بالاتر از ۸۰ درصد) با تأکید بر زنان باردار
۲. انجام زایمان تمیز
۳. تعیین مناطق پرخطر و انجام فعالیت‌های اصلاحی (یعنی ایمن‌سازی زنان سنین باروری) از جمله انجام بسیج های محلی واکسیناسیون توأم بزرگسال
٤. مراقبت اپیدمیولوژیک بخصوص برای تعیین نقاط پرخطر و انجام مداخلات لازم مورد استفاده قرار می گیرد.

شاخص

کاهش میزان بروز بیماری به کمتر از یک در هزار تولد زنده

وضعیت بیماری در کشور

تا سال ۱۳۶۹، کزاز نوزادی در ردیف کزاز تمام سنین گزارش می‌شد، اما از آن سال به بعد گزارش تفکیکی آن میزان بروز سالانه ۵– ٤ در یکصد هزار تولد زنده را نشان می‌داد، که مشخص بود آشکارا دچار کم شماری شده است، زیرا در بررسی کشوری علل مرگ و میر که در سال ۱۳٦٤ به صورت خوشه‌ای انجام شد، مرگ بر اثر کزاز نوزادی ٤/۸ در هزار تولد زنده گزارش گردید، یعنی بروز بیماری حدود صد برابر بیشتر از آنچه گزارش می شد بوده که بر این اساس سالانه ۱۰،۰۰۰ مرگ از ٤٥۰۰۰ مرگ نوزادان مربوط به کزاز نوزادی بوده است.

در شروع برنامه گسترش ایمن‌سازی در ایران در سال ۱۳٦۳، در بررسی خوشه‌ای که با اشتراک سازمان جهانی بهداشت در کشور انجام شد، پوشش کزاز در زنان سنین باروری با دو نوبت توکسویید کزاز در روستاها ۵٪ و در شهرها ۳٪ بود. با گسترش شبکه‌های بهداشتی– درمانی کشور و تقویت برنامۀ گسترش ایمن‌سازی و تقویت نظام مراقبت و تصویب قانون ایمن‌سازی اجباری زنان در قبل از ازدواج در سال ۱۳٦۸، پوشش ایمن‌سازی در زنان افزایش قابل توجهی یافت. از سال ۱۳۷۰، برنامه حذف کزاز نوزادان همپای برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال و کنترل سرخک به اجرا گذارده شد.

براساس بررسی خوشه‌ای که در اردیبهشت سال ۱۳۷٤ توسط اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها صورت گرفت، این پوشش به ۸۲٪ رسیده است که در روستاها ۹٤٪ و در شهرها ۷۳٪ بود. در بررسی خوشه‌ای یونیسف در سال ۱۹۹۷، پوشش کزاز زنان سنین باروری ۷۷٪ بوده است که در زنان دارای کارت ایمن‌سازی ۸۹/۵٪ گزارش شده است. در این بررسی تنها واکسن‌هایی که بعد از ۱۵ سالگی تزریق گردیده، محسوب شده‌اند.

به منظور کاهش مرگ و میر نوزادان ناشی از ابتلا به کزاز نوزادی در کشور، افزایش پوشش واکسیناسیون کزاز در زنان سنین باروری الزامی می‌باشد که این امر از طریق بسیج ایمن‌سازی در زنان واجد شرایط برنامه تنظیم خانواده و توجه به آموزش کارکنان بهداشتی در سطح محیطی جهت بیماری کزاز و توجه به آموزش بیشتر مادران در بیماری کزاز و نیاز ایمن‌سازی و تشویق بخش خصوصی جهت انجام واکسیناسیون کزاز می‌باشد.

افزایش امکان زایمان تمیز و سالم در زنان باردار با استفاده بهتر از منابع موجود و آموزش ماماهای سنتی جهت ارتقای این امر ضروری می‌باشد. همچنین افزایش دسترسی به تسهیلات زایمانی در روستاها به انجام زایمان تمیز و بهداشتی کمک می‌نماید.

آخرین ارزیابی پوشش واکسن کزاز در کشور در سال ۱۳۷٦ به منظور آگاهی از وضعیت موجود به‌عنوان ارزشیابی بعد از شروع برنامه مورد قبول می‌باشد. شاخص میزان بروز کزاز نوزادی در کشور به میزان کمتر از یک در هزار تولد زنده در استان‌های کشور رسیده است، که میزان بروز آن از سال ۱۳۷٤ تا ۱۳۸۷ در نمودار شماره ۱۵ نشان داده می‌شود.

تقویت سیستم مراقبت بیماری از طریق توسعه پایگاه‌های دیده‌ور گزارش‌دهی، برقراری سیستم گزارش‌دهی صفر و برقراری سیستم گزارش‌دهی مردم در مناطق روستایی و تشویق بخش خصوصی به گزارش‌دهی بیماری می‌باشد.

با اجرای راهکارهای اصلی برنامهٔ حذف کزاز نوزادی، کاهش موارد مرگ و میر بیماری، کاهش میزان بروز بیماری، افزایش پوشش ایمن‌سازی در زنان واجد شرایط تنظیم خانواده و سنین بارداری در کشور مشاهده شده است.

چالش‌های پیش‌رو

- پراکندگی جمعیت زنان مهاجر نیازمند مراقبت ویژه در کشور
- عدم نظارت مرتب بر فعالیت ماماهای سنتی و خانگی
- مهاجرت جمعیت روستایی به حاشیه شهرها و افزایش بی‌رویه این جمعیت ها
- کم گزارش‌دهی در بخش خصوصی و مناطق شهری یا روستایی فاقد خدمات شهری

منابع

۱. آمار مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
۲. گزارش سالیانه اداره بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن در طی سال‌های ۸٦- ۷۰

شیستوزومیازیس

تعریف و اهمیت بیماری

عفونتی است که در اثر استقرار کرم‌های پهن نر و ماده بالغ (شیستوزوما هماتوبیوم) در سیاهرگ‌های مثانه بوجود می‌آید و در تمام طول عمر کرم که به چندین سال می‌رسد (حداکثر تا ۳۵-۲۵ سال)، ادامه خواهد داشت. کرم در محل استقرار خود تخم‌ریزی کرده و این تخم‌ها از هر اندامی که از بدن خارج شوند، گرانولوم و یا جوش‌های کوچکی (اسکار) ایجاد می‌کنند. نشانه‌های بیماری بستگی به محل و تعداد تخم انگل در بدن میزبان انسانی دارد. نشانه‌های مقدماتی آلودگی با شیستوزوما هماتوبیوم بیشتر مربوط به دستگاه ادراری از جمله کاهش ادرار، افزایش دفعات دفع ادرار و وجود خون در قطره‌های آخر ادرار می‌باشد. مهمترین عارضه این عفونت، ایجاد مانع در دفع ادرار، عفونت باکتریایی دستگاه ادراری، ناباروری و احتمالاً سرطان مثانه است.

تاریخچه شیستوزومیازیس در جهان

آلودگی به انگل عامل بیماری در انسان، از زمان‌های بسیار قدیم در بعضی کشورها مثل مصر وجود داشته است. برای اولین بار تخم کرم را در احشای مومیایی‌های مصر که ۳ هزار سال قبل می‌زیسته‌اند پیدا کرده‌اند، همچنین در اکثر کشورهای آفریقا، جزیره ماداگاسکار و بعضی از جزایر اقیانوس هند و کانون‌هایی در خاورمیانه از قبیل عربستان سعودی، یمن، سوریه، لبنان، فلسطین اشغالی، ترکیه و ایران (تنها کانون چند محدوده در استان خوزستان) وجود داشته و در اروپا نیز بیماری در سواحل جنوبی پرتقال گزارش شده است.

تاریخچه شیستوزومیازیس در ایران

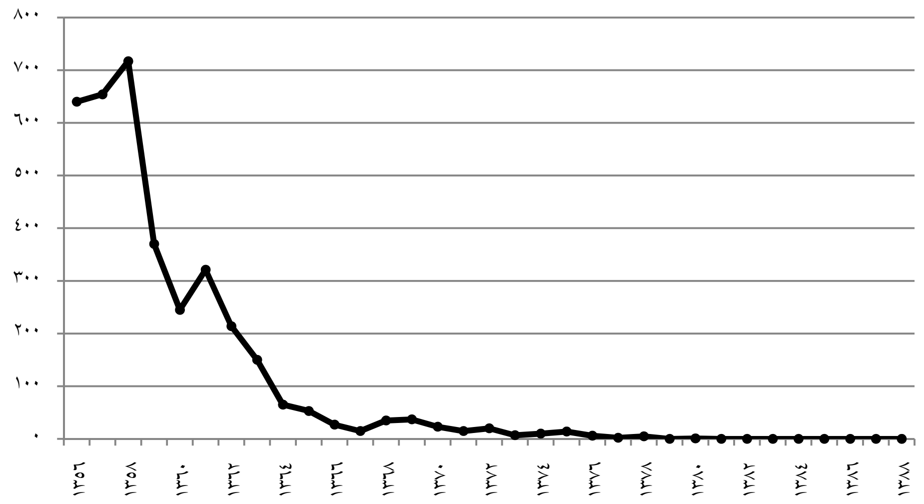
به نظر می‌رسد که شیستوزومیازیس در ایران حداقل در خوزستان که همجوار با کشور عراق است و از نظر آب و هوایی شرایط مشابهی دارند، از زمان‌های نسبتاً قدیم وجود داشته است و شاید لشگریان کمبوجیه و داریوش در پانصد سال قبل از میلاد بیماری را به ایران آورده باشند و بعدها نیز زائرین ایرانی عازم عتبات عالیات در این انتقال سهیم بوده‌اند (فقیه، محمد علی، ۱۳۳۵ هـ‌ش).

اولین گزارش مکتوب درباره بیماری شیستوزومیازیس در ایران در مجلات علمی جهان، مقاله پاول (Powel ,1903) است که وجود بیماری را نزد ایرانیان مقیم بمبئی گزارش نموده است. در سال ۱۲۸۲

هجری شمسی اسکات (Scott, J,1904) ابتلای سکنه خوزستان را در اثر تماس با آب‌های آلوده به حلزون در هنگام مسافرت به کربلا به منظور زیارت گزارش کرده است.

مطالعاتی توسط انستیتو پارازیتولوژی و مالاریالوژی (انستیتو تحقیقات بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران فعلی) از سال ۱۳۲۸ هـجری شمسی به بعد در استان‌های جنوبی ایران (خوزستان، فارس، بلوچستان و کرمان) صورت گرفته که وجود بیماری را فقط در خوزستان مسلم دانسته است. طی این مطالعات آلودگی، افراد در خرمشهر (۴۹٪ اطفال آزمایش شده) منطقه میان آب (از حدود اهواز تا شمال شوش- ۷۲٪ اطفال)، منطقه چزابیه (جنوب غربی سوسنگرد-۷۰٪ اطفال)، منطقه بیدروبه (در ۴۰ کیلومتری شمال اندیمشک-۲٪ افراد)، حمیدیه (۳۰ کیلومتری غرب اهواز و بلوک شرقی واقع در جنوب شهرستان دزفول بین رودخانه دز در سمت غربی و شاخه‌ای از این رودخانه در سمت شرقی- ۱۰٪ اطفال) و موارد کمی هم از آبادان و اهواز گزارش شده است (انصاری و فقیه، ۱۹۵۳ میلادی). طی مطالعات فوق علاوه بر بیماری، وجود حلزون ناقل «بولینوس ترونکاتوس» نیز به اثبات رسیده است.

در سال‌های اولیه شروع برنامهٔ کنترل بیماری، تعداد تقریبی بیماری در حدود ۳۰-۲۵ هزار نفر گزارش شده است که آلودگی در سنین ۱۵-۱۱ سالگی در بین سکنه کانون‌های فوق تا ۵۰٪ بوده است. کوشش‌های مشترک و هماهنگ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز و ایستگاه تحقیقات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیماری را در سطح استان به مرحله حذف (Elimination) نزدیک کرده است که با اجرای یک برنامهٔ کشوری و منسجم، این بیماری بطور کامل از جمهوری اسلامی ایران حذف خواهد شد.



در طول ۲۰ سال اخیر با تدوین و اجرای برنامه‌های وسیع مبارزه و صرف اعتبار و نیروی انسانی کلان در بخش بهداشت، شاهد کاهش شدید آمار مبتلایان و کنترل بیماری بوده‌ایم، به طوریکه از بیش از ۱٦۰۰ مورد در یکصد هزار آزمایش نمونه مشکوک در سال‌های اولیه شروع بیماری، به ۲ مورد در یکصد هزار تا اول سال ۱۳۷۷ رسیده و در سال ۱۳۷۷ در مجموع ۵ کانون اصلی بیماری در استان خوزستان (اهواز، دزفول، اندیمشک، شوشتر، شوش)، تعداد ۳۱٤ روستای آلوده و مشکوک و۸۳ محل آلوده به حلزون میزبان واسط وجود داشته است و جمعیت در معرض خطر مستقیم حدود۲۵۰ هزار نفر بوده‌اند. از سال ۱۳۸۰ تا کنون تعداد موارد شیستوزومیازیس در ایران صفر بوده است. با توجه به اقدامات همه جانبه و پیگیری های مستمر و برنامه‌های عملیاتی در حال اجرا، عملاً بیماری در مرحله حذف قرار گرفته است.

چالش‌های پیش‌رو

شیوع بیماری در مناطق مرکزی و جنوبی کشور عراق و پراکندگی حلزون ناقل این بیماری در آب‌های سطحی استان خوزستان و عدم امکان نابودی حلزون ناقل، سبب شده تا احتمال ورود مجدد بیماری به کشور در اثر سفر زوار ایرانی به عتبات عالیات و یا اتباع عراقی به کشورمان وجود داشته باشد.

زئونوز

مقدمه

زئونوزها یا بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان، طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها را شامل می‌شوند. گروهی از آنها در زمان‌های نه چندان دور موجب وحشت جامعه به همراه تلفات قابل توجه در انسان شده‌اند، که نمونه آن بیماری طاعون است و خطر باز پیدایش آن همیشه وجود دارد. گروهی دیگر از بیماری‌ها در سال‌های اخیر به‌عنوان بیماری‌های نوپدید ظهور نموده و سلامت جامعه را در معرض تهدید قرار داده‌اند، مانند: آنفلوانزای پرندگان و تب‌های خونریزی دهندهٔ ویروسی؛ از طرفی سرعت و سهولت انتقال جمعیت دامی و انسانی، افزایش جمعیت و در نتیجه نیاز گسترده‌تر به پروتئین و مواد غذایی، بر اهمیت این بیماری‌ها افزوده‌اند.

در کشور جمهوری اسلامی ایران هم به لحاظ اهمیتی که برای سلامت جامعه قائل است، روز به روز توجهات بیشتری به امر کنترل این بیماری‌ها توسط مسوولین دستگاه‌های ذیربط صورت گرفته و همانند بسیاری از فعالیت‌های چشمگیری که بعمل آمده، در رابطه با پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها هم پیشرفت‌هایی صورت گرفته است.

از مهمترین بیماری‌هایی که در کشور ایران اولویت داشته و به لحاظ اهمیت و امکانات، تحت مراقبت بیشتر هستند، لیشمانیوز جلدی و احشایی، هاری و حیوان‌گزیدگی، تب مالت، سیاه‌زخم، تب هموراژیک کریمه کنگو، کیست هیداتیک و لپتوسپیروز را می‌توان نام برد که در راستای هدف کاهش میزان بروز و مرگ و میر این بیماری‌ها با استفاده از راهکارهای هماهنگی بین بخشی، آموزش جامعه و گروه‌های در معرض خطر و پرسنل فنی بخش بهداشت و درمان و دامپزشکی و ارتقای سیستم مراقبت بیماری، اقدامات لازم را با هماهنگی ارگان‌های مسوول انجام می‌دهد.

البته به لحاظ تهدید کشور از مرزها و کشورهای همسایه و همچنین سهولت نقل و انتقالات مردم و دام و در نتیجه وقوع بیماری‌های نوپدید و بازپدید در کشور، می‌بایستی با پشتیبانی سیاسی، مالی و انسانی، آمادگی مقابله بیش از پیش با این بیماری‌ها فراهم گردد.

تعریف واژگان

زئونوزها: بیماری‌هایی هستند که عامل بیماریزا در حیوانات بوده و به انسان منتقل می‌شوند.

DAT (Direct Agglutination Test): آزمایش آگلوتیناسیون مستقیم که برای تشخیص سریع کالاآزار(لیشمانیوز احشایی) استفاده می‌شود.

اهمیت بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان: بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان (زئونوزها)، بیماری‌هایی هستند که عامل بیماری‌زا بطور معمول در حیوانات بوده و از طرق مختلف به سایر حیوانات و از جمله انسان منتقل می‌شوند.

اهمیت بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان

این بیماری‌ها از دسته بیماری‌هایی هستند که مخزن حیوانی داشته و به دلیل ارتباط انسان با حیوانات، خطر جدی برای بهداشت انسانی و سلامت جامعه محسوب می‌شوند. اهمیت این دسته از بیماری‌ها که در سال‌های اخیر سبب اولویت آنان بر سایر مشکلات بهداشتی شده به قرار زیر است:

- تنوع بیماری‌های زئونوز و تعداد مختلف انواع عوامل بیماری‌زا که نزدیک به ۸٦۸ نوع بالغ می‌گردد و از تمامی دسته‌های مختلف عـــوامل بیماری‌زا و پاتوژن نظیر باکتری‌ها، ویروس‌ها، قارچ‌ها، انگل‌ها و پریون‌ها را شامل می‌شود. بدیهی است وسعت دامنه عوامل بیماری‌زا، تمامی اقدامات مربوط به برنامه‌ریزی جهت پیشگیری، کنترل و درمان این بیماری‌ها را نیز در بر می‌گیرد. بر اساس جدیدترین اطلاعات سازمان جهانی بهداشت، ۱٤۱۵ گونه عوامل عفونی به‌عنوان پاتوژن انسان شناخته شده که ۸٦۸ مورد (٦۱٪) زئونوتیک و قابل انتقال بین حیوان و انسان هستند؛ همچنین ۱۲ درصد از پاتوژن‌های انسانی، نوپدید بوده که ۷۵٪ از آنها پاتوژن‌های نوپدید زئونوتیک باشند.
- خطر ایجاد اپیدمی‌های خطرناک و بعضاً پاندمی، وجود اپیدمی‌هایی نظیر آنچه که در بیماری کالاآزار یا سالک احشایی در هندوستان و سودان پیش آمد و نزدیک به ٤۰۰ هزار نفر را در سودان مبتلا ساخت و بیش از ٤۰ هزار نفر را به کام مرگ کشید، از این جمله است. بیماری‌هایی نظیر طاعون و تیفوس که از بیماری‌های خطرناک و کشنده تاریخ بشر بوده‌اند و هر از چند گاه چهره نشان می‌دهند نیز از دسته بیماری‌های زئونوز می‌باشند که اهمیت آنان در صورت بروز در

یک جامعه از نقطه نظر مرگ و میر، ابتلا و وحشتی که در جامعه ایجاد می کنند و نیز صعوبت اقدامات مختلف جهت کنترل و مهار بیماری بر کسی پوشیده نیست.

مرگ و میر و کشندگی بسیاری از بیماری‌های این دسته قطعی است، همانند بیماری هاری که مهمترین آنان است و در صورت عدم اقدام پیشگیری کننده و به موقع و درمان مناسب و سریع، مرگ و میر صددرصد را به دنبال خواهد داشت.

شیوع فراوان بسیاری از این بیماری‌ها نظیر تب مالت و لیشمانیوز جلدی که تقریباً به صورت کانون‌های آلوده از دیر باز در نقاط مختلف کشور وجود داشته‌اند، علیرغم اقدامات مفید و مستمرکه در دست انجام است، همچنان به‌عنوان یک معضل بهداشتی مطرح می‌باشد.

معلولیت ناشی از ابتلا به برخی از این دسته بیماری‌ها (تب مالت) و مزمن شدن آن و ابتلای درصد بالایی از مردان و زنان در سنین تولید و کار و خسارات ناشی از تعطیلی و هزینه بستری این بیماران در بیمارستان، تشویش و ترس ایجاد شده ناشی از بسیاری از این بیماری‌ها در جامعه می‌باشد که عوارض ناشی از این مساله خود سبب ایجاد اختلال فراوان و صرف نیروی انسانی کارآمد جهت رفع این تشویش‌ها و بازگشت آرامش به جامعه شده و در نتیجه به کاهش نیروهایی که بایستی به تقویت سیستم بهداشتی و ارتقای آن در جامعه بپردازند، می‌گردد (بیماری‌های نظیر تب خونریزی دهنده کریمه کنگو).

میزان قابل توجه و درصد بالایی از بیماران نوپدید و بازپدید در این دسته بیماری‌ها قرار می‌گیرند؛ بیماری‌هایی نظیر آنفلوانزای پرندگان، سارز، جنون گاوی (vCJD)، به‌عنوان بیماری‌های نوپدید و بیماری کالاآزار و لیشمانیوز جلدی به صورت عفونت همراه (Co-infection) با بیماری ایدز که به‌عنوان مساله جدید و جدی در دنیا مطرح گردیده است. همچنین بازگشت طاعون در سال‌های گذشته در هند و یا شیوع مجدد لیشمانیوزها و تب دره ریفت در جهان، خطر استفاده از عوارض پاتوژن این بیماری‌ها در جنگ‌های بیولوژیک که در رأس آن بیماری سیاه‌زخم به‌عنوان یکی از سلاح‌های بیولوژیک در گروه بیوتروریسم قرار داشته و بیماری‌هایی نظیر CCHF و طاعون و... را می‌توان به این بیماری‌ها اضافه نمود.

در بخش دامی، خسارات قابل توجه بیماری‌های زئونوز غیر قابل انکار بوده و تقلیل گوشت و شیر که در اثر ابتلا به این بیماری‌ها در دام‌ها ایجاد می‌گردد، از نظر اقتصادی برای جامعه بسیار چالش‌زا و قابل توجه است.

کاهش کیفیت گوشت و شیر در اثر ابتلا به این بیماری‌ها، در واقع خسارت غیر قابل جبران به منبع پروتئینی حیوانی غذای جامعه بوده و تأثیر آن در سلامت جامعه بدون تردید اساسی است.

اثر سوء ابتلا دام‌های کشور به بیماری‌های زئونوز در تجارب بین‌الملل، از دیگر دلایل اهمیت کنترل این بیماری‌ها در کشور هستند. اثرات مخربی که در صنعت طیور بر کشورهای جنوب شرقی آسیا در جریان همه‌گیری آنفلوانزای پرندگان وارد شد و یا زیان اقتصادی ناشی از تحریم واردات گوشت و دام زنده درجریان اپی‌زئوسی BSE (جنون گاوی) در انگلیس، بر هیچ‌کس پوشیده نیست؛ حتی در جریان بروز بیماری CCHF در چند سال گذشته در کشور، ما نیز این اثرات را به دنبال شایعه خبر دروغ ابتلا دام‌های کشور به CCHF تجربه کردیم که منجر به قطع خرید دام زنده از کشور از سوی امارات گردید که البته با پیگیری‌های انجام شده و ارسال مدارک مستند، این مساله بررسی و سوءتفاهم برطرف گردید و معامله خرید دام به حالت اولیه بازگشت.

ناکافی بودن آگاهی و همکاری بخش خصوصی (کلینیک‌ها،آزمایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها)، موجب ضعف مهار این بیماری‌ها می‌گردد.

مهمترین مساله چالش‌زا در این بیماری‌ها، پیچیدگی کنترل و پیشگیری آنهاست، چرا که عامل ایجاد کننده بیماری در دام بوده و در بسیاری از این بیماری‌ها، وکتورها و میزبان‌های واسط از انواع مختلف نقش دارند که کنترل هر کدام از این دسته حیوانات و جانوران، در حوزه مسوولیت وزارت یا سازمان خاصی می‌باشد. بنابراین وزارت بهداشت که وظیفه بیماریابی، درمان، علت‌یابی و برخورد با معلول را دارد، بایستی علاوه بر اقدامات فوق، حساس‌سازی مسوولین سایر وزارتخانه‌ها و مؤسسات ذیربط، جهت در اولویت قرار دادن برنامه‌هایی که در راستای کنترل این بیماری‌ها در مخازن کمک‌کننده است را در برنامه کاری خود قرار دهند.

جدول ۱۰: مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، شاخص‌های اداره بیماری‌های مشترک

ردیف	کد	نام شاخص	تعریف شاخص	نحوه محاسبه	مشتری* (سازمان /اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات **	دوره زمانی جمع‌آوری داده‌ها
۱		میزان بروز بیماری تب مالت	میزان بروز	تعداد موارد جدید بیماری ×۱۰ / کل جمعیت	معاونت سلامت	سیستم جاری جمع‌آوری اطلاعات	ماهانه
۲		میزان بروز بیماری سالک	میزان بروز	"	"	"	"
۳		میزان بروز بیماری کالاآزار	میزان بروز	"	"	"	"
٤		میزان بروز بیماری کیست هیداتیک	میزان بروز	"	"	"	"
٥		میزان بروز بیماری هاری	میزان بروز	"	"	"	روزانه
٦		میزان بروز بیماری سیاه زخم	میزان بروز	"	"	"	ماهانه
۷		میزان بروز بیماری CCHF	میزان بروز	"	"	"	روزانه
۸		میزان کشندگی کالا آزار	میزان کشندگی	تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری ×۱۰ / تعداد موارد بیماری	"	"	ماهانه

ادامه جدول ۱۰

۹		میزان کشندگی لپتوسپیروز	میزان کشندگی	"	"	"	"
۱۰		میزان کشندگی (CHF)	میزان کشندگی	"	"	"	"
۱۱		میزان کشندگی هاری در مجروحین حیوان گزیده	میزان کشندگی هاری در مجروحین حیوان گزیده	تعداد موارد هاری انسانی×۱۰ / تعداد موارد حیوان گزیدگی	"	"	"

*منظور از مشتری، سازمان یا اداره‌ای است که سفارش‌دهنده و یا استفاده‌کننده این شاخص محسوب می‌شود و می‌تواند اداره تولیدکننده شاخص، ادارات دیگر حوزه سلامت، معاونت‌های دیگر وزارت بهداشت، سازمان‌ها و وازرتخانه‌های خارج از حوزه وزارت بهداشت و یا سازمان‌های منطقه‌ای و بین‌المللی مانند WHO-EMRO باشد.

**منبع جمع‌آوری داده‌ها شامل گردآوری معمول داده‌ها، پایش و طرح‌های تحقیقاتی می‌باشد.

موفقیت‌ها و دستاوردهای ۳۰ ساله

علیرغم این که بیماری‌های زئونوز در کشور ایران به‌عنوان یکی از معضلات بخش سلامت جامعه بوده و روزبه‌روز بر اهمیت و گستردگی آنها افزوده می‌شود و در نتیجه سلامت مردم را بیشتر در معرض مخاطره قرار می‌دهند و با توجه به اهمیتی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای سلامت مردم قائل است، سعی کرده با هماهنگی و تعامل بیشتر بین ارگان‌ها و نهادهای مختلف از جمله سازمان دامپزشکی کشور، وزارت کشور، سازمان حفاظت محیط زیست و دیگر ارگان‌ها، در زمینه کنترل بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان انجام می‌دهند، اقدامات مؤثرتری در جهت کنترل این بیماری‌ها به‌عمل آورد که البته تا رسیدن به حد مطلوب فاصله زیادی بوده و جا دارد که بر این هماهنگی‌ها و اقدامات از طریق ارگان‌های مربوطه افزوده شود.

خلاصه و اهم موفقیت‌ها و دستاوردها

۱. در اولویت قرار گرفتن این بیماری‌ها توسط سایر سازمان‌ها شامل سازمان دامپزشکی کشور و وزارت کشور و همچنین سایر ادارات وابسته به وزارت بهداشت از جمله معاونت غذا و دارو و مرکز سلامت محیط و کار که باعث شده بیماری در مخازن اولیه کاهش یابد، از طرف دیگر محصولات تولید شده و در هنگام عرضه نیز تا حد امکان عاری از آلودگی باشند.

۲. آموزش جامعه توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی منجر به ارتقای سطح آگاهی جامعه در خصوص رعایت اقدامات پیشگیرانه از ابتلای به این بیماری‌ها گردیده است.

۳. هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌طور چشمگیر صورت می‌گیرد؛ به‌طوری که منجر به برگزاری جلسات مرتب با ادارات کل دامپزشکی، استانداری، فرمانداری‌ها، اداره کل حفاظت محیط زیست، نیروی انتظامی و سایر ادارات در سطح استان‌ها شده است.

٤. تشکیل شورای هماهنگی مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضویت وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای مختلف از جمله وزارت جهاد کشاورزی، وزارت کشور، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، سازمان دامپزشکی کشور، سازمان حفاظت محیط زیست، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، نیروهای انتظامی، شهرداری‌ها و... و تشکیل جلسات هماهنگی جهت کنترل این بیماری‌ها که البته با تشکیل شورای عالی سلامت وظایف شورای هماهنگی به این شورا محوّل گردیده است.

۵. مطرح نمودن موضوع سگ‌های ولگرد و مشخص شدن متولی امر مبارزه با حیوانات ناقل که در این زمینه وزارت کشور به‌عنوان متولی تعیین و با تشکیل جلسات، ضمن تأکید بر مبارزه با حیوانات ناقل توسط شهرداری‌ها و نیروهای انتظامی و... دستورالعمل مربوطه به‌عنوان یک کار بنیادی توسط سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور در دست تهیه است.

٦. تعیین یک روز به‌عنوان روز ملی مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان که روز ۱۳ تیر به‌عنوان روز ملی و یک هفته به‌عنوان هفته بسیج اطلاع‌رسانی در زمینه بیماری‌های زئونوز تصویب و از سال ۱۳۸۳ همه ساله به‌منظور اطلاع‌رسانی به جامعه و نیز حساس نمودن ارگان‌ها و مسوولین مربوطه، این همایش در سراسر کشور برگزار گردیده است.

۷. با توجه به هماهنگی انجام شده با حوزه معاونت آموزشی وزارت بهداشت، مجوز بازآموزی مدون پزشکان عمومی و متخصصین در جهت ارتقای آگاهی بخش خصوصی از بیماری‌های زئونوز در سال ۱۳۸۰ کسب و پس از تدوین برنامه‌های آموزشی با موفقیت چند بار در سال توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی در حال اجرا می‌باشد.

۸. برگزاری سمینارهای مدون بازآموزی بیماری‌های زئونوز جهت پزشکان توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی

۹. برگزاری کارگاه‌های آموزشی متعدد در زمینه بیماری زئونوز جهت پزشکان، کارشناسان، مدیران گروه مبارزه با بیماری‌ها، معاونین بهداشتی، دامپزشکان و کارشناسان بخش بهداشت و درمان و دامپزشکی به منظور هماهنگی جهت کنترل این بیماری‌ها؛ که نقش مهمی در کنترل این بیماری‌ها داشته است.

۱۰. تدوین درس‌نامه بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان با کمک مرکز مدیریت بیماری‌ها و معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت دانشجویان پزشکی.

۱۱. تقویت سیستم مراقبت بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان در جهت ثبت، گزارش‌دهی، جمع‌بندی و تجزیه و تحلیل وضع موجود.

۱۲. ارتقا و نظارت و پیشرفت برنامه‌های کنترل زئونوز از سطح کشوری تا دانشگاهی و شهرستان‌ها

۱۳. ارتباط بیشتر با بخش‌های جراحی بیمارستان‌ها جهت ثبت و گزارش موارد ابتلا به کیست هیداتیک به بخش بهداشت.

١٤. تقویت ارتباط بیشتر بین بخش خصوصی و مطب‌ها جهت گزارش موارد بیماری به مراکز بهداشت.

۱۵. ایجاد سیستم نرم‌افزاری، سیستم جمع‌آوری و ورود اطلاعات بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان که در حال حاضر تحت برنامهٔ EPI6 می‌باشند و اخیراً اطلاعات این بیماری‌ها در سایت پورتال http//:Porthealthgov.ir/mdc قرار داده شده که از ابتدای سال ۱۳۸۸ اطلاعات کلیه بیماری‌های زئونوز در فرم‌های پورتال به‌صورت آنلاین ارسال خواهد شد.

۱۶. کاهش چشمگیر تعدادی از بیماری‌های زئونوز؛ به‌طوری که در سال‌های قبل، تعداد زیادی از تخت‌های بخش‌های داخلی، عفونی و جراحی بیمارستان‌ها از بیماری‌های تب مالت، سیاه‌زخم، کیست هیداتیک اشغال می‌شدند، در حالی‌که در سال‌های اخیر، با توجه به برنامه‌های کنترلی که توسط سازمان دامپزشکی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کمک دیگر ارگان‌ها به‌عمل آمده، این موارد کاهش چشمگیری داشته که البته تا کنترل کامل راه طولانی در پیش است که امید است با تقویت و هماهنگی بیشتر به‌این مهم نائل گردیم.

۱۷. ارتقای سطح آگاهی مردم، مسوولین و نیروهای بهداشتی درمانی در زمینه بیماری‌های زئونوز

۱۸. کاهش موارد استفاده از شیر و خامه غیرپاستوریزه در شیرینی‌فروشی‌ها و بستنی‌فروشی‌ها.

۱۹. نهادینه شدن آموزش اجباری به اصناف مرتبط با تهیه و توزیع در عرضه محصولات لبنی، شیرینی‌فروشی‌ها، بستنی‌فروشی‌ها و کلیهٔ مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی.

۲۰. تهیه و تولید مواد غذایی سالم شامل مواد لبنی پاستوریزه و سایر فرآورده‌های دامی و غذایی توسط کارگاه‌ها و اماکن مربوطه.

۲۱. آشنایی اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها با وضعیت بیماری و مراقبت آن در کشور.

۲۲. توجه به تشخیص به موقع موارد مشکوک به CCHF به‌خصوص در استان‌های شدیداً آلوده (سیستان و بلوچستان) که منجر به کاهش قابل توجه میزان کشندگی این بیماری شده است.

۲۳. انجام اقدامات به موقع در مورد بیماری‌های نوپدید زئونوز از جمله سارز و آنفلوانزای پرندگان که منجر به عدم ورود بیماری سارز به داخل کشور و همچنین عدم ابتلا موارد تماس با کانون‌های آلوده پرندگان به آنفلوانزا شده است.

۲۴. ایجاد سیستم مراقبت بیماری لپتوسپیروز در استان گیلان و استان‌های شمالی کشور از سال ۱۳۷۶ و تأکید بر برقراری سیستم مراقبت این بیماری در کلیهٔ دانشگاه‌های سراسر کشور قابل ذکر است؛ به‌طوری که میزان کشندگی این بیماری از ۱۰٪ در سال ۱۳۷۶، با ارتقای سطح آگاهی پزشکان و حساس نمودن آنان نسبت به این بیماری و تقویت روش‌های تشخیص در استان

گیلان و مازندران کشف و درمان به موقع موارد، به ۰/۳۷٪ در سال ۱۳۸٦ رسیده که نشان از موفقیت در این زمینه بوده است.

۲۵. توجه به بیماری‌های نوپدید و ارتقای آگاهی کارکنان ارایه خدمات بهداشت درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی در مورد خطر ورود این بیماری‌ها به داخل کشور.

۲٦. راه‌اندازی مراکز درمان پیشگیری هاری در کلیه شهرستان‌ها به‌صورت شبانه‌روزی و با پرسنل آموزش دیده و ارایه خدمت شبانه‌روزی.

۲۷. تقویت مراقبت، بالا رفتن آگاهی مردم در زمینهٔ خطر حیوان گزیدگی و هاری و حساس نمودن آنان جهت مراجعه به موقع به مراکز و پیشگیری و درمان به موقع.

۲۸. کاهش تعداد موارد هاری انسانی، به حیوان گزیدگی که این رقم از ۷٦ در صد هزار حیوان‌گزیدگی در سال ۱۳٦٦ به ٤/٦ در صد هزار در سال ۱۳۸٦ رسیده است که خوشبختانه موقعیت ایران در این رابطه نسبت به کشورهای منطقه بسیار خوب و جزء کشورهای موفق در این زمینه بوده است. به‌طوری‌که با صرف سالانه بالغ بر ۳۰ میلیارد ریال جهت خرید سرم و واکسن ضد هاری، از بروز بسیاری از موارد هاری انسانی جلوگیری شده است.

۲۹. برگزاری اولین و دومین همایش جهانی هاری در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸٦ به منظور ارتقای سطح آگاهی مسوولین و جامعه و تقویت هماهنگی بین‌بخشی

۳۰. تدوین برنامه نوین کنترل سالک با برنامه‌ریزی بیماریابی و درمان کامل تا بهبودی بیماران در سالک نوع شهری (آنتروپونتیک) و کنترل جمعیت جوندگان در سالک نوع روستایی (زئونوتیک)

۳۱. تهیه کیت DAT با همکاری دانشکده بهداشت دانشگاه تهران و در دسترس قرار دادن تست تشخیص DAT در مراکز بهداشتی درمانی در استان‌های آلوده به کالا آزار از جمله اردبیل، آذربایجان شرقی و غربی و فارس و بوشهر.

وضعیت و روند بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان

وضعیت موجود و پراکندگی جغرافیایی و روند مهمترین بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان شامل بیماری‌های لیشمانیوز جلدی (سالک)، لیشمانیوز احشایی (کالاآزار)، حیوان گزیدگی، هاری، تب مالت، سیاه زخم،CCHF، کیست هیداتیک و لپتوسپیروز در جداول و گراف‌های متن آمده است که ذیلاً مختصری در مورد هریک از بیماری‌های فوق شرح داده خواهد شد:

۱. بیماری لیشمانیوز جلدی (سالک)

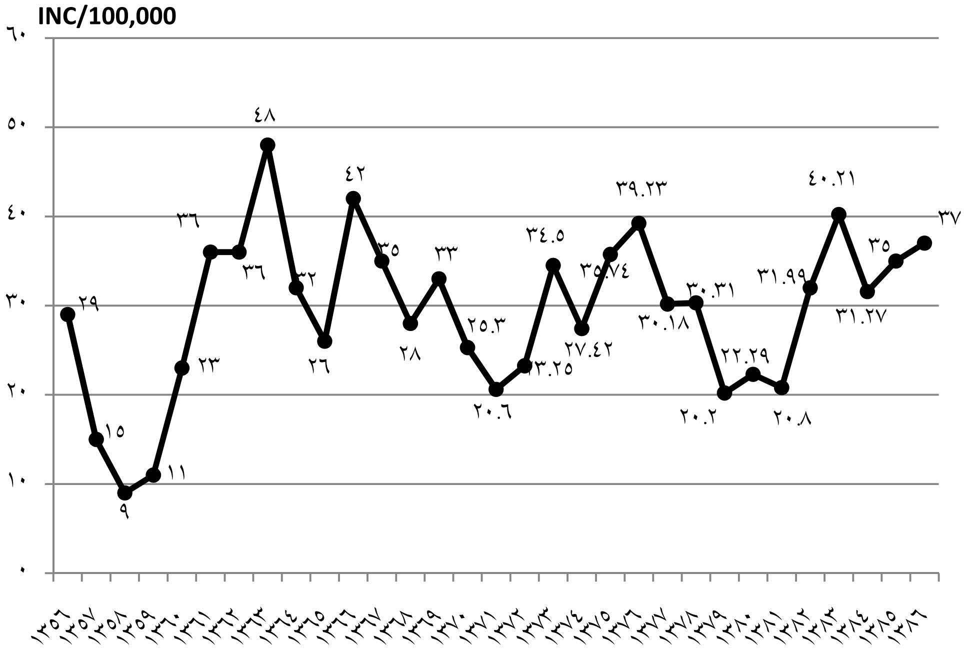
این بیماری به دلیل شیوع فراوان و پراکندگی آن در نقاط مختلف کشور، دارای اهمیت فراوان می‌باشد. فرم روستایی (مرطوب) و فرم شهری (خشک) بیماری در کانون‌های مختلف کشور به صورت اندمیک وجود دارد.

روند میزان بروز بیماری طی سال‌های ۱۳۵۶ تا ۱۳۸۶ معمولاً به‌صورت سینوسی بوده و هر ۳-۲ سال شاهد افزایش و کاهش موارد بیماری بوده‌ایم و به‌طور کلی میزان بروز آن طی سال‌های فوق از ۲۹ به ۳۷٪ هزار نفر جمعیت رسیده است، که پتانسیل انتقال در نقاط مختلف کشور، قطع سمپاشی علیه مالاریا (به علت کاهش موارد بیماری مالاریا) و همچنین ساخت و سازها و ایجاد شهرک‌ها و مجموعه‌های ورزشی، گسترش و توسعه شهرها و تخریب مناطق قدیمی، نقل و انتقال جمعیتی به‌خصوص جهت زیارت به اماکن متبرکه و همچنین عوامل پیش‌بینی نشده مثل زلزله بم در این افزایش بیماری موثر بوده‌اند.

کانون‌های موجود در کشور، عمدتاً با تحقیقات انجام شده در مورد ناقلین و مخازن و عامل بیماری‌زا توسط دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران شناخته شده‌اند، البته کانون‌هایی هم هستند که می‌بایستی تحقیقات بیشتری در خصوص ناقل و مخزن و عامل بیماری‌زا به‌عمل آورند. از مهمترین کانون‌های شناخته شده نوع شهری؛ تهران، شیراز، نیشابور، مشهد، کرمان، بم و مهمترین کانون‌های شناخته شده نوع روستایی؛ نقاطی از استان‌های اصفهان، جنوب فارس، خراسان رضوی، شمالی و جنوبی، گلستان، خوزستان، ایلام، بوشهر، هرمزگان و یزد را می‌توان نام برد.

مهمترین اقدامات انجام شده در سال‌های گذشته عمدتاً بر پایه سمپاشی کانونی علیه ناقل در مناطق شهری، برنامه مبارزه با مخزن با استفاده ار روش طعمه‌گذاری، انجام لیشمانیزاسیون (در سال‌های ابتدای جنگ تحمیلی)، آموزش مردم و استفاده از پشه‌بند آغشته به سم بوده که البته در سال‌های اخیر با بازنگری در برنامه مراقبت و کنترل بیماری و توجه به امر بیماریابی و درمان به‌خصوص در نوع

شهری، ارتقای سطح آگاهی مردم و آموزش بیماران جهت پوشاندن زخم، مبارزه جدی‌تر با مخازن از طریق جونده‌کشی و هماهنگی با ارگانهای ذیربط که در کنترل بیماری موثر هستند قدم‌های موثری در کنترل بیماری نقاط آندمیک برداشته شده است.



نمودار۱۷: میزان بروز بیماری سالک در ایران طی سال‌های ۱۳۸۶–۱۳۵۶

۲. لیشمانیوز احشایی (کالاآزار)

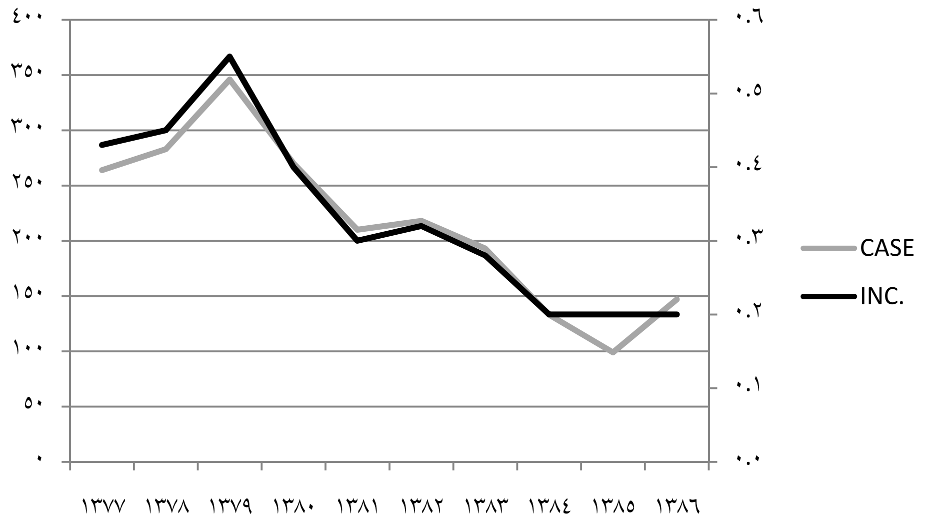
این بیماری به علت مرگ و میر و کشندگی بالای آن به‌خصوص در سنین پایین و در صورت عدم درمان به موقع، دارای اهمیت بوده و تقریباً از تمام استان‌ها و مناطق مختلف گزارش شده، ولی در استان‌های اردبیل، آذربایجان شرقی، بوشهر و فارس، کانون‌ها و موارد بیشتری از بیماری گزارش شده است.

براساس مطالعات مختلف و گزارش‌های دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیماری طی سال‌های قبل از ۱۳۷۹ سیر صعودی داشته به طوریکه موارد بیماری تا پایان سال ۱۳۷۲ به ترتیب زیر بوده است:

- ده سال اول ۱۳۲۸ تا آخر سال ۱۳۳۷ جمعا ۱۳ مورد
- ده سال دوم ۵۳ مورد
- ده سال سوم ۳۲۳ مورد
- ده سال چهارم ۹۷۳ مورد

از سال ۱۳٦۸ لغایت ۱۳۷۲ و طی ۵ سال، ۳۰۱۳ مورد گزارش شده است. از سال ۱۳۷۷ برنامه مراقبت بیماری با کمک بخش انگل شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در استان‌های اردبیل، آذربایجان شرقی و سپس فارس و بوشهر که کانون‌های بیماری هستند برقرار شده و در این استان‌ها از آنتی‌ژن DAT جهت تشخیص سریع بیماری و از طریق سیستم شبکه کمک گرفته شده است. موارد بیماری گزارش شده طبق گراف پیوست در طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹، از ۲٦٤ به ۳٤٦ افزایش یافته که به تدریج طی سال‌های بعد سیر نزولی داشته و به ۱٤۷ مورد در سال ۱۳۸٦ رسیده است. البته میزان مرگ و میر این بیماری در این استان‌ها در گروه سنی ۱۰-۰ سال، با توجه به بیماریابی سریع با آنتی ژن DAT و سپس درمان فوری با گلوکانتیم، سیر نزولی داشته؛ ضمناً در این استان‌ها اقدامات پیشگیری و مبارزه با بیماری به‌شرح زیر انجام شده است:

- شناسایی کانون‌های آلوده، بیماریابی و درمان موارد با استفاده از آزمایشDAT (آگلوتیناسیون مستقیم)
- آموزش عمومی جامعه
- کاهش مخازن در کانون‌های آلوده (کاهش جمعیت سگ‌های ولگرد)
- کاهش و فور ناقلین از طریق مبارزه با ناقل
- گسترش هماهنگی‌های بین بخشی جهت درگیر نمودن ارگان‌های موثر در کنترل بیماری
- ارتقای سطح آگاهی نیروهای بهداشتی درمانی در سطوح مختلف شبکه در مناطق فوق



نمودار ۱۸: روند بیماری کالازار در ایران طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۷

۳. بیماری هاری و حیوان گزیدگی

بیماری هاری در ایران به‌عنوان یک بیماری آندمیک بوده و تقریباً در تمام کشور مخازن وحشی و اهلی بیماری وجود دارد. به‌طوریکه هم گرفتار هاری وحشی و هم اهلی می‌باشیم.

براساس گزارشات دریافتی از مراکز درمان پیشگیری هاری شهرستان‌ها و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور که بطور ماهانه انجام و سالانه جمع‌بندی می‌شوند (گراف‌های پیوست)، میزان بروز و تعداد موارد حیوان گزیدگی در انسان سیر صعودی داشته است، بطوریکه میزان بروز حیوان گزیدگی از رقم ۳۵ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۶۶ به ۱۸۰ در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۸۶ رسیده که نزدیک به ۶-۵ برابر افزایش را نشان می‌دهد. البته تقویت سیستم مراقبت در کشف و درمان پیشگیری به‌موقع مجروحین حیوان گزیده و ارتقای سطح آگاهی جامعه و گروه‌های در معرض خطر، در این افزایش موثر بوده است؛ از طرف دیگر تعداد موارد هاری انسانی منجر به فوت طی سال‌های مختلف (گراف پیوست)، نشان‌دهنده کاهش موارد هاری انسانی بوده، همچنین نسبت موارد هاری انسانی به حیوان گزیدگی از ۷۶ در ۱۰۰ هزار حیوان گزیدگی در سال ۱۳۶۶ به ۴/۶ در ۱۰۰ هزار حیوان گزیده در سال ۱۳۸۶ رسیده که اثربخشی اقدامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عوامل اجرایی آن در سطح استان‌ها وشهرستان‌ها را نشان می‌دهد.

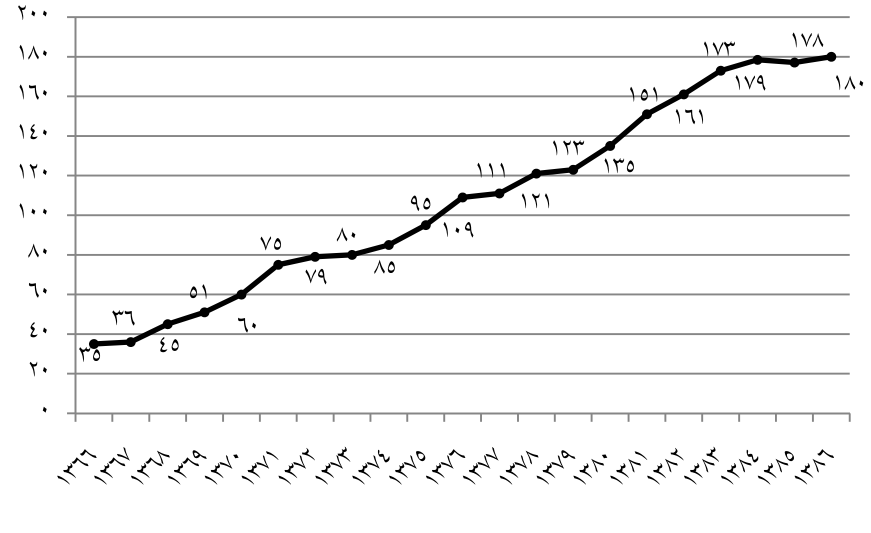
مهمترین اقدامات و فعالیت‌هایی که در جهت مبارزه با هاری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر ارگان‌ها از جمله سازمان دامپزشکی کشور، وزارت کشور (سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور)، نیروهای انتظامی، سازمان حفاظت محیط زیست و... انجام می‌شوند عبارتند از:

- تقویت سیستم مراقبت کشف فوری و درمان پیشگیری مجروحین حیوان گزیده
- ارتقای سطح آگاهی جامعه و گروه‌های در معرض خطر جهت مراجعه به موقع به مراکز در صورت مجروح شدن توسط هر حیوانی

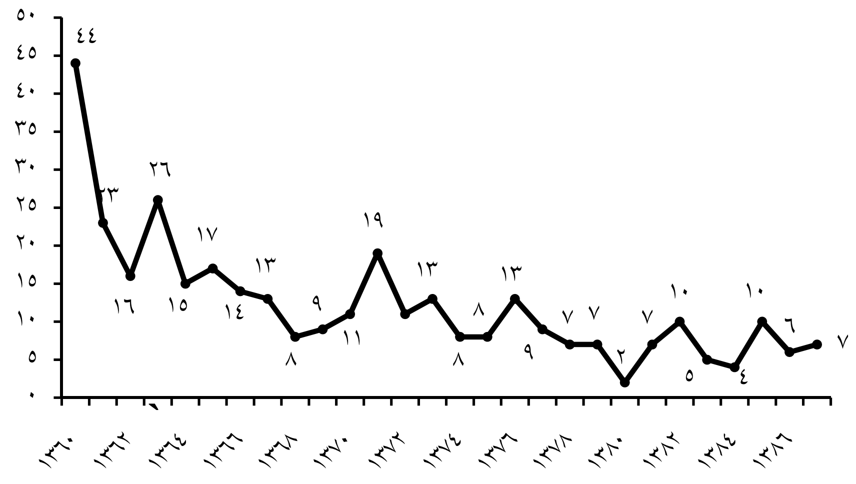
توضیح اینکه با توجه به وجود مخازن وحشی و اهلی بیماری در کشور، هر نوع حیوان گزیدگی در انسان به عنوان گزش مشکوک به هاری بایستی فوراً تحت اقدامات درمان پیشگیری هاری شامل شستشوی زخم با آب و صابون به‌مدت ۲۰-۱۵ دقیقه و تلقیح سرم و واکسن ضدهاری و پیگیری آن و... قرار گیرد.

- هماهنگی بین بخش‌های مختلف درگیر در امر مبارزه با هاری
- واکسیناسیون سگ‌های خانگی و گله علیه هاری و قلاده‌گذاری آنها توسط سازمان دامپزشکی کشور
- مبارزه با حیوانات ناقل و اجرای طرح اتلاف سگ‌های ولگرد از طریق استفاده از اسلحه که اخیراً با توجه به مشکلات این روش، قرار است از روش زنده‌گیری و مرگ آرام استفاده شود. این طرح‌ها توسط شهرداری‌ها، نیروهای انتظامی، سازمان حفاظت محیط زیست و... در سطح کشور انجام می‌شود.
- نمونه‌برداری از حیوانات مشکوک و موارد مشکوک انسانی و آزمایش آن در انستیتو پاستور ایران و پژوهشکده وابسته به آن انستیتو در آمل و شبکه‌های دامپزشکی استان‌های خراسان رضوی و آذربایجان شرقی

لازم به ذکر است که بخش و مرکز رفرانس هاری مستقر در انستیتو پاستور ایران، با توجه به قدمت و تجربیات و سوابق علمی که در این زمینه دارد، به عنوان مرکز رفرانس هاری WHO منطقه و ارایه کننده کمک‌های فنی و کارشناسی به کشورهای منطقه عمل می‌نماید.



نمودار ۱۹: میزان بروز حیوان گزیدگی در کشور طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۶۶



نمودار ۲۰: تعداد موارد بیماری هاری در کشور طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۶۰

تب مالت

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

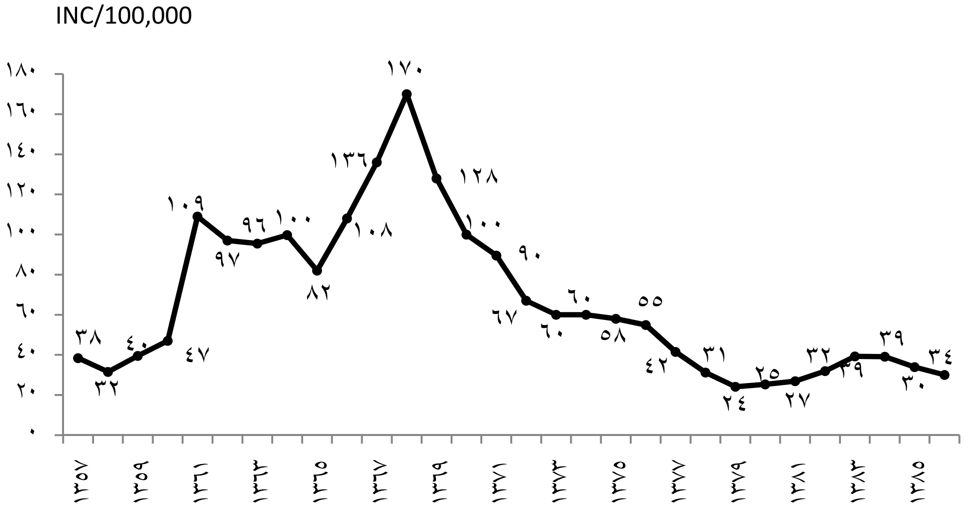
اولین بار در سال ۱۳۱۱، «بروسلا ملی‌تن‌سیس» توسط کارشناسان انستیتو پاستور ایران از کشت خون یک بیمار مبتلا به تب مالت جدا شد. از آن سال به بعد، به منظور رفع تنگناها و مشکلات مربوط به این بیماری، تحقیقات مختلفی انجام و در زمینهٔ ساختن پادتن‌های مختلف و انواع واکسن‌های بروسلوز دامی نیز دستاوردهای چشمگیری به دست آمده است.

براساس گزارش‌های رسیده از دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور و اطلاعات مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، میزان بروز این بیماری از سال ۱۳۵۷ تا سال ۱۳۶۸ سیر صعودی داشته، به‌طوریکه روند بیماری از ٤٠ در ١٠٠ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۵۷ به ترتیب به حدود ١١٠ در سال ١٣٦١ و ١٧٠ در سال ١٣٦٨ رسیده که به دنبال آن با اقدامات موثر از قبیل واکسیناسیون فراگیر بره و بزغاله و گوساله توسط سازمان دامپزشکی و نیز افزایش کارخانه‌های شیر پاستوریزه و مواد لبنی و نیز ارتقای سطح آگاهی مردم در این زمینه‌ها، به‌تدریج این میزان کاهش و در سال ۱۳۷۹ به ٢٤ در ١٠٠ هزار نفر جمعیت رسیده است. البته در سال‌های بعد به علت تغییرات برنامه واکسیناسیون فراگیر دامی با یک افزایش مختصری مجدداً سیر صعودی داشته که به دنبال توجه این سازمان، این روند تا سال ١٣٨٦ کنترل و به میزان ۳۰ در ١٠٠ هزار نفر جمعیت رسیده است.

مهمترین اقدامات انجام شده توسط سازمان دامپزشکی کشور و بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت کنترل بیماری عبارتند از:

- واکسیناسیون فراگیر دام‌ها شامل بره و بزغاله و گوساله علیه بیماری بروسلوز
- شناسایی دام‌های آلوده و حذف از گله که البته این امر به طور معمول در دامداری‌های صنعتی انجام می‌گردد و به‌طور گسترده‌تر و در دامداری‌های سنتی مستلزم اعتبار هنگفت در این زمینه می‌باشد.
- کاهش میزان بروز و شیوع بیماری بروسلوز در گاو و گوسفند و بز
- تقویت سیستم مراقبت بیماری در بخش بهداشت و درمان

- ارتقای سطح آگاهی مردم در زمینهٔ راه‌های ابتلا به‌این بیماری و به کار بردن اقدامات پیشگیری از قبیل رعایت نکات بهداشتی در تماس با دام و نیز عدم مصرف شیر و لبنیات غیرپاستوریزه
- افزایش تعداد کارخانه‌های شیر پاستوریزه و مواد لبنی و افزایش دسترسی مردم به فرآورده‌های لبنی پاستوریزه
- تشخیص و درمان استاندارد مبتلایان انسانی که البته هنوز در این زمینه مشکلاتی وجود دارد.
- آموزش کادر فنی دامپزشکی و بهداشتی-درمانی در رده‌های مختلف



نمودار۲۱: میزان بروز بیماری تب مالت در کشور طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۵۷

٤. بیماری سیاه زخم

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

بیماری به ترتیب از طرق مختلف پوستی و مخاطی، گوارشی و ریوی به انسان منتقل می‌شود که فرم‌های گوارشی و ریوی آن می‌تواند مخاطره بیشتری داشته و به مرگ منجر شود.

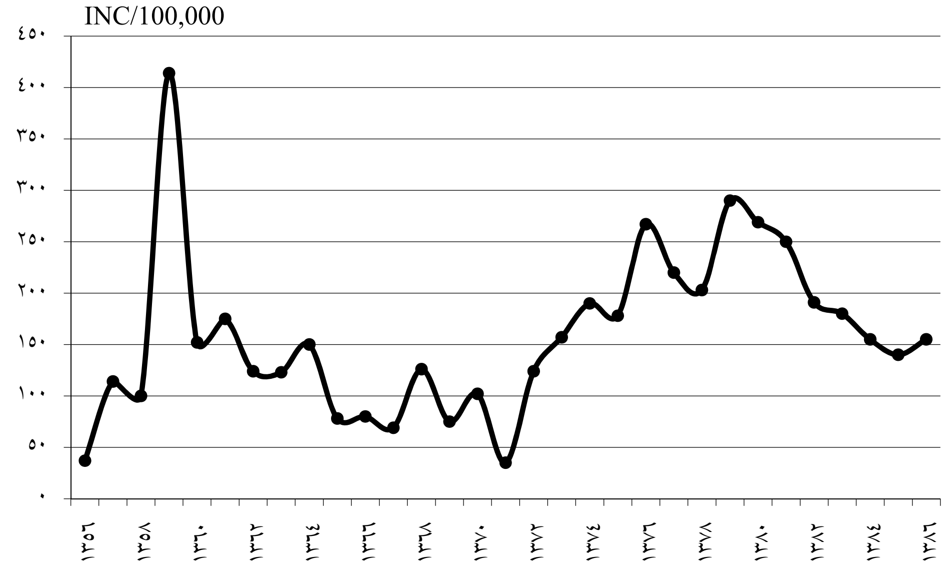
به علت استفاده از عامل بیماری‌زای این بیماری در جنگ‌های بیولوژیک و تروریسم، این بیماری در سال‌های اخیر اهمیت بیشتری پیدا کرده بایستی در این زمینه مورد توجه کشورها قرار گیرد.

با نگاهی به گراف روند بیماری، میزان بروز این بیماری در انسان از سال ١٣٥٦ تا سال ١٣٥٩ افزایش یافته و از ٣٧ در ١٠٠ هزار نفر جمعیت به ٤١٤ رسیده، سپس این میزان طی سال‌های بعد تا سال ١٣٧١ کاهش داشته و به ٣٥ در ١٠٠ هزار نفر جمعیت رسیده و مجدداً در سال‌های بعد با تقویت سیستم مراقبت بیماری در سال‌های ١٣٧٦ و ١٣٧٩ افزایش و سپس در سال‌های اخیر کاهش یافته که در آخرین وضعیت در سال ١٣٨٦ به ١٥٥ در ١٠٠ هزار نفر در جمعیت رسیده است.

مهمترین اقدامات انجام شده و دستاوردها جهت کنترل این بیماری عبارتند از:

- کاهش میزان آلودگی در دام
- کاهش میزان بروز بیماری در انسان
- کاهش میزان آلودگی در محصولات خام دامی (پوست و پشم و...)
- واکسیناسیون فراگیر و مؤثر در دام‌ها علیه بیماری
- تقویت پست‌های قرنطینه بین استانی و بین مرزهای کشور
- افزایش آگاهی کادر فنی و کارکنان دامپزشکی و بهداشت و درمان
- تقویت زنجیره سرد و نگهداری واکسن در دامپزشکی در سطوح مختلف
- سالم‌سازی پوست و پشم از نظر عامل بیماری
- سالم‌سازی پودر استخوان و گوشت و عدم آلودگی آن‌ها
- نظارت بیشتر بر کشتارها با تأسیس کشتارگاه‌های بهداشتی و آموزش دامداران و قصابان و کارکنان کشتارگاه‌ها در تماس با دام

- بهداشتی کردن دامداری‌ها و تبدیل دامداری‌های سنتی به صنعتی و نیمه صنعتی
- افزایش هماهنگی بین بخشی در نواحی مرزی
- انجام تحقیقات اپیدمیولوژیک جهت بررسی آلودگی خاک
- تقویت نظام مراقبت بیماری در بخش دامپزشکی و بهداشت
- تقویت همکاری‌های منطقه‌ای با کشورهای همسایه



نمودار ۲۲: میزان بروز بیماری سیاه زخم در کشور طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۵۶

۵. بیماری هیداتیدوز (کیست هیداتیک):

میزبان اصلی این انگل سگ و میزبان واسطه آن نشخوارکنندگان هستند که سبب آلودگی و ایجاد کیست هیداتیک در کبد، ریه و سایر اعضاء می‌گردد. انسان هم به‌صورت تصادفی در اثر تماس با سگ و خاک و سبزیجات آلوده به تخم انگل، به بیماری مبتلا شده و عوارض بیماری به صورت کیست در اندام‌های مختلف بدن از جمله کبد و ریه تظاهر پیدا می‌کند.

این بیماری یک بیماری پیشرونده و مزمن است و پس از سال‌ها و آن هم در صورت تظاهرات شدید در ارگان‌ها تشخیص داده می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه وضعیت دقیقی از شیوع این بیماری در دست نیست، اطلاعات و آمار این بیماری با شیوع واقعی آن تفاوت خیلی زیاد داشته و فقط مواردی که به علت عوارض شدید به بخش جراحی بیمارستان‌ها مراجعه نموده‌اند، تشخیص داده شده و گزارش گردیده‌اند که به هیچ وجه گویای موارد واقعی نیست. لذا لازم است که در این زمینه ارتباط بیشتری بین بخش‌های جراحی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشت برقرار گردد.

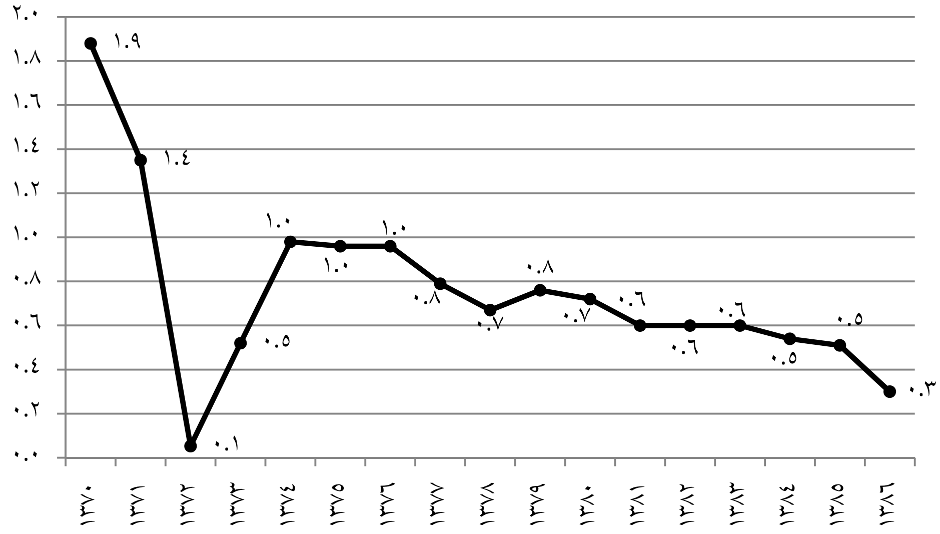
روند موارد گزارش شده از بخش‌های جراحی بیمارستان‌ها در کشور (نمودار شماره ۲۳)، نشان می‌دهد که در سال ۱۳۷۰، میزان بروز بیماری ۱/۸۸ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بوده که البته در سال ۱۳۷۲ که هیچ موردی گزارش نشده و به علت نقص گزارش‌دهی بوده، در سال‌های بعد با کاهش همراه بوده که بدون شک اقداماتی که سازمان دامپزشکی کشور در جهت کنترل این بیماری در سگ‌ها انجام داده و همچنین اقدامات دیگر توسط سیستم بهداشتی درمانی، در این کاهش مؤثر بوده‌اند.

مهمترین اقدامات و دستاوردهای کنترل بیماری

- شناسایی سگ‌های صاحب‌دار و گله و تجویز داروی ضد انگل هر ٦ هفته یکبار توسط سازمان دامپزشکی
  - مبارزه با سگ‌های ولگرد توسط ارگان‌های ذیربط (شهرداری‌ها و نیروی انتظامی و...)
  - تأسیس و راه‌اندازی کشتارگاه‌های صنعتی و رعایت ضوابط بهداشتی در کشتار دام
  - جلوگیری از کشتارهای قاچاق و غیرمجاز توسط سازمان دامپزشکی وشهرداری‌ها
  - ضبط بهداشتی اندام‌های آلوده به کیست هیداتیک
  - ایجاد مراکز فروش موقت و کشتارگاه‌های موقت در ایام خاص مثل عید سعید قربان و ایام محرم جهت ذبح دام تحت کنترل دامپزشکان و مسوولین فنی و ایجاد دستورالعمل خاص در

این مورد توسط سازمان دامپزشکی کشور، شهرداری‌ها و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تقویت سیستم گزارش‌دهی و ارتباط بیشتر بین بخش بهداشت و بیمارستان‌ها جهت گزارش موارد انسانی
- آموزش مردم و گروه‌های خاص از قبیل کارکنان کشتارگاه‌ها، قصابان و دامداران و...
- هماهنگی بخشی با بخش‌های مرتبط و جلب مشارکت مسوولین و مردم



نمودار ۲۳: **میزان بروز بیماری کیست هیداتیک در کشور طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۰**

۷. بیماری لپتوسپیروز

بیماری لپتوسپیروز یا تب شالیزار، از بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان بوده که به علت تعدد گونه‌های عوامل بیماری‌زا و مخازن آن (جوندگان، سگ، گاو و گوسفند)، در طبیعت طیف گسترده‌ای دارند، این بیماری ارتباط زیادی با رطوبت، بارندگی، طوفان، سیل و همچنین عوامل شغلی نظیر کشاورزی و کار در مزارع برنج‌کاری و شالیزارها دارد. مطالعات مختلف توسط بخش دامپزشکی در نقاط مختلف، نشان‌دهنده آلودگی‌های سرمی در دام‌ها در نقاط مختلف کشور می‌باشد، در ایران به علت شرایط فصلی و محیطی و شغلی این بیماری در استان‌های شمالی کشور، در بین کشاورزان و برنج‌کاران شایع و از بیماری‌های مهم بومی منطقه محسوب می‌گردد.

طبق گزارش‌های رسیده از دانشگاه‌های علوم پزشکی، این بیماری از سال ۱۳۷٦ ابتدا از استان گیلان و در شهرهای مختلف آن به‌طور گسترده و سپس در سال‌های بعد به‌طور محدودتر از استان‌های مازندران، گلستان گزارش شده که با برقراری و تقویت مراقبت بیماری، موارد بیشتری در سال‌های بعد گزارش گردیده‌اند.

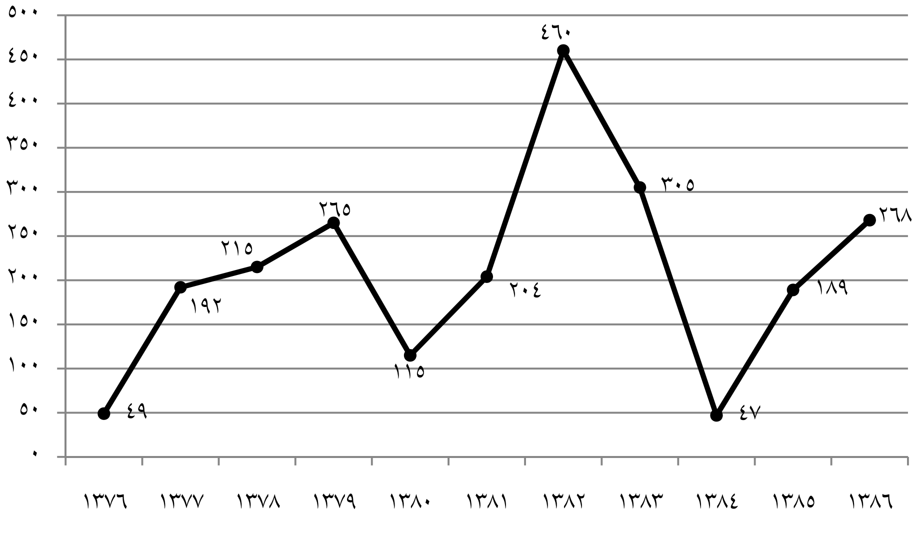
البته موارد معدود و انفرادی بیماری از دانشگاه‌های علوم پزشکی قم، کاشان، سمنان و شهید بهشتی گزارش شده است. ضمناً در سال‌های اولیه گزارش از استان گیلان، میزان کشندگی بیماری بالاتر بوده که با تقویت مراقبت و حساس شدن پزشکان منطقه در تشخیص زودرس و درمان موارد، این میزان در سال‌های بعد کاهش یافته، به طوریکه از ۱۰٪ در سال ۱۳۷٦ به ۰/۳۷٪ در سال ۱۳۸٦ کاهش یافته است.

روند بیماری نشان می‌دهد که تعداد موارد بیماری از ٤۹ مورد در سال ۱۳۷٦، به تدریج سیر صعودی یافته و با بهبود سیستم مراقبت بیماری در استان‌های شمالی کشور به‌خصوص گیلان، به ٤٦۰ مورد محتمل افزایش یافته که پس از کاهش موارد گزارش شده به ٤۷ مورد تا سال ۱۳۸٤، مجدداً موارد بیماری در سال‌های بعد افزایش یافته و به ۲٦۸ مورد در سال ۱۳۸٦ رسیده که مربوط به برقراری امکانات تشخیص در استان مازندران و پژوهشکده انستیتو پاستور آمل بوده است.

مهمترین اقدامات انجام شده

- برقراری سیستم مراقبت بیماری در مرحله اول در استان‌های گیلان، مازندران و گلستان و سپس در کل کشور

- برگزاری سمینارها و کارگاه‌های آموزشی جهت پزشکان و کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های استان گیلان و مازندران و گلستان
- تخصیص بودجه و امکانات جهت راه‌اندازی امکانات تشخیص بیماری در استان گیلان، پژوهشکده انستیتو پاستور آمل و مازندران
- هماهنگی با دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور جهت راه‌اندازی امکانات تشخیص به روش الیزا
- ایجاد هماهنگی با مراکز تحقیقات و دامپزشکی استان‌های گیلان و مازندران جهت بررسی وضعیت آلودگی در مخازن (جوندگان، سگ و نشخوارکنندگان)
- بیماریابی و درمان موارد بیماری در انسان
- بیماریابی موارد دامی و درمان آنها
- واکسیناسیون دام‌ها علیه بیماری
- آموزش روستاییان و کشاورزان به خصوص برنجکاران در زمینهٔ رعایت نکات بهداشتی و حفاظتی در موقع شالیکاری و استفاده از وسایل حفاظتی مثل دستکش، چکمه و لباس مناسب موقع کار در مزرعه برنجکاری به‌خصوص فصل نشا و شالیکاری



نمودار ۲۴: میزان بروز بیماری لپتوسپیروز در کشور طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۶

۸. بیماری تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو (CCHF)[1]:

تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو (CCHF)، یک بیماری خونریزی دهنده تب‌دار حاد است که به وسیله کنه منتقل می‌شود و در آسیا، اروپا و آفریقا وجود دارد. بیماری مرگ و میر بالا داشته و همه‌گیری‌های داخل بیمارستان آن نیز شایع هستند. با وجودی که بیماری مخصوص حیوانات است، ولی موارد تک‌گیر و همه‌گیری‌های ناگهانی، این بیماری در انسان‌ها نیز اتفاق می‌افتد.

ایـــــران: برای اولین بار شوماکوف و همکاران در سال ۱۹۷۰ حضور CCHF در ایران را ثابت کرده و آنتی‌بادی CCHF را در سرم ٤٥ گوسفند که از تهران به مسکو فرستاده شده بودند، شناسایی کردند. سعیدی و همکاران در سال ۱۹۷۵، آنتی‌بادی بر علیه ویروس CCHF را در ٤٨ نفر از ۳۵۱ نفر (۱۳٪) در مناطق دریای خزر و آذربایجان شرقی جدا کردند. از سال ۱۹۹۹ (۱۳۷۸)، موارد مظنون و قطعی بیماری در ایران گزارش گردید که توضیح مفصل آن در گزارش وضعیت اپیدمیولوژیکی بیماری CCHF در ایران در سال ۷۸ – ۷۹ و ۱۳۸۰ آمده است.

عامل بیماری

عامل بیماری برای نخستین بار از خون افراد بیمار در مرحله بروز تب و همچنین از کنه بالغ Hyalomma Marginatum جدا شد و با توجه به قابلیت فیلترپذیری به عنوان یک نوع ویروس توصیف گردید. ویروسCCHF از گروه Arboviruses خانواده Bunyaviridae جنس Nairovirus طبقه‌بندی می‌شود؛ همچنین در گروه Arthropod – borne Viruses (ویروس‌هایی که توسط بندپایان منتقل می‌شود) قرار دارد.

راه انتقال بیماری

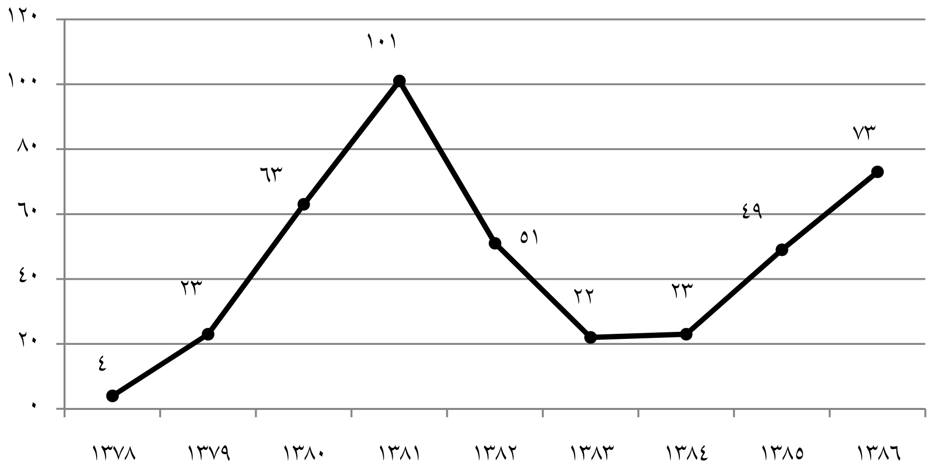
ویروس CCHF اصولاً در طبیعت بوسیله کنه‌های سخت‌گونه Hyalomma منتقل می‌شود، ولی بوسیله گونه‌های Rhipicephalus،Boophilus و Amblyomma نیز منتقل می‌گردد. ویروس CCH توانایی انتقال از طریق تخم (Transovarion transmission) و نیز انتقال در مراحل مختلف بلوغ کنه (Transstadial surviral) را دارد. مهمترین راه آلودگی کنه، خونخواری کنه Hyalomma نابالغ از مهره‌داران کوچک می‌باشد. یک بار آلودگی موجب می‌شود کنه در تمام طول مراحل تکامل، آلوده باقی

[1] Crimean Congo Haemorrhagic Fever

بماند و کنه بالغ ممکن است عفونت را به مهره‌داران بزرگ مثل دام‌ها منتقل کند، ویروس یا آنتی‌بادی آن در کنه Hyalomma در مناطق وسیع دنیا پیدا شده است و عفونت در انسان پس از گزش کنه آلوده یا له کردن آن روی پوست نیز ایجاد می‌شود.
بیماری بوسیله خرگوش صحرایی، جوجه تیغی، گوسفند و گاو به نقاط مختلف توسعه می‌یابد. در جنوب آفریقا، آنتی‌بادی بر علیه ویروس CCHF از سرم زرافه، کرگدن، گاو کوهی (eland)، بوفالو، گورخر و سگ جدا شده است. تعداد زیادی از پرندگان به عفونت مقاوم هستند، اما شترمرغ حساس است.
ویرمی در حیوانات نشخوارکننده اهلی مثل گاو، گوسفند و بز به مدت یک هفته پس از آلودگی باقی می‌ماند. بیماری در حیوانات اهلی هیچگونه علایم مشخصی ندارد و خطر انتقال بیماری در انسان در طی ذبح حیوان آلوده و یا یک دوره کوتاه پس از ذبح آن وجود دارد (به‌دنبال تماس با پوست یا لاشه حیوان).
همچنین تماس با خون و بافت بیماران به خصوص در مرحله خونریزی یا انجام هرگونه اعمالی که منجر به تماس انسان با خون آنها گردد، باعث انتقال بیماری می‌شود. بیمار در طی مدتی که در بیمارستان بستری است، به‌شدت برای دیگران آلوده کننده است. عفونت‌های بیمارستانی بعد از آلودگی با خون و یا ترشحات بیماران شایع می‌باشند.

کنترل و پیشگیری بیماری در کشور

ارایه خط‌مشی و انتخاب روش‌های عملیاتی مناسب با استفاده از امکانات شبکه‌های بهداشتی- درمانی، با توجه به موارد قطعی بیماری در برخی از مناطق کشور از سال ۱۳۷۸، جهت پیشگیری و کنترل بیماری تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو (CCHF) ضرورت دارد.
پیشگیری و کنترل بیماری CCHF بر اساس بیماریابی (تعاریف استاندارد)، تشخیص به موقع بیماری (امکانات تشخیصی در خارج و داخل کشور)، درمان مناسب (درمان حمایتی و داروی ضد ویروس مناسب)، افزایش آگاهی (در زمینه راه‌های سرایت و پیشگیری بیماری) و هماهنگی بین بخشی با ارگان‌های ذیربط، باید با روش یکسان در سراسر کشور اعمال شود، به‌گونه‌ای که در تمام نقاط امکان آن فراهم باشد. این مهم به عنوان هدف کاربردی اجرای برنامه مبارزه با این بیماری به شمار می‌رود که با توجه به شرایط بهداشتی کشور، در سطوح مختلف ارایه می‌گردد.



نمودار ۲۵: روند موارد بیماری CCHF در کشور طی سال‌های ۱۳۸٦-۱۳۷۸

پیش بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

هدف نهایی برنامه

کاهش میزان بروز بیماری‌های تب مالت، لیشمانیوز جلدی و احشایی، هاری، سیاه زخم، کیست هیداتیک، لپتوسپیروز و تب هموراژیک کریمه کنگو نسبت به وضع موجود.

اهداف واسطه‌ای

۱. کاهش میزان کشندگی بیماری‌های تب هموراژیک کریمه کنگو، لپتوسپیروز و کالاآزار و کاهش نسبت موارد مرگ از هاری به حیوان گزیدگی
۲. تلاش در جهت جلوگیری از ورود بیماری‌های نوپدید از قبیل سارز، آنفلوانزای پرندگان و... به کشور
۳. برقراری سیستم مراقبت جهت مقابله با بیماری‌های نوپدید
٤. گسترش هماهنگی بین بخشی با بخش‌های مختلف درگیر

چالش‌ها

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

- تنوع و تعدد عوامل بیماری‌زا، مخازن، ناقلین و پیچیدگی در کنترل این بیماری‌ها و لزوم فعالیت بخش‌های مختلف و هماهنگی قوی بین این بخش‌ها
- ناکافی بودن هماهنگی بین بخش‌های مختلف
- ناکافی بودن آگاهی و همکاری‌های بخش خصوصی
- خطر اپیدمی و پاندمی‌های خطرناک
- وقوع بیماری‌های نوپدید و بازپدیدی تعدادی از این بیماری‌ها در نقاط مختلف
- ناکافی بودن آگاهی جامعه و گروه‌های در معرض خطر، مسوولین و نیروهای بخش بهداشت و درمان و سایر دستگاه‌های مرتبط در امر کنترل
- سهولت در نقل و انتقال و جابجایی‌های جمعیت‌های انسانی و حیوانات در بین مناطق و کشورهای مختلف و در نتیجه ورود و گردش بیماری‌های مشترک در مناطق مختلف
- خطر استفاده از عوامل پاتوژن بعضی از این بیماری‌ها در جنگ‌های بیولوژیک
- خسارات قابل توجه به بخش دامپروری و تقلیل مواد پروتئینی و کاهش کیفیت
- عدم هماهنگی در تشخیص آزمایشگاهی و عدم پیروی از پروتکل کشوری در مورد بعضی بیماری‌ها مثل تب مالت
- عدم هماهنگی در درمان استاندارد و عدم پیروی از پروتکل کشوری در مورد بعضی بیماری‌ها مثل تب مالت
- افزایش بروز بروسلوز در سال‌های اخیر به علت تغییرات در برنامه واکسیناسیون فراگیر دام‌ها
- مشکلات اجرایی سازمان‌های اصلی دست‌اندرکار در امر مهار این بیماری‌ها
- ناکافی بودن حمایت مسوولین در خصوص تخصیص اعتبارات و نیروی کافی و امکانات مناسب در امر کنترل
- ناکافی بودن توجه آزمایشگاه‌ها و پزشکان بخش خصوصی به دستورالعمل‌ها و پروتکل کشوری و ثبت و گزارش به‌موقع این بیماری‌ها

- نامناسب بودن و ناکافی بودن چارت تشکیلاتی و کارشناسی بیماری‌های مشترک در سطوح کشوری و دانشگاه‌ها
- مشکلات فرهنگی و اجتماعی مردم در رابطه با عادات غلط استفاده از شیر، گوشت و فرآورده‌های دامی و نیز عدم توجه به نکات بهداشتی در تماس با دام و نیز ذبح غیر بهداشتی و کشتارهای غیرمجاز
- ناکافی بودن اطلاعات پزشکان و دانشجویان پزشکی و سایر رده‌های مختلف از پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های مربوطه
- ضعف سیستم قرنطینه مرزی و بین استانی و ورود غیرمجاز دام به کشور و بین استان‌ها
- ضعف دسترسی به هنگام به واکسن‌های مورد نیاز در امر کنترل بیماری مثل واکسن و سرم ضد هاری در بخش انسانی و نیز واکسن بروسلوز و هاری در بخش دامی
- صرف هزینه بالا جهت خرید سرم و واکسن ضدهاری در بخش بهداشت
- ثابت نبودن کارکنان شاغل در بخش درمان پیشگیری هاری در بعضی شهرستان‌ها و ناکافی بودن نظارت و پایش
- فعال نبودن کمیته‌های مبارزه با حیوانات ناقل در بعضی استان‌ها و شهرستان‌ها و عدم توجه مسوولین مربوطه مثل استانداری‌ها، فرمانداری‌ها و شهرداری‌ها و نیروی انتظامی
- گسترش مناطق مسکونی و ایجاد شهرک‌ها، عدم هماهنگی مسوولین با بخش بهداشت، جابجایی جمعیت، ضعیف بودن اقدامات زیست محیطی از قبیل جمع‌آوری زباله، استفاده از کودهای حیوانی و مرغی جهت کشاورزی و... همچنین وقوع عوامل غیرطبیعی از جمله سیل و زلزله و... که سبب گسترش و ظهور برخی بیماری‌ها از جمله سالک در بعضی مناطق می‌گردد.
- کمبود کشتارگاه‌های صنعتی و استاندارد و در نتیجه کشتارهای غیرمجاز که سبب گسترش بیماری‌های کیست هیداتیک، تب هموراژیک کریمه کنگو، سیاه زخم و... می‌گردد.

توسعه شبکه و ارتقای سلامت

فناوری و مدیریت اطلاعات

مقدمه

جمهوری اسلامی ایران همگام با سایر کشورها برای رسیدن به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary Health Care- PHC) را به عنوان وسیله و ابزار دستیابی به هدف مزبور معرفی و نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی در سطوح شهرستان، استان و ملی را زیر ساخت تامین مراقبت‌های اولیه بهداشتی قرار داده است. گردآوری، ثبت و ارسال داده‌ها و به طور کلی جریان اطلاعات در ساختار نظام سلامت نیازمند یک ابزار مناسب است.

زیج حیاتی (Vital Horoscope)، به عنوان مهمترین جزء نظام مدیریت اطلاعات مبتنی بر PHC، از سال ۱۳٦۷ برای ثبت و جمع‌آوری داده‌ها از محیطی‌ترین سطوح نظام ارایه خدمات در مناطق روستایی بکار گرفته شد. زیج حیاتی برگه‌ای با طول و عرض ۷۰ در ۵۰ سانتیمتر، دارای چند دایره متحدالمرکز و ۷ جدول در اطراف دایره می‌باشد. دایره‌های متحدالمرکز از داخل به سمت خارج به ترتیب بیانگر سالی که زیج برای آن تنظیم شده است (دایره سفید رنگ)، تولدهای زنده (دایره زرد رنگ)، مرگ کودکان زیر یکسال (دایره نارنجی رنگ)، مرگ کودکان یک تا پنج سال (دایره سبز رنگ) و مرگ افراد بالای ۵ سال (دایره آبی رنگ) است. هر دایره خود نیز به ۱۲ قسمت (به نشانه ۱۲ ماه سال بود و به همین دلیل نام خود را از جدول موجود در رصدخانه‌ها برگرفت) تقسیم شده و در داخل هر یک از قسمت‌ها یک مربع برای درج داده مربوط به روستای اصلی (Main Village) و یک دایره کوچک برای درج داده مربوط به روستاهای اقماری (Satellite Villages) وجود دارد. جداول زیج نیز شامل جدول جمعیت بر حسب سن و جنس، جدول تولد بر حسب وزن و جنس نوزاد، سن مادر و شرایط زایمان، جدول مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان بر حسب سن مادر و علت مرگ، جدول مرگ بر حسب سن و جنس، جدول علت مرگ در کودکان کمتر از پنج‌سال، جدول پوشش تنظیم خانواده در آخرین روز هر فصل و جدول مصرف نمک یددار است.

به طور خلاصه می‌توان گفت که این منبع اطلاعاتی با هدف گردآوری و نمایش وقایع حیاتی مانند تولد، مرگ و فعالیت‌های تنظیم خانواده طراحی شده است. داده‌های پایه جمعیتی به وسیله بهورز طی سرشماری ابتدای سال گردآوری، در پرونده خانوار ثبت و سپس در زیج حیاتی وارد می‌شوند. در طول سال نیز وقایع حیاتی به صورت ماهیانه در زیج ثبت و در پایان هر سال به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.

گزارش سی‌ساله

الف) روند تغییرات تعداد خانه‌های بهداشت و جمعیت تحت پوشش آن‌ها

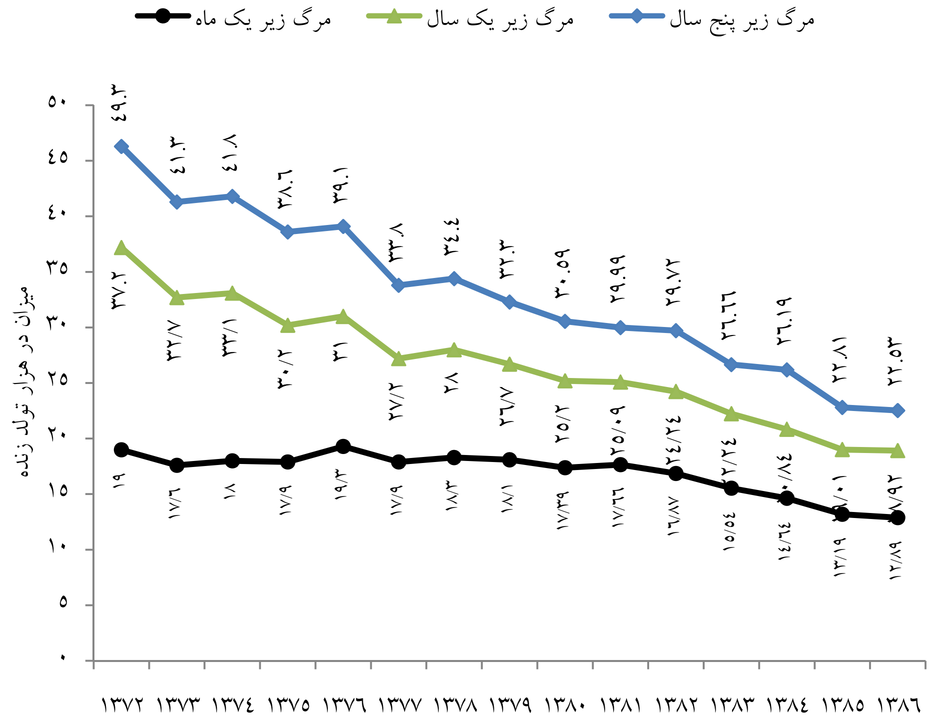
از آغاز به کار شبکه‌های بهداشتی- درمانی تاکنون، نه تنها تعداد خانه‌های بهداشت و بهورزان، بلکه محتوا و کیفیت خدمات ارایه شده نیز همواره رو به افزایش بوده است. جدول شماره یک روند تغییرات تعداد خانه‌های بهداشت و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۵ نشان می‌دهد.

جدول۱: روند تغییرات تعداد خانه‌های بهداشت و جمعیت تحت پوشش آنها در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۵

سال	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶
تعداد خانه‌های بهداشت فعال	۱۱۱۰۹	۱۲۰۶۱	۱۲۶۲۶	۱۳۷۵۳	۱۳۹۲۸	۱۴۸۷۹	۱۵۲۱۸	۱۵۴۰۶	۱۵۹۱۶	۱۵۹۴۷	۱۶۰۶۵	۱۶۳۷۳	۱۶۶۸۷	۱۶۹۱۹	۱۷۱۵۱

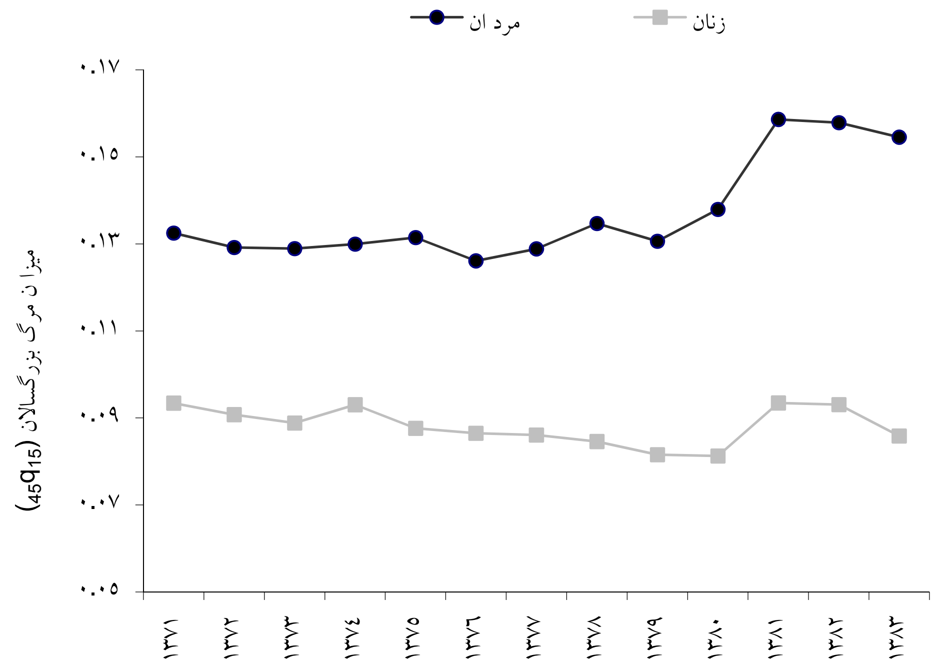
ب) روند تغییرات شاخص‌های میرایی بر اساس اطلاعات زیج حیاتی در مناطق روستایی

نمودار شماره یک روند شاخص‌های میزان مرگ نوزادان، کودکان زیر یکسال و کودکان زیر پنج‌سال، بر اساس اطلاعات زیج حیاتی در مناطق روستایی طی سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۶ را نشان می‌دهد. بر اساس نمودار مذکور، میزان مرگ نوزادان تقریباً تا سال ۱۳۸۲ ثابت و حدود ۱۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده است و سپس رو به کاهش گذاشته و در سال ۱۳۸٦ به ۱۲/۹ در هزار تولد زنده رسیده است. با این وجود، میزان مرگ کودکان زیر یکسال و کودکان زیر پنجسال طی دوره یاد شده رو به کاهش بوده و به ترتیب از ۳۷/۲ و ٤٦/۳ در هزار در سال ۱۳۷۲ به ۱۸/۹ و ۲۲/۵ در سال ۱۳۸٦ رسیده است. به نظر می‌رسد علت این کاهش در میزان مرگ کودکان زیر یکسال و کودکان زیر پنج‌سال، کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی از جمله اسهال و پنومونی بوده است.



نمودار ۱: روند شاخص‌های مرگ نوزادان زیر یک‌ماه (NMR) زیر یک سال (IMR) و زیر ۵ سال (CMR) در مناطق روستایی بر اساس داده‌های زیج حیاتی، سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸٦

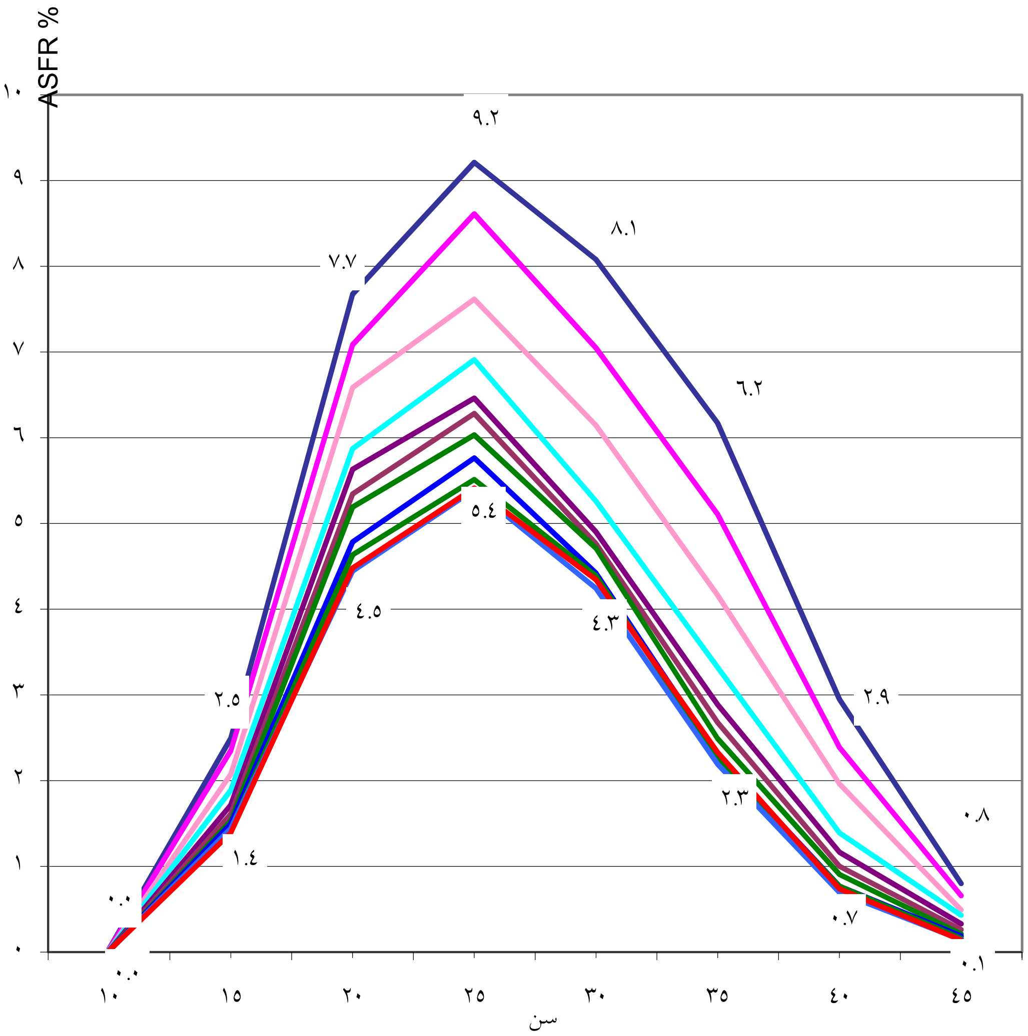
نمودار شماره ۲ روند احتمال مرگ بالغین ۱۵ تا ۵۹ ساله در مناطق روستایی به تفکیک جنس طی سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۳ را نشان می‌دهد. در مقایسه با میزان مرگ و میر کودکان، خطر مرگ بالغین در هر دو جنس تقریباً روند یکسانی (حدود ۰/۰۹ در زنان و ۰/۱۳ در مردان) را نشان می‌دهد. هر چند طی سال‌های اخیر این شاخص به ویژه در مردان روند افزایشی داشته است. اگر چه دلیل این افزایش می‌تواند بهبود نظام ثبت مرگ و میر باشد، ولی بررسی‌های دقیق‌تر برای شناخت علت واقعی این پدیده اپیدمیولوژیک از قبیل افزایش مرگ و میر در مردان بدلیل بیماری‌های قلبی و سوانح لازم هستند.



نمودار ۲: روند احتمال مرگ بالغین ۱۵ تا ۵۹ ساله در مناطق روستایی به تفکیک جنس طی براساس داده‌های زیج حیاتی، سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۳

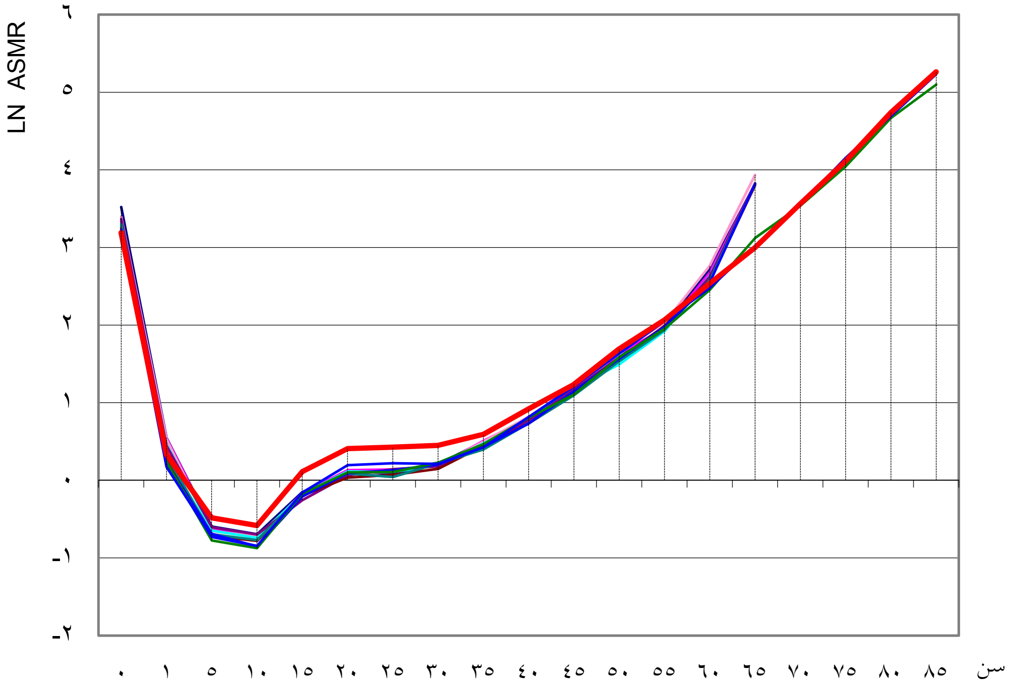
نمودارهای شماره ۳ و ٤ به ترتیب روند میزان باروری اختصاصی- سنی و میزان مرگ و میر اختصاصی- سنی را براساس داده‌های زیج حیاتی در مناطق روستایی طی سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ نشان می‌دهد. تطابق نمودارهای یاد شده با سایر منابع از جمله سرشماری سال ۱۳۷۵ و بررسی جمعیت و سلامت (DHS) ۱۳۷۹، همچنین همخوانی شاخص‌های دموگرافیک محاسبه شده در زیج حیاتی با سایر منابع، دال

بر کیفیت مناسب داده‌های این منبع اطلاعاتی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور و اعتبار ظاهری (face validity) آن است.



نمودار ۳: میزان باروزی اختصاصی سنی مناطق روستایی براساس داده‌های زیج حیاتی، سال‌های[1] ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲

[1] در نمودار شماره ۳، منحنی‌های رسم شده به ترتیب از بالا به پایین مربوط به سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ می‌باشد.



نمودار ٤: میزان مرگ اختصاصی سنی مناطق روستایی براساس داده‌های زیج حیاتی، سال‌های ١٣٧٢ تا ١٣٨٢

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

نظر به سهولت گردآوری داده‌های جمعیت و سلامت در مناطق روستایی با استفاده از زیج حیاتی و مقبولیت کیفی داده‌های منتج شده به عنوان نقطه قوت؛ و از طرفی الگوی کنونی اپیدمیولوژیک بیماری و ضرورت پایش و مداخله در عوامل خطرساز بیماری‌های غیرواگیر، تلاش کنونی بر آن است تا امکان ثبت، مراقبت و پایش عوامل خطرساز بیماری‌های غیر واگیر در زیج فراهم گردد. مقدمات بکارگیری این زیج با عنوان «زیج سلامت» و پایلوت آن در حال حاضر در چند استان کشور در مرحله اجرا است. از این رو، پیش‌بینی می‌شود زیج حیاتی به عنوان مهمترین جزء نظام مدیریت اطلاعات مبتنی بر PHC بتواند اطلاعات مناسبی را برای تصمیم‌گیری مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت نه تنها در گذشته؛ بلکه در آینده و متناسب با الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در ایران فراهم نماید. دسترسی الکترونیکی به داده‌های مندرج در زیج حیاتی و امکان ادغام داده‌ها در سطوح مختلف ساختار شبکه با استفاده از یک نرم‌افزار مناسب، راه دیگر پیش‌روی نظام سلامت است.

موضوعات اصلی و چالش‌ها

در نظام مدیریت اطلاعات مبتنی بر PHC، زیج حیاتی تنها ابزار گردآوری داده‌های جمعیت و سلامت در مناطق روستایی است که بر اساس آن امکان محاسبه حدود ٢١٤ شاخص پیامد سلامت از جمله شاخص‌های مرگ و میر (نسبت مرگ و میر مادران و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال) و باروری (میزان باروری اختصاصی- سنی) وجود دارد. ثبت به هنگام داده‌ها و وقایع حیاتی تولد و مرگ به تفکیک سن، جنس و علت، ویژگی دیگر زیج حیاتی است. با این وجود، تجمیع داده‌های ثبت شده در زیج حیاتی و لزوم استفاده از گزارش‌های آن برای پیگیری شاخص‌های سلامت و اطلاع از روند مربوطه، همچنین عدم دسترسی الکترونیکی به داده‌های زیج، چالش مطرح دیگری است. یکی دیگر از موضوعات اصلی و مطرح در رابطه با این ابزار، عدم پوشش مناطق شهری است. در حال حاضر، محدودیت‌هایی مانند مشخص نبودن جمعیت در این نقاط و دسترسی ساکنین به سایر مراکز ارایه خدمات از جمله بخش خصوصی، محاسبه شاخص‌های زیج برای جمعیت شهری را با مشکل کم‌شماری مواجه می‌سازد.

گذار اپیدمیولوژیک و جمعیت شناختی موجود طی سال‌های اخیر نه تنها مهمترین چالش نظام سلامت کشور، بلکه چالش اصلی جریان اطلاعات موجود در آن برای تصمیم‌گیری مناسب و در نتیجه چالش عمده ابزار گردآوری اطلاعات در نظام سلامت است. گسترش بیماری‌های غیر واگیر و شیوع بالای عوامل

خطرساز آنها در کشور طی سال‌های اخیر، زمینه تغییر در ابزار موجود گردآوری اطلاعات در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور را فراهم نموده است.

منابع

۱. شادپور کامل، تجربه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۲.

۲. پیله‌رودی سیروس، شبکه بهداشت و درمان شهرستان. انتشارات رضویه، تهران، ۱۳۸۵.

۳. نقوی م، جعفری ن، جمشید بیگی ع و همکاران، دگرگونی سیمای سلامت در روستانشینان ایران. چاپ اول، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران 1384 .

4. Mehryar H, Naghavi M, Ahmadnia S, Kazemipour S, Vital Horoscopes: Longitudinal data collection in the Iranian primary health care system. Asia- Pacific Population Journal, 2008.

5. Khosravi A, Motlagh ME, Emami Razavi SH, The Iranian Vital Horoscope: Appropriate tool to collect health statistics in rural areas. Iranian J Publ Health, 2009: 38(1); 74-80.

۶. موحدی محمد، حجاری زاده بهزاد، آرشین چی معصومه، امیر حسینی، مطلق محمد اسماعیل، حقدوست علی اکبر، روند تغییرات شاخص‌های مهم سلامت و الگوی نابرابری جغرافیایی آنها در جمعیت روستایی کشور، مجله حکیم، ۱۳۸۶.

گروه اقتصاد و ارزیابی فناوری‌های سلامت

مقدمه

جمهوری اسلامی ایران در سال‌های پس از پیروزی انقلاب، نسبت به پی‌ریزی الگوی توسعه عادلانه اجتماعی اقتصادی و تحقق اصلاحاتی همه‌جانبه در تمام عرصه‌های سیاست‌های اجرایی و مدیریتی کشور همت گمارد. این اصلاحات، که در واقع متأثر از اندیشه‌های غنی اسلامی و اهداف انسان‌دوستانه و مردم‌گرایانه بود، توجه به محرومان و مستضعفان را در دستور کار خود قرار داد، ارتقای شرایط زندگی مردم را هدف‌گذاری نمود و در نهایت منجر به بهبود چشم‌گیر شرایط اجتماعی کشور شد.

از آنجا که یکی از عمده‌ترین اهداف این انقلاب اجرای قسط و عدل اسلامی با مصادیق گوناگون آن، از مسایل اجتماعی گرفته تا مسایل فردی می‌باشد، در این میان عدالت در سلامت، در جمهوری اسلامی ایران جایگاه ویژه‌ای دارد که خود در نهایت، متضمن توسعه پایدار و عادلانه کشور نیز خواهد بود.

اما سلامت، خود موضوعی است چند بعدی. هم‌چنانکه که در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت نیز آمده، سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها نداشتن بیماری و معلولیت، که خود گویای سهم تاثیر چشمگیر زمینه‌ها، شرایط و سیاست‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر تحقق سلامت است. آنچه که در این میان از اهمیت شایانی برخوردار است، تامین سلامت آحاد جامعه است که از آن به عدالت در سلامت تعبیر می‌شود. عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که هر شخص بطور ایده‌آل، باید فرصت‌های عادلانه‌ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود یعنی سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی داشته باشد و واقع‌بینانه‌تر این که هیچ کسی نباید از بدست آوردن این ظرفیت‌ها محروم گردد.

اینک پس از گذشت سی سال از انقلاب اسلامی، قصد آن داریم که به گوشه‌ای از دستاوردهای عدالت در عرصه سلامت که خود در سایه اندیشه‌های غنی اسلامی و عدالت اجتماعی حاصل از آن در کشور محقق شده و در قالب گزارش‌ها نیز مورد کم توجهی واقع شده است، بپردازیم.

تعریف واژگان

سلامت: رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها نداشتن بیماری و معلولیت.

بی عدالتی در سلامت: تفاوت‌های غیر ضرور، نامنصفانه و ناعادلانه و قابل اجتناب در سلامت.

نابرابری در سلامت: اختلاف در وضعیت سلامت در بین گروه‌های مختلف.

بی‌عدالتی اجتماعی: نقض تعهدات اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، مدنی و حقوق بشری جمعیت خاص یا گروه‌هایی در اجتماع بر اساس درک موقعیت پایین آنها توسط گروه‌های قوی‌تر.

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت: شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند. هم چنین سن افراد بر وضعیت سلامتی‌شان اثرگذار است. برخی از این عوامل اجتماعی عبارتند از کار، غذا، تحصیلات، حمایت اجتماعی و ....

دسترسی: مفهوم رایج و معمول دسترسی، فاصله جغرافیایی را به ذهن می‌آورد. خدمات باید به نزدیکترین محلی که مردم در آنجا زندگی و کار می‌کنند برده شود.

بهره‌مندی از خدمات: تعداد خدمات سلامت استفاده شده که اغلب در ۱۰۰۰ نفر در ماه یا سال بیان می‌شود.

ضریب جینی: میزان انحراف توزیع درآمد (یا مصرف) در میان افراد یا خانوارهای یک کشور را نسبت به توزیع برابر و عادلانه اندازه‌گیری می‌کند.

هزینه‌های کمرشکن: زمانی که پرداخت مستقیم هزینه‌های سلامت بیش از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار باشد.

پرداخت مستقیم از جیب: هزینه‌ای که توسط مشتری خدمات سلامت در هنگام دریافت مراقبت مستقیماً به ارایه کننده پرداخت می‌شود.

امید زندگی: تعداد سال‌های زندگی که به صورت میانگین برای یک جمعیت خاص می‌توان در نظر داشت.

زایمان توسط کارکنان آموزش‌دیده: درصد زایمان‌هایی که با حضور کارکنان متخصص (شامل پزشک، پرستار و ماما) صورت می‌گیرد که آموزش‌های لازم را در زمینه مراقبت‌ها، نظارت و توصیه‌های ضروری به زنان در حین بارداری، زایمان و دوره بعد از زایمان، انجام زایمان و مراقبت از نوزاد دیده‌اند.

گزارش سی ساله

مقدمه

سلامت، غایت آرزوی همه انسان‌ها و از نیازهای اساسی بشر است. این مساله به قدری اهمیت دارد که کیفیت سلامت مردم، میزان عدالت در توزیع سلامت در گستره اجتماعی و درجه حفاظت از افراد محروم در قبال ناخوشی‌ها، مبنای قضاوت توسعه جوامع، چه غنی و چه فقیر، قرار گرفته است. تاکید این قضاوت بر عدالت در سلامت است. عدالت در سلامت به معنای رفتن فراتر از علل بی‌واسطه بیماری‌ها و تمرکز بر علل ریشه‌ای ایجاد کننده ناخوشی‌ها و نابرابری‌های سلامت، یعنی ساختارهای زیربنایی سلسله مراتب اجتماعی و شرایط اجتماعی است که در آن مردم رشد، زندگی و کار می‌کنند.

نتایج مطالعات و تحقیقات مراکز معتبر علمی جهان در دهه‌های اخیر موید این مطلب است که عوامل اجتماعی بیشترین اثر را بر سلامتی و بی‌عدالتی در آن دارند و سهم آنها از سایر عوامل مانند عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی و حتی از سهم خود مراقبت‌های سلامتی بسیار بیشتر (حدود ۵۰٪) است. به بیانی دیگر می‌توان گفت از آنجا که سلامت مردم با ویژگی‌های جامعه و ساختار اجتماعی و اقتصادی آن در ارتباط تنگاتنگ است، احتمال اینکه این عامل به صورت نابرابری‌های اجتماعی در سلامتی بروز یابد، در حال افزایش است. وجود نابرابری‌های گسترده در توزیع درآمد، شغل، تحصیلات و... نه تنها می‌تواند منجر به بروز فقر و ایجاد شکاف بیشتر در طبقات جامعه شود، بلکه می‌تواند بر روی سلامت افراد و سلامت کل جامعه تاثیرگذار باشد. نابرابری‌های موجود در بین شهرها و روستاها، بین مناطق مختلف در داخل یک کشور، طبقات مختلف اجتماعی، طبقات مختلف شغلی و درآمدی و تحصیلی حتی بین کشورها، منجر به نابرابری در میزان‌های مرگ و میر، کیفیت زندگی، امید به زندگی و دیگر شاخص‌های سلامت و توسعه اجتماعی_اقتصادی می‌گردد.

خوشبختانه تحقق عدالت اجتماعی و مبارزه با فقر، در زمره محوری‌ترین اهداف انقلاب اسلامی بوده و غالباً رکن اصلی سیاست‌گذاری‌های کشور را تشکیل می‌دهد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در سه دهه اخیر، تقریباً در تمامی حوزه‌ها، شاخص‌های سلامت و توسعه اجتماعی که بسیار بر سلامت

اثرگذار هستند، روند رو به بهبودی وجود داشته، به نحوی که ایران طی دو دهه گذشته از کشورهای دارای توسعه انسانی پایین، به گروه کشورهای دارای توسعه انسانی متوسط ارتقا یافته است.

نگاهی به قوانین کشوری

در این بخش علاوه بر نشان دادن دستاوردهای عدالت در سلامت در حوزه‌های مختلف (که در قسمت شاخص‌ها بدان اشاره شد)، سعی شده است تا عدالت محوری در سلامت در برخی از قوانین و برنامه‌های کشوری که خود موید و حامی آن پیشرفت‌ها و نیز از دستاوردهای چشمگیر جمهوری اسلامی ایران در این عرصه می‌باشند، به تصویر کشیده شود.

از ۱۷۷ اصل قانون اساسی جمهوری اسلامی، در سه اصل ۳، ۲۹ و ٤۳، به صراحت مقوله سلامت مدنظر قرار گرفته‌است و با توجه به جایگاه ویژه موضوع بهداشت و سلامت در اصول اولیه قانون اساسی در کنار توجه به موضوع مسکن و تغذیه، دولت موظف به برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه بهداشت و تعمیم بیمه شده‌است. در اصل ۲۹ بطور خاص دولت موظف شده است که نیازهای بهداشتی را به عنوان حقی همگانی برآورده سازد و توجه ویژه به تامین اجتماعی آحاد جامعه داشته باشد. همچنین در اصل های ۲۰، ۲۱، ۳۰، ۳۱، ۱۰۰ و ۱۰۱ نیز به نوعی، عواملی که بطور غیرمستقیم بر سلامت تاثیرگذارند، مورد توجه قرار گرفته‌اند.

در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی در چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران، ویژگی‌هایی برای جامعه تصویر شده است که آن را توسعه‌یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تاکید بر مردم‌سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها، و بهره‌مند از امنیت اجتماعی و قضایی، برخوردار از دانش پیشرفته، توانا در تولید علم و فناوری، متکی بر سهم برتر منابع انسانی و سرمایه اجتماعی در تولید ملی، امن، مستقل و مقتدر با سامان دفاعی مبتنی بر بازدارندگی همه جانبه و پیوستگی مردم و حکومت، برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب، فعال، مسوولیت‌پذیر، ایثارگر، مومن، رضایت‌مند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط، روحیه تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن، دست یافته به جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه‌ی آسیای جنوب غربی با تاکید بر جنبش نرم‌افزاری و تولید علم، رشد پرشتاب و مستمر اقتصادی، ارتقای نسبی سطح درآمد سرانه و رسیدن به

اشتغال کامل، الهام بخش، فعال و موثر در جهان اسلام با تحکیم الگوی مردم سالاری دینی، توسعه کارآمد، جامعه اخلاقی، نواندیشی و پویایی فکری و اجتماعی، تاثیرگذار بر همگرایی اسلامی و منطقه‌ای بر اساس تعالیم اسلامی و اندیشه‌های امام خمینی(ره)، دارای تعامل سازنده و موثر با جهان بر اساس اصول عزت، حکمت و مصلحت تلقی نموده است. مطالعه این چشم‌انداز، به وضوح نشان می‌دهد که تمام اجزای بحث عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن در چشم‌انداز جمهوری اسلامی وجود دارد.

در برنامه اول توسعه کشور که طی سال‌های ٦٨ تا ٧٢ اجرا شده‌است، در رابطه با عوامل اجتماعی بیشتر به موضوع عدالت اجتماعی و با تاکید بر مناطق روستایی و بخش‌های محروم جامعه توجه شده و دولت موظف بوده است در توزیع اعتبارات به نحوی عمل نماید تا بخش‌های محروم جامعه نیز در انتهای برنامه از امکانات آموزشی- بهداشتی، راه مناسب روستایی، اشتغال و برق‌رسانی حداقل مطابق با بخش‌های برخوردار جامعه، بهره‌مند باشند. در هدف‌های کلی برنامه اول نیز تلاش در جهت تامین عدالت اجتماعی اسلامی و تامین حداقل نیازهای اساسی آحاد مردم مدنظر بوده‌است.

در برنامه دوم توسعه کشور، تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی مطرح شده است و در این رابطه عنایت به مناطق محروم و روستاها با اولویت اشتغال، بهداشت و آموزش، تولید، عمران، تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی، سعی در جهت‌دهی و هدایت سهم عمده منابع مالی به بخش‌های اجتماعی شامل فرهنگ، آموزش عمومی، بهداشت و درمان، آموزش عالی و تحقیقات و تربیت مدنظر بوده است. براساس تبصره ٩٤ این برنامه، دولت موظف بوده است از محل منابع بودجه عمومی نسبت به تکمیل تاسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور به ترتیب؛ اولویت خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی- درمانی شهری اقدام نماید به نحوی که توسعه کمّی شبکه‌های مذکور تا پایان برنامه دوم کامل و زمینه‌های فیزیکی، تجهیزاتی و توسعه تشکیلاتی انجام و توسعه کیفی شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور فراهم شود.

در برنامه سوم توسعه، تغییر رویه واضحی مشهود است و موضوع سلامت مورد توجه قرار گرفته و همچنین به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی نیز پرداخته شده. در قانون سوم توسعه در ٨ فصل به نوعی به مقوله سلامت بطور مستقیم یا غیرمستقیم اشاره شده و در فصل ٢٥ نیز به مباحث بهداشت و سلامت در قالب ٦ ماده پرداخته شده‌است. در این فصل بر رایگان بودن ارایه کلیه خدمات بهداشتی در شهر و روستا، ارایه درمان سرپایی در شهر و روستا توسط دولت، استمرار تصدی دولت در درمان بستری برای مناطق توسعه نیافته یا کمتر توسعه یافته و ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان توسط سازمان بهزیستی تاکید شده‌است (ماده ١٩٢). از جمله موارد دیگر؛ امنیت غذا، بهبود تغذیه مردم و کاهش

بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه (ماده ۱۹۷) می‌باشند که در فصل بهداشت و درمان مورد توجه قرار گرفته‌اند.

برنامه چهارم توسعه به عنوان مهمترین برنامه راهبردی کشور به اجرا در آمده است. این برنامه مشتمل بر شش بخش، پانزده فصل و ۱۶۱ ماده می‌باشد. در این برنامه– برخلاف برنامه‌های قبلی- مفهوم سلامت و شیوه ارتقای آن به صورت مستقیم و غیر مستقیم پررنگ دیده شده است؛ به گونه‌ای که در بخش سوم؛ تحت عنوان توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی به این مهم پرداخته شده‌است. در این برنامه در ۲٦ ماده بطور مستقیم یا غیر مستقیم به مقوله سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن اشاره شده‌است و سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مختلفی را در این زمینه مسوول شناخته شده‌اند.

برخی ظرفیت‌ها

به استناد بند الف ماده ۸٤ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با ریاست رییس‌جمهور و عضویت ۱۵ وزیر و روسای سازمان‌های مرتبط با مباحث سلامت و امنیت غذایی تشکیل گردید که آیین‌نامه اجرایی آن در تاریخ ۱۳۸۵/۸/۱۳ توسط هیأت وزیران تصویب و ابلاغ گردید. با توجه به اهمیت موضوع و جایگاه ویژه سلامت در جامعه، «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» در بالاترین سطح اجرایی، با حضور رییس‌جمهور و وزرای وزارتخانه‌های کلیدی و تاثیرگذار در امر سلامت شکل گرفته که خود از دستاوردهای عظیم کشور در راستای ارتقای سلامت و عدالت در سلامت از طریق عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر آن است. ترکیب شورا نیز به خوبی نشان می‌دهد که نقش محوری را به درستی وزارت بهداشت به عهده دارد و می‌بایست رییس‌جمهور و اعضای کلیدی کابینه در این شورا فعالانه شرکت نمایند و طبق تصمیمات این شورا گام بردارند تا ضمن ایجاد هماهنگی بین بخشی، عملکردشان در این حیطه به نوعی همسو با حرکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد. این شورا که اعضای اصلی آن عضو هیات دولت می‌باشند از جایگاه بسیار بالایی برخوردار است و اگر دبیرخانه این شورا به صورت فعال بتواند از امکانات و موقعیت ویژه آن استفاده نماید، به معنی واقعی در سطوح بالای مدیریت جامعه ایجاد هماهنگی نموده و از امکانات بین بخشی؛ که یکی از اهداف برنامه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت است؛ استفاده خواهد شد.

برخی از دستاوردهای این شورا که در راستای رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و عدالت در سلامت نیز می‌باشند، عبارتند از کاهش میزان مرگ و میر جاده‌ای که یکی از مهمترین علل مرگ و میر

کشور را تشکیل داده و بیشترین بار بیماری‌ها را در کشور به خود اختصاص داده است، تامین غذای مطلوب برای همه اقشار جامعه، ارایه برنامه عملیاتی برای کاهش اسید چرب ترانس و اشباع در روغن‌های خوراکی کشور، ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای و اصلاح تبلیغات خوراکی‌های تهدیدکننده سلامت از طریق رسانه‌ها، تهیه نقشه آسیب‌پذیری و ناامنی غذا و تغذیه را در کشور، تامین آب آشامیدنی سالم در مناطق شهری و روستایی کشور به خصوص در استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و جنوب کرمان و تصویب اعطای نشان ایمنی و سلامت به تولیدکنندگان برتر محصولات غذایی و بهداشتی کشور که در محصولات خود بیشترین توجه به مفاهیم سلامت و کیفیت فرآورده داشته باشند.

به موازات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با توجه به اهمیت موضوع، در کلیهٔ استان‌های کشور نیز شورای سلامت و امنیت غذایی استان به منظور حفظ، ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم و گسترش هماهنگی و همکاری‌های بین بخشی برای اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست‌ها و راهبردها در سطح استان در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه تشکیل می‌شود. این شورا جایگزین کلیهٔ شوراها و کارگروه‌های قبلی با موضوعات مشابه بوده و مصوبات استانی شورای سلامت و امنیت غذایی استان که در راستای سیاست‌ها و راهبردهای کلان شورای عالی سلامت و امنیت غذا و مصوبات آن است، پس از ابلاغ برای تمامی ادارات و نهادهای استانی لازم‌الاجرا می‌باشد. محل دبیرخانه این شورا در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان است. بر اساس شواهد موجود، در استان‌هایی که از این ظرفیت قانونی استفاده شده، سرعت حرکت در جهت تامین نیازهای سلامت جامعه در راستای اهداف عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت قابل ملاحظه بوده است.

در سال ۱۳۸۵ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت سلامت، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت)، دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با هدف ارتقای عدالت در سلامت از طریق مداخله در عوامل اجتماعی از قبیل طبقه اجتماعی، درآمد، شغل، تحصیلات، محل سکونت، جنسیت و... که در بسیاری از موارد سبب بروز پیامدهای نامطلوب و ناعادلانه‌ای در وضعیت سلامت جامعه و افراد می‌گردند، تاسیس شد. فعالیت‌های این دبیرخانه عبارت است از گردآوری شواهد، ایجاد زبان مشترک، ایجاد حساسیت و جلب توجه به موضوع و جلب حمایت تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران، تقویت همکاری‌های درون و برون بخشی، طراحی نظامی جهت جمع‌آوری اطلاعات بر اساس عوامل ایجادکننده نابرابری‌ها، ترویج تحقیقات مرتبط، جلب مشارکت مردمی، ورود رویکرد در بسته‌های خدمت، ورود

رویکرد در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه‌ای و تهیه برنامه‌های عملیاتی عدالت در سلامت در حیطه‌های اولویت‌دار کشور.

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

هر چند که در طی این سه دهه دستاوردهای مطلوبی در عرصه عدالت در سلامت در کشور به دست آمده است، اما با توجه به اندک بودن داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز جهت پیش‌بینی روندها در افق ۱٤۰٤ در حال حاضر انجام این‌گونه آینده‌نگری‌ها مقدور نمی‌باشد. اما آنچه که قابل پیش‌بینی است این است که برای تداوم این دستاوردها، ضروری است بیش از پیش توجه ویژه‌ای به عوامل اجتماعی تهدید کننده سلامت، خصوصاً سلامت طبقات پایین‌تر و محروم‌تر جامعه معطوف گردد و آثار سیاست‌ها و شرایط اجتماعی و اقتصادی بر سلامت و عدالت در سلامت شناخته شوند. به منظور فایده رساندن به مردم، دولت به عنوان متولی منابع ملی کشور، باید این منابع را حفظ کرده، ارتقا بخشد که در این راستا لازم است نسبت به تامین بهترین و عادلانه‌ترین وضعیت سلامت برای مردم اقدام نماید. به عنوان مثال پرداخت سود سهام عدالت یا مستمری‌های حمایتی باید مبتنی بر نوعی تعهد جامعه هدف هم باشد تا آنها هم در قبال سلامت خود احساس مسوولیت کنند. جهت تقویت این نگرش، وزارت بهداشت باید دیدگاه سلامت و عدالت در سلامت را در تمام سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد ترویج نماید و دولت نیز بستری مناسب و مطمئن جهت سیاست‌گذاری‌های سلامت محور فراهم نماید. در این راستا نیاز به نهاد یا نهادهایی جهت رهبری موثر بین‌بخشی می‌باشد تا مبانی نظری و سنجه‌های پیامد مورد انتظار برای ارزیابی امور، مورد بحث و بررسی قرار گرفته و مورد توافق کلان ملی واقع شوند. بدیهی است تنها در این صورت است که امر سلامت، به عنوان محور توسعه بیش از پیش مورد توجه قرار می‌گیرد، عوامل تعیین‌کننده و مخاطرات سلامت ناشی از هرگونه فرآیند توسعه، مورد نظر واقع می‌شوند و مسوولیت رفع این مخاطرات و نیز منابع لازم جهت رفع این خطرات به طور همزمان در کلیه بخش‌ها برنامه‌ریزی می‌شود.

شاخص ها و دستاوردها

شرایطی که در آن زندگی می‌کنیم، رشد کرده و تکامل می‌یابیم، تفریح می‌کنیم، تحصیل می‌کنیم، کار می‌کنیم و نهایتاً پا به سن می‌گذاریم؛ به شدت بر سلامت ما اثرگذار است. این شرایط برای همه ما یکسان نیست و متاسفانه اغلب اوقات تاثیراتشان هم بر سلامت نادیده انگاشته می‌شود. درآمد ناکافی، شغل

نامناسب، تحصیلات اندک، سکونت در منطقه کثیف و آلوده شهری، عدم بهره‌مندی از مراقبت‌های پزشکی و بسیاری از این‌گونه موارد، قطعاً سلامت را به مخاطره می‌اندازند. عدالت در سلامت، زمانی تحقق خواهد یافت که فرصت‌های برابر اجتماعی برای برخورداری از فرصت‌های سلامت فراهم شده باشند و به تبع آن، تفاوت‌های سلامتی به پایین‌ترین سطح ممکن تنزل یابند. از بدو تاسیس جمهوری اسلامی ایران تاکنون، فعالیت‌ها و اقدامات زیادی بر اساس مبانی اسلامی صورت پذیرفته‌اند که شکل‌گیری شبکه بهداشتی و درمانی، فعالیت‌های وسیع و گسترده جهاد سازندگی در مناطق روستایی و محروم، شکل‌گیری دفتر عمران و توسعه مناطق محروم، اتخاذ سیاست‌های اجرایی در جهت توزیع عادلانه منابع و درآمدهای ملی، رفاه اجتماعی و فقرزدایی، تشویق تولیدگران مناطق نابرخوردار به خصوص تولیدات کشاورزی و به طور کلی سیاست‌های محتوایی محرومیت‌زدایی و توانمندسازی و توسعه همراه با عدالت اجتماعی در کشور از آن جمله بوده‌اند.

از آنجا که متولیان نظام سلامت همواره خود را ملزم به ارتقای شاخص‌های سلامت می‌دانستند، بهبود شاخص‌های سلامت در طی این سی‌سال بسیار چشمگیر بوده است. بهبود وضعیت در شاخص‌هایی نظیر امید به زندگی، زایمان توسط فرد دوره ندیده، میزان مرگ و میر مادران و...؛ خود گویای این مطلب‌اند.

جدول ۲: شاخص‌های سلامت

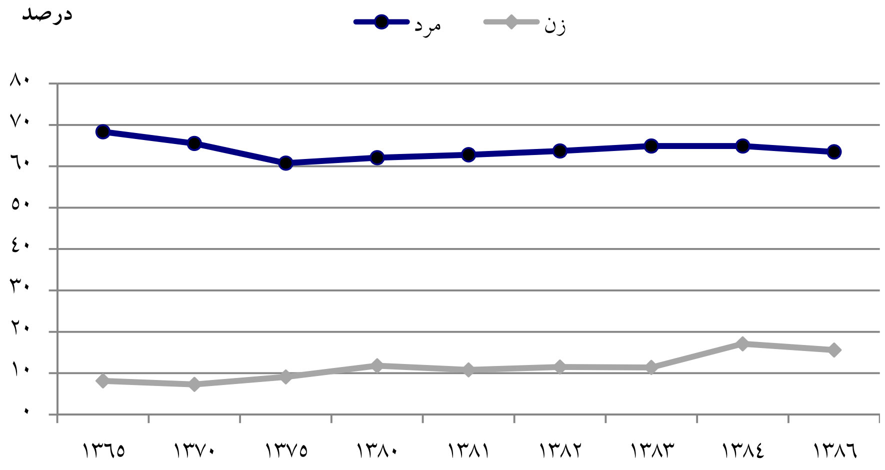
امیدزندگی	**۱۳۵۵**	**۱۳۶۰**	**۱۳۶۵**	**۱۳۷۰**	**۱۳۷۵**	**۱۳۸۰**
مرد	۵۲.۶	۵۶.۱	۵۹.۴	۶۲.۴	۶۵.۱	۶۷.۶
زن	۵۶.۲	۵۹.۹	۶۳.۴	۶۶.۶	۶۹.۶	۷۲.۲
درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی کشور	**۱۳۷۲**	**۱۳۷۴**	**۱۳۷۵**	**۱۳۷۶**	**۱۳۷۷**	**۱۳۷۸**
میانگین کشوری	۲۷	۲۴.۷	۲۱.۳	۱۹.۳	۱۷.۶	۱۶.۱

اما آنچه که در این میان غالباً مورد غفلت قرار گرفته، تفاوت‌ها و شکاف‌هایی است که در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف اجتماعی وجود دارند. به بیان دیگر، صرف ارتقای شاخص‌ها بدون در نظر گرفتن تفاوت‌ها و شکاف‌ها در وضعیت سلامت جایز نمی‌باشد. شکاف و تفاوت‌های سلامت که عمدتاً ناشی از نابرابری در عوامل اجتماعی از قبیل سطح تحصیلات، طبقه اجتماعی، شغل، درآمد و... می‌باشند، منجر به بی‌عدالتی در سلامت می‌شوند که از بین بردن و یا حداقل کاهش آنها از اهداف اصلی تمام نظام‌های

سلامت، خصوصاً نظام سلامت کشور ما هستند، چرا که مبارزه با بی‌عدالتی، با مفاهیم مکتب دینی و اهداف، اصول و قوانین نظام حکومتی در جمهوری اسلامی قویاً پیوند خورده است.

بررسی مقایسه‌ای روند تغییرات شاخص‌ها، پیشرفت قابل ملاحظه جمهوری اسلامی ایران در زمینه بهبود عدالت در سلامت که خود متاثر از اقدامات و فعالیت‌های فوق بوده است را نیز نشان می‌دهد که در ذیل به اختصار به برخی از آنها اشاره می‌گردد.

جنسیت: یکی از حیطه‌های تاثیرگذار بر عدالت در سلامت است. تفاوت در میزان‌های بهره‌مندی زنان و مردان می‌تواند منجر به بی‌عدالتی در سلامت شود. با توجه به اقداماتی که در زمینه رشد، توانمندسازی، حضور و مشارکت زنان در جمهوری اسلامی ایران در طی سه دهه صورت پذیرفت، زنان در عرصه‌های گوناگون جایگاه بهتری کسب نمودند، به عنوان نمونه بررسی روند تغییرات نرخ مشارکت اقتصادی در جامعه، نشان‌دهنده رشد بیشتر این شاخص در زنان نسبت به مردان است (نمودار 5)، به گونه‌ای که نرخ مشارکت اقتصادی زنان از ۸/۱۵٪ در سال ۱۳۶۵ به ۱۵/۶٪ در سال ۱۳۸۶ رسیده است، که این مساله در کنار کاهش میزان بیکاری در زنان طی چند سال اخیر نسبت به سال‌های گذشته، حاکی از روند مثبت شاخص‌ها در بازارکار زنان می‌باشد.

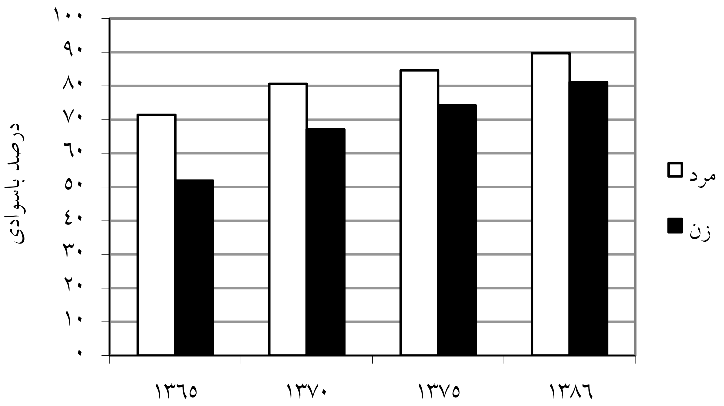


نمودار ۵: نرخ مشارکت اقتصادی (نرخ فعالیت) به تفکیک دو جنس در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۶

هم‌چنین بر اساس گزارش‌های سالانه UNDP، متوسط نسبت درآمد زنان به مردان در ایران، در گزارش سال ۲۰۰٤ برابر با ۰/۲۹، در سال ۲۰۰۵ برابر با ۰/۲۸ و در گزارش سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷ برابر با ۰/۳۹ ذکر شده است؛ که حکایت از رشد درآمد زنان حتی در این مدت کوتاه دارد.

کاهش میزان بیکاری، بهبود وضعیت درآمدی زنان و افزایش مشارکت اقتصادی بر سلامت آن‌ها تاثیرگذار بوده و در کاهش تفاوت در وضعیت سلامت زنان و مردان نقش داشته است.

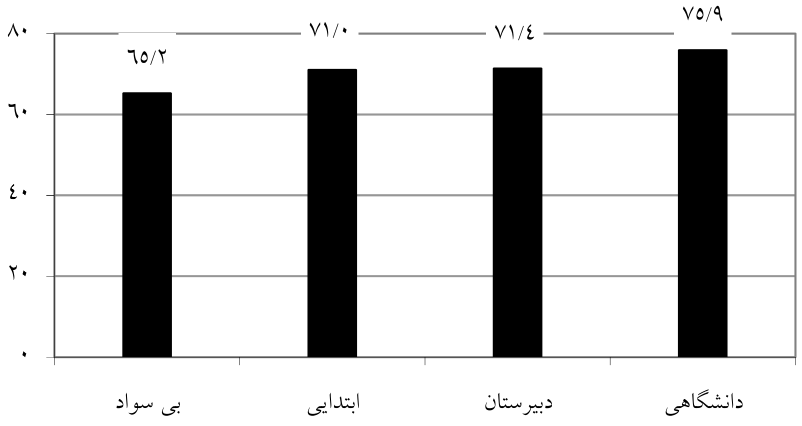
سواد: از دیگر حیطه‌های تاثیرگذار بر سلامت و عدالت در آن است. همانطور که در نمودار ٦ نشان داده شده است، در سال‌های پس از انقلاب اسلامی، رشد باسوادی در کشور بسیار سریع بوده و خوشبختانه علاوه بر افزایش نرخ با سوادی در کشور، تفاوت‌های موجود در بین زنان و مردان نیز روندی رو به کاهش داشته است به گونه‌ای که در سال ۱۳٦۵، زنان حدود ۲۰٪ کمتر از مردان از نعمت سواد برخوردار بوده‌اند، ولی در سال‌های اخیر این تفاوت به حدود ۸٪ رسیده‌است.



نمودار ٦: میزان باسوادی در جمعیت ٦ ساله و بالاتر کشور برحسب جنس در سال‌های ۱۳٦۵ تا ۱۳۸۵

هم‌چنین در این راستا، افزایش نرخ پوشش تحصیلی از ۲۳٪ در ۱۳۵۷ به ۷٤٪ در ۱۳۷۷ و ادامه روند آن در سال‌های بعد، فعالیت‌های مدرسه‌سازی و رشد دانش‌آموزان روستایی از اقدامات برجسته آموزش و پرورش بوده که در ایجاد تغییر در نرخ با سوادی تاثیر بسزایی داشته‌اند. افزایش نرخ باسوادی در جامعه، نقش مهمی در بهره‌مندی از خدمات مناسب به ویژه خدمات سلامت دارد. شواهد نشان داده است که افراد بی‌سواد به صورت چشمگیری کمتر می‌توانند از خدمات سلامت در جامعه بهره‌مند شوند و یا از مزایای

یک زندگی مناسب استفاده نمایند. در مطالعه‌ای که بر اساس اطلاعات طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال ۱۳۸۱ انجام شده است، با افزایش سطح تحصیلات افراد، درصدی از افرادی که نیاز به دریافت خدمات سلامت داشته و برای آن اقدام کرده‌اند، افزایش یافته است (نمودار شماره ٦).



نمودار ۷: فراوانی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی در افرادی که احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی داشته‌اند به تفکیک گروه‌های تحصیلی مختلف

هم‌چنین بر اساس مطالعه‌ای که با استفاده از داده‌های پیمایش سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹ (DHS) به انجام رسید، میزان تحصیلات مادران باردار با محل زایمان، زایمان توسط فرد دوره دیده و نوع زایمان ارتباط داشته‌است. در این راستا، مادران با تحصیلات دانشگاهی، بیش از ۵۰ برابر زنان بی‌سواد شانس زایمان در محل مناسب را دارند و نیز این زنان بیش از ۱۵۰ برابر زنان بی-سواد شانس زایمان توسط فرد دوره دیده را دارند. به عبارت دیگر با افزایش سطح تحصیلات مادران باردار، احتمال بهره‌مندی از زایمان ایمن افزایش می‌یابد.

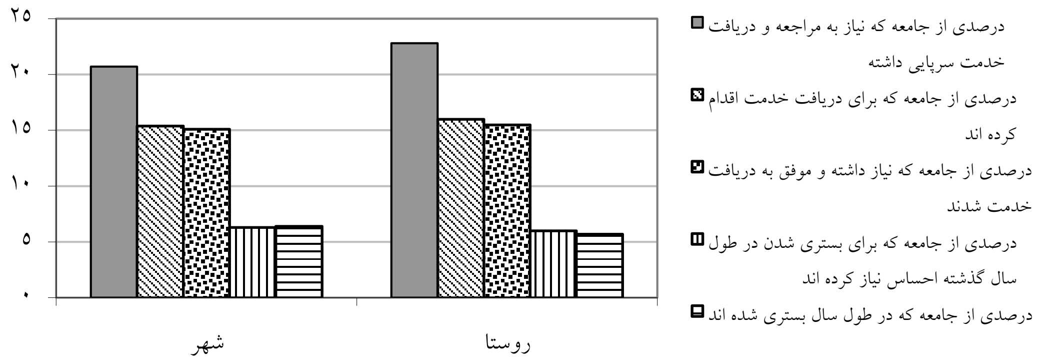
موضوع سکونت در شهر و روستا از دیگر موضوعاتی است که می‌تواند منجر به ایجاد تفاوت در وضعیت سلامت شود. از آنجا که همواره محرومیت ساکنین روستاها از شهرها بیشتر است، غالباً شاخص‌های سلامت در مناطق روستایی نیز پایین‌تر و ساکنین روستایی از خدمات کمتری برخوردار می‌شوند. البته اقدامات جدی که در جهت ایجاد نظام مراقبت‌های اولیه در روستا صورت گرفته و با استقرار بهورز و خانه بهداشت استحکام یافته، توانسته است در دهه اول و دوم انقلاب شاخص‌های سلامت روستاییان را

آشکارا افزایش دهد. البته در همان زمان، جهاد سازندگی نیز با تقویت زیرساخت‌های روستاهای کشور مانند جاده، آب سالم و برق، سهم به‌سزایی در بهبود استانداردهای زندگی در روستاها داشت و نهضت سوادآموزی و مدارس روستایی به طور چشمگیر سطح سواد در این مناطق را ارتقا بخشید. نتیجه این اقدامات همانطور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، سبب شد که در فاصله سال‌های ۱۳٦۵ تا ۱۳۷۹، در هر دو جامعه شهری و روستایی، میزان فقر مطلق در خانوارها رو به کاهش نهد که این امر خود بر وضعیت سلامت روستاییان و شهرنشینان اثرگذار بوده است.

جدول ۳: روند تغییرات درصد خانوارهای فقیر در مناطق شهری و روستایی بر پایه نیاز به ۲۱۷۹ کالری در روز در فاصله زمانی بین ۱۳٦۵ تا ۱۳۷۹

روند تغییرات	۱۳٦۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵	۱۳۷۹
شهری	٤۰	۳۷	۱٦.۵	۱۲.۳
روستایی	۲۵	۱۹	۱۹	۱۲

خوشبختانه در مقایسه شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بهداشتی- درمانی سرپایی و بستری برای ساکنین شهرها و روستاها، تفاوت چندانی وجود ندارد، جز اینکه روستاییان کمی بیشتر احساس نیاز برای دریافت خدمات سرپایی داشته‌اند (نمودار شماره ۸).



نمودار ۸: بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری به تفکیک شهر و روستا در سال ۱۳۸۰

افزایش تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، خانه‌های بهداشت و رشد احداث راه روستایی در این زمینه تاثیرگذار بوده اند.

در سال ۱۳۸٤ نیز با توجه به الزام دولت جهت ارایه خدمات سلامت به تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، فرصتی پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت در مناطق مختلف شهری و روستایی فراهم گردد. در این رابطه وزارت بهداشت و وزارت رفاه، مسوول اجرای برنامه‌ای تحت عنوان «برنامه پزشک خانواده» و از طریق پیاده‌سازی نظام ارجاع شدند. پس از ایجاد و توسعه شبکه‌های بهداشت و درمان، شاید بتوان گفت اجرای برنامه پزشک خانواده دومین برنامه عظیم در حوزه سلامت در ایران می‌باشد که اختصاصاً در راستای ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات سلامت است. به وضوح مشخص است که با اجرای برنامه پزشک خانواده در کشور، مناطق محروم و روستاهای دور از مرکز نیز تحت پوشش خدمات سلامت قرار گرفتند و دولت با اجرای این برنامه، گام بلندی در جهت رفع تبعیض در ارایه خدمات سلامت بین مناطق روستایی و مناطق شهری برداشته است.

هر چند که حیطه‌ها و دستاوردهای عدالت در سلامت در کشور به موارد فوق خاتمه نمی‌یابند، اما به منظور اجتناب از اطاله مطلب به موارد فوق اکتفا می‌گردد.

موضوعات اصلی و چالش‌ها

علیرغم همه تلاش‌ها و پیشرفت‌ها، وجود برخی تفاوت‌ها بین پیامدها/شاخص‌های سلامت مناطق مختلف کشور، گروه‌های مختلف اجتماعی کشور و...، می‌تواند نظام سلامت را با موضوع‌های هشدار دهنده خصوصاً موضوعات اجتماعی که بیرون از محدوده مشخص بخش سلامت قرار دارند، رو به رو سازد که خوشبختانه با توجه به ظرفیت‌ها و فرصت‌های موجود در کشور از جمله قانون اساسی عدالت محور، برنامه‌های پنج ساله توسعه‌ای که همگی نگاه ویژه به قشر محروم و کاهش نابرابری‌ها و تبعیض‌ها داشته‌اند، تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در کشور و کارگروه‌های استانی برای تسهیل همکاری‌های بین‌بخشی، می‌توان بر ضعف‌ها و مشکلات این چنینی فائق آمد.

در این راستا، شاخصی که شدت نابرابری توزیع درآمد را بهتر نشان می‌دهد و باید مورد توجه قرار گیرد، ضریب جینی است که مقادیر آن بین صفر تا یک متغیر است، بدین صورت که با افزایش میزان نابرابری، مقدار ضریب جینی به ۱ نزدیک می‌شود. در مطالعات مختلفی که مقادیر ضریب جینی توزیع درآمد در خانوارهای شهری و روستایی کشور طی ۳۰ سال گذشته محاسبه و گزارش شده است، علی‌رغم نوسانات اندکی که این شاخص طی این سال‌ها داشته، تقریباً مقداری ثابت بوده است. به عنوان مثال مقدار این ضریب در سال ۱۳٦۲ برابر با ۰/٤٤۱؛ در سال ۱۳٦٥، ۰/٤۸٦٤؛ در سال ۱۳۷۰، ۰/٥۰۹۲ و در سال ۱۳۷٥،

۰/٤٥٨٤ گزارش شده است. البته تفاوت در نوع داده‌های مورد استفاده در مطالعات مختلف بر حسب اینکه از ریز داده‌ها و یا داده‌های ثانویه برای محاسبه ضریب جینی استفاده شده، باعث شده است تا اندکی اختلاف بین مقادیر ارائه شده در گزارش‌های مختلف وجود داشته باشد. با توجه به این اعداد می‌توان بیان نمود که نابرابری در درآمدها در سطح کشور در سال‌های گذشته تقریباً قابل ملاحظه بوده است.

دهک‌های توزیع درآمد بین خانوارها براساس آمارگیری مرکز آمار ایران از هزینه و درآمد خانوارها در سال‌های ١٣٦٥ و ١٣٧٨ در جدول ٤ نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد که شدت نابرابری توزیع درآمد بین خانوارها در کل کشور، در مناطق شهری و در مناطق روستایی در سال ١٣٧٨ در مقایسه با سال ١٣٦٥ تا حدی افزایش یافته‌است.

جدول ٤: دهک‌های درآمدی و ضرایب جینی توزیع درآمد بین خانوارها در سال‌های ١٣٦٥ و ١٣٧٨

سال	درصدی از درآمد کل جامعه که در هر دهک کسب شده‌است										ضریب جینی
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	
١٣٦٥	٠/٠٠٨٥	٠/٠٢٦٨	٠/٠٤٢٥	٠/٠٥٦٤	٠/٠٧١٥	٠/٠٨٨٧	٠/١٠٧٨	٠/١٣١٦	٠/١٦٦٧	٠/٢٩٨٩	٠/٤٣٠٦
١٣٧٨	٠/٠١٣٤	٠/٠٢٩١	٠/٠٤١٦	٠/٠٥٤٤	٠/٠٦٨٠	٠/٠٨٣١	٠/١٠٠٥	٠/١٢٣٨	٠/١٦٠٥	٠/٣٢٥١	٠/٤٤٠٥
١٣٦٥ ١٣٧٨	١/٥٦	١/٠٨	٠/٩٧	٠/٩٦	٠/٩٥	٠/٩٣	٠/٩٣	٠/٩٤	٠/٩٦	١/٠٨	١/٠٢

همچنین نتایج مطالعه بهره‌مندی حاکی از آن است که بیشتر افراد نیازمند به دریافت خدمات سلامتی که از این خدمات محروم مانده‌اند، به دلیل فقدان توان مالی کافی آنها بوده‌است. حدود ٤٧٪ از افرادی که نیاز به دریافت خدمات سرپایی سلامت و حدود ٦٣٪ از افراد نیازمند به دریافت خدمات بستری که برای دریافت آن خدمات اقدام نکرده بودند، علت را بی‌پولی بیان داشته‌اند. این یافته به خوبی نشان می‌دهد که فقر اقتصادی به شدت میزان بهره‌مندی افراد و خانوارها را از امکانات بهداشت و خصوصاً درمانی کاهش داده و لذا نابرابری در درآمدها به صورت مستقیم باعث نابرابری در استفاده از خدمات سلامت شده‌است.

اجتناب از پرداخت هزینه‌های کمرشکن، یکی از شاخص‌های عدالت در نظام مالی سلامت می‌باشد. هزینه‌های کمرشکن زمانی اتفاق می‌افتند که کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰٪ ظرفیت پرداخت خانوار یا مصارف غیر خوراکی او باشند. در مطالعه انجام شده بر روی هزینه‌های خانوارهای شهری و روستایی در سال ۱۳۸۱، نشان داده شده است که حدود ۱۱/۵٪ خانوارهایی که زیر خط فقر قرار گرفته‌اند، تنها به دلیل هزینه‌های کمرشکن سلامتی بوده است که سکونت خانوار در مناطق روستایی احتمال قرار گرفتن خانوار در محدوده «هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامتی» را ۴/۴٪ افزایش می‌دهد. لذا می‌توان نتیجه‌گرفت که خانوارهای روستایی کمی بیش از خانوارهای شهری در معرض متحمل شدن هزینه‌های کمرشکن درمان بوده‌اند.

موارد فوق تنها برخی از مواردی هستند که جزء شاخص‌های مهم عدالت در سلامت محسوب شده و براساس قوانین و برنامه‌های کلان کشوری، الزام توجه و طراحی مداخلات در راستای بهبود آنها ضروری می‌نماید.

از سویی دیگر چالش‌هایی نظیر کمبود داده‌ها و شواهد (تحقیقات نشان دهنده نابرابری‌های سلامت، مرتبط با عوامل اجتماعی و طبقات اجتماعی و اثرات آن بر سلامت)، شفاف نبودن نقش و سهم تاثیر سیاست‌ها و عملکرد سایر بخش‌های دولتی و خصوصی و مردم بر سلامت و عدالت در سلامت، ضعیف بودن آگاهی سایر بخش‌ها از میزان تاثیر سیاست‌های خود بر سلامت و ضعف نگرش و مهارت آنان در ارزیابی اثر سیاست‌ها بر سلامت، مشخص نبودن نقش و سهم مردم بر پیامدهای سلامت و ضعف سیاست‌های جلب مشارکت مردمی برای ساماندهی خدمات، نبود مدل مشخص همکاری بین بخشی و نبود ابزار اندازه‌گیری عدالت در سلامت در سیاست‌ها و برنامه‌ها وجود دارند که همگی نیاز به توجه و اقدام در جهت بهبود دارند.

پیشنهادها

بررسی حاضر نشان می‌دهد، نتایج تحقق سیاست‌های این سه دهه، پایه‌ای مناسب برای ارتقای عدالت اجتماعی و در سایه آن عدالت در سلامت در ایران را فراهم آورده است که البته تضمین تداوم آن، علاوه بر استمرار سیاست‌های عدالت‌آفرین و کارآمد گذشته، اصلاح و تجدیدنظر در برخی سیاست‌ها و اقدامات با توجه به تاثیرات آن بر سلامت و عدالت در سلامت و هدف‌گذاری تمامی برنامه‌ها در راستای حمایت از گروه‌های مختلف اجتماعی خصوصاً آسیب پذیر و توانمندسازی گروه‌های نابرخوردار را طلب می‌کند.

اینک سیاست‌های کلی برنامه پنجم که باید مبنای تهیه و تدوین قانون برنامهٔ پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران باشند، ابلاغ شده که خوشبختانه خود در جهت هدف برقراری عدالت در سلامت هستند و با تمسک به آنها می‌تواند مداخلات مناسبی در جهت ارتقای عدالت در سلامت طراحی و اجرا نمود.

تجارب کسب شده از فعالیت‌های صورت پذیرفته در زمینه ارتقای عدالت در سلامت از طریق رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، مبین نیاز به اقدام و یا تقویت اقدامات در برخی عرصه‌هاست که ذیلاً به عنوان پیشنهاد و به طور اجمال بیان گردیده‌اند:

- بازنگری در سیاست‌های توزیعی از جمله یارانه‌ها که ممکن است چیزی بیش از توزیع مجدد مقادیر کالا و خدمات سلامت از افراد مرفه به افراد فقیر باشد؛
- بررسی اثرات سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات سایر دستگاه‌ها بر سلامت و بر عدالت در سلامت و تعیین نقش کلیه سازمان‌ها و وزارت‌خانه‌ها در جهت ارتقای عادلانه سلامت؛
- بسط و توسعه سیستم‌های جمع‌آوری داده‌های مرتبط با عوامل تاثیرگذار بر سلامت و عدالت در سلامت و تبادل آن بین سازمان‌ها و وزارتخانه‌های دست‌اندکار؛
- تشکیل شبکه نظام‌مند مشارکت ذینفعان به ویژه نهادهای مردمی در فرایند سیاست‌گذاری با محوریت عدالت در سلامت؛
- توسعه هماهنگی بین بخشی توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از طریق تدوین انتظارات وزارت‌خانه از سایر بخش‌ها و آموزش و حمایت طلبی لازم برای اجرای نقش‌ها و تقویت نقش شورای سلامت استان‌ها و
- ایجاد ظرفیت به منظور به کارگیری ابزارها و روش‌های ارزیابی اثرات سیاست‌ها بر سلامت و عدالت در سلامت.

خوشبختانه بسیاری از تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران در همه سطوح به طور فزاینده‌ای نیاز به سرمایه‌گذاری در سلامت و توسعه پایدار را احساس کرده‌اند. اما این احساس به تنهایی کافی نبوده و هم‌چنان که در بالا بدان اشاره شد، برای این کار به همان نسبت که به رهنمون‌های راهبردی و ابزار سیاست‌گذاری نیاز است، به واقعیت‌ها و اطلاعات شفاف هم احتیاج می‌باشد. این اطلاعات باید فراهم شده و در اختیار تصمیم‌گیران و متخصصان سلامت همگانی قرار گیرد تا ساز و کارهای مناسبی برای تدوین و اجرای مداخلات ایجاد شوند. زمان آن است که سیاست‌گذاران ما بر روی بهبود شرایط تعیین کننده‌های اجتماعی توجه ویژه نموده و تلاش نمایند که از این طریق، بی‌عدالتی‌ها در سلامت را کاهش

دهند. لازمه این تلاش نیز تمرکز بر روی علل ریشه‌ای است که خود مستلزم اتخاذ یک رویکرد موثر است و به تنهایی نیز از عهده و توان بخش سلامت کشور بر نخواهد آمد، زیرا تعیین‌کننده‌های بی‌عدالتی در بخش‌های مختلفی پراکنده‌اند. بنابراین لازم است که در سیاست‌گذاری‌ها به همه بخش‌های مرتبط توجه شود و تاثیرات احتمالی سیاست‌ها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در اجتماع، ارزیابی گردند و سپس بر اساس آن، سیاست‌ها تدوین و هماهنگ گردند.

در نهایت می‌توان گفت که همکاری و مشارکت بین بخشی، هسته اصلی نیل به عدالت در سلامت است. هماهنگی بین بخشی حاکی از همکاری بین بخش‌های مختلف جامعه شامل بخش دولتی، خصوصی و خیریه‌هاست؛ نه فقط بین بخش‌های دولتی. این واقعیت بسیار مهم بایستی به عنوان مبنای سیاست‌گذاری موثر برای ارتقای سطح سلامت مردم به شمار رود. گرچه بر اساس شواهد موجود، به حق توجه زیادی صرف سرمایه‌گذاری و تامین خدمات سلامتی مناسب و تضمین اثربخشی خدمات در کشور شده، اما لازم است به موضوع عدالت در سلامت بیش از پیش توجه شود. سیاست‌هایی که توسط بخش‌های دولتی و نیز بخش خصوصی دنبال می‌شوند، در هر دو سطح ملی و منطقه‌ای، تاثیر شگرفی بر سلامت می‌گذارند و باید با نگاه سلامت و با هدف ارتقای عادلانه سلامت تدوین شوند.

منابع

1. http://www.World Health Organization.int/about/definition/en/print.html, access 2009
2. Defining Equity in Health: health policy and development ; Paula Braveman; 2(3) 180-185
3. Social injustice and public health; Barry S. Levy , Victor W. Sidel 2006

٤. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن- راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۷

٥. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ نظام‌های سلامت: ارتقای عملکرد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت

٦. گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۳- اهداف توسعه هزاره: پیمانی میان ملت‌ها برای پایان دادن به فقر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت

٧. مرکز آمار ایران، مرگ و میر کودکان در ایران، روندها و شاخص‌ها (۱٤۰۰-۱۳۳۵) (http://amar.sci.org.ir)

٨. نقوی.م و همکاران. دگرگونی سیمای سلامت در روستانشینان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸٤

٩. مرکز آمار ایران، گزیده شاخص‌ها و نماگرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸٦ (http://amar.sci.org.ir, (access 2009

١٠. مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، گزارش تحول وضعیت زنان طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۵۵، ۱۳۸۵، (http://stat.women.gov.ir/statistic, access 2009)

11. Human Development Report 2004,Cultural liberty in today’s diverse world UNDP, 2004
12. Human Development Report 2005, International cooperation at a crossroads: Aid, trade and security in an unequal world. UNDP, 2005
13. Human Development Report 2007/2008, Fighting climate change: human solidarity in a divided world. UNDP, 2007

۱۴. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور سال‌های ۱۳٦٥ تا ۱۳۸٥ http://amar.sci.org.ir, access (2009)

۱۵. پژوهش بررسی عملکرد اجتماعی دولت در سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی در حوزه‌های امنیت اجتماعی، علمی، آموزش عالی، محرومیت‌زدایی ، آموزش و پرورش بهداشت و درمان، توسعه روستایی و ...

16. http://www.dchq.ir/html/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=6731&mode=thread&order=0&thold=0, access 2009

17. Hosseinpoor A, Naghavi M, Alavian SM, et al. Determinants of Seeking Needed Outpatient Care in Iran: Results from a National Health Services Utilization Survey. Arch Iranian Med 2007; 10 (4): 439 – 445

18. Moradi-Lakeh M, Ramezani M, Naghavi M. Equality in Safe Delivery and Its Determinants in Iran. Arch Iranian Med 2007; 10 (4): 446 – 451

۱۹. خداداد کاشی ف، باقری ف، حیدری خ، خداداد کاشی ا. اندازه گیری شاخص های فقر در ایران کاربرد انواع خط فقر ، شکاف فقر، شاخص فقر ۱۳٦۳-۱۳۷۹. پژوهشکده آمار، گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی. ۱۳۸۱

۲۰. نقوی م، جمشیدی ح ر. بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸٤

21. Creating social and health equity: Adopting an Alberta social determinants of health framework; Philip O'Hara ESPC Research and Policy Analysis Coordinator May 2005

22. http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?Id=24185&Type=3, access 7, 2009

۲۳. پیله رودی س. خدمات ادغام یافته و روشی برای برآورد نیروی انسانی چاپ دوم سال ۱۳۷۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت

24. http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=U, access 7, 2009

25. http://www.World Health Organization .int/health-systems-performance/technical_consultations/fairfincont_background.pdf, access 7, 2009

26. http://www.World Health Organization.int/health-systems-performance/docs/IHEA_present/IHEA_catastrophic.pdf, access 7, 2009

۲۷. مجمع تشخیص مصلحت نظام. قوانین برنامه توسعه. WWW.maslehat.ir, (access 2009)

۲۸. ارسلان بد. م. تغییرات توزیع درآمد در مناطق روستایی و شهری ایران. اقتصاد کشاورزی و توسعه – شماره ٤٥ – بهار ۱۳۸۳

۲۹. ابونوری ا، اسناوندی ا. برآورد و ارزیابی سازگاری شاخص های نابرابری اقتصادی با استفاده از ریز داده ها در ایران. مجله تحقیقات اقتصادی. شماره ۷۱، زمستان ۱۳۸٤، ص ۲۱۰-۱۷۱

۳۰. علیزاده هنجنی ح م، فضائلی ا ع. وضعیت عدالت در تامین مالی نظام سلامت در ایران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۹. ۱۳۸٤

سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مقدمه

سلامت از جمله موضوعات مهمی است که ابعاد مختلفی مشتمل بر جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در برمی‌گیرد، بر این اساس پرداختن به مسایل و مشکلات مرتبط با ابعاد فوق ضروری می‌نماید. در حال حاضر مسایلی همچون سلامت روانی و اجتماعی آحاد جامعه، به عنوان اولویتی مهم قلمداد می‌گردد، از این گذشته مشکلات و معضلات مربوط به اعتیاد می‌بایست به دقت در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های بخش سلامت مورد توجه قرار گیرند.

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت سلامت به لحاظ برخورداری از این جایگاه ویژه، وظیفه دارد تا نسبت به سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بر اجرای برنامه‌ها در حیطه‌های مزبور اقدام نماید. این در حالی است که در شرایط فعلی حوزه‌های مرتبط با پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و سلامت اجتماعی فاقد ساختار تعریف شده در نظام تشکیلاتی معاونت سلامت می‌باشد و صرفاً حوزه سلامت روان آن هم براساس مصالح و نیازهای سالیان گذشته از جایگاه محدودی برخوردار است.

دارا بودن جایگاه مدون ساختاری در راستای تکالیف قانونی و رسالت سازمانی از جمله ضروریات تلقی می‌گردد و در مقابل عدم برخورداری از چنین شرایطی، مشکلات مهمی را در حوزه ستادی و به میزان بیشتر در حیطه اجرایی دانشگاه‌ها به‌دنبال خواهد داشت.

لذا با توجه به موارد پیشگفت، ضروری است مقدمه‌ای از وضعیت ادارات این دفتر به اختصار شرح داده شود.

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

تخمین زده می‌شود از ۲۰۵ میلیون نفری که در سال ۲۰۰۷ در سراسر جهان مواد غیرقانونی مصرف کرده‌اند، ۲۵ میلیون نفر از وابستگی به مواد یا اعتیاد رنج می‌برند. اعتیاد یک معضل سلامت عمومی، توسعه اقتصادی-اجتماعی و امنیتی هم برای تمام جوامع اعم از صنعتی و در حال توسعه محسوب می‌شود.

اعتیاد با مشکلات حوزه سلامت، فقر، خشونت، رفتار مجرمانه و طرد اجتماعی همراه است. تخمین تمام هزینه‌های ناشی از سوءمصرف مواد برای اجتماع دشوار است. وابستگی به مواد علاوه بر هزینه‌های مراقبت بهداشتی و سایر هزینه‌های ناشی از پیامدهای مصرف مواد، هزینه‌های اجتماعی مختلفی از جمله کاهش توانایی تولید و درآمد خانواده، خشونت، مشکلات امنیتی، حوادث ترافیکی و

کار به بار آورده و با فساد مالی ارتباط دارد. این هزینه‌ها منجر به هزینه‌های سرسام‌آور اقتصادی و هدر رفتن غیرقابل قبول منابع انسانی می‌شود.

مصرف مواد خصوصاً مصرف تزریقی مواد منجر به انتقال ویروس نقص ایمنی، هپاتیت C و B از طریق استفاده از وسایل تزریق آلوده می‌شود. مصرف غیرتزریقی مواد نیز از طریق افزایش رفتارهای پرخطر جنسی با انتقال HIV مرتبط است. داده‌ها درباره جمعیت مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از ۱۳۰ کشور جهان نشان می‌دهد که نزدیک به ۱۰ میلیون مصرف‌کننده تزریقی مواد در کل جهان وجود دارند. حدود ۱۰٪ از کل موارد HIV در جهان از طریق اعتیاد تزریقی انتقال می‌یابد و اگر ناحیه تحت-صحرایی آفریقا را کنار بگذاریم، حدود ۳۰٪ از کل موارد HIV از طریق تزریق غیرایمن مواد منتقل می‌شوند. اشتراک وسایل تزریق آلوده، طریقه اصلی انتقال HIV در بسیاری از مناطق شامل اروپای شرقی، آسیای مرکزی، جنوبی و جنوب‌شرقی و برخی کشورهای آمریکای لاتین است.

بر اساس آخرین تخمین در دسترس (ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸٦)، ۱/۲ میلیون نفر در کشور وابسته به مواد هستند که ۱۸/۷٪ آن‌ها مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. داده‌های ثبت موارد عفونت HIV در کشور نشان می‌دهد که در ٦۷٪ موارد راه انتقال بیماری اعتیاد تزریقی بوده است. مطالعه بار بیماری‌های وزارت بهداشت نشان داده که بعد از تصادفات جاده‌ای و بلایای طبیعی، بیماری‌های قلبی و افسردگی؛ اعتیاد جایگاه چهارم بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است.

اعتیاد یک اختلال چند عاملی سلامت است که سیری مزمن و عودکننده و فروکش‌کننده دارد. در بسیاری جوامع وابستگی به مواد هنوز هم به عنوان یک مشکل سلامت شناخته نشده است و بسیاری از افرادی که از آن رنج می‌برند، به خدمات درمان و بازتوانی دسترسی ندارند. در طول سال‌های اخیر مدل زیستی-روانی-اجتماعی وابستگی به مواد را مشکلی چندوجهی دانسته است که برای مبارزه با آن رویکردی همه‌جانبه تشکیل‌یافته از راهبردهای مقابله‌ای و کاهش تقاضا مورد نیاز است. تجربه مبارزه با مواد مخدر در کشور ما و تجارب بین‌المللی نشان می‌دهد برای موفقیت در مبارزه با اعتیاد لازم است به راهبردهای حوزه سلامت به اندازه راهبردهای مقابله‌ای توجه شود.

نتایج تجربیات ملی و بین‌المللی حاکی از آن است که اعتیاد یک بیماری قابل پیشگیری و قابل درمان است و مداخلات پیشگیری و درمان موثر آن نیز وجود دارند. حتی با در نظر گرفتن ملزومات عرضه درمان مبتنی بر شواهد، هزینه‌های درمان به مراتب از هزینه‌های غیرمستقیم ایجادشده توسط وابستگی به مواد درمان نشده (شامل هزینه‌های زندان، بیکاری، نیروی پلیس و عوارض سلامتی) کمتر است. مطالعات نشان می‌دهد که صرف هزینه برای درمان از طریق کاهش قربانیان جرایم و هزینه‌های

انتظامی- قضایی سودآور است. حداقل سود سرمایه‌گذاری در درمان ۳ به ۱ است و در صورت محاسبه تمام هزینه‌های همراه با جرایم، سلامت و تولید اجتماعی، نسبت پس‌انداز به سرمایه‌گذاری به ۱۳ به ۱ افزایش خواهد یافت. این پس‌اندازها می‌توانند وضعیت اقشار محروم را با امکانات آموزش، اشتغال و رفاه اجتماعی، اندک را بهبود بخشند، امکانات خانواده‌ها را برای بازسازی وضعیت نامساعد اقتصادی افزایش دهند و نتیجتاً توسعه اجتماعی و اقتصادی را تسهیل کنند. افراد وابسته به مواد در نظام انتظامی- قضایی ممکن است در معرض خطر بالاتر پیامدهای بهداشتی و اجتماعی وابستگی به مواد باشند. مصرف مواد درون زندان با الگوهای آسیب‌رسان‌تری همراه است که منجر به افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های عفونی مانند HIV و هپاتیت می‌شود. توان بالقوه حبس در ایجاد آسیب نباید دست کم گرفته شود.

تصویب «اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر» توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۷۶، زمینه لازم برای ورود بخش سلامت به حوزه مبارزه با مواد مخدر را فراهم نمود. این قانون چارچوب قانونی راه‌اندازی تسهیلات درمان اعتیاد در کشور و مراجعه درمانی معتادان بدون ترس از پیگرد قانونی را فراهم نمود. متعاقب آن معاونت سلامت به صورت بطئی وارد عرصه درمان اعتیاد شد. در واقع حدود دو سال بعد در ۱۳۷۸، اداره نظارت بر درمان معاونت سلامت علاوه بر امور مرتبط با وظایف ذاتی خویش، مسوولیت امور مرتبط با درمان اعتیاد را نیز عهده‌دار گردید. رییس وقت و کارشناسان ذی‌ربط این اداره با حمایت دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، زمینه ایجاد درمانگاه‌های سرپایی ویژه معتادان و همچنین تغییر کاربری تخت‌های بیمارستانی را فراهم نمودند. هم‌زمان در معاونت سلامت و اداره بهداشت روان، طرح‌های پیشگیری از اعتیاد در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برنامه‌ریزی و اجرا شد. اما هر دو حوزه از کمبود نیروی کارشناسی و مدیریت واحد که دارای دیدگاهی کلان و همه‌جانبه باشد رنج می‌بردند. همین نقیصه در فعالیت‌های کاهش تقاضای ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز سایه افکنده بود و عملاً دیدگاه حاکم بر ستاد مزبور مبتنی بر محوریت مقابله با عرضه و اقدامات انتظامی قضایی با پدیده مواد مخدر و مصرف‌کنندگان آن بود.

در سال ۱۳۸۰ به دستور معاون محترم سلامت و در پاسخ به مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی، «اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد» تحت نظر دفتر سلامت جوانان و مدارس تأسیس گردید تا به امر ساماندهی وضعیت پیشگیری و درمان اعتیاد در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بپردازد. عنوان دفتر یادشده در سال ۱۳۸۳ به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و مدارس تغییر نام یافت. با وجود آن که این اداره هنوز فاقد ساختار مصوب است،

در طول مدت سال‌های فعالیت خود توانسته است به موفقیت‌های شایان توجهی نائل گردد که در طول این گزارش به گوشه‌هایی از آن اشاره خواهد شد.

وضعیت بهداشت روان کشور

در ایران، شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور بیش از ۱۰٪ برآورد می‌شود که در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارند. مطالعه‌ای که در خصوص بار بیماری‌ها در سه استان آذربایجان شرقی، بوشهر و چهارمحال و بختیاری انجام شد، نشان داد که اختلالات روانی ۱٤/۵٪ از کل بار بیماری‌ها را شامل می‌شوند، هم‌چنین اختلالات روانی، مهمترین علت ناتوانی را در کشور موجب می‌شوند. در زنان، افسردگی در صدر بیماری‌ها در ایجاد بار کلی بیماری‌ها قرار دارد. در مردان، اعتیاد سومین علت بار بیماری‌ها، اختلالات افسردگی هشتمین و اختلالات پسیکوتیک نهمین علت بار بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد (معاونت سلامت وزارت بهداشت، ۱۳۸۳). در کودکان نیز شیوع اختلالات روانی در هر مقطع زمانی حدود ۱۰٪ برآورد شد (شهریور و تهرانی‌دوست، ۱۳۸۳)؛ علاوه بر این، چه در کودکان و چه در بزرگسالان، مشکلات روانی اجتماعی (غیر از اختلالات روانی) مانند خشونت، بزهکاری و افت تحصیلی، شیوعی بیش از ۲۰٪ دارند.

بار بیماری‌ها در ایران

براساس مطالعه بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲:

- باراختلالات روانی: ۳٤٦۷ درصد هزارنفر
- تعداد سال‌های از دست رفته عمر به علت اختلالات روانی: ۲۳۰٦۳۸۲ سال
- رتبه اختلالات روانی در بار بیماری‌ها به نسبت کل بار بیماری‌ها: ۱٦۰ (۱٦٪ بار بیماری‌ها)

سه علت اول بار اختلالات روانی:

۱. *افسردگی:* بار افسردگی ۹۰٤/٤ در ۱۰۰ هزار نفر، رتبه ٤۱/۸۵ در بار بیماری‌ها، ٤/۲٪ بار بیماری‌ها، ۲٦/۱٪ بار اختلالات روانی
۲. *اعتیاد:* بار اعتیاد ۸٤۳/۹ در ۱۰۰ هزار نفر، رتبه ۳۹/۰۵ در بار بیماری‌ها، ۳/۹٪ بار بیماری‌ها، ۲٤/۳٪ بار اختلالات روانی
۳. *اختلالات دوقطبی:* بار اختلالات دوقطبی ٤۰۲/۸ در ۱۰۰ هزار نفر، رتبه ۱۸/٦٤ در بار بیماری‌ها، ۱/۹ ٪ بار بیماری‌ها ، ۱۱/٦٪ بار اختلالات روانی

سه علت اول بار بیماری‌ها در هر دو جنس به ترتیب: اختلالات روانی، حوادث، بیماری‌های قلب و عروق

سه علت اول بار بیماری‌ها در جنس مذکر به ترتیب : حوادث، اختلالات روانی، بیماری‌ها قلب و عروق

سه علت اول بار بیماری‌ها در جنس مؤنث به ترتیب : اختلالات روانی، حوادث، بیماری‌های قلب و عروق

✓ در مطالعه بار بیماری‌ها صرع جزء اختلالات روانی در نظر گرفته نشده است.

برنامه‌های سلامت روان کشور

با تشکیل ساختار شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور برای روستاها در سال ۱۳٦٤، اولین برنامه ملی بهداشت روان کشور در سال ۱۳٦٥ تدوین شد که هدف آن ادغام برنامه بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود. طی این برنامه، براساس مدل سطح‌بندی شده از محیطی‌ترین سطح تا سطح تخصصی در شهر و روستا، آموزش مردم، بیماریابی، درمان، ارجاع و پیگیری مربوط به بیماری‌های مهم روانپزشکی صورت می‌گرفت. متعاقب آن، حرکت‌هایی در کشور صورت گرفت که منجر به گسترش سریع شدند، عبارت بودند از:

- ایجاد واحد سلامت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- تشکیل کمیته مشورتی بهداشت روان کشوری که اعضای آن عمدتاً اعضای هیات علمی دانشکده‌های پزشکی بودند.
- تهیه آیین‌نامه‌های آموزشی برای تمام سطوح ارایه بهداشت (۱۳٦۷)
- بازنگری‌ها و کارگاه‌ها درباره برنامه کشوری (۱۳۷۰) و روش تحقیقات بهداشت روان (۱۳۷۲)
- بزرگداشت سالانه هفته بهداشت روان در مهرماه از سال ۱۳٦٤
- ارتقای آگاهی سایر کارکنان بهداشتی از طریق کارگاه‌ها، سمینارها و کنفرانس‌ها
- ارتقای آگاهی عمومی در مورد بهداشت روان از طریق رسانه‌ها

در حال حاضر اهداف برنامه‌های متمرکز بر سلامت روان کشور در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عبارتند از:

- بهبود کمی و کیفی خدمات روانپزشکی (درمان و بازتوانی اختلالات روانی)

- ارتقای سلامت روان جامعه
- ظرفیت‌سازی علمی برای تأمین نیازهای کلان سلامت روان کشور
- تأمین جایگاه مناسب سلامت روان در مجموعه سیاست‌ها و قوانین کلان و بهداشتی کشور

در حال حاضر، گسترش خدمات جامعه‌نگر و تشکیل نظام سطح‌بندی خدمات در شهرها، ارتقای خدمات بیمارستانی با تدوین استانداردهای اختصاصی، گسترش تخت‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی و راه‌اندازی واحدهای روانپزشک رابط در این بیمارستان‌ها، بازبینی و ارتقای خدمات بهداشت روان در PHC برای کاهش بار بیماری‌های روانپزشکی در کشور در حال انجام هستند. هم‌چنین، برنامه‌های پیشگیری از خودکشی و خشونت برای ادغام در PHC، ارایه حمایت‌های روانی- اجتماعی پس از سوانح و بلایا، آموزش مهارت‌های زندگی برای دانش‌آموزان، دانشجویان و سایر گروه‌های هدف و آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین برای ارتقای سلامت روان آحاد جامعه در دست اجرا می‌باشند.

ضمناً با توجه به موارد فوق‌الذکر، ارایه خدمات ستادی- تخصصی در زمینه تدوین سیاست‌ها، خط مشی‌ها و استانداردها همچنین برنامه‌ریزی، هدایت، هماهنگی، نظارت و ارزیابی طرح‌های غربالگری و نیز پیشگیری، مراقبت، پایش، پیگیری، کنترل و بهبود و توسعه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد جامعه بعنوان مهمترین ماموریت‌های این دفتر قلمداد گردند. همچنین در راستای ماموریت محوله و دستیابی به اهداف مورد نظر وظایف ذیل برای دفتر متصور می‌باشند:

۱. گردآوری اطلاعات و آمار فعالیت‌ها و تحلیل آنها
۲. بررسی مسایل، مشکلات، تعیین نیازها و اولویت‌های کشور در امر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۳. پیشنهاد و تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
٤. برنامه‌ریزی سالیانه، میان و بلندمدت در امر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۵. برآورد نیروی انسانی مورد نیاز و پیش‌بینی ساز و کارهای تامین آن
٦. مطالعه و تعیین روش‌های اجرایی مناسب برای تقویت نقش زنان در امر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۷. پیشنهاد بودجه و پیش‌بینی ساز و کارهای تامین آن.

۸. تعیین و ابلاغ ضوابط، استانداردها و دستورالعمل‌های غربالگری، پیشگیری، مراقبت، پایش، پیگیری، کنترل بیماری‌های روانی، اجتماعی و اعتیاد و نظارت بر اجرای صحیح آنها.
۹. تهیه و تدوین و ابلاغ پروتکل‌های غربالگری، پیشگیری، مراقبت و درمان بیماری‌های روانی و اجتماعی با همکاری مراکز آموزش عالی، نهادها و انجمن‌های صنفی و علمی ملی و بین‌المللی.
۱۰. تهیه و پیشنهاد لوایح قانونی در امر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۱۱. همکاری با مدیران و کارشناسان دانشگاه‌ها برای رفع مشکلات موجود.
۱۲. هدایت دانشگاه‌ها در برنامه‌ریزی تفضیلی و کمک به انجام آن.
۱۳. هماهنگی درون و بین‌بخشی با واحدهای و سازمان‌های تابعه و وابسته.
۱٤. برقراری ارتباط با سازمان‌های بین‌المللی و تبادل اطلاعات، تجربیات و دستاوردها در امر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۱۵. بهره‌گیری از امکانات مالی و فنی مجامع بین‌المللی برای تحقق اهداف برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۱٦. همکاری با سازمان‌ها و مراکز علمی و تحقیقاتی ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۱۷. نظارت و پایش بر اجرای برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۱۸. ارزشیابی برنامه‌ها و تعیین اثربخشی- فایده فعالیت‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۱۹. تهیه و ارایه گزارش‌های فنی و جامع از اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۲۰. تعیین اولویت‌های تحقیقاتی در امر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و پیشنهاد آن به مراجع ذیربط.
۲۱. تهیه و تدوین شرح وظایف و شرایط تاسیس و فعالیت واحدها و مراکز فعال در امر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و نیز هدایت و نظارت برآنها.

اداره سلامت روان

۱. انگزدایی از بیماران روانپزشکی

در این برنامه بر آن هستیم که با بررسی پیشینه تاریخی و جستجوی منابع موجود درباره استیگما و شناسایی عوامل اجتماعی، فرهنگی، تاریخی و روانشناختی مرتبط و بررسی میزان آگاهی بیماران و خانواده‌هایشان، همچنین مردم و دست‌اندرکاران پزشکی و بهداشتی از پدیده انگ و علل آن، راه‌های کاهش این عامل را شناسایی کنیم تا بتوانیم با روش‌های مختلفی همچون: تبعیض‌زدایی، مقابله با انگ‌گذاری درونی توسط بیمار، گسترش روانپزشکی مبتنی بر جامعه به کاهش این مشکل بپردازیم.

انجام بررسی مروری در زمینه‌های شدت استیگما، زمینه‌ها و عوامل موثر بر آن و بررسی روش‌های مؤثر کاهش آن در ایران و جهان و ارایه راهکارهای عملی برای کاهش آن، تقویت نقش رسانه‌ها در جهت افزایش آگاهی عمومی و اتخاذ شیوه‌های مناسب آموزشی و جلوگیری از گسترش مراکز تک تخصصی روانپزشکی، تخصیص ده درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به تخت روانپزشکی از جمله اقدامات انجام شده است.

دستاوردها

- برگزاری اولین همایش سلامت روان با حضور مقام محترم وزارت در هفته سلامت روان سال ۸۷
- بازدید مقام محترم وزارت از مرکز روانپزشکی رازی در هفته سلامت روان سال ۸۷

۲. ورود روان‌پزشکی سایکوسوماتیک (رابط مشاوره) به بیمارستان‌های عمومی

در حال حاضر اختلالات روانپزشکی، جایگاه دوم تا هشتم را در بین اختلالات شایع پزشکی دارا هستند و از اولویت‌های سلامت محسوب می‌شوند. اکثر قریب به اتفاق مبتلایان به اختلالات روانپزشکی را بیماران نوروتیک تشکیل می‌دهند، که بخش‌های روانپزشکی فعلی محل مناسبی برای بستری اینگونه بیماران نیست. همچنین استیگمای بستری در بخش روانپزشکی مانعی برای ارایه خدمات به این بیماران است. با راه‌اندازی بخش مشاور رابط در بیمارستان‌های عمومی بر آنیم

تا بخش روانپزشکی را وارد بیمارستان‌های جنرال کرده و به این ترتیب استیگمای بستری در بیمارستان روانپزشکی را کاهش دهیم.

دستاوردها

- افتتاح بخش روانپزشکی سایکوسوماتیک (رابط-مشاور) در بیمارستان امام‌خمینی(ره) در هفته سلامت فروردین ۸۸

۳. تدوین برنامه کشوری ارتقای استانداردهای بخش‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی

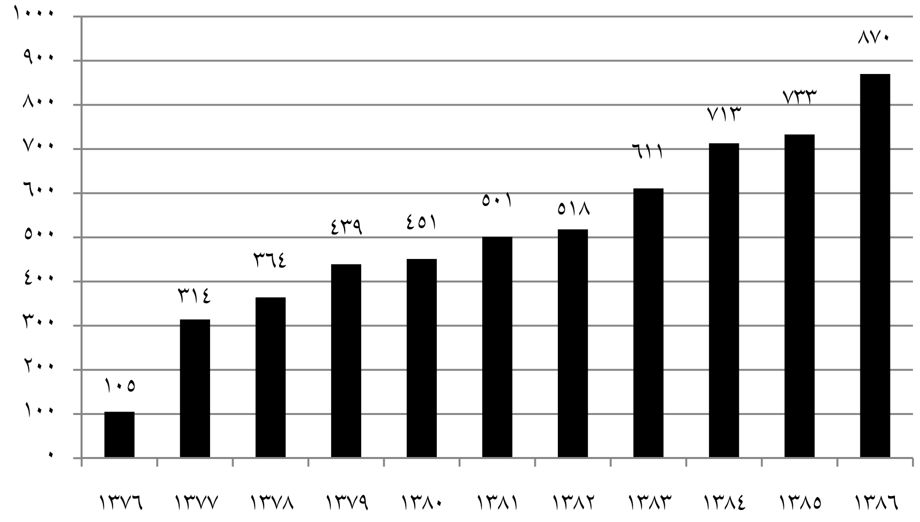
در حال حاضر اکثر بخش‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی فاقد استانداردهای لازم می‌باشند و ارزشیابی آنها براساس استانداردهای بیمارستان‌های عمومی انجام می‌شود که شاخص مناسبی برای ارزیابی این مراکز نمی‌باشد. یکی از بزرگترین مشکلات برای استانداردسازی بخش‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی کمبود بودجه لازم می‌باشد. از آنجایی‌که این بیمارستان‌ها معمولا درآمد کافی ندارند تخصیص بودجه برای این منظور باید در دستور کار وزارت بهداشت و درمان قرار گیرد.

اداره سلامت روان وزارت بهداشت و درمان با ارایه این برنامه برآن است تا استانداردهای بخش‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی را مطابق با استانداردهای جهانی و همچنین محدودیت‌های کشوری تهیه کرده و این استانداردها را در مراکز مختلف روانپزشکی اعم از خصوصی و دولتی، تک تخصصی و جنرال در تهران و شهرستان‌ها بصورت پایلوت انجام دهد و سپس استانداردهای نهایی مراکز روانپزشکی را جهت ارزشیابی سالیانه و امتیازدهی به این مراکز در جهت ارتقای خدمات روانپزشکی ارایه نماید. در این راستا اقدامات زیرانجام شده است:

- انجام پروژه تحقیقات اولیه برای ارزیابی استانداردهای بخش‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی در دنیا
- انطباق استانداردهای موجود در دنیا با وضعیت کشور
- تهیه استانداردهای اولیه مطابق با وضعیت استاندارد در دنیا و محدودیت‌های کشوری
- برگزاری کارگاه ارتقای خدمات بیمارستانی در مرداد ماه سال با همکاری اداره ارزشیابی بیمارستان‌ها، تهیه صورت‌جلسه کارگاه و پیشنهادهای نهایی
- تهیه چک لیست‌ها بر اساس پیشنهادهای نهایی کارگاه

دستاوردها

- اجرای آزمایشی چک‌لیست‌های نظارتی در ۸ مرکز روانپزشکی



نمودار ۱: روند افزایش تعداد تخت‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی تا پایان سال ۱۳۸۶

۴. تدوین قانون بهداشت روان

بررسی قوانین موجود در ایران نشان می‌دهد که اگر چه قانون مستقلی برای بهداشت روان تاکنون تدوین نشده است، اما در مجموعه قوانین مختلف کشور قانون‌هایی برای حمایت از بیماران روانی وجود دارد. در سال ۱۳۷۸ شادروان دکتر داود شاه محمدی اولین فراخوان همکاری برای تهیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان را در جمهوری اسلامی درخواست نمود و به دنبال آن مجموعه قوانین موجود در ارتباط با بیماران روانی جمع‌آوری و چاپ شد. سپس انستیتو روانپزشکی تهران تلاش گسترده‌ای را برای عملی نمودن تدوین این پیش‌نویس انجام داد و در همین راستا جزواتی نیز ترجمه و چاپ گردید، ولی هر بار به دلیل مشکلات و محدودیت‌های مالی پیگیری کامل انجام نشد و پیشرفتی حاصل نگردید. سرانجام در سال ۸۰، طرح تهیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان به سفارش این دفتر توسط انستیتو مورد پیگیری قرار گرفت: در حال حاضر قوانین محدودی در خصوص بیماران روانپزشکی بصورت پراکنده در قوانین مدنی و جزایی موجود است که پاسخگوی نیاز حال حاضر این بیماران نمی‌باشد. تعاریفی مثل مجنون، سفیه و غیره که در حال

حاضر استفاده می‌شوند منطبق با تشخیص‌های رایج روانپزشکی نیست و این باعث سردرگمی متخصصان پزشکی قانونی، روانپزشکی و قضات می‌شود. این عدم انطباق در بسیاری موارد باعث تضییع حقوق مبتلایان به اختلالات روانپزشکی شده و دستاویزی برای سوء استفاده از آنان می‌شود.

اداره سلامت روان با همکاری انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران، سازمان پزشکی قانونی، دانشکده حقوق دانشگاه تهران و پژوهشکده ابن‌سینا فرایند تدوین پیش‌نویس را به اتمام رسانده است.

دستاوردها

- تدوین پیش‌نویس لایحه قانون سلامت روان

۵. برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

کاربرد برنامه مهارت‌های زندگی در بخش سلامت همراه با مدارک و شواهدی رایج گردیده است که حاکی از نقش توان‌مندسازی مردم و نقش این مهارت‌ها در کاهش مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی چون سوء مصرف مواد، خودکشی، ایدز و هپاتیت و همچنین انواع خشونت‌های بین فردی است. به عبارت دیگر آموزش مهارت‌های زندگی منجر به بهبود سبک و کیفیت زندگی شده و به نوبه خود منجر به تسهیل رفاه روانی اجتماعی افراد می‌گردد.

همچنین در سطح پیشگیری ثانویه، این آموزش‌ها نقش بسیار موثری در جلوگیری از عوارض حاد ناشی از اتفاقات غیرمترقبه طبیعی و غیرطبیعی مثل بلایا، جنگ‌ها و تصادفات رانندگی و هوایی دارند. امروزه آموزش مهارت‌های زندگی به عنوان ابزار ارتقای سلامت روانی اجتماعی علاوه در بخش‌های بنیانی چون مراکز آموزشی، در بسیاری از جایگاه‌های غیر آموزشی به عنوان آموزش‌های عمومی و فوق برنامه آموزش داده می‌شوند. بدون شک چالش‌های زندگی نوین و تغییرات سریعی که در اثر فناوری و رشد سریع زندگی در شهرها و ابر شهرها بوجود می‌آید، نیاز به تجهیزات و ابزارهایی دارد که افراد را در هر سن و مقطعی در مقابل عوارض این تغییرات و یادگیری روش‌های انطباق و سازگاری مناسب یاری رساند.

در این راستا اداره سلامت روان وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۲ برنامه مهارت‌های زندگی را در چارچوب برنامه‌های ارتقای سلامت روان جامعه منظور و در سطح کشور اجرا نموده است. این

برنامه در ابتدا با محوریت آموزش کودکان مقاطع ابتدایی و در حال حاضر در سطح جمعیت عمومی که شامل بزرگسالان نیز می‌شود در حال اجرا است.

در این برنامه ۱۰ مهارت بنیانی شامل موارد ذیل آموزش داده می‌شوند:

- برقراری رابطه بین فردی سازگارانه، تصمیم‌گیری، حل مساله، تفکر خلاق، تفکر نقادانه، خودآگاهی، شناخت و درک هیجانات خود و دیگران، مقابله با هیجانات شدید مثل خشم و سوگ، مقابله با استرس و همدلی با دیگران
- برنامه به صورت آموزش کارگاهی همراه با روش‌های خلاقانه‌ای چون بارش فکر، بازی‌ها، فعالیت‌های گروهی و ایفای نقش و همچنین استفاده از ابزارهای بینایی- شنیداری چون ویدیو، پروژکتور، کتاب آموزشی و کتاب کار، پمفلت و بروشورهای مختلف اجرا می‌گردد.
- در حال حاضر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور توانایی برگزاری این کارگاه‌ها را در جایگاه‌های شغلی و سازمانی برای پرسنل و نیروهای شغلی و سایر گروه‌های هدف بنا به درخواست کتبی این مراکز دارا می‌باشند. بدیهی است که دانشگاه‌های مذکور با وجود نیروهای متخصص آموزش دیده و مجرب وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، امکان اجرای علمی و بهینه این برنامه را برای متقاضیان سازمان‌های مختلف فراهم می‌آورند.

دستاوردها

در حال حاضر این برنامه در تمام کشور و با مدیریت اداره سلامت روان معاونت بهداشت (سلامت) دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در حال اجراست. در سال گذشته (۱۳۸٦) تعداد ۲۰۰۰ مربی آموزشی، ۱۱۰۰۰ معلم و ۱۱۰۰۰۰ دانش‌آموز و همچنین تعداد زیادی از اقشار جامعه در قالب زنان خانه‌دار، مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی و مددجویان کمیته امداد، مزدوجین و همچنین ساکنین اقامتگاه‌ها و شبانه‌روزی‌ها این آموزش‌ها را دریافت نموده‌اند.

۶. برنامه آموزش مهارت‌های فرزند پروری

کاربرد برنامه «آموزش مهارت‌های فرزندپروری» در بخش سلامت همراه با مدارک و شواهدی رایج گردیده است که حاکی از نقش پیشگیرانه این آموزش‌ها در کاهش مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی چون اختلال سلوک، سوء مصرف مواد، رفتارهای ضد اجتماعی و رفتارهای بزهکارانه دارد.

مطالعات زیادی نشان می‌دهد که یکی از دلایل سوء رفتار والدین با کودکان عدم آشنایی آنها با فنون شکل‌دهی رفتار و راهکارهای تربیت سازنده است، همچنین یکی از دلایل اختلاف نظر زوجین پس از بچه‌دار شدن، تفاوت آرا و سلیقه در مدیریت رفتار فرزندان است که می‌تواند استرس‌های زیادی را به والدین و خانواده منتقل نماید. وجود استرس‌های شایع در میان مادران، سردرگمی آنها در اتخاذ روش‌های صحیح پاداش و تنبیه کودکان و رفتارهای دوگانه و متناقض که گاه از طرف پدر و مادر به طور جداگانه و یا از طرف هرکدام از آنها به صورت متناوب سر می‌زند، از مهمترین اثرات عدم آگاهی والدین از فنون فرزند پروری هستند که می‌توانند اثرات بلند مدتی بر رشد شخصیت و سازگاری کودکان داشته باشند.

در این راستا پژوهش زیربنایی که اداره سلامت روان در سال ۱۳۷۸ برای بررسی شیوع کودک آزاری و ارتباط آن با روش‌های مدیریتی والدین انجام داد، مشخص شد که روش‌های تنبیه فیزیکی والدین بسیار رایج‌تر از روش‌های کم‌خطرتری چون حبس کوتاه مدت و یا محرومیت محدود از فعالیت‌های لذت بخش کودکان می‌باشد.

همچنین مادران بیشتر از پدران کودکان را تنبیه کرده، اما پدران تنبیه‌های شدیدتری اعمال می‌کردند.

اداره سلامت روان در سال ۱۳۸۳ با توجه به شواهد متعدد و با بهره‌گیری از دانش یک گروه فوق تخصصی روانپزشکی کودکان، برآن شد تا برنامه آموزش مهارت‌های فرزند پروری را برای والدین کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی اجرا نماید.

در این برنامه، ٤ مهارت بنیانی و چند مهارت کمکی شامل موارد ذیل به صورت کلاس‌های آموزشی همراه با پخش فیلم و توزیع پمفلت و بروشور اجرا می‌گردند:

تشویق و ایجاد فضای مثبت در خانواده، نادیده گرفتن و مدیریت رفتارهای نامطلوب، شیوه‌های دستور دادن، ارتقای مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسایل مشترک با همسالان و همچنین راهکارهای افزایش اعتماد به نفس و کاهش استرس والدین.

در حال حاضر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور توانایی برگزاری این کارگاه‌ها را در جایگاه‌های شغلی و سازمانی برای پرسنل و نیروهای شغلی و سایر گروه‌های هدف بنا به درخواست کتبی این مراکز دارا می‌باشند. بدیهی است که دانشگاه‌های مذکور با وجود نیروهای متخصص آموزش دیده و مجرب وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، امکان اجرای علمی و بهینه این برنامه را برای متقاضیان سازمان‌های مختلف فراهم می‌آورند.

دستاوردها

در حال حاضر این برنامه در تمام کشور و با مدیریت اداره سلامت روان معاونت بهداشت (سلامت) دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در حال اجراست. در سال ۱۳۸٦، تعداد ۸۰۰۰ مربی آموزشی، ۱۰۵۰۰۰ والد و همچنین تعداد زیادی از اقشار جامعه در قالب زنان خانه‌دار، مراجعه کنندگان مراکز بهداشتی- درمانی و مددجویان کمیته امداد و مزدوجین این آموزش‌ها را دریافت نمودند.

۷. برنامه پیشگیری از خودکشی

اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸، در راستای انجام وظایف محوله خویش اقدام به تدوین برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با تأکید بر درمان افسردگی نمود، این برنامه با اهداف کلی زیر انجام گردید:

۱. فراهم آوردن خدمات بهداشت روان و قابل دستیابی برای بیماران افسرده و افرادی که قصد اقدام به خودکشی داشته و یا اقدام نموده‌اند.
۲. کاهش موارد اقدام به خودکشی و کاهش مرگ و میر ناشی از آن.

در راستای این راهبرد، گروه هماهنگی چند بخشی با حضور نمایندگان از ارگان‌های درگیر در مسایل اجتماعی و فرهنگی همچون استانداری و بهزیستی در وزارت بهداشت تشکیل گردید و برنامه اجرایی نهایی شد. متون آموزشی مناسب پیشگیری از خودکشی با تأکید بر درمان افسردگی برای گروه‌های مختلف ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی شامل بهورز، رابط، کاردان، کارشناس، پزشک عمومی، کادر بخش اورژانس بیمارستان‌ها و پرستاران بخش‌های مرتبط تهیه گردید و با برگزاری کارگاه‌های آموزشی، ارایه خدمات توسط آنها به افراد نیازمند فراهم گردید. این برنامه از سال ۱۳۸۰ در چهار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، کاشان، ایلام و کرمانشاه به‌مورد اجرا درآمد و با توجه به گزارش‌های طرح مبنی بر موفقیت‌آمیز بودن آن، از سال ۱۳۸۳ این برنامه در ٤ دانشگاه علوم پزشکی فارس، مازندران، چهارمحال و بختیاری و کرمان نیز گسترش یافت که برنامه‌های آموزشی، اجرایی و خدماتی این دانشگاه‌ها به‌مورد اجرا درآمده‌اند.

دستاوردها

- اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی (شناسایی و درمان افسردگی) در ۸ استان کشور و پایش آن
- بازبینی متون شناسایی و درمان افسردگی برای پیشگیری از خودکشی برای استفاده از آن در برنامه پزشک خانواده
- ورود برنامه پیشگیری از خودکشی در بسته خدمتی پزشک خانواده برای اجرا در تمام کشور
- مطالعه اثربخشی برنامه ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه لرستان
- تدوین برنامه جامع پیشگیری از خودکشی برای مناطق با شیوع بالا در کشور
- ثبت و جمع‌آوری موارد اقدام و مرگ و میرناشی از خودکشی به تفکیک شهرستان‌های تابعه هر دانشگاه از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸٦مطابق فرمت واحد اداره سلامت روان و از سال ۸۷ به صورت الکترونیک در پورتال معاونت سلامت (در دست اقدام است).
- ایجاد نظام ثبت هماهنگ (بیمارستان‌ها، پزشکی قانونی، نیروی انتظامی و...) برای آمار خودکشی از سال ۸۷
- اجرای آزمایشی برنامه جامع پیشگیری از خودکشی در PHC
- اجرای طرح جامع پیشگیری از خودکشی در خوابگاه‌های دانشجویی

۸. مراقبت از بیماران روانی پس از ترخیص از بیمارستان After care

طی ۲۰ سال گذشته، به استثناء خدمات موقتی و گذرا «ویزیت در منزل» که آن نیز غالبا در زمره اقدامات پژوهشی صورت گرفته است، کار و برنامه مدونی برای ارایه اینگونه خدمات در سیستم خدمات بهداشت روانی شهری تعریف نشده است. اداره سلامت روان در راستای ارایه برنامه جامع و مدونی برای ارایه خدمات مراقبتی پس از ترخیص در سیستم خدمات بهداشت روان شهری، اقدام به تدوین پروتکل خدمات روانپزشکی پس از ترخیص (After care) برای بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی نموده است. این پروتکل دارای ٤ بخش اصلی پیگیری درمان در منزل، خدمات برای خانواده بیماران، خدمات توانبخشی بیماران و فوریت‌های روانپزشکی است.

دستاوردها

- اجرای برنامه ویزیت در منزل در ۵ دانشگاه کشور
- تشکیل کمیته‌ای برای تدوین پروتکل خدمات پس از ترخیص برای بیماران و برگزاری جلسات تدوین پروتکل

- تدوین برنامه ارایه خدمات درمانی- مراقبتی مبتنی بر جامعه برای بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی
- اجرای طرح بررسی هزینه و اثربخشی خدمات درمانی- مراقبتی مبتنی بر جامعه مطابق پروتکل اداره سلامت روان
- اجرای آزمایشی پروتکل در دو دانشگاه
- راه‌اندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر

۹. حمایت روانی- اجتماعی در حوادث غیر مترقبه

بلایای طبیعی و مبارزه با آنها، قدمتی به بلندای تاریخ دارند که همواره بشر با آن رودررو بوده است. با وجود پیشرفت علم و فناوری در قرن حاضر، باید اعتراف نمود که انسان همچنان مقهور بلایا و قهر طبیعت می‌باشد. متاسفانه ایران یکی از مستعدترین کشورهایی است که در آن حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و... هر ساله جان تعداد زیادی از هموطنانمان را گرفته و آسیب‌های جبران‌ناپذیری از نظر مالی و جانی به آنها وارد می‌سازد. بدنبال وقوع بلایای طبیعی مانند زلزله، شرایط ویژه‌ای در جامعه بوجود می‌آید و نیازهای جدیدی ایجاد می‌شوند. شرایط و الگوهای مرسوم زندگی مردم بر هم ریخته و افراد شرایط خاص جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. بلایای طبیعی ویرانگر، فشار روانی زیادی را بر مردم وارد کرده و سبب بروز مشکلات روانی و رفتاری دیرپا و آزارنده در بازماندگان می‌شوند که تا ماه‌ها و گاهی سال‌ها امکان فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی را از آنان سلب می‌کند.

از آنجا که ایران از جمله کشورهای بلاخیز در دنیا است و در زمینه وقوع زلزله در بین پنج کشور اول دنیا قرار دارد، ضرورت آموزش در زمینه حمایت‌های روانی- اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در بین افراد جامعه مطرح است. از این‌رو اولین بار دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، اقدام به ویرایش برنامه ملی حمایت‌های روانی- اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در سال ۱۳۷۷ بعد از زلزله بیرجند و اردبیل نمود. برنامه مذکور در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ مجددا ویرایش شده است. از دیگر دستاوردهای مرتبط با حمایت‌های روانی- اجتماعی در حوادث غیر مترقبه، تدوین کتب آموزشی توسط گروهی از متخصصان و صاحب‌نظران در این زمینه است که در سطوح مختلف طراحی شده است. در حال حاضر دانشگاه‌های سراسر کشور براساس برنامه آموزشی موجود نیروهای کارآمدی را در زمینه مذکور

آموزش می‌دهند تا در زمان نیاز بتوانند به کمک نیازمندان و حادثه‌دیدگان در سراسر کشور بشتابند. امید است با بکارگیری روزافزون از نیروهای کارآمد، بتوان دانش مربوط به حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا را گسترده‌تر از پیش به مرحله اجرا درآورد.

۱۰.برنامه ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۷ در سی‌امین اجلاس خود، هدف «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» را مطرح کرد و در سال ۱۹۷۸ در کنفرانس جهانی آلماآتا در قزاقستان مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) به‌عنوان مهمترین راهبرد در رسیدن به هدف «بهداشت برای همه» تعیین شد و همه کشورهای عضو و از جمله ایران اعلامیه آلماآتا را پذیرفتند؛ زیرا طبق اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از بهداشت و درمان حق مسلم برای همه مردم است. در سال ۱۳۶۵ برنامه کشوری بهداشت روان تدوین شد و در سال ۱۳۶۷ به تصویب رسید و به صورت پایلوت در شهرکرد اجرا شد و طی این برنامه پایلوت که به صورت یک پروژه تحقیقاتی بود، آگاهی، نگرش و عملکرد پرسنل بهداشتی در این برنامه مورد پایش و ارزشیابی قرار گرفت و سپس برنامه پایلوت در شهرضا و هشتگرد نیز اجرا شد. در سال ۱۳۶۹ با تصویب شورای معاونین وزارت بهداشت، بهداشت روان به‌عنوان جزء نهم PHC شناخته شد و در همین سال برنامه به دانشگاه‌های بیشتری گسترش پیدا کرد. در سال ۱۳۷۴ تمام دانشگاه‌ها (حداقل یک شهرستان در هر دانشگاه) مجری برنامه بودند. هدف از اجرای برنامه بهداشت روان فراهم آوردن خدمات اساسی بهداشت روان برای همه مردم به ویژه با تأکید بر گروه‌های آسیب پذیر و مردم محروم است. ضمناً این برنامه در نظر دارد آگاهی مردم و همچنین آگاهی و مهارت تیم سلامت را در ارایه خدمات بهداشت روان افزایش دهد و مشارکت جامعه را در بهره‌مندی از خدمات بهداشت روان جلب نماید.

ایران تنها کشور در منطقه مدیترانه شرقی است که برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی را به اجرا در آورده است. برنامه بهداشت روان، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه (جامعه‌نگر) است و هدف آن تأکید بیشتر بر درمان بیماران سرپایی و عرضه خدمات در محل زندگی می‌باشد. تمام تلاش در پیشگیری از بستری طولانی مدت و بازگشت بیماران به محل زندگی و محل کارشان است، با این روش بستری شدن‌های مکرر و متعاقب آن هزینه‌های درمان کاهش می‌یابد.

در حال حاضر برنامه ادغام بهداشت روان گسترش بیشتری یافته و اکثر مناطق روستایی و بخشی از مناطق شهری را نیز تحت پوشش خود قرار داده است.

در جهان میزان شیوع اختلالات روانی ۲۵٪ است. حدود ۱۳٪ از کل بار بیماری‌ها به علت اختلالات روانی است و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱٦٪ افزایش خواهد یافت. علت بار قابل توجه اختلالات روانی، شیوع بالا، مدت طولانی بیماری و تأخیر در تشخیص و درمان و شدت ناتوانی ایجاد شده است.

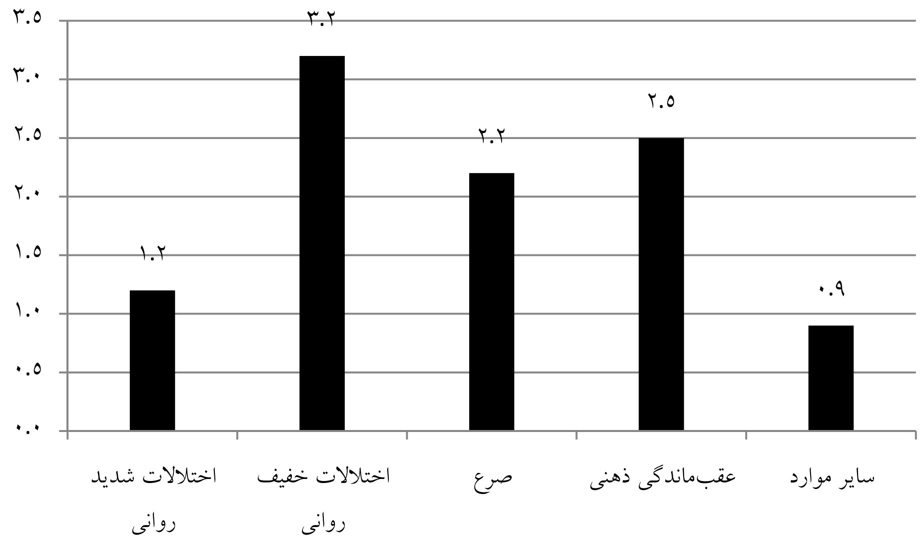
در ایران میزان شیوع اختلالات روانی ۲۰٪ است و در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی بالاترین میزان را دارند. اختلالات روانی ۱٤٪ از بار بیماری‌ها را شامل می‌شوند و پس از حوادث، به طور مشترک با بیماری‌های قلبی- عروقی دومین علت بار بیماری‌ها هستند. اختلالات روانی با ایجاد هزینه‌های مستقیم (بار مالی اقدامات تشخیصی، درمانی، بازتوانی و پیشگیری) و هزینه‌های غیرمستقیم (کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه، بار خانوادگی)، اثرات زیان باری را بر جامعه تحمیل کنند.

در سطح ارتقای سلامت روان؛ هدف، تأمین احساس شادی، امنیت، امید و رضایت از زندگی برای جمعیت عمومی است و همچنین افزایش مهارت‌های جامعه برای رویارویی با استرس‌ها، ارتقای مهارت‌های ارتباط اجتماعی، مهارت‌های زندگی و شیوه‌های فرزندپروری مورد نظر است.

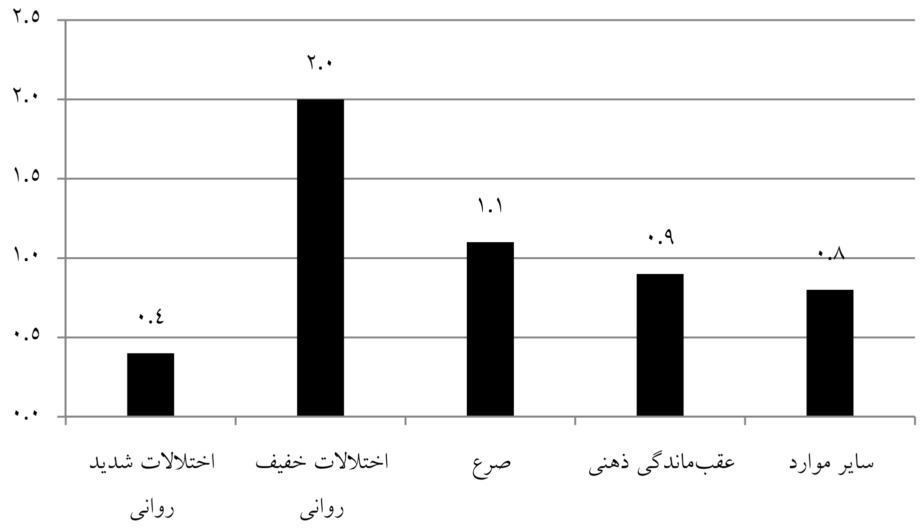
دستاوردها

- بازنگری بسته‌های خدمتی ادارات سلامت خانواده در مبحث سلامت روان
- بازنگری شناسنامه‌های سلامت دانشجویان، سربازان و دانش‌آموزان
- تهیه چک لیست غربالگری دانش‌آموزان
- برگزاری کارگاه‌های کشوری سلامت روان با حضور کارشناسان مسوول بهداشت روان دانشگاه‌های کشور
- تهیه بسته‌های خدمتی سلامت روان برای پزشکان عمومی و کارشناسان بهداشت روان
- تهیه کوریکولوم آموزشی اختلالات روانپزشکی برای پزشکان عمومی
- تهیه کویکولوم دوره MPH بهداشت روان و اجرای آن برای کارشناسان ارشد و پزشکان عمومی به صورت پذیرش دانشجو در دانشگاه علوم پزشکی ایران

- ثبت و جمع‌آوری اطلاعات آماری اختلالات روانپزشکی از دانشگاه‌های کشور و تهیه گزارش کشوری سالیانه
- اجرای برنامه ادغام بهداشت روان در تمام دانشگاه‌های کشور
- گسترش برنامه ادغام بهداشت روان در مناطق شهری و روستایی تحت پوشش دانشگاه‌ها
- ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان و تهیه گزارش ارزشیابی
- بیماریابی، درمان، پیگیری و مراقبت بیماران روانی تحت پوشش برنامه
- بازنگری فرم ثبت اختلالات روانپزشکی و تهیه فرم و نرم افزار جدید ثبت اختلالات روانپزشکی



نمودار۲: میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در مناطق روستایی (در هزار نفر) برنامه ادغام سلامت روان ۱۳۸۶



نمودار ۳: میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در مناطق شهری (در هزار نفر) برنامه ادغام سلامت روان – ۱۳۸٦

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

۱. درمان سوءمصرف مواد مخدر

بخش درمان از مهمترین حوزه‌های فعالیت اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد است. گسترش برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد مطابق با روش‌های علمی و به روز از سال ۱۳۷۸ آغاز و تاکنون ادامه دارد.

خدمات درمان در مراکز درمان سوء مصرف مواد دولتی و خصوصی ارایه می‌شود. در این مراکز پزشکانی که دوره‌های درمان سوءمصرف را گذرانده‌اند، با کمک تیم درمان شامل پرستار، روانشناس و مددکار با استفاده از روش‌های مختلف و مجاز درمان سوءمصرف مواد، به درمان افراد معتاد می‌پردازند. کلیه مراکز اعم از دولتی و خصوصی بطور منظم توسط کارشناسان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی بازدید می‌شوند و نحوه ارایه خدمات درمان و عملکرد ایشان مورد بازرسی و ارزیابی قرار می‌گیرد.

۲. درمان سوءمصرف مواد محرک

یکی از اهداف دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، برنامه‌ریزی برای درمان سوءمصرف مواد محرک است. به این منظور واحدهای درمان سوءمصرف مواد محرک در شهرهای تهران، مشهد، شیراز، اصفهان، تبریز و کرمانشاه راه‌اندازی شده است.

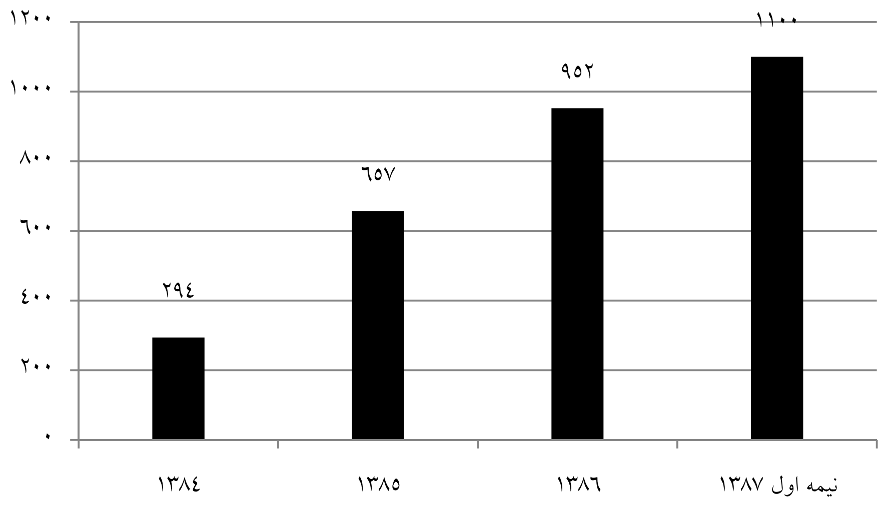
برای بهبود کیفیت درمان، دوره‌های آموزشی جهت پزشکان و روانشناسانی که در این مراکز فعالیت می‌کنند، برگزار می‌شود.

گسترش برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد محرک، از جمله اهداف این دفتر به شمار می‌رود.

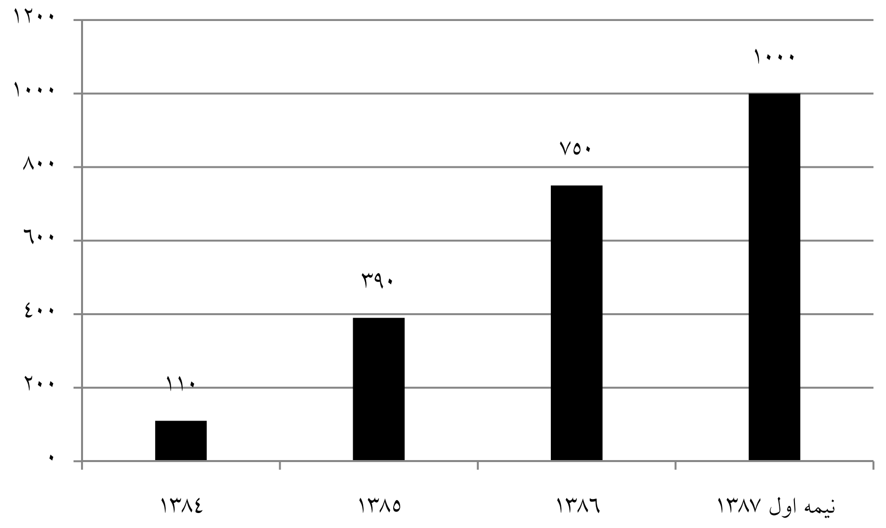
دستاوردها

- تسهیل راه‌اندازی مراکز درمان خصوصی درمان سوء مصرف مواد در بخش غیر دولتی
- راه‌اندازی ۱۳۳ واحد دولتی درمان نگهدارنده با متادون در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- تحت پوشش قرار دادن ۹۲۰۰۰ بیمار در درمان نگهدارنده با متادون
- راه‌اندازی ۵ واحد درمان سوء مصرف محرک‌ها در شهرستان‌های مشهد، تهران، شیراز، اصفهان و تبریز در سال ۸۷

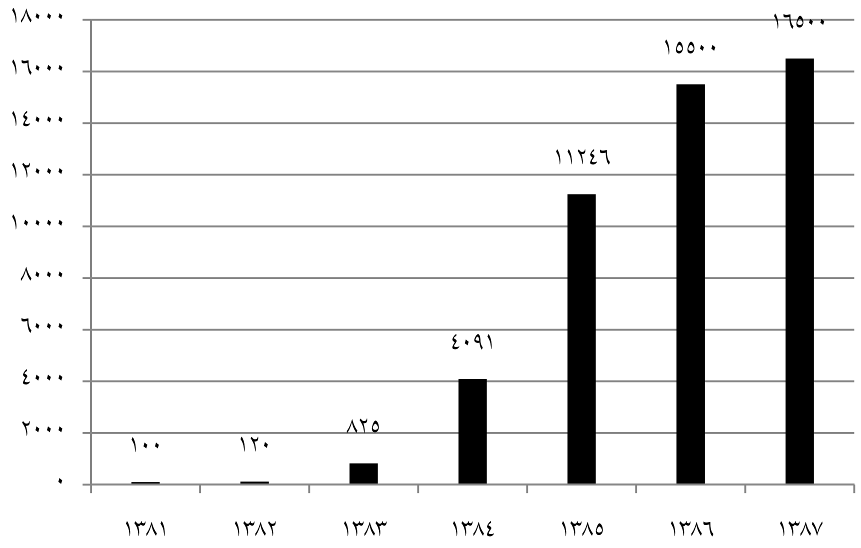
- آموزش کارکنان واحدهای درمان سوء مصرف محرک‌ها



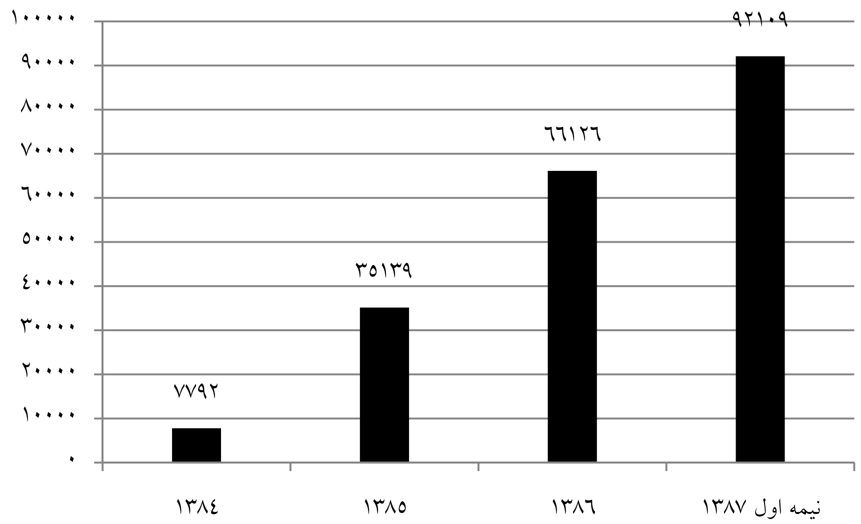
نمودار ٤: تعداد مراکز درمان سوء مصرف



نمودار ۵: تعداد واحدهای درمان با آگونیست



نمودار۶: پوشش درمان نگهدارنده با متادون در واحدهای دولتی



نمودار۷: پوشش درمان نگهدارنده با متادون

۳. طرح ساماندهی معتادان تزریقی بی‌خانمان

ساماندهی و درمان معتادان تزریقی بی سرپناه، از جمله اقدامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده که در قالب طرح «ساماندهی معتادان تزریقی بی‌خانمان» از سال ۱۳۸٦ اجرا شده است. این طرح با هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر توسط وزارت بهداشت و نیروی انتظامی اجرا گردید. استان‌هایی که در طرح شرکت داشتند شامل: تهران، اصفهان، فارس، خراسان رضوی، همدان، کرمانشاه و کرمان بودند.

در این طرح افراد دستگیر شده توسط نیروی انتظامی به واحدهای غربالگری که توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی راه‌اندازی شده است، اعزام می‌شوند.

در این مراکز تیمی متشکل از پزشک، پرستار و مددکار اجتماعی، افراد دستگیر شده را مورد معاینه و ارزیابی قرار می‌دهند. در صورتی که افراد مشکلاتی داشته باشند که به رسیدگی طبی اورژانس احتیاج داشته باشد به بیمارستان ارجاع می‌شوند و در غیر اینصورت برای درمان سوءمصرف مواد به «مرکز اقامتی درمان اجباری» فرستاده می‌شوند.

در مراکز اقامتی افراد معتاد تحت درمان قرار می‌گیرند، در خصوص اعتیاد و عوارض آن آموزش می‌بینند و در جلسات مشاوره شرکت می‌کنند.

پس از تکمیل دوره درمان نیز از خدمات مددکاری برای جلب حمایت خانواده بیماران از ایشان برای دوران پس از ترخیص استفاده می‌کنند.

دستاوردها

- ارایه خدمات غربالگری و درمان اقامتی معتادین بی‌خانمان در ۷ مرکز استان توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی در سال ۸٦
- غربالگری ۱۳۲۲۱ بیمار و درمان ۲۱٤۵ بیمار در مراکز اقامتی درمان اجباری در سال ۸٦

۴. دوره‌های آموزش درمان سوءمصرف مواد جهت پزشکان و تدوین دستورالعمل‌های درمان

ارایه خدمات درمان سوءمصرف مواد، با روش‌های علمی و قابل اطمینان از جمله اهداف دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت است. از این رو این دفتر، جهت ارتقای درمان سوءمصرف مواد مخدر، دستورالعمل‌های درمان سوءمصرف مواد را تدوین و به کلیه دانشگاه‌های

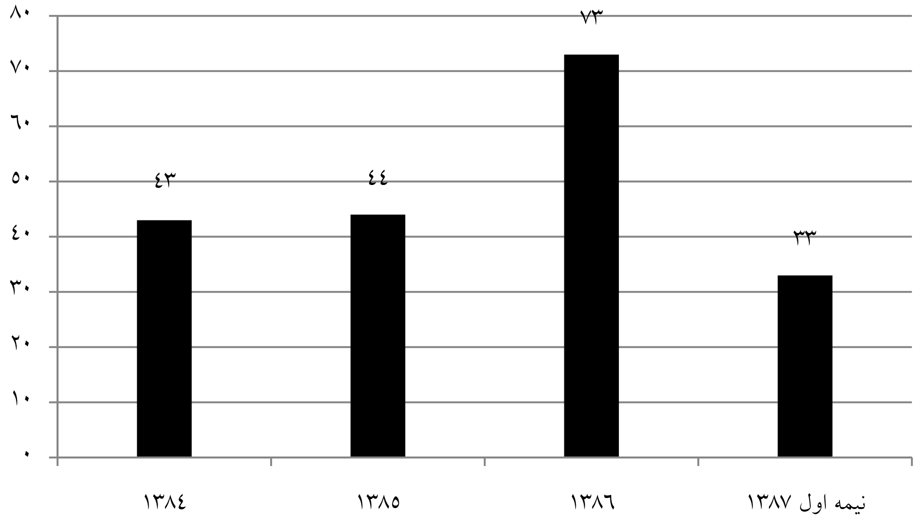
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کشور ابلاغ نموده تا به کلیه مراکز درمان سوءمصرف مواد ارسال گردد.

در این دستورالعمل‌ها نحوه صحیح درمان و مراقبت از بیماران شرح داده شده است.

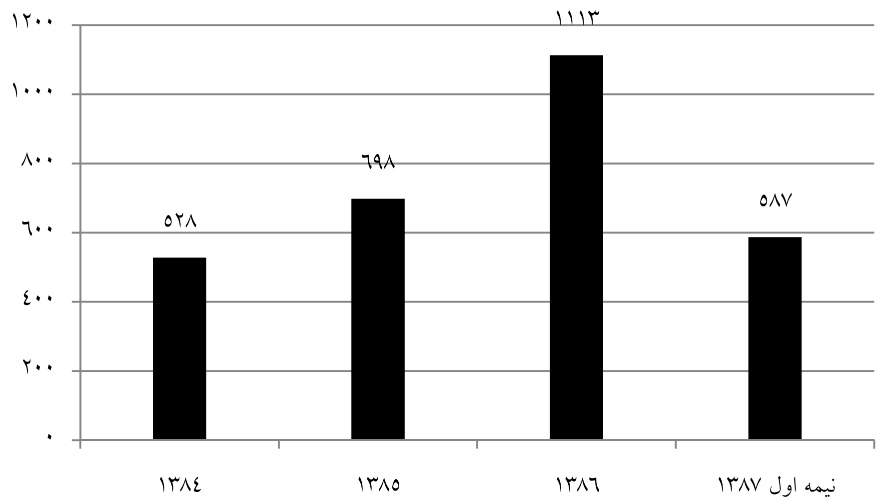
آموزش پزشکان و تیم درمان در مورد نحوه صحیح درمان سوءمصرف مواد از جمله عوامل مهمی است که موجب بهبود کیفیت درمان می‌شوند. کلیه پزشکانی که در مراکز درمان سوءمصرف مواد فعالیت می‌کنند، ملزم به گذراندن دوره‌های آموزشی ویژه درمان سوءمصرف مواد مخدر هستند.

دستاوردها

- راه‌اندازی ۷ مرکز آموزش درمان نگهدارنده با متادون در ۷ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- راه‌اندازی دوره آموزش روانشناسان توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان در سال ۸۷



نمودار ۸: دوره‌های آموزشی پزشکان، تعداد دوره‌های برگزار شده



نمودار ۹: دوره‌های آموزشی پزشکان، تعداد پزشک آموزش دیده

۵. فعالیت‌های کاهش آسیب

منظور از کاهش آسیب، سیاست‌ها یا برنامه‌های است که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی ناشی از سوءمصرف مواد طرح ریزی شده باشند، هر چند که فرد مصرف کننده به مصرف ادامه دهد. کاهش خطرات بهداشتی ناشی از مصرف مواد تزریقی بخصوص آلودگی به ویروس HIV و ویروس‌های هپاتیت B و C، یکی از مهمترین دلایل وجودی برنامه‌های کاهش آسیب بوده، هدف آن کنترل رفتارهای خطرآفرین همراه با سوءمصرف مواد است. کاهش آسیب یک سیاست نسبتاً جدید در جهان است که در سال‌های ابتدایی دهه هشتاد مورد توجه سیاست‌گذاران حوزه سلامت در جمهوری اسلامی ایران قرار گرفت.

خودداری از استفاده از مواد یک هدف ایده‌آل است، اما در صورت عدم توانایی در خودداری، در رویکرد کاهش آسیب، استفاده از روش‌های جایگزین که علیرغم ادامه مصرف مواد منجر به کاهش آسیب‌های ناشی از آن شود، اجازه داده می‌شود.

خدمات کاهش آسیب عبارتند از:

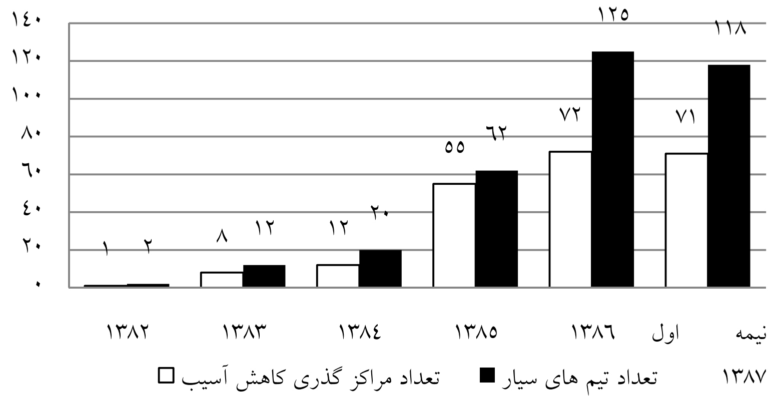
- آموزش، اطلاع‌رسانی و مشاوره با افراد دارای رفتار پرخطر
- آموزش، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی آحاد جامعه در ارتباط با آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد
- مشاوره و نمونه‌گیری جهت انجام آزمایش HIV و سایر عفونت‌های منتقله از طریق تزریق و...

- در دسترس قرار دادن سرنگ، سرسوزن، کاندوم و وسایل تزریق استریل.

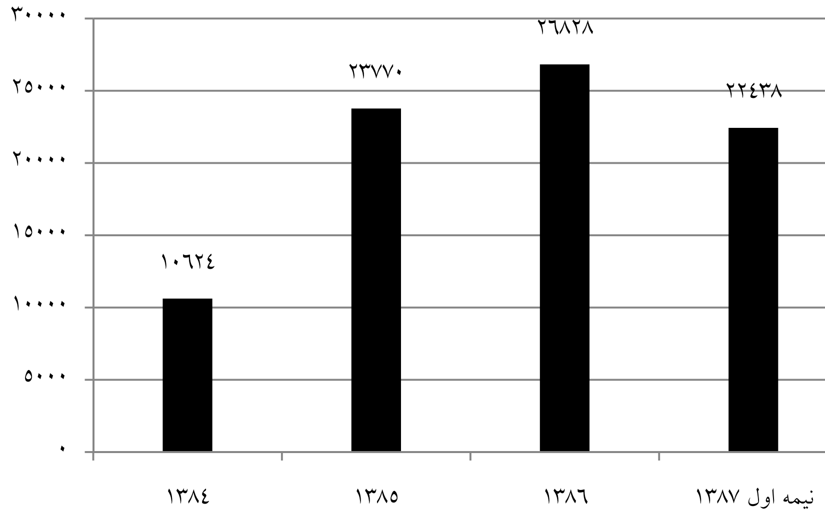
با توجه به این که تاثیرات مثبت مداخلات کاهش آسیب در کاهش انتقال ویروس HIV و سایر ویروس‌های منتقله از طریق خون در کلیه کشورهای جهان به اثبات رسیده؛ نتایج مداخلات بیانگر تاثیرات پایدار و امیدبخش برنامه‌های کاهش آسیب در کشور جمهوری اسلامی ایران است.

دستاوردها

- راه‌اندازی و تداوم فعالیت ۷۱ مرکز گذری کاهش آسیب و ۱۱۸ تیم سیار امدادرسان
- تحت پوشش قرار دادن ۲۲٤۳۸ مراجع در مراکز گذری
- توزیع سرنگ و کاندوم و وسایل تزریق ایمن رایگان به مراجع



نمودار ۱۰: تعداد تیم‌های سیار و مراکز گذری کاهش آسیب



نمودار ۱۱: پوشش مراکز گذری، تعداد مراجعان

۶. برنامه ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

جمهوری اسلامی ایران به عنوان کوتاه‌ترین مسیر ترانزیت مواد مخدر از افغانستان به بازار اروپا، همواره با مشکلات ناشی از شیوع سوءمصرف مواد مخدر، افزایش تعداد زندانیان و جرم ویژه ناشی از جرایم مواد مخدر مواجه بوده است.

اولین ویرایش برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد در سال ۱۳۷٤ تهیه گردید. این پیش‌نویس تا سال ۱۳۸۲ بارها مورد بازبینی قرار گرفت تا اینکه در ۱۳۸۳، هشتمین پیش‌نویس طرح عملیاتی ادغام برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تهیه و اجرای پایلوت آن در سه شهرستان اسلام آباد غرب، سمنان و صومعه سرا آغاز گردید.

هدف کلی این برنامه، کاهش میزان سوءمصرف، وابستگی به مواد و کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد با استفاده از امکانات شبکه بهداشت و درمان کشور بود.

اهداف اختصاصی برنامه عبارتنداز:

۱. تعیین مقادیر شاخص‌های اپیدمیولوژیک سوء مصرف مواد
۲. افزایش آگاهی و اصلاح نگرش سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران، توده مردم، خانواده معتادان، گروه‌های در معرض خطر و کارکنان بهداشت و درمان

۳. کاهش آسیب‌های روانی اجتماعی ناشی از سوء مصرف مواد (ترک تحصیل، طلاق، فرار از مدرسه)

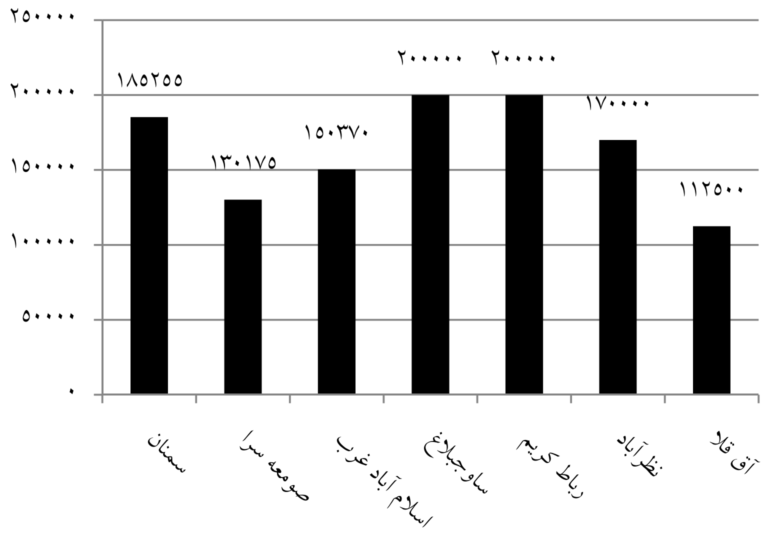
٤. درمان معتادان خود معرف توسط پزشکان عمومی آموزش دیده

۵. بستری نمودن و درمان معتادان خود معرف ارجاع شده از مراکز سرپایی درمان تخصصی در بیمارستان.

٦. کاهش رفتارهای پر خطر (در معتادان تزریقی) و کاهش میزان شیوع اعتیاد تزریقی

دستاوردها

- گسترش برنامه از سه شهرستان در سال ٨٤ به ده شهرستان در سال ۱۳۸۷
- تحت پوشش قرار گرفتن ۱۱٤۸۳۹۰ نفر جمعیت (حدود ۱/٦٪ جمعیت کشور)
- ارایه مشاوره‌های فردی و آموزش‌های گروهی به ۲۱۸۲۳٦ نفر طی برنامه‌های آگاه‌سازی و مهارت‌های زندگی (۱۹/۲٪ جمعیت تحت پوشش).
- تحت پوشش قرار گرفتن ۲۰۲٤۰ بیمار در طی ٤ سال اجرای برنامه
- سم زدایی ۷۰۹۱ بیمار مراجعه کننده
- برنامه‌ریزی ادغام برنامه در نظام شبکه و تیم سلامت پزشک خانواده
- تجدید نظر و تدوین متون آموزشی و دستورالعمل‌های اجرایی



نمودار ۱۲: جمعیت تحت پوشش برنامه پیشگیری و درمان اعتیاد در سال ۱۳۸٦

۷. پیشگیری از مصرف مواد

همانند سایر عرصه‌های مربوط به سلامتی، در مورد مصرف مواد و اعتیاد هم پیشگیری مقدم بر درمان است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یک ریال هزینه در جهت پیشگیری از مصرف مواد، از صرف ده ریال هزینه توسط جامعه برای درمان مصرف مواد جلوگیری می‌کند.

دستاوردها

- تهیه و توزیع تولیدات آموزشی شامل لوح فشرده، پوستر، پمفلت و... توسط اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- تهیه کتب آموزشی در زمینه پیشگیری، درمان و کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد ویژه پزشکان، کارشناسان، بهورزان و کاردانان بهداشتی
- اطلاع‌رسانی گسترده در خصوص عوارض ناشی از سوءمصرف مواد توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور خصوصاً در ایام هفته مبارزه با مواد مخدر
- اجرای برنامه پیشگیری از مصرف مواد در خوابگاه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از سال ۱۳۸٤ و آموزش ۱۱۰۰۰ دانشجو تاکنون

- تدوین برنامه راهبردی پیشگیری از سوءمصرف مواد وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۶
- تدوین برنامه عملیاتی و محتوای آموزشی پیشگیری از سوءمصرف مواد برای گروه‌های هدف دانش‌آموزان، دانشجویان، کارگران، جانبازان و سربازان

سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره بهبود تغذیه جامعه

مقدمه

با توجه به ماهیت تغذیه، بخش عمده‌ای از فعالیت‌های اداره تغذیه در حوزه فرابخشی شکل می‌گیرد. ارایه خدمات تغذیه‌ای به جامعه و برقراری امنیت غذا و تغذیه در کشور مستلزم تعاملات بین بخشی در حوزه‌های مختلف بهداشت و درمان، صنایع غذایی کشور، کمیته امداد امام خمینی(ره)، وزارت بهداشت در حوزه‌های مختلف به ویژه سازمان بهزیستی کشور، وزارت بازرگانی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری و... می‌باشد.

چشم‌انداز برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و امنیت غذایی مردم کشور با داشتن افرادی تصمیم‌گیرنده و با سواد از نظر تغذیه‌ای دارای انگیزه، دانش، مهارت و اراده در انتخاب جانشین‌های غذایی مناسب است و هدف، کاهش مشکلات تغذیه‌ای اعم از کم‌خوری، پرخوری و کمبود ریزمغذی‌ها در آنها می‌باشد.

ماموریت این اداره عبارتست از:

- تدوین سیاست‌های نوین در عرصه غذا و تغذیه با همکاری‌های بین‌بخشی
- تدوین استانداردهای تغذیه صحیح گروه‌های سنی مختلف در دوران سلامت و بیماری
- تامین، حفظ و ارتقای سلامت تغذیه‌ای آحاد جامعه از طریق تهیه جغرافیای غذایی مناطق مختلف کشور
- طراحی الگوهای مداخله‌ای مناسب برای حل مشکلات تغذیه‌ای (کمبودها، ناترازی‌های تغذیه‌ای و اضافه دریافت)

حفظ سلامت تغذیه‌ای و تامین امنیت غذایی در سطح خانوار تابع چهار عامل: ۱) درآمد و قیمت‌ها به عنوان یکی از مهمترین عوامل موثر در انتخاب و خرید غذا، ۲) دسترسی به غذا در بازار و محل زندگی، ۳) آگاهی و دانش خانواده در مورد غذا و تغذیه از نظر خرید، نگهدای، پخت غذا و توزیع آن در خانوار ٤) دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای پیشگیری و درمان به‌موقع بیماری‌ها و سلامت افراد برای بهره‌گیری مطلوب زیستی سلولی از مواد مغذی مصرفی است. از این رو، نه تنها اقدامات درون بخشی بهداشت، بلکه برنامه‌های فرابخشی برای ارتقای امنیت غذا و تغذیه در کشور حائز اهمیت هستند.

گـــرچـــه مشکـــلات وســـیع و پیچیده هستند، در مقابل فرصت‌ها نیز جذاب و امیدوار کننده می باشند. از یک طرف فناوری کم هزینه و موثر برای مقابله با سوء تغذیه در قالب مداخله هدفمند در دسترس است و از طرف دیگر قبل از این که بیماری‌های متابولیک به یک معضل بهداشتی و سلامتی پرهزینه تبدیل شوند، می‌توان با یک حرکت ملی در راستای ارتقای سلامت تغذیه‌ای جامعه، آن را مهار کرد.

تعریف واژگان

غذا: غذا ماده‌ای است خام، پخته یا تغییر شکل داده شده که برای تغذیه انسان و یا حیوان بکار می رود، بدون این که مشکلی برای آنها ایجاد کند.

تغذیه: مجموعه عواملی که باعث امتزاج و تجزیه مواد غذایی شده و به بدن موجود زنده امکان می‌دهد تا انرژی تولید کرده و کمبودها را ترمیم کند.

ایمنی غذایی: شرایط کیفی یک غذا که وقتی توسط انسان یا حیوان خورده می‌شود (سلامت او را به خطر نیندازد و از آلودگی و بیماری ناشی از غذا پیشگیری کند).

امنیت غذایی: دسترسی فیزیکی و اقتصادی همه مردم در همه زمان‌ها به غذای کافی، سالم و مغذی که تامین کننده نیازهای غذایی آن‌ها برای داشتن یک شیوه زندگی فعال و سالم باشد.

امنیت تغذیه‌ای: استفاده فیزیولوژیک و مصرف مقادیر مناسبی از غذای سالم و مغذی توسط همه افراد خانواده برای داشتن یک زندگی فعال، مولد و سالم.

الگوهای تغذیه‌ای: عبارتند از عادات و رفتارهای تغذیه‌ای که یک فرد یا جامعه از آن پیروی می‌کنند.

سفره غذایی: مواد غذایی که افراد جامعه در طول روز مصرف می‌کنند و سفره غذای بومی (استانی) عبارت است از غذاهای سنتی و بومی که به طور شایع در خانوارهای یک منطقه مورد استفاده قرار می‌گیرند.

ارتقای سلامت: ارتقای سلامت، عبارتی است که برای کلیه فعالیت‌هایی که با هدف پیشگیری از بیماری، توسعه سلامت و تقویت تندرستی صورت می‌گیرند، به کار می‌رود. فرمول زیر بیانگر آن است:

ارتقای سلامت = آموزش سلامت × خدمات بهداشتی مناسب × سیاست‌های همگانی و اقدامات محیطی

شاخص‌ها

اهم شاخص‌هایی که در ارتباط مستقیم یا غیرمستقیم با وضعیت غذا و تغذیه در کشور می‌باشند عبارتند از:

۱. **داده‌های آنتروپومتری:**

- وزن هنگام تولد (درصد نوزادان زنده متولد شده با وزن هنگام تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم)
- قد و وزن کودکان زیر ۵ سال (کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری)
- قد و وزن کودکان سنین مدرسه (صدک‌های نمایه توده بدنی BMI)
- نمایه توده بدنی زنان و مردان بزرگسال (درصد اضافه وزن و چاقی)

۲. **داده‌های دریافت غذا:**

- درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر
- درصد کودکانی که تغذیه تکمیلی را به موقع شروع می‌کنند.
- درصد خانوارهایی که کمتر از حد استاندارد انرژی دریافت می‌کنند (داده‌های بررسی مصرف).
- درصد خانوارهایی که بیشتر از حد استاندارد انرژی دریافت می‌کنند (داده‌های بررسی مصرف).
- درصد خانوارهایی که کمتر از حد استاندارد ریز مغذی‌های کلیدی (آهن، روی، کلسیم، ویتامین B_2, A) دریافت می‌کنند (داده‌های بررسی مصرف).
- درصد مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال که تحت پوشش برنامه توزیع سبد غذایی هستند.
- آمار تولید، توزیع و مصرف اقلام مهم غذایی(مرغ، گوشت، نان، تخم‌مرغ، لبنیات، قند و شکر و...)
- آمار تولیدات کارخانجات مواد غذایی
- آمار تولید محصولات کشاورزی
- ترازنامه خوراکی استان

۳. **داده‌های بیوشیمیایی: شامل داده‌های ریزمغذی‌ها در مقاطع ۵ ساله با اجرای بررسی‌های مقطعی جمع‌آوری می‌شود.**

٤. شاخص‌های مربوط به اختلالات بالینی:

- میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی
- شیوع فشار خون در بزرگسالان به تفکیک سن و جنس
- میزان ابتلا به دیابت نوع دوم به تفکیک سن و جنس
- میزان شیوع هیپرلیپید به تفکیک سن وجنس

شاخص‌های تن‌سنجی کودکان و کمبود ریزمغذی‌های شایع (آهن، روی، ویتامین A و D) به عنوان برآیند وضعیت تغذیه، از مهمترین شاخص‌ها در ارزیابی سلامت و بیماری در جامعه هستند. همچنین شاخص‌های چاقی و اضافه وزن افراد بزرگسال از شاخص‌های مرتبط با وضعیت تغذیه‌اند که برای تعیین وضعیت سلامت و بیماری در جامعه می‌توان از آنها استفاده کرد. ضمناً به منظور شناسایی دسترسی فیزیکی به مواد غذایی شاخص‌های تولید، توزیع و مصرف مواد غذایی، ترازنامه‌های خوراکی و همچنین شاخص‌های بالینی مرتبط با رژیم غذایی همانند دیابت، فشار خون و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی را نیز باید مورد توجه قرار داد.

جهت تعیین وضعیت کنونی در استان‌ها، سه بررسی کشوری در سال‌های ١٣٧٤ و ١٣٧٧ و ١٣٨٣ و ١٣٨٦ در خصوص شاخص‌های تن‌سنجی کودکان زیر ٦ سال به تفکیک استانی، بررسی وضعیت ریزمغذی‌ها و مطالعات جامع الگوی مصرف، بررسی شاخص‌های پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید، بررسی میزان بروز زایمان زودرس و نوزادان کم وزن، سیمای سلامت کشور و همچنین سایر مطالعات استانی در دسترس قابل استفاده‌اند.

در اینجا مختصرا به تعدادی از مهمترین شاخص‌های پایش تغذیه اشاره می‌شود:

- *شاخص‌های تن‌سنجی کودکان*

این شاخص‌ها شامل لاغری، کوتاه قدی تغذیه‌ای و کم وزنی است.

الف) لاغری: پدیده‌ای حاد و حاصل بیماری یا بحرانی در گذشته نزدیک است که در آن کودک بخشی از وزن خود را از دست می‌دهد. در بررسی لاغری، باید به این نکته توجه داشت که این شاخص به تنهایی نمی‌تواند وضع کودکان یک منطقه را نشان دهد، زیرا ممکن است در منطقه‌ای کودکان به دلیل سوء تغذیه مزمن کوتاه قد شده باشند و به همین دلیل شیوع لاغری در آن منطقه و در نهایت شیوع سوء تغذیه در آن جامعه کمتر از واقع برآورد گردد.

ب) کوتاه قدی تغذیه‌ای: کوتاه قدی تغذیه‌ای، بازتاب غفلت گذشته و فرصت‌های از دست رفته است.
کوتاه قدی تغذیه‌ای معرف سوء تغذیه مزمن است که سبب می‌شود کودک به قد مناسب برای سن خود دست نیابد. محرومیت مستمر در دست یافتن به غذای کافی به علت فقر، عفونت‌های مکرر حاصل از شرایط نامناسب محیطی و بهداشتی و دسترسی نداشتن به خدمات و مراقبت‌های مطلوب بهداشتی از مهمترین علل کوتاه قدی ناشی از تغذیه نامطلوب هستند.

ج) کم وزنی: کم وزنی معرف آن است که وزن کنونی کودک از وزن مناسب برای سن او کمتر است.
کم وزنی بازتاب سوء تغذیه حاد و مزمن- هر دو- است. کودک به علت محرومیت حاد یا مزمن از غذا، یا به دلیل حمله‌های حاد یا مزمن بیماری‌ها، دچار کم وزنی می‌شود. بنابراین در چنین شرایطی مهم آن است که علت بلافصل و علل زمینه‌ای سوء تغذیه مشخص شوند.
برای قضاوت درست درباره وضعیت تن‌سنجی کودکان جامعه، باید به طور همزمان به هر سه شاخص توجه کرد.

- *شاخص‌های تن‌سنجی بزرگسالان*

چاقی که اغلب زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت است، با شاخص‌های انتروپومتریک اندازه‌گیری می‌شود. در میان شاخص‌های متعددی که برای ارزیابی چاقی مورد استفاده قرار می‌گیرند، امروزه BMI یا نمایه توده بدن معمول‌ترین و بهترین شاخص می‌باشد که از طریق تقسیم وزن بدن برحسب کیلوگرم به مجذور قد برحسب متر محاسبه می‌شود.
در سال‌های اخیر، میزان شیوع چاقی در کودکان نیز افزایش یافته است. نظر به این که کودکان چاق به بزرگسالان چاق تبدیل می‌شوند، شاخص چاقی کودک به عنوان یک پیش‌آگهی از افزایش بیماری‌های مزمن در بزرگسالی باید مورد توجه باشد و در نظام مراقبت غذا و تغذیه جمع‌آوری شود.

وضعیت کمبود ریزمغذی‌ها

اهمیت تاثیر ریزمغذی‌ها بر الگوی رشد کودکان و نوجوانان و تدوین مداخلات هدفمند، این جهت‌گیری را سبب شد که در سال ۱۳۸۰ بررسی کشوری وضعیت ریزمغذی‌های آهن، روی، ویتامین‌های A و D در گروه‌های آسیب‌پذیر کشور شامل زنان باردار، کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه، کودکان ٦ ساله، دختران ١٤ تا ۲۰ ساله، پسران ۱۵ تا ۲۰ ساله، زنان ۵۰ تا ٦۰ ساله و مردان ٤۵ تا ٦۰ ساله طراحی و اجرا گردند. پایش وضعیت ریزمغذی‌ها در کشور به فاصله ۵ ساله برنامه‌ریزی گردید. ید، نیز یکی از ریزمغذی‌های مهم و اساسی است که از سال ۱۳٦۸ در کشور مورد توجه قرار گرفته و

دارای برنامه کشوری می‌باشد. ارزیابی اولیه درباره وضعیت ید در سال ۱۳۶۸ صورت گرفت و سپس برنامه غنی‌سازی نمک به اجرا در آمد. در سال ۱۳۷۵، دومین ارزیابی اجرا شد و سپس طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲، بررسی‌های دیگری صورت گرفت. پایش وضعیت شیوع گواتر در کشور به فواصل ۵ ساله در کشور صورت می‌گیرد.

وضعیت تولید، توزیع و مصرف مواد غذایی و ترازنامه خوراکی

ترازنامه خوراکی کشور بر آوردی از متوسط مصرف غذای ملی را تعیین می‌کند. این ترازنامه‌ها تقریباً هر ساله در همه کشورها تهیه می‌شوند که میزان تولید سالانه، واردات و صادرات غذا، نقل و انتقال ذخایر غذایی کشور، غذاهایی با مصارف صنعتی و یا مصارف غیر انسانی، وضعیت تعادل و مقدار مصرف در خانواده‌ها را نشان می‌دهند.این اطلاعات برای برآورد روند مصرف سودمندند و استفاده از آنها تنها برای موارد رخداد بلایای طبیعی و وقایع اضطراری قابل استفاده است.

سبد غذایی

استفاده از سبد مطلوب غذایی در نظام مراقبت‌های غذا و تغذیه بسیار مهم است. در واقع یکی از شاخص‌های مهم پایش تغذیه، نسبت خانوارهایی است که قادرند حداقل جیره سبد غذایی را خریداری کنند. سبد غذایی حاوی اجزایی است که ارزانترین رژیم غذایی مناسب و قابل قبول را تامین می‌نماید. این رژیم غذایی باید از دیدگاه تغذیه‌ای مناسب بوده و از نقطه‌نظر آشپزی مطابق عادات غذایی محلی باشد. در این بین نقش درآمد و وضعیت اقتصادی خانوار بسیار مهم است و نباید فراموش شود.

اطلاعات اقلیم‌شناسی

پیش‌بینی‌های تولید و محصولات، نشان دهنده روندها در اقتصاد کلی یک کشور و برای تکمیل اطلاعات پایش تغذیه حائز اهمیت هستند.

شاخص‌های اختلالات بالینی مربوط به سوء تغذیه و دریافت نامتعادل غذا

آمار مربوط به ابتلا و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و افزایش فشار خون با بیش‌خواری تغذیه در ارتباط بوده و امروزه علیرغم سئوالات اپیدمیولوژیک متعدد و بعضاً بدون پاسخ، کاملاً پذیرفته شده و به اثبات رسیده‌اند. این شاخص‌ها حتی در ساده‌ترین فرم، بهترین تصویر را از

پیشرفت این بیماری‌ها و در صورت مداخله موثر، برگشت وضعیت را نشان می‌دهند. بیماری حاد اغلب یک عامل عمده در بروز سوء تغذیه بخصوص در کودکان است. بیماری به طور مستقیم در سطح متابولیسم و اشتها عمل می‌کند و به عرضه غذا مربوط نیست. بنابراین آمارهای اختصاصی مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌ها در یک گروه سنی، همراه با تغییرات فصلی و علل مرگ برای تفسیر تغییرات در وضع تغذیه حائز اهمیت هستند.

نتایج بررسی شاخص‌های تغذیه‌ای در کشور

نتایج بررسی مصرف مواد غذایی که در طی سال‌های ۸۱-۱۳۷۹ توسط انستیتو تحقیقات تغذیه کشور انجام شده، حاکی از آن است که در حدود ۷۵٪ خانوارهای کشور دچار کمبود دریافت آهن هستند و مصرف سرانه گوشت‌ها (گوشت قرمز و سفید) ۸۱ گرم است که از مقدار توصیه شده در سبد مطلوب پیشنهادی (۹۸ گرم)، کمتر است. تحلیل اقتصادی عملکرد تغذیه‌ای خانوارهای شهری و روستایی کشور نیز نشان داده که نسبت پروتئین دریافتی از گوشت قرمز در مقایسه با استاندارد در دهک اول درآمدی در شهر و روستا در حدود ۸۵٪ کمبود داشته است. این گزارش حاکی از آن است که در جوامع شهری، فقط در دهک‌های درآمدی ۹ و ۱۰ پروتئین دریافتی از گوشت قرمز بیشتر از مقدار مورد نیاز بوده و در جوامع روستایی در هیچکدام از دهک‌های درآمدی، پروتئین دریافتی از گوشت قرمز در حد مقدار توصیه شده نبوده است.

بررسی ملی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸، میزان شیوع اضافه وزن و چاقی را بر اساس BMI (شاخص توده بدنی)، در جمعیت ۱۵ تا ۳۹ سال زن در حدود ۳۵٪ و در مردان همین گروه سنی در حدود ۲۵٪ نشان داده است. در جمعیت ٤٠ تا ٦٩ ساله، شیوع اضافه وزن و چاقی در مردان را در حدود ۳۵٪ و در زنان را در حدود ۵۵٪ نشان داده است. چاقی و اضافه وزن به دلایل متعدد از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و ژنتیکی ایجاد می‌شود و کاهش آن علاوه بر برنامه‌های فرهنگ‌سازی تغذیه‌ای، نیاز به تغییر در شیوه زندگی و افزایش تحرک بدنی دارد. ایجاد رفتارهای تغذیه‌ای صحیح از دوران کودکی و آموزش تغذیه در مدارس باید آغاز شود. چاقی در دوران کودکی و نوجوانی در دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد و خطر بیماری‌های متابولیک را افزایش می‌دهد. بنابراین برنامه‌ریزی در جهت افزایش فعالیت‌های ورزشی و تحرک بدنی در کنار رژیم غذایی متعادل و آموزش تغذیه برای تامین رشد مطلوب، در این دوران حائز اهمیت است. اضافه وزن و چاقی از عوامل عمده و زمینه‌ساز ابتلا به بیماری‌های متابولیک هستند.

در حال حاضر، بیماری‌های قلبی_ عروقی یکی از علل عمده (٤٦٪) مرگ و میر در ایران و عمده‌ترین علت مرگ و میر هستند. در سال ۱۳۸۰، مرگ ناشی از بیماری‌های قلب و عروق، ۳۳۰ نفر از ۸۰۰ مورد مرگ روزانه بوده است. عدم رعایت تغذیه صحیح و مصرف بیش از مقادیر توصیه شده چربی‌ها بویژه چربی‌های حیوانی و روغن‌های نباتی جامد که حاوی مقادیر زیاد اسیدهای چرب اشباع شده هستند، از مهمترین دلایل بروز بیماری‌های قلبی و عروقی هستند. اطلاعات موجود حاکی از افزایش کلسترول خون در درصد قابل توجهی از مردم کشور است.

بررسی ملی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸، نشان داده که ۲۸/۵٪ مردان ۳۹-۱۵ ساله و ٥۱٪ مردان ٦۹-٤۰ ساله شهری از کلسترول بالا (بالای ۲۰۰ میلی‌گرم) رنج می‌برند. این ارقام در روستا به ترتیب ۳۲ و ٥۰ درصد بوده است. در زنان ۳۹-۱٥ ساله شهری، ۳۱٪ و در زنان ٦۹-٤۰ ساله شهر ٥۷٪ کلسترول بالا وجود دارد. این ارقام در روستا برای زنان به ترتیب ۳۷ و ٥۳ درصد می‌باشد. مصرف بالای چربی‌ها بطور کلی و روغن نباتی جامد از علل افزایش کلسترول محسوب می‌شوند. براساس اطلاعات بررسی مصرف مواد غذایی، متوسط مصرف چربی‌ها در کشور از مقدار توصیه شده بیشتر است. بررسی مصرف مواد غذایی در سال ۱۳۸۰، نشان داده که مصرف سرانه روغن و چربی در کشور ٤۰ گرم در روز است که در مقایسه با سبد مطلوب پیشنهادی، ۳٦ گرم بیشتر است. بررسی ده ساله مصرف روغن و چربی در کشور نشان دهنده روند افزایش در سطح کشور می‌باشد.

نتایج سه بررسی کشوری انجام شده در سال‌های ۱۳۷٤ و ۱۳۷۷ و ۱۳۸۳ براساس شاخص‌های قد برای سن (کوتاه قدی تغذیه‌ای)، وزن برای سن (کم وزنی) و وزن برای قد (لاغری)، حاکی از آن است که روند سوءتغذیه در کودکان زیر ٥ سال ایرانی، به ویژه طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۳، کاهش قابل ملاحظه داشته است.

مقایسه روند لاغری در کودکان زیر ٥ سال کشور نیز حاکی از کاهش شیوع لاغری طی سال‌های مطالعه می‌باشد؛ به طوری که شیوع لاغری در کل کودکان زیر ٥ سال کشور از ۷٪ در سال ۱۳۷٤ به٥٪ در سال۱۳۷۷ و ۳/۷٪ در سال ۱۳۸۳ کاهش یافته است.

بررسی کشوری که در سال ۱۳۷۷ (بررسی ANIS) توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه انجام شد، نشان داد که سوء تغذیه پروتئین انرژی یکی از مشکلات تغذیه‌ای شایع در کودکان زیر ٥ سال کشور بشمار می‌رود. کم وزنی بر اساس شاخص وزن برای سن، در ۱۱٪ کودکان زیر ٥ سال کشور وجود داشت. بالاترین میزان شیوع کم وزنی در استان سیستان و بلوچستان (۱٥/۸٪) یعنی از هر ٤ کودک یک نفر و

پایین‌ترین میزان شیوع مربوط به استان گلستان (٤٪) بود. کم وزنی می‌تواند به علت کمبود دسترسی به غذا، ابتلای مکرر به بیماری‌ها و انجام نشدن مراقبت‌های بهداشتی ایجاد شود.

١٥/٤٪ کودکان زیر ٥ سال کشور در آن بررسی دچار کوتاه قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید بودند (از هر ٧ کودک یک نفر). محدودیت دسترسی به غذا، تناوب دستیابی به انواع خاص غذاها (به دلیل تغییرات فصلی)، ابتلای مکرر به بیماری‌های اسهالی، عفونت‌های حاد تنفسی و آلودگی‌های انگلی از عوامل عمده بروز این مشکل هستند. کوتاه قدی تغذیه‌ای در استان سیستان و بلوچستان بیشترین میزان شیوع را داشت یعنی ٣٨٪ (از هر ٣ کودک یک نفر) و در استان گیلان کمترین میزان شیوع مشاهده شد [٦/٨٪ (از هر ١٥ کودک یک نفر)]. ضرر و زیان ناشی از سوء تغذیه کودکان کشور، سالیانه در حدود ٥/٥ میلیارد دلار برآورد شده است.

کمبود ریزمغذی‌ها یکی دیگر از مشکلات تغذیه‌ای عمده در کشور محسوب می‌شود. بررسی کشوری انجام شده در سال ١٣٨١ به منظور تعیین وسعت کمبود آهن، روی، ویتامین A و D در گروه‌های سنی مختلف و در ١١ اقلیم کشور که توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه و با همکاری انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور و آزمایشگاه رفرانس انجام شد، نشان داد که در حدود ٣٨٪ کودکان ١٥ تا ٢٣ ماهه، ١٨٪ کودکان ٦ ساله، ٢١٪ زنان باردار و ١٧٪ جوانان ٢٠-١٤ ساله دختر و پسر از کم‌خونی رنج می‌برند و تخلیه ذخایر آهن بدن بر اساس فریتین سرم در ٢٣ تا ٤٣ درصد گروه‌های فوق مشاهده می‌شود. بر اساس محاسبات انجام شده، با شیوع ٢٠ درصدی کم‌خونی فقر آهن، سالیانه در حدود ٥٧٥ میلیون دلار به کشور ضرر و زیان وارد می‌شود.

کمبود روی در حال حاضر به عنوان یکی از کمبودهای ریزمغذی‌ها در کشور بطور جدی مطرح است. بررسی ملی تعیین وضعیت کمبود ریزمغذی‌ها در سال ١٣٨١ نشان داده است که در حدود ٢٠٪ کودکان ٢٣-١٥ ماهه و در حدود ٣٠٪ کودکان ٦ ساله و نوجوانان دختر و پسر ٢٠-١٤ ساله و ٤٤٪ زنان باردار در کشور دچار کمبود روی هستند. نتایج این بررسی حاکی از آن است که کمبود روی در کشور به عنوان یک مشکل عمده مطرح است.

مطالعات انجام شده در کشور در طی سال‌های ١٣٦٢ تا ١٣٦٨ نشان داد که حدود ٢٠ میلیون نفر از مردم کشور در معرض کمبود ید قرار دارند و عوارض شدید کمبود ید از جمله عقب‌ماندگی رشد، اختلال شنوایی و کاهش ضریب هوشی نیز در کودکان ساکن در نواحی کوهستانی مشاهده گردید. اولین بررسی کشوری انجام شده در سال ١٣٦٨، شیوع گواتر را به میزان ٦٨٪ نشان داد. در سال ١٣٨٠، شیوع گواتر حدود ٩/٨٪ و آخرین بررسی در سال ٨٦، حدود ٦/٥٪ بدست آمد.

شاخص‌های عملکردی/اداره بهبود تغذیه جامعه

جدول ۱: شاخص‌های عملکردی اداره بهبود تغذیه

ردیف	سال شاخص	واحد	۱۳۵۷-۱۳۶۲	۱۳۶۲-۱۳۶۸	۱۳۶۸	۱۳۶۸-۱۳۷۲	۱۳۷۶-۱۳۸۰	۱۳۸۰-۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶
۱	شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ٦ سال (وزن برای قد WHZ)	درصد	–	–	–	۷/۱	٤/۹	۳/۷	–	–
۲	شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ٦ سال (وزن برای سن) WAZ	درصد	–	–	–	١٦/٦	۱۰/۹	۵/۲	–	–
۳	شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ٦ سال (قد برای سن HAZ)	درصد	–	–	–	۲۰	۱۵/٤	٤/۷	–	–
٤	پوشش آهن‌یاری دختران دبیرستانی	درصد	–	–	–	–	–	–	۹۵	۱۰۰
۵	پوشش آهن‌یاری دختران مدارس راهنمایی	درصد	–	–	–	–	–	–	۱۰	۲۰
٦	پوشش سبد غذایی در برنامه حمایتی مادران باردار نیازمند	نفر	–	–	–	–	–	–	۲۰۰۰	۱۰۰۰۰
۷	کاهش شیوع سوء تغذیه در مادران باردار دریافت کننده سبد غذایی	درصد							۷۰	۷۳
۸	پوشش برنامه حمایتی کودکان مبتلا به سوءتغذیه	نفر	–	–	–	–	–	–	۲٦۰۰۰	٤۰۰۰۰
۹	کودکان بهبود یافته در برنامه حمایتی تغذیه کودکان زیر ٦ سال	درصد								٤۰
۱۰	کاهش شیوع سوء تغذیه در روستامهدهای مجری برنامه یک وعده غذای گرم	درصد	–	–	–	–	–	–	–	٤۰
۱۱	پوشش برنامه غنی‌سازی آرد	استان	–	–	–	–	–	–	١٤	۳۰
۱۲	میانه ید ادرار دانش آموزان	g/1	–	–	۱۰۰	۲۰۰	–	١٦۵	–	۱۳۵
۱۳	پوشش نمک یددار	درصد	–	–	۰	۵۰	–	۹۵	–	۹۸
١٤	شیوع گواتر	درصد	–	–	٦۸	٤۵	–	۹/۸۰	–	٦/۵۰

جدول ۲: وضعیت ایران در جدول طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت برای سوتغذیه در منطقه- سال ۱۳۷٤

	سوءتغذیه با شیوع پایین	سوءتغذیه با شیوع متوسط	سوءتغذیه با شیوع بالا	سوءتغذیه با شیوع خیلی بالا
وزن برای قد WHZ	۵٪>	۷.۱	۱۰-۱٤.۹٪	۱۵٪<
وزن برای سن WAZ	۱٦.٦	۲۰-۲۹.۹٪	۳۰-۳۹.۹٪	٤۰٪<
قد برای سن HAZ	۱۰٪>	۱۰-۱۹.۹٪	۲۰	۳۰٪<

جدول ۳: وضعیت ایران درجدول طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت برای سوتغذیه در منطقه-سال۱۳۷۷

منطقه	سوءتغذیه با شیوع پایین	سوءتغذیه با شیوع متوسط	سوءتغذیه با شیوع بالا	سوءتغذیه با شیوع خیلی بالا
وزن برای قد WHZ	۵٪>	٤.۹	۱۰-۱٤.۹٪	۱۵٪<
وزن برای سن WAZ	۱۰.۹	۲۰-۲۹.۹٪	۳۰-۳۹.۹٪	٤۰٪<
قد برای سن HAZ	۱۰٪>	۱۵.٤	۲۰-۲۹.۹٪	۳۰٪<

جدول ٤: خلاصه نتایج بررسی وضعیت ریزمغذی‌ها و وضعیت آنتروپومتریک در گروه‌های مختلف در کشور سال ۱۳۸۰

کودکان ۲۳–۱۵ ماهه لاغری	متوسط و شدید		خفیف	
	روستا	شهر	روستا	شهر
	۵/۸	۵	۲۲/۳	۲۰/٤
	دختر	پسر	دختر	پسر
	۵/۲	۵/۵	۲۱/۱	۲۰/۷
کودکان ۲۳–۱۵ ماهه کوتاه قدی	متوسط و شدید		خفیف	
	روستا	شهر	روستا	شهر
	۱۹/۳	۱۱/۵	۲۷/٦	۲۳/٦
	دختر	پسر	دختر	پسر
	۱٤/۵	۱۵/۱	۲۵	۲٦
کودکان ۲۳–۱۵ ماهه کم وزنی	متوسط و شدید		خفیف	
	روستا	شهر	روستا	شهر
	۱۰/٤	۷/۲	۳۱/٦	۲٦/۹
	دختر	پسر	دختر	پسر
	۷/۸	۹/۳	۲۸/۵	۲۹/٤
کودکان ٦ ساله لاغری	متوسط و شدید		خفیف	
	روستا	شهر	روستا	شهر
	۷	٦/٦	۱۹/۱	۱۹/٤
	دختر	پسر	دختر	پسر
	۷/۵	٦/۵	۱۹/٤	۱۸/۵
کودکان ٦ ساله کوتاه قدی	متوسط و شدید		خفیف	
	روستا	شهر	روستا	شهر
	۱٦/٤	۸/۷	۲۹/۵	۲۰/۵
	دختر	پسر	دختر	پسر
	۹/٦	۱۳/۵	۲۳/۵	۲۵/۳

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ٤

	متوسط و شدید		خفیف	
کودکان ٦ ساله کم وزنی	روستا	شهر	روستا	شهر
	۱۲/۲	۷/٦	۱۹/۱	۱۹/٤
	دختر	پسر	دختر	پسر
	۷/۷	۱۱	۱۹/٤	۱۸/۵

سوء تغذیه متوسط و شدید	لاغری	کوتاه قدی	کم وزنی
کودکان ۲۳–۱۵ ماهه	۵/٤	۱٤/۸	۸/٦
کودکان ٦ ساله	۷	۱۱/٦	۹/٤

	لاغر		پیش چاق		چاق	
جوانان	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
	۱۰/٦	۹/۵	٦/۵	۷/۹	۱/۸	۳/۲
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
	٦/۱	۱٤	۸/۷	۵/۳	۲/۸	۲/٤

	لاغر		پیش چاق		چاقی درجه ۱		چاقی درجه ۲		چاقی درجه ۳	
میانسالان	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
	۲/۳	٤/٤	۳۹/۸	۳٦/۱	۱٤/۷	۱۹/٦	۲/۵	٤/٤	۱	۱
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
	۲/٦	۳/٦	۳٦/۹	۳۹/۳	۲۳/۱	۱۱/۵	۵/۸	۱/۲	۱/٦	۰/۲

	میانسالان		زنان باردار		جوانان		کودکان ٦ ساله		کودکان ۲۳–۱۵ ماهه	
کم خونی بر اساس هموگلوبین	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
	۱۵/۹	۱۳/٦	۲۵	۱۹/۳	۱۹/۲	۱٦/۲	۲۰/۱	۱۷/٦	۳۷/۵	۳۸/۱
	زن	مرد			دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر
	۱۹	۱۰	۲۱,٤		۱۸/٤	۱٦/۳	۱۸/۵	۱۸	۳۵/۳	۳۹/۹

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ٤

کمبود ذخیره آهن	میانسالان		زنان باردار		جوانان		کودکان ٦ ساله		کودکان ٢٣–١٥ ماهه	
	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
	٩/٨	٨/٦	٤٢/٤	٤٢/٣	٢٢	٢٢/٦	٢٥/٣	٢٥/٦	٣٣/٥	٣٢/٧
	زن	مرد			دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر
	١٣/٨	٣/٧			٣١/٢	١٤/٤	١٦/٢	٣٤/٢	٢٩/٩	٣٥/١١
کم خونی فقر آهن	میانسالان		زنان باردار		جوانان		کودکان ٦ ساله		کودکان ٢٣–١٥ ماهه	
	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
	٤/٦	٣/٩	١٦/٧	٧/٤	٤	٦/٢	٤/٤	٤/١	١٨/١	١٣/٢
	زن	مرد	١٠/ ٤		دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر
	٦/٢	٢/١			٧/٤	٣/٨	٣	٤/٦	١٣/٧	١٤
در معرض کم خونی فقر آهن	میانسالان		زنان باردار		جوانان		کودکان ٦ ساله		کودکان ٢٣–١٥ ماهه	
	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
	٥/١	٤/٧	٢٥/٧	٣٤/٩	١٨	١٦/٤	٢١	٢١/٥	١٥/٤	١٩/٥
	زن	مرد	٣٢/٦		دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر
	٧/٦	١/٥			٢٣/٧	١٠/٦	١٣/٢	٢٩/٦	١٦/٢	٢١/١
کمبود روی	میانسالان		زنان باردار		جوانان		کودکان ٦ ساله		کودکان ٢٣–١٥ ماهه	
	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
	–	–	٤٢	٣٨/٥	٣٤/٨	٢٤/٥	٣٨/٧	٢٦/٦	١٩/٤	١٨/٢
	زن	مرد	٣٩		دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر
	–	–			٢٩/٣	٢٤	٣١/٣	٣٠/٧	١٩/٤	١٩/٤
کمبودشدید و خفیف ویتامین آ	میانسالان		زنان باردار		جوانان		کودکان ٦ ساله		کودکان ٢٣–١٥ ماهه	
	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
	–	–	١٥/٢	١٥/٣	–	–	–	–	٢/١	

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ٤

کمبود متوسط ویتامین د	میانسالان		زنان باردار		جوانان		کودکان ٦ ساله		کودکان ۲۳-۱۵ ماهه	
	متوسط	در حاشیه کمبود	متوسط	در حاشیه کمبود	متوسط	در حاشیه کمبود	متوسط	در حاشیه کمبود	متوسط	در حاشیه کمبود
	–	–	۳۷/۳	۱۸/۳	–	–	–	–	۳/۷	

	میانسالان	مادران باردار	جوانان	کودکان ٦ ساله	کودکان ۲۳-۱۵ ماهه
کم خونی بر اساس هموگلوبین	١٤/٥	۲۱/٤	۱۷/۳	۱۸/۲	۳۷/۸
کمبود ذخیره آهن	۹/۱	٤۳	۲۳	۲٥/۷	۳۲/۸
کم خونی فقر آهن	٤/۲	١٦/۷	٥/٦	۳/۹	١٤
در معرض کم خونی فقر اهن	٤/۸	۳۲/٦	۱۷/٤	۲۱/۷	۱۸/۸
کمبود روی	–	۳۹	۲۸	۳۱	۱۹,٤
کمبود شدید و خفیف ویتامین آ	–	۱٥/۲	–	–	۲/۱
کمبود متوسط ویتامین د	–	۱۸/۳-۳۷/۳	–	–	۳/۷

گزارش سی‌ساله

مطالعات مختلف تغذیه‌ای در سالیان گذشته، نشان داده‌اند که سوءتغذیه در ابعاد مختلف در نقاط مختلف کشور وجود دارد. بر این اساس مهمترین مشکلات تغذیه‌ای عبارتند از: سوء تغذیه پروتئین_انرژی، در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریزمغذی‌ها از جمله کمبود آهن، کمبود ید، روی و کلسیم، کمبود ویتامین های A، B_2 و D؛ از سوی دیگر، روند بیماری‌های متابولیک مرتبط با تغذیه از جمله چاقی، دیابت، بیماری‌های قلبی- عروقی و انواع سرطان‌ها روند روبه گسترش و هشدار دهنده‌ای را طی می‌کنند.

کیفیت نامطلوب روغن‌های خوراکی، یکی از مشکلات عمده و زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی و عروقی است. مطالعات انجام شده، نشان داده که تا سال در حدود ۸۰ تا ۹۰٪ روغن مصرفـــی مردم روغن نباتی جامد بوده است و در حدود ٤٤٪ نمونه‌های ارسالی روغن نباتی جامد به آزمایشگاه، عمدتاً به دلیل میزان بالای اسیدهای چرب اشباع و ترانس مردود شناخته شده‌اند. با اقدامات اجزایی و مداخلات صورت گرفته طی سال‌های اخیر، در حال حاضر حدود ۵۰٪ از روغن تولید شده در کشور جامد و آن هم از نوع فرمول اصلاح شده و به شکلی است که حداکثر ایزومر ترانس روغن‌های تولید شده در کشور ۱۰٪ می‌باشد و مجموع اسید چرب اشباع و ترانس کمتر از ۳۵٪ می‌باشد. الزام اصلاح کیفیت روغن‌های خوراکی با پیگیری‌های دفتر بهبود تغذیه، توجیه و زمینه‌سازی با صنایع روغن نباتی کشور و در نهایت اعلام استاندارد برای صنایع غذایی در سال ۱۳۸٦ صورت گرفت. سایر فعالیت‌های برنامه اصلاح الگوی مصرف روغن عبارتند از:

- ارایه پیشنهادهای اصلاح فرمولاسیون والگوی مصرف روغن و نوشابه به شورای‌عالی سلامت و تشکیل کمیته الگوی مصرف و بهبود کیفیت روغن‌های خوراکی
- بررسی کشوری مصرف انواع روغن و نوشابه‌های گازدار و نوشابه در واحدهای دولتی کشور سال ۸٦-۱۳۸۵

در راستای کاهش بار بیماری‌های قلبی- عروقی، از سال ۱۳۸۷ اقداماتی جهت کنترل مصرف نمک در جامعه شامل آموزش و فرهنگ‌سازی در جامعه، توجیه و تشویق صنایع غذایی در کاهش نمک در تنقلات و مواد غذایی فرآوری شده، بازنگری و اصلاح استاندارد نمک در مواد غذایی و... صورت گرفته است.

عدم توجه به مشاوره تغذیه و رژیم درمانی برای بیماران در بیمارستان‌ها طی سال‌های گذشته، در کشور به‌عنوان یک مشکل عمده مطرح بوده است. بیماران بستری در بیمارستان، اغلب پس از ترخیص با کاهش وزن، سوء تغذیه و بروز کمبود انواع ریزمغذی‌ها مواجهند. متاسفانه کارشناسان تغذیه بیمارستان‌های کشور، به جای مشارکت فعال در درمان و ارایه مشاوره به بیماران و دست‌اندرکاران امور درمانی، صرفاً به نظارت بر خدمات غذایی نظیر تهیه و توزیع غذا و بهداشت فضای آشپزخانه و سالن غذاخوری بیمارستان می‌پردازند و ساختار تغذیه در بیمارستان نامناسب است، در حالی‌که کارشناسان تغذیه می‌توانند و باید در تیم درمانی بر بالین بیمار حضور یافته، از طریق ارایه مشاوره‌های تخصصی به ارتقای کیفیت خدمات درمانی ارایه شده و کاهش هزینه‌های درمانی کمک کنند. توجه به وضعیت تغذیه بیماران در بیمارستان‌های کشور و ایجاد بستر مناسب برای ارایه خدمات مشاوره و رژیم درمانی در بیمارستان‌ها، یکی دیگر از اولویت‌های برنامه بهبود تغذیه جامعه است. اقدامات ساماندهی تغذیه بالینی و خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در کشور طی سال‌های اخیر به شرح زیر می‌باشد:

- تدوین مقررات کلی مربوط به ساختار، عملکرد و نیروی و نیروی انسانی مورد نیاز بخش تغذیه بیمارستان‌ها و گنجاندن مقررات مزبور در آیین‌نامه نحوه تاسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌ها
- تهیه دستورالعمل نحوه فعالیت بخش تغذیه بیمارستان‌ها شامل مواردی همچون شرح وظایف کارشناسان این بخش، نحوه تعامل کارشناسان بخش تغذیه با سایر اعضای تیم درمان
- سفارش و نظارت بر اجرای طرح‌های تحقیقاتی جهت الگوسازی خدمات تغذیه بالینی در بیمارستان‌ها، از جمله طرح الگوسازی نظام مراقبت‌های تغذیه بالینی در بیمارستان شریعتی تهران؛
- طراحی و برگزاری کـــارگاه‌های سه روزه بازآموزی رژیم درمانی جهت کارشناسان تغذیه شاغل در بیمارستان‌ها در تعدادی ازاستان‌های کشور با شرکت کلیه کارشناسان تغذیه شاغل در بیمارستان‌های این استان‌ها همراه با کارشناسان استان‌های همجوار؛
- تهیه چـک‌لیست مربوط به ارزشیابی فعالیت‌های بخش تغذیه بیمارستان‌ها در زمینه اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای و رژیم درمانی؛
- ایجاد یک ردیف کارشناسی تغذیه در حوزه معاونت‌های درمان در تعدادی از دانشگاه‌های کشور

- تهیه شرح وظایف کارشناس مسوول تغذیه در حوزه معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور؛
- تامین کارشناسان تغذیه مطابق با استاندارد مندرج در آیین نامه نحوه تاسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌ها، جهت بیمارستان‌های کشور
- اصلاح و بازنگری آیین نامه نحوه تاسیس دفاتر مشاوره تغذیه و رژیم درمانی؛
- تهیه بخشنامه‌ای با هدف ساماندهی نحوه ارایه خدمات رژیم درمانی و جلوگیری از مداخله افراد فاقد صلاحیت در این حوزه که با امضای معاون وقت سلامت به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ارسال گردید؛
- تدوین پروتکل‌های استاندارد مراقبت‌های تغذیه‌ای در بیماری‌های مختلف

بهبود وضعیت تغذیه در مراکز جمعی عرضه و توزیع غذا از جمله سلف سرویس‌ها و رستوران‌های ادارات دولتی و خصوصی، سربازخانه‌ها، دانشگاه‌ها، به منظور حصول اطمینان از توزیع و عرضه غذاهای سالم و با ارزش غذایی برای حفظ سلامت تغذیه‌ای افرادی که حداقل یک وعده غذای روزانه را در خارج از منزل صرف می‌کنند، حائز اهمیت است. در این خصوص دستورالعمل کنترل سلامت غذا و تعادل ترکیب غذایی در سال ۸۷ تهیه و به کلیه واحدهای اجرایی دولتی با امضای مقام وزارت بهداشت ابلاغ گردید.

فرهنگ و سواد تغذیه‌ای به عنوان ابزار عمده برای بهبود مدیریت منابع در خانوار و اصلاح الگوی مصرف غذا حائز اهمیت است. در این خصوص برنامه ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه، از جمله برنامه‌های فعال و مداوم حوزه تغذیه معاونت سلامت بوده است. تعدادی از این فعالیت‌ها به شرح زیر می‌باشد:

- تهیه راهنماهای کشوری و کتب آموزشی: آموزش فعال برای تغذیه سالم ویژه معلم، غلبه بر اختلالات ناشی از کمبود ید در ایران، نیازهای غذایی شیرخواران و دستور تهیه غذای کمکی، تغذیه دوران بارداری و شیردهی، پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین‌ها، نکات اساسی در برنامه‌های تغذیه، چگونه عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی و پرتو درمانی را با تغذیه صحیح کاهش دهیم؟، تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری، غنی‌سازی آرد غنی‌سازی زندگی، روش‌های مقابله با استرس، راهنمای تغذیه کودکان ۳ تا ٦ سال ویژهٔ مربیان روستا مهد، یک سبد سلامتی، تغذیه سالم برای داشتن قلب سالم، چاقی و سرطان، چربی‌ها، روغن‌ها و نقش

آنها در سلامت تغذیه، ورزش و سلامت استخوان، ریزمغذی‌ها و راهکارهای پیشگیری از کمبود آنها، راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی ویژه پزشک خانواده و...

- تهیه تیزرهای تلویزیونی برای اصلاح الگوی تغذیه جامع
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی و بازآموزی کارشناسان تغذیه، کارشناسان بهداشت خانواده و پزشکان خانواده

غنی‌سازی مواد غذایی

ایران، یکی از دو کشور دنیا است که توانسته اختلالات ناشی از کمبود ید را تحت کنترل درآورد (۱۳۷۷). بنا به نظر سازمان جهانی بهداشت، ایران به عنوان کشور برگزارکننده دوره‌های آموزشی در منطقه انتخاب شده است. اقدامات انجام شده در طی ۱۰ سال ابتدای برنامه و سپس تداوم آن، منجر به کاهش شیوع گواتر در کشور شده است و دستیابی به اهداف تعیین شده تا سال ۲۰۰۰ یعنی مصرف نمک یددار در حداقل ۹۰٪ خانوارهای کشور، با اجرای برنامه غنی‌سازی و یددار کردن کلیه نمک‌های خوراکی و ادغام برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید تحقق یافته است، اما آنچه که از این به بعد حائز اهمیت است پایش برنامه و کنترل نمک‌های خوراکی از نظر میزان ید و حفظ شاخص‌های بدست آمده می‌باشد. گزارش‌های موجود از کشورهایی که برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید را با یددار کردن نمک‌های مصرفی اجرا کرده‌اند، نشان می‌دهد که عدم پایش و ارزیابی دقیق برنامه، منجر به افت شاخص‌های بدست آمده و برگشت مشکل شده است.
اقدامات این برنامه عبارتند از:

- اولین و دومین دوره آموزشی پایش و ارزیابی برنامه‌های حذف IDD در طی سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ با شرکت مدیران و کارشناسان مسوول برنامه در تهران برگزار گردید.
- کشورمان از جانب یونیسف به عنوان مشاور و همکار در برنامه حذف IDD در کشور افغانستان شناخته شده است، در این راستا راهنمایی‌های لازم به منظور تدوین برنامه کشوری مبارزه با IDD در افغانستان ارایه شده و تجهیزات ۳ کارخانه تولید نمک یددار توسط مهندسین ایرانی در افغانستان راه‌اندازی و شروع بکار کرده است.

غنی‌سازی آرد با ریزمغذی‌ها که از حداقل ۵۰ سال پیش در سایر کشورهای جهان انجام شده است، در کشور به مورد اجرا گذاشته شد. فعالیت‌های برنامه غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک به شرح زیر است:

- تدوین برنامه ملی غنی‌سازی مواد غذایی با تاکید بر آرد
- جمع‌آوری اطلاعات اولیه در زمستان ۱۳۷۹
- پایلوت در خرداد ماه ۱۳۸۰در استان بوشهر
- ارزیابی میان دوره‌ای در زمستان ۱۳۸۲ و پاییز ۱۳۸۶
- اجرای بررسی اثربخشی غنی‌سازی آرد با اسید فولیک در استان گلستان
- ارزشیابی نهایی غنی‌سازی آرد در استان بوشهر
- اجرای بررسی اثر غنی‌سازی آرد با آهن بر نشانگرهای اکسیداتیو در استان سمنان
- انجام آزمایش بر روی نمونه‌های سرمی، آرد و نان غنی شده در آزمایشگاه استان

فعالیت‌های کاهش سوء تغذیه کودکان زیر ٦ سال بر اساس آمار سوء تغذیه ارایه شده در بخش شاخص‌ها عبارتند از:

- شناسایی کودکان مبتلا به سوء تغذیه، ترویج باغچه‌های خانگی، تقویت اجرای طرح‌های خودکفایی خانوارها، انتقال پیام‌های تغذیه‌ای به دانش آموزان، سامان بخشیدن به توزیع مواد غذایی مناسب و مورد نیاز مردم با همکاری سازمان تعاون روستایی، آموزش زنان روستایی، مربیان مهد کودک‌ها، مادران و...
- برگزاری بیش از ۲۰۰ کارگاه آموزشی توزیع سبد غذایی برای ۵۰۰۰۰ کودک
- راه‌اندازی واحدهای مشاوره
- تجهیز خانه‌های بهداشت به ابزارهای پایش و آشپزخانه‌های محلی
- پایلوت در سه شهرستان از سال ۱۳۷۵ و اجرا در ۳۰ استان از سال ۱۳۸۰
- جلب همکاری کمیته امداد امام خمینی(ره)، سازمان بهزیستی، وزارت رفاه، سازمان نهضت سوادآموزی، وزارت جهاد کشاورزی و وزارت آموزش و پرورش در اجرای برنامه
- ۱،۰۰۰،۰۰۰ کودک تحت پوشش برنامه و ارایه سبد غذایی به ۴۰،۰۰۰ کودک مبتلا به سوء تغذیه
- چهار دوره بررسی شاخص‌های تن‌سنجی کودکان که آخرین بررسی به تفکیک شهرستان‌های کشور صورت گرفته است.
- تشکیل کمیته بهبود تغذیه کودکان در سطح استان و شهرستان‌های نیازمند با حضور بخش‌های درگیر

- تامین کمک‌های غذایی و درمانی به کودکان خانوارهای نیازمند با همکاری سازمان‌های حمایتی
- استاندارد نمودن برنامه‌های تغذیه‌ای و آموزشی ارایه شده در روستا مهدها
- تامین یک وعده غذای گرم برای ۱۰۰۰۰۰ کودک
- بهبود وضع تغذیه کودکان ٦_٣ ساله خانواده‌های نیازمند در مناطق محروم و روستایی. از مهر ۱۳۸٦ در۳۰ استان (بیش از ۵۰۰۰ روستا مهد) با همکاری سازمان بهزیستی کشور، اداره تغذیه وزارت بهداشت، کمیته امداد امام خمینی(ره)، وزارت رفاه و تامین اجتماعی
- پوشش ۱٤۰،۰۰۰ کودک ٦-۳ سال

اقدامات حمایت تغذیه‌ای از زنان باردار و شیرده خانوارهای نیازمند بر اساس شاخص‌های ارایه شده از مطالعه NIMS در بخش شاخص‌ها از سال ۱۳۸۵شامل:

- راه‌اندازی واحد مشاوره تغذیه
- شناسایی زنان باردار مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند و معرفی به کمیته امداد امام خمینی(ره)؛ بهزیستی و بنیاد علوی
- تامین و توزیع سبد غذایی توسط کمیته امداد امام خمینی(ره)؛ بهزیستی و بنیاد علوی
- تشکیل کمیته بهبود تغذیه گروه‌های آسیب پذیر در ستاد، استان و شهرستان‌های نیازمند با حضور بخش‌های درگیر
- تقویت برنامه‌های سوادآموزی زنان، ترویج باغچه‌های خانگی سبزیجات، تقویت اجرای طرح های خودکفایی خانوارها (قالی‌بافی، خیاطی، پرورش دام و طیور)
- ارایه مشاوره تغذیه به مادران باردار بر اساس روند منحنی وزن‌گیری
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای مادران و دوره‌های بازآموزی برای کارکنان بهداشتی
- پایلوت در ۱۱ استان در سال ۱۳۸۵ و اجرا از دی ۱۳۸٦(۳۰ استان)
- پوشش ۱۰،۰۰۰ زن باردار

فعالیت‌های برنامه مدیریت تغذیه در بحران و امنیت غذایی از سال ۱۳۸٤

- برگزاری کارگاه کشوری آموزشی مدیریت تغذیه در بحران با حضور کلیه متولیان برنامه‌های بحران کشور

- طراحی و تدوین سبد مطلوب غذایی در بحران‌ها و ارایه به سازمان‌های متولی امدادرسانی غذا و تغذیه در کشور
- تدوین مجموعه آموزشی مدیریت تغذیه در بحران
- تولید نمونه بیسکویت غنی شده در بحران‌ها (برآورد مقدار مورد نیاز کودکان به ریزمغذی‌ها بر اساس استاندارد RDA و مقایسه با مواد مغذی موجود در یک نمونه بیسکویت ساده، برگزاری جلسات متعدد با برخی از تولیدکنندگان کیک و بیسکویت به منظور جلب همکاری آنان در این زمینه، معرفی آنها به سازمان‌های هلال احمر و کمیته امداد امام خمینی (ره) به منظور پذیرش آن از نظر طعم، عطر و...)
- تهیه پیش‌نویس برنامه راه‌اندازی سامانه اطلاعاتی و نقشه آسیب‌پذیری ناامنی غذایی کشور از سال ۱۳۸٤

اقدامات بهبود تغذیه نوجوانان و جوانان:

- پایلوت برنامه شیر مدرسه ایران در سال ۱۳۷۹ در یکی از مناطق محروم شهر تهران
- اجرا در سال ۱۳۸۰ در ٦ استان
- در سال ۱۳۸۳، در کلیه استان‌های کشور برای دانش آموزان مقطع ابتدایی و در سال ۱۳۸٤ مدارس راهنمایی نیز تحت پوشش قرار گرفتند.
- پوشش برنامه در سال ۱۳۸٤، ۱۰،۰۰۰،۰۰۰ دانش آموز دختر در مقاطع ابتدایی و راهنمایی در شهر و روستا
- تدوین برنامه جامع آهن‌یاری هفتگی، تشکیل کمیته ستادی، استانی و شهرستانی
- در سال ۱۳۸۰ پایلوت اثر بخشی آهن‌یاری هفتگی و طول دوره آهن‌یاری در ساوجبلاغ
- گسترش برنامه در ۱۰۰٪ دبیرستان‌ها و ۲۰٪ مدارس راهنمایی کشور
- تهیه و ابلاغ دستورالعمل تامین میان وعده غذایی و سبد غذایی بوفه‌های مدارس، تغذیه رایگان و تغذیه مدارس شبانه‌روزی
- برنامه‌ریزی برگزاری بسیج‌های آموزشی در مدارس
- آموزش تغذیه به دانش آموزان و کارکنان بهداشت از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی و چاپ مواد آموزشی

بررسی‌های کشوری

- بررسی ملی تعیین شیوع گواتر و میزان ید ادرار دانش آموزان ۱۰-۸ ساله: ۱۳۸٦-۱۳۸۰-۱۳۷۵ -۱۳٦۸
- اندازه‌گیری ید در نمک‌ها در سطوح مختلف و اندازه‌گیری سالیانه ید ادرار دانش آموزان: از سال ۱۳۸۰
- اولین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی‌ها (آهن، روی، ویتامین‌های A وD) در ایران (NIMS) ۱۳۸۰
- بررسی ملی تعیین شیوع تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس ۱۳۸۲
- بررسی ملی وضعیت سوءتغذیه کودکان زیر٦ سال (ANISI ۱، ۲، ۳) ۱۳۷۷، ۸۳، ۸٦
- اولین بررسی ملی وضعیت مصرف روغن و نوشابه در واحدهای دولتی ۱۳۸٦

ارایه پیشنهادهای اجرایی به شورای‌عالی سلامت جهت پیشبرد اقدامات و مداخلات بین بخشی با هدف بهبود کیفیت تغذیه جامعه

- مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (سومین جلسه) بر اساس پیشنهادهای دفتر بهبود تغذیه جامعه- ۱۳۸٤
- تایید کلیه تبلیغات محصولات غذایی توسط سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران توسط کارگروهی از نمایندگان وزارت بهداشت و صدور مجوز پخش آنها
- خودداری از توزیع نوشابه‌های گازدار در غذاخوری‌ها و جلسات به منظور کاهش عوامل تهدید کننده سلامت
- حذف سیاست‌های حمایت از نوشیدنی‌های گازدار و مضر
- اصلاح الگوی مصرف روغن‌های خوراکی و بهبود کیفیت آن‌ها
- جایگزینی سهمیه روغن جامد با تعرفه دولتی توسط روغن مایع
- رفع کمبود ریزمغذی‌ها و سوء تغذیه در دانش‌آموزان
- غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک
- تهیه نقشه آسیب‌پذیری و ناامنی غذا و تغذیه
- حذف جوش شیرین از طبخ نان

مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (چهارمین جلسه) بر اساس پیشنهادهای دفتر بهبود تغذیه جامعه-۱۳۸۵

- کاهش میزان ترانس روغن‌های خوراکی
- کاهش تولید روغن خوراکی جامد
- درج تاریخ تولید و انقضای محصولات غذایی به صورت واضح
- جلوگیری از فروش جوش شیرین به اتحادیه نانوایان و حذف جوش شیرین و الزام نانوایان به استفاده از خمیر مایه
- اصلاح ریز مغذی‌های خاک همگام با برنامه غنی‌سازی آرد
- جلوگیری از ورود فرآورده‌های غذایی قاچاق به بازار مصرف
- همکاری رسانه‌ها و جراید کشور جهت فرهنگ‌سازی لازم
- اقدام برای خرید و واردات روغن مایع با کیفیت بهتر با اولویت روغن کلزا و روغن آفتابگردان

مصوبات شورایعالی سلامت و امنیت غذایی (پنجمین جلسه) بر اساس پیشنهادهای دفتر بهبود تغذیه جامعه-۱۳۸۶

- تایید و تصویب دستورالعمل تامین میان وعده غذایی و سبد غذایی بوفه مدارس، تغذیه رایگان و برنامه غذایی مدارس شبانه‌روزی
- موظف شدن کلیه ادارات دولتی به استفاده از روغن‌های مایع دارای استاندارد یا روغن‌های با اسید چرب ترانس پایین‌تر از ۱۰٪ و همچنین نمک‌های یددار تصفیه شده.
- موظف شدن وزارت بهداشت در خصوص تهیه دستورالعملی با تاکید بر سلامت غذا و تعادل ترکیب غذای عرضه شده.

مصوبات هیات وزیران با استناد به مصوبات ششمین جلسه شورای‌عالی سلامت و امنیت غذایی کشور بر اساس پیشنهادهای اداره بهبود تغذیه جامعه-۱۳۸۷

موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران موظف است به منظور ارتقای سلامت جامعه با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تا پایان سال ۱۳۸۸ نسبت به لغو استاندارد ملی شماره ۱۴۴ و اصلاح استاندارد ملی شماره ۹۱۳۱ به گونه‌ای که حداکثر مجاز اسید چرب ترانس تا سقف ۵٪ و اسید چرب اشباع تا ۲۵٪ در محصولات تولیدی و وارداتی تعیین گردد، اقدام نماید. وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارتخانه‌های بازرگانی، صنایع و معادن، جهاد کشاورزی و سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران نسبت به تدوین و اجرای برنامه عملیاتی کاهش سهم روغن جامد به میزان حداکثر ۱۰٪ کل روغن خوراکی مصرف کشور تا پنج سال آینده اقدام نماید.

وزارت کشور موظف است با مشارکت وازرتخانه‌های بهداشت، درمان وآموزش پزشکی، بازرگانی، رفاه و تامین اجتماعی، جهاد کشاورزی، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام خمینی (ره) نسبت به تشکیل و راه‌اندازی کارگروه‌های مشترک به عنوان مدیریت غذا و تغذیه وابسته به سازمان مدیریت بحران کشور و ستاد خشکسالی اقدام نماید و دستورالعمل ارایه امدادرسانی غذایی مناطق بحران زده با هماهنگی، برنامه‌ریزی و نظارت کارگروه یاد شده تدوین و ابلاغ گردد.

وزارت بازرگانی با توجه به اهمیت سلامت جامعه موظف است ضمن هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعیین اقلام مفید در سبد حمایتی خانوار، نسبت به حذف تدریجی مواد مضر به سلامت چون روغن جامد یا اسید چرب ترانس بالا از اقلام توزیعی سبد کالاهای خانواده و کارکنان دولت در قالب کمک‌های غیر نقدی اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز اقلام پیشنهادی سبد حمایتی مربوط را ظرف مدت سه ماه تعیین و به وزارت بازرگانی اعلام نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری وزارت بازرگانی، موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، انستیتو تحقیقات تغذیه نسبت به بازنگری دستورالعمل‌های بسته‌بندی مواد غذایی مخاطره‌ساز سلامتی و الزام نصب برچسب کامل تغذیه‌ای برای کلیه محصولات غذایی با درج جملات هشدار دهنده توسط تولیدکنندگان و واردکنندگان اقدام نموده و مضرات و خطرات استفاده از بعضی اقلام و ترکیبات غذایی توسط شرکت‌های تولیدی و وارداتی را به آگاهی مردم برساند.

وزارت آموزش و پرورش موظف است با همکاری وازرتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تامین اجتماعی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور نسبت به ساماندهی بوفه‌های مدارس و مهد کودک‌ها، سبد غذایی آنها (میان وعده) و برنامه غذایی مدارس شبانه‌روزی و نیز تدوین دستورالعمل مرتبط ظرف سه ماه اقدام و برنامه آن را اجرا نماید.

شورای‌عالی سلامت با هدف اصلاح الگوی تغذیه جامعه در سومین بند از مصوبات سومین جلسه خود در سال ۸٤ ممنوعیت توزیع نوشابه‌های گازدار را در غذاخوری‌ها و جلسات دولتی به منظور کاهش عوامل تهدید کننده سلامت به تصویب رساند. اداره بهبود تغذیه جامعه با هدف پیگیری اجرای

این مصوبه از مصوبات شورای‌عالی سلامت از سال ۱۳۸۵ با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بررسی ملی مصرف نوشابه‌های گازدار قندی در واحدهای دولتی را به تفکیک ادارات و بیمارستان‌ها در دستور کار خود قرار داد.

طبق نتایج این بررسی که طی سال جاری تکمیل گردید میزان مصرف نوشیدنی‌ها به شرح زیرتعیین شد:

در ادارات و مراکز دولتی غیر درمانی؛ نوشابه‌های گاز دار قندی، ۱۸/۵٪ از سهم کل نوشیدنی‌های ارایه شده را تشکیل داده‌اند. تواتر مصرف نوشابه‌های گازدار در بیش از نیمی از موارد سه روز در هفته و بیشتر بوده که قابل توجه و مستلزم مداخلاتی چون ارتقای آگاهی جامعه در زمینه مضرات مصرف مکرر این نوشابه‌ها و کنترل خرید و ارایه آن در این مراکز با پیگیری سطوح نظارت بر اجرای سیاست‌های دولت می‌باشد.

همچنین نوشابه‌های گازدار قندی، ٦٪ کل نوشیدنی‌های ارایه شده در بیمارستان‌های دولتی را به خود اختصاص داده‌اند. تواترمصرف نوشابه‌های گازدار نیز در بیمارستان‌ها رقم نسبتاً پایینی را تشکیل می‌دهد. ارقام بدست آمده نشان‌دهنده موفقیت دولت در کنترل و حذف این نوشیدنی در بیمارستان‌های بخش دولتی می‌باشد. حضور فعال کارشناسان تغذیه جهت بهبود کیفیت نوشیدنی‌ها و سایر اقلام خوراکی در بیمارستان‌ها، راهکاری موثر در تداوم اجرای سیاست‌های تغذیه‌ای ملی خواهد بود.

خلاصه عملکرد اداره بهبود تغذیه جامعه در برنامه چهارم (دولت نهم)

ارتقای آگاهی جامعه در خصوص تغذیه برای گروه‌های سنی مختلف، بهبود وضعیت مراقبت‌های تغذیه بالینی و رژیم درمانی در بیمارستان‌های کشور و اصلاح تغذیه در اماکن عمومی از جمله فعالیت‌های این بخش است.

- تغییر الگوی مصرف روغن از جامد به مایع از طریق افزایش سهم توزیع روغن مایع در سیستم توزیع کالابرگی، کاهش تولید روغن جامد به طوری که در پایان برنامه چهارم حدود ۵۰ ٪ تولیدات روغن در کشور به نوع مایع اختصاص یافته است، کاهش میزان اسید چرب اشباع و ترانس در روغن‌های جامد، آموزش عام و تخصصی از طریق رسانه‌های جمعی، اجرای دستورالعمل اصلاح مصرف روغن در مراکز دولتی، تشکیل کمیته فنی بهبود کیفیت و اصلاح الگوی مصرف روغن و... از جمله دیگر فعالیت‌های این بخش است.

- راه‌اندازی مراکز مشاوره تغذیه از سال ۸٤ تاکنون، ۱۵٪ افزایش داشته است. همچنین برگزاری کلاس‌های آموزشی تغذیه برای مادران دارای کودک زیر ٦ سال، ۵۰٪ افزایش یافته است.
- تاکنون ۱۰۰٪ دختران دبیرستانی و ۲۰٪ دختران راهنمایی کشور تحت پوشش برنامه آهن‌یاری قرار گرفته‌اند.
- با اجرای برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید، ٥٦/٥٪ دانش‌آموزان در محدوده مناسب دریافت ید قرار گرفته‌اند.
- کاهش شیوع گواتر از ۹/۸٪ در سال ۱۳۸۰ به ٦/٥٪ در سال ۱۳۸٦
- هم اکنون ۹٦/٦٪ نمک‌های خوراکی تصفیه شده دارای میزان ید مناسب هستند و ۹۸/۷٪ خانوارها از نمک یددار استفاده می‌کنند.
- ۱۷ واحد تولیدکننده نمک تصفیه شده یددار در کشور احداث و راه‌اندازی شده است.
- برنامه غنی‌سازی آرد به صورت ملی از شهریور ماه ۸۵ اجرا شد. در برنامه غنی‌سازی آرد با آهن و اسیدفولیک، تاکنون کلیه استان‌های کشور تحت پوشش قرار گرفته‌اند.
- ۱،۰۰۰،۰۰۰ کودک تحت پوشش برنامه مداخله‌ای بهبود وضع تغذیه کودکان قرار گرفته‌اند.
- ارایه سبد غذایی به ٤٠،٠٠٠ کودک مبتلا به سوء تغذیه در برنامه حمایت تغذیه‌ای و کاهش ٤٠ درصدی سوء تغذیه در کودکان تحت پوشش
- کاهش سوء تغذیه کودکان ٦ - ۳ ساله خانواده‌های نیازمند در مناطق محروم و روستایی در بیش از ۵۰۰۰ روستا مهد به میزان ٤٠٪ از سال ۸٦ تاکنون.
- استاندارد نمودن برنامه‌های تغذیه‌ای و آموزشی ارایه شده در روستا مهدها
- ترسیم منحنی وزن‌گیری مادران باردار در پرونده مراقبت‌های ادغام یافته دوران بارداری برای اولین بار در کشور
- طراحی و تدوین سبد مطلوب غذایی در بحران‌ها و ارایه به سازمان‌های متولی امدادرسانی غذا و تغذیه در کشور
- تهیه و ابلاغ دستورالعمل تامین میان وعده غذایی و سبد غذایی بوفه‌های مدارس، تغذیه رایگان و تغذیه مدارس شبانه‌روزی کشور
- تهیه و ابلاغ دستورالعمل کنترل سلامت غذا و تعادل ترکیب غذایی در واحدهای غذاخوری دستگاه‌های اجرایی مشمول ماده ۱٦۰ قانون برنامه چهارم توسعه در کشور
- تهیه نقشه سوء تغذیه کودکان زیر ٦ سال کشور به تفکیک شهرستان‌ها در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۸

خلاصه برنامه‌ها و عملکرد دفتر بهبود تغذیه جامعه تا سال ۱۳۸٦ و اداره بهبود تغذیه از مهر ۸٦ تا خرداد ۱۳۸۸

- برنامه مشارکتی- حمایتی بهبود وضع تغذیه کودکان از سال ۱۳۷۳
- تهیه کارت مراقبت کودک به تفکیک جنس (تغذیه، واکسیناسیون، پایش رشد)_۱۳۸۰
- برگزاری ۵ کارگاه کشوری بهبود تغذیه و رشد کودکان زیر ٦ سال ویژه پزشکان برای تربیت Master trainer و سپس برگزاری کارگاه‌های مشابه توسط گروه آموزش دیده در دانشگاه‌های کشور از سال ۱۳۸۰
- برنامه ارتقای سطح سلامت دختران دانش‌آموز دبیرستانی از طریق آموزش تغذیه و آهن‌یاری هفتگی_۱۳۸۰
- تدوین برنامه جامع آهن‌یاری هفتگی_۱۳۸۰
- اولین بررسی ملی وضعیت ریز مغذی‌ها (NIMS) _۱۳۸۰
- برنامه بهبود وضع تغذیه کودکان در روستا مهدها_۱۳۸٦
- برنامه بومی‌سازی توصیه‌های تغذیه‌ای کودکان_۱۳۸۵
- تهیه سبد غذایی مطلوب برای مادران باردار، سالمندان، گروه‌های آسیب پذیر و شرایط بحران_۱۳۸٤
- تهیه منحنی وزن‌گیری مادران باردار جهت غربالگری سوء تغذیه در آنان_۱۳۸٤
- تهیه پرسشنامه غربالگری سوء تغذیه در سالمندان_۱۳۸۵
- برنامه حذف اختلالات ناشی از کمبود ید در ایران_۱۳۷۳
- برنامه مکمل یاری ویتامین A در کودکان، زنان باردار و شیرده_۱۳۷۷
- غنی‌سازی روغن‌های خوراکی با ویتامین A و D و بهبود کیفیت روغن‌ها با اسید چرب اشباع کمتر از ۲۵٪ و ترانس زیر ۱۰٪ از سال ۱۳۸۲
- تولید کیک و کلوچه غنی شده با ویتامین A و آهن_۱۳۸۳
- طراحی راهنمای غذایی کشور_۱۳۸۳
- تولید تخم مرغ غنی شده با امگا۳_۱۳۸۳
- بازنگری و اصلاح شرح وظایف کارشناسان تغذیه در بیمارستان‌ها
- اصلاح ساختار تشکیلاتی بخش تغذیه در بیمارستان‌ها
- طراحی دوره آموزش بالینی تکمیلی فارغ‌التحصیلان رشته تغذیه R.D (Registered Dietitian)

- فعالیت‌هایی جهت جلوگیری از فعالیت مراکز غیر مجاز در زمینه تغذیه و رژیم درمانی
- برنامه شیر در مدرسه از سال ۱۳۷۹
- طرح راه‌اندازی سامانه اطلاعاتی ناامنی غذایی و تهیه نقشه آسیب‌پذیری (FIVIMS) از سال ۱۳۸٤
- تشکیل کمیته فرعی تغذیه در بحران_۱۳۸۵
- برنامه ارایه یک وعده غذای گرم در روستامهدها_۱۳۸٦
- برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار نیازمند_۱۳۸٦
- شروع بررسی ملی وضعیت تغذیه کودکان به تفکیک شهرستان‌های کشور_۱۳۸٦
- تهیه دستورالعمل میان وعده در پایگاه‌های تغذیه مدارس با همکاری آموزش و پرورش و ابلاغ آن به دانشگاه‌های سراسر کشور_۱۳۸۷
- تهیه و ابلاغ دستورالعمل غذای سالم و ترکیب غذایی مناسب برای دستگاه‌های اجرایی کشور با همکاری مرکز سلامت محیط و کار_۱۳۸۷
- برنامه اصلاح الگوی تغذیه در مراکز جمعی(رستوران‌ها و...)_۱۳۸۷
- برنامه کاهش مصرف نمک در جامعه_۱۳۸۷
- ارزیابی برنامه غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک در سه استان کشور_۱۳۸۷
- برنامه‌ریزی آموزش تغذیه برای پزشک خانواده (تهیه بسته آموزشی تغذیه، تهیه راهنمای آموزشی تغذیه، برنامه‌ریزی برگزاری کارگاه آموزشی)_۱۳۸۷
- فعال‌سازی برنامه تغذیه بالینی_۱۳۸۸
- برگزاری دو دوره کارگاه مشترک مدیریت سلامت در بحران با همکاری دبیرخانه کارگروه بهداشت و درمان در حوادث غیر مترقبه وزارت بهداشت_۱۳۸۸

انتشارات دفتر و اداره بهبود تغذیه جامعه

کتاب:

۱. راهنمای پایش و کنترل کیفی نمک یددار در پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید سال ۱۳۷۲ با تیراژ ۲۰۰۰ جلد
۲. راهنمای پایش و کنترل کیفی نمک ید دار در پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید: ۱۳۷۲
۳. ۲۰ سوال درباره اختلالات ناشی از کمبود ید سال ۱۳۷۳ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
٤. راهنمای فنی مبارزه با کمبود ید سال ۱۳۷۵ با تیراژ ۲۰۰۰ جلد
۵. مجموعه آموزشی پیشگیری و کنترل کم خونی فقر آهن برای کارکنان بهداشتی سال ۱۳۷٦ با تیراژ ۲۰۰۰ جلد
٦. مجموعه آموزشی تغذیه در سنین مدرسه برای کارکنان بهداشتی سال ۱۳۷٦ با تیراژ ۲۰۰۰ جلد
۷. مجموعه آموزشی یاران چند پیشه سال ۱۳۷٦ با تیراژ ۲۰۰۰۰ جلد
۸. بهداشت و تولید مواد غذایی سال ۱۳۷۸ با تیراژ ۵۰۰۰۰ جلد
۹. تغذیه گروه‌های آسیب‌پذیر سال ۱۳۷۸ با تیراژ ۵۰۰۰۰ جلد
۱۰. تنظیم خانواده و بهداشت محیط سال ۱۳۷۸ با تیراژ ۵۰۰۰۰ جلد
۱۱. نقش مراقبت در بهبود تغذیه کودکان سال ۱۳۷۸ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۱۲. پایش و ارزیابی نمکهای یددار سال ۱۳۷۸ با تیراژ ۱۰۰۰ جلد
۱۳. سیمای تغذیه کودکان استان‌ها (ANIS) (فارسی و انگلیسی) سال ۱۳۷۹ با تیراژ ٤۰۰۰۰ جلد
۱٤. راهنمای راه‌اندازی سیستم پایش غذا و تغذیه برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سال ۱۳۷۹ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۱۵. کارت جدید مراقبت کودک و دستور عمل آن، سال ۱۳۸۰ با تیراژ ۵۰۰۰۰۰ جلد
۱٦. بهبود تغذیه و رشد کودکان (ویژه پزشکان) سال ۱۳۸۰ با تیراژ ۲۰۰۰۰ جلد
۱۷. آموزش فعال برای تغذیه سالم خودآموز دانش آموز ۱۳۸۱ و ویژه معلمین ۱۳۸۱ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد

۱۸. مجموعه آموزشی پیشگیری و کنترل IDD برای کارکنان بهداشتی سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۳۰۰ جلد
۱۹. تغذیه در سنین مدرسه، آموزش معلمین و مراقبین بهداشت مدارس نشریات سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۳۰۰۰ جلد
۲۰. تغذیه شیرخواران و نیازهای غذایی آنان سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۲۰۰۰۰ جلد
۲۱. راهنمای پیشگیری و کنترل کمبود ویتامینA برای کارکنان بهداشتی سال۱۳۸۲ با تیراژ ۱۰۰۰۰ جلد
۲۲. ضروریات تغذیه سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۱۰۰۰۰ جلد
۲۳. بیاموزیم که به مادران گوش کنیم، سال ۱۳۸۲ (زیر چاپ) با تیراژ ۱۰۰۰۰ جلد
۲٤. تغذیه و دیابت، سال ۱۳۸۲ (زیرچاپ) با تیراژ ۱۰۰۰۰ جلد
۲۵. تغذیه دوران بارداری سال ۱۳۸۲ (زیر چاپ) با تیراژ ۱۰۰۰۰ جلد
۲٦. چگونه با تغذیه صحیح عوارض ناشی از شیمی درمانی و پرتودرمانی را کاهش دهیم؟ سال ۱۳۸۳ با تیراژ ۲۰۰۰ جلد
۲۷. تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری سال ۱۳۸۳ با تیراژ ۲۰۰۰ جلد
۲۸. کتابچه مدیریت استرس سال ۱۳۸٤ (در دست چاپ) با تیراژ ۳۰۰۰ جلد
۲۹. ریزمغذی‌ها و راه‌کارهای پیشگیری از کمبود آن سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۳۰. گزارش بررسی کشوری وضعیت ریزمغذی‌ها سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۳۱. گزارش بررسی کشوری تعیین شیوع نوزاد کم وزن (LBW) سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۳۲. غنی‌سازی آرد غنی‌سازی زندگی سال ۱۳۸۳ با تیراژ ۱۰۰۰
۳۳. پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین A سال ۱۳۸۳ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۳٤. تغذیه کودکان ۳-۱ سال ویژه مهدهای کودک سال ۱۳۸۳ با تیراژ ۳۰۰۰ جلد
۳۵. چربی‌ها و روغن‌ها سال ۱۳۸٤ (در دست چاپ) با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۳٦. تغذیه ورزش و سلامت استخوان سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۳۷. تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری سال ۱۳۸۵ با تیراژ ۳۰۰۰ جلد
۳۸. میزان بروز زایمان زودرس نوزاد کم وزن و عوامل موثر بر آن در اقلیم‌های ایران در سال ۸۲.سال ۱۳۸٦.با تیراژ۵۰۰۰ جلد
۳۹. ریزمغذی‌ها و راهکارهای پیشگیری از کمبود آنها سال ۱۳۸٦با تیراژ۲۰۰۰ جلد

۴۰. تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری سال ۱۳۸۷ با تیراژ ۵۰۰۰ جلد
۴۱. راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی ویژه پزشک خانواده سال ۱۳۸۷ با تیراژ ۷۰۰۰ جلد

پمفلت:

۱. اختلالات ناشی از کمبود ید برای آموزش بهورزان سال ۱۳۷۵ با تیراژ ۱۰۰۰۰ عدد
۲. اختلالات ناشی از کمبود ید برای آموزش دانش آموزان سال ۱۳۷۵ با تیراژ ۱۰۰۰۰ عدد
۳. پایش رشد کودکان سال ۱۳۸۰ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۴. تغذیه تکمیلی سال ۱۳۸۰ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۵. ویتامین A و پیشگیری از کمبود آن سال ۱۳۸۰ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۶. پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۱۰۰۰۰ عدد
۷. کم‌خونی فقر آهن برای کارکنان بهداشتی، معلمین مدارس و دانش‌آموزان سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۱۰۰۰۰ عدد
۸. تغذیه شیرخوار با شیر مادر سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۹. هنر مشاوره کردن با مادر کودکان سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۰. علل سوء تغذیه در کودکان سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۱. تغذیه در دوران بیماری سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۲. کمبود ویتامین A سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۳. ارتقای رشد کودک سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۴. تغذیه تکمیلی سال ۱۳۸۱ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۵. تغذیه و پوکی استخوان سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۱۵۰۰۰ عدد
۱۶. من دیابت دارم چگونه باید غذا بخورم؟ سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۱۵۰۰۰ عدد
۱۷. چه غذایی بخوریم تا سالم زندگی کنیم؟ سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۱۰۰۰۰۰ عدد
۱۸. آهن چیست؟ سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۹. بهداشت و ایمنی مواد غذایی سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۲۰. چگونه با تغذیه صحیح کلسترول خون را کنترل کنیم سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۲۱. آب ماده غذایی فراموش شده سال ۱۳۸۳ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد

۲۲. هفت فکت شیت غنی‌سازی موادغذایی سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۱۲۰۰۰۰ عدد
۲۳. هفت فکت شیت بهبود شیوه زندگی سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۱۲۰۰۰۰ عدد
۲٤. چاقی و سرطان سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۲۵. نقش روی در تغذیه کودکان سال ۱۳۸٤ (زیر چاپ) ۲۰۰۰۰ عدد
۲٦. روغن، چربی،خواص و نگهداری برای کارشناسان تغذیه سال۱۳۸۳با تیراژ ۱۰۰۰عدد
۲۷. روغن، چربی، خواص و نگهداری برای کارشناسان و کارکنان بهداشتی سال۱۳۸٤با تیراژ ۱۰۰۰عدد
۲۸. جزوه آموزشی مداخله آموزشی اصلاح الگوی مصرف روغن برای بهورزان سال۱۳۸٤با تیراژ ۱۰۰۰عدد
۲۹. غنی‌سازی روغن با ویتامین‌های A و D، تیراژ ۲۰۰۰ عدد
۳۰. توصیه‌های کاربردی برای کنترل اضافه وزن و چاقی، سال ۱۳۸۸- تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۳۱. میان وعده کودکان سال ۱۳۸۸- تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۳۲. توصیه‌های کاربردی برای مصرف صحیح نمک سال ۱۳۸۸- تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۳۳. غذاهای آماده یا فست فودها سال ۱۳۸۸- تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۳٤. تغذیه در شرایط بحران و حوادث غیر مترقبه سال ۱۳۸۸- تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۳۵. نمک ید دار تصفیه شده سال ۱۳۸۸-تیراژ ۵۰۰۰ عدد

پوستر:

۱. چه غذایی بخوریم تا سالم بمانیم سال ۱۳۷٤ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۲. «ید یک عنصر حیاتی»، سال ۱۳۷۹ با تیراژ ۱۰۰۰ عدد
۳. فلوچارت راهنمای پایش رشد و تغذیه کودک سال ۱۳۷۹ با تیراژ ۱۰۰۰۰ عدد
٤. مقوی و مغذی سازی غذای کودک، سال ۱۳۸۰ با تیراژ ۷۰۰۰۰ عدد
۵. بهداشت غذای کودک، سال ۱۳۸۰ با تیراژ ۷۰۰۰۰ عدد
٦. پایش رشد کودک سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۱۰۰۰۰ عدد
۷. تغذیه تکمیلی سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۱۰۰۰۰ عدد
۸. چه غذایی بخوریم تا سالم زندگی کنیم (گروه‌های غذایی) سال ۱۳۸۲ با تیراژ ۱۲۰۰۰۰ عدد
۹. پیشگیری از کمبود ید، توانمندی ذهنی جامعه سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد

۱۰. اسید فولیک سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۱. گروه‌های غذایی سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۲۰۰۰۰ عدد
۱۲. تغذیه کودک بیمار، سال ۱۳۸٤ با تیراژ ۱۰۰۰۰ عدد
۱۳. مقایسه انواع روغن‌ها ۱۳۸۵
۱٤. مکمل یاری آهن و اسید فولیک ۱۳۸٦

تیزرهای آموزشی:

۱. تغذیه کودکان سخت (Difficult baby) سال ۱۳۸۰
۲. تغذیه تکمیلی سال ۱۳۸۰ (۳ عدد)
۳. معرفی کارت مراقبت کودک سال ۱۳۸۰
٤. چگونگی و اهمیت پایش رشد سال ۱۳۸۰ (۲ عدد)
۵. مجموعه۱۲ قسمتی (ویدئو کلیپ) دنیای آبی در خصوص پایش رشد و تغذیه کودک سال ۱۳۸۰
٦. مکمل یاری کودک زیر ۲ سال (قطره آهن) سال ۱۳۸۱
۷. مکمل یاری کودک زیر ۲ سال (قطره مولتی ویتامین یا A+D) سال ۱۳۸۱
۸. شیر مادر سال ۱۳۸۱
۹. نقش زیان‌بار هله هوله در تغذیه کودکان سال ۱۳۸۱
۱۰. مقوی و مغذی‌سازی غذای کودک سال ۱۳۸۱
۱۱. تغذیه کودک در دوران بیماری سال ۱۳۸۱
۱۲. کاهش مصرف روغن سال ۱۳۸۲
۱۳. کاهش مصرف نمک سال ۱۳۸۲
۱٤. بهداشت مواد غذایی کودک سال ۱۳۸۲.
۱۵. یازده تیزر با مضمون تغذیه سالم سال ۱۳۸٤.
۱٦. منع تنقلات ناسالم سال ۱۳۸٤
۱۷. ترویج لبنیات سال ۱۳۸٤
۱۸. ترویج لقمه سالم سال ۱۳۸٤
۱۹. هرم گروه‌های غذایی و نوشابه سالم برای نوجوانان وجوانان سال ۱۳۸٤

۲۰. مصرف روغن جامد با اسید چرب ترانس کم سال ۱۳۸٤
۲۱. ترویج مصرف ماهی سال ۱۳۸٤
۲۲. ترویج مصرف سبزی و میوه سال ۱۳۸٤

فیلم‌های آموزشی:

۱. ٦ فیلم ۳۰ دقیقه‌ای (پایش رشد کودک، تغذیه تکمیلی، تغذیه دوران بارداری، تغذیه سالمندان، تغذیه دانش آموزان، تغذیه دوران بیماری) سال ۱۳۷٦
۲. فیلم اختلالات ناشی از کمبود ید سال ۱۳۷٦
۳. فیلم چرخه شوم سوء تغذیه سال ۱۳۷۷
٤. فیلم ید نمک زندگی سال ۱۳۷۸

کارگاه‌های کشوری:

۱. تغذیه و بهداشت مدارس برای کارشناسان بهداشت مدارس آموزش و پرورش سال ۱۳۷۱
۲. کارگاه آموزشی تغذیه برای کارشناسان تغذیه و بهداشت خانواده سال ۱۳۷۲
۳. کارگاه آموزشی تغذیه برای کارشناسان تغذیه استان‌های کشور سال ۱۳۷٤
٤. کارگاه آموزشی تغذیه در سنین مدرسه برای کارشناسان مسوول بهداشت مدارس استان‌های کشور سال ۱۳۷٦ در بابل
۵. کارگاه آموزشی تغذیه در سنین مدرسه برای کارشناسان مسوول بهداشت مدارس استان‌های کشور سال ۱۳۷٦ در سنندج
٦. کارگاه‌های کشوی کنترل کم خونی فقر آهن برای مدیران و کارشناسان مسوول تغذیه، بهداشت محیط، بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها سال ۱۳۷۵ اصفهان
۷. کارگاههای کشوی کنترل کم خونی فقر آهن برای مدیران و کارشناسان مسوول تغذیه، بهداشت محیط، بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها سال ۱۳۷۵ تهران
۸. کارگاه‌های کشوی کنترل کم خونی فقر آهن برای مدیران و کارشناسان مسوول تغذیه، بهداشت محیط، بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها سال ۱۳۷٦ مشهد
۹. کارگاه‌های کشوی کنترل کم خونی فقر آهن برای مدیران و کارشناسان مسوول تغذیه، بهداشت محیط، بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها سال ۱۳۷٦ ارومیه

۱۰. کارگاه آموزشی کشوری تغذیه و رشد کودکان زیر ۵ سال ویژه پزشکان سال ۱۳۸۱ مشهد
۱۱. کارگاه آموزشی کشوری تغذیه و رشد کودکان زیر ۵ سال ویژه پزشکان سال ۱۳۸۱ اصفهان
۱۲. کارگاه آموزشی کشوری تغذیه و رشد کودکان زیر ۵ سال ویژه پزشکان سال ۱۳۸۱ ارومیه
۱۳. کارگاه آموزشی کشوری تغذیه و رشد کودکان زیر ۵ سال ویژه پزشکان سال ۱۳۸۲ شیراز
۱٤. کارگاه آموزشی کشوری تغذیه و رشد کودکان زیر ۵ سال ویژه پزشکان سال ۱۳۸۲ کرمانشاه
۱۵. دوره‌های آموزشی منطقه‌ای پایش و ارزیابی حذف اختلالات ناشی از کمبود ید برای ۲۰ کشور منطقه با همکاری سازمان جهانی بهداشت در طی سال‌های ۱۳۸۰و ۱۳۸۱
۱٦. کارگاه‌های بازآموزی پایش و ارزیابی برنامه‌های کنترل و حذف اختلالات ناشی از کمبود ید برای کارشناسان مسوول تغذیه، بهداشت محیط، اداره نظارت بر مواد غذایی، آزمایشگاه کنترل غذا و دارو و تکنسین‌های مسوول پایش ید ادرار
۱۷. کارگاه‌های آموزشی کشوری آهن‌یاری و آموزش تغذیه صحیح برای کارشناسان تغذیه، بهداشت مدارس، دفتر امور مشارکت زنان در تهران
۱۸. سمینار آموزشی برای ارتقای کیفیت نمک یددار سال ۱۳۸۳
۱۹. دو دوره کارگاه آموزشی غنی‌سازی مواد غذایی با تاکید بر آرد برای کارشناسان مسوول تغذیه، آزمایشگاه، بهداشت محیط و اداره نظارت سال ۱۳۸۳
۲۰. سه دوره کارگاه آموزشی سه روزه غنی‌سازی آرد با آهن و روش‌های آزمایشگاه برای مسوولین آزمایشگاه، مسوولین فنی کارخانه‌های آرد، کارشناسان استان و شهرستان، کارشناسان بهداشت محیط استان و شهرستان و کارشناسان اداره نظارت و آزمایشگاه سال ۱۳۸۳
۲۱. کارگاه مشورتی غنی‌سازی مواد غذایی با تاکید بر آرد برای اساتید دانشگاه و مدیران برای تصمیم‌گیری و چالش‌های غنی‌سازی مواد غذایی سال ۱۳۸٤
۲۲. کارگاه‌های آموزشی بهبود رشد و تغذیه کودکان برای پزشکان و کارکنان بهداشتی درمانی ٤۰ دانشگاه (۱۲۰ کارگاه) سال ۱۳۸۳
۲۳. کارگاه کشوری ریزمغذی‌ها ۱۳۸٦ –۱۳۸۷
۲٤. کارگاه‌های کشوری تغذیه و بهبود شیوه زندگی ۱۳۸۷–۱۳۸۸

بررسی‌های کشوری:

۱. بررسی ملی تعیین شیوع گواتر در دانش آموزان ۱۸-۶ ساله و ترسیم نقشه جغرافیایی درصد شیوع گواتر در استان‌های کشور (سال ۱۳۶۸)
۲. بررسی ملی تعیین شیوع گواتر و میزان ید ادرار دانش آموزان ۱۰-۸ ساله (سال ۱۳۷۵)
۳. بررسی شیوع سوء تغذیه (PEM) در کودکان زیر ۵ سال کشور (ANISS سال ۱۳۷۷)
٤. بررسی ملی تعیین شیوع گواتر و میزان ید ادرار دانش آموزان ۱۰-۸ ساله و اندازه‌گیری ید موجود در نمک‌ها در سطوح مختلف (سال۱۳۸۰)
۵. بررسی ملی وضعیت کمبود ریزمغذی‌ها (آهن، روی، ویتامین A و D) در ۱۱ اقلیم کشور (سال ۱۳۸۱)
٦. طرح ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان دختر دبیرستانی از طریق آموزش تغذیه و آهن‌یاری هفتگی (سال ۱۳۸۱)
۷. بررسی ملی تعیین شیوع LBW در ۱۱ اقلیم کشور (سال ۱۳۸۲)
۸. بررسی کشوری ارزشیابی مداخلات رشد و تغذیه کودکان زیر ٦ سال (سال ۱۳۸۳)
۹. بررسی کشوری مصرف روغن و نوشابه‌های گازدار در واحدهای دولتی کشور ۱۳۸۵-۱۳۸۷
۱۰. بررسی کشوری تعیین شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ٦ سال به تفکیک شهرستان‌های کشور ۱۳۸٦-۱۳۸۸

بررسی‌های منطقه‌ای:

۱. اجرای پایلوت طرح مداخله‌ای بین بخشی کاهش سوء تغذیه کودکان در مناطق روستایی ۳ شهرستان از ۳ استان بوشهر، ایلام و کرمان (سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۷۵)
۲. گسترش طرح مداخله‌ای کاهش سوء تغذیه در حداقل یک شهرستان از دانشگاه‌های علوم پزشکی از سال ۱۳۷۸
۳. طرح پایلوت بررسی کیفی کارت مراقبت کودک (FGD) در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (سال ۱۳۷۹)
٤. اجرای طرح تقویت شبکه همکار و راه‌اندازی مراکز مشاوره تغذیه برای مادران (از سال ۱۳۸۰)
۵. طرح پایلوت اجرای برنامه غنی‌سازی آرد در استان بوشهر از سال ۱۳۸۰

٦. طرح بررسی مقایسه اثربخشی دوز هفتگی مکمل آهن در دو دوره ١٦ و ٢٠ هفته در دختران دانش‌آموز دبیرستانی در شهرستان ساوجبلاغ (سال ١٣٨٠)
٧. اجرای طرح پایلوت حمایت از کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند با همکاری کمیته امداد امام خمینی(ره) در ٣ شهرستان از ٣ استان اصفهان، مازندران، هرمزگان (سال ١٣٨٠) و گسترش طرح در ١٢ شهرستان از ١٢ استان کشور (سال ١٣٨١)
٨. طرح پایلوت غنی‌سازی روغن با ویتامین های A و D_١٣٨١
٩. طرح پایلوت غنی‌سازی شیر با ویتامین D در سال ١٣٨٢
١٠. بررسی کشوری تعیین شیوع تولد نوزاد کم وزن LBW _١٣٨٢
١١. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه خانواده‌ها، پرسنل بهداشتی در سه استان بوشهر، سیستان و بلوچستان، گلستان_١٣٨٣
١٢. ارزیابی میاندوره‌ای برنامه غنی‌سازی آرد در استان بوشهر در سال ١٣٨٣
١٣. بررسی تاثیر پذیرش مکمل آهن به شکل اسپرینکل در کودکان زیر ٢ سال کشور در شهرستان ساوجبلاغ (سال ١٣٨٥-١٣٨٦)

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

- تهیه بانک اطلاعاتی امنیت غذا و تغذیه کشور
- آموزش در سطوح مختلف، عموم، دست‌اندرکاران تولید و سیاست‌گذار
- ارتقای فرهنگ مصرف صحیح غذا در سطح جامعه
- بهبود ارتباط و هماهنگی مراکز تحقیقاتی، اجرایی و تولیدی در حوزه امنیت غذا و تغذیه
- تمرکز بر انتقال دانش از خارج به داخل کشور (به هر شکل رایج و جدید برای تولید دانش در تراز جهانی)
- پایش و ارزشیابی وضعیت تغذیه جامعه
- تامین سرمایه مورد نیاز برای دستیابی به فناوری‌های جدید
- تامین نیروی متخصص مورد نیاز بخش امنیت غذا و تغذیه
- ارتقای سطح اطلاع‌رسانی تغذیه‌ای به جامعه
- ایجاد شرایط برای ارتقای فناوری وارداتی
- به‌کارگیری روش‌های نوین، فراگیر و هماهنگ در اشاعه فرهنگ تغذیه صحیح در جامعه
- تامین نظام هماهنگ در حوزه‌های وابسته به تامین غذا و تغذیه
- تعریف جایگاه‌های استقرار نیروهای متخصص به منظور ایجاد ارتباط نزدیک بین ایشان و عموم
- تسهیل کارآفرینی و توسعه انکوباتورهای رشد در تولیدات صنایع غذایی
- ارتقای سطح شاخص‌ها و استانداردهای غذایی
- نوآوری در سیستم‌های مدیریتی دسترسی آسان به غذا
- بهره‌برداری از فناوری‌های جدید
- تامین فناوری‌های بومی و بومی‌سازی فناوری‌های جدید
- به‌کارگیری روش‌های نوین و علمی در تضمین کیفیت تولیدات مواد غذایی
- استفاده از مدیران آگاه از تولید تا توزیع

موضوعات اصلی و چالش‌ها

مهمترین چالش‌های موجود در اجرای برنامه‌های تغذیه در ٤ گروه اصلی قرار می‌گیرند:

- چالش در حوزه ساختار تغذیه در سطح کشور
- ناهماهنگی و ضعف همکاری های بین بخشی در مورد وزارتخانه‌ها وسازمان‌های درگیر در اجرای برنامه
- کمبود نیروی کارآمد برای اجرای مناسب برنامه‌ها به ویژه در مناطق محروم
- عدم وجود مقررات مدون در حوزه فعالیت های بخش تغذیه و طولانی بودن روند تصویب و بازنگری مقررات موجود

چالش‌های تغذیه جامعه عبارتند از:

- وجود بیش خواری در کنار سوء تغذیه در دوطیف دارای درآمد بالا و کم جامعه
- ضایعات بالا در مراحل کاشت، داشت، برداشت و فرآیندهای پس از آن تا مصرف
- ناهمسویی تولیدات غذایی در صنایع و نیازهای تغذیه‌ای جامعه
- چند وظیفه‌ای بودن (خلط تحقیق، اجرا و نظارت) سازمان‌های ذی‌مدخل در امر نظارت و بازرسی کیفیت مواد غذایی
- استفاده از مواد افزودنی غیر مجاز در فراوری و نگهداری مواد غذایی
- پایین بودن ظرفیت و کیفیت نگهداری و ذخیره کالاهای غذایی
- عدم دسترسی فیزیکی به مواد غذایی تازه به ویژه میوه و سبزی در کنار کاهش سطح دسترسی اقتصادی و افزایش نیاز به میوه و سبزی بدلیل کم تحرکی، استرس و آلودگی
- افزایش شیوع بیماری‌های ناشی از بیش خواری و پیامد شهرنشینی
- حذف تدریجی و نسبی مواد غذایی سنتی از سفره
- نداشتن تصویر دقیق و روزآمد به تفکیک مناطق مختلف کشور از شیوع کمبودهای تغذیه ای، بیماری‌های مزمن مرتبط با تغذیه از جمله دیابت، بیماری قلب و عروق، سرطان، چاقی و... در کل کشور
- نامتناسب بودن ساختار اجرایی موجود برنامه‌های غذا و تغذیه در کشور
- سهم پایین غذا و تغذیه در سیاست‌گذاری‌های کلان بخش بهداشت و درمان

- پرشتاب بودن دوران گذر تغذیه‌ای به طوری که مشکلات سوء تغذیه پروتئین انرژی و کمبود ریزمغذی‌ها همزمان با مشکلات ناشی از پرخوری از جمله چاقی، دیابت، بیماری‌های قلبی- عروقی... در کشور مشاهده می‌شود.
- ناکافی بودن آگاهی‌های تغذیه‌ای جامعه
- محدود بودن دانش و مهارت پزشک عمومی به عنوان مدیر تیم مراقبت‌های اولیه بهداشت در زمینه مسایل مربوط به تغذیه جامعه و بهبود آن در سطح خانواده
- نبود برنامه‌های آموزش متناسب برای تربیت متخصص در حوزه‌های تخصصی غذا و تغذیه از جمله آنتروپولوژی تغذیه، اپیدمیولوژی تغذیه، اقتصاد غذا، اقتصاد تغذیه و...
- گسترش مصرف غذاهای آماده تهدید کننده سلامت در جامعه
- عدم التزام اجرایی رسانه‌های ملی در حذف تبلیغ غذاهای تهدید کننده سلامت قید شده در بند ب ماده ۸٤ قانون برنامه چهارم
- باورهای فرهنگی غلط و دانش غذایی کم
- دسترسی ناکافی به مواد غذایی سالم
- فقدان نقشه جامع امنیت غذا و تغذیه در کشور

پیشنهادها

- بازنگری ساختار اجرایی تغذیه در کشور
- حمایت جدی بین بخشی و فرابخشی از برنامه‌های تغذیه‌ای جاری شده از وزارت بهداشت در محیط
- تفکیک وظایف اداره بهبود تغذیه از اداره غذا در معاونت غذا و دارو
- افزایش سقف اعتباری تخصیص یافته به برنامه‌های تغذیه‌ای کشور
- تقویت نیروی انسانی در ساختار سیاست‌گذاری و اجرایی تغذیه درکشور
- ایجاد ارتباط منسجم بین گروه ترجمان دانش در دانشگاه‌ها با حوزه سیاست‌گذاری غذا و تغذیه در وزارت بهداشت
- الحاق شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما به وزارت بهداشت
- عزم چند بخشی در تهیه نقشه جامع ناامنی و آسیب‌پذیری غذا و تغذیه کشور

واژه نامه

- منابع مورد استفاده: مصوبات کارگروه امنیت غذایی و تغذیه در جلسات تهیه نقشه جامع علمی کشور
- سند ملی توسعه فرابخشی امنیت غذا و تغذیه (برنامه چهارم توسعه)
- بررسی ملی وضعیت سوءتغذیه کودکان زیر ٦ سال-سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۷
- اولین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی‌ها (آهن، روی، ویتامین های A و D) در ایران -۱۳۸۰
- بررسی ملی تعیین شیوع گواتر و میزان ید ادرار دانش‌آموزان ۱۰-۸ ساله: ۱۳۸٦-۱۳۸۰-۱۳۷۵-۱۳٦۸
- اندازه‌گیری ید در نمک‌ها در سطوح مختلف و اندازه‌گیری سالیانه ید ادرار دانش‌آموزان از سال ۱۳۸۰
- مصوبات شورای‌عالی سلامت از سال ۱۳۸٤
- بررسی ملی سلامت و بیماری سال ۱۳۷۸
- بررسی مصرف مواد غذایی- انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، ۱۳۸۱-۱۳۷۹

اداره تنظیم خانواده و جمعیت

مقدمه

شاخص‌های نه چندان مطلوب در برنامه تنظیم خانواده و سلامت مادر و کودک و بالا بودن میزان رشد جمعیت پیش از برنامه توسعه اول، سیاست‌گذاران کشور را بر آن داشت که برنامه تنظیم خانواده و کنترل رشد بی‌رویه جمعیت را به صورت جدی دنبال کنند. در همین راستا برنامه تنظیم خانواده در کشور با اهداف اختصاصی زیر تدوین شد:

- کاهش میزان بارداری‌های پرخطر زیر ۲۰ سال، بالای ۳۵ سال و با فاصله کمتر از ۵–۳ سال.
- کاهش میزان بارداری‌های ناخواسته و حصول اطمینان از خواسته بودن کودک.
- ارتقای سطح بهداشت، بهداشت روانی، فرهنگی، اقتصادی و بهبود وضعیت کیفی خانواده با کاهش میزان باروری کلی از میزان های پرخطر
- کاهش هزینه‌های رفاه عمومی و در نهایت ایجاد تعادل بین رشد و توسعه اقتصادی

گزارش سی ساله

فعالیت‌های جاری تنظیم خانواده

خوشبختانه توفیق برنامه تنظیم خانواده در کشور بسیار چشمگیر بوده است. این فعالیت‌ها از برنامه توسعه اول (۱۳٦۸) آغاز شده و تا برنامه توسعه چهارم ادامه یافته است. تداوم این فعالیت‌ها در برنامه پنجم توسعه با تاکید بر مناطق محروم‌تر و ارتقای کیفیت برنامه‌ها مدنظر قرار گرفته است. در این راستا متوسط میزان باروری کلی از حدود ٦ در ابتدای برنامه به حدود ۲ در اواخر برنامه چهارم کاهش یافته است. این میزان کاهش در کمتر برنامه تنظیم خانواده در سایر کشورهای جهان مشاهده شده است. مهمترین علت این موفقیت می‌تواند در نتیجه عوامل زیر باشد:

الف) پویایی فقه شیعه برای مشکلات شرعی

پویایی فقه شیعه و نقش اجتهاد و توان آن در پاسخگویی به مسایل و مشکلات روز، موقعیتی ارزنده را برای حل مشکلات جامعه پدید آورده است. هماهنگی کامل سیاست و دیانت در کشور که مبنای تشکیل حکومت اسلامی است، نقش مهمی در حل معضلات کشور ایفا کرده است. حضرت امام خمینی (ره) در باب اختیارات حکومتی در پیامی می‌فرمایند: «امروز با کمال

خوشحالی به مناسبت انقلاب اسلامی حرف‌های فقها و صاحب‌نظران به رادیو، تلویزیون و روزنامه‌ها کشیده شده است، چرا که نیاز عملی بدین بحث‌ها و مسایل است». ایشان ضمن طرح ۲۲ مساله به عنوان مشکلات جامعه، یکی از مسایل را جلوگیری از موالید_ در صورت ضرورت_ و یا تعیین فواصل موالید مطرح می‌کنند.

این فعالیت‌ها با پشتیبانی فتاوی روشن مقام معظم رهبری، حضرت آیت ا... خامنه‌ای و سایر مراجع عالیقدر مذهبی در جمهوری اسلامی ایران تداوم یافته و همواره سعی بر این بوده است که با تغییر فعالیت‌ها و برنامه‌ها، فتاوی مرتبط با آنها نیز از علمای مذهبی جامعه استفتا گردد.

ب) آموزش

همانند هر برنامه و سیاست مبتنی بر سلامت، محور برنامه‌های ارتقای سلامت خانواده‌ها مبتنی بر تنظیم خانواده آموزش است. در ارتباط با آموزش‌ها موارد زیر قابل طرح است:

گروه‌های هدف آموزش‌ها، روحانیون محترم و حوزه‌های علمیه، عموم مردم و خانواده‌ها، کارکنان و کارگران و بهداشت‌یاران خانه‌های بهداشت کارگری، رابطین بهداشتی و کارکنان بهداشتی و درمانی، جامعه پزشکی و پیراپزشکی، دانشجویان و اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها، نهضت‌های سوادآموزی، نوعروسان و... بوده‌اند.

برنامه‌های آموزشی: این برنامه‌ها شامل مصاحبه‌های علمی و عمومی و میزگردهای علمی از رسانه‌ها، فیلم و ابزار سمعی و بصری، کارگاه‌های علمی، مشاوره‌های حضوری و تلفنی و آموزش‌های چهره به چهره، خطوط اطلاع‌رسانی تلفنی ۲۴ ساعته، برگزاری مسابقه‌های آموزشی، درج شعار روی تولیدات کارخانه‌ها و شرکت‌ها، برگزاری نمایشگاه‌ها و سمینارها، نصب پلاکارد، پوستر، تراکت، تابلوهای بزرگ، پرواز بالن‌ها و راه‌اندازی کارناوال‌های تنظیم خانواده، بهره‌گیری از فرصت‌های بازآموزی برای گروه‌های پزشکی و گسترش مراکز مشاوره تنظیم خانواده و آموزش‌های هنگام ازدواج بوده است.

محتواهای آموزشی: بحث‌های پیرامون تاثیر فاصله‌گذاری‌های بین بارداری‌ها، بارداری شدن در دوره‌های مناسب سنی و پرهیز از بارداری‌های ناخواسته و پرخطر بر سلامت مادر، نوزاد، کودک، خانواده و در نهایت جامعه، محتواهای متناظر بر انواع روش‌های پیشگیری از بارداری، آموزش‌های مربوط به چگونگی استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری از بارداری، کارگاه‌های آموزشی برقراری امنیت کنتراسپتیوها، مشاوره‌های تنظیم خانواده، آموزش دستورالعمل‌های جدید پیشگیری

از بارداری، استانداردسازی ارایه خدمت آی یو دی گذاری، استانداردسازی ارایه خدمت وازکتومی بدون تیغ جراحی، آموزش دوره وازکتومی بدون تیغ جراحی برای پزشکان، چگونگی کاهش بارداری‌های پرخطر و ناخواسته و راه‌های افزایش مشارکت مردان در تنظیم خانواده، از محتواهای متنوع آموزشی بوده‌اند که در برنامه‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

ج) وجود تنوع روش‌های پیشگیری از بارداری و خودکفایی در تامین کنتراسپتیوها

برنامه تنظیم خانواده برای برآورده نمودن نیازهای مختلف خانواده‌ها در دوره‌های مختلف باروری، همواره سعی در ایجاد تنوع قابل قبولی از روش‌های پیشگیری از بارداری در برنامه کشوری داشته است. وجود چهار نوع قرص پیشگیری از بارداری ترکیبی و پروژسترونی، آمپول‌های تزریقی (پروژسترونی و ترکیبی)، آی یو دی، کاندوم، روش پیشگیری از بارداری اورژانس، بستن لوله‌های رحمی در زنان و وازکتومی بدون تیغ جراحی در مردان و برنامه‌ریزی مداوم برای ایجاد تنوع بیشتر در روش‌های موجود، شاهدی برای همین مدعا است.

تامین بیش از ۹۵٪ نیازهای کشور به اقلام پیشگیری از بارداری و کنتراسپتیوها با بهره‌گیری از پتانسیل‌های داخلی تولید، تاثیر بسیار مناسبی در ارتقای فعالیت‌های تنظیم خانواده داشته است.

د) فراهم نمودن دسترسی آسان به خدمات

شبکه بهداشت و درمان کشور با گسترش واحدهای ارایه خدمت در اقصی نقاط کشور، دسترسی به خدمات را برای همه مردم ایجاد نموده است. امکان دسترسی برای مردم ساکن در دور افتاده‌ترین نقاط کشور به خدمات اولیه بهداشتی از مهم‌ترین عوامل ارتقای شاخص‌ها و پوشش‌های تنظیم خانواده بوده است.

در کنار ایجاد دسترسی به واحدهای ارایه خدمت، برنامه‌ریزی برای موجود بودن انواع خدمات و کالاهای بهداشتی به گونه‌ای که جلب رضایت گیرنده خدمت در هر مراجعه وی، ضمن در نظر گرفتن خدمات آموزشی برای او مد نظر ارایه کننده خدمت قرار گیرد، از مبانی ارتقای کیفیت و کمیت برنامه‌ها بوده‌اند.

ه) برقراری یک ردیف اعتباری مستقل برای برنامه‌های تنظیم خانواده

با توجه به اهمیت فراهمی خدمات و اقلام پیشگیری از بارداری هماهنگ با نیاز گیرندگان خدمت، تامین منابع اعتباری بطور مداوم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است. در همین راستا از آغاز

برنامه کشوری تنظیم خانواده، یک ردیف اعتباری مستقل برای این خدمات در نظر گرفته شده است. اعتبار این ردیف در دوره‌های متفاوت زمانی و با توجه به افزایش جمعیت گیرنده خدمت و نیز تورم، افزایش یافته است. استقلال این منبع اعتباری همواره سبب گردیده است که تداوم این فعالیت‌ها از ثبات و اطمینان بیشتری برخوردار باشد.

همچنین وجود این ردیف اعتباری مستقل، سبب گردیده است که ارایه خدمات تنظیم خانواده در بخش دولتی (واحدهای ارایه خدمت وابسته به وزارت بهداشت- درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های وابسته به دولت) به شکل رایگان صورت گیرد.

و) قانون تنظیم خانواده و جمعیت

قانون تنظیم خانواده و جمعیت که در سال ۱۳۷۲ به تصویب مجلس محترم شورای اسلامی و تایید شورای نگهبان قانون اساسی رسیده است، با تاکید بر اهمیت سلامت مادر و کودک و خانواده و مسوولیت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قبل آن؛ سایر دستگاه‌های ذیربط (وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری...) را نیز موظف می‌نماید که همگام با وزارت بهداشت در راستای ارتقای شاخص‌های سلامت مادر، کودک، تنظیم خانواده و در نتیجه ارتقای سلامت جامعه، نقش خود را ایفا نمایند.

ز) همکاری‌های بین بخشی و مشارکت‌های مردمی

دو اصل یادشده نقش بسیار موثری را در ارتقای شاخص‌های تنظیم خانواده ایفا نموده‌اند. همکاری‌های صورت گرفته از سوی رسانه‌ها، همکاری وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف اعم از موارد تصریح شده در قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب مجلس شورای اسلامی و سازمان‌هایی مانند بسیج، جامعه معظم روحانیت، استانداری‌ها و فرمانداری‌ها، کارخانه‌ها و مراکز و قطب‌های صنعتی، معاونت نظارت و راهبردی ریاست جمهوری (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور)، رابطین بهداشتی در کنار مشارکت‌های گسترده مردمی، نقش بسیار موثری را در ارتقای شاخص‌های مورد نظر ایفا نموده‌اند.

ح) تدوین و ارتقای بسته‌های خدمت

تدوین دستورالعمل‌های روشن ارایه خدمت، متناسب با سطوح ارایه خدمت و بازنگری آن متناسب با نیاز ارایه کنندگان و گیرندگان خدمت، تدوین بسته‌های ارایه خدمت به‌گونه‌ای که تبیین‌گر وظایف و مسوولیت‌های ارایه کننده خدمت در رویارویی با هرگونه نیاز و سوال گیرنده خدمت باشد، تدوین فرم‌های ارایه خدمت و مراقبت‌های بعدی و بازنگری آنها متناسب با تغییرات بسته‌های خدمتی از مواردی بوده که سبب شده است ارایه‌کنندگان خدمت با کمترین تردیدها قادر به ارایه خدمت به مراجعه‌کنندگان بوده و در این راستا بتوانند رضایت هرچه بیشتر گیرندگان خدمت را تامین نمایند.

ط) استقرار برنامه‌های پایش و ارزشیابی

برای آگاهی از تغییرات شاخص‌های برنامه، ارتقای کیفیت خدمات و نیز برنامه‌ریزی برای مداخله‌های به هنگام و متناسب با نیاز، سیستم پایش و ارزشیابی برای برنامه‌های تنظیم خانواده برقرار گردیده است. این برنامه فعالیت‌هایی مانند چگونگی ارایه خدمات مشاوره‌ای، وضعیت امنیت کنتراسپتیوها (تامین، نگهداری و توزیع کنتراسپتیوها در سطح گیرنده خدمت)، پایش دوره‌ای ارایه کنندگان خدمت از جمله پزشکان ارایه‌کنندگان خدمت وازکتومی بدون تیغ جراحی و ماماهای آی یو دی گذار را شامل می‌گردد. این امر سبب آگاهی به هنگام مدیران اجرایی برنامه از وضعیت موجود بوده و آنان را توانمند می‌سازد تا با برنامه‌ریزی‌های متناسب با نیاز، مداخله‌های لازم را برای ارتقای وضعیت موجود طراحی و اجرا نمایند.

ی) ادغام خدمات تنظیم خانواده در نظام شبکه

با ادغام خدمات تنظیم خانواده در نظام شبکه، خدمات برنامه‌ریزی شده زیر برای مراجعه کنندگان ارایه می گردد:

- تحت پوشش قرار دادن زنان ۴۹-۱۰ ساله همسردار و همسران آنها
- تشریح اهداف برنامه تنظیم خانواده مبتنی بر پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته و پرخطر
- آموزش مراجعه‌کنندگان با بهره‌گیری از موارد آموزشی موجود (پمفلت، پوستر، فیلم و...)
- مشاوره با مراجعه‌کنندگان و توضیح درباره روش‌های موجود در برنامه کشوری
- گرفتن شرح حال گیرنده خدمت متناسب با نیازهای سلامت باروری و روش مورد نظر
- معاینه‌های عمومی متناسب با نیازهای سلامت باروری و روش مورد نظر

- معاینه‌های اختصاصی متناسب با نیازهای سلامت باروری و روش مورد نظر
- تکمیل فرم‌های مراقبتی تنظیم خانواده (پرونده خانوار)
- مراقبت‌های دوره‌ای و بعدی گیرندگان خدمت
- پیگیری افرادی که در زمان مورد نظر مراجعه ننموده‌اند (از طریق سیستم اکتیو، رابطین بهداشتی، تماس تلفنی و...)
- ارجاع به سطح دیگر متناسب با نیاز در هر کدام از مراحل پیشگفته

ک) سایر فعالیت‌ها

- همکاری نزدیک با اعضای هیات علمی (مرتبط) دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برای ارتقای سطح علمی خدمات
- همکاری با سازمان آموزش و پرورش استثنایی در راستای توانمندسازی مشاوران سازمان درباره مشاوره تنظیم خانواده و توجه ویژه به خانواده‌های مربوط
- راه‌اندازی مراکز بازگشت وازکتومی
- تحت پوشش قرار دادن خدمات جراحی بازگشت وازکتومی و بستن لوله‌های رحمی توسط سازمان‌های بیمه‌گر
- ارتقای کیفیت تولید کنتراسپتیوهای داخلی با بهره‌گیری از توان کارشناسی سازمان‌های تایید شده پایشگر
- گسترش کشوری سیستم تلفنی اطلاع‌رسانی سلامت باروری و تنظیم خانواده

آموزش‌های هنگام ازدواج

حقوق زوج‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد تعداد فرزندان و فاصله‌گذاری بین آنها و نیز داشتن اطلاعات آموزشی و امکانات انجام آن، همواره مورد تاکید قرار گرفته است. اینکار با ارایه آموزش‌های لازم در جامعه میسر خواهد شد. یکی از گروه‌های هدف مهم برنامه تنظیم خانواده در کشور، دختران و پسران در آستانه ازدواج هستند.

آموزش‌های هنگام ازدواج و فرصتی که این آموزش‌ها از نظر اثرگذاری بر عقیده و رفتار جوانان در آستانه ازدواج فراهم می‌کنند، از اهمیت خاصی برخوردار هستند. از این فرصت می‌توان برای مطرح کردن بسیاری از موضوعات مورد علاقه این افراد در زمینه بهداشت باروری/تنظیم خانواده استفاده

کرد. گسترش ٤٠٠ مرکز آموزش هنگام ازدواج در ۲۹۰ شهرستان کشور به گونه‌ای است که دسترسی همه متقاضیان را برای دریافت خدمت فراهم می‌کند.

براساس قانون، ثبت رسمی ازدواج منوط به ارایه گواهی سلامت و عدم اعتیاد است. دفاتر ثبت ازدواج، زوجین را برای انجام آزمایش‌های مقرر به آزمایشگاه‌های معین ارجاع می‌دهند. زوجین پس از انجام آزمایش‌ها، برای شرکت در کلاس‌های آموزش هنگام ازدواج راهنمایی شده و با شرکت در کلاس اطلاعاتی درباره تنظیم خانواده و سلامت باروری کسب و مربیان ضمن پاسخگویی به سوالات، آنان را در مورد محل و نحوه دریافت خدمات راهنمایی می‌کنند. زوجین با ارایه گواهی شرکت در کلاس‌های فوق، می‌توانند نتیجه آزمایش را دریافت و برای سایر تشریفات قانونی به دفاتر ثبت ازدواج مراجعه کنند.

تاریخچه

در راستای اثربخشی برنامه‌های تنظیم خانواده در تامین سلامت مادران و کودکان در آبان ماه سال ۱۳۷۱، تصمیم به راه‌اندازی مراکزی برای ارتقای سطح آگاهی زوجین در مورد روش‌های موثر پیشگیری از بارداری گرفته شد. در اسفند ماه ۱۳۷۲ این مراکز با نام کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج فعالیت‌های زیر شروع به کار نمودند:

- ایجاد مراکز مشخص برای آموزش زوجین در ساعت‌های معین
- آموزش زوجین بطور جداگانه و در کلاس‌های مجزا
- آموزش زوجین درخصوص عواقب ناشی عدم رعایت اصول سلامت باروری و تنظیم خانواده، استفاده صحیح از روش‌های موثر پیشگیری از بارداری و فاصله‌گذاری بین تولدها
- از دیگر فعالیت‌های مربوط به این برنامه در سال ۱۳۷۲، چاپ اولین کتابچه آموزشی برای توزیع بین زوجین شرکت کننده در کلاس‌های فوق در سراسر کشور بود. محتوی این کتاب عبارت بود از:
  - ✓ برنامه‌ریزی مشترک برای تعیین تعداد و زمان مناسب فرزند/ فرزندان
  - ✓ تعریف حاملگی ناخواسته و عواقب ناشی از آن
  - ✓ فاصله مناسب بین بارداری‌ها
  - ✓ تعداد بارداری‌ها
  - ✓ روش‌های پیشگیری از بارداری موجود در مراکز بهداشتی- درمانی.

در سال ۱۳۷٦، موضوعات آموزشی این کلاس‌ها بازنگری و عناوین زیر برای اجرا به کلیه دانشگاه‌ها/ دانشکده‌ها ابلاغ شد:

- حاملگی (دوره سنی مناسب، فاصله بین بارداری‌ها، تعداد، حاملگی‌های پرخطر، مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان ایمن)
- تنظیم خانواده (سیاست‌ها، روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری و معرفی کامل روش‌های مناسب پیشگیری از ابتدای ازدواج تا قبل از حاملگی اول)
- عفونت‌های دستگاه ادراری تناسلی (بیماری‌های مقاربتی و خطرات آن- سایر عفونت‌ها)
- سرطان‌های رایج زنان و نحوه تشخیص زودرس آنها (دهانه رحم- پستان)

تا سال ۱۳۷۷، مجموعه «بهداشت باروری» به عنوان منبع و مرجع آموزش برای موارد پیشگفت به استثنای موضوع آخر، مورد استفاده قرار گرفت. در سال ۱۳۷۷ با انجام بررسی در سطح گیرندگان خدمت، جزوه‌ای تحت عنوان «مجموعه آموزشی قبل از ازدواج» با عناوین زیر تدوین شد:

الف) تنظیم خانواده شامل:

- دستگاه تناسلی، بلوغ و قاعدگی
- آزمایش قبل از ازدواج
- مشاوره ژنتیک
- بیماری‌های آمیزشی (با تاکید برایدز)
- بهداشت روانی و زناشویی

ب) مشکلات ناشی از عدم رعایت تنظیم خانواده شامل:

- اهداف برنامه‌های تنظیم خانواده
- تنظیم خانواده در اسلام
- مشاوره تنظیم خانواده
- روش‌های پیشگیری از بارداری
- مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده
- فتاوی مراجع تقلید تشیع و حدیث‌ها و روایات اهل تسنن درمورد روش‌های پیشگیری از بارداری

در پایان سال ۱۳۷۷، طرح بررسی آموزش‌ها در کشور اجرا و نتایج آن در پایان سال ۱۳۷۷ به شرح ذیل مشخص گردید:

- درخواست اغلب زوجین برای ادغام آموزش‌های جنسی در برنامه
- بالاتر بودن میزان آگاهی مردان در خصوص بیماری ایدز (نحوه انتقال و چگونگی پیشگیری از ابتلا به آن) از زنان.
- پایین بودن میزان آگاهی زوجین درباره روش‌های پیشگیری از بارداری، حاملگی‌های پرخطر، مشاوره ژنتیک و طریقه مصرف صحیح قرص‌های خوراکی پیشگیری.
- درخواست زوجین مبنی بر تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با سطح سواد جامعه.
- درخواست زوجین برای حضور همراهان در این جلسات.
- درخواست توضیحات بیشتر برای عناوین زیر (به ترتیب اولویت):
  - ✓ روابط جنسی و بهداشت جنسی
  - ✓ روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری
  - ✓ مشاوره ژنتیک
  - ✓ روابط عاطفی و اجتماعی زن و شوهر
  - ✓ بیماری‌های مقاربتی و ایدز
  - ✓ ازدواج فامیلی
  - ✓ تامین نیازهای روانی، اجتماعی همسران و تفاهم آنها
  - ✓ بهداشت دوران بارداری و تغذیه
  - ✓ بهداشت دوران قاعدگی، قاعدگی‌های نامنظم
  - ✓ درخواست اکثر زوجین برای مطالب آموزشی تصویری و شنیداری.
  - ✓ برنامه‌ریزی برای انجام این آموزش ها پیش از انتخاب همسر
  - ✓ برگزاری کلاس‌ها در زمان‌های کوتاهتر، جلسات متعدد و در صورت امکان ساعت‌های غیراداری.

این دفتر، براساس آخرین اطلاعات موجود، چگونگی اجرای این خدمت را در کشور به شرح زیر عنوان نمود:

- تجهیز بیش از ٤٠٠ مرکز وابسته به معاونت‌های بهداشتی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور به لوازم کمک آموزشی مورد نیاز (تلویزیون، ویدئو، اورهد، مولاژهای اندام تناسلی و...).
- برقرای آموزش‌ها برای بیش از ٩٠٪ زوجین در آستانه ازدواج در سراسر کشور.
- برگزاری کلاس‌ها در مراکز بهداشتی و درمانی دارای آزمایشگاه (برای سهولت دسترسی).
- وجود ضمانت مناسب برای این آموزش‌ها (تحویل پاسخ و نتایج آزمایش‌های ضروری پیش از ازدواج در گرو ارایه گواهی شرکت در کلاس‌های آموزش‌های پیش از ازدواج است).
- محتوای مجموعه آموزشی پیش از ازدواج در بردارنده عناوینی از جمله: بهداشت باروری، روش‌های پیشگیری از بارداری با تاکید بر روش‌های مناسب در آغاز زندگی زناشویی، مشارکت مردان در بهداشت باروری، ترویج تغذیه با شیر مادر، تالاسمی، مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت کودکان، بیماری‌های قابل انتقال از راه دستگاه تناسلی/ ایدز و روش‌های پیشگیری از آنها بوده و در آینده نزدیک مبانی اسلامی ازدواج، مسایل جنسی و اجتماعی ازدواج نیز به آنها اضافه خواهد شد.
- تهیه و تدوین مطالب آموزشی برای شرکت‌کنندگان در این آموزش‌ها بصورت کشوری و منطقه‌ای.
- آموزش و باز آموزی دوره ای مربیان مراکز آموزش پیش از ازدواج.

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

برنامه‌های پیش‌رو:

- تداوم برنامه‌های جاری با برنامه‌ریزی‌های ویژه برای مناطق با شاخص‌های محروم‌تر
- تداوم تامین رایگان خدمات برای پرهیز از عوارض ناشی از بارداری‌های ناخواسته و پرخطر (مرگ نوزاد، کودک، مادر، تقاضا برای سقط...)
- تداوم و ارتقای همکاری با اعضای هیات علمی و متخصصین ارایه‌کننده خدمت در سطح کلینیک‌های تخصصی و بیمارستان‌ها
- جلب مشارکت بخش خصوصی برای همکاری بیشتر در ارایه خدمات تنظیم خانواده
- تداوم همکاری موثر و سازنده با افراد تاثیرگذار به ویژه روحانیون

- برقراری تعامل و همکاری سازنده بین بخشی و برون بخشی
- لزوم پرداختن بیشتر به ارتقای کیفیت برنامه با توجه به مُراجع محور بودن برنامه
- تقویت تیم‌های سیار ارایه خدمت برای مناطق فاقد دسترسی
- گسترش کمی و کیفی برنامه‌های آموزشی با توجه ویژه به گروه‌های هدف
- اختصاص نیروی ویژه برای آموزش‌های هنگام ازدواج
- گسترش کمی و کیفی برنامه آموزش‌های هنگام ازدواج
- جلب مشارکت بخش خصوصی برای آموزش‌های هنگام ازدواج
- ارتقای کیفیت محصولات پیشگیری از بارداری تولید داخل کشور
- ارتقای توانمندی مدیران اجرایی برنامه در راستای برقراری امنیت کنتراسپتیوها
- استانداردسازی آموزش واحد درسی جمعیت و تنظیم خانواده با همکاری وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
- تبادل تجربیات موفق جمهوری اسلامی ایران در ارتباط با تنظیم خانواده با سایر کشورها
- تداوم ارتقای کمی و کیفی برنامه‌های پایش و ارزشیابی

موضوعات اصلی و چالش ها

چالش‌ها:

- افزایش قابل توجه جمعیت در حال ازدواج و واجد شرایط دریافت خدمت با توجه به هرم جمعیت
- بالا بودن میزان بارداری‌های ناخواسته (علیرغم بهبود این شاخص در طی سالیان گذشته)
- بالا بودن میزان استفاده از روش‌های غیر مطمئن (علیرغم بهبود نسبی آن در طی سالیان گذشته)
- کافی نبودن مشارکت مردان در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (علیرغم بهبود آن در طی سالیان گذشته)
- کافی نبودن منابع اعتباری برای برنامه
- عدم آگاهی کافی برخی افراد تاثیرگذار از اهداف تنظیم خانواده مبتنی بر پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته و پرخطر
- رشد حاشیه نشینی

- باورهای نادرست درباره روش‌های پیشگیری از بارداری

واژه نامه‌ها

تنظیم خانواده، بارداری ناخواسته، بارداری پرخطر، نیاز برآورده نشده.

منابع

۱. بررسی سلامت و جمعیت ۱۳۷۹.

۲. بررسی IMES سال ۱۳۸٤.

سلامت سالمندان

مقدمه

برای مقابله با روند رو به رشد سالخوردگی در جهان، در سال ۱۹۸۲ اولین اجلاس سران با موضوع سالمندی، در وین تشکیل شد. در این اجلاس کشورهایی که با این مساله مواجه بودند، شرکت فعال‌تری داشته، توصیه‌هایی برای روبرو شدن آگاهانه با این مساله ارایه نمودند و به بررسی اهمیت موضوع پرداختند. ۲۰ سال بعد، در سال ۲۰۰۲، دومین اجلاس سران با موضوع سالمندی در مادرید تشکیل جلسه داد. در این اجلاس، به دلیل اهمیت موضوع، تمام کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی (WHO) شرکت نموده به انجام اقداماتی از جمله موارد زیر متعهد گردیدند:

- از بین بردن تبعیض سنی و غفلت در مورد سالمندان؛ اگر چه تبعیض در تمامی اشکال و مصادیق آن مورد نکوهش و مطرود است و اعمال آن در مورد سالمندان نیز از این قاعده مستثنی نیست، اما این موضوع اغلب به دست فراموشی سپرده می‌شود و در کل کودکان و جوانان از جایگاه برتر و توجه بیشتر برخوردارند.
- ارتقای عزت اجتماعی سالمندان
- ایجاد جامعه‌ای برای تمام سنین؛ بایستی برنامه‌ریزی‌های یک جامعه در حال پیرشدن نیز در راستای این تغییرات طراحی و اجرا شوند.

  برای مثال اگر تاکنون جمعیت کودکان بیشتر بوده است و ما نیاز به مدرسه سازی داشته‌ایم، از این پس که رشد جمعیت کودکان سیر نزولی دارد، باید سرمایه‌گذاری‌های ما به سمتی سوق داده شوند که بتوانیم تسهیلاتی برای مراقبت‌های مورد نیاز سالمندان فراهم آوریم. در واقع سمت‌گیری منابع مالی و انسانی ما همواره باید در جهتی باشد که نیاز بیشتری وجود دارد.
- موضوع سالمندی در دستور کار توسعه قرارداده شود.
- در تمام برنامه‌ها، دیدگاه جنسیتی وجود داشته باشد.
- از تجربیات سالمندان برای آینده‌ای بهتر استفاده شود.
- به آنان این امکان داده شود تا زمانی که مایل باشند بتوانند به کار خود ادامه دهند.
- شرایطی فراهم شود تا دسترسی سالمندان به خدمات اجتماعی افزایش یافته، ساده‌تر صورت پذیرد.

تمام سالمندان به توجه خاص نیازمندند. اما در میان سالمندان افرادی وجود دارند که از دیگران آسیب پذیرتر بوده، به توجه و مراقبت ویژه محتاج هستند. این افراد به ترتیب آسیب‌پذیری عبارتند از:

۱. **زنان سالمند** که به دلیل وجود عوامل زیر در زمره سالمندان آسیب پذیر قرار می‌گیرند:

الف) عمر متوسط زنان از مردان بیشتر بوده در نتیجه تعداد زنان سالمندی که به مراقبت نیاز پیدا می‌کنند بیشتر از مردان است.

ب) معلولیت: عمر متوسط طولانی‌تر برای زنان نه تنها یک امتیاز محسوب نمی‌شود، بلکه به این دلیل که زنان دوران باروری و مشکلات ناشی از آن را پشت سر گذاشته‌اند، دوران سالمندی خود را با ناتوانی‌ها و حتی معلولیت‌های بیشتری نسبت به مردان سپری می‌کنند. در واقع زنان عمر طولانی‌تر اما با کیفیت کمتر خواهند داشت. همین امر توجه ویژه نسبت به آنان را می‌طلبد. در مورد زنان باید مداخلات مراقبتی را از همان دوران باروری آغاز کرد و از همان دوران، از بروز ناتوانی‌های احتمالی در دوران سالمندی پیشگیری به عمل آورد.

ج) بیوه بودن: عمر طولانی‌تر زنان نسبت به مردان، منجر به از دست دادن همسر و در نتیجه بیوه شدن آنها می‌شود. زنان بیوه سالمند، معمولا«از منابع مالی و حمایتی» کمتری برخوردار هستند.

د) تحصیلات کمتر: آمار نشان می‌دهد زنان سالمند به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه، مانند کشور ما، از سطح سواد کمتری نسبت به مردان برخوردار هستند. میزان تحصیلات پایین موجب می‌شود این زنان از اطلاعات کمتری بهره‌مند بوده، فعالیت اجتماعی کمتری نیز داشته باشند و به‌همین دلیل از حمایت اجتماعی کمتری هم برخوردار شوند.

هـ) حمایت اجتماعی کمتر: زنان معمولا سال‌ها در منزل به خانه‌داری و بچه‌داری می‌پردازند، بی آنکه بابت انجام این کارهای پر زحمت درآمدی عایدشان شود. در دوران سالمندی هم هیچگونه بیمه یا حمایت مالی دریافت نمی‌کنند. بنابراین بدیهی است که از نظر مادی آسیب‌پذیر بوده، گرفتار مشکلات خاص این دوران شوند.

۲. **کهنسالان (پیرترین پیران):** دومین گروه آسیب‌پذیر را تشکیل می‌دهند. از آنجا که امید به زندگی برای مردم کشور ما ۷۰ سال است، شاید این مساله در کشور ما هنوز مورد توجه نباشد؛ اما این جمعیت در همه جای دنیا خیلی سریع‌تر از جمعیت سالمندان افزایش می‌یابد. در واقع همان‌گونه که جمعیت رو به سالمندی می‌رود، در میان خود سالمندان نیز، افرادی

هستند که به سن کهولت می‌رسند و سریع‌تر از جمعیت سالمند افزایش می‌یابند. ضعف و ناتوانی این گروه، مراقبت‌ها و توجهات ویژه و بیشتری را طلب می‌کند.

۳. **سالمندان روستایی**
٤. **سالمندان حاشیه شهرها**
۵. **سالمندانی که در موسسات نگهداری می‌شوند.**

مسلم است که هدف طب سالمندان و طب پیشگیری در سالمندان، افزایش تعداد گروه اول است. این امر تنها از طریق آموزش فراگیر به سالمندان و ارایه خدمات مورد نیاز به آنان تحقق می‌یابد. به همین دلیل در حال حاضر یکی از مهمترین برنامه‌ها در کشورهای توسعه یافته، ارتقای آگاهی و افزایش توانمندی سالمندان برای مراقبت از خود است.

بدیهی است که با توجه به تغییرات فیزیولوژیک سالمندی، با افزایش سن، ظرفیت‌های طبیعی بدن کم می‌شود؛ اما پیری به تنهایی نباید موجب ناتوانی شدیدی شود. وضعیت سلامت یک سالمند حاصل تعامل وضعیت پیری طبیعی، بیماری‌ها و ناتوانی‌های حاصل از آن و عوامل خطرساز محیطی مانند مصرف دخانیات، نداشتن تحرک و فعالیت بدنی، رژیم غذایی نامناسب و... است. اگر چه خطر ایجاد بیماری‌های غیر واگیر با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد، اما وجود این عوامل زیان‌آور، خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر در دورۀ سالمندی را بیشتر می‌کند.

به عنوان مثال شرکت در فعالیت‌های منظم و متعادل ورزشی، می‌تواند از کارافتادگی را به تاخیر اندازد. همچنین می‌تواند شروع یا بروز بیماری‌های مزمن را در سالمندان، چه سالم و چه مبتلا به بیماری‌های مزمن، کاهش دهد.

گزارش سی ساله

در سال ۱۳۷۷ به منظور تعیین وضعیت سلامت سالمندان و تعیین اولویت‌های مداخله، بررسی کشوری وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران انجام شد. در این بررسی وضعیت بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی سالمندان مشخص گردید. برخی از نتایج به شرح ذیل می‌باشد:

- اولین نیاز عنوان شده توسط سالمندان، نیاز مالی و پس از آن نیاز به خدمات بهداشتی- درمانی بوده است.
- ۷۲ درصد سالمندان بی سواد و تنها ۸ درصد آنان سواد دارند.
- ۵۱ درصد مردان ٦۰ ساله و بالاتر شاغل هستند.
- ۷۰ درصد زنان سالمند خانه‌دار و تنها ۵ درصد آنان به کار درآمدزا اشتغال دارند.
- ۱۷ درصد کل سالمندان بیکار و بدون هرگونه در آمد یا حمایت مالی هستند.
- ۱٤/۱٦ درصد زنان و۲/۷٦ درصد مردان ٦۰ ساله و بالاتر تنها زندگی می‌کنند.
- ۱٦/٤ درصد زنان و۱/٦٤ درصد مردان ٦۰ ساله و بالاتر هیچ منبع درآمدی (ناشی از شغل کنونی، حقوق بازنشستگی، کمک کمیته امداد، کمک سازمان بهزیستی، کمک مالی فرزندان، کمک مالی اقوام و همسایگان و یا استفاده از دارایی شخصی) ندارند.
- ۲۷/٦ درصد زنان و ۲۸/٦٤ درصد مردان ٦۰ ساله و بالاتر بیمه نیستند.
- ۳۱/۷ درصد زنان و۱۸/٤۸ مردان ٦۰ ساله و بالاتر نمی‌توانند به تنهایی ایاب و ذهاب کنند.
- ٤۰/۹٤ درصد زنان و ۲۳/٤ مردان ٦۰ ساله و بالاتر نمی‌توانند به تنهایی خرید کنند.
- ۳۵ درصد زنان و ۲۵/۹۸ مردان ٦۰ ساله و بالاتر نمی‌توانند به تنهایی کارهای منزل را انجام دهند.
- ۵۳/٤ درصد افراد ٦۰ ساله و بالاتر مبتلا به اختلال حرکتی هستند.
- ۳۳/۱ درصد افراد ٦۰ ساله و بالاتر مبتلا به پرفشاری خون تشخیص داده شده هستند.
- ۹/۳ درصد افراد ٦۰ ساله و بالاتر مبتلا به دیابت هستند.
- ٦۹/۸٤ درصد زنان و ٤٦/٦۲ درصد مردان ٦۰ ساله و بالاتر مبتلا به افسردگی هستند.
- ۱۳/۷٤ درصد زنان و ۳۰/۵٦ درصد مردان ٦۰ ساله و بالاتر از دخانیات استفاده می‌کنند.

شاخص‌های اجتماعی_ اقتصادی سالمندان نشان می‌دهد که بهترین وضعیت، مربوط به مردان سالمند شهری و بدترین وضعیت مربوط به زنان سالمند روستایی است. در این بررسی، فهرست شکایات و

مشکلات بهداشتی سالمندان استخراج شد و بر اساس این فهرست و منابع علمی موجود، مجموعه ٤ جلدی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی بصورت خودآموز برای سالمندان تدوین شد. این مجموعه توصیه‌های ساده‌ای را برای پیشگیری از شکایات شایع سالمندان آموزش می‌دهد. این مجموعه‌ها شامل مباحث تغذیه، ورزش، پیشگیری از کمردرد، مراقبت از زانوها، مراقبت از پاها، پوکی استخوان، پیشگیری از حوادث، بهداشت دهان و دندان، یبوست، بی‌اختیاری ادرار، بزرگی غدهٔ پروستات، یائسگی، کاهش هورمون مردانه با افزایش سن، استرس، حافظه، خواب، روابط زناشویی، رانندگی و استعمال دخانیات است.

نتایج بررسی وضعیت سالمندان در سال ۸۱

طرح بررسی کارآیی برنامه مراقبت از سالمند (تعیین وضعیت موجود سلامت سالمندان)

به منظور مشخص کردن شاخص‌های اثر مداخله و مقوله‌های نیاز سالمندان، ارزیابی اولیه قبل از مداخله در سال ۸۵ در ٤ دانشگاه اردبیل، کرمانشاه، فارس و لرستان در دو شهرستان مداخله (مجری برنامه) و شهرستان شاهد از هر دانشگاه انجام شد و پس از آنکه برنامه مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی به مدت حداقل ۱۸ ماه اجرا شد، مجددا وضعیت سلامت سالمندان در شهرستان‌های یاد شده (مورد و شاهد) از هر دانشگاه مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج فاز دو مطالعه در حال استخراج است.

- در راستای اهداف کلی برنامه که مشتمل بر کاهش بار بیماری‌ها در گروه سنی زیر ۸۰ سال و کاهش بیماری، معلولیت‌های شایع در گروه سنی ۸۰ سال و بالاتر و ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی است؛ اداره سلامت سالمندان برنامه‌های «مراقبت‌های ادغام یافته سالمند»، «ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی» را دنبال می‌کند.
- برنامه مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی:

به دنبال دو تحقیق کشوری (سال ۷۷ و سال ۸۱) در خصوص وضعیت سالمندان و مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ در مورد ۲۵۰ بیماری شایع در کشور به تفکیک گروه سنی و جنس انجام شد و بار بیماری‌ها در هر گروه سنی از آن استخراج گردید. این گزارش‌ها مبنای ورود بیماری‌های اولویت‌دار به برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند گردیدند. چرخه کار در ذیل، منطق انتخاب و ورود بیماری‌ها به بسته خدمتی را نشان می‌دهد.

مراحل تدوین

اداره سلامت سالمندان با توجه به رسالت خود، برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند را از سال ۸٤ در راستای اجرای برنامه‌ریزی راهبردی در دستور کار خود قرار داد.

مراحل انجام کار:

۱. تعیین مدل کلی برنامه
۲. انتخاب بیماری‌های بسته خدمتی با توجه به معیارهای زیر:
- بیماری‌های اولویت‌بندی شده بر اساس بار بیماری‌ها با ارجحیت مرگ نسبت به معلولیت و مطالعات کمی و کیفی انجام شده
- مداخله پذیر بودن بیماری‌های اولویت‌دار
- هزینه اثر بخش بودن طرح‌های مداخله
- تامین بودن اعتبار مالی بیماری‌های اولویت‌دار با قابلیت مداخله پذیری اثربخش

۳. تهیه پیش‌نویس پروتکل مراقبت‌های ادغام یافته سالمند بر اساس بیماری‌های با اعتبارات تامین شده و دارای متولی در مرکز مدیریت بیماری‌ها مثل آنژین صدری، سکته قلبی، سکته مغزی، اختلالات فشار خون، دیس لیپیدمی، دیابت، تغذیه، افسردگی، اضطراب، اختلال خواب، واکسیناسیون و سل در دو سطح پزشک و غیر پزشک
٤. تهیه پیش‌نویس پروتکل مراقبت‌های ادغام یافته سالمند بر اساس بیماری‌های بدون اعتبارات و متولی در مرکز مدیریت بیماری‌ها مثل سرطان کولورکتال، سقوط، پوکی استخوان، آرتروز، دمانس و اختلالات بینایی و شنوایی در دو سطح پزشک و غیر پزشک
۵. هماهنگی با ادارات تخصصی و اساتید امر مبنی بر ارسال نقطه نظرات اصلاحی پیش‌نویس برنامه
٦. اصلاح و اجرای برنامه بر اساس پیش‌نویس اصلاح شده
۷. نهایی‌سازی اولیه برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند
۸. اجرای آزمایشی برنامه با هدف تعیین قابلیت اجرا و اثر بخشی برنامه
۹. اصلاح مجدد و نهایی برنامه با توجه به نتایج اجرای آزمایشی
۱۰. تعمیم برنامه به کشور

محل و زمان اجرای آزمایشی

اجرای طرح از آذر ماه ۱۳۸۵ در یک شهرستان از ٤ دانشگاه علوم پزشکی کشور آغاز شد. در این راستا، ابتدا دانشگاه‌های پایلوت به اسامی شیراز، لرستان، کرمانشاه و اردبیل بر اساس معیارهای خاص انتخاب شدند و در اولین کارگاه کشوری توسط اعضای هسته آموزشی کشوری تحت عنوان کمیته اجرایی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند، آموزش‌های لازم را دیدند. شرکت‌کنندگان در کارگاه شامل افراد ذیل بودند:

مدیر گروه بهداشت خانواده و کارشناس برنامه سالمندان در استان، مسوول آموزش بهورزی در استان، مدیر گروه مبارزه با بیماری‌ها در استان، کارشناس مسوول بهداشت خانواده و کارشناس سالمندان در شهرستان به‌همراه سه تن از پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان‌های منتخب

جهت آموزش به سطح ارایه دهندگان خدمت، ابتدا هسته آموزشی استانی تشکیل گردید. در این هسته شرکت‌کنندگان در کارگاه کشوری و متخصصین مرتبط با بیماری‌های مندرج در بسته آموزشی عضویت و مشارکت فعال داشتند. اعضای هسته بدواً تعداد کارگاه‌های آموزشی مورد نیاز شهرستان منتخب را به تفکیک پزشک و غیر پزشک برآورد کرده، سپس بر اساس محدوده زمانی تعیین شده از سوی ستاد، کارگاه‌های آموزشی شهرستان منتخب را در دو سطح پزشک و غیر پزشک طبق برنامه زمان‌بندی شده برگزار کردند.

اهداف اجرای آزمایشی برنامه

در زیر کمیته تخصصی پژوهشی، موارد زیر مصوب گردید:

- مشکلات اجرایی برنامه پس از گذشت حداقل ۳ ماه از زمان اجرا تعیین و اصلاح گردد.
- میزان کارآیی برنامه حداقل ۱۲ و حداکثر ٣٦ ماه پس از اجرای برنامه تعیین و بر اساس آن، برنامه اصلاح شود.

پایش برنامه

برای پایش برنامه اقدامات زیر به ترتیب انجام شد:

۱. طراحی و تدوین شاخص‌های برنامه
۲. طراحی و تدوین سؤالات مرتبط با شاخص‌های تعیین شده
۳. طراحی روش و شیوه و ابزار پایش

٤. ترسیم جدول زمان‌بندی بازدیدهای پایشگرانه به تفکیک دانشگاه

اقدامات فوق منجر به طراحی سه چک لیست مشتمل بر پایش مدیریت بهداشت خانواده در استان و شهرستان، پایش مدیریت مرکز بهداشتی درمانی و پایش ارایه مراقبت‌ها گردید.

نتایج حاصل از پایش شهرستان‌های منتخب که توسط مسؤل و کارشناسان اداره سلامت سالمندان انجام شده است به شرح زیر است:

جدول ٥: نتایج پایش ارایه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند در ٤ شهرستان پایلوت

موضوع	کل(٪)
تکریم و برقراری ارتباط	٦٠
گرفتن شرح حال	٦٩
ثبت اطلاعات شرح حال در فرم مراقبت	٥٦
دانش و مهارت ارایه کننده خدمت	٦٥
ثبت اطلاعات معاینه فیزیکی در فرم مراقبت	٨١
ارجاع	٦٩
تکمیل فرم ارجاع	٦٩
پیگیری	-
تکمیل فرم پیگیری	٦٩
تجهیزات خدمت	٦٣
وسایل خدمت	٥٤
دارو و واکسن	٥٥
فراهم بودن خدمت	٥٩
آموزش و مشاوره	-
موضوع	کل(٪)
رضایت شغلی ارایه کننده خدمت	٣٨
رضایت گیرنده خدمت	٦٨

جدول ٦: نتایج پایش مدیریت مرکز ارایه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند در ٤ شهرستان پایلوت

موضوع	کل(٪)
ایجاد انگیزه و عدالت گستری	٥٠
پشتیبانی (تامین بموقع دارو، واکسن، وسایل و تجهیزات)	٨٠
بازآموزی	٠
آموزش و اطلاع رسانی	٥٠
پیگیری	٦٢
ارجاع	٤٩.٥
پایش مرکز و پایگاه های بهداشتی	٥٠
پذیرش مراجعین	١٠٠
ثبت و گردش اطلاعات	٥٠
مدیریت حل مشکل	٣٣

جدول ٧: زمان‌سنجی خدمت بر حسب پزشک و غیر پزشک

شهرستان	زمان سنجی خدمت (پزشک)	زمان سنجی خدمت (غیرپزشک)
آباده	٢٠ دقیقه	٥٧ دقیقه
پاوه	٢٠ دقیقه	٣٠ دقیقه
نیر	٢٠ دقیقه	٤٥ دقیقه
سلسله	٣٠ دقیقه	٦٤ دقیقه
میانگین زمان	٢٢ دقیقه	٤٩ دقیقه

لازم به ذکر است که بیشترین زمان بری را ارایه مراقبت‌های آنژین صدری، سکته قلبی و مغزی و افسردگی (٧ و ٥ دقیقه) و کمترین زمان‌بری را ارایه مراقبت‌های دهان و دندان و بینایی و شنوایی (٢ دقیقه) داشته‌اند.

تعداد سالمند مراقبت شده در شهرستان‌های پایلوت در کل ٢٧٥٣ نفر است که ١٧٩٤ نفر سالمند را در شهر و ٩٥٩ نفر سالمند را در روستا شامل می‌گردد.

نسبت سالمندان مراقبت شده تا پایان سال ٨٦ در ٤ شهرستان پایلوت حدود ٥٠٪ و در ١٧ شهرستان حدود ١٥٪ است.

در سال ۸٦:

با برگزاری دو کارگاه کشوری در سال ۸٦، ۱۳ شهرستان دیگر از ۱۳ دانشگاه به شهرستان‌های مجری برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند اضافه گردیدند و این شهرستان‌ها عبارتنداز:
نقده، تبریز، لنگرود، بهشهر، گنبد، نیشابور، گرمسار، لواسانات (مرکز بهداشت شمیرانات)، مرکز بهداشت غرب، مرکز بهداشت ری، آبیک، ابهر و سنندج

- ارایه دهندگان خدمت:

در حال حاضر تعداد ۱۰۰ پزشک خانواده، ٦۵ پزشک رسمی و ۳۰ پزشک طرحی در حال ارایه خدمات مراقبت‌های ادغام یافته به سالمندان در ۱۷ شهرستان مجری برنامه می‌باشند.

- مراکز ارایه خدمت:

در ۱۷ شهرستان مجری برنامه و حدود ٦۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۵۰ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۳۷۰ خانه بهداشت ،مکان اجرای برنامه هستند.

- پوشش برنامه:

تا پایان سال ۸۷، نسبت سالمندان مراقبت شده در ۱۷ شهرستان یاد شده حدود ۳۰٪ برآورد می‌گردد.

- فرم‌های ثبت برنامه:
  - ✓ فرم مراقبت دوره‌ای
  - ✓ فرم ارجاع
  - ✓ فرم پیگیری
  - ✓ فرم پسخوراند

در فرم *مراقبت دوره‌ای* اطلاعات سالمند مشتمل بر نشانه‌ها، علایم بیماری، ابزار تشخیصی، اقدامات پاراکلینیکی و توصیه‌های درمانی ساده و غیر درمانی ثبت می‌گردد. فرم مراقبت شامل دو بخش پزشک و غیرپزشک است. تیم غیر پزشک در روستا شامل بهورز و در شهر کاردان و یا کارشناس است. در اولین مراجعه سالمند به واحد بهداشتی، تیم غیر پزشک، بخش غیر پزشک فرم مراقبت و پزشک، بخش پزشک فرم را در خصوص سالمندان ارجاع شده تکمیل می‌کند.
برای سالمند نیازمند ارجاع، *فرم ارجاع* تکمیل می‌گردد. در این فرم نوع ارجاع، محل ارجاع و علت ارجاع قید می‌گردد.

برای سالمند نیازمند پیگیری، *فرم پیگیری* تکمیل می‌گردد. در این فرم زمان و علت پیگیری، تغییر نشانه‌ها و علایم بیماری و توصیه‌ها که شامل زمان پیگیری بعدی، ارجاع یا مراقبت دوره‌ای است، قید می‌گردد.

فرم پسخوراند معمولاً به‌دنبال ارجاع سالمند به سطح بالاتر یعنی پزشک مرکز یا پزشک متخصص، در صورتی که سالمند نیاز به مراقبت‌های ماهانه توسط سطح پایین‌تر یعنی پزشک مرکز یا تیم غیر پزشک داشته باشد، از این فرم استفاده می‌گردد. در این فرم مراقبت‌هایی را که سالمند نیاز دارد به‌صورت ماهیانه یا ۳ ماهه توسط سطح پایین‌تر دریافت کند، به‌همراه زمان ارجاع بعدی درج می‌گردد. بنابراین این فرم توسط پزشک متخصص یا پزشک مرکز تکمیل می‌گردد.

نتایج اجرای برنامه تا پایان نیمه اول سال ۱۳۸۷

میزان شیوع بیماری در سالمندان مراقبت شده در نیمه اول سال ۱۳۸۷

برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی

این برنامه از سال ۸۲ بدنبال بررسی‌های کشوری وضعیت سالمندان در سال‌های ۷۷ و ۸۱ شروع گردید. متعاقب این بررسی‌ها مجموعه ٤ جلدی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی توسط تیم تخصصی و براساس نیازهای اساسی در سلامت سالمندان تدوین گردید و پس از برگزاری دو دوره تربیت مربی برای کارشناسان ستادی دانشگاه‌ها در راستای تشکیل هسته آموزشی در اختیار دانشگاه‌ها قرار داده شد تا به آموزش سالمندان بر اساس این مجموعه بپردازند. اهداف این برنامه در سال‌های گذشته، صرفاً آموزش سالمندان بوده و تا سال ۱۳۸۵، حدود ۳۰٪ سالمند آموزش دیده در موارد مختلف وجود داشت.

چالش‌های برنامه

- مشخص نبودن این که یک سالمند کدام یک از مجموعه ٤ جلدی را آموزش دیده است.
- نبود شاخص روشن و بیانگر در خصوص سالمند آموزش دیده
- نبود نگاه مستقل به این آموزش به عنوان یک برنامه
- کمبود منابع آموزشی که باید در دسترس سالمند قرار می‌گرفت.

با توجه به مسایل موجود، اداره سلامت سالمندان با جمع‌آوری نظرات دست‌اندرکاران اجرایی برنامه در دانشگاه‌ها، به این نتیجه رسیدند که برای انجام این آموزش‌ها و مقبولیت آن از طرف سالمندان، می‌بایست بر اساس مشکلات موجود سالمندان و نیاز ایشان، آموزش‌ها انجام شوند و تا ایجاد تغییر رفتار پیگیری گردند و با توجه به این موارد، برنامه فوق تغییرات رفتاری حاصل از اهداف آموزشی برنامه ترویج شیوه زندگی سالمند را در راستای نیل به اصلاح شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی دنبال می‌کند.

لذا با همکاری همکاران محترم آموزش سلامت، طی یک پروژه تصمیم گرفته شد استانداردهای آموزش شیوه زندگی سالم و ابزار لازم جهت بررسی فرد آموزش دیده، سالمند دارای اطلاعات ماندگار و سالمند دارای تغییر رفتار، پایش برنامه تنظیم و مورد بهره‌برداری قرار گیرد. این استانداردسازی طی ۳ برنامه آموزشی برای کارشناسان ستادی سالمندان دانشگاه‌ها برگزار گردید.

گزارش برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی

برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی از اواخر سال ۱۳۸٦ با تکمیل فرم‌های ١٦ سئوالی مربوط به مشکل شایع در گروه سنی ٦۹- ٦٠ سال آغاز شد. پس از جمع‌بندی سئوالات مشکل شایع سلامتی منطقه شناسایی و موضوع آموزشی تعیین شد و از ابتدای سال ۱۳۸۷ کلاس‌ها برگزار شد. بیشترین مشکل شایع شناسایی شده در ۷۲ شهرستان منتخب، مشکل دهان و دندان و درد مفاصل بودند.

نتایج بدست آمده از جمع‌بندی دو فرم ثبت اطلاعات سالمندان با مشکل اولای سلامتی و سالمندان آموزش دیده دانشگاه‌های کشور به شرح زیر است.

۱. درصد سالمندان آموزش دیده:

از کل سالمندان با مشکل اولای سلامتی (۱۳٤ هزار نفر)، ٤۹ ٪ (حدود ٦٦ هزار نفر) آموزش دیده‌اند.

۲. مقایسه سالمندان آموزش دیده و دارای مشکل شایع سلامتی در منطقه در سال ۱۳۸۷؛

براساس برآورد کشوری می بایست تا پایان سال ۱۳۸۷، حدود ۱۰۰٪ سالمندان شناسایی شده با مشکل شایع، آموزش می‌دیدند که حدود نیمی از آنان آموزش دیده‌اند.

۳. درصد سالمندان آموزش دیده به تفکیک جنس:

از کل سالمندان آموزش دیده، ۳۹/۱ ٪ مرد و ٦٠/۷ ٪ زن هستند.

٤. درصد سالمندان آموزش دیده به تفکیک سطح سواد:
از کل سالمندان آموزش دیده، ١٩/٤ ٪ با سواد و ٨٠/٤ ٪ بی سواد هستند.
٥. درصد سالمندان آموزش دیده به تفکیک وضعیت زندگی:
از کل سالمندان آموزش دیده، ١٠/٩ ٪ تنها و ٨٩/٣ ٪ با همراه هستند.
٦. درصد سالمندان آموزش دیده به تفکیک گروه سنی:
از کل سالمندان آموزش دیده، ٤٩/٧ ٪ در گروه سنی ٦٤-٦٠ سال و ٥١/١ ٪ در گروه سنی ٦٩-٦٥ سال هستند.

پایش کلاس‌های شیوه زندگی سالم در سالمندی

بر اساس برنامه، می‌بایست تعداد ٢١٦٠ خانه بهداشت (٣٠ خانه بهداشت از هر شهرستان) و ٧٢٠ مرکز بهداشتی درمانی شهری (١٠ مرکز از هر شهرستان) پایش شوند. از این تعداد، ٩٠٢ خانه بهداشت و ٢٥٣ مرکز پایش شده‌اند. شایان ذکر است که نرم‌افزار پایش ٩ دانشگاه (ایلام، جهرم، خوزستان، زابل، سبزوار، کاشان، کهکیلویه و بویراحمد، گناباد و مرکزی) تاکنون به این اداره ارسال نشده است.
نتایج حاصل از جمع‌بندی اطلاعات چک لیست پایش به شرح زیر است:

- پایین‌ترین درصد در روستا مربوط به شاخص وسایل و تجهیزات موجود در کلاس است که به نبود تخته سیاه/ وایت برد، ماژیک و کتاب برمی‌گردد. در صورت نبود تخته سیاه می‌توان از دو کاغذ A3 در کنار هم و ماژیک استفاده کرد. در خصوص کمبود کتاب نیز تمهیداتی برای سال آینده در نظر گرفته شده است.
- پایین بودن درصد شاخص رعایت نکات ایمنی در روستا به کمبود وسایل روشنایی، گرمایشی و سرمایشی مناسب مربوط می‌شود که لازم است جهت تامین آنها با ستاد گسترش شبکه در استان هماهنگی لازم انجام شود.

جدول ۸: شاخص‌های برونداد کلاس

شاخص‌های برون داد کلاس	مرکز شهری	خانه بهداشت
عوامل فیزیکی رعایت شده	٪ ۸٤	٪ ۸۹
وسایل و تجهیزات موجود	٪ ۷۳	٪ ۵۸
رعایت نکات ایمنی	٪ ۹۰	٪ ۷۵
فراگیران با ویژگی‌های استاندارد	٪ ۸۱	٪ ۸٦
انجام نیازسنجی	٪ ٦۸	٪ ٦۷
انجام پیش آزمون	٪ ۸۷	٪ ۸۹
اجرای طرح درس	٪ ۸۷	٪ ۸۵
مسوولیت پذیری مربی	٪ ۸۷	٪ ۹۵
انجام آزمون نهایی	٪ ۸٤	٪ ۸۳

گزارش عملکرد برنامه بهبود شیوه زندگی در سال ۸٦

- برگزاری دو کارگاه آموزشی کشوری مبتنی بر نیازسنجی در زمینه استانداردسازی برنامه
- تهیه راهنمای مربیگری و برنامه‌ریزی آموزشی
- تنظیم ١٤ طرح درس مرتبط با شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی
- طراحی فرم‌های ثبت اطلاعات برنامه
- طراحی ۱۲ پرسشنامه استاندارد سنجش رفتارهای شیوه زندگی سالم
- زمان‌سنجی خدمت استاندارد شده
- طراحی ابزار و روش پایش برنامه
- ترجمه چک لیست‌های شهر دوستدار سالمند و کاربری آن در منطقه ۲۲ شهرداری تهران (منطقه ایمن)
- تدوین پیش‌نویس بسته آموزشی تمرینات بدنی مناسب دوره سالمندی به تفکیک سالمند سالم و ناخوش

اهداف اختصاصی برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی

- افزایش درصد سالمندان دارای بهبود رفتار در راستای آموزش‌ها و آگاهی‌های شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی

- افزایش درصد دانشگاه‌های دارای هسته آموزشی متشکل از مربیان دوره دیده و تربیت شده در زمینه انتقال مفاهیم شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی به گروه‌های هدف
- افزایش درصد خانواده‌های آگاه در زمینه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی، تکریم سالمند، اهمیت سالمندی سالم و مستقل

نتایج اجرای برنامه تاکنون

- تاکنون ۹۶۰۰۰ سالمند با مشکل شایع سلامتی، شناسایی شده‌اند (نسبت سالمندان شناسایی شده: ۵۳٪).
- حدود ۴۲۰۰۰ نفر از سالمندان با مشکل شایع، آموزش دیده‌اند (نسبت سالمندان آموزش دیده در زمینه مشکل شایع سلامتی در منطقه ۴۴٪).

شایع‌ترین مشکل: درد مفاصل و دهان و دندان

- هماهنگی‌های لازم با سازمان بازنشستگان آموزش و پرورش جهت ارتقای علمی مهارتی هسته آموزشی متشکل از دبیران بازنشسته علاقمند به کار
- چاپ مطالب شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی در نشریه سازمان بازنشستگی کشوری و بازنشستگان وزارت نفت
- هماهنگی‌های لازم در زمینه معرفی برنامه و نحوه همکاری با کمیته امداد، بهداشت و درمان شرکت نفت و سازمان بازنشستگی کشوری
- ارسال موضوعات آموزشی برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی و بازبینی الزامات ادغام برنامه به مرکز توسعه و ارتقای سلامت جهت ادغام در بلوک بهورزی و ظرفیت سازی

سلامت مادران

مقدمه

مراقبت مطلوب از مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان؛ یکی از راهکارهای کاهش مرگ ومیر مادران محسوب می‌شود. این راهکار به منظور به ثمر رساندن یک بارداری و تامین سلامت مادر و نوزاد طی سالیان متمادی در بسیاری از کشورها به کار گرفته شده است و هم‌اکنون هیچ تردیدی در اثربخشی آن وجود ندارد. در کشور ما نیز مراقبت‌های بارداری، زایمان و پس از زایمان در قالب برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران در دو بخش خارج بیمارستانی (برای مراقبت در سطح اول و دوم ارایه خدمات) توسط بهورزان، کارکنان بهداشتی و ماما و پزشک عمومی و خدمات بیمارستانی (برای سطح سوم) توسط متخصصین زنان و زایمان ارایه می‌شود. با این دیدگاه که تمام مادران، با هر وضعیتی از سلامتی و بیماری، در هر زمانی از بارداری، حین زایمان و پس از زایمان (تا شش هفته)، به مراکز ارایه دهنده خدمات در هر کجای نظام شبکه اعم از بخش دولتی یا خصوصی مراجعه و خدمات اثر بخش و کارآمد دریافت کنند به نحوی که پس از طی این دوره، دچار مرگ و عوارض غیر قابل درمان نشده و در صورت ابتلا به هر مشکلی، درمان مناسب و موثر دریافت کنند.

بدین منظور اداره سلامت مادران به عنوان متولی کاهش بار بیماری‌های ناشی از حاملگی، زایمان و پس از زایمان در مادر (تا ٦ هفته پس از زایمان)، جنین و نوزاد (تا ٦ ساعت اول پس از زایمان)، در راستای تعهدات ملی و بین‌المللی و با توجه به ارزش‌های سازمانی؛ مسوول طراحی، استقرار، حمایت، نظارت، ارزشیابی و اصلاح برنامه کشوری سلامت مادران است.

تعریف واژگان

:(MMR) Maternal Mortality Ratio

این شاخص، نسبت مرگ مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان را در ۱۰۰۰۰۰ موالید زنده نشان می‌دهد و یکی از مهمترین شاخص‌های توسعه در جامعه به شمار می‌آید و همواره کاهش آن از تعهدات مهم کشورها بوده است.

:(MDGs) Development Goals Millennium

براساس اهداف توسعه هزاره (MDGs) در سال ۲۰۰۰ میلادی، کشورها متعهد شده‌اند که نسبت مرگ و میر مادران را تا سال ۲۰۱۵ میلادی، به میزان ۷۵٪ نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش دهند.

شاخص‌ها

- نسبت مرگ و میر مادران در صد هزار تولد زنده:

تعداد مادرانی که در زمان بارداری، حین زایمان و یا طی ٤٨ ساعت اول پس از زایمان، در اثر عوارض ناشی از بارداری و زایمان در هر صد هزار تولد زنده فوت کرده اند.

- درصد پوشش مراقبت بارداری (حداقل ٦ بار):

تعداد مادرانی که در طی بارداری خود، حداقل ٦ بار مراقبت شده اند نسبت به کل زنان زایمان کرده.

- درصد پوشش دو بار مراقبت در ٦٠ روز پس از زایمان:

تعداد زنان زایمان کرده ای که حداقل ٢ بار در ٦٠ روز اول پس از زایمان مراقبت شده اند نسبت به کل مادران زایمان کرده.

- درصد زایمان توسط افراد دوره دیده:

تعداد زنانی که توسط افراد دوره دیده شامل پزشک متخصص زنان و زایمان، پزشک عمومی و ماما (کاردان و کارشناس و کارشناس ارشد) زایمان کرده‌اند نسبت به کل زایمان‌های انجام شده

- درصد زایمان در مراکز زایمانی:

تعداد زنانی که در مراکز زایمانی شامل بیمارستان، زایشگاه و یا در واحد تسهیلات زایمانی، زایمان کرده‌اند نسبت به کل زایمان‌های انجام شده.

- درصد زایمان به طریق سزارین:

تعداد زنانی که با روش سزارین زایمان کرده‌اند نسبت به تعداد کل زایمان‌ها.

گزارش سی ساله

مروری بر سابقه ارایه خدمات بهداشتی درمانی در کشور، نشان می‌دهد مراقبت مادران باردار از ۶۵ سال قبل با تاسیس کلینیک‌های مادر و کودک در مناطق شهری آغاز شده است. قبل از پیروزی انقلاب اسلامی به علت عدم وجود شبکه بهداشتی درمانی و ساختار مناسب، ارایه مراقبت‌ها در مناطق شهری متمرکز بود و این خدمات پوشش بسیار کمی در سطح کشور به خصوص مناطق روستایی داشت. پس از انقلاب اسلامی، شورای برنامه‌ها و تشکیلات در وزارت بهداری در سال ۱۳۵۹ تشکیل شد. در سال ۱۳۶۰، نتیجه کار اعضای این شورا منجر به تدوین کتاب نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی گردید. پس از آن طی ۳ سال، شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بر مبنای نتایج طرح آذربایجان غربی و در راستای تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی طراحی و در کشور پیاده شد. در این نظام، برنامه بهداشت مادر و کودک، یکی از اجزای مهم نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور محسوب شده و از آن پس خدمات مربوطه از طریق مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی، پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت ارایه شدند.

بخش عمده مراقبت‌هایی که در این مراکز از مادر به عمل می آمد، همان مراقبت‌هایی بود که در ابتدای تربیت بهورزان در سال ۱۳۵۱ پیش‌بینی شده بود البته همراه با تغییر و اصلاحی که به مرور اعمال شد؛ از قبیل:

- درخواست آزمایش‌های تشخیصی لازم
- افزایش نوبت‌های مراقبت
- راهنمایی‌های لازم برای دسترسی به زایمان سالم، ثبت روند و نتیجه زایمان در پرونده مادر
- تجویز و ارایه قرص آهن، مولتی ویتامین و اسید فولیک طبق دستورعمل
- انجام مراقبت‌های بعد از زایمان (۱۰ و ۴۰ روز بعد از زایمان)
- ۳ بار مراقبت‌های دندانپزشکی در طول دوران بارداری

همزمان با توسعه واحدهای فوق و تربیت بهورز، تربیت سایر نیروهای انسانی نیز پیش‌بینی و اجرا شد، مثل تربیت کاردان‌های بهداشت خانواده و ماماهای محلی

طرح تربیت کاردان بهداشت خانواده

در طراحی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، تربیت نیروهایی که بتوانند مجموعه‌ای از خدمات را به صورت تلفیقی و ادغام یافته عرضه کنند، مدنظر بود و بر همین اساس طرح تربیت کاردان بهداشت خانواده مطرح شد. این گروه برای ارایه مجموعه خدمات بهداشت خانواده (آموزش بهداشت، بهداشت مادر وکودک، بهداشت مدارس، تغذیه و تنظیم خانواده) در نظر گرفته و محل خدمت آنان مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده بود. بر این اساس در تاریخ ۱۸ مرداد ماه ۱۳۶۲، مجلس شورای اسلامی، تشکیل دوره‌های کاردانی بهداشت عمومی (شاخه‌های بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها) را تصویب کرد.

طرح آموزش ماماهای محلی

هدف این طرح، جلوگیری از عوارض بارداری و زایمان و کاهش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان در مناطق روستایی بود. برنامه آموزش ماماهای محلی در سال ۱۳۶۲ به تصویب وزارت بهداری رسید. مدت آموزش آنان ۲۱ روز بود و تا اسفند ۱۳۶۵، تعداد ۲۵۰۰۰ نفر مامای محلی در کشور در این دوره‌ها شرکت کرده بودند. واحد بهداشت خانواده هر شهرستان با همکاری کادرهای کمکی موظف به نظارت، هدایت و ارزشیابی فعالیت ماماهای محلی منطقه تحت پوشش خود بود و طبق برنامه، ماهیانه وضعیت ماماهای محلی بررسی و برای آنان هر سال دوره‌های بازآموزی به شکل عملی تشکیل می‌شد. بعدها با توجه به آموزش ماماهای روستایی، این برنامه بطور رسمی ادامه پیدا نکرد. طبق اطلاعات جمع‌آوری شده در سال ۱۳۷۹، تعداد ماماهای محلی در ۳۵ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور (به جز تهران، رفسنجان، کاشان، کرمان و کهکیلویه و بویراحمد) در حدود ۹۱۵۰ نفر برآورد شد که حدود ۹۲ درصد آنان بی‌سواد هستند و ۶۲ درصد آنان کمتر از ۵ زایمان در سال انجام می‌دهند.

برنامه‌های پنج ساله توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور

در طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۷، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد نیاز جهت سلامت مادران با هدف کلی تامین، حفظ و ارتقای سلامت مادران در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان ارایه می‌شد.

برای دستیابی به هدف فوق، ضمن توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی در کشور؛ برنامه‌های زیر در کلیه سطوح ارایه خدمت فراهم شد:

- ارایه مراقبت‌های دوران بارداری و بعد از زایمان
- انجام زایمان ایمن و بهداشتی از طریق تربیت ماماهای روستایی (برای انجام زایمان بهداشتی در منزل) و راه‌اندازی واحدهای تسهیلات زایمانی
- شناسایی و ارجاع مادران و نوزادان در معرض خطر
- آموزش کارکنان و آموزش همگانی
- اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده و توسعه آن در سطح کشور
- پیشنهاد قوانین و مقررات به منظور ارتقای سطح سلامت مادر و نوزاد
- اعطای یک ساعت مرخصی در روز به مادران شیرده شاغل
- اعطای مرخصی زایمان به مدت ٤ ماه
- الزام مشاوره ژنتیک، بررسی از نظر تالاسمی و تزریق واکسن کزاز قبل از بارداری

در طی این سال‌ها، به منظور بهبود دسترسی مادران به خدمات زایمانی در مناطق روستایی و دورافتاده کشور، اجرای دو طرح احداث و راه‌اندازی واحدهای تسهیلات زایمانی و تربیت ماماروستا با هدف کاهش میزان مرگ و میر مادران در اثر عوارض ناشی از بارداری و زایمان اجرا شد.

طرح تربیت ماماروستا

با توجه به بالا بودن میزان مرگ مادران در روستاهای کشور و عدم دسترسی زنان در این مناطق به افراد دوره دیده در امر زایمان، راهکارهای متعددی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کار گرفته شد. یکی از این راهکارها، تربیت ماما روستا بود که از نیمه دوم سال ۱۳٦۹ شروع شد. طبق آیین‌نامه طرح، این افراد دختران جوان مقیم روستا هستند و در گزینش آنان، شرایط خاصی در نظر گرفته می‌شود از جمله:

- بومی بودن
- داشتن سواد در حد ابتدایی یا حداقل خواندن و نوشتن
- سن بین ۱۸ تا ۳۰ سال

طول دوره آموزشی این گروه شش ماه است (آموزش تئوری، عملی و کار در بیمارستان) و کلاس‌ها در مراکز تربیت ماما روستایی مستقر در مرکز شهرستان تشکیل می‌شود. ماماهای روستایی پس از طی

دوره فوق و موفقیت در آزمون پایانی، در کنار کارهای روزمره خود، انجام زایمان طبیعی، مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان، تشخیص و ارجاع حاملگی‌های پرخطر، ترویج خدمات تنظیم خانواده و آموزش بهداشت را به عهده دارند و دستمزد خود را مطابق عرف و سنن روستا دریافت می‌کنند. ضمناً این گروه توسط سطوح بالاتر نظارت شده، در دوره‌های بازآموزی شرکت می‌کنند. تا پایان سال ۱۳۸۰، حدود ۸۳۰۰ ماماروستا در کشور تربیت شده‌اند، ولی متاسفانه بر اساس نتایج «بررسی سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران_ مهرماه ۱۳۷۹، فقط ۱٤/۹ درصد زایمان‌های منزل توسط آنان انجام می‌شود.

طرح راه‌اندازی واحدهای تسهیلات زایمانی

همزمان با طرح تربیت ماماروستا، طرح احداث واحدهای تسهیلات زایمانی پیشنهاد و پس از تصویب مجلس شورای اسلامی به مرحله اجرا گذارده شد. این واحدها بخشی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی هستند که با ضوابط خاصی انتخاب شده‌اند. در هر واحد، سه نفر ماما به صورت شبانه‌روزی خدمت می‌کنند و ضمن مدیریت مامایی منطقه و نظارت بر عملکرد ماماهای روستایی و بهورزان تحت پوشش خود، خدماتی به شرح زیر ارایه می‌دهند:

- انجام زایمان و مراقبت از مادر و نوزاد تا ٦ ساعت پس ازآن
- ارجاع مادر و نوزاد در معرض خطر به واحدهای تخصصی توسط آمبولانس مسقر در واحد
- ارایه مراقبت‌های بارداری (حداقل یک بار معاینه زن باردار ترجیحاً در ماه نهم)
- معاینه زنانی که در منزل زایمان کرده‌اند در۱۰ روز اول بعد از زایمان
- ارایه خدمات تنظیم خانواده و پاپ اسمیر
- آموزش مادران باردار، بهورزان و ماماهای روستایی

بررسی واحدهای احداث شده، نشان می‌داد که در عمل، استقرار برخی از آنان با جایابی نامناسب انجام شده، در نتیجه پوشش جمعیتی مطلوب و مورد نظر را ندارند و در مواردی زایشگاه‌های نامناسب موجود با تغییر عنوان در فهرست واحدهای تسهیلات زایمانی جای داده شده‌اند، در برخی مناطق دسترسی روستاییان به بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های شهری به علت بهبود راه‌ها و یا تغییر جغرافیایی منطقه (روستا به شهر) فراهم شده است. از طرفی میزان موالید در مناطق روستایی به نحو چشمگیری کاسته شده که معلول مهاجرت جوانان به شهرها و افزایش پوشش خدمات تنظیم خانواده است. به دلایل فوق از سال ۱۳۷۷، به علت قطع اعتبارات عمرانی، واحد جدیدی در کشور ساخته

نشد و در سال ۱۳۷۸ مجوز تغییر کاربری واحدهایی که وجود آنان مقرون به صرفه نبودند، صادر شد. تا پایان سال ۱۳۷۸، ٤٩۳ واحد تسهیلات زایمانی در کشور احداث و راه‌اندازی شدند که از این تعداد، ۸٦ واحد تغییر کاربری داده و ٥٦ واحد به صورت نیمه وقت فعالیت دارند.

در برنامه سوم و چهارم توسعه، کاهش مرگ و میر مادران، در ذیل سیاست استمرار تحدید موالید، کماکان مورد تاکید قرار گرفت. به منظور دستیابی موثر به این مهم، از ابتدای سال ۱۳۷۸، برنامه‌ریزی راهبردی با هدف بهبود و اصلاح برنامه کشوری سلامت مادران و به منظور اعتلای بیش از پیش سلامت مادران کشور و کاهش مرگ و میر آنان در اداره سلامت مادران آغاز شد. در ابتدا تحلیلی از وضعیت موجود و بررسی تاریخچه برنامه به عمل آمد. نتایج بررسی نشان داد که علیرغم دستاوردهایی که برنامه داشته است، نقاط ضعف و تهدیدهای زیر در برنامه وجود دارد، از جمله:

- فقدان پروتکل‌های استاندارد جهت مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در کلیه سطوح ارایه خدمت
- فقدان پروتکل‌های استاندارد جهت مادران در معرض خطر «مراقبت ویژه»
- به روز نبودن استانداردهای موجود برنامه
- پایین بودن سطح مداخله پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی در ارایه خدمات مادران
- توجه کم به سلامت جنین و نوزاد در برنامه
- توجه کم به ناتوانایی‌های ناشی از عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان (موربیدیتی)
- پایین بودن کیفیت خدمات زایمانی و پس از زایمان در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها
- ضعف مهارت فنی و آگاهی ارایه‌دهندگان خدمات مادران
- پایین بودن کیفیت خدمات خارج بیمارستانی
- فقدان نظام پایش و ارزشیابی جامع در برنامه
- پایین بودن پوشش خدمات پس از زایمان
- فقدان یک ارتباط کارآمد بین سطوح ارایه دهنده خدمت
- عدم موفقیت طرح تربیت ماما روستا و تسهیلات زایمانی به میزان مورد انتظار
- فقدان یک نظام پایشی جهت گزارش و بررسی مرگ مادران
- حساس نبودن مدیران و کارکنان ارایه دهنده خدمت نسبت به تراژدی مرگ مادر

با توجه به یافته‌های فوق، ضرورت بازنگری و اصلاح برنامه سلامت مادران کشور تقویت شد و با طراحی الگویی برای انجام برنامه‌ریزی راهبردی، کار به صورت جدی آغاز و در طول برنامه سوم و

چهارم توسعه استمرار یافت. دستاوردهای حاصل ناشی از اجرای برنامه‌ریزی راهبردی در اداره سلامت مادران به شرح زیر است:

مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (خدمات خارج بیمارستانی)

[Management of pregnancy and child birth (IMPAC); integrated]

(استانداردسازی پروتکل‌های ارایه خدمات به مادران در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح خارج بیمارستانی برای پزشکان و غیرپزشکان).

پس از شروع بازنگری برنامه، استانداردسازی پروتکل‌های ارایه خدمات به مادران در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح خارج بیمارستانی برای پزشکان و غیرپزشکان توسط تیمی متشکل از متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در سطوح اجرایی انجام شد که منجر به تهیه و چاپ دو مجموعه آموزشی و اجرای آن در چند استان به‌صورت پایلوت گردید. در حین اجرا بر اساس شاخص‌های تعیین شده، برنامه مورد پایش و ارزشیابی قرار گرفت و از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸، در کل کشور تعمیم یافت.

در مجموعه مراقبت‌های سلامت مادران مربوط به سطح اول، به استانداردهای خدمت در تشخیص بارداری، مراقبت‌های معمول بارداری، زایمان خارج از بیمارستان و پس از زایمان اشاره و مراقبت ویژه تعریف و اقدامات لازم در این موارد برای سطح دوم ارایه دهنده خدمت (کارشناس مامایی و پزشک) مشخص شده است. کارکنان سطح اول بر اساس نظرات و پس‌خوراند پزشک و ماما برای مادران در معرض خطر تحت پوشش خود اقدام می‌نمایند.

اهداف کلی طرح در راستای اهداف برنامه مادران به شرح زیر می باشد:

۱. افزایش اثربخشی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران
۲. افزایش کیفیت مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران
۳. افزایش پوشش مراقبت‌های مرتبط با سلامت مادران
٤. بهبود زیر ساخت نظام ارایه خدمات سلامتی

طراحی و راه‌اندازی نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

(National Maternal Mortality Surveillance System)

طراحی نظام مراقبت، از ابتدای سال ۱۳۷۹ آغاز گردید و پس از بررسی تجربه‌های جهانی و توصیه‌های علمی موجود در منابع و پیشنهادهایی که سازمان جهانی بهداشت در این زمینه داشت، ابزارها و گردش کار نظام مراقبت به صورت اولیه تدوین و در ۲ منطقه به صورت آزمایشی اجرا گردید؛ سپس در نشست شهریورماه ۱۳۷۹ با حضور مدیران گروه بهداشت خانواده سراسر کشور و کارشناسان سلامت مادران دانشگاه‌ها، پیش‌نویس‌های تهیه شده در معرض نقد قرار گرفت و نظرات آنان جمع‌آوری و اعمال شد. این برنامه به صورت رسمی از ابتدای سال ۱۳۸۰ در سراسر کشور آغاز گردید. هدف از اجرای این طرح، شناسایی علل و عوامل موثر در مرگ مادر در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان از طریق کشف سیری که هر مادر تا زمان مرگ طی کرده، شناسایی عوامل قابل اجتناب در هر مرگ، طراحی مداخله به منظور حل مشکلات و جلوگیری از وقوع مرگ‌های مشابه است. در این برنامه تعریف مرگ مادر، عبارت از مرگ مادر هنگام حاملگی تا ٤۲ روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری و یا به علت مراقبت‌های ارایه شده طی آن است. این تعریف مرگ به علت حادثه یا تصادف را شامل نمی‌شود.

تعداد موارد مرگ گزارش شده در این مدت بدین ترتیب بوده است:

جدول ۹: تعداد موارد مرگ مادر در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷

سال بررسی	تعداد موارد مرگ مادر
۱۳۸۰	۲۲۲
۱۳۸۱	۳۰۸
۱۳۸۲	۳۳۲
۱۳۸۳	۲۷۸
۱۳۸٤	۲۹۵
۱۳۸۵	۲۷۳
۱۳۸٦	۳۱۸
۱۳۸۷	۲۷۳

امروزه شاخص مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه در جامعه به شمار می‌آید و همواره کاهش آن، از تعهدات مهم کشورها بوده است. به همین منظور در سال ۱۹۹۰، کشورهای جهان متعهد شدند که مرگ مادر را طی یک دهه (تا سال ۲۰۰۰ میلادی)، به میزان ۵۰ درصد کاهش دهند. سپس براساس اهداف توسعه هزاره در سال ۲۰۰۰ میلادی، کشورها متعهد شدند که نسبت مرگ و میر مادران را تا سال ۲۰۱۵ میلادی، به میزان ۷۵٪ نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش دهند. توجه به روند رو به کاهش شاخص مرگ و میر مادران در کشور و در صورت تداوم آن، تحقق هدف تعیین شده در اهداف توسعه هزاره (حدود ۱۸ تا ۲۲ درصد هزار تولد زنده) قابل دسترس خواهد بود.

بیمارستان‌های دوستدار مادر (خدمات بیمارستانی)

از آنجایی که حدود ۹۷ درصد زایمان‌ها در بیمارستان انجام می‌شوند، برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره (MDGs) و در ادامه استانداردسازی مراقبت‌های معمول و ویژه مادران در سطح خارج بیمارستانی، استانداردسازی مراقبت‌های تخصصی در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح بیمارستانی و برای متخصصان و سایر کارکنان ذیربط در قالب نهضت بیمارستان‌های دوستدار مادر، مطرح می‌باشد که هدف آن بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی به‌ویژه در فوریت‌های مامایی و زایمان، تشکیل کلاس‌های آمادگی برای زایمان برای مادر و همراه وی در دوران بارداری به منظور آماده کردن مادر برای زایمان، ترویج زایمان طبیعی کم درد یا بی درد با استفاده از روش‌های دارویی و غیر دارویی جهت کاهش سزارین و کاهش هزینه‌های غیر ضروری است.

در حال حاضر پروتکل‌های استاندارد ارایه خدمت به مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در بیمارستان توسط گروهی از متخصصین زنان و زایمان عضو کمیته علمی مشورتی اعتلای سلامت مادران تهیه و به بیمارستان‌ها جهت بررسی در مورد محتوا و کاربردی بودن مجموعه‌ها ارسال شده است.

برنامه آمادگی پیش از زایمان

یکی از اجزای برنامه سلامت مادران، ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش‌های کنترل دردهای زایمانی است. در این راستا طی سال‌های ۸۴-۸۵، جلساتی برای تدوین «پروتوکل آمادگی پیش از زایمان با استفاده از روش‌های غیر دارویی» در اداره سلامت مادران با حضور چند تن از کارشناسان

ارشد مامایی و پزشکان متخصص زنان و زایمان تشکیل شده است. طی جلسات برگزار شده تاکنون، مباحث مربوط به آموزش مادران مشتمل بر استانداردهای کلاس‌های آموزشی (زمان شروع و پایان، تعداد جلسات، طول مدت هر جلسه، تعداد شرکت‌کنندگان، وجود همراه با مادر)، استانداردهای فیزیکی محل آموزش (اندازه، رنگ، نور، تهویه، تزیینات،...)، استانداردهای وسایل (تجهیزات فنی، غیر فنی، کمک آموزشی) و مفاد فنی و عملی هر جلسه تدوین شده است.

کلاس‌های آمادگی برای زایمان، بر اساس این واقعیت استوار است که زایمان با آموزش و حمایت همسر یا همراه و مربی می‌تواند به صورت طبیعی و لذت‌بخش انجام شود. در این کلاس‌ها مادر و همراه وی روش‌ها و فنونی را خواهند آموخت که با اجرای آنها، می‌توانند در هنگام زایمان نقش فعال ایفا نمایند.

این روش‌ها بسیار ساده‌اند و به مادر و همراهش می‌آموزند در مقابل این رویداد بزرگ زندگی برخورد هوشیارانه داشته باشند. استفاده از این روش‌ها به معنای حذف درد زایمان نیست، بلکه مادران در طی این کلاس‌ها تشویق می‌شوند که به بدن خود اعتماد پیدا کنند و با انجام تمرینات تنفسی، عصبی- عضلانی و شل‌سازی، زایمان خود را هدایت نمایند و بر درد، نگرانی و ترس از طریق کنترل بدن خود غلبه کنند.

به طور کلی هدف از تشکیل کلاس‌های آمادگی عبارتند از: ایجاد نگرش مثبت در مادر و همراه وی در مورد زایمان، افزایش تحمل مادر نسبت به درد زایمان، کاهش نیاز به استفاده از دارو، افزایش آگاهی مادر و همراه نسبت به مراقبت‌های دوران بارداری و شیردهی، تغذیه مناسب و صحیح و بهداشت فردی، آشنایی با روند زایمان طبیعی و هدایت آن با استفاده از تمرینات آموخته شده.

بهبود پوشش زایمان ایمن در مناطق محروم و دورافتاده

در حال حاضر براساس نتایج طرح پایش و ارزشیابی برنامه‌های بهداشت باروری (IMES) در سال ۱۳۸٤، حدود ۵/۹ درصد زایمان‌ها در مناطق روستایی توسط افراد دوره ندیده در امر زایمان انجام می‌شود. برای تحقق زایمان ایمن و اطمینان از حضور فرد دوره دیده در انجام زایمان‌ها، تربیت افراد بومی در روستاهایی که امکان بهره‌مندی و دسترسی مردم این روستاها به مراکز زایمانی وجود ندارد، یکی از برنامه‌های کوتاه مدت دفتر سلامت خانواده و جمعیت می‌باشد. این برنامه بر اساس شرایط هر منطقه شامل تربیت بهورز ماما و یا تربیت ماماروستاست.

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

جدول ۱۰: وضعیت موجود و هدف شاخص‌های برنامه سلامت مادران

شاخص / سال	۱۳۶۳[۱]	۱۳۶۷	۱۳۷۰[۲]	۱۳۷۵[۳]	۱۳۷۹[٤]	۱۳۸٤[٥]	۱۳۸٤[٦]	هدف در ۱۳۹٤
میزان مرگ مادران در اثر بارداری و زایمان در صد هزار تولد زنده	۱٤۰	۹۱	٥٤	۳۷/٤	–	۲٥	–	۲۲–۱۸
درصد زایمان در مراکز زایمانی	–	٦۲/۸	–	–	۸۷/٦	–	۹۷/۸	۹۸
درصد زایمان توسط افراد دوره ندیده	–	۳۰/۱	–	–	۱۰/٤	–	۲/۷	۹۹
پوشش مراقبت های دوران بارداری حداقل ٦بار	–	–	–	–	۷۹/۸	–	۹٤/۳	۹۸
پوشش مراقبت‌های پس از زایمان بار دوم	–	–	–	–	۳۱	–	۸۷	۹۸
میزان سزارین	–	–	–	–	۳٥	–	٤۰/٤	۲٥
پوشش زایمان بدون درد دارویی و غیر دارویی	–	–	–	–	–	–	۰/۹	٥۰

[۱] دکترکامل شادپور، شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران.۱۳۷۲

[۲] دکتر محسن نقوی، تعیین میزان مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان به روش مطالعه مرگ‌های زنان در سنین باروری، (RAMOS). ۱۳۷٥

[۳] سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران (DHS) مهر ماه ۱۳۷۹

[٤] نتایج نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ۱۳۸٤

[٥] پایش و ارزشیابی برنامه‌های بهداشت باروری IMES

موضوعات اصلی و چالش‌ها

اهم چالش‌های برنامه سلامت مادران

۱. تامین اعتبار مورد نیاز به منظور:

- عملیاتی ساختن پروتکل‌های استاندارد در زمینه ارایه خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان.
- راه‌اندازی کلاس‌های آمادگی برای زایمان
- تبدیل بیمارستان‌های موجود به بیمارستان‌های دوستدار مادر و انجام زایمان طبیعی
- طراحی و اجرای پروتکل‌های بیمارستانی

۲. اصلاح نظام پرداخت و حمایت بیمه از خدمات به منظور:

- واقعی کردن تعرفه زایمان طبیعی و متناسب کردن آن با نوع خدمت و سطح ارایه دهنده خدمت
- تعیین تعرفه برای خدمات آموزشی و مشاوره‌ای و حمایت بیمه از آن

۳. اصلاح و طراحی نظام مدیریت اطلاعات بیمارستانی و نظام پایش و ارزشیابی این خدمات

٤. ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، جغرافیایی متفاوت در کشور

۵. تامین منابع انسانی و مشکلات آموزشی

٦. پر کردن خلاء داده‌ها و اطلاعات در برخی موارد مانند سقط جنین

۷. توجه به سلامت زنان و مادران در بحران

۸. سیاست‌های مبتنی بر خدمات موجود در نظام درمانی و در نظر نگرفتن نیازهای واقعی

پیشنهادها

اجرای سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال بیمارستانی در کشور

- ارتقای نظام مراقبت مرگ مادری به نظام مراقبت سلامت مادری
- استفاده از حمایت‌های سازمان‌های غیر دولتی
- تقویت هماهنگی درون بخشی و برون بخشی
- اطمینان از دسترسی کلیه مادران نیازمند به مراقبت‌ها و واحدهای ارایه دهنده خدمت

- اجرای طرح امکان مادران نیازمند و در معرض خطر در جوار بیمارستان (این طرح در کشور آغاز شده، ولی با مشکلات اعتباری مواجه می باشد).

واژه‌نامه

- بیمارستان‌های دوستدار مادر
- زایمان فیزیولوژیک
- مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (خدمات خارج بیمارستانی)
- نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

سلامت نوزادان

مقدمه

نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، با حضور و تلاش اعضای سخت‌کوش تیم سلامت همواره در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه مجاهدت نموده است. تولد هر نوزاد، منادی شور و شوق زندگی است. یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی هر کشور، میزان مرگ و میر نوزادان است. در کشور ما طی سال‌های گذشته با اجرای برنامه‌های توسعه عمومی و سلامت کودکان، کاهش چشمگیری در مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال حاصل شده است. عمده این کاهش مربوط به کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی در کودکان ۱ ماهه تا ۵ ساله است، اما به رغم تمام تلاش‌های فراوان انجام شده، توفیق مورد انتظار در مرگ و میر نوزادی حاصل نشده. کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال، یکی از اهداف توسعه هزاره (MDG) می‌باشد و از آنجا که مرگ نوزادی حدود دو سوم مرگ کودکان زیر ۵ سال را شامل می‌شود، دستیابی به این هدف بدون توجه خاص به سلامت نوزادان و کاهش مرگ و میر این گروه میسر و ممکن نخواهد بود.

سالیانه بیش از ۵ میلیون مورد مرگ نوزادی در سراسر جهان گزارش می‌شود. تخمین زده می‌شود که ۱۹ درصد از این موارد ناشی از آسفیکسی است. فرض بر این است که با اجرای صحیح اقدامات ساده، کاراً و بدون نیاز به تجهیزات پیچیده و امکانات پیشرفته احیای نوزاد، سالانه حدود یک میلیون نوزاد از عوارض ناشی از آسفیکسی نجات خواهند یافت.

از آنجا که مراقبت‌های دورهٔ نوزادی با توجه به تفاوت‌های واضح آنها نسبت به سایرین از جمله نارسی نسبی ریه، نوزادان دارای ظرافت‌های خاص خود است؛ مهارت احیای نوزاد با آنچه که در کودکان بزرگتر و بزرگسالان اتفاق می‌افتد، متفاوت بوده، نیازمند کسب دانش و تجربه ویژه است. از این رو با توجه به اولویت‌ها و سیاست‌های کشوری، به منظور کاهش مرگ و میر نوزادان و نقش موثر احیای نوزاد در کاهش آن، اداره سلامت نوزادان دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس این معاونت، برنامه احیای نوزاد را به عنوان اولویت برنامه‌های کشوری سلامت نوزادان در دستور کار خود دارد.

تعریف واژگان

میزان مرگ نوزادی(Neonatal Mortality Rate): میزان مرگ و میر نوزادی در هر هزار تولد زنده

برنامه احیای نوزاد: مجموعه فعالیت‌هایی است جهت تعیین چارچوب‌های کاری و ارایه راهکارهای اجرایی به همراه منابع، مستندات، سیاست‌ها و پیشنهادهایی در سطح ملی با توجه به شرایط اختصاصی ساز و کار سلامت کشور برای وصول به اجرای موفق احیای نوزاد توسط فردی غیر از مسوول زایمان که در هر زایمان و در هر نقطه از کشور، تنها وظیفه‌اش رسیدگی به نوزاد بوده و توانایی شروع احیاء را داشته و همین فرد یا فرد دیگری که به فوریت در دسترس است، توانایی احیای کامل و پیشرفته را داشته باشد.

بسته خدمتی احیای نوزاد: بسته خدمتی جامعی که در آن ملزومات اجرای فرآیند احیای نوزاد، با توجه به شرایط اختصاصی- سیستم سلامت کشور، به تفکیک و تفصیل مورد بررسی قرار گرفته است و سطوح مختلف از اقدامات لازم برای تحقق استانداردهای فرآیند احیاء را تعیین و مسوول انجام هر اقدام، ویژگی‌ها، نیازمندی‌ها (اعم از منابع و اطلاعات) و معیارهای پایش و ارزشیابی آن را مشخص می‌کند.

نوزاد نیازمند احیا: عبارت است از نوزادی که سیستم فیزیولوژیک بدن وی نتوانسته تغییرات مرحله‌گذار را به نحوی پشت سر بگذارد که پاسخگوی اکسیژن‌رسانی و یا خونرسانی کافی به بافت‌ها باشد. در این مجموعه منظور از نوزاد در واقع نوزاد تازه متولد شده در دقایق اولیه حیات است. صفحات ۱۵-۱ درسنامه احیای نوزاد، فهرست عوامل خطر پیشگویی کننده نیاز به عملیات احیای را ارایه کرده است.

مستندسازی: عبارت است از ثبت اطلاعات لازم در مورد نوزاد، تاریخچه حاملگی، فعالیت‌های مربوط به فرایند احیا که برای نوزاد انجام شده است، شواهد بالینی منتج از احیا، یافته‌های آنالیز گازهای خون پس از انجام احیا و مشخصات تیم احیا در یک قالب تعریف شده و یکسان. محصول این عملیات را مستند می‌گویند.

ارایه دهنده احیا: عبارت است از کسی که در هر زایمان منحصراً مسوول نوزاد بوده و هنگام زایمان در اتاق زایمان حضور دارد. ارایه دهنده احیاء بر دو قسم است:

۱. پایه: مهارت لازم برای شروع عملیات احیا را داشته باشد (باید حداقل دارای گواهی احیاء پایه باشد).
۲. پیشرفته: تمام مهارت‌های عملیات احیا (از جمله لوله‌گذاری و تجویز دارو) را دارا باشد (باید حداقل دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد باشد).

صاحب اصلی فرایند: فردی است که وظیفه اولیه وی اجرای فرایند مورد بحث بوده و در مجموع افرادی که قابلیت اجرای فرایند را دارند، برای به عهده گرفتن مسوولیت اجرای آن، در اولویت هستند.

جانشین: فردی است که در نبود صاحب اصلی، تا زمان حضور وی، مسوولیت اجرای فرایند را عهده‌دار می‌گردد. در اجرای فرایند، جانشین ۱ به جانشین ۲ اولویت دارد.

شاخص‌ها

میزان مرگ نوزادی **(Neonatal Mortality Rate) :** هجده و سه دهم در هزار تولد زنده بر اساس گزارش DHS سال ۱۳۷۹.

گزارش سی ساله

در ایران کمیته کشوری احیای نوزادان در سال ۱۳۷۵ تشکیل شد و اولین کارگاه کشوری در دی‌ماه همان سال برگزار گردید. کمیته مزبور قریب به دو سال در پایتخت و چند شهر دیگر کارگاه مدون احیا برگزار کرد. پس از آن استادان نوزادان در سراسر ایران به همت خویش، این آتش را از شعله نینداخته‌اند و هم اکنون گذراندن کارگاه احیا نوزاد در برخی دانشگاه‌ها برای دانشجویان پزشکی عمومی، کارورزان، دستیاران تخصص کودکان و نوزادان و دستیاران فوق تخصص نوزادان، حتی اجباری می‌باشد. با توجه به اهمیت و اولویت برنامه احیای نوزاد، طی سه سال گذشته نیز تلاش فراوانی برای تدوین برنامه احیا در اداره سلامت نوزادان معاونت سلامت وزارت بهداشت آغاز شده و ادامه دارد که مشروح آن به شرح زیر است:

برای وصول به هدف برنامه احیای نوزاد (اجرای موفق احیای نوزاد توسط فردی غیر از مسوول زایمان که در هر زایمان و در هر نقطه از کشور، تنها وظیفه‌اش رسیدگی به نوزاد بوده و توانایی شروع احیا را داشته و همین فرد یا فرد دیگری که به فوریت در دسترس است، توانایی احیای کامل و پیشرفته را داشته باشد)، از آنجا که صرف مبنا قراردادن دستورالعمل‌های درسنامه و نیز داشتن گواهی‌نامه‌های گذراندن کارگاه احیای نوزاد، تضمین کننده اجرای استانداردهای عملیات احیا نمی‌باشد، بسته خدمتی جامعی طراحی شد تا در آن ملزومات اجرای فرآیند احیای نوزاد، با توجه به شرایط اختصاصی سیستم سلامت کشور، به تفکیک و تفصیل مورد بررسی قرار گیرند. بسته خدمتی احیای نوزاد که در سه جلد تهیه شده، ابزار کمکی برای پیاده‌سازی درسنامه احیای نوزادان می‌باشد. جنبه آموزشی بسته خدمتی؛ مهمترین وجه آن بوده و ابزار آن شامل: ترجمه فارسی درسنامه احیای نوزاد- ویراست پنجم، DVD چند رسانه‌ای احیای فارسی احیای نوزاد، ترجمه فارسی راهنمای مربیان احیای نوزاد- ویرایش چهارم، ترجمه فارسی بسته آموزشی-نمایشی احیای نوزاد، فیلم آموزشی موردهای احیای نوزاد، پوستر احیای نوزاد و کارت جیبی احیای نوزاد می‌باشد.

بعد از برگزاری کارگاه آشنایی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور با بسته خدمتی احیای نوزاد در پاییز ۱۳۸۷، کمیته دانشگاهی احیای نوزاد با ابلاغ رییس دانشگاه شکل گرفت که رییس آن معاون درمان و مشتمل بر مجموعه‌ای از افراد با تخصص‌های مربوطه (نوزادان، اطفال؛ زنان و بیهوشی) و نماینده بخش‌های مختلف دانشگاه (معاونت‌های آموزشی، پژوهشی و پشتیبانی) می‌باشد. همچنین ۱ تا ۳ بیمارستان جهت اجرای برنامه احیای نوزاد مشخص و مربی دانشگاهی احیای نوزاد به اداره نوزادان معرفی شدند. طی کارگاه‌های متعدد، مربیان دانشگاهی مزبور پیرامون روش برگزاری کارگاه استاندارد احیای نوزاد و ارزیابی استاندارد فراگیران، آموزش دیدند تا پس از بازگشت به دانشگاه مربوطه، جهت آموزش آبشاری احیای نوزاد، تیم مربیگری دانشگاهی احیای نوزاد را تشکیل و این تیم به نوبه خود مربیان بیمارستانی و ارایه‌دهندگان پیشرفته را آموزش دهند و مربیان بیمارستانی هم ارایه دهندگان پایه را آموزش دهند.

در راستای اجرای برنامه احیای نوزاد در ایران، علاوه بر اقدامات فوق، تفاهم‌نامه‌ای بین معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس برای تاسیس مرکز احیای نوزاد کشوری با تجهیزات استاندارد آموزشی، در مرکز آموزش مهارت‌های بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت تربیت مربیان احیای نوزاد امضا شده است و مرکز فوق به زودی راه‌اندازی

خواهد شد. چشم‌انداز مرکز با توجه به رایزنی‌های انجام شده با WHO، ارتقای آن به یک مرکز بین‌المللی احیای نوزاد (Collaborative center) می‌باشد.

رایزنی با معاونت آموزشی وزارت بهداشت برای آموزش نظام‌مند احیای نوزاد برای دانشجویان مامایی، پرستاری، پزشکی عمومی، دستیاران تخصصی کودکان، زنان و بیهوشی و دستیاران فوق تخصصی نوزادان از طریق گذراندن کارگاه‌های آموزشی احیای نوزاد و قرار گرفتن درسنامه احیای نوزاد به عنوان مرجع در کوریکولوم آموزشی و امتحانات ورودی کارشناسی ارشد و دکترای پرستاری و مامایی، پیش کارورزی، ورودی دوره دستیاری، بورد تخصصی رشته‌های کودکان، زنان و بیهوشی و بورد فوق تخصصی نوزادان در حال انجام است.

همچنین رایزنی با دفتر سیاست‌گذاری و نظارت بر تعرفه و هماهنگی بیمه‌ای، دفتر بودجه و اعتبارات و مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان معاونت سلامت برای برنامه‌ریزی وجوه پشتیبانی (انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی) و مالی برنامه احیای نوزاد و تهیه و توزیع تجهیزات آموزشی برای کارگاه احیای نوزاد، از دیگر برنامه‌های این اداره است که در حال انجام می‌باشد.

با اجرای «برنامه احیای نوزاد» در۱ تا ۳ بیمارستان منتخب در هر دانشگاه، پایش و ارزشیابی آن نیز آغاز خواهد شد و از طرح‌های تحقیقاتی و پژوهشی پیرامون موضوع احیای نوزاد، حمایت مادی و معنوی به عمل خواهد آمد.

پیش بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال، یکی از اهداف توسعه هزاره (MDG) می‌باشد و از آنجا که مرگ نوزادی حدود دو سوم مرگ کودکان زیر ۵ سال را شامل می‌شود، دستیابی به این هدف بدون توجه خاص به سلامت نوزادان و کاهش مرگ و میر این گروه میسر و ممکن نخواهد بود.

موضوعات اصلی و چالش ها

تامین نیازهای مالی پیش‌بینی شده در بسته خدمتی برای اجرای برنامه احیای نوزاد، اصلی‌ترین چالش برنامه می‌باشد. چالش دیگر، درک اهمیت برنامه توسط دانشگاه‌ها می‌باشد تا برنامه را به طور جدی پیگیری و اجرا کنند.

پیشنهادها

پیش‌بینی منابع مالی مورد نیاز در برنامه‌ریزی‌های مالی وزارت بهداشت، تامین نیروی انسانی و همکاری‌های درون بخشی در سطح ستاد برای پیشبرد برنامه

واژه‌نامه‌ها

نوزاد، احیای نوزاد، برنامه احیای نوزاد، آسفیکسی، بسته خدمتی

منابع

١. ترجمه درسنامه احیای نوزاد، چاپ اول، ١٣٨٦، اداره سلامت نوزادان
٢. ترجمه راهنمای مربیان احیای نوزاد، چاپ اول، ١٣٨٧، اداره سلامت نوزادان
٣. بسته خدمتی احیای نوزاد، چاپ اول، ١٣٨٧، اداره سلامت نوزادان
٤. احیای نوزادان، دکتر پدرام نیک نفس، چاپ اول، ١٣٨٨، نشر آییژ

سلامت کودکان

تاریخچه

خدمات بهداشت مادر و کودک از۶۵ سال قبل در کشور شروع شد که البته تا بعد از پیروزی انقلاب اسلامی به صورت نظام‌مند، برنامه‌ریزی شده و با پوشش کشوری گسترده نبود. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، سیستم شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۱۳۶۳ راه‌اندازی گردید که مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک، یکی از اجزا و ارکان اصلی این سیستم بود.

در سال‌های بعد، اجزای اصلی مراقبت‌های بهداشتی کودکان تا سال ۱۳۷۹ عبارت بودند از:

- سطح اولیه مراقبت کودکان (کنترل بیماری اسهالی شامل راه‌اندازی مراکز مایع درمانی خوراکی برای درمان کودکان بیمار- کنترل عفونت های تنفسی، ترویج تغذیه با شیر مادر و احیای نوزادان)
- آموزش کارکنان بهداشتی برای مرافبت از کودکان و شناخت کودکان بیمار در معرض خطر و ارجاع آنان به سطوح بالاتر
- راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک

وضعیت موجود

در تداوم برنامه‌های بهداشتی کشور، نکته بارز این است که گرچه امروز مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی در کودکان زیر ۵ سال (به ویژه مرگ ناشی از اسهال و عفونت تنفسی که روزگاری دو عامل عمده مرگ بودند) کاهش یافته است، اما کماکان بعد از سوانح و حوادث، شایع‌ترین علل مرگ و میر کودکان، بیماری‌های گوارشی و تنفسی هستند. از جمله تغییرات مهم و عمده که در کشور رخ داده است، چنانکه ذکر شد، نخست آنکه بیماری‌های غیر واگیر و حوادث و سوانح و مرگ نوزادان، در صدر علل مرگ و میر کودکان قرار گرفته‌اند و دوم کودکانی که از گزند بیماری‌های غیر واگیر و واگیردار رهایی یافته‌اند، با سوء تغذیه متوسط و خفیف که منجر به کاهش قد نیز می‌شود دست به‌گریبانند. به عبارت دیگر امروز هر چند از میزان و نسبت مرگ کودکان در کشور کاسته شده است، ولی آیا کودکانی که بیمار نیستند و نمی‌میرند حداکثر پتانسیل رشد و تکامل خود را طی می‌کنند؟ آیا این کودکان در معرض خطر نیستند؟ آیا این کودکان افرادی مسوولیت‌پذیر و مشارکت‌جو خواهند بود و آیا از یک عمر، با کیفیت بهره‌مند خواهند بود؟ افزایش طول عمر این کودکان با افزایش کیفیت عمر

آنها نیز همراه خواهد بود؟ به منظور اجرای رسالتی که بر عهده دفتر سلامت خانواده و جمعیت می‌باشد (کاهش بار بیماری‌ها)؛ شایع‌ترین، کشنده‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌ها تعیین و بار بیماری‌ها محاسبه گردید تا بتوان با تعیین مداخلات لازم و طراحی مناسب برنامه‌های مادران، کودکان و نوزادان، در راستای رفع نواقص برنامه‌های موجود گام برداشت. بدین منظور، شاخص YLL (سال‌های از دست رفته عمر بر اثر مرگ زودرس) به شرح زیر محاسبه شد:

جدول ۱۱: سال‌های از دست رفته عمر بر اثر مرگ زودرس

علت	*سال‌های از دست رفته عمر*
بیماری‌های حول تولد(نوزادی)	۱۶۹۵۶۱۰
بیماری‌های غدد و تغذیه ای (سوءتغذیه)	۹۳۲۶۵۰
بیماری‌های روانی واختلال رفتاری	۴۸۳۰۷۰
ناهنجاری‌های مادرزادی	۳۲۵۵۳۸
عفونت های دستگاه تنفس	۱۸۶۳۶۴
حوادث	۱۵۸۵۵۳
بیماری‌های سیستم عصبی	۱۵۰۴۳۰
بیماری‌های عفونی و انگلی	۱۱۹۸۵۴

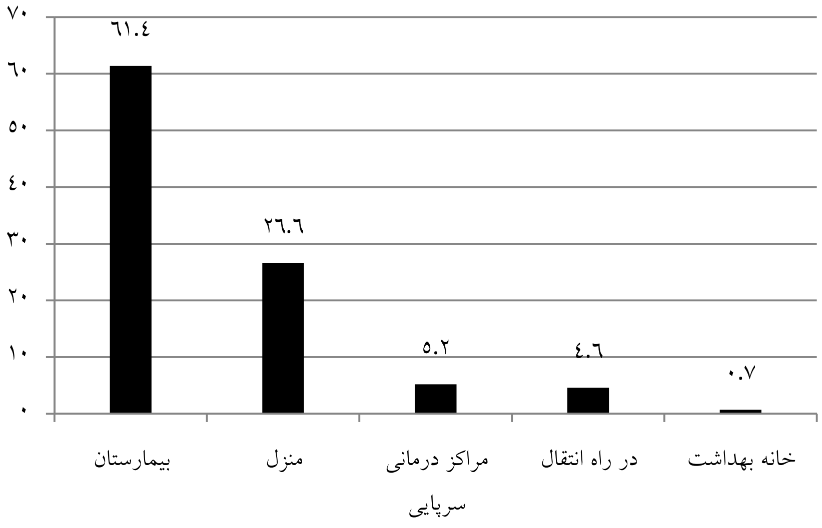
براساس آخرین بررسی در کشور (DHS سال ۱۳۷۹)، میزان مرگ نوزاد ۱۸/۳ در هزار تولد زنده، میزان مرگ کودکان زیر یکسال ۲۸ در هزار تولد زنده و میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال، ۳۶ در هزار تولد زنده می‌باشد. به طور کلی مرگ نوزادان حدود ۷۰ درصد مرگ شیرخواران و ۵۰ درصد مرگ کودکان زیر ۵ سال را به‌خود اختصاص می‌دهد.

جدول ۱۲: میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال

شاخص	**۱۹۹۷**	**۱۹۹۸**	**۱۹۹۹**	**۲۰۰۰**
مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳۳	۳۳	۳۴	۳۶
مرگ شیر خواران	۲۶	۲۷	۲۸	۲۸
مرگ نوزادان	۱۶	۱۷	۱۸	۱۸

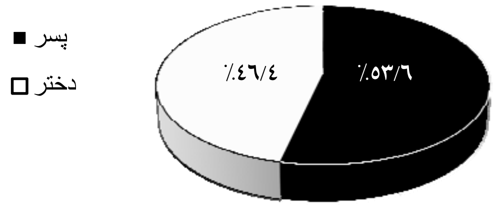
نتایج آخرین اطلاعات که براساس نظام مراقبت کودکان ۱ تا۵۹ ماهه (سال ۱۳۸۶) استخراج شده‌اند، میزان مرگ کودکان ۱–۵۹ ماهه بین ۶ تا ۹ در هزار تولد زنده تخمین زده است که از تعداد ۶۴۲۰

مورد مرگ کودکان یک تا۵۹ ماهه ثبت شده در این نظام، تعداد ۳۹۳۹ مورد مرگ (۶۱/۴درصد) در داخل بیمارستان و ۲۴۸۱ مورد (۳۸/۶درصد) در خارج بیمارستان‌های کشور اتفاق افتاده است. از این تعداد مرگ، حدود ۶۲ درصد بین یک ماه تا یکسال بودند.

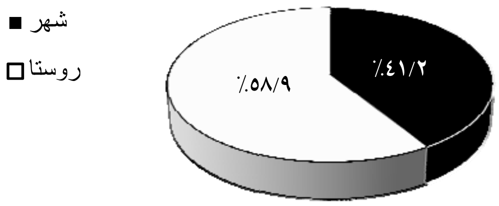


نمودار ۱: درصد موارد محل وقوع مرگ کودکان ۱تا ۵۹ ماهه درکشور (سال ۱۳۸۶)

۵۳/۶ درصد کودکان فوت شده پسر و ۴۶/۴ درصد آنها دختر بودند (نمودار شماره ۲) و ۵۸/۹ درصد کودکان فوت شده ساکن روستا و۴۱/۲ درصد آنها ساکن شهر بودند.

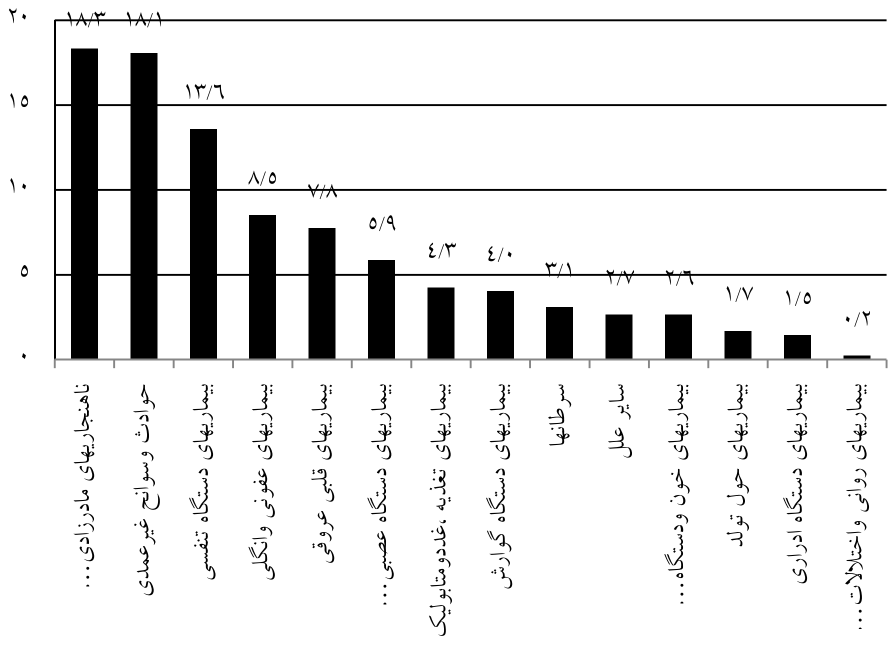


نمودار ۲: درصد موارد مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه در کشور برحسب جنس (سال ۱۳۸٦)



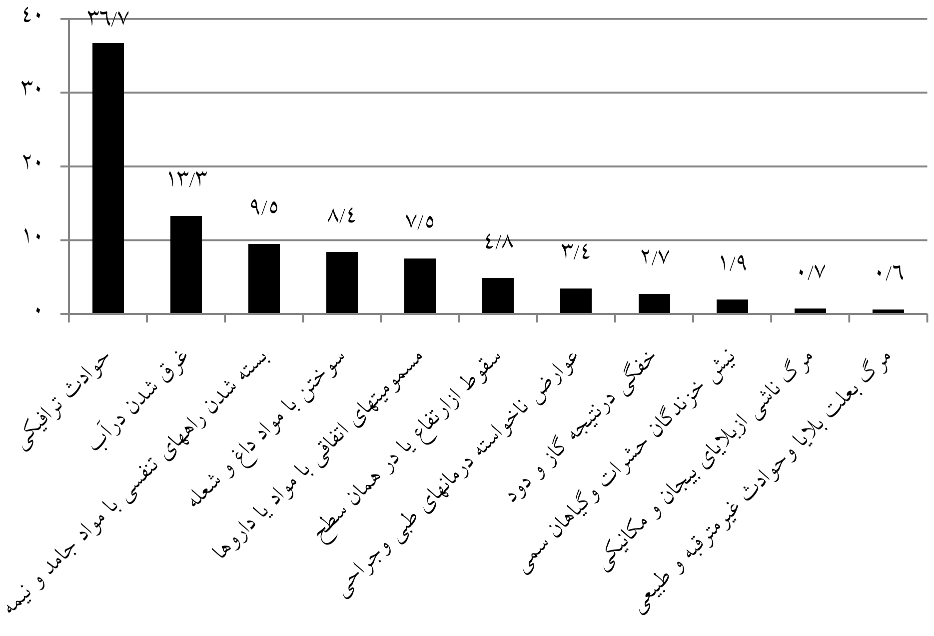
نمودار ۳: درصد موارد مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه در کشور برحسب محل سکونت (سال ۱۳۸٦)

بر اساس اطلاعات حاصل از این نظام، شایع‌ترین علل مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه در کشور به ترتیب عبارتند از: ناهنجاری‌های مادرزادی و کروموزومی ۱۱۷۶ مورد (۱۸/۳٪)، حوادث و سوانح غیرعمدی ۱۱۶۰ مورد (۱۸/۱٪)، بیماری‌های دستگاه تنفسی ۸۷۳ مورد (۱۳/۶٪)، بیماری‌های عفونی و انگلی۵۴۸ مورد (۸/۵ ٪)، بیماری‌های قلبی عروقی ۴۹۸ مورد (۷/۸ ٪) و بیماری‌های دستگاه عصبی مرکزی ۳۷۷ مورد (۵/۹ ٪).



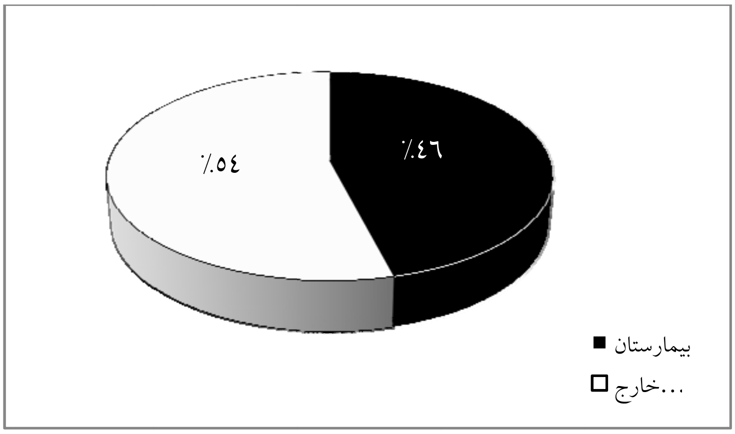
نمودار ٤: درصد مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه در کشور برحسب علت (سال ۱۳۸۶)

همچنین اطلاعات بدست آمده حاکی از آن است که حوادث ترافیکی با ۳۶/۷ درصد (۴۲۶ مورد) و غرق شدن در آب با ۱۳/۳ درصد (۱۵۴ مورد) جزء شایع‌ترین علل حوادث و سوانح غیرعمدی می‌باشد.



نمودار ۵: درصد توزیع علل مرگ برحسب حوادث و سوانح غیرعمدی درگروه سنی ۱تا ۵۹ ماهه در سال ۱۳۸۶

کودکانی که به علت حوادث و سوانح غیرعمدی فوت کرده‌اند، محل فوت این کودکان، ۴۶درصد در داخل بیمارستان و ۵۴ درصد در خارج بیمارستان‌های کشور اتفاق افتاده است.



نمودار ۶: درصد موارد محل وقوع مرگ کودکان ۱تا ۵۹ ماهه حادثه دیده درکشور (۱۳۸۶)

بنابراین، با توجه به وضعیت سلامت کودکان کشور، رسیدن به تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت کودکان نیازمند طراحی برنامه در بخش‌های مختلف بوده است:

۱. طراحی مقابله با بیماری‌های شایع کودکان که بیشترین مورتالیتی و یا موربیدیتی را دارند. این مجموعه در قالب برنامه مانا (مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال) (IMCI) تدوین شده است.

۲. طراحی مقابله با بیماری‌های حول و حوش تولد که عمدتاً به مراقبت‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و جنینی و زمان زایمان وابسته‌اند (Perinatal care) که در مجموعه جداگانه‌ای تحت همین نام تدوین و در غالب برنامه سلامت نوزادان تدوین گردیده‌اند.

۳. طراحی برنامه برای کودکان سالمی که بیمار نیستند، ولی مستعد ابتلا به بیماری‌های مهم و جدی هستند. این مجموعه در قالب برنامه Well- Child Care (مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم) تدوین شده است و از طریق یافتن بیماری‌های مزمن و غیرعفونی که روی سلامتی انسان اثر می‌گذارند و قابلیت مداخله روی روند این بیماری‌ها در سنین کودکی موجود است، کودکان را غربال می‌کنند و آنهایی که سالم هستند را از آنهایی که به ظاهر سالمند جدا می‌کنند. در کشورهای توسعه یافته، حداقل ۱۵ درصد افزایش هوش در کودکان در اثر اجرای این برنامه مشاهده شده است. در حقیقت هدف این برنامه، طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا ۸ سال و اجرای آن می‌باشد که انتظار می‌رود به ازای هر یک واحد سرمایه‌گذاری در سلامت کودک، ۷ واحد بازگشت سرمایه داشته باشیم.

برنامه‌های اداره سلامت کودکان

- مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال
- مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم
- ترویج تغذیه با شیر مادر
- نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های کودکان

اغلب کودکان زیر ۵ سال، دارای علایم و نشانه‌های چند بیماری با هم هستند و تصمیم‌گیری برای درمان بیماری آنان بسیار دشوار است و یا برخی وقتی مراجعه می‌کنند که بیماری آنان پیشرفت کرده است. بسیاری از مادران روش صحیح تغذیه کودک خود را نمی‌دانند. به‌علاوه کارکنان بهداشتی شاغل در شبکه‌های بهداشت و درمان کشور، در خصوص تشخیص و درمان بیماری‌های شایع دوران کودکی همچون بیماری‌های اسهالی، عفونت‌های حاد تنفسی و تغذیه کودکان، دارای تجربه و دانش کافی‌اند، اما به دلایلی چند کیفیت خدمات تا حد مطلوب فاصله داشته است، از جمله:

- اغلب این کارکنان در زمینه استفاده از راهنماهای اختصاصی و استاندارد جداگانه در هر مورد آموزش دیده بودند، لیکن هر یک از این راهنماها به شکلی بیمارگر به بیماری کودک می‌نگریست و ابزار مناسبی برای مراقبت از کودک مبتلا به یک بیماری و یا چند بیماری را در اختیار کارکنان نمی‌گذاشت. از سوی دیگر ارتباطات زمینه‌ای و اصلی بین حالت‌های مختلف بیماری‌ها در راهنماها نیامده بودند و غالباً از دیده پنهان می‌ماندند، مثلاً اسهال‌های مکرر سبب سوء تغذیه می‌شدند و سوء تغذیه را تشدید می‌کردند. همچنین دستورالعمل‌های استاندارد برای تشخیص و درمان بیماری‌های شایع دوران کودکی، فاقد نشانه‌های خطر برای همه موارد بودند که این امر سبب نادیده گرفتن بیماری‌های وخیم می‌شد.
- مطالعات متعدد نشان داده است که با ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و مشارکت بیشتر خانواده‌ها، می‌توان سطح سلامت کودکان را ارتقای داده و از میزان مرگ و میر آنان کاست. به این منظور راهبرد جدیدی تحت عنوان مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا) از سال ۱۳۸۱ مطرح شد که برنامه‌های مختلف را با یکدیگر ترکیب نموده و مهمترین و شایع‌ترین علل مراجعه و مرگ و میر کودکان را در بر گرفته، تشخیص و درمان صحیح بیماری‌ها را بر اساس نشانه‌های موجود امکان‌پذیر می‌سازد. به‌علاوه «مانا» حاوی اصول راهنما برای آموزش به مادران

است تا خانواده‌ها در بهبودی کودک خود مشارکت نموده و با اجرای صحیح اقدامات پیشگیری از جمله تغذیه صحیح کودک، انجام به موقع واکسیناسیون و ... از ابتلا و یا شدت بیماری‌های کودک خود کاسته و علاوه بر درمان کنونی و بهره‌جویی از فرصت‌های از دست رفته، برای ارایه خدمات پیشگیری اولیه، خانواده‌ها را در درمان کودک در منزل درگیر می‌سازد تا زمینه‌های بیمار شدن کودک و یا غفلت از نشانه‌های خطر در جریان بیماری را به حداقل برسانند.

عناوین محتوای برنامه در مراقبت‌های ادغام‌یافته ناخوشی‌های اطفال کنترل و درمان استاندارد

- عفونت‌های دستگاه تنفس و عصبی مرکزی
- اسهال و استفراغ
- اختلال رشد و تغذیه در بیماری
- تب، تشنج، کما، شوک
- واکسیناسیون، مکمل‌های دارویی

هدف کلی:

کاهش مرگ ومیر کودکان زیر ۵ سال ناشی از علل و عوامل اولویت‌دار

راهبرد کلان:

- ارتقای مهارت‌های کارکنان ارایه دهنده خدمات
- بهبود سیستم‌های بهداشتی (دارو، ارجاع، نظارت و MIS)
- بهبود رفتار و عملکرد خانواده و جامعه

اهداف اختصاصی:

۱. افزایش پوشش مراقبت‌های ادغام یافته کودک ناخوش (مانا)
۲. حفظ پوشش مراقبت‌های ادغام یافته کودک ناخوش (مانا)
۳. افزایش آگاهی و عملکرد ارایه‌دهندگان خدمت در مورد نحوه تغذیه کودکان
٤. افزایش آگاهی و عملکرد ارایه‌دهندگان خدمت در مورد نحوه برخورد با کودک مصدوم (مسمومیت- سوختگی)
۵. ارتقای کمی و کیفی بسته خدمتی برنامه مانا

۶. جلب همکاری کلیه سازمان‌ها، نهادها، ادارات و گروه‌ها در زمینه اجرای برنامه «مانا»

عنوان ریز برنامه مرتبط با هر هدف اختصاصی:

۱. گسترش برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک ناخوش (مانا)
۲. پایش و نظارت برنامه اجرایی برنامه کودک ناخوش (مانا)
۳. اجرای دستورالعمل تغذیه بومی سازمان جهانی بهداشت
۴. گسترش برنامه مراقبت از کودک مصدوم/پایش و نظارت برنامه اجرایی مراقبت از کودک مصدوم
۵. ارتقای سطح آگاهی پزشکان بخش خصوصی و مراکز دانشگاهی نسبت به برنامه «مانا»

محصول میانی مرتبط با هر ریز برنامه:

الف) گسترش برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک ناخوش (مانا)

- آموزش مجموعه‌های کودک ناخوش (مانا) به ارایه‌دهندگان خدمت
- چاپ مجموعه‌های آموزشی کودک ناخوش(مانا)
- گزارش اجرای برنامه کودک ناخوش(مانا)

ب) پایش و نظارت برنامه اجرایی برنامه کودک ناخوش (مانا)

- گزارش نظارت دانشگاه‌ها از نحوه اجرای برنامه
- جمع‌بندی اطلاعات برنامه کودک ناخوش (مانا)

ج) اجرای دستورالعمل تغذیه بومی سازمان جهانی بهداشت

- جمع‌آوری اطلاعات دانشگاه‌ها در مورد وضعیت اجرای دستورالعمل تغذیه بومی
- بازنگری مجدد دستورالعمل اجرایی تغذیه بومی
- تکمیل اجرای دستورالعمل تغذیه بومی
- ادغام اطلاعات جمع‌آوری شده در بسته خدمتی

د) گسترش برنامه مراقبت از کودک مصدوم/پایش و نظارت برنامه اجرایی مراقبت از کودک مصدوم

- آموزش مجموعه‌های مراقبت از کودک مصدوم به ارایه‌دهندگان خدمت
- چاپ مجموعه‌های آموزشی مراقبت از کودک مصدوم

- گزارش اجرای برنامه مراقبت از کودک مصدوم در منطقه تحت پوشش

ه) بازنگری بوکلت پزشک و غیرپزشک و راهنماهای آن

- جمع‌آوری اشکالات و پیشنهادهای ارایه شده
- تدوین پیش‌نویس بسته خدمتی اصلاح شده
- تاییدیه علمی بسته خدمتی
- چاپ مجموعه‌های اصلاح شده برنامه «مانا»

ی) ارتقای سطح آگاهی پزشکان بخش خصوصی و مراکز دانشگاهی نسبت به برنامه «مانا»

- جمع‌آوری اطلاعات از نحوه اجرای «مانا» در معاونت آموزشی دانشگاه‌ها
- جمع‌آوری اشکالات و پیشنهادهای ارایه شده در معاونت آموزشی و ارایه نظر در مورد اجرا در بخش خصوصی
- گنجاندن مجموعه آموزشی «مانا» در کوریکولوم آموزشی
- تدوین پیش‌نویس نحوه اجرای آموزش «مانا» در معاونت آموزشی دانشگاه‌ها

مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم (Well- Child Care-WCC)

برنامه مراقبت کودک سالم به دنبال یافتن راهی برای جدا کردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد به بیماری است که هنوز نشانه‌های بیماری در آنها مستقر نشده. در حقیقت هدف این برنامه، طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا هشت سال و اجرای آن می‌باشد.

در برنامه مراقبت کودک سالم، تمام کودکان کمتر از ۸ سال که به واحد بهداشتی آورده می‌شوند، از نظر وضعیت عمومی (معاینه فیزیکی کامل کودک با توجه به شایع‌ترین مشکلات غیر واگیر)، بینایی، شنوایی، تکامل، تغذیه، وزن، قد، دور سر، واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی ارزیابی می‌شوند. این ارزیابی با پرسیدن سوالات و مشاهده نشانه‌ها انجام می‌شود. سپس با توجه به پاسخ‌ها و نتایج معاینه طبقه‌بندی شده و بر اساس طبقه‌بندی انجام شده، تصمیم گرفته می‌شود که کودک نیاز به ارجاع فوری دارد یا خیر. در صورت نیاز به ارجاع فوری، قبل از انتقال کودک توصیه‌ها و اقدامات لازم انجام شده و به مادر در مورد نیاز ارجاع کودک توضیح داده می‌شود. در صورت عدم نیاز به ارجاع با مادر مشاوره به‌عمل می‌آید از جمله در مورد:

- راه‌های پیشگیری از حوادث شایع در منطقه

- رشد و تغذیه در سلامتی
- نحوه ارتباط والدین با کودک

در صورت مراجعه مجدد کودک، پیگیری انجام می شود.
در برنامه کودک سالم، مراقبت‌ها بر اساس الگوی بیماری و مرگ کشور طراحی شده است.
در جهت ارتقای کیفیت خدمات ارایه شده به کودکان در جامعه، تکمیل راهنمای بالینی مراقبت ادغام یافته کودک سالم برای دو سطح پزشک و غیرپزشک پیش‌بینی شده است.
برای آموزش بهورزان و کاردان‌ها: یک جلد چارت بوکلت ویژه غیرپزشک و یک جلد راهنمای چارت بوکلت ویژه غیرپزشک و یک حلقه فیلم.
برای آموزش پزشکان: یک جلد چارت بوکلت ویژه پزشک، یک جلد راهنمای چارت بوکلت ویژه پزشک، یک حلقه فیلم و یک جلد مجموعه پایش.

فعالیت‌های برنامه کودک سالم

۱. تغییر محتوا براساس نیازهای جدید سیستم بهداشتی با توجه به پس‌خوراند ارایه دهندگان و گیرندگان خدمت
۲. گنجاندن راهبرد مراقبت کودک سالم در کوریکولوم پزشکی و پیراپزشکی
۳. تهیه شناسنامه بهداشتی برای هر کودک تا سن ورود به مدرسه
٤. توسعه توصیه‌های بومی تغذیه‌ای در کلیه شهرستان‌های کشور
۵. آموزش خدمات فوق‌الذکر به ارایه دهندگان خدمت و جامعه
٦. نظارت بر عملکرد برنامه کودکان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
۷. گنجاندن سیستم ارجاع در سیستم پزشک خانواده و گسترش آن
۸. هماهنگ‌سازی خدمات توانبخشی با پیاده‌سازی برنامه مراقبت‌های کودک سالم با همکاری ارگان‌های ذیربط
۹. ادغام برنامه مراقبت کودک سالم در برنامه سنجش آمادگی تحصیلی بدو ورود به مدرسه
۱۰. ادغام برنامه‌های موازی با برنامه‌های ادغام یافته کودک سالم

برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر

به لحاظ مزایای بی نظیر بهداشتی، تغذیه‌ای، ایمنولوژیکی، روانی_عاطفی و اقتصادی تغذیه با شیرمادر، اولین گام‌های این برنامه که از سال ۱۳۶۵ برداشته شده بود، از سال ۱۳۷۰ هم‌زمان با نهضت جهانی ترویج تغذیه با شیر مادر برای اجرا در کشور مدون گردید.

هدف:

هدف از اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر، تغذیه انحصاری کودکان با شیر مادر در ٦ ماه اول زندگی و تداوم شیر مادر همراه با غذاهای کمکی تا پایان ۲ سالگی است و فقط در موارد معدودی که شیرخواران به دلایلی از شیر مادر محروم می شوند، تغذیه مصنوعی توصیه می شود.

راهبردها:

۱. ارتقای آگاهی کارکنان بهداشتی درمانی
۲. راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک
۳. حمایت از مادران شیرده
٤. ارتقای آگاهی خانواده‌ها و جامعه

در راستای تداوم برنامه؛ فعالیت‌های آموزشی، حمایتی و خدماتی زیر می‌بایست تقویت و اجرا گردند:

- آموزش کارکنان:

کارکنان بهداشتی درمانی می‌بایست دوره ۱۸ ساعته استاندارد تغذیه با شیر مادر را ببینند. این دوره برای پزشکان و متخصصین ۳٦ ساعته است که توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برگزار می‌گردد. گذراندن دوره مشاوره شیردهی به منظور کسب مهارت‌های لازم در برقراری ارتباط با مادران و حل مشکلات شیردهی نیز ضروری است و می‌تواند راه‌گشای بسیاری از مشکلات فعلی مادران باشد. برگزاری دوره‌های بازآموزی بر حسب نیازسنجی آموزشی کارکنان باید مورد توجه قرار گیرد.

- اجرای قانون ترویج تغذیه با شیر مادر:

به منظور حمایت از مادران شاغل شیرده و بهره‌مندی از ٦ ماه مرخصی زایمان، یک ساعت مرخصی ساعتی روزانه و امنیت شغلی؛ لازم است قانون ترویج تغذیه با شیر مادر تقویت شود و نظارت بر اجرای آن، توسط کمیته‌های مربوطه دانشگاهی به‌عمل آید.

- اجرای اقدامات ده‌گانه در بیمارستان‌های دوستدار کودک و بخش‌های اطفال:

«اقدامات ده‌گانه»، به عنوان معیارهای جهانی برای شروع موفق شیردهی در بخش‌های زنان و زایمان بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها از سوی سازمان جهانی بهداشت و یونیسف اعلام شدند و متعاقب آن، راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک در کشور ما از سال ۷۱ آغاز شد و اولین بیمارستان‌ها با گذراندن آموزش‌های لازم به اجرای ۱۰ اقدام پرداختند و لوح دوستدار کودک را دریافت نمودند.

شواهد و مدارک از سراسر جهان حاکی از آن است که اجرای ۱۰ اقدام در بیمارستان‌ها، نقش کلیدی در شروع موفق شیردهی دارد که از تاثیر بسزایی بر تداوم شیردهی نیز برخوردار است. تماس اولیه پوست با پوست و مکیدن پستان ظرف یک ساعت اول تولد نقش مهمی در حفظ رفتار مادر و تقویت روابط عاطفی مادر و نوزاد، فعالیت رحم و کاهش خونریزی مادر، دمای بالاتر بدن نوزاد، میزان بالاتر قند خون نوزاد و گریه کمتر او دارد. مادر و نوزاد باید در طول شبانه روز هم اتاق باشند. خطر جدایی مادر و نوزاد و نگهداری نوزادان در نرسری در اوایل قرن بیستم، عفونت مقطعی، اپیدمی‌های اسهال و بیماری پوستی استافیلوکوک در میان نوزادان بود و اجرای هم اتاقی مادر و نوزاد منجر به کاهش عفونت شد. نقش بیمارستان در حمایت از مادران نیز مهم است. ترکیبی از حمایت در دوران بارداری، در بیمارستان و پس از ترخیص، اثر تشدید کننده دارد.

دستورالعمل تداوم تغذیه با شیر مادر برای کودکان بستری در بیمارستان‌ها و بخش‌های کودکان و NICU به منظور تقویت و تداوم برنامه مورد بازنگری قرارگرفت و با ۱۰ اقدام، بخش‌های زنان و زایمان ادغام شد و سیستم پایش و ارزیابی مجدد آن طراحی و در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور قرارگرفت.

- پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان‌های دوستدار کودک:

به منظور جلوگیری از افت کیفیت برنامه در بیمارستان‌ها پس از دریافت لوح دوستدار کودک، سیستم پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان‌ها، به‌عنوان معیارهای جهانی طراحی شده است. در سال ۱۳۷۹، دو مجموعه راهنمای پایش و ارزیابی مجدد تدوین و به دانشگاه‌ها ارسال گردید. با توجه به بازنگری اقدامات ده‌گانه در سال ۱۳۸۳، مجموعه پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان‌ها نیز بازنگری شد که با همکاری معاونین بهداشتی و درمان به اجرا در آمده‌اند. با توجه به آخرین دستورالعمل‌های بین‌المللی، بازنگری مجدد این دستورالعمل‌ها در سال ۱۳۸۸ در برنامه عملیاتی منظور گردیده است.

در حال حاضر پایش توسط خود بیمارستان با نظارت مرکز بهداشت شهرستان و همکاران حوزه معاونت درمان (واحد پرستاری یا مامایی) انجام می‌شود. ارزیابی مجدد توسط مرکز بهداشت استان با نظارت کمیته دانشگاهی اجرا می‌شود و چنانچه تعداد بیمارستان‌های شهرستان‌ها زیاد باشد، این وظیفه می‌تواند به مرکز بهداشت شهرستان محول شود.

- آموزش مادران:

آموزش مادران در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت و بیمارستان‌های دوستدار کودک برای شروع موفق تغذیه با شیر مادر و حفظ و تداوم آن ضروری است. آموزش مادران باردار و آماده نمودن آنان برای شیردهی از بسیاری از مشکلات بعدی آنان می‌کاهد. پیگیری مادران در مراحل اولیه پس از زایمان، برای تداوم تغذیه با شیر مادر؛ دورانی طلایی و کلیدی محسوب می‌شود، به‌خصوص مادران جوان و مادرانی که اولین فرزند خود را به دنیا آورده‌اند و از حمایت فرد حامی و مطلع در خانواده بهره‌مند نیستند، ممکن است با کوچکترین مشکلی به تغذیه مصنوعی روی آورند. پیگیری این مادران و مشاوره مؤثر با آنان، ضامن تغذیه موفق کودکانشان با شیر مادر خواهد بود.

کمیته‌های دانشگاهی ترویج تغذیه با شیر مادر و هسته‌های آموزشی می‌بایست تقویت شوند و پیگیر و ناظر اجرای برنامه در استان‌ها باشند.

نظام مراقبت بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

هدف اصلی نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه کشور، برنامه‌ریزی برای پیشگیری و کنترل موارد شایع مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه می باشد و نیاز اصلی و مبرم برای رسیدن به این مقصود، استقرار این نظام در کشور است.
از بررسی عوامل موثر بر مرگ این کودکان، اطلاعات زیر استخراج شده است:

هدف کلی:

کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه از طریق شناسایی علل و عوامل بروز مرگ و مداخله سطح‌بندی شده (در سطح بیمارستان، شهرستان، دانشگاه و کشوری)

اهداف اختصاصی:

۱. حفظ پوشش نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا۵۹ ماهه
۲. ارتقای کیفی نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

عنوان ریز برنامه مرتبط با هرهدف اختصاصی:

۱. پایش و نظارت نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا۵۹ ماهه
۲. بازنگری مجموعه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا۵۹ ماهه

محصول میانی مرتبط با هر ریزبرنامه :

الف) پایش و نظارت نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا۵۹ ماهه
- گزارش نظارت دانشگاه‌ها از نحوه اجرای برنامه
- جمع‌بندی اطلاعات نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

ب)بازنگری مجموعه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا۵۹ ماهه
- جمع‌آوری اشکالات و پیشنهادهای ارایه شده
- تدوین پیش‌نویس مجموعه اصلاح شده
- تدوین نهایی مجموعه
- چاپ مجموعه‌های اصلاح شده

- اصلاح نرم‌افزارهای مورد نیاز
- آموزش مجموعه‌های اصلاح شده به مسوولین بررسی مرگ دانشگاه‌ها

فعالیت‌های نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا۵۹ ماهه:

۱. تدوین برنامه ثبت علل و عوامل منجر به مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه (surveillance)
۲. پیاده‌سازی نظام مراقبت مرگ کودکان ۱تا۵۹ ماهه در کشور
۳. طراحی برنامه مداخله‌ای بیمارستانی و خارج بیمارستانی با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده
٤. آموزش کلیه کارکنان بهداشتی درمانی و آموزشی در بیمارستان‌های کشور با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده
۵. افزایش و بهبود استاندارد تجهیزات و بخش‌های کودکان با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده
٦. آموزش خانواده و جامعه با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده

اهم فعالیت‌ها و دستاوردهای برنامه سلامت کودکان

- محاسبه بار بیماری‌های کودکان زیر پنج سال کشور
  - ✓ تدوین و پیاده‌ساز ی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های کودکان در کل کشور
  - ✓ تدوین و پیاده‌سازی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم در کل کشور
  - ✓ آموزش برنامه «مانا» و «کودک سالم» برای هسته آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- آموزش برنامه «مانا» برای دانشجویان پزشکی در بعضی از دانشگاه‌ها به‌عنوان درس اصلی در دوره کارورزی طب کودکان (Pre service- training)
  - ✓ ادغام طرح غربالگری هیپوتیروییدی مادرزادی در برنامه مراقبت کودک سالم
  - ✓ تهیه و اجرای مجموعه پایش و ارزشیابی برنامه کودکان در سطوح محیطی
  - ✓ اجرای نظام مراقبت بررسی مرگ کودکان ۱ تا۵۹ ماهه در کشور
  - ✓ اجرای آزمایشی شناسنامه سلامت کودکان در ۸ شهرستان از ۸ دانشگاه کشور
  - ✓ افزودن بخش سوختگی و مسمومیت‌ها به برنامه «مانا» و اجرای آن در کشور
- بازنگری دستورالعمل‌های ترویج تغذیه با شیر مادر در بخشهای نوزادان و کودکان بیمار
- تهیه مجموعه راهنمای پایش و ارزیابی مجدد برنامه شیر مادر در بخش‌های نوزادان و کودکان بیمار و نظارت بر عملکرد بیمارستان‌های دوستدار کودک تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

- افزایش تعداد بیمارستان‌های دوستدار کودک (بیش از ۹۰ درصد کل بیمارستان‌های واجد شرایط)

سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

مقدمه

ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان (دانش‌آموزان، دانشجویان و...)

مدارس، دانشگاه‌ها، آموزشگاه‌ها، مراکز نظامی و... مکان‌های مهمی برای رشد و نمو نوجوانان و جوانان محسوب می‌شوند، لذا ساختار آنها باید به گونه‌ای باشد تا مکانی برای پرورش مهارت‌های آکادمیک و حرفه‌ای باشند. در این راستا مشخص نمودن اولویت‌ها، اهداف و استانداردهای عملکردی، پایش بروندادها، پیامدها، ردیابی و استفاده از منابع از اهمیت بالایی برخوردارند، اما گاه جریان یافتن منابع آنقدر محدود و نامطمئن است که از کارگزاران نمی‌توان انتظار حصول به اهداف و مقاصد از پیش تعیین شده را داشت. لذا ظرفیت تعیین هدف‌های واقع‌بینانه و برقراری انتظام معین برای ردیابی توزیع و مصرف منابع انسانی و مالی از موضوعات حساس برای بهبود بخشیدن به عملکرد موجود می‌باشد.

رویکرد کلی برنامه‌ریزی جامع سلامت جوانان و مدارس از سال ۱۳۸۱ تاکنون شامل هشت جزء می‌باشد:

۱. سلامت محیط
۲. تغذیه سالم
۳. فعالیت فیزیکی
٤. آموزش بهداشت
۵. ارتقای سلامت کارکنان
٦. خدمات مشاوره‌ای، روانشناختی و اجتماعی
۷. مداخله والدین و جامعه
۸. آموزش همسالان

که در سال‌های اخیر به رویکرد کلی مدارس مروج سلامت تغییر یافت. این رویکرد بیانگر دیدگاه‌های ارتقای سلامت است که از حدود دو دهه پیش تا کنون در حال گسترش می‌باشد، طراحی و ارایه برنامه‌ها و مداخلات سلامت جمعیت تحت پوشش، در چهار محیط توصیه می‌گردد. محیط‌های ارایه خدمات بهداشتی درمانی، محیط‌های آموزشی، محیط‌های کار و محیط‌های عمومی، چهار محیط اصلی

است که به نوعی دسترسی به تمامی گروه‌های جامعه را فراهم می‌کند و در این میان، محیط‌های آموزشی که غالباً گروه هدف نوجوانان و جوانان را در خود جای داده‌اند، مهمترین محل اجرای مداخلات ارتقای سلامت می‌باشد. از طرفی مدارس محل مناسبی برای سنجیدن اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت محسوب می‌شوند. در این راستا می‌توان قبل از تشدید مشکلات سلامتی در گروه سنی نوجوانان و جوانان، ابزارهایی برای پیشگیری از آنها یافت و عملاً سلامت این گروه را مدیریت نمود. سلامت کودکان و نوجوانان و جوانان راه دستیابی به توسعه پایدار است.

مدارس مروج سلامت، با استفاده از مشارکت معلمین، دانش‌آموزان و والدین از طریق تشکیل گروه‌های کاری و مشورتی که بطور نزدیک با مدرسه در ارتباط هستند، برنامه‌های خود را در جهت دستیابی به محیط و آب سالم و پیشگیری از خشونت و آزار، با جوی آکنده از اعتماد متقابل و امکان دستیابی یکسان به فرصت‌های آموزشی و بهداشتی فراهم می‌آورند.

زمانی که این فضا برای دانش‌آموز فراهم نباشد؛ او بیمار می‌شود، از حضور در کلاس غیبت می‌کند یا به منظور تامین اقتصادی خانواده خود، به اجبار به کار بیرون از منزل می‌پردازد.

مدارس مروج سلامت، برای اندیشیدن هستند که خود منجر به یافتن فرصت‌ها، سیاست‌ها و ساختارهای جدید می‌شوند. کار کردن در کنار هم و با یک رهبری قوی، به هر کسی شانس ابراز ایده‌ها و عقایدش را خواهد داد. تشکیل چنین مدارسی به حمایت گسترده‌ای احتیاج دارد، لذا باید از تمامی نیروهای علاقمند کمک گرفت. می‌توان رهبران و اعضای رسمی و غیر رسمی داشت و با ایشان به طور رسمی و غیر رسمی جلساتی را برگزار نمود. برای انتقال ایده‌ها و اطلاعات، بروشورهایی تهیه کرد و از سایر وسایل ارتباط جمعی مثل رادیو، تلویزیون و پوستر کمک گرفت.

تاریخچه

چنانچه اشاره شد؛ هدف از طراحی این مدارس، افزایش ظرفیت و توانمندسازی مردم برای زندگی سالم، سالم کار کردن و آموزش با کیفیت می‌باشد. این مهم در قالب برنامه جامع سلامت مدارس در سال ۱۹۹۵ توسط سازمان جهانی بهداشت به تصویر کشیده شده بود؛ سپس در سال ۲۰۰۱، سازمان جهانی بهداشت در تعاملی چند جانبه با دست‌اندرکاران بین‌المللی ذینفع، برنامه مراقبت مدرسه‌محور را آغاز نموده و در دسامبر ۲۰۰۵ نیز نشست مشورتی مدارس مروج سلامت را در منطقه مدیترانه شرقی برگزار کرد. برنامه مدرسه مروج سلامت تاکید خاصی بر روی چند موضوع دارد که از آن جمله می‌توان به تحقیق برای دستیابی به اطلاعات به منظور توسعه برنامه‌های سلامت در مدارس منطقه،

افزایش ظرفیت‌های ملی و منطقه‌ای برای تقویت برنامه و ایجاد شبکه‌های ملی و منطقه‌ای و طراحی شبکه‌های نظارتی و برنامه‌ریزی در کشور به منظور نظارت بر روند اجرای برنامه بر اساس اهداف از پیش تعیین شده اشاره کرد.

مدارس مروج سلامت، در همه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی (امرو) بجز افغانستان و لبنان اجرا می‌شود. کمیته‌های مجری این طرح شامل افرادی از وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش و سازمان‌های غیردولتی این کشورها می‌باشند. گاهی برحسب شرایط، سازمان‌های بین‌المللی نیز در این کمیته‌ها مشارکت دارند. به طور مثال در:

بحرین: کمیته‌ای متشکل از وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش و سازمان جهانی بهداشت این حرکت را سازماندهی نموده و از ۱۱ مدرسه شروع کردند و به ۵۰ مدرسه گسترش دادند. روند به این گونه بود که ابتدا تیم سلامت مدارس را طراحی و برای برنامه‌ریزی در مدارس مستقر کردند. این تیم برنامه‌های کشورهای دیگر را در خصوص این موضوع بررسی و مشکلات سلامت در مدارس را شناسایی کرده و به دنبال فرصت‌های مناسب برای مداخلات موثر بودند، در عین حال برنامه عملیاتی مناسبی را نیز طراحی نمودند.

مصر: برنامه مدارس مروج سلامت در مصر در سال ۱۹۹۹طراحی گردید. این برنامه از یک مدرسه شروع شد و به ۲۰ مدرسه افزایش پیدا کرد. در ادامه، ٦ مدرسه در ٦ ایالت دیگر هم به برنامه اضافه شدند. چندین کارگاه آموزشی هم برای دست‌اندرکاران و معلمین برگزار شد و با طراحی یک بانک اطلاعاتی دقیق، به تدریج برنامه به ۲۰۰ مدرسه گسترش پیدا کرد.

اردن: وزارت آموزش و پرورش در اردن این برنامه را در دسامبر ۲۰۰۳ آغاز نمود. کمیته‌ای متشکل از وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش که توسط مدیر کل سلامت مدارس وزارت بهداشت رهبری می‌شد کار را هدایت می‌کردند.۲۰ مدرسه کاندید این برنامه شدند و۳ مدرسه جایزه بهترین مدارس مروج سلامت را گرفتند.

لبنان: تجربه لبنان با سایر کشورها متفاوت است به این ترتیب که از مشارکت بخش خصوصی و غیر دولتی و سازمان‌های بین‌المللی در راه‌اندازی مدارس مروج سلامت کمک گرفته شد. بیشترین نقشی که وزارت بهداشت کرد، هماهنگی بین بخشی و برون‌بخشی و برگزاری جلسات و کارگاه‌های آموزشی بود.

- اجزای برنامه مدارس مروج سلامت که توسط سازمان جهانی بهداشت به کشورهای عضو توصیه می‌شود:

- ✓ ارایه خدمات عمومی و غربالگری سلامت (شناسنامه سلامت دانش آموزی)
- ✓ ارایه خدمات خاص به دانش‌آموزان با نیازهای ویژه
- ✓ برنامه نظام مراقبت سلامت دانش آموزان (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی)
- ✓ مشارکت فعالانه اولیا و مربیان در ارتقای سلامت دانش‌آموزان
- ✓ ایجاد شبکه داوطلبان سلامت دانش‌آموزان در راستای مشارکت فعالانه دانش‌آموزان
- ✓ آموزش و ارتقای سلامت مبتنی بر مدل آموزش همسالان (Peer –Education) شامل: پیشگیری از رفتارهای پرخطر و خشونت، پیشگیری از سوء مصرف مواد، بهداشت فردی، سلامت باروری، تغذیه، سلامت روان

هدف کلی:

حفظ، تامین و ارتقای سلامت گروه سنی نوجوان و جوان در محیط‌های آموزشی و جامعه

اهداف اختصاصی:

۱. ارتقای توانمندی‌های اطلاعاتی مورد نیاز گروه هدف در زمینه‌های مختلف سلامت برای اصلاح و بهبود شیوه‌های سالم زیستن
۲. افزایش دسترسی گروه هدف به خدمات بهداشتی درمانی در کلیه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
۳. فراهم آوردن زمینه ایجاد محیط ایمن و بهداشتی جهت گروه هدف
٤. پیشگیری از رفتارهای آسیب رسان مانند ایدز، رفتار جنسی ناسالم و مصرف مواد در نوجوان و جوان
۵. ظرفیت‌سازی در جامعه، جوانان و سیاست‌گذاران به منظور استفاده بهینه از پتانسیل‌های بالقوه و بالفعل در اجتماع
٦. نظام‌مند نمودن سیستم ثبت اطلاعات در خصوص رفتارهای پرخطر به منظور برنامه ریزی مداخلاتی
۷. نظام‌مند نمودن مداخلات در حوزه نوجوان و جوان به منظور داشتن رویه واحد و قابل اندازه‌گیری در ستاد و محیط
۸. تعیین اولویت‌های موجود و قابل مداخله در حوزه سلامت باروری و بلوغ

۹. استفاده از مداخلات اجتماعی و گسترش هرچه بیشتر فضای مشارکت جویانه و تقویت نظام آموزشی و مداخلاتی مردم محور در ارتقای سلامت بلوغ و باروری
۱۰. آماده‌سازی بستر مشاوره علمی و تخصصی در زمینه سلامت نوجوانان و جوانان به ویژه سلامت باروری
۱۱. ارتقای سلامت تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی در جمعیت نوجوان و جوان کشور
۱۲. تعیین دستورالعمل‌ها و ایجاد هماهنگی‌های مورد لزوم به منظور تامین میان وعده غذایی سالم و تغذیه رایگان با کمک و مشارکت دفاتر ذی‌ربط
۱۳. تعیین و تدوین نظام پایش و ارزشیابی مستمر بر سلامت بوفه‌ها و نوع اغذیه ارایه شده در مدارس
۱٤. افزایش مشارکت جامعه و اولیای مدرسه و اولیای دانش‌آموزان در سامان بخشیدن بر تغذیه موجود در مدرسه
۱۵. مشارکت در ایجاد فضای رقابتی میان کارخانجات تولید کننده موادغذایی در خصوص تامین میان وعده غذایی سالم
۱٦. مشارکت ایجاد فرهنگ غذایی سالم در جامعه به منظور کاهش مصرف غذای آماده در خانواده‌ها
۱۷. مشارکت در ایجاد فرهنگ متناسب با عرف جامعه در خصوص افزایش فعالیت فیزیکی دختران، زنان و سایر اقشار جامعه با کمترین هزینه
۱۸. ایجاد محیطی که حمایت‌های لازم را برای ارتقای سلامت در جوانان فراهم نماید که این خود از طرق زیر محقق می‌شود.
۱۹. انتخاب چارچوب استاندارد از میان چارچوب‌های موجود برای طراحی و ایجاد محیط‌های حامی
۲۰. همکاری با نهادهای قانونگذار برای وضع قوانین پشتیبان
۲۱. همکاری با اداره‌ها و سازمان‌های ذی‌نفع در ایجاد محیط‌های حامی
۲۲. تامین منابع انسانی، مالی، تجهیزات به منظور پیاده‌سازی چارچوب‌ها و ایجاد محیط‌های حامی
۲۳. استفاده از مشارکت مردم در طراحی، ایجاد، حفظ و ارتقای محیط‌های حامی
۲٤. بررسی آیین‌نامه‌ها و قوانین موجود در خصوص سلامت محیط مدرسه و آموزشگاه
۲۵. تعیین اولویت‌های قابل مداخله در حوزه سلامت محیط
۲٦. ارتقای استانداردهای موجود به استانداردهای قابل انتظار تا پایان برنامه چهارم توسعه

۲۷. ارزیابی وضعیت موجود سلامت محیط مدرسه
۲۸. رتبه‌بندی مدارس کشور از نظر سلامت محیط تا پایان برنامه چهارم توسعه
۲۹. تدوین برنامه پایش و ارزشیابی
۳۰. پیشگیری و کاهش آسیب‌های عمدی و غیرعمدی در مدارس و آموزشگاه‌ها
۳۱. ارتقای سطح آگاهی و مهارت‌آموزی در زمینه حفظ سلامت خود و اطرافیان در رابطه با حوادث غیر مترقبه و یا عمدی
۳۲. ایجاد ضمانت اجرایی لازم در سطح ستادی به منظور اجرایی نمودن آیین‌نامه سلامت محیط مدارس
۳۳. حساس‌سازی سیاست‌گذاران داخلی و خارجی در زمینه ایجاد مدارس ایمن
۳۴. نظام‌مند نمودن پژوهش‌های مورد لزوم در زمینه بلایای طبیعی و سایر سوانح و حوادث

تعریف واژگان

ارزش‌ها: حفظ کرامت انسانی و احترام متقابل، پایبندی به ارزش‌های ملی_مذهبی و فرهنگی، رعایت عدالت اجتماعی، حذف نابرابری‌ها با رویکردی باز برای آزادی بیان اندیشه و تضارب افکار، انتخاب الگوهای صحیح دیگر فرهنگ‌ها و تدارک راه‌های مناسب در برخورد با الگوهای نامتجانس، چارچوبی خواهد بود که ما همیشه خود را مقید به رعایت آن خواهیم دانست.

چشم‌انداز: ایجاد جامعه‌ای که جوانانی توانمند و سالم در همه سطوح جسمی، روانی و اجتماعی داشته باشد به صورتی که این جوانان از معیارهای شیوه زندگی سالم نه تنها در دوره جوانی، بلکه در دوره میانسالی و سالمندی آگاهی داشته و با عمل به این موارد در تمام دوره عمر با نشاط و کاراً زندگی کنند.

رسالت: مدیریت سلامت محور در زمینه ارایه خدمت به نوجوانان و جوانان در راستای ارتقای کیفیت زندگی این گروه سنی با تاکید بر اقدامات پیشگیرانه منطبق با فرهنگ جامعه و متناسب با جنسیت مورد نظر و مشارکت همه‌جانبه ایشان. وظیفه اصلی ما ارایه استانداردهایی است که در تعامل با همه نهادهای متولی این گروه به دست می‌آیند و برای هماهنگ‌سازی خدمات قابل ارایه در نظام سلامت برای این گروه مخاطب، به طور مستمر پایش خواهد شد.

راهبردها و راهکارها:

- ارتقای توانمندی‌های اطلاعاتی سلامت در زمینه‌های مختلف بهداشتی از طریق آموزش و تمرین مهارت‌های زندگی و استفاده از ترویج شیوه‌های سالم زیستن به منظور ارتقای سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی آنها
- دستیابی به چارچوب‌ها و قالب‌های فرهنگی مورد نیاز از طریق بازنگری و تصحیح چارچوب‌های موجود و مطالعه چارچوب‌های استاندارد جهانی و برداشت مطابق فرهنگ خودی
- همکاری با نهادهای قانونگذار برای وضع قوانین پشتیبان
- ایجاد فعالیت و حساسیت در تمام گروه‌هایی که هر یک به نحوی با سلامت جوانان در ارتباطند به منظور دستیابی به محیطی پویا که پیاده‌سازی قالب‌های فرهنگی مورد لزوم در آن محقق گردد؛ مانند: ذینفعان دولتی، غیر دولتی؛ جامعه و گروه‌ها یا انجمن‌هایی که هر یک به نوعی در این زمینه فعالیت دارند.
- تامین منابع انسانی، مالی و تجهیزات به منظور پیاده‌سازی چارچوب‌ها
- تقویت مشارکت و همکاری نزدیک فیمابین نهادها، برنامه‌ها و افراد مختلف که هریک به نوعی خدمت‌رسانی به گروه جوان را بر عهده دارند از طریق تعیین استاندارد برای تمام فعالیت‌های مرتبط با جوانان و طراحی و پیاده‌سازی نظام پایش استانداردها

مستندات قانونی: در آیین‌نامه سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان_ مصوب هیات دولت_ اصول ۲۰ -۲۱-۲۶-۲۹-۳۰-۳۱ قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته است. در این راستا، اجرای اصول مندرج در فصل دوم قانون اساسی (حقوق ملت)، سند برنامه جامع ساماندهی امور جوانان، تکلیف قانونی ماده ۱۵۷ برنامه سوم توسعه و برنامه ساماندهی امور جوانان، ماده ۱۱۲ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران نیز موید مطالب فوق است. بخش‌های بزرگی از برنامه چهارم توسعه عملاً تنها با حضور و تمرکز بر نسل جوان قابلیت اجرا و اثربخشی پیدا می‌کنند، به‌ویژه مواد ۸۵، ۸۶، ۹۵، ۹۸ قانون برنامه چهارم، متوجه مباحثی است که ارتباط تنگاتنگی با امور جوانان دارند.

ذینفعان

۱. قانون‌گذاران
۲. مسوولین ارشد دولتی و نظام

۳. مدیران ارشد اجرایی
٤. روسای ادارات دولتی
۵. مراکز تخصصی درمانی
٦. سازمان‌های بین‌المللی
۷. سازمان‌های مردم نهاد (NGO)
۸. رهبران مذهبی
۹. مدیران و معلمین مدارس (جامعه مدرسه)
۱۰. مربیان بهداشت مدارس
۱۱. گروه سنی ۲٤-٦ ساله
۱۲. والدین
۱۳. کارکنان استانی
۱٤. کارکنان شهرستانی
۱۵. کارکنان بهداشتی
۱٦. آموزش دهندگان بهداشتی
۱۷. بهورزان
۱۸. کارکنان بهداشت مرتبط با مدارس
۱۹. معلمین مدارس
۲۰. رابطین بهداشتی
۲۱. بخش درمان (آزمایشگاه، پاراکلینیک)

نقاط قوت

- مستندات قانونی
- نگرش مثبت مدیران ارشد وزارت متبوع به برنامه‌ریزی
- وجود متخصصین و کارشناسان فنی و خبره
- وجود مراکز پژوهشی معتبر
- وجود نظام شبکه و ادغام برنامه سلامت مدارس در آن
- وجود شورای عالی سلامت

- جهت‌گیری برای اصلاح نظام سلامت در قالب سطح‌بندی خدمات –نظام ارجاع– پزشک خانواده
- وجود مراکز درمانی معتبر
- وجود فناوری پیشرفته آموزشی
- وجود واحدهای فنی
- وجود قانون طرح نیروی انسانی
- وجود امکان جذب نیروی قراردادی

نقاط ضعف

- ناکافی بودن نظام آموزش و بازآموزی کارکنان
- کمبود فرم‌های پژوهشی کاربردی مرتبط
- ضعف در اجرای نظام پایش و ارزشیابی
- ضعف در هماهنگی درون بخشی و برون بخشی
- ضعف در تامین منابع مالی و توزیع نامناسب آن
- ضعف در جلب مشارکت‌های مردمی و بین‌المللی
- ساختار تشکیلاتی
- کمبود نیروی انسانی
- ناکافی بودن ساختار نظام شبکه در قبال نیازهای سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس
- نگرش ناکافی در سوگیری نظام اصلاحات سلامت در گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها
- ناهمخوانی توسعه برنامه‌های سلامتی با گذر جمعیتی کشور
- ضعف در سیستم نظام جاری آماری
- نداشتن برنامه مشخص ارایه خدمات سلامت به گروه سنی زیر ۱۸ سال غیر شاغل به تحصیل
- نداشتن برنامه مشخص جهت ارایه خدمات سلامت به گروه‌های سنی ۲۵–۱۸ سال
- نبود برنامه جهت سطح ۲ خدمات
- تداخل برنامه‌های گروه سنی ۸–۶ سال در دو دفتر
- عدم تطابق نیروی انسانی با برنامه‌های جدید ارتقای سلامت

- عدم صدور مجوز تولید جهت مواد غذایی غیر مجاز که با اهداف سلامتی و دستورالعمل‌های وزارتی مغایرت دارند.

تهدیدها

- کمبود مربی بهداشت
- وجود قوانین محدود کننده در وزارت آموزش و پرورش
- نگرش ناکارآمد مسوولین و مدیران ارشد وزارت آموزش و پرورش بر مساله ارتقای سلامت دانش آموزان
- در دسترس نبودن گروه هدف در خارج محیط‌های آموزشی در شهرها
- جمعیت زیاد دانش‌آموزان در مقابل نیروی انسانی ارایه دهنده خدمت
- عدم وجود ساعت آموزشی خاص آموزش سلامت و ارایه خدمات بهداشتی درمانی
- حمایت ناکافی بیمه‌ای
- وجود سازمان‌های موازی در ارایه خدمات به نوجوانان، جوانان و مدارس
- وجود حاشیه نشینی در شهرهای بزرگ
- وجود مهاجرین غیر قانونی
- عدم وجود هماهنگی بین دستگاه‌های ارایه دهنده، بسترساز و پشتیبان ارتقای خدمات سلامت
- قائم به فرد بودن طرح‌ها و برنامه‌ها
- نبود ضمانت اجرایی حمایتی برای قوانین مربوط به کودکان و نوجوانان و ...
- سلامت‌نگر نبودن فعالیت‌های سایر سازمان‌ها
- نرخ بالای بیکاری
- کم بودن سهم بهداشت از درآمد ناخالص ملی
- عدم اجرایی نظام هماهنگ پرداخت

فرصت‌ها

- وجود سازمان‌های مردم نهاد (سمن)
- مشارکت بسیج
- مشارکت رابطین

- در دسترس بودن اکثر گروه هدف (در مراکز آموزشی)
- سازمان‌های دولتی مرتبط
- سازمان‌های بین‌المللی حمایت‌گر سلامت
- جوان بودن جمعیت کشور
- دسترسی به فناوری نوین اطلاعات
- شوراهای شهر و روستا
- رسانه‌های گروهی

شاخص‌ها

ارزیابی و معاینات دانش‌آموزان در بدو ورود به مدرسه تقریباً بطور کامل انجام می‌شود (پوشش ۹۴/۴۸٪ دانش‌آموزان مقطع اول ابتدایی) اما به تدریج از این میزان کاسته می‌شود.

- اختلالات نمایه توده بدنی (چاقی بیش از حد یعنی بالاتر از صدک ۹۵٪ و لاغری بیش از حد یعنی کمتر از صدک ۳٪)، مهمترین اختلال در بین دانش آموزان است.
- اختلالات مربوط به گوش و حلق و بینی و پس از آن به ترتیب کم‌خونی و مشکلات مربوط به پوست و مو مهمترین مشکل دانش‌آموزان هستند.
- درصد بالایی از موارد ارجاع شده (بیش از نیمی از موارد ارجاع شده)، به صورت سرپایی مداوا شده و نیاز به اقدام خاصی نداشته‌اند.
- درصد بالایی از موارد اختلال نمایه توده بدنی، رفتاری، کم‌خونی، مشکلات گوش و حلق و بینی، قلبی، ریوی، ستون فقرات، ادراری_ تناسلی، نورولوژی، سایکولوژی و غدد از دانشگاه‌های تهران، ایران، کرمان و گلستان گزارش شده است که شاید به دلیل وجود سیستم جمع‌آوری مناسب اطلاعات باشد.
- مشکل عمده دانشگاه سیستان و بلوچستان، مشکلات پوستی رشک و شپش است. در مقایسه دانشگاهی نیز این دانشگاه بیشترین درصد این اختلال را دارا می‌باشد.
- در دانشگاه‌های خراسان جنوبی، ایلام، رفسنجان، کاشان، بوشهر، بابل، قم و هرمزگان، مهمترین اختلال یافت شده، اختلال نمایه توده بدنی است، اما در مقایسه دانشگاهی؛ این اختلال درصد قابل ملاحظه‌ای ندارد (بیشترین درصد این اختلال از دانشگاه تهران گزارش شده است، در مقایسه دانشگاهی نیز این دانشگاه بیشترین درصد این اختلال را دارا می‌باشد).

- تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS، بسیاری از نتایج به دست آمده (نمودارهای مقایسه‌ای درصد اختلالات و مشکلات یافت شده در مقاطع مختلف تحصیلی در صفحات بعد آمده است را تایید کرده است، گرچه در مواردی نظیر اختلال نمایه توده بدنی، اختلاف وجود دارد.

گزارش سی ساله

از سال ۱۲۹۰ شمسی، مدارس جدید در ایران تأسیس شدند. همزمان با تأسیس و گسترش این مدارس در سال ۱۳۱٤، سازمانی به نام صحیه مدارس در وزارت معارف آن زمان به‌وجود آمد. در همان سال اولین ساختمان صحیه مدارس در تهران افتتاح گردید که هنوز سر در این مدرسه در خیابان ناصرخسرو و در جنب مدرسه دارالفنون وجود دارد. در سال ۱۳۱۵ نام صحیه مدارس به بهداری آموزشگاه‌ها تغییر یافت. در سال ۱۳۲۰ دوباره به عنوان دفتر کل بهداری آموزشگاه‌ها به تشکیلات وزارت معارف پیوست و پس از آن به اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها تغییر نام داد.

در سال ۱۳۲٦ مجدداً بهداری آموزشگاه‌ها از دانشکده پزشکی منتزع و ضمیمه وزارت فرهنگ گردید. وظایف بهداری آموزشگاه‌ها شامل: خدمات بهداشتی _خدمات درمانی_ رسیدگی و صدور مرخصی‌های استعلاجی کارکنان وزارت فرهنگ بود. در سال ۱۳٤۸، اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها به‌وجود آمد و وظایف مربوط به خدمات درمانی این اداره کل حذف گردید.

سال ۱۳۵۰، برای اولین بار دوره دو ساله آموزشی مراقبین بهداشت که اولین هسته ارایه دهنده خدمات بهداشتی_درمانی در مدرسه بودند، تشکیل گردید و تا سال ۱۳۵۷، حدود ۷۰۰۰ نفر مراقبت بهداشت تربیت و در مدارس مشغول به کار شدند. در اسفند ماه سال ۱۳۵۷، اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها با تغییر نام به اداره کل بهداشت مدارس، از وزارت آموزش و پرورش جدا و ضمیمه وزارت بهداری شد. این اداره کل در وزارت بهداری نیز دست‌خوش تغییر فراوانی شد و در سال ۱۳۷۳، بعد از انتقال مراقبین بهداشت به آموزش و پرورش، بهداشت مدارس از اداره کل بهداشت خانواده منتزع گردید و به صورت اداره مستقل در وزارت بهداشت و درمان فعالیت نمود. در سال ۱۳۷۹، با تصمیم معاون بهداشتی وقت، اداره بهداشت مدارس ضمیمه دفتر بهداشت دهان و دندان گردید. پس از آن در سال ۱۳۸۲ به اداره سلامت روانی_ اجتماعی پیوست و در حال حاضر فعالیت‌های بهداشت مدارس، بخشی از فعالیت‌های اداره کل بهداشت خانواده را تشکیل می‌دهد. وظایف خدمات بهداشت مدارس نیز چند جانبه و بر حسب اولویت‌های محلی، گوناگون است. هر جا منابع کافی باشند، می‌توان خدمات بهداشت مدارس را گسترش داد. در ایران هم از سال ۱۳۷۰، مراقبین بهداشت مدارس از وزارت

بهداشت و درمان منتزع و به وزارت آموزش و پرورش منتقل شدند. در حال حاضر بخشی از خدمات بهداشت مدارس از جمله معاینات دانش‌آموزان و تشخیص زودرس و به موقع معایب و اختلالات جسمی و روانی آنها با توجه به رشد و تکامل و تشخیص زودرس اختلالات بینایی و شنوایی و...، بر عهدهٔ مراقبان بهداشت مدارس و بخشی دیگر بر عهدهٔ کاردان‌های مراکز بهداشتی –درمانی شبکهٔ بهداشت و درمان است.

پیش بینی روند ها برای افق ۱۴۰۴

- بررسی وضع موجود و تعیین اولویت‌های برنامه
- ادغام برنامه‌های موجود و تدوین برنامه‌ای جامع با پوشش نقاط کور
- آموزش سلامت حرفه‌ای به جوانان شاغل و استفاده از فرصت‌های فضاهای کاری برای آموزش جوانان در خصوص سایر اولویت‌های سلامت
- آموزش مهارت‌های ارتباطی در محیط کار به جوانان شاغل
- تدوین و اجرای برنامه‌هایی مرتبط با رفع تبعیض و سوءاستفاده از کار جوانان
- گسترش پوشش آموزش سلامت باروری در مردان و زنان گروه سنی جوان
- گسترش پوشش خدمات مشاوره پیش از ازدواج در گروه سنی جوان
- گسترش خدمات مشاوره خانواده در گروه سنی جوان
- تدوین و اجرای برنامه‌های توانمندسازی دختران و زنان جوان با هدف رفع تبعیض و حفظ حقوق زن در خانواده
- گسترش آموزش‌های سلامت مادر و کودک در گروه سنی جوان
- تدوین برنامه راهبردی سلامت مدارس دینی (حوزوی)
- تدوین برنامه راهبردی سلامت آموزشگاه‌های عالی
- تدوین برنامه راهبردی سلامت آموزشگاه‌های نظامی
- تدوین برنامه راهبردی سلامت آموزشگاه‌های ورزشی
- توسعه آموزش مهارت‌های اصلی روانی–اجتماعی در کلیه آموزشگاه‌ها
- تدوین استانداردها، بسته‌های خدمتی و شاخص‌های مراکز بهداشتی و درمانی دوستدار جوان با توجه به کلیه جنبه‌های سلامت
- تدوین و پیشنهاد قوانین و مقررات مورد نیاز مراکز دوستدار جوان

- تاسیس مراکز نمونه بهداشتی و درمانی دوستدار جوان در استان‌ها
- جلب حمایت همه جانبه برای گسترش ایده، شامل توجیه و آموزش بخش‌های دولتی و غیر دولتی مرتبط
- استقرار تشکیلات اجرایی برای ارزیابی مراکز و صدور گواهی استاندارد مراکز دوستدار جوان
- ارتقای پوشش خدمات بیمه‌گران با هدف پاسخگویی به نیازهای جوانان مراجعه کننده به مراکز

موضوعات اصلی و چالش‌ها

چالش‌ها

- عدم انجام تحقیقات کافی در این زمینه
- گسترده بودن فیلد اجرایی و نیاز به تعامل با سایر نهادها و ارگان‌ها
- عدم تناسب فعالیت‌ها با بودجه در اختیار
- عدم تناسب فعالیت‌ها با منابع انسانی در اختیار
- نامانوس بودن و آماده نبودن بستر برای انجام پاره‌ای از امور
- انجام خدمات موازی در مراکزی که هریک مدعی خدمت‌رسانی به گروه جوانان هستند.
- نامشخص بودن حوزه‌های سیاست‌گذاری

پیشنهادها

- برنامه‌های آموزش سلامت باید در برنامه‌های رسمی آموزش و پرورش وارد شده و از حوزه فعالیت‌های فوق برنامه خارج شوند؛

  همان‌طور که برای جریان آموزش در کشور؛ معاونت آموزشی، سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی درسی و مدیریت آموزشی افرادی با تخصص‌های ویژه در نظر گرفته می‌شود، باید برای آموزش سلامت نیز چنین توجهی مبذول گردد، اما در حوزهٔ سلامت چنین نیست. پس در درجه اول ما باید فعالیت‌های آموزشی را در برنامه‌های رسمی بگنجانیم و در مرحلهٔ بعد سازمانی مناسب برای آن طراحی نماییم. شرط بعدی تحول در جریان آموزش سلامت، دگرگونی در حوزهٔ سلامت است. سلامت باید در قلب هر جریان آموزشی وجود داشته باشد.
- برای توسعه سلامت دانش‌آموزان، انجمن‌های اولیا و مربیان به همکاری دعوت شوند و فعالانه مشارکت داشته باشند؛

برای آنکه مفهوم سلامت دانش‌آموزان روشن شود، مربیان و مراقبان بهداشت باید طی جلساتی اولیای دانش‌آموزان را توجیه کنند. اولیا باید بدانند که یکی از عوامل اساسی در سالم بودن و سالم ماندن فرزندانشان در مدارس، رعایت امور بهداشتی و در واقع کسب عادات خوب بهداشتی فرزندانشان در داخل خانواده است و به این ترتیب کودکان عادات بهداشتی خود را از همان سال‌های اولیه زندگی فراگرفته و با جسم و روانی سالم پا به مدرسه یا خانه دوم خود خواهند گذاشت. تا وقتی اولیای دانش‌آموزان به فلسفه اجرای برنامه‌های سلامتی و نقش حساس خود به عنوان عاملی موثر در برنامه‌ریزی سلامت فرزندانشان پی نبرند، پیشبرد اهداف سلامت جامعه به ویژه تلاش مربیان مدارس، موثر نخواهد بود. وقتی دانش‌آموز در مدت کوتاه، حضور در مدرسه با اصول و موازین سلامت آشنا می‌شود، سعی دارد آموخته‌های خود را در خانه و اجتماع نیز تکمیل کند. پس برای این که سطح سلامت مدارس با تغییر رفتار اولیا بالاتر رود، باید به اولیای دانش‌آموزان مسایل سلامتی را آموزش داد.

- دانشجویان رشته پزشکی و بهداشت، دوران کارورزی خود را در مدارس طی کنند و در این دوران به ارتقای سطح سلامت مدارس و معاینات ادواری دانش‌آموزان کمک کنند.
- طرح مدارس مروج سلامت هر چه سریع‌تر به اجرا درآید.
- آموزش سلامت با هدف بالا بردن سطح دانش بهداشتی و در نهایت ایجاد تغییر مطلوب در رفتار دانش‌آموزان و انتقال آن به خانواده‌ها در موقعیت‌ها و فرصت‌های مناسب و به صورت گروهی یا فردی صورت گیرد.

منابع

۱. داده‌های جمع‌آوری شده از فرم‌های نتایج ارزیابی‌های غربالگری و معاینات پزشکی دانش آموزان تحت پوشش خدمات سلامتی از ۳۱ دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور (سال تحصیلی ۱۳۸٦- ۱۳۸۵)

۲. کتاب جامع بهداشت عمومی (جلد سوم ، فصل یازدهم، گفتار۱۹ بهداشت مدارس، دکتر علی رمضان‌خانی) آدرس اینترنتی:
http://www.elib.hbi.ir/persian/PUBLIC_HEALTH_EBOOK/11_19.pdf

۳. مدارک موجود در خصوص سابقه بهداشت مدارس در اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس و اطلاعات به دست آمده از جستجو در سایت‌هایی مانند: www.farsnews.com و www.aftab.ir

٤. بررسی‌های انجام شده در دانشگاه /دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور در مورد وضعیت آلودگی به پدیکولوزیس.

۵. داده‌های جمع‌آوری شده از دانشگاه /دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور توسط مرکز مدیریت بیماری‌ها.

٦. سند سلامت نوجوانان جوانان و مدارس.

۷. برنامه چهارم توسعه.

۸. سند چشم‌انداز.

آموزش و ارتقای سلامت

مقدمه

سلامتی به عنوان یک حق، یکی از بزرگترین نعمت‌های خداوند بوده و ارتقای سطح آگاهی آحاد جامعه، اصلی‌ترین مسوولیت و هدف آموزش سلامت محسوب گردیده و «تعالی رفتار سالم» یکی از بزرگترین دغدغه‌های بخش سلامت و مخصوصاً آموزش به شمار می‌رود. آموزش سلامت در طول سی سال تاریخ انقلاب اسلامی ایران، همیشه به عنوان نوک پیکان ارایه خدمات بهداشتی در سیستم ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مورد توجه و تأکید بوده و علیرغم نگرش و دیدگاه نه چندان مثبت برخی مدیران در برهه‌های زمانی خاص در طول این سی سال، بیش از پیش مورد تأکید و توجه بوده است.

توجه به مقوله سلامت و آموزش آن به عنوان رکن اصلی در توسعه اقتصادی– اجتماعی و فرهنگی، ما را بر آن می‌دارد تا پس از گذشت سی سال از سپری شدن انقلاب اسلامی در کشور، بتوانیم به گوشه‌ای از دستاوردهای آن بپردازیم.

تعریف واژگان

آموزش سلامت با ارتقای سطح آگاهی، دانش و مهارت‌های افراد، باید به آنها کمک کند تا در مورد سلامت خود و خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، قادر به تصمیم‌گیری بوده و از تأثیر محیط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و... بر سلامت و عدم سلامت آگاهی یابند. توسعه برنامه‌های آموزش سلامت در جامعه و محیط‌های کاری می‌تواند در پیشرفت و ارتقای سلامت و کاهش تقاضا و هزینه‌های خدمات درمانی بسیار موثر باشد. رسالت دیگر آموزش سلامت، برنامه‌ریزی و استفاده بهتر از رسانه‌های ارتباط جمعی در امر ارتقای سلامت جامعه است. رسانه‌های گروهی در بالا بردن سطح اطلاعات و آگاهی‌های مردم در یافتن خدمات بهداشتی موثر و متناسب و استفاده از آن، نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند.

آموزش سلامت برای تحقق هدف پیشبرد و ارتقای سلامت مردم و نیز ارتقای کیفیت زندگی آنان ضروری بوده و نیازمند توسعه است و تحقق آن می‌تواند موجب کاهش تقاضا برای استفاده از مراکز بهداشتی درمانی شود.

آموزش سلامت، به شیوه زندگی سالم توجه خاص داشته و با توجه به این که شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی می‌باشد، لذا تأکید بر آن بسیار مهم است.

شاخص‌ها

با توجه به کیفی بودن برنامه‌های آموزش سلامت، شاخص مشخص و استاندارد شده‌ای وجود ندارد، لیکن شاخص‌های چندگانه فرآیندی قابل ارایه هستند.

گزارش سی ساله

آموزش سلامت با ٥٦ سال قدمت در راستای ارتقای سطح سلامت جامعه، سابقه‌ای بس طولانی در ارایه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی از سال ١٣٣٢ داشته و به ویژه در طی سی سال پس از انقلاب اسلامی، به عنوان پیشتاز عرصه خدمات بهداشتی درمانی، سکاندار آموزش سلامت در جامعه بوده است. با آغاز دوران انقلاب اسلامی و تثبیت جمهوری اسلامی ایران در سال ١٣٥٨، بازنگری در انجام وظایف و مسوولیت های دفتر آموزش بهداشت در دستور کار قرار گرفته و منجر به اصلاح ساختار تشکیلاتی و سازماندهی مجدد نیروی انسانی در دفتر آموزش بهداشت گردید. با شروع برنامه

«مراقبت‌های بهداشتی اولیه» و توجه به سیاست «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰»، آموزش بهداشت به عنوان پیکان ارایه خدمت در بحث «مراقبت‌های بهداشتی اولیه» مد نظر قرار گرفت و در این زمینه به انجام رسالت تبلیغ و اشاعه اهداف و سیاست های مذکور در سطح سازمان های منطقه‌ای بهداری استان‌های کشور پرداخت.

عمده فعالیت‌های موفق آموزش سلامت می‌تواند در نتیجه عوامل زیر باشد:

الف) آموزش

- اجرای برنامه‌های آموزش سلامت به صورت چهره به چهره، گروهی، جلسات مشاوره برای اقشار مختلف جامعه در زمینه موضوعات و مسایل مختلف بهداشتی
- آموزش مفاهیم، سیاست‌ها و برنامه‌های «مراقبت‌های بهداشتی اولیه» و «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» به کارکنان بهداشتی سازمان‌های منطقه‌ای بهداری استان‌ها و کارشناسان آموزش بهداشت کشور
- انجام فعالیت‌های آموزش بهداشت مدارس در مراکز و موسسات آموزشی
- برگزاری بسیج سلامت کودکان در سطح کشور برای اولین بار
- تهیه و تأمین وسایل کمک آموزشی مورد نیاز استان‌ها

ب) رسانه‌های گروهی و جمعی

- انجام برنامه‌های آموزشی از طریق شبکه‌های رادیویی و تلویزیونی، مصاحبه‌های علمی و عمومی و میزگردهای علمی و تخصصی در خصوص موضوعات مختلف بهداشت و سلامت
- همکاری با گروه‌های مختلف شبکه‌های تلویزیونی و رادیویی و تهیه برنامه‌های مشترک آموزشی و تهیه کلیپ‌های آموزشی مختلف
- تهیه و تولید فیلم‌های آموزشی و توزیع در بین ادارات آموزش بهداشت استان‌ها

ج) همکاری و هماهنگی درون بخشی و بین بخشی

- تشکیل کمیته علمی آموزش بهداشت در حوزه معاونت وزارت متبوع متشکل از اساتید و صاحب‌نظران رشته‌های مختلف پزشکی و علوم پایه
- تشکیل کمیته آموزش و بهداشت با مشارکت فعال کارشناسان وزارت آموزش و پرورش جهت بازبینی و انجام اصلاحات بهداشتی در کتب درسی دانش آموزان و تهیه کتب راهنمای معلمین
- همکاری با ادارات ودفاتر تابعه معاونت بهداشتی و انجام مداخلات مشترک
- تشکیل کمیته علمی انتشارات حوزه معاونت بهداشتی
- تشکیل کمیته فنی آموزش بهداشت و صدا و سیما در حوزه معاونت بهداشتی

د) انتشارات

- تهیه، تولید و چاپ پمفلت، پوستر، تراکت و وسایل کمک آموزشی، کتب و نشریات بهداشتی جهت استفاده کارکنان بهداشت استان ها
- تهیه و چاپ کتب، مراجع و مستندات آموزش بهداشت به منظور اطلاع‌رسانی به کارکنان بهداشتی
- تشکیل کمیته علمی آموزش و انتشارات حوزه معاونت بهداشتی
- تهیه، تدوین و انتشار کتب مدارس مروج سلامت، مجموعه گزارش‌های فنی پنجمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت، اولین گزارش جهانی خشونت و سلامت از انتشارات دفتر ژنو سازمان جهانی بهداشت، مجموعه گزارش‌های فنی ارتباطات و آموزش سلامت، از آموزش سلامت تا سلامت، برنامه ملی توسعه آموزش و ارتقای سلامت مبتنی بر توانمندسازی مردم و جامعه، نظام جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود، ارتقای سلامت (تاریخچه، مبانی و مفاهیم)، نظام جامع آموزش سلامت به بیماران، نظام جامع آموزش و ارتقای سلامت در محل کار، آیین تندرستی، آموزش سلامت در فرهنگسراها، الگوی زندگی سالم، دستورالعمل فنی برنامه‌های آموزش سلامت، برنامه جامع درسی آموزش سلامت ویژه مدیران و کارکنان نظام سلامت، برنامه جامع درسی آموزش سلامت ویژه کارشناسان آموزش سلامت کشور، تحقیق در ارتقای سلامت، برقراری ارتباط برای سلامت و تغییر رفتار، مبانی و کاربرد فناوری آموزشی در ارتقای سلامت، واژه نامه ارتقای سلامت

- تهیه، تدوین بسته‌های آموزشی نیازسنجی آموزشی در برنامه‌های آموزش سلامت، راهنمای آموزشی تغذیه در نیروی مقاومت بسیج، جلب حمایت همه جانبه، الگو و مدل‌های تغییر رفتار، بازاریابی اجتماعی و راهنمای تحرک فیزیکی از بدو تولد تا سالمندی

ه) طرح‌ها و مداخلات آموزشی

- تهیه طرح عملیاتی آموزش سلامت در حوزه معاونت بهداشتی برای اولین بار در سال ۱۳٦٦ و طرح عملیاتی «از سلامتی بگو» در سال ۱۳٦۸ به منظور تقویت و توسعه فعالیت‌های آموزش بهداشت
- طراحی و اجرای طرح آموزش بهداشت در عمل و در جهت توانمندسازی پرسنل و کارکنان بهداشتی در زمینه ارتباطات، فناوری آموزش، پویایی گروه و...
- طراحی و اجرای طرح ارتقای سلامت در زندان‌های کشور
- طراحی بسیج‌های آموزش همگانی ورزش با مشارکت کمیته المپیک جمهوری اسلامی ایران
- طراحی و اجرای جشنواره خورشید که برای اولین بار در جمهوری اسلامی ایران برگزار و اجرا گردید.
- ارزشیابی خارجی رسانه‌ها و مداخلات آموزش سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور طی دو سال متمادی
- طرح ملی بررسی پدیده خشونت خانگی علیه زنان در مراکز استان‌های کشور
- ارزیابی نقایص ساختاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه ساختار ارتباطات و آموزش سلامت
- مدیریت پژوهش بنیادین نظام جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود
- مدیریت پژوهش بنیادین نظام جامع آموزش و ارتقای سلامت در محل کار
- مدیریت پژوهش بنیادین نظام جامع درسی آموزش سلامت برای ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی
- مدیریت پایلوت پروژه پیشگیری از ابتلای نوجوانان به استعمال دخانیات

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

- اگرچه در طول سی سال خدمات صادقانه آموزش سلامت، دستاوردهای مختلفی در این زمینه به دست آمده، اما از طرفی، پیش‌بینی روندها برای افق ۱٤۰٤ کاملاً مقدور نبوده، با این حال می‌توان موارد زیر را برشمرد:
- استمرار و تداوم برنامه‌های جاری و توجه خاص به مفاهیم آموزش و ارتقای سلامت
- توجه ویژه به ارتقای کیفیت برنامه‌ها
- تهیه و تولید استانداردها و شاخص‌های آموزشی
- استمرار و تقویت برنامه‌های پایش و ارزشیابی برنامه‌های آموزش دانشگاه‌ها
- ایجاد نگرش مثبت و سازنده در بین سیاست‌گذاران، هیأت دولت، نمایندگان مجلس و افراد ذی‌نفوذ و تأثیرگذار در زمینه آموزش و ارتقای سلامت
- تقویت دیدگاه سلامت محور در بین سیاست‌گذاران
- ترویج رویکردهای نوین و مناسب و نیز ترویج شیوه زندگی سالم
- ارتقای دانش و مهارت‌های فنی منابع انسانی سلامت
- توجه به کیفیت خدمات، کرامت انسانی و پایبندی به تعهدات

موضوعات اصلی و چالش ها

- حمایت مالی مناسب از برنامه‌های آموزش و ارتقای سلامت
- ضوابط و مقررات مناسب و حمایت کننده
- بسترهای مناسب آموزش سلامت در جامعه شامل سایر نمادها و ارگان‌های دولتی و غیردولتی
- نگرش رهبران مذهبی و مردم به آموزش سلامت و سلامت در جامعه
- رفتارهای مخاطره آمیز در بین جوانان و نوجوانان در رابطه با سلامت
- تأثیر منفی بی‌ثباتی اقتصادی کشور بر برنامه‌های آموزش سلامت
- شیوه زندگی نامناسب و باورها و اعتقادات عمومی غلط در رابطه با سلامت
- وجود نگرش اقتصادی و سودگرایی در صدا و سیما و رسانه‌های گروهی

پیشنهادها

- جلب حمایت مالی برای توسعه آموزش و ارتقای سلامت
- جلب مشارکت متولیان ارتباط جمعی در آموزش سلامت همگانی
- بازاریابی اجتماعی برای خدمات آموزش و ارتقای سلامت
- جلب حمایت همه جانبه در آموزش و ارتقای سلامت
- توسعه ارتباط سازمانی بیشتر و توسعه نظام اطلاعاتی آموزش سلامت
- توانمندسازی کارشناسان و کارکنان بهداشت در زمینه‌های تخصصی آموزش و ارتقای سلامت
- تعیین سرانه آموزش سلامت در کشور در ابتدای برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی
- جلب حمایت قانونی برای اختصاص بخشی از مالیات‌ها به امر آموزش و ارتقای سلامت

واژه نامه‌ها

کتاب فرهنگ اصلاحات و مفاهیم آموزش و ارتقای سلامت، تألیف نائومی مودست و تری تامایوز، ترجمه دکتر محسن شمس و اکرم کریمی شاهنجرینی

منابع

۱. برنامه استراتژیک آموزش سلامت، اداره ارتباطات و آموزش سلامت، پاییز ۱۳۸۲.

۲. کتاب «از آموزش سلامت تا سلامت»، تهیه و تدوین دکتر شهرام رفیعی‌فر، اداره ارتباطات و آموزش سلامت سال ۱۳۸۳.

۳. کتاب ارتقای سلامت، تاریخچه، مبانی، رویکردها، راهکارها، اداره ارتباطات و آموزش سلامت.

٤. کتاب برنامه جامع درسی آموزش سلامت، اداره ارتباطات و آموزش سلامت سال ۱۳۸۳.

آزمایشگاه مرجع سلامت

عنوان فعالیت (طرح یا برنامه اجرا شده)

۱. مکانیزه نمودن اطلاعات آزمایشگاه‌های تشخیص طبی کشور
۲. تمرکز زدایی
۳. تدوین دستورالعمل‌های استاندارد آزمایشگاه‌های پزشکی و ابلاغ آن به دانشگاه‌های سراسر کشور و ارایه برنامه عملیاتی برای اجرایی نمودن استانداردها
٤. برنامه‌ریزی برای آموزش و تشکیل شبکه آموزش ضمن خدمت در حیطه علوم آزمایشگاهی در دانشگاه‌ها به منظور ارتقای دانش فنی کارکنان آزمایشگاه‌ها و ادارات امور آزمایشگاه‌های دانشگاه‌های کشور
۵. طراحی و اجرای برنامه ارزیابی خارجی کیفیت در سراسر کشور
٦. انتخاب به‌عنوان مرکز همکار سازمان بهداشت جهانی در زمینه کنترل کیفیت، آموزش تضمین کیفیت، ارزیابی فرآورده‌ها و برنامه ارزیابی خارجی کیفیت در منطقه شرق مدیترانه، در سه دوره متوالی
۷. ارزیابی کیفیت فرآورده‌های تشخیصی و تجهیزات آزمایشگاهی
۸. تدوین الزامات و شرایط فعالیت شرکت‌های تولیدکننده، واردکننده و توزیع‌کننده فرآورده‌های تشخیصی آزمایشگاهی
۹. برگزاری دوره‌های آموزشی جهت شرکت‌های فعال در امر فرآورده‌های تشخیصی (تولید کننده واردکننده و توزیع‌کننده)
۱۰. برقراری نظام مراقبت از فرآورده‌های تشخیصی آزمایشگاهی
۱۱. ارتقای نظام مدیریت آزمایشگاه‌های سلامت

هدف یا اهداف اجرای کار (کمی و کیفی):

۱. ساماندهی اطلاعات و توانایی داده‌های مربوط به آزمایشگاه‌های سراسر کشور و ارتقای کیفیت خدمات آزمایشگاهی از طریق گسترش بانک اطلاعاتی
۲. ارتقای کیفیت عملکرد آزمایشگاه‌های پزشکی در سراسر کشور
۳. واگذاری اختیارات به ادارات امور آزمایشگاه‌های دانشگاه‌های کشور و تسریع و تسهیل در امور مراجعین
٤. بهبود کیفیت فرآورده‌های تشخیصی و تجهیزات آزمایشگاهی

۵. ساماندهی وضعیت شرکت‌های تولیدکننده، واردکننده و توزیع‌کننده فرآورده‌های تشخیصی آزمایشگاهی در جهت بهبود کیفیت فرآورده‌های تشخیصی و تجهیزات آزمایشگاهی و نیز حمایت از شرکت‌هایی که به طور قانونی فعالیت می‌نمایند.
٦. پایش کیفیت فرآورده‌های تشخیصی در سطح مصرف‌کننده
۷. ارتقای نظام جامع و سطح‌بندی خدمات آزمایشگاهی با اجرای برنامه سطح‌بندی و در نظرگرفتن سیستم نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی منطبق با طرح‌های گسترش در آزمایشگاه‌های بهداشتی
۸. آماده‌سازی آزمایشگاه‌های منطقه‌ای از نظر توانمندی و آمادگی جهت پاسخگویی در شرایط طغیان بیماری، اپیدمی‌ها، بحران (سیل، زلزله، بیوتروریسم، آلودگی‌های آب و غیره)، اولویت‌های بهداشتی تعیین شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌ها
۹. مشارکت در برنامه ارتقای نظام پیشگیری، کنترل، حذف و ریشه‌کنی بیماری‌های واگیر همچنین ارتقای نظام غربالگری، پایش و مدیریت بیماری‌های غیر واگیر

شرح فعالیت

۱. در راستای ساماندهی اطلاعات و توانایی‌های آزمایشگاه‌های سراسر کشور و ایجاد بستر مناسب برای ارتقای سلامت جامعه و ارتقای سیستم مدیریت و به‌منظور دستیابی سریع به اطلاعات و در جهت ایجاد دولت بدون کاغذ، سایت اداره کل آزمایشگاه مرجع سلامت از اواسط شهریور۸٦ آغاز به کار نموده است و در حال حاضر معاونت‌های بهداشتی و درمانی دانشگاه‌ها امکان دستیابی به سیستم را پیدا نموده و اطلاعات دموگرافیک آزمایشگاه‌ها به صورت مکانیزه جمع‌آوری شده و قوانین و مقررات مرتبط با سمینارها، کنگره‌ها و بخشنامه‌ها در دسترس دانشگاه‌ها جهت اعلام به افراد ذی‌نفع، قرار گرفته‌اند.
۲. با توجه به سیاست تمرکززدایی و به‌منظور تسهیل و تسریع در امور مراجعین، اقدام به واگذاری اختیارات صدور پروانه‌های آزمایشگاه‌های تشخیص طبی (آسیب‌شناسی بالینی و تشریحی) به ادارات امور آزمایشگاه‌های دانشگاه‌های (استان‌ها) کشور شده است.
۳. در مرحله اول، روند اجرایی کار بطور کامل، همراه با قوانین و مقررات مربوطه به دانشگاه‌ها ابلاغ گردید.

٤. در چندین مرحله، کارگاه آموزشی برای کارشناسان و مسوولین اداره امور آزمایشگاه‌های دانشگاه‌ها برگزار شد.

٥. نمایندگان اداره کل در جلسات کمیسیون متشکله در دانشگاه‌ها حضور یافته و نظرات ارشادی خود را ارایه نمودند.

٦. تدوین دستورالعمل‌های استاندارد آزمایشگاهی در حوزه‌های اصلی موثر بر کیفیت کار در آزمایشگاه، گردآوری شده از مراجع و استانداردهای معتبر جهانی و بومی نمودن و انطباق آن با در نظر گرفتن شرایط کشور و پیرو آن تنظیم برنامه عملیاتی زمان‌بندی شده برای اجرای گام به گام استانداردهای آزمایشگاهی و ارایه آن به دانشگاه‌های کل کشور و دریافت گزارش پیشرفت بطور دوره‌ای و همچنین تهیه چک لیست متناظر با استانداردها جهت تصحیح روند نظارت و اعتباربخشی آزمایشگاه‌های کشور

٧. برنامه‌ریزی جهت تشکیل گروه‌های آموزشی و شبکه آموزش در دانشگاه‌ها و آموزش ممیزین و بازرسان ادارات امور آزمایشگاه‌ها و برگزاری دوره‌های آموزشی برای مسوولین فنی و کارکنان آزمایشگاه‌ها به منظور ارتقای توان علمی جهت اجرای استانداردها

٨. طراحی و اجرای برنامه ارزیابی خارجی کیفیت به منظور بررسی وضعیت موجود و عملکرد نهایی آزمایشگاه‌ها، ارزیابی کیت‌ها و فرآورده‌های تشخیصی و ابزار و تجهیزات آزمایشگاهی در بازار مصرف (Post market Evaluation).

٩. فعالیت به‌عنوان مرکز همکار سازمان بهداشت جهانی در زمینه اجرای برنامه ارزیابی خارجی کیفیت برای آزمایشگاه‌های منتخب کشور اردن و ارسال نمونه‌های کنترلی انگل‌شناسی و قارچ‌شناسی برای کشورهای منطقه. برگزاری دوره‌های آموزشی تضمین کیفیت برای کشورهای منطقه، ارزیابی فرآورده‌های تشخیصی و تجهیزات ارسالی از سازمان بهداشت جهانی.

١٠. از سال ١٣٦٤، بررسی کیفیت کیت‌ها، فرآورده‌های تشخیصی و تجهیزات آزمایشگاهی با استفاده از دستورالعمل‌های بین‌المللی مانند IFCC،NCCLS ، FDA و ... در آزمایشگاه رفرانس آغاز گردید. این امر از طریق ارسال نتایج حاصله به تولیدکنندگان، مسوولین و سیاست‌گذاران آزمایشگاهی باعث جلوگیری از ورود محصولات نامرغوب به بازار مصرف و بهبود چشمگیر کیفیت فرآورده‌ها و تجهیزات آزمایشگاهی و در پی آن، ارتقای عملکرد آزمایشگاه‌ها گردید. همچنین اطلاع‌رسانی مستقیم نتایج ارزیابی به مصرف‌کنندگان، حق انتخاب محصولات با کیفیت را جهت آزمایشگاه‌ها ایجاد نمود.

۱۱. از سال ۱۳۷۷، تدوین الزامات مربوط به شرکت‌های فعال در امر ساخت فرآورده‌های تشخیصی آزمایشگاهی در جهت بهبود عملکرد شرکت‌ها آغاز و به‌تدریج تکمیل گردید. در جهت برقراری الزامات GMP و سیستم کیفیت، کارکنان شرکت‌ها در دوره‌های مختلف آموزش دیده و همچنین شرکت‌ها بر اساس الزامات تعیین شده مورد بازدیدهای منظم قرار گرفتند.
۱۲. نظام مراقبت از فرآورده‌های تشخیصی به‌منظور اطلاع از عملکرد فرآورده‌های تشخیصی در آزمایشگاه‌های سطح کشور (حدود ۴۰۰۰ آزمایشگاه به‌عنوان مصرف‌کننده نهایی) طراحی گردید. شکایات یا پیشنهادهای آزمایشگاه‌ها با مسوولین فنی شرکت‌های پشتیبان مطرح شده و در صورت عدم توافق، به دانشگاه‌ها و در نهایت آزمایشگاه مرجع سلامت، منعکس می‌گردد.
۱۳. در راستای ارتقای کیفیت عملکرد آزمایشگاه‌ها در زمینه استقرار و ارتقای برنامه ایمنی زیستی در شبکه آزمایشگاهی کشور، فعالیت‌های متنوعی شامل تدوین دستورالعمل در زمینه‌های مختلف برنامه ایمنی، تدوین چک لیست، برگزاری دوره‌های آموزشی متعدد و... انجام گرفته است.
۱۴. در راستای سیاست کلی ارتقای نظام مراقبت مخاطرات محیط و کار که متولی آن مرکز سلامت محیط و کار می‌باشد، ارتقای وضعیت آزمایشگاه‌های بهداشت محیط وحرفه‌ای و ارتقای وضعیت ارایه خدمات مرتبط با سلامت شاغلین (طب کار) مد نظر قرار گرفته است.
۱۵. در راستای سیاست کلی ارتقا و توسعهٔ خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد که متولی آن دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد می‌باشد، در زمینه ارتقای عملکرد آزمایشگاه‌های تشخیص مواد مخدر گام‌های مهمی برداشته شده است.
۱۶. در راستای سیاست کلی، ارتقای مدیریت بحران و حوادث غیر مترقبه که متولی آن مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی می‌باشد، هدف اداره مدیریت آزمایشگاه‌های بهداشتی، پشتیبانی آزمایشگاهی در شرایط بحران و ارتقای عملکرد آزمایشگاه‌ها در شرایط بحران است. بدین منظور برنامه‌ریزی لازم در راستای تشکیل تیم‌های آزمایشگاهی در شرایط بحران و تجهیز آزمایشگاه‌های مرجع منطقه‌ای و مرجع دانشگاهی به آزمایشگاه‌های موبایل و پرتابل مد نظر می‌باشد.

دستاوردها و نتایج آماری و مقایسه‌ای:

۱. آشنایی مسوولین و کارکنان آزمایشگاه‌های کشور با استانداردهای معتبر بین‌المللی ویژه آزمایشگاه‌های پزشکی و برنامه‌ریزی عملیاتی در جهت حرکت به سمت اجرا نمودن این استانداردها در کشور
۲. بهبود آگاهی و دانش فنی کارکنان آزمایشگاه‌ها که شواهد آن در بازدیدها و ممیزی‌های به‌عمل آمده از آزمایشگاه‌ها مشهود است.
۳. شروع اجرای برنامه ارزیابی خارجی کیفیت از سال ۱۳٦۷ با ارسال تعداد معدودی پارامتر بیوشیمی برای ۲۰۰ آزمایشگاه در کشور و گسترش برنامه با ارسال نمونه‌های مختلف در بخش‌های بیوشیمی، هماتولوژی، میکروب‌شناسی، سرولوژی، انگل‌شناسی و مواد مخدر در بیش از ۲۰۰۰ آزمایشگاه در کل کشور
٤. آغاز فعالیت به‌عنوان مرکز همکار سازمان بهداشت جهانی در زمینه کنترل کیفی بیوشیمی از سال ۱۹۹٤ و ادامه و گسترش دامنه این همکاری در زمینه تضمین کیفیت، آموزش، برنامه ارزیابی خارجی کیفیت و کنترل فرآورده‌های تشخیصی که منتج به کسب وجهه و اعتبار منطقه‌ای و بین‌المللی و افزایش توانمندی علمی کارشناسان مجموعه گردیده است.
۵. بر اساس نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت، ارتقای روش‌ها و استفاده از کیت‌های مرغوب، منجر به بهبود کیفیت نتایج آزمایشگاه‌ها گردیده است.
٦. افزایش چشمگیر تعداد فرآورده‌های تشخیصی تولید داخل که با رعایت الزامات و ارتقای کیفیت، موفق به تامین حجم زیادی از فرآورده‌های مصرفی آزمایشگاه‌های کشور گردیده و از این طریق مانع از خروج ارز برای واردات محصولات مشابه خارجی شده‌اند.
۷. همچنین؛ با این اقدام واردکنندگان ملزم گردیدند محصولات با کیفیت و دارای تاییدیه‌های بین‌المللی را وارد کشور نمایند.
۸. آموزش مسوولین فنی شرکت‌ها جهت برقراری سیستم کیفیت و اصول GMP در شرکت نیز باعث ارتقای سطح علمی شاغلین در این حرفه گردید.
۹. اطلاع‌رسانی به‌موقع به آزمایشگاه‌ها و سایر مراکز مرتبط در مورد فرآورده‌های نامناسب و امکان برنامه‌ریزی جهت رفع مشکلات مشاهده شده

۱۰. در طی سالیان متمادی نقش آزمایشگاه‌های بهداشتی بسیار تعیین‌کننده بوده و در واقع می‌توان گفت که طرح‌های بهداشتی کشور نظیر پیشگیری از تولد بیماران تالاسمی ماژور، با همت و عملکرد مطلوب شبکه آزمایشگاه‌های بهداشتی به سر منزل مقصود رسیده است.

برنامه‌های آتی در خصوص توسعه طرح یا برنامه (افق ١٤٠٤):

۱. جمع‌آوری و آنالیز اطلاعات پرسنل آزمایشگاه‌ها و همچنین تجهیزات آزمایشگاه‌ها و بروز رسانی کلیه اطلاعات مرتبط با آزمایشگاه‌ها
۲. ارزیابی ادارات تابعه (ادارات امور آزمایشگاه‌های دانشگاه‌ها) به‌منظور بررسی اجرای دقیق روند واگذاری اختیارات مربوطه
۳. ارتقای سطح استانداردهای تدوین شده و نزدیک نمودن آن به استانداردهای معتبر جهانی
٤. طراحی برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت بطور دوره‌ای و منظم در بخش‌های مختلف آزمایشگاهی
۵. حفظ مدیریت اجرای برنامه ارزیابی خارجی کیفیت در واحد ستادی وزارت بهداشت و واگذاری بخش اجرایی انجام برنامه به انجمن‌های تخصصی در راستای اصل خصوصی‌سازی
٦. ادامه فعالیت به‌عنوان مرکز همکار سازمان بهداشت جهانی در صورت حفظ صلاحیت‌های مورد نظر آن سازمان
۷. افزایش کمی و تنوع فرآورده‌های تحت ارزیابی با انتخاب مراکز همکار
۸. برنامه‌ریزی جهت ارتباط و آموزش بیشتر شرکت‌ها با هدف استقرار الزامات در همه شرکت‌ها در مدت زمانی معین
۹. اطلاع‌رسانی بیشتر نسبت به اجرای برنامه (با توجه به این که به‌تازگی شروع شده است) و اصلاح سیستم رسیدگی به موارد گزارش شده در جهت استفاده بهینه مصرف‌کنندگان نهایی
۱۰. تشکیل و راه‌اندازی ۹ آزمایشگاه مرجع منطقه‌ای و ٤١ آزمایشگاه مرجع دانشگاهی

سطح اجرای کار (کشوری، استانی، منطقه‌ای):

کشوری و منطقه‌ای

شاخص‌های عملکردی معاونت سلامت

جدول ۱: شاخص‌های عملکردی معاونت سلامت

ردیف	سال شاخص	واحد	۱۳۵۷- ۱۳۶۲	۱۳۶۲- ۱۳۶۸	۱۳۶۸- ۱۳۷۲	۱۳۷۲- ۱۳۷۶	۱۳۷۶- ۱۳۸۰	۱۳۸۰- ۱۳۸۴	۱۳۸۴- ۱۳۸۷
۱	صدور پروانه تاسیس و مسوولیت فنی	تعداد	۱۴۹	۷۶	۲۶۷	۲۸۸	۸۲۱	۱۰۵۶	۴۴۵
۲	ارزیابی کیفیت فرآورده تشخیصی آزمایشگاهی	قلم	-	۵۰۰	۸۰۰	۱۵۰۰	۲۵۰۰	۲۳۰۰	۲۰۰۰
۳	صدور مجوز برای شرکت‌های تولید کننده و وارد کننده	تعداد	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۵۰۰۰	۴۰۰۰	۳۵۰۰	۶۰۰۰	۴۰۰۰

سلامت محیط و کار

تاریخچه

پس از تشکیل سازمان بهداشت جهانی، تفکر مهندسی بهداشت از سال ۱۳۳۱ تا ۱۳۳۵ شکل گرفت و اداره کل بهداشت محیط از سال ۱۳۳۵ در ایران تشکیل شد. از سال ۱۳٤۰ ادغام برنامه ریشه‌کنی مالاریا با مهندسی بهداشت محیط صورت گرفت. در سال ۱۳٤۰-۱۳۳۵ تامین آب آشامیدنی شهری از وزارت بهداری منفک شد و تمرکز بر تامین آب مشروب و بهسازی محیط روستا در برنامه‌ها قرار گرفت. در آن سال‌ها با اعزام تعدادی از مهندسین رشته‌های مختلف جهت اخذ مدارج تخصصی به خارج از کشور و متعاقب آن ایجاد دوره‌های کمک بهسازی و کمک مهندسی بهداشت به همت دکتر فریس از گام‌های بزرگ بود. این گام در سال ۱۳٤۵ با تاسیس دوره عالی بهسازی کامل گردید. در سال ۱۳٤٦ با تصویب قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی حیطه بهداشت محیط توسعه یافت. در سال ۱۳۷٤ ادغام دو اداره کل بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای و سپس تشکیل مرکز سلامت محیط و کار در سال۱۳۷۹ در معاونت سلامت وزارت بهداشت صورت گرفت.

مأموریت مرکز سلامت محیط و کار

تأمین و ارایه خدمات ستادی، تخصصی مربوط به امور پیشگیری و کنترل و حذف شرایط و عوامل تهدیدکننده محیط زندگی و کار در راستای حفظ و ارتقای سلامت انسان به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، وزارتخانه‌ها و سازمانهای مرتبط با بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای برای آحاد جامعه از طریق تدوین معیارها و ضوابط، نظارت و بازخورد و بکارگیری فناوری مناسب و متناسب با ویژگیهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مناطق مختلف، قابل دسترس بودن خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای با ارج نهادن بر کرامت انسانی، عدالت اجتماعی و کمک به توسعه پایدار با محوریت بهداشت محیط و حرفه‌ای با بهره‌گیری از مشارکت‌های مردمی و همکاریهای بین بخشی.

هدف کلی:

تامین و ارتقای سطح سلامت محیط و کار

شرح وظایف مرکز سلامت محیط و کار

۱. جمع‌آوری اطلاعات و آمار فعالیت‌ها و تحلیل آنها
۲. انجام تحقیقات کاربردی در زمینه بهداشت محیط (آب، هوا، خاک، غذا، ...) و بهداشت حرفه‌ای (کنترل عوامل زیان‌آور محیط کار، بیماری‌های شغلی رایج در کشور و ...)
۳. تعیین نیازها و اولویت‌های برنامه بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای
٤. تشکیل کمیته‌های علمی و کشوری
۵. سیاست‌گذاری برای برنامه‌های بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای
٦. برنامه‌ریزی کلی سالانه و میان مدت و درازمدت طبق برنامه راهبردی
۷. تدوین و پیشنهاد بودجه
۸. تهیه مواد و مطالب لازم برای آموزش همگانی بهداشت در زمینه بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای
۹. تعیین و ابلاغ ضوابط، استانداردها و دستورالعمل‌های مربوط به بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای
۱۰. آموزش فناوری‌های جدید خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای
۱۱. برنامه‌ریزی و پیش‌بینی و ترتیب اجرای برنامه‌های منظم بازآموزی
۱۲. برآورد نیروی انسانی مورد نیاز و پیش‌بینی ساز و کارهای تأمین آن
۱۳. بررسی مسایل و مشکلات استان‌ها و همکاری با آنها برای رفع مشکلات
۱٤. هدایت استان‌ها در برنامه‌ریزی تفصیلی و کمک به انجام آن
۱۵. تهیه و تدارک تجهیزات و مواد راهبردی که لازم است از خارج کشور وارد گردند.
۱٦. تدوین و پیشنهاد لوایح قانونی
۱۷. برقراری هماهنگی و همکاری‌های بین‌بخشی به‌ویژه در زمینه برنامه‌هایی از قبیل شهر سالم- روستای سالم
۱۸. برقراری هماهنگی بین خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای و دیگر خدمات بهداشتی
۱۹. جلب مشارکت مردم در مراحل مختلف برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی فعالیت‌ها
۲۰. برقراری ارتباط با سازمان‌های جهانی به‌منظور عرضه دستاوردها و تجارب کشور و نیز تأمین تسهیلات لازم برای بهره‌گیری از تجارب دیگر کشورها برای اعتلای سطح بهداشت و سلامت مردم

۲۱. بهره‌گیری از امکانات مالی و فنی مجامع بین‌المللی برای تحقق هدف‌های برنامه در قالب ارایه و اجرای طرح‌های مشترک
۲۲. نظارت و پایش اجرای برنامه‌ها
۲۳. ارزشیابی برنامه و تعیین فایده و اثربخشی فعالیت‌ها
۲۴. اعلام رسمی اطلاعات و شاخص‌های مربوطه به مجامع داخلی و خارج کشور
۲۵. برنامه‌ریزی در زمینه کنترل اپیدمی‌ها با توجه به موازین بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای و همچنین مشارکت فعال در زمینه مهار مشکلات ناشی از حوادث و بلایای طبیعی و غیرطبیعی

جدول ۱: برنامه‌های جاری مرکز

• بهداشت آب و فاضلاب	• بهداشت مواد غذایی و اماکن عمومی
• بهداشت محیط در شرایط اضطرار	• بهداشت محیط بیمارستان‌ها
• طب کار	• کنترل مصرف دخانیات
• خانه های بهداشت کارگری	• بهداشت قالیبافان
• کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	• ایستگاه بهگر
• OHSAS در محیط کار	• استقرار HSE در مدارس
• پیشگیری از عوامل زیان اور فیزیکی	• پیشگیری از عوامل زیان اور شیمیایی
• بهداشت هوا	• بهداشت پرتوها
• مبارزه با ناقلین	• ارگونومی
• بهداشت محیط مدارس	• CBI (شهر سالم_روستای سالم_BDN)
• بهداشت مساجد	• بهداشت کشاورزی
• HACCP	• ستاد فوریت‌های سلامت محیط و کار

تعاریف واژگان

جدول ۱: جدول تعاریف و واژگان بهداشت حرفه‌ای

عنوان فارسی	تعریف نهایی شده
آزمایشگاه بهداشت حرفه‌ای	محلی که آزمایش‌های ارزیابی و سنجش عوامل زیان آور فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیکی و بیولوژیکی محیط کار و سنجش پارامترهای کلینیکی (اسپیرومتری، ادیومتری و...) با استفاده از تجهیزات، دستگاه‌ها و روش‌های استاندارد انجام می‌گیرد.
آزمایشگاه معتمد بهداشت حرفه‌ای و محیط	به آزمایشگاهی اطلاق می‌شود که بر طبق ضوابط و مقررات در بخش‌ها و سازمان‌های مختلف دولتی و غیردولتی با کسب مجوز از وزارت بهداشت فعالیت می‌نماید و باتوجه به تخصص و صلاحیت‌های علمی، توانایی انجام آزمایش‌های مرتبط با بهداشت حرفه‌ای و محیط را دارا می‌باشد و عملکرد آن مورد تأیید آزمایشگاه‌های رفرانس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد.
عوامل زیان‌آور محیط کار	شامل عوامل فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیکی و بیولوژیکی و روانی که سلامت کارگر را در محیط کار مورد تهدید قرار داده و می‌توانند منجر به بیماری یا حادثه ناشی از کار گردند.
شرایط کار ایمن	شرایطی که بتوان با کمترین احتمال خطر و حادثه در آن به مدت طولانی کار کرد.
ایمنی سیستم	عبارتست از بکارگیری مهارت‌های فنی و مدیریتی ویژه در قالبی نظام‌مند و آینده‌نگر به منظور شناسایی و کنترل خطرات موجود در طول عمر یک پروژه، برنامه یا فعالیت.
ارزیابی عوامل زیان‌آور در محیط کار	سنجش کمی و کیفی عوامل فیزیکی مثل صدا، شدت روشنایی، اشعه و ... شیمیایی (حلال‌ها، موادشیمیایی و ...) ارگونومی و بیولوژیک در محیط کار از طریق بکارگیری دستگاه‌های نمونه‌برداری و آنالیز توسط دستگاه‌ها و تفسیر نتایج بدست آمده باتوجه به استانداردهای موجود در هر زمینه.
بهداشت حرفه‌ای	هدف از این رشته، تأمین ایمنی و بهداشت، پیشگیری از بیماری‌های ناشی از کار، پیشگیری از معلولیت‌ها، استفاده بهینه از توان نیروی کار و تأمین رفاه شاغلین با استفاده از قوانین و طرح‌های مختلف می‌باشد.
بیماری‌های ناشی از کار	بیماری است که به علت اشتغال به کار و تحت تأثیر شرایط موجود در آن تولید می‌شود و شرایط موجود که ممکن است بیماریزا باشد، مثل وجود عوامل شیمیایی، فیزیکی، بیولوژیکی و بالاخره کیفیت انجام دادن کار یا حالات و حرکاتی که کارگر مجبور است برای این منظور به بدن خود بدهد که ممکن است به علت تجاوز از حد طبیعی بیماریزا گردد.
مشاغل سخت و زیان‌آور	مشاغلی هستند که به دلیل شرایط خاص آنها، کارکردن فرد در چنین مشاغلی موجب بیماری یا حادثه ناشی از کار می‌گردد. تعدادی از این مشاغل در آیین نامه مشاغل سخت و زیان‌آور مستقیماً قید گردیده‌اند.

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان فارسی	تعریف نهایی شده
بازدید کارگاهی	بازرسان بهداشت حرفه‌ای و کاردان (کارشناس) برای ارزیابی وضعیت کارگاه‌ها از محل کارگاه بازدید نموده و شرایط کاری کارگر و محیط کار را مورد سنجش (مستقیم یا با وسایل اندازه گیری) قرار می‌دهند.
ارگونومی	تطابق علمی کار و محیط کار با مشخصات فیزیکی و روانی انسان که در سه عرصه ارگونومی سخت افزار، ارگونومی محیطی و ارگونومی نرم افزار و ماکرو ارگونومی قابل مطالعه است.
سم‌شناسی صنعتی	بررسی و مطالعه مواد سمی، چگونگی تأثیر، جستجو در محیط زیست، محیط کار و یا نزد افراد، نمونه‌برداری و آزمایش و تعیین مقدار آنها به عنوان سم‌شناسی صنعتی معروف است.
عوامل شیمیایی زیان‌آور محیط کار	کلیه مواد اولیه، مواد خام و مواد مصنوعی یا تهیه شده جامد، مایع یا گاز و بخارات که در صنعت به کار می‌روند و یا تولید می‌شوند.
دمه یا فیوم یا دود فلزی	عبارت است از ذرات جامدی که در اثر تراکم گازها پس از ذوب، از مواد مذاب تولید می‌شود.
عوامل فیزیکی زیان‌آور محیط کار	شامل گرما، سرما، رطوبت، فشار، نور، درخشندگی، سروصدا، ارتعاش و تشعشعات که می‌توانند کارگران و افراد در تماس را در مراحل مختلف دچار عوارض نمایند.
عوامل بیولوژیکی زیان‌آور محیط کار	شامل ویروس‌ها و ریکتزی‌ها، باکتری‌ها و قارچ‌ها و انگل‌ها که می‌توانند کارگران و افراد در تماس را در مراحل مختلف دچار عوارض نمایند.
فرم بازدید کارگاهی	شامل فرم کارگاه‌های شهری، روستایی و چند واحدی که به منظور ارزیابی وضعیت بهداشتی، ایمنی، تسهیلات و خدمات بهداشتی در کارگاه‌ها توسط بازرسان بهداشت حرفه‌ای، تنظیم می‌گردد.
فرم معاینات کارگری	به منظور به دست آوردن اطلاعات به هنگام در مورد سلامت کارگران برای تأمین، فقط و ارتقای آن، تهیه شده و توسط کارکنان بهداشتی رده‌های مختلف تکمیل می‌شود.
طرح بهداشت صنوف	باتوجه به نیاز به بازرسی و نظارت بهداشتی بیشتر در کارگاه‌های شهری نسبت به روستایی و هماهنگی با مجامع امور صنفی و رؤسای جنبی و دستورالعمل‌های مشترک برای اصناف، اجرا می‌شود و هدف اصلی آن، آموزش مبانی بهداشت و پیشگیری از عوامل زیان‌آور و مخاطرات شغلی در محیط کار از طریق آگاه نمودن کارکنان اصناف می‌باشد.
طرح رابطین بهداشتی	این طرح به منظور ایجاد ارتباط و همکاری مجامع امور صنفی و مراکز بهداشت در راستای انتقال و ارتقای فرهنگ بهداشت اصناف مختلف از طریق آموزش رابطین در کارگاه‌های صنفی تدوین شده است.

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان فارسی	تعریف نهایی شده
طرح بقا (بهداشت قالیبافان)	به منظور تأمین، حفظ و ارتقای بهداشت و سلامت کارگران قالیبافی در سطح روستاها از طریق آموزش بهداشت حرفه‌ای، بررسی وضعیت بهداشتی کارگاه‌های قالیبافی، بهسازی کارگاه‌های قالیبافی با مشارکت قالیبافان جهت بهسازی و بهداشتی نمودن محیط کار، طراحی و اجرای اصول ارگونومیکی برای قالیبافان و ممانعت از بروز عوارض و بیماری‌ها و تأمین بیمه تأمین اجتماعی قالیبافان و ارایه خدمات درمانی به قالیبافان، اجرا می‌شود.
ایستگاه بهگر	در کارگاه‌های با ظرفیت ۵۰-۲۰ نفر کارگر، به منظور ارتقای سطح سلامت کارگران و پیشگیری در زمینه از کارافتادگی زودرس آنان در اثر بروز حوادث و سوانح در محیط کار از طریق آموزش بهگر و همکاری بیشتر با کارشناسان بهداشت حرفه‌ای، تشکیل می‌شود. و یا به عبارتی واحد ارایه دهنده خدمات پیشگیری از حوادث و کمک‌های اولیه، PHC و بهداشت حرفه‌ای در کارگاه ۵۰-۲۰ نفره شاغل می‌باشد که مسوول آن بهگر است.
بهگر	فرد منتخبی است در بین شاغلین کارگاه‌های ۵۰-۲۰ نفر است که پس از گذراندن دوره آموزش سه هفته‌ای در زمینه کمک‌های اولیه، جلوگیری از حوادث ناشی از کار، خدمات بهداشتی اولیه (PHC) و بهداشت حرفه‌ای، علاوه بر شغل اصلی خود، به فعالیت‌های مرتبط با مطالب آموزش دیده اقدام می‌نماید.
خانه بهداشت کارگری	واحد ارایه دهنده کمک‌های اولیه، پیشگیری از حوادث و PHC در کارگاه‌های ۵۰۰-۵۰ نفر و معادن ۵۰۰-۲۰ نفر می‌باشد که با مشارکت سازمان تأمین اجتماعی در تأمین دارو و تجهیزات، وزارت کار و حمایت قانونی و حقوقی و وزارت بهداشت در برنامه‌ریزی، نظارت و آموزش کنترل، فعالیت‌های خانه بهداشت کارگری و کارفرمایان با تخصیص مکان و تجهیزات اداری و تأمین حقوق بهداشت‌یار کار ایجاد و مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد.
مرکز بهداشت کار	واحد ارایه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای، ایمنی و پیشگیری از حوادث و خدمات PHC در کارگاه‌های دارای بیش از ۵۰۰ نفر شاغل می‌باشد که بسته به توان کارفرمایان در سطح وجود یک کارشناس بهداشت حرفه‌ای برای ارایه خدمات تا مراکز توسعه یافته در سطح مراکز ایمنی و بهداشت حرفه‌ای و بیمارستان‌های تخصصی در حال فعالیت در کشور می‌باشد.
حد آستانه مجاز یا حداکثر تراکم مجاز	مقداری از ماده زیان آور که شخص یا کارگر معمولی برای ۸ ساعت کار در روز با آن تماس مداوم داشته و هیچگونه آثار و عوارض مسمومیت در او مشاهده نشود.
آلودگی صوتی در محیط کار	وقتی میزان صدای تولید شده در محیطهای کاری بیش از حد استاندارد آن (۸۵ Db) باشد که منجر به ایجاد ناراحتی و اختلال و احیاناً کم شنوایی و ناشنوایی و در برخی موارد ایجاد حوادث می‌شود.

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان فارسی	تعریف نهایی شده
آنتروپومتری	اندازه‌گیری ابعاد بدن برای طراحی وسایل کار در حد نرمال در جامعه بخصوص در بین کارگران برای ایجاد تطابق بیشتر کارگر با کار.
صداسنجی	ارزیابی میزان سروصدا در محیط‌های کاری با استفاده از دستگاه‌های صداسنج در نقاط تعیین شده و براساس وضعیت محیط کار
ارتعاش سنجی	ارزیابی میزان ارتعاش تأثیرگذار بر کارگر از طریق دست و پا و یا تمام بدن که از طریق دستگاه‌های موجود در محیط کار ایجاد می‌شود به‌وسیله دستگاه‌های ارتعاش سنج
بهداشت‌یار کار	در کارگاه‌های ۱۰۰–۵۰ نفره و در مناطق محروم، فرد منتخب حداقل دارای مدرک دیپلم از بین شاغلین کارگاه می‌باشد که دوره آموزش سه ماهه بهداشت حرفه‌ای، کمک‌های اولیه و پیشگیری از حوادث و خدات بهداشتی اولیه (PHC) را گذرانده و نیز در کارگاه‌های بیش از ۱۰۰ نفر شاغل، فارغ‌التحصیل رشته بهداشت حرفه‌ای می‌باشد که دوره‌های توجیهی سه روزه را گذرانیده است.
کارگاه	محلی که کارگر به درخواست کارفرما یا نماینده او در آنجا کار می‌کند.
تسهیلات بهداشتی کارگاه	کلیه تسهیلات جنبی کارگاه است که برای حفظ سلامت شاغلین و افراد وابسته به آنان در کارگاه موجود و یا دایر می‌گردد.
مسمومیت ناشی از کار	ایجاد اختلال فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و یا روانی ناشی از ورود مقادیر مختلف سموم از طرق مختلف به بدن کارگر در محیط‌های کاری و در اثر کار می‌باشد.
کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	کمیته‌ای که به منظور تأمین مشارکت کارگران و کارفرمایان و نظارت بر حسن اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار، صیانت از نیروی انسانی و منابع مادی کشور در کارگاه‌های مشمول و نیز پیشگیری از حوادث و بیماری‌های ناشی از کار، حفظ و ارتقای سلامتی کارگران و سالم‌سازی محیط‌های کاری، تشکیل می‌گردد.
شرکت‌ها و مؤسسات ارایه‌دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای	شرکتها و مؤسسات غیردولتی که باتوجه به تجهیزات، پرسنل و توانمندی‌های لازم برای انجام خدمات آزمایشگاهی، نمونه‌گیری، آنالیز، ارزشیابی و کنترل عوامل زیان‌آور، محیط کار یا کسب مجوزهای لازم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌کنند.
طرح ادغام فعالیت‌های بهداشت حرفه‌ای در نظام شبکه	براساس این طرح کلیه مراقبت‌های بهداشت حرفه‌ای بصورت سطح‌بندی شده در سطوح مختلف شبکه شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی، شبکه‌های بهداشت و درمان استان و شهرستان، مراکز بهداشتی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت، ارایه می‌شوند.

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان فارسی	تعریف نهایی شده
کنترل عوامل زیان آور محیط کار	بکارگیری روش‌هایی برای تقلیل و حذف عوامل زیان‌آور و اثرات آن در محیط کار از طریق طرح‌های مدیریتی، بهداشتی، مهندسی، بکارگیری وسایل حفاظت فردی و یا جداسازی کارگر از محدوده خطرزای این عوامل و یا کاهش میزان اثرات و پیامدهای منفی آن بر سلامت کارگران.
وسایل حفاظت فردی	وسایلی از جمله دستکش، عینک، ماسک، کفش و کلاه ایمنی و یا گوشی‌های حفاظتی در برابر صدا که کارگر به فراخور نوع کار و شرایط خاص آن و یا موادی که با آن در تماس هستند برای جلوگیری از ایجاد خطر و تهدید سلامت خود و دیگران و به عنوان مکمل سایر طرح‌های کنترلی و یا آخرین راه حل کنترل استفاده می‌شوند. این وسایل باید از نظر کارآیی مورد تأیید قرار گیرند.
طب کار	مجموعه فرایند بیماریابی، شناسایی و کنترل بیماری‌های ناشی از کار از طریق معاینه و ارایه اقدامات درمانی کارگران در محیط‌های کار پرخطر و بیماری‌زا
معاینات استخدامی	شامل دو نوع معاینات بدو خدمت و ادواری که برای بررسی وضعیت سلامت کارگران در ابتدای شروع به یک کار و در طول مدت کار به فاصله حداقل سالیانه یکبار توسط پزشک دوره دیده طب کار و با هزینه کارفرما صورت می‌گیرد.
پروفایل یا نمایه شیمیایی	شامل تصویری از شرایط مدیریت مواد و آلاینده‌های شیمیایی در محدوده زمانی، مکانی مشخص می‌باشد.
نمایه شیمیایی	شامل موقعیت فیزیکی و دموگرافی منطقه، موقعیت سیاسی- جغرافیایی واحدهای کشاورزی، صنعتی تحت پوشش وضعیت انتشار آلاینده‌های عمده به آب، خاک و هوا، چگونگی صادرات، واردات، انبارداری و امحای مواد‌شیمیایی، قوانین و مقررات مربوط به مواد‌شیمیایی، سازمان‌ها و ارگان‌های اجرایی که در مدیریت مواد‌شیمیایی مسوولیت برعهده دارند، نیروی انسانی و تخصصی که در خصوص مواد‌شیمیایی فعال هستند، می‌باشد.
ایمنی شیمیایی	مجموعه فرایندی از مدیریت کنترل مواد‌شیمیایی در محدوده زمانی و مکانی مشخصی می‌باشد که شامل شرایط مناسب جهت کاربری مواد‌شیمیایی، استفاده از وسایل و تجهیزات کنترل کننده میزان انتشار آلاینده‌های شیمیایی، حمل و نقل، انبارداری و امحا و روش‌های مقابله با حوادث ناشی از مواد شیمیایی باشد.
طبقه‌بندی و برچسب‌گذاری مواد	به تقسیم‌بندی مواد‌شیمیایی براساس مخاطرات سلامتی، زیست محیطی، احتراق، انفجار و پایداری در طبیعت گفته می‌شود که با علایم و الصاق نشانه‌های خاص بر روی ظروف و بسته‌های حاوی مواد شیمیایی مشخص می‌گردد.
سیستم هماهنگ جهانی برچسب گذاری مواد شیمیایی	طبقه‌بندی و برچسب‌گذاری مواد‌شیمیایی، به گونه‌ای که کلیه مشخصات ماده شیمیایی، عوارض انسانی و زیست محیطی، سم‌شناسی، ایمنی، حمل و نقل و انبارداری با کاربرد علایم و نشانه‌های استاندارد بنابر مشخصات بین‌المللی UNEP در آن لحاظ شده باشد.

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان فارسی	تعریف نهایی شده
آلاینده‌های آلی پایدار	به گروهی از موادشیمیایی آلی گفته می‌شود که در چرخه حیات باقیمانده یا به گونه‌ای در بافتها و اندام‌های موجودات زنده تجمع می‌یابند. از عوارض آنها انواع بیماری‌های خطرناک و سرطان می‌باشد.
فلزات سنگین	به گروهی از فلزات جدول تناوبی گفته می‌شود که بین مس و بیسموت قرار داشته و ترکیبات عناصری مثل سرب، جیوه، کادمیوم، کروم، آرسنیک و آنتیموان که اثرات سویی بر سلامت می‌گذارند.
طرح سیستم مدیریت ایمنی بهداشت و محیط زیست (HSE)	یک سیستم مدیریتی در زمینه‌های ایمنی، بهداشت و مباحث محیط زیست است تا فعالیت‌های شناسایی و کشف عوامل خطرساز برای انسان و محیط و ارزیابی میزان خطر و جنبه‌های آن و نیز کنترل آنها به شکل نظام‌مند انجام شود.
پایگاه سلامت	مکانی که از نظر فیزیکی داخل مجتمع‌های خدماتی و فرهنگی قرار دارد و در جهت ارتقای سطح سلامت و فرهنگ سلامت کارکنان و مراجعه‌کنندگان تلاش می‌کند.
شدت روشنایی	عبارت است از میزان شار نورانی دریافت شده توسط یک سطح معین و واحد آن لوکس و فوت کاندلا می‌باشد.
ارزیابی میزان خطر	به مجموعه فعالیت‌های نظام‌مند شناسایی، ارزیابی و نمره‌گذاری و محاسبه شدت و احتمال خطرات عوامل زیان‌آور کار و سلامت گفته می‌شود.
حوادث ناشی از کار	حادثه ناشی از کار عبارت است از حادثه‌ای که در حین انجام کار و به سبب آن برای بیمه شده اتفاق می‌افتد. مقصود از حین انجام کار تمامی اوقاتی است که بیمه شده در کارگاه، مؤسسات وابسته، ساختمان‌ها و محوطه» مشغول کار باشد یا به‌دستور کارفرما در خارج از محوطه کارگاه مأمور انجام کاری شود. ضمناً تمام اوقات رفت و آمد بیمه شده از منزل به کارگاه و بالعکس جزء اوقات کار محسوب می‌شود.
وسایل حفاظت فردی	وسایلی از جمله دستکش، عینک، ماسک، کفش و کلاه ایمنی و یا گوشی‌های حفاظتی در برابر صدا که کارگر به فراخور نوع کار و شرایط خاص آن و یا موادی که با آن در تماس است، برای جلوگیری از ایجاد خطر و تهدید سلامت خود و دیگران، استفاده می‌کند. این وسایل باید از نظر کارآیی مورد تأیید قرار گیرند.

جدول ۲: تعاریف و واژگان بهداشت محیط

عنوان فارسی	تعریف نهایی شده
بهداشت محیط	عبارت است از کنترل عواملی از محیط زندگی که به گونه‌ای بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان تأثیر می‌گذارند.
آلوده کرده محیط زیست	منظور تخلیه مواد زائد یا افزایش عواملی که بنحوی کیفیت فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی آب آشامیدنی، هوای استنشاقی و خاک را تغییر دهند. بطوری که میزان مواد مضر آن بیش از حد مجاز شده و سلامت و بهداشت انسانی را به خطر اندازند.
آب آشامیدنی	آب گوارایی است که عوامل فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک آن در حد استانداردهای مصوب باشد و مصرف آن در کوتاه مدت و یا درازمدت در انسان عارضه سویی ایجاد ننماید.
منابع آب آشامیدنی	شامل منابع سطحی و منابع زیرزمینی می‌باشد.
منابع سطحی	منظور آب‌های روان بر سطح زمین است که ناشی از بارندگی و ذوب یخ و برف ارتفاعات و یخچال‌های طبیعی می‌باشند که به شکل رودخانه‌ها، نهرها و یا چشمه‌ها به صورت فصلی یا دائمی وجود دارند.
منابع زیرزمینی	قسمتی از آب باران و آب حاصل از ذوب یخ و برف که در زمین نفوذ کرده و به لایه غیرقابل نفوذ زمین رسیده و به شکل ذخایر زیرزمینی موجود هستند.
آلودگی آب آشامیدنی	عبارت است از تغییر خواص فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی آب به گونه‌ای که آن را برای مصرف انسانی زیان‌آور می‌سازد.
کدورت آب	وجود ذرات معلق در آب که سبب شکست و پراکندگی و جذب قسمتی از نور شده و مانع عبور بخشی از نور می‌گردد.
حد مطلوب	گستره‌ای از غلظت مواد موجود در آب آشامیدنی که چنانچه غلظت بیش از آن بوجود آید، از لحاظ کیفی در حد پایین‌تری قرار گرفته، اما هنوز برای آشامیدن مناسب است.
حد مجاز	حداکثر عوامل شیمیایی، فیزیکی، بیولوژیکی آب آشامیدنی که استمرار مصرف آن برای انسان زیان‌آور نباشد (این مقدار بر مبنای متوسط مصرف آب آشامیدنی یعنی ۲/۵ لیتر برای هر انسان ۷۰ کیلوگرم در نظر گرفته شده است) و این حدود توسط مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذیربط تعیین می‌گردد.
کلر آزاد باقیمانده	مقدار کلر مؤثری است که باید در هر نقطه از شبکه آب آشامیدنی موجود باشد تا از بروز آلودگی آب جلوگیری نماید.

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۲

تعریف نهایی شده	عنوان فارسی
منظور هوای قابل استنشاق در محیط‌های باز و بسته زندگی انسان است.	هوای استنشاقی
هوایی که استنشاق آن برای انسان زیان‌آور نباشد.	هوای سالم
عبارت است از وجود و پخش یک یا چند آلوده کننده اعم از جامد، مایع، گاز،تشعشع پرتوزا و غیرپرتوزا در هوای آزاد به مقدار و مدتی که کیفیت آن را تغییر داده و موجب ضرر و زیان برای انسان و سایر موجودات زنده و یا گیاهان و آثار و ابنیه می شود.	آلودگی هوا
عبارت است از کلیه کارخنجات، کارگاه‌ها و سردخانه ها و اماکن و مغازه هایی که به گونه ای نسبت به تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد فوق اقدام می نمایند.	مراکز تهیه، توزیع، نگهداری و فروش موادغذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی
عبارت است از اماکن متبرکه، زیارتگاه‌ها، زائرسراها، هتل‌ها، متل‌ها، مسافرخانه ها، پانسیون ها، آسایشگاه‌های سالمندان، آرایشگاه‌ها، حمام‌ها، حمام‌های سونا، استخرهای شنا، سینماها، پارک‌ها، مراکز تفریحات سالم، باشگاه‌های ورزشی، پایانه‌های وسایل حمل و نقل عمومی و مسافرتی، توالت‌های عمومی، گورستان‌ها و مانند این موارد.	اماکن عمومی
به مراکز و اماکنی گفته می شود که نسبت به رعایت فصل دوم آیین‌نامه مقررات بهداشتی اصلاح ماده ۱۳ قانون موادخوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی براساس فصل ۵ آیین‌نامه مذکور اقدام نموده باشند.	اماکن بهسازی شده
به مراکز و اماکنی گفته می شود که نسبت به رعایت کلیه موازین و آیین‌نامه مقررات بهداشتی اصلاح ماده ۱۳ قانون موادخوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی اقدام نموده باشند.	مراکز و اماکن بهداشتی
کلاس‌های آموزشی مربوط به متصدیان، کارگران، پیشه‌وران و شاغلین اماکن و مراکز و کارگاه‌ها و کارخنجات وسایل نقلیه شامل اصول بهداشت فردی، قوانین و مقررات موجود، بهداشت موادغذایی،بیماری‌های روده ای و پوستی و بیماری‌های مشترک بین انسان و حیوان، نظافت و ایمنی محل کسب و ...	دوره ویژه بهداشت عمومی
دودی است که از قسمت انتهایی و بخش فیلتردار آن به داخل دهان و ریه فرد سیگاری استنشاق می شود.	دود اصلی سیگار
دودی است که از انتهای قسمت مشتعل سیگار به داخل هوا وارد می شود این دود تصفیه نشده و شامل موادشیمیایی با غلظت بالاتری نسبت به دود اصلی است.	دود جانبی سیگار (Passive smoking)

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۲

تعریف نهایی شده	عنوان فارسی
هرگونه بسته، کارتن، قوطی، پاکت، لفافه یا سایر ظروفی است که محصولات دخانیات بطور معمول در داخل آنها به فروش می‌رسند.	بسته بندی
هرگونه فعالیت یا اقدامی که به شکل مستقیم یا غیرمستقیم در معرفی، تحریک و تشویق افراد به تولید، خرید یا مصرف محصولات دخانی تأثیر داشته باشد.	تبلیغ محصولات دخانی
به معنی هر اقدام یا فعالیتی در مورد تولید، توزیع یا حمل و نقل یا دریافت یا تملک یا خرید و فروش کالای خاصی است که قانون آن را ممنوع اعلام کرده است. از جمله هر اقدام یا فعالیتی که به منظور تسهیل چنین کاری صورت گیرد، مشمول عنوان تجارت غیرقانونی می‌شود.	تجارت غیرقانونی (قاچاق)
به معنی مجموعه کارخانجات تولید دخانیات، توزیع کنندگان بزرگ دخانیات و واردکنندگان انواع مختلف دخانیات است.	صنعت دخانیات

شاخص‌های کلی مرکز

الف) بهداشت محیط

جدول ۳: شاخص‌های کلی مرکز بهداشت محیط

ردیف	شاخص	سال					
		۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸٤	۱۳۸۵	۱۳۸٦
۱	درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند	۸۱	۸٤/۵	۸۷/٦	۸۹/۲	۹۰/۸	۸۹/۳
۲	درصد خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردار می باشند.	۷٤/۲	۸۱/۳	۸۳/۹	۸۵/۳	۸٤	۸۷
۳	درصد خانوارهای روستایی که آب آشامیدنی خود را با جوشاندن یا کلرینه نمودن تامین می‌کنند.	۱۲	۱۳/۸	۱۱/۹	۱۱	۹	۱۰
٤	درصد خانوارهائ تحت پوشش دارای توالت بهداشتی	٦۲/۷	۷۱/۹	۷٦/۲	٦۷/۷	٦۹/٦	۷۰/۹
۵	درصد خانوارهای روستایی که زباله را به روش بهداشتی جمع‌آوری و دفع می‌کنند.	٤۹/۷	۵٦/۷	۵٤	٤٤/۹	۵۸	٦٦/۷
٦	درصد خانوارهای روستایی که فضولات حیوانی را به روش بهداشتی جمع‌آوری و دفع می‌کنند.	۵۷/۵	۷۵/۳	۸۹	۹۱	۸۹/٤	۸۹/۷
۷	درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری	۸۷/٦	۸۷/۷	۸۹/۸	۸۸/۵	۸۷/۸	۸۹/٦
۸	درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی	۸٤/۹	۷۸/٤	۸۲	۸۱/۱	۸۱/۸	۸۰
۹	درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری	۸۹/۷	۸۷/۳	۸۹/٦	۹٦/۵	۹۰/۸۵	۹۳/۸
۱۰	درصد مراکز تهیه و توزیع مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی	۸۰/۸	۷۸/۹	۸٤	۸۲/٦	۸۲/۷	۸۲/۷

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۳

ردیف	شاخص	سال					
		۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸٤	۱۳۸۵	۱۳۸٦
۱۱	درصد کارکنان مرکز و اماکنی که دارای کارت معاینه پزشکی معتبر هستند (شهری).	۷۸/٤	۸۰/۸	۸۵	۸۵/۵	۸۵/٦	۸۱/۹
۱۲	درصد کارکنان مرکز و اماکنی که دارای کارت معاینه پزشکی معتبر هستند (روستایی).	٦۲/۳	٦۳/۳	۷۳/۵	۷٤	۷٤/۵	۷۵/۲
۱۳	درصد مراکز بهداشتی درمانی که از نظر بهداشت محیط دارای شرایط مطلوب هستند (شهری).	۷٤/٤	۷۵/۱	۷٦	۷٦/۹	۷۷/۱	۵٤/۷
۱٤	درصد مراکز بهداشتی درمانی که از نظر بهداشت محیط دارای شرایط مطلوب هستند (روستایی).	۷۱/۷	۷۲/۳	۷۳	۸۳/۲	۷۵/۲	۷۵/۲
۱۵	درصد بیمارستان‌هایی که آب مصرفی آنها مطلوب است.	۹۸/۳	۹۸/۹	۹۸/۹	۹۹	۹۸/۹	۹۹/٦
۱٦	درصد بیمارستان‌هایی که جمع‌آوری زباله آنها مطلوب است.	۷۱/۷	۷۲/٤	۷۲/۹	۸۰/۲	٦۹/٤	۷۵/۲
۱۷	درصد بیمارستان‌هایی که جمع‌آوری و دفع مطلوب فاضلاب دارند.	٦۵/۵	٦٦/۹	٦۷/۳	٦۰/۷	۷٦/۳	۷۷
۱۸	درصد بیمارستان‌هایی که رختشویخانه آن مطلوب است.	۷۳/۹	۲٦/۲	۷۸/۸	۷۸/۸	۷۹	۷۹/۵
۱۹	درصد بیمارستان‌هایی که آشپزخانه آن مطلوب است.	۷٤	۷٤/٦	۷۵/۸	۷۵/۹	۷۸/٤	۷٦/۱
۲۰	درصد مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب	۸۹	۹۲	۹۲/۵	۹۸/۵	۹۱/۸	۹٦
۲۱	درصد نمونه‌های آب آشامیدنی که از نظر آزمایشهای باکتریولوژیک مطلوب شناخته شده است (شهری).	۹۵/۵	۹٦/۳	۹۷/٦	۹۵/٤	۹۵/۸	۹۵/٤
۲۲	درصد نمونه‌هایآب آشامیدنی که از نظر آزمایشهای باکتریولوژیک مطلوب شناخته شده است (روستایی).	۷۲/٤	۷۷/۳	۸۳	۸۲	۸۰/۲	۸۰

ب) بهداشت حرفه‌ای

جدول ٤: شاخص‌های کلی مرکز بهداشت محیط

نوع شاخص	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦
درصد کارگاه‌های شناسایی شده	٧٦	٧١	٧٣	٧٦
درصد کارگاه‌های تحت پوشش	٥٤	٥٠	٥١	٥١
درصد شاغلین شناسایی شده	٣٣	٧٢	٧٥	٧٣
درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کارگری	٢٩	٢١	٢٦	٢٧
درصد کارگاه‌های دارای تشکیلات بهداشت حرفه‌ای	٣١	٢٨	٢٢	١٣
درصد شاغلینی که به تشکیلات بهداشت حرفه‌ای در کارگاه دسترسی دارند.	٣٧	٣٨	٤٧	٤١
درصد شاغلین تحت پوشش مراکز ارایه دهنده خدمات	٢٢	٢٥	٣٠	٣١

چالش‌های بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای

- کمبود شدید، توزیع غیرعادلانه و ناکافی پرسنل بهداشت محیط و حرفه‌ای نسبت به حجم فعالیت‌ها و وظایف محوله به طوری که در حال حاضر، بسیاری از مراکز بهداشتی درمانی کشور فاقد حداقل یک نیروی بهداشت محیط یا حرفه‌ای هستند. ضمن این که با تبدیل پست‌های تخصصی به کاردان و کارشناس بهداشتی زن و مرد، وظایف سازمانی دچار نابسامانی و آشفتگی شده است.

در حال حاضر مهمترین چالش بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، کمبود شدید نیروی انسانی ماهر است:

- ✓ ٤٧٪ پست‌های سازمان بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای بلاتصدی هستند.
- ✓ ٣٧٪ نیروی انسانی موجود خانم هستند.
- ✓ ٢٣٪ شاغلین موجود، غیررسمی هستند.
- ✓ سالانه ١٧٪ از نیروی انسانی موجود بازنشسته می‌شوند.
- ✓ به‌نظر می‌رسد وزارت متبوع جهت تأمین نیروی انسانی ماهر خود، فاقد برنامه جامع می‌باشد. به استناد سوابق موجود از سال ١٣٨١ تاکنون، بالغ بر ده‌ها مکاتبه در این خصوص انجام شده، که نتیجه‌ای حاصل نگردیده است.

✓ در ستاد مرکزی، از ۵۸ پست مدیریتی و کارشناسی، ۱۹ پست آن بلاتصدی می‌باشد.

- ضعف در پایش برنامه‌ها و در نتیجه عدم اصلاح سریع حرکت‌های نادرست و در نهایت عدم ارزیابی برنامه‌ها و فعالیت‌ها به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات ناشی از پایش برنامه‌ها، تقلیل شدید اهرم‌های نظارتی، کاهش انگیزه در کارشناسان، مخدوش شدن جایگاه ستاد و مشکلات فراوان دانشگاه‌ها و...
- عدم وجود آزمایشگاه‌های مناسب و کافی در نظارت‌های بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای.
- بستر بسیاری از مشکلات و چالش‌های بهداشت محیطی، ارگان‌های دولتی می‌باشند که متأسفانه پاسخگویی کافی ندارند و اعمال مقررات بر آنها به دلایل مختلف دشوار است.
- حذف پست‌های کاردان و کارشناس بهداشت حرفه‌ای و بهداشت محیط در برخی مناطق و ایجاد پست‌های کاردان و کارشناس زن و مرد که براساس قانون، بازرسی آنان غیرمجاز است.
- نقصان در برخورداری کافی از هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی
- کمبود پژوهش‌های کاربردی در بخش بهداشت محیط و حرفه‌ای به منظور تعیین نیازهای واقعی و اجرای کارا و مؤثر برنامه‌ها
- نقص در اطلاعات جامع و کامل و قابل اعتماد و مؤثر که بتوان به استناد آن اطلاعات، برنامه‌ریزی، اجرا و درباره پیشرفت برنامه در انطباق با هدف‌ها و اثرات آن قضاوت کرده یا درباره ضرورت تغییر آنها تصمیم گرفت.
- وجود قوانین متعدد که منجر به واگذاری وظایف به سازمان‌های متعدد و عدم پاسخگویی مناسب می‌گردد.
- عدم کنترل بهداشتی سموم و نظارت دقیق، خطر آلودگی آب و موادغذایی و محصولات کشاورزی را فراهم نموده است، ضمن آن که مصرف غیراصولی سموم و کودهای شیمیایی در کشاورزی، موجبات آلودگی خطرناک و غیر قابل جبران آب‌های سطحی و زیرزمینی را فراهم می‌کند.
- تولید و توزیع و فروش مواد غذایی کنترل نشده و غیراستاندارد از نظر کیفی، به شدت سلامت اکثریت عظیمی از مردم به‌خصوص دانش‌آموزان و کسانی‌که غذای روزانه خود را در خارج از منزل تهیه و صرف می‌کنند، تهدید می‌نماید. بطوری که ادامه این روند، احتمال بروز اپیدمی‌های ناشی از آلودگی موادغذایی را بیش از پیش فراهم می‌کند.

- عدم توجه به روند رو به رشد تخریب منابع طبیعی تحت عنوان توسعه، بدون در نظر داشتن این که انسان، محور توسعه پایدار است؛ به شدت سلامت مردم را به خطر انداخته است. توسعه در بخش صنعت، کشاورزی، شهرسازی و سایر برنامه‌های عمرانی در صورتی‌که سلامت انسان و محیط را مورد توجه قرار ندهد، خسارت‌های جبران‌ناپذیری را به بار خواهند آورد.
- توجه ناکافی به بخش جمع‌آوری، تصفیه و دفع بهداشتی فاضلاب شهری که موجب تهدید سلامتی مردم به‌ویژه از طریق آلودگی منابع آب‌های سطحی و زیرزمینی شده است.
- توجه ناکافی به جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله‌های شهری و روستایی، موجبات آلودگی شدید محیط، تکثیر حشرات و جوندگان و بدنما شدن چهره محیط و در نهایت به مخاطره افتادن سلامت مردم را فراهم آورده است.
- پایین بودن تعداد باسوادان بالغ؛ باتوجه به این که سواد، مردم را برای درک مسایل بهداشتی خویشتن و یافتن راه‌حل‌ها توانا می‌سازد و درگیر شدن فعال آنان را در فعالیت‌های اجتماعی تسهیل می‌کند.
- مهاجرت از روستا به شهر که اثرات اقتصادی- اجتماعی و بهداشتی عمیقی را موجب گردیده است؛ مانند عدم اشتغال، تأثیرات منفی بهداشتی بر تهیه و تولید و فروش موادغذایی، اثرات کمی و کیفی بر آب، آموزش، مسکن، بهسازی و بهداشت محیط و مراقبت‌های بهداشتی
- نقصان در آموزش همگانی جامعه در زمینه مسایل بهداشتی به دلیل عدم تغییر در نگرش‌ها و تثبیت رفتارهای مناسب بهداشتی که دسترسی به اهداف بهداشت محیط و حرفه‌ای را با مشکل مواجه می‌سازد.
- کمبود آزمایشگاه‌های آب و فاضلاب و تجهیزات سنجش عوامل زیان‌آور محیط
- سپری شدن عمر مفید اغلب شبکه‌های آبرسانی
- طولانی بودن فرایند دادرسی در محاکم قضایی برای متخلفین در امور بهداشتی محیطی و حرفه‌ای عدم توجیه بعضی از قضات نسبت به تخلفات بهداشت محیط و حرفه‌ای
- وجود نارسایی و تناقض در برخی از مواد قانون کار؛ به عنوان مثال طبق ماده ۸۷ قانون کار، تأیید برنامه‌ها و نقشه‌ها و طرح‌ها در خصوص بهداشت کار بر عهده وزارت کار و امور اجتماعی می‌باشد، درصورتی‌که طبق تبصره یک ماده ۹۶ قانون کار، وزارت متبوع مسوول بهداشت کار، کارگر و محیط کار می‌باشد. لذا لازم است مواد ۸۷– ۸۹– ۹۲– ۹۴– ۱۰۵– ۱۷۵– ۱۷۶– ۱۷۷– ۱۸۶ قانون کار اصلاح شوند.

- حداقل در حد پست‌های بلاتصدی، مجوز استخدامی به کلیه سطوح بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای اختصاص یابد و جهت بازرسی از ۲ میلیون واحد گیرنده خدمات، بازرسین ویژه با سازماندهی و تجهیزات ضروری در راستای اعمال تکالیف حاکمیتی استخدام گردند (تمهید وسیله نقلیه مناسب و وسایل سنجش عوامل زیان‌آور پرتال).
- ردیف اعتباری مستقل جهت سلامت محیط و کار منظور گردد و اعتبارات آن متناسب با جایگاه اقدامات پیشگیرانه بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای در نظر گرفته شود.
- آزمایشگاه‌های رفرانس منطقه‌ای در کشور راه‌اندازی گردند.
- قوانین و مقررات ناسازگار اصلاح گردند.
- هرگونه طرح تولیدی- صنعتی با توجه به این که اقدامات بهداشتی آنان باید از هنگام طراحی مدنظر باشند، تأئیدیه بهداشتی اخذ نمایند.
- طرح‌ها و پروژه‌هایی که به صورت ضربتی و موردی اجرا می‌شوند؛ از پشتیبانی لازم برخوردار گردند (طرح بسیج سلامت نوروزی، EOC، التور و...)
- تحت هر شرایطی در هر مرکز بهداشتی- درمانی، حداقل یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط/ بهداشت حرفه‌ای مستقر گردد.
- بازدید و بازرسی با پای پیاده یا موتور سیکلت و یا وسیله نقلیه نامناسب، دور از شأن بازرسان و ضابطین دادگستری می‌باشد، لذا ضرورت دارد بدین منظور، وسیله نقلیه مناسب و ویژه تدارک دیده شود و فردی که به‌عنوان بازرس بکار گمارده می‌شود، به منظور مصون نگه داشتن وی از هرگونه تعرضی، تأمین گردد.

برنامه‌ها

عنوان برنامه: بهداشت مواد غذایی و اماکن عمومی

بیان مساله و ابعاد آن

- افزایش جمعیت و تأمین احتیاجات غذایی، از جمله مهمترین مسایلی هستند که ذهن مسوولین مختلف خصوصاً در بخش‌های صنعت، کشاورزی و بهداشت را به خود مشغول کرده‌اند. از سوی دیگر، امروزه آلودگی و فساد مواد غذایی نیز خود تبدیل به یک مشکل بزرگ جهانی به‌ویژه در ممالک در حال توسعه شده است. این بدان معناست که علاوه بر لزوم تأمین مقادیر

کافی مواد غذایی؛ حفظ ایمنی، بهداشت و کیفیت مواد غذایی تولید و عرضه شده نیز از اهمیت خاصی برخوردار است.

قابل توجه است که بدانیم ۷۷ درصد مسمومیت‌های غذایی از منبع مواد غذایی عرضه شده در سرویس‌های عمومی و رستوران‌ها، ۲۰ درصد آن از منبع مواد غذایی در منازل و ۳ درصد آن از منبع مواد غذایی تجارتی بوده است. در کشورها به طور متوسط ۲۵ درصد مواد غذایی به علل مختلف از بین می‌روند.

- در کشورهای جهان سوم حدود ۸۰ درصد کل بیماری‌ها و ۳۳ درصد کل مرگ و میرها ناشی از مصرف آب و غذای آلوده هستند.

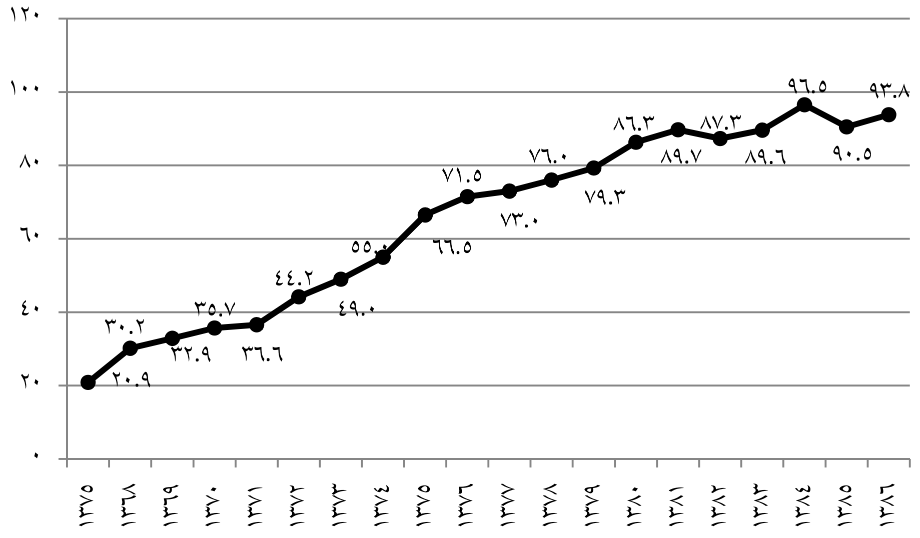
هدف کلی: بهبود و ارتقای وضعیت بهداشت موادغذایی در سطح توزیع و عرضه راستای دستیابی به اهداف ایمنی غذایی.

دستاوردها

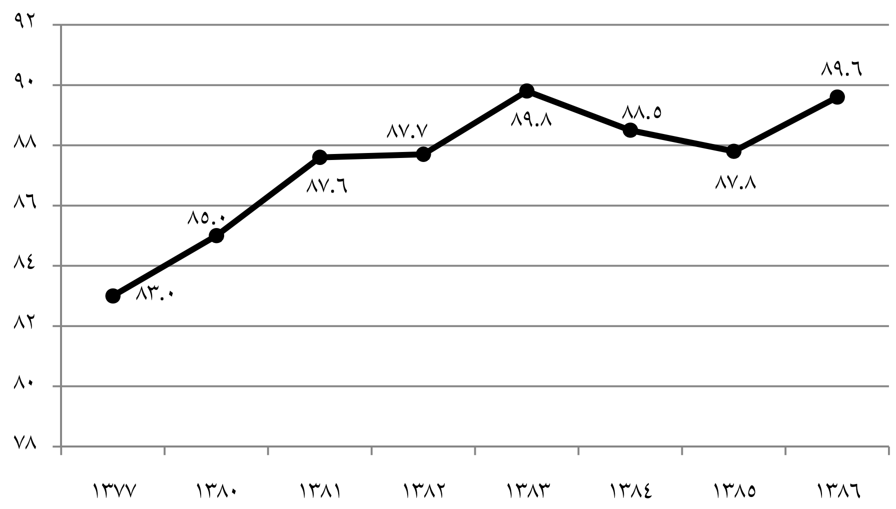
- ارتقای اطلاعات و آگاهی بهداشتی شاغلین اماکن بین راهی با اجرای صد در صدی طرح بسیج آموزش شاغلین فوق
- ارتقای شاخص‌های بهداشتی و بهسازی مساجد با اجرای «طرح شبنم»
- ارتقای شاخص بهداشتی و بهسازی مراکز و اماکن به‌ویژه اماکن بین راهی
- پوشش صد در صدی طرح ادغام بهداشت مواد غذایی در سیستم شبکه
- حذف بالای ۸۰ درصدی جوش شیرین در فرایند تهیه نان‌های سنتی
- توسعه و ترویج تغییر سیستم پخت نان‌های سنتی از حرارت مستقیم به حرارت غیر مستقیم در ۱۰ درصد از نانوایی‌های سنتی کشور
- پوشش بالای ۹۵ درصدی استفاده از نمک‌های یددار
- حذف عرضه نمک‌های خوراکی یددار غیر تصفیه به میزان ۸۵ درصد
- اجرای همه ساله طرح بسیج سلامت نوروزی از اول اسفند ماه تا پانزدهم فروردین ماه با هدف بهداشت مواد غذایی در سطح عرضه به‌ویژه اماکن بین راهی
- اجرای مستمر طرح تشدید نظارت و کنترل بهداشتی مراکز و اماکن در ساعات غیر اداری

- اجرای طرح تشدید تابستانی و ماه رمضان و محرم با اولویت مراکز کنترل بهداشتی مراکز حساس در این ایام
- حضور مستمر در مراسم ارتحال حضرت امام (ره)
- حضور مستمر در برنامه کاروان‌های راهیان نور
- آموزش بالای ۲۰ درصد کلیه شاغلین مراکز و اماکن مشمول اصلاحیه ماده ۱۳ در کل کشور با فعال نمودن آموزشگاه‌های بهداشتی اصناف با مشارکت بخش خصوصی
- حضور فعال در کنترل اپیدمی‌های بیماری‌های مرتبط با مواد غذایی به‌ویژه التور

روند تغییر شاخص‌ها



نمودار ۱: روند تغییرات شاخص کشور؛ درصد مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی طی سال‌های ۱۳۵۷–۱۳۸۷



نمودار ۲: روند تغییرات شاخص کشوری درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری طی سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۸٦

عنوان برنامه: بهداشت آب و فاضلاب

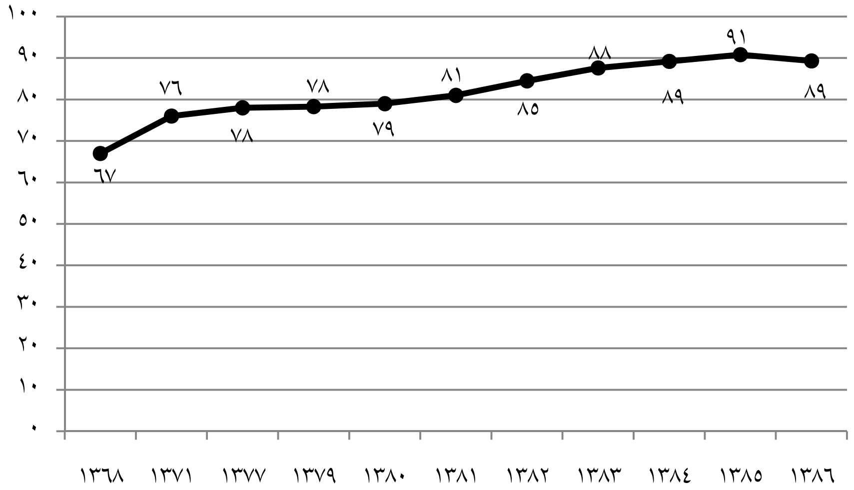
بیان مساله و ابعاد آن

- دسترسی به آب آشامیدنی سالم، جزء نیازهای اساسـی و اولیه مردم است، ضمن اینکه دفع بهداشتی فاضلاب‌ها در جهت جلوگیری از آلودگی منابع آب و حفظ سلامت جامعه به‌عنوان یک هدف عمده بهداشتی مطرح می‌باشد. در حال حاضر حدود ۱۳٪ مردم روستا به آب آشامیدنی دسترسی ندارند و طبق آخرین آمار موجود نتایج باکتریولوژی آب در ۸۳/٦٪ مناطق روستایی و ۹۷/٦٪ در مناطق شهری مطلوب هستند.
- با عنایت به ماده ۳ و تبصره ۳- ماده ۳، آیین‌نامه بهداشت محیط، وزارت بهداشت آزمایشگاه‌های آب وفاضلاب را در مراکز بهداشت استان، شهرستان و کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به منظور کنترل کیفی آب آشامیدنی از آبگیر تا مصرف توسط پرسنل ذیربط بهداشت محیط، تجهیز می‌نماید.

هدف کلی: کنترل کیفیت آب آشامیدنی

دستاوردها

- ایجاد، تجهیز و تکمیل آزمایشگاه‌های آب و فاضلاب معاونت‌های بهداشتی در سراسر کشور
- وجود دستورالعمل‌ها و استانداردهای مدون ملی و بین‌المللی
- وجود آیین‌نامه‌ها و قوانین:
  - ✓ ماده ۳ آیین‌نامه بهداشت محیط، تبصره ۳ ماده ۳ آیین‌نامه بهداشت محیط
  - ✓ ماده ۶۸۸ قانون مجازات اسلامی
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی منطبق با تدوین استانداردهای ملی مانند شناسایی و تشخیص ویبریوکلرا در آب، ویژگی‌های میکروبیولوژی استخرهای شنا (روش‌های آزمون)
- مشارکت و همکاری با موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران در تدوین استانداردهای ملی مرتبط با آب
- تدوین دستورالعمل‌های مرتبط با برنامه بهداشت آب مانند: TBE،PAH ، ویبریوکلرا و بهداشت آب استخرهای شنا
- به منظور ارتقای سطح کمی و کیفی خدمات آزمایشگاه‌های آب و فاضلاب، تخصیص اعتبار و بودجه جهت خرید تجهیزات برای دانشگاه‌های بیرجند، هرمزگان، زاهدان، اصفهان، سمنان، کاشان، کرمانشاه، لرستان، خراسان شمالی و ایلام
- برگزاری کارگاه‌های استانی ویبریوکلرا در تعدادی از دانشگاه‌ها پس از برگزاری کارگاه کشوری ویبریوکلرا
- بررسی و بهبود نظارت و پایش عملکرد واحدهای عملیاتی کنترل کیفی آب آشامیدنی، تهیه استانداردها و دستورالعمل‌های آب و فاضلاب
- تهیه و تدوین نرم افزار بانک اطلاعاتی و پایش نظام کنترل کیفی آب آشامیدنی
- بررسی و تعیین کارآیی ابزار اندازه‌گیری کیفیت آب آشامیدنی
- طرح تعیین پتانسیل‌های موجود برای مقابله با حوادث شیمیایی هسته‌ای و بیوتروریسم
- شناسایی و تعیین پتانسیل‌های مقابله با آلودگی شیمیایی آب آشامیدنی در ۱۵ استان کشور
- تعمیر و نگهداری و کالیبراسیون تجهیزات فنی و آزمایشگاهی
- تدوین استاندارد ویژگی‌های میکروبیولوژی آب و همچنین ویژگی‌های میکروبیولوژی استخرهای شنا



نمودار ۳: روند تغییرات کشوری درصد خانوارهای روستایی تحت پوشش که به آب آشامیدنی دسترسی دارند طی سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۸۹۶

چالش‌های آزمایشگاه‌های آب و فاضلاب

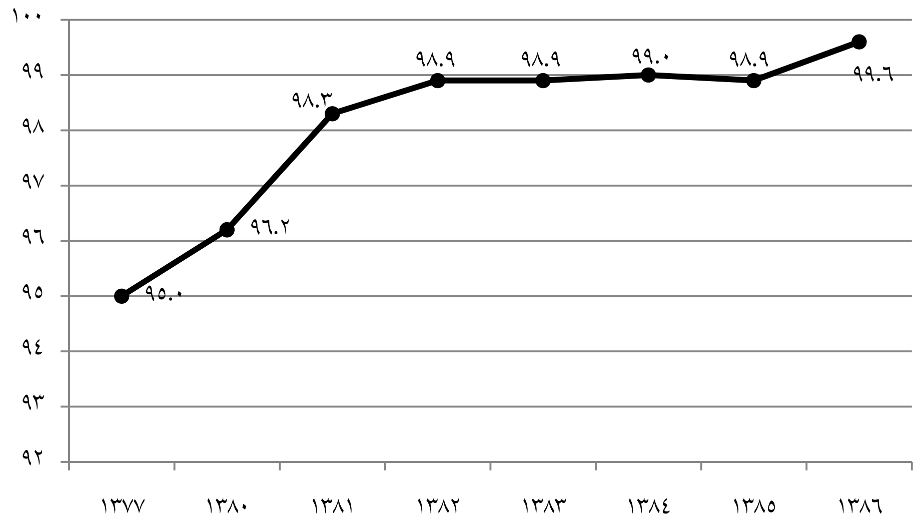
- کمبود تجهیزات اساسی مورد نیاز در زمینه تشخیص آزمایشگاهی آلاینده‌های آب مانند اتمیک ابسوربشن، HPLC و GC.
- عدم وجود و کمبود نیروی انسانی متخصص و ماهر (کمی و کیفی)
- عدم وجود آزمایشگاه رفرانس کشوری و آزمایشگاه‌های رفرانس منطقه‌ای
- عدم وجود پست و چارت سازمانی جهت پرسنل آزمایشگاه‌های آب و فاضلاب
- کمبود اعتبار
- عدم وجود آزمایشگاه سیار برای شرایط بحران و اضطرار
- عدم پاسخگویی مناسب در زمینه انجام برخی آزمایش‌های در هنگام بروز حوادث غیر مترقبه
- عدم پایش برخی مواد شیمیایی یا میکروبی، با وجود این که در استاندارد ملی ذکر شده.

عنوان برنامه: بهداشت محیط بیمارستان‌ها

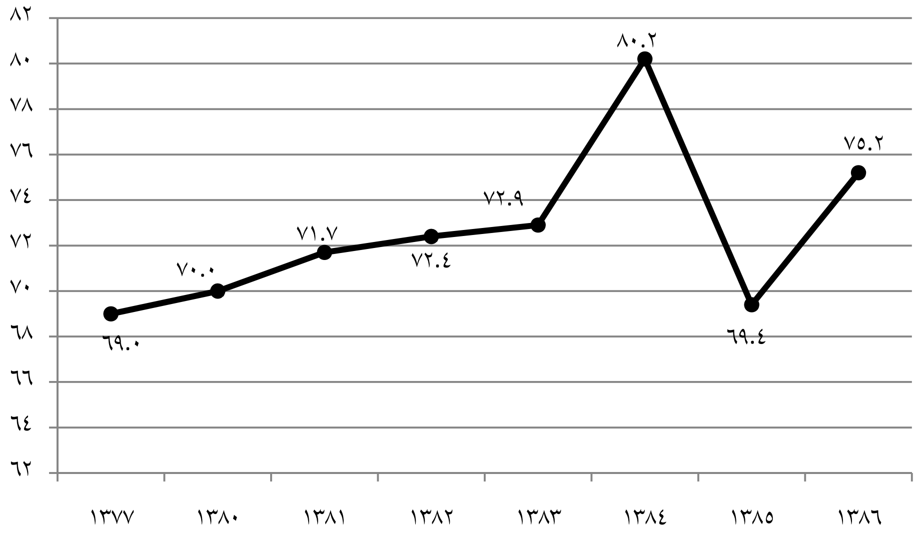
بیان مساله و ابعاد آن

در حال حاضر، حدود ۷۵٦ بیمارستان در کشور با پرسنلی متفاوت، وظیفه ارایه خدمات بهداشتی و درمانی را بر عهده دارند. از این تعداد؛ ۵۰۵ بیمارستان تابعه، ۵۹ بیمارستان وابسته به تأمین اجتماعی،۱۲۰ بیمارستان خصوصی و مابقی وابسته به مؤسسات و سایر سازمان‌های خیریه می‌باشند.
در حال حاضر عفونت‌های بیمارستانی یکی از دلایل عمده ابتلا و مرگ و میر در بیماران بستری در بیمـــارستان است. در کشور ما به عقیده برخی صاحب‌نظران، موارد عفونت‌های بیمارستانی ۲۵– ۲۰٪ می‌باشد که تنها در اثر در نظر نگرفتن و رعایت ننمودن اصول اولیه و نکات ساده بهداشتی رخ می‌دهند. هزینه ناشی از عفونت‌های بیمارستانی از نظر مالی و مرگ و میر و عوارض ایجاد شده، بسیار بالا است. هزینه درمان بیماری که دچار عفونت بیمارستانی شده، ۲/۹ برابر سایر موارد می‌باشد. در بیمارستان نقش عوامل محیطی در ایجاد و انتقال عفونت‌ها بارزتر است.
زباله‌های بیمارستانی بدلیل آلودگی مضاعف، مورد توجه مسوولین بوده و ساماندهی و تفکیک زباله‌های بیمارستانی از اهم اهداف این برنامه است.

هدف کلی: ارتقای سطح بهداشت محیط در بیمارستان‌ها و در نتیجه ارتقای سطح سلامت جامعه، بیماران، ملاقات کنندگان و کارکنان و افزایش میزان رضایتمندی آنها از خدمات ارایه شده در بیمارستان



نمودار ٤: روند تغییرات شاخص کشوری درصد بیمارستان‌هایی که جمع‌آوری زباله آنها مطلوب است؛ طی سال‌های ۱۳۸٦-۱۳۷۷



نمودار ۵: روند تغییرات شاخص کشوری درصد بیمارستان‌هایی که جمع‌آوری زباله آنها مطلوب است؛ طی سال‌های ۱۳۸٦-۱۳۷۷

عنوان برنامه: بهداشت محیط در شرایط اضطرار

بیان مساله و ابعاد آن

کشور جمهوری اسلامی ایران، یکی از ۱۰ کشور بلاخیز دنیا می‌باشد و از ٤٠ نوع بلایای طبیعی، ۳۲ نوع آن در کشور ما به‌وقوع می‌پیوندد. از طرف دیگر، به‌دلیل حساسیت منطقه و وجود ذخایر نفتی و غیره، همواره مورد توجه شرق و غرب و به تناوب شاهد ناآرامی‌ها و مناقشات سیاسی بوده که تبعات ناشی از آن به لحاظ جابجایی جمعیت در قالب آواره و پناهنده ظاهر شده است. تغییر شرایط محیطی و معیشتی آسیب‌دیدگان، از مهمترین عوامل تهدیدکننده سلامتی این جمعیت است که چنانچه پاسخ سریع و مناسب به عوامل خطر داده نشود، بدون شک عواقب ناگواری رخ خواهد داد. آمادگی جهت مقابله و کاهش اثرات بلایای طبیعی و بحران‌های پیچیده، به‌عنوان یک راهکار عملی و اجرایی مطرح می‌باشد و کسب آمادگی نیازمند برنامه‌ای مدون است که جهت نیل به اهداف برنامه، انجام طرح‌های پژوهشی و آموزشی ضروریست.

هدف کلی: حفظ و ارتقای سطح سلامت آسیب دیدگان ناشی از بلایای طبیعی و وضعیت‌های بحران پیچیده و رسیدگی به شکایات مردمی از اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی.

دستاوردها:

- کاهش بیماری‌های واگیردار در محل های اسکان موقت و بلا دیده
- برقراری آرامش نسبی از جنبه جسمی و روانی
- جلوگیری از آلودگی محیط ناشی از فعالیت های جمعیتی (آسیب دیده)
- اجرای سالیانه عملیات تمرینی(مانور) بهداشت محیط در شرایط اضطرار در هر دانشگاه
- تشکیل سامانه شکایات مردمی در قالب برنامه‌های ستاد فوریت‌های سلامت محیط در مرکز و دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور به‌صورت ٢٤ ساعته

چالش‌ها

- وظایف هم راستا مابین نیروهای آموزش دیده در شرایط اضطرار در وزارت متبوع
- عدم هماهنگی مابین نیروهای برون بخشی، پراکندگی تجهیزات و لوازم جهت مقابله با حوادث و بلایا در قبل، حین و بعد از وقوع و تیم‌های واکنش سریع در شرایط اضطرار

- اختلال در تامین آب به صورت کمی و کیفی و تخریب شبکه‌های آب‌رسانی
- اختلال در سیستم‌های جمع‌آوری و دفع بهداشتی فاضلاب
- آسیب کارگاه‌ها، کارخانجات و انبار مواد شیمیایی و پراکندگی مواد سمی و شیمیایی خطرناک و مواد رادیواکتیو
- بروز حوادث شیمیایی و پرتوی و عدم وجود تجهیزات مناسب در بحث‌های مذکور
- اختلال در جمع‌آوری و دفع صحیح و بهداشتی زباله و فضولات دامی
- تخریب و از بین رفتن مراکز تولید و بسته‌بندی و تهیه و توزیع مواد غذایی
- وجود اجساد انسانی و لاشه‌های حیوانی
- وجود سگ‌های ولگرد و حیوان گزیدگی ناشی از آن
- عدم دسترسی مردم به توالت و حمام به‌واسطه تخریب توالت و حمام و عدم احداث به موقع آن با نظارت گروه بهداشت محیط
- احداث سرپناه مغایر با ضوابط بهداشتی و بدون نظارت بهداشت محیط
- نبود پروتکل‌های مشترک
- مشخص نبودن جایگاه بهداشت محیط در ستاد حوادث غیرمترقبه استان و شهرستان
- عدم حمایت مالی و پشتیبانی نیروهای بهداشت محیط در طول خدمات دراز مدت در بلایا
- نبود دبیرخانه کارگروه بهداشت و درمان در حوزه معاونت بهداشتی
- عدم آشنایی و شناخت سایر سازمان‌ها از فعالیت‌های بهداشت محیط
- ناکافی بودن آگاهی مدیران اجرایی برخی دستگاه‌ها در ستاد حوادث غیر مترقبه به اصول علم مدیریت بحران و لزوم آشنایی کلیه مدیران
- اختلال در سیستم‌های ارتباطی در شرایط اضطرار
- نبود تجهیزات خاص مقابله با شرایط اضطرار
- اختلال در راه‌های ارتباطی به منظور دسترسی به تسهیلات بهداشتی در شرایط اضطرار
- نبود دستورالعمل شفاف کشوری در خصوص دفن بهداشتی اجساد، مواد زاید خطرناک و پیشگیری از رخداد شیمیایی
- عدم تعیین مرجعی مشخص جهت احداث توالت و حمام صحرایی در شرایط اضطرار
- تخریب راه‌های مواصلاتی و قطع ارتباط زمینی با مناطق آسیب‌دیده
- اختلال در سیستم برق‌رسانی و آتش‌سوزی و برق‌گرفتگی

- اختلال در سیستم ارتباطات مخابراتی
- اختلال در سیستم‌های مدیریتی در مناطق آسیب‌دیده
- تخریب سیستم‌های گازرسانی و احتمال آتش سوزی و گاز گرفتگی

عنوان برنامه: کنترل مصرف دخانیات

بیان مساله و ابعاد آن

در حال حاضر در ٤١ دانشگاه علوم پزشکی، تعداد ٤١ فوکال پوینت کنترل دخانیات فعالیت می‌نمایند. ۱۵۰ مرکز مشاوره پیشگیری و ترک دخانیات راه‌اندازی شده، در هر مرکز یک پزشک و یک کاردان کارشناس بهداشتی در خصوص مشاوره پیشگیری و ترک دخانیات فعالیت می‌نمایند.

برنامه‌های بین بخشی کنترل دخانیات در استان‌ها از طریق کمیته‌های استانی توسط معاون سلامت/ رییس دانشگاه حمایت می‌گردد.

نیاز است هر شهرستان یک مرکز مشاوره پیشگیری و ترک دخانیات داشته باشد.

هدف کلی: توسعه برنامه کنترل دخانیات در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور(PHC)

دستاوردها:

- تدوین آیین‌نامه «ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی» مصوب دی ماه ۱۳۷٦
- بازنگری آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی مصوبه آذرماه ۱۳۷۹ مجلس محترم شورای اسلامی در خصوص ممنوعیت عرضه و استعمال مواد دخانی در اماکن مشمول این قانون.
- تدوین تفاهم‌نامه مشترک بین وزارت بهداشت، بازرگانی، صنایع و معادن در خصوص اجرای مصوب آیین‌نامه اصلاح ماده ۱۳ در زمینه ممنوعیت عرضه و استعمال دخانیات در اماکن و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
- مشارکت فعال در تدوین کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات
- تصویب کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات در مجلس محترم شورای اسلامی، آبان ماه ۱۳۸٤
- تصویب قانون جامع کنترل دخانیات در مجلس محترم شورای اسلامی، مهر ماه ۱۳۸۵

- تصویب آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل دخانیات در هیات محترم دولت، مهر ماه ۱۳۸۶
- تشکیل ستاد کشوری کنترل دخانیات در وزارت بهداشت مطابق ماده ۱ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات
- تشکیل ۵ کارگروه تخصصی ملی جهت اجرایی کردن مفاد قانون و تهیه پیش‌نویس مصوبات ستاد کشوری کنترل دخانیات به شرح ذیل:

الف) تشکیل کارگروه تعیین ضوابط بسته‌بندی و هشدارهای بهداشتی محصولات دخانی مطابق بند ج ماده ۲ و ماده ۵ قانون در وزارت بهداشت با عضویت نمایندگان وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مرتبط

ب) تشکیل کارگروه «تعیین ضوابط نحوه اعطاء پروانه فروش فرآورده‌های دخانی» در وزارت بازرگانی مطابق ماده ۷ قانون و ماده ۱۳ آیین‌نامه

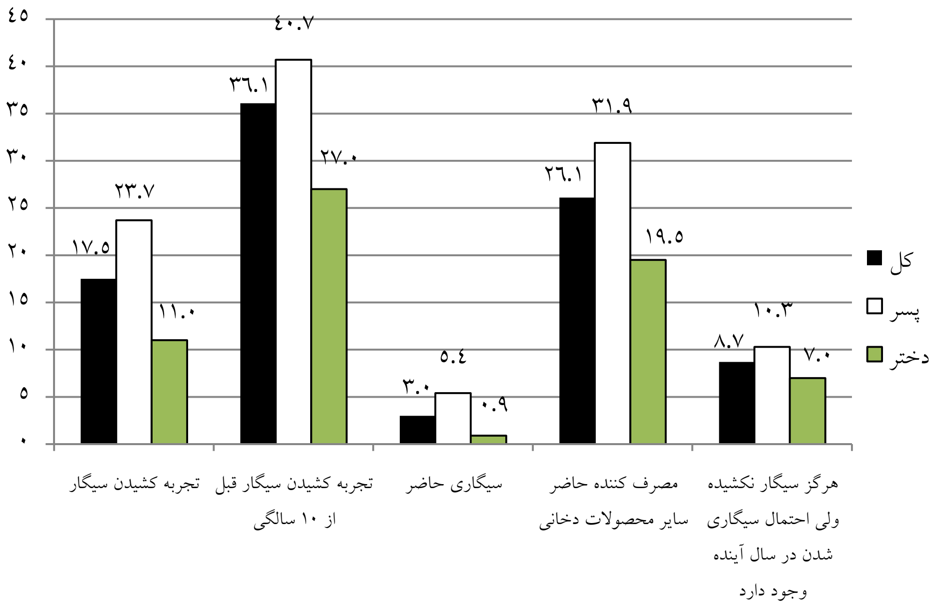
ج) تشکیل کارگروه تعیین استانداردهای ملی تولید و واردات مواد دخانی مطابق ماده ۱۸ آیین‌نامه در مؤسسه ملی استاندارد

د) تشکیل کارگروه «آموزشی، تحقیقات و ارتقای سلامت» در وزارت بهداشت مطابق بند ب ماده ۲ قانون

ه) تشکیل کارگروه اعمال قانون و پیشگیری از قاچاق محصولات دخانی با دبیری نیروی انتظامی

- اعمال ممنوعیت عرضه و استعمال دخانیات در مراکز تهیه و توزیع موادغذایی و ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی
- راه‌اندازی ۱٤۰ مرکز مشاوره ترک دخانیات در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور
- اجرای طرح پیشگیری از استعمال دخانیات در مدارس با مشارکت آموزش و پرورش در سطح ۳ دانشگاه مستقر در تهران
- برگزاری روز جهانی بدون دخانیات و هفته ملی بدون دخانیات هر ساله به منظور اطلاع‌رسانی عمومی
- اجرای طرح‌های بررسی جهانی وضعیت استعمال دخانیات در بین دانش آموزان ۱۳– ۱۵ سال، کارکنان مدارس و پزشکان و پیراپزشکان در سراسر کشور
- مشارکت فعال در تدوین پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات و ارایه از طرف دولت جمهوری اسلامی ایران در اجلاس‌های مرتبط

- تدوین و تصویب لایحه افزایش قیمت مواد دخانی از طریق افزایش مالیات به میزان ۱۰ درصد جهت محصولات تولید داخل و۲۰ درصد برای محصولات وارداتی به عنوان یکی از راهکارهای کاهش مصرف از سال ۱۳۸۵
- الصاق هشدارهای بهداشتی مصور بر روی بسته‌بندی‌های مواد دخانی از بهمن ماه ۱۳۸۷ به منظور اطلاع‌رسانی در خصوص مضرات استعمال مواد دخانی
- تعیین ضوابط عاملین فروش مواد دخانی و صدور مجوز جهت عاملین مجاز به منظور کاهش دسترسی و پیشگیری از قاچاق محصولات دخانی



نمودار ۶: شیوع استعمال دخانیات در بین نوجوانان ۱۳-۱۵ سال ۱۳۸۶

عنوان برنامه: طب کار و بیماری‌های شغلی

بیان مساله و ابعاد آن

- طبق ماده ۹۲ قانون کار، کلیه شاغلین کارگاه‌ها باید سالی یکبار تحت معاینه پزشکی قرار گیرند.
- طبق آخرین سرشماری مرکز آمار، جمعیت شاغلین حدود ۱۵ میلیون نفر می‌باشد. طبق آمار موجود، حدود ۳ میلیون نفر کارگر در کارگاه‌های تحت پوشش برنامه‌های سلامت شغلی مشغول به کار هستند.
- از این تعداد، در سال ۸٤ حدود ۸۰۰ هزار نفر و در سال ۸۵ حدود ۹۵۰ هزار نفر مورد معاینه قرار گرفته‌اند.
- حدود ۱۵۰ شرکت خصوصی ارایه دهنده خدمات طب کار در سراسر کشور مشغول به کارند (٤۰ شرکت با مسوولیت فنی پزشک عمومی با سقف معاینات سالیانه ۳۰۰۰ نفر و ۱۱۰ شرکت با مسوولیت فنی پزشک متخصص با سقف معاینات سالیانه ۲۰۰۰۰ نفر).

هدف کلی: حفظ و ارتقای سطح سلامت شاغلین

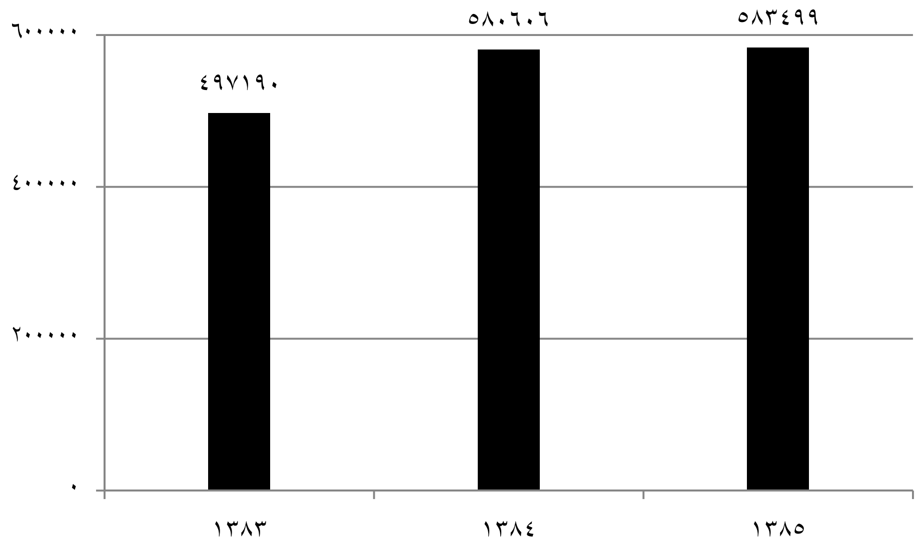
دستاوردها

- تهیه و تدوین دستورالعمل و پروتکل غربالگری بیماری‌های شغلی
- برگزاری دوره‌های بازآموزی جهت پزشکان عمومی
- اجرای طرح معاینات رانندگان وسائط نقلیه سنگین با همکاری وزارت راه
- افزایش سطح آگاهی کارفرمایان و کارگران در خصوص مسایل طب کار با برگزاری کارگاه آموزشی
- افزایش پوشش معاینات شغلی کارگران
- تدوین بسته‌های آموزشی جهت ادغام طرح پیشگیری و کنترل سیلیکوزیس در نظام شبکه
- تدوین تعرفه‌های خدمات غربالگری
- تدوین آیین‌نامه کلینیک‌های طب کار بخش خصوصی
- تهیه و تدوین دستورالعمل غربالگری بیماری‌های شغلی
- تدوین برنامه جامع ارایه خدمات طب کار در دو بخش دولتی و خصوصی

چالش‌ها

- عدم استقرار سیستم ارجاع مناسب جهت بیماری‌های شغلی
- نداشتن آیین‌نامه جامع و مناسب جهت اجرای معاینات شغلی
- نقص قانونی و نداشتن ضمانت اجرای لازم

روند تغییرات شاخص‌ها



نمودار ۷: روند معاینات شاغلین

عنوان برنامه: بهداشت قالیبافان(بقا)

بیان مساله و ابعاد آن

جمعیتی بالغ بر ۲ میلیون نفر از روستاییان با سن بالاتر از ۱۰ سال که بیش از ۹۰٪ آنان را زنان تشکیل می‌دهند؛ در کارگاه‌های کوچک و خانگی به کار قالی‌بافی و گلیم‌بافی اشتغال دارند که بیش از ۸۰٪ آنان فاقد شرایط بهداشتی لازم می‌باشند و بروز بیماری‌ها و عوارض شغلی در آنان چشمگیر است. به‌استناد الزام قانونی وزارت بهداشت برای تأمین بهداشت و سلامت جامعه، به‌منظور بهداشتی کردن کارگاه‌های قالیبافی روستایی و حفظ و ارتقای سلامت قالیبافان، طرح مشترکی با مشارکت وزارت جهاد کشاورزی با عنوان «طرح بقا» در سال ۷۴ تدوین و در سطح کشور به اجرا گذاشته شده که طی

این مدت (۸۳-۷۵)، حدود ۳۲۵۰۰۰ کارگاه با ۵۵۵۰۰۰ نفر قالیباف تحت پوشش قرار گرفته و ۶۵۰۰۰ کارگاه با اعطای وام بانکی از محل تبصره ۳ قانون بودجه کشور بهسازی شده‌اند.

هدف کلی: سلامت قالیبافان روستایی

دستاوردها:

- ثبت آمار بیماری‌ها و عوارض شغلی قالیبافان
- ارتقای سطح آگاهی‌های بهداشتی قالیبافان
- انجام معاینات پزشکی و بیماری‌های قالیبافان
- کمک به بهسازی کارگاه‌های دارای شرایط خودیاری
- معرفی متصدیان کارگاه‌های غیربهداشتی به بانک عامل جهت اخذ وام بهسازی بر حسب اولویت
- افزایش میزان بهسازی در کارگاه‌های غیر بهداشتی
- ادغام بهداشت قالیبافی در پروژه BDN در ۲ شهرستان ارومیه و شهرکرد
- برگزاری همایش کشوری بهداشت قالیبافان با مشارکت سایر ارگان‌های ذیربط
- بهسازی کارگاه‌های قالیبافی به میزان حداقل ۲۰٪
- پیگیری عملکرد حاصل از اجرای طرح در سال گذشته در ۵ استان پایلوت (کرمان، یزد، اصفهان، خراسان و آذربایجان غربی) با مشارکت قالیبافان که میزان پیشرفت بهسازی کارگاه‌های مذکور از ۷۰٪ الی ۱۰۰٪ بوده است.
- بررسی وضعیت بهداشتی قالیبافان و وضعیت بهداشتی کارگاه‌های قالیبافی در زمینه انجام (معاینات، بیماری، درمان، موارد نقص بهداشتی، موارد اخذ وام و موارد بهسازی)
- خوشبختانه با پیگیری‌های مکرر از ابتدای شروع برنامه که سال ۱۳۷۵ بوده، تاکنون حدود ۱۱۵۰۰۰ کارگاه قالیبافی که دارای شرایط نامناسب بوده‌اند بهسازی شده‌اند.
- انجام مذاکرات و جلسات با مسوولین وزارت بازرگانی در راستای اخذ و تامین اعتبارات لازم جهت کمک به انجام بهسازی‌های «طرح بقا» (قالیبافی‌های روستایی غیر بهداشتی سراسر کشور) و گرفتن موافقت تلویحی معاون تولید فرش جهت در نظر گرفتن درصدی از محل سود حاصل از صادرات فرش از صادرکنندگان و اختصاص آن به مواردی از قبیل آموزش، بهسازی کارگاه‌های قالیبافی انجام گردید.

عنوان برنامه: خانه‌های بهداشت کارگری (ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کارگران در کارگاه‌های ۵۰ تا ٤۹۹ نفر شاغل)

بیان مساله و ابعاد آن

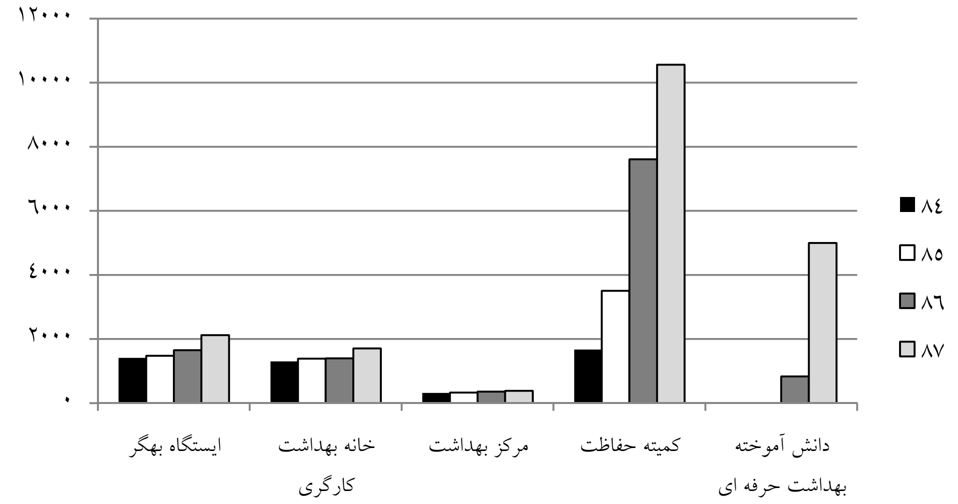
- به‌منظور تعمیم بهداشت عمومی و فردی کارگران، بهبود شرایط کار و ارتقای سطح رفاه اجتماعی آنان در داخل کارگاه، طرح ارایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به کارگران در قالب ایجاد خانه‌های بهداشت کارگری در واحدهای تولیدی با جمعیت ۵۰-٤۹۹ نفر شاغل شکل گرفت که در حال حاضر ١٤٠٠ خانه بهداشت در سراسر کشور موجود می‌باشد.
- تعداد کارگاه‌های ۵۰-٤۹۹ نفر شاغل، ٣٩٩٦ عدد است.
- تعداد خانه‌های بهداشت، ١٤٠٠ باب می‌باشد که در حدود ۳۵ درصد کارگاه‌ها را پوشش می‌دهند.
- تعداد شاغلین تحت پوشش خانه‌های بهداشت ١١٠٠٠٠ نفر می‌باشد و کل شاغلین واحدهای ۵۰-٤۹۹ نفرحدود ٥٤٠٠٠٠ نفر است .

هدف کلی: حفظ و تامین و ارتقای سطح سلامت شاغلین

دستاوردها:

- بهبود استاندارد و کیفیت خانه‌های بهداشت کارگری
- پوشش کامل کارخانه‌های دارای ٤٩٩-٥٠ کارگر
- افزایش میزان مشارکت کارفرمایان در بهبود پیشرفت
- برنامه‌های بهداشتی
- کاهش میزان حوادث ناشی از کار
- افزایش میزان امدادرسانی و کمک‌های اولیه
- بازآموزی بهداشت‌یاران کار و بهگران
- ایجاد ایستگاه بهگر در کارگاه‌های مشمول
- تهیه کیت بهگر

روند تغییرات شاخص‌ها:



نمودار ۸: روند تغییرات شاخص‌ها

جدول ۵: روند تغییرات شاخص‌ها و جمعیت تحت پوشش

سال	شاخص ۱	جمعیت تحت پوشش (کارگاه)	تغییرات نسبت به سال قبل (٪)	شاخص۲	جمعیت تحت پوشش (نفر)	تغییرات نسبت به سال قبل(٪)
۸٤	درصد کارگاه‌های دارای خانه بهداشت کارگری در کارگاه‌های ۵۰ تا ٤۹۹ نفر شاغل	۱۳۰۵	۳۲/٦	درصد شاغلین تحت پوشش خانه‌های بهداشت کارگری	١٦٠٠٠٠	29/4

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۵

۸۵	درصد کارگاه‌های دارای خانه بهداشت کارگری در کارگاه‌های ۵۰ تا ۴۹۹ نفر شاغل	۱۳۹۰	۳٤/۷	درصد شاغلین تحت پوشش خانه‌های بهداشت کارگری در کارگاه‌های ۵۰ تا ٤۹۹ نفر شاغل	۱۸۸۷۵٤	۳٤/۷
۸٦	درصد کارگاه‌های دارای خانه بهداشت کارگری	۱٤۰۰	۳۵	در صد شاغلین تحت پوشش خانه‌های بهداشت کارگری	۲۱۷۱۱۰	۳۹/۹
۸۷	درصد کارگاه‌های دارای خانه بهداشت کارگری	۱٤٤۲	۳٦/۱	در صد شاغلین تحت پوشش خانه‌های بهداشت کارگری	۲۵۸۱۱۰	٤۷/۵

عنوان برنامه: ایستگاه بهگر

بیان مساله و ابعاد آن

به‌منظور تعمیم بهداشت عمومی و فردی کارگران، بهبود شرایط کار و ارتقای سطح رفاه اجتماعی آنان در داخل کارگاه؛ طرح ارایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به کارگران در قالب ایجاد ایستگاه‌های «بهگر» در واحدهای تولیدی با جمعیت۲۰-۴۹ نفر شاغل شکل گرفت که در حال حاضر۱٦٤۸ واحد در سراسر کشور موجود می‌باشد.

هدف کلی: حفظ و تامین و ارتقای سطح سلامت شاغلین در کارگاه‌های ۲۰-٤۹ نفر شاغل

روند تغییرات شاخص‌ها

جدول ٦: روند تغییرات شاخص‌ها

سال	شاخص ۱	جمعیت تحت پوشش (کارگاه)	تغییرات نسبت به سال قبل (٪)	شاخص۲	جمعیت تحت پوشش (نفر)	تغییرات نسبت به سال قبل (٪)
۸٤	درصد کارگاه‌های دارای ایستگاه بهگر در کارگاه‌های ۲۰ تا ٤۹ نفر شاغل	۱٤۱۵	۲۱/۲	درصد شاغلین تحت پوشش خدمات ایستگاه بهگر	٤۵۰۰۰	٪ ۲۲/۵
۸۵	درصد کارگاه‌های دارای ایستگاه بهگر در کارگاه‌های ۲۰ تا ٤۹ نفر شاغل	۱٤۷۷	۲۲/۱	درصد شاغلین تحت پوشش خدمات ایستگاه بهگر	٤۸۷٦۵	۲٤/۳
۸٦	درصد کارگاه‌های دارای ایستگاه بهگر در کارگاه‌های ۲۰ تا ٤۹ نفر شاغل	۱٦۰۰	۲٤	درصد شاغلین تحت پوشش خدمات ایستگاه بهگر	۵۱۲۳٤	۲۵/٦
۸۷	درصد کارگاه‌های دارای ایستگاه بهگر در کارگاه‌های ۲۰ تا ٤۹ نفر شاغل	۱٦٤۸	۲۵	درصد شاغلین تحت پوشش خدمات ایستگاه بهگر	۵۳٦٦۱	۲٦/۹

افق ۱۴۰۴

جدول ۷: روند تغییرات شاخص‌ها

سال	شاخص ۱	جمعیت تحت پوشش	تغییرات نسبت به سال قبل (٪)	شاخص۲	جمعیت تحت پوشش	تغییرات نسبت به سال قبل(٪)
۸۴	درصد کارگاه‌های دارای ایستگاه بهگر در کارگاه‌های ۲۰ تا ۴۹ نفر شاغل	۱۴۱۵	۲۱/۲	در صد شاغلین تحت پوشش خدمات ایستگاه بهگر	۴۵۰۰۰	۲۲/۵
۸۵	درصد کارگاه‌های دارای ایستگاه بهگر در کارگاه‌های ۲۰ تا ۴۹ نفر شاغل	۱۴۷۷	۲۲/۱	در صد شاغلین تحت پوشش خدمات ایستگاه بهگر	۴۸۷۶۵	۲۴/۳
۸۶	درصد کارگاه‌های دارای ایستگاه بهگر در کارگاه‌های ۲۰ تا ۴۹ نفر شاغل	۱۶۰۰	۲۴	در صد شاغلین تحت پوشش خدمات ایستگاه بهگر	۵۱۲۳۴	۲۵/۶
۸۷	درصد کارگاه‌های دارای ایستگاه بهگر در کارگاه‌های ۲۰ تا ۴۹ نفر شاغل	۱۶۴۸	۲۵	در صد شاغلین تحت پوشش خدمات ایستگاه بهگر	۵۳۶۶۱	۲۶/۹

عنوان برنامه: مرکز بهداشت کار در کارگاه‌های با بیش از ۵۰۰ نفر شاغل

بیان مساله و ابعاد آن:

حوادث و بیماری‌های ناشی از کار، موجب وارد آمدن خسارات مالی، انسانی و اجتماعی فراوانی به جامعه می‌گردند. جلوگیری از حوادث و رسیدگی به‌هنگام به فرد آسیب دیده در محل حادثه، می‌تواند علاوه بر صیانت از نیروی انسانی و حفظ منابع مالی، با ایجاد انگیزه باعث افزایش راندمان و بهره‌وری نیروی انسانی و حفظ کارگر ماهر گردد. برای نیل به این هدف، کارفرمایان کارگاه‌های ۲۰-۴۹ نفره موظف به ایجاد ایستگاه بهگر و معرفی کارگر منتخب به مراکز بهداشت برای گذراندن دوره‌های آموزشی در زمینه کمک‌های اولیه و مبانی بهداشت حرفه‌ای به عنوان مسوول این ایستگاه‌ها می‌باشند. که در حال حاضر بالغ بر ۱۵۰۰ ایستگاه بهگر در واحدهای مشمول تاسیس و در آن فرد بهگر پس از گذراندن ۱۲۰ ساعت آموزش طی دو مرحله، به‌عنوان امدادگر انجام وظیفه می‌نماید. تعداد کل کارگاه‌های ۲۰-۴۹ نفره ۶۶۰۰ می‌باشد. با توجه به وجود ۱۵۰۰ ایستگاه بهگر، در حدود ۲۳ درصد کارگاه‌های مشمول هم‌اکنون تحت پوشش خدمات بهگران هستند و در کل درصد کارگاه‌های دارای تشکیلات بهداشت حرفه‌ای ۲۲ درصد و درصد شاغلین که به تشکیلات بهداشت حرفه‌ای دسترسی دارند بالغ بر ۴۷ درصد می‌باشد.

هدف کلی: حفظ و تامین و ارتقای سطح سلامت شاغلین در کارگاه‌های با بیش از ۵۰۰ نفر شاغل

روند تغییر شاخص‌ها

جدول ۸: روند تغییرات شاخص‌ها

سال	شاخص ۱	جمعیت تحت پوشش (کارگاه)	تغییرات نسبت به سال قبل(٪)	شاخص ۲	جمعیت تحت پوشش (نفر)	تغییرات نسبت به سال قبل(٪)
۸٤	درصد کارگاه‌های دارای مرکز بهداشت کار در کارگاههای ۵۰۰ نفر به بالا	۳۱۹	۷۵	درصد شاغلین تحت پوشش مراکز بهداشت کار در کارگاه‌های ۵۰۰ نفر به بالا	۱۲۷٦٥٤	۳۱/۵
۸۵	درصد کارگاه‌های دارای مرکز بهداشت کار در کارگاه‌های ۵۰۰ نفر به بالا	۳۳۱	۷۷	درصد شاغلین تحت پوشش مراکز بهداشت کار در کارگاه‌های ۵۰۰ نفر به بالا	۱٤۳۲۱۰	۳۵/٤
۸٦	درصد کارگاه‌های دارای مرکز بهداشت کار در کارگاه‌های ۵۰۰ نفر به بالا	۳٦۲	۸۰	درصد شاغلین تحت پوشش مراکز بهداشت کار در کارگاه‌های ۵۰۰ نفر به بالا	۱۸۰۲۳٤	٤٤/۵
۸۷	درصد کارگاه‌های دارای مرکز بهداشت کار در کارگاه‌های ۵۰۰ نفر به بالا	۳۸٤	۸۹	درصد شاغلین تحت پوشش مراکز بهداشت کار در کارگاه‌های ۵۰۰ نفر به بالا	۲۰۵٤۱۵	۵۱

عنوان برنامه: پیشگیری و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی در محیط کار

بیان مساله و ابعاد آن

رشد روزافزون استفاده از موادشیمیایی در زندگی روزمره و استفاده از سموم جهت کنترل حشرات و جوندگان و آفت‌ها، موجب شده تا محیط زیست و سلامت انسان‌ها در معرض مخاطره قرار گیرد.

طبق اطلاعات موجود، هم‌اکنون ٤ میلیون نفر در صنایع، در سطح جهان به گونه‌ای با مواد شیمیایی سروکار دارند که از این تعداد، یک میلیون نفر در سال در اثر تماس غیرایمن با مواد شیمیایی و سموم دچار مرگ و یا از کارافتادگی می‌شوند. از طرفی ۱ تا ٤ میلیون مورد مسمومیت ناشی از آفت‌کش‌هایی است که مورد استفاده قرار می‌گیرند.

با ابلاغیه وزیر امور خارجه به کلیه وزرا از جمله وزیر محترم بهداشت، جهت استقرار سیستم مدیریت مواد شیمیایی مسوولیت ۱۲ حوزه عملیاتی شامل ۱۰۰ فعالیت کلی به وزارت متبوع محول شده که با بعد وسیع وظایف محوله تا افق ۲۰۲۰ حداقل در شهرهای بزرگ و صنعتی ٤ کارشناس و در شهرهای کوچکتر ۱ تا ۲ کارشناس که مسوولیت مستقیم این برنامه را بر عهده داشته باشند لازم است.

جهت انجام فعالیت مربوطه، در ستاد ٦ نفر و در کشور ۸۰ کارشناس مورد نیاز خواهد بود.

هدف کلی: استفاده ایمن از مواد شیمیایی از طریق ارزیابی خطر برای محیط و انسان، کنترل و مدیریت صحیح موادشیمیایی و کاهش مخاطرات ناشی از آن.

دستاوردها

- قانون تشکیل وزارت بهداشت
- تصویب آیین‌نامه اجرایی نظارت و کنترل بهداشتی بر مواد شیمیایی و سموم
- تهیه و تنظیم آیین‌نامه بر چسب گذاری موادشیمیایی
- تهیه و تنظیم دستورالعمل اجرایی حمل و نقل مواد شیمیایی
- تهیه و تنظیم دستورالعمل اجرایی انبارداری موادشیمیایی
- تهیه و تنظیم دستورالعمل اجرایی مراکز عرضه و فروش مواد شیمیایی
- شیمیایی و سموم در کشور با همکاری سایر ارگان‌های ذی‌ربط (از ۰٪ به ٦۰٪)
- مشارکت در تدوین طرح کاهش گرد و غبار سیلیس در قالب طرح سیلیکوزیس

- تهیه طرح کاهش و کنترل مواجهه با آلاینده کروم (از گروه فلزات سنگین) در واحدهای تحت پوشش
- تهیه طرح طبقه‌بندی و برچسب‌گذاری مواد شیمیایی برحسب استانداردهای بین‌المللی GHS
- تدوین و مشارکت در تهیه دستورالعمل اجرایی کنوانسیون رتردام در راستای مصرف، واردات، صادرات و انتشار سموم و مواد شیمیایی خطرناک
- مشارکت در برنامه‌های کمیته تخصصی فنی مواد شیمیایی خطرناک در خصوص واردات و مصرف این گروه مواد
- تدوین روش‌های نمونه‌برداری شناسایی و آنالیز گرد و غبار و حلال‌ها
- برنامه‌ریزی و هماهنگی و مشارکت در حذف و انهدام ۱۲ ماده آلوده‌کننده پایدار (از ۰٪ به ۹۰٪)
- مشارکت در برنامه تدوین دستورالعمل روش‌های امحای مواد زاید شیمیایی خطرناک در راستای کنوانسیون بازل
- برگزاری کارگاه آموزشی در زمینه شناسایی، اندازه‌گیری و آنالیز عوامل زیان‌آور شیمیایی جهت کارشناسان مسوول بهداشت حرفه‌ای به میزان ۷۵٪
- برگزاری کارگاه آموزشی در زمینه برنامه ایمنی شیمیایی به میزان ۹۰٪
- برگزاری کارگاه آموزشی در زمینه حوادث شیمیایی به میزان ۳۰٪
- تدوین برنامه پیشگیری از حوادث شیمیایی به میزان ۳۵٪
- مشارکت در برنامه ایمنی اسباب‌بازی در قالب ایمنی شیمیایی و اسباب‌بازی
- مشارکت در برنامه‌های توانمندسازی و تهیه نمایه انتشار آلاینده‌های آلی پایدار (NIP) به میزان ۸۰٪
- مشارکت و عضو کمیسیون تخصصی ایمنی شیمیایی در خصوص برنامه‌های بین‌المللی مرتبط با مدیریت جامع مواد شیمیایی (وزارت امور خارجه)
- تهیه پیش‌نویس برنامه مدیریت جامع ایمنی شیمیایی در حوزه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی براساس موافقتنامه بین‌المللی (SAICM) تا افق ۲۰۲۰ با رویکرد تعهدات بین‌المللی در برنامه ایمنی شیمیایی

چالش‌ها

- عدم وجود آزمایشگاه رفرانس سنجش آلاینده‌های شیمیایی در برنامه‌های بهداشت محیط و حرفه‌ای زیرنظر ستاد مرکز سلامت محیط و کار به منظور اجرای برنامه‌های ارزیابی مخاطرات ناشی از آلاینده‌های شیمیایی بر سلامت
- کمبود نیروی متخصص با دانش سم‌شناسی شغلی و زیست محیطی در حوزه‌های اجرایی و دانشگاهی
- عدم نظام هماهنگ اطلاع‌رسانی و پوشش یکسان برای چگونگی حمل و نقل و انبارداری مواد شیمیایی
- کمبود نیروی متخصص طب کار در حوزه‌های دانشگاهی و بیماریابی ناشی از مواجهه با آلاینده‌های شیمیایی
- عدم وجود قوانین و ضوابط قضایی برای اجرای برنامه مدیریت ایمنی شیمیایی در بخش انتشار آلاینده‌های شیمیایی، حمل و نقل و انبارداری
- عدم ثبت دقیق و گزارش‌دهی موارد بیماری، مسمومیت‌ها و حوادث ناشی از مواجهه با آلاینده‌های شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها و فوریت‌های پزشکی جهت ارزش گذاری لطمات انسانی وارده و اجرای مداخلات لازم برای حفظ سلامت جمعیت تحت پوشش.

روند تغییر شاخص‌ها

جدول ۹: روند تغییرات شاخص‌ها

تماس پوستی با مواد شیمیایی (درصد)		**گرد و غبار (درصد)**	
کارگاه	شاغلین	کارگاه	شاغلین
۱۷	۱۰	۲۷	۲۱
گاز و بخار (درصد)		**دود و دمه**	
شاغلین	کارگاه	شاغلین	کارگاه
۸	۸	۸	۸
ارگونومی (درصد)		**عوامل شیمیایی (درصد)**	**عوامل فیزیکی (درصد)**
۱۲		۲۱	۳۰

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۹

۱۳۸۵	**تماس پوستی با مواد شیمیایی (درصد)**		**گرد و غبار (درصد)**	
	کارگاه	شاغلین	کارگاه	شاغلین
	۱۳	۱۱	۱۹	۲۰
	گاز و بخار (درصد)		**دود و دمه (درصد)**	
	شاغلین	کارگاه	شاغلین	کارگاه
	۹	۷	۹	۷
۱۳۸۶	**تماس پوستی با مواد شیمیایی (درصد)**		**گرد و غبار (درصد)**	
	کارگاه	کارگاه	کارگاه	شاغلین
	۷	۷	٤٦	۲۹
	گاز و بخار (درصد)		**دود و دمه (درصد)**	
	کارگاه	شاغلین	کارگاه	شاغلین
	۵	۷	۵	۵

عنوان برنامه: پیشگیری از عوامل زیان‌آور فیزیکی(صدا)

بیان مساله و ابعاد آن

آلودگی صوتی، به اندازه آلودگی هوا خطرناک است. مهم‌ترین عارضه‌ای که سر و صدای بیش از حد مجاز ایجاد می‌کند، کاهش شنوایی است. کاهش شنوایی به عوامل گوناگونی بستگی دارد که شدت صوت، مدت تماس و حساسیت از مهم‌ترین آنها هستند. سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده است که حدود ۲۷۸ میلیون نفر دارای اختلالات شنوایی از نوع متوسط تا شدید هستند. آنالیز جهانی نشان داده است که ۱٦٪ ناشنوایی‌ها از نوع شغلی است و نسبت در مردان ۲۲ درصد بالاتر از زنان است (۱۱ درصد). بر اساس آمار سال ۱۳۸۵، تعداد ۷۳۸۹۵۳ کارگاه فعال در بخش‌های چهارگانه صنعت، معدن، خدمات و کشاورزی با ۲۷٤۷۷۳۸ نفر شاغل در سطح کشور شناسایی شده‌اند که از این تعداد، ۱۷٪ (۹۰۵۹٤) کارگاه‌ها با ۲۲٪ (٤٦۸۸٤۰) شاغل در معرض عامل زیان‌آور صدا هستند. با توجه به آمار ارسال شده از دانشگاه‌ها و اولویت‌بندی مشکلات موجود در ضرورت کنترل عوامل فیزیکی در محیط کار، اولویت اول، کنترل صدا می‌باشد.

هدف کلی: ساماندهی بهینه‌سازی و یکنواخت‌سازی فعالیت‌های بهداشت حرفه‌ای در زمینه شناسایی، اندازه گیری، ارزشیابی، کنترل و یا حذف صدای زیان‌آور محیط کار.

دستاوردها

- تدوین و اجرای طرح کنترل عوامل جوی و روشنایی و بررسی وضعیت موجود
- تدوین طرح کنترل صدا
- اجرای طرح کنترل صدا
- ارزشیابی طرح کنترل صدا
- تهیه مواد آموزشی جهت بهورزی (فقط در ارتباط با کنترل صدا)
- تعمیر و نگهداری و کالیبراسیون تجهیزات فنی صدا
- تدوین استانداردهای روشنایی مناسب در محیط کار
- تعمیر و نگهداری و کالیبراسیون WBGT متر
- تعیین استانداردهای شرایط جوی محیط کار

عنوان برنامه: بهداشت پرتوها

بیان مساله و ابعاد آن

- ارتقای بهداشت پرتوها با کاهش پرتوگیری شاغلین تا زیر حد مجاز در مراکز پرتو پزشکی و کاهش پرتوگیری مراجعین
- حدود ۷ میلیون رادیوگرافی عمومی، حدود ٦۰۰ هزار رادیوسکپی، حدود ۷۰ هزار سی‌تی‌اسکن و حدود ۱۵ هزار شاغل، نشان‌دهنده حجم گسترده کاربرد پرتوها در پزشکی و ضرورت کنترل پرتوگیری شاغلین و جامعه می‌باشد.
- وجود بیش از ۲۵۰۰ مرکز پرتونگاری پرشکی بیش از ۲۰۰ مرکز سی.تی.اسکن حدود ۱۰۰ مرکز پزشکی هسته‌ای و حدود ۳۰ مرکز پرتودرمانی

هدف کلی: تامین و ارتقای سلامت جامعه در برابر تابش پرتوها

دستاوردها

- فعال کردن کمیسیون ماده ٤ قانون حفاظت در برابر اشعه، مصوب سال ۱۳٦۸ که به دلایل مختلف معطل مانده بود و اعمال قانون اخذ مجوز کار با اشعه در مراکز پزشکی
- برگزاری ۳٤ جلسه کمیسیون تبصره ذیل ماده ٤ قانون حفاظت در برابر اشعه با حضور نمایندگان سازمان انرژی اتمی ایران امور حفاظت در برابر اشعه (مدیر کل امور حفاظت و رییس امور بازرسی امور حفاظت)
- بررسی ۱۷٦۰ پرونده مراکز رادیولوژی تشخیصی در سطح کشور و صدور مجوز کار با اشعه برای ۱۳۱۱ مرکز رادیولوژی تشخیصی
- تدوین آیین‌نامه اجرایی مراکز رادیولوژی با همکاری اداره صدور مجوز پرونده‌های مرکز اعتبار بخشی درمان معاونت سلامت
- بازنگری مجدد «مجوز کار با اشعه در مراکز رادیولوژی تشخیصی» با همکاری سازمان انرژی اتمی ایران و اعلام و ابلاغ به کل کشور جهت اجرا

عنوان برنامه: بهداشت هوا

بیان مساله و ابعاد آن

آلودگی هوا در محیط‌های بسته و فضاهای باز، از تهدیدات جدی برای سلامت انسان و محیط زیست محسوب می‌گردد. استفاده از سوخت‌های نامناسب و سیستم‌های غیراستاندارد برای تولید گرما در محیط‌های مسکونی و محیط کار و همچنین آلاینده‌های ناشی از وسایط بررسی وضعیت آلودگی هوا در منازل روستایی با تاکید بر نوع سوخت مصرفی در کشور به منظور کاهش مخاطرات و بیماری‌های ناشی از استنشاق آلاینده‌های متصاعده از سوخت‌های جامد (فضولات دامی، چوب، هیزم و باقیمانده اجزای گیاهی) با رویکرد برنامه چهارم توسعه.

آلودگی ناشی از وسایل نقلیه موتوری و کارگاه‌ها و کارخانجات صنعتی در شهرهای بزرگ، روز به روز ابعاد گسترده‌تری را به خود می‌گیرد و به بیان دیگر، تهدیدات آلودگی هوای فضای بسته و محیط باز، روی هم جمعیت انبوهی از کشور را شامل می‌شود و بیماری‌های ناشی از آلودگی هوا در نهایت خسارات عمده اقتصادی و اجتماعی و روانی را برای جمعیت در معرض و بهداشت و درمان کشور به بار می‌آورد. سرمایه‌گذاری در زمینه آموزش، ارتقای آگاهی و به تبع آن تغییر رفتارهای غیرمسوولانه و تشدید کننده انتشار آلاینده‌ها به رفتارهای مناسب، در دراز مدت به نفع سیستم بهداشت و درمان و اقتصاد بهداشت در کشور خواهد بود.

هدف کلی: آگاه سازی مردم و مسوولین در مورد مخاطرات آلودگی هوا بر سلامت و تدوین برنامه کنترل آن در محیط‌های مسکونی

دستاوردها

- تعیین شاخص‌های سلامت و ارزیابی اپیدمیولوژیک مرتبط با مصرف سوخت جامد در ۲۵٪ از خانوارهای مشمول در ۲۳ حوزه دانشگاهی
- SWOT برنامه بهداشت محیط روستا، شاخص‌های موجود بهداشت محیطی اثر گذار بر سلامت و خلاهای موجود
- بررسی عملکرد عملیات بهسازی روستا و امکان مداخله در خانوارهای مصرف کننده سوخت جامد

- تعیین تعداد خانوارها و انواع سوخت‌های جامد مصرفی در منازل روستایی به منظور پخت و پز، گرمایش و حیطه عملیات
- روزآمد کردن دانش فنی و آگاهی کارشناسان بهداشت محیط در خصوص شاخص‌های سلامت متاثر از مصرف سوخت جامد در خانوارهای روستایی
- تعیین نیازهای آموزشی و نحوه ارایه به گروه‌های هدف در خصوص مواجهه با آلاینده‌های منتشره از سوخت جامد
- تعیین و امکان سنجی بیماری‌ها و عوارض منتسب به آلاینده‌های منتشره از سوخت جامد و چگونگی ثبت و گردآوری اطلاعات در نظام شبکه به منظور برآورد شاخص‌های سلامت ناشی از مصرف سوخت جامد در خانوارهای روستایی
- محاسبه و تدوین نرم‌افزار ارزیابی شاخص‌های سلامت مرتبط با مصرف سوخت جامد در منازل روستایی به منظور دستیابی به شرایط اپیدمیولوژیکی و گسترش مناطق جغرافیایی خانوارهای مصرف کننده سوخت جامد
- ایجاد مرکز هماهنگی و اطلاع‌رسانی آلودگی هوا (مهار) در شهر تهران با هماهنگی و همکاری سازمان حفاظت محیط زیست، شهرداری تهران و سازمان هواشناسی (از سال ۱۳۷۹)
- شرکت و برگزاری کمیته اجرایی کاهش آلودگی هوا و فعال سازی این کمیته‌ای در سطح استان‌های تهران، اصفهان، فارس و آذربایجان شرقی
- یکنواخت‌سازی برنامه حفظ و ارتقای سلامت شهروندان ساکن در شهرهای تهران، کرج، اصفهان، تبریز، مشهد، اراک، اهواز و شیراز در برابر مواجهه باآلاینده‌های هوا با همکاری معاونت‌های بهداشتی
- تدوین دستورالعمل و آیین‌نامه اجرایی اقدامات در شرایط ویژه آلودگی هوا (شرایط سه گانه هشدار، اضطرار و بحران)
- تشکیل کمیته‌های بهداشت هوا در حوزه‌های معاونت بهداشتی
- تعیین شاخص سلامت متاثر از مواجهه با آلاینده PM10 و محاسبه YLL در حوزه‌های معاونت‌های بهداشتی تهران، شهید بهشتی، ایران، اصفهان، فارس، آذربایجان شرقی برای سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷
- اخذ مصوبات هیات دولت در خصوص برنامه اجرایی کاهش آلودگی هوا برای شهرهای اراک، اصفهان و تهران با همکاری سایر دستگاه‌های اجرایی

- تهیه پیش نویس تدوین استانداردهای ملی هوای آزاد با رویکرد سلامت شهروندان در معرض و استفاده از خطوط راهنمای سازمان جهانی بهداشت

چالش‌ها

- عدم همکاری سازمان حفاظت محیط زیست در خصوص ارایه عوامل خطرساز غلظت آلاینده‌های سنجش شده در هوای شهرها به حوزه‌های معاونت‌های بهداشتی جهت تعیین شاخص‌های سلامت مرتبط با آلودگی هوا
- عدم ارایه گزارش شهرداری‌ها و موارد ثبت فوت به حوزه‌های معاونت بهداشتی جهت تعیین شاخص‌های سلامت مرتبط با آلودگی هوا
- کمبود قوانین و جرایم مناسب برای منابع آلاینده هوا در شهرها
- عدم وجود آزمایشگاه رفرانس بهداشت هوا در مراکز استان‌های دارای مشکل آلودگی هوا
- عدم اختصاص منابع مالی و انسانی مورد نیاز برای اجرای بهتر برنامه
- عدم ثبت موارد بیماری‌ها در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها براساس کدهای مصوب ICD، که محاسبه بار بیماری‌های ناشی از مواجهه با آلاینده‌های هوا را در بررسی‌های اپیدمیولوژیک با مشکل مواجه می کند.
- کم سوادی و درآمد پایین جمعیت روستایی
- عدم قوانین و ضوابط مناسب جهت بهبود و بهینه سازی ساخت مسکن روستایی
- عدم هماهنگی با شرکت ملی پخش و پالایش فرآورده‌های نفتی در سطح شهرستان‌ها و روستاهای محروم به منظور دسترسی به سوخت مناسب و پاک به ویژه در فصول سرد سال
- عدم اجرای طرح‌های عمران روستایی با رویکرد سلامت محوری در خانوارهای روستایی
- عدم اختصاص منابع مالی و انسانی مورد نیاز برای اجرای بهتر برنامه
- عدم وجود پروتکل و سیستم بررسی بعضی بیماری‌های هدف در مصرف سوخت جامد در نظام PHC نظیر آسم، سرطان‌های ریه و مجاری تنفسی، کاتاراکت و...

عنوان برنامه: بهداشت محیط مدارس

بیان مساله و ابعاد آن

هرگونه اقدام به منظور تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان، از جمله وظایف وزارت آموزش و پرورش تلقی شده است که نظارت آن به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. نظارت بر وضعیت فیزیکی و توزیع مواد غذایی در مدارس، در غالب برنامه بهداشت محیط مدارس در حیطه وظایف این مرکز می‌باشد. تا سال ۱۳۸۳، فعالیت‌های کنترل و نظارت برنامه‌های بهداشت محیط مدارس در دانشگاه های علوم پزشکی در واحد بهداشت محیط صورت می‌گرفت و فعالیت ستادی از جمله برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در دفتر مدارس صورت می‌گرفت. این امر باعث ناهماهنگی‌های زیادی شده بود. به منظور ایجاد انسجام برنامه و رفع مشکلات اجرایی، کلیه فعالیت‌ها به مرکز سلامت محیط و کار واگذار شد. اولین فعالیت این مرکز، تصویب آیین‌نامه بهداشت محیط مدارس بود که پس از ۷ سال بلاتکلیفی، در نهایت در سال ۱۳۸٤به امضای وزرای بهداشت و آموزش و پرورش رسید. آیین‌نامه طرح کشوری ارزیابی از کلیه مدارس در سال ۱۳۸٦ اجرا گردید و جهت عملیاتی نمودن آیین‌نامه در راستای ارزیابی فوق و منطبق بر مشکلات اولویت‌بندی شده مدارس تحت پوشش هر دانشگاه، برنامه بهداشت محیط مدارس اجرا می‌گردد.

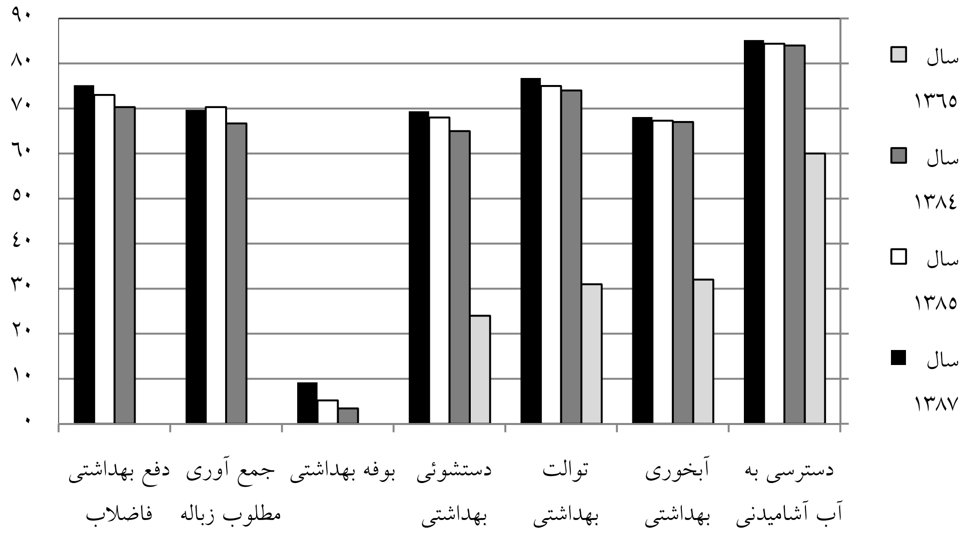
هدف کلی: تأمین و ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان و ایجاد مدرسه سالم

دستاوردها

- اعمال ممنوعیت عرضه و استعمال دخانیات در مدارس
- اجرای طرح پیشگیری از استعمال دخانیات در مدارس با مشارکت آموزش و پرورش در سطح ۳ دانشگاه مستقر در تهران
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی_توجیهی (کشوری و استانی) در زمینه بهداشت محیط مدارس
- طرح بررسی جهانی وضعیت استعمال دخانیات در بین دانش آموزان ۱۳ تا ۱۵ سال در سراسر کشور
- مشارکت فعال در تصویب و اجرای آیین‌نامه‌های شورای عالی سلامت در زمینه بهداشت مدارس
- تدوین و تصویب آیین‌نامه بهداشت محیط مدارس
- تدوین و تصویب آیین‌نامه بوفه/ پایگاه‌های تغذیه سالم مدارس

- کمک به احداث و بهسازی توالت‌های مدارس در کشور در روستاهایی که از لحاظ بهداشتی دارای مشکل می‌باشند.
- تهیه و تدوین ضوابط و مقررات دستورالعمل‌های مرتبط با بهداشت محیط مدارس
- ارتقای سطح آگاهی کارشناسان ،دانش آموزان و... در زمینه بهداشت محیط مدارس
- اجرای آیین‌نامه بهداشت محیط مدارس کشور
- ارتقای وضعیت بهسازی و بهداشتی مدارس طبق آیین‌نامه بهداشت محیط مدارس
- انجام ارزیابی بهداشت محیط مدارس کشور مطابق مفاد آیین‌نامه
- بهبود، بازنگری استانداردهای بهداشت محیط مدارس و تدوین شاخص‌های جدید با توجه به استانداردهای جدید
- تغییر و بازنگری فرم آماری بهداشت محیط کشور بر اساس نیازهای جدید مدارس کشور و دانش‌آموزان
- کنترل و نظارت بر توزیع شیر مدرسه ایران و تلاش در جهت توزیع شیرهای با کیفیت مناسب برای دانش آموزان
- کنترل و نظارت بر توزیع نان مدرسه ایران و تلاش در جهت توزیع نان‌های با کیفیت مناسب برای دانش‌آموزان
- ایجاد حساسیت در مدیران و مسوولین و عوامل ذی‌ربط درون بخشی و مسوولین و مدیران ارگان‌ها و سازمان‌های بین بخشی در زمینه بهداشت محیط مدارس
- تهیه فیلم آموزشی و کتاب در زمینه بهداشت محیط مدارس
- تهیه و تدوین شاخص‌های بهداشت محیط مدارس
- افزایش تعداد مدارس سالم کشور
- تدوین بلوک بهورزی بهداشت مدارس (قسمت بهداشت محیط مدارس) و پروتکل پزشک خانواده در زمینه بهداشت محیط مدارس
- تهیه و تدوین نرم‌افزار اطلاعاتی بهداشت محیط مدارس جهت ارزیابی بهداشت محیط مدارس کشور
- ارتقای سطح شاخص‌های بهداشت محیط مدارس در مقایسه با سال‌های گذشته

روند تغییر شاخص‌ها:



نمودار ۹: وضعیت دسترسی دانش‌آموزان به تسهیلات بهداشت محیطی در سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۸۷

عنوان برنامه: توسعه مهندسی عوامل انسانی و ارگونومی

بیان مساله و ابعاد آن

این برنامه، به منظور دستیابی به اهداف پیش‌بینی شده در افق چشم‌انداز بلندمدت توسعه کشور و با توجه به سند برنامه چهارم توسعه، به منظور ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی انسان‌ها، به‌ویژه کارگران شاغل در بخش‌های صنعت، معدن، خدمات و کشاورزی با مداخله ارگونومی (مهندسی عوامل انسانی) و استقرار نظام‌مند و سیستمیک آن با هدف پیشگیری و کنترل آسیب‌های اسکلتی - عضلانی تدوین گردیده است. نظر به اهمیت بسیار زیاد مسأله پیشگیری و کنترل اختلالات مذکور و عوارض ناشی از کار و با توجه به رسالت بزرگ معاونت سلامت و به‌ویژه مرکز سلامت محیط و کار به‌عنوان مرکز سیاست‌گذاری در امور سلامت شاغلین کشور، توجه به سلامت نیروی کار باید براساس روش‌های نوین و کارآمد به صورت جدی و برنامه‌ریزی شده دنبال گردد و جهت دستیابی به این منظور، این مرکز در نظر دارد برنامه‌هایی را در زمینه پیشگیری و کنترل صدمات اسکلتی- عضلانی به

اجرا درآورد که نتیجه آن دستیابی به محیطی سالم و کنترل مؤثر صدمات اسکلتی- عضلانی مرتبط با کار، از طریق اجرای اصول ارگونومیکی می‌باشد.
این برنامه در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش شبکه بهداشت درمان و آموزش پزشکی به اجرا در خواهد آمد. گروه‌های هدف گیرنده خدمت، شاغلین کارگاه‌های تحت پوشش شبکه می‌باشند و گروه‌های ارایه دهنده خدمت، کاردانان بهداشت حرفه‌ای و محیط و کارشناسان بهداشت حرفه‌ای و پزشکان شاغل در سیستم خدمات بهداشتی کشور می‌باشند. تعداد ۳۲۳ کاردان و ۵۸۸ کارشناسان بهداشت حرفه‌ای در کشور جهت اجرای این برنامه همکاری می‌نمایند. به جهت اینکه کاردانان و کارشناسان مشمول این برنامه علاوه بر برنامه ارگونومی عهده‌دار انجام سایر فعالیت ها و برنامه‌های ارایه شده توسط این مرکز نیز می‌باشند، تعداد نیروهای استاندارد مورد نیاز این برنامه حداقل دو برابر تعداد فعلی برآورده می‌شود. لازم به ذکر است که در این برنامه، علاوه بر گروه‌های ارایه دهنده خدمت و نیز شاغلین کارگاه‌های تحت پوشش، کارفرمایان نیز جزء گروه‌های تأثیرگذار بر ارایه خدمت می‌باشند که بایستی جهت افزایش ظرفیت پذیرش این قشر به منظور متقاعد نمودن آنان برای اتخاذ تدابیر پیشگیرانه و مهندسی در محیط‌های کاری جهت پیشگیری و کنترل صدمات اسکلتی- عضلانی، تمهیداتی لحاظ شود.

هدف کلی: کاربرد اصول و دانش ارگونومی(مهندسی عوامل انسانی) در حفظ و ارتقای سطح سلامتی کارگران

دستاوردها

- تدوین بانک اطلاعاتی ابعاد آنتروپومتریکی کارگران ٦٠-٢٠ ساله در ٣٦ بعد از ابعاد عمومی بدن
- تعیین شاخص‌های آنتروپومتریکی برای قومیت‌های مختلف ایرانی به تفکیک جنس
- کاهش کارگاه‌های دارای وضعیت نامناسب بدن حین انجام کار به میزان ۱۰ درصد (از ٤٠ درصد به ۳۰ درصد)
- کاهش شاغلین دارای وضعیت نامناسب بدن حین انجام کار به میزان ۲ درصد (از ۳۲٪ به ۳۰٪)
- کاهش کارگاه‌های دارای ابزار کار نامناسب به میزان ٦ درصد (از ۲۰ درصد به ١٤ درصد)
- کاهش شاغلینی که با ابزار کار نامناسب کار می‌کنند به میزان ۳ درصد (از ١٥٪ به ۱۲٪)
- برگزاری کارگاه‌های کشوری و منطقه‌ای در راستای اجرای برنامه
- برگزاری دوره‌های آموزشی ارگونومی جهت ۹۰ درصد از کارشناسان شاغل در شبکه

- برگزاری دوره‌های آموزشی ارگونومی جهت ۷۴ درصد از کارشناسان شاغل در بخش خصوصی (کارگاه‌های دارای تشکیلات بهداشت حرفه‌ای با بعد بیش از بیست شاغل)
- برگزاری دوره‌های آموزشی ارگونومی جهت ۱٤ درصد از کارفرمایان و مدیران مشمول برنامه
- شناسایی کارگاه‌های دارای شرایط نامناسب ارگونومیک
- شناسایی شاغلین در معرض عوامل شرایط نامناسب ارگونومیک
- بهسازی و سالم‌سازی محیط کار از نظر عوامل ارگونومیک
- تجهیز آزمایشگاه‌های معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها به وسایل ارگونومیکی مورد نیاز (تهیه ۱۵کیت ارگونومی و۲۰ کیت آنتروپومتری)
- تهیه بسته‌های آموزشی ارگونومی کاربردی برای پرسنل بهداشتی مرتبط با برنامه، کارگران، کارفرمایان و پزشک خانواده
- مشارکت در تدوین استانداردهای ارگونومیکی جهت طراحی ایستگاه کار با موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران
- تدوین دستورالعمل‌های لازم جهت بهبود ثبت اطلاعات ارگونومیکی در کارگاه‌های کشور
- ۱۸ کنترل یا حذف عوامل زیان‌آور ارگونومیکی به میزان ۱۰ درصد
- ساخت و تهیه فیلم‌های آموزشی ارگونومی کاربردی جهت گروه‌های هدف مشمول برنامه
- استفاده از رسانه‌های ملی جهت ارتقای آگاهی عمومی در زمینه ارگونومی
- تهیه نرم‌افزارهای مورد نیاز ارگونومی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت گروه‌های هدف مشمول برنامه
- ارتقای سطح آگاهی جامعه، کارکنان درگیر طرح، گروه‌های هدف، کارگران و کارفرمایان در زمینه ارگونومی
- افزایش ظرفیت پذیرش کارفرمایان و متقاعد نمودن آنها جهت اخذ تدابیر پیشگیرانه فنی- مهندسی
- الزام کارفرمایان به پیاده‌سازی اصول ارگونومی جهت اصلاح شرایط نامناسب و بهبود محیط کار کارگران
- انجام پروژه‌های تحقیقاتی برای تعیین میزان دستیابی به اهداف
- استفاده و کاربرد فناوری‌های نوین جهت توسعه و ارتقای سلامت محیط کار از جنبه‌های مختلف ارگونومیکی در کشور

- حمایت از کارگران جهت فراهم نمودن شرایط سالم و بهداشتی در محیط کار
- فراهم نمودن موقعیت‌های آموزشی گسترده و جدید که کارفرمایان و کارگرانشان را در پیشرفت به سمت خودکفایی از طریق آموزش، خدمات مشاوره فنی و اجرا حمایت کند.
- بسط و توسعه روش‌های ثبت اطلاعات ارگونومیکی در محیط‌های کاری
- به کارگیری الزامات تشویقی جلب مشارکت گروه‌های مختلف جامعه جهت کمک در ارتقای سلامت محیط کار با ارتقای ارگونومی
- شناسایی کارگاه‌های دارای شرایط نامناسب ارگونومیک
- شناسایی شاغلین در معرض عوامل شرایط نامناسب ارگونومیک
- تعیین وضعیت ایستگاه‌های کار و ابزار کار در کارگاه‌های تحت پوشش

چالش‌ها

- ضعیف بودن ارتباطات فیمابین کارکنان بهداشتی درگیر برنامه با متخصصین و اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها
- کافی نبودن نیروهای متخصص و مجرب
- پایین بودن مهارت و دانش و تجربه کارکنان درگیر برنامه در زمینه ارگونومی
- ناتوانی پرسنل درگیر برنامه در انعکاس گزارش‌های مربوطه جهت برخورد با متخلفین براساس موازین قضایی در دادسراها و دادگاه‌های عمومی جزایی
- کافی نبودن شعبات تخصصی ویژه رسیدگی به تخلفات بهداشتی و افراد متخصص در این امر در کشور
- مشکلات اقتصادی صنایع و کارفرمایان جهت پیاده‌سازی اصول ارگونومی در محیط کار
- ناکافی بودن سیستم نظارت و ارزشیابی کارآمد
- ضعف مهارت برخی پزشکان در انجام معاینات کارگری و تخصصی
- کافی نبودن پزشکان متخصص طب کار
- عدم امکان ارزیابی ایستگاه‌های کاری جهت تمامی مشاغل در شاغلین تحت پوشش
- بالابودن حجم فعالیت‌ها و برنامه‌های اجرایی و کمبود وقت
- پایین بودن فرهنگ ارگونومی در سطح جامعه
- عدم ظرفیت پذیرش در بین کارفرمایان

- عدم آگاهی کارگران از اصول ارگونومی و رعایت موازین آن
- عدم طراحی ابزارهای کار و ایستگاه‌های کاری در انطباق با ابعاد بدن کارگران ایرانی

روند تغییر شاخص‌ها

جدول۱۰: روند تغییرات شاخص‌ها

عنوان شاخص	سال			
	۸۳	۸٤	۸۵	۸٦
درصد شاغلین دارای وضعیت بدنی نامناسب	۳۵	۳۰	۳۲	۳٦
درصد کارگاه‌های دارای وضعیت بدنی نامناسب	٤۵	٤۰	۳۰	٤۸
درصد شاغلین دارای ابزار کار نامناسب	۱۸	۱۲	۱۵	۱٦
درصد کارگاه‌های دارای ابزار کار نامناسب	۲٤	۲۰	۱٤	۲۵
درصد کارگاه‌هایی‌که حداقل یک عامل زیان‌آور ارگونومیکی را کنترل نموده‌اند	۲٤	۱۲	۱۰	۱۰

عنوان برنامه: بهداشت کشاورزی

بیان مساله و ابعاد آن

برنامۀ بهداشت کشاورزی در سال ۱۳۷۵ به منظور پایش کیفیت محصولات کشاورزی با هدف کاهش و بهینه‌سازی مصرف سموم آفت‌کش و کودها از نقطه‌نظر باقیمانده سموم آفت‌کش و در نتیجه ارتقای سلامت جامعه به‌ویژه بهداشت کار کشاورزان پایه‌گذاری گردیده و با اولویت‌بندی بدست آمده در خلال پژوهش و بررسی‌های گسترده، «پایه‌گذاری بهداشت حرفه‌ای کشاورزان» را به عنوان محور اصلی برنامه برگزید.

تا سال ۱۳۸٤، فعالیت‌های مرتبط در سطح ۵ شهرستان و تا سال ۱۳۸۵ در ۱۰ شهرستان پیگیری شده و با ابلاغ اردیبهشت ۱۳۸٦، به کل کشور گسترش یافت.

تربیت و بازآموزی کارشناسان و دیگر رده‌های درگیر برنامه در خلال نشست‌های کارشناسی و کارگاه‌های آموزشی متعدد در نقاط جغرافیایی مختلف انجام پذیرفت و علاوه بر سیستم ثبت و گزارش‌دهی رسمی بهداشت حرفه‌ای، فرم‌های ویژه «گزارش شش ماهه پیشرفت برنامه بهداشت کشاورزی» به عنوان اهرم تاکید بر اجرای دقیق و به موقع برنامه بکار رفت، به نحوی که در سال ۱۳۸۷، ارسال گزارش‌های شش ماهه و پیگیری فعالیت‌های مرتبط به صورت یک فعالیت معمول

حوزه‌های معاونت بهداشتی در سراسر کشور درآمد. حسب آخرین آمار دریافت شده (شش ماهه دوم ۱۳۸۷)، نزدیک به ۱/۳٪ از کشاورزان کشور تحت پوشش قرار گرفته اند.

هم‌اینک، بهداشت کشاورزی به صورت یک مجموعه مستقل در مرکز سلامت محیط و کار، با دو پرسنل رسمی فعالیت می‌نماید.

هدف کلی: ارتقای سطح سلامت کشاورزی

دستاوردها

- پایه‌گذاری الگوی همکاری‌های فنی بین بخش تامین کننده و مسوول سلامتی کشاورزان و بخش مسوول تولیدات کشاورزی (پایه‌گذاری بهداشت کشاورزی)
- تعیین شاخص‌های بهداشت کشاورزی و نظام ثبت و گزارش‌دهی و پایش در عرصهٔ تامین بهداشت و سلامتی کشاورزی
- بهبود روش‌های انجام کار از نظر عوامل مهندسی انسانی در کشاورزان در افراد آموزش دیده
- کاهش میزان مواجهه با عوامل زیان‌آور کار در فعالیت‌های کشاورزی در کشاورزان آموزش دیده
- پایه‌گذاری روش‌های تلفیقی آموزش‌های فنی و بهداشتی در قالب الگوی ملی IPM-OHM
- ارائهٔ پیشنهاد لزوم استانداردسازی تجهیزات کشاورزی برای ارتقای بهره‌وری در کار
- برگزاری کارگاه‌های کشوری و منطقه‌ای بهداشت کشاورزی در راستای اجرای برنامه
- برگزاری دوره‌های آموزشی ارگونومی برای ۱۰۰٪ پرسنل بهداشتی درگیر برنامه
- برگزاری دوره‌های آموزشی بهداشت کشاورزی برای ۱۰۰٪ کارشناسان و مدیران جهاد کشاورزی درگیر برنامه
- برگزاری دوره‌های آموزشی بهداشت کشاورزی برای ۱۰٪ کشاورزان کشور
- شناسایی کارگاه‌های دارای شرایط نامناسب با فعالیت کشاورزی
- شناسایی شاغلین در معرض عوامل زیان‌آور کارهای کشاورزی
- بهسازی و سالم‌سازی محیط کار در برابر عوامل زیان‌آور کارهای کشاورزی
- طرح موضوع لزوم اندازه‌گیری‌های محیطی در عرصه‌های کار کشاورزی
- تهیه بسته‌های آموزشی کاربردی بهداشت کشاورزی برای پرسنل بهداشتی مرتبط با برنامه برای کشاورزان، مروجین، کاردانان، کارشناسان و پزشک خانواده

- توجه به سلامتی نیروی کار کشاورزی در تدوین ویژگی‌های روستای توسعه یافته با همکاری موسسهٔ پژوهش‌های اقتصادی و برنامه‌ریزی توسعهٔ روستایی
- تدوین دستورالعمل‌های لازم جهت بهبود ثبت اطلاعات بهداشت حرفه‌ای کشاورزان در کارگاه‌های با فعالیت کشاورزی با اولویت واحدهای دامی
- حساس‌سازی سیاست‌گذاران و جلب مشارکت بین بخشی در پیشبرد اهداف بهداشت کشاورزی در سطح ملی
- انجام و یا مشارکت در اجرای پژوهش‌های کاربردی مرتبط با بهداشت کشاورزی
- پایه‌گذاری زیرساخت‌های قانونی از طریق آیین‌نامه‌های قانونی و یا پیشنهاد وضع قانون

عنوان برنامه: عملیات بهداشت محیط روستاها

بیان مساله و ابعاد آن

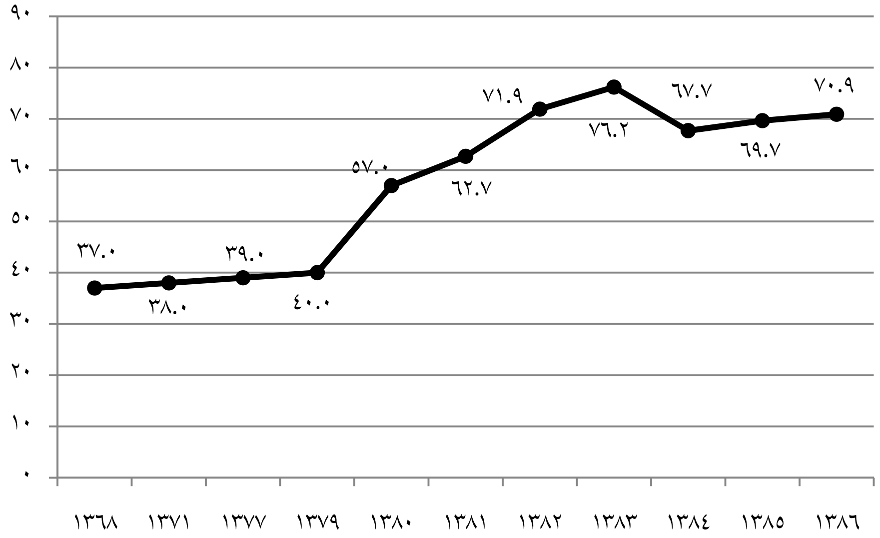
- پایین بودن میزان آگاهی روستاییان نسبت به مسایل بهداشتی، وسعت و پراکندگی روستاها، پایین بودن منابع و امکانات روستاییان، عدم دسترسی ۲ میلیون خانوار روستایی به توالت بهداشتی، دفع غیربهداشتی مدفوع و زباله و فضولات حیوانی، عدم جداسازی محل نگهداری دام و طیور از محل زیست روستاییان آلودگی منابع آب و خاک از جمله مهمترین مسایل و مشکلات بهداشت محیط در سطح روستاها هستند، بطوری که در حال حاضر، ۲۴ درصد خانوارهای روستایی به توالت بهداشتی، ۱۳ درصد به آب آشامیدنی سالم و ٤٦ درصد به سیستم جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله دسترسی ندارند.
- پایین بودن میزان آگاهی روستاییان نسبت به مسایل بهداشتی و به علت پراکندگی روستاها، پایین بودن منابع و امکانات روستاییان و عدم دسترسی
- حدود ۲ میلیون روستایی به توالت بهداشتی دسترسی دارند.

هدف کلی: حفظ و ارتقای سطح بهداشت محیط روستاها در جهت نیل به ایجاد روستاهای سالم با همکاری سایر بخش ها و مشارکت مردمی

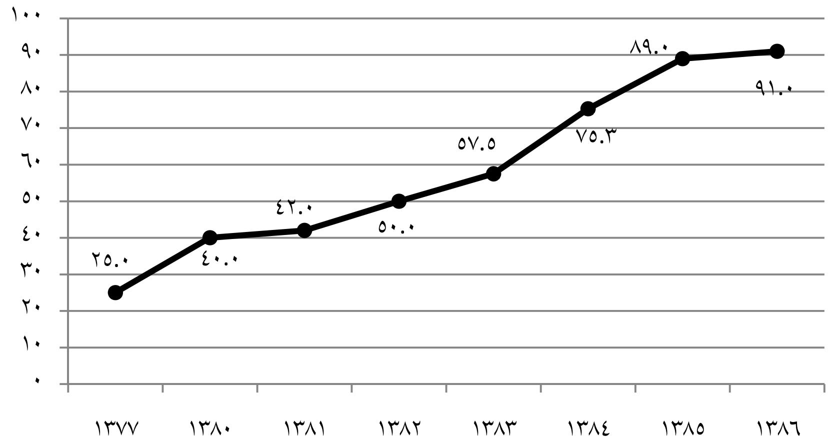
دستاوردها

- کمک به احداث و بهسازی حدود ۱۵۰۰۰۰ سرویس بهداشتی در کشور در روستاهایی که از لحاظ بهداشتی دارای مشکل می‌باشند و مردم حاضر به خودیاری هستند.
- تهیه و تدوین ضوابط و مقررات دستورالعمل‌های عملیات بهداشت محیط و استانداردهای مربوطه
- کمک به احداث یا بهسازی توالت‌های بهداشتی روستاها
- کارگاه‌های آموزشی- توجیهی پروژه‌های توالت‌های بهداشتی به‌صورت منطقه‌ای و کشوری
- اجرای برنامه‌های آموزشی- اجرایی پروژه‌های توالت‌های بهداشتی

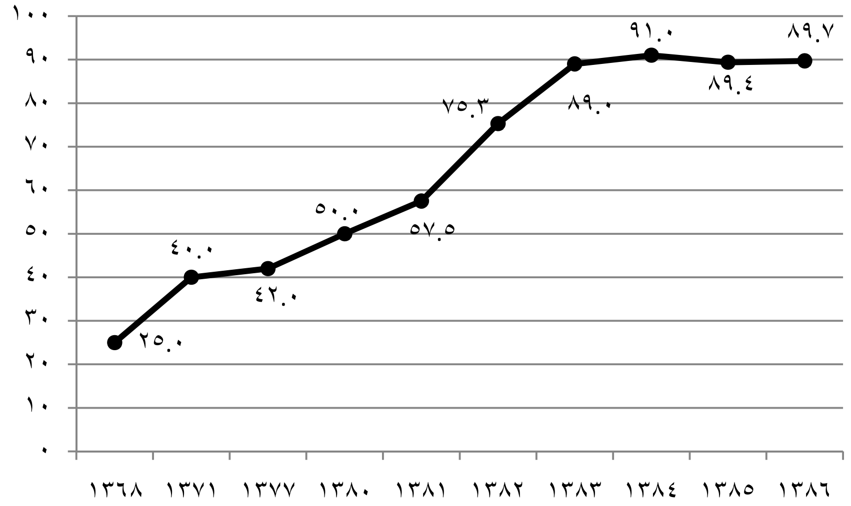
روند تغییرشاخص‌ها



نمودار ۱۰: روند تغییرات شاخص کشوری درصد خانوارهای روستایی تحت پوشش دارای توالت بهداشتی طی سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۸۶



نمودار ۱۱: روند تغییرات شاخص کشوری درصد خانوارهای روستایی تحت پوشش که زباله را به روش بهداشتی جمع‌آوری و دفع می‌کنند. طی سال‌های ۱۳۷۷–۱۳۸۶



نمودار ۱۲: روند تغییرات شاخص کشوری درصد خانوارهای روستایی تحت پوشش که فضولات حیوانی را به روش بهداشتی جمع‌آوری و دفع می‌کنند. طی سال‌های ۱۳۷۷–۱۳۸۶

عنوان برنامه: طرح ملی استقرار HSE & OHSAS 18001 در محیط کار (کشوری کردن HSE & OHSAS 18001)

بیان مساله و ابعاد آن

این برنامه از سال ۱۳۸۳ به منظور نظام‌مند کردن فعالیت‌های شناسایی، اندازه‌گیری و ارزشیابی و کنترل عوامل زیان‌آور محیط کار از طریق استقرار و نگهداری یک سیستم مدیریتی نوین نظیر OHSAS 18001 & HSE در صنایع و کارگاه‌های کشور آغاز گردید. در ابتدا در راستای بسترسازی قانونی، مبادرت به تدوین و سپس تصویب «آیین‌نامه استقرار سیستم مدیریت سلامت کار،کارگر و محیط کار» با همکاری وزارت کار و امور اجتماعی گردید و هم‌اکنون در حال تدوین دستورالعمل اجرایی مربوطه می‌باشد.

هدف کلی: تامین سلامت دانش آموزان از طریق ارتقای سطح سلامت مدارس و استقرار سیستم مدیریت سلامت در محیط‌های کار

دستاوردها

- تدوین و تصویب آیین‌نامه استقرار سیستم مدیریت سلامت کار، کارگر و محیط کار با امضای وزرای بهداشت و کار و امور اجتماعی
- ارتقای سطح آگاهی کارشناسان مسوول استان‌ها و افراد درگیر در برنامه در زمینه الزامات، مستندسازی و ممیزی داخلی OHSAS 18001 & HSE
- تنظیم دستورالعمل نظارت بر فعالیت شرکت‌های گواهی‌دهنده مربوطه
- ارتقای سطح آگاهی کارشناسان بهداشت حرفه‌ای مستقر در کارخانجات به منظور ترغیب کارفرمایان به اقدام در جهت استقرار سیستم مدیریت ایمنی و بهداشت (OHSAS 18001) در کارگاه‌ها و کارخانجات
- افزایش میزان استقرار سیستم‌های نوین مدیریتی ایمنی و بهداشت حرفه‌ای (OHSAS 18001 & HSE) در کارگاه‌ها و کارخانجات
- طراحی، چاپ و تکثیر پوستر OHSAS 18001 & HSE در راستای فرهنگ‌سازی در سطح جامعه و محیط‌های کار

چالش‌ها

- ضعف در همکاری کارفرمایان
- ضعف در همکاری وزارت کار و امور اجتماعی
- ضعف در قوانین موجود
- عدم شفافیت در شرح وظایف قانونی دو وزارتخانه بهداشت و کار و امور اجتماعی

عنوان برنامه: برنامه ساماندهی روشنایی در محیط کار

بیان مساله و ابعاد آن

این برنامه از سال ۱۳۸۳ به منظور یکسان‌سازی نمودن فعالیت‌های شناسایی و ارزشیابی و کنترل و گزارش‌دهی فعالیت‌های کنترل روشنایی در محیط کار در بین دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی سراسر کشور آغاز گردید و در ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی، اصفهان، چهارمحال بختیاری، خراسان رضوی، شهید بهشتی، فارس، قم، کردستان، کرمانشاه، مرکزی، سبزوار و همدان بصورت پایلوت اجرا گردید و از سال ۱۳۸۸ به صورت کشوری در آمد.

هدف کلی: ساماندهی فعالیتهای بهداشت ی در زمینه شناسایی، اندازه‌گیری و ارزشیابی و تأمین روشنایی مناسب در محیط کار

دستاوردها

- تدوین بسته آموزشی روشنایی در محیط کار با همکاری اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها
- یکسان‌سازی فرم‌های اندازه‌گیری، ارزشیابی و گزارش‌دهی روشنایی و ابلاغ آن به سراسر کشور
- آموزش کلیه کارشناسان و کارشناسان مسوول بهداشت حرفه‌ای دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی سراسر کشور در خصوص این برنامه و ارتقای سطح آگاهی آنان

چالش‌ها

- کمبود نیروی انسانی متخصص بهداشت حرفه‌ای در دانشگاه‌ها
- کمبود دستگاه‌های اندازه‌گیری در سطح دانشگاه‌ها

عنوان برنامه: استقرار و نگهداری سیستم مدیریت سلامت در مدارس و رتبه‌بندی و اعطای امتیاز به صورت ستاره به مدارس کشور (HSE)
(با مشارکت دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت و دفتر سلامت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش و سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور)

بیان مساله و ابعاد آن

این برنامه از سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ بصورت پایلوت در شش دانشگاه علوم پزشکی شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، خراسان رضوی، گلستان، اردبیل و بوشهر در ۶۰ مدرسه در مقاطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان و در دو جنس پسر و دختر و در دو بخش دولتی و غیر انتفاعی اجرا گردید و با ارزیابی‌های انجام شده و رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت، برنامه از سال تحصیلی ۸۷ -۱۳۸۶ به‌صورت کشوری در حال اجراست.

هدف کلی: تامین و ارتقای سطح سلامت مدارس از طریق نهادینه کردن یک سیستم مدیریت سلامت در مدارس و رتبه‌بندی و اعطای ستاره‌های سلامت به مدارس کشور

دستاوردها

- ماده ۸۹ قانون برنامه چهارم توسعه کشور
- آیین‌نامه استقرار و نگهداری سیستم مدیریت سلامت در مدارس و رتبه‌بندی و اعطای ستاره به مدارس کشور
- دستورالعمل اجرایی استقرار و نگهداری سیستم مدیریت سلامت در مدارس و رتبه‌بندی و اعطای ستاره به مدارس کشور
- چک لیست و دستورالعمل رتبه‌بندی و اعطای ستاره به مدارس کشور
- دستورالعمل ممیزی داخلی سیستم مدیریت سلامت مدارس کشور
- دستورالعمل ممیزی خارجی سیستم مدیریت سلامت مدارس کشور

✓ تقویت همکاری‌های درون و بین بخشی
✓ جلب مشارکت دانش‌آموزان و اولیای آنان
✓ تقویت روحیه رقابتی بین مدیران مدارس
✓ توجه به عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت (.S.D.H)

- ✓ استقرار سیستم نوین مدیریتی در سلامت در داخل مدارس
- ✓ فرهنگ‌سازی و ایجاد رویکرد مدیریتی نوین در حل معضلات سلامت مدارس
- ✓ حرکت به سمت ایجاد عدالت در سلامت مدارس با توزیع عادلانه منابع در مدارس کشور
- ✓ رتبه‌بندی و اعطای ستاره‌های سلامت با توجه به سطح تلاش مدارس برای نخستین بار در کشور
- ✓ انجام ارزیابی میزان خطر به صورت سیستماتیک در مدارس و انجام اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه متعاقب آن
- ✓ نگهداری و بهبود مستمر سلامت در مدارس به عنوان یک رکن مهم و اساسی
- ✓ حرکت به سمت بازنگری و اصلاح نقشه‌های تیپ مدارس با توجه به مقررات و استانداردهای بروز کشور و جهان به منظور یک اقدام اساسی و ریشه‌ای در سلامت مدارس به منظور کاهش ضایعات و دوباره‌کاری‌ها و ارتقای بهره‌وری و اصلاح الگوی مصرف

چالش‌ها

- وجود مدارس استیجاری
- وجود مدارس کپری و عشایری
- تعویض سریع و زود به زود مدیریت‌ها
- کمبود مسوول بهداشت در مدارس

عنوان برنامه: ابتکارات جامعه محور (CBI)

بیان مساله و ابعاد آن

علیرغم پیشرفت‌های حاصله در زمینه بهبود وضعیت اجتماعی اقتصادی در سراسر جهان، هنوز فاصله بسیاری بین کشورها و جوامع درون کشورها به‌چشم می‌خورد. تجزیه و تحلیل از وضعیت موجود نشان می‌دهد که فاصله موجود عمدتاً ناشی از این واقعیت است که شاخص‌های عمده‌ای در برنامه توسعه مورد غفلت قرار گرفته است. از جمله این عناصر سرنوشت‌ساز؛ آموزش و مهارت، مسکن، درآمد، امنیت و غذای کافی هستند. همچنین مطالعات انجام شده در خصوص نابرابری‌های بهداشتی نشان می‌دهد که فاصله موجود در وضعیت بهداشت بین فقیر و غنی در حال افزایش است.

هم‌اکنون پروژه در ۲۱ شهر و ۵۸ روستا درحال اجرا می‌باشد.

هدف کلی: توانمندسازی جوامع محلی به‌منظور ارتقای سطح سلامت جامعه و دسترسی به زندگی با کیفیت بهتر از طریق تأمین نیازهای‌اساسی‌مردم

دستاوردها

- ایجاد امید و انگیزه در مردم
- پاسخگویی دولت به درخواست مردم
- مشارکت دادن مردم در امور مربوط به خودشان
- بهره‌گیری از توان مالی، جسمی، دانش و مهارت مردم
- گسترش عدالت و ارتقای شیوه‌های زندگی سالم
- بهبود زمینهٔ مشارکت و احساس مالکیت نزد آحاد مردم
- تشویق به تمرکززدایی و خوداتکایی جامعه
- کاهش بار مالی دولت‌ها از طریق مشارکت در امر توسعه پایدار
- کاهش فقر و نابرابری و ایجاد اشتغال
- تقویت همکاری بخش‌های مختلف توسعه
- جلب مشارکت آحاد جامعه بخصوص زنان در برنامه‌های توسعه‌ای
- ایجاد تعهد سیاسی جهت حمایت از برنامه‌های ابتکارات جامعه محور
- به دولت فرصت داده می‌شود که به اجرای طرح‌های بزرگتر توسعه اقدام کند و درگیر طرح‌های کوچک نشود.
- سازمان یافتگی اجتماعی پدید می‌آید.
- روحیهٔ خودیاری و خوداتکایی در میان مردم پا می‌گیرد.
- خودگردانی مالی و در نتیجه خودکفایی مالی آنان تأمین می‌شود.
- توان مدیریت در میان مردم عادی تقویت و شکوفا می‌شود.
- سطح اشتغال و درآمد مردم ارتقای می‌یابد.

چالش‌ها

- نهادینه نبودن برنامه ابتکارات جامعه محور (شهرسالم- روستای سالم با رویکرد نیازهای اساسی توسعه) در برنامه‌های استانداری‌ها و فرمانداری‌ها

- عدم الزام قانونی جهت همکاری‌های بخش‌های مختلف توسعه در اجرای برنامه
- عدم اختصاص اعتبار جهت برنامه در سطح استان‌ها
- رکود در اجرای برنامه با توجه به تعویض زود هنگام مدیران ارشد استان و شهرستان (استاندار و فرماندار) بعلت نهادینه نبودن برنامه
- عدم استفاده از رویکرد ابتکارات جامعه محور در برنامه‌های توسعه سلامت و توانمندسازی

برخی از فعالیت‌هایی که در قالب CBI توسط جامعه و سایر بخش‌های توسعه انجام شده عبارتند از:

- آسفالت و جدول‌گذاری در روستا با همکاری بنیاد مسکن
- بهسازی قنات روستا با همکاری جهاد کشاورزی
- اجرای پروژه جمع‌آوری مواد زائد و جامد شهری و روستایی با همکاری شهرداری و دهیاری‌ها
- پروژه روشنایی معابر با همکاری اداره برق
- پروژه اصلاح شبکه آبرسانی با همکاری آب و فاضلاب در قالب شهر سالم
- پروژه مقاوم‌سازی مدارس با همکاری ستاد حوادث غیرمترقبه و آموزش و پرورش
- پروژه لوله‌کشی صابون مایع مدارس با همکاری وزارت آموزش و پرورش
- پروژه ایجاد فضای سبز با همکاری شهرداری
- پروژه استفاده از وسایل شخصی در آرایشگاه‌های مردانه و زنانه
- بهسازی و بهداشتی کردن مراکز تهیه و توزیع موادغذایی
- ایجاد رستوران سالم در قالب پروژه شهر سالم
- پروژه تهیه غذای سالم برای جامعه سالم در قالب پروژهٔ شهر سالم
- پروژه جداسازی آب خام از آب شرب
- احداث توالت‌های بهداشتی در سطح روستای تحت پوشش طرح
- احداث حمام‌های خصوصی در منازل روستاییان.
- پروژه بادامستان روستای چم کاکا در شهرستان شهرکرد- با همکاری سازمان آب روستایی، اداره کشاورزی
- پروژه بادامستان اسلام‌آباد روستای سوادجان- با همکاری اداره کشاورزی و بهداشت
- اجرای پروژه گل محمدی روستای سوادجان- با همکاری اداره کشاورزی و بهداشت

- اجرای پروژه زعفران کاری روستای سوادجان- با همکاری اداره کشاورزی و بهداشت
- تأسیس شرکت تعاونی مصرف سموم دفع آفات نباتی و متعلقات آبیاری با همکاری ادارات تعاون و کشاورزی
- تأسیس کارگاه گلاب‌گیری در روستای سوادجان شهرکرد با همکاری وزارت بهداشت
- پروژه پوست کن بادام با همکاری تیم توسعه روستا و استفاده از صندوق‌های وام در گردش BDN
- واگذاری تلفن به منازل روستایی با همکاری اداره مخابرات
- پروژه پرورش دام و طیور با همکاری جهاد و کشاورزی
- ایجاد پارک ترافیک جهت آموزش علایم راهنمایی و رانندگی به دانش‌آموزان
- حمایت بخش‌های مختلف از قبیل بهزیستی- بهداشت، نیروی انتظامی و شورای شهر از انجمن NA
- اجرای پروژه مدرسه سالم در مدرسه ابتدایی- راهنمایی و دبیرستان

عنوان برنامه: توسعه سیستم تجزیه و تحلیل خطر و نقاط کنترل بحرانی در عرضه موادغذایی

بیان مساله و ابعاد آن

جوامع مختلف، هزینه‌های سنگینی را در ازای آلودگی مواد غذایی به پاتوژن‌ها، سموم شیمیایی و سایر آلاینده‌ها می‌پردازند. وقوع انواع بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از مصرف غذای آلوده علاوه بر ضررهای اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی ناشی از غیبت افراد از محل کار و مدرسه و سوءتغذیه، هزینه‌های سنگین درمان را نیز بر دوش دولت‌ها تحمیل می‌نماید. از طرفی بر اساس تخمین سازمان‌های معتبر بین‌المللی مانند WHO و FAO، سالیانه حدود یک چهارم محصولات غذایی تولیدی به دلیل فساد به‌خصوص فساد میکروبی از بین می‌روند.

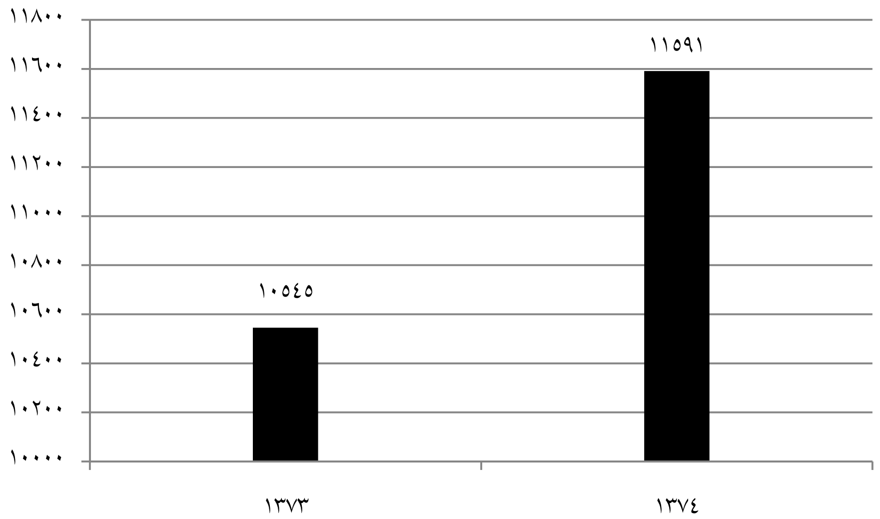
هدف کلی: تضمین سلامت و ایمنی مواد غذایی در مراکز تهیه، حمل ونقل و عرضه مواد غذایی

چالش‌ها

- کمبود و عدم شفافیت قوانین
- تعدد مراکز عرضه
- تعدد مراکز تصمیم‌گیرنده برای غذای سالم

- مشکلات و ناهماهنگی درون بخشی و برون بخشی

روند تغییر شاخص:



نمودار

۱۳: وضعیت تعداد افراد آموزش دیده پرسنل بهداشت محیط در زمینه مبانی تجزیه و تحلیل خطر و نقاط کنترل بحرانی (HACCP) در مراکز تهیه و عرضه مواد غذایی

عنوان برنامه: نظارت بر امر مبارزه با حشرات و جوندگان و مدیریت مواد زائد جامد

بیان مساله و ابعاد

مسایل و مشکلات و بیماری‌های مرتبط با حشرات و جوندگان، یکی از مسایل مهم بهداشتی است و همه ساله منابع هنگفتی از بودجه کشور صرف معالجه بیماری‌های منتقله توسط آنها اعم از انواع اسهال‌ها، حصبه، وبا، بیماری‌های چشمی و... می‌گردد. بدون شک مؤثرترین راه برای مبارزه با آنها، بهسازی محیط از طریق جمع‌آوری، حمل و رفع بهداشتی زباله و فاضلاب و بطور کلی از بین بردن مکان‌های زاد و ولد حشرات و جوندگان است و کنترل محیطی، یک ساز و کار مهم برای مقابله با آنها می‌باشد.

هدف کلی: ارتقای سطح سلامت جامعه از طریق کاهش مشکلات بهداشتی و جلوگیری از انتقال بیماری‌های منتقله توسط بندپایان و جوندگان و حیوانات موذی

دستاوردها

- تدوین قانون و دستورالعمل ها و ضوابط مورد نیاز
- سنجش کارآیی حشره‌کش‌ها و جونده‌کش‌های متداول در برنامه‌های بهداشتی و تدوین استانداردهای جدید در برنامه‌های مبارزه با ناقلین

عنوان برنامه: ادغام بهداشت حرفه‌ای در نظام PHC

دستاوردها

- تعیین میزان دسترسی کارگاه‌ها و شاغلین منطقه به خدمات بهداشت حرفه‌ای و طب کار در اثر اجرای برنامه
- تعیین میزان بهسازی تأسیسات و تسهیلات بهداشتی کارگاه در اثر اجرای برنامه
- ارتقای سطح آگاهی کارگران و کارفرمایان نسبت به عوامل زیان‌آور
- دسترسی شاغلین کارگاه‌ها به خدمات بهداشتی اولیه (PHC) در اثر اجرای برنامه
- تعیین کاهش تعداد کارگاه‌های دارای عامل زیان‌آور
- تعیین میزان دسترسی و استفاده شاغلین در معرض عوامل زیان‌آور از وسایل حفاظت فردی مناسب
- بررسی میزان دستیابی به اهداف برنامه ادغام بهداشت حرفه‌ای و ارایه راهکار (ارزشیابی طرح ادغام بهداشت حرفه‌ای در شبکه)
- تدوین پروژه بهبود و ارتقای برنامه براساس نتایج بررسی
- اصلاح ساختار ثبت اطلاعات و گزارش‌دهی بهداشت حرفه‌ای
- تعمیر و نگهداری و کالیبراسیون تجهیزات فنی برنامه
- تدوین قانون جامع بهداشت حرفه‌ای

امور پرستاری

مقدمه

حرفه پرستاری به صورت علمی در ایران قدمتی ۱۰۰ ساله دارد. پرستاری کمک به فرد سالم یا بیمار در انجام آن دسته از فعالیت‌هایی است که سبب حفظ و ارتقای سلامتی می‌گردد، به نحوی که اگر فرد توانایی، اراده و یا آگاهی لازم را داشته باشد؛ می‌تواند آن فعالیت‌ها را بدون کمک انجام دهد. پرستاری، به عنوان یکی از حرف ارایه دهنده مراقبت‌های بهداشتی- درمانی در بخش‌های دولتی و خصوصی است که بیماران بیشترین تماس را با این گروه در مقایسه با سایر حرف بهداشتی و درمانی دارند. عملکرد پرستاران منتج از تعامل میان مفاهیمی چون شخص، سلامتی، محیط، و پرستاری است. پرستار وظایف خود را در قالب شش نقش انجام می‌دهد که شامل نقش‌های درمانی، مراقبتی، حمایتی، هماهنگی، حفاظتی و آموزشی است.

تعریف واژگان

پرستار(Nurse): پرستار فردی است با تحصیلات دانشگاهی در رشته پرستاری در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی.

پرستار می‌تواند با توجه به مقطع تحصیلی دانشگاهی و شرح وظایف مصوب خود در سطوح مختلف خدمات زیر را ارایه دهد:

- آموزش بهداشت و همکاری با گروه بهداشت در طرح، برنامه‌ریزی و پیشگیری از بیماری‌ها به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه
- طرح، برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت از بیماران بر اساس آخرین دستاوردهای علمی در بخش‌های عمومی، تخصصی، اورژانس و ...
- مدیریت و ارزشیابی فعالیت‌های انجام شده توسط گروه پرستاری و شناسایی و بررسی مشکلات مراقبتی و کمک در حل آنها
- همکاری در امر سازماندهی و مدیریت مراکز بهداشتی درمانی

به طور کلی پرستار دارای نقش پیشگیری، مراقبتی، حفاظتی، آموزشی، مدیریتی، هماهنگی و حمایتی در همه سطوح سلامت بوده و می‌تواند در اکثر حیطه‌های جامعه بیمارستان، کلینیک‌ها، مراکز بهداشتی، مدارس، کارخانه‌ها، هواپیما، قطار، کشتی و خانه سالمندان خدمات تخصصی خود را ارایه نماید.

پرستاری، هنر و علمی است که مشتمل بر فعالیت‌ها، مفاهیم و مهارت‌های مرتبط با علوم پایه اجتماعی، علوم فیزیکی، اخلاقی، موضوعات معاصر و سایر زمینه‌ها می‌باشد. پرستاری حرفه منحصر به فردی است، زیرا پاسخ افراد و خانواده‌ها به ارتقائ سلامت، حفظ سلامت و مشکلات بهداشتی را مشخص می‌کند. پرستاران بسیاری از نقش‌های همزمان ارایه مراقبت‌های مستقیم، تصمیم‌گیری بالینی، جستجوی حمایت از مددجو و خانواده و آموزش را متقبل می‌شوند.

تعریف ویرجینیا هندرسون (۱۹۶۶)از پرستاری: یگانه وظیفه پرستار کمک و مساعدت افراد سالم یا بیمار جهت انجام فعالیت موثر بر سلامتی، بهبودی و یا مرگ توام با آرامش برای مدد جو می‌باشد.

تخصص در پرستاری در نتیجه دانش و تجربیات بالینی می‌باشد و مهارت‌های تفکر انتقادی برای پرستاری ضروری هستند.

شاخص‌ها

- تعداد فارغ‌التحصیلان مقاطع مختلف پرستاری
- تعداد پژوهش‌های انجام شده در پرستاری
- تعداد کارکنان پرستاری شاغل در مراکز بهداشتی درمانی
- تعداد دانشکده‌های پرستاری
- تعداد اعضای هیات علمی دانشکده‌ها

گزارش

۱) آموزش و پژوهش

آموزش

آموزش پرستاری، یکی از اجزای ساختار آموزش عالی در هر کشوری می‌باشد که در برخی از کشورها قدمت دیرینه‌ای دارد و در برخی دیگر یا فاقد تاریخچه طولانی است و یا توجه کمتری به آن شده است. در ایران در سال ۱۲۹٤ هجری شمسی، نخستین آموزشگاه پرستاری در ارومیه گشایش یافت که دوره آموزشی سه ساله جهت علاقه‌مندان این رشته را برگزار می‌کرد. در سال ۱۲۹۷ نیز آموزش پرستاری در تهران به صورت رسمی شکل گرفت. در سال ۱۳۲۰، مدرسه عالی پرستاری شرکت نفت، سال ۱۳۲۷ مدرسه پرستاری دانشگاه شهید بهشتی و سال ۱۳۲۸ مدرسه پرستاری دانشگاه تهران، تاسیس شده و تحت سرپرستی پرستاران خارجی شروع به‌کار کردند. در سال ۱۳۳۵، وزارت بهداری برای تدوین برنامه‌های آموزشی پرستاری از کارشناسان بین‌المللی پرستاری استفاده نمود و اولین کنفرانس بزرگ پرستاری را در تهران برگزار کرد. از آنجایی که نیروی انسانی تعلیم یافته پرستاری جوابگوی نیاز جامعه نبود؛ در سال ۱۳۳۸ به منظور جبران این کمبود، اولین آموزشگاه بهیاری تاسیس شد.

پس از انقلاب شکوهمند اسلامی، با تشکیل شورای عالی انقلاب فرهنگی تحولات چشمگیری در عرصه‌های مختلفی ایجاد شد و تعدادی از مدارس پرستاری به دانشکده‌های پرستاری تبدیل شدند و آموزش پرستاری به شکل آکادمیک ادامه یافت.

به کارگیری تکنیک‌های نوین آموزشی، افزایش بهره‌وری مراکز آموزش عالی و در نهایت ارتقای کارایی و سطح علمی و عملی فارغ‌التحصیلان این مراکز هدفی است که در تمامی کشورهای جهان با رویکردهای متفاوت دنبال می‌شود.

ارتقای سطح کیفی مراکز آموزش عالی به خصوص در مورد رشته‌های علوم پزشکی که بطور مستقیم با سلامت جامعه در ارتباط است، مورد توجه بیشتری قرار دارد.

متعاقب تغییرات زیادی که پس از پیروزی انقلاب اسلامی در ایران انجام گرفت، جهت هماهنگی و پیشرفت امور پزشکی و کمک هر چه بیشتر به ارتقای سطح سلامت جامعه و جلوگیری از اتلاف نیروها در مراکز مختلف در سطح کشور، لایحه الحاق مراکز آموزش پزشکی دانشگاه‌ها به وزارت بهداشت و تغییر نام آن به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مهر ماه ١٣٦٤ به تصویب رسید.

سپس دانشکده‌های پرستاری و مامایی تحت پوشش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور تشکیل شدند. به‌دنبال آن، فعالیت پرستاران و ماماها در حوزه ستادی معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در ابعاد مختلف برنامه‌ریزی، گسترش، ارزشیابی و بازآموزی شکل گرفت.

لازم به ذکر است هم‌اکنون تعلیم پرستاران با مهارت‌های روز پرستاری جهان در مقطع کارشناسی در ٥٢ دانشگاه سراسری و در ١٤ دانشگاه اقماری، در مقطع کارشناسی ارشد با هدف تربیت نیروی انسانی متعهد و متخصص با توجه به نیاز مراکز آموزشی و درمانی با گرایش‌های مدیریت و آموزش در زمینه‌های بهداشت جامعه، کودکان، داخلی جراحی و بهداشت روان و روان‌پرستاری، ویژه، سالمندان، توانبخشی، نوزادان پرستاری و قانون و پرستاری نظامی در ١٦ دانشگاه و در ٢ واحد دانشگاه آزاد و در مقطع با هدف تربیت پرستارانی متخصص، متعهد و کارآمد در جهت اعتلای خدمات پرستاری در آموزش، پژوهش و حیطه‌های بالینی با انجام پژوهش‌های کاربردی، کیفی در ١٢ دانشگاه در ایران انجام می‌گیرد. شایان ذکر است سالیانه حدود ٧٠٠٠ نفر در این رشته فارغ‌التحصیل می‌شوند.

پژوهش

با عنایت به این که آموزش پرستاری پیش از انقلاب تا مقطع تحصیلی لیسانس عالی بوده است، لذا پژوهش در پرستاری جایگاه ویژه‌ای نداشته است.

در حال حاضر متولی پژوهش‌های کاربردی در پرستاری؛ دانشکده‌ها، مراکز آموزشی و مراکز تحقیقات پرستاری تحت پوشش دانشگاه‌ها هستند. ساختار مجزایی جهت برنامه‌ریزی و طرح‌های پژوهشی موجود نمی‌باشد.

پژوهش‌های پرستاری در قالب طرح‌های مصوب دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز به صورت پایان‌نامه‌های مقطع کارشناسی ارشد و رساله‌های دکتری انجام می‌گیرند. اولویت پژوهشی بر اساس شرایط موجود کشور و نیازهای جامعه به خدمات پرستاری تعیین می‌گردد. در حال حاضر سه نشریه معتبر علمی پژوهشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی حاوی مقالات علمی و کاربردی در پرستاری وجود دارند.

۲) مدیریت و خدمات

شروع فعالیت اداره کل پرستاری و مامایی از سال ۱۳۳۰، در چهار بخش بهداشت همگانی، آموزش پرستاری، خدمات بیمارستان‌ها و بهداشت روانی بوده است.

در حال حاضر دفتر مدیریت خدمات پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بالاترین مقام سیاست‌گذاری در زمینه پرستاری در کشور می‌باشد.

هدف کلی دفتر پرستاری در چهار حیطه توانمندسازی علمی و عملی پرستاران، توسعه خدمات پرستاری، مدیریت نیروی انسانی و تضمین کیفیت خدمات پرستاری بیان شده است.

دفتر مدیریت خدمات پرستاری زیر مجموعه مستقیم معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

دستاوردهای بخش مدیریت و خدمات در ابعاد زیر مطرح می‌گردد:

نیروی انسانی

- با تغییر در نظام ارایه مراقبت سلامتی، انتظارات از نقش پرستاران نیز تغییر یافته و تخصصی‌تر شدن شیوه‌های درمانی و انتظارات جامعه، موجب افزایش وسعت و طیف مسوولیت پرستاران شده است. در این راستا ترکیب نیروی انسانی که شامل پرستاران لیسانس عالی، بهیار و کمک بهیار (بهیاران اکثریت کادر پرستاری مراکز درمانی را تشکیل می‌داده‌اند و به علت کمبود پرستاران، این گروه بیشتر در نقش‌های مدیریتی ایفای نقش می‌نمودند) بود، پاسخگوی نیاز روز پزشکی نبوده، لزوم ارتقای دانش و مهارت پرستاران

احساس شد. این امر منجر به بازنگری در آموزش پرستاری به شکل تربیت نیروهای کارآمد در مقاطع تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای پرستاری گردید؛ به طوری که در حال حاضر ٦٤٪ کادر پرستاری را پرستاران کارشناس و بالاتر فارغ‌التحصیل از مراکز دانشگاهی تشکیل می‌دهند.

- ایجاد ردیف سازمانی سوپروایزر آموزشی در مراکز درمانی و کارشناس کنترل عفونت بیمارستانی، از دیگر دستاوردهای نظام سلامت پس از انقلاب اسلامی می‌باشد.

ارتقای کیفیت:

- تصویب آموزش مداوم جامعه پرستاری
- تدوین استانداردهای حرفه‌ای و مراقبتی خدمات پرستاری
- تدوین شرح وظایف تخصصی پرستاری و بازنگری شرح وظایف عمومی
- استاندارد سازی شیفت‌های بخش‌های ویژه و سوختگی
- تهیه نرم‌افزار قوانین و مقررات پرستاری
- انجام بازدیدهای دوره‌ای از دانشگاه‌ها
- تهیه برنامه بانک اطلاعاتی کارکنان پرستاری

توسعه خدمات

به منظور تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه از طریق ارایه خدمات پرستاری در سطوح مختلف پیشگیری، در سال ۱۳۷۸ آیین‌نامه مراکز مشاوره و ارایه خدمات پرستاری در منزل با توجه به ضوابط زیر تصویب و اجرا شد:

- ارایه خدمات مشاوره‌ای و آموزش خود مراقبتی
- استفاده بهینه از توان نیروهای کارآمد و متخصص پرستاری جهت رفع مشکلات بهداشتی درمانی و توانبخشی با توجه به استانداردها و محدوده وظایف پرستار
- کاهش هزینه‌های بهداشتی، درمانی و توانبخشی جامعه و کاهش هزینه تخت روز درمانی کشور
- فراهم نمودن زمینه مشارکت مردمی در ارایه خدمات بهداشتی مراقبتی_ درمانی و آموزشی
- ارایه خدمات بهداشتی، مراقبتی و درمانی با توجه به استانداردها

- ایجاد زمینه‌های مناسب برای اشتغال پرستاران جهت ارتقای و سلامت جامعه و رفاه اجتماعی
- از آنجایی‌که کشور ایران یک کشور بحران خیز در زمینه بلایای طبیعی می‌باشد، برنامه‌هایی در جهت مقابله با بلایای طبیعی در سطح وزارت بهداشت وجود داشته است و به دنبال وقوع زلزله بم در سال ۱۳۸۲، برنامه‌های مدونی شامل تشکیل کمیته‌های تخصصی، برنامه‌های آموزش پرستاری بحران، مدیریت بحران و... تهیه و اجرا گردیده‌اند. در حال حاضر در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، برنامه مدیریت پرستاری بحران تدوین و در حال اجراست.
- تهیه و تدوین برنامه‌های آموزشی جهت توانمند سازی مدیران و کارشناسان پرستاری بر اساس اولویت‌های برنامه‌های معاونت سلامت

روابط بین‌الملل

- اعزام افراد به خارج از کشور جهت دوره‌های تکمیلی
- اعزام پرستاران به خارج از کشور جهت ارایه خدمت
- انجام پروژه‌های تحقیقاتی با سازمان بهداشت جهانی
- همکاری با سازمان بهداشت جهانی در قالب برنامه دو سالانه JPRM

۳) سازمان‌ها و انجمن‌ها

سازمان نظام پرستاری

داشتن نظام صنفی مستقل که بتواند مدافع حقوق پرستاران و مرجعی جهت رسیدگی به مشکلات پرستاران کشور باشد، یکی از آرزوهای دیرینه پرستاران در ایران بوده است، قبل از انقلاب، تلاش‌های پراکنده‌ای در این زمینه انجام شد که در نهایت منجر به تشکیل انجمن پرستاران ایران در قبل از انقلاب شد. به‌تدریج در اوایل دهه هفتاد شمسی، با تلاش عده‌ای از دلسوزان جامعه پرستاری که عمدتاً دانشجویان پرستاری و اعضاء هیات علمی بودند، هسته‌های اولیه فعالیت در جهت پیگیری نظام پرستاری تشکیل شد. این هسته اولیه به‌نام شوراهای همبستگی پرستاری با هدایت دانشجویان شکل گرفت. این شورا مکاتباتی با ریاست جمهوری، رییس مجلس و وزارت بهداشت و درمان در خصوص مشکلات جامعه پرستاری انجام داد. همچنین این شورا با

دانشکده‌های پرستاری جهت همسویی نظرات در سطح کشور مکاتبه کرد و همزمان به روشنگری در سطح جامعه پرداخت. در دی‌ماه سال ۱۳۷۵، کمیته‌های پیگیری نظام پرستاری کشور در همایشی در شهر تبریز تشکیل شد و رسماً کار خود را آغاز کرد. در اسفندماه ۱۳۷۹، کلیات تشکیل سازمان نظام پرستاری در دستور کار مجلس شورای اسلامی قرار گرفت و در جلسه علنی دی‌ماه ۱۳۸۰، قانون تشکیل سازمان نظام پرستاری با حذف اجباری بودن عضویت در سازمان مورد تصویب مجلس قرار گرفت.

انجمن‌های علمی پرستاری

در طی چند سال گذشته، با توجه به وجود قشر عظیمی از پرستاران تحصیل کرده بالاخص در مقطع کارشناسی ارشد و دوره دکترای تخصصی پرستاری که به‌تدریج بر تعداد آنها اضافه می‌گردد، لزوم تاسیس انجمن علمی در حرفه پرستاری احساس شد؛ لذا با همفکری تعدادی از اساتید این حرفه به‌عنوان هیات موسس، از سال ۱۳۸۰ تلاش جهت تاسیس انجمن علمی پرستاری ایران آغاز شد و پیش‌نویس اساسنامه تهیه گردید و در تابستان سال ۱۳۸۲، با حضور نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت کشور، مجمع عمومی تشکیل و برای انتخاب هیات مدیره رای‌گیری به‌عمل آمد و هیات مدیره انجمن و بازرسین آن تعیین گردیدند. این انجمن صرفاً در زمینه‌های علمی، تحقیقاتی، تخصصی و فنی مرتبط فعالیت می‌نماید. این انجمن غیرانتفاعی بوده و زیر نظر مرکز تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی تهران فعالیت می‌نماید و شعب آن می‌تواند در هر منطقه از کشور تشکیل شود.

شرح وظایف و اهداف

- ایجاد ارتباط علمی، فنی، تحقیقاتی، آموزش و تبادل نظر بین محققان، متخصصان و سایر کارشناسانی که به نحوی با شاخه‌های گوناگون پرستاری سر و کار دارند.
- همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی در برنامه‌ریزی امور آموزشی، پژوهشی و برگزاری گردهمایی‌ها و برنامه‌های بازآموزی
- ارزیابی و بازنگری برنامه‌های آموزشی، پژوهشی و ارایه پیشنهادهای سازنده
- ارایه خدمات آموزشی، علمی، پژوهشی و فنی

- ترغیب و تشویق دانشمندان، پژوهشگران و دانشجویان در پیشبرد فعالیت‌های علمی پژوهشی و آموزشی
- تهیه و تدوین و انتشار نشریات علمی، آموزشی و برگزاری گردهمایی‌های بازآموزی آموزشی و پژوهشی در سطوح داخلی و خارجی با رعایت قوانین و مقررات جاری کشور

انجمن علمی پرستاری قلب ایران: این انجمن صرفاً در زمینه‌های علمی، تحقیقاتی و تخصصی و فنی مربوطه فعالیت می‌نماید.

انجمن‌های صنفی پرستاری

انجمن پرستاری ایران: اولین انجمن حرفه‌ای پرستاری ایران که در پیش از انقلاب اسلامی تشکیل شده بود، اما مدتی فعالیت آن متوقف و در سال ۱۳۶۹، مجدداً فعالیت خود را به طور رسمی آغاز نمود. اعضای این انجمن کادر پرستاری اعم از پرستار، بهیار، کمک بهیار و تکنسین و کاردان اطاق عمل و هوشبری می‌باشند.

اهداف:

- ایجاد و تحکیم وحدت و هماهنگی بین عموم کادر پرستاری برای رسیدن به اهداف عالیه نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران
- بالا بردن سطح علمی آنان و شناساندن موقعیت حرفه پرستاری در سطوح بین‌المللی و جهانی و آگاهی عموم به این حرفه مقدس در سطح کشور
- ایجاد زمینه همکاری و ایفای نقش مشورتی، علمی و... در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌ها و سایر ادارات و وزارتخانه‌ها و مؤسساتی که به نحوی در پیشبرد و به ثمر رساندن اهداف انجمن مؤثرند.
- حمایت اصولی و منطقی از کادر پرستاری و معرفی متخلفین به مراجع قانونی
- سوق دادن نظام آموزش پرستاری در جهت نیازهای جامعه اسلامی ایران
- تلاش به منظور ارتقای سطح علمی، خودکفایی و قطع وابستگی علمی به بیگانگان در جهت اهداف نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران
- ایجاد شرکت‌های تعاونی به منظور تامین نیازهای اعضای با رعایت قوانین و مقررات موضوعه

- فراهم آوردن زمینه‌های لازم جهت رفع نیازهای علمی و خدماتی اعضا

خانه پرستار: خانه پرستار، تشکلی است صنفی_ سیاسی که به هیچ حزب و گروه سیاسی وابسته نمی‌باشد، اما با خواسته‌های به حق تشکل‌هایی که در چار چوب قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران فعالیت داشته باشند، همفکری و همکاری نماید. اعضای این انجمن، کلیه رده‌های پرستاری از کاردان پرستاری به بالا، دانشجو، تکنسین و کاردان اطاق عمل و هوشبری، بهیار و کمک بهیار می‌باشند. خانه پرستار می‌تواند بر اساس نیاز، نسبت به تشکیل شعب و کمیته‌های فرعی مطابق قوانین موجود اقدام نماید.

پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴

- دستیابی آحاد جامعه به خدمات پرستاری ایمن، کارآ، اثربخش، مطمئن، و با کیفیت در کلیه سطوح سلامت
- پرستاران با الهام از اصول اخلاقی و همگام با دنیای در حال تحول، دانش‌آموختگان مقاطع مختلف پرستاری به عنوان یکی از اعضای «گروه سلامت» با توجه به استانداردهای ملی، منطقه‌ای و جهانی تربیت شده، در سطوح پیشگیری جایگاه خود را تثبیت خواهند نمود.
- پرستاران با مشارکت فعال در تولید و گسترش علم، ارتقای استانداردهای ملی همگام با استانداردهای جهانی در دنیا به ویژه در جوامع اسلامی مطرح خواهند شد.
- پرستاران با اتخاذ رویکردهای نو و خلاق، بستر مناسبی برای جذب نیروهای کارآمد علمی و تخصصی در داخل کشور و جذب دانشجویان در سطح بین‌الملل ایجاد خواهند کرد.
- تدوین شاخص‌های کیفی عملکردی پرستاری جهت ارزشیابی خدمات پرستاری
- هدایت آموزش پرستاران توسط انجمن‌های تخصصی

موضوعات اصلی و چالش‌ها

- از جمله چالش‌های پرستاری کشور، عدم وجود استاندارد مشخص در زمینه نیروی انسانی پرستاری می‌باشد. در حال حاضر ضریب کل نیروی انسانی مورد نیاز بر اساس ضریب مصوب سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی سابق کشور، جهت مراکز آموزشی درمانی ضریب ۱/۷۶ و در مراکز درمانی ۱/۵ برای کل کارکنان در نظر گرفته شده است. در این فرمول، نسبت نیروی کادر

پرستاری از این ضرایب مشخص نگردیده است. لازم به ذکر است ضرایب منظور شده بدون در نظر گرفتن تخت‌های بستری کمتر از ۲۴ ساعت (دیالیز، اورژانس، اتاق عمل، ریکاوری و...) محاسبه شده است؛ ضمن آن که در تعدادی از مراکز بیمارستانی سطح کشور، تخت‌ها و بخش‌های بسیاری دارای چارت سازمانی مصوب نبوده و یا راه‌اندازی و گسترش بخش‌های تخصصی بدون تخصیص ردیف نیروی انسانی پرستاری ایجاد شده است.

- از دیگر چالش‌های موجود پرستاری، ساعت کار زیاد آنان می‌باشد، چرا که می‌بایست مانند سایر مشاغل، ٤٤ ساعت کار در هفته را انجام دهند و به دلیل کمبود شدید نیروی انسانی مجبور به انجام ساعات اضافه کار بالا هستند. متذکر می‌گردد با توجه به شناخته شدن شغل پرستاری در زمره مشاغل سخت و زیان‌آور، معهذا این گروه تنها از دریافت نقدی این مزایا و بازنشستگی پیش از موعد این قانون می‌توانند استفاده نمایند که آن هم در بسیاری از دانشگاه‌ها به دلیل کمبود نیرو اجرا نمی شود. به علاوه عدم دریافت حقوق و مزایای مکفی نسبت به صعوبت کاری، منجر به کاهش انگیزه پرستاران به جذب در مراکز بیمارستانی شده است.
- شاید بتوان گفت، عدم به کارگیری پرستاران در سطوح پیشگیری از عمده معضلات بهداشتی جامعه می‌باشد. با توجه به این واقعیت غیر قابل انکار که تغییرات در نظام ارایه مراقبت‌های سلامتی، افزایش پیچیدگی و وخامت وضعیت بیماران، تخصصی‌تر شدن مراقبت‌ها، کاهش طول اقامت بیماران و ترخیص زود هنگام، موجب افزایش وسعت و طیف مسوولیت پرستاران شده است و با عنایت به آموزش پرستار در دوران کارشناسی (بیش از ۲۸ واحد تئوری و عملی بهداشتی) و پرستار بهداشت جامعه در مقطع کارشناسی ارشد، طبیعی است بهره‌گیری از توان علمی و عملی پرستاران بازخورد بسیار ارزنده‌ای در جامعه خواهد داشت.
- یکی دیگر از چالش‌های موجود عدم وجود رشته‌های تخصصی در دوره‌های تکمیلی پرستاری می‌باشد.

پیشنهادها

- استاندارد سازی ضرایب نیروی انسانی در پرستاری که این دفتر آمادگی انجام علمی کار را دارد.
- جبران کمبود نیروی انسانی کادر پرستاری در دانشگاه‌ها با استفاده از استانداردسازی نیروی انسانی
- تدوین برنامه ارتقای بالینی پرستاران

- تدوین برنامه به منظور تایید صلاحیت حرفه‌ای پرستاران (پروانه کار)
- تدوین برنامه پرستاری در منزل و پوشش بیمه‌ای
- ورود پرستاران در کلیه سطوح ارایه خدمات از پیشگیری شامل (مدارس، سازمان‌های بهداشتی، کارخانه‌ها، منازل، مطب‌ها، کشتی و هواپیما و قطار، مهد کودک‌ها، خانه سالمندان و...) تا توانبخشی
- راه‌اندازی انجمن‌های تخصصی پرستاری

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

مقدمه

سلامتی و زندگی بشر، همواره در معرض تهدیدات و خطرات ناشی از حوادث و سوانح قرار دارد. در این میان افراد زیادی جان و یا سلامتی خود را از دست داده و همه ساله خسارات جانی و مالی زیادی به بار می‌آید. با گسترش جوامع انسانی و توسعه سریع اجتماعی- اقتصادی و بهره‌مندی از فناوری‌ها و امکانات نوین، بدون زیرساخت‌های فرهنگی و اجتماعی و تغییر سریع الگوهای زندگی، بدون توجه به پیش‌نیازهای ضروری برای پذیرش این دگرگونی‌ها و نیز تعییرات آب‌وهوایی، صنعتی شدن و معضلات شهرنشینی از جمله آلودگی هوا، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های عفونی از جمله ایدز، هپاتیت و...، بیماری‌های غیر عفونی از جمله اعتیاد، استفاده از داروهای روان‌گردان و مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی (که افزون بر موارد طبیعی، سلامت و زندگی انسان‌ها را در معرض نابودی قرارداده)، سبب شده است تا میزان بروز حوادث عمدی و غیرعمدی، مرگ انسانی و زیان‌های اجتماعی و روانی ناشی از آن به شدت افزایش یافته و به مشکل بزرگی تبدیل شود. تعداد و تنوع حوادث طبیعی و غیرطبیعی، مدیریت و انجام اقدامات متناسب با آنها را پیچیده‌تر نموده است.

در دهه‌های گذشته، بیماری‌های عفونی عامل بیشترین مرگ و میر در جوامع بشری بودند، اما در سال‌های اخیر، علت مرگ و میر از بیماری‌های عفونی به مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی و تصادفات مبدل شده است. کنترل و کاهش مرگ ناشی از عوامل یاد شده، به تلاشی مضاعف در فرهنگ‌سازی و پیشگیری نیازمند است.

مرگ ناشی از حوادث، به خصوص حوادث ترافیکی، به علت این که بیشترین قربانیان آن را گروه‌های سنی فعال جامعه تشکیل می‌دهند، همانند قله کوه یخی است که بدنه بسیار بزرگ آن از مجموعه متعددی از آسیب‌های پایدار و ناپایدار انسانی و زیان‌های ریز و درشت اقتصادی و اجتماعی تشکیل شده است، هر چند در فرهنگ عامه حوادث به عنوان یک واقعه تصادفی و غیر قابل اجتناب شناخته می‌شود، اما در چند دهه گذشته با تغییر نگرش قدیمی و لزوم آمادگی عمومی در برابر وقایع، درک بهتری از حوادث ایجاد شده است. پذیرش حوادث به عنوان یک مشکل قابل پیشگیری منجر به توسعه راهبردهای پیشگیرانه، در نتیجه کاهش تعداد مرگ ناشی از حوادث در بعضی کشورها شده است. در این راستا، ملل جهان با تدوین بیانیه‌ها، دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌ها در صدد مهار و کنترل علمی مرگ و میر در جهان هستند. کشور ایران نیز از این امر مستثنی نبوده و با استفاده از توصیه‌های جهانی و بومی‌سازی آنها در طی سه دهه انقلاب، گام‌های جدی و ارزشمندی برداشته است.

تحلیل وضعیت موجود ایران و جهان

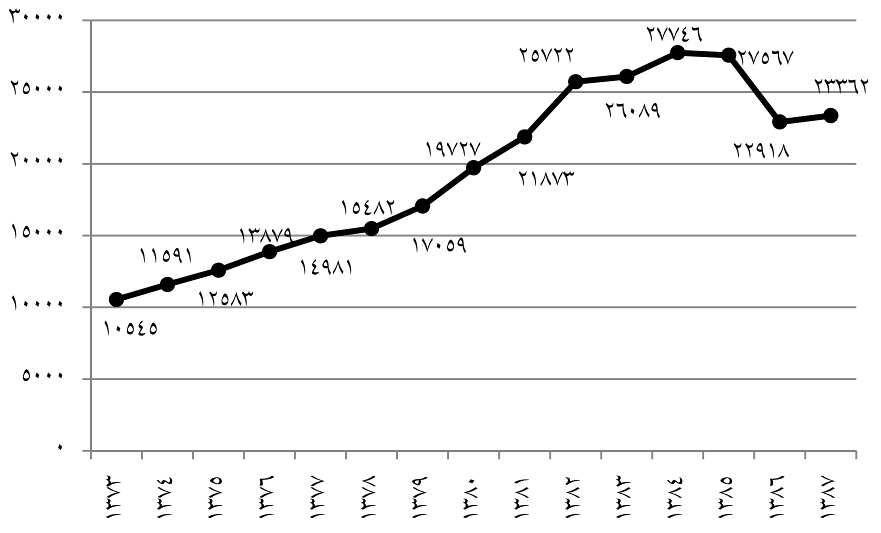
پذیرش حوادث به عنوان یک مشکل قابل پیشگیری، منجر به توسعه راهبردهای پیشگیرانه و در نتیجه کاهش تعداد مرگ ناشی از حوادث در بعضی کشورها شده است. در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، برنامه‌ریزی برای به حداقل رساندن مرگ ناشی از انواع حوادث به‌ویژه حوادث ناشی از حمل‌ونقل سال‌هاست که آغاز شده است. اهمیت پاسخ مناسب و به موقع، سازمان‌های امدادی این کشورها را مجبور به اتخاذ سیاست‌ها و رویه‌های قابل محاسبه در مقابل این گونه رخدادها می‌نماید تا خدمات ارایه شده از سوی آنان از سطح کیفی قابل قبولی برخوردار گردد.

با وجود تغییر نگرش به حوادث و پذیرش آن به عنوان یک مشکل قابل پیشگیری و کاهش تعداد مرگ در بعضی از کشورهای توسعه یافته، متاسفانه هنوز مرگ ناشی از حوادث غیرمترقبه و ترافیکی در کشورهای کمتر توسعه یافته و در حال توسعه از عوامل اصلی مرگ‌ومیر می‌باشد. متاسفانه چنانچه آمارهای جهانی نشان می‌دهند، در دهه ۲۰۰۰، حدود پنج میلیون نفر در سراسر دنیا به‌دلیل حوادث جان خود را از دست داده‌اند (میزان مرگ ۸۳/۷ در صد هزار). متاسفانه، بیش از ۹۰٪ مرگ و میرهای ناشی از حوادث در دنیا در کشورهای با درآمد کم یا متوسط رخ داده است. نه درصد مرگ و میر و ۱۲٪ بار بیماری‌ها در دنیا معلول حوادث بوده‌اند (بیش از ۵۰٪ افراد قربانی را گروه سنی ۵۰-۲۰ سال تشکیل می‌دهند). یعنی افراد قربانی حادثه، در سنین کار و فعالیت می‌باشند و مرگ‌ومیر و معلولیت آنها به بی‌سرپرستی و از هم پاشیدگی خانواده‌ها، بزهکاری، اعتیاد و خسارات مالی مستقیم و غیرمستقیم و هزینه‌های سربار و در نهایت به فقر بیشتر و سایر عوامل معلول از آن منجر می‌گردد.

طبق مطالعات سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، رتبه حوادث ترافیکی در فهرست علل مرگ‌ومیر در جهان از رتبه نهم در سال ۱۹۹۰ به رتبه سوم در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید. این روند در کشورهای در حال توسعه نگران‌کننده است. با وجود این که این کشورها تنها ۳۲٪ ناوگان جاده‌ای را در اختیار دارند، بیش از ۸۵٪ مرگ ناشی از تصادفات دنیا متعلق به آنهاست. روند سال‌های اخیر کشورهای در حال توسعه نگران کننده است. در ۱۵ سال گذشته تعداد کشته‌ها در آسیا بیش از ۸۰٪ و در آمریکای لاتین و آفریقا بیش از ۴۰٪ رشد داشته است. این روند برای کشورهای توسعه یافته برعکس است. بطوری که در این کشورها کشته‌های ترافیکی در سال‌های گذشته رو به کاهش بوده است. در کشورهای توسعه یافته، توام با موتوریزاسیون و رشد ترافیک، بهبود در عواملی همچون کیفیت وسایل نقلیه، طراحی هندسی و روسازی جاده‌ها، مدیریت ترافیک، اعمال قانون و مقررات، تحصیلات بالا و خدمات اورژانس و پزشکی، از عوامل کاهش در تعداد کشته‌های ترافیکی بوده است.

با این‌حال در کشورهای در حال توسعه، تعداد کشته‌ها در حال افزایش است. این موضوع در کشورهایی که کاربرد وسایل نقلیه موتوری در حال رشد سریع است، شدت بیشتری دارد. بررسی‌های بانک جهانی نشان می‌دهد که اگر الگوی فعلی در روند تصادفات ادامه یابد، تا سال ۲۰۲۰، کشته‌های جاده‌ای در کشورهای با درآمد کم و متوسط تا ۸۰٪ افزایش می‌یابد و در کشورهای با درآمد بالا تا ۳۰٪کم خواهد شد. لذا لازم است در این خصوص اقدامات مشخصی در زمینه پیشگیری و اقدام به موقع و مناسب از لحظه حادثه به بعد صورت گیرد.

هر چند که فقط ۱٪ جمعیت دنیا در ایران زندگی می‌کنند، لیکن کشته‌شدگان حوادث ترافیکی ایران۱/۵٪ مرگ‌ومیر حوادث ترافیکی کل دنیاست و به عبارتی ۱/۵ برابر هرم جمعیتی است. ایران با سالانه حدود ۳۵ هزار مرگ و بستری در اثر تصادفات رانندگی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، رتبه نخست را در این زمینه در دنیا به خود اختصاص داده است.



نمودار ۱: آمار مرگ ناشی از حوادث ترافیکی

به طوری که از سال ۱۳۶۵، حوادث ترافیکی روند رو به رشدی داشته و ۱۰ تا۱۵ درصد رشد سالانه را به خودش اختصاص داده‌اند.

در مجموعه بررسی‌های سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ در ایران، نشان داده شد که به ازای یک مورد مرگ ناشی از حوادث، ۱۳ بستری، ۱۰۰مورد صدمه منجر به دریافت خدمات درمانی سرپایی و ۱۰۰ مورد آسیب

منجر به درمان خانگی، استراحت در منزل و ناتوانی گذرا وجود دارد (البته ناتوانی پایدار یا طولانی مدت معمولاً ناشی از حوادث، از پیامدهای ۱۳ مورد بستری می‌باشد).

در سال ۱۳۸۱، مرگ ناشی از سوانح ترافیکی در جاده‌ها ۲۲ هزار مورد بوده که به عبارتی جاده‌های کشور هر ۲٤ دقیقه ۱ قربانی گرفته‌اند.

در سال ۱۳۸۲، بیش از ٤۰۰ هزار مجروح به دنبال حوادث ترافیکی در کشور وجود داشت که آسیب‌های مستقیم مالی ناشی از این حوادث، بیش از ۱۲۰۰ میلیارد تومان برآورد شده است و خسارات مالی مستقیم و غیرمستقیم آن بیش از ٤٥۰۰۰ میلیارد ریال در سال برآورده می‌شود.

در سال ۱۳۸۳، بیش از ۳۰ هزار نفر در کشور جان خود را از دست دادند که از این تعداد، ۲٦ هزار و ۸۸۸ نفر مرگ ناشی از حوادث ترافیکی است و ٤۱۸ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، مرگ و بستری ناشی از حوادث ترافیکی داشته‌اند.

در سال ۱۳۸٤، بیش از ۲۷ هزار نفر در کشور جان خود را در اثر حوادث ترافیکی از دست دادند و بیش از ۳٥۸ هزار نفر مجروح و بستری شدند.

در سال ۱۳۸٥، بیش از۲۷٥٦۷ هزار نفر در کشور جان خود را در اثر حوادث ترافیکی از دست دادند و بیش از ٥۸۰ هزار نفر مجروح و بستری شدند.

خوشبختانه در سال ۱۳۸٦ با همکاری کلیه نیروهای امدادی کشور، آمار مرگ ومیر حوادث ترافیکی پس از سال‌ها کاهش ۱٦/۹ درصدی را تجربه کرد.

در سال ۱۳۸۷، نیز با ۲۳۳٦۲ نفر مرگ ومیر، کاهش ۱٥/۸ درصدی مشاهده شد.

کشور ما از نظر مرگ ومیر، ناتوانی‌ها، عمرهای از دست رفته و هزینه‌های ناشی از حوادث غیرمترقبه نیز دارای رتبه بالایی بین همه کشورهای دنیاست و به عنوان یکی از مناطق حادثه‌خیز جهان، هر ساله خسارت فراوانی از سوانح طبیعی متحمل می‌گردد؛ بطوری که از٤۰ نوع سوانح طبیعی شناسایی شده توسط مرکز اپیدمیولوژی سوانح سازمان ملل متحد در سال۱۹۹۰، ۳۱ مورد قابل شناسایی و دارای سابقه در ایران وجود دارند که ۸ سانحه آن به ترتیب اهمیت به قرار زیر است:

- زمین لرزه و خطرات القایی آن (به عنوان بیشترین و مخرب‌ترین حادثه، اثرات انسانی وسیعی دارد)
- سیل
- رانش و جابجایی زمین
- کویرزایی
- آلودگی‌های محیطی
- آفات و بیماری‌های نباتی
- خشکسالی
- طوفان و بلایای جوی

بر اساس گزارش ستاد حوادث و سوانح کشور، زلزله به عنوان شایع‌ترین حادثه طبیعی طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۹، ٤٠ تا ۷۰٪ سوانح طبیعی کشور را به خود اختصاص داده است. در سال ١٣٨٤، بیش از ۲۳ سانحه بزرگ در کشور به وقوع پیوست (۹سانحه طبیعی مانند ٤ سیل و ٤ زلزله و ۱ طوفان) و ١٤ سانحه نیز صنعتی بودند (سوانح بزرگ حمل‌ونقل با۱۰ فقره، بیشترین فراوانی سوانح بزرگ را در ایران دارد).

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور، زیرمجموعه‌ای از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، سازماندهی، نظارت و هماهنگی درون بخشی و برون بخشی حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور را بر عهده دارد. این مرکز نقش حاکمیتی خود را در دو بعد پیشگیری از حوادث و ارایه خدمات فوریت‌های پزشکی اعمال نموده و رهبری عملیات ملی مدیریت فوریت‌های پزشکی در حوادث غیرمترقبه را نیز به عهده دارد.

این مرکز، مسوولیت تامین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم در مقوله حوادث و فوریت‌های پزشکی را از طریق بکارگیری نیروی انسانی کارا، فناوری روزآمد، مشارکت مردمی، آموزش و پژوهش‌های کاربردی و توسعه‌ای به انجام می‌رساند. تا تلفات، عوارض و معلولیت‌های ناشی از حوادث و فوریت‌های پزشکی را به حداقل رسانده و کیفیت و کمیت این خدمات را در حد استانداردهای جهانی و مطابق با نیازهای روز جامعه ایرانی حفظ و ارتقای بخشد. گیرندگان اصلی خدمات این مرکز شامل کارکنان ستادی و صف، مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی، پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ و در نهایت، بیماران، مصدومان و مردم هستند.

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور، در نظر دارد با عمل به رسالت خود، زمینه را برای ایجاد ساختار مطلوب مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی در راستای چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران فراهم آورد تا با تکیه بر اصل پیشگیری، روند افزایش مرگ و میر و معلولیت‌ها و همچنین بار بیماری ناشی از حوادث و فوریت‌های پزشکی را کاهش داده و تبدیل به الگوی منطقه‌ای شود.

تعریف واژگان

خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی: به مجموعه خدمات و مهارت‌های فوری پزشکی اورژانسی که در مواقع اضطراری مانند تصادف، بیماری حاد، پدیده‌های طبیعی یا ساخته دست بشر در قالب نظام شبکه فوریت‌های پزشکی کشور قبل از رسیدن بیمار یا مصدوم یا حادثه‌دیده به بیمارستان ارایه می‌شوند، اطلاق می‌گردد.

آمبولانس: مورد استفاده در پایگاه‌ها دو نوع می‌باشد:
آمبولانس تیپ B. آمبولانسی که به منظور انتقال و یا درمان‌های اولیه و پایش بیماران، طراحی و تجهیز شده است. این آمبولانس دارای تجهیزات چهارگانه اصلی شامل کپسول اکسیژن، برانکارد، کیف احیاء و ساکشن می‌باشد.
آمبولانس تیپ C. آمبولانسی که به منظور انتقال و یا درمان‌های پیشرفته طراحی و تجهیز شده است، آمبولانس تیپ C علاوه بر تجهیزات آمبولانس تیپ B، مجهز به DC شوک نیز می‌باشد.

شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی: شامل مرکز ارتباطات یا مرکز پیام، پایگاه‌های شهری، جاده‌ای ـموقت، هوایی، ریلی و دریایی ـساحلی و موقت خواهد بود.

مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات: مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات، واحد اطلاع‌رسانی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) و هماهنگ‌کننده پایگاه های اورژانس است که موظف می‌باشد پس از تماس افراد نیازمند، اقدام مقتضی را با هماهنگی واحدهای ذیربط به عمل آورد. واحدهای ارتباطات در مراکز استان‌ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و شهرهای با جمعیت بیش از ۲۵۰ هزار نفر، به صورت مستقل در یک مکان مناسب قرار می‌گیرد.

مرکز پیام: در شهرستان‌هایی که فاقد شرایط لازم برای ایجاد مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات می‌باشند و جمعیت آنها کمتر از ۲۵۰ هزار نفر می‌باشد، مرکز پیام ایجاد شده و به عنوان واحد اطلاع‌رسانی وظیفه هماهنگی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) را به عهده دارد و در شرایط بحرانی، با مرکز ارتباطات، همکاری لازم را انجام خواهد داد.
تبصره ۱ – فاصله دو شهر جهت راه‌اندازی مرکز پیام نباید کمتر از ٤٠ کیلومتر باشد.
تبصره ۲ – مرکز پیام در یکی از پایگاه‌های اورژانس موجود ایجاد شده و استفاده از پرسنل همان پایگاه جهت انجام امور محوله در اولویت می‌باشد.

پایگاه امداد شهری: این پایگاه در مراکز شهرستان‌ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰ هزار نفر ایجاد می‌شود. پایگاه امداد شهری با مرکز پیام و مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات در ارتباط بوده و دارای دو دستگاه آمبولانس می‌باشد.
تبصره ۱- در شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰ هزار نفر، به ازای هر ٦۰ هزار نفر جمعیت مازاد بر تعداد پایه ۵۰ هزار نفر، یک پایگاه به همراه دو آمبولانس فعال اضافه می‌گردد.
تبصره ۲- به منظور تسریع در ارایه خدمات فوریت‌های پزشکی، کاهش زمان رسیدن به صحنه حادثه و غلبه بر ترافیک‌های سنگین شهری در کلان شهرها (شامل: تهران، تبریز، شیراز، مشهد، اصفهان، اهواز، قم و کرج)، بایستی هر پایگاه شهری مجهز به حداقل یک دستگاه موتورسیکلت اورژانس شود که به ازای هر دستگاه موتورسیکلت ٤ نفر کاردان یا کارشناس مربوط تعریف می‌گردد. سایر شهرها بنا بر ضرورت در اولویت بعدی قرار می‌گیرند.

پایگاه امداد جاده‌ای: پایگاه جاده‌ای در جاده‌ها و در مبادی شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر با فاصله حداکثر ٤٠ کیلومتر و با در نظر گرفتن حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه ۱۵ دقیقه ایجاد می‌شود. هر پایگاه جاده‌ای دارای یک دستگاه آمبولانس فعال بوده و با مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات و یا مرکز پیام در ارتباط می‌باشد.
تبصره ۱ ـ آمبولانس مورد استفاده در پایگاه‌های شهری و جاده‌ای بایستی دارای شرایط آمبولانس تیپ B بوده و به ازای هر سه پایگاه، یک آمبولانس پشتیبان در نظر گرفته می‌شود.
پایگاه امداد فوریت‌های پزشکی موقت: پایگاه‌هایی که در ایام ویژه به منظور آمادگی و توان عملیاتی بیشتر در مکان‌هایی که افزایش جمعیت و یا تردد بیش از حد معمول دارند، راه‌اندازی می‌شوند.

پایگاه امداد هوایی: پایگاه هوایی در مسیرهای صعب‌العبور، محورهای حادثه‌خیز، محورهایی که میزان تردد در آنها بالا باشد و نیز در مناطقی که دسترسی زمینی به محل امکان‌پذیر نباشد با در نظر گرفتن امکان استفاده از بالگرد در طول روز استقرار می‌یابد.

پایگاه امداد دریایی – ساحلی: امداد ساحلی و دریایی به دو روش امداد دریایی و امداد ساحلی انجام می‌شود.

امداد دریایی: پایگاه‌هایی که بیماران و مصدومین جزایر جنوب کشور را به مراکز درمانی انتقال دهند.

امداد ساحلی: در خط ساحلی استان‌های شمالی کشور در نقاط طرح سالم‌سازی دریا، به صورت فصلی و با استفاده از نیروی انسانی موجود در طرح یاد شده، استقرار یابد.

پایگاه امداد ریلی: پایگاه ریلی در مسیر راه‌آهن سراسری کشور که دسترسی جاده‌ای به آن امکان‌پذیر نمی‌باشد و با در نظر گرفتن شرایط استقرار پایگاه جاده‌ای استقرار می‌یابد.

جامعه ایمن: مفهوم جامعه ایمن (Safe Community)، نخستین بار در اولین کنفرانس جهانی پیشگیری از آسیب‌ها در شهر استکهلم سوئد در سال ۱۹۸۹ بر اساس بیانیه «حق برخورداری همه انسان‌ها از ایمنی و سلامت یکسان» مطرح گردید.

بحران: واقعه‌ای است فاجعه‌آمیز و ناگهانی که وضعیت عادی را تحت‌تاثیر قرار داده و باعث از دست رفتن میزان زیادی منابع، املاک یا افراد می‌گردد.

در منطقه تحت تاثیر، فاصله زیادی بین مجروحان و منابع و تجهیزات در دسترس وجود دارد. این مساله فراتر از توان تجهیزات و نیروهای موجود بوده و می‌تواند باعث از هم‌گسیختگی جامعه موسسات پزشکی، یا هر دو شود.

این موضوع می‌تواند به علت تعداد زیاد مصدومان یا تعداد کمی مصدوم که به شدت مجروح شده‌اند بوجود آید.

شاخص‌ها

۱. میانگین زمانی رسیدن آمبولانس در ماموریت‌های شهری در شهرهای بزرگ
۲. میانگین زمانی رسیدن آمبولانس در ماموریت‌های شهری در شهرهای کوچک
۳. میانگین زمانی رسیدن آمبولانس در ماموریت‌های جاده‌ای
٤. میانگین زمانی رسیدن آمبولانس در ماموریت‌های شهری در تهران
۵. درصد پوشش خدمات پیش بیمارستانی در حوادث ترافیکی
٦. تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی نسبت به ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
۷. درصد رشد پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ نسبت به برنامه چهارم توسعه
۸. درصد رشد پایگاه‌های امداد هوایی اورژانس ۱۱۵ نسبت به برنامه چهارم توسعه
۹. تعداد مراکز آمبولانس خصوصی مجاز به ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
۱۰. مدت زمان انجام عملیات امدادی در مأموریت‌های شهری
۱۱. مدت زمان انجام عملیات امدادی در مأموریت‌های جاده‌ای
۱۲. درصد تماس‌های مفید اورژانس ۱۱۵
۱۳. درصد طول راه‌هایی که توسط نیروهای فوریت‌های پزشکی پوشش عملیاتی استاندارد داده شده‌اند.
١٤. متوسط زمان رسیدن به سر صحنه تصادف
۱۵. متوسط زمان رسیدن بیماران ترومایی به مراکز ترومایی سطح سه
١٦. درصد پوشش عملیات رسیدگی و حمل مصدومین تصادفات جاده‌ای کشور
۱۷. درصد متوفیان حوادث ترافیکی حین انتقال به مراکز درمانی به تعداد کل متوفیان و مجروحین حوادث ترافیکی
۱۸. تعداد آمبولانس به ۱۰۰۰۰۰ هزار نفر جمعیت
۱۹. درصد فراگیران دوره کمک‌های اولیه از مجموع گروه‌های هدف
۲۰. درصد فراگیران دوره امدادگری اورژانس (First Responder) از مجموع نیروهای امدادی

جدول ۱: شاخص‌ها و نحوه محاسبه آنها

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
میانگین زمانی رسیدن آمبولانس در ماموریت‌های شهری در شهرهای بزرگ	کل زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار در شهرهای بزرگ / تعداد کل مأموریت شهرهای بزرگ	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
میانگین زمانی رسیدن آمبولانس در ماموریت‌های شهری در شهرهای کوچک	کل زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار در شهرهای کوچک / تعداد کل مأموریت شهرهای کوچک	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
میانگین زمانی رسیدن آمبولانس در ماموریت‌های جاده‌ای	کل زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار در جاده‌ها / کل مأموریت‌های جاده‌ای	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
میانگین زمانی رسیدن آمبولانس در ماموریت‌های شهری در تهران	کل زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار شهر تهران / تعداد کل مأموریت‌های شهر تهران	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث ترافیکی	تعداد کل مصدومین تصادفی که توسط اورژانس ۱۱۵ به بیمارستان منتقل شده‌اند × ۱۰۰ / مصدومین تصادفات که به اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه داشته و بستری شدند.	سه ماهه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی نسبت به ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد پایگاه‌های ۱۱۵ موجود × ۱۰۰۰۰۰ / تعدادکل جمعیت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد رشد پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ نسبت به برنامه چهارم توسعه	تعداد پایگاه‌های سال جاری × ۱۰۰ / تعداد پایگاه‌های مصوب طرح پوشش فراگیر	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد رشد پایگاه‌های امداد هوایی اورژانس ۱۱۵ نسبت به برنامه چهارم توسعه	تعداد پایگاه‌های تحت پوشش امداد هوایی × ۱۰۰ / تعداد پایگاه‌های امداد هوایی مصوب در طرح پوشش فراکیر	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
تعداد مراکز آمبولانس خصوصی مجاز به ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد آمبولانس‌های خصوصی مجاز × ۱۰۰۰۰۰ / جمعیت آن دانشگاه	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
مدت زمان انجام عملیات امدادی در مأموریت‌های شهری	کل زمان انجام عملیات امدادی در مأموریت‌های شهری / تعداد کل مآموریت‌های شهری	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
مدت زمان انجام عملیات امدادی در مأموریت‌های جاده‌ای	کل زمان انجام عملیات امدادی در مأموریت‌های جاده‌ای / تعداد کل مآموریت‌های جاده‌ای	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد تماس‌های مفید اورژانس ۱۱۵	تعداد تماس‌های مفید اورژانس ۱۱۵ × ۱۰۰ / کل تماس‌های گرفته شده با اورژانس ۱۱۵	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد مأموریت‌های تصادفی به کل مأموریت‌ها	تعداد مأموریت‌های تصادفی× ۱۰۰ / کل مأموریت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
سرانه مأموریت پایگاه جاده‌ای در روز	تعداد مأموریت جاده‌ای / تعداد پایگاه‌های جاده‌ای × ۳۶۵	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	**فرمول یا نحوه محاسبه شاخص**	**دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)**	**مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)**	**منبع جمع‌آوری اطلاعات**
سرانه مأموریت پایگاه شهری در روز	تعداد مأموریت شهری / (تعداد پایگاه‌های شهری × ۳۶۵)	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
تعداد فوتی (حوادث ترافیکی) به ازای ۱۰۰۰۰ وسیله نقلیه	(تعداد فوتی پزشکی قانونی حوادث ترافیکی × ۱۰۰۰۰) / تعداد وسیله نقلیه	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
تعداد فوتی (حوادث ترافیکی) به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	(تعداد فوتی پزشکی قانونی × ۱۰۰.۰۰۰) / تعداد جمعیت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
تعداد فوتی (حوادث ترافیکی) به ازای ۱۰۰ تصادف	(تعداد فوتی پزشکی قانونی × ۱۰۰) / تعداد تصادفات	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
نسبت تعداد مأموریت‌های قلبی عروقی به کل مأموریت‌های اورژانس ۱۱۵ کشور	تعداد مأموریت‌های قلبی عروقی / کل مأموریت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
نسبت تعداد مأموریت‌های سوختگی به کل مأموریت‌های اورژانس ۱۱۵ کشور	تعداد مأموریت‌های سوختگی / کل مأموریت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
نسبت تعداد مأموریت‌های تروما به کل مأموریت‌های اورژانس ۱۱۵ کشور	تعداد مأموریت‌های تروما / کل مأموریت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
نسبت مأموریت‌های مسمومیت به کل مأمویت‌های اورژانس ۱۱۵ کشور	تعداد مأموریت‌های مسمومیت × ۱۰۰ / کل مأموریت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
نسبت تعداد مأموریت‌های روانی به کل مأموریت‌های اورژانس ۱۱۵ کشور	تعداد مأموریت‌های روانی / کل مأموریت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
نسبت تعداد مأموریت‌های تنفسی به کل مأموریت‌های اورژانس ۱۱۵ کشور	تعداد مأموریت‌های تنفسی / کل مأموریت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
تعداد آمبولانس اورژانس پیش بیمارستانی نسبت به ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد آمبولانس‌های ۱۱۵ موجود × ۱۰۰۰۰۰ / تعداد کل جمعیت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد آمبولانس‌های با عمر مفید (زیر ۱۰ سال) به کل آمبولانس‌های اورژانس کشور	تعداد آمبولانس‌های زیر ۱۰ سال × ۱۰۰ / تعداد کل آمبولانس‌ها	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد جذب نیروی انسانی اورژانس ۱۱۵	تعداد نیروی انسانی جذب شده در سال × ۱۰۰ / تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در سال	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
در صد پوشش‌دهی سیستم مکانیزاسیون اورژانس کل کشور	تعداد پایگاه‌های تحت پوشش سیستم مکانیزاسیون × ۱۰۰ / کل پایگاه‌ها	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد آمبولانس‌های MICU نسبت به کل آمبولانس‌های موجود	آمبولانس‌های MICU × ۱۰۰ / کل آمبولانس‌های موجود	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد پوشش مخابراتی جاده‌های اصلی و فرعی کشور	مقدار کیلومتر نقاط کور پوشش داده شده × ۱۰۰ / کل کیلومتر جاده‌های اصلی و فرعی کشور	شش ماهه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد رضایتمندی خدمات گیرندگان از اورژانس ۱۱۵	تعداد افراد راضی / کل خدمات گیرندگان از اورژانس ۱۱۵	موردی	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد رضایتمندی شغلی تکنسین‌ها	تعداد تکنسین‌های راضی× ۱۰۰ / کل تکنسین‌های اورژانس	موری	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد افراد آموزش دیده در سطح اول	تعداد افراد آموزش دیده سطح اول × ۱۰۰ / کل مخاطبین سطح اول	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد افراد آموزش دیده در سطح دوم	تعداد افراد آموزش دیده سطح دوم × ۱۰۰ / کل مخاطبین سطح دوم	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد افراد آموزش دیده در سطح سوم	تعداد افراد آموزش دیده سطح سوم× ۱۰۰ / کل مخاطبین سطح سوم	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد دوره‌های برگزار شده برای مدیران	تعداد دوره‌های برگزار شده برای مدیران × ۱۰۰ / تعداد دوره‌های پیش‌بینی شده برای مدیران	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد آمبولانس‌های تجهیز شده اورژانس ۱۱۵ کشور	تعداد آمبولانس‌های تجهیز شده × ۱۰۰ / کل آمبولانس‌های فعال	شش ماهه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد رضایتمندی خدمات گیرندگان از اورژانس ۱۱۵	تعداد افراد راضی / کل خدمات گیرندگان از اورژانس ۱۱۵	موردی	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد رضایتمندی شغلی تکنسین‌ها	تعداد تکنسین‌های راضی × ۱۰۰ / کل تکنسین‌های اورژانس	موری	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد رضایتمندی خدمات‌گیرندگان از اورژانس ۱۱۵	تعداد افراد راضی / کل خدمات‌گیرندگان از اورژانس ۱۱۵	موردی	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد تکنسین‌های آموزش دیده (بدو خدمت)	تعداد تکنسین‌های آموزش دیده در بدو خدمت × ۱۰۰ / کل نیروهای جدیدالاستخدام در همان سال	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد تکنسین‌های آموزش دیده (حین خدمت)	تعداد تکنسین‌های آموزش دیده× ۱۰۰ / کل تکنسین‌ها	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد آموزشکده‌های راه‌اندازی شده	تعداد آموزشکده‌های راه‌اندازی شده در سال جاری× ۱۰۰ / تعداد پیش‌بینی شده در همان سال	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد کتب آموزشی چاپ شده در زمینه فوریتها	تیراژ کتب آموزشی چاپ شده در زمینه فوریتها × ۱۰۰ / چاپ تیراژکتب آموزشی پیش‌بینی شده	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد پژوهش‌های انجام شدهٔ مرتبط با فوریت‌های پزشکی	تعداد پژوهش‌های انجام شدهٔ مرتبط با فوریت‌های پزشکی × ۱۰۰ / پژوهش‌های انجام شده در بخش درمان	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد پزشکان آموزش دیده معاینه ناجا	تعداد پزشکان آموزش دیده در طرح پزشکان معاینه ناجا× ۱۰۰ / کل پزشکان مورد نیاز در طرح	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد پیشرفت برنامه پاسخ دانشگاه	پیشرفت برنامه پاسخ دانشگاه×۱۰۰ / برنامه پیش‌بینی شده کل سال	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد پیشرفت برنامه پدافند غیر عامل دانشگاه	پیشرفت برنامه پدافند غیر عامل دانشگاه × ۱۰۰ / برنامه پیش‌بینی شده کل سال	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد eoc های فعال در دانشگاه‌ها	تعداد EOC های فعال ایجادشده در دانشگاه‌ها×۱۰۰ / کل دانشگاه‌های علوم پزشکی	موردی	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد استقرار برنامه Heics در دانشگاه‌ها	تعداد بیمارستان‌هایی که برنامه Heics در آنها اجرایی شده×۱۰۰ / تعداد کل بیمارستان‌ها	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
تعداد تیم‌های واکنش سریع تشکیل شده در دانشگاه	تعداد تیم‌های واکنش سریع تشکیل شده در دانشگاه	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
تعداد تیم‌های ارزیابی سریع تشکیل شده در دانشگاه	تعداد تیم‌های ارزیابی سریع تشکیل شده در دانشگاه	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشورظ
استقرار سیستم مکانیزه اطلاعات در حوادث غیر مترقبه	درصد استقرار سیستم مکانیزه اطلاعات در حوادث غیر مترقبه در هر قطب ×۱۰۰ / برنامه پیش‌بینی شده کل سال	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد نیروهای آموزش دیده در سطح دانشگاه درخصوص حوادث غیر مترقبه	نیروهای آموزش دیده × ۱۰۰ / نیروهای برنامه‌ریزی شده جهت پاسخ به بحران در دانشگاه	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد مانورهای برگزار شده در حوادث غیر مترقبه	تعداد مانورهای برگزار شده در زمینه حوادث غیر مترقبه در سال×۱۰۰ / تعداد مانورهای مصوب در همان سال	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد جلسات برگزار شده کارگروه تخصصی استانی	تعداد جلسات برگزار شده کارگروه تخصصی استانی در سال ×۱۰۰ / تعداد جلسات مصوب در همان سال	ماهیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
درصد کمیته‌های تشکیل شده در زمینه فوریت‌های پزشکی	کمیته‌های تشکیل شده× ۱۰۰ / کل کمیته‌های مصوب طبق برنامه	٦ ماهه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
میزان مرگ ومیر اختصاصی ناشی ازحوادث	تعداد مرگ‌های اختصاصی ناشی از حوادث در طول سال / متوسط جمعیت سال 10^n	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
میزان کشندگی حوادث	تعداد مرگ های اختصاصی ناشی از حوادث / کل مصدومین حوادث 10^n	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
میزان بروز معلولیت ناشی از حوادث	تعداد معلولین جدید اختصاصی ناشی از حوادث در طول سال / متوسط جمعیت سال 10^n	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
میزان شیوع معلولیت ناشی از حوادث	تعداد معلولین اختصاصی جدید و قدیم ناشی از حوادث در طول سال / متوسط جمعیت سال 10^n	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
میزان مرگ و میر اختصاصی سنی ناشی از حوادث برای هر دو جنس	تعداد مرگ در هر گروه سنی در طول یکسال × ۱۰۰۰ / جمعیت همان گروه سنی در همان سال	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد پوشش ملی برنامه جامعه ایمن	تعداد شهرهای مجری جامعه ایمن × ۱۰۰ / تعداد کل شهرها	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد پوشش برنامه جامعه ایمن در سطح کلان‌شهر تهران	مناطق شهرداری مجری برنامه جامعه ایمن× ۱۰۰ / منا طق ۲۲گانه شهرداری تهران	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد پیوستن شهرهای مجری برنامه جامعه ایمن به شبکه بین‌المللی	تعداد شهرهای عضو شبکه بین‌المللی جوامع ایمن× ۱۰۰ شهرهای مجری جامعه ایمن	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد اختصاصی پژوهش‌های انجام شدهٔ در زمینه حوادث	تعداد پژوهش‌های انجام شدهٔ در زمینه حوادث در طول سال× ۱۰۰ / کل پژوهش‌های انجام شده در بخش بهداشت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد کارگاه‌های برگزار شده برای کارشناسان حوادث	تعداد کارگاه‌های برگزار شده برای کارشناسان حوادث × ۱۰۰ / کارگاه‌های پیش بینی شده برای کارشناسان حوادث	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد اختصاصی پژوهش‌های انجام شده در زمینه حوادث	تعداد پژوهش‌های انجام شدهٔ در زمینه حوادث در طول سال× ۱۰۰ / کل پژوهش‌های انجام شده در بخش بهداشت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد اختصاصی پژوهش‌های انجام شدۀ در زمینه حوادث	تعداد پژوهش‌های انجام شدۀ در زمینه حوادث در طول سال× ۱۰۰ / کل پژوهش‌های انجام شده در بخش بهداشت	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصدکارگاه‌های برگزار شده برای کارشناسان حوادث	تعداد کارگاه‌های برگزار شده برای کارشناسان حوادث × ۱۰۰ / کارگاه‌های پیش بینی شده برای کارشناسان حوادث	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد اجرای مناسبت روز جهانی قربانیان حوادث ترافیکی	تعداد دانشگاه‌های مجری مناسبت روز جهانی قربانیان حوادث ترافیکی× ۱۰۰ / کل دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد پایش برنامه جوامع ایمن	تعداد بازدیدهای انجام شده از جوامع ایمن× ۱۰۰ / بازدیدهای پیش‌بینی شده	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد متون آموزشی تهیه شده در زمینه پیشگیری از حوادث	تعداد کتب، پمفلت و... تهیه شده در زمینه پیشگیری از حوادث× ۱۰۰ / تعداد کل متون پیش بینی شده	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

عنوان شاخص/ تعریف	فرمول یا نحوه محاسبه شاخص	دوره زمانی تولید شاخص (ماهیانه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، سالیانه، موردی)	مشتری (سازمان/ اداره استفاده کننده از شاخص)	منبع جمع‌آوری اطلاعات
درصد پوشش (استقرار) نرم‌افزار ثبت حوادث در بیمارستان	تعداد بیمارستان‌های تحت پوشش نرم افزار ثبت حوادث × ۱۰۰ / کل بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور
درصد ارسال به موقع داده‌های مربوط به حوادث به اداره پیشگیری از حوادث به تفکیک هر برنامه	تعداد دانشگاه‌هایی که ارسال داده‌ها به موقع بوده / کل دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور	سالیانه	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی سراسر کشور

در سال ۱۳۵٤، متعاقب فروریزی سقف فرودگاه مهرآباد و کشته و زخمی شدن عده‌ای، وزارت بهداری وقت تصمیم به راه‌اندازی دستگاهی گرفت که در مواقع اضطراری پاسخگوی نیازهای فوریت پزشکی مردم باشد. بر این اساس مرکز اورژانس تهران طراحی و راه‌اندازی شد. این مرکز با ساختاری قوی، دومین اورژانس راه‌اندازی شدهٔ دنیا پس از اورژانس آمریکا و با تجهیزات پزشکی مدرن زمان خود بود.

اورژانس تهران ابتدا زیر نظر خدمات درمانی (تامین اجتماعی) اداره می‌شد و مسوولین اورژانس مستقیماً توسط وزیر بهداری منصوب می‌گردیدند. امکانات این سیستم در زمان تاسیس عبارت بود از: ۷ پایگاه، ۲۸ دستگاه آمبولانس در تهران و کلاً ۱۵۰ آمبولانس در سطح کشور، ۱۰ خط تلفن، ۲ فرکانس رادیویی، ۸ بیمارستان با شبکه رادیویی اورژانس و نیروی انسانی آن با تحصیلات دیپلم به‌عنوان تکنسین فوریت پزشکی با گذراندن دوره آموزش استاندارد ٦ ماهه (تئوری و عملی) انتخاب می‌شدند. که مبنای اصلی انتخاب، فیزیک جسمانی و داشتن روحیه مناسب و نیمه نظامی بود.

پس از تشکیل مرکز اورژانس تهران، در سایر استان‌ها نیز مراکز اورژانس۱۱۵ به تدریج تشکیل گردید و در حال حاضر تحت عنوان مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی زیر مجموعه معاونت‌های

درمان دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی سراسر کشور، در نظر دارد تا پایان برنامه چهارم توسعه با عمل به رسالت خود، زمینه را برای ایجاد ساختار مطلوب مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی در راستای چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران فراهم آورد تا با تکیه بر اصل پیشگیری، روند افزایش مرگ و میر و معلولیت‌ها و همچنین بار بیماری ناشی از حوادث و فوریت‌های پزشکی را کاهش داده و تبدیل به الگوی منطقه‌ای شود.

رسالت

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور، یک مرکز دولتی است که مسوولیت برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، سازماندهی، آموزش، هماهنگی درون و برون بخشی، نظارت و کنترل حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور را بر عهده دارد.

این مرکز مسوولیت خود را با استفاده از نیروی انسانی کارآمد، فناوری روزآمد و پژوهش‌های کاربردی و توسعه‌ای به انجام می‌رساند، تا تلفات، عوارض و معلولیت‌های ناشی از حوادث و فوریت‌های پزشکی را به حداقل رسانده و کیفیت و کمیت این خدمات را در حد استانداردهای جهانی حفظ و ارتقا بخشد.

اهداف کلی

- کاهش مرگ و میر، معلولیت‌ها و عوارض ناشی از حوادث و سوانح اعم از ترافیکی و غیرترافیکی
- کاهش DALYs ناشی از حوادث عمدی و غیرعمدی
- کاهش مرگ و میر DALYs ناشی از تروماهای وارده
- ارتقای سطح آمادگی و تقویت بنیه پیشگیری و مقابله با حوادث و سوانح غیرمترقبه
- ارتقای سطح آگاهی‌های عمومی
- ارتقای سطح آگاهی‌های مدیران و کارکنان مراکز اورژانس ۱۱۵ کل کشور
- ارتقای دسترسی عمومی به خدمات فوریت‌های پزشکی
- ایجاد نظام هشدار اولیه و اطلاع‌رسانی در زمینه حوادث و فوریت‌های پزشکی
- ارتقای شاخص‌های کمی و کیفی حوادث و فوریت‌های پزشکی شامل:
  - ✓ کاهش زمان رسیدن به صحنه فوریت و حادثه

- ✓ ارتقای سطح کیفی و کمی خدمات اورژانس
- ✓ افزایش تعداد پایگاه‌های اورژانس
- ✓ افزایش نیروی انسانی و آمبولانس
- ✓ افزایش درصد پوشش خدمات اورژانس و ...

اهداف اختصاصی

- ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان ۵۰٪ (در شهرها با زمان کمتر از ۸ دقیقه و در جاده‌ها کمتر از ۱۵ دقیقه)
- کاهش زمان رسیدن بر بالین بیمار در ۸۰٪ مأموریت‌ها تا پایان برنامه در شهرها کمتر از ۸ دقیقه و در جاده‌ها زیر ۱۵ دقیقه
- افزایش سطح علمی و توان عملیاتی مدیران، کارکنان ستادی و تکنسین‌های اورژانس
- ارتقای کیفیت خدمات‌رسانی اورژانس پیش بیمارستانی
- سامان‌دهی سیستم ارجاع بیماران در فوریت‌های پزشکی
- پایش و نظارت بر کلیه پایگاه‌های اورژانس سراسر کشور
- ارزیابی عملکرد مدیران ستاد و مراکز اورژانس ۱۱۵ کشور
- طراحی نظام پایش و ارزیابی برنامه‌های راهبردی اورژانس کشور
- ساماندهی بودجه اورژانس کشور
- تأمین نیروی انسانی مورد نیاز براساس استانداردهای مصوب طرح پوشش فراگیر اورژانس
- ایجاد ساختار تشکیلات مطلوب در اورژانس کشور
- ارتقای شبکه ارتباطات و فناوری اطلاعات اورژانس پیش بیمارستانی در کل کشور
- ارتقای سطح تجهیزات پزشکی اورژانس شامل آمبولانس، تجهیزات داخل آمبولانس، کانکس و...)
- شناسایی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی در سطح بین‌المللی
- ساماندهی مشارکت‌های بین بخشی، درون بخشی و برون بخشی
- تقویت آمادگی و کاهش اثرات بلایا
- ایجاد ستادهای عملیات بحران در دانشگاه‌ها (EOC)

- شناسایی نقاط و محورهای حادثه‌خیز جاده‌ها و راه‌های مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان ۵۰٪ تا پایان برنامه چهارم توسعه از طریق تعامل با سازمان‌های ذی‌ربط
- ساماندهی شاخص‌ها و الگوهای عملیاتی اورژانس ۱۱۵
- توسعه مدیریت و منابع در حوادث غیرمترقبه
- ایجاد و تقویت زمینه و زیرساخت‌ها، زیربناها و پیش‌نیازهای لازم در حوادث غیرمترقبه
- ظرفیت‌سازی و افزایش توانمندی‌های علمی نظام مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

فهرست اقدامات انجام شده

- طرح ساماندهی پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵
  - ✓ افزایش راه‌اندازی پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ از ۱۲ شهر در سال۱۳۵۷به تمام شهرهای کشور در پایان سال ۱۳۸۷ براساس طرح پوشش فراگیر و مصوبات هیات محترم وزیران
- راه‌اندازی اورژانس هوایی:
  - ✓ راه‌اندازی پایگاه اورژانس هوایی در ۱۰ استان کشور
  - ✓ انتقال حدود ۲٦٥٦ نفر از مصدومین در کشور و ۱۷۰۱ سورت پرواز از سال ۱۳۸٤ لغایت شهریور ۸۷ (٦ ماه اول ۸۷) برای انتقال بیماران به نزدیکترین مرکز درمانی رساند.
- راه‌اندازی اورژانس موتوری
  - ✓ تجهیز پایگاه‌های شهری در کلان شهرها به ۵۵ دستگاه موتورلانس
- راه‌اندازی اورژانس ساحلی
  - ✓ راه‌اندازی کمپ‌های امداد ساحلی در سه استان کشور
- طرح ساماندهی آمبولانس اورژانس کشور
  - ✓ نوسازی ناوگان آمبولانس از سال ۱۳۸۳
  - ✓ خرید و توزیع ۲۸۸۰ دستگاه آمبولانس
  - ✓ تجهیز ناوگان اورژانس به اتوبوس آمبولانس در ۳ استان کشور (تهران، خوزستان و گیلان)
  - ✓ تجهیز آمبولانس‌های کشور به تجهیزات پایه و پیشرفته از قبیل ونتیلاتور، کیت احیا و...
- راه‌اندازی اتاق هدایت عملیات بحران (EOC)
  - ✓ طرح‌های امدادی ویژه شامل: امداد نوروزی، امداد زمستانی و...

    امداد نوروزی: راه‌اندازی ۹۵ ایستگاه سلامتی در سراسر کشور

امداد زمستانی: انجام ٥٦٥٦١ مورد ماموریت امداد زمستانی در سال ١٣٨٦

- ✓ طرح بها (بسیج همگانی آموزش احیا)
- ✓ تهیه، تدوین و توزیع کتب آموزشی در زمینه فوریت‌های پزشکی
- ✓ توانمندسازی کارکنان عملیاتی اورژانس سراسر کشور
- ✓ پیشگیری از آسیب‌های ناشی از حوادث و ارتقای ایمنی، افزایش سطح ایمنی جامعه به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه از طریق کاهش میزان خسارات مالی و جانی ناشی از حوادث
- ✓ تربیت نیروی انسانی کارآمد ویژه اورژانس از طریق راه‌اندازی قطب‌های آموزشی و افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی فوریت‌های پزشکی
- ✓ آموزش همگانی عموم مردم در زمینه کمک‌های اولیه در فوریت‌های پزشکی
- ✓ تقویت آمادگی در برابر حوادث و سوانح غیرمترقبه در بخش‌های مختلف صاحب فرایند در بخش سلامت و تقویت و ارتقای واکنش سریع و مؤثر در راستای به حداقل رساندن مشکلات مرتبط با سلامت و ارتقای ظرفیت پاسخ‌دهی مناسب
- ✓ شمول آیین‌نامه اجرایی قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان فارغ‌التحصیل رشته فوریت‌های پزشکی
- ✓ افزایش درصد سهمیه پیام‌آوران بهداشت

- آموزش همگانی: برنامه جامع آموزش همگانی با هدف کاهش حوادث ترافیکی و غیر ترافیکی و عوارض ناشی از آن برای عموم مردم از سال ١٣٨٢ اجرا شد.

- ✓ از سال ١٣٦٢، سالانه ١٠٠٠ نفر آموزش می‌دیده‌اند، در حالی‌که در سال ٨٧- ١٣٨٦ بین ٢٠ -١٥ هزار نفر از مردم تحت آموزش کمک‌های اولیه در سطوح مختلف قرار گرفته‌اند.
- ✓ آموزش کمک‌های اولیه و اصول احیا به رانندگان تاکسی و اتوبوس‌های داخل شهری در سال ١٣٨٧ پایه‌گذاری و تاکنون ١٠٠٠٠ نفر تحت این آموزش‌ها قرار گرفته‌اند.
- ✓ بسیج همگانی آموزش احیاء: با توجه به این که در بسیاری از موارد، حتی در صورت فراهم بودن تمامی شرایط و امکانات برای نجات جان بیمار اورژانسی و یا مصدوم تنها به دلیل محدودیت زمان طلایی (٦-٤ دقیقه) این امکانات کارایی کافی را ندارند، لذا باید ترتیبی اتخاذ نمود تا بتوان در چنین شرایطی امکان ادامه حیات را برای فرد مصدوم فراهم کرد و این مهم میسر نمی‌گردد، مگر با اجرای عملیاتی «بسیج همگانی آموزش احیا» تا با آموزش

اصول ABC در بین عموم مردم بتوانند در زمان وقوع حادثه و تا رسیدن نیروهای امدادی ضمن حفظ خونسردی نسبت به انجام اقدامات اولیه احیا اقدام نمایند. محتوای آموزشی در سه سطح تدوین و چاپ گردید و در اختیار مخاطبین قرار داده شد. در این طرح، ۲۰۲۵۵۵ نفر در سراسر کشور در طی سال ۱۳۸۷ آموزش دیده‌اند.

- ✓ تامین نیروی انسانی آموزش‌دیده: با اجرای طرح پوشش فراگیر و افزایش تعداد پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ در سراسر کشور، مشکل کمبود نیروی انسانی به عنوان چالشی بزرگ پیش روی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی قرار گرفت. نیروی انسانی کارآمدی که به عنوان بازوی اجرایی اصلی اورژانس پاسخگوی نیازهای این مرکز و متضمن افزایش کیفیت خدمات آن باشد. بر این اساس تعداد دانشگاه‌هایی که به پذیرش دانشجو در رشته کاردانی فوریت‌های پزشکی به صورت نیمه متمرکز اقدام می‌نمودند به ۲۸ دانشگاه افزایش یافت و بدین ترتیب آمار سالانه پذیرش دانشجو از حدود ۸۰ نفر در سال ۱۳۸٤، به بیش از ۱۹۰٤ نفر در سال ۸۷ ارتقا یافت.
- ✓ نظر به افزایش تعداد پایگاه‌های شهری و جاده‌ای به تعداد ۱۹۸۰ پایگاه تا پایان برنامه چهارم توسعه و همچنین با توجه به کمبود ۲۵۷۷٤ نفر نیروی انسانی در سراسر کشور و نیز عدم کفایت تعداد فارغ‌التحصیلان رشته کاردانی فوریت‌های پزشکی پذیرفته شده در دانشگاه‌ها از طریق کنکور سراسری جهت اشتغال در پایگاه‌های اورژانس؛ به ویژه در مناطق محروم کشور که با کمبود نیروی انسانی شدیدی مواجه هستند، بر آن شدیم تا با جذب دانشجوی رشته فوریت‌های پزشکی از طریق گزینش دانشجوی بومی، ضمن بر طرف کردن مشکل کمبود نیروی انسانی در مراکز اورژانس، دست‌یابی به اهداف برنامه چهارم توسعه که همانا پوشش فراگیر پایگاه‌های اورژانس با حضور تکنسین‌های ماهر و کارآزموده در سراسر شهرها و جاده‌های کشور جهت خدمت‌رسانی به بیماران، مصدومین و حادثه‌دیدگان می‌باشد را، تسهیل نماییم. در این راستا ۹ قطب (اراک، بیرجند، مراغه، زابل، زاهدان، سبزوار، سمنان، دانشگاه شهید بهشتی و کاشان) راه‌اندازی و ۳ قطب دیگر (دزفول، گراش، بندر انزلی) در حال راه‌اندازی هستند.
- ✓ برگزاری کلاس‌های بازآموزی و آزمون‌های ماهانه به منظور ارتقای سطح علمی و ارزشیابی تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در کل کشور (حداقل ۱۸ دوره).

- ✓ توزیع بیش از ۶۰ هزار جلد کتاب آموزشی مرجع در بین تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در سراسر کشور
- ✓ مصوب نمودن آموزش‌های بدو و حین خدمت ویژه کارکنان مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی به عنوان آموزش‌های مدون مورد تایید سازمان مدیریت راهبردی ریاست جمهوری در سال ۱۳۸۷
- ✓ برگزاری المپیاد علمی – عملی کشوری تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی (دو دوره المپیاد در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ با شرکت تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی شاغل در مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور برگزار گردید).
- ✓ اجرای طرح آموزش پلیس امدادگر. در این دوره آموزشی، نیروهای پلیس نحوه معاینه و نحوه به کار گرفتن مهارت‌های پایه‌ای اورژانس را می‌آموزند تا ضمن به کارگیری آنها و نسبت به تثبیت وضعیت مصدوم تا رسیدن نیروی امدادی تخصصی اقدام نمایند.
- ✓ راه‌اندازی دوره MPH با گرایش سوانح و بلایا
- ✓ برگزاری دوازده کارگاه آموزشی نحوه احراز سلامت جسمی و روانی متقاضیان گواهینامه‌های رانندگی با شرکت بیش از ۲۱۰۰ نفر از پزشکان ناجا
- ✓ بسیج همگانی آموزش احیا

تأمین سلامت افراد جامعه در کشور ما، همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، امریست همگانی که حفظ و ارتقای آن، در گرو اقدامات جمعی و مشارکت‌های بین بخشی تمام اعضای دولت و حضور آگاهانه مردم است. در بررسی‌های انجام شده در کشورهای پر درآمد، مشخص گردید که ۵۰٪ موارد مرگ آسیب‌دیدگان حوادث ترافیکی جاده‌ای در عرض چند دقیقه در صحنه تصادف یا حین انتقال به بیمارستان اتفاق می‌افتد و این موضوع نقش آماده‌سازی حاضران در صحنه تصادف و یا اولین کسانی که وارد صحنه حادثه شده و می‌توانند نقش مهمی را در حفظ حیات مصدوم ایفا کنند، تصریح می‌نماید؛ نظیر انجام عملیات احیاء، برقراری تماس با سرویس‌های خدمات اورژانس و یا سایر واحدهای امدادرسان، کمک به امنیت صحنه تصادف (مثل جلوگیری از تصادفات بیشتر، پیشگیری از ورود آسیب به امدادگران و حاضرین در صحنه، کنترل جمعیت حاضر در محل و...)

با توجه به این که در بسیاری از موارد حتی در صورت فراهم بودن تمامی شرایط و امکانات برای نجات جان بیمار اورژانسی و یا مصدوم تنها به دلیل محدودیت زمان طلایی (٦-٤ دقیقه) این امکانات کارایی کافی را ندارند، لذا باید ترتیبی اتخاذ نمود تا بتوان در چنین شرایطی امکان ادامه حیات را برای فرد مصدوم فراهم کرد و این میسر نمی‌گردد جز با اجرای عملیاتی «بسیج همگانی آموزش احیا».
محتوای آموزشی در سه سطح تدوین و چاپ گردید و در اختیار مخاطبین قرار داده شد.

هدف کلی

کاهش مرگ و میر قابل پیشگیری ناشی از حوادث و فوریت‌های پزشکی در کشور از طریق آموزش عمومی مردم در زمینه مهارت‌های احیا به گونه‌ای که گروه‌های هدف قادر باشند:

- با اورژانس ١١٥ و یا سایر واحدهای امدادی تماس برقرار نموده و درخواست کمک نمایند.
- از باز بودن راه هوایی بیمار یا مصدوم اطمینان حاصل نمایند.
- در صورت انسداد راه هوایی بیمار یا مصدوم، بسته به وضعیت وی، نسبت به انجام مانورهای لازم و باز نمودن راه هوایی اقدام نمایند.
- تهویه مناسب برای بیمار برقرار کنند.
- وضعیت گردش خون بیمار را ارزیابی کنند.
- در صورت وجود مشکل در جریان خون بیمار، نسبت به برقراری آن اقدام کنند.

مخاطبین طرح آموزش کمک‌های اولیه به عموم مردم

اولویت اول

- نیروهای نظامی و انتظامی کلیه رده‌ها
- رانندگان حمل و نقل عمومی
- نیروهای امدادی (آتش‌نشان‌ها، غریق نجاتان، هلال احمر و...)
- مهمانداران هواپیما

اولویت دوم

- کارگران
- اصناف

- ورزشکاران
- رانندگان
- بانوان محله
- بسیج
- مراجعین فرهنگسراها
- کانون‌های مساجد
- دانش‌آموزان در سه مقطع ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان

اولویت سوم

- بهورزان
- دانشجویان گروه علوم پزشکی و غیر پزشکی (کاردان و کارشناس)
- کارمندان
- معلمین
- طلاب
- رابطین مدارس

اولویت چهارم

- مسوولین کشوری (نمایندگان مجلس، اعضای هیأت دولت)

جدول ۲: تعداد نفرات آموزش دیده در طرح بسیج همگانی آموزش احیا به تفکیک دانشگاه

ردیف	نام دانشگاه	تعداد نفرات آموزش‌دیده	ردیف	نام دانشگاه	تعداد نفرات آموزش‌دیده
۱	فارس	۳۹۶۶	۱۵	ایلام	۱۰۷۹
۲	جهرم	۲۹۱۶	۱۶	مازندران	۸۵۰
۳	اردبیل	۹۰۰	۱۷	سبزوار	۹۸۸
٤	شهید صدوقی یزد	۲٤۱۲	۱۸	سمنان	۸۲۲
۵	رفسنجان	۲۵۰۰۰	۱۹	ارومیه	٤۰۰
٦	چهارمحال و بختیاری	۱۱٦٦۷	۲۰	ایران	۲۵۳۰٤
۷	خراسان شمالی	۱۰۰۰	۲۱	همدان	۱۰۰
۸	تهران	۸۳۵	۲۲	قزوین	۷۱۳

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول ۲

ردیف	نام دانشگاه	تعداد نفرات آموزش‌دیده	ردیف	نام دانشگاه	تعداد نفرات آموزش‌دیده
۹	شهید بهشتی	۱٤۹	۲۳	بوشهر	٥٤٠
۱۰	شاهرود	۲۸۳۱	۲٤	اراک	٥٤۷۲
۱۱	زاهدان	۲۰۸	۲٥	زنجان	۲۷۹۳
۱۲	گیلان	٥۹۸۷٥	۲٦	گلستان	٤۲٦٦٤
۱۳	کرمانشاه	۷۰۰۰	۲۷	گناباد	۳۳۲
۱٤	بابل	۱۷۳۹		جمع کل	۲۰۲٥٥٥

جدول ۳: تعداد نفرات آموزش دیده به تفکیک اولویت‌های تصویب شده در طرح بسیج همگانی احیا

اولویت‌ها	مخاطبین طرح	تعداد کل نفرات آموزش دیده
اولویت اول	نیروی انتظامی	۹٦۱۸
	رانندگان	۱۱۱۳٦
	نیروهای امدادی (آتش‌نشان‌ها، غریق نجاتان، هلال احمر)	۳۳۳٤
	مهمانداران هواپیما	–
اولویت دوم	کارگران	۹۲٥٤
	اصناف	۱۳۸۸
	ورزشکاران	۱۰۳۸
	دانش‌آموزان	۱۱۸۳۹۳
	بانوان محله	۲۳۱٦
	بسیج	۱٥۹۳۸
	مراجعین فرهنگسراها	۱۸۳٥
	کانون‌های مساجد	٦۰٥۸
	عموم مردم	۳۲۷۱۱
اولویت سوم	بهورزان	٤۲۷۹
	دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی	۳٦٤٦
	کارمندان	۱۱۲٥۲
	معلمین	۳۲٥٤
	طلاب	۱۰۲۰
	رابطین مدارس	۳۱٦۰

تامین نیروی انسانی آموزش‌دیده

با اجرای طرح پوشش فراگیر و افزایش تعداد پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ در سراسر کشور، مشکل کمبود نیروی انسانی به عنوان چالشی بزرگ پیش روی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی قرار گرفت. نیروی انسانی کارآمدی که به عنوان بازوی اجرایی اصلی اورژانس، پاسخگوی نیازهای این مرکز و متضمن افزایش کیفیت خدمات آن باشند.

تا پیش از آن زمان، تنها در ٤ دانشگاه و به تعداد معدود دانشجویانی در رشته کاردانی فوریت‌های پزشکی پذیرفته شده بودند که این تعداد انگشت‌شمار، به هیچ وجه کفاف نیازهای روزافزون کشور را نمی‌داد. بر این اساس تعداد دانشگاه‌هایی که به پذیرش دانشجو در این رشته به صورت نیمه متمرکز اقدام می‌نمودند، به ۲۸ دانشگاه افزایش یافت و بدین ترتیب آمار سالانه پذیرش دانشجو از حدود ۸۰ نفر در سال ۱۳۸٤، به بیش از ۸۰۰ نفر در سال ۸٦ ارتقا یافت. اما یکی از مهمترین مشکلات پیش‌رو در پذیرش این دانشجویان ویژگی‌های منحصر به فرد شغلی این رشته بود. ویژگی خاصی که نیاز به روحیه‌ای سرشار از علاقمندی به حرفه، همراه با توانمندی‌های علمی و عملی فراوان داشت. دانشجویانی که می‌باید علاوه بر علم‌جویی، دلسوز و پایبند به مقررات محیط عملیاتی اورژانس بوده و همچنین از سلامت جسمانی و روانی کافی برخوردار باشند. به همین منظور در سال ۸۵ و با کمک کارشناسان محترم معاونت آموزشی و اساتید این امر، شیوه نامه‌ای با هدف تبیین انحای مختلف پذیرش دانشجوی این رشته به نگارش درآمد و در تاریخ ۸۵/۵/۲۱ به تصویب سی‌امین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی رسید. پس از آن، برای یک دوره، ۹ قطب آموزشی رشته فوریت‌های پزشکی راه‌اندازی شد که به امر آموزش دانشجویان بومی با استفاده از شیوه‌نامه پرداختند. در مهرماه ۱۳۸۵، هیات ممتحنه و ارزشیابی رشته فوریت‌های پزشکی بازنگری کوریکولوم آموزشی را در دستور کار خود قرار داد و بر اساس مصوبه سی و ششمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی مورخ ۸٦/۱۲/۱۱، مشخصات کلی برنامه، سرفصل دروس و نحوه ارزشیابی رشته کاردانی فوریت‌های پزشکی مورد بازنگری قرار گرفته و به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ گردید. روند پذیرش دانشجوی این رشته به اجمال در جدول ٤ و ۵ به تصویر درآمده است.

جدول ٤: جدول وضعیت پذیرش دانشجو از طریق مراکز آموزش فوریت‌های پزشکی

ردیف	نام استان	۸٤	۸۵	۸٦	ردیف	نام استان	۸٤	۸۵	۸٦
۱	آذربایجان غربی	–	۳۳	۵٤	۱۸	شیراز	۲۳	۳۰	۲٤
۲	آذربایجان شرقی	۲۹	۲۱	۲۰	۱۹	فسا	–	۲۲	۲٦
۳	اردبیل	–	–	۳۳	۲۰	قزوین	–	۲۰	۹
٤	بجنورد	–	۱۹	۱۳	۲۱	قم	–	–	٦
۵	بوشهر	–	۱۵	۱۳	۲۲	کردستان	–	۳۲	۳۰
٦	بیرجند	–	۲۳	۳۱	۲۳	کرمان	–	۳۲	۲۸
۷	چهارمحال و بختیاری	–	–	٤٦	۲٤	کرمانشاه	–	۳٤	۳۰
۸	خراسان رضوی	۱۸	۲۲	۲٦	۲۵	گناباد	–	۲۰	۲٤
۹	خوزستان	–	۲۸	۳۲	۲٦	گیلان	–	۳٦	۱٤
۱۰	رفسنجان	–	–	۳۳	۲۷	لرستان	–	۳۰	۳۰
۱۱	زابل	–	۵۰	۳۳	۲۸	مازندران	–	۱٦	۲۹
۱۲	زنجان	–	۲۱	۱٦	۲۹	مرکزی	–	۳۳	۹
۱۳	سمنان	–	۳۰	٤	۳۰	هرمزگان	–	۱۱	۱۰
۱٤	سبزوار	–	۳۱	٤۲	۳۱	همدان	–	۲۸	۵۳
۱۵	زاهدان	–	۲۰	۳۱	۳۲	یزد	–	۱۵	۲۹
۱٦	شاهرود	–	۲۱	۱۸	۳۳	شهید بهشتی	–	۲۱	–
۱۷	ممسنی	–	–	۱۵					
جمع کل							۸٦	۷۱۸	۸۱۱

نظر به افزایش تعداد پایگاه‌های شهری و جاده‌ای به تعداد ۱۹۸۰ پایگاه تا پایان برنامه چهارم توسعه و همچنین با توجه به کمبود ۲۵۷۷٤ نفر نیروی انسانی در سراسر کشور و نیز عدم کفایت تعداد فارغ‌التحصیلان رشته کاردانی فوریت‌های پزشکی پذیرفته شده در دانشگاه‌ها از طریق کنکور سراسری جهت اشتغال در پایگاه‌های اورژانس به ویژه در مناطق محروم کشور که با کمبود نیروی انسانی شدیدی مواجه هستند، بنا شد با جذب دانشجوی رشته فوریت‌های پزشکی از طریق گزینش دانشجوی بومی، ضمن بر طرف کردن مشکل کمبود نیروی انسانی در مراکز اورژانس، دست‌یابی به اهداف برنامه چهارم توسعه که همانا پوشش فراگیر پایگاه‌های اورژانس با حضور تکنسین‌های ماهر و کارآزموده در سراسر شهرها و جاده‌های کشور جهت خدمت‌رسانی به بیماران، مصدومین و حادثه دیدگان می‌باشد، محقق گردد.

جدول ٥: وضعیت پذیرش دانشجو از طریق شیوه‌نامه و به روش بومی

ردیف	دانشگاه/ شهر	پذیرش در سال ٨٥ (نفر)	پذیرش در سال ٨٦(نفر)	وضعیت آموزشکده فوریت ها
١	اراک / اراک	-	٢٤	راه اندازی نشده است
٢	اهواز / دزفول	-	-	راه اندازی شده است
٣	بیرجند	٢٥	-	راه اندازی شده است
٤	تبریز / مراغه	-	٣٤	راه اندازی شده است
٥	زابل/ زابل	٥١	-	راه اندازی شده است
٦	زاهدان/ ایرانشهر	٢٠	-	راه اندازی شده است
٧	سبزوار	٢٨	-	راه اندازی شده است
٨	سمنان/ سرخه	٣٧	-	راه اندازی شده است
٩	شهید بهشتی	٣٢	-	راه اندازی شده است
١٠	شیراز / گراش	-	-	در حال راه اندازی
١١	گیلان / بندر انزلی	-	-	راه اندازی نشده است
١٢	کاشان	٤٢	-	راه اندازی شده است
	جمع	٢٣٥	٥٨	

دبیرخانه کارگروه بهداشت و درمان سلامت

پس از تصویب قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات بلایای طبیعی توسط مجلس شورای اسلامی در سال ١٣٧٠، کمیته فرعی تخصصی بهداشت و درمان کاهش اثرات بلایای طبیعی به عنوان یکی از کمیته‌های ٩گانه کمیته ملی کاهش اثرات بلایای طبیعی در اسفند ماه سال ١٣٧٤ تشکیل و شروع به فعالیت نمود و در راستای اجرای ماده ١١ آیین‌نامه اجرایی قانون تشکیل کمیته ملی و به پیشنهاد وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی وقت، مسوولیت آن به معاونت بهداشتی وزارت واگذار گردید.

پس از تصویب طرح جامع امداد و نجات کشور در جلسه مورخه ٨٢/١/١٧، کمیته مذکور تحت عنوان کارگروه بهداشت و درمان در حوادث و سوانح غیرمترقبه در سطح کشور در ستاد وزارت و در استان‌ها با تشکیل دبیرخانه استانی به فعالیت خود ادامه داده و پس از تصویب آیین‌نامه و شرح وظایف پیشنهادی کارگروه که به استناد طرح مذکور توسط وزارت بهداشت تهیه شده، کمیته تحت همین نام به عنوان یکی از کارگروه‌های تخصصی عملیاتی با هدف کلی پیشگیری، مراقبت، توانبخشی عوارض ناشی از سوانح و حوادث غیر مترقبه قبل، حین و بعد از بروز سانحه به فعالیت خود ادامه می‌دهد.

وضعیت موجود

در راستای نیل به اهداف از پیش تعیین شده، دبیرخانه کارگروه بهداشت و درمان در حوادث و سوانح پیش‌بینی نشده، اقدام به تدوین برنامه راهبردی و عملیاتی خود نمود و در راستای برنامه‌های از پیش تعیین شده و حسب اولویت‌های اصلی در سیستم مدیریت بحران در کشور، فعالیت‌های زیر را به انجام رساند:

خریداری و تجهیز کیت‌های ارایه خدمات بهداشت خانواده در بحران برای جمعیت ده هزار نفر در طول سه ماه

- تدوین دستورالعمل میدانی برای پرسنل بهداشتی در بحران‌ها برای بهداشت خانواده
- تدوین برنامه عملیاتی جامع کشوری ارایه خدمات بهداشت خانواده در بحران‌ها
- تعیین هشت قطب کشوری مدیریت بحران و راه‌اندازی مراکز مدیریت بحران در آنها
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی
- طراحی برنامه جامع اطلاعات جغرافیایی (GIS) نظام ارایه خدمات بهداشتی -درمانی
- طراحی چک‌لیست پایش آمادگی نظام ارایه خدمات بهداشتی -درمانی کشور در مقابله با حوادث و سوانح غیرمترقبه
- تهیه آیین‌نامه و شرح وظایف دبیرخانه کارگروه‌های استانی
- اجرای مانور
- تهیه بانک اطلاعاتی کارشناسان حوادث غیرمترقبه، منابع فیزیکی و توانمندی‌های مراکز ارایه دهنده خدمت
- طراحی کوله‌های تیمی پاسخ سریع
- تهیه مشخصات و استانداردهای بیمارستان صحرایی

شرح برنامه

دبیرخانه در راستای دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده، اقدام به انجام فعالیت‌های زیر نمود:

- استقرار دوره آموزشی جامعه محور
- تهیه برنامه‌های پاسخ مبتنی بر سناریو در استان‌های پایلوتی که بیشتر در معرض بلایا هستند.
- طراحی سیستم مدیریت اطلاعات در بحران
- تدوین SOP برای ستاد هدایت بحران
- طراحی و اجرای برنامه آمادگی بیمارستان‌ها در مواقع بحران
- طراحی مدل آموزشی برای مدیران سلامت در شرایط بحران
- توانمندسازی ظرفیت سازمان‌های غیردولتی برای بحران
- بازنگری سیاست‌های کشوری مدیریت بحران
- طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی اینترنتی مدیریت بحران

یکی از ابزارهای مهم برای مدیریت حوادث، توانمندسازی جامعه و استفاده از ظرفیت‌های آن می‌باشد. در میان روش‌های ظرفیت‌سازی، آموزش و اطلاع‌رسانی نقش ضروری و حیاتی دارد. هدف از طراحی این برنامه، طراحی مدل‌هایی برای جامعه و تعلیم‌گیرندگان بر اساس راهبردهای موجود در جامعه می‌باشد.

- تهیه برنامه‌های پاسخ مبتنی بر سناریو در استان‌های پایلوتی که بیشتر در معرض بلایا هستند.

هدف از طراحی این برنامه پاسخ‌دهی سریع و موثر به حوادث می‌باشد. جهت دستیابی به این هدف اقدامات زیر باید صورت پذیرند:

- ✓ تجزیه و تحلیل مخاطرات، الویت‌بندی، تهیه سناریو، تهیه برنامه پاسخ برای هر بحران و سناریو و در نهایت به روز کردن برنامه
- ✓ طراحی سیستم مدیریت اطلاعات در بحران که هدف اصلی سازمان اورژانس کشور از طراحی این سیستم تولید «نرم‌افزار پشتیبان تصمیم‌گیری برای مدیران عملیات اورژانس مستقر در EOC با استفاده از فناوری اطلاعات مکانی» می‌باشد.

- تدوین SOP برای ستاد هدایت بحران که هدف اصلی از طراحی این طرح، تعریف فرایندهای عملیاتی استاندارد در طی بحران و بعد از آن برای EOC می‌باشد. طراحی سیستم کنترل و سیستم فعال‌سازی و غیر فعال‌سازی EOC نیز جزء این طرح می‌باشد.
- طراحی و اجرای برنامه آمادگی بیمارستان‌ها در مواقع بحران

مراکز درمانی، به‌عنوان اصلی‌ترین سازمان‌های درگیر در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه، نیازمند وجود برنامه مدون مقابله با حوادث هستند. برنامه مقابله با حوادث غیرمترقبه در مراکز درمانی به دو بخش پیش از وقوع حادثه و پس از وقوع حادثه تقسیم می‌گردد. پیش از وقوع حادثه، شناسایی کلیه خطرات محتمل‌الوقوع، پیشگیری، آماده‌سازی و ایمن‌سازی مرکز درمانی و پرسنل شاغل در آن، تدوین برنامه کامل مقابله با حوادث غیر مترقبه، آشناسازی پرسنل با قسمت‌های مختلف برنامه و شرح وظایف آنان در برنامه و ایجاد ارتباطات بیرونی با کلیه سازمان‌های پاسخ‌دهنده به حادثه و سازمان‌های کمکی مهمترین اهداف برنامه را تشکیل می‌دهند.

برنامه مقابله با حوادث غیرمترقبه، پس از وقوع حادثه اهداف مهمی همچون تشکیل سریع سیستم فرماندهی حادثه، برقراری ارتباط با ستاد بحران و سایر سازمان‌های پاسخ دهنده به حادثه، اجرای دقیق شرح وظایف کلیه واحدها، ارایه خدمات مناسب به بیماران قبلی و مصدومین جدیدالورود و در نهایت ارزیابی مجدد برنامه و بازنگری آن‌را دنبال می‌کند.

- توانمندسازی ظرفیت سازمان‌های غیردولتی برای بحران

شناسایی، تدوین چارت هماهنگی مشتمل بر خدمات، امکانات و سرویس‌های قابل ارایه توسط این سازمان‌ها، شناسایی توانمندی‌های سازمان‌های غیر دولتی، افزایش ظرفیت علمی سازمان‌های غیر دولتی و تدوین برنامه‌ای جهت استفاده از توانمندی‌های NGO در زمان بحران، از اهداف این برنامه می‌باشد.

برنامه‌های آتی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی[1] کشور

- ساماندهی وضعیت ارتباطات و فناوری اطلاعات اورژانس پیش بیمارستانی در سطح کشور
- معرفی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور به سازمان‌های مرتبط بین‌المللی
- بسیج همگانی آموزش احیا (آموزش ABC)
- پیاده‌سازی طرح‌های پژوهشی مرتبط با فوریت‌های پزشکی
- طرح پوشش فراگیر اورژانس هوایی، زمینی، موتوری، دریایی و ریلی

[1] **فوریت پزشکی:** خدمات پیش بیمارستانی در قالب نظام فوریت‌های پزشکی کشور شکل گرفته و به وضعیتی اطلاق می‌گردد که در صورت عدم انجام یک اقدام امدادی یا درمانی بجا و به موقع منجر به صدمات جانی و عضوی می‌گردد.

- طراحی رویکردهای نوین پیشگیری از حوادث و سوانح
- طرح تدوین راهنمای بالینی خدمات فوریت‌های پزشکی
- نهایی‌سازی برنامه‌های عملیاتی کشوری مدیریت بهداشت و درمان در حوادث غیرمترقبه به صورت جامع و قابل انطابق با نظام سلامت کشور
- طراحی برنامه مقابله برای انواع اصلی بحران شامل زلزله، سیل، خشکسالی، حوادث شیمیایی و بیولوژیکی و اپیدمی‌ها
- طراحی بسته‌های خدمتی و نهایی‌سازی برنامه عملیاتی کشوری ادارات زیرمجموعه معاونت سلامت مشتمل بر بهداشت خانواده، بهداشت روان، بهداشت محیط، فوریت‌های پزشکی، تغذیه
- راه‌اندازی سیستم مدیریت اطلاعات در بحران در سطح ملی (DMIS)
- استقرار نظام پدافند غیرعامل سلامت
- طراحی نظام ارتقای ظرفیت‌های علمی و آموزشی در حوزه حوادث غیرمترقبه:
  - ✓ استقرار دوره آموزشی جامعه محور
  - ✓ تهیه برنامه‌های پاسخ مبتنی بر سناریو در استان‌های پایلوتی که بیشتر در معرض بلایا هستند.
  - ✓ طراحی سیستم مدیریت اطلاعات در بحران
  - ✓ تدوین SOP برای ستاد هدایت بحران
  - ✓ طراحی و اجرای برنامه آمادگی بیمارستان‌ها در مواقع بحران
  - ✓ طراحی مدول آموزشی برای مدیران سلامت در شرایط بحران
  - ✓ توانمندسازی ظرفیت سازمان‌های غیردولتی برای بحران
  - ✓ بازنگری سیاست‌های کشوری مدیریت بحران
  - ✓ طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی اینترنتی مدیریت بحران

موضوعات اصلی و چالش‌ها

- افزایش روزافزون جمعیت کل کشور
- شهرنشینی و فرآیند صنعتی شدن
- افزایش مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح رانندگی
- افزایش جرایم، بیماری‌های اجتماعی و مشکلات ناشی از افزایش فاصله‌های طبقاتی
- افزایش تعداد مصرف‌کننده‌های خدمات اورژانس

- کمبود تعداد پایگاه‌ها در مناطق پرخطر جاده‌ای و حادثه‌خیز به دلیل نبود بودجه کافی به طوری که پیشرفت برنامه طبق طرح پوشش فراگیر اورژانس غیرممکن می‌باشد.
- طولانی بودن خطوط فرماندهی در اورژانس به لحاظ عدم انسجام و یکپارچگی در ساختار تشکیلاتی اورژانس در سطح کشور و پیامدهای ناشی از آن
- عدم یکپارچه‌سازی اتوماسیون و ارتباطات اورژانس کشور در دانشگاه‌ها
- ناهمگونی اعمال سیاست‌های حوادث و فوریت‌های پزشکی در دانشگاه‌ها
- کمبود ناوگان و امکانات و تجهیزات لازم در آمبولانس اورژانس کشور
- عدم وجود نیروی انسانی کافی و ماهر جهت استقرار در پایگاه‌ها
- عدم تخصیص مناسب اعتبارات و بودجه
- عدم تطابق حقوق و مزایای کارکنان اورژانس‌های سراسر کشور با توجه به صعوبت کار
- عدم تامین اعتبار لازم جهت حفظ شرایط موجود پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵
- عدم تامین اعتبار لازم جهت راه‌اندازی پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵بر اساس برنامه چهارم توسعه
- عدم تقویت و ارتقای ظرفیت پاسخ‌دهی به حوادث غیر مترقبه به ویژه در بخش سلامت
- عدم وجود سیستم فرماندهی کل به‌عنوان ضامن اجرایی (شبه نظامی)
- ناهمگونی اعمال سیاست‌های حوادث و فوریت‌های پزشکی در سطح کشور
- عدم وجود سیستم ارتباطات رادیویی مناسب جهت هماهنگی در ارایه خدمات فوریت‌های پزشکی
- حادثه‌خیز بودن جاده‌های برون شهری
- لزوم انجام طرح‌های پژوهشی میزان بروز حوادث ترافیکی
- لزوم آموزش قبل و حین خدمت تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی
- کمبود پایگاه‌های اورژانس هوایی جهت سرعت بخشیدن به انتقال مصدومین و حادثه‌دیدگان از بزرگراه‌ها و جاده‌های خارج از شهر نسبت به کل مساحت کشور
- عدم وجود بالگردهای مناسب جهت ارایه خدمات فوریت‌های پزشکی هوایی در سطح کشور
- وجود نقاط کور متعدد تلفن همراه در مسیر راه‌های اصلی کشور
- کمبود شدید نیروی انسانی ماهر

- عدم تمایل فعالیت در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی به علت پایین بودن سطح دستمزدها و عدم پرداخت کارانه
- عدم تعامل کافی سازمان‌های همکار در اجرای آیین‌نامه طرح پوشش فراگیر

مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان

اداره نظارت بر درمان

مقدمه

تغییرات اساسی در نظام سلامت کشور پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران و نیاز جامعه بر مبنای تحولات انجام شده و نیز در چارچوب قانون اساسی و برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... که توجه ویژه‌ای را در بعد سلامت آحاد مردم به‌عنوان یک تکلیف مهم رقم زده بود؛ ایجاب می‌نمود تا تغییرات و اصلاحات و تدوین قوانین جدید در زمینه‌های نظارت و پایش مراکز درمانی انجام پذیرد و ساختار و تشکیلات جدید سازمانی در زمینه نظارت بر درمان در سطح دانشگاه‌ها و ستاد وزارت متبوع تعیین گردد.

اداره نظارت بر درمان، در سطح ستاد وظیفه تدوین استانداردهای نظارتی با همکاری دانشگاه‌ها، بازبینی و تهیه چک لیست‌های نظارتی مراکز درمانی با همکاری دانشگاه‌ها، پیشنهاد اصلاح و تدوین قوانین به روز شده و کارآمد در زمینه نظارت بر درمان، تعامل و همکاری با سازمان‌هایی که به نوعی با سلامت و نظارت بر تبلیغات و آگهی‌های پزشکی و نیز برخورد با تخلفات را بر عهده دارد؛ از این گذشته، بررسی چالش‌ها و نیازها در جهت برنامه‌ریزی عملیاتی صحیح و اصلاح فرایندها و روش‌های رسیدگی به شکایات و یافتن راه‌های ارتقای رضایت‌مندی بیماران و کاهش سطح خطاهای درمانی و ارتقای کیفیت با اعمال نظارتی هدفمند و یکپارچه در سطح ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی و هماهنگی‌های بین بخشی و دانشگاهی و برون‌بخشی (حسب نیاز و مورد) نیز بر عهده این بخش است.

شاخص‌ها

شاخص رضایت‌مندی بیماران در زمینه‌های کیفیت درمان، تکریم ارباب‌رجوع، رعایت تعرفه‌های پزشکی، منشور حقوق بیماران، خدمات به‌موقع و مورد نیاز در بخش‌های اورژانس و ویژه، سطح شکایات پزشکی به تفکیک در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی.

- تصویب قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت و درمان و قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (مواد ۱، ٦، ۱۱، ۱۲) در سال‌های پس از پیروزی انقلاب تکالیفی را برای تمامی حوزه‌های سلامت از جمله برنامه‌ریزی و نظارت بر عملکرد موسسات پزشکی تعیین و بدنبال آن آیین‌نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نحوه اجرای آن را مشخص نمود.
- تصویب قانون اصلاح ماده ۳ قانون مربوط به امور پزشکی، دارویی و... در زمینه برخورد با دخالت افراد فاقد صلاحیت علمی و فنی و نیز تاسیس موسسات پزشکی بدون اخذ پروانه رسمی
- تصویب قانون چگونگی تعیین وظایف و صلاحیت شاغلان حرفه‌های پزشکی
- اصلاح مواد ۱- ۹- ۱۰- ۱۳ و... و آیین‌نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت
- آیین‌نامه اجرایی قانون تنظیم هزینه‌های درمانی و بهداشتی
- تصویب قانون و آیین‌نامه اجرایی طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس اسلام
- قانون برنامه سوم و چهارم توسعه (به‌خصوص مواد ۸۸ الی ۹۲)
- درج و تعیین بخش تخلفات در آیین‌نامه‌های تاسیس موسسات پزشکی (بیمارستان، درمانگاه و مراکز جراحی محدود، مراکز تصویربرداری، فیزیوتراپی و سایر مراکز توانبخشی، دفاتر کار حرف وابسته پزشکی و...) که پس از انقلاب تهیه و تعداد کمی هم بازبینی شده است.
- تهیه و تدوین حدود ٤۲ دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده
- تهیه چک لیست‌های نظارتی نحوه عملکرد دانشگاه‌های علوم پزشکی
- تنظیم و ابلاغ دستورالعمل‌هایی در جهت رعایت و حفظ منشور حقوق بیماران و تکریم ارباب‌رجوع در مراکز درمانی
- تهیه و ابلاغ بخشنامه‌های اجرایی به دانشگاه‌های علوم پزشکی در زمینه‌های
  - ✓ رعایت تعرفه‌های پزشکی
  - ✓ جلوگیری از درمان‌های زائد و اضافی از سوی پزشکان و...
  - ✓ موارد ترغیب بیماران به دادن رضایت شخصی و هدایت ایشان به مراکز درمانی خصوصی
  - ✓ رعایت شئونات حرفه‌ای، پزشکی و طرح انطباق امور پزشکی
  - ✓ رعایت ضوابط علمی و استانداردهای درمانی

- ✓ ممنوعیت حضور اعضاء هیات علمی و مستخدمین دولت در ساعات اداری در بخش خصوصی
- ✓ برخورد قانونی با موارد اخذ وجوه غیر قانونی (زیر میزی)
- ✓ -لحاظ نمودن عملکرد نظارتی موسسات پزشکی و سوابق تعزیراتی و تخلفاتی آنها در ارزشیابی سالانه بیمارستان‌ها، تمدید پروانه‌ها و نظایر آن
- ✓ تاکید بر رعایت ضوابط مربوط به تابلو و سرنسخه موسسات پزشکی و مطب‌ها و دفاتر کار
- ✓ شناسایی و برخورد با تبلیغات سوء و گمراه‌کننده در زمینه‌های چاقی، لاغری، زیبایی، پوست و مو و...
- ✓ تاکید بر پذیرش بی‌قید و شرط بیماران و مصدومین فوریتی از سوی تمامی مراکز درمانی
- ✓ ارسال عملکرد کمیسیون‌های ماده ۱۱ دانشگاه‌ها
- ✓ ارسال برنامه‌ها و فعالیت‌های عملکردی ادارات نظارت بر درمان دانشگاه‌ها
- ✓ ضرورت توجه به رضایت‌مندی بیماران در مراکز درمانی

پیشنهادها

- رفع خلاءهای قانونی و قوانین موازی با سایر سازمانه
- تقویت بنیه کارشناسی و ارتقای آموزش و مهارت‌های فنی کارشناسان
- اجرای دقیق ضوابط و مقررات نظارتی از سوی دانشگاه‌ها و تعامل دو سویه فی مابین
- برنامه‌ریزی صحیح و هدفمند قابل اجرا و دست یافتنی در امور نظارتی
- استفاده از تمام ظرفیت‌های موجود اعم از پرسنلی، قانونی، مدیریتی و...
- همکاری نزدیک و جدی با سازمان‌هایی که به نوعی با مقوله سلامت مرتبط می‌باشند.

اداره ارزشیابی مراکز و مؤسسات درمانی کشور

مقدمه

اداره ارزشیابی مراکز درمانی، وظیفه تدوین استانداردهای خدمات درمانی، چک لیست های مربوطه و صدور گواهینامه‌های ارزشیابی براساس نتایج ارزشیابی به عمل آمده توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را برعهده دارد.

گزارش سی ساله

- بر اساس ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳٦٤، کلیه مؤسسات و واحدهای بهداشتی و درمانی و پزشکی کشور که از طریق بخش خصوصی و غیردولتی در امر بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند، تحت نظارت، کنترل و برنامه‌ریزی این وزارتخانه قرار دارند. آیین‌نامه اجرایی ماده مذکور توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳٦٥ آماده و مصوب گردید که از سال ۱۳٦٥ تا سال ۱۳۷۳، آیین‌نامه اجرایی فوق مبنای قانونی ارزشیابی بیمارستان‌ها بوده است. حوالی آذرماه سال ۱۳۷۳، حوزه معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعملی در ۲٥ صفحه به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ کرد که کلیات و اساس آن بر مبنای آیین‌نامه فوق‌الذکر می‌باشد و بر مبنای آن، نظارت بر عملکرد بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، خیریه و نهادها به دانشگاه‌های علوم پزشکی محل محول می‌شد.
- شایان ذکر است که با توجه به اهمیت و ویژگی‌های خاص بخش‌های مراقبت ویژه، در سال ۱۳۷٤ دستورالعمل جداگانه‌ای برای ارزشیابی و درجه‌بندی بخش‌های مراقبت ویژه (به تفکیک CCU و ICU) از سوی دفتر ارزشیابی و نظارت معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنظیم و به دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت اجرا ابلاغ گردید. دستورالعمل مذکور هنوز مبنای ارزشیابی بخش‌های مراقبت ویژه است.
- در ادامه مسیر تغییر ضوابط و استانداردهای ارزشیابی در مرداد ماه ۱۳۷٦، دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور از سوی معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنظیم و از سوی مقام عالی وزارت جهت اجرا به

دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید و اکنون نیز همچنان مبنای ارزشیابی بیمارستان‌های کشور می‌باشد.

- الزام بیمارستان‌ها نسبت به کسب امتیاز لازم در پنج محور شاخص‌های کیفی اورژانس (الف/۲)، شاخص‌های کیفی بیمارستانی (ب/۱۷)، بهداشت و نظافت (ب/۹)، مدارک پزشکی و اطلاع‌رسانی (ب/۱۰) و کمیته‌ها و شوراهای بیمارستانی (ب/۱۱)، از محورهای ارزشیابی هستند و در صورت عدم رفع نواقص و ارتقای امتیازات در محورهای مذکور (بخشنامه شماره ۲/۲۷۶۲۹/س مورخ ۸۵/۳/۳۱)
- با توجه به نقش اجرایی اقدامات ده‌گانه بیمارستان‌های دوستدار کودک در شروع موفق تغذیه با شیرمادر و تأثیر به سزای آن در تداوم شیردهی و به منظور تقویت عملکرد بیمارستان‌ها در این خصوص، کسب حداقل ٤٠ امتیاز از ٤٥ امتیاز مربوطه در ارزشیابی بیمارستان‌ها در نظر گرفته شده و پیگیری می‌شود (بخشنامه شماره ۱۳۳۵۳٦ مورخ ۸۵/٤/۲۷).
- با توجه به نقش اساسی بخش اورژانس مراکز درمانی در تضمین سلامت مردم و نجات جان افراد در موقع بروز حوادث و سوانح و لزوم ارایه بهینه خدمات اولیه به منظور تثبیت اولیه مصدومین و بیماران اورژانسی، ضرورت کسب حداقل ۹۰٪ امتیاز مربوطه به امتیازات اورژانس در چک لیست ارزشیابی بیمارستان‌های تک تخصصی در نظر گرفته و لحاظ می‌شود (بخشنامه شماره ۲/۱۰۷۸۹۱/س مورخ ۸٦/۱۰/۱۲).
- ارسال کارنامه بیمارستان‌های عمومی کشور به منظور در نظر گرفتن تمهیدات لازم برای بهبود فعالیت‌ها و امکان ارتقای محورهای عملکردی و در نهایت ارتقای کیفیت ارایه خدمات به مراجعین (بخشنامه شماره ۲/۲۰۲۵/س مورخ ۸٦/۱۱/۱۷).
- با توجه به رسالت وزارت متبوع مبنی بر حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و بهبود کیفیت ارایه خدمات سلامت در سطح کشور، با عنایت به ملاک‌ها و اصول و ارزش‌های ناظر بر فعالیت‌های درمانی در بیمارستان‌های کشور و با هدف تحقق ارتقای درجه ارزشیابی به معنای بهبود کیفیت درمان و ارایه خدمات درمانی در بیمارستان‌هایی که در سنوات اخیر کاهش درجه داشته‌اند اقدام نموده، نسبت به بررسی و اصلاح فرآیندهای معیوب اقدام نمایند (بخشنامه شماره ۲/۲۵۰۹۳/س مورخ ۸۷/٤/۳۱).
- ارسال بخشنامه‌های متعدد مبنی بر رعایت فعالیت مراکز درمانی و بخش‌های مراقبت ویژه مطابق با مجوزهای قانونی، معتبر، تمدید اعتبار شده و همچنین مطابقت پروانه بیمارستان با فعالیت

مربوطه قبل از انجام روند ارزشیابی (بخشنامه‌های شماره ۲/۲۳۵۷۷/س مورخ ۸۷/٤/۲۳ و ۲/۹۵۳٤/س مورخ ۸۷/۹/۱٦).

- بازدید تیم ستادی از بیمارستان‌های درجه یک عالی به منظور ارزشیابی مجدد از ارایه خدمات و فرآیندهای بیمارستانی (بخشنامه شماره ۲/۲۲٤۳۱/س مورخ ۸٦/۱۲/۱۲).
- بررسی بیمارستان‌هایی که در یکی از محورهای ارزشیابی حداقل امتیاز را کسب نمی‌کنند (در صورت عدم کسب امتیاز لازم در مهلت‌های مقرر، ارجاع به کمیسیون ماده ۲۰ تا مراحل بعدی و در نهایت فعالیت یا عدم فعالیت آن مرکز درمانی مشخص گردد).
- نظر به اینکه نظام اعتباربخشی بیمارستانی در کشورهای توسعه یافته و در برخی کشورهای در حال توسعه در مسیر تکامل قرار گرفته و بنابر ضرورت این اصل مهم و اساسی که مؤسسه‌های درمانی تا چه اندازه قابلیت تأمین نیازهای ایمنی، رفاهی، مراقبتی و حقوقی بیماران را دارا هستند و از نظر کیفی در چه رتبه و درجه‌ای از مقبولیت قرار دارند، در مسیر تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی، پیش‌نویس این استانداردها تهیه شده و از صاحبنظران و کارشناسان مربوطه نظرسنجی‌ها به‌عمل آمده و در هشت بیمارستان بصورت پایلوت در حال اجرا می‌باشد که مراحل نهایی طرح و در نهایت جایگزینی و اجرایی شدن آن به جای دستورالعمل ارزشیابی قابل انجام می‌باشد.
- با توجه به برنامه‌های اعلام شده حوزه بهداشت و درمان، از ابتدای تشکیل دولت نهم، به اولویت سلامت روان توجه جدی صورت گرفته و این موضوع در اولویت‌های اعلام شده به مجلس شورای اسلامی قید گردیده است و موضوع سلامت روان در دستور کار شورای سیاست‌گذاری وزارت متبوع قرار گرفته و این دفتر همکاری‌های متعددی در زمینه بهینه‌سازی بخش‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی، تعیین شاخص‌های استانداردهای بخش‌های مذکور و... را با اداره بهداشت روان مبذول داشته است.

پیش بینی روند برای افق ۱۴۰۴

- استقرار استانداردهای اعتباربخش در کل بیمارستان‌های کشور تا پایان برنامه پنجم و در کل نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴ از اهداف این اداره می‌باشد.
- واگذاری انجام اعتبارسنجی به بخش غیر دولتی که تحت نظارت عالیه دولتی عمل نماید، می‌تواند قدم مهمی در راستای ارتقای کیفیت خدمات ارایه شده در مراکز درمانی باشد که تا افق ۱۴۰۴ امکان پذیر خواهد بود.

موضوعات اصلی و چالش‌ها

- ضعف دانش مدیریتی در مدیران بیمارستان‌ها و مراکز ارایه دهنده خدمات سلامت
- عدم هماهنگی میان مسوولیت‌ها و اختیارات مدیران مراکز
- مشکلات مالی مراکز درمانی به ویژه بیمارستان‌های فرسوده و غیر مقاوم
- نبود نگرش کیفیت محوری که رضایت و ایمنی مراجعین را در اولویت قرار دهد.
- فقدان سیستم معین جهت تهیه محتواهای علمی مورد نیاز از جمله گایدلاین‌های مورد نیاز
- نبود یک سیستم جمع‌آوری و تحلیل داده کارآمد و اثربخش
- اشتغال همزمان اعضای هیات علمی در بخش خصوصی و دولتی
- واقعی نبودن تعرفه ها و عدم هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر با سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- انجام ارزشیابی مراکز توسط بخش‌های مختلف درمانی، آموزشی و پژوهشی که گاه ملاک‌های متغایر را مد نظر قرار می‌دهند.
- عدم حمایت مناسب از روند بهره‌گیری از تجربیات کشورهای موفق و پیشرو در زمینه اعتباربخشی و ارتقای کیفیت خدمات سلامت

پیشنهادها

- نظر به اهمیت مدیریت منابع انسانی و ایجاد انگیزه مناسب جهت پیشبرد هر چه بهتر امور، پیشنهاد می‌شود در راستای مدیریت و پرداخت مبتنی بر عملکرد؛ معاونت‌ها، دفاتر یا ادارات کل وزارت متبوع نیز به شیوه هیات امنایی اداره شوند تا ضمن پیروی از قوانین و اهداف مشترک، زمینه برای خلاقیت و نوآوری فراهم شده و بوروکراسی موجود به حداقل کاهش یابد.

همکاران تدوین

در ذیل فهرست کلیه کسانی که در تهیه این مستند نقشی داشته‌اند آمده‌است.

اعضای تدوین

نقشه جامع علمی سلامت

اسامی کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی مصوب شورای تخصصی نقشه جامع علمی کشور در شورای عالی انقلاب فرهنگی: دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر باقر لاریجانی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر محمد واسعی، دکتر بهرام عین‌اللهی، دکتر رسول دیناروند، دکتر مؤید علویان، دکتر رحمت‌الله حافظی، دکتر حسن امین‌لو، دکتر فریدون مهبودی، دکتر سیروس زینعلی، دکتر ابراهیم متولیان، دکتر رضا ملک زاده، دکتر حسن امامی‌رضوی، دکتر علی‌اکبر ولایتی، دکتر سیدعباس شفیعی، دکتر فریدون عزیزی، دکتر سیدضیاءالدین تابعی، دکتر ایرج فاضل، دکتر علیرضا یلدا، دکتر مسعود پزشکیان، دکتر محمد فرهادی، دکتر سیدعلیرضا مرندی، دکتر عسگری‌آزاد، دکتر سعید سرکار، دکتر موسی زرگر، دکتر گلپایگانی، دکتر علی‌اکبر سیاری، دکتر سیدحسین یحیوی، دکتر عبدالله بهرامی، دکتر حسین بهاروند، دکتر عصمت باروتی و دکتر سیدرضا مجدزاده.

اعضای شرکت‌کننده درکارگروه‌های آینده نگاری

کارگروه آموزش: دکتر بهرام عین الهی، دکتر محمدحسین اسدی، دکتر عصمت باروتی، دکتر پروین پاسالار، دکتر ترخانی، دکتر جلیلی، دکتر علی حائری، دکتر احمدرضا دهپور، دکتر حسن امامی رضوی، دکتر سیدمنصور رضوی، دکتر محمدرضا صبری، دکتر امیرمحسن ضیایی، دکتر سیدجمال‌الدین سجادی، دکتر کامران سلطانی عربشاهی، دکتر زهره سهرابی، دکتر محمدعلی محققی، دکتر سیدعبدالرضا مرتضوی طباطبایی، دکتر الهه ملکان‌راد، دکتر نادر ممتاز منش، دکتر حمید هنرپیشه.

کارگروه ارایه خدمات سلامت: دکتر حسن امامی رضوی - دکتر سید موید علویان، دکتر فرید ابوالحسنی، دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر امیرخانی، دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر سیروس پیله‌رودی، دکتر حسنی، دکتر اردشیر خسروی، دکتر آرش رشیدیان، دکتر رضوی، دکتر محمدرضا رهبر، سیدمحسن زهرایی، دکتر ستایشی، دکتر کامل شادپور، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، دکتر افشین صفایی، دکتر حمید صفی خانی، دکتر رضا عزتیان، دکتر عازمی‌خواه، دکتر صفیه عشوری مقدم،

دکتر مصطفی غفاری، مهندس محمدجواد کبیر، دکتر مهدی گویا، دکتر سیدرضا مجدزاده، دکتر سیدرضا مظهری، دکتر داود مقیمی، دکتر نوروزی.

کارگروه پزشکی مولکولی: دکتر سیروس زینلی، دکتر سیدمحمد اکرمی، دکتر اسکندر امیدی نیا، دکتر شیما تاجیک، دکتر محمود تولایی، دکتر حجازی، دکتر علی خامسی‌پور، دکتر محمدرضا خرمی زاده، دکتر سید مهدی رضایت، دکتر صالح زاهدی‌اصل، دکتر حسن شجاعی، دکتر محمدرضا صادقی، دکتر محمدحسین صنعتی، دکتر ابراهیم عزیزی، دکتر محمد حسین قهرمانی، دکتر بهرام کاظمی دمنه، دکتر مهدی کلانتر، دکتر یوسف مرتضوی، دکتر صادق ولیان بروجنی، دکتر مرتضی هاشم‌زاده، دکتر محمدباقر هاشمی، دکتر وحیدرضا یاسایی.

کارگروه پژوهش: دکتر محمد واسعی، دکتر شاهین آخوندزاده، دکتر محمدمهدی آخوندی، دکتر سعید آصف زاده، دکتر علی اکبری ساری، دکتر یداله امیدی، دکتر پرویز اولیا، شیرین جلالی نیا، دکتر سیدشمس‌الدین حجازی، دکتر عبدالرسول سبحانی، دکتر حمید سوری، دکتر سیامک عالیخانی، دکتر اصغر عبادی‌فر، دکتر اکبر فتوحی، دکتر آمنه ستاره فروزان، دکتر سیدرضا مجدزاده، دکتر بیتا مسگرپور، دکتر سیدمحمود میرافضلی، دکتر رامین میری، دکتر ایرج نبی‌پور، دکتر عباس نجاری.

کارگروه تجهیزات پزشکی: دکترابراهیم متولیان، دکتر منوچهر اقبال، محمدعلی حیدری، ابوالفضل چمن‌تاج، لیلا رستمی، ساناز زرگر، شیرین شاهرخی، محبوبه شاه علی، سید حسین صفوی، نغمه علی بابایی، زینب قرایی، دکتر ملیحه کیان‌فر، دکتر حاتم مرادی، دکتر زهرا محمدی، محمودرضا مرآتی، دکتر رضا مسائلی، احمد مسلمی، مژگان معاضی.

کارگروه دارو: دکتر رسول دیناروند، دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر مرتضی آذرنوش، مهندس مهدی الوندی، دکتر کامبیز امجدی‌نیک، دکتر سیدعلیرضا حسینی، دکتر عبدالمجید چراغعلی، دکتر شهاب خطیب‌زاده، دکتر خوش‌سیرت، دکتر حمیدرضا جمشیدی، دکتر حمیدرضا راسخ، دکتر سیدابراهیم سجادی، دکتر محمد شریف‌زاده، دکتر عباس شفیعی، حسینی شیرازی، دکتر محمدرضا شمس اردکانی، دکتر شهاب‌الدین صدر، دکتر عباسی زاده، دکتر محمد عبداللهی، دکتر خیراله غلامی، دکتر غلامحسین فرزندی، دکتر فرشاد، دکتر صدیقه فضلی بزاز، دکتر عباس کبریایی زاده، دکتر حسین نیک نهاد، دکتر حسین وحیدی.

کارگروه زیست‌فناوری: دکتر فریدون مهبودی، دکتر اسکندر امیدی نیا، دکتر آل بویه، مهندس جبلی، دکتر محمود جدی تهرانی، دکتر هاله حامدی‌فر، دکترخادم، دکتررسول دیناروند، دکتر نوید دین‌پرست

جدید، دکتر رسایی، دکتر رستگار، دکترشکرگزار، دکتر شهبازی، دکتر ابراهیم عزیزی، دکترکاظمی، دکتر وزیری، دکترفاضلی، دکترفرزامفر، دکتر قهرمانی، دکتر مدرسی.

کارگروه سلامت زنان: دکتر عصمت باروتی، دکتر مریم ابوصابر، دکتر بتول احمدی، مریم احمدیه، زهرا آیت‌اللهی، دکتر منیر برادران افتخاری، دکتر ابوالقاسم پوررضا، دکتر کبری خزئلی، فرحناز زهراوی، سودابه طایری، دکتر مینوسادات محمود عربی، فاطمه علی عسگری، دکتر فرانک فرزدی، دکتر الهه ملکان راد، خانم نوبخت.

کارگروه امنیت غذا و تغذیه: دکتر احمدرضا درستی‌مطلق، دکتر افشین آخوندزاده، دکتر سهیل اسکندری، دکتر صدیقه اعتماد سعید، دکتر کاووس باسمنجی، دکتر پریسا ترابی، مهندس تقی جامه بزرگ، دکتر ابوالقاسم جزایری، دکتر مجید حاجی‌فرجی، دکتر هدایت حسینی، دکتر رامین خاکسار، دکتر کیانوش خسروی دارانی، دکتر اقبال طاهری، دکتر محمد حسین عزیزی، دکتر گیتی کریم، دکتر مسعود کیمیاگر، مهندس اسداله مجیدی.

کارگروه فناوری اطلاعات: دکتر علیرضا دلاوری، دکتر اصلانی، آقای دکتر امامی، دکتر تارا، دکتر شهرام توفیقی، دکتر جدیان، دکتر جهانگیری، مهندس خانی، دکتر رضوی، دکتر ریاضی، دکتر زارع، دکتر حجت زراعتی، دکتر سادات هاشمی، دکتر شجاعی، مهندس شمس زاده، دکتر رضا صفدری، دکتر عابدی، دکتر روشنک قدس، آقای مهندس کیارزم، دکتر گوهری، دکتر ماسوری، دکتر مجتهد زاده، دکتر مقدسی، آقای دکتر مقدم، دکتر موحدی، دکتر میثمی، دکتر نجاری، دکتر نیاکان، مهندس همتی، مهندس همتیان.

کارگروه محیط زیست: دکتر علیرضا مصداقی‌نیا، دکتر اسلامی، دکتر الماسی، دکتر امین، دکتر جباری، دکتر جعفرزاده، دکتر عامری، دکتر محوی، دکتر مسافری، دکتر ملکوتیان، دکتر منظم، دکتر موحدیان، دکتر ناصری، دکتر ندافی، دکتر مسعود یونسیان.

کارگروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت: دکتر علیرضا دلاوری، دکتر بارانپوریان، دکتر ابوالقاسم پوررضا، دکتر پوراصغری، دکتر حسن‌زاده، دکتر دماری، دکتر رستمی، دکتر آرش رشیدیان، دکتر رواقی، دکتر سیف‌اللهی، دکتر کامل شادپور، دکتر آرش عازمی خواه، دکتر عالیخانی، دکتر غفاری، دکتر فردوسی، مهندس فرزان، دکتر فرشید، دکتر رضا لباف قاسمی، دکترسیدرضا مجدزاده، دکتر معماریان، دکتر مفتون، دکتر منظم، دکتر وثوق مقدم.

کارگروه منابع مالی و انسانی: دکتر رحمت‌الله حافظی، مهندس مسعود ابوالحلاج، دکتر محسن بشارت‌پور، دکتر ابوالقاسم پوررضا، دکتر محمد پیریایی، دکتر احمد تقوایی، دکتر محمد رهبر، دکتر محمدحسین سالاریان زاده، دکتر محمد شریعتی، دکتر غلامحسین صالحی.

کارگروه نانوفناوری: دکتر رسول دیناروند، دکتر فاطمه اطیابی، دکتر یدالله امیدی، دکتر پیمان حداد، دکتر مهرداد حمیدی، دکتر محمد رمضانی، دکتر عبدالحسین روح‌الامینی، دکتر سعید سرکار، مهندس سلطانی، دکتر مسعود سلیمانی، دکتر جمال‌الدین شاه طاهری، دکتر فاضل شکری، دکتر ابراهیم عزیزی، دکتر محمد حسین قهرمانی، دکتر سید رضا مرتضوی، دکتر ژاله ورشوساز.

اعضای دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران: دکتر سیدرضا مجدزاده، مهندس حمید اسمعیل‌زاده، دکتر شهاب خطیب‌زاده، دکتر فاطمه رجبی، دکتر سیدمهرداد محمدی، دکتر علیرضا زمانی، دکتر رضا سیف‌اللهی، رضا دهقان، شراره احقری، سمانه عروجی، سکینه شریفیان، هایده یوسفی زاده، اسد الله جلیلی و الهام رشیدیان.

همچنین جهت انجام برخی از پروژه‌های مطالعاتی از همکاری افراد ذیل استفاده شده‌است: دکتر رضا دهنوئیه‌تیجنگ، دکتر بیتا مسگرپور، دکتر محسن رضایی، دکتر حمیدرضا توکلی‌شلمانی، دکتر معصومه دژمان، دکتر رویا کلیشادی، دکتر محمود میرافضلی، دکتر محمدآرش رمضانی و سارا قدوسی‌مقدم.

جهت برگزاری کارگاه‌ها نیز از تسهیل‌گری افراد ذیل استفاده شده‌است: مهندس امیر اسکافی، مهندس حمید اسمعیل‌زاده، دکتر شهاب خطیب‌زاده، دکتر فاطمه رجبی، مهندس میثم کاشی‌پور، دکتر رضا کلانتری‌نژاد، دکتر سیدرضا مجدزاده، دکتر مهدی محمدی، مهندس سیاوش ملکی‌فر.

برای تدوین این نقشه از مشاوره خبرگانی برنامه ریزی کلان علم و فناوری سود برده شده که عبارتند از: دکتر سیدسپهر قاضی‌نوری، سیدسروش قاضی‌نوری، مهندس عقیل ملکی‌فر، دکتر امرعلی سیف‌الدین و مهندس محسن نادری‌منش.

بازخوردهای ارزشمند افراد ذیل بسیار تاثیر گذار بوده است: دکتر سیدعلیرضا مرندی، دکتر سیدجمال‌الدین سجادی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر حسن امین‌لو، دکتر حسین ملک‌افضلی، دکتر علیرضا مصداقی‌نیا، دکتر حمیدرضا جمشیدی، دکتر علی مبینی‌دهکردی، دکتر بابک نگاهداری، علی ملکی، دکتر علی‌اکبر حقدوست، دکتر خسرو قبادی، دکتر میرجلیل میرمحمدی، دکتر بهاروند، دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر محمداسماعیل اکبری، دکتر حسین سالاریان‌زاده، دکتر علی اردلان و دکتر شهربانو نخعی.

بزرگوارانی که طی نامه بازخوردهای خود را ارایه نموده‌اند: دکتر ایرج فاضل، دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر محمد حسین سرمست، دکتر محمد شاهدی، دکترموسی زرگر، دکتر عباس مسجدی، دکتر حمید پارسانیا، دکتر بهادر اعلمی هرندی، دکتر علیرضا مسلم، دکتر مجید سررشته داری، علی‌اصغر جعفری، دکتر علی جعفریان، دکتر سیدمنصور رضوی، دکترشاهین آخوندزاده، دکتر علی‌اکبر زینالو، دکتر اردشیر قوام‌زاده، دکتر محمد رحمتی رودسری، دکتر سعید مهدوی، دکتر فرشید عابدی، دکتر وحیدی، دکتر پریسا ترابی، دکتر حائری، دکتر شاهرخ رجایی، دکتر داوود شجاعی‌زاده، دکتر ربابه شیخ‌الاسلام، دکتر سیروس زینلی و اعضای کارگروه پزشکی مولکولی و دکتر عصمت باروتی و اعضای کارگروه سلامت زنان.

افراد ذیل نیز در سایت نقشه جامع سلامت به ثبت نظرات خود اقدام کرده‌اند:

آقایان و خانم‌ها: علی موحد، سیدمهدی سادات‌رسول، علی یوسفی‌نژاد، پیمان رعیتی‌طوسی، خردادیان، لیلون یکه‌فلاح، فاطمه سمیعی‌فرد، رامین سرچمی، دکتر بهبودی، ساروخانی، کشانی، محمدرضا جمع‌آور، دکتر آبتین حیدرزاده، دکتر صفر فرج‌نیا، عادل کرم‌زادگان و دکتر مهدی جلالی.

سلامت در آیینه قانون

دکتر حسن امین لو

آموزش

دکتر نادر ممتازمنش، دکتر عباس انتظاری

پژوهش

دکتر پرویز اولیاء، دکتر منیر برادران افتخاری، دکتر محمد قاسم جهانگرد، الهام حبیبی، دکتر معصومه دژمان، دکتر آمنه ستاره فروزان، ناهید رمضان قربانی، دکتر محمد واسعی، دکتر سید جواد قاضی میر سعید

و با تشکر از جناب آقایان دکتر عباس نجاری، دکتر کاظم زنده‌دل، دکتر علی اکبری ساری، دکتر مسعود سلیمانی دودران، دکتر سیدرضا مجدزاده، دکتر محمدباقر طالعی، دکتر هوشمند کهن‌زاد، ایثار نصیری و سرکار خانم‌ها دکتر زهره حقیقی، دکتر بیتا مسگرپور، دکتر سیده ربابه الهامی، شیرین جلالی‌نیا، نیلوفر پیکری، فاطمه‌سادات غلامی، فرزانه برهمت، فرزانه حجازی، کتایون فلاحت، تهمینه

یزدیان، عهدیه چینه‌کش، معصومه التماسی، منیژه علوی، مهرنوش کمالیان، فاطمه بامدادی، رابعه‌السادات موسوی، فرح‌السادات بحرینی، حمیده حیدری، پروین سلامت و مژگان نیلوفری.

غذا و دارو

دکتر رسول دیناروند، دکتر یاسر تقی پور بازرگانی، دکتر شکوفه نیکفر، دکتر امیرحسین جمشیدی، دکتر مهرداد رضایی

گزارش غذا: دکتر حسینی، مهندس رضایی، عاطفه فولادی مقدم

منابع مالی و انسانی

مسعود ابوالحلاج، دکتر محمود کاظمیان، مریم رمضانیان

دفتر پشتیبانی و حقوقی

سعیده آقامحمدی، ربابه جعفرپور رودسری

سازمان انتقال خون

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر احمد قره‌باغیان، دکتر صدیقه امینی کافی‌آباد، دکتر مصطفی پریدار، دکتر محسن منشدی، دکتر مهتاب مقصودلو، دکتر عبدالمجید چراغعلی، دکتر شهرام کاظمی، دکتر غریب کریمی، دکتر سیدمرتضی طباطبایی یزدی

نظام سیاست‌گذاری سلامت

دکتر باقر لاریجانی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر بهزاد دماری، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر کامل شادپور، دکتر حسین سالاریان زاده، دکتر سیامک عالیخانی، مهندس همایون فرزان، دکتر محمد علی مفتون، دکتر کامبیز منظم، دکترمحمد رضا سیف الهی، دکتر نرگس رستمی

امور عمومی

محمود محمدی، عبدا... جوادی نژاد، الهام احسانی چیمه

سلامت

بیماری‌های واگیردار

ایدز: دکتر محمد مهدی گویا، دکتر عباس صداقت، دکتر کیانوش کمالی، دکتر هنگامه نامداری، دکتر مریم سرگلزائی، زهرا رجب‌پور، سارا شریعت‌مدار، ماندانا تیرا

وبا: دکتر سید محسن زهرایی، دکتر محمدتقی افشانی نقده، دکتر ابوالقاسم امیدواری نیا، محرم مافی

مالاریا: دکتر محمد مهدی گویا، دکتر احمد رئیسی، دکتر منصور رنجبر، خانم لیلا فرجی، فاطمه نیکپور

فلج اطفال: دکتر محمد مهدی گویا، دکتر سیدمحسن زهرایی، دکتر سیدطه موسوی فیروزآبادی، مریم مشلول

شیستوزومیازیس: دکتر سید محسن زهرایی، دکتر ابوالقاسم امیدواری نیا، محرم مافی، نوشین عقیلی

کزاز نوزادی: دکتر محمد مهدی گویا، دکتر سیدمحسن زهرایی، فهیمه دوستی

سل و جذام: دکتر مهشید ناصحی، شهناز احمدی اوزنبلاغ، مریم اسفینی فراهانی، الهه محمودی مقدم، بهار وکیل مظفری، سهیلا طالقانی

واکسیناسیون: دکتر سید محسن زهرایی، دکتر طاها موسوی فیروزآبادی، دکتر محمد نصر دادرس، فهیمه دوستی، فاطمه عبدلی یقینی، غلامعباس زمانی، عباسعلی بابایی

و با تشکر فراوان از کارشناسان و پزشکان محترم هماهنگ کننده سل و جذام شهرستان‌ها و دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی کشور که در جمع‌آوری و آنالیز داده‌های آماری مرتبط با بیماران مبتلا به سل و جذام کشور نقش داشته‌اند.

توسعه شبکه و ارتقای سلامت

اردشیر خسروی، منوچهر کرمی، عزیزاله عاطفی، محمد اسماعیل مطلق

توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی

مهندس علیرضا یوسف‌زاده خیابانی، مهندس محمد رضاپور، مهندس ایمان مسگری، مهندس نداسادات خواسته

سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

بهبود تغذیه جامعه: دکتر پریسا ترابی

تنظیم جمعیت و خانواده: دکتر محمد اسلامی

سلامت سالمندان: دکتر سهیلا خوشبین، دکتر عالیه فراهانی، دکتر مهتاب علیزاده، لاله رادپویان
سلامت مادران: دکتر نسرین چنگیزی
سلامت نوزادان: امیر عباس بشارتی
سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس: دکتر گلایل اردلان

آزمایشگاه مرجع سلامت

دکتر سعید مهدوی، حلیمه خاتون دانشمند، دکتر نوش آفرین صفادل، دکتر شهلا فارسی، دکتر فریده رضی

سلامت محیط و کار

دکتر مصطفی غفاری، مهندس محمد مهدی شهدادی، دکتر علیرضا مغیثی، مهندس ژانت فرساد، مهندس فاطمه صادقی

پرستاری

اعظم گیوری، مهدی ذهبی، آذر محمودی، حاتم احمدوند، رفعت رضاپور، داود امین نسب، زهره کوهی رستمکلایی

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

غلامرضا معصومی

مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان

دکتر مژده رمضانی، دکتر سیدمحمد سادات

اعضای دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران که در تهیه این مستند مشارکت داشته‌اند:

دکتر سیدرضا مجدزاده، دکتر شهاب خطیب‌زاده، سیماسادات عمروالعلایی، ملیحه حسنی

تشکر

از کسانی که فعالانه مشارکت داشته‌اند به شرح ذیل تشکر می‌شود:

دکتر سید مسعود ارزاقی، دکتر علیرضا پارساپور