

کتاب جامع

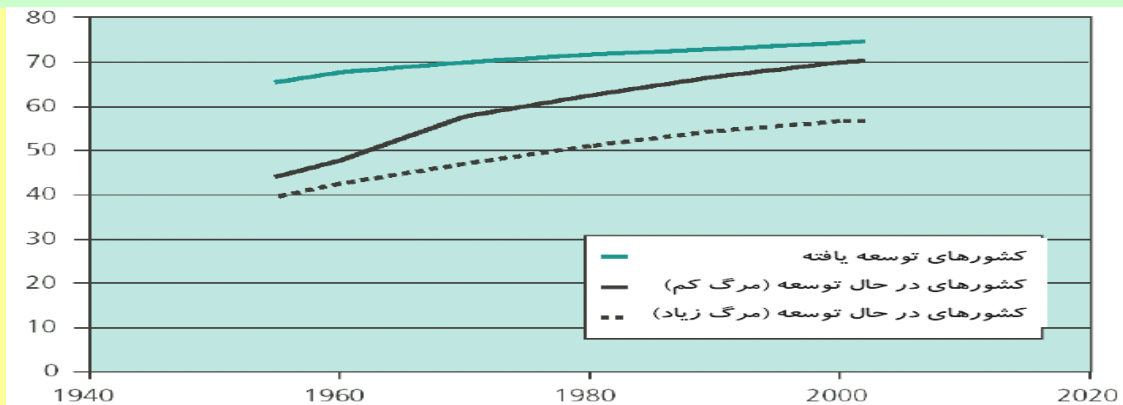
بهداشت عمومی

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

گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت

فهرست مطالب

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



گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت Epidemiological transition, Health transition

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

اهداف درس

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

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

مقدمه

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

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

اولین گذار اپیدمیولوژیک

بدون شک، جوامع اولیه انسانی از وسعت چندانى برخوردار نبوده و علیرغم پراکندگی آن امکان ارتباط سریع نیز بین آنان وجود نداشته و لذا احتمال بروز همه‌گیری‌های وسیع نیز ناچیز بوده است و به نظر می‌رسد تحت آن شرایط، زندگی در غارها، مواجهه با اکتوپارازیت‌ها را اجتناب ناپذیر می‌کرده و انسان اولیه از همان آغاز زندگی با اینگونه بلايا دست به گریبان بوده است و گیاهخواری و خامخواری و مصرف گوشت خام نیز مزید بر علت شده و باعث انتقال بیماری‌های ویژه‌ای می‌گردیده است.



شکل ۱- تصویری از دوران غارنشینی انسان

احتمالا اولین گذار اپیدمیولوژیک، حدود ده هزار سال قبل آغاز گردیده است. زیرا در آن زمان چرخش عظیمی در شیوه زندگی انسان آغاز شده و سپس شکار و کوچ‌گرایی، تا حدود زیادی جای خود را به اسکان در یک منطقه ثابت و تولید مواد غذایی مورد نیاز روزمره، داده و بدون شک در سازمان دهی اجتماعی انسان، عادات غذایی، ویژگی‌های دموگرافیک و عاداتی که منجر به تماس بیشتر انسان با حیوانات می‌گردیده نیز تاثیر عظیمی داشته و زمینه را برای ابتلاء به بسیاری از بیماری‌های مشترک بین حیوانات و انسان‌ها (زئونوزها) مساعد نموده و شاید بیشترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است.

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

از طرف دیگر تماس بسیار نزدیک با علوفه به هنگام چیدن آن‌ها انسان را در معرض گزش حشرات و ابتلاء به بیماری‌هایی نظیر تیفوس اسکراب، قرار داده و بر اساس عادات زندگی انسان‌ها بسیاری از حشرات ناقل نیز در تماس با وی قرار گرفتند و مثلا باعث انتقال تب زرد، تب دانگ و امثال اینها گردیدند.

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

با افزایش جمعیت انسان‌ها و آغاز شهرنشینی، در مناطق مختلف، بر وسعت و شدت همه‌گیری‌ها افزوده شده و با گسترش شهرها بر تراکم جمعیت‌ها و بروز همه‌گیری‌های با منبع مشترک، افزوده گردیده و از جمله همه‌گیری‌های کُلرا مصیبت‌های فراوانی به بار آورده و همه‌گیری‌های ناشی از بیماری‌های واجد ناقل، نظیر

طاعون و تیفوس باعث از هم پاشیدگی جوامع انسانی گردیده است و بدون شک طغیان ناشی از سرخک، اوریون، آبله و سایر عفونت‌های ویروسی نیز به طور روزافزونی، مسئله ساز، واقع می‌شده و زمانی که همه‌گیری‌ها و طغیان‌های ناشی از بیماری‌های عفونی باعث ابتلاء بزرگسالان می‌شده چرخ اقتصاد خانواده‌ها را نیز فلج می‌کرده است. تا آنجا که در دوره‌های بعدی، ابتلاء به سبب باعث هلاکت یک سوّم جمعیت بسیاری از کشورهای اروپایی گردیده و مرگ سیاه (طاعون) قرن سیزدهم باعث از بین بردن یک چهارم جمعیت اروپا شده است و مسافرت‌های بین شهری و بین قاره‌ای نیز باعث تماس بیشتر و انتشار وسیعتر برخی از بیماری‌ها و از جمله موجب بروز همه‌گیری‌های مرگبار آبله، تیفوئید و امثال آنها شده است.

دومین گذار اپیدمیولوژیک

دومین گذار اپیدمیولوژیک، با آغاز انقلاب صنعتی، در اواسط قرن نوزدهم در اروپا و آمریکای شمالی، حادث گردیده و به نحو واضحی در کشورهای صنعتی باعث کاهش میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی شده و پاندمی‌های مرگبار بیماری‌های عفونی، ظاهراً جای خود را به بیماری‌های دژنراتیو و ساخته دست بشر داده‌اند. بدیهی است که کاهش میزان بروز بیماری‌های عفونی در قرن نوزدهم و بیستم، تحت تاثیر عوامل مختلف و از جمله، پیشرفت‌های جدید در علم پزشکی، تکنولوژی و ارتقاء سطح زندگی مردم، حاصل گردیده و سرانجام به کشورهای در حال توسعه نیز گسترش یافته است.

مراحل کاهش میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی در اروپا

۱ - مرحله اوّل از اواخر قرن هفدهم آغاز گردیده و تا آغاز قرن نوزدهم، ادامه یافته است به طوری که در این مرحله فقط همه‌گیری‌های پراکنده‌ای از طاعون، آبله و تیفوس رخ داده است.

۲ - مرحله دوّم از اواسط قرن نوزدهم شروع شده و در عرض سه دهه به وضوح باعث کاهش میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی و افزایش امید به زندگی شده و علیرغم کاهش میزان مولید، باعث افزایش توده جمعیت شده است.

۳ - مرحله سوّم با کشف آنتی بیوتیک‌ها در دهه ۱۹۴۰ آغاز گردیده و باعث کاهش هرچه بیشتر میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی گردیده و تا اوائل دهه ۱۹۸۰ ادامه یافته است.

شایان ذکر است که کاهش میزان بروز بیماری‌های عفونی در کشورهای صنعتی و کاهش بعدی میزان مرگ شیرخواران، نتایج پیش بینی نشده‌ای برای سلامت انسان‌ها به بار آورده و از جمله افزایش امید به زندگی باعث بروز بیماری‌های مرتبط با سالخوردگی که تا قبل از آن از شیوع چندانی برخوردار نبوده، گردیده است. این بیماری‌ها که امراض ناشی از صنعتی شدن نیز نامیده شده‌اند عبارتند از: سرطان، دیابت، بیماری‌های عروق کرونر و بیماری‌های انسدادی ریه‌ها. صنعتی شدن جوامع مخصوصاً در شهرها باعث آلودگی آب و هوا و نهایتاً افزایش میزان بروز برخی از سرطان‌ها، بیماری‌های حساسیتی، اختلالات زایمانی و اختلال در رشد مغزی و اثرات سایکوسوماتیک گردیده، این معضلات نیز به مجموعه فوق، افزوده شد و میزان بروز بیماری‌هایی نظیر افزایش فشار خون، افسردگی، بی‌قراری و امثال اینها به طور روزافزونی افزایش یافت و همانگونه که در ارتباط با عصر

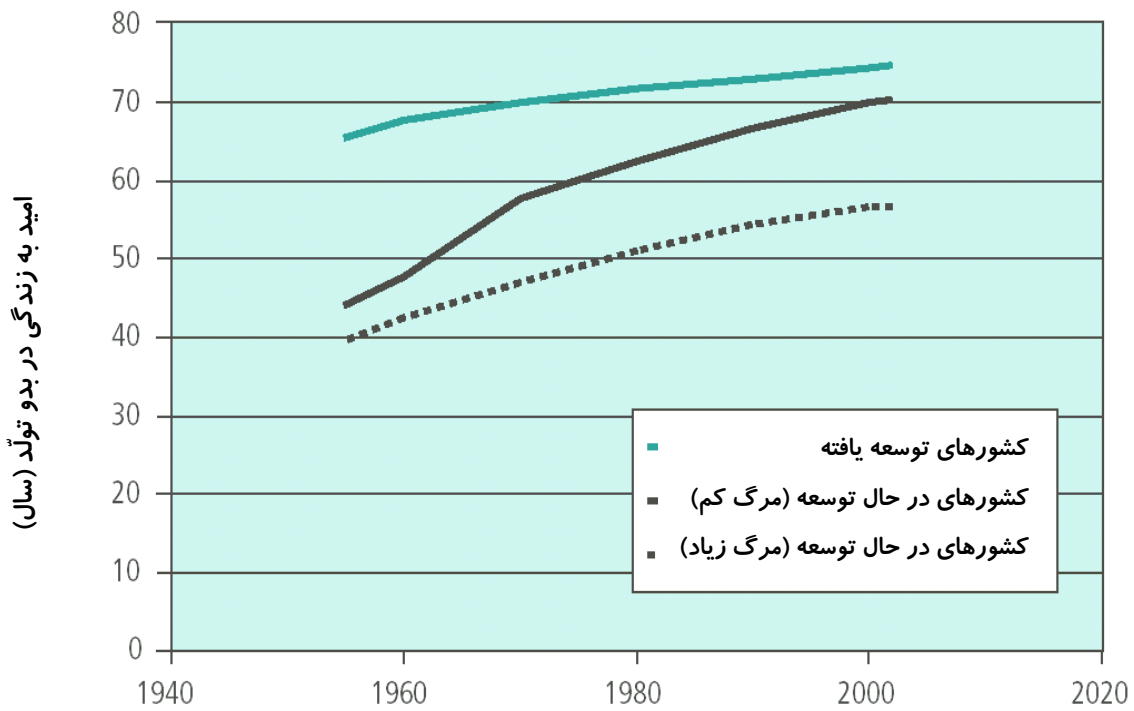
پارینه سنگی و اولین گذار اپیدمیولوژیک نیز یادآور شد: در دومین گذار اپیدمیولوژیک نیز نابرابری‌های اجتماعی باعث تفاوت‌های فاحشی بین میزان بروز بیماری‌ها و مرگ ناشی از آنها در طبقات مختلف اجتماعی گردیده است. به طوری که در جوامع کاملاً صنعتی، عوامل اقتصادی - اجتماعی، نژادی و حتی جنس انسان‌ها در ارتباط با میزان‌های متفاوتی از مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی و مزمن، بوده است و گویی همان شرایط غیرعادلانه‌ای که در اولین گذار اپیدمیولوژیک بر سرنوشت افراد فقیر جامعه، حکمفرما بوده همچنان در دومین گذار نیز به شکل دیگری در طبقات فقیر جوامع غنی، ادامه یافته است.

بعد از خاتمه جنگ جهانی دوم، دومین گذار اپیدمیولوژیک، اثرات شگرفی را در بسیاری از کشورهای توسعه نیافته، اعمال نموده باعث افزایش بقای کودکان و افزایش امید به زندگی گردید و بر خلاف گذار اپیدمیولوژیک که در اروپا و ایالات متحده، رخ داد، در این کشورها خدمات بهداشتی از قبیل تجویز سرم‌های خوراکی، واکسیناسیون و تجویز آنتی بیوتیک‌ها اثرات انکارناپذیری بر کاهش میزان مرگ، اعمال نمود. در این کشورها شهرنشینی سریع همراه با نابرابری‌های اجتماعی و پاسخگو نبودن شالوده بهداشت عمومی باعث افزایش میزان بروز بیماری‌های عفونی در افراد فقیر شهرنشین و بیماری‌های دژنراتیو، در افراد متمول گردیده است.

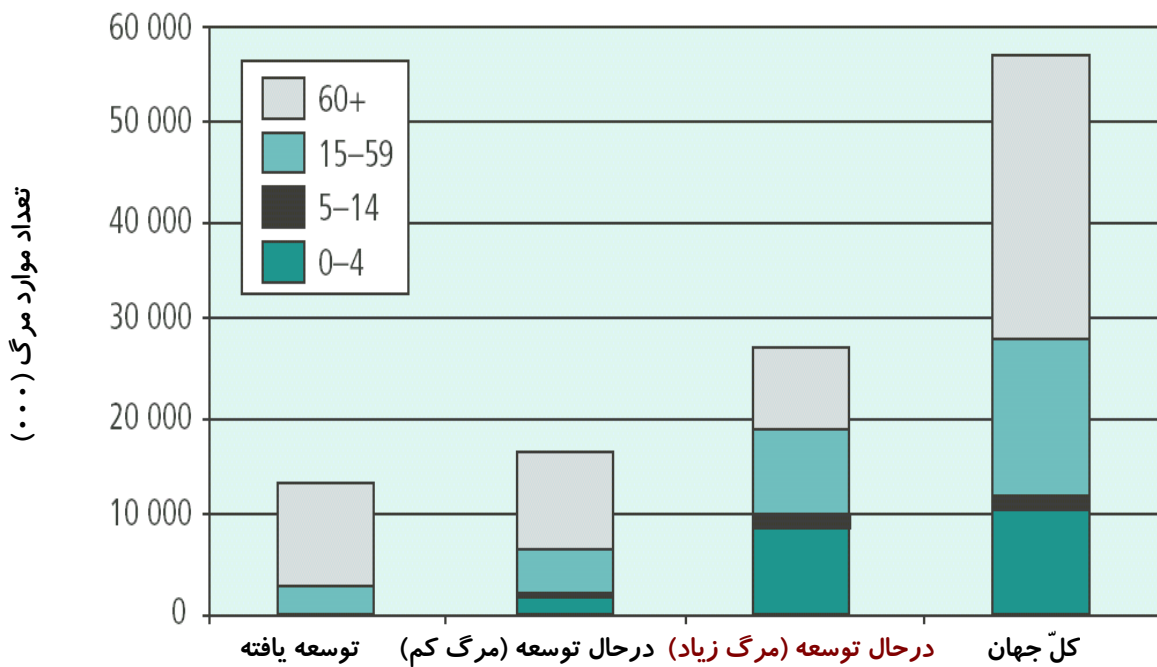
سومین گذار اپیدمیولوژیک

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

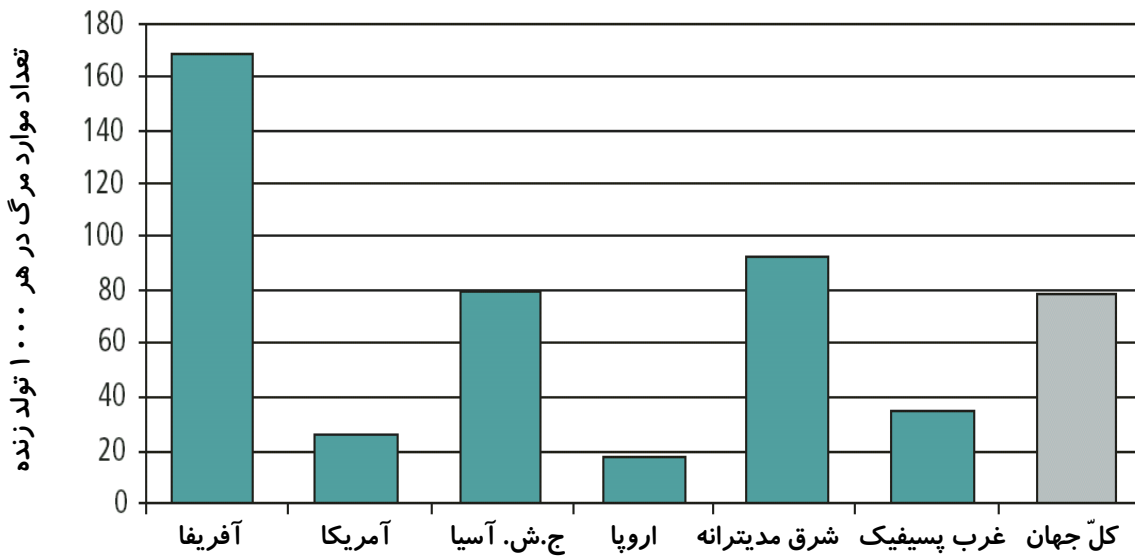
شایان ذکر است که هرچند براساس گزارش بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳ امید به زندگی در بدو تولد، در زنان ساکن کشورهای توسعه یافته، به ۷۸ سال رسیده است ولی این رقم برای مردان ساکن منطقه زیر صحرای آفریقا که شدیداً درگیر همه‌گیری HIV/AIDS هستند کمتر از ۴۶ سال می‌باشد و میلیون‌ها کودک در سطح جهان و مخصوصاً در آفریقا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



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

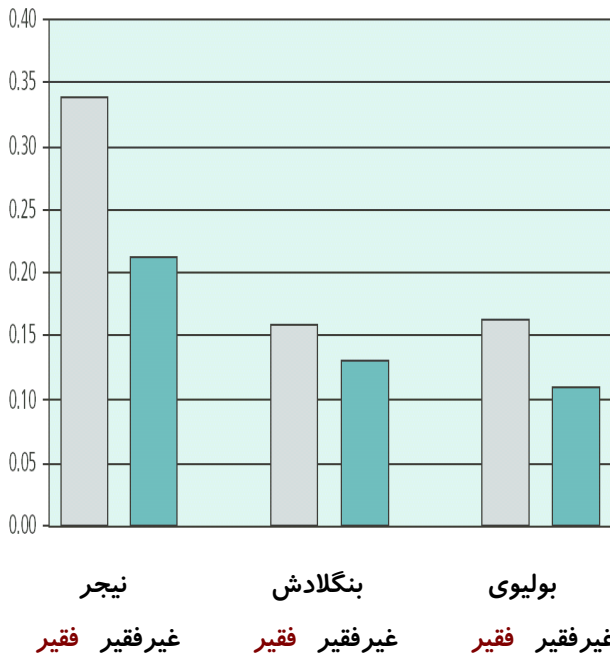


نمودار ۲ - توزیع سنی موارد مرگ در مناطق مختلف جهان



نمودار ۳ - موارد مرگ کودکان در مناطق ششگانه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲

احتمال مرگ در سنین قبل از ۵ سالگی



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

جدول ۱ - علل اصلی مرگ کودکان در کشورهای در حال توسعه در سال ۲۰۰۲

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

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

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

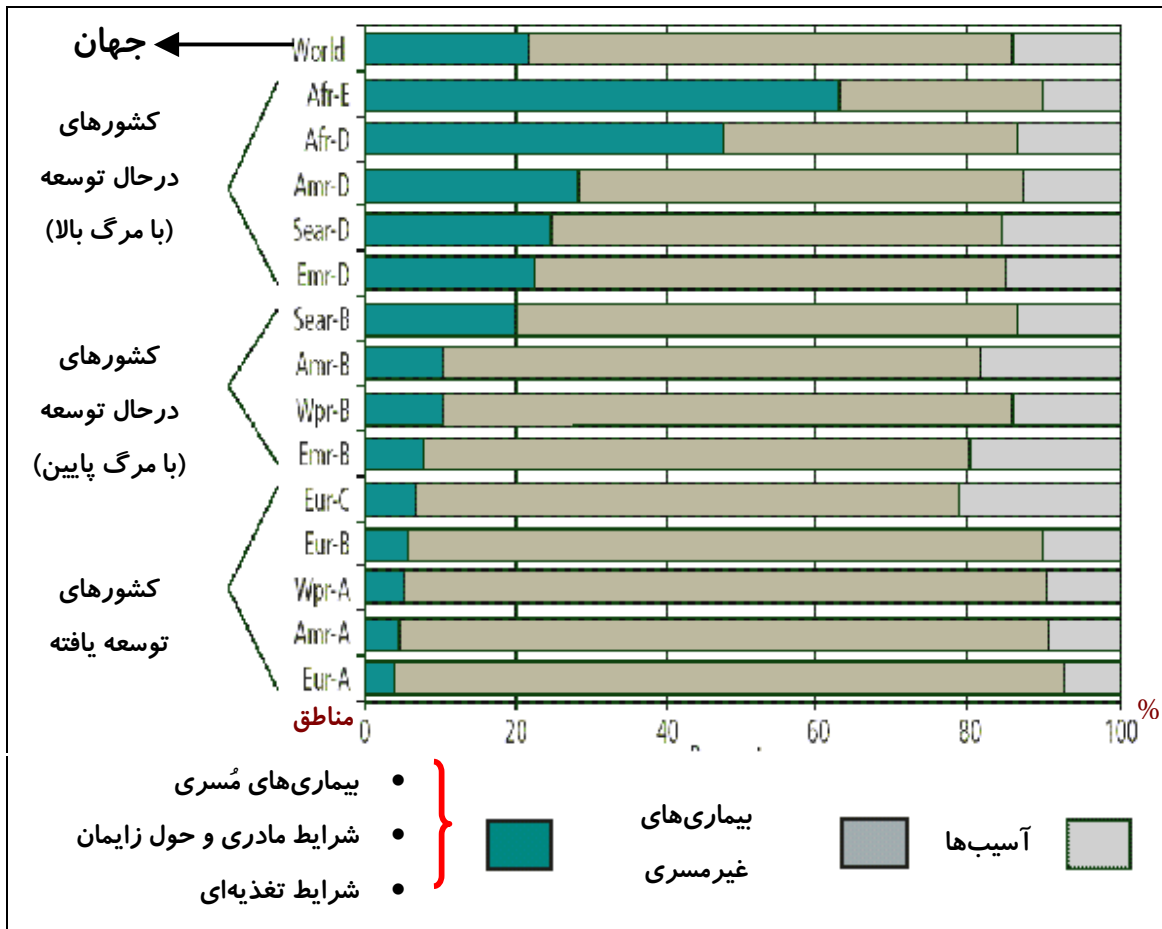
تهران در سال ۱۳۵۰ (در ۱۰۰۰۰ نفر)	۱۸ استان در سال ۱۳۸۰ (در ۱۰۰۰۰ نفر)
۶۲	۴/۷۷ ←
۴۶	۰/۹۶ ←
۱۲	۰/۷۶ ←
۹	۱/۲۲ ←
۵	۰/۰۲ ←
۲/۵	۰/۰۳ ←
۲/۵	۰ ←
۱	۰/۰۲ ←
۴۲	۱۴۸/۴ ←
۵۱	۶۹/۲ ←

نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌های عفونی و امواج سه گانه گذار اپیدمیولوژیک

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

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

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



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

نوپدیدهای اخیر

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

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

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

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

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

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

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

راهکارهای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

در تعریف سلامت، معتقدیم تنها نبود بیماری مطرح نیست بلکه ارتقای سلامت نیز باید مد نظر باشد. همچنین سلامت را تنها در قالب بُعد جسمی نمی‌شناسیم بلکه جامعیتی برای آن قائل هستیم که دوری از آن معرّف نقصان عملکرد است. سلامت باید در ابعاد جسمی، روحی، اجتماعی و معنوی، مورد توجه قرار گیرد. این چهار بعد که مستلزم دیدگاه جامع (Comprehensive) بر امور برنامه ریزی و اجرای مختصات دیگری را نیز می‌طلبد مثل خدمات و مراقبت‌های ادغام یافته (Integration) و برنامه ریزی برای همه سنین اگر چه ممکن است اجراء برنامه‌ای را برای سن یا گروه خاصی شروع کنیم ولی برنامه ریزی و اجرا در همه زمینه‌ها برای هر دو جنس باید مد نظر باشد و در تمام برنامه‌های تامین و ارتقای سلامت باید هر دو جنس مورد عنایت قرار گیرند و هرگز حتی در موارد اختصاصی یک جنس به آن بسنده نکنیم. لهذا با چنین شناختی از سلامت برای ارتقای آن چهارچوب اجرایی زیر را پیشنهاد می‌کنیم:

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

الف) بهبود شیوه زندگی (Life style)

ب) مراقبت از بیماری‌ها.

موضوع توانبخشی را می‌توان شاخه سوم این عملکرد، شناخت ولی برای جلوگیری از اطاله کلام می‌توان آن را در مقوله‌های "الف" و "ب" ملاحظه کرد.

الف - بهبود شیوه زندگی

طبیعی است که برای ارتقای سلامت، نیازمند اصلاح شیوه زندگی هستیم. اگر ما بدانیم چگونه بنشینیم، چطور بخوابیم، چه غذاهایی مصرف کنیم، چگونه به بیماری مبتلا نشویم، چطور با مردم و جامعه رابطه برقرار کنیم، چگونه محیط زیست خود را حفظ نماییم، چگونه هزینه کنیم، چطور پس انداز نماییم و . . . یعنی شیوه زندگی خود را بهبود ببخشیم، آنگاه به ارتقای سلامت، دست یافته‌ایم. یادآور می‌شود که در تعریفی که سازمان

جهانی بهداشت از ابعاد مختلف سلامت، ارائه داده است در مجموع، آسایش همه جانبه انسان را محور قرار داده و جالب توجه است که حکیم نظامی گنجوی هم در کتاب نفیس پنج گنج خود، سلامت را حول همین محور، تعریف کرده و صراحتاً می‌گوید: سلامت به اقلیم آسودگیست (سلامت = آسودگی جسمی، روانی، اجتماعی . . .) و بنابراین به منظور بهبود شیوه زندگی و دستیابی به اقلیم آسودگی، رعایت اصول زیر، از اهمیت والایی برخوردار است:

۱ - توانمندسازی مردم به منظور تامین و ارتقای سلامت

۲ - جلب همکاری‌های بین بخشی

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

تغییر رفتار \Rightarrow **عمل + اعتقاد + علم**

و برای ماندگاری این تغییر رفتار، ضرورت دارد عمل، به یک فرهنگ عمومی تبدیل شود تا عامل محرک‌ای برای اجرای آن توسط افراد نیز تلقی گردد.

برای همکاری بین بخشی، تبیین فرایند سلامت ناشی از شیوه زندگی سالم، از اهمیت چشمگیری برخوردار است. به نحوی که همه بخش‌های مرتبط بتوانند جایگاه خود را در تامین سلامت پیدا کنند. بدیهی است ضرورت این همکاری، پذیرش سلامت به عنوان محور توسعه پایدار به طور قانونمند است و هر عامل دیگری که به عنوان محور توسعه پایدار، تلقی شود ممکن است در درازمدت، برای تامین سلامت مردم، زیانبار باشد.

بدیهی است که اثر بخشی دو روش فوق، برای اصلاح شیوه زندگی، متفاوت است ولی معمولاً قانون‌مندی و رعایت آن با محوریت سلامت، از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد. به عنوان مثال با توانمندسازی فرد و جامعه می‌توان مردم را به مصرف کمتر روغن، نمک، قند و . . . ترغیب کرد، اما اگر با بهره‌گیری از قوانین اجتماعی بتوان روغنی را به بازار عرضه کرد که دارای ترانس کمتر و یا میزان اسید چرب اشباع شده استاندارد باشد اثرات زیانبار آن کمتر خواهد شد. حتی اگر مردم توانمندی اقدام را برای کمتر مصرف کردن آن پیدا نکرده باشند. مثلاً در کشور آمریکا با کاهش میزان ترانس روغن‌های مصرفی، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی به علت چربی را حدود ۵۰٪ کاهش داده‌اند.

همینطور اگر یارانه دولتی برای مواد قندی و چربی را حذف نموده به جای آن برای مواد غذایی دیگری نظیر میوه‌ها و سبزی‌ها یارانه مناسبی قائل شوند، اثرات سودمندتری بر سلامتی، اعمال خواهد شد. شایان ذکر است که اینگونه مثال‌ها برای حوادث ترافیکی و یا حوادث ناشی از بلایای طبیعی (زلزله و سیل) گویاتر است. به طوری که اگر در حوادث ترافیکی، سرعت را کنترل کرده، فضاهای ترافیکی را از هم جدا نماییم و با اجرای قانون از رانندگی افراد خسته و خواب‌آلوده و یا مست جلوگیری کنیم، اینگونه حوادث را تا حدود ۵۰٪ کاهش خواهیم داد و چنین استدلال‌هایی را در رابطه با اجرای قوانین ایمنی در احداث ساختمان‌ها به منظور مقابله با بلایای طبیعی نیز می‌توان به کار برد.

ب - مراقبت از بیماری‌ها

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

تهیه پروتکل‌های علمی برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و تهیه برنامه‌های مراقبتی برای توجه کافی به آنها از اقداماتی است که سودی جز ارتقای سلامت ندارد. در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاونت معاونت بهداشتی در تشکیلات جدید، این وظیفه را به عهده گرفته است. نکته مهم دیگر در مراقبت از بیماری‌ها آموزش نیروی انسانی بر حسب نیاز جامعه و انجام تحقیقات مناسب کاربردی برای توانمند کردن آن است.

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

منابع

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