

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۰ / گفتار ۲ / دکتر محمدمهدی گویا

مقررات بهداشتی بین‌المللی

فهرست مطالب

۲۱۳۳	اهداف درس
۲۱۳۳	مقدمه
۲۱۳۵	هدف و گستره مقررات
۲۱۳۶	تعاریف استاندارد مندرج در کتاب IHR
۲۱۳۶	«آلوده»
۲۱۳۶	«ناحیه آلوده»
۲۱۳۶	«هوایما»
۲۱۳۷	«فرودگاه»
۲۱۳۷	«ورود»
۲۱۳۷	«آلودگی»
۲۱۳۷	«بیماری»
۲۱۳۷	«رویداد»
۲۱۳۸	«بازرسی»
۲۱۳۸	«عبور و مرور بین‌المللی»
۲۱۳۸	«مسافرت بین‌المللی»
۲۱۳۸	«مزاحمت»
۲۱۳۸	«تحت نظر از لحاظ بهداشت عمومی»
۲۱۳۸	«خطر بهداشت عمومی»
۲۱۴۰	«قرنطینه»
۲۱۴۰	«نظام مراقبت»
۲۱۴۰	«مشکوک»
۲۱۴۰	وظایف کشورهای عضو
۲۱۴۰	نقش مقررات بهداشتی بین‌المللی در تامین امنیت سلامت جهانی
۲۱۴۳	اطلاع رسانی خطر در فوریت‌های بهداشتی به منظور تامین اهداف امنیت سلامت

مقررات بهداشتی بین‌المللی International Health Regulations

دکتر محمدمهدی گویا

وزارت بهداشت، معاونت بهداشتی، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از گذراندن این درس، بتواند:

- مقررات بهداشتی بین‌المللی را تعریف کند
- اهداف و گستره IHR را توضیح دهد
- نوآوری‌های IHR را شرح دهد
- تعاریف استاندارد مندرج در کتاب IHR را بیان کند
- نقش مقررات بهداشتی بین‌المللی در تامین امنیت سلامت جهانی و ارتباط آن با IHR را توضیح دهد
- اطلاع‌رسانی خطر در فوریت‌های بهداشتی به منظور تامین اهداف امنیت سلامت.

مقدمه

مقررات بین‌المللی بهداشت که به اختصار IHR¹ نامیده می‌شود یک ابزار حقوقی بین‌المللی به منظور تامین امنیت سلامت جهان است که شامل مجموعه مقرراتی جهت پیشگیری، محافظت، کنترل و مقابله با انتشار بین‌المللی بیماری‌های واگیر و یا هرگونه تهدید زیستی (اعم از بیولوژیک، شیمیایی و پرتوزا) که بالقوه یا بالفعل بتواند به سلامت انسان‌ها آسیب وارد نماید. مقررات IHR از سوی سازمان جهانی بهداشت تهیه و تصویب گردیده است و کلیه کشورهای عضو سازمان ملل متحد (۱۹۶ کشور) و از جمله جمهوری اسلامی ایران با امضاء آن متعهد به اجرای این مقررات گردیده‌اند. نسخه جدید IHR در سال ۲۰۰۵ میلادی در سازمان جهانی بهداشت تصویب و در سال ۲۰۰۷ به کلیه کشورهای عضو برای اجرا ابلاغ گردید که تا سال ۲۰۱۸ میلادی سه ویرایش بر روی آن اعمال گردیده است.

¹ - International Health Regulations

یکی از مسئولیت‌های تاریخی و اساسی سازمان جهانی بهداشت، مدیریت یک نظام جهانی برای کنترل انتشار بیماری‌ها در سطح جهان می‌باشد. مواد (۲۱) الف و ۲۲ منشور سازمان جهانی بهداشت اختیارات لازم را به مجمع عمومی این سازمان اعطا نموده است تا مقررات طراحی شده برای "پیشگیری از انتشار بین‌المللی بیماری‌ها" را تصویب نماید. پس از تصویب توسط مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت، اجرای این مقررات برای کلیه کشورهای عضو که در دوره زمانی اعلام شده از آن انصراف نداده اند، الزامی می‌باشد.

مقررات بهداشتی بین‌المللی که از این پس به اختصار IHR یا مقررات نامیده می‌شود توسط مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۶۹^۲ (برای اولین بار) تصویب گردید. نسخه پیشین آن موسوم به **مقررات بین‌المللی بهداشت محیط**^۳ توسط چهارمین مجمع عمومی سازمان در سال ۱۹۵۱ تصویب شده بود. مقررات ۱۹۶۹ در ابتدا شش بیماری قابل قرنطینه را شامل می‌شد، اولین اصلاحیه آن در سال ۱۹۷۳^۴ و دومین بازنگری آن در سال ۱۹۸۱^۵ انجام شد، که عمدتاً با هدف کاهش تعداد بیماری‌های تحت پوشش این مقررات از شش بیماری به سه بیماری (تب زرد، طاعون، وبا) و با عنایت به ریشه کنی جهانی آبله صورت پذیرفت.

با توجه به افزایش مسافرت‌ها و تجارت بین‌المللی و نوپدیدی یا بازپدیدی بیماری‌ها و سایر عوامل خطر دارای توان انتشار بین‌المللی، چهل و هشتمین مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۵ بازنگری اساسی نسخه اول این مقررات (مصوب ۱۹۶۹) را خواستار شد.^۶ مجمع عمومی طی قطعنامه WHA48.7 از دبیر کل سازمان جهانی بهداشت درخواست نمود اقدامات لازم برای بازنگری را انجام داده و در این فرآیند مؤکداً از مشارکت و همکاری وسیع بهره‌گیری نماید.

پس از کار مقدماتی وسیع دبیرخانه در جهت بازنگری و مشورت تنگاتنگ با کشورهای عضو، سازمان‌های بین‌المللی دیگر و سایر همکاران مرتبط، همچنین تکانه‌های حاصل از بیماری نوپدید SARS (نخستین فوریت بهداشتی بین‌المللی در قرن ۲۱)^۷، مجمع عمومی، یک کارگروه بین‌کشوری را در سال ۲۰۰۳ تشکیل داد که شرکت در آن برای کلیه کشورهای عضو، آزاد بود تا به مرور پیش نویس تهیه شده پرداخته و سپس توصیه‌های خود را به مجمع ارائه نماید.^۸ نهایتاً IHR(2005) بوسیله پنجاه و هشتمین مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت در ۲۳ می ۲۰۰۵ به تصویب رسید و از ۱۵ ژوئن ۲۰۰۷ (مقارن با ۲۵ خرداد ۱۳۸۶) به کلیه کشورهای عضو برای اجرا ابلاغ گردید.^۹

2- اسناد رسمی سازمان جهانی بهداشت، شماره ۱۷۶، سال ۱۹۶۹، مصوبه WHA22.46 را ملاحظه نمایید.

3 - International Sanitary Regulations

4- اسناد رسمی سازمان جهانی بهداشت، شماره ۲۰۹، سال ۱۹۷۳، مصوبه WHA26.0 را ملاحظه نمایید.

5- سند WHA34/1981/REC/1 مصوبه WHA34.13؛ همچنین اسناد رسمی شماره ۲۱۷، سال ۱۹۷۴؛ مصوبه WHA27.45 و مصوبه EB67.R13؛ اصلاحیه مقررات بهداشتی بین‌المللی نسخه ۱۹۶۹

6- مصوبه WHA48.7 را ملاحظه نمایید.

7- مصوبه WHA56.29 را ملاحظه نمایید.

8- مصوبه WHA56.28 را ملاحظه نمایید.

9- مصوبه WHA58.3 را ملاحظه نمایید.

هدف و گستره مقررات

هدف و گستره این مقررات عبارتست از: "پیشگیری، محافظت، کنترل و فراهم نمودن پاسخ بهداشت عمومی به انتشار بین‌المللی بیماری‌ها به نحوی که متناسب و محدود به خطر بهداشت عمومی شده و از تداخل بی‌مورد در مسافرت‌ها و تجارت بین‌المللی پرهیز گردد".

نوآوری‌ها

مقررات IHR(2005) شامل یک سری نوآوری‌ها از جمله موارد زیر، می‌باشد:

- ۱ - گستره آن تنها محدود به بیماری خاص یا یک روش انتقال ویژه نمی‌گردد بلکه شامل هرگونه ناخوشی یا وضعیت پزشکی (بدون توجه به منبع یا مبدأ آن) می‌باشد که بالقوه یا بالفعل بتواند آسیب بارز به انسان‌ها وارد نماید
- ۲ - التزام کشورهای عضو برای ایجاد حداقل ظرفیت‌های بهداشتی کلیدی
- ۳ - ملزم نمودن کشورهای عضو برای تعیین رویدادهای بهداشتی که ممکن است اهمیت بین‌المللی داشته باشند (طبق معیارهای خاص) و اطلاع‌رسانی به سازمان جهانی بهداشت
- ۴ - تمهیداتی که به سازمان جهانی بهداشت مجوز میدهد تا گزارشات غیررسمی در خصوص رویدادهای بهداشتی را در نظر گرفته و از کشور عضو، تقاضای راستی‌آزمایی در خصوص آن رویداد نماید
- ۵ - رویه‌هایی برای تعیین یک فوریت بهداشتی بین‌المللی توسط مدیرکل سازمان جهانی بهداشت و صدور توصیه‌های موقت بهداشتی با مشورت یک کمیته فوریت¹⁰
- ۶ - حفظ حقوق بشر در مورد کلیه مسافران و افراد
- ۷ - تعیین مسئول ملی اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی در هر کشور عضو و همچنین تعیین مسئول این مقررات در هر یک از دفاتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت بمنظور برقرار نمودن ارتباط میان کشورها و سازمان جهانی بهداشت.

با محدود نساختن کاربرد IHR(2005) به بیماری‌های خاص، قصد بر این بوده است که حتی در صورت روند مداوم تکامل بیماری‌ها و عوامل خطر ایجاد و انتقال آن‌ها، این مقررات تا سال‌های طولانی قابل بکارگیری و مرتبط باقی بمانند. همچنین تمهیدات (مواد و ضوابط) فراهم شده در IHR(2005) بسیاری از جنبه‌های فنی و حقوقی از جمله گواهی‌های مسافرت و تجارت بین‌المللی و الزاماتی را که بنادر، فرودگاه‌ها و مبادی مرزی زمینی بین‌المللی باید رعایت نمایند را به‌روزرسانی یا مورد تجدید نظر قرار داده است.

نسخه اول مقررات بهداشتی بین‌المللی که صرفاً بر شش بیماری متمرکز شده بود (وبا، تب زرد، طاعون، تیفوس، تب راجعه، آبله) نمی‌توانست بیماری‌هایی را شامل شود که در زمان تصویب با بازنگری این مقررات شناخته نشده بودند. پیدایش بیش از ۴۰ بیماری نوپدید و بازپدید تا اواسط دهه ۹۰ میلادی و بیماری SARS در

¹⁰ - Emergency Committee

سال ۲۰۰۳ و همچنین توسعه تجارت و تردهای بین المللی، جابجایی جمعیتها، مهاجرت و پناهندگی بازرنگری و اصلاح این مقررات را بیش از پیش مطرح و توجه مقامات بهداشتی جهان را به این امر مهم جلب نمود. از این رو، بنا بر مصوبه مجمع سالیانه بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵، مقررات بهداشتی بین المللی پس از ۱۰ سال بررسی به وسیله گروههای فنی متشکل از سازمانهای بین المللی و نمایندگان بیش از ۱۴۰ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت مورد بازرنگری و تجدیدنظر نهایی قرار گرفت و در نهایت در ۲۵ می ۲۰۰۵ در پنجاه و هشتمین اجلاس مجمع بهداشت جهانی به تصویب رسید. نمایندگان اعزامی وزارتین امور خارجه و بهداشت جمهوری اسلامی ایران نیز در اجلاس مذکور حضور داشته و به نمایندگی از دولت جمهوری اسلامی ایران نسخه جدید این مقررات را پذیرفتند. اجرای دقیق مقررات مذکور جزء وظایف کلیه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت از جمله کشور جمهوری اسلامی ایران می باشد، و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقام اصلی مسئول در اجرای مقررات بهداشتی بین المللی به حساب می آید.

تعاریف استاندارد مندرج در کتاب IHR

در کتاب IHR که شکل مقررات و نوشتار قانونی دارد موضوعات بهداشتی بین الملل مطرح شده است و لذا اشراف بر معانی صحیح کلمات به کار رفته ضروری می باشد و از جمله تعاریف موجود در کتاب می توان به این موارد اشاره نمود:

«آلوده»^{۱۱}

به معنی اشخاص، چمدان، محموله، کانتینرها، وسایل نقلیه، کالاهای خوراکی، بسته های پستی یا متعلقات انسان می باشد که دچار آلودگی یا عفونت بوده یا منبع آلودگی یا عفونت را حمل میکنند، بدین ترتیب یک خطر بهداشت عمومی را ایجاد نمایند؛

« ناحیه آلوده »^{۱۲}

به معنی یک محدوده جغرافیایی است که سازمان جهانی بهداشت طبق این مقررات، اعمال موازین بهداشتی خاص را برای آن توصیه نموده است

« هواپیما »^{۱۳}

منظور هواپیمایی است که مبادرت به پروازهای بین المللی می نماید

11- Affected

12- Affected area

13- Aircraft

« فرودگاه »

منظور فرودگاهی است که پروازهای بین‌المللی در آن ورود و خروج مینمایند

« ورود^{۱۴} »

ورود یک وسیله نقلیه به معنی:

الف) در مورد وسایل حمل و نقل دریایی، وارد شدن یا لنگر انداختن در محدوده تعیین شده یک بندر
 ب) در مورد یک هواپیما، فرود آمدن در یک فرودگاه،
 ج) در مورد یک کشتی در حال مسافرت بین‌المللی که در یک آبراه درون خشکی (رودخانه) سفر میکند، وارد شدن در یک بندر بین‌المللی متصل به این رودخانه
 د) در مورد یک قطار یا یک وسیله نقلیه جاده‌ای، وارد شدن در یک مبدأ مرزی زمینی

« آلودگی^{۱۵} »

به معنی یک عامل عفونت‌زا یا ماده سمی است که بر روی سطح بدن انسان یا حیوان، سایر اشیاء بی‌جان (از جمله وسایل نقلیه) یا روی سطح فرآورده‌های مصرفی یا داخل آن‌ها قرار داشته و ممکن است باعث به خطر افتادن سلامت عمومی شود

« بیماری^{۱۶} »

منظور ناخوشی یا وضعیت پزشکی (بدون توجه به منشاء و یا مبدأ آن) است که بالقوه یا بالفعل صدمه جدی را متوجه سلامت انسان‌ها می‌نماید^{۱۷}

« رویداد^{۱۸} »

به معنی تظاهر یک بیماری یا رخدادی است که بالقوه میتواند منجر به بیماری شود

14 - Arrival

15 - Contamination

16 - Disease

17- با این تعریف عمدتاً بیماری‌های در (IHR(2005) مد نظر هستند که بتوانند سلامت جمعی از انسان‌ها را به خطر اندازند یا عبارتی بیماری‌هایی که بتوانند همه گیری (اپیدمی) ایجاد نمایند (توضیح مترجم)

18 - Event

« بازرسی^{۱۹} »

منظور بررسی نواحی (مختلف وسیله نقلیه)، چمدان‌ها، کانتینرها، وسایل نقلیه، تأسیسات، کالاها و بسته‌های پستی و همچنین مستندات مرتبط با آنها توسط یک مقام مسئول بهداشتی یا تحت نظارت وی است تا عوامل خطر ساز برای سلامت عموم شناسایی شوند

« عبور و مرور بین‌المللی^{۲۰} »

به معنی جابجایی اشخاص، چمدان‌ها، محموله‌ها، کانتینرها، وسایل نقلیه، کالاها یا بسته‌های پستی از یک مرز بین‌المللی است و شامل تجارت بین‌المللی^{۲۱} نیز می‌باشد؛

« مسافرت بین‌المللی »:

الف) در مورد یک وسیله نقلیه، منظور سفر بین مبادی مرزی است که در قلمرو بیش از یک کشور واقع شده‌اند، یا یک سفر بین مبادی مرزی واقع در حوزه جغرافیایی یک کشور چنانچه وسیله نقلیه در طی سفرش از قلمرو سایر کشورها نیز عبور نماید
ب) در مورد یک مسافر^{۲۲}، منظور سفری است شامل ورود به قلمرو یک کشور غیر از قلمرو کشوری که مسافر سفرش را از آنجا شروع کرده است

« مزاحمت^{۲۳} »

به معنی مختل نمودن آسایش یک فرد از طریق تماس نزدیک یا سئوالات ناخوشایند است؛

« تحت نظر از لحاظ بهداشت عمومی^{۲۴} »

به معنی پایش وضعیت سلامت یک مسافر در طول زمان به قصد تعیین خطر انتقال بیماری است

« خطر بهداشت عمومی^{۲۵} »

به معنی احتمال یک رویداد که ممکن است اثرات نامطلوب بر سلامت جمعی از انسان‌ها ایجاد کند که در این مقررات بیشتر تأکید بر رخدادی که ممکن است انتشار بین‌المللی پیدا کرده یا خطر جدی بدنال داشته باشد، اطلاق میگردد

19 - Inspection

20 - International traffic

21 - International trade

22 - Traveller

23 - Intrusive

24 - Public health observation

25 - Public health risk

ابزار تصمیم‌گیری در خصوص وقوع یک فوریت بهداشتی با اهمیت بین‌المللی (پیوست ۲ مقررات بهداشتی بین‌المللی)



ظ و چات ۱ - ابزار تصمیم‌گیری دی در خصوص وقوع یک فوریت بهداشتی با اهمیت

« قرنطینه^{۲۶} »

به معنی مجزا کردن از دیگران و / یا محدود کردن فعالیت‌های اشخاص مظنون به بیماری است که در حال حاضر فاقد علائم بیماری هستند یا جدا نمودن چمدان‌ها، کانتینرها، وسایل نقلیه یا کالاهای مشکوک به نحوی که از انتشار احتمالی عفونت یا آلودگی پیشگیری نماید

« نظام مراقبت^{۲۷} »

به معنی جمع‌آوری مداوم و منظم داده‌های مرتبط با بهداشت عمومی، جمع‌بندی، آنالیز و انتشار بهنگام آن‌ها برای ارزیابی وضعیت بهداشتی و در صورت نیاز ارزیابی اثربخشی پاسخ (اقدامات) بهداشت عمومی می‌باشد؛

« مشکوک^{۲۸} »

بمعنی اشخاص، چمدان‌ها، محموله، کانتینرها، وسایل نقلیه، کالاها و یا بسته‌های پستی است که توسط یک کشور متعاهد دارای مواجهه قطعی یا احتمالی با یک خطر بهداشت عمومی در نظر گرفته شده و میتوانند منبع احتمالی گسترش یک بیماری شوند

وظایف کشورهای عضو

هر کشور عضو باید رویدادهایی را که در قلمروی خود شناسایی نموده بر اساس ابزار تصمیم‌گیری (مندرج در "پیوست ۲ ابزار تصمیم‌گیری") مورد ارزیابی قرار دهد. کلیه رویدادهایی که بر اساس اطلاعات بهداشتی، جمع‌آوری شده و ابزار تصمیم‌گیری، ممکن است یک فوریت بهداشتی بین‌المللی باشند و همچنین اقدامات بهداشتی انجام شده در پاسخ به آن رویداد، باید توسط مسئول ملی IHR حداکثر طی ۲۴ ساعت، با کارآمدترین شیوه ارتباطی موجود به سازمان جهانی بهداشت اطلاع داده شوند. اگر اطلاعات دریافت شده توسط WHO در حوزه صلاحیت سازمان بین‌المللی انرژی اتمی (IAEA) باشد، WHO باید فوراً به آن سازمان اطلاع‌رسانی نماید.

نقش مقررات بهداشتی بین‌المللی در تامین امنیت سلامت جهانی

هر اندازه امنیت نظامی، امنیت اقتصادی و امنیت اجتماعی از جمله مقوله‌های شناخته شده‌ی امنیت در کشورها هستند اما امنیت سلامت در تمام دنیا، همواره یکی از مغفول‌ترین مقوله‌های امنیتی بوده و کمتر به عنوان یک موضوع امنیتی به طور مستقیم به آن پرداخته شده است. امنیت سلامت به معنی عام خود "حفاظت جامعه در برابر هرگونه تهدید و مخاطره‌ای است که سلامت مردم و سرمایه‌های ملی را هدف قرار دهد" دارای ابعاد

26 - Quarantine

27 - Surveillance system

28 - Suspect

مختلفی است. در واقع طیف مخاطراتی که در مقوله امنیت سلامت، تهدید کننده سلامت جامعه می‌باشد بسیار متنوع است و برخی از آن‌ها هنوز به درستی شناخته شده نیستند. ابعاد امنیت سلامت، شامل بیماری‌های واگیر، بیماری‌های غیرواگیر، داروهای قلبی و غیراصل، تهدیدات شیمیایی، رادیواکتیو، و ... می‌باشد.

در میان همه ابعاد امنیت سلامت، موضوع بیماری‌های واگیر، مهمترین بعد امنیتی آن می‌باشد و به اعتقاد بسیاری از کارشناسان در بین بیماری‌های واگیر نیز بیماری‌های تنفسی با سرعت بالا در جوامع از دیرباز یک کابوس نگران کننده بوده است و تا کنون چندین بار بشریت این کابوس را در عالم واقع در ابعاد کوچکتر تجربه نموده است. تقریباً شکی برای کسانی که این موضوعات را دنبال می‌کنند باقی نمانده است که جهان دیر یا زود با همه‌گیری بزرگی از بیماری‌های عفونی روبرو خواهد شد و در این آب گل آلود، بازار تجاری مطلوبی برای "شرکت‌های تهیه کننده واکسن‌های بیماری‌های نوپدید" فراهم خواهد شد.

موضوع مهاجرت جمعیت‌های آسیب دیده از زلزله، سیل، جنگ و ... نیز به موضوعی کلیدی در دنیای امروز بدل شده است. تجارت جهانی کالاهایی مانند سیگار، مواد غذایی پرکالری و پرفروشی که امروزه به عنوان فست فود، از آن‌ها نام برده می‌شود، می‌تواند به گسترش همه‌گیری‌های بیماری‌های غیرواگیر در جهان منجر شود و از این رو است که بیماری‌های غیرواگیر نیز جایگاه مهمی در مقوله امنیت سلامت جهانی پیدا کرده‌اند. در آن روز، کشورهایی می‌توانند از بلا در امان بمانند که از پیش به طور جدی مقوله امنیت سلامت را در اولویت کارهای خود قرار داده و ابعاد مختلف آن را شناسایی و تمرین نموده و جامعه آماده‌ای را تشکیل داده باشند.

در ابعاد جهانی خود، امنیت سلامت پیچیده‌تر از شرایطی است که یک کشور به تنهایی با آن روبرو می‌شود. از عواملی که باعث پدید آمدن این پیچیدگی می‌شوند، ناتوانی کشورها در شناسایی به موقع و دقیق مخاطرات، جابجایی بزرگ و روزافزون جمعیت‌ها و کالاها، پنهانکاری کشورها در گزارش به موقع تهدیدات را می‌توان اشاره نمود.

مقررات بین المللی بهداشت (IHR) در راستای پاسخ به این چالش‌ها و افزایش امنیت جهانی در بعد سلامت ظرفیت‌هایی را به عنوان ظرفیت‌های کلیدی، مطرح می‌نماید که کشورهای عضو، متعهد هستند آن ظرفیت‌ها را در خاک خود ایجاد نمایند تا تهدیدات سلامت را هرچه سریعتر شناسایی نموده و گزارش مناسبی از ابعاد آن به کشورهای جهان ارائه نمایند. بدیهی است این برنامه‌های بهداشتی بدون همکاری‌های منطقه‌ای و تلاش کشورهای همسایه و هم‌مرز و حسن نیت کشورهای جهان به اهداف نهایی خود نخواهد رسید. در واقع از یک سو تعهد سیاسی و اجماع داخلی کشورها و از سوی دیگر تعهد بین المللی و توانمندی علمی کشورها می‌تواند ارتقا امنیت سلامت جهانی را به دنبال داشته باشد.

ابعاد امنیت سلامت

امنیت سلامت را در دو بعد می‌توان در نظر گرفت. یک بعد آن امنیت کلان و جمعیتی است و بعد دوم آن امنیت فردی. ملموس‌ترین و شناخته شده‌ترین بعد امنیت سلامت در واقع بعد امنیت کلان است و مثال‌های فراوانی برای آن می‌توان ذکر نمود؛ از جمله برنامه ریشه کنی جهانی آبله که با اقدامی هماهنگ و بین‌المللی بشر توانست با استفاده از واکسیناسیون، جمعیت جهان را از این بیماری نجات دهد. بسیاری از برنامه‌های پیشگیرانه و واکسیناسیون‌ها و مقرراتی که جمعیت‌های بزرگ بشری را از تهدیدی در امان نگاه داشته‌اند از این دسته امنیت سلامت هستند.

بعد دوم امنیت سلامت که بعد فردی است و کمتر شناخته شده و حتی گاهی مغفول واقع می‌شود، به حفظ افراد در برابر تهدیدها می‌پردازد. مثال ملموس این نوع از امنیت سلامت اقداماتی است که برای حفظ جان پزشکان و سایر کارکنان تیم سلامت در قابل موازین کنترل عفونت توصیه می‌شود. استفاده از ماسک، دستکش، وسایل حفاظت فردی، زیر ساخت مناسب اتاق‌های ایزوله، و ... با هدف حفظ جان کارکنان تیم درمانی و جلوگیری از تلفات جانی این افراد نمونه‌ای از اقدامات امنیتی سلامت در بعد فردی است. وقتی به همه‌گیری‌های بزرگی مانند ابولا در غرب آفریقا (۲۰۱۴) می‌پردازیم نام پزشکان شناخته شده‌ای را می‌بینیم که جان خود را در راه حفظ سلامت جامعه از دست دادند، پزشکان و دانشمندانی که خود از سرمایه‌های کشوری یا منطقه‌ای در آفریقا یا جهان بودند و سطح علمی بالایی داشتند. مطالعات انجام شده در آن همه‌گیری، نشان داد که پزشکان و تیم درمان، ۲۰ تا ۳۰ برابر بیشتر از جامعه در معرض تهدید عفونت و بیماری ابولا هستند.

با این نوع دسته بندی امنیت سلامت به ابعاد کلان و فردی، و نگاهی به نوع اقدامات انجام شده به راحتی مشخص می‌شود که این دو بعد از هم منفک نبوده و در واقع نوعی درهم تنیدگی در میان این دو دسته بندی وجود دارد. به عنوان مثال واکسیناسیون کادر درمان با واکسن آنفلوانزا نه تنها آن‌ها را در برابر بیماری شدید مصون خواهد ساخت بلکه مانع از گسترش بیشتر همه گیری‌ها توسط کادر درمانی می‌شود. کارکنانی که روزانه با ده‌ها و صدها بیمار دیگر چهره به چهره می‌شوند و امکان گسترش بیماری به دیگران را دارند. در واقع اقدامات پیشگیرانه و کنترل عفونت در مراکز درمانی هم اهداف کلان و هم اهداف فردی را در امنیت سلامت دنبال می‌نمایند.

چیزی که دست یابی به امنیت جهانی سلامت را دشوارتر می‌کند فقط کم گزارش‌دهی کشورها و ضعف آن‌ها در شناسایی به موقع تهدیدات نیست، بلکه ناشناخته ماندن برخی تهدیدها و مخاطرات سلامت در جهان است که چالشی جدی در این راه محسوب می‌شود. یکی از جدیدترین و جدی‌ترین تهدیدات امنیت سلامت که ابعاد آن هنوز به درستی در جهان شناخته شده نیست موضوع مقاوم شدن میکروارگانیسم‌ها به آنتی بیوتیک‌های

موجود و سرعت بیشتر مقاوم شدن آن‌ها در مقایسه با سرعت ساخت داروهای جدید و موثر است. برای غلبه بر این تهدید نیاز است تا مطالعات و تحقیقات جدید به اشتراک گذاشته شود و شبکه‌های تحقیقاتی ملی و جهانی طراحی شوند تا دست یابی به اهداف تعیین شده تحقیقاتی، تسریع شود. این همکاری‌های علمی و اجرایی نه تنها باید با تمرکز بر ابعاد سلامت انسان بلکه با در نظر داشتن اهمیت حیات وحش و محیط زیست و ارتباط انسان با محیط پیرامون خود، باید تلاش نمود تا مطالعات جامع‌تر و همکاری‌های عمیق‌تری انجام پذیرند. اینجا است که رویکرد استراتژیک مهم جهانی و ملی در برابر تهدیدات سلامت، رویکردی یکپارچه و دیدی گسترده را می‌طلبد و لذا این نگاه جامع و یکپارچه به مقوله امنیت سلامت (رویکرد One Health) از اهم مسایل جهانی و ملی در برنامه ریزی‌های آینده محسوب می‌شود و آنچه که ذکر شد چیزی جز *پدافند غیرعامل در مقابل مخاطرات زیست - محیطی با آماده کردن جامعه و تمهید و تجهیز و روزآمد کردن نظام سلامت، نمی‌باشد!* اقدامی که در کشور عزیزمان از سال‌ها قبل، آغاز شده و به سرعت رو به پیشرفت است ...

اطلاع رسانی خطر در فوریت‌های بهداشتی به منظور تامین اهداف امنیت سلامت

سازمان جهانی بهداشت بدلیل، اهمیت موضوع در دپارتمان "مدیریت مخاطرات عفونی" یک راهنمای ویژه تحت عنوان "**Communicating Risk in Public Health Emergencies**" در رابطه با سیاست‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد لازم در رابطه با اطلاع‌رسانی خطر در فوریت‌ها تهیه کرده است. این راهنما حاصل یک تلاش عظیم است که سئوالات در آن فرمول‌بندی شده‌اند و ابزارهای ارزیابی آن همگی با یکدیگر انطباق داده شده و جداول تصمیم‌گیری آن همگی مبتنی بر شواهد بوده و فرآیندهای جدیدی برای تصمیم‌گیری، تولید شده است. این روش‌های بدیع در این دستورالعمل که مبتنی بر شواهد تهیه شده مورد ملاحظه قرار گرفته است که به شرح زیر می‌باشد.

- ۱- رویکردهایی که جهت اعتمادسازی و درگیر کردن جوامع و جمعیت‌های درگیر انجام می‌شود.
 - ۲- رویکردهایی که برای ادغام **Risk Communication** در ساختارهای آمادگی و پاسخ‌دهی در حوادث اضطراری شامل ظرفیت‌سازی برای **Risk Communication** با ملاحظه موضوعاتی مثل اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی صورت می‌گیرد.
 - ۳- اقدامات عملی **Risk Communication** در شرایط اضطراری شامل استراتژی‌سازی، برنامه‌ریزی، هماهنگی، پیام‌رسانی، روش‌های متعدد برقراری کانال‌های ارتباطی و رویکردهای برقراری ارتباط و ایجاد مشارکت برای پایش و ارزشیابی براساس یک ارزیابی سیستماتیک از شواهد بدست آمده در کارهای انجام شده و آنچه انجام نشده در حوادث اضطراری اخیر.
- اکنون دیگر معلوم شده که یکی از اساسی‌ترین و چالشی‌ترین مداخلات در طی حوادث اضطراری، موضوع **Communication Risk** است. *حصول اطمینان از تبادل به موقع اطلاعات، توصیه‌های لازم و کسب نقطه نظرات صاحب‌نظران، رهبران جامعه و مقامات رسمی در طی طغیان‌ها، همه‌گیری‌های بزرگ و جهانی،*

حوادث شیمیایی و پرتویی، بلایای انسانی میتواند باعث حفظ جان تعداد بی شماری از مردم شده و آسیب‌های حاصله را تخفیف داده و انتشار یک بیماری را متوقف کند.

Risk Communication مؤثر به مردم در معرض خطر این اجازه را می‌دهد که اهمیت آنرا درک کرده برای حفظ خود، رفتارهای مناسبی در پیش گیرند. از سوی دیگر Risk Communication تصمیم‌گیرندگان و صاحب‌نظران را وادار می‌کند به حرف‌ها گوش بدهند، به سؤالات، درخواست‌ها، نگرانی‌های مردم پاسخ بدهند و همین امر باعث می‌شود مردم به آن‌ها بیشتر اعتماد کرده و توصیه‌های آن‌ها را بپذیرند.

دلایل کندی و ضعف اطلاع‌رسانی خطر در فوریت‌های بهداشتی

Risk Communication جزئی از هر برنامه پاسخ‌دهی در طی وضعیت‌های اضطراری است ولی اغلب خیلی ضعیف و دیر اعمال می‌شود. عوامل مختلفی باعث این مسئله هستند از جمله:

- ۱- نبود آمادگی،
- ۲- ظرفیت‌های محدود
- ۳- نبود منابع مالی
- ۴- عدم شناخت کافی که برای یک پاسخ مؤثر چه چیزهایی لازم است.

وقتی در سال ۲۰۰۳ همه‌گیری بیماری SARS در دنیا رخ داد بازنگری مقررات بهداشتی بین‌المللی مورد ملاحظه قرار گرفت و یکی از مهم‌ترین موضوعات مورد بحث طی آن نیاز به ایجاد ظرفیت‌های قوی‌تر در رابطه با Risk Communication در سطح کشوری بود. براساس مقررات جدید بهداشتی بین‌المللی، کشورها باید ظرفیت‌های Risk Communication خود را ارزیابی نموده و آن‌ها را بطور منظم بررسی کنند. از کشورها خواسته شده برای ظرفیت‌سازی در این زمینه‌ها سرمایه‌گذاری نمایند. همه‌گیری‌های بین‌المللی اخیر مثل Ebola، Zika و تب زرد چالش‌ها و خلاءهای Risk Communication را در طی این حوادث به وضوح آشکار کرد.

لزوم وجود یک راهنمای مبتنی بر شواهد برای Risk Communication

ضرورت داشتن یک برنامه Risk Communication قوی، انعطاف‌پذیر و ادغام یافته در سیستم مراقبت اولیه سلامت (PHC) در برنامه مقررات جدید بهداشتی بین‌المللی، مورد تأکید قرار گرفته است. برای این منظور سازمان جهانی بهداشت موظف شده تا استراتژی‌های آن را در سطح گسترده‌ای برای بهبود ارتباطات جاری، پیام‌رسانی در مورد اقدامات پیشگیری، Risk Communication و برقراری ارتباط در طی وضعیت‌های اضطراری را شکل داده و این اطمینان را بوجود آورد که سیاست‌های در پیش گرفته شده با محتوای آنچه رخ داده و نیاز به اجرای آن است مطابقت دارد، و طوری این ارتباط را شکل دهد که هم پاسخگوی رسانه باشد، هم به هنگام بوده و هم با تواتر منظم به دست گیرنده پیام رسیده و منظور خود را به او برساند.

هرچند WHO محتوا و برنامه‌های آموزشی و سایر انواع روش‌های ایجاد ارتباط در طی شرایط اضطراری و همچنین دستورالعملی برای Risk Communication دارد ولی همه این‌ها براساس درس‌آموخته‌هایی بوده که در طی بلایای زیست‌محیطی (مثل سیل و زلزله) و نهایتاً تجربه‌های SARS و آنفلوآنزای پاندمیک H₁N₁ سال ۲۰۰۹ تهیه شده و حاصل یک آنالیز سیستماتیک از شواهد نمی‌باشد.

موضوعات دیگری هم در زمینه Risk Communication در رابطه با عوامل اجتماعی، اقتصادی،

سیاسی و فرهنگی وجود دارد که همگی آنها روی برداشت‌های مردم از خطر و رفتارهای آنها برای کاهش خطر تأثیر می‌گذارند که مورد ملاحظه قرار نگرفته و بدین لحاظ بر روی اهمیت آنها تأکید لازم صورت نگرفته است. تکنولوژی‌های Communication با سرعت هر چه تمام‌تر در حال تحول هستند و امروز رسانه‌های digital تأثیرات قدرتمند روز افزونی پیدا کرده و باعث دسترسی بیشتر مردم به اطلاعات شده‌اند. اما اینکه آنها به کدام منابع اعتماد کنند اهمیت داشته و لازم است با بازنگری آخرین تحقیقات برای اقدامات مؤثر Risk Communication به آنها رجوع شود.

چالش پیش رو: ارزیابی شواهد برای مداخلات Risk Communication پیچیده

هرچند لزوم وجود یک راهنمای مبتنی بر شواهد برای Risk Communication کاملاً روشن بوده اما باید این راهنما متدولوژی مشخصی داشته و شواهد اثر بخشی آن شناسایی و ارزیابی شده باشد. سازمان جهانی بهداشت، برای تهیه دستورالعمل جدید WHO یک پانل در ژوئن ۲۰۱۵ تحت عنوان GDG²⁹ تشکیل داد که وظیفه اش این بود که عرصه‌هایی از Risk Communication را که نیاز به بررسی‌های بیشتر دارند و چارچوب سئوالاتی را که باید برای جستجوی سیستماتیک شواهد جمع آوری شود شناسایی کنند در اینجا سئوالاتی را که در رابطه با ادغام برنامه Risk Communication در نظام سلامت باید جمع آوری شوند، برنامه‌ریزی Risk Communication و اقدامات عملی آن و بهترین راه‌های اعتمادسازی و درگیر کردن جوامع، فرمول بندی شده‌اند. یک سیستم بنام GRADE³⁰ برای ارزیابی شواهد و ارائه توصیه‌های خود مورد استفاده قرار می‌دهد. این سیستم در مواقعی که شواهد کمی بوده و یک انتخاب کاملاً روشن بین دو گزینه مداخله‌ای بالقوه وجود دارد (یک مداخله مقایسه کننده) مشابه آنچه در راهنماهای درمان بالینی وجود دارد خیلی خوب عمل می‌کند. هرچند در بعضی از مداخلات رفتاری بهداشتی پیچیده مثل مواردی که در Risk Communication‌های وضعیت‌های اضطراری رخ میدهد، علاقه اصلی آن است که همه اقدامات یک پی‌آمد منطقی در پی داشته باشد، بعنوان مثال چه اقداماتی صورت گیرد تا اعتماد افرادی که قدرت نفوذ دارند جلب شود. در دستورالعمل قبلی WHO موضوعات زیر مورد ملاحظه قرار نگرفته است.

- ۱- تکنولوژی‌های mobile
- ۲- پژوهش‌های ارزشیابی
- ۳- ارزیابی موانع ایجاد آمادگی
- ۴- Emergency Risk Communication طی بلایا در کشورهای با درآمد خیلی پائین
- ۵- ظرفیت سازی در طی فاز " آمادگی "
- ۶- کاربرد شواهد و تجربیات گذشته برای اطلاع رسانی بهتر خطر در فوریت‌های بهداشتی

²⁹ - Guideline Development Group

³⁰ - Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation