

بهداشت فردی و عمومی

هدف‌های رفتاری: از فراگیر انتظار می‌رود پس از پایان این فصل بتواند:

- بهداشت فردی را تعریف کند.
- بهداشت عمومی را تعریف کند.
- دلایل اولویت بهداشت بر درمان را نام ببرد.
- پیشگیری سطح اول را با ذکر مثال توضیح دهد.
- پیشگیری سطح دوم را با ذکر مثال توضیح دهد.
- پیشگیری سطح سوم را با ذکر مثال توضیح دهد.

۱-۲- تعریف بهداشت

بهداشت عبارت است از علم و هنر^۱ دستیابی به سلامتی. در واقع بهداشت علم نگاهداری و بالا بردن سطح سلامتی است.

بهداشت، در واقع درهای آینده را به روی فعالیت‌های اقتصادی و پیشرفت‌های اجتماعی یک ملت می‌گشاید و به همه مردم از زن و مرد، کوچک و بزرگ، از هر طبقه اقتصادی، اجتماعی و با هر مذهب و اخلاق ارتباط دارد. ضررهای ناشی از بدی وضع بهداشت به سن، جنس، شغل، یا سطح اقتصادی و اجتماعی و یا منطقه خاصی محدود نمی‌شود، بلکه مربوط به همه افراد یک جامعه می‌باشد.

همچنین از لحاظ اقتصادی، بیماری فرد، ضرر بزرگی به خانواده و اجتماع می‌زند زیرا موجب

۱- هنر به معنای مهارت در انجام کار است که از طریق تجربه، مشاهده و یا مطالعه به دست آمده است و موجب کارآیی بیشتر می‌شود.



می‌شود که اولاً مقدار زیادی هزینه درمان او شود و ثانیاً اگر آن شخص بزرگسال باشد، مدتی قادر به کار کردن نخواهد بود و همین امر موجب زیان اقتصادی خانواده و جامعه خواهد شد. با توجه به این‌که بیماری فرد، روی سایر افراد خانواده و در نتیجه روی جامعه اثر می‌گذارد، درمان تنها کافی نخواهد بود بلکه باید کاری کنیم که افراد بیمار نشوند تا نیازی به درمان نداشته باشند و از عواقب بیماری نیز جلوگیری شود.

۲-۲- بهداشت فردی و بهداشت عمومی

برای تأمین سلامت جامعه، بهداشت باید هم به صورت فردی و هم به صورت عمومی رعایت شود. به عبارت دیگر، بهداشت فردی و عمومی مکمل یکدیگرند و رعایت بهداشت فردی به تنهایی کافی نخواهد بود، زیرا انسان جدا از مردم و اجتماع زندگی نمی‌کند و رعایت یا عدم رعایت بهداشت هر فرد، روی سلامت سایرین اثر می‌گذارد. بنابراین، به طور خلاصه می‌توان گفت که بهداشت به دو صورت در جامعه تأمین می‌شود.

۲-۳- تعریف بهداشت فردی

رعایت بهداشت فردی، عبارت از پیروی افراد جامعه از یک سلسله دستورها و عادت‌های بهداشتی و دوری جستن از رفتارها و عادت‌های غیربهداشتی است که مجموعاً باعث می‌شود افراد جامعه، در معرض عوامل و شرایط بیماری‌زا قرار نگیرند و به بیماری‌های ناشی از آنها دچار نشوند. استراحت، نظافت، خواب، رژیم غذایی مناسب، ورزش، پوشاک و استحمام از نکات مهم اصول بهداشت فردی هستند.

از عادت‌ها و رفتارهای غیربهداشتی، پرخوری، استفاده بی‌دلیل از داروها، شکستن مواد سخت مثل گردو و بسته با دندان و کشیدن سیگار را می‌توان نام برد. باید گفت، سلامت به عنوان تحفه‌ای به دست انسان نمی‌رسد، بلکه انسان باید برای به دست آوردن آن کوشش و تلاش کند و با مراعات دستورات بهداشتی، فردی سالم باشد.

۲-۴- تعریف بهداشت عمومی

براساس مسائل ذکر شده رسیدگی به امور تندرستی و بیماری فرد، در رابطه با مجموعه محیط‌زیست و اجتماع صورت می‌گیرد. برای رسیدن به این هدف، احتیاج به کوشش همگانی است



تا شرایط بهداشتی مناسب برای عموم افراد جامعه، فراهم گردد. تعریف جامعی که پروفیسور وینزلو^۱ از بهداشت همگانی ارائه داده است و فعالیت‌های گسترده‌ای را در زمینه‌های گوناگون دربر می‌گیرد، آورده می‌شود.

بهداشت همگانی عبارت است از «علم و فن پیشگیری از بیماری‌ها، افزایش طول عمر و ارتقای سطح سلامتی و توانایی انسان از طریق کوشش‌های دسته جمعی افراد جامعه، به منظور: بهسازی محیط، کنترل بیماری‌های واگیردار، آموزش بهداشت فردی، ایجاد خدمات پزشکی و پرستاری جهت تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماری‌ها و ایجاد یک نظام اجتماعی که در آن هر فرد، دارای سطح زندگی مطلوبی، برای تأمین و نگهداری تندرستی خود باشد، به طوری که هر فردی از جامعه از حق طبیعی خود، یعنی سلامتی و عمر طولانی، بهره‌مند شود.»

با استفاده از جدول زیر، تعریف بهداشت عمومی عبارت است از:

دانش و فن	از راه	برای
۱- جلوگیری از بیماری ۲- طولانی کردن عمر ۳- بالا بردن سطح سلامتی، توانایی و تندرستی ۴- حداکثر استفاده از نیروی جسمانی و فکری در راه پیشرفت اجتماع	فعالیت‌های متشکل جامعه	۱- بهسازی محیط ۲- جلوگیری از عفونت‌های واگیردار ۳- آموزش افراد درباره بهداشت شخصی ۴- تشکیل خدمات طبی و پرستاری برای تشخیص فوری و اقدام برای جلوگیری از بیماری ۵- توسعه سیستم اجتماعی که در آن هرکس از داشتن وسایل لازم زندگی که متضمن بقا و سلامت اوست برخوردار باشد.
و ترتیب و تنظیم این خدمات به طوری که هرکس حق مسلم خود را در مورد سالم بودن و طول عمر تشخیص داده و بتواند تا دم مرگ، فرد با ارزشی برای اجتماع باشد.		



۲-۵- تعمیم بهداشت عمومی به عنوان یک عبادت

تعمیم بهداشت عمومی و ارائه خدمات بهداشتی، با نیت ارتقای سطح سلامت در جامعه مسلمانان و حفظ جان و سلامت انسان‌ها و بی‌نیاز ساختن جامعه اسلامی از بیگانگان، بی‌تردید از عبادات بسیار مهم و مورد عنایت خاص پروردگار به حساب می‌آید. به همین سبب، هر گامی که در این مسیر برداشته شود، گامی در مسیر عبادت و جلب رضایت خداست. حتی نفس کشیدن، استراحت کردن، غذا خوردن، راه رفتن و هر عملی که در طی این طریق در جهت رسیدن به هدف انجام شود، جزئی از این عبادت بزرگ محسوب می‌شود و نزد خداوند پاداش خواهد داشت.

۲-۶- اولویت بهداشت بر درمان

امروزه کسی در ضرورت مقدم بودن پیشگیری نسبت به درمان تردیدی ندارد، زیرا وقتی بیماری عارض شد، علاوه بر رنجی که به انسان تحمیل می‌کند، رفع آن مستلزم هزینه بسیاری نیز هست. بسیار اتفاق می‌افتد که درمان مؤثر واقع نمی‌شود و جان انسان به راحتی از بین می‌رود، یا عوارضی با آثار سوء کم و بیش دائمی به جای می‌ماند.

مسئله به این جا ختم نمی‌شود. به خسارت ناشی از بستری شدن بیمار اعم از هزینه درمان و از دست رفتن وقت یک نیروی کار در جامعه، باید هزینه مصرف دارو و سایر هزینه‌های مربوطه را نیز اضافه کرد. داروها ضمن درمان بیماری‌ها غالباً آثار نامناسبی بر بدن بیمار به جای می‌گذارند که تحت عنوان «عوارض جانبی داروها» جای خاصی در بحث پزشکی دارد.

۲-۷- پیشگیری و سطوح آن

همان‌طور که در ابتدا گفته شد، در زمان اسقلیبوس نیز جرقة افکار نوینی در طبابت آن روز زده شد که در دهه‌های اخیر جدی‌تر مورد بررسی قرار گرفت و براساس آن علم بهداشت به عنوان علمی وسیع‌تر از پزشکی قد علم کرد.

زیرا علم پزشکی، قسمتی از علم بهداشت است که مربوط به درمان بیماری‌هاست ولی در بهداشت سعی بر این است که از به وجود آمدن بیماری جلوگیری شود و یا علاج واقعه قبل از وقوع آن انجام پذیرد و حتی پس از وقوع بیماری نیز، اقداماتی صورت پذیرد. بر پایه چنین مفهومی است که می‌توان برای خدمات بهداشتی سه سطح قائل شد:

۱- پیشگیری سطح اول: مجموعه اقداماتی است که باعث ازدیاد قدرت جسمی و روانی



افراد جامعه و یا سالم تر شدن محیط زندگی می شود. این اقدامات سبب می شود که انسان در معرض بسیاری از بیماری های خطرناک قرار نگیرد.

پیشگیری سطح اول شامل دو دسته از اقدامات است :

۱- ارتقاء بهداشت

۲- حفاظت ویژه در مقابل وقایع بهداشتی و بیماری ها

۱-۱- ارتقاء بهداشت شامل :

- آموزش بهداشت، بهبود تغذیه و در پیش گرفتن سبک زندگی سالم است.
- آموزش مسائل بهداشتی و تشویق افراد جامعه به رعایت اصول آن قسمتی از این فعالیت هاست.
- رعایت رژیم غذایی متناسب با نیازهای افراد، در مراحل مختلف کودکی، نوجوانی، بارداری و شیردهی زنان از جمله اقداماتی است که موجب بالا بردن سطح سلامتی می شود.
- فراهم آوردن شرایط خوب مسکن، محیط کار و تأمین تفریحات سالم و مناسب از عوامل ضروری بالا بردن سطح سلامتی به شمار می آیند و می توانند باعث بالا رفتن قدرت جسمی و روحی افراد و افزایش سطح کارایی آنها شوند.

۱-۲- حفاظت ویژه شامل :

راه ها و روش های اختصاصی پیشگیری برای بعضی از بیماری ها است که از بروز آن بیماری در فرد جلوگیری می کنند :

مثلاً برای پیشگیری از سرخک، سیاه سرفه، کزاز و ... واکسن تزریق می شود و برای جلوگیری از مالاریا به سمپاشی در منطقه و مبارزه با پشه مالاریا مبادرت می شود. برای پیشگیری از بیماری شبکوری، خوردن غذاهای دارای ویتامین A یا کپسول ویتامین A ضروری است. کم کردن گردوغبار معادن برای پیشگیری از بیماری های ریوی نزد کارگران و یا مبارزه با آلودگی و استعمال دخانیات برای پیشگیری نسبی از سرطان ریه از جمله اقدامات پیشگیری اختصاصی به شمار می آیند.

۲- پیشگیری سطح دوم : زمانی است که اقدامات بهداشتی برای ازدیاد قدرت جسمی و روانی توانسته است بر بروز بیماری غلبه کند و بیماری ایجاد شده است. در واقع پیشگیری سطح دوم شامل تشخیص به موقع و درمان به جا، سریع و زودرس بیماری ها است.

تشخیص به موقع بیماری و درمان آن، از پیدایش عوارض و ایجاد ناتوانی وسیع در فرد جلوگیری می کند.



برای پیشگیری سطح دوم از برنامه بیماریابی (غربالگری) در سطح جامعه استفاده می‌شود به این ترتیب که مسئولین بهداشتی برای شناخت بیماری در مرحله ناپیدای آن در جوامعی مانند سربازخانه‌ها، اردوگاه‌ها، مدارس و معادن از این برنامه استفاده نموده و بیماران را در میان افراد به ظاهر سالم با تست‌های تشخیصی جدا نموده و آنها را مورد درمان قرار می‌دهند. برای مثال شناخت بیماران مسلول در بین کارگران معادن یا تشخیص هیپوتیروئیدی در نوزادان تازه متولد شده. پس در واقع سعی بر این است که موارد بیماری هر چه زودتر تشخیص داده شود و اقدام درمانی سریع و مؤثر به عمل آید و تا جایی که ممکن است از سیر بیماری به طرف مراحل پیشرفته و به وجود آمدن نقص و یا ناتوانی جلوگیری شود.

۳- پیشگیری سطح سوم : پیشگیری در این سطح مربوط می‌شود به مرحله‌ای که بیماری استقرار یافته و در حال حاضر برای درمان و پیشگیری از ضایعات احتمالی آن باید اقدام نمود. در حقیقت در اینجا هدف پیشگیری، فراتر از متوقف کردن سیر بیماری است و مسأله جلوگیری از ناتوانی کامل و دائمی را مد نظر قرار می‌دهد.

عوارض بیماری‌هایی مانند تراخم به صورت نایبایی، گوش درد چرکی به صورت کم شنوایی و فلج اطفال به صورت فلجی در اندام‌ها، مثال‌هایی از موارد بیماری‌هایی است که قبلاً سیر خود را طی کرده و در حال حاضر نقص و یا عارضه آن در اعضای فرد باقی مانده است. تلاشی که از طریق فیزیوتراپی برای برگرداندن حرکت به یک عضو عارضه دیده می‌شود، نمونه‌ای از محدود کردن ناتوانی است. نکته مهم این است که تأکید روی آنچه که برای فرد باقی مانده است، او را قادر می‌سازد که از قابلیت‌های باقیمانده خود حداکثر استفاده را بکند.

بعضی از اعمال جراحی، به کار گرفتن وسایل کمکی نظیر عینک، سمعک، اقسام کفش‌ها، کمربندها و وسایل دیگری که به حرکت بدن و اندام‌ها کمک می‌کند، تمرین‌ها و ورزش‌های مخصوص نظیر شنا، حرکت دادن اندام‌ها و ماساژ ماهیچه‌ها توسط افراد کاردان، نمونه‌هایی است که در توانبخشی برای بازگرداندن قسمتی از توانایی‌های از دست رفته یا جلوگیری از ناتوانی بیشتر و آماده کردن بیمار برای زندگی فعال‌تر، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

پس در واقع بهداشت، علاوه بر پیشگیری از بیماری‌ها، درمان بیماری‌ها و توانبخشی و ناتوانی را نیز شامل می‌شود. در صورتی که آنچه در گذشته مرسوم بود، تکیه بر طب درمانی و مداوای بیماران بوده است.



وظیفه دست‌اندرکاران بهداشت (اعم از پزشک، پرستار و پیراپزشک) و مجموعه سازمان‌های بهداشتی محدود به تشخیص و درمان بیمارانی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، نیست. بلکه وظیفه آنها امری کلی بوده و آن عبارت است از: حفظ، نگهداری و ارتقاء سلامت افراد جامعه با استفاده از ابزارها و راه‌کارهایی که در حین آموزش مراحل و سطوح سه‌گانه پیشگیری، به‌کارگیری علمی و عملی آن را آموخته است.



بهداشت برای همه

- هدف‌های رفتاری: از فراگیر انتظار می‌رود پس از پایان این فصل بتواند:
- شرح مختصری از چگونگی شکل‌گیری برنامه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی را بیان کند.
 - معنای بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ را شرح دهد.
 - روش دستیابی به بهداشت برای همه را تا سال ۲۰۰۰ توضیح دهد.
 - اجزای مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی را شرح دهد.
 - اصول مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی را توضیح دهد.
 - خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی را توضیح دهد.
 - وظایف مدیریت شبکه‌ی شهرستان را توضیح دهد.
 - اهداف برنامه‌ی رشد و توسعه هزاره سازمان ملل را بیان کند.

۱-۳- چگونگی شکل‌گیری برنامه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی

در دهه‌ی ۱۹۷۰ میلادی با وجودی که بیش از ۲۰ سال از شروع فعالیت‌های سازمان جهانی بهداشت می‌گذشت، گزارش‌های رسمی نشان می‌داد که «وضعیت بهداشتی صدها میلیون نفر از مردم جهان غیر قابل قبول است.» مانند:

- بیش از نیمی از مردم دنیا به مراقبت‌های کافی بهداشتی دسترسی نداشتند.
- هر روز ۴۰ هزار کودک بدون هیچ سروصدایی جان خود را از دست می‌دادند.
- هر شب ۱۰۰ میلیون کودک با شکم گرسنه به خواب می‌رفتند.
- هر سال ۱۰ میلیون کودک، دچار نقص روانی و یا جسمی ناشی از ناکافی بودن مراقبت‌های



بهداشتی می‌شدند.

– و بالاخره حدود $\frac{1}{5}$ جمعیت جهان فقط برای زنده ماندن با مرگ دست و پنجه نرم می‌کردند.^۱

این گزارش‌ها حاکی از وضعیت نامناسب بهداشتی در جهان بود. ذکر این نکته ضروری است که تفاوت بسیار زیادی نیز بین وضعیت بهداشتی کشورهای در حال توسعه و پیشرفته جهان بود. مانند: – میزان مرگ نوزادان در کشورهای در حال توسعه، ۱۰ برابر همین میزان در کشورهای پیشرفته بود.

– از ۱۲۵ میلیون کودکی که هر سال در جهان به دنیا می‌آمدند حدود ۱۷ میلیون نفر قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی تلف می‌شدند که متأسفانه $\frac{3}{4}$ این تلفات در افریقا و جنوب آسیا اتفاق می‌افتاد. – در کشورهای در حال توسعه فقط $\frac{1}{3}$ مردم به آب آشامیدنی سالم دسترسی داشتند در صورتی که در کشورهای پیشرفته همه مردم از این نعمت بهره‌مند بودند...

با توجه به ذکر وضعیت سلامت در جهان به نظر می‌رسید تندرستی به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبودن بیماری و معلولیت که به عنوان یکی از حقوق انسان‌ها محسوب می‌شد تا حد زیادی دست نیافتنی و در حد رؤیا بود. لازم بود که برای بهبود وضعیت کشورهای جهان فکری اساسی شود.

تا این که در سال ۱۹۷۷، سازمان جهانی بهداشت اعلام داشت، مهم‌ترین هدف دولت‌ها باید آن باشد که همه مردم جهان تا سال ۲۰۰۰ میلادی (۱۳۷۹ شمسی) به سطحی از سلامت دست یابند که زندگی آنان از نظر اقتصادی و اجتماعی ثمربخش و مفید باشد.

لازمه مفید و موفق بودن افراد در زندگی، داشتن نیرو و توان لازم است. نیرو و توان در صورتی فراهم می‌شود که انسان سالم باشد و دستگاه‌های بدنش به خوبی کار کند و به دلیل تأثیر متقابل جسم و روان، از نظر روان نیز سلامت باشد و در واقع شرط لازم برای موفقیت‌های اجتماعی که سلامت جسم و روان است، فراهم می‌شد.

این بیانیه بعدها به «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰»^۲ شهرت یافت و در واقع یک هدف اجتماعی محسوب می‌شد.

اگرچه گسترش دانش و آگاهی توانسته است در بعضی جهات نیاز به خدمات بهداشتی را کاهش

۱- مجله بهداشت جهان، پاییز ۶۴

۲- Health For All by the year 2000 (H.F.A. by the year 2000)



دهد، ولی در مقابل موجب شده بود که نیازهای جدید و عمده‌تری در جهات دیگر به وجود آید. مثلاً میلیون‌ها روستانشین که هنوز در روستاهای خود باقی مانده بودند، با بیماری‌های عفونی دست و پنجه نرم می‌کردند. آن گروهی هم که به شهرهای در حال توسعه جهان سوم مهاجرت می‌کردند و در حلبی آبادهای حاشیه شهرها سکنی می‌گزیدند، همراه با جمعیت شهرنشین در چنگال مسائل بهداشتی شهرهای بی در و پیکر مثل آلودگی هوا، حوادث، سر و صدا به علاوه ضعف، بیماری و فقر رنج می‌بردند.

در واقع لازم بود که روشی برای ارائه خدمات بهداشتی مطرح شود که این خدمات را به عمق جوامع و به خصوص توده‌های محروم ببرد تا بتوان وضعیت سلامت جوامع را بهبود بخشید. معمولاً این‌گونه افراد یا به علت دوری از محل ارائه خدمات به آن دسترسی نداشتند و یا هزینه‌های این خدمات چنان بالا بود که افراد از جنبه‌های اقتصادی از دریافت آن عاجز بودند.

۲-۳- اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی

گفته شد که «اصل بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» به صورت هدف سازمان جهانی بهداشت شکل گرفت. مهم‌ترین روش‌های دستیابی به این هدف «مراقبت‌های اولیه بهداشتی» یا به صورت اختصاری P. H.C^۱ انتخاب شد. مراقبت‌های اولیه به معنای مراقبت‌های اساسی، ضروری و مناسب برای افراد، خانواده‌ها و جامعه است که موجبات سلامت جامعه را فراهم می‌کند.

طبیعی است که چون کشورهای مختلف جهان از نظر امکانات مادی، نیروی انسانی متخصص، وضعیت بیماری‌ها، تعداد جمعیت، شرایط آب و هوایی و... با یکدیگر تفاوت دارند، ارائه خدمات بهداشتی در تمام دنیا به صورت یکنواخت، غیرممکن است. در نتیجه اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌تواند از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد و در واقع هر جامعه‌ای موظف است با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، فرهنگی و امکانات فنی و اقتصادی خود آنها را تعیین کند. اجزای مراقبت‌های بهداشتی به شرح زیر است:

- ۱- آموزش همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشتی تا بتوان از بروز مشکلات بهداشتی پیشگیری و در صورت وقوع آنها را کنترل کرد.
- ۲- بهبود غذا و تغذیه صحیح.
- ۳- تهیه آب سالم و کافی برای آشامیدن، نظافت فردی و عمومی و بهسازی‌های اساسی محیط نظیر دفع بهداشتی فضلاب و زباله.



۴- ایجاد و ارائه خدمات قبل از زایمان، حین زایمان و بعد از آن و همچنین ارائه خدمات مربوط به تنظیم خانواده.

۵- ایمن‌سازی عمومی در مقابل بیماری‌های عمده عفونی.

۶- پیشگیری از بیماری‌های بومی و شایع و درمان و کنترل آنها.

۷- ایجاد خدمات اولیه برای تمام افراد در مقابل جراحات و حوادث.

۸- پیش‌بینی و تدارک داروهای اساسی.

همان‌طور که گفته شد کشورهای جهان براساس شرایط اختصاصی خود ممکن است بندهایی به آن اضافه نمایند. چنانچه در ایران تأمین بهداشت و پیشگیری از بیماری‌های روانی و بهداشت دهان و دندان به عنوان نهمین و دهمین جزء به مراقبت‌های اولیه بهداشتی افزوده شده است.

۳-۳- اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی

برای ارائه هرچه بهتر و کامل‌تر مراقبت‌های اولیه بهداشتی لازم است اصولی در نظر گرفته شود: الف) عدالت اجتماعی: یعنی خدمات بهداشتی باید بین همه مردم بدون توجه به شرایط اقتصادی مردم، عادلانه توزیع شود و همه مردم چه غنی یا تهیدست، چه شهری یا روستایی به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند. چون در اغلب موارد خدمات بهداشتی به‌طور عمده در شهرهای بزرگ و مراکز شهرستان‌ها متمرکز شده است در نتیجه روستاییان و زاغه‌نشینان شهری از آنها بی‌بهره‌اند. عدم دسترسی سریع و آسان افراد به خدمات بهداشتی و تأخیر در معالجه، در صورتی که بیماری حاد باشد با مرگ یا عوارض جبران‌ناپذیری همراه است و در صورتی که بیماری کشنده نباشد، این تأخیر سبب مزمن شدن بیماری می‌شود.



ب) مشارکت جامعه: چنانچه مردم در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه بهداشتی شرکت فعالانه‌ای داشته باشند، این برنامه‌ها با نیازهای آنها هماهنگی بیشتری خواهد داشت تا اینکه تصمیم‌گیری برنامه‌ها توسط مؤسسه‌ای از بیرون و بدون مشورت و مشارکت آنان انجام شود (شکل ۳-۱). مثلاً اظهار نظر

شکل ۳-۱- کل افراد جامعه باید در ارائه خدمات بهداشتی نقش داشته باشند تا به هدف نهایی سلامت برسیم.

مردم روستایی برای استقرار منبع آب در مناطق نیمه خشک به علت اطلاعات روستاییان درباره وضعیت محیط و تعیین بهترین محل دارای اهمیت اساسی است. بدیهی است که باید با مردم در مورد مسائلی که از آن اطلاع دارند، مشورت کرد. در واقع در صورتی که برنامه‌های بهداشتی با مشارکت مردم انجام شود، دارای مزایای زیر است:

کار با پیشرفت بهتری انجام می‌شود، خدمات با هزینه کمتر عرضه می‌شود، استفاده از مردم از طریق ارزش قائل شدن به نظرات و پیشنهادات آنها است و مردم در برابر انجام فعالیت‌های بهداشتی احساس مسئولیت بیشتری می‌کنند.

تشکیل شوراهای محلی و پذیرش دانشجویان بومی در راستای جلب مشارکت هر چه بیشتر مردم می‌باشد.

ج) هماهنگی بین بخشی: ذکر این مطلب لازم است که سلامت افراد فقط با ارائه خدمات بهداشتی تأمین نمی‌شود بلکه سلامت مردم به آنچه می‌خورند، می‌نوشند، شغلی که در آن مشغولند، مسکن مناسب و بهداشتی، تفریحاتی که برای اوقات فراغت انتخاب می‌کنند و... بستگی دارد. پس در واقع باید بین بخش بهداشت و بخش‌های دیگر مانند کشاورزی، صنعت، حمل و نقل، آموزش و پرورش و وسایل ارتباط جمعی، همکاری وجود داشته باشد (شکل ۲-۳).



شکل ۲-۳- تجسم آنچه از هماهنگی بین بخشی برای تأمین سلامت مردم انتظار می‌رود.



مثلاً سواد مادر رابطه مستقیم با سلامت کودک و خانواده دارد. نوع غذایی که انتخاب می‌شود، نظافت شخصی، انجام واکسیناسیون، درمان و مراقبت از کودک و ... تحت تأثیر آگاهی‌های مادر است. پس می‌توان گفت سلامت افراد خانواده تحت تأثیر سواد و آگاهی‌های مادر است. بدیهی است که بهبود تغذیه و مصرف غذاهای مناسب در دوران کودکی، نوجوانی، بارداری، شیردهی و ... برای تأمین سلامت لازم است و باید به آن توجه دقیق شود، چون نیازهای انسان در هر یک از شرایط ذکر شده، متفاوت است.

تعداد زیادی از بیماری‌هایی که مردم به آن دچار می‌شوند، با تأمین آب سالم برطرف می‌شود. اگر آب سالم وجود نداشته باشد، طبیعی است که بیماری‌های گوارشی نظیر انواع اسهال، وبا، حصبه، شبه حصبه و ... در آن جامعه شیوع زیادی پیدا می‌کند و موجب مرگ عده‌ای و ضعف و سوء تغذیه بسیاری خواهد شد. پس در واقع جهت تأمین سلامت مردم، لازم است که آب سالم و کافی نیز در دسترس افراد آن جامعه قرار گیرد.

همچنین وجود منابع غذایی مناسب در کشور به وضعیت کشاورزی و دامپروری آن بستگی نزدیک دارد و یا اگر راه و یا جاده وجود نداشته باشد، نمی‌توان در زمان مناسب محصولات کشاورزی و دامی را به شهر برد و به فروش رساند. همچنین نبود راه سبب دیر مراجعه کردن بیماران به شهر خواهد شد و یا در رابطه با نگهداری و حفظ صحیح مواد غذایی به‌طور مسلم اگر برق وجود داشته باشد، به‌دلیل استفاده از یخچال، از شیوع انواع مسمومیت‌های غذایی و اسهال‌ها کاسته خواهد شد.

پس در واقع بخش بهداشت به تنهایی قادر نیست که سلامت مردم را تأمین کند و لازم است سایر بخش‌ها نیز در این کار سهمی داشته باشند.

توسعه بهداشت به پیشرفت‌های اقتصادی و اجتماعی منجر می‌شود و در همان حال از آن تأثیر می‌پذیرد. یعنی سلامتی منجر به نیروی کار و درآمد زیادتر می‌شود و درآمد بیشتر، قدرت خرید و استفاده از امکانات آموزشی، غذایی، بهداشتی و ... را بالا برده و برخورداری از این امکانات به نوبه خود سلامتی را بیشتر تأمین و تضمین می‌نماید و گردش این دایره به‌طور دائم ادامه می‌یابد.

د) تکنولوژی مناسب: تکنولوژی مناسب به معنی استفاده از راه و روش و یا وسایلی است که از نظر علمی دقیق و صحیح بوده و می‌تواند برای ارائه خدمات بهداشتی، مورد استفاده قرار گیرد.

این روش‌ها، ضرورتاً، روش‌های گران و پرهزینه‌ای که در دانشگاه‌ها و مراکز علمی عنوان می‌شوند، نیستند. در واقع حفظ سلامت مردم تنها از طریق بیمارستان‌های بزرگ و یا استفاده از وسایل فنی و پیچیده تأمین نمی‌شود. در بسیاری از موارد، استفاده از امکانات محلی، می‌تواند هزینه لازم برای

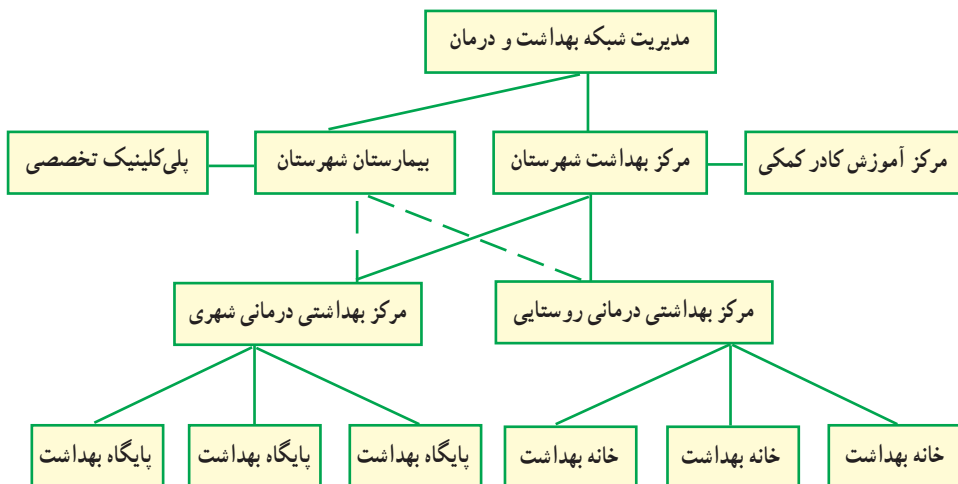


تکنولوژی مناسب را پایین بیاورد و از نظر آداب و رسوم مردم هم قابل قبول تر باشد. مثلاً استفاده از محلول مایع درمانی خوراکی، با این که در اساس یک کار علمی دقیق و حساب شده است اما انجام آن یعنی طرز آماده کردن و روش خوراندن آن به کودک دچار اسهال و کم‌آبی توسط همه مادران حتی در روستاهای دور دست امکان‌پذیر و قرین موفقیت است.

۴-۳- نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی در سطح کشور

طبق اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران «برخورداری از ... خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی، حقی است همگانی و دولت مکلف است آن را برای یک یک افراد کشور تأمین کند».

طبق قانون، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول تأمین بهداشت و درمان در سراسر کشور و مکلف است نظامی را ارائه دهد که بتواند در شرایط فعلی کشور، نیازهای بهداشتی و درمانی مردم را برآورده ساخته و در ارتقای سطح بهداشت و سلامتی جامعه مفید باشد. مناسب‌ترین نظام عرضه خدمات بهداشتی - درمانی، که بتواند در این موقعیت و با رعایت اولویت خدمات بهداشتی اولیه، گروه‌های آسیب‌پذیر و مناطق محروم را مورد توجه قرار دهد، نظام عرضه خدمات بهداشتی - درمانی در قالب «شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان» است (شکل ۳-۳).



شکل ۳-۳- شبکه بهداشت و درمان شهرستان



نظام شبکه به نحوی طراحی شده است که ضمن دسترسی آسان تمام مردم نقاط روستایی و شهری به خدمات مورد نیاز، با رعایت اولویت‌های بهداشتی درمانی، پوشش جامعی از این خدمات را فراهم نماید.

ساختار کلی نظام شبکه بهداشت و درمان شامل قسمت‌های زیر است :

الف) خانه بهداشت : خانه بهداشت محیطی‌ترین واحد روستایی ارائه خدمات در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور است. هر خانه بهداشت با توجه به شرایط جغرافیایی - به‌ویژه امکانات ارتباطی و جمعیت - یک یا چند روستا را تحت پوشش خدمات خود دارد.

میانگین جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت ۱۵۰۰ نفر است. در صورتی که جمعیت روستاها کمتر باشد، خانه بهداشت در روستایی تأسیس می‌شود که چند روستای کم جمعیت اطراف را به راحتی تحت پوشش قرار دهد.

کارکنان خانه بهداشت، بهورزان زن و مرد هستند که از میان اهالی بومی روستا با تحصیلات دیپلم متوسطه (شاخهٔ کار دانش) انتخاب می‌شوند. خدماتی که در خانه بهداشت توسط بهورزان ارائه می‌شود، همان مراقبت‌های اولیه بهداشتی است.

بهورزان ضمن سرشماری خانوارها، در زمینه‌های بهداشت خانواده که شامل : بهداشت دوران کودکی، مدرسه، بارداری، زایمان، بعد از زایمان و تنظیم خانواده است همچنین آموزش بهداشت عمومی، بهداشت محیط روستا مبارزه و کنترل بیماری‌های شایع و بومی، واکسیناسیون، کمک‌های اولیه و درمان ساده علامتی بیماری‌ها و جلب مشارکت مردمی برای ارتقای سلامتی جامعه فعالیت می‌کنند. متناسب با وضعیت و امکانات، خدماتی از قبیل بهداشت روانی، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت دهان و دندان نیز در خانه‌های بهداشت ارائه می‌شود.

از خصوصیات مهم ارائه خدمات در خانه‌های بهداشت فعال بودن این خدمات است. یعنی مواردی که نیاز به مراقبت و پی‌گیری دارند و در زمان خود مراجعه نمی‌کنند توسط بهورزان پیگیری می‌شوند و به منازل آنها مراجعه شده و برای مراقبت دعوت می‌شوند.

موارد بیماری یا خدماتی که نیاز به تخصص بالاتر دارند به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می‌شوند.

ب) مرکز بهداشتی درمانی روستایی : واحدی مستقر در روستاست که یک خانه بهداشت در همان روستا و غالباً چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را تحت پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی حدود ۹۰۰۰ نفر است. در مرکز بهداشتی درمانی روستایی گروهی



مرکب از کاردان‌ها یا تکنیسین‌های بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت محیط، بهداشت دهان و دندان و آزمایشگاه، بهیار و کارکنان اداری زیر نظر پزشک کار می‌کنند.

وظیفه اصلی مرکز بهداشتی درمانی روستایی، پشتیبانی از خانه‌های بهداشت و نظارت بر کار آنها و پذیرش ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است. در مراکز روستایی علاوه بر وظایفی چون آزمایش‌های تشخیص طبی، همکاری در آموزش نیروی انسانی، نمونه‌برداری از مواد غذایی، توجه به بهداشت محیط کارگاه‌ها و مدارس، بررسی‌های آماری و تهیه گزارش‌ها، انجام وظایف زیر نیز پیش‌بینی شده است:

– درمان بیماران سرپایی و بیماریابی از میان مواردی که توسط خانه‌های بهداشت ارجاع می‌شوند.

– نظارت بر فعالیت خانه‌های بهداشت در زمینه بهداشت محیط، بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها

– ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان

– پشتیبانی خانه‌های بهداشت از نظر تأمین و تدارک مواد، وسایل و داروها

ج) پایگاه بهداشت شهری: کلیه خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه بهداشت است، در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشت شهری از طریق رابطین بهداشتی است. پروژه رابطین از مهم‌ترین برنامه‌های سازمان‌یافته برای دخالت و مشارکت مردم در برنامه‌های بهداشتی است و در سال ۱۳۶۹ به‌طور آزمایشی در جنوب شهر تهران آغاز شد و هر رابط ۵۰ خانوار را تحت پوشش دارد و داوطلبان از بین زنان واجد شرایط محله یا منطقه انتخاب می‌شوند. تفاوت وظایف پایگاه و خانه بهداشت در سه نکته زیر است:

پایگاه بهداشت شهری

– می‌تواند علاوه بر خدمات بهداشتی مذکور در وظایف خانه بهداشت^۱ IUD بگذارد و پاپ اسمیر^۲ بگیرد.

– پیگیری فعال از طریق مراجعه به منازل را ندارد. پیگیری خدمات در پایگاه‌های بهداشت شهری از طریق رابطین بهداشتی، تلفن، یا مکاتبه انجام می‌شود.

۱- IntraUterin Device یا وسیله داخل رحمی برای پیشگیری از حاملگی

۲- تست غربالگری برای تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم که از زنان در سنین باروری هر شش ماه یک‌بار و یا حداکثر سالانه

انجام می‌شود.



— اجازه پرداختن به خدمات درمانی را ندارد و می‌تواند مراجعه‌کنندگان بیمار را به مراکز بهداشتی درمانی یا پزشکان بخش خصوصی ارجاع کند.

پایگاه‌های بهداشتی به طور متوسط جمعیتی حدود ۱۲۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارند. پرسنل شاغل در پایگاه‌های بهداشتی کارکنان‌های بهداشت خانواده، بهداشت محیط و مبارزه با بیماری‌ها هستند و به کمک رابطین بهداشت، که نیروهای داوطلب محلات هستند، به جمعیت تحت پوشش خدمات ارائه می‌کنند.

د) مرکز بهداشتی درمانی شهری: این واحد برحسب تراکم جمعیت یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش دارد. کلیه وظایفی که مراکز بهداشتی درمانی روستایی برای خانه‌های بهداشت تابعه انجام می‌دهند، این مرکز برای پایگاه‌های بهداشت شهری انجام می‌دهد. تفاوت عمده این واحد با مراکز بهداشتی درمانی روستایی در مراجعه مستقیم بیماران به این مرکز است. مراجعه بیمار به این مراکز لازم نیست حتماً از طریق ارجاع از طریق پایگاه‌های بهداشت صورت گیرد.

پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی شهری به تناسب جمعیت چند پزشک، یک دندانپزشک و کارکنان‌های رادیولوژی، آزمایشگاه، بهداشت خانواده، بهداشت محیط و حرفه‌ای و نیروهای کمکی دیگر است.

ه) بیمارستان: بیمارستان واحد تخصصی پزشکی در سطح شهرستان است و دارای قسمت‌های زیر است:

بخش‌های بستری، بخش‌های تشخیصی، داروخانه، پلی‌کلینیک تخصصی اورژانس. در بیمارستان شهرستان حداقل چهار بخش بستری داخلی، جراحی، کودکان، زنان و زایمان وجود دارد که به وسیله پزشکان متخصص اداره می‌شود.

بیمارستان پس از تشخیص و درمان بیماران ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی توصیه‌های لازم را در مورد ادامه درمان بیمار به مرکز بهداشتی درمانی اعلام می‌نماید.

و) مرکز بهداشت شهرستان: مرکز بهداشت شهرستان یک واحد ستادی مرکب از کارشناسان مختلف بهداشتی است که وظیفه نظارت و پشتیبانی مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشت را برعهده دارد. شناخت و دسته‌بندی مسایل بهداشتی منطقه و برنامه‌ریزی برای رفع آنها و تهیه و تدوین دستورالعمل‌های لازم به منظور اجرای برنامه‌های کشوری از وظایف مرکز بهداشت شهرستان است.

پژوهش‌های کاربردی و ارزشیابی منظم خدمات بهداشتی و برنامه‌ریزی و آموزش نیروی انسانی



در سطح شهرستان نیز از دیگر وظایف این واحد است.

ز) مدیریت شبکه شهرستان: وظیفه هماهنگ‌سازی واحدهای مختلف بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان و نظارت بر فعالیت آنها را به عهده دارد، مدیر شبکه شهرستان، نماینده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح شهرستان تلقی می‌شود. این نظام که اجزای آن در ارتباط و پیوستگی علمی و عملی با یکدیگر می‌باشند، اجراکننده برنامه‌های پیش‌بینی شده بهداشت و درمان کشور خواهد بود (شکل ۴-۳).



شکل ۴-۳- نظام عرضه خدمات بهداشتی

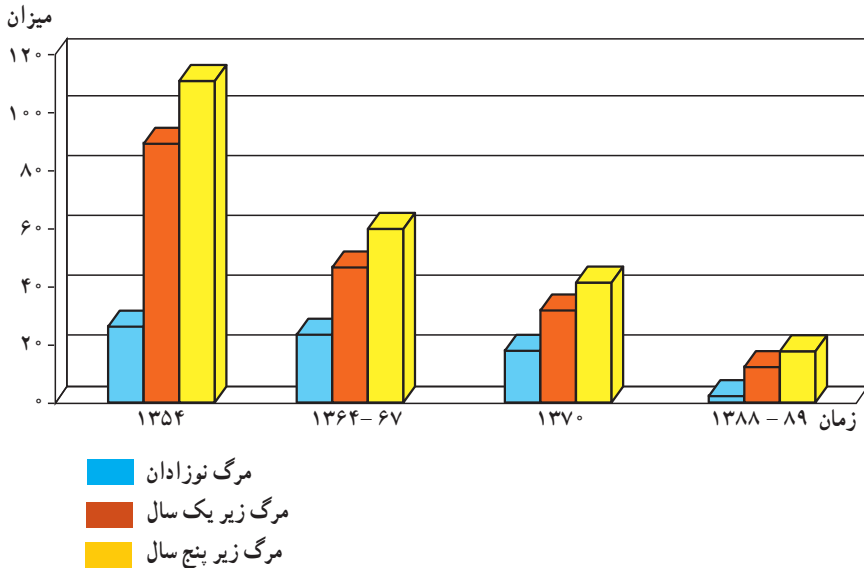
۵-۳- مروری بر وضعیت بهداشت ایران در سال‌های گذشته

بررسی وضعیت بهداشت و درمان کشورمان در سال‌های گذشته نشان می‌دهد بین «وضع موجود» بهداشت با «وضع مطلوب» آن، فاصله زیادی وجود داشت. بسیاری از روستاها و شهرهای کشورمان، از آب آشامیدنی سالم، حمام‌های بهداشتی و غسالخانه بی‌بهره بودند، به بهسازی محیط و تعمیم بهداشت، توجه لازم نشده بود و فقر دانش عامه مردم در زمینه بهداشت و در نتیجه بی‌اعتنایی آنان به رعایت دستورات و اصول بهداشتی در خانه، مدرسه، کارگاه و اجتماعات بزرگ‌تر، انواع بیماری‌های همه‌گیر



مانند اسهال، سل ریوی، تراخم، سیاه سرفه و سرخک را موجب شده بود. پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران، هزینه کمتر اقدامات بهداشتی نسبت به اقدامات درمانی، ضرورت جدی و همه جانبه برنامه‌ریزی تأمین خدمات بهداشتی را انکارناپذیر ساخت، و در پی اجرای مجموعه‌ای از فعالیت‌های منسجم و هماهنگ، ارتقای فرهنگ بهداشتی مردم کشورمان و برخورداری بیشتر آنان از خدمات بهداشتی همگانی، امکان‌پذیر گردید.

شکل ۵-۳ مقایسه‌ای از میزان مرگ و میر کودکان در سنین یک‌ماهگی، یک‌سالگی و پنج‌سالگی در سال‌های ۱۳۵۴، ۱۳۶۷، ۱۳۷۰ و ۱۳۸۸-۸۹ می‌باشد:



شکل ۵-۳- بررسی میزان‌های مرگ نوزادان*، کودکان زیر یک‌سال و کودکان زیر پنج‌سال برای هزار تولد زنده^۱.

این کاهش با ارائه خدمات اولیه بهداشتی، تأمین آب آشامیدنی، گسترش برنامه‌های ایمن‌سازی، مبارزه با بیماری‌های اسهالی و توجه به وضعیت تغذیه مادران و کودکان و ... تأمین و منجر به بهبود شرایط بهداشتی جامعه گردید. این بهبود محدود به کاهش میزان مرگ و میر کودکان نبوده بلکه با بالا رفتن پوشش واکسیناسیون، بالا رفتن عمر متوسط و ... نیز همراه بوده است.

* به ۴ هفته اول تولد، دوران نوزادی می‌گویند.

۱- دکتر ملک افضلی، وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش

۶-۳- نتایج اجرای برنامه بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ در ایران

نمایندگان وزارت بهداشت کشور ما در کنفرانس آلماتا^۱ (شهریور ماه ۱۳۵۷) متعهد شدند که طبق مفاد قطعنامه ۱۰ ماده‌ای آلماتا برنامه «مراقبت‌های اولیه بهداشتی» را در ایران به اجرا در آورند. کشور ایران جزء معدود کشورهای در حال رشد بود که در دهه ۱۹۹۰ یعنی قبل از پایان برنامه HFA به بسیاری از اهداف برنامه دست یافته بود. مهم‌ترین نتایج و شاخص‌های اجرای برنامه مراقبت‌های بهداشتی که بعد از تأسیس خانه‌های بهداشت در روستاها و گسترش شبکه بهداشت درمان در قالب دانشگاه‌های علوم پزشکی شکل گرفت عبارتند از^۲:

۱- دسترسی به خدمات بهداشتی: در سال ۱۳۸۰ در روستاها ۹۳ درصد و در شهرها صددرصد مردم به خدمات بهداشتی دسترسی داشته‌اند. متوسط جهانی این شاخص کمتر از ۷۰ درصد است.

۲- دسترسی به آب آشامیدنی سالم: روستاها در سال ۱۳۶۳ (۷۶/۸ درصد) و در سال ۱۳۷۹ (۸۹ درصد) و در سال ۱۳۸۵ (۹۰/۸ درصد) و در شهرها ۹۹ درصد مردم به آب آشامیدنی سالم دسترسی داشته‌اند. گفتنی است که آب آشامیدنی سالم باعث کاهش بروز اسهال به میزان ۲۲ درصد می‌شود.

۳- میزان مرگ کودکان کمتر از یک سال از ۵۱ در هزار در سال ۱۳۶۳ به ۲۶ در هزار در سال ۱۳۷۹ و در سال ۸۹-۸۸ به ۱۸ در هزار رسیده است. میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ سال در کشور ما در سال ۱۳۷۰، ۴۴ نفر در هزار و در سال ۱۳۷۹ به ۳۳ نفر در هزار و در سال ۸۹-۱۳۸۸ به ۲۰ در هزار نفر کاهش یافته است.

۴- میزان امید به زندگی^۳ در بدو تولد در ایران در سال ۱۳۶۳ در زنان ۵۹/۲ و در مردان ۵۸/۵ سال بود. در سال ۱۳۷۹ این میزان در زنان به ۷۱ سال و در مردان به ۶۸ سال رسید و در سال ۱۳۸۸ این میزان در زنان به ۷۳ و در مردان به ۷۱ سال رسیده است. متوسط شاخص جهانی امید به زندگی در بدو تولد ۶۹ سال^۴ است.

۱- آلماتا، پایتخت جمهوری قزاقستان از کشورهای استقلال یافته اتحاد جماهیر شوروی سابق است.

۲- سیمای سلامت در جهان و ایران - فصل ۲- گفتار ۵- جلد اول صفحه ۱۰۱ تا ۱۱۵ کتاب جامع بهداشت عمومی- تهران، انتشارات ارجمند، چاپ اول ۱۳۸۳ و کتاب شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران. خرداد ۱۳۸۸- تهیه شده توسط معاونت سلامت، مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، گروه فن‌آوری و مدیریت اطلاعات و دبیرخانه تحقیقات کاربردی - مرکز تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه.

۳- میزان امید به زندگی در بدو تولد در یک مکان عبارت است از متوسط سال‌هایی است که احتمال زنده ماندن آن شخص در آن مکان وجود دارد.

۴- سایت سازمان جهانی بهداشت - سال ۲۰۰۹



۵- پوشش واکسیناسیون در کودکان زیر یک سال در ایران در سال ۱۳۶۳، ۲۰ درصد کودکان را شامل می شده است و در سال ۱۳۸۰ این پوشش به بالای ۹۵ درصد و در سال ۱۳۸۹ پوشش کلیه واکسن های توصیه شده توسط برنامه ایمن سازی کشوری به ۹۹ درصد رسیده است.

۷-۳- برنامه رشد و توسعه هزاره سازمان ملل^۱

بعد از اجرای برنامه بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ در دنیا و دسترسی بعضی از کشورها و عدم دسترسی برخی دیگر به شاخص های اهداف مطرح شده در اعلامیه آلماتا، سازمان ملل (U.N.^۲) برنامه «اهداف رشد و توسعه هزاره»^۳ را پیشنهاد نمود و رهبران ۱۹۱ کشور عضو سازمان ملل، متعهد گردیدند که سعی کنند تا سال ۲۰۱۵ به اهداف برنامه هزاره دست یابند.

اعلامیه هزاره سازمان ملل متحد در ماه سپتامبر سال ۲۰۰۰ میلادی (شهریور ماه سال ۱۳۸۰) منتشر شد و برنامه آن دارای هشت هدف می باشد. این اهداف به شرح زیر است:

- ۱- ریشه کنی فقر و گرسنگی
 - ۲- دسترسی به حداقل تحصیلات (تحصیلات ابتدایی) برای همه افراد جامعه
 - ۳- تساوی بین زن و مرد و افزایش اختیارات زنان در خانواده
 - ۴- کاهش میزان مرگ و میر کودکان
 - ۵- مبارزه با ایدز^۴ - مالاریا و بیماری های دیگر
 - ۶- بهبود وضعیت سلامتی زنان
 - ۷- جلوگیری از تغییرات زیست محیطی و اقدام در جهت ثبات و پایداری آن
 - ۸- گسترش همکاری جهانی برای رشد و توسعه
- لازم به ذکر است که رهبران کشورها متعهد شدند که تا سال ۲۰۱۵ در جهت بهبود شاخص های فوق الذکر اقدام نموده و آن را به $\frac{۲}{۳}$ شاخص های سال ۱۹۹۰ کاهش دهند.

۱- منبع : Annual report of the Regional Director, 2010

۲- United Nations

۳- Millennium Development Goals (MDG)

۴- HIV - AIDS



خودآزمایی بخش اول

- ۱- سلامت را از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت تعریف کنید.
- ۲- ابعاد سلامت را نام ببرید.
- ۳- تأثیر ابعاد سلامت را در یکدیگر با رسم شکل توضیح دهید.
- ۴- طیف تندرستی و بیماری را توضیح دهید.
- ۵- بهداشت فردی را با ذکر مثال توضیح دهید.
- ۶- بهداشت عمومی را از دیدگاه پروفیسور وینزو تعریف کنید.
- ۷- آیا تعمیم بهداشت عمومی را می‌توان عبادت دانست؟ توضیح دهید.
- ۸- دلایل اولویت بهداشت بر درمان را توضیح دهید.
- ۹- اقدامات پیشگیری سطح اول را توضیح دهید.
- ۱۰- هر یک از موارد زیر جزء کدام سطح پیشگیری به‌شمار می‌آید:
 - واکسیناسیون
 - آموزش بهداشت
 - تجویز عینک
- ۱۱- پیشگیری سطح دوم را با ذکر مثال توضیح دهید.
- ۱۲- پیشگیری سطح سوم را با ذکر مثال توضیح دهید.
- ۱۳- هدف «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی» را توضیح دهید.
- ۱۴- روش دستیابی به بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ را توضیح دهید.
- ۱۵- اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی را نام ببرید.
- ۱۶- دلایل تفاوت اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطق مختلف، با یکدیگر را توضیح دهید.
- ۱۷- اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی را توضیح دهید.
- ۱۸- ساختار کلی نظام عرضه خدمات بهداشتی - درمانی را به‌طور خلاصه توضیح دهید.
- ۱۹- تفاوت وظایف خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی را توضیح دهید.
- ۲۰- اهداف برنامه رشد و توسعه هزاره سازمان ملل را بیان کنید.

دهید.

