

بهداشت

بهداشت مجموعه‌ای از علوم مختلف است و بطور کلی منظور از آن، انجام کارهایی برای جلوگیری از ابتلا مردم به بیماری و رسیدن به سلامتی است. تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) از بهداشت به صورت زیر است: بهداشت علم و هنر پیشگیری از بیماریها و طولانی کردن عمر و ارتقا سلامتی بوسیله کوششهای متشکل اجتماعی است...

• کوششهای اجتماعی

▪ منظور از کوششهای اجتماعی موارد زیر است:

- آموزش بهداشت
 - بهداشت محیط
 - تشخیص بیماریها
 - پیشگیری علیه بیماریها عفونی
 - ایجاد یک سیستم اجتماعی که هر فرد بتواند از حق طبیعی خود برخوردار باشد.
- با فراهم آوردن این امکانات سلامتی مردم تامین می‌شود. البته امروزه دامنه بهداشت عمومی توسعه یافته است و تامین سلامتی سالخوردگان، مادران، تغذیه، جامعه، نوتوانی، آلودگی هوا و آلودگی صوتی جز وظایف بهداشت قلمداد شده است. در علوم تجربی

عوامل در شرایط یکسان نتیجه یکسان بدست می دهند، یعنی از ترکیب دو اتم هیدروژن با یک اتم اکسیژن، آب بدست می آید. اما باید توجه داشت که در مورد یک امر بهداشتی مثل واکسیناسیون، تنها جنبه علمی قضیه کافی نیست. زیرا یک برنامه بهداشتی موفق لزوماً در منطقه و فرهنگ دیگر موفق نمی باشد، چون جنبه های اجتماعی، اقتصادی، روانی و ... نیز موثرند. پس بهداشت هنر است.

هدف دیگر بهداشت، طولانی کردن عمر انسان است. عوامل مختلفی بر طول عمر اثر دارند و از آن جمله رفاه اقتصادی، آرامش فکری، خدمات پزشکی، تغذیه، حقوق بشر، آموزش، ارتباط مردم با دوست و با همدیگر، آزادی و روابط دولت و ملت است. باید توجه داشت باشیم که امروزه اصطلاحات متفاوتی از نظر ظاهر برای بهداشت مطرح است. مثل بهداشت جامعه، جامعه شناسی بهداشت، پزشکی اجتماعی، پزشکی جامعه نگر و ... که در واقع همگی مترادف بهداشت عمومی هستند. باید گفت مفهوم تمام این عناوین یکی است، ولی طرز نگرش آنها با هم متفاوت است، چون نیازهای جوامع باهم تفاوت دارد.

بعد سومی هم مطرح است و آن این که باید آینده افراد را برای پرورش استعدادها در نظر بگیریم که مترادف با هدفهای حیاتی اند و منظور از هدفهای حیاتی این است که انسان چنان تکامل کند که خلیفه الله روی زمین باشد. زمانی این امر محقق می شود که فرد از نظر فیزیولوژیکی، روانی و عاطفی و بعد فلسفی و ... در سطح عالی باشد و آن سلامتی در موازات اهداف حیات است، چرا که ما هر قدر امکانات بیشتری را بتوانیم ایجاد کنیم، برای تبدیل استعدادهای بالقوه به بالفعل در راستای سلامتی مردم قدم برداشته ایم.

• روشهای مختلف استفاده از بهداشت عمومی

سیستم معاونت بهداشت عمومی (Public Health Assistance) تقریباً ۵۵ درصد جمعیت با این سیستم اداره می‌گردید. مخصوص کشورهای جهان سوم بود که در هر زمانی حالت انتزاعی مخصوصی به خود می‌گرفتند. در این سیستم مدیریت بر اساس تمرکز بوده، یعنی مسائل بهداشتی از بالا یعنی از مراکز به سازمانهای کوچک و شهرستانها جاری می‌شد. یعنی بودجه مدیریت از مرکز به استانها، شهرستانها و بخشها و روستاها جریان پیدا می‌کرد. منتها این تصمیم‌گیری با خصوصیات اقتصادی و فرهنگی هماهنگ نبوده، در نتیجه، نتیجه مثبت گرفته نمی‌شد و از طرف دیگر، اکثریت منابع مالی و انسانی در شهرها بکار گرفته می‌شد و روستائیان و شهرهای محروم، از عدالت و توزیع مناسب برخوردار نبودند. و در سیستم معاونت بهداشتی عمومی حتی ۳۰٪ کودکان تحت پوشش نبودند و یا مرگ و میر کودکان زیر یک سال قبل از سال ۱۳۵۵، یکصد و بیست در هزار بود، ولی امروزه مرگ و میر کودکان زیر یک سال به کمتر از ۲۸ در هزار رسیده است. یکی از عیبهای سیستم، عدم پوشش منابع بهداشتی و اداری در روستا بود. طرز ارائه خدمات بهداشتی به سه شکل ذیل بود:

(۱) از طریق مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانها:

چون در کشورهای در حال توسعه، تعداد پزشک کم بود، پزشکان در بیمارستانهای دولتی از کارایی چندان برخوردار نبودند و حتی کیفیت ارائه خدمات ناقص بوده و اکثریت مردم بخصوص روستائیان دسترسی به بیمارستانها نداشتند و خود پزشکان از

رساندن خدمات به مردم بنا به علی‌گواه می‌کردند. چون حقوق کافی دریافت نمی‌کردند و بیماران را به مطبهای خصوصی عودت می‌دادند و در مردم این باور بوجود آمده بود که بیمارستانهای دولتی خدمات کافی ارائه نمی‌دهند.

(۲) از طریق بیمه :

چون فقر اقتصادی در کشورهای در حال توسعه وجود دارد، بدان جهت همه مردم قوت پرداخت حق بیمه نداشته و تنها کارگران و کارمندان با پرداخت حق بیمه از خدمات بیمه استفاده می‌کردند و آن هم در عمل با اشکال روبرو بود، زیرا بیمه‌کننده دولت بوده و حالت مشابه کشورهای غربی را نداشت. بیمه شوندگان نیز از خدمات بیمه ناراضی بودند، اما راه دیگری وجود نداشت.

(۳) از طریق طب خصوصی :

معمولا همان پزشکانی هستند که روزها در بیمارستانهای دولتی مشغول بوده و در عصر با دریافت حق ویزیت، خدمات را ارائه می‌دهند و آنها نیز به علی‌گواه از دادن خدمات به بیمه شوندگان به تعرفه‌های دولتی خوشنود نبوده و اخلاص بوجود می‌آوردند. سیستم بیمه پزشکی این سیستم مخصوص کشورهای پیشرفته غربی بود که همه مردم با پرداخت حق بیمه از خدمات درمانی بهداشتی بهره‌مند می‌شوند. البته در کشورهای غربی در آمد سرانه بیشتر است (۶۸٪ مردم متوسط در آمد را دارند) و لذا قدرت پرداخت حق بیمه را دارند و چنانچه اشاره شد، رقابت میان شرکتهای وجود دارد، اما در کشورهای در حال توسعه ارائه‌گر خدمات فقط دولت است و کیفیت خدمات نامطلوب می‌باشد. ولی در

کشورهای غربی بیمه شوندگان با اختیار خود بیمه‌گر را از بین هزاران بیمه‌گر انتخاب می‌نمایند و در نتیجه بین بیمه‌گران رقابت وجود داشته و هر بیمه‌گر سعی دارد با دادن خدمات بهتر مشتری جذب کند.

سیستم طب ملی این سیستم مخصوص کشورهای کمونیستی بوده که ۱۸٪ کل مردم دنیا از این سیستم استفاده می‌کردند و این سیستم توسط دولت ارائه می‌شد. مردم بدون پرداخت کوچکترین وجهی از خدمات بهداشتی استفاده می‌کردند و این کشورها از نظر سلامتی وضعیتشان بهتر بود. اساس این سیستم بر روی کلونی‌ها یا واحدهای بهداشتی بود که خدمات بر اساس بهداشت و پیشگیری بود که در سطوح روستاها پراکنده شده بودند و خدمات ارائه می‌دادند.

یعنی تمام مناطق از حداقل امکانات بهداشتی درمانی استفاده می‌کردند و در اثر آن با وجودی که کشورهای سوسیالیستی از نظر اقتصادی و اجتماعی وضع خوبی از سایر جهات نداشتند، ولی از نظر بهداشتی حتی از کشورهای غربی هم بهتر بودند و اولین کشورهایی بودند که در آنجا به علت رعایت تنظیم خانواده نرخ رشد جمعیت به منفی گرایش کرد.

سیستم شبکه (خدمات بهداشتی اولیه و شبکه‌های بهداشتی) به علت پیشرفت سریع و تخصصی شدن علم پزشکی، امکان دسترسی به خدمات درمانی برای غیر ثروتمندان مشکل بود. بخصوص بدان جهت در کشورهای در حال توسعه، با پیشرفت علم پزشکی، در ترفیع سلامتی مردم تفاوتی بوجود نیامده بود و هنوز در کشورهای در حال توسعه مردم از سو تغذیه، افزایش جمعیت، بیماریهای عفونی و عدم دسترسی به آب تصفیه شده

در رنج بودند. برای همین ارکان و شرایط خاصی تعیین شد که عمده ارکان وجه اجتماعی، سیاسی و استراتژیک دارد و برای رسیدن به اهداف زیر تاکید می‌کند:

همکاری و هماهنگی سایر بخشها اجتناب ناپذیر است، یعنی برای سلامتی تنها وزارت بهداشت درمان نمی‌تواند سلامتی مردم را تامین کند. سایر نهادهای سیاسی و اقتصادی و اجتماعی نیز باید برای ترفیع و تامین سلامتی مردم همکاری نمایند.

تعهد سیاسی دولتها در قبول مسئولیت مردم ضروری است. بهداشت و تامین سلامتی، حق و وظیفه انفرادی و اجتماعی و حکومتی است. مشارکت مردم الزامی است. توزیع منصفانه در مورد منابع بهداشتی و مالی باید صورت گیرد. حداقل خدمات درمانی و بهداشتی و توانبخشی جامعیت یابد. حداقل خدمات بهداشتی اولیه حداقل خدمات بهداشتی اولیه شامل موارد زیر است:

- آموزش همگانی در زمینه بهداشت

- بهبود روش تغذیه

- تامین آب سالم و کافی

- بهسازی ایمنی سازی علیه بیماریهای عفونی

- پیشگیری از بیماریهای شایع بومی

- درمان مناسب بیماریها و حوادث پیش بینی

- تدارک داروهای اساسی

- ارائه خدمات بهداشتی مادر و کودک و تنظیم خانواده

علاوه بر ۸ عامل فوق، باید عوامل روانی و کنترل عفونتهای تنفسی و اسهال کنترل شود. سازمان بهداشت جهانی هدفهای ذیل را برای کشورهای عضو به عنوان استراتژی بهداشت انتخاب کرده و تمام کشورها باید به این اهداف تا سال ۲۰۰۰ دست یابند:

کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال به ۵۰ در ۱۰۰۰ افزایش امید به زندگی که عبارت است از امید زنده ماندن بعد از تولد افزایش در آمد سرانه تا پانصد دلار اختصاص پنج درصد از تولید ناخالص به بهداشت که در ایران ۴ درصد می باشد.

فراهم آوردن تغذیه که ده درصد متولدین کمتر از دو هزار و پانصد گرم وزن داشته باشند. در کشور ما این شاخص به علت وجود خانه های بهداشت به پنج در هزار کاهش یافته و در کشورهای پیشرفته صفر می باشد. (در یک کودک نرمال وزن طبیعی سه هزار و پانصد گرم، قد پنجاه سانتیمتر و دور سر سی و پنج سانتیمتر است).

افزایش میزان باسوادی تا هفتاد درصد حداقل با یک ربع پیاده روی به آب آشامیدنی دسترسی نداشته باشند. در ایران در سال ۱۳۵۷ پنجاه درصد آب بهداشتی داشته و اکنون این مقدار به هشتاد و سه درصد رسیده است. حداقل نود درصد بر علیه شش بیماری واکسینه شده باشند. (در ایران حداقل نود درصد روستائیان علیه شش بیماری واکسینه شده اند.) مرگ و میر مادران چهل درصد هزار است.

بنابراین وظایف دیگر بهداشت عمومی تهیه آب آشامیدنی سالم در هر منطقه و واکسینه کردن مردم و کاهش مرگ و میر می باشد.