



سرمقاله؛

طرح جامع مدلی برای پیشگیری از پیر شدن سیستم سلامت

سیستم ها نیز مثل موجودات زنده پیر می شوند. همانگونه که موجودات با تولید مثل از نابودی نوع خود جلوگیری میکنند مدیران سیستم ها هم باید با ارایه الگوها و مدل های جدید وظایف سازمانی خود را باز تعریف کنند تا از نابودی سیستم جلوگیری نمایند. مدیران موفق و آینده نگر سیستم خود را منعطف نگه می دارند. سیستم های منعطف همیشه آماده تغییر هستند و این تغییر باعث ارتقای عملکردی آنها شده و آسیب پذیری آنها را در مقابل تغییرات ناگهانی مثل کاهش بودجه کمتر می کند. سیستم های خشک و تنبیل تحرک خود را از دست داده و راندمان کاری شان کاهش خواهد یافت. مدیران نباید اجازه دهند سیستم تحت مدیریتشان دچار یکنواختی شود. برگزاری کلاس های آموزشی حین خدمت کارکنان یکی از راه های جلوگیری از خشکی و یکنواختی سیستم است اما راه مهم تر بکارگیری مدل ها و الگوی های جدید است. راه های رسیدن به هدف نهایی ارتقای سلامت جامعه باید مرتب تغییر کند تا آفت روزمرگی و یکنواختی گریبان گیر آن نشود. طرح جامع سلامت یک مدل جدید و الگوی نوینی است که رسیدن به هدف نهایی ارتقای سلامت را با استراتژی جدید محقق می سازد. مدیران آینده نگر نباید نگران بکارگیری این مدل و الگو در سیستم خود باشند. بکارگیری این مدل باعث بقاء سیستم و افزایش بهره‌وری آن خواهد شد.

عوامل اجتماعی سلامت

در تمام اروپا در کشورهای غنی و فقیر افرادی که وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامناسبی دارند از نظر سلامتی نیز در شرایط بحرانی بوده و میزان مرگ و میر بین آنها بیشتر از کسانی است که وضعیت بهتری دارند. هر شاخصی برای وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد در نظر بگیریم (درآمد، طبقه اجتماعی، مالکیت مسکن، محرومیت، تحصیلات) آثاری که از نظر اجتماعی - اقتصادی محروم تر هستند سلامت کمتری دارند. شواهد جدید بدست آمده از بریتانیا نشان می دهد که تفاوت در امید به زندگی بر حسب طبقات اجتماعی همچنان وجود داشته و در حقیقت در حال گسترش است. اختلاف امید به زندگی در مردان طبقات اجتماعی بالا و طبقه اجتماعی پایین از ۷/۳ در اواخر دهه ۱۹۷۰ به ۷/۴ در دهه ۸۰ تغییر یافته است. در مورد زنان این شکاف از ۱/۲ به ۴/۳ گسترش یافته است.

یافته های مشابه در مورد تفاوت در میزان مرگ و میر و امید به زندگی در طبقات اجتماعی و شغلی مختلف در ۶ کشور اروپایی مثل دانمارک، فنلاند، انگلیس، ولز، فرانسه، نروژ، سوئد که تفاوت های مرگ و میر بر حسب عوامل اقتصادی اجتماعی بین کشورها متغیر بوده و در گروه های سنی مختلف متفاوت است. داده های بدست آمده از انگلیس و ولز نشان می دهد که در مقایسه با مالکان شخصی، کسانی که منزل خود را از مالکان دولتی و خصوصی اجاره می گیرند به طور فزاینده ای میزان مرگ و میر بالاتری دارند. همچنین در مقایسه با کسانی که به یک یا بیشتر از یک اتومبیل دارند، کسانی که به اتومبیل دسترسی ندارند مرگ و میر بیشتری دارند. در مورد سطح تحصیلات نیز یافته های مشابهی بدست آمد.

محرومیت: به وضعیت نابرابری های مادی و اجتماعی افراد، خانواده یا گروه در مقایسه با جامعه ای که متعلق به آن است اشاره دارد و بر شرایط محرومیت و نبود امکانات متمرکز است (Townsend et al 1988).

ایمز و همکاران (۱۹۹۳) با استفاده از شاخص محرومیت Townsend که یک شاخص مربوط به محل زندگی با ابعاد مختلف شامل (بیکاری، درصد خانوارهای بدون ماشین، میزان ازدحام و مالکیت منزل است) دریافت که محرومیت بالا با میزان بیشتر مرگ های زودرس در منطقه انگلیس و ولز همبستگی دارد. شواهد دیگری وجود دارد که زندگی در مناطق نسبتاً محروم می تواند اثرات تعیین کننده ای بر سلامتی افراد داشته باشد. پژوهشگران دیگر دریافتند که میزان خودکشی با محرومیت، همبستگی بالایی دارد. مک لون ۱۹۹۳ دریافت بالاترین میزان افزایش در نرخ خودکشی جوانان محروم بوده است. میزان خودکشی این افراد تقریباً ۲ برابر جوانانی بود که در مناطق برخوردار زندگی می کردند.

صاحب نظران علوم اجتماعی بیان می کنند که: شرایط زندگی و کار، محدودیت منابع و اثرات آنها بر روابط اجتماعی باعث تاثیر پذیری سلامت از فقر و محرومیت می شود. عوامل وابسته به روش زندگی افراد نظیر سیگار کشیدن، مصرف الکل، ورزش و رژیم غذایی از جمله عوامل زیر بنایی وابستگی فقر و سلامت تلقی شده است. شرایط مادی نقش اصلی در شکل گیری بیماری ها ایفا می کنند و این شرایط عوامل تعیین کننده ای در رفتار های مرتبط با سلامتی به شمار می آیند. فقر، محدودیت های زیادی را بر شرایط مادی زندگی روزمره تحمیل می کند و باعث محدودیت دسترسی به عناصر بنیادی سلامت نظیر مسکن مناسب، تغذیه کافی و فرصت های مشارکت اجتماعی می شود.

تغذیه نامناسب، ازدحام، مسکن نامناسب، گرمایش ناکافی، خطر فزاینده بیماری های عفونی و ناتوانی در حفظ ملاحظات سلامتی بهینه از جمله مواردی هستند که همواره همراه فقر و ملازم آن می باشند. به عنوان مثال مسکن نامناسب ممکن است مرطوب، سرد و آلوده باشد.

چنین شرایطی با خس خس سینه، تنگی نفس، سرما خوردگی، بی حالی، مننژیت و بیماری های تنفسی از جمله آسم رابطه دارد.

شرایط نامناسب مسکن، همچنین خطر حوادث و آتش سوزی را افزایش می دهد. همچنین خانه پر ازدحام نه تنها خطر عفونت را افزایش می دهد بلکه از طریق عواملی نظیر نقض حریم خصوصی و سروصدای زیاد، سلامت روان را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. فقر نه تنها از طریق تغذیه و مسکن بر سلامتی اثر می گذارد بلکه سلامت روان و مراقبت از کودکان را نیز متاثر می سازد. سطح در آمد، توانایی والدین در مراقبت از خود و کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد. مکانی که زندگی می کنند و جایی که فرزندانشان به مدرسه می روند، زندگی با درآمد کم، کنترل سلامت خانواده را مشکل می سازد و در نتیجه وضعیت سلامت پدر و مادر، خصوصاً مادر، مورد بی توجهی قرار می گیرد. سلامتی کودکان نیازمند آن است که والدین به خصوص مادر اغلب خود را وقف کودکان نماید.

شناخت ماهیت فرایندی فقر بسیار مهم است. فقر دارای یک اثر تجمعی است. مجموعه ای از شواهد نشان می دهد که وضعیت بهداشت و سلامتی فرد در بزرگسالی، انباشت و تجمع اثر شرایط اجتماعی - اقتصادی نامناسب در سالهای نخستین زندگی می تواند در آینده خطر بیماری های قلبی - عروقی، بیماری های تنفسی و برخی از سرطانها را افزایش دهد. شرایط اجتماعی - اقتصادی نامناسب در بزرگسالی اثرات مربوط به دوران کودکی را تشدید کرده و منجر به تفاوت سلامتی در بزرگسالی می شود. این مسئله الگوی اجتماعی مواجه با مسائل در طول زندگی را نشان می دهد.

تاثیر ویژه محرومیت در دوران کودکی باید باعث توجه بیشتر به پاره ای سیاست های اجتماعی شود که خود منجر به افزایش تمرکز فقر در خانواده هایی با کودکان کم سن و سال می شود، افزایش فقر، بیکاری و نابرابری می گردد.

گزارش فعالیت های استانی

(۱) اقدامات سلامت محور دستگاه ها

در راستای اجرای برنامه جامع سلامت استان و به منظور همکاری بین بخشی در توسعه سلامت، بر اساس تفاهم نامه های منعقد شده بین دستگاه های اجرایی و دانشگاه علوم پزشکی قزوین تحت اشراف و تخصیص بودجه استانداری، پروژه های سلامت محور دستگاه های اجرایی به مرحله اجرا نزدیک شده اند.

در این مسیر، سازمان آب و فاضلاب روستایی استان اقدام به انعقاد تفاهم نامه و اجرای ۳ پروژه سلامت محور نموده است. خوشبختانه با همت مدیریت ارشد و کارشناسان این سازمان و زحمات پیام گزار محترم این سازمان، پروژه ها به طور کامل به مرحله اجرا رسیده اند.

عناوین پروژه ها به شرح ذیل می باشند:

۱. افزایش درصد جمعیت تحت پوشش به میزان ۳٪
۲. توزیع پکیج های ویژه با موضوع صرفه جویی و بهداشت آب به تعداد ۲۵ روستا
۳. درج پیام های بهداشتی در قبوض آب بها

(۲) شورای پیام رسان سلامت استان

شورای پیام رسان در این ماه جلسه ای در تاریخ ۱۲ آذر تشکیل داد و طی آن کانالهای متنوع توزیع پیام مطرح و بررسی شد تا از طریق این کانالها نیز بتوان پیام های سلامتی را به مخاطبان در استان منتقل نمود.

(۳) اندیشگاه سلامت

بعد از تصویب آیین نامه اندیشگاه سلامت در آبان ماه سال جاری توسط هیات محترم رئیس دانشگاه، اولین جلسه آن در دی ماه با حضور مدیران گروه های آموزشی که اعضای هیات علمی دانشکده ها هستند تشکیل خواهد شد.

اندیشگاه در ساختار برنامه جامع سلامت استان و دبیرخانه سیاست گذاری، نقش مشورتی در تولید اندیشه های خلاق، نوآور و کاربردی دارد و از منظر جایگاه، بازوی فکری دبیرخانه و اعضای کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان را تشکیل می دهد.

(۴) خانه مشارکت مردم در سلامت

خانه مشارکت مردم شامل دو رکن اصلی دبیرخانه و شورا است
دبیرخانه:

فعالیت های دبیرخانه توسط یکی از اعضای شورای مشارکت مردمی خانم قنبرزاده (نماینده داوطلبان سلامت) انجام می شود
شورای مشارکت مردمی:

سال ۸۹:

اولین جلسه شورا از سال ۸۹ شروع و تعداد ۵ جلسه برگزار گردید که دستاورد این جلسات:

تکمیل اعضا و صدور حکم جهت ایشان (نمایندگان ۲۱ گروه مردمی)، آموزش و توانمندسازی اعضای خانه مشارکت و معرفی میانجیان سلامت می باشد.
ادامه دارد....

(۵) غربالگری سلامت شهروندان

پروژه غربالگری و مراقبت سلامت خانوادگی شهر محمدیه از طرح های طرح جامع سلامت استان قزوین می باشد که هدف اصلی این پروژه غربالگری و شناسایی عوامل خطر ایجاد کننده ۱۲ عامل خطر یا بیماری در افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله از جمله (افسردگی، دیابت، چربی خون بالا، پرفشاری خون، چاقی، سرطان کولون، آنوریسم آئورت، پوکی استخوان، سرطان دهانه رحم، هیپاتیت، سرطان پستان و دخانیات) می باشد.

مهمترین مصوبات شوراها مرتبط

سومین کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان در محل سالن پژوهش دانشگاه در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۳ به ریاست معاون محترم سیاسی امنیتی استاندار قزوین تشکیل گردید. این جلسه که با تصویب ۲۸ مصوبه به انجام رسید، مقرر داشت کلیه دستگاه ها در ظرف ۲ ماه نسبت به اجرای مفاد مصوبات جلسات پیشین کارگروه اقدام نمایند و گزارش آن را به دبیرخانه سیاستگذاری سلامت ارائه نموده و نیز رونوشتی به دفتر معاون سیاسی امنیتی استانداری ارسال نمایند.

طرح مساله و جلب حمایت استانی

حدود ۴۰۰۰ فیکسچر سلامت در مناطق شهری و روستایی استان آماده هستند تا پیام های سلامت دستگاه های اجرایی استان را در معرض دید هم استانی های عزیزمان قرار دهند. دستگاه های داوطلب با دبیرخانه سیاستگذاری سلامت دانشگاه تماس حاصل فرمایند.

واژگان سلامت؛

ارتقای سلامت: Health Promotion

عبارت است از فرآیند توانمند سازی مردم جهت افزایش کنترل بر سلامت و بهبود سلامت خود.

پیام مدیریت موثر

بدون هدف گذاری و برنامه ریزی به آن جایی می رسیم که الان رسیده ایم.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر فرزاد پیرویان معاون محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه به دلیل همکاری صمیمانه و دستور پیگیر در خصوص انعقاد قرارداد به منظور اجرای هفت پروژه ای خانه مشارکت مردم در سلامت استان تقدیر و تشکر ویژه به عمل می آوریم.

زیر نظر دکتر علی اکبر زینالو رییس دانشگاه

علوم پزشکی قزوین

شورای نویسندگان: دکتر سید سعید اسکویی، دکتر نوید محمدی، مهندس عزیزخانی، عیسی کشاورز معتمدی، سیده فاطمه میری، غلامحسین شعبانی، زهرا کشاورز قاسمی، محمد مهدی بندرچی

مشاور: دکتر بهزاد دمازی، متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

آدرس سایت دبیرخانه:

<http://hpu.qums.ac.ir>

تلفن:

۳۳۶۳۸۷۲

این پیک صرفاً برای اطلاع رسانی به مخاطبان دبیرخانه سیاستگذاری سلامت استان، شامل مدیران، میانجیان مشارکت مردم، اعضای هیات علمی و کارشناسان دانشگاه ها و دستگاهها در پهنه استانی است و اقتباس از آن با ذکر منبع بلامانع است.