پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۹، شماره ۱، صفحات ۹ تا ۱۲ (بهار ۸۴)

Editorial

بیماریهای غیر واگیر، همه‌گیری مورد مسامحه

دکتر حمیدرضا جوادی ×

× گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

کاهش باروری، کنترل بیماریهای واگیر دیرین، افزایش تعداد افراد میانسال و سالمند، حکایت از یک گذار جمعیتی می‌کند. در کنار کاهش بسیاری از خطرات تهدید کننده سلامتی، خطرات دیگری همچنان وجود دارند.

خطر مربوط به بیماریهای عفونی مثل مشکل مقاومت به آنتی‌بیوتیکها، عفونتهای مزمن مرتبط با بعضی سرطانها، و استفاده عمدی از بعضی عوامل میکروبی را نمی‌توان نادیده گرفت. این امیدواری که بیماریهای واگیر به آرامی از بین رفته‌اند یا نیازمند تأمین منابع کمتری هستند یا در حال حاضر کم خطرند با ظهور ویروس ایدز، فرو پاشیده شد. طی ۲۰ سال گذشته، بیماریهای عفونی جدیدی به سرعت یک بیماری در هر سال، ظهور کرده‌اند که آخرین آنها سارس بود (۱).

از طرفی تغییرات چشمگیر در الگوهای مصرف بخصوص مصرف غذا، دخانیات و الکل را در سراسر جهان شاهد هستیم. تغییر در الگوی زندگی و کار به کاهش فعالیت فیزیکی و کاهش کار بدنی انجامیده است، کمترین تأثیر این تغییرات، ایجاد یک گذار خطر است (۱). این مسائل به باری مضاعف منجر شده است: مبارزه جهت کنترل بیماریهای واگیر در بین افراد فقیر، و همزمان، پاسخدهی به رشد سریع بیماریهای غیرواگیر. کم‌وزنی، کمبود ید، فقر آهن، کمبود ویتامین A، کمبود روی، عدم تغذیه با شیر مادر بخصوص تغذیه انحصاری در ۶ ماهه اول زندگی، پرفشاری خون، کلسترول بالا، اضافه وزن و چاقی، مصرف کم سبزیجات، عدم فعالیت فیزیکی، مصرف دخانیات، تصادفات جاده‌ای، مصرف الکل و خشونت، سالیانه سبب میلیون‌ها مرگ و صدها میلیون DALY (سالهای سپری شده توام با نوعی ناتوانی یا مرگ زودرس ناشی از بیماری) از دست رفته می‌شوند و با افزایش بار بیماریهایی نظیر اسهال، عقب‌ماندگی ذهنی، مرگ و میر حول و حوش زایمان، اختلال بینایی، عفونتهای تنفسی و افزایش خطر بیماری عروقی کرونری قلب، سکته مغزی، دیابت نوع دو، انواع سرطانها، استئوآرئریت و ... همراه می‌شود.

در دنیای امروز، اکثر مرگها را می‌توان به بیماریهای غیرواگیر نسبت داد که بیش از نیمی از آنها به دنبال بیماریهای قلبی عروقی اتفاق می‌افتد. تعداد موارد مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه، دو برابر کشورهای توسعه یافته است و این تعداد در سطح جهان، برابر با تعداد مرگ ناشی از ویروس ایدز در جوانان و افراد میانسال است (۲).

متأسفانه، در حالیکه پیشگیری هزینه اثربخش‌تر است و توجه به خطرات تهدید کننده سلامتی، کلید پیشگیری است، اکثر تلاشهای علمی و منابع سلامت، به سمت درمان جهت‌گیری شده است. حمایت از ارتقای سلامت در مقایسه با غلبه رو به رشد گروههای تجاری و مصرف کننده که مقوله درمان را در مرکز سیاست‌گذاری سلامت و اولویتهای مالی قرار داده‌اند، ضعیف است. بیماریهای قلبی عروقی که هم اکنون در کشورهای صنعتی رو به کاهش گذاشته‌اند عمدتاً ناشی از موفقیت روشهای پیشگیری اولیه و به میزان کمتر، درمان است و این روش می‌تواند در کشورهای کم درآمدتر هم اتفاق بیفتد.

راهبردها عموماً به دو دسته تقسیم می‌شوند، مداخلاتی که در جهت کاهش خطرات بر روی عموم مردم و جامعه اعمال می‌شوند و مداخلاتی که افراد خاص را در جامعه مورد هدف قرار می‌دهند.

آدرس نویسنده مسئول: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، گروه قلب و عروق، دکتر حمیدرضا جوادی
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/۲/۱٤

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

گروه اول شامل قانون‌گذاری، تشویقهای پولی یا مالیاتی، راه حل‌های مهندسی، و بسیج ارتقای سلامت عمومی، و گروه دوم جهت تغییر رفتارهای بهداشتی افراد از طریق تعامل بین ارائه کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی با گیرندگان خدمات صورت می‌گیرد و عمدتاً متکی بر شیوه برقراری ارتباط و رفتار خدمت دهندگان است.

در راهبرد کاهش خطر، در حیطه پیشگیری اولیه باید میان دو رویکرد، تعادل صحیح ایجاد کنیم؛ رویکرد جمعیتی و رویکرد گروه‌های پر خطر. راهبردی که بیشترین قابلیت بالقوه را دارد راهبردی خواهد بود که معطوف به کل جمعیت باشد، نه فقط افراد دارای سطح بالای خطر را در بر گیرد. تمام راهبردهای دیگر، حتی در بهترین حالت، می‌توانند همه‌گیری را کند کنند و احتمالاً سبب افزایش نابرابری‌ها شوند. این راهبردها مانع از همه‌گیری نخواهند شد و حتی با سالمندتر شدن جمعیت، نظام سلامت با تقاضای فزاینده و مهار نشدنی مراقبت‌های پر هزینه، اعم از حاد و مزمن، مواجه خواهد شد. هدف اصلی نظام سلامت، بهبود سلامت جامعه است اما اهداف اجتماعی دیگری هم وجود دارد که نظام سلامت در آنها دخیل و سهیم است از جمله، فقر، نابرابری‌های سلامت و میزان پاسخگویی نظام. حتی در مرفه‌ترین کشورها، مردمی که از رفاه کمتری برخوردارند دارای امید به زندگی کمتر و بیماری بیشتری نسبت به افراد متمول هستند. این تفاوتها در سلامتی، یک بی‌عدالتی مهم اجتماعی بشمار می‌رود (۳).

مدتهاست پیداست که گروه‌های مختلف در جامعه مثل دانشمندان، متخصصان، مدیران، توده مردم، و سیاستگذاران، شناخت و تفسیر متفاوتی از مفهوم خطر در ذهن دارند. مردم به عنوان اصلی‌ترین مسئول مقابله با عوامل خطر شناخته می‌شوند، زیرا بسیاری از خطرات، براساس مبانی رفتاری ایشان مشخص می‌شود و در نتیجه تا حدود زیادی تحت کنترل افراد است پس اصلاح سبک زندگی در ارتقاء سلامت یک رویکرد مهم است. در این مداخلات مقایسه هزینه و اثربخشی، با شرایط حاصل از عدم مداخله، الزامی است و با توجه به کمبود منابع بهداشتی، در قبال نیازهای بهداشتی، لازم است بین گروه‌های مختلف، برای کاهش خطر، انتخاب صورت پذیرد.

اثربخشی مداخلات بر حسب دالی حاصل از مداخله اندازه‌گیری می‌شود و مداخلاتی که هزینه آنها بازای هر یک دالی حفظ شده، کمتر از ۳ – ۱ برابر سرانه تولید ناخالص داخلی باشد، ارزش مالی خوبی دارد و اگر کمتر از سرانه تولید ناخالص داخلی باشد، مداخله با هزینه اثربخشی بالا خواهد بود.

سیاست‌گذاران باید از میزان مخارج مداخلات برای دستیابی به اهداف مطلع باشند و بپذیرند که با صرف هزینه‌ای نسبتاً ناچیز بر روی مداخلاتی که خطرات را کاهش می‌دهند، می‌توان منافع چشمگیری بدست آورد.

انجام مداخلات بصورت جداگانه یا یکپارچه و تلفیقی، و تحلیل و بررسی تعامل بین مداخلات سئوال بسیار مهمی است که عموماً نادیده گرفته می‌شود. برای مثال، راهبرد حفاظت از محیط کودکان، در تمام شرایط هزینه اثربخش است. یا اینکه، حداقل یک نوع مداخله برای کاهش خطر بیماریهای قلبی عروقی، در تمام شرایط هزینه اثربخش است. در مورد بیماریهای قلبی عروقی، باید مداخله دارای قابلیت انطباق، سهولت تأثیر و قابل پذیرش در جامعه باشد.

این مداخلات شامل کاهش مصرف نمک در کل جامعه، منع استعمال دخانیات، افزایش فعالیتهای بدنی، تغذیه سالم، درمان و آموزش مبتنی بر افراد دچار پر فشاری خون، آموزش همگانی بهداشت و درمان و آموزش فردی برای کلسترول بالا است (۴).

درمان تمام مردمی که خطر ترکیبی بیماریهای قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده، در آستانه خطر ۳۵٪ می‌باشد، هزینه اثربخش است. همچنین برای مواد اعتیادآور نظیر استعمال دخانیات، عوامل خطر محیطی مثل آب، فاضلاب و بهداشت فردی نامناسب، روابط جنسی غیر ایمن، عوامل خطر شغلی، تزریقات غیر ایمن در نظام مراقبت سلامت و سایر خطرات سلامتی، دولت باید تصمیم‌گیری کند، که کدام یک از مداخلات ترکیبی، می‌تواند به بهترین نحو مؤثر باشد، و اینکه کدام خطر در اولویت است.

یکی از قابلیت‌های قابل توجه که در سالهای اخیر ظهور کرده و در کشور ما هم می‌تواند مد نظر باشد، ادغام بیماریهای واگیر و پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی در چارچوب نظام جامع سلامت است.

این ادغام چندان ساده نیست و مستلزم همکاری بین رقبای حرفه‌ای است که هر یک سهم خود را از این بار مضاعف (بیماریهای واگیر و غیر واگیر) مهمتر می‌دانند. یک رویکرد مهم، به ویژه در کشورهای کم درآمدتر، وجود توازن مناسب بین پیشگیری اولیه و ثانویه است.

ایجاد یک چارچوب سیاست‌گذاری منسجم شامل تدوین قانون، وضع مقررات و آموزش همگانی، برای پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی بسیار حیاتی است زیرا در نبود تغییرات محیطی هدایت‌گرانه، ایجاد تغییر در رفتار فردی بسیار دشوار است. بکارگیری الگوی کنترل بیماریهای عفونی و

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

واگیر در این زمینه، بطور اسفباری ناکافی است. شکاف بین نیاز به پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی ـ عروقی و ظرفیت برآورده ساختن آنها، روزبروز بیشتر می‌شود، مگر آنکه گامهای فوری برداشته شود.

سازمان بهداشت جهانی و دولتها، به تنهایی نمی‌توانند با این چالش مقابله کنند، بلکه تعامل با گروههای مصرف کننده ملی و بین‌المللی و شرکتهای تجاری چند ملیتی و سازمانهای غیردولتی، ضروری است و متأسفانه درحالی که سرعت جهانی شدن خطرهای عمده بیماریهای قلبی عروقی، رو به افزایش است، پیشرفت به سوی پیشگیری و مراقبت از بیماریهای قلبی، به کندی صورت می‌گیرد.

نکات اصلی در پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر و بخصوص بیماریهای قلبی‌عروقی شامل موارد زیر است :

- مجموعه کامل از واقعیتهای شناخته شده، آمارها و اطلاعات به مردم و مسئولین ارائه شود.
- اطلاعات توسط یک سازمان قابل اعتماد و مستقل تهیه و ارائه گردد.
- وجود یک حس اعتماد بین مقامات دولتی، کارشناسان بهداشت، مردم و رسانه‌های گروهی، الزامی است
- تقویت شواهد علمی از طریق جمع‌آوری اطلاعات علمی جدید در زمینه عوامل خطرساز، ضروری است.
- ایجاد روحیه حمایت از پژوهشهای جدید و مبتنی بر جامعه و با مشارکت جامعه دربارهٔ مداخلات و مقابله با عوامل خطر و کاهش پژوهشهای صوری و بی‌مصرف.
- هماهنگی فعالیتهای پژوهشی در بخشهای مختلف به صورت یک یا چند شبکه تحقیقاتی، ایجاد کمیته‌های مشورتی علمی جدید، مستقل و آزاد از کنترل سیاسی.
- توافق میان بخش دولتی و خصوصی برای کسب دستاوردهای سلامت.
- داشتن نقش تولیت از سوی دولت و تعهد سیاسی لازم، و انجام وظیفه دولت در حفاظت از شهروندان، حتی اگر جامعه انتظار زیادی در این زمینه نداشته باشد.
- ارتقای نظام مراقبت بیماریهای غیر واگیر و دسترسی بهتر به اطلاعات جهانی.
- تعادل میان اقدامات کاهش خطر در سطح جمعیت و اقدامات با هدف تعداد کمتر از افراد پر خطر.
- شناسایی مداخلات دارای اولویت زیاد، متوسط و کم و پیشگیری از خطرات و استفاده از تحلیلهای هزینه اثربخشی.
- کشور باید برای تدوین سیاستی جهت پیشگیری از خطرات عمده سلامت، بیشترین اولویت را قائل شود.
- تقویت همکاریهای بین بخشی و بین‌المللی جهت کاهش خطرات عمدهٔ سلامت نظیر آب، فاضلاب، کمبود آموزش و..
- بهره‌برداری از اطلاعات موجود جهانی و ملی، و توان بالقوه دانشگاهها و شبکهٔ بهداشت و درمان کشور و تجربیات سالهای اخیر.
- همکاریهای بین‌المللی جهت بهبود مدیریت خطر و افزایش آگاهی عمومی از خطرات
- برقراری تعادلی میان اقدامات دولتی، اجتماعی و فردی ضروری است
- ترغیب و تشویق فعالیتهای سازمانهای غیر دولتی، گروههای محلی، رسانه‌ها و مشارکت قوی جامعه در این راستا.
- تربیت نیروی کار، پرداخت متناسب و متفاوت، ارتقای کیفیت کارکنان و ارتقاء نظام اطلاعات سلامت، تأمین مالی و با ثبات و رفع تنگناهای نظام سلامت (۲،۱).

بدیهی است اعمال راه حلهای موفقیت‌آمیز، بدون یک نظام سلامت قدرتمند مقدور نیست.

وزارت بهداشت بعنوان متولی نظام سلامت، مسئول حفاظت از سلامت شهروندان و تضمین ارائه مراقبت سلامت با کیفیت به تمام افراد نیازمند آن است.

این امر مستلزم انتخاب بهترین گزینه‌ها با توجه به شواهد موجود و در نظر داشتن منافع عمومی در مقابل سایر اولویت‌هاست. این مسئولیتها نهایتاً بر عهده دولت است حتی در زمینه تمرکززدایی که ممکن است پاسخگویی را تضعیف نماید (۲).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

REFERENCES

۱. احمدوند علیرضا و همکاران. گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۲ کاهش خطر، ارتقای زندگی سالم. مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۱.

۲. اکبری محمداسماعیل و همکاران. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳ ساختن آینده. مؤسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ، ۱۳۸۳.

۳. زارع محمد، زهراوی فرحناز. تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، حقایق مسلم. انتشارات سیمیندخت، ۱۳۸۳.

۴. دلاوری علیرضا، طاهره سمارات، حجت‌زاده عالیه. گزارش پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی در پنجاهمین اجلاس رؤسای دانشگاههای علـوم پزشکی، تهران، پائیز ۱۳۸۳.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]