

تأثیر برنامه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر سلامت خانواده بر توسعه پایدار جامعه شهری: مطالعه موردی شهر اصفهان

سلمان باش زر^۱، حمید گله داری^۲، زهرا تقیان^۳، زهرا کفایت پناه^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه در برنامه‌ریزی شهرها، محوریت یافتن سلامت در بطن برنامه‌های توسعه‌ای شهرها، متضمن حرکت واقعی شهر به سمت توسعه پایدار خواهد بود. هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیرات برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر طرح سلامت خانواده بر توسعه پایدار شهری می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۲ انجام پذیرفت. جامعه پژوهش را مدیران، مجریان و کلیه افراد کلیدی مطلع از طرح‌های اصلاح نظام سلامت در حوزه‌های مرتبط تشکیل داده‌اند. نمونه‌گیری بر اساس استراتژی هدفمند، و گلوله برفی تا رسیدن به سطح اشباع ادامه یافت. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختار انجام پذیرفته و تحلیل داده‌ها با رویکرد سیه و شانون انجام پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش در سه درونمایه اصلی (کدمفهومی) توسعه پایدار محیطی، توسعه پایدار اقتصادی و توسعه پایدار اجتماعی با زیر طبقه‌های متعدد پدیدار شدند. درونمایه توسعه پایدار محیطی زیر طبقه‌های کاهش آلودگی، تقویت توان مناطق مختلف شهری و برخورداری از خدمات عمومی، درونمایه توسعه پایدار اقتصادی نیز افزایش فرصت‌های اقتصادی برابر و افزایش صرفه‌جویی اقتصادی و درونمایه توسعه پایدار اجتماعی عدالت، مشارکت پذیری اجتماعی افراد جامعه و خانواده‌ها و منافع اجتماعی دیگری را شامل می‌شوند.

نتیجه‌گیری: اجرای طرح پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر سلامت خانواده در شهر اصفهان توان مناطق مختلف شهری در راستای پاسخگویی به بحران‌ها را تقویت، انعطاف‌پذیری، بهره‌وری و عدالت که خود از ویژگی‌های ضروری شهر پایدار و مشخصه‌های توسعه پایدار می‌باشند، را بدنبال خواهد داشت.

واژه‌های کلیدی: توسعه پایدار، سلامت خانواده، نظام ارجاع، نظام سلامت، بیماری‌های غیرواگیر

پیام کلیدی: نگاه به سلامت و برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، افزایش پاسخگویی به بحران‌های اجتماعی و طبیعی و تغییرات مثبت در ابعاد محیطی، اقتصادی و اجتماعی توسعه پایدار جامعه شهری را به دنبال دارد و این توسعه زمانی میسر خواهد شد که سلامت و ابعاد آن در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها از اولویت باشد.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱/۱۰

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۳/۲۷

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱/۲۰

ارجاع: باش‌زر سلمان گله‌داری حمید، تقیان زهرا، کفایت‌پناه زهرا. تأثیر برنامه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر سلامت خانواده بر توسعه پایدار جامعه شهری: مطالعه موردی شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۲۲:۱۴۰۴ (۲): ۹۸-۹۰.

مقدمه

برنامه‌های بهداشتی با پرداختن به نقاط مشترک کلیدی بین سلامت عمومی، پایداری محیط زیست، بهره‌وری اقتصادی و عدالت اجتماعی، بطور قابل توجهی بر توسعه پایدار شهری تأثیر می‌گذارند (۱-۳). و برای ایجاد محیط‌های شهری تاب‌آور و فراگیر، پرورش جمعیت‌های سالم‌تر و ارتقای رشد اقتصادی ضروری است (۳). از سوی دیگر از ۱۷ هدف توسعه پایدار که در سال ۲۰۱۵ توسط سازمان ملل متحد تصویب گردید، و قرار است تا سال ۲۰۳۰ محقق شود، هدف سوم «تضمین زندگی سالم و ارتقای رفاه برای همه در تمام سنین» مختص سلامت می‌باشد. این هدف شامل ارائه پوشش همگانی سلامت است که هدف آن فراهم نمودن دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت خوب برای همه، بدون مشکلات مالی است (۴).

دولت‌ها اخیراً از طریق اعلامیه آستانه (۲۰۱۸) و نشست سازمان ملل متحد (۲۰۱۹) در خصوص پوشش همگانی سلامت تعهدات خود، نسبت به اهداف توسعه پایدار به منظور سرعت بخشیدن به ارایه مراقبت‌های اولیه سلامت و پوشش همگانی سلامت را مجدداً مورد تأیید قرار داده‌اند (۵، ۶). اعلامیه آستانه سه کارکرد اصلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه را؛ (الف) تأمین نیازهای بهداشتی یک جمعیت از طریق ارائه

طیف گسترده‌ای از خدمات مراقبت‌های بهداشتی ارتقا‌دهنده، محافظتی، پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و تسکینی در طول دوره زندگی؛ (۷) پرداختن سیستماتیک به عوامل تعیین‌کننده گسترده‌تر سلامت از جمله زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی از طریق سیاست‌های عمومی مبتنی بر شواهد و اقدامات چندبخشی؛ و (ج) توانمندسازی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای بهینه‌سازی سلامت خود، و حمایت از افرادی مانند خود و مراقبان به عنوان توسعه‌دهندگان مشترک خدمات بهداشتی و اجتماعی، تعریف می‌نماید (۸). مراقبت‌های بهداشتی اولیه که هدف آن دستیابی به بالاترین سطح و توزیع ممکن سلامت و رفاه می‌باشد (۸)، بعنوان اولین نقطه تماس بین جمعیت و سیستم مراقبت‌های سلامت، مأموریت ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و جامعه در حوزه بهداشت را بر عهده دارد (۹-۱۲).

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده طرف مکاتبه: سلمان باش زر، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر

سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: sbashzar03@gmail.com.

شهرها، متضمن حرکت واقعی شهر به سمت توسعه پایدار خواهد بود. در این شرایط مورد غفلت قرار گرفتن ارتباط تنگاتنگ ارائه خدمات سلامت به اشکال متفاوت و توسعه پایدار شهری جهت نیل به هدف ارتقای سلامت شهروندان، بررسی چگونگی تأثیرات برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر طرح سلامت خانواده بر توسعه پایدار شهری ضرورتی انکارناپذیر پیدا کرده است. از آنجا که اغلب مطالعات به بررسی تأثیر توسعه پایدار بر سلامت پرداخته‌اند (۳، ۴، ۲۱) این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر طرح سلامت خانواده بر توسعه پایدار شهر اصفهان انجام می‌پذیرد.

روش بررسی

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا را در سال ۱۴۰۲ انجام شد. با تأکید بر حداکثر تنوع از نمونه گیری هدفمند برای انتخاب مصاحبه شونده‌گان استفاده گردید. معیار انتخاب مصاحبه‌شوندگان داشتن تجربه کاری و تحصیلی در مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت (شامل مدیران و معاونین، کارشناسان مسئول واحدهای ستادی حوزه معاونت بهداشتی، مدیران، معاونین و کارشناسان مسئول گسترش و توسعه و آموزشگاه بهورزی و کارشناسان مبارزه با بیماری‌های شبکه‌های بهداشتی درمانی) و حوزه‌های شهری و اجتماعی استانداری و شهرداری اصفهان بوده است. همه مصاحبه‌شوندگان معیار مشارکت در پژوهش را داشتند و فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند و از محرمانه بودن و ناشناس بودن اطلاعات و داده‌هایی که در طول مصاحبه در اختیار مصاحبه‌گر قرار می‌دهند اطمینان حاصل شد.

ابتدا از طریق ایمیل یا تلفن با مصاحبه‌شوندگان تماس گرفته شد و در مورد موضوع تحقیق، اهداف تحقیق و توجیه ضرورت این کار به آنها اطلاع داده شد. پس از پذیرش جلسه مصاحبه توسط افراد مطلع، در دفتر آنها یا هر مکان دیگری که توسط آنها پیشنهاد شده بود، مصاحبه انجام شد. یکی از اعضای تیم تحقیق که در مطالعه کیفی مهارت دارد، مصاحبه‌ها را با استفاده از راهنمای مصاحبه انجام داد. اطلاعات مصاحبه‌کننده، از جمله جایگاه علمی و حوزه تخصصی او، برای مصاحبه‌شوندگان توضیح داده شد. مصاحبه‌ها عمدتاً ضبط صوتی، ناشناس و بعداً به طور دقیق رونویسی شدند. همه شرکت‌کنندگان مایل به مصاحبه در حین ضبط صدا بودند. همچنین، یادداشت‌هایی توسط مصاحبه‌کننده برداشته شد و برای بحث در مورد نتایج اولیه، عوارض و هرگونه اصلاح مورد نیاز در راهنمای مصاحبه با تیم تحقیق به اشتراک گذاشته شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به نقطه اشباع انجام شد، که از آن به بعد نیازی به داده‌های بیشتر نبود. بنابراین، دو مصاحبه جدید نیز انجام شد. در مجموع، ما نوزده مصاحبه نیمه ساختار یافته رو در رو انجام دادیم.

جهت تحلیل داده‌ها از رویکرد سیه و شانون و از نوع روش تحلیل محتوای جهت دار استفاده شد (۲۲)، زیرا نسبت به دیگر روش‌های تحلیل محتوا از فرایند ساختارمندتری برخوردار است (۲۳)، و مهمتر از آن اینکه پایداری در دیدگاه کمیسیون براتلند از سه رکن اساسی شامل توسعه پایدار اقتصادی، توسعه پایدار اجتماعی و توسعه پایدار محیطی تشکیل شده است (۲۴، ۲۵). در این روش کدگذاری اولیه با

در همین راستا برنامه سلامت خانواده (طرح پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر) در مناطق شهری را از سال ۱۴۰۲ در حال اجرا بوده، و به دلایلی مانند، معکوس شدن درصد جمعیت شهری و روستایی، تراکم جمعیت در شهرها و حاشیه آن (یا سکونت‌گاه‌های غیررسمی)، تغییر سیمای بیماری‌ها و مرگ‌های زودرس از واگیردار به غیرواگیر (که به سبک زندگی مردم و عوامل کلان و دور اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فن‌آوری، محیط زیست و بین‌المللی وابسته است)، حضور همزمان اپیدمی بیماری‌های واگیردار نوپدید و بازپدید، بیماری‌های غیرواگیر و آسیب‌های اجتماعی، کم‌توجهی به ظرفیت همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم در بهبود وضعیت سلامت مردم، پوشش ضعیف مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها، افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به خصوص در مناطق شهری با تغییرات اساسی در نظام ارائه خدمات سلامت کشور صورت پذیرفته است (۱۲).

البته باید توجه داشت که صرف قسمت قابل توجهی از منابع سلامت کشور برای مراقبت‌های ثانویه و در کنار آن هم‌افزایی عوامل مختلف در ایجاد بیماری‌ها و مشکلات جدید سلامتی و هزینه بالای این بیماری‌ها بخصوص در بیماری‌های مزمن (۷)، از مسببین عمده فقر و نابرابری و از عوامل تهدید کننده توسعه پایدار است، و برآورد می‌شود به ازای هر ۱۰ درصد افزایش در مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، رشد اقتصادی سالانه تا ۵ درصد کاهش یابد (۱۳). براساس گزارش WHO بیماری‌های غیرواگیر همچنان عامل اصلی مرگ و میر در جهان می‌باشند و سالانه فقط در اروپا باعث ۱۸ میلیون مورد مرگ قابل پیشگیری و ۵۱۴ میلیارد دلار هزینه می‌شوند (۱۴). پیش‌بینی می‌شود این میزان در کشور ما نیز چنین الگویی داشته و بیش از ۷۶ درصد کل بار بیماری‌ها به این نوع از بیماری‌ها اختصاص یابد (۱۲ و ۱۵).

شهرنشینی یک چالش بزرگ بهداشت عمومی در قرن ۲۱ می‌باشد و طبق برآوردها تا سال ۲۰۳۰ حدود ۶۰ درصد از جمعیت جهان در شهرها زندگی خواهند کرد و تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۷۰ درصد خواهد رسید (۱۶). امروزه سلامتی، بعنوان یکی از مخاطرات جدی در نواحی سکونت‌های کشورهای درحال توسعه (بوژه شهرهای بزرگ) اهمیت ویژه یافته است و بروز نارسایی‌های ناشی از رشد بی‌رویه شهری در قرن ۲۰ و ۲۱، مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه، سبب گردیده کلیه جوامع در انطباق با پارادایم توسعه پایدار برای رسیدن به الگوهای پایداری در شهر کوشش کنند (۱۷-۱۹). تحلیل‌های سازمان‌های بین‌المللی نشان‌دهنده محوریت مولفه سلامتی بعنوان یک شاخص اساسی در سنجش توسعه پایدار می‌باشد (۲۰). از طرفی دیگر تحقق کالبدی فضایی سلامتی در شهر، از طریق برنامه‌ریزی شهری مبتنی بر سلامت ممکن و میسر خواهد بود و سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری برخاسته از مفاهیم سلامت، بصورت غیرمستقیم و در حد بالایی، تأمین سلامت شهروندان را به همراه خواهد داشت (۱۷).

اگر توسعه پایدار را بعنوان یک رویکرد پایه‌ای برای برنامه‌ریزی شهری بپذیریم، امروزه در برنامه‌ریزی شهرها، محوریت یافتن سلامت در بطن برنامه‌های توسعه‌ای

کنندگان در پژوهش انجام شد. در این پژوهش از نرم افزار MaxQDA v15 برای تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان در این پژوهش ۱۹ نفر بودند که ۵۲/۶۳ درصد را مردان و ۴۷/۳۷ درصد را خانمها تشکیل داده بودند. علاوه بر این میانگین سنی و سابقه کار مشارکت کنندگان به ترتیب برابر با ۴۵ و ۲۰ سال بوده است (جدول شماره ۱). یافته‌های نهایی پژوهش در سه درونمایه اصلی (کد مفهومی) «توسعه پایدار محیطی»، «توسعه پایدار اقتصادی» و «توسعه پایدار اجتماعی» با زیرطبقه‌های متعددی پدیدار شدند (جدول شماره ۲).

استفاده از تئوری و دیدگاه کمپسیون برانتلند (۱۹۸۷) مرتبط با ابعاد مربوط به توسعه پایدار آغاز شده و سپس از داده‌ها مضامین مرتبط با تأثیر برنامه کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر بر توسعه پایدار شهری استخراج شدند. همچنین به منظور اطمینان از قابل اعتماد بودن داده‌ها ضمن مشارکت کافی و تعامل نزدیک با مشارکت کنندگان از معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا شامل اعتبار (مصاحبه‌ها بعد از پیاده‌سازی با مصاحبه شونده‌ها چک گردید)، قابلیت اطمینان (نتایج تحلیل توسط یک داور بیرونی بررسی و چک گردید)، قابلیت تأیید (سعی شده فرایند انجام پژوهش، تحلیل و تفسیر داده‌ها فارغ از ارزش‌های شخصی و جهت‌گیری‌های نظری انجام شود) و قابلیت انتقال (تلاش بر توصیف غنی از یافته‌ها بوده است)، استفاده شده است (۲۶، ۲۷). بازنگری متون مصاحبه کدگذاری شده با همکاری یک نفر از مشارکت

جدول ۱: ویژگی‌های مشارکت کنندگان در پژوهش

گروه مشارکت کننده	تعداد	جنسیت		میانگین سنی	میانگین سابقه
		مرد	زن		
مدیران واحدهای ستادی از ستاد شهرستان / معاونت بهداشت	۸	۴	۴	۴۸	۲۳
کارشناسان و مراقبین سلامت بهداشت	۶	۳	۳	۴۲	۱۶
کارشناسان حوزه‌های اجتماعی سایر سازمان‌ها	۵	۳	۲	۴۶	۲۱
کل (تعداد)	۱۹	۱۰	۹	۴۵	۲۰
درصد	۱۰۰	۵۲/۶۳	۴۷/۳۷		

جدول شماره ۲: جدول طبقات حاصل از یافته‌های تحقیق

طبقه	طبقه اصلی	طبقه فرعی
	کاهش آلودگی	کاهش آلودگی هوا کاهش آلودگی‌های صوتی کاهش آلودگی‌های فضای محیطی و کاهش تولید زباله
توسعه پایدار محیطی	تقویت توان مناطق مختلف شهری	بهبود و توسعه مراکز و پایگاه‌های بهداشتی و درمانی افزایش پاسخگویی در مواقع بحران‌های محیطی بهبود فضاهای ورزشی عمومی بهبود فضای سبز عمومی بهبود حمل و نقل عمومی
توسعه پایدار اقتصادی	افزایش فرصت‌های اقتصادی برابر	بهبود وضعیت اقتصادی و افزایش سرمایه افراد افزایش طول دوره کاری افراد کاهش مصرف انرژی
	افزایش صرفه جویی اقتصادی	
	عدالت	دسترسی برابر به خدمات بهداشتی

ادامه جدول شماره ۲: جدول طبقات حاصل از یافته های تحقیق

طبقه	طبقه اصلی	طبقه فرعی
توسعه پایدار اجتماعی	مشارکت پذیری اجتماعی افراد جامعه و خانواده ها	دسترسی عادلانه به آموزش های سلامت تشکیل گروه های اجتماعی پشتیبانی از فعالیت های بهداشتی خانواده ها پشتیبانی از اقتصاد خانواده و جامعه افزایش مسئولیت فردی و اجتماعی انضباط و نشاط اجتماعی خودتکایی افزایش سلامت فردی و اجتماعی و کنترل بیماری ها بهبود شیوه زندگی اشتغال زایی
	مسئولیت پذیری	
	افزایش نشاط اجتماعی و کاهش آسیب های اجتماعی	

الف: توسعه پایدار محیطی

درونمایه توسعه محیطی شامل زیر طبقه های کاهش آلودگی، تقویت توان مناطق مختلف شهری و برخورداری از خدمات عمومی می باشد. در خصوص این درونمایه و زیر طبقات و طبقات فرعی آن اکثر مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که با اجرای درست و مستمر برنامه کنترل و پیشگیری از بیماری های غیر واگیر و حمایت همه جانبه از این طرح وضعیت محیطی به تناسب بهتر از قبل خواهد شد و افراد بیشتری از جامعه شهری تمایل به رعایت دستورات و توصیه های ارائه شده در این طرح را دارند.

یکی از کارشناسان مشارکت کننده در این طرح که خود از عوامل اجرایی این طرح در حاشیه شهر است اینچنین عنوان نمود که: «با اجرای این طرح آگاهی های عمومی افراد در خصوص سلامت و بویژه بیماری های غیر واگیر مانند دیابت، سرطان ها، بیشتر شده و در جمعیت تحت پوشش خود افرادی را دیده ام که بعد از گرفتن اولین و دومین مراقبت مربوط به طرح برای انجام کارهای بیرون از خانه از خودروی شخصی استفاده نمی کنند و از دوچرخه یا وسیله نقلیه عمومی استفاده می کنند» (م ۷).

یکی دیگر از مشارکت کنندگان که از مسئولین واحدهای ستادی شبکه ها بود نیز عنوان داشت که: «با شروع طرح کنترل بیماری های غیر واگیر پایگاه های بهداشتی جدیدی در حاشیه شهرها ایجاد و توسعه یافتند و همه آنها با تجهیزات مناسب و نیروی انسانی تحصیل کرده تجهیز شده اند. مناطقی از شهر وجود داشتند که قبلاً دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی دشوارتر بوده است ولی در حال حاضر در اکثر نقاط شهر و بخصوص حاشیه شهر به تناسب جمعیت مرکز و پایگاه فعال ارائه دهنده خدمات بهداشتی داریم، که در موقع ضرور بسیار کار ارائه خدمات را راحت تر نموده اند

و حتی به جرات می توانم عنوان کنم که این مراکز و پایگاه های بهداشتی مستقر شده بهترین مکان ها برای مقابله و مدیریت بحران هایی مانند زلزله خواهند بود» (م ۱۳). یکی از مصاحبه شوندگان عنوان داشتند که: «از حدود دو سال پیش میزان استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی بیشتر شده و در سه ماهه اول سال ۹۶ نیز تعداد ۱۰۰ دستگاه اتوبوس به ناوگان حمل و نقل شهری اضافه گردید و همچنین متروی شهر اصفهان در یک خط راه اندازی شده است که خود نشان دهنده تقاضای بیشتر جهت استفاده از این وسایل هست. همچنین تقاضا برای تجهیز نمودن فضاها و پارک های شهرداری به وسایل ورزشی بیشتر شده است و همچنین گروه های همسن که در این مکان ها ورزش و فعالیت فیزیکی دارند بیشتر شده و مشارکت افراد میانسال به بالا نیز در ورزش های همگانی نیز بیشتر شده است» (م ۴).

ب: توسعه پایدار اقتصادی

درونمایه توسعه پایدار اقتصادی نیز افزایش فرصت های اقتصادی برابر و افزایش صرفه جویی اقتصادی را شامل می شود. یکی از مصاحبه شوندگان بیان داشتند که: «با توجه به اینکه بیماری های غیر واگیر هزینه های درمانی بسیار بالایی دارند و بر اساس مطالعات این بیماری ها در کشورهای در حال توسعه خانواده ها را به سمت ورشکستگی می برند، در نتیجه با پیشگیری و کنترل آنها پول زیادی را می توان صرفه جویی کرد. صرفه جویی پولی ناشی از عدم استعمال دخانیات، عدم هزینه برای دریافت دارو و بستری شدن، عدم مصرف الکل و همچنین عدم مصرف فست فود و مواد غذایی مضر بدن را آموزش های ارائه شده در این طرح برای افراد رخ می دهد. همچنین افراد با کسب آگاهی های بهداشتی لازم در خصوص پیشگیری و کنترل این بیماری ها کمتر از خودروهای شخصی استفاده می کنند که خود کاهش مصرف انرژی را بدنبال دارد» (م ۸).

موازین بهداشتی بوسله افراد شده است. روی آوردن به تغذیه سالم و دوری جستن از رفتارهای نادرستی مانند سوء مصرف مواد و الکل، عدم تحرک بدنی و مصرف فست‌فودها و مواد غذایی ناسالم مفهوم کلی شیوه زندگی سالم می‌باشد، که بدنبال اجرای طرح در افراد جامعه دیده شده است. افراد با پیروی از دستورالعمل‌های بهداشتی و پیشگیری از این بیماری‌ها عزت نفس بالاتری دارند و با اتکا به قدرت و توان خود امورات مربوط به زندگی خویش را بصورت بهتری به انجام می‌رسانند (م ۱۹).

بحث

زمانی که سلامتی و تندرستی انسان بعنوان محور و یکی از شاخصه‌های اصلی توسعه پایدار در طیف خوب باشد و سلامتی اکوسیستم نیز در همین طیف باشد منجر به تحقق پایداری می‌گردد (۱۷، ۲۸، ۲۹). در مدل مفهومی توسعه پایدار سه جنبه محیطی، اجتماعی و اقتصادی زمانی به پایداری منتهی می‌شوند، که سلامتی در مرکز تعاملات توسعه از هریک از جنبه‌ها و در برآیند نتایج آنها باشد (۱۷، ۲۱، ۳۰). تحقیقات نشان می‌دهد که سهم بالایی از ارتقای سلامت از طریق بهبود و ارتقای محیط‌های شهری ایجاد می‌گردد (۱۷، ۱۸). به عبارتی شرایط اقتصادی، اجتماعی و محیطی شهرها می‌تواند هم تأثیرات مثبت و هم منفی بر سلامت انسان داشته باشد (۱۷).

گسترش شهری سریع که اغلب بدون برنامه‌ریزی اتفاق می‌افتد، منبع بسیاری از تهدیدات محیطی در کشورهای در حال توسعه است، مسکن خارج از استاندارد در حاشیه شهرها، تراکم جمعیت، افزایش سطح آلودگی هوا، ناکافی بودن خدمات در تمامی بخش‌ها، افزایش تصادفات جاده‌ای مرتبط با رشد سریع مراکز شهری است. به همین جهت می‌توان عنوان نمود که سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری در صورت هماهنگی و با چارچوب مفهومی توسعه پایدار که در راستای ارتقا سلامتی شهروندان باشد، نقش انکارناپذیری در بهبود کیفیت محیط‌های شهری و افزایش کیفیت شهروندان دارد. همانطور که یافته‌ها نشان دادند اجرای طرح پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در راستای طرح تحول سلامت در بخش بهداشت می‌تواند تأثیرات مثبتی را در توسعه یک شهر ایفا کند. در این خصوص مطالعات متفاوتی اجماع نظر دارند و نتایج مطالعه ما را تایید می‌نمایند (۳۳-۳۱).

یافته‌های مطالعه از منظر مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهند که اجرای طرح پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر باعث کاهش آلودگی هوا، کاهش آلودگی‌های صوتی، کاهش آلودگی‌های محیط و کاهش تولید زباله و همچنین بهبود و توسعه مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی، افزایش پاسخگویی در مواقع بحران‌های محیطی، بهبود فضاهای ورزشی عمومی، بهبود فضای سبز و حمل و نقل عمومی می‌شود. در خصوص توسعه پایدار محیطی اکثر مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که با اجرای درست و مستمر برنامه کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و حمایت همه جانبه از این طرح وضعیت محیطی به تناسب بهتر از قبل خواهد شد، همچنین از زمان اجرای این طرح آگاهی‌های عمومی افراد در خصوص سلامت و

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز عنوان داشتند که: «بدنبال این طرح صرفه‌جویی اقتصادی برای افراد بیشتر خواهد شد چرا که فرد با کنترل این بیماری‌ها نیاز به بستری شدن در بیمارستان‌ها را نخواهد داشت و حتی در بعضی موارد با فعالیت فیزیکی که بدون هزینه هست می‌تواند بیماری خود را کنترل نماید. همچنین عدم استعمال مواد دخانی نیز صرفه اقتصادی را بدنبال دارد که ما در بین مراجعه‌کنندگان خودمان مواردی را داریم که با آموزش‌هایی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی استعمال سیگار را کنار گذاشتند و به گفته خودشان روزانه ۸ هزارتوان صرفه‌جویی دارد» (م ۱۱).

یکی از مدیران نیز که در این پژوهش مشارکت داشتند عنوان داشتند که: «دوره درمان بیماری‌های غیرواگیر مانند سرطان و دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی بسیار طولانی و هزینه‌بر می‌باشند، به‌عنوان مثال درمان سرطان‌ها بسیار هزینه‌بر و بسیار طولانی خواهد بود، و در عین حال بسیاری از سرطان‌های شایع قابل پیشگیری هستند می‌توان نتیجه گرفت که پیشگیری از این بیماری‌ها برای هر فرد زمان بسیاری از وقت فرد را که بعدها باید صرف مراجعه جهت دریافت درمان و حتی بستری و استراحت کند را ذخیره و به‌عبارتی صرفه‌جویی می‌کند» (م ۱۶).

ج: توسعه پایدار اجتماعی

درونمایه توسعه پایدار اجتماعی، عدالت، مشارکت‌پذیری اجتماعی افراد جامعه و خانواده‌ها، مسئولیت‌پذیری و افزایش نشاط اجتماعی و کاهش آسیب‌های اجتماعی را شامل می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان داشت که: «دسترسی آسان‌تر افراد جامعه بخصوص حاشیه شهرها با اجرای طرح تحول سلامت به خدمات بهداشتی درمانی بیشتر شده و مراکز تقریباً بطور یکسانی با توجه به جمعیت توزیع و توسعه یافته‌اند. در حاشیه شهر اصفهان فقط در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشت شماره یک اصفهان حدود ۱۶ پایگاه و مرکز بهداشتی درمانی جدید فعال شده و همه این پایگاه‌ها تجهیز و سپس با استفاده از نیروی انسانی متخصص که از طریق طرح تحول سلامت جذب سیستم شدند، در حال ارائه خدمات هستند که این به نوعی اشتغال‌زایی نیز بحساب می‌آید. البته باید در نظر داشته باشیم که اساس کار این نیروها آموزش افراد گیرنده خدمات بصورت گروهی و فردی می‌باشد. همچنین افراد با آموزش‌هایی که می‌بینند بدنبال استفاده کمتر از خودروهای شخصی، افزایش استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، کاهش بار ترافیکی، کاهش تولید زباله، افزایش فعالیت و تحرک بدنی می‌باشند که خود روحیه شادی و نشاط در میان افراد جامعه با ورزش‌های همگانی را بدنبال دارد» (م ۱).

یکی دیگر از افراد مشارکت‌کننده عنوان داشتند که: «انتخاب یک سفیر سلامت از میان هر خانواده در طول طرح و پشتیبانی این افراد و خانواده‌های آنان و همچنین در تماس بودن با این افراد در جهت بهبود سلامت تمام اعضای خانواده بخصوص در کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر از مزایایی اجرای طرح بوده است و در خصوص گیرندگان خدمات نیز پیروی از آموزش‌های ارائه شده در افراد و همچنین انجام تست‌های غربالگری توصیه شده در این طرح سبب کنترل بیماری‌ها و رعایت

همه‌گیری کووید-۱۹ ماهیت سیستمی سلامت شهری را در سطح جهان برجسته کرد و نشان داد که چگونه یک بحران بهداشتی می‌تواند اثرات متقابل بر همه اهداف و ابعاد توسعه پایدار داشته و آسیب‌پذیری آن را در برابر چالش‌های بهداشتی نشان دهد (۴۰، ۴۱)، مواردی که مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر بر آن تاکید داشتند.

نتیجه‌گیری

توسعه پایدار، بعنوان یک الگوی توسعه همه نسل‌ها را قادر می‌سازد تا نیازهای خود را برآورده سازند. بنابراین اصفهان برای توسعه پایدار اصفهان نیاز است، که استرس‌های طبیعی و محیطی با تاکید بر رفاه انسانی و برابری درون شهری در تمام مناطق کاهش یابد، موضوعی که سلامت و اجرای طرح سلامت خانواده در حوزه‌های افزایش عدالت، تقویت توان اجتماعی و مشارکت‌پذیری در کنار مسئولیت‌پذیری شهروندان، با اهداف ارتقای سطح سلامت جامعه، افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره‌مندی از خدمات سلامت فعال و با کیفیت، کارا نمودن حمایت اجتماعی را نقطه عطف آن می‌داند و دنبال خواهد کرد. سلامت فقط به برنامه‌ریزی و توسعه شهری مربوط نمی‌شود و باید بعنوان یک نتیجه کلیدی از مدیریت مداوم اصفهان در نظر گرفته شود و برنامه‌ریزان تاثیرات سلامت را در تصمیم‌گیری‌های روزمره خود در نظر بگیرند و بصورت هماهنگ با سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران حوزه سلامت نسبت به ارزیابی تاثیر برنامه‌ها سلامت بر توسعه شهری و توسعه شهری بر سلامت اقدام و با نگاه سیستمی تصمیمات مهم را اتخاذ نمایند.

پیشنهادهای

پیشنهاد می‌شود اثر برنامه‌های اجرایی سلامت بر ابعاد اقتصادی و اجتماعی مرتبط با توسعه پایدار شهری در مناطق مختلف شهر ارزیابی گردد. همچنین انجام پروژه‌های بزرگ و در ابعاد وسیع مانند تاثیر پذیری توسعه پایدار شهری از رویکردهای سلامت مانند تعیین کننده های اجتماعی سلامت و رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها می‌تواند شکاف‌های دانشی موجود را پر نماید.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.MUI.REC.1394.1.158 از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. پژوهشگران از معاونت پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و همچنین همه مشارکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارد

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منفعی نداشتند.

References

1. Fisher JE, Andersen ZJ, Loft S, Pedersen M. Opportunities and challenges within urban health and sustainable development. Current Opinion in Environmental Sustainability. 2017;25:77-83 .
2. Kjellstrom T, Mercado S. Towards action on social determinants for health equity in urban settings. Environment and Urbanization. 2008;20(2):551-74 .
3. Taylor J, Howden-Chapman P. The significance of urban systems on sustainability and public health. Buildings and Cities. 2021;2(1):874-87 .
4. Chotchoungchatchai S, Marshall AI, Withayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Primary health care and sustainable development goals. Bull World Health Organ. 2020;98(11):792-800 .

بویژه بیماری‌های غیرواگیر بیشتر شده و افراد بعد از گرفتن اولین و دومین مراقبت، برای انجام کارهای بیرون از خانه از خودروی شخصی استفاده نمی‌کنند و از دوچرخه یا وسیله نقلیه عمومی استفاده می‌کنند.

با اجرای طرح و به سبب گسترش و توسعه مراکز و پایگاه‌های بهداشتی و درمانی در شهر و بخصوص حاشیه شهرها امکان مدیریت بهتر بحران‌هایی مانند زلزله بوجود آمده است. در خصوص توسعه پایدار اقتصادی که نیز یکی از ملزومات اصلی توسعه پایدار شهری می‌باشد، باید اذعان داشت که مشارکت‌کنندگان در پژوهش بهبود وضعیت اقتصادی و افزایش سرمایه افراد، افزایش طول دوره کاری افراد و کاهش مصرف انرژی بدنال اجرای طرح را تایید می‌کنند. صرفه‌جویی پولی ناشی از عدم استعمال دخانیات، عدم هزینه برای دریافت دارو و بستری شدن، عدم مصرف الکل و همچنین عدم مصرف فست فود و مواد غذایی مضر بدنال آموزش‌های ارائه شده در این طرح برای افراد رخ می‌دهد. همچنین افراد با کسب آگاهی‌های بهداشتی لازم در خصوص پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها کمتر از خودروهای شخصی استفاده می‌کنند که خود کاهش مصرف انرژی را بدنال دارد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات متعددی که توسعه پایدار محیطی را در گروه برنامه‌ریزی برای ایجاد زیرساخت‌های سالم از قبیل حمل و نقل عمومی، فضای سبز، مدیریت پسماند و همچنین برنامه‌ریزی به منظور کاهش آلودگی هوا می‌دانند، همخوانی دارد (۳۶-۳۴).

پیروی از آموزش‌های ارائه شده در افراد و انجام تست‌های غربالگری توصیه شده، روی آوردن به تغذیه سالم و دوری جستن از رفتارهای نادرستی مانند سو مصرف مواد و الکل، عدم تحرک بدنی و مصرف فست فودها و مواد غذایی ناسالم بدنال اجرای طرح در افراد جامعه دیده شده است. در مجموع نتایج حاصل از پژوهش نشان دادند که اجرای طرح مذکور افزایش فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی، کاهش سهم انرژی در رشد شهری، کمینه کردن میزان تولید آلاینده‌های محیطی، تقویت توان مناطق مختلف شهری در راستای پاسخگویی به بحران‌ها یا انعطاف‌پذیری، بهره‌وری، عدالت که خود از ویژگی‌های ضروری یک شهر پایدار و مشخصه‌های توسعه پایدار (۳۷-۳۹) می‌باشند، را بدنال دارد.

در خصوص توسعه پایدار اقتصادی نیز باید توجه داشت که رونق اقتصادی با سلامت عمومی درهم تنیده است و نیروی کار سالم برای رشد اقتصادی و توسعه پایدار شهری ضروری است و زیر ساخت‌های قوی بهداشت عمومی از رفاه جمعیت پشتیبانی می‌کند. سرمایه‌گذاری در برنامه‌های سلامت عمومی بسیار مهم است و

5. Chen XianWen CX, Vries Sd, Assmuth T, Dick J, Hermans T, Hertel O, et al. Research challenges for cultural ecosystem services and public health in (peri-) urban environments. 2019.
6. WHO. Basic documents: (including amendments adopted up to 31 May 2019): World Health Organization; 2020. [In Persian]
7. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Family Health Program Implementation Manual (Family Physician and Referral System), Tehran, mirmah. 2022. p. 72-1. [In Persian]
8. World Health Organization (WHO). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals 2018. [In Persian]
9. Mehroolhasani M, Abolhalaj M, Barouni M, Jafari J, Dehnavish R, Emami M. Identifying barriers and challenges of establishing accrual accounting system in iran health system short Title: challenges of accrual accounting system. Pensee. 2014;76(3). [In Persian]
10. Houweling TA, Kunst AE, Mackenbach JP. World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality. The Lancet. 2001;357(9269):1671-2. [In Persian]
11. WHO. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000. [In Persian]
12. Rashidian A, Moradi G, Takian A, Sakha MA, Salavati S, Faraji O, et al. Effects of the health transformation plan on caesarean section rate in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. Eastern Mediterranean Health Journal. 2019;25(4):254-61. [In Persian]
13. (MOHME) Mohame. National Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and the Related Risk Factors in the Islamic Republic of Iran, 2015-2025. In: Control INCfNP, editor. 2015. p. 1-176. [In Persian]
14. WHO. New data: Press & Media Relations Officer WHO Regional Office for Europe; 2025 [Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/27-06-2025-new-data-noncommunicable-diseases-cause-1-8-million-avoidable-deaths-and-cost-us-514-billion-USD-every-year-reveals-new-who-europe-report>]
15. Roser M, Ritchie H, Spooner F. Burden of disease. Our world in data. 2023.
16. Egger S. Determining a sustainable city model. Environmental Modelling & Software. 2006;21(9):1235-46.
17. Tajdar V, Rafieian M, Taghvaei AA. An Analysis and Assessment of Health Index in Mashad Metropolis with Focus of Urban Planning Approach. Journal of Fine Arts: Architecture & Urban Planning. 2010;2(41):101-10. [In Persian]
18. Razmi J, Reza Yazdi S, Anvari M. Introduction of Evaluation Indicators and Investigation of the Urban Sustainable Development Process in Tehran (in Persian). Management and Development Process Quarterly. 2008;21(1):5-30. [In Persian]
19. Klopp JM, Petretta DL. The urban sustainable development goal: Indicators, complexity and the politics of measuring cities. Cities. 2017 Mar 1;63:92-7.
20. Roy M, Hansen K. A Brief Overview of the 'Big' Annual International SD Reports (Developing Ideas), Canada. International Institute for Sustainable Development (IISD). 1997.
21. von Schimding Y. Health and sustainable development: can we rise to the challenge? The Lancet. 2002;360(9333):632-7.
22. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. 2005;15(9):1277-88.
23. Robson C. Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers. (No Title). 2002.
24. Pearce D, Atkinson G. The concept of sustainable development: An evaluation of its usefulness ten years after Brundtland. Revue Suisse d'Economie Politique et de Statistique. 1998;134:251-70.
25. Borowy I. Defining sustainable development for our common future: A history of the World Commission on Environment and Development (Brundtland Commission): Routledge; 2013.
26. Alexander AP. Lincoln and Guba's quality criteria for trustworthiness. IDC International Journal. 2019;6(4):1-6. [In Persian]
27. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. Ectj. 1981;29(2):75-91. [In Persian]
28. Price C. Sustainable development and health: concepts, principles and framework for action for European cities and towns: World Health Organization. Regional Office for Europe; 1997.
29. Harpham T, Werna E. Sustainable urban health in developing countries. Habitat International. 1996;20(3):421-9.
30. Sarbu R, Alpoci C, Burlacu S, Diaconu S, editors. Sustainable urban development in the context of globalization and the health crisis caused by the covid-19 pandemic. SHS Web of Conferences; 2021: EDP Sciences.
31. Smit W, Parnell S. Urban sustainability and human health: an African perspective. Current Opinion in Environmental Sustainability. 2012;4(4):443-50.
32. Lindley S, Pauleit S, Yeshitela K, Cilliers S, Shackleton C. Rethinking urban green infrastructure and ecosystem services from the perspective of sub-Saharan African cities. Landscape and Urban Planning. 2018;180:328-38.
33. Mooney H, Larigauderie A, Cesario M, Elmquist T, Hoegh-Guldberg O, Lavorel S, et al. Biodiversity, climate change, and ecosystem services. Current Opinion in Environmental Sustainability. 2009;1(1):46-54.
34. Zhao P, Li P. Rethinking the relationship between urban development, local health and global sustainability. Current Opinion in Environmental Sustainability. 2017;25:14-9.
35. Capon AG. Health impacts of urban development: key considerations. New South Wales public health bulletin. 2007;18(10):155-6.

36. Signoretta P, Moughtin KM, Moughtin J. Urban design: health and the therapeutic environment: Routledge; 2009 .
37. Cloutier S, Larson L, Jambeck J. Are sustainable cities “happy” cities? Associations between sustainable development and human well-being in urban areas of the United States. *Environment, Development and Sustainability*. 2014;16(3):633–47 .
38. WHO. Health in sustainable development planning: the role of indicators. World Health Organization; 2002. [In Persian]
39. Sajjadi SS. The evaluation of urban development consistent with social security strategy based on ecological footprint. *Geography*. 2017;53(53):0. [In Persian]
40. Riehm KE, Latimer E, Quesnel-Vallée A, Stevens GW, Gariépy G, Elgar FJ. Does the density of the health workforce predict adolescent health? A cross-sectional, multilevel study of 38 countries. *Journal of Public Health*. 2019;41(1):e35–e43 .
41. Gatzweiler F, Fu B, Rozenblat C, Su H-JJ, Luginaah I, Corburn J, et al. COVID-19 reveals the systemic nature of urban health globally. *Cities & health*. 2021;5(sup1):S32–S6.

The Impact of Family Health Non-Communicable Disease Prevention Program on Sustainable Development of Urban Society: A Case Study of Isfahan City

Salman Bashzar¹, Hamid Galehdari²; Zahra Taghian²; Zahra Kefayat Panah¹

Original Article

Abstract

Introduction: Nowadays, in urban planning, the centrality of health in the heart of urban development programs will ensure the city's real movement towards sustainable development. The purpose of this study is to investigate the prediction of the effects of the Family Health Plan's non-communicable disease prevention and control program on sustainable urban development.

Methods: This qualitative research was conducted with a content analysis approach in 2023. The research community consisted of managers, executives, and all key individuals knowledgeable about health system reform plans in related areas. Sampling was based on a purposive strategy, and snowball sampling continued until saturation was reached. Data collection was conducted using semi-structured interviews, and data analysis was performed with the Hsieh and Shannon approach.

Results: The research results emerged in three main themes (conceptual codes) of sustainable environmental development, sustainable economic development, and sustainable social development with multiple subcategories. The theme of environmental development includes the subcategories of reducing pollution, strengthening the capacity of different urban areas, and enjoying public services. The theme of sustainable economic development also includes increasing equal economic opportunities and increasing economic savings. The theme of social development includes justice, social participation of individuals and families, and other social benefits.

Conclusion: Implementing the plan in Isfahan will strengthen the ability of various urban areas to respond to crises, and will lead to flexibility, productivity, and justice, which are essential features of a sustainable city and characteristics of sustainable development.

Keywords: Sustainable development, family health, referral system, health system, non-communicable diseases

Received: 9 Apr; 2025

Accepted: 17 Jun; 2025

Published: 1 Jul; 2025

Citation: Bashzar S, Galehdari H, Taghian Z; Kefayat Panah Z. **The Impact of Family Health Non-Communicable Disease Prevention Program on Sustainable Development of Urban Society: A Case Study of Isfahan City.** Health Inf Manage 2025; 22(2): 90-98.

This article resulted from research study with ethical code IR.MUI.REC.1394.1.158 from the Vice Chancellor for Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences.

1. Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. Secretariat of Health and Food Security, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: salman bashzar; Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: sbashzar03@gmail.com