

مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران

دکتر حسین ملک افزلی: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط:
malekafzali@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۵

چکیده

این مقاله ۴۰ سال تجربه ایران را در توسعه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در آذربایجان غربی، نقش به‌روران در توسعه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه و فرآیند توسعه این مراقبت‌ها را در جمهوری اسلامی ایران بیان می‌دارد. به علاوه عواملی را که موجب رشد کمی و کیفی آن شده است برمی‌شمارد و به چالش‌های پیش روی آن می‌پردازد و در آخر به برنامه پزشک خانواده که استراتژی مناسب برای دسترسی و استفاده همگان از مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه است اشاره می‌کند.

واژگان کلیدی: تجربه ایران، آذربایجان غربی، مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه، به‌روران

مقدمه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه قابل کنترل بود، موجب گردید تا مسئولین وزارت بهداشت، محققین انستیتو تحقیقات بهداشتی و سازمان جهانی بهداشت طرح آذربایجان غربی را در قالب به‌کارگیری کارکنان محلی به اجرا در آورند. در این طرح یک پسر و یک دختر روستایی که حداقل دارای سواد ابتدایی بودند با کمک مردم روستا انتخاب می‌شدند و بعد از دو سال آموزش به عنوان به‌رورز مرد و به‌رورز زن در روستای خود در محلی به نام خانه بهداشت خدمات خود را به روستائیان محل سکونت خود به عنوان روستای اصلی و روستائیان نزدیک به روستای اصلی به عنوان روستای قمر ارائه می‌کردند.

درس نامه به‌روران به زبان قابل فهم برای آنها و کاملاً مرتبط با نیاز روستائیان در عرصه‌های ۸ گانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه که شامل:

- آموزش بهداشت
- واکسیناسیون
- مراقبت مادران و کودکان
- بهبود تغذیه

۱- تجربه آذربایجان غربی

در دهه ۱۳۵۰ بر پایه تجربه موفق برنامه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورهای چین و اتحاد جماهیر شوروی و به منظور تأمین عدالت اجتماعی در عرصه سلامت از طریق فراهم آوردن مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای روستا نشینان، برنامه‌هایی را به صورت پایلوت به اجرا گذاردند. این نهضت به ایران هم سرایت کرد و در نیمه اول دهه ۱۳۵۰ چندین پروژه در کشور ایران به منظور فراهم کردن مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاها به اجرا در آمد. یکی از این پروژه‌ها که دست مایه مراقبت‌های بهداشتی در شبکه بهداشت و درمان کشور است پروژه آذربایجان غربی است. این پروژه با همت وزارت بهداشت، انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران و سازمان جهانی بهداشت در سالهای ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۵ در ۱۷ روستای آذربایجان غربی در منطقه آکنلو به اجرا درآمد. محرومیت روستائیان کشور از خدمات بهداشتی درمانی که در آن زمان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌داد و نوع مشکلات آنها که بطور عمده با اجرای برنامه

ها اقدام به گرفتن بهورزان غیر بومی و در بسیاری از اوقات ساکن شهر کردند واصل بومی بودن بهورز در فاصله ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۳ که منجر به استقرار تقریباً ۲۵۰۰ خانه بهداشت شده بود خدشه‌دار گردید. از طرف دیگر چند نفر از همکاران با تجربه وزارت بهداشت فرصت یافتند تا طرح ارتباط خانه‌های بهداشت را با سایر واحدهای خدمات بهداشتی درمانی تدوین و دفترچه‌هایی برای هر شهرستان تهیه نمایند. در این دفترچه‌ها سطوح نظام شبکه برای هر شهرستان تعریف و مشخص شده است بعلاوه نیروی انسانی هر سطح بر اساس شرح وظایف آنها نیز محاسبه و برای هر واحد مشخص گردیده است.

بر اساس این طرح شبکه بهداشت و درمان شهرستان دارای سطوح خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی در روستا و مرکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز بهداشت شهرستان و آموزشگاه بهورزی در شهر می‌باشد. این مجموعه تحت نظارت فنی مرکز بهداشت استان خدمات ارتقاء بهداشت و پیشگیری و درمان سرپایی را به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌کند و رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان عهده‌دار هماهنگی خدمات بهداشتی و درمانی، جلب همکاری‌های بین بخشی، نظارت بر بخش خصوصی و سازماندهی مشارکت مردم می‌باشد.

در طرح جدید خانه بهداشت جمعیتی حدود ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. خانه بهداشت معمولاً داری یک بهورز مرد و یک بهورز زن است، خانه بهداشت علاوه بر روستای اصلی که مقر خانه بهداشت است در صورت نیاز یک یا چند روستای فرعی که فاصله آنها تا روستای اصلی حداکثر معادل یک ساعت پیاده‌روی است به نام روستای قمر تحت پوشش دارد. بهورزان خدمات خود را بصورت فعال به شکل ویزیت منزل و اماکن عمومی انجام می‌دهند. بهورزان هر سال جمعیت تحت پوشش خود را سرشماری می‌کنند. و لیست گروه‌های نیازمند خدمات مثل زنان حامله، کودکان و مادران نیازمند برنامه تنظیم خانواده را تهیه و برابر برنامه‌های تعریف شده خدمات لازم را به صورت فعال به آنها ارائه می‌کنند. بهورزان زن بطور عمده

- بهداشت محیط
- کنترل بیماری‌های بومی
- درمان بیماری‌های شایع
- تأمین داروهای اساسی

است تنظیم و در سه بلوک آموزشی بصورت تئوری و عملی ارائه می‌گردید. بهورزان پس از ۴ ماه آموزش تئوری در آموزشگاه بهورزی که در شهر قرار داشت و به صورت شبانه‌روزی اداره می‌شد به تناوب در خانه‌های بهداشت و در آموزشگاه بهورزی زیر نظر مربیان دانش و مهارت‌های عملی لازم را برای ارائه خدمت کسب می‌کردند. و پس از شروع به کار رسمی نیز بطور مرتب توسط مربیان آموزشگاه بهورزی بازآموزی و نظارت می‌شدند. سه سال پس از اجرای طرح مشخص گردید که در روستای تحت پوشش شاخص‌های پوشش خدمات و میزانهای مرگ مادران و کودکان به صورتی معنی‌دار نسبت به روستاهای دیگر بهبود یافته است. حمایت سیاسی از پروژه مذکور توسط مسئولین وقت وزارت بهداشتی، پشتوانه علمی دانشگاه و سازمان جهانی بهداشت و مقبولیت پروژه توسط مردم موجب شد تا در سال ۱۳۵۵ برنامه ایجاد خانه‌های بهداشت زیر نظر مربیان آموزشگاه بهورزی به عنوان یک برنامه ملی تصویب و جهت اجراء به ادارات بهداشتی استانها ابلاغ گردد (King 1983).

۲- تدوین طرح تفصیلی شبکه بهداشت و درمان شهرستان گرچه پروژه آذربایجان غربی با موفقیت اجراء گردید، لیکن این پروژه صرفاً مراقبتهای بهداشتی اولیه را شامل می‌شد. عدم ارتباط خانه‌های بهداشت با دیگر واحدهای خدمات بهداشتی درمانی کشور و تقاضای روستائیان برای برخورداری از خدمات درمانی پیشرفته تر از عمده اشکالات این طرح بود.

در فاصله سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۳ که مصادف با پیروزی و استقرار انقلاب اسلامی در کشور ایران بود دو حادثه مهم لکن متفاوت در برنامه مراقبتهای بهداشتی اولیه رخ داد. از یک طرف باتوجه به ابلاغ ایجاد خانه‌های بهداشت در استان‌های کشور و به دلیل کاهش نظارت مرکز، استان-

تعداد دانشکده‌های علوم پزشکی در کشور از خارج از کشور تأمین می‌شد و یا از قانون اجباری اعزام پزشکان مرد فارغ‌التحصیل به روستاها برای ۱۵ تا ۲۴ ماه استفاده می‌گردید. در حال حاضر طرح پزشک خانواده استخدامی پزشک را با مزایای مکفی برای مراکز بهداشتی درمانی روستایی میسر ساخته است.

مرکز بهداشتی درمانی شهری که در واقع متناظر مرکز بهداشتی درمانی روستایی است جمعیتی حدود ۱۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. نیروی انسانی این مرکز همانند مرکز بهداشتی درمانی روستایی است و این مرکز هم مسئول ارتقاء بهداشت، پیشگیری و ارائه خدمات و درمان سرپایی به جمعیت تحت پوشش خود می‌باشد. نکته مهم اینکه در مرکز بهداشت درمانی شهری برخلاف خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی، خدمات بصورت فعال به مردم ارائه نمی‌گردد. یعنی مکانیسمی برای پیگیری خانواده‌ها توسط پرسنل مرکز وجود ندارد و منتها مردم می‌توانند برای استفاده از خدمات بهداشتی، درمانی به بخش خصوصی که تعداد آنها در شهرها کافی است مراجعه نمایند. به دلیل کیفیت بالای خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری، مردم معمولاً برای خدمات پیشگیری مثل واکسیناسیون، مراقبت مادران و کودکان و تنظیم خانواده از مراکز دولتی استفاده می‌کنند، لیکن استقبال چندانی از این مراکز برای خدمات درمانی نمی‌شود.

مرکز بهداشت شهرستان عهده‌دار برنامه‌ریزی تفصیلی، نظارت و ارزشیابی و تدارکات خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری می‌باشد. این مرکز دارای کارشناسان متعدد بهداشتی دارای مرک لیسانس یا بالاتر در رشته‌های بهداشتی می‌باشد و امور مالی، اداری و فنی واحدهای تحت پوشش را سرپرستی می‌کنند. آموزشگاه بهورزی که محل زیست و تربیت بهورزان است تحت هدایت و نظارت این مرکز قرار دارد. هدایت فنی مرکز بهداشت شهرستان توسط مرکز بهداشت استان انجام می‌گیرد. لیکن از نظر اداری زیر نظر رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان قرار دارد.

مسئولیت بهداشت خانواده و بهورزان مرد مسئولیت بهداشت محیط، بازدید مدارس و اماکن عمومی را عهده‌دار می‌باشند.

بهورزان نسبت به ارجاع بیماران به مرکز بهداشتی درمانی روستایی، پی‌گیری و آموزش بیماران و تنظیم و گزارش آمارهای بهداشتی اقدام می‌کنند.

مهم‌ترین خصلت برجسته خانه بهداشت را می‌توان در انتخاب بومی بهورز مرد و زن با توجه به شرایط فرهنگی جامعه، آموزش و پرورش مناسب آنها در آموزشگاه بهورزی، نظام مراقبت و ثبت خدمات، جمع‌آوری اطلاعات و بالاخره نظارت توأم با بازخوراند دانست.

مرکز بهداشتی درمانی روستایی که به طور متوسط پنج خانه بهداشت یعنی ۷۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد، عهده دار نظارت بر کار بهورزان، پذیرش موارد ارجاع شده توسط بهورزان و دادن بازخوراند به آنها و ارجاع موارد به سطوح بالاتر و در صورت نیاز پی‌گیری آنها، تکمیل فرم‌های آماری و گزارش آنها به مرکز بهداشت شهرستان و بالاخره مسئول تقویت همکاریهای بین بخشی و مشارکت مردم در جمعیت تحت پوشش می‌باشد.

نیروی انسانی این سطح شامل: پزشک، کاردانهای بهداشتی در عرصه‌های بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهداشت دهان و دندان، تکنسین دارویی، و نیروهای اداری و خدماتی می‌باشد. در بعضی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی به اعتبار موقعیت مرکز و برنامه‌ای که در نظام شبکه مثل سل ادغام شده است تکنسین آزمایشگاه برای اداره آزمایشگاه وجود دارد. نکته اینکه کاردانهای بهداشتی براساس مکانیسمی از بین دارندگان مدرک دیپلم متوسطه ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز انتخاب و پس از دو تا سه سال تحصیل متعهد خدمت در مرکز بهداشتی درمانی روستایی همان محل می‌باشند.

این مرکز همواره با مشکل تأمین پزشک مواجه بوده است و پزشک آنها بطور عمده تا سالهای قبل از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و محدود بودن

ب - تخصیص اعتبار توسط مجلس برای ایجاد و توسعه واحدهای شبکه در یک شهرستان از هر استان.

در اسفند ماه سال ۱۳۶۳ پارلمان جمهوری اسلامی ایران پس از تلاش فراوان ۳ میلیارد ریال جهت توسعه شبکه بهداشت و درمان یک شهرستان از هر استان اختصاص داد. ستاد گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان با این اعتبار جان تازه‌ای گرفت و عملیات توسعه کمی و کیفی شبکه را در شهرستانهای منتخب با توجه به نکات زیر پیگیری کرد.

- بهورزان کم کار و به خصوص شهری از خدمت اخراج و یا به کار دیگر گمارده شدند.
- آموزشگاه بهورزی در هر یک از شهرستانهای هدف ایجاد و با وسواس فراوان مریبان دلسوز برای آنها انتخاب و در مرکز خاص تحت آموزش قرار گرفتند.
- برای بهورزان قدیمی که بومی بودند دوره‌های بازآموزی تشکیل گردید تا با شرح وظایف جدید خود آشنا شوند.
- در انتخاب بهورزان جدید به اصل بومی بودن، مشارکت دادن شورای ده و حداقل و حداکثر سواد (داشتن سواد پایان دوره ابتدایی به عنوان حداقل و احتراز از انتخاب داوطلب با مدرک دیپلم متوسط به دلیل نگرانی از ماندگاری او در روستا) توجه خاص شد.
- در درنامه‌های بهورزی بازنگری شد تا اصل ساده بودن، متناسب بودن محتوی با نیاز مردم روستا و آموزش تئوری و عملی بطور کامل در آن لحاظ شده باشد.
- فراهم کردن امکان زیست، برای بهورزان در آموزشگاه بهورزی تا بتوان آنها را به عنوان الگوی زندگی برای روستائیان تربیت کرد.
- بازنگری در فرم‌های سرشماری، دفاتر ثبت خدمات و آمارهای مربوط به ثبت موارد مرگ و تولد و پوشش خدمات.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان ناظر بر کلیه خدمات بهداشتی و درمانی شهرستان اعم از سرپایی و بستری در بخش عمومی و خصوصی می‌باشد. و همکاریهای بین بخشی و مشارکت مردم را از طریق ارتباط با سازمانهای دولتی شهرستان و معتمدین محل تقویت می‌کند، شبکه بهداشت و درمان شهرستان زیر نظر رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان قرار دارد و رئیس آن توسط رئیس دانشگاه تعیین می‌گردد.

مرکز بهداشت استان دارای بودجه و ساختار مستقلی است و مسئولیت سیاستگذاری، حمایت، نظارت و ارزشیابی، تحقیق و بازآموزی پرسنل را در کل استان به عهده دارد، این مرکز دارای کارشناسان متعدد بهداشتی با مدرک فوق لیسانس و بالاتر می‌باشد.

تعداد مراکز بهداشت شهرستان به تعداد شهرستانهای کشور و تعداد مراکز بهداشت استان به تعداد دانشگاههای علوم پزشکی در مراکز استانها می‌باشد. (Shadpour1994; Pileroudi 2001)

۳- گسترش کمی و کیفی شبکه بهداشت و درمان کشور در فاصله سال ۱۳۶۳ تاکنون شبکه بهداشت و درمان کشور شاهد تحولات کمی و کیفی گسترده‌ای بوده است که در این قسمت به ذکر آنها براساس زمان اتفاق اشاره می‌شود.

الف- تشکیل ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور:

در سال ۱۳۶۳ ستادی تحت این نام متشکل از وزیر بهداشتی و معاونین ایشان و چند کارشناس تشکیل شد تا گسترش شبکه را هدایت و نظارت کند. نویسنده مقاله به عنوان قائم مقام وزیر در ستاد گسترش شبکه مسئولیت گسترش شبکه را در کشور به عهده داشت. همکاری که ستاد را از نظر کارشناسی پشتیبانی می‌کردند از تجربه کافی برخوردار بودند و تعدادی از آنها همان تهیه‌کنندگان طرحهای گسترش شبکه در کشور بودند. تعهد بالای سیاسی، حضور کارشناسان آگاه و دلسوز و مدیریت قاطع و پیگیری از خصوصیات حاکم بر این ستاد بود.

درمانی روستایی به تدریج خدمات جاری بهداشتی، درمانی که قبلاً به صورت عمودی اجراء می‌گردید، در نظام شبکه ادغام شد.

شبکه با خدمات بهداشت خانوادہ یعنی واکسیناسیون، مراقبت از مادر و کودک و تنظیم خانوادہ شکل گرفت، لیکن به تدریج خدمات بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت مدارس، بهداشت دهان و دندان و مبارزه با بیماریها که قبلاً به صورت عمودی انجام می‌شد در نظام شبکه ادغام گردید. علاوه بر ادغام خدمات عمودی موجود برنامه‌های جدید مثل اختلالات کمبود ید، بهداشت روان، کنترل مالاریا، کنترل سل، دیابت، فشارخون، کم کاری تیروئید و سایر برنامه‌ها با پروتکل مشخص در نظام شبکه ادغام گردید. در فرآیند ادغام بیماریها وظیفه بهورزان در پنج حیطه آموزش - تشخیص زود هنگام - ارجاع - پیگیری و گزارش دهی می‌باشد. مهم‌ترین چالش ادغام خدمات در نظام شبکه، مسئله ارجاع است که بعداً درباره آن صحبت خواهد شد.

ت - تشکیل رابطین بهداشت به منظور فعال ساختن

خدمات در مراکز بهداشتی درمانی شهری:

همانطور که گفته شد در مراکز بهداشتی درمانی شهری، خدمات بصورت غیرفعال ارائه می‌گردید و مکانیسمی برای تشویق مراجعه و پیگیری مراجعین وجود نداشت، در سال ۱۳۶۸ بر پایه تحقیقی که در شهر ری انجام شد نشان داده شد که استفاده از داوطلبین زن محله به عنوان رابط بهداشت مکانیسم مناسب برای فعال کردن خدمات می‌باشد. داوطلبین زن از بین زنان محله دارای سواد خواندن و نوشتن، خوش نام و علاقمند انتخاب و پس از فراگرفتن آموزشهای لازم مسئول خدمت‌رسانی به ۵۰ خانوار محله خود می‌شوند، این گروه مسئولیت آموزش بهداشت، تشویق خانوادہ‌ها برای استفاده از خدمات مرکز، پی گیری موارد، جمع‌آوری آمارهای حیاتی و مشارکت در پروژه‌های تحقیقاتی را به عهده دارند. تعداد رابطین بهداشتی در حال حاضر بالغ بر ۱۰۰/۰۰۰ نفر است و جمعیتی حدود ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ را تحت پوشش دارند. رابطین بهداشتی که نمونه بارزی از مشارکت مردم

• تأکید بر نظارت مداوم بر کار بهورزان توسط مربیان آموزشگاه بهورزی تا استقرار پرسنل مرکز بهداشتی درمانی روستایی که مسئول اصلی نظارت بر کار بهورزان می‌باشند.

• نظارت مستمر و شبانه‌روزی کارشناسان ستاد گسترش از شبکه‌های نمونه که به عنوان هدف گسترش انتخاب شده بودند.

• احتراز از ساخت هر گونه بنا با بودجه دولت در روستا به عنوان خانه بهداشت و تلاش در استقرار بهورزان در خانه‌های معمولی روستایی با تعمیرات جزئی.

• تهیه موتورسیکلت برای بهورزان مرد به منظور سرکشی به اماکن عمومی و روستاهای قمر.

• آموزش پزشکان مرکز بهداشتی درمانی روستایی که به طور عمده خارجی بودند و به کارگیری تدریجی کاردانه‌های بهداشتی در این مراکز.

• تهیه اتومبیل مناسب برای پرسنل آموزشگاه بهورزی، مرکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی جهت نظارت بر کار خانه‌های بهداشت (اعتبار مربوط به خرید اتومبیل‌ها از منبع دیگر به جز بودجه تخصیص داده شده توسط مجلس تأمین گردید).

• ارزشیابی خانه‌های بهداشت از نظر پوشش خدمات و کاهش مرگ مادران و کودکان و اطلاع‌رسانی به سیاستگذاران، دانشگاهیان و مردم.

اقدامات فوق موجب شناخته شدن ارزش کار خانه‌های بهداشت برای سیاستگذاران، دانشگاهیان و مردم شد به نحوی که درسال‌های بعد مجلس از اعتبار درخواستی توسط ستاد گسترش شبکه استقبال کرد و در نتیجه این پروژه همواره از حمایت مالی، سیاسی، علمی و مردمی برخوردار بوده و می‌باشد.

پ - ادغام برنامه‌های عمودی موجود و برنامه‌های جدید

در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور

پس از کامل شدن تدریجی شبکه بهداشت و درمان شهرستان و حضور کاردانه‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی

با توجه به مشکل دسترسی به خدمات بهداشتی در بعضی از محلات شهر و علاقه مردم به استفاده از خدمات بهداشتی که توسط مراکز بهداشتی درمانی شهری ارائه می‌گردد، تصمیم گرفته شد در این گونه مناطق مراکز شبیه خانه‌های بهداشت به نام پایگاه بهداشت با پرسنل کاردان تشکیل شود تا زیر نظر مرکز بهداشتی درمانی شهری و همکاری رابطین بهداشتی، خدمات بهداشتی را در همان قالب خانه‌های بهداشت به جمعیت تحت پوشش خود ارائه کنند.

۴- نقاط قوت و چالشهای شبکه

شبکه بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران پس از ۴۰ سال سابقه و ۲۸ سال فعالیت جدید خود دارای نقاط قوت و چالشهایی است که اشاره به آنها برای تدوین سیاست‌های جدید آموزنده می‌باشد.

الف - نقاط قوت شبکه عبارتند از :

- تعهد بالای سیاسی به خصوص در شکل‌گیری شبکه با وجود شرایط جنگی در کشور.
- بهورزان بومی، برخوردار از آموزش مناسب، دوستدار مردم، ارائه دهنده خدمات بصورت فعال، برخوردار از نظام آماری ساده و آگاه دهنده و نظارت و آموزش دائم.
- آموزشگاه بهورزی برخوردار از مربیان آموزش دیده و علاقمند، پذیرایی شبانه‌روزی از بهورزان و توجه به تربیت بهورزان درکنار آموزش آنها و داشتن درس‌نامه‌هایی ساده و متناسب با نیاز جامعه.
- داشتن جمعیت تحت پوشش معین در همه واحدها و امکان ارزشیابی خدمات به دلیل اطلاع از جمعیت نیازمند خدمات.
- وجود مرکز بهداشت استان با بودجه ساختار مستقل و داشتن اختیار کامل در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی تفصیلی.

است خدمات خود را تنها به خدمات بهداشتی محدود نکرده‌اند آنها در عرصه‌های عمرانی، اقتصادی و اجتماعی نیز فعالیت دارند و در واقع بهداشت را با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توسعه می‌دهند.

ث - تشکیل شورای عالی بهداشت و تغذیه به منظور تقویت همکاریهای بین بخشی:

از سال‌های اولیه گسترش شبکه شورایی به نام شورای عالی بهداشت و تغذیه زیر نظر رئیس جمهور و حضور وزرا و رؤسای سازمانهای مرتبط تشکیل و با برگزاری جلسات نه چندان مرتب پاره‌ای از مسائل مرتبط با بهداشت و تغذیه را پیگیری کرد. نمونه بارز این فعالیت‌ها اقدامات مربوط به واکسیناسیون، ید دار کردن نمک، کاهش سوانح و حوادث جاده‌ای، محدودیت سیگار و استفاده از نوشابه‌های گازدار می‌باشد. در استانها هم شورای استان با حضور استاندار و روسای ادارات مربوط تشکیل و زمینه همکاری بین بخشی را فراهم می‌نماید.

ج - طرح پزشک خانواده به منظور تقویت نقش مراکز بهداشتی درمانی

با توجه به مشکل به کارگیری پزشک در مراکز بهداشتی درمانی روستایی از سال ۱۳۸۳ با تصویب مجلس، صندوقی به نام صندوق بیمه روستائیان تشکیل گردید، از اعتبارات این صندوق برای به کارگیری پزشکان عمومی و مامای لیسانسیه در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استفاده شد. لیکن اشکال عمده این است که پزشکان استخدام شده بطور عمده به فعالیت‌های درمانی می‌پردازند و از نقش خود به عنوان پزشک جامع‌نگر که باید انواع خدمات ارتقاء پیشگیری، تشخیص زود هنگام، درمان و توانبخشی را به مردم تحت پوشش ارائه دهند بی‌اطلاع و یا اگر اطلاع دارند مکانیسم مناسب مالی و اداری برای انجام آن وجود ندارد. بعد از اجرای طرح پزشک خانواده در روستا، تعمیم آن به شهرها مورد توجه قرار گرفت لیکن اجرای این طرح در شهرها با فراز و نشیب‌های بسیار همراه و در مجموع ناموفق می‌باشد.

چ - ترمیم شبکه از طریق اضافه کردن پایگاه بهداشت

در مناطق شهری

- نهضت اصلاحات در نظام سلامت به خصوص مشارکت دادن مردم در تأمین هزینه‌ها ممکن است موجب کاهش تعهد دولت در تأمین منابع مالی گردد و در نتیجه جوامع محروم و نیازمند را از خدمات بهداشتی درمانی اولیه محروم کند.
- هنوز هم در برنامه آموزش پزشکی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به نحو کامل تدریس نمی‌شود و ممکن است پزشکان فارغ التحصیل که به عنوان پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی قرار می‌گیرند به جامعیت نظام شبکه صدمه وارد کنند.
- تربیت انبوه متخصص و فوق تخصص و ضرورت تهیه امکانات و وسایل مورد نیاز آنها تهدید جدی برای تأمین اعتبار مورد نیاز مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه می‌باشد.
- نظام آماری با توجه به تکنولوژی انفورماتیک تحول لازم پیدا نکرده است و کماکان از ابزارهای سنتی برای ثبت داده‌ها و تحلیل و گزارش آنها استفاده می‌شود.
- فرهنگ تحقیق و تصمیم‌گیری بر پایه شواهد چندان در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی وارد نشده است و غالباً تصمیمات بر پایه نظرات افراد صاحب نفوذ شکل می‌گیرد.
- مشارکت مردم در سطح ارائه خدمات در قالب رابطین بهداشت، گسترده و قابل تقدیر است، لیکن هنوز مردم از توانمندی لازم برای مشارکت در تصمیم‌گیری برخوردار نیستند.
- همکاری‌های بین بخشی بصورت سلیقه‌ای در بعضی از مناطق انجام می‌شود لیکن فاقد ساختار و نهاد تعریف شده و پایدار می‌باشد.
- مستندسازی اقدامات انجام شده به دلیل رایج نبودن زبان انگلیسی و کمبود، ارتباطات بین‌المللی به خوبی انجام نشده است.

۵- پزشک خانواده استراتژی مناسب برای وصول به هدف مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه برای همه مردم

- یکی بودن نظام آموزش و خدمت که موجب غنا علمی شبکه از یک طرف و جامعه‌نگر شدن دانشگاه و دانشجویان از طرف دیگر می‌شود.
- حضور پزشکان خانواده و ماماها و کاردانه‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی به عنوان یک فرصت برای ادغام بیماری‌های غیر واگیر در نظام شبکه و برقراری نظام ارجاع.
- حضور رابطین بهداشت به عنوان داوطلبین مردمی جهت تحقق اصل مشارکت دادن مردم در تصمیم‌گیری و ارائه خدمات و رویکرد اجتماعی به سلامت.
- توسعه طرح پزشک خانواده به شهرها فرصت مناسبی را برای سامان‌دهی خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در مناطق شهری و حاشیه‌نشینی شهری که ۲/۳ جمعیت کشور را شامل می‌شود، فراهم کرده است.

ب - چالش‌های شبکه عبارتند از:

- بی تردید فعالیت بهورزان در سالهای اولیه متناسب با نیاز مردم بوده است، لیکن امروز با توجه به موفقیت برنامه‌های واکسیناسیون، مراقبت مادران و کودکان و تنظیم خانواده، جامعه به برنامه‌های دیگر از جمله خدمات مربوط و به بیماری‌های غیرواگیر و پیشگیری و کنترل رفتارهای پر خطر و اصلاح شیوه‌های زندگی نیازمند است و ضمناً به دلیل بالارفتن سطح سواد در روستاها ضرورت بازنگری در انتخاب بهورزان، ارتقاء مربیان آموزشگاههای بهورزی و درسنامه بهورزان یک موضوع جدی است که در سالهای اخیر مورد توجه وزارت بهداشت بوده است.
- ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشتی گرچه مزایایی را به دنبال داشته است، اما به دلیل اشتغال فراوان رئیس دانشگاه و معاونین ایشان که همگی اعضاء هیأت علمی می‌باشند نگران کم رنگ شدن نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستیم زیرا جاذبه آموزش، درمان و پژوهش از مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیشتر است.

یعنی فاصله ۱۳۵۲ تا ۱۳۶۳ را باید دوره آمادگی و کسب تجربه نامید. در این دوره به دلیل تعهد بالای سیاستگزاران بهداشت مملکت و همکاری خوب مراکز علمی و تلاش کارشناسان زبده در وزارت بهداشتی طرح پایلوت با موفقیت در منطقه آذربایجان انجام شد و ایجاد خانه‌های بهداشت به عنوان سیاست ارائه خدمات به روستائیان به تصویب وزارت بهداشتی قبل از انقلاب رسید. در سالهای اول انقلاب به دلیل نابسامانیهای اجرایی در انتخاب صحیح بهورزان و آموزش آنها اشکالاتی بوجود آمد، لیکن در همین مدت کارشناسان مبرز وزارت بهداشتی طرحهای گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستانهای کشور را با لحاظ کردن موانع جغرافیایی و فرهنگی و محاسبه نیروی انسانی برای هر واحد تهیه کردند.

دوره دوم که شامل سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۵ است، توسعه شبکه بهداشت و درمان با تعهد بالای سیاسی مسئولین بهداشت کشور و همچنین حمایت جانانه مجلس شورای اسلامی شتاب خیره کننده‌ای گرفت. در این مرحله علیرغم ادامه جنگ تحمیلی تا سال ۱۳۶۸ اقدامات بسیار مهمی به شرح زیر انجام گرفت:

- خانه تکانی خانه‌های بهداشت موجود از طریق تغییر بهورزان شهری و بازآموزی بهورزان روستایی
- تأکید بر بومی بودن بهورز و آموزش صحیح او.
- ایجاد و تقویت آموزشگاههای بهورزی در سطح شهرستان.
- تدوین نظام آماری ساده، لیکن کارآ.
- به کارگیری کاردانه‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی.
- استقرار مرکز بهداشت استان و تفویض اختیارات مالی و اداری به آن.

لیکن عمده پیشرفت شبکه و اثر بخشی آن در کاهش شاخصهای مرگ و تولد در مناطق روستایی کشور مدیون زحمات بهورزان در خانه‌های بهداشت و آموزش و نظارت دلسوزانه‌ای بود که از طرف آموزشگاه بهورزی و مرکز بهداشت شهرستان و استان انجام می‌شد. در این دوره شبکه بهداشت و درمان کشور به خصوص خانه بهداشت و بهورز شهرت جهانی گرفت و همواره مورد

اصولی که در برنامه پزشک خانواده با رویکرد مراقبت‌های بهداشتی-درمانی اولیه باید مراعات شوند، عبارتند از:

- پوشش همگانی (نبود موانع فیزیکی، مالی و فرهنگی برای استفاده از خدمات)
- برخورداری خدمات از بالاترین کیفیت
- جامعیت خدمات (ارتقاء، پیشگیری، غربالگری، درمان و توانبخشی در حوزه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی)
- تعریف و تعیین جمعیت تحت پوشش و شناخت گروه‌های نیازمند به خدمات در این جمعیت
- ارائه خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری و غربالگری به صورت فعال برابر برنامه مدون
- دادن هویت مستقل ساختاری و برخورداری از نیروی انسانی ماهر و چندپیشه برای خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری و غربالگری
- برخورداری از نظام ارجاع تعریف شده در عرصه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
- برخورداری از نظام اطلاعات مناسب جهت تصمیم‌سازی بر اساس شواهد و ابزاری برای حمایت‌طلبی
- استفاده از بخش خصوصی در نظام ارجاع
- حضور فعال مردم در فرآیند مدیریت به خصوص تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری
- تقویت همکاریهای بین بخشی به منظور پاسخگویی به آسیب‌های اجتماعی
- اولویت دادن به جمعیت حاشیه‌نشین شهرهای بزرگ و ساکنین شهرهای کوچک و محروم کشور
- تجمع منابع مربوط به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و سپردن نحوه هزینه آن به وزارت بهداشت
- مشارکت دادن شهرداریها در فراهم‌سازی مراقبت‌های بهداشتی-درمانی اولیه با حفظ مسئولیت حکمرانی وزارت بهداشت

نتیجه‌گیری

مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران سه دوره پشت سر گذاشته است. دوره اول

انجام وظیفه نمایند و از مهارت لازم برای برقراری ارتباط به منظور تقویت همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم برخوردار باشند، این اقدام بسیار مفید و موجب تقویت خانه‌های بهداشت خواهد شد. اما اگر پزشکان تنها به خدمات درمانی بپردازند و از نظارت و حمایت بهورزان غافل شوند بیم آن می‌رود که فعالیت بهورزان نزد مردم و مسئولین به فراموشی سپرده شود. نکته دیگر بازنگری در انتخاب و آموزش بهورزان است. نوع بیماریها و رفتار و شیوه زندگی مردم ایجاب می‌کند که بهورزان برای پاسخگویی به نیاز امروز جامعه که بطور عمده بیماریهای غیر واگیر و مشکلات رفتاری است آماده شوند. در این خصوص اقداماتی انجام شده است و حتی در درسنامه جدید بهورزان تهیه شده است ولی این اقدام از سرعت لازم برخوردار نمی‌باشد.

به منظور تقویت همکاری‌های بین بخشی شورای عالی بهداشت و تغذیه که با حضور رئیس جمهور تشکیل می‌شود بیش از پیش فعال شده است و تصمیمات مؤثری در جهت کاهش حوادث جاده‌ای، عدم استفاده از نوشابه و استعمال دخانیات گرفته است اما پی‌گیری این تصمیمات جهت اجرا با فراز و نشیب همراه بوده است.

در مجموع می‌توان گفت که مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران با تحقیق شکل گرفت در سایه تعهد سیاسی و برنامه ریزی خوب به خصوص در روستا رشد کرد، لیکن اینک نیاز به بازسازی جدی دارد تا آنچه به دست آمده است از دست نرود.

حمایت بالاترین مقامات مملکت بود. لیکن مراکز بهداشتی درمانی به خصوص در روستا به دلیل نداشتن پزشک جامعه نگر و ماندگار همواره به عنوان نقطه ضعف شبکه تلقی می‌شد. و به همین دلیل نظام ارجاع از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی روستایی و از مرکز به بیمارستان شهر دچار مشکل بود. ادغام آموزش پزشکی در خدمات بهداشتی درمانی در همین دوره انجام گرفت، گرچه این ادغام به غنای علمی شبکه افزود، لیکن نتوانست تأثیر مهمی در محتوای آموزش و نگرش اعضاء هیأت علمی ایجاد کند و در واقع در غالب موارد شبکه بهداشت و درمان و دانشگاه که به ظاهر زیر یک چتر مدیریت بودند هر کدام به راه خود ادامه دادند. و حتی در پاره‌ای موارد کارشناسان خوب شبکه به دلیل جاذبه و مزایای هیأت علمی شبکه را رها و به دانشگاه پیوستند. در همین فاصله زنان داوطلب محله به نام رابط بهداشت نقش ارزنده‌ای در خدمت‌رسانی به ساکنین شهرهای محروم و حاشیه شهرهای بزرگ ایفا کردند. و در واقع این گروه مفهوم مشارکت مردم را در عرضه خدمات نشان دادند.

در دوره سوم یعنی از سال ۱۳۷۵ تاکنون شاهد اقداماتی برای تحول اساسی در نظام شبکه هستیم که نیاز آن مبرم لیکن شتاب آن بسیار کند است.

از جمله این اقدامات حضور پزشکان خانواده در مرکز بهداشتی درمانی است که البته می‌تواند بسیار مفید و یا خدای نکرده بسیار مضر باشد. چنانچه پزشکان خانواده به مسئولیت‌های خود آشنا باشند و در حیطه‌های ارتقاء سلامت، پیشگیری و غربالگری درکنار خدمات درمانی

References

Shadpour, K., 1994. The PHC Experience in Iran Second Edition. UNICEF. Tehran.
Pileroudi, C., 2001. The District PHC Networks in Iran UNICEF Tehran.

King, M., 1983. An Iranian Experiment In Primary Health Care. The west Azarbaijan Project. First Edition. Oxford University Press. London.

Primary Health case in Islamic Republic of Iran

Malekafzali, H., Ph.D. Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: malekafzali@tums.ac.ir

Received: Dec 21, 2013

Accepted: Dec 26, 2013

ABSTRAT

In this article 40 years of Iranian experience in primary health care in west Azarbaijan and behvarzs is presented. In this regard quantitative development of PHC during this period will be discussed, moreover challenges and opportunities of this program will be analysed. Finally family physician program should be considered as an appropriate tool to achieve universal coverago of PHC in iran.

Key words: Iranian experience, West Azarbaijan, Primary health care, Community health workers (Behvarzs)