

Primary health care (PHC)

مراقبت های اولیه بهداشتی

تاریخچه، اصول، ارکان، عناصر و چالش ها





Primary Health Care

از مهمترین رخدادهای تاریخی در تحول عرضه و تولید خدمات سلامت، تصمیم جامعه جهانی مبنی بر پذیرش روش مراقبتهای اولیه بهداشتی **Primary Health Care (PHC)** به منظور نیل به اهداف متعدد از جمله تحقق عدالت در دسترسی جامعه به خدمات سلامت اولیه است.

PHC عبارتست از مراقبت های ضروری و اساسی در زمینه سلامت که برای همه افراد و خانواده ها قابل دسترسی باشد. این خدمات بخش اصلی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی، همچنین اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشورهاست.

PHC در تأمین و گسترش عدالت، همواره یک استراتژی ارزشمند و برای ارائه ی آن توجه به اصول مربوطه، آموزش صحیح نیروی انسانی و تخصیص اعتبارات بیشتر بخش سلامت به آن لازم و ضروریست.

مروری بر سیر تاریخی مراقبت های بهداشتی اولیه



**International Conference on Primary Health Care,
September 1978 (WHO).**

در نیمه دوم قرن نوزدهم شیوع بیماریهای واگیر دار مثل آبله، مالاریا، وبا، سل و.... در مستعمرات، کشورهای استعمارگر را از دو جنبه دچار مشکل ساخته بود:

- ۱- بیمار شدن ماموران سیاسی، نظامی و میسیونرهای مذهبی که برای حفظ، اداره و گسترش مستعمرات به این مناطق اعزام می شدند.
 - ۲- بیماریهای وسیع در کارگران و سربازان بومی که در خدمت اربابان قرار داشتند.
- این رویدادها بویژه در زمان جنگهای مستعمراتی با شدت بیشتری جلوه میکرد.
- راه حل مشکل ...

در گروه اول: ایجاد بیمارستان در محل تمرکز نیروهای استعمارگر

در گروه دوم: ۱-درمان جمعی بیماران ۲-پیشگیری از بروز یا گسترش بیماری آنان

این خدمات بصورت غیر فعال ارائه می شد و هسته و مرکز ثقل آن در بیمارستان قرار داشت و اولین فعالیت جمعی سازمان یافته تلقی می شود و آنرا استراتژی **services hospital base** می نامند.

گسترش فاجعه آمیز مشکلات بهداشتی کشورهای مستعمره که همچنان در سلطه استعمار مانده بودند گرفتاری کشورهای اروپایی با مشکلات اجتماعی و بهداشتی ناشی از جنگ پیشرفت علوم پزشکی گسترش دانش اپیدمیولوژی بیماریهای رایج کشف داروها و واکسنهای موثر و جدید تجربه موفق کشورهای شوروی در استفاده از کارکنان کمکی تحت عنوان فلچر و چین در استفاده از پزشکان پابرهنه طلوع افق جدید و تغییراتی در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی شد.

در سال ۱۹۴۸ و پس از جنگ جهانی دوم سازمان بهداشت جهانی تاسیس شد و با تاسیس این سازمان می بایست تدبیری اندیشیده می شد. استراتژی خدمات عمودی **vertical programs** تدوین شد که شامل تشکیل برنامه های علمی، مدون و سازمان یافته ای به شکل عمودی بود و دارای دو مزیت بود:

۱- پوشش سریع و وسیع در مقاطع اجرائی

۲- تربیت کارکنان تک پیشه ولی ماهر

با گذشت زمان بیماریها متعددتر، مشکلات بیشتر، تخصص نیروی انسانی به لحاظ تربیت ناصحیح و یک بعدی، نارسا تر و در نتیجه امکان پوشش کیفی و کمی خدمات و استفاده بجا از منابع اندک ترمی شد الگوی باقی مانده از دوره استعمار، تمام منابع آنها را می بلعید و فقط نیاز ۵٪ جمعیت جامعه را برمی آورد اما ۲۵ سال استراتژی غالب توسعه بهداشت در کشورهای در حال توسعه بود. در سال ۱۹۷۵ سازمان جهانی بهداشت به اقدامات گذشته خود نگریست و سوالات زیر را مطرح کرد:

منابع مصرفی تا چه حد در جهت رفع مشکلات و کاهش مرگ و میرها موثر بوده است؟

استراتژیها نیازمند تجدید نظر است؟

خط مشی و راههای اجرایی صحیح کدامند؟

به دنبال افزایش نگرانی های کشورهای مختلف از روند توسعه، ازدیاد شتابان جمعیت، تخریب و تهی شدن سریع منابع، افزایش فقر و به هم خوردن چرخه های طبیعی حیات در کره زمین طی دهه های ۷۰ و ۸۰ میلادی، نگرانی ها در مورد وضعیت سلامت و اثرات سنگین آن بر اقتصاد و توسعه کشورها، خاصه کشورهای در حال توسعه رو به فزونی بوده به حدی که بسیاری از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بر ناکارآمد بودن نگرش های درمان محور در عرصه سلامت، اذعان داشتند و چرخش در این نگرش را اجتناب ناپذیر ارزیابی کردند.

مجموعه این نگرانی ها در نهایت، در سال های پایانی دهه ۷۰، منجر به تغییر نگرش در عرصه سلامت شد و در ماه می ۱۹۷۷ در پایان سی امین اجلاس بهداشت، که در آلماتای شوروی سابق، با شرکت ۱۳۴ کشور جهان تشکیل شده بود، تحت عنوان "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" اعلام گردید: «مهم ترین هدف اجتماعی دولت ها و سازمان جهانی بهداشت در دهه های آینده باید آن باشد که همه مردم تا سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامت دست یابند که زندگی آنان، از نظر اقتصادی و اجتماعی، ثمربخش و مفید باشد.» از مهمترین رخدادهای تاریخی در این تحول، تصمیم سازمان ملل بر پذیرش روش مراقبت های اولیه سلامت (PHC) به منظور نیل به اهداف متعدد از جمله تحقق عدالت در دسترسی جامعه به خدمات سلامت اولیه است.





تحولات PHC (Primary Health Care) قبل از سال ۲۰۰۰

بهداشت برای همه (Health For All – HFA)



در بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماتا معروف است اعلام گردید که در دهه های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولت ها و سازمان جهانی بهداشت باید دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامتی (در ابعاد مختلف) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد. در سال ۱۹۷۸ نیز کنفرانس مراقبت های اولیه بهداشتی در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) تشکیل گردید و روش دستیابی به بهداشت برای همه مراقبت های بهداشتی اولیه **PHC (Primary Health Care)** معرفی شد.

Alma-Ata 1978

Primary Health Care

Report of the

International Conference on Primary Health Care

Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978



Jointly sponsored by the World Health Organization
and the United Nations Children's Fund



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
1978

در ماه می سال ۱۹۷۹ استراتژی جهانی بهداشت برای همه توسط سی و دومین اجلاس سازمان جهانی بهداشت مورد تصویب قرار گرفت و نمایندگان کشورهای عضو، پذیرفتند که استراتژیهای کشوری بهداشت برای همه را بر اساس مراقبت های اولیه بهداشتی، تدوین و به مرحله عمل در آورند.

در سال ۱۹۸۱ توسط سازمان جهانی بهداشت استراتژی جهانی HFA تکمیل شد (استراتژی جهانی یک چهارچوب جهانی فراهم نموده که اجرای آن توسط همه کشورهای عضو، مناسب و برای تطابق با شرایط و نیازهای گوناگون کشورها به اندازه کافی قابل انعطاف بوده است و به دنبال آن کشورهای عضو، هر یک استراتژی دستیابی به HFA را برای خود تنظیم نمودند).

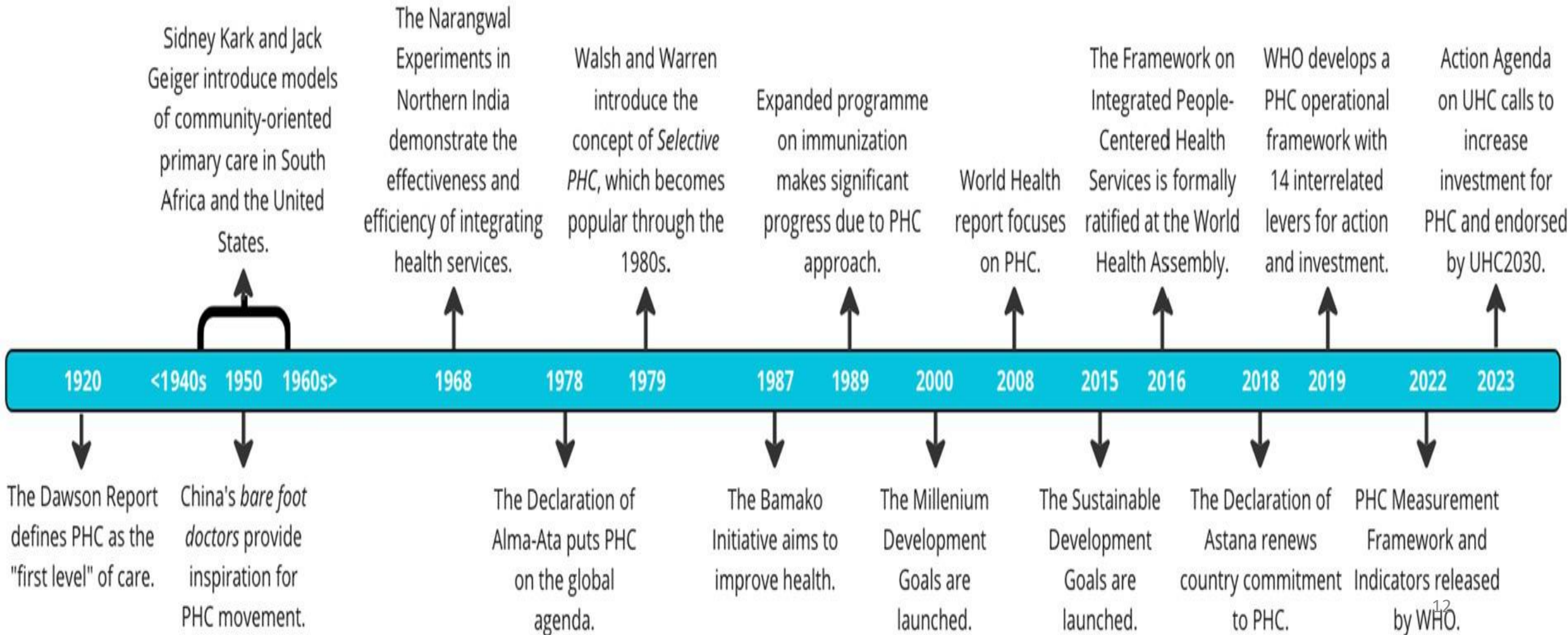
Health For All



بهداشت برای همه (Health For All – HFA)

بهداشت برای همه یک هدف واحد و محدود نیست بلکه جریانی است که به بهبود مداوم سلامت مردم منجر می شود. بهداشت برای همه به این معنی نیست که در سال های آتی میلادی دیگر کسی بیمار و ناتوان نخواهد بود و گروه پزشکی مراقبت های پزشکی را برای یکایک مردم جهان و ناخوشی های آنان تامین خواهند کرد! بلکه بدان معناست که بهداشت پا می گیرد و در هر کجا که مردم زندگی و کار می کنند خدمات بهداشتی در اختیار آنان خواهد بود و مردم امکانات بهتری برای رشد و رسیدن به کهنسالی سالم و فعال را خواهند داشت و افراد و خانواده ها به شیوه قابل قبول و متناسب با توان و مشارکت خود به مراقبت های اساسی بهداشت دسترسی خواهند یافت.

Timeline For Primary Health Care



اعلامیه آلما آتا در سال ۱۹۷۸ به عنوان نقطه عطف مهم قرن بیستم در زمینه بهداشت عمومی ظاهر شد و مراقبت های بهداشتی اولیه را به عنوان کلید دستیابی به هدف سلامت برای همه شناسایی کرد. بر اساس این اعلامیه هدف بهداشت برای همه بر پایه سیاستهای زیر استوار است:

- بهداشت و تندرستی حق مسلم مردم است و تامین آن یک هدف اجتماعی در سراسر جهان است.
- اختلاف موجود بین وضعیت بهداشتی مردم جهان، نگرانی مشترک تمام کشورهاست و باید به شدت کاهش یابد. بنابراین پایه و اساس استراتژی بهداشت برای همه توزیع عادلانه امکانات بهداشتی در بین کشورها و در درون کشورها به ترتیبی که به دسترسی عموم مردم به مراقبت های اولیه بهداشتی و خدمات پشتیبان آن بیانجامد می باشد.
- حق و وظیفه مردم است که به صورت فردی و گروهی در برنامه ریزی و اجرای مراقبت های بهداشتی خودشان نقش داشته باشند. بنابراین مشارکت فعال مردم در شکل دادن به آینده بهداشتی و اقتصادی جامعه از عوامل اساسی در تحقق استراتژیهای بهداشت برای همه است.

- دولتها در برابر بهداشت و تندرستی مردم که با فراهم نمودن امکانات اجتماعی و بهداشتی کافی امکان پذیر است مسئولیت تام دارند. بنابراین برای تامین بهداشت برای همه تنها تعهد وزارت بهداشت کافی نبوده و تعهد سیاسی دولت در سطح کلی ضرورت دارد.
- بهداشت و تندرستی باید به عنوان پایه و اساس توسعه اقتصادی و اجتماعی باشد. بنابراین تنها تلاش وزارت بهداشت در این زمینه کافی نبوده، هماهنگی و همکاری سایر بخشها که با توسعه اقتصادی کشور ارتباط دارند چون بخشهای کشاورزی، دامپروری، صنعت، مسکن، آموزش و پرورش، ارتباطات، کار و امور اجتماعی و رسانه های گروهی نیز ضرورت کامل دارد.
- همکاری فنی و اقتصادی بین کشورها در توسعه و اجرای استراتژی بهداشت برای همه نقش مؤثری دارد.
- اگر قرار باشد دولتها بهداشت برای همه را فراهم کنند باید در مسایل بهداشتی، متکی به خود بارآیند ولی این به معنای لزوم خودکفایی در بهداشت نیست زیرا برای تامین و توسعه استراتژیهای بهداشتی و فایق آمدن بر مشکلات، همکاری و مسئولیت بین المللی، امری ضروری است.

مراقبت های اولیه بهداشتی با مفاهیم و محتوای زیر کلید تحقق بهداشت برای همه است:

- ❑ مراقبت های بهداشتی درمانی نه فقط به صرفه و مؤثر، بلکه باید در حد استطاعت مردم و مورد قبول آنان باشد.
- ❑ مراقبت های بهداشتی درمانی باید به صورت عادلانه برای تمامی مردم فراهم آید و نه اینکه بیشترین خدمات برای درصد کمی از مردم تامین، و در مقابل گروه زیادی از حداقل مراقبت های بهداشتی، درمانی، محروم مانند.
- ❑ افراد و جوامع باید در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه های بهداشتی درمانی مشارکت داشته و بهداشت باید به عنوان بخشی از توسعه اقتصادی و اجتماعی تلقی گردد.
- ❑ واحدهای ارائه کننده مراقبت های بهداشتی و درمانی باید خدمات پیشگیری، درمانی، توانبخشی و اعتلایی را بطور ادغام یافته ارائه نمایند.



مراقبت های بهداشتی اولیه مراقبت های بهداشتی اساسی می باشد که توسط نظام بهداشتی با یک روش عملی و علمی قابل قبول از نظر روشها و تکنولوژی، قابل تحمل از نظر هزینه ها (برای جامعه و کشور) و با مشارکت کامل مردم و روحیه خود اتکایی به افراد و خانواده ها در سطح جامعه ارائه می گردد.

سازمان جهانی بهداشت مراقبت های بهداشتی اولیه را این چنین تعریف می کند:

مراقبت های بهداشتی اولیه مراقبت های اصلی در زمینه بهداشت هستند که باید برای همه افراد و خانواده های جامعه قابل دسترس باشند. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است. مراقبت های بهداشتی اولیه اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند می برد.



هدف از ارائه این مراقبت ها حفظ، نگهداری و ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه است و امروزه بر این نکته تاکید می شود که خدمات بهداشتی باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهد.

مفهوم مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در سال‌های پس از ۱۹۷۸ مکرراً تفسیر و بازتعریف شده است؛ به نحوی که این امر منجر به سردرگمی در مورد این اصطاح و عملکرد آن گردیده است. بر همین اساس، به منظور هماهنگ نمودن تالش‌های آتی در زمینه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطوح جهانی، ملی و محلی و هدایت اجرای آنها توسط سازمان جهانی بهداشت، تعریف واضح و ساده‌ای به شرح زیر ارائه شده است:

PHC رویکرد کلی جامعه به سلامت است. هدف PHC تضمین بالاترین ترین سطح ممکن از سلامت و رفاه و توزیع عادلانه آنها با تمرکز بر نیازهای مردم در سریعترین زمان ممکن به صورت ارائه مستمر خدمات است. این خدمات، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری تا درمان، توانبخشی و مراقبت تسکینی که تا حد امکان به محیط زندگی مردم نزدیک است، را در برمیگیرد.

PHC سه جزء مرتبط دارد که بر یکدیگر اثر هم افزایی دارند:

۱. رفع نیازهای سلامت مردم از طریق خدمات ارتقایی، حفاظتی، مراقبت‌های پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و تسکینی در طول زندگی.

۲. پرداختن نظاممند به عوامل تعیینکننده سلامت (از جمله عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی و محیطی و همچنین

خصوصیات فردی و رفتار) از طریق سیاستها و اقدامات مبتنی بر شواهد در همه بخشها.

۳. توانمندسازی افراد، خانوادهها و جوامع برای بهینه سازی سلامت خود، به عنوان توسعه دهندگان خدمات بهداشتی و

اجتماعی و خود مراقبتی که باعث ارتقاء و حفاظت از سلامتی و تامین رفاه میشود.

اصول مراقبت های بهداشتی اولیه (Principles of Primary Health Care)

به منظور تامین مراقبت های بهداشتی اولیه، اصول زیر باید مورد توجه باشد:

01

اصل هماهنگی بخشهای توسعه اقتصادی - اجتماعی
Linter -sectoral Approach

02

مشارکت مردم و اتکاء به خود
Community Participation

03

روشهای مناسب
Appropriate Methods

04

عدالت (برابری)
Equity



Lintar - sectoral Approach

اصل هماهنگی بخشهای توسعه اقتصادی - اجتماعی

بهداشت به صورت مجرد وجود ندارد و تحت تاثیر ترکیبی از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی است که به صورت تنگاتنگ با یکدیگر در ارتباطند. بنابراین بخشهای مختلف جامعه که بر سلامت افراد تاثیر دارند باید تلاشی هماهنگ داشته باشند.



مشارکت مردم و اتکاء به خود

بدون همکاری و علاقه مردم به تامین و توسعه خدمات هیچگونه موفقیتی برای آن پیش بینی نمی شود این به عنوان « بهداشت به وسیله مردم » و « قرار دادن سلامت مردم در دست خود آنها » توصیف شده است. بدین ترتیب بهداشت پدیده‌های خودجوش است که باید انگیزه برخورداری از آن در مردم ایجاد گردد و علاوه بر بخش بهداشت، جامعه باید درگیر مراقبت از خود شوند. بعلاوه جوامع باید در موارد زیر مشارکت داشته باشند:

ایجاد و نگهداری محیط بهداشتی

ابقاء فعالیتهای بهداشتی پیشگیری و ارتقایی

ارائه اطلاعات مربوط به خواستهها و نیازها به مسئولین سطح بالا

به انجام رسانیدن اولویتهای مراقبت های بهداشتی و اداره بیمارستانها و کلینیک ها.



روشهای مناسب

نه تنها در مراقبت های بهداشتی اولیه بلکه در تمامی سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی باید از روش، ابزار، پرسنل، دارو، مواد و حتی سیستم اداری مناسب و منطبق با شرایط جامعه استفاده گردد. در ارائه خدمات به مردم باید از روشهایی استفاده شود که با فرهنگ جامعه مطابقت داشته و از ابزار و پرسنلی استفاده گردد که با شرایط کار، هماهنگ هستند. بنابراین فن آوری مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت - بهداشتی و هم بافت اقتصادی - اجتماعی کشور را در نظر بگیرد.



Equity

عدالت (برابری)

منابع بهداشتی و خدمات مربوط به آن باید به صورت برابر در اختیار همه افراد جامعه قرار گیرد و مردم با نیازهای یکسان باید دسترسی برابر به مراقبت های بهداشتی داشته باشند.

برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبت های اولیه بهداشتی در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد.



رویکرد جامع مراقبت های اولیه بهداشتی (جامعیت خدمات)

مراقبت های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع براساس مداخلات زیر است:

- مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تاثیر می گذارد.
- مداخلات پیشگیری کننده: این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماریها یا برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است.
- مداخلات درمانی: این مداخلات سبب کاهش شیوع بیماری بوسیله توقف پیشرفت بیماری در بیمار است.
- مداخلات بازتوانی: این مداخلات سبب کوتاه نمودن پیامد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می شود.

رویکرد فوق به این دلیل که تاثیر زیادی بر بهبود وضعیت سلامت افراد دارد باید توسط جامعه حمایت گردد. رویکرد جامع مراقبت های بهداشتی اولیه نیازمند کارکنانی است که بتوانند در برخورد با مشکلات مربوط به سلامتی راه حل ارائه نمایند برای مثال: فقط مایع درمانی خوراکی برای کودک مبتلا به اسهال کافی نیست، نگهداری سلامت کودک نیازمند ارائه آموزش به خانواده در مورد نحوه مراقبت از کودک و بهداشت محیط و بهبود تغذیه است. علاوه بر مشاوره در مورد تغذیه با شیر مادر، پایش رشد، بازتوانی تغذیه ای و مراقبت های لازم، برنامه مراقبت باید شامل تغذیه کودک پس از بازگیری از تغذیه با شیر مادر با غذاهای در دسترس محلی نیز باشد. خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه برای مردم سالم (مثل مراقبت های قبل از تولد، واکسیناسیون، آموزش بهداشت) باید هرچه زودتر در سطح جامعه برقرار گردد.

جدول ۱ - چهارچوب خدمات مراقبت‌های اولیه در برخورد با مشکلات مرتبط با سلامت

مداخله در بیماری	مداخله ارتقایی	مداخله پیشگیری	مداخله درمانی	مداخله بازتوانی
اسهال (Diarrhea)	آب سالم بهداشت عمومی امنیت غذا آموزش بهداشت مراقبت کودکان	آموزش بهداشت فردی تغذیه با شیر مادر واکسیناسیون	مایع درمانی خوراکی حمایت تغذیه‌ای (درمان دارویی در صورت نیاز)	بازتوانی تغذیه‌ای مایع درمانی خوراکی
ذات الریه (Pneumonia)	تغذیه مناسب مسکن مناسب هوای تمیز آموزش بهداشت	واکسیناسیون تغذیه با شیر مادر مکمل ویتامین A	درمان دارویی	بازتوانی تغذیه‌ای
سرخک (Measles)	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	واکسیناسیون	درمان دارویی حمایت تغذیه‌ای	بازتوانی تغذیه‌ای
مالاریا (Malaria)	تغذیه مناسب کنترل ناقل بیماری آموزش بهداشت	استفاده از پشه بند (Mosquito nets) پیشگیری‌های دارویی	درمان دارویی	بازتوانی تغذیه‌ای
کم خونی (Anemia)	کنترل ناقل (پارازیت) تغذیه مناسب آموزش بهداشت	غربالگری بیماران پیشگیری با تجویز آهن و اسید فولیک کرم زدایی	مکمل تغذیه‌ای تزریق خون حمایت تغذیه‌ای	بازتوانی تغذیه‌ای (رژیم غذایی پراهن)
سل Tuberculosis	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	واکسیناسیون پیشگیری از تماس	درمان دارویی مشاوره فامیلی حمایت تغذیه‌ای	خدمات تلفیقی (Social integration)

اجزاء مراقبت های بهداشتی اولیه



Elements of Primary Health Care

اجزاء مراقبت های بهداشتی اولیه



آموزش بهداشت

بهبود تغذیه

دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط

بهداشت مادر و کودک و فاصله گذاری بین موالید

واکسیناسیون بر علیه بیماریهای عفونی قابل انتقال در دوران کودکی

پیشگیری و کنترل بیماریهای عفونی (بیماریهای عفونی آندمیک

محلی)

درمان بیماریهای معمول و جراحی ها

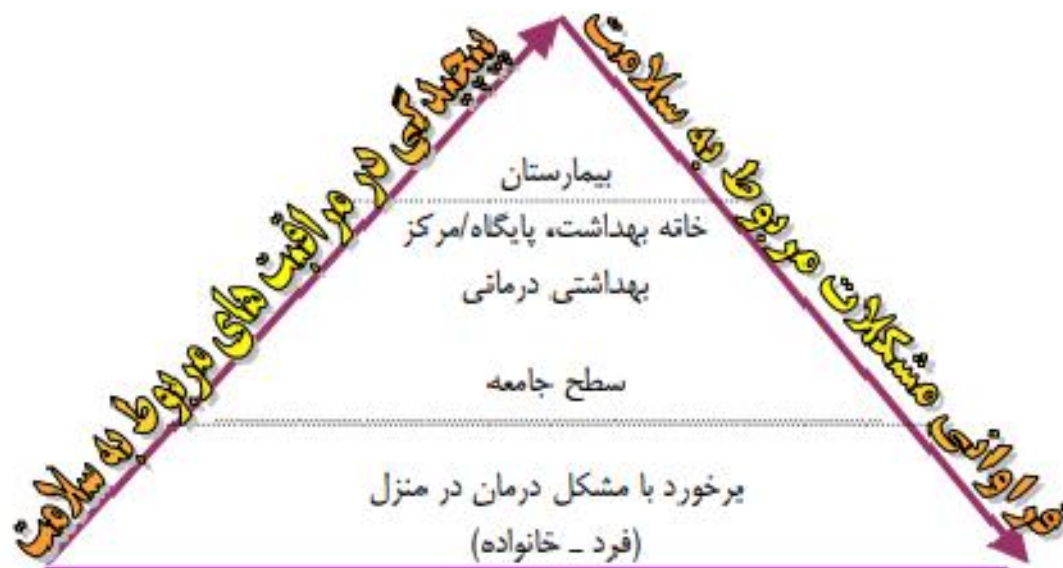
دسترسی به داروهای اساسی

هشت فعالیت فوق، حداقل اقدامات لازم اجرا برای همه جوامع بوده و هر جامعه ای باید براساس نیازها و اولویت بندی آن برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم اقدام به برنامه ریزی و اجرا نماید. در حال حاضر در ایران علاوه بر هشت جزء فوق مراقبت های بهداشت دهان و دندان و مراقبت های بهداشت روانی نیز به مردم ارائه می گردد.

سطوح مراقبت های بهداشتی

فلسفه اصلی مراقبت های اولیه بهداشتی را توزیع عادلانه منابع بهداشتی، تشکیل می دهد. این هدف وقتی تحقق می یابد که وسیعترین و اولیه ترین نیازهای بهداشتی جامعه تا حد امکان در محل کار و زندگی مردم به سهولت قابل دسترسی باشد. از طرفی مراقبت های بهداشتی اولیه براساس این واقعیت است که بسیاری از مشکلات مربوط به سلامتی جمع کثیری از مردم به سطوح پائین هرم (PHC مطابق با شکل ۱) اختصاص می یابد.

با این بینش، تاکید برنامه ریزان بهداشتی باید متوجه تقویت مراکز سطح اول ارائه مراقبت ها باشد. ارائه مراقبت ها در این سطح و زیرمجموعه های آن از نظر اقتصادی نیز بسیار هزینه اثر بخش تر از ارائه این خدمات توسط کارکنان تخصصی در بیمارستان ها است. بیمارستان محل ارائه خدمت به بیماران ارجاع شده از سطوح مراکز بهداشتی درمانی است که نتوانسته اند خدمات درمانی کافی را به لحاظ تخصصی شدن خدمات، دریافت نمایند. پس در توزیع باید توجه شود که هر سطح، کامل کننده خدمات سطح قبلی خود باشد نه تکرار در عین آن خدمت. قابل تاکید است که به دلیل اهمیت برخورداری تمامی مردم از مراقبت های بهداشتی اولیه باید توزیع واحدهای ارائه دهنده خدمات سطح اول به گونه ای باشد که هیچ جمعیتی خارج از محدوده عمل آن ها قرار نگیرد.



شکل ۱ - سطوح مراقبت‌های بهداشتی

مروري بر مطالعات

PHC قبل از سال ۲۰۰۰

PHC پس از سال ۲۰۰۰

PHC قبل از سال ۲۰۰۰

کنفرانس بین المللی مراقبت های سلامت اولیه (C.H.P) از ۶ تا ۱۲ سپتامبر ۱۹۷۸ در شهر آلماتاشکیل گردید. دستاورد این کنفرانس اعلامیه ای ده ماده ای بود وهنوزسندی معتبر در تعریف و تعیین مبانی خدمات بهداشتیاولیه است، که در سازمان های بین المللی و سطوحملی کشورها مورد استناد و استفاده قرار می گیرد. این اعلامیه جهانی، هدف کلی بهداشت برای همهتا سال ۲۰۰۰ میلادی را به صورت نیل به سطحی از تندرستی (جسمی، روانی و اجتماعی) برای تمام مردم جهان که ایشان را قادر سازد از نظر اجتماعی و اقتصادی زندگی سازنده ای داشته باشند، تعریف نموده و کلید حصول به چنین هدفی را خدمات سلامت اولیه قرارداده است. مراقبت های اولیه از میان کوشش هایی برخاست که همسو با برآورد نیازها، افزایش پوشش، کاهش شکاف در وضعیت بهداشتی، کاهش هزینه ها، ارتقاء خدمات ودخالت مردم در مراقبت از خودشان بود و برای همهکشورها با ارزش بود.

چندی پس از آنکه اصول (C.H.P یعنی عدالت، مشارکت مردمی، هماهنگی بین بخشی و تکنولوژی مناسب در سال ۱۹۷۸) در کنفرانس آلما آتا، مطرح شد، در دهه ۱۹۸۰ استراتژی مراقبت های اولیه سلامت انتخابی عنوان گردید که بارزترین آنها استراتژی رشد پایش GOBI نامیده شد.

(Growth monitoring, Oral dehydration therapy, Breast feeding and Immunization)

یعنی درمان خوراکی کم آبی، تغذیه با شیر مادر و ایمن سازی

این موضوع در واقع اولین مرحله انحراف از مسیر اصلی PHC بود.

در سال ۱۹۹۳ با گزارش بانک جهانی، سرمایه گذاری در سلامت به شدت تبلیغ و ترویج گردید که محور های اصلی این گزارش بر کارآیی فنی و پرداخت مستقیم برای استفاده از خدمات تأکید داشت به هر حال PHC طی دو دهه بعد از ۱۹۷۸، از مسیر خود به طرف کنترل بیماری ها، بهبود اثربخشی و اصلاحات مالی بخش سلامت، منحرف شد اما پس از سی سال، آونگ PHC شروع به چرخش و برگشت به سیستم های سلامت حمایتی در مسیر اهداف اصلی PHC کرد.



در سال ۲۰۰۰ در اجلاس سازمان ملل که با شرکت ۱۸۹ کشور جهان تحت عنوان اجلاس توسعه هزاره سوم برگزار گردید اهداف توسعه هزاره **Millennium Development Goals (MDGs)** تعیین گردید. نقش عوامل متعدد اجتماعی در سلامت و اهمیت آنها مشهودتر از آن بود که نادیده انگاشته شود. فقر، نابرابری، بیسوادی و معضل آموزش و سلامت، محتویات اعلامیه را تشکیل دادند. هشت هدف توسعه هزاره به شرح زیر است:

۱. رفع فقر شدید و گرسنگی.
۲. دستیابی به آموزش ابتدایی جهانی.
۳. توانمندسازی زنان و ترویج برابری جنسیتی.
۴. کاهش مرگ و میر کودکان.
۵. ارتقاء سلامت مادر.
۶. مبارزه با مالاریا، اچ آی وی/ایدز و سایر بیماریها.
۷. ارتقای پایداری زیست محیطی.
۸. ایجاد یک مشارکت جهانی برای توسعه

PHC پس از سال ۲۰۰۰

در اعلامیه بهداشت جهانی برای قرن بیست و یکم چنین آمده است:

باتوجه به گزارش سیاست بهداشت برای همه در قرن بیست و یکم، به عنوان یک چهارچوب توسعه و تکامل سیاست بهداشتی در آینده، نمایندگان با توافق کامل، اعلامیه بهداشت جهانی را با تأکید و تأیید مجدد اصول و تشکیلات WHO و اصالت و اساسی بودن مراقبت های سلامت اولیه همان گونه که در اعلامیه آلماتا تعریف شده بود عرضه نمودند. آنها توجه خود را به مضامین و مفاهیم اخلاقی عدالت اجتماعی و قضاوت اجتماعی اعلام نمودند. نتایج مقدماتی یک بررسی مروری بزرگ حکایت از آن دارد که بسیاری از افراد در جامعه سلامت جهانی، جهت گیری به سوی مراقبت سلامت اولیه را برای پیشرفت عادلانه در سلامت ضروری می دانند.

در گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۳ سازمان ملل، موضوعی با عنوان گستره مشکل در دستیابی به اهداف سلامت چین آمده است: بسیاری از موارد مرگ کودکان مادران به راحتی قابل پیشگیری است. پشه بند، آنتی بیوتیک های ارزان قیمت، و... روش های چندان پیشرفته ای نیستند، با وجود این به دلیل مسائل سیستمیک گسترده به سختی در اختیار میلیون ها انسان فقیر قرار می گیرند، و این مسائل عبارتند از: محدودیت منابع، بی عدالتی و ناکارایی.

بالاخره گزارش ۲۰۰۸ بهداشت جهانی با عنوان "مراقبت های سلامت اولیه، حالا بیشتر از هر وقت دیگر" به PHC پرداخته و اهمیت و قابلیت اجرایی آن را در همه کشورها تأکید کرده است. در گزارش چین آمده: نسبت عظیمی از منابع برای خدمات درمانی خرج می شود، پیشگیری و ارتقاء سلامت که می تواند ۷۰ درصد از بار جهانی بیماری ها را کم کند، نادیده گرفته می شود.

مارگارت چان مدیر کل سازمان بهداشت جهانی در سر مقاله جدیدی در مجله لانست نوشته است: PHC راهی برای سازماندهی طیف کامل مراقبت های سلامت از خانه تا بیمارستان، با سرمایه گذاری منطقی منابع در سطوح مختلف مراقبت ها را ارائه می کند.

در گزارش ۲۰۰۸ توصیه شده که کشورها سیستم سلامت را به وسیله چهار باند کلی زیر که اصول PHC را مجدداً معرفی می کند، بسازند:

۱. پوشش همگانی: تمام مردم باید به مراقبت های سلامت مطابق با نیاز و بدون توجه به قدرت پرداخت، دسترسی داشته باشند.

۲. خدمات مردم محور: سیستم های سلامت می توانند به سمت پاسخگویی بهتر به نیازهای مردم به وسیله تأمین نقاط قرار گرفته در جوامع، جهت داده شوند (همانند خانه های بهداشت ایران).

۳. سیاست های عمومی بهداشت: بیولوژی به تنهایی بسیاری از شکاف های میان طول عمر در کشورهای مختلف را توضیح نمی دهد. بسیاری از عوامل مؤثر بر سلامت در خارج از بخش سلامت واقع شده اند.

۴. رهبری: سیستم های سلامت به طور طبیعی (خود بخود) به مدل های مناسبتر، کاراتر و مؤثرتر تبدیل نخواهند شد، رهبری مجبور است بیش از آنکه فرماندهی و کنترل کند، کارها را انجام و اداره کند. تمام اجزای جامعه باید درگیر شوند، جامعه مدنی، بخش خصوصی، جوامع و بخش تجاری.

Primary Health Care



**Now
More
Than
Ever**



نارسائی ها و بحران های پیش روی نظام PHC



بحرانی ترین مسئله ای که نظام های مراقبت سلامت با آن مواجهند عبارتند از کمبود افرادی که گرداننده این نظام ها می باشند. نظام های سلامت مبتنی بر مراقبت سلامت اولیه باید با چالش های کلیدی در زمینه پرورش و حفظ نیروی کار، مدیریت اطلاعات، تأمین مالی در بخش سلامت و تولیت عادلانه مقابله کنند.

همچنین میتوان به نارسایی های زیر در کشورهای در حال توسعه اشاره کرد: ناکافی بودن منابع مالی، ناکافی بودن آموزش و نیز تجهیزات مورد نیاز، به طور کلی کیفیت پایین مراقبت ها، مشکلات و موانع در نظام ارجاع و ادامه سرمایه گذاری کشورها و تمایل بیشتر آنان در صرف هزینه در سطوح دوم و سوم یکی دیگر از موانع و چالش های مهم است.

