

مراقبت‌های اولیه بهداشتی

محمدحسین دلداری

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین

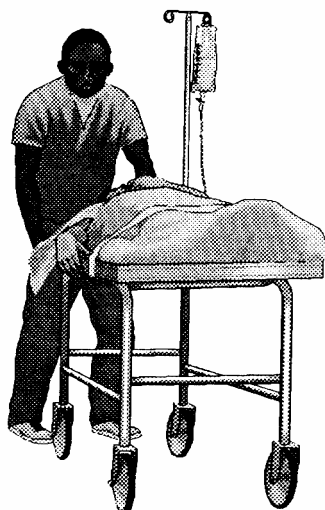
کلی اجتماعی و اقتصادی جامعه است. مراقبت‌های اولیه بهداشتی اولین سطح تماس افراد، خانواده‌ها و جامعه با سیستم بهداشتی بوده و خدمات بهداشتی را تا آنجا که ممکن است به نزدیکترین محلی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند می‌آورند.» (۱)

مراقبت‌های اولیه بهداشتی، عبارت است از یک سلسله خدمات اساسی، که با روش‌های معتبر علمی و از نظر اجتماعی قابل قبول عرضه می‌شوند.

«این مراقبت‌ها باید برای همه افراد و خانواده‌ها از طریق مشارکت کامل خود آنان قابل دسترس باشد. هزینه این مراقبت‌ها باید در هر مرحله از توسعه، برای مردم و کشور قابل تحمل باشد.» (۲) داشتن اعتماد به نفس و دخالت در سرنوشت خود باید پایه و اساس این مراقبت‌ها باشد.

اصول، اجزاء و فلسفه مراقبت‌های اولیه بهداشتی:

مقدمه: در حدود ۱۲ سال پیش دکتر هالندن ماهر مدیرکل وقت سازمان بهداشت جهانی در سال روز جهانی بهداشت ۷ آوریل برابر ۱۸

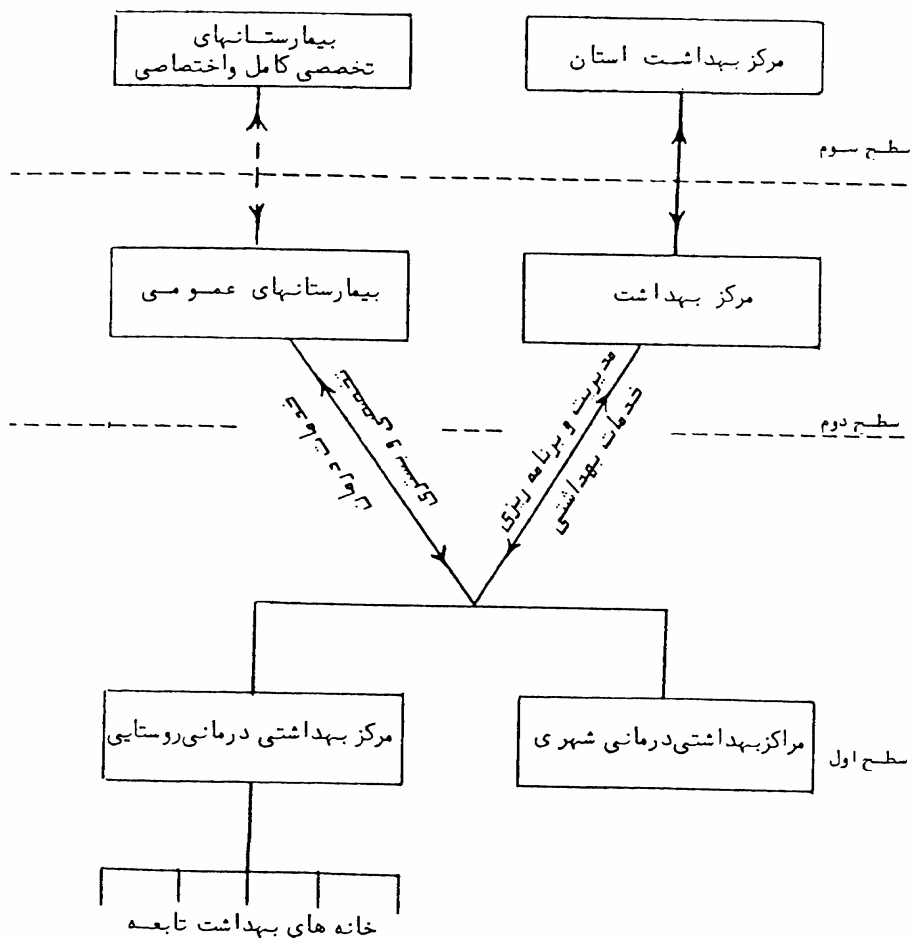


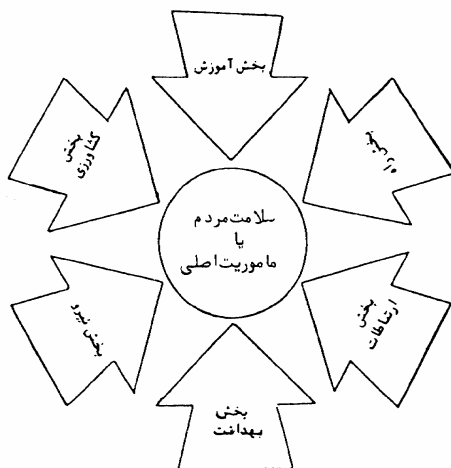
اشاره:

«مراقبت‌های اولیه بهداشتی اساسی مبتنی بر روش‌ها و تکنولوژی عملی، از نظر علمی صحیح و از لحاظ اجتماعی پذیرفتنی است. در دسترس عموم افراد و خانواده‌های اجتماع از طریق مشارکت کامل ایشان بوده و هزینه آن به نحوی است که جامعه و کشور می‌تواند با روحیه اتکاء به خود و تصمیم‌گیری از خود برای نگاهداری آن در هر مرحله توسعه از عهده برآید. مراقبت‌های اولیه بهداشتی جزئی تفکیک ناپذیر از نظام بهداشتی کشور و توسعه

- ۱- اجزاء یا خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی که در حال حاضر به بیش از ۹ فقره رسیده است ولی در نمودار ۹ جزء آن به نمایش گذارده شده است.
- ۲- ساختار این نظام شامل: خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری، مرکز بهداشت و بیمارستان عمومی و تخصصی می‌باشد. هر یک از اجزاء ساختار فوق عملکردها و اقدامات خاصی دارند که
- بعضاً به آنها اشاره‌ای کوتاه خواهد شد.
- ۳- اصول نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شامل ۴ اصل زیر می‌باشد:
- الف: همکاری بین بخشی
ب: تکنولوژی مناسب
ج: برابری یا عدالت اجتماعی
د: مشارکت مردم
- ۴- نظام ارجاع که در برگزیده موارد زیر است: (شکل شماره ۲)

نظام ارجاع یا سطوح ارائه خدمات





شکل شماره ۳- تجسم آنچه در اعلامیه آلمان‌آنا از هماهنگی بین بخشی انتظار می‌رود.
منبع: دکتر کامل شادپور، دیدگاه تأمین نیازهای اساسی بشر و ...

کنترل بیماری‌های اسهالی با آموزش مردم و با فراهم کردن پودر ORS و تربیت متخصصین متعهد تا یک حدی می‌تواند جلوی مرگ و میر کودکان را بگیرد مثلاً ۹۵ درصد. دیگر از این فراتر نمی‌تواند برود. یا در زمینه واکسیناسیون و انجام برنامه‌های رایج در صورت توفیق در نهایت به همین حدود می‌رسد. چرا بالاتر نمی‌رود؟ چون امر توسعه در بخش‌ها و سطوح دیگر جامعه صورت نگرفته است. حتی مشاهده شده است در برخی کشورها به امور توسعه جامعه در بخش‌های دیگر پرداخته‌اند شاخص مرگ و میر کودکان

منزل

جامعه

اولین تسهیلات بهداشتی (خانه بهداشت)
اولین سطح ارجاع (مرکز بهداشتی درمانی روستائی)
دومین سطح ارجاع (مرکز بهداشتی درمانی شهری و بیمارستان ناحیه‌ای)
سومین سطح ارجاع (مرکز بهداشت استان و بیمارستان منطقه‌ای)
با توجه به موارد فوق اولین مطلب را درباره هماهنگی بین بخش‌ها یا همکاری بین بخشی آغاز می‌کنیم (شکل شماره ۳).

- همکاری بین بخشی:

اصولاً به علت چند بعدی بودن امر بهداشت و سلامتی مردم و از آنجا که اعتلای کیفیت زندگی مردم در جامعه امر بسیار پیچیده‌ای است و تحقق آن به تنهایی از عهده یک نهاد یا سازمان دولتی بر نمی‌آید. ضرورت همکاری بین بخشی خود را نشان می‌دهد.

یکی از صاحب‌نظران در این باره اعلام می‌کند مسئله تندرستی و سلامتی مردم به هیچ وجه از امر توسعه اجتماعی جدا نیست و اشاره می‌کند: بعنوان مثال وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با برنامه‌های خود در زمینه

پائین آمده است. در واقع این شاخص یک شاخص حساس است ولی شاخص اختصاصی نیست. در امر بهداشت مابه شاخص‌هایی نیاز داریم که هم حساس باشند و هم اختصاصی (Sensitive & specific). مطالعات نشان می‌دهد که هرچه میزان سواد و آموزش همگانی افراد جامعه بالا برود خودبخود امر بهداشت مردم نیز تأمین شده است. شما در بخش کشاورزی و صنعت پایه سرمایه‌گذاری کنید وضع تغذیه که بهبود یافت، به مناطق روستایی برق ببرید، روشنایی که آمد وسایل سمعی و بصری به آنجا راه می‌یابند و برنامه‌های آموزشی آنها در دسترس مردم در اقصی نقاط کشور قرار می‌گیرد و وقتی شما راه و ارتباطات را به روستاها بررید اقتصاد کشاورزی شکوفا می‌شود و این امور در مجموع موجب ارتقاء کیفیت زندگی مردم می‌شوند که همان دستیابی به اصول بهداشت و سلامتی مردم است. (۴) بطور خلاصه این امور همه درهم تنیده شده‌اند و مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که ما از زبان مراقبت‌های اولیه بهداشتی به آن می‌گوئیم «همکاری بین بخشی».

بعنوان آخرین نکته در اهمیت همکاری بین بخشی به نتیجه مطالعه‌ای که توسط WHO در پنج کشور هندوستان، جامائیکا، نروژ، سری لانکا و تایلند انجام شده (در سال ۱۹۸۶ م) اشاره می‌شود: «منظور اصلی این تحقیق انتخاب چند عامل کلیدی در بخش‌های غیربهداشتی، شامل کشاورزی، صنایع، تأمین آب، بهسازی محیط و آموزش بوده است. از این

مطالعه این نتیجه حاصل شد که اثر متقابل بخش‌های مختلف بریکدیگر فرآیندی است بسیار پیچیده که در جایگاهی دور از دسترس و در میان عوامل اجتماعی متغیر و پراکنده‌ای قرار گرفته و در عین حال بر مراقبت‌های بهداشتی نفوذ مهمی دارد.» (۵)

این بررسی نشان داد برای اجرای برنامه‌های همکاری بین بخشی باید از میزان فشارها و محدودیت‌ها کاست باید موانع سیاسی، ملاحظات سازمانی، کاغذبازی‌های اداری، مشکل عدم کارآیی نیروی انسانی، کمبود وسایل و فقدان منابع مالی را از میان برداشت تا توسعه و بهداشت جامعه به سطح بالایی ارتقاء یابد.

- تکنولوژی مناسب:

دومین مطلب در ارتباط با تکنولوژی مناسب است. در تعریف، تکنولوژی یعنی روشها، فنون و وسایلی که افراد برای رسیدن به هدفی آنها را مورد استفاده قرار می‌دهند و مناسب این اهداف باشد، یعنی اینکه تکنولوژی مورد بحث علاوه بر اینکه از نظر عملی کاملاً صحیح و دقیق باشد از نظر کسی که دریافت کننده آن است نیز معقول و پذیرفتنی باشد. در این رابطه به ۲ مثال اکتفا می‌شود:

۱- تکنولوژی مناسب برای درمان اسهال، استفاده از محلول مایع درمانی خوراکی ORT یا ORS است که ابتدا در کشور بنگلادش مورد استفاده قرار گرفته و با تأیید علمی یونیسف و WHO در سطح جهانی شناخته شده و با تولید انبوه جای خود را باز می‌کند. استفاده از این

تکنولوژی بهداشتی به علت سهولت تهیه و ارزانی آن و به دلیل جنبه‌های علمی و اصولی صحیح و منطقی آن که در متجاوز از ۹۵ درصد موارد اسهال حاد کودکان قابل استفاده است و تأثیر درمانی قطعی دارد و استفاده از آن ارتباطی به این ندارد که در مجهزترین مرکز درمانی در پایتخت انجام گیرد یا در دورافتاده‌ترین نقطه کشور.

۲- مطلب دیگر اینکه تکنولوژی مناسب باید از نظر فرهنگی اعتقادی برای مردم نیز قابل قبول باشد. مثلاً برای پیشبرد اهداف تنظیم خانواده استفاده از عمل سقط جنین یک تکنولوژی مناسب برای فرهنگ و جامعه ما نیست بهر حال بنظر می‌رسد تکنولوژی مناسب باید دارای شرایط زیر باشد:

- مؤثر و کارآمد باشد - از نظر فرهنگی قابل قبول باشد - از نظر مالی قابل اجرا باشد - بر منابع و امکانات محلی تکیه داشته باشد - استفاده از آن در بهبود شرایط دیگر نیز مؤثر باشد - از نظر حفظ سلامت محیط زیست قابل قبول باشد - قابل اندازه‌گیری باشد و بالاخره حتی از نظر سیاسی هم مورد تأیید باشد. (۶)

در انتهای این بحث نگاهی به گفته‌های یکی دیگر از صاحب‌نظران می‌اندازیم. بنا به اظهار دکتر راجر شیکال وارد ساختن بی‌مهابای تکنولوژی جز نابودی منابع در کشورهای در حال توسعه حاصلی نداشته است. مثال بارز آن را در نپال دیده‌ام که جنگلهای زیبا و عظیم در نهایت بی‌رحمی و با مدرن‌ترین وسایل به نابودی کشیده شده تا آنجا که امروز اگر زنی سوخت جنگلی بخواهد باید نصف روز را

صرف یافتن یک تکه چوب کند. حال سیل است و ویرانی که به جای آن درختها باقی مانده است و تنها اتفاقی که خبری از آن نیست توسعه نیروی انسانی است. لذا به نظر من اگر صرفاً به پیشرفت تکنولوژیک و وارد کردن آن بدون توجه به شرایط اقلیمی، فرهنگی ارزشی توجه داشته باشیم این امر جز مرگ کره خاکی حاصلی نخواهد داشت. (۷)

- برابری یا عدالت اجتماعی:

عدالت اجتماعی به معنی آن است که کلیه منابع و امکانات بهداشتی درمانی موجود در جامعه باید به صورت عادلانه در بین مردم توزیع شود و علاوه بر آن از نظر زمانی، مکانی، فرهنگی و اقتصادی به سهولت قابل دسترسی باشد. بعبارت دیگر با توزیع عادلانه منابع برای پوشش تمام مردم با بهره‌گیری نیروی انسانی بومی، تسهیلات فیزیکی، تکنولوژی مناسب، منابع مالی (منابع مردم، منابع ملی و منابع بین‌المللی) تنها طریقه دستیابی به اهداف مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد.

در بحث عمیق‌تر از عدالت اجتماعی است که ما می‌رسیم به اینکه برای جامعه باید چه نوع نیروی انسانی تربیت کرد و با چه نسبتی و با چه محتوایی. اینکه ما پزشکی تربیت کنیم که برود در یک اتاقی بنشیند و فقط منتظر باشد تا بیمار به نزد او بیاید و او هم یکسری آزمایش و تعدادی هم دارو برای او تجویز کند و بعد بیمار دوباره رها شود و اینکه محتوی آموزش پزشکی ما از چه کیفیتی برخوردار باشد و چگونه ارائه شود اینها همه در بحث عدالت

اجتماعی مطرح می‌شود و گفته می‌شود طیب ما باید فردی فعال باشد و با عواملی که سلامتی فرد و جامعه را به خطر می‌اندازد و بطور کلی به فاکتورهای منفی بهداشت و سلامتی که برمی‌خورد با آنها مقابله کند و نگوید که اینها به من مربوط نیست. (۴)

در مجموع عدالت اجتماعی برای ما که از عقیده و بنیاد دینی سرچشمه می‌گیرد از منظر فن سالارانه یا جبرگرایانه علمی و یا منظر انسان‌گرایانه فراتر می‌رود و لذا از بن بست علم که در جهان پیشرفته کنونی پیش آمده و در پی حل نیازهای کاذب بشر امروزی است نیز فراتر می‌رود و تحقق نیازهای واقعی افراد را مد نظر خود قرار می‌دهد. (۸) عدالت اجتماعی ایجاب می‌کند با امکانات و اعتبارات و بودجه‌های موجود در جامعه، انسانی تربیت شود که دیدی جامع‌نگر به انسان داشته باشد و با تربیت اخلاقی برخاسته از اعتقادات و فرهنگ خودی و با مراتب بالای علمی بتواند فردی خودباور، پویا و تیزبین و فعال در حل مشکلات بهداشتی در جامعه بار بیاید و از روشهای یکسونگرانه و تکروی‌های بی‌حاصل دوری نموده از تیمی از متخصصین با مشارکت و همیاری مردم در حل مسائل بهداشتی استفاده کند. و در عین حال برخی از امکانات و بودجه صرف تهیه تکنولوژی مناسب شود.

- مشارکت مردم:

برخی در تعریف مشارکت مردم و فرآیند شکل‌گیری و رشد آن به ۳ بُعد قائل شده‌اند:
- درگیری تمام کسانی که تصمیم‌گیری آنها در کار مورد نیاز و نحوه اجراء آن مؤثر

است.

۲- مداخله همه افراد و گروههای اجتماعی در اجرای تصمیمات

۳- سهیم شدن در منافع برنامه (۹)
و اخیراً بعد دیگری یعنی ارزشیابی را هم به آن اضافه کرده‌اند.

برای جلب مشارکت مردم و استفاده از نیروهای داوطلب می‌توان از طریق سرشماری‌ها، آمارگیری برای تعیین محدوده جمعیتی تحت پوشش مراکز بهداشت، از بین مراجعین به مراکز بهداشت، می‌توان افراد و مادران داوطلب را شناسایی نمود همچنین از طریق ارگانهایی مثل بسیج، نهضت سوادآموزی، انجمن اولیاء و مربیان، از امکان عمومی، مساجد با استفاده از نفوذ روحانیون و بزرگان جامعه، تربیون نماز جمعه برای تشویق بیشتر مردم در مشارکت در امور بهداشتی خود آنها استفاده نمود. بطور کلی از دیدگاه PHC یکی از مسائلی که باید رخ نماید تغییر دیدگاه مردم و دولت در اداره امور است. معمولاً رسم بر این بوده که دولت باید تأمین‌کننده کلیه نیازها، احتیاجات و خواسته‌های مردم باشد و افراد جامعه پیوسته چشم انتظار اقدامات و حرکات دولت باشند تا بعنوان یک نیروی قوی، مبتکر، تصمیم‌گیرنده و تعیین‌کننده اقدامات لازمه را انجام دهد و مردم هم صرفاً نقش گیرنده خدمات را داشته باشند. این طرز تفکر و بینش باید عوض شود. خود مردم هم باید به مرحله ابتکار، خلاقیت و تصمیم‌گیری برسند. و برای دستیابی به احتیاجات و نیز توسعه جامعه طرحهایی با

سرمایه‌گذاری و اجرای عملیات آن خود متحقق نمایند. البته این طرحها باید به گونه‌ای باشد که هم درآمد مادی و هم اثرات کیفی ارتقاء سطح سلامتی آنها را داشته باشد.

در زمینه مشارکت مردم چند نکته مهم هستند که باید مطرح شوند:

- در بخش‌هایی از جامعه که افراد فقیر و تهیدست وجود دارند باید دولت با مکانیزم‌هایی از قبیل اعطاء وام بانکی با بهره ناچیز در برنامه‌های آنها مشارکت کند.

- در مشارکت و تشویق و ترغیب مردم برای انجام امور لازم است از وجهه و شرایط مقبولیت شخصیت‌های فرهنگی، مذهبی، علمی جامعه بعنوان الگوها و اسوه‌های خوب بهره گرفت.

- گرایش به تمرکز و کاغذبازی و بوروکراسی بایستی کم شود این گونه گرایشات می‌توانند مانع مشارکت فعال مردم در امور، بخصوص امور بهداشتی گردند.

- مسئولین رده‌های بالا باید سعی نمایند خود را از درگیر نمودن و وارد نمودن در تمامی طرحها و برنامه‌های اقشار مختلف مردم بطور همزمان با مشارکت خود مردم کمی عقب بکشند و در غیاب خود نمایندگانی در طرحها و مشارکتهای مردمی داشته باشند و خود در پروژه‌های عمده عظیم اجتماعی مثل ساختن راه‌ها، احداث شبکه‌های مخابراتی و ارتباطات وارد شوند.

- مشارکت اگر صرفاً گرفتن خدمات از دولت باشد مشارکتی غیرفعال و حالت مصرف کننده صرف دارد. در مشارکت فعال است که

کارهای اساسی صورت می‌گیرد. در مشارکت فعال اجتماع می‌تواند با پرداخت پول، اهداء زمین برای تأمین خدمات بهداشتی یا با صرف نیروی انسانی و بدنی در کارهای مثلاً ساختمانی و یا با ارائه ایده‌های کارساز و ... در اجراء برنامه‌ها بطور فعال شرکت کند. در مشارکت فعال است که مثلاً میتوان از مادران داوطلب در ارائه خدمات بهداشتی به مادران کودکان بعد از آموزش در محیط‌های کوچکتر شهری و روستائی استفاده کرد مثل پدیده رابطن بهداشتی در شهرها یا آموزش ماماهاى سنتی برای روستاها. مردم شهر و روستا بخصوص حاشیه‌نشینان شهری اگر بتوانند به سوی عادات و رفتارهای سالم و صحیح بهداشتی و شیوه‌های سالم زندگی همچون بهره‌گیری از آب سالم، حفظ بهداشت محیط، عادت به تغذیه سالم و رعایت بهداشت فردی سوق داده شوند در این صورت میتوان امیدوار بود نیاز جامعه به تکنولوژی‌های بسیار گرانقیمت و کمیاب پزشکی کمتر شده و این خود نوعی مشارکت در امور بهداشتی می‌تواند به حساب آید و علاوه بر این همانگونه که گفته شد حتی می‌توان در بعضی امور مثل انتخاب محل مرکز بهداشت، همراهی آنها در ساخت و سازماندهی درونی مرکز بهداشت یا مثلاً در ایجاد کلینیک تغذیه کودکان یا شیرخوارگاه و ... استفاده کرد. (۱۰) هنگامی که خود مردم در تصمیم‌گیری‌ها و اجرای برنامه‌ها شرکت می‌کنند حساسیت بیشتری پیدا کرده و مسئولیت بیشتری در انجام رسالت اجتماعی خود احساس می‌کنند. در کل بطور

خلاصه مزایا و منافع مشارکت مردم را می‌توان در موارد زیر دانست:

- پیشرفت در کارها صورت می‌گیرد - خدمات با هزینه کمتر عرضه می‌شود - مردم همکاری بیشتری از خود نشان می‌دهند.
- مردم احساس مسئولیت در قبال اجرای برنامه‌ها از خود نشان می‌دهند - از دانش و تخصص وبومی بیشتر استفاده می‌شود.
- نفس مشارکت تضمینی مطمئن برای انجام بهتر کارها خواهد بود.

- نظام ارجاع یا سطوح ارائه خدمات:

نظام ارجاع بعنوان آخرین مطلب در مورد PHC در اینجا به اختصار مورد بحث قرار می‌گیرد:

«نظام ارجاع یعنی اتخاذ شیوه‌ای که خدمات بهداشتی به بهایی در دسترس قرار گیرد که برای فرد، خانواده و جامعه قابل پرداخت باشد. در نظام ارجاع فرآیند پذیرش بیمار در سطوح سه گانه زیر صورت می‌گیرد: - در سطح اول، در مناطق روستایی خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی - روستایی و در مناطق شهری، مراکز بهداشتی درمانی شهری.

- در سطح دوم، مراکز بهداشتی درمانی شهرستان و بیمارستانهای عمومی.

- در سطح سوم، مرکز بهداشت استان و بیمارستانهای تخصصی.» (۱۱)

در سطوح فوق بهورزان، پزشکان عمومی و متخصصین و دیگر متخصصین بهداشتی درمانی مشغول ارائه خدمات می‌باشند. در نظام ارجاع در PHC علاوه بر اینکه راهی برای

برخوررداری بهتر نیازمندان واقعی از امکانات بهداشتی درمانی کشور فراهم می‌آید توزیع عادلانه امکانات نیز فراهم می‌شود و تعداد مورد نیاز پزشک و دیگر کارکنان بهداشتی درمانی برای جامعه مشخص می‌شود. و در عین حال خدمات مورد نیاز و تخصصی با هزینه کمتر و به بیشترین اقشار مردم عرضه می‌گردد.

منابع:

- ۱- صادقی حسن آبادی، ع. کلیات بهداشت عمومی، انتشارات دانشگاه شیراز، چاپ سوم، ص ۱۴۸، ۱۴۶۷.
- ۲- محسنی، م. آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی، مجله آموزش مداوم در پزشکی، سال دوم شماره ششم، ص ۱۷، ۱۳۷۱.
- ۳- ماهر، ه. تندرستی برای همه تا سال ۲۰۰۰ شمارش معکوس شروع شده است، ترجمه دکتر کیومرث ناصری، مجله بهداشت جهان، تهران، تابستان، ص ۳، ۱۳۶۴.
- ۴- ملک افضلی، ح. اولین میزگرد سلامتی، فصلنامه علمی اجتماعی سلامتی، سال اول، شماره ۲، تهران، ص ۲۷، ۱۳۷۰.
- ۵- کوناتیلکه، گ. بخش بهداشت به تنهایی قادر نیست، ترجمه دکتر ایرج کریمی، مجله بهداشت جهان، تهران، فروردین، ص ۱۸، تیر ۱۳۶۶.
- ۶- تکنولوژی مناسب برای مراقبتهای اولیه بهداشتی، ترجمه دکتر کیومرث ناصری، مجله بهداشت جهان، تهران، تابستان، ص ۸، پاییز ۱۳۶۵.
- ۷- شادپور، ک. دیدگاه تأمین نیازهای اساسی بشر و توسعه روستا، مجله آموزش مداوم در پزشکی، شماره پنجم، تهران، ص ۲۲، بهار ۱۳۷۱.
- ۸- شادپور، ک. جامعه‌نگری در آموزش پزشکی، از مجموعه مقالات طب اجتماعی اطفال ۱، انتشارات دانشگاه زاهدان، ص ۱، بهار ۱۳۷۱، ۱۳۶۹.
- ۹- آقابخشی، ح. مشارکت مردم در خدمات بهداشتی، مجله آموزش مداوم در پزشکی، شماره ۲، تهران، ص ۱۵، ۱۳۷۰.
- ۱۰- نقوی، م. مشارکت جامعه در مراقبتهای بهداشتی، مجله بهداشت جهان، سال نهم، شماره دوم، تهران، ص ۳۷ و ۳۵، ۱۳۷۳.
- ۱۱- پیله‌وری، س. طرح شبکه و سیستم ارجاع در ایران، از مجموعه مقالات طب اجتماعی اطفال ۱، انتشارات دانشگاه زاهدان، ص ۲۵۶ - ۲۵۵، ۱۳۶۹.