

## دستور جلسه:

## ارتقاء سلامت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه - دکتر کامران باقری لنکرانی

## رئوس نتایج و توصیه‌های قابل اجرا:

در جلسه بهمن ماه گروه ارتقاء سلامت، جناب آقای دکتر کامران باقری لنکرانی، سخنرانی خود را با عنوان «ارتقاء سلامت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه» به شرح زیر ارائه نمودند:

هدف از ارائه این مطلب بررسی رابطه بین ارتقاء سلامت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) است. این دو واژه در ادبیات سازمان جهانی بهداشت تقریباً همزاد و همراستا بوده‌اند.

ستون‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارتند از: مشارکت جامعه، هماهنگی بین بخشی، تکنولوژی مناسب، مکانیزم پشتیبانی در دسترس.

برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۸ عنصر را ذکر کرده‌اند که عبارتند از:

- \* آموزش مشکلات بهداشتی رایج و روش‌های پیشگیری و کنترل آنها؛
- \* پیشگیری و کنترل بیماری‌های بومی محلی؛
- \* تهیه داروهای ضروری؛
- \* مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک؛
- \* ایمن‌سازی گسترده در برابر بیماری‌های عفونی عمده؛
- \* ارتقاء عرضه مواد غذایی و تغذیه مناسب؛
- \* درمان مناسب بیماری‌ها و آسیب‌های رایج؛
- \* تامین کافی آب سالم و بهداشت اولیه؛

عناصر ارتقاء سلامت نیز عبارتند از: تقویت جوامع، توسعه مهارت‌های فردی، ایجاد محیط‌های حمایتی، تغییر جهت خدمات بهداشتی، فعال کردن حمایت واسطه‌ای.

مشاهده می‌شود هر دو مفهوم هم راستایی و هم پوشانی هم در محتوا و هم در کارکردها دارند.

شکل زیر مربوط به کار مشترک سازمان جهانی بهداشت و گروهی که در سازمان ملل متحد بحث اهداف توسعه پایدار را پیگیری می‌کنند، می‌باشد. در اینجا تاکید شده که برای ارتقاء سلامت باید به سه مورد توجه کنیم: حکمرانی خوب، شهرهای سالم، سواد سلامت.



برنامه های ارتقای سلامت و مراقبت های اولیه بهداشتی در سه سطح هستند که عبارتند از برنامه های عمومی، برنامه برای گروه هدف خاص و برنامه های فردی.

یکسری از فعالیت های ما معطوف به فرد است، یکسری از فعالیت ها معطوف به اجتماع بوده و همچنین فعالیت هایی که گروه خاصی مثلا بیماران دیابتی را هدف قرار می دهند.

همچنین فعالیت هایی هستند که یک نوع ارائه خدمات می باشند. یکسری از فعالیت های دیگر به نوعی به برنامه ریزی و کارهای سیاست گذاری و سازماندهی برمی گردد.

آنچه که در نظام های سلامت معمولا دیده می شود این است که فعالیت های مرتبط با سیاست گذاری و برنامه ریزی، ارتباطش با فعالیت هایی که در سطح فردی است، تعریف شده نمی باشد و در یک مسیر اتفاق نمی افتد؛ جریان سیاست گذاری و مراقبت به صورتی نخواهد بود که مسیر از بالا به پایین و از پایین به بالا هم راستا باشد تا بتوانند همدیگر را تقویت کنند. به همین خاطر در دو دهه اخیر به خصوص در آمریکا مقالات متعددی آماده شده در مورد اینکه ما چگونه می توانیم سلامت عمومی را در مراقبت های اولیه یکپارچه کنیم. حتی کشورهای اروپایی نیز اذعان دارند که این یکپارچه سازی به خوبی رخ نداده است.

بر اساس تحقیق فرهنگستان علوم پزشکی امریکا، ما در مورد طراحی برنامه های پیشگیری با یکسری نقص و شکاف در دانش پایه برای اقدامات پیشگیری مواجه هستیم که عبارتند از: تعریف شرایط- نامگذاری؛ فرایندهای بیماری؛ خدمات پیشگیرانه؛ توسعه استانداردها برای خدمات پیشگیرانه، درمان یا سنجش نتایج؛ ویژگی های روان سنجی.

مشکلات ما در چارچوب تحلیلی عبارتند از:

- ارزیابی ریسک و ملاحظات عدالت سلامت: فاکتورهای ریسک بیولوژیکی، بالینی، رفتاری، اجتماعی جمعیت شناختی
- تشخیص اولیه
- نتایج میانی: اثر درمان، ارتباط با عوارض و مرگ و میر
- اثربخشی: اثرات غربالگری، اثرات درمان یا مداخلات رفتاری
- آسیب ها: آسیب های غربالگری، آسیب های درمانی

بعد از انجام این کارها باید مداخله ای را وارد سیستم کنیم. لازم است که ما چهار S را مورد توجه قرار دهیم: میزان (Size)؛ محدوده (Scope)؛ مقیاس پذیری (Scalability)؛ پایداری (Sustainability).

بعد از اینکه آن کار را انتشار و اجرا کردیم، باید موارد زیر را ارزیابی کنیم: نفوذ برنامه به مخاطب مورد نظر؛ اجرای محدوده خدمات؛ مشارکت در برنامه؛ اثربخشی برنامه.

در قسمت Size بیشتر بحث کمیت مطرح است. برای مثال: در کاری که قصد داریم انجام دهیم، چه کسانی را میخواهیم تحت پوشش قرار دهیم؟ چه تعداد نیروی کار لازم است؟ یا مثلا اگر می خواهیم واکسن بزنیم چه تعداد واکسن باید زد؟ نکته ای که باید به آن توجه کرد این است که امکان دارد بسته به جمعیت های حاشیه ای و گروه هایی که می خواهیم مورد هدف قرار دهیم اندازه ها ممکن است متفاوت باشند.

منظور از Scope این است که ما در واقع چه قسمتی از جامعه را تحت پوشش قرار دهیم و هدفمان از این اقدام کدام جامعه می باشد؟ این مسئله به هزینه بر می گردد؛ اگر ما پول داشته باشیم می توانیم افراد بیشتری را تحت پوشش قرار دهیم. بحث جمعیت های حاشیه ای نیز در قسمت Scope مورد تاکید قرار گرفته است.

بحث Scalability این است که ما چقدر می توانیم کار را گسترش دهیم. در بحث گسترش هم بحث خواهندگی اجتماع، هزینه، اثربخشی و جلب مشارکت نیز مهم است.

در بحث Sustainability این نکته مطرح است که اگر ما کار خوبی داشته باشیم، چگونه می توانیم پایداری آن را تضمین کنیم. چه بسا کارهای خوبی که بنا به دلایل مختلفی پایدار نبوده است. یکی از دلایل آن غیر از عدم تامین منابع مالی، این

است که در اجرا ضعیف عمل شده است.

در مرحله بعد باید نفوذ را ارزیابی کنیم؛ باید بررسی کنیم که این کار چقدر توانسته است در جامعه نفوذ کند و به گوش مردم برسد. در اینجا رسانه‌ها نقش خیلی مهمی دارند. بعد از آن باید اجرا را ارزیابی کنیم که کار درست انجام شده است یا خیر. در این قسمت باید موارد زیر را ارزیابی کرد: برنامه کار؛ منابع؛ عملکرد ضعیف؛ اطلاع رسانی. بحث بعدی مشارکت و اثربخشی می‌باشد. در مرحله آخر باید ببینیم که در بین همه کارهایی که وجود دارد، کدام در اولویت قرار دارد و چگونه آن کار را با توجه به محدودیت منابع انتخاب کنیم. معیارهایی که باید برای اولویت قرار دادن یک کار در نظر گرفت عبارتند از:

- تاثیر بر جمعیت
- مرکزیت
- عدالت
- اهمیت نسبی
- فوریت زمانی
- پذیرش پذیری
- ارزش، شامل ملاحظات اقتصادی
- امکان سنجی تحقیق

### چالش های مراقبت های بهداشتی و برنامه های ارتقای سلامت

به نظر می‌رسد که ما در برنامه‌ریزی و سپس اجرا کارهای فوق را درست انجام نمی‌دهیم. این مسئله یک ضعف مهم است. وقتی مقالات مختلف را نگاه می‌کنیم، می‌بینیم که برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه چالش های زیر مطرح شده‌اند: توجه به جنبه های فردی مراقبت؛ کم رنگ شدن بهداشت عمومی؛ غفلت از جنبه های اجتماعی؛ کم رنگ شدن فعالیتهای بین بخشی؛ غفلت از همکاری و مشارکت مردمی.

در مورد ارتقاء سلامت هم چالش های مهمی را می‌بینیم. اولین نکته اینکه یک ابهام در تعاریف وجود دارد؛ کلی گویی می‌شود؛ برنامه‌های عملیاتی خیلی کم است؛ بیش از حد بر آموزش تاکید شده است؛ به رویکرد بین بخشی کمتر توجه شده است؛ مسئول و پیگیر ندارد؛ حمایت سیاسی ناپایدار دارد.

### شرح وظایف گروه آموزش و ارتقاء سلامت در وزارت بهداشت

موارد زیر شرح وظایف گروه آموزش و ارتقاء سلامت در کشور می‌باشد:

- اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغ شده از طرف دفتر آموزش و ارتقاء سلامت.
- ارائه مشاوره فنی در زمینه آموزش و ارتقاء سلامت به واحدهای زیرمجموعه دانشگاه و سایر سازمان‌ها، ادارات و نهادهای در منطقه.
- برنامه‌ریزی برای انجام نیازسنجی آموزشی مرتبط با اولویت‌های سلامت منطقه.
- طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نتایج حاصل از نیازسنجی آموزشی و سایر شواهد در منطقه.
- آموزش کارشناسان حوزه‌های ستادی دانشگاه علوم پزشکی در موضوعات آموزشی، ارتباطی، اطلاع‌رسانی و ارتقاء سلامت.
- توانمندسازی کارشناسان آموزش سلامت شهرستان‌های تابعه برای ایفای وظیفه تخصصی در برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت.
- برنامه‌ریزی برای انتقال مهارت‌های آموزشی، ارتباطی و اطلاع‌رسانی به اعضای تیم سلامت.

➤ ارزشیابی برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت و نظارت بر رعایت استانداردها در فرایندهای آموزش سلامت منطقه.  
➤ اجرای برنامه جامع توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی در قالب طرح تحول نظام سلامت در سطح فردی، سازمانی و سلامت محله.

➤ اجرای برنامه جامع ارتقاء سلامت کارکنان در محل کار.

➤ ارتقاء فرهنگ سلامت و سواد سلامت.

➤ توسعه مشارکت‌های مردمی.

➤ متولی اجرای برنامه ملی هر خانه یک پایگاه سلامت.

همانطور که می‌بینیم در شرح وظایف گروه آموزش و ارتقاء سلامت روی بحث آموزش خیلی تاکید شده است و بعضی از وظایف بر گردن این گروه انداخته شده که الزاماتی برای آن فراهم نشده و خیلی کلی است. همچنین مشخص نیست که توانمندسازی مردم برای خود مراقبتی چگونه قرار است اتفاق بیفتد.

متأسفانه «سلامت برای همه» از حالت جامعیتش خارج شده و تبدیل شده است به یکسری برنامه‌های موازی با هدف گذاری خاص که نگاه آن سلامت محور نیست و بر اساس ایدئولوژی بازار پیش می‌رود و فردگرایانه شده است. همچنین بحث تخریب محیط زیست مورد توجه نیست که برای ما مشکل ساز خواهد شد. نکته دیگر این است که متولیان این کار اغلب مدیر هستند که جنبه‌های مدیریتی را دنبال می‌کنند نه محتوای کارشناسانه را و لذا مدیر پاسخگو نیستند.

تجربه کووید-۱۹ نیز همین را نشان داده است. در گزارشی از صد و یازده کشور پرسیده شده است که در کووید-۱۹ سیستم مراقبت‌های اولیه کشورتان فعالیت داشته است یا خیر؟ اکثریت قریب به اتفاق آنها گفته اند که از شبکه بهداشتی استفاده درست نشده است. همچنین آنها به موارد زیر نیز اشاره کرده اند: فقدان ارتباط بین مراقبت اولیه و مراقبت بیمارستانی (نبود بازخورد)؛ فقدان یا ضعف برنامه‌های توانمندسازی برای ارایه کنندگان خدمات؛ فقدان نظام مراقبت فعال و رویکرد سلامت محور؛ فقدان برنامه برای ارتقاء سلامت و مراقبت بعد از کووید.

سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ارتقاء سلامت هر دو دچار این مشکل بودند که به جای اینکه نگاه جامع، فعال و پویا را حفظ کنند، تبدیل به کارهای فناورانه و تکنیکال با نگاه محدود شدند. این باعث شد که ما نتوانیم به اهداف کلی برسیم.

کتاب *Health promotion in health-care* در سال ۲۰۲۱ چاپ شده است که از یک نگاه دیگر به بحث سلامت، جمع بندی داشته است. در این کتاب آمده است که ما وقتی دچار بیماری می‌شویم و یک اضمحلال در سیستم‌های بدنمان رخ می‌دهد، نباید فقط به دنبال این باشیم که آن را برطرف کنیم؛ بلکه خودمان باید به صورت فعال سلامت را بازسازی کنیم. اصطلاحی که در کتاب برای این موضوع آمده *Salutogenesis* می‌باشد. این کتاب حاوی رویکردی است که باید به آن توجه کنیم. این رویکرد در طب ایرانی هم دیده می‌شود.

## سیاست‌های کلی سلامت

در کشور ما حدود ۷ سال است که سیاست‌های کلی سلامت ابلاغ شده است. در چندین قسمت از آن، بحث‌های مرتبط با ارتقاء سلامت آماده که در زیر به آن‌ها اشاره شده است:

۱-۲- آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.

۲- تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:

۲-۱- اولویت پیشگیری بر درمان.

۲-۲- روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.

۲-۳- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.

۴-۲- تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.

۵-۲- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.

۶-۲- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.

۶- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

۷-۹- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارآیی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.

۳-۱۰- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت.

۴-۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

۱۱- افزایش آگاهی، مسؤلیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱۳- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور.

اما متأسفانه در مقام اجرا، برنامه یا اقدام اجرایی قوی را برای عملیاتی شدن این گزاره‌ها نمی‌بینیم.

### پیشنهاد‌های فوری

موارد زیر برای اینکه نظام سلامت با رویکرد ارتقاء سلامت فعال و عملیاتی شود، پیشنهاد می‌گردد:

- تعیین و سنجش داده‌های مرتبط با سلامت جمعی
- تحلیل داده‌های جمعیتی در سطح مراکز، شهرستان، استان و ویدا به منظور شناخت اولویت‌های منطقه‌ای
- تعیین اولویت‌های هر منطقه در طراحی برنامه‌های ارتقاء سلامت
- ساختار مناسب و پاسخگو برای طراحی و پایش برنامه‌های ارتقاء سلامت در سطح شهرستان، استان و ویدا
- فعال کردن دبیرخانه شورای ساغ با تعیین دستورکار حمایت‌طلبی و همکاری بین بخشی برای نیازهای اولویت‌دار سلامت در سطح شهرستان، استان و ویدا
- آموزش برای ارتقای سلامت: غنی‌سازی دروس دانشگاهی و آموزش ضمن خدمت
- تحقیق در محتوا و روش‌های بومی موثر برای ارتقاء سلامت

### تاریخ و موضوع جلسه بعدی:

۱. هجدهم اسفند ماه - جمع‌بندی نقشه راه ارتقاء سلامت