

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۳ / دکتر مریم محمدی، سمیه غفاری، دکتر ثریا سهیلی
بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه

فهرست مطالب

۸۳	اهداف درس
۸۴	تحولات PHC (Primary Health Care) قبل از سال ۲۰۰۰
۸۴	بهداشت برای همه (Health for all - HFA)
۸۴	هدف، اصول استراتژیک و شاخص‌های دستیابی به HFA:
۸۵	هدف بهداشت برای همه بر پایه سیاست‌های زیر استوار است:
۸۵	مراقبت‌های اولیه بهداشتی با مفاهیم و محتوای زیر کلید تحقق بهداشت برای همه است
۸۶	شاخص‌های جهانی به منظور پایش و ارزیابی بهداشت برای همه در کشورها:
۸۷	مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)
۸۸	اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Principles of Primary Health Care)
۸۸	اصولی که به منظور تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید مورد توجه قرار گیرد:
۹۰	اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه
۹۱	سطوح مراقبت‌های بهداشتی
۹۲	تحولات PHC بعد از ۲۰۰۰
۹۲	انتقادات به مراقبت بهداشتی اولیه قبل از ۲۰۰۰
۹۴	دستاوردهای سلامت بر اساس اهداف توسعه هزاره
۹۸	برخی از نقاط قوت و ضعف اهداف توسعه هزاره:
۱۰۳	نگاهی گذرا به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بررسی نقاط ضعف، قوت، فرصت‌ها و تهدیدها در ایران
۱۰۵	نتیجه گیری:
۱۰۷	منابع:

بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه

دکتر مریم محمدی*، سمیه غفاری*، دکتر ثریا سهیلی**
 * دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ** دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- بهداشت برای همه (HFA) را تعریف نماید
- هدف، اصول استراتژیک و شاخص‌های دستیابی به HFA را بحث نماید
- حداقل ۶ شاخص مورد استفاده برای پایش و ارزیابی بهداشت را توضیح دهد
- رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بیان نماید
- اصولی که به منظور تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید مورد توجه باشد را تحلیل نماید
- مداخلات ارتقایی، پیشگیری، درمانی و بازتوانی برای یک مشکل مربوط به سلامتی را طراحی کند
- اجزای مراقبت‌های بهداشتی را توضیح دهد
- سطوح مراقبت‌های بهداشتی را توضیح و از نظر پیچیدگی در ارائه مراقبت‌ها مقایسه نماید
- تحولات مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بعد از ۲۰۰۰ توضیح دهد
- راهکارهای پیشنهادی در دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بیان کند
- سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بعد از ۲۰۰۸ بیان نماید
- اهداف توسعه پایدار سلامت را به اختصار، بیان کند
- وضعیت کنونی ایران در دستیابی به اهداف توسعه پایدار سلامت را بیان کند
- اهداف بهداشتی توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰ را بشناسد
- ارتباط اهداف توسعه هزاره و توسعه پایدار، با سلامت را توضیح دهد
- تحلیلی از وضعیت کنونی ایران در دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اهداف توسعه هزاره ارائه دهد
- چالش‌های اصلی ایران در دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی را بشناسد
- راه‌های برخورد با چالش‌های مراقبت سلامت را تحلیل کند.

به دنبال افزایش نگرانی‌های کشورهای مختلف از روند توسعه، ازدیاد شتابان جمعیت، تخریب و تهی شدن سریع منابع، افزایش فقر و به هم خوردن چرخه‌های طبیعی حیات در کره زمین طی دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی، نگرانی‌ها 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 نگرش‌های درمان محور در عرصه سلامت، اذعان داشتند و چرخش در این نگرش را اجتناب ناپذیر ارزیابی کردند. مجموعه این نگرانی‌ها در نهایت، در سال‌های 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: مهم‌ترین هدف اجتماعی دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت در دهه‌های 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 مراقبت‌های 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 (HFA - Health for all)

در بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماتا معروف است اعلام گردید که در دهه‌های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولت‌ها 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 مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) تشکیل گردید و روش دستیابی به بهداشت برای همه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary Health Care- PHC) معرفی شد. 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 مراقبت‌های اولیه بهداشتی، تدوین و به مرحله عمل درآورند.

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، هریک استراتژی دستیابی به HFA را برای خود تنظیم نمودند).

هدف، اصول استراتژیک و شاخص‌های دستیابی به HFA:

بهداشت برای همه یک هدف واحد و محدود نیست بلکه جریانی است که به بهبود مداوم سلامت مردم

منجر می‌شود. بهداشت برای همه به این معنی نیست که در سال‌های آتی میلادی دیگر کسی بیمار و ناتوان نخواهد بود و گروه پزشکی مراقبت‌های پزشکی را برای یکایک مردم جهان و ناخوشی‌های آنان تامین خواهند کرد! بلکه بدان معناست که بهداشت پا می‌گیرد و در هر کجا که مردم زندگی و کار می‌کنند 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 خانواده‌ها به شیوه قابل قبول و متناسب با توان و مشارکت خود به مراقبت‌های اساسی بهداشت دسترس خواهند یافت.

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 دسترس عموم مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خدمات پشتیبان آن بیانجامد می‌باشد
- حق و وظیفه مردم است که به صورت فردی و گروهی در برنامه ریزی و اجرای مراقبت‌های 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 رسانه‌های 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 فایده آمدن بر مشکلات، همکاری و مسئولیت بین‌المللی، امری ضروری است.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی با مفاهیم و محتوای زیر کلید تحقق بهداشت برای همه است

- مراقبت‌های بهداشتی درمانی نه فقط به صرفه و مؤثر، بلکه باید در حد استطاعت مردم و مورد قبول آنان باشد

- مراقبت‌های 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 مراقبت‌های بهداشتی، درمانی، محروم مانند
- افراد و جوامع باید در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های بهداشتی درمانی مشارکت داشته و بهداشت باید به عنوان بخشی از توسعه اقتصادی و اجتماعی تلقی گردد
- واحدهای ارائه کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید خدمات پیشگیری، درمانی، توانبخشی و اعتلایی را بطور ادغام یافته ارائه نمایند.

شاخص‌های جهانی به منظور پایش و ارزیابی بهداشت برای همه در کشورها:

۱ - سیاست بهداشت برای همه باید در بالاترین سطح اداری در کشورها مورد تایید باشد. به عنوان مثال مقامات طراز اول کشور در یک بیانیه رسمی، تعهد کشور را در مقابل بهداشت برای همه اعلام نموده، به گونه ای که امکانات به مقدار کافی و عادلانه توزیع شود. مشارکت فعال مردم در برنامه‌ها تامین گردد و ساختار مناسب همراه با مدیریت مناسب برای توسعه بهداشت کشور فراهم شده باشد

۲ - حداقل ۵٪ تولید ناخالص ملی (Gross National Products - GNP) برای بهداشت صرف شود

۳ - تدابیر لازم به منظور جلب مشارکت مردم در اجرای استراتژی بهداشت برای همه اتخاذ و به مرحله اجرا درآمده باشد. به عبارتی دیگر شرایط لازم برای مطرح ساختن خواسته‌ها و نیازهای واقعی مردم فراهم آمده، سیاست عدم تمرکز در تصمیم‌گیری‌ها، تحقق یافته و نمایندگان گروه‌ها و سازمان‌های مختلفی چون سازمان زنان، گروه‌های صنفی و غیره در برنامه‌های بهداشتی مشارکت داشته باشند

۴ - درصد قابل قبولی از بودجه بهداشتی کشور به مصرف خدمات بهداشتی محلی برسد. بدین معنی که به منظور ارائه مراقبت‌ها در اولین سطح تماس با جامعه (خانه بهداشت، مراکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری) مورد استفاده قرار گیرد

۵ - توزیع عادلانه منابع و امکانات بهداشتی برای مناطق شهری و روستایی انجام گرفته باشد

۶ - استراتژی بهداشت برای همه برای کشور تنظیم، تدوین و انتشار یافته و امکانات لازم برای اجرای برنامه فراهم شده باشد

۷ - آحاد جامعه به مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل موارد زیر دسترسی داشته باشند:

- آب سالم در منزل یا در فاصله‌ای که با ۱۵ دقیقه راهپیمایی دسترسی به آن حاصل آید
- ایمن‌سازی کودکان برعلیه شش بیماری واگیر دوران کودکی (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل)
- مراقبت بهداشتی درمانی در محل شامل دسترسی به حداقل ۲۰ قلم داروی اساسی با یک ساعت پیاده روی یا استفاده از وسیله نقلیه
- وجود کارکنان تعلیم دیده برای مراقبت از حاملگی، زایمان و مراقبت از اطفال تا حداقل

یکسالگی

- ۸- وضعیت تغذیه کودکان که با معیارهای زیر سنجیده می‌شود:
 - حداقل ۹۰ درصد نوزادان وزنی بالای ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد داشته باشند
 - حداقل ۹۰ درصد کودکان از وزن مناسب برای سن، برخوردار باشند
- ۹- کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به کمتر از ۵۰ در هزار
- ۱۰- افزایش امید به زندگی در بدو تولد به بیش از ۶۰ سال
- ۱۱- رسانیدن میزان باسوادی برای زنان و مردان به بیش از ۷۰ درصد کل افراد جامعه
- ۱۲- افزایش سرانه افراد جامعه از تولید ناخالص ملی به بیش از ۵۰۰ دلار در سال.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)

مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراقبت‌های بهداشتی اساسی می‌باشد که توسط نظام بهداشتی با یک روش عملی و علمی قابل قبول از نظر روش‌ها و تکنولوژی، قابل تحمل از نظر هزینه‌ها (برای جامعه و کشور) و با مشارکت کامل مردم و روحیه خود اتکایی به افراد و خانواده‌ها در سطح جامعه ارائه می‌گردد.

سازمان جهانی بهداشت مراقبت‌های بهداشتی اولیه را این چنین تعریف می‌کند:

مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراقبت‌های اصلی در زمینه بهداشت هستند که باید برای همه افراد و خانواده‌های جامعه قابل دسترس باشند. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است. مراقبت‌های 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 می‌کنند می‌برد. هدف از ارائه این مراقبت‌ها حفظ، نگهداری و ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه است و امروزه بر این نکته تاکید می‌شود که خدمات بهداشتی باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهد. برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجوه فلسفی و استراتژیک به شرح زیر در نظر گرفته شده است:

۱- مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجهی فلسفی دارد زیرا:

- بهداشت در تعریف، جامعیتی را در بر می‌گیرد که علاوه بر مراقبت‌های بهداشتی درمانی، آمیختگی و هماهنگی بخش اعظم اقتصادی - اجتماعی جامعه یعنی کشاورزی و دامپروری، نیرو، مسکن، کار، آموزش، ارتباطات و ... را شامل می‌شود.
- متکی بر مشارکت مردم است و می‌خواهد نیازهای اساسی بهداشت را به تقاضا و طلب جامعه تبدیل کند.
- متضمن توزیع عادلانه منابع اجتماعی بین طبقات مردم بویژه طبقات محروم جامعه است، چون می‌خواهد امکانات بهداشتی را تا حد ممکن به محل کار و زندگی مردم نزدیک کند.

۲- مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجهی استراتژیک دارد زیرا:

- سلامتی را به عنوان محور توسعه شناخته که همواره باید از اولویت در سرمایه‌گذاری‌های توسعه کلی جامعه برخوردار باشد
- عرضه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولین سطح تماس جامعه با نظام بهداشتی کشور به صورت خدماتی هماهنگ و تلفیق یافته آغاز می‌شود و جامعیت خود را در سطوح بعدی تکامل می‌بخشد
- مشارکت مردم را در کلیه مراحل برنامه ریزی، اجرا و نظارت طلب می‌کند
- با سطح بندی خدمات و از طریق نظام ارجاع و همچنین بکارگیری تکنولوژی مناسب و متناسب با سنت‌ها و امکانات محلی باعث می‌شود که این خدمات با کمترین قیمتی که جوامع و دولت‌ها قادر به پرداخت آن هستند در دسترس همگان قرار گیرد
- برای وصول به هدف‌های خود نیازمند نظام بهداشتی مناسبی است که تامین این هدف‌ها را ممکن سازد. چنین نظامی باید با انجام پژوهش‌های کاربردی به اصلاح خویش بپردازد و تغییرات ضروری را برای هر مرحله پذیرا باشد.

اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Principles of Primary Health Care)

به منظور تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه اصول زیر باید مورد توجه باشد:

۱ - اصل هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی (Inter-sectoral Approach): 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.

۲ - مشارکت مردم و اتکاء به خود (Community Participation): بدون همکاری و علاقه مردم به تامین و توسعه خدمات هیچگونه موفقیتی برای آن پیش بینی نمی‌شود این به عنوان «بهداشت به وسیله مردم» و «قرار دادن سلامت مردم در دست خود آنها» توصیف شده است. بدین ترتیب بهداشت پدیده‌ای 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 خواست‌ها و نیازها به مسئولین سطح بالا
- به انجام رسانیدن اولویت‌های مراقبت‌های بهداشتی و اداره بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها.

۳ - روش‌های مناسب (Appropriate Methods): نه تنها در مراقبت‌های 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، هم‌آهنگ هستند. بنابراین فن‌آوری مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت - بهداشتی و هم بافت اقتصادی - اجتماعی کشور را در نظر بگیرد. این موضوع شامل در نظر داشتن ملاحظات زیر است:

- هزینه (هم هزینه‌های سرمایه‌ای و هم هزینه‌های جاری)
- کارایی و کارسازی فن‌آوری برای مقابله با مشکلات بهداشتی
- قابل پذیرش بودن رویکرد هم برای جامعه هدف و هم از نظر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی
- قابل تحمل بودن رویکرد ازجمله ظرفیت نگهداری تجهیزات

بعلاوه ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح مختلف برای استفاده از مناسب‌ترین و هزینه‌اثربخش‌ترین روش‌ها و ابزارها باید آموزش لازم را دیده باشند.

۴ - عدالت (برابری) (Equity): 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 مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند. برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد.

۵ - جامعیت خدمات: مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع براساس مداخلات زیر است:

- مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تاثیر می‌گذارد
- مداخلات پیشگیری‌کننده: 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 پی‌آمد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می‌شود.

رویکرد فوق به این دلیل که تاثیر زیادی بر بهبود وضعیت سلامت افراد دارد باید توسط جامعه حمایت گردد.

رویکرد جامع مراقبت‌های 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 تغذیه‌ای و مراقبت‌های لازم، برنامه مراقبت باید شامل تغذیه کودک پس از بازگیری از تغذیه با شیر مادر با غذاهای در دسترس محلی نیز باشد. خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای مردم سالم (مثل مراقبت‌های 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 باز توانی
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)	باز توانی 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	باز توانی تغذیه‌ای
سرخک (Measles)	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	واکسیناسیون	درمان دارویی حمایت تغذیه‌ای	باز توانی تغذیه‌ای
مالاریا (Malaria)	تغذیه مناسب کنترل ناقل بیماری آموزش بهداشت	استفاده از پشه بند (Mosquito nets) پیشگیری‌های دارویی	درمان دارویی	باز توانی 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	باز توانی 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)

اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- آموزش بهداشت (آموزش در خصوص مشکلات معمول بهداشتی، پیشگیری و روش‌های کنترل بیماریها)
- 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 جراحی‌ها
- دسترسی به داروهای اساسی

لازم به ذکر است که هشت فعالیت فوق، حداقل اقدامات لازم الاجرا برای همه جوامع بوده و هر جامعه‌ای باید براساس نیازها و اولویت بندی آن برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم اقدام به برنامه ریزی و

با این بینش، تاکید برنامه ریزان بهداشتی باید متوجه تقویت مراکز سطح اول ارائه مراقبت‌ها باشد. ارائه مراقبت‌ها در این سطح و زیر مجموعه آن‌ها از نظر اقتصادی نیز بسیار هزینه اثر بخش‌تر از ارائه این خدمات توسط کارکنان تخصصی در بیمارستان‌ها است. بیمارستان محل ارائه خدمت به بیماران ارجاع شده از سطوح مراکز بهداشتی درمانی است که نتوانسته‌اند 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 مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید توزیع واحدهای ارائه دهنده خدمات سطح اول به گونه‌ای باشد که هیچ جمعیتی خارج از محدوده عمل آن‌ها قرار نگیرد.

تحولات PHC بعد از ۲۰۰۰

به هرحال PHC طی دو دهه بعد از ۱۹۷۸، مسیر خود را به طرف کنترل بیماری‌ها، بهبود اثربخشی و اصلاحات مالی بخش سلامت منحرف نمود، اما پس از ۳۰ سال آهنگ PHC شروع به چرخش و برگشت به سیستم‌های حمایتی در مسیر اهداف اصلی PHC کرد.

انتقادات به مراقبت بهداشتی اولیه قبل از ۲۰۰۰

وارونگی مراقبت: مردم ثروتمندتر که نیاز آنان به مراقبت معمولاً کمتر است. بیشترین مراقبت را به خود جذب می‌کنند. حال آنکه افراد دارای کمترین توان مالی که با بیشترین مسائل روبرو هستند از کمترین مراقبت برخوردار هستند.

مراقبت ورشکست کننده: هر جا که مردم از حفاظت اجتماعی محروم‌اند و بخش عمده هزینه خدمات به طور مستقیم توسط مردم و در محل دریافت خدمت پرداخت می‌شود احتمال رو به رو شدن آنان با پرداخت‌های کمرشکن، وجود دارد.

مراقبت چند پاره و چند پاره ساز: تخصص گرایی افراطی ارائه کنندگان خدمات و تمرکز بر محدوده برنامه‌های مبارزه با بیماری‌ها راه را بر نگاه جامع آنان به افراد و خانواده‌هایی که با آنان سرو کار دارند می‌بندد و به ضرورت تداوم مراقبت توجهی نمی‌کند.

مراقبت نایمن: ضعف نظام سلامت که توان تضمین ایمنی خدمات و رعایت استانداردهای بهداشتی را ندارد سبب بسیاری از عفونت‌های بیمارستانی می‌شود و همراه با خطاهای تجویز دارو و دیگر اثرات نامطلوب که می‌توان از آن‌ها جلوگیری کرد.

مراقبت در جهت نادرست: تخصیص منابع حول خدمات درمانی پرهزینه، متمرکز است و از اینکه با پیش‌گیری اولیه و ارتقای سلامت می‌توان تا ۷۰ درصد از بار بیماری‌ها کاست غفلت می‌شود.

جهت نادرست: تخصیص منابع حول خدمات درمانی پرهزینه متمرکز است و از اینکه با پیش‌گیری اولیه و ارتقای سلامت می‌توان تا ۷۰ درصد از بار بیماری‌ها کاست غفلت می‌شود.

در سال ۲۰۰۳ در گزارش جهانی بهداشت، به ویژه روی مراقبت‌های اولیه سلامت، الگو و مدل نظام PHC مجدداً تاکید شده است. در سال ۲۰۰۴ مجمع جهانی بهداشت بر وجود کمیسیون جهانی بررسی عوامل

اجتماعی موثر بر سلامت، تاکید و در سال ۲۰۰۵ رسماً تشکیل شد. مقرر گردید در یک دوره زمانی سه ساله راهنمایی جهت سیاست‌گذاری در عرصه سلامت به منظور ارتقا وضعیت سلامت و کاهش نابرابری‌ها به ویژه در ارتباط با نقش عوامل اجتماعی ارائه دهد.

گزارش ۲۰۰۸ جهانی بهداشت با عنوان مراقبت‌های اولیه سلامت، بیشتر از هر وقت دیگر به PHC پرداخته و اهمیت و بر قابلیت اجرایی آن در همه کشورها تاکید کرده است. در گزارش، چنین آمده است: نسبت عظیمی از منابع برای خدمات درمانی خرج می‌شود در حالی که پیشگیری و ارتقا سلامت که می‌تواند ۷۰ درصد از بار جهانی بیماری را کم کند نادیده گرفته شده است.

جدول ۲- تغییر سیاست‌های PHC مطابق نظر سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸

توجه به کوششهای نخستین در اجرای PHC	آنچه اصلاحات کنونی PHC به آن توجه دارد
دسترسی گسترده تنگدستان روستایی به بسته خدمات پایه سلامت و داروهای اساسی	تحول نظام‌های کنونی سلامت و نظم دادن به آن‌ها با هدف تامین دسترسی همگانی و حمایت اجتماعی از سلامت
تمرکز بر سلامت مادر و کودک	پرداختن به سلامت همه افراد جامعه
تاکید بر چند بیماری منتخب در درجه اول حاد و عفونی	دادن پاسخ جامع به انتظارات و نیازهای مردم در طیفی گسترده از مخاطرات و بیماری‌ها
بهبود شرایط بهداشتی، آب، بهسازی محیط و آموزش بهداشت روستاها	ترویج روش سالمتر زندگی و کاستن از اثر مخاطره‌های اجتماعی و محیطی
فناوری‌های ساده برای کارکنان بهداشتی داوطلب و غیرماهر جامعه	تیمی از کارکنان سلامت که دسترسی به تکنولوژی‌ها داروها و استفاده مناسب از آن‌ها را تسهیل می‌کنند
مشارت به صورت بسیج منابع محلی و مدیریت مراکز بهداشتی درمانی با کمک کمیته‌های محلی سلامت	مشارکت نهادینه شده جامعه مدنی از طریق گفت و گو درباره سیاست‌ها و سازوکارهای مسئولیت پذیری
خدماتی که توسط دولت سرمایه گذاری و ارائه می‌شود با مدیریتی متمرکز و بالا به پایین	نظام‌های سلامت تکثرگرا که در چهارچوبی جهانی شده کار می‌کنند
مدیریت کردن کمبود فزاینده منابع و کوچ کردن ابعاد سازمانی دولت	هدایت رشد منابعی که به سلامت اختصاص می‌یابند در جهت تامین پوشش همگانی
کمک‌های دوجانبه و مساعدت فنی	وحدت جهانی و یادگیری مشترک
مراقبت اولیه به عنوان نقطه مقابل بیمارستان	مراقبت اولیه در جایگاه هماهنگ کننده پاسخ جامع نظام سلامت در همه سطوح
PHC ارزان تمام می‌شود و به سرمایه گذاری چندان نیاز ندارد	PHC ارزان نیست به سرمایه گذاری در خور توجه نیاز دارد اما در برابر پولی که برای آن هزینه می‌شود ارزشی بیش از هر روش دیگر تولید می‌کند

در این گزارش توصیه شده که کشورها سیستم سلامت را به وسیله چهار دسته اصلاحات کلی زیر که اصول PHC را معرفی می‌کند بسازند:

اصلاحات پوشش همگانی: اصلاحاتی که تضمین می‌کنند نظام‌های سلامت در درجه اول از راه حرکت به سوی

پوشش همگانی و محافظت اجتماعی سلامت در برقراری برابری، عدالت اجتماعی و پایان دادن به محروم ماندگی‌ها موثر خواهند بود.

اصلاحات ارائه خدمت: اصلاحاتی که خدمات سلامت را به شکل مراقبت اولیه یعنی حول محور نیازها و انتظارات مردم می‌شناسند. به نوعی که خدمات مناسب اجتماعی بیشتر پاسخگوی جهان در حال تحول باشند و همزمان پیامدهای بهتر و مطلوب‌تر به بار آورند.

اصلاحات سیاست عمومی: اصلاحاتی که از راه ادغام اقدام‌های بهداشت عمومی با مراقبت اولیه و از راه در پیش گرفتن سیاست‌های عمومی سالمتر در همه بخشها پدید آمدن جامعه ای سالمتر را تضمین می‌کنند.

اصلاحات رهبری: اصلاحاتی که رهبری فراگیر مشارکتی و بر پایه گفت و گو را که لازمه پیچیدگی نظام‌های کنونی سلامت است جایگزین تکیه بر فرماندهی و کنترل در یک سو و محروم شدن از آزادی دولت از سوی دیگر می‌کند.

با آغاز هزاره جدید، مهم‌ترین اجماع بین‌المللی در خصوص توسعه سلامت توسط ۱۹۱ کشور، تحت عنوان اعلامیه هزاره ملل متحد ۲۰۰۰، حاصل گردید. در این اجلاس اهداف توسعه هزاره (MDGs) برای بهبود شرایط سلامتی مستمندان در سراسر جهان و ایجاد گام‌های مثبت برای بهبود شرایط زندگی به وجود آمد. بر اساس اعلامیه هزاره، هشت هدف توسعه هزاره، کشورها را موظف می‌سازد. برای مبارزه با ۱ - فقر، ۲ - بی‌سوادی، ۳ - گرسنگی، ۴ - عدم دسترسی به امکانات آموزش و پرورش، ۵ - نابرابری جنسیتی، ۶ - مرگ و میر کودکان و مادران، ۷ - بیماری و ۸ - نابودی محیط زیست، دست به دست هم دهند و فعال‌تر و هماهنگ‌تر از سابق تلاش کنند. از این هشت آرمان، ۳ آرمان مستقیماً به سلامت انسان‌ها مرتبط می‌باشد و ۵ آرمان دیگر نیز در ارتباطی تنگاتنگ با آن هستند. این امر، نشانگر آن است که حفظ و ارتقای سطح سلامت هم اکنون نیاز اساسی جهانی است و برنامه‌های مرتبط با توسعه پایدار کشورها باید با تأمین سلامت افراد جامعه هماهنگی داشته باشد.

دستاوردهای سلامت بر اساس اهداف توسعه هزاره

آرمان ۱: ریشه کن کردن فقر شدید و گرسنگی

- فقر شدید به طور چشمگیری در دو دهه گذشته کاهش یافته است. در سال ۱۹۹۰، نزدیک به نیمی از جمعیت مناطق در حال توسعه با کمتر از ۱/۲۵ دلار در روز زندگی می‌کردند که این نسبت در سال ۲۰۱۵ به ۱۴ درصد کاهش یافته است.
- در سطح جهانی نیز تعداد افرادی که در فقر شدید زندگی می‌کنند از ۱/۹ میلیارد در سال ۱۹۹۰ به ۸۳۶ میلیون در سال ۲۰۱۵ رسیده است که به مقدار بیشتر از نصف کاهش یافته است؛ بیشترین پیشرفت در سال ۲۰۰۰ محقق شده است.
- تعداد افراد مشغول به کار با درآمد متوسط - در حال گذران زندگی با بیش از ۴ دلار در روز بین سال‌های ۱۹۹۱ و ۲۰۱۵ تقریباً سه برابر شده است. این گروه در حال حاضر نیمی از نیروی کار در مناطق در حال توسعه را تشکیل می‌دهند، در حالی که در سال ۱۹۹۱ تنها ۱۸ درصد را تشکیل می‌داده‌اند.

- از سال ۱۹۹۰ نسبت افراد دچار سوء تغذیه در مناطق در حال توسعه تقریباً به نصف تقلیل یافته است؛ از ۲۳/۳ درصد در سال‌های ۱۹۹۰-۱۹۹۲ به ۱۲/۹ درصد در سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۱۶ رسیده است.

آرمان ۲: دستیابی همگانی به آموزش ابتدایی

- میزان خالص ثبت نام مدرسه ابتدایی در مناطق در حال توسعه، از ۸۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۹۱ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده است.
- تعداد کودکانی که در سن تحصیل ابتدایی هستند اما به مدرسه نمی‌روند در سراسر جهان تقریباً به نصف کاهش یافته است، از ۱۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به حدود ۵۷ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵.
- از زمان تصویب اهداف توسعه هزاره تا به حال، کشورهای جنوب صحرای افریقا بهترین رکورد بهبود در آموزش ابتدایی را در میان تمام مناطق داشته‌اند. این منطقه در مقایسه با ۸ درصد در بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰، ۲۰ درصد افزایش نقطه ای میزان خالص ثبت نام در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ را کسب کرده است.
- میزان باسوادی در میان جوانان ۱۵ الی ۲۴ ساله در سراسر جهان بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ از ۸۳ درصد به ۹۱ درصد افزایش داشته است. اختلاف بین زنان و مردان نیز کمتر شده است.

آرمان ۳: ترویج برابری جنسیتی و توانمند سازی زنان

- در حال حاضر در مقایسه با ۱۵ سال پیش، تعداد بیشتری از دختران در مدرسه تحصیل می‌کنند. مناطق در حال توسعه به طور کلی به هدف از بین بردن نابرابری جنسیتی در آموزش دوران ابتدایی، راهنمایی و متوسطه نائل شده‌اند.
- در جنوب آسیا، در سال ۱۹۹۰ تنها ۷۴ دختر به ازای هر ۱۰۰ پسر در مدرسه ابتدایی ثبت نام می‌کردند. در حالی که امروزه ۱۰۳ دختر به ازای هر ۱۰۰ پسر ثبت نام می‌کنند.
- در حال حاضر، ۴۱ درصد از کارگران دستمزد بگیر خارج از بخش کشاورزی را زنان تشکیل می‌دهند که در مقایسه با ۳۵ درصد در سال ۱۹۹۰، افزایش داشته است.
- بین سال‌های ۱۹۹۱ و ۲۰۱۵، تناسب زنان شاغل در مشاغل آسیب پذیر به عنوان سهمی از کل زنان شاغل کاهش ۱۳ نقطه درصدی را شاهد بوده است. در مقابل، اشتغال مردان در مشاغل آسیب پذیر ۹ درصد کاهش داشته است.
- طبق داده‌های جمع آوری شده از ۱۷۴ کشور دنیا در طول ۲۰ سال گذشته، زنان در حدود ۹۰ درصد از این کشورها توانسته‌اند نمایندگی مجلس را به دست آورند.
- میانگین نسبت زنان نماینده مجلس در همین دوره تقریباً دو برابر شده است. با این حال هنوز زنان تنها یک پنجم اعضای مجلس را تشکیل می‌دهند.

آرمان ۴: کاهش مرگ و میر کودکان

- میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در جهان به کمتر از نصف رسیده است؛ کاهش از ۹۰ مورد مرگ به ۴۳ مورد مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵.
- با وجود رشد جمعیت در مناطق در حال توسعه، تعداد مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در سطح جهان از ۱۲/۷ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به حدود ۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است.
- از اوایل دهه ۱۹۹۰، میزان مرگ و میر زیر پنج سال در سطح جهان کاهشی بیش از ۳ برابر داشته است.
- در کشورهای جنوب صحرائی آفریقا، میزان سالانه کاهش مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در طول سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳ بیش از پنج برابر سریعتر از این میزان در طول سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ بوده است.
- واکسن سرخک کمک کرده است تا از نزدیک به ۱۵/۶ میلیون مرگ بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳ جلوگیری شود. تعداد گزارش موارد سرخک در سطح جهانی در مدت مشابه ۶۷ درصد کاهش داشته است.
- در حدود ۸۴ درصد از کودکان در سراسر جهان حداقل یک دوز واکسن شامل واکسن سرخک را در سال ۲۰۱۳ دریافت کرده اند که در مقایسه با ۷۳ درصد در سال ۲۰۰۰، افزایش داشته است.

آرمان ۵: بهبود سلامت مادران

- از سال ۱۹۹۰، نسبت مرگ و میر مادران در سراسر جهان ۴۵ درصد کاهش داشته است که قسمت عمده این کاهش از سال ۲۰۰۰ رخ داده است.
- در جنوب آسیا، نسبت مرگ و میر مادران بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۳، ۶۴ درصد کاهش یافته و کاهش این نسبت در کشورهای جنوب صحرائی آفریقا ۴۹ درصد بوده است.
- در سال ۲۰۱۴ بیش از ۷۱ درصد زایمانها در سطح جهان با حضور و کمک پرسنل سلامت ماهر انجام شده، که در مقایسه با ۵۹ درصد در سال ۱۹۹۰ افزایش داشته است.
- در شمال آفریقا، نسبت زنان باردار که چهار مرتبه یا بیشتر تحت مراقبت (ویزیت) قبل از زایمان قرار گرفته اند، بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۴ از ۵۰ درصد به ۸۹ درصد رسیده است.
- رواج روشهای جلوگیری از بارداری در سراسر جهان در زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله، متاهل یا دارای شریک جنسی از ۵۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۶۴ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است.

آرمان ۶: مبارزه با HIV / ایدز، مالاریا و سایر بیماری

- عفونت‌های جدید HIV با کاهش از حدود ۳/۵ میلیون نفر به ۲/۱ میلیون نفر بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳، حدود ۴۰ درصد افت داشته است.
- تا ماه ژوئن سال ۲۰۱۴، ۱۳/۶ میلیون نفر مبتلا به HIV در سطح جهانی درمان با داروهای ضد رتروویروسی (ART) دریافت کرده‌اند که افزایش قابل ملاحظه‌ای نسبت به ۸۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۳ داشته است. درمان ضد رتروویروسی از ۷/۶ میلیون مرگ ناشی از ایدز بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۱۳ جلوگیری کرده است.

- از بیش از ۶/۲ میلیون مرگ در اثر مالاریا بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵ در وهله اول در کودکان زیر پنج سال در کشورهای واقع در جنوب صحرای افریقا جلوگیری شده است. تخمین زده شده میزان بروز مالاریا در سطح جهان ۳۷ درصد و میزان مرگ و میر ۵۸ درصد کاهش داشته است.
- بین سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۴ بیش از ۹۰۰ میلیون پشه بند آغشته به حشره کش به کشورهای آندمیک مالاریا در جنوب صحرای افریقا تحویل داده شده است.
- بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳، پیشگیری، تشخیص و مداخلات درمانی مرتبط با بیماری سل، زندگی حدود ۳۷ میلیون نفر را نجات داده است. میزان مرگ و میر بیماری سل ۴۵ درصد و میزان شیوع آن ۴۱ درصد بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۳ کاهش داشته است.

آرمان ۷: تضمین پایداری محیط زیست

- مواد مخرب لایه اوزون عملاً از سال ۱۹۹۰ حذف شده‌اند و انتظار می‌رود ترمیم لایه اوزون در اواسط همین قرن تحقق یابد.
- از سال ۱۹۹۰ مناطق حفاظت شده زمینی و دریایی در بسیاری از مناطق به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. مناطق حفاظت شده زمینی در امریکای لاتین و حوزه کارائیب بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴، از ۸/۸ درصد به ۲۳/۴ درصد افزایش یافته است.
- در سال ۲۰۱۵، ۹۱ درصد از جمعیت جهان از یک منبع آب آشامیدنی بهداشتی استفاده می‌کنند، در مقایسه با ۷۶ درصد در سال ۱۹۹۰.
- از ۲/۶ میلیارد نفر جمعیتی که از سال ۱۹۹۰ به آب آشامیدنی بهداشتی دسترسی پیدا کرده‌اند، ۱/۹ میلیارد نفر آب آشامیدنی لوله کشی در محل خود به دست آورده‌اند. در حال حاضر بیش از نیمی از جمعیت جهان (۵۸ درصد) از این سطح بالای خدمات برخوردار هستند.
- در سطح جهانی، ۱۴۷ کشور به هدف مربوط به آب آشامیدنی دست یافته‌اند، ۹۵ کشور هدف سیستم فاضلاب را محقق کرده و ۷۷ کشور نیز هر دو هدف را برآورده کرده‌اند.
- در سراسر جهان، ۲/۱ میلیارد نفر به سیستم فاضلاب بهداشتی دسترسی پیدا کرده‌اند. از سال ۱۹۹۰ نسبت افرادی که در فضای باز اجابت مزاج می‌کنند تقریباً به نصف کاهش یافته است.
- در مناطق در حال توسعه نسبت جمعیت شهری که در محله‌های فقیرنشین زندگی می‌کنند از حدود ۳۹/۴ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۹/۷ درصد در سال ۲۰۱۴ کاهش یافته است.

آرمان ۸: بسط و گسترش مشارکت جهانی برای توسعه

- بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۴ کمک‌های رسمی کشورهای توسعه یافته با هدف توسعه، ۶۶ درصد در شرایط واقعی افزایش یافته است و به ۱۳۵/۲ میلیارد دلار رسیده است.
- در سال ۲۰۱۴، دانمارک، لوکزامبورگ، نروژ، سوئد و انگلستان به کمک خود بالغ بر ۰/۷ درصد از درآمد

- ناخالص ملی جهت کمک‌های رسمی توسعه ای سازمان ملل متحد ادامه دادند.
- در سال ۲۰۱۴، ۷۹ درصد از واردات کشورهای توسعه یافته از کشورهای در حال توسعه بدون عوارض انجام گرفت که در مقایسه با سال ۲۰۰۰، ۶۵ درصد افزایش داشته است.
- تناسب خدمات بدهی خارجی نسبت به درآمد صادراتی در کشورهای در حال توسعه از ۱۲ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۳ درصد در سال ۲۰۱۳ کاهش یافته است.
- همزمان با سال ۲۰۱۵، ۹۵ درصد از جمعیت جهان تحت پوشش شبکه تلفن همراه قرار گرفته اند.
- تعداد مشترکین تلفن همراه در ۱۵ سال گذشته تقریباً ده برابر شده است و از ۷۳۸ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به بیش از ۷ میلیارد نفر در سال ۲۰۱۵ رسیده است.
- نفوذ اینترنت از تنها ۶ درصد از جمعیت جهان در سال ۲۰۰۰ به ۴۳ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است. در نتیجه، ۳/۲ میلیارد نفر با محتوا و برنامه‌های کاربردی شبکه جهانی ارتباط برقرار کرده اند.

با گذشت زمان می‌توان برخی از نقاط قوت و ضعف اهداف توسعه هزاره را اینطور بیان نمود:

اولین مورد این است که اهداف توسعه ی هزاره ساده هستند. تعداد ۸ آرمان ساده که می‌توانند در یک پوستر معرفی شوند. این ۸ آرمان به راحتی در ذهن افراد جای می‌گیرد. دومین مورد اینکه اهداف توسعه ی هزاره از لحاظ قانونی الزام یا تعهدی را برای کشوری فراهم نمی‌آورد بلکه مجموعه ای از تعهدات عملی و اخلاقی است. سومین مورد اینکه اهداف توسعه ی هزاره می‌تواند توسط شاخص هایی که توسط دولت، تجارت و جامعه قابل اندازه گیری هستند، دنبال شوند و فشار مضاعفی به دولت ها وارد نمی‌آورد. هر چند بعضی کشورها نتوانستند اهداف را اندازه گیری کرده و ارائه دهند، اما بسیاری کشورها پیشرفت های خوبی در این زمینه داشته اند.

سه انتقاد عمده نیز به اهداف توسعه ی هزاره وارد می‌شود که عبارت است از این که، اهداف توسط گروه کوچکی از کارشناسان تهیه و نهایی شد، دولت های عضو سازمان ملل در تعیین اهداف نقشی نداشتند و برخی موارد مانند شیوه های تولید مواد غذایی کاملاً نادیده گرفته شده است.

آرمان های هشت گانه توسعه ی هزاره، نتوانستند به ریشه یابی علت فقر، نابرابری جنسیتی یا ابعاد توسعه دست یابند. آرمان های توسعه ی هزاره به حقوق بشر یا توسعه ی اقتصادی توجه چندانی ندارد. در حالی که در تئوری، شاخص های توسعه ی هزاره به تمامی کشورها بسط داده می‌شد، در عمل به شاخص هایی برای کشورهای فقیر تبدیل شده است.

سیاستمداران و دولتمردان به اهمیت شاخص های اهداف توسعه ی هزاره، آگاه هستند و به رفع فقر گرسنگی و ادامه فعالیت های مرتبط بعد از سال ۲۰۱۵ اذعان دارند. این در حالی است که دنیای امروز با مشکلات دیگری مانند تغییرات آب و هوا و مشکلات و بیماری های محیط زیستی مواجه است و تفاهم در این امر وجود دارد که رفع معضلات محیط زیستی همانند کاهش فقر اهمیت دارد. نظر به اهمیت این موضوعات، اهداف توسعه ی پایدار مطرح گردیده و از سال ۲۰۱۶ آغاز شده و تا سال ۲۰۳۰ ادامه می‌یابد.

جدول ۳- دستاوردهای سلامت بر اساس اهداف توسعه هزاره در ایران

مجموع	زن	مرد	شاخص	اهداف توسعه هزاره (MDG)
۴/۰۸	۴	۵/۰۵	۱۰: شیوع کودکان زیر ۵ سال کم وزن	۱- ریشه کنی کامل فقر و گرسنگی
۹۶/۶۸	۹۷/۰۲	۹۶/۴۹	۲۰۱: نسبت ثبت نام در سطح ابتدایی	۲- آموزش ابتدایی همگانی
۹۶/۷۴	۹۷/۲۲	۹۶/۲۷	۲۰۲: نسبتی از دانش آموزان که مقطع ابتدایی را به اتمام رسانده اند	
۹۳/۷۶	۹۲/۹۹	۹۴/۴۸	۲۰۳: نسبت باسوادی در جمعیت ۱۵-۲۴ سال زنان و مردان	
۱/۰۱	۰/۹۸	۰/۹۸	۳۰۱: نسبت دختران به پسران در مقطع ابتدایی	۳- ارتقای برابری جنسیتی و توانمندی زنان
۰/۹۸			۳۰۱: نسبت دختران به پسران در مقطع راهنمایی	
۰/۹۸			۳۰۱: نسبت دختران به پسران در مقطع دبیرستان	
۲۲/۵۲	۲۱/۸۲	۲۳/۱۶	۴۰۱: میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (به ازای ۱۰۰ تولد زنده)	۴- کاهش مرگ و میر کودکان
۲۰/۳۲	۱۹/۷۰	۲۰/۸۸	۴۰۲: میزان مرگ و میر شیرخواران زیر ۱ سال (به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده)	
۹۴/۸۵	۹۴/۴۳	۹۵/۲۶	۴۰۳: نسبت کودکان ۱۸-۲۳ ماهه ای که علیه سرخک واکسینه شده اند	
۹۶/۴۲	۹۶/۴۲		۵۰۲: نسبت زایمانهایی که توسط پرسنل با مهارت انجام شده است	۵- ارتقای سلامت مادران
۷۷/۴۲	۷۷/۴۲		۵۰۳: میزان شیوع استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری در بین زنان ازدواج کرده	
۹۶/۹۲	۹۶/۹۲		۵۰۵: درصد پوشش مراقبتهای پیش از تولد	
	۵/۶۹		۵۰۶: نیازهای برآورد نشده در تنظیم خانواده	
	۱۹/۶۲		۶۰۳: نسبتی از جمعیت ۱۵-۲۴ ساله با دانش و آگاهی صحیح جامع در باره HIV/AIDS	۶- متوقف کردن بیماریهای HIV/AIDS مالاریا و سایر بیماریها
۰/۰۶			۶۰۵: شیوع مالاریا	
مجموع	روستایی	شهری	۷۰۸: نسبتی از جمعیت که از منبع آب آشامیدنی سالم استفاده می کند (شهری، روستایی)	۷- تضمین پایداری محیط زیست
۹۶/۸۱	۹۲/۹۱	۹۸/۵۷		
۹۷/۸۹	۹۵/۶۶	۹۸/۹۰	۷۰۹: دفع صحیح فضولات (شهری، روستایی)	
				۸- گسترش مشارکت جهانی

سازمان ملل، در سال ۲۰۱۵، مجموعه‌ای از اهداف توسعه پایدار (SDGs) را به عنوان چهارچوب جانشین برای اهداف توسعه هزاره تدوین نمود.

توسعه پایدار به عنوان مفهومی با سابقه بیش از سه دهه در ادبیات توسعه، امروزه به یک قالب فکری عمده در بسیاری از کشورها، بالأخص کشورهای در حال توسعه، بدل شده است. با وجود آن که این مفهوم، مانند مفهوم توسعه، تعاریف و تفاسیر متعددی را به خود اختصاص داده، اما در سطح بین‌المللی دارای اجماعی علمی و عملی است که از طریق سازمان ملل و نهادهای مرتبط، به مثابه برنامه عملی توسعه کشورها پیشنهاد شده است. توسعه پایدار بر اساس تعریف کمیسیون جهانی محیط زیست و توسعه (کمیسیون برانت لند) عبارت است از: **توسعه‌ای که نیازهای کنونی را تأمین می‌کند، بدون آن که توانایی نسل‌های آینده را در برآوردن نیازهای خود، به مخاطره افکند.**

توسعه پایدار، توسعه‌ای کل نگر است و همه ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی و دیگر نیازهای بشری را در بر می‌گیرد.

به اعتباری، مهم‌ترین شاخصه و جاذبه توسعه پایدار در جامع‌نگری آن است. توسعه پایدار برآورنده نیازها و آرمان‌های انسان، نه فقط در یک کشور و یک منطقه، بلکه تمامی مردم سراسر جهان را در زمان حال و آینده در بر می‌گیرد.

از سوی دیگر، سلامت به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، عرصه‌ای است که پیوندی وثیق با سایر عرصه‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، صنعتی و ... هر جامعه‌ای دارد و امروزه، در نتیجه پیچیده‌تر شدن ابعاد چالش‌های گوناگون توسعه‌ای بسیاری از کشورها، تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت به محوری‌ترین دغدغه و چالش فرا روی سیاست‌گذاران، تصمیم‌سازان و مردم، تبدیل شده است.

SDGs متشکل از محدوده وسیعی از اهداف اقتصادی، اجتماعی و محیطی است و جوامعی صلح‌آمیزتر و فراگیرتر را فراهم می‌آورد. این برنامه که در ۲۳ سپتامبر سال ۲۰۱۵ مورد توافق ۱۹۳ کشور عضو سازمان ملل متحد قرار گرفت، تحت عنوان "تغییر جهان ما" دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، مطرح شد. در این برنامه یک آرمان خاص همراه با ۱۷ هدف برای سلامت در نظر گرفته شده است که ۳ بعد از توسعه پایدار، در مورد مردم، زمین، رفاه، صلح و مشارکت را شامل می‌شود و از ۱۷ هدف بیان شده در این برنامه، هدف سوم، نقطه تمرکز جهت دستیابی به اهداف سلامت می‌باشد.

آرمان سلامتی عبارت است از: "تضمین زندگی سالم و ترویج رفاه برای تمام سنین" اهداف مرتبط با آرمان سلامتی (بند ۳) در SDG تا سال ۲۰۳۰ شامل موارد زیر می‌باشد:

- ۱-۳ کاهش مرگ و میر مادران در سراسر جهان به کمتر از ۷۰ درصد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر
- ۲-۳ پایان دادن به مرگ‌های قابل پیشگیری در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال
- ۳-۳ پایان دادن به همه‌گیری‌های بیماری‌هایی نظیر: ایدز، سل، مالاریا و بیماری‌های نادیده گرفته شده (مغفول) ویژه مناطق گرمسیری و مبارزه با هیپاتیت، بیماری‌های منتقله از طریق آب و سایر بیماری‌های واگیردار
- ۴-۳ کاهش تعداد موارد مرگ‌های زود هنگام ناشی از بیماری‌های غیرواگیر از طریق پیشگیری، درمان و ترویج بهداشت روانی

- ۳-۵ تقویت پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی
- ۳-۶ به نیمه رساندن تعداد مرگ‌ها و مصدومیت‌های ناشی از ترافیک جاده‌ای در سطح جهان
- ۳-۷ تضمین دسترسی جهانی به خدمات بهداشتی - درمانی در حوزه مسائل جنسی و باروری از جمله تنظیم خانواده، آموزش و اطلاع رسانی و ادغام بهداشت باروری در برنامه‌ها و راهبردهای ملی
- ۳-۸ تحقق هدف جهانی دسترسی به خدمات بهداشتی از جمله دسترسی بدون محدودیت و فشار مالی برای مردم و دسترسی امن، مؤثر، کیفی و مقرون به صرفه به داروها و واکسن‌های ضروری
- ۳-۹ کاهش چشمگیر تعداد مرگ و میرها و بیماری‌های ناشی از مواد شیمیایی خطرناک و آلودگی هوا، آب و خاک
- ۳- الف تقویت اجرای کنوانسیون چهارچوب سازمان جهانی بهداشت پیرامون کنترل تولید توتون و تنباکو در همه کشورها
- ۳- ب حمایت از پژوهش و تولید واکسن و دارو به منظور کنترل بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و فراهم آوردن امکان دسترسی به داروها و واکسن‌های مقرون به صرفه
- ۳- ج افزایش چشمگیر کمک‌های مالی در حوزه بهداشت و استخدام، توسعه، آموزش و نگهداری نیروی کار بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه
- ۳- د تقویت ظرفیت‌های همه کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه به منظور هشدار به هنگام، کاهش مخاطرات و مدیریت خطرات بهداشتی در سطوح جهانی و ملی

دستاوردهای جهانی اهداف SDG تا کنون

- در سال ۲۰۱۶، ۳۰۳۰۰۰ مورد از کل مرگ و میر زنان به علل ناشی از بارداری بوده است که تقریباً ۹۹ درصد از این میزان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق افتاده که تقریباً دو سوم آن (۶۴ درصد) در منطقه آفریقایی سازمان جهانی بهداشت گزارش شده است.
- تولد کودکان کمتر از ۵ سال، از ۹۳ در ۱۰۰۰ در سال ۱۹۹۰ به ۴۱ در ۱۰۰۰ در سال ۲۰۱۶ رسیده است.
- آمار بیماری ایدز از ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۰۵ به ۲۶ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۱۶ رسیده است.
- بروز بیماری سل از ۱۷۳ در ۱۰۰ هزار در سال ۲۰۰۰ به ۱۴۰ در صد هزار در سال ۲۰۱۶ کاهش یافته است.
- شیوع بیماری هپاتیت B در سال ۲۰۱۵ از ۴/۳ درصد به ۳/۵ درصد کاهش یافته است.
- تخمین زده شده است در سال ۲۰۱۶، ۷۱ درصد (۴۱ میلیون) از کل مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های غیر واگیر (بیماری‌های قلبی (۴۴ درصد) سرطان (۲۲ درصد) بیماری‌های مزمن ریه (۹ درصد) و دیابت (۴ درصد) اتفاق افتاده است.
- مصرف مشروبات الکلی از ۶/۴ لیتر الکل خالص در هر شخص ۱۵ سال و بالاتر تا ۲۰۱۶ ثابت بوده

- است هرچند که در مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت این میزان متغیر می باشد.
- در سال ۲۰۱۶، ۱/۱ بیلیون افراد ۱۵ سال و بالاتر تنباکو مصرف می کنند (۳۴ درصد مردان و ۶ درصد زنان) که مصرف آن به عنوان مهمترین عامل خطر بیماری‌های قلبی، سرطان، بیماری‌های مزمن ریوی و پیامدهای منفی اقتصادی، اجتماعی و محیطی گزارش شده است.
- ۸۰۰ هزار مرگ در سال ۲۰۱۶ به علت خودکشی اتفاق افتاده که مردان ۷۵ درصد بیشتر از زنان در نتیجه خودکشی فوت نموده‌اند.
- جراحات ناشی از ترافیک ۲۴/۱ درصد در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای کم درآمد و ۹/۲ درصد در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد بالا گزارش شده است.
- ۳۵ درصد از زنان، خشونت جنسی یا فیزیکی از شریک جنسی یا غیر جنسی را تجربه کرده‌اند.

با توجه به تغییرات ایجاد شده، شعار سازمان جهانی بهداشت برای سال ۲۰۱۸ تعیین شد.

شعار سال ۲۰۱۸ این سازمان عبارتست از:

"سلامت برای همه: پوشش همگانی سلامت برای همه، در هر مکان"

پوشش همگانی سلامت (Universal health coverage) عبارت است از اطمینان از اینکه همه افراد بتوانند به خدمات بهداشتی کافی در هر مکان و در هر زمانی که به آن‌ها نیاز دارند دسترسی داشته باشند. دریافت این خدمات باید بدون رنج سختی‌های مالی باشد. هیچ کس نباید بین سلامت خوب و نیازهای دیگر زندگی یکی را انتخاب کند.

دستیابی کشورها به پوشش همگانی سلامت متفاوت می‌باشد ولی همه کشورها به روش‌های مختلفی به آن دست خواهند یافت و هر کشوری می‌تواند کاری را برای پیشبرد پوشش همگانی سلامت انجام دهد. اما چرا پوشش همگانی سلامت؟

هنوز هم تعداد زیادی از مردم، از دست یابی به خدمات بهداشتی - درمانی محروم هستند و حداقل نیمی از مردم جهان در حال حاضر قادر به دریافت خدمات بهداشتی ضروری نیستند. تقریباً ۱۰۰ میلیون نفر به علت اجبار به پرداخت هزینه خدمات بهداشتی از جیب خود، به شدت تحت فشار فقر قرار می‌گیرند و مجبور به صرف روزانه فقط ۱/۹۰ دلار یا کمتر می‌باشند. بیش از ۸۰۰ میلیون نفر (تقریباً ۱۲ درصد از جمعیت جهان) حداقل ۱۰ درصد از بودجه خانوار خود را صرف هزینه‌های بهداشتی برای خود یا دیگر اعضای خانواده می‌کنند. آن‌ها به اصطلاح، متحمل "مصارف فاجعه آمیز" می‌شوند.

هزینه‌های فاجعه آمیز برای مراقبت‌های بهداشتی یک مشکل جهانی است. در کشورهای ثروتمند اروپایی، آمریکای لاتین و بخش‌هایی از آسیا که دسترسی به خدمات بهداشتی بالا را به دست آورده‌اند، تعداد افرادی که حداقل ۱۰ درصد از بودجه خانوار خود را صرف هزینه‌های بهداشتی می‌کنند در حال افزایش است. پوشش همگانی سلامت به این معنی است که همه افراد و جوامع، خدمات بهداشتی لازم را بدون تحمل رنج مالی

دریافت کنند

پوشش همگانی سلامت، همه را قادر می‌سازد تا خدماتی را که به مهمترین علل بیماری و مرگ مربوط می‌شوند، دریافت نمایند و از کیفیت خدماتی که دریافت می‌کنند، اطمینان داشته باشند. پوشش همگانی سلامت به معنی پوشش رایگان برای تمام مداخلات بهداشتی نیست. صرف نظر از هزینه، هیچ کشوری قادر به ارائه تمام خدمات سلامت رایگان به طور پایدار نمی‌باشد. پوشش همگانی سلامت در مورد حصول اطمینان از حداقل خدمات بهداشتی و نیز تضمین گسترش پوشش مداوم خدمات بهداشتی می‌باشد. پوشش همگانی سلامت فقط در مورد درمان‌های پزشکی برای افراد نیست بلکه شامل خدمات برای کل جامعه، مانند کمپین‌های سلامت عمومی می‌باشد برای مثال اضافه کردن فلوراید به آب و یا کنترل محیط‌های پرورش پشه‌هایی که باعث انتقال برخی از بیماری‌ها می‌شوند.

نگاهی گذرا به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بررسی نقاط ضعف، قوت، فرصت‌ها و تهدیدها در ایران

پس از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ در ایران و به دنبال کنفرانس آلماتا در سال ۱۹۸۷ میلادی با شعار **بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰**، و یا PHC با رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، سیاستگذاران عرصه سلامت برای رسیدن به این هدف بزرگ، اقدام به تصویب و اجرای قوانین مختلف در این زمینه کردند. با ایجاد تغییرات وسیع در ساختار سازمانی نظام سلامت در این راه قدم برداشتند. ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشتی و تشکیل "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" در سطح ملی و راه اندازی "دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی" در سطح استان‌ها از مهمترین تغییرات این دوره بود. همچنین در سطح محلی، "شهرستان" به عنوان معیار اداری جهت گسترش واحدهای بهداشتی درمانی پذیرفته شد. در این سطح، شبکه بهداشت و درمان شامل: مرکز بهداشت و بیمارستان و در سطح اول نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به همراه پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت ایجاد گردید در سال‌های اخیر، وزارت بهداشت در خصوص اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در سال ۱۳۸۴ در روستاها و در سال ۱۳۹۱ در برخی از مناطق شهری اقدام کرده است. علیرغم این مهم، ساختار سازمانی در این بخش، بدون تغییر و به شکل سه دهه قبل باقیمانده است. اغلب مطالعات انجام شده در مورد نظام مراقبت بهداشتی اولیه در ایران دستاوردهای مختلف این نظام در بخش‌های مختلف را بررسی کرده‌اند. لیکن، با وجود دستیابی به موفقیت‌های فراوان، نقاط ضعف و چالش‌های این طرح، از جمله در حوزه ساختاری قابل تامل است.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه همچنان پایدار هستند. به‌گونه‌ای که در کنفرانس اکتبر ۲۰۱۸ سازمان جهانی بهداشت، بر تقویت PHC و توسعه پایدار سلامت (SDG) و پوشش همگانی سلامت (UHC) تاکید شده است ...

جدول ۴ - نقاط ضعف و قوت PHC در ایران

	نقاط قوت	نقاط ضعف	فرصت‌ها	تهدیدها
سازمان دهی	شبکه PHC در کشور دسترسی کامل به جمعیت روستایی انتقال برنامه‌های غیرقابل اجرا از سطوح محیطی به سطوح بالاتر معرفی بهورز سازماندهی داوطلبان بهداشت در پست‌های بهداشتی توسعه برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع در روستاها ادغام مدیریت بیماری‌های غیرعادی در روستاها	ساختار سازمانی مکانیکی در سطح محلی عدم تغییر در ساختار PHC همراه با تغییر در نیازهای بهداشتی ساختار رسمی سیستم توسعه نامناسب PHC در مناطق شهری ضعف در سیستم اطلاعات جاری فقدان استراتژی منسجم و سرمایه گذاری کافی در سلامت الکترونیکی عدم برنامه ریزی منابع انسانی فقدان مدیریت استراتژیک در سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی عدم تحمل زندگی مدیریتی در سیستم فقدان سیستم انتخاب بر اساس شایستگی در مدیریت مرکزی سازی و عدم تأیید قدرت در سطح محلی ضعف در لحاظ تداوم و جامع بودن مراقبت	شبکه گسترده‌ای از خدمات تخصصی و خدمات سرپایی از طریق بیمارستان‌ها، حضور بخش خصوصی قوی در نظام مراقبت‌های بهداشتی	اجزای جداگانه اداره سلامت ارائه خدمات بهداشتی توسط سازمان‌های غیرمرتبط نبود ساختار سازماندهی تعریف شده برای مدیریت بلایا، سالمندان، مهاجرت به مناطق شهری، گذار سریع اپیدمیولوژیک و تغییر شیوه زندگی و افزایش میزان حوادث
مقررات	مقررات و برنامه‌های مناسب در پیشگیری از سلامت و بیماری وجود دستورالعمل‌های عملیاتی مبتنی بر شواهد در برنامه پزشک خانواده	نامناسب بودن برخی از قوانین موجود در سلامت فقدان مقررات سند در برخی از نقاط عدم کنترل دوره ای اجرای سیاست‌ها عدم کنترل موثر بر ارائه خدمات بهداشتی عدم وجود قوانین مناسب و چشم انداز در مورد بخش خصوصی عدم وجود قوانین مربوط به سلامت الکترونیک ضعف در سیاست‌های دارویی عدم وجود استانداردهای به روز شده و تعریف شده در مورد تجهیزات پزشکی	توجه به سلامتی و عوامل تعیین کننده آن در قوانین بالادست	اختلاف بین سیاستگذاران و مدیران کم آگاهی مدیران و سیاست گذاران ملی در برخی پروژه‌های بهداشتی

بهداشت	ارتباطات نزدیک و صمیمی اجتماعی میان بهورز و مردم محلی پیشرفت نگرش و رفتارهای سالم در جوامع محلی رضایت از جوامع در مورد عملکرد بهورز	عدم احساس مالکیت در میان اعضای جامعه نسبت به نظام سلامت مشارکت کم جامعه در حل مشکلات بهداشتی عدم انعطاف پذیری و پاسخگویی در نظام سلامت عدم آموزش کافی کارکنان بهداشتی در زمینه مهارت‌های ارتباطی و مشاوره	نرخ بالای سواد بزرگسالان افزایش تعداد دانشجویان دانشگاه، به خصوص زنان اهمیت سلامت در اسلام	عادت درازمدت استفاده از مواد مخدر در ایران فقدان آموزش جامع رابطه جنسی برای بزرگسالان نرخ بالای حوادث ترافیکی شیوه زندگی صحیح
بیماری	خدمات رایگان بیمه درمانی در برخی مناطق	سیستم‌های موازی تامین مالی در سیستم عدم هماهنگی در تامین مالی فقدان جدایی بین تامین مالی و ارائه خدمات نامناسب بودن و فقدان منابع مالی عدم وجود تداوم در منابع مالی توزیع نامناسب منابع عدم هماهنگی میان منابع مالی و بسته خدمات مورد نیاز فقدان سیستم بیمه برای پوشش کل جامعه	-	مشکلات اقتصادی اثرات منفی جنگ با عراق وابستگی بودجه دولتی به درآمد نفتی سرمایه گذاری نامناسب بخش خصوصی صرف هزینه‌های بیشتر در سطح دوم و سوم خدمات درمانی رشد هزینه‌های مراقبت بهداشتی بیماری‌های نوپدید در ایران پدیده سالمندی جمعیت بزرگ پناهندگان توزیع غیر یکنواخت جمعیت در مناطق دور افتاده

نتیجه گیری:

PHC به چالش‌های جهان در حال تحول تا چه حد پاسخگو بوده است؟

در این فصل رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مورد بحث قرار گرفت. در مجموع تغییرات این حوزه از ۱۹۷۸ تا کنون نشان می‌دهد که پیشرفت در این مسیر، میسر است و حتی می‌توان آن را سرعت بخشید. نظام

سلامت نباید به حال خود گذاشته شود و از راه مراقبت اولیه سلامت می‌توان به سوی پوشش سلامت همگانی حرکت کرد.

امروزه مردم، سالم‌تر و ثروتمندتراند و طول عمر آنان بیش از ۳۰ سال پیش است. تعداد مرگ کودکان از ۱۲/۶ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۵/۴ میلیون در سال ۲۰۱۷ کاهش یافته است. معضل تامین داروهای اساسی که روزی انقلابی بزرگ به حساب می‌آمد امروزه شدیداً از اهمیت آن کاسته شده است. در دسترسی به آب و بهسازی محیط و مراقبت از مادران، میزان پیشرفت‌ها و بهبودها اساسی بوده است.

منابع در اختیار سلامت، هیچ‌گاه بیشتر از امروز نبوده است. اقتصاد سلامت در جهان، سریع‌تر از تولید ناخالص داخلی در جهان از ۸ به ۸/۶ درصد رسانده است. از نظر قدر مطلق با در نظر گرفتن تورم، این سهم به معنای رشد ۳۵ درصدی هزینه‌های سلامت جهان در پنج سال یاد شده است.

اما روندهای دیگری نیز در کار است که نباید از آن‌ها غافل بود: نخست پیشرفت‌های اساسی حوزه سلامت در چند دهه اخیر، عمیقاً نابرابر بوده است. گرچه گرایش کلی به سوی بهبود سلامت در بخش وسیعی از جهان بوده است هنوز همزمان، شمار در خور توجهی از کشورها به نحو فزاینده‌ای لنگ لنگان حرکت می‌کنند یا حتی رشته کار را از دست داده‌اند. از این گذشته اکنون انبوهی از تدارکات که ۳۰ سال پیش در اختیار نبود، نشان دهنده حجم درخور توجه و رو به افزایش نابرابری در درون کشورها است. دوم طبیعت مسائل سلامت به گونه‌ای تغییر می‌یابد که تنها بخشی از آن را می‌شد پیش بینی کرد و با سرعتی تغییر می‌یابد که به کلی غیر منتظره است. سالمندی و اثرات مدیریت نادرست شهرنشینی و جهانی شدن، انتقال بیماری‌های واگیر دار را در جهان سرعت بخشیده و بار بیماری‌های مزمن و غیر واگیر را افزایش داده است. سوم نظام‌های سلامت از سرعت تغییر و تحول‌ها که ذاتی جهانی شدن در روزگار ما است مصون نیستند. بحران‌های سیاسی و اقتصادی نقش حکومت‌ها و موسسات را در تضمین دسترسی ارائه خدمات و تامین مالی به چالش می‌کشند.

اگر نظام سلامت به حال خود واگذار شود همانطور که در اعلامیه آلماتا تعیین شده بود به طور طبیعی از راه مراقبت اولیه به سوی هدف‌های سلامت برای همه حرکت نخواهد کرد.

داده‌ها و تحلیل ارائه شده در این گفتار، این موضوع را ثابت می‌کند که از طریق مداخلات هدفمند، استراتژی‌های هم‌صدایی، منابع کافی و اراده سیاسی، حتی فقیرترین کشورها می‌توانند پیشرفت چشمگیر و بی‌سابقه‌ای را تجربه کنند. البته دستاوردهای ناهماهنگ و نیز کمبودها را در بسیاری از مناطق تصدیق می‌کند. به هر حال، کار هنوز تمام نشده است و بنابراین باید آن را در عصر جدید توسعه ادامه داد. لیکن با تغییر در اهداف و راهبردهای نظام سلامت در سالیان اخیر به دلیل تغییرات گسترده در حوزه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، و دگرگونی در نیازهای سلامت جامعه، این نظام، نیازمند ساختاری مناسب و متناسب با این شرایط می‌باشد.

اینگونه نیازمندی‌ها در سطوح محیطی که ارتباط مستقیم با مردم دارند و نقش اصلی را در رسیدن اهداف نظام سلامت بر عهده می‌گیرند، بیش از سطوح دیگر احساس می‌شود. در صورت انجام این مهم، نظام سلامت با قابلیت و سرعت بیشتری قادر به ارائه خدمات مختلف به مردم خواهد بود. علاوه بر این، رضایتمندی بدنه نظام به ویژه کارکنان بهداشتی در نقاط مختلف کشور نیز افزایش خواهد یافت. بدیهی است، بدون انجام این

مهم، نظام سلامت با مشکلات متعددی در عرصه ارائه خدمات بهداشتی روبرو خواهد شد. نارسایی در عملکرد، ارائه خدمات موازی و فقدان هماهنگی درون بخشی و بین بخشی، از جمله مشکلاتی خواهد بود که در نهایت باعث کاهش کیفیت و فقدان رضایت مردم از نظام سلامت خواهد گردید.

در نهایت با توجه به مطالب فوق می‌توان اینطور بیان نمود که مراقبت‌های بهداشتی اولیه همچنان پایدار هستند و در کنفرانس اکتبر ۲۰۱۸ سازمان جهانی بهداشت نیز، تاکید بر تقویت PHC و توسعه پایدار سلامت (SDG) و پوشش سلامت همگانی (UHC) می‌باشد.

منابع:

- 1- World Health Organization. Status Of The Health-Related SDGs .Available at: / http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en
- 2- Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>, accessed 20 March 2019).
- 3- Levels & Trends in Child Mortality. Report 2017. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank and United Nations. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2017 (http://www.childmortality.org/files_v21/download/IGME%20report%202017%20child%20mortality%20final.pdf, accessed 20 March 2019).
- 4- AIDSinfo [online database]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2017 (<http://aidsinfo.unaids.org/>, accessed 20 March 2019).
- 5- Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 20 March 2019).
- 6- Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization; 2018. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).
- 7- WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2018 (upcoming).
- 8- Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/, accessed 20 March 2019).
- 9- World Health Day 2018: Universal health coverage: everyone, Everywhere, 2018. Available at: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/en>.
- 10- Priorities: Health for all, 2018. Available at: <http://www.who.int/dg/priorities/health-for-all/2018/en>.
- 11- Primary Health Care (PHC) 2018: Available at: <http://www.who.int/primary-health/en/>

- 12- A child under 15 dies every 5 seconds around the world, 2018. <http://www.who.int/news-room/detail/18-09-2018-a-child-under-15-dies-every-5-seconds-around-the-world/2018>.
- 13- Tabriz J S, Pourasghar F, Gholamzadeh NikJoo R. Status of Iran's Primary Health Care System in Terms of Health Systems Control Knobs: A Review Article. *Iran J Public Health*, Vol. 46, No.9, Sep 2017, pp.1156-1166.
- 14- Taheri-Kharameh Z, Barati M, Khoshravesh S. Health Is the Key to the Realization of Sustainable Development Goals *Journal of Education and Community Health*. NO 13 Volume 4, Issue 3, 2017: 1-3.
- 15- Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Global Health*. 2015; 11:13.
- 16- Assembly UG. Report of the open working group of the general assembly on sustainable development goals. New York: General Assembly Document; 2014.
- 17- World Health Organization, London School of Hygiene & Tropical Medicine and South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>).
- 18- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *to err is human: building a safer health system*, editor. Washington (DC): National Academies Press (US). 2000.
- 19- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving-equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89-109.
- 20- Dans A, et al. assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of clinical Epidemiology*, 2007.60:540-546.
- 21- Fries JF et al. reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
- 22- *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 23- Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and Renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244-247.
- 24- Park, Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, 20th edition, M/s Banarsidas Bhanot Publishers, India, 2009.
- 25- Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health Issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95-100.
- 26- Ilmer D. The incidence of public expenditures on health and education. Washington DC, The –World Bank, 2003 (background note for World development report 2004 – making services work for poor people).
- 27- *World development report 2004: making services work for poor people*. Washington DC, The World Bank, 2003.

- 28- Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures.
- 29- Starfi eld B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
- 30- Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
- 31- Colins, Charles, Management and Organization of Developing Health System, Oxford University Press, 1994.
- 32- Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
- ۳۳- مرندی علیرضا. وضعیت کشوری و جهانی اهداف سلامت توسعه هزاره و موضوع سلامت بعد از ۲۰۱۵، صفحه ۲۶.
- ۳۴- حسینی سید وحیده. پرستاری سلامت جامعه. ناشر: جامعه نگر، چاپ اول ۱۳۹۵.
- ۳۵- صاحبی سحر، رضایی علیرضا. اهداف توسعه ی پایدار پس از اهداف توسعه ی هزاره، حرکت به سوی دنیای بهتر با ۱۷ گام آمار، شماره ی ۱۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۴ صفحه ۴۱-۴۴.
- ۳۶- زنگنه بایگی مهدی. سیدین سید حسام. رجیبی فرد مزرعه نو فاطمه. کوهساری خامنه، عباس. تطابق اهداف ابتدایی و ساختار سازمانی فعلی در نظام ارائه مراقبت بهداشتی اولیه در ایران: مطالعه ی مروری نظام مند. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران پیآورد سلامت. دوره ۹ شماره ۵ آذر و دی ۱۳۹۴، ۴۵۸-۴۴۶.
- ۳۷- گرین اندرو. اصول برنامه ریزی بهداشت، ترجمه عبادی فرد و همکاران، ناشر: غاشیه، چاپ اول ۱۳۷۷.
- ۳۸- پیله رودی سیروس. شبکه بهداشت و درمان شهرستان، انتشارات عقیق، چاپ اول، ۱۳۷۶.
- ۳۹- صادقی حسن آبادی علی. کلیات بهداشت عمومی، چاپ هشتم، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، سال ۱۳۷۵.
- ۴۰- شادپور کامل. شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، ناشر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، سال ۱۳۷۲.