

بسمه تعالی

بحث علمی "تاریخچه نظام PHC و تقویت آموزش در عرصه‌های خدمات سلامت

و توانمندسازی فراگیران در رابطه با مراقبت‌های اولیه بهداشتی"

توسط جناب آقای دکتر حجت تنهایی مدیر شبکه بهداشت و درمان دهقان (۱۴۰۱/۷/۲۰)

از سال ۱۳۶۳ شبکه‌های بهداشتی درمانی با تصویب مجلس شورای اسلامی تشکیل شدند که مبتنی بر ۴ اصل PHC یعنی عدالت، مشارکت مردمی، همکاری بین‌بخشی و تکنولوژی مناسب بودند. بر مبنای این ۴ اصل اجزاء PHC تعیین و خدمات به مردم ارائه شدند. در روستاها این برنامه کامل پیاده گردید ولی در شهرها با فراز و نشیب‌هایی همراه بوده و به صورت کامل ارائه نشد. نتایج بدست آمده از این برنامه‌ها بهبود دسترسی همگان به خدمات بهداشتی در سطح منطقه EMRO و در WHO بود که از مهمترین دستاوردها بهبود شاخص‌های بهداشتی، کاهش بیماری‌های عفونی قابل پیشگیری با واکسن، کاهش نرخ مرگ و میر مادران باردار و کودکان، بهبود وضع تغذیه کودکان، افزایش شاخص قد افراد و افزایش امید به زندگی بوده است. در اواخر دهه هفتاد با آسیب‌شناسی دوره‌ای نظام سلامت که انجام شد متوجه ایستایی در نظام سلامت وقت شدند. در دهه ۸۰ اعلام شد در نظام سلامت نیاز به پویایی احساس می‌شود که طرح پزشک خانواده در روستاها پیاده شد و در شهرها به صورت پایلوت در استان فارس و مازندران انجام شد. در شبکه بهداشت و درمان شهرضا در شهریور ۱۳۸۴ مرکز بهداشتی درمانی هونجان دارای پزشک خانواده گردید. در این دوران برنامه‌های سلامت در قالب اجزاء PHC افزایش یافت. ولی بتدریج شبکه‌ها در حال فرسودگی بودند تا این که در دهه ۹۰ طرح تحول نظام سلامت مطرح شد که با فعالیت در حوزه درمان آغاز گردید. اما شبکه‌های بهداشت و درمان تا حد زیادی نیز تجهیز شدند. در روستاها ما به‌رورز چندپیشه را داشتیم و در شهر نیز تلاش شد در ارائه خدمات بهداشتی به همین‌گونه عمل شود که بجز خدمات قابل ارائه توسط کارشناس تغذیه و سلامت روان بقیه خدمات بهداشتی را به کارشناس مراقب سلامت سپردند که این کارشناس چندپیشه در نظام سلامت مشغول به کار بود. ابتدا از روستاها، حاشیه شهرها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر شروع شد و سپس به مراکز شهری و شهرهای زیر ۱۰۰ هزار و بالای آن گسترش یافت. نکته جالب توجه اینکه آقای دکتر سیاری منشور اخلاقی تیم سلامت را وضع کردند که در آن ۸۵ بند اخلاقی تعریف شده است. هدف این است که در نظام سلامت مردم از خدمات ارائه شده رضایت داشته و شاخص‌های سلامت بهبود پیدا کند. در این راستا تیم سلامت که در رأس آن پزشک حضور دارد و همکاری مراقبین سلامت و به‌رورزان نیز در این تیم بسیار مشهود است با ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب بسته‌های خدمتی به گیرندگان خدمت که شامل مردم به طور عام و گروه‌های هدف می‌باشد. اگر ما بتوانیم تیم ارائه‌دهنده خدمت را در ارائه بسته‌های خدمتی یاری کنیم مسلماً افزایش رضایتمندی مردم را به دنبال خواهیم داشت که این امر میسر نمی‌گردد مگر با توانمندسازی اعضای تیم سلامت از طریق آموزش (آموزش پاسخگو). آموزشی که از دانشگاه به فراگیران داده می‌شود هیچ جایگزینی برای آن نمی‌شود داشت و قبلاً که دانشجویان دوره‌های آموزشی کارآموزی خود را در شبکه‌های بهداشت و درمان می‌گذراندند با آموزش‌هایی که بعد از دانش‌آموختگی برای آن‌ها بود قابل مقایسه نبود چرا که آموزش دوران دانشجویی با باورهای مثبتی آمیخته شده که با آموزش‌های هنگام اشتغال پزشک در عرصه نمی‌توان

مقایسه کرد. در آموزش‌های سال‌های اخیر کمتر دانشجویان متوجه شده‌اند که جایگاه‌های شغلی متفاوتی می‌توانند در آینده داشته باشند و به ویژه برای نظام سلامت تربیت نمی‌شوند.

مسیر حرفه‌ای پیراپزشکان در دوران طرح نیروی انسانی شامل:

دانش‌آموختگان شاغل در حوزه درمان مثل رادیولوژی - هوشبری - اتاق عمل و ...

دانش‌آموختگان شاغل در حوزه بهداشت مثل کلیه کارشناسان رشته‌های بهداشتی.

دانش‌آموختگان شاغل در حوزه دارو و غذا که داروسازان اگر در امور دارویی شبکه‌های بهداشت و درمان فعالیت کنند در حوزه غذا و دارو فعالیت خواهند کرد.

دانش‌آموختگان دندانپزشکی اختصاصاً در حوزه بهداشت مشغولند که در چارچوب مراقبت از دهان و دندان فعالیت می‌کنند و نقش آن‌ها فعالیت‌های پیشگیرانه است و بعد از اتمام طرح نیروی انسانی در مطب‌های خصوصی فعالیت دارند.

جایگاه‌های ایفای نقش پزشکان عمومی:

(۱) در اورژانس بیمارستان که وظیفه ارائه خدمات اولیه پزشکی اورژانس + اسکرین کردن مراجعات + آماده سازی بیماران جهت ویزیت تخصصی را دارند.

(۲) در حوزه بهداشت: الف) مدیریت مراکز بهداشتی درمانی به عنوان مقام ارشد علمی تیم سلامت. ب) مدیریت بیماری‌ها: ویزیت سرپایی بیماران، ج) مدیریت خدمات جامع سلامت پیشگیری: مرجع سطح ۲ خدمات پیشگیری.

در حوزه بهداشت با توجه به تعدد مراکز بهداشتی درمانی به پزشک عمومی بیشتر نیاز است که متأسفانه سال‌های آخر پزشکی آموزش‌ها صرفاً به ویزیت بیماران در اورژانس‌ها تعلق دارد و دانشجویان دید جامع‌نگر و فعالیت در حوزه بهداشت را پیدا نمی‌کنند.

(۳) در مطب: صرفاً به ویزیت بیماران می‌پردازند.

چگونگی جذب پزشک در سیستم بهداشت و درمان:

الف) بیمارستان‌ها: به صورت طرح، تبصره، پیمانی و استخدامی، ب) در حوزه بهداشت: (۱) طرح بر اساس نیاز حوزه بهداشت، (۲) شرکت‌های تأمین سلامت، (۳) قرارداد پزشک خانواده، (۴) رسمی به صورت جایگزین‌ها / پزشک اپیدمیولوژیست / درمانگر سل / درمانگر اعتیاد / مشاوره ژنتیک.

خدمات پیشگیری و درمان در حوزه بهداشت در قالب گروه‌های سنی و برنامه‌های بهداشتی به شرح زیر تعریف شده است:

(۱) گروه سنی کودکان زیر ۵ سال: پایش رشد - هیپوتیروئیدی - زردی نوزادان - تغذیه با شیر مادر - مرگ نوزاد مادر - مامائی - کودک سالم.

(۲) گروه سنی نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال: معاینات دانش‌آموزی - واکسیناسیون.

۳) گروه سنی جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال: Assit - ارزیابی سلامت روان - غربالگری روان.

۴) میانسالان ۳۰ تا ۶۰ سال: مراقبت‌های دوره‌ای پرفشاری خون - دیابت - خطرسنجی بیماری‌های قلبی و عروقی - سرطان‌های شایع سلامت روان.

۵) سالمندان بسته خدماتی سالمندان: افسردگی - سقوط - سرطان کولون.

ویژگی‌های خدمات در حوزه بهداشت:

۱) اولویت‌دار بودن برحسب زمان: فصل مدارس / فصل بیماری‌های منتقله از آب / پزشکان مشاور بیماری‌های رفتاری و ایدز /

۲) برنامه‌محور بودن: تعریف خدمت / چگونگی انجام آن.

۳) جامع بودن: تمام گروه‌های سنی - جنسی.

۴) دیدگاه پیشگیری بر اساس اصول PHC.

۵) مستند بودن خدمات: هر فردی بر اساس سرشماری‌های ابتدای سال و دوره‌ای در حوزه جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت و یا مرکز جامع خدمات سلامت دارای یک پرونده الکترونیک سلامت می‌باشد. البته در شهرها جمعیت غیرفعال هم داریم که تلاش ما بر این است که این جمعیت را بتدریج تحت پوشش داشته باشیم. اطلاعات مراقبت‌های انجام شده برای افراد تحت پوشش در سامانه یک‌پارچه بهداشت (سیب) ثبت می‌گردد. به این طریق، عملکرد کمی (و تا حدودی کیفی) هر پزشک و مراقب سلامت مستند شده که شاخص‌های مربوطه با عملکرد اعضای تیم سلامت قابل سنجش و پایش می‌باشد. این شاخص‌ها در سطح مدیریتی در شهرستان، استان و دانشگاه قابل دسترسی هستند.

چگونگی بهبود کیفی ارائه خدمات پزشک در نظام سلامت در حوزه سلامت:

۱) انگیزه شغلی: میزان زیادی از این انگیزش در دوران تحصیل در دانشگاه باید ایجاد شود. در ایران دانشجوی پزشکی از نادرترین سندرم‌هایی که در دنیا وجود دارد آگاه می‌شود ولی متأسفانه در مورد نحوه خدمت‌رسانی به مردم در حوزه بهداشت اطلاعی ندارد.

۲) آموزش مطلوب تئوریک.

۳) آموزش مطلوب در فیلد شبکه‌های بهداشت و درمان با حضور و درک شرایط موجود.

واژه مشترک تمامی گروه‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی surveillance (مراقبت) است که آموزش این واژه در دانشگاه و در فیلد عملیاتی شبکه به فراگیران هدف، یکی از اخلاقی‌ترین برنامه‌های آموزش دانشگاه می‌تواند باشد.

تعریف مراقبت: بدست آوردن اطلاعات، تحکیم اطلاعات، تجزیه و تحلیل اطلاعات، ارائه مداخله مناسب سلامت بر اساس تجزیه و تحلیل انجام شده بر روی اطلاعات.

ضرورت دارد آموزش مراقبت سلامت توأم با تثبیت انگیزشی مراقبت در وی در زمان دانشجویی بوده به نحوی که آموزش‌ها را تبدیل به باور کند و این امر میسر نمی‌گردد مگر این‌که آموزش در فیلد عملی و در عرصه خدمات باشد. در فیلد عملی دانشجوی لذت و شیرینی یک اقدام و مداخله

مؤثر بهداشتی در قالب خدمات بهداشتی به مردم را احساس می‌کند. مثلاً فردی که فشارخون او کنترل شده و پیشگیری از سکته قلبی اتفاق افتاده را به چشم می‌بیند. همچنین تفهیم و درک تأثیر تیمی کار کردن در حوزه سلامت توسط فراگیران هدف فقط در فیلد شبکه‌های بهداشت و درمان قابل انجام است.

در کنفرانسی که مدتی پیش برگزار شد به موضوع فرسودگی شغلی (Burn out) در جامعه پزشکی پرداخته بود. از ۲۰ رشته تخصصی بیشترین فرسودگی شغلی از متخصصین طب اورژانس و کمترین آن از متخصصین پزشکی اجتماعی بود. آیا می‌دانید چرا؟! نظر من این است که متخصصین پزشکی اجتماعی فرصت دیدن اثر خدمات سلامت جامع‌نگر خود را دارند و در نتیجه از کار خود بیشتر لذت می‌برند.

ضرورت‌های فیلد پزشکی اجتماعی:

✓ تقویم زمانی مؤثر: انتخاب زمان فیلد پزشکی اجتماعی در دوره آموزشی فراگیر مهم است.

✓ انتخاب مکان‌های آموزشی مؤثر و مناسب.

مشارکت فراگیران در امور خدمات جامع سلامت.