نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۹۷، صفحات ۴۳۸ تا ۴۴۸

۴۵ سال تجربه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران فرصت‌ها، چالش‌ها و نقشه راه آینده

نویسندگان:
حسین ملک‌افضلی[۱]، بیژن صدری‌زاده[۲]

چکیده

زمینه و هدف: این مقاله ۴۵ سال تجربه ایران را در توسعه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه بیان می‌کند و به فرآیند توسعه این مراقبت‌ها در ایران می‌پردازد. علاوه عواملی را که موجب رشد کمی و کیفی آن شده است بر می‌شمارد و به فرصت‌ها و چالش‌های پیش‌رو می‌پردازد و نقشه راه را برای آینده ترسیم می‌کند.

روش: با روش مرور کتابخانه‌ای و ثبت تجربیات افراد خبره و استفاده از منابع علمی موجود مطالب جمع‌آوری شده است.

یافته‌ها: از نکات مثبت و فرصت های موجود در ابتدای امر، بومی بودن کارکنان به‌خصوص بهورزان، سیاست‌گذاری برپایه شواهد علمی، آموزش مبتنی بر نیاز، ارائه خدمات به صورت فعال، نظام آماری مناسب و ساده، حمایت سازمان‌های بین‌المللی، داشتن نقشه راه برای توسعه کمی و کیفی برنامه با ملاحظه شرایط اکولوژیک هر منطقه، استفاده از ظرفیت کمی و علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی در تأمین منابع انسانی مورد نیاز و اعتلای کیفیت خدمات، تعهد بالای سیاسی و هدایت و نظارت مطلوب به‌خصوص در دهه اول انقلاب، است که منجر به بهبود چشمگیر شاخص های سلامت به‌خصوص در کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان، ریشه‌کنی، حذف یا کنترل بیماری‌های واگیردار، کاهش میزان باروری کلی و افزایش امید زندگی شده است. درخصوص نکات منفی و چالش ها، عدم اجرای برنامه پزشکی خانواده، شکل نگرفتن نظام ارجاع به صورت کامل، عدم تغییر به هنگام در ساختار و برنامه‌ها براساس نیاز جامعه، عدم استفاده کامل از فناوری اطلاعات در نظام آماری، تغییر در رویکردها با تغییر دولت‌ها و مدیران،کم‌رنگ بودن برنامه‌های مشارکت‌های مردمی و ضعف در همکاری‌های بین‌بخشی می‌توان اشاره کرد. در این راستا پیشنهادهایی به عنوان نقشه راه برای آینده درجهت توسعه مراقبت های بهداشتی درمانی ارائه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران با تحقیق شکل گرفت در سایه تعهد سیاسی و برنامه‌ریزی خوب به‌خصوص در روستا رشد کرد، لیکن اینک نیاز به بازسازی جدی دارد تا آنچه به دست آمده است از دست نرود.

کلید واژه: برنامه‌ریزی بهداشتی، سیاست بهداشت، مراقبت بهداشتی اولیه

بیان مسئله

تجربه آذربایجان غربی

در دهه ۱۳۵۰ بر پایه تجربه موفق برنامه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورهای چین و اتحاد جماهیر شوروی و به منظور تأمین عدالت اجتماعی در عرصه سلامت از طریق فراهم آوردن مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای روستانشینان، برنامه‌هایی در کشورهای مختلف به صورت آزمایشی به مرحله اجراء درآمد. این نهضت به ایران هم سرایت کرد و در نیمه اول دهه ۱۳۵۰ چندین پروژه به منظور فراهم کردن مراقبت‌های

۱. عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی
۲. عضو افتخاری فرهنگستان علوم پزشکی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

بهداشتی اولیه در روستاها به اجرا در آمد. یکی از این پروژه‌ها که دست‌مایه مراقبت‌های بهداشتی در شبکه بهداشت و درمان کشور است پروژه آذربایجان غربی است. این پروژه با همت وزارت بهداری، انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران و سازمان جهانی بهداشت در سال‌های ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۵ در ۱۷ روستای آذربایجان غربی درمنطقه چنقرانلو به اجرا درآمد. محرومیت روستانشینان کشور از خدمات بهداشتی درمانی که در آن زمان بیش از نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دادند و نوع مشکلات آن‌ها که به‌طور عمده با اجرای برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه قابل کنترل بود، موجب شد تا مسئولان وزارت بهداری، محققان انستیتو تحقیقات بهداشتی و سازمان جهانی بهداشت طرح آذربایجان غربی را در قالب به‌کارگیری کارکنان محلی به اجراء در آورند. در این طرح یک پسر و یک دختر روستایی که حداقل دارای سواد ابتدایی بودند با کمک مردم روستا انتخاب می‌شدند و بعد از دو سال آموزش به عنوان بهورز مرد (بهداشت‌یار) و بهورز زن (بهورز) در روستای خود در محلی به نام خانه بهداشت خدمات بهداشتی اولیه را به روستاییان محل سکونت خود به عنوان روستای اصلی و روستاییان نزدیک به روستای اصلی به عنوان روستای قمر ارائه می‌کردند. درس‌نامه بهورزان به زبان قابل فهم برای آن‌ها و کاملاً مرتبط با نیاز رو ستاییان در عرصه‌های ۸ گانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل موارد زیر:

۱. آموزش بهداشت
۲. تأمین آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
۳. بهبود تغذیه
۴. مراقبت مادران و کودکان از جمله تنظیم خانواده
۵. ایمن‌سازی
۶. پیشگیری و کنترل بیماری‌های بومی شایع
۷. درمان بیماری‌های معمولی از قبیل سرماخوردگی و اسهال
۸. تأمین داروهای اساسی

تنظیم و در سه بلوک آموزشی به صورت تئوری و عملی ارائه می‌شد. بهورزان پس از ۴ ماه آموزش تئوری در آموزشگاه بهورزی که در شهر قرار داشت و به صورت شبانه‌روزی اداره می‌شد به تناوب در خانه‌های بهداشت و در آموزشگاه بهورزی زیر نظر مربیان مربوطه دانش و مهارت‌های عملی لازم را برای ارائه خدمت کسب می‌کردند. و پس از شروع به کار رسمی نیز به‌طور مرتب توسط مربیان آموزشگاه بهورزی بازآموزی و نظارت می‌شدند. سه سال پس از اجرای طرح مشخص شد که در روستای تحت پوشش شاخص‌های پوشش خدمات و میزان‌های مرگ مادران و کودکان به صورتی معنی‌دار نسبت به روستاهای دیگر بهبود یافته است. حمایت سیاسی از پروژه مذکور توسط مسئولان وقت وزارت بهداری، پشتوانه علمی دانشگاه و سازمان جهانی بهداشت و مقبولیت پروژه توسط مردم موجب شد تا در سال ۱۳۵۵ برنامه ایجاد خانه‌های بهداشت زیر نظر مربیان آموزشگاه بهورزی به عنوان یک برنامه ملی تصویب و برای اجراء به سازمان‌های منطقه‌ای بهداری و بهزیستی استان‌ها ابلاغ شود.

تدوین طرح تفصیلی شبکه بهداشت و درمان شهرستان

گرچه پروژه آذربایجان غربی با موفقیت اجراء شد، لیکن این پروژه صرفاً مراقبت‌های بهداشتی اولیه را شامل می‌شد. عدم ارتباط خانه‌های بهداشت با دیگر واحدهای خدمات بهداشتی درمانی کشور و تقاضای روستاییان برای برخورداری از خدمات درمانی پیشرفته‌تر از عمده اشکالات این طرح بود. در فاصله سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۳ که مصادف با پیروزی و استقرار انقلاب اسلامی در کشور ایران بود دو حادثه مهم لکن متفاوت در برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه رخ داد از یک طرف با توجه به ابلاغ ایجاد خانه‌های بهداشت در استان‌های کشور و به دلیل کاهش نظارت مرکز، استان‌ها اقدام به گرفتن بهورزان غیربومی و در بسیاری از اوقات ساکن شهر نمودند و لذا اصل بومی بودن بهورز در فاصله ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۳ که منجر به استقرار تقریباً ۲۵۰۰ خانه بهداشت شده بود خدشه‌دار شد. از طرف دیگر چند نفر از همکاران با تجربه وزارت بهداری فرصت یافتند تا طرح ارتباط خانه های بهداشت را با سایر واحدهای خدمات بهداشتی درمانی تدوین و در قالب دفترچه هایی برای هر شهرستان تهیه کنند. در این دفترچه‌ها سطوح نظام شبکه برای هر شهرستان تعریف و مشخص شده است به‌علاوه نیروی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

انسانی هر سطح براساس شرح وظایف آن‌ها نیز محاسبه و برای هر واحد مشخص شده است. براساس این طرح شبکه بهداشت و درمان شهرستان دارای سطوح خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی در روستا و مرکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز بهداشت شهرستان و آموزشگاه بهورزی در شهر است. این مجموعه تحت نظارت فنی مرکز بهداشت استان خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و درمان سرپایی را به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌کند و رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان عهده‌دار هماهنگی خدمات بهداشتی و درمانی، جلب همکاری‌های بین بخشی، و سازماندهی مشارکت مردم است.

در طرح جدید خانه بهداشت جمعیتی حدود ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. خانه بهداشت معمولاً داری یک بهورز مرد و یک بهورز زن است، خانه بهداشت علاوه بر روستای اصلی که مقر خانه بهداشت است در صورت نیاز یک یا چند روستای فرعی که فاصله آن‌ها تا روستای اصلی حداکثر معادل یک ساعت پیاده روی (یا ۵ کیلومتر) است به نام روستای قمر تحت پوشش دارد. بهورزان خدمات خود را به صورت فعال به شکل ویزیت منزل و اماکن عمومی انجام می‌دهند. بهورزان هر سال جمعیت تحت پوشش خود را سرشماری می‌کنند. و لیست گروه های نیازمند خدمات مثل مادران باردار، کودکان و زنان نیازمند برنامه تنظیم خانواده را تهیه و برابر برنامه‌های تعریف شده خدمات لازم را به صورت فعال به آن‌ها ارائه می‌کنند. بهورزان زن به‌طور عمده مسئولیت ایمن‌سازی و بهداشت خانواده و بهورزان مرد مسئولیت بهداشت محیط، بازدید مدارس و اماکن عمومی را عهده‌دار هستند. بهورزان نسبت به ارجاع بیماران به مرکز بهداشتی درمانی روستایی، پیگیری و آموزش بیماران و تنظیم و گزارش آمارهای بهداشتی اقدام می‌کنند. مهم‌ترین خصلت برجسته خانه بهداشت را می‌توان در انتخاب بهورز بومی مرد و زن با توجه به شرایط فرهنگی جامعه، آموزش و پرورش مناسب آن‌ها در آموزشگاه بهورزی، نظام مراقبت و ثبت خدمات، جمع‌آوری اطلاعات و بالاخره نظارت توأم با بازخوراند دانست.

مرکز بهداشتی درمانی روستایی که به طور متوسط پنج خانه بهداشت یعنی ۷۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد، عهده‌دار نظارت بر کار بهورزان، پذیرش موارد ارجاع شده توسط بهورز و دادن بازخوراند به آن‌ها و ارجاع موارد به سطوح بالاتر و در صورت نیاز پیگیری آن‌ها، تکمیل فرم‌های آماری و گزارش آن‌ها به مرکز بهداشت شهرستان و بالاخره مسئول تقویت همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم در جمعیت تحت پوشش است. نیروی انسانی این سطح شامل: پزشک، کاردان‌های بهداشتی در عرصه‌های بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهداشت دهان و دندان، تکنسین دارویی، و نیروهای اداری و خدماتی است. در بعضی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی به اعتبار موقعیت مرکز و برنامه‌ای که در نظام شبکه ادغام شده است تکنسین آزمایشگاه نیز وجود دارد. نکته قابل توجه اینکه کاردان‌های بهداشتی براساس شرایط ویژه‌ای از بین دارندگان مدرک دیپلم متوسطه ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز انتخاب و پس از دو تا سه سال تحصیل متعهد خدمت در مرکز بهداشتی درمانی روستایی همان محل هستند. این مرکز همواره با مشکل تأمین پزشک مواجه بوده است و پزشک آن‌ها به‌طور عمده تا سال‌های قبل از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و محدود بودن تعداد دانشکده‌های پزشکی درکشور از خارج از کشور تأمین می‌شد و یا از قانون اجباری اعزام پزشکان مرد فارغ‌التحصیل به روستاها برای ۱۵ تا ۲۴ ماه استفاده می‌شد. درحال‌حاضر طرح پزشکی خانواده استخدام پزشک را با مزایای مکفی برای مراکز بهداشتی درمانی روستایی میسر ساخته است.

مرکز بهداشتی درمانی شهری که در واقع متناظر مرکز بهداشتی درمانی روستایی است جمعیتی حدود ۱۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. نیروی انسانی این مرکز همانند مرکز بهداشتی درمانی روستایی است و این مرکز هم مسئول ارتقای سلامت، پیشگیری و ارائه خدمات و درمان سرپایی به جمعیت تحت پوشش خود است. نکته مهم اینکه در مرکز بهداشت درمانی شهری برخلاف خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی، خدمات به صورت فعال به مردم ارائه نمی‌شود. به عبارت دیگر مکانیسمی برای پیگیری خانواده ها توسط پرسنل مرکز وجود ندارد. ولی منتها مردم می‌توانند برای استفاده از خدمات بهداشتی، درمانی به بخش خصوصی که تعداد آن‌ها در شهرها

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

کافی است مراجعه کنند. به دلیل کیفیت بالای خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری، مردم معمولاً برای خدمات پیشگیری مثل واکسیناسیون، مراقبت مادر و کودک و تنظیم خانواده از مراکز دولتی استفاده می‌کنند، لیکن استقبال چندانی از این مراکز برای خدمات درمانی نمی‌شود.

مرکز بهداشت شهرستان عهده دار برنامه‌ریزی تفصیلی، نظارت و ارزشیابی و تدارکات خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری است. این مرکز دارای کارشناسان متعدد بهداشتی با مدرک لیسانس یا بالاتر در رشته‌های بهداشتی است و امور مالی، اداری و فنی واحدهای تحت پوشش را سرپرستی می‌کند. آموزشگاه بهورزی که محل زیست و تربیت بهورزان است تحت هدایت و نظارت این مرکز قرار دارد.

هدایت فنی مرکز بهداشت شهرستان توسط مرکز بهداشت استان انجام می‌شود. لیکن از نظر اداری زیرنظر مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان قرار دارد. شبکه بهداشت و درمان شهرستان ناظر بر همه خدمات بهداشتی و درمانی شهرستان اعم از سرپایی و بستری در بخش عمومی و خصوصی است و همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم را از طریق ارتباط با سازمان‌های دولتی شهرستان و معتمدین محل تقویت می‌کند.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان زیر نظر رییس دانشگاه علوم پزشکی استان قرار دارد و رییس آن توسط رییس دانشگاه تعیین می‌شود.

مرکز بهداشت استان دارای بودجه و ساختار مستقلی است و مسئولیت سیاست‌گذاری، حمایت، نظارت و ارزشیابی، تحقیق و باز آموزی پرسنل را در کل استان به عهده دارد، این مرکز دارای کارشناسان متعدد بهداشتی با مدرک فوق لیسانس و بالاتر است. تعداد مراکز بهداشت شهرستان به تعداد شهرستان‌های کشور و تعداد مراکز بهداشت استان به تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است.

گسترش کمی و کیفی شبکه بهداشت و درمان کشور

از سال ۱۳۶۳ تاکنون شبکه بهداشت و درمان کشور شاهد تحولات کمی و کیفی گسترده‌ای بوده است که در این قسمت به ذکر آن‌ها براساس زمان اتفاق اشاره می‌شود.

الف ـ تشکیل ستاد گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور

در سال ۱۳۶۳ ستادی تحت همین نام متشکل از وزیر بهداری و معاونان ایشان و چند کارشناس تشکیل شد تا گسترش شبکه را هدایت و نظارت کند. نویسنده اول مقاله به عنوان قائم‌مقام وزیر در ستاد گسترش شبکه مسئولیت گسترش شبکه را در کشور به عهده داشت. همکارانی که ستاد را از نظر کارشناسی پشتیبانی می‌کردند از آگاهی و تجربه کافی برخوردار بودند و تعدادی از آن‌ها همان تهیه‌کنندگان طرح‌های گسترش شبکه در کشور بودند. تعهد بالای سیاسی، حضور کارشناسان آگاه و دلسوز و مدیریت قاطع و پیگیر از خصوصیات حاکم بر این ستاد بود.

ب ـ تخصیص اعتبار توسط مجلس برای ایجاد و توسعه واحدهای شبکه در یک شهرستان از هر استان

در اسفند ماه سال ۱۳۶۳ پارلمان جمهوری اسلامی ایران پس از تلاش فراوان ۳ میلیارد ریال برای توسعه شبکه بهداشت و درمان یک شهرستان از هر استان اختصاص داد. ستاد گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان با این اعتبار جان تازه‌ای گرفت و عملیات توسعه کمی و کیفی شبکه را در شهرستان‌های منتخب با توجه به نکات زیر پیگیری کرد:

- بهورزان کم‌کار و به خصوص شهری از خدمت اخراج و یا به کار دیگر گمارده شدند.
- آموزشگاه بهورزی در هر یک از شهرستان‌های هدف ایجاد و با وسواس فراوان مربیان دلسوز برای آن‌ها انتخاب و در مراکز خاص تحت آموزش قرار گرفتند.
- برای بهورزان قدیمی که بومی بودند دوره‌های بازآموزی تشکیل شد تا با شرح وظایف جدید خود آشنا شوند.
- در انتخاب بهورزان جدید به اصل بومی بودن، مشارکت دادن شورای ده و حداقل و حداکثر سواد (داشتن سواد پایان دوره ابتدایی به عنوان حداقل و اجتناب از انتخاب داوطلب با

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

مدرک دیپلم متوسط به دلیل نگرانی از ماندگاری او در ر وستا) توجه خاص شد.

- در درسنامه‌های بهورزی بازنگری شد تا اصل ساده بودن، متناسب بودن محتوی با نیاز مردم روستا و آموزش تئوری و عملی به‌طور کامل در آن لحاظ شده باشد.
- فراهم کردن امکان زیست، برای بهورزان در آموزشگاه بهورزی تا بتوان آن‌ها را به عنوان الگوی زندگی برای روستاییان تربیت کرد.
- بازنگری در فرم‌های سرشماری، دفاتر ثبت خدمات و آمارهای مربوط به ثبت موارد تولد و مرگ و پوشش خدمات.
- تأکید بر نظارت مداوم بر کار بهورزان توسط مربیان آموزشگاه بهورزی تا زمان استقرار پرسنل مرکز بهداشتی درمانی روستایی که مسئول اصلی نظارت بر کار بهورزان هستند.
- نظارت مستمر و شبانه‌روزی کارشناسان ستاد گسترش از شبکه‌های نمونه که به عنوان هدف گسترش انتخاب شده بودند.
- احتراز از ساخت هرگونه بنا با بودجه دولت در روستا به عنوان خانه بهداشت و تلاش در استقرار بهورزان در خانه‌های معمولی روستایی با تعمیرات جزیی.
- تهیه موتورسیکلت برای بهورزان مرد به منظور سرکشی به اماکن عمومی و روستاهای قمر
- آموزش پزشکان مرکز بهداشتی درمانی روستایی که در آن زمان به‌طور عمده خارجی بودند و به کارگیری تدریجی کاردان‌های بهداشتی در این مراکز
- تهیه اتومبیل مناسب برای پرسنل آموزشگاه بهورزی، مرکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی جهت نظارت بر کار خانه‌های بهداشت (اعتبار مربوط به خرید اتومبیل‌ها از منبع دیگری به جز بودجه تخصیص داده شده توسط مجلس تأمین شد)
- ارزشیابی خانه‌های بهداشت از نظر پوشش خدمات و کاهش مرگ مادران و کودکان و اطلاع‌رسانی به سیاست‌گذاران، دانشگاهیان و مردم.

اقدامات فوق موجب شناخته شدن ارزش کار خانه‌های بهداشت برای سیاست‌گذاران، دانشگاهیان و مردم شد به نحوی که در سال‌های بعد مجلس از اعتبار درخواستی توسط ستاد گسترش شبکه استقبال کرد و در نتیجه این پروژه همواره از حمایت مالی، سیاسی، علمی و مردمی برخوردار بوده است.

پ ـ ادغام برنامه‌های عمودی موجود و برنامه‌های جدید در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور

پس از کامل شدن تدریجی شبکه بهداشت و درمان شهرستان و حضور کاردان‌های بهداشت در مراکز بهداشتی درمانی روستایی به تدریج خدمات جاری بهداشتی، درمانی که قبلاً به صورت عمودی اجراء می‌شد، در نظام شبکه ادغام شد. شبکه با خدمات بهداشت خانواده یعنی واکسیناسیون، مراقبت از مادر و کودک و تنظیم خانواده شکل گرفت، لیکن به‌تدریج خدمات بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت مدارس، بهداشت دهان و دندان و مبارزه با بیماری‌ها که قبلاً به صورت عمودی انجام می‌شد در نظام شبکه ادغام شد. علاوه بر ادغام خدمات عمودی موجود برنامه‌های جدید مثل اختلالات ناشی از کمبود ید، بهداشت روان، کنترل مالاریا، کنترل سل، دیابت، فشارخون، کم کاری تیرویید و سایر برنامه‌ها با پروتکل مشخص در نظام شبکه ادغام شد. در فرآیند ادغام بیماری‌ها وظیفه بهورزان در پنج حیطه آموزش - تشخیص زودهنگام، ارجاع، پیگیری و گزارش‌دهی است. مهم‌ترین چالش ادغام خدمات در نظام شبکه، مسئله ارجاع است که بعداً درباره آن صحبت خواهد شد.

ت ـ تشکیل رابطان بهداشت به منظور فعال ساختن خدمات در مراکز بهداشتی درمانی شهری

همانطور که اشاره شد در مراکز بهداشتی درمانی شهری، خدمات به صورت غیرفعال ارائه می‌شد و مکانیسمی برای تشویق مراجعه و پیگیری مراجعان وجود نداشت، در سال ۱۳۶۸ برپایه تحقیقی که در شهر ری انجام شد مشخص شد که استفاده از داوطلبان زن محله به عنوان رابط بهداشت مکانیسم مناسب برای فعال کردن خدمات است. داوطلبان زن از بین زنان محله دارای سواد خواندن و نوشتن، خوش‌نام و علاقمند انتخاب

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

و پس از فراگرفتن آموزش‌های لازم مسئول خدمت‌رسانی به ۵۰ خانوار محله خود می‌شوند، این گروه مسئولیت آموزش بهداشت، تشویق خانواده‌ها برای استفاده از خدمات مرکز، پیگیری موارد، جمع‌آوری آمارهای حیاتی و مشارکت در پروژه‌های تحقیقاتی را به‌عهده دارند. تعداد رابطان بهداشت درحال‌حاضر بالغ بر ۲۵۰/۰۰۰ نفر و جمعیتی حدود ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ را تحت پوشش دارند. رابطان بهداشت که نمونه بارزی از مشارکت مردم است خدمات خود را تنها به خدمات بهداشتی محدود نکرده‌اند بلکه در عرصه‌های عمرانی، اقتصادی و اجتماعی نیز فعالیت دارند و در واقع بهداشت را با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توسعه می‌دهند.

ث ـ تشکیل شورای عالی بهداشت و تغذیه به منظور تقویت همکاری‌های بین بخشی

از سال‌های اولیه گسترش شبکه شورایی به نام شورای عالی بهداشت و تغذیه زیرنظر رییس جمهور و مشارکت وزرا و رؤسای سازمان‌های مرتبط تشکیل و با برگزاری جلسات نه چندان مرتب پاره‌ای از مسائل مرتبط با بهداشت و تغذیه را پیگیری کرد. نمونه بارز این فعالیت‌ها اقدامات مربوط به واکسیناسیون، یددار کردن نمک، کاهش سوانح و حوادث جاده‌ای، محدودیت استفاده از سیگار و استفاده از نوشابه‌های گازدار است. در استان‌ها هم شورای استان با حضور استاندار و رؤسای ادارات مربوطه تشکیل و زمینه همکاری بین بخشی را فراهم می‌کنند. این شورا درحال‌حاضر به نام ساغ نامیده می‌شود که خلاصه کلمات سلامت و امنیت غذایی است و با تشکیل معاونت اجتماعی و ساختارهایی به نام مجمع سلامت محله، مجمع سلامت شهرستان، مجمع سلامت استان، مجمع سلامت ملی، در عرصه مشارکت‌های مردمی و توسعه همکاری‌های بین‌بخشی و رصد شاخص‌های عدالت در سلامت بیش از پیش فعال است.

ج ـ طرح پزشکی خانواده به منظور تقویت نقش مراکز بهداشتی درمانی

با توجه به مشکل به‌کارگیری پزشک در مراکز بهداشتی درمانی روستایی از سال ۱۳۸۳ با تصویب مجلس، صندوقی به نام صندوق بیمه روستاییان تشکیل شد، از اعتبارات این صندوق برای به‌کار گیری پزشکان عمومی و مامای لیسانسیه در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استفاده شد. لیکن اشکال عمده این است که پزشکان استخدام شده به‌طور عمده به فعالیت‌های درمانی می‌پردازند و از نقش خود به عنوان پزشک جامع‌نگر که باید انواع خدمات ارتقای سلامت شامل پیشگیری، تشخیص زود هنگام، درمان و توانبخشی را به مردم تحت پوشش ارائه دهند بی‌اطلاع هستند و یا اگر اطلاع دارند مکانیسم مناسب مالی و اداری برای انجام آن وجود ندارد. بعد از اجرای طرح پزشکی خانواده در روستا، تعمیم آن به شهرها مورد توجه قرار گرفت به‌خصوص در دو استان مازندران و فارس. لیکن اجرای این طرح در شهرها با فراز و نشیب‌های بسیار همراه بوده و در مجموع ناموفق است.

چ ـ ترمیم شبکه از طریق اضافه کردن پایگاه بهداشت در مناطق شهری

با توجه به مشکل دسترسی به خدمات بهداشتی در بعضی از محلات شهر و علاقه مردم به استفاده از خدمات بهداشتی که توسط مراکز بهدا شتی درمانی شهری ارائه می‌شد، تصمیم گرفته شد در این گونه مناطق مراکزی شبیه خانه‌های بهداشت به نام پایگاه بهداشت با پرسنل کاردان تشکیل شود تا زیر نظر مرکز بهداشتی درمانی شهری و با همکاری رابطان بهداشتی، خدمات بهداشتی را در همان قالب خانه‌های بهداشت به جمعیت تحت پوشش خود ارائه کنند. در سال‌های اخیر با استفاده از بودجه طرح تحول سلامت مراکز و پایگاه‌هایی در حاشیه شهرها تشکیل شده است و با اضافه کردن کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان خدمات جامع‌تری به ساکنان حاشیه شهرها که جمعیتی بالغ بر ۱۲ میلیون نفر است، ارائه می‌شود.

نقاط قوت و چالش‌های بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران

پس از ۴۵ سال سابقه و ۳۴ سال فعالیت جدید شبکه بهداشت و درمان دارای نقاط قوت و چالش‌هایی است که اشاره به آن‌ها برای تدوین سیاست‌های جدید آموزنده خواهد بود.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

الف ـ نقاط قوت شبکه عبارتند از:

- تعهد بالای سیاسی به‌خصوص در شکل‌گیری شبکه به رغم شرایط جنگی در کشور
- وجود بهورزان بومی، برخوردار از آموزش مناسب، دوستدار مردم، ارائه‌دهنده خدمات به صورت فعال، برخوردار از نظام آماری ساده و آگاهی‌دهنده همراه با برنامه نظارت و آموزش مداوم
- آموزشگاه بهورزی برخوردار از مربیان آموزش دیده و علاقمند، پذیرایی شبانه‌روزی از بهورزان و توجه به تربیت بهورزان درکنار آموزش آن‌ها و داشتن درس‌نامه‌ای ساده و متناسب با نیاز جامعه
- داشتن جمعیت تحت پوشش معین در همه واحدها و امکان ارزشیابی خدمات به دلیل اطلاع از جمعیت نیازمند خدمات
- وجود مرکز بهداشت استان با بودجه ساختار مستقل و داشتن اختیارات کامل در برنامه‌ریزی تفصیلی. متأسفانه در سال‌های اخیر این مهم با مشکل مواجه شده است.
- یکی بودن نظام آموزش و خدمت که موجب غنای علمی شبکه از یک طرف و جامعه‌نگر شدن دانشگاه و دانشجویان از طرف دیگر می‌شود. لیکن این مهم نیز به‌طور کامل محقق نشده است.
- استفاده از عرصه بهداشت برای آموزش عملی دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی کشور.
- حضور پزشکان خانواده و ماماها و کاردان‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی به عنوان یک فرصت برای ادغام بیماری‌های غیرواگیر در نظام شبکه و برقراری نظام ارجاع. (انشاءا...)
- حضور رابطان بهداشت به عنوان داوطلبان مردمی برای تحقق اصل مشارکت دادن مردم در تصمیم‌گیری و ارائه خدمات و ترویج رویکرد اجتماعی به سلامت
- توسعه طرح پزشکی خانواده به شهرها فرصت مناسبی را برای سامان‌دهی خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در مناطق شهری و حاشیه‌نشین شهری که ۲/۳ جمعیت کشور را شامل می‌شود، فراهم کرده است.
- تشکیل معاونت اجتماعی به منظور اجتماعی شدن نظام سلامت از طریق سازماندهی و استفاده از پتانسیل موجود در جامعه و نهادهای دولتی و غیردولتی

ب ـ چالش‌های شبکه عبارتند از:

بی‌تردید فعالیت بهورزان در سال‌های اولیه متناسب با نیاز مردم بوده است، لیکن امروزه با توجه به موفقیت برنامه‌های واکسیناسیون، مراقبت مادران و کودکان و تنظیم خانواده، جامعه به برنامه‌های دیگر ازجمله خدمات مربوط به بیماری‌های غیرواگیر و پیشگیری و کنترل رفتارهای پرخطر و اصلاح شیوه‌های زندگی نیازمند است و ضمناً به دلیل بالارفتن سطح سواد در روستاها ضرورت بازنگری در انتخاب بهورزان، ارتقای مربیان آموزشگاه‌های بهورزی و درسنامه بهورزان یک موضوع جدی است که خوشبختانه در سال‌های اخیر مورد توجه وزارت بهداشت بوده است.

- ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداری گرچه مزایایی را به دنبال دا شته است، اما به دلیل اشتغال فراوان رئیس دانشگاه و معاونان ایشان که همگی اعضای هیأت علمی هستند کم رنگ شدن نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد زیرا جاذبه آموزش، درمان و پژوهش از مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیشتر است.
- نهضت اصلاحات و تحول در نظام سلامت به‌خصوص مشارکت دادن مردم در تأمین هزینه‌ها ممکن است موجب کاهش تعهد دولت در تأمین منابع مالی شود و در نتیجه جوامع محروم و نیازمند را از خدمات بهداشتی درمانی اولیه محروم سازد.
- هنوز هم در برنامه آموزش پزشکی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به نحو کامل تدریس نمی‌شود و ممکن است پزشکان فارغ‌التحصیل که به عنوان پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی مستقر می‌شوند به جامعیت نظام شبکه صدمه وارد کنند.
- تربیت انبوه متخصص و فوق تخصص و ضرورت تهیه امکانات و وسایل مورد نیاز آن‌ها تهدید جدی برای تأمین اعتبار مورد نیاز مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

- نظام آماری با توجه به تکنولوژی انفورماتیک تحول لازم پیدا نکرده است.
- فرهنگ تحقیق و تصمیم‌گیری بر پایه شواهد چندان در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی وارد نشده است و غالباً تصمیمات برپایه نظرات افراد صاحب نفوذ شکل می‌گیرد.
- مشارکت مردم در سطح ارائه خدمات در قالب رابطان بهداشت، گسترده و قابل تقدیر است، لیکن هنوز مردم از توانمندی لازم برای مشارکت در تصمیم‌گیری برخوردار نیستند.
- همکاری‌های بین‌بخشی به صورت سلیقه‌ای در بعضی از مناطق انجام می‌شود لیکن فاقد ساختار و نهاد تعریف شده و پایدار است. امید اینکه با تشکیل معاونت اجتماعی امر مهم مشارکت مردم و همکاری بین‌بخشی به نحو مطلوب شکل گیرد.
- مستندسازی اقدامات انجام شده به دلیل رایج نبودن زبان انگلیسی و کمبود ارتباطات بین‌المللی به خوبی انجام نشده است.

پزشکی خانواده به عنوان استراتژی مناسب برای وصول به هدف مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه برای همه مردم

اصولی که در برنامه پزشکی خانواده با رویکرد مراقبت های بهداشتی ـ درمانی اولیه باید مراعات شوند، عبارتند از:

- پوشش همگانی (نبود موانع فیزیکی، مالی و فرهنگی برای استفاده از خدمات)
- برخورداری خدمات از بالاترین کیفیت
- جامعیت خدمات (ارتقاء، پیشگیری، غربالگری، درمان و توان‌بخشی در حوزه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی)
- تعریف و تعیین جمعیت تحت پوشش و شناخت گروه‌های نیازمند به خدمات در این جمعیت
- ارائه خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و غربالگری به صورت فعال برابر برنامه مدون
- دادن هویت مستقل ساختاری و برخورداری از نیروی انسانی ماهر و چندپیشه برای خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و غربالگری
- برخورداری از نظام ارجاع تعریف شده در عرصه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
- برخورداری از نظام اطلاعات مناسب برای تصمیم‌سازی براساس شواهد و ابزاری برای حمایت‌طلبی
- استفاده از بخش خصوصی در نظام ارجاع.
- حضور فعال مردم در فرآیند مدیریت به‌خصوص تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری
- تقویت همکاری‌های بین‌بخشی به منظور پاسخگویی به آسیب‌های اجتماعی
- اولویت دادن به جمعیت حاشیه‌نشین شهرهای بزرگ و ساکنین شهرهای کوچک و مناطق محروم کشور (به این مهم در طرح تحول سلامت پرداخته شده است لیکن باید با رویکرد ادغام مراقبت‌های بهداشتی درمانی با تعیین‌کننده‌های اجتماعی کامل شود.)
- تجمیع منابع مربوط به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و سپردن نحوه هزینه آن به وزارت بهداشت
- مشارکت دادن شهرداری‌ها در فراهم‌سازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه با حفظ مسئولیت حکمرانی وزارت بهداشت
- تأمین حقوق کارکنان بخش بهداشت تا انگیزه آن‌ها برای انتقال از سایر بخش‌ها از جمله درمان و آموزش کمتر شود.

خلاصه و نتیجه

مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران سه دوره را پشت سر گذاشته است. دوره اول یعنی فاصله ۱۳۵۲ تا ۱۳۶۳ را باید دوره آمادگی و کسب تجربه نامید. در این دوره به دلیل تعهد بالای سیاست‌گذاران بهداشت مملکت و همکاری خوب مراکز علمی و تلاش کارشناسان زبده در وزارت بهداری طرح آزمایشی با موفقیت در منطقه آذربایجان انجام شد و ایجاد خانه‌های بهداشت به عنوان سیاست ارائه خدمات به روستاییان به تصویب وزارت بهداری قبل از انقلاب رسید. در سال‌های اول انقلاب به دلیل نابسامانی‌های اجرایی در

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

انتخـاب صحیح بهورزان و آموزش آن‌ها اشکالاتی بـه وجـود آمـد، لیکن در همین مدت کارشناسان مبرز وزارت بهـداری طـرح‌هـای گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های کشور را بـا لحـاظ کردن موانع جغرافیایی و فرهنگی و محاسبه نیـروی انسانی برای هر واحد تهیه کردند.

دوره دوم که شامل سـال‌های ۱۳۶۴ تـا ۱۳۷۵ می‌باشد، توسعه شبکه بهداشـت و درمـان بـا تعهـد بـالای سیاسـی مسـئولان بهداشت کشور و همچنین حمایت جانانه مجلـس شـورای اسـلامی شتاب خیره‌کننده‌ای گرفت. دراین مرحلـه علـی‌رغـم ادامـه جنـگ تحمیلی تا سال ۱۳۶۸ اقـدامات بـسیار مهمی بـه‌شـرح زیـر انجـام گرفت:

- خانه‌تکانی خانـه‌هـای بهداشـت موجـود از طریـق تغییـر بهورزان شهری و بازآموزی بهورزان روستایی
- تأکید بر بومی بودن بهورزان و آموزش صحیح آن‌ها
- ایجاد و تقویت آموزشگاه‌های بهورزی درسطح شهرستان
- تدوین نظام آماری ساده، لیکن کارآ
- به‌کارگیری کاردان‌های بهداشتی در مراکـز بهداشـتی درمـانی روستایی
- استقرار مرکز بهداشت استان و تفویض اختیـارات مـالی و اداری به آن‌ها

با وجود این، عمده پیشرفت شـبکه و اثربخشـی آن در کـاهش شـاخص‌هـای مـرگ و تولـد در منـاطق روسـتایی کشـور مـدیون زحمـات بهـورزان در خانـه‌هـای بهداشـت و آمـوزش و نظـارت دلسوزانه‌ای بود که از طرف آموزشـگاه بهـورزی و مرکـز بهداشـت شهرستان و اسـتان انجـام مـی‌شـد. در ایـن دوره شبکه بهداشت و درمـان کـشور بـه‌خـصوص خانـه بهداشت و بهورز شـهرت جهـانی گرفـت و همـواره مـورد حمایـت بـالاترین مقامـات مملکـت بـود. لـیکن مراکـز بهداشتی درمانی به‌خصـوص در روسـتا بـه دلیـل نداشـتن پزشک جامعه‌نگر و ماندگار همواره به عنـوان نقطـه ضعف شبکه تلقی می‌شد و به همین دلیل نظـام ارجـاع از خانـه بهداشـت بـه مرکـز بهداشـتی درمـانی روسـتایی و از مرکـز بـه بیمارستان شهر دچار مشکل بود.

ادغام آموزش پزشکی در خدمات بهداشتی درمـانی در همـین دوره انجـام گرفـت، گرچه ایـن ادغـام بـه غنـای علمـی شـبکه افـزود، لـیکن نتوانست تغییر مهمی در محتـوای آمـوزش و نگـرش اعـضای هیأت علمی ایجاد کند و در واقع در قالـب مـوارد شـبکه بهداشت و درمان و دانشگاه که بـه ظـاهر زیـر یـک چتـر مـدیریت بودند هر کدام جداگانه به راه خود ادامه دادند. و حتـی در پـاره‌ای موارد کارشناسان شایسته شـبکه بـه دلیـل جاذبـه و مزایای هیـأت علمی شبکه را رها و به دانشگاه پیوسـتند. در همـین فاصـله زنـان داوطلب محله به نام رابط بهداشت نقش ارزنده‌ای در خدمت رسانی به ساکنان شـهرهای محـروم و حاشیه شهرهای بزرگ ایفـا کردنـد. و در واقـع ایـن گـروه مفهوم مشارکت مـردم را در عرضـه خـدمات نشان دادند.

در دوره سـوم یعنـی از سـال ۱۳۷۵ تـاکنون شـاهد اقـداماتی برای تحول اساسی در نظام شبکه هستیم که نیـاز آن مبـرم لـیکن شتاب آن بسیار کند است.

ازجمله این اقـدامات حـضور پزشـکان خـانواده در مرکـز بهداشتی درمانی است که البته می‌توانـد هماننـد شمشـیر دو دم بسیار مفیـد و یا خدای نکرده بسیار مضر باشد. چنانچـه پزشـکان خـانواده با مسئولیت‌های خـود آشـنا باشـند و در حیطـه‌هـای ارتقـای سـلامت، پیشـگیری و غربـالگری درکنـار خـدمات درمـانی انجام وظیفه کنند و از مهارت لازم برای برقراری ارتبـاط به منظور تقویت همکاری‌های بین‌بخشی و مشـارکت مـردم نیـز برخـوردار باشـند، ایـن اقـدام بسـیار مفیـد و موجـب تقویـت خانه‌های بهداشت خواهـد شـد. امـا اگـر پزشـکان تنهـا بـه خدمات درمانی بپردازند و از نظـارت و حمایـت بهـورزان غافـل شوند بیم آن می‌رود که نقش فعال بهورزان نزد مـردم و مسئولان به فراموشی سـپرده شـود. نکتـه دیگـر بـازنگری در انتخـاب و آموزش بهورزان است. نوع بیماری‌هـا و رفتـار و شـیوه زنـدگی مـردم ایجـاب مـی‌کنـد کـه بهـورزان بـرای پاسـخگویی بـه نیـاز امروز جامعه که به طور عمده بیماری‌هـای غیرواگیـر و مشـکلات رفتاری اسـت آمـاده شـوند. دراین‌خصوص اقداماتی انجام شـده اسـت و حتـی در درسـنامه جدید بهورزان تهیه شده اسـت ولـی ایـن امر از سـرعت لازم برخوردار نیست.

به منظور تقویـت همکـاری‌هـای بـین بخشـی شـورای عـالی بهداشت و تغذیه کـه تحت نظر ریـیس جمهـور تـشکیل مـی‌شـود بیش از پیش‌فعال شده است و تصمیمات مـؤثری در راستای کاهش

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

حوادث جاده‌ای، عدم استفاده از نوشابه‌های الکلی و استعمال دخانیات گرفته است اما پیگیری این تصمیمات برای اجرا با فراز و نشیب‌های زیادی همراه بوده است.

در مجموع می‌توان گفت که مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران با تحقیق شکل گرفت در سایه تعهد سیاسی و برنامه‌ریزی خوب به خصوص در روستا رشد کرد، لیکن اینک نیاز به بازسازی جدی دارد تا آنچه به دست آمده است از دست نرود.

امید است با تشکیل معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت، تحول اساسی در رویکرد به سلامت در واژه اجتماعی شدن نظام سلامت رخ دهد که البته تحقق این امر مستلزم تحول در ارائه خدمات، آموزش و پژوهش است که شرح مبسوط آن در این مقاله نمی‌گنجد.

در پایان جمهوری اسلامی ایران مفتخر است که به برکت اجرای برنامه‌های توسعه‌ای در ارتباط با سوادآموزی، بهداشت و ارتباطات تغییر اساسی در شاخص‌های بهداشتی مملکت به‌خصوص در عرصه مرگ مادران و کودکان رخ داده است که در قسمت خلاصه همین مقاله به آن اشاره شده است.

Rendition of Primary Healthcare in the Islamic Republic of Iran: Experience, Opportunities, Challenges and Future Roadmap

Hossein Malekafzali[1], MD and Bijan Sadrizadeh, MD[2]

Abstract

Aim: This article presents 40 years of experience in the process of developing primary healthcare. It also addresses the opportunities and challenges ahead and outlines the roadmap for the future.

Method: A literature review was undertaken, recording, documenting and using available scientific resources.

Results: Positive points and opportunities at the onset, and especially in the first decade after the revolution were noted. Training medical technicians, evidence based policymaking, need-based education, simple statistical system, international organization support, formulation of a roadmap for quantitative and qualitative development of the program considering ecological conditions of each region, use of the quantitative scientific capacity of medical universities to exploit human resources and improve services rendered, proper guidance and supervision were undertaken. This led to a significant improvement in health indicators, particularly in reducing maternal and child mortality rate, eradication and elimination or control of communicable diseases, decreasing total fertility rate and increasing life expectancy.

Shortcomings and challenges included failure to implement family medicine planning , failure to organize the whole referral system, lack of timely change in structure and implementing programs based on community needs. Lack of full use of information technology in the statistical system, change in approaches and management with changing governments and managers, lack of public participation programs and weakness in cross-sectoral partnerships necessitate further planning .In this regard, suggestions are presented as a roadmap for future development of the healthcare system.

Conclusion: Primary healthcare was established through research in the Islamic Republic of Iran and it grew by commitment and planning, especially in rural villages; however, it needs serious reconstruction in order to preserve what has been achieved.

Keywords: Health Planning, Health Policy, Primary Health Care

1. Fellow of the Academy of Medical Sciences IR. Iran
2. Honorary member of academy of medical sciences I.R Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

منابع

1. Shadpour K. The PHC Experience in Iran Second Edition. Tehran: UNICEF; 1994.
2. Pileroudi C., The District PHC Networks in Iran. Tehran: UNICEF; 2001.
3. King M. An Iranian Experiment In Primary Health Care. The west Azarbaijan Project. First Edition. London: Oxford University Press; 1983.
4. Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance. World Health Organization; 2017
5. Malekafzali H. Primary Health case in Islamic Republic of Iran. sjsph 2014; 12(2): 1-10. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]