

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الطارف كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع

الملتقى الوطني الأول:

الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري

يومي: 21 - 22 أفريل 2014

استمارة المشاركة

الاسم واللقب: د. فاطمة الزهراء الزروق د. فتيحة كركوش

الوظيفة: أستاذة / الرتبة: أستاذة محاضرة أ (بالنسبة للأستاذتين المشاركتين)

العنوان الشخصي: شقة، البليدة

الهاتف: 0553186983

البريد الإلكتروني: fezzeroug@gmail.com

عنوان المداخلة: الرعاية الصحية الأولية: المفهوم والأهداف والإستراتيجيات

المخلص:

تعتبر الصحة حق أساسي وطبيعي من حقوق الإنسان، وهو ما أقرته دساتير المنظمة العالمية للصحة منذ نشأتها وفي كل طبعتها. غير أنه وعلى الرغم من التطور الهائل في مجال الصحة، مازال أداء النظام الصحي في الكثير من بلدان العالم لا يستجيب بالشكل المطلوب للحاجات الصحية للمجتمعات ولتوقعات الأفراد في هذا المجال، خاصة مع تزايد أعباء الاضطرابات المزمنة والأمراض ذات الأعراض المتعددة التي تتطلب تدابير علاجية متكاملة وشاملة.

وإذا كانت النظم الصحية هي الأخرى خاضعة للتحول السريع الذي يشهده العالم اليوم، فإن استراتيجيات الرعاية الصحية يجب أن تكون أكثر استجابة مما هي عليه حالياً للتغير الاجتماعي. إذ عليها أن تتكيف مع التحديات الصحية الجديدة التي أفرزتها العولمة والأخطار البيئية وأنماط الحياة الجديدة. ولهذا أصبح من الضروري الالتفات إلى أهمية مايسمى بالرعاية الصحية الأولية أو الأساسية التي تهدف إلى تعزيز الصحة والاكتشاف المبكر للأمراض والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل، بعيداً عن الاتجاهات النمطية التي تنسم بها النظم الصحية التقليدية، وفقاً لما أقره دستور منظمة الصحة العالمية بعد إعلان ألما- آتا العالمي (1978)، والذي يشير إلى أن الرعاية الصحية الأولية هي مفتاح لتحقيق الصحة للجميع من خلال إستراتيجية عالمية تتضافر فيها جهود كل الحكومات وجميع العاملين في مجال الصحة والتنمية في جميع أنحاء العالم. واستناداً إلى هذا المبدأ فإننا سنحاول في هذه الورقة تسليط الضوء على أهمية الرعاية الصحية الأولية ومبادئها وأهدافها واستراتيجياتها، باعتبارها خط الاتصال الأول للفرد بالرعاية الصحية.

الكلمات المفتاحية: الرعاية الصحية، تعزيز الصحة، النظام الصحي.

1 مقدمة:

شهدت العقود الأخيرة تقدماً واضحاً في مستوى الصحة في الكثير من بلدان العالم، حيث أصبح الناس يتمتعون بصحة أفضل وبمعدلات عمرية أطول مقارنة بما كان عليه الحال قبل أربعين سنة، خاصة مع زيادة الإنفاق العالمي على الصحة من أجل إعادة توجيه وإصلاح النظم الصحية وتحسين إمكاناتها، بالاستناد إلى ما توفره الثورة التكنولوجية من تبادل مكثف وسريع للمعطيات والبيانات والخبرات والمعارف المتعلقة بالصحة. غير أن هذا التقدم في تحسين مستوى الصحة لم يغير من حقيقة الواقع الصحي في كثير من بلدان العالم التي يزداد فيها عبئ الأمراض والاضطرابات لتتباين فيها مستويات الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. وقد يقودنا هذا التفاوت بين المجتمعات والأفراد في مستوى الصحة لديهم إلى الوقوف على موضوع مدى تحقيق النظم الصحية لجودة الخدمات التي تقدمها، ومدى تيسيرها للحصول على الرعاية الصحية لكل الأفراد. وربما لا يختلف اثنان حول فكرة أن النظام الصحي في أي مجتمع يرتبط بدرجة كبيرة بمستوى التقدم العلمي والاقتصادي لهذا المجتمع من جهة، وبمستوى تغيره الاجتماعي من جهة أخرى، فتظهر آثار ذلك التقدم والتغير على مستوى جودة الرعاية الصحية وعلى توجهاتها وأهدافها أيضاً.

لقد تغير طابع المشاكل الصحية التي تعرفها المجتمعات في الوقت الراهن تغيراً سريعاً وهو ما يعبر عنه باسم التحول الوبائي. وتعود أسباب هذا التحول إلى نتائج التوسع الحضري والعولمة والتغيرات المناخية والحروب وتحديات الأمن الغذائي وغيرها، وهو ما أدى إلى تحولي عالمي في انتقال الأمراض السارية (المعدية) وغير السارية أو غير المعدية (المزمنة). وبالموازاة لذلك فإن استجابة النظم الصحية للاحتياجات الصحية للأفراد تعرف عجزاً واضحاً، فهي في كثير من الأحيان غير كافية وغير مطابقة للتوقعات و غير فعالة، رغم ما ينفق من أموال على قطاع الصحة. وقد يعود السبب في عدم فعالية النظم الصحية في هذه البلدان إلى كونها تتطور باتجاهات عقيمة النتائج كتركيزها على سياسات أنية قصيرة الأمد في الإصلاحات وتوجيهها نحو الجزئية أو التجزؤ والمرحلية بعيداً عن الاستمرارية، واعتمادها على أسلوب الرعاية الصحية التقليدية التي تقوم على مبدأ انتظار الطلب على الخدمة بدلاً من المسارعة إلى عرض الخدمات الصحية، وتنصف بسوء التخطيط والتغطية والإدارة للموارد البشرية والمالية. حيث تعمل هذه النظم على إنفاق جل مواردها على الخدمات

العلاجية المحددة ذات التكلفة العالية وتُهمل في المقابل عملية الوقاية الأولية وتعزيز الصحة الشاملة (الرعاية الصحية الأولية) التي من شأنها أن تخفف من عبئ انتشار الأمراض.

توفر الرعاية الصحية الأولية فرصة حقيقية لحماية اقتصاديات الصحة بالنسبة للدول والمجتمعات حيث تقلل فرص إهدار الإنفاق المستمر على قطاع الصحة وتنظم أساليب الرعاية الصحية من خلال إعادة توجيهها نحو التنسيق مع قطاعات أخرى كقطاع الخدمة الاجتماعية وقطاع البيئة، وتعمل على توجيه جهود مقدمي الرعاية إلى الارتقاء بالصحة وتعزيزها وحمايتها من خلال الوقاية والكشف المبكر عن الأمراض والحفاظ على المصادر الصحية للأفراد في شقيها الجسدي والنفسي، بدلا من الاكتفاء أو التركيز على التدخل في نطاق ضيق من الأمراض وحسب الطلب وبشكل ظرفي، وهو الشيء الذي ينتج عنه موارد إضافية يمكن أن تستثمر في تفعيل النظم الصحية لتصبح نظاما شاملة ومنتجة بشكل يتناسب والتطلعات الصحية للفرد والأسرة والمجتمع، فنتجه أكثر نحو التثقيف الصحي والصحة البيئية والوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها والعلاج والتأهيل بمستوى عال من الجودة والكفاءة والشمولية والاستمرارية.

تقوم الرعاية الصحية الأولية على مجموعة من المبادئ وتسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، وقبل التطرق إلى هذه المبادئ والأهداف سنحاول الوقوف على واقع الملمح الصحي أو الإبيديمولوجي في الجزائر بشكل مختصر.

(2) الملمح الإبيديمولوجي في الجزائر:

تطرح في الجزائر العديد من المشكلات الصحية الجسدية والنفسية حسب العديد من الدراسات الوبائية والتحقيقات الوطنية والجهوية التي تجريها بعض المراكز المتخصصة والمخابر بالتعاون أو تحت إشراف مديرية التخطيط التابعة لوزارة الصحة العمومية وكذا مديريات الصحة في بعض الولايات من الجزائر. وقد توصلت غالبية هذه الدراسات ذات الطابع الوصفي الإحصائي إلى أن الملمح الإبيديمولوجي في الجزائر ما بين سنوات (1999 و 2001)، يُظهر أن الأسباب الرئيسية للوفاة ترتبط بمرض السرطان والاضطرابات القلبية وأمراض الكلى بالإضافة إلى حوادث المرور. وفي ذات السياق يشير Nafti إلى أن الربو هو الآخر يطرح مشكلا صحيا متزايدا الانتشار في الجزائر وأن عدد الوفيات بسببه في ارتفاع ملحوظ وفي كل الفئات العمرية. ونفس الخطورة والتواتر تشكلهما الأمراض

التفسيية الحادة والحسائية شائعة الانتشار بين الأطفال في الجزائر، إذ يؤكد Khiami أن هذين المرضين هما من بين الأسباب المؤدية للوفاة لدى الأطفال الأقل من خمس (05 سنوات). وأما بالنسبة لملح الصحة النفسية في الجزائر فإن الدراسات الوبائية المتعلقة بالإدمان على المخدرات كدراسة (Hammouda,2001) تشير إلى تواجد العديد من حالات العصاب والاكنتاب واضطرابات الشخصية بشكل عام، بين المدمنين على المخدرات. وفي سياق مرتبط يتعلق بالصدمات النفسية وآثارها على الصحة، أشار (Belarouci,2001) في تحقيقه الذي أجراه بالاشتراك مع وزارة الصحة إلى أن المعرضين للصدمات النفسية هم من الجنسين ومن كل الفئات العمرية، وأن أسباب الصدمات النفسية تتعدد بين الإرهاب والعنف الأسري والزواجي والتحرش الجنسي، بالإضافة إلى الكوارث الطبيعية وحوادث المرور.

ومن جهته أجرى كل من (Kacha,1998) و (Belaid,2001) وغيرهما تحقيقات في مراكز نفسية اجتماعية مختلفة بغرض حصر أهم مشكلات الصحة النفسية في الجزائر، فاتضح أن أكثر الجداول الإكلينيكية تواترا هي حالات القلق والاكنتاب والهوس الاكنتابي (آيت حمودة،2006، ص: 35-39).

يتضح من خلال هذا الملح أن واقع العبء الصحي في الجزائر يحمل مجموعة من المؤشرات التي يمكن من خلالها التوجه إلى تصميم سياسات صحية تتناسب مع الطرح الحديث الذي يقضي بضرورة تمتع النظم الصحية بالشمولية والمرونة والجودة في تقديم الخدمات (نظم الرعاية الصحية الأولية) بعيدا عن الرؤية التقليدية المتبناة حاليا.

ولأن هذا الواقع الصحي يتشابه مع ما هو موجود في الكثير من بلدان العالم وخاصة منها النامية، فإن التساؤل يطرح بقوة حول مدى استجابة النظم الصحية القائمة في هذه البلدان ومنها الجزائر لاحتياجات الأفراد الصحية.

3) لماذا لا تستجيب النظم الصحية السائدة للاحتياجات الصحية؟

يعود السبب في عجز النظم الصحية أمام التحديات الصحية إلى النمطية التقليدية في تشكيل وصياغة هذه النظم. وتتمثل هذه النمطية في:

- التركيز المفرط على الرعاية الصحية المتخصصة أو التركيز على المستشفيات

(Starfield,2005 ;Pangsupap,2007) .

- الخطط الجزئية نتيجة تعدد البرامج والمشاريع الصحية.

- إضفاء الطابع التجاري على الصحة والرعاية الصحية وظهور ظاهرة الرعاية الصحية التجارية التي تعتمد على بيع الرعاية الصحية بأسلوب الدفع قبل الخدمة في القطاعين العام والخاص، بسبب قلة الموارد وتجزئة الخدمات الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2008، ص: 25).

وبالإضافة إلى كل ما سبق ذكره فإن الاعتماد على نفس النظم الصحية المتبناة لعلاج الأمراض الوبائية المعدية للتكفل بالأمراض غير المعدية (المزمنة) زاد من العبء الصحي لهذا النوع من الأمراض وأظهر العجز المتزايد للنظم الصحية التخصصية، كما أظهر من جهة أخرى الحاجة لبناء وإعداد نظم صحية تعتمد على الرعاية الصحية الأولية.

وبخصوص الأمراض غير المعدية (المزمنة) فإنها تشهد تحولا وبائيا متقدما جدا في العالم بسبب عدة عوامل، كما تؤكد أنها تتشأ بفعل تشابك عدة عوامل تتعلق بأساليب الحياة غير الصحية والبيئة الاجتماعية والطبيعية التي يعيش فيها الفرد، إلى جانب عوامل الخطر السلوكية كنظام التغذية غير الصحي والتدخين وقلة النشاط البدني والإجهاد النفسي والتعرض المستمر للضغوط النفسية الشديدة (بلال، 2007، ص: 237).

لقد قادت هذه الطبيعة المعقدة للأمراض المزمنة إلى تغيير في كيفية التعامل، من مسبب واحد للمرض إلى مسببات متعددة ترتبط بالسلوك البشري وتلعب فيها المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية دورا في النشأة وفي الانتشار وفي المسار أيضا (Navarro et al., 2007, p : 68). وعليه فإنه من المنطقي أن تتغير النظم الصحية وتكيف استراتيجياتها لتستجيب لوباء الأمراض المزمنة، وفق سياسات تأخذ فيها الرعاية الصحية الأولية الهدف الرئيسي طبقا لمقاربات سوسيوثقافية وبيئية خاصة بكل بلد.

4 مفهوم الرعاية الصحية الأولية (الأساسية):

طرح مصطلح الرعاية الصحية الأولية بقوة قبل أربعين سنة من الآن، وكان ذلك بعد أن قررت منظمة الصحة العالمية في (1977) أن يكون هدفها الرئيسي هو تحقيق الصحة للجميع، ف جاء بعد ذلك إعلان المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الذي انعقد في مدينة ألما آتا (1978) بكازاخستان ليجسد هذا الخيار ويشكل الانطلاقة الفعلية للعمل المشترك من أجل تحقيق وحماية وترقية الصحة.

وكان من أهم ما ورد في إعلان ألما- آتا للرعاية الصحية الأولية والذي وقعه مئات الممثلين عن أغلب دول العالم، أن الرعاية الصحية الأولية هي حجر الأساس بالنسبة للرعاية الصحية في أي مجتمع، وأن الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة يشكل أهم هدف، وأنه على العالم أجمع أن يسعى إلى تحقيقه، كما وأنه لكل أفراد المجتمع الحق في المشاركة الفعالة في التخطيط والتنفيذ لبرامجهم الصحية، انطلاقاً من الاعتراف بمبدأ أن الرعاية الصحية مرتبطة بالناس وبأسلوب حياتهم وبتقافتهم المختلفة، وأن العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية تقف وراء اعتلال الصحة.

ومع أن مفهوم الرعاية الصحية الأولية مفهوم قديم تواجد منذ نشأة الطب والممارسة العلاجية، إلا أنه أهمل واختفى ليعود بعدها وبشكل خاص في البند السادس من إعلان ألما- آتا الذي أكد على أن الرعاية الصحية الأولية هي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي العام للبلد ومن سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع، وهي المستوى الأول من الاتصال بين الأفراد وبين النظام الصحي، كما أنها هي التي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان من الناس حيث يعيشون ويعملون (دعميش، 2005).

* تعريف منظمة الصحة العالمية للرعاية الصحية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية على أنها الرعاية الصحية الأساسية القائمة على وسائل علمية وعملية ومقبولة اجتماعياً والتي يقدمها الجهاز الصحي لكافة أفراد وأسر المجتمع وبمشاركتهم الكاملة، وهي تشمل مجموعة من الخدمات الأساسية التي توفر علاجاً ذا تكلفة مردودة الأثر للمشاكل الصحية الهامة إلى جانب الوقاية من الأمراض وتحسين السلوك الصحي بطريقة متكاملة ومقبولة على المستوى الاجتماعي المحلي.

(5) المبادئ الأساسية للرعاية الصحية الأولية وأهدافها:

تقوم الرعاية الصحية الأولية استناداً إلى إعلان ألما آتا على ثلاثة مبادئ أساسية هي:

- (أ) تأمين الرعاية الصحية الأساسية الشاملة للأفراد والأسر والمجتمعات وفقاً لاحتياجاتهم.
- (ب) إشراك الأفراد والجماعات في التخطيط والتنفيذ والتقييم لنظم الرعاية الصحية.
- (ج) إشراك القطاعات الأخرى في النشاطات الصحية لتفعيل النظم الصحية (مهنا، 1999، ص:7).

وانطلاقاً من هذه المبادئ فإن الرعاية الصحية الأولية تجمع بشكل عام بين تعزيز الصحة والوقاية والعلاج بطريقة فعالة ومثمرة اجتماعياً، كما تحرص على الربط بين الأفراد وبين النظام الصحي بالتركيز على مبدأ أن الناس أولاً وقبل كل شيء، وباحترام الموازنة بين عنصر الصحة والعافية وبين قيم وقدرات الأفراد والعاملين بقطاع الصحة (W.H.O, 2005). وبهذا الشكل فإن أهداف الرعاية الصحية الأولية تتمثل في:

(أ) - الاهتمام بالأفراد أولاً وقبل كل شيء:

يقوم هذا الهدف على مبدأ أهمية البعد الإنساني في الصحة انطلاقاً من أن معرفة طبيعة المريض وخصائصه أهم بكثير من معرفة نوع مرضه، وهو أمر يتطلب تكيف الخدمة الصحية مع خصوصية كل حالة ومع خصوصية كل مجتمع أيضاً. ولأن الرعاية الصحية في النظم القائمة حالياً في الكثير من البلدان لا تركز على هذا المبدأ فإن عائدات الاستثمار المتزايدة في قطاع الصحة لا يمكن ملاحظتها أو لمسها من طرف المستفيدين من الخدمات الصحية، وهو ما يؤدي إلى وصف هذه النظم الصحية بالعجز وقلة الفعالية. وعليه فإنه يجدر بمقدمي الخدمات الصحية الاهتمام برعاية الناس وتحسين صحتهم انطلاقاً من كونهم أفراداً وأعضاء في أسرة ومجتمع (Mercer et al.,2007) وليس انطلاقاً من كونهم أجساداً بها أعراض وعلل تحتاج إلى علاج (Scherger,2001).

وبهدف توضيح الفرق بين الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية التقليدية السائدة حالياً، يمكن الرجوع إلى الجدول التالي وفقاً لما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية الخاص بالصحة في العالم (2008) والمعنون "بالرعاية الصحية الأولية، الآن أكثر من أي وقت مضى":

الرعاية الصحية الأولية	الرعاية الطبية التقليدية
التركيز على الاحتياجات الصحية للناس.	التركيز على الأمراض ذات الأولوية وعلى العلاج.
العلاقة دائمة ومستمرة.	العلاقة مقتصرة على وقت الاستشارة أو تنفيذ برنامج مكافحة المرض.
الرعاية شاملة ومستمرة بالتركيز على الأفراد وحاجياتهم.	الرعاية ذات طبيعة علاجية حسب نوبات المرض، أو وفق تدخلات مكافحة مرض معين في إطار برنامج محدد.

المسؤولية عن توفير الصحة للجميع ضمن أفراد المجتمع المحلي، انطلاقاً من معالجة محددات اعتلال الصحة وبشكل مستمر ودائم.	المسؤولية مقتصرة على تأمين الاستشارة للمريض حسب وقت الطلب.
---	--

(منظمة الصحة العالمية، 2008، ص: 52)

(ب) استمرارية الرعاية: بالإضافة إلى أهمية فهم الناس والسياق الذي يعيشون فيه فإن تهيئة الظروف لاستمرارية الرعاية الصحية الأولية يعتبر أيضاً هدفاً أساسياً من أهدافها، وذلك لأنها تربط بين الحصول على فعالية العلاج وبين النهج المتواصل في وضع وتنفيذ التدابير العلاجية المقدمة للأفراد في مجال الأمراض المزمنة أو الصحة الإيجابية أو الصحة النفسية أو النمو.

(ج) تقريب الرعاية من الناس: يكون تفعيل الرعاية الصحية بتقريبها من الأفراد عبر تسهيل الوصول إلى شبكات النظام الصحي المختلفة من خلال نقل عملية تقديم الخدمات الصحية من العيادات والمستشفيات والمراكز الصحية إلى خارجها في أماكن قريبة من الناس. وقد دلت الكثير من نتائج الدراسات على نجاعة هذه الفكرة وبشكل خاص في مجال التخفيف من المعاناة والوقاية من الأمراض والحد من الوفيات (Starfield et al., 2005)، وهو الأمر الذي يرسخ مبدأ الشمولية والاستمرارية والتركيز على الشخص بدلاً من التركيز على المرض.

(د) تحسين نوعية حياة الأفراد: يتم التقليل من العبء الصحي في أي بلد انطلاقاً من السعي إلى تحسين نوعية حياة الأفراد من خلال توفير الخدمات الصحية المعززة للصحة الجسدية والنفسية والوقاية من الأمراض ورفع مستوى الوعي الصحي عن طريق الاتصال المباشر والمتواصل بين القائمين على النظام الصحي ومقدمي الرعاية الصحية وبين الأفراد بجميع فئاتهم وفي كل مراحل حياتهم. ومن أجل تجسيد هذه الأهداف توفر الرعاية الصحية الأولية على مجموعة من الإستراتيجيات.

6) استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية:

تعتمد نظم الرعاية الصحية الأولية على التخطيط الشامل والمستمر لتلبية احتياجات الأفراد وفق مجموعة من الإستراتيجيات وهي:

(أ) الاعتماد على البيانات لتصميم السياسات الصحية: إذ يجب أن تبنى النظم الصحية بالاعتماد على البيانات والمعطيات المتوفرة حول حجم المتطلبات الصحية وطبيعتها ونوع الاستجابات

الخاصة بها، وهو ما يمكن من تحديد صيغة ومضمون التدخل العلاجي أو الوقائي أو التحسيبي.

(ب) التركيز على المجموعات السكانية: حيث تزداد فعالية نظم الرعاية الصحية كلما ركزت أولوياتها على مجموعة سكانية محددة بدلا من الاهتمام بالفرد الواحد الذي يتجه إلى طلب الرعاية.

(ج) التركيز على الوقاية: يساهم إمداد الأفراد والجماعات بالمعلومات ومهارات خفض عوامل الخطورة في التقليل من السلوكيات اللأصلحية والرفع من مستوى وعيهم الصحي، فيعزز سبل الوقاية من الأمراض.

(د) التركيز على الجودة: إذ لا يجب الاكتفاء فقط بتقديم الرعاية الصحية بل يجب أيضا ترشيد الموارد وحسن تسييرها لتقليل فرص هدر الأموال والجهود المبذولة في التغطية الصحية.

(هـ) التكامل: ويقصد بذلك التكامل والتنسيق والاستمرارية في تقديم الرعاية الصحية في جميع الأماكن لتشمل كل الفئات وفي كل الأوقات.

(و) المرونة والتكيفية: على النظم الصحية التي تقدم الرعاية الصحية الأولية أن تتسم بالقدرة على التكيف مع الأوضاع المتغيرة والأحداث المفاجئة بهدف استيعاب الأعباء الصحية غير المتوقعة كالتغيرات في معدلات حدوث الأمراض وفي مسارها (Wagner et al., 1999,7(3): 56-66).

7) الرعاية الصحية الأولية في مجال الأمراض المزمنة والاضطرابات النفسية:

تمثل الأمراض المزمنة والنفسية في العصر الحالي القسط الأكبر من حجم العبء الصحي العالمي، حيث شكلت في عام (2000) (59) من إجمالي معدلات الوفيات في العالم، و (46%) من العبء الإجمالي للأمراض. و يتوقع أن تصل نسبة هذا العبء إلى (60%) بحلول عام (2020) وأن أكثر الأمراض التي ستحتل الصدارة في قائمة هذا العبء هي الأمراض القلبية والسكتة الدماغية والاكنتاب والسرطان (منظمة الصحة العالمية، 2002، ص:11).

وبخصوص الأمراض المزمنة والنفسية فإن مبدأ الرعاية الصحية الأولية يؤكد على أن النظر إلى هذه الأمراض على أنها مشكلات صحية منفصلة عما حولها لم يكن مجديا على الإطلاق، وهو مبدأ يقضي

بالابتعاد عن النظر إلى المريض على أنه مجرد مشارك غير نشط في الرعاية. إذ يجب بالمقابل النظر إليه على أنه منتج للصحة انطلاقاً من الأخذ بعين الاعتبار خصائصه الشخصية ونوعية حياته وعلاقته بمحيطه (Holman&Lorig ;2000). وإذا كانت أهداف الرعاية الصحية التقليدية بالنسبة للأمراض المزمنة والنفسية تنحصر في التشخيص والعلاج فإنها تتوسع في الرعاية الصحية الأولية لتشمل أهدافاً أخرى كتقديم الخدمات الوقائية من خلال برامج رعاية الأمومة والطفولة ونشر الوعي الصحي والسلوكيات الصحية وتنسيق الخدمات التأهيلية. ويحرص على تنفيذ هذه الأهداف فريق صحي متكامل تتضافر فيه جهود العديد من القطاعات، وفق نظام صحي يأخذ بعين الاعتبار الاهتمام بصحة الأفراد والجماعات بكل الأبعاد العضوية والنفسية والاجتماعية والثقافية والبيئية. ومن أجل ذلك كله أصدرت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية تقريراً يوصي بتدريب الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية في مجال طب الأسرة والرعاية الصحية الأولية لتلبية وتغطية الاحتياجات الصحية لجميع أفراد المجتمع وتحسين الوضع الصحي لهم.

خلاصة:

يعكس النظام الصحي في أي بلد المتغيرات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية السائدة في هذا البلد، ولذلك نجد تنوعاً واختلافاً بين الأنظمة الصحية الموجودة في العالم. غير أن هذا الاختلاف لا يمنع من تواجد قاسم مشترك بين كل هذه الأنظمة وهو سعيها كلها إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتفعيل استراتيجياتها من أجل تحسين الوضع الصحي في مجتمعاتها. ومع ذلك فإن غالبية هذه النظم ورغم النفقات والجهود التي تبذلها من أجل ذلك، لا تزال غير قادرة على تحقيق الرعاية الصحية الشاملة، وما زالت رؤيتها التقليدية تعيقها عن الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية.

إن الانتقال من نمط الرعاية الصحية التقليدية إلى نمط الرعاية الصحية الأولية عملية معقدة لا يمكن تحقيقها دفعة واحدة وفي مدة قصيرة. فهي عملية تتطلب بناء سياسات شاملة ودقيقة تتلاقى مع أهداف الرعاية الصحية الأولية لتأمين الصحة للجميع وفق خصوصية المجتمع المحلي. إذ يتوقع الناس عادة أن تنفذ حكوماتهم سياسات سليمة وفعالة لتلبية احتياجاتهم الصحية بنوع من الجودة والاستمرارية المرجوة والاستشرافية أيضاً، في ظل التحول الوبائي الذي يشهده العالم بفعل التوسع العمراني وتغيرات المناخ ومشكل الأمن الغذائي وغير ذلك من المحددات النفسية والاجتماعية والبيئية التي أصبح دورها جلياً ومؤكداً في ظهور الأمراض وفي انتشارها وفي تحديد مسارها أيضاً.

قائمة المراجع بالعربية:

- 1) حكيمة آيت حمودة(2006): دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية، دراسة ميدانية بمدينة عنابة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.
- 2) خليصة دعميش (2005): الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري، دراسة ميدانية بالقطاع الجامعي بسطيف، رسالة ماجستير ، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا،كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة المسيلة.
- 3) عبد الرحيم متوكل جعفر بلال(2007): كيف يمكن أن تستجيب النظم الصحية لوباء الأمراض المزمنة؟ المجلة السودانية للصحة العامة، ع2(4)، ص:236-248.
- 4) كامل مهنا(1999): الرعاية الصحية الأولية، واقع وحلول، المؤتمر الدولي الأول للهيئات الأهلية في لبنان، بيروت.
- 5) منظمة الصحة العالمية(2002): الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة، ركائز العمل، تقرير عالمي لدائرة الأمراض غير السارية والصحة النفسية، منظمة الصحة العالمية.

قائمة المراجع بالأجنبية:

- 6) Holman H & Lorig K. (2000) : Patients as partners in managing chronic disease. B.M.J, 320: 526-527.
- 7) Mercer S W., Cawston P G., Bikker A P. (2007): Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. BMS Family Practice, 8:22.
- 8) Navarro A M., Voetsch K P. , Liburd L C., Giles H W., Collins J L.(2007) : Charting the future of community health promotion: recommendations from the national expert panel on community health promotion . Preventing chronic disease; 4(3):A68.
- 9) Pang supap Y. (2007): Introducing a human dimension to Thai health care: The case for family practice. Brussels, Vrije Universiteit Brussels' Press.

- 10)** Scherger J E (2001): What patients want? Journal Of Family Practice, 50:137.
- 11)** Starfield B., Macinko J. (2005): Contributions of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly, 83: 457-502.
- 12)** Wagner E H., Davis C., Schaefer J., Von korff M., Austein B. (1999): A survey of leading chronic disease management programs: Are the consistent with the literature? Managed Care Quarterly; 7(3):56-66.
- 13)** World Health Regional Office for South- East Asia (2007): People at the center of health care: harmonizing mind and body, people and systems. New Delhi, World Health Regional Office for South- East Asia, Manila.