

**مرکز بهداشت استان مرکزی  
گروه گسترش شبکه - آموزش بهورزی**

# **مبانی بهداشت و کار در روستا**

**مجموعه کتب آموزش کاردانی بهورزی**

**گردآوری و تدوین:**

داود سیفی - مرکز آموزش بهورزی شازند

زیر نظر: فاطمه قنبری - اکرم ملکی - معاونت بهداشتی اراک

فروردین ماه ۱۴۰۱

## فهرست کتاب:

فصل اول : مروری بر کلیات برنامه زیست محیطی روستا

فصل دوم: مروری بر برنامه شناخت جمعیتی روستا

فصل سوم: روش ثبت جمعیت در زیج حیاتی و تکمیل سایر جداول زیج حیاتی

فصل چهارم: آشنایی با شرح وظایف شغلی بهورز

فصل پنجم: آشنایی با نحوه ایجاد بهره مندی مناسب مردم از خدمات سلامت

فصل ششم: اخلاق حرفه ای بهورزی

فصل هفتم : آشنایی با الگوی برنامه های سلامت جاری کشور

فصل هشتم : آشنایی با حقوق سلامت

فصل نهم : آشنایی با برنامه پزشک خانواده و تیم سلامت در روستا

فصل دهم : آشنایی با ضرورت نظام ارجاع و انواع آن

فصل یازدهم : آشنایی با ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران و جهان

فصل دوازدهم : آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

فصل سیزدهم : آشنایی با تجهیزات و وسایل در خانه های بهداشت و روش نگهداری آنها

فصل چهاردهم : برنامه گسترش مراقبتهای اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری

# فصل اول

## مروری بر کلیات برنامه زیست محیطی روستا

(روش تعیین و مشخص کردن روستاها و راههای ارتباطی، شرایط اقلیمی و منابع اقتصادی، تهیه نقشه و کروکی، اصول

سرشماری، بازدید منازل و محیط روستا)

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

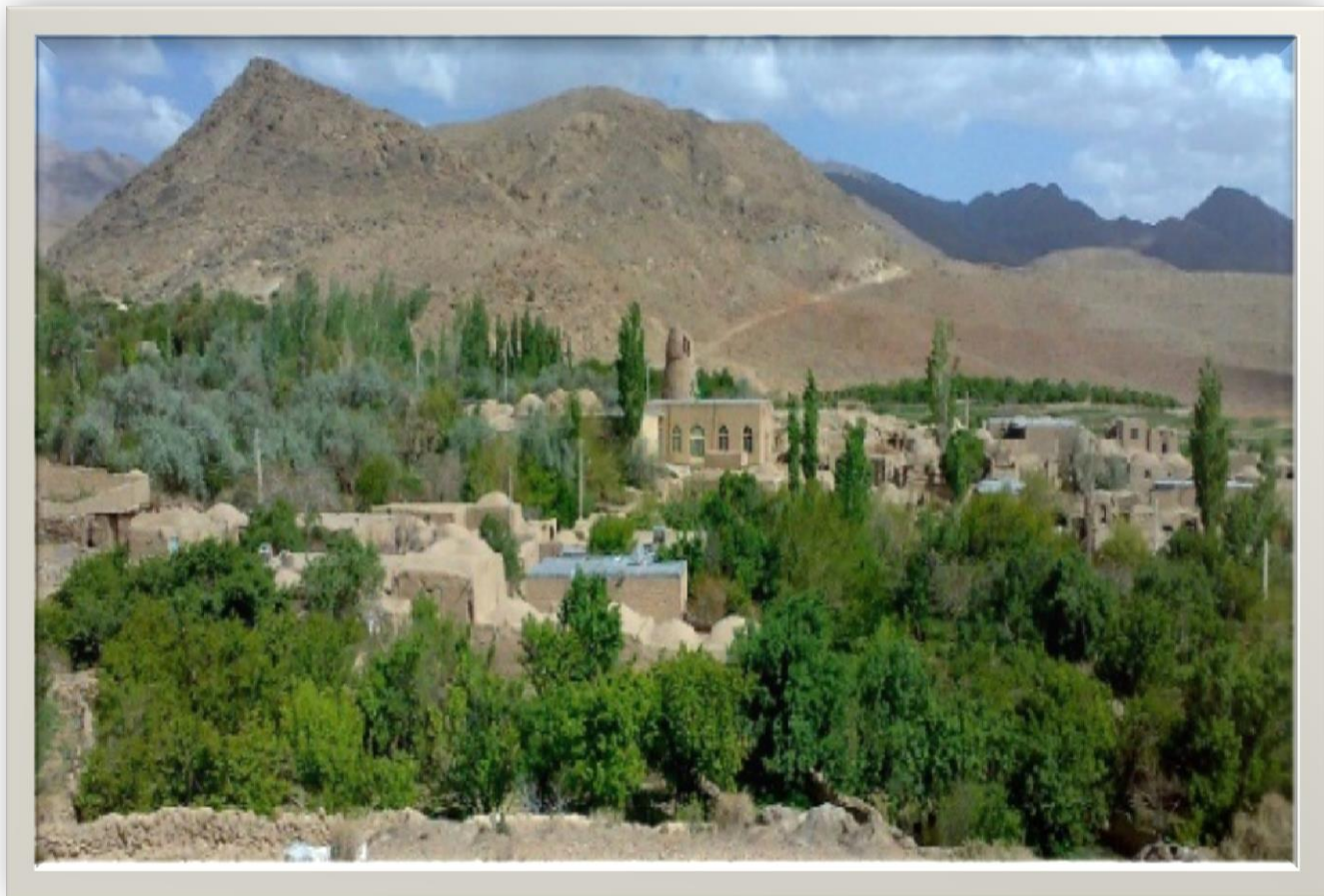
- مفهوم کروکی و نقشه را توضیح دهد.
- مفهوم اصطلاحات و اختصارات بکار رفته در تهیه نقشه و کروکی را بیان کند.
- انواع مقیاس و نحوه محاسبه آن را برای تهیه نقشه و کروکی بکار ببندد.
- روش صحیح ترسیم کروکی و نقشه را توضیح دهد.
- کروکی و نقشه روستا را بطور صحیح رسم نماید.
- فرم آبادی را شرح داده و نحوه تکمیل آن را توضیح دهد.
- نحوه ثبت و استخراج فرم آبادی را در سامانه سیب عملا نشان دهد.

## مقدمه:

شناخت محیطی که انسان در آن زندگی می کند خصوصاً از نظر عواملی که می تواند بر سلامت افراد تاثیر داشته باشد از اهمیت خاصی در برنامه ریزی بهداشتی برخوردار است. چنین شناختی موجب می شود تا نیازهای جمعیت را به نحو بهتری شناسایی نماییم. بهورز در شروع فعالیتهای خانه بهداشت اطلاعات جامعی از شناسایی جغرافیایی منطقه تحت پوشش با تهیه نقشه و کروکی و نیز اطلاعات زیست محیطی روستا را با تکمیل فرم آبادی و فرم بهداشت محیط جمع بندی کرده، این فرم ها باید در طول سال بروز شود تا اطلاعات بهنگام و دقیقی برای مداخلات لازم در اختیار داشته باشیم.

## شناسایی زیست محیطی روستا:

یکی از ابزارهای شناسایی جغرافیایی استفاده از نقشه و کروکی می باشد. برای آشنایی با یک منطقه جغرافیایی بزرگ معمولاً از نقشه استفاده می شود و اگر بخواهیم یک منطقه مسکونی مثل روستا یا شهر را با جزئیات آن روی کاغذ نشان دهیم به طوری که قابل استفاده باشد از کروکی استفاده می کنیم.



## شناسایی زیست محیطی:



## تعاریف:

- **بلوک:** عبارت است از چند ساختمان که به همدیگر پیوسته اند. اگر کروکی برای شهر بزرگ تهیه شود ممکن است کوچه های فرعی در نظر گرفته نشود اما برای روستاهای کوچک تحت پوشش خانه بهداشت در نظر گرفته می شود.
- **مقیاس:** به معنی نسبت کوچک شدن اندازه های نقشه نسب به اندازه واقعی روی زمین می باشد با توجه به اینکه اندازه واقعی روستا را نمی توان روی کاغذ نشان داد. جهت ترسیم کروکی و درست انجام شدن آن باید ابتدا مقیاس را تعیین و در گوشه سمت چپ پائین کروکی ثبت نمود.

## انواع مقیاس نقشه:

- **مقیاس توضیحی (جمله ای):** که در یک عبارت به صورت جمله بیان می شود، مثل عبارت یک سانتیمتر برابر یک کیلومتر است.

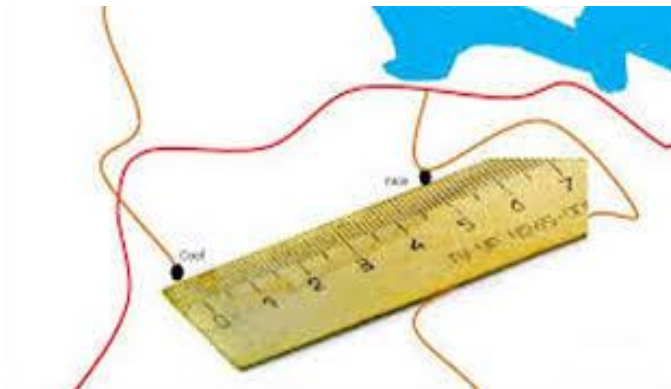
**مقیاس خطی:** عبارت است از خطی که تقسیمات مساوی انجام شده و هر قسمت طول معینی از نقشه زمینی را روی نقشه نشان می دهد. این نوع مقیاس نیاز به محاسبه ندارد و با اندازه گیری بر روی فواصل نقاط روی نقشه و جای گذاری بر روی درجات مقیاس، اندازه فواصل را بدست می آوریم.



## انواع مقیاس نقشه:

### مقیاس کسری :

$$\text{فرمول مقیاس نقشه} = \frac{\text{اندازه روی نقشه}}{\text{اندازه واقعی}}$$

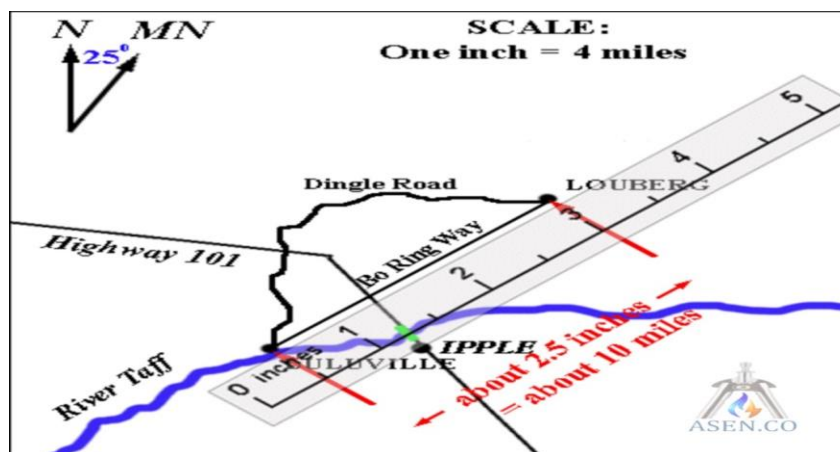


در مقیاس کسری یا عددی اندازه روی نقشه را در عدد مخرج کسر ضرب می کنیم .

بطور مثال: اگر فاصله دو نقطه با مقیاس ۱:۱۰۰۰۰۰۰ روی نقشه ۵ سانتی متر باشد اندازه واقعی در روی زمین ۵۰ کیلومتر است.

### محاسبه مقیاس:

جهت محاسبه مقیاس باید فاصله دو نقطه از دورترین نقاط نسبت به یکدیگر بر روی صفحه نقشه را بر فاصله واقعی آنها روی زمین تقسیم کرد.

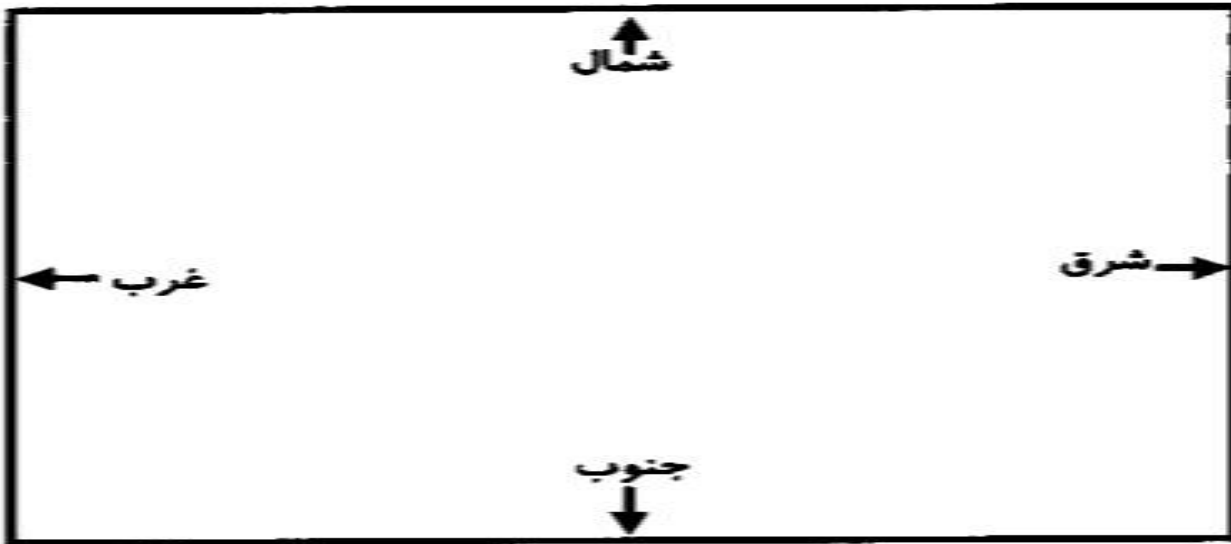


### نحوه تهیه کروکی روستا:

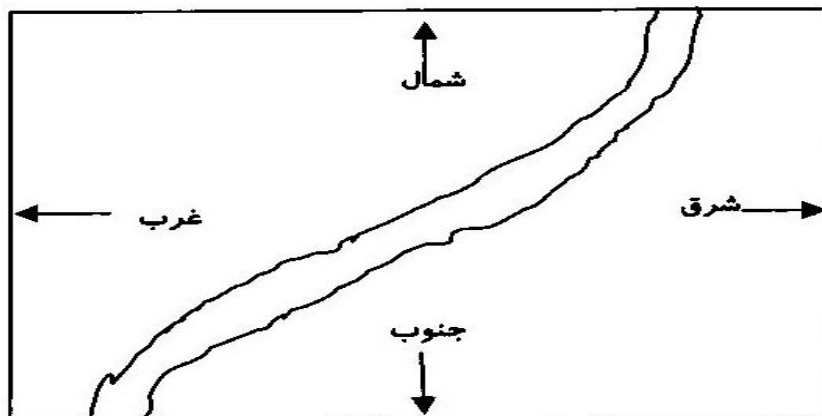
- کسی که می خواهد کروکی روستا را ترسیم کند باید آشنایی کامل با روستا داشته باشد. اگر آشنایی کاملی ندارد باید چند ورق کاغذ برداشته، ضمن حرکت در داخل روستا به طور ساده کروکی را روی کاغذ رسم نماید.
- برای رسم کروکی نیاز به وسایلی مثل خط کش ۲۰ و ۵۰ سانتیمتر، پرگار، گونیا، نقاله، مداد نرم با نوک باریک، یک برگ کاغذ ۵۰ \* ۵۰ یا ۱۰۰ \* ۱۰۰ سانتیمتر و قطب نما نبود تعیین جهت جغرافیایی بوسیله فرد انجام گیرد) به گونه ای که فرد طوری می ایستد که دست راست او بطرف شرق، دست چپ بطرف غرب، روبرو شمال و پشت سر او جنوب منطقه باشد.

## پیاده کردن کروکی روی برگ اصلی:

- انتخاب برگ مناسب برای ترسیم
- محاسبه مقیاس
- مشخص کردن جهت جغرافیایی روی برگ و نمایش دادن شمال با علامت اختصاری آن (N)



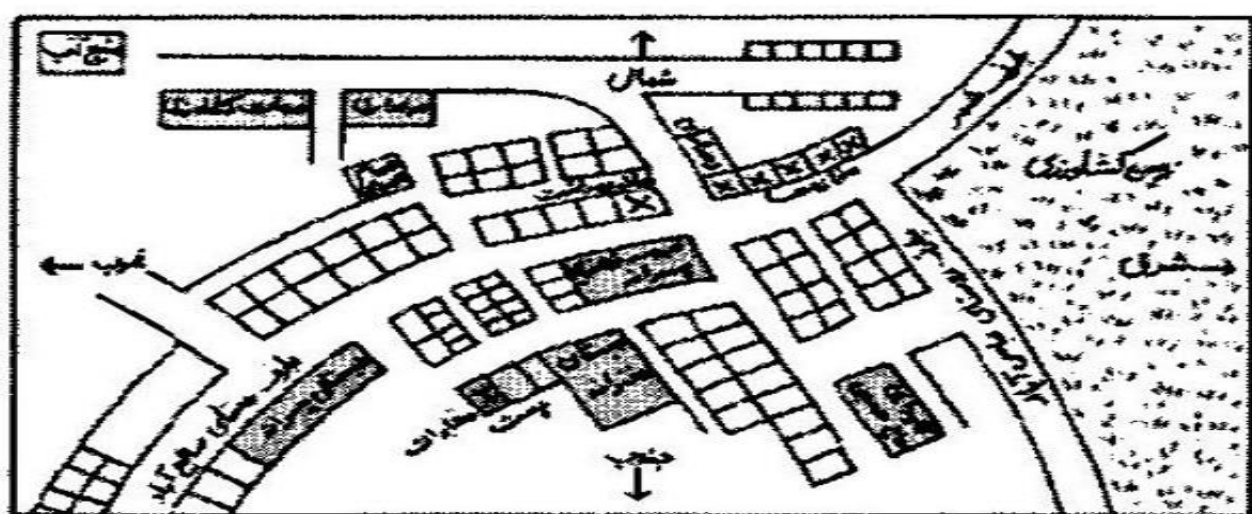
برای ترسیم صحیح موقعیت بخشهای مختلف روستا و اماکن بهتر است نخست کار را با ترسیم یکی از خیابانهای اصلی یا مسیر رودخانه با انتخاب موقعیت صحیح نسبت به شمال و جنوب شروع و سپس سایر کوچه ها و بلوکها و ساختمانها و ... را ترسیم نمایید.



- پس از رسم هر بلوک اگر روستای شما بزرگ است می توانید روی هر بلوک شماره اولین و آخرین شماره ساختمان و خانوار را یادداشت نمایید.
- اگر روستای شما خیلی بزرگ نیست هر بلوک را به تعداد ساختمان هایی که در هر بلوک قرار دارد تقسیم کنید.
- برای ساختمانهای خالی از سکنه فقط شماره ساختمان و برای ساختمانهایی که دارای خانوار می باشد، باید شماره ساختمان و خانوار نوشته شود.
- چنانچه روستا بزرگ باشد می بایست حتی الامکان اماکن اصلی نظیر خانه بهداشت، مدارس، مسجد و برخی مکانهای مهم دیگر و نیز خیابانها، کوچه ها و معابر را در آن نمایش داد.
- در این مورد مشخص نمودن محل هایی که در آنها ساختمانی موجود نیست ضرورت دارد. (زمینهای ساخته نشده).



- می توان با استفاده از رنگهای مختلف اقدام به تفکیک موقعیتهای مختلف روستا نظیر رودخانه، خیابانها، کوچه ها و ... یا با علایم اختصاری ضمیمه نشان داد.





## نقشه روستاهای منطقه:

- نقشه روستاهای منطقه به منظور نشان دادن موقعیت روستاها نسبت به یکدیگر (به خصوص روستاهای اقماری) و نمایش فاصله آنها از روستایی که خانه بهداشت در آن مستقر است و نیز مرکز خدمات جامع سلامت (یا شهرستان مجاور در صورت نزدیکی) به کار می رود.
- از آنجا که طول یک روستا حدود ۲ یا ۳ کیلومتر است، اما فاصله آن تا سایر روستاها ممکن است بیشتر باشد؛ با رعایت مقیاس نمی توان هم کروکی و هم نقشه روستاهای منطقه را به صورتی مناسب در روی یک نقشه نشان داد.
- لذا بهتر است برای رسم نقشه روستاهای منطقه، از نقشه ای با مقیاس کوچکتر در کنار نقشه کروکی و یا به صورت جداگانه استفاده نمود.

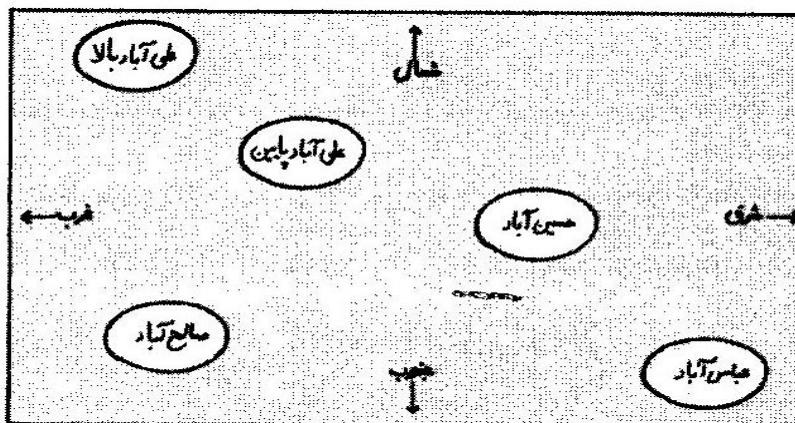
## پیاده کردن نقشه روی برگ اصل:

- انتخاب برگ مناسب برای ترسیم
- محاسبه مقیاس
- مشخص کردن جهت جغرافیایی روی برگ و نمایش دادن شمال با علامت اختصاری آن
- باید توجه داشت که از همه برگه برای نقشه استفاده نشود و در کنار مقداری حاشیه باقی بگذارید.
- دورترین نقاطی را که قصد دارید در نقشه نشان دهید با توجه به قرار گرفتن در موقعیت جغرافیایی به تناسب فاصله هایی که از یکدیگر دارند نمایش دهید و موقعیت روستای اصلی (روستایی که خانه بهداشت در آن مستقر است) را نسبت به آنها مشخص نمایید.
- پس از مشخص شدن نقاط فوق، مسیر جاده هایی که روستاها را به یکدیگر متصل می کند بر روی نقشه نشان دهید.
- رعایت صحیح فاصله ها در نقشه بسیار مهم است.



سعی کنید در نقشه منطقه خصوصیات جغرافیایی نظیر کوهها، رودخانه ها و ... را نیز نمایش دهید. چنانچه منطقه ترسیم شده محل عبور یا اطراق عشایر است، محل اطراق و مسیر حرکت آنها را در نقشه نشان دهید.

در هر نقشه ای که برای خانه بهداشت ترسیم می کنید می بایست حداقل روستایی که خانه بهداشت در آن مستقر است و کلیه روستاهای قمر و نقاطی که تحت پوشش آن قرار دارد همراه با مسیر جاده اصلی و فرعی نشان داده شود. مرکز خدمات جامع سلامت که روستای محل استقرار خانه بهداشت می باشد در نقشه مشخص شود. بهتر است فاصله روستاهای قمر و مرکز خدمات جامع سلامت از خانه بهداشت بر روی نقشه قید شود.



### راهنمای نقشه:

- هر نقشه باید دارای یک راهنما باشد. راهنمای نقشه نشان می دهد که علائم نقشه، رنگها و علائم اختصاری به چه منظور استفاده شده اند.



مسیر راه آهن



رودخانه



برکه و دریاچه



جاده ها

رستوران-غذاخوری		شمال جغرافیایی	
مرغداری		خانه بهداشت	
دامداری		مرکز بهداشتی درمانی	
نانوائی		منطقه مسکونی	
قصابی		باغ	
مغازه بقالی-سوپر		زمین کشاورزی	
آرایشگاه		زمین خالی-بایر	
خط آهن		مدرسه	
قبرستان		مسجد-حسینیه	
تعمیرگاه اتومبیل		مرکز تلفن (مخابرات)	
تعمیرگاه دوچرخه و موتورسیکلت		پل	
شعبه نفت		رودخانه	
حمام عمومی		کوه-تپه	
جاده آسفalte		کتابخانه	
جاده شوسه		منبع آب آشامیدنی	

## تکمیل فرم اطلاعات روستا :

- هدف از تکمیل این فرم جمع آوری اطلاعات عمومی مربوط به روستاهایی است که تحت پوشش خانه بهداشت قرار دارند. (روستای اصلی، قمر و سیاری)
- تکمیل این فرم باید بلافاصله پس از شروع به کار خانه بهداشت صورت گیرد، تصحیح اطلاعات این فرم در طول زمان ضروری است.
- این فرم به مسئولین نیز جهت برنامه ریزی های مختلف کمک می کند.
- موقعیت طبیعی و وضعیت آب و هوایی را در قسمت خواسته شده (قسمت ۴) تکمیل نمایید، در مورد میزان بارندگی، دمای هوا و رطوبت قسمتی را علامت بزنید که آبادی یا روستا در بین مردم به همان صورت شناخته می شود.
- در قسمت های بعدی (۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) اطلاعات خواسته شده را وارد نمایید. لازم به ذکر است که اطلاعات مربوط به تعداد محصلین باید در ماه مهر پس از بازگشایی مدارس اصلاح شود.
- در قسمت ۱۱ وضعیت واحدهای غیر دولتی و افراد خصوصی ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی و واحدهای دولتی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی که تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان نیستند، (نظیر واحدهای تحت پوشش تامین اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت نفت و...) را ذکر نمایید.
- در قسمت ۱۳ سعی کنید فعالیت های اقتصادی روستا را با توجه به اولویت و اهمیت مسئله توضیح دهید.

## فرم اطلاعات روستا

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی : مرکز بهداشتی درمانی : نام روستا :  
 مرکز بهداشت شهرستان : خانه بهداشت : تاریخ تکمیل فرم برای اولین بار :  
 تاریخ آخرین بازنگری فرم :

### ۱- اطلاعات عمومی

نام شهرستان کشوری :	نام بخش :	نام دهستان :
---------------------	-----------	--------------

### ۲- اطلاعات عمومی

جایگاه روستا در طرح گسترش : اصلی <input type="checkbox"/> قمر <input type="checkbox"/> سیاری <input type="checkbox"/> ضمیمه پایگاه <input type="checkbox"/>	پوشش روستا در عمل : خانه <input type="checkbox"/> پایگاه <input type="checkbox"/>	آیا روستا جزو مناطق محروم است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
---	---	---

### ۳- اطلاعات عمومی

وضعیت سکونت در روستا :	دارای سکنه <input type="checkbox"/> خالی از سکنه <input type="checkbox"/>	تاریخ تخلیه روستا
جمعیت کل :	جمعیت زن :	زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله :
تعداد خانوار :	جمعیت مرد :	زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهردار :

### ۴- موقعیت طبیعی و وضعیت آب و هوایی

موقعیت طبیعی :	کوهستانی <input type="checkbox"/> دشت <input type="checkbox"/> ساحلی <input type="checkbox"/> دمای هوا :	گرمسیر <input type="checkbox"/> معتدل <input type="checkbox"/> سردسیر <input type="checkbox"/>
پر باران <input type="checkbox"/> کم باران <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/>	رطوبت نسبی هوا :	مرطوب <input type="checkbox"/> معمولی <input type="checkbox"/> خشک <input type="checkbox"/>

### ۵- تسهیلات عمومی

برق :	شبکه سراسری <input type="checkbox"/> اختصاصی روستا <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	آب شرب :
مخابرات :	مرکز مخابرات <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	لوله کشی : قنات <input type="checkbox"/> لوله کشی طبیعی : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
پست :	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	چاه <input type="checkbox"/> رودخانه <input type="checkbox"/>

### ۶- راه روستا

تا خانه بهداشت :	آسفالت <input type="checkbox"/> شوسه <input type="checkbox"/> مالرو <input type="checkbox"/> مسیر آبی <input type="checkbox"/>	طول مسیر
تا مرکز بهداشتی درمانی :	آسفالت <input type="checkbox"/> شوسه <input type="checkbox"/> مالرو <input type="checkbox"/> مسیر آبی <input type="checkbox"/>	طول مسیر
تا شهرستان تحت پوشش :	آسفالت <input type="checkbox"/> شوسه <input type="checkbox"/> مالرو <input type="checkbox"/> مسیر آبی <input type="checkbox"/>	طول مسیر

### ۷- واحدهای آموزشی

تعداد مهد کودک :	تعداد دبستان :	تعداد راهنمایی :	تعداد دبیرستان :	سایر واحدهای آموزشی :
تعداد کودک دختر :	تعداد محصل دختر :	تعداد محصل دختر :	تعداد محصل دختر :	نام واحد آموزشی :
تعداد کودک پسر :	تعداد محصل پسر :	تعداد محصل پسر :	تعداد دبیرستان شبانه روزی :	تعداد تحصیل کنندگان دختر :

### ۸- واحدهای دولتی

بخشداری <input type="checkbox"/>	دهداری <input type="checkbox"/>	خدمات کشاورزی <input type="checkbox"/>	جهاد سازندگی <input type="checkbox"/>	مجتمع خدمات بهزیستی <input type="checkbox"/>	نهضت سواد آموزی <input type="checkbox"/>
پاسگاه نیروی انتظامی <input type="checkbox"/>	شعبه نفت <input type="checkbox"/>	شرکت تعاونی <input type="checkbox"/>	کتابخانه <input type="checkbox"/>	بانک <input type="checkbox"/>	راهدار خانه <input type="checkbox"/>

سایر واحدهای دولتی با ذکر نام :

### ۹- اماکن

تعداد نانوائی :	تعداد قصایی :	تعداد اماکن توزیع مواد غذایی :
تعداد کل اماکن فروش و توزیع مایحتاج عمومی (تمامی موارد) :	تعداد حمام دارای دوش :	تعداد حمام بدون دوش (خزینه) :
تعداد حمام دارای دوش :	تعداد قهوه‌خانه یا رستوران :	تعداد مسافرخانه یا هتل :
غسالخانه :	تعداد سلامتی :	

۱۰- واحدهای تولیدی

تعداد کارگاه غیرخانگی:	تعداد کارگاه خانگی:	تعداد کارخانه:
------------------------	---------------------	----------------

۱۱- واحدها و افراد ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی که تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان نیستند:

تعداد ماماى سستی در روستا:	تعداد مطب یا درمانگاه خصوصی در روستا:
تعداد ماماى روستایی (آموزش دیده) در روستا:	تعداد داروخانه خصوصی در روستا:
تعداد دندانساز تجربی:	سایر واحدهای دولتی ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی با ذکر نام واحد و تعداد
تعداد دلاک:	تعداد تزریقاتی:
	تعداد شکسته بند:

۱۲- وضعیت مهاجرت های دوره ای:

آیا اهالی روستا در فصولی از سال برای انجام کار و یا استراحت به خارج از آبادی می روند؟ در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل کنید.								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
تعداد	زمان	محل	تعداد	زمان	محل	تعداد	زمان	محل
آیا افرادی در فصولی از سال برای انجام کار یا استراحت به این آبادی می آیند؟ در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل کنید.								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
تعداد	زمان	محل	تعداد	زمان	محل	تعداد	زمان	محل

۱۳- فعالیت های کشاورزی، دامداری، صنعتی، صنایع دستی و ... در روستا

در مورد هر یک از فعالیت های فوق در این روستا و میزان اشتغال اهالی به هر یک از آنها و محصولات عمده ای که تولید می شود جدول زیر را تکمیل کنید.		
عنوان فعالیت	تعداد خانوارهایی که به این فعالیت اشتغال دارند	محصولاتی که تولید می کنند

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم برای اولین بار:

نام و نام خانوادگی فردی که آخرین بار فرم را بازنگری کرده است:

## فرم اطلاعات روستا در سامانه سیب:

- با استقرار سامانه سیب اطلاعات فرم اطلاعات روستا در قسمت ساختار واحد های بهداشتی به طور دقیق ثبت شده است و ویرایش آن سالیانه با گزارش بهورزان توسط مسئولین گسترش صورت می گیرد.
- دسترسی به اطلاعات ساختار فعال در اختیار مسئولین گسترش می باشد.

Microsoft Office 2010

File Edit View Picture Tools Help

Type a question for help

Shortcuts... 100% Edit Pictures... Auto Correct

مدیریت سامانه - شبکه خدمت - جمعیت

شبکه بهداشت و درمان شهرستان نقده

سوال ها

فاصله زمانی با وسیله نقلیه جاری تا واحد سطح بالاتر	0	فاصله مکانی تا واحد سطح بالاتر	0
بهور زن	2	بهورز مرد	1
بهورز مرد نشاندار	0	بهورز زن نشاندار	0
فضای فیزیکی	غیر تیپ	بهورز در این مکان ساکن است؟	خیر
محل استقرار	روستا	ویژگی واحد	غیر ضمیمه
وضعیت محل استقرار	استقرار دائم	مالکیت واحد	دوگانه
دسترسی به اینترنت/اینترنت	دارد	برق دائم	دارد

فرم اطلاعات آبادی

Zoom: 1242

۲۰۲۰/۷/۰۵

## درج اطلاعات مربوط به بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه ای منازل:

اطلاعات مربوط به بهداشت محیط و حرفه ای منازل در فرم مربوط به وضعیت محل سکونت و کارگاه خانگی جمع آوری می شود. این اطلاعات شامل: وضعیت ساختمان، اطاق های مسکونی، منبع آب آشامیدنی، حمام، توالی، وضعیت دفع زباله، کارگاه خانگی و... است.

اصلاحات انجام شده یا ذکر تاریخ	وضعیت محل سکونت و کارگاه خانگی از نظر بهداشت محیط و حرفه ای
	۱- نوع ساختمان: خشتی <input type="checkbox"/> چوبی <input type="checkbox"/> بلوکی <input type="checkbox"/> آجر و تیر آهن <input type="checkbox"/> تعداد مکان <input type="checkbox"/> غیره با ذکر نام.....
	۲- اتاقهای مسکونی: تعداد اتاقهای فاقد نور کافی <input type="checkbox"/> تعداد کف اتاق غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> تعداد دیوار غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> تعداد سقف غیر بهداشتی <input type="checkbox"/>
	۳- محوطه حیاط منزل: بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی <input type="checkbox"/>
	۴- نوع سوخت: نفت <input type="checkbox"/> گاز <input type="checkbox"/> فضولات حیوانی <input type="checkbox"/> انواع دیگر با نام <input type="checkbox"/>
	۵- شبکه لوله کشی آب: دارد، انشعاب خصوصی <input type="checkbox"/> دارد، انشعاب عمومی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۶- منبع آب آشامیدنی: برکه <input type="checkbox"/> چشمه <input type="checkbox"/> قنات <input type="checkbox"/> چاه داخل منزل <input type="checkbox"/> چاه خارج از منزل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> بهبودی شده <input type="checkbox"/> بهسازی نشده <input type="checkbox"/> فاصله رفت تا محل برداشت آب کمتر از ربع ساعت پیاده روی <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۷- حمام داخل منزل: دارد، بهداشتی <input type="checkbox"/> دارد، غیربهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۸- آشپزخانه: بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۹- مستراح: دارد، بهداشتی <input type="checkbox"/> دارد، غیربهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۱۰- دفع فاضلاب: بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی <input type="checkbox"/>
	۱۱- جمع آوری و دفع زباله: بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی <input type="checkbox"/>
	۱۲- نگهداری دام و طیور (داخل حیاط محوطه سکونت): دارد، بهداشتی <input type="checkbox"/> دارد، غیربهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۱۳- جمع آوری و نگهداری فضولات دام و طیور: بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی <input type="checkbox"/>
	۱۴- کارگاه خانگی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن با ذکر نام.....
	۱۵- محل استقرار کارگاه خانگی: مشترک با اتاقهای مسکونی <input type="checkbox"/> مستقل از اتاقهای مسکونی <input type="checkbox"/>
	۱۶- وضعیت ساختمانی کارگاه: مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> وضعیت ساختمانی: مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> تهویه مناسب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نور کافی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> رطوبت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سر و صدا بیش از حد: دارد <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> وضعیت دما: دارد <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/> گرد و غبار بیش از حد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> گاز و بخار بیش از حد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دود و دمه بیش از حد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> پوست با مواد شیمیایی تماس: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> جعبه کمکهای اولیه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> وسایل حفاظت فردی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نیازی ندارد <input type="checkbox"/>
	۱۵- تعداد شاغلین: اعضای خانواده..... کارگر.....

آیا تمک مصرفی خانوار در آزمایش بوسیله کیت پدستنج، دارای پد است؟  بلی  خیر



## اطلاعات بهداشت محیط خانوار در سامانه سیب:

- با استقرار سامانه سیب اطلاعات بهداشت محیط خانوار در قسمت لیست مراقبتهای سرپرست خانوار قسمت بهداشت محیط پیش بینی شده است که اطلاعات خانوار در این قسمت تکمیل می گردد.

The screenshot shows the 'سیب' (Seeb) web application interface. At the top, there is a navigation bar with icons for home, search, star, and user profile. Below this is a green header with menu items: 'مدیریت سامانه', 'ثبت نام و سرشماری', 'ارائه خدمت', 'ثبت وقایع', 'آزمایش ها', 'گزارش ها', and 'پیام ها'. A secondary green bar contains 'خانه بهداشت گل نبات' and 'خدمت گیرنده مانی سلیمانی - فهرست خانوار مانی سلیمانی'. The main content area has three tabs: 'مراقبت های انجام نشده', 'مراقبت های انجام شده', and 'مراجعه با شکایت'. The 'مراقبت های انجام نشده' tab is active, showing a list of health services with the following items:

- ارزیابی اولیه علائم کلیدی بیماری های واگیر (نظام سندرم میک)
- مراجعه با شکایت
- موارد شکایت / اورژانس اداره سلامت روان، اعتیاد و اجتماعی
- مراقبت های باروری سالم
- مراقبت های غیر فعال
- بهداشت محیط
  - پر سشنامه اطلاعات پسماندهای عادی خانوار
  - بهداشت آب و فاضلاب
  - فرم اطلاعات وضعیت محل سکونت خانوار در روستا
  - فرم اطلاعات بهداشت مواجهه با پرتوهای فرابنفش خورشیدی UV
  - فرم اطلاعات برنامه بهداشت مواجهه با گاز رادیواکتیورادون

## پرسش و تمرین

- ۱) فعالیت های برنامه شناخت زیست محیطی را نام ببرید.
- ۲) بلوک را تعریف کنید.
- ۳) مقیاس را تعریف کنید.
- ۴) انواع مقیاس را نام برده و محاسبه نمایید.
- ۵) تفاوت کروکی و نقشه را توضیح دهید.
- ۶) زمان و نحوه تکمیل فرم ابادی را بیان و عملا نشان دهید.
- ۷) زمان و نحوه تکمیل فرم بهداشت محیط را بیان و عملا نشان دهید.

## فصل دوم

### مروری بر برنامه شناخت جمعیتی روستا

(پرونده خانوار، فرم اطلاعات روستا، فرم تفکیک گروه های سنی و مراقبت و پیگیری روزانه)

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- شناخت جمعیتی روستا را تعریف کنند.
- شناخت زیست محیطی روستا را تعریف کنند.
- هدف از شناخت جمعیتی و زیست محیطی در خانه های بهداشت را توضیح دهند.
- فرایند شناسایی جمعیتی و زیست محیطی را در روستا توضیح دهند.
- هریک از مفاهیم مربوط شناسایی جمعیتی را تعریف کنند.
- نحوه سرشماری را توضیح داده و با نظارت مربی، سرشماری روستای خود را انجام دهند.
- نحوه تکمیل فرم پرونده خانوار را بیان کرده و عملاً نشان دهند.
- هدف از تکمیل فرم بازدید ونحوه تکمیل آن را بیان کرده و عملاً نشان دهند.

## مقدمه:

شناخت جمعیتی روستا، به مفهوم شناخت جمعیت روستا از نظر تعداد، باروری، مرگ، رشد جمعیت، توزیع سنی و جنسی، مهاجرت و به ویژه شناسایی جمعیت هدف برنامه های بهداشتی مختلف است. علاوه بر آن از اطلاعات جمعیتی معمولاً برای تهیه آمارهای زیستی و شاخص های بهداشتی استفاده می شود. منظور از محیط زیست نیز منطقه جغرافیایی، محل سکونت یا کار افراد و محیط اجتماعی و فرهنگی است که همگی بر وضعیت تندرستی جمعیت تاثیر می گذارند. شناسایی این عوامل، شناخت زیست محیطی است. گردآوری اطلاعات جمعیتی و عوامل زیست محیطی موجود در روستا به عنوان پایه ای برای اجرای برنامه های مختلف بهداشتی بهورزان در روستاهاست.

برنامه شناسایی جمعیتی زیست محیطی روستاها یکی از وظائف اساسی بهورزان در شروع فعالیت در خانه بهداشت و در طی زمان می باشد که با اهداف ذیل انجام می گیرد:

## هدف های کلی این برنامه عبارتند از:

- ۱- شناخت جمعیتی مردم روستا به منظور شناسایی گروه های هدف برنامه های بهداشتی
- ۲- شناخت عوامل زیست محیطی مختلفی که ممکن است به نوعی بر سلامت جمعیت مؤثر باشد

## آشنایی با مفاهیم:

**تعریف خانوار:** یک یا چند نفر که در یک مسکن زیر یک سرپناه زندگی می کنند، با یکدیگر هم خرج هستند و با هم غذا می خورند.



## آبادی (نقطه روستایی):

به مجموعه یک یا چند مکان و اراضی به هم پیوسته ای (اعم از کشاورزی و غیر کشاورزی) گفته می شود که خارج از محدوده شهرها واقع شده و دارای محدوده ثبتي یا عرفی مستقل است.

## مکان:

کلیه محل های سرپوشیده ای است که یا به طور طبیعی موجودند (غار) یا به طور مصنوعی، به صورت دائم یا موقت، ایجاد می شوند و برای زندگی انسان نگهداری حیوانات، یا استفاده عمومی (مانند مسجد، مدرسه، حمام و غیره) به کار می روند. مکان ممکن است ثابت یا موقت و خصوصی یا عمومی باشد.

## خانواده:

گروهی شامل دو نفر یا بیشتر است که از طریق پیوند خونی، فرزندخواندگی یا زناشویی با هم متحد شده اند. اعضای خانواده ممکن است جزء خانوار مشترک نباشند یعنی فردی از آنها در محل دیگری اقامت داشته باشد.

## سرپرست خانوار:

یکی از اعضای خانوار است که در خانوار به همین عنوان شناخته می شود. در صورتی که اعضای خانوار قادر به تعیین سرپرست نباشد، مسن ترین عضو خانوار به عنوان سرپرست خانوار تلقی می شود. در خانوارهای یک نفره، همان شخص سرپرست خانوار است.

## خویشاوندان درجه یک سرپرست:

همسر، فرزند، پدر، مادر، برادر، خواهر سرپرست خانوار، خویشاوندان درجه یک محسوب می شوند.

- **سرشماری** به مفهوم کلی عبارت است از شمارش جمعیت. این اقدام، سابقه ای دیرینه دارد. در ابتدا این امر به منظور گرفتن مالیات و خدمات نظامی بوده است و در تمدن های باستانی مانند تمدن روم هم سرشماری انجام می شده است.
- شمارش جمعیت در سرشماری ها به طور معمول شامل ثبت مشخصه های شناسه ای (خصوصیاتی که افراد با آن شناخته می شوند، نظیر نام، نام خانوادگی، سن، جنس و...) ممکن است توسط سازمان های مختلف و با هدف های ویژه ای صورت گیرد.
- سرشماری که توسط بهورزان در ابتدای هر سال صورت می گیرد یک سرشماری بهداشتی است که در آن مشخصه های شناسه ای افراد خانوار به دست می آید یا مشخصه ها اصلاح و ویرایش می گردد.
- علاوه بر این در طی این اقدام، با بازدید از منازل، اطلاعاتی از وضعیت بهداشتی محل زیست و بیماری ها ثبت می شود. اطلاعات مرتبط با تندرستی افراد، مانند معلولیت و ناتوانی دائمی و بیماری های مزمن در واقع موارد دیگری است که در این سرشماری به دست می آید.

- بازدید از منازل ابتدای هر سال است که هدف آن شناسایی گروه های هدف برنامه های بهداشتی و ارزیابی وضعیت سلامت افراد، در مورد برخی بیماری های خاص و نیز بهداشت محیط منازل است.
- اولین بازدید منزل اهمیت زیادی در ایجاد رابطه صحیح بین بهورزان و خانواده ها را دارد و در موفقیت برنامه های بعدی نقش مهمی خواهد داشت. بازدید از منزل ممکن است جهت آغاز به کار، خانه بهداشت در یک منطقه روستایی صورت گیرد یا این که با هدف شروع مراقبت های بهداشتی برای یک خانوار جدید صورت گیرد.

- خانوار جدید ممکن است زن و مرد جوانی باشد که به تازگی تشکیل خانواده داده اند یا این که خانواری باشد که از منطقه دیگری به روستا مهاجرت کرده است.
- البته در مورد مهاجرت، انتقال خانوار از واحد بهداشتی که قبلاً تحت پوشش آن بوده به خانه بهداشت جدید از طریق مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود.

#### • در موقع بازدید از منزل توجه به نکات زیر، از اهمیت فراوان برخوردار است:

- هر موقع بهورز برای بازدید به منزلی مراجعه می کند، بایستی پس از کسب اجازه داخل شود و برای جلب اعتماد و همکاری افراد خانواده با خوشرویی با آنها برخورد نماید.
- بهورز می بایست افراد خانواده را در جریان فعالیت های خود قرار دهد و آنها را با برنامه های خانه بهداشت آشنا سازد.
- پس از این مرحله مقدماتی و آشنایی و برقراری ارتباط با خانواده، فرم بازدید سالیانه و نیز سایر فرم ها با همکاری سرپرست خانواده یا مطلع ترین فرد در خانواده تکمیل می شود. باید سعی شود تا آنجا که ممکن است برای تکمیل فرم ها با زن و شوهر هر دو مذاکره و مصاحبه شود.
- پس از تکمیل فرم ها و قبل از خروج از منزل با افراد خانواده خداحافظی و به آنها یادآوری کنید که این آخرین ملاقات با آنها نیست و همیشه برای رسیدگی به مشکلات آنها آماده هستید.

#### روش های سرشماری ثبت کاغذی و الکترونیک:

##### ثبت کاغذی :

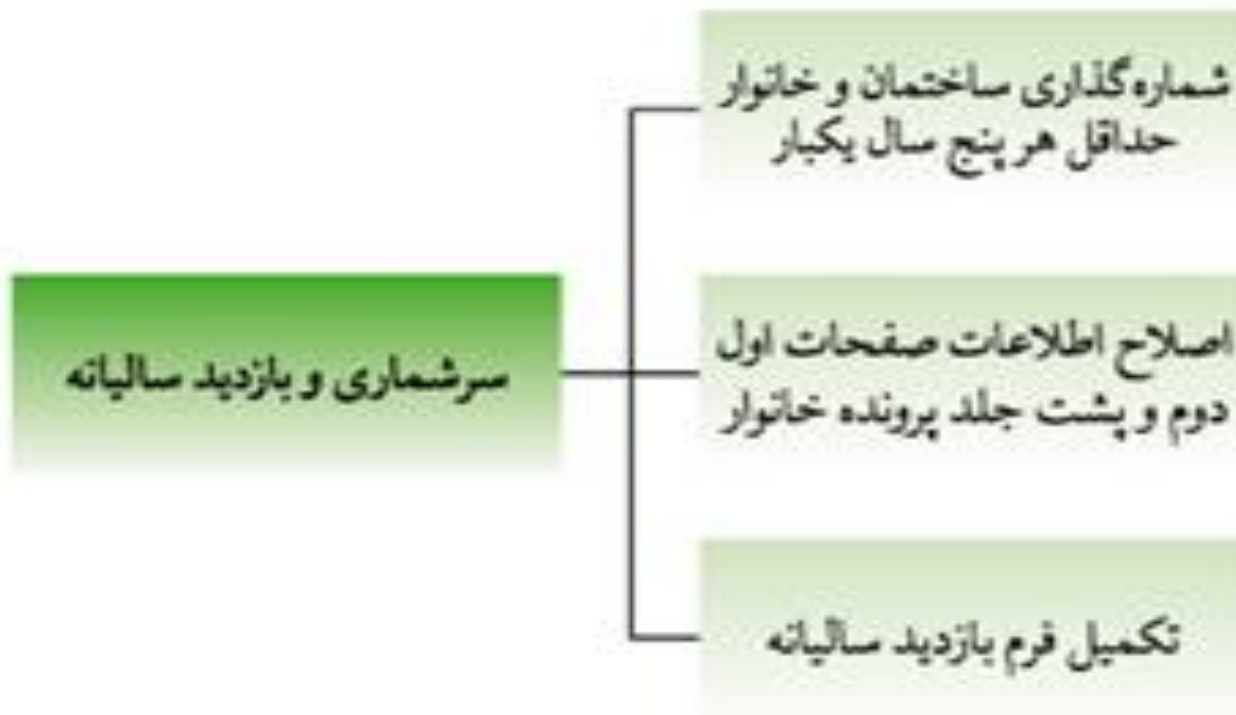
قبل از راه اندازی سامانه سیب و پرونده الکترونیک سلامت سرشماری سالانه به روش کاغذی و به صورت تمام شماری خانوارها با استفاده از فرم های چوب خطی انجام می گرفت .

##### ثبت الکترونیک :

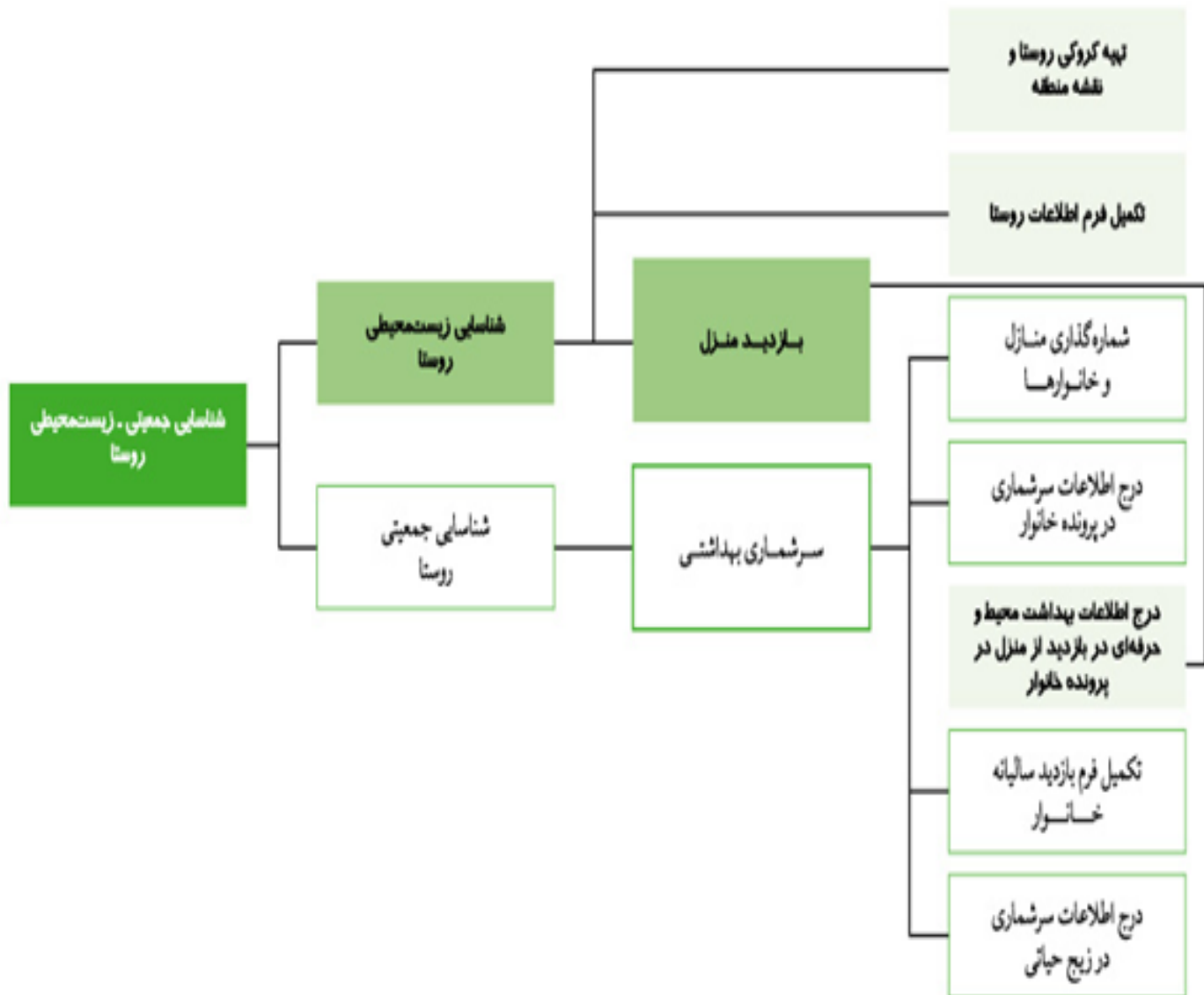
با توجه به استقرار سامانه سیب و پرونده الکترونیک سلامت و حذف فرم های کاغذی نیازی به سرشماری ابتدای سال به صورت تمام شماری نبوده و فقط به روزرسانی، اصلاح و تکمیل اطلاعات جمعیت / خانوارهای تحت پوشش هر واحد/ارایه دهنده خدمت بر اساس فرایندهای اعلام شده انجام شود.

ما در این بحث، شما را با هر دو روش آشنا خواهیم کرد  
شناسایی جمعیتی (روش ثبت کاغذی):

- بازدید سالیانه از ساختمان ها و منازل با استفاده از پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه خانوارها صورت می گیرد.
- سرشماری سالانه می بایست از اواسط اسفند ماه آغاز شود و در نیمه اول فروردین ماه پایان یابد. در این بازدید اطلاعات مربوط در صفحات اول و دوم و پشت جلد پرونده خانوار تکمیل و تصحیح گردیده و فرم بازدید سالیانه تکمیل می شود.



## فرایند شناسایی جمعیتی - زیست محیطی بصورت ثبت کاغذی





## نحوه شروع سرشماری (روش ثبت کاغذی):

شماره گذاری منازل و خانوارها نخستین گام شناسایی جمعیتی روستا محسوب می شود. اگر ساختمان خانه بهداشت دولتی باشد: از سمت راست خانه بهداشت شروع به شماره گذاری ساختمانها و خانوارها می گردد.

اگر ساختمان خانه بهداشت استیجاری باشد سرشماری از سمت راست راه اصلی ورود به روستا از شهری که آن را تحت پوشش دارد آغاز می شود. در روستاهای اقماری نیز به همین ترتیب باید عمل شود.

اگر در یک ساختمان دو خانوار ساکن باشند ۱/۲،۱

اگر ساختمانهایی که در فاصله بین دو شماره گذاری قبلی ایجاد شود ساختمان شماره فرعی و شماره خانوار آن آخرین شماره خانوار در روستا خواهد بود.

در صورتیکه خانواری از روستا مهاجرت نماید و خانوار جدیدی جایگزین آنها شود شماره ساختمان و خانوار مهاجر به خانوار جدید داده می شود.



در صورتیکه هر یک از اعضای خانوار به دلایل سربازی، تحصیل در دانشگاه، کار در شهر یا محل دیگر و ... در هنگام سرشماری در آن خانوار نیستند اگر انتظار می رود که در شش ماهه اول سال به خانوار خود برگردند جزء آن خانوار محسوب شده و در سرشماری جمعیتی محسوب می گردند. به استثنای سرپرست خانوار که هر سال

مشخصات وی ثبت شده اما در صورت عدم حضور در ستون ملاحظات توضیح داده می شود.

پس از گذشت حداکثر ۵ سال از شماره گذاری، به علت افزایش تعداد ساختمان با شماره های فرعی و نیز به دلیل جابجایی و مهاجرت برخی خانوارها که ترتیب عددی آنها با خانوارهای مجاور همخوانی ندارد، شماره گذاری مجدد انجام می شود.

اگر تعداد ساختمان هایی که شماره فرعی گرفته اند و یا تعداد خانوارهایی که شماره آنها در ردیف خانوارهای مجاور نیست بیش از ۲۰٪ درصد (کل ساختمانها یا خانوارهای روستا باشد)، می بایست قبل از ۵ سال اقدام به شماره گذاری مجدد نمائیم.

فرم صورت برداری از خانوارهای تحت پوشش							
نام مرکز خدمات جامع سلامت روستایی:				نام خانه بهداشت:		نام روستا:	
شماره تلفن ثابت یا همراه	تعداد کل اعضای خانوار	شماره ملی سرپرست خانوار	جنسیت	نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار	شماره ساختمان	شماره خانوار	روزنامه

## مشخصات کلی افراد خانوار

ملاحظات	شغل	میزان سواد	وضعیت تأهل	جنس	تاریخ تولد			نسبت اعضا با سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی	شماره ردیف
					روز	ماه	سال			
								سرپرست		

تاریخ تولد کودکان زیر شش سال بر حسب روز و ماه و سال (بر اساس شناسنامه) و برای بقیه سنین بر حسب سال تولد نوشته شود.

- خیر       بلی      آیا خانوار جزو خانوارهای عشایر است؟  
 خیر       بلی      آیا خانوار جزو خانوارهای غیر ایرانی است؟

- **ستون هفتم:** برای مردان و پسران کلمه مرد و برای زنان و دختران کلمه زن نوشته می شود.
- **ستون هشتم:** یکی از حالات همسر دار، همسر مرده، همسر جدا شده، هرگز ازدواج نکرده را شامل می شود.
- **ستون نهم:** که میزان سواد بر اساس گفته آنها نوشته می شود. مثلاً کلاس دوم راهنمایی یا دیپلم. (مسئلاً این ستون برای کودکان زیر ۶ سال سفید باقی می ماند).
- **ستون دهم:** این ستون برای افراد بالای ۶ سال تکمیل و برای افراد زیر ۶ سال سفید باقی می ماند. «شغل» عبارت است از هر فعالیت فکری یا بدنی که قانوناً مجاز باشد و به منظور کسب درآمد (نقدی یا غیر نقدی) صورت می گیرد.
- **در ستون یازدهم:** نکات قابل توجه از جمله مرگ و ازدواج، طلاق و مهاجرت دائم یادداشت می شود.

### **تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار:**

- این فرم حاوی اطلاعات مربوط به مراقبت های بهداشتی در مورد زنان باردار، تنظیم خانواده و برخی بیماری های مزمن است. در نخستین بازدید از منازل و نیز بازدیدهای سالیانه تکمیل می شود. **هدف از تکمیل این فرم،** شناخت گروه های هدف برخی برنامه های بهداشتی است که ممکن است اطلاعات آنها در طول سال ثبت نگردیده و تحت مراقبت قرار نگرفته باشند.
- اطلاعات ای فرم شامل گروه های هدف در برنامه های مراقبت از زنان باردار و تنظیم خانواده و برنامه های مربوط به بیماری های سل، مالاریا، فشار خون، دیابت، تالاسمی و معلولیت های جسمی و روانی است.

## فرم بازدید سالیانه خانوار

مرکز بهداشت شهرستان :

مرکز بهداشتی درمانی :

خانه بهداشت :

نام روستا :

تاریخ تکمیل فرم :

۱ ردیف	۲ نام و نام خانوادگی	۳ شماره ساختمان	۴ شماره خانوار	۵ بارداری		۶ تنظیم خانواده*		۷ سل		۸ مالاریا		۹ فشار خون		۱۰ دیابت		۱۱ تالاسمی		۱۲ معلولیت		۱۳ ملاحظات		
				مشکوک	تایید شده	جلوگیری می کند	جلوگیری نمی کند	مشکوک	تایید شده	مشکوک	تایید شده	نیازمند بررسی	تایید شده	نیازمند بررسی	نیازمند بررسی	نیازمند بررسی	نیازمند بررسی	نیازمند بررسی	نیازمند بررسی			
جمع																						

\* تذکر ۱ : منظور از تنظیم خانواده زن واجد شرایط تنظیم خانواده است که ممکن است خود یا همسر وی از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده کند. چنانچه خود زن واجد شرایط از هیچ روشی استفاده نمی کند، اما همسر او از روش پیشگیری استفاده می کند در این صورت باید در ستون جلوگیری می کند، علامت زده و در ستون ملاحظات توضیح داده شود.

\* تذکر ۲ : چنانچه برای فردی در هر یک از ستون های ۵ الی ۱۲ موردی چوب خط زده شود، لازم است فرد مورد مراقبت و پیگیری قرار گیرد. چنانچه این کار قبلا صورت نگرفته باشد، باید در ستون ۱۳ تذکر داده شود تا متعاقبا اقدامات لازم برای او انجام گردد.

امضا تکمیل کننده فرم :
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

## سرشماری و ثبت الکترونیک در سامانه سیب:

- با راه اندازی سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) از دی ماه ۱۳۹۴ در دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور توسط شرکت دانش پارسیان (طراح سامانه و مجری طرح)، برای جمعیت کشور پرونده الکترونیک سلامت تشکیل گردید.
- **پرونده الکترونیک سلامت** مبتنی بر شناسه (کد) ملی است که برای هر ایرانی ایجاد می شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می گردد و با استفاده از رمز عبور و الزامات لازم و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط پرسنل سطح اول ارائه خدمات (بهورز، مراقب سلامت، پزشک معالج یا افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط وزارت بهداشت و درمان) در سامانه سیب ایجاد می شود.
- اولین قدم در راه اندازی سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)، ثبت جمعیت بود که این کار با انتقال داده های جمعیت روستایی از برنامه شهاب به برنامه سیب و سپس ویرایش نفر به نفر جمعیت مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر بر اساس فرم های سرشماری (که به روش تمام شماری)، جمع آوری شده بودند انجام گرفت و در سامانه سیب ثبت شد.
- نهایتاً فرم های کاغذی پرونده خانوار با تکمیل سامانه سیب به تدریج حذف گردید.

شماره ساختمان	شماره خانوار	..... مرکز بهداشتی درمانی ..... خانه / پایگاه .....
کد پستی تلفن همراه سرویس (بدون صفر)	کد پستی ندارد <input type="checkbox"/>	نام شهر/روستا: ..... تالی خانوار: .....
تلفن ثابت خانوار با پیش‌شماره (بدون صفر)		جمعیت ساکن در: ۱-روستای اصلی ۲-روستای فقر ۳-روستای پوشش مستقیم ۴-روستای سایر ۵-جمعیت عشایری ۶-شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر ۷-شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر
تاریخ تکمیل فرم: ۱۳ / / نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: .....		وضعیت مالکیت محل سکونت خانوار: ۱-ملکی ۲-استیجاری ۳-سازمانی ۴-سایر
		نوع خانوار: ۱-خانوار معمولی ساکن ۲-خانوار معمولی غیر ساکن ۳-خانوار موسسه ای ۴-خانوار گروهی

ردیف	نام	نام خانوادگی	شماره ملی	کد پستی	تاریخ تولد (روز / ماه / سال)	وضعیت اقامت	وضعیت تاهل	وضعیت سواد (بالای ۷ سال)	نوع شغل	وضعیت ۳ دوره اخیر		نیمه پایه اول	نیمه پایه دوم
										نیمه پایه اول	نیمه پایه دوم		
۱					۱۳								
۲					۱۳								
۳					۱۳								
۴					۱۳								
۵					۱۳								
۶					۱۳								
۷					۱۳								
۸					۱۳								

طبعیت: (۱) ایرانی (۲) غیر ایرانی جنس: (۱) مرد (۲) زن	نسبت با سرویس: (۱) سرویس (۲) همسر (۳) فرزند (۴) همسر (۵) همسر اجداد (۶) نوه اجداد (۷) والدین سرویس با همسر (۸) خواهر یا برادر سرویس با همسر (۹) سایر خویشاوندان (۱۰) فرزند خوانده
وضعیت اقامت: (۱) حاضر (۲) غایب موقت (۳) خارج از کشور برای کار یا تحصیل (۴) سایر	وضعیت تاهل: (۱) هرگز ازدواج نکرده (۲) دارای همسر (۳) بی همسر به علت فوت (۴) بی همسر به علت طلاق (۵) موضوعیت ندارد
سطح سواد: (۱) بی‌سواد (۲) ابتدایی نهمیت (۳) راهنمایی (۴) دبیرستان (۵) فوق‌دیپلم (۶) لیسانس (۷) فوق‌لیسانس (۸) دکتری و بالاتر (۹) حوزوی (۱۰) سایر	
نوع شغل: (۱) کاروانگردان، خدمات هتل رزبه و مدیران (۲) متخصصان (۳) تکنسین‌ها و دستیاران (۴) کارکنان امور اداری و دفتری (۵) کارکنان خدماتی و فروشندگان (۶) کارکنان مامور کشاورزی، جنگلکاری و ماهیگیری (۷) صنعتگران و کارکنان مشاغل مربوطه (۸) صیقل‌دهنده و متراکم‌کاران ماشین‌آلات و دستگاه‌ها و رانندگان وسایل نقلیه (۹) کارگران ساده (۱۰) نیروهای مسلح (۱۱) دارای درآمد بدون کار (۱۲) خانه‌دار (۱۳) محصل یا دانشجو	
فعالیت ۷ روز اخیر: (۱) داخل (۲) بی‌کار جویبار کار (۳) بی‌کار	
نیمه پایه: (۱) نیمه سلامت (روستایی) (۲) نیمه سلامت (غیر از روستایی) (۳) سایر اعضای (۴) نیروهای مسلح (۵) کسبه امداد (۶) سایر بیمه‌ها (۷) بیمه ندارد	

فرم سرشماری مناطق روستایی و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر جمعیت - مهر ۱۳۸۳

- قدم بعدی در راه اندازی سامانه سیب، بلوک بندی مناطق حاشیه شهر و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و متعاقبا سرشماری و تشکیل پرونده الکترونیک سلامت برای جمعیت این مناطق در پایگاه های سلامت شهری بود.
- در مرحله آخر سرشماری و تشکیل پرونده الکترونیک سلامت در مناطق شهری بالای ۵۰ هزار نفر و حذف تدریجی فرم های کاغذی با تکمیل سامانه سیب بود.

### توجه :

- اگر فردی در سامانه سیب ثبت نام نشده باشد و جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت و یا پایگاه سلامت مراجعه نماید بهورز یا مراقب سلامت به روش ذیل فرد را در سامانه سیب ثبت نام کرده و پرونده الکترونیک سلامت برای وی تشکیل میدهد.

دریافت خدمات منوط به ثبت نام خدمت گیرنده در سامانه سیب و ارائه کد ملی ایشان می باشد.

- ثبت نام خدمت گیرندگان : ثبت نام یک خدمت گیرنده ( ایرانی / غیر ایرانی) در سامانه سیب با وارد کردن کد ملی فرد و سال تولد شروع می گردد .

The screenshot shows a web browser window with the URL [sibdapa.ir/Account/UserRegister](https://sibdapa.ir/Account/UserRegister). The page title is 'ثبت نام' (Registration). The form contains the following fields and labels:

- ملیت** (Nationality): A dropdown menu with a downward arrow.
- شماره ملی** (National ID Number): A text input field with the label 'شماره ملی معتبر وارد نمایید' (Enter a valid national ID number).
- سال تولد** (Date of Birth): A dropdown menu with a downward arrow and the label 'سن کمتر از ۱ ماه است و هنوز شماره ملی دریافت نشده است' (Age is less than 1 month and national ID number has not been received yet).
- معرفی خانوار** (Family ID Number): A text input field with the label 'اگر قبلا یکی از اعضای خانوار ثبت نام شده است شماره ملی عضو خانوار ثبت نام شده را وارد کنید' (If you have previously registered as a family member, enter the national ID number of the registered family member).

At the bottom of the form is a green button labeled **بعدی** (Next). The footer of the page shows the date 'امروز: 1399/2/21' (Today: 1399/2/21) and the version 'نسخه 8.21' (Version 8.21).



نام خانوادگی	نام	شماره ملی	تاریخ تولد
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
جنسیت	مرکز تحت پوشش	ملیت	روز
زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>	...	غیر ایرانی <input type="text"/>	ماه
			سال

گروه خویشی	نوع اقامت	مهدکودک/محل دوره/دانشگاه	نوع جمعیت (اسکونت)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
تلفن ثابت (کد شهر ستان)	تلفن همراه	صاحب تلفن	پست الکترونیکی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره تماس همراه کد شهر			

شهر ارسنا

<input type="text"/>
آدرس
<input type="text"/>
آدرس

کد پستی	گروه خدمت	بیمه پایه اول	تاریخ اعتبار بیمه
<input type="text"/>	<input type="text"/>	نامشخص <input type="text"/>	روز
			ماه
			سال

شماره ملی پدر	شماره ملی مادر	کد خانوار	نسبت در خانوار
<input type="text"/>	<input type="text"/>	برای اولین عضو خانوار کد نیاز نیست	<input type="text"/>
وضعیت تاهل	سطح تحصیلات	نوع شغل	مقطع تحصیلی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

تعداد فرزند

<input type="text"/>
----------------------

ثبت ✓

## دریافت کد خانوار و کد ملی :

در صورتی که شخص خدمت گیرنده ، با موفقیت در سامانه ثبت نام شود ، سامانه موفقیت آمیز بودن ثبت نام را با پیغام زیر به کاربر اطلاع می دهد. لازم به ذکر است که کد ملی یا کد ساخته شده توسط سامانه برای خدمت گیرندگان غیرایرانی و نوزادان ایرانی کمتر از ۳ ماه و کد خانوار از جمله اطلاعاتی است که همراه پیغام به کاربر داده می شود. جهت تسهیل در خدمت دهی در نوبت های آتی ، کاربر موظف است تا کد خانوار و کد ملی یا کد ساخته شده توسط سامانه برای خدمت گیرندگان غیر ایرانی و نوزادان ایرانی کمتر از ۳ ماه را به خدمت گیرنده اعلام نماید.

## امکانات زیر در منوی ثبت نام و سر شماری در دسترس کاربر خواهد بود که به تفصیل در درس آشنایی با سامانه سبب توضیح داده خواهد شد :

- ثبت نام خدمت گیرندگان : ثبت نام یک خدمت گیرنده ( ایرانی / غیرایرانی) در سامانه سبب
- فهرست خدمت گیرندگان : لیست کل خدمت گیرندگان ثبت نام شده در مرکز به همراه امکان ویرایش ، مشاهده اعضای خانواده ، انتخاب بعنوان خدمت گیرنده و ثبت پیگیری
- فهرست افراد فوت شده : لیست افراد فوت شده همراه با مشخصات و تاریخ و علل فوت آن ها
- فهرست خانوار : لیست خانوار های تحت پوشش همراه با مشخصات اعضای خانواده ی آن ها
- جستجوی خدمت گیرنده : استعلام وضعیت خدمت گیرنده از طریق کد ملی
- بیمه اعضا : ثبت اطلاعات بیمه ای اعضا
- تعریف مدرسه
- لیست مدارس
- ثبت مهاجرت : ورود خانوار و خدمت گیرنده به مرکز / خروج خانوار و خدمت گیرنده از مرکز



- برای ویرایش جمعیت در اول سال می توان با مراجعه به پرونده الکترونیک جمعیت تحت پوشش، نسبت به ویرایش و به روزرسانی، اصلاح و تکمیل اطلاعات افراد (حذف، اضافه، ویرایش) اقدام نمود.
- در نهایت بعد از تکمیل و ویرایش اطلاعات، بهروز می تواند اطلاعات جمعیتی روستا را از منوی گزارش ها، گزارش جمعیت، گزارش جمعیت ثبت نام شده، گزارش به تفکیک... استخراج نماید.

The screenshot displays a web browser window with a URL: [sibdapa.ir/Account/UserCompleteRegister?id\\_nationality=2&birthyear=1358&ischild=false](https://www.sibdapa.ir/Account/UserCompleteRegister?id_nationality=2&birthyear=1358&ischild=false). The page title is "مراقب سلامت". The main content area is a form for "ثبت نام" (Registration). A dropdown menu is open, showing a list of reports:

- گزارش مراقبت ها
- گزارش جمعیت شبکه
- گزارش داروها
- خلاصه پرونده الکترونیکی
- نمودار جمعیت تحت پوشش
- آمار مراقبت ها به تفکیک
- نمایه توده بدنی مراجعه کنندگان
- زیج حیاتی
- وقایع ثبت شده
- گزارش افرادی که خدمتی دریافت نکرده اند
- آمار دانش آموزان فاقد مشکل از نظر دهان دندان

The form fields include:

- نام خانوادگی (Last Name)
- نام (First Name)
- نام وارد نشده است (Name not entered)
- تاریخ تولد (Date of Birth) with dropdowns for Year, Month, and Day.
- جنسیت (Gender) with radio buttons for Male and Female.
- گروه خونی (Blood Group) with a dropdown menu.
- نوع اقامت (Residence Type) with a dropdown menu.
- مهدکودک/محل دوره/دانشگاه (Nursery/Class/University) with a dropdown menu.
- تلفن ثابت (کد شهرستان) (Fixed Phone (Area Code))
- شماره تماس همراه کد شهر (Mobile Number (City Code))
- تلفن همراه (Mobile Phone)
- صاحب تلفن (Phone Owner)
- صاحب تلفن وارد نشده است (Phone owner not entered)
- پست الکترونیکی (Email)
- شماره احوال (Address Number)
- شماره احوال وارد نشده است (Address number not entered)
- شماره احوال (Address Number) with a dropdown menu.
- آدرس (Address)

## پرسش و تمرین

- ۱) شناخت جمعیتی و زیست محیطی روستا را تعریف کنید.
- ۲) هدف از شناخت جمعیتی و زیست محیطی در خانه های بهداشت را توضیح دهید.
- ۳) فرایند شناسایی جمعیتی و زیست محیطی را در روستا به روش کاغذی را بیان کنید.
- ۴) هر یک از مفاهیم مربوط به شناسایی جمعیتی را تعریف کنید.
- ۵) نحوه استخراج و ویرایش اطلاعات جمعیتی روستای خود را با نظارت مربی انجام دهید .
- ۶) نحوه ثبت نام خدمت گیرنده جدید را نشان دهید.
- ۷) هدف از بازدید منزل و نحوه انجام آن را بیان کرده و عملاً نشان دهد.

## فصل سوم

### روش ثبت جمعیت در زیج حیاتی و تکمیل سایر جداول زیج حیاتی

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- زیج را تعریف کند.
- هدف از تکمیل زیج در واحدهای ارائه خدمت را توضیح دهد.
- نحوه تکمیل گردونه زیج را توضیح و عملاً نشان دهد.
- نحوه تکمیل جداول هفتگانه را توضیح و عملاً نشان دهد.

**مقدمه:**

زیچ در لغت، معرب کلمه ی فارسی زیگک و به معنای تعیین احوال ستارگان، و جدولی است که از آن برای آشنایی باحرکات سیارات در رصد خانه ها استفاده می شود. اصل فارسی کلمه، به معنای ریسمان (زه) بوده چون از آن برای ثبت و نمایش آمارهای حیاتی بهره گرفته می شود پسوند ”حیاتی” اضافه شده است. زیچ حیاتی ورقه ای است ۷۰\*۵۰سانتیمتر که در آغاز فقط برای نمایش وقایعی که در زمینه تولد و مرگ بود استفاده شد به تدریج در جریان کار، ازسویی کارآیی و سهولت کاربرد خود را نشان داد و از سوی دیگر برای افزودن پاره ای داده ها آمادگی یافت. اولین بار در سال ۱۳۶۰ نمونه اولیه زیچ حیاتی در خانه های بهداشت کشور بکار گرفته شد.

**زیچ حیاتی:** این فرم باید از ابتدا تا پایان سال به دیوار خانه بهداشت یا پایگاه های سلامت روستایی و پایگاههای سلامت غیر ضمیمه شهری و مراکز خدمات جامع سلامت شهری (پایگاه سلامت ضمیمه) نصب باشد و فرم سال بعد بر روی آن قرار گیرد.

**راهنمای**

راهنمای اسرار علامت

راهنمای نماد علامت

**راهنمای**

راهنمای اسرار علامت

راهنمای نماد علامت

**راهنمای**

راهنمای اسرار علامت

راهنمای نماد علامت

**مردان**

روز	تولد	فوت	تولد	فوت	تولد	فوت	تولد	فوت	تولد	فوت	تولد	فوت
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												
۹												
۱۰												
۱۱												
۱۲												
۱۳												
۱۴												
۱۵												
۱۶												
۱۷												
۱۸												
۱۹												
۲۰												
۲۱												
۲۲												
۲۳												
۲۴												
۲۵												
۲۶												
۲۷												
۲۸												
۲۹												
۳۰												

**زنان**

روز	تولد	فوت	تولد	فوت	تولد	فوت	تولد	فوت	تولد	فوت	تولد	فوت
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												
۹												
۱۰												
۱۱												
۱۲												
۱۳												
۱۴												
۱۵												
۱۶												
۱۷												
۱۸												
۱۹												
۲۰												
۲۱												
۲۲												
۲۳												
۲۴												
۲۵												
۲۶												
۲۷												
۲۸												
۲۹												
۳۰												

## هدف از تکمیل زیج:

- هدف از تکمیل این فرم:

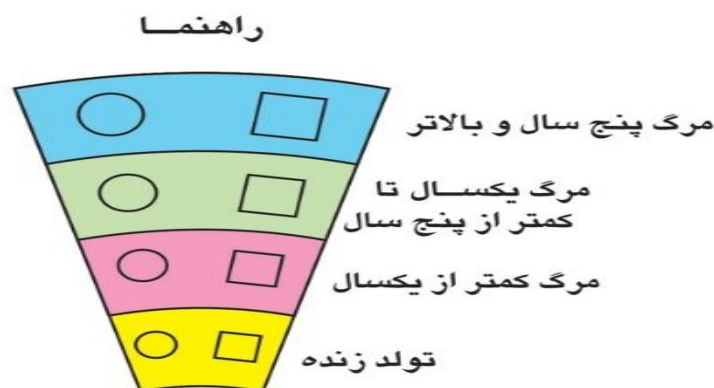
۱. داشتن اطلاعات آماری بهنگام و دقیق از جمعیت تحت پوشش روستایی و شهری
۲. محاسبه شاخصهای جمعیتی \_ بهداشتی هر خانه بهداشت، پایگاه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری/ روستایی
۳. ارزیابی کمی فعالیتها
۴. استخراج اطلاعات دقیق و بهنگام در تحقیقات و پژوهشها

## نحوه تکمیل زیج حیاتی:

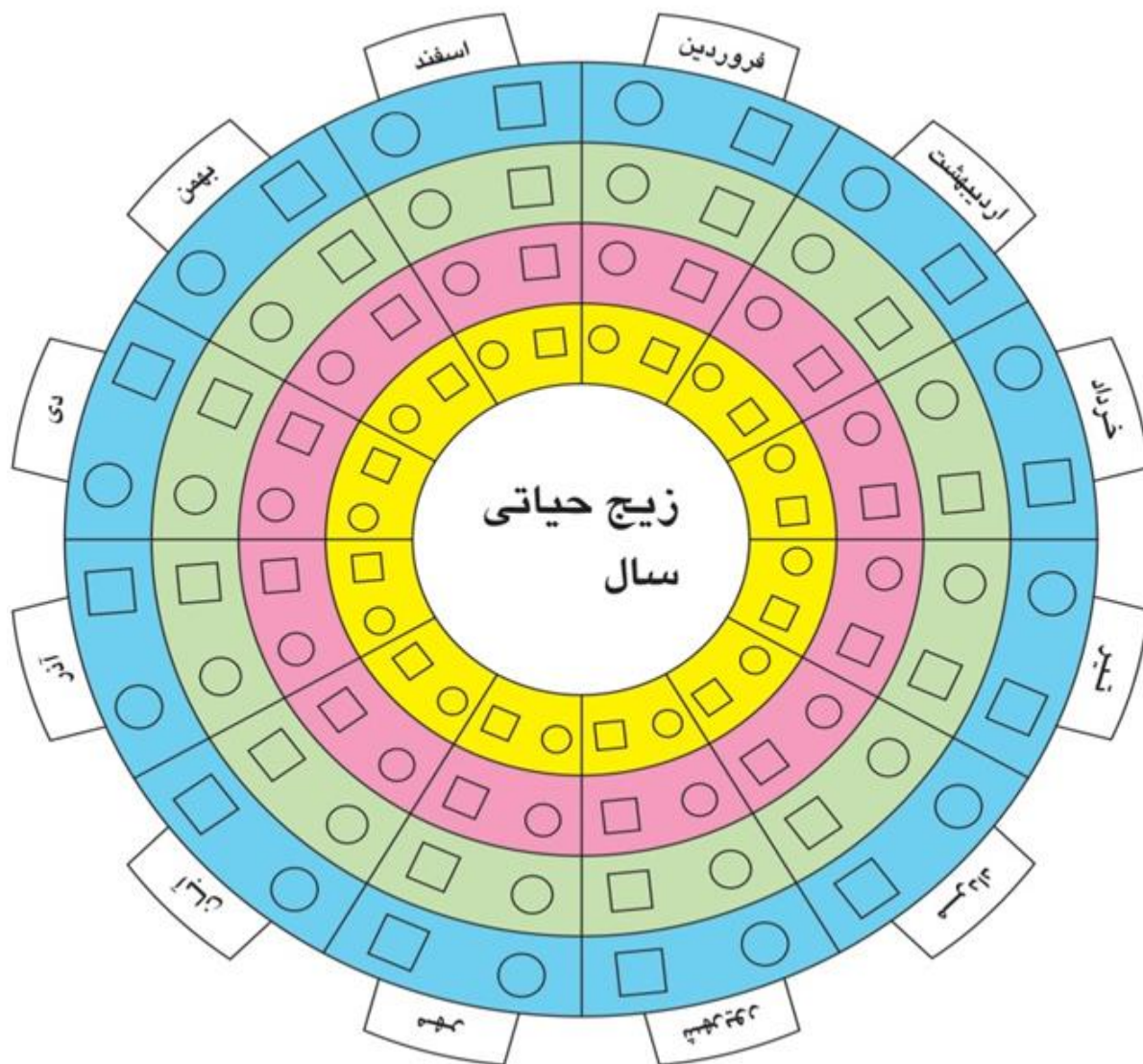
- متولدینی که پدر یا مادر آنها ایرانی و است و شناسنامه ایرانی دارند جزو خانوارهای ایرانی محسوب می شوند و اطلاعات آنها در زیج حیاتی خانوارهای ایرانی درج می گردد.
- اطلاعات خانوارهای اتباع بیگانه در زیج حیاتی جمعیت غیرایرانی ثبت می شود.
- در پایگاههای سلامت روستایی، داده ها در ستونهای مربوط به روستای اصلی ثبت می گردد.

## گردونه زیج:

- زیج های کنونی دارای ۷ جدول و پنج دایره متحدالمرکز است.
- دوائر متحدالمرکز در نسخه های رنگی از داخل به خارج:
- سفید (برای ثبت سال)
- زرد (ثبت موالید زنده)
- صورتی (ثبت مرگهای زیر یکسال، یعنی از بدو تولد تا ۱۱ ماه و ۲۹ روز تمام)
- سبز (یعنی بین ۱۲ ماه تمام تا ۴ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز تمام)
- آبی (برای ثبت مرگ های ۵ ساله و بالاتر)



- در درون قطعه‌های ۲۱ گانه و در محدوده هریک از رنگهای چهارگانه زرد، صورتی، سبز و آبی یک مربع و یک دایره پیش بینی شده است برای ثبت ارقام، اتفاقاتی است که در روستای اصلی / شهر پیش می‌آید و دایره برای ثبت رقم اتفاقاتی است که در روستا یا روستاهای قمر / حاشیه شهر حادث می‌شود.
- اگر خانه بهداشت / پایگاه بهداشت بیش از یک روستای قمر / منطقه حاشیه داشته باشد مجموع داده‌های آنها در همان یک دایره ثبت می‌شود.
- در صورتی که پایگاه و یا مرکز دارای دو نوع جمعیت تحت پوشش (روستایی و شهری) باشد باید دو زیج مجزا تهیه شود.





**جدول استفاده از نمک ید دار:** اولین جدول سمت راست صفحه زیچ، جدول استفاده از نمک ید دار می باشد. هدف این جدول ارایه آمار از وضعیت استفاده از نمک ید دار در خانوار های تحت پوشش هر واحد می باشد. در این جدول با توجه به سرشماری اول سال تعداد خانوارهای تحت پوشش ثبت می گردد و بر اساس فرایند انجام ید سنجی نمک مصرفی خانوار در زمان سرشماری و یابازدید از منزل، مشخص می شود که چه تعداد خانوار از نمک یددار استفاده می کنند.

◀ استفاده از نمک ید دار

تعداد خانوارهایی که از نمک ید دار استفاده می کنند	تعداد کل خانوار	منطقه
		<input type="checkbox"/> روستای اصلی
		<input type="radio"/> قمر

**جدول جمعیت بر حسب سن و جنس:** دومین جدول سمت راست صفحه زیچ، جدول جمعیت تحت پوشش را نشان می دهد. مبنای این جدول، جمعیت به روز رسانی شده اول سال سامانه سیب است. پس از اتمام به روز رسانی، اطلاعات به تفکیک گروههای سنی و روستای اصلی و قمر وارد می شود و در شهرها نیز به صورت شهر و حاشیه شهر ثبت می گردد.

◀ جمعیت بر حسب سن و جنس

سن	روستای اصلی <input type="checkbox"/>		قمر <input type="radio"/>		کل	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
زیر یکماه						
یکماه تا یکسال						
۱ تا ۴ سال						
۵ تا ۶ سال						
۷ تا ۹ سال						
۱۰ تا ۱۴ سال						
۱۵ تا ۱۷ سال						
۱۸ تا ۱۹ سال						
۲۰ تا ۲۴ سال						
۲۵ تا ۲۹ سال						
۳۰ تا ۳۴ سال						
۳۵ تا ۳۹ سال						
۴۰ تا ۴۴ سال						
۴۵ تا ۴۹ سال						
۵۰ تا ۵۴ سال						
۵۵ تا ۵۹ سال						
۶۰ تا ۶۴ سال						
۶۵ تا ۶۹ سال						
۷۰ تا ۷۴ سال						
۷۵ تا ۷۹ سال						
۸۰ تا ۸۴ سال						
۸۵ و بیشتر						
جمع کل						

• آمار جمعیت زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله، ستون سمت راست (سفید)، کل جمعیت زنان و ستون سمت چپ (رنگی) جمعیت زنان شوهردار است.

## در جدول جمعیت تحت پوشش بر حسب سن و جنس

ستون های مربوط به جمعیت زنان در فاصله سنی ۱۰ تا ۵۴ سال، هر یک از ستونها به دو قسمت تقسیم شده است، در هر سطر ستون سمت راست (یعنی ستون سفید) برای نوشتن کل جمعیت زنان، ستون سمت چپ (یعنی رنگی) برای ثبت رقم جمعیت زنان همسر دار در آن گروه سنی است. منظور از زن همسر دار، زنی است که در خانه همسر خود زندگی می کند و یا دختران عقد کرده ای که هنوز در خانه پدری خود ساکن هستند، جزو زنان همسر دار به حساب می آیند.

## جدول مرگ مادران:

- سومین جدول سمت راست صفحه زیج، مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی، زایمان و تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری را بر حسب سن مادر به تفکیک منطقه و با اشاره به علتهای عمده مرگ مادران (خونریزی، عفونت بعد از زایمان، پره اکلامپسی، بیماریهای قلبی و سایر علل) نشان می دهد.
- علت مرگ با بررسی موارد مرگ در « کمیته دانشگاهی بررسی مرگ مادر » و مطابق علت اعلام شده در این کمیته، در جدول درج گردد.
- اگر مادر به علت خودکشی باشد ( خودکشی به هر دلیل ) جزو مرگ مادر به دلیل عوارض بارداری زایمان خواهد بود و در ستون سایر علل علامت زده خواهد شد .

## ◀ مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان بر حسب سن مادر و علت مرگ

سن ( سال )	منطقه و علت مرگ								
	۱۰ تا	۱۵ تا	۲۰ تا	۲۵ تا	۳۰ تا	۳۵ تا	۴۰ تا	۴۵ تا	۵۰ سال و بالاتر
روستای اصلی <input type="checkbox"/>	خونریزی								
	عفونت بعد از زایمان								
	پره اکلامپسی								
	بیماری های قلبی								
	سایر علل								
قمر <input type="radio"/>	خونریزی								
	عفونت بعد از زایمان								
	پره اکلامپسی								
	بیماری های قلبی								
	سایر علل								

- در صورتی که مرگ به علت تصادف اتومبیل یا سایر حوادث یا سوانح منجر به فوت شود مرگ مادر حساب نمی شود ولی اگر علاوه بر عوارض سانحه یا حادثه بیمار دچار یکی از عوارض بارداری یا زایمان (آمبولی) شده و به همان دلیل فوت نموده مرگ وی در شمار مرگ مادران محسوب می شود.
- اگر مرگ مادر به دلیل قتل به دنبال عوامل زمینه ای (بارداری زمینه ای جنسیت جنین و... هر رابطه علیتی با بارداری) باشد مرگ مادر محسوب می شود

### جدول تولد:

- چهارمین جدول صفحه زیج، به ثبت اطلاعات مربوط به موالید اختصاص دارد.

### بخش اول:

- تعداد دختران و پسران مرده بدنیا آمده دربرگه زیج حیاتی به روش چوب خطی علامت زده می شود.
- در دو حالت، نوزاد مرده بدنیا آمده به حساب می آید:  
الف) نوزادی که بعد از شروع هفته ۲۲ حاملگی بدنیا آمده است و هیچیک از علائم حیاتی را ندارد (حتی یک نفس هم نکشیده و گریه نکرده است)  
ب) نوزادی که با وزن بیش از ۵۰۰ گرم (بدون احتساب وزن جفت) بدنیا آمده و در زمان تولد فاقد علائم حیاتی است.

### بخش دوم:

مربوط به وزن هنگام تولد نوزاد برحسب جنس اوست. چنانچه وزن هنگام تولد در دست نبود می توانید وزن روز دهم تولد را اندازه بگیرید.

### بخش سوم:

مربوط به سن مادر در هر تولد زنده نوزاد اوست. توجه داشته باشید که اگر حاصل زایمان ۱ یا چند نوزاد است (دوقلو یا بیشتر) باید برای هر یک از تولدهای زنده در قسمت سن مادر، یک علامت زده شود یعنی برای دوقلو، ۲ بار علامت زده میشود زیرا در این بخش از جدول تعداد تولدها مطرح است.

### بخش چهارم:

در برگیرنده شرایط زایمان در بیمارستان یا منزل زائو است. چنانچه زایمان در بیمارستان، زایشگاه یا واحد تسهیلات زایمانی انجام شده باشد تعداد آنها در ستون مربوط، علامت زده میشود و اگر زایمان در منزل زائو یا بین راه انجام گرفته باشد، برحسب اینکه کمک کننده به زایمان چه کسی است در ستونهای زیر آن علامت میگذاریم. دقت کنید که اگر حاصل زایمان، دوقلو یا چندقلو باشد در این بخش، فقط یک بار ثبت میشود



### جدول مرگ بر حسب سن و جنس:

- پنجمین جدول جدول مرگ بر اساس گروه سنی می باشد، در این جدول آمار مرگ در مناطق شهری / حاشیه یا روستاهای تحت پوشش اصلی / قمر به تفکیک منطقه سکونت فرد و بر حسب جنس و سن به صورت چوب خطی بر روی برگه زیج حیاتی ثبت می شود.

#### ◀ مرگ بر حسب سن و جنس

منطقه	سن		روستای اصلی	قمر	کل
	جنس	زیر یکماه			
یکماه تا یکسال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۱ تا ۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۵ تا ۶ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۷ تا ۹ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۱۰ تا ۱۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۱۵ تا ۱۷ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۱۸ تا ۱۹ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۲۰ تا ۲۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۲۵ تا ۲۹ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۳۰ تا ۳۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۳۵ تا ۳۹ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۴۰ تا ۴۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۴۵ تا ۴۹ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۵۰ تا ۵۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۵۵ تا ۵۹ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۶۰ تا ۶۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۶۵ تا ۶۹ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۷۰ تا ۷۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۷۵ تا ۷۹ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۸۰ تا ۸۴ سال	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
۸۵ و بیشتر	مرد		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	زن				
جمع کل					

### جدول مهاجرت بر حسب نفر:

- اطلاعات مهاجرت از دفتر و فرم استخراج و به صورت تجمیعی (به صورت عددی) و با مداد در پایان هر فصل در جدول "مهاجرت بر حسب" نفر در پوستر زیج ثبت میگردد.

#### ◀ مهاجرت بر حسب نفر

مهاجرت به داخل روستا	مهاجرت به خارج از روستا	منطقه
		روستای اصلی <input type="checkbox"/>
		قمر <input type="radio"/>

## جدول علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال:

جدول علت مرگ جدولی است که علت مرگ در کودکان کمتر از پنجسال در آن ثبت می شود. در این جدول نیز اطلاعات به تفکیک علت مرگ و منطقه و در هریک از این دو برای سنین کمتر از یک ماه و ۱ تا ۴ ساله ثبت می شود.

تنها علت‌هایی از مرگ کودکان زیر پنج سال در این جدول گنجانیده شده است که رسیدن به تشخیص آنها در خانه بهداشت میسر است (عفونتهای تنفسی، اسهال و استفراغ، حوادث، مسمومیتها، سوختگیها، عارضه کمبود وزن هنگام تولد، نارسی نوزاد، بیماری های قابل پیشگیری با واکسن، مرگ نوزاد از صدمات زایمانی، ناهنجاری های مادرزادی و سایر علل).

## جدول علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال:

### مرگ ناشی از عارضه کمبود وزن هنگام تولد:

مرگ نوزادی که بعد از هفته سی و هفتم بارداری مادر با وزن هنگام تولد ۲۵۰۰ گرم یا کمتر به دنیا آمده است و حداکثر تا پایان اولین ماه زندگی به دلیل عوارض ناشی از این کمبود وزن هنگام تولد مرده باشد در این قسمت ثبت می شود.

### مرگ ناشی از نارسی نوزاد:

مرگ نوزادی که قبل از هفته سی و هفتم بارداری مادر بدنیا آمده باشد (خواه با وزن زمان تولد کم یا طبیعی) و حداکثر تا پایان اولین ماه زندگی به دلیل عوارض ناشی از این تولد زودرس، مرده باشد، در این قسمت ثبت می گردد.

### مرگ ناشی از بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن:

شامل مرگ به علت سرخک، سیاه سرفه، کزاز، فلج اطفال، هپاتیت، دیفتری و سل است.

### مرگ نوزاد از صدمات زایمانی:

چنانچه نوزادی با علائم حیاتی (زنده) بدنیا آید، ناهنجاری مادرزادی آشکاری نداشته باشد ولی علائم حیاتی او ضعیف باشند به طوری که به اقدامات اولیه احیاء نوزاد پاسخ ندهد و حداکثر تا یک ساعت پس از زایمان بمیرد، در این قسمت علامت زده می شود.

## مرگ ناشی از ناهنجاریهای مادرزادی:

در جدول علت مرگ کودکان تا پنجسال که با علائم حیاتی بدنیا آمده باشد (زنده بدنیا آمده). چنانچه پس از تولد، ناهنجاری واضح و مشهودی داشته باشد که منجر به مرگ نوزاد گردد در قسمت مرگ کمتر از یک ماهگی به دلیل ناهنجاری مادرزادی ثبت گردد. در صورتیکه ناهنجاری واضح و آشکار نداشت، تشخیص مرگ به علت ناهنجاری فقط با پزشک خواهد بود.

## مرگ ناشی از حوادث، مسمومیتها و سوختگیها:

چنانچه کودک زیر پنجسالی به دلیل حادثه، مسمومیت یا سوختگی فوت کرد هرچند که زمینه بیماریهای دیگری هم داشته باشد. باید در این قسمت، ثبت گردد.

## ◀ علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال

منطقه و سن	علت مرگ	عفونت های تنفسی	اسهال و استفراغ	حوادث، مسمومیت ها، سوختگی ها	عوارض کمبود وزن هنگام تولد	نارسی نوزاد	بیماری های قابل پیشگیری با واکسن	مرگ نوزاد از صدمات زایمانی	ناهنجاری های مادر زادی	سایر علل
کمتر از یکماه										
یکماه تا کمتر از یکسال										
یکسال تا کمتر از پنج سال										
کمتر از یکماه										
یکماه تا کمتر از یکسال										
یکسال تا کمتر از پنج سال										

\* نوزادی که بعد از هفته سی و هفتم حاملگی بدنیا آمده است و وزن هنگام تولد او کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد (نوزاد رسیده).

\*\* نوزادی که قبل از هفته سی و هفتم حاملگی بدنیا آمده باشد (نوزاد نارس) وزن کودک در اینجا اهمیت ندارد.

## پرسش و تمرین

- ۱) زیج را تعریف و هدف از تکمیل زیج را بیان نمایید.
- ۲) زمان و نحوه تکمیل جدول شماره یک زیج حیاتی (جدول استفاده از نمک ید دار) را توضیح داده و عملاً نشان دهید.
- ۳) زمان و نحوه تکمیل جدول جمعیت بر حسب سن و جنس را توضیح داده و عملاً نشان دهید.
- ۴) زنان همسر دار و واجدین شرایط را تعریف نمایید.
- ۵) زمان و نحوه تکمیل جدول مرگ مادر به دلیل عوارض بارداری را توضیح داده و عملاً نشان دهید.
- ۶) مرگ مادر را تعریف نمایید.
- ۷) مهم ترین علل مرگ مادران را نام برده و نحوه ثبت مرگ مادر با حوادث را توضیح دهد.
- ۸) زمان و نحوه تکمیل جدول تولد را توضیح داده و عملاً نشان دهید.
- ۹) نوزاد مرده بدنیا آمده را تعریف نمایید.
- ۱۰) منظور از هر یک از اصطلاحات بهورز ماما / ماما روستا / مامای دوره ندیده را بیان نمایید.
- ۱۱) زمان و نحوه تکمیل جدول مهاجرت را توضیح داده و عملاً نشان دهند.
- ۱۲) زمان و نحوه تکمیل جدول مرگ بر حسب سن و جنس را توضیح دهید.
- ۱۳) زمان و نحوه تکمیل جدول علل مرگ کودکان زیر ۵ سال را توضیح داده و عملاً نشان دهید.
- ۱۴) مرگ ناشی از کمبود وزن و نارسی رادر کودکان زیر ۵ سال توضیح دهید.
- ۱۵) مرگ ناشی از ناهنجاریهای مادرزادی در کودکان زیر ۵ سال توضیح دهید.
- ۱۶) مرگ ناشی از سوانح و حوادث در کودکان زیر ۵ سال توضیح دهید.



## فصل چهارم

### آشنایی با شرح وظایف شغلی بهورز

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- وظایف بهورز را در برقراری ارتباط با مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف بهداشتی را نام ببرد.
- وظایف بهورز را در آموزش مردم را بیان کند.
- وظایف بهورز را در ارائه مراقبت های بهداشتی به گروه های هدف را بیان کند.
- وظایف بهورز را در خدمات پیشگیری و مراقبت از بیماریهای واگیر و غیر واگیر را بیان کند.
- وظایف بهورز را در مدیریت سلامت محیط و کار در روستا را بیان کند.
- وظایف بهورز را در درمان های ساده علامتی و کمک های اولیه را بیان کند.
- وظایف بهورز را در شناخت جمعیتی و زیست محیطی روستا بیان کند.

- شرح وظایف یا شرح شغلی عبارت است از کلیه وظایف و مسئولیت هایی که نیروی مستقر در آن سمت باید انجام دهد. در تعریف شرح شغلی باید به تمامی وظایف، اختیارات و امکانات یک نیرو اشاره شود و اینکه فرد با چه افرادی از سازمان در ارتباط می باشد و تحت نظر چه کسی فعالیت می کند.
- شرح وظایف، شرح خلاصه تک تک اقدامات و فعالیتهایی که در راستای دستیابی به اهداف سازمان و به موجب موقعیت خاص شغل در سازمان، بر عهده متصدی شغل مربوطه گذاشته شده است.
- شرح وظایف حرفه ای بهورزان در سه بخش مهم قابل تعریف هست وظایف بهورزان در مراقبت وارایه خدمات سلامت سطح اول، آموزش و ترویج سلامت، وظایف اجرایی

### ۱- شناخت جمعیتی و زیست محیطی روستا

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- سرشماری جمعیت تحت پوشش
- جمع آوری اطلاعات آماری کامل جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- شناسایی معضلات و مشکلات اثر گذار بر سلامت افراد
- ثبت داده ها و مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش در سامانه



## ۲- برقراری ارتباط با مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف بهداشتی

بهورزان با برقراری یک ارتباط خوب و موثر و علمی باید اطلاعات لازم را داشته باشند تا در برخورد با گروه های هدف، ارباب رجوع و همچنین ارتباط بین بخشی با نهاد های روستا اعم از شورای اسلامی روستاها، دهیاران، بخشداران، مسئولان و معلمان بتوانند در جهت تسهیل ارائه خدمات سلامت بهره مند شوند.

مثال: بهورزان می توانند از طریق جلب مشارکت مردمی ( خیرین سلامت، اعضای شورای اسلامی، مسئولان، اهالی روستا و...) نسبت به تامین وسایلی جهت حفظ و ارتقای سلامت جامعه روستایی اقدام کنند.

## ۳- آموزش

بهورزان باید در زمینه آموزش همگانی سلامت در کلیه ی زمینه های بهداشتی ( بر اساس برنامه ها و دستور العمل های ابلاغی ) اقدام نمایند بطور مثال :

آموزش و توانمند سازی والدین در خصوص پیشگیری از حوادث در کودکان

آموزش تغذیه مناسب برای نوجوانان و جوانان

آموزش پیشگیری از رفتار های پرخطر در گروه میانسالان

آموزش اصول فعالیت فیزیکی مناسب برای گروه سنی سالمندان



#### ۴- ارائه مراقبت های بهداشتی به گروه های هدف

##### ۴- ۱ ارائه مراقبت به نوزادان و کودکان :

- ارزیابی دوره ای ( بررسی سوابق بیماری فردی و خانوادگی فقط مراقبت اول ) بررسی عوامل و نشانه های خطر، شیوه زندگی، تکاملی کودکان، تغذیه، سلامت روان، سوابق مصرف و حساسیت دارویی و مکمل ها، غربالگری بیماریها، وضعیت دهان و دندان، وضعیت واکسیناسیون، رشد و تکامل کودک، طبقه بندی تعیین کودکان فاقد مشکل در معرض خطر یا مشکوک به بیماری
- اقدامات پیشگیری و درمانی ( تجویز مکمل ها - تجویز داروهای مانا،...)
- مشاوره ( مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف )
- پیگیری و مراقبت ( اجرای دستورات دارویی و غیر دارویی ، انجام واکسیناسیون ، پیگیری موارد ارجاع ،...)
- ارجاع ( ارجاع فوری و غیر فوری به سطوح بالاتر )

##### ۴- ۲- ارائه مراقبت به گروه سنی نوجوانان و بهداشت مدارس ( گروه سنی ۵ تا ۱۸ سال ) :

- ارزیابی دوره ای :بررسی سوابق فردی و خانوادگی، پایش رشد، بررسی وضعیت دهان و دندان، واکسیناسیون، بررسی سلامت مدرسه در ۸ محور مدارس مروج سلامت (ایمنی، بهداشت محیط، تغذیه، خدمات سلامت، ورزش، برنامه های آموزشی در مدارس ...)
- طبقه بندی
- اقدامات پیشگیری و درمانی
- آموزش
- مشاوره
- پیگیری و مراقبت ، پیگیری مراقبت بیماران ، پیگیری ارجاع ها
- ارجاع ، فوری و غیر فوری به سطح بالاتر
- ثبت خدمات ، ثبت نرم افزاری خدمات

##### ۴- ۳-مراقبت جوانان ( گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال ):

- ارزیابی دوره ای : بررسی سوابق فردی و خانوادگی، بررسی عوامل و نشانه های خطر، بررسی شیوه زندگی، بررسی سلامت باروری، وضعیت تغذیه، مکمل های مصرفی، دهان و دندان، واکسیناسیون، بررسی نمای توده بدنی و فشار خون، وضعیت سلامت روان، غربالگری بیماریها...
- طبقه بندی

- اقدامات پیشگیری و درمانی شامل: مکمل یاری ویتامین دی بر اساس دستور العمل، اقدامات پیشگیری از مرگ و میر گروه‌های سنی ۱۸ تا ۲۹ سال با رویکرد توانمند سازی جوانان آموزش عمومی آموزش خود مراقبتی
- مشاوره: مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف مشاوره ژنتیک مشاوره های فرزند پروری

• ارجاع: فوری و غیر فوری به سطوح بالاتر

#### ۴-۴- مراقبت میانسالان ( گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال):

- ارزیابی دوره ای: بررسی تغذیه، بررسی فعالیت جسمانی، بررسی مصرف دخانیات، بررسی سابقه ایمن سازی
- طبقه بندی از نظر تعیین افراد فاقد مشکل یا دارای وضعیت طبیعی یا سالم یا مطلوب
- اقدامات درمانی و پیشگیری
- آموزش عمومی
- آموزش و مشاوره فردی
- مراقبت ممتد: تعیین تاریخ پیگیری و مراجعه بعدی

#### ۴-۵- مراقبت سالمندان ( گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر):

- ارزیابی دوره ای: بررسی سوابق فردی و خانوادگی، عوامل و نشانه های خطر، شیوه زندگی سالم، وضعیت تغذیه، افسردگی، بینایی، شنوایی، مصرف مکمل، دهان و دندان، واکسیناسیون، بررسی رفتارهای پرخطر، بررسی سالمند از نظر دمانس، بی اختیاری ادراری،...
- طبقه بندی
- اقدامات پیشگیری و درمانی و مکمل دارویی
- آموزش عمومی
- مشاوره
- پیگیری و مراقبت
- ارجاع

#### ۴-۶- مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران:

- مراقبت های پیش از بارداری: بهورزان صرفاً موظف هستند این مادران را شناسایی کرده، آنها را از اهمیت این مراقبت ها آگاه نموده و آنان را به پزشک و ماما معرفی نمایند.

- مراقبت های بارداری: مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده، معاینه بالینی و ارجاع در صورت نیاز، آموزش و مشاوره و تجویز مکمل ها و ایمن سازی
- مراقبت پس از زایمان: مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده، معاینه بالینی و ارجاع در صورت نیاز درخواست آزمایش و بررسی های تکمیلی، آموزش و مشاوره، تجویز مکمل ها و ایمن سازی

#### ۴-۷- مشاوره و آموزش قبل از ازدواج :

- آموزش تغذیه مناسب
- مشاوره و آموزش ازدواج مناسب
- خدمات باروری سالم
- آموزش گروه هدف برای شرکت در کلاس های قبل از ازدواج

#### ۴-۸: مراقبت های ادغام یافته سلامت باروری و فرزند آوری :

- برنامه های هنگام ازدواج: ارجاع زوجین برای انجام مراقبت های قبل از بارداری در صورت تصمیم به فرزند آوری، ارجاع زوجین برای انجام مراقبت های باروری سالم در صورت عدم تصمیم به فرزند آوری در ماه های اول بعد از ازدواج
- برنامه های بعد از ازدواج: گرفتن شرح حال، طبقه بندی معاینه بالینی، بررسی پاراکلینیک، آموزش و مشاوره، مستند سازی اقدامات انجام شده در سامانه ارجاع
- ارائه خدمات ناباروری: غربالگری افراد مستعد یا مشکوک به ناباروری، ارجاع افراد مشکوک به ناباروری، پیگیری

#### ۴-۹- ارائه مراقبت های دهان و دندان :

- آموزش سلامت دهان و دندان به گروه های مختلف سنی با اولویت گروه های هدف (کودکان زیر ۱۴ سال و مادر باردار)
- ارائه خدمات سلامت دهان (انجام خدمت وارنیش فلوراید برای کودکان ۳ تا ۱۴ سال)
- ثبت معاینات دهان و دندان
- ارجاع در صورت لزوم
- پیگیری



#### ۴-۱۰- آموزش تغذیه :

بهورز باید دانش تغذیه ای جامع و به روز داشته باشد. بهورز باید در متن زندگی روستایی، غذا های مناسب را شناسایی کرده و ارزش های تغذیه ای آنها را مشخص کند و بسته به شرایط و نیاز های افراد خانواده آن را معرفی کند. بهورز باید گروه های آسیب پذیر روستا را از نظر سوء تغذیه شناسایی کرده و اولویت مند عمل کند و بسته به گروه های سنی آموزش های لازم را ارائه نماید.

#### ۵- خدمات پیشگیری و مراقبت از بیماریها

۱-۵- واکسیناسیون و مراقبت از بیماریهای قابل پیشگیری بوسیله واکسن

۲-۵- مراقبت AEFI (مراقبت پیامدهای نامطلوب ایمنسازی) و تزریقات ایمن

۳-۵- زنجیره سرما

۴-۵- آموزش چگونگی پیشگیری و درمان و توانبخشی موارد بیماریها به بیماران و عموم مردم

۵-۵- درمان بیمارانی که دارای پروتکل درمانی مشخص هستند.

۶-۵- بیماریابی

۷-۵- ارجاع و موارد پیگیری درمان

۸-۵- مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای واگیر

مدیریت بیماری سل، حذف مالاریا، کنترل هاری، کنترل کالا آزار، مدیریت تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو، کنترل سالک، مدیریت تب مالت، مننژیت، سرخک، مراقبت سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی، فلج اطفال، دیفتری، سیاه سرفه، آنفلو انزا، پیشگیری و کنترل بیماری وبا و تیفوئید و اسهال خونی، بوتولیسم، مدیریت بیماری گال و شپش، پیشگیری و کنترل HIV/AIDS، هپاتیت

۹-۵- آموزش و مراقبت زوجین ناقل تالاسمی

۱۰-۵- ارائه مراقبت های بیماریهای غیر واگیر :

فشار خون، دیابت، روانی، گواتر، آسم، سرطان ها، هیپو تیروئیدی، فنیل کتونوری، پیشگیری از چربی خون، کم خونی، بیماریهای کلیوی، ...

۵-۱۱- مشارکت در اجرای برنامه های توانبخشی مبتنی بر جامعه

۵-۱۲- گزارش بیماریهای مشمول گزارش تلفنی، هفتگی و ماهیانه

۵-۱۳- مدیریت طغیان های بیماریهای منتقله از آب و غذا با مشارکت تیم سلامت مرکز

۵-۱۴- مراقبت های سلامت روان

## ۶- مدیریت سلامت محیط روستا

۶-۱- کنترل بهداشت مواد غذایی از طریق بازدید اماکن تهیه و توزیع ، نگهداری و فروش مواد غذایی در منطقه تحت پوشش ( شناسایی ، بازدید ، پیگیری )

۶-۲- نظارت بر وضعیت بهداشتی اماکن عمومی :

( وضعیت بهداشت محیط مدرسه ، مسجد ، مهد کودک و آرایشگاه ، ... )

۶-۳- نظارت بر دفع بهداشتی زباله و فضولات حیوانی

۶-۴- بهسازی محیط و منابع آب و فاضلاب

۶-۵- کنترل بهداشت آب : کلر سنجی ، آزمایش شیمیایی ، آزمایشات باکتریولوژیکی

۶-۶- کنترل بهداشت توالت ها و جمع آوری صحیح مدفوع

۶-۷- آلودگی های هوا:

شناسایی و آموزش و پیگیری آلاینده های هوا در محیط های بسته

۶-۸- مشارکت در اجرای ماده ۱۳

۶-۹- بهداشت مسکن و پیگیری منازل در زمینه های مختلف بهداشت محیط : نور، صدا، تهویه و فضای مسکونی و ...

۶-۱۰- بیماریهای منتقله از راه غذا و آب :

شناسایی طغیان ، آموزش ، گزارش موارد طغیان و ...



۱۱-۶- جلب مشارکت روستائیان و شورای اسلامی روستا

به منظور ارتقای وضعیت بهداشتی روستا ( دفع زباله و دفع فضولات حیوانی و ... )

۱۲-۶- مبارزه با استعمال دخانیات

۱۳-۶- برنامه کاهش اثرات بلایا (مشارکت در مراحل پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازتوانی )

۱۴-۶- آموزش و نظارت بر راههای مبارزه با حشرات و جوندگان

۱۵-۶- آموزش و نظارت بر نحوه استفاده از سموم و گندزداها

۱۶-۶- مشارکت در پروژه های بهسازی محیط:

مثال: مشارکت و نظارت در احداث و بهسازی توالی های بهداشتی

۱۷-۶- تشکیل شورای بهداشت روستا: به منظور حفظ و ارتقاء سلامت مردم و مشارکت دادن آنها در تصمیم گیری ها و فعالیت های سلامت همگانی، در همه روستاهای دارای سکنه و تحت پوشش خانه های بهداشت، شورای سلامت روستا تشکیل می شود. ایجاد شوراهای بهداشت در سطح روستاها بهترین و مناسبترین راه برای ارتباط با گیرنده خدمات یعنی همان مردم تشکیل دهنده جامعه است .

## ۷- خدمات بهداشت حرفه ای و بهداشت کارگران و کشاورزان

۱-۷- شناسایی کارگاه های خانگی و غیر خانگی روستای اصلی و قمر

۲-۷- ثبت مشخصات عمومی کارگاه در فرم بازدید و پیگیری رفع نقایص و ارسال گزارش به مافوق

۳-۷- ثبت اطلاعات عمومی واحدهای کارگاهی در سامانه جامع بازرسی

۴-۷- مشارکت و هماهنگی در برنامه های سلامت شاغلین و معاینات پزشکی

۵-۷- اجرای کلاس های آموزشی در زمینه بهداشت حرفه ای برای شاغلین

## ۸- کمک های اولیه

کمک های اولیه توسط بهورز شامل اقداماتی است که در محل وقوع حادثه و با هدف حفظ جان بیمار و کاهش عوارض درد و رنج مصدوم تا زمان رسیدن به مرکز خدمات جامع سلامت انجام می گیرد.

## ۹- درمان های ساده علامتی مشخص شده

درمان مناسب بیماریها و تامین دارو های اساسی یکی از اجزای مهم مراقبت های اولیه بهداشتی بوده که از وظایف مهم بهورزان در انجام درمان های ساده علامتی می باشد. درمان به موقع بیماریها در واقع نوعی پیشگیری است که به آن پیشگیری نوع دوم می گویند و هدف آن قطع بیماری یا جلوگیری از عوارض آن است. بنابراین انجام صحیح درمان های ساده علامتی و تجویز صحیح دارو توسط بهورزان جهت بیماران مراجعه کننده از اهمیت زیادی برخوردار است.

## سایر وظایف شغلی بهورز

۱۰- همکاری با پزشک خانواده

۱۱- مشارکت در اجرای طرح های ادغام شده در نظام شبکه

۱۲- جلب همکاری مردم جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی

۱۳- جلب همکاری سایر بخش های دولتی و غیر دولتی جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی

۱۴- جمع آوری و ثبت آمار، تنظیم و ارسال گزارش فعالیت ها به مرکز خدمات جامع سلامت

۱۵- سایر امور محوله توسط مافوق به بهورزان

## تبصره ۱:

۱- تلقیح واکسن که به صورت تزریقات زیر جلدی، داخل جلدی و عضلانی انجام می گیرد و انجام سایر تزریقات برابر برنامه های ادغام شده در نظام شبکه بلا مانع می باشد.

۲- تزریقات زیر جلدی و عضلانی مجاز با دستور پزشک و برای بار اول با حضور پزشک انجام می شود. و تزریقات بعدی با دستور کتبی پزشک بلا مانع است.

۳ - همه خدماتی که در خانه بهداشت و در روستای اصلی به مردم ارائه می شود، لازم است در روستاهای اقماری و مناطق سیاری نیز ارائه شود.

### خلاصه مطالب و نتیجه گیری

شرح وظایف شغلی بهورزان را می توان در موارد زیر خلاصه کرد :

شناخت جمعیتی و زیست محیطی روستا، برقراری ارتباط با مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف بهداشتی، آموزش، ارائه مراقبت های بهداشتی به گروه های هدف، خدمات پیشگیری و مراقبت از بیماریها، مدیریت سلامت محیط روستا، خدمات بهداشت حرفه ای و بهداشت کارگران و کشاورزان، کمک های اولیه، درمان های ساده علامتی مشخص شده، همکاری با پزشک خانواده، مشارکت در اجرای طرح های ادغام شده در نظام شبکه، جلب همکاری مردم جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی جلب همکاری سایر بخش های دولتی و غیر دولتی جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی، جمع آوری و ثبت آمار و تنظیم و ارسال گزارش فعالیت ها به مرکز خدمات جامع سلامت

## پرسش و تمرین

- ۱) شرح وظایف بهورزان را در شناخت جمعیتی و زیست محیطی روستا بیان کنید.
- ۲) شرح وظایف بهورزان را در برقراری ارتباط با مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف بهداشتی بیان کنید.
- ۳) شرح وظایف بهورزان را در آموزش جمعیت تحت پوشش بیان کنید.
- ۴) شرح وظایف بهورزان را در ارائه مراقبت های بهداشتی به گروه های هدف بیان کنید.
- ۵) شرح وظایف بهورزان را در خدمات پیشگیری و مراقبت از بیماریها بیان کنید.
- ۶) شرح وظایف بهورزان را در مدیریت سلامت محیط روستاییان کنید.
- ۷) شرح وظایف بهورزان را در خدمات بهداشت حرفه ای و بهداشت کارگران و کشاورزان بیان کنید.
- ۸) شرح وظایف بهورزان را در کمک های اولیه بیان کنید.
- ۹) شرح وظایف بهورزان را در درمان های ساده علامتی مشخص شده بیان کنید.
- ۱۰) سایر وظایف شغلی بهورز را توضیح دهید.

## فصل پنجم

### آشنایی با نحوه ایجاد بهره مندی مناسب مردم از خدمات سلامت

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- خدماتی که در حوضه سلامت به مردم ارائه می گردد را شرح دهد.
- پوشش های بیمه ای که مطابق نیازهای جامعه ارائه میگردد را شرح دهد.
- هدف اصلی سیاستگذاران بخش سلامت بهبود را بیان نماید.

## آشنایی با نحوه ایجاد بهره مندی مناسب مردم از خدمات سلامت:

### مقدمه :

**ایجاد** نظام خدمات سلامت برای بهبودی سطح ارائه خدمات و برقراری عدالت در سلامت افراد جامعه یا سطوح اقتصادی و اجتماعی مختلف ، از اهداف اصلی سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان کشورهاست .  
از این رو توجه به نظام سلامتی که با امکانات و شرایط موجود بهترین خدمات را در اختیار عموم مردم جامعه قرار دهد از اهمیت بالایی برخوردار است . براین اساس در سالهای اخیر طرح تحول سلامت در کشور با هدف افزایش دسترسی افراد جامعه خصوصاً اقشار آسیب پذیر به خدمات سلامت ، طراحی و اجراء شده است . به منظور سنجش تقاضا و بهرمندی عموم افراد جامعه از خدمات سلامت ، در سال ۱۳۹۳ آمارگیری بهرمندی از خدمات سلامت در کشور، توسط پژوهشکده های آماری و با همکاری مرکز آمار ایران و موسسه ملی تحقیقات سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران ، در کل کشور اجراء شد.

هدف اصلی این آمارگیری شناسایی میزان پوشش بیمه ای پایه و تکمیلی ، شناسایی نیازهای خدمات سرپایی و بستری ، بررسی حجم و کیفیت خدمات سرپایی و بستری ، آگاهی از میزان رضایت مندی بیماران از خدمات سلامت سرپایی و بستری ، ارزیابی تقاضای برای خدمات سرپایی و بستری توسط اعضاء خانوار و علل عدم مراجعه برای دریافت خدمات ، بررسی علل عدم دریافت خدمات سرپایی و بستری و رد نهایت بررسی تاثیر اجرای طرح تحول سلامت بر هزینه ها، حجم و کیفیت خدمات سرپایی و بستری دریافت شده توسط افراد در جامعه بوده است .

### جهت مطالعه

(آمارگیری که در سال ۱۳۹۳ انجام شده است نشان می دهد حدود ۹۰ درصد افراد جامعه معادل ۶۹۰۸۹۳۸۰ نفر ، تحت پوشش بیمه های خدمات درمانی و تامین اجتماعی ، نیرهای مسلح ، کمیته امداد یا سایر بیمه های قرار دارند . این درصد در جمعیت روستایی بیش از از جمعیت شهری و در بین زنان بیش از مردان است . همچنین در بین بیمه های مختلف برای افراد جامعه با ملیت ایرانی درصد پوشش بیمه ای تامین اجتماعی با پوشش ۴۲/۹۹ درصد از افراد و خدمات درمانی روستایی با پوشش بیمه ای ۲۱/۳۱ درصد بیش از سایر بیمه ها است . علاوه بر این حدود ۲۰ درصد افراد جامعه هدف تحت پوشش بیمه تکمیلی بوده اند که این درصد در جمعیت شهری و روستایی به ترتیب ۲۵/۶ و ۷/۱ درصد بوده است .)

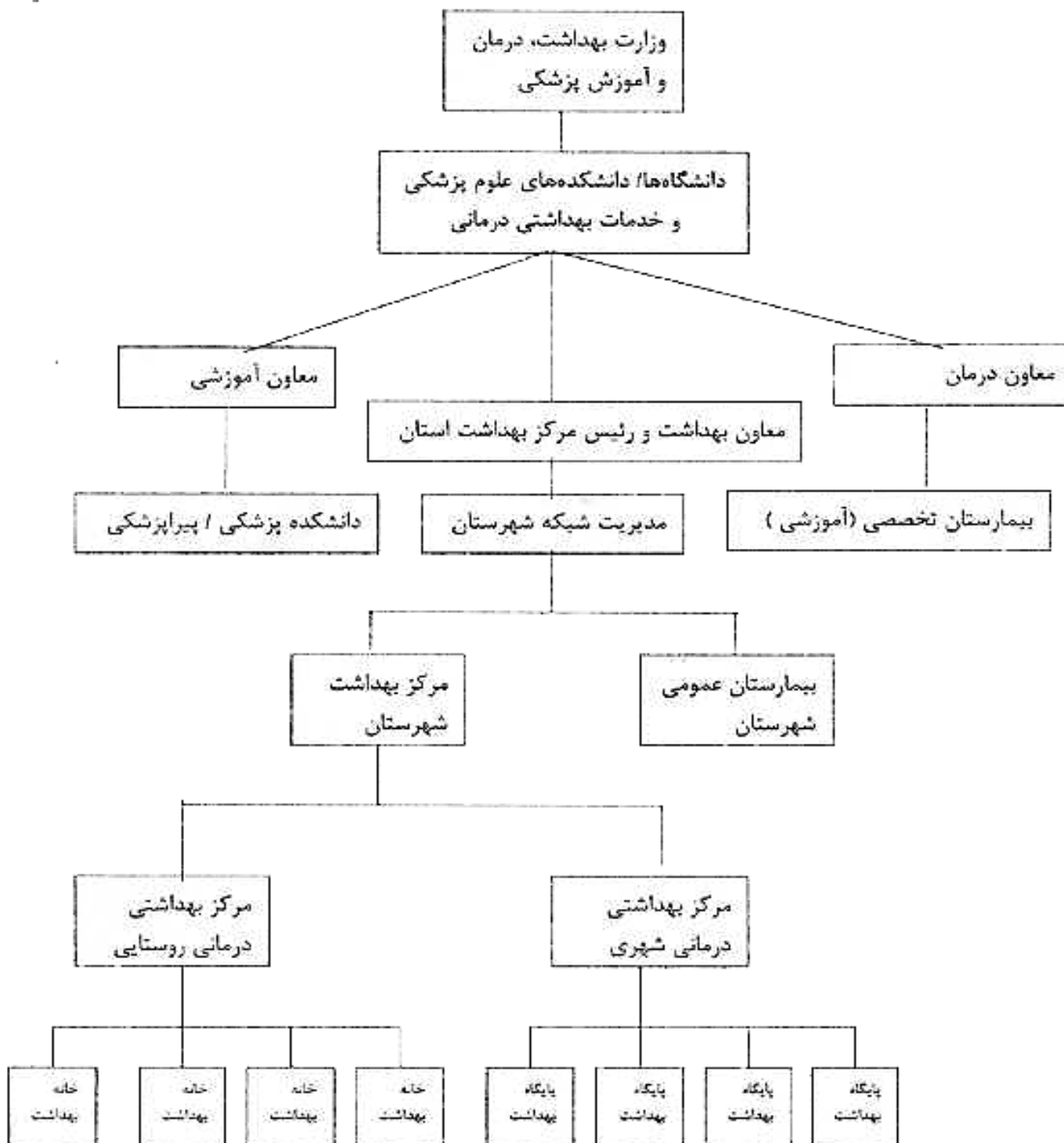
### شاخصهای بهره مندی از خدمات سرپایی :

خدمات سرپایی آن دسته از مراقبتهای بهداشتی ، درمانی ارائه شده توسط پزشکان یا سایر ارائه کنندگان خدمات در مراکز بهداشتی درمانی ، مطب پزشکان ، پلی کلینیکها ، واحدهای سرپایی ، بیمارستانها ، بخش اورژانس بیمارستانها ، کلینیکهای بهداشتی در کارخانجات صنعتی و مدارس و غیره .... به افرادی است که در بیمارستانهای یا سایر مراکز بستری کننده با تسهیلات بهداشتی درمانی بستری نشده اند .

## جهت مطالعه

( بر اساس این تعریف ، از کل ۷۶۹۶۲۶۶۰ نفر عضو جامعه در زمان اجرای آمارگیری ، ۲۳/۵۳ درصد ( ۱۸۱۱۲۰۹۳ نفر ) احساس نیاز به مراجعه و دریافت خدمات سرپایی در طول دو هفته پیش از اجرای آمارگیری داشته اند . بیش ترین درصد افراد دارای احساس نیاز به گروه سنی ۶۶ سال و بالاتر با ۳۹/۴۸ درصد ( ۱۸۰۷۶۵۹ نفر ) و بعد از آن کودکان زیر یکسال با ۲۹/۹۶ درصد ( ۲۶۷۱۵۸ نفر ) تعلق داشته است . )

## چارت تشکیلاتی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی :



## پرسش و تمرین

- ۱) اهداف اصلی سیاست گذاران سلامت ارتقاء و گسترش چه حقوقی از جامعه مد نظر قرار می دهند؟
- ۲) گسترش پوشش بیمه ای در جامعه به منظور تامین کدام نیاز و حقوق جامعه انجام می گیرد؟



# فصل ششم

## اخلاق حرفه ای بهورزی



انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- تعریف اخلاق را بیان کند.
- تعریف عملیاتی اخلاق را بیان کند.
- تعریف حرفه را بیان کند.
- تفاوت حرفه و شغل را توضیح دهد.
- ویژگی های اصلی یک حرفه را بیان نماید.
- اخلاق حرفه ای را تعریف کند.
- اخلاق حرفه ای در شغل بهورزی را توضیح دهد.
- خصوصیات اخلاقی و رفتاری مورد انتظار از یک بهورز را نام ببرد.

## تعریف اخلاق

در فرهنگ معین اخلاق به معنی خلق و خوی ها، طبیعت باطنی، سرشت درونی و نیز به عنوان یکی از شعب حکمت عملی خوانده شده و افزوده است: اخلاق دانش بد و نیک خوئیها و تدبیر انسان است برای نفس خود یا یک تن خاص.

**اخلاق عبارت است** از مجموعه آداب و رسوم افراد و اجتماعات بشری و قواعد و قوانینی که بر احساسات و کارهای افراد جامعه حکم فرماست. فردی که آداب اخلاقی را رعایت می کند خواسته های خود را به نفع دیگران تعدیل می کند و با تقویت و پرورش ابعاد معنوی همواره در راه خدمت به هموعان اقدام می نماید.

## تعریف عملیاتی اخلاق

اخلاق حرفه ای مبتنی بر حق و مسئولیت است .

بنا براین به ازاء هر حقی مسئولیتی وجود دارد.

ارتباط دو طرفه بین صاحب حق و مسئولیت وجود دارد.

مسئولیت نسبت به خود و سایر انسان ها، سایر موجودات، محیط پیرامون (انسانی و طبیعی) و نسبت به خدا



## تعریف حرفه

حرفه را اینگونه تعریف می کنند :

پیشه ای که مستلزم وجود دانشی است تخصصی و اغلب تدارکی طولانی و ژرف، شامل آموزش مهارت ها و روش ها و هم چنین اصول علمی، تاریخی و محققانه ای که بر آن مهارت ها و روش ها تاکید دارد.

فرهنگ علوم اجتماعی می گوید:

واژه حرفه به شغلی اطلاق می شود که داشتن دانش و مهارت سطح بالایی را طلب می کند و باید حد اقل بخشی از آن دانش و مهارت از طریق گذراندن دوره های کم و بیش نظری و نه با ممارست عملی صرف کسب شود.

### تفاوت حرفه و شغل

حرفه به سطوح بالاتر آموزش متعهد است و مستلزم آموزش برای کسب مهارت می باشد. یک حرفه مستلزم مهارت های تفکر انتقادی می باشد و توانایی کسب دانش، معمولاً یک حرفه دانش خاص خود را دارد، برای کسانی که در آن حرفه مشغول هستند برانگیزاننده است، برای فرد بایستی حس جبران روانی کافی فراهم نماید .

و بالاخره اینکه یک حرفه باید طوری باشد که فرد مایل باشد به آن مجدد باز گردد.

شغل :به فعالیت منظمی می گویند که در ازای دریافت پول انجام می شود.

### ویژگیهای اصلی یک حرفه

- مجموعه ای از دانش تخصصی و مهارت های فنی
- آموزش و تجربه ای رسمی
- نظامنامه اخلاقی یا استاندارد رفتاری داشته باشد .
- تعهد به ارائه خدمات عمومی
- سازمان رسمی برای حمایت از حرفه ای شدن وجود داشته باشد.
- اعطای جواز به دست اندر کاران
- مقررات شدید و استاندارد های سطح بالای صلاحیت ها
- اطمینان
- ادامه ی کار به خاطر دیگران

## اخلاق حرفه ای

### واژه اخلاق دو کاربرد متمایز دارد:

گاهی اخلاق به معنی خلق و خوی، رفتار عادت شده و مزاج به کار می رود.

گاهی به معنای عادات و سجایا بکار می رود.

### اخلاق حرفه ای نیز به دو معنا اطلاق می شود:

خلق و خوی حرفه ای و دانشی که از مسائل اخلاق حرفه ای در کسب و کار بحث می کند.

اخلاق حرفه ای را مسئولیت های اخلاقی سازمان تعریف می کنیم که شامل همه اضلاع و ابعاد سازمان می شود و اخلاقیات شغلی را هم در بر می گیرد و بر اصل حق مردم استوار است و اعتقاد دارد «محیط حق دارد و سازمان وظیفه»

**اخلاق حرفه ای در شغل بهورزی:** بهورز به جهت سر و کار داشتن با سلامت جسم و روان افراد می بایست بیش از هر کس، مراعات اخلاق حرفه ای خود را نموده و شان و جایگاه ویژه آن را در میان مردم حفظ نماید.

قواعد و قوانین اخلاقی و رفتاری را که باید افراد در حین انجام فعالیت های شغلی رعایت نمایند اصطلاحاً اخلاق حرفه ای می گویند .

رعایت شئون اخلاقی در محیط کار و نزد مراجعین یکی از مهمترین اصول هر حرفه و شغل است.

مردمی که با اعتماد به بهورزان مراجعه می کنند همواره به دنبال رفع یک مشکل هستند که به نوعی سلامت آنها را مورد تهدید قرار داده است.

حساسیت افراد در مورد سلامت خود و فرزندانشان از یک سو و مسئولیت اخلاقی و انسانی در قبال بیماران ایجاب می کند تا بسیاری از خصوصیات اخلاقی و شئون کاری رعایت شود.

### این خصوصیات شامل ۲ بخش است:

۱ - بخشی از این خصوصیات مربوط به شخصیت و میزان پایبندی بهورز به آداب اخلاقی است

۲ - بخش دیگر مربوط به خصوصیات رفتاری و دانایی و توانایی وی در ایفای وظایف شغلی است.

## خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز :

- ۱- **خوش رفتاری با مراجعین:** خوش رفتاری با مراجعین و ایجاد ارتباط صمیمانه با مردم، سبب ایجاد تمایل آنها برای مراجعه به خانه بهداشت و افزایش پوشش خدمات و سهولت در انجام وظیفه می شود.
- ۲- **راز نگه داری:** بهورزان به علت وضعیت شغلی خود ممکن است از جمله کسانی باشند که از مسایل شخصی و رازهای دیگران آگاه شوند ، بنابراین اگر راز نگه دار نباشند مردم اعتماد خود را نسبت به آنها از دست می دهند و از بیان برخی مشکلات خود به آنها خودداری می کنند.
- ۳- **انتقاد پذیری:** بهورز باید انتقاد پذیر باشد و بداند که مطرح کردن نقاط ضعف کاری از سوی مریبان و یا گروه های کارشناسی برای رفع نقایص کاری و بالا بردن کیفیت خدمات بهداشتی در خانه بهداشت است.
- ۴- **صداقت:** بهورز می بایست در گفتار و عمل صداقت داشته باشد.
- ۵- **احترام به دیگران:** بهورز می بایست به دیگران (مردم، همکاران، مسئولین) احترام بگذارد و با تواضع و فروتنی برای جلب مشارکت دیگران و بهبود اجرای برنامه های بهداشتی اقدام نماید.
- ۶- **صبر و شکیبایی:** بهورز باید صبور و شکیبا باشد. زیرا بارها مشاهده شده است که به علت نداشتن صبر و حوصله کافی، مسایل و مشکلاتی در محیط کار ایجاد شده است.
- ۷- **وقت شناسی :** بهورز باید وقت شناس باشد و برنامه کاری خود را در زمان های مشخصی تنظیم نماید .
- ۸- **کنترل رفتار:** بهورز نباید ناراحتی و خوشحالی بیش از حد خود را بروز دهد بلکه باید سعی کند رفتاری متعادل داشته باشد و ناراحتی های محیط زندگی خود را در کارها دخالت ندهد. شئونات شغلی حکم می کند در هر شرایطی بهورز، مراجعین و بیمار را درک نماید، حتی اگر آنها ارتباط خوبی با بهورز نداشته و موجب رنجش وی شده باشد.
- ۹- **کمک و یاری به دیگران:** بهورز باید رهبر و راهنمای خوبی برای جمعیت تحت پوشش باشد. وبه آنها در جهت رسیدن به وضعیت خوب بهداشتی کمک کند. کمک و راهنمایی به مردم در تمامی امور حتی اگر مربوط به بهداشت و درمان آنها نباشد سبب ایجاد مقبولیت بهورز در جامعه می شود.

۱۰- داشتن روحیه گذشت و فداکاری: بایستی بهورز با گذشت و فداکاری که از خود نشان می دهد مردم را نسبت به خود جلب کند.

۱۱- استفاده از دانش و معلومات: بهورز باید بتواند معلومات خود را به خوبی در کارهای روزمره بکار گیرد و بکوشد تا دانش خود را در طول زمان و از طریق مطالعه کتاب ها، نشریات و سایر وسایل کمک آموزشی افزایش دهد و همیشه آماده یادگیری و بکارگیری مطالب تازه باشد.



### خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز

به منظور انجام وظایف شغلی ، بهورزان می بایست خصوصیات رفتاری متعددی را مراعات نمایند ،  
بهورز می بایست:

۱ - هنگام صحبت کردن با دیگران لحن مودبانه ای داشته باشد و با احترام با آنها رفتار کند.

۲ - با زبانی ساده و قابل فهم مراجعین را راهنمایی کند.

۳ - از دخالت کردن در امور شخصی دیگران پرهیزد.

۴ - به عقاید مذهبی و آداب و رسوم و فرهنگ جامعه ی خود احترام بگذارد.

۵ - از اسم و عنوان خود برای انجام کارهای شخصی استفاده نکند.

۶. با مردم به خوبی ارتباط برقرار کرده و در جهت حل مشکلات آنها بکوشد.

۷. از گرفتن هر گونه وجه از مراجعین به خانه بهداشت خودداری کند.

۸. از به هدر دادن وسایل خانه بهداشت از قبیل گاز، باند، پنبه، کاغذ و غیره خودداری کرده و از وسایل موجود در محیط کار مانند وسایل منزل خود نگهداری کند.

۹. قوانین و دستورالعمل ها و انضباط کاری را رعایت کند.

### **مواردی که بهورزان همواره باید در زمینه کاری به خاطر داشته باشند :**

سلامت افراد موهبتی الهی است و حفظ و ارتقاء آن وظیفه آنان است و نزد ایزد منان اجری بزرگ دارد. کوتاهی در انجام این رسالت مهم، ممکن است عوارض ناگواری را برای سلامت افراد به دنبال داشته باشد. به عنوان مثال: کم دقتی در مراقبت از یک زن باردار ممکن است منجر به ایجاد یک عمر معلولیت در نوزادی شود که پس از آن متولد خواهد شد و یا بی دقتی در ارجاع یک بیمار می تواند حیات وی را به مخاطره اندازد. با این وضعیت بهورزان می بایست شان وظیفه شغلی خود را دریابند، اجر، منزلت و رضای الهی را انگیزه اصلی فعالیت خود قرار دهند .

### **رعایت سه اصل زیر در نوع خدمتی که توسط بهورز ارائه می شود :**

۱. اطلاعات کافی در اختیار مراجعین قرار گیرد.

۲. باید بیمار توانایی و صلاحیت لازم را برای تصمیم گیری داشته باشد و بتواند آنچه گفته می شود را به خوبی درک کرده و سپس تصمیم بگیرد.

۳. هر تصمیمی که مراجعه کننده می گیرد باید کاملاً اختیاری باشد.

**خلاصه مطالب و نتیجه گیری:** اخلاق حرفه ای عبارت است از قواعد و قوانین اخلاقی و رفتاری که باید افراد در حین انجام فعالیت های شغلی رعایت نمایند. بخشی از این خصوصیات مربوط به شخصیت بهورز و میزان پایبندی وی به آداب اخلاقی است و بخش دیگر مربوط به دانایی و مهارت های شغلی او در زمینه ضوابط ارائه خدمات و توان ارتباط با گیرندگان خدمت است. خوش رفتاری با مراجعین، راز نگه داری، انتقاد پذیری، صداقت، احترام به دیگران، صبر و شکیبایی، وقت شناسی، کنترل رفتار، کمک و یاری به دیگران، داشتن روحیه گذشت و فداکاری و استفاده از دانش و معلومات از خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز است.

## پرسش و تمرین

- ۱) اخلاق حرفه ای را تعریف کنید.
- ۲) اخلاق حرفه ای در شغل بهورزی را توضیح دهید.
- ۳) خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز را بنویسید.
- ۴) خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز را بنویسید.
- ۵) مواردی که همواره بهورز باید در زمینه کاری به خاطر داشته باشد را نام ببرید.



## فصل هفتم

### آشنایی با الگوی برنامه های سلامت جاری در کشور

(برنامه های پیشگیری سطوح اول، دوم و سوم)

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- مفهوم سلامت را توضیح دهد.
- سیر طبیعی بیماری ها را توضیح دهد.
- عوامل خطر زای سلامت را توضیح دهد.
- عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را بیان کند.
- مفهوم برنامه های سلامت را توضیح دهد و اجزا آن را نام ببرد.
- رویکرد طراحی برنامه های سلامت را توضیح دهد.
- مفهوم پیشگیری و انواع آن را بیان کند.
- سطح پیشگیری را در برنامه های سلامت توضیح دهد.
- برنامه های جاری را از لحاظ نوع مداخله تحلیل نماید.

## مقدمه :

درک مفهوم سلامت و بیماری و عوامل موثر بر آنها منجر به فهم مناسبی از راه کارهای شایسته مداخله خواهد گردید. برای درک بهتر الگوهای برنامه سلامت لازم است با مفاهیم چند که مرتبط با برنامه سلامت هستند آشنا شویم که از مهم ترین آنها مفهوم سلامت و بیماری، عوامل موثر بر وقوع بیماریها، سیر طبیعی بیماری ها می باشد با شناخت این مفاهیم می توان ادراک و استفهام مناسب تری از الگوهای طراحی برنامه های سلامت را کسب نمود.

## مفهوم سلامت (Health)

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارت است از :

برخورداری از آسایش کامل جسمی روانی و اجتماعی و معنوی نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو

سلامت به معنای برخورداری از ظرفیت و توانایی در اجتماع به منظور تطابق افراد با تغییرات محیطی و قابلیت مقابله با مشکلات ناشی از این تغییرات .

## عوامل خطر زای سلامت :

عواملی که حضور آنها احتمال پیدایش یک بیماری را در زمانهای بعدی افزایش می دهد، عوامل خطر نامیده می شود.

بیماری ها مهمترین مخاطرات تهدید کننده سلامت هستند.

عوامل خطر بیماری ها بر حسب مخاطب قابل طبقه بندی هستند.

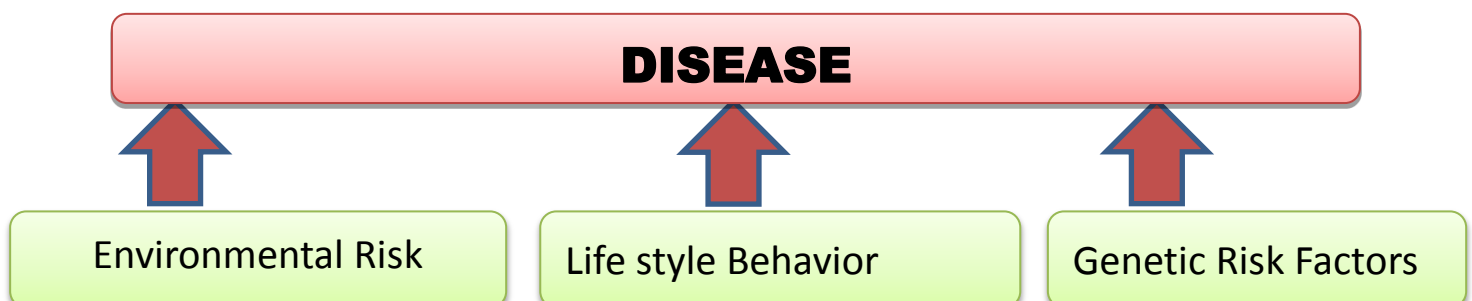
## عوامل خطر زای سلامتی

عوامل تاثیر گذار بر سلامت شامل :

(۱) عوامل محیطی

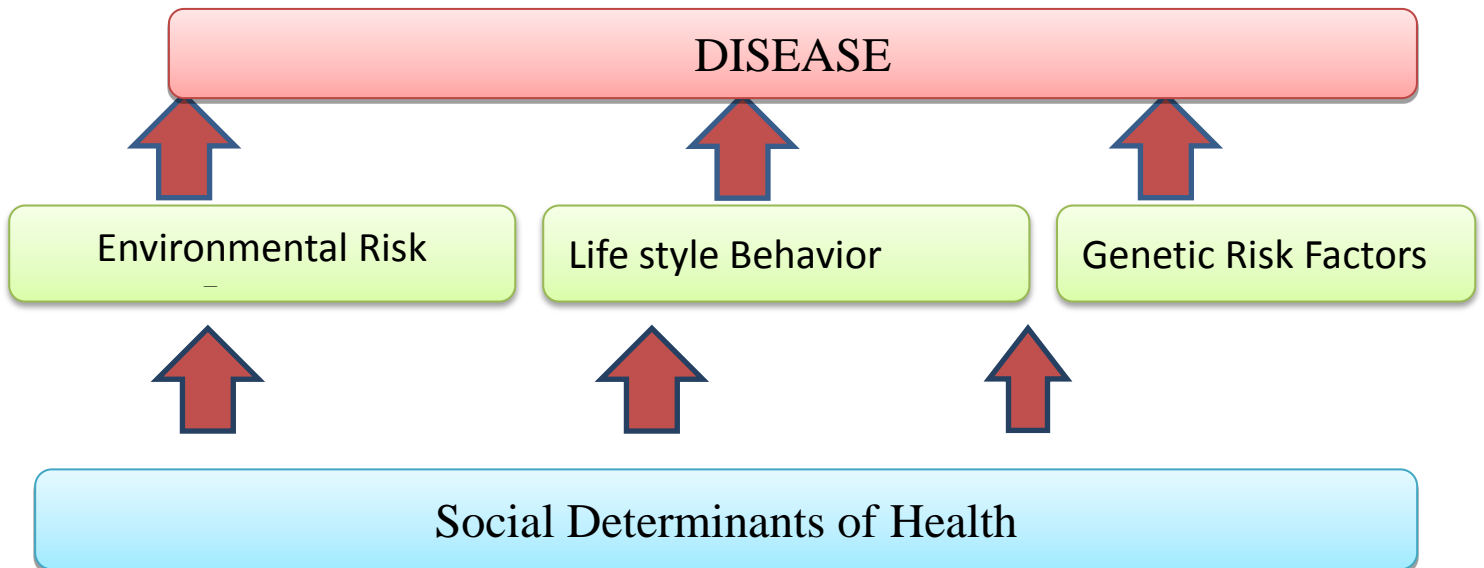
(۲) سبک زندگی

(۳) عوامل ژنتیکی



## ارتباط عوامل خطر زای سلامت فردی و عوامل اجتماعی

علت اینکه عده ای در معرض عوامل خطر زای سلامتی قرار می گیرند تاثیر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت می باشد.



### عوامل اجتماعی موثر بر سلامت:

عواملی نظیر محیط اجتماعی و اقتصادی از طریق اثراتی که بر جسم روان افراد خواهند داشت در سلامت افراد جامعه موثرند سلامت تابعی است از مواجهه در طول زمان زندگی با عوامل فیزیکی و روانی که منجر به ایجاد تغییراتی در وضعیت افراد می شود

### دسته بندی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

- سطح در آمد و طبقه اجتماعی
- شبکه های حمایتی از رفاه اجتماعی فرد
- آموزش سواد
- اشتغال فضای کار
- محیط و فرهنگ اجتماعی
- مهارت های افراد برای زندگی
- رشد روانی و جسمی کودکان
- برخورداری از تسهیلات سلامت

- جنسیت
- نژاد
- فرهنگ و اعتقادات

### سیر طبیعی بیماریها:

یک بیماری در طول زمان تکامل می یابد و همراه با آن تغییراتی در ساختمان و عملکرد اعضای بدن رخ می دهد

سیر طبیعی بیماریها غالباً برای به تصویر کشیدن بیماری مزمن به کار می رود.

سیر طبیعی بیماریهای عفونی نیز تقریباً مشابه هستند ولی مراحل مختلف آن با ویژگی خاص و در زمان کوتاه رخ می دهد.

بسیاری از بیماریهای مزمن دارای سیر طبیعی طولانی بوده و عوامل خطرزای در همان سالهای اول زندگی بوده ولی علایم بالینی در زمانهای خیلی دیر تر ظاهر می شود.

**مرحله آمادگی:** در این مرحله هنوز بیماری ظاهر نشده است. پاره ای از عوامل خطر وجود دارند که می تواند فرد را به سمت وقوع بیماری هدایت کند مثل چربی خون بالا، مصرف سیگار و نیز عواملی که تغییر ناپذیرند مانند سن و جنس

**مرحله قبل از بروز علائم:** در این مرحله، علائم واضحی از بیماری مشاهده نمی شود ولی معمولاً به دلیل تاثیر عوامل خطر تغییرات بیماریزایی شروع شده است. به عنوان مثال تغییراتی که در عروق تغذیه کننده قلب در اثر عوامل خطر مختلف رخ میدهد. دوره نهفتگی در بیماری های عفونی معادل همین مرحله محسوب می شود

**مرحله بالینی بیماری:** در این مرحله تغییرات اعضای بدن چه از نظر ساختمان و چه از نظر عملکرد به اندازه ای است که منجر به ظهور علائم و نشانه های بیماری می شود که با اقدامات مداخله ای و اعمال پیشگیرانه می توان از سرعت سیر بیماری به سمت مرحله ناتوانی کم نمود.

**مرحله ناتوانی:** ناتوانی: هرگونه کاهش موقت یا دراز مدت فعالیت یک فرد ناشی از یک بیماری.

پاره ای از بیماری ها در طی دوره بیماری بدون درمان و یا در اثر اقدامات درمانی بهبود می یابند ولی پاره ای هم آثاری از خود به جای می گذارند که غالباً در یک دوره کوتاه یا طولانی شخص را دچار درجات متفاوتی از ناتوانی می کند.

## برنامه های سلامت :

برنامه سلامت فعالیت های به هم پیوسته ای است که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامت طراحی و در ساختار شبکه سلامت ادغام می شوند.

هریک از برنامه ها اجزایی چون **ماموریت اصلی**، **گروه هدف و فرایند های مشخص** را دارند .

خدمات بهداشتی عبارتند از « مجموعه فعالیت های به هم پیوسته ای که به منظور رسیدن به یک هدف مشخص طراحی شده است ».

هر برنامه بهداشتی از چندین خدمت متنوع و هر خدمت از چندین فعالیت تشکیل یافته است.



**برنامه های سلامت :** چند نمونه از خدماتی که در برنامه های مختلف منجر به ایجاد یک تغییر در گیرنده خدمت و رسیدن به اهداف موجود در برنامه میگردد .

## رویکرد منطقی در طراحی برنامه های سلامت :

۱) برنامه های سلامت باید مهم ترین اولویت های سلامت را مورد هدف قرار دهد که این نیز تابعی از بار مشکل سلامت و قابلیت مقابله با بیماری با بهره گیری از منابع قابل تحصیل و نیز وجود زمینه های لازم برای اجرای برنامه می باشد.

۲) باید از حداکثر اثربخشی در قبال منابع بکار رفته برخوردار باشد.

۳) در هر برنامه باید فرایندها، فعالیت ها و استانداردهایی تعیین شود تا موجب حصول به اهداف گردد، این استانداردها شامل استاندارد های فرایندهای خدمات و فرایندهای پشتیبان می باشد.

**ادغام:** در طراحی برنامه های سلامت فرایندهای خدمت و پشتیبان به گونه ای طراحی می شوند تا با استفاده از منابع در دسترس اقدام به ارائه حداکثر خدمات نمایند.

**ادغام در سطح گیرنده:** در هنگام مراجعه از یک گروه هدف تمامی خدمات مورد نیاز در قالب بسته های خدمت به وی ارائه گردد

**ادغام در سطح منابع:** بهره برداری اشتراکی برنامه های سلامت از منابع انسانی و غیر انسانی در دسترس باشد.

۴) برنامه های سلامت باید **الگوی روشنی برای بازار یابی** داشته باشند برنامه های سلامت با شیوه هایی کارآ تقاضای مردم را تنظیم نموده و آنها را به سمت نیازهای دارای اولویت سوق دهند.

۵) در هر برنامه باید **ابزار و روش هایی برای پایش و ارزشیابی** موجود باشد تا امکان بازنگری و ترمیم نقائص و توسعه برنامه بر اساس وضعیت سلامت جدید پیش آمده ایجاد گردد.

### مفهوم پیشگیری

پیش گیری شامل کلیه اقداماتی است که به منظور جلوگیری از بروز قطع یا کاهش سرعت سیر بیماری به کار می آید در ۴ سطح تعریف می شود.

Premordial prevention	پیشگیری نخستین ابتدایی یا ریشه ای
Primary prevention	پیشگیری اولیه یا سطح اول
Secondary prevention	پیشگیری ثانویه یا سطح دوم
Tertiary prevention	پیشگیری ثالثیه یا سطح سوم

### پیشگیری نخستین ابتدایی یا ریشه ای:

فعالیت ها و اقداماتی است که مخاطرات سلامت را به حداقل میرساند.

با کاستن از خطرهای مواجهه از بروز بیماری پیشگیری نمایند

## **پیشگیری اولیه یا سطح اول :**

از طریق تاثیرات بر اشخاص و اجتماع مانند حفظ وضعیت بهداشتی محل زیست افراد و ایمن سازی

پیشگیری از بیماری با کنترل علل و عوامل خطر در مرحله پیش از بیماریزایی

## **پیشگیری ثانویه یا سطح دوم:**

عبارت است از ایجاد تمهیدات لازم و تدابیر برای افراد و جمعیتها برای شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای بهبود مشکل سلامت و کاستن از شیوع بیماری ها است.

## **پیشگیری ثالثیه یا سطح سوم:**

شامل تدابیر در دسترس به منظور کاستن یا از میان بردن نقصها و ناتوانی های دراز مدت و به حداقل رساندن رنج های حاصل و ارتقای تطابق بیمار با حالت های درمان نا پذیر است.

## **دسته بندی برنامه های سلامت به لحاظ سطح پیشگیر:**

### **برنامه های پیشگیری سطح اول :**

انواعی از برنامه ها هستند که هدف آنها حفظ سلامت از طریق تغییر در اشخاص یا محیط آنها است مانند: حفظ تغذیه خوب، آموزش برای ترک سیگار، ایمن سازی علیه بیماریهای عفونی

مداخله های مورد پیش بینی در این برنامه در زمانی عمل می کنند که یا سیر بیماری شروع نشده یا این که هنوز به صورت بالینی ظاهر نشده است ولی شالوده آن با حضور عواملی که به نفع وقوع آن است ریخته شده است .

### **برنامه های پیشگیری سطح دوم :**

تدابیری برای افراد و جمعیت ها به منظور شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت قبل از بروز علائم طراحی شده اند مانند: غربالگری سرطان دهانه رحم

طراحان برنامه تندرستی تنها در شرایطی توصیه به انجام این نوع مداخلات می نمایند که امکان بهبود یا ارتقاء سلامت بیماران در برنامه سطح سوم موجود باشد.

اگر چه این نوع مداخلات موجب پیدا کردن تعداد بیشتری از موارد بیماری کشف نشده در ابتدا می شوند ولی پس از بهبود موارد کشف شده موجب **کاهش شیوع بیماری** در جامعه می شوند.

• **برنامه های پیشگیری سطح سوم برنامه های پیشگیری سطح سوم**

شامل تدابیر لازم برای کاستن یا از میان بردن نقص ها و ناتوانی های کوتاه مدت و خصوصا دراز مدت و به حداقل رساندن رنج و پریشانی حاصل از مشکلات سلامت و ارتقای قابلیت بیمار درمان ناپذیر است مداخله های مورد پیش بینی این برنامه ها در مرحله بالینی و ناتوانی عمل می کنند.

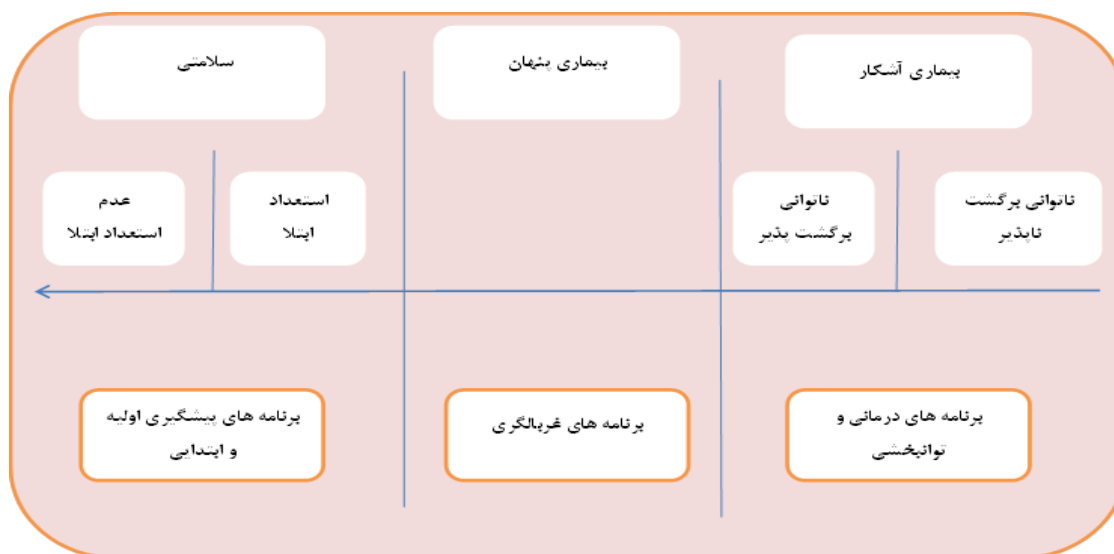
اجرای مداخله در این سطح پیشگیری می بایست منجر به **کاهش شیوع و ناتوانی** شود.

**دسته بندی برنامه های سلامت به لحاظ سطح پیشگیری**

• شاخص ارزشیابی نهایی برای تحقق هدف برنامه سطح اول کاهش **موارد بروز** و برای سطح دوم و سوم **کاهش شیوع و ناتوانی بیماری** است.

• در برخی موارد برنامه های سلامت در دو یا هر سه سطح پیشگیری عمل می کنند مانند طرح (داتس) در این برنامه مبتلایان به سل درمان می شوند و در نتیجه اجرای موثر درمان شیوع بیماری سل در جامعه پایین آمده و به دلیل کاهش خطر انتقال به افراد سالم کاهش بروز نیز اتفاق می افتد.

**دسته بندی برنامه های سلامت به لحاظ سطح پیشگیری**





## خلاصه مطالب و نتیجه گیری

با شناخت مفاهیم سلامت و سیر طبیعی بیماریها و انواع سطوح پیشگیری می توان برنامه های سلامت جاری را از نظر نوع مداخله تحلیل و تقسیم بندی نمود . هر برنامه بهداشتی برای مقابله با یک یا چند مشکل سلامت طراحی شده است در هر برنامه ممکن است خدمات متنوعی موجود باشد هر خدمت از فعالیتهای به هم پیوسته ای تشکیل شده است که منجر به تحقق هدف می گردد در واقع طراحان برنامه سلامت همواره می کوشند با انتخاب مناسب ترین شیوه ها خدمات بهداشتی را به گروههای هدف جامعه ارائه دهند .

## پرسش و تمرین

۱) مفهوم سلامت را توضیح دهید.

۲) سیر طبیعی بیماری ها را توضیح دهید.

۳) عوامل خطر زای سلامت را توضیح دهید.

۴) عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را بیان کنید.

۵) ارتباط بین عوامل خطر زای و عوامل اجتماعی موثر را تحلیل کنید.

۶) مفهوم برنامه های سلامت را توضیح دهد و اجزا آن را نام ببرید.

۷) رویکرد طراحی برنامه های سلامت را توضیح دهید.

۸) مفهوم پیشگیری و انواع آن را بیان کنید.

۹) دسته بندی برنامه های سلامت به لحاظ سطح پیشگیری را توضیح دهید.

۱۰) برنامه های جاری را از لحاظ نوع مداخله تحلیل نماید.

۱۱) هر یک از فراگیران یک نمونه بیماری واگیردار و یک بیماری غیر واگیر را مشخص نموده و مراحل سیر طبیعی بیماری

را در قالب دیاگرام مشخص نمایید.

۱۲) هر یک از فراگیران یک برنامه مراقبتی از برنامه های سلامت خانه بهداشت را مشخص و نوع سطح پیشگیری برنامه هارا

مشخص نمایید.

## فصل هشتم

### آشنایی با حقوق سلامت



انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- تعریف حق بر سلامتی را بیان کند.
- مفهوم و دامنه حقوق سلامت را توضیح دهد.
- عواملی که باعث دشواری ارائه تعریف جامعی از حق بر سلامتی می گردند، را توضیح دهد.
- حق های بشری را نام ببرد.
- چهار عنصر ضروری برای حقوق سلامت را بیان کند.
- تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی را توضیح دهد.
- ابعاد تعهدات دولت ها را نام ببرد.
- مسؤلیت بخش خصوصی و نهادهای غیر دولتی در قبال حق بر سلامتی را بیان کند.

## آشنایی با حقوق سلامت در نظام جمهوری اسلامی ایران

حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در برمیگیرد. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقداماتی در حوزه وسیعی میباشند که برخی از این تعهدات مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند. ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است که به نظر میرسد جایگاه این حق در نظام حقوقی ایران با بررسی این قوانین و مقررات تبیین میگردد؛ در این مقاله ضمن بررسی قوانین و مقرراتی که این حق را به رسمیت شناخته اند به بیان مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران پرداخته‌ایم؛ یافته‌های ما نشان میدهد که وجود برخی قوانین و مقررات در این زمینه موجب افزایش برخورداری افراد از این حق شده اما حمایت کیفری از آن مورد غفلت قرار گرفته است.

اصول مختلف قانون اساسی از جمله اصل ۲۳، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی را برای همگان به رسمیت میشناسد. دومین انعکاس حق بر سلامت در قوانین ایران، سند چشم‌انداز بیست ساله است که ضمن توصیف مشخصات جامعه سالم ایرانی به ذکر موارد مربوط به بخش سلامت میپردازد. همچنین فصل هفتم برنامه چهارم توسعه اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و بخش مربوط به سلامت قانون برنامه پنجم توسعه به ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص دارد و در آخر قوانین مربوط به بیمه به تبیین و شناسایی این حق میپردازد. حق بر سلامت در برگیرنده شرایطی است که دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم، متعهد به فراهم کردن آن میباشند. حق بر سلامت به منزله یکی از حقوق بنیادین بشری در اسناد ملی و بین‌المللی جایگاهی ویژه دارد و این اصول، پذیرفته شده در همه کشورها از جمله جمهوری اسلامی ایران است.

### تعهدات دولت در قبال ارتقای حق بر سلامت نظیر هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است:

**تعهد به احترام:** یعنی دولت به شیوه‌های عمل کند که آزادی عمل فرد و کرامت او حفظ شود در رابطه با حق بر سلامت این امر از طریق قوانین و سیاستهای حکومتی اعمال میشود.

**تعهد به حمایت:** طبق این تعهد، حقوق افراد محترم است و نه تنها دولت نباید مداخله کند بلکه باید از مداخله ای اشخاص ثالث هم جلوگیری به عمل آورد این تعهد یعنی دولت‌ها باید تلاش کنند خطرات تهدید کننده سلامتی را به حداقل رسانده و اقدامات ضروری برای حمایت از حق بر سلامت مردم در برابر مداخله اشخاص ثالث را انجام دهند.

**تعهد به ایفاء:** که طبق این تعهد، دولتها ملزم به انجام اقداماتی هستند که افراد را در عمل قادر به برخورداری از سلامت میکند از جمله این اقدامات، اقدامات تقنینی، اداری، بودجهای و قضایی است.

با توجه به اهمیت موضوع و به دلیل اهمیت جایگاه سلامت به عنوان حیاتی ترین سرمایه اجتماعی جوامع، در ادامه مطلب برآنیم تا به مطالعه قوانین و مقررات موجود در این حوزه بپردازیم. بدین منظور در ادامه به بررسی قانون اساسی، سند چشمانداز بیست ساله، قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، قوانین مربوط به بیمه و قانون برنامه پنجم توسعه پرداخته می شود.

**الف) حق بر سلامت در قانون اساسی اصل ۲۳**، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی را برای همگان به رسمیت میشناسد و مقرر میدارد: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری و پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و ... حقی است همگانی .

طبق این اصل، دولت باید از دو طریق خدمات فوق را برای آحاد مردم کشور فراهم سازد. این دو طریق عبارتند از: درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم. علاوه بر اصل ۲۳، اصول دیگری نیز با سلامت مرتبطند. طبق بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی، پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه از وظایف دولت است. به موجب این اصل، دولت مکلف است حقوق همه جانبه افراد، اعم از زن یا مرد و تساوی عموم در برابر قانون را تأمین نماید و بر رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای زن و مرد در تمام زمینه های مادی و معنوی تأکید دارد.

**ب) حق بر سلامت در سند چشم انداز بیست ساله از اهداف یک اقتصاد مردم سالار این است** که مردم عمر طولانیتر و زندگی سالم تری داشته باشند که دولت با اتخاذ اقداماتی، سعی در پیشگیری و حل مشکلات سلامت میکند .

دولت به عنوان نماینده ی جامعه، سه هدف عمده را در این زمینه تعقیب میکند که عبارتند از:

- طولانیتر کردن دوره ای یک زندگی توأم با سلامت،
- کاهش اختلافات سلامت بین مردم و مناطق کشور
- دسترسی به خدمات

پیشگیرانه برای همه با توجه به اینکه کیفیت سلامت برای همه یکسان نیست و اینکه بیماری باعث استهلاک سلامتی، که یک سرمایه انسانی است میشود، باید چشم انداز بیست ساله با اعمال سیاستهای مناسب در جهت کاهش این مشکلات حرکت و در تعیین اهداف این چشم انداز در زمینه ی سلامت توجه کند. سند چشم انداز بیست ساله، ضمن توصیف مشخصات جامعه ی سالم ایرانی به عنوان جامعه ای برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصتهای برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، بدون فقر، فساد، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب، بر ابعاد مختلف اقتصادی- اجتماعی که منجر

به سلامت میشوند، تأکید کرده است. در سند چشم انداز موارد و تأکیدات مربوط به بخش سلامت عبارتند از: ایجاد جامعه ای سالم، اخلاقی، مبتنی بر ارزشهای اسلامی، فرهنگ مدار و شهروندانی آگاه، عزت مند و برخوردار از مالکهای درستکاری و احساس رضایتمندی. تالش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقای سطح شاخصهای آموزش سلامت، امنیت غذایی، فرهنگ و تربیت اسلامی و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی.

ج) حق بر سلامت در قانون برنامه چهارم توسعه فصل هفتم قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص دارد. در این بخش از شاخصهای کیفیت زندگی مادی و شاخصهای توسعه ی انسانی استفاده شده است. البته چشم انداز بخش سلامت در برنامه چهارم عبارت است از: تأمین حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه، پاسخگویی به نیازهای غیرپزشکی مردم و مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی. وزارت بهداشت به نمایندگی از سوی دولت مسؤولیت تولید سلامت را بر عهده دارد و مسؤولیت اجرایی و نظارت آن در سطح استانها به دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی واگذار شده است. در بخش سلامت مانند سایر بخشها، بخش دولتی، تعاونی و خصوصی، هر کدام سهم خاصی را در ارائه و تأمین خدمات ایفاء میکنند و خدمات بهداشتی که باید در کشور ارائه شود، شامل: خدمات بهداشتی و پیشگیری، خدمات درمانی و خدمات توانبخشی. وزارت بهداشت با توجه به سند چشم انداز و بند دوازدهم سیاستهای کلی برنامه چهارم توسعه مکلف است در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصتهای برابر و ارتقای سطح شاخصهایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا و افزایش درآمد سرانه از طرق مختلف از جمله تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه، اصلاح ساختار نظام سلامت جامعه در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی، عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه، پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت، ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی، ارتقای امنیت غذا و تغذیه، توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه ای، حمایت از برنامه ی ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور حفظ سلامت مادر و کودک به آحاد جامعه تلاش کند که در این راستا دولت استراتژیهای در جهت حمایت از این حق تدوین نمود. به طور مثال، وزارت بهداشت مکلف گردید که تا پایان سال اول برنامه اقدامات لازم جهت کاهش خطرات و زیانهای فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان ایدز و نیز کاهش بار بیماریهای روانی معمول را داشته و به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی نظام ارائه خدمات استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی و سطح بندی خدمات را طراحی کند. همچنین دولت مکلف شد به منظور پیشگیری و کاهش آسیبهای اجتماعی نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر اقدام نماید و مقابله و کاهش اثرات حوادث طبیعی و بحرانهای پیچیده از زمره وظایف حاکمیتی دولت شمرده شد.

۵) حق بر سلامت در قوانین مربوط به بیمه در اصل ۲۳ قانون اساسی و در مواردی از قانون برنامه چهارم توسعه، بر توسعه بیمه ای خدمات درمانی در کشور تأکید شده است. زمانی که لایحه تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در مجلس شورای اسلامی مطرح شده ماده ای به آن اضافه شد که دولت را مکلف کرد تا لایحه ای بیمه همگانی خدمات درمانی را تقدیم مجلس کند. مجلس شورای اسلامی در آبان ۱۳۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور را به تصویب رساند. متعاقب تصویب قانون، سازمان بیمه خدمات درمانی بنابر صراحت قانون و آیین نامه های هیأت دولت تشکیل شد و از اوایل مهر ماه ۱۳۱۳ اجرای بیمه همگانی خدمات درمانی را رسماً آغاز نمود. بر مبنای قانون، تکلیف بیمه درمانی اقشار مختلف جامعه نظیر کارکنان دولت، روستاییان، عشایر، خویش فرمایان، خانواده های شهداء، آزادگان، جانبازان، روحانیون، طلاب حوزه های علمیه و دانشجویان به سازمان بیمه خدمات درمانی محول شد. در ماده ۱ قانون هدف از تشکیل سازمان را تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروههای اجتماعی بیان میکند و طبق م ۳ قانون بیمه ، همگانی، دولت موظف است شرایط الزم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروهها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نمایند. قانون مرتبط دیگر قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است که با تصویب این قانون در سال ۱۳۱۳، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تأسیس شد و سازمان تأمین اجتماعی از آن زمان از وزارت بهداشت منفک و زیر نظر وزارت رفاه قرار گرفت. سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران به صورت اجباری و صاحبان حرف و مشاغل آزاد به صورت اختیاری است.

۵) حق بر سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه مواد ۳۲ تا ۳۱ قانون برنامه پنجم توسعه به سلامت اختصاص یافته که از آن قبیل تهیه برنامه نظام درمانی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی میباشد. همچنین به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن دادهها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمانها و مراکز خدمات درمانی و بیمه ای برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه ((پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان)) ساماندهی مینماید.

در بخش بیمه سلامت به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد (۳۰٪) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه صورت گرفته و به دولت اجازه داده میشود بخشهای بیمه های درمانی کلیه صندوقهای موضوع ماده ۱ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۱ قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. این تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده شده و کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می شود.

## حقوق مردم و جامعه:

۱- از میان حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی **حق بر خورداری از سلامتی** یا حق بر سلامتی یکی از حق های بنیادین شناخته شده در **نظام بین المللی حقوق بشر** است.

۲- حق سلامتی در پیوندی ناگسستنی با **حق حیات** (نسل اول حقوق بشر) قرار دارد و از سوی دیگر با **حق بهداشت و تأمین اجتماعی** گره خورده است. علاوه بر این، **حق بر محیط زیست سالم** که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه حقوق سلامت سیراب می شود.

۳- به این ترتیب **حق سلامتی** را می توان **حلقه ارتباط نسل های مختلف حقوق بشر** قلمداد نمود. حق بر سلامتی به منزله حقی از حقوق بشر در اسناد ملی و بین المللی جایگاه والایی دارد و می توان آن را از **اصول کلی پذیرفته شده در نظام های حقوقی توسعه یافته** محسوب نمود.



**حقوق بشر و سلامت:** با استناد به این امر مهم که سنگ زیر بنای توسعه پایدار، انسان سالم است و با اعتقاد راسخ به این حقیقت که وجود شهروندان سالم به تنهایی می تواند باعث بزرگی و اقتدار یک جامعه و کشور باشد، دولت ها این تکلیف را باید بر خود فرض بدانند که برای تأمین سلامت مردم اقدامات لازم را برای پیشگیری از بیماری ها و درمان به عمل آورند. اهمیت سلامت به عنوان یک حق اساسی برای زندگی بر کسی پوشیده نیست.

**سلامت** نوعی توانمندی است که به انسان ارزش می بخشد.

زمانیکه دولت ها به این امر مهم توجه ندارند سازمان ها و افراد علاقه مند به این موضوع، نقش مهمی را در این زمینه بعهده می گیرند.



**مفهوم و دامنه حقوق سلامت:** هرچند که مفهوم حق سلامتی در بین عموم مردم ممکن است با مراقبت های درمانی و بهداشتی همراه باشد، اما حق سلامت مفهوم و گستره ای فراتر از این مفهوم می تواند داشته باشد و ممکن است شامل سطح وسیعی از عوامل و ابعاد باشد که برای داشتن زندگی سالم، ما را کمک نماید.

### **عوامل مهمی که باعث دشواری ارائه تعریف جامعی از حق بر سلامتی می گردد**

- نارسایی تعبیر حق بر سلامتی

- تنوع ابعاد و حوزه های مربوط به سلامتی

### **نارسایی تعبیر حق بر سلامتی**

- سلامتی در معنای لغوی محدود به کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم، در حالی فارغ از مریضی یا ناهنجاری اطلاق می شود.

- اما در مقدمه ی اساسنامه سازمان بهداشت جهانی سلامتی عبارت است از: **رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها بیماری یا معلول نبودن**

- سلامتی مسأله ای است که جنبه نسبی دارد. یعنی نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار آنان ممکن است کاملاً متفاوت باشد.

- در انتخاب تعبیر درست برای چنین حقی و به کار بردن مناسب ترین واژه برای آن، اختلاف نظر وجود دارد.

- با این که عبارت **"حق بر سلامتی"** کاربرد وسیع تری دارد، تعابیری چون **"حق بر مراقبت سلامتی"** ، **"حق بر مراقبت پزشکی"** و **"حق بر حمایت از سلامتی"** هم مورد استفاده قرار می گیرد.

۱- با توجه به مطالب فوق به نظر می رسد تعبیر حق بر سلامتی دارای نارسایی است، علاوه بر اینکه برداشت متعارف از آن، حق بر مریض نشدن، ناتوان و پیر نشدن و امثال آن نیست، مفهومی بسیار گسترده تر از حق بر مراقبت پزشکی و مراقبت سلامتی و حتی حمایت از سلامتی دارد و به همین دلیل کاربردی عمومی تر به خصوص در سطح بین المللی یافته است.

۲- به بیان دیگر، تعبیر حق بر سلامتی، عبارت کوتاه شده ای است که محتوای وسیع تری از اصطلاحات یاد شده دارد و از این جهت بر آنان ترجیح دارد.

**Health is a human right for everyone, at every age.**



**World Health Organization**



## حق های بشری

وضعیت انسانی وابسته به پیش شرط هایی برای حفظ و تداوم است:

محیط زیست سالم، آب سالم آشامیدنی، تغذیه سالم، شرایط سالم کاری و حرفه ای، نظافت و بهداشت، با حق های بشری دیگری ارتباط پیدا می کند:

حق حیات، حق بر غذا، مسکن و پوشاک، حق آزادی بیان و دسترسی به اطلاعات، حق بر شغل و حق بر آموزش و پرورش.



## حق بر سلامتی

حق بر سلامتی دارای دو عنصر کلی آزادی ها و استحقاق ها است .

به بیان دیگر، حق بر سلامتی حقی متشکل از دو بعد کلی سلبی و ایجابی است.

به طور خاص دولت نمی تواند سلامتی کامل را تضمین کند و در برابر هر علت محتمل فقدان سلامتی، حمایت ارائه دهد.

حق بر سلامتی را باید حق بهره مندی از تسهیلات، کالاها، خدمات، و شرایط متنوع ضروری برای تحقق بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی دانست.

چهار عنصر ضروری برای حق بر سلامتی که در تمام اشکال و سطوح آن جریان دارد عبارتند از:

- در اختیار بودن availability
- در دسترس بودن accessibility
- قابل پذیرش بودن acceptability
- کیفیت quality

### در اختیار بودن

۱ - در اختیار بودن به این معناست که تسهیلات کالاها و خدمات مزبور باید به مقدار و کیفیت کافی در داخل کشور مهیا و آماده باشد.

۲ - البته نوع دقیق این امکانات برحسب عوامل متعدد از جمله توسعه اقتصادی دولت ها تفاوت خواهد داشت.

۳ - این امکانات باید شامل عوامل اصلی مؤثر در سلامتی نظیر آب آشامیدنی سالم و مطمئن، تسهیلات کافی نظافت، بیمارستانها، کلینیک ها و سایر اماکن مربوط به سلامتی، پرسنل آموزش دیده پزشکی و حرفه ای که درآمد رقابتی داخلی دارند، گردد.

### در دسترس بودن

قابل دسترس بودن به این معنا می باشد که تسهیلات کالاها و خدمات مربوط به سلامتی باید در دسترس همگان به ویژه آسیب پذیرترین یا به حاشیه رانده شده ترین بخش های جمعیت، بدون هیچ تبعیضی مبتنی بر دلایل نژادی و غیره قرار گیرد.

### در دسترس بودن، چهار بعد دارد :

- (۱) عدم تبعیض
- (۲) قابل دسترس بودن فیزیکی
- (۳) قابل دسترس بودن اقتصادی ( که مردم بتوانند از عهده پرداخت هزینه های آنها برآیند)
- (۴) قابل دسترس بودن اطلاعات مربوط به سلامتی

## قابل پذیرش بودن

قابل پذیرش بودن هم به معنای آن است که تمام تسهیلات، کالا و خدمات سلامتی باید با مراعات اخلاق پزشکی و در نظر گرفتن فرهنگ افراد، اقلیت ها، ملت ها و جوامع و ملاحظه مقتضیات جنسی و چرخه حیات و البته با احترام به اصول رازداری در اختیار نهاده شود.

## کیفیت

۱ - کیفیت امکانات هم بسیار با اهمیت است. طیف متنوع امکانات باید از نظر علمی و پزشکی نیز مناسب و دارای کیفیت خوبی باشد .

۲ - این امر از جمله مستلزم پرسنل کارآزموده پزشکی، داروهای تأیید شده علمی و دارای تاریخ مصرف معتبر است. همچنین تجهیزات بیمارستانی، آب آشامیدنی سالم و نظافت و غیره نیز باید کیفیت مورد تأیید داشته باشند.

## سازمان بهداشت جهانی و راهبرد جهانی سلامتی برای همه

- سازمان بهداشت جهانی که در سال 1948 به عنوان اولین آژانس تخصصی ملل متحد تأسیس گردید، نقشی کلیدی در تهیه و پیش نویس مقررات مربوط به حق سلامتی داشته است.
- با این که سازمان بهداشت جهانی در زمره نهادهای حقوق بشری محسوب نمی شود، اما فعالیت ها و بیانیه های آن در استخراج عناصر سازنده حق بر سلامتی بسیار مؤثر می باشد.
- در مقدمه اساسنامه این سازمان بهره مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق های بنیادی هر انسانی شناخته شده است.
- نقطه تمرکز این راهبرد، مراقبت اولیه سلامتی است که به دستیابی همه ملت ها به بالاترین سطح ممکن از سلامتی متناسب با منابع در اختیار یک کشور، تعریف شده است.
- برنامه مراقبت اولیه سلامتی، شامل موارد ذیل میشود (که به مرور برنامه های دیگری نیز به آن اضافه شده است) :
  - آموزش در خصوص مسائل و مشکلات رایج مربوط به سلامتی و شیوه های پیشگیری و کنترل آنها
  - گسترش عرضه و تأمین مطمئن و کافی غذا و تغذیه صحیح
  - عرضه کافی آب سالم و نظافت اولیه
  - مراقبت از سلامتی مادران و کودکان از جمله خانواده
  - ایمن سازی در برابر بیماری های مسری مهم
  - پیشگیری و کنترل بیماری های رایج محلی

- درمان درست و مناسب بیماری ها و جراحات شایع
- تأمین دارو های اساسی

## تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی

- ۱) **حق بر سلامتی** علاوه بر ارتباط با حوزه های گوناگون، **حقی جهان شمول** نیز محسوب می گردد . هر انسانی در هر جای دنیا از چنین حقی برخوردار است.
- ۲) حق بر سلامتی مختص شهروندان یک کشور نیست
- ۳) **در اعلامیه جهانی حقوق بشر** از "**حق هر کس**" نسبت به استاندارد از زندگی سخن می گوید که برای سلامتی و رفاه او و خانواده اش کفایت کند.
- ۴) میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز از "**شناسایی حق همگان**" به بهره مندی از بالاترین سطح از سلامتی جسمی و روانی توسط دولت های عضو یاد می کند.
- ۵) حق بر سلامتی حقی نیست که صرفاً جنبه قراردادی و معاهده ای داشته باشد و فقط کشورهای عضو میثاق یا سایر معاهداتی که این حق در آنها شناسایی شده است، ملزم به تأمین آن باشند، بلکه حق بر سلامتی حقی مسلم در نظام بین المللی حقوق بشر و از حق های بنیادی بشری است که همه کشورها در قبال تأمین آن متعهد هستند.
- ۶) سؤالی که ممکن است مطرح گردد این است که تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی شامل چه تعهداتی می شود؟ و ماهیت این تعهدات چیست؟

## ابعاد تعهدات دولت ها

تعهدات دولت ها در قبال **حق بر سلامتی** همانند هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است

- **تعهد به احترام** Obligation to Respect
- **تعهد به حمایت** Obligation to Protect
- **تعهد به ایفا** Obligation to Fulfill

**تعهد به احترام:** این بعد از تعهدات دولت ها، در حقیقت **بعد سلبی تعهدات حقوق بشری** بوده و شامل دسته ای از **خودداری ها و احترازاها** می باشد.

به تعبیری دیگر، تعهد به احترام، **تعهد به عدم انجام اعمالی خاص یا ترک فعل ها** است.

**درخصوص حق بر سلامتی**، تعهد به احترام به معنای آن است که دولت‌ها در مسیر بهره‌مندی از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد یا دسته‌هایی از افراد ایجاد نکنند یا موانع موجود و محدودیت‌های جاری را مرتفع سازند.

موارد ذیل به عنوان مصادیقی از تعهد به احترام به حق بر سلامتی قابل ذکرند:

- (۱) تعهد به خودداری از منع و محدود کردن دسترسی برابر همه اشخاص به خدمات پیشگیرانه درمانی و تسکین دهنده مربوط به سلامتی.
- (۲) اجتناب از محروم ساختن یا محدود نمودن دسترسی گروه‌هایی از انسانها مثل زندانیان، بازداشت‌شدگان، پناه‌جویان، اقلیت‌ها و مهاجران قانونی، طبعاً به معنای تعمیم خدمات سلامتی به آنان است که نیازمند هزینه است.
- (۳) تعهد به حمایت از حقوق فرد در برابر تجاوز طرف‌های ثالث بیان می‌شود. این بعد متضمن اجتناب از نقض حق و مانع شدن دیگران از نقض آن است.

**ذکر نمونه‌هایی برای تعهد به حمایت از حق بر سلامتی :**

تعهد به کنترل بازاررسانی تجهیزات پزشکی و داروها توسط اشخاص ثالث، اطمینان از اینکه شاغلان در بخش پزشکی و سایر افراد حرفه‌ای در بخش سلامت، تعهد به حمایت از حقوق فرد در برابر تجاوز طرف‌های ثالث بیان می‌شود. این بعد متضمن اجتناب از نقض حق و مانع شدن دیگران از نقض آن است.

**تعهد به ایفا و اجرا**

- (۱) تعهد به ایفا برای تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جنبه محوری دارد.
- (۲) از این رو تعهد دولت‌ها برای ایفای حق بر سلامتی به معنای انجام اقداماتی ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد درخصوص سلامتی می‌باشد.
- (۳) به عبارتی دیگر، دولت‌ها موظفند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامتی را تأمین کنند.

**مسئولیت بخش خصوصی و نهادهای غیر دولتی در قبال حق بر سلامتی**

- تجار و بخش خصوصی به عنوان تأثیرگذاران بر تحقق و ارتقای حق بر سلامت محسوب می‌گردند.
- شرکت‌های تجاری محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی، به نوعی به طور خصوصی اجرای حق بر سلامت را برعهده دارند.

- کارخانه ها و شرکت های خصوصی نیز ممکن است به طور غیرمستقیم، از طریق آلوده نمودن آب و هوا، محیط زیست حق بر سلامت را نقض نمایند.

### خلاصه مطالب و نتیجه گیری

- حق سلامتی در پیوندی ناگسستنی با **حق حیات** (نسل اول حقوق بشر) قرار دارد و از سوی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی گره خورده است.
- حق سلامتی را میتوان حلقه ارتباط نسل های مختلف حقوق بشر قلمداد نمود. حق بر سلامتی به منزله حقی از حقوق بشر در اسناد ملی و بین المللی جایگاه والایی دارد و می توان آن را از اصول کلی پذیرفته شده در نظام های حقوقی توسعه یافته محسوب نمود.
- تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی همانند هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است: تعهد به احترام، تعهد به حمایت، و ایفا



## پرسش و تمرین

- ۱) مفهوم و دامنه حقوق سلامت را نام ببرید.
- ۲) عناصر حقوق سلامت را توضیح دهید.
- ۳) تعهدات دولت‌ها در قبال حقوق سلامت را بیان کنید.
- ۴) یک خلاصه نویسی دو صفحه‌ای (۲۰ سطر) را در خصوص حقوق سلامت تهیه کنید.
- ۵) مفهوم حق بر سلامت مطابق قوانین حقوقی ایران را توضیح دهید؟
- ۶) اصل ۲۳ قانون اساسی کشور چه حقوقی را برای احاد جامعه در نظر گرفته است؟
- ۷) مفهوم تعهد به حمایت را مختصر توضیح دهید؟
- ۸) مفهوم تعهد به ایفاء را مختصر توضیح دهید؟

## فصل نهم

### آشنایی با برنامه پزشک خانواده و تیم سلامت در روستا



انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- پزشک خانواده را تعریف کند.
- خدمات سلامت و خدمات جامع سلامت را توضیح دهد.
- نظام ارجاع و سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت را توضیح دهد.
- اعضای تیم سلامت را نام ببرد.
- خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت را توضیح دهد.
- هیات امنای وظایف آن را شرح دهد.
- شیوه های استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری توضیح دهد.
- وظایف تیم سلامت و ساعات کار تیم سلامت را توضیح دهد.
- نحوه پایش در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را بیان نماید.

در قانون بودجه سال ۱۳۸۴ سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید، تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طرق نظام ارجاع فراهم آورد. پزشک خانواده یک مهارت است. که در آن فرد تحصیل کرده علم طب، اقدام به ارائه مراقبت های جامع و ممتد سلامت برای افراد و خانواده ها می کند، برای تمامی سنین وبدون تبعیض سنی و جنسی و ویژگیهای اقتصادی و اجتماعی. در ایران پزشک خانواده پزشکی است، که دارای حداقل مدرک دکتری حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی و عهده دار ارائه و مدیریت خدمات اولیه سلامت است.

بهورز به عنوان فردی که در اولین نقطه تماس با مردم بوده و مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی را در خانه بهداشت ارائه می دهد و پزشک به عنوان اولین تشخیص دهنده و درمان کننده اولیه در ساختار نظام شبکه نقش مهمی را در پیشگیری و کنترل بیماریها و پاسخگویی عادلانه به نیاز های اولویت دار جامعه هستند. تقویت مناسبات میان اعضای تیم سلامت، با رویکرد پیشگیری و کنترل مشکلات سلامت، موجب خواهد شد تا ارزش های نهفته در بستر مراقبت های اولیه سلامت که نظام شبکه کشور بر آن مبنا شکل گرفته تقویت شده، و نقش و جایگاه بهورزان و خانه های بهداشت بیش از پیش ارتقاء یابد. در حال حاضر در دنیا بیش از ۸۰ کشور، عضو اتحادیه جهانی پزشک خانواده هستند و برنامه پزشک خانواده در کشورهای انگلستان، ایرلند، استرالیا، نیوزلند، هلند و کشورهای اسکاندیناوی اجرا می شود.

## کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

### تعاریف:

۱- **پزشک خانواده:** پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد خدمت تمام وقت، با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده با شرح وظایف مشخص براساس بسته خدمات سلامت به ارائه خدمت می پردازد. مسئولیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد.

۲- **فرد روستایی:** فرد روستایی فردی است که سکونت وی در روستا مورد تایید خانه بهداشت یا شورای اسلامی روستا بوده و دارای پرونده خانوار فعال باشد.

**۳- خدمات سلامت :** مجموعه فعالیت ها و فرایندهایی است که بستری لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می کند.

**خدمات سلامت به طور اعم در برگیرنده امور مربوط به :** بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، تغذیه، آموزش و تحقیقات و فن آوری در حوزه های ذریبط وهمچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فراورده های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثر بخشی فراورده های دارویی و بیولوژیک می باشد.

**۴- خدمات جامع سلامت :** ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز با درخواست افراد ( بیمار/ خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبت های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مدیریت، بازتوانی، تسکینی و مراقبت های مزمن طولانی در منزل می شود و از طریق سطوح و واحد های مختلف خدمات در نظام سلامت در طول زندگی ( از بدو تولد تا مرگ ) تضمین می شود.

**۵- مراقبت های اولیه سلامت :** خدمات اساسی سلامت است مبتنی بر روش های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار می گیرد، با هزینه ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خود اتکایی و خود گردانی از عهده آن بر آید.

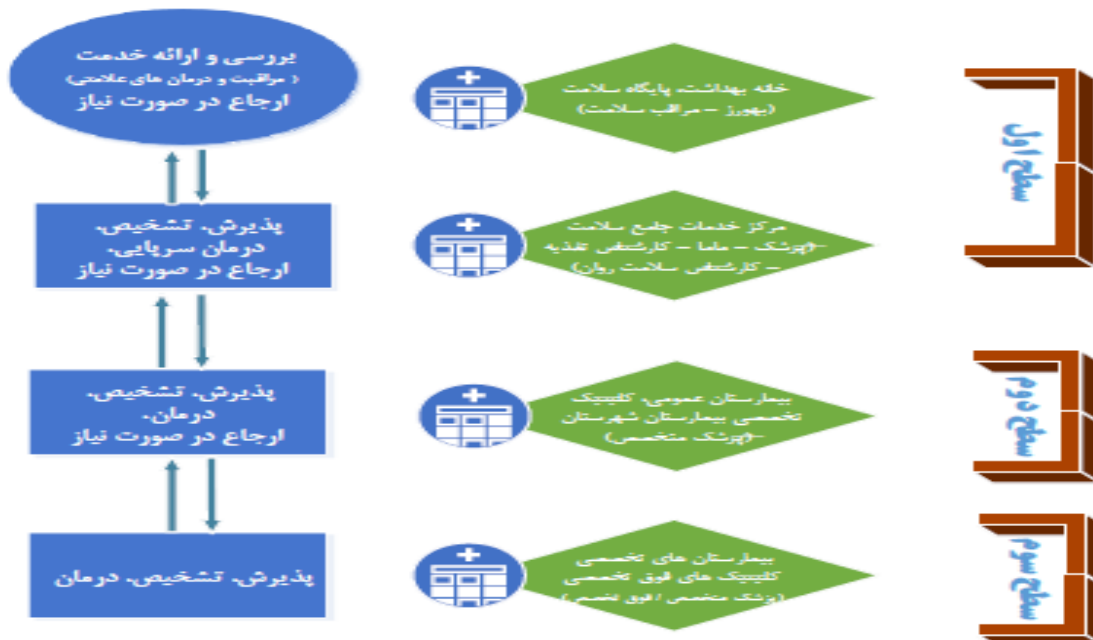
**۶- نظام ارجاع :** ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره ای مرتبط و تکاملی می باشد. تا چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع نماید و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام می گردد.

**۷- سطح بندی واحد های ارائه خدمات سلامت :** خدمات و مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می شود:

**۷-۱- سطح ۱ :** شامل خدمات/ مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح یک در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری روستایی یا شهری و خانه های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان ) ارائه می گردد.

۷-۲- سطح ۲ و سطح ۳: شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می شود که توسط واحد های سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می گردد.

### سطوح مختلف نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده



۸- بسته های خدمات سطح یک: خدمات سلامت قابل ارائه در سطح یک ( ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع ) که توسط پزشک خانواده و تیم سلامت ارائه می شود.

۹- تیم سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان مامائی، پرستار، بهیار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، بهورز، کارشناس تغذیه، کارشناس روانشناس بالینی، بهداشتکار دهان و دندان و سایر نیروهای مورد قرارداد.

## ۱۰- خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت :

**خدمات مراقبتی پزشک:** شامل مراقبت های مستقیم مانند مراقبت های بیماری دیابت و فشارخون و مراقبت های ارجاعی (ارجاع شده به پزشک) می باشد.

**خدمات مراقبتی ارجاعی :** شامل مراقبت های جمعیت گروه های هدف ( کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان ) که توسط تیم سلامت به پزشک ارجاع می گردند ، می باشد.

**خدمات مراقبتی ماما :** شامل خدمات مراقبتی ارجاعی پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان، باروری سالم و میانسالان است.

خدمات درمانی پزشک، ماما، دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان شامل ویزیت سرپایی می باشد .

## ۱۱- مرکز خدمات جامع سلامت فعال در برنامه پزشک خانواده :

مرکزی که در آن، حداقل خدمات پزشک در مرکز و همچنین دارو در داروخانه فعال در محدوده روستا و در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (به فاصله پانصد متر از مراکز مجری برنامه) ارائه شود.

### هیات امناء در برنامه پزشک خانواده روستایی

در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، هیات امنایی متشکل از افراد زیر حداقل فصلی یک بار تشکیل می گردد:

- دهیار
- ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا/ شهر
- مدیر یا معلم مدرسه روستا
- ۲ نفر از معتمدین روستا،
- ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)
- ۱ نفر بهورز
- ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت

## اختیارات هیات امناء روستا

### اختیارات هیات امنای روستا عبارت است از:

برگزاری نشست های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسئولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد شاخص های سلامت.

### شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی

#### یک روستا در شهرستان شامل چهار وضعیت زیر است :

۱. روستای اصلی

۲. روستای قمر

۳. روستای سیاری

۴. روستای مستقیم به شهر

### شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی

**روستای اصلی:** روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می توانند محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی نیز باشند.

**روستای قمر:** روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

**روستای سیاری:** به برخی از روستاها گفته می شود که خدمات توسط تیم سیار به جمعیت آنها ارائه می گردد و فاصله بیشتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

**روستای مستقیم به شهر:** روستاهایی که مستقیماً "و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند واز آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً" در پوشش نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند.

## تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

۳- **دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان:** برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، حداکثر تا ۱۵ هزار نفر جمعیت ساکن یک دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان تعیین می گردد.

۴- **نیروی آزمایشگاه:** برای ارائه خدمات آزمایشگاهی به ازای حداکثر تا ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش ساکن (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک نیروی کاردان یا کارشناس آزمایشگاه تعیین می گردد.

## وظایف اعضای تیم سلامت

- تشکیل پرونده سلامت
- تشکیل پرونده سلامت
- سرکشی و نظارت (دهگردشی)
- ثبت روزانه آمار مراجعین
- ارائه خدمات در قالب بسته خدمت

**ساعات کار اعضای تیم سلامت:** ساعت کار موظف تیم سلامت بر اساس ماده ۸۷ قانون خدمات مدیریت کشوری معادل ۴۴ ساعت در هفته تعیین می گردد. شیفت بندی بسته به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه و متناسب با بار مراجعه به صورت پیوسته یا جداگانه در دوشیفت صبح و بعدازظهر با تصویب ستاد هماهنگی استان تعیین می گردد.

**تبصره ۱:** پزشکان خانواده مستقر در مراکز مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل بر اساس نیاز مرکز بهداشت شهرستان و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند.

**بیتوته پزشک خانواده:** ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری و روزهای تعطیل، به جمعیت ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز مجری مطابق مفاد زیر الزامی است.

مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که فاصله بیشتر از ۲۵ تا ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی فعال یا بیمارستان دارند را می توان به عنوان مرکز بیتوته برای پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد. حداکثر سقف جمعیت مراکز جمعیتی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته ۲۰ هزار نفر می باشد.



## پایش در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

۱- پایش فصلی تیم سلامت: پایش عملکرد اعضای تیم سلامت هر ۳ ماه یکبار توسط ستاد مرکز بهداشت شهرستان، بر اساس چک لیست های ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشتی وزارت متبوع صورت می گیرد.

۲- پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان / شهرستان: انجام پایش مشترک از مراکز خدمات جامع سلامت توسط اداره بیمه سلامت شهرستان با مرکز بهداشت شهرستان به وسیله چک لیستی که با تفاهم مشترک معاونت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تهیه شده است، انجام می شود.

### خلاصه مطالب و نتیجه گیری

۱- پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر می باشد

۲- خدمات سلامت: مجموعه فعالیت ها و فرایندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می کند.

۳- خدمات و مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می شود.

یک روستا در شهرستان شامل: روستای اصلی، روستای قمر، روستای سیاری، روستای مستقیم به شهر می باشد.

### وظایف اعضای تیم سلامت:

۱- تشکیل پرونده سلامت

۲- سرکشی و نظارت (دهگردشی)

۳- ثبت روزانه آمار مراجعین

۴- ارائه خدمات در قالب بسته خدمت

## پرسش و تمرین

- ۱) پزشک خانواده را تعریف کنید.
- ۲) خدمات سلامت و خدمات جامع سلامت را توضیح دهید.
- ۳) نظام ارجاع و سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت را توضیح دهید.
- ۴) اعضای تیم سلامت را نام ببرید.
- ۵) خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت را توضیح دهید.
- ۶) شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده را بیان نمایید.

## فصل دهم

### آشنایی با ضرورت نظام ارجاع و انواع آن

(آشنایی با مفهوم، اصول، اجزا و سطوح مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی)



انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- سطح بندی خدمات در نظام ارجاع را بیان کند.
- تعاریف ارائه دهندگان خدمت، سطوح ارائه خدمات، نظام ارجاع، نقشه ارجاع، گام های اجرایی استقرار برنامه نظام ارجاع، پرونده و سامانه الکترونیکی سلامت را بیان نماید.
- خدمات و وظایف سطح اول در برنامه ارجاع را توضیح دهد.
- انواع ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت را نام ببرد.
- مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات را بیان کند.
- نظام ارجاع را در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را توضیح دهد.
- نظام ارجاع در مناطق شهری را توضیح دهد.

**مقدمه:** استقرار نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده جهت پاسخگویی بهتر به نیازها و تحقق اهداف نظام سلامت مورد توصیه سازمان جهانی بهداشت می باشد. سیاست استقرار نظام ارجاع در نظام سلامت ایران از سال ۱۳۶۴ و با استقرار نظام شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی دنبال شد؛ اما علیرغم دستاوردهای چشمگیر نظام شبکه، نظام ارجاع هیچگاه به طور کامل محقق نشد. تا این که از سال ۱۳۸۴ و با شروع طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، مجدداً نظام ارجاع به صورت برنامه ریزی شده در دستور کار سیاستگذاران نظام سلامت قرار گرفت.

**استقرار سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی و سیستم ارجاع در ایران با این اهداف انجام گرفت:** کنترل هزینه ها و جلوگیری از اتلاف منابع مادی و انسانی، کاستن از بار مراجعات غیر ضروری به متخصصین و فوق تخصصین، ارتقا کارایی و عدالت در دسترسی مردم به خدمات، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداختها، افزایش پاسخگویی در نظام سلامت و ارتقای سطح سلامت مردم.

### سطح بندی خدمات در نظام ارجاع

به منظور ارتقاء سلامت و جلوگیری از مراجعه مکرر و غیر ضروری به مراکز تخصصی و اتلاف منابع، نظام سطح بندی خدمات اجرا شد. ارتباط بین این سطوح از طریق نظام ارجاع صورت می گیرد. نظام ارجاع به گونه ای تبیین می گردد که کارکنان سطوح پایین تر در صورتی که قادر به تشخیص و درمان بیماران نباشند، به سطح بالاتر که دارای کارکنان با سطح تحصیلات بالاتر بوده و قادر به ارائه خدمات تخصصی تر در ابعادی وسیع تر با استفاده از تکنولوژی پیشرفته تر هستند ارجاع دهند. دلیل اصلی سطح بندی خدمات در نظام ارجاع، افزایش کیفیت سلامت و بهبود دریافت درمان و صرفه جویی در زمان دریافت درمان مناسب است. اجرای مناسب این سطوح می تواند از هزینه های وارد شده به بیمار و هم چنین دولت بکاهد و مانع اتلاف امکانات کلینیکی و پاراکلینیکی به دلیل کاهش درمان های تکراری گردد.

**سطوح ارائه خدمات سلامت:** مراقبت های سلامت در ۳ سطح در اختیار مردم و جامعه قرار دارد

(۱) سطح یک ارائه خدمات سلامت

(۲) سطح دو ارائه خدمات سلامت

(۳) سطح سه ارائه خدمات سلامت

## ۱. سطح یک ارائه خدمات سلامت :

واحدی در نظام سلامت که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد و در

آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک عمومی یا تیم سلامت برقرار می شود و شامل :

- خانه های بهداشت، پایگاههای سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت روستائی، مراکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستائی
- مطب پزشکان عمومی

## ۲. سطح دو ارائه خدمات سلامت

سطح دو شامل خدمات تخصصی سرپایی یا بستری است که به بیمه شدگان ارجاع شده ارایه و سپس سطح ارجاع کننده را از نتیجه کار مطلع می سازد.

## ۳. سطح سه ارائه خدمات سلامت :

سطح سه شامل خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری است و بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده قرار می گیرد.

**نظام ارجاع:** مجموعه فرآیندهایی که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه خدمات نظام سلامت تعیین می کند. اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت در نهایت در پرونده سلامت شخص نزد پزشک یا تیم سلامت از طریق ارسال بازخورد از سطوح تخصصی ثبت می شود.

**نقشه ارجاع:** مسیر ارجاع بیمار و دریافت بازخورد را از نخستین تماس فرد با نظام سلامت (سطح اول) تا سطح پایانی (سطح سوم) برای تمامی رشته های تخصصی و فوق تخصصی در کلیه بخش های ارایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی تعیین می کند.



## گام های اجرایی استقرار برنامه نظام ارجاع

گام ۱. ارجاع بیماران روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر از پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت به سطح دوم/سوم ارایه خدمات.

گام ۲. ارجاع بیماران ساکن در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر از پزشکان شاغل در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به سطح دوم/ سوم ارائه خدمات.

گام ۳. ارجاع بیماران از کلیه پزشکان ارایه دهنده خدمات سطح اول (عمومی غیردولتی، خصوصی، خیریه) به سطح دوم/ سوم ارائه خدمات.

**پرونده الکترونیک سلامت:** مطابق بند الف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه پرونده الکترونیکی سلامت، در برگیرنده اطلاعات مراقبت بهداشتی درمانی دوران حیات یک فرد است، که به صورت الکترونیکی، با هدف پشتیبانی از مراقبت مستمر، آموزش و پژوهش ذخیره شده است.

این پرونده توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی در مکان های مختلف قابل اشتراک بوده و موجب توسعه کیفی مراقبت می شود. اطلاعات پرونده سلامت افراد محرمانه بوده و فقط در اختیار افراد مجاز قرار می گیرد و هرگونه سوء استفاده از آن ممنوع بوده و پیگرد قانونی دارد.

## پرونده الکترونیک سلامت

The screenshot shows a web-based registration form with the following fields and values:

- نام:** کودک
- نام خانوادگی:** مینایی اسکو
- شماره ملی:** 100000369
- تاریخ تولد:** 01/02/1396
- جنسیت:** مرد (selected)
- ملیت:** ایرانی
- گروه خونی:** ...
- نوع اقامت:** دائم
- میدکودک/محل دوره/دانشگاه:** ...
- تلفن ثابت (کد شهرستان):** 09000000000
- تلفن همراه سرپرست:** ...
- شماره تماس همراه کد شهر:** ...
- پست الکترونیکی:** ...
- صاحب تلفن:** سایر
- نوع جمعیت (سکونت):** شهری

At the bottom, there is a red error message: "استان آذربایجان غربی/شهرستان ارومیه/شهر ارومیه/منطقه 1".

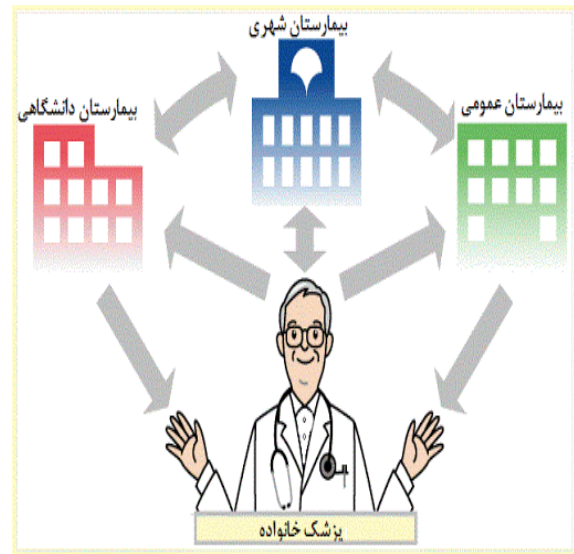
## سامانه پرونده الکترونیک سلامت

"سپاس" مخفف سامانه پرونده الکترونیک سلامت می باشد.

این سامانه دارای ابعاد گوناگونی است که توسعه در هر بعد نیازمند برنامه ریزی دقیق و هماهنگی با سایر ابعاد می باشد. در سپاس تمامی ابعاد سخت افزاری، نرم افزاری، زیرساخت شبکه ارتباطی، استانداردها، قوانین و مقررات، آموزش، فرهنگسازی، تحقیقات بنیادین، توسعه ای و کاربردی، و توسعه مراکز انفورماتیک پزشکی و زیستی در نظر گرفته شده است که متولی آن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی است.

## خدمات سطح اول در برنامه نظام ارجاع

- **پزشک سطح اول** (طرف قرارداد نظام ارجاع) **مسئول** مراقبت، مدیریت و پیگیری بیمار است، بنابراین ضروری است فرآیند مراجعه بیمار از سطح اول به دوم/سوم به همراه پیگیری دریافت بازخورد از پزشک متخصص توسط پزشک ارجاع دهنده صورت گیرد.
- در صورت نیاز به ارجاع بیمار از سطح اول به دوم، باید مشخص شود ارجاع وی مطابق راهنماهای بالینی بهداشت و درمان دارای چه سطحی از اولویت است.
- بیمارانی که در اولویت ویزیت سطح دوم می باشند (ارجاع فوری) حتی در صورت تکمیل ظرفیت، باهماهنگی ستاد مدیریت ارجاع دانشگاه، باید در سطح دوم پذیرش شوند.



## وظایف سطح اول به منظور کنترل نوبت دهی و مدیریت بیماران ارجاعی

- پذیرش بیمار از طریق استحقاق سنجی و ثبت اطلاعات وی در سامانه های مورد استفاده در مراکز سطح یک و پزشکان عمومی
- در صورت نیاز به ارجاع، تکمیل فرم ارجاع توسط پزشک سطح اول و اخذ شناسه ارجاع
- نوبت گیری از مرکز سطح دوم بر اساس نقشه ارجاع برای خدمت مورد نظر و اطلاع به بیمار برای مراجعه به مرکز سطح دوم مبتنی بر سامانه الکترونیک
- پیگیری بازخورد ارجاع از مرکز سطح دوم



## انواع ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت

### ۱- ارجاع افقی :

ارجاع درون سطح را ارجاع افقی می گویند و بین ارائه کنندگان خدمات در این سطح

مثال ۱: ارجاع مراقب سلامت به کارشناس روان ( در سطح یک )

مثال ۲: ارجاع متخصص به متخصص دیگر برای انجام مشاوره ( در سطح دو )

مثال ۳: ارجاع بهورز به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ( در سطح یک )

### ۲- ارجاع عمودی :

ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می شود.

مثال ۱: ارجاع از سطح اول به سطح دوم (پزشک خانواده به پزشک / پزشکان متخصص )

مثال ۲: ارجاع از سطح دوم به سطح سوم ( ارجاع از پزشک متخصص به فوق تخصص )

## مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات

در چارت های ارائه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است .

۱- رنگ قرمز : نشان دهنده شرایط خطرناکی است و اقدام مناسب این رنگ ارجاع فوری یا اعزام (بلافاصله ) است.

۲- رنگ زرد: نشان دهنده ارجاع در اولین فرصت است ( در ۲۴ ساعت اول پس از مراجعه )

۳- رنگ سبز: نشان دهنده امکان ارائه خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر است .

## مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات

سرفه یا تنفس مشکل را ارزیابی کنید \*

علامت و نشانه های خطر	طبقه بندی	اقدام مناسب
وجود هر یک از نشانه های خطر یا • تنفس خیلی تند (بیشتر از ۷۰) • خرخر (در کودکی که آرام است)	پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید	• فوراً کودک را به نزدیکترین مرکز درمانی انتقال دهید. • اگر فاصله تا نزدیکترین مرکز درمانی بیشتر از یک ساعت است اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی را بدهید.
• توکسیدگی قفسه سینه یا تنفس تند	پنومونی	• برای تجویز آنتی بیوتیک خوراکی به پزشک مرکز ارجاع دهید.*** • اگر خس خس سینه پس از مصرف سالیوتامول قطع شده است یا اگر سرفه، خس خس و تنگی نفس بیش از دو هفته ادامه دارد یا حملات تکرار شونده است کودک را برای ارزیابی بیشتر به پزشک ارجاع دهید. • سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی تسکین دهید. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. • جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.
• هیچ نشانه ای از پنومونی یا بیماری بسیار شدید ندارد	سرفه یا سرماخوردگی	• سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی تسکین دهید. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. • در صورت عدم بهبودی جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.

طبقه بندی کنید

**سوال کنید:**  
آیا کودک سرفه می کند یا تنفس مشکل دارد؟  
**اگر بله**  
برای چه مدتی؟

**بررسی کنید:**  
• تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه بشمارید.

**تنفس تند:**  
در کودک ۲ تا ۱۲ ماهه: ۵۰ بار در دقیقه یا بیشتر  
در کودک ۱۲ ماه تا ۵ ساله: ۴۰ بار در دقیقه یا بیشتر

کودک باید آرام باشد

- توکسیدگی قفسه سینه
- خرخر
- خس خس

اگر خس خس همراه با یکی از دو نشانه تنفس تند یا توکسیدگی دیواره قفسه سینه وجود دارد:  
برای امتحان، ۲ پاف اسپری سالیوتامول\*\*\* به کودک بدهید. تعداد تنفس را شمرده و ببینید بازهم توکسیدگی قفسه سینه دارد یا خیر و سپس طبقه بندی کنید.

\* قبل از شروع ارزیابی در صورتی که وضعیت کودک پایدار است، قد و وزن کودک را اندازه گیری کرده و فرم ثبت مانا را تکمیل کنید.  
\*\* اگر دستگاه اکسیژن سنج نبضی (پالس اکس متر) وجود دارد، اشباع اکسیژن را اندازه گرفته و در صورتی که کمتر از ۹۰٪ است، کودک را ارجاع دهید.  
\*\*\* اگر سالیوتامول استنشاقی در دسترس نیست، می توان سالیوتامول خوراکی را امتحان کرد. اما این کار برای درمان خس خس حاد و شدید توصیه نمی شود.  
\*\*\*\* در صورتی که پزشک در مرکز حضور ندارد طبق جدول آنتی بیوتیک خوراکی، به مدت ۵ روز آموکسی سیلین بدهید.

## نظام ارجاع پزشک خانواده و بیمه روستایی

### ارجاع در سطح یک خدمات در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی :

اولین محل مراجعه بیمار در روستاها، خانه بهداشت است و پس از اینکه بهورز شاغل در خانه بهداشت، خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل های ابلاغی مربوطه آمده است، فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار، بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

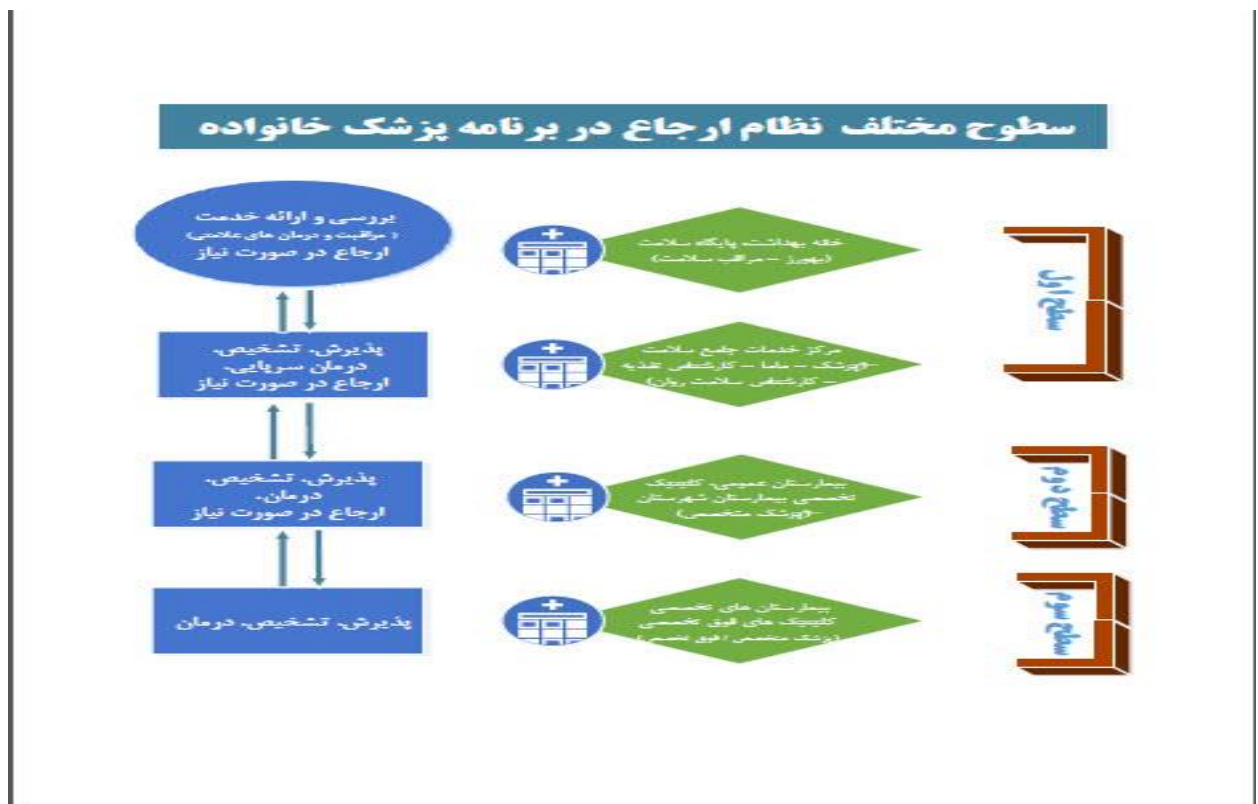
پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاعی از خانه بهداشت را معاینه، ویزیت و بر اساس پروتکل های درمانی تعیین شده تحت درمان قرار دهد و نتیجه اقدامات انجام شده و یا موارد قابل پیگیری سیر درمان را به اطلاع خانه بهداشت ارجاع دهنده برساند.

در صورتیکه بیمار نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشته باشد پزشک خانواده با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح دو یا سه ارجاع می نماید.

### ارجاع در سطح دو خدمات در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی :

به منظور تقویت و توسعه نظام ارجاع و عملیاتی نمودن آن در برنامه پزشک خانواده در جمعیت روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، تفاهم نامه جداگانه ای بین معاون درمان و سازمان بیمه سلامت ایران منعقد گردید.

براساس این تفاهم نامه، پزشکان متخصص پذیرنده ارجاع در مراکز تخصصی سرپایی دولتی (که بیمار از طریق پزشک خانواده با فرم تکمیل شده ارجاع به آن مراکز معرفی شده است)، نسبت به تکمیل دقیق فرم پس خوراند اقدام می نماید .



## سقف ارجاع

سقف ارجاع به متخصص تا حداکثر ۱۵٪ مراجعین به پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت می باشد.

بدیهی است درصد مزبور شامل موارد ارجاعی به متخصص بر اساس مراقبت گروههای هدف و بسته خدمتی نیز می باشد.

## نظام ارجاع در مناطق شهری

### ارجاع در سطح یک خدمات در مناطق شهری :

مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت و در شرایط خاص، پزشک عمومی) ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می گیرد.

در صورت نیاز به خدمات تخصصی تر (در همان سطح)، تیم سلامت به صورت هدایت شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع (مطابق با فرمت هر برنامه موجود در بسته خدمت) برای دریافت آن خدمات در همان سطح (مانند خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روان) ارجاع می دهد.



نظام ارجاع در مناطق شهری: در صورت نیاز مراجعه کننده به خدمات تخصصی تر (سطح بالاتر) تیم سلامت بیمار را به سطوح بالاتر سرپایی و بستری (پزشک، متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می شود و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با تیم سلامت است.

پزشک ارجاع دهنده باید بیماران ارجاع شده به سطوح بالاتر را تا انتهای درمان بیمار پیگیری کند. بیمارانی که بصورت فوری ارجاع می‌شوند ظرف مدت ۲۴ ساعت، توسط پزشک و مراقب سلامت پیگیری می‌شوند. در صورت ارجاع غیرفوری این کار در طول یک هفته بعد از ارجاع انجام می‌شود.

### ارجاع در سطح دو خدمات در مناطق شهری :

سطح دوم خدمت (پزشک متخصص یا بیمارستان و ...) پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، الگوی تشخیصی درمانی و سایر نیازها را به صورت بازخورد (در فرم بازخواند) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند و باید در انتها، تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.

### خلاصه مطالب و نتیجه گیری

نظام ارجاع مجموعه فرآیندهایی که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه خدمات نظام سلامت تعیین می‌کند. انواع ارجاع در نظام سلامت ارجاع افقی و ارجاع عمودی می‌باشد .

بهورزان شاغل در خانه های بهداشت افرادی که مطابق بسته خدمات سلامت نیازمند ارجاع هستند به مراکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری روستایی ارجاع خواهند داد .

مراقبین سلامت شاغل در پایگاه های سلامت شهری افرادی که مطابق بسته خدمات سلامت نیازمند ارجاع هستند به مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارجاع خواهند داد .

## پرسش و تمرین

- (۱) تعریف نظام ارجاع را بنویسید .
- (۲) گام های اجرایی استقرار برنامه نظام ارجاع را توضیح دهید .
- (۳) خدمات و وظایف سطح اول در برنامه ارجاع را بنویسید .
- (۴) نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی و مناطق شهری را با هم مقایسه کنید .

## فصل یازدهم

### آشنایی با ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران و جهان

(مروری بر نظام اطلاعات سلامت و اجزای آن، آشنایی با نظام اطلاعات شبکه)

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- نظام سلامت را تعریف کند.
- ارکان نظام سلامت را بیان کند.
- اهداف نظام سلامت را نام ببرد.
- چهار الگوی اصلی نظام سلامت در دنیا را توضیح دهد.
- سیر تاریخی خدمات بهداشتی در ایران را توضیح دهد.
- ضوابط تشکیل شبکه های بهداشت و درمان را توضیح دهد.
- ضرورت اجرایی طرح تحول سلامت را نام ببرد.
- اهداف طرح تحول سلامت را بیان کند.

## مفهوم نظام سلامت (Health system)

- نظام سلامت، متشکل از تمام سازمان ها و مؤسسات و منابعی است که ارائه کننده خدمات در جهت حفظ و ارتقاء سلامت افراد می باشند و از این خدمات می توان به عنوان **اقدام سلامت (Health action)** نام برد .
- **سازمان جهانی بهداشت (WHO)** تمام فعالیت هایی که هدف اصلی آن حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامت است را **نظام سلامت** می گوید .

### ارکان نظام سلامت :

- **نظام های سلامت در دنیا با اقدام در چهار حیطه:**

۱. تولید

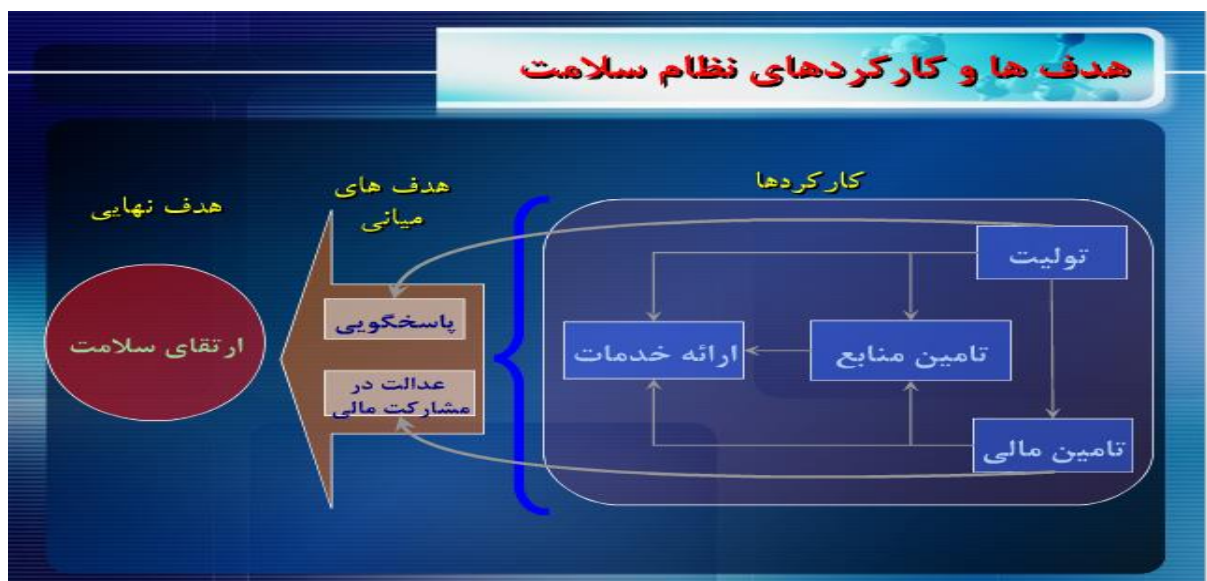
۲. تولید و توسعه منابع انسانی و غیر انسانی برای سلامت

۳. تامین مالی برای پرداخت هزینه های سلامت

۴. و ارائه خدمات

اقدام به تحقق اهداف اساسی سازمان بهداشت جهانی می نمایند.

### هدف ها و کارکردهای نظام سلامت





## الگوی نظام سلامت در دنیا

- با وجود تنوع بسیار زیاد نظام‌های سلامت در دنیا همگی از چهار الگوی کلی تبعیت می‌کنند
- تنها کشورهای توسعه‌یافته و صنعتی (حدود ۴۰ کشور از ۲۰۰ کشور دنیا) نظام‌های سلامت استقرار یافته‌ای دارند

### • ۴ الگوی اصلی در دنیا :

- مدل بورلیج (Beveridge model)
- مدل بیسمارک ( Bismarck model )
- مدل بیمه سلامت ملی ( National Health Insurance )
- مدل پرداخت از جیب (Out-of-Pocket)

### مدل بورلیج (Beveridge model)

- نام این مدل برگرفته از **ویلیام بورلیج**، اصلاح‌طلب اجتماعی بریتانیایی بوده که خدمات سلامت ملی این کشور را طراحی کرد.
- در این سیستم، نظام سلامت توسط دولت اداره شده و بودجه آن نیز از سوی دولت و به وسیله پرداخت‌های مالیاتی تامین می‌شود. در این نظام دولت مالک بسیاری از بیمارستان‌ها و کلینیک‌های کشور است و پزشکان نیز کارمندان دولت محسوب می‌شوند، البته پزشکان خصوصی نیز وجود دارند که دستمزد خود را از دولت می‌گیرند.
- یکی از کامل‌ترین نظام‌های بورلیج در دنیا، نظام سلامت کوبا است.

### مدل بیسمارک (Bismarck)

- این مدل نام خود را از **اتو وان بیسمارک**، صدراعظم پادشاهی پروس الهام گرفته است، این مدل از نظام بیمه‌ای استفاده می‌کند که معمولاً از طریق پرداخت حق بیمه از سوی کارفرمایان و کارمندان تامین مالی می‌شود. طرح بیمه سلامت بیسمارک باید همه افراد را پوشش دهد حتی افرادی که سودآور نیستند.
- با وجود اینکه مدل بیسمارک مدلی با نهادهای پرداختی متعدد است (به عنوان نمونه ۲۵۰ سازمان بیمه‌گر در آلمان وجود دارد)، اما مقررات سفت و سختی وجود دارد که اکثر کنترل هزینه‌ها را در اختیار دولت قرار می‌دهد.

- نظام سلامت بیسمارک را می‌توان در کشورهای نظیر آلمان، فرانسه، بلژیک، هلند، ژاپن، سوئیس و تا حدودی در آمریکای لاتین مشاهده کرد.

### مدل بیمه سلامت ملی (National Health Insurance)

- این سیستم دارای ویژگی‌های مشتری‌محور از مدل‌های بوریج و بیسمارک است.
- این نظام از پرداخت‌کننده‌های بخش خصوصی استفاده می‌کند ولی پرداخت از طریق یک برنامه بیمه دولتی انجام می‌شود که هر شهروند می‌تواند با پرداخت حق بیمه وارد آن شود.
- بیمه سلامت ملی، با محدود کردن خدمات برای پزشک یا ایجاد لیست انتظار برای ارائه برخی از خدمات درمانی، هزینه‌های خود را کنترل می‌کند.
- نظام سلامت کلاسیک NHI را می‌توان در کانادا مشاهده کرد.

### مدل پرداخت از جیب (Out-of-Pocket)

- بسیاری از کشورهای روی کره زمین بسیار فقیرتر و غیرسازمان‌یافته‌تر از آنند که بتوانند نظام سلامت عمومی خاصی را ارائه کنند. قانون ساده‌ای در چنین کشورهایی وجود دارد که اگر ثروتمندید می‌توانید از مراقبت‌های بهداشتی استفاده کنید و اگر فقیرید یا باید بیمار بمانید یا بمیرید. در مناطق روستایی آفریقا، هند، چین و آمریکای جنوبی، میلیون‌ها نفر حتی بدون معاینه پزشک جان خود را از دست می‌دهند.

### شناخت تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران

به علت توزیع ناعادلانه دسترسی به خدمات اولیه سلامت از سال ۱۳۱۹ تا سال ۱۳۵۱ هجری شمسی چندین تجربه در ایران جهت افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی به اجرا گذاشته شد که مهم‌ترین آنها:

طرح تربیت بهدار

طرح سپاه بهداشت

طرح رضائیه

## طرح تربیت بهدار :

- از سال ۱۳۱۹ در مشهد و از سال ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا شد. بهدارها از میان داوطلبان دارای مدرک تحصیلی دیپلم متوسطه برای خدمت در مناطق روستایی و شهرهای کوچک انتخاب می شدند.
- این افراد پس از ۴ سال آموزش نظری و عملی به اخذ گواهینامه لیسانس پزشکی نایل می آمدند و متعهد بودند که به مدت ۸ سال در مناطق محروم و روستایی کشور خدمت کنند .

## طرح سپاه بهداشت :

این طرح از سال ۱۳۴۳ تا سال ۱۳۵۷ با همکاری وزارت بهداری و وزارت دفاع اجرا شد. در این طرح تعدادی از فارغ التحصیلان گروه پزشکی که مازاد بر نیاز نیروهای مسلح بودند، پس از سه ماه آموزش نظامی و بهداشتی، در اختیار وزارت بهداری قرار داده می شدند تا بقیه خدمت وظیفه خود را در نقاطی که وزارت بهداری تعیین می کند بگذرانند.



**طرح رضائیه:** دانشکده بهداشت و وزارت بهداری در رضائیه (ارومیه فعلی)، WHO از سال ۱۳۵۱ بطور مشترک، توسط آذربایجان غربی به اجرا در آمد و به **طرح رضائیه** معروف شد. راهبرد اصلی این طرح، تربیت و بکارگیری **عوامل غیر پزشک برای ارایه مراقبتهای اولیه بهداشتی** بود محل ارایه خدمت این خدمات را خانه بهداشت، تیم های ارایه کننده خدمت **کارکنان زن را بهورز و کارکنان مرد را بهداشتیار** می نامیدند .



### تاریخچه خدمات بهداشتی در ایران

اولین خانه بهداشت در ایران خانه بهداشت حیدر لوی بیگلر از توابع روستای چنقرالوی پل مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، در سال ۱۳۵۲ افتتاح گردید و خانم فریده اکبری اولین بهورز کشور در این خانه بهداشت مشغول به کار شدند. اولین مدیر مرکز آموزش بهورزی کشور، خانم آلیس بطروس در مرکز آموزش بهورزی ارومیه بودند.



## جریان تدوین و شکل گیری شبکه ها بهداشتی درمانی کشور:

### • دوره اول (اواسط سال ۱۳۵۸ لغایت اردیبهشت ۱۳۶۰)

. بررسی برنامه ها و تشکیلات وزارت به منظور شناخت تکالیف

### • دوره دوم (اردیبهشت ۱۳۶۰ تا پایان سال ۱۳۶۰)

تدوین وظایف نیروی انسانی و تنظیم برخی معیارها و استانداردها

### • دوره سوم (از ابتدای سال ۱۳۶۱ تا پایان سال ۱۳۶۳)

تعیین محل های ایجاد خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی

### • دوره چهارم: (از فروردین ماه سال ۱۳۶۴)

در این دوره ساختار سازماندهی نظام بهداشتی کشور تدوین گردید و سیاستهای آن با اولویت پیشگیری بر درمان مردم روستایی به مرفه ، درمان سرپایی به بستری ، درمان عمومی به تخصصی تعیین گردید و متعاقب آن در هر استان یک شهرستان انتخاب شده و بر اساس ضوابط مشخص شده نظام شبکه ای در آن به اجرا در آمد.

## اصول و ضوابط کلی در ساختار طرحهای گسترش شبکه :

### ۱\_ انتخاب شهرستان:

به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی که وظیفه مدیریت برنامه ریزی آموزش پشتیبانی و پایش واحد های مستقر در نظام شبکه را به عهده دارد.

### ۲\_ سطح بندی و ادغام خدمات و ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع :

❖ هیچیک از واحد های یک سطح ارائه دهنده خدمت به خدماتی که به عهده سطح پایین است نپردازد

❖ برقراری ارتباط فعال و مستمر واحد های هر سطح با واحدهای سطح بالاتر و پایین تر

❖ توجه به سطوح ارائه خدماتی بهداشتی درمانی در نظام شبکه بهداشت و درمان

### ۳\_ ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع:

امکان استفاده از کارکنان غیر پزشک برای ارائه خدمات ساده و سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیر تخصصی باز میدارد

جلوگیری از ارائه خدمات به شکل تکراری

خدمات را نحو چشمگیری ارزان می کند

با توزیع وسیع و گسترده واحد های محیطی امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم می نماید

### ۴\_ ادغام خدمات :

گیرنده خدمت در زمان واحد می تواند چندین خدمت را در رابطه با مشکلات سلامت متنوع دریافت کند.

### ۵\_ سهولت دسترسی جغرافیایی:

منظور این است که در هیچ وضعیت اقلیمی، فاصله دورترین نقطه تحت پوشش هر خانه بهداشت از روستاهای محل استقرار آن خانه بهداشت نباید از یک ساعت پیاده روی ( تقریباً ۶ کیلومتر ) بیشتر باشد و همچنین استقرار واحدها در مسیر طبیعی حرکت مردم محل باشد.

اصول و ضوابط کلی در ساختار طرحهای گسترش شبکه :

### ۶\_ دسترسی فرهنگی :

که با سه شرط زیر حاصل می گردد

- ❖ نبود برخورد و اختلاف های قومی ، فرهنگی ، مذهبی
- ❖ شهرت نداشتن روستای محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماریهای واگیر دار مثل سل و جذام و .....
- ❖ مغایر نبودن موضوع ، محتوا و روش خدماتی که ارائه می شود با آداب و سنت های قومی ، ملی و مذهبی

### ۷\_ تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم کار مورد انتظار :

به نوعی که زمان انتظار مراجعه کننده به واحد بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات نباید از حد متعارف قابل قبولی ( حداکثر یک ساعت ) بیشتر باشد

## ۸\_ تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی

تعیین دانش و مهارت مورد نیاز هر رده، آموزش مبتنی بر وظایف بومی بودن بهورزان شاغل در خانه های بهداشت

۹\_ عدم تمرکز در مدیریت

۱۰\_ جلب مشارکت مردم

۱۱\_ هماهنگی درون بخشی

۱۲\_ همکاری با سایر بخشهای توسعه

۱۳\_ تدارک و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر و کوچ رو

استقرار پزشک خانواده روستایی :

• در سال ۱۳۸۴ در راستای اجرای برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و پیرو تلاش مجلس شورای اسلامی بویژه کمیسیون بهداشت و درمان و همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی وقت، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت برای تمام ساکنین مناطق روستایی عشایری و شهری زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد بدین ترتیب فرصتی مناسب به منظور تامین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آید.

**اجرای طرح تحول حوزه بهداشت:** در راستای اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و لزوم تکمیل شبکه ارائه خدمات در مناطق شهری و سکونتگاه های غیر رسمی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، طرح تحول حوزه بهداشت را برای دستیابی به اهداف پوشش فعال همه آحاد مردم، ارائه بسته خدمات جامع و ادغام یافته و حداکثر حفاظت مالی از مردم به منظور تحقق پوشش همگانی سلامت تهیه نمود.

اجرای برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت، از سال ۱۳۹۳ آغاز شد و زیرساخت-های لازم برای اجرای برنامه پزشکی خانواده (Family Practice) و نهایتاً تحقق برنامه ششم توسعه را فراهم کرد.

## ضرورت اجرای طرح تحول بهداشت :

- معکوس شدن درصد جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل ( گذر دموگرافیک )
- توسعه نامتناسب شهرها به ویژه حاشیه آن یا سکونتگاه های غیررسمی
- تغییر سیمای بیماری ها و مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر که وابسته به سبک زندگی، عوامل اقتصادی، اجتماعی، فن آوری و محیط زیست است (گذر اپیدمیولوژیک)
- حضور همزمان اپیدمی بیماری های واگیردار نوپدید و بازپدید
- روند رو به رشد آسیب های اجتماعی به ویژه در کلان شهرها (گذر اجتماعی)
- کم توجهی به ظرفیت همکاری های بین بخشی مشارکت مردم و توانمندسازی آنان در ارتقای سلامت، پیشگیری و کنترل عوامل خطر و بیماری ها
- ساختارناکارآمد مراقبت های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها به ویژه در پاسخگویی به نیاز و تقاضاهای جدید مردم
- افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به خصوص در مناطق شهری
- بی عدالتی در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت در کشور

## اهداف طرح تحول در نظام بهداشت :

- افزایش سواد سلامت و توانمندسازی مردم برای مراقبت از خود self care.
- افزایش پوشش و بهره مندی از خدمات مراقبت های اولیه ، توسعه دسترسی به خدمات
- افزایش مشارکت بین بخشی است.

## برنامه های طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت :

- برنامه توسعه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی و درمانی (خدمات نوین سلامت) به روستاییان و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر (۱۳۹۳)
- برنامه توسعه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی و درمانی (خدمات نوین سلامت) در شهرهای بین بیست تا پنجاه هزار نفر (۱۳۹۳)
- برنامه توسعه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی و درمانی (خدمات نوین سلامت) در شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر (۱۳۹۳)



- تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری
- ارتقای سطح سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی توسعه و ترویج خودمراقبتی و توانمندسازی مردم
- برنامه تقویت و نهادینه‌سازی همکاری‌های بین‌بخشی
- برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم و هوای پاک) و برنامه تحول سلامت دهان و دندان

## پرسش و تمرین

- ۱) نظام سلامت، اهداف و ارکان آن را تعریف نماید.
- ۲) انواع الگوهای نظام سلامت را توضیح دهد.
- ۳) سیر تاریخی تشکیل شبکه های بهداشت و درمان را بیان کند.
- ۴) ضوابط و استانداردهای تشکیل شبکه های بهداشت و درمان را نام ببرد.
- ۵) ضرورت تحول بهداشت را توضیح دهد.
- ۶) هدف از تحول در حوزه بهداشت را بیان کند.
- ۷) مهم ترین اقدامات در طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت را نام ببرد.
- ۸) با توجه به مهم ترین الگوهای موجود در جهان الگوی نظام سلامت ایران را تحلیل کند. و نقاط قوت و ضعف آن را بیان کنید

## فصل دوازدهم

### آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- ساختار واحدهای شبکه بهداشت و درمان کشور را توضیح دهد.
- وظایف واحدهای ارائه خدمت در ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور را توضیح دهد.
- خدماتی که توسط کارکنان واحدهای بهداشتی مستقر در نقاط شهری و روستایی به مردم ارائه می شود را به تفکیک واحد شرح دهند.
- پرسنل ارائه کننده خدمت در واحدهای تابعه را نام ببرد.

## خانه بهداشت :

محیطی ترین واحد ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور و مستقر در روستا است. هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی به ویژه راه های ارتباطی و جمعیت ممکن است یک یا چند روستا را در پوشش خدمات خود داشته باشد. خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای ۱۲۰۰ نفر ( ۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر ) راه اندازی می شوند.

- روستاهای محل استقرار خانه بهداشت **روستای اصلی** و سایر روستاهایی که فاصله کمتر از ۶ کیلومتر از خانه بهداشت را دارند و تحت پوشش همان خانه بهداشت قرار می گیرند، را **روستای قمر** نامیده می شوند.
- روستاهایی که فاصله بیش از ۶ کیلومتر را از خانه بهداشت داشته و تحت پوشش مستقیم تیم سیار ( مرکز خدمات جامع سلامت، مرکز بهداشت، خانه بهداشت ) هستند را **روستای سیاری** نامیده می شوند.

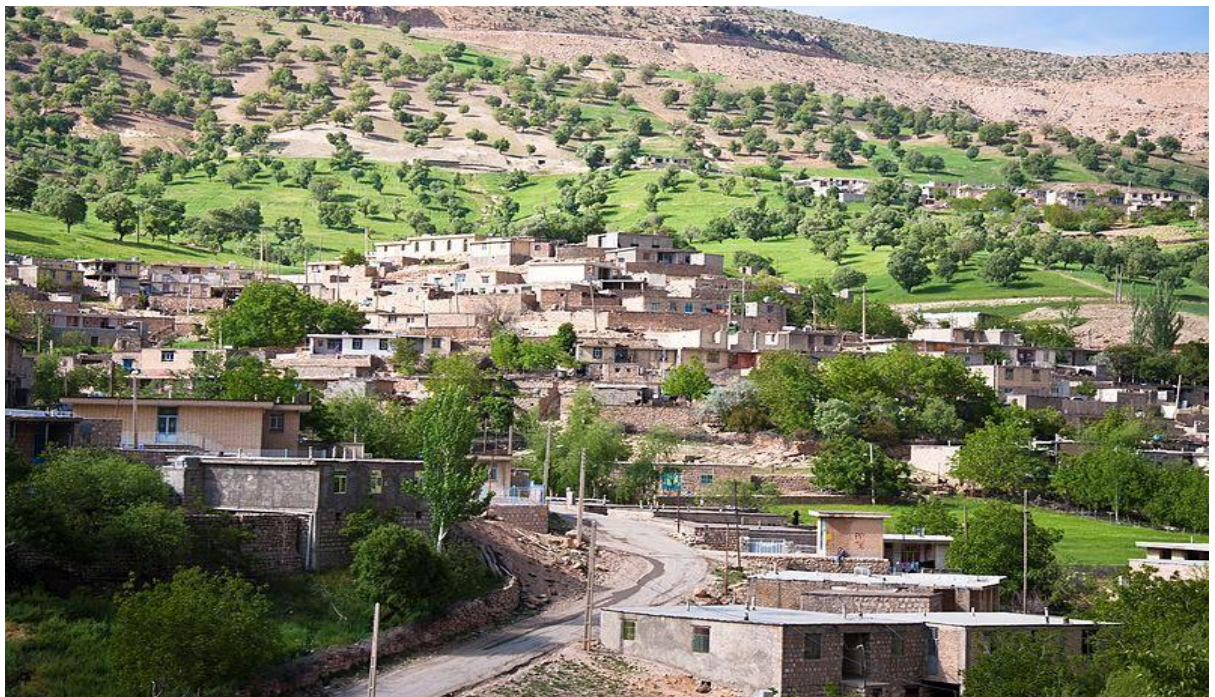


## خانه بهداشت :

- در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور **دو نوع خانه بهداشت وجود دارد:**
- خانه بهداشت معمولی: محل ارائه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن
- خانه بهداشت عشایری: محل ارائه خدمت به جمعیت عشایر کوچ رو

## نیروی انسانی خانه بهداشت:

- از جوانان علاقمند و بومی روستا و براساس مدرک تحصیلی (لیسانس یا فوق دیپلم مامایی، بهداشت عمومی، پرستار برای بهورز زن و بهداشت محیط، بهداشت عمومی و پرستار برای بهورز مرد و در صورت نبود لیسانس و فوق دیپلم در روستا از دارندگان مدرک دیپلم) انتخاب و در دوره های آموزشی مراکز آموزش بهورزی شهرستان مهارت آموزی می شوند.
- بطور متوسط یک بهورز میتواند خدمات مورد نیاز ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال بطور فعال ارائه دهد ولی بر اساس شرایط فرهنگی و نوع وظایف معمولاً ۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت را ارائه می دهند



## وظایف خانه بهداشت :

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت، انجام سر شماری و شناسایی جمعیت تحت پوشش
- شناسایی عوامل و مشکلات اثر گذار بر سلامت در منطقه
- تشکیل پرونده الکترونیک و ... براساس شرح خدمات
- ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش بر اساس شرح خدمات
- بازدید و جمع آوری اطلاعات مربوط به شاخص های بهداشت براساس دستورالعمل های ابلاغی

- آموزش و مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف
- غربالگری افراد براساس شرح خدمات
- پیگیری مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
- ارجاع مراجعه کننده به سطح بالاتر در صورت لزوم بر اساس راهنمای اجرایی و بالینی و ارائه خدمات مورد نیاز برای مراجعه کننده بر اساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر
- پیگیری موارد ارجاع
- دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- بررسی سلامت محیط و توصیه های لازم براساس دستورالعمل های ابلاغی
- بررسی و شناسایی کارگاههای خانگی و غیر خانگی روستای اصلی و قمر
- ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و به هنگام بر اساس فرمها، دستورالعمل ها و تکالیف محوله

### **پایگاه سلامت روستایی :**

- چنانچه جمعیت در روستای اصلی ۴۰۰۰ نفر یا بیشتر (۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰) نفر باشد، می بایست خانه بهداشت موجود به پایگاه سلامت روستایی تبدیل شوند یا به جای خانه بهداشت اقدام به راه اندازی پایگاه روستایی گردد.
- پایگاه های سلامت روستایی می توانند تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی باشند.
- **نیروی انسانی پایگاه های سلامت روستایی :**
- شامل دو مراقب سلامت خانواده و یک نیروی خدماتی خواهد بود که مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت را بصورت فعال ارائه می دهند.

## وظایف پایگاه سلامت روستایی :

- بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
- شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن و تفکیک جغرافیایی بلوک های تحت مسئولیت هر مراقب سلامت
- تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
- ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها (با استفاده از داوطلبین سلامت، سفیران سلامت، ارسال پیامک، تلفن و ... و پیگیری درب منزل)
- انجام خدمات فعال مراقبتی گروه های سنی
- ارائه خدمات مکمل یاری (مکمل های دارویی)
- اجرای برنامه خودمراقبتی (مطابق بسته خودمراقبتی)
- اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
- خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه های
- تشکیل شوراهای محلی بهداشت
- اجرای خدمات ارجاع به پزشک، دندانپزشک، کارشناس تغذیه، سلامت روان، محیط و کار

## مرکز خدمات جامع سلامت روستایی :

### • مراکز خدمات جامع سلامت روستایی

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی مراکزی هستند که یک یا چند، خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش قرار می دهند و جمعیت تحت پوشش آنان بطور متوسط حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰) می باشد.

## مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی روستایی :

- در مناطق روستایی که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از ۱۲۰۰۰ نفر است همچنین در گلوگاه جمعیتی واقع شده و در فاصله بیش از نیم ساعت (با خودرو) تا نزدیکترین بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگر قرار داشته باشند را مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی روستایی می نامند این مراکز دارای دو اتاق بستری موقت (کمتر از ۶ ساعت) امکانات احیای قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک هستند.



## نیروی انسانی مراکز خدمات سلامت روستایی و شبانه روزی :

شامل پزشک، ماما، دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان، کاردان / کارشناس آزمایشگاه، کاردان / کارشناس رادیولوژی، دستیار دندانپزشک، پرستار / بهیار، مراقب سلامت ناظر، کاردان / کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس روانشناسی بالینی، کارشناس تغذیه، متصدی پذیرش، سرایدار و نگهبان.

## وظایف مرکز خدمات جامع سلامت روستایی :

مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه-های سلامت)

خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش

خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت-های خاص و در مراکز خاص براساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه

درمان بیماران سرپایی

( جزئیات شرح وظایف در دستورعمل اجرایی پزشک خانواده روستایی )



## پایگاه سلامت شهری :

- واحدی مستقر در منطقه شهری زیر مجموعه مراکز خدمات جامع سلامت شهری است که براساس تراکم جمعیت بازای هر ۶ تا ۲۰ هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر) خدمات فعال مراقبت های اولیه بهداشتی را ارائه می‌دهد.

## پایگاه سلامت شهری به دو صورت :

- **پایگاه ضمیمه :** پایگاه هایی که در داخل مرکز خدمات جامع سلامت مستقر هستند.
- **پایگاه غیر ضمیمه:** پایگاه هایی که در نقاطی از شهر که تراکم جمعیت زیاد است برای سهولت دسترسی مردم به خدمات راه اندازی شده اند.

## نیروی انسانی پایگاه سلامت شهری :

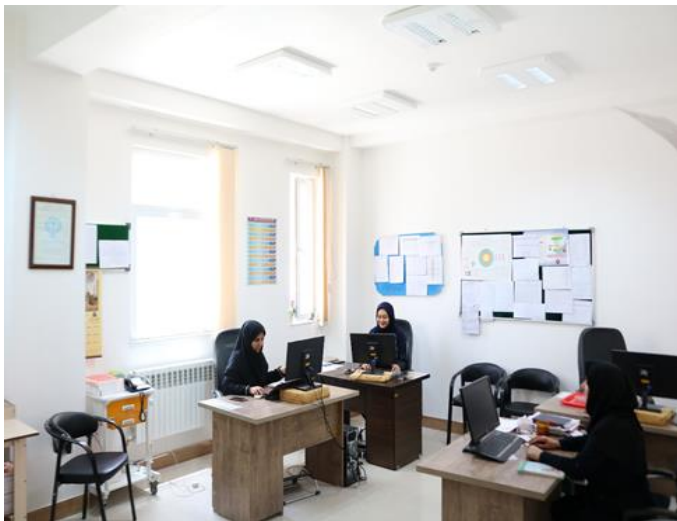
- **مراقب سلامت:** بازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه سیب، یک نفر.
- باید حداقل یک تا دو نفر دارای مدرک کارشناسی مامایی با نظام مامایی (**مراقب سلامت - ماما**) باشند.



## وظایف پایگاه سلامت شهری :

- بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
- شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن و تفکیک جغرافیایی بلوک های تحت مسولیت هر مراقب سلامت
- تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
- ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها (با استفاده از داوطلبین سلامت، سفیران سلامت، ارسال پیامک، تلفن و ... و پیگیری درب منزل)

- انجام خدمات فعال مراقبتی گروه های سنی
- ارائه خدمات مکمل یاری (مکمل های دارویی)
- اجرای برنامه خودمراقبتی (مطابق بسته خودمراقبتی)
- اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
- خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه های
- تشکیل شوراهای محلی بهداشت
- اجرای خدمات ارجاع به پزشک، دندانپزشک، کارشناسان تغذیه، سلامت روان، محیط و کار



### مرکز خدمات جامع سلامت شهری:

مراکزی که بازای هر ۲ تا ۸ پایگاه سلامت شهری (۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت بطوری که میانگین جمعیت مراکز در شهرهای عادی حدود ۴۰۰۰۰ نفر باشد و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود ۶۰ هزار نفر خواهد بود، راه اندازی میشوند این مراکز در گلوگاه جمعیتی که فاصله آن از بیمارستان و مراکز شبانه روزی بیش از نیم ساعت (با خودرو) باشد قرار دارد و دارای دو اتاق بستری موقت و امکانات احیای قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک خواهد بود.

## نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری :

شامل پزشک، دندانپزشک، کاردان/کارشناس آزمایشگاه، دستیار دندانپزشک، پرستار/بهبیار، کاردان/کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس روانشناسی بالینی، کارشناسان تغذیه، متصدی پذیرش.



## مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی :

- مراکز مستقر در مناطق شهری که علاوه بر داشتن جمعیت شهری، تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه روستایی یا بصورت مستقیم در پوشش خود دارند. این مراکز جزو مراکز سلامت شهری ثبت می شوند واصطلاح شهری روستایی به آنان تعلق دارد.

## نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی :

- شامل پزشک، ماما، دندانپزشک، کاردان/کارشناس آزمایشگاه، دستیار دندانپزشک، پرستار/بهبیار، مراقب سلامت ناظر، کاردان/کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس روانشناسی بالینی، کارشناس تغذیه، متصدی پذیرش، سرایدار و نگهبان.

## وظایف مرکز خدمات جامع سلامت شهری :

- مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه‌های سلامت)
- خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش
- خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت‌های خاص و در مراکز خاص براساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه
- درمان بیماران سرپایی

( جزئیات شرح وظایف در دستورعمل اجرایی برنامه گسترش PHC در مناطق شهری )





### سایر واحدهای زیر مجموعه مراکز خدمات جامع سلامت :

- تسهیلات زایمانی :

- این واحد در مناطقی که امکان دسترسی به بیمارستان و زایشگاه وجود ندارد، در جوار یک مرکز شبانه روزی، صرفاً به منظور انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و غیراورژانس برای جمعیت تحت پوشش مرکز، در نظر گرفته شده اند.
- این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود.
- این واحد جهت انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و ارجاع و اعزام زنان باردار در صورت نیاز به مراکز مجهزتر

- نیروی انسانی تسهیلات زایمانی :

- ماما، راننده آمبولانس، خدمتگذار

- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی :

- این واحدها در پایانه های زمینی، دریایی، هوایی و نیز بازارچه های زمینی و دریایی ایجاد می شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماری ها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند.
- درجه بندی پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه، صورت می گیرد.

- نیروی انسانی پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی

- با توجه به درجه بندی پایگاه های مرز پزشکی، کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً مبارزه با بیماری ها)، کارشناس بهداشت محیط.

## • مرکز رفانس مشاوره ومراقبت های بیماری های رفتاری:

- مراکزی هستند که در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با بسته خدمت مشخص به درمان مراجعین و بیماران مبتلا به بیماری های عفونی خاص و بیماری های ناشی از مشکلات رفتاری مانند ایدز، هپاتیت ب و معتادان می پردازد. این واحد بازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت از ۱ تا چند شهرستان مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد می شود.

## نیروی انسانی مرکز رفانس مشاوره ومراقبت های بیماری های رفتاری:

- متخصص بیماری های عفونی، پزشک عمومی، دندانپزشک، کارشناس مراقب سلامت (ترجیحا مبارزه با بیماری ها)، کارشناس سلامت روان (روانشناس بالینی)، مددکار اجتماعی، متصدی پذیرش، ماما، پرستار، کارشناس آزمایشگاه

## مرکز بهداشت شهرستان

- **مرکز بهداشت شهرستان** واحد مدیریتی مستقلی است که اولین سطح تخصصی یعنی کارشناسی خدمات مختلف بهداشتی را شامل می شود. و مسئول برنامه ریزی، سازماندهی، نظارت، هدایت، پشتیبانی فنی و تدارکاتی واحدهای ارایه خدمات بهداشتی درمانی سطح اول در حوزه شهرستان می باشد.
- مرکز بهداشت مدیریت همه واحدهای بهداشتی درمانی شهرستان اعم از مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، پایگاه های سلامت، خانه های بهداشت و مرکز آموزش بهورزی را از نظر فنی واداری بر عهده دارد. و زیر نظر شبکه بهداشت ودرمان می باشد.
- نیروی انسانی مرکز بهداشت شهرستان :
- شامل کارشناسان فنی برنامه های مختلف بهداشتی، کارشناسان واحدهای اداری ومالی و .... می باشد .

## مرکز آموزش بهورزی

- مرکز آموزش بهورزی واحدی است ستادی و زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با فضای فیزیکی مستقل ودارای بخش اداری-آموزشی ورفاهی که به منظور توسعه امکان آموزش برای گروه های وسیع تر و با کیفیت مناسب تر و مشارکت سایر افراد و واحد ها از حوزه مرکز بهداشت شهرستان و سایر حوزه ها در نظر گرفته شده است .
- **نیروی انسانی مرکز آموزش بهورزی:** کادر آموزشی شامل مدیر مرکز آموزش بهورزی، مربیان بهورزی ( کارشناس بهداشت عمومی، بهداشت خانواده،مامایی، پرستاری، بهداشت محیط و حرفه ای ) و کادر اداری شامل (متصدی امور دفتری ناظم اقامتگاه دختران و پسران، ماشین نویس، سرایدار، متصدی سمعی بصری، راننده می باشد.

## • وظایف مرکز آموزش بهورزی:

الف- پذیرش بهورز

ب- آموزش و تربیت فراگیران / کارآموزان بهورزی

ج- آموزش و بازآموزی کارکنان نظام سلامت



### شبکه بهداشت و درمان

- **شبکه بهداشت و درمان** در شکل کلی آن، به مجموعه واحدهایی است که در امر پیشگیری و درمان جمعیت یک شهرستان اشتغال دارند و وظیفه برنامه ریزی و سازماندهی و هدایت ورهبری و پایش و هماهنگ سازی و تصمیم گیری در واحدهای زیر مجموعه خود را دارد گفته می شود، شبکه بهداشت و درمان شامل **دو بخش** اصلی است:

### **الف- بخش دولتی، شامل:**

۱. مرکز بهداشت شهرستان و واحدهای تابعه آن
۲. بیمارستان یا بیمارستان های تابع وزارت بهداشت و درمان واقع در محدوده شهرستان
۳. بیمارستان ها و واحدهای بهداشتی و درمانی سایر سازمان های دولتی

## ب - بخش غیر دولتی، شامل :

۱. بخش خصوصی (بیمارستان ها ، پلی کلینیک ها، کلینیک های پزشکی و پیراپزشکی و...)

۲. بخش تعاونی و خیریه

### معاونت امور بهداشتی و معاونت امور درمان :

- معاونت امور بهداشتی یا مرکز بهداشت استان، مسئول مدیریت برنامه های بهداشتی در استان است .
- معاونت امور درمان مسئول مدیریت برنامه های درمانی در استان است.

از نظر فنی :

معاونت امور بهداشت:

- کلیه برنامه های کشوری تصویب شده را به مراکز بهداشت شهرستان ها ابلاغ و با شرایط محلی تطبیق داده و بر کیفیت و کمیت اجرای آنها را نظارت و پیگیری میکند
- مدیریت، نظارت و ارزیابی برنامه های بهداشتی در ساختار نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور است

### معاونت امور درمان

- مدیریت، نظارت و ارزیابی کلیه امور درمان را در بخش خصوص و دولتی و بیمارستان های تابعه استان را در راستای سیاست های کلان وزارت بهداشت و درمان برعهده داد.

### دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی :

- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی
- موسسه مستقل آموزشی، پژوهشی و خدمات بهداشتی درمانی است که با مجوز شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی ماموریت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی و انجام پژوهش و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در یک منطقه جغرافیایی تعریف شده را بر عهده دارد. دانشگاه های علوم پزشکی زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می کنند.
- دانشگاه های علوم پزشکی علاوه بر وظیفه اصلی خود که آموزش و تربیت نیروی انسانی است، متولی بهداشت و سلامت در منطقه تحت پوشش خود بوده و بر امور مراکز درمانی تابعه از جمله بیمارستان ها، پلی کلینیک های



تخصصی و بخش های درمانی خصوصی، مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، خانه های بهداشت و پایگاه های اروژانس نظارت می کنند.

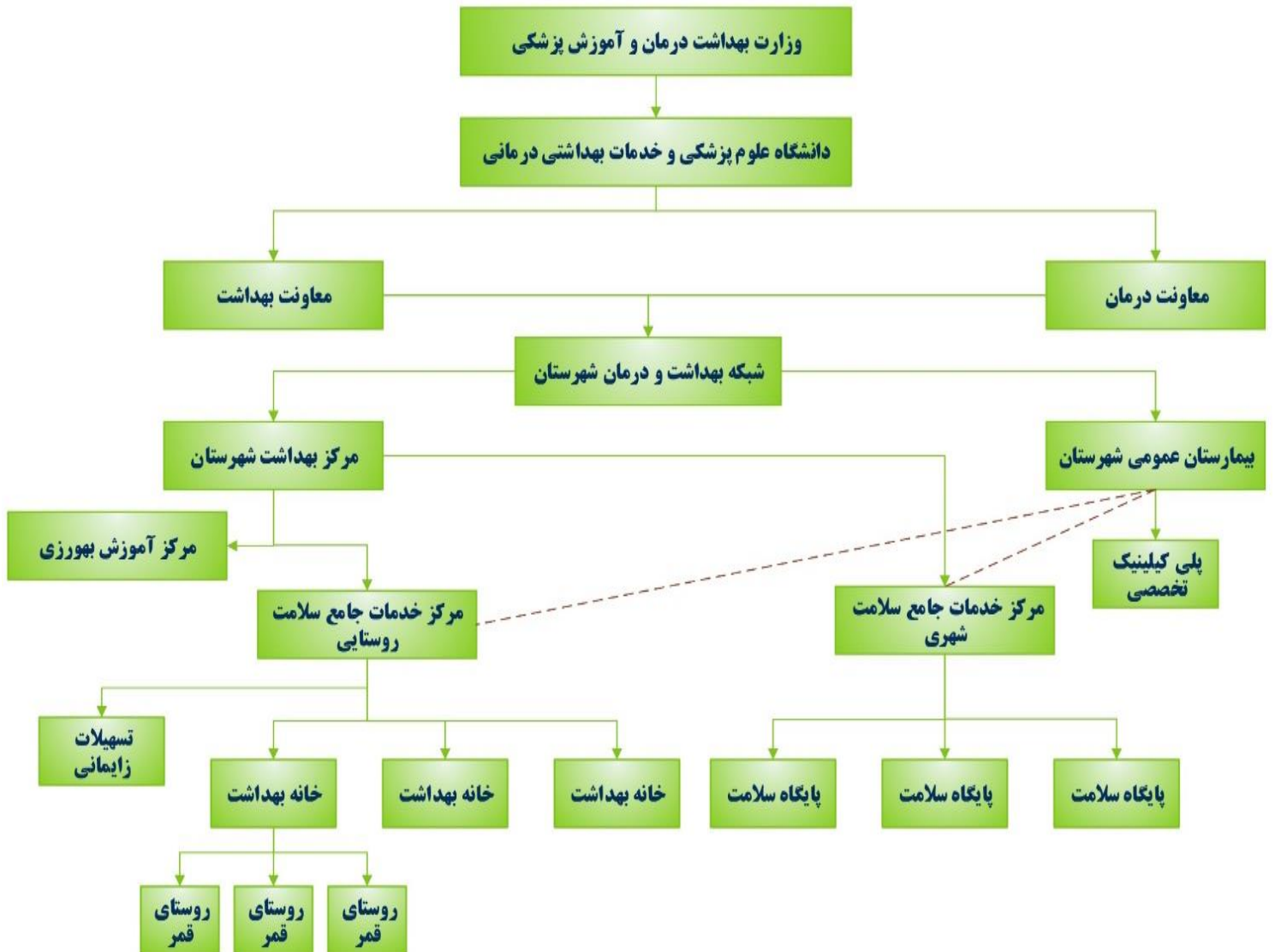
### **معاونت های دانشگاه ها شامل :**

معاونت امور بهداشتی، معاونت امور درمان، معاونت غذا و دارو، معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت تحقیقات و فناوری، معاونت فرهنگی و دانشجویی، معاونت آموزشی

### **وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی :**

- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نهاد اصلی سیاست گذاری در زمینه های مختلف مربوط به بهداشت سطح کشور است وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از معاونت های مختلف تشکیل شده است این وزارتخانه کار تدوین سیاست های اولیه بهداشتی و درمانی کشور و تدوین برنامه های ملی را بر عهده دارد.
- معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تدوین کننده سیاست های اولیه نظام سلامت در سیستم بهداشتی کشور و همچنین برنامه ریزی، مدیریت، نظارت و ارزیابی برنامه های بهداشتی در ساختار نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور است.

## ساختار سازمانی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران



## پرسش و تمرین

- ۱) خانه بهداشت را تعریف و ۴ مورد از وظایف خانه بهداشت را بیان نمایید؟
- ۲) پایگاه سلامت روستایی و شهری جزو زیر مجموعه کدام سطح از ساختار مرکز بهداشت شهرستان است؟
- ۳) تفاوت ساختاری مرکز خدمات جامع شهری و روستایی را توضیح دهید؟
- ۴) وظایف مرکز آموزش بهورزی در ساختار نظام شبکه را نام ببرید؟
- ۵) تفاوت ساختاری مرکز بهداشت شهرستان و شبکه بهداشت و درمان شهرستان را توضیح دهید؟
- ۶) ۴ مورد از وظایف معاونت امور بهداشتی استان را نام ببرید؟
- ۷) شمایی از ساختار نظام شبکه تا سطح خانه بهداشت را رسم نمایید؟

## فصل سیزدهم

### آشنایی با تجهیزات و وسایل در خانه های بهداشت و روش نگهداری آن ها

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- فضای فیزیکی خانه بهداشت استاندارد را توضیح دهد.
- تجهیزات و ملزومات خانه بهداشت استاندارد را نام ببرد.
- علت اهمیت رعایت چیدمان در تجهیزات خانه بهداشت را توضیح دهد.
- چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات اتاق کار و اتاق معاینه را بیان کند.
- نحوه نگهداری تجهیزات اتاق معاینه را توضیح دهد.
- نحوه نگهداری تجهیزات اتاق کار را توضیح دهد.

توزیع عادلانه منابع بهداشتی، فلسفه اصلی مراقبت های اولیه بهداشتی می باشد. این هدف وقتی تحقق می یابد که وسیع ترین و اولیه ترین نیازهای بهداشتی جامعه تا جایی که ممکن است در محل کار و زندگی مردم و به راحتی قابل دسترسی باشد. برای تحقق فلسفه اصلی PHC، خانه های بهداشت بعنوان اولین سطح تماس مردم در دورترین مناطق روستایی با خدمات بهداشتی، با در نظر گرفتن دو آیت مهم **تراکم جمعیت و وضعیت جغرافیایی منطقه تحت پوشش** ایجاد و راه اندازی گردید و خانه های بهداشت در مناطقی مستقر گردیدند که جمعیت تحت پوشش از لحاظ جغرافیایی و فرهنگی دسترسی سهل و آسان به آن داشته باشند.

با توجه به وظایف بهورزان در ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی و حجم خدماتی که بایستی برای جمعیت تحت پوشش ارائه می گردد، **فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز برای ارائه خدمات** پیش بینی می شود. با توجه به تعدد و تنوع خدمات ارائه شده در خانه بهداشت، حجم مراجعات و به منظور برقرار کردن نظم و ترتیب، پیش بینی و استقرار یک الگوی استاندارد برای چیدمان خانه بهداشت امری اجتناب ناپذیر است.

## تابلوهای راهنما

### تابلوی راهنمای ورودی جاده :

تابلو راهنما خانه بهداشت در کنار جاده اصلی در ابتدای مسیر فرعی که به خانه بهداشت ختم می شود نصب شود و نام خانه بهداشت و نام روستا بر روی آن نوشته شود.

### تابلوی سر در خانه بهداشت:

تابلو سر در خانه بهداشت بالای درب حیاط خانه بهداشت و به اندازه (معمولا ۱۰۰\*۷۰) تهیه و نصب می شود تابلو خانه بهداشت ضمیمه، کنار تابلو مرکز مربوطه نصب شود. در تابلوهای مذکور باید آرم دانشگاه، شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان و مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه به همراه سال تاسیس خانه بهداشت درج شود.



### فضای فیزیکی خانه های بهداشت

- در حال حاضر ساختمان خانه های بهداشت به دو شکل دولتی موجود است:
  ۱. تیپ استاندارد ۱ (۹۰ متر مربع)
  ۲. تیپ استاندارد ۲ (۱۰۵ متر مربع)
- مترائ خانه های بهداشت در حال حاضر بر اساس تعداد استاندارد بهورز هر خانه بهداشت و فضای کار مورد نیاز آنها برای ارائه خدمات برنامه های سلامت تعیین می گردد.
- معمولاً هر خانه بهداشت تیپ استاندارد دارای دو اتاق (یک اتاق به محل کار و یک اتاق به محل معاینه) و یک سالن انتظار برای ارائه خدمات می باشد.
- خانه بهداشت میبایست دارای دیوار کشی، فضای سبز و تابلو سردرب باشد.



فضای فیزیکی خانه های بهداشت

### اصول کلی چیدمان وسایل و تجهیزات در خانه بهداشت

- رعایت اصول ذیل در چیدمان وسایل و تجهیزات در خانه بهداشت از اهمیت خاصی برخوردار است:
  ۱. چیدمان وسایل باید طوری انجام گیرد که در زمان معاینه و مراقبت کمترین تردد برای مراجعه کننده را در پی داشته باشد.
  ۲. در زمان معاینه و مراقبت، حریم شخصی افراد حفظ شود و مراجعه کننده در کنار بهورز قرار گیرد بطوری که مجبور نباشد برای طرح مسایل خود با صدای بلند صحبت کند.
  ۳. چیدمان وسایل باید طوری باشد که وسایل خطرناک و یا تجهیزات حساس در دسترس مراجعین بویژه کودکان قرار نگیرد.
  ۴. کلیه ابزارهای مورد نیاز در ارائه خدمات به سهولت در دسترس بهورز قرار گیرد.

## چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات - سالن انتظار

▪ برد آموزشی ۱۰۰\*۱۲۰:

اطلاعیه های آموزشی و پمفلت ها با توجه به تاریخ و زمان کاربرد و با آرایش منظم نصب شود.

▪ کپسول آتش نشانی:

کپسول آتش نشانی در سالن انتظار در محل مناسب نصب شده باشد. دارای تاریخ شارژ باشد. دستور عمل استفاده از کپسول آتش نشانی در کنار آن نصب شود.

▪ سایر پوسترها:

پوسترهای ارسال شده به خانه بهداشت در کاور مناسب و با آرایش منظم و با توجه به تاریخ و زمان کاربرد در سالن انتظار و در معرض دید مراجعان نصب شود. بعد از کهنه شدن یا سپری شدن زمان کاربرد پوسترها، باید اقدام به جایگزینی پوسترهای جدید به جای پوسترهای قدیمی شود

## چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات - سالن انتظار



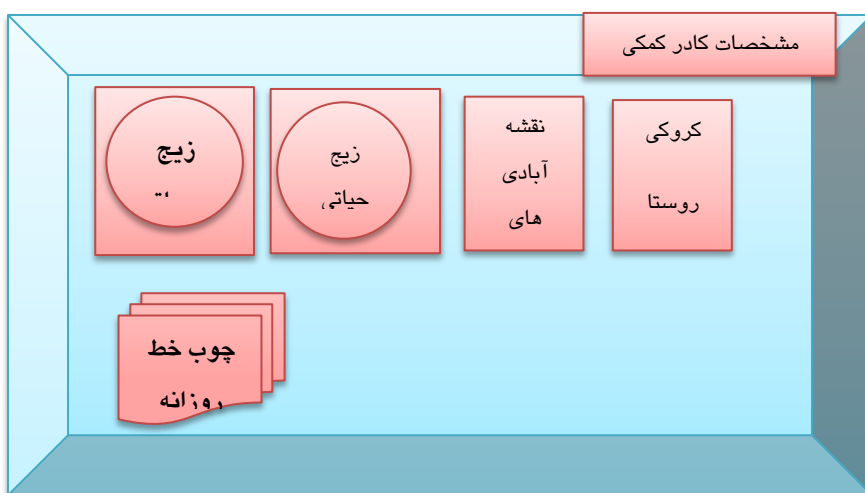




### تجهیزات و ملزومات اتاق کار (۱) بهورز

برد مشخصات شناسنامه ای اتاق کار ابهورز (۷۰\*۱۰۰)

- فرم های شناسنامه ای خانه بهداشت:



- فرم مشخصات بهورز

- کروکی روستا

- نقشه منطقه

- زیج حیاتی

- شرح وظایف بهورزان

این فرم ها در پشت میز کار بهورز نصب

میشوند بطوری که وقتی بهورز در پشت میز کار خود می نشیند این فرم ها در بالای سر او به خوبی قابل رویت است.

**برد فعالیت های آموزشی شامل موارد زیر :**

- برنامه سیاری پزشک

- برنامه بازدید بهورز از روستا یا روستاهای قمر و مدارس تحت پوشش

- فرم وضعیت کارگاههای موجود و لیست اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی

- ساعت کار مرکز بهداشتی درمانی مربوط جهت اطلاع مراجعان برای تنظیم زمان مراجعات
  - شاخص های بهداشتی خانه بهداشت این شاخص ها به تفکیک واحدها و برنامه ها در آخر کتابچه ذکر شده
  - جدول ثبت تعداد مدارس و دانش آموزان منطقه
  - جدول فعالیت های آموزشی در خانه بهداشت
  - فرم کلر سنجی روزانه آب آشامیدنی
  - فرم گزارش تلفنی بیماریها
  - تقویم مناسبت های بهداشتی
  - **پوستر راهنمای تغذیه با شیرمادر:**
- جدیدترین پوستر در اتاق کار بهروز و در محل دید مراجعان روی برد آموزشی نصب شود.

#### ▪ **چارت B.M.I:**

چارت نمودار گرام قد و وزن یا نمایه توده بدنی کنار ترازوی بزرگسال نصب شود.

#### ▪ **ماکت دندان:**

ماکت دندان، مسواک و نخ دندان در اتاق کار در محل مناسب (ترجیحا روی میز کار) قرار داده شود.

#### سینی معاینه:

**بر روی میز کار بهروز قرار گرفته و شامل وسایل زیر است :**

- تایمر
- چراغ قوه
- متر نواری
- آبسلانگ یکبار مصرف
- پنبه سوآپ شده



- ظرف برای پنبه تمیز و کثیف
- دستگاه فشارسنج بزرگسال
- دستگاه فشارسنج اطفال
- گوشی پزشکی

که باید بطور مرتب از نظر سالم بودن بررسی شوند.

### رایانه و مودم

- با استقرار سامانه سیم و پرونده الکترونیکی سلامت تجهیز خانه های بهداشت با رایانه و مودم صورت گرفته است. هر رایانه شامل کیس و مانیتور صفحه کلید و ماوس می باشد. که باید از دوراز نور آفتاب و روی میز اتاق شماره ۱ بهورز قرار گیرد. رایانه باید محافظ برق داشته و پس از اتمام کار برق وی مرکزی قطع و از روکش مخصوص برای محافظت از گرد و خاک استفاده شود.



### ترازوی قد سنج دار

- این ترازو جهت توزین اطفال بالای ۲سال و بزرگسالان استفاده می شود و باید در سطحی صاف و تراز و در محل مناسبی از اتاق کار که در معرض عبور و مرور نباشد قرار گیرد.





- ترازو بعد از هر بار استفاده قفل شده و در ابتدای هر روز صحت کار ترازو بزرگسالان با وزنه شاهد ۲۰۰۰ گرمی سنجیده شود.

### میز قدسنج و ترازوی اطفال

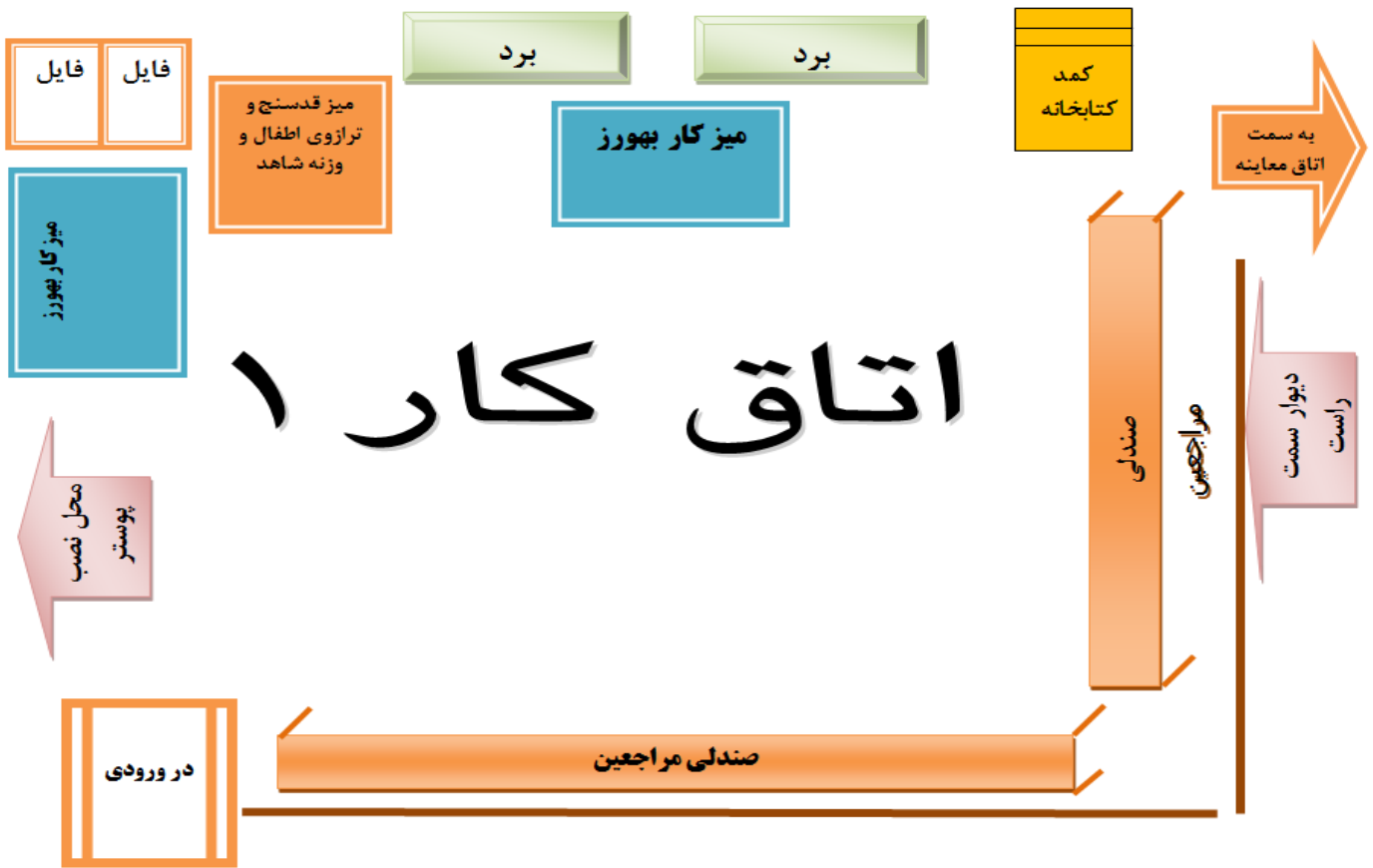
- در اتاق کار نزدیک میز کاربهورز و کنار دیوار دور از جریان مستقیم باد یا نور آفتاب قرار گیرد.
- ترازوی اطفال روی قسمت مربوطه در میز قدسنج یا در جای مطمئن و تراز قرار گیرد.
- ترازو بعد از هر بار استفاده قفل شده و صحت آن با وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی که باید در کنار آن وجود داشته باشد در ابتدای هر روز سنجیده شود.



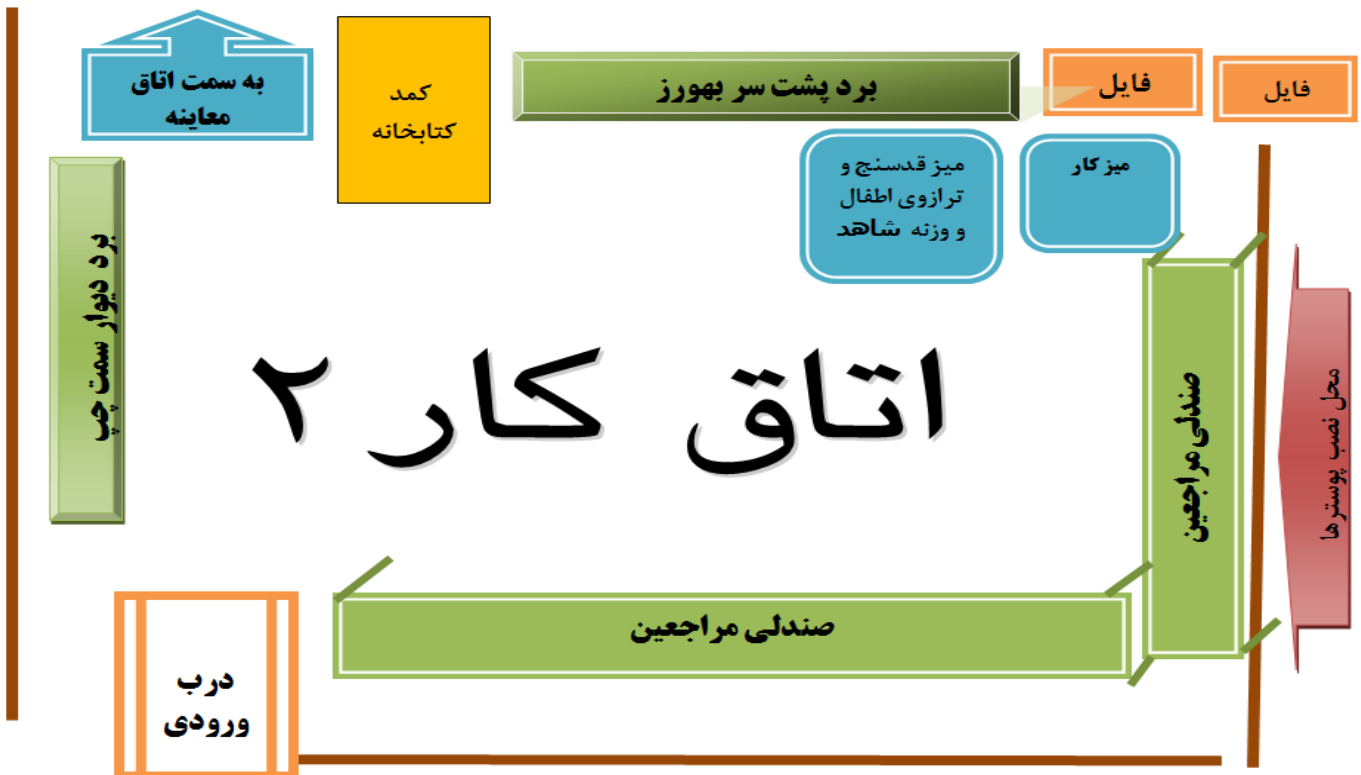
### کمد دارویی

- در مکانی به دور از حرارت و نور آفتاب و دور از دسترس مراجعین قرار گیرد.
- بهتر است که کمد دارویی دارای قفل و کلید باشد و می توان آن را بدون شیشه انتخاب نمود و یا این که شیشه های آن را با کاغذ پوشاند تا از آفتاب و دید مراجعان محفوظ باشد.
- در صورتی که کمد دارویی موجود دارای سه طبقه فوقانی، میانی، تحتانی با در شیشه ای و یک طبقه دردار فلزی در قسمت پایین طبقات باشد، سه طبقه مذکور با توجه به تعدد داروهای خانه بهداشت اختصاص به دارو ها و وسایل شستشو و پانسمان داده می شود و در قسمت زیرین (کمد در دار) کیف آب گرم، کیف یخ، سرنگ ها و آتل ها قرار داده شود.

# اتاق کار ۱



# اتاق کار ۲



## دفاتر و فرم های مربوطه

با استقرار پرونده الکترونیکی و سامانه سبب دفاتر و فرم ها نیز حذف شده اند ولی در مراکز که هنوز سیستم اطلاعاتی دفاتر می باشد باید دفاتر: مراقبت ادغام یافته سلامت مادران \_ مراقبت کودک سالم \_ دفتر دارویی \_ دفتر سلامت باروری \_ دفتر آموزش بهداشت \_ دفتر مراقبت بیماریهای غیر واگیردار (فشار خون) \_ دفتر سلامت روان \_ دفتر پیگیری \_ دفتر واکسیناسیون \_ دفتر مهاجرت دهی و مهاجرت پذیری \_ تولد و مرگ \_ و ..... وجود داشته باشد.



## تجهیزات و ملزومات اتاق کار ۲ بهورز

### ▪ میز کار و صندلی:

با توجه به تعداد بهورزان در اتاق کار و در مکانی که به راحتی بتوان به مراجعین خدمات لازم را ارائه داد.

### ▪ فایل:

با توجه به تعداد جمعیت تحت پوشش در محل مناسبی از اتاق کار ترجیحا نزدیک میز کار بهورز قرار گیرد. طبقات فایل براساس محتویات داخل آن اتیکت گذاری شود.

## ▪ کمد کتابخانه :

در محل مناسبی از اتاق کار قرار گرفته و فصلنامه های بهروز، پمفلت ها و سایر منابع آموزشی در آن نگهداری شود.

## ▪ یخچال محل کار:

مواردی نظیر محیط های کشت، آمپول های پیشگیری از بارداری، آب و سایر مواد نیازمند دمای پایین در یخچال دیگری موسوم به یخچال محیط کار که در اتاق معاینه قرار دارد نگهداری می شوند.

## یخچال واکسن :

در محلی دور از نور با فاصله مناسب از دیوار (۲۰-۱۵ سانتی متر) به صورت تراز قرار گرفته باشد.



هشت عدد آیس بگ با توجه به ارتفاع جایی به صورت ایستاده و یا به پهلو خوابیده درجا یخی با فاصله مناسب قرار گیرد.

## یخچال واکسن

▪ ترمومتر در داخل یخچال وجود داشته باشد.

▪ واکسن ها و حلال ها در طبقات یخچال بر اساس دستورعمل کشوری به صورت جداگانه در داخل سبد با نصب اتیکت قرار داده شود.

▪ تاریخ بازگشایی واکسنها ثبت شده باشد.

▪ بطری آب نمک و آب جوشیده با درج تاریخ تهیه در قسمت تحتانی یخچال موجود باشد. (آب نمک ماهانه و آب جوشیده در صورت عدم استفاده هفته ای یکبار تعویض گردد.)

▪ نمودار رسم درجه حرارت یخچال، فرم تبدیل ماه های میلادی به شمسی

▪ هیچ چیز دیگری نباید در یخچال واکسیناسیون قرار داده شود.



## کپسول اکسیژن

- کپسول اکسیژن پر به همراه ماسک و مانومتر و چرخ گردان در کنار تخت معاینه قرار گرفته و دستورالعمل استفاده از آن در کنار کپسول اکسیژن نصب شده باشد.



## ترالی پانسمان

- دو عدد بیگس جهت قراردادن پنبه و گاز و باید یکی از بیگس ها استریل باشد ( مدت زمان استریل ماندن وسایل در صورت رعایت شرایط ۱ هفته است)
- در صورت وجود امکانات بهتر است دو ست استریل حاوی رسیور، گالی پات، پنبه و گاز و پنس و پنست بصورت پگ شده نیز در طبقه پایین ترالی نگهداری شود
- چیتل فورسپس جهت برداشتن وسایل از داخل فور
- دیش درب دار جهت قراردادن باند و چسب و...
- رسیور، گالی پات، پنس، پنست، قیچی و محلولهای ضد عفونی کننده، گوشی مامایی، لگن استیل، ظروف استوانه ای جهت قرار دادن وسایل



ترالی پانسمان

## سونیکید (sonicaid):

- دستگاه سونیکید برای اندازه گیری ضربان قلب جنین بوده و باید در کنار تخت معاینه به دیوار نصب شود



- **گوشی مامایی:** در زمانی که امکان استفاده از دستگاه سونیکید نمی باشد مورد استفاده قرار میگیرد و در ترالی پانسمان نگهداری میشود





## تخت معاینه :

- در اتاق معاینه در محل مناسب و دور از دید سایر مراجعان قرار گیرد و روی آن را با مشمع تمیز پوشیده و در معرض باد قرار نداشته باشد.



## پاراوان :

- پاراوان پانلی است لولایی که معمولاً دارای ۳ یا ۴ لنگه است و به نیت حفظ حریم خصوصی افراد و بیماران استفاده می شود



## برانکارد تا شو :

- جهت حمل بیمارانی که قادر به حرکت نیستند استفاده می شود. برانکارد بایستی زیر تخت معاینه نگهداری شود.



## پایه سرم:

- در کنار تخت معاینه در محلی مناسب قرار می گیرد. جهت نگهداری سرم در شرایطی که پزشک در خانه بهداشت حضور دارد و سرم تجویز می نماید مورد نیاز می باشد.



## دستگاه فور

فوردر پزشکی نام دستگاهی برای ضد عفونی و استریلیزاسیون تجهیزات و وسایل فلزی می باشد. عموماً در رده دمایی ۵۰ الی ۳۰۰ درجه سانتیگراد کاربرد دارند و توسط ترموستات می توان بنا به شرایط مورد نیاز درجه گرما را کنترل کرد. بدنه یک فور دارای دو جداره است که در صرفه جویی انرژی بسیار مؤثر است.



در صورت موجود بودن بر روی ترالی فور قرار گرفته و دستورالعمل استفاده از آن به صورت تایپ شده با جلد نایلونی بر روی در آن نصب شده باشد.

## ترازوی پرتابل:



- جهت استفاده در روستای قمر یا در مراجعه به خانوارها برای مراقبت در منزل در موارد خاص می‌باشد.
- در محل مناسب نگهداری شود.
- دقت ترازو قبل از استفاده با وزنه شاهد کنترل شود
- ترازوی شلوارکی جهت توزین اطفال در موارد پیگیری می‌باشد.



## واکسن کاربرد

- در ابتدای هر روز کاری، باید واکسن کاربرد شارژ شود ( آیس بگ و ترمومتر درون آن قرار گیرد) و برای شرایط اضطراری نظیر قطعی برق آماده باشد. از کاربردهای دیگر آن حمل مقدار کم واکسن و حلال، نگهداری واکسن حداکثر ۲۴ ساعت با رعایت زنجیره سرما، حمل واکسن و حلال از مراکز بهداشتی درمانی به خانه های بهداشت و تیم های سیاری و نگهداری واکسن در زمان برفک زدایی یخچال یا مواقع قطع برق است.



## کیت کلر سنج:

- کیت کلر سنج سالم بوده و با محلول های کافی و قرص معرف در محل مناسب در اتاق قرار گیرد.

- کلر مادر با (درج تاریخ ماهانه باید تهیه شود) در محل مناسب و در معرض دید در روی تریلی مربوطه قرار گیرد.



## ▪ سفتی باکس :

تمامی سرنگ ها بعد از تزریقات باید درون safety box

ریخته شوند و زباله های عفونی در سطل پلاستیکی دیگری

که دارای کیسه است قرار می گیرند.

در اتاق ایمنسازی و معاینه در محل مناسب قرار داده شود و دور از دسترس کودکان و مراجعین باشد. بیش از سه چهارم سفتی باکسها پر نشده باشد و گردش کار مناسب جهت جمع آوری و تحویل سفتی باکس ها وجود داشته باشد.

## ترالی پیشگیری و مراقبت بیماریها و بهداشت محیط و کار :

ترالی جهت قرار دادن ملزومات پیشگیری از بیماری ها و بهداشت محیط در اتاق معاینه قرار دارد. ملزومات این ترالی شامل :

▪ ست هاری که درون یک دیش درب دار قرار گرفته است

▪ جعبه کلر سنجی

▪ جعبه ید سنج

▪ سینی ORT (بیمانه مدرج، پودر ORS، قاشق، پارچ)

▪ لام و لانست ها

▪ ظروف نمونه گیری خلط

▪ بطری شیشه ای تیره رنگ محتوی کلر مادر و قیف اشاره شود.

▪ از طبقه پایین این ترالی می توان جهت قرار دادن، لگن استیل و واکسن کاریر استفاده کرد.

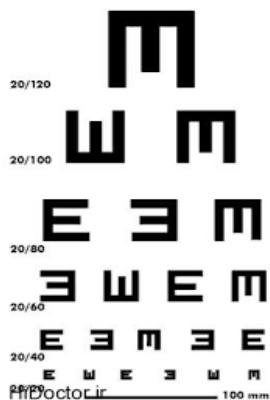
پودر پرکلرین، کرئولین، هالامید، آهک و سموم در جای خشک و خنک، در ظروف پلاستیکی دردار و دور از دسترس

اطفال نگهداری شود.

• به منظور جلوگیری از نفوذ گرد و غبار بهتر است وسایل با روکش پارچه تمیز پوشانده شوند.

## • چارت سنجش بینایی

با توجه به اندازه چارت درمحل که بتوان ۴ تا ۶ متر از آن فاصله گرفت نصب شود.



## سینی ORT:

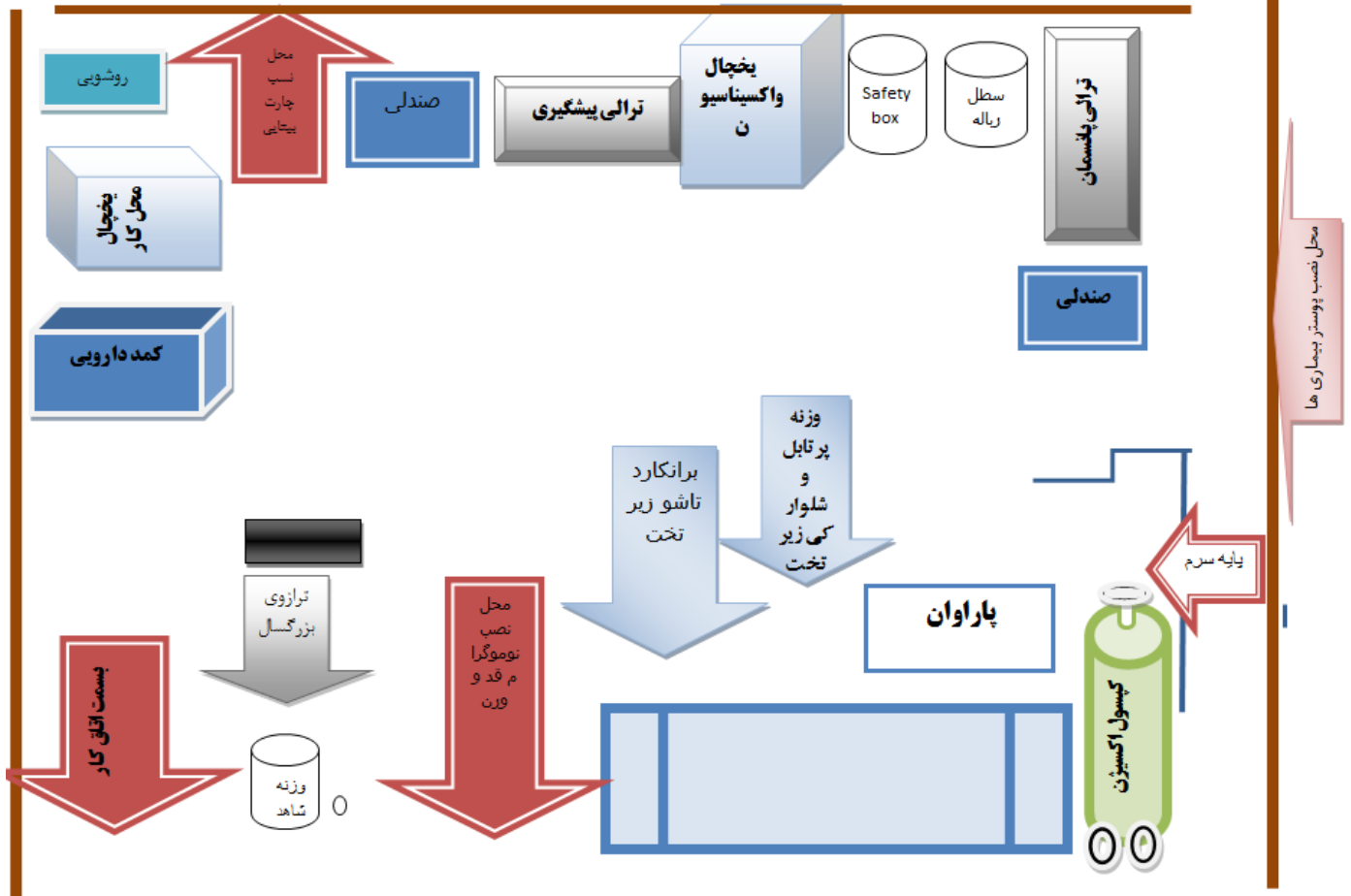
شامل: پارچ یک لیتری ولیوانهای ۲۰۰ و ۲۵۰ سی سی، قاشق چایخوری، مرباخوری، غذا خوری و چند بسته O.R.S است و باید دور از گرد و غبار قرار گیرند.

## جدول پیشنهادی نصب پوستر های خانه بهداشت

پوستر هایی که باید در اتاق کار شماره یک نصب شوند (اتاق اصلی)	پوسترهایی/موارد که بایستی در برد بهورز نصب شوند	پوسترهایی که بایستی در اتاق کار شماره دو نصب شوند	سایر موارد( کمد دارویی- یخچال -روی میز کار....)	پوسترهایی که بایستی در سالن انتظار نصب شوند
پوستر طبقه بندی بیماریهای روانی - عصبی	فلوچارت نحوه مراقبت از بیماران روانی	پوستر راهنمای تشخیص و مراقبت بیماری سل	تاریخ تبدیل ماه شمسی به میلادی (در یخچال- کمد دارویی)	راهنمای تغذیه با شیر مادر
پوستر واکسیناسیون	برنامه آموزش ماهیانه بهورزان	پوستر عوارض واکسن	نمودار دمای یخچال	پوستر هرم غذایی
پوستر مزایای تغذیه کودک با شیر مادر	برنامه دهگردشی	پوستر تعریف بیماریها و گزارش بیماریها	کارت <b>EM</b> (کنار ترازو)	پوستر مقوی و مغذی کردن غذای کودک
نقشه روستا - کروکی منطقه	پوستر تقویم مناسبتهای بهداشتی-پوستر شعار سال و روزهایی بهداشت	برنامه زمانبندی آموزش همگانی به مردم	بوکلت مراقبت مادران - کودک سالم - مانا - میانسالان و سالمندان - جوانان و نوجوانان دفاتر ثبت مراقبتها - پرونده سلامت مدارس - فرم زمانبندی برنامه آموزش سلامت در مدارس روی میز کار	برنامه هفتگی جلسه آموزش گروهی به مردم (موضوع و ساعت جلسه آموزش)
مشخصات بهورزان	فرم گزارش موارد مرگ نوزادی و مرگ ۱-۵۹ ماهه	آمادگی خانواده در برابر مخاطرات طبیعی - زلزله - سیل	فرم های چوب خط روزانه و فرم موالید و مرگ (داخل پوشه روی میز کار)	پوستر سفیران سلامت
زیج حیاتی			کارت مادر در کنار سینی <b>ors</b>	پوستر سامانه ۱۹۰ (سلامت و محیط کار)
			کارت ارتباط با والدین و کارت سوانح و حوادث پک آماده روی میز کار	پوستر عدم استعمال دخانیات
			کارت راهنمای برای تغذیه با شیر مادر پک آماده روی میز کار	آدر س مرکز مشاوره ترک دخانیات
			شستشوی دست( کنار دستشویی داخل اتاق کار)	پوستر سالمسازی سبزیجات
			پوستر تزریقات ایمن ( بالای تالی پانسمان)	پوستر فرزند آوری آگاهانه ,آزادانه و مسئولانه
			فرم کلرسنجی( کنار شیر آب)	پوستر فیشورسیلات و وارنیش تراپی
			دستورالعمل فور نصب روی فور و دستورالعمل استفاده از کپسول اکسیژن بالای آن	پوستر تمرینات کششی
			چارت <b>E</b> در محل مناسب	
			فرم خطر سنجی - سرطان کولورکتال و پستان ( در دسترس بهورز ترجیحاً زیر شیشه میز)	

محل نگهداری		بو کلتها کتب و دستور عملها
ردیف	موارد مورد انتظار	استاندارد مورد انتظار
۱	کتابچه راهنمای واکسیناسیون	آخرین چاپ این کتابچه باید در قفسه کتابخانه نگهداری شود
۲	جزوات و کتب آموزشی	آخرین جزوات و کتب آموزشی بهورزی به طور مرتب در یک طبقه جداگانه نگهداری شود.
۳	پمفلت های آموزشی	پمفلت های آموزشی جدید به طور مرتب در یک طبقه جداگانه چیده شود.
۴	بخشنامه ها و دستور عمل های جدید	بخشنامه ها و دستورالعمل های جدید به تفکیک بخشنامه های اداری و فنی در زونکن جداگانه و با نصب اتیکت در قفسه یا فایل نگهداری گردد. زونکن مربوط به بخشنامه های فنی به تفکیک برنامه ها با نصب اتیکت جداسازی شود.

# اتاق معاینه



## آشپزخانه

**یخچال بهورز:** جهت نگهداری مواردی نظیر محیط های کشت آمپول های پیشگیری از بارداری شیاف ها مواد لازم جهت غذای کمکی اب و سایر نوشیدنی های و سایر مواد نیازمند دمای پایین نگهداری شود. در صورت نبود آشپزخانه در اتاق شماره ۲ در کنار یخچال واکسن

**اجاق گاز:** برای تهیه آب جوش و آموزش غذای کمکی به مادر

**کابینت:** آشپزخانه دارای حداقل ۳ متر کابینت جهت نگهداری وسایل تهیه غذای کمکی وسایل بهورز

### نگهداری وسایل و تجهیزات خانه بهداشت

۱. پایش کیفیت تجهیزات و ملزومات
۲. جلوگیری از آسیب و آلودگی
۳. ایمن سازی و جلوگیری از آتش سوزی
۴. محافظت در برابر حشرات و جوندگان
۵. کنترل دما و رطوبت
۶. الزامات محل نگهداری وسایل و تجهیزات

### پایش کیفیت تجهیزات و ملزومات

#### بررسی از نظر شکستگی

ترک خوردگی یا پارگی ( ترک خوردگی بدنه وسایل یا پارگی کابل های الکتریکی)

تغییر رنگ در بدنه تجهیزات و ملزومات پزشکی و سایر اقلام

زنگ زدگی و سوراخ شدگی (در اقلام مصرفی یا بسته بندی آنها)

نشئی ( بطور مثال نشئی کپسول اکسیژن یا اطفای حریق)

چسبندگی (لوله های پلاستیکی و ...)

## بوی غیر معمول

### • جلوگیری از آسیب و آلودگی

#### ۱. آسیب فیزیکی

برای جلوگیری از شکستگی، اقلام شکننده در پایین ترین سطح قرار گیرد و نباید اقلام در ارتفاع بیش از ۲,۵ متر قرار داده شود.

#### ۲. آلودگی

تجهیزات و ملزومات خانه بهداشت بر اساس نوع آنها باید بطور مستمر و منظم با استفاده از پاک کننده های مناسب مطابق با توصیه سازنده کالا تمیز و ضد عفونی شوند، زباله و پسماندهای برای جلوگیری از ورود حشرات و حیوانات موذی باید بطور بهداشتی دفع شود

### • جلوگیری از آسیب و آلودگی

۱. معیارهای ضد حریق بر اساس ضوابط جاری رعایت گردد.

۲. هر ۳ ماه یکبار کپسول های آتش نشانی از نظر فشار مناسب و عملکرد درست و تاریخ تعویض کنترل شود.

۳. بهورزان باید از نحوه کار کردن با کپسول های ضد حریق آگاهی داشته باشند.

۴. وسایل و تجهیزات فلزی و غیر فلزی که روزانه مورد استفاده قرار می گیرند باید بر اساس دستور عمل شرکت سازنده روزانه شسته ، ضد عفونی و استریل شوند.

### • محافظت در برابر حشرات و جوندگان

۱. نظافت خانه بهداشت بایستی بطور منظم و مستمر رعایت گردد.

۲. از ورود حشرات و حیوانات موذی به خانه بهداشت بر اساس دستور عمل های بهداشت محیط جلوگیری گردد (زباله ها در

سطل درب دار ریخته شده ، بسته بودن مناسب درب وسایل و ملزومات برای جلوگیری از ورود حشرات)

۳. بطور منظم از نشانه های حضور حشرات و حیوانات موذی بررسی و کنترل گردد.

### • کنترل دما و رطوبت

۱. دمای خانه بهداشت بر اساس دستور عمل های سلامت محیط و کار بطور متوسط ۲۰ تا ۲۵ درجه سانتیگراد باشد.



۲. رطوبت نسبی خانه بهداشت بر اساس دستور عمل های سلامت محیط و کار ۵۵ تا ۶۰ درصد باید بوده و اقدامات ذیل جهت کنترل رطوبت الزامی است.

### **الف: تهویه**

وجود پنجره یا هواکش جهت تهویه هوای اتاق ها الزامی است.

### **ب: تصفیه هوا**

با توجه به فضای خانه بهداشت (در صورت نامطبوع بودن هوا) اقدام به باز کردن پنجره ها یا استفاده از تصفیه کننده هوا استفاده شود.

### **ج: نور خورشید :**

پنجره های خانه بهداشت باید دارای پرده برای جلوگیری از نور خورشید داشته باشد  
تجهیزات و ملزومات خانه بهداشت در مقابل نور خورشید قرار نگیرند.

### **• الزامات محل نگهداری وسایل و تجهیزات**

۱. دیوارها و سقف نباید از وسایل قابل اشتعال ساخته شود.

۲. محل مناسبی برای نگهداری اسناد و مدارک انبار باید وجود داشته باشد.

۳. درب های خانه بهداشت باید دارای طول و عرض مناسب و با قابلیت نظافت آسان باشد.

۴. میزان روشنایی اتاق ها باید مناسب و کافی باشد.

۵. پنجره های خانه بهداشت باید دارای اندازه مناسب و قابلیت باز و بسته شدن کامل برای جلوگیری از ورود گرد و غبار و آلودگی و دارای توری مناسب باشد.

۶. محل قرارگیری یخچال و اکسن، دستگاه فور، سونیکید، کپسول اکسیژن در اتاق کار بهورزان دور از نور خورشید بوده و دستور عمل نحوه استفاده به آن الصاق شده باشد.

### **• الزامات محل نگهداری وسایل و تجهیزات**

۷. فور در یک مکان ثابت قرار داد شود و از قرار دادن وسایل اضافی بر روی فور خودداری گردد و قبل از قراردادن وسایل در داخل فور، آنها را کاملا خشک کنید.

۸. مواد قابل اشتعال و آتش گیر را از کنار سیلندرهای اکسیژن دور کنید. سیلندراکسیژن را به طور کامل ایستاده نگهداری کرده و به کمک تسمه یا زنجیر از افتادن آنها جلوگیری کنید. از غلتاندن سیلندر روی زمین خودداری کنید. هنگام پائین آوردن سیلندر از چرخ دستی مخصوص این کار استفاده کنید.

### وضعیت نظافت محوطه

- کف حیاط بهداشتی و قابل شستشو باشد.
- نظافت حیاط رعایت شده باشد.
- به فضای سبز حیاط توجه شده باشد.
- هیچ گونه وسایل اضافی و اسقاطی در حیاط خانه بهداشت وجود نداشته باشد.
- فاضلاب خانه بهداشت به صورت بهداشتی دفع گردد.
- زباله های خانه بهداشت به صورت بهداشتی جمع آوری و دفع شود.
- برف روبی محوطه و پشت بام (در زمستان) انجام شده باشد.

### وضعیت نظافت کلی خانه بهداشت

- نظافت اتاق ها و سالن انتظار و انباری رعایت شود.
- در اتاق ها از سطل زباله درب دار دارای کیسه زباله استفاده شود.
- گرمایش و سرمایش فضای محل کار مناسب باشد.
- نظافت سرویس بهداشتی به صورت روزانه انجام شود.
- سرویس بهداشتی دارای مایع دستشویی، آب، سطل زباله درب دار با کیسه زباله باشد.
- نظافت درب و پنجره ها و شیشه ها انجام شده باشد.
- میز کار تمیز و مرتب باشد.
- قفسه ها، کمد نمایش، کمد دارویی و فایل ها تمیز و مرتب بوده و دارای پوشش نایلونی مناسب باشد.
- ترالی پانسمان و وسایل پانسمان کامل، تمیز و مرتب باشد.

▪ سینی معاینه و سینی ORT کامل، تمیز و مرتب باشد.

▪ داخل و خارج یخچال تمیز و مرتب باشد.

تخت معاینه، پاراوان، ملافه روی تخت و قد سنج و وزنه ها تمیز و مرتب باشند.

### **خلاصه مطالب و نتیجه گیری**

بهورزان خانه بهداشت با یادگیری مربوط به چیدمان استاندارد در خانه های بهداشت باعث خواهد شد پیگیری های لازم جهت رفع نواقص مربوطه و حذف دفاتر و فرم های مشابه و اضافی میگردد علاوه بر این یکسان سازی چیدمان خانه های بهداشت :

• باعث بوجود آمدن فضایی مرتب و منظم

• جلوگیری از فرسودگی و خرابی تجهیزات و موارد لازم

• سهولت در ارائه خدمات

و در نهایت ارتقای شاخص های بهداشتی که از اهداف مهم ارائه خدمات بهداشتی درمانی سطح اول می باشد.

## پرسش و تمرین

- ۱) اهمیت چیدمان استاندارد خانه های بهداشت را بیان کند.
- ۲) فضای فضای استاندارد خانه های بهداشت را توضیح دهد.
- ۳) مشخصات تابلوی استاندارد خانه بهداشت را توضیح دهند.
- ۴) استاندارد چیدمان سالن انتظار را توضیح دهند.
- ۵) استاندارد چیدمان اتاق کار شماره ۱ بهورزرا توضیح دهند.
- ۶) تجهیزات استاندارد اتاق شماره ۱ بهورز را نام برده و کاربرد هر یک را توضیح دهند.
- ۷) استاندارد چیدمان اتاق کار شماره ۲ بهورزرا توضیح دهند.
- ۸) تجهیزات استاندارد اتاق شماره ۲ بهورز را نام برده و کاربرد هر یک را توضیح دهند.
- ۹) انواع برد در خانه بهداشت و محتویات هر یک و محل استقرار آن را توضیح دهد.

## فصل چهاردهم

# برنامه گسترش مراقبت های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- تعاریف مناطق حاشیه شهری، خدمات سلامت ... را بیان نماید .
- بسته های خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری را توضیح دهد.
- پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار را توضیح دهد .
- ساختار ارائه مراقبت های اولیه سلامت را بیان نماید.
- جمعیت هدف در برنامه پزشک خانواده شهری را نام ببرد .

## آشنایی با برنامه خدمات جامع سلامت شهری

### تعاریف:

۱- **مناطق حاشیه شهری ( سکونتگاه غیر رسمی/غیر مجاز):** بافت‌های فرسوده و تاریخی، کاربری های

غیرمعمول شهری مانند زندان ها، خوابگاه ها، پادگان ها و مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده‌اند. جمعیت این مناطق بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت بالغ بر ۱۰ میلیون نفر است.

۲- **خدمات سلامت:** فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی

و بیماری، جراحی و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود. مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌کند.

۳- **خدمات همگانی سلامت:** خدماتی که بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین و مذهب

در دسترس آحاد مردم قرار داده می‌شود. خدمات همگانی به این معنا نیست که همه افراد، تحت پوشش تمامی خدمات قرار می‌گیرند.

### خدمات همگانی سلامت با سه بعد زیر تعریف می‌شوند:

وسعت خدمات (پوشش جمعیت)

نوع خدمات (بسته خدمت جامع و ادغام یافته)

پوشش هزینه

### تعریف مراقبت های اولیه سلامت (PHC)

۴- **مراقبت های اولیه سلامت:** خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر

اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد.

## تعریف خدمات بهداشت عمومی

۵- خدمات بهداشت عمومی: خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، توانمندسازی، آموزش و ارتقای سلامت و اجرای برنامه ملی خودمراقبتی، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری های واگیردار، بیماری های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه ای

## تعریف ارجاع و سطح بندی در نظام ارائه خدمات

۶- ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت: فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از

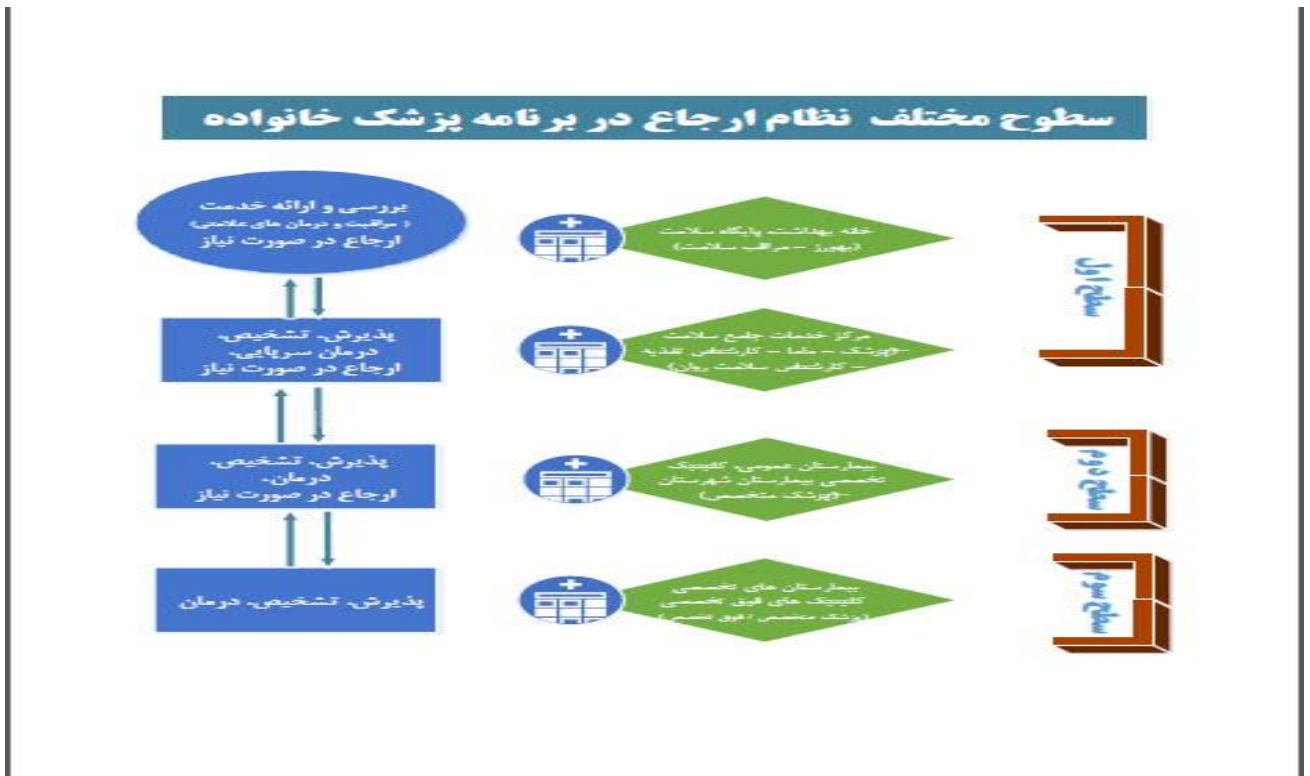
سطوح خدمات این نظام را تعیین می کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می شود.

۷- سطح بندی در نظام ارائه خدمات سلامت: خدمات و مراقبت های سلامت در دو سطح در اختیار افراد و

جامعه تحت پوشش گذاشته می شود.

۱- سطح اول ( پایگاه سلامت ، مرکز خدمات جامع سلامت )

۲- سطح دوم ( شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی )



## تعریف تیم سلامت

۸- تیم سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بسته خدمات پایه

سلامت را در اختیار افراد قرار میدهند. اعضای تیم سلامت شامل:

پزشک، مراقب سلامت، کاردان/کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، کارشناس تغذیه و رژیم درمانی، کارشناس سلامت روان، پرستار/بهبیار، پذیرش، و در صورت لزوم دندانپزشک، مراقب سلامت دهان و نمونه گیر آزمایشگاهی یا کارکنان آزمایشگاه هستند.

۹- مراقب سلامت: فردیست با مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی در رشته های بهداشت خانواده، بهداشت

عمومی، پرستاری، مامایی و مبارزه با بیماری ها (درمورد مردان) که پس از طی دوره آموزشی تعریف شده، به فردی چندپیشه به نام "مراقب سلامت" تبدیل می شود.

## بسته خدمات سلامت در PHC شهری

۱۰. بسته خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری :

۱-۱۰- خدمات سلامت عمومی

۲-۱۰- خدمات مراقبت های اولیه سلامت فردی

۳-۱۰- بسته خدمات درمانی

۴-۱۰- سایر خدمات سلامت (حسب مورد)

## پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار

- پرونده الکترونیکی سلامت خانوار مبتنی بر شناسه کد (شناسه) ملی برای هر ایرانی و غیرایرانی ایجاد می شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می گردد.
- با استفاده از رمز عبور و الزامات ضروری و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به اطلاعات پرونده سلامت توسط مراقب سلامت وی، پزشک معالج او یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد.



- پرونده توسط مراقب سلامت مسوول آن خانوار در سامانه تشکیل و تکمیل می شود و فرم های هر پرونده برحسب شرایط افراد تشکیل دهنده خانوار منطبق با برنامه های خدمتی تعریف شده در بسته خدمت خواهد بود.

### جمعیت هدف

جمعیت هدف این برنامه شامل جمعیت ساکن در مناطق شهری است که بر اساس اجرا، در ۲ گروه

زیر فزبندی شده اند:

- جمعیت مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه های غیر رسمی.
- جمعیت شهر های بالای ۲۰ هزار نفر

### ساختار ارائه مراقبت های اولیه سلامت

#### ۱- پایگاه سلامت:

بر اساس تراکم جمعیت بازای هر ۶ تا ۲۰ هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر) راه اندازی می شود.

#### ۲- مرکز خدمات جامع سلامت:

بازای هر ۲ تا ۸ پایگاه سلامت (جمعیت ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت بطوریکه

میانگین جمعیت مراکز در شهر های عادی حدود ۴۰۰۰۰ نفر و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود ۶۰ هزار نفر خواهد بود)



## سطوح پایش و ارزشیابی در برنامه پزشک خانواده شهری

### پایش و ارزشیابی برنامه پزشک خانواده شهری در ۴ سطح انجام می گیرد:

۱. پایش و نظارت توسط مرکز خدمات جامع سلامت

۲. پایش و نظارت توسط مرکز بهداشت شهرستان

۳. پایش و ارزشیابی توسط معاونت بهداشتی استان

۴. پایش و ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه

### خلاصه مطالب و نتیجه گیری

- خدمات سلامت فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحی و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود.
- ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در شهر شامل پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت شهری است.
- بسته خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری شامل ۴ حیطه می‌باشد. (عمومی، فردی، درمانی، سایر خدمات)

## پرسش و تمرین

- ۱) بسته خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری را توضیح دهید.
- ۲) ساختار ارائه مراقبت های اولیه سلامت را در برنامه پزشک خانواده شهری را توضیح دهید.
- ۳) پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار را توضیح دهید.
- ۴) سطوح پایش و ارزشیابی در برنامه پزشک خانواده شهری را نام ببرید.

## فهرست منابع:

- ۱) اعضای کمیته برنامه ریزی آموزش نیروی انسانی \_ مجموعه کتب بهورزی/کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا ۱۳۷۹
- ۲) گروه اطلاعات و آمار مرکز مدیریت شبکه، دستورالعمل تکمیل زیج حیاتی مناطق روستایی و شهری ۱۳۹۴
- ۳) معاونت بهداشت وزارت بهداشت، خدمات سلامت سطح اول، ویژه استفاده در شهر، حاشیه شهر، و مناطق روستایی فروردین ۱۳۹۵
- ۴) آیین نامه دوره آموزش بهورزی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی آبان ۱۳۹۴
- ۵) شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، برنامه آموزشی دوره کاردانی بهورزی، ۱۳۹۳
- ۶) اعضای کمیته برنامه ریزی نیروی انسانی مرکز گسترش شبکه، کتاب مبانی کار در روستا، ۱۳۸۰
- ۷) کمن نژاد شریف، نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور و اخلاق حرفه ای سی دی آموزشی مدیریت مراکز سلامت شهرستان از مجموعه سی دی های آموزشی کارشناسی ارشد مجازی، شیراز ۱۳۹۷
- ۸) رهبر م، جعفری ن، نوائیان ن، آشنایی با مفاهیم و الگوهای برنامه های سلامت از مجموعه جزوات مدیریت سلامت
- ۹) شادپور ک، نظام ارائه خدمات بهداشتی (مجموعه آموزشی کارشناسی ارشد جامعه نگر
- ۱۰) ابوالحسنی ف، مدیریت برنامه های تندرستی، انتشارات برای فردا، ۱۳۸۳
- ۱۱) آل کجباف، حسین. مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین المللی حقوق بشر، فصلنامه حقوق پزشکی سال هفتم، شماره بیست و چهارم، بهار (۱۳۹۲)
- ۱۲) ربر. فرهنگ روان شناسی؛ ترجمه: یوسف کریمی، تهران: انتشارات رشد (۱۳۹۰)
- ۱۳) آسیبورن ایده و دیگران. حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، ترجمه: ۳- اردشیر امیر ارجمند، تهران، انتشارات مجد، (۱۳۸۹)
- ۱۴) دهخدا؛ علی اکبر فرهنگ دهخدا، جلد ۸ انتشارات دانشگاه تهران .
- ۱۵) شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین المللی بشر زمانی سید قاسم، حقوق و سیاست، شماره ۱۹
- ۱۶) ضیائی بیگدلی، محمدرضا، حقوق معاهدات؛ انتشارات کتابخانه ی گنج دانش (۱۳۸۵)
- ۱۷) مرکز مدیریت شبکه، دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، نسخه ی ۱۹، تیر ۹۸
- ۱۸) وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت با سازمان بیمه سلامت ایران، دستور عمل نحوه پرداخت کارانه در برنامه پزشک خانواده
- ۱۹) مرکز مدیریت شبکه، معاونت بهداشت، کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا، بسته آموزشی بهورزان، دکتر محمد رضا رهبر با همکاری دکتر نسرين چنگیزی
- ۲۰) مرکز مدیریت شبکه، دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع الکترونیک با امضاء وزیر بهداشت جناب آقای دکتر سعید نمکی

- ۲۱) دفتر مدیریت بیمارستانی، متمم دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع و تعالی خدمات بالینی تیر ۹۷
- ۲۲) اداره مدیریت سلامت خانواده، جمعیت، مدارس، بوکلت برنامه کشوری مادری ایمن ( ویژه دانش آموخته مامایی ۱۳۹۵)
- ۲۳) مرکز مدیریت شبکه، دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی نسخه ۱۹
- ۲۴) دکتر کلانتری ن، جمشید بیگی ع، مرد فرد ن، طاهری ن، مالکی ف، استانداردهای شبکه بهداشت و درمان، فروردین ۹۵
- ۲۵) گروه توسعه شبکه، بسته آموزشی، خدمتی مراقب سلامت جامعه، ۹۴
- ۲۶) دکتر پيله رودی س، شبکه بهداشت و درمان شهرستان، انتشارات عقیق، ۱۳۷۶
- ۲۷) معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان، خلاصه برنامه تحول و عملکرد حوزه بهداشت در دولت تدبیر و امید، اردیبهشت ۹۴
- ۲۸) سایت PNHP
- ۲۹) اصف زاده س، رضاپور ع، مدیریت بهداشت و درمان، ۱۳۹۵
- ۳۰) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، استانداردهای شبکه بهداشت و درمان. فروردین ۹۵
- ۳۱) پيله رودی، س: شبکه بهداشت و درمان شهرستان ویرایش سوم. چاپ سوم. انتشارات رضویه، تهران، ص: XXXiii، ۱۳۸۵.
- ۳۲) پيله رودی، س: خدمات مدیریتی در شبکه بهداشت و درمان شهرستان. چاپ اول. انتشارات گلشن، تهران، ص: (۱۵۵-۱۱۸). چاپ اول ۱۳۷۸
- ۳۳) شادپور، ک: «اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران». مجله پژوهشی حکیم: ۱۳۸۵، دوره نهم، شماره سوم، ص ۱۱، پاییز ۱۳۸۵.
- ۳۴) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت. دستور عمل اجرایی برنامه تامین و گسترش مراقبت های اولیه سلامت در مناطق شهری و حاشیه شهر - نسخه ۳، (ص ۸-۵)، ۹۷
- ۳۵) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت. دستور عمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی - نسخه ۱۹ - (ص ۳۱-۵)، ۹۸
- ۳۶) اعضای کمیته برنامه ریزی آموزش نیروی انسانی \_ مجموعه کتب بهورزی / کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا ۱۳۷۹
- ۳۷) کاظمی. م، خواجه ثیان ع، چیدمان استاندارد در خانه بهداشت، چاپ اول، انتشارات سپر اندیشه، ۱۳۹۳
- ۳۸) اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذا و دارو، دستور عمل انبارش و نگهداری تجهیزات و ملزومات پزشکی شماره ۱: ۱۳۹۵
- ۳۹) مرکز مدیریت شبکه، برنامه گسترش مراقبت های اولیه سلامت برای تحقیق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری مرداد ۱۳۹۶ نسخه ۰۴

۴۰) مرکز مدیریت شبکه، برنامه گسترش مراقبت های اولیه سلامت برای تحقیق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری،

نسخه خرداد ۹۷

۴۱) مرکز مدیریت شبکه، اصلاحیه دستورالعمل اجرایی برنامه در مناطق حاشیه شهرها و شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر، نسخه

تیر ۹۸