

مبانی بهداشت و کار در روستا



ویژه بهورز

بهار ۱۴۰۰

تهیه و تدوین :

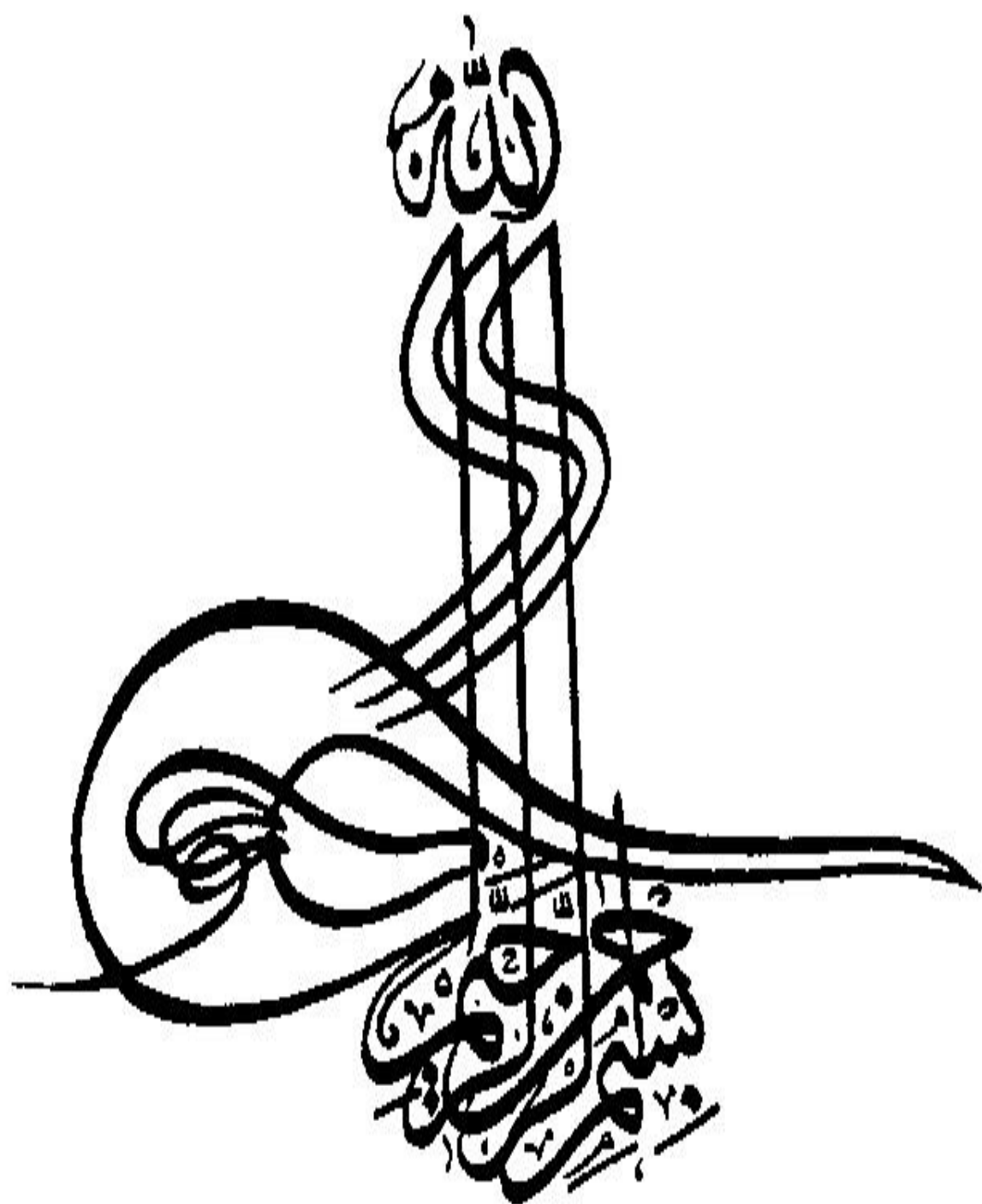
آرزو سعادت‌ی - مربی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت بوکان - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
لیلا خسرویفر - مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت نقده دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
رقیه جعفری - کارشناس مسئول آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

بازنگری و تنظیم :

فاطمه مسرور پور - مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت غرب اهواز دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
فریده امیری نژاد - مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شرق اهواز - دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
سودابه قلاوند - مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت اندیمشک - دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
مریم دد دد - مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت ایذه - دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
افروز باقر فرد - مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت مسجد سلیمان - دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

با نظارت :

فریبا ایدنی - کارشناس مسئول بهورزی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز



فهرست مطالب

۱	مقدمه
۲	فصل اول : آشنایی با ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران و جهان
۳	تعریف ، اهداف و ارکان نظام سلامت
۳	الگوی های نظام سلامت در دنیا.....
۴	سیر تاریخی خدمات بهداشتی در ایران
۶	ضوابط و استانداردهای تشکیل شبکه های بهداشت و درمان
۸	ضرورت تحول بهداشت،اهداف و برنامه های آن.....
۱۱	فصل دوم : آشنایی با الگوی برنامه های سلامت جاری در کشور
۱۱	مفهوم سلامت
۱۲	عوامل خطر زای سلامت.....
۱۳	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
۱۳	سیر طبیعی بیماری ها
۱۴	مفهوم برنامه های سلامت.....
۱۵	مفهوم پیشگیری و انواع آن.....
۱۹	فصل سوم : آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور
۲۰	آشنایی با نقش و وظایف خانه بهداشت
۲۲	وظایف واحدهای ارائه خدمت در ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور.....
۲۶	وظایف مرکز آموزش بهورزی
۳۰	فصل چهارم : برنامه گسترش مراقبت های اولیه سلامت
۳۰	تعاریف مناطق حاشیه شهری، خدمات سلامت
۳۲	بسته های خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری.....
۳۳	پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار
۳۳	ساختار ارائه مراقبت های اولیه سلامت
۳۳	جمعیت هدف در برنامه پزشک خانواده شهری.....
۳۵	فصل پنجم : آشنایی با برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۳۶	تعریف پزشک خانواده
۳۷	خدمات سلامت و خدمات جامع سلامت
۳۷	نظام ارجاع و سطح بندی واحد های ارائه خدمات سلامت.....
۳۸	اعضای تیم سلامت
۳۸	خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت
۳۹	هیات امن و وظایف آن
۳۹	شیوه های استقرار برنامه پزشک خانواده
۴۱	وظایف تیم سلامت و ساعات کار تیم سلامت

۴۱	نحوه پایش در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۴۳	فصل ششم: آشنایی با نظام ارجاع و انواع آن
۴۴	سطح بندی خدمات در نظام ارجاع
۴۴	تعاریف ارائه دهندگان خدمت
۴۷	خدمات و وظایف سطح اول در برنامه ارجاع
۴۸	انواع ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت
۴۸	مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات
۴۹	نظام ارجاع در در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۵۰	نظام ارجاع در مناطق شهری
۵۳	فصل هفتم: آشنایی با وظایف شغلی بهورز
۵۳	شرح وظایف بهورزان در شناخت جمعیتی و زیست محیطی
۵۴	وظایف بهورز در برقراری ارتباط با مردم و جلب مشارکت آنان
۵۴	وظایف بهورز در ارائه مراقبت های بهداشتی
۵۹	سایر وظایف شغلی بهورزان
۶۳	فصل هشتم: آشنایی با تجهیزات و وسایل در خانه های بهداشت و روش نگهداری آن
۶۴	فضای فیزیکی خانه بهداشت استاندارد
۶۵	تجهیزات و ملزومات خانه بهداشت استاندارد
۶۵	اهمیت رعایت چیدمان در تجهیزات خانه بهداشت
۶۵	چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات اتاق کار و اتاق معاینه
۷۵	نحوه نگهداری تجهیزات اتاق معاینه
۷۶	نحوه نگهداری تجهیزات اتاق کار
۸۰	فصل نهم: اخلاق حرفه ای بهورزی
۸۰	تعریف اخلاق
۸۱	تعریف عملیاتی اخلاق
۸۱	تعریف حرفه
۸۱	تفاوت حرفه و شغل
۸۲	ویژگی های اصلی یک حرفه
۸۱	اخلاق حرفه ای
۸۲	اخلاق حرفه ای در شغل بهورزی
۸۳	خصوصیات اخلاقی و رفتاری مورد انتظار از یک بهورز
۸۶	فصل دهم: آشنایی با حقوق سلامت
۸۷	مفهوم و دامنه حقوق سلامت
۸۷	عواملی که باعث دشواری ارائه تعریف جامعی از حق بر سلامتی می گردد
۸۹	حق های بشری

۹۰	چهار عنصر ضروری برای حقوق سلامت
۹۲	تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی
۹۳	ابعاد تعهدات دولت ها
۹۴	مسئولیت بخش خصوصی و نهادهای غیر دولتی در قبال حق بر سلامتی
۹۵	فصل یازدهم: آشنایی با قوانین ومقررات کاری درخانه بهداشت
۹۵	آئین نامه حضور و غیاب کارکنان
۹۷	نحوه تشویق و تنبیه کارکنان
۱۰۰	هدف از ارزشیابی کارکنان دولت
۱۰۲	آئین نگارش و نحوه ارسال مکاتبات و مراسلات اداری
۱۰۷	اموال منقول و غیر منقول
۱۰۹	نحوه ارتباط با سازمان
۱۱۲	تشکیلات سازمانی
۱۱۴	تعاریف رشته و رشته ی شغلی
۱۱۶	انواع استخدام
۱۱۸	فصل دوازدهم: آشنایی با نحوه ایجاد بهره مندی مناسب مردم ازخدمات بهداشتی
۱۱۸	تعریف برنامه های سلامت
۱۱۹	تعریف خدمات بهداشتی
۱۱۹	خدمات سلامت
۱۱۹	ابعاد خدمات سلامت همگانی
۱۱۹	مراقبتهای اولیه سلامت
۱۲۰	خدمات بهداشت عمومی
۱۲۰	ارجاع و سطح بندی درنظام ارایه خدمات
۱۲۱	سطوح مختلف نظام ارجاع دربرنامه پزشک خانواده
۱۲۲	تیم سلامت و اعضای ان
۱۲۴	فصل سیزدهم: مروری بر نظام اطلاعات سلامت واجزای آن
۱۲۴	تعریف ، اهداف نظام سلامت
۱۲۴	ارکان نظام سلامت
۱۲۵	کارکردهای نظام سلامت
۱۲۵	الگوی های نظام سلامت در دنیا
۱۲۷	فصل چهاردهم: آشنایی با کلیات برنامه شناسایی جمعیتی و زیست محیطی روستا
۱۲۷	مقدمه ، اهداف
۱۲۹	مراحل اجرای برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا
۱۳۰	آشنایی با مفاهیم
۱۳۱	فصل پانزدهم: شناخت زیست محیطی روستا

آشنایی با تعاریف و علائم اختصاری جهت تهیه نقشه و کروکی	۱۳۲
تعاریف	۱۳۲
نحوه تهیه کروکی روستا	۱۳۵
راهنمای نقشه	۱۳۸
فصل شانزدهم: آشنایی با نحوه شماره گذاری منازل و اماکن عمومی، اصول سرشماری و روش اجرای آن در روستا	
	۱۴۰
مقدمه	۱۴۱
روش های سرشماری	۱۴۲
نحوه ی شروع سرشماری	۱۴۳
فصل هفدهم: آشنایی با نحوه بازدید منازل و محیط روستا	۱۴۶
مقدمه	۱۴۷
بازدید منزل برای اولین بار	۱۴۷
تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار	۱۴۸
بازدید سالیانه از منازل	۱۴۹
بازدید از منزل برای پیگیری و دعوت	۱۵۰
درج اطلاعات مربوط به بازدید، از وضعیت بهداشت محیط و حرفه ای منازل در پرونده خانوار	۱۵۲
ثبت اطلاعات بهداشت محیط خانوار در سامانه سیب	۱۵۴
روش تکمیل فرم مراقبت و پیگیری روزانه	۱۵۴
نحوه پیگیری افراد مراقبت نشده با استفاده از سامانه سیب	۱۵۶
وظایف واحدهای ارایه خدمت در ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور	۲۲
فصل هجدهم: آشنایی با روش ثبت جمعیت در زیج حیاتی	۱۵۸
مقدمه، تعریف، اهداف	۱۵۹
گردونه زیج	۱۶۰
جدول استفاده از نمک یددار	۱۶۱
جدول جمعیت بر حسب سن و جنس	۱۶۱
جدول مرگ مادران	۱۶۲
جدول تولد	۱۶۲
جدول مرگ بر حسب سن و جنس	۱۶۴
پیوست ۱ شاخص های زیج حیاتی	۱۶۸
فهرست منابع	
	۱۷

مقدمه:

سلامت یکی از اساسی ترین حقوق هر جامعه و محور توسعه است. تنها در یک جامعه سالم به لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می توان انتظار داشت آحاد مردم از نعمت رفاه و خوشبختی بهره مند شوند. تضمین برای تحقق چنین امری وظیفه اساسی دولت است.

نظام سلامت میهن عزیز ما در طول چهار دهه از توسعه و تحول تجربیات متعددی را به دست آورده است. این تجربیات هر گاه با تدبیر و روشن بینی و با رویکرد نظام دار منجر به برنامه ریزی گردیده، فوائد بی شماری را نصیب مردم این مرز و بوم ساخته است. از جمله این تجربیات می توان به توسعه نظام مراقبت های بهداشتی اولیه درمانی در کشور اشاره کرد که خدمات اساسی سلامت را به شیوه ای علمی ، با قابلیت پذیرش اجتماعی و فن آوری مناسب در سطحی وسیع برای آحاد جامعه روستایی و با قیمت مناسب فراهم آورد.

در این راستا حسن اجرای نظام مراقبت با داشتن امکانات و ابزار مناسب و با همکاری نیروهای ارزشمند در برنامه نظام سلامت ، راهکار مناسب و عملیاتی و قابل ارزش بوده که دسترسی به آن امکان پذیر خواهد بود. در این کتاب براساس سرفصل دروس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین شده تا بتواند نیاز بهورزان را برآورده نماید.

فصل اول :

آشنایی با ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران و جهان

اهداف آموزشی
انتظار است پس از یادگیری محتوای این مبحث فراگیر بتواند:
۱) نظام سلامت را تعریف کند.
۲) ارکان نظام سلامت را بیان کند.
۳) اهداف نظام سلامت را نام ببرد.
۴) چهار الگوی اصلی نظام سلامت در دنیا را توضیح دهد.
۵) سیر تاریخی خدمات بهداشتی در ایران را توضیح دهد.
۶) ضوابط تشکیل شبکه های بهداشت و درمان را توضیح دهد.
۷) ضرورت اجرایی طرح تحول سلامت را نام ببرد.
۸) اهداف طرح تحول سلامت را بیان کند.

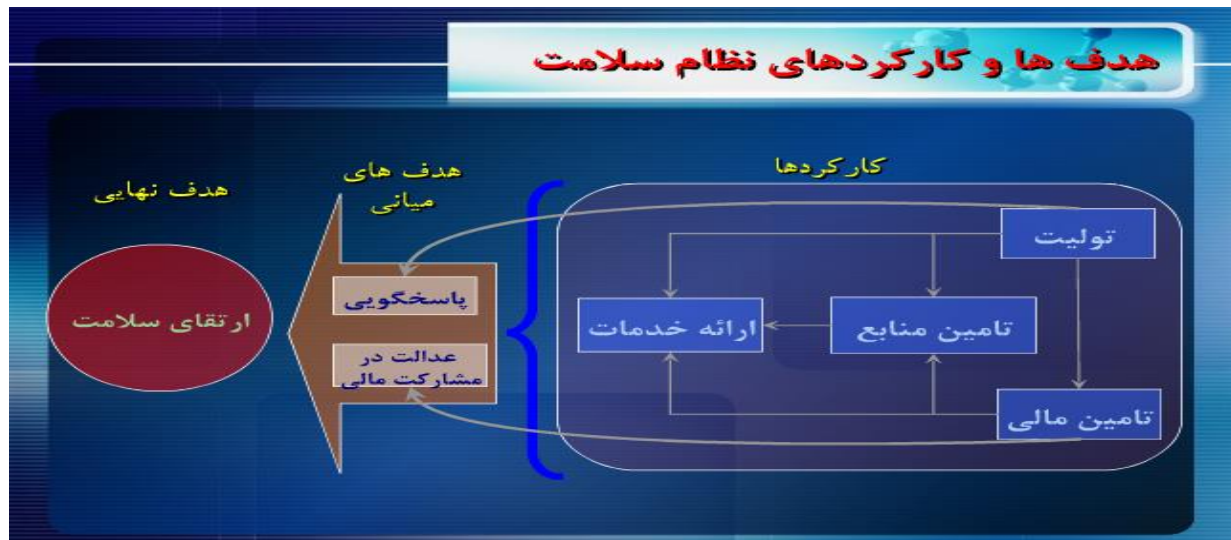
ارکان نظام سلامت مفهوم نظام سلامت (Health system)

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

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.



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

چهار الگوی اصلی در دنیا:

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

۱-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 کوباست.

۲- 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 کشورهایی نظیر آلمان، فرانسه، بلژیک، هلند، ژاپن، سوئیس و تا حدودی در آمریکای لاتین مشاهده کرد.

۳- مدل بیمه سلامت ملی (National Health Insurance)

این سیستم دارای ویژگی‌های مشترکی از مدل‌های بورج 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.

۴- مدل پرداخت از جیب (of-Pocket-Out)

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 ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی بود محل ارائه خدمت این خدمات را خانه بهداشت، تیم های ارائه کننده خدمت کارکنان زن را بهورز و کارکنان مرد را بهداشتیار می نامیدند.

تاریخچه خدمات بهداشتی در ایران

اولین مرکز آموزش بهورزی در ارومیه



اولین خانه بهداشت ایران در ارومیه



خانم اکبری و خانم پطروس در جمع مسئولین وقت در
تحول برنامه سلامت



طرح رضائیه

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 پطروس 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.

۶- دسترسی فرهنگی : که با سه شرط زیر حاصل می گردد

- ۱- نبود برخورد و اختلاف های قومی ، فرهنگی ، مذهبی
- ۲- شهرت نداشتن روستای محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماریهای واگیر دار مثل سل و جذام و
- ۳- 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

- ۱- معکوس شدن درصد جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل (گذر دموگرافیک)
- ۲- توسعه نامتناسب شهرها به ویژه حاشیه آن یا سکونتگاه های غیررسمی



- ۳- 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)
- ۴- حضور همزمان اپیدمی بیماری های واگیردار نوپدید و بازپدید
- ۵- روند رو به رشد آسیب های اجتماعی به ویژه در کلان شهرها (گذر اجتماعی)
- ۶- کم توجهی به ظرفیت همکاری های بین بخشی مشارکت مردم و توانمندسازی آنان در ارتقای سلامت، پیشگیری و کنترل عوامل خطر و بیماری ها
- ۷- ساختار ناکارآمد مراقبت های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها به ویژه در پاسخگویی به نیاز و تقاضاهای جدید مردم
- ۸- افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به خصوص در مناطق شهری
- ۹- 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)

برنامه های طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت

- ۱- تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری
- ۲- ارتقای سطح سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی توسعه و ترویج خودمراقبتی و توانمندسازی مردم
- ۳- برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری های بین بخشی
- ۴- برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم و هوای پاک)
- ۵- برنامه تحول سلامت دهان و دندان

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

دریافت عادلانه از خدمات بهداشتی و سهولت دریافت خدمات همواره جزو دغدغه های نظام های سلامت در دنیا می باشد نظام سلامت ایران با اجرای طرح های مختلف سرانجام در سال ۱۳۶۴ شبکه های بهداشتی درمانی را با ضوابط پیشگفت طراحی نمود که این نظام یکی از موفق ترین نظام های سلامت در دنیا می باشد. نظام سلامت در ایران در سال ۱۳۸۴ با اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و در سال ۱۳۹۳ با تغییرات در ساختار و خدمات در شهر و حاشیه شهر باعث ارتقا و بهبود کیفیت خدمات و مراقبت های جامع با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخگویی و افزایش کارایی و بهره وری در قالب شبکه های بهداشتی درمانی نموده است

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.

تمرین خارج از کلاس

- 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 دوم:

آشنایی با الگوی برنامه های سلامت جاری در کشور

اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :
۱) مفهوم سلامت را توضیح دهد.
۲) سیر طبیعی بیماری ها را توضیح دهد.
۳) عوامل خطر زای سلامت را توضیح دهد.
۴) عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را بیان کند.
۵) مفهوم برنامه های سلامت را توضیح دهد و اجزا آن را نام ببرد.
۶) رویکرد طراحی برنامه های سلامت را توضیح دهد.
۷) مفهوم پیشگیری و انواع آن را بیان کند.
۸) سطح پیشگیری را در برنامه های سلامت توضیح دهد.
۹) 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 Health Risk Factor

- 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.

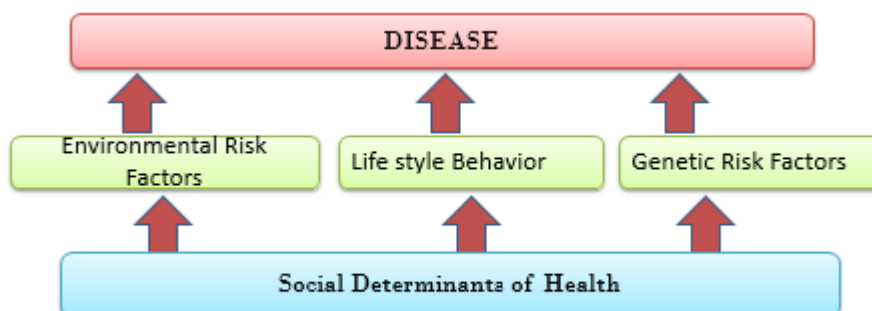
عواملی تاثیر گذار بر سلامت شامل :

- | | |
|----------------------------|------------------|
| Environmental Risk Factors | (۱) عوامل محیطی |
| Life style Behavior | (۲) سبک زندگی |
| Genetic Risk Factors | (۳) عوامل ژنتیکی |



ارتباط عوامل خطر زای سلامت فردی و عوامل اجتماعی

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



عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

• 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

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

سیر طبیعی بیماریها

- یک بیماری در طول زمان تکامل می یابد و همراه با آن تغییراتی در ساختمان و عملکرد اعضای بدن رخ میدهد
- سیر طبیعی بیماریها غالبا برای به تصویر کشیدن بیماری مزمن به کار می رود
- سیر طبیعی بیماریهای عفونی نیز تقریبا 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.

سیر طبیعی بیماریها

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 معمولا 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 (Incubation) 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 میگرد

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 | (۱) پیشگیری نخستین ابتدایی یا ریشه ای |
| Primary prevention | (۲) پیشگیری اولیه یا سطح اول |
| Secondary prevention | (۳) پیشگیری ثانویه یا سطح دوم |
| Tertiary prevention | (۴) پیشگیری ثالثیه یا سطح سوم |

انواع پیشگیری ها

۱-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

۲-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

۳-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.

۴-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 پیشگیری

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 (Premordial prevetion) 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 (Primary prevention)

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.

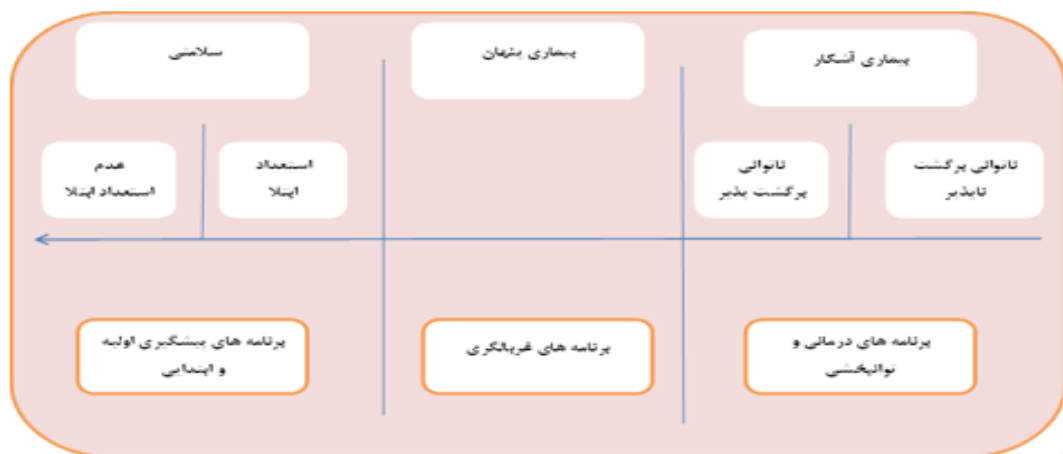
اگر چه این نوع مداخلات موجب پیدا کردن تعداد بیشتری از موارد بیماری کشف نشده در ابتدا می شوند ولی پس از بهبود موارد کشف شده موجب **کاهش شیوع بیماری** در جامعه می شوند.

برنامه های پیشگیری سطح سوم

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. 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 DOTS 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)

تمرین عملی :

- ۱-هریک از فراگیران یک نمونه بیماری واگیردار و یک بیماری غیر واگیر را مشخص نموده و مراحل سیر طبیعی بیماری را در قالب دیاگرام مشخص نماید
- ۲- هر یک از فراگیران یک برنامه مراقبتی از برنامه های سلامت خانه بهداشت را مشخص و نوع سطح پیشگیری برنامه هارا مشخص نماید

فصل سوم:

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

(آشنایی با نقش و وظایف خانه بهداشت ، مرکز بهداشت ، مراکز بهداشتی درمانی ، مرکز بهداشت)

اهداف آموزشی

- انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :
- ۱) ساختار واحدهای شبکه بهداشت و درمان کشور را توضیح دهد.
 - ۲) وظایف واحدهای ارائه خدمت در ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور را توضیح دهد.
 - ۳) خدماتی که توسط کارکنان واحدهای بهداشتی مستقر در نقاط شهری و روستایی به مردم ارائه می شود را به تفکیک واحد شرح دهند.
 - ۴) 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 گیرد، 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.



در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور دوتنوع خانه بهداشت وجود دارد:

- **خانه بهداشت معمولی:** محل ارایه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن
- **خانه بهداشت عشایری:** محل ارایه 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 سرشماری و شناسایی جمعیت تحت پوشش
- شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار 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 توصیه‌های لازم بر اساس دستورالعمل‌های 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، دستورالعمل‌ها و تکالیف محوله

۲- 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

- (۱) بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
- (۲) شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن و تفکیک جغرافیایی بلوک های تحت مسئولیت هر مراقب سلامت
- (۳) تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
- (۴) 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)
- (۵) انجام خدمات فعال مراقبتی گروه های سنی
- (۶) ارائه خدمات مکمل یاری (مکمل های دارویی)
- (۷) اجرای برنامه خودمراقبتی (مطابق بسته خودمراقبتی)
- (۸) اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
- (۹) خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه ها

۱۰) تشکیل شوراهای محلی بهداشت

۱۱) اجرای خدمات ارجاع به پزشک، دندانپزشک، کارشناس تغذیه، سلامت روان، محیط و کار

۳- 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) میباشد.

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

- ۱) مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه های سلامت)
- ۲) خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش
- ۳) خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت های خاص و در مراکز خاص براساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه
- ۴) درمان بیماران سرپایی

(جزئیات شرح وظایف در دستورعمل اجرایی پزشک خانواده روستایی)

۴- 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 سبب، یک نفر. باید حداقل یک تا دو نفر دارای مدرک کارشناسی مامایی با نظام مامایی (مراقب سلامت - ماما) باشند.

وظایف پایگاه سلامت شهری

- ۱) بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
- ۲) شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن و تفکیک جغرافیایی بلوک های تحت مسولیت هر مراقب سلامت
- ۳) تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
- ۴) 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)
- ۵) انجام خدمات فعال مراقبتی گروه های سنی
- ۶) ارائه خدمات مکمل یاری (مکمل های دارویی)
- ۷) اجرای برنامه خودمراقبتی (مطابق بسته خودمراقبتی)
- ۸) اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
- ۹) خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه های
- ۱۰) تشکیل شوراهای محلی بهداشت
- ۱۱) اجرای خدمات ارجاع به پزشک، دندانپزشک، کارشناسان تغذیه، سلامت روان، محیط و کار

۵- مرکز خدمات جامع سلامت شهری

مراکزی که بازای هر ۲ تا ۸ پایگاه سلامت شهری (۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) باتوجه 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 احیاء 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/بهبود، کاردان/کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس روانشناسی بالینی، کارشناس تغذیه، متصدی پذیرش.

۶- 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 و اصطلاح شهری روستایی به آنان تعلق دارد.

نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی :

شامل پزشک، ماما، دندانپزشک، کاردان/کارشناس آزمایشگاه، دستیار دندانپزشک، پرستار/بهبود، 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

- (۱) مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه های سلامت)
- (۲) خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش
- (۳) خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت های خاص و در مراکز خاص براساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه
- (۴) درمان بیماران سرپایی

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



۷- سایر واحدهای زیر مجموعه مراکز خدمات جامع سلامت

الف- 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 غیروارژانس 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 وارجاع و اعزام زنان باردار در صورت نیاز به مراکز مجهزتر

نیروی انسانی تسهیلات زایمانی : ماما، راننده آمبولانس، خدمتگذار

ب- 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 پزشک، کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً مبارزه با بیماری ها)، کارشناس بهداشت محیط.

ج- مرکز رفرائس مشاوره و مراقبت 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 میشود.

د- 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

۸- 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 وتدارکاتی 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 ومركز 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 .

۹- 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 واحدها 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 وحرفه ای) وكادر 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 وتربیت فراگیران / کارآموزان بهورزی

ج -آموزش و بازآموزی کارکنان نظام سلامت



۱۰- 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

۱۱- 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.

۱۲- 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 اورژانس نظارت می کنند.

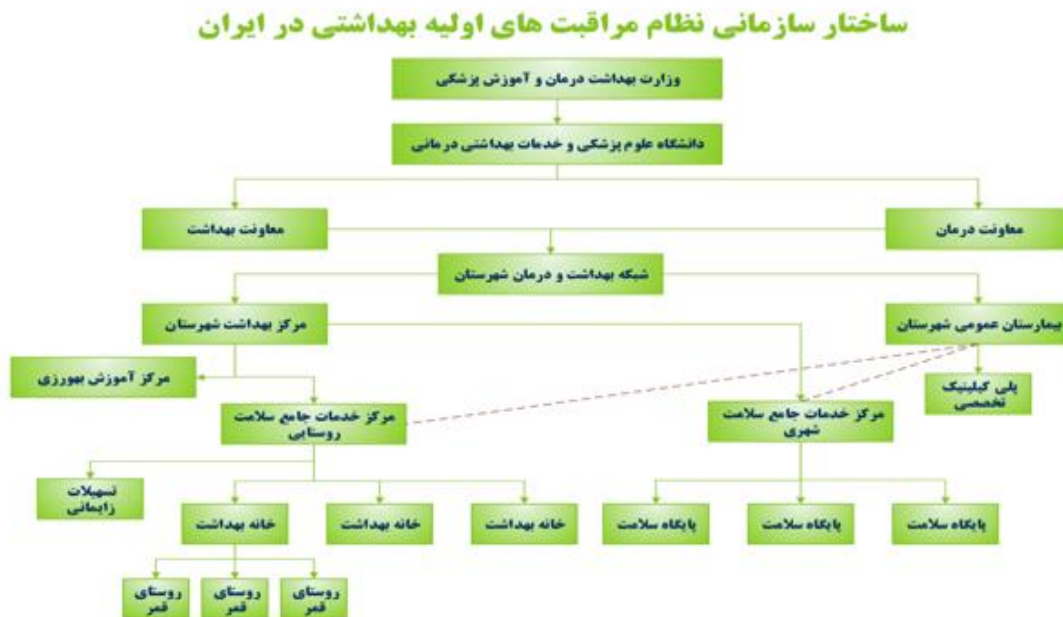
معاونت های دانشگاه ها شامل :

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

۱۳- 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

خلاصه مطالب و نتیجه گیری



پرسش و تمرین

انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :

- 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 چهارم :

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

اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند : ۱. تعاریف مناطق حاشیه شهری، خدمات سلامت را بیان نماید. ۲. بسته های خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری را توضیح دهد. ۳. پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار را توضیح دهد. ۴. ساختار ارائه مراقبت های اولیه سلامت را بیان نماید. ۵. 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)

بافت های 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 داده اند وبدون مجوز و خارج از برنامه ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده اند. جمعیت این مناطق بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت بالغ بر ۱۰ میلیون نفر است.

۲-خدمات سلامت :

فعالیت هایی 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 می شود. مجموعه فعالیت ها و فرایندهایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می کند.

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:

۱. وسعت خدمات (پوشش جمعیت)

۲. نوع خدمات (بسته خدمت جامع و ادغام یافته)

۳. پوشش هزینه

۴- مراقبت های اولیه سلامت :

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند. این مراقبت ها 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.

۵- خدمات بهداشت عمومی :

خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می‌دهند. 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

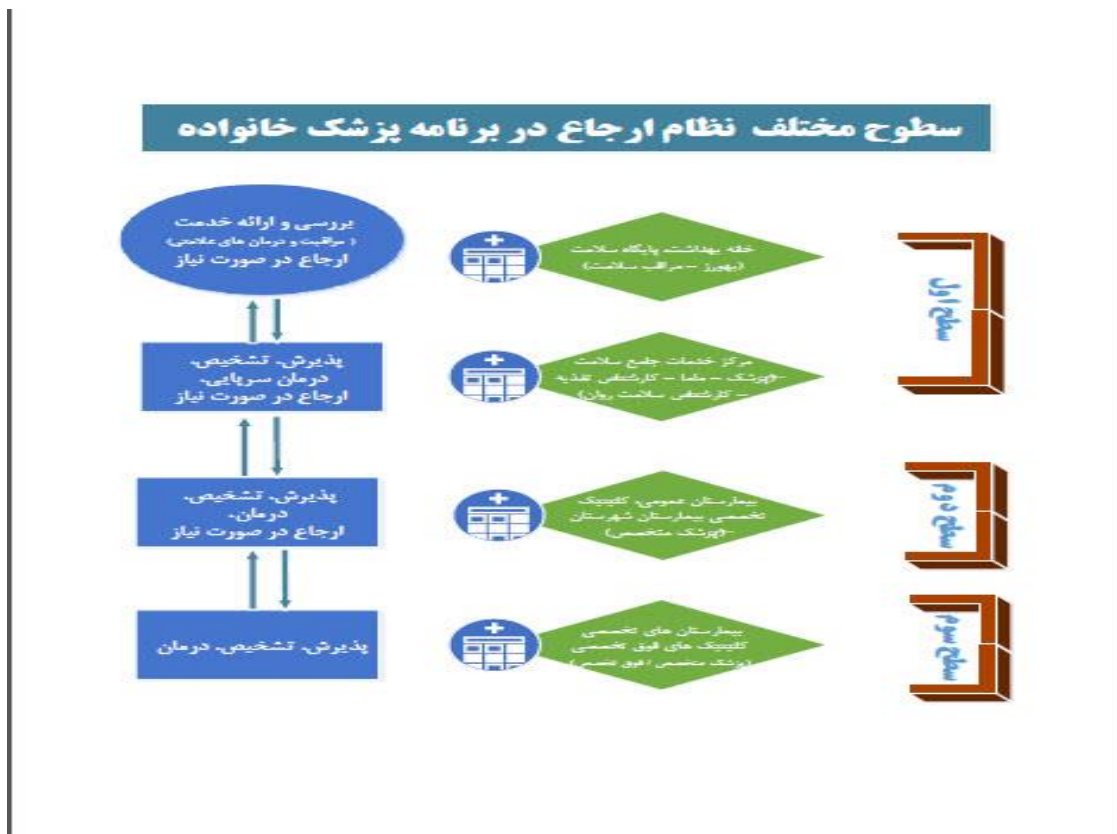
۶- ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت :

فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می‌کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می‌شود.

۷- سطح بندی در نظام ارائه خدمات سلامت : خدمات و مراقبت های سلامت در دو سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود .

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

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



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/بهبود، 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 :

۱۰-۱- خدمات سلامت عمومی

۱۰-۲- خدمات مراقبت های اولیه سلامت فردی

۱۰-۳- بسته خدمات درمانی

۱۰-۴- 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 می‌شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می‌گردد.
- ✓ 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 می‌شود و فرم‌های هر پرونده برحسب شرایط افراد تشکیل دهنده خانوار منطبق با برنامه‌های 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 فازبندی شده اند:
- ✓ جمعیت مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه‌های غیر رسمی.
 - ✓ جمعیت شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر

ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت

۱- پایگاه سلامت:

براساس تراکم جمعیت بازای هر ۶ تا ۲۰ هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر) راه اندازی می‌شود.

۲- مرکز خدمات جامع سلامت:

بازای هر ۲ تا ۸ پایگاه سلامت (جمعیت ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) باتوجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت بطوریکه میانگین جمعیت مراکز در شهرهای 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

۱. 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.
۲. ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در شهر شامل پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت شهری است.
۳. 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 مراقبت‌های 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.

فصل پنجم :

آشنایی با برنامه پزشک خانواده روستایی



اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند : ۱. پزشک خانواده را تعریف کند. ۲. خدمات سلامت و خدمات جامع سلامت را توضیح دهد. ۳. نظام ارجاع و سطح بندی واحد های ارائه خدمات سلامت را توضیح دهد. ۴. اعضای تیم سلامت را نام ببرد. ۵. خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت را توضیح دهد. ۶. هیات امناء و وظایف آن را شرح دهد. ۷. شیوه های استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری توضیح دهد. ۸. وظایف تیم سلامت و ساعات کار تیم سلامت را توضیح دهد. ۵) نحوه پایش در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را بیان نماید..

مقدمه

۱- کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی شامل تعاریف :

۱-۱- تعریف پزشک خانواده	۲-۱- فرد روستایی	۳-۱- خدمات سلامت
۴-۱- خدمات جامع سلامت	۵-۱- مراقبت های اولیه سلامت	
۶-۱- نظام ارجاع	۷-۱- سطح بندی واحد های ارائه خدمات سلامت	
۸-۱- بسته های خدمات سطح یک	۹-۱- تیم سلامت	
۱۰-۱- خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت	۱۱-۱- مرکز خدمات جامع سلامت فعال در برنامه پزشک خانواده	
۱۲-۱- جمعیت تحت پوشش برنامه		

۲- هیات امناء در برنامه پزشک خانواده روستایی

۳- اختیارات هیات امناء روستا

۴- شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی

۵- تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

۶- وظایف اعضای تیم سلامت

۷- ساعات کار اعضاء تیم سلامت

۸- بیتوته پزشک خانواده

۹- پایش در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

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 دکتری 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 بستر 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 ذیربط و همچنین، 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:

۱-۷-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.

۲-۷-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.



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 کارشناس 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.

۱- 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.

۱۲- جمعیت تحت پوشش برنامه :

شامل کلیه جمعیت ساکن (اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی) در مناطق روستایی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری می باشد.

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 درمورد 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

۱. 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.

۲. 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.

۳. 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.

۴. 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

۱- پزشک :

- به ازای ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز ۱ پزشک
- به ازای ۴۰۰۰-۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز ۲ پزشک
- به ازای ۸۰۰۰-۱۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز ۳ پزشک

۲- ماما : به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش ۱ مامای خانواده

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
- 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 و در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل براساس 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 تجمیعی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته ۲۰ هزار نفر میباشد

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 ششم :

آشنایی با ضرورت نظام ارجاع و انواع آن

اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند : ۱) سطح بندی خدمات در نظام ارجاع را بیان کند. ۲) 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. ۳) خدمات و وظایف سطح اول در برنامه ارجاع را توضیح دهد. ۴) انواع ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت را نام ببرد. ۵) مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات را بیان کند. ۶) نظام ارجاع را در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را توضیح دهد. ۷) 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 :

- سطح یک ارائه خدمات سلامت
- سطح دو ارائه خدمات سلامت
- 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 :

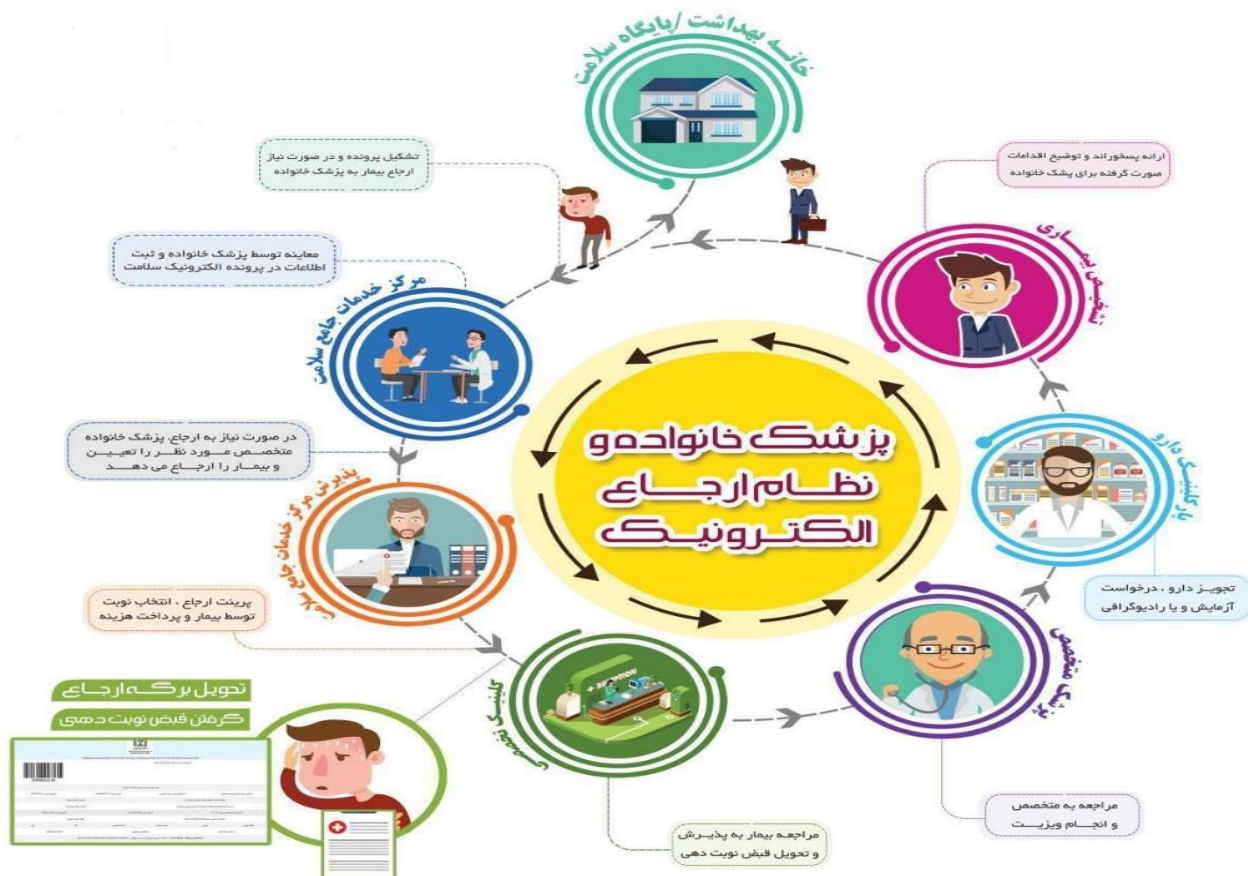
سطح سه شامل خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری است و بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده قرار می گیرد.

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 ارائه 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.

ثبت نام

شماره ملی نامعتبر می باشد.

نام خانوادگی: مینایی اسکو

نام: کوکدک

تاریخ تولد: ۱۳۹۶/۰۲/۰۱

جنسیت: مرد

شماره ملی: ۱۰۰۰۰۰۳۶۹

ملیت: ایرانی

مركز تحت پوشش خانه بهداشت محدث

نوع اقامت: دائم

مهدکودک/محل دوره/دانشگاه: ...

نوع جمعیت (سکونت): شهری

گروه فونی: ...

تلفن همراه سرپرست: ۰۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰

تلفن ثابت: ...

تلفن همراه: ...

پست الکترونیکی: ...

صاحب تلفن: سایر

استان آذربایجان غربی/شهرستان ارومیه/شهر ارومیه/منطقه ۱

سامانه پرونده الکترونیکی سلامت :

"سپاس" مخفف سامانه پرونده الکترونیکی 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

- ۱) پذیرش بیمار از طریق استحقاق سنجی و ثبت اطلاعات وی در سامانه های مورد استفاده در مراکز سطح یک و پزشکان عمومی
- ۲) در صورت نیاز به ارجاع، تکمیل فرم ارجاع توسط پزشک سطح اول و اخذ شناسه ارجاع
- ۳) 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
- ۴) 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

سوال کلیدی:	ملاحظات و نشانه های خطر	طبقه بندی	اقدام مناسب
آیا کودک سرده می کشد یا نفس مشکل دارد؟ آنگری به چه نحوی؟ بررسی تنفس	• درجه حرارت از • نشانه های خطر • تنفس خیلی شدید • سرخ شدن لبها و نوک انگشتان	بیماری عفونی شدید یا بیماری عفونی شدید	• هرگز! اگر کودک را به پزشکخانه برای معاینه انتقال دهید. • اگر کودک را به پزشکخانه برای معاینه انتقال دهید. • اگر کودک را به پزشکخانه برای معاینه انتقال دهید.
تشنج دارد؟ در کودک ۳ تا ۵ ساله: ۲ تا ۳ بار در روز در کودک ۶ تا ۱۲ ساله: ۲ تا ۳ بار در روز	• تشنج های مکرر • تشنج های طولانی • تشنج های شدید	بیماری	• برای تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز • تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز • تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز
آنگری به چه نحوی؟ بررسی تنفس	• تشنج های مکرر • تشنج های طولانی • تشنج های شدید	بیماری	• تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز • تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز • تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز
آنگری به چه نحوی؟ بررسی تنفس	• تشنج های مکرر • تشنج های طولانی • تشنج های شدید	بیماری	• تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز • تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز • تشنج های مکرر، تشنج های طولانی، تشنج های شدید: پزشک مرکز

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

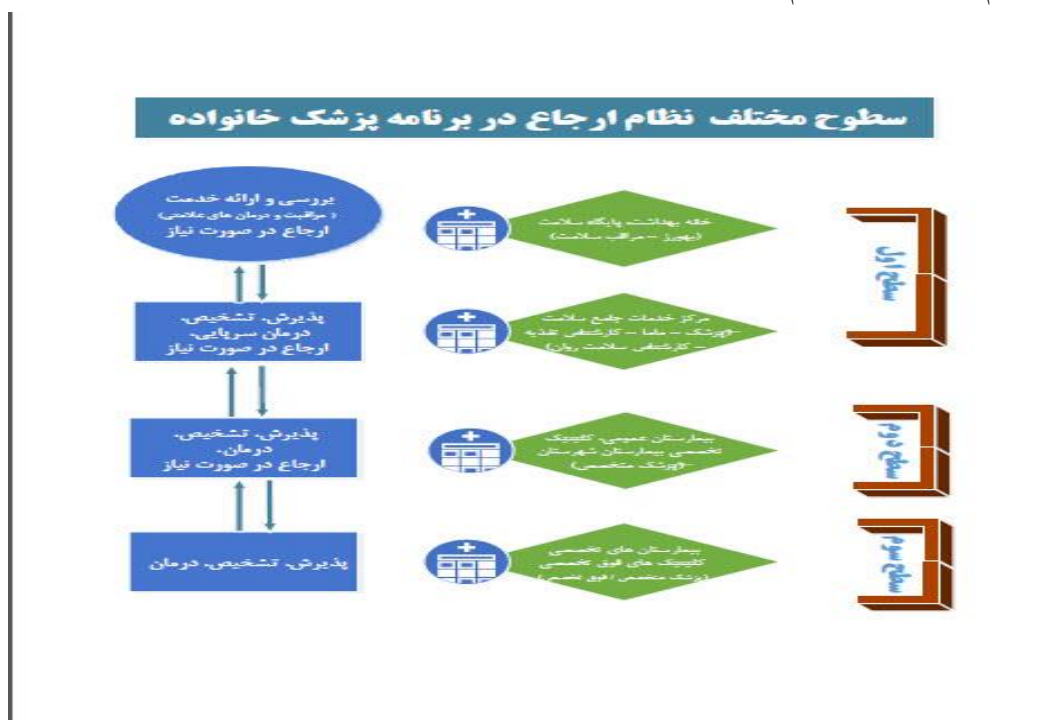
مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل های ابلاغی مربوطه آمده است، فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار، بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

❖ **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 میدهد.



✓ 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 می شوند ظرف مدت ۲۴ ساعت، توسط پزشک و مراقب سلامت پیگیری می شوند. در صورت ارجاع غیرفوری این کار در طول یک هفته بعد از ارجاع انجام می شود.

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 بازخوراند) به **ارجاع دهنده** (در همان سطح یا سطوح پایین تر) منعکس می کند و باید در انتها، تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

- ۱) نظام ارجاع مجموعه فرآیندهایی که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه خدمات نظام سلامت تعیین می کند.
- ۲) انواع ارجاع در نظام سلامت ارجاع افقی و ارجاع عمودی می باشد .
- ۳) 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 .
- ۴) 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 هفتم :

آشنایی با شرح وظایف شغلی بهورز

اهداف آموزشی	
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :	
(۱)	وظایف بهورز را در شناخت جمعیتی و زیست محیطی روستا بیان کند.
(۲)	وظایف بهورز را در برقراری ارتباط با مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف بهداشتی را نام ببرد.
(۳)	وظایف بهورز را در آموزش مردم را بیان کند.
(۴)	وظایف بهورز را در ارائه مراقبت های بهداشتی به گروه های هدف را بیان کند.
(۵)	وظایف بهورز را در خدمات پیشگیری و مراقبت از بیماریهای واگیر و غیر واگیر را بیان کند.
(۶)	وظایف بهورز را در مدیریت سلامت محیط و کار در روستا را بیان کند.
(۷)	وظایف بهورز را در درمان های ساده علامتی و کمک های اولیه را بیان کند.

مقدمه

- ✓ **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 واریه 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 :**

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

۲- آموزش تغذیه مناسب برای نوجوانان و جوانان

۳- آموزش پیشگیری از رفتار های پرخطر در گروه میانسالان

۴- آموزش اصول فعالیت فیزیکی مناسب برای گروه سنی سالمندان

۵- ارائه مراقبت های بهداشتی به گروه های هدف

۱-۴- ارائه مراقبت به نوزادان و کودکان :

- ۱- 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

۲-۴- ارائه مراقبت های بهداشتی به گروه های هدف

- ❖ 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)

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

- ۱- 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 ...)
- ۲- طبقه بندی
- ۳- اقدامات پیشگیری و درمانی
- ۴- آموزش
- ۵- مشاوره
- ۶- پیگیری و مراقبت ، پیگیری مراقبت بیماران ، پیگیری ارجاع ها
- ۷- ارجاع ، فوری و غیر فوری به سطح بالاتر
- ۸- ثبت خدمات ،ثبت نرم افزاری خدمات

۳-۴-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 و...
- ✓ طبقه بندی
- ✓ اقدامات پیشگیری و درمانی شامل : مکمل یاری ویتامین D بر اساس دستورالعمل، اقدامات پیشگیری از مرگ و میر گروه های 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:

۱. **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.

۲. **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

۳. 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

۷-۴- 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

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

۱. 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

۲. 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

۳. ارائه خدمات ناباروری :

غربالگری افراد مستعد یا مشکوک به ناباروری، ارجاع افراد مشکوک به ناباروری، پیگیری

۹-۴- 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 مادران باردار)
- ❖ ارائه خدمات سلامت دهان (انجام خدمت واریش فلوراید برای کودکان ۳ تا ۱۴ سال)
- ❖ ثبت معاینات دهان و دندان
- ❖ ارجاع در صورت لزوم
- ❖ پیگیری

۱۰-۴- 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

- ۵-۱- واکسیناسیون و مراقبت از بیماریهای قابل پیشگیری بوسیله واکسن
- ۵-۲- مراقبت AEFI (مراقبت پیامدهای نامطلوب ایمنسازی) و تزریقات ایمن
- ۵-۳- زنجیره سرما
- ۵-۴- آموزش چگونگی پیشگیری و درمان و توانبخشی موارد بیماریها به بیماران و عموم مردم
- ۵-۵- درمان بیمارانی که دارای پروتکل درمانی مشخص هستند.
- ۵-۶- بیماریابی
- ۵-۷- ارجاع و موارد پیگیری درمان
- ۵-۸- **مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای واگیر :** مدیریت بیماری سل، حذف مالاریا، کنترل هاری، کنترل کالآزار، 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، آنفلوآنزا، پیشگیری و کنترل بیماری وبا و تیفوئید و اسهال خونی، بوتولیسم، مدیریت بیماری گال و شپش، پیشگیری و کنترل HIV/AIDS، هپاتیت
- ۵-۹- آموزش و مراقبت زوجین ناقل تالاسمی
- ۵-۱۰- **ارائه مراقبت های بیماریهای غیر واگیر :** فشار خون، دیابت، روانی، گواتر، آسم، سرطان ها، هیپو تیروئیدی، فیل 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
- ۶-۱۰- بیماریهای منتقله از راه غذا و آب : شناسایی طغیان ، آموزش ، گزارش موارد طغیان و ...
- ۶-۱۱- جلب مشارکت روستائیان و شورای اسلامی روستا
به منظور ارتقای وضعیت بهداشتی روستا (دفع زباله و دفع فضولات حیوانی و ...)
- ۶-۱۲- مبارزه با استعمال دخانیات
- ۶-۱۳- برنامه کاهش اثرات بلایا (مشارکت در مراحل پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازتوانی)
- ۶-۱۴- آموزش و نظارت بر راههای مبارزه با حشرات و جوندگان
- ۶-۱۵- آموزش و نظارت بر نحوه استفاده از سموم و گند زداها
- ۶-۱۶- مشارکت در پروژه های بهسازی محیط : **مثال** : مشارکت و نظارت در احداث و بهسازی توالت های بهداشتی
- ۶-۱۷- 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

- ۷-۱- شناسایی کارگاه های خانگی و غیر خانگی روستای اصلی و قمر
- ۷-۲- ثبت مشخصات عمومی کارگاه در فرم بازدید و پیگیری رفع نقایص و ارسال گزارش به مافوق
- ۷-۳- ثبت اطلاعات عمومی واحد های کارگاهی در سامانه جامع بازرسی
- ۷-۴- مشارکت و هماهنگی در برنامه های سلامت شاغلین و معاینات پزشکی
- ۷-۵- 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:

✓ 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.

- ✓ 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.
- ✓ 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 روستا بیان 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 هشتم :

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

اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند : ۱. فضای فیزیکی خانه بهداشت استاندارد را توضیح دهد. ۲. تجهیزات و ملزومات خانه بهداشت استاندارد را نام ببرد. ۳. علت اهمیت رعایت چیدمان در تجهیزات خانه بهداشت را توضیح دهد. ۴. چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات اتاق کار و اتاق معاینه را بیان کند. ۵. نحوه نگهداری تجهیزات اتاق معاینه را توضیح دهد. ۶. نحوه نگهداری تجهیزات اتاق کار را توضیح دهد.

مقدمه

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 آیم 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:

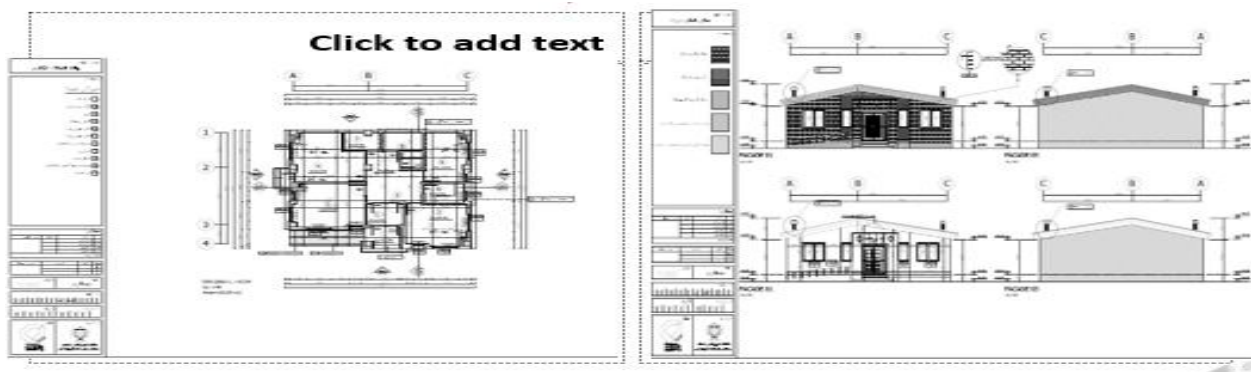
• تیپ استاندارد ۱ (۹۰ متر مربع)

• تیپ استاندارد ۲ (۱۰۵ متر مربع)

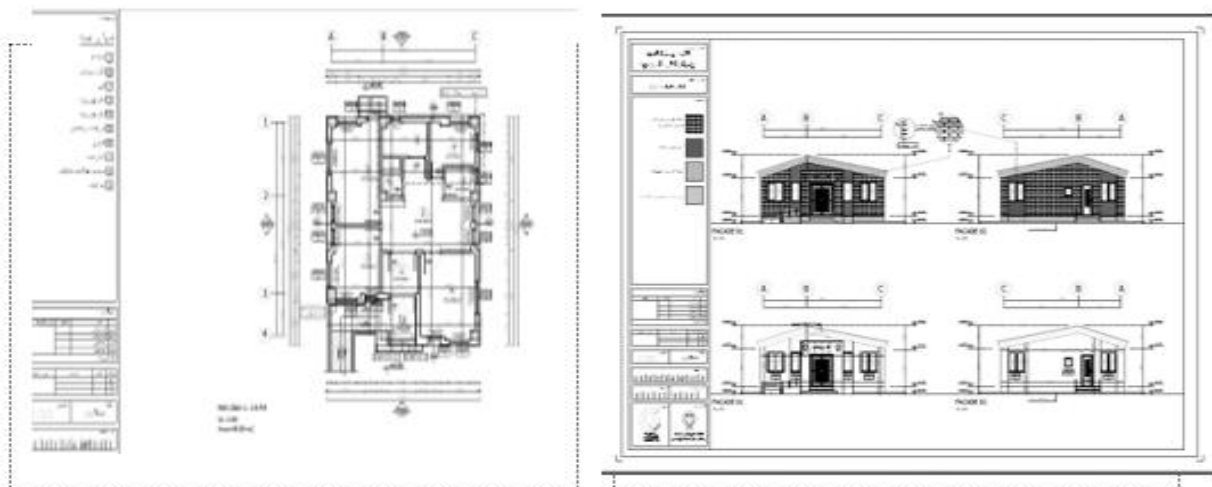
مترائ خانه های بهداشت در حال حاضر بر اساس تعداد استاندارد بهورز هر خانه بهداشت و فضای کار مورد نیاز آنها برای ارائه خدمات برنامه های سلامت تعیین می گردد.

معمولا 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.

نقشه فضای فیزیکی خانه های بهداشت (۱۰۵ متری)



نقشه فضای فیزیکی خانه های بهداشت (۹۰ متری)



فضای فیزیکی خانه های بهداشت



اصول کلی چیدمان وسایل و تجهیزات در خانه بهداشت

- (۱) رعایت اصول ذیل در چیدمان وسایل و تجهیزات در خانه بهداشت از اهمیت خاصی برخوردار است 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.
- چیدمان وسایل باید طوری باشد که وسایل خطرناک و یا تجهیزات حساس در دسترس مراجعین بویژه کودکان قرار نگیرد.
- (۳) 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.

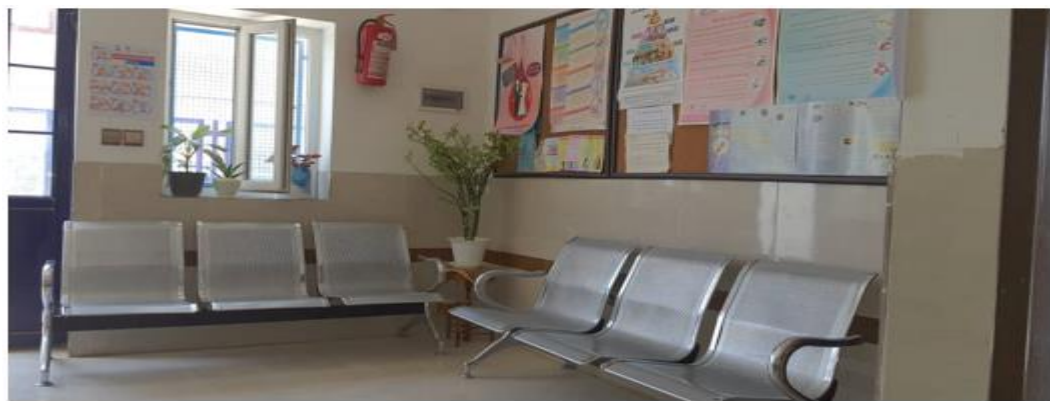
کپسول آتش نشانی:

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

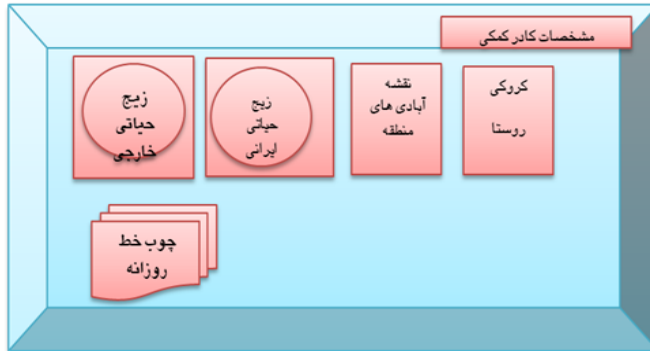


(چگونگی نصب پوسترها)

تجهیزات و ملزومات اتاق کار (۱) بهورز

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

فرم های شناسنامه ای خانه بهداشت:



۱. فرم مشخصات بهورز

۲. کروکی روستا

۳. نقشه منطقه

۴. زیج حیاتی

۵. 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 بیمارها
- تقویم مناسبیت های بهداشتی

پوستر راهنمای تغذیه با شیر مادر:

جدیدترین پوستر در اتاق کار بهورز و در محل دید مراجعان روی برد آموزشی نصب شود.

چارت B.M.I: چارت نوزاد 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) قرارداده شود.

سینی معاینه: بر روی میز کار بهورز قرار گرفته و شامل وسایل زیر است:

- تایمر
- چراغ قوه
- مترنواری
- آبسازنگ 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 دروازه 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 ۲ سال 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.



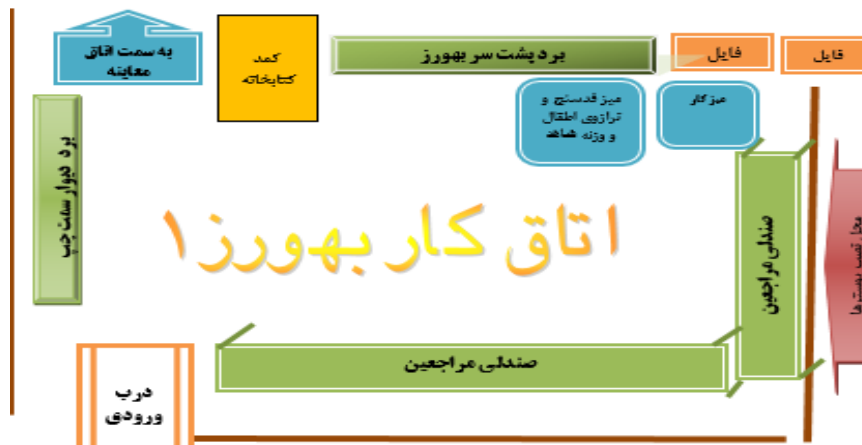


- در اتاق کار نزدیک میز کار بهوز و کنار دیوار دور از جریان مستقیم باد یا نور آفتاب قرار گیرد.
- ترازوی اطفال روی قسمت مربوطه در میز قدسنج یا در جای مطمئن و تراز قرار گیرد.
- ترازو بعد از هر بار استفاده قفل شده و صحت آن با وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی که باید در کنار آن وجود داشته باشد در ابتدای هر روز سنجیده شود.

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 تعداد 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.





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

- 1. 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.
- 2. 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.
- 3. کمد کتابخانه:** در محل مناسبی از اتاق کار قرار گرفته و فصلنامه های بهورز، پمفلت ها و سایر منابع آموزشی در آن نگهداری شود.
- 4. 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.



5. یخچال واکسن: در محلی دور از نور با فاصله مناسب از دیوار (۱۵-۲۰ 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 در جایی با فاصله مناسب قرار گیرد.

- ترمومتر در داخل یخچال وجود داشته باشد.
- واکسن ها و حلال ها در طبقات یخچال بر اساس دستور عمل 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



6. 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.

7. ترالی پانسمان

- دو عدد بیکس جهت قراردادن پنبه و گاز و باید یکی از بیکس 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
- جیتل 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، گوشه مامایی، لگن استیل، ظروف استوانه ای جهت قرار دادن وسایل





۸. **سونیکید (sonicaid):** دستگاه سونیکید برای اندازه گیری ضربان قلب

جنین بوده و باید در کنار تخت معاینه به دیوار نصب شود

۹. **گوشی مامایی:** در زمانی که امکان استفاده از دستگاه سونیکید نمی

باشد مورد استفاده قرار میگیرد و در ترالی پانسمان نگهداری میشود



۱۰. **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.



۱۱. **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



۱۲. **برانکارد تا شو:** جهت حمل بیمارانی که قادر به حرکت نیستند استفاده

می شود. برانکارد بایستی زیر تخت معاینه نگهداری شود.



۱۳. **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



۱۴. **دستگاه فور**

فور در 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 صفره 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.

15. 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.

۱۶. واکسن کاریر



در ابتدای هر روز کاری، باید واکسن کاریر 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.



17. 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.

۱۸. 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 ایمن سازی 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.

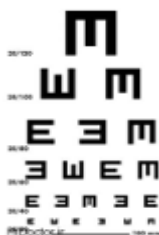
19. ترالی پیشگیری و مراقبت بیماریها و بهداشت محیط و کار : ترالی جهت قرار دادن ملزومات

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 کلرسنجی
- جعبه ید سنج
- سینی ORT (پیمانه مدرج، پودر ORS، قاشق، پارچ)
- لام و لانت ها
- ظروف نمونه گیری خلط
- بطری شیشه‌ای تیره رنگ محتوی کلر مادر و قیف اشاره شود.
- از طبقه پایین این ترالی می توان جهت قرار دادن، لگن استیل و واکسن کاربرد 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.

20. چارت سنجش بینایی

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



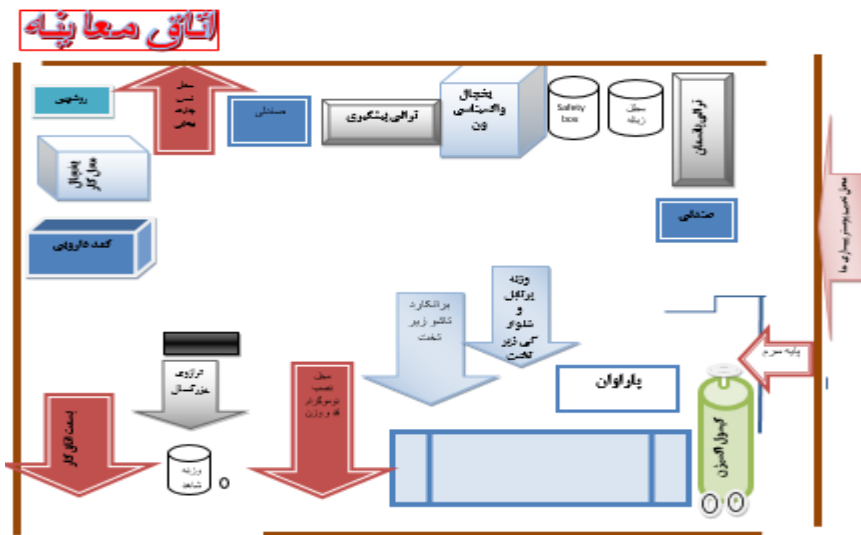
21. سینی ORT:

شامل: پارچ یک لیتری و لیوانهای 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.

تجهیزات و ملزومات اتاق کار (۲) بهورز

موارد قابل نصب در برد اتاق شماره ۲		
ردیف	موارد مورد انتظار	استاندارد مورد انتظار
۱	نمودار رسم درجه حرارت یخچال و قرم تبدیل ماه های میلادی به شمسی	مطابق فرمت تعیین شده بر روی یخچال نصب و درجه حرارت روزانه کنترل و نمودار آن رسم گردد.
۲	پوستر سل	در محل دید نصب شده باشد به نحوی که بهورز در زمان شرح حال گیری و معاینه بتواند از آن استفاده نماید
۳	پوستر بیماران روانی - عصبی	در محل دید بهورز نصب شده باشد. به نحوی که بهورز در زمان شرح حال گیری و معاینه بتواند از آن استفاده نماید

محل نگهداری بوکلت ها، کتب و دستور عمل ها		
ردیف	موارد مورد انتظار	استاندارد مورد انتظار
۱	کتابچه راهنمای والکسیناسیون	آخرین چاپ این کتابچه باید در قفسه کتابخانه نگهداری شود
۲	جزوات و کتب آموزشی	آخرین جزوات و کتب آموزشی به روزی به طور مرتب در کمد نمایش در یک طبقه جداگانه نگهداری شود.
۳	پمفلت های آموزشی	پمفلت های آموزشی جدید به طور مرتب در کمد نمایش 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 جدا سازی شود.



آشپز خانه

۱- **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 آشپز خانه در اتاق شماره ۲ در کنار یخچال واکسن

۲- اجاق گاز: برای تهیه آب جوش و اوزش غذای کمکی به مادر

۳- 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

- ۱) بررسی از نظر شکستگی
- ۲) ترک خوردگی یا پارگی (ترک خوردگی بدنه وسایل یا پارگی کابل های الکتریکی)
- ۳) تغییر رنگ در بدنه تجهیزات و ملزومات پزشکی وسایل ارقام
- ۴) زنگ زدگی و سوراخ شدگی (در ارقام مصرفی یا بسته بندی آنها)
- ۵) نشتی (بطور مثال نشتی کپسول اکسیژن یا اطفای حریق)
- ۶) چسبندگی (لوله های پلاستیکی و ...)
- ۷) بوی غیر معمول

نگهداری وسایل و تجهیزات خانه بهداشت

❖ جلوگیری از آسیب و آلودگی

۱. آسیب فیزیکی

برای جلوگیری از شکستگی، ارقام شکننده در پایین ترین سطح قرار گیرد و نباید ارقام 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 پسماند های برای جلوگیری از ورود حشرات و حیوانات موزی 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 موزی 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 موزی 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 واکسن، دستگاه فور، سونیکید، کپسول اکسیژن در اتاق کار بهورزان دور از نور خورشید بوده و دستور عمل نحوه استفاده به آن الصاق شده باشد.
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 کاملاً خشک کنید.
۸. مواد قابل اشتعال و آتش گیر را از کنار سیلندرهاى 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

۱. کف حیاط بهداشتی و قابل شستشو باشد.
۲. نظافت حیاط رعایت شده باشد.
۳. به فضای سبز حیاط توجه شده باشد.
۴. هیچ گونه وسایل اضافی و اسقاطی درحیاط خانه بهداشت وجود نداشته باشد.
۵. فاضلاب خانه بهداشت به صورت بهداشتی دفع گردد.
۶. زباله های خانه بهداشت به صورت بهداشتی جمع آوری و دفع شود.
۷. برفروبی 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 هریک و محل استقرار آن را توضیح دهد .

فصل نهم :

اخلاق حرفه ای بهورزی



اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :

۱. تعریف اخلاق را بیان کند.
۲. تعریف عملیاتی اخلاق را بیان کند.
۳. تعریف حرفه را بیان کند.
۴. تفاوت حرفه و شغل را توضیح دهد.
۵. ویژگی های اصلی یک حرفه را بیان نماید.
۶. اخلاق حرفه ای را تعریف کند.
۷. اخلاق حرفه ای در شغل بهورزی را توضیح دهد.
۸. 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

۱. مجموعه ای از دانش تخصصی و مهارت های فنی
۲. آموزش و تجربه ای رسمی
۳. نظامنامه اخلاقی یا استاندارد رفتاری داشته باشد.
۴. تعهد به ارائه خدمات عمومی
۵. سازمان رسمی برای حمایت از حرفه ای شدن وجود داشته باشد.
۶. اعطای جواز به دست اندر کاران
۷. مقررات شدید و استاندارد های سطح بالای صلاحیت ها
۸. اطمینان
۹. 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 ی 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 پابندی 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 مریان 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.



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. خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز
۶. از اسم و عنوان خود برای انجام کار های شخصی استفاده نکند.
۷. با مردم به خوبی ارتباط برقرار کرده و در جهت حل مشکلات آنها بکوشد.
۸. از گرفتن هر گونه وجه از مراجعین به خانه بهداشت خودداری کند.
۹. 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.
۱۰. 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 پابندی 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 دهم :

آشنایی با حقوق سلامت



اهداف آموزشی

- انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :
 - تعریف حق بر سلامتی را بیان کند.
 - ۲- مفهوم و دامنه حقوق سلامت را توضیح دهد.
 - ۳- عواملی که باعث دشواری ارائه تعریف جامعی از حق بر سلامتی می گردند، را توضیح دهد.
 - ۴- حق های بشری را نام ببرد.
 - ۵- چهار عنصر ضروری برای حقوق سلامت را بیان کند.
 - ۶- تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی را توضیح دهد.
 - ۷- ابعاد تعهدات دولت ها را نام ببرد.
 - ۸- مسئولیت بخش خصوصی و نهادهای غیر دولتی در قبال حق بر سلامتی را بیان کند.

مقدمه

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.

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 براین، **حق بر محیط زیست سالم** که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه حقوق سلامت سیراب می شود.

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 تامین 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 ابعادی باشد که برای داشتن زندگی سالم، ما را کمک نماید. لذا برای پی بردن به گستره مفهومی، قلمرو و محتوای حق بر سلامتی، لازم است نگاهی به اسناد بین المللی مربوط به این حق بیاندازیم. ناسایی جهانی حق بر سلامت به معنای روشن بودن مفهوم و محتوی این حق به طور کامل نیست و در واقع تبیین حق بر سلامت کاری بسیار دشوار و پیچیده است

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

(۱) نارسایی تعبیر حق بر سلامتی

(۲) تنوع ابعاد و حوزه های مربوط به سلامتی

۱- نارسایی تعبیر حق بر سلامتی

سلامتی در معنای لغوی محدود به کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم، در حالتی 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، تعبیری چون "حق بر مراقبت سلامتی"، "حق بر مراقبت پزشکی" و "حق بر حمایت از سلامتی" هم مورد استفاده قرار می گیرد.

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.

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



۲- تنوع ابعاد و حوزه های مربوط به سلامتی

عامل دیگری که به دشواری تعریف حق بر سلامتی می افزاید، وجود ابعاد گوناگون برای سلامتی و حوزه های متنوعی است که به سلامتی مرتبط می گردند.

در اسناد بین‌المللی که مورد اشاره قرار گرفت، عموماً از **سلامتی جسمی و روانی** و بعضاً از **سلامتی معنوی و اجتماعی** سخن رفته است. اگر هم توافقی نسبی در مورد سلامتی جسمی وجود داشته باشد، یافتن اجماع و اتفاق نظر بر سر سایر ابعاد سلامتی بسیار دشوار است.

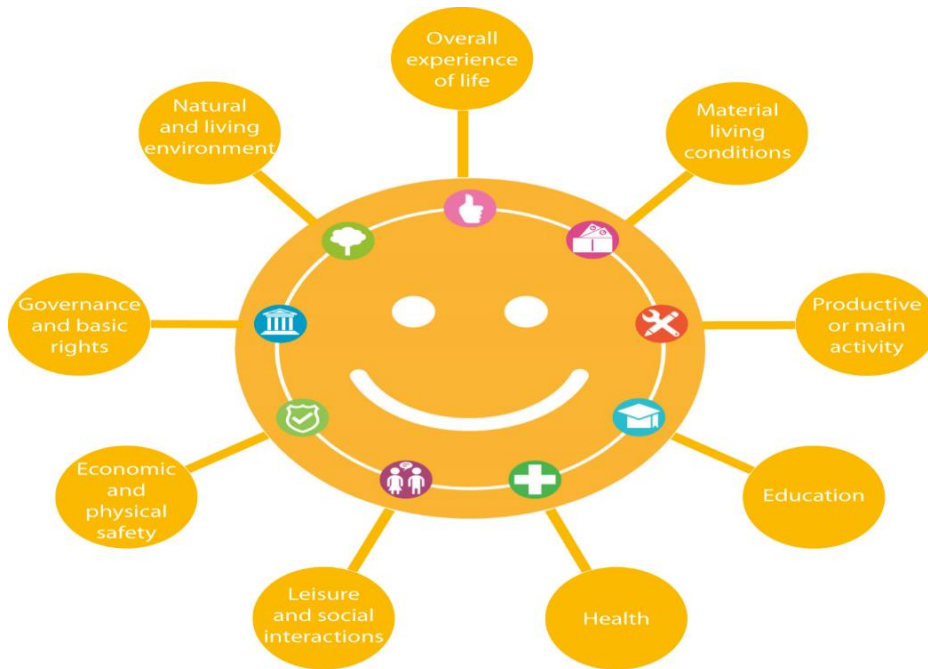
تنوع ابعاد و حوزه‌های مربوط به سلامتی

اگر به **سلامتی روحی یا روانی** اشاره کنیم مشخص نیست که منظور از سلامتی روحی یا روانی دقیقاً چیست؟ یا فردی که از نظر روانی سالم تلقی می‌شود، دارای چه خصوصیتی می‌باشد؟ البته ممکن است که شخص از نظر **جسمی** فردی قوی و مقاوم در برابر ابتلا به بیماری و توانایی مبارزه با مشکلات جسمی و دیگر ابعاد محیط فیزیکی خود را داشته باشد، اما از نظر **وضعیت روحی** ناسالم به حساب آید.



حق‌های بشری

وضعیت انسانی وابسته به پیش شرط‌هایی برای حفظ و تداوم است:
محیط زیست سالم، آب سالم آشامیدنی، تغذیه سالم، شرایط سالم کاری و حرفه‌ای، نظافت و بهداشت، با حق‌های بشری دیگری ارتباط پیدا می‌کند:
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

عناصر حقوق سلامت

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

- ۱) در اختیار بودن (availability)
- ۲) در دسترس بودن (accessibility)
- ۳) قابل پذیرش بودن (acceptability)
- ۴) کیفیت (quality)

۱-در اختیار بودن (availability)

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

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

۲- در دسترس بودن (accessibility)

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 :

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

۳- قابل پذیرش بودن (acceptability)

قابل پذیرش بودن هم به معنای آن است که تمام تسهیلات، کالا و خدمات سلامتی باید با مراعات اخلاق پزشکی و درنظر 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.



۴- کیفیت (quality)

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



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 کیفیتی 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 می شود (که به مرور برنامه های دیگری نیز به آن اضافه شده است)

- ✓ آموزش درخصوص 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 داروهای اساسی

تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی

حق بر سلامتی علاوه بر ارتباط با حوزه های گوناگون، **حق جهان شمول** نیز محسوب می گردد. هر انسانی در هر جای دنیا از چنین حقی برخوردار است. حق بر سلامتی مختص شهروندان یک کشور نیست **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.

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

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.

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:

۱) **تعهد به احترام** (Obligation to Respect)

۲) **تعهد به حمایت** (Obligation to Protect)

۳) **تعهد به ایفا** (Obligation to Fulfill)

۱- 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.
- **در خصوص حق بر سلامتی**، تعهد به احترام به معنای آن است که دولت ها در مسیر بهره مندی از این حق، موانع و محدودیت هایی برای افراد یا دسته هایی از افراد ایجاد نکنند یا موانع موجود و محدودیت های جاری را مرتفع سازند.

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

❖ تعهد به خودداری از منع و محدود کردن دسترسی برابر همه اشخاص به خدمات پیشگیرانه درمانی و تسکین دهنده مربوط به سلامتی.

❖ اجتناب از محروم ساختن یا محدود نمودن دسترسی گروه هایی از انسانها مثل زندانیان، بازداشت شدگان، پناه جویان، اقلیت ها و مهاجران قانونی، طبعاً به معنای تعمیم خدمات سلامتی به آنان است که نیازمند هزینه است.

۲- تعهد به حمایت

تعهد به حمایت از حقوق فرد در برابر تجاوز طرف های ثالث بیان می شود. این بعد متضمن اجتناب از نقض حق و مانع شدن دیگران از نقض آن است.

ذکر نمونه هایی 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 حرفه ای در بخش سلامت، حائز معیارهای مناسب تحصیلی، مهارتی و موازین اخلاقی و رفتاری باشند.

۳- تعهد به ایفا و اجرا

تعهد به ایفا برای تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جنبه محوری دارد. از این رو تعهد دولت ها برای ایفای حق بر سلامتی به معنای انجام اقداماتی ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد در خصوص سلامتی می باشد. به عبارتی دیگر، دولت ها موظفند زمینه بر خورداری و امکانات لازم برای بهره مندی 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 تأثیر گذاران بر تحقق و ارتقای حق بر سلامت محسوب می گردند. شرکت های تجاری محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی، به نوعی به طور خصوصی اجرای حق بر سلامت را بر عهده 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) قرارداد 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

انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند:

- ۱) مفهوم و دامنه حقوق سلامت را نام ببرید.
- ۲) عناصر حقوق سلامت را توضیح دهید.
- ۳) تعهدات دولت ها در قبال حقوق سلامت را بیان کنید.
- ۴) یک خلاصه نویسی دو صفحه ای (۲۰ سطر) را در خصوص حقوق سلامت تهیه کنید.

فصل یازدهم :

آشنایی با قوانین و مقررات کاری در خانه بهداشت

اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :
۱- آئین نامه حضور و غیاب کارکنان را شرح دهد
۲- نحوه تشویق و تنبیه کارکنان را بیان نماید
۳- هدف از ارزشیابی کارکنان دولت را شرح دهد
۴- آئین نگارش و نحوه ارسال مکاتبات و مراسلات اداری را بیان نماید
۵- اموال منقول و غیر منقول را نام ببرد
۶- نحوه ارتباط با سازمان (آشنایی با طرح طبقه بندی مشاغل- استخدام- تهیه شناسنامه آموزشی- طرح تکریم ارباب رجوع) را توضیح دهد
۷- تشکیلات سازمانی را تعریف نماید
۸- تفاوت رشته و رشته ی شغلی را عنوان نماید
۹- انواع استخدام را ذکر نماید

مقدمه

آشنایی با قوانین و مقررات کاری برای تمامی کارکنان یک سیستم الزامی است ، هر نیرو باید با قوانین اداری آن سیستم آشنا باشد تا طبق مقررات آن اداره ارائه ی خدمت نموده نماید .لذا آشنایی با قوانین و مقررات اداری باعث میشود که حضور و غیاب ، تشویق و تنبیه و ارزشیابی کارکنان به درستی صورت گرفته و طبق این مقررات است که تشویق و تنبیه نیرو انجام شود .

۱- آئین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت (تصویب نامه شماره ۲۷/۱۱/۱۳۶۵ هیات وزیران)

ماده ۱: کلیه کارکنان دستگاههای اجرایی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعات ورود و خروج خود را در کارت یا دفتر حضور و غیاب ثبت نمایند مگر آنکه از سوی مقام ذیصلاح دستگاه مربوط برای ورود و خروج هر یک از آنان کتباً ترتیب دیگری مقرر شود.

ماده ۲: ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تاخیر محسوب گردیده و با مستخدمی که تاخیر ورود داشته باشد به شرح زیر رفتار می شود:

الف - تاخیر تا دو ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور می گردد.
ب- تاخیر ورود بیش از دو ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی و ثابت و اجرت فوق العاده مخصوص و سایر فوق العاده های مستخدمین پیمانی یا دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی به میزان کل ساعات تاخیر خواهد بود.

ماده ۳: خروج از محل خدمت زود تر از ساعات مقرر نیز تعجیل خروج محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمت های الف و ب ماده ۲ خواهد بود.

ماده ۴: تاخیر ورود در موارد زیر موجه محسوب گردیده و مدت تاخیر طولانی مدت در هر صورت جزو مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد:

الف - وقوع حوادث و سوانح غیر مترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان تحت تکفل و نیز سایر افراد خانواده در صورتی که تحت تکفل وی باشند.

ب- احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی با ارائه گواهی مرجع احضار کننده.

تبصره - تشخیص موارد مذکور در این ماده با مدیر واحد ذیربط خواهد بود.

ماده ۵: به مستخدمی که در هر ماه بیش از ۴ بار تاخیر ورود یا تعجیل خروج غیر موجه داشته باشد و جمع مدت تاخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد مجموع تاخیر برای ماه اول و دوم کتباً اخطار داده خواهد شد. و برای ماه سوم فوق العاده شغل مستخدم خالی بمیزان ۳۰٪ و برای ماه چهارم بمیزان ۵۰٪ و برای ماه پنجم به میزان صددرصد (۱۰۰٪) و به مدت یکماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به هیات رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد شد.

تبصره ۱: تاخیر ورود یا تعجیل خروج بیش از ۸ ساعت در هر ماه در هر حال مشمول حکم این ماده خواهد بود.

تبصره ۲: در مورد مستخدمینی که قبلاً به علل دیگری بجز موارد فوق الذکر فوق العاده شغل آنان قطع گردیده از سومین ماهی که تاخیر ورود یا تعجیل خروج آنان به حد نصاب فوق برسد پرونده امر به هیات رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد شد.

۲- تنبیه و تشویق کارکنان

طرح انتخاب کارمندان نمونه دولت مصوبه شماره ۷۰۴۷/دش مورخ ۲/۷/۱۳۸۵ شورای عالی اداری

شورای عالی اداری در جلسه مورخ ۲۳/۵/۱۳۷۵ بنا به پیشنهاد سازمان امور اداری و استخدامی کشور به منظور شناسایی و تقدیر از کارمندان نمونه که با برخورداری از وجدان کاری عمیق و رعایت انضباط اجتماعی و با تلاش چشمگیر و سخت کوشی فوق العاده منشاء خدمات مفید ارزنده برای دستگاه های خود و جامعه اداری می شوند " طرح انتخاب کارمندان نمونه دولت " را با توجه به اهداف زیر تصویب نمود:

- تقویت وجدان کاری و انضباط اجتماعی و اقتصادی
- ارج نهادن به خدمات ارزنده کارمندان متعهد و کارآمد
- تشویق و ترغیب کارمندان به کوشش و فعالیت بیشتر و ارائه خدمات بهتر و مفیدتر به ارباب رجوع
- اعتلای فرهنگ کار در جامعه اداری و ایجاد باورهای مثبت نسبت به کار و کوشش در میان کارمندان
- افزایش رضایت شغلی کارمندان و ارتقاء بهره وری نیروی انسانی
- معرفی کارمندان نمونه به عنوان الگوهای کار و کوشش به مردم به ویژه جامعه اداری.

معیارها یا ویژگی های کارمندان نمونه

- تعهد به نظام جمهوری اسلامی ایران
- وجدان کاری
- انضباط اداری ، اجتماعی و اقتصادی
- کاردانی و مهارت
- حسن شهرت
- خلاقیت و نوآوری
- تلاش در جهت ارتقاء بهره وری
- آگاهی از مسائل سیاسی ، اجتماعی و فرهنگی (به ویژه در مورد مدیران)
- تقویت روحیه کارگروهي و مشارکت دادن کارکنان در تصمیم گیری های سازمانی (ویژه مدیران)

- توجه دقیق به عملکرد کارکنان و کوشش در افزایش کارآیی واحد تحت سرپرستی (ویژه مدیران)

اقدامات اجرایی

- ۱- کارمندان نمونه در هر دستگاه دولتی، در سه سطح، مدیران و سرپرستان، کارشناسان، و سایر کارمندان انتخاب خواهند شد.
- ۲- به منظور انتخاب کارمندان نمونه در هر دستگاه دولتی، کمیته ای تحت عنوان "کمیته انتخاب کارمندان نمونه دستگاه"، که در این مصوبه به اختصار "کمیته دستگاه" نامیده می شود، با ترکیب زیر تشکیل می گردد.
 - معاون اداری و پشتیبانی یا عناوین مشابه دستگاه
 - یکنفر از مدیران به انتخاب مدیران همان دستگاه
 - یکنفر از مجموعه کارشناسان و کارمندان به انتخاب آنان

*منظور از دستگاه کلیه وزارتخانه ها، سازمانها، موسسات و شرکتهای دولتی مشمول قانون نظام هماهنگ پرداخت هستند که از نظر قانون بودجه، دستگاه مستقل تلقی می شوند.
- ۳- در مواقعی که "کمیته دستگاه" به منظور انتخاب کارمندان نمونه وزارتخانه ها و کلیه موسسات و شرکت های وابسته به آن تشکیل جلسه می دهد رئیس موسسه وابسته یا نماینده وی با حق رای در کمیته حضور خواهد یافت.
- ۴- نهاد ریاست جمهوری و سازمانهای مستقل تحت نظر مستقیم رئیس جمهوری در این مصوبه مانند وزارتخانه عمل خواهند کرد.
- ۵- به منظور انتخاب کارمندان نمونه دولت شورایی تحت عنوان "شورای انتخاب کارمندان نمونه دولت" با ترکیب زیر تشکیل می گردد.
 - دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور یا یکی از معاونین آن سازمان به عنوان رئیس شورا.
 - معاون وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی
 - مشاور فرهنگی رئیس جمهور

*دبیرخانه شورای مزبور در سازمان امور اداری و استخدامی کشور خواهد بود.
- ۶- دبیرخانه شورا تمهیدات لازم را جهت معرفی کارمندان نمونه دولت به حضور ریاست جمهوری در روز چهارم شهریور (روز کارمند) و نیز معرفی آنان به مردم از طریق رسانه های گروهی فراهم می نماید.

۷- تقدیر از کارمندان نمونه دولت به صورتهای زیر خواهد بود:

- معرفی به حضور ریاست جمهوری و اعطای لوح تقدیر
- معرفی جهت دریافت نشانهای عمومی و یا تخصصی به دفتر اعطای نشانهای دولتی موضوع مواد ۹ و ۱۲ مصوبه شماره ۱۲۳۳۴/ت/۳۳۵ هـ- مورخ ۳۰/۸/۶۹ هیات محترم وزیران
- اعطای جوایز نقدی یا غیر نقدی
- اعزام به سفرهای زیارتی-سیاحتی
- اعطای بورس های آموزشی داخل و یا خارج از کشور

۸- تقدیر از کارمندان نمونه دستگاه به صورتهای زیر خواهد بود:

- معرفی به حضور وزیر یا بالاترین مقام دستگاه و اعطای لوح تقدیر
- اعطای جوایز نقدی یا غیر نقدی

۹- اعطای جوایز و تسهیلات مقرر به کارمندان نمونه فقط در یک سطح مجاز خواهد بود.

۱۰- کلیه کارمندان رسمی یا ثابت و نیز کارمندان پیمانی ریال موقت و یا عناوین مشابه که بطور تمام وقت در دستگاههای مشمول قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت اشتغال دارند مشمول مقررات این مصوبه می باشند

۱۱- دستگاه هایی که از طرح های خاص جهت انتخاب کارمندان نمونه ، برای متصدیان مشاغل اختصاصی خود استفاده می نمایند، مشمول مقررات این مصوبه نیز می گردند.

۱۲- سازمان امور اداری و استخدامی کشور ظرف مدت ۲ ماه تعاریف، ضوابط و مصادیق و نیز دستورالعمل اجرایی طرح "انتخاب کارمندان نمونه دولت" را تهیه و به کلیه دستگاه های مشمول این مصوبه ابلاغ خواهد نمود.

۳- ارزشیابی کارکنان دولت :

اهداف ارزشیابی:

فرآیندی است که طی آن عملکرد فرد و میزان اثربخشی او سنجیده می شود تا بر اساس آن بتوان تصمیمات مناسبی را در زمینه بهسازی نیروی انسانی ، افزایش کارآیی و شایسته سالاری انتخاب نمود. ارزشیابی صحیح می تواند در اعمال پادشاهای عادلانه و افزایش انگیزه مشارکت کارکنان موثر باشد.

دایره شمول: کلیه کارکنان رسمی، ثابت و پیمانی و موقت دولت در شمول ارزشیابی قرار می گیرند.

مزایای طرح ارزشیابی جدید:

- در نظر گرفتن تمام ابعاد شایستگی (عملکرد، توسعه فردی و رفتار)
- ملحوظ نمودن نتایج فعالیتهای شغلی و دستاوردهای فردی
- منابع ارزشیابی از انحصاری بودن خارج شده و نظرات همکاران، ارباب رجوع و خود فرد علاوه بر مدیران اعمال می شود.

فرمهای ارزشیابی:

- فرم ارزشیابی مدیران (جهت کلیه کارکنانی که از طرح مدیران استفاده می کنند مدیر بیمارستان و مدیره پرستاری و....)
- فرم ارزشیابی مدیران پایه (جهت رئیس اداره و معاونین اداره رئیس گروه و....)
- فرم ارزشیابی کارشناسان (جهت کارشناسان، سر پرستار و سوپر وایزر کلیه مسئولان مانند مسئول آزمایشگاه و...)
- فرم ارزشیابی کارکنان

فرآیند تکمیل ارزشیابی:

- در بهمن ماه فرمها باید به افراد تحویل داده شود تا نسبت به تکمیل قسمتهای مربوطه و ضمیمه نمودن مدارک و مستندات اقدام نمایند
- فرم توسط مسئول مستقیم فرد و مسئول واحد بررسی و امتیاز داده می شود.
- طی مصاحبه با فرد نقاط قوت و ضعف او رایادآوری نموده و انتظاراتی که از او برای سال آینده وجود دارد در جلسه حضوری مطرح و روی فرم نوشته می شود.

پیشنهاد: اضافه شدن مصادیق پیشنهاد از دو منبع مورد تأیید به چهار سطح ذیل :

- ۱-پیشنهاد مورد تأیید شورای پذیرش و بررسی پیشنهاد دستگاه
- ۲-پیشنهاد مورد تأیید مراجع تصویب کننده
- ۳-پیشنهاد مورد تأیید بالاترین مقام دستگاه و معاونین ایشان
- ۴-پیشنهاد اجرا شده با تأیید مدیر واحد

امتیازات منفی :

- در کلیه فرم ها اعمال امتیازات منفی با توجه به تذکرات کتبی مقام مافوق و یا آرائ هیئتهای رسیدگی به تخلفات اداری
- از هر تشویقی فقط یک عدد مورد قبول می باشد
- پیشنهاد بایستی به تأیید شورای پیشنهادات رسیده باشد
- تهیه مجموعه آموزشی بایستی به تأیید مدیر واحد برسد چنانچه جهت ارزیابی واحد مراجعه گردید در صورت لزوم ارائه گردد
- امتیازات منفی با توجه به نوع و میزان تاثیر آن بر اثربخشی و کارائی واحد یا دستگاه امتیاز منفی مورد نظر را تعیین و در محل مربوطه درج می نماید

امتیازات تشویقی:

- ۱ مدیر بیمارستان مدیره پرستاری
- ۲ رئیس بیمارستان رئیس مرکز
- ۳ معاونتها
- ۴ رئیس دانشگاه
- ۵ رئیس جمهور

۴- آئین نگارش و نحوه ارسال مکاتبات و مراسلات اداری

آئین نگارش و گزارش نویسی

مقصود از نگارش: اگر نویسنده ای بتواند آنچه را که در ذهن دارد بی کم و کاست روی کاغذ بیاورد، به نگارش دست زده است پس مقصود از نگارش «رسانیدن پیام نویسنده به خواننده» بنابر این رعایت هر نکته ای که پیغام را درست و زودتر به خواننده برساند، شایسته خواهد بود، لیکن توجه داشت که رعایت سلیقه های مختلف در کار نگارش، مشکلاتی را بار می آورد و حال آنکه هر سلیقه ای باید پیرو اصول و موازین علمی و پذیرفته شده باشد به دلیل نیاز روز افزون سازمانهای مختلف کشور د رجعت تحقق هر چه سریعتر اهداف خویش برای آشنا ساختن کارکنان و مدیران خود به شیوه های نگارش و گزارش نویسی ، آنها را به دوره های ویژه مربوط که بصورت کوتاه مدت اعزام می نمایند .

هر نوشته ای باید پاسخگوی دو مطلب اساسی باشد :

- چه می خواهیم بنویسیم ؟ - چگونه بنویسیم ؟

در مورد مطلب اول باید بدانیم که هدف ما چیست و چه فکری را باید برای رسیدن بدان هدف فراهم آوریم
در مورد مطلب دوم لازم است شیوه نگارش را بیاموزیم .

نوشته خوب و روشن بازتاب طرح و نقشه ای است که صرف وقت را برای خواننده به حداقل برساند. از این رو هیچ نوشته خوب و روشنی نیست که از یک فکر روشن مدد و براساس طرحی دقیق و منظم پی ریزی نشده باشد.
برای رسیدن به این هدف ناگزیر باید مشکلات نگارش را شناخت و با طرح نقشه ای دقیق که از رهگذر مراحل چهار گانه گزارش نویسی امکان پذیر است آنها را برطرف ساخت .

مشکلات نگارش:

- نحوه خط و ابهامی که در بیشتر نوشته ها از نظر شیوه خط وجود دارد.
- املائی لغات
- رعایت قواعد دستور زبان
- خط خورد گیها احتمالی
- ناهماهنگی الفاظ و جمله ها
- انتخاب زمان مناسب
- کشدار بودن مطلب
- عدم ربط منطقی مطالب
- نا آشنایی د ربکار گیری نشانه ها

مراحل چهار گانه نگارش یا گزارش:

برای رهایی از علل و موانع یاد شده و انتقال افکار و اطلاعات به روشنی به خواننده ناگزیر باید مراحل چهار گانه زیر را در تنظیم هر نوع نوشته یا گزارش رعایت کرد.

۱. تهیه و تدارک
۲. طرح ربط منطقی مطالب
۳. نگارش
۴. تجدید نظر و اصلاح

۱- تهیه و تدارک

پیش از آنکه به نوشتن آغاز کنیم باید تمام اطلاعات، حقایق، علل و عوامل مربوط به موضوع نگارش را در نظر آوریم و برای اندیشه را بکار گیریم و به نیکی در یابیم که:

هدف ما در این نگارش یا گزارش چیست؟

خواننده ما کیست؟ چه اطلاعاتی از مطلب مورد گزارش یا نگارش دارد که در فهم مقصود او را یاری می دهد و چه اطلاعاتی باید به او داد شود که نتیجه گیری های نهایی برایش سودمند باشد.

- آیا تمام اطلاعات و افکاری که باید در خلال نوشته گنجانده شود آمده است؟
- آیا نوشته خود یک پیام ساده است، یا باید به اجزای اصلی و فرعی تقسیم شود؟

در این مرحله با توجه به موارد یاد شده لازم است:

- کلیه مطالب و افکار مربوط به موضوع را که باید طرح خود بگنجانیم جمع آوری کنیم.
- افکار لازم را حذف و افکار زاید حذف گردد.
- افکار اصلی و فرعی را مورد سنجش و ارزشیابی قرار دهیم و مرتبه آنها را از حیث تقدم و تاخر تعیین کنیم
- در این مرحله فقط با فهرست افکار سرو کار داریم و هنوز زمان نگارش فرا نرسیده است

۲- طرح ربط منطقی مطالب: منظور ترتیب در بیان افکار و نظریات رعایت گردد آوردن افکار و پیامها

بدنبال هم به نحوی که میان آنها از حیث توالی منطقی یا تقدم و تاخر نسبتی معقول برقرار گردد.

۳- نگارش: پس از تهیه و تدارک مقدمات نگارش و ملاحظه ربط منطقی آنها زمان نگارش فرا میرسد. این

مرحله مهم ترین مراحل گزارش نویسی است، زیرا به منزله سند محسوب میشود و طبعاً این سند نباید کمترین خدشه و ایرادی داشته باشد. و در ابتدای نوشتن تهیه می شود.

۴- اصلاح و تجدید نظر: مطالب تدوین شده مورد بازنگری قرار میگیرد و از نظر رعایت ساختار و املا

لغات کنترل و بازنگری می شود.

طبقه بندی نامه های اداری

اسناد طبقه بندی شده به چهار درجه تقسیم می شوند:

- ۱- محرمانه
- ۲- خیلی محرمانه
- ۳- سری
- ۴- خیلی سری

هریک از اسناد را باید برحسب مورد برطبق مقررات و آیین نامه حفاظتی د ربالا و پایین هر برگ مهر نمود. از مجموع نامه های طبقه شده فقط کسانی حق دارند اطلاع داشته باشند که در اقدام به نحوی از انحاء دخالت داشته اند. بنابراین نامه طبقه بندی شده را بدون علت و لزوم در دسترس دیگری قرارنیايد داد . و در موضوع نامه طبقه بندی شده با همکاری یا دوستان بحث نیاید کرد .

اجزای نامه های اداری

در نامه نگاری امروز ، رعایت پاره ای از نکات ضروری است و اجزا نامه های اداری که در عرف امروز جهان پذیرفته شده است بدیت ترتیب است :

- | | | |
|----------------|---------------------------------------|--|
| ۱- سرلوحه | ۲- نام و عناوین گیرنده | ۳- تاریخ صدور نامه |
| ۴- شماره دفتری | ۵- آغاز نامه | ۶- آغازنامه (عبارت یا جمله احترامی |
| آغازی) | | |
| ۸- متن نامه | ۹- پایان نامه (عبارت یا جمله پایانی) | ۱۰- نام و نام خانوادگی نویسنده سمت او) |
| ۱۱- مهر سازمان | ۱۲- گیرندگان رونوشت | |

مثال:

به: مرکز آموزش و پژوهش صنایع ایران
از: وزارت آموزش و پرورش
موضوع: اجازه تاسیس هنرستان کامپیوتر

عبارات استاندارد در نگارشهای اداری

الف- در مورد بیان مطالب:

- مقامات بالاتر: به استحضار می‌رساند.
- مقامات مساوی: اعلام می‌گردد
- مقامات پایین تر: اعلام می‌گردد.

ب- تقاضای انجام کار یا دستور اجرا

- مقامات بالاتر: مستدعی است - مقرر فرمایید
- مقامات مساوی: خواهشمند است دستور فرمایید

- مقامات پایین تر: دستور فرمایید یا دستور دهید

ج- جلب توجه و آگاه ساختن

- مقامات بالاتر: جهت آگاهی به عرض می‌رسانم
- مقامات مساوی: جهت آگاهی اعلام می‌گردد
- مقامات پایین تر: جهت آگاهی اعلام می‌گردد

د- درمورد قبول یا رد

- مقامات بالاتر: اقدام گردید یا اقدامی مقدور نیست
- مقامات مساوی:
- مقامات پایین تر: جهت آگاهی اعلام می‌گردد

ه- تحویل اموال

اموال دولت: اموالی هستند که توسط دستگاههای دولتی خریداری و یا به هر طریق قانونی دیگر به تملک دولت در آمده یا درمی آیند منظور: هدایا- کمکهای غیر نقدی- انتقال مالکیت براساس احکام مراجع قانونی

بطور کلی اموال به دو دسته تقسیم میشوند

۱- منقول ۲- غیر منقول

۱- منقول:

عبارتند از اموال و اشیایی که نقل آنها از محلی به محل دیگر بدون اینکه به خود مال یا محل آن خسارتی وارد شود ممکن باشد.

از جمله موارد یکه جزئی اموال منقول محسوب می‌شوند

عبارتند از:

- ۱- انواع کشتیها کوچک و بزرگ و قایقها و سایر وسایط موتوری نقلیه
- ۲- کلیه کارخانجات سیار که جزئی از بنا و عمارت نباشد
- ۳- مصالح بنائی از قبیل سنگ و اجر که بواسطه خرابی جدا شده باشد یا برای بنایی تهیه شده باشد

اموال منقول به سه دسته تقسیم میشوند:

- ۱- اموال مصرفی: بر اثر استفاده بصورت کلی یا جزئی از بین می‌روند مانند: گچ - مداد و کاغذ

۲- **اموال غیر مصرفی:** بدون تغییر محسوس و از دست دادن مشخصات اصلی بطور مکرر مورد استفاده قرار نمیگیرند. مانند: یخچال - تلویزیون

۳- **اموال در حکم مصرفی:** در ظاهر با اموال غیر مصرفی مشابهت دارند اما بلحاظ طبیعت و ماهیت یا ارزش کم تنظیم حساب برای آنها بصورت اموال غیر مصرفی ضرورت ندارد مانند: پارچ - سینی - لیوان

۲- اموال غیر منقول:

اموالی که نتوان آنها را از محلی به محل دیگر انتقال داد. چه استقرار آن تصورت ذاتی باشد (مانند درخت) و چه اینکه به واسطه عمل انسان طوری قرار گرفته باشد که نقل و انتقال فیزیکی آن مستلزم وارد آمدن خرابی به خود مال، یا نصب آن باشد مانند مسجده بکاررفته، کارنجات، ساختمانها،.....

اموال رسیده: اموالی هستند که تحت ابوالجمعی امین اموال قرار میگیرند.

اموال فرستاده شده: اموالی که مقررات ائین نامه اموال بنحوی از ابوالجمعی امین اموال خارج و دستور حذف آنها صادر شده باشد.

اموال امانی: اموال منقولی که از طرف وزارتخانه ف موسسات دولتی و شرکتهای دولتی بااساس ماده ۱۱۰ قانون محاسبات عمومی برابر مقررات و بطور موقت در اختیار سایر وزارتخانه ها، موسسات، شرکتهای دولتی و نهادهای غیر دولتی قرار گرفته است.

امین اموال: ماموری است که از بین مستخدمین رسمی واجد صلاحیت و امانتدار با موافقت ذیحساب و بموجب حکم وزارتخانه یا موسسه ذیربط به این سمت منصوب و مسئولیت حراست و تحویل و تنظیم حسابهای اموال و اوراقی که در حکم وجه نقد است و کالاهای تحت ابوالجمعی بعهد او میشود.

جمعدار: ماموری است که به موجب مقررات، با موافقت ذیحساب و به حکم وزارتخانه یا موسسه مربوط مسئولیت تحویل و تحول نگاهداری وجوه، نقدینه ها، سپرده، اوراق بهادار و اموال وزارتخانه یا موسسه دولتی کلاً یا بعضاً به عهده او گذارده شود. از تاریخ ابلاغ آئین نامه امین اموال بعنوان جمعدار به امین اموال تغییر یافته است.

۶- نحوه ارتباط با سازمان

بر اساس نوع کار و وظایف تعیین شده برای هر یک از وزارتخانه ها شغل‌های مختلفی بوجود می آید که بعلاوه تنوع کار و شرح وظایف مختلف تعداد این مشاغل آنقدر زیاد است که دولتها و نهائیتا سازمانهای تشکیل شده ناچار هستند برای بهره وری بیشتر از نیروی انسانی و رفع تبعیض و تقسیم عادلانه حقوق و دستمزد، مشاغل خود را دسته بندی نموده تا بتوانند به سهولت و سرعت به اهداف تعیین شده و در نهایت انجام وظایف مشخص سازمان خود برسند به اینگونه دسته بندی شغلها اصطلاحاً « طبقه بندی مشاغل » گفته می شود .

برای اداره هر کشوری :

۱. ابتدا قانون اساسی نوشته می شود
۲. مجری قانون اساسی دولت ها هستند
۳. برای اجرای قانون اساسی وظایف مشخصی برای دولت تعریف می شود
۴. برای انجام آن وظایف سازمان ها ، موسسات و وزارتخانه ها بوجود می آیند که هر یک دارای وظایف و نیروی انسانی خاصی هستند
۵. بر اساس نوع کار و وظایف تعیین شده برای هر وزارتخانه شغل های مختلفی بوجود می آید
۶. چون تعداد این شغل ها بسیار زیاد است برای رفع تبعیض و تقسیم عادلانه حقوق و دستمزد مشاغل را دسته بندی می کنند
۷. به این دسته بندی طبقه بندی مشاغل می گویند

تهیه شناسنامه آموزشی:

با دارندگان گواهینامه های مهارتی ، تخصصی و تخصصی - پژوهشی که کلیه الزامات این نظام را رعایت نموده و گواهی آنها به تائید سازمان مدیریت و برنامه ریزی رسیده باشد از نظر ارتقاء گروه و سایر مزایای استخدامی مرتب ، مشابه دارندگان مدارک تحصیلی فوق دیپلم ، لیسانس ، فوق لیسانس رفتار می گردد ، در این حالت موضوع تعجیل منتفی می گردد.

تذکر: هر کدام از کارکنان دولت در طول خدمت می توانند صرفاً یکی از گواهینامه های فوق الذکر را دریافت و در یک سطح تحصیلی بالاتر همتراز شوند.

* به ازاء هر ۱۷۶ ساعت آموزش ، کارکنان می توانند از یک سال تعجیل در ارتقاء گروه برخوردار گردند.

مواد طرح تکریم

ماده ۱: شفاف و مستند سازی نحوه ارائه خدمات به ارباب رجوع

- نوع خدمات قابل ارائه به ارباب رجوع
- مقررات مورد عمل و مراحل انجام کار
- مدت زمان انجام کار
- مدارک مورد نیاز و فرم های مورد عمل
- عنوان واحد، محل استقرار، نام متصدی انجام کار و تعیین اوقات مراجعه
- نوع فناوری مورد استفاده

ماده ۲: اطلاع رسانی

- نصب در تابلوی راهنما در مبادی ورودی و در معرض دید مراجعین
- تهیه بروشور و توزیع بین ارباب رجوع و مخاطبین
- نصب نام و نام خانوادگی، عوامل متصدی انجام کار، پست سازمانی و رئوس وظایف اصلی کارکنان در محل استقرار آنان
- راه اندازی خط تلفن گویا

ماده ۳: تهیه کتاب راهنمای مراجعین و ایجاد سایت اینترنتی

ماده ۴: تدوین منشور اخلاقی در ارتباط با مردم

ماده ۵: بهبود و اصلاح روشهای ارائه خدمت به مردم

ماده ۶: بررسی مجدد فرایندها و انتخاب بهترین روش

ماده ۷: مستند سازی و اصلاح روشهای انجام کار در قالب فرم های مربوطه

مستند سازی فرایندها: اگر کاری را همانگونه که انجام می دهیم بنویسیم و همانطور که می نویسیم عمل

نمایم آن کار را مستند نموده ایم

ماده ۸: نظر سنجی از مردم

واحد های اجرایی موظفند هنگام ورود ارباب رجوع، برگ نظر سنجی در اختیار وی قرار دهند و نسبت به جمع

آوری و آنالیز اطلاعات اقدام و با توجه به نتایج حاصله برنامه ریزی نمایند.

ماده ۹: مرکز آمار ایران موظف است هر ساله طرح افکار سنجی از میزان رضایت مردم را به اجرا درآورد

ماده ۱۰: نظارت بر حسن رفتار کارکنان دستگاه های اجرایی با مردم

ماده ۱۱: سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و استانداران استان ها موظف هستند بر حسن اجرای این مصوبه نظارت نمایند و موارد عدم اجرای این مصوبه را به وزیر یا بالاترین مقام مسئول دستگاه گزارش دهند.

ماده ۱۲: تشویق و تقدیر از مدیران و کارکنان موفق و برخورد قانونی با مدیران و کارکنانی که موجب نارضایتی مردم می گردند

ماده ۱۳: تهیه و تدوین دستورالعمل تشویق و تنبیه

ماده ۱۴: انجام تشویق ها و تقدیر های لازم و برخورد قانونی روسای دستگاهها بر اساس گزارشهای واصله با مدیران بی تفاوت که موجبات رفع مشکلات مردم را فراهم نمیکند

ماده ۱۵: پیشگیری و مبارزه با ارتشاء و ریشه کنی آن در دستگاههای اجرایی

ماده ۱۶: فعال سازی شورا ها و کمیسیون های تحول اداری و آموزش و توجیه مدیران ، رؤسا و کارشناسان واحد هادر خصوص در الویت قرار دادن مصوبه طرح تکریم در دستگاهها

ماده ۱۷: اطلاع رسانی و فراگیر سازی طرح تکریم توسط سازمان و صدا و سیما

ماده ۱۸: مسئولیت نظارت بر اجرای دقیق این مصوبه و ارائه گزارش به رئیس جمهور یا معاون اول ایشان به عهده سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و استانداری می باشد

ماده ۱۹: در مورد هزینه های اجرای طرح تکریم که با سقف اعتبارات مصوب در موافقتنامه های بودجه هزینه ای و سرمایه ای باید پیش بینی شود دستگاه های اجرایی مشمول مصوبه طرح تکریم مردم و جلب رضایت ارباب رجوع می توانند هزینه های اجرای این مصوبه را تا سقف اعتبارات مصوب در موافقت نامه های بودجه هزینه ای و سرمایه ای پیش بینی نمایند و برای اجرای این مصوبه با تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان از اعتبارات مازاد درآمد موضوع تبصره ذیل ماده ۷۶ قانون برنامه سوم توسعه استفاده نمایند

ماده ۲۰: دستگاههای اجرایی هر سه ماه یکبار موظفند گزارش عملکرد خود را در خصوص مصوبه طرح تکریم به شورای عالی اداری گزارش نمایند

آشنایی با اصطلاحات رایج در طبقه بندی مشاغل:

پست ثابت سازمانی: محلی است در تشکیلات وزارتخانه به صورت مستمر که برای ارجاع به یک مستخدم در نظر گرفته می شود اعم از اینکه متصدی داشته باشد یا نداشته باشد.

تشکیلات سازمانی: یعنی شکسته شدن شرح وظایف کل سازمان یا شکسته شدن شرح وظایف یک سازمان به عبارت دیگر وظایف یک سازمان را در واحدهای مختلف تقسیم کردن.

ماده ۲۴:

۱. مشاغل را شناسایی و بررسی می کند (سازمان امور اداری موظف است کلیه مشاغل وزارتخانه ها و موسسات دولتی را شناسایی و بررسی نماید).
۲. وظایف و مسئولیتها را مشخص می کند
۳. شرایط احراز

ماده ۲۵: در اجرای ماده ۲۵ مشاغل را دسته بندی میکند (سازمان امور اداری کشور مکلف است هر یک از وظایف و مشاغل موجود در سازمانها را دسته بندی کند)

ماده ۳۰: مشاغل به یکی از گروه های جدول حقوقی تخصیص می یابد (کلیه مشاغل را در یکی از گروه های جدول حقوقی تخصیص می دهد)

پست: مجموعه وظایف و مسئولیتهایی مشخص و مستمر است که بر اساس موازین قانونی برای ارجاع به یک فرد در نظر گرفته می شود

شغل: مجموعه وظایف و مسئولیتهای مرتبط و مستمر و مشخص که از طرف سازمان امور اداری و استخدامی کشور برای یک واحد پیش بینی میکنند و به عنوان یک کار واحد شناخته می شود.

مجموعه چند پست یک شغل و مجموعه چند شغل یک رشته شغلی و مجموعه چند رشته شغلی یک رسته را تشکیل می دهد: مانند رشته شغلی کارشناس امور اداری که در برگیرنده مشاغل مانند کارشناس تشکیلات و روشها و کارشناس طبقه بندی مشاغل و کارشناس امور اداری و کارشناس بهبود روشها و غیره می باشد یا رشته شغلی مسئول خدمات اداری که در برگیرنده مشاغل مانند متصدی امور دفتری، بایگان، مسئول امور دفتری و مسئول خدمات می باشد.

رشته شغلی: رشته شغلی عبارت است از چند طبقه شغلی که از لحاظ نوع کار مشابه بوده ولی از نظر اهمیت و دشواری وظایف و مسئولیتها دارای درجات مختلف می باشد طبقه یک هر رشته شغلی از لحاظ اهمیت پائین ترین سطح آن رشته شغلی محسوب می شود .

رسته شغلی: مجموعه چند رشته شغلی است که با هم کادر وسیع یک حرفه را بوجود می آورد مثل رسته بهداشتی درمانی

شرح رشته شغلی: عبارت از شرحی است که به منظور مشخص کردن وظایف و مسئولیتها و تعیین شرایط احراز مشاغل قابل تخصیص به آن تهیه می شود و حاوی عنوان، تعریف، نمونه ای از وظایف و مسئولیتها، حداقل شرایط احراز و همچنین تاریخ تصویب و شماره تشخیص که مبین رسته، رسته فرعی، رشته و طبقات آن مشاغل است می باشد مشاغل و وزارتخانه ها و شرکتهای دولتی که قانونا مکلف به اجرای این آئین نامه هستند وقتی به رسمیت شناخته می شوند که شرح رشته شغلی آنها حسب مورد از طرف سازمان امور اداری و استخدامی کشور تأیید و از نظر تخصیص طبقات آن به گروه های حقوقی به تصویب شورای امور اداری و اسخدامی کشور برسد .

بنابراین یک رشته شغلی باید دارای ۶ ویژگی باشد:

۱- عنوان رشته

۲- شماره تشخیص

۳- تاریخ تصویب

۴- تعریف

۵- نمونه وظایف و مسئولیتها

۶- شرایط احراز

۱-شرح شغل: شرح شغل عبارت است از فهرست جامع و بیان واقع از کیفیت وظایف و مسئولیتهای شغل در شرح یک رشته شغلی علاوه بر بیان وظایف و مسئولیتها، مهارت لازم و سایر خصوصیات مربوط به نحوه انجام آن نیز تشریح می شود . به عبارت دیگر شرح شغل به ما می گوید چه کاری باید صورت گیرد، آن کار به چه صورت باید انجام شود، هدف از انجام آن وظایف چیست . یک شرح رشته شغلی حاوی عنوان - کد - شماره تشخیص - تاریخ تصویب- تعریف - نمونه وظایف و مسئولیتها و شرایط احراز است

برای مثال: عنوان رشته : حسابرس

۱- عنوان رشته : حسابرس

۲- شماره تشخیص : ۹-۲۰۳۰۴۰۱ این کد ویژگی های آن رشته را در بردارد و رقم اول آن نشاندهنده رشته اداری و مالی دو رقم بعد رشته و دو رقم آخر طبقه آن پست را نشان می دهد و رقم آخر نشان دهنده طبقه کلی است و می گوید که کلا تا چند طبقه است .

۳- تاریخ تصویب هر شغلی یک روز ممکن است عوض شود مثلا تصویب شود که طبقه یک فلان شغل را از ۶ به ۷ یا به ۸ تغییر دهند.

۴- تعریف رشته : هر رشته تعریف خاص خودش را دارد .

۵- نمونه وظایف و مسئولیت ها : هر گونه تغییر و اصلاح و حذف به عهده شورای امور اداری و استخدامی کشور است که در کنار سازمان امور اداری و استخدامی یک ارگان مستقلی است که به صورت جداگانه عمل می کند

۶- شرایط احراز: ۱- تحصیل ۲- تجربه

ماده ۴ قانون استخدام : استخدام در قانون استخدام کشوری بر دو نوع است :

۱- رسمی

۲- پیمانی

مستخدم رسمی : کسی که به موجب حکم رسمی در یکی از گروه های جداول حقوق موضوع ماده ۳۰ برای تصدی یکی از پستهای سازمانی وزارتخانه ها یا موسسات دولتی مشمول این قانون استخدام شده باشد .

مستخدم پیمانی: کسی است که به موجب قرارداد بطور موقت برای مدت معین و کار مشخص استخدام می شود.

شرایط استخدام : برای استخدام باید پست ثابت سازمانی و اعتبار لازم وجود داشته باشد

۱- پست ثابت سازمانی

۲- بودجه

حال باید پس از استخدام نسبت به برقراری حقوق و مزایا برای مستخدمین خود اقدام نمایید

خلاصه و نتیجه گیری :

قوانین و مقررات کاری در خانه بهداشت را می توان به شرح ذیل اعلام کرد :

آئین نامه حضور و غیاب کارکنان ؛ نحوه هی تشویق و تنبیه کارکنان ؛ ارزشیابی کارکنان دولت ؛ آئین نگارش و نحوه ارسال مکاتبات و مراسلات اداری ؛ اموال منقول و غیر منقول ؛ نحوه ارتباط با سازمان (آشنایی با طرح طبقه بندی مشاغل - استخدام - تهیه شناسنامه آموزشی - طرح تکریم ارباب رجوع) ؛ تشکیلات سازمانی ؛ تفاوت رشته و رشته ی شغلی ؛ انواع استخدام

پرسش و تمرین

- ۱- آئین نامه حضور و غیاب کارکنان را شرح دهد
- ۲- نحوه تشویق و تنبیه کارکنان را بیان نماید
- ۳- هدف از ارزشیابی کارکنان دولت را شرح دهد
- ۴- آئین نگارش و نحوه ارسال مکاتبات و مراسلات اداری را بیان نماید
- ۵- اموال منقول و غیر منقول را نام ببرد
- ۶- نحوه ارتباط با سازمان (آشنایی با طرح طبقه بندی مشاغل - استخدام - تهیه شناسنامه آموزشی - طرح تکریم ارباب رجوع) را توضیح دهد
- ۷- تشکیلات سازمانی را تعریف نماید
- ۸- تفاوت رشته و رشته ی شغلی را عنوان نماید
- ۹- انواع استخدام را ذکر نماید

فصل دوازدهم

آشنایی با نحوه ی ایجاد بهره مندی مناسب مردم از خدمات بهداشتی

اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند : ۱- برنامه های سلامت را تعریف نماید. ۲- خدمات بهداشتی را تعریف نماید . ۳- خدمات سلامت را شرح دهد . ۴- ابعاد خدمات سلامت همگانی را ذکر نماید . ۵- مراقبتهای اولیه سلامت را توضیح دهد . ۶- خدمات بهداشت عمومی را تعریف نموده و مثال بزند . ۷- ساختار سازمانی نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران را با ترسیم شکل عنوان نماید . ۸- ارجاع و سطح بندی در نظام ارائه خدمات را نام ببرد ۹- سطح بندی در نظام ارائه خدمات را نام ببرد ۱۰- سطوح مختلف نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده را با ترسیم شکل نمایش دهد . ۱۱- تیم سلامت را تعریف و اعضای آن را نام ببرد ۱۲- تعریف مراقب سلامت را بیان نماید .

مقدمه

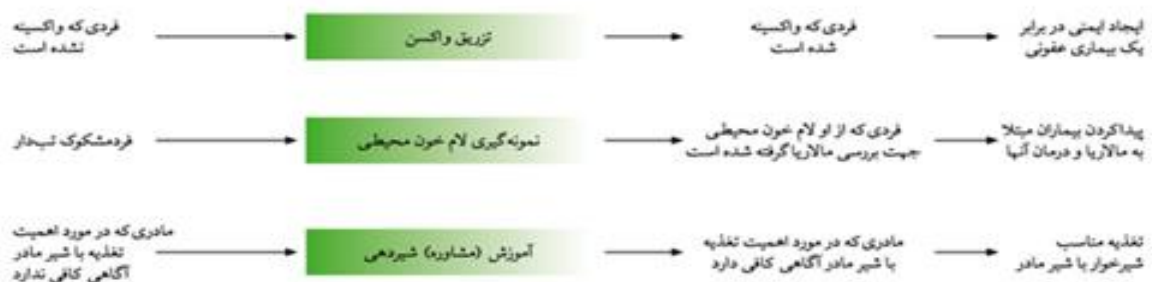
با استناد به این امر مهم که سنگ زیر بنای توسعه پایدار، انسان سالم است و با اعتقاد راسخ به این حقیقت که وجود شهروندان سالم به تنهایی می تواند باعث بزرگی و اقتدار یک جامعه و کشور باشد، دولت ها این تکلیف را باید بر خود فرض بدانند که برای تامین سلامت مردم اقدامات لازم را برای پیشگیری از بیماری ها و درمان به عمل آورند. اهمیت سلامت به عنوان یک حق اساسی برای زندگی بر کسی پوشیده نیست. و همه ی انسانها به یک نسبت می بایست از برنامه های سلامت بهره مند گردند .

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



خدمات سلامت : فعالیت هایی است که منجر به ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحات و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می شود. مجموعه فعالیت ها و فرایندهایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می کند.

خدمات همگانی سلامت :

خدماتی که بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین و مذهب در دسترس آحاد مردم قرار داده می شود. خدمات همگانی به این معنا نیست که همه افراد، تحت پوشش تمامی خدمات قرار می گیرند؛

خدمات همگانی سلامت با سه بعد زیر تعریف می شوند:

۱. وسعت خدمات (پوشش جمعیت)
۲. نوع خدمات (بسته خدمت جامع و ادغام یافته)
۳. پوشش هزینه

مراقبت های اولیه سلامت :

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده ها در دسترس همگان قرار می گیرند. این مراقبت ها 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 می کنند، نزدیک می کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می دهد.

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

ساختار سازمانی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران



تعریف ارجاع و سطح بندی در نظام ارائه خدمات

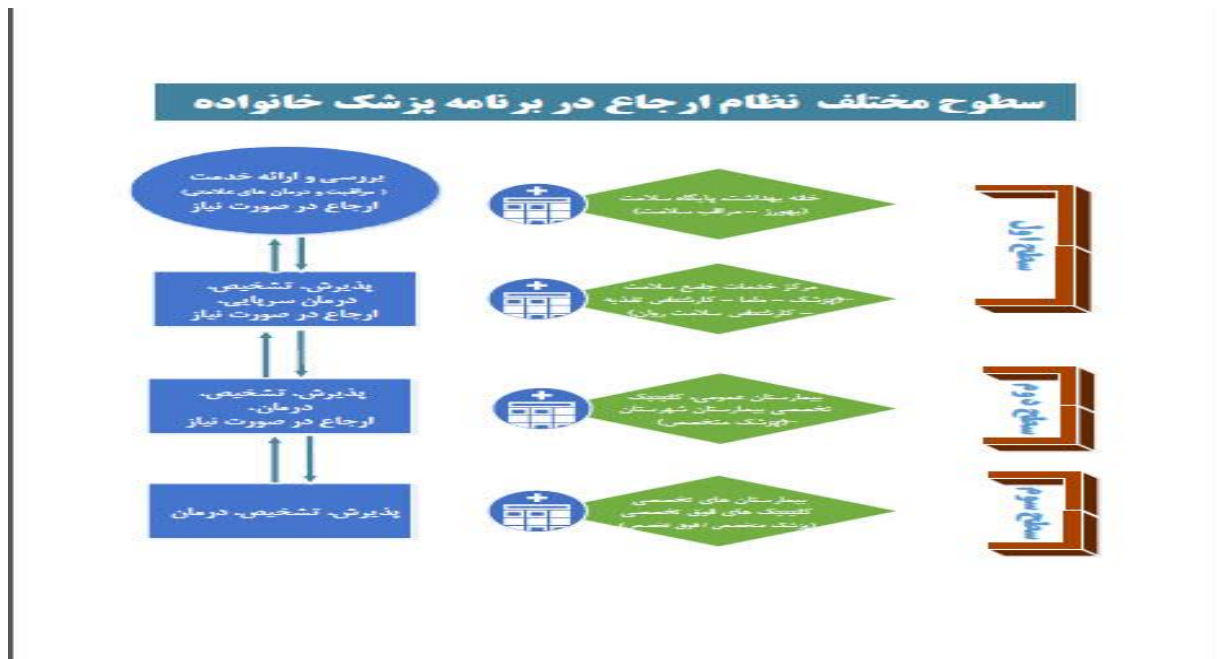
ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت :

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.

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)



سطوح ارائه خدمات سلامت :

مراقبت های سلامت در ۳ سطح در اختیار مردم و جامعه قرار دارد :

- سطح یک ارائه خدمات سلامت
- سطح دو ارائه خدمات سلامت
- 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.

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/بیمار، پذیرش، و در صورت لزوم دندانپزشک، مراقب سلامت دهان و نمونه گیر آزمایشگاهی یا کارکنان آزمایشگاه هستند.

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.

خلاصه و نتیجه گیری

با شناخت مفاهیم برنامه های سلامت، خدمات بهداشتی، خدمات سلامت و ابعاد خدمات سلامت همگانی؛ مراقبتهای اولیه ی سلامت و خدمات بهداشت عمومی و همچنین آشنایی با ساختار سازمانی نظام مراقبتهای اولیه ی بهداشتی در ایران و نوع ارجاع و سطح بندی در نظام ارائه خدمات می توان به ابعاد گسترده ی بهره مندی مردم از خدمات پی برد و چه بسا تلاش دولتها بر این است که طبق اصول PHC عدالت اجتماعی رعایت گردیده تا کلیه ی آحاد مردم بتوانند در دریافت خدمات سلامت مشارکت داشته باشند و با استفاده از تکنولوژیهای جدید این دسترسی سهل تر گردد

پرسش و تمرین

- ۱- برنامه های سلامت را تعریف نماید.
 - ۲- خدمات بهداشتی را تعریف نماید .
 - ۳- خدمات سلامت را شرح دهد .
 - ۴- ابعاد خدمات سلامت همگانی را ذکر نماید .
 - ۵- مراقبتهای اولیه سلامت را توضیح دهد .
 - ۶- خدمات بهداشت عمومی را تعریف نموده و مثال بزند .
 - ۷- ساختار سازمانی نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران را با ترسیم شکل عنوان نماید .
 - ۸- ارجاع و سطح بندی در نظام ارائه خدمات را نام ببرد
 - ۹- سطح بندی در نظام ارائه خدمات را نام ببرد
 - ۱۰- سطوح مختلف نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده را با ترسیم شکل نمایش دهد .
 - ۱۱- تیم سلامت را تعریف و اعضای آن را نام ببرد
 - ۱۲- تعریف مراقب سلامت را بیان نماید .
- تمرین عملی :** ۱- فراگیر بتواند ساختار سازمانی نظام مراقبتهای اولیه ی بهداشتی و نحوه ی بهره مندی مردم از خدمات بهداشتی در ایران تفسیر نماید .

فصل سیزدهم

مروری بر نظام اطلاعات سلامت و اجزای آن

اهداف آموزشی
انتظار است پس از یادگیری محتوای این مبحث فراگیر بتواند:
۱) نظام سلامت را تعریف کند.
۲) ارکان نظام سلامت را بیان کند.
۳) اهداف نظام سلامت را نام ببرد.
۴) چهار الگوی اصلی نظام سلامت در دنیا را توضیح دهد.

ارکان نظام سلامت 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 .

نظام های سلامت در دنیا با اقدام در چهار حیطه:

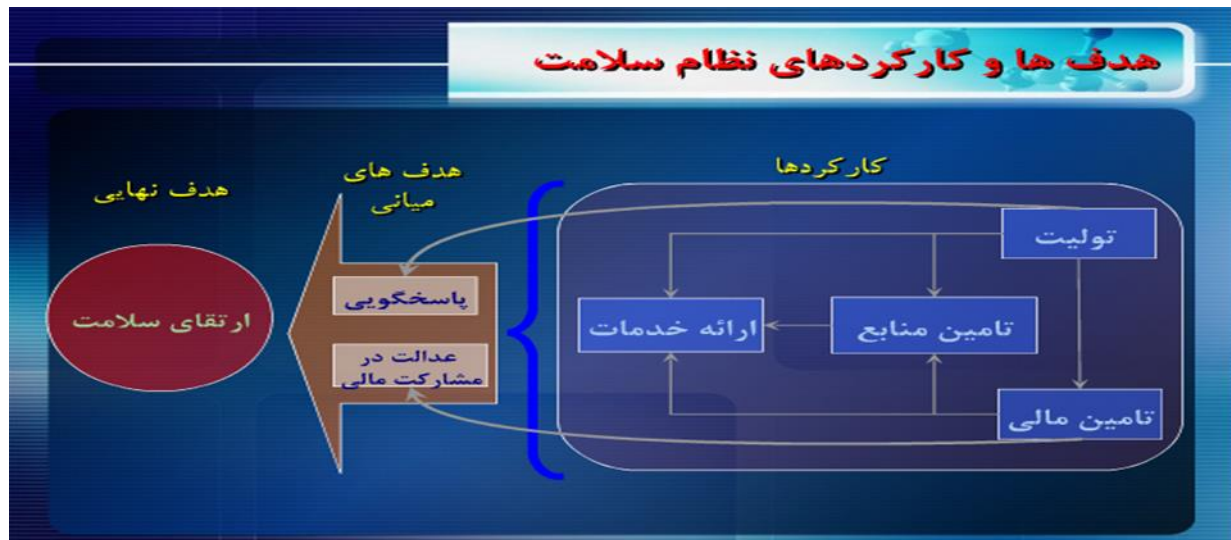
۱. تولید

۲. تولید و توسعه منابع انسانی و غیرانسانی برای سلامت

۳. تامین مالی برای پرداخت هزینه های سلامت

۴. و ارائه خدمات

اقدام به تحقق اهداف اساسی سازمان بهداشت جهانی می نمایند.



الگوی نظام سلامت در دنیا

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

چهار الگوی اصلی در دنیا :

۱. مدل بوری (Beveridge model)
۲. مدل بیسمارک (Bismarck model)
۳. مدل بیمه سلامت ملی (National Health Insurance)
۴. مدل پرداخت از جیب (Out-of-Pocket)

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

دریافت عادلانه از خدمات بهداشتی و سهولت دریافت خدمات همواره جزو دغدغه های نظام های سلامت در دنیا می باشد نظام سلامت ایران با اجرای طرحهای مختلف سرانجام در سال ۱۳۶۴ شبکه های بهداشتی درمانی را با ضوابط پیشگفت طراحی نمود که این نظام یکی از موفق ترین نظام های سلامت در دنیا می باشد.

پرسش و تمرین :
۱) نظام سلامت را تعریف نماید.
۲) ارکان نظام سلامت را بیان کند.
۳) اهداف نظام سلامت را نام ببرد.
۴) انواع الگوهای نظام سلامت را توضیح دهد.

فصل چهاردهم

آشنایی با کلیات برنامه شناسایی جمعیتی و زیست محیطی روستا

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- اهداف برنامه شناخت جمعیتی روستا را بیان کند .
- مفهوم خانوار را شرح دهد .
- آبادی را تعریف کند.
- مفهوم سرپرست خانوار را بیان کند .
- منظور از مکان را توضیح دهد.

مقدمه:

در این فصل شیوه های شناخت جمعیتی روستا - زیست محیطی روستا را خواهید آموخت . با بکارگیری این شیوه ها اطلاعات کاملی از مردمی که قرار است از خدمات شما بهره مند شوند و محیط زندگی آنان بدست خواهد آمد برای اجرای فرایندهای موجود در این برنامه ابزار و روش های که در این فصل با آنها آشنا خواهید شد . شناخت جمعیتی روستا و گروههای هدف برنامه های بهداشتی و نیز عوامل زیست محیطی که بر سلامت تاثیر می گذارند نخستین اقدام در اجرای برنامه های بهداشتی مختلف است.

اهداف برنامه شناخت جمعیتی - زیست محیطی روستا :

اهداف کلی اجرای برنامه شناخت جمعیتی - زیست محیطی روستا عبارتند از:

- (۱) شناخت جمعیتی مردم روستا به منظور شناسایی گروههای هدف برنامه های بهداشتی
- (۲) شناخت عوامل زیست محیطی مختلفی که ممکن است به نوعی بر سلامت این جمعیت موثر باشند.

شناسایی جمعیتی روستا: به مفهوم شناخت جمعیت روستا از نظر تعداد باروری، مرگ، رشد جمعیت، توزیع

اهداف اختصاصی برنامه شناسایی جمعیتی زیست محیطی روستا:

- (۱) مشخص کردن جمعیت از نظر تعداد، باروری، مرگ، رشد جمعیت، توزیع سن و جنس و مهاجرت و جمعیت ثابت و سیار و نیز جمعیت گروههای هدف برنامه ها، به عنوان پائهای برای اجرای برنامههای بهداشتی مختلف
- (۲) مشخص کردن روستاها کوچک و بزرگ و تعیین محل و راههای ارتباطی آنها بر روی نقشه، خصوصاً راههایی که جمعیت تحت پوشش را به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهرستان ارتباط میدهد.
- (۳) تعیین شرایط جوی و اقلیمی و موقعیت منطقه مخصوصاً از نظر فصل، مدت باران یا برف، گرما، خشکی و غیره.
- (۴) آشنایی با طوایط و تیرههای مختلف عشایر تحت پوشش خانه بهداشت، تعیین جمعیت و محل و مدت زمان سکونت و مسیر حرکت آنها در فصول مختلف سال
- (۵) تعیین وضعیت آبهای سطحی زیرزمینی در منطقه از قبیل آبهای جاری، راکد، چاه ها، چشمه ها، باتلاقها، استخرها و نیز گودال هایی که ممکن است در شرایط بارندگی تبدیل به لانه های لاروی شوند.
- (۶) تعیین وضعیت تسهیلات عمومی روستا (پست، مخابرات، مدرسه، حمام، کشتارگاه، غسالخانه، پایگاه نظامی، مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، دهداری و دیگر تسهیلات در روستا
- (۷) تعیین وضعیت کار و فعالیت اهالی تحت پوشش خانه بهداشت، مانند فعالیت های کشاورزی، دامپروری و یا فعالیت های فصلی نظیر کاشت و برداشت محصولات کشاورزی (مانند خرمایچینی، کاشت برنج و ...، پرورش زنبور عسل و یا کرم ابریشم و .. آشنایی با این فعالیتها در زمینه تنظیم زمان و نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نیز فعالیت های بهداشت محیط نظیر سمپاشی مهم است
- (۸) بررسی محل زیست خانوارها از نظر مسائل بهداشتی و برخورداری از تسهیلات لازم

سنی و جنسی، مهاجرت و به ویژه شناسایی برنامه های بهداشتی مختلف است. علاوه بر این یکی دیگر از کاربردهای اطلاعات جمعیتی تهیه آمارهای زیستی و شاخصهای بهداشتی است. همانطور که قبلاً گفته شد، «جمعیت یا گروه هدف برنامه های بهداشتی» عبارت است از گروهی از جمعیت که به دلیل موقعیت خاصش در معرض بروز یک یا چند مشکل از مشکلات سلامت هستند. مانند جمعیت کودکان زیر یکسال.

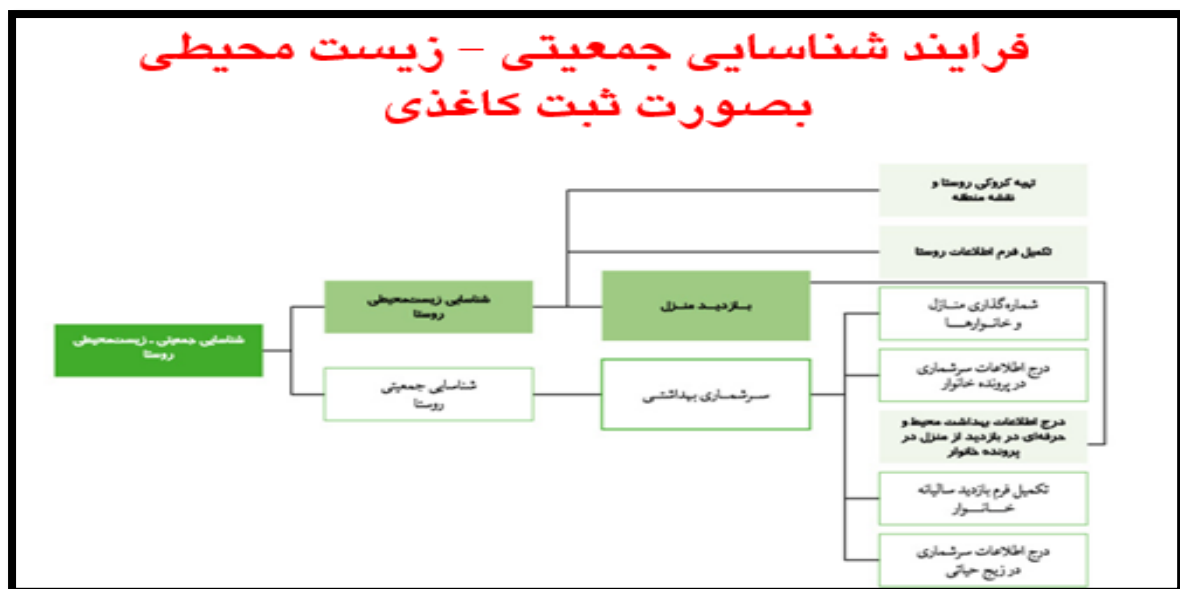
«محیط زیست» به همه آنچه که در بیرون از افراد وجود دارد اطلاق می شود. محیط زیست را می توان به منطقه جغرافیایی، محل سکونت یا کار افراد و محیط اجتماعی و فرهنگی تقسیم کرد. تمامی این عوامل می تواند بر وضعیت تندرستی جمعیت تأثیر گذارند. شناسایی این عوامل «شناخت زیست محیطی» می گویند.

گردآوری اطلاعات جمعیتی و عوامل زیست محیطی موجود در روستا به عنوان پایه ای برای اجرای برنامه های مختلف بهداشتی بسیار ضروری است.

هدف عمده از جمعیت شناسی این است که معیار و شاخصهای استاندارد یک جمعیت را بدانیم مثلاً میزان تولد، مرگ و میر مادران و کودکان، میزان ازدواج و طلاق، مهاجرت به داخل و خارج، تعداد شاغل و بیکار، میزان سواد و سایر عوامل که برای سلامت یک جامعه تعریف شده و مؤثر می باشد و نهایتاً وضع موجود جامعه را با وضعیت مطلوب مقایسه کرده و اگر عقب ماندگی و فاصله تا وضعیت مطلوب وجود دارد با برنامه ریزی خود را به وضعیت مطلوب رسانیده و یا حداقل نزدیکتر نماییم.

مراحل اجرای برنامه ی شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا

مراحل مختلف اجرای برنامه ی شناسایی جمعیتی - روستا در نمودار زیر نمایش داده شده است :



قبل از شروع بحث در مورد هریک از مراحل ذکر شده در اجرای برنامه و ذکر روش ها و ابزار اجرای آن ، لازم است با برخی اصطلاحات مورد نظر استفاده در این زمینه آشنا شویم .

تعریف برخی از اصطلاحات مورد استفاده در برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا

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 ثبتی 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، خواهرسرپرست خانوار، خویشاوندان درجه یک محسوب می شوند.

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

سرشماری بهداشتی: 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.

پرسش و تمرین

- ۱) هدف از شناخت جمعیتی روستا چیست ؟
- ۲) فرایند اجرای سرشماری با شکل نمودار نشان دهید .
- ۳) اصطلاحات زیر را تعریف کنید : سرپرست خانوار / خانوار / آبادی / مکان

فصل پانزدهم

شناخت زیست محیطی روستا

آشنایی با تعاریف و علائم اختصاری جهت تهیه نقشه و کروکی

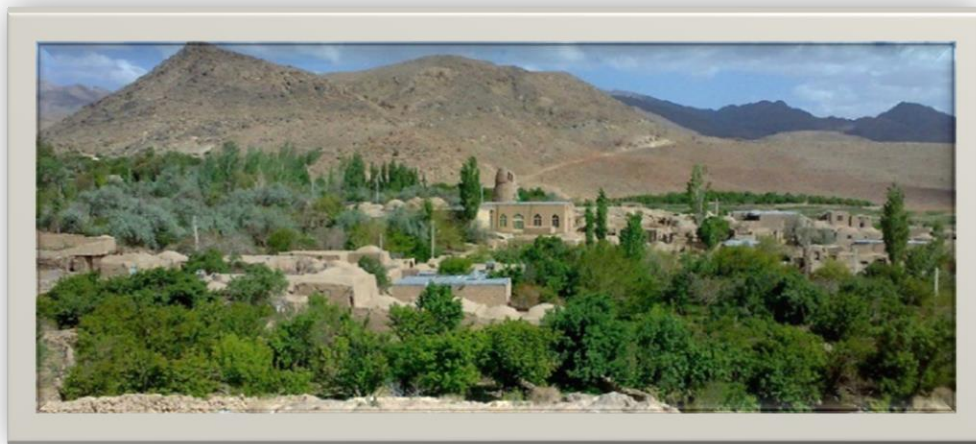
اهداف آموزشی
فراگیر در پایان جلسه آموزشی بتواند : ۱- مفهوم کروکی و نقشه را توضیح دهد. ۲- مفهوم اصطلاحات و اختصارات بکار رفته در تهیه نقشه و کروکی را بیان کند. ۳- انواع مقیاس و نحوه محاسبه آن را برای تهیه نقشه و کروکی بکار ببندد. ۴- روش صحیح ترسیم کروکی و نقشه را توضیح دهد.

مقدمه :

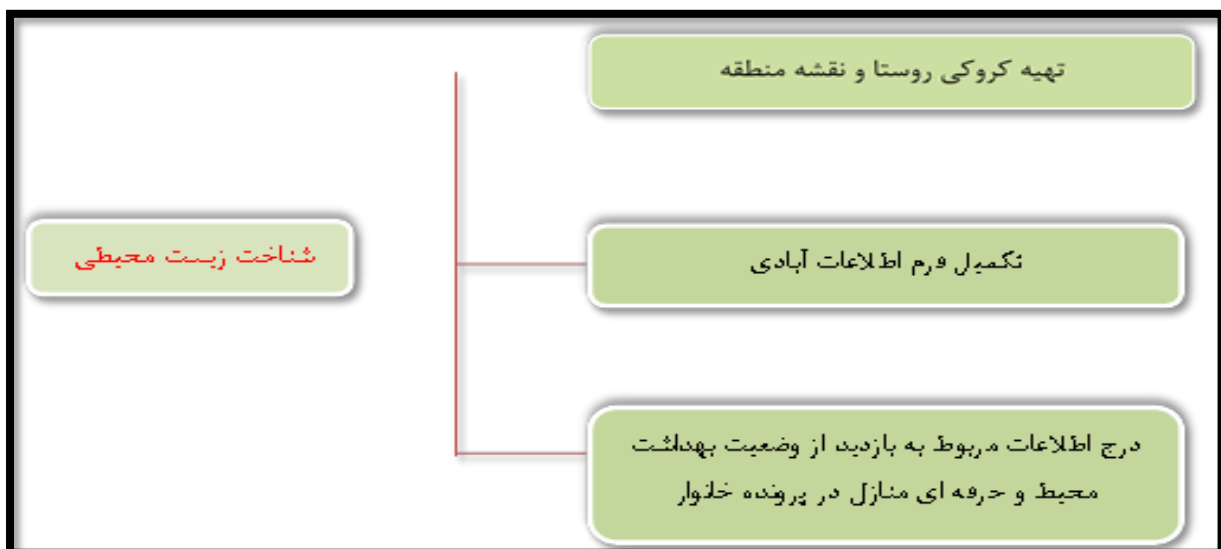
شناخت محیطی که انسان در آن زندگی می کند خصوصاً از نظر عواملی که می تواند بر سلامت افراد تاثیر داشته باشد از اهمیت خاصی در برنامه ریزی بهداشتی برخوردار است. چنین شناختی موجب می شود تا نیازهای جمعیت را به نحو بهتری شناسایی نماییم. بهورز در شروع فعالیتهای خانه بهداشت اطلاعات جامعی از شناسایی جغرافیایی منطقه 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.



فعالیت های مربوط به شناخت جمعیتی روستا شامل موارد زیر است که در ادامه در ارتباط با آنها بیشتر توضیح خواهیم داد.



تعاریف

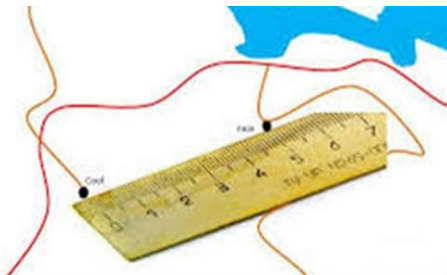
• بلوک: عبارت است از چند ساختمان که به همدیگر پیوسته اند. اگر کروکی برای شهر بزرگ تهیه شود ممکن است کوچه های فرعی در نظر گرفته نشود اما برای روستاهای کوچک تحت پوشش خانه بهداشت در نظر گرفته می شود.

• مقیاس: به معنی نسبت کوچک شدن اندازه های نقشه نسبت 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.

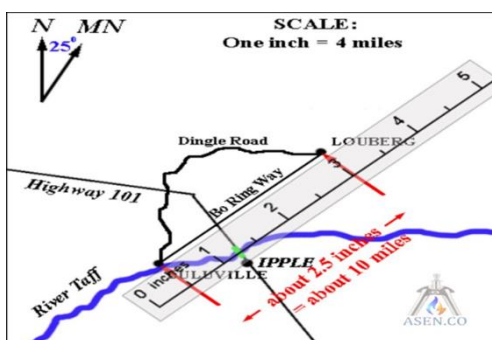


مقیاس کسری: فرمول مقیاس نقشه = $\frac{\text{نقشه روی اندازه}}{\text{واقعی اندازه}}$

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

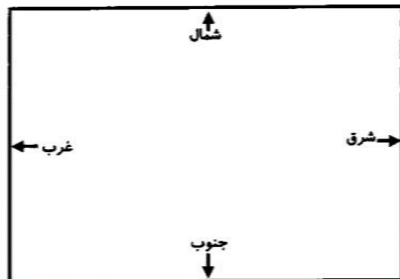
جهت محاسبه مقیاس باید فاصله دو نقطه از دورترین نقاط نسبت به یکدیگر بر روی صفحه نقشه را بر فاصله واقعی آنها روی زمین تقسیم کرد.



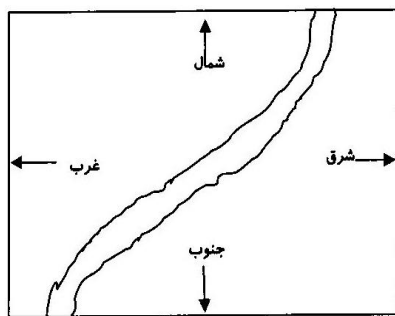
نحوه تهیه کروکی روستا

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 می باشد. (اگر 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.



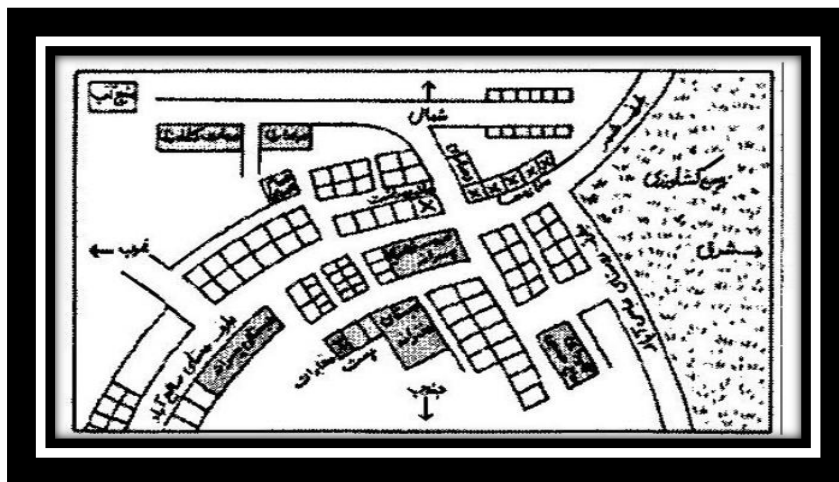
پیاده کردن کروکی روی برگ اصلی



- 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 اصلی

- 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.



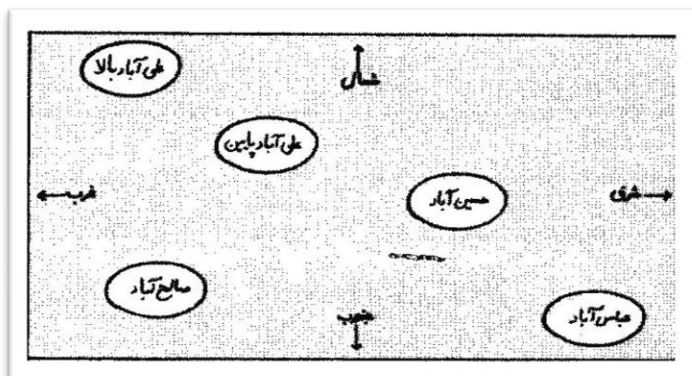
■ پس از مشخص شدن نقاط فوق، مسیر جاده هایی که روستاها را به یکدیگر متصل می کند بر روی نقشه نشان دهید.

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.



علائم اختصاری نقشه

رستوران-غذاخوری		شمال جغرافیایی	
مرغداری		خانه بهداشت	
دامداری		مرکز بهداشتی درمانی	
نانوایی		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	

پرسش و تمرین

- 1- فعالیت های مورد نظر در برنامه شناسایی جمعیت را بیان کنید .
- 2- مقیاس را تعریف کنید.
- 3- بلوک را تعریف کنید .
- 4- تفاوت کروکی و نقشه را توضیح دهید
- 5- انواع مقیاس را نام برده و محاسبه نمایید.
- 6- به کمک مربی خود اقدام به تهیه نقشه و کروکی برای یکی از روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت خود نمایید.

فصل شانزدهم

آشنایی با نحوه شماره گذاری منازل و اماکن عمومی ، اصول سرشماری و روش اجرای آن در روستا

اهداف آموزشی :
فراگیر در پایان جلسه آموزشی بتواند:
۱) شناخت جمعیتی روستا را تعریف کنند.
۲) شناخت زیست محیطی روستا را تعریف کنند.
۳) هدف از شناخت جمعیتی و زیست محیطی در خانه های بهداشت را توضیح دهند.
۴) فرایند شناسایی جمعیتی و زیست محیطی را در روستا توضیح دهند.
۵) هر یک از مفاهیم مربوط شناسایی جمعیتی را تعریف کنند.
۶) نحوه سرشماری را توضیح داده و با نظارت مربی، سرشماری روستای خود را انجام دهند .
۷) نحوه تکمیل فرم پرونده خانوار را بیان کرده و عملاً نشان دهند.
۸) 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

شناخت جمعیتی روستا

شناخت جمعیتی روستا شامل شماره گذاری منازل و خانوارها و نیز سرشماری و بازدید منازل در ابتدای سال است. اطلاعات به دست آمده از سرشماری و بازدید در پرونده خانوار ثبت می شود. علاوه بر این اطلاعات جمعیتی به دست آمده از سرشماری نهایتاً به زیج حیاتی منتقل می شود. جمع آوری این اطلاعات نخستین گام در شناسایی گروههای هدف موجود در روستا است. شناخت جمعیتی شامل مراحل زیر است:

- شماره گذاری منازل و خانوارها
- درج اطلاعات سرشماری در پرونده خانوار
- تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار
- درج اطلاعات سرشماری در زیج حیاتی

همانطور که در فصل قبل گفته شد **سرشماری** بهداشتی : 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.

روش های سرشماری : ثبت کاغذی و الکترونیک

- ۱- **ثبت کاغذی :** قبل از راه اندازی سامانه سبب 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 .

۲- ثبت الکترونیک

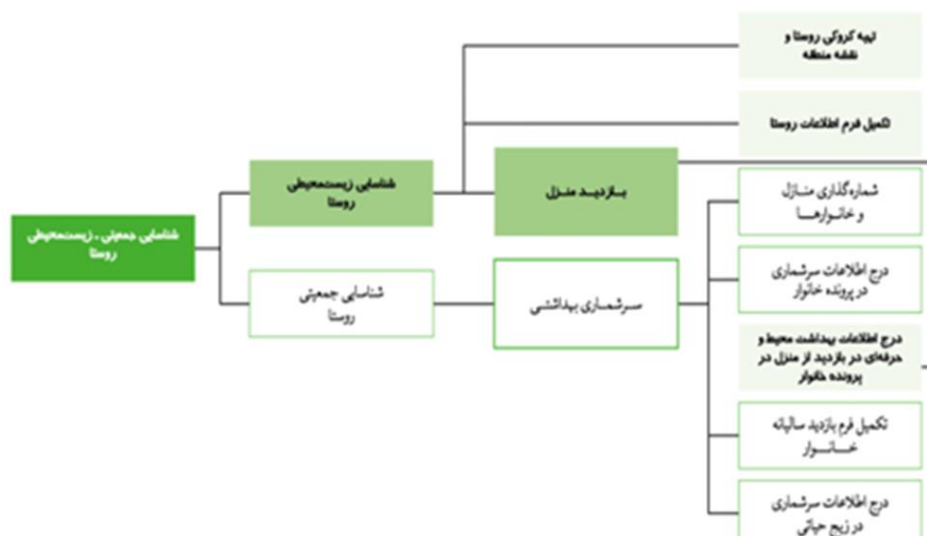
با توجه به استقرار سامانه سب و پرونده الکترونیک سلامت و حذف فرم های کاغذی نیازی به سرشماری ابتدای سال به صورت تمام شماری نبوده و فقط به روزرسانی، اصلاح و تکمیل اطلاعات جمعیت / خانوارهای تحت پوشش هر واحد/ ارایه دهنده خدمت بر اساس فرایندهای اعلام شده انجام شود. ما در این بحث، شما را با هر دو روش آشنا خواهیم 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



شماره گذاری منازل و خانوارها

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.

➤ روی درب منازل شماره ی ساختمان را در صورت خط کسری و شماره خانوار را در زیر خط کسری می نویسیم

مثلاً" برای نخستین ساختمان و نخستین خانوار نوشته می شود: $\frac{\text{ساختمان 1}}{\text{خانوار 1}}$

➤ اگر در یک ساختمان دو خانوار یا بیشتر ساکن باشند شماره ساختمان تکرار می شود ولی شماره ی خانوار به

ترتیب اعداد ادامه می یابد. مثل: $\frac{\text{ساختمان 2}}{\text{خانوار 3 و 2}}$ به همین ترتیب ساختمان ها و خانوارهای بعدی شماره گذاری می

شود مثل: $\frac{\text{ساختمان 3}}{\text{خانوار 4}}$ $\frac{\text{ساختمان 4}}{\text{خانوار 5}}$ $\frac{\text{ساختمان 5}}{\text{خانوار 6}}$

اگر ساختمان هایی که در فاصله بین دو شماره گذاری قبلی ایجاد شود ساختمان شماره فرعی و شماره خانوار آن آخرین شماره خانوار در روستا خواهد بود. مثلاً" چنانچه در روستایی که ۲۵۱ خانوار سکونت دارند ساختمانی بین ساختمانهای شماره ۳۲ و ۳۳ ساخته شود و خانوار جدیدی در آن ساکن شود شماره ساختمان و خانوار عبارت

خواهد بود از: $\frac{\text{ساختمان 3.1}}{\text{خانوار 252}}$

➤ 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.

➤ سرشماری مجدد (روش ثبت کاغذی)

- 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.

- 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.

پرسش و تمرین

۱. شناخت جمعیتی روستا را تعریف کنند.
۳. هدف از شناخت جمعیتی و زیست محیطی در خانه های بهداشت را توضیح دهند.
۴. فرایند شناسایی جمعیتی و زیست محیطی را در روستا توضیح دهند.
۵. هر یک از مفاهیم مربوط شناسایی جمعیتی را تعریف کنند.
۶. نحوه سرشماری را توضیح داده و با نظارت مربی، سرشماری روستای خود را انجام دهند.
۷. نحوه تکمیل فرم پرونده خانوار را بیان کرده و عملاً نشان دهند.

فصل هفدهم

آشنایی با نحوه بازدید منازل و محیط روستا

اهداف آموزشی :
انتظار می رود پس از پایان فصل فراگیران بتوانند : ۱) هدف از بازدید منزل برای اولین بار را بیان کنند. ۲) فرم بازدید سالیانه از خانوار را تکمیل کنند . ۳) روش بازدید از منزل برای دعوت و پیگیری را شرح دهند. ۴) فرم مراقبت و پیگیری روزانه را تکمیل نمایند .

مقدمه:

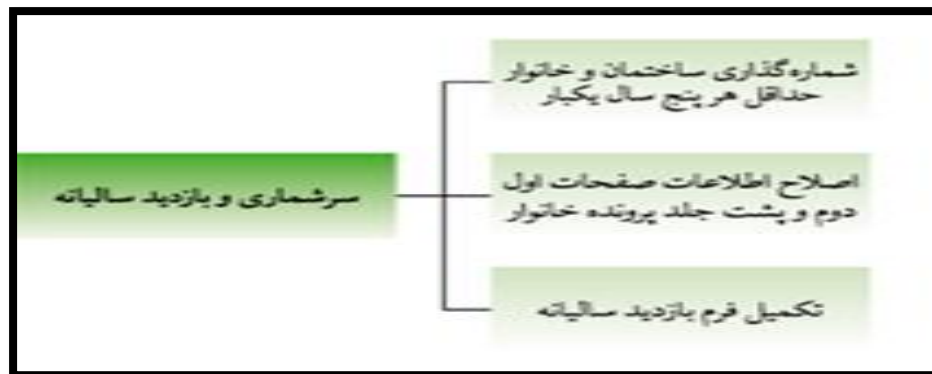
بازدید از منازل ممکن است برای نخستین بار در جریان تشکیل پرونده بهداشتی برای یک خانوار جدید یا آغاز به کار خانه بهداشت در یک روستا صورت گیرد، اما در اغلب موارد بازدید از منزل با هدف پیگیریهای بهداشتی یا سرشماری بهداشتی سالیانه صورت می گیرد. در اینجا مقصود ما از بازدید از منازل، همان نخستین بازدید و نیز بازدید ابتدای هر سال که هدف آن شناسایی گروههای هدف برنامه های بهداشتی و ارزیابی وضعیت سلامت افراد، در مورد برخی بیماریهای خاص و نیز بهداشت محیط منازل است. پس از این بازدید بهورز باید فرمهای مربوط به مراقبتهای بهداشتی را تکمیل کرده در پرونده خانوار قرار دهد، و اطلاعات مربوطه را در دفاتر مراقبتی نیز ثبت کند.

بازدید منزل برای اولین بار

اولین بازدید منزل اهمیت زیادی در ایجاد رابطه صحیح بین بهورزان و خانواده ها دارد و در موفقیت برنامه های بعدی نقش مهمی خواهد داشت . همانطور که گفته شد این بازدید ممکن است جهت آغاز به کار خانه بهداشت

در یک منطقه روستایی صورت گیرد یا این که با هدف شروع مراقبتهای بهداشتی برای یک خانوار جدید صورت گیرد.

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 این بازدید اطلاعات اولیه در رو و پشت جلد و نیز نخستین صفحه پرونده خانوار تکمیل 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.

تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار

❖ این فرم حاوی اطلاعات مربوط به مراقبتهای بهداشتی در مورد زنان باردار، تنظیم خانواده و برخی بیماریهای مزمن است. فرم بازدید سالیانه خانوار در نخستین بازدید از منزل و نیز بازدیدهای سالیانه تکمیل می شود.

❖ **هدف از تکمیل این فرم،** شناخت گروههای هدف برخی برنامه های بهداشتی است که ممکن است اطلاعات آنها در طول سال ثبت نگردیده و تحت مراقبت قرار نگرفته باشند. این اطلاعات شامل گروههای هدف در برنامه های مراقبت از زنان باردار و تنظیم خانواده و برنامه های مربوط به بیماریهای سل، مالاریا، فشار خون، دیابت، تالاسمی و معلولیت های جسمی و روانی است. همان طور که قبلاً گفتیم در برنامه های بهداشتی گروههای هدف

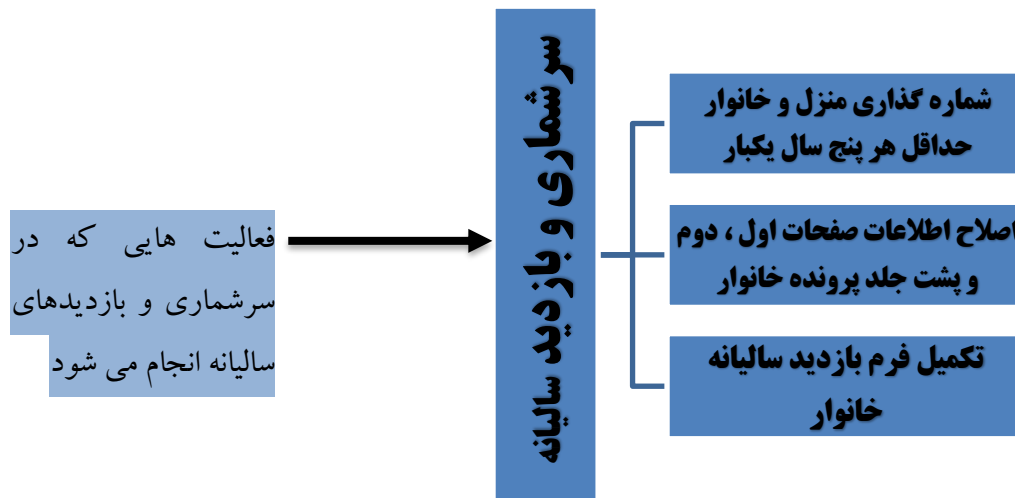
شناسایی شده و تحت پوشش مراقبتی قرار می گیرند. اما گاه ممکن است افرادی از گروههای هدف به علل مختلف برای بهورز شناسایی و ثبت نشده باشند. به عنوان مثلاً ممکن است فردی که مبتلا به سل است به خانه بهداشت مراجعه نکند و خود مستقیماً به مطب پزشکان خصوصی در شهر مراجعه نموده و تحت درمان قرار گیرد یا ممکن است فرد معلولی برای بهره مندی از خدمات به خانه بهداشت مراجعه نکند. در این صورت بهورز در بازدید سالیانه این موارد را کشف و در فرم چوب خط زده و در صورت لزوم تحت مراقبت قرار می دهد. علاوه بر این ممکن است زن بارداری با گذشت چندین ماه از بارداری هنوز به خانه بهداشت مراجعه ننموده باشد. در این صورت بهورز مشخصات وی را در فرم بازدید سالیانه ثبت نموده و پس از مراجعه به خانه بهداشت، فرم مراقبت از زنان باردار را برای وی در پرونده خانوار قرار می دهد و در زمانهای پیش بینی شده از او مراقبت خواهد کرد. در تمامی این موارد بهورز ضمن بازدید سالیانه از خانوارها از افراد گروه هدف برنامه ها دعوت خواهد نمود تا در زمانی خاص برای مراقبت یا بررسی به خانه بهداشت مراجعه نمایند. ممکن است برای افراد یک خانوار چند ردیف از جدول تکمیل شود.

❖ پس از پایان سرشماری و بازدید از کلیه خانوارها در روستاهای تحت پوشش و آمادگی خانه بهداشت برای شروع ارائه خدمات به گروههای هدفی که طی سرشماری شناسایی شده‌اند، طبق برنامه تنظیمی، از افراد واجد شرایط در برنامه های مختلف دعوت می شود که به خانه بهداشت مراجعه نموده و تحت پوشش قرار گیرند. چنانچه به هر دلیل افراد جهت بهره مندی از برنامه ها به خانه بهداشت مراجعه نکردند، بهورز بایستی همراه با پرونده خانوار به خانه مراجعه نموده و ضمن تکمیل اطلاعات مورد نیاز جهت ادامه مراقبتها مجدداً از این افراد درخواست نماید تا جهت بهره مندی از خدمات به خانه بهداشت مراجعه کنند.

[illegible]

بازدید سالیانه از منازل (بازدید از خانوارها در سالهای بعد از نخستین بازدید)

بازدید سالیانه از منازل با هدف سرشماری و نیز تکمیل یا تصحیح اطلاعات موجود در پرونده خانوار و تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار صورت می گیرد. در این بازدید بهورز همراه با پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه خانوار به خانوارها مراجعه نموده و اطلاعات مربوطه را تکمیل و تصحیح می نماید. علاوه بر این تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار همانطور که قبلاً" گفته شد به بهورز این امکان را می دهد که افرادی را از گروههای هدف که قبلاً" تحت پوشش مراقبت ها قرار نگرفته اند شناسایی کند و تحت مراقبت قرار دهد.



تذکر: همانطور که دیدیم بازدید سالیانه از ساختمانها و منازل با استفاده از پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه خانوارها صورت می گیرد. این بازدید می بایست از اواسط اسفندماه آغاز شود و در نیمه ی اول فروردین ماه پایان یابد. در این بازدید اطلاعات مربوطه در صفحات پرونده خانوار تکمیل و تصحیح گردیده و فرم بازدید سالیانه خانوار تکمیل می شود. در این مورد بهورزان می بایست هرروز تعداد مشخصی از ساختمانها و خانوارها را بازدید کنند. به نحوی که حداکثر تا پایان نیمه ی اول فروردین ماه اجرای این برنامه به پایان برسد.

بازدید از منزل برای پیگیری و دعوت

ارائه خدمات بهداشتی به مردم روستایی به صورتی فعال صورت می گیرد. این بدین معناست که چنانچه افرادی از گروههای هدف جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه ننموده اند، بهورز باید مطابق دستورالعملهای مشخصی که در هر برنامه بهداشتی آمده است به آنها مراجعه نماید و از آنها برای شرکت در برنامه و بهره مندی از خدمات در خانه بهداشت دعوت به عمل آورد. علاوه بر این بهورزان می بایست بر طبق برنامه زمانی خواست به منازل سرکشی نموده و وضعیت بهداشت محیط و حرفهای آنها را ارزیابی کرده و اقدامات لازم آموزشی را در همان محل به عمل آورند. بهورزان در این بازدیدها از وضعیت زندگی مردم به خوبی اطلاع یافته و ارتباط مفید و مؤثری با آنها برقرار می نمایند. به این وسیله بهورزان می توانند دریابند که مردم چگونه آموخته های خود را به کار می گیرند، چه مشکلاتی در اجرای آموخته های شما دارند و دلایل وقوع مشکلات و رفتارهای نامطلوب بهداشتی در آنها چیست؟

به طور کلی در بازدید منزل برای دعوت و پیگیریهای بهداشتی دو هدف تعقیب می شود:

الف) پیگیری و مراقبتهای بهداشتی از افرادی که می بایست از خدمات موجود در برنامه های بهداشتی استفاده کنند

ب) بررسی وضعیت بهداشت محیط و حرفهای منزل و آموزشهای لازم

در فعالیت پیگیری و مراقبتهای بهداشتی بهورز طبق دستورالعملهای موجود در برنامه های بهداشتی باید افراد گروه هدف را که به دلایلی در موعد مقرر به خانه بهداشت مراجعه نمودند مورد پیگیری قرار دهد. در این حالت بهورز می بایست با خوشرویی با افراد خانواده روبرو شده و پس از کسب اجازه وارد منزل شود. پس از گفتگو با اعضای خانواده باید علت نیامدن آنها به خانه بهداشت را جستجو کرده و راهنماییهای لازم را برای برطرف نمودن مشکل به عمل آورد در حین این بازدید بهورز فرصت خواهد داشت تا به سایر مسایل بهداشتی خانواده نیز توجه نماید. در بررسی وضعیت بهداشت محیط و حرفهای، بهورز براساس دستورالعملهای موجود در برنامه های بهداشت محیط و حرفهای، طبق برنامه زمانی خاص به منازل سرکشی می کند و در این زمینه آموزشهای لازم را به عمل می آورد. در این بازدیدها امکان آن را می باید تا درمورد مسایل مختلف بهداشتی که اعضای خانواده نیازمند آموزش در این زمینه ها هستند بحث نماید. این مسایل می تواند راهنماییهای لازم در جهت تغذیه اطفال، مراقبتهای دوران بارداری، بعد از زایمان و شیردهی، فاصله گذاری بین تولدها و بسیاری از مسایل بهداشتی دیگر باشد.

در اینجا یک سؤال مطرح است؟

بهورز چگونه می تواند بفهمد که می بایست کدام خانوارها را مورد پیگیری و بازدید قرار دهد؟
مفهوم این سؤال این است که بهورز با مراجعه به کدام اطلاعات ثبت شده در فرمهای موجود در خانه بهداشت میتواند بفهمد که کدام فرد را باید مورد مراقبت و پیگیری قرار دهد؟

۳- دفاتر مراقبتی، دفتر واکسیناسیون و دفتر ثبت نام بیماران:

پس از تکمیل فرمهای مختلف شناسایی و جمعیتی) فرمهای پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه (بهورز گروههای هدف برنامه ها را شناسایی نموده و افراد واجد شرایط بهره مندی از خدمات را مورد پیگیری قرار میدهد. بهورز در حین اجرای فعالیتهای شناخت جمعیتی از افراد واجد شرایط دعوت می کند تا جهت بهره مندی از خدمات به خانه بهداشت مراجعه نمایند. چنانچه به هر دلیلی افراد فوق الذکر از مراجعه به خانه بهداشت خودداری نمودند باید مورد پیگیری و مشاوره قرار گیرند. افرادی نیز که وارد برنامه های

مختلف بهداشتی شده اند نام آنها در دفاتر مراقبتی ثبت و طبق دستورالعمل های برنامه مورد پیگیری قرار می گیرند. به عنوان مثال زنان باردار در هر دوره از بارداری در فواصل معین باید مراقبت شوند. تاریخ مراجعه بعدی آنها در دفتر مراقبت از زنان باردار مشخص است و چنانچه زنی در موعد مقرر به خانه بهداشت مراجعه نکند بهورز باید وی را مورد پیگیری قرار دهد. بنابراین:

بهورز باید در ابتدای هر روز کاری با مراجعه به سامانه سب یا دفاتر مراقبتی لیست افرادی را که باید در آن روز مراقبت شوند استخراج نموده (و یا در فرم مراقبت و پیگیری روزانه ثبت نماید) تا پس از مراجعه افراد به خانه بهداشت آنها را مراقبت نموده و در صورت عدم مراجعه در مهلت زمانی مشخصی که در برنامه پیش بینی شده است مورد پیگیری قرار دهد.

۲- بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه ای منازل طبق دستورالعملهای موجود در این برنامه پیگیریهای مربوط به بررسی وضعیت بهداشت محیط حرفه ای منازل دستورالعملهای مشخص دارد نکته مهم این است که این بازدید لزوماً می بایست طبق یک برنامه مشخص و از پیش تعیین شده صورت می گیرد. مناسب است در این زمینه یک نسخه از برنامه ماهیانه یا هفتگی از وضعیت بهداشت محیط و حرفه ای منازل تهیه و در دیوار خانه بهداشت نصب شود. البته بدهی است بازدید از وضعیت بهداشت محیط منازل در حین اجرای سایر مراقبتهای بهداشتی اقدامی مطلوب است که مانع از به هدر رفتن وقت بهورز میشود.

فعالیت «پیگیری مراقبتها» و «بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفهای منازل» مربوط به کلیه جمعیت تحت پوشش مشتمل بر روستای اصلی و روستاهای اقماری است.

در اینجا ذکر این نکته ضروری است که بازدید از منزل برای پیگیری از مراقبتها تنها یک فعالیت برای جبران عدم مراجعه فرد به خانه بهداشت تلقی نمی شود. بلکه این پیگیری موجب خواهد شد، بهورز ضمن پیگیری مراقبتها از بسیاری از مشکلات بهداشتی مردم و دلایل وقوع آنها به خوبی اطلاع پیدا کرد و ارتباط مفید و موثر با آنان برقرار نماید.

درج اطلاعات مربوط به بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه ای منازل در پرونده خانوار

در ادامه مطالب این فصل درمورد نحوه بازدید از منازل و اهداف آن بحث خواهیم کرد. بخشی از بازدید منازل در روستا، مربوط به بررسی وضعیت بهداشت محیط و امکانات خانوار جهت برخورداری از یک زندگی سالم است. 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، اتاقهای مسکونی، منبع آب آشامیدنی، حمام، توالت، وضعیت دفع زباله، کارگاه خانگی و ... است. فرم وضعیت محل سکونت و کارگاه خانگی از نظر بهداشت محیط و حرفه ای در واقع همان صفحه پشت جلد پرونده خانوار است. این فرم در هنگام شروع به کارخانه بهداشت برای همه خانوارها تکمیل و در طول زمان تصحیح می شود.

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، اتاق های مسکونی، منبع آب آشامیدنی، حمام، توالت، وضعیت دفع زباله، کارگاه خانگی و ... است.

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

آیا نمک مصرفی خانوار در آزمایش پوسیدگی پدستنج، دارای پد است؟ ☐ بله ☐ 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.

روش تکمیل فرم مراقبت و پیگیری روزانه:

این فرم را بهروز باید در شروع کار روزانه تکمیل نماید. هدف از تکمیل فرم پیدا کردن مشخصات افرادی است که باید در آن روز مراقبت شوند. نام و نام خانوادگی افرادی که نیازمند مراقبت هستند، از روی دفاتر مراقبتی و دفتر ثبت نام بیماران و دفتر واکسیناسیون تکمیل می شود. بهروز می بایست هر روز نام افرادی را که نیاز به پیگیری دارند از جدول فوق استخراج نموده و آنها را مورد پیگیری قرار دهند. در نظام شبکه های بهداشتی - درمانی کشور اولین سطح ارایه خدمات مرکز خدمات جامع سلامت و در روستاها خانه های بهداشت هستند و شما بهروزان عزیز در خانه های بهداشت براساس شرح وظایف، خدمات لازم را به مردم ارایه می دهید و نتایج را در سامانه سیب و یا دفاتر، فرمهای آماری و زیج حیاتی ثبت می کنید، اما کمتر به تجزیه و تحلیل اطلاعات ثبت شده می پردازید. کاردانها، مربیان و کارشناسان هستند که در هنگام مراجعه به خانه های بهداشت با جمع آوری اطلاعات به محاسبه شاخصهای بهداشتی و تجزیه و تحلیل این اطلاعات می پردازند و سپس از نتایج به دست آمده در برنامه ریزی ها استفاده می کنند. در حالی که اگر شما بهروزان عزیز خودتان بتوانید به تجزیه و تحلیل عملکرد خود بپردازید می توانید برای رفع مشکلات بهداشتی منطقه تحت پوشش خود برنامه ریزی، مداخله و اقدام نمایید

نحوه پیگیری افراد مراقبت نشده با استفاده از سامانه سیب :

فرم موافقت و پیگیری روزانه

تاج روستا .

نام حقایق میدهد است.

نام مرکز بهداشتی درمانی -

☐ مهابادی ☐ قصر ☐ اصلی ☐ و ترمیمات و رویت از نظر پوششی خدمات

[illegible]

راهنمای فهرست پیگیری ها

برای دسترسی به این قسمت از سامانه سبب باید از طریق منوی ارائه خدمت / فهرست پیگیری ها اقدام کرد. پس از کلیک روی "فهرست پیگیری ها" صفحه زیر نمایش داده خواهد شد: در فهرست پیگیری ها، لیست پیگیری ها شامل مواردی همچون مراقبت های انجام شده که تاریخ پیگیری بعدی برای آنها ثبت شده، اقدام های که تاریخ پیگیری بعدی برای آنها ثبت شده و پیگیری های ارسالی پزشک برای مراقب سلامت/بهورز می باشد.

در این بخش، لیست گیرندگان خدمت نیازمند پیگیری، تعداد پیگیری های گذشته، امروز و آینده به تفکیک انجام شده و نشده قابل مشاهده است.

فهرست پیگیری ها (26991 مورد)									
وضعیت پیگیری	نام	نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ پیگیری از	تا	سن از	تا	جنسیت	وضعیت پیگیری
پیگیری نشده						سال	سال	...	
پیگیری شده						سال	سال	...	
وضعیت	فهرست پیگیری ها	ملیت	بارداری	جستجو	...	...	...	...	...
پیگیری های واحد	گذشته	امروز	آینده	...	...	...	...	...	...
شماره ملی خدمت گیرنده	خدمت گیرنده	عنوان	تاریخ پیگیری	نام ثبت کننده	...	...	...	...	...
0316181749	رهام ابراهیمی شینانی	1 ماه بعد، طبق پیگیری شود.	1397/10/26	آمنه جبرینی	...	...	...	...	...
3340554935	تصرت جلیلیان	وزیت هر دو هفته تا کنترل فشار خون	1397/10/26	انسبه بهادران	...	...	...	...	...
2670527329	علی اسفر افلاکی خراپی	پیگیری 6 ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد. (خدمت وارنیش فلوراید باید 2 سالی 2 بار 1 هر 8 ماه) به فرد ارائه شود.	1397/10/26	زهرایوسف نژاد	...	...	...	...	...
7280279309	یونس دارابی	1 ماه بعد، طبق پیگیری شود.	1397/10/26	مرسا اسمعیلی	...	...	...	...	...
0410232588	شیوا محمدی	2 هفته بعد پیگیری کنید	1397/10/26	آیناز چیت ساز	...	...	...	...	...
7280158196	ایلیا عزت ور	پیگیری 6 ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد. (خدمت وارنیش فلوراید باید 2 سالی 2 بار 1 هر 8 ماه) به فرد ارائه شود.	1397/10/26	زهرایوسف نژاد	...	...	...	...	...
5179971128	زهرای تقوی دیلمی پور	پیگیری پس از 3 ماه تا 3 نوبت.	1397/10/26	آیناز چیت ساز	...	...	...	...	...

علامت  جهت مشاهده نوع خدمت نیازمند پیگیری می باشد
 علامت  جهت حذف پیگیری است. تاکید می شود نباید پیگیری ها حذف شوند.
 و علامت  جهت انجام پیگیری است که پس از کلیک روی علامت  صفحه زیر باز می شود:

ثبت تماس با رهام ابراهیمی شیخانی

تلفن همراه:	09352823861	تلفن ثابت:	32233876
موضوع پیگیری	نوع پیگیری		
پیگیری مراقبت های بهداشتی	... پیگیری تلفنی پیام کوتاه حضوری سایر...		
نتیجه پیگیری	...		
توضیحات	 عدم پاسخگویی تعیین زمان برای مراجعه بعدی انصراف از دریافت خدمت بهبودی - انجام درمان و اقدام سایر... توضیحات		
... ...			

پرسش و تمرین

- 1- هدف از بازدید از منازل چیست؟
- 2- منظور از خانوار جدید چیست ؟
- 3- هدف از تکمیل فرم بازدید ونحوه تکمیل آن را بیان کرده و عملا نشان دهند
- 4- روش تکمیل فرم مراقبت و پیگیری روزانه را شرح دهید.
- 5- نحوه پیگیری افراد مراقبت نشده با استفاده از سامانه سیب را با کمک مربی خود انجام دهید.

فصل هجدهم

آشنایی با روش ثبت جمعیت در زیج حیاتی و تکمیل سایر جداول زیج سلامت

اهداف آموزشی
انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:
۱) زیج را تعریف کند.
۲) هدف از تکمیل زیج در واحدهای ارائه خدمت را توضیح دهد.
۳) نحوه تکمیل گردونه زیج را توضیح و عملاً نشان دهد.
۴) نحوه تکمیل جداول هفتگانه را توضیح و عملاً نشان دهد.

مقدمه

زیج در لغت، معرب کلمه ی فارسی زیگ 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. زیج حیاتی ورقه ای است ۷۰*۵۰ سانتیمتر 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 زیج حیاتی در خانه های بهداشت کشور بکار گرفته شد

زیج 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.

باسمه تعالی
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان
آمار جمعیت، تولد، مرگ و مهاجرت در

راهنما
روستای اصلی خانه بهداشت
روستای غیر خانه بهداشت

استاندارد از خط پد یاری
روستای اصلی
روستای غیر

مهاجرت بر حسب جنس
مهاجرت به
مهاجرت از
روستای اصلی
روستای غیر

تولد زنده
مرگ پنج سال و بالاتر
مرگ یکسال تا
کمتر از پنج سال
مرگ کمتر از یکسال

زنجیر حیات
۱۳ سال

مرگ بر حسب سن و جنس
سن
جنس
مرگ

تولید زنده
مرگ پنج سال و بالاتر
مرگ یکسال تا
کمتر از پنج سال
مرگ کمتر از یکسال

تولید زنده
مرگ پنج سال و بالاتر
مرگ یکسال تا
کمتر از پنج سال
مرگ کمتر از یکسال

هدف از تکمیل زیج

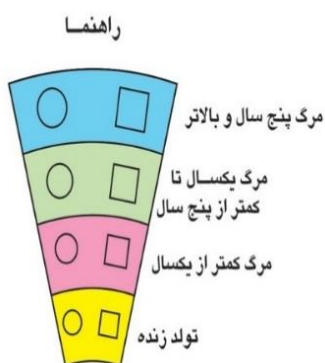
هدف از تکمیل این فرم:

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

گردونه زیج

زیج های کنونی دارای ۷ جدول و پنج دایره متحدالمرکز است. دوائر متحدالمرکز در نسخه های رنگی از داخل به خارج:

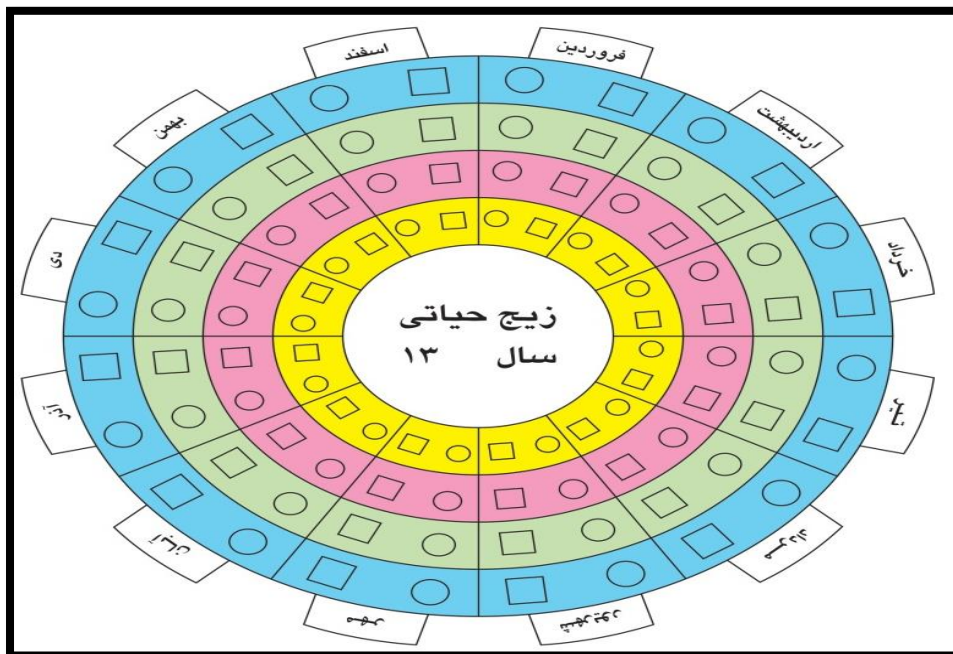
- سفید (برای ثبت سال)
- زرد (ثبت موالید زنده)
- صورتی (ثبت مرگهای زیر یکسال، یعنی از بدو تولد تا ۱۱ ماه و ۲۹ روز تمام)
- سبز (برای ثبت مرگهای ۱ تا ۴ ساله، یعنی بین ۱۲ ماه تمام تا ۴ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز تمام)
- آبی (برای ثبت مرگهای ۵ ساله و بالاتر)



در درون قطاع های ۲۱ گانه و در محدوده هریک از رنگهای چهارگانه زرد، صورتی، سبز و آبی یک مربع و یک دایره پیش بینی شده است مربع برای ثبت ارقام اتفاقاتی است که در روستای اصلی / شهر پیش می آید و دایره برای ثبت رقم اتفاقاتی است که در روستا یا روستاهای قمر / حاشیه شهر حادث می شود.

اگر خانه بهداشت / پایگاه بهداشت بیش از یک روستای قمر / منطقه حاشیه داشته باشد مجموع داده های آنها در همان یک دایره ثبت می شود.

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 زیج، جدول استفاده از نمک ید دار می باشد. هدف این جدول آرایه 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		
منطقه	تعداد کل خانوار	تعداد خانوارهایی که از نمک ید دار استفاده می کنند
روستای اصلی □		
قمر ○		

جدول جمعیت بر حسب سن و جنس

جمعیت بر حسب سن و جنس

سن	منطقه و جنس		روستای اصلی		قمر		کل	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
زیر یکسال								
یکسال تا یکسال								
۱ تا ۳ سال								
۳ تا ۵ سال								
۵ تا ۶ سال								
۶ تا ۹ سال								
۹ تا ۱۰ سال								
۱۰ تا ۱۵ سال								
۱۵ تا ۱۷ سال								
۱۷ تا ۱۸ سال								
۱۸ تا ۲۰ سال								
۲۰ تا ۲۳ سال								
۲۳ تا ۲۹ سال								
۲۹ تا ۳۰ سال								
۳۰ تا ۳۳ سال								
۳۳ تا ۳۹ سال								
۳۹ تا ۴۰ سال								
۴۰ تا ۴۴ سال								
۴۴ تا ۴۹ سال								
۴۹ تا ۵۰ سال								
۵۰ تا ۵۹ سال								
۵۹ تا ۶۰ سال								
۶۰ تا ۶۴ سال								
۶۴ تا ۶۹ سال								
۶۹ تا ۷۰ سال								
۷۰ تا ۷۴ سال								
۷۴ تا ۷۹ سال								
۷۹ تا ۸۰ سال								
۸۰ تا ۸۴ سال								
۸۴ تا ۸۵ سال								
۸۵ و بیشتر								
جمع کل								

• آمار جمعیت زنان ۱۰ تا ۳۹ ساله، ستون سمت راست (سفید)، کل جمعیت زنان و ستون سمت چپ (رنگی) جمعیت زنان همسر دار است.

دومین جدول سمت راست صفحه زیج، جدول جمعیت تحت پوشش را نشان می دهد. مبانی 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.

در جدول جمعیت تحت پوشش بر حسب سن و جنس

ستون های مربوط به جمعیت زنان در فاصله سنی ۱۰ تا ۵۴ سال، هریک 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 علت های عمده مرگ مادران (خونریزی، عفونت بعد از زایمان، پره اکلامپسی، بیماری های قلبی و سایر علل) نشان می دهد.

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

سن (سال)	منطقه و علت مرگ								روستای اصلی	قمر	
	۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹			۵۰ سال و بالاتر
روستای اصلی	خونریزی									☐	
	عفونت بعد از زایمان										
	پره اکلامپسی										
	بیماری های قلبی										
	سایر علل										
قمر	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.

تولد بر حسب وزن و جنس نوزاد، سن مادر، شرایط زایمان، نوع زایمان و فرزندان

منطقه	مردم بدنیا آمده		زنه بدنیا آمده		وزن هنگام تولد و جنس نوزاد زنه بدنیا آمده						سن مادر در این تولد زنه										شرایط زایمان		نوع زایمان	تعداد زنان ۱۰ تا ۵۴ سال شوهردار		
	پسر	دختر	پسر	دختر	کمتراز ۲۵۰۰ گرم		۲۵۰۰ گرم و بیشتر		وزن نشده	۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹	۵۰ سال و بالاتر	در بیمارستان	در منزل زائنه توسط						
					پسر	دختر	پسر	دختر												پسر	دختر	پسر			دختر	مادامی
روستای اصلی																										
قمر																										

* اگر وزن در هنگام تولد در دست نیست، به جای آن وزن در روز دهم را بنویسید.

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 سوم: 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 چهارم: 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 هریک از تولدهای زنده در قسمت سن مادر، یک علامت زده شود یعنی برای دوقلو، ۲ بار علامت زده می شود زیرا در این بخش از جدول تعداد تولدها مطرح است.

بخش پنجم: 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 می شود 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 می گذاریم. دقت کنید که اگر حاصل زایمان، دوقلو یا چندقلو باشد در این بخش، فقط یک بار ثبت می شود.

مامای دوره دیده:

ماما روستا: خانم هائی در روستا که دوره ۳ ماهه ماماروستائی را گذرانده و موفق به دریافت گواهینامه شده اند.
بهورز ماما: بهورزانی که در دوره آموزش بهورز ماما شرکت کرده و موفق به دریافت گواهینامه پایان دوره شده اند به عنوان بهورز ماما شناخته می شوند.

مامای دوره ندیده: در صورتی زایمان توسط ماماهاى محلی و یا اطرافیان مادر (بدون کمک مامای دوره دیده یا تحصیلکرده) انجام شده باشد عامل زایمان به عنوان مامای دوره ندیده تلقی می شود.

بخش ششم:

تعریف بی فرزندی:

در صورتی که از زندگی مشترک زوجین در زیر ۳۵ سال یکسال و بالای ۳۵ سال ۶ ماه بگذرد و زن سابقه سقط یا مرده زایی نداشته باشد به عنوان بی فرزندی محسوب می شود.

تعریف تک فرزندی:

در صورتی که زوج دارای یک فرزند (با سن ۱۱ سال ۲۹ ماه روز) باشد و هنوز تصمیمی برای بارداری مجدد نداشته باشد.

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 برحسب جنس و سن به صورت چوب خطی بر روی برگه زیج حیاتی ثبت می شود.

منطقه		روستای اصلی		قصر		کل	
جنس	سن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
			☐		☐		
یکه‌ه تا یکسال							
۱ تا ۳ سال							
۴ تا ۵ سال							
۶ تا ۷ سال							
۸ تا ۱۰ سال							
۱۱ تا ۱۵ سال							
۱۶ تا ۱۸ سال							
۱۹ تا ۲۰ سال							
۲۱ تا ۲۵ سال							
۲۶ تا ۳۰ سال							
۳۱ تا ۳۵ سال							
۳۶ تا ۴۰ سال							
۴۱ تا ۴۵ سال							
۴۶ تا ۵۰ سال							
۵۱ تا ۵۵ سال							
۵۶ تا ۶۰ سال							
۶۱ تا ۶۵ سال							
۶۶ تا ۷۰ سال							
۷۱ تا ۷۵ سال							
۸۰ تا ۸۴ سال							
۸۵ و بیشتر							
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 می گردد.

◀ مهاجرت بر حسب نفر

منطقه	مهاجرت به خارج از روستا	مهاجرت به داخل روستا
روستای اصلی ☐		
قمر ☐		

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، نارسى نوزاد، بیماری های قابل پیشگیری با واکسن، مرگ نوزاد از صدمات زایمانی، ناهنجاری های مادرزادی و سایر علل).

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	نارسایی نوزاد	بیماری های قابل پیشگیری با واکسن	مرگ نوزاد از صدمات زایمانی	ناهنجاری های مادر زادی	سایر علل
روستای اصلی	کمتر از یکماه									
	یکماه تا کمتر از یکسال									
	یکسال تا کمتر از پنج سال									
شهر	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.

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 نارسایی 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، هیپاتیت، 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 باید 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 هر چند که زمینه بیماریهای دیگری هم داشته باشد. باید در این قسمت، ثبت گردد.

پرسش :

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

شاخص هایی که از زیج حیاتی قابل محاسبه است

الف : میزان های جمعیتی	
درصد گروه سنی زیر یکسال	۱۰۰ * (یکسال زیر جمعیت) / (جمعیت کل)
درصد گروه سنی زیر پنج سال	۱۰۰ * (سال ۵ زیر جمعیت) / (جمعیت کل)
درصد گروه سنی زیر پانزده سال	۱۰۰ * (سال ۱۵ زیر جمعیت) / (جمعیت کل)
درصد گروه سنی زیر ۱۵ تا ۶۴ سال	۱۰۰ * (سال ۶۴ تا ۱۵ جمعیت) / (جمعیت کل)
درصد گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر	۱۰۰ * (بالاتر و سال ۶۵ جمعیت) / (جمعیت کل)
نسبت درصد سرباری	(بالاتر و ساله ۶۵ جمعیت + ساله ۱۴ تا صفر جمعیت) / (سال ۶۴ تا ۱۴ جمعیت) * ۱۰۰
درصد زنان شوهردار در هر گروه سنی	۱۰۰ * (سنی گروه هر در شوهردار زنان جمعیت) / (سنی گروه همان در زنان جمعیت کل)
درصد زنان شوهردار ۱۰ تا ۴۹ ساله به کل زنان	۱۰۰ * (ساله ۴۹ تا ۱۰ شوهردار زنان جمعیت) / (ساله ۴۹ تا ۱۰ زنان جمعیت کل)
درصد زنان شوهردار ۱۰ تا ۴۹ ساله بی فرزند	(فرزند بی ساله ۴۹ تا ۱۰ شوهردار زنان جمعیت) / (شوهردار ساله ۴۹ تا ۱۰ زنان جمعیت کل) * ۱۰۰
درصد زنان شوهردار ۱۰ تا ۴۹ ساله تک فرزند	۱۰۰ * (فرزند تک ساله ۴۹ تا ۱۰ شوهردار زنان جمعیت) / (شوهردار ساله ۴۹ تا ۱۰ زنان جمعیت کل)
رشد طبیعی جمعیت	میزان خام مرگ - میزان خام تولد = رشد طبیعی جمعیت
ب - میزانهای مربوط به رفتار باروری	
میزان خام تولد	۱۰۰۰ * (یکسال زنده موالید تعداد) / (سال همان جمعیت)
میزان باروری عمومی	(یکسال زنده موالید تعداد) / (ساله ۴۹ تا ۱۵ زنان جمعیت) * ۱۰۰۰
میزان های باروری اختصاصی سنی	(سنی گروه هر در یکسال زنده موالید تعداد) / (سال همان در سنی گروه همان زنان جمعیت) * ۱۰۰۰
میزان باروری کلی	(سنی اختصاصی باروری میزانهای مجموع * ۵) / ۱۰۰۰
درصد زایمانهایی که توسط شخص دوره دیده در منزل انجام شده است	۱۰۰ * (دیده دوره شخص توسط منزل در زایمانها تعداد) / (زایمانها کل)
درصد زایمانهایی که توسط شخص دوره ندیده در منزل انجام شده است	۱۰۰ * (ندیده دوره شخص توسط منزل در زایمانها تعداد) / (زایمانها کل)
درصد زایمانهایی که در بیمارستان انجام شده است	۱۰۰ * (بیمارستان در شده انجام زایمانهای تعداد) / (زایمانها کل)

تعداد زایمانهای چند قلو	جمع ستونهای شرایط زایمان - (نوزادان مرده بدینا آمده + نوزادان زنده بدینا آمده) = تعداد متولدین چند قلو
درصد چند قلو زایی	$100 \times (\text{قلو چند زایمانهای تعداد}) / (\text{زایمانها کل تعداد})$
درصد مرده زایی به تفکیک پسر و دختر و کل	$100 \times (\text{آمده دنیا به مرده متولدین تعداد}) / (\text{کل و جنس تفکیک به زنده متولدین})$
نسبت جنسی در بدو تولد	(پسر زنده تولدهای تعداد) / (دختر زنده تولدهای تعداد)
درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در بدو تولد به تفکیک پسر و دختر و کل	$100 \times (\text{گرم ۲۵۰۰ از کمترین وزن با کل پسر متولدین، دختر،}) / (\text{شده وزن کل زنده، پسر، دختر})$
درصد متولدین با وزن ۲۵۰۰ گرم و بیشتر در بدو تولد به تفکیک پسر و دختر و کل	$100 \times (\text{بیشتر و گرم ۲۵۰۰ وزن با کل پسر متولدین، دختر،}) / (\text{شده وزن کل زنده، متولدین دختر، پسر})$
درصد متولدین وزن شده به تفکیک پسر و دختر و کل	$100 \times (\text{شده وزن متولدین کل تعداد}) / (\text{زنده متولدین کل تعداد})$
میزان تجدید نسل ناخالص Gross Reproduction Rate (G.R.R)	(کلی باروری میزان * دختر متولدین تعداد) / (متولدین کل تعداد)
درصد افراد تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده در آخرین روز سال	
*۱۰۰	
درصد افراد تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده بر حسب نوع وسیله در آخرین روز سال	(سال روز آخرین در بارداری از پیشگیری مختلف وسایل کل از استفاده کننده جمعیت کل) / (سال ۴۹ تا ۱۰ سنی گروههای در شوهردار زنان)
نسبت کسانی که از یک وسیله استفاده می کنند به کل استفاده کننده	$100 \times (\text{سال روز آخرین در وسیله نوع حسب بر خانواده تنظیم برنامه پوشش تحت افراد درصد}) / (\text{سال همان ساله ۴۹ تا ۱۰ سنی گروههای در شوهردار زنان})$

میزانهای مربوط به مرگ	
میزان خام مرگ برای هر دو جنس و کل	$\frac{\text{تعداد مرگ در یک سال}}{1000} \times \text{جمعیت همان سال}$
میزان مرگ نوزادان (کمتر از یکماه) برای هر دو جنس و کل	$\frac{\text{تعداد مرگ نوزادان در مدت یک سال}}{1000} \times \text{موالید زنده همان سال}$
میزان مرگ کودکان (کمتر از یکسال) برای هر دو جنس و کل	$\frac{\text{تعداد مرگ کودکان زیر یکسال در مدت یک سال}}{1000} \times \text{موالید زنده همان سال}$
میزان مرگ کودکان ۱ تا ۴ برای هر دو جنس و کل	$\frac{\text{تعداد مرگ 1 تا 4 ساله در مدت یک سال}}{1000} \times \text{جمعیت 1 تا 4 ساله در همان سال}$
میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ برای هر دو جنس و کل که به دو روش محاسبه می شود	
الف: وقتی مخرج کسر جمعیت کودکان زیر ۵ سال است :	$\frac{\text{تعداد مرگ کمتر از 5 سال در مدت یک سال}}{1000} \times \text{جمعیت همان گروه سنی در همان سال}$
ب: وقتی مخرج کسر مولیده زنده است :	$\frac{\text{تعداد مرگ کمتر از 5 سال در مدت یک سال}}{1000} \times \text{موالید زنده همان سال}$
میزان مرگ اختصاصی سنی برای هر دو جنس و کل	$\frac{\text{تعداد مرگ در هر گروه سنی در مدت یک سال}}{1000} \times \text{جمعیت همان گروه سنی در همان سال}$
درصد مرگ مادران از هر یک از علل مرگ در هر گروه سنی	$\frac{\text{تعداد مرگ مادران از علت خاص}}{1000} \times \text{کل مرگ مادران}$
میزان مرگ اختصاصی علتی در گروه سنی کمتر از ۵ سال	$\frac{\text{تعداد مرگ مربوط به علت مورد نظر در کودکان کمتر از 5 سال در یک سال}}{1000} \times \text{جمعیت کمتر از 5 سال در همان سال}$
نسبت مرگ از علت خاص در گروه سنی کمتر از ۵ سال	$\frac{\text{تعداد مرگ مربوط به علت مورد نظر در کودکان کمتر از 5 سال در یک سال}}{1000} \times \text{کل مرگ در مدت یک سال در گروه سنی کمتر از 5 سال}$

فهرست منابع

- ۱) 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 (1392).
- ۲) آرتور اس. ربر. فرهنگ روان شناسی؛ ترجمه: یوسف کریمی، تهران: انتشارات رشد (1390).
- ۳) آسیورن ایده و دیگران. حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، ترجمه: اردشیر امیر ارجمند، تهران، انتشارات مجد، (1389).
- ۴) دهخدا؛ علی اکبر. فرهنگ دهخدا، جلد 8، انتشارات دانشگاه تهران،
- ۵) زمانی؛ سید قاسم. شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین المللی بشر، پژوهش (1385)
- ۶) حقوق و سیاست، شماره ۱۹
- ۷) ضیائی بیگدلی، محمدرضا، حقوق معاهدات؛ انتشارات کتابخانه ی گنج دانش (1385).
- ۸) عباسی، بیژن. حقوق بشر و آزاد یهای بنیادین، تهران، نشر داد گستر (1390)
- ۹) کریون، متیوسی. آر. چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ ترجمه: محمد حبیبی معنده، انتشارات دانشگاه مفید (1388).
- ۱۰) اعضای کمیته برنامه ریزی آموزش نیروی انسانی، مجموعه کتب بهورزی/کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا، ۱۳۷۹
- ۱۱) رهبر م، جعفری ن، نوائیان ن، آشنایی با مفاهیم و الگوهای برنامه های سلامت از مجموعه جزوات مدیریت سلامت
- ۱۲) شادپور ک، نظام ارائه خدمات بهداشتی (مجموعه آموزشی کارشناسی ارشد جامعه نگر
- ۱۳) ابوالحسنی ف، مدیریت برنامه های تندرستی، انتشارات برای فردا، ۱۳۸۳
- ۱۴) اعضای کمیته برنامه ریزی نیروی انسانی مرکز گسترش شبکه، کتاب مبانی کار در روستا، ۱۳۸۰
- ۱۵) سیامک فرهادی - شناسایی جمعیتی و زیست محیطی روستا ویژه آموزش بهورزان - بهار ۱۳۹۷
- ۱۶) گروه پشتیبانی دانش پارسیان، راهنمای سامانه سبب ویژه غیر پزشک،
- ۱۷) گروه اطلاعات و آمار مرکز مدیریت شبکه، دستورالعمل تکمیل زیج حیاتی مناطق روستایی و شهری ۱۳۹۴

10-English references Eide, Absyorn and others, Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights, Published by Kluwer, 1995.

11-Eight General Programs of work, 1987

- 12-Mahoney, K.E. Human Rights in the Twenty- First Century, 1993, pp: 481 ,493.
- 13-The International Bank for Reconstruction and Development, World Development Report 1993: Investing in Health (NY: Oxford University Press), 1993.
- 14-Toebes, Brigit, Towards an Improved understanding of the International Human Right to Health, 21 HRQ 661, 1999
- 15-Members of the Human Resources Training Planning Committee, Collection of Welfare Books / Basics of Health and Work in the Village, 2000
- 16-Rahbar M, Jafari N, Navayan N, Familiarity with the concepts and patterns of health programs from the collection of health management booklets
- 17-Shadpour K, Health Services Delivery System (Community-oriented Master of Education Complex
- 18-Abolhassani F, Health Programs Management, Publications for Tomorrow, 2004
- 19-Members of the Human Resources Planning Committee of the Network Development Center, Basics of Work in the Village, 2001
- 20-Siamak Farhadi _ Demographic and environmental identification of the village for the training of health workers _ Spring 1397
- 21-Danesh Parsian Support Group, a guide for the non-physician special apple system
- 22-Network Management Information and Statistics Group, Instructions for completing the vital zigzag in rural and urban areas 1394