

# شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران



نویسنده: دکتر کامل شادپور



ستاد گسترش شبکههای بهداشتی درمانی کشور

معاونت امور بهداشتی



Cover

عنوان

فهرست

فصل اول: شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران

مقدمه

فصل دوم: اطلاعات کلی درباره ایران

وسعت، موقعیت جغرافیایی و شرایط آب و هوایی

زبان، خط، دین

ارتباطات : راه، رادیو، تلویزیون، پست

مسکن

آموزش: سواد، دانشگاه‌ها

واحد پول، منابع درآمد و توزیع آن

فصل سوم: آمار حیاتی و نشانگرهای بهداشتی

جمعیت: شهری روستایی، بعد خانوار

رشد شهرنشینی

تراکم نسبی جمعیت

توزیع جمعیت در گروه‌های سنی

امید زندگی

وضعیت ازدواج و طلاق

بعضی دیگر از نشانگرهای عمده بهداشتی (براساس نتایج بررسی سال ۱۳۶۸)

فصل چهارم: سابقه استفاده از نیروهای غیر پزشک در ایران

گروه‌های سیار مبارزه با بیماری واگیر دار و واکسیناسیون

طرح تربیت بهدار

سپاه بهداشت

طرح آذربایجان غربی

سایر طرحها

فصل پنجم: بررسی وضعیت نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی کشور در سال ۱۳۸۵

فصل ششم: سیاستها و خط مشی ها

سیاستهای اساسی

خط مشی های کلی

فصل هفتم نمای سازمانی و شرح مختصر واحدهای عرضه خدمات

سطح شهرستان

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

تسهیلات زایمانی

مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز آموزش بهورزی

مرکز بهداشت شهرستان

بیمارستان شهرستان

مدیریت شبکه شهرستان

موسسات آموزشی

سطح استان

سطح کشوری(ملی)

فصل هشتم: نکات برجسته مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران

طرح گسترش: اصول، چگونگی تهیه، محتوا

محاسبه نیروی انسانی

بهورز: انتخاب-آموزش

ادغام یافتگی خدمات و نیروهای پشتیبان  
چگونگی ثبت و گزارش اطلاعات بهداشتی

ثبت روزانه فعالیتها

زیج حیاتی

گردونه آماری

فرمهای گزارش ماهانه

پرونده خانوار

چگونگی نظارت (چک لیستها)

فصل نهم: آنچه در جریان راه اندازی مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران بدست آمده است

ادغام آموزش پزشکی با فعالیتهای اجرایی و پدید آمدن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تشکیل ستاد گسترش شبکه های بهداشتی درمانی و فعالیتهای آن و ستاد آموزش و پژوهش در شبکه های بهداشتی درمانی کشور

بازآموزی نیروی انسانی در شبکه های بهداشت و درمان

ادغام برخی از برنامه های عمودی (مالاریا، بهداشت روانی،....) در نظام بهداشتی درمانی

پژوهشهایی که انجام یافته است

تغییر در نشانگرهای بهداشتی

آموزش دانشجویان پزشکی در شبکه های بهداشت و درمان

فصل دهم: حال و آینده مراقبتهای اولیه بهداشتی

فصل یازدهم: آنچه در آینده حساسیت فراوان می یابد

تقویت مراکز بهداشتی درمانی

دخالت دادن مردم و همکاریهای بین بخشی

آموزش مدیریت

هزینه ها

فصل دوازدهم: پیوست ها

پیوست شماره ۱: رئوس مطالب و ساعات تدریس بلوکهای بهورزی

پیوست شماره ۲: شاخصهای قابل محاسبه از زیج حیاتی

پیوست شماره ۳: نتایج استخراج شده از زیجهای حیاتی سال ۱۳۶۸

پیوست شماره ۴: شاخصهای قابل محاسبه از گردونه های آماری

پیوست شماره ۵: بعضی از فرمهای آماری ماهانه

پیوست شماره ۶: پرونده خانوار

پیوست شماره ۷: چک لیست بازدید از مراکز آموزشی بهورزی

پیوست شماره ۸: فهرست کارگاهها و سمینارهای برگزار شده توسط ستاد

گسترش شبکه ها

پیوست شماره ۹: فهرست انتشارات ستاد گسترش شبکه ها

پیوست شماره ۱۰: فهرست بررسیهای انجام شده توسط ستاد گسترش شبکه

ها

پیوست شماره ۱۱: خلاصه ای از نتایج چند بررسی

پیوست شماره ۱۲: مقایسه اطلاعات بهداشتی جمعیتی ایران در سالهای

۱۳۶۳، ۱۳۵۲ و ۱۳۶۷

پیوست شماره ۱۳: دیدگاه نیازهای اساسی بشر

منابع

# شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران

دکتر کامل شادپور

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با

همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد

(یونیسف)

تهران

۱۳۷۲



شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران

□ نویسنده : دکتر کامل شادپور

□ حروفچینی : خط ۶۴۶۵۴۸۴

□ لیتوگرافی، چاپ و صحافی : چاپخانه دفتر نشر فرهنگ اسلامی

□ تعداد : ۵۰۰۰ نسخه

□ چاپ اول : ۱۳۷۲

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی  
با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد  
تهران



1

## فهرست مطالب

صفحه	موضوع
۹	۱- مقدمه
۱۳	۲- اطلاعات کلی درباره ایران
۱۳	۱-۲- وسعت، موقعیت جغرافیایی و شرایط آب و هوایی
۱۶	۲-۲- زبان، خط، دین
۱۶	۲-۳- ارتباطات: راه، رادیو، تلویزیون، پست
۱۷	۲-۴- مسکن
۱۷	۲-۵- آموزش: سواد، دانشگاهها
۱۷	۲-۶- واحد پول، منابع درآمد و توزیع آن
۱۹	۳- آمار حیاتی و نشانگرهای بهداشتی
۱۹	۳-۱- جمعیت: شهری روستایی، بعد خانوار
۱۹	۳-۲- رشد شهرنشینی
۲۰	۳-۳- تراکم نسبی جمعیت
۲۰	۳-۴- توزیع جمعیت در گروههای سنی
۲۱	۳-۵- امید زندگی
۲۱	۳-۶- وضعیت ازدواج و طلاق
۲۱	۳-۷- بعضی دیگر از نشانگرهای عمده بهداشتی (براساس نتایج بررسی سال ۱۳۶۸)
۲۵	۴- سابقه استفاده از نیروهای غیرپزشک در ایران
۲۵	۴-۱- گروههای سیار مبارزه با بیماریهای واگیردار و واکسیناسیون
۲۶	۴-۲- طرح تربیت بهدار
۲۶	۴-۳- سپاه بهداشت

۲۷	۴-۴- طرح آذربایجان غربی
۲۷	۴-۵- سایر طرحها
	۵- بررسی وضعیت نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی
۲۹	کشور در سال ۱۳۵۸
۳۱	۶- سیاستها و خط‌مشی‌ها
۳۱	۶-۱- سیاستهای اساسی
۳۲	۶-۲- خط‌مشی‌های کلی
۳۵	۷- نمای سازمانی و شرح مختصر واحدهای عرضه خدمات
۳۵	۷-۱- سطح شهرستان
۳۵	خانه بهداشت
۳۷	مرکز بهداشتی درمانی روستایی
۳۸	تسهیلات زایمانی
۳۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری
۴۱	مرکز آموزش بهورزی
۴۲	مرکز بهداشت شهرستان
۴۲	بیمارستان شهرستان
۴۳	مدیریت شبکه شهرستان
۴۳	موسسات آموزشی
۴۴	۷-۲- سطح استان
۴۷	۷-۳- سطح کشوری (ملی)
۵۱	۸- نکات برجسته مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران
۵۱	۸-۱- طرح گسترش: اصول، چگونگی تهیه، محتوا
۵۴	۸-۲- محاسبه نیروی انسانی
۵۶	۸-۳- بهورز: انتخاب - آموزش
۵۸	۸-۴- ادغام یافتگی خدمات و نیروهای پشتیبان

- ۵۹ ۵-۸- چگونگی ثبت و گزارش اطلاعات بهداشتی
- ۵۹ ۱-۵-۸- ثبت روزانه فعالیتها
- ۶۰ ۲-۵-۸- زیج حیاتی
- ۶۲ ۳-۵-۸- گردونه آماری
- ۶۴ ۴-۵-۸- فرمهای گزارش ماهانه
- ۶۴ ۵-۵-۸- پرونده خانوار
- ۶۵ ۶-۸- چگونگی نظارت (چک لیستها)

## ۹- آنچه در جریان راه اندازی مراقبتهای اولیه بهداشتی در

- ۶۷ ایران بدست آمده است
- ۱-۹- ادغام آموزش پزشکی با فعالیتهای اجرایی و پدید آمدن
- ۶۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲-۹- تشکیل ستاد گسترش شبکه های بهداشتی درمانی و
- فعالیتهای آن و ستاد آموزش و پژوهش در شبکه های
- ۶۸ بهداشتی درمانی کشور
- ۳-۹- بازآموزی نیروی انسانی در شبکه های بهداشت و درمان
- ۶۹ ۴-۹- ادغام برخی از برنامه های عمودی (مالاریا، بهداشت
- روانی و...) در نظام شبکه بهداشتی درمانی
- ۷۰ ۵-۹- پژوهشهایی که انجام یافته است
- ۷۲ ۶-۹- تغییر در نشانگرهای بهداشتی
- ۷۳ ۷-۹- آموزش دانشجویان پزشکی در شبکه های بهداشت و درمان
- ۷۳

## ۱۰- حال و آینده مراقبتهای اولیه بهداشتی

- ۸۱ ۱۱- آنچه در آینده حساسیت فراوان می یابد
- ۸۱ الف - تقویت مراکز بهداشتی درمانی
- ۸۲ ب - دخالت مراکز بهداشتی درمانی
- ۸۲ پ - آموزش مدیریت
- ۸۳ ت - هزینه ها

- ۱۲- پیوستها
- ۸۵ پیوست شماره ۱) رئوس مطالب وساعات تدریس
- ۸۷ بلوکهای بهورزی
- ۹۱ پیوست شماره ۲) شاخصهای قابل محاسبه از زیج حیاتی  
پیوست شماره ۳) نتایج استخراج شده از زیجهای
- ۹۹ حیاتی سال ۱۳۶۸
- ۱۰۱ پیوست شماره ۴) شاخصهای قابل محاسبه از گردونه آماری
- ۱۰۵ پیوست شماره ۵) بعضی از فرمهای آماری ماهانه
- ۱۱۵ پیوست شماره ۶) پرونده خانوار
- ۱۳۳ پیوست شماره ۷) چک لیست بازدید از مراکز آموزش بهورزی  
پیوست شماره ۸) فهرست کارگاهها و سمینارهای
- ۱۳۹ برگزار شده توسط ستاد گسترش شبکهها
- ۱۴۳ پیوست شماره ۹) فهرست انتشارات ستاد گسترش شبکهها  
پیوست شماره ۱۰) فهرست بررسیهای انجام شده توسط
- ۱۵۱ ستاد گسترش شبکهها
- ۱۵۳ پیوست شماره ۱۱) خلاصه ای از نتایج چند بررسی  
پیوست شماره ۱۲) مقایسه اطلاعات بهداشتی جمعیتی
- ۱۶۱ ایران در سالهای ۱۳۵۳، ۱۳۶۳ و ۱۳۶۷
- ۱۶۳ پیوست شماره ۱۳) دیدگاه نیازهای اساسی بشر
- ۱۶۵ ۱۳- منابع

## شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران

### ۱ - مقدمه

در سال ۱۳۵۸ وزارت بهداشتی و بهزیستی وقت به منظور تجدید بنای زیرساخت بهداشت و درمان کشور گروه کثیری از آگاهان را مأمور بررسی و برنامه‌ریزی کرد. حاصل این بررسیها تدوین و ارائه چند گزارش بود که اقدام عملی و موثر در برنداشت. پس از پراکنده شدن آن جمع، سه تن از کارشناسان، به تدوین نظام جدیدی مبتنی بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی و توجیه بازتاب عملی آن دست زدند که به انتشار کتاب "نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" در دی ماه ۱۳۶۰ منجر شد.\* برای آنکه دیدگاههای عرضه شده در این کتاب همچون گزارشهای پیشین عقیم نماند، می‌بایست در عمل بازتاب وجوه فلسفی و معنای کاربرد سازمانی و اجرایی آن نشان داده می‌شد. این کار با مشکلات عمده‌ای مواجه بود: در ابتدا با حمایت سازمان یافته‌ای روبرو نبود، آگاهان آن را غیرممکن می‌خواندند، یکی از آن سه تن از کار مشترک کناره گرفت، کسانی آن را سرپوش بیکاری می‌دانستند و در واقع نیز کاری بس عظیم و بارو نکردنی می‌نمود. سرانجام به فضل خدا و با یاری همکاران سختکوش استانی این کار برای نگارنده و دوست و همکار گرامیم دکتر سیروس پبله‌رودی که در این راه دشوار یک لحظه باز نایستاد، میسر شد و طرحهای گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور برای تمامی شهرستانها فراهم آمد.

---

(\*) دکتر سیروس پبله‌رودی - دکتر کامل شادپور - دکتر حسن وکیل؛ نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی؛ مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشتی، دی ماه ۱۳۶۰.

آماده شدن طرحها و سپس اقدام عملی برای اجرای آنها مرهون حمایت موثر و دلسوزانه آقای دکتر علیرضا مرندی در دوران معاونت بهداشتی و سپس وزارتشان است و مدیریت برجسته و همت آقای دکتر حسین ملک‌افضلی به عنوان معاون امور بهداشتی و سرپرست ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور نقش عمده‌ای در دست یافتن شبکه‌ها به وجهه اجرایی و عملی داشته است.

علی‌رغم گذشت ۷ سال، شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، هنوز نهالی نوپا و شکننده است، هنوز با آنچه که از نظر توان فنی، نیروی انسانی، مناسبات درون هر واحد و روابط میان واحدها متصور است فاصله بسیار دارد و هنوز شدیداً محتاج حمایت سیاسی می‌نماید. خوشبختانه میزان حمایت‌های وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ شورای محترم معاونان و بخصوص معاون محترم امور بهداشتی چنان است که همچنان می‌توان به توفیق روزافزون آن امیدوار بود.

در مرحله گسترش کمی شبکه‌ها، ثبت دقیق تجربه‌ها و نقاط قوت و ضعف میسر نبود. امروز که شبکه‌ها گسترش قابل ملاحظه یافته‌اند، برای جامعه شناخت توان و تاثیر این واحدها تا حدودی میسر شده است، از این واحدها برای آموزش دانشجویان استفاده می‌شود و نیز بازدید از آنها همواره با ابراز علاقه و یا تحسین کارشناسان بین‌المللی و آگاهان کشورهای دوست روبرو است. شاید ثبت و عرضه اصول و ویژگی‌های شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران خالی از فایده نباشد، بخصوص که ایران در دهه ۱۳۵۰ با سرمایه‌گذاری انسانی و مالی خود در اجرای طرح تحقیقاتی مشترک با سازمان جهانی بهداشت به شکل گرفتن تفکر استفاده از نیروهای غیرپزشک در عرضه خدمات پزشکی - که بعدها به صورت بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ و مراقبت‌های اولیه بهداشتی تبلور یافت - یاری داده است و امروز نیز تلقی ایران از مراقبت‌های اولیه بهداشتی بیش از یک استراتژی و فراتر از یک برنامه است. ایران تلاش می‌کند تا به مراقبت‌های اولیه بهداشتی به چشم وسیله‌ای برای بازنگری در توزیع منابع، موجبی برای جهت دادن به نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی و پایه‌ای برای برقراری عدالت اجتماعی نگاه کند.

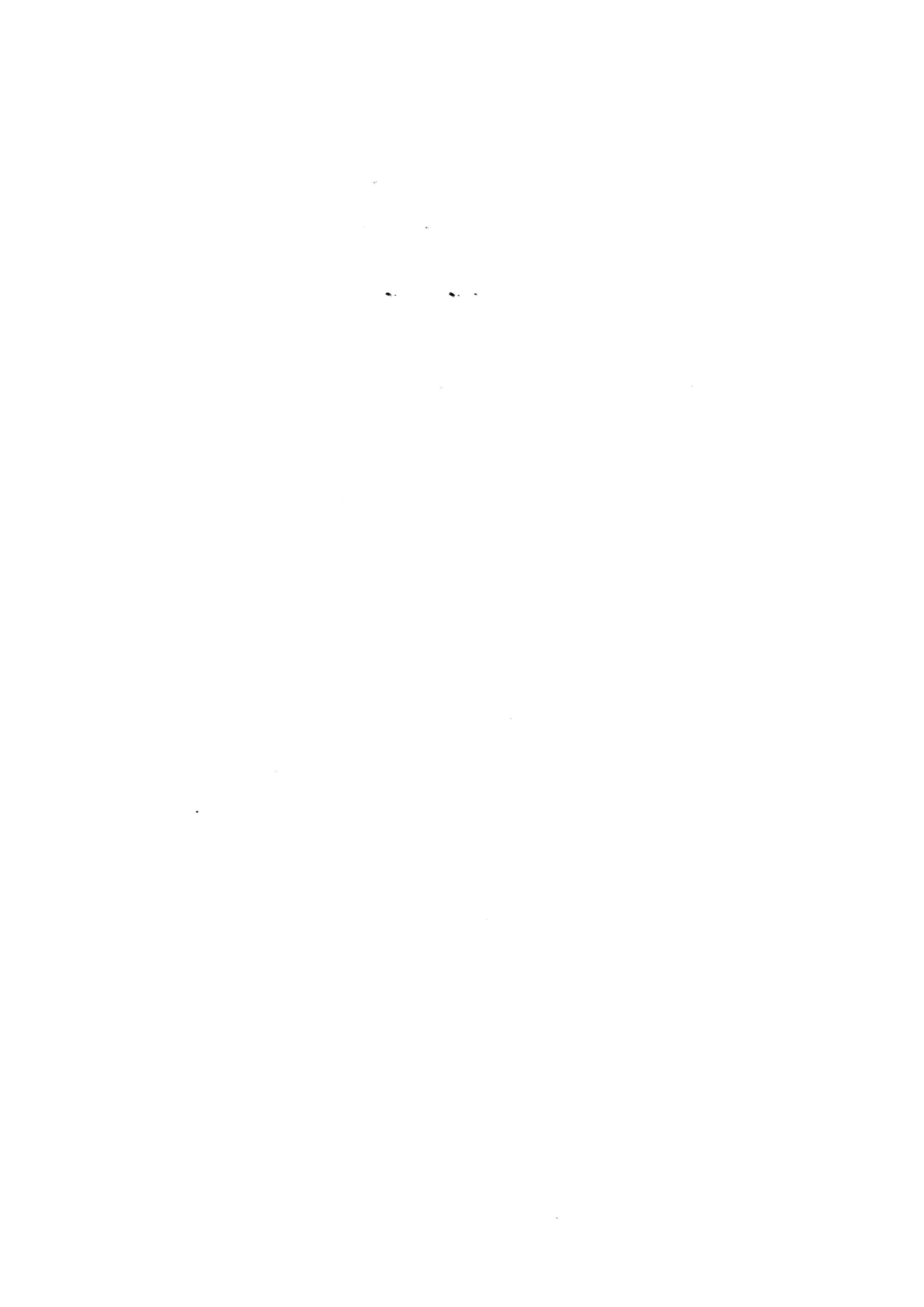
متن کتاب حاضر در مردادماه سال ۱۳۶۹ نوشته شد ولی اگر خواست و علاقه صندوق کودکان سازمان ملل متحد و توجه خاص همکار گرامی، آقای دکتر محمدرضا حسینی مدیر اجرایی یونیسف نبود شاید هیچگاه این مجموعه چاپ و منتشر نمی شد.

این کتاب در ستاد گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور فراهم آمده است. از میان همکاران محترم این ستاد، خانم عصمت جمشیدبیگی (برای جمع آوری مدارک و بازخوانی مطالب) خانم پرویندخت نمیرانیان (در تایپ اولیه متن) و آقای مجید احمدی پناه (برای ترسیم جداول و نمودارها) زحمات فراوان کشیده اند. از لطف همه آنان صمیمانه سپاسگزارم.

کامل شادپور

آبان ۱۳۷۱





## ۲- اطلاعات کلی در باره ایران

### ۲-۱- وسعت، موقعیت جغرافیایی و شرایط آب و هوایی

کشور ایران با کمی بیش از ۱۶۴۸۰۰۰ کیلومتر مربع وسعت (از این نظر شانزدهمین کشور جهان)<sup>۱</sup> در جنوب غربی آسیا قرار دارد و جزء کشورهای خاورمیانه است. همسایگان ایران عبارتند از: اتحاد جماهیر شوروی سابق (در شمال)، افغانستان و پاکستان (در شرق)، و عراق و ترکیه (در غرب)، (نقشه شماره یک). کشور ایران از نظر تقسیمات سیاسی دارای ۲۴ استان، ۲۱۶ شهرستان، ۴۹۷ شهر، ۵۹۶ بخش، ۲۰۶۶ دهستان و بیش از ۶۶۰۰۰ روستا است.<sup>۲</sup> مرکز کشور ایران تهران نام دارد.

حدود ۹۰ درصد خاک ایران در محدوده فلات ایران واقع شده و کشوری کوهستانی محسوب می شود. بیش از نیمی از مساحت کشور را کوهها و ارتفاعات، یک چهارم را صحرا و کویر و کمتر از یک چهارم آن را اراضی قابل کشت تشکیل داده است. میانگین ارتفاع در کشور ایران بیش از ۱۲۰۰ متر است. پست ترین نقطه داخلی در حدود ۱۸۷ متر در بیابان لوت و بلندترین قله آن دماوند با ارتفاع ۵۶۷۱

متر در رشته کوه البرز قرار دارد.<sup>۳</sup>

ارتفاعات ایران از ۴ رشته کوه تشکیل یافته است: رشته کوه‌های شمالی، غربی، جنوبی و مرکزی - شرقی.<sup>۳</sup>

- کوه‌های شمالی یا رشته کوه البرز از سلسله جبال آرارات در ترکیه شروع می‌شود و به کوه‌های هندوکش در افغانستان می‌پیوندد.

بلندترین قله این کوه‌ها دماوند با ۵۶۷۱ متر ارتفاع، رفیع‌ترین نقطه‌ی ایران محسوب می‌شود.

- کوه‌های غربی از سلسله جبال آرارات در ترکیه شروع می‌شود. از شمال غربی به جنوب شرقی امتداد می‌یابد. این سلسله کوه‌ها زاگرس نام دارند و بلندترین قله آن زردکوه ۴۵۴۷ متر ارتفاع دارد.

- کوه‌های جنوبی از خوزستان تا سیستان و بلوچستان امتداد دارد و به کوه‌های سلیمان در پاکستان ختم می‌شود.

- در کوه‌های مرکزی - شرقی بلندترین قله، کوه هزار ۴۴۶۵ متر ارتفاع دارد.

دو رشته کوه البرز و زاگرس شرایط مساعد و نامساعد اقلیمی و چهره متنوع آب و هوایی ایران را پدید می‌آورند و موجب تنوع شرایط اقتصادی اجتماعی و زیستی مردم و لاجرم اختلاف در وضعیت بهداشتی، اکولوژیک و اپیدمیولوژیک مناطق مختلف می‌شوند. شرایط آب و هوایی مساعد و رطوبت کافی، دشتهای سرسبز و حاصلخیز را پدید آورده است و شرایط نامساعد اقلیمی، بیابانهای خشک و شوره‌زارها و کویرها را در خود دارد.

شکل شماره ۱- نقشه کشور ایران

شکل شماره (۱) نقشه کشور ایران به تفکیک استان



## ۲-۲- زبان، خط، دین

زبان رسمی و خط رایج کشور پارسی است. ۹۱ درصد از مردم کشور مسلمان شیعه، ۸/۵ درصد مسلمان سنی، ۰/۲ درصد مسیحی، ۰/۰۷ درصد زرتشتی و ۰/۰۵ درصد کلیمی هستند.<sup>۱</sup>

۲-۳- ارتباطات: راه، رادیو، تلویزیون، پست<sup>۴</sup>

در سال ۱۳۶۵ کشور ایران دارای ۵۰۴ کیلومتر آزاد راه، ۳۹۵۹۸ کیلومتر راه آسفالته، بیش از ۱۵۰۰۰ کیلومتر راه فرعی، ۳۳۶۱۸ کیلومتر راه روستایی و ۴۹۴۴۴ کیلومتر راه دسترسی خاکی بوده است.

راه آهن سرتاسری ایران به طول ۱۳۹۴ کیلومتر از ساحل دریای خزر تا ساحل خلیج فارس از سال ۱۳۱۷ مورد استفاده قرار گرفته است. از آن پس در سالهای مختلف شبکه خطوط آهن افزایش یافته و به ۴۵۶۷ کیلومتر رسیده است.

در حال حاضر ۱۹ مرکز فرستنده تلویزیونی در شهرستانها و دو شبکه تلویزیونی در تهران سالانه حدود ۱۱۰۰۰ ساعت برنامه پخش می‌کنند. فرستنده‌های رادیویی مستقر در تهران سالانه بیش از ۵۰۰۰ ساعت و ۲۴ فرستنده رادیویی استانها، نزدیک به ۴۳۰۰۰ ساعت برنامه تولید و پخش می‌کنند.

در سال ۱۳۶۵، ۱۱۳ شهر از شهرهای ایران مجهز به سیستم مایکروویو و ۳۹۶ شهر دارای مرکز کاربر بوده است. در همین سال ۲۰۷۷ روستا از روستاهای کشور از امکانات ارتباط بین شهری برخوردار بوده است.

ارتباط پستی از شبکه گسترده‌ای برخوردار است. علاوه بر دفاتر پستی شهرها ۱۱۵۲۴ صندوق پستی در روستاهای کشور مستقر می‌باشد.

## ۲-۴- مسکن

در فاصله دو سرشماری ۱۳۵۵ و ۱۳۶۵ تعداد واحدهای مسکونی کشور از حدود ۵۳۰۰۰۰۰ به ۸۳۰۰۰۰۰ رسیده است. این افزایش در شهر چشمگیر بوده و از ۲۳۸۰۰۰۰ به ۴۶۹۰۰۰۰ افزایش یافته است.<sup>۵</sup> مع هذا کمبود و گرانی مسکن هنوز یکی از دشواریهای اجتماعی امروز ایران را تشکیل می دهد. اجاره‌بهای مسکن، در شهر ۴۴ درصد و در روستا ۲۲ درصد از هزینه ماهانه یک خانوار را شامل می شود.<sup>۵</sup> و همچنان سیر صعودی دارد.

## ۲-۵- آموزش: سواد، دانشگاهها

میزان باسوادان کشور (۶ ساله و بالاتر) که در سرشماری سال ۱۳۵۵، ۴۷/۵ درصد بود.<sup>۶</sup> در سال ۱۳۷۰ به ۷۴/۴ درصد رسید. در این میان باسوادان شهری ۸۲/۵ درصد و باسوادان روستایی ۶۳/۶ درصد بوده‌اند.<sup>۷</sup> در حال حاضر ۲۶ دانشگاه علوم پزشکی و ۴ دانشکده علوم پزشکی در کشور مشغول تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی و پیراپزشکی هستند. البته این تعداد، دانشگاههای آزاد و دانشگاههای مربوط به وزارت علوم را در بر نمی‌گیرد.

## ۲-۶- واحد پول، منابع درآمد و توزیع آن

واحد پول ایران، ریال است. نرخ برابری آن با ارز خارجی (دلار) به تفاوت معادل ۶۶، ۶۰۰ و ۱۴۴۰ ریال به صورت رسمی، رقابتی و شناور است.<sup>۸</sup> مالیات و درآمدهای حاصل از فروش نفت، منابع اصلی درآمد عمومی دولت را تشکیل می دهد. پرداختهای قطعی سال ۱۳۶۶ نشان می دهد که بیش از ۴۳ درصد از امکانات دولت صرف امور اجتماعی (مانند آموزش عمومی، بهداشت و درمان، تأمین اجتماعی و آموزش عالی) شده است. در پرداختهای قطعی بودجه عمومی

دولت در سال ۱۳۶۶ سهم آموزش و پرورش؛ تأمین اجتماعی؛ بهداشت و درمان و تغذیه؛ دفاع ملی؛ و تأمین مسکن بترتیب ۱۸/۶ درصد، ۱۵/۸ درصد، ۵/۸ درصد، ۱۵/۳ درصد و ۲/۴ درصد بوده است.<sup>۵</sup>

### ۳- آمار حیاتی و نشانگرهای بهداشتی

#### ۳-۱- جمعیت: شهری، روستایی، بعد خانوار

براساس نتایج مقدماتی طرح آمارگیری جمعیت در سال ۱۳۷۰، جمعیت ایران حدود ۵۸ میلیون نفر اعلام شده است. از این تعداد ۵۶/۶ درصد در نواحی شهری و ۴۳/۴ درصد در نقاط روستایی سکونت دارند. نسبت جنسی در این جمعیت ۱۰۵ و متوسط بعد خانوار ۵ نفر است. جمعیت ایران در چهار سرشماری قبلی (۱۳۳۵، ۱۳۴۵، ۱۳۵۵، ۱۳۶۵) بترتیب ۱۹، ۲۶، ۳۴ و ۵۰ میلیون نفر بوده است.<sup>۷</sup>

#### ۳-۲- رشد شهرنشینی

گرایش به شهرنشینی و تمرکز جمعیت در شهرها روبه افزایش است به طوریکه در سال ۱۳۵۵ جمعیت ۶ شهر بزرگ ایران که هریک بیش از ۳۰۰۰۰۰ نفر و در مجموع ۷ میلیون نفر جمعیت داشته‌اند در سال ۱۳۶۵ به حدود ۱۱ میلیون نفر رسیده است<sup>۴</sup> و در طی سالهای ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ نیز میزان شهرنشینی از ۵۴/۳ درصد



به ۵۶/۶ درصد رسیده است.<sup>۷</sup> این پدیده، در مقایسه رشد جمعیت در مناطق شهری و روستایی کشور هم به خوبی نشان داده می‌شود چنانچه طی پنج سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ رشد سالانه جمعیت در مناطق شهری کشور تقریباً دو برابر مناطق روستایی بوده است (۴/۰۲ درصد در مقابل ۲/۱۳ درصد).<sup>۷</sup> جمعیت شهر تهران در سال ۱۳۶۵ حدود ۶ میلیون نفر بوده است.<sup>۴</sup>

### ۳-۳- تراکم نسبی جمعیت

متوسط تراکم نسبی جمعیت ۳۰، کمترین آن در استانهای سمنان و سیستان و بلوچستان (بترتیب ۷ و ۵ نفر) و بیشترین آن در استانهای تهران و گیلان (بترتیب ۲۹۱ و ۱۴۳ نفر) در کیلومتر مربع بوده است.<sup>۴</sup>

### ۳-۴- توزیع جمعیت در گروههای سنی

سرشماری سال ۱۳۶۵ توزیع جمعیت در گروههای مختلف سنی را به شرحی که در زیر آمده است نشان می‌دهد:<sup>۴</sup>

گروه سنی	درصد
کمتر از یکسال	۳/۶
۱ تا ۴ سال	۱۴/۷
۵ تا ۹ سال	۱۵/۲
۱۰ تا ۱۴ سال	۱۲/۰
۱۵ تا ۲۴ سال	۱۹/۱
۲۵ تا ۶۴ سال	۳۲/۴
۶۵ سال و بیشتر	۳/۰

## ۳-۵- امید زندگی

براساس بررسی انجام شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، امید زندگی در هنگام تولد برای کل جمعیت ایران ۶۷ سال (زنان ۶۹ و مردان ۶۶ سال) اعلام شده است. (۹ و ۱۰) در سرشماری سال ۱۳۷۰ این رقم برای زنان ۶۲ و برای مردان ۶۱ سال برآورد گردیده است.<sup>۷</sup>

## ۳-۶- وضعیت ازدواج و طلاق

نسبت طلاق به ازدواج در کل کشور ۹/۱، در شهرها ۱۱/۲ و در روستاها ۵/۱ است.<sup>۵</sup> میانگین سن اولین ازدواج برای مردان ۲۳/۶ و برای زنان ۱۹/۸ سال گزارش شده است.<sup>۴</sup>

## ۳-۷- بعضی دیگر از نشانگرهای عمده بهداشتی

برخی از داده‌های بررسی‌یی که در سال ۱۳۶۷ روی یک درصد از جمعیت شهری و روستایی کشور انجام شد و نتایج آن در سال ۱۳۶۸ اعلام گردید در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود.<sup>۱۱</sup>

جدول شماره ۱) شاخصهای بهداشتی و جمعیتی کشور جمهوری اسلامی ایران  
در سال ۱۳۶۷ - براساس بررسی انجام شده روی یک درصد از جمعیت

کل	روستا	شهر	وقایع بهداشتی و جمعیتی
۵۶۹۳۹۱	۲۵۷۹۲۹	۳۱۱۴۶۲	جمعیت
۱۶/۳	۱۷/۶	۱۵/۳	درصد کمتر از ۵ سال
۴۵/۳	۴۸/۱	۴۳/۶	درصد کمتر از ۱۵ سال
۳/۱	۳/۴	۲/۹	درصد ۶۵ سال به بالا
۲۰/۴	۱۸/۹	۲۲/۰	درصد زنان ۱۵ تا ۴۴ سال
۲۲/۶	۲۵/۵	۲۰/۱	۱۵ تا ۱۹ سال
۶۲/۹	۶۵/۹	۶۰/۸	۲۰ تا ۲۴ سال
۸۵/۷	۸۶/۹	۸۵/۰	۲۵ تا ۲۹ سال
۹۳/۴	۹۴/۵	۹۲/۸	۳۰ تا ۳۴ سال
۹۶/۵	۹۸/۶	۹۵/۲	۳۵ تا ۳۹ سال
۹۶/۴	۹۶/۵	۹۶/۳	۴۰ تا ۴۴ سال
۶۷/۸	۶۷/۶	۶۸/۰	۱۵ تا ۴۴ سال
۳۵/۴	۴۰/۱	۳۱/۵	میزان مولید خام
۱۷۱/۰	۲۰۹/۰	۱۴۳/۵	میزان باروری عمومی
۵/۲	۶/۷	۴/۲	میزان باروری کل
۱/۶	۲/۳	۰/۹	۱۰ تا ۱۴ سال
۸۶/۹	۹۹/۳	۷۵/۷	۱۵ تا ۱۹ سال
۲۱۰/۹	۲۵۰/۵	۱۸۳/۴	۲۰ تا ۲۴ سال
۲۴۰/۰	۲۹۵/۳	۲۰۵/۳	۲۵ تا ۲۹ سال
۲۱۵/۴	۲۸۵/۱	۱۷۱/۶	۳۰ تا ۳۴ سال
۱۷۲/۹	۲۳۸/۴	۱۲۸/۳	۳۵ تا ۳۹ سال
۸۶/۰	۱۲۱/۹	۶۰/۳	۴۰ تا ۴۴ سال
۳۰/۷	۴۷/۶	۱۶/۷	۴۵ تا ۴۹ سال

درصد زنان ازدواج کرده

میزان باروری اختصاصی سنی

کل	روستا	شهر	وقایع بهداشتی و جمعیتی					
۶۲/۸	۴۱/۲	۸۵/۵	درصد زایمان در بیمارستان یا زایشگاه					
۶۹/۹	۵۱/۰	۸۹/۹	درصد زایمان زیر نظر فرد دوره دیده					
۲۵/۵	۳۰/۶	۲۰/۲	میزان مرگ نوزادان (کمتر از یک ماه) در هزار تولد زنده					
۴۴/۸	۵۷/۹	۳۱/۰	میزان مرگ کودکان کمتر از یکسال در هزار تولد زنده					
۳/۰	۳/۸	۲/۳	میزان مرگ کودکان ۱ تا ۴ سال در هزار نفر جمعیت					
۱۲/۰	۱۵/۹	۸/۲	میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ سال در هزار نفر					
۵۶/۰	۷۱/۲	۴۰/۰	میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ سال در هزار تولد زنده					
۲/۷	۴/۴	۰/۸	میزان مرگ از کزاز نوزادان در هزار تولد زنده					
۶/۶	۱۱/۷	۱/۷	<table border="0"> <tr> <td>کزاز</td> <td rowspan="4">} بیماری‌های عفونی دیگر</td> </tr> <tr> <td>سیاه‌سرفه</td> </tr> <tr> <td>سرخک</td> </tr> <tr> <td>اسهال</td> </tr> </table>	کزاز	} بیماری‌های عفونی دیگر	سیاه‌سرفه	سرخک	اسهال
کزاز	} بیماری‌های عفونی دیگر							
سیاه‌سرفه								
سرخک								
اسهال								
۰/۵	۰/۹	۰/۲						
۱/۰	۰/۷	۱/۳						
۱۶/۹	۲۴/۶	۹/۵						
۲۶/۰	۳۵/۸	۱۶/۵	میزان مرگ خام					
۴/۹	۶/۱	۳/۹						
۹۰/۶	۱۳۷/۵	۴۱/۳	میزان مرگ مادران از عوارض حاملگی و زایمان در صد هزار تولد زنده					
۳۲/۴	۳۸/۰	۲۵/۲	درصد مرگ زیر یکسال به کل مرگها					
۴۰/۶	۳۶/۷	۳۲/۵	درصد مرگ زیر پنجسال به کل مرگها					

کل	روستا	شهر	وقایع بهداشتی و جمعیتی
۵/۵	۷/۳	۲/۱	درصد مرگ زیر پنجسال به دلیل: کزاز سیاه سرفه سرخک اسهال بیماری‌های عفونی دیگر
۰/۴	۰/۶	۰/۳	
۰/۸	۰/۴	۱/۶	
۱۴/۱	۱۵/۴	۱۱/۶	
۲۱/۷	۲۲/۵	۲۰/۲	درصد مردان پانزده سال به بالای باسواد*
۶۳/۰	۴۷/۰	۷۵/۰	درصد زنان پانزده سال به بالای باسواد*
۴۱/۰	۲۱/۰	۵۵/۰	

در سال ۱۳۷۰، روی یک درصد از جمعیت شهری و روستایی کشور بررسی دیگری انجام شد که در غالب موارد بهبود شاخصهای بهداشتی را نشان می‌داد. از آن جمله است شاخصهای بهداشتی تولد و مرگ که در زیر آمده است.

کل	روستا	شهر	شاخص بهداشتی
			میزان مرگ نوزادان (کمتر از یکماه)
۲۰	۲۵	۱۵	در هزار تولد زنده
۳۷	۵۰	۲۵	میزان مرگ کودکان زیر یکسال در هزار تولد زنده
۴۴	۵۶	۳۱	میزان مرگ کودکان زیر پنجسال در هزار تولد زنده
			میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان
۵۴	۸۰	۲۹	درصد هزار تولد زنده
۴	-	-	میزان خام مرگ
۳۱	-	-	میزان خام موالید
۲/۷	-	-	رشد طبیعی جمعیت
۱۴۳	-	-	میزان باروری عمومی
۵	-	-	میزان باروری کلی

(۵) این دو اطلاع از سرشماری سال ۱۳۶۵ گرفته شده است.

#### ۴- سابقه استفاده از نیروهای غیرپزشک در ایران

در ایران استفاده از نیروهای غیرپزشک در عرضه خدمات سابقه نسبتاً طولانی دارد که به موارد عمده آن در زیر اشاره می‌شود:

#### ۴-۱- گروههای سیار مبارزه با بیماریهای واگیردار و واکسیناسیون

در سالهای بعد از جنگ جهانی دوم، همزمان با تکوین تک برنامه‌های مبارزه با بیماریهای عمده واگیردار، در ایران نیز گروههای سیار مبارزه با بیماریهای مالاریا، سل، جذام، آبله، آمیزشی و غیره پا گرفت. در این گروهها، غالباً از افرادی با آموزشهای درحد ۶ تا ۱۲ سال آموزش رسمی که با گذراندن دوره‌های خاص برای انجام وظایف معینی آمادگی یافته بودند استفاده می‌شد. بعدها از همین افراد برای بیماریابی و واکسیناسیون نیز استفاده شد.

#### ۴-۲- طرح تربیت بهدار

در سال ۱۳۱۹ طرح «تربیت بهدار» در مشهد آغاز به کار کرد. «بهدار»ها متعهد بودند که بعد از گذراندن دوره چهارساله آموزش نظری، عملی و کارآموزی، در روستاها یا مراکز بخش کار کنند. بعدها آموزشگاههای تربیت بهدار در شهرهای دیگر نیز تأسیس شد. در سالهای دهه ۱۳۴۰ پس از چندین دوره فعالیت، عملاً کار آموزشگاههای تربیت بهدار متوقف شد. تمام فارغ‌التحصیلان بتدریج و پس از اتمام تعهد خدمت روستایی به دانشکده‌های پزشکی راه یافتند و با گذراندن حداقل سه سال آموزش تکمیلی، پزشک شدند.

#### ۴-۳- سپاه بهداشت

از سال ۱۳۴۳ قانون سپاه بهداشت در ایران به اجرا درآمد. برابر این قانون فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی و وابسته به آن، و نیز تعدادی از دیپلمه‌های دبیرستان که مازاد بر احتیاج ارتش تشخیص داده می‌شدند خدمت وظیفه خود را تحت شرایط خاص در وزارت بهداری وقت، می‌گذراندند. در گروه سپاه بهداشت فارغ‌التحصیلان دیپلمه پس از گذراندن آموزشهای خاص زیرنظر پزشک، در واحدهای روستایی به کار درمان و بهداشت می‌پرداختند. تیمهای سپاه بهداشت از نظر نظامی در چهارچوب مقررات ارتش و از نظر فنی برابر نظامات وزارت بهداری کار می‌کردند. علی‌رغم خدماتی که سپاهیان بهداشت منشاء آن بودند، عدم آشنایی سپاهیان با فرهنگ و مقتضیات زندگی در روستا و گریزپایی آنان از روستا، کار نظارت و بهره‌گیری از وجود آنان را مشکل می‌کرد. ثابت نبودن تعداد نیروهایی که از جانب ارتش در اختیار وزارت بهداری قرار می‌گرفت دشواری دیگری بود که سبب می‌شد غالباً بسیاری از واحدها پس از انقضای خدمت یک‌دوره از سپاهیان، غیرفعال و بلااستفاده بماند و یا به علت هجوم همزمان سپاهیان در بعضی از دوره‌ها تعداد آنان، بسیار بیشتر از ظرفیت قابل جذب باشد.

#### ۴-۴- طرح آذربایجان غربی

در سال ۱۳۵۱ طرح تحقیقاتی «نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران» چگونگی استقرار یک نظام بهم پیوسته برای عرضه خدمات و نیز تربیت عوامل غیرپزشک به منظور استقرار در واحدهای محیطی را مورد بررسی قرار داد. این طرح با همکاری سازمان جهانی بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران و وزارت بهداشتی وقت، در استان آذربایجان غربی به اجرا درآمد و به طرح رضائیه (ارومیه فعلی) شهرت یافت. رسیدن به فکر تشکیل خانه بهداشت و تربیت کادر کمکی (بهورزان) از جمله دستاوردهای این طرح بود که بعدها با تغییراتی در طراحی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بکار گرفته شد.<sup>۱۲</sup>

#### ۴-۵- سایر طرحها

در سالهای اجرای طرح آذربایجان غربی پروژه‌های مشابهی در نقاط دیگر کشور به اجرا درآمد که علی‌رغم تفاوت‌های ظاهری در محتوا و روش و قلمروهای جغرافیایی، همه آنها فکر استفاده از نیروی انسانی کمکی در عرضه خدمات را مورد بررسی داشتند. از جمله‌ی این طرحها می‌توان به طرح «تربیت بهدار روستا»ی دانشگاه شیراز که در کوارفارس اجرا شد، طرحهای سازمان خدمات اجتماعی که در فارس و تهران به اجرا درآمد و یا طرح مشترک سازمان برنامه و بودجه وقت و سازمان خدمات اجتماعی «طرح سلسله» که در الشتر لرستان اجرا گردید، اشاره کرد.



## ۵- بررسی وضعیت نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی کشور در سال

۱۳۵۸

در سالهای بعد از انقلاب اسلامی ایران، نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی کشور براساس بررسی و تحلیل وضعیت موجود، و در راستای تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی طراحی و تدوین شد.<sup>۱۳</sup>

بررسی وضعیت بهداشت و درمان کشور در سال ۱۳۵۸ نشان می‌داد که:

- اگر در فاصله سالهای ۱۹۷۵ و ۲۰۰۰ میلادی، کشورهای توسعه یافته جهان با ۲۰ درصد اضافه جمعیت و کشورهای در حال توسعه با ۶۵ درصد افزایش جمعیت روبرو خواهند بود، ایران باید خود را برای افزایش جمعیتی حدود ۹۲ درصد آماده کند.

- جمعیت زیر ۱۵ سال، یعنی گروهی که حجم بیشتری از خدمات را طلب می‌کند در کشورهای پیشرفته و روبه رشد بترتیب ۲۹ و ۴۰ درصد و در ایران ۴۴ است.

- درصد دسترسی به آب سالم و حداقل کالری لازم در ایران در مقایسه با بسیاری از کشورهای جهان نسبتی تأسف‌بار دارد.

- میزان مرگ کودکان زیر یکسال ۱۰۴ در هزار تولد زنده، امیدزندگی ۵۷ سال و زمان لازم برای دوبرابر شدن جمعیت ۲۲ سال است.

- نیروی انسانی برای عرضه خدمات بهداشتی درمانی بسیار کم (۱/۴ برای هر ۱۰۰۰ نفر) و توزیع آن در شهرهای بزرگ و کوچک و روستاها شدیداً نامتعادل است. به طوری که در جایی برای هر ۷۰۰ نفر و در جای دیگر برای هر ۷۰۰۰ نفر یک پزشک خدمت می‌کند و یا در تهران برای هر ۵۰۰۰ نفر و در کهگیلویه و بویراحمد برای هر ۵۰۰۰۰ نفر یک دندانپزشک وجود دارد.

- برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی با دشواریهای عمده‌ای همچون نبودن هدف مشخص، فقدان تعهد سیاسی، غفلت از پی‌ریزی نظام ثبت و گزارش داده‌ها و ارزشیابی فعالیتها و فقدان هماهنگی حتی در مرحله برنامه‌ریزی روبرو بوده است.

اجرای برنامه‌ها، ناهماهنگ، نارسا و سازمان‌نیافته بوده است. شتابزدگی در اجرای سیاستهای خام، نبودن تشکیلات و سازمان مناسب، غفلت کامل از مشارکت مردم، کمبود و گاه فقدان نیروی انسانی مناسب، عدم توجه به تربیت مدیران، ناکافی بودن سهم بودجه بهداشت و درمان از تولید ملی و نارسایی قوانین و مقررات از نقاط ضعف عمده بوده است.

## ۶- سیاستها و خط مشی ها

در اولین سالهای پس از انقلاب اسلامی سیاستهای اساسی زیر برای تدوین برنامه‌های بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی مورد توافق قرار گرفت:

### ۶-۱- سیاستهای اساسی

- اولویت بهداشت به عنوان یک سرمایه گذاری طویل‌المدت و رعایت این اولویت در همه مراحل تأمین سلامت جامعه

- اولویت مناطق محروم‌تر و روستاها در تخصیص و توزیع منابع و توجه ویژه به گروههای آسیب پذیرتر جامعه نظیر کودکان و مادران

- تأمین درمان افراد جامعه به صورت بیمه مستقیم دولتی از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم

- قطع وابستگی و مناسبات تجاری حاکم بر تهیه، تولید و توزیع دارو

- کنترل بخش خصوصی از نظر استانداردهای کیفی خدمات و سطح درآمد، همگام با توسعه کمی و کیفی واحدهای دولتی

- تربیت نیروی انسانی با تأکید برگزینش افراد بومی و پیوند دادن آموزش با سطوح مختلف عرضه خدمات

- ارائه خدمات تلفیق‌یافته‌ی بهداشت و درمان و توأم‌ساختن آموزش و خدمت

- هماهنگ‌ساختن سرمایه‌گذاریهای بهداشتی و درمانی با مجموعه برنامه‌های توسعه و رفاه اجتماعی

- توسعه‌ی سیاست عدم‌تمرکز در مسیر خودکفاساختن مناطق با توجه به توان واقعی استانهای کشور

- فراهم‌آوردن امکان مشارکت فعال و سازمان‌یافته‌ی مردم در همه سطوح برنامه‌ریزی و اجرا

## ۶-۲- خط مشی‌های کلی

- تعیین «مراقبت‌های اولیه بهداشتی» به‌عنوان حداقل لازم برای تأمین سلامت جامعه

- تلفیق حتی‌المقدور خدمات بهداشت و درمان، در تمامی واحدهای عرضه خدمات

- برقراری مدیریت واحد و منسجم در خدمات بهداشتی

- توسعه خدمات بهداشتی بویژه با تأکید بر آموزش بهداشت عمومی، تأمین آب سالم و کافی برای همه، بهبود تغذیه، بهداشت مادر و کودک و مبارزه با بیماری‌های واگیردار و بومی

- هدایت منطقی سرمایه‌گذاریها و تخصیص اعتبارات در بخش بهداشت

- اصلاح سیستم بیمه درمانی موجود، و تا زمان تعمیم بیمه مستقیم دولتی به همه‌ی جامعه، درپیش‌گرفتن راههایی که جمعیت غیربیمه‌شده بتواند با مشارکت مالی متناسب با درآمد خود، از خدمات پزشکی دولت استفاده کند

- تعیین قالب و حاملی مناسب برای ارائه خدمات بهداشت و درمان، به‌نوعی که مراقبت‌های اولیه بهداشتی حتی به جمعیت‌های دورافتاده و پراکنده نیز ارائه شود و توسط سطوح تخصصی‌تر مورد پشتیبانی قرارگیرد

- توزیع امکانات و تسهیلات بهداشت و درمان، اعم از تأسیسات یا نیروی انسانی، براساس ضابطه‌های عادلانه و با تأکید بر نیاز مناطق روستایی و محروم

- آمیختن آموزش و خدمت در تربیت رده‌های مختلف نیروی انسانی از طریق قبول مسوولیت آموزش رده‌های مذکور توسط وزارت بهداشتی

- شناخت و استفاده از توانهای داخل کشور در تهیه فرآورده‌های دارویی و استفاده از نام علمی داروها به دور از اغواگریهای تبلیغاتی و تجاری

- نظارت مستمر بر بخش خصوصی و ملزم‌داشتن این بخش به اجرای تعرفه‌های دولتی

- اصلاح نظام دستمزدها و متناسب‌کردن آن با ارزش خدمات و خدمت در مناطق محروم

- فعال کردن واحدهای دولتی و بهبود کیفیت خدمات در این واحدها
- توسعه سیاست عدم تمرکز در زمینه درمان و سیاست نیمه متمرکز در فعالیتهای بهداشتی و آموزش نیروی انسانی
- تکیه بر مشارکت مردم از طریق تشکیل نهادهای مردمی در سطوح مختلف عرضه خدمات

## ۷- نمای سازمانی و شرح مختصر واحدهای عرضه خدمات

نظام بهداشتی کشور ایران را می‌توان در سه سطح شهرستان، استان و کشور مرور کرد:

### ۷-۱- سطح شهرستان

همان‌طور که در نمودار شماره ۱ دیده می‌شود در مسیر پایین به بالا، واحدهای اجرایی سطح شهرستان را خانه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری)، مرکز آموزش بهورزی، مرکز بهداشت شهرستان، بیمارستان شهرستان و مدیریت شبکه بهداشتی درمانی شهرستان تشکیل می‌دهد.<sup>۱۴</sup>

### خانه بهداشت

واحدی است مستقر در روستا، که غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) را نیز پوشش می‌دهد. میانگین جمعیت تحت پوشش هرخانه بهداشت ۱۵۰۰ نفر است.

بهورزان زن و مرد، کارکنان خانه بهداشت را تشکیل می دهند.<sup>۱۴</sup>

بومی بودن بهورزان، ارتباط دائم آنها با مردم، مبانی ثبت دقیق اطلاعات بهداشتی و نظارت مستمر بر فعالیت خانه‌های بهداشت از عوامل عمده پوشش مطلوب خانه‌های بهداشت است. وظیفه اصلی خانه بهداشت، ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به جمعیت تحت پوشش می باشد. مهم‌ترین وظایف خانه بهداشت به قرار زیر است:<sup>۱۵</sup>

الف - سرشماری سالانه از جمعیت تحت پوشش

ب - آموزش مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه‌های مختلف

پ - ارائه خدمات بهداشت خانواده:

- مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و شیردهی

- مراقبت از کودکان زیر پنج سال

- مراقبت از دانش آموزان مدارس

- مراقبت‌های مربوط به تنظیم خانواده

- واکسیناسیون

- پی‌گیری موارد ترک و یا تأخیر در مراجعه از طریق بازدید منزل

ت - خدمات مربوط به مبارزه با بیماریها شامل:

- بیماریابی، اجرای موازین پیشگیری و پی‌گیری درمان مواردی که باید

تحت مراقبت باشند مانند سل، جذام، مالاریا و...

- تهیه لام خون از بیماران تب‌دار و مشکوک به مالاریا، نظارت بر سمپاشی و

بهسازی محیط به منظور لاروکشی

- کمک‌های اولیه و درمان‌های علامتی، بخصوص در مورد بیماریهای خاص مانند

عفونت‌های حاد تنفسی و بیماریهای اسهالی



ث - فعالیتهای بهداشت محیط شامل:

- بازدید از اماکن تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و مصرفی
- بهداشت محیط مدارس
- بهداشت محیط کارگاهها
- پیشنهاد بهسازیهای اساسی محیط
- توجه به جمع‌آوری مواد زائد جامد و دفع بهداشتی زباله
- کلرینه کردن آبهای آشامیدنی
- مشارکت در اجرای پروژه‌های بهسازی و نگهداری آنها

ج - جمع‌آوری، ثبت و نگهداری آمار و تنظیم گزارش

### مرکز بهداشتی درمانی روستایی

واحدی مستقر در روستاست که یک خانه بهداشت را در همان روستا و غالباً چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی حدود ۹۰۰۰ نفر است. در مرکز بهداشتی درمانی روستایی گروهی مرکب از پزشک؛ کاردانها یا تکنیسینهای بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط، بهداشت دهان و دندان و آزمایشگاه؛ بهیار و کارکنان اداری با رهبری پزشک کار می‌کنند.<sup>۱۴</sup>

وظیفه اصلی مرکز بهداشتی درمانی روستایی، پشتیبانی از خانه‌های بهداشت، نظارت بر کار آنها و قبول ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است. در مراکز روستایی علاوه بر وظایفی چون انجام آزمایشات تشخیص طبی، همکاری در آموزش نیروی انسانی، نمونه‌برداری از مواد غذایی، توجه به بهداشت محیط کارگاهها و مدارس، بررسیهای آماری و تهیه گزارشات، انجام وظایف زیر نیز پیش‌بینی شده است:<sup>۱۵</sup>

الف - درمان بیماران سرپایی و بیماریابی از میان مواردی که توسط خانه‌های

بهداشت ارجاع می‌شوند

ب - تعیین برنامه درمان موارد مبتلا و دستور نحوه پی‌گیری آنها در خانه‌های بهداشت

پ - نظارت بر فعالیت خانه‌های بهداشت در زمینه‌ی بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها و بهداشت محیط

ت - ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان

ث - بهسازیهای اساسی محیط و نمونه‌برداری از آب

ج - مشارکت در اجرای پروژه‌های بهداشتی و نظارت بر آنها

ح - پشتیبانی خانه‌های بهداشت از نظر تأمین و تدارک مواد، وسایل و داروها

## تسهیلات زایمانی

بررسیهای سال ۱۳۶۷ که روی یک درصد از جمعیت شهری و روستایی کشور انجام شد میزان مرگ مادران به علت حاملگی و زایمان را ۹۰/۶ در صد هزار تولد زنده در کل کشور نشان می‌داد. در این بررسی عمده‌ترین علل مرگ مادران خونریزی، عفونتهای زایمانی، زایمانهای غیرطبیعی و مسمومیت‌های حاملگی اعلام شده‌است. به همین دلیل از سال ۱۳۶۹ احداث واحدهایی به نام «تسهیلات زایمانی» در دستورکار وزارت بهداشت قرار گرفت. هدف، احداث ۸۰۰ مرکز تسهیلات زایمانی در جوار مراکز بهداشتی درمانی روستایی، راه اندازی ۱۱۲ مرکز آموزش ماماروستایی، و تربیت ۵۱۰۰ مامای روستایی در طول برنامه است.

هر مرکز تسهیلات زایمانی توسط سه نفر کاردان مامایی، سه نفر تمیزکار و یک راننده

آمبولانس در تمام ۲۴ ساعت به زایمان‌های طبیعی کمک می‌کند و موارد پیچیده و دشوار را به نزدیکترین بخش بیمارستانی اعزام می‌دارد. خدمات تنظیم خانواده (و از جمله، گذاردن آی یو دی) از خدمات دیگر هر مرکز تسهیلات زایمانی است.

### مرکز بهداشتی درمانی شهری

واحدی است مستقر در شهر که به طور متوسط جمعیتی حدود ۱۲۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. در مراکز شهری معمولاً کاردان یا تکنیسین رادیولوژی به فهرست نیروی انسانی مراکز\* روستایی اضافه می‌شود.<sup>۱۴</sup>

وظیفه اصلی مرکز بهداشتی درمانی شهری، ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به جمعیت تحت پوشش و در صورت لزوم ارجاع بیماران به بیمارستان است. فهرست وظایف این مراکز در زیر آمده است:<sup>۱۵</sup>

الف - درمان بیماران سرپایی، بیماریابی از میان مراجعین، مشخص کردن مواردی که باید تحت مراقبت‌های ویژه قرار گیرند و آموزش بهداشت به بیماران

ب - بهداشت دهان و دندان و خدمات دندانپزشکی

پ - بهداشت خانواده مشتمل بر آموزش بهداشت و:

- مراقبت‌های قبل از ازدواج

- مراقبت‌های دوران بارداری

- مراقبت‌های بعد از زایمان و دوران شیردهی

- راهنمایی برای فاصله گذاری بین فرزندان، تهیه پاپ اسمیر و در صورت لزوم

گذاردن I.U.D.

(\*) آنچه در مورد نیروی انسانی ذکر شد، اشاره به نوع کارکنان است. تعداد کارکنان هر رده، در کلیه سطوح و در تمام واحدها، برحسب نیاز و حجم خدمات تعیین می‌شود.

- مراقبتهای کودکان زیر پنجسال
- مراقبتهای دانش آموزان
- مراقبتهای جمعی از کارگران و بیماریابی
- مراقبتهای ویژه گروههای سنی آسیب پذیر (کودکان و مادران)
- واکسیناسیون
- پی گیری موارد ترک یا تأخیر در مراجعه از طریق بازدید منزل
- کمکهای درمانی

- ت - مبارزه با بیماریها مشتمل بر آموزش بهداشت و:
- اجرای برنامه های ریشه کنی و مبارزه با بیماریهایی که برنامه ی کشوری دارند
  - پی گیری بیمارانی که از نظر مراجعه مداوم یا کنترل درمان باید تحت مراقبت باشند مثل مالاریا، سل و جذام
  - اجرای موازین پیشگیری در محیط و اطرافیان موارد ابتلای به بیماریهای واگیردار
  - مراقبت از دانش آموزان

- ث - بهداشت محیط، مواد غذایی و مصرفی مشتمل بر آموزش بهداشت و:
- بازدید از اماکن عمومی
  - بازدید از اماکن تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و مصرفی
  - نمونه برداری از مواد غذایی و مصرفی
  - نمونه برداری از آب
  - بهداشت محیط مدارس
  - بهداشت محیط کارگاهها و کارخانجات
  - سنجش عوامل زیان آور محیط کار
  - سنجش عوامل ایمنی کار
  - توجه به دفع بهداشتی زباله

- ج - انجام آزمایشات تشخیص طبی

### ج - همکاری در آموزش نیروی انسانی پزشکی

ح - جمع‌آوری، ثبت، طبقه‌بندی، بررسی‌های اولیه و نگهداری اطلاعات و آمار و تنظیم گزارشات.

### مرکز آموزش بهورزی

در نظام خدمات بهداشت و درمان، مرکز آموزش بهورزی جایی پراهمیت و حساس است. اهمیت مرکز آموزش بهورزی در این است که جمعی از فرزندان محروم‌ترین نقاط کشور، برای خدمت به مردم همان نواحی توسط کسانی که قاعدتاً باید از علاقه و دلسوزی کافی برخوردار بوده باشند با روشی که چندان معمول نظام آموزش کشورمان نیست، تربیت می‌شوند. دانش‌آموز بهورزی حداقل در طول مدت آموزش خود با مربیان معدود مرکز آموزش بهورزی پیوندی دائمی و تعیین‌کننده دارد. از آنان تعلیم می‌گیرد، توسط آنان هدایت می‌شود و با راهنمایی آنان برای خدمت به جامعه ساخته می‌شود.

مرکز آموزش بهورزی چند وظیفه مشخص دارد:

- مشارکت کامل و فعال در جریان ارتباط با مردم روستاها، معرفی خدمات بهورزی به مردم و کمک به انتخاب بهورزان
- آموزش نظری و عملی دانش‌آموزان بهورزی و سرپرستی آنان در مراحل کارآموزی
- تأمین محیط سالم اجتماعی برای آموزش بهورزان
- نظارت بر کار دانش‌آموزان بهورزی

هر مرکز آموزش بهورزی علاوه بر مدیر مرکز، حداقل ۴ مربی دارد. مدیر و مربیان هر مرکز آموزش، شورای مربیان آن مرکز را تشکیل می‌دهند.

## مرکز بهداشت شهرستان

واحدی است خودگردان که مسوولیت برنامه‌ریزی و نظارت بر فعالیت مراکز بهداشتی درمانی (و نیز مرکز آموزش بهورزی و خانه‌های بهداشت) و پشتیبانی از آنها را به عهده دارد. در نظام عرضه‌ی خدمات بهداشتی درمانی کشور، یکی از واحدهای سطح دوم است که در آن به‌طور عمده پزشک عمومی با آموزش یا تجربه خدمات بهداشتی و مجموعه‌ای از کارشناسان خدمات بهداشتی و آزمایشگاه منظور شده‌اند. وظایفی که این واحد به عهده دارد عبارتست از:

- برنامه‌ریزی
- آموزش و پژوهش
- پشتیبانی فنی و تدارکاتی از مراکز بهداشتی درمانی
- ارائه خدمات خاص بهداشتی که انجام آنها توسط مراکز بهداشتی درمانی مقدور نیست
- انجام خدمات پاراکلینیکی و آزمایشات لازم از نمونه‌های آب، فاضلاب و مواد غذایی
- انجام بررسی‌های اپیدمیولوژیک در زمینه بیماری‌های شایع و بومی
- اجرای مقررات بین‌المللی بهداشتی در مورد بیماری‌های قرنطینه‌ای در نقاط مرزی
- اعمال ضوابط و مقررات بهداشت محیط
- تهیه نقشه و نظارت و کمک فنی در اجرای آنها برای توسعه برنامه‌های بهداشت محیط
- کنترل ضوابط حفاظتی وسایل کار و عوامل زیان‌آور محیط کار
- کنترل گزارش‌های رسیده از مراکز بهداشتی درمانی و تحلیل آنها

## بیمارستان شهرستان

واحدی است خودگردان که به صورت بیمارستان عمومی حداقل با ۷ تخصص

جراحی، داخلی، کودکان، زنان و زایمان، بیهوشی، رادیولوژی و آزمایشگاه و با بخش‌های بستری، پلی‌کلینیک‌های تخصصی و اورژانس اداره می‌شود و باید محل قبول ارجاع‌شدگان از مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری) قرار گیرد.

- بیمارستان شهرستان به‌طور کلی عهده‌دار وظایف زیر است: ۱۵
- درمان تخصصی سرپایی و بستری برای بیمارانی که از مراکز بهداشتی درمانی معرفی می‌شوند
  - اعلام نتایج و توصیه‌های درمانی به مراکز بهداشتی درمانی
  - انجام خدمات درمانی لازم در مورد فوریت‌های پزشکی
  - آموزش (حین خدمت، بازآموزی و تربیت نیروی انسانی پزشکی)
  - نگهداری، طبقه‌بندی و تحلیل اطلاعات و آمار

### مدیریت شبکه شهرستان

در حال حاضر هماهنگ‌سازی دو واحد خودگردان شبکه شهرستان (بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان) و نظارت بر فعالیت همه آنها را به عهده دارد. مدیر شبکه شهرستان، نماینده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح شهرستان تلقی می‌شود.

### مؤسسات آموزشی

در هر شهرستان ممکن است مؤسسات مختلف آموزش نیروی انسانی (دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی) نیز مستقر باشند.

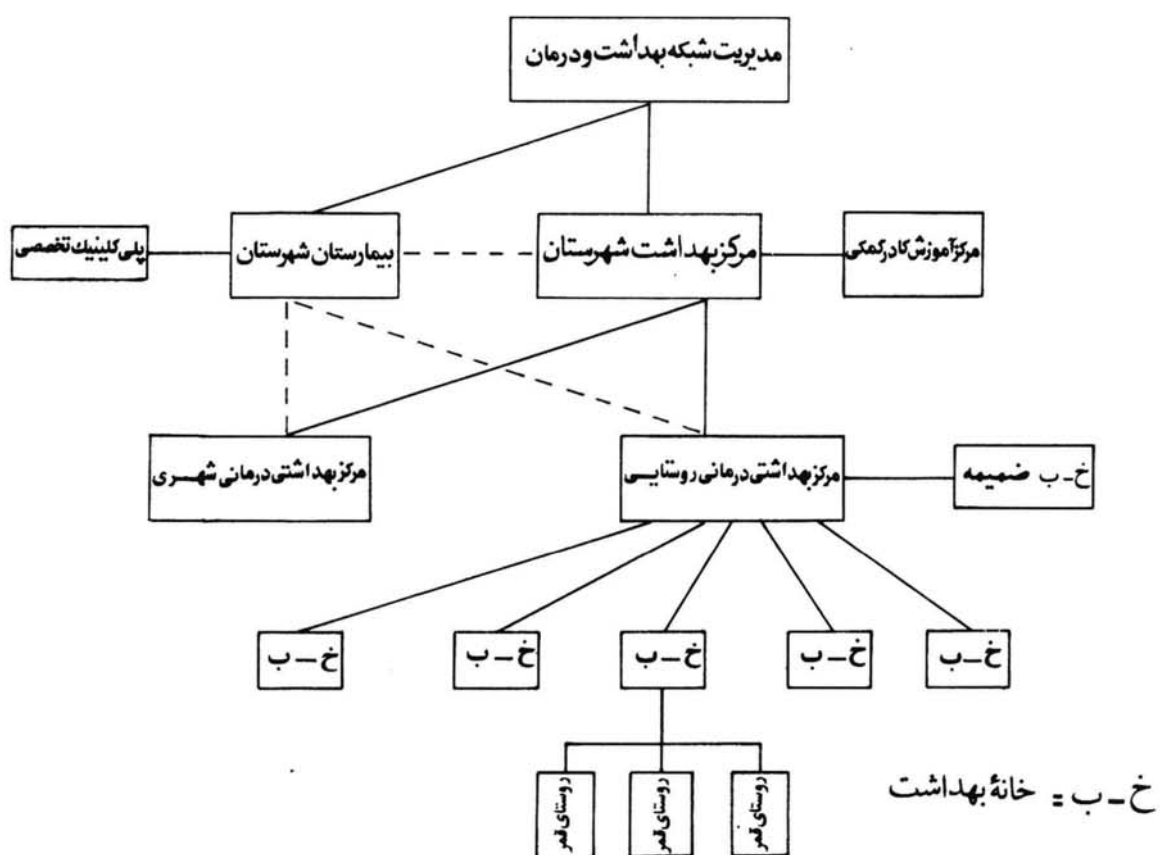
## ۷-۲- سطح استان

در سطح استان سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان برای نظارت بر فعالیت شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستانها و پشتیبانی از واحدهای عرضه خدمات پیش‌بینی شده است. در این سازمان هیأت عامل، مرکب از مدیرعامل، معاون امور بهداشتی، معاون درمان، معاون دارو و غذا و معاون اداری و مالی، تصمیم‌گیرهای استراتژیک را برعهده دارد. معاون امور بهداشتی به‌طور همزمان رئیس مرکز بهداشت استان نیز می‌باشد. مهمترین وظیفه مرکز بهداشت استان نظارت بر کار مراکز بهداشت شهرستان است.

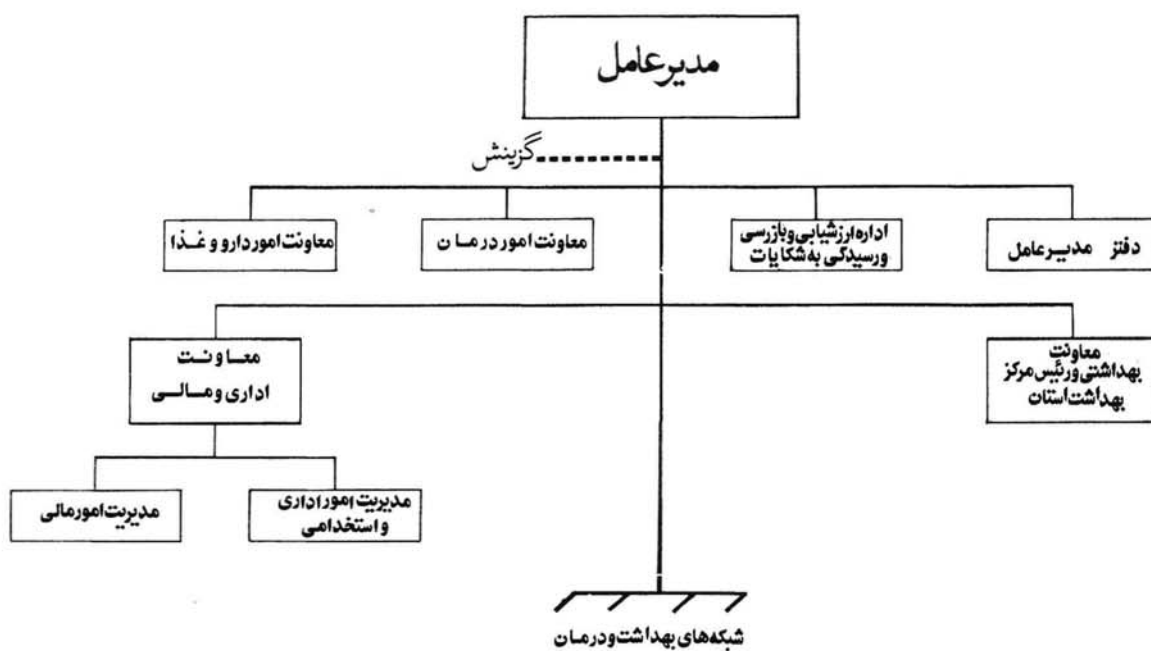
نمودار شماره ۲ تشکیلات سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان را نشان می‌دهد.



## نمودار شماره ۱- سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان شهرستان



## نمودار شماره ۲- تشکیلات سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان



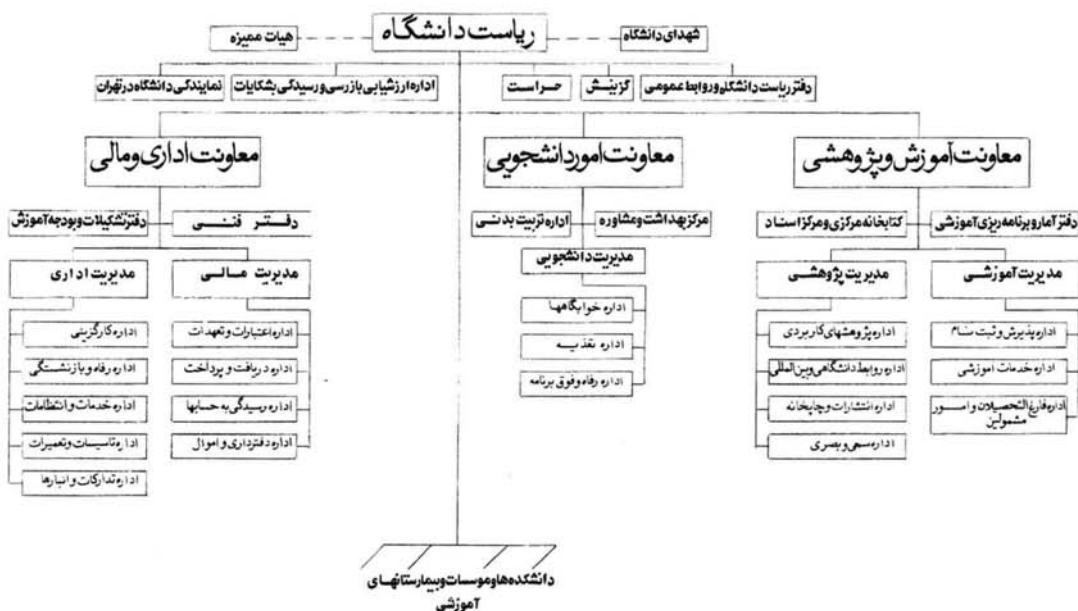
در حال حاضر در ۲۳ استان کشور ۲۶ دانشگاه علوم پزشکی و ۴ دانشکده علوم پزشکی فعالیت دارند (در استان تهران ۳ دانشگاه؛ در استانهای اصفهان، مازندران و کرمان هر یک ۲ دانشگاه و در سایر استانها هر کدام، یک دانشگاه علوم پزشکی).

چارت تشکیلاتی دانشگاه علوم پزشکی در نمودار شماره ۳ دیده می‌شود.

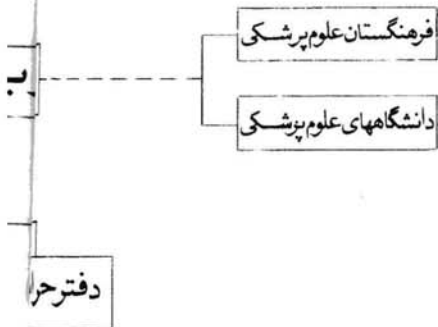
### ۷-۳- سطح کشوری (ملی)

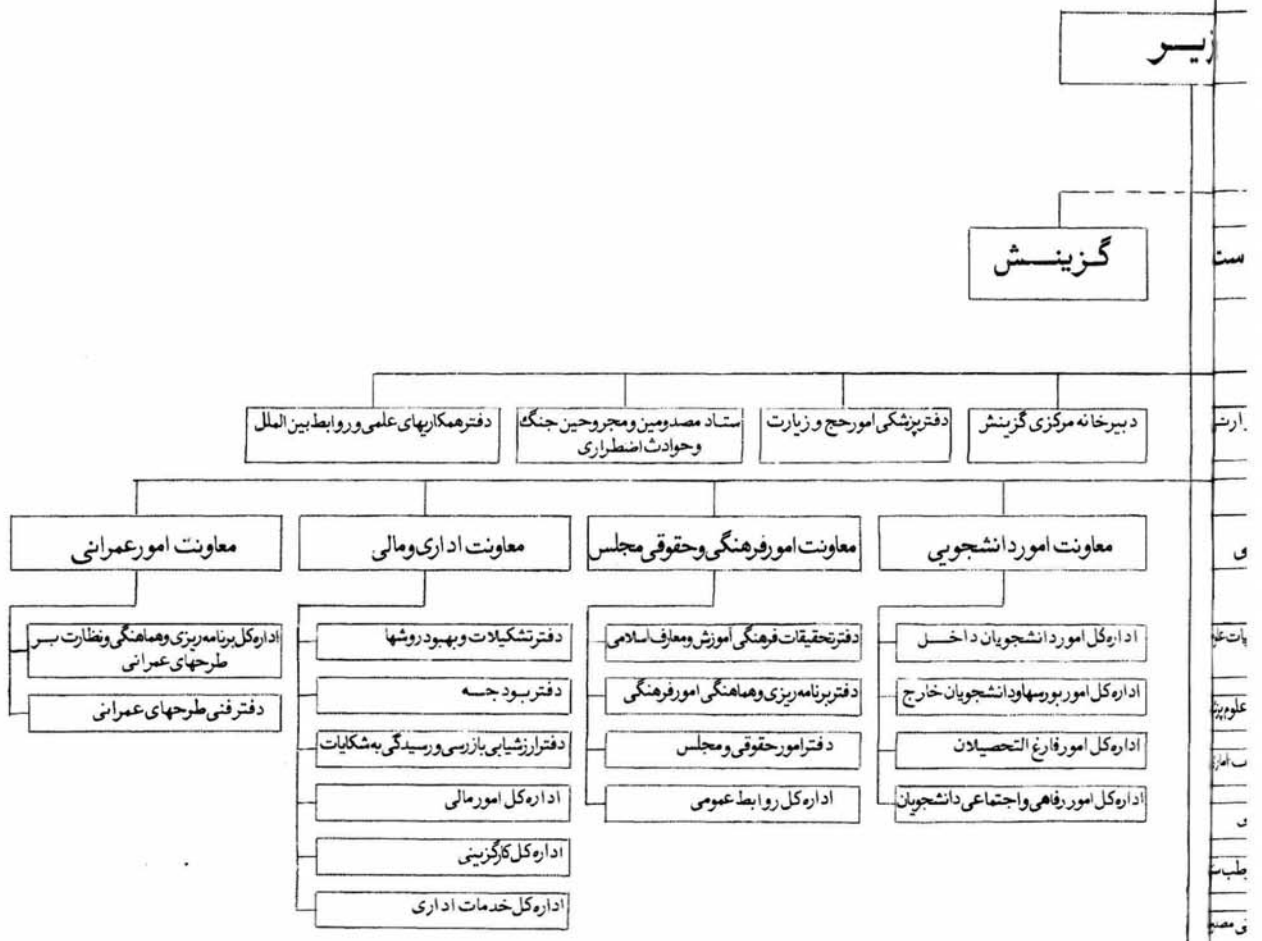
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، زیر نظر وزیر و با کمک ۹ معاون، دفاتر و ادارات کل و سازمانهای وابسته، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، هدایت عملیات و نظارت بر کار سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان استانها و دانشگاههای علوم پزشکی را بر عهده دارد. (نمودار شماره ۴).

نمودار شماره ۳- تشکیلات دانشگاه علوم پزشکی



نمودار شماره ۴- تشکیلات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی





## ۸- نکات برجسته مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران

### ۸-۱ - طرح گسترش: اصول، چگونگی تهیه، محتوا

کوچکترین واحد مستقل در نظام بهداشتی درمانی کشور ایران شهرستان است. به همین دلیل، پس از اعلام سیاست‌های اساسی و خط مشی‌های کلی، تدوین مجموعه‌ای که بتواند به اجرا و استقرار نظام در شهرستان کمک کند مورد توجه قرار گرفت. قبل از آغاز به تدوین طرح گسترش شهرستان چند کار مقدماتی و اساسی به این منظور کمک کرد:

۱- ابتدا با تجزیه برنامه‌ها به فعالیتها و وظایف و تعیین سهمی که هر واحد اجرایی می‌تواند در قبال یک برنامه‌ها به عهده داشته باشد، حجم خدمات برخاسته از یک جمعیت معین، برآورد و محاسبه شد. به عنوان مثال معلوم شد که خدمات مورد نیاز جمعیت ۱۵۰۰ نفری با اوقات مفید کار یک خانه بهداشت (در روز یا در سال) متناسب است (در شرایط اضطرار و نیز با اضافه شدن خدمات جدید به وظایف خانه بهداشت ممکن است تقلیل این رقم ضرورت یابد).

۲- وسعت کشور و پراکندگی روستاها سبب می‌شود که درصد زیادی از روستاها بسیار کمتر از این، جمعیت داشته باشند. بنابراین ناچار جمعیت تحت پوشش بسیاری از خانه‌های بهداشت را باید از گردهم جمع کردن چند روستا فراهم کرد. این کار، ظرافت و حساسیتهایی داشته و دارد که فقط اطلاع دقیق از مناسبات روستاهای همجوار و شناسایی فواصل روستاها و فرهنگ مردم می‌تواند به رعایت آن کمک کند.

۳- طبق آنچه که از نمای سازمانی صفحه ۴۵ نیز برمی‌آید یک یا چند خانه بهداشت باید در پوشش فنی و تدارکاتی یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی قرار می‌گرفت. برای آنکه این رابطه منطقی و معقول باشد، رعایت چند شرط ضرورت داشت:

- فاصله خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی حداکثر ۴۰ کیلومتر باشد.
- مرکز بهداشتی درمانی در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد.
- پذیرفتن چنین رابطه‌ای بین چند روستای محل استقرار خانه‌های بهداشت و روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی، از نظر سابقه و مناسبات فرهنگی و قومی مشکلی دربر نداشته باشد.
- انتخاب محل استقرار این یا آن واحد با در نظر گرفتن سوابق عرضه خدمات و حتی المقدور با استفاده از واحدهای موجود صورت گیرد مگر آنکه این دو (انتخاب فعلی و قبلی) با یکدیگر تفاوت اساسی و معنی دار داشته باشند.

رعایت الزامهایی که در بندهای ۲ و ۳ به آن اشاره شد با کمک مأموران عملیات صحرائی برنامه مبارزه با مالاریا میسر گشت، زیرا شناسایی این مأموران از روستاها و جمعیت و فواصل آنها و نیز عادات و فرهنگ مردم، تازه و از نزدیک بود و در غالب موارد می‌توانست محل اتکاء قرار گیرد.

۴- تصمیم در باره انتخاب محل استقرار خانه‌های بهداشت، روستای قمر هر خانه بهداشت و محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی بر روی نقشه‌هایی که مرکز آمار ایران با اشل ۱/۱۰۰۰۰۰ یا ۱/۵۰۰۰۰۰ منتشر کرده است، صورت گرفت.



۵- پس از جایابی واحدها در واقع تصویرگسترش شبکه در مناطق روستایی روشن می‌شد و بعد از آن محاسبه نیروهای انسانی لازم برای هر واحد ضرورت می‌یافت (تفصیل محاسبه نیروی انسانی در بند ۸- ۲ صفحه ۵۴ آمده است). در تخمین نیاز و حجم خدمات و توزیع واحدهای اجرایی، همواره جمعیت سال ۱۳۷۱ هر شهرستان در مناطق روستایی یا شهری ملاک قضاوت قرار گرفته است.\*

طرح گسترش واحدهای بهداشتی درمانی هر شهرستان مقاصد کمی زیر را روشن می‌نماید:

- تعداد واحدهایی که تا سال ۱۳۷۱ مورد نیاز است (اعم از خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستایی و...)
- هر خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی روستایی، در کدام روستا قرار می‌گیرد، چه جمعیتی را پوشش می‌دهد و این جمعیت در سال ۱۳۷۱ چقدر خواهد بود.
- در کدام روستاها (باچه جمعیتی) باید خدمات به صورت سیار تأمین شود.
- در کدام محلها فضاها فیزیکی و واحدهای فعال وجود دارد.
- کدام یک از این فضاها محتاج تکمیل یا بهبود استاندارد است؛ و در کجاها باید فضاها جدید احداث شود.
- نیروی انسانی مورد نیاز به تفکیک هر واحد و برای پاسخگویی به جمعیت سال ۱۳۷۱ چقدر است و اولویت‌هایی که باید در مراحل اجرایی تربیت و بکارگیری نیروها رعایت شود کدام است.

---

(\*) در اولین سالهای دهه ۱۳۶۰ مراجع رسمی کشور برآوردی از جمعیت سالهای ۷۰ را در اختیار نداشتند. به کمک همکاران مجتمع آموزشی و پژوهشی معاونت امور آموزشی در آن روز، باهمت همکار محترم خانم فرشته خدایی، (کارشناس وقت مجتمع آموزشی - پژوهشی) و با بهره‌گیری از راهنمایی صاحب‌نظران، مجموعه‌ای فراهم آمد که در آن، جمعیت یک‌یک شهرستانهای کشور و ضریب رشد روستایی هر شهرستان در فاصله سالهای ۱۳۵۵ و ۱۳۷۱ مشخص بود و برای تدوین طرحهای گسترش کفایت می‌کرد. سرشماری سال ۱۳۶۵ و برآورد جمعیت در سال ۱۳۷۱، برآوردهای مذکور را در غالب موارد مقرون به صحت نشان می‌داد. ۱۷.

به این ترتیب طرح‌های گسترش کل شهرستان‌های ایران در تعیین حجم سرمایه‌گذاری‌های کشور برای بهبود استاندارد واحدهای موجود، احداث فضاهای جدید و اطلاع از هدف‌های کمی تربیت رده‌های مختلف نیروی انسانی، مجموعه‌ای قابل اعتناست.

تهیه‌کنندگان طرح‌های گسترش\*، در صفحه (ت) از مقدمه طرح‌ها نوشته‌اند:

در این مرحله از تدوین طرح‌ها، برنامه گسترش واحدهای درمان بستری و تخصصی به دلایل زیر میسر نگردید:

- «روشن نبودن سیاست توزیع تخت‌های بیمارستانی؛
- برآورد صحیح از جمعیت کل شهرستان که مبنای محاسبه تخت‌های مورد نیاز قرار می‌گیرد؛
- روشن نبودن تناسب واحدهای مختلف بیمارستانی در ارتباط با حجم خدمات که باید توسط معاونت درمان وزارت بهداشتی تعیین و اعلام شود؛ و بالاخره
- مشکلات ناشی از جنگ که در شرایط حاضر، سرمایه‌گذاری‌های سنگین برای احداث تخت‌های بیمارستانی را غیرممکن می‌سازد.»

#### ۸-۲- محاسبه نیروی انسانی

یکی از ویژگی‌های طرح‌های گسترش و نظام بهداشتی امروز ایران مبانی تخمین نیروی انسانی است. چون جمعیت تحت پوشش و حجم خدمات هر واحد از واحدهای عرضه خدمات در حال و در آینده روشن است، به جای استفاده از نسبت‌های ثابت و جامد، از معیارهای دقیق‌تر برای محاسبه نیروی انسانی استفاده

(\*) دکتر کامل شادپور، دکتر سیروس پیلرودی، گزارش کار، طرح گسترش شبکه بهداشتی درمانی استان...،

شده است که در آن بر رابطه بین کل جمعیت؛ بخشی از جمعیت که خدمت خاصی را طلب می‌کند؛ دفعاتی که باید آن خدمت خاص در ماه یا سال عرضه شود؛ متوسط زمان لازم برای هر بار عرضه آن خدمت خاص (و طبعاً مجموعه خدمات)؛ و توان کار عرضه کننده خدمت در زمانی معین (مثلاً سال) تکیه شده است.<sup>۱۶</sup>

این رابطه به صورت  $N = \frac{\sum p.k.f.t}{T}$  نشان داده می‌شود.

N	تعداد نیروی انسانی لازم
p	جمعیت
k	ضریب برای تعیین بخشی از جمعیت که در معرض دریافت خدمتی خاص قرار دارند
f	دفعات (تکرار) عرضه خدمت در سال
t	زمان لازم برای عرضه خدمت (دقیقه)
T	کل زمان کار کارمند در سال (دقیقه)
$\Sigma$	زیگما مجموعه زمان صرف شده توسط یک کارمند (برای خدمات مختلفی که به عهده دارد).

در تمامی تخمین‌های نیروی انسانی T برای ۲۵۰ روز کار مفید در سال و ۶ ساعت کار مفید در روز جمعاً ۹۰۰۰۰ دقیقه به حساب آمده است.

به این ترتیب اگر مثلاً قرار باشد به یک جمعیت ۱۰۰۰ نفری خدمت معینی مانند مراقبت از کودکان زیر یکسال عرضه شود با این فرض که:

- کودکان زیر یکسال ۳۰ در هزار افراد جامعه را شامل باشند،
- مراقبت از آنان ۱۲ بار در سال اتفاق افتد و
- هر مراقبت ۱۰ دقیقه طول بکشد

در مجموع این کار فقط به ۰/۰۴ نفر احتیاج دارد.

$$N = \frac{10000 \times 0/03 \times 12 \times 10}{90000} = 0/04$$

این واقعیت، اهمیت خدمات تلفیق یافته و استفاده از وجود کارکنان بهداشتی برای عرضه خدمات متنوع را نیز باز می‌نماید. به عبارت دیگر برای آنکه در این تساوی  $N$  به جای  $0/04$  معادل ۱ باشد یا باید جمعیت تحت پوشش را به ۲۵۰۰۰ نفر رساند و یا تنوع خدمات را آنقدر افزایش داد که در مجموع بتواند وقت کارمند بهداشت (T) را پرکند و حضور و وجود او را توجیه نماید.

### ۸-۳- بهورز: انتخاب - آموزش

خانه بهداشت - واحد محیطی در نظام عرضه خدمات کشور ایران - توسط کارکنان بهداشتی جامعه که بهورز نامیده می‌شوند، اداره می‌شود. بهورز زن عمدتاً مسوول کارهایی است که در درون خانه بهداشت جریان دارد (: پذیرش مراجعین، مراقبت از افراد تحت پوشش، واکسیناسیون، ثبت داده‌ها، درمانهای اولیه و دادن دارو و...) و بهورز مرد به طور عمده مسوولیت فعالیتهایی را که در خارج از خانه بهداشت ضروری است، به عهده دارد (: پی‌گیری بیماران مبتلا به بیماریهای واگیردار، بیماریابی، بهداشت محیط، واکسیناسیون و انجام مراقبتها در روستاهای اقماری و...) البته این تفکیک وظایف به هیچ وجه مانع آن نیست که بهورز زن مثلاً بازدید از منازل مردم را یکی از وظایف اساسی خود بداند و یا بهورز مرد در داخل خانه بهداشت مراجعان را بپذیرد و از آنان مراقبت کند.

بهورزان باید حتماً بومی باشند. ترجیح دارد که بهورز از همان روستای محل استقرار خانه بهداشت انتخاب شود ولی اگر میسر نباشد از روستاهای تحت پوشش انتخاب گردد.

حداقل سن برای داوطلبان زن ۱۶ سال تمام و برای داوطلبان مرد ۲۰ سال تمام است. حداکثر سن در وقت پذیرفته شدن برای آموزش بهورزی به ترتیب ۲۴ سال و ۲۸ سال است.

در حال حاضر با در نظر گرفتن سطح سواد جامعه، حداقل تحصیلات رسمی بهورز

۵ سال و حداکثر ۸ سال (پایان دوره راهنمایی) است.

بهورزان بانظر و همکاری نهادهای مردمی مانند شورای روستا، روحانی محل، یا نهادهای دیگری که در روستا حضور یا نفوذ دارند، انتخاب می‌شوند و در صورتی که در امتحان کتبی و مصاحبه ورودی موفق گردند، آموزش خود را شروع می‌کنند.

دوره آموزش بهورزی دو سال تمام است و در جریان آن بهورزان سه بلوک آموزشی مشخص را می‌گذرانند:

**بلوک اول:** جمعاً ۷ ماه (۹۵۸ ساعت) آموزش نظری، عملی و کارآموزی شامل:

۳/۰ ماه آموزش نظری و عملی در مرکز آموزش بهورزی

۱/۵ ماه کارآموزی در خانه بهداشت نمونه آموزشی

۲/۵ ماه کارآموزی در محل خانه بهداشت

**بلوک دوم:** جمعاً ۶ ماه (۸۱۶ ساعت) آموزش نظری، عملی و کارآموزی شامل:

۲/۵ ماه آموزش نظری و عملی در مرکز آموزش بهورزی

۳/۵ ماه کارآموزی در محل خانه بهداشت

**بلوک سوم:** جمعاً ۹/۵ ماه (۱۲۲۴ ساعت) آموزش نظری، عملی و کارآموزی

شامل:

۲/۵ ماه آموزش نظری و عملی در مرکز آموزش بهورزی

۷/۰ ماه کارآموزی در محل خانه بهداشت

فاصله ۲۲/۵ ماه آموزش تا ۲۴ ماه، فرصتی است که برای مرخصی سالانه دانش‌آموزان بهورزی منظور شده است.

جزئیات برنامه آموزش بهورزان شامل موضوعات هر بلوک آموزشی و ساعات آموزش آنان و تفاوت آموزش بهورزان زن و مرد در جداول الف، ب و پ پیوست شماره ۱ آمده است.

به دانش‌آموزان بهورزی در طول دو سال آموزش، کمک هزینه تحصیلی پرداخت می‌گردد. در مقابل از آنان تعهد رسمی گرفته می‌شود که پس از پایان آموزش، حداقل ۴ سال در روستای خانه بهداشت خدمت کنند. اگر دانش‌آموز بهورزی ترک تحصیل کند و یا به دلایلی توسط مرکز آموزش بهورزی اخراج شود، باید ضرر و زیان دولت را جبران نماید.

در طول دو سال آموزش، پیشرفت دانش‌آموز هر ماه توسط مربیان ارزشیابی می‌شود. دانش‌آموز بهورزی باید بتواند از عهده امتحانات پایان هر بلوک و امتحانات نهایی برآید. در این حال «گواهینامه پایان آموزش بهورزی» به او داده می‌شود.

#### ۸-۴- ادغام یافتگی خدمات و نیروهای پشتیبان

در طراحی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، همواره گرایش از تفکر و عملکرد برنامه‌های عمودی به سوی برنامه‌های ادغام‌یافته و مستقر، بوده است. درست به دلیل چنین تلقی و برداشتی است که از همان آغاز، ضرورت وجود و تربیت نیروهایی که حامل بخشهایی از توان و مهارت کارکنان برنامه‌های عمودی بوده و بتوانند مجموعه‌ی این خدمات را به صورت تلفیقی و ادغام‌یافته عرضه کنند، احساس شد و چنین بود که اصطلاحات کاردان بهداشت خانواده و کاردان مبارزه با بیماریها مطرح گردید تا اولی تمامی فعالیتهایی را که در زمینه آموزش بهداشت، آموزش تغذیه، بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده وجود دارد، حامل باشد و دومی فعالیتهای ناظر بر مبارزه با بیماریهای واگیردار (مالاریا، سل، جذام، زئونوزها و...) و غیرواگیردار را به عهده گیرد.

تلاش بر این بوده است که تفکر تلفیق و ادغام‌یافتگی نه فقط در تربیت نیروهای جدید بلکه در جهت ساختن و پرداختن نیروهای انسانی متعلق به این یا آن برنامه عمودی نیز بکار گرفته شود. اگر تربیت کاردانهای بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها بدرستی و برابر نیاز صورت گیرد، بیشترین و مؤثرترین نقش را در هدایت برنامه‌های مراکز بهداشتی درمانی و نظارت بر فعالیت خانه‌های بهداشت به عهده

خواهند داشت.

مرکز بهداشت شهرستان، در عمل مرکب از نیروهایی است که روزگاری در چهارچوب برنامه‌های عمودی کار و خدمت کرده‌اند و اکنون باید به صورتی هماهنگ برنامه‌ریزی کنند، به شکلی هماهنگ و ادغام‌یافته نظارت کنند و منابع را به نوعی هماهنگ و تلفیق‌یافته بکار گیرند.

### ۸-۵- چگونگی ثبت و گزارش اطلاعات بهداشتی

یکی از ویژگی‌های قابل توجه شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، نظام ثبت و گزارش اطلاعات بهداشتی است. نظام اطلاعات بهداشتی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران بر ثبت روزانه فعالیتها (پرونده خانوار و دفاتر فعالیتها)، زیج حیاتی، گردونه آماری و فرمهای گزارش ماهانه تکیه دارد.

#### ۸-۵-۱- ثبت روزانه فعالیتها

اصرار در ثبت فعالیت‌های روزانه واحدها سبب شده است که این کار علی‌رغم ارزشهای مترتب بر آن، گاه به صورت یک نکته منفی تلقی و اعلام گردد. در خانه بهداشت تمامی مراقبت‌ها و فعالیتها (مراقبت از کودکان، مراقبت از مادران باردار، تنظیم خانواده، ایمنسازی، مراقبت‌های درمانی، توزیع دارو، بازدید منزل، مراقبت‌های مربوط به روستاهای قمر، بهداشت محیط و سرشماری سالانه جمعیت) در دفاتر جداگانه‌ای ثبت می‌شود. روال ثبت این داده‌ها به نوعی است که یکی دیگری را کنترل می‌کند و در مجموع می‌توان به نقاط ضعف کار پی‌برد و یا از صحت آن اطمینان یافت.

## ۸-۵-۲- زیج حیاتی

زیج حیاتی (شکل شماره ۲) صفحه‌ای است که برای نمایش پویای تولد و مرگ و نیز فعالیت تنظیم خانواده در خانه‌های بهداشت، ابداع شده است. در اصل صفحه‌ای است با طول و عرض ۷۰ و ۵۰ سانتیمتر که امکان نوشتن ارقام و اعداد را فراهم می‌کند. وجود این صفحه در کلیه خانه‌های بهداشت ضروری است.

همان‌طور که در تصویر ملاحظه می‌شود در دایره متحدالمرکز وسط این صفحه - که به زیج مورد استفاده در رصدخانه‌ها شباهت دارد - از مرکز به محیط به ترتیب تولدهای زنده، مرگ کمتر از یکسال، مرگ کودکان یکساله تا کمتر از پنجسال و مرگ افراد پنجساله و بالاتر به تفکیک روستای اصلی خانه بهداشت و روستا یا روستاهای قمر ثبت می‌شود. در ۶ جدول این صفحه، حاصل سرشماری جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت؛ مشخصات دقیقتر تولدهایی که در دایره وسط اعلام شده است برحسب وضعیت تولد، وزن و جنس نوزاد، سن مادر و اینکه زایمان در کجا صورت گرفته است؛ مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان؛ توزیع کل مرگها برحسب سن و جنس فوت‌شدگان؛ علت مرگ در کودکان کمتر از پنجساله و بالاخره اطلاعات مربوط به فعالیت تنظیم خانواده و در همه جا به تفکیک روستای اصلی خانه بهداشت و روستاهای قمر، نوشته می‌شود.

تجربه ایران کاربرد زیج حیاتی در خانه‌های بهداشت را بسیار مفید و مؤثر نشان داده است و به‌روران بخوبی از عهده ثبت منظم و صحیح داده‌ها در آن برمی‌آیند. مقایسه اطلاعات ثبت شده در جداول مختلف و دایره متحدالمرکز زیج، امکان مقابله ارقام و پی‌بردن به اشتباه یا اطمینان یافتن از صحت اطلاعات ثبت شده را فراهم می‌کند.



شکل شماره ۲- زیج حیاتی

راهنما

- روستای اصلی خانه بهداشت
- روستای فرعی خانه بهداشت

سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان.....  
 شبکه بهداشت و درمان شهرستان.....  
 آمار جمعیت، تنظیم خانواده، تولد و مرگ در خانه بهداشت.....

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

روست	ماده زایمانده		زنانه بدنیالده		وزن هنگام تولد و جنس نوزاد						سن مادر در این تولد رده		تولید کننده	
	پسر	دختر	پسر	دختر	بیشتر از ۳۰۰۰ گرم	بین ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ گرم	بین ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم	بین ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ گرم	بین ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ گرم	بین ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ گرم	بین ۰ تا ۵۰۰ گرم	۱۰-۱۴		۱۵-۲۰
اصلی														
فرعی														

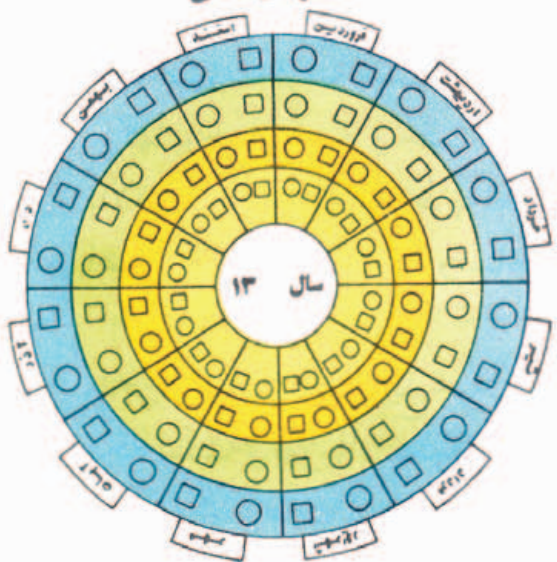
بیشتر از ۳۰۰۰ گرم در دست نیست. به جای آن وزن روز دهم نوزاد را بنویسید.

جمعیت بر حسب سن و جنس

سن (سال)	اصلی		فرعی		کل	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۰-۴						
۵-۹						
۱۰-۱۴						
۱۵-۱۹						
۲۰-۲۴						
۲۵-۲۹						
۳۰-۳۴						
۳۵-۳۹						
۴۰-۴۴						
۴۵-۴۹						
۵۰-۵۴						
۵۵-۵۹						
۶۰-۶۴						
۶۵ و بیشتر						
جمع						

آمار جمعیت برای سال ۱۳۹۰ (مستخرج از سرشماری سالانه) و کل جمعیت هر روستا و سن نیست. (چاپ و بارش) جمعیت برای شهر تهران است.

تولد زنده و مرگ بر حسب ماههای سال



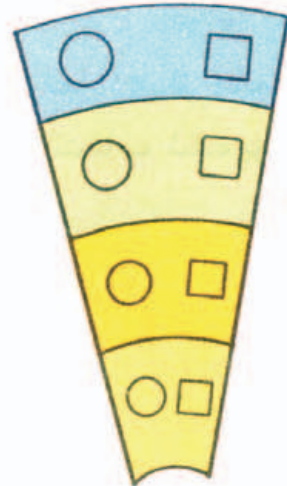
مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان بر حسب سن مادر و علت مرگ

سن (سال)	روستا		شهر		جمع
	مرد	زن	مرد	زن	
۱۰-۱۴					
۱۵-۱۹					
۲۰-۲۴					
۲۵-۲۹					
۳۰-۳۴					
۳۵-۳۹					
۴۰-۴۴					
۴۵-۴۹					
۵۰-۵۴					
۵۵-۵۹					
۶۰-۶۴					
۶۵ و بیشتر					
جمع					

مرگ بر حسب سن و جنس

سن	روستا		شهر		جمع
	مرد	زن	مرد	زن	
۱-۴					
۵-۹					
۱۰-۱۴					
۱۵-۱۹					
۲۰-۲۴					
۲۵-۲۹					
۳۰-۳۴					
۳۵-۳۹					
۴۰-۴۴					
۴۵-۴۹					
۵۰-۵۴					
۵۵-۵۹					
۶۰-۶۴					
۶۵ و بیشتر					
جمع					

راهنما



مرگ پنج ساله و ناآسیب

مرگ یک سال تا

کمتر از پنج سال

مرگ کمتر از یک سال

نولد زنده

جدول ثبت پوشش تنظیم خانواده بر حسب نوع وسیله و ماه‌های سال

ماه	وسیله		صفت		تعداد	نوع	نوع	نوع
	کلی	مرد	کلی	مرد				
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								

علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال

نوع مرگ	دفعات	انها	انها	انها	انها	انها	انها	انها
کلی								
مرد								
زن								
کلی								
مرد								
زن								

(۱۵) حتی در صورت بروز مرگ نوزاد، مرگ نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد.

اطلاعات ظاهراً ساده ثبت شده در زیج حیاتی محاسبه نشانگرهای بسیاری را که تاکنون دست یافتن به آنها بخصوص در مناطق روستایی میسر نبود در جمعیت‌های تحت پوشش خانه‌های بهداشت ممکن ساخته است (پیوست شماره ۲).

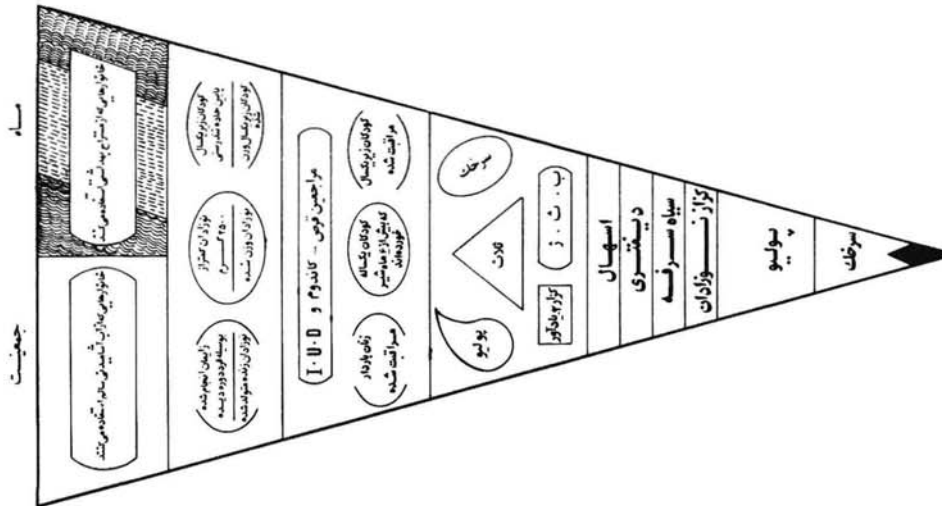
در سال ۱۳۶۸ از استخراج آمارهای ثبت شده بر زیج حیاتی تعدادی از خانه‌های بهداشت که به دلیل اطمینان از دقت و صحت اطلاعاتشان انتخاب شده بودند، نشانگرهای مختلف محاسبه شده است (پیوست شماره ۳).

### ۸-۵-۳- گردونه آماری

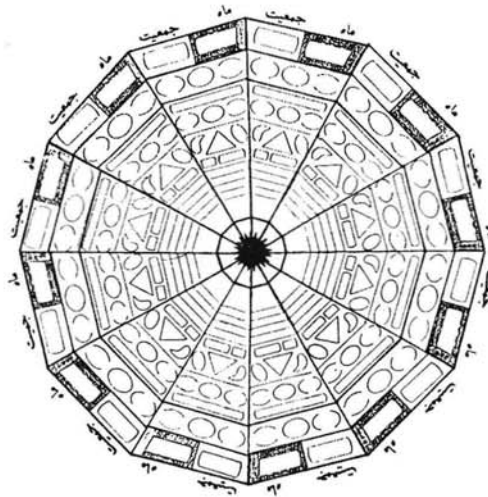
گردونه آمار (شکل شماره ۳) صفحه‌ای است به طول و عرض ۷۰ و ۵۰ سانتیمتر که دایره اصلی آن برای نمایش فعالیت‌های ماهانه به ۱۲ قطاع تقسیم شده است. در داخل هر قطاع فعالیت‌های مختلف در زمینه بهداشت محیط، مراقبت‌ها، ایمنسازی کودکان و زنان باردار و موارد جدید بیماری‌های واگیرداری که با امکانات خانه‌های بهداشت قابل تشخیص‌اند، منعکس می‌شود. دایره گردونه بر صفحه مقوایی، سوراخ‌های ریز (پرفوراژ) متعددی دارد که می‌توان با استفاده از این پرفوراژ آن را از صفحه مقوایی مجزا ساخت و حول مرکز دایره به حرکت درآورد تا در همه ماه‌ها ثبت اطلاعات و خواندن آنها آسان باشد.

گردونه آماری در مرکز بهداشت شهرستان نصب می‌شود و با استفاده از اطلاعات دریافت شده از مراکز بهداشتی درمانی شهری، مراکز بهداشتی درمانی روستایی (و خانه‌های بهداشت) تنظیم می‌گردد. با استفاده از اطلاعات موجود در این گردونه می‌توان به نشانگرهایی در زمینه فعالیت‌های مختلف بهداشتی پی برد. نشانگرهای قابل محاسبه در (پیوست شماره ۴) آمده است.

شکل شماره ۳- گردونه بهداشتی



گردونه بهداشتی



## ۸-۵-۴- فرمهای گزارش ماهانه

فعالیت‌های هر یک از واحدهای عرضه خدمات در پایان ماه جمع‌آوری و به مرکز بهداشت شهرستان اعلام می‌شود. برای اینکه جمع‌آوری و ثبت داده‌ها به‌دور از شتابزدگی‌های معمول پایان ماه و با دقت بیشتری توأم باشد، تقریباً تمامی فرمهای گزارش ماهانه فعالیت‌ها به صورت اوراق بزرگی که ثبت اطلاعات در آنها آسان است بر دیوار خانه بهداشت نصب می‌شود و اطلاعات و عملکرد روزانه به صورت چوب خط بر آن منعکس می‌گردد. در پایان ماه استخراج و جمع‌بندی این اطلاعات با صرف وقت کم میسر می‌شود.

در این فرمها (پیوست شماره ۵) فعالیت‌های ایمنسازی، مراقبت از مادران و تنظیم خانواده، موارد جدید و مکرر بیماریها، پی‌گیری بیماریهای مزمن، بهداشت محیط و نظارت بر تولید و توزیع مواد غذایی در جمعیت‌های شهری و روستایی ثبت می‌شود.

## ۸-۵-۵- پرونده خانوار

در حوزه فعالیت خانه‌های بهداشت، برای هر خانوار پرونده‌ای جدا وجود دارد (پیوست شماره ۶). در این پرونده تمامی اطلاعات مربوط به ساکنان خانوار (تعداد، سن و سواد افراد، وضعیت مادر در بارداریها و زایمانها، وضعیت کودکان، مراقبت‌های انجام‌شده، بیماریهای عمده ساکنان خانه، بیماران نیازمند به مراقبت‌های ممتد و تولدها و مرگها) و نیز اطلاعات مربوط به محیط خانه (مسکن، نور، آب، توالت، سوخت و ...) ثبت می‌شود.

به‌نسبتی که از عمر فعالیت خانه‌های بهداشت می‌گذرد و متناسب با بهبود کیفی خدمات که در آینده امیدهای بیشتری بدان وجود دارد، در درازمدت، پرونده‌های خانوار گنجینه‌های باارزشی برای شناخت روند تغییرات بهداشت و درمان روستاها و دستمایه‌ای برای پژوهش‌های آتی خواهد بود.

## ۸-۶- چگونگی نظارت (چک لیستها)

در جریان گسترش واحدهای بهداشتی درمانی و کمک به بهبود کیفی خدمات، نقش نظارت مستمر، هدفدار و مؤثر آشکار شد و از این رو چک لیست‌هایی تهیه گردید\* تا نظارت بر فعالیت واحدهای عرضه خدمات در سطوح مختلف دیدگاه و روند معینی را دنبال کند و بالمآل پس از چند بازدید بتوان معلوم کرد که نظارت‌ها چه تأثیری در بهبود وضعیت، رفع معایب و تصحیح عملکردها برجای گذارده است.

اگرچه برای تهیه و تدوین این چک لیستها و آموزش کاربرد آنها وقت قابل ملاحظه‌ای صرف شده است ولی هنوز استفاده از آنها وسعت و تأثیر چندان ندارد. شناخت دلایل و موجبات این کارمحتاج بررسی و تأمل است تا بتوان از این فرمها (در صورت لزوم پس از تغییر لازم یا تلخیص) استفاده بیشتری به عمل آورد. نمونه‌ای از این گونه چک لیستها که به بازدید از مراکز آموزش بهورزی مربوط می‌باشد در پیوست شماره ۷ آمده است.

---

(\*) این چک لیستها در آستانه برگزاری کارگاه تدوین سیاست‌های اجرایی گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور که در اسفندماه ۱۳۶۷ با شرکت معاونان امور بهداشتی استانها در بندرعباس برگزار شد، توسط همکار محترم آقای دکتر محمدآزموده تدوین و برای نقد و بررسی، به کارگاه عرضه شد.



## ۹ - آنچه در جریان راه‌اندازی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران بدست آمده است:

### ۹ - ۱ - ادغام آموزش پزشکی با فعالیتهای اجرایی و پدید آمدن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به دلایل متعدد طی چند دهه عادت بر این جاری بود که وزارت بهداشتی بخشی از نیروی انسانی مورد نیاز خود را خود تربیت کند. این کار با تربیت رده‌های پایین‌تر کارکنان شروع شد و بتدریج از نظر پیچیدگی نیروهای تربیت شده به سطوح بالاتر رسید. از نظر کمی نیز چنان شد که حدود ۷۰ درصد از کارکنان پزشکی و بهداشتی، تربیت شده‌ی مؤسسات آموزشی این وزارتخانه بودند. استفاده از ظرفیتهایی که به بهانه تربیت این نیروها ایجاد می‌شد یا گسترش می‌یافت در غالب موارد کمتر از حد مطلوب بود، به طوری که علی‌رغم کمبودهای موجود در فضا و تسهیلات آموزشی کل کشور، بسیاری از واحدهای اجرایی وزارت بهداشتی که بالقوه واجد توان آموزشی بودند، بلااستفاده می‌ماند. از طرف دیگر این واقعیت غیرقابل انکار بود که به علت جدایی کانونهای پرورش نیرو و واحدهای اجرایی، گاه نیروهایی تربیت می‌شدند که با نیاز واحدهای اجرایی سازگاری نداشتند. این گونه مشکلات ریشه در واقعیت‌های جامعه داشت و در سیاست‌های اساسی و خط مشی‌های کلی اعلام شده نیز انعکاس کامل یافت. به علت پی‌گیری مسوولان وقت، در سال ۱۳۶۴ مجلس شورای اسلامی منتزع شدن آموزش‌های نیروی انسانی پزشکی از وزارت فرهنگ و



آموزش عالی و الحاق آن به وزارت بهداشتی وقت و در نتیجه پدید آمدن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تصویب کرد. اگرچه گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان هنوز به‌طور مستقیم از این پدیده سود نبرده است ولی قطعاً این تصمیم اقدامی مترقی و مطلوب می‌نماید و وقتی دشواریهایی که غالباً در آغاز اجرای هرفکر نو وجود دارد، فرو نشیند ثمرات آن به نفع جریان تربیت نیروی انسانی پزشکی و تقویت شبکه‌های بهداشت و درمان کشور خواهد بود. در حال حاضر در تربیت نیروی انسانی پزشکی دیدگاه‌هایی تعقیب می‌شود که گرایش به پزشکی اجتماعی و جامعه‌نگر کردن این آموزشها از مظاهر آن است. در این دیدگاه، آموزش در جامعه Community Based Education یکی از لوازم کار می‌باشد و قطعاً در تحقق و تقویت چنین آموزشهایی پیوند نزدیک میان مؤسسات آموزشی و عرصه‌های اجرا نقشی تعیین‌کننده دارد.

## ۹-۲- تشکیل ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی و فعالیتهای آن و ستاد آموزش و پژوهش در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

در اسفندماه ۱۳۶۳ مجلس شورای اسلامی تصویب کرد که برای راه‌اندازی شبکه بهداشت و درمان در یک شهرستان از هر استان، اعتباری معادل ۲۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال در اختیار وزارت بهداشتی وقت قرار گیرد.

برای آنکه هزینه این اعتبار و در واقع گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان حتی‌المقدور با آزادی عمل و فراغت بیشتر توأم گردد و سرعت عمل و قدرت تحرکی بیش از آنچه معمول نهادهای مستقر و جاافتاده است داشته باشد، وزارت بهداشت دست به تشکیل واحدی به نام «ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور» زد که در کنار معاونت بهداشتی وقت، این مهم را به عهده گیرد. بعدها ستاد مزبور واحد دیگری با نام واحد آموزش و پژوهش در شبکه‌های بهداشتی درمانی را در کنار گرفت تا بتواند آموزش و بازآموزی نیروهای شاغل در شبکه‌های بهداشتی درمانی و تحقیقات موردنیاز را هدایت کند. آنچه ضرورت فعالیت ستاد گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان را توجیه می‌کرد، یعنی طرح

مالی مربوط به آن، همچنان به قوت خود باقی است و در سال ۱۳۷۰ از همین محل ۱۹۳۰۰ میلیون ریال اعتبار برای گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی اختصاص یافته است.

### ۹-۳- بازآموزی نیروی انسانی در شبکه‌های بهداشت و درمان

گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، در آغاز با کمبود شدید مربیان مراکز آموزش بهورزی روبرو بود. دو مرکز آموزش بهورزی رشت و همدان به خاطر علاقه و همت مسوولان و مربیان آنها در این میان نقشی تعیین‌کننده یافتند. این دو مرکز سخاوتمندانه تمامی امکانات خود را به بازآموزی و تربیت کسانی که به عنوان مربیان مراکز جدیدالتأسیس آموزش بهورزی انتخاب و معرفی می‌شدند، اختصاص دادند و با پشتکار قابل توجه آنان، در اولین سالهای آغاز گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی مربیان بسیاری در دوره‌های یک ماهه آموزشی این دو مرکز تعلیم یافتند.

بازآموزی نیروهای شاغل و انطباق دانسته‌های آنان با ضرورتها و نیاز مرحله گسترش کمی و بهبود کیفی خدمات از همان آغاز با جدیت و وسواس دنبال شده است. اولین آموزش از این نوع از ۱۶ تا ۲۱ آذرماه ۱۳۶۴ با شرکت معاونان بهداشتی و کارشناسان گسترش شبکه‌های استانها و تنی چند از مسوولان وزارتخانه در شهرستان صومعه‌سرای استان گیلان تشکیل یافت و از آن پس متوالیاً با دوره‌هایی که در زمانهای مختلف و در نقاط متعددی از استانها و شهرستانها تشکیل یافت دنبال شده است. در این آموزشها روش آموزش بهورزی با تأکید بیشتر بر ایفای نقش، تقویت مبانی ثبت و ضبط داده‌ها در شبکه‌های بهداشتی درمانی، برنامه‌ریزی و حرکت‌های برنامه‌ای، مدیریت و برنامه‌ریزی مراقبتهای اولیه بهداشتی، بودجه برنامه‌ای، آمار و اطلاعات و نظایر آن مورد تأکید قرار گرفته است. در غالب این آموزشها از امکانات محدود ستاد گسترش برای تربیت نیروهای انسانی و انتقال مفاهیم مورد نظر به گروهی خاص از هر استان استفاده می‌شود تا آنان نیز به نوبه‌ی خود با تکرار برگزاری این دوره‌ها در استان، مفاهیم آموخته شده را به دیگران انتقال

دهند. تکرار برخی از این آموزشها، صورت منطقه‌ای داشته است و هرچند استان در کنار هم و با مشارکت بعضی از مسوولان و کارشناسان ستاد گسترش این آموزشها را فرا گرفته‌اند. اگرچه تقریباً تمامی این آموزشها با ارزشیابیهای مقطعی و نهایی توأم بوده است ولی یا به خاطر شدت نیاز، یا به لحاظ سرعت جابجایی مدیران و مسوولان و یا هر دو دلیل، در مجموع ضرورت پرداختن بیشتر به این گونه آموزشها محسوس است و باید با حذرت و دقت و شناخت حوزه‌های نیاز دنبال گردد. فهرستی از آموزشهایی که تاکنون توسط ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور اجرا شده است، به صورت (پیوست شماره ۸) آمده است.

به بهانه برگزاری این آموزشها و یا در خلال آنها از امکانات محدود ستاد گسترش برای نگارش و توزیع و یا چاپ و نشر مقالات و جزوات مختلف و یا ترجمه متنهای مفید از نشریات خارجی استفاده شده است. فهرستی از این نشریات و انتشارات در (پیوست شماره ۹) آمده است.

#### ۹-۴- ادغام برخی از برنامه‌های عمودی در نظام شبکه بهداشتی درمانی

در سال ۱۳۶۷، با گذشت چند سال از آغاز گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی، به عنوان اولین گام ادغام یکی از شاخص‌ترین برنامه‌های عمده در شبکه‌های حامل مراقبت‌های اولیه بهداشتی، تلفیق برنامه مبارزه با مالاریا در شبکه‌های بهداشتی درمانی مورد توجه قرار گرفت. اگر این ادغام در «نواحی مشکل مالاریا» عملی و بصره می‌بود قطعاً در نواحی دیگر با اطمینان بیشتر امکان دست‌یازیدن به آن وجود می‌داشت. به همین دلیل با استفاده از پتانسیل علمی و کارشناسی موجود در دانشکده بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی تهران - و اداره کل مبارزه با بیماریهای واگیردار، طرحی برای ادغام فعالیت‌های مبارزه با مالاریا در شبکه بهداشت و درمان شهرستان بندرعباس - استان هرمزگان - تهیه و به اجرا گذارده شد.

بررسیهای اولیه (مرداد ۱۳۶۷) که پس از آغاز اجرای این طرح صورت گرفت مراحل اجرایی طرح را از نظر آموزش کارکنان شبکه‌های بهداشتی درمانی در زمینه

مبارزه با مالاریا، تربیت و بکارگیری میکروسکپیستها، و تأمین تجهیزات موردنیاز (خودرو، میکروسکپ، تسهیلات آزمایشگاهی، دارو و...) موفق نشان می‌داد. و مسوولان اجرای طرح، به‌خاطر توزیع امکانات تشخیص و تأمین سرعت و سهولت دسترسی به بیمار، کوتاه‌شدن زمان لازم برای دیدن لام خون و اعلام پاسخ، ارزیابی بسیار رضایت‌بخشی از آن داشتند و چون این مجموعه عملاً درمان احتیاطی معمول تا روشن‌شدن جواب لام خون را منتفی می‌ساخت، به‌خاطر صرفه‌جویی قابل‌ملاحظه در مصرف دارو آن را بصره می‌دانستند.

اظهارنظر واقعی در مورد نتیجه‌ی نهایی این طرح محتاج ارزشیابی مجدد و گزارش صاحب‌نظران است ولی در صورت فراهم‌آوردن لوازم و موجبات قاعدتاً نباید نتیجه جز این باشد مگر آنکه مانند بسیاری از طرح‌های آزمایشی، خطا در روش نظارت و هدایت عملیات به حساب نفس کار گذاشته شود.

پس از طرح آزمایشی ادغام مالاریا، فکر ادغام فعالیت‌های بهداشت روانی در شبکه‌های بهداشتی درمانی پا گرفت. این فکر باهمت گروه بهداشت روانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و واحد بهداشت روانی اداره کل مبارزه با بیماریها، عمق و وسعت قابل‌ملاحظه یافت و اکنون نیز در مسیری روبه‌پیشرفت حرکت دارد. حرکت روبه‌رشد طرح ادغام را تا حدودی باید مرهون طرح کشوری مبارزه با بیماریهای روانی دانست که تقریباً همزمان با فکر ادغام فعالیت‌های بهداشت روانی در شبکه‌های بهداشت و درمان کشور تدوین شد و در جستجوی ابزاری مناسب برای اجرا برآمد. طرح ادغام از طریق گسترش آموزشها، و بخصوص ساده‌کردن مفاهیم و انتقال به گروه وسیع کارکنان بهداشتی و بکارگیری این خیل عظیم، در شناسایی اولیه بیماران و ارجاع آنها و تقبل پی‌گیری درمان بیماران می‌توانست پاسخی مناسب برای نیازهای اجرایی طرح کشوری مبارزه با بیماریهای روانی باشد.

اظهارنظر قطعی در باره این برنامه نیز محتاج نظر همکاران روانپزشک و بخصوص گروهی است که پیشینه‌ی زحمات این کار پرارزش را عهده‌دار بوده‌اند ولی تا آنجا که از ارزشیابیهای شتابزده موجود می‌توان نتیجه گرفت، طرح از نظر

ایجاد رغبت و توجه در همکاران روانپزشک سراسر کشور، تعیین افراد مرجع در هر استان، تدوین برنامه استانی مبارزه با بیماری‌های روانی، گسترش آموزشها به گروه کارکنان بهداشتی بخصوص در سطوح محیطی، استفاده از این گروهها برای کمک به شناسایی و ارجاع بیماران، همکاری روانپزشکان هر استان در اینکه در غیاب پزشکان عمومی آموزش یافته، این ارجاعات را بپذیرند و بالاخره برقراری رابطه با سطوح پایین‌تر عرضه خدمات و تأمین امکانات تداوم درمان و پی‌گیری آن موفق بوده است.

فکر ادغام فعالیت مبارزه با جذام در شبکه‌های بهداشت و درمان استان گیلان - که به‌اعتبار گسترش نسبتاً کامل شبکه‌ها و بالابودن نسبی میزان شیوع و بروز بیماری در این استان انتخاب شد - پیشرفتی قابل ذکر نداشته است.

#### ۹-۵- پژوهشهایی که انجام یافته است

از آغاز گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور کوشش شده است که نتایج پژوهشهای مختلف یا به عنوان زیربنای تصمیمات و مقصدگذاریهای برنامه‌ای و یا به صورت ابزار ارزشیابی و بررسی نتایج حاصل از اجرای برنامه‌ها بکار گرفته شود و تا وقتی نظامی کارا و مؤثر برای ثبت و گزارش همه اطلاعات وجود ندارد، هرگاه که لازم باشد از بررسیهای خاص (Surveys) برای بدست آوردن اطلاعات پایه و رفع ابهاماتی که در قلمرو برنامه‌ریزی وجود دارد استفاده شود.

در (پیوست شماره ۱۰) فهرستی از پژوهشهای انجام یافته در ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم آمده است.\*

(\*) همان‌طور که در پیوست شماره ۱۱ دیده می‌شود تمامی این کوششها مرهون آقای دکتر حسین ملک افضلی و گروه تحقیق ایشان است و جز با حضور و ابتکار ایشان شاید هیچیک از این دستاوردها میسر نمی‌بود.

خلاصه‌ای از بعضی از این پژوهشها و نتایج عمده حاصل از آنها در (پیوست شماره ۱۱) آمده است.\*

### ۹-۶- تغییر در نشانگرهای بهداشتی

بررسی‌یی که در سالهای ۱۳۶۳ و ۱۳۶۴ بر روی ده درصد از جمعیت روستایی<sup>۱۸</sup> و بخشی از جمعیت شهری<sup>۱۹</sup> انجام شد، نتایجی را بدست داد که از آنها تا حد ممکن در پی‌ریزی برنامه‌ها، انتخاب اولویتها و تعیین مقاصد برنامه استفاده شده است. این عملکرد، در کنار گسترش کمی واحدهای عرضه خدمات، تربیت نیروی انسانی دلسوز و علاقه‌مند، بازآموزی نیروهای شاغل، نظارت‌های مستمر و بالاخره تکرار پژوهشها، نتایج بین و قابل ملاحظه‌ای داشته است که می‌توان در قالب تغییر بعضی از نشانگرهای عمده بهداشتی آن را نشان داد. این مقایسه که تغییر در وضعیت بهداشتی مردم کشورمان و تفاوت‌های معنی‌دار در روند این تغییرات در مناطق روستایی را می‌نمایاند خود حیثیت و اعتبار برای تمام کسانی است که در پدیدآمدن این تغییرات سهم بوده‌اند. بخشی از نشانگرهای بهداشتی در سالهای ۱۳۵۳، ۱۳۶۳ و ۱۳۶۷ در (پیوست شماره ۱۲) باهم مقایسه شده است.

### ۹-۷- آموزش دانشجویان پزشکی در شبکه‌های بهداشت و درمان

ستاد انقلاب فرهنگی در سال ۱۳۶۴ تصویب نمود که دانشجویان پزشکی ۲ واحد کارآموزی و یک ماه کارورزی در زمینه بهداشت را در واحدهای عرضه خدمات بگذرانند. اجرای دقیق این مصوبه مستلزم جدی‌گرفتن این آموزشها و اعتقاد به ضرورت آنها، تدوین ضوابط اجرایی قابل قبول و وجود عرصه‌های اجرایی مناسب است.

(۵) این خلاصه توسط خانم عصمت جمشید بیگی، کارشناس ستاد گسترش شبکه‌ها، فراهم آمده است.

اقدامهایی که از سال ۱۳۶۴ با برگزاری سمینارها و کارگاه‌های آموزشی متعدد برای جلب توجه و حمایت دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت گرفت، سبب شد که در سال ۱۳۶۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شورایی به نام «شورای ایجاد نگرش اجتماعی در آموزش پزشکی» را مورد تصویب قرار دهد. این شورا که در آن چند نفر از معاونان وزارتخانه، رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و کارشناسان امور آموزش شرکت داشتند، موفق شد که ضابطه‌های اجرایی کارآموزی و کارورزی بهداشت را مشخص کند و با در اختیار گذاردن اعتبارات مالی، آنان را به تقویت مبانی و بهبود کیفی این آموزشها تشویق نماید.

وجود شبکه‌های گسترده بهداشت و درمان در مجاورت تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور فرصت مناسبی است برای آنکه از آنها برای آموزش دانشجویان استفاده شود با این امید که راه یافتن دانشجویان به عرصه‌های اجرا، مشکلات جامعه در زمینه‌های بهداشت و درمان را به آنان بیاموزد، آنان را از نزدیک با نیازهای جامعه و مسوولیت‌هایی که خود در آینده به عنوان پزشک و سرپرست مرکز بهداشتی درمانی خواهند داشت، آشنا سازد و از این راه زمینه‌های لازم را برای برطرف شدن یکی از بزرگترین نقاط ضعف شبکه‌های امروز بهداشت و درمان یعنی ضعف مدیریت در مراکز بهداشتی درمانی فراهم نماید.

## ۱۰ - حال و آینده مراقبتهای اولیه بهداشتی

شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران، امروز گسترشی قابل توجه یافته است. در فاصله سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۰ بیش از ۸۸۰۰ خانه بهداشت، ۶۰۰ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۴۳۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱۴۷ مرکز آموزش بهورزی راهاندازی و فعال شده است. تربیت مربیان مراکز آموزش بهورزی توانسته است تعداد بهورزان کشور را از ۴۲۳۶ به ۱۹۴۶۸ ارتقاء دهد. در مجموع امروز ۶۳ درصد از جمعیت روستایی و ۵۱ درصد از جمعیت شهری در پوشش خدمات این شبکه‌ها قرار دارد. این موفقیتها که صرف نظر از هزینه‌های استانی تنها با صرف اعتباری بیش از ۳۶ میلیارد ریال از اعتبارات ملی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بدست آمده است، هنوز در مرحله‌ای بسیار شکننده و حساس قرار دارد و حفظ و بخصوص تداوم آنها در گرو ادامه تحکیم حمایت سیاسی دولت و پشتیبانی مستمر از جریانی است که به تکوین این موفقیتها منجر شده است.

مهم‌ترین نقاط قوت شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران را می‌توان به صورت زیر فهرست کرد:

تکوین بنیانی استوار و منطقی برای سطح‌بندی خدمات و جایابی واحدهای



اجرائی که در قالب طرح‌های گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستانها تبلور یافته است.

- گسترش منطقی تسهیلات و واحدهای اجرایی که دسترسی به خدمات را تسهیل می‌کند.

- آموزش پرمحتوا و مؤثر بهورزی که کارکنان بهداشتی جامعه را مؤثر و کار آنان را قابل تحسین می‌سازد.

- وجود بهورزان دلسوز و مربیان علاقه‌مند که رسیدن به دستاوردهای امروزی را میسر ساخته‌اند.

- وجود معدود کارکنان باتجربه و دلسوز که پشتوانه با ارزش تداوم این کوشش‌ها هستند.

- وجود هماهنگی نسبی درون‌بخشی در بالاترین سطوح برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری.

- فراهم آمدن اطلاعات و آماری که وضعیت موجود کشور را خصوصاً در مناطق روستایی نشان می‌دهد.

- فراهم آمدن تسهیلاتی برای دانشجویان علاقه‌مند به کار تحقیق و پژوهش در سطح شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور.

- استفاده از توانهای بالقوه و بالفعل شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور برای اجرای پژوهش‌های کاربردی. انجام این کار از نظر توسعه تفکر پژوهش، آشناسدن کارکنان با جریان تحقیق و آموختن از طریق عمل کردن تأثیر آشکار داشته است و از همه مهم‌تر به نتایجی منجر شده است که به علت سهولت کاربرد، تأثیر عمده‌ای در نشان دادن راه و ابعاد نیازها داشته است.

در مقابل این امتیازها نقاط ضعف زیر را می‌توان برای وضعیت امروز شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران برشمرد:

- شکوفایی این شبکه‌ها عمدتاً در گرو فعالیت درخشان خانه‌های بهداشت است و سطوح بعد از آن هنوز یارای برابری با آن را ندارند.

- عدم حمایت سطوح بعدی از خانه‌های بهداشت، زنجیره ارجاع را در مراکز بهداشتی درمانی روستایی عملاً کم‌اثر و ارتباط بین این مراکز و بیمارستان را کاملاً بریده و غیرقابل اتکاء نشان می‌دهد. بریدگی بیمارستانها از شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی تأسف‌آور و ضربه‌زننده است.\*

- مراکز بهداشتی درمانی روستایی در غیاب سرپرست شایسته‌ی خود (پزشک دلسوز و علاقه‌مند ایرانی) و با حضور پزشکان خارجی پتانسیل کافی برای هدایت خانه‌های بهداشت و حمایت از آنها را فاقد است و کاردانه‌های بهداشتی، کمتر از آنچه امیدواری و دل‌بستگی وجود داشت، کارآیی و تأثیر داشته‌اند. فقدان فضای مناسب و نبودن آزمایشگاه این نقاط ضعف را تشدید می‌کند.

- مراکز بهداشتی درمانی شهری با دشواریهای عمیق‌تری روبرویند. فضای مناسب، مشکل اصلی این مراکز است که با میزان حمایت دولت و وضعیت زمین در شهرها گمان نمی‌رود در کوتاه‌مدت امیدی به حل آن باشد. در مراکز بهداشتی درمانی شهری امروز - که بی‌هیچ تغییر و یا با تغییری اندک همان درمانگاههای دیروزند - نیروی انسانی غالباً خسته‌ای کار می‌کنند که بزحمت می‌توان آنها را با مقتضیات امروز انطباق داد. مهم‌تر از همه آن است که طبیعت کار در مراکز شهری با خانه‌های بهداشت تفاوت اساسی دارد. رابطه‌ی غیرفعال (پاسیو) میان جمعیت خدمت

---

(\*) در تیرماه سال ۱۳۷۱ اولین کارگاه «بیمارستان شهرستان و مراقبت‌های اولیه بهداشتی» با حضور و شرکت کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، کارشناسان معاونت امور بهداشتی و معاونان امور درمان استانها در تهران تشکیل شد. امید است این حرکت، آغازی مبارک برای تسریع در پیوند بیمارستان و شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی باشد.

گیرنده و واحد خدمت دهنده هرگز نمی‌تواند به نتایج درخشانی که در مناسبات فعال (اکتیو) میان خانه‌های بهداشت و جامعه وجود دارد منجر شود. رابطه میان مراکز شهری و جامعه حتی در زمینه ایمنسازی و مراقبت‌های ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر نیز اکتیو نیست و به همین دلیل نمی‌توان به ثمرات آن اطمینان داشت. حضور بخش پر قدرت خصوصی و مناسبات حاکم بر آن، این عدم اطمینان را تشدید می‌کند. نبودن حداقل تسهیلات تشخیصی در مراکز شهری (آزمایشگاه و رادیولوژی) را باید به فهرست این کمبودها اضافه نمود.

- شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران عملاً و بواقع با آنچه روح مراقبت‌های اولیه بهداشتی تلقی می‌شود یعنی مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی بیگانه است و در این زمینه نه کار قابل توجهی صورت گرفته است و نه دستاورد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

- علی‌رغم تمام تلاشها و آموزشها، هنوز در عملکرد برنامه‌های مختلف بعضی از مراکز بهداشت شهرستان و استان - کانونهای اصلی و حساس مدیریت - هماهنگی کامل وجود ندارد و کارکنانی که روزی پرچمدار یا مبشر این یا آن برنامه عمودی بوده‌اند امروز در کنار هم ولی همچنان جدا از یکدیگر برنامه‌ریزی و عمل می‌کنند و هنوز روح مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آنان راه نیافته است.

- هنوز هیچ جریان مستمر و نظام‌یافته‌ای برای آموزش مدیریت و تربیت مدیران آگاه در کار نیست و مدیران موفق با رقه‌های خود جوش و جرقه‌هایی هستند که بر خاموش شدن آنها حرجی نیست، بی‌آنکه جایگزینی شایسته برای آنها تربیت شده باشد.

- شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در همه حال و بخصوص در زمینه تجهیزات و وسایلی که ناگزیر باید از خارج کشور تهیه گردد شدیداً قائم به حمایت‌های موضعی است و تا زمانی که این حمایت به روندی دیرپا و سیستمیک تبدیل نگردد همواره امکان ضربه‌پذیر بودن آن خواهد بود.

- در حال حاضر شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی - شاید از ناگزیری - تا حدودی بریده از کل نظام بهداشتی کشور، جدا از سیاست درمانی، بیرون از دایره بیمه همگانی و دور از روندی که بر جریان بهداشت به معنای جامع آن حاکم است، راه می‌سپرد. این مسیر، نادرست و محکوم به شکست است. تغییر این مسیر و پیوند منطقی آن با جریان عام‌تر سیاست بهداشت و درمان کشور درگرو حمایت سیاسی عمیق‌تر دولت و اندیشه‌های مسوولان کشور است.



## ۱۱ - آنچه در آینده حساسیت فراوان می‌یابد

بدون تردید برنامه‌ریزیهای آینده باید رفع تمامی آنچه را که به عنوان نقطه ضعف امروز شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران اعلام شده است، هدف قرار دهد ولی شاید در این میان چند حرکت زیر از حساسیت و اهمیت بیشتری برخوردار باشد:

### الف - تقویت مراکز بهداشتی درمانی

مراکز بهداشتی درمانی - امروز و در آینده نظام بهداشتی ایران - از حساسیت فوق‌العاده‌ای برخوردارند. از یک طرف حفظ آبرویی که خانه‌های بهداشت تاکنون بدست آورده‌اند در گرو پشتیبانی فنی این مراکز قرار دارد و اگر مراکز بهداشتی درمانی به صورت کانونهای فعال هدایت فنی و قبول ارجاعات و نظارت مؤثر درنیايند در درازمدت ای بسا که خانه‌های بهداشت به ضد خود تبدیل شوند. از طرف دیگر در حال حاضر پلی‌کلینیکهای بیمارستانهای عمومی شهرستان و استان به دلایل متعدد و از آن جمله مراجعات بی حساب و بی شمار، همانند مراکز درمان سرپایی عمومی عمل می‌کنند و در واقع همان خدمت را با قیمتی بس گرانتر عرضه

می‌نمایند. تنها راه کاستن از بار بی‌حساب مراجعات به بیمارستانها، قراردادن آنان در جایگاه یک کانون تخصصی و بالابردن ارزش و کیفیت کار آنها و احیاء مراکز بهداشتی درمانی به صورتی است که در طراحی نظام بهداشتی کشور مورد نظر بوده است. این کار هر قدر دیرتر شروع شود، همان اندازه و شدیداً به زیان نظام خواهد بود.

### ب - دخالت دادن مردم و همکاریهای بین‌بخشی

نظام بهداشتی کشور نمی‌تواند و نباید بریده از مردم و همکاریهای بین‌بخشی به حیات خود ادامه دهد. دست‌کم این رویه با روح مراقبت‌های اولیه بهداشتی مغایر است. احتمالاً این نقص در ذات مراقبت‌های اولیه بهداشتی وجود دارد و از همان زمان که اعلامیه آلماتا تنها توسط کارگزاران بخش بهداشت و در غیاب نمایندگان بخشهای دیگر صادر می‌شد، نطفه آن کاشته شده است. تصور می‌رود اجرای برنامه‌هایی که به «تأمین حداقل نیازهای اساسی\*» یا «نیازهای اساسی بشری\*\*» شهرت یافته است، (پیوست شماره ۱۳) راه حل مناسب برای تکوین این هر دو باشد. تقویت این فکر و اجرای طرحهای نمونه و سپس گسترش آن شاید بتواند تحقق این دو نیاز فوق‌العاده مهم و حساس را ممکن سازد.

### پ - آموزش مدیریت

مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ذات خود با «تغییر» آمیخته است و ناچار «جهت‌یابی تازه» را طلب می‌کند. این خصیصه بیش از هر چیز در مدیریت این مراقبت‌ها نمود دارد. با توجه به ضرورت توسعه سیاست عدم تمرکز در گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی این آموزشها باید چندان باشد که مدیران سطوح میانی

(\*) Basic Minimum Needs (BMN)

(\*\*) Basic Human Needs (BHN)

(ونیز مرکزی) را برای سنجش و تشخیص نیاز، انتخاب بهترین راه حل، تخصیص منابع، آموزش کارکنان، برقراری مناسبات صحیح در مدیریت، حل مسائل و ارزشیابی فعالیتها توانا سازد.

### ت - هزینه ها

تا پایان سال ۱۳۷۰ شبکه های بهداشت و درمان کشور با ۱۰۶۲۳ خانه بهداشت، ۱۸۱۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۱۶۹۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۲۱۹ مرکز بهداشت شهرستان و ۱۹۷ مرکز آموزش بهورزی در فعالیت بوده است. بدون در نظر گرفتن سرمایه های عظیمی که تا به امروز صرف راه اندازی و فعال نگاه داشتن این واحدها شده است و نیز بدون احتساب هزینه های ۲۴ مرکز بهداشت استان، هزینه های جاری این واحدها با قیمتهای امروز و با معیارهای مورد قبول نهاد برنامه ریزی کشور، سالانه حدود ۵۰۰ میلیارد ریال برآورد می شود. آنچه در آغاز در قالب اعتبارات عمرانی برای راه اندازی و تامین تجهیزات هزینه می شود ایجاب می کند که متناسب با عمر قانونی این سرمایه گذاریها هرچند سال یکبار چند صد میلیارد ریال صرف نوسازی و جایگزینی موضوعات این هزینه (مانند خرید تجهیزات عمده یا خودرو) گردد.

با آنچه در طرحهای گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور پیش بینی شده است، روزی که این واحدها از نظر تعداد کامل شوند، رقم واحدهای مختلف شبکه های بهداشت و درمان یعنی خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستایی، مرکز بهداشتی درمانی شهری، مرکز بهداشت شهرستان و مرکز آموزش بهورزی به ترتیب نزدیک به ۱۷۰۰۰، ۲۸۰۰، ۳۳۰۰، ۲۴۰ و ۲۳۰ خواهد بود که خود بار سنگینی از هزینه های جاری و عمرانی را اقتضا می کند. در کنار مجموعه این هزینه ها باید اعتباراتی معادل ۱۳۳۸ میلیارد ریال و ۱۹۲ میلیون دلار را که با قیمتهای ثابت بابت سرمایه گذاری برای احداث مراکز بهداشتی درمانی در شهرها و روستاها و تامین محل زیست کارکنان در جوار مراکز روستایی پیش بینی شده است در نظر داشت، بدون آنکه احداث خانه های بهداشت منظور شده باشد. در این



محاسبه بیمارستانها که خود به علت پیچیدگی وسایل و هزینه نسبی بیشتر، از کانونهای عمده مصرف منابع بهداشتی است به حساب نیامده است. در مجموع می‌توان باری سنگین را بردوش اعتبارات دولت احساس کرد که اگر از هم‌اکنون به صورتی منطقی و معقول برای آن چاره‌ای اندیشیده نشود، قطعاً در آینده مشکل آفرین خواهد بود. برای گشودن این گره، احتمالاً راههای متعدد وجود دارد. شاید به عنوان یکی از بنیانی‌ترین آنها از یک سو بتوان به همگانی کردن بیمه‌ها و از سوی دیگر به دیدگاه تامین نیازهای اساسی بشری *Basic Human Needs Approach* اشاره کرد. قدر مسلم آنکه چنین مقوله‌هایی، تفکر و اندیشه‌های نزدیک به عمل دانشگاهها و تحقیقات کاربردی آنان در این زمینه‌ها را ایجاب می‌کند تا به اتکاء شرایط خاص کشورمان و با استفاده از تجربه‌های جهانی، بی‌هیچ شیفتگی یا شتابزدگی الگوهای موثر و مفید برای حل مسائل و اتخاذ روشهای مناسب پدید آید.

پیوستہا



## پیوست شماره ۱

جدول الف - رئوس مطالب و ساعات تدریس بلوک اول بهورزی برای بهورزان به تفکیک جنس

کارآموزی	عملی	نظری	مواد درسی برای بهورزمرد	کارآموزی	عملی	نظری	مواد درسی برای بهورززن
۱۶ هفته یا چهارماه	-	۳	- اخلاق حرفه‌ای	۱۶ هفته یا چهارماه	-	۳	- اخلاق حرفه‌ای
	-	۱۱	- معارف اسلامی		-	۱۱	- معارف اسلامی
	-	۱۲	- بهداشت فردی		-	۱۲	- بهداشت فردی
			- آشنایی با بدن انسان				- آشنایی با بدن انسان
			شناسایی اجتماعی و				شناسایی اجتماعی و
			جغرافیایی روستا و				جغرافیایی روستا و
	۲۰	۱۰	آمارگیری		۲۰	۱۰	آمارگیری
	۲۸	۲۲	- مراقبت اطفال		۴۸	۳۲	- مراقبت اطفال
	۲۸	۲۰	- بهداشت محیط		۳۸	۲۰	- بهداشت محیط
	۴۰	۲۰	- مصونسازی		۴۰	۲۰	- مصونسازی
	۳۰	۱۲	- بازدید منازل		۳۰	۱۲	- بازدید منازل
	۲۰	۱۰	- کمکهای اولیه		۲۰	۱۰	- کمکهای اولیه
	۱۲	۱۰	- کنترل و مبارزه با				- کنترل و مبارزه با
	۱۲	۱۰	بیماری مالاریا		۱۲	۱۰	بیماری مالاریا
			- درمانهای ساده				- درمانهای ساده
			علامتی و داروهای				علامتی و داروهای
۳۵	۱۵	مربوطه	۳۵	۱۵	مربوطه		

جدول ب - رئوس مطالب و ساعات تدریس بلوک دوم بهورزی برای بهورزان به تفکیک جنس

کارآموزی	عملی	نظری	مواد درسی برای بهورزمرد	کارآموزی	عملی	نظری	مواد درسی برای بهورزن
۱۴ هفته و ۱۰ روز	-	۱۰	- معارف اسلامی - مراقبت‌های دوران بارداری	۱۴ هفته و ۱۰ روز	-	-	- معارف اسلامی - آشنایی ب دستگاه تناسلی و کار دستگاه تولید مثل
	۱۸	۲۰	- بهداشت و تنظیم خانواده		۱۵	۱۰	- مراقبت‌های دوران بارداری
	-	۸	- مراقبت اطفال		۳۸	۲۰	- بهداشت و تنظیم خانواده
	۲۰	۱۰	- بهداشت محیط		۱۵	۸	- مراقبت اطفال
	۲۰	۱۰	- مصونسازی		۲۸	۱۰	- بهداشت محیط
	۲۳	۴	- کنترل و مبارزه با		-	۱۰	- مصونسازی
	۲۸	۱۰	- کمک‌های اولیه		۱۸	۴	- کمک‌های اولیه
	۲۲	۸	بیماری واگیر (مالاریا) درمان‌های ساده		۲۰	۱۰	- کنترل و مبارزه با بیماری واگیر (مالاریا)
	۱۸	۱۲	علامتی		۲۸	۶	- درمان‌های ساده علامتی
					-	۱۲	

جدول پ - رئوس مطالب و ساعات تدریس بلوک سوم بهورزی برای بهورزان به تفکیک جنس

کارآموزی	عملی	نظری	مواد درسی برای بهورز مرد	کارآموزی	عملی	نظری	مواد درسی برای بهورز زن
۲۶ هفته و ۱۰ روز	۵۸	۲۸	- بهداشت محیط - کنترل و مبارزه با	۲۶ هفته و ۱۰ روز	۴۸	۱۶	- کمک به زایمان
			بیماریهای واگیر		۳۰	۱۴	- مراقبت بعد از زایمان
	۶۸	۴۰	- درمانهای ساده علامتی				- بهداشت و تنظیم خانواده
	۱۰	۶	- پیگیری موارد در معرض خطر (کودکان مبتلا به		۱۶	۶	- آموزش موازین بهداشتی و برقراری ارتباط با
			سوء تغذیه و مادران باردار		۶	۶	ماماهای محلی
	۲۰	۱۴	نیازمند خدمات ویژه) - جلب همکاری مردم		۱۲	۱۰	- بهداشت محیط - کنترل و مبارزه با
			جهت پیشرفت		۲۴	۲۰	بیماریهای واگیر
	۱۶	۱۰	برنامه‌های بهداشتی		۱۰	۶	- درمانهای ساده علامتی - پیگیری موارد در معرض
							خطر (کودکان مبتلا به
							سوء تغذیه و مادران باردار
				۲۰	۱۰	نیازمند خدمات ویژه) - جلب همکاری و مشارکت	
						مردم جهت پیشرفت	
				۱۶	۱۰	برنامه‌های بهداشتی	



## پیوست شماره ۲

شاخصهایی که از زیج حیاتی قابل محاسبه است.

الف - میزانهای جمعیتی در زوستای اصلی، قمر و کل:

$$\frac{\text{جمعیت زیر یکسال}}{\text{کل جمعیت}} \times 100 \quad \text{- درصد گروه سنی زیر یکسال}$$

$$\frac{\text{جمعیت زیر ۵ سال}}{\text{کل جمعیت}} \times 100 \quad \text{- درصد گروه سنی زیر ۵ سال}$$

$$\frac{\text{جمعیت زیر ۱۵ سال}}{\text{کل جمعیت}} \times 100 \quad \text{- درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال}$$

$$\frac{\text{جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال}}{\text{کل جمعیت}} \times 100 \quad \text{- درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال}$$

$$\frac{\text{جمعیت ۶۵ سال و بالاتر}}{\text{کل جمعیت}} \times 100 \quad \text{- درصد گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر}$$

- نسبت درصد سرباری

$$\frac{\text{جمعیت صفر تا ۱۴ ساله} + \text{جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر}}{\text{جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال}} \times 100$$



- درصد زنان شوهردار در هر گروه سنی از ۱۵ تا ۴۴ سال

$$\frac{\text{جمعیت زنان شوهردار در هر گروه سنی}}{\text{کل جمعیت زنان در همان گروه سنی}} \times 100$$

- درصد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۴ ساله به کل زنان

$$\frac{\text{جمعیت زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۴ ساله}}{\text{کل جمعیت زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله}} \times 100$$

- رشد طبیعی جمعیت

میزان خام مرگ - میزان خام تولد = رشد طبیعی جمعیت

ب - میزانهای مربوط به رفتار باروری که در روستای اصلی، قمر و کل قابل محاسبه است:

$$\frac{\text{تعداد موالید زنده یکسال}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 1000 \quad \text{- میزان خام تولد}$$

$$\frac{\text{تعداد موالید زنده یکسال}}{\text{جمعیت زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله}} \times 1000 \quad \text{- میزان باروری عمومی}$$

- میزانهای باروری اختصاصی سنی

$$\frac{\text{تعداد موالید زنده یکسال در هر گروه سنی}}{\text{جمعیت زنان همان گروه سنی در همان سال}} \times 1000$$

$$\frac{\text{مجموع میزانهای باروری اختصاصی سنی}}{1000} \quad \text{- میزان باروری کلی}$$

- درصد زایمانهایی که توسط شخص دوره دیده انجام شده است

$$\frac{\text{تعداد زایمانها در منزل توسط شخص دوره دیده}}{\text{کل زایمانها}} \times 100$$

- درصد زایمانهایی که بوسیله شخص دوره ندیده انجام شده است

$$\frac{\text{تعداد زایمانهای انجام شده بوسیله شخص دوره ندیده}}{\text{کل زایمانها}} \times 100$$

- درصد زایمانهایی که در بیمارستان انجام شده است

$$\frac{\text{تعداد زایمانهای انجام شده در بیمارستان}}{\text{تعداد کل زایمانها}} \times 100$$

- تعداد زایمانهای دوقلو

جمع ستونهای شرایط زایمان - (نوزادان مرده بدنیا آمده + نوزادان زنده بدنیا آمده)

$$\frac{\text{تعداد زایمانهای دوقلو}}{\text{تعداد کل زایمانها}} \times 100 \quad \text{- درصد دوقلو زایی}$$

- درصد مرده زایی به تفکیک پسر و دختر و کل

$$\frac{\text{تعداد متولدین مرده به دنیا آمده}}{\text{تعداد کل زایمانها}} \times 100$$

$$\frac{\text{تعداد تولدهای زنده پسر}}{\text{تعداد تولدهای زنده دختر}} \quad \text{- نسبت جنسی در بدو تولد}$$

- درصد متولدین با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم به تفکیک پسر و دختر و کل

$$100 \times \frac{\text{متولدین پسر یا دختر با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم}}{\text{کل متولدین زنده پسر یا دختر وزن شده}}$$

- درصد متولدین با وزن تولد ۲۵۰۰ گرم و بیشتر به تفکیک پسر و دختر و کل

$$100 \times \frac{\text{متولدین پسر و یا دختر با وزن تولد ۲۵۰۰ گرم و بیشتر}}{\text{کل متولدین زنده پسر یا دختر وزن شده}}$$

- درصد متولدین وزن شده به تفکیک پسر، دختر و کل

$$100 \times \frac{\text{تعداد کل متولدین وزن شده}}{\text{تعداد کل متولدین زنده}}$$

- میزان تجدید نسل ناخالص

$$\text{تعداد متولدین دختر} \times \text{میزان باروری کلی} = \text{Gross Reproduction Rate (G.R.R.)}$$

تعداد کل متولدین

- درصد افراد تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده در پایان ماه

$$100 \times \frac{\text{کل جمعیت استفاده‌کننده از کل وسایل مختلف پیشگیری از بارداری در آخرین روز هر ماه}}{\text{زنان شوهردار در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۴۴ سال}}$$

- درصد افراد تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده برحسب نوع وسیله در پایان

هرماه

$$100 \times \frac{\text{کل جمعیت استفاده‌کننده از هر یک از وسایل پیشگیری از بارداری در پایان ماه}}{\text{زنان شوهردار در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۴۴ ساله همان ماه}}$$

- نسبت کسانی که از یک وسیله استفاده می‌کنند به کل استفاده‌کنندگان

$$\frac{۱۰۰ \times \text{تعداد افرادی که از یک وسیله خاص استفاده می‌کنند}}{\text{کل استفاده‌کنندگان}}$$

- رسم نمودار هیستوگرام از درصدهای بدست آمده برای تنظیم خانواده  
برحسب ماه و برحسب وسیله به طور جداگانه

پ - میزانهای مربوط به مرگ:

- میزان خام مرگ در روستای اصلی، قمر و کل برای هر دو جنس و کل

$$\frac{۱۰۰۰ \times \text{تعداد مرگ در یک سال}}{\text{جمعیت وسط سال}}$$

- میزان مرگ نوزادان (کمتر از یکماه) در روستای اصلی، قمر و کل برای هر دو جنس و کل

$$\frac{۱۰۰۰ \times \text{تعداد مرگ نوزادان در مدت یک سال}}{\text{موالید زنده همان سال}}$$

- میزان مرگ کودکان کمتر از یکسال در روستای اصلی، قمر و کل برای هر دو جنس و کل

$$\frac{۱۰۰۰ \times \text{تعداد مرگ کودکان زیر یکسال در مدت یک سال}}{\text{موالید زنده همان سال}}$$

- میزان مرگ کودکان ۱ تا ۴ ساله در روستای اصلی، قمر و کل برای هر دو جنس و کل

$$\frac{\text{تعداد مرگ ۱ تا ۴ ساله در مدت یک سال}}{\text{جمعیت ۱ تا ۴ ساله در همان سال}} \times 1000$$

- میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ سال در روستای اصلی، قمر و کل برای هر دو جنس و کل که به دوروش محاسبه می‌شود:

الف) وقتی مخرج کسر جمعیت کودکان زیر ۵ سال است:

$$\frac{\text{تعداد مرگ کمتر از ۵ سال در مدت یک سال}}{\text{جمعیت همان گروه سنی در همان سال}} \times 1000$$

ب) وقتی مخرج کسر موالید زنده می‌باشد:

$$\frac{\text{تعداد مرگ کمتر از ۵ سال در مدت یک سال}}{\text{موالید زنده همان سال}} \times 1000$$

- میزان مرگ اختصاصی سنی در روستای اصلی، قمر و کل برای هر دو جنس و کل

$$\frac{\text{تعداد مرگ در هر گروه سنی در مدت یک سال}}{\text{جمعیت همان گروه سنی در همان سال}} \times 1000$$

- میزان مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان در روستای اصلی، قمر و کل و برحسب گروه‌های سنی

$$\frac{\text{تعداد مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان در یک سال}}{\text{موالید زنده همان سال}} \times 100000$$

- میزان مرگ اختصاصی علتی مادران در روستاهای اصلی، قمر و کل برحسب گروههای سنی و کل

$$\frac{100000 \times \text{تعداد مرگ مادران به علت خاص در اثر بارداری و زایمان در یک سال}}{\text{موالید زنده در همان سال}}$$

- درصد مرگ مادران از هر یک از علل مرگ در هر گروه سنی

$$100 \times \frac{\text{تعداد مرگ مادران از علت خاص}}{\text{کل مرگ مادران}}$$

- Cause and age Specific Mortality Rate میزان مرگ اختصاصی علتی مادران

$$1000 \times \frac{\text{تعداد مرگ از هر علت در هر گروه سنی}}{\text{تعداد موالید زنده در همان گروه سنی مادران}}$$

- میزان مرگ اختصاصی علتی در گروه سنی کمتر از ۵ سال در روستاهای اصلی، قمر و کل

$$10k \times \frac{\text{تعداد مرگ مربوط به علت مورد نظر در کودکان کمتر از ۵ سال در یک سال}}{\text{جمعیت کمتر از ۵ سال در همان سال}}$$

- نسبت مرگ از علت خاص در گروه سنی کمتر از ۵ سال در روستاهای اصلی، قمر و کل

$$\frac{\text{تعداد مرگ مربوط به علت مورد نظر در کودکان کمتر از ۵ سال در یک سال}}{\text{کل مرگ در مدت یک سال در گروه سنی کمتر از ۵ سال}}$$

- امید زندگی در بدو تولد و سایر سنین در روستای اصلی، قمر و کل برای هر دو جنس



## پیوست شماره ۳

نتایج استخراج شده از زیج حیاتی در خانه‌های بهداشت روستاهای اصلی و  
قمر در کل کشور - سال ۱۳۶۸

۳/۵	درصد گروه سنی زیر یکسال
۱۶/۵	درصد گروه سنی زیر پنجسال
۴۴/۶	درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال
۴/۰	درصد گروه سنی بالای ۶۵ سال
۵۱/۴	درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال
۲۱/۰	درصد گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال زنان
۳۲/۶	میزان خام موالید در هزار
۴/۹	میزان خام مرگ و میر در هزار
۴/۵	میزان مرگ و میر زنان در هزار
۵/۳	میزان مرگ و میر مردان در هزار
۱۰/۴	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنجسال در هزار نفر جمعیت
۵۲/۶	میزان مرگ کودکان زیر پنجسال در هزار تولد زنده
۴۳/۱	میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال در هزار تولد زنده
۱۹/۶	میزان مرگ و میر کودکان زیر یک ماه در هزار تولد زنده
	میزان مرگ و میر سببی اسهال و استفراغ در ده هزار کودک
۱۰/۵	زیر پنجسال
۰/۰	میزان مرگ و میر سببی سرخک در ده هزار کودک زیر پنجسال
	میزان مرگ و میر سببی عفونتهای تنفسی در ده هزار کودک
۱۶/۵	زیر پنجسال
	میزان مرگ و میر سببی عارضه کمبود وزن کودکان در ده هزار
۵۲/۷	تولد زنده
	میزان مرگ و میر سببی حوادث و مسمومیتها در ده هزار کودک
۸/۹	زیر پنجسال



۱/۰	میزان مرگ و میر سببی کزاز نوزادان در ده هزار کودک زیر یک ماه
۵۷/۴	میزان مرگ و میر سببی سایر علل در ده هزار کودک زیر پنجسال
۳۷/۳	میزان مرگ و میر زنان باردار در صد هزار تولد زنده
۱۵۵/۳	میزان باروری عمومی در هزار
۱/۳	میزان باروری اختصاصی زنان ۱۰ تا ۱۴ ساله در هزار
۶۵/۹	میزان باروری اختصاصی زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله در هزار
۲۰۱/۶	میزان باروری اختصاصی زنان ۲۰ تا ۲۴ ساله در هزار
۲۵۷/۱	میزان باروری اختصاصی زنان ۲۵ تا ۲۹ ساله در هزار
۲۲۳/۹	میزان باروری اختصاصی زنان ۳۰ تا ۳۴ ساله در هزار
۱۹۳/۷	میزان باروری اختصاصی زنان ۳۵ تا ۳۹ ساله در هزار
۸۶/۴	میزان باروری اختصاصی زنان ۴۰ تا ۴۴ ساله در هزار
۲۱/۳	میزان باروری اختصاصی زنان ۴۵ تا ۴۹ ساله در هزار
۵/۳	میزان باروری کلی
۲/۸	درصد رشد طبیعی جمعیت
۱۰۴/۸	نسبت جنسی
۵۴/۲	درصد زایمان توسط مامای تحصیلکرده
۱۳/۳	درصد زایمان توسط مامای دوره دیده
۳۲/۵	درصد زایمان توسط مامای محلی دوره ندیده
۵۲/۷	درصد زایمان در بیمارستان یا زایشگاه
۹۴/۷	میزان سرباری
۰/۶	درصد دوقلوزایی

## پیوست شماره ۴

شاخصهایی که از گردونه آماری برای ماه مورد نظر قابل محاسبه است.

## الف - شاخصهای مربوط به بهداشت محیط

- درصد خانوارهایی که از آب آشامیدنی سالم استفاده می کنند

$$\frac{\text{تعداد خانوارهایی که از آب آشامیدنی سالم استفاده می کنند}}{\text{تعداد کل خانوارها}} \times 100$$

- درصد خانوارهایی که از مستراح بهداشتی استفاده می کنند

$$\frac{\text{تعداد خانوارهایی که از مستراح بهداشتی استفاده می کنند}}{\text{تعداد کل خانوارها}} \times 100$$

## ب - شاخصهای مربوط به بهداشت خانواده

- درصد کودکان زیر یکسال که زیر خط پایینی منحنی رشد بوده اند (طبق فرمول گردونه)

- درصد نوزادان کمتر از ۲۵۰۰ گرم (طبق فرمول گردونه)

- درصد زایمانهایی که توسط فرد دوره دیده انجام شده است (طبق فرمول گردونه)

- درصد زنان واجد شرایطی که برای پیشگیری از حاملگی از قرص یا کاندوم یا IUD استفاده کرده‌اند

$$\frac{\text{تعداد مصرف‌کنندگان از وسیله مورد نظر}}{\text{کل زنان واجد شرایط}} \times 100$$

- درصد کودکان زیر یکسال که در این ماه مراقبت شده‌اند

$$\frac{\text{کودکان زیر یکسال مراقبت شده}}{\text{کل کودکان زیر یکسال}} \times 100$$

- درصد کودکانی که در این ماه یکساله شده‌اند و کمتر از شش ماه شیر مادر خورده‌اند

$$\frac{\text{کودکانی که در این ماه یکساله شده‌اند و کمتر از ۶ ماه شیرمادر خورده‌اند}}{\text{۱/۱۲ تعداد کل کودکانی که در این ماه یکساله شده‌اند و مورد مراقبت بوده‌اند}} \times 100$$

- درصد زنان بارداری که در این ماه مراقبت شده‌اند

$$\frac{\text{تعداد زنان بارداری که در این ماه تحت مراقبت بوده‌اند}}{\text{کل زنان باردار مربوط به این ماه}} \times 100$$

پ - شاخصهای مربوط به واکسیناسیون

- درصد واکسن سرخک، ثلاث ۳، پولیو ۳ و ب ت ژ نسبت به موارد انتظار

$$\frac{\text{تعداد واکسیناسیون گزارش شده برای هر واکسن}}{\text{۱/۱۲ کودکان زیر یکسال}} \times 100$$

- درصد واکسن کزاز ۲ یا یادآور در زنان باردار نسبت به موارد انتظار

$$\frac{\text{تعداد واکسیناسیون کزاز ۲ یا یادآور زنان باردار گزارش شده}}{1/12 \text{ کودکان زیر یکسال}} \times 100$$

ت - شاخصهای مربوط به بیماریها

- میزان بروز بیماریهای اسهال، دیفتری، سیاهسرفه، پولیو و سرخک در گروه سنی زیر ۵ سال

$$\frac{\text{موارد جدید هر بیماری}}{\text{جمعیت زیر پنجسال}} \times 10k$$

- میزان بروز کزاز نوزادان

$$\frac{\text{موارد جدید بیماری کزاز نوزادان}}{\text{متولدین زنده}} \times 10k$$

پیوست شماره ۵

تعدادی از فرم‌های مربوط به گزارش فعالیت‌های خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی به صورت ماهانه

جمعیت روستایی تحت پوشش

مرکز بهداشت استان ..

گزارش ماهانه مراقبت‌های دوران بارداری

..... ماه

ب- اطلاعات مرا			
محل زایمان	فرد کمک‌کننده به زایمان		
	پزشک	مامای تعمیل‌کرده	م. م د. د
منزل			
زایشگاه یا بیمارستان			

م. م. د. د - مامای محلی دوره

الف- مراقبت‌های دوران بارداری		
تکراری در این ماه	جدید در این ماه	نوع خدمت
		تعداد کل مادرانی که در این ماه مراقبت شده‌اند
		آلبومین در ادرار
		خونریزی
		هموگلوبین کمتر از ده گرم
		لاغری مفرط
		فشارخون
		سایر علل

مادرانی که به مراقبت ویژه نیاز دارند به دلیل:

د- فاصله‌گذاری پ

تاریخ	پرونده فعال		فعالیت وسيله
	جدید	تکراری	
			مراجعه قرص
			مراجعه کاندوم
			مراجعه I.U.D

نتیجه پاپ اسمیر از نظر: سلول

عفون

تاریخ گزارش ..... نام و

مراجعه جدید: شامل مراجعه‌کنندگانی است که اولین بار

برای دریافت وسیله پیشگیری به مرکز یا

خانه بهداشت مراجعه کنند، بدیهی است

اگر مراجعه کننده به دلیل ترک وسیله

کند و مجدداً برای دریافت وسیله مراجعه

نماید مراجعه جدید محسوب خواهد شد.

مراجعه تکراری: شامل مراجعه‌کنندگانی است که در

نوبت‌های قبل نیز برای دریافت وسیله

پیشگیری مراجعه کرده‌اند.

ترکی: شامل کسانی است که مسجل شود دیگر از

وسایل پیشگیری استفاده نمی‌کنند و یا

تاخیر آنها از موعد مقرر بیش از یکسال

باشد.

آمار.....خانه بهداشت مستقل و ضمیمه  
و..... مراکز بهداشتی درمانی فاقد خانه بهداشت ضمیمه

ری، از پس از زایمان و فاصله گذاری

ج- مراقبت های پس از زایمان		
بار دوم	بار اول	نوبت مراجعه محل زایمان
		تعداد مادرانی که پس از زایمان مراجعه کرده اند
		تعداد مادرانی که پس از زایمان دچار عارضه شده اند
		تعداد مادرانی که پس از زایمان مراجعه کرده اند
		تعداد مادرانی که پس از زایمان دچار عارضه شده اند

طایمان		
تعداد نوزادانی که وزن زیر ۲۵۰۰ گرم داشته اند	تعداد نوزادانی که وزن شده اند	تعداد نوزادان مرده متولد شده

یده بدن - مامای محلی دوره ندیده

ترک به دلایل:

- پزشکی: شامل مراجعه کنندگانی است که بعلت ناراحتی های جسمی یا روانی مثل خونریزی، افسردگی و غیره برنامه راترك می نمایند.
- اجتماعی: شامل مراجعه کنندگانی است که بدلیل اجتماعی نظیر مخالفت شوهر، تمایل به فرزند و غیره برنامه راترك مینمایند.
- حاملگی ناخواسته: شامل مراجعه کنندگانی است که علیرغم وجود استفاده از وسایل پیشگیری، حامله شده اند.
- نامعلوم: شامل مراجعه کنندگانی است که تاخیر آنها پیش از یکسال از موعد مقرر باشد.

ترک به دلیل		
پزشکی	اجتماعی	حاملگی نامعلوم

های سرشناسی ..... مشکوک ..... مثبت .....

ت: منفی مثبت .....

نام خانوار شکر .....

جمعیت روستائی تحت پوشش

مرکز بهداشت استان

گزارش مرکز بهداشت شهرستان  
گزارش ماهانه مراقبت از کودکان زیر ۶ سال و ایمنسازی

آمار ... خانه بهداشت مستقل / متمیمه  
و ... مراکز بهداشتی درمانی فاقد خانه بهداشت متمیمه

جدول آمار ایمنسازی

گروه سنی	آنتی ژن
پولیسو ۱	ب - ث - ژ
پولیسو ۲	پولیسو ۱
پولیسو ۳	پولیسو ۲
یادآور ۱	پولیسو ۳
یادآور ۲	پولیسو ۱
کلاش ۱	پولیسو ۲
کلاش ۲	پولیسو ۳
یادآور ۱	پولیسو ۱
یادآور ۲	پولیسو ۲
توام ۱	پولیسو ۳
توام ۲	پولیسو ۱
یادآور ۱	پولیسو ۲
یادآور ۲	پولیسو ۳
سرخک ۱	پولیسو ۱
سرخک ۲	پولیسو ۲
پولیسو صفر	پولیسو ۳

آمار واکسیناسیون کزاز

جنس و سن	زنان ۱۵ تا ۲۹	زنان باردار	سایر گروه‌های جنس و سنی
آنتی ژن			
کزاز ۱			
کزاز ۲			
بیادآور			

جدول آمار ماهانه مراقبت از کودکان زیر ۶ سال ... ماه ... سال

فعالیت	گروه سنی	زیر یکسال	یکساله (۱۲ تا ۳۳ ماهه)	۲ سال تا کمتر از ۶ سال
تعداد کودکان مراقبت شده در این ماه	جدید			
تکراری				
تاخیر کمتر از ۳ ماه از موعد مقرر				
تاخیر ۳ ماه تا یک سال از موعد مقرر				
ترک بدلیل مهاجرت: انتقال دائمی بامرکز				
تعداد کودکان وزن شده در این ماه	بالای صدک سوم			
زیر صدک سوم				

مدت تغذیه با شیرمادر در کودکانی که در این ماه یکساله شده‌اند

اصلاح شیرمادر نخورده	کمتر از ۴ ماه	۴-۵ ماه	۶-۷ ماه	۸-۹ ماه	۱۰-۱۱ ماه

تاریخ گزارش: ... نام و نام خانوادگی گزارشگر: ...

جمعیت روستایی تحت پوشش ..... مرکز بهداشت استان ..... آمار ..... خانه بهداشت مستقل و ضمیمه

و ..... مرکز بهداشتی درمانی فاقد خانه بهداشت ضمیمه

### گزارش ماهانه پیگیری بیماریها

..... ماه ..... سال

نام بیماری	موارد تحت درمان			موارد	موارد قطع کامل پیگیری به دلیل		
	جدید	عود	تکراری		تحت مراقبت	بهبود	فوت

تعداد لام تهیه شده برای مالاریا ..... تعداد لام مثبت  
 ویواکس ..... فالسیپارم ..... مالاریه ..... میکس .....  
 نمونه خلط و خون: تعداد خلط برای بیماری سل: مستقیم ..... کشت .....  
 تعداد خلط مثبت: مستقیم ..... کشت .....

تاریخ گزارش ..... نام و نام خانوادگی .....



امار - - - - - خانه بهداشت مستقل / ضمیمه

گزارش مرکز بهداشت استان .....

گزارش ماهانه موارد بیماری

ماه .....

سال .....

ردیف	بیماری	کل مراجعات جدید و تکراری		کمتر از یک سال		۱ تا ۴		۵ تا ۱۳		۱۴ تا ۲۳		۲۴ تا ۳۳		۳۴ تا ۴۳		۴۴ تا ۵۳		۵۴ تا ۶۳		۶۴ تا ۷۳		بالتر از ۷۳		کل جدید		
		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن			
۱	اسهال																									
۲	سیاه سرفه																									
۳	کلودرد																									
۴	کزاز																									
۵	آبله مرغان																									
۶	سرخک																									
۷	تب و لرز																									
۸	سایر بیماری‌های تب‌دار																									
۹	کچلی																									
۱۰	عقونتهای چشم																									
۱۱	ازدیاد فشارخون																									
۱۲	زردی																									
۱۳	سقط جنین																									
۱۴	کم خونی																									
۱۵	مسمومیتها																									
۱۶	گزیدگیها																									
۱۷	سوانح و حوادث																									
۱۸	سایر بیماریها																									
	جمع																									
	جمعیت براساس سرشماری اول سال																									

نام و نام خانوادگی .....

تاریخ گزارش .....

ارجاع فوری .....

آمار: ... مرکز بهداشتی درمانی شهری

**مرکز بهداشت استان .....**  
**گزارش ماهانه خدمات بهداشت محیط .....**

مبارزه با حشرات			مواد گندزایی مصرف شده								بازدید و بررسی منابع آلوده کننده هوا			بازدید از مراکز استفاده کننده از پرنده های یونساز				
سم مصرف شده	سطح سمپاشی شده به مترمربع	مواد بررسی شده	پرکلرین جهت سایر	پرکلرین جهت آب آشامیدنی	رتول یا سولن	لیزول	کریولین	هالامید	تعطیل منابع آلوده کننده هوا	تعداد کل منابع آلوده کننده هوا	مراکز که رفع نقص شده	مراکز بازدید شده	تعداد کل مراکز	یونساز				
														بازدید شده	بازدید نشده	بازدید نشده	بازدید شده	بازدید نشده
پر حساب لیتر	پر حساب کیلوگرم	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده	بازدید شده		

تعداد موارد مبارزه با جوندگان و نحوه مبارزه: .....  
تاریخ گزارشگر: ..... نام و نام خانوادگی گزارشگر: .....





Vertical line on the left side of the page.





پیوست شماره ۶



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

----- مرکز بهداشت استان

----- مرکز بهداشت شهرستان

----- مرکز بهداشتی درمانی شهری

----- مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت ----- روستایی -----

پرونده خانوار

----- شماره خانوار یا پرونده

----- شماره ساختمان

----- آدرس

تاریخ تشکیل پرونده: روز ----- ماه ----- سال -----



## مشخصات خانوار

ملاحظات	تلفظ	میزان سواد	وضعیت تاهل	رنگ	تاریخ تولد			نسبت با سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی	شماره ردیف
					سال	ماه	روز			
								سرپرست		

● تاریخ واقعی تولد کودکان زیر ۶ سال بر حسب روز و ماه و سال و برای بقیه بر حسب سال تولد نوشته شود.

### فرم مراقبت از مادران باردار

نام ..... نام خانوادگی ..... تاریخ تولد ..... سن اولین ازدواج .....

سن اولین حاملگی ..... تعداد حاملگی های قبلی ... تعداد سقط ..... تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده ...

تعداد فرزندان مرده بدنیا آمده ..... تعداد فرزندان زنده فعلی ..... تاریخ آخرین زایمان .....

- نزدیک
- دور
- ندارد

خویشاوندی نسبی زن و شوهر

- مثبت
- منفی

- گروه خونی:
- AB
  - A
  - O
  - B

برنامه آموزشی

- مثبت
- منفی

RH: همسر (وقتی RH مادر منفی است)

ماه حاملگی	موضوع آزمایش	
۹	بهداشت فردی محیط	
۸		
۷		
۶		
۵		
۴		
۳		
		بهداشت بارداری - واکسن کزاز
	تغذیه بارداری و شیردهی	
	آمادگی زایمان - بهداشت زایمان	
	بهداشت بعد از زایمان	
	مراقبت از نوزاد	
	تغذیه نوزاد - شیر مادر	
	مراقبت از کودک و تغذیه کودک	
	واکسیناسیون کودک	
	اسهال و O R S	
	تنظیم خانواده	

سن	۱۸ تا ۳۵
زیر ۱۸ سال	۳۵ سال
وضعیت حاملگی و زایمان های قبلی:	۱۴۵ سانت و بالاتر
قد	زیر ۱۴۵
	۵ بیشتر
	۴
	۳
	۲
	۱

خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی
خیر	بلی

- سقط
- مرده زایی
- غش حاملگی
- ورم (ادم)
- زایمان غیر طبیعی
- خونریزی در دوران حاملگی
- خونریزی بیش از اندازه طبیعی بعد از زایمان
- مدت زایمان بیش از ۲۴ ساعت
- وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم
- مرگ نوزاد در هفته اول

در آخرین حاملگی در هر یک از حاملگی ها

\* هر موضوع برای ۲ حاملگی منظور شده است

- کم‌خونی ○ بیماری قند (دیابت) ○ سل ○ گواتر ○  
 صرع ○ مالاریا ○ آسم ○ فشارخون بالا ○  
 قلبی پیشرفته ○ کلیوی پیشرفته ○ بیماری مسلم‌روانی ○  
 حساسیت دارویی ○ به‌چه‌نوع دارو .....  
 سایر بیماری‌های عمده با ذکر نام ..... م

سابقه بیماری‌های مهم مادر

## حاملگی‌ها:

- تاریخ اولین مراجعه برای این حاملگی .....  
 تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی .....  
 تاریخ احتمالی زایمان .....

تا	ماه					
۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹

بخش ۱

- نحوه مراقبت .....  
 رنگ پریدگی شدید .....  
 ادم گوده‌گذار .....  
 خونریزی .....  
 لاغری مفرط .....  
 شکم بسیار بزرگ .....  
 + نمایش غیرطبیعی جنین .....  
 نشیدن صدای قلب جنین .....

بخش ۲

- فشارخون بالای ۱۴۰/۹۰ .....  
 هموگلوبین کمتر از ۱۰ .....  
 آلبومین درادرار .....  
 وزن برحسب کیلوگرم .....

بخش ۳

اقدامات انجام شده:

۲				۱		
منزل				زایشگاه یا بیمارستان		

تجویز قرص آهن -----

تاریخ واکسن کزاز - نوبت اول - دوم یا یادآور -----

توصیه در مورد محل زایمان -----

## زایمان

## بخش ۴

مدت زایمان -----	طبیعی	طولانی
نمایش جنین -----	سرسر	سایر
نوع زایمان -----	طبیعی	غیرطبیعی
خونریزی پیش از اندازه طبیعی -----	خیر	بلسی

جنس:  پسر  دختر

## نوزاد

## بخش ۵

تاریخ زایمان -----	زایشگاه یا بیمارستان		منزل
محل زایمان -----	پزشک		۰۵۰۰ . ۰۴ . ۰۴
<input type="radio"/> فرد کمک کننده به زایمان -----	ماما	ت	۰۴ . ۰۴ . ۰۴
طول دوران بارداری -----	۳۷ الی ۴۲ هفته		کمتر از ۳۷ هفته بیشتر از ۴۲ هفته
تعداد نوزاد -----	یک		دو یا بیشتر
وزن نوزاد هنگام تولد (گرم) -----	۲۵۰ گرم یا بیشتر		کمتر از ۲۵۰ گرم
گرمه نوزاد -----	فوری		با تأخیر
اشکال تنفسی -----	خیر		بلسی
تغذیه با شیر مادر تا دو ساعت بعد از تولد -----	بلسی		خیر
وضع نوزاد تا یک ماهگی -----	زننده	مرده	مرگ نوزاد در روزهای
	به دنیا آمده	به دنیا آمده	۲۸ تا ۸ روزگی
	کمتر از ۷ روزگی	کمتر از ۷ روزگی	۲۸ تا ۸ روزگی

## بخش ۶ مراقبت بعد از زایمان

فشارخون بالای ۱۴۰ -----	تاریخ مراجعه بار اول -----	تاریخ مراجعه بار دوم -----
وضع شکم -----	خیر	بلسی
وضع رحم + -----	طبیعی	غیرطبیعی
وضع پستانها -----	خیر	بلسی
	طبیعی	غیرطبیعی
	خیر	بلسی
	طبیعی	غیرطبیعی

**راهنما:** ● نحوه مراقبت شامل: م: مراقبت در منزل، و: مراقبت در واحد بهداشتی، ن: مراقبت نشده

با پیگیری یا بدون پیگیری ●

فرد کمک کننده به زایمان: ماما، ت: ماما، م: ماما، د: د: ماما، ن: ماما، د: د: ماما، ن: ماما

ماما، د: ن: ماما، م: محلی، د: د: ماما، ن: ماما

+ انجام خدمات مربوط به سطرهایی که با علامت + مشخص شده

است از عهده بهورز خارج است ●

## جدول مراجعات مادر

در دوران بارداری و پس از زایمان

نام مادر . . . . .

درست‌نوارات و اقدامات انجام شده	علت مراجعه	تاریخ مراجعه	ردیف

## آزمایشات دوران بارداری و پس از زایمان

نتیجه آزمایش	تاریخ	نوع آزمایش

• انجام آزمایش V. D. R. L. زمان سیلان و انعقاد

• قند و آوره خون و آزمایش کامل ادرار ضروری و سایر آزمایشات بستگی به وضع مادر باردار دارد

## فرم مراقبت از کودکان زیر ۶ سال

نام کودک .. نام پدر .. نام مادر .. تاریخ تولد مادر .. تاریخ تولد کودک ..

تاریخ واقعی تولد کودک .. / .. / .. تاریخ اولین مراجعه .. وزن هنگام تولد (بر حسب گرم)

قد هنگام تولد (بر حسب سانتی متر)

### وضع نوزاد:

جنس: پسر  دختر

### وضعیت زایمان

محل زایمان		زایشگاه یا بیمارستان	
فرد کمک کننده به زایمان	●	پزشک	ماما
طول دوران بارداری	تعداد نوزاد	۳۷ الی ۴۲ هفته	کمتر از ۳۷ بیشتر از ۴۲ هفته
وزن نوزاد هنگام تولد	گره نوزاد	۲۵۰۰ گرم و بیشتر	یک دو یا بیشتر
اشکال تنفسی	تغذیه با شیر مادر تا دو ساعت بعد از تولد	فوری	با تاخیر
		خیر	بلی
		بلی	خیر

محل زایمان

● فرد کمک کننده به زایمان

طول دوران بارداری

تعداد نوزاد

وزن نوزاد هنگام تولد

گره نوزاد

اشکال تنفسی

تغذیه با شیر مادر تا دو ساعت بعد از تولد

طبیعی	طولانی
غیر طبیعی	طبیعی
سایر	سر
خیر	بلی

مدت زایمان

نوع زایمان

نمایش جنین

فونریزی بیش از اندازه طبیعی

بیماری ارثی یا مادرزادی: دارد  ندارد  اگر دارد چه بیماری .....

سابقه بیماری ارثی یا مادرزادی در خانواده: دارد  ندارد  اگر دارد چه بیماری .....

از بدو تولد تا یک ماهگی دچار کدامیک از عوارض زیر شده است:

کمبودی (سیانوز)  زردی شدید (یرقان غیر فیزیولوژیک)  تشنج  عفونت: عمومی  موضعی  با ذکر نام .....  
سایر بیماریها با ذکر نام .....

چه مدت کودک با شیر مادر تغذیه شده است .....

اشکالات تغذیه ای مهم کودک را از بدو تولد تا کنون بنویسید: .....

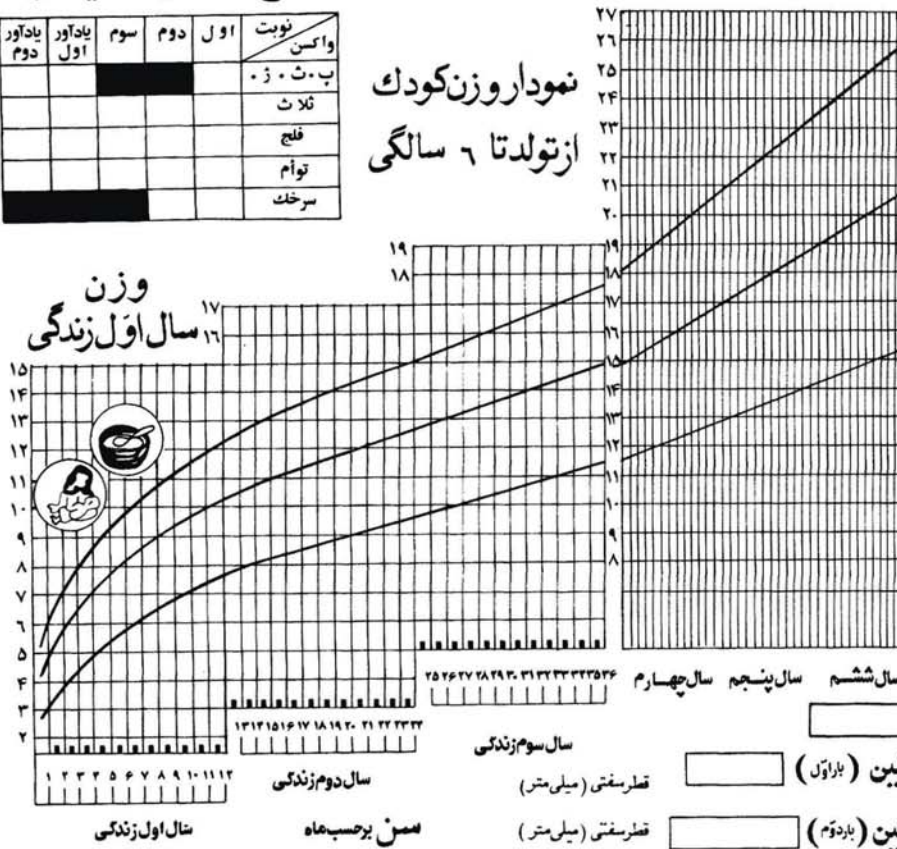
● فرد کمک کننده به زایمان: ماما. ت ماما تحصیل کرده. م.م د.د ماما محلی دوره دیده.

م.م د.د ماما محلی دوره ندیده.

تاریخ واکسیناسیون

واکسن	نوبت	اول	دوم	سوم	یادآور اول	یادآور دوم
پ.ت.ز.						
تلات						
فلج						
توام						
سرخک						

نمودار وزن کودک  
از تولد تا ۶ سالگی





## جدول مراقبت‌های بهداشتی کودک (تا ۲ سالگی)

نام کودک.....

تاریخ تولد...-

ردیف	تاریخ مراقبت	نحوه مراقبت	وزن بر حسب گرم	قد بر حسب سانتی متر	دورسر بر حسب سانتی متر	استفاده از شیرمادر یا شیرصوانی	استفاده از شیرخشک یا شیرصوانی	نوع غذای تکمیلی	سیرتکامل فیزیکی کودک	دستورات بهداشتی داده شده	دلیل عدم مراقبت از کودک در صورت قطع برنامه
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											
۱۳											
۱۴											
۱۵											
۱۶											
۱۷											
۱۸											

- نحوه مراقبت شامل: م: مراقبت در منزل.
- و: مراقبت در واحد بهداشتی.
- ن: مراقبت نشده با پیگیری یا بدون پیگیری.
- روی منحنی رشد کودک، تاریخ قطع شیرمادر، تاریخ شروع غذای تکمیلی و تاریخ ظهور هر یک از شاخص‌های تکامل فیزیکی کودک مشخص گردد.

### جدول مراقبت‌های بهداشتی کودک (۲ تا زیر ۶ سالگی)

تاریخ تولد.....

نام کودک.....

ردیف	تاریخ مراقبت	نحوه مراقبت	وزن (کیلوگرم)	قد (سانتی‌متر)	سیر تکاملی کودک	دستورات بهداشتی داده شده	دلیل عدم مراقبت از کودک در صورت قطع برنامه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							

نام کودک .....

تاریخ تولد .....

جدول مراجعات درمانی کودک و مراقبت‌های ویژه

ردیف	تاریخ مراجعه	نوع بیماری	دستورات دارویی و اقدامات انجام شده

جدول مراجعات مادر

## فرم فاصله گذاری بین تولدها

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... تاریخ اولین مراجعه: .....  
تاریخ تولد آخرین فرزند: ..... تعداد حاملگی: ..... تعداد فرزندان زنده: .....

- تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: ..... در حال حاضر: شیر می دهد
- عادت ماهانه: منظم است  نامنظم است
- قبلا از کدام روش جلوگیری استفاده کرده است؟ ..... طبیعی است
- علت ترک روش قبلی چه بوده است؟ ..... خونریزی ماهانه زیاد است
- روش توصیه شده فعلی: ..... کم است

نتیجه معاینه یا اندازه گیری و آزمایش ( حداقل ۶ ماه یکبار تکرار شود )

تاریخ		نوع معاینه			
					فشار خون
					وزن بدن
					تیروئید
					واریس
					پستانها
					قلب و ریتم <input type="radio"/>
					معاینه زنانگی <input type="radio"/>
					آزمایش پاپ اسمیر <input type="radio"/>
					تاریخ نتیجه

● پاپ اسمیر سالی یکبار انجام می شود .

○ انجام این خدمات از عهده بهورز خارج است .

## جدول مراقبت‌ها

تاریخ مراقبت	نوع وسیله و تعداد آن	نحوه مراقبت ⊙	نوع عارضه در صورت وجود عارضه	دلیل تغییر وسیله در صورت تغییر	دلیل ترک برنامه در صورت ترك

⊙ نحوه مراقبت شامل: م: مراقبت در منزل، و: مراقبت در واحد بهداشتی، ن: مراقبت نشده  
با پیگیری یا بدون پیگیری •

## فرم پیگیری بیماری

تاریخ تولد..... تاریخ تشخیص بیماری.....  
 تاریخ شروع اولین علائم بالینی..... تاریخی که بیمار تحت مراقبت قرار گرفته است.....  
 نوع بیماری..... جدید عود کنترل  
 چگونگی تشخیص بیماری: بالینی آزمایشگاهی رادیولوژی  
 غیره با ذکر نام.....

تاریخ مراقبت یا پیگیری	نحوه مراقبت یا پیگیری		تاریخ مراقبت بعدی	دلیل عدم مراجعه در صورت قطع برناب
	داخل واحد بهداشتی	خارج واحد بهداشتی		
				بهبود مرگ مهاجرت

\* بیماریهایی که باید مراقبت و پیگیری شوند.  
 بیماریهای واگیر: سرخک، سیاه سرفه، دیفتری، کزاز (بالغین و نوزادان) سل، فلج اطفال، تیفوئید،  
 مالاریا، تب مالت، اریون، سیاه زخم، سالک، مننژیت مننگوککسی، آنژین های استرپتوککی،  
 هپاتیت، جذام، سیفلیس، سوزاک، آبله مرغان، وبا (التور)، کچلی، گال، مشکوک به هاری.  
 بیماریهای غیرواگیر: دیابت، فشارخون، بیماریهای روانی، آسم، کلیوی، قلبی، سرطان، گواتر،  
 تالاسمی.



وضعیت: محل سکونت از نظر بهداشت محیط	اصلاحات انجام شده با ذکر تاریخ
<p>۱- نوع ساختمان: <input type="checkbox"/> گلی <input type="checkbox"/> چوبی <input type="checkbox"/> آجر و تیر آهن <input type="checkbox"/> بلوک سیمان <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> خشتی <input type="checkbox"/> کپر <input type="checkbox"/> چادر <input type="checkbox"/> غیره با ذکر نام ... ..</p>	
<p>۲- اتاقهای مسکونی: <input type="checkbox"/> نور کافی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> وضعیت کف اتاقها: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی</p> <p>وضعیت دیوارها: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> وضعیت سقف: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی</p> <p><input type="checkbox"/> مناسب</p> <p>نسبت مساحت اتاقهای مسکونی به جمعیت استفاده کننده:</p> <p><input type="checkbox"/> غیر مناسب</p>	
<p>۳- نوع سوخت: <input type="checkbox"/> نفت <input type="checkbox"/> هیوزم <input type="checkbox"/> گاز <input type="checkbox"/> فضولات حیوانی <input type="checkbox"/></p> <p>انواع دیگر با ذکر نام .....</p>	
<p>۴- محوطه حیاط منزل: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی <input type="checkbox"/></p>	
<p>۵- شبکه لوله کشی: <input type="checkbox"/> دارد، انشعاب عمومی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> دارد، انشعاب خصوصی</p>	



وضعیت: محل سکونت از نظر بهداشت محیط	اصلاحات انجام شده با ذکر تاریخ
<p>۶- منبع آب آشامیدنی:</p> <p>برکه <input type="checkbox"/> چشمه <input type="checkbox"/> قنات <input type="checkbox"/> چاه داخل منزل <input type="checkbox"/> سایر منابع <input type="checkbox"/></p> <p>بسازی شده <input type="checkbox"/> بسازی نشده <input type="checkbox"/></p> <p>فاصله تا محل برداشت آب کمتر از ربع ساعت <input type="checkbox"/></p> <p>فاصله تا محل برداشت آب بیش از ربع ساعت <input type="checkbox"/></p>	
<p>۷- حمام داخل منزل:</p> <p>دارد بهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>دارد غیربهداشتی <input type="checkbox"/></p>	
<p>۸- مستراح:</p> <p>بهداشتی <input type="checkbox"/> دارد عمومی <input type="checkbox"/> دارد خصوصی <input type="checkbox"/></p> <p>غیربهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p>	
<p>۹- دفع فاضلاب:</p> <p>بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۰- جمع‌آوری و دفع زباله:</p> <p>بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱۱- نگهداری دام و طیور:</p> <p>بهداشتی <input type="checkbox"/> داخل حیاط محل سکونت <input type="checkbox"/> خارج محل سکونت <input type="checkbox"/></p> <p>غیربهداشتی <input type="checkbox"/></p>	

## پیوست شماره ۷

## بازدید از مراکز آموزش بهورزی

----- محل با ذکر شهر، استان :  
 ----- تاریخ :  
 ----- نام بازدید کننده یا اسامی بازدید کنندگان :  
 -----  
 -----  
 -----

مشخصات مدیر و مربیان مرکز آموزش بهورزی							
ردیف	شغل	نام خانوادگی	درجه تحصیلی	رشته تحصیلی	طی دوره مربی بهورزی		دوره های آموزشی ضمن خدمت در سمت فعلی
					محل	مدت	
۱	مدیر						
۲	مدیر						
۳	مدیر						
۴	مدیر						
۵	مدیر						
۶	مدیر						
۷	مدیر						
۸	مدیر						
۹	مدیر						
۱۰	مدیر						
۱۱	مدیر						

## ۱- مدیر و مربیان

ملاحظات	خیر	بلی	
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱-۱ برنامه‌های بازدید ماهانه مربیان در ابتدای هر ماه در اتاق مدیر آموزشگاه به دیوار الصاق می‌گردد؟
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲-۱ رنگ و فرم لباس مربیان مطابق با آئین‌نامه است؟
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳-۱ مدیر و مربیان جلسات منظم شورای مربیان را برای بررسی وضع تحصیلی دانش‌آموزان تشکیل می‌دهند؟
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴-۱ مدیر و مربیان در جلسات منظم ادواری مرکز بهداشت شهرستان شرکت می‌نمایند؟

## ۲- دانش‌آموزان

ملاحظات	خیر	بلی	
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱-۲ دانش‌آموزان انحصاراً از روستاهای محل استقرار خانه بهداشت و یا روستاهای قمر همان خانه بهداشت انتخاب شده‌اند؟
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲-۲ معلول جسمی یا روانی در بین دانش‌آموزان وجود دارد؟
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳-۲ دانش‌آموزان بخصوص دخترها آگاهی کامل در مورد ارائه خدمت به جمعیت روستاهای قمر خانه بهداشت و الزام به رفت و آمد خود به روستاهای مذکور دارند؟
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴-۲ دانش‌آموزان به سوالات درسی که در حد بلوک تحصیلی آنها شده به خوبی پاسخ دادند؟

- ۵-۲ هزینه تحصیلی دانش آموزان بموقع پرداخت می شود؟  
  -----
- ۶-۲ لباس و ملزومات تحصیلی دانش آموزان بموقع داده می شود؟  
  -----
- ۷-۲ برای دانش آموزانی که عقب افتادگی تحصیلی دارند کلاس فوق العاده ترتیب داده شده است؟  
  -----
- ۸-۲ دانش آموزان دارای لباس به رنگ، و فرم مذکور در مجموعه ضوابط و مقررات آموزش بهورزی می باشند؟  
  -----

## ۳- آموزش در خانه بهداشت

- | بلی | خیر  | ملاحظات   |
|-----|--|---|
| ۱-۳ | تعدادی از خانه های بهداشت به عنوان خانه بهداشت آموزشی انتخاب شده اند؟                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ----- |
| ۲-۳ | اگر بلی مربیان علاوه بر خانه های آموزشی سرپرستی تعدادی از خانه های غیر آموزشی را نیز برعهده دارند؟ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ----- |
| ۳-۳ | سرپرستی مجموعه خانه های بهداشت آموزشی هر مرکز بهداشتی درمانی به به مربی معینی واگذار شده است؟      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ----- |
| ۴-۳ | هریک از مربیان خدمات بهداشتی خانه های مربوط به خود را به طور ماهانه ارزیابی می کنند؟               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ----- |

## ۴- وسیله نقلیه

ملاحظات	بلی	خیر
۱-۴ مرکز آموزش بهورزی فعالیت خود را با حداقل دو دستگاه اتومبیل آغاز نموده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲-۴ در حال حاضر تعداد اتومبیل‌های مرکز آموزش بهورزی با حجم کار آن متناسب است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳-۴ اتومبیل‌ها از کیفیت قابل قبول برخوردارند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴-۴ سوخت اتومبیل‌ها به مقدار کافی در اختیار قرار می‌گیرد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ۵- تدارکات

ملاحظات	بلی	خیر
۱-۵ مرکز آموزش بهورزی دارای وسائل تکثیر و انتشار جزوات است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲-۵ آموزشگاه، غذای دانش‌آموزان را تامین می‌نماید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳-۵ برای دانش‌آموزان حواله سهمیه مواد غذایی از اداره بازرگانی دریافت شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴-۵ لباس و کفش مریبان بموقع داده شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ۶- فضای آموزشی و تجهیزات

ملاحظات	بلی	خیر
۱-۶ کلاس درس، اطاق پراتیک، خوابگاه دانش‌آموزان، خانه بهداشت نمونه و سایر فضاهای مورد لزوم مرکز آموزش بهورزی		





## پیوست شماره ۸

## فهرست کارگاهها و سمینارهای برگزارشده از سال ۱۳۶۴ به بعد

- ۱- کارگاه آموزشی خدمات بهداشتی اولیه - صومعه سرا- ۱۶ تا ۲۱ آذر ۱۳۶۴
- ۲- کارگاه دوره بازآموزی مربیان مراکز آموزش بهورزی کشور در زمینه آموزش بهداشت خانواده - زنجان - بهمن ۱۳۶۴ (یک هفته)
- ۳- کارگاه دوره بازآموزی مربیان مراکز آموزش بهورزی کشور در زمینه آموزش ایمنسازی و مبارزه با بیماریها - زنجان - بهمن ۱۳۶۴ (یک هفته)
- ۴- کارگاه دوره بازآموزی مربیان مراکز آموزش بهورزی در زمینه آموزش بهداشت محیط - زنجان - بهمن ۱۳۶۴ (یک هفته)
- ۵- کارگاه دوره بازآموزی مربیان مراکز آموزش بهورزی در زمینه آموزش آمار - زنجان - اسفند ۱۳۶۴ (دو هفته)
- ۶- کارگاه آموزشی تدوین برنامه سالانه گسترش شبکه های بهداشتی درمانی در سال ۱۳۶۵ - سامان شهرکرد - خرداد ۱۳۶۵
- ۷- کارگاه مدیریت و برنامه ریزی خدمات بهداشتی اولیه - کرمان - دی ۱۳۶۵ (سه دوره یک هفته ای)
- ۸- کارگاه مدیریت و برنامه ریزی خدمات بهداشتی اولیه - گرگان - دی ۱۳۶۵
- ۹- کارگاه مدیریت و برنامه ریزی خدمات بهداشتی اولیه - مشهد - بهمن ۱۳۶۵
- ۱۰- کارگاه مدیریت و برنامه ریزی خدمات بهداشتی اولیه - اراک - بهمن ۱۳۶۵
- ۱۱- کارگاه مدیریت و برنامه ریزی خدمات بهداشتی اولیه - اصفهان - بهمن ۱۳۶۵
- ۱۲- کارگاه مدیریت و برنامه ریزی خدمات بهداشتی اولیه - بندرعباس - اسفند ۱۳۶۵
- ۱۳- سمینار اهمیت و نقش دانشکده های پزشکی در خدمات بهداشتی اولیه - سراوان - اسفند ۱۳۶۵ (یک هفته)
- ۱۴- کارگاه مدیریت و برنامه ریزی خدمات بهداشتی اولیه - زنجان - فروردین ۱۳۶۶ (یک هفته)



- ۱۵- سمینار اهمیت و نقش دانشکده‌های پزشکی در خدمات بهداشتی اولیه -  
محلات - خرداد ۱۳۶۶
- ۱۶- کارگاه مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی اولیه - قروه - مرداد ۱۳۶۶
- ۱۷- سمینار اهمیت و نقش دانشکده‌های پزشکی در خدمات بهداشتی اولیه -  
همدان - شهریور ۱۳۶۶
- ۱۸- سمینار اهمیت و نقش دانشکده‌های پزشکی در خدمات بهداشتی اولیه - فسا  
۱ تا ۲ مهر ۱۳۶۶
- ۱۹- سمینار اهمیت و نقش دانشکده‌های پزشکی در خدمات بهداشتی اولیه  
شهرضا - آذر ۱۳۶۶
- ۲۰- سمینار اهمیت و نقش دانشکده‌های پزشکی در خدمات بهداشتی اولیه -  
شوشتر - آذر ۱۳۶۶
- ۲۱- کارگاه آموزشی مراکز آموزش بهورزی - بم - آذر ۱۳۶۶ (دو هفته)
- ۲۲- کارگاه تدوین سیاست‌های اجرایی گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور -  
بندرعباس - دی ۱۳۶۶ (یک هفته)
- ۲۳- کارگاه بازآموزی مربیان بهورزی - کرج - بهمن و اسفند ۱۳۶۶ (۶ دوره یک  
هفته‌ای)
- ۲۴- کارگاه آموزشی اهمیت خدمات اداری و مالی در شبکه‌های بهداشتی درمانی  
کشور - آستانه اشرفیه - ۱۴ تا ۱۷ خرداد ۱۳۶۷
- ۲۵- کارگاه آموزش مدیریت و برنامه‌ریزی مراقبت‌های اولیه بهداشتی - اهواز - ۱۸ تا  
۲۴ آذر ۱۳۶۷
- ۲۶- کارگاه تدوین سیاست‌های اجرایی گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور -  
بندرعباس - اسفند ۱۳۶۷ (دو هفته)
- ۲۷- سمینار اهمیت و نقش دانشکده‌های پزشکی در خدمات بهداشتی اولیه -  
گناباد - ۱۷ تا ۱۸ اسفند ۱۳۶۷
- ۲۸- کارگاه بررسی مسائل مالی و بودجه برنامه‌ای در شبکه‌های بهداشتی درمانی  
کشور - رامسر - ۲۴ تا ۳۰ تیر ۱۳۶۸
- ۲۹- کارگاه بررسی مسائل مالی و بودجه برنامه‌ای در شبکه‌های بهداشتی درمانی  
کشور - ساری - مرداد ۱۳۶۸

- ۳۰- کارگاه بررسی نقش و جایگاه پرستار در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور - زنجان - ۱۲ تا ۱۳ مرداد ۱۳۶۸
- ۳۱- کارگاه آموزشی آمار - پاکدشت ورامین - مهر و آبان ۱۳۶۸ (۶ دوره یک هفته‌ای)
- ۳۲- کارگاه مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی اولیه - اهواز - آذر ۱۳۶۸ (یک هفته)
- ۳۳- کارگاه روش آموزش عملی دانشجویان در شبکه‌های بهداشتی درمانی - بندر انزلی - ۹ تا ۱۴ دی ۱۳۶۸
- ۳۴- کارگاه روش آموزش عملی دانشجویان در شبکه‌های بهداشتی درمانی - یزد - ۲۳ تا ۲۸ دی ۱۳۶۸
- ۳۵- کارگاه آموزشی پزشکی جامعه‌نگر - اصفهان - ۸ تا ۱۱ بهمن ۱۳۶۸
- ۳۶- کارگاه روش آموزش عملی دانشجویان در شبکه‌های بهداشتی درمانی - زنجان - ۱۹ تا ۲۵ اسفند ۱۳۶۸
- ۳۷- کارگاه بررسی مسائل مالی و بودجه برنامه‌ای در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور برای ذیحسابان - رامسر - مرداد ۱۳۶۹ (یک هفته)
- ۳۸- کارگاه کشوری آموزش پزشکی در جامعه - زیباکنار رشت - ۲۱ تا ۲۳ مرداد ۱۳۷۰
- ۳۹- کارگاه مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی اولیه - قائم‌شهر - مهرماه ۱۳۷۰
- ۴۰- کارگاه مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی اولیه - کرمان - ۱۵ تا ۲۳ آذر ۱۳۷۰
- ۴۱- کارگاه مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی اولیه - یزد - دی ۱۳۷۰
- ۴۲- کارگاه روشهای یاددهی - اهواز - ۱۴ تا ۱۷ بهمن ۱۳۷۰
- ۴۳- کارگاه روشهای یاددهی - اصفهان - ۲۶ تا ۲۸ بهمن ۱۳۷۰
- ۴۴- کارگاه تدوین برنامه هماهنگ کارآموزی بهداشت - پاکدشت ورامین - ۵ تا ۷ خرداد ۱۳۷۱
- ۴۵- کارگاه نقش بیمارستان در شبکه بهداشتی درمانی - پاکدشت ورامین - تیر ۱۳۷۱
- ۴۶- کارگاه تدوین برنامه هماهنگ کارآموزی بهداشت و ارزشیابی برنامه آموزشی -

- زیباکنار رشت - ۳ تا ۸ مرداد ۱۳۷۱
- ۴۷- کارگاه «ماشینی کردن اطلاعات شبکه‌های بهداشتی درمانی» - شهرکرد - ۱۴ تا ۲۹ مرداد ۱۳۷۱
- ۴۸- کارگاه مدیریت خدمات بهداشتی اولیه - مشهد - ۳۱ مرداد تا ۵ شهریور ۱۳۷۱
- ۴۹- کارگاه ماشینی کردن اطلاعات شبکه‌های بهداشتی درمانی - پاکدشت ورامین - ۱۴ تا ۱۸ شهریور ۱۳۷۱
- ۵۰- کارگاه ماشینی کردن اطلاعات شبکه‌های بهداشتی درمانی - پاکدشت ورامین - ۲۱ تا ۲۷ شهریور ۱۳۷۱
- ۵۱- کارگاه ماشینی کردن اطلاعات شبکه‌های بهداشتی درمانی - پاکدشت ورامین - ۲۸ شهریور تا ۳ مهر ۱۳۷۱
- ۵۲- کارگاه مدیریت خدمات بهداشتی اولیه - شیراز - ۴ تا ۹ مهرماه ۱۳۷۱
- ۵۳- کارگاه مدیریت خدمات بهداشتی اولیه - ارومیه - ۱۸ تا ۲۳ مهرماه ۱۳۷۱
- ۵۴- کارگاه مدیریت خدمات بهداشتی اولیه - یزد - ۹ تا ۱۳ آبان‌ماه ۱۳۷۱
- ۵۵- کارگاه آموزشی مربیان دوره‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر - پاکدشت ورامین - ۲۴ تا ۲۹ بهمن‌ماه ۱۳۷۱

## پیوست شماره ۹

## فهرست مقالات و کتب تالیف و ترجمه شده در ستاد گسترش شبکه‌ها به تفکیک موضوع

## الف - در مورد نقش دانشگاهها

۱- نقش دانشگاهها در استراتژیهای بهداشت برای همه  
ترجمه: دکتر کامل شادپور، دکتر حسن وکیل

## ب - در مورد آموزش بهداشت

۲- آموزش بهداشت در مراقبتهای اولیه بهداشتی  
نوشته: دکتر کامل شادپور

## پ - در مورد بهداشت روانی

۳- بهداشت روانی و شبکه خدمات اولیه بهداشتی  
نوشته: دکتر احمد محیط

۴- بهداشت روانی و شبکه‌های بهداشتی درمانی  
نوشته: دکتر جعفر بوالهیری

## ت - در مورد آموزش پزشکی جامعه‌نگر COME

۵- چند نکته درباره آموزش کارکنان بهداشتی در جامعه  
ترجمه: دکتر کامل شادپور

۶- جامعه‌نگری در آموزش پزشکی: مفهوم روش و نتایج  
نوشته: دکتر کامل شادپور

- ۷- گزارش کارگاه روشهای یاددهی (۱۴ تا ۱۷ بهمن ماه ۱۳۷۰ - اهواز)  
نوشته: عصمت جمشیدبیگی
- ۸- بخشی از گزارش سفر دکتر پیترا هاراسیم  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۹- اصول یادگیری از طریق برخورد با مساله  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۰- تنظیم یک سخنرانی  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۱- روشهای مداخله دادن دانشجو در یادگیری  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۲- ایفای نقش  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۳- شبیه‌سازی  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۴- استفاده درست از آزمونهای نوشتنی  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۵- آیا نمره‌گذاری عادلانه‌تر است؟  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۶- دستورالعمل MEQ  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۷- مقایسه آزمونهای تشریحی و یادداشتهای کوتاه  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۸- روش استفاده از آزمون تشریحی تغییر یافته  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۱۹- بحث گروهی، راهی برای مداخله دادن دانشجو در یادگیری  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۲۰- یک دانشکده پزشکی با ماموریت مشخص  
ترجمه: دکتر کامل شادپور

- ۲۱- گزارش اولین کارگاه تدوین برنامه هماهنگ کارآموزی بهداشت - ۵ تا ۷ خرداد ۱۳۷۱ - پاکدشت ورامین  
 نوشته: عصمت جمشیدبیگی
- ۲۲- نمونه سؤال تصمیم‌گیری  
 ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۲۳- ارزشیابی در آموزش  
 ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۲۴- خلاصه‌ای از انواع ارزشیابی  
 ترجمه: دکتر بهزاد شمس - دکتر کامل شادپور
- ۲۵- گزارش کارگاه تدوین برنامه هماهنگ کارآموزی بهداشت - ۳ تا ۸ مرداد ۱۳۷۱  
 - زیباکنار رشت  
 نوشته: عصمت جمشیدبیگی

#### ث - در مورد جمعیت

- ۲۶- نکاتی درباره مسائل جمعیتی ایران و اثرات اقتصادی اجتماعی سرعت رشد جمعیت  
 برگزیده‌ای از طرح مقدماتی جمعیت
- ۲۷- شهرها و موضوع جمعیت  
 ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۲۸- برآورد تعداد جمعیت در سالهای بین سرشماری یا پس از سرشماری  
 گردآوری از عباس مهران

#### ج - در مورد بهداشت حرفه‌ای

- ۲۹- بهداشت حرفه‌ای و نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور  
 نوشته: یامرسنم بیگلرپور
- ۳۰- بهداشت حرفه‌ای در خدمات اولیه بهداشتی  
 نوشته: دکتر محمد یونسی

## چ - درباره مدیریت خدمات بهداشتی

- ۳۱- مدیریت خدمات بهداشتی و عدم تمرکز  
نوشته: مسعود بزرگمقام
- ۳۲- روش محاسبه نیروی انسانی  
نوشته: دکتر سیروس پيله رودی
- ۳۳- فرآیند مدیریت برای توسعه بهداشت کشور  
نوشته: دکتر سیروس پيله رودی - دکتر کامل شادپور
- ۳۴- مساله امروز چیست؟  
نوشته: دکتر کامل شادپور - دکتر سیروس پيله رودی
- ۳۵- سازماندهی خدمات ادغام یافته  
نوشته: دکتر ماشاءاله آئین - دکتر سیروس پيله رودی
- ۳۶- راه‌اندازی سازمان و مدیریت نظام بهداشتی شهرستان براساس مراقبت‌های اولیه بهداشتی  
ترجمه: دکتر کامل شادپور، عصمت جمشیدبیگی
- ۳۷- استراتژیهای مختلف در خدمات بهداشتی  
نوشته: دکتر کامل شادپور
- ۳۸- تخصیص منابع  
نوشته: دکتر کامل شادپور
- ۳۹- مدیریت و برنامه‌ریزی  
نوشته: دکتر کامل شادپور
- ۴۰- تصمیم‌گیری و قدرت  
نوشته: دکتر بهروز نبئی
- ۴۱- تقسیم کار و وظیفه  
نوشته: دکتر سیروس پيله رودی

## ح- در مورد PHC/HFA

- ۴۲- فهرست نشانگرهای پایش پیشرفت به سوی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی  
 نوشته: دکتر حسین ملک‌افضلی
- ۴۳- خدمات اولیه بهداشتی و شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور  
 نوشته: دکتر کامل شادپور - دکتر سیروس پيله رودی - دکتر ایوب اسپندار
- ۴۴- بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰  
 نوشته: دکتر بیژن صدری‌زاده
- ۴۵- فرهنگ اصطلاحات بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰  
 ترجمه: دکتر سیروس پيله رودی - دکتر کامل شادپور
- ۴۶- بخشی از کتاب استراتژی جهانی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰  
 ترجمه: دکتر کامل شادپور - دکتر سیروس پيله رودی
- ۴۷- مراقبتهای اولیه بهداشتی  
 ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۴۸- طرح شبکه و سیستم ارجاع در ایران  
 نوشته: دکتر سیروس پيله رودی
- ۴۹- بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰  
 نوشته: دکتر سید آقا ظافر

## خ- در مورد بهداشت خانواده و تغذیه

- ۵۰- راهنمای آموزش تغذیه  
 گردآوری: کیخسرو کیقبادی
- ۵۱- تغذیه در خدمات اولیه بهداشتی  
 نوشته: دکتر ابوالقاسم جزایری
- ۵۲- منحنی رشد، وسیله‌ای برای مراقبت از سلامت کودکان  
 ترجمه: دکتر کامل شادپور - عصمت جمشیدبیگی



## د - در مورد CDD و اسهال

۵۳- درمان اسهال  
گردآوری: کیخسرو کیقبادی

## ذ - در مورد بهداشت محیط

۵۴- بهداشت محیط و خدمات اولیه بهداشتی  
نوشته: مهندس حسن سلمان منش

## ر - در مورد اطلاعات و آمار

۵۵- اطلاعات در خدمت مدیریت مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه  
نوشته: دکتر حسین ملک‌افضلی  
۵۶- شاخص‌های بهداشتی  
نوشته: دکتر حسین ملک‌افضلی

## ز - در مورد اقتصاد بهداشت

۵۷- اقتصاد و بهداشت  
نوشته: دکتر حسین ملک‌افضلی - دکتر کامل شادپور

## ژ - در مورد ایمنسازی

۵۸- EPI و بیماری‌های واگیر (مالاریا، بیماری‌های اسهالی)  
نوشته: دکتر محمدتقی چراغچی

## س - در مورد پایش و ارزشیابی

- ۵۹- سنجش کیفیت مراقبتهای اولیه بهداشتی  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۶۰- ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی  
نوشته: دکتر حسین ملک‌افضلی

## ش - در مورد BHN

- ۶۱- برنامه حداقل نیازهای اساسی، دیدگاهی در پژوهش و توسعه  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۶۲- مقدمه‌ای بر دیدگاه نیازهای اساسی بشر «ناب»  
نوشته: دکتر کامل شادپور
- ۶۳- طرح تأمین نیازهای اساسی بشر  
نوشته: دکتر کامل شادپور
- ۶۴- تجربه‌ی سومالی در زمینه تأمین حداقل نیازهای اساسی  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۶۵- گزارش سفر هیات ایرانی به سومالی در مورد حداقل نیازهای اساسی  
نوشته: دکتر کامل شادپور - دکتر ماشاءاله آئین
- ۶۶- گزارشی از دومین سفر دکتر روزه شیکال به استان چهارمحال و بختیاری  
(شهرکرد)  
نوشته: عصمت جمشید بیگی
- ۶۷- گزارش سفر به بهبهان - ۱۳ تا ۱۹ اسفند ۱۳۷۰  
نوشته: عصمت جمشید بیگی
- ۶۸- خلاصه اجرایی و توصیه‌های دکتر شیکال - سال ۱۳۷۰  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۶۹- دیدگاه تأمین نیازهای اساسی بشر و توسعه روستا  
نوشته: دکتر کامل شادپور

۷۰- برنامه بهبود کیفی حیات، دیدگاه نیازهای اساسی بشری - گزارش سفر دکتر  
روژه شیکال به شهرکرد - شهریور ۱۳۶۹  
ترجمه: دکتر کامل شادپور

ص - متفرقه

- ۷۱- مروری بر عرضه خدمات بهداشتی درمانی در کشور ایران  
نوشته: دکتر کامل شادپور
- ۷۲- بیانیه بانکوک  
ترجمه: دکتر کامل شادپور
- ۷۳- ذات‌الریه طولانی  
ترجمه: دکتر کامل شادپور

## پیوست شماره ۱۰

## فهرست بررسیهای انجام شده توسط معاونت امور بهداشتی در واحد ستاد گسترش شبکه‌ها

- بررسی کارآیی خانه‌های بهداشت شهرستان تنکابن از طریق محاسبه شاخصهای مرگ و تولد.  
کیخسرو کیقبادی - دکتر حسین ملک‌افضلی - دکتر فریدون امینی (دارو و درمان - شماره ۴ / اردیبهشت ۱۳۶۳)
- بررسی شاخصهای مرگ در جمعیت روستایی کشور  
دکتر حسین ملک‌افضلی - دکتر پرویز رضایی (دارو و درمان - شماره ۲۸ / اردیبهشت ۱۳۶۵)
- مطالعه پیرامون امید زندگی در مردان و زنان روستایی ایران  
دکتر حسین ملک‌افضلی - دکتر سیروس پيله‌رودی - دکتر پرویز رضایی (دارو و درمان - شماره ۳۳ / مهر ۱۳۶۵)
- بررسی میزان مرگ و میر ناشی از کزاز نوزادان ایرانی  
دکتر حسین ملک‌افضلی (دارو و درمان، شمار ۳۶ / دی ۱۳۶۵)
- بررسی شاخصهای مرگ و باروری در جمعیت شهری ایران ۱۳۶۳-۶۴  
دکتر حسین ملک‌افضلی (دارو و درمان، شماره ۳۸ / اسفند ۱۳۶۵)
- جدول عمر زنان و مردان جوامع شهری ایران در سال ۱۳۶۳  
دکتر حسین ملک‌افضلی - دکتر محمود محمودی (مجله محیط‌شناسی - سال سیزدهم - شماره ۱۴ / ۱۳۶۵)
- میزانهای مرگ و ابتلاء به اسهال در مناطق شهری و روستایی ایران در سالهای ۱۳۶۳-۶۴  
دکتر حسین ملک‌افضلی (دارو و درمان، شماره ۴۷ / بهمن ۱۳۶۶)
- بررسی وزن نوزادان به هنگام تولد در زایشگاه شهر زنجان در سال ۱۳۶۴  
دکتر حسین ملک‌افضلی (دارو و درمان، شماره ۵۴ / مرداد ۱۳۶۷)

- بررسی تغذیه کودکان با شیر مادر، استفاده از غذاهای کمکی، ایمنسازی، شیوع اسهال و نحوه درمان آن در کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه خرداد ۱۳۶۷
- دکتر حسین ملک‌افضلی - دکتر منصور شمس - سیدحسن صانعی مهری - عصمت جمشیدبیگی (دارو و درمان - شماره ۵۸ / آذر ۱۳۶۷)
- بررسی تغذیه کودک با شیر مادر در جمهوری اسلامی ایران
- دکتر حسین ملک‌افضلی - عصمت جمشیدبیگی (بهداشت جهان - سال چهارم - شماره ۲ / دی ۱۳۶۷)
- بررسی شاخصهای تولد و مرگ در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۶۷ - دکتر حسین ملک‌افضلی - (دارو و درمان - اسفند ۱۳۶۸)
- دستاوردهای بسیج سلامت کودکان در زمینه واکسیناسیون و آگاهی مادران از تغذیه صحیح و درمان اسهال کودکان خود - آذر ۱۳۶۷
- دکتر حسین ملک‌افضلی - دکتر منصور شمس - عصمت جمشیدبیگی (دارو و درمان - شماره ۷۷ / خرداد ۱۳۶۹)
- بررسی آگاهی، باور و رفتار زنان شهری استانهای خراسان، سمنان، سیستان و بلوچستان در مورد کودکان مبتلا به اسهال - تیر ۱۳۶۶
- دکتر حسین ملک‌افضلی (منتشر نشده)
- بررسی شاخصهای بهداشتی در مناطق سیستان و بلوچستان و جنوب خراسان ارائه شده در سمینار بررسی تحلیلی موانع و عوامل موثر در پیشرفتهای فرهنگی، آموزشی مناطق سیستان و بلوچستان و جنوب خراسان
- دکتر حسین ملک‌افضلی (منتشر نشده)
- وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران
- دکتر حسین ملک‌افضلی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / ۱۳۷۱

## پیوست شماره ۱۱

خلاصه‌ای از نتایج چند بررسی انجام شده در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

- ۱- بررسی شاخصهای مرگ در جمعیت روستایی کشور  
دکتر حسین ملک افضلی - دکتر پرویز رضایی (دارو و درمان - شماره ۲۸/  
اردیبهشت ۱۳۶۵)

منظور از بررسی: شناخت شرایط بهداشتی کشور در جمعیت روستایی،  
ارزشیابی برنامه‌های انجام شده و پی‌ریزی برنامه‌های  
آینده

جمعیت مورد مطالعه: ۱۹۶۸۵۹۵ نفر جمعیت روستایی کل کشور (به غیر از  
کردستان) یعنی حدود ده درصد از جمعیت روستایی

نتایج بررسی: کاهش مرگ کودکان زیر یکسال از ۱۲۰ در سال ۵۳ به  
۷۰/۸ در هزار تولد زنده در سال ۶۴ (حدود ۴۱٪  
کاهش). ۵۵٪ از کل مرگها مربوط به زیر ۵ سال است که  
۵۲٪ آن به اسهال و بیماریهای عفونی تعلق دارد. مرگ و  
میر مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان ۲۳ در  
ده هزار تولد زنده است که قابل توجه می‌باشد. میزان  
موالید بالاست.

- ۲- مطالعه پیرامون امید زندگی در مردان و زنان روستایی ایران  
دکتر حسین ملک افضلی - دکتر سیروس پيله‌رودی - دکتر پرویز رضایی (دارو و  
درمان - شماره ۳۳/مهر ۱۳۶۵)

جمعیت مورد مطالعه: ۱۹۶۸۵۹۵ نفر جمعیت روستایی برحسب توزیع سنی و جنسی جمعیت در وسط سال ۶۳ و موارد مرگ در گروه‌های سنی و جنسی.

نتایج بررسی: احتمالاً به دلیل کاهش مرگ کودکان زیر یکسال، امید زندگی در بدو تولد برای مردان و زنان روستایی نسبت به سال ۱۳۵۳ افزایش داشته است. این رقم برای مردان روستایی ۶۵/۶ و برای زنان روستایی ۶۸/۶ سال (افزایش ۵ سال برای مردان و ۸ سال برای زنان) است.

۳- بررسی میزان مرگ و میر ناشی از کزاز نوزادان ایرانی  
دکتر حسین ملک‌افضلی (دارو و درمان - شماره ۳۶/دی ۱۳۶۵)

منظور از بررسی: پی بردن به میزان مرگ کزاز نوزادان

جمعیت مورد مطالعه: ۱۹۶۸۵۹۵ نفر جمعیت روستایی و ۱۵۳۷۳۷۷ نفر جمعیت شهری کشور در سال ۱۳۶۴

نتایج بررسی: ۳۰٪ از مرگ‌های ماه اول مناطق روستایی (یعنی ۷/۴ در هزار تولد زنده) و ۱۰٪ از مرگ‌های ماه اول مناطق شهری (یعنی ۱/۴ در هزار تولد زنده) از کزاز است.

۴- بررسی شاخصهای مرگ و باروری در جمعیت شهری ایران ۶۴-۱۳۶۳  
دکتر حسین ملک‌افضلی (دارو و درمان - شماره ۳۸/اسفند ۱۳۶۵)

منظور از بررسی: شناخت شرایط بهداشتی در مناطق شهری

جمعیت مورد مطالعه: ۱۵۳۷۳۷۷ نفر جمعیت شهری کل کشور غیر از ۵ شهر بزرگ تهران، اصفهان، شیراز، تبریز، مشهد و شهرهای

استان ایلام.

### نتایج بررسی:

کاهش مرگ کودکان زیر یکسال نسبت به ده سال پیش از بررسی یعنی از ۶۰ به ۳۳ در هزار تولد زنده. افزایش ۲۰٪ میزان موالید خام و ۲۰٪ میزان باروری عمومی. حدود یک سوم کل مرگها متعلق به زیر ۵ سال است و دلیل نصف این مرگها بیماریهای عفونی و اسهال و استفراغ می باشد.

۵- میزانهای مرگ و ابتلاء به اسهال در مناطق شهری و روستایی ایران در سالهای ۶۴-۱۳۶۳  
دکتر حسین ملک افضلی (دارو و درمان - شماره ۴۷/ بهمن ۱۳۶۶)

منظور از بررسی: پی بردن به موارد ابتلاء و مرگ از اسهال در کودکان زیر ۵ سال کشور

جمعیت مورد مطالعه: ۱۹۶۸۵۹۵ نفر جمعیت روستایی و ۱۵۳۷۳۷۷ نفر جمعیت شهری کشور

### نتایج بررسی:

- متوسط میزان مرگ از اسهال در کودکان زیر ۵ سال شهری ۲۴ در ده هزار و در روستاها ۴۸ در ده هزار است.  
- یک چهارم کل مرگهای زیر ۵ سال به دلیل اسهال است یعنی سالی ۳۴ هزار مرگ کودک زیر ۵ سال.  
- متوسط ابتلاء به اسهال در هر کودک زیر ۵ سال حدود ۳ الی ۴ بار در سال است.  
- ۲۵٪ از بیماران اسهالی برای درمان از محلولهای خوراکی استفاده می کنند.



۶- بررسی پاره‌ای از آگاهیها، اعتقادات و رفتار زنان شهری استانهای خراسان، سمنان و سیستان و بلوچستان در مورد کودکان مبتلا به اسهال - تیرماه ۱۳۶۶  
 دکتر حسین ملک‌افضلی (انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۶۶)

منظور از بررسی: پی بردن به چگونگی دانش، اعتقاد و عملکرد مادرانی که کودک زیر ۵ سال آنها به اسهال مبتلا شده است در شهرهای سه استان کشور

جمعیت مورد مطالعه: ۴۰۰۰۰ خانوار شهری ساکن در سه استان مورد نظر

نتایج بررسی: رعایت زمان مناسب برای استفاده از شیر مادر در یک سوم موارد رضایتبخش نیست.  
 - سطح آگاهی مادران برای استفاده از آ.آ.اس در سیستان و بلوچستان بالاتر و در جنوب خراسان پایین تر است.  
 - در مورد درمان با آ.آ.اس وضع در سیستان و بلوچستان از بقیه بهتر بود.  
 - فراوانی اسهال در کودکان زیر ۵ سال حدود ۲۰٪ است و یک چهارم کل مرگها در این کودکان مربوط به اسهال است.

۷- بررسی وزن نوزاد به هنگام تولد در زایشگاه شهر زنجان در سال ۱۳۶۴  
 دکتر حسین ملک‌افضلی (دارو و درمان شماره ۵۴/مرداد ۱۳۶۷)

منظور از بررسی: بدست آوردن آمار صحیح کودکان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم به عنوان یک شاخص مهم بهداشتی.

جمعیت مورد مطالعه: ۹۷۷ نمونه شهری و ۵۴۷ نمونه روستایی (یعنی زایمانهای ۵ روز هرماه تنها زایشگاه شهر زنجان)

### نتایج بررسی:

میزان نوزادان کم وزن در مناطق شهری برابر ۸ درصد و در روستایی برابر ۱۰/۶ درصد است. چون نمونه روستایی کم بود نتیجه آن قابل تعمیم به جامعه روستایی نیست. ولی در هر دو منطقه شهر و روستا جوان بودن مادر و دختر بودن نوزاد از عوامل خطر کم وزنی است.

۸- بررسی تغذیه کودکان با شیرمادر، استفاده از غذاهای کمکی، ایمنسازی، شیوع اسهال و نحوه درمان در کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه خرداد ۱۳۶۷. دکتر حسین ملک افضلی - دکتر منصور شمس - سیدحسن صانعی مهری - عصمت جمشید بیگی (دارو و درمان - شماره ۵۸/ آذر ۱۳۶۷)

### منظور از بررسی:

پی بردن به میزانهای مربوط به رفتارهای موردنظر در بسیج سلامت کودکان قبل از انجام طرح بسیج و در نتیجه ارزشیابی دستاوردهای بسیج پس از اجرای طرح

جمعیت مورد مطالعه: ۲۲۳۳۰ کودک ۱۲ تا ۲۳ ماهه شهری و ۱۹۸۴۶ کودک روستایی ۱۲ تا ۲۳ ماهه براساس نمونه گیری خوشه‌ای (تصادفی)

### نتایج بررسی:

- استفاده از شیرمادر بیش از ۱۰ ماهه در ۷۵٪ از بیسوادان روستایی و ۵۷٪ از باسوادان شهری  
- وضعیت واکسیناسیون کامل قبل از ۱۲ ماهگی ۴۵٪ و در مورد کزاز مادران ۴۰٪ است این رفتار در مادران باسواد، کمی بهتر از بیسوادان است.  
- عدم آگاهی و بیماری کودک مهم‌ترین علل نقص یا

انجام ندادن واکسیناسیون را تشکیل می‌دهند.  
 - ۳۷٪ کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه در دو هفته قبل از بررسی  
 مبتلا به اسهال بودند که مجموعاً ۴۵٪ آنها از  
 محلولهای خوراکی و ۶۶٪ از داروهای ضداسهال  
 استفاده کرده‌اند.

- در مورد تغذیه دوران اسهال در ۵۰٪ موارد شیر را قطع  
 یا کم می‌کنند که نادرست است. در مورد استفاده از  
 مایعات و غذا اشکال کمتر است.

۹- بررسی تغذیه کودک با شیر مادر در جمهوری اسلامی ایران  
 دکتر حسین ملک‌افضلی - عصمت جمشیدبیگی (بهداشت جهان - سال  
 چهارم - شماره ۲/ دی ۱۳۶۷)

منظور از بررسی: پی بردن به رفتار مادران در مورد تغذیه کودک با شیر  
 خود قبل از اجرای طرح بسیج سلامت کودکان

جمعیت مورد مطالعه: ۱۰۲۴۰ کودک شهری و ۱۰۷۹۴ کودک روستایی ۱۸ تا  
 ۲۳ ماهه در سه گروه استانی

نتایج بررسی: در مورد مادرانی که یا اصلاً به کودکشان شیر نداده‌اند یا  
 کمتر از ۴ ماه شیر داده‌اند از ۱۱٪ در گروه اول زنان  
 روستایی تا ۲۸٪ در گروه سوم زنان شهری متغیر است.  
 در مورد استفاده حداقل یکسال از شیرمادر بین ۵۱٪ در  
 زنان گروه سوم شهری و ۷۹٪ در زنان گروه اول  
 روستایی است. در مورد استفاده بیش از ۱/۵ سال از  
 شیر مادر بین ۳۶٪ در زنان شهری گروه سوم و ۶۶٪  
 زنان روستایی گروه اول است.  
 در مجموع وضع در زنان بیسواد و روستایی بهتر از زنان  
 باسواد و شهری است.

۱۰- بررسی شاخصهای تولد و مرگ در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۶۷  
دکتر حسین ملک‌افضلی (دارو و درمان - اسفند ۱۳۶۸)

**منظور از بررسی:** بدست آوردن آمار مربوط به وقایع تولد و مرگ در کشور با توجه به فعالیتهای گسترش خانه‌های بهداشت از سال ۶۴ به بعد و اجرای طرح بسیج سلامت کودکان، از دو روش محاسبه مستقیم و غیرمستقیم.

**جمعیت مورد مطالعه:** ۲۵۷۹۲۹ نفر از ساکنین مناطق روستایی و ۳۱۱۴۶۲ نفر از ساکنین مناطق شهری با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای.

**نتایج بررسی:** کاهش ۲ در هزار میزان موالید خام نسبت به سال ۱۳۶۵.  
بالا بودن میزان باروری کلی بخصوص در روستاها (۶/۷ روستا و ۴/۲ شهر)  
بالا بودن میزان مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان بخصوص در روستاها.  
کاهش IMR نسبت به سال ۶۵ در حدود ۶ در هزار  
لزوم توجه بیشتر به دو علت اساسی مرگ کودکان زیر ۵ سال یعنی اسهال و بیماریهای عفونی

۱۱- دستاوردهای بسیج سلامت کودکان در زمینه واکسیناسیون و آگاهی مادران از تغذیه صحیح و درمان اسهال کودکان خود - آذر ۱۳۶۷  
دکتر حسین ملک‌افضلی - دکتر منصور شمس - عصمت جمشیدبیگی (دارو و درمان / خرداد ۱۳۶۹)

**منظور از بررسی:** ارزشیابی ۴ جنبه اساسی طرح بسیج سلامت کودکان

در مقایسه با اطلاعات و آمار قبل از بسیج

### جمعیت مورد مطالعه:

بررسی در ۱۲ استان کشور به صورت خوشه‌ای روی ۹۸۴۲ کودک روستایی و ۱۰۷۵۰ کودک شهری انجام گرفت. محدوده سنی کودکان مورد بررسی ۹/۵ تا ۱۴/۵ ماهه بود.

### نتایج بررسی:

- ۹۲ درصد مادران اظهار داشته‌اند که باید به کودک، ۱۸ تا ۲۴ ماه شیر خودشان را بدهند.
- عدم موفقیت بسیج در مورد آموزش سن شروع غذای کمکی به کودک
- هدف بسیج در مورد ایمنسازی کودکان به طور کامل در ۱۲ ماهگی در روستاها بهتر از شهرها تامین شد.
- عدم موفقیت بسیج در مورد آگاهی مادر نسبت به درمان اسهال کودک و استفاده از ا.آ.اس

نتیجه کامل بررسیهای مذکور و سایر بررسیهای ذکر نشده در منابع مشخص شده برای هریک آمده است که در صورت تمایل می‌توان به آنها مراجعه کرد.

## پیوست شماره ۱۲

اطلاعات بهداشتی - جمعیتی ایران در سالهای ۱۳۵۳، ۱۳۶۳ و ۱۳۶۷ در مقایسه با یکدیگر

اطلاعات بهداشتی - جمعیتی									
روستا			شهر			کل			
۱۳۵۳	۱۳۶۳	۱۳۶۷	۱۳۵۳	۱۳۶۳	۱۳۶۷	۱۳۵۳	۱۳۶۳	۱۳۶۷	۱۳۶۷
۴۸	۴۹	۴۸	۴۳	۴۴	۴۴	۴۵	۴۶	۴۵	۴۵
۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳
۴۸	۴۴	۴۸	۴۰	۳۵	۳۸	۴۲	۴۱	۳۶	۳۶
۱۴	۸	۱۴	۷	۸	۶	۱۳	۷	۵	۵
۳۴	۳۶	۳۴	۳۳	۲۶	۳۲	۲۹	۳۴	۳۱	۳۱
۲۳۷	۱۹۷	۲۳۷	۲۰۹	۱۴۵	۱۷۶	۱۷۸	۱۸۶	۱۷۱	۱۷۱
۸	-	۸	۷	۵	۵	۶	-	۵	۵
۷	۱۷	۷	۲۱	۴۳	۴۷	۲۵	۳۴	۴۱	۴۱
۲۷	۴۱	۲۷	۴۷	۶۷	۶۸	۴۷	۵۶	۶۳	۶۳

## اطلاعات بهداشتی - جمعیتی ایران در سالهای ۱۳۵۳، ۱۳۶۳ و ۱۳۶۷ در مقایسه با یکدیگر

اطلاعات بهداشتی جمعیتی	روستا			شهر			کل		
	۱۳۵۳	۱۳۶۳	۱۳۶۷	۱۳۵۳	۱۳۶۳	۱۳۶۷	۱۳۵۳	۱۳۶۳	۱۳۶۷
میزان مرگ کودکان کمتر از یکسال در ۱۰۰۰ تولد زنده	۱۲۰	۷۱	۵۸	۶۲	۳۴	۳۱	۹۱	۵۱	۴۵
میزان مرگ نوزادان کمتر از یکماه در ۱۰۰۰ تولد زنده	۴۵	۲۵	۳۱	۱۸	۱۵	۲۰	۳۲	۲۱	۲۶
میزان مرگ کودکان ۱ تا ۴ ساله در ۱۰۰۰ کودک	۱۴	۶	۴	۵	۳	۲	۱۰	۴	۳
میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان در ۱۰۰۰۰ تولد زنده	-	۲۳	۱۴	-	۷	۴	-	۱۴	۹
درصد مرگ کودکان زیر یکسال به کل مرگها	۴۷	۴۳	۳۸	۲۶	۲۵	۲۵	۴۰	۳۳	۳۲
درصد مرگ کودکان زیر ۵ سال به کل مرگها	۶۲	۵۵	۴۷	۳۶	۳۰	۳۳	۴۹	۴۱	۴۱
درصد مرگ از اسهال در کودکان زیر ۵ سال	-	۲۲	۱۵	-	۲۲	۱۲	-	۲۲	۱۴
درصد مرگ از بیماریهای عفونی در کودکان زیر ۵ سال	-	۳۵	۲۴	-	۲۳	۲۲	-	۲۹	۲۳
زمان لازم برای دوبرابر شدن جمعیت	۲۱	۲۰	۲۱	۲۷	۲۲	۲۵	۲۴	۲۱	۲۳

## پیوست شماره ۱۳)

## دیدگاه نیازهای اساسی بشر BHN

در توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه، همواره یکی از بزرگترین مشکلات، دخالت یافتن جدی مردم و نیز حاکمیت یک دید همه‌جانبه بر جریان توسعه بوده است بنوعی است که کارگزاران همه بخشهای دخیل را درگیر کند.

در سالهای اخیر دیدگاه تازه‌ای در روستا (و نیز شهرها) بکار گرفته شده است که بنا به خصلت خود این دو ضرورت (: مشارکت مردم در امر توسعه و همکاری موثر بین بخشهای مختلف) رادر خود دارد. این دیدگاه به تامین حداقل نیازهای اساسی " Basic Minimum Needs (BMN) شهرت دارد و در ایران به خاطر سطح توسعه یافتگی کلی جامعه که غالباً فراتر از حداقلها است از آن به عنوان تامین نیازهای اساسی بشر (BHN) Basic Human Needs اراده شده است.

در این دیدگاه، قبل از هر چیز مهم‌ترین دستاویز مردم برای امتناع از مشارکت در کارهای توسعه - یعنی نداشتن توان مالی - خنثی می‌شود به این معنا که موجبی فراهم می‌آید تا با نظر خود مردم و متناسب با مهارتها و توان تجربی یا استعدادهای طبیعی محل ابتدا طرحی درآمدزا اجرا شود. این موجب، چیزی جز تامین وام بدون بهره یا کم‌بهره نیست.

درآمد حاصل از این کار تولیدی و اشتغال زا سه مصرف عمده می‌یابد:

- ۱- بازپرداخت وام از زمان مقرر و در مهلت موعود
- ۲- نفع نقدی برای کسانی که در کار تولیدی ذی‌سهم بوده‌اند
- ۳- سرمایه‌گذاری برای اجرای طرحهای عام‌المنفعه و هزینه‌بر

تقریباً در تمام جوامع عادت بر این جاری است که اجرای طرحهای عام‌المنفعه تکلیف دولت تلقی شود مثل ساختن مدرسه و بکارگیری معلم، تامین



آب آشامیدنی سالم، تسطیح و مرمت مسیرهای عبور و مرور، بکارگیری نیرو و تامین وسایل و مواد و داروها برای بهداشت و سلامت مردم، جمع‌آوری و دفع زباله و نظایر آن.

بخوبی پیدا است که با اجرای طرح‌های BHN خود مردم، از محل درآمدهای خود، هزینه اجرای طرح‌های عالم‌المنفعه را تامین می‌کنند. به عبارت دیگر اگر این دیدگاه توسعه‌یابد در مقیاس وسیع حجم عظیمی از سرمایه‌گذارها و عملیات اجرایی از دوش دولت به عهده جامعه انتقال پیدا می‌کند و در عوض دولت امکان می‌یابد تا هم خود را صرف اجرای پروژه‌هایی کند که از استطاعت مردم خارج است (ساختن سد، شاهراه، پل، سیستم‌های مخابرات، ...) ولی این مهم‌ترین شق کار نیست. با اهمیت‌تر از آن، این است که در جریان عمل روحیه اتکا به خود، اطمینان به دیگران، کارگروهي و بکارگيري توان و سرمایه‌های خودی پا می‌گیرد؛ مردم باور می‌کنند که می‌توانند به خود اعتماد کنند و لازم نیست برای هر کار به انتظار دولت بنشینند؛ به علت پیوستگی کل جریان به چشمه فیاض انرژی و سرمایه‌های مردم پایداری بیشتر برای تمامی برنامه‌ها تضمین می‌شود؛ توانهای بالقوه مدیریت، تولید، بازاریابی و آینده‌نگری رشد می‌کند؛ و گروه‌هایی که کمتر جدی گرفته می‌شوند - مانند زنان و کودکان - عرصه‌ی تازه‌ای برای ابراز وجود و نشان دادن خلاقیت‌های خویش می‌یابند.

اینها نه دست نیافتنی و توهم است و نه شعار و توخالی. نمونه بین و مصادیق بارز آن را بفراوانی می‌توان در کشورهای مسلمان و غیر مسلمان دید (سومالی، جیبوتی، اردن، تایلند، ...).

آنچه تصویر شد وابسته به موجبی است که در آغاز فراهم می‌شود: یعنی وام. امروز وام داده می‌شود تا فردا از روحیه صدقه‌بگیری و اعانه‌پذیری اثری نماند. امروز وام داده می‌شود تا فردا شرکایی استوار برای دولت و ضامنی برای تحقق مقاصد توسعه فراهم آید. نقش نظام بانکی کشور در این راه کلیدی و تعیین‌کننده است.

## منابع

- ۱- گیتاشناسی کشورها، جغرافیای طبیعی، سیاسی، اقتصادی و تاریخی؛ چاپ پنجم، تهران ۱۳۶۶.
- ۲- اجرای قانون تعاریف و ضوابط تقسیمات کشوری؛ حوزه معاونت برنامه‌ریزی و خدمات مدیریت، دفتر تقسیمات کشوری.
- ۳- فرجی، عبدالرضا و دبیران گروههای آموزشی جغرافیای استانها؛ جغرافیای کامل ایران؛ انتشارات شرکت چاپ و نشر ایران؛ چاپ اول، زمستان ۱۳۶۶.
- ۴- نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن مهرماه ۱۳۶۵؛ کل کشور، مرکز آمار ایران
- ۵- سالنامه آماری کشور ۱۳۶۷؛ مرکز آمار ایران، تهران ۱۳۶۸.
- ۶- نگاهی به اطلاعات عمده نتایج آمارگیری از هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی کشور، ۶۷-۱۳۶۲؛ مرکز آمار ایران؛ تهران ۱۳۶۹.
- ۷- خلاصه نتایج آمارگیری جاری جمعیت ۱۳۷۰؛ مرکز آمار ایران.
- ۸- پاسخ روابط عمومی بانک مرکزی ایران به پرسش مؤلف در مردادماه ۱۳۷۱.
- ۹- ملک‌افضلی، دکتر حسین؛ محمودی مجد آبادی فراهانی، دکتر محمود؛ جدول عمرزنان و مردان جوامع شهری در ایران در سال ۱۳۶۳؛ محیط‌شناسی، سال سیزدهم، شماره ۱۴؛ ۱۳۶۵.
- ۱۰- ملک‌افضلی، دکتر حسین؛ پیلهرودی، دکتر سیروس؛ رضایی، دکتر پرویز؛ مطالعه پیرامون امید زندگی در مردان و زنان روستایی ایران؛ دارو و درمان، سال سوم، شماره ۳۳؛ مهر ۱۳۶۵.
- ۱۱- ملک‌افضلی، دکتر حسین؛ بررسی شاخصهای تولد و مرگ در جمهوری اسلامی ایران سال ۱۳۶۷؛ دارو و درمان اسفند ۱۳۶۸
- ۱۲- شادپور، دکتر کامل؛ مروری بر عرضه خدمات بهداشتی درمانی در کشور ایران؛ ستادگسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی؛ اسفند ۱۳۶۸.
- ۱۳- نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی؛ مجتمع آموزشی و پژوهشی؛ وزارت بهداری؛ دی‌ماه ۱۳۶۰.

- ۱۴- پيله رودی، دكتور سيروس؛ طرح شبكه و سيستم ارجاع در ايران؛ مقاله ارائه شده در اولين سمينار طب اجتماعي اطفال در ايران، زاهدان؛ مهر ۱۳۶۹.
- ۱۵- شادپور، دكتور كامل؛ پيله رودی، دكتور سيروس؛ اسپندار، دكتور ايوب؛ خدمات بهداشتی اولیه و شبكه‌های درمانی کشور؛ ستاد گسترش شبكه‌های بهداشتی درمانی؛ ۱۳۶۵.
- ۱۶- پيله رودی، دكتور سيروس؛ محاسبه نيروی انسانی؛ مقاله ارائه شده به كارگاه مدیریت و برنامه‌ریزی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، کرمان، ۱۳۶۵.
- ۱۷- پیش‌بینی جمعیت شهری و روستایی ایران در سال ۱۳۷۱؛ مجتمع آموزشی و پژوهشی - وزارت بهداشتی - ۱۳۶۱.
- ۱۸- ملك افضلی، دكتور حسين؛ رضایی، دكتور پرویز؛ بررسی شاخصهای مرگ در جمعیت روستایی کشور؛ دارو و درمان، سال سوم، شماره ۲۸، اردیبهشت ۱۳۶۵.
- ۱۹- ملك افضلی، دكتور حسين؛ بررسی شاخصهای مرگ و باروری در جمعیت شهری ایران ۶۴ - ۱۳۶۳؛ دارو و درمان، سال چهارم، شماره ۳۸، اسفند ۱۳۶۵.



United Nations Children's Fund  
TEHRAN