



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
معاونت بهداشتی

آشنایی با نظام سلامت

از مجموعه کتب آموزش دوره تطبیقی بهورزی

بازنگری و تدوین :

اختر فرج زاده مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تالش

تیرماه ۱۴۰۱

«با نظارت و هماهنگی واحد آموزش بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان»



فهرست مطالب

۱	مقدمه
	فصل ۱: آشنایی با ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران و جهان - نحوه ی ایجاد بهره مندی مناسب
۲	مردم از خدمات بهداشتی در ایران
۳	اهداف و ارکان نظام سلامت
۴	الگوی های نظام سلامت در دنیا
۶	شناخت تاریخچه ارابه خدمات بهداشتی درمانی در ایران
۸	اصول و ضوابط کلی در ساختار طرحهای گسترش شبکه
۱۰	استقرار پزشک خانواده روستایی
۱۱	ضرورت اجرای طرح تحول بهداشت، اهداف و برنامه های آن
۱۲	برنامه های ملی تحول سلامت در حوزه بهداشت
۱۴	فصل ۲: آشنایی با مفاهیم ، اصول ، اجزا و سطوح مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی
۱۴	تعاریف ، مفاهیم و اصطلاحات
۱۶	اصول ارائه مراقبت های اولیه سلامت (بسته های خدمات سلامت - تیم سلامت)
۱۷	جمعیت هدف در برنامه پزشک خانواده
۱۷	پرونده الکترونیکی سلامت
۱۸	سطوح ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی
۱۹	اجزای مراقبتهای اولیه سلامت
۲۱	فصل ۳: الگوی برنامه های سلامت جاری در کشور و برنامه های سطوح پیشگیری
۲۱	مفهوم سلامت
۲۲	عوامل خطر زای سلامت
۲۳	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
۲۳	سیر طبیعی بیماری ها
۲۴	مفهوم برنامه های سلامت
۲۶	مفهوم پیشگیری و انواع آن
۲۷	دسته بندی برنامه های سلامت به لحاظ سطح پیشگیری
	فصل ۴: آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور ((آشنایی با نقش و وظایف
	خانه بهداشت ، مرکز خدمات جامع سلامت ، مرکز بهداشت شهرستان ، حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه و حوزه معاونت
۲۹	بهداشت وزارت بهداشت)

۲۹	خانه بهداشت ، پایگاه سلامت روستایی و... /
۳۱	وظایف واحدهای ارایه خدمت در ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور
۳۸	مرکز آموزش بهورزی
۴۰	وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
۴۲	فصل ۵ : آشنایی با برنامه پزشک خانواده و تیم سلامت
۴۳	خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت
۴۳	هیات امناء در برنامه پزشک خانواده روستایی
۴۴	شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده
۴۵	تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت
۴۶	وظایف تیم سلامت
۴۷	ساعات کار اعضای تیم سلامت
۴۷	نحوه پایش در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۴۹	فصل ۶ : آشنایی با نظام ارجاع و انواع آن
۴۹	اهداف نظام ارجاع
۵۰	سطح بندی خدمات در نظام ارجاع
۵۲	گام های اجرایی استقرار برنامه نظام ارجاع
۵۲	مزایای نظام ارجاع
۵۲	خدمات و وظایف سطح اول در برنامه ارجاع
۵۳	انواع ارجاع در در نظام ارائه خدمات سلامت
۵۴	مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات
۵۴	ارجاع در برنامه پزشک خانواده

مقدمه:

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

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

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

فصل اول :

آشنایی با ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران و جهان

(نحوه ی ایجاد بهره مندی مناسب مردم از خدمات بهداشتی در ایران)

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

مفهوم نظام سلامت (Health system)

نظام سلامت، متشکل از تمام سازمان ها و مؤسسات و منابعی است که ارائه کننده خدمات در جهت حفظ و ارتقاء سلامت افراد می باشند و از این خدمات می توان به عنوان **اقدام سلامت (Health action)** نام برد. Health action عبارت است از هر گونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام می گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت باشد. مردم، دولت و سازمان های ارائه کننده ی خدمات بهداشت و درمان در بخش های دولتی، خصوصی، و غیر دولتی، و سازمان های بیمه گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می دهند.

سازمان جهانی بهداشت نظام سلامت را اینگونه تعریف می کند: «نظام سلامت مجموعه ای است از مردم، سازمان ها و منابع که بر اساس سیاست ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقاء دهند».

اهداف نظام سلامت

همانطور که از عنوان «نظام سلامت» استنباط می‌شود، هدف اصلی آن ارتقای سطح سلامت افراد است. اما این هدف، تنها هدف نظام سلامت نیست. به طور کلی نظام‌های سلامت دنیا سه هدف کلان را دنبال می‌کنند:

✓ ارتقای سطح سلامت جمعیت تحت پوشش آنها،

✓ پاسخگویی به نیازهای غیر پزشکی مردم،

✓ مشارکت مالی عادلانه.

کارکردهای نظام سلامت

نظام‌های سلامت برای دستیابی به این سه هدف باید کارهایی را انجام دهند. این کارها، اصطلاحاً کارکردهای نظام سلامت نامیده می‌شوند. کارکردهای نظام سلامت شامل:

۱. تولید

۲. تولید و توسعه منابع انسانی و غیرانسانی برای سلامت

۳. تامین مالی برای پرداخت هزینه‌های سلامت

۴. و ارائه خدمات

هستند. با وجود یکسان بودن این کارکردها در تمامی نظام‌های سلامت، مشکلاتی در طراحی، اجرا، ارزشیابی و اصلاح این کارکردها وجود دارد. برای همین می‌توان انتظار داشت نتایج این کارکردها در نظام‌های سلامت متخلف متفاوت باشد.

تولیت:

وزارت بهداشت تولیت نظام سلامت را دارد، یعنی اختیار ولایت و سرپرستی بر سلامت مردم را دارد اما صاحب آن نیست. وظیفه اصلی کارکرد تولیت آن است که مانند یک پدر، به طور مسئولانه برای ارتقای سلامت مردم برنامه‌ریزی و سیاستگذاری کند، برنامه‌ها را در داخل نظام سلامت اجرا کند و با برقراری ارتباط با سایر سازمان‌ها -که الزاماً وظیفه اصلی آنها ارتقای سلامت نیست- در ارتباط باشد تا فعالیت‌های آنها تاثیر نامطلوبی بر سلامت جامعه نگذارد.

تولید و توسعه منابع انسانی و غیرانسانی برای سلامت:

نظام سلامت برای آنکه بتواند به اهداف خود دست یابد، نیازمند منابع متعددی است. این منابع شامل منابع

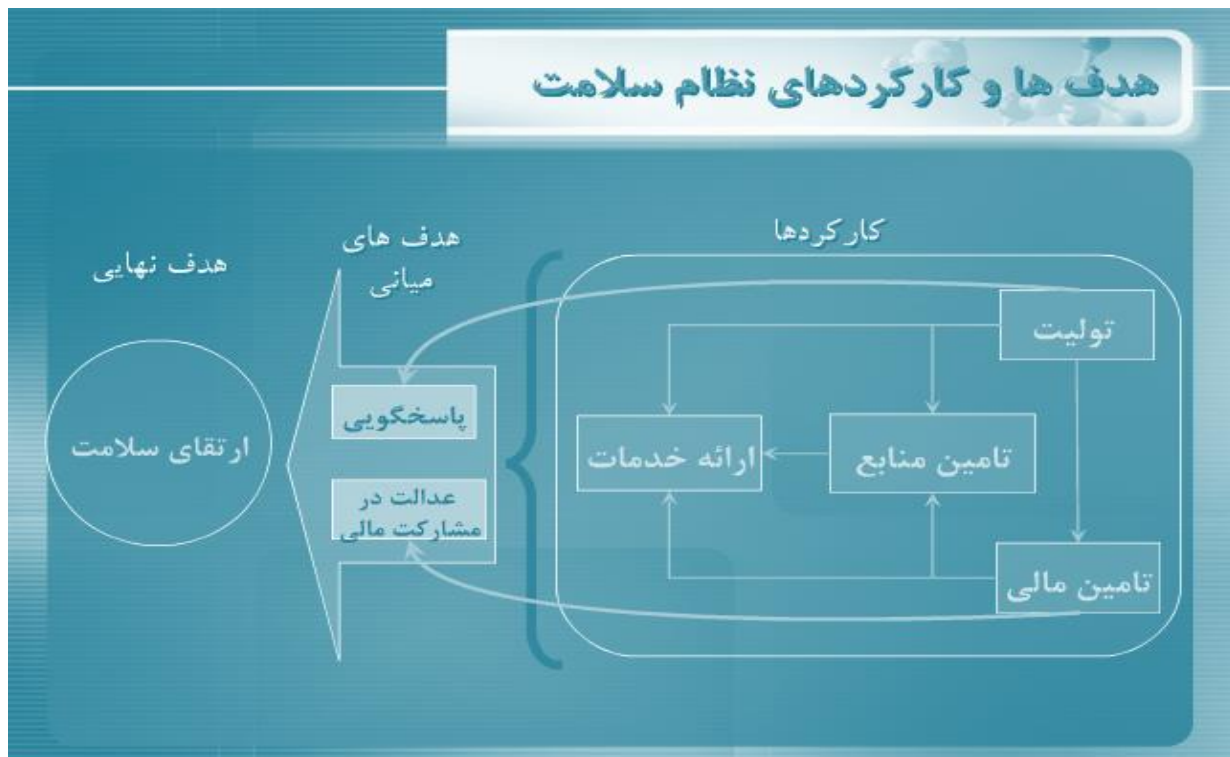
انسانی، تجهیزات، منابع فیزیکی و دانش هستند. برای اینکه نظام سلامت بتواند به این منابع دست یابد، بایستی با برخی سازمان‌ها نظیر دانشگاه‌ها و دیگر موسسات آموزشی، مراکز تحقیقاتی، شرکت‌های تولید کننده تکنولوژی‌های خاص مثل محصولات دارویی و ... ارتباط داشته باشد و نیازهای خود را به آنها بیان کند.

تامین مالی

تامین مالی در نظام سلامت به فرایند جمع‌آوری منابع مالی، انباشت و یک کاسه کردن آنها در صندوق‌های بیمه‌ای و تخصیص آنها به فعالیت‌های تدارک خدمات اطلاق می‌شود.

ارائه خدمت

منظور از ارائه خدمت، ترکیب منابع با فرایند تولید خدمت است که در هر کجا می‌تواند اتفاق بیوفتد، مانند خانه بهداشت، مرکز بهداشت، ...



الگوی نظام سلامت در دنیا

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

چهار الگوی اصلی در دنیا:

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

۱- مدل بوریدج (Beveridge model)

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

۲- مدل بیسمارک (Bismarck)

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

۳- مدل بیمه سلامت ملی (National Health Insurance)

این سیستم دارای ویژگی‌های مشترکی از مدل‌های بوریدج و بیسمارک است. این نظام از پرداخت‌کننده‌های بخش خصوصی استفاده می‌کند ولی پرداخت از طریق یک برنامه بیمه دولتی انجام می‌شود که هر شهروند می‌تواند با پرداخت حق بیمه وارد آن شود.

بیمه سلامت ملی، با محدود کردن خدمات برای پزشک یا ایجاد لیست انتظار برای ارائه برخی از خدمات درمانی، هزینه‌های خود را کنترل می‌کند. نظام سلامت کلاسیک NHI را می‌توان در کانادا مشاهده کرد.

۴-مدل پرداخت از جیب (of-Pocket-Out)

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

شناخت تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران

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

- طرح تربیت بهدار
- طرح سپاه بهداشت
- طرح رضائیه

طرح تربیت بهدار

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



طرح سپاه بهداشت

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

طرح رضائیه

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

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

اولین مرکز آموزش بهورزی در ارومیه



اولین خانه بهداشت ایران در ارومیه



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



تدوین و شکل گیری شبکه ها بهداشتی درمانی کشور

دوره اول (اواسط سال ۱۳۵۸ لغایت اردیبهشت ۱۳۶۰): بررسی

برنامه ها و تشکیلات وزارت به منظور شناخت تکالیف

دوره دوم (اردیبهشت ۱۳۶۰ تا پایان سال ۱۳۶۰): تدوین وظایف

نیروی انسانی و تنظیم برخی معیارها و استانداردها

دوره سوم (از ابتدای سال ۱۳۶۱ تا پایان سال ۱۳۶۳): تعیین محل

های ایجاد خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی

دوره چهارم: (از فروردین ماه سال ۱۳۶۴): در این دوره ساختار سازماندهی نظام بهداشتی کشور تدوین گردید

وسایستهای آن با اولویت پیشگیری بر درمان مردم روستایی به مرفه ، درمان سرپایی به بستری ، درمان عمومی به

تخصصی تعیین گردید و متعاقب آن در هر استان یک شهرستان انتخاب شده و بر اساس ضوابط مشخص شده نظام شبکه ای در آن به اجرا درآمد.

اصول و ضوابط کلی در ساختار طرحهای گسترش شبکه

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

۲- **"سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت" و "ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع":** تا از این طریق ارائه خدمات به صورت زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده باشد و چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت، واحد محیطی بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع دهد. برای تحقق این اصل، شرایطی ضرورت دارد:

❖ هیچیک از واحد های یک سطح ارائه دهنده خدمت به خدماتی که به عهده سطح پایین است نپردازد مگر آنکه خدمت موردنظر را در سطح تخصصی تر ارائه دهد.

❖ برقراری ارتباط فعال و مستمر واحد های هر سطح با واحدهای سطح بالاتر و پایین تر: نظارت، پایش، آموزش حین خدمت کارکنان و نیز تدارک و حمایت اداری مالی واحدهای هر سطح به عهده واحدی است که در اولین سطح بالاتر آن قرار دارد

❖ توجه به سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور

۴- ادغام خدمات :

در طراحی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی، برنامه ها به شکلی ادغام یافته ارائه می شوند. این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد می تواند چندین خدمت مربوط به مشکلات سلامت را متنوع دریافت کند.

۵- سهولت دسترسی جغرافیایی:

یعنی برآورده شدن امکان بهره مندی جمعیت ساکن در دورترین نقطه تحت پوشش از خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط محیطی ترین واحد. در هیچ وضعیت اقلیمی و جغرافیایی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم از اولین واحد ارائه خدمت (خانه بهداشت و پایگاه سلامت) نباید حداکثر از ۲۰ دقیقه با خودروی معمول منطقه یا یک ساعت پیاده روی بیشتر باشد و استقرار واحدها باید در مسیر طبیعی حرکت جمعیت تحت پوشش قرار گیرند.

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

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

۷- تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم کار مورد انتظار :

نتیجه آن به حداقل رسیدن زمان انتظار مراجعه کننده برای دریافت خدمت است. به نوعی که زمان انتظار مراجعه کننده به واحد بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات نباید از حد متعارف قابل قبولی (حداکثر یک ساعت) بیشتر باشد لازمه این کار ، تناسب دو عامل اصلی است:

الف _ حجم خدمات مورد انتظار (وظایف باید در سطح بندی خدمات تعریف شود)

ب _ متوسط بازده کار کارکنانی که برای انجام آن خدمات منظور شده اند.

۸- تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی

تحقق این ضابطه در گرو شروط زیر است:

- ۱- دانش و مهارت موردنیاز هر رده به دقت تعریف و تعیین گردد.
- ۲- آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویتها، ضوابط، روابط و فرآیندهای مورد عمل در نظام رسمی ارائه کننده خدمات، آشنا باشند و محتوای دروس خود را با این نیازها منطبق سازند.
- ۳- بومی بودن بهورزان شاغل در خانه های بهداشت و در اولویت بودن نیروهای متقاضی بومی برای استقرار در سایر واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات.

۹- عدم تمرکز در مدیریت. به نحوی که امکان خودگردانی واحدها بتدریج به خوداتکایی آنان در زمینه

های مختلف مدیریتی مثل: برنامه ریزی، تنظیم بودجه، سازماندهی و ... منجر گردد.

۱۰- جلب مشارکت مردم. که در واقع خط مشی اساسی شبکه محسوب می شود و ارتقای دانش و عملکرد

بهداشتی مردم (Health Promotion)، حرکت جامعه به سمت خوداتکایی و مراقبت از خویش (Self Care) است.

۱۱- هماهنگی درون بخشی. مبنای ارائه خدمات سلامت، تاکید بر هماهنگی‌ها در درون بخش سلامت و ارائه خدمات جامع سلامتی به صورت تیمی است.

۱۲- همکاری با سایر بخش‌های توسعه. ایجاد هماهنگی و همکاری با سایر بخش‌های توسعه هم در ساختار نظام شبکه و راه اندازی واحدها و هم در ارائه برنامه های سلامت ضرورت دارد. در این میان، علاوه بر بخش‌های دولتی، همکاری با بخش‌های خصوصی و تعاونی نیز مورد تاکید است.

۱۳- تدارک و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر کوچ رو به تناسب جمعیت و نیازهای آنان از طریق آموزش و ترویج، توسعه خدمات بهداشتی درمانی، بیمه و خدمات اجتماعی در مناطق بیلاق، قشلاق و مسیر کوچ (با توجه به وظیفه وزارت متبوع براساس اسناد بالادستی، مبنی بر ارائه خدمت به جمعیت عشایر یا کوچنده).

استقرار پزشک خانواده روستایی

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

اجرای طرح تحول حوزه بهداشت

از آن جاکه مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور ضرورت داشت. در راستای اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و لزوم تکمیل شبکه ارائه خدمات در مناطق شهری و سکونتگاه های غیر رسمی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، طرح تحول حوزه بهداشت را

برای دستیابی به اهداف پوشش فعال همه آحاد مردم، ارائه بسته خدمات جامع و ادغام یافته و حداکثر حفاظت مالی از مردم به منظور تحقق پوشش همگانی سلامت تهیه نمود.

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

ضرورت اجرای طرح تحول بهداشت

- ۱- معکوس شدن درصد جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل (گذر دموگرافیک)
- ۲- توسعه نامتناسب شهرها به ویژه حاشیه آن یا سکونتگاه‌های غیررسمی
- ۳- تغییر سیمای بیماری‌ها و مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر که وابسته به سبک زندگی، عوامل اقتصادی، اجتماعی، فن آوری و محیط زیست است (گذر اپیدمیولوژیک)
- ۴- حضور همزمان اپیدمی بیماری‌های واگیردار نوپدید و بازپدید
- ۵- روند رو به رشد آسیب‌های اجتماعی به ویژه در کلان شهرها (گذر اجتماعی)
- ۶- کم توجهی به ظرفیت همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم و توانمندسازی آنان در ارتقای سلامت، پیشگیری و کنترل عوامل خطر و بیماری‌ها
- ۷- ساختار ناکارآمد مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها به ویژه در پاسخگویی به نیاز و تقاضاهای جدید مردم
- ۸- افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به خصوص در مناطق شهری
- ۹- بی عدالتی در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور
- ۱۰- ناکارآمدی نیروی انسانی تربیت شده و شیوه جذب و به کارگیری و سازماندهی آنان
- ۱۱- تغییر تقاضای عمومی جامعه به علت افزایش آگاهی و تغییر نگرش و نیازهای جدید سلامت
- ۱۲- ضعف ساختار و عملکرد بهداشتی در کشورهای هم جوار و خطر انتقال بیماری‌های واگیر به کشور

اهداف طرح تحول در نظام بهداشت

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

برنامه های ملی تحول سلامت در حوزه بهداشت

طرح تحول در حوزه بهداشت با ۶ برنامه ملی در سال ۱۳۹۳ شروع شد و در سال ۱۳۹۴ برنامه هفتم تا پانزدهم تعریف و اضافه شد.

۱. برنامه ارایه خدمات و مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر

۲. برنامه ارایه خدمات و مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به حاشیه نشینان و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر

۳. برنامه ارایه خدمات و مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به جمعیت شهرهای بیش از ۵۰ هزار نفر و گسترش آن به کلان شهرهای کشور

۴. تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران

۵. ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خود مراقبتی و توانمندسازی مردم

۶. برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاریهای بین بخشی

۷. برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم، هوای پاک)

۸. برنامه تحول سلامت دهان و دندان

۹. برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر

۱۰. برنامه جمعیت، ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری

۱۱. برنامه بهبود و اصلاح الگوی تغذیه جامعه

۱۲. برنامه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و پیشگیری و درمان مصرف مواد

۱۳. برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر

۱۴. برنامه کاهش رفتارهای پرخطر و HIV

۱۵. برنامه سلامت در بلایای طبیعی و انسان ساخت

برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت



پرسش و تمرین :

- ۱) نظام سلامت، اهداف و ارکان آن را تعریف نماید.
- ۲) انواع الگوهای نظام سلامت را توضیح دهد.
- ۳) سیر تاریخی تشکیل شبکه های بهداشت و درمان را بیان کند.
- ۴) ضوابط و استانداردهای تشکیل شبکه های بهداشت و درمان را نام ببرد.
- ۵) ضرورت تحول بهداشت را توضیح دهد.
- ۶) هدف از تحول در حوزه بهداشت را بیان کند.
- ۷) مهم ترین اقدامات در طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت را نام ببرد.

تمرین خارج از کلاس

با توجه به مهم ترین الگوهای موجود در جهان الگوی نظام سلامت ایران را تحلیل کند. و نقاط قوت و ضعف آن را بیان کند.

فصل ۲

آشنایی با مفاهیم ، اصول ، اجزا و سطوح مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی

اهداف آموزشی
<p>انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :</p> <p>۱- مراقبتهای اولیه سلامت را توضیح دهد .</p> <p>۲- خدمات سلامت را شرح دهد .</p> <p>۳- خدمات جامع سلامت را توضیح دهد.</p> <p>۴- ابعاد خدمات سلامت همگانی را ذکر نماید .</p> <p>۵- خدمات بهداشت عمومی را تعریف نموده و مثال بزند .</p> <p>۶- هر کدام از مفاهیم و اصطلاحات بهداشتی (بسته های خدمات سلامت سطح یک ، تیم سلامت، پزشک خانواده ، مراقب سلامت ، جمعیت تحت پوشش ، مناطق حاشیه شهری ، پرونده الکترونیک سلامت) را توضیح دهد</p> <p>۷- ارجاع در نظام ارائه خدمات را شرح دهد</p> <p>۸- سطح بندی در نظام ارائه خدمات را شرح دهد</p> <p>۹- اجزای مراقبتهای اولیه سلامت را نام ببرد.</p>

تعاریف ، مفاهیم و اصطلاحات

۱- مراقبت های اولیه سلامت (مراقبت های اولیه بهداشتی) :

خدمات اساسی سلامت است مبتنی بر روشهای کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار میگیرد، با هزینه ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید.

مجموعه خدماتی هستند که توسط خانه های بهداشت ، پایگاه های سلامت شهری و نیز مراکز سلامت جامعه شهری و روستایی ارائه می شود . خدمات بهداشتی برای پیشگیری از مهم ترین مشکلات سلامت طراحی می شوند.

با اجرای طرح تحول سلامت، نظام سلامت سعی نموده مراقبت اولیه بهداشتی را بعنوان مراقبت های اولیه سلامت معرفی نماید.

۲- خدمات سلامت:

فعالیت هایی است که منجر به ارتقاء سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحی و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می شود.

مجموعه فعالیت ها و فرایندهایی است که بستری لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می کند. و در برگیرنده امور مربوط به بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی میباشد.

۳- خدمات جامع سلامت :

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

۴- خدمات همگانی سلامت :

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

۱. وسعت خدمات (پوشش جمعیت)

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

۳. پوشش هزینه

۵- خدمات بهداشت عمومی :

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

۶- بسته های خدمات سلامت سطح یک :

خدمات سلامت قابل ارائه در سطح یک (ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع) که توسط پزشک خانواده و تیم سلامت ارائه می شود. مجموعه ای از خدمات هزینه اثربخش و دارای اولویت همچون خدمات خودمراقبتی، خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت فردی و خدمات ویژه (تغذیه، سلامت روان و آسیبهای اجتماعی).

۷- تیم سلامت :

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی هستند که با مدیریت پزشک خانواده، بسته ی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار میدهند.

اعضای تیم سلامت در روستا شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان مامائی، پرستار، بهیار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، بهورز، کارشناس تغذیه، کارشناس روانشناس بالینی، بهداشتکار دهان و دندان و سایر نیروهای مورد نیاز.

اعضای تیم سلامت در شهر شامل: پزشک، مراقب سلامت، کاردان/کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، کارشناس تغذیه و رژیم درمانی، کارشناس سلامت روان، پرستار/بھیار، پذیرش، و در صورت لزوم دندانپزشک، نمونه گیر آزمایشگاهی یا کارکنان آزمایشگاه هستند با توجه به اتخاذ راهکار خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش و افراد و نمایندگان مردم و سازمانها از جمله داوطلبان سلامت و متخصص نیز جزو این گروه محسوب میشوند.

۸- پزشک خانواده :

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

۹-مراقب سلامت :

فردیست با مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی در رشته های بهداشت خانواده، بهداشت عمومی، پرستاری،

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

۱۰- جمعیت هدف در برنامه پزشک خانواده:

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

جمعیت هدف برنامه گسترش مراقبتهای اولیه سلامت در مناطق شهری (مناطق حاشیه شهرها و شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر): شامل جمعیت ساکن در مناطق شهری است که بر اساس اجرا ، در ۲ گروه زیر فازبندی شده اند :

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

۱۱- مناطق حاشیه شهری (سکونتگاه غیر رسمی/ غیر مجاز)

بافت های فرسوده و تاریخی، کاربری های غیرمعمول شهری مانند زندان ها، خوابگاه ها، پادگان ها و مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده اند وبدون مجوز و خارج از برنامه ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده اند. جمعیت این مناطق بر اساس سر شماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت بالغ بر ۱۰ میلیون نفر است.

۱۲- پرونده الکترونیکی سلامت:

پرونده الکترونیکی سلامت مبتنی بر شناسه (کد) ملی است که برای هر ایرانی و غیر ایرانی ایجاد می شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می گردد و با هدف پشتیبانی از مراقبت مستمر، آموزش و پژوهش ذخیره می شود.

پرونده توسط بهورز یا مراقب سلامت مسوول آن خانوار در سامانه تشکیل و تکمیل می شود و فرم های هر پرونده برحسب شرایط افراد خانوار ، منطبق با برنامه های تعریف شده در بسته خدمت خواهد بود. مثلاً اگر در خانوار فرد سالمندی وجود داشته باشد باید اطلاعات مربوط به این برنامه (برنامه سالمندی) برای آن تکمیل گردد.

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

با استفاده از رمز عبور و الزامات ضروری و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، مراقب سلامت وی، پزشک معالج او یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور وجود دارد.

۱۳- نظام ارجاع : فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می کند.

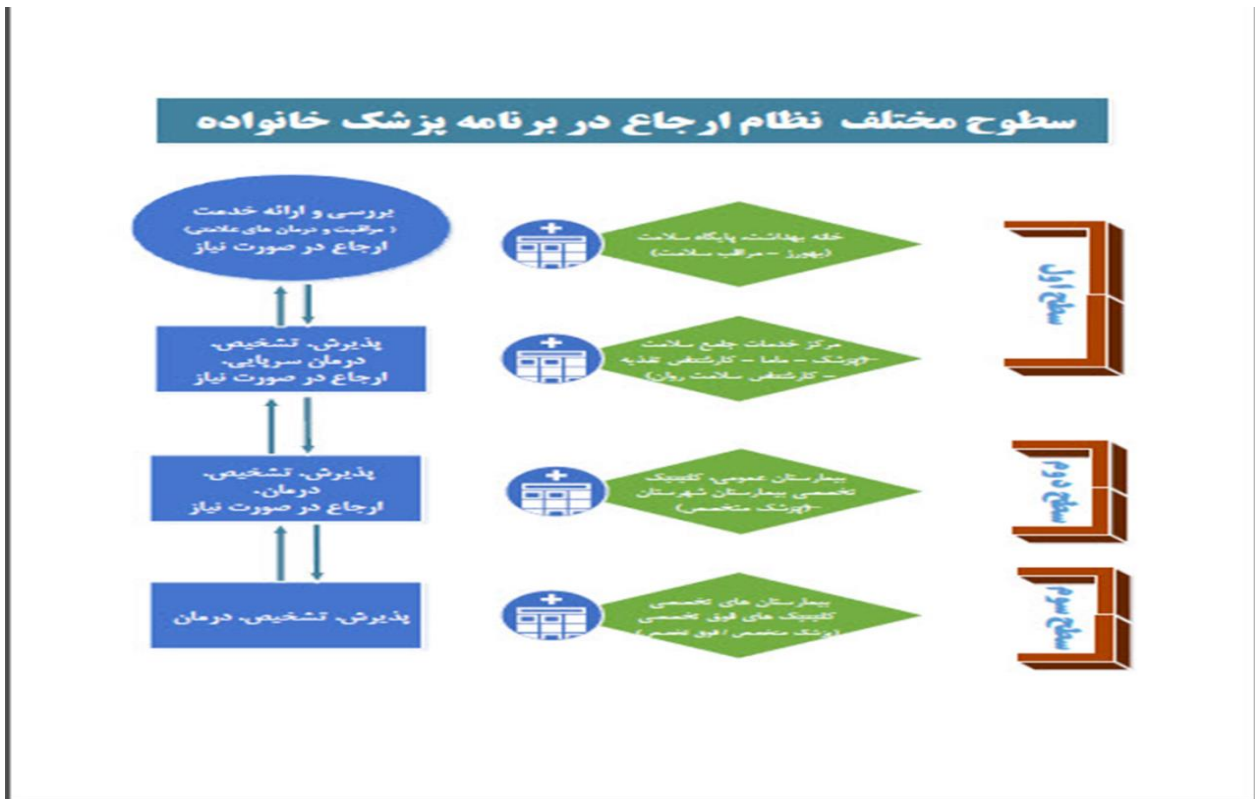
ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره ای مرتبط و تکاملی می باشد. تا چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع نماید و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام می گردد

۱۴- سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت :

چیدمان واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبتهای سلامت به منظور دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می سازد. خدمات و مراقبتهای سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می شود:

سطح ۱ : شامل خدمات/ مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح یک در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مراکز خدمات جامع سلامت، خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق می افتد.

سطح ۲ و سطح ۳ : شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می شود که توسط واحد های سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی می باشد. سطح دو شامل مرکز بهداشت شهرستان از نظر مدیریتی/ فنی و کلینیک های ویژه/ بیمارستان های شهرستان از نظر ارائه خدمت می باشد.



اجزای مراقبتهای اولیه سلامت:

مراقبتهای اولیه سلامت حداقل از اجزای زیر تشکیل شده است :

- ✓ آموزش در خصوص مسائل و مشکلات رایج مربوط به سلامتی و شیوه های پیشگیری و کنترل آنها
- ✓ گسترش عرضه و تأمین مطمئن و کافی غذا و تغذیه صحیح
- ✓ عرضه کافی آب سالم و نظافت اولیه
- ✓ مراقبت از سلامتی مادران و کودکان از جمله خانواده
- ✓ ایمن سازی در برابر بیماری های مسری مهم
- ✓ پیشگیری و کنترل بیماری های رایج محلی
- ✓ درمان درست و مناسب بیماری ها و جراحات شایع
- ✓ تأمین دارو های اساسی

✓ بهداشت دهان و دندان بهداشت دهان و دندان

✓ بهداشت روان

✓ آمادگی مقابله با بلایای طبیعی

✓ بهداشت حرفه ای

✓ پیشگیری از حوادث و سوانح

پرسش و تمرین

۱- مراقبتهای اولیه سلامت را توضیح دهید؟

۲- خدمات سلامت را شرح دهید؟

۳- خدمات جامع سلامت را توضیح دهید؟

۴- ابعاد خدمات سلامت همگانی را توضیح دهید؟

۵- خدمات بهداشت عمومی را تعریف نموده و مثال بزنید؟

۶- هر کدام از مفاهیم و اصطلاحات بهداشتی (بسته های خدمات سلامت سطح یک ، تیم سلامت ، پزشک

خانواده ، مراقب سلامت ، جمعیت تحت پوشش ، مناطق حاشیه شهری ، پرونده الکترونیک سلامت) را

توضیح دهید؟

۷- ارجاع در نظام ارائه خدمات را شرح دهید؟

۸- سطح بندی در نظام ارائه خدمات را شرح دهید؟

۹- اجزای مراقبتهای اولیه سلامت را نام ببرید؟

فصل سوم:

الگوی برنامه های سلامت جاری در کشور و برنامه های سطوح پیشگیری

اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :
1) مفهوم سلامت را توضیح دهد.
2) سیر طبیعی بیماری ها را توضیح دهد.
3) عوامل خطر زای سلامت را توضیح دهد.
4) عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را بیان کند.
5) مفهوم برنامه های سلامت را توضیح دهد و اجزا آن را نام ببرد.
6) رویکرد طراحی برنامه های سلامت را توضیح دهد.
7) مفهوم پیشگیری و انواع آن را بیان کند.
8) سطح پیشگیری را در برنامه های سلامت توضیح دهد.
9) برنامه های جاری را از لحاظ نوع مداخله تحلیل نماید.

مقدمه

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

مفهوم سلامت (Health)

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارت است از: برخورداری از آسایش کامل جسمی روانی و اجتماعی و معنوی نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو.

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

عوامل خطر زای سلامت Health Risk Factor

- عواملی که حضور آنها احتمال پیدایش یک بیماری را در زمانهای بعدی افزایش می دهد، عوامل خطر نامیده می شود.
- بیماری ها مهمترین مخاطرات تهدیدکننده سلامت هستند.
- عوامل خطر بیماری ها بر حسب مخاطب قابل طبقه بندی هستند.

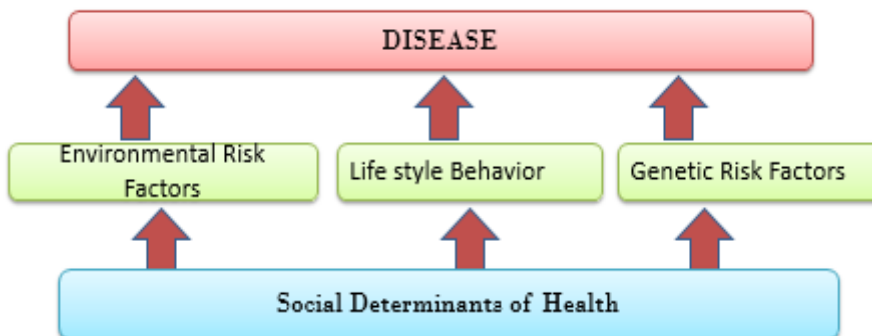
عواملی تاثیر گذار بر سلامت شامل :

- (1) عوامل محیطی Environmental Risk Factors
- (2) سبک زندگی Life style Behavior
- (3) عوامل ژنتیکی Genetic Risk Factors



ارتباط عوامل خطر زای سلامت فردی و عوامل اجتماعی

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



عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

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

دسته بندی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

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

سیر طبیعی بیماریها

- یک بیماری در طول زمان تکامل می یابد و همراه با آن تغییراتی در ساختمان و عملکرد اعضای بدن رخ میدهد
- سیر طبیعی بیماریها غالبا برای به تصویر کشیدن بیماری مزمن به کار می رود
- سیر طبیعی بیماریهای عفونی نیز تقریبا مشابه هستند ولی مراحل مختلف آن با ویژگی خاص و در زمان کوتاه رخ می دهد.
- بسیاری از بیماریهای مزمن دارای سیر طبیعی طولانی بوده و عوامل خطرزای در همان سالهای اول زندگی بوده ولی علائم بالینی در زمانهای خیلی دیر تر ظاهر می شود.

سیر طبیعی بیماریها

مرحله آمادگی

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

مرحله قبل از بروز علائم

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

مرحله بالینی بیماری

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

مرحله ناتوانی

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

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

برنامه های سلامت

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

هریک از برنامه ها اجزایی چون مأموریت اصلی، گروه هدف و فرایندهای مشخص را دارند. خدمات بهداشتی عبارتند از « مجموعه فعالیت های به هم پیوسته ای که به منظور رسیدن به یک هدف مشخص طراحی شده است ».

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

برنامه های سلامت



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

رویکرد منطقی در طراحی برنامه های سلامت

- 1) برنامه های سلامت باید مهم ترین اولویت های سلامت را مورد هدف قرار دهد که این نیز تابعی از بار مشکل سلامت و قابلیت مقابله با بیماری با بهره گیری از منابع قابل تحصیل و نیز وجود زمینه های لازم برای اجرای برنامه می باشد.
- 2) باید از حداکثر اثربخشی در قبال منابع بکار رفته برخوردار باشد.
- 3) در هر برنامه باید فرایندها، فعالیت ها و استانداردهایی تعیین شود تا موجب حصول به اهداف گردد، این استانداردها شامل استاندارد های فرایندهای خدمات و فرایندهای پشتیبان می باشد.

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

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

ادغام در سطح منابع: بهره برداری اشتراکی برنامه های سلامت از منابع انسانی و غیر انسانی در دسترس باشد. گیرنده خدمت با بهره گیری از ترکیبی از این منابع، خدمات مورد نیاز را دریافت می کند.

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

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

مفهوم پیشگیری

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

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

۱- پیشگیری نخستین ابتدایی یا ریشه ای :

- فعالیت ها و اقداماتی است که مخاطرات سلامت را به حداقل می‌رساند.
- با کاستن از خطرهای مواجهه از بروز بیماری پیشگیری نمایند.

۲- پیشگیری اولیه یا سطح اول :

- از طریق تاثیرات بر اشخاص و اجتماع از بروز بیماری جلوگیری می نماید. مانند حفظ وضعیت بهداشتی محل زیست افراد ، ایمن سازی .
- پیشگیری از بیماری با کنترل علل و عوامل خطر در مرحله پیش از بیماریزایی

۳- پیشگیری ثانویه یا سطح دوم:

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

۴- پیشگیری ثالثیه یا سطح سوم:

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

دسته بندی برنامه های سلامت به لحاظ سطح پیشگیری

برنامه های پیشگیری سطح اول :

انواعی از برنامه ها هستند که هدف آنها حفظ سلامت از طریق تغییر در اشخاص یا محیط آنها است مانند: حفظ تغذیه خوب، آموزش برای ترک سیگار، ایمن سازی علیه بیماریهای عفونی. مداخله های مورد پیش بینی در این برنامه در زمانی عمل می کنند که یا سیر بیماری شروع نشده (Premordial prevention) یا این که هنوز به صورت بالینی ظاهر نشده است ولی شالوده آن با حضور عواملی که به نفع وقوع آن است ریخته شده است (Primary prevention)

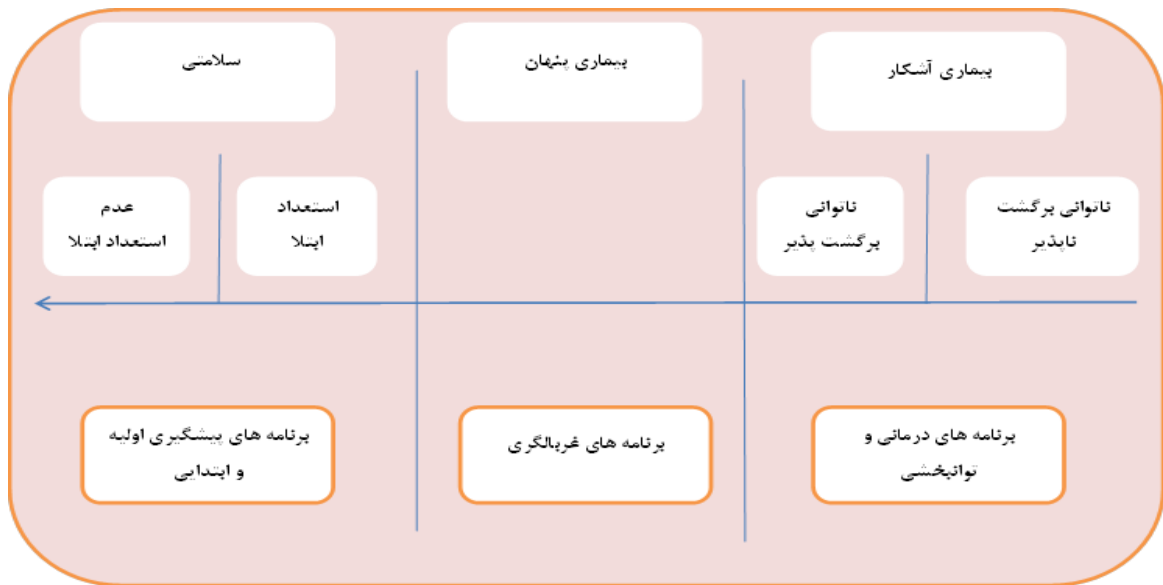
برنامه های پیشگیری سطح دوم :

تدابیری برای افراد و جمعیت ها به منظور شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت قبل از بروز علائم طراحی شده اند مانند: غربالگری سرطان دهانه رحم. طراحان برنامه تندرستی تنها در شرایطی توصیه به انجام این نوع مداخلات می نمایند که امکان بهبود یا ارتقاء سلامت بیماران در برنامه سطح سوم موجود باشد. اگر چه این نوع مداخلات موجب پیدا کردن تعداد بیشتری از موارد بیماری کشف نشده در ابتدا می شوند ولی پس از بهبود موارد کشف شده موجب **کاهش شیوع بیماری** در جامعه می شوند.

برنامه های پیشگیری سطح سوم

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

شاخص ارزشیابی نهایی برای تحقق هدف برنامه سطح اول کاهش **موارد بروز** و برای سطح دوم و سوم **کاهش شیوع و ناتوانی بیماری** است. در برخی موارد برنامه های سلامت در دو یا هر سه سطح پیشگیری عمل می کنند مانند طرح DOTS (Directly observed treatment, short-course) درمان کوتاه مدت بیماری سل با نظارت مستقیم). در این برنامه مبتلایان به سل درمان می شوند و در نتیجه اجرای موثر درمان شیوع بیماری سل در جامعه پایین آمده و به دلیل کاهش خطر انتقال به افراد سالم کاهش بروز نیز اتفاق می افتد.



پرسش و تمرین

- 1) مفهوم سلامت را توضیح دهید.
- 2) سیر طبیعی بیماری ها را توضیح دهید.
- 3) عوامل خطر زای سلامت را توضیح دهید
- 4) عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را بیان کنید
- 5) ارتباط بین عوامل خطر زای و عوامل اجتماعی موثر را تحلیل کنید
- 6) مفهوم برنامه های سلامت را توضیح دهد و اجزا آن را نام ببرید
- 7) رویکرد طراحی برنامه های سلامت را توضیح دهید
- 8) مفهوم پیشگیری و انواع آن را بیان کنید
- 9) دسته بندی برنامه های سلامت به لحاظ سطح پیشگیری را توضیح دهید
- 10) برنامه های جاری را از لحاظ نوع مداخله تحلیل نماید.

تمرین عملی :

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

آشنایی با واحدهای ارائه خدمات در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

(آشنایی با نقش و وظایف خانه بهداشت ، مرکز خدمات جامع سلامت ، مرکز بهداشت شهرستان ، حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه و حوزه معاونت بهداشت وزارت بهداشت)

اهداف آموزشی
انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :
۱) ساختار واحدهای شبکه بهداشت و درمان را توضیح دهد.
۲) وظایف واحدهای ارائه خدمات در ساختار شبکه بهداشت و درمان را توضیح دهد.
۳) خدماتی که توسط کارکنان واحدهای بهداشتی مستقر در نقاط شهری و روستایی به مردم ارائه می شود را به تفکیک واحد شرح دهند.
۴) پرسنل ارائه کننده خدمات در واحدهای تابعه را نام ببرد.

۱- خانه بهداشت

در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور دو نوع خانه بهداشت وجود دارد:

- خانه بهداشت معمولی: محل ارائه خدمات به جمعیت روستایی و عشایری ساکن
- خانه بهداشت عشایری: محل ارائه خدمات به جمعیت عشایر کوچ رو

خانه بهداشت عشایری: خانه بهداشتی است که صرفاً جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری با چادرها یا کانکس های مخصوص راه اندازی می شود. معمولاً بهورز(ان) این خانه ها از همان عشایر برگزیده شده و همراه با کوچ ایل، جابجا می شوند.

خانه بهداشت معمولی یا عادی :

محیطی ترین واحد ارائه خدمات در نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور و مستقر در روستا است. هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی به ویژه راه های ارتباطی و جمعیت ممکن است یک یا چند روستا را در پوشش خدمات

خود داشته باشد. خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای ۱۰۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی می شوند.

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

نیروی انسانی خانه بهداشت :

از جوانان علاقمند و بومی روستا و براساس مدرک تحصیلی (لیسانس یا فوق دیپلم مامایی، بهداشت عمومی، پرستار برای بهورز زن و بهداشت محیط، بهداشت عمومی و پرستار برای بهورز مرد و در صورت نبود لیسانس و فوق دیپلم در روستا از دارندگان مدرک دیپلم) انتخاب و در دوره های آموزشی مراکز آموزش بهورزی شهرستان مهارت آموزی می شوند.

بطور متوسط یک بهورز میتواند خدمات مورد نیاز ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال بطور فعال ارائه دهد ولی بر اساس شرایط فرهنگی و نوع وظایف معمولاً ۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت را ارائه می دهند .

۲- پایگاه سلامت روستایی :

چنانچه جمعیت در روستای اصلی ۳۵۰۰ نفر یا بیشتر (۳۵۰۰ تا ۸۰۰۰) نفر باشد، می بایست خانه بهداشت موجود به پایگاه سلامت روستایی تبدیل شوند یا به جای خانه بهداشت اقدام به راه اندازی پایگاه روستایی گردد. پایگاه های سلامت روستایی می توانند تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی باشند. خدمات ارائه شده در پایگاه های سلامت روستایی مانند بسته خدمت پایگاه های سلامت شهری خواهد بود و به شکل فعال ارائه خواهند شد.

نیروی انسانی پایگاه های سلامت روستایی :

شامل دو مراقب سلامت خانواده و یک نیروی خدماتی خواهد بود که مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت را بصورت فعال ارائه می دهند. یک نفر از مراقبین سلامت حتما باید دانش آموخته رشته مامایی

باشد. در صورت تبدیل خانه بهداشت به پایگاه، پست بهورزان آن خانه نشاندار شده و در پایگاه به خدمات فعال خود به عنوان مراقب سلامت خانواده ادامه خواهند داد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت یکی از مراقبین سلامت مرد باشد.

شرح وظایف نیروهای شاغل در پایگاه سلامت / خانه بهداشت:

الف: شرح وظایف مراقب سلامت / بهورز:

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
۴. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
۵. تشکیل پرونده الکترونیکی سلامت (ثبت فرم ها) براساس بسته خدمات
۶. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس بسته خدمات
۷. شرکت در برنامه های آموزشی ابلاغی از ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده و برنامه های اختصاصی شهرستان
۸. آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه ها و دستورعمل های ابلاغی
۹. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف
۱۰. غربالگری افراد براساس شرح خدمات
۱۱. پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
۱۲. ارجاع مراجعه کننده به سطح بالاتر (پزشک مرکز؛ کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان) در صورت لزوم براساس راهنمای اجرایی و بالینی و ارائه خدمات موردنیاز برای مراجعه کننده براساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر
۱۳. پیگیری موارد ارجاع شده
۱۴. پیگیری در مراجعه مجدد افراد به پزشک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه مرکز در موارد تعیین شده، به طرق مختلف (تماس تلفنی، مراجعه به درب منزل و ...)
۱۵. دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
۱۶. ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس دستورعمل ها و تکالیف محوله

۱۷. ثبت موارد حوادث خانگی، ترافیکی و گزارش به سطوح بالاتر

۱۸. مراقبت از بیماری‌های واگیردار شایع و دریافت گزارش و انجام اقدامات لازم مطابق دستورعمل و آموزش سریع و موثر به جمعیت هدف.

.....۱۹

۳- مراکز خدمات جامع سلامت روستایی :

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) در منطقه روستایی راه اندازی می شوند که یک یا چند، خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش قرار می دهند. تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش نباید در حدی باشد که پزشکان خانواده مرکز قادر به انجام دهگردشی در زمان در نظر گرفته شده، نباشند.

نیروی انسانی مراکز خدمات سلامت روستایی :

با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده و مراجعات درمانی ارجاعی از خانه های بهداشت تابعه، نظارت‌ها و ... نیروی انسانی شامل پزشک، ماما، دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان، کاردان/ کارشناس آزمایشگاه، دستیار دندانپزشک، پرستار/ بهیار، مراقب سلامت ناظر، کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس روانشناسی بالینی، کارشناس تغذیه، متصدی پذیرش، سرایدار و نگهبان، راننده.

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

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

تصویر کلی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

- ناظر بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاه‌های سلامت روستایی

- خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش
 - معجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
 - دارای دسترسی خدمات قابل ارائه توسط پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت
 - دارای دسترسی به خدمات پرستاری و مامایی
 - درمان بیماران سرپایی
 - دارای دسترسی به اورژانس ۱۱۵ با فاصله حداکثر ۵ کیلومتر در خارج از مرکز
 - دارای دسترسی به مرکز ارائه خدمات بستری (بیمارستان یا مرکز شبانه روزی) با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت با خودرو
 - دارای دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز از طریق نمونه گیری یا خرید خدمت از آزمایشگاه طرف قرارداد با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
 - دارای دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن حداقل ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
 - دارای دسترسی به خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای
 - دارای دسترسی به خدمات دارویی
 - دارای دسترسی به خدمات تغذیه و سلامت روان
- (جزئیات شرح وظایف در دستورالعمل اجرایی پزشک خانواده روستایی آمده است.)

۴- پایگاه سلامت شهری :

پایگاه سلامت شهری، اولین محل مراجعه ساکنین مناطق شهری و حاشیه به نظام شبکه بهداشت و درمان است که مراقب سلامت و ماما مراقب در آن به ارائه خدمت مشغول می باشند.

واحدی مستقر در منطقه شهری زیر مجموعه مراکز خدمات جامع سلامت شهری است که با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی، فرهنگی و براساس تراکم جمعیت بطور متوسط برای حدود ۱۲۵۰۰ نفر (۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و در کلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر) ایجاد و خدمات فعال مراقبت های جاری برای همه افراد جامعه تحت پوشش در قالب بسته خدمات سطح اول ارائه می گردد.

پایگاه سلامت شهری برحسب محل استقرار پایگاه نسبت به مرکز ، ضمیمه و غیر ضمیمه نامیده می شود:

▪ **پایگاه ضمیمه:** پایگاه هایی که در داخل یا جنب مرکز خدمات جامع سلامت مستقر هستند.

▪ **پایگاه غیر ضمیمه:** پایگاه هایی که در فاصله قابل دسترس با مرکز در نقاطی از شهر که تراکم جمعیت زیاد است برای سهولت دسترسی مردم به خدمات راه اندازی شده اند.

نیروی انسانی پایگاه سلامت شهری :

مراقب سلامت: بازای هر ۲۵۰۰-۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش (ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه سب) یک نفر که باید حداقل یک تا دو نفر از مراقبین دارای مدرک کارشناسی مامایی با نظام مامایی (مراقب سلامت - ماما) باشند. و حتماً یک نفر از نیروها باید مرد باشد.

ارائه خدمات در پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت باید با همکاری داوطلبان سلامت و با استفاده از روش خود مراقبتی به صورت فعال انجام گیرد و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات با مراقب سلامت خواهد بود.

مراقب سلامت: فردیست با مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی در رشته های بهداشت خانواده، بهداشت عمومی، پرستاری، مامایی و مبارزه با بیماری ها (درمورد مردان) که پس از طی دوره آموزشی تعریف شده، به فردی چندپیشه به نام "مراقب سلامت" تبدیل می شود.

۵- مراکز خدمات جامع سلامت شهری

مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرهاست که بازای هر ۲ تا ۴ پایگاه سلامت شهری (۲۵ تا ۵۰ هزار و در کلانشهرها تا ۸۰ هزار نفر جمعیت) با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت راه اندازی می شوند بطوری که میانگین جمعیت مراکز در شهرهای عادی حدود ۴۰۰۰۰ نفر باشد و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود ۶۰ هزار نفر خواهد بود، این مراکز در گلوگاه جمعیتی که فاصله آن از بیمارستان و مراکز شبانه روزی بیش از نیم ساعت (با خودرو) باشد قرار دارد و دارای دو اتاق بستری موقت و امکانات احیای قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک خواهد بود. البته در شهرهایی که جمعیتشان زیر ۲۵۰۰۰ نفر است حتماً باید یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری وجود داشته باشد

نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری :

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

۶- مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی

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

نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی :

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

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت شهری

به صورت کلی مشابه وظایف مرکز خدمات جامع سلامت روستایی می باشد:

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

تصویر کلی مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی غیر شبانه روزی:

- (۱) مرکزی واقع در منطقه شهری با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود ۴۰۰۰۰ نفر (۲۵ تا ۵۰ هزار نفر و در کلانشهرها تا ۸۰ هزار نفر)
- (۲) ناظر بر ارائه مراقبت های بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت

- ۳) مجری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی به شرط واقع شدن در شهر زیر ۲۰ هزار نفر یا تحت پوشش داشتن خانه بهداشت
- ۴) دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
- ۵) دسترسی به خدمات پرستاری
- ۶) دسترسی به مرکز ارائه خدمات بستری (بیمارستان یا مرکز شبانه روزی) با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت با خودرو
- ۷) دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز یا خرید خدمت از آزمایشگاه طرف قرارداد با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو
- ۸) دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو
- ۹) دسترسی به خدمات بهداشت محیط و بهداشت کار
- ۱۰) دسترسی به خدمات مکمل دارویی
- ۱۱) دسترسی به خدمات تغذیه و سلامت روان
- ۱۲) دسترسی به خدمات پزشکی خانواده شهری در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر در دو استان فارس و مازندران (۷ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شیراز، فسا، جهرم، لارستان، گراش، ساری و بابل)

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

مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی :

مراکزی هستند که در مناطق روستایی که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از ۱۲۰۰۰ نفر است و در گلوگاه جمعیتی واقع شده و در فاصله بیش از نیم ساعت (با خودرو) تا نزدیکترین بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگر قرار دارند این مراکز دارای دو اتاق بستری موقت (کمتر از ۶ ساعت و به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر دو تخت بستری موقت زن و مرد) امکانات احیای قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک هستند.

در مراکز شبانه روزی خدمات پزشکی، پرستاری، و پاراکلینیک بصورت ۲۴ ساعته ارائه خواهند شد.

مراکز شبانه روزی روستایی ترجیحاً در روستایی که مرکز بخش می باشد و در گلوگاه جمعیتی و در مسیر حرکت طبیعی مردم قرار دارد، راه اندازی می شود.

جمعیت در نظر گرفته شده برای مراکز شبانه روزی بر خلاف سایر مراکز که صرفاً شامل جمعیت تحت پوشش خود مرکز می‌باشد، شامل کل جمعیتی است که امکان استفاده از این مرکز را خواهند داشت.

- **مرکز معین / تجمیعی:** مراکز ارائه دهنده خدمات جامع سلامت دارای بیتوته که جهت دسترسی بیمه شدگان در مراکز مجاور، تعریف و در ساعات خارج از فعالیت مرکز، خدمات پزشکی و داروهای اورژانس را ارائه می‌نماید.

۷- سایر واحدهای زیر مجموعه مراکز خدمات جامع سلامت

الف- تسهیلات زایمانی :

این واحد در مناطقی که امکان دسترسی به بیمارستان و زایشگاه وجود ندارد، در جوار یک مرکز شبانه روزی، صرفاً به منظور انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و غیراورژانس برای جمعیت تحت پوشش مرکز، در نظر گرفته شده‌اند.

این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود.

این واحد جهت انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و ارجاع و اعزام زنان باردار در صورت نیاز به مراکز مجهزتر

نیروی انسانی تسهیلات زایمانی : ماما، راننده آمبولانس، خدمتگذار

ب- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی :

این واحدها در پایانه‌های زمینی، دریایی، هوایی و نیز بازارچه‌های زمینی و دریایی ایجاد می‌شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماری‌ها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین‌المللی به عهده دارند.

درجه بندی پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه، صورت می‌گیرد.

نیروی انسانی پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی

با توجه به درجه بندی پایگاه‌های مرزی : پزشک، کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً مبارزه با بیماری‌ها)، کارشناس بهداشت محیط.

ج- مرکز رفانس مشاوره و مراقبت های بیماری های رفتاری :

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

د- نیروی انسانی مرکز رفانس مشاوره و مراقبت های بیماری های رفتاری:

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

۸- مرکز بهداشت شهرستان

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

نیروی انسانی مرکز بهداشت شهرستان : شامل کارشناسان فنی برنامه های مختلف بهداشتی، کارشناسان واحدهای اداری و مالی و می باشد .

۹- مرکز آموزش بهورزی

مرکز آموزش بهورزی واحدی است ستادی و زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با فضای فیزیکی مستقل ودارای بخش اداری-آموزشی ورفاهی که به منظور توسعه امکان آموزش برای گروه های وسیع تر و با کیفیت مناسب تر و مشارکت سایر افراد و واحد ها از حوزه مرکز بهداشت شهرستان و سایر حوزه ها در نظر گرفته شده است .

نیروی انسانی مرکز آموزش بهورزی :

کادر آموزشی شامل مدیر مرکز آموزش بهورزی، مربیان بهورزی (کارشناس بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، مامایی، پرستاری، بهداشت محیط و حرفه ای) و کادر اداری شامل (متصدی امور دفتری ناظم اقامتگاه دختران و پسران، ماشین نویس، سرایدار، متصدی سمعی بصری، راننده می باشد.

وظایف مرکز آموزش بهورزی:

الف- پذیرش بهورز

ب- آموزش و تربیت فراگیران / کارآموزان بهورزی

ج- آموزش و بازآموزی کارکنان نظام سلامت

۱۰- شبکه بهداشت و درمان

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

الف- بخش دولتی، شامل:

۱) مرکز بهداشت شهرستان و واحدهای تابعه آن

۲) بیمارستان یا بیمارستان های تابع وزارت بهداشت و درمان واقع در محدوده شهرستان

۳) بیمارستان ها و واحدهای بهداشتی و درمانی سایر سازمان های دولتی

ب- بخش غیر دولتی، شامل :

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

۲. بخش تعاونی و خیریه

۱۱- معاونت امور بهداشتی و معاونت امور درمان

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

معاونت امور درمان مسئول مدیریت برنامه های درمانی در استان است.

از نظر فنی:

معاونت امور بهداشتی کلیه برنامه های کشوری تصویب شده را به مراکز بهداشت شهرستان ها ابلاغ و با شرایط محلی تطبیق داده و بر کیفیت و کمیت اجرای آنها نظارت و پیگیری میکند.

مدیریت، نظارت و ارزیابی برنامه های بهداشتی در ساختار نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور است.

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

۱۲- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

▪ موسسه مستقل آموزشی، پژوهشی و خدمات بهداشتی درمانی است که با مجوز شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی مأموریت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی و انجام پژوهش و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در یک منطقه جغرافیایی تعریف شده را برعهده دارد. دانشگاه های علوم پزشکی زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می کنند.

▪ دانشگاه های علوم پزشکی علاوه بر وظیفه اصلی خود که آموزش و تربیت نیروی انسانی است، متولی بهداشت و سلامت در منطقه تحت پوشش خود بوده و بر امور مراکز درمانی تابعه از جمله بیمارستان ها، پلی کلینیک های تخصصی و بخش های درمانی خصوصی، مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، خانه های بهداشت و پایگاه های اروژانس نظارت می کنند.

معاونت های دانشگاه ها شامل :

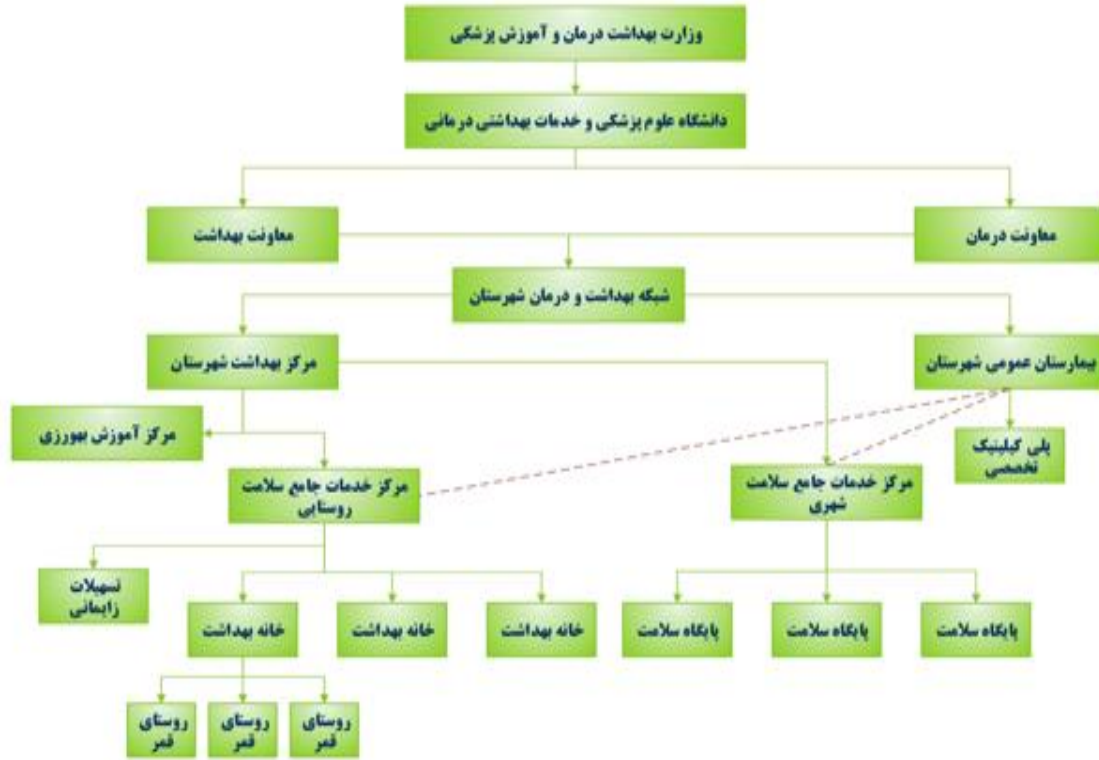
معاونت امور بهداشتی، معاونت امور درمان، معاونت غذا و دارو، معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت تحقیقات و فناوری، معاونت فرهنگی و دانشجویی، معاونت آموزشی

۱۳- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نهاد اصلی سیاست گذاری در زمینه های مختلف مربوط به بهداشت سطح کشور است وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از معاونت های مختلف تشکیل شده است این وزارتخانه کار تدوین سیاست های اولیه بهداشتی و درمانی کشور و تدوین برنامه های ملی را برعهده دارد.

معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تدوین کننده سیاست های اولیه نظام سلامت در سیستم بهداشتی کشور و همچنین برنامه ریزی، مدیریت، نظارت و ارزیابی برنامه های بهداشتی در ساختار نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور است.

ساختار سازمانی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران



پرسش و تمرین

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

آشنایی با برنامه پزشک خانواده و تیم سلامت



اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیر پس از گذراندن این درس بتواند :

۱. خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت را توضیح دهد.
۲. هیات امنا و وظایف آن را شرح دهد.
۳. شیوه های استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری توضیح دهد.
۴. وظایف تیم سلامت و ساعات کار تیم سلامت را توضیح دهد.
۵. نحوه پایش در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را بیان نماید..

در قانون بودجه سال ۱۳۸۴ سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید، تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طرق نظام ارجاع فراهم آورد. در برنامه پزشکی خانواده، پزشک عمومی و متخصص پزشکی خانواده و دیگر اعضای تیم سلامت مسوولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز

به عهده دارند. همچنین، خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.

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

خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت :

- **خدمات مراقبتی پزشک:** شامل مراقبت های مستقیم مانند مراقبت های بیماری دیابت ، فشارخون و مراقبت های ارجاعی (ارجاع شده به پزشک) شامل مراقبت های جمعیت گروه های هدف (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان) که توسط تیم سلامت به پزشک ارجاع می گردند ، می باشد..
 - **خدمات مراقبتی ماما :** شامل خدمات مراقبتی ارجاعی پیش از بارداری ،بارداری، پس از زایمان، باروری سالم و میانسالان است.
- خدمات درمانی پزشک، ماما، دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان شامل ویزیت سرپایی می باشد .

هیات امناء در برنامه پزشک خانواده روستایی

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

✓ دهیار

✓ ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا/ شهر

✓ مدیر یا معلم مدرسه روستا

- ✓ ۲ نفر از معتمدین روستا،
- ✓ ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)
- ✓ ۱ نفر بهورز
- ✓ ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت می باشد.
- ✓ در مورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شود.

اختیارات هیات امناء روستا

اختیارات هیات امنای روستا عبارت است از:

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

شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای تمامی روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و در کل برای تمامی مناطقی که جمعیت در آن، ساکن است، در سطح شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً تعیین شده است و در دفترچه طرح گسترش آن شهرستان مشخص می باشد .

یک روستا در شهرستان شامل یکی از چهار وضعیت زیر است :

- (۱) روستای اصلی
- (۲) روستای قمر
- (۳) روستای سیاری
- (۴) روستای مستقیم به شهر

۱. روستای اصلی:

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

۲. روستای قمر:

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

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

۴. روستای مستقیم به شهر:

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

تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

۱- پزشک :

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

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

۳- **دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان :** برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، حداکثر تا ۱۵

هزار نفر جمعیت ساکن یک دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان تعیین می گردد.

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

۵- **سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت جهت به کار گیری در برنامه:** جذب سایر نیروها شامل پرستار/ بهیار، کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس روانشناسی بالینی و تغذیه و مراقب سلامت ناظر با اولویت بر جذب پرستار/ بهیار/ مراقب سلامت دانش آموخته مامایی و صرفاً در صورت وجود اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه.

وظایف اعضای تیم سلامت

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

۱- تشکیل پرونده سلامت: اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود، انجام یک بار ویزیت افراد است که بطور رایگان برای تمامی جمعیت تحت پوشش فعال از طریق سامانه سطح یک انجام می گردد. ثبت اطلاعات بر اساس پروتکل های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.

۲- سرکشی و نظارت (دهگردشی): پزشک خانواده می بایست در روستاهای اصلی (واجد خانه بهداشت) هفته ای یک بار به خانه های بهداشت/ پایگاه سلامت سرکشی نماید. همچنین ماهانه یک بار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری و جمعیت عشایری سیاری) به شرط وجود راه برای عبور خودرو (سرکشی نماید

۳- ثبت روزانه آمار مراجعین: ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه سطح یک بهداشت انجام می گردد و لازم است گزارش ماهانه آمار مراجعین توسط مرکز بهداشت شهرستان رصد شود.

۴- ارائه خدمات در قالب بسته خدمت: ارائه بسته خدمت تیم سلامت که با همکاری مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شده است.

ساعات کار اعضای تیم سلامت

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

تبصره: اعضای تیم سلامت مستقر در مراکز مجری برنامه علاوه بر ساعات کار موظف، می بایست در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل بر اساس نیاز مرکز بهداشت شهرستان و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند.

بیتوته پزشک خانواده:

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

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

لازم است نام، محل و نشانی مراکز دارای بیتوته و ساعت کشیک به نحوی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا مردم بدانند در روزهای تعطیل باید به کجا مراجعه کنند.

- پایش و ارزشیابی

پایش و ارزشیابی برنامه ها در سطح انجام می گیرد:

۱- پایش و نظارت توسط مرکز خدمات جامع سلامت
این نظارت بر پایگاه های بهداشتی، بر کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت و بر گیرندگان خدمات سلامت است.

۲- پایش و نظارت توسط مرکز بهداشت شهرستان

این پایش بر مرکز خدمات جامع سلامت، بر پایگاه های سلامت و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت و گیرندگان خدمت می باشد.

۳-پایش و ارزشیابی توسط معاونت بهداشتی استان

نظارت بر مراکز بهداشت شهرستان ها، بر مرکز خدمات جامع سلامت، بر پایگاه های سلامت و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت و گیرندگان خدمت می باشد.

۴-پایش و ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه

نظارت بر مراکز بهداشت استان ها، بر مراکز بهداشت شهرستان ها، بر مرکز خدمات جامع سلامت، بر پایگاه های سلامت در کل کشور و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت و گیرندگان خدمت سلامت می باشد.

پایش فصلی تیم سلامت :

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

پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان / شهرستان :

برنامه پایش می بایست با رویکرد حل مشکل و ارتقاء کیفیت خدمات باشد. برنامه ریزی پایش باید به صورت مشترک با مشارکت فعال مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان انجام گردد. پایش از مراکز خدمات جامع سلامت توسط تیم مشترک شهرستان (مرکز بهداشت شهرستان و اداره بیمه سلامت شهرستان) حداقل یک بار در ماه باید صورت پذیرد. انجام پایش به وسیله چک لیستی که با تفاهم مشترک معاونت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تهیه شده است، انجام می شود.

پرسش و تمرین

- ۱) خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت را توضیح دهید.
- ۲) شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده را بیان نمایید .
- ۳) هیات امناء و وظایف آن را شرح دهد.
- ۴) وظایف تیم سلامت و ساعات کار تیم سلامت را توضیح دهد.
- ۵) نحوه پایش در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را بیان نماید.

فصل ۶:

آشنایی با نظام ارجاع و انواع آن

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

مقدمه

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

اهداف:

استقرار سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی و سیستم ارجاع در ایران با این اهداف انجام گرفت:

- کنترل هزینه ها و جلوگیری از اتلاف منابع مادی و انسانی
- کاستن از بار مراجعات غیر ضروری به متخصصین و فوق تخصصین

- ارتقا کارایی و عدالت در دسترسی مردم به خدمات
- تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداختها
- افزایش پاسخگویی در نظام سلامت و ارتقای سطح سلامت مردم.

سطح بندی خدمات در نظام ارجاع

به منظور ارتقاء سلامت و جلوگیری از مراجعه مکرر و غیر ضروری به مراکز تخصصی و اتلاف منابع، نظام سطح بندی خدمات اجرا شد. ارتباط بین این سطوح از طریق نظام ارجاع صورت می گیرد. نظام ارجاع به گونه ای تبیین می گردد که کارکنان سطوح پایین تر در صورتی که قادر به تشخیص و درمان بیماران نباشند، به سطح بالاتر که دارای کارکنان با سطح تحصیلات بالاتر بوده و قادر به ارائه خدمات تخصصی تر در ابعادی وسیع تر با استفاده از تکنولوژی پیشرفته تر هستند ارجاع دهند.

دلیل اصلی سطح بندی خدمات در نظام ارجاع، افزایش کیفیت سلامت و بهبود دریافت درمان و صرفه جویی در زمان دریافت درمان مناسب است. اجرای مناسب این سطوح می تواند از هزینه های وارد شده به بیمار و هم چنین دولت بکاهد و مانع اتلاف امکانات کلینیکی و پاراکلینیکی به دلیل کاهش درمان های تکراری گردد.

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

۱. سطح یک ارائه خدمات سلامت :

واحدی در نظام سلامت که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک عمومی یا تیم سلامت برقرار می شود و شامل :

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

۲. سطح دو ارائه خدمات سلامت :

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

۳. سطح سه ارائه خدمات سلامت :

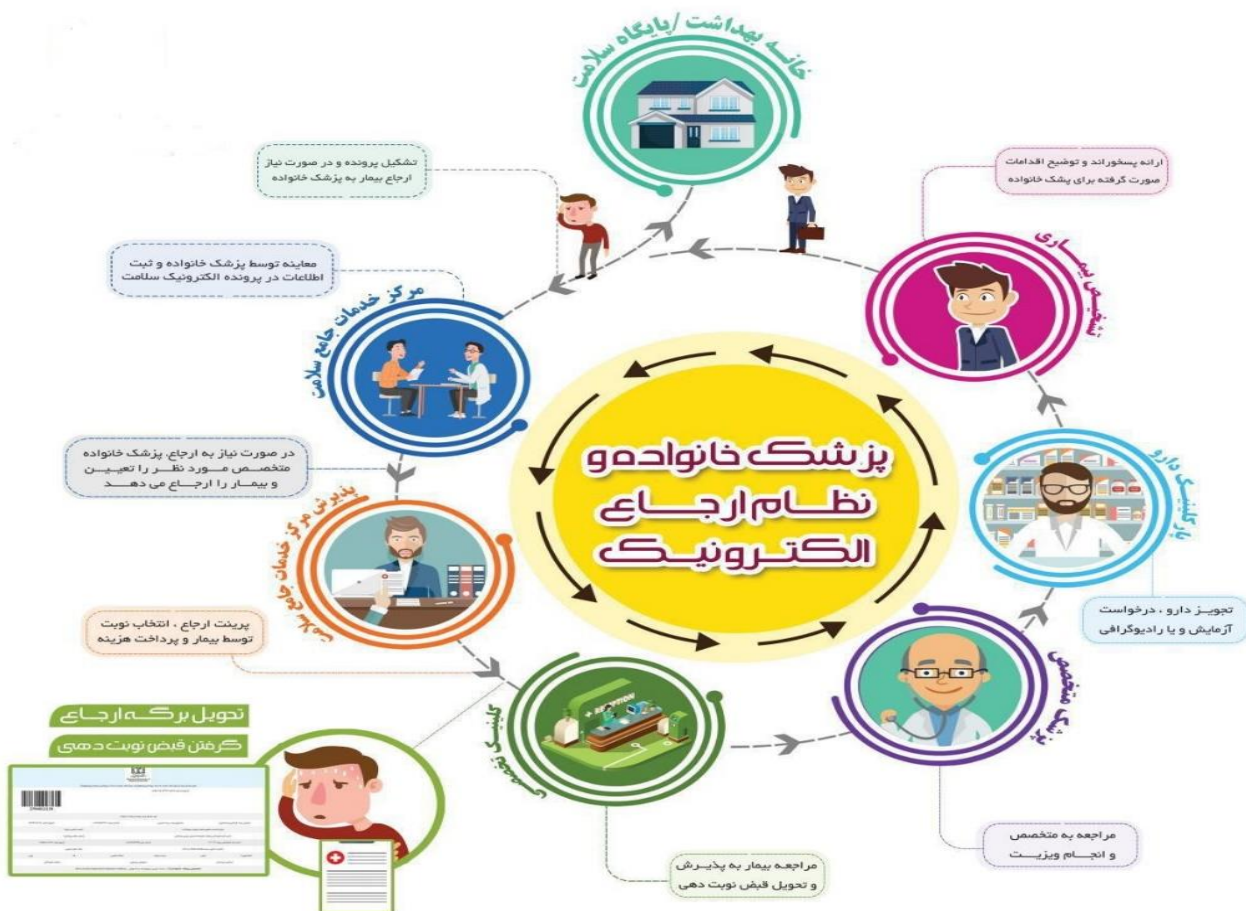
سطح سه شامل خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری است و بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده قرار می گیرد.

نظام ارجاع :

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

نقشه ارجاع :

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



گام های اجرایی استقرار برنامه نظام ارجاع :

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

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

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

استفاده از نظام ارجاع می تواند مزیت های ذیل را ایجاد نماید:

امکان استفاده از کارکنان غیرپزشک را برای ارائه خدمات ساده بهداشتی و کمک های اولیه درمانی فراهم سازد و سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیرتخصصی باز دارد و برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم آورد.

از ارائه خدمات به شکل تکراری (دارو، آزمایش و سایر ارزیابی های تشخیصی مکرر) جلوگیری کند. خدمات را به نحو چشمگیری ارزان کند.

با توزیع وسیع و گسترده واحدهای محیطی، امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم آورد.

خدمات سطح اول در برنامه نظام ارجاع

✓ پزشک سطح اول (طرف قرارداد نظام ارجاع) مسئول مراقبت، مدیریت و پیگیری بیمار است، بنابراین ضروری است فرآیند مراجعه بیمار از سطح اول به دوم/سوم به همراه پیگیری دریافت بازخورد از پزشک متخصص توسط پزشک ارجاع دهنده صورت گیرد.

✓ در صورت نیاز به ارجاع بیمار از سطح اول به دوم، باید مشخص شود ارجاع وی مطابق راهنماهای بالینی بهداشت و درمان دارای چه سطحی از اولویت است.

✓ بیمارانی که در اولویت ویزیت سطح دوم می باشند (ارجاع فوری) حتی در صورت تکمیل ظرفیت، باهماهنگی ستاد مدیریت ارجاع دانشگاه، باید در سطح دوم پذیرش شوند.

نکته: مراجعه بیماران اورژانسی در بخش اورژانس بصورت شخصی یا از طریق اورژانس پیش بیمارستانی خارج از مسیر ارجاع است.



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

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

انواع ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت

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

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

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

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

۲- ارجاع عمودی: ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می شود.

- مثال ۱: ارجاع از سطح اول به سطح دوم (پزشک خانواده به پزشک / پزشکان متخصص)
 مثال ۲: ارجاع از سطح دوم به سطح سوم (ارجاع از پزشک متخصص به فوق تخصص)

مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات

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

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

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

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

مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات

سرفه یا تنفس مشکوک را ارزیابی کنید

سوال کنید:
 آیا کودک سرفه می‌کند یا تنفس مشکوک دارد؟
 اگر بله
 برای چه مدت؟
 بررسی کنید:

• تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه بشمارید.
 تنفس کند:
 در کودک ۲ تا ۱۲ ماهه: ۲۰ تا ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر
 در کودک ۱۲ ماه تا ۵ ساله: ۲۰ بار در دقیقه یا بیشتر

کودک باید آرام باشد {
 • ترشیدگی قهوه سبز
 • خرسین
 • خسین

اگر خسین همراه با یکی از موارد زیر باشد، تنفس کند یا نارسایی ریوی را به همراه سینه و جوجه دارد.
 برای درمان: ۲ قطره استروئید - سالیواتور
 کودک بهبود تعداد تنفس را تجربه و سینه بازتر
 ترشیدگی قهوه سبز دارد یا خیر و سپس طبقه‌بندی کنید.

طبقه‌بندی خطر
 • وجود هر یک از:
 • تنفسهای خفیف
 • تنفس خیلی کند بیشتر از ۶۰
 • خرسین درازمدتی که آرام نشود

طبقه‌بندی
 • با توجه به شدت از بررسی با سرفه یا سرماخوردگی

اقدام مناسب
 • فوراً کودک را به نزدیکترین مرکز درمانی انتقال دهید.
 • اگر خانواده یا نزدیکترین مرکز درمانی شامل آن رنگ سلامت است اولین نمونه آنتی‌بیوتیک ارزیابی را دهید.

• برای تعیین آنتی‌بیوتیک مورد نیاز: پزشک مرکز ارجاع دهید.
 • اگر خسین سینه پس از مصرف سالیواتور قطع شده است.
 • با اگر سرفه، خسین و تنگی نفس یکی از موارد ارائه داده یا حداقل تکرار شده است کودک را برای ارزیابی بیشتر به پزشک ارجاع دهید.
 • سرفه را با علائم تنگی نفس، خسین، تنگی نفس جدید، به مدت توصیه کنید که چه موقع فوراً برگرد.
 • جهت پیگیری بعد از ۲ روز بعد مراجعه کنید.

• سرفه را با علائم تنگی نفس، خسین، تنگی نفس جدید، به مدت توصیه کنید که چه موقع فوراً برگرد.
 • در صورت عدم بهبودی جهت پیگیری بعد از ۲ روز بعد مراجعه کنید.

قبل از شروع ارزیابی در صورتی که وضعیت کودک بسیار آشفته شد و وزن کودک را اندازه‌گیری کرده و هر دو تست ماک را تکمیل کنید.
 • اگر دستگاه اکسیژن سطح بسیار پایین‌تر از حد وجود دارد، اشیاء اکسیژن را اندازه‌گیری و در صورتی که کمتر از ۹۰٪ است، کودک را ارجاع دهید.
 • اگر سالیواتور استثنایی در دسترس نیست، می‌توان سالیواتور مورد نیاز را از همان مرکز برای فرمای خسین حاد و شدید توصیه نمی‌شود.
 • در صورتی که پزشک در مرکز حضور ندارد طبق جدول آنتی‌بیوتیک مورد نیاز، به مدت ۱۰ روز آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم بدهید.

ارجاع در سطح یک خدمات در برنامه پزشک خانواده:

ارجاع افقی یا درون سطحی: اولین محل مراجعه بیمار خانه بهداشت / پایگاه سلامت است پس از اینکه بهورز یا مراقب سلامت خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، بنابر آنچه در پروتکل های ابلاغی مربوطه آمده است در صورت نیاز به خدمات تخصصی تر در همان سطح، پس از تکمیل فرم ارجاع الکترونیکی، فرد را برای دریافت آن خدمات در همان سطح (برای ویزیت پزشک، ماما، خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روان) به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع می دهد. (البته پایگاه های سلامت ضمیمه در همان مرکز واقعند و ارجاع در داخل همون مرکز صورت می گیرد).

تحت شرایط اضطرار، بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

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

❖ ارجاع عمودی یا به سطح بالاتر :

✓ در صورت نیاز مراجعه کننده به خدمات تخصصی تر (سطح بالاتر) ، پزشکان خانواده مستقردر سطح یک با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح دو یا سه (سطوح بالاتر سرپایی و بستری) به پزشک متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع می دهند و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با تیم سلامت است.

✓ سقف ارجاع به متخصص سطح دو تا حداکثر ۱۵٪ مراجعین به پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت می باشد بدیهی است درصد مزبور شامل موارد ارجاعی به متخصص بر اساس مراقبت گروههای هدف و بسته خدمتی نیز می باشد.

✓ مدیریت سلامت جمعیت تحت پوشش ، بر عهده پزشک خانواده مربوطه می باشد و پزشک ارجاع دهنده موظف است وضعیت بیمار ارجاع شده به سطح تخصصی را پیگیری و مشخص نماید.

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

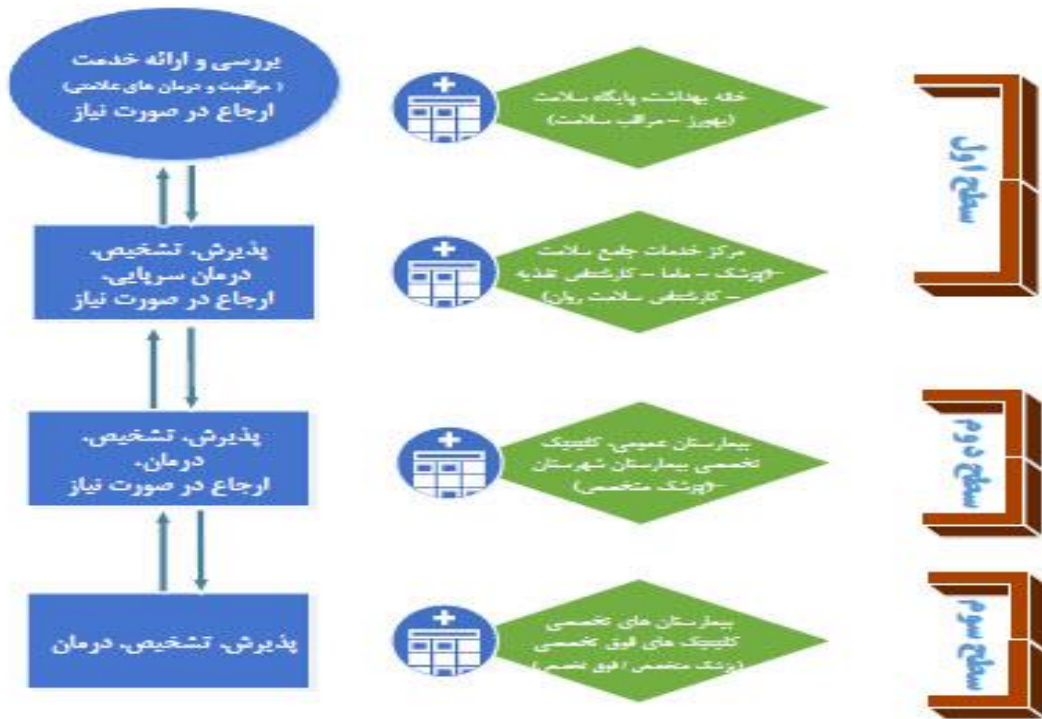
ارجاع در سطح دو خدمات در برنامه پزشک خانواده :

ارجاع به سطوح بالاتر بر اساس دستور عمل ابلاغی استقرار نظام ارجاع الکترونیک خواهد بود. ارجاع بیماران به متخصصین سطح دو خدمات، توسط پزشکان خانواده مستقردر سطح یک صورت می گیرد.

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

ارجاع سطح دوم به سوم (ارجاع از پزشک متخصص به فوق تخصص): در صورت نیاز به ویزیت فوق تخصصی انجام می شود و ارجاع مستقیم از سطح اول به خدمات فوق تخصصی ممکن نمی باشد .

سطوح مختلف نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده



پرسش و تمرین

- ۱-اهداف نظام ارجاع را بنویسید .
- ۲- گام های اجرایی استقرار برنامه نظام ارجاع را توضیح دهید .
- ۳- مزایای نظام ارجاع را بنویسید.
- ۴-خدمات و وظایف سطح اول در برنامه ارجاع را بنویسید .
- ۵-نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده را شرح دهید .
- ۶-سطح بندی خدمات در نظام ارجاع را بیان کند.
- ۷-انواع ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت را نام ببرد .
- ۸-مفهوم رنگ ها در چارت های ارائه خدمات را بیان کند .

فهرست منابع

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، اصول و ضوابط و استانداردهای شبکه بهداشت و درمان (سند توسعه بهداشت). شهریور ۱۴۰۰

پيله رودی، س: خدمات مدیریتی در شبکه بهداشت و درمان شهرستان. چاپ اول. انتشارات گلشن، تهران، ص: (۱۱۸-۱۵۵). چاپ اول ۱۳۷۸

شادپور، ک: «اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران». مجله پژوهشی حکیم: ۱۳۸۵، دوره نهم، شماره سوم، ص ۱۱، پاییز ۱۳۸۵.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت. دستور عمل اجرایی برنامه تامین و ارتقای مراقبت های اولیه سلامت در مناطق شهری و حاشیه نشین - نسخه ۵ - تیر ۱۴۰۰

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت. دستور عمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی - نسخه ۲۱

اعضای کمیته برنامه ریزی آموزش نیروی انسانی _ مجموعه کتب بهورزی / کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا ۱۳۷۹

سامانه سیب گیلان و سامانه سیب تست (دانش پارسیان)

ترکمن نژاد شریف، نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور و اخلاق حرفه ای سی دی آموزشی مدیریت مراکز سلامت شهرستان از مجموعه سی دی های آموزشی کارشناسی ارشد مجازی، شیراز ۱۳۹۷

کاظمی. م، خواجه ثیان. ع، چیدمان استاندارد در خانه بهداشت، چاپ اول، انتشارات سپر اندیشه، ۱۳۹۳

پيله رودی، س: شبکه بهداشت و درمان شهرستان ویرایش سوم. چاپ سوم. انتشارات رضویه، تهران، ص: XXXiii، 1385.

اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذا و دارو، دستور عمل انبارش و نگهداری تجهیزات و ملزومات پزشکی شماره ۱: ۱۳۹۵

معاونت بهداشت وزارت بهداشت، خدمات سلامت سطح اول، ویژه استفاده در شهر، حاشیه شهر و مناطق روستایی فروردین ۱۳۹۵

آیین نامه دوره آموزش بهورزی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی آبان ۱۳۹۴
شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، برنامه آموزشی دوره
کاردانی بهورزی، ۱۳۹۳

گروه اطلاعات و آمار مرکز مدیریت شبکه، دستورالعمل تکمیل زیج حیاتی مناطق روستایی و شهری ۱۳۹۴
آل کجفاف، حسین. مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین المللی حقوق بشر، فصلنامه حقوق پزشکی
سال هفتم، شماره بیست و چهارم، بهار (۱۳۹۲).

آرتور اس. ربر. فرهنگ روان شناسی؛ ترجمه: یوسف کریمی، تهران: انتشارات رشد. (۱۳۹۰)
آسیورن ایده و دیگران. حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، ترجمه: اردشیر امیر ارجمند، تهران، انتشارات
مجد، (۱۳۸۹)

دهخدا؛ علی اکبر. فرهنگ دهخدا، جلد ۸، انتشارات دانشگاه تهران،

سیامک فرهادی _ شناسایی جمعیتی و زیست محیطی روستا ویژه آموزش بهورزان _ بهار ۱۳۹۷

گروه پشتیبانی دانش پارسیان، راهنمای سامانه سیب ویژه غیر پزشک، ۱۳۹۸

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت با سازمان بیمه سلامت ایران، دستور عمل نحوه
پرداخت کارانه در برنامه پزشک خانواده