

ویرایش سوم

# شبکه بهداشت و درمان شهرستان

باتجدید نظر کلی

دکتر سیروس پيله رودی

Cover

عنوان

فهرست

تاریخچه

برداشت هایی از پیشگفتار چاپ دوم

پیشگفتار چاپ سوم

برداشت هایی از کتاب نگرشی

جدول ۱- مقایسه شاخص ها

جدول ۲- توزیع سه رده از پزشکان

نقاط اشتراک و تفاوت طرح شبکه ۱ با طرح قضایی

خدمات مدیریتی در واحدهای مختلف شبکه

اصول تفویض اختیار

خودگردانی

خودکفایی

فصل اول: شبکه بهداشت و درمان شهرستان

ضوابط کلی

دسترسی جغرافیایی و مسیر طبیعی حرکت مردم

دسترسی فرهنگی

روش کار برای تامین سهولت دسترسی

سطح بندی و اقدام خدمات

نظام ارجاع

تناسب کمی نیروی انسانی

تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی

فصل دوم: واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

خانه بهداشت

تعریف، شرایط استقرار

وظایف

سرشماری سالانه و ثبت اطلاعات

آموزش بهداشت عمومی

تشکیل گروه های داوطلب و شوراهای محلی بهداشت

مراقبت از زنان باردار

مراقبت از کودکان

تنظیم خانواده

آموزش و مراقبت تغذیه ای

مراقبت از دانش آموزان و بهداشت مدارس

بهداشت دهان و دندان

ایمن سازی

نظارت بر موازین بهداشت حرفه ای

بهداشت محیط عمومی روستا

بهبودی محیط

بهداشت محیط مکان های عمومی

بهداشت محیط مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و کنترل سلامت مواد عرضه

شده

بازدید منزل

بیماریابی

تزریق ها

فوریت ها

همکاری با دانشجویان اعزامی

شرایط انتخاب و تربیت بهورزان
خدمات مدیریتی در خانه بهداشت
حجم خدمات مورد نیاز
ضابطه پرسنلی
مرکز بهداشتی درمانی روستایی
تعریف، محل استقرار، وظایف
جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمارها
کنترل و پیگیری اجرای برنامه ها
پذیرش بیماران
همکاری با گروه های اعزامی
مشارکت در فعالیت های آموزشی
اعزام تیم های سیار
برنامه های بهداشتی
پژوهش
مدیریت در مرکز بهداشتی درمانی
روابط درون مرکز بهداشتی درمانی
رابطه با بیمارستان
رابطه با شورای ده و معتمدان محلی
ضمانت احتمالی مرکز بهداشتی درمانی
تسهیلات زایمانی
بخش جراحی های کوچک
ضوابط پرسنلی مراکز بهداشتی درمانی روستایی و ضمانت احتمالی آن
پزشک
دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان

کاردان بهداشت عمومی

کاردان یا تکنیسین علوم آزمایشگاهی

کاردان رادیولوژی

داردیار یا نسخه پیچ

بهیار

پذیرش و امور عمومی

راننده

نگهبان

خدمات مدیریتی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی

نکات و شاخص های مدیریتی برای بازدید از مراکز

فضاهای مورد نیاز

تجهیزات

کلیات روشی برای تعیین تعداد نیروی انسانی لازم

فصل سوم: واحدهای عرضه خدمات در شهر

اول: پایگاه بهداشت شهری

ضوابط نیروی انسانی

جدول ۳ - حجم خدمات بهداشتی در شهر برای ۱۰۰۰ نفر

فضای مورد نیاز

نکات و شاخص های مدیریتی برای بازدید

دوم: مرکز بهداشتی درمانی شهری

وظایف

برآورد حجم کار و ساختار پرسنلی

بخش خصوصی و اثر آن در شبکه

مدیریت در مرکز شهری

سطح بندی و توزیع خدمات درمانی و فوریت ها

سوم: بیمارستان

چهارم: مرکز بهداشت شهرستان

وظایف مرکز بهداشت شهرستان

ضوابط تعیین نیروی انسانی در مراکز بهداشت شهرستان

ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان

مرکز بهداشت استان

نکات و شاخص های مدیریتی برای بازدید از مرکز استان

خدمات مدیریتی در مرکز بهداشت شهرستان

نکات و شاخص های مدیریتی برای بازدید از مرکز شهرستان

جدول ۴- تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

کروکی و تجهیزات اداری و فنی واحدهای بهداشتی شهرستان

کروکی خانه بهداشت

جدول ۵- فهرست وسایل و تجهیزات خانه بهداشت

جدول ۶- کروکی مرکز بهداشتی درمانی روستایی و تجهیزات اداری به تفکیک

فضاها

جدول ۷- تجهیزات فنی مرکز بهداشتی درمانی به تفکیک فضاها

پیوست شماره ۱- متن دستورالعمل اولیه تدوین شهرها

پیوست شماره ۲- پرونده خانوار

منابع



شبکه بهداشت

و

درمان شهرستان

ویرایش سوم

با تجدیدنظر کلی

مؤلف:

دکتر سیروس پيله رودی

انتشارات رضویه

۱۳۸۵

پيله رودی، سیروس، ۱۳۱۶ -  
شبکه بهداشت و درمان شهرستان / سیروس پيله رودی. -- [ویراست  
۲]. -- تهران: رضویه، ۱۳۸۵.  
۲۵۷ ص.: نقشه، جدول.

ISBN 964-8149-37-2

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیپا.

چاپ سوم .

کتابنامه: ص ۲۵۷.

۱. بهداشت -- ایران -- برنامه ریزی. ۲. بهداشت همگانی -- ایران  
-- خدمات. ۳. بهداشت روستایی -- ایران -- خدمات. ۴. بهداشت --  
ایران -- مدیریت. الف. عنوان.

۳۶۲ / ۱۰۹۵۵

پ ۹ الف / RA ۳۹۵

کتابخانه ملی ایران

۱۵۲۲۷-۸۵م

## انتشارات رضویه

تهران ، خیابان انقلاب ، خیابان شهید برادران مظفر جنوبی، پلاک ۴۸ واحد ۵  
تلفن و دورنگار : ۶۶۹۶۷۴۳۳ (۰۲۱)

---

نام کتاب	:	شبکه بهداشت و درمان شهرستان
مؤلف	:	دکتر سیروس پيله رودی
نوبت چاپ	:	نوبت چاپ : اول، ناشر سال ۱۳۸۵
ویرایش	:	سوم - با تجدید نظر کلی
حروف چینی	:	پرویندخت نمیرانیان
صفحه آرایي	:	سعیده حنیفه لو
چاپ و صحافی	:	اسپید
شمارگان	:	۵۰۰۰ جلد

ISBN : 964 - 8149 - 37 - 2

شابک : ۲ - ۳۷ - ۸۱۴۹ - ۹۶۴



## فهرست مطالب

صفحه	فهرست
vii.....	تاریخچه
xix.....	برداشت هایی از پیشگفتار چاپ دوم
xxi .....	پیشگفتار چاپ سوم
xxiii .....	برداشت هایی از کتاب نگرشی
xxiv.....	جدول شماره ۱- مقایسه شاخص ها
xxvi.....	جدول شماره ۲- توزیع سه رده از پزشکان
xxxiii.....	نقاط اشتراک و تفاوت طرح شبکه ها با طرح رضائیه
xxxvi.....	خدمات مدیریتی در واحدهای مختلف شبکه
xxxvi.....	اصول تفویض اختیار
xxxviii.....	خود گردانی
xxix.....	خود کفایی

## شبکه بهداشت و درمان شهرستان

- ۲ ضوابط کلی .....
- ۲ دسترسی جغرافیایی و مسیر طبیعی حرکت مردم .....
- ۳ دسترسی فرهنگی .....
- ۴ روش کار برای تامین سهولت دسترسی .....
- ۷ سطح بندی و ادغام خدمات .....
- ۸ نظام ارجاع .....
- ۹ تناسب کمی نیروی انسانی .....
- ۱۰ تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی .....

## واحدهای عرضه خدمت در روستا

### خانه بهداشت:

- ۱۳ تعریف، شرایط استقرار .....
- ۱۵ وظایف .....
- ۳۱ شرایط انتخاب و تربیت بهورزان .....
- ۳۶ خدمات مدیریتی در خانه بهداشت .....
- ۴۳ حجم خدمات مورد نیاز .....
- ۴۷ ضابطه پرسنلی .....

## مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

- ۵۱ ..... تعریف، شرایط استقرار، وظایف
- ۶۱ ..... مدیریت در مرکز بهداشتی درمانی

## ضمائم احتمالی مرکز بهداشتی درمانی:

- ۶۵ ..... تسهیلات زایمانی
- ۶۶..... بخش جراحیهای کوچک
- ضوابط پرسنلی مراکز بهداشتی درمانی روستایی
- ۶۹..... و ضمائم احتمالی آن
- ۸۱..... خدمات مدیریتی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی
- ۹۴..... نکات و شاخص های مدیریتی برای بازدید از مراکز
- ۹۶..... فضاهای مورد نیاز
- ۹۷..... تجهیزات

- ۹۸..... کلیات روشی برای تعیین تعداد نیروی انسانی لازم

## واحدهای عرضه خدمت در شهر

- ۱۰۹ ..... اول - پایگاه بهداشت شهری:
- ۱۱۳..... ضوابط نیروی انسانی در پایگاه بهداشت شهری

- جدول شماره ۳- حجم خدمات بهداشتی در شهر برای ۱۰۰۰ نفر.....۱۱۴
- فضاهای مورد نیاز.....۱۱۷
- نکات و شاخص های مدیریتی برای بازدید.....۱۲۰
- دوم - مرکز بهداشتی درمانی شهری: .....۱۲۲
- وظایف ..... ۱۲۲
- برآورد حجم کار و ساختار پرسنلی ..... ۱۲۴
- بخش خصوصی و اثر آن در شبکه ..... ۱۳۰
- مدیریت در مرکز شهری ..... ۱۳۶
- سطح بندی و توزیع خدمات درمانی و فوریت‌ها ..... ۱۳۷
- سوم - بیمارستان ..... ۱۴۲
- چهارم - مرکز بهداشت شهرستان.....۱۴۴
- وظایف مرکز بهداشت شهرستان ..... ۱۴۴
- ضوابط تعیین نیروی انسانی در مرکز بهداشت شهرستان ..... ۱۷۹
- جدول شماره ۴ - تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان ..... ۱۸۴

### کروکی و تجهیزات اداری و فنی واحدهای بهداشتی

- کروکی خانه بهداشت ..... ۱۹۵
- جدول شماره ۵ - فهرست وسایل و تجهیزات خانه بهداشت..... ۱۹۶
- جدول شماره ۶ - کروکی مرکز بهداشتی درمانی روستایی و
- تجهیزات اداری به تفکیک فضاها.....۲۰۳

جدول شماره ۷ - تجهیزات فنی مرکز بهداشتی درمانی

۲۱۵.....	به تفکیک فضاها.....
۲۳۵ .....	پیوست شماره ۱ - متن دستورالعمل اولیه تدوین طرح ها.....
۲۴۰ .....	پیوست شماره ۲ - پرونده خانوار .....
۲۵۶.....	منابع.....

## تاریخچه

جریان تدوین و شکل‌گیری شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور در بعد از انقلاب اسلامی را می‌توان به چهار دوره تقسیم کرد:

**دوره اول**، از اواسط سال ۱۳۵۸ شمسی تقریباً بلافاصله بعد از تشکیل اولین دولت جمهوری اسلامی آغاز می‌گردد. وزیر و معاونان جدید، به منظور شناخت تکالیف و ساختار وزارت بهداشتی و بهزیستی وقت، به بررسی برنامه‌ها و تشکیلات وزارت بهداشتی پرداختند. در حدی که نگارنده اطلاع دارد، وزیر و معاونانی که در این گروه شرکت داشتند عبارت بودند از آقایان: دکتر هادی منافی (وزیر)، دکتر علیرضا مرندی (معاون بهداشت)، دکتر محمدرضا کلانتر معتمدی (رئیس مجتمع آموزشی و پژوهشی، این مجتمع در واقع نقش معاونت آموزشی کنونی را به عهده داشت)، دکتر محمد علی فیاض بخش (معاون بهزیستی)، دکتر غلامحسین نیک‌نژاد (معاون امور دارو) و کمال مرتضوی (معاون اداری و مالی). گروه کثیری از صاحب‌نظران و سران بهداشت کشور نیز آنان را همراهی می‌کردند.

شورای معاونان پس از یک سال و اندی، در شهریور ماه ۱۳۵۹، به منظور سازماندهی جریان‌های برنامه‌ریزی داخل وزارتخانه، شورایی به نام «شورای بررسی برنامه‌ها و تشکیلات» ایجاد کرد. این شورا وظیفه داشت با همکاری گروه‌های تخصصی، برنامه‌ها و نهادهای گوناگون وزارت بهداشتی و بهزیستی را

بررسی و نتیجه را به شورای معاونان گزارش کند. بدین منظور، این شورا چهار گروه کار تشکیل داد که عبارت بودند از: گروه بررسی وضع موجود، گروه بررسی سازمان و تشکیلات، گروه بررسی و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی و گروه بررسی و برنامه‌ریزی درمان. هر یک از این گروه‌ها نیز دارای چندین کمیته بود. در این گروه‌ها تعداد کثیری از کارشناسان، خبرگان و استادان قسمتهای مختلف وزارت بهداشتی، سازمان بهزیستی، دانشکده بهداشت، انستیتو پاستور، انستیتو رازی، سازمان برنامه و بودجه، نظام پزشکی و ... شرکت میکردند. می‌توان ادعا کرد، هرکسی که حرفی برای گفتن و فکری برای طرح کردن داشت، در یکی از این گروه‌ها شرکت داده شده بود. به طور مثال، گروه برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی دارای پنج کمیته بود که بالغ بر ۱۲۰ نفر در این کمیته‌ها شرکت داشتند، دوره اول قریب ۲۰ ماه طول کشید و حاصل آن چهار گزارش بود.

«با وجود آن که در تدوین این گزارش‌ها از نظرات گروه وسیعی از کارشناسان استفاده شده بود، به علت تنگی وقت و تعجیل در اعلام سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها، توجه بیشتر مطالب و تکمیل استانداردها مقدور نگردید. نقیصه دیگر این گزارش‌ها، غفلت از موضوعات مربوط به آموزش نیروی انسانی و روش‌های اجرای نظام پیشنهادی بود.

از این رو مؤلفین این مجموعه از گروه برنامه‌ریزی آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشتی مامور بازنگاری و تنظیم مجدد گزارش‌های مذکور و رفع نقیصه‌های آن شدند<sup>۱</sup>

دوره دوم، زمانی است که به کار تدوین تفصیل وظایف، ضوابط، ارتباط واحدها، رده‌های مختلف نیروی انسانی مورد نیاز، خطوط اصلی تغییرهای ضرور در تربیت نیروهای انسانی و بالاخره تنظیم برخی از معیارها و استانداردها برای خدمات و واحدهای اجرایی گذشت.

با آنکه ادامه جنگ تحمیلی عراق با ایران و کشانده شدن بمباران شهرها به پایتخت، موجب آشفتگی‌های اجتماعی، روانی و اداری فراوانی شده بود، کلیه ضابطه‌ها و روابطی که برای سازماندهی اجزای شبکه تدوین می‌گردید، جزء به جزء در جلسه شورای معاونان مطرح، بررسی و تصویب می‌شد.

همه هفته یک یا دو جلسه شورای معاونان به این کار اختصاص می‌یافت. جلسه‌ها از عصر شروع می‌شد و اغلب تا نیمه‌های شب و گاه تا یک بامداد بطول می‌انجامید. نان بربری گرم با پنیر و چای شیرین، شام شب شرکت‌کنندگان و چاشنی بحث داغ این جلسه‌ها بود و بمباران‌ها هیچ هراسی

<sup>۱</sup> دکتر سیروس پیله رودی، دکتر کامل شادپور، دکتر حسن وکیل، صفحات ب و پ مقدمه کتاب «نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی»، مجتمع آموزشی و پژوهشی،



برنمیانگیخت. ثمره ارزشمند این ایام - که یاد و یادگارش گرمی باد - ضوابطی بود که در کتاب «نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی»<sup>۲</sup> گردآوری شده است. دی ماه ۱۳۶۰ را می‌توان پایان عمر ۹ ماهه دوره دوم دانست.

تجربه برنامه‌های توسعه کلی اقتصادی - اجتماعی در قبل از انقلاب، نشان داده بود که، برنامه‌ریزی‌های کلی اگر با توزیع جغرافیایی و تفصیلی منابع همراه نباشد، به احتمال قریب به یقین، در اثر اعمال نفوذها و روابط فردی، به تشدید نابرابری‌ها خواهد انجامید. بدین جهت، در گزارش‌های این دوره «شهرستان» به عنوان مقیاس اداری - جغرافیایی گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور پیشنهاد گردید. چند سال بعد، سازمان جهانی بهداشت نیز بر مبنای تجربیات خود در سایر کشورهای جهان مقیاس شهرستان را برای برنامه‌ریزی‌های مختلف بهداشتی مورد تاکید قرار داد.

به موجب این گزارش‌ها تهیه طرح‌های تفصیلی گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی به تفکیک شهرستان‌های کشور به صورت ضرورتی اجتناب‌ناپذیر احساس می‌شد. این کار مستلزم آگاهی کامل از وضعیت جغرافیایی، فرهنگی و ارتباطی مناطق روستایی هر شهرستان بود، که نه

---

<sup>۲</sup> به منظور رعایت اختصار، در این نوشتار، از این پس مجموعه مورد بحث را «کتاب نگرشی» خواهید خواند.

مدارک مدون و مستندی برای آنها وجود داشت، و نه گردآوری چنین اطلاعات وسیعی از عهده ۲ یا ۳ نفر بر می آمد.

«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 سه تن از کار مشترک کناره گرفت، کسانی آن را سرپوش بیکاری می‌دانستند و در واقع نیز کاری بس عظیم و باورنکردنی می‌نمود.»<sup>۳</sup>

برای تدوین و تمرین گام‌های اجرایی این مرحله کار مشترک آقای دکتر شادپور و نگارنده، به علت شدت گرفتن بیماری من، از اول صبح در خانه اینجانب شروع می‌شد و معمولاً تا پاسی از شب و گاه تا نیمه‌های شب ادامه می‌یافت. این وضعیت چندین ماه به طول انجامید. نتیجه کار این دوره مشخص شدن روش کار و فهرست اطلاعات مورد نیاز و الگوهایی بود که روند کار و روش تدوین جزوه‌های شهرستان را روشن می‌ساخت.

دوره سوم، با قصد دستیابی به آخرین اطلاعات منطبق با واقعیت‌های محلی آغاز شد. روش این کار فراخوانی کارکنانی بود که سابقه خدمت طولانی و شناخت دقیقی از مناطق روستایی شهرستان محل خدمت خود داشتند. تهیه

<sup>۳</sup> دکتر کامل شادپور، پاراگراف اول مقدمه، شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران، تهران، ۱۳۷۲

طرح‌های اولیه برای چند استان نشان داد که این کار تا چه حد دشوار، وقت گیر و فرساینده است. در نتیجه، یکی از سه نفری که این کار را شروع کرده بودند، به قول خود از این «کار عمله‌جاتی» فاصله گرفت. کارشناسان و خبرگانی هم که به این کار دعوت می‌شدند، با مشاهده روند کار، پس از نصیحت و هدایت‌های دلسوزانه، دایر بر غیرممکن بودن ادامه آن، از این کار کناره می‌گرفتند. گروهی از این بزرگواران گرچه همت یاری نداشتند، ولی انصاف باید داد که هیچ فرصتی را، برای تبلیغ سوء و ایجاد تردید از دست نمی‌دادند. در نتیجه به علت جو سنگینی که بر محیط کار حاکم شده بود، ادامه کار از ساختمان مجتمع آموزشی و پژوهشی به ساختمان اصلی وزارتخانه منتقل گردید. به تدریج، عدم حمایت اداری به حدی رسید که تهیه وسایل اولیه کار مثل پونز و سنجاق رنگی (که در آن زمان به شدت کمیاب بود) به سختی میسر می‌شد؛ و فقط همت و حوصله خواهر پیر و بیمارم که برای تهیه این لوازم فروشگاه‌های شمال تا جنوب تهران را زیر پا می‌گذاشت، باعث می‌شد که لوازم مورد نیاز فراهم گردد.

گاه، حتی تامین ساندویچ برای ناهار کسانی که از استان‌ها دعوت می‌شدند، میسر نمی‌گشت و مهمانان شهرستانی به هزینه جیب نجیب خویش شکم خود را سیر می‌کردند. در چنین شرایطی بود که به کمک کارکنان پرحوصله و زحمتکش استان‌ها نسخه‌های خطی طرح‌های گسترش واحدهای بهداشتی درمانی سرپایی، به تفکیک هر شهرستان، آماده و بر روی کف

یکی از اتاق‌های کار چیده شد. تنها پس از بازدید آقای وزیر از این لاشه‌ها بود که امکان تایپ، تکثیر و تجلید طرح گسترش شهرستان‌ها فراهم شد. این کار تا حوالی خرداد ماه سال ۱۳۶۳ بطول انجامید.

تقریباً همزمان با آماده شدن این طرح‌ها، آقای دکتر علیرضا مرندی به وزارت منصوب شد و آقای دکتر حسین ملک‌افضلی اردکانی استاد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران را به عنوان معاون بهداشت انتخاب کرد.

این تغییرات نقش تعیین کننده‌ای در تحقق اجرایی شبکه‌ها پیدا کرد:

یکی اینکه آقای دکتر مرندی قبل از این که معاون بهداشت بشوند (در دوره نقاهت خود با حضور در محل کار گروه در مجتمع آموزشی و پژوهشی) و نیز در دوران اشتغال در معاونت بهداشتی با علاقه جریان تکوین و تدوین شبکه‌ها را پیگیری می کرد و به اهمیت این زیرساخت توجه داشت.

دیگر اینکه آقای دکتر ملک‌افضلی به علت سابقه کار در سپاه بهداشت و آشنایی با روش‌های مدیریت صحرائی به راحتی با ظرایف و ظرفیت‌های زیرساخت و طرح‌های تدوین شده آشنایی یافتند.

به عنوان خط مشی اجرایی طرح‌ها دو روش مورد بحث و بررسی قرار گرفت:

- روش نخست، انتخاب یک شهرستان به عنوان الگوی کار و پیاده کردن شبکه جامع در آن شهرستان بود. به عنوان نمونه، تکمیل شبکه شهرستان اسلام آباد غرب مورد بررسی قرار گرفت. این بررسی

توسعه بیمارستان شهرستان و انطباق آن با ضابطه‌های مورد نظر گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی را نیز در بر می‌گرفت. برآورد اولیه نشان داد که، به قیمت‌های آن زمان، این کار بالغ بر یکصد میلیون تومان هزینه خواهد داشت. در شرایط آن روز کشور، ارائه طرحی که اجرای آن فقط در یک شهرستان کوچک بالغ بر صد میلیون تومان هزینه داشته باشد، عاقلانه به نظر نمی‌رسید و به این دلیل به سرعت کنار گذاشته شد.

• **روش دوم، انتخاب یک شهرستان از هر استان و راه‌اندازی**

**تدریجی واحدهای مورد نیاز آن شهرستان بود.** به نظر می‌آمد که این روش بهتر می‌تواند حمایت نمایندگان همه استان‌های کشور در مجلس شورای اسلامی را برای اختصاص بودجه مورد نیاز این طرح جلب کند.

در این روش، با توجه به منابع قابل دسترس، ایجاد خانه‌های بهداشت در اولویت اول، و ایجاد مراکز بهداشت استان و شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری به ترتیب در مرحله دوم تا پنجم قرار می‌گرفت. توجیه ترتیبی که برای تعیین این اولویت‌ها به کار رفت، مجموعه‌ای از اجبارها و شگردهای اجرایی بود. اول این که، برای سهولت در نظارت و گسترش عملیات اجرایی، و تاکید بر عدم تمرکز اجرایی، تشکیل مدیریت-های استانی و شهرستانی ناگزیر می‌نمود و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار

بود. این انتخاب، علاوه بر ضرورت اجرایی، جنبه سمبولیک برای ترویج تفکر عدم تمرکز اداری نیز داشت. دیگر این که، در نظام تدوین شده، مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری) در حکم ستون فقرات این نظام بشمار می‌رود؛ زیرا هنوز هم راه اطمینان از اجرای درست و کیفیت مطلوب ارائه خدمات در واحدهای محیطی و تضمین نظم و استمرار این خدمات در گروهی حضور مراکز بهداشتی درمانی است؛ هم چنان که، اصلاح نقش و شیوه کار بیمارستان، به وجود و کفایت مراکز بهداشتی درمانی مشروط می‌شود؛ و بالاخره این که، تحقق شکل مطلوب مراکز بهداشتی درمانی، چه در روستا و چه در شهر، در گروهی حل دو مشکل اساسی بود که در آن شرایط عملی به نظر نمی‌رسید: مهم‌ترین این مشکل‌ها نیروی انسانی بود که برخی از رده‌های تعریف شده در این طرح - مثل کاردان‌های بهداشت - اصولاً تربیت نمی‌شد و مشکل دیگر تامین فضای فیزیکی مناسب - به ویژه در روستاها - بود. به خاطر این پیچیدگی‌ها سازماندهی نهایی مراکز بهداشتی درمانی در اولویت آخر قرار گرفت و راهبرد اصلی گسترش شبکه‌ها به تدریجی بودن این سازماندهی استوار گردید.

دومین راهبرد اصلی برای اجرا این بود که، در داخل هر واحد نیز بجای تاکید و پافشاری برای کامل بودن همه اجزای آن واحد، فقط راه‌اندازی کلی مورد توجه باشد. به طور مثال: به عنوان توزیع خدمات آزمایشگاهی، در هر مرکز بهداشت درمانی یک آزمایشگاه کوچک پیش بینی شده است به

موجب این راهبرد لازم نبود که ایجاد مرکز بهداشتی درمانی حتماً با ایجاد آزمایشگاه آن مرکز همزمان باشد و یا به تامین تمامی نیروی انسانی پیش-بینی شده برای مرکز مذکور موقوف گردد.

براین اساس، ایجاد بیمارستان‌ها به طور موقت از طرح‌های گسترش حذف و عملیات اجرایی طرح منحصر به راه‌اندازی کلی واحدهای بهداشتی یک شهرستان از هر استان شد. با این شیوه برای سال ۱۳۶۴ بودجه‌ای برآورد و پیشنهاد گردید<sup>۴</sup>. بودجه پیشنهادی، هنگام رسیدگی در سازمان برنامه و

---

<sup>۴</sup> این شیوه، ضمن توفیق‌های اجرایی که به همراه داشت، موجب بروز چند مشکل عمده شده است؛ که مهمترین آنها عبارتند از:

- ۱- ایجاد درک نادرست از شبکه در کارشناسان جدید، که چهارچوب ایجاد شده را هدف نهایی شبکه بهداشت و درمان می‌پندارند.
- ۲- جنبه دیگر این درک نادرست تفکری است که وجود نارسایی‌های موجود را ناشی از عدم توجه به نکات مذکور در برنامه‌ریزی می‌دانند و شبکه را برای پاسخگویی به تنگناهای مذکور نارسا می‌بینند.
- ۳- مشکل مهم دیگر، ایجاد تردید در کارشناسان مالی، به ویژه در سازمان برنامه و بودجه بود که بعلت عدم آگاهی از این راهبرد، از پیش‌بینی اعتبار مجدد برای گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستانهایی که سالهای قبل برای این منظور اعتباری تخصیص یافته بود، متحیر می‌گردیدند.

این عوامل موجب شده است که طرح «شبکه جامع»، با تردیدهایی روبرو گردد؛ و حتی برخی از رندان و یا فرصت‌طلبان بدون توجه به راهبردی که توضیح داده شد طرح مکرر گسترش شبکه بهداشت و درمان یک شهرستان را محتملی برای تبلیغ نارسایی شبکه و ضرورت کشف و پی‌ریزی زیرساختی نوین ساخته‌اند؛ پدیده‌ای که قرنی است منابع کشورهای جهان سوم را به باد می‌دهد.

بودجه حذف شد. پس از آن، وزیر و معاون بهداشت فعالیت‌های توجیهی خود را در میان نمایندگان مجلس شروع کردند. نتیجه این فعالیتها آن شد که هنگام رسیدگی و تصویب بودجه در مجلس، درست در آخرین روزهای سال ۱۳۶۳، بنا به پیشنهاد نمایندگان و تغییر در بودجه پیشنهادی دولت، ردیف ۱۲۹۰۱۸ با ۲۵۰ میلیون تومان اعتبار، برای گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور ایجاد شد.

به این ترتیب، دوره سوم، که از اردیبهشت ماه ۱۳۶۱ شروع شده بود، پس از سه سال تلاش بی‌وقفه در اسفند ماه سال ۱۳۶۳ پایان یافت. دوره‌ای بسیار سخت و فرساینده که عاقبت خوشی یافت.

دوره چهارم، از فروردین ماه سال ۱۳۶۴ آغاز می‌شود که با توجه به راه‌کار انتخابی تصمیم گرفته شد که ستادی مرکب از وزیر و سه معاون (بهداشت، درمان و اداری مالی) همراه با تعدادی از مدیران و کارشناسان بهداشت تشکیل گردد. قرار شد دبیرخانه این ستاد تا پایان تکمیل واحدهای بهداشتی کشور در معاونت بهداشتی مستقر شود. ضوابط و پیشرفت کارها می‌بایست همه ماهه در این ستاد مطرح، بررسی، هماهنگی و تصویب می‌گردید. در دو سال اول، این ستاد بطور منظم تشکیل می‌شد، ولی به تدریج بدست فراموشی سپرده شد. به جای ستاد پیش بینی شده اداره کل ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمان کشور تشکیل گردید و این



سرآغازی بود برای شروع دوره چهارم که هنوز ادامه دارد و باشد که برقرار بماند.

اینک با توجه به این که بیش از دوازده سال از آغاز فعالیت های اجرایی گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور می گذرد و با عنایت به نتایج حاصل از عملکرد این سالها، ضرورت توضیح و گسترش برخی از مفاهیم و راهبردها احساس می شود. کتاب حاضر مجموعه ای از ضوابط تدوین شده و تغییرهایی است که در جریان عمل در گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور پیش آمده است. به امید آن که مقبول افتد.

دکتر سیروس پیلرودی

پاییز ۱۳۷۶

### برداشت هایی از پیشگفتار چاپ دوم

چاپ اول کتاب حاضر، مورد استقبال مدیران، کارشناسان شبکه‌های بهداشت و درمان، استادان و دانشجویان رشته‌های پزشکی اجتماعی، مدیریت خدمات بهداشتی، MPH و ... قرار گرفت. این اقبال، در مواردی با پیشنهادهای اصلاحی همراه بود؛ که از همه این بزرگواران سپاسگزارم.

جامعه ما دوران تحول را می‌گذراند. رنگ و انگ این تحول را می‌توان در بسیاری از مظاهر زندگی اجتماعی کشورمان مشاهده کرد. گاه سرعت و شدت این تغییرها به حدی است که اصلاح مستمر دیدگاه‌ها و مسیر عملکردها را اجتناب ناپذیر می‌سازد. بطور منطقی ساختار عظیمی همچون شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور نیز نمی‌تواند از تاثیر این سرعت و شدت در امان بماند. حتی در فاصله زمانی چاپ اول و دوم این کتاب نیز، مسایلی در زمینه ضرورت اعمال تغییر و انطباق ساختار شبکه با شرایط جدید مطرح گردیده است. از این روی، کوشش شد تا در چاپ دوم ضمن اعمال توصیه همکاران، موقعیت‌های جدید نیز مورد توجه قرار گیرد.

- در ادامه این مقدمه، بعلت طرح و گسترش موج «این - همانی» طرح پیشنهادی با طرح رضاییه ابتدا قسمت‌هایی از فصل‌های اول، دوم و سوم کتاب «نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی

انسانی پزشکی» که نسخ آن کمیاب و دور از دسترس است، نقل می‌شود؛ و در پایان آن، با استناد به سوابق ذکر شده ظرایف و تفاوت‌های این دو طرح فهرست خواهد شد. باشد که در رفع این سوء تفاهم‌ها مفید باشد.

دکتر سیروس پیله‌رودی

اسفند ماه ۱۳۷۷

## پیشگفتار چاپ سوم

واقعیت این است که دستاوردهای اولیه شبکه بقدری قابل توجه و وسیع بود که مجریان آن را در همان قدم اول به سختی سرافراز داشت. به طور مثال، رساندن برخی از شاخص ها در مدت کوتاهی از مقادیری که در پیشگفتار چاپ نخست ذکر شده است به معیار سال ۱۳۷۹، مثلاً:

- مرگ و میر نوزادان ۱۸/۳ در هزار تولد زنده
- مرگ و میر کودکان  $28/6 \pm 8/3$  در هزار تولد زنده
- مرگ و میر اطفال زیر پنج سال  $36 \pm 3/4$  در صد هزار تولد زنده
- امید به زندگی خانمها ۷۰/۴ و آقایان ۶۷/۶ سال

اگر چه این بهبود شاخص ها تنها مدیون تاثیر گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور نیست و توسعه اجتماعی اثر گسترده تری در بهبود آنها دارد، ولی تاثیر بهبود و گسترش بهداشت را در ارتقای این شاخص ها نادیده نمی توان گرفت.

شبکه های بهداشت و درمان ایران با وجود شهرت جهانگیری که یافته است هیچگاه شانس تحقق کامل نیافت. خوشبختانه اینک که قانون بیمه روستاییان می رود تا مراحل اجرایی خود را آغاز کند بی تردید ضمن اینکه شناخت بافت و ظرفیت های درونی شبکه موجود می تواند بسیار کمک کننده باشد شبکه نیز می تواند با بهره گیری درست از فرصتی که پیش بینی شده است در تکمیل و

گسترش نقش خویش کوشش کند. از این روی، وسوسه دوست عزیزم آقای دکتر رحیم نعمت موثر افتاد تا بار دیگر مجموعه آنچه در مورد شبکه گردآوری شده بود در یک مجلد تنظیم و تقدیم حضور علاقمندان گردد. باشد که این نوشتار یاری دهنده همه تلاشگران این مهم باشد، تا باد چنین بادا.

دکتر سیروس پیله رودی

تیر ماه ۱۳۸۵

## برداشتهایی از کتاب «نگرشی بر بهداشت، درمان

### و تربیت نیروی انسانی پزشکی»<sup>۱</sup>

اول: برابر برآوردهای سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> و نتایج سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۵۵، برخی از شاخص‌های بهداشتی و جمعیتی کشور را، در مقطع زمانی برنامه‌ریزی، می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

---

<sup>۱</sup> دکتر سیروس پیله‌رودی - دکتر کامل شادپور، دکتر حسن وکیل، مجتمع آموزشی و پژوهشی، وزارت بهداشتی، دی ماه ۱۳۶۰.

فصل اول، صفحه‌های ۱ تا ۱۳ - فصل دوم، صفحه‌های ۱۹ تا ۲۳ - فصل سوم، صفحه‌های ۲۵ تا ۲۸

<sup>۲</sup> World Population Data Sheet, 1978

<sup>۳</sup> World Development Report. 1978

جدول شماره ۱- مقایسه برخی از شاخص‌های کشور ایران با کشورهای

جهان در مقطع سالهای آخردهه پنجم هجری شمسی

کشور(های)	صنعتی	کمتر توسعه یافته	ایران
میزان			
میزان موالید (در هزار نفر جمعیت)	۱۲-۱۸	۲۱-۴۸	۴۵
مرگ کودکان زیر یک سال (در هزار تولد زنده)	۰-۸	۶۵-۱۴۵	۱۰۴
امید زندگی (سال)	۷۰-۷۴	۴۹-۶۸	۵۷
رشد طبیعی جمعیت (در هزار)	۰-۱۰	۱۴-۲۱	۳۱
زمان دو برابر شدن جمعیت (سال)	۶۹-۱۱۶	۱۸-۵۰	۲۲

دوم: امروزه، در جهان، برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی، سه نظام اساسی وجود دارد<sup>۴</sup>:

۱. نظام کمک‌های عمومی (Public Assistance)، که در ۱۰۸ کشور حدود

۴۹ درصد جمعیت جهان را در پوشش دارد. در این نظام، خدمات بهداشتی

درمانی به سه شکل ارائه می‌گردد:

- بخش دولتی (بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی)، که خدمات

بهداشتی و درمانی را به صورت رایگان یا با تعرفه‌های ارزان، ولی با

کیفیتی نه چندان مطلوب، برای عموم جامعه، به ویژه برای اقشار کم

درآمد، ارائه می‌کند.

- بخش بیمه درمانی، که اغلب به عنوان قسمتی از برنامه تامین اجتماعی

و یا بیمه کارکنان دولت عرضه می‌شود.

- بخش خصوصی

وضع فعلی کشور ما با «نظام کمک‌های عمومی» منطبق است.

۲- نظام بیمه پزشکی (Health Insurance)، که اغلب در قالب بخشی از

خدمات تامین اجتماعی ارائه می‌گردد. این نظام در ۲۳ کشور، با جمعیتی حدود

۱۸ درصد از جمعیت جهان، جاری است (کشورهای صنعتی پیشرفته با اقتصاد

سرمایه‌داری).

<sup>4</sup> World Health Forum. I(1-2). 78-86 (1980) Health Services. Milton Trends. The Three System of Medical Care.



۳- نظام طب ملی (National Health Services)، که در ۱۴ کشور سوسیالیستی<sup>۵</sup> (و به شکلی خاص در دو کشور سرمایه‌داری: انگلستان و سوئد) برقرار است. این نظام ۳۳ درصد جمعیت جهان را در بر می‌گیرد. طب ملی دو کشور انگلستان و سوئد، نوعی نظام بینابینی است که در کنار مؤسسات دولتی، بخش خصوصی نیز فعالیت دارد.

سوم: بررسی وضع موجود نظام بهداشتی درمانی کشورمان (در اواخر دهه پنجاه) نشان می‌دهد که توزیع نیروهای پزشکی کشور به شدت نامتعادل است. به عنوان مثال، وضعیت توزیع سه رده از این نیروها به شرح زیر است:

جدول شماره ۲ - توزیع سه رده اصلی نیروی انسانی پزشکی کشور،  
در مقطع زمانی ۱۳۶۰ ه.ش.

کل	تهران	پنج شهر بزرگ <sup>۶</sup>	بقیه کشور	
پزشک متخصص	۵۸۹۰	۶۹٪	۱۸٪	۱۳٪
پزشک عمومی	۱۰۳۱۰	۳۳٪	۲۱٪	۴۶٪
دندانپزشک	۲۳۶۷	۵۰٪	۱۶٪	۳۴٪

<sup>۵</sup> زمان نقل این مطالب سال ۱۹۸۱ میلادی است که هنوز فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی سابق و کشورهای سوسیالیستی اروپا پیش نیامده بود.  
<sup>۶</sup> منظور شهرهای تبریز، اهواز، شیراز، مشهد و اصفهان است.

بدیهی است که، در سال‌های قبل از ۱۳۶۰، این توزیع نارسا تر و ناهنجارتر بود. به این دلیل، برای حل این تنگنا، از ۱۳۱۹ ه. ش تا ۱۳۵۱ ه. ش چندین تجربه به اجرا گذاشته شد:

**الف- طرح تربیت بهدار،** که از سال ۱۳۱۹ در مشهد و از سال ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا شد. بهدارها از میان داوطلبان دارای دیپلم متوسطه، برای خدمت در مناطق روستایی و شهرهای کوچک، انتخاب می‌شدند. انتخاب‌شدگان پس از ۴ سال آموزش نظری و عملی به اخذ گواهینامه لیسانس پزشکی نایل می‌آمدند. این گروه متعهد بودند که به مدت ۸ سال (دوبرابر مدت تحصیل) در مناطق محروم و روستایی کشور خدمت کنند. بهدارها، پس از پایان تعهد، می‌توانستند در سال چهارم دانشکده پزشکی شرکت و تحصیل خود را تا اخذ درجه دکتری ادامه دهند.

**ب- طرح سپاه بهداشت،** که با همکاری وزارت بهداری و وزارت دفاع اجرا شد. در این طرح تعدادی از فارغ‌التحصیلان 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. گروه اصیلی این نفرات را پزشکان تشکیل می‌دادند که به طور عمده در نقاط روستایی استقرار می‌یافتند. این پزشکان را گروهی از دیپلمه‌های وظیفه، که آنها نیز دوره آموزشی خاصی را می‌گذرانند، همراهی می‌کردند. این نفرات را کمک پزشک می‌نامیدند. این طرح

از سال ۱۳۴۳ تا سال ۱۳۵۷ اجرا می‌شد؛ و اگرچه موفقیت‌های چشمگیری داشت ولی با تنگناهای خاص خویش مقابل بود: نظیر محدود بودن تعداد پزشکان، حالت نیمه نظامی و نارضایتی اعضای گروه، موقت بودن آنان و ... در هر حال، بسیاری از نکات و ظرایف مفید این تجربه در طراحی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بکار گرفته شده است.

ج - طرح تربیت بهمدار روستا، که توسط سازمان خدمات اجتماعی در کوار شیراز، شیمیران و کتالم تنکابن به اجرا گذاشته شده بود.

د - طرح سلسله، که طرح مشترک، سازمان خدمات اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه بود و در الشتر لرستان تجربه شد.

ه - طرح تحقیقاتی «نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران» که از سال ۱۳۵۱، به طور مشترک، توسط سازمان جهانی بهداشت، دانشکده بهداشت و وزارت بهداشتی در رضائیه (ارومیه فعلی) آذربایجان غربی به اجرا درآمد؛ و به «طرح رضائیه» معروف شد. راهبرد اصلی این طرح، تربیت و بکارگیری عوامل غیرپزشک برای ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی بود. واحدهای ارائه کننده این خدمات را «خانه بهداشت»، کارکنان زن را «بهورز» و کارکنان مرد را «بهداشتیار» می‌نامیدند.

هریک از این طرح‌ها مشکلات خاص خود را داشتند که از بحث این مقال خارج است. با توجه به مجموعه شرایط حاکم بر این طرح‌ها، بالاخره در سال ۱۳۵۶، فقط یک سال قبل از انقلاب، وزارت بهداشتی، از میان طرح‌هایی که به

اجرا درآمده بود، به طور رسمی، طرح رضائیه را به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات بهداشتی درمانی پذیرفت و تلاش خود را برای اجرای گسترده تر طرح در هشتگرد کرج بکار بست. یک سال بعد، با شروع انقلاب، گسترش طرح متوقف شد؛ ولی فعالیت واحدهایی که تا آن موقع ایجاد شده بودند ادامه یافت. در تابستان ۱۳۵۹ که ۸ سال از شروع طرح رضائیه می گذشت، نگارنده که مشغول گذراندن دوره MPH بودم، همراه با سایر دانشجویان دوره مذکور، برای گذراندن دوره کارآموزی تابستانی به ارومیه رفتیم. در این دوره، امکان یافتیم که واحدهای فعال طرح رضائیه را از نزدیک بررسی کنیم. نتیجه این بررسی در گزارش دوره کارآموزی گروه مذکور آمده است. نتیجه این بررسی به شرح زیر خلاصه می شود:

- موقعیت استقرار واحدها به نوعی است که گاه عملاً در مسیر استفاده مردم روستاهای اطراف قرار نمی گیرد.
- ضابطه های تعیین شده برای جمعیت، فاصله و تعداد روستاهای تحت پوشش یک خانه بهداشت، منطبق با واقعیت نیست و ضرورت بومی بودن عوامل کمکی دقیقاً مورد عمل قرار نگرفته است.
- بازدید عوامل خانه بهداشت از روستاها مستمر و منظم نیست.
- کیفیت و دقت خدمات و بویژه سنجش های مربوط به کودکان و مادران مطلوب و قابل اتکاء نمی باشد.

- گرایش بهورزان بیشتر به خدمات درمانی است و از حد مجاز در این زمینه فراتر می‌رود. نبودن کنترل پزشکی این نقیصه را خطرناک و گاه فاجعه آفرین می‌سازد.
  - سرکشی پزشک به خانه‌های بهداشت، جز در موارد نادر، آن هم نامنظم و غیرمستمر، انجام نمی‌گیرد.
  - واحدهای بهداشتی درمانی مدتها فاقد پزشک می‌مانند و یا با یک پزشک اداره می‌شود.
  - بیماران اعزامی به شهر غالباً به موقع در بیمارستان‌ها پذیرفته نمی‌شوند و مدتها سرگردان می‌مانند.
  - سرپرستی اجرای طرح فاقد امکان و قدرت اداری لازم برای هماهنگ ساختن واحدهای شهری در رفع نیازمندی‌های فنی واحدهای روستایی حتی در زمینه‌های بهداشتی (مانند بهداشت محیط) است و نیز استقلال و امکان کافی برای تدارک سریع واحدهای روستایی را ندارد.<sup>۷</sup>
- چهارم-** در تدوین طرح‌های گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور تلاش شد با برقراری ضوابط اجرایی مناسب از عیب‌های گفته شده اجتناب شود؛ به نوعی که:

---

<sup>7</sup> طرح پیشنهادی شبکه بهداشتی درمانی دهستان کلیجان و دوهزار تنکابن، گزارش کارآموزی دانشجویان دوره M.P.H، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، تابستان ۱۳۵۹. با کمال تأسف باید پذیرفت که با وجود اصلاح برخی از این معایب، هنوز هم اغلب این مشکلات گریبان گیر اکثر شبکه‌های بهداشت و درمان کشور است.

- به جای این که تنها به ضابطه جمعیتی و تعداد روستاهای تحت پوشش توجه شود، کوشش شده است استقرار هر واحد روستایی تابعی باشد از مسیر حرکت طبیعی مردم که گاه استقرار خانه بهداشت را حتی برای جمعیتی کمتر از ۱۵۰ نفر ایجاب می‌کند.
- تاکید شده است که بازدید منظم و مستمر پزشک از خانه‌های بهداشت با دقت مورد توجه، عمل و مراقبت قرار گیرد؛ به طوری که استقرار خانه بهداشت بدون فراهم بودن چنین نظارتی بکلی ممنوع باشد؛ تا از بروز حوادثی چون گرایش عوامل کمکی به امر درمان غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شود؛ و نیازمندان واقعی به خدمات پزشکی امکان دسترسی به پزشک را پیدا کنند.
- در هر مرکز بهداشتی درمانی، امکان‌های اولیه برای خدمات تشخیصی (آزمایشگاهی و در موارد خاص رادیولوژی، در حد مهارت کاردانی) فراهم شود؛ تا حتی المقدور از گسیل بی‌مورد و هزینه‌زای بیماران به شهرها جلوگیری گردد.
- با ایجاد واحدهای پشتیبانی فنی، اداری و مالی برای مدیریت واحدهای تابعه، به خصوص در مراکز بهداشت هر شهرستان، امکان تدارک سریع نیازمندی‌های فنی، اداری و مالی واحدهای مستقر در سطح شهرستان فراهم آید و نیز نظارت و کنترل خدمات این واحدها ممکن باشد.

- سرپرستی و مدیریت این واحدها در شهرستان از چنان موقعیت و قدرت اداری برخوردار باشد که بتواند هماهنگی سایر واحدهای شهری را برای پذیرش اعزام شدگان از واحدهای روستایی فراهم کند.

برای تحقق دو مورد اخیر، بنظر می‌رسد واگذاری مدیریت این واحدها به معاون بهداشتی شهرستان مفید باشد؛ تا ضمن برخورداری از قدرت اداری لازم برای ایجاد هماهنگی، از توان و امکان فنی خود برای نظارت و کنترل فعالیت واحدها استفاده کند. با این تاکید که واحدهای پشتیبانی زیرنظر این معاون، بایستی از استقلال و خودگردانی کافی برای تامین تحرک و سرعت عمل برخوردار باشند. باید توجه داشت که نیاز به خدمات فنی در سطح شهرستان متوقف نمی‌شود و همواره امکان و ضرورت استفاده از خدمات سطوح بالاتر مطرح است، بیشترین میزان تردد بیمار، بین شهر و روستا، و نیز بیشترین حد پراکندگی واحدهای عرضه خدمات تلفیقی بهداشت و درمان، تا سطح شهرستان است. همیشه احتمال آن هست که مواردی از ناهماهنگی بین مجریان شهرستان با امریت و مدیریت مشخص و واحدی از سطوح بالاتر قابل رفع باشد، به نظر می‌رسد که واگذاری امور شهرستانها به معاون بهداشتی استان می‌تواند در موارد فوق مفید و موثر باشد.<sup>8</sup>»

<sup>8</sup> این مهم در زمان تدوین تشکیلات جدید وزارت بهداشت که با درک روشن و همت آقای دکتر فرهادی - وزیر وقت - شروع شده بود، بشمر نشست و با تشکیل معاونت سلامت که مسئولیت هر دو قسمت را تصدی می‌کند امید توفیق یافت.

## نقاط اشتراک و تفاوت طرح شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور در بعد از انقلاب با طرح رضائیه:

اشاره و تاکید بر این همانی این دو طرح علاوه بر اشتراک در نامگذاری واحدها و استفاده از نامگذاری زیبای بهورز که بخاطر احترام به پیشگامان و ارج گذاری به اندیشه‌ها و زحمات آنان بود، بیشتر از آنجا ناشی می‌شود که محور اصلی هر دو طرح بر سه راهبرد اصلی استوار است:

الف) تاکید بر ارائه خدمات از طریق واحدهای مستقر

ب) سطح‌بندی و ادغام خدمات

ج) استفاده از کارکنان غیرپزشک برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی در

واحدهای محیطی

با وجود این شباهت‌ها نکاتی وجود دارد که این دو طرح را از هم متمایز می‌سازد. این تمایز را می‌توان در نکات زیر جستجو کرد:

• تعریف و دسته‌بندی وجوه مختلف دسترسی به خدمات؛ مثل دسترسی

جغرافیایی، دسترسی فرهنگی، دسترسی زمانی و ... (صفحه‌های ۲ تا ۷)

• تعیین ضابطه‌های کلی برای هر یک از وجوه مذکور



- ابداع اصطلاح مسیر طبیعی مردم و بیان اهمیت و نقش آن در استقرار واحدهای روستایی.
- تعیین ضابطه عملی برای شناخت مسیر طبیعی مردم و روش اعمال آن برای جایی محل استقرار خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی.
- ابداع روش‌های علمی و عملی برای سطح‌بندی و ادغام خدمات<sup>۹</sup>.
- تشخیص و تعریف رده‌های میانی کارکنان بهداشت با توجه به سطح‌بندی و ادغام خدمات و دانش و مهارت لازم برای هر رده.  
مثل: کاردان بهداشت خانواده، کاردان مبارزه با بیماری‌ها، بهداشتکار دهان و دندان و ....
- شناخت و تعریف واحدهای ضمیمه مثل خانه بهداشت ضمیمه و مراکز بهداشتی درمانی ضمیمه
- تسری سطح‌بندی خدمات به خدمات مدیریتی و استفاده از آن برای تمرکز زدایی اداری و فنی
- ابداع فرمول ریاضی برای بیان رابطه حجم کار در خدمات ادغام یافته با تعداد نیروی انسانی چند پیشه

۹- برای توضیح بیشتر به کتاب خدمات ادغام یافته و روشی برای برآورد نیروی انسانی نوشته سیروس پیله‌رودی، چاپ اول، سال ۱۳۷۶، مراجعه فرمایید

- تدوین ضابطه تشکیلاتی برای واحدهای مختلف براساس حجم کار و برآوردهای حاصل از فرمول فوق
- تدوین استاندارد تجهیزاتی متناسب با وظایف فنی و مدیریتی هر واحد و تعداد نیروی انسانی آنها
- تدوین استاندارد فضاهای فیزیکی لازم براساس ضرورت‌های گردش کار و تعداد کارکنان هر واحد
- تعریف و توضیح مدیریت خدمات ادغام یافته در واحدهای مختلف و الگوی اجرایی آن
- توجیه و گسترش ضرورت تربیت و بکارگیری نیروهای بومی در واحدهای محیطی و رده‌های میانی کارکنان بهداشت حداقل تا سطح کاردانی

## خدمات مدیریتی در واحدهای مختلف شبکه

### بهداشت و درمان شهرستان

هریک از واحدهای بهداشت و درمان کشور طوری طراحی شده‌اند که گرچه خدمات واحدهای هر سطح خدمات واحدهای سطح قبلی خود را تکمیل میکنند؛ ولی در درون خود - هرچند خیلی کوچک - یک سازمان کار تلقی می‌شوند و باید از اختیارات کافی برخوردار باشند.

امروزه در مدیریت علمی توقع اعمال مدیریت بدون داشتن اختیار لازم و کافی، انتظار باطلی است. توزیع اختیار در واحدهای گوناگون هر سازمان را تفویض اختیار و عدم تمرکز می‌گویند.

#### اصول تفویض اختیار

برای تفویض اختیار باید توجه داشت که:

- ۱- مورد و حدود تفویض اختیار باید مشخص، صریح و خالی از ابهام باشد.
- ۲- تفویض اختیار باید توأم با تمرکز نظارت باشد.
- ۳- باید بین اختیار و مسئولیت تناسبی وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، به هرکس باید به همان اندازه‌ای که لازم است اختیار داده شود.
- ۴- تفویض اختیار، مسئولیت تفویض کننده را نفی نمی‌کند.
- ۵- تفویض اختیار به طور موردی و کلی قابل فسخ است.

۶- بعضی از اختیارها قابل تفویض نیست، به عنوان مثال: شرکت در جلسه هیأت دولت یا امضای لایحه.

۷- تفویض کل اختیار به معنی سلب صلاحیت است. بنابراین تمام اختیار قابل تفویض نیست و مدیر فقط قسمتی از اختیار خود را می تواند تفویض کند. عدم تمرکز یا تفویض اختیار موجب:

- افزایش بازدهی کار
- ازدیاد علاقه نسبت به انجام وظیفه
- تقویت همکاری دسته جمعی
- تکامل فردی
- جلوگیری از اتلاف وقت می گردد.

تفویض اختیار مستلزم پختگی اجتماعی و اعتماد به نفس تفویض کننده اختیار است. متأسفانه این پختگی حتی بین افراد موفق هم نادر است. شاید به دلیل همین مشکل است که مسأله تفویض اختیار در درون واحدهای بهداشتی درمانی شهرستان هنوز هم به صورت پیش بینی شده تحقق نیافته است؛ لیکن با توجه به قوانینی که در جهت توسعه عدم تمرکز سازمانی نهادهای اداری کشور به تصویب رسیده است انتظار می رود مدیران بهداشت نیز بتدریج به بهره گیری درست از اصول تفویض اختیار به تقویت و گسترش احساس مسئولیت در مدیران محلی خود کمک کنند و این کار به خودگردانی و خودکفایی واحدهای

مختلف بهداشتی درمانی در زمینه های گوناگون مدیریتی مثل برنامه ریزی، تنظیم بودجه، سازماندهی و تقسیم کار درون واحدها و... منجر گردد.

خودگردانی می تواند در دو حالت مطرح باشد:

**حالت اول** - در واحدهایی که درآمد مستمر و کافی ندارند و بطور عمده از اعتبار دولتی استفاده می کنند.

این گونه واحدها اغلب با محدودیتها و موانع اداری - مالی متعددی روبرو هستند. اکثر این محدودیتها منشاء قانونی ندارد، بلکه از راه کارها و رویه های جاری اداری ناشی می شود. این محدودیتها موجب کندی گردش امور در عرصه های اجرایی می گردد. سیستم عریض و طویلی که مامور نظارت بر اجرای این محدودیتها می شود خود سبب افزایش تعداد کارکنان غیرفنی و تسلط غیر لازم کارکنان اداری و مالی بر سطوح فنی می گردد. تجربه نشان داده است که حذف این محدودیتها و فراهم ساختن زمینه های خودگردانی واحدها علاوه بر تسهیل گردش کارها و کاستن از تراکم و تسلط کارکنان غیرفنی، به شدت از بار هزینه های زائد اداری می کاهد نفعی که از این راه حاصل می شود به مراتب بیشتر از زیانها و سوء استفاده های احتمالی مالی ناشی از حذف این مقررات و محدودیتهاست.

**حالت دوم** - در واحدهایی است که، به علت داشتن درآمد مستمر و کافی، امکان رسیدن به خودگردانی مالی را هم دارند. در این واحدها، امکان گسترش دامنه خودگردانی به زمینه های مالی نیز ممکن است؛ زیرا وقتی مجموعه

فعالیت‌های یک واحد به صورت خدماتی بیان گردد که قابل ارزیابی و پرداخت به صورت تعرفه باشد، از نظر قانونی درآمد مذکور حاصل کار کارکنان آن واحد به شمار می‌رود و همانند پرداخت‌هایی که به همین صورت به افراد حقیقی صورت می‌گیرد با رسیدگی و تائید خدمات و پرداخت ارزش آنها براساس تعرفه، تکلیف قانونی دولت برای کنترل هزینه‌ها پایان یافته تلقی می‌شود (دیدگاهی که بوروکراسی عظیم مالی تاکنون مانع طرح و بررسی قانونی آن شده است). این گونه واحدها باید بتوانند برای گردش کارهای مالی و حتی ضوابط پرسنلی خود، از آزادی عمل بیشتری برخوردار گردند.

### خودکفایی:

مراد از خودکفایی برقراری تعادل بین مجموع هزینه‌های یک واحد و ارزش ریالی خدماتی است که در آن واحد ارائه می‌شود. هزینه‌های مربوط به سرمایه‌گذاری در زمینه احداث، تجهیزات اساسی، توسعه و تعمیر کلی و نیز هزینه کارهایی که برای ارائه خدمت به اقشار کم درآمد جامعه و جمعیت پراکنده انجام می‌گیرد (نظیر ده گردشی و سیاری) در این محاسبه منظور نمی‌شود. اگر:

A مجموع حقوق و مزایای کلیه کارکنان از جمله پزشکان رسمی

B سهم پزشکان از تعرفه خدمات

C هزینه مصرف شده برای قطعات، لوازم یدکی و تعمیرات جزئی

D سایر هزینه‌های جاری

E بهای دارو و مواد مصرفی (که باید به طور کامل برگشت داده شود).

F ارزش ریالی کل خدمات انجام یافته برای بیماران (تعرفه و فرانشیز خدمات) منظور گردد، در واحدهای خودکفا باید رابطه زیر برقرار باشد:

$$A + B + C + D + E \leq F + E$$

E در هر دو طرف مجموعه ثابت است و تکرار می شود.

اگر تعرفه خدمات، واقع بینانه و متناسب با شاخص های واقعی هزینه تعیین شده باشد و نیز اگر واحد عرضه کننده خدمات در محلی مناسب مستقر و مراجعه کننده کافی وجود داشته باشد؛ و نیز امکان ارائه خدمات به آنها فراهم باشد، نرسیدن به خودکفایی ناگزیر باید به علت یک یا مجموعه ای از علت های زیر باشد:

- نقص مدیریت، که کمترین نتیجه آن عدم کنترل هزینه ها و ولخرجی است.

- تراکم زائد کارمندان، که هزینه های پرسنلی را بطور مستمر بالا نگاه می دارد.

اگر واحدی در یک فاصله زمانی معقول، نتواند به خودکفایی برسد بایستی عوامل فوق به دقت مورد بررسی قرار گیرد تا در صورت لزوم:

- مدیریت واحد اصلاح شود،
- تعرفه ها مورد تجدیدنظر قرار گیرد،
- تراکم کارکنان براساس استانداردها تصحیح شود،
- حتی در صورت لزوم محل استقرار واحد تغییر یابد.

خودکفایی می‌تواند در کل یک واحد مثل بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی، و یا در اجزاء وابسته به یک واحد مثل پلی کلینیک، آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی بیمارستان و... برقرار گردد.



شبکه بهداشت و درمان شهرستان

## فصل اول

### ضوابط کلی:

بمنظور رساندن خدمات به جایی که مردم در آنجا زندگی و کار می‌کنند، یعنی تامین دسترسی سهل مردم به گسترده‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای بهداشتی، با در نظر گرفتن اطلاعات اقلیمی و جمعیتی قابل دسترس، ضابطه‌های زیر مبنای گسترش واحدهای بهداشتی کشور قرار گرفت:

**الف - سهولت دسترسی جغرافیایی،** در این نظام محیطی‌ترین واحد بهداشتی خانه بهداشت است. منظور از سهولت دسترسی جغرافیایی این است که در هیچ وضعیت اقلیمی فاصله دورترین نقطه تحت پوشش هر خانه بهداشت از روستای محل استقرار آن خانه بهداشت نباید از یک ساعت پیاده‌روی بیشتر باشد.

معیار دیگر سهولت دسترسی جغرافیایی، استقرار واحدها در مسیر طبیعی حرکت مردم محل است. این معیار هنگام تدوین ضوابط استقرار واحدهای شبکه ابداع و مورد عمل قرار گرفت. عواملی نظیر تعداد و پراکنندگی جمعیت و نیز تعداد روستاهای تحت پوشش به ترتیب ضوابطی هستند که به تبع دو شرط اول موثر قرار می‌گیرند. تاکید بر قرار داشتن واحد در مسیر طبیعی حرکت مردم، گاه ممکن است موجب شود که، از دو یا چند روستا که تحت پوشش یک واحد

قرار می‌گیرد، روستایی برای استقرار واحد مورد نظر انتخاب گردد که لزوماً پرجمعیت‌ترین آنها نباشد.

وجود یک یا چند عامل از عوامل زیر به عنوان ملاک واقع شدن یک روستا در مسیر طبیعی حرکت مردم تلقی می‌گردد:

- قرار داشتن در مسیر راه یا گلوگاه جاده اصلی روستاهای مجاور.
- وجود واحدهای اداری، مثل بخشداری، دهداری، پاسگاه انتظامی، دادگاه، بانک، و سایر واحدهای دولتی ...
- رواج داد و ستد، مثل وجود بازارهای دائمی یا هفتگی .
- جمعیت زیاد.
- وجود مدرسه، دبیرستان و حمام، ... که مورد استفاده روستاهای مجاور باشد.
- داشتن آب، برق و ...
- ب- دسترسی فرهنگی که با سه شرط زیر حاصل می‌گردد:
- نبود برخورد و اختلاف‌های قومی، فرهنگی، مذهبی و ...
- شهرت نداشتن روستای محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماری‌های واگیردار، مثل: سل، جذام و ...
- مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می‌شود با آداب و سنت‌های قومی، ملی و مذهبی جامعه، مثل سقط جنین.

- با اعمال مجموعه این ضوابط (سهولت دسترسی جغرافیایی و فرهنگی)، محدوده جغرافیایی (Catchment Area) و جمعیت تحت پوشش هر واحد مشخص می‌شود.

### روش کار برای تامین سهولت دسترسی جغرافیایی فرهنگی در تدوین طرح‌های گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران

تاکید جدی و عملی بر «شهرستان» به عنوان گستره جغرافیایی و اداری گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، در دوره سوم برنامه‌ریزی بهداشت و درمان تحقق یافت. لازمه این کار، آگاهی درست از موقعیت جغرافیایی، جمعیتی، وضعیت اجتماعی و فرهنگی هر یک از روستاهای کشور بود. تلاش برای به دست آوردن نقشه‌های معتبر و دقیقی از شهرستان‌های کشور به جایی نرسید. ناگزیر کروکی‌های یک صد هزارم نه چندان دقیق مربوط به سال ۱۳۵۵ مرکز آمار ایران برای کار انتخاب شد. بجز کروکی‌های مذکور، ابزار کار عبارت بود از: مقداری پونز معمولی برای چسباندن نقشه‌ها به دیوار، تعدادی مداد رنگی برای نشان دادن حدود جغرافیایی منطقه تحت پوشش واحدهای انتخاب شده، مداد تراش، پاک‌کن، و بالاخره مقدار زیادی سنجاک ته گرد و پونز رنگی. سنجاک‌های رنگی برای مشخص کردن خانه‌های بهداشت و پونزهای رنگی برای نشان دادن مراکز بهداشتی درمانی روستایی بکار می‌رفت. هم‌رنگی پونزها و

سنجاق‌ها بستگی خانه‌های بهداشت را به مرکز بهداشتی درمانی نشان می‌داد.

خط‌هایی هم که با مدادهای رنگی به دور منطقه مورد نظر کشیده می‌شد

نشان دهنده مرز محدوده جغرافیایی دو واحد مجاور بود.

پس از آماده شدن ابزارهای کار، از سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی

وقت درخواست شد تا کارکنانی را که سابقه خدمت طولانی در مناطق روستایی

شهرستان‌های آن استان داشتند، با در دست داشتن اطلاعاتی که فهرست شده بود

(پیوست شماره ۱، صفحات ۲۷۲ تا ۲۷۵)، به تهران اعزام کنند. پس از جمع

شدن گروه هر شهرستان، برگه‌های کروکی آن شهرستان، که گاه به ۱۵ برگ می‌-

رسید، طبق راهنمای نقشه روی دیوار ترکیب و نصب می‌گردید. روش کار و

اهمیت مساله برای همکارانی که از شهرستان‌ها آمده بودند تشریح و درخواست

می‌شد که بررسی نقشه را از نقطه معینی آغاز کنند و با نظم خاصی به بقیه نقاط

شهرستان بکشانند. با استفاده از فرم شماره ۲ مالاریای همان شهرستان، جمعیت

هر روستا به روی نقشه‌ها منتقل می‌شد. گاه تسلط و آشنایی گروه شهرستان به

وضعیت منطقه به حدی بود که در جریان کار موقعیت روستاها، رودخانه‌ها، پل-

ها و راه‌های ارتباطی در روی کروکی‌ها تصحیح می‌شد.

گام بعد مشخص کردن محدوده دو یا چند آبادی بود که به فاصله یک ساعت

پیاده‌روی از هم قرار داشتند. با تعیین و کشیدن خط رنگی بدور این روستاها

محدوده‌های دسترسی به آن خانه بهداشت (حداکثر با یک ساعت پیاده‌روی)

مشخص می‌گردید. اگر تعداد روستاهایی که در داخل این محدوده قرار می‌-

گرفت از یک روستا تجاوز می‌کرد، قدم بعدی انتخاب مناسب‌ترین روستا، از بین آن دو یا چند روستای داخل محدوده، برای استقرار واحد بهداشتی بود. در این مرحله به تدریج اهمیت و ارزش توجه به مسیر طبیعی مردم برای برنامه-ریزان شناخته شد؛ و به عنوان ضابطه دیگری برای تعیین محل استقرار واحدهای بهداشتی قرار گرفت. بنابراین، ضرورت داشت که با توجه به این ضابطه روستاهای داخل هر محدوده براساس ضابطه جدید نیز بررسی گردد و موقعیت استقرار واحد بهداشتی طوری در نظر گرفته شود که در مسیر طبیعی حرکت مردم قرار داشته باشد. در جریان این اقدام، گروه شهرستان وجود برخی از برخوردهای محلی، قومی، مذهبی و فرهنگی را بین مردم برخی از روستاهایی که در یک محدوده قرار گرفته بودند، مطرح کردند. این مساله خاستگاه ضابطه دسترسی فرهنگی در گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور قرار گرفت و محدوده‌های تعیین شده براساس ضابطه جدید بازنگری و اصلاح شد. با ثبت نتایج این تصمیم‌ها در فرم‌های مخصوص، این مرحله خاتمه می‌یافت. پس از ثبت محدوده‌های تعیین شده، به تناسب جمعیت و تعداد روستاهایی که در پوشش هر واحد قرار می‌گرفت، نیروی انسانی مورد نیاز هریک از این واحدها محاسبه می‌شد. به این ترتیب، کار تدوین طرح شبکه بهداشت و درمان شهرستان پایان می‌یافت. هنگام ثبت این نتایج، گروه شهرستان بار دیگر نتیجه کار خود را کنترل می‌کرد، تا لغزشی در تعیین فاصله روستاها و مسیر طبیعی مردم و ضابطه دسترسی فرهنگی پیش نیامده باشد. در این مرحله، و گاه در

مراحل قبل از آن، پیش می‌آمد که اعضای گروه شهرستان، تحت تاثیر دقت و وسواسی که مورد عمل بود، با اعلام نارسا بودن اطلاعات آورده شده، پیشنهاد می‌کردند که کار گروه آن شهرستان متوقف گردد، تا گروه به شهرستان خود بازگردد و اطلاعات لازم را با دقت بیشتری دوباره جمع‌آوری کند؛ و با در دست داشتن اطلاعات صحیح برای تجدید کار خود برگردد. تکرار این حادثه، سایر گروه‌های کار را نیز به شدت تحت تاثیر قرار می‌داد و وسیله‌ای شده بود که به دقت و امانت اطلاعات مورد استفاده کمک می‌کرد. تهیه مجموعه طرح‌های گسترش شبکه بهداشتی درمانی شهرستان‌ها، تایپ، تکثیر و تجلید این جزوه‌ها تا حوالی خرداد ماه سال ۱۳۶۳ طول کشید.

**ج- سطح‌بندی و ادغام خدمات و ارائه خدمات از طریق نظام ارجاع،** با توجه به وسعت خاک، تنوع شرایط اقلیمی و قومی، پراکنندگی جمعیت و ... فراهم آوردن ضوابط مربوط به تامین سهولت دسترسی جغرافیایی و فرهنگی جامعه به خدمات، جز از طریق سطح‌بندی و ادغام خدمات و استقرار نظام ارجاع میسر نمی‌گردید.

منظور از سطح‌بندی خدمات، ارائه خدمات به صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل‌یابنده است؛ تا اگر یکی از مراجعه‌کنندگان واحد محیطی به خدمت تخصصی-تری نیاز داشته باشد، واحد مذکور بتواند مراجعه‌کننده را به واحد ارائه‌کننده آن خدمت ارجاع کند. واحد دوم نیز، در صورت لزوم، با ارجاع مراجعه‌کننده به واحدهای تخصصی و اختصاصی بالاتر بتواند دسترسی مراجعه‌کنندگان را به

بالاترین سطوح تخصصی فراهم آورد. این زنجیره خدمت رسانی را نظام ارجاع Referral System می نامند.

### استفاده از نظام ارجاع:

- امکان استفاده از کارکنان غیرپزشک را برای ارائه خدمات ساده بهداشتی و کمک‌های اولیه درمانی فراهم می‌سازد.
- سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیرتخصصی باز می‌دارد و وقت بیشتری برای پرداختن به خدمات تخصصی تامین می‌کند.
- خدمات را به نحو چشمگیری ارزان تمام می‌کند.
- با توزیع وسیع و گسترده واحدهای محیطی امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم می‌آورد.
- با استفاده از مکانیسم سطح‌بندی خدمات، امکان بردن خدمات تشخیصی (آزمایشگاهی و رادیولوژی) نیز به سطوح محیطی میسر و از گسیل بی‌مورد و هزینه‌آفرین بیماران و همراهانشان به شهرها، که موجب افزایش هزینه‌های اجتماعی تامین سلامت جامعه می‌گردد، جلوگیری خواهد شد.
- یکی از شرایط اصلی توفیق نظام ارجاع این است که هیچ یک از واحدهای یک سطح به خدماتی که در عهده واحدهای سطح پایین‌تر قرار داده شده است نپردازد؛ مگر آن که خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی‌تری ارائه دهد. به این دلیل، در کنار هر یک از واحدها باید یک واحد سطح پایین‌تر نیز منظور گردد. این واحدها را «ضمیمه» نامیده‌ایم. واحدهای ضمیمه وظیفه دارند



که کلیه خدمات مقرر برای واحدهای سطح قبلی را برای جمعیت محل استقرار واحد بالاتر ارائه کنند.

نظارت، پایش، آموزش حین خدمت کارکنان واحدهای هر سطح و نیز تدارک و حمایت اداری و مالی این واحدها باید به عهده واحدی باشد که در اولین سطح بالاتر از آن قرار دارد؛ تا تدارک فنی و اداری این واحدها به صورت فعال و مستمر از نزدیکترین واحد سطح بالاتر میسر گردد. اهمیت برقراری ارتباط فعال و مستمر واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح بالاتر و پایین تر به حدی است که بدون فراهم آوردن امکان عملی ارتباطهای مذکور باید از ایجاد واحدهای غیرپزشکی خودداری گردد تا از بروز خطرهای نظیر گرایش کارکنان غیرپزشک به امر درمانهای غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شود.

د- تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم کار مورد انتظار، به نوعی که زمان اجتماعی تلف شده برای دریافت خدمت به حداقل ممکن برسد. منظور این است که به فرض دسترسی مراجعه کننده به واحد عرضه کننده خدمات، زمان انتظار نباید از حد متعارف قابل قبولی، مثلاً حداکثر یک ساعت، بیشتر باشد. لازمه این کار تناسب دو عامل اصلی است: حجم کار مورد انتظار با متوسط بازده کار کارکنانی که برای انجام آن کار منظور شده‌اند.

حجم کار هر واحد تابعی است از: تنوع خدمات، شیوه اجرایی هر خدمت (که متوسط زمان لازم برای انجام واحد آن خدمت را معین می‌کند)، دوره عمل (که

برای اغلب خدمات بهداشتی یک سال است)، تکرار هر فعالیت در دوره مورد نظر و بالاخره جمعیت هدف هر برنامه. بازده کار هر کارمند نیز، علاوه بر شرایط جسمی، روانی و اجتماعی هر فرد از توان علمی (آموزش)، عملی (مهارت و تجربه) و زمان کار مفید وی ناشی می‌شود.<sup>۱</sup>

بنابراین، برای دستیابی به ضابطه تعیین شده می‌بایست شیوه سازماندهی جدیدی پی‌ریزی گردد که با شیوه جاری و سنتی تدوین تشکیلات مغایرت دارد.

ه - تناسب آموزش‌ها با نیازهای اجرایی، تحقق این ضابطه در گروی آن بود و هست که:

▪ دانش و مهارت مورد نیاز هر رده به دقت تعریف و تعیین گردد. سطح‌بندی و ادغام خدمات، به ویژه در سطوح میانی واحدهای عرضه کننده خدمات، ایجاب می‌کند که دانش و مهارت کارکنانی که باید این خدمات را ارائه کنند تعیین و تعریف شود. تلاش‌های اولیه در این زمینه، خطوط کلی رده-های جدیدی از کارکنان چند پیشه را روشن ساخت. مثل:

- کساردان بهداشت خانواده (زن)، برای ارائه مجموعه‌ای از مراقبت‌های بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت مدارس دخترانه، بهداشت حرفه‌ای (غربالگری بیماری‌های شغلی) در کارگران زن

---

<sup>۱</sup> دکتر سیروس بیله رودی، خدمات ادغام یافته و روشی برای برآورد نیروی انسانی، تهران

- کاردان مبارزه با بیماریها(مرد)، برای ارائه مجموعه‌ای از مراقبت‌های بهداشت و تنظیم خانواده در گروه مردان، بهداشت مدارس پسرانه، بهداشت حرفه‌ای (غربالگری بیماری‌های شغلی) در کارگران مرد و بررسی‌های اپیدمیولوژیک اولیه بیماری‌ها در محدوده خدمتی

- بهداشتکار دهان و دندان، برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی دهان و دندان و بخشی از خدمات دندانپزشکی

- کاردان بهداشت محیط و حرفه‌ای، برای ارائه مجموعه‌ای از خدمات مربوط به بهداشت محیط و ضوابط بهداشتی محیط‌های کار، مکان‌های عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی<sup>۲</sup>

■ ضرورت دیگر، برای ارتقای کیفی تربیت نیروی انسانی، این بود که آموزش‌دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویت‌بندی آنها، و نیز کلیه ضوابط، روابط و فرایندهای مورد عمل در نظام رسمی ارائه‌کننده خدمات آشنا باشند و محتوای درس‌های خود را با این نیازها منطبق سازند. لازمه این کار درگیر کردن مراکز آموزشی در ارائه خدمات و ارتباط مستقیم آنها با جامعه بود؛ به این امید که تماس با واقعیت‌ها، آموزش‌ها را عینی‌تر و جاندارتر سازد و حضور عالمان در عرصه اجرا، کیفیت خدمات را ارتقا

<sup>۲</sup> جریان عملی تربیت این رده‌ها، به عللی دستخوش نابسامانی‌هایی گردید. خوشبختانه، در یکی دو سال اخیر، دوباره این فکر تقویت و مقدمات برنامه‌ریزی برای تربیت یک کاردان بهداشت عمومی فراهم شده است.

دهد. ادامه این تفکر به تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تلاش برای برقراری و توسعه آموزش پزشکی جامعه‌نگر انجامید.

## فصل دوم

### واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

#### خانه بهداشت:

تعریف: خانه بهداشت محیطی ترین واحد ارائه خدمت در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. هرخانه 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.

#### شرایط استقرار:

#### الف - پراکندگی

اگر جمعیت مورد نظر در چند روستا پراکنده باشد، این روستاها به شرطی می - تواند در حوزه عمل یک خانه بهداشت قرار گیرد که فاصله آنها تا محل استقرار خانه بهداشت از یک ساعت پیاده روی تجاوز نکند. بیان فاصله با مسافت پیموده شده در زمان به این دلیل است که اثر موانع طبیعی مانند کوه، رودخانه و شرایط اقلیمی مثل کوهستانی یا کویری بودن و وضعیت جوی مثل گرما، سرما، بارش و ... در این سنجش خشی گردد.

روستای محل استقرار خانه بهداشت روستای اصلی و سایر روستاهایی که تحت پوشش آن خانه بهداشت قرار می‌گیرد، روستاهای اقماری نامیده می‌شود. قبلاً اشاره شد که، به منظور همسانی خدمات در جامعه خدمت‌گیرنده و حفظ ضابطه سطح‌بندی خدمات، در جوار واحدهای هر سطح، یک واحد سطح پایین‌تر منظور می‌شود. این واحدها را واحد ضمیمه نامیده‌ایم. براین اساس در جوار هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک خانه بهداشت ضمیمه ایجاد می‌شود که خدمات منظور شده در خانه‌های بهداشت را برای جمعیت روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی تامین و ارائه کند.

#### ب - راه ارتباطی

- راه ارتباطی روستای محل استقرار خانه بهداشت تا محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی مربوط، باید حداقل جیب رو و حتی‌المقدور در تمام مدت سال قابل عبور باشد.

- فاصله خانه بهداشت تا مرکز بهداشتی درمانی مربوط، بهتر است از ۲۰ کیلومتر تجاوز نکند؛ مگر در شرایط استثنایی که می‌توان، برحسب وضعیت اقلیمی و نوع راه ارتباطی، حداکثر فاصله را تا ۴۰ کیلومتر منظور داشت.

- روستای محل استقرار خانه بهداشت باید در مسیر طبیعی حرکت مردم مجموعه روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت باشد.

## وظایف:

## سرشماری سالانه و ثبت اطلاعات

هرخانه بهداشت، در شروع کار و در آغاز هر سال، باید اطلاعات آماری کاملی از منطقه تحت پوشش خود جمع‌آوری کند. برای این کار، ساختمان‌های موجود در روستاهای تحت پوشش طبق نظم خاصی شماره‌گذاری می‌شود. برای هر یک از خانوارهایی که در این ساختمان‌ها زندگی می‌کنند یک پرونده خانوار (پیوست شماره ۲) تنظیم می‌گردد. مشخصات افراد به تفکیک نام، سن، جنس، نسبت، با سرپرست خانوار، شغل و میزان سواد، بارداری، معلولیت، بیماری مزمن و وقایع حیاتی جمعیت (ازدواج، مرگ، مهاجرت موقت یا دائم) و نیز وضع بهداشت محیط محل سکونت (آب، فاضلاب، دفع زباله و فضولات، توالت)، نوع مصالح بکار رفته در ساختمان، موقعیت محل نگهداری دامها نسبت به محل زیست، نوع سوخت مصرفی، (و در صورت وجود) نوع کارگاه خانگی و ... در پرونده خانوار ثبت می‌گردد.

مشخصات مکان‌های جمعی موجود در روستا (مثل: مدرسه، مسجد، کارخانه، کارگاه و ...) و وضع بهداشت محیط آنها به طور جداگانه در دفتر مربوط به مکان‌های عمومی ثبت می‌شود.

پس از سرشماری اولیه یا سالانه، فهرست اسمی گروه‌های سنی، جنسی، شغلی و ...، که باید در برنامه مراقبت بهداشتی معینی قرار گیرند، دسته‌بندی می‌شود؛ تا پس از مذاکره و توافق با آنها برنامه مراقبت بهداشتی آنان تنظیم گردد. با جمع-

آوری و دسته‌بندی این اطلاعات وسعت عمل، حجم فعالیت، و میدان عملیاتی خانه بهداشت روشن می‌شود.

### آموزش بهداشت عمومی:

مشکل‌ترین، مهم‌ترین و امیدبخش‌ترین نقش خانه بهداشت، آموزش بهداشت است. به علت ظرافت، بردباری و دقت فراوانی که در این کار لازم است، انتظار می‌رود وقت زیادی را به خود اختصاص دهد.

خانواده و مدرسه، که بیش از دو سوم هدف‌های آموزش بهداشت عمومی را در خود دارد، مناسب‌ترین و بارورترین عرصه‌های این فعالیت است. اگر آموزش‌های خانه بهداشت در این عرصه‌ها، به خصوص در مدرسه، موفقیت‌آمیز باشد، معلمان در مدرسه و کودکان در خانه تداوم بخش مفاهیم مورد نظر خواهند بود. اشاره به این نکته، از این جهت ضرورت داشت که بازدید از مدارس و تشکیل کلاس‌ها و جلسه‌های آموزشی برای دانش‌آموزان و اولیای آنها وقت زیادی از کارکنان خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی را بخود اختصاص خواهد داد. بنابراین، در تعیین روش کار و برآورد حجم خدمات خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی، باید زمان‌های لازم برای این بازدیدها و آموزش‌ها برآورد و منظور گردد.



## تشکیل گروه‌های داوطلب و شوراهای محلی بهداشت:

اگر ضابطه انتخاب بهورز بومی درست انجام گیرد و به انتخاب فرد مناسبی از آن روستا منجر گردد، به دلیل آشنایی عمیق کارکنان بومی با آداب و رسوم محل، باورها و اعتقادهای مردم و استفاده از گویش‌های محلی، امکان برقراری ارتباط کارکنان خانه بهداشت با جامعه و نفوذ آموزش‌های آنان در مردم بیشتر خواهد شد. جلب اعتماد مردم موجب می‌گردد که علاقمندی و گرایش آنان برای مشارکت در فعالیتهای بهداشتی افزایش یابد. مشارکت و مداخله مردم در خدمات بهداشتی، که عامل تعیین‌کننده‌ای برای مراقبت از خویش (Self-Care) و خوداتکایی (Self-Reliance) جامعه است، باید یکی از اساسی‌ترین هدف‌های نظام بهداشتی کشور باشد. در این راستا، کارکنان بومی خانه‌های بهداشت مناسب‌ترین گروه برای پایه‌گذاری و گسترش این مشارکت‌ها به شمار می‌روند. به عنوان مثال، استفاده این کارکنان از بستگان و دوستان خویش برای انجام بعضی از کارها مثل پیگیری و تبلیغ کسانی که در موعد مقرر مراجعه نمی‌کنند و یا نامنظم مراجعه می‌کنند، کمک در انجام برخی از خدمات نظیر وزن کردن زنان حامله و کودکان، درست کردن محلول ORS، و ... می‌تواند مقدمه‌ای باشد که به تدریج به تشکیل گروه‌های داوطلب، در زمینه هریک از این خدمات، و تشکیل شوراهای محلی بهداشت منجر گردد.

خصلت این گونه فعالیت‌ها ایجاب می‌کند که در جریان زندگی روزمره و ارتباط‌های جاری بهورزان با مردم، و با صرف وقت و حوصله زیاد انجام گیرد و

از این روی، در برآورد حجم کار بهورزان باید به زمان زیادی که صرف این فعالیت خواهد شد، و با معیارهای معمول سنجش زمان قابل اندازه گیری نیست، توجه شود.

### مراقبت از زنان باردار:

- نگهداری آمار دقیق کلیه زنان باردار.
- تکمیل فرم مراقبت دوران بارداری در اولین دیدار زن باردار؛ ثبت سابقه و نتیجه زایمان‌های قبلی، درج نتیجه اولین معاینه در فرم مراقبت.
- برآورد تاریخ تقریبی زایمان و درخواست آزمایش‌های تشخیصی لازم.
- مراقبت‌های بعدی زنان باردار، در هفت ماه اول حاملگی ماهی یکبار، در ماه هشتم دوبار و در ماه نهم هر هفته یک بار باید انجام گیرد؛ تا دوران حاملگی را با شرایط مناسبی به پایان برسانند. سنجش پیشرفت حاملگی، آموزش زن باردار در مورد تغذیه، ورزش، پوشاک، مراقبت از پستان‌ها، تشویق و تبلیغ اهمیت دادن آغوز و تغذیه نوزاد با شیرمادر و بالاخره سایر مراقبت‌های دوران بارداری، مثل: تزریق واکسن کزاز یا توام، آموزش طرز مراقبت صحیح از نوزاد، روش درست شیردادن، تغذیه شیرخوار و ...
- معرفی زنان باردار نیازمند مراقبت‌های ویژه به مرکز بهداشتی درمانی.
- راهنمایی‌های لازم برای دسترسی به امکان زایمان سالم و بهداشتی، ثبت جریان و نتیجه زایمان در پرونده مادر.
- آموزش مراقبت‌های بعد از زایمان و کمک به انجام آنها.

### مراقبت از کودکان:

- تکمیل فرم مراقبت برای کلیه کودکان زیر یک سال، تنظیم برنامه واکسیناسیون و انجام آن، اندازه‌گیری قد و وزن، ترسیم منحنی رشد، آموزش مادران درباره تغذیه صحیح و متناسب با رشد نوزاد. این گروه از کودکان باید ماهی یک بار دیده شوند.
- تحت نظر گرفتن کودکان یک ساله از نظر رشد و نمو، تغذیه، و انجام واکسیناسیون‌ها. این گروه کودکان باید هر دو ماه یک بار مورد مراقبت قرار گیرند.
- مراقبت از کودکان ۲ و ۳ ساله، از طریق کنترل رشد و نمو، پایش سلامت کودکان، تنظیم و تلقیح واکسن‌های یادآور. این کودکان باید هر سه ماه یک بار دیده شوند.
- مراقبت از کودکان ۴ تا ۶ ساله (۵ سال تمام) که هر ۶ ماه یک بار انجام می‌گیرد.

### تنظیم خانواده:

- آموزش، اجرا و پیگیری برنامه‌های تنظیم خانواده در زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهردار. این گروه ماهی یک بار مورد مراقبت قرار می‌گیرند.

## آموزش و مراقبت تغذیه‌ای:

مواد غذایی رایج، چگونگی پخت و مصرف آنها در مناطق مختلف کشور، تابع شرایط اقلیمی - جغرافیایی، سنت‌ها و عادات‌های مردم آن ناحیه است. به‌ورزان باید اطلاعات لازم در این زمینه را جمع‌آوری کنند و با کمک و راهنمایی کارشناسان مرکز بهداشت برنامه‌های مناسبی را برای یافتن راه‌های استفاده صحیح از مواد غذایی موجود و اصلاح عادات‌های نادرست غذایی تنظیم و تبلیغ کنند؛ تا مردم رفته رفته استفاده صحیح از مواد غذایی موجود را بیاموزند و به تدریج مواد غذایی لازم و جدید در عادات‌های غذایی آنان راه یابد. به عنوان مثال، در مناطقی که استفاده از سبزی‌ها جزو عادات‌های غذایی مردم نیست، استفاده از محوطه حیاط خانه‌های بهداشت برای کاشت انواع سبزی‌ها، گوجه فرنگی و ... و آموزش عملی طرز کاشت، برداشت و مصرف مواد مذکور به مردم و نیز نگهداری و پخت صحیح مواد غذایی قابل دسترس باید بخشی از فعالیت‌های جاری به‌ورزان باشد.

این فعالیت نیز در جریان زندگی روزمره به‌ورزان با مردم انجام می‌گیرد و یک انقلاب فرهنگی بزرگ است و با معیارهای معمول قابل سنجش نیست.

### مراقبت از دانش‌آموزان و بهداشت مدارس:

- بازدیدهای منظم از مدارس روستاهای تحت پوشش در طول سال تحصیلی و تشکیل جلسه‌های آموزشی برای دانش‌آموزان. این یک سرمایه‌گذاری بزرگ درازمدت است و بنیان باورهای آینده جامعه روستایی را پی‌ریزی می‌کند.
- معاینه جمعی دانش‌آموزان به طوری که هر دانش‌آموز در طول سال تحصیلی حداقل دو بار مورد معاینه قرار گیرد. در این معاینه‌ها، دانش‌آموزان باید از نظر بیماری‌های قارچی مو، ناراحتی‌های پوستی، ورم ملتحمه، تراخم، مشکلات بینایی، شنوایی و ... بررسی و موارد مشکوک به پزشک ارجاع داده شوند.
- بررسی بهداشت محیط مدرسه اعم از محوطه، کلاس‌ها، دستشویی‌ها، فاضلاب و ...
- بررسی بهداشت بوفه مدرسه از نظر بهداشت محیط بوفه، مواد غذایی و بهداشت کارکنان بوفه
- بررسی بهداشت مکان‌های عمومی مجاور مدرسه، مثل: بقالی‌ها، رستوران‌ها، ساندویچ‌فروشی‌ها، دستفروشی‌ها و ...

### بهداشت دهان و دندان:

- در دوران بارداری و شیردهی، آموزش مادران باردار در زمینه بهداشت دهان و دندان خودشان
- آموزش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان شیرخواران و مراقبت از دندان‌های شیری کودکان
- آموزش دانش‌آموزان در زمینه بهداشت دهان و دندان
- معرفی کردن مواردی که نیازمند مراقبت‌های بیشتری هستند، به مراکز بهداشتی درمانی

### ایمن سازی:

در آغاز استقرار هر خانه بهداشت، ابتدا فهرست کلیه کسانی که واکسیناسیون آنها کامل نیست مشخص و برنامه‌ای برای تکمیل واکسیناسیون آنها تنظیم و اجرا می‌شود. وقتی این اقدام به پایان برسد، فعالیت جاری ایمن‌سازی در خانه بهداشت فقط به واکسیناسیون متولدین جدید و تزریق واکسن‌های یادآور محدود خواهد شد. به این ترتیب با اجرای صحیح برنامه واکسیناسیون اکتیو انتظار می‌رود:

- همه کودکان زیر ۲ سال برنامه منظم و ثبت شده‌ای برای واکسیناسیون داشته باشند، به نوعی که در هر مقطع زمانی کنترل وضعیت پیشرفت واکسیناسیون هر کودک و کل کودکان این گروه سنی میسر باشد.

- واکسیناسیون تمام کودکان ۲ تا ۵ ساله کامل باشد و تمام آنها واکسن-  
های یادآور لازم را دریافت کرده باشند.

- کلیه جمعیت زنان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۵ ساله) علیه کزاز واکسینه  
شده باشند.

### **نظارت بر موازین بهداشت حرفه‌ای:**

مانند: وجود نور کافی در کارگاه‌های قالی بافی و نظایر آن، آموزش تغذیه  
مناسب برای کارگرانی که در مکان‌های کم نور کار می‌کنند، راه‌های محافظت از  
چشم و دهان در مقابل گرد و غبار محیط کار، محافظت از گوش‌ها در برابر  
صداها و زیان‌آور محیط کار، و روش‌های پیشگیری از مسمومیت‌های ناشی از  
حشره‌کش‌ها و سموم نباتی.

کلیه کارگاه‌هایی که در محدوده هر خانه بهداشت قرار دارد باید حداقل هر دو  
ماه یک بار مورد بازدید قرار گیرد.

### **بهداشت محیط عمومی روستا:**

اطلاعاتی که در آغاز کار جمع‌آوری می‌شود تا حدود زیادی نیازهای عمومی  
روستاهای تحت نظر خانه بهداشت را روشن می‌سازد. آموزش مردم و تلاش  
برای تامین آب سالم و کافی از مهمترین فعالیت‌های بهداشتی هر خانه بهداشت  
محسوب می‌شود که باید پیگیرانه دنبال شود. تامین این نیاز و نیز ایجاد سیستمی  
متناسب با شرایط روستا (با هدایت و کمک فنی واحد بهداشت محیط) برای  
دفع بهداشتی فاضلاب و زباله‌ها صرف‌نظر از اثر غیرقابل انکاری که در زندگی

روستاییان دارد، در گسترش نفوذ خانه‌های بهداشت نیز تأثیری بسزایی خواهد داشت.

اقدام‌های بهداشتی دیگر از قبیل راهنمایی و تلاش برای احداث حمام عمومی، کشتارگاه، غسالخانه، رختشویخانه و ... نیز از فعالیت‌هایی است که خانه بهداشت می‌تواند ایجاد آنها را تبلیغ و مشارکت مردم را برای سرمایه‌گذاری در این فعالیت‌ها جلب کند. در این حال، بهتر است بهورز نیز همراه مردم برای پیگیری جریان کار به سازمان‌های ذی ربط مراجعه کند. هم چنین است، فعالیت برای تامین برق عمومی، جاده‌های ارتباطی، خیابان‌بندی، درخت کاری در محیط روستا و ترویج سبزی‌کاری در خانه‌ها و ... که می‌تواند مضمون فعالیت‌های اجتماعی بهورزان را تشکیل دهد؛ و با یاری مدیریت‌های سطوح بالا و همکاری سازمان‌های دیگر پیگیری و اجرا شود. این فعالیت‌ها عملی‌ترین تجسم هماهنگی‌های بین‌بخشی است و نفوذ کارکنان بهداشتی را در جامعه افزایش خواهد داد.

### **بهبودی محیط:**

فعالیت بهبودی می‌تواند زمینه‌های گسترده‌ای را در برگیرد؛ از جمله موارد زیر را شامل باشد:

- پیگیری برای تامین آب مصرفی سالم و ضد عفونی کردن آب‌های آشامیدنی با مشارکت مردم.



- آموزش مردم در زمینه روش جلوگیری از آلوده شدن آب‌های مصرفی روستا، پرکردن و خشکاندن یا سمپاشی گنداب‌ها و آبچال‌ها، از مهم‌ترین اقدام‌هایی است که در زمینه بهسازی محیط باید صورت گیرد.
- کمک فنی به مردم برای بهداشتی کردن توالت‌ها و دستشوئی‌ها
- آموزش مردم در زمینه اهمیت صاف کردن دیوارها، عایق‌سازی کف، تامین پنجره و نورکافی برای اتاق‌ها و پوشش پنجره‌ها برای جلوگیری از ورود حشرات، مگس، و ...
- آموزش مردم و فراهم آوردن امکانات لازم برای دفع صحیح زباله.
- آموزش روش درست جداسازی محل زیست از محل نگهداری دام و طیور
- راهنمایی‌های لازم در باب جمع‌آوری و دفع فضولات حیوانی.
- توجه خاص به بهداشت محیط مدارس
- بهداشت محیط کارگاه‌های کوچک و خانگی (مثل: پنیر سازی، قالی‌بافی و ...)

### **بهداشت محیط مکان‌های عمومی:**

- بهداشت محیط مکان‌های عمومی نظیر مسجد، مغازه‌ها و ... باید حداقل هر دو ماه یک بار کنترل گردد.

## بهداشت محیط مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و کنترل سلامت

### مواد عرضه شده:

کنترل بهداشت و سلامت مواد غذایی در رستوران‌ها، کافه‌ها، قصابی‌ها، لبنیات فروشی‌ها، کارگاه‌های پنیرسازی و ... هر دو ماه یک بار از طریق گزارش بهورز به کاردان بهداشت محیط مرکز بهداشتی درمانی و بازدید وی از این مراکز صورت می‌گیرد. این کنترل و نظارت هیچگاه نباید با ضبط نمونه توسط بهورز همراه باشد.

### بازدید منزل:

بازدید بهورزان از خانه‌های روستایی به دلایل زیر اهمیت زیادی برخوردار است:

- دوستی و ارتباط کارکنان بهداشت را با خانواده‌ها ارتقا می‌بخشد.
- امکان آموزش چهره به چهره را فراهم می‌کند.
- واقعیت محیط زیست مردم و شرایط طبیعی زندگی آنان را به کارکنان خانه بهداشت نشان می‌دهد.
- معلوم می‌کند که درک افراد مختلف از دستورهای بهداشتی در عمل چگونه است و در چه مواردی و چطور باید این عملکردها را تصحیح کرد.
- امکان پیگیری درمان بیماران مزمن و مراقبت‌های ویژه را فراهم می‌سازد.

بازدید منزل نباید تنها به پرکردن فرم‌ها منحصر شود، بلکه باید با استفاده از تمام فنون تربیتی، سنتی، فرهنگی، هوش و ذکاوت فردی بهورزان، به صورت فعالیتی ثمربخش و موثر در جریان عادی زندگی و ارتباط بهورز با خانواده‌های روستایی درآید.

### بیماریابی:

بیماریابی یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های خانه بهداشت است که باید متناسب با توانایی‌ها و آموخته‌های کارکنان خانه بهداشت و یافتن تکنولوژی مناسب برای هر مورد سازمان داده شود. غربالگری (Screening) جمعیت تحت پوشش یا گروه‌های سنی، جنسی و شغلی خاص - از طریق جستجوی یک یا چند علامت واضح، مشخص کننده و اختصاصی - می‌تواند به طور مستمر یا در مقاطع زمانی معین، با وسعت و سرعت توسط خانه‌های بهداشت انجام گیرد. مثل:

- غربال کردن دانش‌آموزان از نظر کچلی، ناراحتی‌های پوستی، بیماری‌های چشم و مشکلات دید، شنوایی، اسکلتی و ...

- غربالگری کارگران کارگاه‌ها از نظر ناراحتی‌های پوستی، چشمی، شنوایی و ...

- غربال کردن جمعیت از نظر بیماران دارای لکه‌های بیرنگ پوستی فاقد حس (در نقاطی که بیماری جذام حالت آندمیک دارد)

- غربال کردن زنان در معرض خطر سرطان پستان با انجام و آموزش معاینه

پستان

- غربالگری بیماران مشکوک به مالاریا در مناطق آندمیک مالاریا از طریق

گرفتن لام خون از بیماران تب و لرز دار

- غربال کردن بیماران روانی

و بسیاری موارد مشابه که می‌توان با برقراری تکنولوژی مناسبی این

غربالگری‌ها را برقرار کرد؛ مشروط بر این که سطح بعدی ارجاع برای

پذیرش بیماران غربال شده آماده شده باشد. این نکته در ارتقای اعتبار خانه

های بهداشت و یا بالعکس در بی اعتبار کردن آنها اهمیت فوق العاده دارد.

- بیمارانی که پروتکل درمانی ابلاغ شده‌ای دارند (مثل اسهال، ARI و ...)

می‌توانند مستقیماً توسط خانه بهداشت تحت درمان قرار گیرند.

بیمارانی که به خانه بهداشت مراجعه می‌کنند، پس از معاینه اولیه، تنها از درمان-

های علامتی کم خطر و مجاز استفاده خواهند کرد. نکته مهم، این است که

همراه با تجویز داروهای مجاز، باید چگونگی مراقبت‌های لازم به بیمار و

اطرافیان او آموخته شود. بیماران خانه بهداشت به چهار گروه تقسیم می‌شوند:

اول - بیمارانی که درمان آنان توسط پزشک تجویز و پیگیری آن به عهده خانه

بهداشت گذارده شده است. (مانند بیماران مبتلا به مالاریا، سل و ...)

دوم - کسانی که ناراحتی آنان با دادن داروهای اولیه و درمان‌های علامتی برطرف

می‌گردد.

سوم - مراجعه‌کنندگانی که احتیاج فوری به پزشک ندارند و می‌توانند ضمن دریافت داروهای اولیه، برای روز بازدید پزشک در لیست نوبت معاینه پزشکی قرار گیرند.

چهارم - بیمارانی که باید فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی معرفی شوند که در این صورت برگ ارجاع تنظیم و بیمار به مراکز بهداشتی درمانی و در موارد فوریت‌های پزشکی به بیمارستان اعزام می‌گردد.

تاکید می‌شود که واگذاری مسوولیت‌های بهداشتی درمانی به کادر کمکی مشروط به نظارت مستمر و مستقیم و آمیخته با آموزش مستمر توسط پزشکان است. به همین دلیل، ایجاد خانه‌های بهداشت بدون تحقق کامل نظارت پزشکی اقدامی منطقی و مقرون به صلاح نخواهد بود.

در موارد ضرور، مثل بیماری‌های واگیردار، آموزش اطرافیان بیمار در زمینه روش‌های صحیح پرستاری از بیمار، مصرف صحیح دارو، رعایت موازین پیشگیری و ... به عهده خانه بهداشت است، که باید از طریق مراقبت و بازدید ادواری در منزل مورد پیگیری قرار گیرد و به این ترتیب ضمن پیگیری درمان بیمار، از سلامت اطرافیان بیمار مراقبت شود.

### تزریق‌ها:

بهورزان جز تلقیح واکسن اجازه انجام تزریق‌های دیگر را ندارند. بار اول تزریق زیرجلدی و عضلانی، در مورد هر بیمار و در مورد هر دارو، باید با حضور پزشک انجام گیرد. تکرار تزریق‌ها بدون حضور پزشک، مشروط به این است که تزریق اول با حضور پزشک انجام و اجازه پزشک برای ادامه دادن تزریق‌ها توسط بهورز در نسخه قید شده باشد.

**پانسمان:** انجام پانسمان‌های ساده، وظیفه بهورزان است.

### فوریت‌ها:

بهورز وظیفه دارد در موارد فوریت‌ها و بروز سانحه (مثل: خونریزی‌های وسیع، شکستگی، سوختگی، ضربه، خفگی، مسمومیت و ...)، پس از انجام کمک‌های اولیه مناسب، هرچه زودتر بیمار را اعزام کند و در مورد حوادث جمعی، مراتب را فوری به مرکز بهداشتی درمانی اطلاع دهد و کمک بخواهد.

### بازتوانی و کمک به معلولان:

شناسایی معلولان، ارجاع آنان به مراکز توانبخشی، پیگیری آموزش مددجویان، خانواده‌ها و جامعه برای رفتار درست با معلولان و ... جزو وظایف خانه بهداشت است؛ که آموزش آن با برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (C.B.R) در حال گسترش است.

### همکاری با دانشجویان اعزامی:

در مواقعی که رده‌های مختلف نیروی انسانی پزشکی، برای کارآموزی و کارورزی، به خانه‌های بهداشت اعزام می‌شوند همکاری‌های خانه بهداشت در فراهم آوردن امکان و زمینه فعالیت آنها جزو وظایف بهورزان است.

### شرایط انتخاب و تربیت بهورزان:

در خانه بهداشت فقط یک رده شغلی از کارکنان بهداشت خدمت می‌کنند؛ که بر حسب جنس «بهورز زن» یا «بهورز مرد» نامیده می‌شوند.

#### الف - شرایط:

بومی بودن: با توجه به وظایفی که برای خانه بهداشت منظور شده است و برای این که عوامل اجرایی درک نزدیک‌تر و صحیح‌تری از محیط کار و زندگی مردم داشته باشند و برای اطمینان نسبی از اقامت دائم پرسنل در روستا و تامین دسترسی مستمر روستاییان به خدمات و بالاخره کاسته شدن از بار نقل و انتقال آتی بهورزان، بهتر است کارکنان هر خانه بهداشت، از مردم روستای محل استقرار خانه بهداشت انتخاب شوند (مگر آن که چنین امکانی وجود نداشته باشد). در هر حال بهورز باید مقیم روستای محل خدمت خود باشد.

سن: برای پذیرفته شدن در آموزش بهورزی، سن داوطلبان زن باید حداقل ۱۶ سال تمام و حداکثر ۲۴ سال و داوطلبان مرد حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۲۸ سال باشد. در شرایط مساوی افراد متاهل و محارم اولویت دارند.

جنس: با توجه به تنوع وظایف خانه بهداشت، در برنامه‌هایی که تماس نزدیک و مستمر با مادران و کودکان را ایجاد کند، وجود پرسنل زن (بهورز زن) ضروری است. طبیعت فعالیت‌های دیگر مانند امور مربوط به بهداشت محیط، بهداشت کار و کارگاه‌ها ... نیز نشان می‌دهد که در این زمینه‌ها وجود بهورز مرد ترجیح دارد.

تحصیل: به طور منطقی، یکی از عواملی که احتمال مقبول افتادن خدمات و آموزش‌های بهورزان را در جامعه افزایش می‌دهد، سواد پایه آنان است. به این دلیل، ضابطه‌ای برقرار شد مبتنی بر این که، سواد پایه کسانی که وارد خدمت بهورزی می‌شوند باید از متوسط سواد جامعه روستایی، به ویژه جامعه زنان روستایی بیشتر باشد. از این روی، در آغاز گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، که میزان بی‌سوادی، در جامعه زنان روستایی بسیار بالا بود (طبق سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۶۵ حدود ۵۲ درصد زنان ۶ ساله و بالاتر بی‌سواد بودند)، حداقل سواد پایه برای پذیرش داوطلبان بهورزی، پایان دوره آموزش ابتدایی تعیین شد؛ ولی در حال حاضر، با توجه به این که میزان باسوادی و سطح سواد جامعه مورد نظر به نحو چشمگیری افزایش یافته است (طبق سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ میزان باسوادی در زنان روستایی ۶ ساله و بالاتر به حدود ۷۴ درصد رسیده است) به نظر می‌رسد که در برخی از نقاط کشور می‌توان - و



- باید- سواد پایه برای پذیرش بهورزان را حداقل به پایان دوره راهنمایی یا دیپلم متوسطه ارتقا داد. این تغییر می‌تواند چندین فایده داشته باشد:
- درک مفاهیم آموزشی را برای بهورزان آسانتر خواهد ساخت و از پیچیدگی آموزش بهورزی برای جوانان کم سواد خواهد کاست.
  - سهولت درک و ارتباط آموزشی، سرعت آموزش و مهارت‌های اکتسابی را افزایش خواهد داد و امکان کاهش دوره آموزش را فراهم خواهد ساخت.
  - سواد پایه بالاتر، امکان تغییرهای پرسنلی به نفع بهورزان و نیز امکان ادامه تحصیل آنان را فراهم‌تر می‌سازد.
- انتخاب بهورزان پس از مشورت با معتمدان محلی، توسط کمیته‌ای مرکب از نمایندگان مرکز آموزش بهورزی، واحد گسترش شبکه‌ها و واحد گزینش، از طریق آزمون کتبی و شفاهی انجام می‌شود.

### ب- آموزش:

با توجه به سن و سواد پایه کسانی که برای آموزش بهورزی انتخاب می‌شوند، آموزش بهورزی از حساسیت بالایی برخوردار است؛ به همین دلیل، این آموزش‌ها شبانه‌روزی منظور شده است. مطالبی که برای آموزش بهورزان در نظر گرفته می‌شود، از نظر طرز بیان، چندین بار با وسواس بازنویسی و کنترل می‌گردد، تا سادگی بیان و سهولت درک مفاهیم فراهم و از به کار بردن هر لغتی که ممکن است برای آنان نا آشنا باشد خودداری شود. تفصیل در بیان، ذکر مثال‌های متعدد همراه با ساده نویسی، شرط تهیه مطلب برای این آموزش-

هاست. روش‌های آموزش بهورزی با بهره‌گیری از کلیه عوامل موثر در جریان آموزش، حتی نوع آرایش صندلی‌های کلاس، و تاکید بر آموزش‌های عملی و کارآموزی آمیزه‌ای از دروس نظری، عملی و کارآموزی است و از سه پایه تحصیلی که حدود دو سال طول می‌کشد تشکیل شده است.

**پایه اول**، ۶/۵ ماه است که ۴ ماه اول آن به صورت آموزش نظری و عملی در محل مرکز آموزش بهورزی جریان می‌یابد. ۲/۵ ماه بعدی کارآموزی است که در خانه‌های بهداشت آموزشی و زیر نظر مستقیم مربیان می‌گذرد. در پایان پایه اول، آزمون نظری، عملی و کارآموزی به عمل می‌آید.

**پایه دوم**، ۹ ماه است، که پس از آزمون پایه اول آغاز می‌شود. در این پایه، بهورزان پس از ۳ ماه آموزش نظری و عملی در محل مرکز آموزش بهورزی، کارآموزی خود را به مدت ۶ ماه در خانه بهداشت محل اصلی خدمت خویش می‌گذرانند. در پایان پایه دوم نیز آزمون نظری، عملی و کارآموزی انجام می‌گیرد.

**پایه سوم**، ۷/۵ ماه است که در دنبال کارآموزی پایه دوم با ۳ ماه آموزش نظری و عملی آغاز می‌شود و پس از آن با ۴/۵ ماه کارآموزی پایان می‌یابد. در پایان پایه سوم علاوه بر آزمون پایه سوم، آزمون پایانی شامل دروس نظری، عملی و کارآموزی هر سه پایه به عمل می‌آید. یک ماه مرخصی دوران آموزش، مجموع مدت آموزش بهورزان را به دو سال می‌رساند.

توجه: کارشناسانی که با دقت نظام ارائه خدمت کشورمان را بررسی می‌کنند -

کردند، اغلب برای خدمت به‌روری دو مشکل عمده را تذکر می‌دادند:

- باقی ماندن بهورزان در رده به‌روری در تمام طول خدمت و نبود امکان

ارتقای علمی و شغلی.

- ضرورت اقامت در روستا در تمام طول خدمت.

برای حل این تنگناها چند امتیاز استخدامی بکار گرفته شده است:

۱- بهورزانی که با مقطع پایان تحصیلات راهنمایی برای آموزش به‌روری

پذیرفته می‌شوند، پس از پایان دوره آموزشی خود، هنگام استخدام از گروه و

پایه استخدامی دیپلمه‌ها برخوردار می‌شوند و تا زمانی که در این رده خدمت

کنند این امتیاز را حفظ خواهند کرد.

۲- بهورزان قبلی و بهورزان جدیدی که بعد از این تربیت می‌شوند، اگر با

در دست داشتن مدرک پایان دوره راهنمایی پذیرفته شده باشند، می‌توانند با

گذراندن دروس عمومی دوره متوسط به اخذ دیپلم کار و دانش در رشته

به‌روری نایل آیند. این گروه می‌توانند پس از مدتی خدمت به‌روری، با

استفاده از امتیازهایی که برقرار شده است، تحصیل خود را در رده‌های

کاردانی بهداشت ادامه دهند.

۳- بهورزانی که شرایط بند ۱ و ۲ را داشته باشند می‌توانند پس از دریافت

عنوان تکنیسین یا کاردان بهداشت (در صورت وجود پست خالی) بقیه

خدمت خود را در پایگاه‌های بهداشت شهری ادامه دهند.

## خدمات مدیریتی در خانه بهداشت

### روابط کارکنان در داخل خانه بهداشت:

- وقتی خانه بهداشت توسط یک بهورز اداره می‌شود همه مسوولیت اجرای برنامه‌های روزمره با او خواهد بود.

- وقتی پرسنل خانه بهداشت بیش از یک نفر باشد، بسته به شرایط (سابقه خدمت، تحصیلات، تصمیم سرپرست مرکز بهداشتی درمانی مربوط و ...) یکی از بهورزان به عنوان ارشد گروه تعیین می‌شود. برنامه‌های روزانه به طور مشترک و بانظر نفر ارشد انجام خواهد شد.

تذکر ۱- حتی اگر خانه بهداشت برای آموزش دانشجویان رده‌های مختلف نیروی انسانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، ضابطه مدیریتی بالا باید هم چنان محفوظ و محترم شمرده شود.

تذکر ۲- خانه بهداشت باید تسهیلات لازم را برای استقرار موقت تیم‌های سیار، که از مرکز بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان اعزام می‌شوند، داشته باشد. این نکته باید در پیش‌بینی فضای لازم برای خانه‌های بهداشت آموزشی مورد توجه قرار گیرد.

هر دو بهورز مسئول همه وظایف خانه بهداشت در محدوده جغرافیایی و جمعیتی خانه بهداشت خود هستند. استثنا فقط مربوط به مواردی می‌شود که موضوع خدمت، معاینه مراجعه کنندگان سنین نوجوانی و بالاتر، آموزش‌های

تنظیم خانواده و بالاخره انجام تزریقات و پانسمان باشد. در این موارد رعایت همجنس بودن خدمت دهنده و خدمت گیرنده موجب آرامش و آسایش مراجعه کننده می گردد.

**برنامه ریزی:** خانه بهداشت باید برای خدمات زیر برنامه ریزی کند:

- سرشماری سالانه
  - بازدید منازل برای پیگیری مراقبت‌ها و پیگیری درمان بیمارانی که کنترل مصرف دارو در آنها ضروری است، مثل مالاریا، سل و...
  - بازدید از روستاهای اقماری
  - بازدید از مدارس
  - بازدید از مکان‌های عمومی و کارگاه‌ها
  - نظارت بر سمپاشی، در مناطقی که لازم است.
- این برنامه‌ها باید به تأیید مرکز بهداشتی درمانی برسد و نشان دهنده نظم، استمرار و پوشش کامل فعالیت‌های مذکور در محدوده روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت باشد.

تنظیم و اجرای این برنامه‌ها بخشی از وظایف خانه‌های بهداشت است؛ انجام دادن این وظایف نیازمند اختیار خاصی نیست. ابزار اصلی بازدیدهایی که در این برنامه‌ها پیش‌بینی می‌شود، موتوسیکلت است. در این زمینه، اختیار لازم برای خانه بهداشت، اجازه خرید بنزین، پنچرگیری و تعمیرات جزئی موتوسیکلت

است. در این گونه موارد دریافت گواهینامه رانندگی موتوسیکلت جزو ضرورت‌های دوران آموزش خواهد بود.

**سازماندهی:** در هر خانه بهداشت که بهورزان توفیق جلب مشارکت مردم را داشته باشند، سازماندهی داوطلبان ضرورت خواهد داشت. سازماندهی داوطلبان و جلب مشارکت مردم، نیاز به اختیار خاصی ندارد؛ مگر در مواردی که مشارکت جامعه در زمینه فعالیت‌های ساختمانی باشد و مرکز بهداشت تأمین قسمتی از مصالح یا هزینه را به عهده گیرد. در این صورت در اختیار گذاشتن تنخواه گردان در اختیار بهورز، برای خریدهای محلی در سرعت بخشیدن به کارها مؤثر خواهد بود. همچنین در مناطقی که برای انجام فعالیتی اجیر کردن گروهی از جامعه روستایی ضرورت می‌یابد - مثل سمپاشی بر ضد پشه ناقل مالاریا و انتخاب افراد مناسب برای سمپاشی - سازماندهی و نظارت بر کار آنها، پرداخت مزد کارگران بهتر است توسط بهورزان انجام گیرد. بنابراین، نظارت بر فعالیت‌های ساختمانی و بهسازی محیط، که مرکز بهداشت در محدوده خانه‌های بهداشت اجرا می‌کند، بهتر است به عهده بهورزان همان خانه‌های بهداشت گذاشته شود.

**پایش:** مهمترین پایشی که به عهده خانه بهداشت قرار دارد نظارت بر تحقق مراقبت‌های بهداشتی در گروه‌های هدف است. در واقع، پیگیری مراقبت‌ها و فعالیت‌ها علاوه بر پایش خدمات فنی نوعی پایش مدیریتی خدمات مذکور نیز بشمار می‌رود.

**هدایت و رهبری:** تشکیل گروه‌های مردمی از زنان، مردان، دانش‌آموزان داوطلب و هدایت آنان برای فعالیت‌های بهداشتی، هدایت مردم به دستگاه‌ها و سازمان‌های دیگر - اعم از دولتی و غیردولتی - و جلب مشارکت آنها در فعالیت‌های بهداشتی و عمرانی، از نقش‌های عمده‌ای است که بهورزان می‌توانند و باید به عهده گیرند.

**ارتباط سازمانی:** به طور معمول، مکاتبه‌های خانه بهداشت باید با مرکز بهداشتی درمانی مربوط باشد؛ جز در مواردی که مرکز بهداشتی درمانی تعطیل و یا مکاتبه با آن (حداقل دو مکاتبه متوالی)، پس از ۱۵ روز، بی جواب مانده باشد و یا ضرورت امر و شرایط خاص، گزارش مستقیم خانه بهداشت به مرکز بهداشت شهرستان را ایجاب کند. همچنین در مورد فوریت‌های پزشکی، به ویژه حوادث، خانه بهداشت می‌تواند بیمار را به طور مستقیم به بیمارستان شهر اعزام دارد. مکاتبه در زمینه خدمات فنی با مرکز آموزش بهورزی شهر و سایر خانه‌های بهداشت مانعی ندارد. مکاتبه خانه بهداشت با واحدهای محلی سایر دستگاه‌ها و ارگان‌های دولتی و غیردولتی (مثل شوراهای روستایی و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش) مانعی ندارد، ولی مکاتبه با سطوح بالای سایر ارگان‌ها باید از طریق مرکز بهداشتی درمانی مربوطه صورت گیرد.

در مسایلی که به تدارک واحد مربوط می‌شود، چنان که گفته شد، حداقل دو وضعیت خاص باید مورد توجه قرار گیرد:

- مواردی که بی توجهی و تأخیر در رفع مشکل ممکن است سبب آزار یا آسیب مراجعه کنندگان گردد، از قبیل: اختلال در گرما و سرمای خانه بهداشت، بخصوص در اتاق معاینه (مثل تمام شدن نفت، خرابی بخاری، شکستگی شیشه و ...)

- مواردی که تأخیر و بی توجهی به آن ممکن است موجب آسیب زدن به ساختمان، تأسیسات و وسایل شود؛ مثل: ترکیدگی لوله آب و فاضلاب، گرفتگی فاضلاب و توالت، پارگی سیم خاردار، برف پشت بام و ...

کلیه این امور با تعیین مبلغ مناسبی به عنوان تنخواه گردان، و تفویض اختیار تشخیص و انجام هزینه از محل تنخواه مذکور، قابل ساماندهی است. در این صورت، بهورز باید دفتری برای ثبت هزینه‌ها درست کند. این دفتر می‌تواند به شکل صفحه ۸۰ خط کشی شود. (با نظر همکاران حسابداری شاید بتوان شکل مناسب‌تری برای آن پیشنهاد کرد).

به طور معمول، هزینه‌هایی که از محل تنخواه گردان در خانه بهداشت می‌تواند انجام گیرد، در مواد ۵ و ۷ (فصل دوم) هزینه است. به راحتی می‌توان تفکیک این دو ماده را به بهورزان آموزش داد تا هنگام تحویل درخواست و فاکتور هزینه‌ها برای مجموع فاکتورهای هریک از مواد مذکور یک روکش تنظیم و روکش‌ها را در دفتر نامه‌های خانه بهداشت ثبت و شماره کنند.



هنگام تحویل مدارک مربوط به هزینه‌ها باید در دفتر هزینه‌ها زیر اقلام ثبت شده را با خط قرمز ببندند و متنی را که در نمونه پیوست آمده است بنویسند. با امضای تحویل دهنده و تحویل گیرنده، مدارک تحویل سند و مبلغ آن تکمیل می‌گردد.

دفتر تنخواه گردان و هزینه‌های انجام یافته در خانه بهداشت .....			
شماره	تاریخ	موضوع هزینه	مبلغ
۱			
۲			
۳			
جمع مبلغ فاکتورهای تحویل شده:			
		ریال	<u>مبلغ</u>
شماره و تاریخ ثبت در دفتر			
مبلغ ترمیم تنخواه گردان (به عدد و حروف)			
		امضای تحویل دهنده	امضای تحویل گیرنده
۳			

**تصمیم‌گیری:** ارجاع بیمار به مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستان و کوشش برای مشارکت در تصمیم‌گیری شورای بهداشت روستاهای تحت پوشش در زمینه فعالیت‌های اجتماعی و عمرانی از مهم‌ترین وظایف بهورزان در زمینه تصمیم‌گیری است.

**خلاقیت و نوآوری:** تشویق بهورزان برای شناخت آداب، سنن و رفتارهای اجتماعی، عادت‌های غذایی، روش‌های مناسب برای برقراری ارتباط با جامعه، یافتن مناسب‌ترین فناوری قابل استفاده در منطقه و ... می‌تواند روش‌هایی برای تحریک خلاقیت و نوآوری در خانه‌های بهداشت باشد.

**جلب مشارکت جامعه:** خانه بهداشت مناسب‌ترین و نزدیک‌ترین واحدی است که می‌تواند در ارتباط با جامعه قرار گیرد؛ و مشارکت گروه‌های مختلف مثل دانش‌آموزان، زنان و ... را برای فعالیت‌های بهداشتی جلب کند. آشنایی با آداب، سنن، رفتارها، باورها، زبان و ... مردم محل این امکان را فراهم می‌سازد که بهورزان به نفوذ کلام بیشتری در جامعه اطراف خود نایل آیند و گاه حتی همکاری فعال جامعه را در فعالیت‌های بهداشتی و یا عمرانی محل سازمان دهند و بالاخره با نفوذ کلام خویش و استمرار آموزش‌ها بتوانند شیوه‌های زیستی جامعه را ارتقاء بخشند.

**ارتباط خانه بهداشت با مرکز بهداشتی درمانی مربوط:**

- کلیه نامه‌ها و درخواست‌های روزمره پرسنلی (گواهی کار، مرخصی، و ...)، مالی (دریافت تنخواه گردان، تحویل فاکتورهای هزینه و اسناد ...)، درخواست کمک‌های فنی و اجرایی مورد لزوم (دارو، وسایل، تجهیزات

و ...)، گزارش کار و آمارهای مربوط و ... باید به عنوان مرکز بهداشتی درمانی مافوق تنظیم و اعلام گردد.<sup>۱</sup>

### گزارش‌ها و آمار:

فرم‌هایی که برای خانه بهداشت پیش‌بینی می‌گردد، ضمن نشان دادن اطلاعات اساسی، باید از سادگی کامل برخوردار باشد و از ارسال فرم‌های پیچیده و گوناگون به خانه‌های بهداشت جلوگیری گردد.

### حجم خدمات مورد نیاز:

با توجه به محتوا و فراوانی‌های منظور شده برای مراقبت‌های بهداشتی هریک از گروه‌های سنی، جنسی و شغلی در برنامه‌های کنونی کشور و نیز ساختار فعلی جمعیت درین مقوله از نتایج سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ استفاده شده است که در آن تعداد:

۹۰ زن همسر دار مشمول برنامه تنظیم خانواده

۳۱ زن باردار

۱۷ کودک زیر یکسال

۱۸ کودک یکساله

۴۴ کودک ۲ و ۳ ساله

۷۸ کودک ۴ تا ۶ ساله

<sup>۱</sup> برای تفصیل خدمات مدیریتی در خانه‌های بهداشت به کتاب خدمات مدیریتی در واحدهای بهداشتی شهرستان نگارش دکتر سیروس پيله رودی مراجعه شود.

۲۰۰ کودک دبستانی ۷ تا ۱۴ ساله

۵۰ کارگر کارگاه یا کارخانه به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت

با مجموعه این خدمت گیرندگان حجم خدماتی را که سالانه به هر ۱۰۰۰

نفر از جمعیت باید ارائه گردد، می توان به شرح زیر خلاصه کرد:

۲۷۳ بار مراقبت از زنان باردار: با در نظر گرفتن ۲۱ زن باردار (با احتساب

مواردی که به سقط یا مرده زایی می انجامد) و حداکثر ۱۳ مراجعه برای

هر نفر در دوران بارداری و پس از زایمان:

از ماه دوم حاملگی تا هفت ماهگی هر ماه یکبار

در ماه هشتم هر دو هفته یکبار

در ماه نهم هر هفته یکبار (در جمع ۳ بار)

پس از زایمان ۲ بار

۱۰۸۰ بار مراجعه زنان شوهردار: با احتساب ۹۰ زن همسر دار مشمول برنامه

تنظیم خانواده و یک مراجعه ماهانه برای هر کدام

۱۷ مورد صدور گواهی تولد،

۲۰۰ بار بازدید از خانه ها: با احتساب یک بار سرشماری سالانه و بازدید از

وضع بهداشتی ۲۰۰ خانه

۱۰۸ بار پیگیری مراقبت های مادران، کودکان و یا بیماران مزمن که در موعد

مقرر مراجعه نکرده اند. فعالیت بازدید از خانه ها باید تلاش و ابزاری

باشد برای آموزش های چهره به چهره توسط بهورزان در خانه

روستاییان، مشاهده اثر و کاربرد آموزش‌ها و دستورهایی که قبلاً داده

شده است، تصحیح اشتباه‌های احتمالی خانواده در عمل و ...

۲۰۴ بار مراقبت از کودکان زیر یکسال: با احتساب ۱۷ کودک، هر کودک ماهی یکبار.

۱۰۸ بار مراقبت از کودکان یک ساله: با احتساب ۱۸ کودک، هر کودک ۶ بار در سال.

۱۷۶ بار مراقبت از کودکان ۲ و ۳ ساله: با احتساب ۴۴ کودک، هر کودک ۴ بار در سال. به منظور کنترل رشد و نمو، تلقیح واکسن‌های یادآور و آموزش‌های لازم به مادر در زمینه‌های مختلف از جمله بهداشت دهان و دندان و ....

۱۵۶ بار مراقبت از کودکان ۴ تا ۶ ساله (۵ سال تمام): با احتساب ۷۸ کودک، هر کودک ۲ بار در سال

۴۰۰ بار مراقبت از کودکان ۷ ساله تا پایان ۱۴ سالگی: با احتساب ۲۰۰ دانش‌آموز، به طور متوسط هر یک دوبار در هر سال تحصیلی به منظور بیماریابی

۵۰۰۰ مراجعه برای کمک‌های اولیه درمانی: با احتساب سالانه ۵ بار مراجعه برای هر نفر. در مناطقی که مالاریا آندمیک است، ضمن ارائه کمک‌های اولیه درمانی به این مراجعه‌کنندگان، باید از کلیه بیماران تبادار لام خون تهیه شود.

۱۸۰۰ بار مراقبت ویژه از بیماران مبتلی به بیماری‌های مزمن مثل سل، دیابت

و ...

۵۰ بار تشکیل پرونده و مراقبت از کارگران کارگاه‌ها

۳۶۵ بار کلرسنجی روزانه

۸۰۰ بار تزریق

۳۰۰ بار پانسمان

۳۴ بار بازدید از مدرسه، مکان‌های عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی

و ...

در مجموع، به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی سالانه نزدیک به حدود ۲۵۰۰ مراجعه بهداشتی و ۸۰۰۰ مراجعه برای کمک‌های درمانی و ۳۴۲ بازدید منزل و بررسی مکان‌های عمومی مورد انتظار است.

به این ترتیب، با احتساب ۲۵۰ روز کار مفید در سال، سهم هر روز از حجم

خدمات مورد انتظار برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، عبارت خواهد بود از:

۳۲ مراجعه برای کمک‌های اولیه درمانی

۱۰ مراجعه برای برنامه‌های بهداشتی

۱-۲ بازدید منزل یا مکان عمومی

## ضابطه پرستلی:

در بحث وظایف خانه بهداشت اشاره شد که بسیاری از خدمات بهورزان در روال معمول خدمات کارمندی نمی‌گنجد؛ و اغلب در جریان زندگی و تماس روزمره بهورزان با مردم و خانواده‌های روستایی انجام می‌گیرد. تحقق هدف‌های این خدمات منوط به استمرار، صرف وقت و حوصله زیاد است. از این روی با ضوابط رایج قابل سنجش نیست. با این حال، محاسبه حجم بخش رایج خدماتی که به عهده خانه‌های بهداشت قرار داده شده است، نشان می‌دهد که اگر هر مراجعه بهداشتی بطور متوسط ۲ دقیقه و هر مراجعه برای کمک‌های اولیه بطور متوسط حدود ۵ دقیقه و هر بازدید از منازل و مکان‌های عمومی به طور متوسط ۳۰ دقیقه بطول انجامد؛ مجموع خدمات مورد نیاز روزانه ۱۰۰۰ نفر جمعیت حدود ۲۱۰ تا ۲۴۰ دقیقه وقت می‌خواهد که مفهوم آن ۷ تا ۸ ساعت کار مفید برای هر بهورز است. خانه بهداشتی که بنا به شرایط فرهنگی ۲ بهورز در آن کار می‌کنند باید بتواند خدمات اولیه بهداشتی مورد نیاز حدود ۲۰۰۰ نفر جمعیت را ارائه کند. بدیهی است که متمرکز بودن این جمعیت در یک نقطه یا پراکنده بودن آن در چند روستا نقش تعیین کننده‌ای در حجم و گردش کار خانه بهداشت خواهد داشت. با توجه به مجموعه کار و شرایط فرهنگی جامعه ضوابط زیر برای نیروی انسانی خانه‌های بهداشت تعیین گردیده است:

- تا ۲۰۰۰ نفر جمعیت یک بهورز زن + یک بهورز مرد؛

در خانه‌های بهداشتی که جمعیت آنها کمتر از ۲۰۰۰ نفر باشد، در صورت امکان می‌توان برای دو خانه بهداشت مجاور یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت.<sup>۲</sup>

- از ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر ۲ بهورز زن و یک بهورز مرد.

برای جمعیت‌های بیش از ۳۰۰۰ نفر بهتر است دو خانه بهداشت ایجاد گردد. همچنین در نقاطی که گستردگی جمعیت در سطح، زیاد است ایجاد دو خانه بهداشت در جمعیت‌های کمتر نیز می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. در این حال بهورز مرد بین دو خانه بهداشت مشترک خواهد بود. اگر تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت از ۶ قریه بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه‌ای باشد که بازدید از ۲ یا چند روستا در یک روز ممکن نباشد، یک بهورز مرد به کارکنان خانه بهداشت اضافه می‌شود.

<sup>۲</sup> اگر هر بهورز سالانه فقط ۲۵۰ روز کار کند و در هر روز ۶ ساعت (۳۶۰ دقیقه) کار مفید (از ۸ ساعت کار موظف) داشته باشد. بنابراین، در چنین شرایطی هزینه هریک از خدمات ارائه شده، قیمت تمام شده متعارف آن خدمت تلقی می‌شود. اگر همین بهورز در جمعیت‌های ۵۰۰ نفری شاغل شود ساعت کار به ۱۸۰ دقیقه و گرانی قیمت تمام شده به دو برابر می‌رسد. اگر جمعیت ۲۵۰ نفر باشد ساعت کار مفید هر بهورز فقط ۹۰ دقیقه در روز و قیمت تمام شده چهار برابر گرانتر خواهد شد. اگر در این گونه خانه‌های بهداشت دو بهورز مستقر شود، ساعت کار به ۴۵ دقیقه ۳۰ دقیقه و در خانه بهداشت ۲۵۰ نفری فقط به ۳۰ دقیقه در روز و گرانی خدمات به هشت برابر قیمت متعارف خواهد رسید. بنابراین، جز در شرایط خاص، قبول ایجاد خانه بهداشت برای جمعیت‌های کمتر از ۵۰۰ نفر از نظر اقتصادی قابل توجیه نخواهد بود. در این شرایط با توجه به فاصله دو خانه بهداشت مجاور می‌توان اداره مشترک دو خانه بهداشت را مورد توجه قرار داد.



توجه: اگر تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت بیش از یک روستا باشد، برای انجام دهگردشی یک موتوسیكلت در اختیار خانه بهداشت قرار داده می‌شود.

### فضای مورد نیاز:

با توجه به حجم و نوع فعالیت (بدون احتساب فضا برای اسکان کارکنان خانه بهداشت) حداقل فضای مورد نیاز حدود ۶۰ تا ۷۵ مترمربع برآورد می‌شود. چنانچه لازم باشد از خانه بهداشت برای آموزش کسانی که در رده‌های مختلف نیروی انسانی پزشکی تعلیم می‌بینند، استفاده شود، باید به تناسب نیاز، فضای لازم به این حداقل اضافه گردد. همچنین، در صورت فراهم آمدن امکان مالی لازم، می‌توان یک قسمت مسکونی برای یکی از بهورزان به فضای خانه بهداشت اضافه کرد.

ساختمان خانه‌های بهداشت باید با رعایت معماری سنتی هر محل و با استفاده از مصالح ساختمانی موجود و رایج منطقه ساخته شود؛ به نحوی که بدون برهم زدن بافت معماری روستا، الگوی مناسب یک ساختمان مبتنی بر اصول بهداشتی را به مردم عرضه کند. کروکی استاندارد برای خانه‌های بهداشت در صفحه ۱۹۶ آمده است.

### کیفیت و نوع وسایل:

نوع، تعداد و توزیع وسایل خانه‌های بهداشت به صورتی استاندارد در جدول شماره پنج (صفحه‌های ۱۹۷ تا ۲۰۰) فهرست شده است. نکته مهم این است که

در انتخاب وسایل، بیش از هرچیز باید دوام، سهولت کاربرد، ارزانی و امکان فراهم کردن و نگهداری آنها در سطح ملی و محلی مورد توجه قرار گیرد. به عنوان مثال، برای توزین و اندازه‌گیری قد، به جای ترازو و قدسنج گران قیمت و پیچیده می‌توان از ترازوهای ساده و تخته‌های مدرج استفاده کرد.

## مرکز بهداشتی درمانی روستایی

### تعریف:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی، واحد پزشکی دولتی مستقر در مناطق روستایی است که به وسیله پزشک عمومی اداره می‌شود. این واحد ضمن نظارت بر فعالیت خانه‌های بهداشت و هدایت آنها، نیازهای درمان تخصصی و بستری جمعیت تحت پوشش خود را از طریق ارجاع و ارتباط با بیمارستان شهرستان تامین می‌کند.

### محل استقرار:

موقعیت روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی، نسبت به روستاهای محل استقرار خانه‌های بهداشت تابعه، باید به گونه‌ای باشد که مرکز بهداشتی درمانی در مسیر طبیعی جمعیت روستاهای مذکور قرار داشته باشد.

### وظایف:

با توجه به این که، در کنار هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی، یک خانه بهداشت ضمیمه، پیش‌بینی شده است؛ تا خدمات مربوط به خانه‌های بهداشت را برای جمعیت مقیم روستای محل استقرار مرکز ارائه کند، وظایفی که به عهده مرکز بهداشتی درمانی روستایی قرار می‌گیرد، عبارت خواهد بود از:

### ۱- جمع آوری، کنترل و دسته‌بندی اطلاعات و آمارها:

هر مرکز مکلف است کلیه اطلاعات جمعیتی و بهداشتی مربوط به روستاهای تحت نظارت خود را توسط خانه‌های بهداشت وابسته و تیم‌های سیار جمع‌آوری کند. مهمترین نکته در جمع‌آوری این اطلاعات، اطمینان از صحت و به روز (up to date) بودن آنها است. این مقصود با آموزش صحیح و مستمر بهورزان حاصل می‌شود. ممکن است علاوه بر آموزش و کنترل منظم آمارها و اطلاعات ثبت شده در خانه‌های بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستایی مجبور باشد تا مدت‌ها در تهیه و تنظیم این اطلاعات و آمارها مشارکت داشته باشد. یکی از روش‌هایی که می‌توان، برای کسب اطمینان از صحت آمار و اطلاعات جمع‌آوری و ثبت شده، بکار بست، کنترل آنها در جریان بازدیدها است. بدین ترتیب که، در بازدید از روستاهای تحت پوشش، بازدیدکننده باید، از طریق مصاحبه با مردم، از وقایع حیاتی و تاریخ تقریبی آنها آگاهی یابد و ثبت آنها را در فرم خانوار خانه بهداشت مربوط کنترل کند. به این ترتیب، امید می‌رود که اطلاعات جمع‌آوری شده، در هر مقطع زمانی، منطبق با واقعیت‌های روز باشد.

مرکز بهداشتی درمانی پس از جمع‌آوری کلیه آمارهای خانه‌های بهداشت مربوط باید به دقت آنها را بررسی و پس از اطمینان از صحت آنها، آمار فعالیت‌های خود را نیز ضمیمه و به مرکز بهداشت شهرستان گزارش کند.

## ۲- کنترل و پیگیری اجرای برنامه‌ها:

یکی از مهمترین وظایف مراکز بهداشتی درمانی بازدیدهای منظم و مستمر از خانه‌های بهداشت تابعه است. هرخانه بهداشت باید حداقل هفته‌ای یکبار توسط مرکز بهداشتی درمانی مربوطه خود مورد بازدید قرار گیرد. بازدید از خانه‌های بهداشت باید از چنان نظم و استمراری برخوردار باشد که به تدریج منجر به ایجاد اطمینان و عادت در مردم شود. رعایت بعضی از نکات ظریف در تطبیق روزهای بازدید با عادات منطقه (مثلاً تشکیل بازارهای روز) می‌تواند به این مقصود کمک کند. هدف‌های هر بازدید را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

- کنترل اجرا و پیشرفت برنامه‌های بهداشتی (به تفکیک برنامه‌ها) از طریق بازدید مستقیم از فعالیت‌های در حال اجرا و مذاکره با مردم و نمایندگان آنها. این کنترل‌ها باید به نوعی انجام گیرد که بدون لطمه زدن به شان و ارج بهورزها، بتواند مرکز بهداشتی درمانی را بطور دقیق در جریان جزء به جزء نحوه اجرا، پیشرفت و نواقص برنامه‌ها و عملکردهای عوامل مذکور قرار دهد.

- معاینه بیمارانی که توسط خانه بهداشت برای کسب نظر پزشک دعوت شده‌اند.

- کنترل کمی و کیفی کمک‌های اولیه درمانی که در غیاب پزشک توسط خانه بهداشت ارائه شده است. این کنترل بایستی در کمال بردباری و دقت صورت گیرد. تذکر نواقص و اصلاح عملکردها باید با آموزش کافی، ساده و دلسوزانه

توام باشد. توجه و دقت کافی در اجرای این وظیفه، آموزش حسین خدمت مداوم و چهره به چهره عوامل کمکی را که ضامن پایداری و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی است، تحقق خواهد بخشید.

- کنترل نحوه ثبت و کسب اطمینان از صحت اطلاعات و آمارهایی که جمع-آوری و به مرکز بهداشتی درمانی گزارش می شود.
- دریافت درخواستها و فهرست نیازمندی های تدارکاتی خانه بهداشت در هر بازدید و پیگیری انجام و تامین آنها در مرکز بهداشتی درمانی.
- بازدیدهای اتفاقی از روستاهای تحت پوشش خانه های بهداشت و تیم های سیار به طوری که حداقل ماهی یک بار کلیه روستاهای مذکور مورد بازدید قرار گیرد و فعالیت های بهداشتی انجام شده در این روستاها، کنترل و ارزیابی شود.

### ۳- پذیرش بیماران:

با توجه به معیارهای موجود، میانگین بیماریاردهی هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت (با احتساب هر نفر ۵ مراجعه در سال)، و به ازای ۲۵ روز کار در ماه روزانه حدود ۱۶ نفر خواهد بود.

در مناطق روستایی، نیاز گروهی از مراجعه کنندگان با دریافت کمک های اولیه درمانی از خانه های بهداشت، رفع می شود. گروهی نیز، که بیماری آنها جنبه حاد و فوری ندارد، می توانند پس از مراجعه به بهورز، در صورت لزوم برای روزی که پزشک به آن خانه بهداشت می آید نوبت بگیرند. گروه سوم کسانی هستند که

بهورز ناچار است آنها را فوری به مرکز بهداشتی درمانی معرفی کند. بنابراین، با استقرار نظام ارجاع، به تدریج دسته اخیر، یعنی ارجاع شدگان فوری از خانه‌های بهداشت، تنها مراجعه کنندگانی خواهند بود که در محل مرکز بهداشتی درمانی روستایی برای خدمات پزشکی مراجعه می‌کنند.

برابر بررسی‌های موجود<sup>۳</sup> این تعداد حدود ۲۰ درصد مراجعه کنندگان متقاضی خدمات و کمک‌های درمانی هر خانه بهداشت را شامل می‌شود. بنابراین به ازای هر هزار نفر جمعیت، روزانه بطور متوسط ۳ نفر بیمار ارجاع شده از خانه‌های بهداشت وجود خواهند داشت.

#### بطور خلاصه:

- بیماران مرکز بهداشتی درمانی روستایی از سه گروه تشکیل می‌شود:
- فوریت‌های پزشکی که می‌توانند بدون ارجاع مراجعه کنند،
  - ارجاع شدگان فوری از خانه‌های بهداشت، این دو گروه در محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌نمایند.
  - ارجاع شدگان غیرفوری که هنگام بازدید از خانه‌های بهداشت در همان محل خانه بهداشت مراجعه می‌کنند.

<sup>۳</sup> دکتر محمد علی برزگر - دکتر علی صادقی، نحوه ارائه خدمات درمانی توسط کادر کمکی بهداشتی، مجله انجمن بهداشت ایران، سال هفتم شماره ۴، زمستان ۱۳۵۷

#### ۴- همکاری با گروه‌های اعزامی از مرکز بهداشت:

هر مرکز بهداشتی درمانی وظیفه دارد که تسهیلات لازم را برای اجرای برنامه گروه‌های اعزام شده از مرکز بهداشت فراهم سازد.

#### ۵- مشارکت در فعالیتهای آموزشی:

- آموزش حین خدمت به‌روران خانه‌های بهداشت تابعه .
- تعیین زمینه بازآموزی‌ها و درخواست تشکیل دوره‌های لازم برای به‌روران تابعه و مشارکت در اجرای بازآموزی‌ها.
- هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی، بالقوه می‌تواند عرصه کارآموزی و کارورزی آموزشی رده‌های مختلف نیروی انسانی پزشکی باشد.

#### ۶- اعزام تیم‌های سیار:

هدف نهایی گسترش شبکه در روستاهای کشور تامین پوشش کامل کلیه روستاهای هر شهرستان از طریق مجموعه مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت مربوط به آن شهرستان است. بدون تردید، نیل به این هدف در یک بستر زمانی انجام می‌گیرد. در این فاصله هیچ روستایی نباید به دلیل نداشتن خانه بهداشت از پوشش خدمات بهداشتی محروم بماند. این محرومیت، به طور عمده، به دو علت ممکن است پیش آید: یکی به علت کمبود شدید جمعیت در محلی که نام روستا یا آبادی گرفته است و دیگر به علت نداشتن راه ارتباطی و دور بودن از مجموعه روستاهای یک ناحیه جغرافیایی؛ که در هر حال ایجاد یک خانه بهداشت مستقل یا قرار گرفتن در حدوده پوشش یک خانه بهداشت را



مقدور نمی‌سازد. به جبران این کمبود، در تعدادی از مراکز بهداشتی درمانی، یا در مرکز بهداشت شهرستان، کسانی بنام «تیم سیار» پیش‌بینی شده‌اند، که عهده‌دار خدمات ایمن‌سازی، بهداشت محیط، بیماری‌های مالاریا و بهداشت مادر و کودک در روستاهای مذکور باشند. این گونه پوشش را، که توسط تیم سیار ارائه می‌گردد، پوشش غیرمستقیم اصطلاح کرده‌ایم. توزیع روستاها بین تیم‌های سیار، باید به نحوی باشد که هر تیم بتواند حداقل ماهی یک بار به روستاهای تحت پوشش خود مراجعه کند؛ مگر آن که شرایط اقلیمی و جوی موجب قطع ارتباط شده باشد. این تیم‌ها از بهورزان مرد یا کاردان‌های بهداشت عمومی مرد تشکیل می‌شود. در مواقع لزوم، تیم‌های سیار را می‌توان با استفاده از کاردان‌های بهداشت محیط نیز تشکیل داد.

#### ۷- برنامه‌های بهداشتی:

مرکز بهداشتی درمانی علاوه بر نقشی که در هدایت، آموزش، کنترل و پیگیری اجرای برنامه‌های بهداشتی خانه‌های بهداشت و تیم‌های سیار دارد وظایف زیر را نیز خود به عهده خواهد داشت:

- تنظیم و اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت عمومی در مراکز تجمع مردم
- آموزش چهره به چهره معلمان مدارس روستایی و تشکیل کلاس‌های آموزشی برای آنان

- انجام آزمایش‌های پاراکلینیکی مورد نیاز برای زنان باردار

- کمک به زنان باردار نیازمند مراقبت‌های ویژه که از خانه‌های بهداشت ارجاع می‌شوند.
- فراهم آوردن امکان برخورداری از زایمان سالم، برای زنان تحت مراقبت
- ایجاد ارتباط با ماماهاى محلى (ستى) به منظور هدایت، آموزش و کنترل  
ضمنی آنان.
- گذاردن آی.یو.دی برای زنان داوطلب معرفی شده از خانه‌های بهداشت
- تهیه پاپ اسمیر از زنان واجد شرایط برای غربالگری زنان در معرض خطر  
سرطان دهانه رحم (طبق برنامه کشوری)
- معرفی داوطلبان بستن لوله‌ها (Tubuligation & Vasectomy) به  
کلینیک‌های تخصصی سیار یا بیمارستان شهر
- بازدید از مدارس و سنجش سلامت دانش‌آموزان روستایی به طوری که در هر  
سال تحصیلی، هر دانش‌آموز کلاس اول دبستان و کلاس اول راهنمایی  
حداقل یک بار توسط پزشک معاینه شود.
- نظارت بر غربالگری دانش‌آموزان سایر کلاس‌های مدارس به نوعی که هر  
دانش‌آموز سالانه حداقل دوبار مورد معاینه کادر کمکی قرار گیرد.
- آموزش و اجرای برنامه‌های بهداشت دهان و دندان به خصوص در مدارس.
- غربالگری کارگران کارگاه‌ها و کارخانه‌ها.
- بیماریابی از میان بیماران معرفی شده توسط خانه‌های بهداشت و تیم‌های  
سیار.

- دستورانجام آزمایش‌های پاراکلینیکی ممکن در مرکز بهداشتی درمانی.
- اعزام بیماران نیازمند اقدام‌های تشخیصی بیشتر به مرکز بهداشت یا بیمارستان، و پیگیری درمان بیمارانی که با دستورهای خاص باز می‌گردند.
- تنظیم برنامه درمان برای بیمارانی که درمانشان باید توسط خانه بهداشت پیگیری شود.
- اجرای موازین پیشگیری در مورد اطرافیان فرد مبتلا به بیماری واگیردار از طریق ایمن سازی، یا اعمال موازین بهداشت محیط.
- جمع‌آوری لام‌های خون از خانه‌های بهداشت و تیم‌های سیار به منظور بیماریابی مالاریا و تعیین برنامه‌های درمانی، پیگیری و پیشگیری.
- ارسال ۱۰ درصد از لام‌های منفی مالاریا (در مقاطع زمانی هفته یا ماه) به مرکز بهداشت ناحیه برای کنترل.
- جمع‌آوری نمونه‌های خلط بیماران مشکوک به سل که توسط بهورزان آماده شده است.
- در صورت نداشتن امکانات آزمایشگاهی در مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ارسال نمونه‌های جمع‌آوری شده خلط به آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان.
- انجام بررسی‌های مقدماتی اپیدمیولوژیک برای شناخت مسایل بهداشتی و بیماری‌های بومی و شایع منطقه.

- اعلام موارد همه گیر بیماری‌ها و اقدام به خاموش کردن آنها از طریق بسیج نیروهای در اختیار و درخواست کمک‌های به‌هنگام از مرکز بهداشت شهرستان.

- انجام برنامه‌های بهداشت محیط و کمک به عوامل خانه‌های بهداشت و هدایت آنان در اجرای این برنامه‌ها از طریق بازدیدهای پیگیر و منظم.

- نظارت بر اجرای قوانین و مقررات ناظر بر بهداشت مکان‌های عمومی، بهداشت مواد غذایی و بهداشت کارگاه‌ها در منطقه تحت پوشش

#### ۸- پژوهش:

حضور در محل، آشنایی با فرهنگ و روش زندگی جامعه محل خدمت، به ویژه برخورد عملی و نزدیک با مسایل بهداشتی درمانی موجود، همراه با دسترسی به داده‌های دقیق، این امکان را فراهم می‌آورد که پزشک و سایر کارکنان مرکز، و نیز استادان و دانشجویانی که به این عرصه‌ها می‌آیند، مقوله‌های متعددی برای پژوهش‌های کاربردی در زمینه خدمات بهداشتی، درمانی و رفتارهای اجتماعی داشته باشند. بررسی این مقوله‌ها هم پژوهش‌ها را کاربردی‌تر می‌سازد و هم امکان شناخت مسایل و مشکلات عینی جوامع مختلف هر شهرستان را فراهم می‌کند.

## مدیریت در مرکز بهداشتی درمانی

### روابط درون مرکز بهداشتی درمانی:

مدیریت مرکز بهداشتی درمانی با یکی از پزشکان خواهد بود. سایر پرسنل و کارکنان خانه‌های بهداشت تابعه هر مرکز از نظر سازمانی ابوابجمعی مرکز بهداشتی درمانی تلقی می‌شوند.

کلیه پرداخت‌ها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، و ...) و دستورهای مالی و مکاتبه، به دستور و امضای سرپرست مرکز بهداشتی درمانی خواهد بود.

تقسیم و تنظیم فعالیت‌ها و اعمال موازین انضباطی به عهده سرپرست مرکز بهداشتی درمانی است.

چنانچه، مرکز بهداشتی درمانی برای آموزش رده‌های مختلف نیروی انسانی پزشکی مورد استفاده قرار گیرد، سرپرست مرکز مکلف است کلیه تسهیلات ممکن برای پیشرفت برنامه‌های آموزشی را برای تیم‌های آموزشی فراهم سازد.

با توجه به سیاست عدم تمرکز و خودگردانی واحدها، هم‌چنان که در توضیح مربوط به خانه بهداشت نیز گفته شد، مرکز بهداشتی درمانی، برای هر خانه بهداشت، مبلغی به عنوان تنخواه گردان منظور خواهد داشت، تا برای رفع نیازمندی‌های ضرور، فوری و قابل تهیه در محل مصرف شود. ولی تدارک اصلی خانه‌های بهداشت به عهده مرکز بهداشتی درمانی مربوط است. به این ترتیب هر

مرکز بهداشتی درمانی باید بموقع، نیازمندی‌های مصرفی خانه‌های بهداشت تحت نظر خود را در اختیار آنها قرار دهد؛ و بتواند قسمتی از نیازمندی‌ها را، که تهیه آنها در محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی میسر است، تامین کند.

گفته شد که، یکی از هدفهای هر بازدید، جمع‌آوری درخواست‌ها از خانه‌های بهداشت است. پس از بازگشت به محل مرکز بهداشتی درمانی، باید این درخواست‌ها بررسی و در صورت تایید و دستور سرپرست مرکز، حداکثر طی مدت ۳ روز کالای درخواست شده، تهیه و تحویل و یا علت عدم تامین آن، به خانه بهداشت اطلاع داده شود. وقتی جنس مورد درخواست در مرکز بهداشتی درمانی موجود نباشد و یا چیزی درخواست شده باشد که تهیه و تامین آن نیازمند وقت بیشتری است، متصدی امور عمومی و دارویار مرکز بهداشتی درمانی، پس از دستور رئیس مرکز، مکلفند طوری نسبت به انجام درخواست مذکور اقدام کنند که حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز از تاریخ درخواست، روند اداری آن انجام یافته باشد.

مجموعه این وظایف ایجاب می‌کند که هر مرکز بهداشتی درمانی در جریان اعتبار و بودجه سالانه خود قرار داشته باشد و به تدریج فراگیرد که منابع خود را در مسیر مشخص و تصویب شده مصرف نماید. از این رو امور عمومی مرکز بهداشتی درمانی بایستی اعتبار، شرح هزینه‌های انجام یافته و فهرست اسناد ارسال شده به مرکز بهداشت شهرستان را ثبت و نگهداری کند.

امور عمومی هر مرکز بهداشتی درمانی همه ماهه باید فاکتورهای هزینه را از خانه‌های بهداشت تابعه مرکز دریافت و با هزینه‌های انجام یافته در خود مرکز بهداشتی درمانی به تفکیک مواد، بصورت اسناد هزینه تنظیم کند و به واحد مالی مرکز بهداشت شهرستان تحویل دهد، تا پس از رسیدگی، معادل پولی اسناد تحویلی را به عنوان ترمیم تنخواه‌گردان خویش دریافت دارد.

دیگر این که، مراکز بهداشتی درمانی وظیفه دارند پیشنهادهای خانه‌های بهداشت و تیم‌های سیار تابعه خود را در زمینه بهسازی‌های محیط و ضرورت‌های عمرانی روستاهای تحت پوشش خود جمع‌آوری، بررسی و به مرکز بهداشت شهرستان گزارش نمایند. اگر پیشنهادهای مذکور در حدود اختیار و وظایف مرکز بهداشت باشد، طرح‌های لازم از طریق مرکز بهداشت تهیه و در همان سال یا سال‌های بعد به اجرا گذاشته می‌شود. چنانچه پیشنهادهای مذکور نیاز به همکاری‌های بین‌بخشی داشته باشد مرکز بهداشت می‌تواند با جلب هماهنگی سایر بخش‌ها یا شورای عمران شهرستان و استان اجرای آنها را پیگیری می‌کند. این روند کمک خواهد کرد تا برنامه‌ریزی‌های مرکز بهداشت شهرستان منطبق با نیاز و واقعیت‌ها صورت گیرد و مشارکت فعال‌تر مردم جلب گردد. همچنین انتهای‌ترین کارکنان اجرایی نیز نقش خود را در برنامه‌های پیشنهادی بازیافته و مشارکت جدی‌تری در این باب مبذول خواهند داشت.

### رابطه با بیمارستان:

بیمارانی که نیاز به بستری شدن دارند، با برگه کتبی ارجاع، به بیمارستان اعزام می‌شوند. اگر بیمار همراه راننده مرکز به شهر اعزام شده باشد، راننده وظیفه دارد که قبل از بازگشت به مرکز بهداشتی درمانی، از بستری شدن بیمار مطمئن شود. بیمارستان باید نتیجه تشخیص و اقدام درمانی انجام شده را به مرکز بهداشتی درمانی اطلاع دهد و در صورت لزوم، پزشک مرکز را، در مورد روش ادامه درمان در محل راهنمایی کند.

مرکز بهداشتی درمانی مکلف است، تسهیلات لازم برای پیگیری و ادامه درمان بیمارانی را که از بیمارستان مرخص می‌شوند فراهم سازد.

### رابطه با شوراهای ده و معتمدان محلی:

برقراری ارتباط مستمر با مردم و استفاده از نظر آنان در باب خدمات عرضه شده و شناخت نیازمندی‌های آنها ضروری است؛ تا خدمات انجام یافته همواره در جهت خواست مردم، مورد تایید آنها و پاسخگوی نیازهای مبرم آنان و مرتبط با ضرورت‌های زندگی شان باشد؛ تا به تدریج نقش مردم در شناخت و خواست نیازهای بهداشتی خویش ارتقا یابد. شرکت در برخی از جلسه‌های شورای ده و تشکیل شورای بهداشت یکی از راه‌های اصلی دستیابی به این ارتباط و هدف‌ها است.



## ضمائم احتمالی مرکز بهداشتی درمانی

### الف - تسهیلات زایمانی

وزارت کشور برخی از نقاط روستایی پر جمعیت را که مرکزی برای روستاهای اطراف خود داشته باشند، به شهر تبدیل و آنها را **نقطه شهری** نامگذاری می کنند اینگونه نقاط اغلب مرکز بخش نیز هستند؛ ولی اکثر آنها فاقد امکانات بیمارستانی می باشند. در نقاط شهری فاقد بیمارستان و نیز در برخی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی، که در مسیر طبیعی چند مرکز بهداشتی درمانی دیگر قرار گرفته باشند و گلوگاه عبور جمعیتی حدود ۲۰ هزار نفر تلقی گردند، مشروط بر این که فاصله آنها تا نزدیکترین شهری که بیمارستان یا زایشگاه دارد (با استفاده از اتومبیل) از یک ساعت بیشتر باشد، می توان بخشی به نام تسهیلات زایمانی ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی آن نقطه ایجاد کرد.

**وظایف:** ماماهاى مستقر در اینگونه واحدها وظیفه خواهند داشت که:

- ماماهاى روستایی منطقه را شناسایی و با آنها ارتباط داشته باشند، آنها را راهنمایی و از نظر تهیه و تدارک مواد بهداشتی و ضدعفونی یاری کنند.
- با شرکت دادن آنها در زایمانهایی که در داخل واحد تسهیلات زایمانی انجام می شود، ضمن آموزش عملی آنها، کیفیت خدمات آنها را کنترل کنند.

- زایمان‌های طبیعی منطقه را که به این واحد مراجعه می‌کنند انجام دهند؛ موارد پیچیده را با پزشک مرکز مشاوره و در صورت لزوم به بیمارستان ارجاع کنند.

- مراقبت‌های بعد از زایمان را برنامه‌ریزی و اجرا کنند.

- برای خانم‌های واجد شرایط I.U.D. بگذارند.

- از خانم‌های واجد شرایط پاپ اسمیر بگیرند و ....

اگر موقعیت استقرار این واحد درست تعیین شده باشد، احتمال داده می‌شود که روزانه بین ۱ تا ۲ زایمان در این گونه واحدها انجام گیرد. فعالیت این واحد باید شبانه‌روزی باشد. هم‌چنین، در صورت لزوم بهیار زن باید در نوبت‌های عصر و شب با بخش تسهیلات زایمانی همکاری کند. پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوطه، برای کمک در موارد پیچیده یا فوریت‌ها، آماده (on call) تلقی می‌شود.

### ب - بخش جراحی‌های کوچک:

در نقاط شهری و نیز در برخی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی که گلوگاه مسیر طبیعی حرکت حدود ۲۰ هزار نفر جمعیت تلقی می‌شود، و در فاصله‌ای بیش از یک ساعت (با استفاده از اتومبیل) از نزدیکترین شهر دارای بیمارستان قرار دارند، و نیز مراکزی که در نقاط حساس مسیر جاده‌ها قرار گرفته باشند، می‌تواند ایجاد بخش جراحی‌های کوچک مطرح باشد. ایجاد این واحدها مشروط به تغییر اساسی در آموزش پزشکان عمومی کشور است؛ بطوری که، انجام

اعمال جراحی های مورد بحث توسط آنان در دوره آموزش بطور جدی مورد توجه و آموزش بالینی قرار گرفته باشد.

در صورت فراهم بودن شرایط استقرار این واحد، باید قسمت رادیولوژی نیز در این گونه مراکز ایجاد گردد.

### وظایف:

در صورت آموزش درست، این بخش می تواند اعمال جراحی زیر را، بدون استفاده از بیهوشی کامل بیمار، انجام دهد<sup>۴</sup>:

### پوست:

#### بریدگی ها

سوختگی های درجه یک بدون عارضه (جز در مورد سوختگی های صورت، دست)

سوختگی های کودکان زیر ۵ سال

توده های جلدی و زیر جلدی

درناژ آبسه

---

<sup>۴</sup> این فهرست با نظر جنابان آقایان دکتر ایرج فاضل، جراح، استاد دانشگاه شهیدبهبشتی و رئیس نظام پزشکی وقت - دکتر اسمعیل اکبری جراح و استاد دانشگاه اصفهان - مرحوم دکتر ماشاء... آیین جراح - دکتر معینی چشم پزشک - دکتر اخوت متخصص گوش و حلق و بینی - دکتر سلطانی متخصص بیهوشی تنظیم و در نوامبر ۱۹۹۲ در نشست منطقه ای سازمان جهانی بهداشت در اردن ارائه شده است.

صورت (دهان، چشم، گوش، حلق و بینی)

گذاشتن لوله نای

خارج کردن اجسام خارجی از بینی

تامپون کردن بینی

بند آوردن خونریزی بینی قدامی

تخلیه سینوزیت‌های مزمن

خارج کردن اجسام خارجی سطحی از چشم

خارج کردن اجسام خارجی از گوش خارجی در بالغین

شستشوی گوش

خارج کردن جسم خارجی از حلق

قفسه سینه

گذاشتن لوله برای بیماران پنوموتراکس و هماتو تراکس

تخلیه آبسه پستان

شکم

فتق ساده

دستگاه ادراری تناسلی

واژکتومی

اپیزیوتومی

گذاشتن سوند فولی

## استخوان

آتل بندی شکستگی‌ها

شکستگی ترقوه (در صورت فراهم بودن امکان رادیولوژی)

شکستگی بدون عارضه استخوان بازو

شکستگی بدون عارضه لگن

جا انداختن دررفتگی‌های شانه و چانه

فوریت‌های پزشکی

برخورد صحیح با موارد فوریت‌ها و احیای بیمار قبل از ارجاع به بیمارستان

فضاهای فیزیکی و فهرست تجهیزات مراکز بهداشتی درمانی روستایی و  
ضمائم احتمالی آن در صفحات ۲۰۲ تا ۲۱۴ آمده است.

ضوابط پرسنلی مراکز بهداشتی درمانی روستایی و ضمائیم احتمالی آن:

وظایف مراکز بهداشتی درمانی روستایی را می‌توان در پنج دسته خلاصه کرد:

- ۱- خدمات پزشکی
- ۲- خدمات تشخیص طبی
- ۳- خدمات دندان پزشکی
- ۴- خدمات تکمیلی بهداشت برای موارد ارجاع شده از خانه‌های بهداشت
- ۵- هدایت و پایش خدمات خانه‌های بهداشت تابعه

گروه اول خدمات، نیازمند حضور پزشک، بهیار و دارویار است.

گروه دوم خدمات، حضور کاردان علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی را می‌طلبد.

گروه سوم، مستلزم حضور دندان پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان می‌باشد.

گروه چهارم و پنجم، علاوه بر پزشک نیازمند کاردانهای بهداشتی است.

### پزشک:

فرض بر این است که، در شرایط دسترسی سهل و بیمه عمومی، هر نفر سالانه ۵ بار برای کمک‌های درمانی به واحدهای بهداشتی مراجعه نماید. بررسی طرح آذربایجان غربی نشان می‌دهد که یک پنجم این مراجعه‌ها نیازمند ارجاع به پزشک است. به عبارت دیگر، بیماردهی جامعه روستایی برای پزشک عمومی، در صورت استفاده صحیح از نظام ارجاع، هر نفر یک بار در سال است. بنابراین، هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی سالانه ۱۰۰۰ مراجعه پزشکی و به عبارت دیگر روزانه حدود ۴ نفر بیماردهی پزشکی خواهند داشت.

هر پزشک عمومی، اگر روزانه ۴ ساعت کار مفید پزشکی داشته باشد و برای هر بیمار ۱۰ دقیقه وقت صرف کند (شامل معاینه و آموزش)، می‌تواند ۲۴ تا ۲۵ بیمار را ویزیت کند. بنابراین، در جامعه روستایی، به شرط اعمال نظام ارجاع، به ازای هر ۵ تا ۶ هزار نفر جمعیت، یک پزشک کافی خواهد بود.

از طرفی، پزشک عضو ثابت بازدید از خانه‌های بهداشت است؛ تا هم تیم بازدید را هدایت و هم بیماران ارجاع غیرفوری را در محل خانه بهداشت ویزیت کند.

برحسب موقعیت مرکز بهداشتی درمانی، می‌توان یکی از دو روش زیر را برای این بازدیدها در نظر گرفت:

الف- در هر بعد از ظهر، یک خانه بهداشت

ب- یک روز در میان، دو خانه بهداشت نزدیک به هم در یک روز

ج- در صورت نزدیک بودن، هم مسیر بودن و کم جمعیت بودن خانه‌های بهداشت، می‌توان در حالت الف، دو خانه بهداشت و در حالت ب، بیش از دو خانه بهداشت را بازدید کرد.

بنابراین، هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی که فقط یک پزشک داشته باشد، در شرایط متعارف حداکثر می‌تواند ۶ خانه بهداشت داشته باشد. به این ترتیب، به طور معمول انتظار نمی‌رود، جمعیت تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی از ۶ تا ۷ هزار نفر و بیماردهی آن از ۲۴ تا ۲۸ نفر در روز بیشتر باشد. بنابراین، به ازای هر ۶ تا ۷ خانه بهداشت اضافی (جز در مواردی که مشمول بند ج می‌شود) یک پزشک اضافه خواهد شد. در هر حال، تاکید می‌شود که در تحلیل هزینه مراکز بهداشتی درمانی روستایی، محاسبه هزینه استقرار پزشک در واحدهای مذکور نباید منحصر به برآورد تعداد مراجعه بیماران باشد؛ بلکه هر بازدید پزشک از خانه بهداشت، به علت ارزش‌های ناشی از آن از مهمترین وظایف پزشک مرکز به شمار می‌رود و باید معادل کار روزانه یک پزشک منظور گردد.

پیشنهاد می‌شود، پزشکان مرکز بهداشتی درمانی قبل از اعزام به محل خدمت، برای آشنا شدن با نظام بهداشتی کشور، ۳ تا ۴ هفته در یک مرکز نمونه خدمت کنند؛ و جزئیات اجرای برنامه‌ها را فرا گیرند؛ تا کار خود را در مرکز مربوطه با آگاهی و تسلط لازم و کافی آغاز کنند.

### **دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان:**

در مراکز بهداشتی درمانی روستایی دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان را به عهده خواهند داشت.

### **کاردان بهداشت عمومی:**

برای ارائه خدمات تخصصی‌تر بهداشت، به ارجاع‌شدگان خانه‌های بهداشت، مثل مراقبت‌های ویژه ... و نیز بازدید منظم از فعالیت بهورزان و آموزش مستمر آنان در جریان خدمت و بالاخره برای ارتباط با مردم و پایش کمی و کیفی خدمات بهورزان، حضور کاردان‌های بهداشت در مرکز بهداشتی درمانی ضرورت دارد. با توجه به خصلت خدمات مورد پایش و ارتباط با جامعه در این مورد نیز ناگزیر باید از هر دو جنس استفاده شود. در هر حال این دو نفر عضو ثابت تیم بازدید خواهند بود و تعداد نفرات، به تبع تعداد خانه‌های بهداشت تابعه، همانند پزشک خواهد بود. در شرایط متعارف، تا ۱۲ خانه بهداشت یک کاردان زن و یک کاردان مرد و به ازای هر ۶ تا ۱۲ خانه بهداشت بعدی یک کاردان زن و یک کاردان مرد اضافه می‌شود.



### کاردان یا تکنیسین علوم آزمایشگاهی:

شاید، در نظر اول، استقرار این پرسنل در مرکز بهداشتی درمانی بلندپروازانه و غیراقتصادی جلوه کند؛ ولی کمک این واحد به پزشک - حتی بدون حضور متخصص علوم آزمایشگاهی - و اثر روانی آن روی بیماران و جلوگیری از هزینه‌های اجتماعی ناشی از تردد بیماران به شهر، این سرمایه‌گذاری را توجیه می‌کند.

طبق نظر متخصصین علوم آزمایشگاهی، یک تکنیسین آزمایشگاه با وسایل محدودی قادر است آزمایش‌های کیفی و کمی زیر را در اختیار پزشک قرار دهد: فرمول و شمارش گلبولی، اندازه‌گیری هموگلوبین، سدیماتاسیون و هماتوکریت، اندازه‌گیری زمان انعقاد و سیلان، تعیین گروه خون و Rh، آزمون‌های رایت، ویدال و V.D.R.L. اوروبیلین و اوروبیلینوژن، میکروسکپی ادرار - تست حاملگی - جستجوی میکرب (در خلط، مایع نخاع و ترشحات حلق، مجرا، واژن و زخم‌ها)، جستجوی پروتوزوئرها و انگل‌های مدفوع، بررسی لام مستقیم از قارچ‌ها و در صورت آموزش اختصاصی کوتاه مدت بررسی لام خون و قطره ضخیم از نظر انگل مالاریا<sup>۵</sup>.

در بخش اول، برای تخمین خدمات پزشکی ارجاع شده از خانه‌های بهداشت به مراکز بهداشتی درمانی روستایی، برآورد شد که، به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت

<sup>۵</sup> این فهرست با همکاری گروهی از متخصصین طراز اول علوم آزمایشگاهی کشور، به سرپرستی جناب آقای دکتر ابوالحسن ظریفی تنظیم گردیده است.

روستایی روزانه حدود ۴ بیمار ارجاع شده وجود خواهند داشت. اگر فقط برای ۲۰ درصد این بیماران و برای هر نفر ۵ آزمایش روتین درخواست شود، حجم کار آزمایشگاه‌ها ناشی از خدمات تشخیصی برای بیماران ارجاع شده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی، ۴ تا ۵ آزمایش در روز خواهد بود. با توجه به آزمایش‌های مورد نیاز در خدمات بهداشتی (برای زنان باردار، کارگران، دانش‌آموزان و ...) این حجم کار روزانه حداکثر به ۷ تا ۸ آزمایش خواهد رسید. یک تکنیسین علوم آزمایشگاهی، با وسایل معمولی، می‌تواند روزانه حدود ۵۰ آزمایش روتین را انجام دهد. بنابراین، اگر جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی به ۱۰ هزار نفر برسد، استقرار آزمایشگاه در این مراکز قابل توجیه خواهد بود.

### کاردان رادیولوژی:

با توجه به محاسبه فوق، برآورد می‌شود که اگر برای ۲۵ درصد از بیماران ارجاع شده، رادیوگرافی سینه یا رادیوگرافی از استخوان‌ها و برای هر کدام ۲ کلیشه درخواست شود، حجم کار بخش رادیولوژی به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت روستایی روزانه از ۲ کلیشه تجاوز نخواهد کرد. با توجه به این که یک تکنیسین رادیولوژی می‌تواند روزانه حدود ۵۰ کلیشه تهیه کند، استقرار واحد رادیولوژی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی زمانی قابل توجیه خواهد بود که جمعیت تحت پوشش آن مرکز به ۲۵ هزار نفر برسد. در مراکز بهداشتی درمانی

روستایی، که به هر دلیل بخش جراحی ایجاد شده باشد، استقرار رادیولوژی ضرورت خواهد داشت.

### دارویار یا نسخه پیچ:

دارویار علاوه بر وظایفی که در نسخه پیچی و تفهیم دستور دارویی به بیماران دارد، مکلف است، درخواست نیازهای دارویی و تجهیزات پزشکی مورد لزوم مرکز بهداشتی درمانی را به موقع تنظیم و پس از تایید سرپرست مرکز برای تامین آن اقدام کند. هم چنین وظیفه دارد، نیازهای دارویی خانه‌های بهداشت تابعه را کنترل، برآورد و تدارک کند.

حجم کار پیش‌بینی شده برای هر تکنیسین دارویی ۷۵ نسخه در روز است. در صورت افزایش حجم کار تا ۱۲۰ نسخه در روز یک نفر دیگر اضافه خواهد شد.

### بهیار:

برای انجام تزریق‌ها و پانسمان‌های مورد نیاز و هدایت خدمات پرستاری از بیماران تحت مراقبت موقت در مرکز بهداشتی درمانی، و با رعایت سنت‌ها و گرایش‌های فرهنگی و مذهبی جامعه، در هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی دو بهیار (یکی زن و یکی مرد) منظور می‌گردد.

با توجه به این که در مراکز بهداشتی درمانی روستایی، فقط تزریق اول و پانسمان اول بیماران توسط بهیاران انجام می‌شود، و تکرار این خدمات، اگر لازم باشد، با دستور پزشک، باید در خانه بهداشت و توسط بهورزان انجام گیرد؛ حجم باقی مانده کار این دونفر بسیار محدود خواهد بود. به این دلیل، استفاده از

ظرفیت کاری آنان در سایر خدمات مرکز بهداشتی درمانی روستایی اجتناب-  
ناپذیر است. با بکارگیری این شیوه بهیاران نیز به کارکنانی چند پیشه بدل  
خواهند شد. خدماتی که می‌توان به عهده بهیاران مرکز بهداشتی درمانی روستایی  
گذاشت، عبارتند از:

- همکاری در تسهیلات زایمانی
- همکاری در بخش جراحی
- همکاری در داروخانه
- همکاری در جمع‌آوری اطلاعات و آمار و تهیه گزارش
- همکاری در پذیرش بیماران (بهیار زن یا مرد) و انجام امور عمومی  
(بهیار مرد)

#### پذیرش و امور عمومی:

تعیین نوبت، فروش تعرفه، نگهداری حساب درآمد و تنخواه گردان، تهیه  
مدارک و اسناد اولیه هزینه‌ها، صدور گواهی کار، تهیه و تدارک وسایل مورد نیاز  
مرکز و خانه‌های بهداشت تابعه، تهیه گزارش و آمارها به عهده این نفر خواهد  
بود.

در مرکزی که جمعیت تحت پوشش آن کم است، می‌توان این وظیفه را به یکی  
از بهیاران (با اولویت بهیار مرد) واگذار کرد.

**راننده:**

در شرایط کنونی برای هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک اتومبیل چند منظوره (مثل لندروور یا وانت دوکابینه) پیش‌بینی شده است. در آینده با توسعه منابع مالی می‌توان آمبولانس را نیز، به عنوان خودروی سازمانی مرکز بهداشتی درمانی روستایی، اضافه کرد. در هر حال، راننده اتومبیل مرکز بهداشتی درمانی روستایی یکی از اعضای تیم بهداشت به شمار می‌رود؛ که ارتباط مرکز را با خانه‌های بهداشت تابعه، بیمارستان شهر و مرکز بهداشت شهرستان برقرار می‌سازد.

**نگهبان:**

نگهبانی در ورودی، برقراری نظم در اتاق انتظار و محوطه مرکز بهداشتی درمانی و در صورت نیاز همکاری با قسمت پذیرش بیمار، از وظایف نگهبان مرکز بهداشتی درمانی روستایی است. در واحدهای کم جمعیت، راننده مرکز می‌تواند عهده‌دار این وظیفه باشد؛ و نیز در واحدهای خیلی شلوغ، راننده مرکز می‌تواند در این زمینه کمک کند.

**توجه ۱:**

گفته شد که، با توجه به شرایط اقلیمی، فرهنگی و راه‌های ارتباطی، باید تلاش شود که محل استقرار واحدهای بهداشتی در روستا، به ویژه مراکز بهداشتی درمانی، به گونه‌ای انتخاب شود که دسترسی جامعه تحت پوشش، به خدمات این واحدها فراهم و سهل باشد. از طرفی، شرایط اقلیمی کشور در نقاط کویری،

کوهستانی و جنگلی به گونه‌ای است که رسیدن به حد نصاب ۵ تا ۶ هزار نفر برای هر مرکز را در این مناطق محدود می‌سازد. از طرف دیگر، رها کردن جمعیت‌های کمتر از ۶ هزار نفر، تنها به این دلیل که، استقرار واحد در آن نقاط توجیه اقتصادی ندارد؛ نمی‌تواند راهبرد درستی باشد. ناگزیر باید شیوه‌های دیگری را برای اداره این واحدها در نظر گرفت. مثل:

۱- محدود کردن پرسنل، گاه این محدود کردن می‌تواند به حدی برسد که کارکنان یک مرکز روستایی فقط شامل یک پزشک با یک کاردان بهداشت و راننده باشد. در این حال، خانه بهداشت ضمیمه نقش موثرتری در ارائه خدمت به مراجعه کنندگان مرکز خواهد داشت.

۲- اداره مشترک دو یا سه مرکز، در این حالت، حسب مورد، می‌توان قسمت عمده یا حتی تمام کارکنان مراکز فرعی را (به جز خانه‌های بهداشت تابعه) حذف کرد؛ و در عوض اگر تعداد خانه‌های بهداشت دو یا سه مرکزی که بطور مشترک اداره می‌شوند ایجاب کند، می‌توان تعداد پزشک و کاردان بهداشت مرکز اصلی را افزایش داد. این شیوه، علاوه بر این که مرکز اصلی را تقویت و استمرار خدمت در آن را تضمین می‌کند، این امکان را فراهم می‌سازد که بارهای بازدید هفتگی از مرکز بهداشتی درمانی فرعی را به دو تا سه بار در هفته افزایش داد.

۳- اداره مراکز بهداشتی درمانی فرعی از طریق مراکز بهداشتی درمانی شهری، در این شیوه، همانند روش دوم، پرسنل ثابت مراکز فرعی را فقط

کارکنان خانه بهداشت ضمیمه تشکیل خواهند داد. یک پزشک و یک  
کاردان بهداشت مرکز شهری، دو یا سه روز در هفته یا حتی در همه روزهای  
کار هفته، به این مراکز اعزام می‌شوند. در این شیوه نیز، در صورت لزوم، می-  
توان مرکز بهداشتی درمانی شهری را فقط با افزودن یک پزشک و یک کاردان  
تقویت کرد.

## نیروی انسانی ضmann احتمالی مراکز بهداشتی درمانی

### روستایی

#### بخش تسهیلات زایمانی:

در صورت اضافه شدن تسهیلات زایمانی به مرکز بهداشتی درمانی روستایی، نظر به خصلت این خدمات، کار این واحد باید شبانه‌روزی باشد. بنابراین، نفرات زیر برای این بخش لازم خواهند بود:

ماما ۴ نفر

راننده آمبولانس ۲ نفر

خدمتگذار ۱ نفر

کاردان بهداشت و بهیار زن مرکز بهداشتی درمانی می‌توانند حسب ضرورت با این واحد همکاری کنند.

مراکز بهداشتی درمانی دارای تسهیلات زایمانی، خود نیز باید شبانه‌روزی باشند تا ماماهاى آن واحد بتوانند در موارد زایمان‌های سخت و یا فوریت‌ها از همکاری و یاری پزشکان استفاده کنند.

#### بخش جراحی:

در صورت اضافه شدن بخش جراحی، کار مرکز بهداشتی درمانی مربوط نیز باید شبانه‌روزی شود. در مراکز بهداشتی درمانی شبانه‌روزی، علاوه بر نفراتی که



برای مرکز بهداشتی درمانی استاندارد گفته شد، نفرات زیر به کارکنان مرکز اضافه می‌گردد:

پزشک عمومی	۳ نفر
تکنیسین بیهوشی	۳ نفر
بهبیار	۲ نفر
پذیرش	۱ نفر
راننده آمبولانس	۱ نفر

(در صورتی که واحد تسهیلات زایمانی هم ایجاد شده باشد، یک آمبولانس برای دو واحد کافی خواهد بود)

این نفرات و کارکنانی که قبلاً برای مرکز بهداشتی درمانی روستایی گفته شد، می‌توانند بطور مشترک خدمات عصر و شب مرکز را تامین کنند.

#### خدمات مدیریتی در مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

**برنامه ریزی:** برنامه ریزی اجرایی برای فعالیت‌های مختلف مرکز و تعیین میزان دسترسی به گروه‌های هدف هر برنامه از وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی است. بنابراین، حاصل این برنامه ریزی به صورت بودجه عملیاتی مرکز بهداشتی درمانی و واحدهای تابع آن (خانه‌های بهداشت، تسهیلات زایمانی و بخش جراحی‌های کوچک) موجب خواهد شد که به تدریج پایه‌های اتکا به خود مرکز بهداشتی درمانی در زمینه خدمات مدیریتی شکل گیرد و تقویت گردد.

بنابراین، مرکز بهداشتی درمانی می‌تواند (و باید) برای فعالیت‌های زیر برنامه‌ریزی کند:

- بازدید از خانه‌های بهداشت تابعه و ثابت بودن نظم و استمرار این بازدیدها به تدریج به مردم منطقه اطمینان خواهد داد که می‌توانند در روزها و محل‌های مشخص به پزشک مرکز بهداشتی درمانی دسترسی داشته باشند. نظم مطلوب برای این بازدیدها حداقل یک بازدید هفتگی از هر خانه بهداشت است.

- بازدید از روستاهای اقماری خانه‌های بهداشت تابعه و پایش اجرای برنامه‌ها در روستاهای مذکور.

- بازدید از مدارس، کارگاه‌ها، مکان‌های عمومی و ... موجود در مناطق تحت پوشش خانه‌های بهداشت و پایش مراقبت‌های انجام یافته.

نظم مطلوب برای دوبازدید اخیر حداقل یک بازدید ماهانه از هر روستای قمر، مدرسه، کارگاه و مکان عمومی است.

در مرکز بهداشتی درمانی روستایی وسیله اصلی بازدیدها، خودروی صحرائی است. بنابراین، در این مرکز، و در زمینه مورد بحث، داشتن اختیارهای زیر ضروری است: خرید بنزین، تعمیرهای جزئی مثل پنچرگیری و ... اعزام کارکنان و اتومبیل برای ماموریت در داخل محدوده مرکز بهداشتی درمانی و نیز اعزام خودرو و کارکنان مرکز به مرکز بهداشت شهرستان و بالاخره اعزام بیمار به بیمارستان به وسیله اتومبیل مرکز.

**سازماندهی:** تشکیلات اصلی مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت تابعه، با توجه به جمعیت و وسعت منطقه تحت پوشش، توسط مرکز بهداشت شهرستان تنظیم و توسط مقام‌های بالاتر تصویب می‌گردد. سازماندهی انجمن‌های بهداشت، گروه‌های داوطلب، جلب مشارکت مردمی، سازماندهی کارهای جمعی که به ارتقاء بهداشت منطقه کمک می‌کند و ... از خدماتی است که باید در فعالیتهای مرکز بهداشتی درمانی منظور گردد. هدایت بهورزان خانه‌های بهداشت برای جلب مشارکت جامعه و یاری دادن به آنان در این مسیر، شرکت در شوراهای محلی و روستایی، تشکیل جلسه با معلمان مدارس و دیدار با روحانیون منطقه از فعالیتهایی است که نیازمند اختیار خاصی نیست و در گروهی ابتکار و دیدگاه‌های جامعه شناختی رییس و کارکنان مرکز بهداشتی درمانی است.

**امور پرسنلی:** کارمندانی که در مرکز بهداشتی درمانی کار می‌کنند و نیز بهورزان خانه‌های بهداشت، تسهیلات زایمانی و بخش جراحی‌های کوچک هر مرکز بهداشتی درمانی، مجموعه کارکنان آن مرکز را تشکیل می‌دهند. بنابراین، امور پرسنلی آنان باید تحت مدیریت رییس مرکز بهداشتی درمانی مربوطه انجام گیرد، از جمله: ارزشیابی سالانه کارکنان، درخواست ارتقاء یا برقراری مزایای جدید، موافقت با انتقال و تغییر شغل، صدور مرخصی‌های استحقاقی (مرخصی - های استحقاقی باید در مرکز بهداشتی درمانی صادر و رونوشت آن در همان روز به امور پرسنلی مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.)، صدور مرخصی‌های

استعلاجی (مرکز بهداشتی درمانی می‌تواند حداکثر به مدت سه روز در هر ماه مرخصی استعلاجی کارکنان خود را پذیرفته و صادر نماید. در این مورد نیز رونوشت مرخصی باید در همان روز برای امور پرسنلی مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.)، تقسیم کار موقت (برای جبران کار کارکنانی که به مرخصی رفته‌اند، غیبت کرده‌اند و یا بیمار شده‌اند)، صدور گواهی کار ماهانه و تقاضای تشویق یا تنبیه کارکنان به عهده رییس مرکز بهداشتی درمانی است.

**پایش:** مرکز بهداشتی درمانی وظیفه دارد که کلیه فعالیت‌های خانه‌های بهداشت تابعه، تسهیلات زایمانی و بخش جراحی‌های کوچک که تحت نظر خود را نظارت و کنترل کند. این پایش علاوه بر جنبه فنی فعالیت‌ها، باید جنبه مدیریتی این واحدها را نیز شامل گردد. آراستگی واحدها، چگونگی نگهداری تأسیسات، وسایل و لوازم موجود در واحدهای مذکور، پیگیری تعمیر و کنترل آماده کار بودن وسایل، تحقق برنامه‌های تدوین شده برای ده گردشی خانه‌های بهداشت، پیگیری‌ها، توجه به رفتار اجتماعی کارکنان واحدهای مذکور و ... از مواردی است که باید در این پایش‌ها مورد توجه قرار گیرد.

**هدایت و رهبری:** در مرکز بهداشتی درمانی، کنترل انضباط کارکنان مرکز، تغییر موقت در تقسیم کار و وظیفه کارکنان باید در اختیار رییس مرکز بهداشتی درمانی باشد. ایجاد هماهنگی و هدایت اجرای برنامه‌هایی که در خانه‌های بهداشت انجام می‌گیرد، اصلاح و ارتقاء آنها از وظایف مرکز بهداشتی درمانی است، مثل: تحقق و اجرای به موقع و درست ده‌گردشی‌ها و پیگیری‌ها، مراجعه

به موقع به مدارس، کارگاه‌ها و مکان‌های عمومی روستا. علاوه بر آن، فعالیت‌های اجتماعی خانه‌های بهداشت مثل مشارکت در خدمات عمرانی روستا و جلب همکاری و مشارکت جامعه در فعالیت‌های بهداشتی باید توسط مرکز بهداشتی درمانی حمایت و هدایت شود. اگر در یکی از موارد مذکور نارسایی دیده شود، باید دستور مرکز بهداشتی درمانی برای رفع نارسایی‌ها در خود مرکز و خانه‌های بهداشت نافذ باشد. تفویض اختیاراتی که در قسمت سازماندهی و امور پرسنلی گفته شد، امکان اعمال این مدیریت را فراهم می‌سازد.

**ارتباط سازمانی:** برقراری ارتباط و هماهنگی بین فعالیت قسمت‌های مختلف مرکز بهداشتی درمانی و ارتباط مرکز با واحدهای تابعه (خانه‌های بهداشت، تسهیلات زایمانی و بخش جراحی‌های کوچک) از وظایف مرکز بهداشتی درمانی است. برقراری ارتباط فنی و مدیریتی مجموعه این واحدها با سطوح بالاتر نیز به عهده مرکز بهداشتی درمانی است.

**نماینده‌گی:** در برخی از نقاط ممکن است مرکز بهداشتی درمانی بالاترین واحد اداری بهداشت و درمان در منطقه باشد. در این صورت رئیس مرکز بهداشتی درمانی ناچار است به نمایندگی سازمان خود در جلسه‌های رسمی شرکت کند. این گونه موارد باید به طور اختصاصی بررسی و در صورت نیاز اختیار ویژه‌ای به سرپرست واحد مذکور داده شود.

**تدارک:** خانه‌های بهداشت، تسهیلات زایمانی و واحد جراحی های کوچک باید از طریق مرکز بهداشتی درمانی مربوطه صورت گیرد. بنابراین، نظارت و کنترل هزینه‌هایی که از محل تنخواه گردان درخانه‌های بهداشت و سایر واحدهای تابعه انجام می‌شود و تأیید نهایی روکش فاکتورها به عهده مسؤل مرکز بهداشتی درمانی است. موارد فوری و اضطراری، که برای خانه‌های بهداشت گفته شد، در مورد مرکز بهداشتی و درمانی هم صادق است. در این مورد نیز با اختصاص تنخواه گردان می‌توان مشکل را حل کرد. بنابراین، جمع‌آوری فاکتورها از خانه‌های بهداشت (در جریان بازدیدهای هفتگی) و بررسی آنها و ترمیم تنخواه گردان این واحدها وظیفه مرکز بهداشتی درمانی است. در پایان هر ماه نیز کلیه فاکتورهای جمع‌آوری شده از خانه‌ها همراه با فاکتور هزینه‌های انجام یافته در مرکز بهداشتی درمانی، برحسب مواد هزینه دسته‌بندی و برای هر ماده هزینه یک روکش سند تهیه می‌شود. برای مجموع هزینه‌ها در هریک از مواد مختلف هزینه نیز باید یک روکش نهایی، به شکل زیر تنظیم گردد:

در مرکز بهداشتی درمانی		هزینه‌های مربوط به ماده	
ماه سال ۱۳		و خانه‌های بهداشت تابعه در	
شماره ردیف	شرح هزینه	مبلغ به ریال	محل انجام هزینه

این فرم برای مواردی است که اجاره محل و هزینه‌های سوخت، آب، برق و ارتباط‌های مرکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت تابعه از طریق مرکز بهداشتی درمانی پرداخت می‌گردد. در مواردی که اختیار هزینه آن هنوز به مرکز بهداشتی درمانی داده نشده است، می‌توان ستون مربوط به آن ماده را حذف کرد:

هزینه‌های انجام یافته در مواد مختلف هزینه در مرکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت تابعه در ماه سال ۱۳						
نام واحد	هزینه	ماده ۴	ماده ۵	ماده ۶	ماده ۷	جمع

این فرم‌ها، به گونه‌ای طراحی شده است که امکان محاسبه شاخص‌های مختلف هزینه را فراهم سازد. مثلاً محاسبه هزینه هریک از واحدهای ارائه کننده خدمت و هزینه واحد هریک از خدمات ارائه شده، با استفاده از این فرم‌ها به راحتی میسر خواهد بود.

روکش نهایی - که نماینده مجموع هزینه‌های انجام یافته از محل تنخواه گردان مرکز بهداشتی درمانی است - پس از شماره شدن و ثبت در دفتر نامه‌ها، در پایان هر ماه، تحویل امور مالی مرکز بهداشت می‌گردد. اگر پرداخت حقوق کارکنان مرکز بهداشت کامپیوتری نشده باشد، هر مرکز بهداشتی درمانی می‌تواند هر ماه:

- گواهی کار کارکنان را با امضای پزشک مسؤول مرکز صادر و در دفتر نامه‌های مرکز ثبت و شماره کند.

- فهرست حقوق ماهانه کارکنان را براساس گواهی کار مذکور تنظیم و محاسبه کند.

- روز بیستم هر ماه فهرست تهیه شده را به ضمیمه گواهی کار به امور مالی مرکز بهداشت شهرستان تحویل دهد.

در هر حال، برای هر هزینه‌ای که در خود مرکز بهداشتی درمانی روستایی انجام می‌شود، ثبت هزینه‌ها باید مانند آنچه برای خانه‌های بهداشت گفته شد، انجام گیرد و روکش سندهای آن تهیه گردد.

**جمع‌آوری آمارها و گزارش فعالیت واحدهای تابعه، تحلیل مقدماتی آنها، تهیه بازخوراند این تحلیل‌ها و پایش‌های جاری از وظایف مرکز بهداشتی درمانی است.** همچنین تهیه گزارش کلی از فعالیت‌های مرکز به عهده مرکز بهداشتی درمانی است.



**تصمیم‌گیری:** مرکز بهداشتی درمانی باید اختیار داشته باشد که در صورت مشاهده زیان، ناهنجاری، منطبق نبودن برنامه با آداب، سنن و باورهای جامعه، برنامه را متوقف کند تا پس از مشورت با مرکز بهداشت شهرستان و اصلاح برنامه، آن را ادامه دهد. تصمیم‌گیری در مورد فوریت‌ها و اضطرار باید در اختیار مرکز بهداشتی درمانی باشد. علاوه بر آن، در مواردی که نقش نمایندگی مرکز بهداشتی درمانی بیشتر است باید اختیار بیشتری در زمینه تصمیم‌گیری و تعهد در قبال سازمان‌های دیگر به مرکز بهداشتی درمانی داده شود.

**خلاقیت و نوآوری:** مرکز بهداشتی درمانی باید محلی برای بررسی‌ها و پژوهش‌های کاربردی در همه زمینه‌های فنی فعالیت‌های مختلف و نیز خدمات مدیریتی باشد. تردیدی نیست که از میان این تجربه‌ها، نکات و زمینه‌های جدیدی شناخته خواهد شد که می‌تواند به غنای فعالیت‌ها و مدیریت این واحدها بینجامد.

**مشارکت جامعه:** حمایت از خانه‌های بهداشت و همکاری با آنها برای ایجاد تشکل‌های اجتماعی در روستاها مثل تشکیل شورای بهداشت روستا و گروه‌های داوطلب از زنان و مردان روستایی، دانش آموزان و ... بتدریج میدان وسیعی برای جلب همکاری و دخالت جامعه در فعالیت‌های بهداشتی فراهم خواهد کرد.

## خلاصه:

اختیارهایی که تفویض آنها به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ضروری

تشخیص داده می‌شود، عبارتند از:

- اختیار پرسنلی ( در حدی که در قسمت کارگزینی آورده شده

است.)

- اختیار مکاتبه با خانه‌های بهداشت تابعه، سایر مراکز بهداشتی

درمانی، مرکز بهداشت شهرستان و سایر ادارهای دولتی هم

تراز واقع در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی.

- اختیار تشخیص برخی از موارد هزینه که در خانه‌های

بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی به صورت اضطراری انجام

می‌گیرد.

## مهارت‌های مدیریتی که در سطح مراکز بهداشتی درمانی روستایی

ضروری است:

### الف) برای همه کارکنان:

- فنون ارتباط و کار با مردم و گروه‌های اجتماعی
- اصول مکاتبه اداری
- روش‌های صحیح تنظیم درخواست‌های پرسنلی و تدارکاتی

### ب) برای متصدی امور عمومی:

- روش صحیح مکاتبه با واحدهای تابعه، مدیریت سطح بالاتر و سایر ارگان‌های دولتی مستقر در منطقه.
  - روش صحیح انجام امور پرسنلی که به عهده مرکز بهداشتی درمانی قرار داده می‌شود.
  - روش صحیح تهیه درخواست، هزینه تنخواه گردان، تهیه فاکتور قابل قبول، ثبت هزینه، تحویل مدارک، ترمیم تنخواه گردان و ...
- این مهارت از یک طرف در مقابل خانه‌های بهداشت برای رسیدگی به مدارک هزینه‌هایی که در آن واحدها انجام گرفته و ترمیم تنخواه گردان آنها لازم است و از طرف دیگر برای تنظیم مدارک هزینه‌های انجام یافته در مرکز بهداشتی درمانی و تحویل

مجموعه مدارک به امور مالی مرکز بهداشت شهرستان و ترمیم

تنخواه گردان مرکز بهداشتی-درمانی ضرورت دارد:

- روش صحیح تدارک منظم و مستمر خانه‌های بهداشت، پیگیری تعمیر یا تعویض وسایلی که خراب است و کنترل موجودی‌ها (در مرکز بهداشتی درمانی و واحدهای تابعه) و تنظیم درخواست به موقع دارو و مواد لازم از مراکز بهداشت شهرستان برای تدارک کلی مرکز و واحدهای تابعه با امضای رییس مرکز بهداشتی درمانی

- روش صحیح بایگانی مدارک و سوابق مکاتبات و اسناد

ج) برای کاردان‌های بهداشت در مرکز بهداشتی درمانی:

- آشنایی با روش تدوین برنامه تفصیلی فعالیت‌های بهداشتی مرکز بهداشتی درمانی.

- آشنایی با شیوه‌های برقراری ارتباط با گروه‌های مختلف جمعیتی، جلب همکاری و مشارکت آنها، سازماندهی فعالیت‌های گروهی برای خدمات بهداشتی.

- آشنایی با روش‌ها و شاخص‌های پایش و ارزیابی خدمات فنی و مدیریتی خانه‌های بهداشت و مجاسبه شاخص‌ها.

- آشنایی با روش‌های برقراری ارتباط در درون مرکز بهداشتی درمانی، با واحدهای تابع آن، و با سطوح دیگر سازمان.

- آشنایی با شیوه‌های برقراری ارتباط با سازمان‌ها و ارگان‌های برون سازمانی.

- آشنایی با ضوابط تصمیم‌گیری در فوریت‌های پزشکی و مواقع اضطرار.

#### د) برای رئیس مرکز بهداشتی درمانی:

- آشنایی با نقش مدیر در داخل مرکز بهداشتی درمانی

- مهارت برقراری ارتباط با مدیریت‌های بالاتر و واحدهای تابعه و نیز با سایر ارگان‌ها و مؤسسه‌های دولتی و غیردولتی منطقه (هماهنگی درون و برون بخشی)

- روش تهیه برنامه تفصیلی مرکز

- روش محاسبه شاخص‌های مدیریتی و پوششی (پایش خدمات مختلف)

- روش کنترل صحت اطلاعات و آمارهای ثبت شده در واحدهای تابعه از طریق کنترل مدارک، مصاحبه با مردم و بالاخره بازدیدهای انتخابی از منازل که بازدید از آنها توسط واحدهای مذکور گزارش شده است.

- تحلیل مقدماتی نتایج پایش‌ها و آمارها و تهیه بازخوراند برای واحدهای مربوط و نیز تهیه گزارش برای مدیریت سطوح بالاتر

- آشنایی با روش تحقیق و مهارت در تعیین مسایل کاربردی و

انجام پژوهش با هدایت مدیر و کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان.

- آشنایی با مهارت‌های مربوط به ارتباط با مردم، جلب مشارکت و همکاری آنها و سازماندهی مشارکت مردم در خدمات بهداشتی.
- روش‌های علمی مداخله در شیوه و رفتارهای اجتماعی جامعه برای ارتقای دانش، نگرش و عملکرد بهداشتی افراد و خانواده‌ها

### نکات و شاخص‌های مدیریتی برای بازدید از مراکز بهداشتی

#### درمانی روستایی:

- وضعیت کلی محوطه از نظر آراستگی و تمیزی
- وضعیت کلی ساختمان و تأسیسات از نظر سالم بودن و تمیزی
- وضعیت وسایل و تجهیزات اصلی (اتومیبل، یخچال، ترازو و ...) از نظر تمیزی، سالم و قابل استفاده بودن
- وضع ظاهر و آراستگی کارکنان
- نظم و حضور کارکنان در محل کار
- وجود برنامه مدون برای بازدید از خانه‌های بهداشت
- کسب اطمینان از اجرای برنامه تدوین شده برای بازدید مرکز از خانه‌های

بهداشت

- کنترل کیفیت این بازدیدها، از طریق انتخاب تصادفی یک یا دو خانه بهداشت و بازدید از آنها توأم با سنجش نکات و شاخص‌های مدیریتی که برای پایش بازدید واحدهای مذکور گفته شد.
- پایش فعالیت مرکز بهداشتی درمانی در زمینه سازماندهی انجمن‌های بهداشت، جلب مشارکت مردم و تشکیل گروه‌های داوطلب، بازدید از مدارس، کارگاه‌ها و ... از طریق انتخاب تصادفی.
- پایش آموزش‌های عمومی که به مردم داده شده است.
- پایش ارتباط مرکز بهداشتی درمانی با مدیران و مربیان مدارس
- پایش بررسی‌های کاربردی که در مرکز بهداشتی درمانی انجام گرفته یا می‌گیرد.
- بررسی مرخصی‌های صادر شده در مرکز بهداشتی درمانی از نظر:
  - شیوه صدور مرخصی، اعلام به موقع آنها به مرکز بهداشت شهرستان، نگهداری در سابقه مرکز.
  - شیوه تأمین جانشین به نحوی که مرخصی کارکنان موجب لطمه به فعالیت واحد مذکور نگردد.
- کنترل شیوه تدارک خانه‌های بهداشت از طریق مرکز بهداشتی درمانی.
- کنترل جریان و سرعت انجام تعمیر ساختمان، وسایل و تجهیزات مرکز بهداشتی درمانی و واحدهای تابعه آن.
- کنترل مدارک و اسناد هزینه‌های مرکز بهداشتی درمانی و واحدهای تابعه.

- کنترل وضعیت گزارش‌دهی مرکز بهداشتی درمانی و واحدهای تابعه و اطمینان از صحت آنها از طریق کنترل تصادفی برخی از موارد.
- مشورت و هماهنگی در مورد تصمیم‌هایی که با سایر بخش‌های دولتی یا غیردولتی گرفته می‌شود (در مراکزی که به نوعی نقش نمایندگی سازمان را در محل به عهده دارند).

### فضاهای مورد نیاز و ارتباط آنها:

استاندارد فضاهای مورد نیاز در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و ارتباط آن با ضوابط احتمالی در کروکی‌های صفحات ۲۰۲ و ۲۰۳ نشان داده شده است. این نقشه اگرچه فقط مربوط به یکی از شرایط اقلیمی است، ولی مجموعه فضاهای مورد نیاز و ارتباط آنها را نشان می‌دهد. بنا به خواست ستاد گسترش، در طراحی این فضاها نکات زیر مورد توجه قرار گرفته است:

۱- مجموعه نقشه طوری طراحی شده که حذف یک یا چند قسمت، ساختار کلی مرکز را در هم نریزد. همانطور که مشاهده می‌شود، به راحتی می‌توان بخش جراحی یا تسهیلات زایمانی را حذف کرد، بدون آن که آسیبی به اجزای دیگر مرکز و ارتباط آنها وارد شود.

۲- کوشش شده است، حتی الامکان، شرایط (Well Baby Clinic)، برای کودکان مراجعه کننده برای مراقبت‌های بهداشتی فراهم گردد؛ و از اختلاط بی‌مورد این مراجعه‌کنندگان با مراجعه‌کنندگان درمانی جلوگیری شود.



۳- اگر کار بخش‌های درمانی مرکز در نوبت‌های عصر و شب ضروری باشد، تردد در این قسمت‌ها موجب آلودگی و به هم‌ریختگی بخش‌های بهداشتی نگردد.

۴- در ساعت‌های شلوغ کار اگر تراکم مراجعه‌کنندگان ایجاب کند و یا اگر فعالیت داروخانه در ساعت‌های عصر و شب لازم باشد (بدون آن که کل مرکز فعال باشد)، بتوان ارتباط مراجعه‌کنندگان را با داروخانه از فضای خارج مرکز بهداشتی درمانی تامین کرد.

۵- ارتباط سرویس‌های بهداشتی با فضای داخلی ساختمان به نوعی پیش‌بینی شده است که باعث ایجاد مزاحمت، بوی بد و آلودگی در فضای داخلی مرکز نشود.

#### تجهیزات:

با توجه به فضاهای کار، تعداد پرسنل هر بخش و فضاهای عمومی، تجهیزات استاندارد یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ضمائم احتمالی آن به تفکیک هریک از فضاها و به تفکیک تجهیزات اداری و تجهیزات فنی در جدول‌های ۶ و ۷ صفحات ۲۰۴ تا ۲۱۶ آورده شده است؛ تا اگر بنا به شرایط و ضرورت یکی از ضمائم مرکز بهداشتی درمانی حذف و یا ایجاد آن به زمان‌های بعد موکول شود، حذف تجهیزات آن آسان باشد.

## کلیات روشی برای تعیین تعداد نیروی انسانی لازم:

اگر قرار باشد کاری در محدوده زمانی خاصی انجام گیرد، بطور مثال خدماتی که باید در طول سال به گروه سنی یا جنسی خاص ارائه گردد؛ بی تردید عمده-ترین عامل تعیین تعداد نفرات انجام دهنده کار، حجم کاری است که باید انجام گیرد.

حجم هر کاری، اعم از تولید کالا یا خدمت، به چند عامل بستگی دارد:

۱- جامعه هدف، که آن را با  $p$  (population) نشان می‌دهیم؛ و نماینده مجموعه‌ای است که کار یا خدمت برای آن یا بر روی آن انجام می‌گیرد. مثل بازدید از ۵۰ مکان عمومی، یا تلقیح واکسن به ۲۰۰ کودک زیر ۵ سال؛ که در مثال اول مکان‌های عمومی و در مثال دوم کودکان زیر ۵ سال جامعه هدف را تشکیل می‌دهند.

ممکن است جامعه هدف بخشی از یک جامعه بزرگتر باشد. مثل مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی که خود زیر مجموعه مکان‌های عمومی منطقه تحت پوشش به شمار می‌رود؛ یا کودکان زیر یکسال که خود زیر مجموعه‌ای از کل جمعیت است. این بخش از جامعه را با ضریب  $k$  نشان می‌دهیم و  $kp$  معرف جامعه هدف خواهد بود.

بنابراین، هر قدر جامعه هدف بزرگتر و به کل جامعه نزدیکتر شود، ضریب  $k$  به سوی عدد یک میل خواهد کرد و مجموعه  $kp$  به  $p$  نزدیک خواهد شد. در مورد جمعیت و وقایع حیاتی، ضریب  $k$  معمولاً تابعی از ساختار کلی جمعیت

است؛ که از سرشماری‌های رسمی کشور به دست می‌آید؛ مگر آن که به خاطر اجرای برنامه‌ای، جمعیت هدف به طور اختصاصی سرشماری شده باشد؛ در این صورت ضریب  $k$  اختصاصی همان جمعیت خواهد بود. وقتی جامعه مورد نظر جمعیت باشد، در طول زمان، حتی در جمعیت‌های معین، ضریب  $k$  ثابت نمی‌ماند و با تغییر ساختار جمعیت تغییر می‌کند. به عنوان مثال، در سرشماری سال ۱۳۶۵، تعداد کودکان زیر یک سال ۲۵ در هزار کل جمعیت بود، در حالی که سرشماری سال ۱۳۷۵، این نسبت را ۱۷ در هزار کل جمعیت نشان می‌دهد.

۲- فراوانی یا تکرار کار، که آن را با  $f$  (Frequency) نشان می‌دهیم. اگر در نظر داشته باشیم که در طول سال تحصیلی هر دانش‌آموز دبستان را دوبار ویزیت کنیم، یا بهداشت محیط و سلامت مواد غذایی هر مرکز تهیه و توزیع مواد غذایی را سالانه ۴ بار کنترل کنیم، یا هر کودک زیر یک سال را ۹ بار واکسن بزنیم، فراوانی ( $f$ ) این خدمات‌ها به ترتیب ۲، ۴ و ۹ خواهد بود. معمولاً، فراوانی هر خدمت در دوره زمانی کامل شدن آن خدمت بیان می‌شود. مثل: ۱۱ بار مراقبت از زنان باردار در طول دوران بارداری. ولی در خدماتی که استمرار دارد و هر سال تکرار می‌شود، فراوانی هر خدمت در طول سال منظور می‌گردد. به عنوان مثال، فراوانی برخی از خدمات بهداشتی در برنامه‌های کشوری ایران در جدول شماره (۳) آمده است.

جدول (۳): فراوانی (f) برخی از خدمات بهداشتی در برنامه کشوری

ایران

خدمت	دوره	فراوانی
مراقبت از زنان باردار	در طول دوران بارداری	۱۰ تا ۱۲ بار
مراقبت از زنان زایمان کرده	در ۴۵ روز اول بعد زایمان	۲ بار
مراقبت‌های تنظیم خانواده	سالانه	۱۲ بار
مراقبت از کودکان زیریکسال	سالانه	۱۲ بار
مراقبت از کودکان یکساله	سالانه	۶ بار
مراقبت از کودکان ۲ و ۳ ساله	سالانه	۴ بار
مراقبت از کودکان ۴ تا ۷ ساله	سالانه	۲ بار
مراقبت از دانش‌آموزان	در طول سال تحصیلی	۲ بار
کنترل بهداشت اماکن عمومی	سالانه	۲ بار
کنترل بهداشت کارگاه‌ها و ...	سالانه	۲ بار

۳- متوسط زمان لازم برای انجام واحد کار، که آن را با  $t$  نشان می‌دهیم.

عامل  $t$  متغیر بسیار حساسی است که عوامل زیادی در آن مؤثر قرار می‌گیرد.

بدین جهت کنترل یا استاندارد کردن آن بسیار پیچیده و مشکل است. عمده-

ترین عوامل مؤثر در متوسط زمان لازم برای انجام واحد کار را می‌توان به

شرح زیر فهرست کرد:

- فناوری مورد استفاده در کار، نوع سازماندهی و تقسیم کار
- میزان و نوع آموزش کارمند یا کارگر؛ اعم از آموزش پایه، و آموزش-های بدو خدمت، آموزش های ضمن خدمت و بازآموزی
- پیچیدگی و سختی فرایند کار
- مهارت عملی و تجربه کارمند یا کارگر
- انگیزه، میزان و نوع بهره‌مندی از عواید کار
- زمینه رفتاری (کند دست یا تند دست بودن) کارگر یا کارمند
- شرایط جسمی، روانی؛ مثل شرایط ارگونومیک کار
- بیماری، افسردگی
- تفاهم یا عدم تفاهم با مدیریت کار و سایر همکاران
- شرایط محیط کار (نور، صدا، رطوبت، حرارت و ...)
- تسهیلات محیط کار، مثل مناسب بودن فضای کار، داشتن سرویس منظم برای رفت و آمد، غذا، مهد کودک و ...
- زمان کار، از جمله نوبت کار (صبح، عصر، شب)، ساعت‌های اول یا آخر کار روزانه، فصل کار (زمستان، تابستان و ...)
- متوسط زمان لازم برای انجام واحد کار، معمولاً به روز یا ساعت، یا اغلب به دقیقه بیان می‌شود.
- در شرایطی که جامعه هدف (kp) و فراوانی خدمت (f) ثابت باشد، تنها راه سرعت در کار، کاهش متوسط زمان لازم برای انجام واحد کار (t) است. در

جریان تولید اهمیت این کاهش، به حدی است که دولت‌ها و سازمان‌ها سرمایه‌گذاری‌های وسیعی به عمل می‌آورند تا این واحد را، حتی در مقیاس دقیقه، کاهش دهند. موارد زیر از جمله این سرمایه‌گذاری‌ها به شمار می‌رود:

- تاکید بر آموزش و بازآموزی مستمر کارکنان به منظور ارتقای دانش و مهارت آنان.

- اختراع دستگاه‌ها و ابداع شیوه‌های جدید برای فرایند کار.
- بررسی مناسب‌ترین شیوه سازماندهی و تقسیم کار بر مبنای مدیریت علمی.
- برقراری انگیزه‌های مادی، اجتماعی و شغلی برای کارکنان.
- تأکید و توسعه روابط انسانی در محیط و مقررات کار.
- بهبود شرایط محیطی و تأمین تسهیلات ضمن کار و ...

نکته دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد این است که، اگر سازمان مورد بررسی، تولید کننده یک محصول باشد؛ مجموعه **kpft** حجم کار آن واحد را نشان خواهد داد. ولی اگر واحد مورد نظر تولید کننده چند محصول و یا کارمند مورد بررسی چندپیشه باشد، مجموع حجم کار آن واحد، یا آن کارمند چندپیشه، از جمع کردن مجموعه **kpft**های هریک از کارها و وظایف به دست خواهد آمد. به عنوان مثال، اگر یک کارمند چندپیشه، در جریان کار خویش خدمات مختلفی مثل مراقبت از زنان باردار، مراقبت از کودکان زیر ۵ سال، مراقبت از دانش‌آموزان و ... را به عهده داشته باشد، حجم کار او از مجموع **kpft**های مربوط به هریک از مراقبت‌های مذکور به دست می‌آید:

$$k_1 p_1 f_1 t_1 + k_2 p_2 f_2 t_2 + \dots + k_n p_n f_n t_n = \Sigma k p f t$$

### توان کار:

در مقابل حجم کار، متوسط توان (کمی و کیفی) ماشین‌ها و نیروی کار مطرح می‌گردد. بازده ماشین‌ها، پدیده‌ای فیزیکی است که با فرمول‌های ریاضی محاسبه می‌شود. ولی توان نیروی کار، بررسی توانایی کار انسان‌هاست و پیچیدگی خاص خود را دارد. توان نیروی کار را می‌توان از دو جنبه کیفی و کمی مورد بررسی قرار داد. وجه کیفی توان، مربوط به دانش و مهارت نیروی کار است؛ در حالی که توان کمی، مقدار وقت صرف شده برای کار را مورد بحث قرار می‌دهد. بنابراین، اگر متوسط سطح مهارت کارکنان همسان تلقی شود، مقدار زمانی که هر کارگر یا کارمند صرف انجام کار می‌کند، می‌تواند نشان دهنده توان آن کارمند یا کارگر در یک محدوده زمانی معین تلقی گردد. اگر این زمان را با  $T$  نشان دهیم،  $T$  نماینده مدت زمانی خواهد بود که کارمند یا کارگر صرف انجام کار می‌کند؛ هم چنین، با دیدگاهی دیگر، می‌توان گفت که  $T$  بخشی از حجم کار است که یک کارمند یا کارگر می‌تواند در محدوده زمانی معینی انجام دهد. با این تعبیر،  $T$  از یک طرف مقدار زمانی است که کارمند یا کارگر کار می‌کند و از طرف دیگر سهمی از کار است که آن کارمند یا کارگر می‌تواند در طول زمان کار موظف خویش انجام دهد. در این مفهوم، بدون تردید، وضعیت جسمی - روانی کارمند یا کارگر و درجه مهارت او می‌تواند در

مقدار این سهم مؤثر باشد. به همین دلیل، برای پرهیز از هر جدل احتمالی در زمینه عوامل مؤثر در  $T$ ، تأکید می‌شود که، توان کمی کار کارمند یا کارگر، متوسط مقدار کاری است که فردی با میزان مهارت معمولی می‌تواند، در شرایط محیطی و شخصی مختلف، با کیفیتی قابل قبول انجام دهد. ساعت‌های کار روزانه یا روزهای کار هفتگی یا سالانه‌ای را که، طبق قانون، کارمند یا کارگر باید کار کند، ساعت یا روزهای کار موظف می‌نامند. ساعات یا روزهای کار موظف نیز تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد. از جمله، علاوه بر کلیه عواملی که در متوسط زمان لازم برای انجام واحد کار مؤثر بودند، مقررات مربوط به ساعت کار روزانه، روزهای کار در هفته، تعطیل‌های (ملی و مذهبی) رسمی، مرخصی و نیز تأخیر و غیبت کارکنان از عواملی است که موجب کاهش مجموع روزها و ساعت‌های کار موظف کارمند و کارگر می‌گردد. به عنوان مثال، در سازمان‌هایی که هفته‌ای ۶ روز کار می‌کنند، ۵۲ روز جمعه، حدود ۲۵ روز تعطیل رسمی و بالاخره، یک ماه مرخصی استحقاقی، روزهای کار سالانه را به حدود ۲۸۸ روز کاهش می‌دهد. هم‌چنین در سازمان‌هایی که ۵ روز از هفته را کار می‌کنند، در همان شرایط، روزهای کار موظف سال به کمتر از ۲۲۰ روز می‌رسد. از این روی در حساب‌های این نوشتار، متوسط ایام کار موظف سالانه برای هر نفر ۲۵۰ روز منظور شده است. هیچ‌گاه، حتی در بهترین شرایط، ساعت کار واقعی کارکنان به زمان موظف کار نمی‌رسد. مدت زمان واقعی کار را زمان کار مفید روزانه می‌نامند.



مکتب‌های مختلف مدیریت، هریک به شیوه‌ای، تلاش می‌کنند تا ساعت‌های مفید کار روزانه را به کار موظف روزانه نزدیک کنند. معروف‌ترین این روش‌ها در اوایل قرن بیستم، تیلوریسم در امریکا و استخوانیسم در شوروی سابق بود. هر دو مکتب، انسان را همانند ماشین تلقی می‌کرد و در تلاش آن بود که راندمان کار انسان را به راندمان ماشین نزدیک کند. مکتب روابط انسانی در نیمه دوم قرن بیستم، تعدیلی بود که در این دیدگاه‌های ماشینی (Mechanical) به عمل آمد. پس از آن روش‌های علمی متعددی برای مدیریت تدوین و به کار گرفته شد. استفاده از مجموعه روش‌های نوین مدیریتی موجب شده است که کشور ژاپن به رکورد هفت و یک چهارم ساعت کار مفید از ۸ ساعت کار موظف روزانه دست یابد. در این نوشتار برای حذف اثر تعطیل‌ها، مرخصی‌ها، تأخیرها، و ... روزهای کار ۲۵۰ روز در سال و ساعت‌های مفید کار روزانه ۶ ساعت فرض و با حرف T نشان داده شده است. به این ترتیب  $\sum kpft$  نماینده حجم کار و T گویای توان کمی کار یک کارمند یا کارگر با یک فناوری معین و در طول یک دوره مشخص زمانی است. سؤال مشخص بعدی روشن است: چند نفر کارمند یا کارگر با توان T لازم هستند، تا این حجم کار ( $\sum kpft$ ) را انجام دهند؟ اگر این تعداد را با n نمایش دهیم فرمول زیر حاصل می‌شود:

$$n = \frac{\sum kpft}{T}$$

<sup>6</sup> این فرمول در جریان تدوین ضوابط محاسبه نیروی انسانی مورد نیاز واحدهای مختلف شبکه‌های بهداشت و درمان کشور توسط نگارنده ابداع و به عنوان «فرمول ایران» نامگذاری شد.

توجه ۱: گاه  $T$  با یک عامل تعیین کننده اصلی محدود می شود. به عنوان

مثال، نظارت مرکز بهداشت شهرستان با واحدهای تابعه مستلزم بازدیدهای مکرر و مستمر است. در دراز مدت هیچ کارمندی قادر نخواهد بود که تمام روزهای خدمت خود را در مسافرت‌های مکرر بگذراند. ناچار فراوانی مأموریت‌ها در یک حد منطقی، که با شرایط جسمی و اجتماعی کارکنان منطبق باشد، محدود می‌گردد. در محاسبه تعداد کارشناسان مورد نیاز هریک از برنامه‌های مراکز بهداشت شهرستان و استان، متوسط روزهای مأموریت هر کارمند ۱۲۰ روز در سال (به طور متوسط ۱۰ روز در ماه) منظور شده است، زیرا، به طور منطقی، برای هر کارمندی مشکل خواهد بود که در طول خدمت خود همه‌ساله بیش از یک سوم سال را در مأموریت به سر برد. بنابراین، از یک طرف حتی اگر برای انجام مجموعه سایر وظایف مربوط به یک برنامه کارشناسان کمتری لازم باشند، وظیفه بازدید از واحدهای تابعه و نظارت بر نحوه فعالیت آنها، که یکی از محورهای اصلی وظایف مرکز بهداشت شهرستان است، ایجاب می‌کند که تعداد کارشناسان هر برنامه در حدی تعیین گردد که نظارت فعال بر واحدهای مذکور میسر باشد. از طرف دیگر، تعیین  $T$  در حد ۱۲۰ روز در سال، نباید به این معنا تعبیر شود که مجموعه روزهای مفید کار برای این کارکنان ۱۲۰ روز در سال منظور شده است؛ بلکه باید توجه داشت که این کار فقط یک تقسیم وقت برای وظایف مختلف است. به این مفهوم که ۱۲۰ روز از وقت این کارشناسان برای بازدید از واحدها در نظر گرفته می‌شود و بقیه روزهای خدمت (حداقل ۱۳۰

روز دیگر) می‌تواند صرف تحلیل نتایج بازدیدها، پیگیری اقدام‌های ضرور برای رفع مشکلات و تنگناها، برنامه‌ریزی، تحقیق، تدریس، شرکت در جلسات و ... گردد.

توجه ۲: در محاسبه نیروی انسانی مورد نیاز واحدهای مختلف شبکه بهداشت و درمان کشور، چون هیچ معیار تحقیقی برای  $t$  وجود نداشت (که متأسفانه هنوز هم وجود ندارد) متوسط زمان لازم برای انجام واحد بسیاری از خدمات بهداشتی بانقش‌بازی (Role Playing) تعیین گردیده است؛ به این امید که شناخت اهمیت مسأله به تدریج محققان و استادان گرامی را به تحقیق عملی در این زمینه بکشاند و معیارهای علمی درستی در دسترس برنامه‌ریزان قرار دهد.

**نکته مهم:** پیوسته باید به خاطر داشته باشیم که این یک شیوه ریاضی برای برآورد نیروی انسانی مورد نیاز است و هم چنان که دیدیم مجموعه‌ای از عوامل قومی، زمینه‌ای، رفتاری، آموزشی، تجربی، محیطی، راهبردی، کساربردی، سیاسی و ... می‌تواند در نتیجه آن مؤثر باشد. به عبارت دیگر، موضوع این برآورد، انسان است؛ با تمام پیچیدگی‌هایی که تصمیم‌گیری‌های مربوط به جوامع انسانی به همراه دارد. این فرمول یا هر فرمول ریاضی دیگری، قادر به برآورد دقیق و کامل انسان نخواهد شد. بنابراین، فرمول مورد بحث فقط تعداد تقریبی کارکنان یا کارگران مورد نیاز مجموعه‌ای از کار را تعیین می‌کند؛ و برنامه‌ریزان و مدیران را هشدار می‌دهد که تعداد نفرات مورد نیاز، برحسب شرایط مختلف و با چند درصد اختلاف، باید در حدود این برآورد باشد.

نیروی انسانی مورد نیاز مرکز بهداشت شهرستان برابر این ضابطه و بادر نظر گرفتن ضرورت های اداری منظور و در جدول شماره ۴ صفحه ۱۸۵ آمده است.

## فصل سوم

### واحدهای عرضه خدمات در شهر:

#### اول - پایگاه بهداشت شهری:

کلیه خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه‌های بهداشت قرار دارد، در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشت است. تفاوت وظایف پایگاه و خانه بهداشت در سه نکته زیر است. در پایگاه بهداشت شهری:

- علاوه بر خدمات بهداشتی مذکور در وظایف خانه بهداشت، امکان گذاشتن IUD و تهیه پاپ اسمیر فراهم است.
- مراجعه کارکنان به منازل الزامی نیست و پیگیری خدمات می‌تواند از طریق داوطلبان بهداشت، و یا به وسیله تلفن و مکاتبه انجام گیرد.
- کارکنان پایگاه بهداشت شهری وظیفه پرداختن به خدمات درمانی، حتی در حد داروهای OTC<sup>1</sup>، را ندارند؛ ولی می‌توانند مراجعه‌کنندگان بیمار را، با صدور معرفی نامه به مراکز بهداشتی درمانی یا پزشکان بخش خصوصی ارجاع کنند.

---

<sup>1</sup> داروهای OTC داروهایی است که عرضه آنها نیاز به نسخه ندارد و این داروها را می‌توان از مغازه‌های بقالی هم خریداری کرد. مثل برخی از قرص‌های مسکن

بنابراین، فهرست وظایف پایگاه‌ها عبارت خواهد بود از:

- جمع‌آوری آمار و اطلاعات حیاتی و بهداشتی منطقه و جمعیت تحت پوشش
- تشکیل گروه‌های داوطلب و شوراهای بهداشت
- آموزش بهداشت جامعه در زمینه‌های گوناگون
- مراقبت از زنان باردار
- مراقبت از کودکان صفر تا ۶ سال
- تنظیم خانواده و گذاشتن I.U.D.
- تهیه پاپ اسمیر
- مراقبت از بهداشت دانش‌آموزان و نوجوانان
- بهداشت محیط مدارس
- آموزش بهداشت دهان و دندان به زنان باردار و شیرده و دانش‌آموزان
- آموزش تغذیه صحیح و استفاده درست از منابع غذایی در دسترس
- ایمن‌سازی
- مراقبت از بهداشت کارگران
- بهداشت محیط کارگاه‌ها
- بهداشت محیط مکان‌های عمومی
- بهداشت مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
- مشارکت در آموزش دانشجویان
- مشارکت در طرح‌های پژوهشی

اگر دسترسی سهل به خدمات بهداشتی درمانی در نقاط شهری را، با پای پیاده، حدود نیم تا یک کیلومتر منظور کنیم، محدوده جغرافیایی پوشش یک پایگاه بهداشت شهری بین یک تا چهار کیلومتر مربع متغیر خواهد بود. بنابراین، حتی در شهرهای کم تراکم کشور (تراکم‌های چهار تا پنج هزار نفر در کیلومتر مربع)، به طور متوسط جمعیتی حدود ۱۲۰۰۰ نفر در پوشش هر پایگاه بهداشت شهری قرار خواهند گرفت. حال اگر با دیدگاهی نظیر آنچه که در مورد خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی اعمال کردیم، قسمت مربوط به ارائه خدمات بهداشتی را از بخش حمایت پزشکی و پیراپزشکی این خدمات جدا کنیم، مفهوم عملی پایگاه بهداشت مشخص خواهد شد؛ و پایگاه بهداشت میمه (همانند خانه بهداشت ضمیمه) شکل و جایگاه خود را خواهد یافت.

در این برداشت، با افزایش تراکم جمعیت، تا ۱۲۰۰۰ نفر در کیلومتر مربع، مشکلی برای ایجاد پایگاه پدید نخواهد آمد. تنها مشکل، ایجاد این واحدها با فاصله‌های یک کیلومتر یا کمتر است، که از نظر سرمایه‌گذاری اولیه افراطی به نظر می‌رسد. همچنین بررسی دو حالت دیگر ضروری است:

**حالت نخست - کلان‌شهرها و یا محله‌هایی از این شهرها که تراکم جمعیت در آنها از ۱۲۰۰۰ نفر در کیلومتر مربع بیشتر است و گاه به ۶۰۰۰۰ نفر در کیلومتر مربع (مثل برخی از محله‌های تهران) می‌رسد.** اگر ایجاد بیش از یک پایگاه در هر کیلومتر مربع میسر و قابل توجیه نباشد، می‌توان با بزرگتر

کردن ابعاد پایگاه، پرسنل بیشتری برای پایگاه فراهم ساخت، به طوری که برای ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش مناسب و کافی باشند.

**حالت دوم** - شهرک‌ها و حاشیه‌شهرها که تراکم جمعیت در آنها از ۳ هزار نفر در کیلومتر مربع کمتر است. اگر کاهش تراکم جمعیت به ۲۰۰۰ نفر در کیلومتر مربع برسد، ایجاد پایگاه، برای جمعیتی معادل ۸۰۰۰ نفر (محدوده جغرافیایی چهار کیلومتر مربع)، با کاهش تعداد پرسنل پایگاه، قابل توجیه خواهد بود. مواردی که تراکم جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر و یا جمعیت تحت پوشش کمتر از ۸۰۰۰ نفر باشد، مواردی استثنایی خواهند بود که باید حسب مورد جداگانه بررسی و تصمیم‌گیری شود. جز در چنین حالت‌های نادر و داشتن دلایل سیاسی، فرهنگی یا اجتماعی، ایجاد پایگاه برای جمعیت‌های کمتر از ۱۲ هزار نفر از نظر اقتصادی و اجرایی قابل توجیه و عقلایی نخواهد بود.

با توجه به توضیح فوق، هر مرکز بهداشتی درمانی شهری حداقل یک پایگاه بهداشت خواهد داشت؛ که پایگاه ضمیمه نام دارد. اگر تراکم جمعیت زیاد باشد، ایجاد پایگاه‌های متعدد ضرورت خواهد یافت. در این حال، برای نظارت و قبول موارد ارجاع مربوط به مراقبت‌های بهداشتی، به ازای هر چهار پایگاه (با احتساب پایگاه ضمیمه) یک مرکز بهداشتی درمانی با سه پزشک لازم خواهد بود. یکی از این پزشکان (به نوبت و به صورت گردشی) مسوول بازدید منظم از پایگاه‌ها و دو نفر دیگر مسوول دیدن بیماران ارجاع شده از پایگاه‌ها خواهند بود.



هر پایگاه باید کوشش کند که به ازای هر پنجاه تا صد خانوار (۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر جمعیت) حداقل یک رابط بهداشتی از زنان داوطلب منطقه داشته باشد. بنابراین هر پایگاه بین ۲۵ تا ۵۰ داوطلب بهداشت خواهد داشت. تشکیل گروه-های رابط یکی از مهمترین روش جلب مشارکت فعال مردم در خدمات بهداشتی به حساب می‌آید. هر پایگاه بهداشت به کمک رابطان خود می‌تواند همه ساله پرونده خانوارهای تحت پوشش خود را تکمیل و وقایع حیاتی مربوط به خانوارهای مذکور را ثبت نماید. رابط‌های بهداشت می‌توانند در گسترش آموزش بهداشت، پیگیری مراجعه‌کنندگانی که به موقع مراجعه نکرده‌اند و حتی انجام برخی از خدمات‌ها مثل کمک در پذیرش مراجعه‌کنندگان، وزن کردن مادران و کودکان، و ... همکاری کنند.

### ضوابط نیروی انسانی:

- برنامه خدمات بهداشتی در شهر و روستا تفاوت‌های زیر را دارد:
- مراقبت از دانش‌آموزان به جای ۶ بار فقط ۲ بار در طول سال تحصیلی،
  - بازدید از مدارس (از نظر بهداشت محیط) ۳ بار در طول سال تحصیلی.
  - مراقبت از کارگران به عهده کارفرما و بیمه‌هاست. بازدید از هر مرکز تهیه و توزیع مواد غذایی، حداقل هر سه ماه یک‌بار.
  - بازدید از مکان‌های عمومی و کارگاه‌ها هر سه ماه یک بار.
  - پیگیری‌ها به صورت فعال انجام نمی‌شود، بلکه فقط به وسیله تلفن، نامه و یا داوطلبان بهداشتی انجام می‌گیرد.

با توجه به وظایفی که برای پایگاه‌های بهداشت شهری گفته شد، حجم این خدمات در جدول شماره ۳ برآورد شده است:

جدول شماره ۳- حجم خدمات بهداشتی در مناطق شهری به ازای هزار نفر جمعیت، به تفکیک گروه سنی و جنسی، فراوانی خدمت در طول سال و زمان تقریبی انجام واحد کار

تعداد مصرف کتنده درهزار نفر جمعیت (K در هزار)	f	t	Kft ۱۰۰۰	نوع خدمت
۲۲	۱۱	۱۰	۲۴۲۰	مراقبت دوران بارداری
۲۲	۲	۱۰	۴۴۰	مراقبت بعد از زایمان
۱۰۹	۱۲	۳	۳۹۲۴	تنظیم خانواده*
۱۶	۱۲	۱۰	۱۹۲۰	مراقبت از کودکان زیر یکسال
۱۷	۶	۱۰	۱۰۲۰	مراقبت از کودکان یک ساله
۳۸	۴	۱۰	۱۵۲۰	مراقبت از کودکان ۲ و ۳ ساله
۴۶	۴	۱۰	۹۲۰	مراقبت از کودکان ۴ و ۵ ساله
۲۵۸	۲	۵	۲۵۸۰	مراقبت از دانش‌آموزان
۲۰	۲۴	۱۰	۴۸۰۰	مراقبت‌های ویژه

۲۴۰	۴۰	۳	۲	بازدید از مدارس
۳۲۰	۲۰	۴	۴	بازدید از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
۸۰۰	۲۰	۴	۱۰	بازدید از اماکن عمومی و کارگاهها
۲۳۳۶۰	جمع			

\* با احتساب این که، ۱۷ درصد کل جمعیت را زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسر دار تشکیل می دهند؛ که قریب ۸۰ درصد آنان مشمول استفاده از خدمات پیشگیری از حاملگی های ناخواسته هستند. اگر پوشش مطلوب تنظیم خانواده رسیدن به پوشش چهار پنجم واجدین شرایط باشد، این میزان به ۶۴٪ زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسر دار خواهد رسید که معادل ۱۰۹ در هزار نفر جمعیت می شود.

به این ترتیب هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت شهری، سالانه حدود ۲۴ هزار دقیقه کار (برای ارائه خدمات بهداشتی) ایجاد می کند و به عبارت دیگر، به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت شهری تحت پوشش، یک کاردان بهداشت لازم خواهد بود، تا حجم کار کاردان با ظرفیت مناسب کار آن کاردان متناسب باشد.

## نیروی انسانی:

با توجه به محاسبه فوق، به ازای هر ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت شهری، در هر پایگاه، نیروی انسانی زیر لازم خواهد بود:

۱ نفر ماما که گذاشتن IUD، تهیه پاپ اسمیر و مراقبت‌های ویژه زنان باردار و موارد پیچیده تنظیم خانواده را به عهده خواهد داشت.

۳ نفر کاردان بهداشت خانواده که یکی از کاردان‌ها همه روزه به مدارس و کارگاه‌های دارای کارگران زن سرکشی خواهد کرد. نفر دیگر همه روزه با داوطلبان در تماس خواهد بود؛ و علاوه بر تشکیل جلسه‌های محدود برای آموزش و رفع نیازهای عملی آنان، همراه با داوطلبان در برخی از بازدیدهای منزل شرکت و عملکرد داوطلبان را مشاهده خواهد کرد؛ تا اشتباه‌های رایج آنها را شناسایی و ضمن آموزش‌های بعدی اصلاح کند.

نفر سوم کاردان‌ها، همیشه در محل پایگاه حاضر خواهد بود؛ تا در صورت مراجعه افراد تحت پوشش خدمات لازم را ارائه کند. به ازای هر ۳۰۰۰ نفر جمعیت اضافی، یک نفر کاردان بهداشت خانواده به این مجموعه اضافه می‌شود. توجه شود که تقسیم کار بین کاردان‌ها نباید ثابت بماند و هرچند گاه (مثلاً هر شش ماه یک بار) بهتر است وظیفه آنها تعویض گردد.

۱ نفر کاردان بهداشت عمومی مرد، که خدمات بهداشتی محیط، حرفه‌ای، مدارس پسرانه، بهداشت خانواده مردان، و بررسی‌های اپیدمیولوژیک اولیه را در منطقه تحت پوشش عهده‌دار خواهد بود.

اگر تراکم جمعیت از ۱۸ هزار نفر در کیلومتر مربع تجاوز کند، بهتر است ایجاد دو پایگاه مورد توجه قرار گیرد. در این صورت جمعیت مذکور به تساوی بین دو پایگاه تقسیم می‌شود.

۱ نفر پذیرش و امور عمومی

### فضای مورد نیاز:

هر پایگاه حداقل به فضاهای زیر نیاز خواهد داشت:

- سه تا چهار اتاق کار، برای بایگانی پرونده‌های خانوار، گذاشتن I.U.D و

گرفتن پاپ‌اسمیر، بهداشت مدرسه‌ها، کارگاه‌ها و مکان‌های عمومی

- یک سالن انتظار برای انتظار مراجعه‌کنندگان و تجمع داوطلبان بهداشت

- یک انباری کوچک

- یک آبدارخانه

- سرویس‌های بهداشتی

به این ترتیب، یک خانه یا آپارتمان چهارخوابه معمولی می‌تواند به عنوان محل

استقرار پایگاه بهداشت شهری مورد استفاده قرار گیرد.

توجه: روستاهای محل استقرار خانه بهداشت که به هر دلیل به نقطه شهری

تبدیل می‌شوند یا ضمیمه شهرها می‌گردند، حسب مورد و موقعیت:

- اگر بافت روستایی جامعه هنوز باقی باشد، طبق مصوبه جلسه مورخ

۱۳۶۸/۶/۱ شورای معاونان، می‌توان خانه بهداشت را حفظ کرد. در این

صورت خدمات خانه بهداشت هم چنان به صورت فعال (Active) ارائه خواهد شد.

- اگر تغییر بافت جامعه امکان ادامه خدمت خانه بهداشت را ندهد، این خانه بهداشت می‌تواند ضمیمه پایگاه بهداشت شهری منطقه مجاور گردد. در این صورت، خدمات این خانه بهداشت منحصر به خدمات بهداشتی و مشابه پایگاه‌های بهداشت شهری خواهد بود. این گونه واحدها وظیفه دادن دارو برای درمان علامتی بیماران، انجام تزریق و پانسمان و خدمات مشابه را ندارند. پیگیری مراقبت‌ها در این واحدها از طریق داوطلبان بهداشتی پایگاه یا مکاتبه و تلفن انجام می‌گیرد. در این حالت نیز، هریک از کاردان‌های بهداشت این واحدها می‌تواند خدمات بهداشتی مورد نیاز حداقل حدود ۳۰۰۰ نفر را ارائه کند.

- پایگاه‌های بهداشت غیرضمیمه (که در ساختمان‌هایی جدا از مراکز بهداشتی درمانی شهری مستقر هستند) با وجود نداشتن ده‌گردشی و ... احتمال دارد که همانند خانه‌های بهداشت با مسایل اضطراری روبرو گردند. بنابراین، **اختیاراتی مشابه آنچه برای خانه‌های بهداشت گفته شد، برای پایگاه‌های بهداشت شهری غیرضمیمه نیز ضروری خواهد بود.**

## خلاصه:

اختیاراتی که تفویض آنها به پایگاه‌های بهداشت شهری ضروری تشخیص داده می‌شود عبارتند از:

- داشتن تنخواه‌گردان و هزینه آن برای مواردی که فوری و اضطراری تشخیص داده می‌شود و یا رئیس مرکز بهداشتی درمانی مربوط دستور (کتبی) می‌دهد.
- تشکیل گروه‌های مردمی داوطلب برای مشارکت در فعالیت‌های اجرایی خدمات بهداشتی و یا در فعالیت‌های اجتماعی، فرهنگی و ساختمانی که در ارتقای دانش، دیدگاه و عملکرد بهداشتی و اجتماعی جامعه روستایی موثر است.
- مکاتبه با واحدهای درون مرکز بهداشت شهرستان (با رعایت سلسله مراتب).
- مکاتبه با بیمارستان برای ارجاع موارد مربوط به فوریت‌های پزشکی
- و بالاخره، مکاتبه با سایر واحدهای دولتی و غیردولتی موجود در منطقه تحت پوشش پایگاه بهداشت.

### مهارت‌های مدیریتی لازم در پایگاه بهداشت شهری:

- فنون ارتباط و کار با مردم و گروه‌های اجتماعی
- اصول مکاتبه اداری
- روش صحیح درخواست‌های پرسنلی و تدارکاتی
- روش صحیح تهیه درخواست، انجام هزینه، تهیه فاکتور قابل قبول، ثبت هزینه، تحویل مدارک، ترمیم تنخواه گردان

### نکته‌ها و شاخص‌ها مدیریتی برای بازدید از خانه‌های بهداشت و

#### پایگاه‌های بهداشت شهری:

- وضع کلی محوطه از نظر تمیزی و آراستگی.
- وضع کلی ساختمان و تأسیسات از نظر سالم بودن و تمیزی.
- وضع وسایل اصلی (موتوسیکلت، یخچال، ترازو، و ...) از نظر سالم بودن، تمیز بودن و آماده کار بودن
- وضع ظاهر، آراستگی و نظم حضور بهورزان در محل کار.
- وجود برنامه مدون برای بازدیدهایی که باید توسط خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت شهری انجام شود، مثل بازدید از روستاهای اقماری، خانه‌های روستایی، مدارس، کارگاه‌ها، مکان‌های عمومی، پیگیری مراقبت‌ها و پیگیری درمان بیمارانی که کنترل مصرف منظم دارو در آنها ضرورت دارد.



- کنترل اجرای برنامه‌های تدوین شده برای نظارت‌ها از طریق بازدید (به صورت انتخاب تصادفی) از محلهایی که طبق برنامه می‌بایست طبق برنامه در هفته قبل مورد پیگیری و یا بازدید خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت شهری قرار گیرد.
  - در جریان کنترل برنامه‌های بازدید خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های شهری، کنترل کیفیت بازدید بهورزان و کاردان‌ها نیز باید مورد توجه قرار گیرد.
  - بازدید از انجمن بهداشت محل، دیدار و گفتگو با داوطلبان خدمات بهداشتی، دانش‌آموزان و سایر گروه‌های همکار، مشاهده نحوه کار این داوطلبان در جریان فعالیت.
  - کنترل طرح‌ها و فعالیت‌هایی که نظارت آنها به کارکنان خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های بهداشت شهری سپرده شده است.
  - کنترل مدارک مربوط به هزینه تنخواه گردان.
- اعمال روش فوق، علاوه بر پایش و کنترل خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت شهری، به تدریج ثمرهای جنبی دیگری هم خواهد داشت. مثل: آشنایی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی با معتمدان و انجمن‌های محلی، داوطلبان، مربیان مدارس، مسایل بهداشتی کارگاه‌ها و مکان‌های عمومی و ....

## دوم - مرکز بهداشتی درمانی شهری:

### وظایف:

این واحد، برحسب تراکم جمعیت، یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش خواهد داشت. کلیه وظایفی را که مراکز بهداشتی درمانی روستایی در مقابل خانه‌های بهداشت تابعه داشت، این مرکز در مقابل پایگاه‌های بهداشت شهری خواهد داشت. تفاوت عمده این واحد، با مراکز بهداشتی درمانی روستایی، در مراجعه مستقیم بیماران به این مرکز است. تا زمانی که قانون و دستورالعمل مراجعه بیمه‌شدگان شهری تغییر نیافته است، مراجعه بیمار به این مراکز، لازم نیست حتماً از طریق ارجاع از پایگاه‌های بهداشت صورت گیرد. بیماران می‌توانند به طور مستقیم به پزشکان این مراکز مراجعه کنند.

در بسیاری از شهرها، خانه‌های بهداشت مجاور شهر و یا روستاهای نزدیک به شهر، ناگزیر، در پوشش یک یا چند مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار داده شده است. این گونه مراکز، در واقع هر دو نقش را به عهده دارند و **مراکز بهداشتی درمانی شهری - روستایی** نامیده می‌شوند. با توجه به نکته‌های فوق، وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شهری را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

- جمع‌آوری، اطلاعات و آمار از طریق پایگاه‌ها (و در مراکز شهری، روستایی، پایگاه‌ها و خانه‌ها)ی بهداشت تابعه، کنترل و دسته‌بندی آنها و تهیه گزارش.

- آموزش رابطها و بهره‌گیری از آنها برای جمع‌آوری داده‌های بهداشتی می‌تواند نقش عمده‌ای در سرعت و صحت اطلاعات و آمارها داشته باشد.
- کنترل و پیگیری اجرای برنامه‌ها در پایگاه‌ها (و خانه‌ها)ی بهداشت تابعه.
  - اعزام تیم سیار به مناطق روستایی تابعه (اگر داشته باشد).
  - شرکت در فعالیت‌های آموزشی.
- اگر به هر دلیلی، امکان تامین خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مورد نیاز از طریق بخش خصوصی فراهم نباشد، مراکز بهداشتی درمانی شهری باید وظایف زیر را نیز عهده‌دار گردند:
- انجام آزمایش‌های پاراکلینیکی مورد نیاز برای زنان باردار و بیماران (در حدی که در مراکز بهداشتی درمانی روستایی توضیح داده شده است).
  - کمک به مراقبت از زنان باردار نیازمند مراقبت‌های ویژه
  - بازدید از مدرسه‌ها و سنجش سلامت دانش‌آموزان توسط پزشکان به ویژه در دو مقطع ورود به دبستان و سال اول راهنمایی
  - پذیرش بیماران و در صورت لزوم ارجاع آنها به بیمارستان
  - ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان در جمعیت تحت پوشش و به ویژه در مدارس تحت پوشش
  - انجام بررسی‌های اپیدمیولوژیک برای شناخت مسایل بهداشتی و بیماری‌های بومی و شایع منطقه

### برآورد حجم کار و ساختار پرسنلی:

با توجه به آنچه گفته شد، وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شهری را می‌توان در پنج دسته خلاصه کرد:

- ۱- خدمات پزشکی،
- ۲- خدمات تشخیص طبی،
- ۳- خدمات دندان پزشکی،
- ۴- خدمات تکمیلی بهداشت برای موارد ارجاع شده،
- ۵- هدایت و پایش خدمات پایگاه‌های بهداشت شهری تابعه.

گروه اول، چهارم و پنجم این وظیفه‌ها نیازمند حضور پزشک، بهیار و دارویار است. در این مورد باید توجه داشت که بعلت گسترش بیمه در جمعیت‌های شهری و توزیع گسترده پزشکان در مناطق شهری، در تنظیم تشکیلات مرکز بهداشتی درمانی شهری این همکاری و مجاورت را باید در نظر داشت.

گروه دوم، حضور کاردان علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی را می‌طلبد.

گروه سوم، مستلزم حضور دندان پزشک می‌باشد.

### پزشک:

فرض بر این است که، هر نفر از جمعیت شهری سالانه چهار مراجعه به پزشک عمومی داشته باشد. بنابراین، هر ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت، قریب ۴۸۰۰۰ مراجعه سالانه به پزشک عمومی خواهند داشت، که به ازای ۲۵۰ روز کار مفید، روزانه

حدود ۲۰۰ مراجعه می‌شود. به عبارت دیگر، به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت حدود ۷۰ مراجعه وجود خواهد داشت که حضور یک پزشک را ایجاب می‌کند. بنابراین:

- اگر منطقه تحت پوشش فاقد مطب خصوصی پزشک عمومی باشد، باید به ازای هر ۱۲ هزار نفر جمعیت، یک مرکز بهداشتی، درمانی شهری با سه پزشک ایجاد گردد.

- اگر در منطقه مورد نظر به ازای هر سه تا چهار هزار نفر جمعیت، یک مطب خصوصی پزشک عمومی فعال وجود داشته باشد، استقرار پزشک برای ویزیت بیماران ضرورت نخواهد داشت. مگر آن که، در یک رقابت سالم و سازنده و به منظور ارتقای کیفی خدمات بخش خصوصی، ایجاد و گسترش خدمات پزشکی با کیفیت مطلوب در مراکز بهداشتی درمانی دولتی مورد نظر باشد.

- اگر نسبت مطب‌های خصوصی به جمعیت کمتر از نسبت یک به چهار هزار باشد، تعداد پزشکان مرکز بهداشتی درمانی را باید به نسبتی تعیین کرد که نسبت مورد نظر حاصل شود.

#### دندانپزشک:

به ازای هر ۱۲ هزار نفر یک دندانپزشک لازم است. در این مورد نیز، اگر به ازای هر ۱۰ تا ۱۲ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک مطب دندانپزشکی در

بخش خصوصی فعال باشد، باید از ایجاد واحد دندانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی شهری خودداری گردد.

#### بهبود:

خدمات تزریقی و پانسمان در مراکز شهری ضرورت ندارد و مراجعه‌کنندگان می‌توانند این خدمات را از بخش خصوصی دریافت دارند. مگر آنکه واقعاً امکان دریافت این خدمات از بخش خصوصی وجود نداشته باشد.

در هر مرکز، یک بهیار برای مدیریت داخلی مرکز، انجام امور عمومی و نگهداری و توزیع مواد مصرفی روزانه کافی خواهد بود.

#### داروساز یا دارویار:

خدمات دارویی نیز می‌تواند از بخش خصوصی دریافت گردد؛ بنابراین، در صورت وجود داروخانه کافی در بخش خصوصی، ایجاد آن در مرکز بهداشتی درمانی شهری ضرورت نخواهد داشت. ولی اگر داروخانه بخش خصوصی در منطقه وجود نداشت، به ازای هر سه پزشک مرکز بهداشتی درمانی یک نفر داروساز و یک نفر دارویار ضرورت خواهد داشت.

#### کاردان علوم آزمایشگاهی:

همچنین است در مورد آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی، که در صورت وجود آزمایشگاه بخش خصوصی در منطقه، باید از ایجاد آن خودداری کرد. در غیاب بخش خصوصی، چون مراجعه‌کنندگان پزشکی از طریق ارجاع غربال نمی‌شوند، برآورد می‌شود که میزان درخواست آزمایش به نسبت کمتری (حدود ۲۰ درصد)

باشد. بنابراین، تعداد آزمایش‌های درخواست شده در هر روز، به طور متوسط بین ۱۲۰ تا ۱۵۰ آزمایش می‌شود، که برای انجام آنها، سه کاردان آزمایشگاهی یا دو کاردان و یک کمک تکنیسین کافی خواهند بود.

### کاردان رادیولوژی:

در غیاب بخش خصوصی، با احتمال درخواست کلیشه رادیولوژی برای ۱۵ درصد از مراجعه کنندگان و به طور متوسط ۲ کلیشه به ازای هر نفر، نزدیک به ۴۸ کلیشه لازم خواهد شد، که نزدیک به بازده کار روزانه یک کاردان رادیولوژی است و ایجاد رادیولوژی در مرکز بهداشتی درمانی شهری را قابل توجیه می‌سازد.

### پذیرش و امور عمومی:

برای حدود ۱۵۰ مراجعه پزشکی، و ۵۰ مراجعه دندانپزشکی یک متصدی پذیرش و امور عمومی منظور می‌شود.

### راننده:

با توجه به محدودیت منطقه (یک کیلومتر مربع) و وجود امکان رفت و آمد شهری، وجود راننده و وسیله نقلیه ضرورت ندارد؛ مگر در مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی که وجود خودرو و وسیله نقلیه ضروری خواهد بود.

### توجه ۱:

در مراکز بهداشتی درمانی شهری - روستایی علاوه بر ضابطه فوق ضوابط پرسنلی مربوط به خانه‌های بهداشت جداگانه منظور می‌گردد.

**توجه ۲:**

در نقاط شهری فاقد بیمارستان (اعم از دولتی، خصوصی و خیریه)، چنانچه فاصله نقاط مذکور از نزدیکترین شهر دارای بیمارستان بیش از نیم ساعت (با اتومبیل) باشد، یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر مورد بحث، باید به صورت شبانه‌روزی فعالیت کند. در این گونه مراکز باید دو اتاق بستری موقت برای بیماران فوریت‌های پزشکی (زن و مرد) منظور شود. هم چنین برای پوشش ساعات عصر و شب نفرات زیر به کارکنان مرکز اضافه می‌شوند:

پزشک عمومی ۲ نفر

داروساز یا دارویار ۲ نفر

بهبان ۴ نفر

تکنیسین علوم آزمایشگاهی ۲ نفر

تکنیسین رادیولوژی ۲ نفر

پذیرش ۱ نفر

نگهبان و خدمتگزار ۲ نفر

اخیراً، معاونت درمان واحدی مشابه این واحد را به نام درمان بستر برنامه‌ریزی و حتی در برخی نقاط اجرا کرده است.

**توجه ۳:**

پس از گسترش بیمه‌های درمان، در نقاطی از شهر که پزشک عمومی، مراکز تشخیص طبی و داروخانه (متناسب با ضوابط طرح گسترش) وجود داشته باشد،



نقش مراکز بهداشتی درمانی شهری، غیر از مدیریت و نظارت بر خدمات پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت تابعه، بطور عمده در مشاوره پزشکی با کارکنان پایگاه‌ها و قبول موارد ارجاع شده از این پایگاه‌ها خلاصه خواهد شد. در این صورت، به ازای هر چهار پایگاه تابعه (با احتساب پایگاه بهداشت ضمیمه)، یعنی برای جمعیتی حدود ۴۸ تا ۵۰ هزار نفر، یک مرکز بامشخصات زیرلازم خواهد بود:

۳ نفر پزشک عمومی، دو نفر برای ویزیت موارد ارجاع و یک نفر برای سرکشی به پایگاه‌ها

۱ نفر بهیار که گردش امور مرکز و وسایل مصرفی روزانه را در اختیار خواهد داشت.

۱ نفر پذیرش و امور عمومی

۱ نفر راننده

۱ نفر نگهبان و خدمتگذار

داروی نسخ صادره از داروخانه‌های شهر تامین می‌گردد.

## بخش خصوصی و تاثیر آن در ساختار شبکه‌های بهداشتی

### درمانی:

چون به موجب قانون اساسی و سیاست اجتماعی - اقتصادی کشور، حضور بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی پیش‌بینی شده است؛ توجه به نقش این بخش در تامین نیازهای بهداشتی درمانی جامعه و تاثیر آن در سازماندهی زیرساخت بهداشتی کشور اجتناب‌ناپذیر است. با این دید، بخش خصوصی نیز جزیی از سرمایه‌های ملی است و در بسیاری از مواقع استفاده درست از امکانات و خدمات آن، می‌تواند تنگناهای مربوط به سرمایه‌گذاری‌های دولتی را کاهش دهد؛ و سرعت لازم را برای گسترش عملی خدمات فراهم آورد. با پررنگتر شدن نقش بخش خصوصی در برنامه دوم توسعه کلی کشور، از اوایل سال ۱۳۷۰ به بهانه طرح تاکید بر محدوده دسترسی<sup>2</sup> (CAF)، متناسب با حضور بخش خصوصی، تغییراتی در ساختار مراکز بهداشتی درمانی شهری مطرح شد. لیکن بهره‌گیری از بخش خصوصی مستلزم پیش‌نیازهایی است که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- فراهم بودن دسترسی فیزیکی و فرهنگی جامعه به خدمات این بخش،
- فراهم بودن دسترسی جامعه به این خدمات از نظر قدرت پرداخت هزینه‌ها؛

<sup>2</sup> Catchment Area Focus مخفف CAF

ضابطه کار با بخش خصوصی پیچیدگی‌هایی نیز دارد، مثل: توزیع نامتوازن بخش خصوصی؛ نبود ضابطه قانونمند در زمینه ارتباط فنی و گزارشدهی [که در زمینه بیماری‌هایی که مراقبت (Surveillance) آنها در برنامه کشوری منظور شده است، اهمیت حیاتی دارد]؛ و بالاخره فقدان شیوه نظارت مدون برای پایش کار بخش خصوصی و ارزشیابی آن.

انتظار می‌رود، اجرای قانون بیمه درمان همگانی، مشکل دسترسی اقتصادی جامعه به خدمات بخش خصوصی را مرتفع سازد. هم چنین معاونت محترم سلامت می‌تواند با برقراری امتیازهایی نظیر دادن وام‌های کم بهره برای شروع کار، و ... توزیع بخش خصوصی را تا حد زیادی اصلاح کند و جاذبه‌هایی برای نقاط شهری نیازمند و یا حتی برای محله‌هایی از یک شهر فراهم سازد.

در شرایط کنونی، بخشی از خدمات بهداشتی جاری در مراکز بهداشتی درمانی که بخش خصوصی نیز در آنها فعال است عبارتند از:

- خدمات درمانی که به بیماران (اسهالی، ARI، سل، مالاریا و ...) ارائه می‌شود.

- تامین دارو

- خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی

- مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان

- مراقبت‌های زایمانی

- مراقبت از کودکان

- و ...

لازمه بهره‌گیری از بخش خصوصی، وجود روابط فنی سنجیده و قانون‌مندی بین شبکه و بخش خصوصی است. اگر امکان قانونی تعیین محدوده‌های جغرافیایی و جمعیتی خاص برای بخش خصوصی وجود داشته باشد، می‌توان مشخص کرد که مثلاً مردم محله A حق داشته باشند فقط به سه پزشک عمومی X و Y و Z مراجعه کنند؛ و متقابلاً سه پزشک مذکور حق داشته باشند که فقط بیمه‌شدگان محله A را بپذیرند. این برداشت باید از نظر قانون اساسی و حقوق مدنی بررسی شود. بنابراین، به روال معمول، اگر کارکنان پایگاه‌های بهداشت ارجاع بیمار را به پزشک عمومی لازم بدانند، می‌توانند به یکی از صورت‌های زیر عمل کنند:

- ضرورت مراجعه به پزشک عمومی را با بیمار مطرح می‌کنند، بیمار نیز مشخص می‌کند که مایل است به مرکز بهداشتی درمانی دولتی یا بخش خصوصی مراجعه کند.
- در حالت دوم، پایگاه‌های بهداشت می‌توانند بیماران خود را (جز در موارد فوریت‌های پزشکی)، فقط به پزشکان عمومی بخش خصوصی یا مراکز بهداشتی درمانی ارجاع دهند. ارجاع بیمار به پزشک متخصص، فقط از طریق پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی میسر خواهد بود. در حال حاضر، به علت فقدان ضابطه ارجاع از پزشک عمومی به پزشک متخصص، ممکن است این رویه مشکلاتی را ایجاد کند. فقدان ضرورت ارجاع از پزشک عمومی به پزشک متخصص یکی از نواقص عمده نظام بیمه

همگانی کشور است. با توجه به تجربه‌های جهانی، برقراری این نظم یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است. به منظور تشویق پزشکان برای اجرای ضابطه ارجاع، پیشنهاد می‌شود، پرداخت حدود ۲۰ درصد از تعرفه‌های تخصصی مشروط به ضمیمه بودن برگ ارجاع از پزشک عمومی باشد. هم‌چنین، هماهنگی با سازمان نظام پزشکی و آموزش مستمر پزشکان عمومی برای ثبت و اعلام نتیجه معاینه به مبداء ارجاع دهنده می‌تواند کمک موثری به برقراری نظام ارجاع بکند.

• ارجاع دهنده، برگ ارجاع بیمار را تکمیل و از بیمار می‌خواهد که نتیجه معاینه پزشک را به پایگاه اطلاع دهد. احتمال دارد تعدادی از بیماران در آوردن نتیجه به پایگاه کوتاهی کنند. در موارد خاص و حساس، اگر بیمار برای اعلام نتیجه ارجاع مراجعه نکند، پایگاه باید بتواند از طریق نامه، تلفن و یا داوطلبان بهداشت نتیجه را پیگیری کند.

به علت ناموزون بودن توزیع بخش خصوصی، برنامه‌ریزی دقیق و از پیش مشخص شده‌ای برای مناطق مختلف کشور میسر نیست. این کار باید در هر شهر و حتی برحسب شرایط موجود در محدوده‌های مختلف یک شهر صورت گیرد. لیکن ضوابط تصمیم‌گیری در این زمینه را می‌توان در حالت‌های زیر خلاصه کرد:

الف- در حالتی که بخش خصوصی وجود نداشته باشد، برای ارائه مجموعه خدمات پیش‌بینی شده، به ازای حدود ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت شهری ایجاد یک مرکز بهداشتی درمانی شهری با پرسنل زیر ضرورت دارد:

پزشک عمومی	۳
دندان پزشک	۱
داروساز یا دارویار	۲
بهبیار	۲
کاردان آزمایشگاه	۲
کاردان رادیولوژی	۱
پذیرش و امار	۱
خدمتگزار	۱

ب- در محدوده‌ای که پوشش آن مورد نظر است، اگر به ازای هر ۱۲۰۰۰

نفر امکانات زیر در بخش خصوصی وجود داشته باشد:

مطب پزشک عمومی	۳
مطب دندانپزشکی	۱
داروخانه	۱
آزمایشگاه	۱
رادیولوژی	۱
تزریقات	۱

نیازی به ایجاد مراکز بهداشتی درمانی شهری وجود نخواهد داشت.

پ- در محدوده‌های شهری که توزیع بخش خصوصی به حد نصاب مورد بحث نرسیده باشد، به نسبت امکان‌های موجود، از تعداد پزشکان عمومی و دندانپزشک پیش‌بینی شده برای مرکز بهداشتی درمانی شهری کاسته می‌شود. مثلاً اگر در محدوده مورد نظر، به ازای هر ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، امکان‌های زیر موجود باشد:

۲ مطب پزشک عمومی

۱ داروخانه

پرسنل مرکز بهداشتی درمانی عبارت خواهد بود از:

۱ پزشک عمومی

۱ دندانپزشک

۲ بهیار

۱ کاردان آزمایشگاه

۱ متصدی پذیرش و آمار

اگر در این قسمت شهر، یک بخش تزریقات خصوصی ایجاد شود، حضور دو بهیار نیز منتفی خواهد شد. به همین ترتیب در صورت وجود آزمایشگاه، ایجاد آزمایشگاه در مرکز بهداشتی درمانی ضرورت نخواهد داشت.

### فضاهای فیزیکی و تجهیزات واحدهای شهری:

با توجه به این که فضاهای تجهیزات مراکز بهداشتی درمانی روستایی به تفکیک تعیین و فهرست شده است، تکرار آنها در مرکز بهداشتی درمانی شهری ضرورت ندارد. نکته مهمی که در این زمینه باید مورد توجه قرار گیرد، افزایش یا کاهش فضاها و تجهیزات برحسب تعداد پرسنل و نوع فضاهاست.

### مدیریت در مراکز بهداشتی درمانی شهری:

روابط مدیریتی مرکز بهداشتی درمانی شهری در درون مرکز، یا پایگاهها و خانه-های بهداشت تابعه، شوراها و معتمدان محلی همانند مرکز بهداشتی درمانی روستایی است.

هر مرکز بهداشتی درمانی شهری، در بازدید از پایگاههای بهداشت وظایف زیر را به عهده خواهد داشت:

- بررسی کمیت و کیفیت خدمات انجام یافته.
- نظارت بر نحوه ارائه خدمات و در صورت لزوم آموزش کارداناها به منظور ارتقای کیفی خدمات.
- نظارت بر وضعیت عمومی، انضباط، رفتار با مراجعان، نگهداری وسایل و ...
- مذاکره با رابطین و بررسی نظرها و مشکلات آنها.
- مشاوره پزشکی در مواردی که کارکنان پایگاه درخواست می کنند.



## سطح بندی و توزیع خدمات درمانی و فوریت‌های پزشکی در واحدهای محیطی شبکه بهداشت و

### درمان شهرستان:

خدمات درمانی، فوریت‌های پزشکی و تکالیف مربوط به موارد اضطرار، همانند خدمات بهداشتی، تا سطح محیطی‌ترین واحدهای شبکه بهداشت و درمان شهرستان سطح بندی و توزیع شده است.<sup>۳</sup>

#### خانه بهداشت:

وظایف خانه‌های بهداشت در زمینه درمان و فوریت‌های پزشکی عبارت است از:

- کمک‌های اولیه درمانی، براساس درمان‌های ساده علامتی، از طریق دراختیار گذاشتن داروهایی که تهیه آنها در جوامع شهری نیز نیاز به نسخه پزشک ندارد و به راحتی می‌توان آنها را از داروخانه‌ها و یا فروشگاه‌های

---

<sup>۳</sup> هم چنین تجربه‌هایی در زمینه خدمات توانبخشی انجام گرفته است که از بحث کنونی خارج است. اطلاعات بیشتر را می‌توانید از طرح توان بخشی مبتنی بر جامعه سازمان بهزیستی دریافت دارید.

محل خریداری کرد. در اصطلاح، این داروها را «داروهای روی پیشخوان»<sup>4</sup> (O.T.C) می‌گویند.

- پیگیری درمان‌های تجویز شده توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوط، براساس نسخه یا دستور کتبی پزشک همان مرکز، مثل ادامه تزریق پنی-سیلین در بیمارانی که مشکوک به آنژین استرپتوکوکی هستند.
- ادامه درمان بیمارانی که درمان آنها براساس پروتکل‌های رسمی توسط پزشک تعیین و آغاز شده و به‌روز مکلف است ادامه درمان را مستقیماً نظارت کند، مثل: درمان سل به روش DOTS، درمان مالاریا و ...
- شروع برخی از درمان‌ها براساس پروتکل‌های ابلاغ شده، مثل ORT و ARI، مبارزه با کم‌خونی در مادران باردار و ....
- در مورد فوریت‌های پزشکی، ارائه کمک‌های اولیه، بند آوردن مقدماتی خونریزی‌های شدید، بستن آتل، و احیای نسبی بیمار قبل از اعزام.
- اعزام فوری مصدوم به مرکز بهداشتی درمانی تابعه و در موارد خیلی حاد اعزام مستقیم به بیمارستان.
- در مورد بلایای طبیعی، آموزش مردم، کمک‌های اولیه، اعزام مصدومین، ساماندهی موقت گروه‌های سالم تا رسیدن سازمان‌های اصلی کمک‌دهنده.

<sup>4</sup> Over The Counter

• همکاری با سازمان‌های دیگر برای ارائه و تحکیم مبانی بهداشت

زندگی در اردوگاه‌ها

• ادامه تزریق‌های تجویز شده توسط پزشک (فقط با دستور پزشک مرکز

بهداشتی درمانی مربوط)

• انجام و تجدید پانسمان

### تسهیلات زایمانی:

در صورت فاصله داشتن این واحد از مرکز بهداشتی درمانی باید توجه داشت که این واحد فقط بعنوان ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی و زیر نظر پزشک می‌تواند به خدمت خود ادامه دهد. اصولاً این واحد باید در مجاورت یا نزدیکی مرکز مربوط ایجاد گردد. وظایف اصلی این واحد، در زمینه خدمات درمانی و فوریت‌های پزشکی عبارت است از:

۱- مراقبت از زنان حامله در معرض خطر (مثل موارد مبتلا به خونریزی، ورم،

سابقه سقط و مرده‌زایی، فشارخون، قد کوتاه، چندقلوزایی و ...). این

بیماران به وسیله بهورزان از میان زنان حامله روستاهای تحت پوشش

خانه‌های بهداشت غربال و به مرکز بهداشتی درمانی یا تسهیلات زایمانی

معرفی می‌شوند.

۲- انجام زایمان‌های طبیعی و احیای نوزاد.

۳- مراقبت‌های بعد از زایمان.

۴- غربال‌گری زنان در معرض خطر سرطان پستان و سرطان دهانه رحم.

۵- درمان برخی از بیماری‌های زنان.

۶- رسیدگی به فوریت‌های زنان مثل خونریزی و ...

### پایگاه بهداشت شهری:

پایگاه‌های بهداشت شهری، علاوه بر سایر وظایف بهداشتی، ارائه خدمات مندرج در تسهیلات زایمانی (به جز موارد ۵۰۲ و ۶) را برای مراجعه‌کنندگان شهری به عهده دارد.

### مرکز بهداشتی درمانی:

اولین واحد پزشکی شبکه‌های بهداشت و درمانی است، که در آن پزشک عمومی (علاوه بر هدایت و حمایت فنی خدمات بهداشتی واحدهای تابعه)، وظیفه ارائه خدمات درمانی به بیماران غربال شده از طرف خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت شهری را نیز به عهده دارد.

خدمات تشخیصی و درمانی در مراکز بهداشتی درمانی بطور کلی عبارت است

از:

### • خدمات تشخیصی پاراکلینیکی:

- آزمایشگاه در حدود ۲۰ آزمایش روتین

- رادیولوژی در حد کلیشه‌های استخوان و قفسه صدری

### • خدمات درمانی در حد پزشک عمومی،

پیش‌بینی شده است که، در صورت وجود امکانات فیزیکی، در هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی، برای مراقبت از بیمارانی که لازم است حداکثر ۲۴ تا ۴۸ ساعت تحت نظر باشند، دو تا سه تخت منظور گردد. در چنین مواردی:

- بیمار از لباسهای خود استفاده می‌کند.

- تامین پتو، ملافه و غذا به عهده اطرافیان بیمار است.

- مراقبت از بیمار نیز، با راهنمایی پزشک و بهیار مرکز بهداشتی درمانی، به عهده اطرافیان بیمار است.

هدف از این کار، عبارتست از:

- رفع نیاز بیماران، بویژه در مورد فوریت‌های پزشکی و ارائه خدمات در حد پزشک عمومی به این بیماران.

- غربال کردن بیماران و جداکردن کسانی که واقعاً نیازمند اعزام به بیمارستان

- آموزش مردم برای مراقبت از بیماران خود، که موجب ارتقای دانش و عملکرد جامعه در زمینه رعایت موازین بهداشتی و نگهداری بیماران خواهد شد.

- کاهش اضطراب بیمار و اطرافیان او.

به این دلیل باید کوشش شود تا مراکز بهداشتی درمانی در گلوگاه راه‌های روستایی و جاده‌های کشور مستقر گردند؛ تا علاوه بر این که در مسیر طبیعی مردم قرار می‌گیرند، پاسخگوی فوریت‌های پزشکی جاده‌ای هم باشند.

• در شهرهای فاقد بیمارستان، و نیز در شهرهایی که دسترسی به بخش اورژانس بیمارستان آسان نیست، یک یا چند مرکز بهداشتی درمانی شهری باید شبانه‌روزی شود، تا دسترسی و رسیدگی به موارد اورژانس فراهم باشد.

• خدمات جراحی، در حال حاضر، تا حد شکافتن آبسه، دوختن پارگی‌های سطحی، ختنه و خدماتی از این نوع، به ویژه در مرکز بهداشتی درمانی روستایی، که دسترسی آنها به مرکز تخصصی کمتر و وقت‌گیر است، ارائه می‌گردد. در طراحی شبکه‌ها، با مشورت گروهی از متخصصان جراحی، پیش‌بینی شده است که در برخی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی که در گلوگاه و مسیر طبیعی چند مرکز بهداشتی درمانی دیگر قرار داشته باشد، بخش جراحی‌های کوچک ایجاد شود. در این بخش‌ها، می‌توان قریب ۲۴ فعالیت مربوط به جراحی‌های کوچک (صفحه‌های ۶۶ تا ۶۹) را بدون استفاده از بیهوشی عمومی بیماران، انجام داد. خدمات درمانی، که از حد پزشک عمومی تجاوز می‌کند، در کلینیک‌ها و پلی‌کلینیک‌های تخصصی و بیمارستان‌ها ارائه می‌گردد.

#### سوم - بیمارستان:

بیمارستان واحد تخصصی پزشکی در سطح شهرستان است. بیمارستان مجموعه‌ای است که با اجزای زیر مشخص می‌گردد:

- پلی کلینیک

- بخشهای بستری

- بخشهای تشخیصی

- داروخانه

- اورژانس

خدمات برخی از بیمارستان ها اختصاصی است مثل بیمارستان ریوی یا روانی. این بیمارستان ها نمی توانند نقش بیمارستان شهرستان را داشته باشند. بیمارستان شهرستان باید یک بیمارستان عمومی باشد که حداقل چهاربخش بستری داخلی، جراحی، کودکان، زنان و زایمان و دو بخش تشخیصی (آزمایشگاه و رادیولوژی) را داشته باشد. کلیه این بخش ها باید به وسیله پزشکان متخصص اداره شود. به عبارت دیگر اشتغال پزشک عمومی در بیمارستان نقض هدف های سطح بندی خدمات است و نظام ارجاع را بی ثمر می سازد. بیمارستان پس از تشخیص و درمان (تخصصی سرپایی یا بستری) بیماران ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی، باید نتیجه تشخیص و اقدام رابه مرکز ارجاع کننده اطلاع دهد؛ و در صورت لزوم، توصیه های لازم درمورد ادامه درمان بیمار را به مرکز بهداشتی درمانی اعلام دارد.

ضوابط ساختاری، پرسنلی و ارتباط درون بیمارستان در کتاب نگرشی

بیان شده و توضیح کامل آن نیازمند مجموعه جداگانه ای است:

### چهارم - مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشت شهرستان واحدی است که اولین سطح تخصصی یعنی کارشناسی خدمات مختلف بهداشتی را شامل می‌شود.

### وظایف مرکز بهداشت شهرستان:

- جمع‌آوری، طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل اطلاعات مورد نیاز برنامه‌های مختلف بهداشتی، آمارهای حیاتی و فعالیت واحدهای بهداشتی شهرستان به منظور تدوین برنامه‌های محلی و تهیه گزارش.
- شناخت و دسته‌بندی مسایل بهداشتی منطقه و تنگناهای اجرایی برنامه‌ها
- بررسی و شناخت اپیدمیولوژیک بیماری‌های بومی و اپیدمی‌ها
- تهیه و ابلاغ راه‌کارهای اجرایی لازم برای اجرای برنامه‌های کشوری خدمات بهداشتی برای واحدهای تابعه
- تدوین برنامه‌های بهداشتی متناسب با شرایط محلی برای حل مشکلات بهداشتی و مبارزه با بیماری‌های بومی و اپیدمی‌ها
- برنامه‌ریزی گسترش و تغییرات واحدهای بهداشتی متناسب با تغییرات جمعیتی و تامین دسترسی سهل جامعه به خدمات بهداشتی
- تدارک و پشتیبانی فنی، اداری و مالی مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه‌های بهداشت و خانه‌های بهداشت تابعه.



- مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای آن قسمت از آموزش پزشکی جامعه-نگر که در واحدهای بهداشتی می‌گذرد.
- تدوین و اجرای پژوهش‌های کاربردی در زمینه مسایل بهداشتی منطقه.
- اجرای پروژه‌های آزمایشی در زمینه روش‌های نوین، کاربرد ابزارهای جدید و ادغام خدمات.
- تدوین و ابلاغ برنامه و راه‌کارهای مربوط به آزمایش‌های بهداشتی آب و فاضلاب - بهداشت حرفه‌ای و در موارد لزوم و اپیدمی‌ها آزمایش‌های تشخیصی طبی.
- نظارت بر نحوه خدمات آزمایشگاهی مراکز بهداشتی درمانی و بررسی و تایید درخواست لوازم و مواد مورد نیاز آنها.
- نظارت مستمر بر فعالیت‌های فنی، پشتیبانی، اداری و مالی مرکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت تابعه.
- ارزشیابی منظم خدمات و پوشش برنامه‌های بهداشتی شهرستان.
- جمع‌آوری و بررسی گزارش فعالیت مراکز بهداشتی درمانی تابعه و ابلاغ نتیجه به آنها و تهیه گزارش برای ارگان‌ها و مقام‌های بالاتر.
- تدوین، اجرا و مشارکت در اجرای برنامه‌های آموزش بدو خدمت و حین خدمت کارکنان بهداشتی شهرستان.
- برآورد اعتبار مورد نیاز برنامه‌ها و تدوین بودجه سالانه و اجرای بودجه مصوب.

- آموزش بهداشت
- بهداشت و تنظیم خانواده
- بهداشت مدارس
- مبارزه با بیماریها
- بهداشت محیط
- بهداشت حرفه‌ای
- بهداشت دهان و دندان
- تهیه و تدارک دارو
- آمار و اطلاعات
- هماهنگی گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی شهرستان

### ضوابط تعیین نیروی انسانی در مرکز بهداشت شهرستان:

تاکید شد که مرکز بهداشت هر شهرستان، علاوه بر پشتیبانی‌های فنی در زمینه خدمات بهداشتی، کلیه امور مدیریتی واحدهای بهداشت آن شهرستان را به عهده دارد.

- سازماندهی این واحد براساس اصل عدم تمرکز تا سطح واحدهای اجرایی و حتی الامکان تامین امکان خودگردانی اداری و مالی واحدهای تابعه آن انجام گرفته است. براین اساس، روشی مشخص برای تدارک و خدمات اداری و مالی مراکز بهداشتی درمانی تابعه مرکز بهداشت شهرستان پیش‌بینی گردیده است. چنانچه به هر دلیل، این امکانات در واحدهای تابعه فراهم نگردد، تشکیلات پیش‌بینی شده تکافوی وظایف محوله مرکز بهداشت شهرستان را نخواهد داشت.

- کارشناسان برنامه‌های مختلف بهداشتی و مدیریت مرکز بهداشت شهرستان باید بتوانند ماهانه حداقل یک بار فعالیت‌های مراکز بهداشتی درمانی تابعه را از نزدیک بازدید و نظارت کنند.

- کارشناسان هر برنامه بهداشتی باید هماهنگ و آگاه از فعالیت کلی سایر برنامه‌ها در امر برنامه‌ریزی و نظارت واحدها شرکت کنند.

### ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان، در شکل کلی آن، مجموعه واحدهایی است که در امر پیشگیری و درمان جمعیت یک شهرستان اشتغال دارند. این مجموعه از دو بخش اصلی تشکیل می‌شود:

#### الف - بخش دولتی، شامل:

- ۱- مرکز بهداشت شهرستان و واحدهای تابعه آن
- ۲- بیمارستان یا بیمارستان‌های تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واقع در محدوده شهرستان
- ۳- بیمارستان‌ها و واحدهای بهداشتی درمانی سایر سازمان‌های دولتی

#### ب- بخش غیر دولتی، شامل:

- ۱- بخش خصوصی (بیمارستان‌ها، پلی کلینیک‌ها، کلینیک‌های پزشکی و پیراپزشکی، و ...)
  - ۲- بخش تعاونی و خیریه
- در بخش دولتی با آنچه برای مرکز بهداشت شهرستان و واحدهای تابعه گفته شد، مرکز بهداشت شهرستان باید بتواند به صورت واحدی خودگردان با اختیارات کامل اداره شود. بنابراین، وظیفه واحد گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان در مقابل این واحد، پایش اجرای برنامه‌ها و ارزشیابی خدمات آن است. نظارت و کنترل مستمر و منظم شبکه بر مرکز بهداشت شهرستان و

واحدهای تابعه آن، تضمینی بر اجرای صحیح و دقیق برنامه‌ها و ارتقای کیفیت خدمات مدیریتی این واحدها خواهد بود.

در مورد بیمارستان‌ها نیز، اعم از اینکه تابع وزارت بهداشت یا سایر سازمان‌های دولتی باشند، با توجه به اختیاری که در قانون برای اداره بیمارستان‌ها منظور شده است باید واحدهایی خودگردان باشند. وظیفه ستاد شبکه‌ها در این مورد نیز پایش و ارزشیابی خدمات بیمارستان‌ها و مدیریت آنهاست.

در مورد واحدهای بخش غیردولتی، ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان وظیفه دارد بر نحوه فعالیت آنها، حفظ ضابطه‌ها و مراقبت از کیفیت خدمات واحدهای این بخش‌ها نظارت کامل داشته باشد.

بنابراین، ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان، خدمات مدیریتی زیر را به عهده خواهد داشت:

#### برنامه ریزی:

- تدوین برنامه تفصیلی شبکه برای پایش و ارزیابی فنی و مدیریتی واحدهای بهداشت و درمان بخش دولتی و خصوصی.
- بررسی برنامه‌های تفصیلی خدمات فنی و مدیریتی مرکز بهداشت شهرستان (و واحدهای تابع آن) و بیمارستان و تطبیق آنها با سیاست‌ها و راهبردهای دانشگاه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اعلام نظر و پیشنهادهای اصلاحی.

### سازماندهی و هدایت و رهبری:

- تلاش برای تأمین منابع (نیروی انسانی، وسایل، منابع مالی، اطلاعات لازم و ...) برای واحدهای تابعه.
- تخصیص و توزیع متناسب منابع.
- بررسی و اصلاح تشکیلات واحدهای تابعه.
- هدایت توزیع منابع بخش خصوصی و رعایت ضوابط تعیین شده کشوری برای متعادل ساختن توزیع مجموعه منابع شهرستان.
- انجام خدمات پرسنلی که به عهده ستاد شبکه است.

### پایش:

- اجرای برنامه‌های تدوین شده برای پیش واحدهای بهداشتی و درمانی بخش دولتی و بخش خصوصی.
- پیش اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه تفصیلی مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان از نظر:
  - اجرای به موقع فعالیت‌ها، طبق زمان‌های پیش‌بینی شده در جدول کارنما یا Gantt فعالیت‌ها.
  - روش اجرای فرآیندهای اجرایی فعالیت‌های فنی و مدیریتی پیش‌بینی شده در برنامه‌های تفصیلی.
  - مصرف بمورد و درست منابع تأمین شده.
  - اجرای درست ضوابط کشوری و محلی.

- فراهمی و در دسترس بودن خدمات.
- پوشش خدمات در گروه‌های هدف.
- نحوه نگهداری ساختمان‌ها، تأسیسات، وسایل، خودروها و ...
- انضباط اداری و رفتار اجتماعی کارکنان و ....

#### ارتباط‌های سازمانی:

- برقراری هماهنگی بین واحدهای تابعه (مرکز بهداشت، بیمارستان، و ...)
- برقراری هماهنگی بین واحدهای بهداشت و درمان با سایر بخش‌های توسعه، نهادهای سیاسی و اجتماعی شهرستان و ...
- تدارک واحدهایی که تدارک آنها در زمینه‌های خاص به عهده ستاد شبکه بهداشت درمان شهرستان قرار گرفته است.
- مکاتبه با واحدهای مدیریتی سطوح بالاتر شبکه شهرستان یا سایر واحدهای هم‌تراز نهادها و سازمان‌های دیگر.
- نمایندگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه در شهرستان.
- تشخیص و انجام هزینه‌هایی که در اختیار ستاد شبکه بهداشت و درمان است.
- رسیدگی به اسناد هزینه واحدهای تابعه و تسجیل آنها.

## تصمیم‌گیری:

- تصمیم‌گیری در زمینه فعالیت‌های منظور شده در برنامه تفصیلی واحدهای تابعه.
- تصمیم‌گیری در زمینه تخصیص منابع.
- تصمیم‌گیری در زمینه توزیع بخش خصوصی.
- تصمیم‌گیری در موارد اضطرار و ...

## خلاقیت و نوآوری:

- تدوین و اجرای طرح‌های پژوهشی در زمینه‌های فنی، مدیریتی و فناوری‌های کاربردی.
- آزمون شیوه‌های نوین و طرح‌های آزمایشی، تشویق نوآوری و خلاقیت کارکنان

## مشارکت جامعه:

- پیگیری تشکیل شوراهای بهداشت شهرستان، بخش و ... تقویت نقش آنها برای جلب مشارکت آنان در فعالیت‌های بهداشتی و درمانی از مهم‌ترین راهبردهای مدیریتی شبکه بهداشتی درمانی شهرستان است.

در اینجا، خدمات مدیریتی واحدهای بهداشتی درمانی شهرستان به پایان می‌رسد؛ ولی نظر به اهمیت ارتباط واحدهای بهداشتی شهرستان با مرکز بهداشت استان، خدمات مدیریتی مرکز بهداشت استان نیز به این مجموعه اضافه می‌گردد.



## مرکز بهداشت استان

مرکز بهداشت استان، مسؤول مدیریت برنامه‌های بهداشتی در استان است:

### از نظر فنی:

- برنامه‌های کشوری تصویب شده را به کلیه مراکز بهداشت شهرستان‌ها ابلاغ و جریان تطبیق آنها با شرایط محلی و نیز کمیت و کیفیت اجرای آنها را نظارت و پیگیری می‌کند.

- برنامه‌هایی را که برای حل مشکلات بهداشتی منطقه تنظیم و پیشنهاد می‌شود، بررسی و در صورت تصویب اجرای آنها را مراقبت می‌کند.

### از نظر مدیریتی:

برای اجرای برنامه‌های فنی، مرکز بهداشت استان ناگزیر از انجام خدمات مدیریتی گسترده‌ای است. به همین دلیل، در تبصره «۴» ماده «۲» قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اختیار کامل اداری و مالی و خدمات پشتیبانی مرکز بهداشت استان مورد تاکید قرار گرفته است.

با این همه، به منظور آشنایی با فعالیت‌های مدیریتی و شاخص‌های پایش این فعالیت‌ها در مرکز بهداشت استان، در این واحد نیز، همانند سایر واحدها، هریک از فعالیت‌های مدیریتی را جداگانه، ولی به اختصار، بررسی می‌کنیم. قبل از ورود به عنوان‌های مذکور، اشاره مجدد به این نکته ضروری است که برابر راهبرد اصلی مورد تاکید این نوشتار، در زمینه خدمات مدیریتی نیز سازماندهی واحدها براساس تفویض اختیار به واحدهای محیطی پیش‌بینی شده است؛ تا

همپای توزیع و سطح‌بندی خدمات فنی، وظایف مدیریتی نیز متناسب با ضرورت‌های اجرایی توزیع گردد.

براین اساس، حجم زیادی از کارهای جاری، که انجام آنها در واحدهای محیطی میسر است و منع قانونی ندارد، به این واحدها واگذار شده است. بنابراین، همسان شیوه‌ای که در سطح‌بندی خدمات فنی به کار گرفته شده است، در زمینه خدمات مدیریتی هم، هرچه از واحدهای محیطی به واحدهای مرکزی نزدیکتر شویم، وجه ستادی فعالیت‌ها بیشتر می‌شود و نوع فعالیت‌ها به پژوهش، برنامه‌ریزی کلی، آموزش، برقراری و حفظ هماهنگی و وحدت سازمانی، نظارت، پایش و ارزشیابی کمی و کیفی خدمات واحدها گرایش می‌یابد. به همین دلیل، به موازات کاهش تعداد کارکنان، کیفیت و سطح دانش و مهارت کارشناسی مورد نیاز افزایش می‌یابد. از این رو، ضروری است و تأکید می‌شود که، محدود کردن تعداد کارکنان در واحدهای مرکزی، مشروط به تحقق انجام آن قسمت از کارهایی است که به عهده واحدهای محیطی گذاشته شده است؛ در غیر این صورت، نیروهای لازم برای انجام دادن کارهای مذکور باید در واحدهای ستادی منظور گردد. تجربه نشان می‌دهد که تمرکز این خدمات حداقل سه مشکل عمده را در پی دارد:

۱- تجمع کمی کارکنان پشتیبانی، سازمان را از نظر نسبت کارکنان پشتیبانی به

کارکنان فنی، بی‌ضابطه و متورم نشان خواهد داد.

۲- تراکم حجم کار اداری، موجب کندی گردش کار می‌گردد و این عاملی

است که موجب رواج و غلبه رابطه بر ضابطه خواهد شد.

۳- گستردگی کمی کارکنان پشتیبانی و انحصار اختیار اداری و مالی در دست

این گروه، موجب پیدایش و رشد نوعی رابطه سلطه جویانه اداری می‌گردد

و همچنان که در عمل نیز مشاهده می‌شود، این قدرت نمایی‌ها گاه تا حد

اختلال و توقف عملی خدمات فنی پیش می‌رود.

در هر حال، با این پیش فرض که، گسترش راهبرد عدم تمرکز در خدمات

مدیریتی نیز اجتناب‌ناپذیر است، وظایف مدیریتی واحدها از محیط به مرکز،

تخصصی‌تر و به وظایف ستادی نزدیکتر می‌شود. به این دلیل نقش اصلی مرکز

بهداشت استان را خدمات زیر تشکیل می‌دهد:

- تشویق پژوهش‌های کاربردی و نوآوری‌های تجربی در زمینه خدمات

مدیریتی که می‌تواند در ارتقای کمیت و کیفیت این خدمات مؤثر باشد.

- برنامه‌ریزی و هماهنگ کردن برنامه‌های تفصیلی مراکز بهداشت شهرستان‌ها

- آموزش و ارتقای دانش و مهارت‌های مدیریتی کارکنان سطوح مختلف.

- نظارت، پایش و ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات مدیریتی.

#### برنامه‌ریزی:

• تدوین برنامه تفصیلی فعالیت‌های بهداشتی استان. برای این کار باید برنامه-

های تفصیلی مرکز بهداشت شهرستان‌های تابعه بررسی و هماهنگ گردد و با

منابع قابل دسترس تطبیق داده شود. حاصل این کار، پس از افزودن برنامه‌های

مربوط به حوزه ستادی مرکز بهداشت استان، برنامه تفصیلی مرکز بهداشت استان را تشکیل خواهد داد. برنامه ریزی تفصیلی اعتبار مورد نیاز هریک از فعالیت‌ها را مشخص خواهد ساخت. مجموع این بودجه‌های عملیاتی بودجه برنامه‌ای مرکز بهداشت استان را تبیین می‌کند. در عمل، اغلب پس از ابلاغ بودجه مصوب، لازم می‌آید که دامنه و پوشش فعالیت‌های پیش-بینی شده در برنامه‌های مختلف تغییر داده شود؛ تا حجم خدمات با منابع مصوب منطبق گردد.

- حفظ راهبردهای اصلی، رعایت اولویت‌ها، متعادل کردن توزیع منابع بین شهرستان‌ها و ... به عهده مرکز بهداشت استان است. برای این کار داشتن اختیار مربوط به مواد ۵۱ و ۵۳ قانون محاسبات عمومی ضرورت دارد. به نظر می‌رسد توجیه و تعبیر تبصره ۴ ماده ۲ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز ناظر بر این ضرورت است.
- علاوه بر وظایف فوق، نظارت بر اجرای بودجه‌های بهداشتی شهرستان‌ها به عهده مرکز بهداشت استان است.
- برنامه ریزی برای پایش فعالیت‌های اجرایی مراکز بهداشت شهرستان‌های تابعه. این پایش‌ها از طریق بازدید مراکز بهداشت شهرستان‌ها انجام می‌گیرد. مطلوب آن است که هریک از این مراکز هر ماه حداقل یک بار، مورد بازدید کارشناسان همه برنامه‌های بهداشت قرار گیرد. در این بازدیدها، کارشناسان هر برنامه باید بتوانند:

- کمیت و کیفیت فعالیت کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان را بررسی کنند.

- از میان مراکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه‌های بهداشت شهری، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت، به طور تصادفی (راندوم)، یک یا دو واحد را انتخاب و بازدید کنند.

- در بازدید از واحدهایی که انتخاب می‌شوند، نکات و شاخص‌های مدیریتی را که برای هر یک از آنها گفته شده است، بررسی و ارزیابی کنند. بدون تردید چنین بازدیدهایی نیازمند دانش و مهارت بالایی است. همچنین یک بازدید جامع، به گونه‌ای که گفته شد، به طور متوسط دو تا سه روز وقت خواهد گرفت. در عمل نیز، سفرهای چند روزه در داخل استان عملی نیست. بنابراین، کارشناسان مسؤول هر یک از برنامه‌ها باید ترتیبی اتخاذ کنند که در این بازدیدها، با نظم معینی، هر بار قسمتی از نکات فوق را مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند، به طوری که طی دو یا سه بازدید متوالی کلیه موارد مذکور بررسی گردد. در صورت اعمال این روش، می‌توان چنین فرض کرد که بازدید جامع مراکز بهداشت شهرستان‌ها هر دو ماه یک بار (شش بار در سال) میسر خواهد شد.

● برنامه‌ریزی برای بازآموزی و آموزش حین خدمت کارکنان مرکز بهداشت استان.

- برنامه‌ریزی برای دوره آموزش‌های میدانی دانشجویانی که به واحدهای عرضه خدمات اعزام می‌شوند.
- برنامه‌ریزی برای انجام پژوهش‌های کاربردی.
- برنامه‌ریزی برای فعالیت‌هایی که موجب جلب و گسترش مشارکت‌های مردم در فعالیت‌های بهداشتی می‌گردد.
- برنامه‌ریزی برای ایجاد و راه‌اندازی واحدهایی که برای گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی استان منظور شده است.
- برنامه‌ریزی برای تهیه آن قسمت از تدارک مراکز بهداشت شهرستان‌ها که به عهده مرکز بهداشت استان باقی مانده است.

#### سازماندهی:

با توجه به ضوابط و برنامه‌ای که برای برنامه‌ریزی پایش فعالیت‌های مراکز بهداشت شهرستان‌ها گفته شد، اگر:

- مرکز بهداشت هر شهرستان ماهی یک بار از طرف کارشناسان هریک از برنامه‌های بهداشت مورد بازدید قرار گیرد، و ....
- هر کارشناس بتواند، به طور متوسط، سالانه، شصت روز از کار خود را صرف بازدید از مراکز بهداشت شهرستان بکند، تعداد کارشناسان مورد نیاز در مراکز بهداشت استان برای هریک از برنامه‌های بهداشتی را می‌توان با

فرمول:  $n = \frac{12xD}{60} = \frac{D}{5}$  محاسبه کرد. در این فرمول  $D$  نماینده

تعداد شهرستان‌های تابعه استان است.

در هریک از برنامه‌ها که تخصص ویژه‌ای مورد نیاز باشد، کارشناس مذکور

در تعداد حاصل از فرمول مذکور منظور نمی‌گردد.

- هدایت و همکاری در سازماندهی مشارکت‌های مردمی.
- سازماندهی خدمات بهداشتی در زمان بروز بلایای طبیعی و زمان اضطرار.
- در زمینه نیروی انسانی، مرکز بهداشت استان حداقل باید بتواند امور پرسنلی زیر را انجام دهد:

- تلاش برای تعیین سهم مراکز بهداشت از مجوزهای استخدامی دانشگاه، سهمیه‌بندی این مجوزها (به تناسب نیاز) بین مراکز بهداشت شهرستان‌ها.

- انجام دادن کلیه امور پرسنلی که در اختیار واحدهای محیطی قرار داده نشده است.

- توزیع نیروهایی که برای خدمات قانونی معرفی می‌شوند.

- نقل و انتقال کارکنان بین شهرستان‌های تابعه استان.

- نقل و انتقال بین استانی کارکنان .

### هماهنگی:

یکی از مهم‌ترین وظایف مرکز بهداشت استان برقراری هماهنگی در موارد زیر است:

- هماهنگی بین برنامه‌های مختلف بهداشتی در داخل مرکز بهداشت استان و مراکز بهداشت شهرستان‌ها.
- بین مرکز بهداشت شهرستان‌ها با مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان-های مربوطه.
- بین مرکز بهداشت استان با سایر معاونت‌های دانشگاه.
- بین مرکز بهداشت استان و سایر دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی و غیردولتی.

### گزارش‌دهی:

- مرکز بهداشت استان باید از صحت گزارش‌های شهرستان‌ها (با استفاده از روش‌هایی که در مرکز بهداشت شهرستان گفته شد) اطمینان حاصل کند.
- گزارش کلی استان را تنظیم و به موقع ارائه دهد.

### هدایت و رهبری:

- ابلاغ برنامه‌ها، راه‌کارها، بخشنامه‌های کشوری و مراقبت در اجرای آنها.
- نظارت و پایش اجرای برنامه‌های تنظیم شده برای بازدید از مراکز بهداشت شهرستان‌ها، وجود گزارش بازدید، اعلام بازخوراند به واحدهای بازدید شده، پیگیری اقدام لازم.

- تدارک به موقع و منظم مرکز بهداشت شهرستان‌ها.



- مراقبت از مصرف درست منابع بهداشتی استان.
- توزیع اعتبارات مربوط به ردیف‌های متمرکز کشوری.
- نظارت بر کمیت و کیفیت آموزش‌های میدانی دانشجویان، بازآموزی کارکنان و ....
- انجام پژوهش‌های کاربردی و بهره‌گیری از نتایج آنها در فعالیتهای اجرایی استان.

### نمایندگی:

مرکز بهداشت استان نماینده کامل فعالیتهای بهداشتی کشور در منطقه است و باید در تمام سطوح تصمیم‌گیری بهداشت منطقه حضور فعال داشته باشد.

### نوآوری:

مرکز بهداشت استان باید محل شناخت دقیق شرایط اقلیمی، قومی و شرایط اجتماعی فرهنگی منطقه باشد. براساس این شناخت‌هاست که مرکز بهداشت استان، محل ابداع شیوه‌های جدید جلب مشارکت مردم، استفاده از امکانات محلی برای عرضه خدمات و بسیاری از ابتکارهای اجرایی دیگر به شمار می‌رود.

### خلاصه:

مرکز بهداشت استان باید اختیار کامل اداری، مالی و پشتیبانی ذکر شده در قانون را در مورد کل اعتبارات بهداشتی جاری و عمرانی استان داشته باشد.

## نکات و شاخص‌های مدیریتی برای بازدید از مرکز

### بهداشت استان

همانند کلیه مواردی که برای بازدید مرکز بهداشت شهرستان گفته شده است.

### خدمات مدیریتی در مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشت شهرستان واحدی است که مدیریت همه مراکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه‌ها، مراکز بهداشت درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت و مرکز آموزش بهورزی را از نظر فنی و اداری به عهده دارد. مدیریت مرکز بهداشت شهرستان بستگی کامل به شیوه سازماندهی واحدهای تابعه دارد. در این نوشتار، آنچه تاکنون در مورد واحدهای مرکز بهداشت شهرستان بیان شد، متکی بر راهبرد (استراتژی) عدم تمرکز اداری و مالی بود و تلاش شد تا آنجا که ممکن و لازم است، شرایط سازمانی خودگردانی و خوداتکایی واحدها پیش بینی گردد. در این حالت، مرکز بهداشت شهرستان، بالاترین واحد مدیریت محیطی بهداشت محسوب می‌شود.

### برنامه‌ریزی:

مرکز بهداشت شهرستان باید برنامه تفصیلی کلیه برنامه‌های بهداشت را، با توجه به ضوابط کشوری و شرایط محلی تهیه کند. برنامه تفصیلی فعالیت‌های

بهداشتی هر شهرستان، تشکیل می‌شود از مجموع برنامه‌های تفصیلی هریک از فعالیت‌های بهداشت که باید با هم تطبیق داده شوند و از هماهنگی لازم برخوردار باشند. این مجموعه هماهنگ، زمانی به عنوان برنامه تفصیلی مرکز بهداشت شهرستان تلقی می‌شود که با منابع<sup>۵</sup> (M.M.M) قابل دسترس تطبیق داده شده باشد. این مجموعه، کلیه فعالیت‌های ضروری اداری، مالی و تدارکاتی همه واحدها را شامل می‌شود. بنابراین، برنامه‌ریزی تفصیلی مرکز بهداشت هر شهرستان علاوه بر برنامه‌های فنی، فعالیت‌های مدیریتی مرکز بهداشت را نیز مشخص می‌سازد و تخصیص منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی مرکز بهداشت شهرستان را همراه با زمان‌بندی مناسب هریک تبیین می‌کند.

برنامه تفصیلی، شرح فعالیت‌ها و برآورد اعتبار مورد نیاز هریک را به تفکیک نوع هزینه مشخص می‌کند. مجموع بودجه‌های اجرایی همه واحدها و ستاد مرکز بهداشت شهرستان، کل بودجه عملیاتی و برنامه‌ای مرکز بهداشت شهرستان را مشخص خواهد ساخت. این روش کمک می‌کند که:

- محل و نوع هزینه هریک از اعتبارات مشخص باشد و از هزینه کردن اعتبارات به صورت اتفاقی یا تمایل موردی مدیران جلوگیری شود.

- پایش برنامه‌ها و شاخص‌های سنجش آن روشن باشد و مدیر مرکز بهداشت، کارشناسان مربوط و نیز مدیران سطوح بالاتر قادر به نظارت و پایش برنامه‌ها باشند.

- از اعمال سلیقه‌ها و قدرت نمایی کارکنان مالی در مقابل کارکنان فنی جلوگیری گردد.

- احساس مسئولیت در سطوح مدیران میانی و کارشناسان برنامه تقویت شود. تمرین و استمرار این روند می‌تواند به بالاترین سطح خوداتکایی مدیران و استفاده بهینه از منابع منجر گردد.

مرکز بهداشت شهرستان، باید در جریان کل اعتبار مصوب خویش باشد، و بتواند برنامه تفصیلی پیشنهادی خود را با منابع مصوب تطبیق دهد. همچنین مرکز بهداشت باید اختیار مواد ۵۱ و ۵۳ قانون محاسبات عمومی را به طور کامل داشته باشد.

مرکز بهداشت شهرستان باید بتواند تنخواه گردان مناسب برای کلیه واحدهای تابعه خود را تأمین و به طور مستمر ترمیم کند. جمع‌آوری روکش اسناد هزینه واحدها، رسیدگی به آنها، ترمیم تنخواه گردان هر واحد (به نسبت هزینه‌های انجام یافته) و در نهایت تهیه روکش نهایی برای مجموعه این اسناد، وظیفه امور مالی مرکز بهداشت است. با توجه به این که قسمت عمده‌ای از کارها (تنظیم درخواست‌ها، تفکیک آنها برحسب مواد هزینه، تهیه روکش برای هر ماده) در واحدهای محیطی انجام می‌گیرد، حجم کار امور مالی مرکز بهداشت منحصر به

رسیدگی به این اسناد و رفع نقص مدارک خواهد بود. به این ترتیب، از تورم پرسنلی غیر ضرور این واحدها در مرکز بهداشت شهرستان جلوگیری می‌شود. نکته‌ای که توجه به آن ضرورت دارد، روشی است که در این نوشتار برای ثبت هزینه‌ها و نگهداری حساب‌ها پیشنهاد شده است. علت اصلی این امر، مشکل بودن محاسبه‌های مربوط به اقتصاد بهداشت با استفاده از روش‌های جاری حسابداری دولتی است؛ که مستلزم کار زیادی برای استخراج و ثبت مجدد اسناد هزینه مربوط به هریک از واحدهاست؛ در حالی که با شیوه پیشنهادی، تفکیک این حساب‌ها به راحتی میسر خواهد بود.

#### سازماندهی:

در گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، ضوابط زیر برای نظارت و پایش واحدهای تابعه، مبنای پیشنهاد تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان قرار گرفته است:

- کارشناسان هریک از برنامه‌های بهداشتی باید بتوانند حداقل ماهی یک بار از کلیه مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری بازدید کنند؛ و در هر بازدید، علاوه بر خود مرکز، از یک یا دو واحد تابعه آن (خانه بهداشت و یا پایگاه بهداشت شهری) نیز بازدید کنند.

- به دلیل جامعیتی که برای هر بازدید در نظر گرفته شده است، متوسط زمان لازم برای بازدید از یک مرکز بهداشتی درمانی شهری واقع در مرکز شهرستان و بازدید از یک پایگاه بهداشت شهری غیرضمیمه، نصف روز و

متوسط زمان لازم برای بازدید از یک مرکز بهداشتی درمانی شهری واقع در سایر شهرهای آن شهرستان و نیز بازدید از یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک روز کامل منظور شده است.

- با توجه به ضرورت استمرار مأموریت‌ها و در نظر گرفتن تأثیر فرساینده مأموریت‌های مکرر، فرض شده است که هر کارشناس فقط ده روز از هر ماه را صرف بازدید از واحدها بکند. با فرض‌های فوق فرمولی ابداع شد که تعداد کارشناس مورد نیاز هر برنامه را نشان می‌دهد:

$$n = \frac{2R + U + P}{20}$$

n تعداد کارشناس لازم

U مراکز بهداشتی درمانی شهری واقع در مرکز شهرستان

R مراکز بهداشتی درمانی روستایی و مراکز بهداشتی درمانی شهری

و پایگاه‌های بهداشت شهری غیر ضمیمه واقع در سایر نقاط شهری (به

جز مرکز شهرستان)

P پایگاه بهداشت شهری (غیر ضمیمه) واقع در مرکز شهرستان فرمول

مذکور ضابطه تشکیلات کلی مرکز بهداشت شهرستان را نشان می‌دهد.

این فرمول براساس خودگردانی واحدهای تابعه مرکز بهداشت شهرستان تنظیم

<sup>6</sup> برای توضیح بیشتر به کتاب برآورد نیروی انسانی نوشته دکتر سیروس پیله‌رودی رجوع شود. پس از استقرار نقش پایگاه‌های بهداشت شهری فرمول قبلی به این صورت تغییر یافته است.

شده است؛ در غیر این صورت، پاسخ‌گوی حجم کار خدمات مدیریتی نخواهد بود.

سازماندهی‌های مدیریتی دیگر، که مرکز بهداشت شهرستان باید نقش موثری در آن داشته باشد عبارتند از:

- تشکیل شوراهای بهداشت و جلب مشارکت‌های مردمی در فعالیتهای بهداشت.

- سازماندهی در زمان بروز بلایای طبیعی و زمان اضطرار و ...

#### امور پرسنلی:

همه ساله، پس از تعیین سهم مرکز بهداشت شهرستان از مجوزهای استخدام دانشگاه، بهتر است اختیار تأمین نیروی انسانی مورد نیاز به مرکز بهداشت شهرستان تفویض گردد؛ تا مرکز بهداشت بتواند بر اساس پست‌های سازمانی موجود، اعتبار پادار شده و مجوزهای صادره نسبت به استخدام، تعیین محل خدمت، آموزش بدو خدمت و ... کارکنان مورد نیاز خود اقدام کند. در هر حال، مرکز بهداشت شهرستان مسوول اجرای ضوابط و خدمات پرسنلی کارکنان خود و مسوول نظارت بر اجرای درست خدمات پرسنلی واگذار شده به واحدهای تابعه است. اعمال تشویق، تنبیه، تغییر محل خدمت و شغل، انتقال و ... باید از اختیارات مرکز بهداشت شهرستان باشد. به عبارت دیگر کلیه امور پرسنلی کارکنان مرکز بهداشت شهرستان در اختیار مدیریت آن مرکز خواهد بود، مگر آن

که قوانین استخدامی و ضوابط کشوری تفویض آن را محدود ساخته باشد، مثل صدور حکم بازنشستگی و ...

### پایش:

مرکز بهداشت شهرستان وظیفه دارد علاوه بر پایش فنی کلیه خدمات مرکز بهداشت و واحدهای تابعه (مرکز آموزش بهورزی، مرکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه‌های بهداشت شهری، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، تسهیلات زایمانی، و خانه‌های بهداشت)، خدمات مدیریتی این واحدها را نیز نظارت و کنترل کند. پایش کفایت اختیارهای توزیع شده، نظارت بر استفاده درست از اختیارهای داده شده، اجرای درست و به موقع روندهایی که برای اعمال خدمات مدیریتی هر واحد پیش‌بینی شده است، و ... از وظایف مرکز بهداشت شهرستان است.

### هدایت و رهبری:

پایش اجرای برنامه‌ها، کنترل پیشرفت برنامه‌ها در مقاطع زمانی تعیین شده، تخصیص منابع براساس برنامه مصوب، تدارک اساسی واحدها و نظارت بر صحت اجرای اختیار اداری و مالی واگذار شده به واحدهای محیطی به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. به طور کلی:

هر اختیار مدیریتی که برای استحکام و استقرار مدیریت مرکز بهداشت ضروری باشد در قالب ضوابط و مقررات کشوری باید به مدیریت مرکز بهداشت تفویض گردد.

- نظارت و کنترل تخصیص منابع انسانی، تجهیزاتی و مالی.



- انطباق تخصیص‌های انجام یافته با پیش‌بینی‌های مصوب در برنامه تفصیلی.
- نظارت بر اجرای برنامه‌های تدوین شده و تطبیق آنها با جدول زمانی پیش‌بینی شده.
- نظارت بر کمیت و کیفیت خدماتی که ارائه می‌شود و ...

#### ارتباط‌های سازمانی:

مرکز بهداشت شهرستان مسئول:

- برقراری ارتباط با ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان و معاونت بهداشتی استان و نیز ارتباط مرکز بهداشت شهرستان با سایر مراجع رسمی است.
- برقراری ارتباط و هماهنگی درون سازمانی با واحدهای تابعه و بین واحدهای تابعه می‌باشد.
- هماهنگ سازی برنامه‌های مختلف است، به طوری که تخصیص درست و به موقع منابع موجب تسهیل اجرای برنامه‌های تفصیلی گردد.
- اختیارهای مندرج در بندهای قبلی، امکان ایجاد و حفظ هماهنگی‌های لازم را فراهم می‌سازد.
- جمع‌آوری اطلاعات و آمار و گزارش واحدها، کنترل، طبقه‌بندی و تحلیل آنها و تهیه بازخوراند مناسب برای واحدهای تابعه.
- تهیه گزارش ادواری برای مقام‌های بالاتر.

• برقراری هماهنگی برون بخشی بین مرکز بهداشت و نمایندگان سایر

بخش‌های مرتبط در سطح شهرستان

• نمایندگی شاخه بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در

سطح شهرستان.

• تدارک کلی واحدهای تابعه.

• تدوین برنامه برای تدارک منظم و مستمر واحدها، که باید در برنامه

تفصیلی مرکز بهداشت شهرستان مشخص باشد.

• بازدید و کنترل ضوابط تعیین شده برای نگهداری ساختمان‌ها، تأسیسات،

وسایل، خودروها و ...

• برقراری و پیگیری تعویض وسایل خراب شده یا فرسوده.

• تکمیل مدارک هزینه‌هایی که در مرکز بهداشت شهرستان و واحدهای تابعه

انجام گرفته است؛ رسیدگی، تفکیک و دسته‌بندی آنها برحسب مواد و فصل

های هزینه، و تنظیم اسناد نهایی.

### تصمیم‌گیری:

مرکز بهداشت شهرستان، در مقابل واحدهای تابعه، مرجع نهایی تصمیم‌گیری در

زمینه خدمات مدیریتی مربوط به آن واحدها و تخصیص منابع است. در

مقیاس شهرستان این تصمیم‌گیری‌ها باید با مشورت و هماهنگی ستاد

شبکه بهداشت و درمان شهرستان و معاونت بهداشتی استان صورت گیرد.

## نوآوری:

مرکز بهداشت، محل آزمون طرح‌ها، شیوه‌ها و برنامه‌های جدید کشوری و محلی است و باید بتواند طرح‌های جدید را به شکل طرح‌های آزمایشی به مورد اجرا بگذارد. اگر این طرح‌ها در برنامه تفصیلی مرکز بهداشت شهرستان پیش‌بینی نشده باشد، باید اجرای آنها با آگاهی و تصویب مرکز بهداشت استان صورت گیرد و محل تأمین منابع آنها روشن گردد.

## مشارکت جامعه:

مرکز بهداشت باید تشکیل شورای بهداشت شهرستان و شوراهای بهداشت بخش‌ها، دهستان‌ها، و روستاها را پیگیری و بطور فعال در آنها شرکت کند. نتیجه این مشارکت، نه تنها به برقراری هماهنگی بین بخشی بلکه به جلب مشارکت بخش‌های دیگر نیز کمک می‌کند.

تشویق و پیگیری تشکیل گروه‌های داوطلب (زنان، مردان، جوانان و دانش-آموزان) در پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت می‌تواند به گسترش مشارکت مردم در فعالیت‌های بهداشتی شهرستان بینجامد.

## خلاصه:

مرکز بهداشت شهرستان باید از کلیه اختیارات اداری، پرسنلی و مالی لازم برای همه وظایف مدیریتی خود برخوردار باشد، مگر اختیاری که از نظر قانونی تفویض آن به سطوح محیطی منع شده باشد، مثل: بازنشستگی و ....

## مهارت‌های مدیریتی لازم:

- (۱) تسلط کامل در امور پرسنلی
- (۲) تسلط کامل در امور انبارداری و تدارک
- (۳) تسلط کامل در امور بایگانی
- (۴) تسلط کامل در امور مالی
- (۵) تسلط کامل برای تهیه و تکمیل چک لیست‌های مدیریتی
- (۶) آشنایی کامل با شناخت و محاسبه اندیکس‌ها و شاخص‌های مدیریتی
- (۷) آشنایی با سنجش نکات و شاخص‌هایی که برای پایش هریک از واحدها بیان گردید.

## نکات و شاخص‌های مدیریتی برای بازدید از

### مرکز بهداشت شهرستان

#### ۱- وضع کلی از نظر:

- بهداشت و تمیزی محوطه، ساختمان، راهروها، اتاق‌ها، انبارها و ...
- نگهداری ساختمان (تعمیرهای اساسی و جزئی)، نگهداری و قابل استفاده بودن خودروها، تأسیسات و وسایل عمده (از نظر تمیزی، سرویس بموقع، تعمیر).

#### ۲- شیوه جمع‌آوری، ثبت اطلاعات و گزارشدهی:

- کنترل به روز بودن اطلاعات: از طریق کنترل اطلاعات انتخابی معین که باید در کامپیوتر ثبت شده باشد؛ مثل: کنترل ثبت جابجایی‌هایی که در کارکنان برخی از واحدها صورت گرفته است، کنترل ثبت تغییر در محدوده تحت پوشش واحدها (اگر تغییراتی پیشنهاد و تصویب شده باشد) و یادداشت کردن اطلاعات مربوط به کارکنان، وسایل اصلی و خودروی واحدهایی که در نظر است مورد بازدید قرار گیرند و کنترل آنها در محل.

## ۳- برنامه تفصیلی سالانه از نظر:

- موجود بودن
- انطباق پیشرفت برنامه‌ها با جدول‌های زمانی پیش‌بینی شده در برنامه؛ از طریق انتخاب یک یا چند مورد از برنامه‌هایی که طبق پیش‌بینی برنامه از روی جدول Gantt می‌بایست به درصدی از پیشرفت رسیده باشند و کنترل آنها در محل.
- کنترل اجرای بودجه عملیاتی برای هر یک از فعالیت‌ها، براساس پیش‌بینی برنامه اجرایی.
- انطباق تخصیص منابع (نیروی انسانی، وسایل و اعتبار) مرکز بهداشت با بودجه اجرایی پیش‌بینی شده در برنامه تفصیلی مصوب.

۴- تشکیل دوره‌های بازآموزی پیش‌بینی شده و یا علت عدم تشکیل آنها

۵- کمبودهای پرسنلی، علت عدم تأمین، اقدام و پیگیری انجام یافته برای

رفع این کمبودها

۶- شیوه جاری برای تدارک واحدها:

- تواتر تدارک در سه ماهه قبل
- طولانی‌ترین و کوتاه‌ترین فاصله زمانی برای تعمیر یا تعویض وسایل خراب یا غیرقابل استفاده واحدها

۷- انبار وسایل، از نظر:

- تمیزی انبار و وسایل موجود در انبار؛

- نظم، ترتیب و نحوه نگهداری وسایل موجود در انبار،
- تطبیق موجودی انبار با ثبت دفترهای انبار از طریق کنترل یک یا چند مورد از کالاها.
- یادداشت کردن شماره و تاریخ حواله‌های صادر شده برای واحدهایی که قرار است توسط کنترل کننده بازدید شود و کنترل آنها در محل - های بازدید.

#### ۸- انبار دارویی، از نظر:

- تمیزی انبار، نظم، ترتیب، نحوه نگهداری داروها، مثل: داروهایی که باید دور از رطوبت و یا نور و یا حرارت نگهداری شود.
- توجه به تاریخ مصرف داروها هنگام خرید و توزیع آنها. جمع‌آوری به موقع داروهای تاریخ گذشته و اقدامی که در مورد آنها انجام گرفته است.

- تطبیق موجودی با دفاتر دارویی از طریق کنترل یک یا چند مورد. بازدیدکننده می‌تواند نسخه یا تصویری از حواله‌های صادر شده برای واحدهایی را که قرار است بازدید کند، دریافت دارد؛ و در جریان بازدید خویش، مقدار و تاریخ تحویل آنها را با اقلام وارد شده در دفاتر واحدهای مذکور کنترل کند.

#### ۹- بودجه و امور مالی:

- شیوه تنظیم بودجه
- چگونگی آگاهی مرکز بهداشت از بودجه خود.

- درصد تخصیص اعتبارات مصوب از نظر مقدار و زمان تخصیص (از طریق بررسی اعتبارات و تخصیص‌های سال قبل و اعتبار سال جاری و نسبت‌هایی که تا زمان بازدید می‌بایست تخصیص داده شده باشد).
- اجرای بودجه و تطبیق هزینه‌ها با بودجه عملیاتی پیش‌بینی شده در برنامه تفصیلی. توزیع و ترمیم تنخواه گردان واحدهای تابعه.
- شیوه جمع‌آوری و رسیدگی به درخواست‌ها و اسناد تنظیم شده در واحدهای تابعه.
- روش ثبت و دسته‌بندی هزینه‌ها و نگهداری حساب‌ها.

#### ۱۰- بازدید کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان، از واحدها:

- وجود برنامه مدون
- برقرار بودن هماهنگی درون بخشی بین کارشناسان برنامه‌های مختلف برای بازدید مشترک.
- وجود روندی برای تضمین اجرای بموقع مأموریت‌ها، مثل:
  - اعلام مأموریت‌ها به نقلیه (حداقل یک هفته قبل از انجام مأموریت)
  - برای تعیین راننده و آماده کردن خودرو.
  - اعلام نهرست کسانی که به مأموریت خواهند رفت به امور پرسنلی
  - برای صدور احکام مأموریت.



- وجود گزارش مأموریت و کنترل مواردی که می‌بایست مورد اقدام و پیگیری قرار گیرد.
  - وجود بازخوراند بازدید به مسؤولان محل‌هایی که مورد بازدید قرار گرفته است.
  - اطمینان از اجرا و کیفیت بازدیدهای پیش‌بینی شده، از طریق: انتخاب تصادفی یک یا چند واحد که می‌بایست هفته قبل مورد بازدید کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان قرار گیرد و بازدید از این واحدها.
- نکته مهم این است که کنترل کننده باید حداقل همه نکات و شاخص‌هایی را که در گزارش کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان مورد بحث قرار گرفته است، دوباره ارزیابی و نتایج را با گزارش کارشناسان تطبیق دهد. این روش کمک می‌کند که علاوه بر کنترل صحت اجرای برنامه‌های پیش‌بینی شده، کیفیت بازدید بیشتر ارزیابی گردد.

**یادآوری:** کارشناسان هر برنامه در بازدیدهای خود از مراکز بهداشتی

درمانی تابعه باید بتوانند نکات زیر را بررسی کنند:

- وضع کلی مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت تابعه،
- قابلیت کار کارکنان آنها،

• پیشرفت و پوشش برنامه خود،

• هماهنگی برنامه آنان با سایر برنامه‌ها.

چند خانه بهداشت تحت پوشش آن مرکز بهداشتی بازدید کنند. این کارشناسان، باید جنبه‌های مختلف منتج از بازدید خود را گزارش و در هر مورد راه حل مساله یا بهبود شرایط و ارتقای عملکرد را پیشنهاد کنند.

- متوسط زمان لازم برای بازدید از هر مرکز بهداشتی درمانی یا پایگاه بهداشت شهری و مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی (با احتساب زمان لازم برای رفت و برگشت) نصف روز و از هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک روز (به عبارت دیگر، به طور متوسط بازدید از دو واحد در یک روز)
- حداقل ده روز از کار ماهانه هر کارشناس برای بازدید از واحدهای تابعه منظور می‌شود و بقیه ایام در محل مرکز بهداشت صرف برنامه‌ریزی، تحقیق و آموزش، تهیه طرح‌های ضرور، رسیدگی به نتایج بازدیدها و شرکت در جلسات خواهد شد.
- در هر یک از برنامه‌های بهداشتی یکی از کارشناسان به عنوان «کارشناس مسوول»، مسوولیت برنامه را به عهده خواهد داشت.

## علائم اختصاری:

U تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری و شهری روستایی، چنانچه در شهرهای خیلی بزرگ، به علت تراکم جمعیت، مراکز بهداشتی درمانی با شش پزشک یا بیشتر پیش‌بینی شده باشد، به ازای هر سه پزشک، یک مرکز بهداشتی درمانی منظور می‌شود.

P تعداد پایگاه‌های بهداشت شهری غیرضمیمه

R تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی

n تعداد کارشناسان مورد نیاز هر برنامه

براساس ضوابطی که گفته شد، تعداد کارشناسان هر برنامه بهداشتی در شهرستان طبق فرمول زیر خواهد بود:

$$n = \frac{\left[ \frac{1}{2}(U + P) + R \right] \times 12}{120}$$

$$n = \frac{2R + U + P}{20}$$

توجه ۱- در شهرستان‌هایی که این تعداد کمتر از دو نفر شود، حداقل دو نفر منظور می‌گردد.

توجه ۲- در برنامه‌هایی که فعالیت‌های اختصاصی درون برنامه ایجاب کند کارشناسان اختصاصی فعالیت‌های مذکور مشمول این حداقل نخواهند بود.

توجه ۳- اعشار کمتر از نیم حذف و اعشار ۰/۵ و بیشتر معادل یک منظور

می‌شود.

به این ترتیب، تعداد کارشناسان هر برنامه برحسب متغیر  $2R+U+P$

به قرار زیر خواهد بود:

مجموعه $2R+U+P$	۵۰ و کمتر	۵۱ تا ۷۰	۷۱ تا ۹۰
تعداد کارشناس	۲	۳	۴

توجه ۵- کارکنان مرکز آموزش بهورزی جداگانه به مجموعه پرسنل افزوده

خواهد شد:

- به ازای هر دو کارشناس یک کاردان در برنامه مربوط برای انجام امور

جنبی و کمک کارشناس منظور می‌گردد.

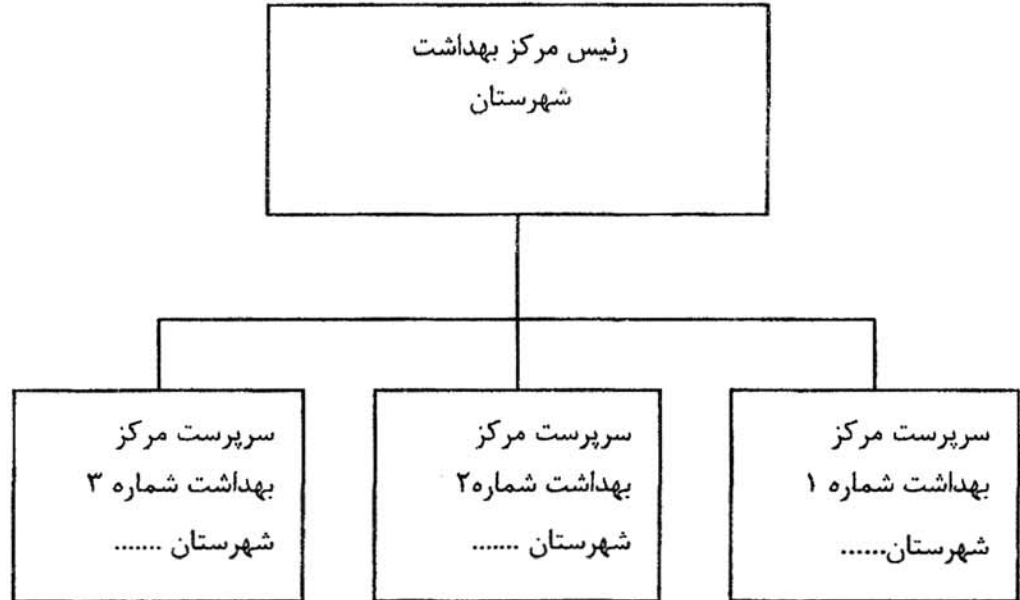
- در شهرستانهایی که مجموعه  $2R+U+P$  از ۱۰۰ تجاوز می‌کند بهتر

است مراکز بهداشت فرعی منظور گردد این تغییر به شرح زیر خواهد

بود:

تعداد مراکز بهداشت	$2R+U+P$
۱	تا ۹۰
۲	۹۰-۲۲۵
۳	۲۲۶-۳۱۵
۴	۳۱۶-۴۰۰

در این حال نمودار تشکیلاتی مرکز بهداشت به شکل زیر خواهد بود:



در این شرایط، رئیس مرکز بهداشت شهرستان موظف است، با حضور منظم در مراکز بهداشت تابعه، نسبت به هماهنگ ساختن و رفع مشکلات آنها اقدام کند؛ و حتی الامکان از انجام امور به صورت مکاتبه پرهیز کند. هم چنین، رئیس مرکز بهداشت شهرستان، باید از تصدی مستقیم یکی از مراکز بهداشت فرعی خودداری کند.

#### امور اداری و مالی :

تقسیم کار مربوط به امور مالی و کارکنان اداری، وجود حداقل پست‌هایی را ایجاد می‌کند. چنانچه، این حداقل با دامنه تغییرات مجموعه  $2R+U+P$  تطبیق داده شود، با هر ۲۰ تغییر در مجموعه، یک نفر در هر یک از قسمت‌های مذکور اضافه می‌گردد.

**انبارها:**

تدارک اصلی مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. به علت تنوع وسایل و تجهیزات و شرایط خاص نگهداری آنها وجود انبارهای زیر در هر مرکز بهداشت شهرستان ضرورت دارد:

- انبار دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی

- انبار سموم و مواد ضد عفونی کننده

- انبار وسایل و تجهیزات اداری

برای هریک از انبارها یک انباردار و یک کمک انباردار لازم خواهد بود.

**تذکره ۱:** در صورت محدود بودن فضاها، باید توجه شود که انبار واکسن حتماً در داخل مرکز بهداشت و دسترس کارشناسان مربوط قرار داشته باشد.

**تعداد راننده‌ها:**

یکی از حساسترین قسمت‌های مرکز بهداشت نقلیه آن است. تنوع انواع خودروهای مورد نیاز و استمرار تحرک کارشناسان، وجود نقلیه فعالی را ایجاب می‌کند. برای تعیین تعداد رانندگان، محاسبات پیچیده‌تری مورد نیاز است که در نهایت با جزیی تغییر در جهت همسانی با سایر فرمول‌ها و با این فرض که رانندگان می‌توانند ۱۸۰ روز، از ۲۵۰ روز کار مفید سالانه خود را در کار خدمات سیار صرف کنند. اگر رویه بازدید مشترک کارشناسان برنامه‌های

مختلف بمورد اجرا گذاشته شود<sup>۷</sup>، با احتساب اتومبیل‌هایی که برای مدیریت و تدارک منظور می‌شود، فرمول زیر می‌تواند نشان دهنده تعداد رانندگان لازم در مرکز بهداشت هر شهرستان باشد:

$$n = \frac{2R + U + P}{10}$$

تذکر ۲- در صورت وجود فضای سبز، به نسبت محوطه، پست باغبان و نیز در صورت وجود شاغل در ردیف‌هایی نظیر تکنیسین تاسیسات، ساختمان و ... این ردیف‌ها به صورت پست‌های ستاره‌دار در مرکز بهداشت منظور می‌گردد.

تذکر ۳- خدمات مربوط به تعمیر و نگهداری وسایط نقلیه و کاخداری از بخش خصوصی خریداری خواهد شد. با رعایت کلیه ضوابط مذکور، مشروح ردیف-های سازمانی مورد نیاز مراکز بهداشت شهرستان‌ها برحسب متغیر  $2R+U+P$  به شرح جدول شماره ۴ در صفحه بعد خواهد بود.

---

<sup>۷</sup> مشروح این رویه در کتاب برنامه‌ریزی تفصیلی و بودجه عملیاتی نوشته دکتر سیروس پیله رودی چاپ اول ۱۳۷۵، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صفحات ۳۱ تا ۳۴

## جدول شماره ۴- تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	نوع پرسنل	مجموعه 2R+U+P		
		۵۰ و کمتر	۵۱ تا ۷۰	۷۱ تا ۹۰
۱	رئیس مرکز بهداشت	۱	۱	۱
۲	مسئول دفتر	۱	۱	۱
۳	معاون مرکز	۱	۱	۱
۴	معاون	-	۱	۱
۵	کارشناس مسوول آموزش بهداشت	۱	۱	۱
۶	کارشناس آموزش بهداشت	۱	۱	۱
۷	کارشناس آموزش بهداشت	-	۱	۱
۸	کارشناس آموزش بهداشت	-	-	۱
۹	کاردان بهداشت	۱	۱	۱
۱۰	کاردان بهداشت	-	۱	۱
۱۱	متصدی امور سمعی و بصری	۱	۱	۱
۱۲	پزشک مسوول بهداشت و تنظیم خانواده	۱	۱	۱
۱۳	کارشناس مسوول بهداشت خانواده	۱	۱	۱
۱۴	کارشناس بهداشت خانواده	-	۱	۱
۱۵	کارشناس بهداشت خانواده	-	۱	۱
۱۶	کارشناس مسوول تنظیم خانواده	۱	۱	۱
۱۷	کارشناس تنظیم خانواده	-	-	۱
۱۸	کارشناس تنظیم خانواده	-	۱	۱
۱۹	کارشناس مامایی	۱	۱	۱
۲۰	کارشناس مسوول تغذیه	۱	۱	۱
۲۱	کاردان بهداشت خانواده	۱	۱	۱
۲۲	کاردان بهداشت خانواده	۱	۱	۱
۲۳	کاردان بهداشت خانواده	-	۱	۱
۲۴	کاردان بهداشت خانواده	-	-	۱
۲۵	کارشناس مسوول بهداشت محیط و حرفه ای	۱	۱	۱



## دنباله جدول شماره ۴- تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	مجموعه 2R+U+P			نوع پرستل
	۵۰ و کمتر	۷۰ تا ۵۱	۹۰ تا ۷۱	
۲۶	۱	۱	۱	کارشناس مسول بهداشت محیط
۲۷	-	۱	۱	کارشناس بهداشت محیط
۲۸	-	-	۱	کارشناس بهداشت محیط
۲۹	۱	۱	۱	کاردان بهداشت محیط
۳۰	-	۱	۱	کاردان بهداشت محیط
۳۱	۱	۱	۱	نقشه بردار
۳۲	۱	۱	۱	کارشناس مسول بهداشتی حرفه ای
۳۳	-	۱	۱	کارشناس بهداشت حرفه ای
۳۴	-	-	۱	کارشناس بهداشت حرفه ای
۳۵	۱	۱	۱	کاردان بهداشت حرفه ای
۳۶	-	۱	۱	کاردان بهداشت حرفه ای
۳۷	-	-	۱	کاردان بهداشت حرفه ای
۳۸	۱	۱	۱	پزشک مسول مبارزه با بیماریها
۳۹	۱	۱	۱	کارشناس مسول بیماریهای واگیردار
۴۰	۱	۱	۱	کارشناس بیماریهای واگیر
۴۱	-	۱	۱	کارشناس بیماریهای واگیر
۴۲	-	-	۱	کارشناس بیماریهای واگیر
۴۳	۱	۱	۱	کارشناس مسول بیماریهای غیر واگیر
۴۴	-	۱	۱	کارشناس بیماریهای غیر واگیر
۴۵	-	-	۱	کارشناس بیماریهای غیر واگیر
۴۶	۱	۱	۱	کارشناس بهداشت روانی
۴۷	-	۱	۱	کارشناس بهداشت روانی
۴۸	۱	۱	۱	کاردان مبارزه با بیماریها
۴۹	-	۱	۱	کاردان مبارزه با بیماریها
۵۰	-	-	۱	کاردان مبارزه با بیماریها

## دنباله جدول شماره ۴ - تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	مجموعه 2R+U+P			نوع پرسنل
	۵۰ و کمتر	۵۱ تا ۷۰	۷۱ تا ۹۰	
۵۱	۱	۱	۱	تکنسین مسوول واکسن و زنجیر سرما
۵۲	۱	۱	۱	دندانپزشک مسوول بهداشت دهان و دندان
۵۳	-	۱	۱	کارشناس بهداشت دهان و دندان
۵۴	-	-	۱	کارشناس بهداشت دهان و دندان
۵۵	-	۱	۱	بهداشتکار دهان و دندان
۵۶	۱	۱	۱	بهداشتکار دهان و دندان
۵۷	۱	۱	۱	کارشناس مسوول بهداشت مدارس
۵۸	-	۱	۱	کارشناس بهداشت مدارس
۵۹	-	-	۱	کاردان بهداشت مدارس
۶۰	۱	۱	۱	کاردان بهداشت عمومی
۶۱	-	۱	۱	کاردان بهداشت عمومی
۶۲	-	-	۱	کاردان بهداشت عمومی
۶۳	۱	۱	۱	کارشناس مسوول گسترش شبکه
۶۴	-	۱	۱	کارشناس گسترش شبکه
۶۵	-	-	۱	کارشناس گسترش شبکه
۶۶	۱	۱	۱	کارشناس مسوول آموزش پزشکی جامعه نگر
۶۷	۱	۱	۱	کارشناس مسوول جلب مشارکت مردمی
۶۸	-	۱	۱	کارشناس جلب مشارکت مردمی
۶۹	۱	۱	۱	کارشناس مسوول آموزش بهورزی
۷۰	-	۱	۱	کارشناس آموزش بهورزی *
۷۱	۱	۱	۱	کاردان بهداشت
۷۲	-	۱	۱	کاردان بهداشت
۷۳	-	-	۱	کاردان بهداشت *
۷۴	۱	۱	۱	دارو ساز مسوول امور دارویی *
۷۵	-	۱	۱	کارشناس امور دارویی

## دنباله جدول شماره ۴- تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	مجموعه 2R+U+P			نوع پرسنل
	۹۰ تا ۷۱	۷۰ تا ۵۱	۵۰ و کمتر	
۷۶	۱	-	-	کارشناس امور دارویی
۷۷	۱	۱	۱	دارویار
۷۸	۱	۱	-	دارویار
۷۹	۱	-	-	دارویار
۸۰	۱	۱	۱	کارشناس مسوول آمار و کامپیوتر
۸۱	۱	۱	-	کارشناس آمار
۸۲	۱	-	-	کارشناس آمار و مدارک پزشکی
۸۳	۱	۱	۱	کاردان آمار و مدارک پزشکی
۸۴	۱	۱	-	کاردان آمار و مدارک پزشکی
۸۵	۱	-	-	کارثان آمار و مدارک پزشکی
۸۶	۱	۱	۱	رئیس امور دفتری
۸۷	۱	۱	۱	مسوول امور دفتری
۸۸	۱	۱	۱	متصدی امور دفتری
۸۹	۱	۱	-	متصدی امور دفتری
۹۰	۱	۱	۱	مسوول بایگانی
۹۱	۱	۱	۱	متصدی بایگانی
۹۲	۱	۱	-	متصدی بایگانی
۹۳	۱	۱	۱	متصدی چاپ و تکثیر
۹۴	۱	۱	۱	ماشین نویس دو زبانه
۹۵	۱	۱	۱	ماشین نویس دو زبانه
۹۶	۱	۱	-	ماشین نویس دو زبانه
۹۷	۱	-	-	ماشین نویس دو زبانه
۹۸	۱	۱	۱	مسوول امور پرسنلی
۹۹	۱	۱	۱	متصدی امور پرسنلی
۱۰۰	۱	۱	۱	متصدی امور پرسنلی

## دنباله جدول شماره ۴ - تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	نوع پرسنل	مجموعه 2R+U+P		
		۵۰ و کمتر	۷۰ تا ۵۱	۹۰ تا ۷۱
۱۰۱	متصدی امور پرسنلی	-	۱	۱
۱۰۲	متصدی امور پرسنلی	-	-	۱
۱۰۳	ماشین نویس امور پرسنلی	۱	۱	۱
۱۰۴	ماشین نویس امور پرسنلی	-	-	۱
۱۰۵	بایگانی امور پرسنلی	۱	۱	۱
۱۰۶	بایگان امور پرسنلی	-	۱	۱
۱۰۷	کارشناس مسوول بودجه	۱	۱	۱
۱۰۸	کارشناس بودجه	-	۱	۱
۱۰۹	کارشناس بودجه	-	-	۱
۱۱۰	حسابدار	۱	۱	۱
۱۱۱	حسابدار	-	۱	۱
۱۱۲	حسابدار مسوول رسیدگی به اسناد هزینه	۱	۱	۱
۱۱۳	حسابدار	۱	۱	۱
۱۱۴	حسابدار	-	۱	۱
۱۱۵	رئیس امور مالی	۱	۱	۱
۱۱۶	حسابدار مسوول رسیدگی به اسناد هزینه	۱	۱	۱
۱۱۷	حسابدار رسیدگی به اسناد هزینه	۱	۱	۱
۱۱۸	حسابدار رسیدگی به اسناد هزینه	-	۱	۱
۱۱۹	حسابدار رسیدگی به اسناد هزینه	-	-	۱
۱۲۰	حسابدار مسوول دفاتر مالی	۱	۱	۱
۱۲۱	حسابدار متصدی دفاتر مالی	۱	۱	۱
۱۲۲	حسابدار متصدی دفاتر مالی	-	۱	۱
۱۲۳	بایگان امور مالی	۱	۱	۱
۱۲۴	مسوول خدمات	۱	۱	۱
۱۲۵	کارپرداز	۱	۱	۱

## دنباله جدول شماره ۴ - تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	نوع پرسنل	مجموعه 2R+U+P		
		۵۰ و کمتر	۷۰ تا ۵۱	۹۰ تا ۷۱
۱۲۶	کارپرداز	-	۱	۱
۱۲۷	متصدی نگهداری ساختمان	۱	۱	۱
۱۲۸	نگهبان مسوول اطلاعات	۱	۱	۱
۱۲۹	نگهبان	۱	۱	۱
۱۳۰	نگهبان	۱	۱	۱
۱۳۱	نگهبان	۱	۱	۱
۱۳۲	نامه رسان نامه های خارج	۱	۱	۱
۱۳۳	نامه رسان داخلی	۱	۱	۱
۱۳۴	نامه رسان	-	۱	۱
۱۳۵	خدمتگزار	۱	۱	۱
۱۳۶	خدمتگزار	۱	۱	۱
۱۳۷	خدمتگزار	-	۱	۱
۱۳۸	خدمتگزار	-	-	۱
۱۳۹	مسوول انبارها	۱	۱	۱
۱۴۰	انباردار دارویی و تجهیزات پزشکی	۱	۱	۱
۱۴۱	انباردار تجهیزات و وسایل اداری	۱	۱	۱
۱۴۲	انباردار سموم و مواد ضد عفونی کننده	-	۱	۱
۱۴۳	کمک انباردار	۱	۱	۱
۱۴۴	کمک انباردار	۱	۱	۱
۱۴۵	کمک انباردار	-	۱	۱
۱۴۶	مسوول نقلیه	۱	۱	۱
۱۴۷	متصدی نقلیه	-	۱	۱
۱۴۸	راننده	۱	۱	۱
۱۴۹	راننده	۱	۱	۱
۱۵۰	راننده	۱	۱	۱

## دنباله جدول شماره ۴- تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	نوع پرسنل	مجموعه 2R+U+P		
		۵۰ و کمتر	۵۱ تا ۷۰	۷۱ تا ۹۰
۱۵۱	راننده	۱	۱	۱
۱۵۲	راننده	۱	۱	۱
۱۵۳	راننده	۱	۱	۱
۱۵۴	راننده	۱	۱	۱
۱۵۵	راننده	۱	۱	۱
۱۵۶	راننده	۱	۱	۱
۱۵۷	راننده	-	۱	۱
۱۵۸	راننده	-	۱	۱
۱۵۹	راننده	-	۱	۱
۱۶۰	راننده	-	۱	۱
۱۶۱	مدیر مرکز آموزش بهداشتی	۱	۱	۱
۱۶۲	مربی آموزش بهداشت خانواده و مدارس	۱	-	۱
۱۶۳	مربی آموزش بهداشت خانواده و مدارس	۱	-	۱
۱۶۴	مربی آموزش ماما روستایی	۱	۱	۱
۱۶۵	مربی آموزش مبارزه با بیماریها	۱	۱	۱
۱۶۶	مربی آموزش مبارزه با بیماریها	۱	۱	۱
۱۶۷	مربی آموزش بهداشت محیط و حرفه ای	۱	۱	۱
۱۶۸	مربی آموزش بهداشت محیط و حرفه ای	۱	۱	۱
۱۶۹	ناظمه فنی	۱	۱	۱
۱۷۰	ناظمه فنی	۱	۱	۱
۱۷۱	مسوول امور اداری	۱	۱	۱
۱۷۲	متصدی امور اداری و بایگان	۱	۱	۱

## دنباله جدول شماره ۴- تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	مجموعه 2R+U+P			نوع پرسنل
	۵۰ و کمتر	۷۰ تا ۹۰	۹۰ تا ۱۰۰	
۱۷۳	۱	۱	۱	ماشین نویس
۱۷۴	۱	۱	۱	متصدی تکثیر
۱۷۵	۱	۱	۱	متصدی آبدارخانه
۱۷۶	۱	۱	۱	خدمتگذار مرکز آموزش بهورزی
۱۷۷	۱	۱	۱	خدمتگذار مرکز آموزش بهورزی
۱۷۸	۱	۱	۱	راننده مرکز آموزش بهورزی
۱۷۹	۱	۱	۱	راننده مرکز آموزش بهورزی
۱۸۰	۱	۱	۱	راننده مرکز آموزش بهورزی
۱۸۱	۱	۱	۱	نگهبان مرکز آموزش بهورزی
۱۸۲	۱	۱	۱	نگهبان مرکز آموزش بهورزی
۱۸۳	۱	۱	۱	نگهبان مرکز آموزش بهورزی
۱۸۴	۱	۱	۱	نگهبان مرکز آموزش بهورزی
۱۸۵	۱	۱	۱	دکترای علوم آزمایشگاهی مسوول آزمایشگاه مرکز بهداشت
۱۸۶	۱	۱	۱	کارشناس مسوول علوم آزمایشگاه آب و فاضلاب
۱۸۷	۱	۱	۱	کارشناس مسوول علوم آزمایشگاه بهداشت حرفه ای
۱۸۸	۱	۱	۱	کارشناس مسوول علوم آزمایشگاه تشخیص طبی
۱۸۹	۱	۱	۱	کارشناس علوم آزمایشگاهی
۱۹۰	۱	۱	۱	کارشناس علوم آزمایشگاهی
۱۹۱	۱	۱	۱	کارشناس علوم آزمایشگاهی
۱۹۲	۱	۱	۱	کارشناس علوم آزمایشگاهی
۱۹۳	۱	۱	-	کارشناس علوم آزمایشگاهی
۱۹۴	۱	-	-	کارشناس علوم آزمایشگاهی
۱۹۵	۱	۱	۱	کاردان علوم آزمایشگاهی

## دنباله جدول شماره ۴- تشکیلات مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	مجموعه 2R+U+P			نوع پرسنل
	۵۰ و کمتر	۷۰ تا ۵۱	۷۱ تا ۹۰	
۱۹۶	۱	۱	۱	کاردان علوم آزمایشگاهی
۱۹۷	۱	۱	۱	کاردان علوم آزمایشگاهی
۱۹۸	-	۱	۱	کاردان علوم آزمایشگاهی
۱۹۹	-	-	۱	کاردان علوم آزمایشگاهی
۲۰۰	-	-	۱	کاردان علوم آزمایشگاهی
۲۰۱	-	-	۱	کاردان عوم آزمایشگاهی
۲۰۲	۱	۱	۱	مسوول پذیرش
۲۰۳	۱	۱	۱	متصدی امور دفتری
۲۰۴	۱	۱	۱	ماشین نویس دو زبانه
۲۰۵	-	۱	۱	ماشین نویس دو زبانه
۲۰۶	۱	۱	۱	راننده آزمایشگاه
۲۰۷	۱	۱	۱	خدمتگذار
۲۰۸	۱	۱	۱	خدمتگذار
۲۰۹	۱	۱	۱	خدمتگذار
۲۱۰	۱	۱	۱	خدمتگذار
۲۱۱	۱	۱	۱	لوله شور
۲۱۲	۱	۱	۱	لوله شور



**کروکی**

**و**

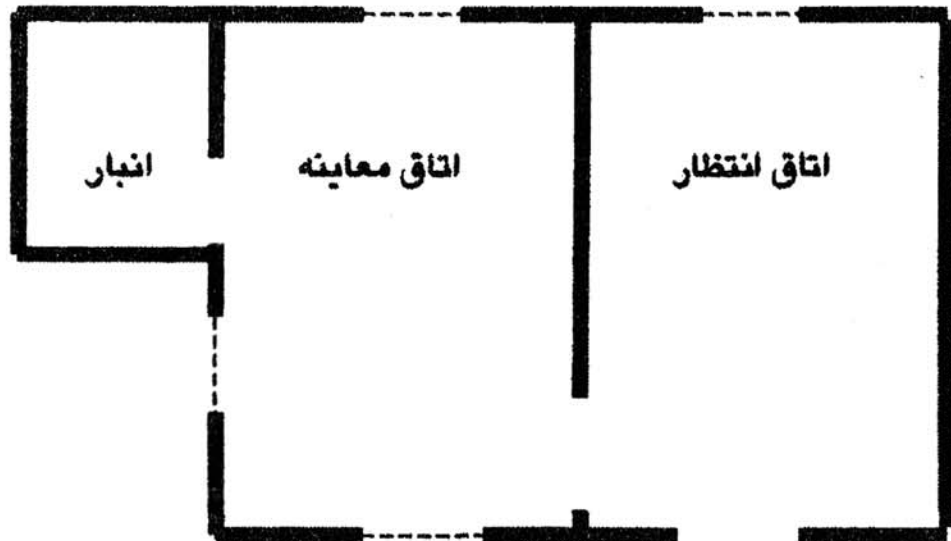
**تجهيزات ادارى و فنى**

**واحدهاى بهداشتى شهرستان**

**و توزيع آنها در فضاهاى داخلى واحد**

**نخست : خانه بهداشت**

## ارتباط فضاهای فیزیکی در خانه بهداشت



## جدول شماره ۵ - فهرست وسایل و تجهیزات مورد نیاز یک خانه بهداشت

ردیف	نوع جنس	تعداد مورد نیاز
۱	میز کارمندی	۲ عدد
۲	صندلی پشت میز	۲ عدد
۳	صندلی فلزی	۱۴ عدد
۴	بخاری	۲ عدد
۵	پنکه سقفی با کولر	۲ عدد
۶	جای تقویم	۱ عدد
۷	جای سنجاق و کلیپس	۲ عدد
۸	ماشین دوخت	۱ عدد
۹	خط کش	۲ عدد
۱۰	منگنه سوراخ کن	۱ عدد
۱۱	ماشین شماره زن	۱ عدد
۱۲	مهر تاریخ	۱ عدد
۱۳	استامپ	۱ عدد
۱۴	دوخت	۲ عدد
۱۵	فایل کابینت چهارطبقه	۲ عدد
۱۶	ماشین حساب کوچک	۱ عدد
۱۷	یخچال برقی با برقی نفتی	۱ عدد
۱۸	ترمومتر یخچال	۱ عدد
۱۹	چراغ الکلی	۱ عدد
۲۰	کمد رخت کن دو قفسه ای	۱ عدد
۲۱	قفسه دارویی با کلید مخصوص	۱ عدد
۲۲	چراغ قوه با باتری	۱ عدد
۲۳	چراغ زنبوری	۱ عدد
۲۴	فانوس	۲ عدد
۲۵	فیچمی معمولی	۱ عدد

## دنباله جدول شماره ۵- فهرست وسایل و تجهیزات مورد نیاز یک خانه بهداشت

ردیف	نوع جنس	تعداد مورد نیاز
۲۶	متر پارچه ای	۲ عدد
۲۷	جعبه مخصوص نگهداری لام	۲ عدد
۲۸	ملحفه سفید	۶ عدد
۲۹	شمع روی تخت	۲ عدد
۳۰	یرانکار دستی تاشو	۱ عدد
۳۱	قفسه مشبک	۱ عدد
۳۲	سیلندر اکسیژن با مانومتر و چرخ زیر آن	۱ عدد
۳۳	کارسنج	۱ عدد
۳۴	کیف پیگیری	۱ عدد
۳۵	پاسه سرم	۱ عدد
۳۶	ترازوی وزن بزرگسالان با قدسنج	۱ عدد
۳۷	ترازوی وزن کودکان و میز زیر آن	۱ عدد
۳۸	ترازوی پرتابل	۱ عدد
۳۹	تخت معاینه	۱ عدد
۴۰	پاراوان	۱ عدد
۴۱	ترالی پانسمان	۱ عدد
۴۲	جای ترمومتر استیل	۲ عدد
۴۳	سینی استیل پانسمان	۲ عدد
۴۴	گوشی معاینه	۲ عدد
۴۵	گوشی مامایی	۱ عدد
۴۶	دستگاه فشار سنج بزرگسالان	۱ عدد
۴۷	میز اندازه گیری قد اطفال	۱ عدد
۴۸	کیسه آبگرم	۱ عدد
۴۹	کیسه یخ	۱ عدد
۵۰	بیکس کوچک	۲ عدد

دنباله - جدول شماره ۵ - فهرست وسایل و تجهیزات مورد نیاز یک خانه بهداشت

ردیف	نوع جنس	تعداد مورد نیاز
۵۱	کوت قلوه ای متوسط	۲ عدد
۵۲	کوت مستطیل دریدار	۱ عدد
۵۳	آبسلانگ فلزی	۱ عدد
۵۴	لگن استیل	۲ عدد
۵۵	جای پنبه (گالی پات)	۲ عدد
۵۶	ظرف محلولهای بد و الکل	۲ عدد
۵۷	چارت بینایی سنجی	۱ عدد
۵۸	چراغ والور	۱ عدد
۵۹	پنست بی دندان	۲ عدد
۶۰	فتیله پاک کن	۱ عدد
۶۱	پنس کوخر	۴ عدد
۶۲	آیس بگ	به تعداد مورد نیاز
۶۳	اکسن کریر	۱ عدد
۶۴	قیچی راست	۱ عدد
۶۵	پنس بلند برای برداشتن وسایل	۱ عدد
۶۶	جای پنس استیل	۲ عدد
۶۷	سبد اکسن	به تعداد مورد نیاز
۶۸	قیف	۱ عدد
۶۹	دارونامه خانه بهداشت	۱ عدد
۷۰	دفاتر و فرمهای مورد نیاز	اسری
۷۱	کتاب آموزش بهورزی	۱ سری
۷۲	پوسترهای قاب شده	به تعداد مورد نیاز
۷۳	دفترچه آخرین چاب واکسیناسیون	۱ عدد
۷۴	ترازوی شلواری	۱ عدد
۷۵	قاشق چایخوری . مرباخوری و غذاخوری (از هر کدام)	۱ عدد

دنباله - جدول شماره ۵- فهرست وسایل و تجهیزات مورد نیاز یک خانه بهداشت

ردیف	نوع جنس	تعداد مورد نیاز
۷۶	کیت ید سنج	۱ عدد
۷۷	جالباسی	۱ عدد
۷۸	پوار کوچک و بزرگ	۲ عدد
۷۹	آتل چوبی در اندازه های مختلف	۱ سری
۸۰	پارچ آب	۲ عدد
۸۱	لیوان	۴ عدد
۸۲	جاروی معمولی دسته دار	۲ عدد
۸۳	پمپ برای بازکردن دستشویی	۲ عدد
۸۴	برس شستشوی توالت و دستشویی ها	۲ عدد
۸۵	جای آشغال دربدار پدالی	۲ عدد
۸۶	سطل پلاستیک دربدار بزرگ	۱ عدد
۸۷	سطل ماسه	۲ عدد
۸۸	کپسول آتش نشانی	۱ عدد
۸۹	جای صابون	۲ عدد
۹۰	برس ناخن، فرچه و دستگاه خودتراش (از هر کدام)	۱ عدد
۹۱	حوله	۲ عدد
۹۲	دستکش	۱۰ عدد
۹۳	تابلوی اعلانات و دستورالعملها	۱ عدد
۹۴	تابلوی سر در خانه بهداشت	۱ عدد
۹۵	ماسک اکسیژنه در اندازه های مختلف	از هر کدام ۲ عدد

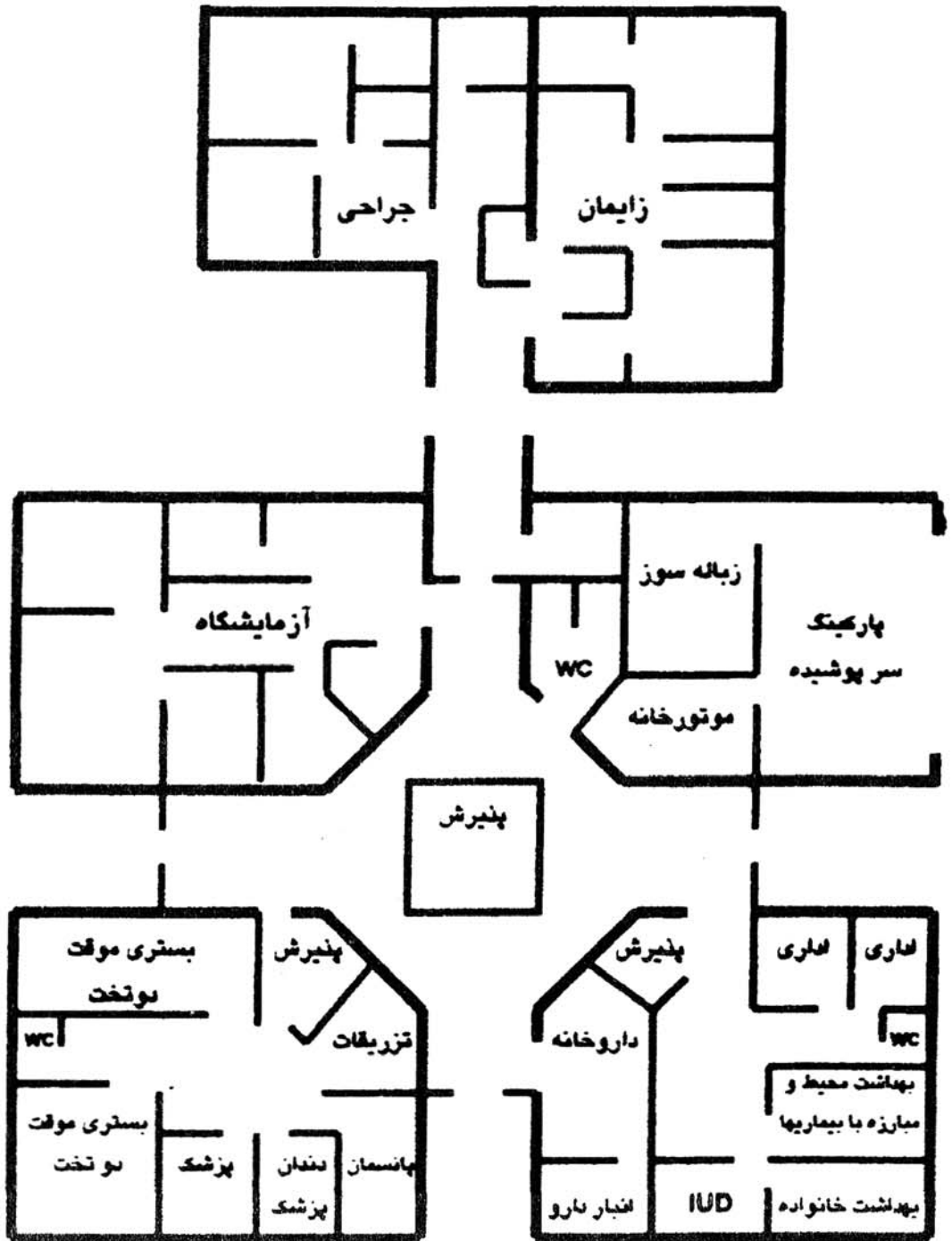
**دوم : مرکز بهداشتی درمانی روستایی**

**الف - توزیع وسایل اداری**

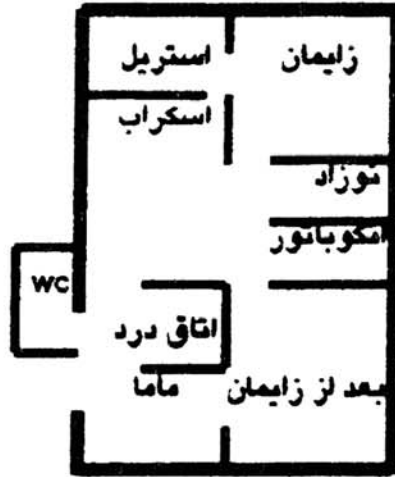
**( به تفکیک فضاها )**



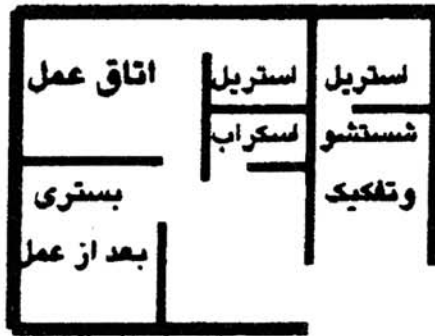
ارتباط فضاهای فیزیکی مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ضمايم آن



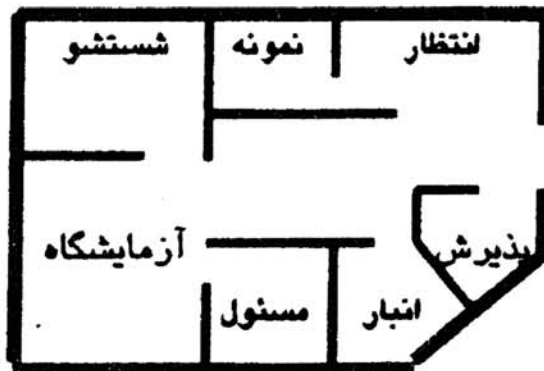
## فضاهای فیزیکی مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ضمام آن



بخش زایمان



بخش جراحی



آزمایشگاه

جدول شماره ۶- فهرست و تعداد تجهیزات اداری مرکز بهداشتی درمانی

## روستایی به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۲	کفش پاک کن	پیش ورودی
۱	سطل زباله دردار و پدال دار	
۱ سری	وسایل روی میز	پذیرش
۱ سری	وسایل دفتری	
۱	ماشین حساب کوچک	
۱	چهارپایه گردان (تابوره)	
۱	سطل زباله	
۱	میز چوبی ۲ در ۱ متر به ارتفاع ۷۵ سانتی متر	بایگانی پذیرش
۲	صندلی معمولی	
۱۲	فایل فلزی	
۱	سطل زباله	
۱۰	نیمکت	فضاهای انتظار در بخش درمانی و بخش بهداشتی
۱۰	آب سردکن برقی	
۲	ساعت دیواری باطری دار	
۱	میز کار پزشک	اتاق پزشک
۱	صندلی پشت میز	
۱ سری	وسایل روی میز	
۲	صندلی معمولی	
۱	قفسه شیشه ای	
۱	قفسه کتاب	
۱	چراغ قوه فلورسنت	
۱	چراغ قوه معمولی	
۱	رخت آویز پایه دار	
۱	کمد لباس	
۱	سطل زباله	

دنباله جدول شماره ۶- فهرست و تعداد تجهیزات اداری مرکز بهداشتی

## درمانی روستایی به تفکیک فضاها کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	میز چوبی ۵۰ در سانتیمتر به ارتفاع ۷۵ سانتیمتر	تزیینات
۲	صندلی معمولی	
۱	نیمکت	
۱ سری	وسایل روی میز	
۱	کمد فلزی	
۱	کمد لباس	
۱	سطل زباله	
۱	میز کارمندی	
۱	صندلی پشت میز	
۱ سری	وسایل روی میز	
۲	صندلی معمولی	
۱	کمد لباس	
۱	قفسه شیشه ای	
۱	چهارپایه گردان (تابوره)	
۱	سطل زباله	
۱	سطل پلاستیک متوسط	
۱	میز چوبی ۵۰ در ۸۰ سانتیمتر به ارتفاع ۷۵ سانتیمتر	پانسمان
۲	صندلی معمولی	
۱ سری	وسایل روی میز	
۱	چهارپایه گردان (تابوره)	
۱	قفسه شیشه ای	
۱	کمد فلزی	
۱	رخت آویز پایه دار	
۱	سطل زباله	
۱	سطل پلاستیک بزرگ دردار	

دنباله جدول شماره ۶ - فهرست و تعداد تجهیزات اداری مرکز بهداشتی

درمانی روستایی به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	میز چوبی ۲ در ۱ متر به ارتفاع ۷۵ سانتیمتر	اتاق استریل
۲	صندلی معمولی	
۲	قفسه فلزی	
۲	سبد برزتی چرخدار جالی البسه با دوپرزنه اضافی	
۱	سطل پلاستیک متوسط	
۲	صندلی معمولی	اتاقهای بستری موقت
۴	صندلی راحتی دسته دار	
۲	میز غسلی	
۴	کمد لباس	
۴	دمپایی	
۲	پارچ استیل	
۲	آبینه قفسه دار جلوی دستشویی	
۴	سطل زباله	
۱	میز کارمندی	بهداشت محیط و حرفه ای
۱	صندلی پشت میز	
۱ سری	وسایل روی میز	
۲	صندلی معمولی	
۲	فایل فلزی	
۱	سطل زباله	
۱	میز کارمندی	بهداشت خانواده
۱	صندلی پشت میز	
۱ سری	وسایل روی میز	
۲	صندلی معمولی	
۱	کمد لباس	
۴	فایل فلزی	

دنیاله جدول شماره ۶ - فهرست و تعداد تجهیزات اداری مرکز بهداشتی

## درمانی روستایی به تفکیک فضاها کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	قفسه کتاب	دنباله بهداشت خانواده
۱	قفسه شیشه ای	
۱	میز چوبی ۱ در ۲ متر به ارتفاع ۷۵ سانتیمتر	
۱	جعبه جای کارت	
۱	چراغ قوه معمولی	
۱	سطل زباله	
۱	میز کارمندی	امور عمومی
۱	صندلی پشت میز	
۱ سری	وسایل روی میز	
۱ سری	وسایل دفتری	
۴	صندلی معمولی	
۱	شماره زن	
۴	فایل فلزی	
۱	سطل زباله	
۵	قفسه فلزی	انبار داروخانه
۱	چهارپایه چوبی با فلزی به ارتفاع نیم متر	
۱	فایل فلزی	
۱	ماشین حساب کوچک	
۱	سطل پلاستیک متوسط	
۱	میز کارمندی	داروخانه
۱	صندلی پشت میز	
۱	چهارپایه گردان (تابوره)	
۱ سری	وسایل روی میز	
۱ سری	وسایل دفتری	

دنباله جدول شماره ۶ - فهرست و تعداد تجهیزات اداری مرکز بهداشتی

## درمانی روستایی به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	چهار پایه چوبی یا فلزی به ارتفاع نیم متر	دنباله داروخانه
۱	یخچال	
۱	قفسه فلزی	
۱	صندلی معمولی	
۱	سینی ملامین	
۱	کمد لباس	
۱	سطل زباله	
۱	یخچال	مبارزه با بیماریها
۱	میز کارمندی	
۱	صندلی پشت میز	
۱ سری	وسایل روی میز	
۲	فایل فلزی	
۱	صندلی معمولی	
۱	کمد لباس	
۱	سطل زباله	انبار
۱	میز کارمندی	
۱	صندلی پشت میز	
۱ سری	وسایل روی میز	
۱ سری	فایل دفتری	
۱	چهارپایه چوبی یا فلزی به ارتفاع نیم متر	
۱	قفسه فلزی	
۱۰	سطل زباله	
۱	سطل پلاستیک بزرگ	
۱	قیچی تسمه بر	

دنباله جدول شماره ۶ - فهرست و تعداد تجهیزات اداری مرکز بهداشتی

## درمانی روستایی به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	آب سردکن برقی	آبدارخانه
۱	اجاق گاز	
۱	سماور برقی	
۱	کنتری	
۲	فلاسک چای و آب	
۲	قوری بزرگ	
۲	سیلندر گاز	
۱	آچار سیلندر	
۱	قیچی معمولی	
۲	قفسه فلزی	
۲	قفسه دیواری جای ظرف (کابینت آشپزخانه)	
۲	کارد آشپزخانه (کوچک و متوسط)	
۶	نمکدان	
۱۲	زیردستی	
۱۲	لیوان	
۱۲	کارد و چنگال میوه خوری	
۴	پارچ استیل	
۲	سینی ملامین	
۱	بخچال	
۴	قندان	
۱۲	استکان و نعلبکی	
۱	کنسرو بازکن	
۱	سطل پلاستیک دردار متوسط	
۱۲	قاشق چایخوری	
۴	ظرف شیشه ای جای قند و چای	



دنباله جدول شماره ۶ - توزیع وسایل اداری در فضاهای داخل آزمایشگاه

سالن آزمایشگاه	شستشوی وسایل	تفکیک نمونه ها	نمونه گیری خون و ادرار	انبار	انتظار	فضا سپه
				۲		قفسه فلزی
			۱			صندلی خون گیری
					۱	نیمکت
۱	۱	۱	۱			میز چوبی با استیل
۱						فایل
۱						سطل پلاستیک متوسط
			۲		۱	سطل زباله
				۱		چهارپایه فلزی
۲						چهارپایه گردان
۱						کمد لباس
۱						یخچال
			۱			وسایل روی میز

دنباله جدول شماره ۶ -- توزیع وسایل اداری در داخل تسهیلات زایمانی

وسيله	فضا	ورودی تسهیلات	انتظار همراهان	اتاق ماما	اتاق درد	زایمان	بعد از زایمان
نیمکت			۱				
میز کارمندی				۱			
صندلی پشت میز				۱			
چهارپایه گردان						۱	
وسایل روی میز				۱			
چراغ قوه				۱			
فایل				۱			
صندلی معمولی				۲	۲		۲
کسه فلزی					۱	۲	
کمد لباس				۱			۲
صندلی راحتی							۲
میز عسلی							۱
رخت آویز پایه دار				۱			
خودتراش					۲		
دمپایی							
سطل پلاستیک بزرگ						۲	
سطل پلاستیک متوسط					۱		
سطل زباله			۱	۱			۱
سید برزنتی جای البسه						۲	
آینه جلوی دستشویی							۲
بخچال				۱			
کمد فلزی					۱		
آب سردکن			۱				

دنباله جدول شماره ۶ - توزیع وسایل اداری در داخل تسهیلات زایمانی

توضیح وسيله	ورودی تسهیلات	انتظار همراهان	اتاق ماما	اتاق درد	زایمان	بعد از زایمان
ساعت دیواری		۱				
چهارپایه گردان					۲	
پارچ استیل						۱
کفش پاک کن	۱					
لباسشویی ۱۰ کیلویی						
لگن حمام نوزاد					۱	
لگن شوی						

## دنباله جدول ۶- توزیع وسایل اداری و فضاهای داخلی بخش جراحی

وسایل	مردمی	پنیرش	ریکاردی	وسایل کیف	دینکن	اسکواب	اتاق عمل	اتوکار	اتوار استریل
رسیده	۱								
کفش پاک کن							۱		
چراغ قوه معمولی									
قابیل فلزی		۱							
آب سردکن		۱							
ساعت دیواری		۱							
بارج استیل					۱				
یخچال					۱				
قفسه شیشه ای							۱		
میز کارشویی		۱							
صندلی پشت نیز		۱							
رخت آویز پایه دار			۱						
فلاسک چای و آب		۲							
سبزی ملائین		۱							
آبینه قفسه دار جلوی دستشویس			۱						

دنباله جدول ۶- توزیع وسایل اداری و فضاهای داخلی بخش جراحی

وسيله	دردى	پذيرش	ريكاردرى	وسايل كيف	ريختن	اسكراب	اتاق عمل	انوكو	ابزار استريل
نيمكت		۱						۱	
صندل معمولى			۲						
كمد لباس			۱		۱				
ديباغى			۲		۲				
صندل راحتى			۲						
چهارپايه گردان							۱		
پيز هلى			۱						
وسايل روى ميز		۱							
ميز چوبى								۲	
سطل پلاستيك						۱	۱		
سطل زباله	۱		۱						
سبد اليه				۲					
قفسه فلزى									۲
كمد فلزى									۲
خودروايش					۲				

**ب - توزيع وسايل فنى**

**( به تفكيك فضاها )**

ج جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی درمانی

روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	تخت معاینه	پانسمان
۱	پاراوان	
۱	چهارپایه جلوی تخت	
۱	فور	
۱	اتو کلاو کوچک پرتابل	
۱	برانکار چرخدار	
۲	لگن گود با پایه فلزی بلند	
۲	ترولی استیل پانسمان (دو طبقه) متوسط	
۲	سینی استیل متوسط	
۲	بیکس متوسط	
۱	کووت قلوه ای (متوسط)	
۱	کووت مستطیل (متوسط)	
۲	کووت لعابی دردار (متوسط) ۱۲ یا ۱۴	
۱	پارچ لعابی یا استیل	
۲	فیچی معمولی	
۴	کاسه استیل متوسط جای محلولهای ید و الکل	
۱	پنس بلند پیک آب (برای برداشتن وسایل)	
۱	پنس آگراف و دگراف	
۲ سری	دگراف نمره ۲ از هر یک	
۲	دسته بیستوری	
۲ بسته	تیغه بیستوری ۱۱ و ۱۲ از هر کدام	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۲	پنست بی دندان راست ۱۲ سانت	دنباله پانسمان
۲	پنست دندان دار راست ۱۲ سانت	
۲	پنس آلپس راست ۱۵ سانت (۵*۵)	
۲	پنس کوخر راست ۱۴ سانت	
۲	پنس کوخر کج ۱۴ سانت	
۲	پنس کوخر راست ۱۸ سانت	
۲	پنس کوخر کج ۱۸ سانت	
۲	پنس همونستاز راست ۱۴ سانت	
۲	پنس همونستاز کج ۱۴ سانت	
۲	پنس همونستاز راست ۱۸ سانت	
۲	پنس همونستاز کج ۱۸ سانت	
۲	قیچی راست نوک تیز ۱۲ سانت	
۲	قیچی راست نوک پهن ۱۲ سانت	
۲	قیچی کج نوک تیز ۱۴/۵ سانت	
۲	پنس سوزن گیر راست ۱۲/۵ سانت	
۲	پنس سوزن کج ۱۵ سانت	
۳	سوزن بغیه راست و کج (صاف و سه گوش) از هر کدام	
۶ لوله	نخ ابریشم	
۱ جعبه	کات کوت کرومه و غیر کرومه از هر نمره	
۲	جای پنبه استیل	
۲	سوند کانوله راست	



دنباله جدول ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی درمانی

روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱ سری	ابروی	دنباله پانسمان
۲	ست خننه	
۱	کیسه آب گرم	
۱	کیسه یخ	
۱	پوار کوچک ۳۰ سی سی	
۱	پوار بزرگ	
۲	آتل چوبی در اندازه های مختلف از هر کدام	
۱ سری	سوند نلاتون در اندازه های مختلف	
۲ سری	سوند فولی	
۵ بسته	سوند معده بزرگسالان و اطفال از هر کدام	
۱	اتو کلاو متوسط از ۱۷۰ لیتر به بالا	اتاق استریل
۲	تخت معاینه	تزریقات
۲	پاراوان	
۲	چهارپایه جلوی تخت	
۱	سیلندر اکسیژن با چرخ مربوط و مانومتر	
۱	فور	
۱	استریلیزاتور برقی متوسط	
۲	پایه سرم	
۱	ترولی استیل پانسمان (دو طبقه) متوسط	
۱	سینی استیل متوسط	
۱	کووت قلوه ای متوسط	
۲	جای پنبه استیل	
۴	کاسه استیل متوسط جای محلولهای ید و الکل	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۴	گارو	دنباله تزریقات
۱	قیچی معمولی	
۱۲	ست تزریق سرم	
۲۰	ست کت دان	
۲۰	اسکالپ ون یا اندازه های مختلف	
۴	تخت بستری ساده	اتاق بستری موقت
۴	کمد پایه تخت	
۲	پایه سرم	
۴	چهار پایه جلوی تخت	
۲	پاراوان	
۴	ترولی جلوی تخت	
۴	جای ترمومتر استیل	
۱	دستگاه فشار خون جیوه ای پایه دار و چرخدار	
۴	خلط دان	
۴	لگن بیمار	
۴	تشک تخت بیمار	
۸	بالش	
۸	پتو	
۱۶	ملافه و روبالشی	
۲	نرده کنار تخت بیمار ( یک جفت)	
۱	تخت معاینه	
۱	پاراوان	
۱	چهار پایه جلوی تخت معاینه	
۱	چراغ رفلکتور	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	نگاتوسکپ یک خانه	اتاق بستری موقت
۱	پایه سرم	
۱	ترولی استیل پانسمان (دو طبقه) متوسط	
۱	سینی استیل پانسمان	
۱	کووت قلوه ای متوسط	
۱	جای پنبه استیل	
۲	کاسه استیل متوسط جای محلولهای ید و الکل	
۱	بیكس كوچك	
۱	چکش رفلکس	
۱	پلک بردگردان	
۱	گوشی معاینه	
۲	گوشی صدای قلب جنین	
۱	جای ترمومتر استیل	
۱	اوتورینو لارنگوسکپ با اسپیکولومهای مختلف	
۱	ترازوی توزین بزرگسالان با قدسنج	
۱	ترازوی توزین کودکان	
۱	دستگاه فشار خون سنج بزرگسالان با پایه متحرک	
۱	دستگاه فشار خون سنج کودکان	
۱	متر پارچه ای	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	یونیت دندانپزشکی	بهداشت دهان و دندان
۱	صندلی دندانپزشکی	
۱	کمپرسور	
۱	میکروموتور با ایرموتور	
۱	انگل Engel	
۱	سر توربین	
۲	فورسپس قدامی بالا	
۲	فورسپس قدامی پایین	
۲	فورسپس مولار بالا	
۲	فورسپس مولار پایین	
۲	فورسپس مولار چپ بالا	
۲	فورسپس مولار راست بالا	
۲	فورسپس ریشه قدامی بالا	
۲	فورسپس ریشه پایین	
۲	فورسپس ریشه خلفی بالا	
۲	فورسپس عقل بالا	
۲	کاهورن	
۲	الواتور مستقیم	
۲	الواتور راست (کرایور)	
۲	الواتور چپ (کرایور)	
۱	رانژور	
۲	کوروبت جراحی	
۱	فور	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۲	بیکس متوسط	دنباله بهداشت دهان و دندان
۲	دسته بیستوری	
۲	گالی پات	
۱	ترولی استیل پانسمان (دو طبقه) متوسط	
۲	قیچی معمولی	
۲	پنس سوزن گیر راست و کج از هر کدام	
۲	سینی استیل	
۲	اکسواتور	
۲	دایکار ایلیکاتور یا قلم دایکال	
۲	کندانسور	
۲	پرنیشر	
۲	کارور لوزی	
۲	اسپاتول سیمان	
۵	ماتریکس هولدار (نافل مایر)	
۵۰	نوار ماتریکس	
۲	آمالگام کاریر	
۱	جافرزی	
۱	پریودنتال پروب	
۵	کابینت دندانپزشکی	
۲	گوه	
۱	کورت پریو با شماره های مختلف از هر کدام	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی درمانی

روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	کاو تیرون	دنباله بهداشت دهان و دندان
۱۰	سرآینه تخت	
۱۰	دسته آینه	
۵	پنس و سوند معاينه از هر کدام	
۱	جای بنه استیل	
۱	سیلندر اکسیژن باترولی چرخدار و مانومتر	
۱	ماکت آموزشی هر دو فک	
۱	ماکت مسواک بزرگ	
۲	کاسته استیل متوسط جای محلولهای ید و الکل	
۱	تخت معاينه	
۱	پاراوان	
۱	ترازوی توزین بزرگسالان با قدسنج	
۱	ترازوی توزین کودکان	
۱	متر پارچه ای	
۱	تخت ژینکولوژی	
۱	چهارپایه جلوی تخت	
۱	ترولی استیل پانسمان (دو طبقه) متوسط	
۱	گوشی معاينه	
۱	گوشی صدای قلب جنین	
۱	دستگاه فشار خون سنج بزرگسالان معمولی (جیوه ای)	
۱	چارت بینایی سنجی	
۱	دیپازن	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	بیکس متوسط	دنباله بهداشت خانواده
۱	کووت قلوه ای متوسط	
۱	کووت مستطیل دردار متوسط	
۲	اسپیکولومهای واژینال به اندازه های مختلف از هر کدام	
۱	جای پنبه استیل	
۱	پوار کوچک	
۲	جای ترمومتر استیل	
۲	کاسته استیل متوسط جای محلولهای ید و الکل	
۱ جلد	دفترچه کور رنگ سنجی	بهداشت محیط و حرفه ای
۱ دستگاه	لوکس متر ساده	
۱ دستگاه	صداسنج ساده	
۱ دستگاه	پمپ گازریاب دستی	
۱ دستگاه	دستگاه اندازه گیری غلظت و اندازه ذرات هوا	
۵ عدد	انواع لوله های گازریاب از هر کدام	
۱ عدد	کیت کلر سنج	
۱	تخت معاینه	آزمایشگاه
۱	پاراوان	
۱	جای پنبه استیل	
۲	کاسه استیل متوسط جای محلولهای ید و الکل	
۵	پی ست سدیمان میرو	
۲	پی ست ۵۰۰	
۲	پی ست سالی	
۱	هود ساده مجهز به هواکش و اشعه اولتراویوله	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	سطل استیل دهانه گشاد	دنباله آزمایشگاه
۱	میکروسکوپ دو چشمی	
۱	سانتریفوژ ۸ شاخه	
۱	شیکر ۸ شاخه	
۱	کانتر دستی	
۱	کانتر دیف	
۱	اسپکترو فتومتر یا فتومتر	
۱	کرنومتر	
۱	ساعت آزمایشگاه	
۱	سانتریفوژ هماتوکریت	
۱	باریل شیردار	
۱	چراغ الکلی	
۲	پایه سدیمان	
۱	سمپلر ۰/۱	
۱	سمپلر ۰/۵	
۱۰۰	سر سمپلر کوچک	
۵	جا لوله ای مختلف	
۳	لام تنویار یا توما	
۲	لوله اسبایخ	
۳	لام ۱۲ خانه	
۱	اورینومتر	
۱	پوار کوچک	



دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	لوله گیر	دنباله آزمایشگاه
۵	لاستیک مکنده	
۵	لوله شور بزرگ، کوچک و متوسط از هر کدام	
۱	تخت معاینه	تسهیلات زایمان
۱	تخت زینکولوژی	
۲	تخت بستری بیمار	
۲	ترولی جلوی تخت بیمار	
۲	کمد کنار تخت	
۲	چهار پایه جلوی تخت	
۵	پایه سرم	
۴	کات نوزاد	
۲	پاراوان	
۲	سیلندر اکسیژن با مانومتر و چرخ مربوطه	
۶	ماسک اکسیژن کوچک - متوسط و بزرگ	
۱	چادر اکسیژن کوچک	
۴	پوآر کوچک (برای اسپیراسیون بینی و حلق نوزاد) ۳۰ سی سی	
۱	آمبویگ کوچک	
۱	آمبویگ بزرگ	
۱	ساکشن	
۱	انکوباتور	
۱	ترازوی توزین بزرگسالان با قد سنج	
۱	ترازوی توزین کودکان	
۲	دستگاه فشار خون سنج بزرگسالان با پایه و چرخ	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۲	دستگاه فشار خون سنج جیوه ای معمولی	دنباله تسهیلات زایمان
۲	گوشی معاینه	
۲	گوشی صدای قلب جنین	
۴	جای ترمومتر استیل	
۱	لارنگوسکپ	
۲	چراغ پایدار	
۲	چراغ اوالتراویوله ۴ لامپی	
۳	برانکار چرخدار	
۳	ترولی استیل ۲ طبقه با جای لگن و جای سطل	
۳	لگن استیل متناسب با ردیف بالا	
۱	سبد برزنتی چرخدار با دو برزنت اضافی	
۶	سینی استیل متوسط	
۶	کاسه استیل متوسط	
۲	بیکس بزرگ	
۴	بیکس متوسط	
۲	بیس کوچک	
۴	کووت قلوه ای بزرگ	
۸	کووت قلوه ای کوچک	
۲	جای پنس دردار استیل (متوسط)	
۲۴	پنس هموستاز راست (متوسط) ۱۴ سانتی	
۱۶	پنس هموستاز کج (متوسط) ۱۴ سانتی	
۱۰	پنس کوخر راست (متوسط) ۱۴ سانتی	
۲	پنس کوخر راست (بزرگ) ۱۸ سانتی	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی درمانی

روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱۲	پنس آلیس راست ۱۵ سانتی (۵*۵)	دنباله تسهیلات زایمان
۴	پنس پیکاپ ۲۰ سانتی	
۴	پنس سوزن گیر راست ۱۲/۵ سانتی	
۴	پنس سوزن گیر کج ۱۵ سانتی	
۱۲	پنس کول رحم	
۴	پنست راست بی دندان ۲۱ سانتی	
۱۰	پنست راست دندان دار ۱۲ سانتی	
۶	پنست کج بی دندان ۱۲ سانتی	
۲	سوند کانوله راست	
۸	قیچی راست نوک تیز ۱۲ سانتی	
۲	قیچی کج نوک تیز ۱۴/۵ سانتی	
۲	قیچی اپی زیاتومی	
۵	اسپیکولوم بزرگ- کوچک و متوسط از هر کدام	
۲	دسته بیستوری	
۲ بسته	تیغه بیستوری ۱۱ و ۱۲ از هر کدام	
۲	پلویمتر	
۵	هیسترومتر	
۱	اریگاتور با لوله و کانول مربوطه	
۱	ظرف مدرج استیل برای تهیه محلول تنقیه	
۲	پوار بزرگ	
۲	لگن حمام نوزاد	
۲	لگن بیمار	
۱	لگن شوی	
۱	اتو کلاو برقی ۱۷۰ لیتر به بالا	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	فور	دنباله تسهیلات زایمان
۱	نرده کنار تخت بیمار یک جفت	
۱	کرایو	
۱	اسپاجولا	
۵	پنس جفت	
۲	چتیل فورسپس	
۲	قیچی معمولی	
۱	متر پارچه ای	
۱	جای پنبه استیل	
۱	برانکارد دستی	
۲	گارو	
۲	تشک تخت بیمار	
۴	بالش	
۸	پتو	
۸	ملافه و روبالشی	
۲ لوله	نخ ابریشم	
۱ جعبه	کات کوت کرومه از هر نمره	جراحی
۱ جعبه	کات کوت غیر کرومه از هر نمره	
۲	سر ساکشن	
۲	پنست بی دندان راست ۱۲ سانتی	
۲	پنس کوخر کج ۱۴ سانتی	
۲	پنس کوخر کج ۸ سانتی	
۲	قیچی راست نوک پهن ۱۲ سانتی	
۲	قیچی کج نوک پهن ۱۴/۵ سانتی	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	تخت معاینه	جراحی
۱	پاراوان	
۱	چهار پایه جلوی تخت معاینه	
۲	پایه سرم	
۱	گوشی معاینه	
۲	دستگاه فشار خون سنج بزرگسالان با پایه متحرک	
۱	دستگاه فشار خون سنج بزرگسالان معمولی (جیبی ای)	
۱	اوتورینولار نگوسکوپ با اسپیکولومهای مختلف	
۱	نگاتوسکوپ یک خانه	
۱	چکش رفلکس	
۱	ترولی بزرگ پانسمان (دو طبقه با جای لگن و سطل)	
۲	لگن استیل مناسب ترولی بالا	
۲	سطل استیل مناسب ترولی بال	
۲	ترولی استیل پانسمان دو طبقه (متوسط)	
۶	سینی استیل پانسمان	
۱	چراغ رفلکتور	
۴	جای ترمومتر استیل	
۲	بیکس کوچک	
۴	بیکس متوسط	
۴	بیکس بزرگ	
۸	کووت قلوه ای متوسط	
۴	کووت قلوه ای بزرگ	
۲	کووت مستطیل دردار متوسط (استیل)	
۲	کووت لعابی مستطیل دردار متوسط ۱۲ یا ۱۴	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی درمانی

روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۱	لگن گود با پایه فلزی بلند	دنباله جراحی
۲	جای پنبه استیل	
۱۶	کاسه استیل متوسط جای محلولهای بد و الکل	
۱	پارچ لعابی یا استیل	
۶	دسته بیستوری	
۲ بسته	تیغه بیستوری ۱۱ و ۱۲ از هر کدام	
۲	فیچی معمولی	
۲	سیلندر اکسیژن با ترولی چرخدار و مانومتر	
۱	فور	
۱	اتو کلاو متوسط (۱۷۰ لیتر به بالا)	
۱	برانکار دستی	
۲	برانکار چرخدار	
۲	پوار کوچک ۳۰ سی سی	
۱	پوار بزرگ	
۴	گارو	
۲	تخت بستری بیمار	
۲	نرده کنار تخت بیمار (یک جفت)	
۲	کمد کنار تخت	
۲	ترولی جلوی تخت بیمار	
۲	لگن بیمار	
۲	خلط بیمار	
۲	خلط دان	
۲	تشک تخت بیمار	
۴	بالش	
۴	پتو	

دنباله جدول شماره ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهاى کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۸	ملاقه و روبالشی	دنباله جراحی
۲۰	ست کت دان	
۱۲	ست تزریق سرم	
۲۰	اسکالپ ون به اندازه های مختلف	
۱ سری	ایر وی	
۶	پنست بی دندان کج ۱۲ سانت	
۶	پنست بی دندان راست ۱۲ سانت	
۶	پنست دندان دار راست ۱۴ سانت	
۶	پنس کوخر راست ۱۴ سانت	
۶	پنس کوخر کج ۱۴ سانت	
۶	پنس کوخر راست ۱۸ سانت	
۶	پنس کوخر کج ۱۸ سانت	
۲۴	پنس هموستاز کج ۱۴ سانت	
۱۶	پنس هموستاز کج ۱۴ سانت	
۲	قیچی راست نوک تیز ۱۲ سانت	
۲	قیچی راست نوک پهن ۱۲ سانت	
۲	قیچی کج نوک تیز ۱۴/۵ سانت	
۲	قیچی کج نوک پهن ۱۴/۵ سانت	
۱	اکارتور چنگکی خودکار	
۴	اکارتور رو	
۶	اکارتور پارابوف	
۲	رابت انگل	
۱۲	پنس آلیس راست ۱۵ سانت (۵*۵)	

## دنباله جدول ۷- فهرست و تعداد تجهیزات فنی مرکز بهداشتی درمانی

## روستایی و توزیع آنها به تفکیک فضاهای کار

تعداد	نوع وسیله	فضا
۴۸	پنس موسکیتو کج و راست	دنباله جراحی
۴۰	پنس موس راست و کج	
۱	پنس شستشو	
۴	پنس پیک آپ برای برداشتن وسایل (۲۰ سانت)	
۱	پنس آگراف و دگراف	
۲ سری	دگراف نمره ۲ از هریک	
۳	سوزن بخیه راست و کج صاف و سه گوش از هر کدام	
۴	پنس سوزن گیر راست ۱۲/۵ سانت	
۴	پنس سوزن گیر کج ۱۵ سانت	
۱	سوند کانوله راست	
۶ لوله	نخ ابریشم	
۱ جعبه	کات کوت کرومه و غیر کرومه از هر نمره	
۶	ماسک اکسیژن کوچک. متوسط و بزرگ	
۲	ساکشن	
۴	سر ساکشن	
۱	چراغ پایه دار	
۱	چراغ اولتراویوله ۴ لامپی	
۱	سبد برزنتی چرخدار با ۲ عدد برزنت اضافی	
۳	پوست پاک کن	
۱	دشان	
۲	آمار بوف - غارالوف	
۲	باب کلک	
۱	دیلاتاتور خودکار	
۱	تخت عمل دوشکن با چراغ سیالینیک	



**توجه :**

با توجه به این که تجهیزات اداری و فنی مراکز بهداشتی درمانی به تفکیک هر یک از فضاهای کار در جدولهای ۶ و ۷ این بخش آورده شده است.

۱- برآورد این وسایل برای مراکز بهداشتی درمانی شهری برحسب فضاهای هر مرکز بهداشتی درمانی آسان خواهد بود.

۲- با تفاوت بخشها و پرسنل هر مرکز وسایل مورد نیاز هر فضا قابل برآورد خواهد بود .

## پیوست شماره ۱

متن دستورالعمل اولیه برای تدوین طرحهای گسترش که از

مجتمع آموزشی و پژوهشی ارسال می گردید:

## جمهوری اسلامی ایران

### وزارت بهداشت

### مجتمع آموزشی و پژوهشی

دستورالعمل گردآوری اطلاعاتهای لازم برای تهیه طرحهای ایجاد و گسترش شبکه های بهداشتی درمانی، که باید گروههایی که از استان به این منظور دعوت خواهند شد همراه داشته باشند.

رویه وزارت بهداشت در تهیه گسترش شبکه بهداشتی درمانی تاکنون بر این روال بوده است که ابتدا برای هر استان پیش طرحهای تدوین و به استانها ارسال می شد تا پس از دریافت اظهار نظر و پیشنهادات استانها، طرحهای نهایی تهیه گردد. با توجه به اینکه سال ۱۳۶۲، اولین سال شروع برنامه ۵ ساله که تهیه طرحهای نهایی، در یک مرحله و با بسیج نیروهای استانی و کارشناسان ستادی صورت پذیرد. به این منظور از هر استان گروههایی به شرح زیر دعوت خواهند شد.

- در مرحله اول، برای هر شهرستان، نفراتی که در سطح روستا کار کرده و

دقیقاً با پراکندگی، راههای ارتباطی و جمعیت روستاهای آن شهرستان آشنایی

دارند دعوت می شوند. بنابراین اگر نفراتی وجود داشته باشند که سابقه

خدمت در یک شهرستان را داشته باشد ولی در حال حاضر در شهرستان

دیگری شاغل باشند می توانند به عنوان فرد مطلع شهرستان اول انتخاب و اعزام

شوند.

همراه با این عده، حداقل دو نفر از کارشناسان بهداشتی استان که تجربه کار در

شبکه بهداشتی درمانی داشته باشد به تهران دعوت می شوند.

سرپرستی مجموعه نفراتی که در مرحله اول دعوت می شوند با معاون بهداشتی

استان خواهد بود.

در مرحله دوم، شمای کلی توسعه شبکه، که در مرحله اول تهیه شده است، توسط

مدیر عامل استان همراه با نفراتی که خود او صلاح بداند در تهران مورد بررسی قرار

خواهد گرفت و براساس نظرات اصلاحی آنان، طرح نهایی گسترش شبکه بهداشتی

درمانی استان تهیه خواهد شد. گروهی که در مرحله اول دعوت می شوند باید

اطلاعات زیر را همراه داشته باشند:

- جمعی نقاط شهری، شهرکها و شهرهای هر شهرستان براساس در سال ۱۳۶۱ از

ستاد بسیج اقتصادی یا بهداریها یا فرمانداری آن شهرستان.

\_\_ جمعیت نقاط روستایی هر شهرستان فرم شماره ۲ آمارگیری اداره ریشه کنی

مالاریا و مبارزه با بیماریهای واگیر مربوط به تعداد خانوار و جمعیت روستایی

- طرحهای ملی و منطقه ای مربوط به هر شهرستان در مورد توسعه راههای روستایی مدارس روستایی، ایجاد قطبهای کشاورزی و دامپروری و سایر واحدهای کشاورزی از دفتر برنامه و بودجه استان یا شهرستان .
- آخرین تغییرات رسمی در تقسیمات سیاسی شهرها، بخشها و دهستانها از استانداری.
- تعداد اماکن عمومی و محلهایی که از نظر بهداشت محیط و بهداشت مواد غذایی باید تحت کنترل بهداشتی بهداری شهرستان قرار گیرد. اعم از این که اماکن در نقاط شهری یا بین راهها مستقر باشد. این اطلاعات قاعدتاً در بهداشت محیط شهرستان موجود است و پس از اصلاح و منعکس کردن آخرین تغییرات قابل استفاده خواهد بود.
- تعداد پیشه روانی که در محدوده هر شهرستان باید کنترل برنامه بهداشت پیشه روان قرار گیرد. این اطلاع نیز قاعدتاً در مرکز بهداشت یا بهداشت محیط شهرستان موجود است. همچنین است آمار مراجعین برای آزمایشهای مربوط به مراقبتهای قبل از ازدواج به تفکیک سالهای ۶۱ و ۶۰ و ۱۳۵۹

- تعداد کارخانجات و کارگاههای تولیدی و تعداد کارگران هر یک که باید

تحت پوشش برنامه بهداشت کار و محیط کار قرار گیرند از اداره کار کل مربوطه در

مرکز استان.

- وضع موجود واحدهای بهداشتی درمانی و آموزشی استان به تفکیک هر

شهرستان شامل : امکانات ساختمانی و پرسنل فنی، در مورد پرسنل فنی بایستی

آخرین مدرک تحصیلی و سابقه خدمت نفرات مشخص شود.

- فتوکپی کلیه طرحهای در دست اجرا با مشخصات کامل، حتی اگر از اعتبارات

خاص (اعتبارات استانداری، کمکهای مردم) ساخته می شوند.

\_ سایر طرحهای ملی، منطقه ای و خاص استان در مناطق روستایی مربوط به

سرمایه گذاری در زمینه کشاورزی، آموزش و پرورش، راه و ترابری و آب و برق در

طول سالهای اجرای برنامه اول با برنامه های بعدی.

**پیوست شماره ۲**

پرونده خانوار

بیتنامی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز بهداشت استان

مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستائی

خانه بهداشت ..... روستای

پرونده خانوار

شماره خانوار یا پرونده

شماره ساختمان

آدرس

تاریخ تشکیل پرونده: روز ..... ماه ..... سال



# مشخصات خانوار

ملاحظات	رقم	میزان سواد	رضیت تامل	آقا	تاریخ تولد			نسبت اعضاء با سرپرست خانوار	نام و نام خانوادگی	محل سکونت
					روز	ماه	سال			
								سرپرست		

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

بسته به تعلیق

شماره خانوار (پرونده).....

## فرم مراقبت از مادران باردار

نام..... نام خانوادگی..... تاریخ تولد..... سن اولین ازدواج.....  
 سن اولین حاملگی..... تعداد حاملگی های قبلی..... تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده.....  
 تعداد فرزندان مرده بدنیا آمده..... تعداد فرزندان زنده فعلی..... تاریخ آخرین زایمان.....

گروه خونی  AB  A  B  O  
 مثبت  منفی : Rh

خوشبختی نسبی زن دشوهر  نزدیک  
 دور  ندارد

برنامه آموزشی

اگر Rh مادر منفی است Rh همسر تعیین شود  مثبت  منفی

ماه حاملگی		موضوع آموزش				
۹	۸		۷	۶	۵	۴
		هدایت فردی و محیط				
		هدایت دوران بارداری با تاکید بر واکنش سیون کراز				
		تغذیه دوران بارداری و شیردهی				
		آمادگی برای زایمان، هدایت زایمان				
		هدایت دوران بعد از زایمان				
		مراقبت از نوزاد				
		تغذیه نوزاد و خواندن شیر مادر				
		مراقبت از کودک و تغذیه کودک				
		واکسیناسیون کودک				
		روش درمان اسهال با O.R.S				
		آموزش در مورد فاصله گذاری ایمن تولد				

سن	۱۸ - ۳۵	زیر ۱۸	بیش از ۳۵
قد	۱۶۵ یا بالا	زیر ۱۶۵	

وضعیت حاملگی در ایام نهایی قبی:  طبیعی  غیر طبیعی

تعداد زایمانها	۱	۲	۳	۴	۵	بیشتر	صفر
----------------	---	---	---	---	---	-------	-----

سقط	خیر	ب
مرده زائی	خیر	ب
عش حاملگی	خیر	ب
وزن (ادم)	خیر	ب
زایمان غیر طبیعی	خیر	ب
خوزری در دوران حاملگی	خیر	ب
خوزری بیش از اندازه طبیعی بعد از زایمان	خیر	ب
ندت زایمان بیش از ۲۴ ساعت	خیر	ب
وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم	خیر	ب
مرگ نوزاد در هفته اول	خیر	ب

در بزرگ از حاملگی

هر موضوع برای ۲ حاملگی منظور شده است





# آزمایشات دوران بارداری و پس از زایمان

نشیجه آزمایش	تاریخ	* نوع آزمایش

\* انجام آزمایش V.D.R.L زمان پایان انعقاد جند و اوره خون و آزمایش کامل ادرار  
ضروری و سایر آزمایشات بستگی به وضع مادر دارد.

بِسْمِ اللَّهِ تَعَالَى

شماره خانوار (رونده) .....

# فرم مراقبت از کودکان زیر ۶ سال

نام کودک ..... نام پدر ..... نام مادر ..... تاریخ تولد مادر .....  
تاریخ تولد کودک ..... تاریخ اولین مرجع ..... وزن هنگام تولد بر حسب کیلوگرم .....

وضعیت زایمان: وضع نوزاد: جن:  پسر  دختر

زایشگاه یا هیوستن	منزل
نیشک امامت	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰
۲۷ هفته و بیشتر	تقریباً از ۳۷ هفته
پیت	دو یا بیشتر
۲۵۰۰ گرم یا بیشتر	کمتر از ۲۵۰۰ گرم
فوری	باز منبذ
منبذ	بلی
بلی	منبذ

محل زایمان  
 فردگت گنده به زایمان  
 طول دوران بارداری  
 تعداد نوزاد  
 وزن نوزاد هنگام تولد  
 گرمی نوزاد  
 استقامت تنفسی  
 تغذیه با شیر مادر تا دو ساعت بعد از تولد

طولانی	طبیعی
غیر طبیعی	طبیعی
سایر	سر
بله	خیر

مدت زایمان  
 نوع زایمان  
 نمایش جنین  
 خازری پیش از تولد طبیعی

بیماری ارثی یا مادرزادی: دارد  ندارد  اگر دارد چه بیماری .....  
از بدو تولد تا یک ماهگی دچار کدامیک از عوارض زیر شده است:

کبودی (سیانوز)  زردی شدید اریقان غیر فیزیولوژیک  تشنج  عفونت عمومی  باذکر نام .....  
سایر بیماریها باذکر نام .....

چه مدت کودک با شیر مادر تغذیه شده است ..... چه مدت با شیر خشک تغذیه شده است .....  
انواع غذاهای دیگر که مورد استفاده کودک قرار گرفته است عبارتند از:

اشکالات تغذیه ای مهم کودک را از بدو تولد تاکنون بیان کنید: .....

مامات ..... مامای تحمیل کرده  
 ۵۰۰۰۰۰ ..... مامای تحمیل دوره دیده  
 ۱۰۰۰۰۰ ..... مامای تحمیل دوره ندیده

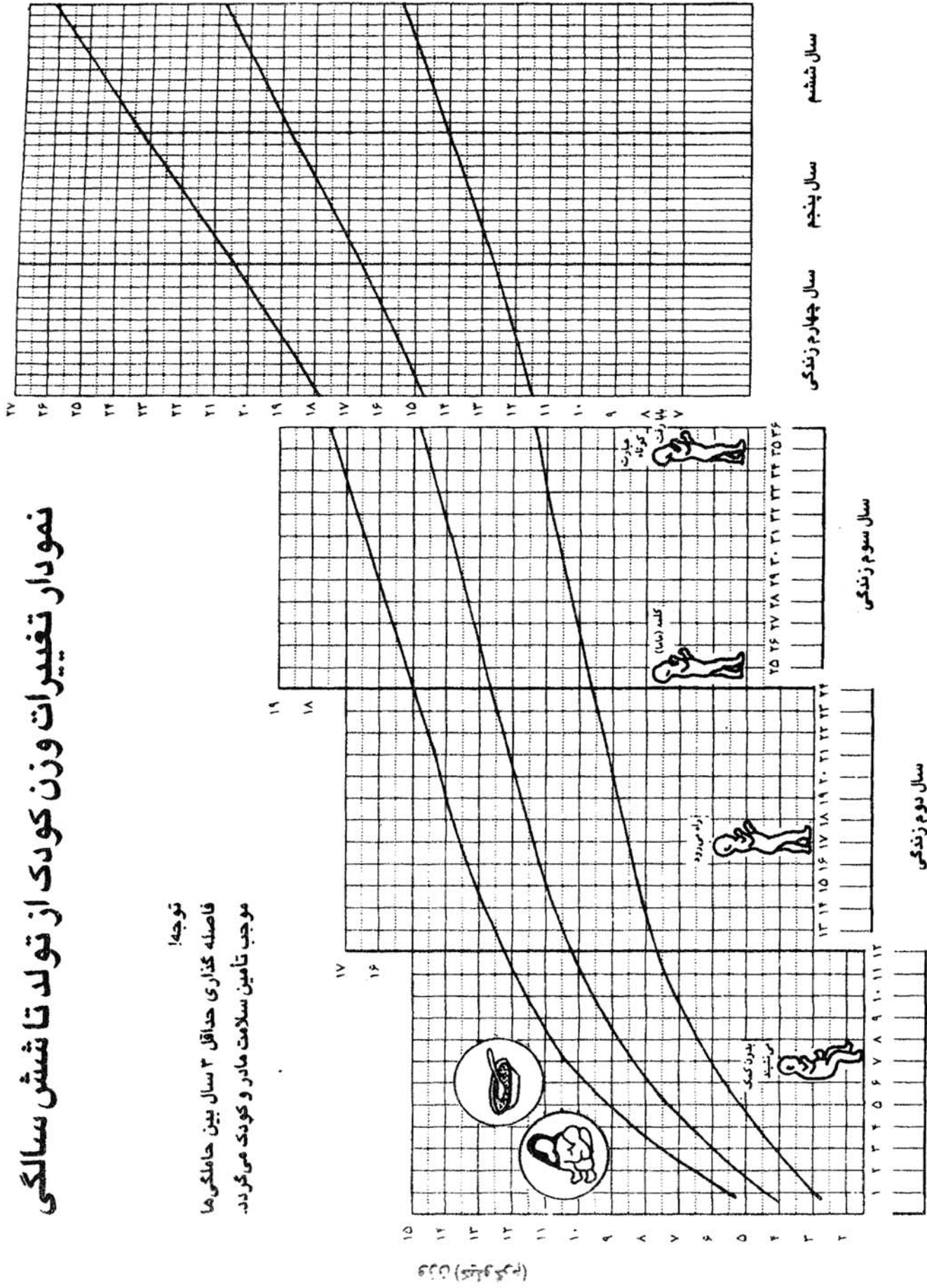
فردگت گنده به زایمان

# نمودار تغییرات وزن کودک از تولد تا شش سالگی

توجه!

فاصله گذاری حداقل ۳ سال بین حاملگی‌ها

موجب تأمین سلامت مادر و کودک می‌گردد.



تاریخ تولد.....

تجربه انتقال

نمونه خانوار (پرونده).....  
نام کودک.....

### جدول مراجعات بهداشتی کودک (تا ۳ سالگی)

دلیل عدم موفقت از کودک در صورت قطع برنامه	دستورات بهداشتی داده شده	فیزیکی کودک کامل	نوع غذای کتبی	استفاده از شیر مادر یا شیرکاو	استفاده از شیرکاو	دوره رشد	قد	وزن کیلوگرم	مراجعه نمود	تاریخ مراجعه	سن کودک بر حسب ماه
											۰
											۱
											۲
											۳
											۴
											۵
											۶
											۷
											۸
											۹
											۱۰
											۱۱
											۱۲
											۱۳-۱۴
											۱۵-۱۶
											۱۷-۱۸
											۱۹-۲۰
											۲۱-۲۲
											۲۳-۲۴

● روی نخ‌ریخته کودک، تاریخ قطع شیر مادر، تاریخ شروع غذای کتبی و تاریخ ظهور هر یک از شاخص‌های تکامل فیزیکی کودک مشخص کرده.

● نحوه مراجعات: پ مراجعات از یکبارگی  
۲ مراجعه عمومی  
ن نیامده یا یکبارگی مابعد یکبارگی



تاریخ تولد.....

بسته تلف

شماره خانوار (پرونده).....  
نام کودک.....

### جدول مراجعات بهداشتی کودک (۲ تا ۳ سالگی)

دلیل عدم مراقبت از کودک در صورت قطع برنامه	دستورات بهداشتی داده شده	سیرکال فیزیکی کودک	نوع غذای کودک	قد سایتمتر	وزن تینکوزم	مراجعه نمونه	تاریخ مراجعه	سن کودک بر حسب ماه
								۲۶ ۲۴
								۲۹ ۲۷
								۳۲ ۳۰
								۳۵ ۳۳
								نیمه اول سالگی
								نیمه دوم سالگی
								نیمه اول سالگی
								نیمه دوم سالگی

نوع مراجعه: شال

- ۱. مراجعه حاصل از پیگیری
- ۲. مراجعه معمول
- ۳. نامه یا پیگیری یا بدون پیگیری



## فرم فاصله گذاری بین تولدها

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

شیر میدهد

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی ..... در حال حاضر:  شیر نمیدهد

منظم است

عادت ماهانه:

طبیعی است

زیاد است

کم است

خوئیزی ماهانه:

منظم نیست

قبل از چروش بلوغ گیری استفاده کرده است؟

علت ترک روش قبلی چه بوده است؟

روش توصیه شده فعلی

نتیجہ معاینہ یا اندازه گیری و آزمایش (حداقل ۶ ماه یکبار تکرار شود)

تاریخ						نوع معاینہ یا آزمایش
						فشار خون
						وزن بدن
						تیروئید
						واریس
						پستانها
						قلب و ریتم
						معاینہ زنانگی
						آزمایش * تاریخ
						پاپ اسمیر نتیجہ

\* پاپ اسمیر سالی یکبار انجام میشود.

+ انجام خدمات مربوطہ بطرمانی کہ با علالت + مشخص شدہ است از عمدہ بہوز خارج است.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره خانوار (پرونده) . . . . .

نام بیمار . . . . .

# فرم پیگیری بیماری \*

تاریخ تولد . . . . .  
 تاریخ شروع اولین علامت بالینی . . . . .  
 نوع بیماری  
 چگونه تشخیص بیماری:  
 جدید  عود  کنترل   
 بایستی  آزمایشگاهی  رادیولوژی  غیره با ذکر نام . . . . .

تاریخ پیگیری	نوع مراقبت یا پیگیری		نوع خدمت یا دستورات داده شده	تاریخ مراقبت بعدی	دلیل عدم مراجعه در صورت قطع برنامه		
	داخل واحد بهداشتی	خارج واحد بهداشتی			بیماری	مدرک	مهاجرت

\* بیماریهایی که باید مراقبت و پیگیری شوند: بیماریهای واگیر، سرخک، بیهوشی، کزاز، ابله، دانه، سل، فلج اطفال، تبفوسه، مالاریا، تب مالت، اربون، سیاه زخم، مالک، خمریت، سنگ کلبی، آرتروز، استرپتوکی، پاپیت، جذام، سیفیس، سوزاک، آب مروارید، و با (تور)، کچلی، کال، بکول بیماری، بیماریهای غیر واگیر: دیابت، فشارخون، بیماریهای روانی، آسم، کلیوی، قلبی، سرطان، گوارش، تالاسمی





اصلاحات انجام شده با ذکر تاریخ	وضعیت محل سکونت از نظر بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای
	۱- نوع ساختمان: خشتی <input type="checkbox"/> چوبی <input type="checkbox"/> بتونی <input type="checkbox"/> آجر تیر آهن <input type="checkbox"/> غیره با ذکر نام .....
	<p>۲- اطاقهای مسکونی:</p> <p>نور کافی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>وضعیت کف اطاقها: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی</p> <p>وضعیت دیوارها: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی</p> <p>وضعیت سقف: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی</p> <p>نسبت مساحت اطاقهای مسکونی به جمعیت استفاده کننده: <input type="checkbox"/> مناسب <input type="checkbox"/> غیر مناسب</p>
	۳- نوع سوخت: نفت <input type="checkbox"/> گاز <input type="checkbox"/> فضولات حیوانی <input type="checkbox"/> انواع دیگر با ذکر نام.....
	۴- محوطه حیاط منزل: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیربهداشتی
	۵- شبکه لوله کشی آب: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> انشعاب عمومی <input type="checkbox"/> انشعاب خصوصی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> منبع دیگر - بهسازی شده <input type="checkbox"/> بهسازی نشده <input type="checkbox"/> ذکر نام.....
	۶- حمام داخل منزل <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۷- مستراح: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	۸- دفع فاضلاب: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی <input type="checkbox"/>
	۹- جمع آوری زباله: <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی <input type="checkbox"/>
	۱۰- نگهداری دام و طیور: <input type="checkbox"/> دارد (داخل حیاط محل سکونت) <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> غیربهداشتی <input type="checkbox"/>
	۱۱- کارگاه خانگی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آن با ذکر نام .....
	۱۲- محل استقرار کارگاه خانگی: مشترک با اطاقهای مسکونی <input type="checkbox"/> مستقل از اطاقهای مسکونی <input type="checkbox"/>
	<p>۱۳- وضعیت کارگاه: نور کافی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>رطوبت: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>وسایل حفاظت فردی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نیاز ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>تهویه مناسب: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>وضعیت ساختمانی: <input type="checkbox"/> مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/></p> <p>گاز و بخار بیش از حد: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>پوست با مواد شیمیایی تماس: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>گردوغبار بیش از حد: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>دود و دمه بیش از حد: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p>
	۱۴- تعداد شاغلین: <input type="checkbox"/> خویش فرما <input type="checkbox"/> اعضاء خانواده <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> جمع شاغلین: .....
	<p>۱۵- وضعیت استفاده از نمک یددار:</p> <p>بسته بندی نمک: <input type="checkbox"/> بسته زرد رنگ <input type="checkbox"/> بسته سفید رنگ <input type="checkbox"/> بدون بسته <input type="checkbox"/></p> <p>نتیجه آزمایش از نمک ید: <input type="checkbox"/> آبی رنگ (دارای ید) <input type="checkbox"/> بدون تغییر رنگ (فاقد ید) <input type="checkbox"/></p>

## منابع فارسی:

- ۱- نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیروی انسانی پزشکی، وزارت بهداشت. دکتر سیروس پيله‌رودی، دکتر کامل شادپور، دکتر حسن وکیل
- ۲- شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، دکتر کامل شادپور
- ۳- خدمات ادغام یافته و روشی برای برآورد نیروی انسانی، دکتر سیروس پيله‌رودی
- ۴- گزارش کارآموزی دانشجویان دوره MPH، تابستان ۱۳۵۹ ه.ش، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران

## منابع غیر فارسی:

- 1- World Population Data Sheet, 1978
- 2- World Development Report, 1978
- 3- World Health Forum (102), 1980



شابک: ۲-۳۷-۸۱۴۹-۹۶۴

۴۵۰۰۰ ریال



انتشارات رضویہ

۶۶۹۶۷۴۳۳