

هوالحكيم
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

برنامه‌های بهداشتی
دفتر سلامت خانواده و جمعیت

- برنامه کشوری جمعیت و تنظیم خانواده
- برنامه کشوری مراقبت مادران
- برنامه کشوری مراقبت‌های ادغام یافته کودکان
- برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر
- برنامه کشوری مراقبت نوزادان
- برنامه کشوری مراقبت از کودکان
- برنامه کشوری غربالگری سرطان گردن رحم
- برنامه کشوری غربالگری سرطان پستان
- برنامه کشوری سلامت سالمندان

تهیه‌کننده: کارشناسان دفتر سلامت خانواده و جمعیت
با همکاری سیمین حکمت

برآوردی از وضع گذشته

بنا بر گزارشی که هیات بررسی مسایل بهداشتی و درمانی کشور در بهمن ۱۳۵۳ ارائه کردند با وجود آن که بیش از حدود نیم قرن از پرداختن به مسایل و اصول پزشکی نوین و برقراری موازین درمانی و بهداشتی می گذشت، فقط اقدام‌هایی به صورت پراکنده برای ارتقاء سطح تندرستی مردم در کشور صورت گرفته بود. زیرا به جای در نظر گرفتن خط مشی‌های جدید، به صورت اجزای لاینفک یک سیاست جامع و بهم پیوسته درازمدت، به برنامه‌های مقطعی با گرایش‌های متفاوت و گاه متضاد در برنامه‌ریزی کلی بهداشتی و درمانی توجه شده بود که توازن و یکپارچگی لازم را برای نیل به هدف‌های نوین در بر نداشت.

در آن سال‌ها با توجه به توان مالی و وضع سواد گروه‌های مختلف اجتماع و نظریه این‌که هیچگونه شبکه واقعی بهداشتی و درمانی در کشور وجود نداشت، وضع سلامت مردم به ویژه در مناطق روستایی با مشکلات فراوانی روبرو بود. «در سال ۱۳۵۱ از ۲/۷۶۹ واحد درمانگاهی فقط ۱۵۲۷ واحد آن در نقاط روستایی مستقر بود»^۱.

این درمانگاه‌ها توسط وزارت بهداشت، سازمان سپاه بهداشت، سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی، سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان و شیرخورشید سرخ دانشکده‌های پزشکی و سایر سازمان‌های خیریه و بخش خصوصی اداره می‌شد. در حقیقت هفتاد دستگاه دولتی ملی و خیریه در کشور وجود داشت که به امور درمانی و بهداشتی می‌پرداخت. پاره‌ای از آنها مانند وزارت بهداشت، ارتش شاهنشاهی، سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی، جمعیت شیرو خورشید سرخ، سازمان بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی روستاییان از تشکیلات وسیع سراسری برخوردار بودند. فعالیت پاره‌ای دیگر مانند دانشکده‌های پزشکی، بهداری و ژاندارمری کل کشور، بانک ملی ایران و آستان قدس رضوی، محدود به مناطق یا گروه‌های مشخص بود که در نتیجه شامل تعداد کمتری از جمعیت کشور می‌شد.

سهم بیشتر بودجه این سازمان‌ها از اعتبارهای دولتی یا موسسه‌های وابسته به دولت تامین می‌شد و سایر موسسه‌های به اصطلاح ملی یا خیریه فقط در ارقام بودجه عنوان دولتی نداشتند و در عمل از پول مردم و موسسه‌های وابسته به دولت که به آنها واگذار شده بود به فعالیت خود ادامه می‌دادند.

الف : بخش دولتی

در زیر به طور اختصار و به ترتیب سال‌های تاسیس به سازمان‌های دولتی و عمومی که ارائه خدمات آنها به ویژه برنامه‌های مادر و کودک در کشور بطور گسترده‌ای صورت می‌گرفت، می‌پردازیم.

وزارت بهداشتی علاوه بر وظایف و مسوولیت‌های بهداشتی و درمانی، در سه زمینه اصلی فعالیت‌های تندرستی، یعنی ترویج بهداشت، پیشگیری و درمان، موظف و مسوول نظارت بر همه فعالیت‌های بهداشتی و درمانی در سراسر کشور اعم از عمومی و خصوصی بود. اما به دلیل نارسایی‌های مشهود در وضع بیمارستان‌ها و سایر واحدهای زیرنظر

^۱ راهی نو برای تندرستی، گزارش هیات بررسی مسایل بهداشتی و درمانی کشور بهمن ماه ۱۳۵۳ ص ۴۵

وزارت بهداشتی، در دوره برنامه چهارم پیشنهاد شد که امور درمانی کشور به عهده مردم واگذار شود. بنابراین در اجرای این نظر، به تدریج کلیه بیمارستان‌های درمانی وزارت بهداشتی به جمعیت شیر و خورشید سرخ، یا به دانشکده‌های پزشکی واگذار شد. علاوه بر موسسه‌های وابسته به وزارت بهداشتی، دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌های دولتی که مخارج آنها از اعتبار دولت تامین می‌شد از جمله موسسه‌های دولتی محسوب می‌شدند. اما با این تفاوت که از لحاظ استخدامی و مالی استقلال کامل داشتند و در عمل خود را تابع وزارت بهداشتی نمی‌دانستند.

جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران

که عضو جمعیت صلیب سرخ بین‌المللی بود و در سال ۱۳۰۲ تاسیس شده در ابتدا فعالیت‌هایش منحصر به مقابله با حوادث و سوانح بود. اما از سال ۱۳۲۰ دامنه فعالیت خود را گسترش داد و به امور مختلف درمانی، بهداشتی، رفاه اجتماعی و آموزش مانند اداره بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، پرورشگاه‌ها و امور تنظیم خانواده و تربیت پرستار و بهیار پرداخت.

در بخش دولتی و عمومی سه سازمان مسوول امر بیمه درمانی کارگران و کارمندان دولت و روستاییان بودند که عبارتند از:

- سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران
- سازمان بیمه کارمندان دولت
- سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان

سازمان‌ها و واحدهای درمانی و پزشکی دیگری به جز وزارت بهداشتی و دانشگاه‌ها عهده‌دار تامین بهداشت و درمان گروه‌های مختلف اجتماعی به ویژه کارمندان خود بودند که به آنها سازمان‌های دولتی و یا وابسته به دولت می‌گفتند مانند شرکت ملی نفت ایران، راه‌آهن، شهربانی و ژاندارمری، وزارت راه، بانک ملی، وزارت اقتصاد، ذوب آهن، دادگستری و وزارت دربار.

در کنار این سازمان‌ها، سازمان‌های خیریه تاسیس شدند که سهم مؤثری در تامین خدمات بهداشتی درمانی کشور داشتند از قبیل:

- بنگاه حمایت مادران و نوزادان
- سازمان خیریه و کمک‌های بهداشتی کشور
- جمعیت ملی مبارزه با سرطان
- بنیاد نیکوکاری شمس پهلوی
- سایر سازمان‌های خیریه و رفاه اجتماعی

ب - بخش خصوصی

- در بخش خصوصی خدمات درمانی و تشخیصی به دو گونه ارائه می‌شد:
- ارائه خدمات فردی؛ که خدمات توسط مطب‌ها و مراکز تشخیصی صورت می‌گرفت
 - ارائه خدمات گروهی؛ که به وسیله درمانگاه‌ها، پلی‌کلینیک‌ها یا بیمارستان‌ها انجام می‌شد.

بطور مشخص برنامه بهداشت مادر و کودک در ایران با فعالیت آموزشگاه عالی مامایی دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۸ آغاز شد. یک سال بعد یعنی در سال ۱۳۱۹ بنگاه حمایت مادران و کودکان تاسیس شد. هدف این سازمان رفع نیازمندی‌های زنان باردار و بی‌بضاعت از طریق معالجه سرپایی، قبل از زایمان، بستری کردن آنان برای زایمان و دوران نقاهت بود.

در سال ۱۳۲۶ بر فعالیت‌های قبلی این موسسه، زایمان و مراقبت از مادر و نوزاد در منازل افزوده شد. در ضمن تربیت بهیار برای مراکز درمانی این سازمان، توسط همین موسسه انجام می‌شد. بنگاه خواجه نوری نیز همزمان با مؤسسه فوق تاسیس و ارائه خدمات بهداشت مادر و کودک را شروع کرد. این مؤسسه یکی از مراکز بهداشتی وزارت بهداشت بود که پس از مدتی به سازمان مشترک مادر و کودک توسعه یافت.

از طرف دیگر سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی در سال ۱۳۲۶ تاسیس شد که هدف آن کمک به افراد نیازمند از طریق اقدام‌های بهداشتی، درمانی، فرهنگی، خیریه و اجتماعی بود. "این سازمان در سال ۱۳۵۱ دارای بیش از ۴۹۴ تخت بود و گذشته از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، رویهمرفته ۱۴۰ اندرگاه نیز در نقاط مختلف کشور داشت که مادران و کودکان برای کمک‌های غذایی، آموزش بهداشت و سایر امور مربوط به بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده از آن استفاده می‌کردند."^۲

لازم به یادآوری است که در حدود سال ۱۳۳۰ سازمانی به عنوان سازمان همکاری بهداشت بین‌المللی در جوار اصل چهار در ایران به وجود آمد که جزیی از برنامه‌های بهداشتی آن بهداشت مادر و کودک بود. متعاقب آن در سال ۱۳۳۴ اداره بهداشت مادر و کودک در وزارت بهداشت تاسیس شد. در کلینیک‌های مادر و کودک روش‌های پیشگیری از حاملگی برای زنان توضیح داده می‌شد در سال ۱۳۳۵ قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری و IUD وارد ایران شد و اولین درمانگاه تنظیم خانواده در سال ۱۳۳۷ شروع بکار کرد.

در سال ۱۳۴۱ برای اولین بار برنامه جمعیتی در برنامه عمرانی سوم ادغام و به دنبال آن مراکز بهداشت ایجاد شد.

^۲ راهی برای تندرستی، گزارش هیات بررسی مسایل بهداشتی و درمانی کشور، ص ۱۲۲-۱۲۳

در سال ۱۳۴۳ مساله پیشگیری از بارداری مورد نظر مقام‌های روحانی قرار گرفت. در برنامه عمرانی چهارم مراکز بهداشت توسعه یافت و معاونت جمعیت و تنظیم خانواده در وزارت بهداشتی وقت به وجود آمد و سبب شد که ۵۱۸۶۵۹ زن در سنین باروری تحت پوشش برنامه قرار گیرند.

در سال ۱۳۴۳ سپاه بهداشت تشکیل شد که نخستین افراد آن در ۶۰ گروه به روستاهای کشور اعزام شدند. از اهداف تشکیل این گروه می‌توان به واکسیناسیون کودکان و مراقبت‌های بهداشتی از مادران و کودکان به منظور ایجاد نسل سالم اشاره کرد. این سازمان دارای پایگاه‌ها، واحدهای پزشکی و گروه‌های پزشکی بود.

از سال ۱۳۴۶ در کشور فعالیت نسبتاً چشمگیری درباره بهداشت و تنظیم خانواده آغاز شد و اعتباری به مبلغ ۵۰۰ میلیون ریال برای آن در نظر گرفته شد. اصول اجرایی این برنامه عبارت بود از:

- آموزش عمومی مردم و گروه‌های اختصاصی
- ایجاد کلینیک‌های بهداشتی و تنظیم خانواده
- انجام تحقیق‌ها و مطالعه‌هایی در زمینه‌های جمعیتی، پزشکی و اقتصادی
- ارزشیابی فعالیت‌های انجام شده

تاسیس ۱۸۸۴ کلینیک بهداشت و تنظیم خانواده در سراسر کشور یکی از موفقیت‌های این برنامه بود.

با توجه به این که کمبود بسیار زیادی در کادر مامایی کشور وجود داشت در سال ۱۳۴۸ وزارت بهداشتی برای خدمت در روستاها و عشایر به تاسیس کلاس‌های آموزش کوتاه مدت ۴ ماهه و سپس ۹ ماهه اقدام کرد که آنان را مامای روستایی نامیدند. شرایط ورود به این کلاس‌ها داشتن سواد در حدود شش ابتدایی بود.

نحوه ارائه برنامه‌های بهداشتی به خصوص مراقبت‌های بهداشتی از مادران و کودکان از سال ۱۳۴۱ تا ۱۳۵۷ در سه دوره، شامل برنامه‌های عمرانی سوم، چهارم و پنجم مطرح شد.

برنامه عمرانی سوم از سال ۱۳۴۱ تا ۱۳۴۶ بود که به علت اهمیت برنامه‌های پیشگیری و بهداشتی توصیه شد، وزارت بهداشتی به تدریج وظایف خود را محدود به امور پیشگیری و بهداشت و یکی از گروه‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در این برنامه، سپاه بهداشت بود. اما سپاه بهداشت به دلیل موقتی و کوتاه بودن مدت خدمت وظیفه آنان، توجه و تمرکز بیشتر به خدمات درمانی، عدم توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی در سطح روستا و واحدهای پیشیان (مراکز تخصصی و بیمارستان) نتوانست جوابگوی خدمات بهداشتی درمانی مناطق روستایی کشور باشد. در این دوره ۵۰ کلینیک مادر و کودک در کشور احداث شد که به امر درمان، مراقبت و آموزش زنان و واکسیناسیون می‌پرداختند. همزمان با احداث این کلینیک‌ها، سرویس‌های سیار زایمان در منزل تاسیس شد که از

ماماهای محلی دوره دیده استفاده می‌شد.^{۱۱۱} لازم به ذکر است که ایجاد مراکز بهداشت در برنامه سوم پیشنهاد و آغاز شد و در برنامه چهارم توسعه یافت.

برنامه عمرانی چهارم از سال ۱۳۴۷ تا ۱۳۵۱ بود که از هدف‌های اساسی آن در بخش بهداشت و درمان، تامین خدمات پیشگیری و بهداشتی برای عموم مردم در نقاط شهری و روستایی و ایجاد مراکز بهداشت در این مناطق بود. خدمات بهداشتی در برنامه چهارم شامل مجموعه‌ای فعالیت‌های گوناگون مانند مصون‌سازی مبارزه با بیماری‌ها، سالم‌سازی محیط، بهداشت مادران و کودکان، بهداشت و تنظیم خانواده، بهبود تغذیه، مطالعه‌های اپیدمیولوژی و آموزش بهداشت به مردم بود.^{۱۱۲}

از اقدام‌های برنامه چهارم احداث درمانگاه‌های روستایی و ارائه خدمات به صورت نیمه سیاری توسط وزارت بهداشت بود که در برخی از آنها خدمات تنظیم خانواده توسط پزشک، ماما، متصدی بهداشت و تنظیم خانواده ارائه می‌شد.

طرح آذربایجان غربی در سال ۱۳۵۰ با همکاری سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سازمان برنامه و سازمان خدمات اجتماعی آغاز شد. طبق بررسی انجام شده در سال ۱۳۵۱ این برنامه به علت جوان بودن ماماها روستایی، فقدان شبکه یا سازمانی که آنان را سرپرستی کند برآورده نشدن نیازهای مالی این گروه، وجود ماماها سنتی، درخواست وجه به جای کالا به عنوان حق‌الزحمه، با موفقیت همراه نبود.^{۱۱۳} بنابراین آموزش کارمندان بهداشتی به نام بهورز آغاز شد که ماماها روستایی تربیت شده برای آموزش بهورزی ارجحیت داشتند و بعدها به نام بهورز ماما شناخته شدند.

در هدف برنامه پنجم عمرانی (۱۳۵۱ - ۱۳۵۶) برای مراقبت مادران و کودکان، تامین بهداشت مادر و کودک به میزان ۳۰٪ جامعه شهری و ۱۰٪ جامعه روستایی پیش بینی شده فعالیت‌های عمده این برنامه شامل معاینه منظم زنان باردار، در صورت لزوم زایمان در منزل و معاینه کودکان صفر تا دوسال برای حصول سلامت کودک بود.

طرح ایجاد شبکه عرضه خدمات بهداشتی اولیه به صورت استقرار خانه‌های بهداشت در روستا در سال ۱۳۵۶ توسط وزارت بهداشت پذیرفته شد و به مرحله اجرا درآمد.

^{۱۱۱} بهداشت و بهداشتی در برنامه عمرانی سوم، دفتر اطلاعات و گزارش‌ها، سازمان برنامه ۱۳۴۶ ص ۵۶

^{۱۱۲} برنامه چهارم بهداشت و بهداشتی گروه برنامه‌ریزی بهداشت و رفاه اجتماعی ص ۱۵

^{۱۱۳} راهی نو برای تندرستی گزارش هیات بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور در سال ۱۳۵۱ ص ۸۱ و ۸۲

در دوران بعد از برنامه پنجم، هدف تعیین شده در برنامه، ارائه مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان به ۳۰٪ جمعیت روستایی و ۷۰٪ جمعیت شهری متناسب با توسعه و گسترش شبکه خدمات بهداشتی درمانی بود که مصادف با انقلاب اسلامی شد^{۱۱۱}

مطالعه فعالیت‌های بهداشت مادر و کودک در آن سال‌ها نشان می‌دهد که در سال‌های قبل از انقلاب، سازمان‌های متعددی مسوول ارائه خدمات بهداشتی درمانی بودند که بطور پراکنده این خدمات را ارائه می‌کردند و با درنظر گرفتن ازدیاد جمعیت این خدمات از نظر کمی جوابگوی نیاز جامعه نبود. این خدمات فقط شامل انجام واکسیناسیون در حد ناقص، دادن شیرخشک برای تغذیه کودکان، تحت نظر گرفتن تعداد کمی از مادران در دوران بارداری بدون ارجاع آنان به مراکز بهداشتی درمانی در موقع زایمان و عدم پی‌گیری وضع آنان پس از زایمان بود. بنابراین پس از انقلاب در نحوه ارائه خدمات بهداشت مادر و کودک تغییر داده شد.

^{۱۱۱} خلاصه بخش بهداشت، درمان و تغذیه در برنامه عمرانی ششم، ص ۲

بهداشت خانواده پس از انقلاب اسلامی

با برقراری سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده و تغذیه از اجزای مهم این سیستم شمرده شدند. در خرداد ماه ۱۳۵۸ اداره کل بهداشت خانواده در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت به وجود آمد که متولی تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت خانواده با توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه است.

در طرح گسترش شبکه، هر شهرستان به عنوان یک واحد جغرافیایی در نظر گرفته شد و واحدهای پیش‌بینی شده برای ارائه خدمات در روستا و شهر عبارتند از خانه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، مراکز بهداشتی درمانی شهری و بیمارستان. از وظایف عمده این واحدها ارائه مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان است.

در طراحی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی تربیت نیروهایی که بتوانند مجموعه‌ای از خدمات را به صورت تلفیقی و ادغام یافته عرضه کنند، مدنظر بود و بر همین اساس طرح تربیت کاردان بهداشت خانواده مطرح و مجلس شورای اسلامی آن را در مرداد ۱۳۶۲ تصویب کرد. از طرف دیگر برای جلوگیری از عوارض بارداری و زایمان و کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان در مناطق روستایی، برنامه آموزش ماماها محلی در سال ۱۳۶۲ مورد تصویب وزارت بهداشتی قرار گرفت و فعالیت آن آغاز شد.

در سال ۱۳۶۳ برنامه تنظیم خانواده در سیستم شبکه ادغام شد و با بررسی سرشماری جمعیت و رشد روزافزونی آن، در سال ۱۳۶۷ پس از بیانات حضرت‌آیت‌الله خامنه‌ای در مورد رشد شتابان جمعیت و اهمیت تنظیم خانواده، سمینار ملی جمعیت و توسعه در شهر مقدس مشهد برگزار شد که حاصل آن برنامه ملی خانواده با تأیید حضرت امام خمینی (ره) بود. متعاقب این برنامه در خرداد ۱۳۶۷ دولت سیاست تحدید موالید را اعلام کرد. در سال ۱۳۷۲ قانون تنظیم خانواده مشتمل بر ۴ ماده و ۲ تبصره از تصویب مجلس شورای اسلامی گذشت و به تأیید شورای نگهبان رسید.

طبق مطالعه‌ای که در سال ۶۳ بر روی ۱۰٪ جامعه صورت گرفت، اسهال ۲۲ درصد از کل مرگ‌های کودکان زیر ۵ سال را به خود اختصاص می‌داد و به عنوان اولین عامل مرگ کودکان شناخته شد. بنابراین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۳ اقدام به تهیه طرح کنترل بیماری‌های اسهالی و آن را در برنامه‌های بهداشت خانواده ادغام کرد.

ترویج تغذیه با شیرمادر در ایران از سال ۱۳۶۵ آغاز شد که نخستین اقدام آن تشکیل کمیسیون شیروغذای کودک، محول کردن توزیع شیرخشک به سه شرکت توزیع‌کننده دولتی و تهیه برچسب یکسان قوطی‌های شیرخشک بود. پس از آن بخشنامه‌ی مقام محترم وزارت وقت به کلیه استان‌ها در مورد اجرای طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد ارسال شد.

از سال ۱۳۶۹ برنامه کنترل عفونت‌های حاد تنفسی برای کودکان زیر ۵ سال با انتخاب سه شهرستان پایلوت (شهرکرد، سراب و قوچان) آغاز شده در سال ۱۳۷۰ دوازده استان سردسیر کشور تحت پوشش برنامه (آموزش کارکنان بهداشتی در کلیه رده‌ها، تامین و تدارک داروها و مواد آموزشی مورد نیاز برنامه) قرار گرفت. در سال ۱۳۷۱، ۱۲ استان باقیمانده کشور به برنامه پیوست. در سال ۱۳۷۲ برنامه لکه‌گیری آموزش کارکنان و هم‌چنین بررسی قوم‌نگاری متمرکز *Focused Ethnographic Study* در پنج قوم ترک، لر، فارس، عرب و کرد انجام شد، در سال ۱۳۷۳ گسترش برنامه در بیمارستان‌ها و مراکز آموزش کشور انجام شد.

در سال ۱۳۷۳ کمیته کشوری کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان تشکیل شد، در سال ۱۳۷۴ پس از برنامه‌ریزی‌های اولیه ۱۵ شهرستان از دو استان خراسان و آذربایجان شرقی به منظور اجرای پایلوت، تدوین مدل آموزشی کارکنان سطح اول خدمات، آموزش آن به مربیان بهورزی و ماماها، روستایی، انتخاب شدند.

طبق بررسی به عمل آمده در سال ۱۳۶۷، شاخص میزان مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان در روستاهای کشور ۱۳۸ درصد هزار تولد زنده و در کل کشور ۹۰/۶ درصد هزار تولد زنده بود. با توجه این شاخص و هم‌چنین عدم دسترسی مادران در مناطق روستایی به افراد دوره دیده در امر زایمان، اجرای دو طرح تربیت ماماروستایی و راه‌اندازی واحدهای تسهیلات زایمانی از نیمه دوم سال ۱۳۶۹ آغاز شد.

پروژه رابطین بهداشتی در سال ۱۳۶۹ بطور آزمایش در جنوب شهر تهران آغاز شد و اکنون در تمام شهرهای کشور در حال اجرا است. رابطین بهداشتی از بین زنان واجد شرایط هر محله یا منطقه انتخاب می‌شوند و در کلاس‌های آموزشی شرکت می‌کنند. هر رابط بطور متوسط حدود ۵۰ خانواده را تحت پوشش خود قرار می‌دهد.

با توجه به سرشماری سال ۱۳۷۵ که جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال را ۳/۷ میلیون نفر یعنی معادل ۶/۶ درصد کل جمعیت نشان می‌داد، اداره کل بهداشت خانواده، واحد سالمندان راتشکیل داد. به دنبال تشکیل این واحد، کمیته علمی کشوری با حضور نمایندگان سازمان بهزیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها و متخصصین طب سالمندی تشکیل شد. بنابراین تشکیل طرح اولیه بهداشت سالمندان تدوین و پیش‌بینی شد که با راهکار ادغام در شبکه، ابتدا در مناطق پایلوت آزموده شود. در حال حاضر اداره زنان و سالمندان متولی برنامه و طرح‌های زیر است:

- برنامه غربالگری سرطان گردن رحم
- برنامه غربالگری سرطان پستان
- سلامت سالمندان

درمورد برنامه غربالگری سرطان گردن رحم باید گفت سابقه انجام پاپ اسمیر همزمان با ترویج برنامه تنظیم خانواده است. از هنگامی که خانم‌ها از کنتراسپتیو به ویژه IUD استفاده می‌کردند تست پاپ اسمیر انجام می‌شد. اما

اولین سوابق مکتوب آن از سال ۱۳۷۰ موجود است. از سال ۱۳۷۴ تست پاپ اسمیر به عنوان برنامه‌ای مجزا با هدف ارتقاء سلامت زنان مطرح و تدریجاً با دیدگاه غربالگری به آن توجه شد گروه هدف آن از زمان سنین باروری به زنان ۲۰ تا ۶۵ سال حداقل یکبار ازدواج کرده، تغییر کرد.

اولین طرح پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان پستان در سال ۱۳۷۴ در بخش بهداشت ارائه شد و در سال ۱۳۷۵ با تشکیل جلسات کمیته علمی تداوم یافت. در سال ۱۳۷۶ اجرای آزمایشی غربالگری سرطان پستان با همکاری جهاد دانشگاهی تهران آغاز شد و بعد از ۲ سال ارزشیابی این برنامه توسط گروه متخصصین بهداشت مادر و کودک و اپیدمیولوژی انجام شد که حاکی از اشکال‌های فراوان در طراحی بود و منجر به تعطیلی پایلوت شد. همزمان فعالیت‌های پراکنده‌ای در برخی از استان‌ها تحت عنوان غربالگری سرطان پستان انجام شد که هیچ یک شرایط یک برنامه غربالگری را دارا نبودند.

برنامه

جمعیت و تنظیم خانواده

مقدمه:

خانواده واحد اصلی جامعه است. تغییر سریع جمعیتی، اجتماعی - اقتصادی بر الگوهای شکل‌گیری خانواده و زندگی خانوادگی اثر می‌گذارد و تغییرهای چشمگیری را در ترکیب و ساختار خانواده‌ها ایجاد می‌کند با توجه به اهمیت روندهای جمعیتی در امر توسعه لازم است روابط متقابل بین میزان‌های باروری و مرگ و میر را بشناسیم و آن را قبول کنیم و هدف خود بر مبنای کاهش میزان مرگ و میر کودکان و مادران قرار دهیم. در این راستا بهداشت باروری و تنظیم خانواده اهمیت بسیار دارد.

بهداشت باروری به حالتی از تندرستی کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی در سیستم باروری و روند و کارکرد آن اطلاق می‌شود. بهداشت تولید مثل یعنی آن که مردم قابلیت تولید مثل و آزادی تصمیم‌گیری در مورد چگونگی، وقت و تناوب آن را داشته باشند. این تعریف بدان معنی است که امکان آگاهی و دسترسی به بهترین روش‌های مطمئن، مؤثر، کم هزینه و قابل قبول پیشگیری از بارداری (که همسو با قانون نیز می‌باشند) و همچنین حق دسترسی به خدمات بهداشتی که زنان را قادر می‌سازد تا برای دوران بارداری و زایمانی ایمن باشند، وجود داشته باشد.

برنامه‌های بهداشت باروری باید در خدمت، نیاز زنان، جوانان و نوجوانان باشند و زنان را در رهبری، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، مدیریت، اجرا، سازمان‌دهی و ارزشیابی خدمات مشارکت دهند. چنین برنامه‌هایی باید اطلاعات مشاوره‌ای و خدمات به نوجوان، جوانان و مردان بالغ را مورد نظر قرار دهد و آنان را آموزش دهند و قادر به مشارکتی برابر در مسوولیت‌های تنظیم خانواده، پرورش کودکان و قبول مسوولیت اصلی پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی کند.

برنامه تنظیم خانواده شامل ارائه همگانی خدمات با کیفیت، کم هزینه و قابل قبول به نیازمندان و متقاضیان خدمت است تا گیرندگان خدمت بتوانند به هدف‌های تولید مثل خود، و پیشگیری از وقع بارداری‌های پرخطر، بیماری و مرگ دستیابی داشته باشند. برای اثربخشی بیشتر این برنامه‌ها، بهبود کیفیت اطلاع‌رسانی، آموزش، ارتباطات، مشاوره و خدمات، افزایش مشارکت و سهم مسوولیت مردان در انجام تنظیم خانواده، ضروری است.

رسالت اداره جمعیت و تنظیم خانواده

جمعیت و تنظیم خانواده متولی تنظیم باروری و همچنین کاهش اثرهای سوء ناشی از افزایش رشد ناموزون جمعیت با عوامل توسعه کشور (مانند بی‌سوادی، فقر، اعتیاد، رفتارهای ناهنجار اجتماعی و ...) در راستای تعهدهای ملی (برنامه‌های توسعه) و بین‌المللی (ICPD) است.

گروه هدف:

زنان و مردان بالای ۱۰ سال ساکن در کشور اعم از ایرانی و غیرایرانی، مجرد و متأهل در حال ازدواج می‌باشند.

ارائه دهندگان خدمت عبارتند از:

ماماروستا، بهورز، کاردان و کارشناس بهداشت خانواده، ماما و پزشک جهت ارائه خدمات مشاوره‌ای و کلینیکی، نیروهای آموزش دیده مردمی (رابطین بهداشتی و مدرسین مفاهیم جمعیت و بهداشت باروری جهت ارائه خدمات آموزشی) است.

مکان ارائه خدمت:

بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه است.

جداول فرایندهای برنامه

شاخص	میزان	منبع
پوشش خدمت	۷۴/۱ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
پوشش روش‌های مدرن	۶۴/۶ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
پوشش روش‌های غیرمدرن	۹/۵ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
درصد استفاده از قرص	۲۶/۳ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
درصد استفاده از کاندوم	۴/۲ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
درصد استفاده از بستن لوله زنان	۲۱/۲ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
درصد استفاده از بستن لوله مردان	۱/۲ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
درصد استفاده از نورپلنت	۰/۹ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
درصد استفاده از آمپول	۵/۴ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
میزان موالید خام در روستا	۱۶/۴ در هزار	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
میزان مرگ خام در روستا	۴/۴ در هزار	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
نسبت جنسی در روستا	۱۰۵/۶	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
میزان باروری عمومی	۷۰/۵ در هزار	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
میزان خام تجدید نسل	۱/۰۵	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
میزان باروری کلی	۲/۱۶	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
رشد جمعیت	۱/۲۱ درصد	زیج حیاتی روستایی سال ۱۳۷۸
شیوع حاملگی ناخواسته در روستا	۲۲/۴ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
پوشش خدمت در کشور	۷۲/۹ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
پوشش روش‌های مدرن در کشور	۵۶ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
پوشش روش‌های غیرمدرن در کشور	۱۶/۹ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
درصد استفاده از قرص در کشور	۲۰/۹ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
درصد استفاده از کاندوم در کشور	۵/۴ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
درصد استفاده از IUD در کشور	۸/۳ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)

منبع	میزان	شاخص
(۱۳۷۶)		

شاخص	میزان	منبع
درصد استفاده از بستن لوله زنان در کشور	۱۵/۵ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
درصد استفاده از بستن لوله مردان در کشور	۱/۹ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
درصد استفاده از نورپلنت در کشور	۰/۵ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
درصد استفاده از آمپول در کشور	۲/۹ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
درصد استفاده صحیح از قرص در کشور	۶۹/۶ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
شیوع حاملگی ناخواسته در شهر	۲۶/۷ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
شیوع حاملگی ناخواسته همزمان با مصرف قرص در کشور	۶۹/۶ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
شیوع حاملگی ناخواسته همزمان با مصرف کاندوم در کشور	۹/۴ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
شیوع حاملگی ناخواسته همزمان با روش سنتی در کشور	۲۸/۴ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
شیوع حاملگی ناخواسته همزمان با هیچ روش در کشور	۱۸/۹ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
شیوع حاملگی ناخواسته همزمان با سایر روش‌ها در کشور	۶/۶ درصد	بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله (سال ۱۳۷۶)
میزان مرگ خام در کشور	۵/۶ درهزار	مرکز آمار ایران ۱۳۷۵
میزان موالید خام در کشور	۲۰/۵ در هزار	مرکز آمار ایران ۱۳۷۵
میانة سنی جمعیت در کشور	۱۹/۳۸ (مرد) ۱۹/۴۵ (زن)	مرکز آمار ایران ۱۳۷۵
نسبت جنسی در کشور	۱۰۳	مرکز آمار ایران ۱۳۷۵
میزان باروری کلی در شهر	۲/۵	مرکز آمار ایران ۱۳۷۵
میزان باروری کلی در روستا	۳/۸۷	مرکز آمار ایران ۱۳۷۵

اطلاعات جمعیت و تنظیم خانواده براساس DHS

سال ۱۳۷۹

میزان	شاخص	میزان	شاخص
۲۴/۱	- درصد حاملگی ناخواسته هردو	۱۶/۳	- میزان موالید
۳/۵	- درصد حاملگی ناخواسته زن	۱/۲	- نرخ رشد جمعیت
۱۰/۹	- درصد حاملگی ناخواسته مرد	۲	- میزان باروری کلی
۱۶۱/۴	- درصد حاملگی ناخواسته هردو	۶۱	- میزان باروری عمومی
۹۸/۴	- درصد زنان حداقل یکبار ازدواج کرده ۴۹- ۱۰ سال آشنا به قرص	۰/۳	- میزان باروری اختصاصی سنی در زنان ۱۴ - ۱۰ سال
۹۰/۱	- درصد زنان حداقل یکبار ازدواج کرده ۴۹- ۱۰ سال آشنا به کاندوم	۹۸/۷	- میزان باروری اختصاصی سن در زنان ۲۴ - ۲۰ سال
۸۲/۹	- درصد زنان حداقل یکبار ازدواج کرده ۴۹- ۱۰ سال آشنا به نزدیکی منقطع	۱۲۲/۵	- میزان باروری اختصاصی سنی در زنان ۲۹ - ۲۵ سال
7/91	- درصد زنان حداقل یکبار ازدواج کرده ۴۹- ۱۰ سال آشنا به V.L	۸۸/۲	- میزان باروری اختصاصی سنی در زنان ۳۴ - ۳۰ سال
۹۶/۵	- درصد زنان حداقل یکبار ازدواج کرده ۴۹- ۱۰ سال آشنا به T.L	۴۵	- میزان باروری اختصاصی سنی در زنان ۳۹ - ۳۵ سال
۸۸	- درصد زنان حداقل یکبار ازدواج کرده ۴۹- ۱۰ سال آشنا به DMPT	۱۴/۸	- میزان باروری اختصاصی سنی در زنان ۴۴ - ۴۰ سال
۹۳/۳	- درصد زنان حداقل یکبار ازدواج کرده ۴۹- ۱۰ سال آشنا به IUD	۳/۲	- میزان باروری اختصاصی سنی در زنان ۴۹ - ۴۵ سال
۴/۳	- درصد زنان ۴۹-۱۵ سال همسر دار که از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی کنند	۱۸/۴	- درصد استفاده از قرص
۹/۱	- درصد زنان ۴۹-۱۵ سال همسر دار استفاده کننده از کاندوم و روش سنتی دارای اطلاعات صحیح درمورد استفاده از E.C	۵/۹	- درصد استفاده از کاندوم
۵/۳	- درصد زنان باردار در کل زنان ۱۵-۴۹ سال همسر دار	۸/۵	- درصد استفاده IUD
۱۸/۶۹	- درصد زنان بارداری که همزمان با استفاده از روش پیشگیری حامله شده اند	۱۷/۱	- درصد استفاده از T.L
۶/۷۸	- درصد زنان بارداری که همزمان با استفاده از قرص های پیشگیری حامله شده اند	۲/۷	- درصد استفاده V.L
۰/۰۸	- درصد زنان بارداری که همزمان با IUD حامله شده اند	۲/۸	- درصد استفاده DMPA
۴/۳	- درصد زنان بارداری که همزمان با کاندوم حامله شده اند	۰/۵	- درصد استفاده از نورپلات
۷/۸۵	- درصد زنان بارداری که همزمان با استفاده از روش سنتی حامله شده اند	۰/۴	- درصد استفاده از دوره مطمئن
۰/۰۵	- درصد زنان بارداری که همزمان با TL حامله شده اند	۱۷/۴	- درصد استفاده از روش منقطع
۰/۰۱	- درصد زنان بارداری که همزمان با VL حامله شده اند	۵۵/۹	- درصد استفاده از روشهای مدرن
۲۰/۲	- درصد زنان باردار برحسب پسرخواهی	۷۳/۸	- درصد استفاده از کل روشها
		۵۱/۵	- درصد مصرف صحیح قرص

تحلیل برنامه:

۱- نقاط قوت

- ساختار سازمانی مصوب
- روند رو به بهبود نظام مدیریتی
- ادغام برنامه در سیستم شبکه بهداشت و درمان
- منابع مالی ثابت و مستمر
- رابطین بهداشتی
- ادغام آموزش و پژوهش در خدمت
- سیستم ارجاع و پیگیری
- سیاست جلب رضایت‌مندی گیرندگان خدمت
- برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی
- ارائه خدمات فعال (active) در سطح روستا
- اتخاذ سیاست جلب مشارکت مردمی
- اولویت بهداشت بر درمان
- اولویت روستا بر شهر
- سیاست تمرکززدایی

۲- نقاط ضعف

- هماهنگ نبودن ساختار سازمانی با رسالت اداره
- نظام مدیریتی ناکارآمد
- جامع نبودن خدمات
- دسترسی ناکامل به خدمات تنظیم خانواده
- محدود بودن منابع مالی
- ضعف نیروی انسانی از نظر کمیت و کیفیت
- ضعف هماهنگی‌های درون و برون بخشی
- شفاف نبودن گردش کارها
- ضعف برنامه‌ریزی (طراحی و اجرا)

- شفاف نبودن شرح وظایف کارکنان
- رضایت‌مندی غیرآگاهانه و ناکافی متقاضیان خدمت
- نارضایتی ارائه‌کنندگان خدمت
- سیستم ارجاع ناکارآمد
- ضعف سیستم پیگیری
- اثربخشی پایین برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی
- نظام پایش و ارزشیابی ناکارآمد
- ضعف انگیزه کارکنان
- تجربه و مهارت پایین مدیران مختلف در زمینه بکارگیری علم و هنر مدیریت
- وجود مشکلات و ضعف در استمرار برنامه رابطین بهداشتی
- تعویض سریع مدیران و افراد کلیدی
- ارائه خدمات غیرفعال (passive) در شهر

۳- فرصت‌ها

- تصویب قانون تنظیم خانواده
- آگاه بودن جامعه از مشکلات رشد ناموزون جمعیت
- حمایت رهبران سیاسی و روحانیون از برنامه
- ادغام مفاهیم جمعیت در برنامه توسعه پایدار
- منابع مالی ملی و بین‌المللی
- حمایت سازمان‌های غیردولتی و بین‌المللی از برنامه
- مشکلات اقتصادی
- ارتقاء سطح بهداشت و سلامت (کاهش مرگ، افزایش امید به زندگی و ...)
- مشارکت مردمی
- تاسیس شورای عالی جمعیت و تحديد موالید
- افزایش شهرنشینی
- همکاری رسانه‌های گروهی و جمعی
- گرایش مثبت جامعه در زمینه پذیرش تنظیم خانواده
- ویژگی‌های جمعیتی (کاهش موالید خام و ...)

۴- تهدیدها

- باورهای غلط و سنتی در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری
- سیاست‌های محافظه‌کارانه برخی از رهبران سیاسی و روحانی

- محدودیت منابع مالی و بین‌المللی
- هماهنگ نبودن سازمان‌های غیردولتی و بین‌المللی با اهداف برنامه
- مشکلات اقتصادی
- افزایش حاشیه‌نشینی
- مهاجرت به کشور
- ویژگی‌های جمعیتی (جوان بودن جمعیت، روستاهای سیاری و ...)
- فرهنگ حجب و حیا در زمینه آموزش جامعه
- قوانین دست و پاگیر در زمینه توسعه کمی و کیفی برنامه
- ضعف آگاهی جامعه از مراکز ارائه خدمت به ویژه در سطح شهر
- ضعف مشارکت مردمی

انتظار کلی از برنامه تنظیم خانواده در دانشگاه‌های تابعه

الف - سطح استانی

- تمرکززدایی و رعایت سیستم شبکه در مشاوره‌حین ازدواج
- درگیر کردن بهداشت مدارس در آموزش دانش‌آموزان با تاکید بر سال‌های آخر دبیرستان و ارسال نتیجه کار
- استفاده از الگوریتم نحوه تعیین وضعیت موجود در تبیین اهداف برنامه در سال آینده
- توسعه خدمات به بخش خصوصی
- تیم سیار ارائه خدمات فوق
- توجه به سیاست کاهش مصرف قرص و کاندوم و افزایش روش‌های مدرن تاثیرناپذیر از رفتار مصرف‌کننده
- توجه به گروه‌های هدف برنامه با در نظر گرفتن نسبت و مطلق جمعیت آنان و محل به دست آوردن آنها
- استفاده از مدل گارسیا برای ارزیابی کیفی مرکز بهداشتی درمانی شهری
- پیگیری اجرای آموزش واحد درسی در سایر دانشگاه‌ها
- پیگیری جدی اجرای روش‌های اورژانس پیشگیری از بارداری
- حذف سرشماری در مناطق با خدمت پاسیو

ب: در شهرستان

- همه جمعیت را در نظر بگیرید و روی خدمات مراکز شهری بیش از روستا نظارت داشته باشید
- کارکنان مرد سایر واحدها را در ارائه خدمات مشاوره‌ای تنظیم خانواده بکار بگیرید
- از ساعت‌های تعطیلی مراکز استفاده کنید
- مراجعه مراجعین به مرکز را زمان‌بندی کنید

ج: در مرکز بهداشتی درمانی

- کیفیت خدمات را برای کسانی که سرویس می‌گیرند کنترل و نظارت کنید

د: در خانه بهداشت

- از بررسی متولدین به تنظیم خانواده برسید (مقایسه دفاتر مراقبت مادران و تنظیم خانواده)
- کسانی که سرویس نمی‌گیرند را نیز چک کنید
- نحوه استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را در گروه پرخطر بررسی کنید

راهکارهای دانشگاهی

تعهدات اداره جمعیت (ملی)

- نهادینه کردن بیانیه رسالت در فعالیتهای برنامه
- ارائه الگوریتم بررسی وضعیت موجود در سطح شهرستان
- ارائه مدل تحلیل اطلاعات مورد نیاز برنامه
- تامین اطلاعات لازم جهت برنامه ریزی
- تعیین حداقل استانداردهای لازم جهت برنامه
- تعریف شاخصهای پایش و ارزشیابی برنامه
- تعریف روش و ابزارهای پایش و ارزشیابی برنامه
- تعیین سیاستهای ملی تنظیم خانواده
- تعیین سیاستهای ملی جمعیت

اهداف برنامه در سال ۸۰ به شرح زیر تعیین می‌شوند (با استفاده از نرم‌افزار اسپکتوروم)

۱۳۸۵	۱۳۷۵	شاخص
۱/۶۹	۲/۶	۱- میزان باروری کلی TFR
۰/۸۳	۱/۲	۲- میزان خام تجدید نسل QRR
۰/۸۰	۱/۲	۳- میزان خالص تجدید نسل NRR
۱۷/۵	۱۹/۸	۴- میزان مولید خام CBR
۵/۴	۶/۲	۵- میزان خام مرگ CDR
۱/۲	۱/۳۶	۶- رشد جمعیت GR
۷۸/۹۱	۷۲/۹	۷- درصد استفاده‌کنندگان از روش‌های پیشگیری از بارداری (با احتساب روش طبیعی) CPR
۰/۹۰	۰/۸۴	۸- متوسط اثربخشی
۵۷/۷	۵۱/۳	۹- زمان دو برابر شدن جمعیت
۶۸/۴۳	۶۰/۰۶	۱۰- کل جمعیت

راهکارهای برنامه :

راهکارهای کلان ملی

بازنگری و اصلاح برنامه جمعیت و تنظیم خانواده به منظور تحقق رسالت اداره

راهکارهای

- ۱- آموزش
- ۲- پژوهش
- ۳- نظارت
- ۴- دسترسی
- ۵- بهبود مستمر کیفیت خدمت

مراحل طراحی و برنامه‌ریزی راهکار در برنامه جمعیت و تنظیم خانواده

مراحل طراحی راهکار

- ۱- تهیه مقدمات کار
- ۲- تبیین رسالت
- ۳- اقدامات تحلیلی
- ۴- تعیین راهکارها

۵- طراحی مدل اجرایی برنامه

مراحل برنامه‌ریزی راهکار

- ۱- تعیین اهداف راهکار
- ۲- تعیین فرآیندهای مورد نیاز
- ۳- استانداردسازی فرآیندها
- ۴- طراحی نظام پایش و ارزشیابی برای فرآیندها
- ۵- ادغام نظام پایش و ارزشیابی با فرآیندها
- ۶- تعیین محل‌های اجرای مقدماتی
- ۷- طراحی مطالعه مقدماتی به منظور بررسی امکان سنجی
- ۸- اجرا و ارزشیابی مطالعه مقدماتی
- ۹- مداخله جهت اصلاح
- ۱۰- تعیین محل‌های اجرای آزمایشی
- ۱۱- طراحی مطالعه آزمایشی به منظور بررسی اثربخشی
- ۱۲- اجرا و ارزشیابی مطالعه آزمایشی
- ۱۳- مداخله جهت اصلاح
- ۱۴- تصمیم‌گیری در مورد تعمیم برنامه به سایر مناطق کشور و یا حفظ برنامه در مناطق محدود
- ۱۵- حفظ برنامه در مناطق اجرای آزمایشی
- ۱۶- تعمیم برنامه
- ۱۷- بازدیدهای نظارتی
- ۱۸- هماهنگی‌های درون و برون‌بخشی (آموزش دانشجویان در زمینه مفاهیم جمعیت و تنظیم خانواده به صورت برقراری یک تا دو واحد درسی، آموزش دانش‌آموزان در زمینه آموزش مفاهیم جمعیت به صورت ادغام در متون درسی، آموزش سرباز و کارگر در زمینه مفاهیم جمعیت و تنظیم خانواده به صورت قانونمند)
- ۱۹- اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباطات
- ۲۰- جمع‌آوری و تحلیل عملکرد آماری
- ۲۱- تامین و توزیع اقلام و اعتبارهای مورد نیاز دانشگاه‌ها

برنامه‌ریزی بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

۱۳۷۹ - ۱۳۸۳

گزارش مرحله دوم

عملیاتی کردن سیاست‌های استراتژیک

مصوب شورای برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان

مهرماه ۱۳۷۸

سیاست استراتژیک

۵-۱- توجیه سیاست استراتژیک

به منظور افزایش بهره‌مندی افراد جامعه از امکان‌های موجود و رفع مشکلات اقتصادی ناشی از بیکاری و کمی درآمدها، ایجاد محدودیت در رشد جمعیت ضرورت دارد و سیاست تحدید مولید از جمله سیاست‌های حائز اهمیتی است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند نقش موثری در اجرای آن داشته باشد.

الف - با تاکید بر:

تسهیل در اجرای سیاست‌های جمعیتی

ب - در پاسخ به چالش‌های بخش:

- جمعیت (ساختار، بهداشت باروری، جوانان و میانسالان و سالمندان، نرخ رشد، مهاجرت توسعه شهرها و حاشیه‌نشینی، اشتغال)
- نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی (سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع، جامعیت و نظارت)
- افزایش عوامل خطر و حادثه‌آفرین (صنعتی شدن، حوادث جاده‌ای، تغییرهای اکولوژیک و زیست محیطی)
- تغییر در بروز و شیوع انواع بیماری‌های روانی و ناهنجاری‌های اجتماعی (خشونت، اعتیاد، طلاق... و افزایش تعداد جمعیت زیر فقر)

ج - عنوان مضامین برنامه سوم مرتبط با سیاست استراتژیک بخش

- ملاحظه‌های زیست محیطی در فعالیت‌های بخش

۵-۲- اقدام‌ها و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف - وضع یا اصلاح قوانین

استمرار و اجرای قوانین و مقرراتی که مانع از تشویق رشد جمعیت می‌شوند و عملیات اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در زمینه سیاست تحدید موالید تقویت می‌کنند.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

اصلاح سازمانی و تشکیلاتی مطابق با برنامه کلی کمیته اصلاح ساختار و تشکیلات خواهد بود.

ج - سیاست‌ها و روش‌های اجرایی

- ۱- تدوین برنامه‌های اجرایی برای تشویق و ایجاد انگیزه در مردم در زمینه اجرای سیاست تحدید موالید
- ۲- اقدام به تعیین سیاست‌های جمعیتی کشور با همکاری و مشارکت سایر بخش‌ها
- ۳- به منظور تعادل بین منابع موجود و میزان رشد جمعیت، حفظ سلامت مادران و نوزادان و همچنین غلبه بر مشکلات اقتصادی موجود و تضمین رشد اقتصادی، اجتماعی و رفاهی بیشتر در آینده سیاست‌گذاری جمعیتی کشور باید روی چند اصل عمده تاکید کند:
 - کاهش نرخ زاد و ولد و مرگ مادران و نوزادان
 - کم کردن بارداری‌های سنین پایین‌تر از هجده سال و پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته
 - اصلاح موقعیت اجتماعی زنان و تواناسازی آنان در فرآیند توسعه کشور
 - سرمایه‌گذاری بیشتر در زمینه آموزش و پرورش عمومی برای مشارکت در سیاست‌های تحدید موالید
- ۴- استمرار تامین منابع مالی برای ارائه رایگان خدمات تنظیم خانواده از طریق واحدهای دولتی
- ۵- حمایت بیمه‌های خدمات درمانی در ارائه برخی از خدمات تنظیم خانواده و بهداشت باروری
- ۶- تدوین برنامه‌ها و اجرای فعالیت‌هایی که سبب تحکیم خانواده می‌شوند مانند تاکید بر ارزش‌ها و نقش اعضای خانواده در تحکیم ارتباطات.
- ۷- گسترش آموزش برنامه‌های کنترل جمعیت و بهداشت باروری در دبیرستان‌ها با رعایت کامل شئون اسلامی، فرهنگ حاکم بر جامعه و با جلب همکاری انجمن‌های اولیاء و مربیان
- ۸- اجرای دقیق قانون تنظیم خانواده به ویژه میان وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت آموزش عالی، رسانه‌های گروهی و صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران
- ۹- برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده و استاندارد کردن خدمات متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه
- ۱۰- کارآمد کردن کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج
- ۱۱- جلب مشارکت روحانیون، معلمان و رسانه‌های گروهی در زمینه تشویق مردم به استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری و کنترل جمعیت

- ۱۲- جلب مشارکت بخش خصوصی، تعاونی و خیریه به ارائه خدمات تنظیم خانواده، و تقویت نظام شبکه بهداشت و درمان کشور در ارائه خدمات جامع بهداشت باروری
- ۱۳- جلب مشارکت مردن در برنامه‌های بهداشت خانواده به خصوص تنظیم خانواده
- ۱۴- تهیه برنامه‌های عملیاتی مرتبط با کنترل جمعیت توسط کلیه سازمان‌ها، وزارتخانه‌ها و ارگان‌های دولتی و تعیین سهم آنان به صورت هماهنگ و در راستای تامین سلامت جامعه
- ۱۵- بکارگیری سیاست‌های اجرایی مناسب در مورد برنامه‌های بهداشت باروری مرتبط با جوانان و نوجوانان و فعال کردن شورای دانش‌آموزی (براساس مصوبه وزارت کشور) و سپردن مسوولیت برنامه بهداشت جوانان مدرسه به این شورا با حفظ شئونات و اعتقادات فرهنگی مذهبی.
- ۱۶- ایجاد هماهنگی و همکاری با سازمان‌های غیردولتی و بین‌المللی برای تعیین سیاست‌ها و راهکارهایی که بتوانند مشکلات گروه آسیب‌پذیر جامعه مانند پناهندگان، افراد بی‌بضاعت، بی‌سرپرست و ساکنان مناطق محروم کشور را برطرف کنند و همچنین تفاوت فاحش بین چند استان محروم با دیگر مناطق کشور در زمینه شاخص‌های توسعه و جمعیت را مرتفع سازند.
- ۱۷- تقویت تحقیق‌های کاربردی به منظور حمایت از سیاست‌ها و برنامه‌های جمعیتی
- ۱۸- بهبود نظام مدیریت اطلاعات در ابعاد مختلف برنامه‌های جمعیتی

برنامه توسعه سوم، بخش بهداشت و درمان، تصویب نامه هیات وزیران شماره نامه

۷۹/۱۱/۳ ت/۴۹۴۵۴/۲۳۲۶۹ مورخ

(شماره ۵ در خصوص استمرار سیاست تحدید موالید)

الف- برای ایجاد تعادل بین منابع و میزان رشد جمعیت و همچنین حفظ سلامت مادران و نوزادان و گروه‌های در معرض خطر بیماری‌ها و تضمین رشد اقتصادی - اجتماعی کشور در آینده، سیاست‌گذاری جمعیتی در بخش بهداشت و درمان براساس اصول زیر صورت می‌پذیرد:

- کاهش نرخ زاد و ولد و مرگ و میر مادران و نوزادان
- کم کردن بارداری سنین پایین تر از ۸ سال و پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته
- اصلاح موقعیت اجتماعی زنان و تواناسازی آنان در فرایند توسعه کشور
- ارائه آموزش‌های لازم در سطح مناسب آموزش و پرورش عمومی در اجرای سیاست‌های تحدید موالید
- تشویق روستاییان به اقامت در روستا از طریق فراهم آوردن امکانات بهداشتی درمانی در روستاها

ب - ایجاد هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی جهت اجرای دقیق قانون تنظیم خانواده به ویژه از سوی وزارتخانه‌های فرهنگ و ارشاد اسلامی - آموزش و پرورش - علوم، تحقیق‌ها و فن‌آوری و رسانه‌های گروهی و صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران

ج - برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده و استاندارد کردن آن

د- جلب مشارکت معتمدین جامعه از جمله روحانیون و معلمان در زمینه تشویق مردم به استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری و کنترل جمعیت

ه - جلب مشارکت بخش خصوصی، تعاونی و خیریه در ارائه خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده

انتظار از معاونت سلامت:

- ۱- حمایت از تشکیل و پیگیری‌های مصوب شورای عالی جمعیت
- ۲- حمایت از هماهنگی‌های یادشده به ویژه سازمان‌های بین‌المللی، معاونت‌های آموزشی دانشگاه‌ها، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، آموزش و پرورش و سازمان صدا و سیما
- ۳- حمایت از افزایش اعتبارهای ردیف با توجه به روند صعودی اعتبارهای هزینه شده خدمات جراحی و اعتبارهای هزینه شده تامین کنتراسپتیوهای مورد نیاز و روند نزولی اعتبارات هزینه شده در مورد

فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی (۷۷-۱۳۷۸) متأثر از افزایش بسیار شدید بهای اقلام کنتراسپتیو و عدم رشد اعتبارهای ردیف در سال‌های یاد شده و افزایش پوشش خدمات با توجه به رسالت اداره (ایجاد شرایط مناسب جهت اصلاح هرم جمعیت) در سال‌های آینده

- ۴- حمایت از سیاست توسعه بخش خصوصی
- ۵- حمایت از اجرای قانون تنظیم خانواده (برقراری و تدریس دو واحد درسی جمعیت و تنظیم خانواده برای کلیه دانشجویان اعم از پزشکی و غیرپزشکی، ادغام مطالب آموزشی جمعیت در متون درسی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان و سازمان صدا و سیما)
- ۶- حمایت از افزایش اعتبارهای پروژه‌های بین‌المللی
- ۷- حمایت از نقش سیاست‌گذاری تاثرگذار دفتر با سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های غیردولتی

برنامه کلی

سلامت زنان و سالمندان

مقدمه:

کاهش میزان باروری، به وسیله کاهش مداوم میزان مرگ و میر، سبب تغییر اساسی در ساختار سنی جمعیت اکثر جوامع شده است. نسبت افراد سالخورده در کل جمعیت افزایش یافته، در مناطق توسعه یافته تقریباً به ازای هر ۶ نفر یک نفر حداقل ۶۰ ساله وجود دارد و این نسبت به یک نفر برای ۴ نفر در سال ۲۰۲۵ میلادی خواهد رسید. در اکثر جوامع، زنان طولانی‌تر از مردان عمر می‌کنند و بنابراین بیشترین جمعیت سالمند را تشکیل می‌دهند و در بسیاری از کشورها زنان سالخورده فقیر، به نحوی ویژه آسیب‌پذیرند.

افزایش دائمی گروه مسن‌تر در جمعیت کشور، هم از نظر تعداد مطلق و هم نسبت به جمعیت سنی در حال کار، توجه بیشتری را به روش‌های کمک‌رسانی برای سالخوردگان می‌طلبد. اثر اقتصادی و اجتماعی پدیده پیر شدن جمعیت، هم فرصت و هم چالشی برای همه جوامع است. زیرا مردم سالخورده بخش پر ارزش و مهمی از منابع انسانی جامعه را تشکیل می‌دهند. هدف‌هایی که باید مورد نظر قرار گیرند عبارتند از:

- از طریق مکانیزم‌های مناسب، سالمندان به خود اتکایی برسند و شرایطی ایجاد شود که به کیفیت زندگی آنان بهبود بخشد و آنان را به کار کردن و زندگی مستقل در جامعه خود تا آنجا که ممکن و مطلوب است، قادر سازد.
- نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی، هم چنین نظام‌های اقتصادی و تامین اجتماعی برای سالمندان با توجه به نیازهای آنان ایجاد شود.
- حمایت اجتماعی بطور رسمی و غیررسمی، برای افزایش توانایی خانواده‌ها در مراقبت و نگهداری از افراد سالخورده در خانواده، ایجاد شود.
- باید شرایطی ایجاد کرد که افراد سالمند بتوانند زندگی سالم، فعال و سازنده‌ای داشته باشند و از مهارت‌ها و قابلیت‌های خود که در طول زندگی کسب کرده‌اند، استفاده کاملی را به جامعه برسانند.

رسالت اداره زنان و سالمندان:

کاهش بار بیماری‌های اولویت دار و قابل پیشگیری سالمندان از طریق طراحی برنامه‌های بهداشتی در سطح‌های Primordial, Primary در راستای تعهدهای ملی و بین‌المللی است.

گروه هدف برنامه شامل کلیه افراد بالای ۶۰ سال می‌باشد.

غربالگری سرطان گردن رحم:

تشخیص زودرس سرطان گردن رحم با تست پاپ اسمیر در سطح جهانی مورد تأیید می‌باشد، ضمناً از این روش هم به عنوان تست تشخیصی و هم تست غربالگری بهره گرفته می‌شود. سرطان گردن رحم دارای مرحله پرکلینیکال طولانی است، بنابراین قابلیت تشخیص زودرس را دارا می‌باشد و در صورت عدم تشخیص زودرس و درمان

به موقع ۴ - ۶۰ درصد موارد دیسپلازی پسرقت کرده، مابقی به سمت سرطان مهاجم پیشرفت می‌کنند که در ابتدا بدون علائم بالینی است و تدریجاً علائم بروز کرده، پس از طی شرایط دشواری، مرگ ایجاد می‌شود.

براساس بررسی سیمای مرگ در چهار استان کشور در سال ۱۳۷۸ میزان مرگ ناشی از سرطان گرد رحم ۱/۲ درصد هزار زن در کلیه گروه‌های سنی می‌باشد و در بین سرطان‌های منجر به مرگ در زنان اولویت نهم را به خود اختصاص داده است.

از سوی دیگر سیستم ارائه خدمات بهداشتی فاقد زیرساخت مناسب برای انجام غربالگری سرطان است. برای تعیین اثربخشی غربالگری در کشور، نیازمند نظام ثبت و گزارش بیماری، پیگیری بیماران و مقایسه اثر مداخله‌های بعد از یک دوره زمانی معین می‌باشیم.

هر برنامه بهداشتی در شرایط ایده آل نیازمند نظام ارجاع و پیگیری است. اما ساختار ارائه خدمات در این زمینه به گونه‌ای است که امکان پیگیری روشنی برای بیماران کشف شده، وجود ندارد.

از غربالگری ۸۳۰۰۰۰ زن در کشور ۱۲۱۳ مورد پاپ اسمیر غیرطبیعی گزارش شده که ۱۰ مورد آن سرطان بوده است (یعنی ۱/۲ درصد هزار میزان سرطان و ۲ در هزار میزان موارد پاپ امیر غیر طبیعی) بررسی موردی آمار بخش خصوصی نیز بروز پایین بیماری را تایید می‌کند.

براساس تعرفه دولتی، طی سال ۱۳۷۹ برای ۸۳۰۰۰۰ لامی که تهیه و رویت شده است هزینه‌ای بالغ بر ۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال شده است. البته این رقم صرفاً مرحله گرفتن لام تا یافتن پاپ اسمیر غیرطبیعی است و هزینه مراحل بعدی غربالگری را شامل نمی‌شود. هزینه کنترل کیفی ۱۰٪ از لام‌های منفی توسط پاتولوژیست نیز رقمی حدود هشت و نیم میلیارد ریال را به خود اختصاص می‌دهد که به رقم فوق افزوده خواهد شد. به ارقام فوق هزینه مراحل بعدی غربالگری و هزینه تربیت سیتوتکنولوژیست نیز اضافه می‌شود.

لذا سیاست اداره کل بر آن است که:

- پاپ اسمیر به منظور تشخیص زودرس سرطان گردن با شرایط زیر در کشور انجام شود:
- ۱- زنان ۲۰ - ۶۵ سال حداقل یکبار ازدواج کرده، گروه هدف برنامه هستند.
 - ۲- انجام پاپ اسمیر حداقل هر ۳ سال یکبار برای کلیه زنانی که ۳ پاپ اسمیر اول آنان به فاصله یک سال منفی بوده، توصیه می‌شود و ضروری است زنان گروه هدف از آن مطلع باشند. (از طریق رسانه‌ها و پمفلت ...)
 - ۳- آموزش تئوری و عملی انجام پاپ اسمیر به کارکنان ارائه دهنده خدمت در بخش خصوصی و دولتی به منظور بهبود کیفیت این خدمت، که لازم است اجرا شود.

- ۴- به هر بهانه‌ای که خانم گروه هدف به مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت مراجعه کند باید درباره تشخیص زودرس سرطان گردن رحم و انجام پاپ اسمیر و معرفی افراد پرخطر، به آنان آگاهی‌های لازم داده شود و فهرست کلیه مراکز ارائه دهنده خدمت در بخش خصوصی که در مجاورت مراکز دولتی هستند به رویت مراجعین رسانده شود.
- ۵- کلیه زنانی که برای دریافت خدمات مختلف به مراکز دولتی مراجعه می‌کنند، پس از دریافت این خدمات ضمن پرداخت وجه در قبال دریافت خدمت پاپ اسمیر از امکانات موجود بخش دولتی نیز بهره‌مند خواهند شد. بدیهی است در این شرایط لام توسط بیمار به پاتولوژیست ارائه خواهد شد و پرداخت هزینه‌های آن تابع ضوابط مربوطه خواهد بود.
- ۶- نیازی به ارسال اطلاعات به سطح ملی نیست و از طریق بررسی‌های دوره‌ای روند تغییر محاسبه خواهد شد و در صورت مشاهده روند روبه افزایش دیسپلازی در بررسی‌های فوق و با استناد به آمار سیمای مرگ، برنامه مورد بازنگری قرار می‌گیرد و تغییر لازم انجام خواهد شد.
- ۷- به منظور قضاوت روی روند میزان بروز و شیوع بیماری، ضروری است اطلاعات پایه برای سال جاری در سطح هریک از استان‌ها، از کلیه آزمایشگاه‌های تشخیص طبی جمع‌آوری و به اداره کل ارسال شوند. به منظور یکسان بودن این اطلاعات، ضروری است که براساس فرم پیشنهادی این اداره کل گردآوری شوند.
- ۸- از این پس سیتوتکنولوژیست در کشور تربیت نخواهد شد و سیتوتکنولوژیست‌های موجود با توجه به این که قبلاً نیز در آزمایشگاه مشغول بکار بوده‌اند، بنا به صلاحدید مسوولین مربوطه خدمات مورد نظر را (غیر پاپ اسمیر) انجام خواهند داد، یا زیر نظر مستقیم پاتولوژیست به انجام این خدمت ادامه خواهند داد.

۳- برنامه غربالگری سرطان پستان:

اهمیت موضوع: سرطان پستان در سطح جهانی به عنوان یک مشکل بهداشتی مطرح است و بسیاری از کشورها برنامه‌های مدونی را در برخورد با این مشکل پیش‌رو دارند. بررسی تعدادی از این برنامه‌ها روشنگر این مطلب است که بهترین و تنها روش برخورد با این بیماری غربالگری است. با روش غربالگری سرطان پستان و سرویکس می‌توان در کل مرگ‌های ناشی از سرطان ۳٪ کاهش ایجاد کرد.

سرطان پستان در کشور ما در سال ۱۳۶۵ دومین و در سال ۱۳۷۵ اولین سرطان شایع زنان بود و برخلاف کشورهای غربی سن شایع بین ۳۵ تا ۴۴ سالگی است.

بررسی سال ۱۳۷۵ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز میزان شیوع ۶۷۰ درصد هزار زن بالای ۳۵ سال و بررسی سال ۱۳۷۷ دانشگاه علوم پزشکی بوشهر میزان شیوع ۷۹۸ درصد هزار زن ۳۰-۶۵ ساله را گزارش کرده است.

جمع بندی و پیشنهادها :

آمار و مطالعه‌های مختلف نشانگر اهمیت سرطان پستان در سطح جهانی است. اگرچه رقم دقیقی از میزان شیوع این بیماری در کشور ما در دست نیست اما آمار منطقه و بررسی‌های انجام شده در کشور و همچنین نتایج اطلاعات گردآمده از گزارش‌های پاتولوژی تعدادی از آزمایشگاه‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی حاکی از اهمیت توجه به این بیماری در سطح کشور است.

ماهیت بیماری و سیر بالینی آن حکایت از وخامت بیماری دارد به نحوی که آن را واجد شرایط غربالگری می‌کند. از طرف دیگر سایر شرایط غربالگری از جمله وجود تست مناسب برای تشخیص زودرس بیماری که منجر به کاهش مرگ و میر در درازمدت یا تشخیص بیماران در مرحله‌های پایین‌تر آن می‌شود نیز وجود دارد.

علاوه بر شرایط فوق، بهره‌مندی از تجارب سایر کشورها نیز ما را بر آن می‌دارد که بیماری سرطان پستان را جزو اولویت‌های بهداشتی کشور در نظر بگیریم و بهترین رویکرد با این بیماری را رویکرد غربالگری بدانیم.

روش‌های مختلف غربالگری که در کتب مرجع ذکر شده‌اند و در برنامه جاری کشورهای مختلف اجرا می‌شوند عبارتند از:

۱- **خودآزمایی پستان (B.S.E), Breast Self Exam** : این روش در مطالعه‌های معتبر آزموده شده است. نتایج نشان می‌دهند که انجام BSE نمی‌تواند نقشی در کاهش مرگ و میر داشته باشد. اما برخی مطالعه‌ها چرخش مرحله را به دنبال اجرای غربالگری با این روش نشان داده‌اند. در همین مطالعه‌ها میزان حساسیت، ۳۶ درصد برای این تست گزارش شده است. به هر حال در هیچ‌یک از مطالعه‌های توصیه به حذف BSE نشده، بلکه در کلیه برنامه‌های ملی کشورهای مختلف به عنوان روشی در کنار روش اصلی غربالگری به کار رفته است. برخی از مطالعه‌های جدید نه تنها اثربخشی انجام BSE را زیر سوال برده‌اند بلکه هنر رهایی را نیز بر آن نسبت می‌دهند.

۲- **معاینه بالینی پستان (C.B.E), Clinical Breast Exam**: مطالعه‌های معتبر نشان می‌دهند چنانچه CBE به دقت آموزش داده شود و نظارت با کفایتی را به دنبال داشته باشد می‌تواند به عنوان یک تست غربالگری بسیار ارزشمند محسوب شود

در این زمینه مطالعه National Breast Screening Study (NBSS2) کانادا نشان داد در دو گروه مورد مطالعه که یک گروه روش CBE و در گروه دیگر روش ماموگرافی به همراه CBE برای غربالگری به کار گرفته شد، اضافه کردن ماموگرافی تاثیری در کاهش مرگ و میر نداشته است.

در مطالعه‌های مختلف، میزان حساسیت C.B.E بین ۲۴ - ۶۳ درصد و ویژگی آن ۹۵ - ۹۶/۵ درصد گزارش شده است.

۳- **ماموگرافی:** غربالگری به روش ماموگرافی منجر به کاهش حدود ۳۰ درصد مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در زنان ۵۰-۶۹ سال می‌شود. این رقم برای زنان ۴۰ - ۵۰ ساله حدود ۱۷ درصد است.

در شرایط مناسب میزان حساسیت این تست بین ۷۰-۹۰ درصد و به طور متوسط ۸۰ درصد است که این رقم بستگی به عوامل متعددی از جمله سن بیمار، اندازه ضایعه و دانسیته بافت پستان، وضعیت هورمونی، کیفیت کلی تصویر و مهارت رادیولوژیست دارد. ویژگی این تست را حدود ۹۴-۹۹ درصد گزارش کرده‌اند.

در انجام ماموگرافی میزان موارد منفی کاذب در افراد جوان بیشتر از افراد مسن است. میزان منفی کاذب برای زنان ۴۰-۵۰ ساله ۲۵ درصد و برای زنان بالای ۵۰ سال ۱۰ درصد می‌باشد. تاچندی پیش غربالگری به روش ماموگرافی فقط برای زنان ۵۰-۶۵ ساله توصیه می‌شد اما مقاله‌های اخیر و برخی از کتب مرجع، این روش را برای زنان بالای ۴۰ سال نیز توصیه کرده‌اند.

از سوی دیگر براساس آمار انستیتو سرطان، بررسی مرکز پستان ایران و نظر پزشکان جراح، سن شیوع سرطان پستان در ایران پایین‌تر از کشورهای غربی است. همچنین بررسی امکانات موجود حاکی از عدم تکافوی دستگاه‌های ماموگرافی موجود در کشور برای انجام غربالگری به روش ماموگرافی است.

پس در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که:

- ۱- تست B.S.E به عنوان یک تست غربالگری مناسب در دنیا شناخته نشده است (زیرا فاقد حساسیت کافی است)
- ۲- تست C.B.E هرچند حساسیت بیشتری دارد ولی نحوه انجام آن در نتایج حاصله بسیار اثرگذار است. در صورت وجود فرد مجرب نتایج مثبت قابل توجهی خواهد داشت و در غیراین صورت تست معتبری نخواهد بود. میزان اعتبار این تست به استاندارد کردن آن، آموزش درست افراد و ایجاد مهارت در آنان بستگی دارد.
- ۳- تست ماموگرافی برای سنین زیر ۵۰ سال از حساسیت کمتری برخوردار است (در حالی که عمده بیماران کشور ما در سنین زیر ۵۰ سال بروز بیماری را نشان داده‌اند) ولی برای سنین بالای ۵۰ سال به عنوان معتبرترین و حساس‌ترین تست شناخته می‌شود. در تمام نظام‌های ارائه خدمات غربالگری سرطان پستان در دنیا، ماموگرافی به عنوان یک تست کلیدی وجود دارد و به فراخور شرایط C.B.E به آن افزوده شده است.

با توجه به سیاست کلان برنامه مقابله با سرطان پستان در کشور، دیدگاه‌های زیر مطرح می‌شود:

- ۱- **ارتقاء آگاهی:** نیاز به افزایش آگاهی عمومی در مورد خطر سرطان پستان و توصیه به انجام غربالگری به روش ماموگرافی در همه کشور ضروری است. اما با در نظر گرفتن نتایج حاصل از ارتقاء آگاهی جمعیت تحت پوشش

روی بار کاری مراکز درمانی تخصصی و امکانات موجود در استان، باید این راهکار به مرحله اجرا گذاشته شود. افزایش تدریجی آگاهی مردم نسبت به این موضوع و عدم وجود امکانات تشخیصی درمانی (پزشک متخصص جراح یا زنان، رادیولوژیست آشنا و دوره دیده، دستگاه ماموگرافی) فوق العاده حائز اهمیت است. انتخاب روش آموزشی و انتقال مفاهیم به مردم نیز از حساسیت خاص خود برخوردار است که باید به آن توجه کرد^{۱۱}. مراکز بهداشتی درمانی، مدارس، مراکز تجمع بانوان و مساجد اماکنی هستند که می توان در جریان آموزشها از آنها سود جست. در ضمن باید به این نکته توجه داشت که پیدا کردن توده به روش معاینه توسط خود فرد (B.S.E) کمکی به افزایش طول عمر وی نمی کند زیرا این ضایعه ها معمولاً قطری بیش از ۲ سانتی متر دارند و به هنگام تشخیص در بیش از ۷۰٪ موارد متاستاز داده اند.

۲- **ماموگرافی:** در کلیه نقاط جهان ماموگرافی به عنوان یک تست کلیدی برای تخصیص زودرس سرطان پستان تایید شده است بنابراین منطقی به نظر می‌رسد به عنوان یک روش قابل قبول غربالگری با یا بدون CBE برای کشور مطرح شود. اما اجرای این راهکار دارای محدودیت‌هایی است که عبارتند از:

الف - تعداد دستگاه‌های ماموگرافی موجود در کشور کفایت سرویس‌دهی به جمعیت واجد شرایط را نمی‌کند، (این مساله نیازمند بررسی دقیق است)

ب - نیروی انسانی موجود برای ماموگرافی (رادیولوژیست دوره دیده) محدود است.

ج - ارائه این خدمات توسط بخش دولتی و خصوصی برای بیماران هزینه بر است و ضمانت مراجعه بیماران و پیگیری تا حصول نتیجه را کم می‌کند

د - توزیع دستگاه‌های ماموگرافی موجود در کشور دارای توزیع نرمال نیست و عمدتاً در شهرهای بزرگ مستقر می‌باشند و الگوی توزیع آینده هم تابع سیاست ملی نبوده، بلکه تابع تصمیم بخش خصوصی و روسای دانشگاه‌ها و توان اجرایی آنان در راه‌اندازی چنین مراکزی است. از سوی دیگر توصیه به انجام C.B.E به عنوان مقدمه برای اجرای یک غربالگری کامل دارای مشکلات زیر است:

۱. پروژه‌هایی که در اصفهان و شهرکرد به صورت پایلوت انجام شده است نمی‌تواند دقت و حساسیت انجام C.B.E توسط هر یک از رده‌ها را به درستی مشخص کند. پیدا کردن مناسبترین فرد برای انجام C.B.E (کاردان، بهورز، پزشک عمومی دوره دیده، جراح) نیازمند یک مطالعه *accuracy* است. چنانچه در مناطقی از جهان که به نحوی از روش C.B.E استفاده کرده‌اند فرد انجام دهنده C.B.E بسیار مهم تلقی می‌شود.

۲. سیستم ارائه خدمات بهداشتی نیازمند یک شالوده مناسب برای اجرای CBE شامل: کارکنان کافی و آموزش دیده، سیستم ارجاع مناسب، نظام پیگیری قدرتمند و دقیق می‌باشد که امروزه این مشکل در سایر برنامه‌ها نیز به وضوح به چشم می‌خورد.

۳. غربالگری بدون وجود نظام ثبت و گزارش تقریباً بی‌معنی است. امروزه بجز برای چند بیماری محدود (فلج شل حاد، سرخک) نظام مراقبتی مناسبی موجود نیست. در گیر کردن بخش خصوصی و حتی دولتی در ارسال به موقع اطلاعات، کاری است دشوار که حمایت درون‌بخشی وسیعی را می‌طلبد.

سیاست کشوری باید در جهت سوق دادن فعالیت‌های غربالگری به سمت انجام ماموگرافی با یا بدون CBE باشد. به منظور تدوین دقیق این سیاست اداره کل بهداشت خانواده درصدد جمع‌آوری اطلاعات دقیق مرتبط با امکانات موجود است.

در همین راستا ضروری است:

۱- فرایند انجام ماموگرافی (اعم از دستگاه، ماموگرافیست ...) مورد ارزیابی قرارگیرد و تلاش کرد که با تعیین و اختیار استانداردها، کیفیت این فرآیند جهت استفاده به عنوان تست غربالگری تضمین شود.

۲- باید نظام ثبت سرطان کشور توان برآوردن نیازهای اطلاعاتی برنامه غربالگری سرطان پستان را پیدا کند. از آنجا که این نظام هنوز به صورت کشوری و جامع فعال نیست، تا اصلاح آن، امکان طراحی غربالگری زیر سوال خواهد بود. این مهم باید با هماهنگی مرکز مدیریت بیماری‌ها برطرف شود.

۳- هر برنامه بهداشتی در شرایط ایده‌آل نیازمند نظام ارجاع و پیگیری است. از آنجایی که ساختار ارائه خدمات در این زمینه به خصوص در شهرها دچار مشکل می‌باشد، لازم است مرکز گسترش شبکه‌ها اقدامی اساسی در زمینه اصلاح نظام ارجاع و پیگیری انجام دهد.

چنانچه هرکدام از سه شرط فوق تامین نشود امکان اجرای برنامه غربالگری براساس ماموگرافی وجود ندارد. در عین حال چنانچه ۲ بند آخر نیز تامین نشود. هیچ نوع برنامه غربالگری سرطان، امکان اجرای موثر نخواهد داشت.

اما زمان مشخص شدن نتیجه مطالعه تعیین *accuracy*، تامین تجهیزات ماموگرافی و نیروی انسانی آموزش دیده فراهم شدن نظام ثبت سرطان کارآمد، ضروری است کلیه پزشکان با پروتکل کشوی تشخیص زودرس سرطان پستان آشنا باشند و براساس آن برخورد مناسب با زنان مراجعه کننده به دلایل مختلف را اتخاذ و در صورت مشاهده موارد خاص نسبت به ارجاع ایشان به جراح اقدام کنند تا بقیه مراحل تشخیصی و درمان انجام پذیرد.

در چنین شرایطی ضروری است کارکنان بخش بهداشت به زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، خانه‌های بهداشت و واحدهای تسهیلات زایمانی آموزش‌های لازم در مورد اهمیت سرطان پستان و قابلیت تشخیص زودرس آن را ارائه دهند و توصیه اکید شود که برای اطمینان از سلامت خود و دریافت آموزش‌های لازم و انجام بررسی‌های ضروری باید به پزشک مراجعه کنید.

۲- سلامت سالمندان

اهمیت موضوع: موضوع سلامت و ارتباط آن با افزایش سال‌های زندگی در عصر حاضر چالش‌های فراوانی را به وجود آورده است. بهبود شرایط اقتصادی اجتماعی و مداخله‌های بهداشتی و پزشکی موجب کاهش مرگ و میر کودکان و نوزادان در سطح جهان شده، امید به زندگی در بدو تولد افزایش یافته است. از سوی دیگر با اعمال سیاست مستمر و موثر کنترل موالید درصد سالخوردگان به کل جمعیت، افزایش یافته است.

- در سال ۱۹۹۹ جمعیت سالمندان جهان ۵۸۰ میلیون نفر بود. از سال ۱۹۵۰ تا سال ۲۰۲۰ افزایش کل جمعیت جهان ۵۰ درصد و افزایش جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال ۷۵ درصد پیش‌بینی شده است.
- در کشور ما براساس سرشماری سال ۱۳۷۵ جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال ۳/۷ میلیون نفر، معادل ۶/۶ درصد کل جمعیت گزارش شده است، برآورد می‌شود که این گروه سنی در سال ۱۴۰۰ در حدود ۱۰/۳ درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص دهد. به دنبال تشکیل واحد سالمندان در اداره کل بهداشت خانواده، در

کمیته علمی کشوری طرح اولیه بهداشت سالمندان تدوین و پیش‌بینی شد که با راهکار ادغام در شبکه، ابتدا در مناطق پایلوت آزموده شود. در همین زمان در جهت توجیه مسوولین و ارتقاء آگاهی عموم، مواد آموزشی تهیه و کنفرانس‌های مختلفی برگزار شد. همچنین علی‌رغم پیش‌بینی پایلوت هنوز سوال‌های اساسی در مورد نیازهای سالمندان بدون پاسخ بود. لذا تصمیم بر آن شد که ابتدا وضعیت موجود سلامت سالمندان ترسیم و سپس سمت و سوی خدمات و مراقبت‌ها مشخص شود.

این بررسی با هدف تعیین وضعیت سلامت سالمندان کشور در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی و روانی به منظور تعیین اولویت‌های برنامه‌ای طراحی و اجرا شد.

اهداف اختصاصی این بررسی عبارتند از: تعیین فراوانی نسبی سالمندان از نظر ترکیب سنی، جنس، وضعیت سواد، تاهل، اشتغال، درآمد، مسکن، امکانات زندگی، خانواده، فعالیت جسمی و اجتماعی، نیازهای روزمره، بیمه، دریافت خدمات بهداشتی، حوادث، بستری شدن در بیمارستان، مصرف سیگار، استفاده از وسایل کمکی، بیماری‌های جسمانی و معلولیت‌های شایع و اختلال‌های عصبی - روانی. برخی از عمده‌ترین شاخص‌های استخراج شده در این بررسی عبارتند از:

- میزان بی‌سوادی: که بیشترین تعداد در زنان روستایی (۹۵٪) و کمترین تعداد در مردان شهری (۵۱٪) است
- میزان تاهل: در مردان سالمند ۲ برابر زنان سالمند است
- نیازهای عمده سالمندان: در درجه اول سلامت و بهداشت و پس از آن درآمد است.
- منبع امرار معاش: ۸/۰ - ۲/۲ درصد مردان سالمند و ۴/۱۳ تا ۴/۱۸ درصد زنان سالمند هیچ منبع امرار معاشی ندارند
- میزان حادثه: ۱۹-۲۶ درصد سالمندان طی سال گذشته دچار حادثه شده‌اند که مهمترین آن حوادث ترافیکی است.
- میزان بستری در بیمارستان: ۵/۱۷ تا ۲۱ درصد سالمندان طی یکسال گذشته در بیمارستان بستری شده‌اند که عمده‌ترین علت آن در مناطق شهری بیماری قلبی عروقی و در مناطق روستایی بیماری‌های چشمی است.
- مصرف دخانیات: ۱۳ - ۲۵ درصد سالمندان از دخانیات استفاده می‌کنند.

برخی شاخص‌های وضعیت اجتماعی و رفاهی سالمندان کشور

ردیف	وضعیت اجتماعی - اقتصادی	شهر		روستا	
		زن (درصد)	مرد (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)
۱	بی‌سواد	۷۹	۵۱	۹۵	۷۲
۲	بیکار و بدون درآمد (خانه‌داری را شامل نمی‌شود)	۱۵	۲۱	۱۳	۱۹
۳	شاغل	۳	۴۳	۹	۶۵
۴	اعلام نیاز به بهداشت و سلامت به عنوان مهمترین نیاز	۶۲	۶۰	۷۴	۶۵
۵	بیان نیاز به درآمد به عنوان مهمترین نیاز	۵۷	۶۴	۶۶	۶۴
۶	بدون منبع امرار معاش	۱۸	۲	۱۳	۱
۷	عمده‌ترین منبع امرار معاش	شغل فعلی (در مردان)	۴۵	-	۶۳
		کمک فرزند یا اقوام (در زنان)	۵۳	-	۵۰
۸	دارا بودن خانه شخصی	۵۱	۸۰	۶۱	۹۰
۹	زندگی کردن سالمند با دیگران	به تنهایی	۱۳	۲	۱۷
		با همسر و فرزند	۲۴	۶۶	۲۵
		با فرزند	۴۴	۹	۳۸
۱۰	برخوردار از تسهیلات اولیه زندگی (آب لوله کشی، برق، توالت)	۹۹	۹۹	۸۷	۸۷
۱۱	وجود افراد کمکی در زندگی	۶۶	۶۹	۷۰	۷۲
۱۲	انجام پیاده‌روی برای خرید (عمده‌ترین فعالیت جسمانی)	۵۳	۷۲	۴۹	۶۹
۱۳	انجام پیاده‌روی به عنوان ورزش	۱۷	۶۰	۹	۱۹
۱۴	دیدار دوستان	۵۵	۶۲	۶۱	۶۸
۱۵	رفتن به مسجد (روضه، دعا و مراسم دینی...)	۵۲	۷۰	۴۷	۶۹
۱۶	کمک مالی به خانواده	۱۵	۶۲	۱۰	۶۰
۱۷	نگهداری از بچه در خانواده	۳۵	۱۴	۳۳	۱۶
۱۸	بیمه بودن	۷۱	۶۸	۷۵	۷۶
۱۹	عدم مراجعه به پزشک به علت عدم توان مالی	۵۰	۳۳	۴۴	۳۷
۲۰	عدم اعتماد به دخانیات	۸۷	۷۲	۸۶	۶۵
۲۱	موارد نیازمند سمعک که فاقد آن می‌باشند	۹۲	۹۴	۹۷	۹۹
۲۲	موارد نیازمند عینک که فاقد آن می‌باشند	۴۷	۳۸	۷۲	۶۰
۲۳	موارد نیازمند واکر یا ویلچر که	۸۸	۳۹	۱۰۰	۸۰

ردیف	وضعیت اجتماعی - اقتصادی	شهر		روستا	
		زن (درصد)	مرد (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)
	فاقد آن می‌باشند				
۲۴	موارد نیازمند دندان مصنوعی که فاقد آن می‌باشند	۳۳	۳۱	۵۰	۴۶
۲۵	تماشای تلویزیون به عنوان سرگرمی	۷۲	۷۹	۴۵	۵۶

عمده ترین اختلال‌ها و بیماری‌های سالمندان به ترتیب اولویت مطابق جدول زیر می‌باشد:

ردیف	نوع اختلال یا شکایت‌ها	شهر و روستا	
		تعداد به نفر	درصد
۱	اختلال حرکتی	۹۷۶	۵۳/۴
۲	سرگیجه	۷۳۴	۳۶/۷
۳	عدم تعادل	۶۷۳	۳۳/۷
۴	فشارخون	۶۵۹	۳۳/۱
۵	آنژین صدری مشکوک	۵۷۹	۲۹
۶	وزوز گوش	۵۷۷	۲۸/۹
۷	اختلال‌های بینایی	۵۵۷	۲۸
۸	مشکل شنوایی	۵۵۵	۲۸
۹	آنژین صدری قطعی	۴۹۷	۲۴/۹
۱۰	تکرر ادرار	۴۶۵	۲۳/۳
۱۱	یبوست	۴۲۶	۲۱/۳
۱۲	دیابت	۱۸۵	۹/۳
۱۳	درد یا سوزش ادرار	۱۸۱	۹/۱
۱۴	ادرار قطره قطره	۱۸۰	۹
۱۵	بی‌اختیاری ادرار	۷۳	۳/۷
۱۶	خون در ادرار	۳۴	۱/۷

تعیین مداخله‌ها:

همانگونه که در جدول عمده‌ترین اختلال‌ها و بیماری‌های سالمندان ملاحظه می‌شود، برخی موارد به صورت اختلال، برخی به شکل بیماری، تعدادی به عنوان شکایت در نهایت تعدادی به طور علامت ذکر شده‌اند.

به طور قطع برای تعیین مداخله‌ها لازم بود که تمام موارد فوق به صورت همگن و همگی به شکل بیماری مشخص شوند. به عنوان مثال در مورد شایعترین اختلال سالمندان که اختلال حرکتی است حدود ۳۶ بیماری قابل تبیین‌اند.

لذا کلیه اختلال‌ها، شکایت‌ها و علائم فوق در قالب بیماری‌های روشن مطرح و سیر هر بیماری بیان و در نهایت سطوح مختلف پیشگیری هر بیماری مشخص شد.

در واقع سطوح پیشگیری اول، دوم و سوم نمایانگر مداخله‌هایی است که می‌توان در مورد هر بیماری اعمال کرد و از آنجا که این بیماری‌ها به استناد بررسی کشوری انتخاب شده‌اند. لذا مداخله‌های تعیین شده در جهت تامین سلامت سالمندان کشور از اولویت برخوردارند.

در مرحله بعد طی مکاتبه با سازمان‌های دولتی و غیردولتی که به نحوی درگیر امر سلامت سالمندان هستند، اقدام‌ها و عملکردهایشان گردآوری و با نیازهای اولویت‌دار سالمندان مقایسه شد. این مقایسه نمایانگر بسیاری از نیازهای سالمندان است که هنوز تامین نشده‌اند.

پیشنهادها:

از آنجا که سالمند و سالمندی یک پدیده اجتماعی است و باید برای حل معضلات آن با دیدگاه چند بعدی به مساله نگریست و از طرفی اطلاعات گردآوری شده از سازمان‌های مختلف دقیقاً روشن‌تر درصد سالمندان تحت پوشش و نوع خدمات دریافتی نمی‌باشد و کنکاش بیشتر در این زمینه نیز مقدور نیست. لذا لازم است سیاست‌های کشوری سالمندان به گونه‌ای یکنواخت طراحی شوند تا به کمک آن بتوان ضمن احترام به چهارچوب‌های سازمانی دستگاه‌های مختلف و به دور از هرگونه تک‌نگری، برنامه آتی را ارائه کرد.

در همین راستا بخشی از معضلات سالمندان مربوط به مسائل بهداشتی، بیماری و ناتوانی است که ضرورت دارد متولی آن در وزارت بهداشت ضمن هماهنگی با سایر بخش‌ها به صورت منسجم و با استفاده از کلیه امکانات در دستگاه‌های مختلف اقدام لازم را به عمل آورد.

بنابراین توصیه می‌شود کمیته سیاست‌گذاری سلامت سالمندان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زیر نظر مقام محترم وزارت و از شورای معاونین وزارت و مدیران کل ذیربط تشکیل شود.

ضروری است نمایندگانی از کلیه واحدهای مرتبط با سلامت سالمندان که زیر مجموعه وزارت بهداشت هستند در این کمیته حضور داشته باشند تا در محدوده شرح وظایف هر یک تقسیم کار مناسب انجام پذیرد. تعیین دبیر کمیته از سوی مقام محترم وزارت به نحوی که اختیار لازم برای پیگیری اجرای مصوبه‌های کمیته را دارا باشد کمک موثری در اعمال مداخله‌های لازم برای برطرف ساختن نیازهای اولویت‌دار سالمندان خواهد بود. نتیجه تصمیم‌گیری فوق در تدوین فعالیت‌های سال‌های آتی نقش تعیین‌کننده خواهد داشت.

چنانچه این اداره کل متولی و دبیر کمیته فوق باشد مطابق مطالب پیشگفت و براساس نیازهای سالمندان اقدام خواهد کرد. در غیراین صورت فعالیت‌های این اداره کل محدود به پیشگیری سطح اول و ارتقاء آگاهی عموم در زمینه شیوه صحیح زندگی به منظور دستیابی به سالمندی سالم خواهد بود.

از سوی دیگر ضروری است که شورای ملی سالمندان کشور زیر نظر مقام محترم ریاست جمهور و به دبیری وزارت بهداشت تشکیل و ضمن متقاعد ساختن دستگاه‌های مختلف، آنان را مکلف به اجرای خدمات تعیین شده کند. بدین منظور گزارش مبسوطی مشتمل بر اهمیت موضوع، سابقه، اقدام‌های انجام شده، نتایج بررسی کشوری، تحلیل اطلاعات موجود و تعیین مداخله‌های لازم تهیه و در جلسه شورای معاونین خدمت مقام محترم وزارت ارائه شد که ایشان با نظر موافق دستور تشکیل کمیته سلامت سالمندان در حوزه معاونت سلامت را صادر فرمودند تا نسبت به تدوین آیین‌نامه اجرایی بند ۵ ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقدام کنند. به همین منظور کمیته مذکور در دفتر سلامت خانواده و جمعیت تشکیل و پیش‌نویس آیین‌نامه فوق خدمت مقام محترم وزارت ارائه شد.

انتظار و توصیه‌های اداره زنان و سالمندان

الف) برنامه غربالگری سرطان گردن رحم

- ایجاد حساسیت و ارتقاء آگاهی در زنان گروه هدف
- ایجاد حساسیت، ارتقاء آگاهی و جلب زنان گروه‌های سنی بالاتر
- بهبود کیفیت نمونه‌گیری و کاهش مدت زمان اعلام نتایج پاپ اسمیر
- ارسال لام توسط بیمار به آزمایشگاه (در صورت امکان تسریع کار)
- تبیین وضعیت موجود براساس الگوریتم ارائه شده و گردآوری اطلاعات جمعیت تحت پوشش و عدم پوشش
- تعیین علت در مورد عدم مراجعه بخشی از گروه هدف به بخش دولتی و / یا خصوصی
- بهره‌گیری از خدمات بیمه برای تامین هزینه پاتولوژیست
- توزیع عادلانه مراکز ارائه دهنده خدمات پاپ اسمیر
- استفاده از تیم سیار در صورت لزوم با هدف افزایش دسترسی
- تشویق مطب‌های خصوصی به انجام پاپ اسمیر

ب) برنامه غربالگری سرطان پستان

✓ مناطق پایلوت:

- حذف بیماریابی اکتیو
- ادامه خدمات معاینه کلینیکی در صورت تقاضای بیمار
- هدف فرم‌های ثبت و گزارش دهد

✓ کل کشور:

- در صورت وجود دستگاه ماموگرافی، توصیه عمومی برای مراجعه به پزشک و آموزش اهمیت موضوع به کارکنان و بخش خصوصی
- در صورت عدم امکان ارائه ماموگرافی:
 - آموزش جامعه در مورد گروه “پرخطر”
 - توصیه و آموزش انجام معاینه دوره‌ای پستان (BSE)
 - توصیه به انجام ماموگرافی با فواصل استاندارد
- جلب توجه بخش خصوصی و دولتی ارائه دهنده خدمت به زنان، برای توصیه به بیماران و احیاناً ارائه خدمت

ج) برنامه سلامت سالمندان

- آموزش عمومی مردم از طریق طرح شیوه زندگی سالم (از طریق رسانه‌ها و آموزش و پرورش)
- حساس کردن کارکنان دانشگاه و سایر مسئولین به اهمیت سالمندی و سالمندان در کشور

- توجه سایر بخش‌های مرتبط (کمیته امداد، تامین اجتماعی، بهزیستی، کانون بازنشستگان، شوراهای شهر و روستا) به منظور آماده‌سازی برای آینده
- ارائه موارد فوق در قالب برنامه عملیاتی

توصیه‌های کلی :

- نظارت بر کیفیت ارائه خدمات
- استفاده از ساعات‌های تعطیلی مراکز
- زمان‌بندی مراجعه مراجعین به مراکز

انتظار از معاونت محترم سلامت

حمایت در زمینه:

- ۱- سامان دهی نظام ثبت سرطان با مشارکت کلیه بخش‌های درگیر
- ۲- فراهم ساختن زیرساختار مناسب برای به اجرا درآوردن نظام ارجاع و پیگیری
- ۳- ترغیب بخش خصوصی در جهت ارائه خدمات غربالگری سرطان گردن رحم و سرطان پستان
- ۴- فراهم ساختن تسهیلات مناسب در جهت تجهیز واحدهای رادیولوژی دولتی و خصوصی به دستگاه ماموگرافی استاندارد برای غربالگری
- ۵- نظارت بر کیفیت دستگاه‌های ماموگرافی موجود و آزمایشگاه‌های سیتولوژی
- ۶- ایجاد پوشش بیمه برای ارائه خدمات غربالگری سرطان‌های شایع زنان
- ۷- ایجاد ارتباط مناسب با سیمای جمهوری اسلامی ایران به منظور تهیه و پخش برنامه‌های مرتبط با سلامت (از نظر محتوا و هزینه)
- ۸- تعریف جایگاه تشکیلاتی روشن برای سیتوتکنولوژیست‌ها
- ۹- پیگیری پیشنهاد تشکیل شورای ملی سالمندان پیر و تایید مقام محترم وزارت به ریاست مقام محترم ریاست جمهور
- ۱۰- تشکیل کمیته سیاست‌گذاری سلامت سالمندان با حضور نمایندگان کلیه سازمان‌های درگیر به منظور تدوین سیاست کشوری و تقسیم وظایف در حدود اختیار هر یک از سازمان‌ها به ریاست مقام محترم وزارت
- ۱۱- تعیین دبیر کمیته فوق به عنوان متولی برنامه سلامت سالمندان به منظور پی‌گیری اجرای مصوبه‌های کمیته
- ۱۲- ایجاد دوره تخصصی طب سالمندی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

برنامه کلی

سلامت مادران

مقدمه:

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، عوارض مربوط به دوران بارداری و زایمان علت اصلی مرگ و میرهای زنان را تشکیل می‌دهد. این رقم حدود نیم میلیون نفر زن در سال می‌شود. سن بارداری زنان، فاصله بین زایمان‌ها، تعداد آبستنی‌های دوران زندگی و شرایط اجتماعی فرهنگی و اقتصادی که زنان در آن بسر می‌برند، همگی بر مرگ و میر و موارد بیماری آنان اثر می‌گذارند.

دسترسی زنان به مراقبت‌های بهداشتی در دوران بارداری، زایمان و پس از آن، امکان پیشگیری بسیاری از مرگ‌های مادری را فراهم می‌سازد. این نکته نشان دهنده لزوم تقویت نظام بهداشتی (مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها) به منظور تامین مراقبت مقتضی در زمان و مکانی که زنان به آن نیاز دارند، است.

مهم‌ترین مداخله برای پیشگیری از مرگ و میر و بیماری مادر و نوزاد، ارتقای کیفیت مراقبت بهداشتی در طول زمان بحرانی زایمان و بلافاصله پس از آن است. با مراقبت پیش از زایمان، مراقبت حین زایمان و مراقبت پس از زایمان می‌توان، بیماری‌های موجود را کشف و عوارض اولیه را شناسایی و درمان کرد. اطلاعات و مشاوره لازم در مورد نشانه‌ها و علائم مسایل گوناگون بارداری و زایمان را فراهم ساخت. محل مراجعه برای خدمات درمانی لازم در صورت بروز عوارض راتوصیه کرد و به زنان و خانواده‌هایشان کمک کرد تا برای زایمان آماده شوند. همه زایمان‌ها باید تحت سرپرستی فرد آموزش دیده و ترجیحاً پرستارها و ماماها و یا حداقل تحت سرپرستی مامای روستایی آموزش دیده باشد.

برنامه‌های خاص برای پرداختن به نیازهای تغذیه‌ای زنان در سنین باروری، به ویژه زنان باردار و زنان شیرده، باید طرح و اجرا شود. پیشگیری و معالجه کم خونی تغذیه‌ای و اختلال‌های ناشی از کمبود ید باید مورد توجه قرار گیرند. برای بهبود شرایط تغذیه‌ای و بهداشتی زنان جوان، از طریق تحصیلات و آموزش به عنوان بخشی از برنامه‌های بهداشتی مادران و مادری سلامت، اولویت قایل شد. باید به زنان و مردان نوجوان اطلاعات، آموزش و خدمات مشاوره‌ای در تشکیل خانواده، فعالیت جنسی و اولین آبستنی ارائه کرد.

رسالت اداره مادران

اداره مادران متولی کاهش بار بیماری‌های ناشی از بارداری، زایمان و بعد از زایمان مادران و نوزادان (تا ۷ روز) اول تولد در راستای تعهدهای ملی و بین‌المللی است (Safe motherhood). جه تمایز این اداره با دیگر بخش‌های ارائه خدمت در مسوولیت آن برای سیاست‌گذاری کلان در ارتقاء سلامت مادران و پاسخگویی در مورد تغییرهای ناشی از اعمال این سیاست‌هاست. گروه هدف این اداره زنان خواهان بارداری، زنان باردار، حین زایمان تا ۴۲ روز بعد از زایمان و نوزادان تا ۷ روز اول تولد هستند.

برنامه مراقبت از مادران باردار در سال‌های قبل از انقلاب به شرح ذیل به مادران ارائه می‌شد.

- مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان

- مراقبت از کودکان
- واکسیناسیون کودک
- بازدید منزل
- آموزش بهداشت
- توزیع شیر و ویتامین‌ها
- و همچنین درمان بیماری‌های مقاربتی در صورت نیاز، مانند سفلیس

طبق بررسی به عمل آمده در منطقه تحت پوشش طرح آذربایجان غربی فقط ۳ درصد از مادران تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی بودند، ۹۷ درصد بقیه زنان از هیچگونه خدمات بهداشتی بهره‌مند نبودند. در طی سال‌های اجرای طرح در منطقه پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در ارائه مراقبت به مادران باردار و تنظیم خانواده به دست آمد.

در سال‌های بعد از انقلاب اسلامی نظام عرضه خدمات بهداشتی کشور در راستای تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی طراحی و تدوین شد. برنامه مادر و کودک و تنظیم خانواده از اجزاء مهم سیستم ارائه خدمات بهداشتی به شمار می‌روند. برای ارائه این خدمات واحدهای ذیل احداث و مورد استفاده قرار گرفتند:

- مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی
- پایگاه‌های بهداشتی
- خانه‌های بهداشت و
- واحدهای تسهیلات زایمان

همزمان با توسعه واحدهای فوق تربیت نیروی انسانی بومی هم مورد توجه قرار گرفت مانند تربیت بهورز، تربیت مجدد ماما روستا، و همچنین تربیت رابطین بهداشتی، از سال ۱۳۶۸ به بعد در کنار توسعه کمی واحدهای عرضه خدمات و تربیت نیروی انسانی مطابق برنامه‌های تدوین شده، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در قالب دو برنامه ۵ ساله اول و دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ارائه شده است.

هدف کلی برنامه بهداشت مادران : تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت مادران در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان است.

برای دستیابی به هدف فوق برنامه‌های ذیل در کلیه سطوح ارائه خدمت (خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی، درمانی شهری، پایگاه‌های بهداشتی و واحدهای تسهیلات زایمانی) به مادران ارائه می‌شود.

- ۱- ارائه مراقبت‌های دوران بارداری و بعد از زایمان
- ۲- انجام زایمان ایمن و بهداشتی
- ۳- شناسایی و ارجاع مادران و نوزادان در معرض خطر

- ۴- تربیت ماماهاى روستايى براى انجام زايمان بهداشتى در منزل
 - ۵- ارائه خدمت در واحدهاى تسهيلات زايمانى فعال
 - ۶- آموزش كاركنان و آموزش همگانى
 - ۷- اجراى برنامه‌هاى تنظيم خانواده و توسعه آن در سطح كشور
- گذشته از نقاط ضعف برنامه و مشكلات موجود، بهبود شاخص‌هاى بهداشتى مادران در طى سال‌هاى گذشته مرهون توسعه عمومى كشور و ارائه خدمات بهداشتى و درمانى در سطح كشور به خصوص در روستاها است.

شاخص‌هاى عمده بهداشتى مادران عبارتند از:

- پوشش مراقبت‌هاى دوران باردارى و بعد از زايمان
- نسبت مرگ مادران در اثرباردارى و زايمان
- ميزان انجام زايمان توسط افراد دوره ندیده
- پوشش واكسيناسيون زنان باردار

تغییرهایی که در طی سال‌های ارائه خدمت به مادران باردار در شاخص‌های بهداشتی مادران ایجاد شده، به شرح ذیل است:

شاخص‌های بهداشتی سلامت مادران و روند آن در سال‌های گذشته

شاخص / سال	۱۳۵۳ (۱)	۱۳۶۳ (۲)	۱۳۶۷ (۳)	۱۳۷۰ (۱)	۱۳۷۵ (۴)	۱۳۷۶ (۵)	۱۳۷۷ (۵)	۱۳۷۸ (۵)	۱۳۷۹ (DH S)
میزان مرگ مادران در اثر بارداری و زایمان درصدهزار تولد زنده	۲۴۵	۱۴۰	۹۱	۵۴	۳۷/۴	-	-	-	-
درصد زایمان در بیمارستان یا زایشگاه	-	-	۶۲/۸	-	-	۷۸/۷	۸۱/۵	۸۳/۱	۸۴/۶
درصد زایمان توسط افراد دوره ندیده	-	-	۳۰/۱	-	-	۱۳/۴	۱۲/۱	۱۱/۶	۱۰/۴
پوششی مراقبت‌های دوران بارداری حداقل ۶ بار	-	-	-	-	-	۶۰/۵	۶۹/۴	۷۳/۱	۷۹/۸
پوششی مراقبت‌های پس از زایمان بار اول	-	-	-	-	-	۷۰	۷۵/۱	۷۵/۵	۳۱/۰۲ ^{II}
پوششی مراقبت‌های پس از زایمان بار دوم	-	-	-	-	-	۵۲/۸	۵۵/۹	۵۷/۹	-
پوششی واکسیناسیون زنان باردار	-	-	۴۰	-	-	۷۶/۲	-	-	۷۹/۶

(۲) ^{II} بررسی سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران، دکتر حسین ملک‌افضلی ۱۳۷۰

(۳) بررسی ۱۰٪ جمعیت روستایی و بخشی از جمعیت شهری، شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، دکتر کامل شادپور

(۴) بررسی شاخص‌های تولد و مرگ در ۱۰٪ جمعیت شهری روستایی در سال ۱۳۷۶ شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران. دکتر کامل شادپور

(۵) بررسی راموس، دکتر محسن نقوی

(۶) گزارش‌های آماری استان‌ها در سال‌های ۷۶، ۷۷، ۷۸

بررسی MICS سال ۱۳۷۶

علل مرگ مادران

علل اصلی مرگ مادران در کشورهای پیشرفته به ترتیب:	علل اصلی مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه به ترتیب:
۶- خونریزی (حاملگی خارج از رحم)	۱- عفونت
۷- آمبولی	۲- خونریزی
۸- اکلامپسی	۳- اکلامپسی
۹- عوارض بیهوشی	۴- زایمان سخت
۱۰- بیماری‌های قلبی	۵- عوارض سقط جنین

علل اصلی مرگ مادران در جمهوری اسلامی ایران (دکتر نقوی ۱۳۷۵)

۲۱٪	- خونریزی در حین یا پس از زایمان
۱۵/۷٪	- بیماری‌های قلبی، عروقی همراه با بارداری
۱۸/۶٪	- اکلامپسی
۹/۳٪	- عفونت‌های پس از زایمان
۵٪	- خونریزی دوران بارداری
۵٪	- عوارض سقط جنین
۵٪	- آمبولی ریه
۵/۷٪	- بیماری‌های خوب تعریف نشده یا بد تعریف شده؟

تغییرهای حاصل شده در شاخص‌های بهداشتی مادران تنها مربوط به ارائه خدمات بهداشتی به آنان نیست بلکه این تغییرها مرهون گسترش ابعاد مختلف توسعه نیز می‌باشد مانند:

- افزایش میزان سواد زنان به ۷۴ درصد
- دسترسی به درمان‌های تخصصی به دلیل بهبود راه‌ها در کشور
- تربیت کارکنان بهداشتی
- افزایش آگاهی جامعه در مورد بهداشت مادران و کودکان
- دسترسی به آب آشامیدنی سالم
- دسترسی به خدمات بهداشتی اولیه

گذشته از موفقیت‌هایی که در جهت کاهش نسبت مرگ و میر مادران حاصل شده است مشکلات و کاستی‌هایی در برنامه وجود دارد. چون برنامه مراقبت مادران به صورت ادغام یافته درون سیستم شبکه‌های بهداشتی

درمانی کشور اجرا می‌شود، لذا کلیه نقاط قوت و ضعف این سیستم در برنامه مادران هم موثر است. در این برنامه نحوه مراقبت مادران در قالب یک رویکرد نسبتاً جامع به حاملگی مشخص شده است. نظر به این که خدمات فوق برای افراد غیر پزشک و جهت اجرا در واحدهای غیرتخصصی طراحی شده، بنابراین کلیه مواردی که نیازمند مراقبت‌های ویژه و یا تخصصی هستند، مراقبت خاصی درون سیستم دریافت نکرده، به واحدهای درمانی ارجاع داده می‌شوند.

مشکلات دیگری که در برنامه وجود دارد به شرح ذیل است:

- فقدان یک سیستم مناسب برای پایش و ارزشیابی برنامه‌های مادران
- غیرقابل اعتماد بودن گزارش‌ها
- فقدان پروتکل‌های استاندارد برای ارائه خدمات دوران بارداری، زایمان، بعد از زایمان و مراقبت‌های ویژه به مادران
- فقدان استانداردهای مناسب برای غربالگری بیماری‌های مانند کم خونی، مقاربتی، دیابت بارداری و بسیاری از عوارض ناشی از بارداری و زایمان
- غیرفعال و پاسیو بودن خدمات بهداشتی در شهرها
- فقدان اطلاعات کافی در مورد صدمه‌ها آسیب‌هایی که در اثر بارداری و زایمان مادر و یا نوزاد به آن دچار می‌شوند
- پایین بودن کیفیت ارائه خدمات مامایی در کلیه سطوح (خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها)
- کیفیت پایین خدمات تنظیم خانواده
- عدم ارائه مراقبت‌های درمانی مناسب با کیفیت مطلوب در فوریت‌های مامایی
- فقدان یک سیستم نظارتی دقیق بر مرگ مادران
- عدم استفاده صحیح از داده‌های موجود در برنامه‌ریزی‌ها
- عدم مشارکت فعال جامعه در برنامه‌های بهداشت مادران
- بی‌سوادی زن، شوهر و یا هر دو
- فقر فرهنگی و اقتصادی و عدم آگاهی خانواده از حقوق اجتماعی خود
- عدم وجود قوانین حمایتی از مادر و خانواده

نقاط قوت

- رایگان بودن خدمات تنظیم خانواده
- وجود سیستم شبکه و توجه بیشتر به روستاها و رایگان بودن مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان
- تربیت افراد دوره دیده در امر زایمان (ماما روستا) و استفاده از خدمات رابطین بهداشتی
- تزریق واکسن کزاز به مادران باردار
- وجود آمبولانس در واحدهای تسهیلات زایمانی جهت ارجاع
- ارائه خدمات به صورت فعال در روستاها
- حساس شدن کارکنان بهداشتی به تراژدی مرگ مادران و بررسی موارد در استان و ستاد مرکزی
- تشکیل کمیته کاهش مرگ و میر مادران در دفتر سلامت خانواده و جمعیت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نقاط ضعف

- فقدان نظام صحیح ارجاع
- نارسایی سیستم جمع‌آوری اطلاعات و گزارش‌دهی و ضعف مداخله در گزارش‌های دریافت شده
- عدم کارآیی نظام نظارت، پایش و ارزشیابی برنامه‌ها
- کمبود نیروی انسانی به ویژه نیروهای بومی (کاردان و کارشناس مامایی)
- ضعف آموزش حین خدمت و بازآموزی‌ها
- بی‌توجهی و ضعف ارائه مراقبت‌های اورژانس مامایی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها (کمبود مهارت، کمبود امکانات و تجهیزات)
- ضعف هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی
- عدم کفایت مکانیسم‌های موجود در جلب مشارکت مردم در کلیه برنامه‌های بهداشتی
- فقدان تحقیقات کاربردی
- کیفیت پایین خدمات تنظیم خانواده
- بالا بودن میزان سزارین‌های بی‌مورد
- ارائه فعالیت‌ها بطور غیر فعال در شهرها
- بی‌توجهی به عوارض و ناتوانایی‌های ناشی از حاملگی و زایمان
- بالا بودن زایمان توسط افراد دوره ندیده در برخی روستاها
- استاندارد نبودن خدمات مراقبت‌های بهداشتی مادران
- مشخص نبودن مفهوم مراقبت ویژه و نداشتن متولی برای آن
- عدم مداخله پزشکان در ارائه مراقبت‌های مادران
- رایگان نبودن آزمایش‌های روتین بارداری
- بالا بودن تعرفه زایمان در برخی بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها
- کامل نبودن سیستم شبکه و فقدان بیمارستان‌های مرجع

- عدم دسترسی برخی از خانواده‌ها به واحدهای درمانی در موارد اورژانس

فرصت‌ها

- بالا رفتن سطح آگاهی
- وجود رسانه‌های همگانی
- بهبود وضعیت راه‌های ارتباطی
- وجود نیروهای متخصص در بیمارستان‌ها
- تصویب قانون چهارماه مرخصی پس از زایمان

تهدیدها

- مشکلات فرهنگی و باورهای غلط در جامعه
- بی‌سوادی و کم‌سوادی زنان در مناطق روستایی و محروم کشور
- مشکلات جغرافیایی و راه‌های ارتباطی در برخی مناطق
- مشکلات اقتصادی
- عدم آگاهی زنان از حقوق اجتماعی خود
- عدم وجود قوانین حمایتی در مورد مرگ و میر و معلولیت‌های ناشی از بارداری و زایمان
- کیفیت پایین خدمات تنظیم خانواده
- کیفیت پایین خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها به خصوص در موارد اورژانس
- مشکلات بیمه خدمات درمانی
- تغییر مستمر مدیریت‌ها و کارکنان بهداشتی

با توجه به مشکلاتی که در برنامه مادران وجود دارد تجدیدنظر کلی در برنامه ضروری است، بنابراین بازنگری برنامه مادران از ابتدای سال ۱۳۷۸ در دستور کار اداره کل بهداشت خانواده قرار گرفت. هدف از این بازنگری طراحی برنامه‌ای است که هر مادری با هر وضعیتی از تندرستی در هر زمانی از بارداری، حین زایمان و پس از زایمان (تا شش هفته) به مراکز ارائه دهنده خدمات در هر کجای نظام شبکه مراجعه کرده، خدمت اثربخش و کارآمد دریافت کند.

اهداف برنامه کشوری مراقبت از مادران

هدف کلی: ارتقاء سطح سلامت مادران و ترویج مادری سالم

اهداف اختصاصی:

- کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بارداری و زایمان
- کاهش میزان مرگ و میر حول و حوش تولد (Perinatal mortality)

- کاهش میزان بیماری و معلولیت‌های ناشی از بارداری و زایمان

فعالیت‌هایی که تاکنون در راستای بازنگری برنامه مادران انجام شده است.

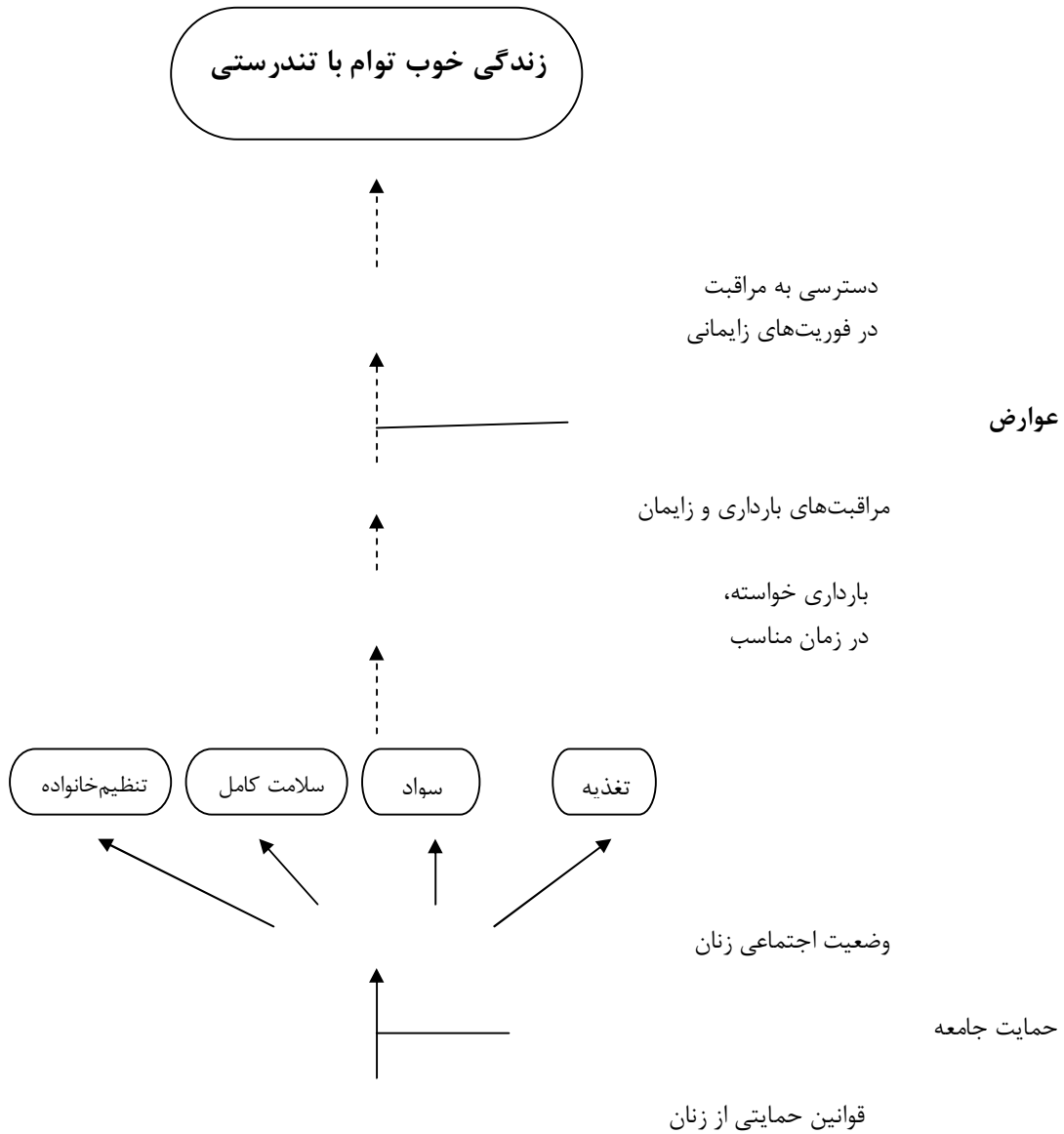
- ۱- تعیین بیماری‌های موثر بر مرگ مادر و نوزاد
- ۲- اولویت‌بندی آنها
- ۳- تعیین سیر طبیعی بیماری‌های اولویت‌دار
- ۴- تعیین و اختیار راهکار مداخله‌ای برای هر بیمار
- ۵- تعیین فرآیندهای مورد نیاز هر برنامه
- ۶- تعریف مراقبت‌های ویژه و تعیین تکلیف هریک از سطوح ارائه خدمت به مادران و نوزادان در معرض خطر
- ۷- استاندارد کردن کلیه خدماتی که در طول بارداری، زایمان و پس از زایمان توسط ارائه دهندگان خدمات به تفکیک هر رده (بهورز، کاردان و کارشناس و پزشک) در کلیه سطوح ارائه خدمت (خانه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه‌های بهداشتی و واحدهای تسهیلات زایمانی) به مادران ارائه می‌شود.
- ۸- تشکیل یک تیم اپیدمیولوژیست برای همکاری با اداره مادران در تهیه ابزارهای پایش و ارزشیابی: این تیم در حال حاضر پروژه‌های را در قالب طراحی نظام پایش برای برنامه بهداشت مادران از سال ۷۹ در استان سمنان آغاز کرده است. در این حرکت جدید، هدف ایجاد الگویی جهت پایش خدمات مراقبت مادران در مراکز بهداشتی درمانی شهری است به نحوی که کارکنان مرکز بتوانند عهده‌دار بخشی از پایش فعالیت‌های خود باشند. طراحان امیدوارند تا پایان سال ۸۰ این ابزار را نهایی کرده، آماده مطابقت آن با سایر خدمات بهداشت خانواده شوند.
- ۹- تدوین سیستم نظارتی مرگ مادران
- ۱۰- تهیه ابزارهایی برای بررسی وضعیت موجود ارائه خدمت به مادران که نیازمند دریافت خدمت در فوریت‌های مامایی هستند

انتظار کلی از استان‌ها در برنامه بهداشت مادران

- ۱- نظارت بر اجرای استانداردهای خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان در منطقه تحت پوشش به خصوص مراقبت‌های حین و پس از زایمانی که نقش اساسی در کاهش مرگ مادران دارد.
- ۲- اجرای نظام بررسی فعال مرگ مادر های مادران، به روشی که کلیه مرگ‌های مادران شناسایی شده، پرسشنامه ارسالی برای تک تک مرگ‌ها تکمیل و عواملی که موجب مرگ مادر می‌شوند را شناسایی و برنامه مداخله‌ای را که توسط کمیته کاهش مرگ و میر مادران و با همکاری مرکز بهداشت شهرستان به مورد اجرا درآورد تدوین می‌شود، اجرا کنند و نتیجه را به سایر مناطق تحت پوشش و ستاد مرکزی گزارش کنند.
- ۳- تربیت عامل زایمان ایمن در مناطقی که دسترسی به مراکز زایمانی ندارند طبق ضوابط تعیین شود.
- ۴- عدم توسعه واحدهای تسهیلات زایمانی و تقویت واحدهای فعال از طریق شناسایی و رفع مشکلات موجود پس از بررسی وضعیت موجود هریک از واحدها

- ۵- بررسی کیفیت خدمات ارائه شده به مادران در کلیه سطوح ارائه دهنده خدمت
- ۶- شناسایی و ارائه خدمت به مادرانی که در حال حاضر هیچگونه خدمتی دریافت نمی کنند
- ۷- افزایش پوشش ارائه خدمات در مناطق نیازمند
- ۸- افزایش آگاهی خانواده‌ها و به خصوص مادران در زمینه اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری زایمان و پس از زایمان و به ویژه اهمیت انجام زایمان در مراکز زایمانی یا توسط فرد دوره دیده جهت زایمان
- ۹- توجیه کارکنان زایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها در مورد اهمیت مراقبت‌های حین و پس از زایمان در کاهش میزان مرگ مادران

جاده بقاء



برنامه کلی

سلامت کودکان

مقدمه

در جهان هر سال بیش از یازده میلیون کودک در اثر ابتلاء به بیماری‌های مختلف و تغذیه ناکافی جان خود را از دست می‌دهند. در بعضی از کشورها بیش از یک پنجم این کودکان پیش از رسیدن به پنجمین سالگرد تولدشان فوت می‌کنند. بسیاری از کودکانی که باقی می‌مانند، به حداکثر توان خود دست نمی‌یابند.

کودکان زیر ۵ سال به دلایل گوناگون در معرض خطر ابتلاء به بیماری‌های مختلف مثل عفونت‌های حاد تنفسی، بیماری‌های اسهالی، سرخک، دیفتی و ... قرار دارند. علاوه بر اینها علت‌های دیگری مثل حوادث و سوانح مختلف نیز به عنوان عامل ایجاد صدمه‌ها و احتمالاً مرگ و میر در این گروه سنی مطرح می‌باشند.

در حال حاضر در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی اولیه کشور، خدمات گسترده‌ای به منظور کاهش میزان ابتلاء کودکان به بیماری‌های مختلف و مرگ و میر آنان به اجرا درمی‌آید که از آن جمله برنامه واکسیناسیون، CDD، ARI، پایش رشد، تغذیه با شیرمادر ... را می‌توان نام برد.

بیماری‌های حاد تنفسی (ARI): کودکان تمامی دنیا به دفعات به سرفه و سرماخوردگی مبتلا می‌شوند، لیکن در کشورهای روبه توسعه، این حالت‌ها اغلب با بیماری کشنده هم چون پنومونی، که سر دسته علل مرگ کودکان زیر پنج سال است، همراه می‌شود.

برنامه کنترل عفونت‌های حاد تنفسی در کودکان زیر ۵ سال از سال ۱۳۶۹ با انتخاب سه شهرستان پایلوت (شهرکرد، سراب، قوچان) آغاز و در سال ۱۳۷۰، در کل کشور (آموزش کارکنان بهداشتی در کلیه رده‌ها و تامین و تدارک داروها و مواد آموزشی مورد نیاز برنامه) گسترش پیدا کرد.

هدف‌های اصلی طرح عبارت بودند از:

- ۱- کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در اثر عفونت‌های حاد تنفسی
- ۲- کاهش مصرف نایجای آنتی‌بیوتیک‌ها و سایر داروهای ضدسرفه و سرماخوردگی
- ۳- کاهش شدت و عوارض عفونت‌های حاد تنفسی فوقانی
- ۴- پیشگیری از عفونت‌های حاد تنفسی

راهکارهای طرح عبارت بودند از:

- ۱- افزایش دسترسی جامعه به خدمات تشخیص و درمان استاندارد عفونت‌های حاد تنفسی
- ۲- آموزش خانواده‌ها در مورد نشانه‌های پنومونی
- ۳- افزایش پوشش واکسیناسیون
- ۴- رفع عوامل خطر ساز زمینه‌ای (مثل آلودگی هوا و سوء تغذیه)

در راستای هدف‌های فوق فعالیت‌های بسیاری انجام شد که اهم آنها عبارتند از:

در سال ۱۳۷۱ تعداد ۱۲ استان باقیمانده کشور به برنامه پیوستند. در سال ۱۳۷۲ برنامه لکه‌گیری آموزشی کارکنان انجام گرفت. همچنین بررسی قوم‌نگاری متمرکز (Focused Ethnographic Study) در پنج قوم ترک، لر، فارس، عرب و کرد انجام شد.

در سال ۱۳۷۳ گسترش برنامه در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی کشور مدنظر بود که در ۲۸ دانشگاه ۵۶ متخصص اطفال عضو هیات علمی در دوره‌های آموزشی شرکت کردند تا متخصصین و پزشکان عمومی استان مربوطه را آموزش دهند.

در سال ۱۳۷۴ برگزاری ۲ کارگاه آموزشی، تکثیر اسلاید، اصلاح چارتهای برنامه و دوره‌های بازآموزی به‌روزان مورد توجه قرار گرفت.

در سال ۱۳۷۵ برگزاری ۲ کارگاه آموزشی، تهیه ۴۸۰۰ عدد تایمر شمارش تنفس برای خانه‌های بهداشت، تهیه چک‌لیست نظارتی، بازدید از نحوه اجرای برنامه در استان، تهیه فرم گردآوری اطلاعات و سپس جمع‌آوری اطلاعات، همچنین انجام بررسی کیفیت ارائه خدمات در واحدهای بهداشتی درمانی کشور (HFS) از اهم فعالیت‌ها بوده است، که متأسفانه تنها ۴۲٪ از واحدهای ارائه دهنده خدمت توانایی ارائه خدمت استاندارد برنامه را داشتند.

در سال ۱۳۷۶ - ۱۳۷۸ کارگاه آموزشی جهت کارشناسان مسوول بهداشت خانواده، درج مقاله‌ها در مجله‌ها و روزنامه‌ها، نظارت بر اجرای برنامه در استان‌ها و تهیه چک لیست برای بررسی وضعیت موجود انجام شده است.

در سال ۱۳۷۹ اصلاح چارتهای برنامه، تهیه تیزر تبلیغاتی و بررسی مشکلات برنامه انجام شد.

میزان مرگ زیر ۵ سال به ده هزار کودک زیر ۵ سال براساس زیج حیاتی

سال	سال	سال	سال	سال	سال
۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷
۷/۸	۴/۸	۵/۸	۳/۸	۴/۳	۳/۲

مشکلات موجود:

متأسفانه در مورد ابتلا به عفونت‌های حاد تنفسی و میزان بروز آن هیچگونه اطلاع دقیقی در دست نیست. دلایل این عدم اطلاع ناشی از این است که:

- ۱- ARI مجموعه‌ای از چندین بیماری متفاوت است که هر یک از آنها شیوع و بروز متفاوتی دارند
- ۲- هر یک از این بیماری‌ها، طول دوره ابتلا، عوارض، بروز و شیوع متفاوت دارند.
- ۳- برنامه ARI تاکنون متولیان و مسوولین متفاوتی داشته که از نظر طول عمر مسوولیت‌های آنان کوتاه مدت بوده است.

۴- شاخص تشخیصی راحت و یکسانی برای تشخیص همه انواع بیماری‌های این مجموعه به تفکیک و یا در مجموع وجود ندارد. بنابراین انجام بررسی جهت تعیین وضعیت موجود مهمترین فعالیت آینده برنامه عفونت‌های حاد تنفسی محسوب می‌شود.

راهکارها و انتظارات آینده :

- ۱- پایش مداوم وضعیت برنامه
- ۲- ارزشیابی متناوب وضع موجود برنامه (به وسیله Survy)
- ۳- راهکار مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال

طبق مطالعه سال ۶۳-۶۴ که بر روی ۱۰٪ جامعه صورت گرفت اسهال ۲۲ درصد از کل مرگ‌های کودکان زیر ۵ سال را به خود اختصاص می‌داد و به عنوان اولین عامل مرگ کودکان شناخته شد. بنابراین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۳ اقدام به تهیه طرح کنترل بیماری‌های اسهالی کرد.

هدف‌های برنامه :

- ۱- کاهش مرگ و میر ناشی از اسهال در کودکان زیر ۵ سال
- ۲- کاهش موارد سوء تغذیه ناشی از اسهال، تغذیه و از شیرگرفتن غلط در شیرخواران

راهکارهای عمده عبارت بودند از:

- ۱- توسعه مایع درمانی خورای با پودر ORS
- ۲- کنترل اپیدمی‌های اسهالی
- ۳- افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
- ۴- آموزش همگانی

اهم فعالیت‌های برنامه به منظور اجرای راهکارها:

کارکنان ارائه دهنده خدمت اعم از پزشک، کارشناس، کاردان و بهورز تحت آموزش‌های مدیریت، مهارت‌های سرپرستی و تشخیص و درمان اسهال قرار گرفتند. به تدریج مراکز آموزش بیماری‌های اسهالی (DTU) در کشور تاسیس و راه‌اندازی شد. همچنین درمان اسهال به روش مایع درمانی خوراکی با استفاده از پودر ORS سازمان بهداشت جهانی، افزایش تولید ORS، توزیع ORS در کلیه واحدهای بهداشتی و درمانی و داروخانه‌های خصوصی، چاپ و نشر چارت درمان اسهال و مدول‌های آموزشی اسهال، تشکیل کمیته علمی CDD و آموزش همگانی از دیگر فعالیت‌های انجام گرفته برنامه تا سال ۱۳۷۳ بود.

در سال ۱۳۷۴: دو کارگاه آموزشی روش‌های یاددهی CDD جهت متخصصین اطفال عضو هیات علمی دو دانشگاه و یک کارگاه آموزشی جهت اعضای کمیته علمی برگزار شد.

کتاب Advising mother, Guide to student Evaluation, workshop Participant Manual, Srenghthening the teaching of Diarrhoea ترجمه شد. کتاب دانستی‌های ضروری در زمینه بیماری‌های اسهالی برای آموزش به‌روزان و رابطین بهداشتی و خواهران بسیجی ترجمه و کتاب Reading on Darrhoea چاپ شد. تجهیز مرکز DTU پی‌گیری شد. Focused Programme Review جهت تعیین مشکلات برنامه و ارائه راه‌حل‌ها برگزار شد. پوستر چاپ و توزیع و فیلم شفا برای خواهران بسیجی تهیه شد.

در سال ۱۳۷۵: سومین، چهارمین و پنجمین کارگاه آموزشی روش‌های یاددهی CDD جهت متخصصین اطفال عضو هیات علمی دو دانشگاه و دو کارگاه آموزشی در استان‌های سیستان و بلوچستان و گیلان برگزار شد. فیلم ارزیابی مبتلا به اسهال ترجمه و تجهیز مرکز DTU پی‌گیری شد. چک لیست نظارتی و دستورعمل برای DTU و فرم ثبت بیماری اسهالی جهت واحدهای ارائه دهنده خدمت تهیه شد.

در سال ۱۳۷۶: مشاوره جهت آموزش مادران در زمینه درمان اسهال در منزل انجام شد. ششمین و هفتمین کارگاه آموزشی روش‌های یاددهی CDD جهت متخصصین اطفال عضو هیات علمی دو دانشگاه برگزار شد. اجرای برنامه‌های بازدید به منظور پیگیری نحوه اجرا (Plan of action) دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که در کارگاه‌های آموزشی روش تدریس کنترل بیماری‌های اسهالی طرح‌ریزی شدند به منظور آموزش مادران در زمینه درمان اسهال در منزل بطور مصور، کارت ماسک و پمفلت تهیه و تکثیر شدند. کتب Reading on diarrhoea و مهارت‌های سرپرستی پیشگیری از اسهال بازنگری شدند. جهت درج در کتاب به‌روزان مطالب لازم تهیه شد. کارگاه آموزشی برای متخصصین کودکان دانشگاه‌های آزاد، شاهد، بقیه الله و تامین اجتماعی برگزار شد.

در سال ۱۳۷۷: هشتمین و نهمین کارگاه روش‌های یاددهی برگزار شد.

در سال ۱۳۷۸: چک لیستی جهت بررسی وضعیت موجود برنامه تهیه شد. برنامه تلویزیونی ضبط شده جهت گنجاندن مطالب کنترل بیماری‌های اسهال در برنامه درسی پزشکی مورد تایید مقام معاونت آموزش قرار گرفت. ایرانی سازی محتوای آموزشی راهکار مانا انجام شد.

در سال ۱۳۷۹: جهت تهیه تیزر تبلیغاتی برنامه‌ریزی لازم انجام گرفت و چارت تشخیص و درمان اسهال اصلاح شد. همچنین مشکلات برنامه مورد بررسی قرار گرفت.
- گنجاندن برنامه‌های کنترل بیماری‌های اسهالی در برنامه درس پزشکی دانشجویان

- نظارت بر حسن اجرای برنامه
- تلاش برای افزایش آگاهی جامعه از طریق صدا و سیما
- تجهیز DTU در بیمارستان‌های آموزشی در سراسر کشور
- تشکیل کارگاه‌های آموزشی و مشاوره در سراسر کشور
- تجهیز ORT Corner در سایر واحدهای ارائه دهنده خدمت

روند شاخص‌های برنامه: / قبل از شروع برنامه تا وضعیت فعلی

بررسی‌های انجام شده بر روی شاخص‌های برنامه

سال بررسی شاخص	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۷۰	۱۳۷۲	۱۳۷۴	۱۳۷۶
درصد کودکان کمتر از ۵ سال که طی دو هفته گذشته اسهال داشته‌اند	۲۱	۳۷	۱۴	۱۲/۲	۱۵/۲	۱۱
درصد مادرائی که هنگام اسهال مایعات را افزایش داده‌اند	۶۰/۲	۹۰	۸۵	۵۷/۲	۵۱/۷	۴۷/۸
درصد مادرائی که هنگام اسهال غذا را افزایش داده‌اند	۹۶/۴	۴۵	۵۵	۷۴	۵۰/۸	-
درصد مادرائی که هنگام اسهال کودکان شیر را افزایش داده‌اند	-	۵۰	۷۰	-	۶۹/۱	-
درصد مادرائی که در طول اسهال از پودر ORS استفاده کرده‌اند	۴۳/۸	۳۵	۳۹	۲۷/۵	۳۶/۹	۳۷/۷
بار ابتلای هر کودک به اسهال در سال	۵	-	۳/۶	-	۳/۹۵	۲/۹
تعداد مرگ ناشی از اسهال در سال	۳۴۰۰۰	۱۳۲۰۰	۱۷۰۰۰	۱۰۰۰۰	۴۰۰۰	-

میزان مرگ زیر ۵ سال به ده هزار کودک زیر ۵ سال براساس زیج حیاتی

سال	سال	سال	سال	سال	سال
۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷
۵	۳/۷	۳/۴	۲/۵	۲/۲	۱/۵

مشکلات موجود:

- عدم اجرای دقیق برنامه توسط پزشکان به ویژه در بخش خصوصی
- مصرف بی‌رویه دارو در زمان اسهال

راهکارها و انتظارات آینده:

- پیگیری گنجاندن برنامه‌های کنترل بیماری‌های اسهالی در برنامه درسی پزشکی دانشجویان و یافتن راهکار برای ایجاد اعتقاد در پزشکان
- نظارت بر برنامه اسهال
- آموزش همگانی از طریق صدا و سیما
- راهکار ادغام مراقبت ناخوشی‌های اطفال

ترویج تغذیه با شیرمادر

یکی از باصرفه‌ترین اقدام‌ها برای سیستم بهداشتی، ترویج تغذیه با شیرمادر است زیرا از طریق کاهش ابتلا به بیماری‌ها و مرگ و میر شیرخواران به ویژه بیماری‌های اسهالی و عفونت‌های تنفسی، هزینه مراقبت‌های بهداشتی را تقلیل می‌دهد. اثر حفاظتی تغذیه با شیرمادر به خصوص در شرایط نامطلوب زندگی مانند فقر، سوء تغذیه و بهداشت ناکافی، اهمیت بیشتری می‌یابد.

تغذیه با شیرمادر طبیعی‌ترین روش تامین تغذیه مطلوب برای رشد سالم شیرخواران است و بر سلامت مادر و کودک تاثیر عاطفی و جسمانی چشمگیری می‌گذارد. به دلیل ترکیب‌ها و مواد موجود در شیر مادر تغذیه با شیرمادر سبب افزایش مطلوب تکامل مغزی می‌شود و شیرخوار را از بیماری‌هایی که منجر به سوءتغذیه، اختلال در یادگیری و شنوایی می‌شود، محافظت می‌کند.

رسالت اداره کودکان در برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر:

- ۱- پیشگیری از ابتلاء کودکان به بیماری‌های مختلف بویژه اسهال و عفونت‌های تنفسی و کاهش مرگ و میر ناشی از آنها در کودکان زیر ۲ سال
- ۲- تامین اساس تندرستی در دوران کودکی و سال‌های پس از آن

اولین اقدام در زمینه ترویج تغذیه با شیرمادر در سال ۱۳۶۵ با تشکیل کمیسیون شیر و غذای کودک، منع تبلیغات شیرمصنوعی، محول کردن توزیع شیر مصنوعی به عهده سه شرکت دولتی و تهیه برچسب یکسان برای قوطی‌های شیرمصنوعی و بالاخره صدور بخشنامه اجرای هم‌اتاقی مادر و نوزاد به بیمارستان‌ها انجام گرفت. قدم بعدی بررسی الگوی تغذیه شیرخواران در سال ۱۳۶۷ بود که نشان داد در مناطق روستایی ۷۰٪ کودکان و در مناطق شهری ۶۰٪ کودکان تا یکسالگی با شیرمادر تغذیه می‌شوند. بررسی انجام شده در سال ۱۳۷۰ به عنوان بررسی دستاوردهای بسیج سلامت کودکان، ارقام فوق را به ترتیب ۷۲٪ و ۶۲٪ نشان داد.

با توجه به یافته‌های فوق و همچنین نقش بی‌نظیر تغذیه با شیرمادر در پیشگیری از سوءتغذیه و مرگ و میر کودکان به ویژه در اثر بیماری‌های گوارشی و عفونت‌های حاد تنفسی، برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر از سال ۱۳۷۰ بطور مدون و گسترده در سراسر کشور آغاز شد. در این راستا کمیته کشوری و مرکز کشوری و کمیته‌های دانشگاهی تشکیل شد.

اهداف برنامه:

هدف کلی:

افزایش تعداد مادرانی که شیرخوار خود را تا پایان ۶ ماهگی بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می‌کنند و سپس همراه باغذاهای کمکی، تغذیه با شیرمادر را تا پایان ۲ سالگی ادامه می‌دهند.

اهداف اختصاصی:

- ۱- ارتقاء سطح آگاهی و عملکرد کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه ترویج تغذیه با شیرمادر
- ۲- افزایش دسترسی به خدمات تغذیه با شیرمادر
- ۳- بررسی وضعیت موجود و تعیین الگوی تغذیه شیرخواران
- ۴- حمایت از مادران شاغل شیرده و در حال تحصیل

در راستای اهداف فوق‌فعالیتهای بسیاری انجام شد که اهم آنها عبارتند از:

برگزاری کارگاه‌های آموزشی متعدد، بطوری‌که هزاران نفر از متخصصین زنان و کودکان، اعضاء هیات علمی دانشگاه‌ها و کارکنان بهداشتی درمانی در سطوح مختلف آموزش‌های لازم را دیدند. بیمارستان‌های دوستدار کودک راه‌اندازی شدند و قانون ترویج تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی به تصویب مجلس محترم شورای اسلامی رسید.

شاخص‌های ارزشیابی برنامه تغذیه با شیرمادر و روند آنها طی سال‌های اجرای برنامه (۷۰-۱۳۸۰)

شاخص	سال	۱۳۶۷ (۱)	۱۳۷۰ (۲)	۱۳۷۳ (۳)	۱۳۷۴ (۴)	۱۳۷۶ (۵)	۱۳۸۰ (۶)
میزان تغذیه با شیرمادر تا یکسالگی	شهر	٪۶۰	٪۶۲	٪۸۲	٪۷۹/۱	٪۸۴/۳	٪۸۷
	روستا	٪۷۰	٪۷۲	٪۸۸	٪۸۵	٪۸۷/۶	٪۹۰
میزان تغذیه با شیرمادر تا دوسالگی	شهر					٪۴۲/۵	٪۳۳/۶
	روستا					٪۴۰/۹	٪۴۵/۸
میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی	شهر	-	٪۸	٪۱۸/۷	٪۳۳/۷	٪۵۳/۳	٪۴۱/۷
	روستا	-	٪۱۱	٪۲۲/۱	٪۴۷/۳	٪۵۷/۷	٪۴۸/۳
میزان شروع تغذیه تکمیلی در ۴-۶ ماهگی	شهر	٪۲۳	٪۵۹	-	٪۷۶	٪۳۴	٪۶۱/۳
	روستا	٪۳۳	٪۴۹	-	٪۷۰/۷	٪۳۵/۲	٪۵۵/۵
میزان واردات شیرمصنوعی	۵۰ میلیون قوطی						

تعداد بیمارستان‌های دولتی	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰
تعداد بیمارستان‌های دولتی	۱۱	۱۱۷	۲۱۶	۳۳۱	۳۷۶	۴۱۸	۴۵۵	۴۶۸ (٪۹۱/۳)	۴۷۶

- (۱) بررسی الگوی تغذیه شیرخواران - معاونت بهداشتی - اداره کل بهداشت خانواده
- (۲) بررسی دستاوردهای بسیج سلامت کودکان
- (۳) ارزشیابی عملکرد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار نسبت به برنامه تغذیه با شیرمادر، تنظیم خانواده و استفاده از نمک یددار - معاونت بهداشتی، اداره کل تغذیه بهداشت و تنظیم خانواده
- (۴) بررسی خوشه‌های دستیابی به اهداف میان دهه - معاونت بهداشتی
- (۵) بررسی شاخص‌های چندگانه وضعیت زنان و کودکان جمهوری اسلامی ایران - معاونت بهداشتی و مرکز گسترش شبکه‌ها و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی
- (۶) بررسی DHS

تحلیل:

نقاط قوت

- زمینه مساعد فرهنگی و مذهبی جامعه
- همسو بودن با جنبش جهانی ترویج تغذیه با شیرمادر و دسترسی به یافته‌های تحقیقات علمی جهان
- آغاز برنامه با حمایت و مشارکت مستقیم وزیر محترم وقت
- وجود کمیته کشوری فعال و مقبولیت اعضا آن در جامعه علمی کشور
- وجود انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر

نقاط ضعف

- عدم همکاری برخی از متخصصین زنان و کودکان به ویژه در بخش خصوصی
- تعویض و تغییر سریع کارکنان بهداشتی، مدیریت‌ها و اعضاء هسته‌های آموزشی
- ارائه مطالب در کارگاه‌ها بدون توجه به نیازهای آموزشی کارکنان
- عدم هماهنگی بین‌بخشی و میان‌بخشی در زمینه سیاست‌های ترویج تغذیه با شیرمادر و واردات و توزیع شیرمصنوعی
- ضعف سیستم نظارت و پایش مستمر برنامه بویژه در بیمارستان‌های دوستدار کودک
- ضعف مشاوره با مادران برای حل مشکلات شیردهی آنان
- عدم اجرای قانون ترویج تغذیه با شیرمادر در تمامی بخش‌های جامعه و عدم برخورد جدی با متخلفین
- عدم توجه کامل رسانه‌های گروهی برای جلوگیری از تبلیغات منفی و ضرورت رساندن اطلاعات صحیح به خانواده‌ها
- عدم تخصیص امتیاز به اجرای ۷ اقدام در ارزشیابی بخش‌های کودکان بیمارستان‌ها
- تخصیص امتیاز ناکافی در ارزشیابی بیمارستان‌ها برای اجرای ۱۰ اقدام

فرصت‌ها

- امکان جلب حمایت و همکاری روحانیون با توجه به پشتوانه مذهبی و فرهنگی جامعه
- مشارکت نیروهای مردمی (رابطین بهداشت و نیروهای بسیجی)
- مشارکت سازمان‌های غیردولتی (انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر، انجمن تغذیه، پزشکان کودکان ...)
- مشارکت سایر سازمان‌های بین‌المللی (یونیسف، WHO)
- مشارکت رسانه‌های گروهی جهت احیاء فرهنگ تغذیه با شیرمادر
- امکان استفاده از دانش‌آموزان جهت رسانیدن پیام‌ها به خانواده‌ها
- وجود قانون ترویج تغذیه با شیرمادر

تهدیدها

- عدم انطباق عملکرد بخش خصوصی به خصوص نگرش پزشکان بخش خصوصی و تجویز بی‌رویه شیرمصنوعی
- خروج نیروهای آموزش دیده از سیستم
- تبلیغات غیرمستقیم و یا سهواً سیمای جمهوری اسلامی در نمایش تغذیه مصنوعی
- ورود انواع شیرمصنوعی غیرمجاز
- صدور مجوزهای متعدد برای تاسیس کارخانجات تولید شیرمصنوعی بدون هماهنگی با معاونت بهداشتی و کمیته کشوری شیرمادر
- بی‌ثباتی مدیران ارشد برنامه

- عدم وجود ضمانت اجرایی قانون ترویج تغذیه با شیرمادر

راهکارها و انتظارات آینده

با توجه به وضعیت فعلی شاخص‌ها و به منظور برخورداری تمامی کودکان کشورمان از تغذیه با شیرمادر، تداوم برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر ضمن رفع کاستی‌ها و نقاط ضعف و ارتقاء کیفیت خدمات برای ارتقاء رشد و بقا کودکان مورد توجه قرار گرفته است.

اداره کودکان علاوه بر اهداف اولیه برنامه، اهداف اختصاصی و راهکارهای زیر را به منظور تقویت برنامه و ارتقاء کیفیت خدمات در نظر دارد:

هدف‌های اختصاصی:

- ۱- ارتقاء آگاهی جامعه
- ۲- ارتقاء کیفی تغذیه تکمیلی شیرخواران

راهکارها:

- ۱- ارزیابی وضعیت موجود برنامه جاری تغذیه با شیرمادر و مداخله در صورت لزوم
- ۲- پایش قانون ترویج تغذیه با شیرمادر
- ۳- پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان‌های دوستدار کودک و مداخله‌های لازم
- ۴- ارزیابی تغذیه تکمیلی شیرخواران با تاکید بر شناخت غذاهای کمکی سنتی و بومی مناطق مختلف به منظور تدوین توصیه‌های تغذیه‌ای محلی
- ۵- راهکار ادغام مراقبت‌های ناخوشی‌های اطفال
- ۶- فراهم کردن تسهیلات لازم جهت دوستدار کودک شدن زایشگاه‌های کوچک و بخش‌های اطفال
- ۷- آموزش جامعه از طریق رسانه‌های گروهی
- ۸- تدوین روش‌های ارزیابی وضعیت موجود و تهیه فرم‌های مربوطه
- ۹- تداوم اجرای پایش قانون ترویج تغذیه با شیرمادر
- ۱۰- اقدام جهت کسب امتیاز بیشتر برای ضوابط دوستدار کودک، در ارزشیابی بیمارستان‌ها
- ۱۱- اقدام جهت تخصیص امتیاز برای اجرای ۷ اقدام در بخش‌های کودکان، در ارزشیابی بیمارستان‌ها
- ۱۲- بازنگری ضوابط و معیارهای دوستدار کودک در بخش‌های کودکان (۷ اقدام) و تهیه پوستر آن
- ۱۳- تدوین مجموعه راهنمای پایش و ارزیابی ۷ اقدام در بخش‌های کودکان
- ۱۴- تعیین روش‌ها، تهیه فرم‌ها و منابع لازم برای ارزیابی تغذیه تکمیلی شیرخواران و شناخت غذاهای کمکی محلی

- ۱۵- بازنگری توصیه‌های کشوری تغذیه تکمیلی و اقدام جهت تنظیم توصیه‌های تغذیه‌ای محلی و منطقه‌ای
- ۱۶- بازدید از نحوه اجرای ضوابط دوستدار کودک در زایشگاه‌های کوچک
- ۱۷- پخش تیزر آموزشی تغذیه با شیرمادر از سیمای جمهوری اسلامی ایران
- ۱۸- نظارت‌های دوره‌ای بر عملکرد دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر

برنامه کاهش مرگ حول تولد (Perinatal) :

اگر چه دوره نوزادی به ۲۸ روز اول زندگی اطلاق می‌شود ولی زندگی جنین و دوره نوزادی در روند رشد و تکامل انسان در امتداد یکدیگر است و تحت تاثیر عوامل ژنتیک و محیط داخل و خارج رحم قرار دارند. عوامل اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی نیز با تاثیر بر سلامت مادر روی روند این دوران موثر هستند.

ثبت دقیق آمار حیاتی در مورد اطلاعات تولد و مرده‌زایی و مرگ ابتدای دوره نوزادی در اکثر کشورهای در حال توسعه وجود ندارد. در این کشورها علل مرگ نوزاد به سختی قابل مشخص کردن است. به همین دلیل مطالعه‌های خاصی مانند DHS (Demographic and Health surveys) می‌تواند تخمینی از مرگ هفت روز اول بوده، شاید برای مرگ حول و حوش زایمان (Perinatal) کمک کننده باشد. دوره Perinatal براساس تعریف WHO از هفته بیست و دوم حاملگی تا روز هفتم پس از تولد را شامل می‌شود.

برنامه نوزادان:

میزان مرگ نوزادان (NMR) طی سال‌های اخیر در سطح جهان کاهش یافته است ولی با این حال این میزان هنوز ۶۵٪ از مرگ‌های سال اول تولد IMR را تشکیل می‌دهد، بیش از دو سوم از این مرگ‌ها در هفته اول تولد اتفاق می‌افتد و بخش اعظم آن نیز در ۲۴ ساعت اول زندگی نوزاد است.

در کشور ما نیز با وجود کاهش قابل توجه مرگ‌های زیر یک سال، مرگ دوره نوزادی تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشته، حدود دو سوم مرگ‌های زیر یک سال را تشکیل می‌دهد.

مطابق آمار سال ۱۹۹۳ علل اصلی مرگ در کشورهای در حال توسعه عبارت از:

- ۱- عفونت: علت اصلی ۴۲٪ از مرگ‌های نوزادی (شامل کزاز نوزادی، سپسیس، پنومونی، اسهال)
- ۲- خفگی هنگام تولد و ضربه‌های زایمانی: یک سوم از مرگ‌های نوزادی را شامل می‌شد
- ۳- نارسایی: عامل ۱۰٪ از مرگ‌های نوزادی بود

با توجه به مطالب فوق و این یافته‌ها، لزوم برنامه‌ریزی برای کاهش میزان مرگ نوزادان در جمهوری اسلامی ایران مطرح و از سال ۱۳۷۳ برنامه کاهش مرگ و میر نوزادان به همراه برنامه کاهش مرگ و میر مادران با تشکیل کمیته کشوری کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان آغاز و برنامه نوزادان در این سال طراحی شد که تاکنون نیز ادامه دارد.

هدف‌های کلی برنامه عبارتند از:

- ۱- کاهش میزان مرگ نوزادان
- ۲- کاهش میزان مرگ پری ناتال با کمک از برنامه کاهش مرگ و میر مادران

هدف‌های اختصاصی:

- ۱- پیشگیری و مراقبت از خفگی هنگام تولد
- ۲- پیشگیری و مراقبت از هیپوترمی
- ۳- پیشگیری از عفونت نوزادی
- ۴- درمان به موقع و صحیح عفونت نوزادی
- ۵- استمرار برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر
- ۶- کاهش زایمان‌های انجام شده در منزل

راهکارها:

- ۱- افزایش آگاهی و مهارت ارائه دهندگان خدمت
- ۲- انجام زایمان ایمن و بهداشتی و افزایش دسترسی به زایمان ایمن
- ۳- استاندارد کردن تشخیص و درمان بیماری‌های نوزادان
- ۴- تجهیز واحدهای بهداشتی، درمانی
- ۵- استمرار برنامه هم اتافی مادر و نوزاد
- ۶- تعیین علل عمده مرگ نوزادان و عوامل مؤثر بر آنها

همچنین در سال ۱۳۷۵ و با توجه به این که درصد بالایی از مرگ‌های نوزادان به علت آسفیکسی هنگام تولد است و به منظور ارتقاء مهارت‌های عملی متخصصین زنان، کودکان، بیهوشی، پرستاران و ماماها برنامه احیاء نوزادان با هدف‌های:

- ۱- کاهش مرگ و میر نوزادان به دلیل آسفیکسی هنگام تولد
- ۲- کاهش عوارض ناشی از آسفیکسی هنگام تولد، طراحی شد

راهکارهای این برنامه عبارتند از:

- ۱- بررسی علل عمده مرگ و میر نوزادان
- ۲- بررسی درصد موارد آسفیکسی
- ۳- آموزش کارکنان ذیربط (کلیه کسانی که به نحوی با احیاء نوزادان سروکار دارند)
- ۴- استفاده بهینه از نیروی انسانی، تجهیزات و امکانات موجود
- ۵- برقراری نظام ارجاع

با توجه به هدفها و راهکارهای برنامه‌های مذکور اهم فعالیت‌هایی که در حال اجرا است عبارتند از:

- ۱- پایش برنامه
- ۲- تهیه پرسشنامه بررسی علل و عوامل مؤثر بر مرگ نوزادان و مرده‌زایی
- ۳- تعیین روش آنالیز اطلاعات و تهیه فرم‌های لازم و برنامه نرم‌افزاری
- ۴- بررسی مرگ‌های نوزادی و مرده‌زایی با توجه به فرم توسط کمیته‌ها
- ۵- آنالیز اطلاعات به دست آمده
- ۶- تهیه طرح مداخله‌ای به منظور کاهش مرگ و میر نوزادان
- ۷- تدوین متون آموزشی منطبق با وظیفه برای هر یک از سطوح ارائه خدمات
- ۸- برگزاری کارگاه‌های احیاء نوزادان برای کلیه عواملی که با احیاء نوزاد سروکار دارند
- ۹- تشکیل جلسه‌های کمیته‌های کاهش مرگ و میر
- ۱۰- آموزش همگانی از طریق پمفلت، صدا و سیما و سایر رسانه‌های گروهی

- ۱۱- ادغام برنامه‌های مربوط به کاهش مرگ و میر نوزادان در راهکار مانا
- ۱۲- هماهنگی با معاونت سلامت به منظور تجهیز اورژانس بیمارستان‌ها، بخش‌های نوزادان و زایمان به وسایل احیاء نوزاد
- ۱۳- هماهنگی با اداره مادران به منظور دستیابی به ارهکار انجام زایمان ایمن و بهاشتی و افزایش دسترسی به زایمان ایمن
- ۱۴- تلاش جهت ادغام برنامه‌های کاهش مرگ و میر نوزادان در برنامه آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی

راهکار مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال

(مانا)

علیرغم اجرای برنامه کودکان طی سال‌های متمادی، هنوز تا رسیدن به میزان‌های مطلوب سلامت کودکان، فاصله بسیار است. اغلب کودکان زیر ۵ سال دارای علائم و نشانه‌های چند بیماری با هم هستند و تصمیم‌گیری برای درمان بیماری آنان بسیار دشوار می‌باشد و یا زمانی مراجعه می‌کنند که بیماری آنان بسیار پیشرفت کرده است. بسیاری از مادران روش صحیح تغذیه کودک خود را نمی‌دانند. مطالعه‌های متعدد نشان داده است که با ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی و مشارکت بیشتر خانواده‌ها می‌توان سطح سلامت کودکان را ارتقاء داد و از میزان مرگ و میر آنان کاست. به این منظور راهکار جدیدی تحت عنوان «مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا)» مطرح شد که برنامه‌های مختلف را با یکدیگر ترکیب کرده، مهمترین و شایعترین علل مراجعه و مرگ و میر کودکان را در بر گرفته، تشخیص و درمان صحیح بیماری‌ها را براساس نشانه‌های موجود امکان پذیر می‌سازد. به علاوه مانا حاوی اصول راهنما برای آموزش به مادران است تا خانواده‌ها در بهبودی کودک خود مشارکت کرده، با اجرای صحیح اقدامات پیشگیری از جمله تغذیه صحیح کودک، انجام به موقع واکسیناسیون... از ابتلا و یا شدت بیماری‌های کودک جلوگیری کنند. به عبارت دیگر راهکار مانا به تمامیت سلامت کودک می‌نگرد و نه فقط به بیماری وی و علاوه بر درمان کنونی و بهره‌جویی از فرصت‌های از دست رفته برای ارائه خدمات پیشگیری اولیه، خانواده‌ها را در درمان کودک در منزل درگیر می‌کند تا زمینه‌های بیمار شدن کودک و یا غفلت از نشانه‌های خطر در جریان بیماری را به حداقل برسانند. مانا یک راهکار است و نه یک برنامه. به طوری که برنامه‌های موجود مراقبت از کودکان زیر ۵ سال را هماهنگ می‌کند و با این هماهنگی، کیفیت ارائه خدمات را افزایش داده، اثربخشی مراقبت‌ها را بالا می‌برد و هزینه‌های خدمات را کاهش می‌دهد.

هدف‌های راهکار مانا:

- ۱- ارتقاء مهارت‌های کارکنان ارائه دهنده خدمات در تشخیص و درمان بیماری
- ۲- بهبود نظام ارائه خدمات (از جمله بررسی وضعیت تولید و توزیع دارو در سیستم بهداشتی، نظام ارجاع و روند نظارت و MIS) مورد نیاز برای تشخیص و درمان مؤثر بیماری‌های کودکی
- ۳- بهبود رفتار و عملکرد خانواده‌ها و جامعه

مراحل اجرای مانا:

فرآیند اجرای مانا دارای سه مرحله است:

مرحله آغازین:

هدف از این مرحله، توجیه کردن و آموزش افراد کلیدی است به طوری که بتوانند در خصوص اجرا یا عدم اجرای مانا تصمیم‌گیری کنند. در صورت پذیرش مانا، ساختار راهبری سازماندهی شده و وزارت بهداشت بیانیه رسمی خود را صادر می‌کند.

مرحله اجرای نخستین:

یافتن بهترین راه حل عملیاتی برای اجرای مانا است و به هیچ وجه اندازه‌گیری میزان تغییر یا نمایش آنها مد نظر نمی‌باشد.

در جریان این مرحله گروه‌های کار برای برنامه‌ریزی / اجرا و برای ایرانی‌سازی اصول راهنما و متون آموزشی فعالیت می‌کند. ثبت کلیه فعالیت‌ها، هزینه و دستاوردهای این مرحله اهمیت حیاتی دارد.

مرحله گسترش مانا:

هدف این مرحله گسترش پوشش جغرافیایی مانا براساس تجربه‌های بدست آمده از مرحله نخستین است. در این مرحله چگونگی گسترش فعالیت‌های مانا در استان‌های اولیه برنامه‌ریزی و فعالیت‌های مربوطه در سایر شهرستان‌ها آغاز می‌شود. ارزشیابی مانا در این مرحله صورت می‌گیرد.

مانا در ایران:

نخستین اطلاعات رسمی راهکار مانا در نوامبر سال ۱۹۹۵ (۲۴ آذرماه ۱۳۷۴) از طریق دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران برای معاونت بهداشتی وقت ارسال شد و از بهداشت خانواده خواسته شد که مقدمه امر را فراهم آورد. پس از دو سال وقفه در سال ۱۳۷۶ دو تن از کارشناسان ارشد در کارگاه آموزشی کشور سودان شرکت کردند. پس در اردیبهشت ماه ۱۳۷۷ گردهمایی یک روزه آشنایی با مانا برگزار شد و ۳ تن دیگر از اعضای هیات علمی در دوره آموزشی ۱۱ روزه خارج کشور شرکت کردند.

جلسه توجیهی عمومی با شرکت ۱۴۵ نفر از متخصصین اطفال اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها، روسای دانشگاه‌ها، معاونین بهداشتی برگزار شد و سپس کارگاه سه روزه مقدماتی برنامه‌ریزی اجرا و ایرانی‌سازی در اصفهان برگزار شد. در این کارگاه ساختار راهبرد مانا، سازماندهی و قرار شد کمیته‌های سیاست‌گذاری و کشوری تشکیل شوند. ترکیب کمیته‌ها و وظایف آنها، هماهنگ‌کننده کشوری، مسوول برنامه‌ریزی و اجرا و ایرانی‌سازی مشخص شد. در مورد گروه‌های کار تبادل نظر شد.

فعالیت‌های انجام شده در مرحله نخستین:

- تعیین گروه‌های کار و وظایف آنها
- بررسی مشکلات موجود و ارزیابی برنامه‌های جاری ARI, CDD، شیرمادر
- به دست آوردن بار بیماری‌ها در کودکان زیر ۵ سال
- بررسی قابلیت ادغام آنها با مانا

- تهیه سوال‌های عفونت‌های حاد تنفسی، بیماری‌های اسهالی و شیرمادر با توجه به مشکلات برنامه‌ها، تهیه متون علمی معتبر مورد نیاز گروه‌های کار و ارسال آنها برای اساتید جهت اظهار نظر و جمع‌بندی اظهار نظر کمیته‌های علمی
- تهیه مدول‌های آموزشی (ترجمه و ایرانی سازی)
- تهیه بوکلت چارت و چارت دیواری جهت بهورزان
- تهیه چارچوب اجرایی مانا
- برنامه‌ریز جهت اجرای مقدماتی در یک شهرستان از استان‌های سمنان - اصفهان - بوشهر
- اجرای مانا در سمنان، مبارکه (اصفهان)، بوشهر
- تهیه بوکلت جارت پزشکان و مستندات علمی مربوطه
- طراحی سیستم پایش و ارزشیابی مانا و تدوین چک‌لیست‌ها و مجموعه راهنمای آن
- برگزاری دوره‌های آموزشی پایش و ارزشیابی مانا
- نظارت بر اجرای مانا
- جمع‌آوری گزارش‌های اجرای مانا، نظارت و پیشنهادهای دانشگاه‌ها
- برنامه‌ریزی برای گسترش مانا و برگزاری دوره‌های آموزشی

الگوی مرگ نوزادان:

۱- الگوی مرگ در کشورهای پیشرفته

در کشورهای پیشرفته براساس آخرین گزارش منتشر شده، علل مرگ نوزادان شامل موارد زیر است:

- ناهنجاری‌های مادرزادی
- نارسى شدید
- آسفيكسى
- عفونت
- علل خارجی (سوء تغذیه، آسپیراسیون، پنومونی، هیپوترمی، تروما، مسمومیت)

۲- الگوی مرگ در کشورهای در حال توسعه

در کشورهای در حال توسعه علل مرگ نوزادان براساس گزارش سال ۱۹۹۵ شامل موارد زیر است:

- بیماری‌های عفونی (پنومونی، کزاز نوزادی، سپتی سمی، اسهال) ۴۲٪
- آسفيكسى ۲۱٪
- ناهنجاری‌های مادرزادی ۱۱٪
- صدمه‌های زایمانی ۱۱٪
- نارسى و کم وزنى ۱۰٪
- سایر علل

در کشورهای در حال توسعه شایعترین علت مرگ حوالی زایمان (Perinatal) شامل موارد زیر است:

- ناهنجاری‌های مادرزادی
- عوارض مربوط به حاملگی
- عوارض مربوط به زایمان (آسفيكسى حین زایمان)
- صدمه‌های زایمانی
- بیماری‌های عفونی

۳- الگوی مرگ در کشور

الف- زیج حیاتی: در کشور ما شایعترین علل مرگ نوزاد در سال ۱۳۷۷ و ۱۳۸۸ براساس زیج حیاتی به ترتیب شامل موارد زیر است:

- نارسى
- صدمه‌های زایمانی
- کم وزنى
- سایر علل

ب - مطالعه دو استان: براساس مطالعه سال ۱۳۷۴ در استان آذربایجان شرقی و خراسان مهمترین علل مرگ نوزاد شامل موارد زیر است:

- نارسی ۳۱/۲٪
 - عفونت ۲۶٪
 - آسفیکسی ۹٪
 - ناهنجاری‌های مادرزادی ۸٪
 - کم وزنی ۴/۵٪
- مهمترین تابلوی مرده‌زایی براساس مطالعه دو استان آذربایجان شرقی و خراسان در سال ۱۳۷۴ عبارتند از:
- مرگ جنین در داخل رحم (IUFD) ۳۵٪
 - زایمان پیش از موعد ۱۹٪
 - زجر جنین ۱۷٪
 - ناهنجاری‌های مادرزادی ۵٪
 - آسفیکسی ۴٪
 - خونریزی مادر قبل از تولد نوزاد ۳٪

ج - مطالعه چهار استان: براساس مطالعه سیمای مرگ در چهار استان کشور (آذربایجان شرقی، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، سمنان و شاهرود) در سال ۱۳۷۸ علل شایع مرگ‌های نوزادی به ترتیب شامل موارد زیر است:

- بیماری‌ها و شرایط موثر بر زمان حول تولد (ناشی از طول حاملگی و رشد جنین)
- ناهنجاری‌های مادرزادی و اختلال‌های کروموزومی (ناهنجاری‌های قلبی و عروقی)
- بیماری‌های عفونی و انگلی (سپتی سمی)
- بیماری‌های دستگاه تنفسی (پنومونی)

علل مرده‌زایی در این چهار استان به ترتیب عبارتند از:

- مرده‌زایی با علل نامعلوم
- ناشی از طول حاملگی و رشد جنین
- ناهنجاری‌های مادرزادی و کروموزومی (سیستم عصبی)
- ناشی از جفت و ضمام آن
- ناشی از مشکلات مادر و بارداری
- اختلال تنفسی و عروقی در جنین و نوزاد

تحلیل اطلاعات مربوط به الگوی مرگ در کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال پیشرفت و ایران

در کشورهای پیشرفته به دلیل تقویت و اصلاح مراقبت‌های زایمانی و نیز پیشرفت در مراقبت‌های نوزادان نارس میزان NMR کاهش یافته است. ولی هنوز مرگ در هفته اول تولد در کشورهای پیشرفته سهم زیادی از NMR دارد (به دلیل این که پیشگیری از آن مشکل است) در کشورهای در حال توسعه نیز مشابه همین است.

اطلاعات دقیق در مورد علل مرگ بسیار مفید است. این اطلاعات برای طراحی مداخله‌های لازم جهت پیشگیری و درمانی، برای انجام مراقبت‌های اولیه، برای اجرا و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی قابل اهمیت هستند. در اکثر کشورهای در حال توسعه اکثر علل مرگ پری‌ناتال تشخیص داده نمی‌شوند، برخی دلایل آن عبارتند از: عدم وجود آزمایش‌های پس از مرگ، کمبود توانایی‌های هیستوپاتولوژیکی و میکروبیولوژیکی، وقوع مرگ در منزل مادرانی که مراقبت پزشکی به میزان کم و یا عدم مراقبت پزشکی داشته‌اند.

در کشور ما بطور استاندارد اطلاعات مربوط به مرگ حوالی زایمان (Perinatal) ثبت و جمع‌آوری نمی‌شود و اطلاعات محدود و ناقص براساس بعضی مطالعه‌ها در این زمینه وجود دارد.

بطور کلی میزان مرگ نوزادان در کشورهای جهان در طی چند سال اخیر کاهش یافته است ولی در کشور ما در طی چند سال اخیر میزان مرگ نوزادان ثابت بوده است. در مورد الگوی علل مرگ نوزادان نیز، در کشور ما الگوی مرگ نه مشابه کشورهای پیشرفته و نه مطابق با الگوی مرگ کشورهای در حال توسعه است.

ثبت دقیق اطلاعات مربوط به مرگ نوزادان در کشور ما دچار اشکال است. اشکال عمده این است که اطلاعاتی که سالیانه جمع‌آوری می‌شود فقط مربوط به مناطق روستایی تحت پوشش نظام شبکه بهداشت و درمان کشور می‌باشد که حدود ۲۰ میلیون نفر از جمعیت کل کشور را شامل می‌شود و اطلاعات درستی از شهرها و سایر مناطقی که تحت پوشش نظام شبکه بهداشت و درمان نیستند در دسترس نداریم. این در حالی است که براساس اطلاعات مرگ چهار استان در سال ۱۳۷۸ بیش از ۸۲ درصد مرگ‌های نوزادی در بیمارستان اتفاق افتاده و براساس آمار زیج حیاتی ۱۳۷۸ بیش از ۷۲ درصد زایمان‌ها در بیمارستان اتفاق می‌افتد، که اطلاعات صحیح و درستی از میزان مرگ‌های نوزادی و علل آن نداریم. قطعاً ثبت علت مرگ نوزاد در کشور دچار مشکل است و اطلاعات موجود معتبر و قابل اعتماد نمی‌باشد. نکته مهم دیگر ثبت اطلاعات مربوط به مرگ دوره پری‌ناتال یا حول و حوش زایمان (از هفته ۲۲ حاملگی تا روز هفتم پس از تولد) است که شاخص مهمی از وضعیت مرده‌زایی و مرگ در هفته اول نوزادی می‌باشد که برای ارزیابی مراقبت‌های بارداری و زایمان و پس از تولد بسیار مهم‌اند. متأسفانه این اطلاعات در کشور ثبت و جمع‌آوری نمی‌شوند.

نکته مهم دیگر این که اساساً تعیین علت قطعی منجر به مرگ نوزاد حتی در سطح متخصصین کودکان و فوق تخصص‌های نوزادان، سخت و دشوار است و اختلاف نظرهای فراوانی وجود دارد. در این راستان اتوپسی نوزاد برای تعیین علت قطعی منجر به مرگ می‌تواند کمک کننده باشد.

برای رسیدن به اطلاعات دقیق‌تر از نظر میزان مرگ حوالی زایمان و نوزادی و نیز تعیین علل و عوامل منجر به مرگ، مطالعه‌های محدودی در طی دو سال اخیر انجام شده و یا در حال انجام است. طرح اتوپسی نوزاد برای تعیین علت قطعی منجر به مرگ در استان اصفهان از سال ۱۳۷۸ شروع شد و هنوز در حال اجرا است. مطالعه دیگری در دو استان آذربایجان غربی و گیلان در مورد بررسی علل و عوامل منجر به مرگ حوالی زایمان و نوزادی توسط خانم دکتر سوداگری (اپیدمیولوژیست) از بهمن ماه ۱۳۷۹ شروع شد که امیدواریم نتایج آنها برای طراحی برنامه‌های مراقبتی در این زمینه مفید باشد.

راهکار کلی کاهش مرگ حوالی زایمان، برای کاهش مرگ نوزادان از سال ۱۳۷۸ در اداره کودکان اداره کل بهداشت خانواده در دستور کار قرار گرفت. توصیه کشورهای پیشرفته و نیز گزارش‌های WHO نیز دلالت بر این دارد که باید برای کاهش مرگ نوزادان به مرحله قبل از تولد پرداخت و مراقبت‌ها را از دوران بارداری و حتی قبل از بارداری شروع کرد.

با توجه به این که اطلاعات و آمار متغیر و قابل اعتمادی در کشور نداشتیم، لذا براساس آمار موجود کشوری و نیز منابع معتبر علمی جهان مهمترین علل عمده مرگ نوزاد را **نارسی، کم‌وزنی، صدمات زایمانی، ناهنجاری‌های مادرزادی، عفونت‌ها و آسفیکسی** در نظر گرفتیم. براساس رفرانس‌های معتبر نوزادان و کودکان (Fannaroff و Nelson) سیر بیماری یا (Natural History) تک تک این علل را استخراج و علل زمینه‌ای و ریسک فاکتورها را مشخص کردیم.

در حال حاضر در حال طراحی پروتکل‌های استاندارد برای مداخله و مقابله با ریسک فاکتورها هستیم. این پروتکل‌ها باید برای تمام سطوح ارائه خدمت و در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان طراحی شوند. تا به حال استانداردهای مراقبت حوالی زایمان (Perinatal) در بارداری، زایمان و پس از ن برای سطح اول ارائه خدمت طراحی شده، استانداردهای مراقبت سطح دوم در حال طراحی است. در ادامه مجموعه ریسک فاکتورهای مهم، راهکارهای مداخله‌ای برای هرکدام خواهد آمد.

ریسک فاکتورها و عوامل اصلی مرگ حوالی زایمان (Perinatal) در کشور

علل شایع مرگ نوزادان **نارسی، کم‌وزنی، صدمه‌های زایمانی، ناهنجاری‌های مادرزادی، عفونت‌ها و آسفیکسی** در نظر گرفته شده است.

۱- ناریسی	
Fetal distress	-۱-۱
Erythroblastosis Fetalslis	-۲-۱

۲- صدمه‌های زایمانی	
۱-۲ خونریزی داخل جمجمه‌ای	
۲-۲ آسفیکسی	

۳- کم وزنی IUGR	
۴- ناهنجاری‌های مادرزادی TORCH	
۵- عفونت سپتی سمی	

۱- ناریسی	
Fetal distress	-۱-۱
مراقبت‌های لازم در این خصوص در واقع، مراقبت‌های لازم از نظر ریسک فاکتورها می‌باشند که از این قرارند:	
(قبل و حین بارداری)	

- ۱- سن بالای مادر
- ۲- هیپرتانسیون مزمن
- ۳- بیماری مزمن کلیه
- ۴- بیماری‌های سیانوزدهنده قلبی
- ۵- حرکات جنین کاهش یافته
- ۶- توقف رشد جنین
- ۷- هموگلوبینی پاتی هموزیگوت
- ۸- هیدرآمنیوس یا اولیگوهایدرآمنیوس
- ۹- IDDM
- ۱۰- مصرف نابجای الکل، سیگار، داروها
- ۱۱- بیماری کلاژن و اسکولر مادر
- ۱۲- چندقلویی
- ۱۳- پره اکلامپسی
- ۱۴- PROM (Premature R.O.M)
- ۱۵- مرده زایی توجیه نشده قبلی

- ۱۶- حاملگی Postterm
- ۱۷- ایزوایمونیزاسیون Rh و غیره
- ۱۸- آنمی cell-Sickle
- ۱۹- خونریزی سه ماهه سوم

در مرحله بعد مراقبت‌های زیر ارائه می‌شوند:

- ۱- Maternal positioning (ماه‌های آخر بارداری اجتناب از وضعیت Supine و توصیه به وضعیت left-lateral)
- ۲- توجه به اثر داروهای بی‌حسی (تجویز ۵۰۰ - ۸۰۰ میلی لیتر از مایعات داخل وریدی (رینگر لاکتات) قبل از انجام Conduction Anesthesia) (حین زایمان)
- ۳- توجه به اثر ناخواسته Oxytocin (شروع با دوز 0.5 mu/min و افزایش آن هر نیم ساعت بیش از 1 mu/min نباشد) (حین زایمان)
- ۴- آموزش‌های صحیح حین زایمان و اجتناب از آموزش‌های غیر صحیح (حین زایمان)
- ۵- احیا در اینتراپارتوم
- ۶- اجتناب از Supine Position
- ۷- کاهش فعالیت رحم (قطع اکسی توسین)
- ۸- اصلاح هیپوتانسیون
- ۹- تجویز اکسیژن

۱-۲ Erythroblastosis Fetalits

ریسک فاکتورها عبارتند از:

- ۱- بعد از تزریق خون نامتجانس
- ۲- در حین سقط یا زایمان
- ۳- تزریق جنینی - مادری (Fetomaternal T.)
- ۴- حاملگی خارج رحمی
- ۵- Chorionic Vilus Sampling
- ۶- آمنیوسنتزیس
- ۷- PUBS
- ۸- پلاسن‌تاپرویا
- ۹- تروما
- ۱۰- حاملگی
- ۱۱- زایمان
- ۱۲- External Cephalic Version
- ۱۳- مصرف سرنگ‌های آلوده به خون Rh+ توسط مادر Rh- به صورت داخل وریدی

مراقبت‌ها و مداخله‌ها عبارتند از:

- ۱- باید تمامی زنان باردار در اولین ویزیت از نظر Rh، ABO ترجیحاً در ۳ ماهه اول آزمایش شوند.
- ۲- در صورتی که مادر Rh منفی باشد باید Screening برای وی انجام شود که شامل کومبس غیرمستقیم است (در سه ماهه اول). در صورتی که مثبت باشد باید پدر جنین مورد آزمایش Rh قرار گیرد. اگر پدر Rh منفی باشد پیگیری دیگری نمی‌خواهد و اگر پدر مثبت باشد نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد (جدول صفحه ۳۰۳ کتاب Fanaroff) اگر جواب کومبس غیرمستقیم منفی باشد در هفته ۲۸ تکرار می‌شود و نیز 300 mg RhIg تجویز شود. اگر کومبس غیرمستقیم مثبت شد طبق جدول ذکر شده پیگیری شود.
- ۳- تمامی مواردی که به عنوانی ریسک فاکتور مطرح هستند باید از نظر سازگاری احتمالی مورد آزمایش و بررسی دقیق قرار گیرند (قبل از حاملگی و حین حاملگی در اولین فرصت)
- ۴- به عنوان پروفیلاکسی در زنان Rh منفی به میزان 300 Mg از (Rho GAM) یا RhigG در هفته‌های ۲۸ حاملگی و در ۷۲ ساعت اول پس از تولد (در صورتی که نوزاد Rh مثبت باشد) تجویز می‌شود.
- ۵- تزریق داخل جنینی
- ۶- پس از تولد در صورت نیاز تعویض خون یا فتوتراپی انجام می‌گیرد.

۲- صدمه‌های زایمانی (Birth Injuries)

۱-۲- IVH (خونریزی داخل بطنی)

از بین صدمه‌های زایمانی خونریزی داخل بطنی IVH و نیز انسفالوپاتی هیپوکسیک - ایسکیمیک اهمیت بیشتری دارند ولی ریسک فاکتورهای کلی برای صدمه‌های زایمانی شامل موارد زیر است:

- ۱- ماکروزومی
- ۲- نارسای یا پره ماچوریتی
- ۳- CPD (عدم تناسب سر جنین با لگن مادر)
- ۴- Dystocia
- ۵- زایمان طول کشیده
- ۶- نمایش Breech

و ریسک فاکتورهای IVH شامل:

- ۱- پنوموتوراکس
- ۲- هیپوتانسیون
- ۳- اسیدوزیس
- ۴- اختلال‌های انعقادی
- ۵- انتقال نوزاد
- ۶- افزایش حجم (احتباس مایع)

مراقبت‌ها و پیشگیری Prevention:

- ۱- مراقبت‌های لازم درمورد جلوگیری از تولد نوزاد نارس و کم وزن
- ۲- کورتیکو استروئید تراپی در مادر
- ۳- تجویز فنوباربیتال به مادر
- ۴- تجویز ویتامین K به مادر و نیز به نوزاد
- ۵- کنترل کافی در مورد عدم تناسب سرجنین با لگن مادر (CPD) و نیز زایمان‌های غیرطبیعی (سزارین و فورسپس)
- ۶- تجویز Vit-K در مرحله قبل از زایمانی برای تمام زنانی که در حاملگی فنوباربیتال یا فنی توئین مصرف کرده‌اند
- ۷- اجتناب از نوسان‌های شدید فشارخون
- ۸- ممکن است تجویز مقدار اندکی از ایندومتاسین و ویتامین E بر نوزاد سبب کاهش میزان بروز IVH شود.
- ۹- تمام نوزادان کمتر از ۱۰۰۰ گرم در معرض خطر هستند و لازم است در عرض ۳-۵ روز اول و مجدداً هفته بعد معاینه شوند.

۲-۲- آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک (آسفیکسی)

شرایطی که جنین و نوزادان رامستعداًسفیکسی می‌کنند در زیر فهرست شده‌اند که لازم است مراقبت‌های لازم در این مورد انجام شود.

۱- قبل از زایمان Prepartum

Maternal: (مادری)

- اکلامپسی (Toxemia)
- دیابت
- اعتیاد به دارو
- بیماری‌های قلبی و عروقی
- بیماری عفونی
- ایزوایمونیزاسیون
- بیماری کلاژن و اسکولر

زایمان Obstetric

- Abruptio Placenta
- پرولاپس بند ناف
- پلاستتا پرویا
- هیدرآمیوس
- (Premature R.O.M) PROM
- چند قلبی

در حین زایمان Intrapartum

- نمایش غیر طبیعی
- زایمان تسریع شده (Precipitate)
- زایمان طولانی
- زایمان مشکل با فورسپس
- IUGR
- حاملگی طولانی

دوره نوزادی

- دیسترس تنفسی
- آنومالی های قلبی
- ریوی
- بیماری های عفونی
- بیماری همولیتیک
- شوک سپتیک یا ویروسی
- پروماچوریتی

از علل اتیولوژیک دیگر که سبب هیپوکسی جنین می شود:

- ۱- اختلال در اکسیژناسیون خونی مادر
- ۲- هیپوتانسیون مادر ناشی از بی حسی
- ۳- تجویز بیش از حد اکسی توسین که موجب عدم شل شدن رحم می شود
- ۴- پلاستتا پرویا
- ۵- نارسایی جفت

مراقبت های لازم باید برای تک تک ریسک فاکتورها انجام شوند و هم چنین باید عوامل اتیولوژیک جلوگیری کرد. روش های درمانی همگی حمایتی بوده، براساس عضو درگیر صورت می گیرد. هیچ درمان کارآمد شناخته شده ای برای صدمه های مغزی وجود ندارد.

۳- کم وزنی LBW

برای کم وزنی ریسک فاکتورهایی وجود دارد که جهت جلوگیری و مراقبت از آن باید به آنها توجه شود:

۱- دموگرافیک

- نژاد سیاه
- فقر اقتصادی و اجتماعی
- سن کمتر از ۱۶ سال و بیش از ۳۵ سال

۲- حاملگی

- چندقلویی
- نوع زایمان
- کم خونی
- پلی سیتی
- بیماری جنینی
- پره اکلامپسی و هیپرتانسیون
- عفونت‌ها
- مشکلات جفتی
- (Premature) PROM

۳- قبل از حاملگی

- وزن کم برای قد
- کوتاهی قد
- بیماری مزمن
- سوء تغذیه
- LBW بودن مادر
- LBW بودن فرزند قبلی
- آنومالی‌های رحم یا گردن رحم
- بارداری اول یا بیش از چهارم (پنجم)

۴- Behavioral (رفتاری)

- وضعیت بد آموزش

- مصرف سیگار
- عدم مراقبت یا مراقبت ناکافی حوالی زایمان
- عدم افزایش وزن در حاملگی
- مصرف الکل
- داروهای مخدر
- فاصله کوتاه بین دو حاملگی (کمتر از ۶ ماه)
- ازدواج نکردن
- استرس (فیزیکی و روحی)

مراقبت‌ها و پیشگیری لازم:

- ۱- مشخص کردن حاملگی‌های پرخطر و مداخله‌های لازم در این مورد
- ۲- کاهش مصرف سیگار در حین حاملگی
- ۳- کاهش انسیدانس حاملگی‌های ناخواسته (Unplanned Pregnancy)
- ۴- کاهش مصرف الکل و سایر داروها
- ۵- افزایش حمایت‌های غذایی از مادران (WIC)
- ۶- توسعه مراقبت‌های حوالی زایمان
- ۷- ایمونیزاسیون زنان جوان

ناهنجاری‌های مادرزادی

ریسک فاکتورها و عوامل اتیولوژیک در این مورد عبارتند از:

- ۱- عوامل محیطی
 - شرایط مربوط به مادر (الکل، دیابت، اندوکرینوپاتی، فنیل کتونوریا، سیگار، مشکلات تغذیه‌ای)
 - عوامل عفونی (TORCH)
 - مشکلات مکانیکال (دفورمیتی‌ها)
 - شیمیایی (داروها، اشعه، هیپرترمی)

۲- ژنتیک

- اختلال‌های تک ژنی
- اختلال‌های کروموزومی

۳- ناشناخته

- پلی ژنیک
 - مولتی فاکتوریال
 - خطاهای خودبخودی در نمو
- مراقبت‌ها و مداخله‌های لازم در این مورد، عبارتند از:
- ۱- در صورتی که سابقه خانوادگی مثبت وجود داشته باشد، مشاوره ژنتیک توصیه می‌شود
 - ۲- توصیه‌های لازم در مورد تغذیه مادران
 - ۳- اجتناب از مصرف الکل و سیگار
 - ۴- کنترل بیماری دیابت مادر
 - ۵- کنترل بیماری‌های غدد مادر
 - ۶- بررسی وجود فنیل کتونوریا (PKU) در مادر
 - ۷- پیشگیری‌های لازم در مورد عدم ابتلا به بیماری‌های عفونی (سرخجه، توكسوپلاسموزیس، سیفلیس، هرپس سیمپلکس (HSV)، سیتومگالوویروس (CMV)، واریسلا (VZV)، انسفالیت اسبی ونزوئلایی).
 - ۸- فهرست داروهای ترانژن تهیه شده، آموزش‌های لازم در این مورد به مادران و مراقبین بهداشتی داده شود.
 - ۹- توصیه‌های لازم از نظر در معرض اشعه قرار نگرفتن
 - اجتناب از هیپرترمی مادر در حین بارداری
 - ۱۰- اکثر ضایعه‌های لوله عصبی Neural Tube با مصرف روزانه 0.4 mg اسید فولیک قابل پیشگیری است. اگر مادری قبلاً سابقه کودک مبتلا دارد لازم است روزانه 4 mg اسید فولیک مصرف کند.
 - ۱۱- برای ضایعه‌های قلبی مراقبت خاص و اختصاصی وجود ندارد ولی پس از تولد از PGE1 برای بازنگهداشتن مجرای شریانی می‌توان استفاده کرد.

عفونت‌های داخل رحمی (TORCH)

- CMV:** در صورت امکان زنان باردار باید تست سرولوژیک CMV انجام دهند.
- با توجه به این که CMV بطور شایع در مراکز نگهداری کودکان انتقال می‌یابد، در این مورد به مادر باردار توصیه‌های لازم داده شود
 - خوب شستن دست‌ها و خودداری از تماس با ترشحات دهانی

HSV: (هرپس سیمپلکس)

- اگر ثابت شود که خانم حامله عفونت هرپس تناسلی اولیه داشته (در اواخر حاملگی) توصیه به سزارین می‌شود.
- اگر کشت مثبت هرپس وجود داشته باشد توصیه به سزارین می‌شود
- توصیه متخصصین عفونی: درمان با آسیکوویر خوراکی 400 mg دوبار در روز برای تمام زنان حامله‌ای که هرپس تناسلی عودکننده شناخته شده دارند سبب کاهش نیاز به سزارین می‌شود.

VZV: (آبله مرغان)

- ششم تا دوازدهمین هفته حاملگی بیشترین خطر برای ابتلا جنین وجود دارد
- واکسیناسیون زنان جوان مبتلا به VZV (در ایران نیاز به تصمیم مسوولین بهداشتی دارد)
- اگر حداقل یک هفته فاصله بین آبله مرغان مادر و زایمان وجود داشته باشد احتمالاً نوزادان طریق جفت آنتی باری ضد VZV را دریافت کرده است
- VZiG برای مبتلایان (مادر باردار و یا نوزاد مبتلا) توصیه می‌شود
- تشخیص و درمان به موقع با آسیکلوویر

Rubella: (سرخچه)

- آسانترین راه پیشگیری واکسیناسیون است (Young children)
- اجتناب از تماس با بیماری که مشکوک به سرخچه است (پرهیز از تماس با هر بیمار مبتلا به بثورات)

توکسوپلاسموزیس:

- ۱- شستشوی دقیق میوه‌ها، سبزی‌ها و دست‌ها پس از تماس با گوشت
- ۲- گوشت خوب پخته شده مصرف شود
- ۳- از تماس با گربه اجتناب شود
- ۴- از انتقال خون و یا ارگان فرد سرم مثبت (Positive) اجتناب شود
- ۵- مادر حامله در صورت ابتلاء درمان شود (تا ۶۰ درصد موجب کاهش می‌شود)
- ۶- شیرغیرپاستوریزه مصرف نشود
- ۷- تخم مرغ خوب پخته شود

عفونت

سپتی سمی

- توجه به نوزادانی که در معرض خطر هستند:
- ۱- مبتلایان به نقایص مادرزادی و اکتسابی
- ۲- نوزاد مبتلا به گالاکتوزمی
- ۳- از تزریق داخل عضلانی آهن اجتناب شود
- ۴- نوزادان مبتلا به ناهنجاری‌های مادرزادی (مجاری ادراری - عدم وجود طحال - منگومیلوسل - مجاری سینوسی)
- ۵- عفونت ناف
- ۶- قل دوم ماحصل از زایمان دوقلوئی

۷- نوزاد نارس

مداخله‌های لازم (کموپروفیلاکسی) در مادران دچار ریسک فاکتور، برای جلوگیری از عفونت با (Early GBS)

- ۱- زایمان زودرس
- ۲- تب
- ۳- PROM (بیش از ۱۲ ساعت)
- ۴- مشکوک به کوریوآمنیونیتیس

تجویز آمپی سیلین به صورت وریدی برای زنان کلونیزه که یک یا چند عامل زمینه‌ساز دارند (ابتدا ۲ گرم و سپس ۱ گرم هر ۴ ساعت و تا زمانی که نوزاد متولد شود درمان ادامه می‌یابد)

- اگر یکی از قل‌های زایمان دوقلویی آلوده باشد ممکن است درمان با پنی‌سیلین در قل دوم بدون علامت اندیکاسیون داشته باشد.

در تهیه این مجموعه از منابع زیر استفاده شده است:

- ۱- کتاب طب کودکان نلسون (چاپ پانزدهم)
- ۲- کتاب بیماری‌های نوزادان فاناروف (Fanaroff ۱۹۹۷)
- ۳- مجموعه نتایج زیج‌های حیاتی مناطق روستایی سال ۱۳۷۸
- ۴- سیمای مرگ در چهار استان کشور ۱۳۷۸
- ۵- بررسی عوامل موثر بر مرده‌زایی و مرگ نوزادان در پانزده شهرستان از دو استان خراسان و آذربایجان شرقی ۱۳۷۴
- ۶- Management of the sick newborn (Report of a technical working group 1995)
- ۷- Reducing Perinatal and Neonatal Mortality (Report of a meeting Baltimore, Meryland 1999)

الگوی مقایسه‌ای مرگ نوزاد

کشورهای توسعه یافته ۱۹۹۷	کشورهای در حال توسعه ۱۹۹۵	ایران زیج حیاتی ۱۳۷۸	ایران مطالعه چهار استان ۱۳۷۸	ایران مطالعه دو استان ۱۳۷۴
ناهنجاری‌های مادرزادی	بیماری‌های عفونی (۲)	نارسی	بیماری‌ها و شرایط موثر بر زمان حول تولد (ناشی از طول حاملگی و رشد جنین)	نارسی
نارسی شدید	آسفیکی	صدمه‌های زایمانی	ناهنجاری‌های مادرزادی و اختلال‌های کروموزومی، ناهنجاری‌های قلبی، عروقی)	عفونت
آسفیکی	ناهنجاری‌های مادرزادی	کم وزنی	بیماری‌های عفونی و انگلی (سپتی سمی)	آسفیکی

ناهنجاری‌های مادرزادی	بیماری‌های دستگاه تنفسی (پنومونی)	سایر علل	صدمه‌های زایمانی	عفونت
کم وزنی			نارسی	علل خارجی (۱)
سایر علل			سایر علل	

- ۱- سوء تغذیه، آسپیراسیون، پنومونی، هیپوترمی، تروما، مسمومیت
- ۲- پنومونی، کزاز، نوزادی، سپتی سمی، اسهال

برنامه کشوری مراقبت از کودکان سالم

در اولین سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران، میزان مرگ و میر کودکان کشور به بیش از ۱۲۰ هزار تولد زنده می‌رسید. نبود سیستم مناسب ارائه خدمات، کمبود پزشک، پیراپزشک، بیمارستان، راه‌های ارتباطی، سواد، پوشش پایین خدمات بهداشتی اولیه از جمله واکسیناسیون، همه سبب شدند تا:

- عمده‌ترین عامل مرگ کودکان زیر پنج سال کشور بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن باشد
- تامین آب آشامیدنی سالم به خصوص در مناطق روستایی کشور مورد توجه قرار گیرد
- افزایش نسبت با سواد به ویژه در کودکان واجد شرایط به عنوان یک اصل در توسعه‌ی کشور رعایت شود
- شبکه بهداشت و درمان کشور ایجاد شود و برای کاهش مرگ و میرها برنامه‌ریزی کند.

برنامه‌های مقابله با بیماری‌های اسهالی و عفونت‌های حاد تنفسی (ARI & CDD)، واکسیناسیون و ترویج تغذیه با شیرمادر، در کنار توسعه عمومی کشور، توانسته است ضمن کاهش مرگ ناشی از اسهال و پنومونی، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مهم عفونی را که کابوس دهه‌های پیشین بود (سرخک، دیفتری، سیاه‌سرفه، کزاز، فلج اطفال) کاهش دهد. بطوری که به رغم افزایش جمعیت کودکان زیر پنج سال، تعداد مرگ گزارش شده ناشی از بیماری‌های بالا، کمتر از تعداد انگشتان یک دست است. علل عمده مرگ و میر کودکان در سال‌های اخیر ناهنجاری‌های مختلف در بدو تولد، نارسی، آسفیکسی، حوادث و بطور غیرمستقیم سوء تغذیه است. در بزرگسالان نیز عامل مرگ و ناتوانی بیشتر بیماری‌های مزمن و غیرعفونی مانند بیماری‌های دستگاه قلبی عروقی، سرطان‌ها و بیماری‌های ناشی از صنعتی شدن جوامع نظیر سوانح و حوادث است. همگام با تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری و مرگ، امید به زندگی در کشور افزایش یافته، جمعیت کشور به سمت سالمندتر شدن پیش می‌رود.

از آنجا که بذر اولیه بسیاری از بیماری‌های مهم در سال‌های کودکی و نوجوانی کاشته می‌شود به نظر می‌رسد برای مبارزه با آنها، پی بردن به سیر طبیعی هر بیماری و مداخله‌های مراقبتی، تاپیش از ظهور نشانه‌های واضح بیماری، منطقی‌ترین راه باشد. روشن است که مثلاً با مهار چاقی - که از سنین کودکی آغاز می‌شود - می‌توان از پرفشاری خون و عوارض مهم ناتوان کننده و مرگ آور آن، پیشگیری کرد.

برنامه‌های مراقبتی موجود، چون CDD و ARI گرچه در ارتقای سلامت کودکان تاثیر قابل ملاحظه‌ای داشته، توانسته است مرگ ناشی از این بیماری‌ها را بسیار کاهش دهد: به دلیل ماهیت بیماری که عامل عفونی داشته، از دوره نهفتگی کوتاه مدتی برخوردار است: قادر به تشخیص و درمان، پیش از بروز و ظهور آن نیست. در حقیقت در سیستم بهداشتی کشور، اجازه می‌دهیم تا کودکان بیمار شوند آنگاه بسته به شدت و اهمیت بیماری در قالب یکی از برنامه‌های بهداشتی مداخله درمانی می‌کنیم.

هم اینک تنها مراقبتی که برای غربالگری بیماری‌های کودکان، بطور سازمان یافته در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور پیش‌بینی شده است: پایش رشد واکسیناسیون کودکان زیر پنج سال است.

با کودکان بظاهر سالمی که در مرحله نهفتگی بیماری بسر برده، علامت و نشانه قابل ملاحظه از بیماری خاص که زنگ خطری برای پدر و مادر و اطرافیان باشد، ندارند، چه باید کرد؟ آیا باید صبر کرد تا بیماری سال‌ها در تن و روح کودک ریشه دواند و آنگاه که این ریشه محکم شد و جوانه‌اش سربرآورد به فکر مقابله و مبارزه با آن و عوارض ناشی از آن افتاد؟

از حدود ۲ سال پیش، اندیشه طراحی برنامه مدون مراقبت کودکان سالم در اداره کودکان اداره کل بهداشت خانواده شکل گرفت. بررسی‌های اولیه و مطالعه و مقایسه نظام‌های مختلف مراقبتی دنیا، تفاوت‌های قابل ملاحظه در نوع و فرکانس انجام مراقبت‌ها بود. به عنوان مثال کودکان ژاپنی برای رتینوبلاستوما و آترزی مجاری صفراوی مراقبت می‌شوند در حالی که کودکان استرالیایی چنین مراقبتی را دریافت نمی‌کنند.

به نظر می‌رسد آن چه سبب این تفاوت‌ها شده، تفاوت در الگوی بیماری و مرگ کشورهای مختلف است. در حقیقت هر کشوری براساس الگوی مرگ و ناتوانی خود، به صورت منطقه‌ای تصمیم‌گیری می‌کند. با تبیین این اندیشه، متدولوژی طراحی برنامه تاحد زیادی مشخص شد.

برنامه مراقبت کودکان سالم به دنبال یافتن راهی برای جدا کردن کودکان سالم از کودکان بظاهر سالم یا مستعد به بیماری است که هنوز نشانگان (Symptoms) بیماری در آنان مستقر نشده است. در حقیقت هدف این برنامه طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا هشت ساله و اجرای آن است.

این برنامه تنها به کودکان "بدون نشانه" (Asymptomatic) برای بیماری هدف می‌پردازد. در زمان انجام مراقبت علایم و نشانه‌های بیماری دیگری - جز بیماری هدف - می‌تواند وجود داشته باشد بدون این که به تعریف "بدون نشانه بودن" لطمه‌ای بخورد. به عنوان مثال نوزادیکه برای "دررفتگی مادرزادی مفصل لگن" (DDH) مورد معاینه و ارزیابی قرار می‌گیرد می‌تواند هم زمان نشانگان بیماری غیر مرتبط دیگری هم چون ایکتر نوزادی نیز داشته باشد. این کودک برای دررفتگی مادرزادی مفصل لگن "بدون نشانه" در نظر گرفته می‌شود. این نکته از آن جهت قابل اهمیت است که اول اطلاق بدون نشانه مترادف کاملاً سالم (Healthy) نیست و دوم این که مراقبت‌ها لزوماً در فواصل زمانی خاص و توسط افراد خاصی (Health provider) انجام نمی‌گیرد و می‌تواند - و باید - در کلینیک - وقتی کودکی به هر دلیل دیگری مراجعه کرده است، صورت پذیرد.

براساس مهم‌ترین بیماری‌هایی که یا در کودکی بروز می‌کنند یا شروع آنها از کودکی و بروزشان پس از کودکی است، بیماری‌ها به ۳ گروه زیر تقسیم می‌شوند.

- مهم‌ترین بیماری‌هایی کهس بب مرگ تمام سنین در کشور می‌شوند
- مهم‌ترین بیماری‌هایی که سبب ناتوانی تمام سنین در کشور می‌شوند
- مهم‌ترین حوادث و سوانح ایجاد شده برای کودکان

برای انجام این کار، قدم‌های متعددی باید برداشت:

قدم اول: تعیین الگوی بیماری و مرگ در کشور

از آنجا که در دوران کودکی، زیرساخت بسیاری از بیماری‌های مهم و قابل پیشگیری شکل می‌گیرد و این بیماری‌ها در دوران بزرگسالی، بازتاب وقایع کودکی است؛ بنابراین برای تعیین این الگو لازم است علل و عوامل موثر بر مرگ و بیماری در تمام گروه‌های سنی:

- از کودکی تا بزرگسالی بررسی شود
- الگوی مرگ در کشور مشخص شود
- الگوی بیماری و ابتلا در کشور مشخص شود

الف) تعیین الگوی مرگ در کشور

در تعیین الگوی مرگ در کشور مسایل مختلفی وجود دارد که به پاره‌ای از آنها اشاره می‌شود:

- ۱- نظام ثبت علل مرگ در کشور استاندارد نیست
 - ۲- ثبت علل مرگ، غیرعلمی و ناهم‌خوان با ویراست دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها International Classification of Diseases-10(ICD-10) است.
 - ۳- پوشش ثبت ناکامل مرگ یا کم شماری یکی از معضلات ثبت مرگ است.
 - ۴- در پژوهش انجام شده بر روی نتایج ثبت مرگ در چهار استان کشور علل عمده مرگ در تمام سنین به همراه سال‌های ازدست رفته عمر (YLL) Years of Life Lost بدست آمده بود. الگوی مرگ در این پژوهش تقریباً با علل مرگ ثبت شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ هم‌خوانی داشت. براساس این اطلاعات، بیماری‌های قلبی عروقی، سوانح و حوادث و سرطان‌ها و تومورها، به ترتیب شایع‌ترین علل مرگ در کشور در تمام سنین بودند. براین اساس، مرگ ناشی از این سه گروه بیماری در سال ۱۳۷۷ نزدیک به ۵۸ درصد کل مرگ‌ها را شامل شده است.
- ۴-۱- با استفاده از فرم ۱۱۱ علت بیماری، بیماری‌های قابل مداخله و پیشگیری انتخاب و بیماری‌های غیرمرتبط حذف شدند در حذف بیماری‌های غیرمرتبط معیارهای زیر در نظر گرفته شد.
- ۴-۱-۱- عامل اتیولوژیک در زمان کودکی بیماری می‌دهد
 - ۴-۱-۲- عامل اتیولوژیک پس از کودکی بیماری می‌دهد
- الف - عامل خطر از زمان کودکی آغاز می‌شود (وجود دارد)

ب - عامل مساعدکننده از زمان کودکی آغاز می‌شود (وجود دارد)

۴-۱-۳- دوره نهفتگی بیماری طولانی است

۴-۱-۴- بیماری مداخله پذیر است.

۴-۲- گروه بیماری‌های باقی‌مانده، براساس ویراست دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) بسط داده شد. بیماری‌های غیرمرتبط در فهرست دوم نیز با معیارهای بالا حذف شد. یعنی چنانچه بیماری در زمان کودکی تظاهر پیدا نمی‌کرد، عوامل خطر و مساعد کننده از زمان کودکی آغاز نمی‌شد، (وجود نداشت) یا دوره نهفتگی بیماری کوتاه بود یا مداخله‌پذیر نبود از فهرست خارج شد.

۴-۳- برای بیماری‌های باقی‌مانده سیر طبیعی بیماری (Natural History) تهیه شد. دانستن سیر بیماری کمک می‌کند تا با شناخت عوامل موثر در بروز و ظهور بیماری هم چون عوامل زمینه‌ای، خطر، اتیولوژیک، علائم و نشانه‌ها و یافته‌های آزمایشگاهی بتوان نوع مداخله را برای سطوح مختلف مراقبت کننده طراحی و تعریف کرد.

شناسایی سیر طبیعی بیماری شامل موارد زیر است:

- تعیین علل زمینه‌ای برای هر بیماری
- تعیین ریسک فاکتورهای هر بیماری
- تعیین علل سببی هر بیماری
- تعیین علائم (Signs) هر بیماری
- تعیین نشانگان (Symptoms) هر بیماری
- تعیین زمان بروز
- تعیین روش‌های تشخیصی بالینی و آزمایشگاهی
- تعیین نوع درمان پیشنهادی
- تعیین فرجام بیماری
- تعیین عوارض ایجاد شده ناشی از بیماری
- تعیین پیامدهای هر بیماری در صورت عدم درمان
- و ...

سیر هر بیماری و جزئیات مربوط به آن از کتاب‌های مرجع پزشکی و بیش از همه از کتاب طب کودکان نلسون استخراج شد.

۴-۴- پس از اتمام کار سیر بیماری: کار فهرست برداری از عوامل زمینه‌ای، خطرناک و اتیولوژیک، علائم و نشانه‌ها و یافته‌های پاراکلینیک و آزمایشگاهی؛ هر یک در فهرستی جداگانه آغاز شد. پس از دسته‌بندی هر یک از عناوین ذکر

شده، مجموع سال‌های از دست رفته عمر (YLL) هر دسته محاسبه شد. با بهره‌وری از نرم‌افزار EXCLEE این داده‌ها به ترتیب نزولی YLL فهرست شد.

ب) تعیین الگوی بیماری و ابتلا در کشور

برای تعیین الگوی بیماری و ابتلا در کشور نیز باید به نکات زیر دقت کرد.

- ۱- در این بخش نیز همانند تعیین الگوی مرگ لازم است اطلاعات تمام گروه‌های سنی جمع‌آوری شوند
- ۲- اطلاعات موجود کشور از بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و درمانگاه‌های دولتی در قالب فرم‌های ۱۰۲-۱ و ۱۰۲-۲ و ۲۰۱-۳ و ۲۰۱-۴ جمع‌آوری می‌شود. این فرم‌ها براساس چک لیست بیماری‌ها که در طرح نوین نظام آماری کشور طراحی شده است تکمیل می‌شوند.

چند نکته قابل ذکر است:

- ۱- این اطلاعات بنا به اظهار مسوولین آمار، قابل استفاده نبوده، از ضریب اطمینان بالایی برخوردار نیست
- ۲- اطلاعات مراکز درمانی تخصصی را ارائه نکرده، اطلاعاتی از الگوی شیوع بیماری بدست نمی‌دهد
- ۳- تفکیک سنی مراجعین را مشخص نمی‌کند
- ۴- بخش عمده‌ای از آن به گزارش بیماری‌های عفونی می‌پردازد که از موضوع برنامه "مراقبت کودک سالم" خارج است.
- ۵- بیماری‌های غیرعفونی در گروه‌های بزرگ دسته‌بندی شده است. به همین دلیل اطلاعات بدست آمده برای منظور ما، چندان کاربردی نمی‌باشد.
- ۶- از ثبت و گزارش برخی بیماری‌های مهم به رغم قابلیت آسان و ارزان پیشگیری مانند در رفتگی مادرزادی مفصل لگن (DDH) و آمبلیوپی؛ چشم پوشی شده است.

برای حل این مشکل: اطلاعات موجود بدون استثنا در اختیار متخصصین رشته‌های مرتبط قرار داده خواهد شد تا بتوان با دریافت نظرهاشان به یک هم‌اندیشی رسید. به نظر می‌رسد با اجماع (Consensus) بتوان فهرست بیماری‌های مهم: ناتوان‌کننده و قابل پیشگیری را استخراج کرد.

- با توجه به نکات ذکر شده احتمال غفلت از بسیاری بیماری‌های شایع و قابل پیشگیری وجود دارد. با این همه به نظر می‌رسد برای طراحی مراقبت بیماری‌های ناتوان‌کننده باید مراحل زیر طی شوند:
- ۱- از پزشکان عمومی و متخصصین رشته‌های مختلف علوم پزشکی، از سراسر کشور، درباره بیماری‌های شایع هزارگان نظر خواهی شد. آنالیز اطلاعات بدست آمده نمایه‌ای از شایع‌ترین بیماری‌ها را در کشور نشان خواهد داد.
 - ۲- در این قسمت بیماری‌های غیرمرتبط براساس معیارهایی که در بخش (۴-۱) ذکر شد حذف خواهد شد

۳- این فهرست برای رسیدن به اجماع، در اختیار متخصصین رشته‌های مختلف پزشکی قرار می‌گیرد. این کار به منظور استفاده از نظر متخصصین گوناگون برای اولویت‌بندی بیماری‌های غیرکشنده، هم چنین کشنده انجام می‌گیرد.

۴- براساس نظرهای جمع‌آوری شده متخصصین شایع‌ترین بیماری هر ارگان فهرست خواهد شد. از آنجا که DALY بیماری‌های مختلف در کشور محاسبه نشده است امکان مقایسه صحیح اولویت بیماری در هر ارگان و ارگان‌های مختلف بدن با هم وجود ندارد.

۵- بیماری‌های باقی‌مانده براساس ICD-10 کدگذاری می‌شوند

پس از این مرحله، جریان طراحی مراقبت بیماری‌های ناتوان‌کننده و غیرکشنده مشابه مسیر طراحی مراقبت بیماری‌های کشنده (از ۴ - ۳ به بعد) خواهد بود.

از پژوهش‌هایی که در کشور برای تعیین الگوی مرگ و بیماری صورت می‌گیرد اطلاع دقیقی در دسترس نیست. به واقع از پژوهش‌های انجام شده در سطح کشور - چه توسط پژوهشگران به صورت انفرادی و چه پژوهش‌های سازمان یافته در دانشگاه‌ها و موسسه‌های پژوهشی - یا بهره‌برداری کاربردی نشده، پژوهش‌ها به بایگانی سپرده می‌شوند یا از نتایج آنها در سطحی کوچک - و نه کشوری - سود می‌برند.

بنظر می‌رسد وجود مرکزی برای ثبت و طبقه‌بندی پژوهش‌های انجام شده ضروری است. این مرکز باید اطلاعات بدست آمده را از شبکه اینترنت در اختیار همه علاقمندان قرار دهد. تا راه‌اندازی چنین تسهیلاتی، این اداره پذیرایی پژوهش‌های انجام شده در کشور است. هر مطالعه‌ای که به نوعی گروه طرای مراقبت را در تعیین الگوی ابتلا، مرگ و زمینه‌های دیگر پیشنهاد شده در این گزارش کمک کند، می‌تواند راه‌گشا باشد.

ج) بررسی سوانح و حوادث

برای طراحی مراقبتی که بتواند از میزان بروز و شدت حوادث و سوانح بکاهد توجه به چند نکته حایز اهمیت است:

۱- پرداختن به کاهش حوادث و سوانح به دو روش ممکن است.

۱-۱) ایجاد ارتباط و هماهنگی بین‌بخش‌های مختلفی که می‌توانند در این راه نقش‌آفرین باشند. به عنوان نمونه می‌توان به هماهنگی با صاحبان صنایع برای تولید و سایل ایمن‌تر، با خودروسازان برای بهبود وضعیت وسایل ایمنی مانند ترمزها، ساختمان اتاق و ... تماس با قانون‌گذاران برای وضع قوانین حمل و نقل و طرح اجباری کردن کلاه ایمنی برای موتور و دوچرخه سواران و استفاده از کمربند ایمنی، هماهنگی با راه‌سازان برای ساخت جاده‌ها و خیابان‌های استاندارد و غیراشاره کرد. این کار به دلیل پیچیدگی موضوع و لزوم ایجاد ارتباط قوی و تنگاتنگ، کمی دور از دسترس بنظر می‌رسد و راهکار اول این اداره نیست.

۲-۱) راهکار کوتاه مدت که بنظر دست‌یابی را آسان‌تر می‌کند و نیازمند همکاری بین‌بخشی کمتری است، راهکار آموزش همگانی است. بنابراین گروه امیدوار است که با آموزش اصول پیگیری از حوادث و سوانح به تغییر نگرش و پیامد آن تغییر رفتارهای فردی و اجتماعی دست یابد.

۲- با توجه به تفاوت‌های کارکردی و رفتارهای گوناگون کودکان در سنین مختلف لازم است اصول ایمنی بر مبنای هر گروه سنی خاص (Age specific) طراحی شود. واضح است که برخی از این اصول مربوط به همه گروه‌های سنی است که به آنها نیز پرداخته خواهد شد.

۳- تفاوت‌های اقلیمی و جغرافیایی و فرهنگی با توجه به گوناگونی قومیت‌های مختلف کشور باید مد نظر قرار گیرد. در اینجا نیز اصول کلی ایمنی طراحی خواهد شد و براین اساس تفاوت‌های هر منطقه جغرافیایی فرهنگی لحاظ خواهد شد.

۴- هم اکنون همکاران دیگری در اداره پیگیری از سوانح و حوادث در حال بررسی و طراحی نظامی برای کاهش میزان و شدت حوادث و سوانح در کشور هستند و برنامه‌هایی را در حال اجرا دارند. گروه طراحی مراقبت کودک سالم همکاری نزدیکی را با آن اداره آغاز کرده است. ما به خصوص بر بخش کودکان برنامه تاکید داریم و سعی این است که از توانایی‌های هر دو گروه حداکثر استفاده شده: از انجام کارهای موازی پرهیز شود.

۵- نتایج بررسی ثبت مرگ در چهار استان کشور به مرگ ناشی از حوادث و سوانح نیز پرداخته است. این نتایج اگرچه علل مرگ در تمامی سنین - و نه اختصاصاً کودکان - را بررسی کرده، به علل غیرمرگ‌آور نپرداخته است. اما با این همه دورنمایی از وضع موجود ران نشان می‌دهد. نتایج بررسی‌های اداره پیگیری از سوانح و حوادث نیز کمک کننده خواهد بود.

۶- بررسی و تحلیل سیستم مراقبتی کشورهای مختلف نیز برای دست‌یابی به عنوان‌های مهم و ضروری اصول پیگیری از حوادث و سوانح مفید است.

۷- پس از تهیه عنوان‌های کلی و اصلی حوادث و سوانح کشور که ایجاد مرگ یا ناتوانی می‌کنند، هر عنوان براساس ICD-10 بسط داده می‌شود.

۸- با مراجعه به کتاب‌های مرجع و نظرخواهی از متخصصین (و با عنایت به بندهای ۲ و ۳) فهرست توصیه‌های ایمنی و پیشگیرانه از حوادث و سوانح برای گروه هدف، تعیین خواهد شد.

تعیین و اختیار راهکار مداخله برای هر بیماری

پس از تعیین سیر طبیعی بیماری‌ها؛ باید تمامی مداخله‌هایی را که می‌توان برای مقابله با بیماری مورد نظر اجرا کرد شناسایی کرد. این مداخله‌ها برنامه مراقبتی کودکان؛ سه سطح پیگیری Premordial & Secondary Primary را در بر می‌گیرد.

پس از تهیه فهرست جامع مداخله‌ای با توجه به معیارهایی همچون هزینه - اثربخشی هر مداخله، تاثیر مداخله بر Out come، پذیرش مداخله از سوی مراقبت‌کنندگان و مراقبت‌شوندگان، امکان سنجی تکنولوژیک هر

مداخله و ... باید اقدام به انتخاب مداخله یا مداخله‌های مطلوب در برنامه کرد. در صورت موجود نبودن اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی معیارهای بالا، ناگزیر از اجرای پژوهش هستیم.

مراحل برنامه‌ریزی مراقبت کودکان سالم، در زیر خواهد آمد

- ۱- تشکیل گروه طراحی و برنامه‌ریزی
- ۲- تعیین مدل اجرایی برنامه
- ۳- طبقه‌بندی بیماری‌ها
- ۴- تعیین و اختیار راهکار مداخله‌ای برای هر بیماری
- ۵- تعیین فرایندهای مورد نیاز برنامه (خدمت، پشتیبان، هماهنگی)
- ۶- سطح‌بندی ارائه خدمات و استانداردسازی و ادغام فرایندها و فرکانس مراقبت‌ها
- ۷- طراحی نظام پایش و ارزشیابی
- ۸- ادغام نظام پایش و ارزشیابی با فرایندهای خدمت، پشتیبان و هماهنگی
- ۹- تهیه مدول‌های آموزشی
- ۱۰- تعیین محل‌های اجرای مقدماتی به منظور بررسی امکان‌سنجی
- ۱۱- بررسی قابلیت اجرا
- ۱۲- اجرا و ارزشیابی بررسی قابلیت اجرا
- ۱۳- مداخله برای اصلاح
- ۱۴- تعیین محل‌های اجرای آزمایشی
- ۱۵- طراحی مطالعه اثربخشی
- ۱۶- اجرا و ارزشیابی مطالعه اثربخشی
- ۱۷- مداخله برای اصلاح
- ۱۸- تصمیم‌گیری در مورد تعمیم برنامه به سایر مناطق کشور
- ۱۹- حفظ برنامه در مناطق اجرای آزمایشی
- ۲۰- تعمیم کشوری برنامه

جهت‌گیری آینده برنامه مراقبت کودکان به قرار زیر است:

- Ø ادامه و تکمیل ورود اطلاعات بیماران سرپایی
- Ø آنالیز اطلاعات به دست آمده
- Ø تعیین الگوی بیماری در کشور براساس این اطلاعات
- Ø تهیه فهرست نهایی مراقبت‌هایی که بیماری‌های منجر به مرگ و ناتوانی در کشور را نشانه گرفته است
- Ø ادامه طراحی و اجرای برنامه از مرحله ۴ به بعد

دو نکته اساسی راب اید مدنظر داشت:

- Ø در طراحی این برنامه نیاز به حضور تمام وقت اپیدمیولوژیست بالینی که به خصوص در رشته کودکان صاحب تجربه و فعالیت باشد، ضروری است. بسیاری از ملاحظه‌های اپیدمیولوژیک هم چون ارزیابی حساسیت و اختصاصی بودن هریک از آزمون‌های غربال‌گر، هزینه - اثربخشی و دو موضوع قابل ملاحظه مقایسه و انتخاب مهم‌ترین بیماری‌های سرپایی ارگان‌های مختلف بدن و تعیین فرکانس و توالی انجام مراقبت‌ها نیازمند مشاوره و مداخله مستقیم اپیدمیولوژیست است.
- Ø همچنین از آن جا که اصلی‌ترین مشخصه و پایه اساسی طراحی این برنامه، تبیین الگوی بیماری و مرگ در کشور می‌باشد و تبیین این الگو به **نظام استاندارد ثبت بیماری و مرگ** وابسته است، باید متولیان آمار حیاتی کشور، نسبت به اهمیت موضوع حساس شده، اقدام‌های لازم را مبذول دارند.

مدیریت مالی

مدیریت مالی چیست؟

با توجه به این که برنامه‌ریزی، پایش، ثبت و کنترل منابع مالی، برای انجام کارها مورد بهره‌گیری قرار می‌گیرند، یکی از وظایف اصلی هر مدیر است، مدیر مسوولیت دارد از نحوه هزینه منابع مالی خود آگاه باشد. هر مدیری نیازمند مهارت در مدیریت مالی است. مدیریت مالی به مفهوم مدیریت منابع مالی و اعتباری سازمان برای رسیدن به هدفها و در نهایت اثربخشی و نیز بکارگیری منابع در راستای فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده است. همچنین نظارت بر امور مالی، مدیر را از کفایت منابع موجود برای انجام فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه، مطمئن می‌کند.

برنامه‌ریزی صحیح برای منابع، اساس مدیریت مالی است

بسیاری از سازمان‌های بهاشتی غیرانتفاعی‌اند و هدفهای خود را در ارائه خدمت به جامعه تعریف می‌کنند. هدفهای این خدمات به صورت دوره‌های زمانی و در طی برنامه‌ریزی مشخص می‌شوند. پس از مشخص شدن هدفها، برای حصول اطمینان از کفایت منابع موجود در دستیابی به هدفهای برنامه‌ریزی شده، مدیریت مالی از طریق هزینه - اثربخش مهم‌ترین راه است.

چرخه مدیریت مالی

در هر فرآیند برنامه‌ریزی، هدفهای خدمت و فعالیت‌هایی که برای رسیدن به آن لازم است معین می‌شوند. هزینه‌های ناشی از این فعالیت‌ها، باید از طریق فروش خدمات ارائه شده، یا سایر منابع اهداء کننده تامین شوند. بنابراین چرخه مدیریت مالی در بردارنده ارائه خدمات، دریافت تعرفه، پرداخت هزینه‌ها و گزارش عملکرد مالی به اهداکنندگان و سایر منابع تامین کننده اعتبارها است.

مهارت‌های اساسی مدیریت مالی

یک مدیر برنامه بهاشتی باید با استفاده از اطلاعات مالی بتواند:

- بودجه برنامه کاری خود را تهیه کند،
- درآمدها و نیز دریافت‌ها را کنترل کند،
- منابع خود را کنترل و مدیریت کند،
- نتایج برنامه‌ها را با پیش‌بینی انجام شده در برنامه بودجه‌بندی شده، مقایسه کند،
- هزینه خدمات را تعیین و مقایسه کند،
- نیازهای گزارش‌دهی سازمان‌های اهداکننده و متعارف را تامین کند،
- گزارش‌های مالی را درک و از آنها برای تصمیم‌گیری استفاده کند.

مدیریت مالی در بخش خصوصی و دولتی

وظایف مالی مدیر در بخش خصوصی و دولتی متفاوت است. مدیران بهاشتی در بخش دولتی دارای بودجه مشخص و ثابتی می‌باشند. در صورت کافی نبودن بودجه در اختیار، آنان باید سعی در افزایش سقف بودجه یا کاهش هزینه‌ها کنند، که در اغلب موارد توانایی‌شان برای این دو انتخاب نیز محدود است. بطور مثال آنان اختیاری محدود در بکارگیری و اخراج کارکنان دارند. به علاوه، در مجموعه‌ای از قوانین مدون حسابداری، نظارت‌ها و گزارش‌های مالی درگیراند و اختیار ناچیزی برای ایجاد تغییر در روال معمول دارند.

آماده‌سازی بودجه

تمام بودجه‌ها با هزینه‌هایی که انتظار می‌رود در اثر تعدادی از فعالیت‌ها ایجاد شوند، عنوان‌بندی می‌شوند. در اغلب بودجه‌ها، درآمد پیش‌بینی شده برای پوشش بخشی از هزینه‌ها، محاسبه و درج می‌شوند. بودجه را می‌توان برای یک فعالیت مانند یک برنامه آموزشی یا کلیه برنامه‌های یک سازمان در نظر گرفت. بودجه هر مجموعه مدیریتی باید بودجه عملیاتی هر کدام از مراکز و واحدهای آن مجموعه را در برگیرد. بودجه عملیاتی برپایه برنامه عملیاتی سالانه و نیز هزینه‌های متمرکز واحد تنظیم می‌شود. این بودجه، تفکیک هزینه تمام فعالیت‌ها و نیز پیش‌بینی درآمد هر کدام از این فعالیت‌ها را دارا خواهد بود.

اهمیت بودجه‌ریزی چیست؟

تمرین بودجه‌ریزی مدیران را وادار می‌کند تا در مورد جزئیات تمام فعالیت‌ها تفکر و آنها را مکتوب کند.

بودجه به مدیران اطلاعات مورد نیاز را در مورد پیش‌بینی هزینه‌ها و درآمدها (با توجه به فعالیت‌های پیش‌بینی شده) داده، آنان را قادر می‌کند تا دریابند که یا تمام فعالیت‌های پیش‌بینی شده با توجه به منابع مالی، قابل دستیابی بوده‌اند و یا باید نسبت به افزایش درآمدها و یا کاهش هزینه‌ها اقدام کرد.

وقتی که بودجه‌ریزی براساس برنامه‌های کاری انجام شود، مدیر مطمئن خواهد بود که منابع مالی در اختیار سازمان، در راستای برنامه‌های تدوین شده هزینه خواهند شد، برنامه‌ریز مجبور خواهد شد که بین فعالیت‌های ضروری و غیرضروری تمایز قایل شود و به فعالیت‌های ضروری اولویت بیشتری دهد، در صورت فهرست کردن دقیق پیش‌بینی هزینه‌ها و منابع مالی در دسترس، بودجه‌ریزی به سازمان یاری خواهد داد تا از منابع مورد نیاز تامین این هزینه‌ها محافظت کند. تحلیل بودجه مدیر را قادر خواهد ساخت که هزینه واقعی فعالیت‌ها را ارزیابی و جایگزین‌هایی را در صورت هزینه‌بری زیاد آنها تامین کند. با در اختیار داشتن یک بودجه واقعی، آخرین اطلاعات و مقایسه آن با هزینه‌های واقعی، مدیر می‌تواند از کمبودهای بالقوه منابعی که برای فعالیت‌های خاص در دسترس هستند، آگاهی قبلی داشته باشد. مواردی را که باید مدیر در حین تنظیم بودجه مدنظر داشته باشد عبارتند از:

- سطوح هزینه‌ی (سطوح جاری برای هزینه‌های پروژه‌های جاری، پیش‌بینی برای پروژه‌های جدید)،
- تغییر قابل پیش‌بینی در هزینه‌ها (برآوردهای درصدی) برای حقوق، داروها و غیره،

- پیش‌بینی تغییر در فعالیت‌های پروژه (مراکز جدید ارائه خدمت، فعالیت‌های جدید و غیره).
- دیگر عوامل موجود قابل تغییر، برای مثال جمعیتی که شما برای ارائه خدمات در نظر می‌گیرید، تغییر مورد انتظار در شاخص‌های بهاشتی و
- حوادث غیرمترقبه (اعتبارهایی برای هزینه‌های اضافی غیرمنتظره در نظر گرفته می‌شوند).

در آماده‌سازی بودجه دو مرحله اساسی وجود دارد:

- ◆ شناسایی منابع مورد نیاز و هزینه‌های آنها و
- ◆ مشخص کردن منابع اعتباری

اولین مرحله مشخص کردن تمام منابع مورد نیاز برای اجرای فعالیت‌های فهرست شده در برنامه کاری و هزینه‌های این منابع است. برای این کار باید هر فعالیت را در فهرست فعالیت‌ها مورد بررسی قرار داد و زمان، مواد مصرفی، تجهیزات، نیروی انسانی و دیگر هزینه‌های مورد نیاز انجام هر فعالیت را معین کرد. برای مثال اگر در برنامه کاری توزیع خدمات تنظیم خانواده مرکز بهداشت شهرستان، مقرر شده باشد که نظارت‌کنندگان در فواصل دوماهه، توزیع‌کنندگان خدمات را نظارت کنند، مدیری که بودجه را آماده می‌کند باید هزینه‌هایی را که در پی این فعالیت ایجاد می‌شود، محاسبه کند و در نظر گیرد.

از آنجایی که بسیاری از توزیع‌کنندگان خدمت در مناطق دوردست زندگی می‌کنند و امکان دستیابی به آنان از طریق وسایل نقلیه عمومی وجود ندارد، چنین فعالیت خاصی دارای هزینه‌هایی مانند حق‌الزحمه ناظرین و رانندگان، سوخت و هزینه نگهداری اتومبیل‌ها برای این فعالیت خاص، مواد مصرفی مورد نیاز، پست در شهرستان، ماموریت روزانه و سایر هزینه‌ها برای ارائه‌کنندگان خدمات و ناظرین است.

بسیاری از فعالیت‌ها دارای هزینه‌های متغیراند. این‌ها هزینه‌هایی هستند که با حجم خدمت یا چشم‌انداز فعالیت‌هایی که تامین می‌شوند، ارتباط دارند. اما بعضی از هزینه‌ها ثابت‌اند. هزینه‌های ثابت آنهایی هستند که در برنامه بوده، ولی ارتباطی با سطح فعالیت یا حجم خدمت ندارند. به عنوان مثال از هزینه‌های ثابت می‌توان اجاره‌ها و وسرویس‌های خدمات عمومی مانند آب و برق را در نظر گرفت. هزینه‌های ثابت و متغیر باید در آماده‌سازی بودجه منظور شوند.

دومین مرحله در آماده‌سازی بودجه، مشخص کردن منابع مورد نیاز برنامه است. منابع از کجا تامین خواهند شد و کدام هزینه‌ها از کدام منابع پرداخت می‌شوند؟ در بسیاری از برنامه‌های دولتی، این مرحله مشکل ندارد. به دلیل آن فقط یک منبع وجود دارد که آنهم دولت است. ولی در برنامه‌های غیردولتی یا برنامه‌های دولتی که دریافت وجه از منابع غیردولتی داشته، یا به منظور افزایش درآمدها درخواست وجوه اضافه دارند، این مرحله قدری پیچیده‌تر است.

اصولی برای آماده‌سازی بودجه:

برای تهیه یک بودجه تفصیلی، رده‌بندی همه هزینه‌ها و درآمدهای مورد انتظار در طبقه‌بندی‌های مربوطه مفید خواهد بود.

دارایی‌های ثابت: این‌ها دارایی‌هایی هستند که دارای عمری مفید یا بیش از یکسال (مانند زمین، ساختمان، لوازم و تجهیزات عمده) می‌باشند.

درآمدها: درآمدهای حاصل از فروش، از حاصل ضرب تعداد پیش‌بینی اقلام فروختنی (یا خدمات قابل ارائه) در بهای آن و سپس کسر بهای اقلام یا خدماتی که به رایگان در اختیار متقاضی قرار داده می‌شود، به دست می‌آید. درآمدهای حاصل از هدایا را باید براساس موافقتنامه هدایا و برابر با هزینه‌هایی که باید برآن اساس انجام شوند، محاسبه کرد. پیش‌بینی اعتبارهای ناشی از اعطاء هدایا باید براساس تجارب قبلی باشند، مگر آن که احتمال تغییر قابل توجه متصور باشد.

حقوق‌ها و دستمزدها: این رده‌بندی شامل پرداخت به کارکنان است. برای برآورد هزینه‌های کارکنان، بهتر است که رتبه شغلی، حقوق و دستمزد کارکنان براساس رتبه شغلی، و درصد زمانی را که موقعیت شغلی اشغال خواهد بود، فهرست کرد. در حالی که مدیران بخش خصوصی باید همواره حقوق‌ها و دستمزدها را در بودجه خود لحاظ کنند، مدیران بخش عمومی (دولتی) بخاطر آن که این پرداخت معمولاً توسط یک سطح بالاتر (دانشگاه علوم پزشکی یا وزارتخانه) انجام می‌شود، از این نظر دغدغه زیادی ندارند. ولی حتر اگر مدیران نیازی به بودجه‌بندی حقوق و دستمزدها نداشته باشند، مفید خواهد بود که همه پست‌های شغلی مورد نیاز در برنامه تفصیلی را فهرست کنند. این امر مدیران را قادر خواهد ساخت تا با توجه به برنامه فعالیت‌ها، هرگونه کاهش یا افزایشی را در کارکنان اعمال کنند.

مزایا: این طبقه‌بندی شامل هزینه‌هایی است که با توجه به سیاست‌ها و فعالیت‌های سازمان قابل پرداخت‌اند. این موارد شامل تمام مزایای قانونی، مانند تامین اجتماعی و بازنشستگی، بیمه بیکاری، مرخصی سالانه، ق بیمه و دیگر مزایا است. همه این موارد را می‌توان در فهرست پست‌های شغلی در کنار حقوق‌ها و دستمزدها محاسبه کرد.

حق الزحمه‌ها: مثال‌هایی از موارد خاص یا فعالیت‌های غیرمتداول که برای آنها به جای حقوق، حق‌الزحمه پرداخت می‌شود شامل حسابرسی سالانه، طراحی سیستم‌های اطلاعاتی، حسابداری (در سازمان‌های کوچک)، آموزش‌های خاص کارکنان، طراحی مواد آموزشی و برخی فعالیت‌های خاص مانند راه‌اندازی تیم‌های سیار ارائه خدمات تنظیم خانواده است. بطور مثال، از این موارد هزینه تیم‌های سیار ارائه خدمات تنظیم خانواده ثابت نبوده، باید آن را از طریق مدت زمان مربوطه و فعالیت‌های وابسته به آن و نیز پیش‌بینی سالانه تعداد کاربران روش‌های جراحی و آی-یو-دی محاسبه کرد. ممکن است مدیر بخواهد به جراحان و پزشکان براساس ساعات کار و نه تعداد خدماتی که ارائه می‌شود، پرداخت کند که مورد دوم می‌تواند سبب تشویق افراد گروه به ارائه بیشتر خدمت شود.

هزینه‌های ساختمانی: برخی از هزینه‌های ساختمانی مانند تعمیرهای جزئی و هزینه‌های بازسازی ساختمان‌های ملکی یا اجاره‌ای، هزینه‌های سرایداری، نگهداری ساختمان و محوطه، رهن و یا اجاره ساختمان و هزینه‌های مثل آب، برق و تلفن در شهرهای بزرگ، هزینه‌های عمده‌ای را تشکیل می‌دهند.

هزینه وسایل نقلیه: این هزینه‌های متغیر وابسته به تعداد وسیله نقلیه و چگونگی استفاده از آنها است. معمولاً مدیر برنامه باید هزینه سوخت، نگهداری و تعمیر اتومبیل‌ها را به ازای هر کیلومتر سفر، در بودجه فعالیت‌هایی که نیاز به وسیله نقلیه دارند، محاسبه کند. معمولاً هزینه بیمه انواع اتومبیل‌ها براساس عمر و یا بهای اولیه وسیله نقلیه تعیین می‌شود.

هزینه سفر و ماموریت‌ها: نوع سفرهایی که در این بخش طبقه‌بندی می‌شوند، شامل سفرهایی است که با فعالیت‌های برنامه مرتبطند. از این دسته می‌توان به سفرهای نظارتی، همایش‌های کارکنان و بازدیدهای محیطی اشاره کرد. هزینه بعضی از این سفرها ثابت و هزینه برخی دیگر متغیر است. برای مثال بازدیدهای نظارتی دارای هزینه‌های ثابت بوده، (تفاوتی ندارد که چه تعداد افراد توسط ارائه‌کننده خدمت ویزیت شوند) ولی هزینه بازدید از خانه‌ها متغیر و وابسته به تعداد مواردی است که باید بازدید شوند. با توجه به شرح وظایف تک تک کارکنان و مشاورها و همچنین برنامه کار، تعداد سفرها، محل آنها، مدت اقامت هر سفر همراه با هزینه‌های سفر مانند هواپیما، قطار، اتوبوس، سوخت، حق ماموریت و موارد مشابه می‌توان هزینه سفرها را پیش‌بینی کرد.

استهلاک: این هزینه نشان دهنده مصرف دارایی‌ها و اموال ثابت در طول زمان است. بنابراین یک وسیله، با طول عمر تقریبی پنج سال، در هر سال با بیست درصد کاهش ارزش (استهلاک) مواجه خواهد شد. احتمالاً استهلاک زمانی محاسبه و مطرح می‌شود که سازمان مصمم به جایگزینی وسیله مستهلک شده از منابع خود باشد (ممکن است در مواردی جایگزینی توسط یک سازمان اهداءکننده انجام شود).

ارتباطات: معمولاً هزینه‌های پستی، ارسال اشیاء، تلفن و ارسال پیام‌ها ثابت در نظر گرفته می‌شوند (محاسبه تاثیر افزایش این موارد، در هر کدام از برنامه‌های کاری بسیار مشکل است). یکی از موارد استثنا، هزینه مراسله‌های عمده پستی است که برای یک فعالیت خاص لازم می‌باشد، که این در این موارد می‌توان هزینه پستی را به هزینه فعالیت اضافه کرد.

هزینه‌های عام مدیریتی و هزینه‌های نگهداری: این هزینه‌های ثابت نشان‌دهنده هزینه‌های جاری دفتر و اداره است. این موارد شامل اجاره، تجهیزات، هزینه‌های نگهداری و تعمیر جزئی لوازم اداری و پزشکی، فرآیندهایی که روی اطلاعات انجام می‌شود، هزینه‌های چاپ و کپی، هزینه‌های لوازم مصرفی اداره، هزینه‌های کتابداری و بیمه و است.

هزینه‌های آموزشی و چاپ و نشر: این طبقه‌بندی اغلب ترکیبی از هزینه‌های ثابت و متغیر است و شامل مواردی مانند خرید، تهیه، و چاپ پمفلت، کتاب، اسلایدهای آموزشی و فیلم‌های ویدیویی می‌باشد. ابزاری که ارائه‌کنندگان خدمت مکرراً از آنها برای آموزش‌گیرندگان خدمت استفاده می‌کنند، به عنوان هزینه‌های ثابت در نظر گرفته می‌شوند، در حالی که موادی که برای آموزش در اختیار گیرندگان خدمت یا آموزش‌گیرندگان قرار می‌گیرد را می‌توان هزینه متغیر محسوب کرد. هزینه چاپ می‌تواند نسبت به تعداد داوطلبان جدیدی که برنامه می‌خواهد به خود جذب کند، قابل تغییر باشد. در بعضی موارد برخی از هزینه‌های چاپ و نشر را نیز می‌توان به صورت ثابت سالانه در نظر گرفت.

تجهیزات و لوازم یکبار مصرف پزشکی: اغلب این موارد در هزینه‌های متغیر در نظر گرفته می‌شوند، اگرچه تجهیزات عمده پزشکی جزء هزینه‌های ثابت‌اند. لوازم یکبار مصرف و مصرفی پزشکی مانند آنچه که در خدمات تنظیم خانواده مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از دستکش، اسپکولوم و داروهای پیشگیری از بارداری. تعداد مورد نیاز از هر وسیله را می‌توان بطور مستقیم براساس تعداد کاربران و داوطلبانی که در طی برنامه‌ریزی سالانه پیش‌بینی می‌شوند، محاسبه کرد.

پیش‌بینی درآمدها و پایش جریان مالی

مدیران بخش خصوصی) باید در حساب بانکی خود دارای موجودی کافی باشند و مدیران (بخش دولتی) باید از این که دارای اعتبار و تخصیص کافی هستند و می‌تواند همه نیازها را در طول همراه برآورده کنند، مطمئن باشند. اولین قدر در این وظیفه مدیریتی، پیش‌بینی جریان مالی و دسترسی به منابع اعتباری در طی فرآیند برنامه‌نویسی است. مدیر پس از تکمیل برنامه کاری و بودجه، از هر دو این مستندات برای تحلیل زمان‌بندی هزینه‌های مورد انتظار بهره خواهد جست. با مقایسه این موارد و زمان‌بندی مورد انتظار دریافت اعتبارها، مدیر می‌تواند دریابد که در هیچ مقطع زمانی فاقد منابع مالی نخواهد بود.

برای مثال در صورتی که یک مرکز جدید بخواهد در شهریور ماه بازگشایی شود، باید طی ماه‌های تیر و مرداد مبالغ قابل توجهی از اعتبارها برای تامین لوازم و تجهیزات مورد نیاز آن، هزینه شوند. اگر اعتبارهای دریافتی در مقطه سه ماهه مساوی بوده، مبالغی برای اینگونه راه‌اندازی‌ها در نظر نگرفته‌اند، مرکز در زمان مقرر و با تجهیزات کافی افتتاح نخواهد شد، مگر آن که مدیر راه‌حل‌های ویژه‌ای برای این مساله اندیشیده باشد.

سه راهکار اصلی برای سازگاری با مقطعی که یک مدیر تصور می‌کند فاقد اعتبار کافی است وجود دارد. یک مدیر باید حداقل یکی از این راهکارها را برای برنامه خود بکار بندد:

- تنظیم زمان‌بندی فعالیت‌ها در برنامه کاری و یا حذف سایر هزینه‌ها.
- ایجاد ترتیب در برنامه وزارت یا اهداء کننده مربوطه، بگونه‌ای که مقدار و زمان تخصیص‌ها با مقدار و زمان هزینه‌ها هماهنگ باشند و تخصیص‌های عمده پیش از هزینه‌های عمده صورت گیرند.
- برنامه‌ریزی برای دریافت وام‌های کوتاه مدت (که عمدتاً در بخش خصوصی متصور است).

ناتوانی در پیش‌بینی جریان اعتبارهای مالی می‌تواند منجر به کاهش اعتبارها و موجودی مورد نیاز در زمان‌های بحرانی یک برنامه عملیاتی، تأخیر در پرداخت دستمزدها، ناتوانی در تأمین لوازم در هنگام نیاز، و سایر موارد اورژانس شود که همه این‌ها ناتوانی برنامه را برای دستیابی به هدف‌های از پیش تعیین شده، در پی خواهد داشت.

چگونگی تنظیم پیش‌بینی یک جریان مالی: آگاهی از چگونگی جریان مالی ابزاری کلیدی برای پیش‌بینی و مدیر را قادر می‌سازد اعتبار مورد نیاز را برای پوشش دادن هزینه‌های مورد انتظار پیش‌بینی کند. او با پیش‌بینی درآمدها و هزینه‌ها، قادر خواهد بود ورود و خروج اعتبارهای مورد انتظار را در طی دوره مشخصی از زمان نشان دهد. مدیر می‌تواند از این جریان به منظور مقایسه درآمدها و هزینه‌های واقعی، با آنچه که پیش‌بینی شده است، در راستای اطمینان از در اختیار داشتن منابع کافی اعتباری در دسترس، برای برآوردن نیازهای برنامه، در همه زمان‌ها استفاده کند.

- ۱- برای تنظیم نمایش جریان مالی، اول باید اعتبارهای موجود را در ابتدای اولین ماه برنامه ثبت کرد. این موجودی آغازین است.
- ۲- سپس باید کلیه منابع بالقوه درآمدهایی را که انتظار می‌رود در طول سال برای پرداخت هزینه‌های مورد انتظار، استفاده شوند، فهرست کرد. سپس پیش‌بینی درآمد ماهانه و طبقه‌بندی آن باید مدنظر قرار گرفته، مقادیر و ماه‌های در دسترس قرار گرفتن اعتبار مورد توجه قرار گیرند. بدین شکل، کل درآمدهای هر ماه مشخص می‌شوند.
- ۳- هزینه‌های مورد انتظار باید براساس طبقه‌بندی فهرست شوند. برای هر طبقه‌بندی هزینه پیش‌بینی شده، هزینه‌ها در ماه‌های مورد انتظار و نیز کل هزینه همراه فهرست می‌شوند.
- ۴- بدین شکل برآورد درآمدها و هزینه‌های پیش‌بینی شده، در دسترس خواهند بود. این ابزار کل اعتبارهای ورودی و خروجی را در هر ماه مشخص می‌کند.
- ۵- برای محاسبه کل اعتبارهای در دسترس در طول یک ماه، می‌توان اعتبار مرحله آغازین را به کل درآمد پیش‌بینی شده اضافه کرد.
- ۶- برای محاسبه کل اعتبارهای در اختیار در پایان هر ماه، می‌توان کل هزینه‌ها را از کل اعتبار در دسترس کسر کرد.
- ۷- اعتبار موجود پایان هر ماه را به اولین سطر ماه بعد منتقل می‌کنیم. بنابراین اعتبار موجود در پایان هر ماه همواره با اعتبار موجود در اول ماه بعدی همسان خواهد بود.

کنترل و مدیریت منابع:

فرآیندهای مناسب کنترل مالی و سیستم حسابداری، اساس مدیریت موثر مالی است. در حالی که مدیران مالی و دفترداران آنان مسوول ایجاد و نگهداری سیستم مناسب کنترل مالی هستند، مدیران مجموعه بار اصلی مسوولیت برنامه را برعهده دارند و باید اطلاعات کافی را از سیستم برای نظارت بر مدیران مالی و دفترداران آنان داشته باشند.

ایجاد کنترل‌های استاندارد مالی:

استانداردهای حسابداری و کنترل مدیریت مالی فرآیندها، راهنماها و قوانینی هستند که به حصول اطمینان

از:

- استفاده مسوولانه و مناسب از منابع در دسترس، و
- فراهم آوردن تصویری کامل و مناسب از ورود و خروج منابع و اعتبارها (اطلاعات مالی)، کمک می‌کنند.

بویژه کنترل مالی سبب اطمینان از:

- صورت گرفتن دریافت‌ها و پرداخت‌ها به شکل کنترل شده،
- ثبت کامل معامله‌ها، بگونه‌ای که سازمان بتواند گزارش سرمایه‌ها را تهیه و گزارش مالی مفهوم و مستندی تهیه کند،
- دسترسی به گزارش‌های مالی منحصراً توسط مدیر و افراد مناسب و ذیصلاح تعیین شده از سوی وی،
- کنترل فیزیکی گزارش‌ها در دوره‌های معین زمانی انجام شده و واکنش‌های لازم در موارد ناهمخوانی میان گزارش‌ها و کنترل فیزیکی، خواهد بود.

دو اصل اساسی برای برپایی سیستم کنترل مالی مناسب عبارتند از:

تقسیم وظایف بین افراد بگونه‌ای که هیچ کدام از آنان توانایی کنترل تمام مراحل مالی یک فعالیت را نداشته باشند. برای مثال:

- یک کارمند به تنهایی نتواند تقاضا، تایید و پرداخت وجه را انجام دهد.
- مطابقت حساب‌های بانکی با فردی باشد که مسوولیت امضاء چک‌ها را به عهده نداشته، به موجودی مالی دسترسی نداشته، فعالیت‌های مالی را ثبت نکند.
- کنترل دفاتر مالی به صورت دوره‌ای توسط فرد مسوولی که کنترل دفاتر معمولاً توسط او انجام نمی‌شود، صورت گیرد.
- خریداری و رسید کردن تجهیزات، داروها و اقلام مصرفی توسط فردی که کنترل آنها را به عهده دارد (معمولاً انباردار) انجام نشود.
- فردی که پرداخت حقوق و تحویل چک‌ها را به عهده دارد با فردی که فهرست حقوقی را تنظیم می‌کند، متفاوت باشد.

حسابداری و فرآیندهای کنترل مالی، تنظیم معامله‌ها را بگونه‌ای که رخ می‌دهند، به عهده دارند. برای مثال:

- تمام ورود و خروج اعتبارها و موجودی‌ها ثبت می‌شوند.
- از فرم‌های چاپ و شماره‌گذاری شده استفاده می‌شود.
- حساب‌های بانکی در فواصل ماهانه مطابقت داده شده، هرگونه اختلاف حساب مورد بررسی قرار می‌گیرد.
- همه کارکنان در دوره‌های زمانی مشخص در محل کار حضور دارند.
- وقتی که پرداخت‌ها توسط پول نقد (و نه چک) انجام می‌شود، رسیدهای دریافت و پرداخت وجوه نقد ضمیمه می‌شوند.
- به حساب گذاشتن نقدینگی‌های ناشی از فروش یا خدمات در زمان‌های مختلف و مکرر (معمولاً هر روزه) صورت می‌گیرند، تا هر گونه درآمد ناشی از خدمت و یا فروش بلافاصله به حساب‌های بانکی تعیین شده واریز شود.
- تمام وجوه اهدایی توسط مدیر مسوول و به صورت مکتوب ثبت می‌شوند.
- تمام درخواست‌ها پیش از خریداری تایید می‌شوند.

برای یک مدیر بهره‌گیری از یک حسابرسی سالانه برای اطمینان از این که فرآیندهای مالی و کنترل آنها به درستی انجام می‌گیرد، حائز اهمیت است. اگرچه این مساله نیز دارای اهمیت است که در یک حسابرسی کامل، حسابرسی اعتبارهای منحصر به سازمان، در کنار حسابرسی کلیه موارد اهدایی، انجام شود.

خریدهای مجاز

برخی از مدیران، به ویژه مدیران واحدهای کوچکتر و مسوولین واحدها، مسوولیت هزینه و خرید برخی از اقلام را به عهده دارند. آنان چگونه می‌توانند مطمئن شوند که:

- این خرید موجه است؟
 - آیا اصول نازلترین قیمت در نظر گرفته شده است؟
 - ثبت معامله‌ها به درستی انجام می‌گیرد؟
 - اعتبار کافی برای خرید وجود دارد؟
- **برای اطمینان یافتن از موجه بودن خرید:** باید سیستم خریداری به گونه‌ای سازماندهی شده باشد که قبل از پرداخت وجه یا تایید چک، درخواست‌های خرید تایید شوند. از موارد تایید درخواست خرید آن است که مدیر یا کارمند مالی بررسی کند که آیا خرید مورد درخواست در بودجه پیش‌بینی شده است و اگر این پیش‌بینی انجام نشده، آیا لزوم تهیه مورد درخواست مورد تایید می‌باشد و چگونه می‌توان نسبت به تهیه آن اقدام کرد.

• **برای اطمینان از رعایت اصول خرید با نازلترین قیمت:** مدیر باید اطمینان حاصل کند که حداقل با سه (در صورت امکان) فروشنده و یا تهیه کننده موارد درخواست برای مقایسه قیمت‌های فروش و یا قراردادهای تماس لازم صورت گرفته است.

• **برای اطمینان از مکتوب بودن کلیه فعالیت‌های مالی و معامله‌های مربوطه:** باید مطابقت درخواستها با تمام چکها و قبض‌های تحویل جنس انجام گردد.

• **برای اطمینان از در دسترس بودن اعتبارها و نقدینگی کافی برای خرید:** مدیر می‌تواند گزارش‌های بودجه‌ای و نیز جریان دریافت و هزینه اعتبارها را که نشان‌دهنده هزینه‌های واقعی در مقابل اعتبارهای واقعی است را کنترل و بررسی کند که آیا در یک موضوع خاص و یا در کل بودجه بیش از مقدار مجاز هزینه شده، آیا نیازمند تقلیل هزینه است؟ همچنین گزارش بودجه‌ای باید اعتبارهای دریافتی که را با پیش‌بینی انجام شده در دریافت اعتبارها و نیز جریان نقدینگی مقایسه و نیز مشخص کند که کدام بخش از اعتبارهای دریافتی از محل بودجه دستگاه و تخصیص‌های دولت، چه مقدار آن حاصل از درآمدها و کدام بخش آن توسط سایر منابع اهداء شده است. اگر زمان‌های دریافت تخصیص با تاخیر مواجه بوده، یا این که درآمدهای واقعی از میزان مورد انتظار کمتر باشد، ممکن است در تامین اعتبارهای مورد نیاز دستگاه، با کسری مواجه شویم.

• **مدیریت مقادیر کم نقدینگی و درآمدهای ناشی از ارائه خدمت:** بسیاری از مدیران بویژه آنان که مسوولیت یک مرکز بهداشتی و درمانی را به عهده دارند، مسوول انجام مدیریت مالی نیز هستند. ممکن است آنان مسوولیت مقادیر کم نقدینگی، برخی از منابع مالی که برای برنامه‌های پیش‌بینی نشده در نظر گرفته می‌شوند، اعتبارهای آموزشی، حمل و نقل، خریدهای کوچک و نیز درآمدهای حاصل از ارائه خدمت و یا فروش داروها را به عهده داشته باشند.

اصول مدیریت وجوه نقدینگی، به ویژه در برنامه‌هایی که بر درآمدها به عنوان یک منبع مالی مناسب برای پوشش دادن به برخی از برنامه‌ها تکیه دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است. یکی از مهمترین اصول جمع‌آوری نقدینگی در هر سطحی آن است که باید مستندات لازم همراه با جمع نقدینگی، جمع‌آوری شوند. بطور مثال مستندات لازم در یک داروخانه مرکز بهداشتی درمانی که اقدام به فروش دارو می‌کند عبارتند از:

- ۱- فروشنده دارو، هر دارو را در ازای دریافت یک تعرفه دو قسمتی دارای شماره سریال می‌فروشد. یک قسمت از تعرفه به خریدار تحویل و قسمت دوم آن به عنوان مستندات در مرز و نزد مسوول داروخانه باقی می‌ماند.
- ۲- در پایان هر ماه ناظر مسوول، پول نقد و قسمت دوم تعرفه‌ها را از مسوول داروخانه جمع‌آوری می‌کند. با توجه به انواع نسخ موجود و انواع بیمه‌ها باید ارزش تعرفه‌ها با مقدار داروی فروخته شده، تناسب داشته باشد.
- ۳- همچنین ناظر مسوول، باقیمانده داروها و نیز تعرفه‌های فروخته نشده را با هم مطابقت خواهد داد که دارویی بدون دریافت وجه و تحویل تعرفه به فروش نرفته باشد.

۴- ناظر رسیدی را به مسوول فروش دارو تحویل خواهد داد که نشان دهنده دریافت پول و تحویل گرفتن پول از مسوول داروخانه خواهد بود.

۵- در نهایت ناظر گزارشی را تنظیم خواهد کرد که نشان دهنده جمع‌آوری پول توسط وی از کلیه مسوولین فروش دارو خواهد بود.

۶- ناظر، پول‌های جمع‌آوری شده را در ازای دریافت رسید به مدیر مالی تحویل خواهد داد.

۷- مدیر مالی تمام نقدینگی را از همه ناظرها جمع‌آوری و به حساب بانکی واریز خواهد کرد. همراه با این واریز منبع این نقدینگی، تاریخ واریز و مقدار آن در دفاتر مربوطه ثبت می‌شوند.

در این روش، جریان نقدینگی در هر مرحله‌ای قابل کنترل و پیگیری است و در هر مقطع می‌توان تا مرحله فروش دارو و تحویل تعرفه مسیر را کنترل کرد.

پایش مالی: مقایسه نتایج با پیش‌بینی‌های بودجه‌ای

در زمان سرکشی به وضعیت مالی هر سازمان، یک وظیفه کلیدی این کنترل، مقایسه درآمدها و هزینه‌های واقعی با مقادیر پیش‌بینی شده در بودجه است. این اطلاعات فوق‌العاده مهم‌اند. مدیریت در اغلب مواردی که درآمدها کمتر از میزان پیش‌بینی شده و یا هزینه‌ها بیشتر از میزان پیش‌بینی شده باشد، نیازمند واکنش فوری است. به علاوه مقایسه این موارد می‌تواند سبب افزایش توانایی مدیر در بودجه‌ریزی سال بعد شود.

در صورتی پایش مالی به خوبی صورت خواهد گرفت که این کار، هماهنگ با مدیریت مالی به صورت گروهی و به عنوان بخش‌هایی از کل فعالیت، انجام گیرد. مدیران مالی و برنامه باید:

- درآمدها و هزینه‌ها را در طی فرآیند برنامه‌ریزی پیش‌بینی کنند.
- در هنگام پایش برنامه، درآمدها و هزینه‌های واقعی را با مقادیر پیش‌بینی شده مطابقت دهند.

برنامه‌ریزی و پایش مالی معمولاً به شکل زیر است:

- مدیران مالی و مدیران برنامه با هماهنگی یکدیگر، برای تعیین اطلاعات کلیدی، پایش و برنامه‌ریزی مورد نیاز سیستم اطلاعات مالی، فعالیت می‌کنند.
- مدیران مالی و مدیران برنامه، ساختاری را برای جدول‌بندی حساب‌ها، بودجه‌ها و گزارش‌های مالی تهیه خواهند کرد.
- مدیران مالی و مدیران برنامه، در طی فرآیند برنامه‌ریزی، بودجه‌ای را تنظیم خواهند کرد که در آن درآمدها و هزینه‌های سال بعد پیش‌بینی شده باشد.
- مدیران مالی، سیستم حسابداری را که در بردارنده هزینه‌های ایجاد شده و نیز درآمدهای تولید شده ناشی از انجام برنامه است، بررسی خواهند کرد.

- مدیران مالی و کارکنان حسابداری در دوره‌های مشخص زمانی، گزارش‌های مورد نیاز سیستم حسابداری را تهیه می‌کنند.
- مدیران مالی و مدیران برنامه، هرگونه کاهش و افزایش درآمدها و یا هزینه‌ها را بررسی می‌کنند و نیاز به هرگونه تغییری را در فعالیت‌های برنامه یا مدیریت مشخص خواهند کرد.
- مدیران مالی و مدیران برنامه، از گزارش‌های مالی برای برنامه‌ریزی بودجه سال بعد استفاده خواهند کرد.

بودجه، جداول حساب‌ها و گزارش‌های مالی، عناصر کلیدی یک سیستم یکپارچه کنترل اطلاعات و برنامه‌ریزی مالی هستند و بنابراین باید باهم سازگار باشند. جدول حساب‌ها یک فهرست حاوی کد برنامه‌ها، ردیف‌ها و موارد طبقه‌بندی شده مالی است، که در آن درآمدها و هزینه‌ها ثبت می‌شوند. در صورتی که طبقه‌بندی این جدول همانند آنچه که در بودجه برنامه پیش‌بینی شده است باشد، تهیه گزارش‌های مالی از اطلاعات آن به راحتی صورت می‌گیرد و مقایسه‌ها آسانتر خواهد بود، ولی در غیراین صورت تهیه گزارش‌های مالی و بودجه نیازمند کار بیشتری است.

تعیین و مقایسه هزینه خدمات

مدیر باید قادر باشد با بکارگیری سیستم حسابداری هزینه‌ها، هزینه واقعی یک خدمت خاص یا برنامه را تعیین کند. در سیستم‌های بهاشتی با توجه به این که سعی بر جامعیت خدمات در مراکز بهاشتی - درمانی و خانه‌های بهداشت است، این امر از حساسیت و ظرافت‌های خاصی برخوردار می‌باشد. در موارد زیر این امر حائز اهمیت بیشتری است:

- در خدماتی که هزینه آنها باید از محل ارائه خدمت تامین شوند، اطلاعات هزینه‌ای برای تعیین بهای خدمت ضروری است.
- زمانی که مدیر بخواهد هزینه و اثربخشی یک خدمت را در مراکز، ارائه‌کنندگان مختلف خدمت و یا راهکارهای خدمت مقایسه کند، اطلاعات هزینه‌ای، مبنای این مقایسه خواهد بود.

در سیستم حسابداری هزینه. چالش اصلی همسو کردن اطلاعات هزینه‌ای با اطلاعات برنامه است.

انجام مطالعه‌های هزینه - اثربخشی

در صورتی که یک برنامه بخواهد روزبروز وضعیت مناسبتری پیدا کند، همواره باید از معیارهای برای ارزشیابی موفقیت راهکارهای مختلف یا واحدهای مختلف ارائه خدمت، بهره گیرد. در اغلب موارد موفقیت مفهومی نسبی است و با مقایسه برنامه‌ها و یا واحدهای ارائه خدمت مشابه برای دانستن آن که کدامیک از آنها بیشترین و یا کمترین موفقیت را دارند، سنجیده می‌شوند. بدین ترتیب مدیر تصمیم خواهد گرفت که برنامه‌هایی که کمترین میزان موفقیت را دارند حذف و یا تغییری را در آنها ایجاد کند و کمیت موفقترین برنامه‌ها را افزایش دهد. این روند به مدیر اجازه خواهد داد تا بتواند از منابع در دسترس، به بهترین شکل بهره گیرد.

مطالعه‌های هزینه - اثربخشی مدیر را قادر خواهد ساخت تا با استفاده از معیارهای کمی که در همه برنامه‌ها یا خدمات‌های مورد مطالعه مشترک‌اند، مقایسه‌های لازم را انجام دهد. همچنین می‌توان این مطالعه‌ها را با معیارهای کیفی کاربردی برنامه، در راستای تصمیم‌گیری وضعیت بعدی برنامه همراه کرد. برای مثال ممکن است هزینه ارائه یک خدمت در مناطق روستایی از هزینه همان خدمت در سایر مناطق بالاتر باشد، مانند پوشش بالای کنتراسپتو، مدیر تصمیم به سرمایه‌گذاری بیشتر در آن منطقه بگیرد.

برای انجام تحلیل هزینه اثربخشی باید قادر باشیم:

- هزینه خدمتی را که درصد ارزشیابی آن هستیم تعیین کنیم،
- یک برون‌داد یا نتیجه قابل سنجش برنامه را به عنوان معیار کلیدی اثربخشی یا کیفیت برنامه مشخص کنیم،
- هزینه را به ازای برون‌داد یا نتیجه بشناسیم.

تهیه گزارش‌های مالی سازمانی و گزارش‌های مورد نظر اهداء کنندگان

مدیران ناگزیر از تهیه گزارش‌های عملکردی مالی مورد نظر سازمان‌های مربوطه و نیز گزارش‌های مورد نیاز اهداءکنندگان اعتبارهای مالی هستند. در اغلب موارد گزارش‌های مورد نیاز متفاوت‌اند. بنابراین سیستم بکارگیری در سازمان باید آنچنان قابل انعطاف باشد که بتواند اینگونه نیازها را بدون صرف وقت و کوشش اضافی تامین کند.

ممکن است برنامه‌ها و پروژه‌ها دارای منابع مالی مختلفی باشند. ممکن است مدیران نیاز داشته باشند برای بدست آوردن تصویر کلی از وضعیت مالی سازمان، تمام اطلاعات را در مجموع و بطور کلی مورد بررسی قرار دهند. از سویی دیگر حسابداری، فعالیت‌هایی که منابع مالی آنها مختلف‌اند را جداگانه انجام دهد.

ایجاد هماهنگی بین اطلاعات موجود داخل سازمان و گزارش‌هایی که مورد نظر اهداءکنندگان اعتبارها هستند، از اهمیت زیادی برخوردار است و در نظر نگرفتن این امر می‌تواند پیامدهای زیر را به دنبال داشته باشد:

- ♦ در یک سیستم مدیریتی غیرمتمرکز و در جایی که مدیران سطوح پایینتر درگیر برنامه‌ریزی مالی، بودجه‌نویسی، کنترل و گزارش‌دهی هستند، جمع‌آوری اطلاعات مالی در سطح فعالیت مربوطه، از اهمیت برخوردار است. بسیاری از سازمان‌هایی که منابع اعتباری آنها به صورت اهدا تامین می‌شوند، در تهیه گزارش‌هایی از این قبیل، با مشکل مواجه‌اند.
- ♦ بسیاری از سازمان‌های که با اهداءکنندگان متفاوت مواجه‌اند، برای هر اهداءکننده، بودجه پروژه‌ای متفاوتی دارند که ممکن است هر کدام از آنها دوره زمانی چند ساله‌ای را در برگیرند. ولی اطلاعات و یا برنامه‌ریزی مالی یکپارچه‌ای در اختیار ندارند تا آنان را قادر به تصمیم‌گیری‌های استراتژیک و گسترده سازمانی کند.

برای راه‌اندازی سیستمی که بتواند گزارش‌های مالی مورد نیاز سازمان متبوع و نیز اهداءکنندگان اعتبارها را برآورده کند، مفید است که:

- **مذاکره‌های لازم با اهداءکنندگان صورت گیرد.**

گزارش‌های مالی مورد نیاز اهداءکنندگان از آنچنان جزئیاتی برخوردارند که در اغلب موارد با نیازها و نیز دوره‌های گزارش‌دهی سازمان دریافت‌کننده اعتبار، سازگاری ندارند. برای ساده‌تر شدن تهیه گزارش یکپارچه برنامه مالی، می‌توان با اهداءکنندگان به گونه‌ای هماهنگی ایجاد کرد که منابع مالی آنها تامین‌کننده یک بخش کامل از برنامه باشد. برای مثال پرداخت حق‌الزحمه یک فرد و یا هزینه‌های یک مرکز بهداشتی - درمانی از چند منبع متفاوت، می‌تواند سبب پیچیدگی امر شود. مفید است که سازماندهی پروژه‌های مختلف بگونه‌ای باشند که با سیستم حسابداری سازمان همخوانی داشته باشد. همچنین مفید است که دوره‌های گزارش‌دهی نیز با سیستم موجود سازمان هماهنگ شوند.

- **طبقه‌بندی کردن اطلاعات براساس تفاوت اهداءکنندگان و واحدهای مختلف بهداشتی.**

یک سیستم یکپارچه برنامه‌ریزی و گزارش‌دهی بودجه، باید گزارش هزینه را برای مراکز فعالیت (واحدهای بهداشتی) و نیز منابع تامین‌کننده اعتبارها تامین کند. وارد کردن اطلاعات پایه‌ای در برنامه‌های رایانه‌ای حسابداری، این کار را تسهیل خواهد کرد. یک بخش ما را قادر خواهد ساخت که هزینه‌ها و درآمدها را براساس مراکز فعالیت طبقه‌بندی کنیم و در بخش دیگر ثبت این هزینه‌ها و درآمدها براساس سازمان و منبع اهداءکننده صورت خواهد گرد. می‌توان با صرف وقت زیاد در یک سیستم غیرکامپیوتری اطلاعات مالی را براساس اهداءکننده یا منبع درآمد طبقه‌بندی کرد.

- **اهداءکنندگان در دوره‌های زمانی متفاوت، نیاز به گزارش‌های عملکرد مالی دارند.**

اهداءکنندگان منابع خواهان در اختیار داشتن گزارش‌های مالی در مقاطع سه ماهه، چهارماهه و یا دوره‌های زمانی متفاوت دیگر هستند. ممکن است هیچکدام از موارد یاد شده، با سال مالی موجود در سیستم‌های حسابداری ما مطابقت نداشته باشد.

بهره‌گیری از گزارش‌های مالی در فرآیند تصمیم‌گیری

گزارش‌های مالی محصول اصلی سیستم‌های اطلاع‌رسانی مالی و حسابداری هستند و بدین ترتیب نقش مهمی را در توانایی تصمیم‌گیری مدیر برای پایش برنامه ایفا می‌کنند. سیستم یکپارچه اطلاعات مالی، از جداول حسابداری و بودجه گرفته تا گزارش‌های مالی باید تامین‌کننده نیازهای اطلاعاتی مدیر برای پایش باشند. سیستم مالی ایده‌آل، اطلاعاتی را تولید خواهد کرد که به مدیر توانایی پایش سیستم مالی را می‌دهد بر آن اساس می‌توان تصمیم‌های مدیریتی را در مورد سیاست‌های مالی یا برنامه‌های اتخاذ کرد.

با توجه به این که همه اطلاعات، از جمله اطلاعات مورد نیاز فرآیندهای مالی در حال تغییراند، طراحی تمام عناصر سیستم گزارش‌گیری باید بطور دوره‌ای مرور شوند. برای مثال ممکن است برای یک اهداءکننده جدید با نیازهای گزارش دهی مالی متفاوت مواجه شویم و یا در بخشی از سیستم تحت مدیریت، اقدامی جدید مثل غیر رایگان بودن خدمات را آغاز کنیم. همچنین ممکن است فعالیت‌های نو نیازمند ردیف‌های جدید بودجه‌ای باشند، بنابراین سیستم پایش مالی موجود باید تا آن حد انعطاف‌پذیر باشد که بتواند با چنین تغییرهایی خود را مطابقت دهد.

برنامه‌های متفاوت بهاشتی نیازمند پایش‌های متفاوت مالی هستند. معمولاً سازمان‌های دولتی، مانند سازمان‌های وابسته به وزارت بهداشت، گزارش‌های مالی خاص خود را تهیه می‌کنند که می‌توانند شامل موضوع‌های بودجه‌ای، هزینه‌ها و درآمدها باشند. بسیاری از مدیران بخش دولتی، گزارش‌های مالی هزینه را فقط به منظور مقایسه هزینه‌های واقعی با بودجه‌های پیش‌بینی شده بررسی می‌کنند. این گزارش‌ها کمتر به منظور تحلیل هزینه و یا بررسی هزینه - اثربخشی^۰ برای مثال بررسی هزینه به ازای واحد یا واحد خدمت) مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در بخش خصوصی که سازمان‌ها موظف به درآمدزایی هستند، دو نوع گزارش مالی که ارائه‌کننده وضعیت مالی سازمان‌های مربوطه‌اند از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. این دو گزارش عبارتند از وضعیت درآمد و توازن بین درآمدها و هزینه‌ها.

صفحه نماینده توازن بین درآمدها و هزینه‌ها، برای نشان دادن وضعیت مالی سازمان در یک زمان معین طراحی شده است. این صفحه نشان‌دهنده اعتبارهای دریافتی، تعهدها، پرداخت‌ها و مانده‌ها است. در صورت کسر مبالغ مربوط به تعهدها و پرداخت‌ها از کل اعتبارهای دریافتی باید به رقم مانده‌ها دست یافت. از این طریق می‌توان ساختار و ثبات مالی یک سازمان را ارزشیابی کرد، برای مثال می‌توان پی‌برد که آیا سازمان توان پرداخت تعهدهای پرداخت نشده خود را دارد؟ مانده‌ها را می‌توان به توان مالی سازمان، پس از انجام تعهدها تعبیر کرد.

از صفحه وضعیت درآمد می‌توان به منظور ارزشیابی کلی عملکرد مالی سازمان بهره گرفت. همچنین می‌توان آن را به منظور مقایسه درآمدها و هزینه‌های واقعی و نیز مقادیر پیش‌بینی شده در بودجه، مورد استفاده قرار داد تا بتوان عملکرد بودجه‌ای را کنترل کرد و نیز دریافت که آیا بودجه‌ها نیاز به بازبینی دارند و یا باید در فعالیت‌ها تغییری ایجاد نمود، هزینه‌ها را کاهش داد و یا تعرفه انجام خدمات را مورد بازنگری قرار داد.

در برنامه‌هایی بهاشتی که هزینه خدمات و نیز خرید دارو توسط متقاضی پرداخت می‌شود، گزارش مقادیر فروش ماهیانه جزء اسناد ضروری فرآیند کنترل است و مدیر را قادر می‌سازد که عملکردهای فروش خدمات و واحدهای مختلف را مقایسه کند تا بتواند مقادیر واقعی فروش را با مقادیر پیش‌بینی شده در بودجه مطابقت دهد.

گزارش‌های مالی متنوع دیگری قابل تنظیم‌اند که ممکن است هرکدام از آنها در نظر مدیر از ارزش خاصی برخوردار باشند. مدیران می‌توانند اطلاعات هزینه‌ها و درآمدها را در سطوح مختلف برای ارزشیابی برنامه مورد استفاده قرار داده، نتایج هر تغییر را در فرآیند، ساختار یا طراحی برنامه‌ریزی مورد بررسی قرار دهند.

از انواع گزارش‌های قابل تنظیم می‌توان به گزارش‌های مرتبط با ارزش منابع بکار رفته، ارزش برقراری و آماده‌سازی هر نوع از خدمات برای متقاضیان و مبالغ نقدینگی که از ارائه خدمات مختلف نصیب سازمان شده است، اشاره کرد.

حسابداری و بودجه

بودجه:

کلمه بودجه از زبان فرانسه ریشه گرفته، معنای لغوی آن کیف یا کیسه چرمی کوچکی است که صورت دریافت‌ها و پرداخت‌ها را در درون آن قرار می‌دهند. مفهوم آن در بین مردم دخل و خرج یا درآمدها و هزینه‌ها است که می‌توان آن را ساده‌ترین برداشت از مفهوم بودجه دانست. لیکن امروز مفهوم آن تغییر اساسی یافته است و به عنوان یکی از مهمترین ابزار مدیریت محسوب می‌شود. در حال حاضر تعاریف متعددی از بودجه وجود دارند که در ادامه به سه مورد از آنها اشاره خواهد شد:

- ۱- بودجه بیان مالی یا مقداری سیاستی است که باید در طول مدت زمان معینی در آینده برای وصول به هدف‌های تعیین شده تعقیب شود.
- ۲- بودجه یک طرح مالی است که طی آن نیازمندی‌های پولی دولت به طور کامل برای مدت محدودی و در برابر نیازمندی‌های هزینه، برآورد و درآمد پیش‌بینی می‌شود.
- ۳- بودجه طرحی برای تامین هزینه‌های دولت یا یک بنگاه انتفاعی، برای مدتی معین است.

روش‌های بودجه‌ریزی

روش‌های بودجه‌ریزی عبارتند از:

- ۱- **بودجه متداول**: در این روش هدف‌ها و تاکیدها به ابزار مالی، حسابداری دریافت‌ها و پرداخت‌های بخش دولتی استواراند و توزیع اعتبارها منحصراً متوجه "دستگاه - مواد هزینه" بوده، نقش مجلس نظارت بر عدم تجاوز هزینه‌ها از چارچوب اعتبارهای مصوب و مصرف هر هزینه در محل و مواد خود است. در این سیستم با ملاحظه ارقام و اطلاعات مندرج در سند بودجه، تشخیص این که چه اعمالی انجام شده، در مقابل هزینه‌های انجام شده چه نتایجی به دست آمده، محاسبه نمی‌شوند، بنابراین نمی‌تواند مبنای دقیقی برای سنجش کارایی مدیریت به حساب آید.

با توجه به افزایش روزافزون وظایف دولت‌ها در امور اجتماعی و اقتصادی این نوع بودجه‌ریزی اهمیت خود را از داده است و در حال حاضر کاربردی ندارد.

- ۲- **بودجه‌ریزی افزایشی**: در این روش حجم عملیات دستگاه ثابت فرض شده، افزایش یا کاهش هزینه‌ها را در حجم عملیات ثابت برآورد می‌کند که به نگهداشت سطح عملیات موسوم می‌باشد. بنابراین تغییر در این نوع بودجه منوط به تغییر حجم عملیات یا محول کردن وظایف جدید و یا کاستن از وظایف محوله خواهد بود. این روش در برآورد بودجه سال بعد بسیار موثر است و می‌تواند به عنوان یک ابزار سریع در تخمین برآورد هزینه‌ها، کمک قابل توجهی کند. اساس کار بر مبنای اعتبارهای سال قبل است. در سال بعد تغییر حاصل از نرخ تورم، تعدیل قیمت کالاها و خدمات در حد نگهداشت سطح برآورد، توسعه عملیات کمی و کیفی و احیاناً وظایف جدید به آن اضافه می‌شوند، که با لحاظ کردن همه موارد یاد شده، به بودجه سال بعد دست می‌یابیم.

۳- **بودجه برنامه‌ای:** در این روش عملیات سازمان به شکل برنامه کار تنظیم و برای هر برنامه کار اعتبار منظور می‌شود. بودجه برنامه‌ای نوعی طبقه‌بندی است که از یک طرف با ایجاد ارتباط میان مواد هزینه و عوامل به کار گرفته شده، و از طرف دیگر نتایج کار به دست آمده نشان می‌دهد که در طی سال مالی چه کالاها، خدمات و یا فعالیت‌هایی در بخش دولتی به صورت محصول نهایی جهت نیل به هدف‌ها تولید شده‌اند.

۴- **بودجه عملیاتی:** در واقع همان بودجه برنامه‌ای است که به نحو دقیقتر و روشنتری اجرای برنامه‌ها را از دیدگان "فایده و هزینه" تجزیه و تحلیل می‌کند و با روش اندازه‌گیری حجم کار، قیمت تمام شده تولید یا خدمت را به دست می‌آورد. آنها را با استانداردها مقایسه کرده، به علل تغییر قیمت تمام شده آگاه شده، در نهایت به مدیریت سازمان کمک می‌کند.

بودجه عملیاتی مستلزم کسب اطلاعات دقیق از اجرای هر یک از عملیات است. بنابراین عملیاتی کردن بودجه موجب گسترش و نگهداری حساب، با جزییات در امور مالی دستگاه است.

۵- **بودجه (برنامه‌ریزی - طرح ریزی - بودجه‌ریزی):** در این روش اعطای اعتبارها به دستگاه اجرایی مستلزم شناخت امکان‌های موجود در دستگاه است. در این روش بودجه‌ریزی در اجرای هدفی مشخص، با برنامه کار معین و زمان مشخص، با شناخت عوامل و منابع انسانی، منابع تاسیساتی و تجهیزاتی و منابع مالی لازم، اختصاص داده می‌شود. هدف از این بررسی‌ها این است تا مشخص شود آیا دستگاه قادر به انجام این عملیات خواهد بود؟ آیا توان جذب بودجه مصوب را دارد؟ آیا در صورت جذب، توان هزینه کردن صحیح آن را خواهد داشت؟ و آیا در نهایت قادر خواهد بود به هدف‌های از پیش تعیین شده دست یابد؟ شایان ذکر است که این نوع بودجه‌نویسی عمدتاً دارای کاربری طرح‌های عمرانی و فرم‌های مربوط به آن است.

۶- **بودجه‌ریزی بر مبنای صفر:** در این روش تأکید بر رعایت تناسب حجم عملیات دستگاه‌ها و موسسه‌های دولتی با وظایف محول شده به آنها است. در واقع نوآوری در امر اداره ارگان‌های دولتی و مکمل بودجه‌ریزی نوع قبل است. این روش، معیار عملکرد و میزان جذب اعتبارهای سال گذشته را منسوخ شمرده، کنترل هزینه‌های عمومی و مسوولیت‌ها را توأم با اختیارها به واحدهای تصمیم‌گیری واگذار می‌کند. حرکت بودجه‌نویسی از پایین‌ترین سطح هرم آغاز و در هر یک از رده‌های تصمیم‌گیری مورد بازنگری و تعدیل قرار می‌گیرد تا در نهایت در راس هرم تبدیل به بودجه نهایی شود.

برخی از نکات تمایز بودجه برنامه‌ای و بودجه عملیاتی عبارتند از:

- ۱- بودجه برنامه‌ای در سطحی بالاتر از بودجه عملیاتی قرار دارد و هر برنامه شامل چند واحد عملیاتی است.
- ۲- بودجه برنامه‌ای، هزینه‌ها را به صورت کلی و در سطح برنامه مطرح می‌کند، ولی بودجه عملیاتی هزینه‌ها را به جزیی‌ترین شکل ممکن گزارش کرده، برای مدیران و واحدهای عملیاتی سودمند است.

۳- بودجه برنامه‌های آینده‌نگر است و با توجه به هدف‌های اقتصادی و اجتماعی دولت، روند آینده فعالیت دستگاه را در نظر می‌گیرد. در حالی که بودجه عملیاتی همواره ناظر بر ارتباط بین هزینه و محصول عملیاتی واحد نهایی است. بنابراین به روند گذشته تجارب به دست آمده و استانداردهای موجود تکیه دارد. در ایران سیر تحولی بودجه از مرحله "بودجه متداول و سنتی" به روش "بودجه‌ریزی افزایشی" و "بودجه‌ریزی برنامه‌ای" محدود شده است و از "بودجه عملیاتی"، "بودجه برنامه‌ریزی- طرح ریزی - بودجه ریزی" و "بودجه‌ریزی بر مبنای صفر" شناخت کاربردی و اجرایی مدونی در دست نیست.

با توجه به مطالب گفته شده و این که یکی از ساده‌ترین تعاریف بودجه تعادل بین درآمد و هزینه‌های دولت است در زیر به تعریف برخی از مفاهیم درآمد و هزینه می‌پردازیم:

درآمد:

هر سازمان برای انجام فعالیت‌های خود در راستای انجام برنامه عملیاتی و دستیابی به هدف‌های از پیش تعیین شده، نیازمند منابع مالی و اعتبار است. در سازمان‌های دولتی، منابع مورد نیاز از طریق تخصیص اعتبارهای دولتی صورت می‌گیرد که این اعتبارها حاصل از درآمدهای دولت‌اند.

وصول درآمدها به موجب قانون است و اگر مقدار آن بیشتر یا کمتر از میزان پیش‌بینی شده باشد، مانعی در قانون بودجه بوجود نخواهد آمد. بنابراین با توجه به این که درآمدها تخمینی می‌باشند، ممکن است خزانه را در انجام تعهدهای خود و تخصیص منابع مالی با مشکل مواجه سازند. از این رو ضمن آگاهی از تخمینی بودن درآمدها، باید به موارد قابل اتکا پیش‌بینی درآمدها و نیز محاسبه‌ها را در این پیش‌بینی مورد توجه قرار داد تا با انحراف کمتری در وصول درآمدها مواجه شویم. درآمدها به دو دسته عمده عمومی و اختصاصی تقسیم می‌شوند.

درآمدهای عمومی:

درآمد عمومی عبارتست از درآمدهای وزارتخانه‌ها و موسسه‌های دولتی، درآمدهای نفت و گاز، مالیات و سود سهام شرکت‌های دولتی و درآمد حاصل از انحصارات و مالکیت و سایر درآمدهایی که در قانون بودجه کل کشور تحت عنوان درآمد عمومی منظور می‌شوند. این درآمدها به موجب قانون توسط دستگاه‌های اجرایی وصول و به خزانه دولت واریز می‌شوند.

درآمدهای اختصاصی:

درآمدهایی هستند که به موجب قانون توسط دستگاه‌های اجرایی وصول و به مصرف هزینه‌های خاص همان دستگاه می‌رسند.

هزینه‌ها (مصارف):

در راستای دستیابی به هدف‌های از پیش تعیین شده، ناگزیر به انجام برخی از فعالیت‌ها هستیم که انجام آنها مستلزم صرف منابع در اختیار است. در واقع هزینه‌ها صرف منابعی هستند که در راستای وظایف و مأموریت‌ها، در اختیار سازمان قرار داده شده‌اند. همچنین می‌توان هزینه را بهای تمام شده کالا و خدماتی دانست که برای دستیابی به یک هدف، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

هزینه‌ها به دو گروه عمده تقسیم می‌شوند:

الف - هزینه‌های عمده و غیر تکرار شونده که فقط برای یکبار در فاصله زمانی قابل توجه انجام می‌شوند و حالت تکرار شونده ندارند، مانند ساختن ساختمان و یا هزینه خرید تجهیزات عمده،

ب - هزینه‌های غیرعمده و تکرار شونده: این هزینه‌ها در طی انجام فعالیت‌های برنامه بطور مرتب و طبق زمان‌بندی خاص خود (مانند پرداخت‌های کارکنان) و یا بدون زمان‌بندی خاص (مثل تامین لوازم تحریر) در مقاطع زمانی مورد نیاز صورت می‌گیرند. هزینه‌های غیرتکرار شونده را می‌توان به دو دسته **مستقیم و غیرمستقیم** تقسیم کرد.

هزینه‌های مستقیم: هزینه‌هایی است که با مداخله مستقیم (مثلاً برای یک فرد) صورت می‌گیرد. از این موارد می‌توان به تامین هزینه لوازم پیشگیری از بارداری اشاره کرد.

هزینه‌های غیرمستقیم: هزینه‌هایی است که نمی‌توان آن را بطور مستقیم به یک مداخله مرتبط دانست. برای مثال می‌توان به هزینه برق یک مرکز بهداشتی و درمانی اشاره کرد که به آن هزینه بالاسری نیز اطلاق می‌شود. در جدول زیر تفکیک این هزینه‌ها مشخص شده است:

تعریف	هزینه مستقیم	هزینه بالاسری	هزینه عمده
تمام هزینه‌های تکرار شونده‌ای که می‌توان آن را مستقیم به یک مداخله منتسب کرد.	تمام هزینه‌های تکرار شونده‌ای که نتوان آن را مستقیم به یک مداخله خاص منتسب کرد	تمام هزینه‌های تکرار شونده‌ای که نتوان آن را مستقیم به یک مداخله خاص منتسب کرد	هزینه‌های غیرتکرار شونده، هزینه‌های عمده
داروها، لوازم مصرفی پزشکی، زمانی که کارکنان با مراجعه‌کنندگان صرف می‌کنند.	هزینه حفظ و نگهداری ساختمان، هزینه‌های نظارتی و مدیریتی، هزینه تهیه مواد آموزشی	هزینه حفظ و نگهداری ساختمان، هزینه‌های نظارتی و مدیریتی، هزینه تهیه مواد آموزشی	هزینه ساختمان برای یک مرکز بهداشتی درمانی، خرید تجهیزات عمده، آمبولانس

بدیهی است حداکثر پرداخت‌ها و هزینه‌ها در حد اعتبار دستگاه بوده، تجاوز از آن ممنوع است.

گرچه از سویی هزینه نکردن اعتبار مصوب به منزله عدم انجام وظایف و مسوولیت‌های دستگاه است، از دیگر سو منظور کردن اعتبار برای هر دستگاه به منزله موظف بودن دستگاه به هزینه آن نیست و ممکن است که دستگاه در

روند یک برنامه با عدم لزوم انجام برخی از فعالیت‌ها مواجه شود و بطور مستدل آن را حذف کند. بنابراین در تمام موارد، خرج نکردن اعتبارها را نمی‌توان سبب سربلندی مدیران دانست و گاهی مواقع مترادف با قصور و ضعف مدیران است.

اعتبارهای جاری:

اعتبارهایی هستند که ظرفیت‌های موجود دولتی را مانند هزینه حفظ و نگهداری دانشگاه‌ها، وزارتخانه‌ها، بیمارستان‌ها حفظ و نگهداری می‌کنند و از محل درآمد عمومی و اختصاصی دولت تامین می‌شوند. (فعالیت‌های جاری که هزینه آنها از محل اعتبارهای جاری تامین می‌شوند از وظایف قانونی دستگاه دولتی بوده، در واقع بخشی از وظایف دولت‌اند. فعالیت‌های جاری یک سلسله عملیات و خدمات مشخص در جهت رسیدن به هدف‌های سالانه برنامه دولت‌اند. مانند برنامه توانبخشی که شامل فعالیت معلولین جسمی و حرکتی، فعالیت رفاه ناشنوایان، فعالیت رفاه نابینایان، فعالیت رفاه سالمندان و می‌باشد.)

اعتبارهای عمرانی:

اعتبارهایی هستند که ظرفیت‌های جدید در جامعه ایجاد کرده، یا سبب توسعه ظرفیت‌ها شده، یا به عمر ظرفیت‌ها از طریق بازسازی و تعمیرهای اساسی اضافه می‌کنند و در نهایت پدید آورنده توسعه‌اند و از محل درآمدهای عمومی و اختصاصی تامین می‌شوند.

اعتبارهای سایر منابع:

منابع اعتباری هستند که تحت عنوان وام، انتشار اوراق قرضه، برگشتی از پرداخت‌های سال‌های قبل و عناوین مشابه در قانون بودجه کل کشور پیش‌بینی می‌شوند و ماهیت درآمد ندارند. (شایان ذکر است که در برنامه‌های بهداشتی و بهداشت خانواده، سایر منابع به اعتبارهایی اطلاق می‌شوند که در قانون بودجه کشور پیش‌بینی نشده و از محل اعتبارهای سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی و برحسب هدف‌ها و فعالیت‌های موردنظر و در قالب پروژه‌ها در اختیار دستگاه اجرایی قرار می‌گیرند.)

اعتبارهای خارج از شمول:

اعتبارهای خارج از شمول همانگونه که از نام آن برمی‌آید به اعتبارهایی گفته می‌شوند که به موجب قانون از رعایت قانون محاسبات عمومی و مسائل و مقررات عمومی دولت مستثنی هستند.

فعالیت‌های جاری:

یک سلسله عملیات و خدمات مشخصی است که برای تحقق بخشیدن به هدف‌های برنامه سالانه طی یک سال انجام شده و هزینه آن از محل اعتبارهای جاری تامین می‌شود.

موافقتنامه:

موافقتنامه عقدی است حقوقی - فنی - مالی که دستگاه اجرایی متعهد می‌شود شرح عملیات مندرج در آن را رعایت و در صورت بروز هرگونه تغییر، اصلاحیه را تنظیم و مبادله کند. همچنین سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و یا سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در استان‌ها را موظف می‌کند تا به موازات پیشرفت عملیات، اعتبارهای مصوب را براساس تخصیص اعتبار در اختیار دستگاه اجرایی قرار دهند. تا زمان مبادله شدن موافقتنامه برای جلوگیری از عدم توقف فعالیت‌ها، اعتبارها به صورت علی‌الحساب و یا تنخواه در اختیار سازمان مربوطه قرار خواهند گرفت.

موافقتنامه اعتبارهای جاری باید به نحوه تنظیم شود که یک فرد بی‌اطلاع، با مطالعه آن از عملیات دستگاه، هدف‌ها، وظایف و حجم عملیات و اعتبارها آگاهی یابد و بتواند رابطه منطقی و ارگانیک بین حجم عملیات و اعتبارها را در هر برنامه به راحتی حس کند. لذا شناخت اهم عوامل هزینه در اجرای عملیات نهایت ضرورت را دارد.

ردیف دستگاه:

فلسفه وجودی ردیف در هر دستگاه، تخصیص و عدم تداخل اعتبار مشخص، برای انجام دادن فعالیت مشخص، با اعتبارهای دستگاه اصلی و مادر است. بنابراین تاکید می‌شود: ردیف‌های دستگاه، اعتبارهای خاصی هستند که برای اجرای عملیات مشخص، توسط قانونگذار تصویب شده، نباید با بودجه دستگاه اصلی و مادر تداخل داشته باشند.

ردیف‌های دستگاه می‌توانند چند سالی در قانون بودجه وجود داشته باشند و سپس برای مدتی حذف و مجدداً چند سالی ظاهر شوند. ولی شماره طبقه‌بندی آنها همواره ثابت خواهد بود.

طبقه‌بندی عملیات دولت:

دو عنوان اصلی در طبقه‌بندی فعالیت‌های دولت عبارتند از:

- ۱- امور: امور مجموعه‌ای از کوشش‌های سازمان یافته همگن است که "بخش عمده و قابل ملاحظه‌ای" از وظایف دولت را در بر می‌گیرد که توضیح آن پس از این خواهد آمد.
- ۲- ردیف‌های متمرکز بودجه: علاوه بر اعتبارهایی که به صورت امور - فصل - برنامه در قانون بودجه طبقه‌بندی شده‌اند، اعتبارهایی به صورت "رزرو تانک" وجود دارند که اصلاحات ردیف‌های متمرکز بودجه نامیده می‌شوند. این ردیف‌ها اعتبارهای موجهی هستند که دولت از انجام آنها آگاهی دارد ولیکن سهم هریک از دستگاه‌های اجرایی برایش روشن نیست و مانند کیسه اعتباری است که به موجب قانون یا تصویبنامه هیات وزیران، دولت از آن هزینه می‌کند. نظام بودجه برنامه‌ای ایجاب می‌کند حجم اعتبارهای ردیف‌های متمرکز از ده درصد کل اعتبارهای بودجه‌های عمومی تجاوز نکند.

“امور” دولتی شامل چهار نوع: امور عمومی، امور دفاعی، امور اجتماعی و امور اقتصادی می‌شود.

امور عمومی:

مجموعه‌ای از وظایف عمومی دولت است که برقراری عدالت، نظم و امنیت داخلی، روابط خارجی، وضع قوانین و مقررات و اعمال حاکمیت دولت در تنظیم روابط دستگاه‌های دولت با یکدیگر، مردم و نیروی کار و تنظیم روابط افراد با یکدیگر در مقابل قانون به منظور حفظ نظام کشور را تعیین می‌کند.

امور دفاعی:

مجموعه‌ای از وظایف دولت در جهت حفظ و حراست از مرزهای کشور، برقراری ثبات سیاسی از طریق دفاع نظامی و غیرنظامی کشور و به منظور حفظ و گسترش امکانات توسعه اقتصادی و اجتماعی است.

امور اجتماعی:

مجموعه‌ای از وظایف دولت است که امکانات زیست مطلوبتر انسان را در اوقات مختلف: کار، فراغت، استراحت جهت تعادل اجتماعی برقرار می‌کند.

امور اقتصادی:

مجموعه‌ای از وظایف دولت است که امکانات تولید، توزیع و مصرف را از طریق ایجاد و توسعه ظرفیت‌های اقتصادی در جهت تعادل اقتصادی در جامعه برقرار می‌سازد.

فصل:

مجموعه‌ای از کوشش‌های سازمان یافته است که “خدمات معینی” را برای جامعه انجام می‌دهد، مانند فصل بهداشت، درمان و تغذیه با کد طبقه‌بندی ۳۰۳۰۰۰۰۰.

برنامه:

گروه کلی از عملیاتی که دارای “حاصل کار مشخص” است و به وسیله دستگاه‌های دولتی انجام می‌شوند. بطور معمول هر یک از دستگاه‌های دولتی قسمتی از عملیات را انجام می‌دهند و به ندرت تمام عملیات یک برنامه مستقلاً به یک دستگاه واگذار می‌شود، زیرا دستگاه‌های دولتی، عوامل اجرایی عملیات و وظایف دولت هستند. برخی از برنامه‌های فصل بهداشت و درمان عبارتند از:

برنامه بهداشت محیط	۳۰۳۰۶۰۰۰
برنامه خدمات درمانی سرپایی روستاییان	۳۰۳۰۷۰۰۰
برنامه بهداشت	۳۰۳۰۹۰۰۰
برنامه بهداشت روستایی	۳۰۳۱۰۰۰۰

هر برنامه در برش مقطعی دارای فصل، ماده، ریزماده و جزء ماده هزینه‌ای هستند که در ادامه به تعریف فصول و مواد هزینه‌ای خواهیم پرداخت.

فصول هزینه

فصول هزینه‌ای شامل هفت فصل می‌باشند که عبارتند از:

فصل اول: جبران خدمت کارکنان

فصل دوم: استفاده از کالاها و خدمات

فصل سوم: هزینه‌های اموال و دارایی

فصل چهارم: یارانه

فصل پنجم: کمک‌های بلاعوض

فصل ششم: رفاه اجتماعی

فصل هفتم: سایر هزینه‌ها

مواد هزینه:

همانگونه که عنوان شد مواد هزینه از اجزاء فصول هزینه است که در زیر از مواد هزینه نامبرده، در مورد کاربردی ترین آنها توضیحاتی داده خواهد شد.

فصل اول - جبران خدمت کارکنان

ماده ۱: حقوق و دستمزد

ماده ۲: فوق‌العاده‌ها و مزایای شغلی

فصل دوم - استفاده از کالاها و خدمات

ماده ۱: مأموریت و نقل و انتقال کارکنان

ماده ۲: حمل و نقل و ارتباطات

ماده ۳: نگهداری و تعمیر دارایی‌های ثابت

ماده ۴: نگهداری و تعمیر وسایل اداری

ماده ۵: چاپ و خرید نشریات و مطبوعات

ماده ۶: تصویربرداری و تبلیغات

ماده ۷: تشریفات

ماده ۸: هزینه‌های قضایی، ثبتی و حقوقی

ماده ۹: هزینه‌های بانکی

ماده ۱۰: آب و برق و سوخت مواد و لوازم مصرف شدنی

ماده ۱۱: مواد و لوازم مصرف شدنی

- ماده ۱۲: هزینه‌های مطالعاتی و تحقیقاتی
ماده ۱۳: حق الزحمه به اشخاص برای انجام خدمات قراردادی
ماده ۱۴: حق عضویت

فصل سوم - هزینه‌های اموال و دارایی

- ماده ۱: سود و کارمزد وام‌ها و تسهیلات بانکی
ماده ۲: اجاره و کرایه

فصل چهارم: یارانه

- ماده ۱: کمک در موقع زیان به شرکت‌های دولتی و موسسه‌های انتفاعی وابسته به دولت
ماده ۲: پرداخت مابه‌التفاوت قیمت کالا
ماده ۳: پرداخت‌های انتقالی غیرسرمایه‌ای به شرکت‌های دولتی و موسسه‌های انتفاعی وابسته به دولت

فصل پنجم: کمک‌های بلاعوض

- ماده ۱: کمک بلاعوض به دولت‌های خارجی
ماده ۲: کمک بلاعوض به سازمان‌های بین‌المللی
ماده ۳: کمک بلاعوض به سایر سطوح دولتی

فصل ششم: رفاه اجتماعی

- ماده ۱: حق بیمه
ماده ۲: کمک‌های رفاهی کارکنان دولت
ماده ۳: کمک‌های رفاهی گروه‌های خاص
ماده ۴: کمک‌های رفاهی دانش‌آموزان و دانشجویان
ماده ۵: کمک‌های رفاهی بازنشستگان
ماده ۶: کمک‌های رفاهی ایثارگران
ماده ۹: سایر هزینه‌های رفاه اجتماعی

فصل هفتم: سایر هزینه‌ها

امور اداری

یکی از واحدهایی که در گروه مدیریتی شهرستان دارای نقش کلیدی و از اهمیت خاص خود برخوردار می‌باشد واحد امور اداری با وظایف خاص محوله به آن است. این واحد دارای اهمیت و ارزش خاص خود است و اعتبار یک سازمان یا موسسه و نیز رهبری مدیر در سطح شهرستان را به نمایش می‌گذارد. مهمترین شرح وظایف این واحد، ارتباط مدیریت با سایر مدیریت‌های دولتی و خصوصی از طریق مکاتبه‌های اداری و گزارش‌های رسمی است. شایان ذکر است که مکاتبه‌های اداری، گزارش‌نویسی، تهیه و تنظیم صورتجلسه‌های قراردادها با رعایت اصول و سلسله مراتب مقررات و قانون و نیز رعایت شئون اخلاقی، اجتماعی و فرهنگی یک سازمان از اهم وظایف این واحد بشمار می‌آید.

همچنین با توجه به عناوین شغلی موجود در چارت تشکیلاتی تصویبی، پیشنهاد استخدام افراد مورد نیاز هر مدیریت، تهیه شرح وظایف شغل، بحث و گفتگو درباره آن شغل، ارزیابی کارکنانی که جدید استخدام و دعوت بکار می‌شوند و در نهایت فرآیند بررسی داوطلب با انجام امتحان و مصاحبه، مقایسه هر داوطلب با نیازمندی‌های سازمانی و برقراری حقوق و مزایای هر شغل برای افراد دعوت بکار شده با رعایت اصول و ضوابط حاکم، عامل دیگری از خصیصه این واحدهاست.

از دیگر وظایف این واحدها اجرای صحیح مقررات و قانون موجود و مصوبه‌های مجلس و هیات دولت و همچنین انطباق عملکرد کارکنان سازمان با قانون، رعایت اصول، نظم و مقررات اداری از سوی همه مستخدمین است.

صدور احکام حقوقی و دستمزدها، پاداش‌ها، فوق‌العاده‌ها، ماموریت‌ها، مرخصی‌ها و اعطای گروه‌ها و مزایای قانونی بعد از مراحل استخدام تا پایان خدمات دولتی، ارزشیابی‌ها با توجه به دستورعمل‌های مربوطه و آیین‌نامه‌های اجرایی آن و نیز تهیه گزارش‌های مخلف‌های اداری کارکنان در صورت لزوم برای ارجاع به مراجع ذیصلاح، بخش دیگری از وظایف این واحد است.

شناخت کافی مدیر از فرآیندهای واحد یاد شده، علاقه به اجرای مقررات، نظم، انضباط اداری و قانونمندی در سازمان جهت تقویت این واحد و بهبود وضعیت امور مربوطه، ضروری است.

در ادامه برخی از قوانین و مقررات جاری که امور اداری هر سازمان و مؤسسه مطابق شرح فوق، وظیفه نظارت و اجرای آن را برعهده دارد، خواهد آمد.

به منظور توجه به اصل ارزش وقت در انجام کارها، لازم است قبل از آن که عدم آگاهی و یا بی‌علاقگی برخی از کارکنان در پرونده آنان درج و سبب عدم شایستگی و ارتقاء آنان در آینده شود، موارد زیر مدنظر قرار گیرند.

ماده ۱ - کلیه کارکنان دستگاه‌های اجرایی مکلفند ساعت‌های تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت و ساعات ورود و خروج خود را در کارت یا دفتر حضور و غیاب ثبت کنند، مگر آن که از سوی مقام ذیصلاح دستگاه مربوطه برای ورود و خروج هر یک از آنان کتباً ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

ماده ۲ - ورود به محل خدمت بعد از ساعت‌های مقرر بدون کسب مجوز قبلی تاخیر ورود محسوب و با مستخدمینی که تاخیر ورود داشته باشند به شرح زیر رفتار می‌شود.

الف - تاخیر تا دو ساعت در ماه قابل اغماض است و در مرخصی استحقاقی منظور می‌شود.
ب - تاخیر ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و مزایای شغل و فوق‌العاده شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی و ثابت و اجرت و فوق‌العاده مخصوص و سایر فوق‌العاده‌های مستخدمین پیمانی یا دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی، به میزان کل ساعت‌های تاخیر خواهد بود.

ماده ۳ - خروج از محل خدمت زودتر از ساعت مقرر تعجیل در خروج محسوب می‌شود و حسب مورد مشمول حکم قسمت‌های الف و ب ماده ۲ خواهد بود.

ماده ۴ - تاخیر ورود در موارد زیر موجه محسوب می‌شود و مدت تاخیر در هر صورت جزو مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد.

الف - وقوع حوادث و سوانح غیرمترقبه برای مستخدم و همسر و فرزندان تحت تکفل و یا سایر افراد خانواده، در صورتی که تحت تکفل وی باشند.
ب - احضار مستخدم توسط مراجع قضائی و انتظامی با ارائه گواهی مرجع احضارکننده.
تبصره - تشخیص موارد مذکور در این ماده با مدیر واحد ذیربط خواهد بود.

ماده ۵ - به مستخدمی که در هر ماه بیش از ۴ بار تاخیر ورود یا تعجیل خروج غیرموجه دارد و جمع مدت تاخیر مزبور بیش از ۴ ساعت در ماه برسد بار اول و دوم اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق‌العاده شغذ مستخدم خاطی به میزان ۳۰ درصد، برای ماه چهارم به میزان ۵۰ درصد، برای ماه پنجم به میزان صد در صد و به مدت یک ماه کسر خواهد شد. در صورت تکرار پرونده مستخدم خاطی جهت رسیدگی به هیات رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد شد.

تبصره ۱- تاخیر ورود یا تعجیل خروج بیشتر از ۸ ساعت در هر ماه در هر حال مشمول حکم این ماده خواهد بود.
تبصره ۲ - درمورد مستخدمینی که قبلاً به علل دیگری به جز موارد ذکر شده، فوق‌العاده شغل آنان قطع می‌شود، از سومین ماهی که تاخیر ورود و یا تعجیل خروج آنان به حد نصاب برسد پرونده امر به تخلفات اداری ارجاع خواهد شد.

کارگزینی دستگاه‌های اجرائی مشمول پیگیری اجرائی این آئین نامه می‌باشند.

آیین نامه مرخصی ها
موضوع مواد ۴۷ و ۴۸ و ۴۹ قانون استخدام کشوری مصوب ۴۶/۷/۲۲

فصل یکم مرخصی استحقاقی

ماده ۱ - مرخصی استحقاقی مستخدم از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به او تعلق می‌گیرد و طبق مقررات این آیین نامه جزئی یا کلاً قابل استفاده است.

تبصره - افرادی که طبق ماده ۶۷ قانون استخدامی کشوری مجدداً استخدام می‌شوند، می‌توانند از مرخصی استحقاقی ذخیره شده قبلی خود طبق مقررات این آیین نامه استفاده کنند.

ماده ۲ - مرخصی کمتر از یک روز کاری جزو مرخصی استحقاقی منظور می‌شود و حداکثر مدت مرخصی موضوع این ماده از ۱۲ روز در یکسال تقویمی تجاوز نخواهد کرد (مرخصی ساعتی) حداکثر استفاده از مرخصی ساعتی با موافقت مدیر مربوطه ۱۲ روز در سال است بانوانی که فرزند شیرخوار دارند و فرزند آنان از شیرمادر استفاده می‌کند، می‌توانند تا دوسالگی از مرخصی ساعتی تا سقف مرخصی استحقاقی استفاده کنند.

ماده ۳ - جز در موارد مرخصی موضوع ماده ۲ در اعطاء ۲ مرخصی استحقاقی باید حداقل یک روز غیرتعطیل فاصله باشد.

ماده ۴ - کارگزینی‌های وزارتخانه‌ها و مؤسسه‌های دولتی مکلفند در فروردین ماه هر سال جدول اسامی مستخدمین اداره‌ها را که متضمن مدت مرخصی استحقاقی هر یک از آنان باشد تنظیم و برای روسای اداره‌های مربوطه ارسال کنند.

ماده ۵ - رئیس اداره از لحاظ این آیین‌نامه مدیر هر واحد سازمانی است که بدون در نظر گرفتن موقع و عنوان آن واحد، اختیار اخذ تصمیم درباره مرخصی‌های مستخدمین حوزه مدیریت خود، از طرف وزیر یا رئیس مؤسسه دولتی را دارا باشد.

ماده ۶ - استفاده از مرخصی استحقاقی موکول به تقاضای کتبی مستخدم و موافقت رئیس اداره مربوطه است.

ماده ۷ - هرگاه رئیس اداره بنا به مصالح اداری با تقاضای مرخصی مستخدم از حیث مدت یا موقع استفاده موافقت نکند، اعطای آن را با توافق مستخدم به وقت دیگری که از تاریخ مورد تقاضای اولیه وی بیش از ۶ ماه فاصله نداشته باشد، موکول می‌کند و در صورتی که مستخدم نتواند ضمن مدت شش ماه مذکور از این مرخصی استفاده کند، مرخصی مزبور ذخیره خواهد شد.

ماده ۸- مستخدمی که تحصیل مرخصی کرده، باید تمام آن مرخصی را استفاده کند. مگر آن که بنا به ضرورت رئیس اداره مربوطه او را دعوت بکار کند که در این صورت نسبت به مرخصی استفاده نشده باید طبق ماده ۷ عمل شود.

ماده ۹- هیچ مستخدمی به اختیار نمی‌تواند در هر سال بیش از ۱۵ روز مرخصی استحقاقی سالانه خود را ذخیره کند و هرگاه از بقیه مرخصی مذکور به اختیار استفاده نکند مدت زائد بر ۱۵ روز ذخیره نخواهد شد.

ماده ۱۰- حداکثر مدتی که مستخدم در یکسال تقویمی می‌تواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده استفاده کند، جمعاً از ۴ ماه تجاوز نخواهد کرد. چنین مستخدمی هرگاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود استفاده کند باید حداقل یکسال تمام خدمت کرده باشد.

ماده ۱۱- مستخدمی که در حال مرخصی استحقاقی است می‌تواند تقاضا کند مرخصی او تمدید شود در این صورت تاریخ شروع مرخصی اخیر بلافاصله بعد از انقضای مرخصی قبلی خواهد بود.

ماده ۱۲- در صورتی که تصمیم رئیس اداره در مورد تمدید مرخصی مستخدم ابلاغ نشده باشد مستخدم مکلف است در پایان مدت مرخصی در پست خود حاضر شود.

ماده ۱۳- حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی است الزامی می‌باشد و در این مدت رئیس اداره وظایف او را به مستخدم یا مستخدمین دیگر محول می‌کند.

ماده ۱۴- با مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی بیمار شود، مطابق مقررات فصل دوم رفتار خواهد شد و مرخصی استحقاقی استفاده نشد وی ذخیره می‌شود.

ماده ۱۵- موافقت با تقاضای مرخصی استفاده نشده مستخدمینی که طبق ماده‌های ۷۴ و ۷۵ قانون استخدام کشوری تقاضای بازنشستگی کرده‌اند، الزامی است.

ماده ۱۶- وزارتخانه‌ها و موسسه‌های دولتی باید قبل از بازنشسته کردن مستخدم طبق ماده ۷۶ و ۷۷ قانون استخدام کشوری مرخصی استحقاقی وی را اعطاء کنند. در صد مشمولین ماده ۷۷ اعطای مرخصی موکول است به آن که مستخدم در مهلت مناسبی قبل از رسیدن به سن ۶۵ سالی تقاضای مرخصی کرده باشد.

ماده ۱۷- حداکثر مدت مرخصی موضوع ماده‌های ۱۵ و ۱۶ این آئین‌نامه از چهارماه تجاوز نخواهد کرد و محدودیت مندرج در ماده ۱۰ این آئین‌نامه شامل مستخدمین موضوع مواد ۱۵ و ۱۶ نیست. ولی در این مورد حفظ پست ثابت سازمانی این قبیل مستخدمین ضروری نمی‌باشد.

ماده ۱۸- تعطیلات فصلی مستخدمین رسته آموزشی و دیگر مستخدمینی که از این نوع تعطیلات استفاده می‌کنند تا میزان یکماه در سال به حساب مرخصی استحقاقی آنان در همان سال منظور می‌شود.

ماده ۱۹- حقوق و فوق‌العاده‌های ایام مرخصی استحقاقی مستخدم که به مدت خدمت خارج از کشور وی تعلق می‌گیرد، در صورتی که آن مرخصی در خارج از کشور مورد استفاده واقع نشود به ارز قابل پرداخت اس.

ماده ۲۰- به مرخصی استعلاجی که از ۴ ماه تجاوز کند، نسبت به مدت مزاد بر ۴ ماه، مرخصی بدون حقوق، آمادگی به خدمت، تعلیق برکناری از خدمت، انفصال و خدمت زیرپرچم مرخصی استحقاقی تعلق نمی‌گیرد.

ماده ۲۱- مرخصی استحقاقی که مستخدمین تا تاریخ تصویب این آئین نامه ذخیره کرده‌اند، محفوظ است. ولی ترتیب استفاده از آن تابع مقررات این آئین نامه می‌باشد.

فصل دوم - مرخصی استعلاجی

ماده ۲۲- هرگاه مستخدم بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد، باید مراتب را در کوتاه‌ترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد و گواهی پزشک معالج را توسط رئیس اداره خود به کارگزینی ارسال دارد.

ماده ۲۳- کارگزینی مکلف است گواهی پزشک معالج مستخدم را برای اظهار نظر پزشک معتمد وزارتخانه یا مؤسسه دولتی متبوع ارسال دارد و در صورتی که مفاد گواهی مورد تایید قرار گیرد حکم مرخصی استعلاجی را صادر کند.

ماده ۲۴- هرگاه گواهی پزشک معالج از لحاظ عدم توانایی مستخدم به انجام دادن خدمت یا مدت معذوریت مورد تردید پزشک معتمد باشد، وی مستخدم را معاینه و از طریق مقتضی حقیقت را احراز خواهد کرد.

ماده ۲۵- در صورتی که پزشک معتمد گواهی پزشک معالج را تائید نکند نظر خود را به مستخدم و کارگزینی اعلام خواهد کرد. اگر مستخدم به نظر پزشک معتمد معترض باشد اختلاف به کمیسیون پزشکی ارجاع می‌شود و نظر این کمیسیون قطعی است.

ماده ۲۶- کمیسیون پزشکی حداقل مرکب از ۳ نفر پزشک خواهد بود که برحسب مورد و نوع بیماری به دعوت وزارتخانه یا مؤسسه دولتی مربوطه تشکیل خواهد شد.

ماده ۲۷- اعضاء کمیسیون پزشکی از بین پزشکانی که در اختیار وزارتخانه یا مؤسسه دولتی محل خدمت مستخدم بیمار هستند، انتخاب خواهند شد. در مواردی که وزارتخانه یا مؤسسه دولتی پزشک مخصوص در اختیار نداشته باشد، از وزارت بهداشتی استمداد می‌کند و در این صورت وزارت بهداشتی مکلف است از پزشکانی که در خدمت دارد، برای شرکت در کمیسیون مامور کند.

ماده ۲۸- وزارتخانه و مؤسسه‌های دولتی می‌توانند در هریک از نقاط خارج از مرکز که لازم بدانند اقدام به تشکیل کمیسیون پزشکی کنند. تکلیف وزارت بهداشتی در نقاط مزبور به عهده بهداشتی محل خواهد بود.

ماده ۲۹- تشخیص ابتلاء مستخدم به بیماری صعب‌العلاج و تعیین مدت معذوریت وی به عهده کمیسیون پزشکی است. حداکثر مدت این معذوریت در هر نوبت شش ماه است و قابل تمدید نیز خواهد بود.

ماده ۳۰- در هر مورد که موضوع به کمیسیون ارجاع می‌شود، نظر کمیسیون که به اتفاق آراء یا به اکثریت اتخاذ شود، قاطع خواهد بود.

ماده ۳۱- به زنان باردار، بعد از زایمان هر فرزند، تا دو فرزند ۳ ماه معذوریت با استفاده از حقوق و فوق‌العاده‌های مربوط داده می‌شود. برای زایمان فرزند سوم به بعد به تشخیص پزشک معالج می‌توانند از مرخصی استعلاجی استفاده کنند.

توضیح: اخیراً برابر تصویب به هیات وزیران مرخصی زایمانی ۴ ماه مقرر شد، به شرطی مستخدم زن می‌تواند از مدت یک ماه استفاده کند که بچه او از شیرمادر تغذیه نماید. در این صورت گواهی متخصص اطفال مبنی بر این که کودک از شیرمادر استفاده می‌کند را باید ارائه دهد.

ماده ۳۲- به مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کند، تا ۴ ماه حقوق و فوق‌العاده‌های مربوطه در صورتی که به علت ابتلا به بیماری صعب‌العلاج مرخصی استعلاجی وی بیش از ۴ ماه باشد، در مدت زائد بر ۴ ماه تا هنگامی که مشمول ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری قرار نگرفته باشد، فقط حقوق پرداخت می‌شود.

ماده ۳۳- حقوق و فوق‌العاده‌های مستخدمی که در خارج از کشور به حالت اشتغال یا ماموریت خدمت می‌کند، در مدت مرخصی استعلاجی تا ۲ ماه به ارز و در مدت زائد بر آن با رعایت ماده ۲۲ به ریال پرداخت می‌شود.

ماده ۳۴- گواهینامه‌ای که در مورد بیماری مستخدم در خارج از کشور صادر شده باشد باید از حیث صحت صدور، به تصدیق سفارتخانه یا کنسولگری ایران در محل برسد. در مورد مستخدمین شاغل یا مامور در خارج از کشور، تصدیق سفارتخانه یا کنسولگری ایران در محل، از حیث صحت صدور کافی خواهد بود و در سایر موارد هرگاه مفاد چنین

گواهینامه‌ای مورد تأیید پزشک معتمد قرار نگیرد، موضوع در کمیسیون پزشکی، برای اظهارنظر قطعی مطرح خواهد شد.

ماده ۳۵- مرخصی استعلاجی مستخدم، در صورتی که بیماری او ادامه یابد، با رعایت مقررات این فصل قابل تمدید است. ضمناً گواهی پزشکی بیش از ۲۱ روز را باید به کمیسیون پزشکی ارجاع کنند و مدت تا ۲۱ روز فقط توسط پزشک معتمد محل صادر و به مورد اجراء در می‌آید.

ماده ۳۶- حفظ پست سازمانی مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند بیش از ۴ ماه الزامی نیست.

فصل سوم - مرخصی بدون حقوق

ماده ۳۷- استفاده از مرخصی بدون حقوق موقوف به اختتام دوره آزمایشی است و فقط در موارد زیر ممکن خواهد بود. حداکثر مدتی که مستخدم رسمی در طول مدت خدمت می‌تواند از مرخصی بدون حقوق استفاده کند، با موافقت سازمان متبوع ۳ سال خواهد بود (اصلاحیه ۸۰/۱۲/۲۴)

- ۱- مستخدم استحقاق مرخصی استحقاقی را نداشته باشد و احتیاجش به مرخصی مسلم شود.
- ۲- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارائه کند.
- ۳- مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از محد خدمت خود مسافرت کند.
- ۴- مستخدم پس از استفاده از ۴ ماه مرخصی استعلاجی سالانه، به سبب ادامه بیماری یا ابتلاء به بیماری، دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او هم صعب‌العلاج تشخیص داده نشود.

§ آئین‌نامه استخدام و پیمانی موضوع تبصره ماده ۶ قانون استخدام کشوری

تصویب‌نامه شماره ۵۲۲۸۲/ت/۶۶۴ مورخ ۶۸/۶/۱۵ هیات وزیران و اصلاح‌های بعدی .

§ ماده ۱۵ مستخدمین پیمانی می‌توانند در صورت نیاز با موافقت دستگاه استخدام‌کننده هر سال یک ماه از مرخصی بدون حقوق استفاده کنند. مدت مرخصی بدون حقوق جزء سوابق خدمت و تجربه محسوب نمی‌شود.

ماده ۳۸- مستخدم باید تقاضانامه استفاده از مرخصی بدون حقوق را با ذکر علت و مدت آن توسط رئیس اداره خود به وزارتخانه یا مؤسسه دولتی متبوع ارسال کند. وزارتخانه یا مؤسسه دولتی تصمیم لازم را در این باره اتخاذ و در صورت موافقت حکم مرخصی بدون حقوق را با رعایت تبصره ۲ ماده ۴۹ قانون استخدام کشوری صادر خواهد کرد در مورد مستخدمین موضوع بند ۴ ماده ۳۷ این آیین‌نامه چنانچه بیماری به تأیید پزشک معتمد برسد، موافقت با مرخصی بدون حقوق الزامی است.

ماده ۳۹- در احتساب مرخصی روز و ماه و سال مطابق تقویم رسمی کشوری است و در مرخصی روزانه ماه ۳۰ روز حساب می‌شود مرخصی‌های کمتر از یک روز با توجه به ساعات‌های کار روزانه وزارتخانه یا مؤسسه دولتی مربوطه محاسبه خواهد شد.

ماده ۴۰- روزهای تعطیل که طی مدت مرخصی واقع است جزو مدت مرخصی محسوب می‌شود.

ماده ۴۱- پرداخت حقوق و فوق‌العاده‌های مدت مرخصی قبل از صدور حکم مرخصی ممنوع است.

تبصره ۱- فوق‌العاده‌هایی که در ایام مرخصی استعلاجی که از ۴ ماه در یکسال تجاوز نکنند و همچنین در ایام مرخصی استحقاقی حسب مورد قابل پرداخت است که به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- مزایای مستمر موضوع تبصره ۴ ماده ۱۳۶ قانون استخدام کشوری
- ۲- مزایای موقت شغل موضوع ۴ تبصره ماده ۱۳۷ قانون استخدام کشوری
- ۳- فوق‌العاده‌های موضوع بندهای ب و پ و ت ماده ۳۹ قانون استخدام کشوری
- ۴- فوق‌العاده اشتغال خارج از مرکز
- ۵- فوق‌العاده تضمین
- ۶- فوق‌العاده شغل موضوع ماده ۳۸ قانون استخدام کشور
- ۷- تفاوت حداقل دریافتی موضوع بند ج تبصره ۷۵ قانون بودجه اصلاحی سال ۱۳۵۲ و بودجه سال ۱۳۵۳ کل کشور .

استفاده از فوق‌العاده‌های مذکور مشروط بر آن است که مستخدم براساس آخرین پست سازمانی خود در زمان اشتغال از آنها استفاده کند.

تبصره ۲- در مورد مستخدمین مبتلا به بیماری صعب‌العلاج (بیماری سل) مقررات قانون حمایت کارمندان مسلول و پیشگیری سل مصوب ۱۳۳۳/۱۱/۱۸ از لحاظ پرداخت حقوق و فوق‌العاده‌ها و مزایای مستمر مذکور در تبصره یک این ماده با رعایت تبصره ۴ ماده ۳۸ قانون استخدام کشوری، لازم‌الاجرا است.

ماده ۴۲- عدم حضور مستخدم در پست خود که مدت آن از ۳ روز تجاوز نکند و مستند به عللی از قبیل آنچه که ذیلاً درج می‌شود باشد، موجه شناخته خواهد شد.

- ۱- بیماری او
- ۲- صدمات ناشی از حوادث که به او یا پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان او وارد آمده باشد.
- ۳- بیماری شدید پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان
- ۴- فوت همسر یا نزدیکان نسبی و سببی تا طبقه سوم
- ۵- دارا شدن فرزند

۶- ازدواج او و فرزندانش

۷- احضار مستخدم توسط مراجع قضایی برای ادای شهادت و انجام تحقیق‌های تشخیص صحت و سقم جهات ادعای مستخدم، به عهده رئیس اداره است. در صورتی که صحت ادعا تصدیق شود، غیبت مستخدم برحسب علت جزو مرخصی استحقاقی یا استعلاجی وی محسوب و حکم لازم در این مورد صادر خواهد شد.

ماده ۴۳- هرگونه تغییری در این آیین‌نامه منوط به پیشنهاد سازمان امور اداری و استخدامی کشور و تصویب هیات وزیران خواهد بود.

ماده ۴۴- از تاریخ تصویب این آیین‌نامه مقررات قبلی راجع به مرخصی مستخدمین رسمی، مشمول قانون استخدام کشوری ملغی است.

توضیح آن که مدت مرخصی استحقاقی مستخدم رسمی و پیمانی، به ازاء هر سال، یک ماه تمام می‌باشد.

قانون ترویج تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران در دوره شیردهی مصوب ۲۲-۶-۱۳۷۴ مجلس

شورای اسلامی:

ماده ۳- مرخصی زایمان تا ۳ فرزند برای مادرانی که فرزند خود را شیرمی‌دهند، در بخش‌های دولتی و غیردولتی ۴ ماه می‌باشد.

تبصره ۱ - مادران شیرده پس از شروع به کار مجدد، در صورت ادامه شیردهی می‌توانند حداکثر تا ۲۰ ماهگی کودک روزانه یک ساعت از مرخصی (بدون کسر مرخصی استحقاقی) استفاده کنند.

تبصره ۲- امنیت شغلی مادران پس از پایان مرخصی زایمان و در حین شیردهی می‌باشد تامین شود.

آئین‌نامه اجرایی قانون ترویج تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی

تصویب نامه شماره ۸۴۰۹/ت/۱۶۹۰۰ ه مورخ ۱۳۷۵/۹/۲۷ هیات وزیران

ماده ۳- اعطای چهارمین ماه مرخصی زایمان منوط به گواهی پزشک متخصص اطفال یا پزشک مرکز بهداشتی - درمانی (شهری و روستایی) همراه با شناسنامه شیرخوار (برای احراز عدم استفاده از شیرخشک) است، مگر آن که مطابق مقررات، دیگر برای آنان مرخصی زایمان بیشتری پیش‌بینی شده باشد.

ماده ۴- استفاده از مرخصی ساعتی تا سن ۲۰ ماهگی کودک منوط به ارائه گواهی مرکز بهداشتی درمانی مبنی بر تغذیه شیرخوار توسط مادر است.

تبصره - بانوان مشمول قانون کار تابع ضوابط مربوط به خود هستند.

ماده ۵ - مادران مشمول این آئین نامه پس از پایان مرخصی زایمان و در دوران شیردهی باید در کار قبلی خود اشتغال یابند، در این دوران نقل و انتقال آنان ممنوع است.

ماده ۶ - مادران مشمول این آئین نامه می‌توانند طی ساعات‌های مقرر کار روزانه، حداکثر از یک ساعت مرخصی استفاده کنند. مادران یادشده می‌توانند برحسب نیاز کودک مرخصی مزبور را حداکثر در ۳ نوبت استفاده کنند.

انواع استخدام و مقررات استخدامی ناظر بر وضعیت هریک از کارکنان

استخدام دولت: عبارتست از پذیرفتن شخص به خدمت دولت در یکی از وزارتخانه‌ها و مؤسسه‌ها و شرکت‌های دولتی.

- ۱- **مستخدم رسمی:** کسی است که به موجب حکم رسمی در یکی از گروه‌های جدول حقوق برای تصدی یکی از پست‌های سازمانی وزارتخانه و مؤسسه مشمول قانون استخدام کشوری، استخدام شده باشد.
 - ۲- **مستخدم پیمانی:** کسی است که به موجب قرارداد به‌طور موقت برای مدت معین و کار مشخص استخدام می‌شود، مستخدم پیمانی تابع مقررات و آیین‌نامه پیمانی مصوب ۱۳۶۸/۶/۱ هیات وزیران و اصلاح‌های بعدی آن می‌باشد.
 - ۳- **مستخدم خرید خدمت:** منظور از خرید خدمت استفاده از خدمات افراد در دستگاه‌های دولتی برای انجام وظایف و مسئولیت‌های مشخص به مدت معین و در مواردی که امکان جذب افراد از طریق مقررات و ضوابط استخدام رسمی یا پیمانی یا ثابت و مشابه آن میسر نباشد، با رعایت دستورعمل هماهنگی در استفاده از خدمات نیروی انسانی مورد نیاز دستگاه دولتی، به صورت خرید خدمت مصوب ۱۳۶۲/۳/۱۱ هیات وزیران به عمل می‌آید و تابع ضوابطی هستند که در قرارداد منعقد شده بین دستگاه دولتی و فرد ذکر می‌شود.
 - ۴- **کارگران مشمول قانون کار:** طبق تبصره ماده ۴ قانون استخدام کشوری افرادی هستند که در مشاغل کارگری به خدمت مشغولند و با آنان برابر مقررات قانون کار رفتار خواهد شد تشخیص مشاغل کارگری در دستگاه‌های دولتی با سازمان امور اداری و استخدامی است.
 - ۵- **کارگران فصلی:** کسانی هستند که براساس نیاز دستگاه‌های دولتی برای مدت مشخص (۵ روزه) با کسب مجوز قبلی از مراجع بالا به منظور رفع نیاز مقطعی دستگاه‌ها به کار گمارده می‌شوند، بنابراین بعد از پایان مدت دستگاه تعهدی در ادامه خدمت آنان ندارد.
 - ۶- **مشمولین طرح لایحه نیروی انسانی:** فارغ‌التحصیلانی هستند که در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی برابر تعهداتی که در زمان پذیرش به دانشگاه‌ها و مؤسسه‌های آموزش عالی داده‌اند. با توجه به مقطع تحصیلی حداقل یکسال و حداکثر ۲ سال به خدمت در دستگاه‌های دولتی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در نقاط مورد نیاز بکار مشغول می‌شوند و پس از پایان خدمت طرح هیچگونه تعهدی نسبت به جذب و استخدام آنان وجود ندارد. بلکه باید مانند سایر داوطلبان استخدام در آزمون استخدامی شرکت کنند.
- ۱- حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۴۰ سال تمام و برای مشاغل تخصصی ۴۵ سال تمام.
 - ۲- تابعیت جمهوری اسلامی ایران.
 - ۳- انجام خدمت زیرپرچم یا معافیت قانونی در صورت مشمول بودن (معافیت قانونی دائم)
 - ۴- نداشتن سابقه محکومیت مؤثر جزائی
 - ۵- عدم محکومیت به فساد عقیده و معتاد نبودن به استعمال مواد افیونی

- ۶- حداقل داشتن گواهینامه پایان دوره ابتدائی به بالا
- ۷- داشتن توانائی انجام کار برای اموری که استخدام می‌شوند (گواهی پزشکی سلامتی).

براساس ماده ۱۷ قانون استخدام کشوری مستخدم به صورت آزمایشی که دوره آن حداقل ۶ ماه و حداکثر آن ۲ سال می‌باشد به استخدام آزمایشی پذیرفته می‌شود. افرادی که در طی دوره آزمایشی صالح تشخیص داده نشوند، بدون هیچگونه تعهدی از خدمت اخراج خواهند شد.

افرادی که دوره آزمایشی را با علاقه و کاردانی و لیاقت به اتمام برسانند و صلاحیت آنان توسط هسته گزینش تأیید شود (بررسی وضعیت صلاحیت عقیدتی، سیاسی و اخلاقی توسط هسته گزینش)، به استخدام رسمی پذیرفته می‌شوند.

- مستخدمین استخدام آزمایشی دارای مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر باید یک دوره آموزشی توجیهی را با موفقیت بگذرانند.
- مستخدمین استخدام آزمایشی حق

- ۱- انتقال به سایر دستگاه‌های دولتی
- ۲- حق ارتقاء گروه بابت سوابق تجربی
- ۳- گروه‌های تشویقی
- ۴- تغییر رشته و رشته و شغل
- ۵- استفاده از مرخصی بدون حقوق مگر حداکثر ۲ ماه بطور متوالی در طول دوره آزمایشی
- ۶- حق استفاده از خدمت نیمه وقت بانوان برای مستخدمین زن را نخواهند داشت

انتقال موضوع ماده ۱۰ قانون استخدام کشوری

انتقال عبارتست از انجام خدمت مستخدم از یک وزارتخانه یا مؤسسه دولتی مشمول قانون استخدام کشوری بدون این که جریان خدمت رسمی قطع شود، با حفظ گروه و پایه : پیشینه خدمت خود به وزارتخانه یا مؤسسه دولتی دیگر مشمول این قانون.

شرایط انتقال:

- ۱- رضایت مستخدم
- ۲- تقاضای دستگاه متقاضی
- ۳- موافقت دستگاه متبوع مستخدم که در این صورت انتقال تحقق می‌یابد.

آثار انتقال:

از تاریخ انتقال رابطه استخدامی مستخدم با دستگاه اولیه اش قطع و از همان تاریخ حقوق و مزایای وی براساس مقررات، مورد عمل و از محل اعتبار دستگاه انتقال گیرنده پرداخت می‌شود.

انواع ماموریت‌ها: موضوع ماده ۱۱ قانون استخدام کشوری

۱- اعزام مستخدم به طور موقت به سایر وزارتخانه‌ها و مؤسسه‌های دولتی و شرکت‌های دولتی:

الف - اگر مدت ماموریت ۶ ماه باشد این ماموریت با حفظ پست ثابت سازمانی مستخدم و پرداخت حقوق فوق‌العاده شغل از اعتبار مؤسسه متبوع قابل پرداخت و الزامی است.

ب - اگر مدت ماموریت بیش از ۶ ماه باشد ماموریت بدون حفظ پست سازمانی مستخدم و انتصاب او به پست سازمانی در مؤسسه محل ماموریت و پرداخت حقوق و مزایای وی از اعتبار مؤسسه محل ماموریت خواهد بود.

طبق ماده ۲ آیین نامه ماموریت مستخدم از یک وزارتخانه یا مؤسسه یا شرکت دولتی مطابق قانون استخدام کشوری به مؤسسه‌های غیرمشمول قانون از روز اول بدون توجه به مدت ماموریت، ردیف، حفظ پست سازمانی، انتصاب به پست در محل ماموریت و پرداخت حقوق و مزایا در مدت ماموریت مستمراً از محل اعتبار مؤسسه محل خدمت صورت می‌گیرد.

به موجب مفاد لایحه قانونی نحوه الزام مستخدمین دولتی به عنوان مامور به نهادهایی

که در جریان انقلاب اسلامی ایران ایجاد شده یا می‌شوند مصوب ۱۳۵۸/۱۰/۲۲ شورای انقلاب،

ماموریت مستخدمین رسمی با شرایط زیر امکان پذیر است:

- ۱- پست ثابت سازمانی مستخدم حفظ می‌شود
- ۲- از نظر مدت، محدودیتی ندارد و به توافق دو دستگاه بستگی دارد
- ۳- حقوق و مزایای این قبیل مستخدمین با توافق، از اعتبار سازمان متبوع یا نهاد محل مامورین پرداخت می‌شود.

۲- اعزام مستخدم برای طی دوره‌های آموزشی یا کارآموزی در داخل یا خارج کشور که در مدت ماموریت پست سازمانی و حقوق و مزایای مستخدم محفوظ خواهد بود.

حداکثر مدت ماموریت آموزشی مستخدم در طول خدمت ۲۱ ماه می‌باشد لکن در صورت ادامه دوره آموزش که منجر به اخذ درجه‌های تحقیقی لیسانس تا فوق‌لیسانس یا دکتری و همچنین برای سایر دوره‌های آموزشی بلند مدت کم دارای ارزش تمتیقی و استخدامی باشند و برای امور اداری و استخدام کشور حداکثر تا ۱۵ ماه دیگر جمعاً ۳۰ ماه قابل تمدید است.

۳- ماموریت آموزشی دوره‌های کوتاه مدت به صورت تمام وقت و پاره وقت صورت می‌گیرد و برای دوره‌های بلند مدت و تحصیل به استثناء جانبازان بالای ۵۰٪ و آزادگان با ۳ سال خدمت و حضور در جبهه و اسارت، به صورت پاره وقت ممنوع است و در صورت نیاز و موافقت دستگاه مستخدم می‌تواند از ماموریت آموزشی تمام وقت استفاده کند.

۴- مستخدم مکلف است ۳ برابر مدت دوره آموزش تعهد خدمت به دستگاه متبوع خود بسپارد تا از فراغت از دوره تعهد خود را انجام دهد.

شرح وظایف شغلی مسوول حراست

- استقرار سیستم مناسب جهت حراست و نگهداری از کارکنان، تاسیسات و مدارک محرمانه
- برنامه‌ریزی، سازماندهی نظارت و هدایت کلیه فعالیت‌ها و اقدام‌های حراستی
- مراقبت و نظارت بر کلیه امور مربوط به حراست و انجام اقدام‌های لازم به منظور ارائه آموزش‌های لازم به کارکنان مؤسسه متبوع برای مقابله با حوادث غیرمترقبه و همچنین حسن اجرای خط‌میش و هدف‌های تعیین شده.
- تهیه ابلاغ و بخشنامه‌ها و آئین‌نامه‌ها و مقررات و توصیه‌های حراستی و دستورعمل‌های حفاظتی لازم و نظارت بر حسن اجرای آنها و ارائه پیشنهاد‌های اصلاحی در جهت رفع نقایص و بهبود روش‌های حراستی
- برنامه‌ریزی و تامین موجبات لازم در زمینه امور حفاظتی اسناد طبقه‌بندی شده و انجام بررسی‌های مستمر به منظور حصول اطمینان از رعایت اصول حراستی در امور مکاتباتی و مخابراتی و ارائه گزارش‌های لازم و شرکت در مراسم و سمینارهای حراستی
- انجام کلیه امور محرمانه مربوط به تلکس، فاکس، بی‌سیم و یا با سیم دستگاه متبوع
- تهیه و کشف رمز، دریافت ثبت، صدور، نگهداری و ارسال مراسله‌های کلیه پیام‌های تلکس و فاکس و تلفنگرام‌های رمز و اقدام به تهیه مفاتیح رمز و نظارت بر تغییر و تعویض به موقع و ارائه توصیه‌های لازم به منظور پیشگیری از کشف آنها
- تنظیم ماشین رمز و تغییر سیستم داخلی آن در مواقع ضروری
- دریافت اسناد و مدارک محرمانه واصله از وزارتخانه‌ها و مؤسسه‌های دولتی و حراست از آنها براساس مقررات مربوطه
- کنترل و نظارت و بررسی وضع حراستی دستگاه متبوع و تهیه گزارش‌های مورد لزوم
- انجام سایر امور مربوطه