

به نام خدا



نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور

,

اخلاق حرفه ای بهورزی

(ویژه آموزش به دانش آموزان بهورزان)



تدوین: فرح ناز فولادبند (کارشناس مسول آموزش بهورزی دانشگاه ع پ شیراز)
بهار سال 1392

((بسم الله الرحمن الرحيم))

کتاب نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور

,

اخلاق حرفه ای بهورزی

(ویژه آموزش به دانش آموزان بهورزان)

آموزش بهورزی واحد توسعه

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

شبکه

نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور, اخلاق حرفه ای بهورزی / ویژه آموزش به
بهورزان ، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز- آموزش بهورزی واحد توسعه
شبکه

.....
.....
نام کتاب: نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور, اخلاق حرفه ای بهورزی

تدوین و گردآوری: فرح ناز فولادبند

تاریخ تدوین: بهار ۱۳۹۲

فهرست :

پیشگفتاز:

صفحه 5

6	"	فصل اول : تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران
10	"	فصل دوم: آشنایی با سطوح پیشگیری و ارائه خدمات بهداشتی درمانی ،اصول و اجزاء آن
۱۵	"	فصل سوم : تیم خدمات بهداشتی درمانی در مراکز و خانه های بهداشت
21	"	فصل چهارم : آشنایی با آئین نامه بهورزی و انتظارت از دانش آموزان بهورزی
27	"	فصل پنجم : آشنایی با اخلاق حرفه ای در شغل بهورزی
31	"	منابع

پیشگفتار :

هریک از کشورهای جهان دارای نظام سلامت یا نظام بهداشتی خاص خود می باشد. نظام بهداشتی و درمانی ایران نیز در قالب یک شبکه منسجم فعالیت می کند که سه سطح زیر این شبکه را تشکیل می دهند :

سطح اول :

شامل واحدهایی است که اولین و وسیع ترین تماس با نظام ارائه خدمات بهداشتی در آن به وقوع می پیوندد. واحدهای مورد نظر عبارتند از :
خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی ، پایگاههای بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری

سطح دوم:

شامل واحدهایی است که قادرند خدمات بهداشتی درمانی را در سطح تخصصی تری ارائه دهند که این واحدها شامل مراکز بهداشت و بیمارستان شهرستان هستند.

سطح سوم:

این سطح خدمات تخصصی تر و فوق تخصصی آموزشی را در بر می گیرد و مکمل سطح ۲ است.

لازم به توضیح است که در کشور ایران بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را بعهده دارند ولی عمدتاً بخش دولتی و بویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار است.

در این مجموعه که مخاطبان اصلی آن را دانش آموزان بهورزی تشکیل می دهند و در شروع دروس پایه اول به دانش آموزان جدید توسط مربیان تدریس می گردد ، ضمن شرح تاریخچه نظام شبکه ای و وظائف واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی و ارتباطات آنها در این سیستم، به اختصار به نکات مهم آئین نامه و مقررات بهورزی، شرح وظائف بهورزان در خانه های بهداشت و اخلاق حرفه ای در بهورزی پرداخته شده است. امید است این مجموعه مورد استفاده عزیزان قرار گیرد.

فرح ناز فولادبند

کارشناس مسول آموزش بهورزی دانشگاه ع پ شیراز

بهار ۱۳۹۲

فصل اول :

تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی

در ایران

اهداف آموزشی :

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

۱- تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران را شرح دهند.

۲- ضوابط کلی اجرای نظام شبکه ای در شبکه های بهداشت و درمان شهرستانها را شرح دهند.

شناخت تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران :

بررسی وضع نظام بهداشتی درمانی کشورمان سال ۱۳۶۰ نشان می دهد که توزیع نیروهای پزشکی کشور به شدت نامتعادل بوده است. به عنوان مثال وضعیت توزیع سه رده از این نیروها به شرح ذیل بوده است :

- ۸۷٪ پزشکان متخصص در تهران و ۵ شهر بزرگ کشور و فقط ۱۳٪ در بقیه مناطق کشور
- ۵۴٪ پزشکان عمومی در تهران و ۵ شهر بزرگ کشور و فقط ۴۶٪ در بقیه مناطق کشور
- ۶۶٪ دندانپزشک در تهران و ۵ شهر بزرگ کشور و فقط ۳۴٪ در بقیه مناطق کشور

در سالهای قبل از ۱۳۶۰ نیز این توزیع نارسا تر و ناهنجارتر بود. به این دلیل برای حل این تنگنا از سال ۱۳۱۹ هجری شمسی تا ۱۳۵۱ هجری شمسی چندین تجربه ذیل در ایران به اجرا گذاشته شد :

الف) طرح تربیت بهدار :

از سال ۱۳۱۹ در مشهد و از سال ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا شد. بهدارها از میان داوطلبان دارای مدرک تحصیلی دیپلم متوسطه برای خدمت در مناطق روستایی و شهرهای کوچک انتخاب می شدند . این افراد پس از ۴ سال آموزش نظری و عملی به اخذ گواهینامه لیسانس پزشکی نایل می آمدند و متعهد بودند که به مدت ۸ سال (دو برابر مدت تحصیل) در مناطق محروم و روستایی کشور خدمت کنند. بهدارها پس از پایان تعهد خدمتی می توانستند در سال چهارم دانشکده پزشکی شرکت و تحصیل خود را تا اخذ درجه دکتری ادامه دهند .

ب) طرح سپاه بهداشت :

با همکاری وزارت بهداری و وزارت دفاع اجرا شد. در این طرح تعدادی از فارغ التحصیلان گروه پزشکی که مازاد بر نیاز نیروهای مسلح بودند ، پس از سه ماه آموزش نظامی و بهداشتی ، در اختیار وزارت بهداری قرار داده می شدند تا بقیه خدمت وظیفه خود را در نقاطی که وزارت بهداری تعیین می کند بگذرانند . گروه اصلی این نفرات را پزشکان تشکیل می دادند که بطور عمده در نقاط روستایی استقرار می یافتند . این پزشکان را گروهی از دیپلم های وظیفه به عنوان کمک پزشک (که آنها نیز دوره های آموزشی خاصی را می گذرانند) همراهی می کردند.

این طرح از سال ۱۳۴۳ تا سال ۱۳۵۷ اجرا شد. اگر چه اجرای این طرح موفقیت های چشمگیری داشت ولی با تنگناهای خاص نظیر محدود بودن تعداد پزشکان ، حالت نیمه نظامی و ناراضی اعضای گروه ، موقت بودن آنان و ... مواجه بود .

ج) طرح تربیت بهدار روستاها :

این طرح توسط سازمان خدمات اجتماعی در کوار شیراز شمیرانات و تنکابن به اجرا گذاشته شد.

د) طرح سلسله :

طرح مشترک سازمان خدمات اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه بود که در این منطقه الشتر لرستان تجربه شد.

ه) طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران :

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

هر یک از این طرح‌ها مشکلات خاص خود را داشتند. لیکن با توجه به مجموعه شرایط حاکم بر این طرح‌ها بالاخره در سال ۱۳۵۶ فقط یک سال قبل از انقلاب، وزارت بهداشتی از میان طرح‌هایی که به اجرا درآمده بود، بطور رسمی، طرح رضائیه را به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات بهداشتی درمانی پذیرفت و تلاش خود را برای اجرای گسترده تر طرح در هشتگرد کرج بکار بست.

یک سال بعد با شروع انقلاب، گسترش طرح متوقف شده و در سالهای بعد از انقلاب اسلامی ایران نظام عرصه خدمات بهداشتی درمانی کشور، بر اساس بررسی و تحلیل وضعیت موجود و در راستای تفکر مراقبتهای اولیه بهداشتی طراحی و تدوین شد. اجرای برنامه‌ها در ابتدا ناهماهنگ، نارسا و سازمان نیافته بود که بتدریج از نقاط ضعف آن کاسته شد.

*** جریان تدوین و شکل‌گیری شبکه‌ها بهداشتی درمانی کشور در بعد از انقلاب اسلامی را می‌توان به چهار دوره زیر تقسیم نمود.**

دوره اول:

از اواسط سال ۱۳۵۸ لغایت اردیبهشت ۱۳۶۰ بود. در این دوره وزیر و معاونان جدید به منظور شناخت تکالیف و ساختار وزارت بهداشتی و بهزیستی وقت به بررسی برنامه‌ها و تشکیلات وزارت پرداختند.

دوره دوم:

زمانی که به کار تدوین، تفصیل وظایف، ضوابط، ارتباط واحدها، رده‌های مختلف نیروی انسانی مورد نیاز، خطوط اصلی تغییرهای ضروری در تربیت نیروهای انسانی و بالاخره تنظیم برخی از معیارها و استانداردها برای خدمات و واحدهای اجرایی گذشت این دوره تا پایان سال ۱۳۶۰ بطور انجامید.

دوره سوم:

با قصد دستیابی به آخرین اطلاعات منطبق با واقعیت‌های محلی آغاز گردید. در این دوره کارکنان با سابقه خدمت طولانی که دارای شناخت دقیقی از مناطق روستایی شهرستان محل خدمت خود بودند فراخوانده شدند تا پس از بررسی‌های لازم، محل‌های ایجاد خانه‌های بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری مشخص گردند. این دوره از ابتدای سال ۱۳۶۱ تا پایان سال ۱۳۶۳ طول کشید.

دوره چهارم:

از فروردین ماه سال ۱۳۶۴ آغاز گردید. در این دوره ساختار سازماندهی نظام بهداشتی کشور تدوین گردید و سیاستهای آن با اولویت پیشگیری بر درمان روستایی به طبقه مرفه، درمان سرپایی به بستری، درمان عمومی به تخصصی تعیین گردید و متعاقب آن در هر استان یک شهرستان انتخاب شده و بر اساس ضوابط مشخص شده نظام شبکه‌ای در آن به اجرا درآمده با بازدیدهای مکرر مسوولان، مشکلات مربوطه در طرح مرتقع گردیده و سپس طرح به سایر شهرستانها بتدریج تعمیم یافت.

ضوابط کلی در اجرای نظام شبکه‌ای در شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستانها:

به منظور رساندن خدمات به جایی که مردم در آنجا زندگی و کار می کنند، یعنی تامین دسترسی سهل مردم به گسترده ترین و اساسی ترین نیازهای بهداشتی، با در نظر گرفتن اطلاعات اقلیمی و جمعیتی قابل دسترس، ضابطه های زیر مبنای گسترش واحدهای بهداشتی درمانی کشور قرار گرفت.

الف) سهولت دسترسی جغرافیایی :

منظور این است که در هیچ وضعیت اقلیمی، فاصله دورترین نقطه تحت پوشش هر خانه بهداشت از روستاهای محل استقرار آن خانه بهداشت نباید از یک ساعت پیاده روی بیشتر باشد و همچنین استقرار واحدها در مسیر طبیعی حرکت مردم محل باشد.

ب) دسترسی فرهنگی :

که با سه شرط زیر حاصل می گردد:

- نبود برخورد و اختلاف های قومی، فرهنگی، مذهبی و.....

- شهرت نداشتن روستای محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماریهای واگیر دار مثل سل و جذام و.....

- مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می شود با آداب و سنت های قومی، ملی و مذهبی جامعه
*در نهایت با اعمال ضوابط فوق محدوده جغرافیایی و جمعیت تحت پوشش هر واحد از جمله خانه بهداشت مشخص گردید.

ج- سطح بندی، ادغام خدمات و ارائه خدمات از طریق نظام ارجاع :

منظور از سطح بندی خدمات، ارائه خدمات به صورت زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده است. تا اگر یکی از مراجعین واحد محیطی به خدمات تخصصی تری نیاز داشته باشد، واحد مذکور بتواند مراجعه کننده را به واحد ارائه کننده آن خدمت ارجاع کند. واحد دوم نیز در صورت لزوم مراجعه کننده را به واحدهای تخصصی بالاتر امکان دسترسی به سطح تخصصی بالاتر را برای بیمار فراهم نماید.

این زنجیره خدمت رسانی را **نظام ارجاع Referral system** می نامند.

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

به نوعی که زمان انتظار مراجعه کننده به واحد بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات نباید از حد متعارف قابل قبولی (مثلاً حداکثر یک ساعت) بیشتر باشد.

ه) تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی :

یعنی دانش و مهارت مورد نیاز هر رده به دقت تعریف و مشخص گردیده است و آموزش دهندگان کارکنان بایستی با نیازهای واقعی جامعه، اولویتهای آنها و همچنین فرایندهای مورد عمل در نظام رسمی ارائه کننده خدمات آشنایی کامل داشته و محتوای مطالب درسی را با این نیازها منطبق سازند.

فصل دوم :

آشنایی با سطوح پیشگیری و ارائه خدمات بهداشتی درمانی

و

اصول و اجزاء P.H.C

اهداف آموزشی :

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

۱- خدمات بهداشتی درمانی را تعریف نموده و هدف نهایی ارائه این خدمات را شرح دهند.

۲- سطوح پیشگیری را نام برده و شرح دهند.

۳- مفهوم گروه هدف در برنامه های بهداشتی را شرح داده و این گروهها را نام ببرند.

۴- مراقبتهای اولیه بهداشتی را تعریف کرده ، اصول و اجزای آن را نام ببرند.

خدمات بهداشتی عبارتند از مجموع فعالیتهای بهم پیوسته که به منظور رسیدن به یک هدف مشخص طراحی شده است. این هدف ممکن است ایجاد ایمنی درمقابل یک بیماری عفونی، افزایش سطح آگاهی افراد، پیشگیری از بارداری ناخواسته و بسیاری از اهداف دیگر باشد. نکته مهم این است که پس از اجزاء، هدف آن برنامه حاصل شود. *هدف نهایی ارائه خدمات بهداشتی عبارت است از ارتقاء تندرستی، حفظ تندرستی و بازگردان تندرستی هنگامی که نقیصی روی داده و به حداقل رساندن رنج و پریشانی فرد. پیشگیری از مشکلات سلامت ممکن است در تمامی سطوح تندرستی صورت گیرد. به همین جهت می توان پیشگیری را به سه دسته دسته بندی کرد:

- پیشگیری سطح اول

- پیشگیری سطح دوم

- پیشگیری سطح سوم

پیشگیری سطح اول رامی توان چنین تعریف کرد:

حفظ تندرستی از طریق تغییراتی که در اشخاص یا اجتماع ایجاد می کنیم مانند حفظ تغذیه خوب، آموزش برای ترک سیگار و غیره که در اغلب موارد برای برنامه های پیشگیری سطح اول نیازمند به همکاری و زمینه سازی سایر بخشها هستیم. مشارکت سایر بخشها در امر بهداشت را اصطلاحاً مشارکت بین بخشی می گویند (مانند مشارکت سازمان آب و فاضلاب و بخش بهداشت در تامین آب آشامیدنی سالم و دفع فاضلاب در شهرها).

پیشگیری سطح دوم:

به منظور فراهم آوردن تدابیری برای افراد و جمعیت ها به منظور شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت مانند پیدا کردن موارد بیماران کشف نشده دیابت و سرطان دهانه رحم. فعالیت شناسایی بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمونها و معاینه ها و سایر رویه ها را اصطلاحاً غربالگری می گویند.

پیشگیری سطح سوم:

شامل تدابیر لازم برای کاستن یا از میان بردن نقص ها و ناتوانی های کوتاه مدت، خصوصاً دراز مدت و به حداقل رساندن رنجهای حاصل از مشکلات سلامت و ارتقاء قابلیت فرد بیمار درمان پذیر است. به این ترتیب مفهوم پیشگیری تا عرصه بازتوانی گسترش می یابد. برنامه های مختلف اسهال و عفونتهای تنفسی و یا بازتوانی معلولین از جمله برنامه های پیشگیری سطح سوم می باشد.

* برای اجرا برنامه های پیشگیری هماهنگی و مشارکت سطوح و بخشهای مختلف بهداشت و درمان ضروری است . این مشارکت را اصطلاحاً **مشارکت درون بخشی** می گویند . (مشارکت بخشهای درمانی تخصصی در پذیرش بیماران ارجاعی ، یک نوع مشارکت درون بخشی محسوب می شود .)

مفهوم گروه هدف در برنامه های بهداشتی :

افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و می بایست آنها را دریافت کنند **گروه هدف** آن برنامه نامیده می شوند . سیاست گذاران بخش بهداشت در اولویت بندی برنامه های بهداشتی همواره سعی می کنند برنامه هایی را انتخاب نمایند، که برای پیشگیری از شدیدترین و فراوان ترین مشکلات سلامت در جامعه باشند . بدین لحاظ این برنامه ها همواره مشکلات سلامت خاص و گروه های ویژه از افراد جامعه را مورد هدف قرار می دهد . به عنوان مثال برخی از گروه های هدف که در برنامه های جاری نظام بهداشتی ما مدد نظر هستند عبارتند از گروه های کودکان زیر هشت سال ، گروه مادران باردار ، گروه دانش آموزان ، گروه بیماران مختلف مبتلایان به سل ، مالاریا ، فشارخون وغیره، گروه سالمندان ، گروه زوجهایی که واجد شرایط فاصله گذاری بین تولد ها هستند و غیره .

تعریف مراقبتهای اولیه بهداشتی :

به مجموعه خدماتی که توسط خانه های بهداشت ، پایگاههای بهداشت شهری و نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به مردم ارائه می گردد . اصطلاحاً **مراقبتهای اولیه بهداشتی** یا خدمات بهداشتی درمانی اولیه می گویند . - سازمان جهانی بهداشت تعریف جامعی از مراقبتهای بهداشتی اولیه بیان می دارد . از نظر این سازمان مراقبتهای اولیه بهداشتی ، مراقبتهای بهداشتی ضروری است که با هزینه ای قابل پرداخت برای کشور و جامعه با روش های عملی ، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی باید به مردم ارائه کرد .

سطوح ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتهای اولیه بهداشتی :

نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور ما از سطوح مختلفی تشکیل شده است . هر سطح به لحاظ توانایی های فنی و تخصصی و امکانات خود می تواند خدمات خاصی را ارائه نماید . واحد های بهداشتی درمانی طوری طراحی شده اند که مردم از طریق نظام ارجاع به تمامی خدمات دسترسی داشته باشد . به عبارت دیگر سطوح مختلف شبکه از طریق پذیرش موارد ارجاع ، خدمات خود را به عموم مردم ارائه می نمایند . ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی تابع اصول و اجزایی به شرح ذیل می باشد :

اصول مراقبتهای اولیه بهداشتی عبارتند از :

(۱) برقراری عدالت اجتماعی :

بر مبنای این اصل تمامی مردم باید به خدمات بهداشتی مورد نیاز دسترسی داشته باشند .

(۲) همکاری بین بخشی :

اجرای برنامه های بهداشتی منوط به هماهنگی همکاری واحدها و بخش های دیگر جامعه است .

(۳) مشارکت مردمی :

تحقق بسیاری از اهداف بخش بهداشت منوط به مشارکت جامعه وهمکاری آنهاست .

۴) استفاده از تکنولوژی (فناوری) مناسب :

اجرای برنامه های بهداشتی با توجه به شرایط اقلیمی ، جغرافیایی و فرهنگی جوامع ، متفاوت بوده و با فناوری های مناسب محقق می شود .

***این اصول با اجرای طرح پزشک خانواده وبا مدیریت تحصیل کرده ترین فرد نظام سلامت به پویایی و توسعه یافتگی چند برابر خواهد رسید .**

اجزاء مراقبتهای اولیه بهداشتی :

- ۱- آموزش بهداشت
- ۲- بالابردن سطح بهداشت از طریق اصلاح و بهبود تغذیه و روش های نگهداری مواد غذایی
- ۳- تامین آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط (خدمات بهداشت محیط و حرفه ای)
- ۴- بهداشت خانواده (مراقبت مادران ، کودکان، نوجوانان و جوانان ، سالمندان ، تنظیم خانواده و ...)
- ۵- ایمن سازی علیه بیماریهای عفونی مهم
- ۶- مبارزه با بیماریهای شایع وبومی
- ۷- درمان مناسب بیماریهای شایع و کمکهای اولیه وفوری در زمینه سوانح و حوادث
- ۸- تهیه و تدارک داروهای اولیه مورد نیاز خدمات بهداشتی درمانی اولیه
- ۹- خدمات بهداشت روانی

سطوح نظام بهداشتی کشور :

نظام بهداشتی کشور ایران را می توان در سه سطح شهرستان ، استان و کشور طبقه بندی نمود :

سطح شهرستان : واحدهای اجرایی این سطح از پائین به بالا از خانه بهداشت و پایگاه بهداشت شهری ، مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری) و مدیریت شبکه بهداشت درمان شهرستان تشکیل می شود . مدیریت شبکه بهداشت درمانی شهرستان نیز خود از دو بخش اصلی مشتمل بر مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان تشکیل شده است .

نمودار سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان شهرستان به شرح ذیل است :

نمودار سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان شهرستان

مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان

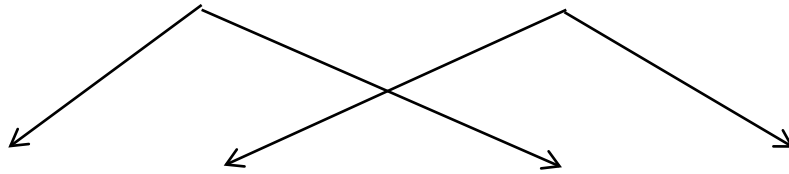


پلی کلینیک تخصصی

بیمارستان شهرستان

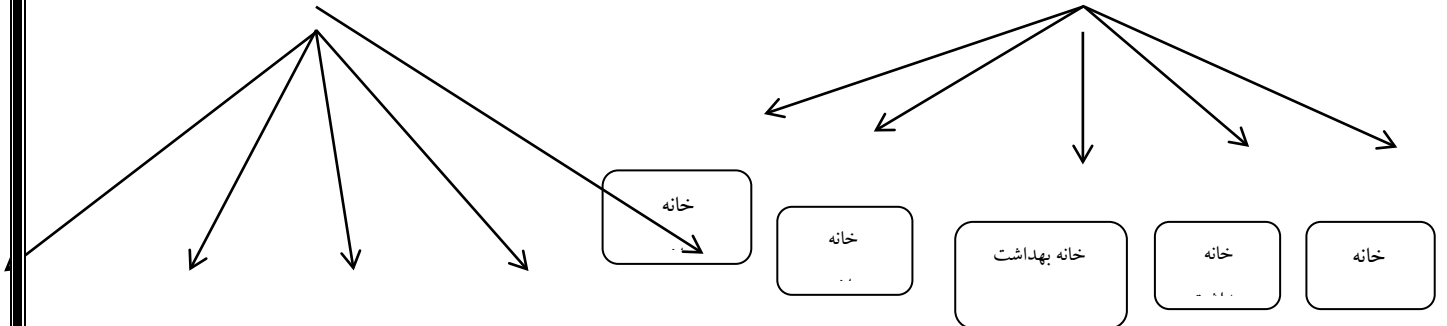
مرکز بهداشت شهرستان

مرکز آموزش بهورزی



مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی



بهداشت

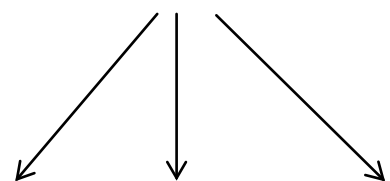
پایگاه

پایگاه

پایگاه

پایگاه

پایگاه بهداشت



روستای قمر

روستای قمر

روستای قمر

فصل ٣

واحدها و تیم خدمات بهداشتی درمانی

در مراکز و خانه های بهداشت

اهداف آموزشی :

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

۱- واحدهای بهداشتی درمانی روستایی و شهری را نام برده ووظائف این واحدها را شرح دهند.

۲- خدماتی که توسط کارکنان واحدهای بهداشتی مستقر در نقاط شهری و روستایی به مردم ارائه می شودرا به تفکیک واحد شرح دهند.

خانه بهداشت :

خانه بهداشت محیطی ترین واحد روستایی ارائه خدمت در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است که غالبا چند روستای دیگر از روستاهای اقماری را نیز پوشش می دهد . بهورزان زن و مرد ، کارکنان خانه بهداشت را تشکیل می دهند . بهورزان بومی هستند و این امر منجر به ارتباط مداوم آنها با مردم می گردد .

وظیفه خانه بهداشت اجرای برنامه های بهداشتی و ارائه خدمات موجود در آنها به گروه های مختلف است . به منظور ارائه خدمات بهداشتی باید چارچوب ذیل برای هر برنامه بهداشتی به منظور ترغیب آنها به ورود به برنامه و بهره مندی از خدمات در هر خانه بهداشت اجرا شود .

- شناسایی جمعیت هدف برنامه های بهداشتی (با آمار گیری جمعیتی و بازدید منازل و ...)
 - آموزش به جمعیت هدف
 - ارائه خدمات به جمعیت گروه های هدف برنامه ها
 - پیگیری و مراقبت (برنامه ها و بیماریها و ...)
 - ثبت اقدامات انجام شده و نتایج آن و ارسال گزارشات
- چارچوب فوق در مورد اکثر برنامه های بهداشتی لازم الاجراست .

پایگاه بهداشت شهری :

پایگاه بهداشت ، واحدی است مستقر در مناطق شهری که اقدام به ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی در جمعیت مشخصی از شهر می نماید. تعداد پایگاههای موجود در یک شهر بستگی به جمعیت آن شهر دارد ، پرسنل ارائه کننده مراقبت های اولیه بهداشتی در پایگاهها را کاردان های بهداشتی تشکیل می دهند . پایگاه بهداشت شهری اولین واحد عرضه کننده مراقبت های اولیه بهداشتی در شهر است . کلیه خدماتی که در روستا بعهده خانه بهداشت می باشد در مناطق شهری بعهده پایگاه بهداشت است تفاوت وظایف خانه بهداشت و پایگاه در سه نکته زیر است :

- ۱- علاوه بر خدمات خانه بهداشت امکان گذاردن IUD و تهیه پاپ اسمیر و... فراهم است .
- ۲- مراجعه کارکنان پایگاه به درب منازل برای پیگیری های خدمات الزامی است و می توانند از طریق داوطلبان سلامت ، تلفن و یا مکاتبه پیگیرها را انجام دهند .
- ۳- کارکنان پایگاهها وظیفه پرداختن به خدمات درمانی را عهده دار نبوده اما می توانند مراجعه کنندگان را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهند .

مراکز بهداشت درمانی :

مراکز بهداشتی درمانی شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی است .

الف) - مرکز بهداشتی درمانی روستایی : واحدی مستقر در روستاست که یک خانه بهداشت را در همان روستا و اغلب چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را تحت پوشش خود دارد . در مرکز بهداشتی درمانی روستایی تیم سلامت مرکز مرکب از پزشک خانواده ، کاردان های بهداشتی ، مامای خانواده ، کاردان و کارشناس حرف پیراپزشکی (پرستاری ، آزمایشگاه و ...) با رهبری پزشک خانواده کار می کنند .

مرکز بهداشتی درمانی روستایی دو وظیفه اساسی زیر را بعهده دارد :

- ۱- ارائه بخشی از خدمات بهداشتی درمانی که در خانه های بهداشت امکان ارائه آن وجود ندارد . نظیر تشکیل پرونده سلامت برای جمعیت تحت پوشش و ویزیت دوره ای آنها . درمان برخی بیماریها و یا ارائه برخی از خدمات مانند گذاردن IUD ، گرفتن پاپ اسمیر ، انجام آزمایشات تشخیصی طبی و ... این خدمات اکثرا از طریق ارجاع بیماران یا افراد از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی ارائه می شود . البته ممکن است در برخی موارد مرکز بهداشتی درمانی خود راسا اقدام به ارائه خدماتی خاص مانند نمونه گیری از مواد غذایی و ... بنماید .

۲- وظیفه مدیریت است این وظیفه مشتمل بر برنامه ریزی اجرایی ، سازماندهی منابع ، رهبری و هدایت واحدهای تابعه (خانه های بهداشت) و بالاخره کنترل و نظارت بر فعالیت ها است .
در زمینه ارائه خدمات ، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و وظیفه دارد در صورتیکه مراجعه کننده نیازمند خدمات تخصصی باشد وی را به سطوح بالاتر (پلی کلینیک تخصصی یا بیمارستان) ارجاع دهد . علاوه بر این در زمینه مدیریت نیز مرکز بهداشتی درمانی وظیفه دارد چنانچه حل مشکلی نیازمند مساعدت مرکز بهداشت شهرستان باشد از آنها استمداد نماید (بعنوان مثال در زمینه تامین منابع و نیز بررسی های خاص و ...)

-پزشک خانواده ، دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و موز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است .

-تعداد پزشک مورد نیاز برای ارائه خدمت در هر مرکز روستایی بر اساس یک پزشک به ازای حداکثر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر دو پزشک . برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و ... نیاز خواهد بود .
به ازای هر دو نفر پزشک باید یک ماما تعیین گردد .

-در مراکز سه پزشکه و بالاتر می توان به جای مامای دوم ، پرستار بکارگیری نمود.

-برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت ۴۰۰۰ نفر و کمتر در پوشش خوددارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت.

- اولین محل مراجعه بیمار و روستائیان باید خانه بهداشت باشد و پس از اینکه بهورز خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد در صورت لزوم بر اساس دستور عمل های مربوطه فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می دهد.
در هنگام ویزیت دوره ای تمامی روستائیان توسط پزشک خانواده ، ماما یا پرستار و یا بهورز باید حضور داشته باشند و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت را از پرونده خانوادار موجود در خانه بهداشت استخراج نموده و کنترل نماید .

اگر حضور بهورز باعث ایجاد مشکل در خانه بهداشت مربوطه شود این فعالیت توسط ماما یا پرستار انجام

خواهد گرفت . چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد بهورز او را در زمان حضور

پزشک به خانه بهداشت دعوت می کند تا پزشک او را ویزیت نماید .

حداقل هر سه سال یکبار ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش توسط پزشک خانواده باید انجام گیرد

پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرایط نیاز به اقدام فوری، با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند (البته باید مشخص شود که بیماران در چه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام کنند و در چه شرایطی مستقیماً خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند .)

مرکز تسهیلات زایمانی :

مرکز تسهیلات زایمانی واحدی است مستقر در روستا که یک حوزه جمعیتی بزرگ (حدود ۲۰۰۰۰ نفر) را تحت پوشش دارد . هر مرکز تسهیلات زایمانی توسط کاردانه‌های مامایی و یک راننده آمبولانس اداره می شود . وظیفه این کاردانه‌ها این است که در تمام ۲۴ ساعت به زایمانهای طبیعی کمک کنند و موارد پیچیده و دشوار را به نزدیکترین بخش بیمارستانی اعزام نمایند و خدمات تنظیم خانواده از جمله کاشتن IUD، از خدمات دیگر هر مرکز تسهیلات زایمانی است .

در صورت وجود ماما در واحد تسهیلات زایمانی مرکز بهداشتی درمانی ، می توان از مامای تسهیلات زایمانی برای ارائه خدمات مامایی استفاده کرد و در این صورت و در نبود بهیار یا پرستار در مرکز ، می توان یک پرستار به جای مامای خانواده به کار گرفت .

منبع:

دستور عمل کشورهای برنامه بیمه روستایی پزشک خانواده ، ابلاغی از وزارت بهداشت اسفند ۱۳۹۰

ب) مرکز بهداشتی درمانی شهری :

این واحد بر حسب تراکم جمعیت ، یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش دارد . کلیه وظایفی را که مرکز بهداشتی درمانی روستایی در مقابل خانه های بهداشت تابعه دارد این مراکز نیز در مقابل پایگاههای بهداشتی شهری دارند .

تفاوت عمده این واحد با مرکز بهداشتی درمانی روستایی در مراجعه مستقیم بیماران به این مرکز است . مراجعه بیمار به این مراکز لازم نیست حتما از طریق ارجاع از پایگاههای بهداشت صورت گیرد . در بسیاری از شهرها ، خانه های بهداشت مجاور شهر و یا روستاهای نزدیک به شهر ، ناگزیر در پوشش یک یا چند مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار داده شده اند . این گونه مراکز در واقع هر دونقش را بعهده دارند مراکز بهداشتی درمانی شهری ، روستایی نامیده می شوند . بطور خلاصه وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شهری را میتوان در ۵ دسته خلاصه کرد :

- ۱ - خدمات بهداشتی
- ۲ - خدمات تشخیص طبی
- ۳ - خدمات دندانپزشکی
- ۴ - خدمات تکمیلی بهداشتی برای موارد ارجاع شده
- ۵ - هدایت و پایش خدمات پایگاههای بهداشت شهری تابعه

* ترکیب و تعداد اعضای تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی شهری برای پوشش ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت بشرح ذیل است .

- ۱ - پزشک خانواده ۴ نفر (به ازای حداکثر هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت یک پزشک عمومی)
- ۲ - پرستار و ماما (در هر پایگاه و مرکز یک ماما یا یک پرستار تمام وقت)
- ۳ - کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده ۳ نفر

- ۴ - کاردان یا کارشناس مبارزه با بیماریها ۱ نفر
۵ - کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای ۱ نفر
۶ - کاردان یا تکنسین اسناد پزشکی ۱ نفر
۷ - خدمتگزار ۱ نفر

*خدمات روانشناسی بالینی و کارشناس تغذیه از محل دفتر کار ایشان یا مرکز مربوطه بر حسب درخواست پزشک خانواده، صرفاً در قالب مشاوره با ارجاع پزشک انجام می گیرد.

*تبصره: به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت یک مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در شهرها پیش بینی گردیده است. که یک یا چند پزشک به همراه تعدادی از اعضای تیم سلامت در آن مرکز مستقر هستند یک نفر از پزشکان بعنوان مدیر سلامت منطقه (پزشک خانواده مسئول محله) است. نظارت بر عملکرد پایگاه ها توسط تیم سلامت مرکز مجری برنامه پزشک خانواده انجام می گیرد.

سطح بندی خدمات در شهرها:

سطح یک: شامل پایگاه پزشک خانواده - مرکز بهداشتی درمانی منطقه

سطح دو: واحد تخصصی در نظام سلامت که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان سطح یک قرار می دهند.
خدمات تخصصی سرپایی، بستری، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیتهای این سطح است.

سطح سه: شامل خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری، تامین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک می باشد. بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده و پزشک خانواده وی قرار می گیرد..

* مرکز آموزش بهورزی:

در نظام خدمات بهداشت و درمان، مرکز آموزش بهورزی جایگاهی پر اهمیت و حساس دارد. اهمیت مرکز آموزش بهورزی در این است که جمعی از فرزندان محروم ترین نقاط کشور، برای خدمت به مردم همان نواحی، توسط مربیان تربیت می شوند.
دانش آموز بهورزی در طول مدت آموزش خود با مربیان مرکز آموزش بهورزی پیوندی دائمی و تعیین کننده دارد، از آنان تعلیم می گیرد، توسط آنان هدایت می شود و با راهنمایی آنان برای خدمت به جامعه آموزش های لازم را کسب می کند.
هر مرکز آموزش بهورزی علاوه بر مدیر، ۵ نفر مربی دارد. مرکز آموزش بهورزی وظیفه تربیت بهورزان شاغل در خانه های بهداشت و بازآموزی کارکنان تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی را بعهده دارد. این مرکز تحت پوشش مستقیم مرکز بهداشت شهرستان فعالیت می کند.

***مرکز بهداشت شهرستان :**

واحدی است خودگردان که سه مسئولیت اساسی زیر را بعهده دارد :

- ۱- پشتیبانی واحد ها و سطوح تحت پوشش به لحاظ نیروی انسانی ومالی
 - ۲- پایش و ارزشیابی برنامه ها و مداخله متناسب با آن
 - ۳- شناسایی مشکلات جدید ، برنامه ریزی و هدایت واحدها وسطوح در جهت حل آن
- واحدهای مختلف کارشناسی و پشتیبانی درمرکز بهداشت شهرستان وظیفه نظارت بر فعالیت مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت و پشتیبانی آنها را بر عهده دارند .

***بیمارستان شهرستان :**

واحدی است خودگردان که به صورت بیمارستان عمومی حداقل با ۷ تخصص جراحی ، داخلی کودکان ، زنان و زایمان ، بیهوشی ، رادیولوژی و آزمایشگاه و با بخش های بستری ، پلی کلینیک تخصصی و اورژانس اداره می شود و باید محل قبول ارجاع شدگان از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی باشد .

فصل 4 :

آشنایی با آیین نامه بهورزی و انتظارات مرکز آموزش بهورزی از دانش آموز و مهارت آموزان

اهداف آموزشی :

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

۱- نحوه پذیرش دانش آموز و مهارت آموز بهورزی را شرح دهند.

۲- آئین نامه امتحانات برای دانش آموزان را شرح دهند.

۳- امور رفاهی مورد نظر برای مهارت آموز و دانش آموزان بهورزی را شرح دهند.

۴- موارد تخلفات و تنبیهات دانش آموز و مهارت آموزان بهورزی را شرح دهند.

۵- وظائف مهارت آموز و دانش آموزان بهورزی را شرح دهند.

۶- دانش آموز و مهارت آموزان بهورزی بر اساس انتظارات مرکز آموزشی بهورزی اقدام نمایند.

پذیرش بهورز به دو صورت ذیل انجام می گیرد :

1- پذیرش بهورز با مدرک فوق دیپلم :

در این حالت از میان دارندگان مدرک تحصیلی فوق دیپلم در رشته بهداشت عمومی (با گرایش بهداشت خانواده) یا مامایی برای تصدی پست بهورزن و مدارک تحصیلی فوق دیپلم بهداشت عمومی (با گرایش مبارزه با بیماریها) برای تصدی پست بهورز مرد که بومی و ساکن روستاهای مورد نظر باشند پذیرش انجام می گیرد . طول مدت دوره تطبیقی بهورزی برای این مهارت آموزان بهورزی ۶/۵ ماه می باشد.

2- پذیرش بهورز از داوطلبان دارای مدرک تحصیلی دیپلم :

در این حالت از دارندگان مدرک تحصیلی دیپلم بومی مناطق (غیر از دیپلم های متعهد خدمت) که مدرک آنها مورد تایید اداره آموزش و پرورش است پذیرش صورت می گیرد . هر دو گروه فوق پس از بررسی شرایط اولیه در مراحل آزمون کتبی (علمی) ، مصاحبه تخصصی و طی مراحل گزینش به مراکز آموزش بهورزی معرفی می گردند . طول مدت دوره بهورزی برای این داوطلبان ۲ سال می باشد.

آیین نامه امتحانات دانش آموزان بهورزی :

نمره هر ماده درسی اعم از نظری - عملی و مارآموزی برمنبای ۲۰ نمره محاسبه می شود . کسب حداقل نمره ۱۲ برای قبولی در هر ماده درسی الزامی است .

تبصره 1 : پس از پایان کارآموزی امتحان دروس نظری و عملی در مرکز آموزش بهورزی و ارزشیابی برنامه های کارآموزی در مراکز کارآموزی بعمل می آید .

تبصره 2 : چنانچه نمره مهارت آموز و دانش آموز بهورزی در هر یک از مواد درسی (نظری - عملی و کارآموزی) کمتر از ۱۲ باشد بشرح زیر اقدام می شود :

الف - اگر دانش آموز در هر کدام از بخش های دوره آموزشی در چهار ماده درسی با بیشتر (نظری - عملی و کار آموزی) نمره قبولی کسب نکند مردود و اخراج می شود .

ب - اگر مهارت آموز در دوره آموزشی در سه ماده درسی یا کمتر (نظری - عملی و کارآموزی) نمره ۱۲ کسب نکند تجدید شناخته می شود و باید به فاصله یک هفته در امتحان تجدیدی شرکت نماید اگر مجددا موفق به کسب نمره ۱۲ در هر یک از دروس یا کلیه آنها نشود ، **مردود و اخراج** می گردد . در کلیه دروس شرط معرفی مهارت آموز و دانش آموز به امتحان نهایی است .

ج - اگر مهارت آموز و دانش آموز در امتحان نهایی دروس نظری یا آزمون عملی موفق به نمره قبولی ۱۲ نشود ، تجدید شناخته شده و می تواند تا یک بار دیگر به فاصله ۴ هفته در امتحان مجدد شرکت نماید و پس از امتحان مجدد در صورتی که موفق به کسب نمره قبولی نشود **مردود** شناخته شده و **اخراج** می گردد . مهارت آموز و دانش آموز در مدت زمان ۴ هفته تا امتحان مجدد می بایست در محل کارآموزی حاضر و تحت نظر مربیان مشغول کارآموزی باشد .

آزمون نهایی عملی در اتاق کار عملی یا نمونه خانه بهداشت مرکز آموزش بهورزی با نظارت کارشناس مسوول آموزش بهورزی برگزار می شود .

امور رفاهی :

۱- به مهارت آموز و دانش آموز بهورزی کمک هزینه تحصیلی مطابق آخرین دستور عمل وزارت متبوع پرداخت می گردد .

۲- لباس فرم مهارت آموز و دانش آموزان بهورزی زن شامل : مانتو ، شلوار ، مقنعه ، کفش مناسب و لباس فرم مهارت آموز و دانش آموزان مرد شامل : شلوار ، پیراهن ، کفش مناسب می باشد و لباس در طی دوره به صورت رایگان به آنان تعلق می گیرد .

تبصره یک : رنگ لباس برای مهارت آموزان زن و مرد طوسی می باشد .

۳- تامین خوابگاه و مواد غذایی در زمان اقامت مهارت آموز و دانش آموزان در خوابگاه و خانه بهداشت آموزشی برعهده مرکز آموزش بهورزی که با هماهنگی و همکاری مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود .

۴- مهارت آموز و دانش آموزان بهورزی از تعطیلات نوروزی به مدت ۲ هفته در سال و در مواقع اضطراری حداکثر به مدت یک هفته در سال می توانند از مرخصی استفاده نمایند .

تبصره ۲ : اگر مدت معذوریت مهارت آموز و دانش آموز به هر دلیل از یک ماه بیشتر باشد طبق نظر شورای مربیان نسبت به ادامه و یا قطع تحصیل وی تصمیم گیری خواهد شد .

تخلفات :

موارد زیر تحت عنوان تخلف مهارت آموز و دانش آموز بهورزی محسوب می گردد :

۱- عدم رعایت مقررات آموزشی و اداری مرکز آموزش بهورزی

۲- بدرفتاری با مراجعین ، اهالی روستا ، همکاران ، مربیان و غیره ...

۳- رعایت نکردن اصول اخلاقی و اجتماعی و شئون اسلامی

۴- ایجاد بی نظمی و اغتشاش در محیط تحصیل ، خوابگاه و کارآموزی

۵- استفاده از مواد اعتیاد آور

۶- غیبت غیرموجه بیشتر از یک هفته

تنبیهات :

چنانچه پس از تذکر، ارشاد و راهنمایی لازم توسط مدیر و مربیان در وضعیت رفتاری ، اخلاقی و حرفه ای مهارت آموز و دانش آموز بهورزی تغییری حاصل نگردد موضوع در شورای مربیان مطرح شده و شورا یکی از تنبیهات زیر را اعمال خواهد کرد :

بند ۱ - اخطار شفاهی و اطلاع به خانواده فرد

بند ۲ - اخطار کتبی با درج در پرونده مهارت آموز

بند ۳ - محرومیت دائم از ادامه تحصیل در مرکز آموزش بهورزی همراه با استیفای حقوق دولت

تبصره ۱: چنانچه اخطار کتبی بیش از سه بار باشد باعث محرومیت از تحصیل خواهد شد .

تبصره ۲: تنبیهات مندرج در بند ۳ در جلسه شورای مربیان باحضور رئیس مرکز بهداشت شهرستان و کارشناس مسوول آموزش بهورزی استان با دستور معاونت بهداشتی استان قابل اجرا است .

تعهدات :

-در هنگام ثبت نام از متقاضی و سرپرست وی تعهد کتبی مبنی بر رضایت از تحصیل پذیرفته شده و اجرای تعهد خدمت اخذ می گردد .

- مهارت آموز و ضامن نامبرده در زمان پذیرش و هنگام شروع کلاس ها ، تعهد ثبتی به مرکز بهداشت شهرستان خواهند سپرد که در مدت تحصیل و پس از فارغ التحصیل شدن مطابق مفاد تعهدنامه عمل نمایند .

* پس از گذراندن تعهد خدمتی در روستا به فارغ التحصیلانی که تحت عنوان بهورز در خانه بهداشت مشغول انجام وظیفه باشند گواهینامه مهارت بهورزی در دو برگ صادر می شود .

وظایف مهارت آموزان و دانش آموزان بهورزی به شرح ذیل می باشد :

این افراد موظف هستند تحت نظارت مربیان درمدت زمان آموزش و کارآموزی خدمات زیر را به جمعیت ساکن روستای اصلی و روستاهای اقماری ارائه نمایند .

۱-شناسایی جمعیتی جغرافیایی روستا ، سرشماری خانوارها و جمع آوری اطلاعات آماری کامل جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت وتنظیم زیج حیاتی و پرونده خانوار

۲-برقراری ارتباط با مردم وجلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف بهداشتی

۳-آموزش بهداشت در کلیه زمینه های بهداشتی

۴-ارائه مراقبت های بهداشتی شامل :

*خدمات بهداشت خانواده

✓ مراقبت های بهداشتی کودکان زیر هشت سال

✓ مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال

- ✓ برنامه مراقبت کودک سالم
- ✓ مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
- ✓ بهداشت دهان و دندان
- ✓ مشاوره قبل از ازدواج
- ✓ ارائه خدمات تنظیم خانواده
- ✓ مراقبت ویژه افراد در معرض خطر
- ✓ آموزش تغذیه
- ✓ بهداشت سالمندان
- ✓ سلامت میانسالان

*خدمات پیشگیری و مراقبت از بیماری ها

- ✓ واکسیناسیون و مراقبت از بیماری های قابل پیشگیری به وسیله واکسن
- ✓ آموزش چگونگی پیشگیری و درمان و توانبخشی موارد بیماری ها به بیماران و عموم مردم
- ✓ بیماریابی
- ✓ درمان بیمارانی که دارای پروتکل درمانی مشخصی هستند
- ✓ مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری های واگیر (سل - اسهال و ...)
- ✓ پیگیری موارد درمان
- ✓ بیماری های غیر واگیر (فشار خون ، تالاسمی ، دیابت ، روانی ، گواتر ، آسم ، تالاسمی ، سرطان ها و ...) و سوانح و حوادث
- ✓ گزارش بیماری های مشول گزارش تلفنی ، هفتگی ، ماهیانه

*بهداشت مدارس شامل : بهداشت محیط ، معاینات سالانه دانش آموزان و مشارکت در سنجش سلامت دانش آموزان کلاس اول و بیماریابی آنان

*بهداشت محیط روستا شامل :

- ✓ کنترل بهداشت مواد غذایی از طریق بازدید اماکن تهیه و توزیع ، نگهداری و فروش مواد غذایی در منطقه تحت پوشش
- ✓ بهداشتی کردن دفع زباله و فضولات حیوانی
- ✓ بهسازی محیط و منابع آب و فاضلاب
- ✓ کنترل بهداشت آب
- ✓ کنترل بهداشت توالی ها و جمع آوری صحیح مدفوع
- ✓ بهداشت مواد غذایی
- ✓ جلب مشارکت روستاییان و شورای اسلامی روستا به منظور ارتقاء وضعیت بهداشتی روستا

✓ تشکیل شورای بهداشت روستا

✓ مشارکت در پروژه های بهسازی محیط

*خدمات بهداشت حرفه ای و بهداشت کارگران

*پیگیری منازل در زمینه های مختلف بهداشتی

*همکاری با پزشک خانواده

*مشارکت در اجرای طرح های ادغام شده در نظام شبکه

تبصره : تلقیح واکسن که به صورت تزریقات زیر جلدی - داخل جلدی و عضلانی انجام می گیرد و انجام سایر

تزریقات برابر برنامه های ادغام شده در نظام شبکه بلامانع می باشد .

تزریقات زیر جلدی و عضلانی مجاز با دستور پزشک و برای بار اول با حضور پزشک انجام شود و تزریقات بعدی با

دستور پزشک بلامانع می باشد .

*کمک های اولیه

*درمان های ساده علامتی مشخص شده

*تکمیل فرم های بیمه گری و ارسال به مرکز بهداشتی درمانی

*جلب همکاری مردم جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی

*همکاری با اعضاء تیم سلامت (پزشک ، کاردان ، ماما و ...)

*جلب همکاری سایر بخش های دولتی و غیر دولتی جهت پیشبرد برنامه بهداشتی

*جمع آوری و ثبت آمار ، تنظیم و ارسال گزارش فعالیت ها به مرکز بهداشت درمانی

*سایر امور محوله

فصل 5 :

آشنایی با اخلاق حرفه ای

در

شغل بهورزی

اهداف آموزشی : انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

۱- اخلاق حرفه ای را تعریف کرده و فواید آن را شرح دهید .

۲- خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز را توضیح دهید .

۳- خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز را شرح دهید

اخلاق عبارت است از مجموعه آداب و رسوم افراد و اجتماعات بشری و قواعد و قوانینی که بر احساسات و کارهای افراد جامعه حکم فرماست . فردی که آداب اخلاقی را رعایت می کند خواسته های خود را به نفع دیگران تعدیل میکند و با تقویت و پرورش ابعاد معنوی همواره در راه خدمت به هموعان اقدام می نماید . رعایت شئون اخلاقی در محیط کار و نزد مراجعین یکی از مهم ترین اصول هر حرفه و شغل است .

حرفه بهورز نیز نه تنها از این قاعده مستثنی نیست بلکه بهورز به جهت سروکار داشتن با سلامت جسم و روان افراد می بایست بیش از هر کس مراعات اخلاق حرفه خود را نموده و شان و جایگاه ویژه آن را در میان مردم حفظ نماید.

" قواعد و قوانین اخلاقی و رفتاری را که باید افراد در حین انجام فعالیت های شغلی رعایت نمایند اصطلاحاً **اخلاق حرفه ای** میگویند . "

مردمی که با اعتماد به بهورزان مراجعه می کنند همواره به دنبال رفع یک مشکل هستند که به نوعی سلامت آنها را مورد تهدید قرار داده است . حساسیت افراد در مورد سلامت خود و فرزندانشان از یک سو و مسئولیت اخلاقی و انسانی در قبال بیماران از سوی دیگر ایجاب می کند تا بسیاری از خصوصیات اخلاقی و شئون کاری رعایت شود . بخشی از این خصوصیات مربوط به شخصیت و میزان پایبندی بهورز به آداب اخلاقی است و بخش دیگر مربوط به

خصوصیات رفتاری ، دانایی و توانایی وی در ایفای وظایف شغلی است . در این مجموعه کلیاتی از خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از بهورزان شرح داده می شود .

خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز :

***خوش رفتاری با مراجعین :**

خوش رفتاری با مراجعین و ایجاد ارتباطی صمیمانه با مردم ، سبب ایجاد تمایل آنها برای مراجعه به خانه بهداشت و افزایش پوشش خدمات و سهولت در انجام وظیفه می شود.

***رازنگهداری :**

بهورزان به علت وضعیت شغلی خود ممکن است از جمله کسانی باشند که از مسائل شخصی و رازهای دیگران آگاه شوند ، بنابر این اگر راز نگهدار نباشد مردم اعتماد خود را نسبت به آنها از دست می دهند و از بیان برخی مشکلات خود به آنها خودداری می کنند .

***انتقاد پذیری :**

بهورز باید انتقاد پذیر باشد و بداند که مطرح کردن نقاط ضعف کاری از سوی مربیان و یا گروههای کارشناسی برای رفع نقایص کاری و بالا بردن کیفیت خدمات بهداشتی درخانه بهداشت است .

***صداقت :**

بهورز می بایست در گفتار و عمل صداقت داشته باشد .

***احترام به دیگران :**

بهورز می بایست به دیگران (مردم ، همکاران و مسئولین) احترام بگذارد و با تواضع و فروتنی برای جلب مشارکت دیگران و بهبود اجرای برنامه های بهداشتی اقدام نماید .

***صبر و شکیبایی :**

بهورز باید صبور و شکیبا باشد. زیرا بارها مشاهده شده است که به علت نداشتن صبر و حوصله کافی ، مسائل و مشکلاتی در محیط کار ایجاد شده است .

***وقت شناسی :**

بهورز باید وقت شناس باشد و برنامه کاری خود را در زمانهای مشخصی تنظیم نماید .

***کنترل رفتار :**

بهورز نباید ناراحتی و خوشحالی بیش از حد خود را بروز دهد بلکه باید سعی کند رفتاری متعادل داشته باشد و ناراحتی های محیط زندگی خود را در کارها دخالت ندهد . شئون شغلی حکم می کند در هر شرایطی بهورز ، مراجعین و بیمار را درک نماید ، حتی اگر آنها ارتباط خوبی با بهورز نداشته و موجب رنجش وی شده باشند .

***کمک و یاری به دیگران :**

بهورز باید رهبر و راهنمای خوبی برای جمعیت تحت پوشش باشد و به آنها در جهت رسیدن به وضعیت خوب بهداشتی کمک کند . کمک و راهنمایی به مردم در تمامی امور حتی اگر مربوط به بهداشت و درمان آنها نباشد سبب ایجاد مقبولیت بهورز در جامعه می شود .

***استفاده از دانش و معلومات :**

بهورز باید بتواند معلومات خود را به خوبی در کارهای روزمره بکارگیرد و بکوشد تا دانش خود را در طول زمان واز طریق مطالعه کتابها ، نشریات وسایر وسایل کمک آموزشی افزایش دهد و همیشه آماده یادگیری و بکارگیری مطالب تازه باشد.

***داشتن روحیه گذشت و فداکاری :**

بایستی بهورز با گذشت و فداکاری که از خود نشان می دهد مردم را نسبت به خود جلب کند .

خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز :

- به منظور انجام وظایف شغلی، بهورزان می بایست خصوصیات رفتاری متعددی را مراعات نمایند ، بهورز می بایست :
 - هنگام صحبت کردن با دیگران لحن مودبانه ای داشته باشد و با احترام با آنها رفتار کند .
 - با زبانی ساده و قابل فهم مراجعین را راهنمایی کند .
 - از دخالت کردن در امور شخصی دیگران بپرهیزد .
 - به عقاید مذهبی و آداب و رسوم و فرهنگ جامعه خود احترام بگذارد.
 - از اسم و عنوان خود برای انجام کارهای شخصی استفاده نکند .
 - با مردم به خوبی ارتباط برقرار کرده و در جهت حل مشکلات آنها بکوشد .
 - از گرفتن هرگونه وجه از مراجعین به خانه بهداشت خودداری کند .
 - از به هدر دادن وسایل خانه بهداشت از قبیل گاز ، باند ، پنبه ، کاغذ و غیره خودداری کرده و از وسایل موجود در محیط کار مانند وسایل منزل خود نگهداری کند .
 - قوانین و دستور العمل ها و انضباط کاری را رعایت کند.

*بهورزان باید همواره به خاطر داشته باشند که سلامت افراد موهبتی الهی است و حفظ و ارتقای آن وظیفه آنان است و نزد ایزد منان اجری بزرگ دارد . کوتاهی در انجام این رسالت مهم ممکن است عوارض ناگواری را برای سلامت افراد به دنبال داشته باشد . بعنوان مثال کم دقتی در مراقبت از یک زن باردار ممکن است منجر به ایجاد یک عمر معلولیت در نوزادی شود که پس از آن متولد خواهد شد و یا بی دقتی در ارجاع یک بیمار می تواند حیات وی را به مخاطره اندازد . با این وضعیت ، بهورزان می بایست شان وظیفه شغلی خود را دریابند ، اجر ، منزلت و رضای الهی را انگیزه اصلی فعالیت خود قرار دهند .

عناوینی که باید در این خصوص همواره مدنظر بهورزان باید قرار داشته باشد به شرح ذیل است :

- ضمانت اجرایی اخلاق حرفه ای و اصول انسانی در واقع احساس مسئولیت حرفه ای از جانب بهورز است .
- با وجدانی بیدار به اهمیت و عظمت شغل خود توجه داشته و از اعتماد مراجعین به نحو احسن استفاده شود.
- مراجعین حق انتخاب دارند و گذشته از درد و رنج جسمی ، با مشکلات عاطفی و روانی نیز درگیر هستند .

- رعایت نکاتی مانند رعایت حسن اخلاق و آداب معاشرت ، حفظ شان و مقام مراجعین ، امانت داری و درستکاری ، تواضع و فروتنی ، حلم و بردباری ، عفت و پاکدامنی ، ایجاد امید در مراجعین ، توجه به مسائل عاطفی مراجعین ، پرهیز از تجویز داروی مضر و مداخلات خطر ساز ، توجه به اعتقادات مذهبی بیمار و ... ضرورت دارد.

- ضمن داشتن اطلاعات به روزو جدید در زمینه کاری، از بکار بردن سلیق شخصی پرهیز شود.

- در موارد لزوم مشاوره با کارشناسان و همکاران انجام گیرد.

- سه اصل زیر را در نوع خدمتی که ارائه می شود رعایت نمود :

۱- اطلاعات کافی در اختیار مراجعین قرار گیرد.

۲- باید بیمار توانایی و صلاحیت لازم را برای تصمیم گیری داشته باشد و بتواند آنچه گفته می شود را به خوبی درک کرده و سپس تصمیم بگیرد .

۳- هر تصمیمی که مراجعه کننده می گیرد باید کاملاً اختیاری باشد .

- فعالیتی که انجام می گیرد حاصل سالها تلاش و زحمت کلیه کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در تمام نقاط کشور است . بنابراین بهورزان باید خود را جزء کوچکی از خانواده بزرگ بهداشت و درمان و آموزش پزشکی دانسته و بدانند که بهترین نتیجه زمانی بدست خواهد آمد که همراه دیگر همکاران خدمات بهداشتی درمانی به مردم ارائه شود .

- دانستن ایده ها و ارزشهای موجود در محل جغرافیایی ارائه خدمت بسیار مهم است . حتی در یک خانواده نیز ممکن است افراد مختلف ، ارزشهای متفاوتی برای خود داشته باشند باید درک صحیحی از رفتار مراجعین داشته و به ارزشهای آنها احترام گذاشت.

منابع:

۱- کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا از مجموعه کتب آموزش بهورزی

۲- کتاب شبکه بهداشت و درمان شهرستان (ویرایش سوم) دکتر سیروس پيله رودی ۱۳۸۵

۳- کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا (۱۳۸۰) از مجموعه کتب آموزش بهورزی انتشارات وزارت بهداشت ناشر آرویح

۴- فصلنامه بهورز پاییز ۱۳۹۱

۵- دستور عمل پزشک خانواده روستایی (نسخه ۱۲) و شهری (نسخه ۰۲)

