**تاریخچه آموزش بهورزی در نظام سلامت کشور**

**تامین و ارتقاء سلامت فردفرد جامعه هدفی است که از سالها پیش از سوي مدیران ارشد نظام سلامت درجهت نیل به ارائه خدمات در دورترین نقاط کشور طراحی شده است . این برنامه با بکارگیري افرادي به نام بهورز که منادیان بهتر زیستن در روستاها می باشند موجب افزایش امید به زندگی اقشار جامعه روستایی گردید . تغییر نیازهاي سلامت با توجه به تغییر رویکرد بیماریها و نیزافزایش آگاهی و تقاضاي گیرندگان خدمات موجب شد تا در راستاي تحقق عدالت اجتماعی که از اهداف نظام مقدس جمهوري اسلامی ایران است تحولی اساسی در نظام سلامت کشور رخ دهد .بهورزان و سابقه آنان در نظام سلامت کشور به سال‌هاي ابتداي پيروزي انقلاب باز می گردد . با توجه به نيازهاي آن روز کشور و کمبود نيروي انساني و با مقدم شمردن نظام پيشگيري نسبت به درمان، شبکه‌هاي بهداشتي کشور پايه‌گذاري گردید. در همان زمان نيروهايي تحت عنوان بهورز براي حضور در خانه‌های بهداشت، خصوصا در نقاط محروم تعريف شدند. به اعتقاد بيشتر منتقدان و دست‌اندرکاران حوزه سلامت کشور، حضور بهورز به عنوان خط اول بهداشت به خصوص در مناطق محروم و روستايي، يکي از مهم‌ترين فعاليت‌ها و دستاوردهاي کشور در حوزه بهداشت و درمان بوده است. وزارت بهداشت در سال 1363، در كشاكش دشواري هاي عظيم جنگ تحميلي و به هنگامي كه فوريت هاي هر روزه و غير قابل پيش بيني، راه برتر برنامه ريزي مدرن و گام به گام را مي بست، با اتكا به نتايج تجربه هاي پيشين از اجراي طرح هايي مثل تربيت بهدار، سپاه بهداشت، بهدار روستا و... در استفاده از نيروهاي غيرپزشك در ارائه خدمات بهداشتي درماني از طريق يك نظام منسجم، و براي آگاهي يافتن از دشواري هاي پيش رو و ترسيم خطوط اصلي راه آينده به تحقيقي گسترده روي ده درصد از جمعيت روستايي و شهري كشور دست زد. تحقيق، حكايت از آن داشت كه بيش از چهل درصد از مرگ هاي كشور در پنج سال اول حيات كودكان اتفاق مي افتد. از كل مرگ هايي كه در پنج سال اول زندگي كودكان پيش مي آيد حدود هشتاد درصد آن مربوط به دوازده ماه اول حيات آنان است. چنين تراكمي از بيماري و مرگ در سال هاي آغازين زندگي كودكان امروز، كه سرمايه هاي فردا هستند مي توانست رقت انگيز و تكان دهنده باشد، اما فاجعه بارتر از آن، اين بود كه تحقيق نشان مي داد حدود يك ششم از اين مرگ ها از شش بيماري عفوني ديفتري، كزاز، سياه سرفه، سل، فلج اطفال و سرخك كه واكسن هاي مؤثر و معتبر دارند پديد مي آيد، يك ششم ديگر كودكان با بيماري هاي عفوني ديگري كه واكسن نداشته اما در موارد بسياري قابل پيشگيري يا مهار شدن مي باشند از دست مي روند، و سرانجام نيز بيش ‍ از يك پنجم ديگر، قرباني بيماري هاي اسهالي مي شوند. به بيان ديگر، تحقيق گسترده سال 1363 به روشنــي نشان مي داد كه در واقع هر سال بيش از نيمي از كودكان ايراني قرباني حوادث و بيماري هاي ساده اي هستند كه مبارزه با آن ها ساده و عمدتا محتاج شناخت راه اصولي، آموزش خانواده ها و تربيت نيروهاي ساده اي است كه قادر به ارتباط نزديك با اكثر مردم و آموزش آنان باشند و اين سرآغاز تلاش در مسير راه اندازي شبكه هاي بهداشتي درماني و در نخستين گام گسترش واحدهايي به نام خانه بهداشت در پهنه روستاهاي كشور و تربيت نيروهاي اصيل و برجسته روستايي به نام بهورز شد. تعداد بهورزان در آغاز برنامه اول توسعه حدود هشت هزار نفر بود و در پايان سال 1372 به حدود 22 هزار نفر رسيد ودر حال حاضر 30 هزار بهورز در 18 هزار خانه بهداشت در سراسر كشور به فعاليت مي پردازند.**

**تاریخچه:  
برای ارائه خدمات اولیه بهداشتی و درمانی در ایران تجربیات چندی در زمینه تربیت رده های خاص که قادر به ارائه این خدمات باشند صورت گرفته است . اولین رده در این خصوص بهداران بودند که تربیت آنها از سال 1319 در مشهد و از سال 1325 در اصفهان و شیراز آغاز گردید . بهداران دیپلمه هایی بودند که پس از چهار سال دروس تئوری و عملی در زمینه مراقبت های اولیه پزشکی به روستاها اعزام می شدند و پس از مدتی کار در روستا تحصیـلات خود را از سال چهارم در دانشکده های پزشکی ادامه داده و پزشک می شدند .این طرح در اوائل دهه 1340 متوقف گردید**

**آگاهی بر نیاز های بهداشتی و درمانی مردم و به خصوص ساکنین روستاها و نیز تجربیات به اجرا در آمده در سایر نقاط دنیا مسئولین را بر آن داشت که برای مشکلات اساسی و اولیه مردم محروم چاره ای بیندیشند و در این را ستااز سال 1350 طرحهای گوناگونی در گوشه و کنار کشور به اجرا در آمد که در زیر به عمده ترین آنها اشاره می گردد :**

* **طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران با همکاری سازمان بهداشت جهانی و دانشکده بهداشت (دانشگاه تهران )و وزارت بهداری در آذربا ییجان غربی ، در این طرح ارائه خدمات اولیه بهداشتی و درمانی به عهده عوامل کمکی ( بهداشتیار و بهورز) نهاده شده بود که در روستاهای آذربایجان غربی مستقر بودند . هر بهداشتیار یا بهورز که از میان افراد کم سواد انتخاب شده بود طی دوره آموزش منظم و برنامه ای منسجم اصول مراقبتهای اولیه بهداشتی و درمانی را فرا می گرفت و برای جمعیتی 2500 تا 3000 نفره که در سه یا چهار روستا سکونت داشتند ارائه می نمود . این افراد در یک سیستم شبکه ای کار می کردند که اولین سطح بعد از خانه بهداشت (محل استقرار بهداشتیار ) مرکز بهداشتی – درمانی روستایی قرار داشت و پس از آن در صورت لزوم بیماران به مراکز مجهز تر شهری ارجاع می گردیدند .نظارت مستمر از نظر آموزش ، اجرای خدمات بهداشتی و درمانی از سوی ادارات بهداری شهرستانها ، تیم های تحقیقاتی دانشکده بهداشت تهران و مشاورین سازمان بهداشت جهانی اعمال می گردید . این طرح در مقایسه با سایر طرحها اساسی تر ، مداوم تر و دارای نتایج بهتری بود و طرحهایی که بعدها برای شبکه ای کردن سیستم ارائه خدمات در ایران ارائه گردید بر اساس تجربیات به دست آمده از این برنامه بود .**
* **طرح تربیت بهداشتیار سازمان خدمات اجتماعی در فارس ( بهداشتیاران عشایر ) و شمیران ( دانشکده علوم تندرستی ).**
* **طرح مشترک سازمان برنامه و سازمان خدمات اجتماعی در الشتر لرستان ( مردم یار با وظایف تلفیقی بهداشت ، درمان ، سواد آموزی و عمران )**
* **طرح تربیت بهورز : در کوار فارس تحت سرپرستی و اجرای بخش پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی شیراز (علوم بهداشتی )به کمک مرکز تحقیقات توسعه بین المللی کانادا که شباهت هایی با طرح قبلی داشت ولی مستقلا و بدون نظارت وزارت بهداری به اجرا در آمده بود . این برنامه که بعدا توام با برنامه تربیت بهداران روستایی در مرو دشت اجرا گردید پس از چند دوره و آموزش حدود پنجاه نفر و استقرار آنها در روستاهای بخش کوار فارس تعطیل شدولی نتایج آن زمینه بحث های فراوانی را در زمینه تربیت رده های کمکی فراهم آورد .**
* **پس از اعلام سیاستهای اساسی و خط مشی های كلی و نگاه به راههای طی شده در گذشته ، تدوین مجموعه ای كه بتواند به اجرا و استقرار نظام در کشور كمك كند مورد توجه قرار گرفت که در این میان می توان به کتاب ارزشمند "شبکه بهداشت و درمان شهرستان " که توسط استاد بزرگ عرصه بهداشت و درمان جناب آقای دکتر سیروس پیله رودی و همکارانشان گرد آوری گردیده است اشاره نمود که در این مجموعه ابتدا با تجزیه برنامه ها به فعالیتها و وظایف و تعیین سهمی كه هر واحد اجرایی در قبال یك برنامه به عهده دارد مشخص گردید**
* **خانه‌ بهداشت‌ محيطي‌ترين‌ واحد ارائه‌ خدمت‌ در نظام شبكه های بهداشتی درمانی كشوراست .**

**هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی به ویژه امكانات ارتباطی و جمعیت, یك یا چند روستا (روستاهای قمر ) را در پوشش خدمات خود قرار می دهد .**

**نیروی انسانی خانه بهداشت:**

**محاسبه حجم خدمات رايج خانه هاي بهداشت در سال­های قبل و برآورد آن براساس نظرات کارشناسی در شرایط کنونی و براساس بسته های خدمت موجود، نشان مي­دهد كه به طور متوسط يك بهورز مي­تواند خدمات مورد نياز 800 تا 1000 نفر جمعيت را در طول يك سال بطور فعال ارائه دهد. ولي براساس شرايط فرهنگي و نوع وظايف در نظر گرفته شده براي بهورزان، معمولا" 2 بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت كار مي­كنند و بايد بتوانند مراقبت­هاي اوليه بهداشتي درماني مورد نياز این جمعیت را ارائه دهند. البته، متمركز بودن اين جمعيت در يك نقطه يا پراكنده بودن آن در چند روستا، نقش تعيين كننده اي در حجم و گردش كار خانه بهداشت دارد. با توجه به مجموعه كار و شرايط فرهنگي جامعه، ضوابط زير براي نيروي انساني خانه‎هاي بهداشت تعيين شده است:**

1. **تا 1200 نفر جمعيت: يك بهورز زن و يك بهورز مرد و براي جمعيت كمتر از 1200 نفر، مي توان بازاي دو خانه بهداشت مجاور، يك بهورز مرد مشترك در نظر گرفت. همچنین، براي جمعيت­هاي زير 500 نفر، خانه بهداشت درنظر گرفته نمي­شود. درمورد ایجاد خانه بهداشت برای جمعیت 500 تا 1000 نفر، فقط تحت شرایط خاص و با نظر مرکز مدیریت شبکه امکان­پذیر است. همچنین چنانچه درخانه بهداشت با کمتر از 1000 نفر دو بهورز مرد و زن داشته باشد، اگر یکی از بهورزان خانه بازنشسته شود، مجدداً نباید برای آن خانه بهورز استخدام نشود و پست بهورز دوم به پست مورد نیاز دیگری تغییر یابد.**
2. **براي جمعيت از 1201 تا 2200 نفر: دو بهورز زن و يك بهورز مرد**
3. **براي جمعيت بيشتر از 2200 نفر شرایط زیر ممکن خواهد بود:**

* **در صورتيكه وسعت روستا طولي يا طوري باشد كه دسترسي مردم با يك ساعت پياده روي براي آنان مشكل ايجاد كند، بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترك بين دو خانه بهداشت قرار داد.**
* **در صورتيكه وسعت روستا طولي نباشد، خانه بهداشت دوم درنظر گرفته نشده و بازاي هر 800 نفر یک بهورز زن اضافه خواهد شد. به عبارت ديگر، تا جمعيت 3500 نفر، بازای افزایش جمعیت، تعداد بهورزان به خانه بهداشت اضافه خواهد شد.**

1. **اگر تعداد روستاهاي داراي سكنه تحت پوشش خانه بهداشت از 6 قريه بيشتر و مسير و فاصله روستاها به گونه اي باشد كه بازديد از 2 روستا يا بيشتر در يك روز ميسر نگردد، مي­توان يك بهورز مرد به كاركنان خانه مزبور اضافه**

**معرفي استان**:

* **مساحت: 74 /20437 کیلومتر مربع که 1.3 ٪ از مساحت کل کشور را تشکیل می دهد**
* **جمعیت :یک میلیون و هفتصد و نود و هشت هزارو صد و نود وسه (1,798,193) نفرمی باشد که از این تعداد 874796 نفر درمناطق شهری (6/48 %) و 923397 نفر در مناطق روستایی (3/51 %) زندگی می کنند .**
* **ویژگی های مهم جمعیتی استان: تنوع قومیتی که ازاین نظراستان رابه ایران کوچکی تبدیل کرده است**
* **قومیت های مختلف : فارس ، ترکمن ، سیستانی ،بلوچ ، ترک ، کرد و ...که در کنار یکدیگر زندگی مسالمت آمیزی دارند .**

**تاریخچه مرکز آموزش بهورزی در استان**

**در راستاي تحقق اهداف نظام سلامت و به منظور دستيابي به هدف ارتقاء سلامت جامعه و در راستاي ارتقاء كيفيت ارائه خدمات بهداشتي درمانی ,توسعه منابع انساني امري ضروري است . توسعه منابع انساني كه نوعي يادگيري سازمان دهي شده در يك دوره زماني مشخص است وبه منظور ارتقاء توان مهارتي يا رشد نيروي انساني بكار مي رود لذا مراكز آموزش بهورزی با هدف بهره مند كردن خانه هاي بهداشت از نیروی انسانی کار آموزش دیده با مهارت هاي كافي تحت عنوان بهورز تاسيس گرديد که اين هدف از طريق آموزش و تربيت بهورزان قبل از استخدام و تدوين برنامه باز آموزي آنان تحقق مي يابد .**

**مرکزآموزش بهورزی واحدی است مستقل و زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان و با فضای فیزیکی مستقل که زیر نظر مستقیم رئیس مرکز بهداشت فعالیت می نماید.**

**تبصره: كارشناس مسوول بهورزي استان مسوول نظارت بر فعاليت هاي مراكز آموزش بهورزي شهرستان ها و ارزشيابي عملكرد آنهاست. دستورعمل پذیرش بهورز در اجراي فصل سوم آئین نامه اداري و استخدامی و تشکیلاتی کارمندان غیرهیات علمی به منظور پذیرش و به کارگیري بهورز مورد نیاز دانشگاه در یک فضاي رقابتی و رعایت عدالت استخدامی، شایسته گــزینی وسنجش توانمندي هاي عمومی و تخصصی داوطلبان استخدام تدوین گردیده است. این دستورعمل شامل بهورزانی خواهد بود که پس از طی دوره آموزش هاي لازم به صورت رسمی و پیمانی در دانشگاه به کار گرفته خواهند شد. کمیته پذیرش بهورز شهرستان به منظور تعیین روستاهاي داراي اولویت از نظر جذب و پذیرش بهورز وبررسی پستهاي بلاتصدي بهورزي واعلام نیاز و اولویت ها به مرکز بهداشت استان ، تشکیل می گردد .بدیهی است پذیرش دانش آموزان یا کارآموزان بهورزي منوط به وجود مجوز استخدام، ردیف بلاتصدي واعتبار مورد نیاز می باشد.دانش آموزان بهورزی(دارندگان مدرك تحصیلی پایین تر از فوق دیپلم)پس از طی دوره دو ساله آموزش بهورزي و احرازموفقیت به خدمت پذیرفته می شوند وکار آموزان بهورزی(دارندگان مدرك تحصیلی فوق دیپلم)پس از طی دوره آموزشی تطبیقی مهارت هاي بهورزي و احرازموفقیت به خدمت پذیرفته می شوند.**

**کادر آموزشی شاغل در مرکز آموزش بهورزی شامل یک مدیر و پنج مربی از بین دارندگان درجات تحصیلی لیسانس و بالاتر با مدارک تحصیلی بهداشت عمومی با گرایشهای بهداشت خانواده , پیشگیری ومبارزه با بیماریها , بهداشت محیط , پرستار و ماما می باشند لازم به ذکر است اصول کار در این مرکز با استفاده از آیین نامه آموزش بهورزی است که پس از مصوب شدن در شورای معاونین محترم وزارت بهداشت به دانشگاهها ابلاغ می گردد.**

**اولین مرکز آموزش بهورزی در استان گلستان راه اندازی مرکز آموزش بهورزی شهرستان گرگان در سال 1363 بود که در راستای اهداف عالی وزارت بهداشت ودرمان به منظور بهره مند نمودن محیطی ترین واحد ارایه خدمت از نیروی انسانی بومی تربیت شده در راستای اهداف عالی سازمانی یعنی تربیت بهورزان تاسیس شد. این مرکز در ابتدا با نام آموزشگاه بهورزی شروع به کار نمود و جهت آموزش و تربیت بهورزان از افرادبومی روستاها با سطح تحصیلات دارای پنجم ابتدایی و بالاتر پذیرش می نمود و بعد از انجام مراحل ثبت نام ، آزمون و گزینش ، در طی دوره 2 ساله با سپری کردن بلوکهای اول و دوم وسوم آموزشی به صورت نظری و عملی و کار آموزی و کسب نمره قبولی در هر یک از بلوکها وآزمون فینال ، مجوز شروع به کار در روستاهای خود را دریافت می نمودند و با سپردن تعهد محضری تحت استخدام مرکز بهداشت شهرستان مربوطه در خانه بهداشت محل تعهد شروع به کار می نمودند .**

**بلوک های بهورزی مجموعه های آموزشی بسیار منظم و کاملی بودند که بر اساس اصول واجزاء PHC در سطوح مختلف با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی و سیاسی و اجتماعی روز و نیز با برخورداری از جامعه نگر ترین شیوه های آموزشی که تمامی فعالیتهای اجرایی سیستم مطابق با سطح سواد دانش آموزان در آنها لحاظ شده بود را در بر می گرفت اما با گذشت بیش از سه دهه مراحل جذب و پذیرش بهورز در سالهای اخیر متناسب با سطح سواد جامعه روستایی و سایر تحولات ، مورد باز نگری قرار گرفت که مهمترین علل آن شامل تغییر نیازها و تقاضای بهداشتی مردم ، افزایش سطح آگاهی و بهبود وضعیت بهداشتی مردم و افزایش سطح معلومات و تحصیلات روستائیان و ادغام خدمات بهداشتی را می توان نام برد .**

در این راستا در قوانین جذب وپذیرش بهورزان تغییراتی ایجاد شد که مهمترین آن بالا رفتن سطح تحصیلات متقاضیان بهورزی از دیپلم به کارشناس و کاردان رشته های مرتبط بهداشتی از قبیل بهداشت عمومی , پرستاری , بهداشت محیط و مامایی ونیز تغییردر طول مدت دوره آموزش بهورزی و تغییردر ساعات نظری عملی و کار آموزی جهت پذیرفته شدگان در مقاطع تحصیلی مختلف واضافه شدن دروس جدید به سر فصل های آموزشی فراگیران بهورزی مطابق با برنامه های ادغامی در سیستم می باشد.

* **در حال حاضر این دانشگاه دارای 5 مرکز آموزش بهورزی در شهرستانهای بندرترکمن , علی آباد کتول , گرگان ,گنبد و مینودشت می باشد که تربیت دانش آموزان در کل استان را بعهده دارند که با توجه به تنوع قومیت در استان تا پایان سال 98 تعداد 1148 بهورز مشغول به انجام وظیفه در خانه های بهداشت در مناطق روستایی استان می باشند ودر حال حاضر تعداد 143 فراگیر بهورزی از بین قومیت های مختلف در کل استان در حال تحصیل دراین 5 مرکز آموزش بهورزی می باشند**