

شیوه نامه اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

طرح آمایش امید

برنامه جامع افزایش نرخ باروری کل (TFR) به عدد ۲.۵

در راستای ماده ۸۱ برنامه هفتم پیشرفت و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

اسفند ۱۴۰۳

مقدمه

جمعیت به عنوان یکی از مهم ترین مؤلفه های قدرت، نقش تعیین کننده ای در آینده کشور ایفا می کند. با توجه به روند کاهش نرخ باروری در سال های اخیر و لزوم حفظ پویایی جمعیت و برخورداری از مزیت جمعیت جوان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای اجرای سیاست های کلان نظام، از جمله «سیاست های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری در تاریخ ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳»، «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰» و «ماده ۸۱ برنامه هفتم پیشرفت کشور» و همچنین با عنایت به تأکید رئیس محترم دولت وفاق ملی بر اجرای سیاست های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری و تحقق اهداف برنامه هفتم پیشرفت، اقدام به طراحی برنامه ای جامع جهت افزایش نرخ باروری کل (TFR) تا دستیابی به ۲.۵ تا سال ۱۴۰۷ با عنوان «طرح ملی آمایش امید» نموده است. این طرح، با تکیه بر تحلیل دقیق شاخص های جمعیتی و هدف گذاری کمی، نقشه راهی عملیاتی برای تحقق نرخ باروری مطلوب در کشور ارائه می دهد.

در این برنامه دانشگاه های علوم پزشکی شامل شبکه های بهداشتی کشور، مراکز بهداشت، پایگاه ها و خانه های بهداشت، به عنوان بازوهای اجرایی اصلی، نقشی کلیدی در دستیابی به اهداف تعیین شده ایفا می کنند که در طول دهه های گذشته، به ویژه در کنترل و ریشه کنی همه گیری ها و بیماری های واگیردار همچون کرونا، کارنامه ای درخشان از خود به جای گذاشته اند و امروز نیز به عنوان زیرساختی کارآمد در خدمت ارتقای سلامت مادر و کودک و حمایت از فرزندآوری قرار می گیرند. با تکیه بر این ظرفیت های ارزشمند، همراه با به کارگیری راهکارهای علمی و عملیاتی، امید است مسیر تحقق سیاست های کلی جمعیت هموار گردد.

ویژگی های طرح آمایش امید

- شفاف سازی وضعیت جمعیتی در شبکه/ شهرستان : با ارائه تصویری شفاف از وضعیت شاخص های جمعیتی در سطح شبکه و شهرستان، امکان تصمیم گیری مؤثرتر را برای سیاست گذاران و ارائه دهندگان خدمت فراهم می کند.
- پایش دقیق شاخص های جمعیتی: امکان رصد وضعیت باروری و فرزندآوری در تمامی سطوح شبکه بهداشت از مراکز بهداشتی تا پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت را فراهم می کند.
- همسویی با سیاست های بالادستی: با هدف گذاری نرخ باروری کل ۲.۵ و تبدیل آن به تعداد موالید مطلوب، اجرای سیاست های جمعیتی را تسهیل می کند.
- تصمیم گیری آگاهانه در سیاست گذاری: با تحلیل الگوی فرزندآوری و ناباروری، امکان تدوین مداخلات مؤثر برای افزایش جمعیت را فراهم می آورد.
- مشوق های مالی و کارانه پلکانی: همزمان با دیگر مزایای این طرح، موفقیت در دستیابی به اهداف مطلوب سبب پرداخت مشوق های مالی به صورت پلکانی به ارائه دهندگان خدمت محیطی به ویژه بهورزان و مراقبین سلامت و کارکنان ستادی خواهد شد.
- یکپارچه سازی سامانه های اطلاعاتی: هماهنگی سامانه های سطح یک با این برنامه در آینده ای نزدیک، امکان پایش لحظه ای شاخص های جمعیتی و تصمیم گیری مبتنی بر داده های به روز را فراهم می نماید.

اسناد بالا دستی مرتبط:

- (۱) سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری (۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳)
- (۲) سیاست‌های کلی خانواده ابلاغی مقام معظم رهبری (۱۳ مهر ۱۳۹۵)
- (۳) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (مصوب ۱۴۰۰)
- (۴) سند برنامه هفتم پیشرفت کشور (ماده ۸۱ برنامه هفتم پیشرفت مصوب ۱۸ تیر ۱۴۰۳)

تعاریف کلیدی

۱. **نرخ باروری کلی:** (Total Fertility Rate - TFR) میانگین تعداد فرزندی که یک زن در طول دوران باروری خود به دنیا می آورد.
۲. **جمعیت زنان در سن باروری:** زنان در گروه سنی ۱۰ تا ۵۴ سال.
۳. **شاخص های جمعیتی:** شاخص های تاثیرگذار بر جمعیت شامل نرخ باروری، نرخ ازدواج، فاصله بین ازدواج و فرزندآوری، فاصله بین موالید، نرخ مرگ و میر مادران و نوزادان و ... می باشد.
۴. **هدف گذاری کمی (مطلوب):** تعیین تعداد موالید مورد نیاز در هر منطقه برای دستیابی به نرخ باروری کل ۲.۵ تا سال ۱۴۰۷
۵. **متوسط رشد سالانه میزان خام ولادت:** نسبت تغییرات میزان ولادت از سال ۱۳۹۶ الی سال ۱۴۰۱
۶. **میزان ازدواج کل:** نسبت تعداد ازدواج ها در سال به جمعیت کل.
۷. **میان سنی:** سنی که در آن دقیقاً نصف جمعیت پیرتر و نصف دیگر در سنین جوان تر از آن قرار دارند.
۸. **میزان سزارین:** تعداد مادران سزارین شده به کل مادران زایمان کرده در یک مقطع مشخص به درصد.
۹. **میزان سزارین نخست زا:** تعداد مادران بارداری اول که به روش سزارین زایمان کرده اند به تعداد کل مادران با بارداری اول به درصد.

۱۰. **میزان مرگ مادران:** تعداد مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری یا به علت مراقبتهای ارائه شده طی آن اما نه به علت حادثه یا تصادف به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده
۱۱. **میزان مرگ نوزادان:** تعداد مرگ نوزادان کمتر از یک ماه در طول یکسال تقسیم بر تعداد کل موالید زنده متولد شده در همان سال که حاصل آن در ۱۰۰۰ ضرب میشود.
۱۲. **میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه:** تعداد مرگ کودک به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در بازه سنی ۱ تا ۵۹ ماه
۱۳. **دیر فرزندی:** زوجی که دو سال از ادواج آن ها گذشته و هنوز فرزندی ندارند.
۱۴. **بی فرزندی:** زنانی که فرزند نداشته و در حال حاضر باردار نمی باشند.
۱۵. **تک فرزندی:** زنانی که دارای یک فرزند زنده با حداقل سن یک سال و ۵ ماه و ۲۹ روز می باشند.
۱۶. **کم فرزندی:** زنانی که دو فرزند زنده داشته و سن آخرین فرزند بیشتر از یک سال و ۵ ماه و ۲۹ روز می باشند.
۱۷. **ناباروری اولیه :** زمانی است که زوجین تجربه بارداری نداشته باشند و علیرغم حداقل یکسال اقدام برای بارداری، باردار نشده است. (سن ۳۵ سال یا بیشتر حداقل شش ماه)
۱۸. **ناباروری ثانویه :** زمانی است که تجربه قبلی بارداری وجود دارد اگر چه الزاما منجر به تولد نوزاد زنده نشده باشد. و علیرغم حداقل یکسال اقدام برای بارداری، باردار نشده است. (سن ۳۵ سال یا بیشتر حداقل شش ماه)

اهداف کلی برنامه

هدف اختصاصی

افزایش نرخ باروری کل (TFR) به ۲.۵ تا پایان سال ۱۴۰۷

اهداف فرعی

- ✓ بهبود شاخص‌های مرتبط با جوانی جمعیت از جمله:
 - کاهش فاصله بین ازدواج و فرزندآوری
 - کاهش فاصله بین موالید
 - افزایش تعداد موالید در پنجه‌های سنی مطلوب
 - افزایش شناسایی زوجین نابارور
 - کاهش آمار سزارین هر سال ۵ درصد
 - کاهش سزارین نخست‌زا
- ✓ افزایش موالید حاصل از مشاوره فرزندآوری توسط ارائه دهندگان خدمت
- ✓ توانمندسازی مدیران جهت اتخاذ رویکرد و برنامه های مناسب برای دستیابی به نرخ باروری کلی ۲.۵ در جمعیت تحت پوشش شهرستان و دانشگاه
- ✓ توانمندسازی ارائه دهندگان خدمت جهت شناسایی مخاطبان و اولویت بندی اقدامات
- ✓ کاهش مرگ و میر مادران به زیر ۱۸ در ۱۰۰۰۰۰ هزار تولد زنده
- ✓ کاهش مرگ و میر نوزادان تا ۸.۲۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده
- ✓ کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه تا ۶.۲۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده

رویکرد

طرح آمایش امید با هدف ارتقای شاخص‌های جمعیتی و افزایش نرخ باروری در مناطق مختلف کشور، بر اساس رویکردی جامع، بومی‌سازی شده و مبتنی بر مشارکت همگانی تدوین شده است. این برنامه با در نظر گرفتن ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و زیست‌بومی هر منطقه، تلاش می‌کند تا از طریق مشاوره فرزندآوری منجر به موالید، تسهیل خدمات سلامت مادر و کودک و همکاری مؤثر میان دستگاه‌های بهداشتی، اجرایی و فرهنگی و... زمینه لازم برای تحقق اهداف جمعیتی کشور را فراهم کند.

رویکردهای برنامه آمایش امید شامل:

- (۱) **حل مسئله مبتنی بر زیست‌بوم و تحلیل شاخص‌های جمعیت:** برنامه با رویکرد منطقه‌محور اجرا می‌شود و متناسب با شرایط جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی هر منطقه می‌بایست راهکارهای اجرایی در نظر گرفته شود.
- (۲) **حل مسئله بر اساس شرایط فرهنگی منطقه:** مداخلات و سیاست‌های اجرایی، متناسب با باورها، ارزش‌ها و سبک زندگی مردم هر منطقه طراحی و اجرا می‌شود تا بیشترین اثربخشی را در افزایش نرخ باروری داشته باشد.
- (۳) **تمرکز ویژه بر مشاوره فرزندآوری منجر به موالید:** ارائه مشاوره‌های تخصصی در حوزه فرزندآوری، انتخاب آگاهانه گروه هدف مشاوره فرزندآوری، ترویج سبک زندگی

سالم و کاهش موانع ذهنی و عملی خانواده‌ها برای فرزندآوری، از ارکان اصلی این طرح است

۴) **اخذ مشارکت مردمی و افزایش آگاهی عمومی:** برنامه بر تقویت نقش آفرینی

مردم، سفیران سلامت، گروه‌های داوطلب، خیرین و سازمان‌های مردم‌نهاد تأکید دارد و از ظرفیت‌های اجتماعی برای ارتقای فرهنگ فرزندآوری استفاده می‌کند.

۵) **حفظ سلامت مادر و کودک:** در اجرای برنامه مهم ترین اصل سلامت مادر می باشد و

دسترسی خانواده‌ها به خدمات بهداشتی و مراقبتی مورد توجه قرار می‌گیرد تا روند فرزندآوری در کنار حفظ سلامت مادران و کودکان دنبال شود.

۶) **هم‌افزایی با سایر نهادها و دستگاه‌ها:** تحقق اهداف جمعیتی کشور نیازمند همکاری و

هم‌افزایی میان بخش‌های مختلف از جمله استانداری، فرمانداری، سازمان تبلیغات اسلامی، ائمه جمعه، بسیج، سپاه، شهرداری‌ها، صداوسیما، آموزش و پرورش و سایر نهادها و دستگاه‌های مرتبط است. این برنامه با تعامل بین‌بخشی، اقدامات اجرایی را در سطح ملی و استانی هم‌راستا خواهد کرد.

گام‌های اجرایی طرح آمایش امید

اجرای طرح آمایش امید در چند مرحله اصلی برنامه‌ریزی شده است که به صورت تدریجی و با نظارت مستمر انجام خواهد شد. این مراحل عبارت‌اند از:

۱) **ابلاغ و سازمان‌دهی اولیه**

- ابلاغ رسمی شیوه نامه اجرایی به دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشت کشور
- ارسال اطلاعات شاخص‌های جمعیتی و هدف‌گذاری کمی مطلوب به دانشگاه/دانشکده

۲) **برگزاری جلسه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه با حضور روسای شبکه‌ها**

- با حضور رئیس دانشگاه، معاونین، رؤسای شبکه‌های بهداشت و سایر اعضای ستاد برگزار می‌شود.
- شیوه نامه اجرایی اجرای برنامه ابلاغ شده، اهداف کمی تشریح و تکالیف هر واحد مشخص خواهد شد.
- هدف گذاری کمی برای هر شبکه بهداشت نهایی می‌شود و شبکه‌ها موظف به خرد کردن این اهداف تا سطح خانه‌های بهداشت و پایگاه‌ها خواهند شد.
- مراحل پایش و گزارش دهی فصلی نیز تعیین و هماهنگی خواهد شد.

۳) تقسیم‌بندی و هدف گذاری دقیق

- تحلیل شاخص‌های جمعیتی و خرد کردن تعداد کمی موالید مطلوب تا سطح خانه‌های بهداشت و پایگاه‌ها.

- دریافت و پردازش اطلاعات اولیه جمعیتی از سوی شبکه‌های بهداشت.

۴) شناسایی و تحلیل جمعیت تحت پوشش

- مراقبین سلامت و بهورزان موظفند جمعیت تحت پوشش خود را شناسایی و تحلیل کنند.
- استخراج داده‌های مربوط به تعداد زنان در سن باروری، تعداد مادران باردار، زنان نابارور، تعداد زایمان‌ها و سایر شاخص‌های مرتبط طبق جدول استاندارد ارائه شده.
- ارسال داده‌های جمع آوری شده به مراکز بهداشت و تحلیل اطلاعات در سطح شبکه‌ها.

۵) شروع اجرای برنامه و پایش مستمر:

- آغاز ارائه خدمات مشاوره فرزندآوری و حمایت از خانواده‌ها بر اساس داده های جمع آوری شده بر اساس اولویت و بازدهی گروه هدف.
- پایش روند پیشرفت برنامه از طریق پایش ماهانه مجازی و پایش حضوری فصلی.

۶) ارزیابی و اصلاحات:

- تحلیل عملکرد بر اساس شاخص‌های جمعیتی و گزارش‌های فصلی.
- اعمال تغییرات و اصلاحات لازم بر اساس نتایج ارزیابی‌ها.

- پایش و گزارش دهی فصلی با حضور رئیس دانشگاه/دانشکده و روسای شبکه در جلسات ستاد جوانی جمعیت دانشگاه/دانشکده ها

این فرآیند به صورت گام به گام و همراه با پایش مستمر اجرا خواهد شد تا به اهداف تعیین شده در چارچوب زمانی مشخص دست یابد.

مرحله اول: راه اندازی و ابلاغ طرح آمایش امید

ردیف	اقدام	مسئول اجرا	مهلت اجرا
	ابلاغ برنامه از وزارت بهداشت به رئیس دانشگاه/دانشکده	وزارت بهداشت	تا پایان سال ۱۴۰۳
	ابلاغ رسمی طرح آمایش امید به رؤسای شبکه های بهداشت و تعیین تکالیف هر شبکه	رئیس دانشگاه	بلافاصله پس از دریافت ابلاغ از وزارت بهداشت
۱	تشکیل جلسه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در دانشگاه با حضور رئیس دانشگاه، معاون بهداشت و اعضای ستاد	رئیس دانشگاه و معاون بهداشت	تا پایان فروردین سال ۱۴۰۴
۲	ابلاغ برنامه از طرف روسای شبکه به معاونین شبکه و روسای مراکز جامع بهداشت	رئیس شبکه	بلافاصله پس از دریافت ابلاغ از وزارت بهداشت
۳	ارسال هدف کمی تعداد موالید مورد انتظار در سال های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۶ برای هر شبکه	معاون بهداشت	تا سه روز پس از دریافت ابلاغ از وزارت بهداشت ال ۱۴۰۳
۴	خرد کردن هدف گذاری کمی موالید تا سطح خانه بهداشت و پایگاه ها بر اساس وزن جمعیتی و تعیین اهداف فصلی	رؤسای شبکه های بهداشت	تا پایان فروردین سال ۱۴۰۴
۵	بررسی و تأیید نهایی هدف گذاری های خرد شده و بازخورد به شبکه ها	دبیرخانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت	۱۵ اردیبهشت ۱۴۰۴
۶	دریافت و تحلیل اطلاعات جمعیتی هر شبکه (استخراج جمعیت مراکز و پایگاه ها بر اساس اکسل پیوست)	رؤسای شبکه های بهداشت	تا پایان خرداد
۷	ارسال گزارش جمع بندی اقدامات فاز اول به مرکز جوانی جمعیت وزارت بهداشت	معاون بهداشت	تا پایان خرداد ۱۴۰۴

فاز دوم: اجرا و نظارت (مستمر)

ردیف	اقدام	مسئول اجرا	مهلت اجرا
۹	آغاز مشاوره‌های فرزندآوری در سطح مراکز و پایگاه‌های سلامت	رؤسای شبکه‌ها و مدیران مراکز بهداشت	از فروردین ۱۴۰۴
۱۰	پایش اولیه اجرای برنامه در سطح شبکه‌ها از طریق پایش مجازی ماهانه	ستاد معاونت بهداشت	از فروردین ۱۴۰۴
۱۱	پایش حضوری در سطح مراکز و پایگاه‌های بهداشت برای بررسی میزان تحقق اهداف	ستاد معاونت بهداشت	حداقل یک‌بار در هر فصل
۱۲	برگزاری جلسات ماهانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در دانشگاه و جلسات یک ماه در میان با رؤسای شبکه‌ها	دبیرخانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت	مستمر
۱۳	دریافت گزارش‌های فصلی از شبکه‌های بهداشت در مورد روند اجرای برنامه و تحلیل عملکرد	دبیرخانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت	پایان هر فصل
۱۴	تنظیم گزارش تحلیلی عملکرد دانشگاه و ارائه به مرکز جوانی جمعیت وزارت بهداشت	معاون بهداشت	مستمر

ارزیابی عملکرد دانشگاه‌ها در اجرای طرح آمایش امید

فاز اول: ارزیابی شکلی (فرایندی)

در مرحله اول، ارزیابی دانشگاه‌ها به صورت شکلی و فرآیندی انجام خواهد شد. در این مرحله، نحوه اجرای دقیق و گام به گام طرح آمایش امید مورد بررسی قرار می‌گیرد و میزان پایبندی دانشگاه‌ها به الزامات اجرایی و رعایت مراحل برنامه، میزان اعتبارات تخصیص داده شده و تامین ساختار مورد نیاز ارزیابی خواهد شد.

نتایج این ارزیابی در قالب سطح‌بندی عملکرد دانشگاه‌ها دسته‌بندی شده و در جلسه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت وزارت بهداشت به استحضار وزیر محترم بهداشت خواهد رسید.

مرحله دوم: ارزیابی کمی (نتایج محور)

در مرحله دوم، ارزیابی به صورت کمی و بر مبنای میزان دستیابی به اهداف تعیین شده انجام می شود. در این مرحله، شاخص های افزایش نرخ باروری، تعداد موالید، کاهش فاصله بین ازدواج و فرزندآوری، بهبود شاخص های زایمان و سایر اهداف کمی برنامه بررسی شده و عملکرد دانشگاه ها بر این اساس تحلیل خواهد شد.

طرح آمایش امید

ابتدا همراه با ابلاغ این طرح اطلاعات ذیل در اختیار دانشگاه ها/ دانشکده ها قرار می گیرد:

۱) تعدادی از شاخص های جمعیتی، رتبه شهرستان (شبکه) در شاخص مورد نظر در سطح استان و کشور و همچنین وضعیت شهرستان در شاخص

- میزان باروری کل ۱۴۰۱
- میزان باروری کل ۱۴۰۲
- تغییر میزان باروری کل (TFR) نسبت به سال قبل
- میانگین فاصله بین ازدواج و فرزند اول ۱۴۰۱
- میانگین فاصله بین فرزند اول و فرزند دوم ۱۴۰۲
- میانگین فاصله بین فرزند دوم و فرزند سوم ۱۴۰۲
- متوسط رشد سالانه میزان خام ولادت
- میزان ازدواج ۱۴۰۱
- میزان ازدواج ۱۴۰۲
- تغییر میزان ازدواج نسبت به سال قبل
- میانه سنی ۱۴۰۲

- میزان سزارین
- میزان سزارین نخست زا

۲) همچنین اطلاعاتی از وضعیت جمعیتی هر شهرستان نیز برای استحضار دانشگاه ها/دانشکده ها و شبکه های بهداشت و درمان ارسال می شود:

- درصد زنان متاهل در سن ۱۵ تا ۱۹ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۲۰ تا ۲۴ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۲۵ تا ۲۹ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۳۰ تا ۳۴ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۳۵ تا ۳۹ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۴۰ تا ۴۴ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۴۵ تا ۴۹ سال
- درصد موالید در مادران سن ۱۵ تا ۱۹ سال
- درصد موالید در مادران سن ۲۰ تا ۲۴ سال
- درصد موالید در مادران سن ۲۵ تا ۲۹ سال
- درصد موالید در مادران سن ۳۰ تا ۳۴ سال
- درصد موالید در مادران سن ۳۵ تا ۳۹ سال
- درصد موالید در مادران سن ۴۰ تا ۴۴ سال
- درصد موالید در مادران سن ۴۵ تا ۴۹ سال
- میزان مرگ مادران

- میزان مرگ نوزادان
- میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه

۳) هدف گذاری کمی مطلوب تعداد موالید در سطح شبکه

در این هدف گذاری کمی مطلوب، تعداد موالیدی که هر شبکه طی سال های آتی باید داشته باشد تا در نهایت کشور به نرخ باروری کلی ۲.۵ برسد مشخص شده است. به عبارتی دیگر نشان می دهد سهم هر شبکه در رسیدن به تعداد موالید مطلوب چقدر است.

هدف گذاری مطلوب تعداد موالید در شبکه			
تعداد موالید			
1406	1405	1404	1403

- ❖ هدف گذاری مطلوب تعداد موالید در سال ۱۴۰۷ بعد از بررسی میزان دستیابی به هدف در سالهای ۱۴۰۴ تا ۱۴۰۵ متعاقبا اعلام خواهد شد.
- ❖ تعداد موالید مطلوب قابل خرد شدن بر اساس وزن جمعیتی و طبق اکسل پیوست تا سطح پایگاه و خانه بهداشت می باشد.

مخاطبین:



۱. ریاست دانشگاه/ دانشکده

رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان مسئولان اصلی اجرای طرح ملی آمایش امید، نقش تعیین‌کننده‌ای در تحقق اهداف جمعیتی کشور ایفا می‌کنند. الزامی است با نظارت مستمر، هماهنگی دقیق و تخصیص منابع مناسب، شاخص‌های جمعیتی را در سطح دانشگاه و شبکه‌های تحت پوشش پایش و مدیریت کنند. همچنین، با توجه به اهمیت اجرای این برنامه در راستای سیاست‌های کلان کشور، رؤسای محترم دانشگاه‌ها مسئول اجرای طرح خواهند بود.

بر این اساس، مهم‌ترین وظایف آن‌ها در اجرای این طرح عبارت‌اند از:

۱.۱ نظارت مستمر بر اولویت‌بندی شاخص‌های جمعیتی و هدف‌گذاری دقیق:

رؤسای دانشگاه‌ها باید بر عملکرد رؤسای شبکه‌های بهداشت در اولویت‌بندی شاخص‌های جمعیتی و تعیین اهداف اجرایی نظارت داشته باشند. رؤسای شبکه‌ها موظفند بر اساس شرایط منطقه‌ای، ظرفیت‌های محلی و شیوه نامه اجرایی‌های ستاد وزارت بهداشت، شاخص‌های کلیدی را تعیین و برنامه‌های اجرایی متناسب را تدوین کنند. رؤسای دانشگاه‌ها نیز باید از طریق پایش مستمر و دریافت گزارش‌های دوره‌ای، بر صحت این فرآیند و اجرای صحیح آن نظارت کنند و در صورت نیاز، از راهنمایی‌های ستاد وزارت بهداشت برای تعیین اولویت‌های راهبردی استفاده نمایند.

۱.۲ ابلاغ برنامه به معاون بهداشت و رؤسای شبکه‌های بهداشت: رؤسای دانشگاه‌ها

موظفند شیوه نامه اجرایی‌های اجرایی برنامه را به معاون بهداشت به عنوان قائم مقام اجرای طرح آمایش امید و رؤسای شبکه‌های بهداشت به عنوان نماینده منطقه ای طرح ابلاغ نمایند.

۱.۳ تشکیل ستاد هماهنگی جوانی جمعیت:

با توجه به برگزاری ماهانه جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت، از این پس لازم است که یک ماه در میان، رؤسای شبکه‌های بهداشت نیز در این جلسات حضور داشته باشند تا روند اجرای طرح ملی آمایش امید مورد بررسی قرار گیرد، مشکلات شناسایی شود و اصلاحات لازم در فرآیند اجرا اعمال گردد.

۱.۴ دریافت و تحلیل گزارش‌های فصلی از معاونین دانشگاه و رؤسای شبکه‌های بهداشت:

رؤسای دانشگاه‌ها باید هر سه ماه یک‌بار گزارش‌های عملکردی را از رؤسای شبکه‌های بهداشت دریافت و بررسی کنند تا نقاط قوت و ضعف اجرای برنامه شناسایی شده و تصمیمات اصلاحی لازم اتخاذ شود.

۱.۵ استفاده از ظرفیت اعضای هیئت علمی:

بهره‌گیری از توان علمی و پژوهشی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها در تدوین، پایش و اجرای برنامه‌های آموزشی و سیاست‌گذاری‌های مرتبط با جمعیت و سلامت باروری.

۱.۶ تقویت پژوهش‌های کاربردی در حوزه جمعیت و باروری:

حمایت از طرح‌های تحقیقاتی و پایان‌نامه‌های دانشجویی در حوزه افزایش نرخ باروری و تحلیل شاخص‌های جمعیتی به منظور ارائه راهکارهای علمی و اجرایی مؤثر.

۱.۷ همکاری بین‌بخشی و استفاده از ظرفیت نهادهای محلی و سازمان‌های اثرگذار و گروه‌های مردم نهاد:

تعامل با سازمان تبلیغات اسلامی، ائمه جمعه (رویداد رجا) بسیج، سپاه، صداوسیما، شهرداری‌ها، استانداری، فرمانداری، ثبت‌احوال، آموزش و پرورش و سایر نهادهای مرتبط و همچنین استفاده از ظرفیت سفیران سلامت، داوطلبین سلامت، خیرین سلامت برای هم‌افزایی در اجرای برنامه و تقویت فرهنگ فرزندآوری و خانواده‌محوری در جامعه.

۱.۸ استقرار نظام ارزیابی و پایش عملکرد در راستای تحقق موالید مطلوب:

تعریف سازوکارهای پایش مستمر عملکرد دانشگاه و شبکه‌های بهداشتی در اجرای برنامه و اعمال اصلاحات بر اساس داده‌های به‌روز.

۱.۹ ایجاد انگیزه برای کادر شبکه بهداشت از طریق کارانه و مشوق‌های مالی:

اجرای سازوکار کارانه پلکانی و سایر مشوق‌های مالی برای افزایش انگیزه کارکنان شبکه‌های بهداشتی در اجرای موفق برنامه تأمین منابع مالی و امکانات لازم برای اجرای برنامه در سطح استان.

۱.۱۰ تأمین نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای برنامه:

- با توجه به فرصت پنجره جمعیتی تا پایان سال ۱۴۰۷ اجرای موفقیت آمیز طرح آمایش امید بسیار حائز اهمیت می باشد. دسترسی به این مهم جز با نیروی انسانی جمعیت باور و جمعیت یاور دست یافتنی نیست. لذا تامین نیروی انسانی و اشغال کلیه پست های بلا تصدی مدیریت/گروه جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس تاکید می شود.
- حمایت از برگزاری دوره های آموزشی «هادیان زندگی» برای ارائه دهندگان خدمات و رابطین سلامت
- تهیه نقشه پراکندگی به تفکیک شاخص های جمعیتی و شهرستانهای تحت پوشش

۲ معاون بهداشت (جانشین رئیس ستاد هماهنگی جوانی جمعیت)

۲.۱ سیاست گذاری، نظارت و مدیریت کلان:

- ۲.۱.۱ تشکیل جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در دانشگاه به صورت ماهانه و نظارت بر اجرای مصوبات.
- ۲.۱.۲ برگزاری جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت یک ماه در میان با حضور رؤسای شبکه های بهداشت جهت بررسی عملکرد، ارائه مشکلات و اصلاح فرآیند اجرا.
- ۲.۱.۳ ابلاغ اهداف کمی مطلوب مولید به رؤسای شبکه های بهداشت بر اساس شاخص های جمعیتی و نیازهای منطقه ای.

۲.۲ تأمین منابع و پشتیبانی اجرایی

- ۲.۲.۱ تأمین نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای برنامه، از جمله تکمیل پست های مدیریتی و اجرایی مرتبط با جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس.
- ۲.۲.۲ نظارت بر اجرای دوره های آموزشی برای کارشناسان ستادی شبکه ها و مراکز جهت توانمندسازی در اجرای برنامه (با همکاری مدیر گروه جوانی جمعیت).

۲.۳ پایش و ارزیابی عملکرد شبکه ها

۲.۳.۱ نظارت کلان بر اجرای برنامه در سطح دانشگاه و شبکه‌ها از طریق بررسی گزارش‌های فصلی و پایش عملکرد.

۲.۳.۲ بررسی نهایی گزارش‌های عملکردی دانشگاه در خصوص طرح آمایش امید و ارسال آن به مرکز جوانی جمعیت وزارت بهداشت پس از تأیید ریاست دانشگاه.

۳ وظایف مدیر گروه جوانی جمعیت (دبیر ستاد هماهنگی جوانی جمعیت)

۳.۱ اجرای مصوبات و هماهنگی عملیاتی

۳.۱.۱ نظارت بر اجرای مصوبات و شیوه نامه اجرایی‌های معاون بهداشت در سطح دانشگاه و شبکه‌ها از طریق دبیرخانه ستاد.

۳.۱.۲ برنامه‌ریزی و اجرای دوره‌های آموزشی طرح امید برای کارشناسان ستادی شبکه‌ها و مراکز جهت توانمندسازی در اجرای برنامه

۳.۲ پایش و نظارت بر شبکه‌ها

۳.۲.۱ جمع‌آوری اطلاعات فصلی از کلیه شبکه‌ها و مراکز طبق اکسل شماره ۳ و تحلیل میزان پیشرفت برنامه.

۳.۲.۲ پایش شبکه‌ها و مراکز از جهت پیشرفت برنامه و جمع‌آوری چالش‌ها. این پایش‌ها شامل پایش مجازی ماهانه و پایش حضوری فصلی خواهد بود.

۳.۳ مستندسازی و گزارش‌دهی

۳.۳.۱ تهیه و ارائه گزارش‌های کامل از وضعیت دانشگاه در جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت.

۳.۳.۲ ارائه چالش‌های اجرایی شناسایی‌شده در جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی.

۴ وظایف دبیرخانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت

۴.۱ هماهنگی و پیگیری اجرای مصوبات ستاد جوانی جمعیت در سطح دانشگاه و شبکه‌ها.

- ۴.۲ برگزاری جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در دانشگاه به صورت ماهانه.
- ۴.۳ دریافت، بررسی و تجمیع اطلاعات ارسالی از شبکه‌ها و مراکز در خصوص پیشرفت برنامه.
- ۴.۴ تهیه گزارش‌های فصلی از روند اجرای برنامه و ارسال به معاون بهداشت.
- ۴.۵ همکاری در اجرای دوره‌های آموزشی برای کارشناسان ستادی و شبکه‌ها.
- ۴.۶ پایش میزان تحقق اهداف کمی موالید در سطح شبکه‌ها و ارائه بازخورد به معاونت بهداشت

۵ رئیس شبکه

- رئیس شبکه بهداشت مسئول مستقیم اقدامات صورت گرفته و پیگیری دستیابی به اهداف تعیین شده در سطح شبکه تحت پوشش خود است.**
- ۵.۱ تشکیل ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در سطح شبکه به صورت ماهیانه و ارسال صورت جلسات به صورت فصلی برای دبیر خانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه
 - ۵.۲ اولویت بندی شاخص های جمعیتی و هدف گذاری دقیق
 - ۵.۳ تسلط بر شاخص های جمعیتی (رجوع شود به کتاب درسنامه مفاهیم و ابعاد جمعیت انتشارات موسسه پژوهشی امام خمینی ره)
 - ۵.۴ بررسی وضعیت جمعیتی و شاخص های جمعیتی شبکه/شهرستان و استخراج و تعیین شاخص های بحرانی
 - ۵.۵ خرد کردن تعداد موالید مطلوب بر اساس وزن جمعیتی تا سطح پایگاه و خانه بهداشت
 - ۵.۶ استخراج و تعیین شاخص های بحرانی
 - ۵.۷ تنظیم برنامه عملیاتی برای بهبود شاخص های جمعیتی و رسیدن به هدف گذاری کمی مطلوب تعداد موالید براساس اولویت بندی صورت گرفته
 - ۵.۸ حصول اطمینان از رسیدن تمامی مراکز، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت به اهداف مطلوب خود

۵.۹ جلب مشارکت سایر سازمان ها و گروه های مردم نهاد از قبیل فرمانداری، سازمان تبلیغات ، سپاه و بسیج، شهرداری و گروه های مردم نهاد جهت بهبود شاخص ها به خصوص در مورد شاخص هایی از طریق مراکز بهداشت دسترسی کمتری برای مداخله وجود دارد مثل شاخص ازدواج

۵.۱۰ ارائه راهکار ها و چالشهای خود در ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه برای حمایت و مداخله رئیس دانشگاه

۵.۱۱ تأمین منابع مالی و امکانات لازم برای اجرای برنامه در سطح شهرستان

۵.۱۲ تامین نیروی انسانی

۶. وظایف رئیس مرکز بهداشت

۶.۱ هدف کمی مطلوب تعداد موالید جمعیت تحت پوشش هر فصل خود را بداند و با توجه به داده های استخراج کرده خود گروه هدف مشاوره فرزند آوری خود را آگاهانه انتخاب کند.

۶.۲ داده های ارسالی از پایگاه ها و خانه های بهداشت زیرمجموعه خود را به صورت فصلی جمع آوری و تحلیل نمایند.

۶.۳ نظارت بر تعداد موالید، اقدامات صورت گرفته و میزان دستیابی به اهداف تعیین شده پایگاه ها و خانه های بهداشت زیرمجموعه خود داشته باشند.

۶.۴ در صورت فاصله از اهداف مطلوب، پیگیری های لازم را برای بهبود روند انجام دهند.

۶.۵ راهکار ها و چالش های خود را به ستاد شبکه بهداشت جهت حمایت طلبی ارسال نماید.

۱.۱ جلسات برون بخشی با مشارکت سازمان های مرتبط (مانند بسیج، فرمانداری، سازمان تبلیغات اسلامی و گروه های مردم نهاد) برگزار کنند و استفاده از ظرفیت سفیران، داوطلبان و خیرین سلامت

۷ وظایف بهورزان و مراقبین سلامت

بهورزان و مراقبین سلامت به عنوان اولین خط ارتباطی با جامعه نقش کلیدی در اجرای طرح امید دارند و لازم است اقدامات ذیل را انجام دهند:

- ۷.۱ جمعیت تحت پوشش خود را به صورت کامل شناسایی و تحلیل نمایند.
- ۷.۲ در نظر گرفتن اولویت بندی انجام شده در سطح شبکه و اقدام بر اساس آن
- ۷.۳ داده‌های دقیق جمعیتی را بر اساس جدول پیوست ۲ استخراج و ثبت کنند، این اطلاعات شامل موارد ذیل می باشد
 - تعداد زنان در سن باروری (۱۰ تا ۵۴ سال) به تفکیک پنجه‌های سنی
 - تعداد زنان همسر دار، باردار، بی‌فرزند، دیرفرزند، تک‌فرزند، دو فرزند، سه فرزند، چهار فرزند و بیشتر .
 - تعداد زنان نابارور .
 - تعداد موارد مرگ مادر، نوزاد و کودک کان ۱ تا ۵۹ ماهه .
 - تعداد موارد زایمان اول، دوم، سوم، چهارم و بیشتر به همراه نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) .
 - تعداد موارد سقط جنین و انصراف از سقط

❖ نمایی از سامانه سبب جهت استخراج اطلاعات مورد نیاز:

جوانی جمعیت

تعداد مادران باردار شرکت کرده در کلاسهای آمادگی برای زایمان	115276	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد سقط خود به خودی جنین ثبت شده	116120	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد نوزادانی که در 28 روز اول تولد فوت کرده اند	116160	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
بی ای دواجی	116161	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
ناباروری اولیه	116163	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
ناباروری ثانویه	116164	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد بیماران با قند خون کنترل شده (A1c بین 5.6 تا 8)	116165	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
جمعیت مرگ های ثبت شده	111765	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد افراد میانسال (30-59 سال) دارای قند خون مساوی یا بزرگتر 100 (غیر پزشک)	110118	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد مادران فوت کرده 42 روز پس از زایمان	111344	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه

باروری سالم

تعداد زنان به تفکیک تعداد فرزندان	113872	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد زنانی که توسط مراقب سلامت یا پبوزر، فرآیند مشاوره باروری سالم و فرزندآوری سطح یک برای آنها انجام شده است	113880	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد زنانی که توسط مراقب سلامت-ماما، فرآیند مشاوره باروری سالم و فرزندآوری سطح یک برای آنها انجام شده است	113881	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد زنانی که توسط پزشک، فرآیند مشاوره باروری سالم و فرزندآوری سطح یک برای آنها انجام شده است	113882	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد زنان تک فرزند که سن آخرین فرزند آنها بیش از 24 ماه است	113910	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد زنان تک فرزند که سن آخرین فرزند آنها 24 تا 36 ماه است	113911	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد زنانی که کمتر از 3 فرزند دارند و سن آخرین فرزند آنها بیشتر از 24 ماه است	113912	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد زنانی که کمتر از 3 فرزند دارند و سن آخرین فرزند آنها 24 تا 36 ماه است	113913	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد مادران تک فرزند	116011	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
مادران کم فرزند	116012	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
مادران دارای فرزند زیر 18 ماه	116013	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد مادرانی که خدمت پیگیری زوجین (مشاوره فرزندآوری) را دریافت کرده اند	116043	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه
تعداد زنان 49-10 ساله همسر دار	110028	به تفکیک، شبکه	به تفکیک، دانشگاه

❖ جدول استخراج اطلاعات جمعیتی

[illegible][illegible]

۷.۴ **هدف کمی مطلوب تعداد موالید** جمعیت تحت پوشش هر فصل خود را بدانند و با توجه به داده های استخراج کرده خود گروه هدف مشاوره فرزند آوری خود را آگاهانه انتخاب کند

۷.۵ ارائه گزارش فصلی طبق جدول پیوست ۲ به مرکز بهداشتی

۷.۶ استفاده از ظرفیت رابطین سلامت، شوراها، بسیج و.. جهت دستیابی به شاخص مطلوب

۷.۷ استفاده از همکاری گروه های مردمی



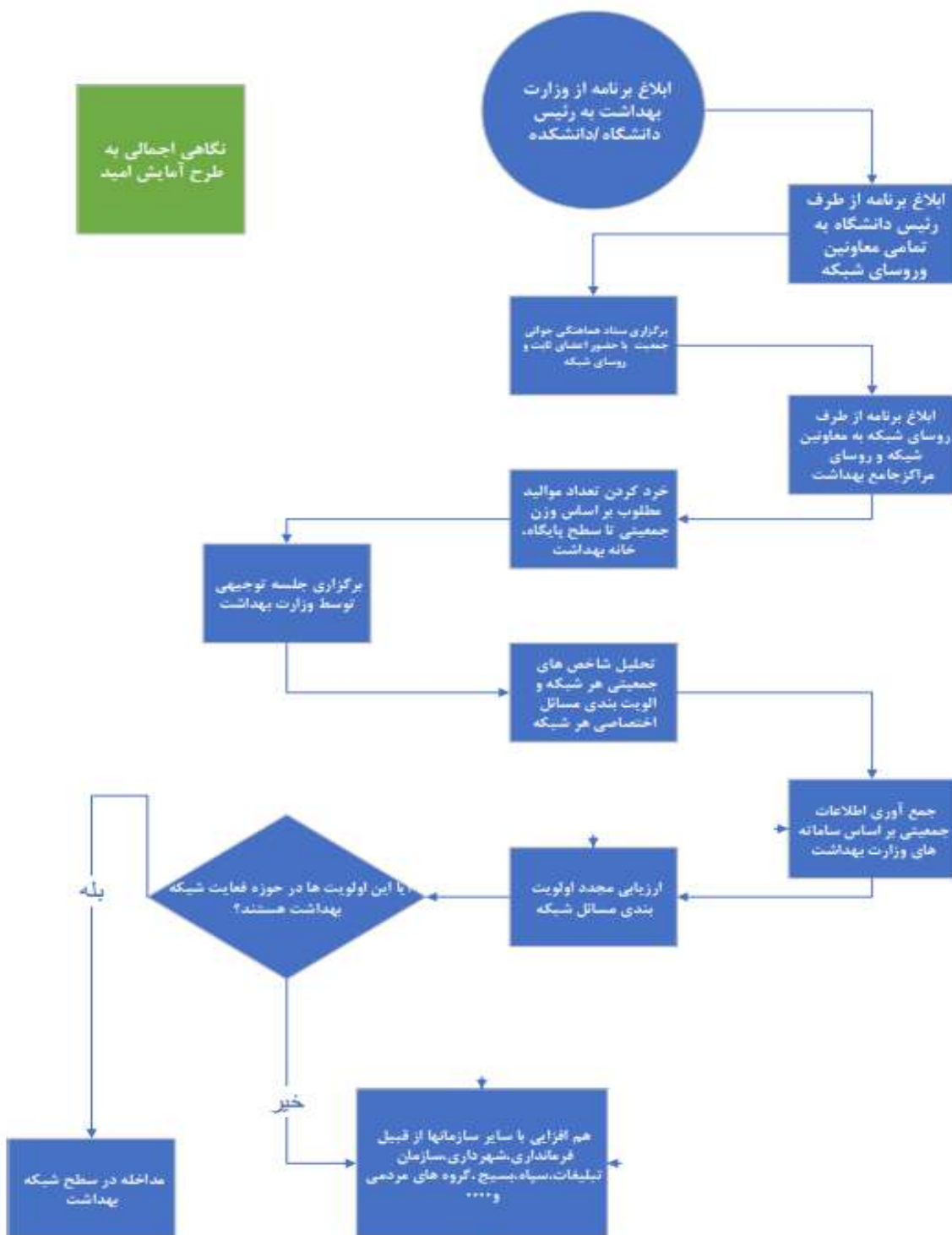
معاونت بهداشت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



مرکز جوانی جمعیت
سلامت خانواده و مدارس



خلاصه ای از تقسیم وظایف در طرح آمایش امید		
۱	ریاست دانشگاه / دانشکده	- ابلاغ طرح آمایش امید به معاون بهداشت و رؤسای شبکه‌ها. - نظارت بر اولویت‌بندی شاخص‌ها و هدف‌گذاری دقیق. - دریافت و بررسی گزارش‌های فصلی و ارسال آن به مرکز جوانی جمعیت. - حمایت از پژوهش‌ها و استفاده از ظرفیت اعضای هیئت علمی. - هماهنگی با نهادهای مرتبط برای هم‌افزایی در اجرای برنامه. - تأمین اعتبارات مورد نیاز و تکمیل ساختار جوانی جمعیت
۲	معاون بهداشت (جانشین رئیس ستاد هماهنگی جوانی جمعیت)	- تشکیل جلسات ماهانه ستاد جوانی جمعیت دانشگاه. - برگزاری جلسات یک ماه در میان با رؤسای شبکه‌های بهداشت. - تأمین نیروی انسانی و تکمیل پست‌های مدیریتی مربوط به جوانی جمعیت. - ابلاغ اهداف کمی مولید به شبکه‌ها و نظارت بر تحقق آن‌ها. - نظارت بر پایش‌های فصلی و ماهانه و بررسی عملکرد شبکه‌ها. - بررسی و تأیید نهایی گزارش‌ها و ارسال به مرکز جوانی جمعیت وزارت بهداشت.
۳	مدیر گروه جوانی جمعیت (دبیر ستاد هماهنگی جوانی جمعیت)	- هماهنگی و پیگیری اجرای مصوبات معاونت بهداشت در سطح شبکه‌ها و مراکز. - برنامه‌ریزی و اجرای آموزش‌ها برای کارشناسان ستادی شبکه‌ها و مراکز. - جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات فصلی - پایش‌های مجازی ماهانه و حضوری فصلی در شبکه‌ها. - تهیه گزارش‌های تحلیلی و ارائه به معاونت بهداشت.
۴	دبیرخانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت	- هماهنگی و پیگیری اجرای مصوبات ستاد جوانی جمعیت. - برگزاری جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه به‌صورت ماهانه. - دریافت، بررسی و تجمیع اطلاعات ارسالی از شبکه‌ها و مراکز. - تهیه گزارش‌های فصلی و ارسال به معاونت بهداشت. - نظارت بر تحقق اهداف کمی مولید در سطح شبکه‌ها. - مستندسازی چالش‌ها و ارائه بازخورد به شبکه‌ها
۵	رئیس شبکه بهداشت	- تشکیل جلسات ماهانه ستاد جوانی جمعیت شبکه. - خرد کردن اهداف کمی تعداد مولید تا سطح خانه‌های بهداشت و پایگاه‌ها. - تحلیل داده‌های جمعیتی و تنظیم برنامه‌های عملیاتی. - نظارت بر عملکرد مراکز و پایگاه‌ها و ارائه گزارش به ستاد دانشگاه. - همکاری با نهادهای محلی و استفاده از ظرفیت گروه‌های مردمی.
۶	رئیس مرکز بهداشت/پزشک	- شناسایی گروه هدف مشاوره فرزندآوری و برنامه‌ریزی عملیاتی. - جمع‌آوری و تحلیل داده‌های ارسالی از پایگاه‌ها. - ارائه گزارش فصلی به ستاد شبکه. - هماهنگی با سازمان‌های محلی برای بهبود شاخص‌ها
۷	بهورزان و مراقبین سلامت	- شناسایی و تحلیل کامل جمعیت تحت پوشش. - استخراج داده‌های جمعیتی طبق جدول استاندارد. - ارائه مشاوره فرزندآوری به گروه‌های هدف. - ارائه گزارش فصلی به مرکز بهداشت. - استفاده از ظرفیت رابطین سلامت و همکاری گروه‌های مردمی