

## گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

# تدوین تقویم پیمایشهای ملی سلامت در ایران

### نام و نام خانوادگی مجریان:

دکتر آرش رشیدیان

دکتر اردشیر خسروی

دکتر فرشاد پورملک

دکتر بهزاد دماری

### نام و نام خانوادگی همکاران:

دکتر رقیه خبیری

دکتر ژاله عبدی

الهام الهی

### مدیر اجرایی طرح:

دکتر اردشیر خسروی

### سازمان/واحد ارائه کننده:

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

## فهرست مطالب

۴	..... خلاصه اجرایی
۵	..... فصل اول
۶	..... مقدمه
۷	..... کلیات پژوهش
۸	..... ضرورت تقویت سیستمهای اطلاعات سلامت
۱۳	..... منابع داده ها در یک سیستم اطلاعات سلامت
۲۵	..... فصل دوم
۲۶	..... پیشینه پژوهش
۳۲	..... پیمایش های ملی سلامت
۴۱	..... پیمایش های مهم بین المللی در سطح خانوار در حوزه نظام سلامت
۵۷	..... مروری بر مطالعات ملی سلامت در کشورهای توسعه یافته
۶۰	..... فصل سوم
۶۱	..... روش شناسی مطالعه
۶۱	..... اهداف مطالعه
۶۳	..... فعالیت های مطالعه
۶۷	..... فصل چهارم
۶۸	..... یافته های پژوهش
۸۶	..... فصل پنجم
۸۷	..... بحث و نتیجه گیری
۹۱	..... منابع

## خلاصه اجرایی

یکی از مشکلاتی که معمولاً از سوی صاحب نظران نظام سلامت مطرح می‌شود این است که در حال حاضر هیچ نظام منسجمی برای چارچوب زمانی و تدوین محتوای پیمایش‌های ملی سلامت وجود ندارد. فاصله زمانی بین نوبت‌های اجرای یک پیمایش و رابطه زمانی پیمایش‌های مختلف، حیطة‌های تکراری و قابل حذف و یا حیطة‌های به‌جامانده مورد توجه جدی قرار نمی‌گیرد و این وضعیت موجب اتلاف منابع مالی و انسانی می‌شود.

بدون اطلاعات لازم در زمان لازم میزان تحقق اهداف برنامه‌های پنج‌ساله و چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ قابل ارزیابی نمی‌باشد. یکی از مسایل مهمی که باید در این زمینه مورد توجه قرار گیرد، این موضوع است که برخی از شاخص‌ها، مثلاً شاخص‌های اهداف توسعه هزاره (MDGs) که از تعهدات همه کشورهای می‌باشند، تنها از طریق انجام پیمایش‌های خانوار بدست می‌آیند که برنامه‌ریزی برای تولید به‌هنگام این شاخص‌ها بسیار ضروری است. هدف از اجرای این مطالعه این است که پیمایش‌های ملی سلامت طبق تقویم هماهنگی انجام شده و در نتیجه اطلاعات لازم و به‌هنگام تولید شوند. این پیمایش‌ها به سیاستگذاران در برنامه‌ریزی، مدیریت مبتنی بر شواهد و دیده‌بانی نظام سلامت کمک می‌کنند تا خلاءهای اطلاعاتی مورد نیاز که از نظام جاری اطلاعات سلامت بدست نمی‌آیند، با کیفیت و به‌موقع تولید شوند.

برای طراحی فرایندهای مطالعه بر اساس برنامه زمان‌بندی، کارگروه مطالعه شکل گرفت. اولین اقدام این کارگروه، بررسی متون و منابع موجود در سطح ملی و بین‌المللی بود. بدین منظور ۱۱ پیمایش اصلی در سطح بین‌المللی و ۲۷ پیمایش در سطح ملی مورد ارزیابی قرار گرفتند. به دنبال آن کمیته راهبری متشکل از متخصصان، مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت و کمیته فنی متشکل از متخصصان سلامت تشکیل شد و نظرات ایشان در رابطه با فهرست پیمایش‌های ملی موجود و کم و کاستی‌های آن اخذ و لحاظ شد.

بعد از این مرحله فهرست شاخص‌های مورد نیاز ادارات هریک از معاونت‌ها در وزارت بهداشت استخراج گردید و نحوه احصاء آن شاخص مشخص گردید. در پایان پیمایش‌های اصلی ملی انتخاب گردیدند و کمیته فنی در مورد نحوه جمع‌آوری آنها تصمیم گرفت. در پژوهش حاضر مقرر گردید که ۱۲ پیمایش اصلی ملی به شکل جدول پیمایش کلی اصلی جمع‌آوری شوند. به علاوه، همپوشانی پیمایش‌های مختلف توسط این کمیته مشخص گردید و در خصوص رفع این همپوشانی‌ها به منظور جلوگیری از موازی‌کاری و اتلاف منابع تصمیمات لازم اتخاذ گردید. علاوه بر این، ماژولها و شاخصهایی که در حال حاضر برنامه‌ای جهت جمع‌آوری داده در خصوص آنها توسط پیمایش‌های سلامت وجود ندارد، مشخص گردیدند و نحوه جمع‌آوری داده‌های مرتبط برای آنها معلوم گردید.

# فصل اول

## کلیات پژوهش

## مقدمه:

پیمایش‌های ملی سلامت یکی از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات در نظام‌های اطلاعات سلامت می‌باشند که اساس کار این پژوهش است. داده‌های پیمایش خانوار ممکن است تنها بر موضوعاتی خاص در حوزه سلامت تمرکز نماید. پیمایش‌های خانوار اگر به خوبی طراحی شده باشند، می‌توانند بسیاری از مشکلات سوگیری انتخاب را رفع نمایند. سوگیری که هم در ثبت اطلاعات حیاتی و هم ثبت اطلاعات توسط ارائه‌دهندگان وجود دارد. این روش، شیوه‌ای کم‌هزینه برای رفع سوگیری انتخاب وابسته به ثبت اطلاعات توسط ارائه‌دهندگان در همه کشورهاست. اخیراً پیمایش‌های خانوار تقریباً در همه نظام‌های اطلاعات سلامت بکار می‌روند، اما پتانسیل کامل آنها اغلب عملی نمی‌گردد. نظام‌های اطلاعات سلامت کشورهای با درآمد بالا که به خوبی شکل گرفته‌اند، به صورت معمول از پیمایش‌های خانوار برای ارائه اطلاعات ضروری استفاده می‌کنند. برای مثال پیمایش‌های ملی مصاحبه سلامت<sup>۱</sup> (NHIS) از سال ۱۹۵۷ به طور سالانه در ایالت متحده انجام می‌گیرد. تعداد بسیاری از پیمایش‌های خانوار در کشورهای با درآمد کم و متوسط<sup>۲</sup> (LMIC) انجام می‌گیرد. این سرمایه‌گذاری وسیع توسط تقریباً تمام کشورها شامل طیف وسیعی از پیمایش‌های متمرکز بر موضوعات خاص نظیر وضعیت تغذیه، سلامت دهان و دندان، عوامل خطر، بیماریهای مزمن و سلامت جوانان می‌باشد. در بررسی‌های خانوار داده‌ها از یک نمونه ملی خانوار که بصورت تصادفی از فهرست خانوارها (از سرشماری) انتخاب شده اند جمع‌آوری می‌شوند. گرچه گاهی نیز بررسی‌ها محدود به مناطق خاصی از کشور می‌شوند. حجم نمونه در بررسی خانوار در جمعیت‌های مختلف متفاوت است و در یک جمعیت مثلاً بیست میلیون نفری (۴ میلیون خانوار) یا در یک جمعیت ۵۰۰۰۰ نفری (۱۰۰۰۰ خانوار) درصدی از کل خانوارها را شامل می‌شود. معمولاً در بررسی‌های خانوار نمونه‌گیری سه مرحله‌ای شامل (۱) انتخاب مناطق (شهری روستایی، استان) (۲) انتخاب خوشه‌ها یا واحدهای اولیه نمونه‌گیری (نظیر بلوک، روستا ...) و (۳) انتخاب خانوارها رایج است.

یکی از مشکلاتی که معمولاً از سوی صاحب‌نظران نظام سلامت کشورمان مطرح می‌شود، این است که در حال حاضر هیچ نظام منسجمی برای چارچوب زمانی و تدوین محتوای پیمایش‌های ملی سلامت وجود ندارد. فاصله زمانی بین نوبتهای اجرای یک پیمایش و رابطه زمانی پیمایش‌های مختلف، حیطة‌های تکراری و قابل حذف و یا حیطة‌های به‌جامانده مورد توجه قرار نمی‌گیرد. در عمل این وضعیت موجب اتلاف منابع مالی و انسانی می‌شود. بدون اطلاعات لازم در زمان لازم میزان تحقق اهداف برنامه‌های پنج‌ساله و چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ قابل ارزیابی نمی‌باشد. یکی از مسائل مهمی که باید در این زمینه مورد توجه قرار این موضوع است که برخی از شاخص‌های مثلاً شاخص اهداف توسعه هزاره<sup>۳</sup> (MDGs) که از تعهدات همه کشور می‌باشند تنها از طریق انجام پیمایش‌ها خانوار بدست می‌آیند که برنامه‌ریزی برای تولید به‌هنگام این شاخص‌ها بسیار لازم است.

<sup>۱</sup> National Health Interview Survey

<sup>۲</sup> Low-Middle Income Countries

<sup>۳</sup> Millenium development Gaols

هدف از اجرای این مطالعه این است که پیمایش های ملی سلامت طبق تقویم هماهنگی انجام شده و در نتیجه اطلاعات لازم و به هنگام تولید شوند. این پیمایشها به سیاستگذاران جهت برنامه ریزی و و مدیریت مبتنی بر شواهد و دیده بانی نظام سلامت کمک می کند تا اطلاعات مورد نیاز که از نظام جاری اطلاعات سلامت بدست نمی آیند، با کیفیت و به موقع به وسیله پیمایش های ملی تولید شوند. علاوه بر این، ضمانت اجرایی شدن تقویم پیمایش های ملی سلامت علاوه بر یافته های علمی و ملاحظات اجرایی، لحاظ نمودن نظرات سیاستگذاران و متخصصان ارشد نظام سلامت در تدوین آن است.

## کلیات پژوهش:

پیمایش های ملی سلامت در قالب های مختلف و برای بررسی موضوعات متفاوت مرتبط با سلامت و بیماری ها، به صورت دوره ای طراحی و انجام می گردند و اطلاعات حاصل از آنها برای منظورهای مختلفی منجمله ارزیابی وضعیت سلامت جمعیت، سیاستگذاری، برنامه ریزی، پایش و ارزشیابی، و دیده بانی سلامت مورد استفاده قرار می گیرند. هدف کلی مجموعه پیمایش های ملی سلامت فراهم نمودن اطلاعات لازم برای استفاده در نظام سلامت به نحوی می باشد که این اطلاعات دارای حداکثر صحت علمی لازم به ازای حداقل منابع صرف شده باشند. هدف کلی ایجاد هماهنگی بین پیمایش های ملی سلامت عبارت است از بیشینه نمودن صحت علمی و کمینه نمودن منابع لازم برای فراهم نمودن اطلاعات برای استفاده در نظام سلامت.

مشکل موجود این است که در حال حاضر هیچ نظام هماهنگ مشخص و مدونی برای پیمایش های ملی سلامت وجود ندارد. فاصله زمانی بین نوبت های متوالی یک پیمایش معین برحسب اقتضای روزگار انجام می شود و ممکن است به بیش از ده سال برسد؛ در صورتی که یک پیمایش دیگر ممکن است به صورت غیرضروری در فاصله ای کوتاه تکرار شود. بین مجموعه پیمایش ها نیز از نظر فاصله زمانی و تقدم و تاخر هماهنگی وجود ندارد. همچنین بعضی پودمان های مشابه در پیمایش های متفاوت ممکن است در فواصل کوتاه تکرار گردند (White noise) که دوباره کاری و اتلاف منابع است و از سوی دیگر بعضی پودمان های مشترک بین پیمایش های مختلف ممکن است در بازه های زمانی طولانی انجام نگردند که فقدان اطلاعات ضروری را به دنبال دارد.

ضرورت اجرای طرح این است که در حال حاضر در اثر نبود برنامه و هماهنگی در مورد پیمایش های ملی سلامت، بسیاری از اطلاعات مورد نیاز نظام سلامت در زمان مورد نیاز وجود ندارند و معلوم هم نیست در چه زمانی در آینده موجود خواهند بود و در نتیجه سیاستگذاری، برنامه ریزی، و مدیریت در بخش سلامت بدون وجود اطلاعات ضروری صورت می گیرد و اثربخشی این اقدامات کمتر می گردد. کمتر شدن این اثربخشی می تواند منجر به موارد بیشتری از مرگ و بیماری انسان ها در ایران گردد که در صورت وجود هماهنگی در مورد پیمایش های ملی سلامت، می توان جلوی وقوع این مرگ ها و بیماری ها را گرفت. نبود اطلاعات لازم در زمان لازم، تالی فاسد دیگری نیز دارد و آن این است که امکان پیش بینی روندها و مخاطرات سلامت و برنامه ریزی مبتنی بر شواهد برای آینده را کمتر می کند. همچنین پایش اینکه سلامت ایرانیان در مسیر خود برای رسیدن به اهداف چشم انداز ۱۴۰۴ و اهداف برنامه های پنج ساله توسعه در چه وضعیتی قرار دارد، در صورت فقدان اطلاعات لازم در زمان لازم، از قدرت کمتری

برخوردار می‌شود و نمی‌توان قضاوت کرد که در زمان‌های معین شده، کدام اهداف حاصل شده یا نشده و این وضعیت نامطلوب از عوامل مهم مرتبط با تحقق یا عدم تحقق اهداف چشم‌انداز ۱۴۰۴ و اهداف برنامه‌های پنج‌ساله توسعه می‌باشد.

هماهنگی بین نظام‌های اطلاعات سلامت و مجموعه پیمایش‌های ملی سلامت، چتری است که نظام‌های روتین اطلاعات و مجموعه پیمایش‌های ملی را دربر می‌گیرد. در شروع کار برای هماهنگی پیمایش‌های ملی سلامت، تمرکز بر پیمایش‌های ملی سلامت مبتنی بر خانوار قرار دارد. در آینده، امکان گسترش هماهنگی با نظام‌های روتین اطلاعات سلامت و سایر نظام‌های مراقبت نیز وجود دارد.

تقویم پیمایش‌های ملی سلامت، برای اجرای نظام دیده‌بانی ملی سلامت ضروری می‌باشد. نظام دیده‌بانی ملی سلامت شبکه‌ای ملی و سیاست‌محور است که رصد نظام‌مند و مستمر شرایط و مسایل مربوط به سلامت همه مردم و علوم مرتبط با سلامت در پهنه جغرافیایی ایران و منطقه چشم‌انداز را برعهده دارد تا از سیاست، برنامه، تصمیم‌گیری و اجرای کارآمد و مبتنی بر شواهد حمایت کند. هدف نهایی نظام دیده‌بانی ملی سلامت، مشارکت در تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم و بهبود آن و کاهش نابرابری‌ها و بی‌عدالتی در سلامت است. راهبرد نظام دیده‌بانی ملی سلامت، یکپارچه‌سازی یافته‌های تحلیل و اطلاعات توصیفی نظام سلامت است که در جایگاه خود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر بخش‌های کشور تهیه شده و یا از مطالعات به دست می‌آیند. نتایج به صورت گزارش‌های جامع و تحلیلی تفاوت‌ها، روندها، چشم‌انداز، سناریوهای آینده و توصیه‌های سیاست‌محور ارائه می‌شوند. اولویت بررسی شاخص‌های نظام سلامت در دو سال اول شروع به کار این نظام، داده‌های لازم برای پایش و ارزشیابی پیشرفت برنامه پنجم توسعه، نقشه جامعه علمی و شاخص‌های عدالت در سلامت خواهد بود (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نظام‌نامه دیده‌بانی سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۱).

مهم‌ترین محورهایی که لازم است در هماهنگی پیمایش‌های ملی سلامت مد نظر قرار گیرند، عبارتند از فاصله زمانی بین پیمایش‌ها، هماهنگی بین پودمان‌های مشابه پیمایش‌های مختلف، فاصله زمانی مناسب بین نوبت‌های مختلف یک پیمایش معین، فاصله زمانی بین نوبت‌های پیمایش‌های متفاوت، برنامه به روزرسانی ابزار هر پیمایش معین. علاوه بر پیمایش‌های ملی، پیمایش‌های چند استانی که نتایج آنها در سطح ملی قابل استفاده هستند، نیز مطرح هستند. همچنین پیمایش‌هایی که در شهرهای بزرگ مانند تهران انجام می‌شوند نیز از نظر پیگیری روند تغییرات اهمیت دارند.

## **ضرورت تقویت سیستم‌های اطلاعات سلامت**

### **بهبود سلامت دلیل برای بهبود اطلاعات سلامت**

اگرچه اطلاعات به موقع و قابل اعتماد پایه و اساس فعالیت‌های بهداشت عمومی هستند، اغلب جمع‌آوری، تحلیل و انتشار داده‌ها به موقع و به نحو صحیح صورت نمی‌گیرد. در نتیجه تصمیم‌گیرندگان نمی‌توانند مشکلات و نیازها را شناسایی کنند، میزان پیشرفت را پایش کنند، تاثیر مداخلات را ارزیابی کنند، و براساس شواهد برای سیاست‌گذاری



سلامت، برنامه‌ریزی و تخصیص منابع تصمیم بگیرند. کشورهای که منابع کافی ندارند باید چاره‌ای برای فقدان اطلاعات سلامت بیاندیشند.

### چالشهای ارزیابی سلامت

ارزیابی سلامت به لحاظ فنی و مفهومی بسیار پیچیده است و نیاز به دانش آماری، سلامت عمومی و زیست پزشکی و تخصص ویژه برای هر بیماری یا حوزه برنامه‌ها دارد. ارزیابی صحیح منوط به فراهم بودن تست‌های بیومتریک اختصاصی بیماری، تشخیص‌های بالینی، و امکان‌پذیری ارزیابی رفتارهای جمعیت و پوشش خدمات سلامت است. در نتیجه آمارهای بهداشتی ممکن است از نظر اعتبار علمی، قابل استفاده بودن و به هنگام بودن متفاوت باشند.

### عملکرد ضعیف نظام‌های اطلاعات سلامت

نظام اطلاعات سلامت در یک مسیر جزیره‌ای و آشفته به دلیل فشارهای مدیریتی، قانونی، اقتصادی و فشارهای دینفغان گرفتار شده است. مسئولیت داده‌های سلامت اغلب در بین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف تقسیم می‌شود و ممکن است هماهنگی به دلیل محدودیت‌های اداری و مالی دشوار باشد. برای مثال، برآورد تعداد تولد و مرگ، به عنوان یک پایه مهم سازنده نظام اطلاعات سلامت، عموماً با برنامه‌ریزی بین وزارتخانه‌ها بدست می‌آید. بنابراین برای اطمینان از هماهنگی کافی یا اشتراک اطلاعات بین وزارت بهداشت و سایر سازمان‌ها تلاش‌های ویژه‌ای مورد نیاز است.

فشار زیاد برای دسترسی سریع به داده‌ها اغلب موجب استقرار نظام اطلاعاتی اختصاصی بیماری‌ها شده است. کشورها معمولاً با درخواست‌های متعدد و موازی اطلاعات مواجه می‌شوند که می‌تواند منابع موجود را فراتر از محدودیت آنها وسعت دهد. اگر چه مقدار زیادی از داده‌ها ممکن است جمع‌آوری شوند، تنها بخش کوچکی تجزیه و تحلیل شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند. درون بخش سلامت به خودی خود، کارکنان سلامت به دلیل گزارش دهی بیش از حد به بخش‌های متعدد دچار افزایش بار کاری شده، بطوری که نمی‌توانند داده‌ها را به موقع، صحیح و کامل تحویل دهند.

برای مقابله با آسیب‌های بالقوه ایجاد شده از گسیختگی در طول خطوط اختصاصی بیماری، بسیاری از کشورها در جستجوی یکپارچگی هستند. در آفریقا داده‌ها اغلب در یک قالب خام جمع‌آوری و ارائه می‌شوند، بدون این که تلاشی برای تحلیل استفاده برای مدیریت روزمره یا برنامه‌ریزی بلندمدت صورت گیرد. به علاوه، تلاش کمی صورت می‌گیرد تا داده‌ها در قالبی که برای سیاستگذاران مناسب و کاربردی باشد، ارائه شوند. در نتیجه این تفکر در اذهان عمومی ایجاد می‌شود که اطلاعات سلامت غیر شفاف، مبهم و گاهی ضد و نقیض است.

تقاضاهای روزافزون برای داده‌ها آسیب‌پذیری نظام اطلاعات سلامت را چندین برابر می‌کند، به ویژه وقتی که همراه با فشارهای اداری برای کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی باشد. تصمیم‌گیرندگان در همه سطوح نیاز به اطلاعات مرتبط، به موقع و قابل اعتماد دارند، حتی وقتی که اطلاعات با کیفیت بالا در دسترس می‌باشند، باز هم تضمینی برای استفاده از آنها از سوی سیاستگذار وجود ندارد. متون مختلف مملو از شواهدی است دال بر استفاده کم از اطلاعات می‌باشد. چنین وضعیتی منجر به این نتیجه‌گیری می‌شود که:

" بسیاری از اطلاعات تولید نمی شوند، اگر تولید شوند تحلیل نمی شوند، اگر تحلیل شوند خوانده نمی شوند و اگر خوانده شوند به کار برده نمی شوند".

### رویکردهای موجود به منظور تقویت سیستم اطلاعات سلامت

علی‌رغم نیاز موجود به اطلاعات صحیح و با کیفیت در کشورهای در حال توسعه، عملکرد سیستم‌های اطلاعاتی در بسیاری از این کشورها پایین‌تر از حد انتظار است. هدف یک سیستم اطلاعاتی اغلب به صورت " تولید داده‌های با کیفیت" تعریف شده است. هر چند که هدف نهایی سیستم‌های اطلاعاتی اغلب چیزی فراتر از این است؛ هدف این سیستم‌ها تولید اطلاعات مرتبطی است که سیاستگذاران بخش سلامت بتوانند از آنها جهت اخذ تصمیمات شفاف و مبتنی بر شواهد استفاده کنند.

بنابراین، ارزیابی عملکرد سیستم‌های اطلاعات سلامت، نه تنها باید با توجه به کیفیت داده‌های تولیدی مورد ارزیابی قرار بگیرد، بلکه باید موارد دیگری همچون وجود شواهد دال بر استفاده مداوم از داده‌ها جهت بهبود عملکرد سیستم‌های اطلاعاتی، پاسخگویی به موارد اضطراری، و ارتقای سلامت در ارزیابی این قبیل سیستم‌ها مد نظر قرار گیرد. ارتقای سیستم‌های اطلاعات سلامت در قالب بهبود دسترسی به داده‌ها، بهبود کیفیت آنها و میزان بکارگیری داده‌ها اغلب نیاز به اجرای مداخلاتی دارد که طیف گسترده‌ای از عوامل تاثیرگذار بر عملکرد آنها را در برگیرند. بر اساس نظر صاحب‌نظران این حوزه، تولید پایدار اطلاعات مرتبط با سلامت و استفاده از داده‌های با کیفیت تنها متأثر از عوامل فنی و تکنیکی مانند ابزارهای گردآوری داده و تجهیزات فناوری اطلاعات نیست، بلکه عوامل متعدد محیطی، سازمانی و رفتاری در این فرایند تاثیرگذارند.

در این میان، ایجاد انگیزه برای افرادی که وظیفه گردآوری داده‌ها را دارند، خود به شکل یک چالش مهم باقی مانده است. نگرش منفی کارکنان بخش سلامت به کار جمع‌آوری داده‌ها، همچون اتلاف وقت و بی‌فایده بودن آن، می‌تواند بر کیفیت داده‌های گردآوری شده تاثیر بگذارد. جمع‌آوری کنندگان داده‌های سلامت و استفاده‌کنندگان از این داده‌ها در محیط‌های مختلفی کار می‌کنند و متأثر از جو و فرهنگ موجود سازمان مربوطه خود هستند. ادراک و نگرش مدیریت ارشد نسبت به طراحی سیستم‌های اطلاعاتی و پیاده‌سازی آنها تاثیر بسزایی بر عملکرد این سیستم‌ها دارد. به عنوان مثال، اگر مدیران ارشد بودجه را بر مبنای شواهد و اطلاعات موجود تخصیص ندهند، ارزش فرایند جمع‌آوری اطلاعات زیر سؤال می‌رود. به عبارت دیگر، اگر مدیران ارشد اقدام به ترویج تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و استفاده از اطلاعات برای ایجاد شفافیت و پاسخگویی زیر مجموعه خود نکنند، احتمال شکل‌گیری یک فرهنگ اطلاعاتی در سازمان بعید است. بنابراین، بررسی ادراک، نگرش و ارزش‌های مدیران ارشد و سایر اعضای سازمان در خصوص کارکردهای مرتبط با اطلاعات ضروری به نظر می‌رسد.

ایجاد هماهنگی بین سازمان‌های جمع‌آوری‌کننده اطلاعات، به اشتراک‌گذاری داده‌ها و انتشار آمار به محیط سازمانی و قانونی نیز بستگی دارد. علاوه بر این، اثربخشی نظام‌های اطلاعاتی به تصمیمات سیاستگذاران، ساختار بخش

بهداشت و درمان، کارکردها و رویه‌های موجود نیز وابسته است. تحلیل جامع عوامل تاثیر گذار بر عملکرد سیستم- های اطلاعاتی می‌تواند فرصت‌ها و موانع موجود در راه جمع‌آوری و تولید اطلاعات و استفاده از آنها در فرایند تصمیم‌گیری را مشخص کند. ضمناً بر این اساس می‌توان استراتژی‌های لازم جهت ارتقای این سیستم‌ها را شناسایی نیز نمود.

### متقاعد نمودن ذینفعان و اجرای ارزیابی عملکرد

تقویت سیستم‌های اطلاعات مرتبط با سلامت در کشورها باید با ارزیابی جامع محیط و مسئولیت‌های سازمانی، نقش‌ها و روابط سازمانی، و چالش‌های فنی مرتبط با جمع‌آوری داده‌های خاص شروع شود. سیستم اطلاعات سلامت باید بر اساس موارد ذیل مورد ارزیابی قرار گیرد:

- سیستم اجازه ارزیابی عینی وضعیت موجود و پیگیری وضعیت را بدهد- نتایج ارزیابی باید در طول زمان قابل مقایسه باشند.
- آگاهی دادن به ذینفعان- به عنوان مثال، آگاهی دادن به آنها در خصوص جنبه‌هایی از سیستم اطلاعات سلامت که ممکن است آنها با آن آشنا نباشند.
- حصول توافق و اجماع در خصوص حیطه‌های اولویت دار در زمان ساختاردهی مجدد سیستم‌های اطلاعاتی
- جلب حمایت و تهیه منابع برای مالی و فنی برای تهیه یک برنامه استراتژیک ملی

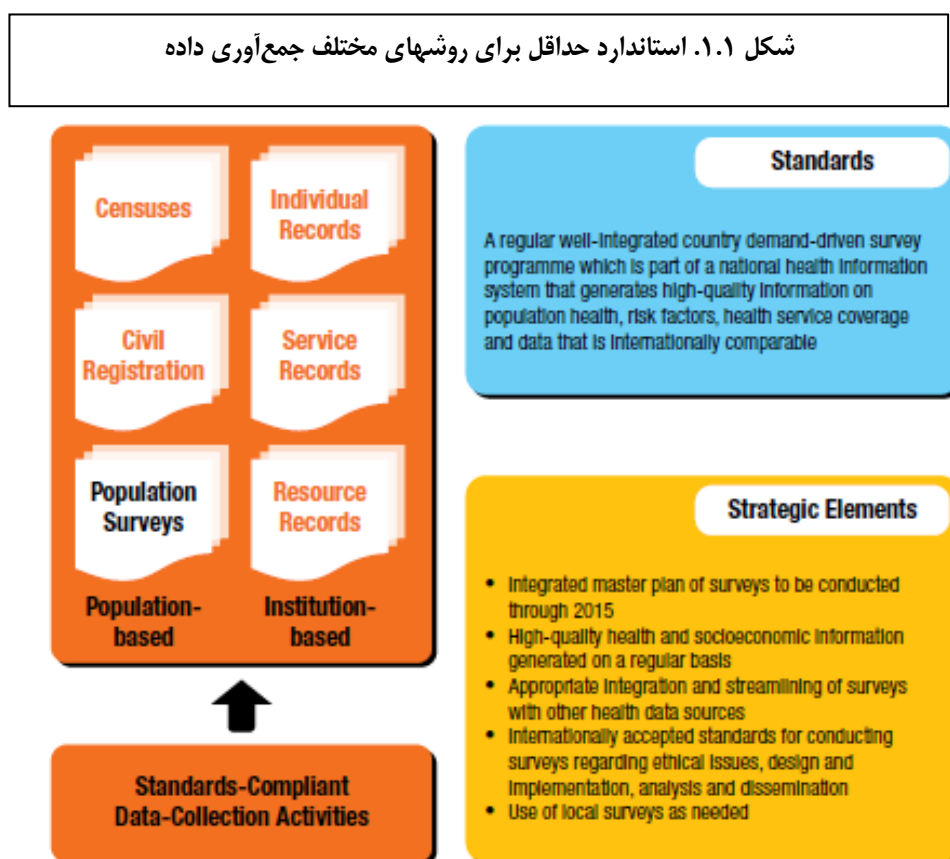
در این راستا HMN ابزار را طراحی و آماده کرده که از آن می‌توان به عنوان راهنمایی جهت فرایند ارزیابی استفاده نمود. لازم به ذکر است که کلیه ذینفعان عمده باید در فرایند ارزیابی و برنامه‌ریزی به منظور افزایش توان سیستم اطلاعات سلامت شرکت نمایند.

### شناسایی نیازهای اطلاعاتی و شاخص‌ها

تنوع نوع داده‌هایی که یک سیستم اطلاعات سلامت می‌تواند تولید کند، بسیار زیاد است. با این حال، برخی داده‌ها برای سیاستگذاران و برنامه‌ریزان از اهمیت بیشتری برخوردارند. یکی از اقدامات اولیه در طی فرایند اصلاح سیستم- های اطلاعاتی شناسایی داده‌های مورد نیاز برای مدیریت مناسب، کنترل بیماری‌ها و پاسخ‌گویی سریع، تصمیم‌گیری استراتژیک و تهیه و تولید سیاست است. این داده‌ها باید به شکلی مستمر، بهنگام و قابل اعتماد در دسترس سیاستگذاران و برنامه‌ریزان قرار بگیرند. در این زمان باید در خصوص شاخص‌های اصلی نظام سلامت توافق صورت بگیرد. لازم به ذکر است که این فهرست شاخص‌های اساسی باید هدفمند، مبتنی بر عمل و متناسب با وضعیت کشور و شرایط موجود باشد.

یکی از مسائل مهم در زمان اصلاح نظام اطلاعاتی مشخص کردن این نکته است که چه داده‌هایی باید جمع‌آوری شوند، این داده‌ها در چه سطحی گردآوری شوند و چه کسی مسئول گردآوری این داده‌ها می‌باشد. تصمیمات

مقتضی در این خصوص باید با توجه به این که چه داده‌هایی و به چه منظوری باید به سطوح بالا گزارش شوند، صورت می‌گیرد. به علاوه، باید تعداد این شاخص‌ها حتی الامکان محدود باشند تا از تحمیل بار اضافی به سیستم و دوباره کاری جلوگیری شود. شکل ۱.۱. نیازهای اطلاعاتی موجود در هر یک از سطوح جمع‌آوری داده‌ها را نشان می‌دهد.



بازخورد از سطوح ملی به دیگر سطوح محیطی حیاتی است و این بازخوردها می‌تواند در تشویق سطوح پایین به گردآوری اطلاعات و ترویج فرهنگ اطلاعاتی کمک‌کننده باشد. در سیستم‌های غیرمتمرکز، رویکردهای نوآورانه جهت ایجاد دسترسی سطوح پایین و منطقه‌ای به داده‌های جمع‌آوری و تجمیع شده لازم است.

## منابع داده ها در یک سیستم اطلاعات سلامت

همان طور که در شکل ۲.۱ نیز قابل مشاهده است، داده‌های مرتبط با سلامت یا به شکلی مستقیم از جمعیت به دست می‌آیند یا این که از عملکرد موسسات بهداشتی و درمانی و سایر مراکز مرتبط حاصل می‌شوند.

**منابع مبتنی بر جمعیت:** می‌توانند در مورد کلیه افراد تعریف شده در جمعیت داده تولید نمایند. این منابع می‌توانند شامل کل جمعیت (همانند سرشماری و داده‌های ثبت وقایع حیاتی) باشند یا این که شامل داده‌های جوامع نمونه یا جوامع فرعی باشند (مانند پیمایش خانوار یا سایر پیمایش‌ها). آن چه که در مورد این منابع اطلاعاتی مشترک است این است که منابع اطلاعاتی کل جمعیت را در نظر می‌گیرند و تنها به مصرف‌کنندگان خدمات سازمان‌های بهداشتی و درمانی محدود نمی‌شوند. این قبیل منابع اطلاعاتی ممکن است به شکلی مداوم و پیوسته وجود داشته باشند و از داده‌های سازمانی و مدیریتی به دست بیایند (مانند نظام ثبت وقایع حیاتی) یا این که به شکل دوره‌ای و متناوب باشند (پیمایش‌های خانوار مقطعی).

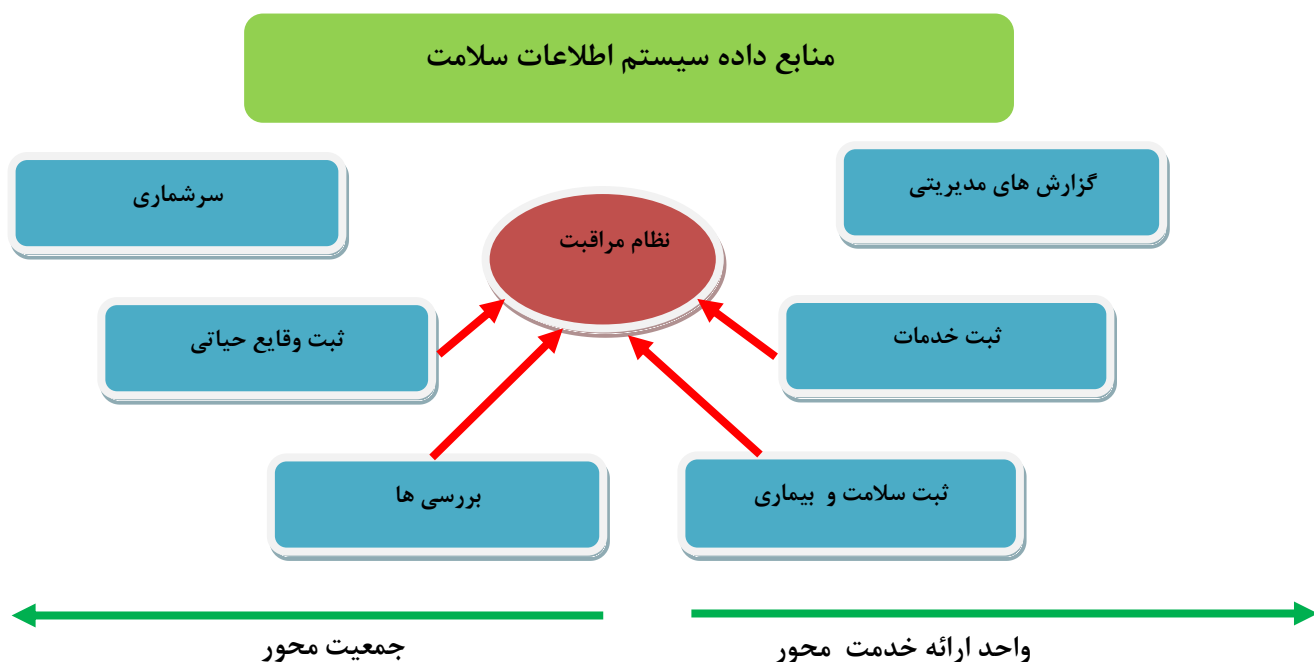
**منابع سازمان محور (موسسه محور):** این منابع در نتیجه فعالیت‌های اداری یا عملیاتی تولید داده می‌کنند. این فعالیت‌ها تنها مختص به بخش بهداشت و درمان نمی‌باشد و می‌تواند بخش‌های دیگر همچون مدارک پلیس و نیروی انتظامی (مانند میزان تصادفات)، وزارت کار (مانند میزان جراحات شغلی) یا اداره کشاورزی و تغذیه (مانند میزان تولید و توزیع مواد غذایی) را شامل شود. در داخل بخش بهداشت و درمان طیف متنوعی از داده‌های مرتبط با خدمات سلامت منجمله: داده‌های مرگ و میر و ابتلای مرتبط با استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت، خدمات ارائه شده، داروهای ارائه شده، اطلاعات مرتبط با دسترسی و کیفیت خدمات، گزارش موارد خاص، و اطلاعات مرتبط با منابع مادی، انسانی و مالی حاصل فعالیت این دسته از منابع هستند.

بیشتر داده‌های مرتبط با ارائه خدمات سلامت یا وضعیت سلامت افراد در زمان مراجعه به واحدهای بهداشتی و درمانی به شکلی روتین در زمان ثبت خدمات و گزارش آنها ثبت می‌گردد. پیمایش مراکز بهداشتی و درمانی روش دیگری جهت جمع‌آوری داده در مورد خدمات سلامت و معتبر کردن داده‌های روتین جمع‌آوری شده از این مراکز است که با استفاده از روش‌هایی همچون مشاهده فعالیت، بررسی عملکرد و مصاحبه با کارکنان این واحدها و مرور پرونده‌ها و مستندات موجود این کار را انجام می‌دهد.

تحقیقات در حوزه سلامت نیز باید به عنوان یکی از منابع اصلی اطلاعات جهت اخذ تصمیمات در بخش سلامت در نظر گرفته شوند. تحقیقات صورت گرفته در بخش سلامت دارای طیف متنوعی بوده و شامل موارد: بیومدیکال، بهداشت عمومی، سیاستگذاری در بخش سلامت، علوم رفتاری و اجتماعی، بهداشت محیط و ..... می‌شوند. پژوهش‌های بخش سلامت به طور گسترده‌ای بر مشکلات سلامت که دارای ابعاد جهانی هستند یا مشکلاتی که کشورهای در حال رشد یا جمعیت‌های آسیب‌پذیر را درگیر خود کرده‌اند، تمرکز نموده‌اند. علاوه بر این، پژوهش‌های بخش سلامت جهت ارتقای عملکرد نظام‌های بهداشت و درمان نیز ضروری هستند. اگر چه نظام مراقبت بیماری‌ها (گاهی

اوقات به عنوان یکی از منابع موجود اطلاعاتی در بخش سلامت به شمار می‌آید، با این حال، لازمست که این نظام‌ها با دیدی جامع تر و در عین حال یکپارچه تر نگریسته شده و به عنوان مجموعه‌ای از روشها جهت مدیریت داده‌ها از منابع اطلاعاتی مختلف قلمداد شوند. در ادامه و در قسمت بعدی مشخصات اصلی و استانداردهای مربوط به منابع اصلی داده‌های مرتبط با سلامت مروری اجمالی می‌گردد.

شکل ۲.۱. منابع داده‌ها در یک سیستم اطلاعات سلامت جامع (Health Metrics Network, ۲۰۰۸)



#### ۱- سرشماری

سرشماری نفوس و مسکن منبع اصلی اطلاعات جهت برآورد اندازه جمعیت، توزیع جغرافیایی آن به همراه مشخصات اجتماعی، اقتصادی و دموگرافیک جمعیت می‌باشد. سرشماری در بسیاری از کشورها چندین دهه است که اجرا می‌گردد و در برخی از کشورها سابقه اجرای آن بیش از یک قرن است. به طور ایده آل سرشماری باید هر ده سال یک بار اجرا شود، و می‌تواند داده‌های آماری مهمی در خصوص وضعیت جمعیت و مسکن حتی در پایین ترین سطوح اداری فراهم آورد.

از منظر سلامت، اطلاعات مرتبط با تعداد جمعیت و توزیع آنها از نظر جنس، سن و سایر مشخصه‌های دموگرافیک جهت برنامه‌ریزی در سطح ملی و محلی، برآورد حجم جمعیت و روند رشد آن، و پوشش خدمات سلامت و نیازهای آتی ضروری است. اطلاعات در مورد عوامل تعیین کننده مهم و عوامل خطر همچون فقر، وضعیت مسکن، منابع آب آشامیدنی و دفع فاضلاب نیز می‌توانند جز این اطلاعات باشند. ماهیت داده‌های سرشماری امکان اعمال برآوردها را

در سطح نواحی کوچک‌تر و تجمیع داده‌ها بر حسب خوشه‌های کلیدی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی به وجود می‌آورد.

هر چند که نقطه ضعف عمده این روش، تعداد کم سئوالات مرتبط با سلامت است که می‌توان آنها را در سرشماری‌ها گنجانند. سؤال از زنان در سن باروری در خصوص تعداد فرزندان زنده و فرزندان به دنیا آورده جهت برآورد میزان مرگ و میر کودکان کاربرد زیادی دارد. سرشماری‌ها می‌توانند شامل سئوالاتی در مورد موارد جدید مرگ در خانوار باشند و اطلاعاتی در مورد روند سنی و جنسی در سطوح ملی و محلی فراهم آورند. فایده وارد کردن سئوالات مرتبط با مرگ در سرشماریها وابسته به فراهمی داده از دیگر منابع اطلاعاتی می‌باشد. به عنوان مثال، اگر داده‌های مرگ و میر از نظام‌های آمارهای حیاتی با پوشش بالا (بیش از ۹۰٪) در دسترس باشند، دیگر نیازی نیست که در خصوص مرگ و میر سئوالاتی در سرشماری وجود داشته باشد. در صورتی که داده‌های مرتبط با مرگ و میر و روند آن به صورت محدود موجود باشند، سرشماری باید شامل سئوالات مرتبط با مرگ و میر نیز باشد. یکی از مسائل مهم در این بین برآورد دقیق میزان مرگ و میر در موارد عدم گزارش مرگ می‌باشد که معمولاً در سطح وسیعی نیز رخ می‌دهند. برخی پیمایش‌ها سئوالاتی را در مورد علل مرگ و میر خصوصاً عللی که به راحتی قابل تعریف هستند، مانند مرگ به علت عوارض بارداری و زایمان و مرگ به علل سوانح و حوادث در خود جای می‌دهند. بر اساس شواهد موجود سرشماری می‌تواند یکی از منابع اطلاعاتی در خصوص مرگ مادران نیز باشد. مزیت استفاده از سرشماری‌های ملی جهت برآورد میزان مرگ مادران در کشورهایی که فاقد منابع قابل اعتماد جمع‌آوری داده در این زمینه هستند، قابل ملاحظه است. سرشماری تنها پیمایش در سطح خانواری است که جهت اندازه‌گیری تفاوت‌های فاصله‌ای و اقتصادی-اجتماعی مرگ مادران به اندازه کافی بزرگ است. روش‌های استاندارد برای ارزیابی و در برخی مواقع مشخص، تطبیق داده‌های مرگ و میر کلی نیز وجود دارد.

تحلیل داده‌های مرتبط با سرشماری جهت استفاده در بخش بهداشت و درمان باید شامل پیش‌بینی دقیق و تفصیلی مشخصات سنی و جنسی جمعیت برای نواحی جغرافیایی کوچک باشد. به علاوه لازمست که داده‌های خرد سرشماری به راحتی جهت اجرای تحلیل‌های لازم همچون میزان دسترسی به خدمات سلامت یا توزیع نیروی انسانی بخش سلامت قابل دسترسی باشند.

## ۲- نظام ثبت وقایع حیاتی

نظام ثبت وقایع حیاتی، نظام ثبت و ضبط مستمر، جامع و اجباری است که کلیه موارد وقوع و ویژگی‌های رویدادهای حیاتی (از جمله موارد مرگ، تولد، ازدواج و طلاق) و سایر رویدادهای حیاتی جمعیتی را که بر حسب قوانین و مقررات هر کشور مشخص شده‌اند، شامل می‌شود.

هدف اصلی نظام ثبت وقایع حیاتی تهیه مدارک قانونی است که بر مبنای قوانین و مقررات الزامی شده‌اند. با این وجود، مدارک تهیه شده توسط نظام ثبتی منبع اصلی و در عین حال مطمئنی برای داده‌ها و آمارهای حیاتی نظیر موارد تولد، مرگ و میر و تغییر وضعیت ازدواج قلمداد می‌شوند. زمانی که داده‌های حاصل از نظام ثبتی با مدارک

پزشکی مرتبط با علل مرگ، که بر اساس استاندارد ICD طبقه‌بندی شده‌اند، تلفیق می‌گردد، داده‌های صحیح و قابل اعتمادی در مورد علل مرگ و میر تولید می‌شوند.

از دیدگاه دموگرافیک و اپیدمیولوژیکی، مهم‌ترین مزیت نظام ثبت احوال این است که این نظام، ثبت کامل و مستمر کلیه رویدادهای حیاتی را تضمین کرده و زمینه را برای تولید آمارهای حیاتی لازم جهت ارتقای پیامدهای سلامت فراهم می‌آورد. آمارهای حیاتی جز منابع اصلی تصمیم‌گیری‌ها و تدوین سیاست در برنامه‌های توسعه انسانی محسوب می‌شود. اطلاع به موقع از اندازه جمعیت و مشخصات اقتصادی-اجتماعی آن لازمه برنامه‌ریزی‌های اقتصادی-اجتماعی می‌باشد. به همین صورت اطلاعات در مورد تعداد موارد مولید اتفاق افتاده در یک دوره زمانی به همراه مشخصات مادران، مبنای تحلیلهای میزان پویایی باروری را تشکیل می‌دهد. اطلاعات مرتبط با مرگ و میر و مشخصات فوت شدگان جهت محاسبه جداول زندگی و برآورد احتمال مرگ در سنین مختلف ضروری است. چنین اطلاعاتی جهت ارزیابی و پایش وضعیت سلامت جمعیت و برنامه‌ریزی برای مداخلات مرتبط لازم و ضروری هستند. ایجاد و حفظ نظام ثبت اطلاعات حیاتی، نیازمند ثبت اطلاعات صحیح و پیوسته مرتبط با رویدادهای حیاتی افراد جامعه از تولد تا مرگ در زمان وقوع آنها و بر اساس استانداردهای ملی است. در بسیاری از کشورها، خصوصاً کشورهای با درآمد کم و پایین تر از حد متوسط، نظام ثبت حیاتی وجود نداشته یا این که ضعیف است و نمی‌تواند به عنوان یک منبع موثق آمار حیاتی عمل کند. استاندارد طلایی یک نظام ثبتی ارائه اطلاعات کامل در خصوص موارد تولد و مرگ (پوشش ۱۰۰ درصد) به همراه ذکر علل پزشکی مرگ می‌باشد. در کشورهایی که پوشش نظام ثبت احوال کم و محدود است و داده‌های مرتبط با علل مرگ چندان قابل اعتماد نیستند، لازمست که حداقل یک نظام مراقبت اطلاعات دیده ور روستایی و یک نظام شهری وجود داشته باشند که بتوانند نمایی از علل مرگ در سطح جمعیت ارائه داده و ظرفیت لازم جهت شناسایی و کدگذاری علل مرگ را در آینده ایجاد کنند.

### ۳- پیمایش جمعیت

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت تنها منبع موجود در خصوص اطلاعات مرتبط با جمعیت قلمداد می‌شوند. از ۲۳ شاخص مرتبط با سلامت اهداف توسعه هزاره، ۱۷ شاخص با استفاده از پیمایش‌های جمعیتی همچون MICS و DHS جمع‌آوری می‌شوند. این قبیل پیمایش‌ها جهت تولید اطلاعات در خصوص مواردی همچون وضعیت مرگ و میر و سلامت مادران و کودکان، وضعیت تغذیه، میزان استفاده از خدمات، دانش و عملکرد افراد در برابر مراقبتهای سلامتی، عوامل تعیین کننده و دانش و باورهای و عملکرد افراد در خصوص پیشگیری از بیماری‌ها و نحوه انتقال آنها (خصوصاً HIV)، میزان هزینه‌های خانوار در مورد سلامت و دسترسی به خدمات سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند.

پیمایش‌های خانوار اخیراً در مورد وضعیت بالینی و زیستی افراد نیز داده‌هایی را جمع‌آوری می‌کنند (معاینات سلامت افراد) که این امر سبب شده که داده‌های دقیق‌تر و قابل اعتمادتری در خصوص پیامدهای سلامت نسبت به خودگزارشی افراد حاصل شود. با ایجاد ارتباط بین پیمایش‌های مرتبط با سلامت با پیمایش‌هایی که دیگر موضوعات را



پوشش می‌دهند، می‌توان داده‌هایی را در خصوص ارتباط بین وضعیت سلامت افراد و عوامل تعیین کننده اجتماعی-اقتصادی به دست آورد. پیمایش‌ها منبع اصلی اطلاعات در خصوص عوامل خطر همچون رابطه جنسی ناایمن، وضعیت مصرف دخانیات و مواد اعتیادآور، و وضعیت تغذیه نامناسب محسوب می‌شوند. این قبیل پیمایش‌ها در اندازه‌گیری موارد نادرتر همچون مرگ و میر بزرگسالان از قابلیت اعتماد کمتری برخوردار هستند.

پیمایش‌های جمعیتی که موارد غیرمرتبط با سلامت همچون سطح درآمد و هزینه‌های خانوار، پیمایش نیروی کار، وضعیت کشاورزی و یا تغذیه افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، می‌توانند در خصوص عوامل مهم تاثیرگذار بر سلامت افراد اطلاعات تولید کنند. هر چند که برخی از این اطلاعات را می‌توان از منابع موسسه محور به دست آورد، با این حال پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت امکان سوگیری کمتری داشته و بیشتر معرف جامعه هستند. یکی از نوآوری‌های جدید در حوزه پیمایش‌های خانوار استفاده از اطلاعات مرتبط با دارایی‌های خانوار جهت تخمین میزان ثروت خانوار و استفاده از آن برای تعیین دهکهای اقتصادی جامعه است. به عبارت دیگر، با صرف اندکی هزینه بیشتر می‌توان اطلاعات مفید و منحصر بفردی در خصوص وضعیت عدالت در سلامت در جامعه تولید کرد.

در اینجا ذکر این نکته ضروری است که نقطه قوت پیمایش‌های خانوار در زمینه تولید اطلاعات مرتبط با سلامت (مانند اهداف توسعه هزاره) سبب ایجاد مسئله و مشکل برای این دسته از منابع اطلاعاتی نیز شده است. در حال حاضر در کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف از جمله تقاضای سازمان‌های خارجی اهدا کننده کمک، پیمایش‌های متعدد جمعیتی صورت می‌گیرد که در برخی مواقع این پیمایش‌ها با یکدیگر همپوشانی داشته و سبب تحمیل بار اضافی به سیستم‌های اطلاعاتی این کشورها می‌شوند. در این خصوص استاندارد طلایی شبکه اندازه‌گیری سلامت (HMN) وجود یک برنامه پیمایش خانوار یکپارچه و منطبق با نیازها و مقتضیات جامعه است که بخشی از سیستم اطلاعات سلامت ملی و سیاست‌های آماری جامعه بوده و در عین حال داده‌های مستمر و باکیفیت لازم را در خصوص جمعیت و وضعیت متغیرهای مرتبط با سلامت و متغیرهای اقتصادی-اجتماعی آن تولید می‌کند. در این حالت پیمایش‌های سلامت، می‌توانند به عنوان ابزاری موثر در برنامه ریزی و ارزیابی بخش سلامت به کار روند. بدین منظور تبعیت از استانداردهای بین‌المللی نیز در این زمینه لازم و ضروری می‌باشد.

برای ایجاد یک سیستم پیمایشی با کارکرد مناسب و معقول، نظام اطلاعاتی سلامت باید گام‌های متعددی در این زمینه بردارد. در این راستا لازمست ارزیابی تفصیلی نیازهای اطلاعاتی (شاخصهای اساسی) دهه بعد با استفاده از تحلیل امکان‌سنجی صورت گیرد تا مشخص شود کدام یک از منابع داده‌ای می‌توانند به این نیازها پاسخ دهند. در عین حال تهیه نقشه پیمایش‌های گذشته و فعلی نیز لازم و ضروری است. در این نقشه جامع باید حداقل پیمایش‌های ملی مهم صورت گرفته در ۱۰ سال اخیر و نقش ذینفعان مختلف ملی و محلی در اجرای آن مشخص شود. یکپارچه سازی پیمایش‌های خانوار در یک سیستم کلی اطلاعات سلامت مستلزم برنامه‌ریزی در ابعاد مختلفی به شرح ذیل می‌باشد:

- بررسی دقیق این موضوع که کدام اطلاعات مرتبط با سلامت را می توان از دیگر پیمایشهای غیر سلامت مانند پیمایشهای اقتصادی که معمولاً نیز بیشتر اجرا شده و حجم نمونه بزرگتری دارند، به دست آورد.
- شناسایی پیمایشهایی که ابزاری جهت تایید روایی و پایایی منابع اطلاعات روتین هستند (مانند مدارک ایمن سازی یا میزان شیوع ایدز که از سیستم مراقبت دوران بارداری به دست آمده است).
- ارزیابی دقیق روند جمع‌آوری داده در خصوص موضوعات مشخص (مانند مرگ و میر و علل مرگ) و مقایسه آن با گزینه های موجود (مانند نظام ثبتی). برخی قابلیتها ممکن است نتیجه زودرس نداشته باشند، اما بتوانند در بلند مدت داده‌هایی کاملتر و با تناوب بیشتر تولید نمایند

درک این حقیقت که پیمایش‌های ملی که در سطح وسیع اجرا می‌شوند، هزینه بر بوده و فرایند اجرای آنها پیچیده می‌باشد و معمولاً از نظر هزینه اثربخشی اجرای آنها بیش از یک بار در هر سه تا پنج سال مقرون به صرفه نمی‌باشد. علاوه بر این، پیمایشهای خانوار به دلایلی همچون خطای نمونه‌گیری و سایر خطاها در معرض خطر سوگیری و حاشیه عدم قطعیت نیز قرار دارند و به همین دلیل نیاز است که با دیگر منابع داده مطابقت داده شوند.

پیمایشهای خانوار باید با استانداردهای توافق شده بین‌المللی در خصوص نحوه نمونه‌گیری، طراحی پرسشنامه، نظارت بر جمع‌آوری میدانی داده‌ها، محرمانگی و روند تحلیل اطلاعات مطابقت داشته باشند. به علاوه، نتایج حاصل از این پیمایشها باید پس از یک دوره زمانی معقول در اختیار عموم قرار بگیرد. به منظور پیاده‌سازی این استانداردها یک کشور نیاز به منابع انسانی کافی و زیرساختهای ضروری دارد. هر چند که سازمان آمار در یک کشور معمولاً متولی اجرای پیمایشهای ملی است، با این حال همکاری نزدیک این نهاد با وزارت بهداشت و درمان خصوصاً با توجه به ادغام معاینات سلامت در پیمایشهای بزرگ جمعیتی ضروری به نظر می‌رسد.

#### ۴- ثبت وضعیت سلامت / پرونده های فردی

پرونده های سلامت افراد به طور معمول شامل این موارد هستند:

- مستند سازی خدمات ارائه شده به فرد (مانند پایش قد کودکان یا مراقبتهای حین بارداری)،
- گزارشهای موردی یا گزارش بیماریها که به وسیله کارکنان بخش سلامت صورت می‌گیرد،
- اطلاعات مربوط به نظام ثبت برخی بیماریهای خاص (مانند سرطان)،

یکی از کارکردهای اصلی پرونده ها کمک به ارائه دهندگان خدمت جهت ارائه خدمات به افراد در یک مرکز یا موسسه بهداشتی و درمانی یا در طی فرایند ارجاع می باشد. محتوا و شکل این پرونده ها بسته به نوع خدمت ارائه شده متفاوت است و شامل مواردی همچون: خدمات پیشگیری برای کودکان زیر پنج سال و زنان، مراقبتهای درمانی حاد، ویزیت پیگیری بیماریهای مزمن، خدمات بستری در یک بیمارستان، تستهای تشخیصی و مدارک ارجاع بیمار به سایر موسسات می باشد.

در مدیریت بیمار به شکل سرپایی معمولاً ارائه دهندگان خدمت از یادداشت‌های ساده تشخیصی و درمانی جهت ثبت سوابق بیمار و خدمات ارائه شده به وی، چه در یک کاغذ ساده یا یک فرم ساده مدارک پزشکی، استفاده می‌کنند. هر چند که برای برخی شرایط و بیماری‌ها نیاز به ثبت اطلاعات دقیق‌تر جهت شناسایی عوامل خطر، سازماندهی تداوم مراقبت، و ردیابی بیماران با بیماریهای مزمن (مانند ایدز) جهت پایش پیامدهای درمان می‌باشد.

فرم‌های کاغذی حداقل تا یک آینده قابل پیش‌بینی نقشی اساسی در ثبت وضعیت سلامت بازی می‌کنند. بنابراین، طراحی و تولید این فرم‌ها در تقویت سیستم‌های اطلاعاتی باید مد نظر قرار بگیرد. پرونده‌های پزشکی نیز می‌توانند به نحوی سازماندهی شوند که ارائه دهندگان خدمت را در حین معاینات بالینی راهنمایی کنند. معمولاً چک لیستهای مشکل محور یا بیماری محور به شکلی چاپ شده در پرونده‌ها قرار دارند. این چک لیستها نه تنها زمان کمتری را جهت پر کردن به خود اختصاص می‌دهند، بلکه خوانا تر نیز می‌باشند.

وارد کردن پرونده‌های پزشکی در یک پایگاه داده‌ای الکترونیک می‌تواند کمک زیادی به ذخیره، انتقال و تحلیل اطلاعات ضروری مشتریان بنماید. با این حال ترکیب پرونده پزشکی الکترونیک و پرونده کاغذی بسته به وجود منابع مالی و انسانی و زیرساختار فناوری اطلاعات موجود دارد. اطلاعات بیمار در صورتی که بر روی یک کارت یا برگه ذخیره شود و نزد خود بیمار بماند، این امکان را به وجود می‌آورد که در صورتی که ارائه دهندگان خدمت فاقد سیستم نگهداری و بازیابی باشند، باز هم اطلاعات مرتبط با بیمار ثبت شده و به اشتراک گذاشته شود. با این حال، حجم اطلاعاتی که می‌توان بر روی این کارتها ذخیره نمود؛ محدود است. به علاوه، از آنجا که این کارتها ممکن است مفقود شده یا گم شوند، بسیاری از صاحب‌نظران بر این باورند که به جای استفاده از این کارتها باید بایگانی و نگهداری مدارک بیمار توسط سازمانهای بهداشتی و درمانی در اولویت قرار بگیرد.

## ۵- ثبت خدمات

ثبت خدمات نه تنها شامل ثبت خدمات ارائه شده در بخش بهداشت و درمان می‌شود، بلکه شامل اطلاعات ثبتی در دیگر بخش‌های در خصوص رویدادهایی که بر پیامدهای سلامت تاثیر مستقیم دارند، نیز می‌شود. از جمله این موارد می‌توان به ثبت اطلاعات در اداره پلیس، خدمات دامپزشکی، سازمانهای بیمه گر و مراجع متولی سلامت شغلی اشاره نمود. این نوع از رویدادها شامل موارد جراحات و صدمات غیرعمدی، موارد خودکشی، قتل، حوادث جاده‌ای، رویدادهای محیطی و اطلاعات مرتبط با غذا و ایمنی مواد غذایی می‌شود. جمع‌آوری اطلاعات خدمات از بخش خصوصی و دیگر سازمانهای ارائه کننده خدمت، به غیر از بخش دولتی نیز در این میان باید مد نظر قرار بگیرد.

تمرکز ثبت خدمات مرتبط با سلامت معمولاً بر اطلاعات محلی است که از آنها جهت مدیریت و سازماندهی خدمات سلامت استفاده می‌شود. این اطلاعات ثبتی از داده‌های مرتبط با ارائه خدمات (به دست آمده از مراکز بهداشتی و درمانی) و تعاملات بین بیمار و ارائه دهنده مراقبت که شامل مراقبتهای ارائه شده، کیفیت مراقبت ارائه شده، و درمانهای اجرا شده می‌باشد، به دست می‌آیند. یکی از مشخصه‌ها و در عین حال نقاط قوت این آمارهای خدمات

سلامت استفاده محلی از آنها جهت مدیریت تسهیلات می‌باشد. در صورت نیاز، می‌توان از این آمارها جهت برآوردهای جمعیتی مانند برآورد میزان پوشش واکسیناسیون، مراقبت مادران، و غیره استفاده نمود. این آمارها می‌توانند منبعی دائمی برای اطلاعات ایجاد کنند که قابلیت اعتماد آن نیز می‌تواند به صورت دوره ای و با استفاده از آمار حاصله از پیمایش‌های خانوار آزمون گردد.

کیفیت خدمات باید به طور مداوم و به عنوان بخشی از نظام اطلاعات سلامت مورد ارزیابی قرار گیرد. نظامهای نظارتی می‌توانند جهت جمع‌آوری داده‌های سیستمی و استاندارد شده مورد استفاده قرار بگیرند یا این که از آنها به منظور مقایسه عملکرد مراکز درمانی در یک دوره زمانی یا مقایسه بین عملکرد واحدهای مختلف یا مناطق جغرافیایی استفاده نمود. داده‌های بیشتر را می‌توان با استفاده از پیمایشهای مراکز بهداشتی و درمانی که معمولاً شامل نمونه ای از این مراکز است، به دست آورد. این پیمایشها می‌تواند جنبه‌های مختلف کیفیت از جمله فراهمی دارو، تجهیزات و نیروی انسانی با تجربه و آموزش دیده را شامل شود. تکنیکهای خاص مانند مرور مستندات و مشاهده تعاملات ارائه دهنده- مشتری می‌تواند ارزش بیشتری به فرایند ارزیابی بدهد. داده‌های حاصله از مرور پرونده‌ها و مستندات و فهرست کارکنان را می‌توان جهت تایید روایی آمارهای اداری روتین در خصوص حجم خدمات ارائه شده و فراهمی و توزیع جغرافیایی نیروی انسانی استفاده نمود.

نظام‌های دیده ور از مراکز بهداشتی و درمانی منتخب استفاده می‌کنند تا روند بیماری‌ها را در طی زمان پایش کنند. داده‌های تولید شده توسط این مراکز دیده‌ور به نوعی از داده‌های اصلی جمع‌آوری شده حمایت و پشتیبانی می‌کند. برای برخی بیماری‌ها در طی یک دوره زمانی اطلاعات اضافی در خصوص برخی بیماریها در این مراکز بهداشتی و درمانی منتخب جمع‌آوری می‌گردد (به عنوان مثال، اجرای تست HIV بر نمونه خون مادران بارداری که جهت اجرای تست سیفلیس در مراقبتهایی دوران بارداری به واحد بهداشتی و درمانی مراجعه کرده‌اند).

داده‌های مرگ و میر و ابتلای مبتنی بر عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی تنها زمانی جهت برآورد میزان شیوع، بیماری، بروز بیماریها و علل آن کافی هستند که پوشش خدمات نزدیک به ۱۰۰ درصد باشد. با این حال، این داده‌ها می‌توانند اطلاعات مفیدی در خصوص روند بیماریها و اهمیت نسبی بیماریها و علل مرگ ارائه دهند. رتبه بندی علل مرگ در بیمارستانها یا نظامهای ثبت سرطان نمونه ای از این دست اطلاعات می‌باشد. اصلاح برخی تورشهای موجود در این داده‌ها می‌تواند مطلوبیت این داده‌ها را افزایش نیز دهد.

## ۶) گزارشهای مدیریتی / ثبت منابع

ثبت منابع و گزارشهای اجرایی بر کیفیت، فراهمی و لجستیکی منابع ورودی خدمات بهداشتی و درمانی تمرکز می‌کنند. این منابع اطلاعاتی شامل داده‌هایی در مورد تراکم و توزیع مراکز بهداشتی و درمانی، منابع انسانی بخش سلامت، بودجه و هزینه‌ها، دارو و دیگر تجهیزات اصلی و خدمات کلیدی می‌شوند. پیش نیاز حداقلی این اطلاعات، وجود یک پایگاه داده ای شامل اطلاعات مراکز بهداشتی و درمانی و خدمات ارائه شده در این مراکز است. با توسعه این پایگاه داده‌ای می‌توان اطلاعاتی در مورد وضعیت جغرافیایی، نیروی انسانی، تجهیزات و دیگر موارد به این داده‌ها

اضافه نمود. مشخص نمودن وضعیت فراهمی منابع، مداخلات اختصاصی و الگوی بیماری‌ها می‌تواند داده‌های مهمی را در زمینه عدالت فراهم آورده و تلاشها را به منظور هدایت منابع به نقاط محروم و دورافتاده هدایت کند.

اطلاعات در خصوص نیروی انسانی و نحوه توزیع آنها جز اطلاعات ضروری قلمداد می‌شود که باید در سطح ملی، منطقه‌ای و مراکز بهداشتی و درمانی پایش گردد. داده‌های موجود در خصوص تعداد پزشکان، پرستاران، کارشناسان توانبخشی، تکنسین‌های آزمایشگاه و غیره باید با اطلاعات دیگر در خصوص ریزش نیروها به دلایلی همچون مرگ، بازنشستگی، مهاجرت و داده‌های نیروهای فارغ‌التحصیل از مراکز آموزشی ترکیب گردد.

به منظور مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی، اطلاعات در خصوص درآمدها و هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی به طور متوالی توسط سیستمهای اطلاعاتی مدیریت مالی تهیه می‌گردد. جهت تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ریزی استراتژیک اطلاعات مالی در بخش سلامت با استفاده از روش به کار گرفته شده در حسابهای بخش سلامت گردآوری می‌شوند. این سیستم، اطلاعاتی را در خصوص میزان منابع موجود در بخش سلامت و گردش این منابع در نظام سلامت فراهم می‌آورد. تقسیم بندی داده‌ها بر حسب منابع بخش عمومی و خصوصی یکی از نکات حائز اهمیت در این خصوص است. به علاوه ترکیب اطلاعات مالی بر حسب بیماریهای عمده یا برنامه‌های سلامت نیز با این روش امکان پذیر است؛ هر چند که به ندرت اجرا می‌شود. در سطوح محلی، اطلاعات مرتبط با بودجه که به کارکردهای نظام سلامت و بالاخص مداخلات متصل شده است، به عنوان حداقلی جهت بودجه‌ریزی بر مبنای عملکرد لازم و ضروری است. دریافت و پیدا کردن اطلاعات مربوط به هزینه‌های واقعی معمولاً مشکل است ولی با این حال، جهت ارزیابی عملکرد نظام سلامت ضروری می‌باشد.

جدول ۱.۱. نقش هر یک از منابع داده را تهیه اطلاعات برای شاخصهای مختلف حوزه سلامت (از جمله تعیین کننده‌ها، دروندادها، بروندادها، پیامدها و وضعیت سلامت) نشان می‌دهد. جدول ۲.۱ سنجه‌های اصلی نظام سلامت و منابع اصلی داده‌های مورد نیاز برای تهیه این سنجه‌ها را نشان می‌دهد.

**جدول ۱.۱. منابع داده برای شاخص‌های سلامت بر حسب حیطة‌ها**

وضعیت سلامت	نظام سلامت		تعیین کننده‌ها سلامت	
	پیامد	درونداد و برونداد		
			●	سرشماری
●			●	ثبت وقایع حیاتی
●	●	●	●	پیمایش‌ها
●	●		●	ثبت وضعیت سلامت
●	●			ثبت خدمات
		●		گزارشهای مدیریتی

جدول ۲.۱. سنجه های اساسی نظام سلامت و منابع داده

شبکه دانش نظامهای اطلاعات سلامت

سنجه ها (Metrics)	ثبت وقایع حیاتی	بررسی مصاحبه خانوار	بررسی معاینات سلامت	ثبت خدمات سلامت	سرشماری	حسابهای ملی سلامت، گزارشات هزینه درآمد	مراقبت های اپیدمیولوژیک	ارزیابی مراکز درمانی	ترخیص از بیمارستان
مرگ ومیر	مطلوب	قابل استخراج			قابل استخراج		قابل استخراج		
علت مرگ	مطلوب	قابل استخراج					قابل استخراج	قابل استخراج	
عوامل خطر		مطلوب	قابل استخراج	قابل استخراج	قابل استخراج		قابل استخراج		
شیوع بیماری	قابل استخراج		مطلوب	قابل استخراج	قابل استخراج		قابل استخراج		قابل استخراج
وضعیت سلامت		قابل استخراج	مطلوب				قابل استخراج		
ورودی منابع انسانی					قابل استخراج			مطلوب	
تامین مالی سلامت						مطلوب		قابل استخراج	
هزینه - اثر بخشی						مطلوب		مطلوب	
پوشش موثر	مطلوب	مطلوب	مطلوب	قابل استخراج				مطلوب	مطلوب
خدمات بهداشتی و درمانی		قابل استخراج	قابل استخراج	قابل استخراج			قابل استخراج	مطلوب	مطلوب
ارزیابی بار بیماری / خطر نسبی	سنجه خلاصه سلامت - از سنجه های چندگانه بالا بدست می آید								
ارزیابی عملکرد نظام سلامت	سنجه خلاصه سلامت - از سنجه های چندگانه بالا بدست می آید								

وجود

داده ها و اطلاعات قابل اعتماد جزء ضروری ارزیابی و سیاستگذاری سلامت در سطح ملی و ارزیابی و مدیریت سلامت در سطوح پایین هستند و اطمینان از وجود این داده ها در زمان لازم نیاز به برنامه ریزی و هماهنگی توسط وزارت بهداشت (یا معادل آن در هر کشوری) دارد (Institute of Medicine, ۲۰۰۲). لزوم برنامه ریزی در خصوص اجرای پیمایش ها، مشخص بودن فواصل زمانی تکرار پیمایش های سلامت، و هماهنگی فاصله زمانی بین پیمایش های مختلف موضوع پوشیده ای نیست. چنان که به عنوان نمونه، نیم قرن پیش (۱۹۶۲) در ایالات متحده مورد بحث و عمل قرار گرفته است. پیمایش های ملی سلامت از نظر منشاء اطلاعات معمولاً به دو گروه بزرگ تقسیم می شوند: (الف) مبتنی بر جمعیت و (ب) مبتنی بر سازمان یا واحد ارائه خدمت (Health Metrics Network, ۲۰۰۸). پیمایش های ملی سلامت از نظر فواصل زمانی تکرار معمولاً به دو گروه بزرگ تقسیم می شوند: (الف) پیمایش هایی که با فواصل زمانی نسبتاً طولانی تری انجام می شوند (معمولاً ۵-۳ سال)، و (ب) پیمایش هایی که با فواصل زمانی نسبتاً کوتاه تری انجام می شوند (معمولاً ۲-۱ سال). موضوعاتی که در تعیین تواتر انجام پیمایش ها در نظر گرفته می شوند شامل موارد زیر هستند:

- ۱- شاخص های سلامت مورد نظر به گروه شاخص های اصلی تعلق دارند یا شاخص های غیر اصلی
- ۲- سرعت تغییرات پدیده های مورد اندازه گیری در طول زمان
- ۳- احتمال تغییرات جهشی در مقدار پدیده های مورد اندازه گیری
- ۴- درجه نیاز به اطلاعات در طول زمان برای سیاستگذاری، برنامه ریزی، مدیریت و مانند آنها
- ۵- درجه عکس العمل نظام سلامت به تغییرات پدیده های مورد اندازه گیری در طول زمان
- ۶- عمق جغرافیایی مورد نیاز برای برآوردها (استان، شهرستان، شهر و روستا) و درجه جزئیات مورد نظر برحسب متغیرهای مختلف. این موضوعات، از تعیین کننده های مهم حجم نمونه هستند.

۷- عمق اندازه گیری به این معنی که فقط مصاحبه کافی است یا اندازه گیری های زیستی نیز مورد نظر است (Health Metrics Network, ۲۰۰۸; World Health Organization, ۲۰۰۱).

در نظام اطلاعات سلامت، منابع داده ها می بایستی مورد مراقبت قرار گیرند که البته با مراقبت بیماری ها و عوامل خطر متفاوت است. منابع داده های اعم از منابع مبتنی بر جمعیت مانند سرشماری، ثبت وقایع حیاتی تولد و مرگ، پیمایش های جمعیتی، و داده های مبتنی بر سازمان مانند پرونده های فردی در خانوار در مراکز ارائه خدمات، ثبت خدمات ارائه شده و اطلاعات منابع ورودی نظام سلامت می باشند (شکل ۱) (Health Network Metrics, ۲۰۰۸). توصیه شبکه ارزیابی سلامت HMN (مركب از سازمان جهانی بهداشت و چند سازمان دیگر) این است که کشورها، یک برنامه منسجم و جامع برای پیمایش های سلامت خود داشته باشند. این برنامه باید جزئی از نظام اطلاعات سلامت کشور باشد و ابعاد علمی و اجرایی مجموعه پیمایش های سلامت را برای تولید داده های سلامت جمعیت، عوامل خطر، و داده های مرتبط با سازمان ها (مانند پوشش خدمات و غیره) مشخص نماید. خصوصیات عمده این برنامه شامل موارد زیر هستند.

- ۱- کیفیت داده ها و اطلاعات و استانداردهای لازم
- ۲- پوشش داده ها و اطلاعات برحسب زمان، مکان، شخص و سازمان.

۳- قابلیت مقایسه در سطح بین المللی

۴- ارتباط با تعیین کننده های اقتصادی - اجتماعی

۵- یکپارچه سازی نظام پیمایش های ملی با نظام روتین اطلاعات سلامت

۶- در نظر گرفتن پیمایش های تحت ملی (مثلا چند استانی) برحسب لزوم

احصاء و نقشه برداری از پیمایش هایی که قبلا انجام شده اند (اعم از اینکه تکرار شده اند یا نه یا در نظر است تکرار شوند یا خیر) و همچنین احصاء و نقشه برداری از پیمایش هایی که به طور معمول انجام می شوند و در برنامه آینده قرار دارند از فعالیت های اساسی در تدوین برنامه پیمایش های ملی سلامت هستند. مساله هماهنگی یا عدم هماهنگی پیمایش های سلامت مساله ای است که منحصر به کشورهای در حال توسعه نمی باشد. به عنوان مثال، دیده بانی سلامت لندن<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۶ موضوع نیاز به هماهنگی بیشتر در تولید و انتشار اطلاعات سلامت<sup>۲</sup> را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است (London Health Observatory, ۲۰۰۶). انستیتوی پزشکی آمریکا نیز لزوم تلاش های بیشتر در مورد یکپارچه سازی و انسجام درونی نظام های اطلاعات سلامت منجمله هماهنگی پیمایش های ملی و تحت ملی سلامت را مورد تجزیه تحلیل قرار داده است (Institute of Medicine, ۲۰۰۲).

موضوع هماهنگی پیمایش های ملی سلامت که در بالا به آن ها اشاره شده است، در شرایط خاص بعضی از کشورها، ملاحظات ویژه ای دارند. در هند و چین که جمعیت آن ها از یک میلیارد نفر بیشتر است و در کشورهای منطقه شرقی صحرای افریقای که ضعیف ترین نظام های اطلاعات سلامت را دارند، این ملاحظات ویژه مورد دارند. البته آگاهی این راه حل های ویژه برای منسجم سازی پیمایش ها در سایر کشورها نیز ممکن است مفید باشد

---

<sup>۱</sup> London Health Observatory

<sup>۲</sup> Helath Intelligence



# فصل دوم

پیشینه پژوهش و مروری  
بر مطالعات داخلی و بین المللی

## پیشینه پژوهش

از آنجا که هدف اصلی این پژوهش تدوین تقویم پیمایشهای ملی سلامت است، در این فصل ابتدا پیمایشهای مهم خانوار که در داخل کشور اجرا شده اند، به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار می گیرند. در ادامه مهم ترین پیمایشهای صورت گرفته در سطح بین الملل و ویژگی های مهم آنها مروری اجمالی می گردند. در جدول ۱.۲ فهرست مطالعات مهم ایران در حوزه نظام سلامت به همراه اطلاعاتی همچون سال اجرا، متولی پیمایش و فرد مسئول آن در این آمده است. در جدول ۲.۲ فهرست پیمایشهای مهم بین المللی در سطح خانوار در حوزه نظام سلامت به همراه اطلاعاتی از قبیل سطح اجرا، دوره زمانی، سال شروع آمده است.

جدول ۱.۲) فهرست پیمایش های مهم ملی در سطح خانوار در حوزه نظام سلامت

ردیف	عنوان پیمایش	عنوان انگلیسی	سال اجرا	دفتر / اداره / مرکز مسوول پیمایش	فرد مسوول پیمایش	توضیحات ضروری
۱.	سیمای سلامت و توسعه در استانها	Multiple Indicator Cluster Sampling (MICS)	۱۳۷۶		خانم دکتر شیخ الاسلام و دکتر محسن نقوی	
۲.	سیمای تغذیه کودکان در استانها	Anthropometric Indicators Survey (ANIS)	(نوبت اول): ۱۳۷۷ (نوبت دوم): ۱۳۸۳	دفتر بهبود تغذیه در جامعه	خانم مینایی	
۳.	بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان (کودکان ۳-۶-۹-۱۲ ساله ایرانی)	Oral Health Situation Of Iran Children	(نوبت اول): ۱۳۷۷ (نوبت دوم): ۱۳۸۳	اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت	دکتر حمیدصمدزاده	
۴.	سیمای جمعیت و سلامت	Demographic and Health Study (DHS)	(نوبت اول): ۱۳۷۹	اداره کل بهداشت خانواده و مرکز آمار	دکتر بهرام دلاور - دکتر محسن نقوی	
۵.	سیمای جمعیت و سلامت	IrMIDHS	(نوبت دوم): ۱۳۸۹		دکتر آرش رشیدیان دکتر اردشیر خسروی دکتر محمد عرب	
۶.	مطالعه سلامت و بیماری در ایران		(نوبت اول): ۱۳۶۹ (نوبت دوم): ۱۳۷۸		دکتر کاظم محمد و دکتر نور بالا	
۷.	پژوهشی در	Study of Micronutrients	(نوبت اول): ۱۳۸۱	دفتر بهبود تغذیه	دکتر شیخ الاسلام و دکتر	معرفی نمایندگانی از دفتر

	وضعیت ریزمغذی‌ها		(نوبت دوم): ۱۳۹۱	در جامعه	محسن نقوی بررسی دوم برون سپاری- دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی دانشگاه تهران	بهبود تغذیه در جامعه برای همکاری با مجری
۸.	بهره‌مندی جامعه از خدمات سلامت	Utilization Study	(نوبت اول): ۱۳۸۱ (نوبت دوم): ۱۳۸۷		دکتر محسن نقوی و دکتر حمیدرضا جمشیدی دکتر محمد اسماعیل مطلق و دکتر ناهید جعفری	
۹.	نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر	STEPS	سالیانه از سال ۱۳۸۳ تا سال ۱۳۹۰	مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر	دکتر اعتماد-دکتر سیامک عالیخانی-دکتر عسگری- دکتر جلیل کوهپایه زاده	
۱۰.	بررسی عوامل خطر وقوع حوادث عمدی و غیرعمدی		در ۱۲ استان کشور (۱۳۸۲) در ۱۴ استان کشور (۱۳۸۴)		دکتر محسن نقوی-دکتر ناهید جعفری	
۱۱.	مطالعه RAMOS	Reproductive Age Mortality Survey	۱۳۷۵		دکتر محسن نقوی	
۱۲.	مطالعه دانش و عملکرد خانوار در زمینه بهداشت خانواده	KAP	۱۳۷۲ تا ۱۳۷۶		دکتر حسین ملک افضلی دکتر اسد پور و....	
۱۳.	نظام نوین پایش و ارزشیابی برای برنامه های بهداشت باروری	(IMES)	۱۳۸۴	دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس	دکتر بهرام دلاور- دکتر آرش عازمی خواه	با تاخیر نتایج در دست چاپ است
۱۴.	بررسی همه‌گیری شناسی سوء مصرف		۱۳۸۶	ستاد مبارزه با مواد	دکتر نوروزی- دکتر رزاقی -	

	مواد در جمهوری اسلامی ایران			مخدر و دفتر سلامت روان	دکتر رحیم موقر - دکتر صابری
۱۵.	میزان بروز تولد زودهنگام و کمبود وزن هنگام تولد		۱۳۸۳	دفتر بهبود تغذیه در جامعه با همکاری ادارات مرتبط در معاونت بهداشت	این مطالعه بصورت روتین توسط اداره نوزادان انجام می شود
۱۶.	بررسی حسابهای ملی سلامت		۱۳۸۷		دکتر علیرضا اولیایی منش
۱۷.	پیمایش ملی سلامت روان	National Survey of Mental Health	۱۳۹۰	دفتر سلامت روانی و اجتماعی و اعتیاد	دکتر احمد حاجبی - دکتر آفرین - رحیمی موقر
۱۸.	بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان (کودکان ۶-۱۲-۱۵ ساله ایرانی و ۳۵-۴۴ ساله و ۶۵-۷۴ ساله)	Oral Health Situation Of Iran	۱۳۹۱	اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت	دکتر محمدحسین خوشنویسان
۱۹.	بررسی وضعیت سلامت لثه توسط شاخص CPI در افراد ۱۵-۱۹ ساله و ۳۵-۴۴ ساله ایرانی		۱۳۸۰	مرکز تحقیقات علوم دندانپزشکی شهیدبهبشتی و اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت	دکتر حمید صمدزاده - دکتر صفری
۲۰.	بررسی تحولات بارداری در ۴ استان (آذربایجان غربی - گیلان - یزد - سیستان و بلوچستان)		۱۳۸۰	دفتر سلامت خانواده	دکتر میمنت حسینی چاووشی - دکتر محمدجلال عباسی شوازی
۲۱.	نظام سلامت و پاسخگویی نظام سلامت		۱۳۸۰	مرکز مدیریت شبکه	دکتر فرید ابوالحسنی دکتر

	محسن نقوی دکتر اردشیر خسروی					
۲۲	دکتر کاظم محمد دکتر علی اردلان دکتر سراج الدین وحیدی		۱۳۸۴-۱۳۸۳		بررسی شیوع ناباروری اولیه در جمهوری اسلامی ایران در سال های ۸۴-۱۳۸۳	
۲۳	دکتر علیرضا اولیایی منش دکتر اردشیر خسروی	شورای سیاستگذاری (دبیرخانه عوامل اجتماعی) و مرکز مدیریت شبکه			بررسی عدالت در سلامت	
۲۴	دکتر عظیمی	اداره سالمندان	۱۳۸۱		بررسی وضعیت سلامت سالمندان	
	کتاب بررسی وضعیت سلامت سالمندان - سال ۱۳۸۵					
۲۵		مرکز آمار ایران	۱۳۷۸-۱۳۵۲		بررسی اندازه گیری رشد جمعیت ایران (ارج)	
۲۶	دکتر وارنکس نهایتیان و آقای حبیب خراجه		۱۳۵۲		طرح نمونه گیری برآورد آمارهای حیاتی	
	کتابی تحت عنوان " میزان های حیاتی ایران ( مرگ و میر ، باروری ، رشد جمعیت و جدول عمر) توسط دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران					
۲۷					بررسی بار بیماریها	



جدول ۲.۲ - فهرست پیمایش های مهم بین المللی در سطح خانوار در حوزه نظام سلامت

ردیف	عنوان پیمایش	عنوان انگلیسی	سطح اجرا	دوره زمانی	سال شروع
۱.	پیمایش سلامت جهانی (WHS)	World Health Survey	بین المللی		۲۰۰۳
۲.	بررسی مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر (STEPS)	STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance	بین المللی - کشورهای با درآمد کم و متوسط	سالیانه	
۳.	پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی (LSMS)	Living Standards Measurement Survey	بین المللی - کشورهای در حال توسعه		۱۹۸۰
۴.	پیمایش های جمعیت و سلامت (DHS)	Demographic and Health Survey	بین المللی - کشورهای با درآمد کم و متوسط	هر ۵ سال یک بار	۱۹۸۴
۵.	پیمایش شاخص های چندگانه سلامت (MICS)	Multiple Indicator Cluster Survey	بین المللی - کشورهای با درآمد کم و متوسط	هر ۵ سال یک بار	۱۹۹۵
۶.	پیمایش حسابهای ملی سلامت (NHA)	National Health Accounts	بین المللی		۲۰۰۰
۷.	پیمایش هزینه خانوار (HBS)	Household Budget Survey	بین المللی - همه کشورها	سالیانه	۱۹۵۱
۸.	پیمایش سلامت خانواده در مناطق عربی (PAPFAM)	Pan Arab Project for Family Health	کشورهای عربی		۲۰۰۰
۹.	پیمایش نیروی کار (LFS)	Labor Force Survey	بین المللی	سالیانه	
۱۰.	پیمایش تغذیه و امنیت غذایی		بین المللی		
۱۱.	پیمایش ملی سلامت و بیماری کشور مالزی	National Health and Morbidity Survey (NHMS)	کشور مالزی	هر ۴ سال یکبار	۱۹۸۴



## پیمایش های مهم ایران در حوزه نظام سلامت

در این قسمت شرح تعدادی از پیمایشهای فوق در ادامه گزارش ارائه می گردد:

### ۱. بررسی میزانهای مرگ و تولد و بررسی کاربرد وسایل پیشگیری از حاملگی در زنان همسر دار ۱۵ تا ۴۴

ساله ایرانی - سال ۱۳۷۲

#### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

این بررسی با اهداف زیر در کلیه استانهای کشور در فروردین ماه سال ۱۳۷۲ به مرحله اجرا گذارده شد

۱- اطلاع از میزانهای مرگ و تولد و محاسبه شاخص رشد طبیعی جمعیت در کشور بر حسب مناطق شهری و روستایی (سطح کشوری)

۲- اطلاع از میزانهای استفاده از انواع کنتراسپتیوها در زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار بر حسب شهر و روستا در استانهای ۲۴ گانه کشور (سطح استانی)

**خلاصه ای از روش اجرا:** برای گردآوری اطلاعات از ۲ پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول برای کلیه خانوارها اعم از این که زن واجد شرایط داشته باشند یا نداشته باشند تکمیل گردید. پرسشنامه دوم برای هر یک از زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله شوهر دار همان خانوارها تکمیل شد. در این بررسی ۵۰ خوشه در مناطق شهری و ۵۰ خوشه در مناطق روستایی هر استان انتخاب شده و در هر خوشه از ۲۰ خانوار پرسشگری بعمل آمد. انتظار می رود که با مطالعه ۲۰ خانوار در هر خوشه به طور متوسط ۲۰ زن ۱۵ تا ۴۴ ساله همسر دار بررسی شوند، به این ترتیب نمونه مورد بررسی در هر منطقه حدود ۵۰۰۰ نفر جمعیت و ۱۰۰۰ زن واجد شرایط برآورد شد. برآورد میزانهای مرگ و تولد در سطح ملی انجام شده بود.

### ۲. بررسی کاربرد روشهای پیشگیری از بارداری در زنان همسر دار ۴۹- ۱۵ ساله ایرانی و بررسی شیردهی

مادران و استفاده از نمک یددار - سال ۱۳۷۳

#### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

برنامه های تنظیم خانواده اجرا شده در کشور و روش های متعدد و متنوع پیشگیری از بارداری، نقشی بسزا و موثر در کاهش رشد جمعیت ایفا کرده است. همچنین در سالهای اخیر در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر و استفاده از نمک یددار برنامه های آموزشی گسترده ای ارائه شده است، لذا هر ساله انجام بررسی های کشوری به منظور اطلاع از نتایج این برنامه ها بالاخص تعیین میزان استفاده از کنتراسپتیو ها و میزان مولید ضروری می باشد تا بتوان بر پایه اطلاعات جدید برای برنامه ریزی برای ارتقا سطح بهداشت جامعه اقدام نمود.

#### اهداف:

- آگاهی از میزان استفاده از روش های پیشگیری از بارداری زنان همسر دار ۴۹- ۱۵ ساله به تفکیک شهر و روستا در کلیه استانهای کشور و مقایسه آن با میزانهای بدست آمده در بررسی های مشابه در سال های ۷۱ و

- آگاهی از میزان مولید به تفکیک شهر و روستا در کلیه استانهای کشور و روند کاهش آن
- آگاهی از میزان استفاده از شیر مادر در کودکان به تفکیک شهر و روستا
- آگاهی از میزان استفاده از نمک یددار و آگاهی مردم در این زمینه به تفکیک شهر و روستا

### خلاصه ای از روش اجرا

جمعیت مورد مطالعه در این بررسی شامل زنان همسر دار ۴۹-۱۵ ساله ایرانی بود. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از یک پرسشنامه ۴ صفحه ای با ۴۹ سؤال استفاده می شود. صفحه اول پرسشنامه اطلاعات عمومی مربوط به خانوار است که برای کلیه خانوارها تکمیل می شد و صفحات بعدی پرسشنامه برای خانوارهایی تکمیل گردید که در زمان مصاحبه دارای زن همسر دار ۴۹-۱۵ ساله ایرانی بود. در این بررسی نمونه‌گیری به طریقه خوشه‌ای انجام شد که شامل ۵۰ خوشه در مناطق شهری و ۵۰ خوشه در مناطق روستایی بود و در هر خوشه با ۲۰ خانوار پرسشگری بعمل آمد. با مطالعه ۲۰ خانوار در هر خوشه بطور متوسط با ۱۵ تا ۱۷ زن واجد شرایط مصاحبه شد به این ترتیب نمونه مورد بررسی در هر منطقه حدود ۵۰۰۰ نفر و ۸۵۰-۷۵۰ زن واجد شرایط (زن همسر دار ۴۹-۱۵ ساله ایرانی) بود.

### ۳. بررسی شاخص های بهداشت باروری و تنظیم خانواده -۱۳۷۶

#### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

افزایش رشد بی رویه جمعیت در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵ عامل بازدارنده ای در جهت رشد و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور بوده است. در این راستا یکی از راه حل های اساسی این مشکل تحدید مولید از طریق اجرای برنامه های تنظیم خانواده در سطح کشور بوده است و سیاستگذاران هم این امر را از اولویت های سیاسی کشور اعلام کردند. خوشبختانه در جمهوری اسلامی ایران با توجه به سیاستگذاری دولت در جهت اهداف برنامه های پنج ساله اول و دوم رشد توسعه برنامه های کنترل جمعیت و تنظیم خانواده، ترویج تغذیه با شیر مادر، IDD و سایر برنامه های بهداشتی موفقیت چشمگیری داشته است. چنانچه نتایج مقدماتی سرشماری جاری جمعیت مهرماه سال ۱۳۷۵ نیز مبین کاهش قابل توجه رشد جمعیت در کشور بود. با توجه به پاره‌ای از اهداف تعیین شده در برنامه پنج ساله دوم از جمله کاهش رشد جمعیت تا میزان ۱/۵ درصد، افزایش میزان استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری در زنان همسر دار ۴۹-۱۵ سال تا میزان ۷۰ درصد، کاهش باروری کلی تا ۲/۵ نوزاد، کاهش میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال تا میزان ۲۲ درهزار تولد زنده و استفاده ۱۰۰ درصد خانوارها از نمک یددار ضرورت داشت برنامه ریزان اطلاعات دقیقی از وضعیت فعلی و روند این شاخص ها در کشور داشته باشند تا بتوانند بر پایه ان علاوه بر توسعه و گسترش برنامه های جاری در صورت لزوم برنامه های جدیدی را برای دستیابی به اهداف مذکور تدارک ببینند.

برای جمع آوری اطلاعات از یک پرسشنامه استفاده شد که صفحه اول آن برای کلیه خانوارهای مورد مصاحبه تکمیل می گردید. در سؤال ۷ صفحه اول پرسشنامه مشخصات افراد خانوار درج می گردید و چنانچه افراد خانوار بیش از ۱۲ نفر باشد از یک صفحه ضمیمه که ادامه جدول سؤال ۷ بود استفاده می شد. در صفحه دوم پرسشنامه یک جدول برای درج وضعیت و عملکرد زنان ۴۹-۱۰ سال همسر دار خانوار در زمینه باروری در زمان پرسشگری منظور شده بود که

چنانچه در خانوار اصلاً زن ۴۹-۱۰ سال همسر دار وجود نداشته باشد جدول برای درج مشخصات حاملگی، زایمان و تولدهایی که در خانوار اتفاق افتاده منظور شده بود که چنانچه در خانوار اصلاً در سال گذشته مورد زن حامله وجود نداشت جدول سؤال ۱۰ نیز خالی می ماند. در صفحه چهارم پرسشنامه دو جدول برای سئوالات ۱۱ و ۱۲ منظور شده است که در جدول سؤال ۱۱ مشخصات موارد واقعه فوت که در خانوار اتفاق افتاده ثبت می شد. در جدول سؤال ۱۲ چنانچه در خانوار کودک زیر ۲ سال می بود وضعیت شیرخوار در زمینه تغذیه با شیر مادر درج می گردید. در این بررسی نمونه گیری بطریقه خوشه‌ای و شامل ۵۰ خوشه شهری و ۵۰ خوشه روستایی بود که در هر خوشه بایستی با ۲۰ خانوار مصاحبه می شد. بنابر این با مطالعه ۲۰ خانوار در هر خوشه بطور متوسط حجم نمونه در هر یک از مناطق شهری یا روستایی هر استان حدود ۵۰۰۰ نفر برآورد شده بود ( دفتر سلامت، جمعیت ، خانواده و مدارس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۶).

#### ۴- سیمای تغذیه کودکان (ANIS)

##### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

سوء تغذیه کودکان از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی کشور است. بعلاوه تفاوت شیوع سوء تغذیه در مناطق شهری و روستایی و نیز تفاوت‌های استانی، دغدغه‌ای است که نیاز به برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات دارد. اولین بررسی کشوری رشد و تغذیه کودکان (ANIS ۱) به تفکیک استان‌ها در سال ۱۳۷۷ انجام شد، این بررسی داده‌های پایه را برای مسئولان بهداشتی جهت برنامه‌ریزی بهبود رشد و تغذیه کودکان فراهم آورد و منجر به طراحی و اجرای مداخلات منطقه‌ای برای بهبود تغذیه کودکان گردید ( وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۸). پس از گذشت ۶ سال در سال ۱۳۸۳ بررسی مجدد رشد کودکان و عوامل موثر بر آن یعنی میزان آگاهی و عملکرد مادران درباره مراقبت از رشد و تغذیه کودکان به تفکیک استان انجام شد تا علاوه بر ارزیابی اقدامات انجام شده بتوان برنامه‌ریزی‌های منطقه‌ای را برای کاهش شکاف بین مناطق مختلف کشور و ارتقای وضعیت تغذیه و سلامت کودکان به مورد اجرا گذاشت ( وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳).

#### ۵- پایش شیوع گواتر و میزان ید ادراری

##### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

با توجه به اختلال رشد و تکامل ناشی از کمبود ید و به منظور تهیه اطلاعات پایه در زمینه شیوع گواتر و به دنبال آن ارزشیابی مداخلات انجام گرفته جهت پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید در کشور این مطالعات انجام شد. مطالعه اول در سال ۱۳۷۵ در کشور انجام شد و مطالعه بعدی ۵ سال بعد یعنی در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه ۱۳۷۵ و ۱۳۸۰).

#### ۶- طرح ملی سلامت و بیماری در ایران

##### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

طرح ملی سلامت و بیماری در ایران برای نوبت اول در سال ۱۳۷۶ نوبت دوم در سال ۱۳۷۸ صورت گرفته است. این مطالعه با هدف گردآوری اطلاعات مرتبط با وضعیت سلامت، بهره مندی از خدمات بهداشتی - درمانی، مواجهه با عوامل خطرزا (از جمله مصرف سیگار و بالا بودن کلسترول خون) در ایران طراحی شده است. این بررسی مجموعه‌ای از مصاحبه‌ها و بررسی‌های سلامتی بوده که در منازل افراد توسط کارکنان آموزش دیده صورت گرفته است. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد که نسبت نمونه‌گیری برابر ۱.۱۰۰۰ بوده و خوشه‌ها به روش سیستماتیک انتخاب شدند. داده‌های مربوط به این بررسی از طریق مصاحبه، معاینه و آزمایش‌های کمک تشخیصی (خون و مدفوع) جمع آوری شد. تعداد ۶۱۱۴۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفته اند که نتایج برگزیده آن در ۱۶ جدول جامع نشان داده شده است. این جداول منطبق بر اهداف مطالعه می باشند. داده های طرح ملی سلامت و بیماری می توانند در جهت سیاستگذاری و ارتقای سطح سلامت به طرق مختلف مورد استفاده قرار گیرند. (احمدعلی نوربالا - کاظم محمد، ۱۳۷۸)

## ۷- بررسی سلامت و جمعیت (DHS)

### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

این مطالعه به منظور تعیین شاخص‌های جمعیتی، بهداشتی، و اجتماعی در جمهوری اسلامی ایران توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۹ (نوبت اول) اجرا شد. در این مطالعه بسیاری از شاخص‌های رفاهی، اقتصادی-اجتماعی، باروری و سلامت زنان، مادران و کودکان تعیین گردید و به عنوان پایه ای برای برنامه‌ریزی های نظام سلامت در طی سال ها مورد استفاده قرار گرفته است. پس از گذشت حدود ۱۰ سال از این مطالعه لزوم دستیابی به شاخص‌های جدید اجتناب ناپذیر بود، لذا مطالعه IrMIDHS توسط موسسه ملی تحقیقات سلامت در سال ۱۳۸۹ برگزار گردید که نتایج اولیه آن در سایت موسسه ملی تحقیقات سلامت ([nihr.tums.ac.ir](http://nihr.tums.ac.ir)) قابل دسترسی است ( وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹- موسسه ملی تحقیقات سلامت ، ۱۳۸۹).

## ۸- وضعیت ریزمغذیه‌های ایران

### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

اهمیت تاثیر ریزمغذیه‌ها بر الگوی رشد کودکان و نوجوانان و تدوین مداخلات هدفمند، سبب شد که به عنوان پیش نیاز بررسی کشوری ریز مغذیه‌های آهن، روی و ویتامین‌های A و D در گروه‌های آسیب‌پذیر کشور طراحی و اجرا گردید. این مطالعه در سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۹۱ برگزار گردید. نتایج سال مطالعه سال ۱۳۸۰ منتشر شده، ولی نتایج سال ۱۳۹۱ در دست بررسی می‌باشد (۱۳۹۱، دکتر سیاسی و همکاران- در دست بررسی).

## ۹- بهره مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۱

### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

از آنجا که عملکرد و کارایی نظام سلامت همیشه مورد توجه سیاستگذاران و برنامه‌ریزان اقتصاد کلان کشور و معیاری

برای اولویت بندی خدمات ارائه شده بوده است، بدین گونه در سال ۱۳۸۱ در وزارت بهداشت تصمیم گیری شد که شاخص‌های عملکرد نظام سلامت تبیین شده و نظام سلامت بر مبنای آنها ارزیابی شود (نقوی، محسن و جمشیدی حمید رضا، ۱۳۸۴).

## ۱۰- نظام ادغام یافته پایش و ارزشیابی (IMES) Integrated Monitoring & Evaluation System

### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

تمامی نظام‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی در روند برنامه‌ریزی نیازمندند که از میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده بر اساس استانداردهای مصوب اطلاع پیدا کنند. به عبارت دیگر، برای اینکه برنامه‌ریزان دریابند که با اجرای برنامه‌ها مشکلات سلامتی جامعه تا چه حد برطرف شده، نیازمند نظام مدیریت اطلاعات می باشند. در این راستا، طراحی برنامه‌های عملیاتی و هدفمند کردن فعالیت‌های بهداشت خانواده دانشگاه‌ها از سال ۱۳۷۷ در دستور کار دفتر سلامت خانواده و جمعیت قرار داشته است. تجربه تدوین برنامه‌های عملیاتی توسط دانشگاه‌های کشور، طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۰ نقاط ضعف الگوی برنامه‌ریزی مورد استفاده را آشکار می‌ساخت. برنامه‌ریزی‌ها عمدتاً بر اساس نظرات کارشناسی همکاران (نه مبتنی بر شواهد و دلایل و مستندات) انجام می‌گرفت و نظام جامعی که شاخص‌های مختلف وضعیت موجود - هر یک از سطوح و سطوح زیر مجموعه - را در اختیار مدیران و تصمیم‌گیران بگذارد، وجود نداشت.

فقدان یک نظام پایش و ارزشیابی جامع در نظام ارائه خدمات که بتواند نقطه شروع و اتکایی برای طراحی برنامه‌های مداخله باشد، مهم‌ترین نقطه ضعفی بود که با آن مواجه بودیم. لذا نظام نوین پایش و ارزشیابی با در نظر گرفتن ملاحظات فنی و علمی در سال ۱۳۸۳ به مرحله طراحی نهایی رسید و اجرا شد (دفتر سلامت، جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴).

## ۱۱- بررسی شیوع ناباروری اولیه در جمهوری اسلامی ایران در سال‌های ۸۴-۱۳۸۳

### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

این مطالعه با هدف تعیین شیوع ناباروری اولیه طول عمر و ناباروری اولیه فعلی در جمهوری اسلامی ایران انجام شده است. این مطالعه به روش مقطعی روی ۱۲۰۰۰ زن ۱۹ تا ۴۹ ساله ایرانی به‌عنوان نماینده زوج، در ۲۸ استان کشور در سال ۴-۱۳۸۳ انجام شد. روش نمونه‌گیری، انتخاب ۴۰۰ خوشه ۳۰ خانواری به روش تصادفی منظم با احتمال متناسب با جمعیت مناطق شهری و روستایی هر استان بود. در این مطالعه ۷۳۵۰ زن شهری و ۴۶۵۰ زن روستایی ۱۹-۴۹ ساله ایرانی در ۲۸ استان مورد مصاحبه قرار گرفتند. روند ناباروری اولیه طول عمر نشان داد که حدود یک چهارم زوج‌های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند و ۳/۴٪ آنها در هر برهه‌ای از زمان دارای مشکل ناباروری اولیه هستند. در تفسیر شیوع ناباروری اولیه طول عمر و اقدامات بهداشتی-درمانی آن، توجه به سن ازدواج و توان باروری زوج حائز اهمیت است (دفتر سلامت، جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت درمان و

## ۱۲ حساب های ملی سلامت مرکز آمار ایران- از سال ۱۳۸۱ تا کنون

### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

بهبود شاخص ای سلامت یکی از هدف‌های مهم دولت‌ها برای رسیدن به توسعه یافتگی است. سیاستگذاری در بخش سلامت نیازمند تصمیم‌گیری در زمینه چگونگی تأمین منابع مالی این بخش، نحوه افزایش این منابع، توزیع عادلانه و استفاده مؤثر از این منابع است. تمامی این تصمیم‌گیری‌ها و نیز اعمال نظارت دقیق بر هزینه‌های صرف شده در این بخش مستلزم دسترسی به آمار و اطلاعات قابل اعتماد درباره میزان منابع مالی صرف شده برای سلامت، تأمین کنندگان منابع مالی و شیوه استفاده از آنها است. حساب های ملی سلامت اولین بار توسط مرکز آمار ایران با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای سال ۱۳۸۰ تهیه و تدوین شد. ایران یکی از معدود کشورهای خاورمیانه بود که اقدام به تهیه حساب های ملی سلامت کرده بود.

گردآوری اطلاعات مورد نیاز تهیه حساب های ملی سلامت به سه طریق زیر تأمین می شود:

۱. دریافت مستقیم اطلاعات مرتبط با هزینه های سلامت از طریق پرسشنامه از تعداد حدود ۶۰ سازمان، موسسه، شرکت و سایر نهادهای داخلی برای سالهای ۱۳۸۱ تا کنون
۲. نتایج طرح آمارگیری از هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستائی برای سالهای ۱۳۸۱ تا کنون
۳. برخی از طرح های آمارگیری مرکز آمار ایران
۴. اطلاعات عملکرد بودجه دولت از خزانه داری کل برای سالهای ۱۳۸۱ تاکنون (قابل دسترسی در سایت مرکز آمار ایران <http://amar.sci.org.ir/>)

## ۱۳- محاسبه حساب های ملی سلامت در سطح کشور ۱۳۸۷- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

به منظور محاسبه حساب های ملی سلامت در سطح کشور و دستیابی به شاخص های اقتصادی و سلامتی مورد نظر معاونت سلامت و معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به طراحی و اجرای این مطالعه در طی ۴ مرحله در سال های ۸۸-۱۳۸۷ نمودند که اطلاعات آن در دست تجزیه و تحلیل است (دکتر علیرضا اولیایی منش و همکاران ۱۳۹۲).

## ۱۴- بررسی مراقبت عوامل خطر بیماریهای مزمن (STEPS)

### بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

مطالعه بررسی مراقبت عوامل خطر بیماریهای مزمن در دو سطح کشوری و استانی برگزار می شود. این مطالعه دارای ۳ دسته (گام) سوال است که در سالهای ۸۳-۸۶ و ۹۰ هر ۳ دسته سوال شد ولی در سال های ۸۵-۸۷ و ۸۸ فقط

سوالات دسته‌های ۱ و ۲ پرسیده شد. تمامی STEPS ها در هر دو سطح کشوری و استانی برگزار شده بجز سال ۹۰ که فقط در سطح کشوری برگزار گردید.

- استپ ۱: مصرف سیگار  
درصد افرادی که روزانه سیگار می کشند
- برای افراد سیگاری :  
متوسط سن شروع مصرف سیگار به سال  
متوسط سال‌های مصرف سیگار  
متوسط تعداد نخ سیگار مصرفی در روز
- استپ ۱: مصرف میوه و سبزی  
میانگین تعداد واحد مصرف میوه در روز  
میانگین تعداد واحد مصرف سبزی در روز  
درصد افرادی که کمتر از پنج واحد میوه یا سبزی در روز مصرف می کنند
- استپ ۱: فعالیت جسمانی  
درصد افرادی که فعالیت جسمانی کم دارند ( $< 600$  MET-minutes/week)  
میانگین دقایق فعالیت جسمانی هنگام کار در روز  
میانگین دقایق فعالیت جسمانی هنگام رفت و آمد در روز
- استپ ۲: سنجش‌های انتروپومتریک  
میانگین شاخص توده بدنی  $BMI(kg.m^2)$   
درصد افراد با اضافه وزن یا چاق ( $BMI \geq 25 kg/m^2$ )  
درصد افراد چاق ( $BMI \geq 30 kg/m^2$ )  
میانگین دور کمر (Cm)  
میانگین فشارخون سیستولیک SBP(mmHg)  
میانگین فشارخون دیاستولیک DBP(mmHg)  
درصد افراد با فشارخون بالا ( $SBP \geq 140$  and /or  $DBP \geq 90$  mmHg)  
درصد افراد با فشارخون ( $SBP \geq 170$  and /or  $DBP \geq 100$  mmHg)
- استپ ۳: اندازه گیری فاکتورهای بیومدیكال:  
قند خون ناشتا  
درصد افزایش گلوکز خون  
میانگین کلسترول خون  
درصد افزایش کلسترول خون

## ترکیب عوامل خطر:

روزانه سیگار کشیدن

کمتر از پنج واحد میوه یا سبزی مصرف کردن

فعالیت جسمانی کم (MET- minutes/ week) ۶۰۰)

فشارخون بالا (SBP  $\geq$  ۱۴۰ and or DBP  $\geq$  ۹۰ mmHg)

درصد افراد کم خطر (افرادی که هیچیک از عوامل خطر فوق را ندارند)

درصد افراد پرخطر (افرادی که حداقل سه عامل از عوامل خطر فوق را دارند) برحسب گروه سنی

درصد افراد پرخطر (۱۵ تا ۴۴ سال)

درصد افراد پرخطر (۴۵ تا ۶۴ سال) (خانم دکتر عسگری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مصاحبه فردی).

## ۱۵- بررسی همه گیری شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه

هدف کلی این مطالعه عبارت است: «بررسی وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد اعتیاد آور در ایران»  
برخی از مهم ترین اهداف اختصاصی مطالعه حاضر عبارتند از:

۱. کسب اطلاعات روز آمد در مورد ویژگیهای افراد سوء مصرف کننده و وابسته به مواد در ایران

۲. تخمین تعداد افراد معتاد در کشور

۳. شناخت الگوی مصرف مواد (نوع ماده، روش مصرف و ...)

۴. شناخت عوامل مرتبط با آغاز و تداوم مصرف مواد در ایران

۵. شناخت وضعیت درمان معتادان ایرانی

۶. شناخت وضعیت بیماریهای ایدز و هیپاتیت در بین معتادان ایرانی

۷. شناخت رفتارهای پرخطر درمیان معتادان ایرانی (تزریق مواد، روابط جنسی و...)

۸. شناخت وضعیت ارتکاب جرم در میان معتادان ایرانی

۹. تعیین میزان هزینه های صورت گرفته توسط معتادان در الگوی رایج مصرف در کشور

به منظور ثبت اطلاعات طرح، پنج پرسشنامه به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفت:

۱. پرسشنامه ۷۲ سئوالی با سئوالات بسته جهت ثبت اطلاعات معتادان

در این پرسشنامه بدنبال ثبت اطلاعات دموگرافیک معتادان (سئوالات ۱ تا ۱۲) سعی شد تا با بررسی شاخصهایی، ویژگیهای اقتصادی - اجتماعی معتادان نیز ثبت شود (سئوالات ۱۳ تا ۲۲).

در قسمت شغل طبق تعریف، کارگرساده عبارت بود از کارگری که جهت ارائه خدمت نیاز به هیچگونه آموزشی ندارد (مانند افراد باربر)، کارگر ماهر عبارت بود از فردی که به شغل کارگری مشغول است اما این شغل نیاز به دوره های آموزشی خاص دارد (مانند: لوله کش)، مشاغل خدماتی تخصصی نیز عبارت بود از مشاغلی که جهت ارائه خدمت نیاز



به دوره‌های دانشگاهی دارند. مشاغل غیر رسمی نیز هیچگونه پایگاه مشخصی جهت ارائه خدمت ندارند (مانند: شیشه پاک‌کن های سر چهارراه، ماشین شورهای کنار خیابان و....). برای آماده سازی فضای پرسشگری ابتدا با سئوالات مربوط به سیگار و الکل آغاز و سپس این سئوالات در مورد اعضای خانواده تکرار شد (سئوالات ۲۳ و ۲۴) در سئوالات ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۹ اولین ماده روش مصرف ماده، روش مصرف فعلی ماده، روش مصرف ماده غالب، روش مصرف در طول عمر و هزینه مصرف مواد استخراج شد. مصرف سایر داروهای اعتیاد آور در سئوال ۳۰ و ۳۱ استخراج شد در سئوالات ۳۲ تا ۳۷ حالات روحی روانی فرد برای شروع مصرف در نظر گرفته شد تا در آن، مکان مصرف، شرایط مصرف، اولین فرد پیشنهاد دهنده و .... به منظور پیشگیری از بروز اعتیاد مشخص شود. سن، مکان، موقعیت، شرکای تزریق مشترک در سئوالات ۳۸ تا ۴۹ گنجانیده شد. در سئوال ۵۰ از آزمایش های ایدز و هپاتیت و نتایج آنان سئوال گردید و سابقه مسمومیت و مراجعه به بیمارستان نیز در سئوالات ۵۱ و ۵۲ درج شد. روابط جنسی با همجنس، غیر همسر، روشهای پیشگیری نیز در سئوالات ۵۳ تا ۵۷ قید گردید. جرایم شامل سابقه دستگیری، زندانی شدن، و دفعات آنها در سئوالات ۵۸ تا ۶۰ منظور شد. اقدام به ترک و سابقه مراجعه به مراکز درمانی، اولین روش ترک، روشهای به کار گرفته شده. مدت پاکی و هزینه درمان نیز در سئوالات ۶۱ تا ۶۸ قید شد. در سئوالات ۶۹ تا ۷۲ میزان حضور و تعداد افراد مصرف کننده تفننی پرسیده شد.

۲. پرسشنامه ۱۱ سئوالی جهت مصاحبه عمیق با افراد معتاد به منظور استخراج تجربیات درمان، دستگیری و زندان تنظیم گردید و پیشنهادهای ارتقایی جهت بهبود خدمات و اقدامات لازم در این خصوص نیز پرسیده شد.
۳. پرسشنامه ۱۰ سئوالی جهت مصاحبه عمیق با خانواده معتادان به منظور استخراج نحوه آگاهی از شروع اعتیاد فرد وابسته. واکنش اولیه خانواده و برخورد آنان و نحوه جلب رضایت وی برای درمان و نحوه همکاری آنان با فرد مددجو طراحی گردید.
۴. پرسشنامه ۹ سئوالی جهت مصاحبه عمیق با افراد کلیدی به منظور استخراج اطلاعات این افراد نسبت به اتفاقات جدید در حوزه اعتیاد در کشور و پیشنهادهای آنان به منظور ساماندهی اوضاع فعلی و تجربیات شخصی آنان در برخورد با پدیده اعتیاد طراحی شد.
۵. پرسشنامه ۹ سئوالی از افراد مصرف کننده تفننی به منظور ثبت موارد قرار گرفتن در کنار افراد معتاد و درصد افراد معتاد در این گونه جلسات طراحی شد (اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و ستاد مبارزه با مواد مخدر-۱۳۸۶).

## پیمایش های مهم بین المللی در سطح خانوار در حوزه نظام سلامت

شرحی از پیمایشهای بین المللی در ادامه گزارش ارائه می گردد:

### ۱. پیمایش ملی مصاحبه سلامت (NHIS) National Health Interview Survey

پیمایش های ملی مصاحبه سلامت از سال ۱۹۵۷ به طور سالانه در ایالات متحده انجام می گیرد. پیمایش NHIS طیف وسیعی از موضوعات مرتبط با سلامت را از طریق مصاحبه خانوار پایش می کند و بیش ۵۰ سال است که دفتر آمار ایالات متحده مسئول جمع آوری داده های NHIS بوده است. نتایج این پیمایش به عنوان ابزاری برای فراهم کردن داده های لازم جهت ارزیابی وضعیت سلامت، دسترسی به خدمات سلامت و میزان دستیابی و تحقق اهداف سلامت عمل کرده است. NHIS یک پیمایش مصاحبه ای خانوار در مقیاس بزرگ است که نماینده جمعیت شهروندان غیرسازمانی ایالات متحده است. مصاحبه گران با ۳۵۰۰۰ الی ۴۰۰۰۰ خانوار در سطح کشور بازدید می کنند و داده های مربوط به ۷۵ الی ۱۰۰۰۰۰ نفر از افراد ساکن در این خانوارها را جمع آوری می کنند. برای اطمینان از صحت داده ها مصاحبه گران باید تا حد امکان با همه خانوار های انتخاب شده برای نمونه گیری مصاحبه کنند. اگر امکان مصاحبه با خانوار های انتخاب شده برای مصاحبه وجود نداشت جایگزینی صورت نمی گیرد.

به طور متوسط مصاحبه های NHIS در حدود یک ساعت طول می کشید و سوالات شامل دو بخش اصلی بودند:

- مجموعه ای از سوالات اصلی که برای هر سال ثابت و بدون تغییر باقی می ماند
- سوالات تکمیلی که از سال به سال دیگر تغییر می کرد و سوالات دیگری که بسته به اولویت های ملی موجود به پرسشنامه اضافه می شود.

نتایج پیمایش NHIS بوسیله سیاستگذاران، دانشگاهیان، پژوهشگران، مدرسان، دانشجویان و روزنامه نگاران به کار برده می شود. داده های این پیمایش برای شناسایی مسائل و مشکلات بخش سلامت، تعیین موانع دسترسی به خدمات سلامت، ارزیابی برنامه های سلامت، مطالعه نابرابری های مرتبط به سلامت، پایش دستیابی به اهداف سلامتی، پایش دستیابی به شاخص های رفاهی ملی به کار می رود.

داده های تکمیلی شامل موارد زیر هستند:

کانسر،

- غربالگری سرطان
- تغذیه و رژیم غذایی
- فعالیت جسمانی
- استعمال دخانیات
- محافظت از آفتاب

- سابقه خانوادگی سرطان
- خدمات تکمیلی جایگزین پزشکی
- فعالیتهای جسمانی حین اوقات فراغت
- ایمن سازی
- پنومونی
- هپاتیت A
- هپاتیت B
- کزاز
- شینگلز
- تب

واکسن پاپیلومای انسانی (HPV)

ایمن سازی آنفلوآنزا

آرتريت

- تاثیر بیماریهای مفصلی روی نوع و میزانی کار افراد
- دریافت خدمات پزشکی برای کاهش وزن برای بهبود مفاصلی
- دریافت مشاوره برای فعالیت های جسمانی
- اینکه آیا افراد دوره های لازم را برای مدیریت مشکلات مرتبط با بیماریهای مفصلی گذرانده اند
- تشخیص آرتريت و بیماری های مفصلی

## ۲. پیمایش سلامت جهانی (World Health Survey-WHS)

پیمایش سلامت جهانی (World Health Survey) در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش عملکرد نظام‌های سلامت بر اساس سه هدف عمده نظام‌های سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی شد. WHS اولین پیمایش بزرگ است که صراحتاً اهمیت قابلیت مقایسه را در طراحی ابزار علاوه بر روایی و پایایی مورد توجه قرار داده است. به منظور تقویت استفاده از WHS طراحی، آزمون و اجرای آن بر اساس رویکرد ماژولار (پودمانی) بوده است. هدف این است که هر پودمان را بتوان به صورت مجزا در محتوای پیمایش های مختلف بکار برد. کشورهای مختلف می‌توانند از بین پودمانها هر ترکیبی را که مطابق نیازهای سیاسی آنان است انتخاب نمایند. پودمانهای موجود جنبه های مختلف سلامت و نظام سلامت را در بر می‌گیرند که در دو بخش سازماندهی شده اند: پرسشنامه خانوار و پرسشنامه فردی. در بخش اول یعنی پرسشنامه خانوار در ابتدا اطلاعات در مورد افراد خانواد و مشخصات آنها وجود دارد (Murray and Evans, ۲۰۰۳)

تدوین پودمان های توصیف وضعیت سلامت و پاسخگویی با مرور گسترده آیتیم های معمول مورد استفاده در سایر ابزارها آغاز شد. با انجام مرور منظم متون و نیز مشاوره با کارشناسان در فیلد، ابزاری آزمایشی در پیمایش

خانوار در تانزانیا، فیلیپین و کلمبیا در ۱۹۹۹ آزمون شد. با تحلیل داده‌های اولیه و نیز مشاوره در جلسات کارشناسی، ابزار کاملاً بازبینی گردید. پودمان های وضعیت سلامت و پاسخگویی در مطالعه با عنوان " WHO ۲۰۰۰-۲۰۰۱ Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness" (MCSS) بکار برده شد. ۷۱ پیمایش در ۶۱ کشور انجام شد که هدف آن ایجاد ابزاری روا و پایا و قابل مقایسه در توصیف وضعیت سلامت و پاسخگویی بود. حجم نمونه این مطالعه ۱۸۸۳۰۷ بود که برای ۱۰۳۰۹ نفر آزمون مجدد با همان پرسشنامه در طی یک هفته انجام شد. تحلیل داده‌های این مطالعه پایه تجربی بسیار ارزشمندی شد تا تعداد حوزه ها و یا ایت‌های هر حوزه برای پودمان توصیف سلامت، پاسخگویی، اهداف نظام سلامت، ارزشگذاری وضعیت سلامت کاهش داده شود. با استفاده از ضریب همبستگی داخل گروهی ایت‌های دارای پایایی کم تعیین شدند. با اعلام عمومی WHS و گزارش نتایج MCSS، بحث‌هایی به منظور ارتقای محتوا و سبک WHS انجام شد. طی این مباحث و نیز با فعالیت کمیته ای از پرسنل فنی از دپارتمان های مختلف، پودمان های دیگر از جمله بیمه سلامت، مشاغل سلامت، پوشش خدمات و عوامل خطر به آن افزوده شد. بین فوریه و آوریل ۲۰۰۲ ابزار بازبینی شده WHS در یک مطالعه پایلوت در ۱۲ کشور انجام شد. در کل ۷۰۴۳ نفر پاسخ دادند و برای ۱۲۰۰ نفر در طی ۲ هفته آزمون مجدد انجام شد. بر اساس تحلیل دقیق داده های پایلوت WHS گروه های کاری برای هر پودمان ابزار نهایی را پیشنهاد دادند. ابزار نهایی زمان گیری شد و گروه کنترل کلی حجم WHS را کاهش بیشتری دادند تا بتوان همه پودمان را بطور میانگین در طی ۹۰ دقیقه تکمیل نمود. در آگوست ۲۰۰۲ WHS نهایی در دسترس قرار گرفت (Üstün et al, ۲۰۰۳)

پودمانهای پرسشنامه خانوار در پیمایش WHS به شرح زیر می باشد:

- ۱- فهرست اعضای خانوار
- ۲- پوشش مداخلات سلامت خانوار
- ۳- بیمه سلامت
- ۴- هزینه های سلامت
- ۵- شاخص های درآمد کنونی
- ۶- مشاغل سلامت

پودمانهای پرسشنامه فردی به شرح زیر می باشد:

۱. ویژگیهای اجتماعی-جمعیتی
۲. توصیف وضعیت سلامت
۳. ارزشگذاری حالت سلامت
۴. عوامل خطر
۵. مرگ و میر
۶. پوشش مداخلات بهداشتی

۷. پاسخگویی نظام سلامت

۸. اهداف نظام سلامت و سرمایه اجتماعی

در بخش اول، یعنی پرسشنامه خانوار در ابتدا اطلاعات در مورد تمام افراد خانوار و ویژگی‌های آنها وجود دارد. این بخش بطور دقیق اطلاعات زیر را ارائه می‌دهد:

**پوشش مداخلات سلامت خانوار:** بطور مثال استفاده از پشه بندهای آغشته به سم برای پیشگیری از مالاریا  
**بیمه سلامت:** تحت پوشش بودن تک تک اعضای خانوار، نوع بیمه انان و میزان حق بیمه .

**هزینه‌های سلامت:** اطلاعاتی در مورد هزینه‌های اختصاصی به غذا، مسکن، آموزش، سلامت و سایر. در مورد هزینه‌های بهداشتی درمانی نیز به صورت طبقه بندی شده اطلاعاتی ارائه می‌شود .

**شاخص درآمد ثابت:** یکی از تخمین‌های قوی در مورد درآمد دائم خانوار می‌تواند از طریق کسب اطلاعات در مورد مالکیت دارایی‌های خاص از جمله رادیو، تلویزیون، اتومبیل و ... و دسترسی به برخی خدمات مثل آب، برق و سوخت باشد. در این قسمت نیز سوالاتی در مورد دارایی‌های ثابت خانوار پرسیده می‌شود و سپس درآمد ثابت آنان تخمین زده می‌شود. این اطلاعات برای سنجش سلامت فقرا و تحلیل نابرابری در سلامت، پوشش و پاسخگویی بسیار ارزشمند است.

**مشاغل سلامت:** در مورد هر یک از اعضای خانوار که در مشاغل مرتبط با سلامت کار می‌نمایند، مجموعه‌ای از اطلاعات در مورد نوع شغل، تجارب تحصیلی و مکانیسم‌های جبران خدمت جمع‌آوری می‌گردد. این پودمان بدین منظور می‌باشد که اطلاعاتی در مورد کارکنان بهداشتی و درمانی کشور شامل بخش دولتی و خصوصی به صورت مقطعی ارائه نماید .

دومین بخش WHS، یعنی پرسشنامه فردی، ابعاد زیر را پوشش می‌دهد:

**اطلاعات جمعیتی \_ دموگرافیک:** شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل و نژاد

**توصیف وضعیت سلامت:** سطح سلامت برای هر ۸ حوزه سلامت ( حرکت، مراقبت شخصی، درد، شناخت، فعالیت-های بین شخصی، بینایی، خواب و انرژی و احساسات) بر اساس گزارش خود فرد تعیین می‌گردد. هر حوزه شامل ۲ آیتم می‌باشد تا خطای اندازه‌گیری کاهش یابد و کارایی مدل‌های آماری مورد استفاده در تحلیل افزایش یابد.

**عوامل خطر:** آیتم‌های این قسمت شامل مصرف دخانیات، الکل، میوه و سبزیجات، تحرک فیزیکی، آب و فاضلاب و آلودگی هوای درون منزل می‌باشد. این عوامل خطر از آن جهت انتخاب شده‌اند که بیشترین در سطح جهان می‌باشند و در ضمن گزارش خود فرد در مورد آن منطقی است.

**پوشش خدمات سلامت:** در این قسمت اطلاعاتی به منظور سنجش پوشش یا پوشش موثر مداخلات کلیدی سلامت جمع‌آوری می‌گردد. پوشش احتمالی است که اگر فرد به خدمتی نیاز داشته باشد، آن را دریافت خواهد کرد.

**پاسخگویی نظام سلامت:** در این قسمت اطلاعاتی در مورد مصرف خدمات بستری و سرپایی جمع‌آوری می‌گردد و ۸ بعد پاسخگویی در مورد این دو نوع خدمات سلامت ارزیابی می‌گردد .

ارزشگذاری وضعیت سلامت: پاسخگویان مجموعه‌ای از وضعیت‌های فرضی سلامتی را درجه‌بندی می‌نمایند و توصیف مفصلی مرتبط با این وضعیت‌های فرضی ارائه می‌نمایند. این پودمان را می‌توان در شناخت این که چگونه افراد اطلاعات در مورد سطوح حوزه‌های مختلف سلامت را با ارزیابی کلی از سلامت ترکیب می‌نمایند، بکار برد . (Üstün et al, ۲۰۰۳)

### ۳. پیمایش مراقبت عوامل خطر بیماریهای مزمن سازمان جهانی بهداشت (STEPS) STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance

هدف از پیمایش STEPS این است که یک نقطه ورودی ایجاد کند تا کشورهای با درآمد کم و متوسط بتوانند فعالیتهای مرتبط با بیماری‌های مزمن را شروع کنند. همچنین پیمایش STEPS طراحی شده است تا به این کشورها کمک کند که ظرفیت‌های خود را برای اجرای مراقبت تقویت کنند. در حال حاضر دو نظام مراقبت STEP وجود دارد نظام مراقبت عوامل خطر و نظام مراقبت Stroke (عوامل خطری که بار بیماری‌های اصلی را تعیین می‌کنند). این ابزار، ابزاری انعطاف پذیر است به طوری که به کشورها اجازه می‌دهد اطلاعات مربوط به آیتم‌های اصلی، متغیرها و عوامل خطر را جمع کنند و پودمان‌های اختیاری مرتبط با علاقه مندیهای خود را طراحی کنند. ابزار STEPS شامل دو گروه از آیتم‌های اصلی و اضافی می‌باشد. آیتم‌های اصلی برای محاسبه متغیرهای اساسی مورد نیاز می‌باشند، نظیر شاخص BMI و استعمال دخانیات. آیتم‌های اضافی برای اطلاعات جزئی‌تر پرسیده می‌شود، نظیر استعمال فراورده‌های غیردخانی. (WHO, ۲۰۰۵)

استپ ۱ شامل مشخصات دموگرافیکی (شامل ۴ سوال اصلی و ۷ سوال اضافی می‌باشد)

استپ ۲ شامل ارزیابی‌های رفتاری به شرح زیر می‌باشد:

- استعمال مواد دخانی (شامل ۵ سوال اصلی و ۹ سوال اضافی)
- مصرف الکل (شامل ۸ سوال اصلی و ۲ سوال اضافی)
- رژیم غذایی (شامل ۲ سوال اضافی)
- فعالیت جسمی
- کار (شامل ۶ سوال اصلی)
- رفت و آمد از (به) محلها (۳ سوال اصلی)
- فعالیتهای تفریحی (۶ سوال اصلی)
- فعالیتهای نشستنی (۱ سوال اضافی)
- سابقه فشارخون بالا (۳ سوال اصلی و ۳ سوال اضافی)
- سابقه دیابت (۳ سوال اضافی)

- اندازه گیری قد و وزن (۵ سوال اصلی)
- لاغری
- فشار خون (۷ سوال اصلی)
- ضربان قلب و تراکم استخوان (۲ سوال اضافی)

### استپ ۳

#### اندازه گیری های بیوشیمی

- قند خون ( ۶ سوال اصلی)
- چربی خون (۳ سوال اصلی)
- کلسترول HDL و تری گلیسیرید (۲ سوال اضافی) (WHO, ۲۰۰۵)

#### ۴. پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی (LSMS) Living Standards Measurement Survey

پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی یک پروژه تحقیقاتی است که در سال ۱۹۸۰ توسط تیم بانک جهانی در پاسخ به نیاز درک شده برای داده های مرتبط با سیاستگذاری طراحی شد که به سیاستگذاران اجازه می دهد تا برای درک تعیین کننده ها و پیامدهای اجتماعی نرخ بیکاری، فقر، استفاده از خدمات سلامت و ... ویرای اندازه گیری خام این شاخص ها حرکت کنند.

داده های حاصل از پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی نقش مهمی را در کمک به سیاستگذاران جهت بررسی استانداردهای زندگی، فقر و نابرابری در یک کشور خاص، سطح منطقه یا جهان بازی می کنند. از سال ۱۹۸۰ تا کنون ۸۸ پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی از نیکاراگوئه تا عراق توسط بانک جهانی انجام شده است. پرسشنامه های پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی طیف وسیعی از موضوعات را پوشش می دهد: مشخصات دموگرافیک، تحصیلات، سلامت، کار، مصرف، موضوعات مالی، فراورده های کشاورزی، فعالیت های غیر کشاورزی. هر پرسشنامه موضوعاتی را در زمینه های تخصصی مورد سوال قرار می دهد که می تواند منعکس کننده تقاضا از بخش های مختلف دولتی باشد. پرسشنامه بقدر کافی قابلیت سازگاری دارد که امکان مقایسه بین پیمایشها فراهم شده است (Grosh and Glewwe, ۱۹۹۵).

پودمان های مختلف پرسشنامه پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی به ترتیب زیر است:

۱. مشخصات دموگرافیک خانوار
۲. خانه داری
۳. تحصیلات
۴. سلامت
۵. نیروی کار
۶. اعتبارات

۷. مهاجرت

۸. گواهی نامه ها

۹. فعالیتهای غیر کشاورزی

۱۰. حمایت اجتماعی

۱۱. فعالیتهای کشاورزی (Grosh and Glewwe, ۱۹۹۵)

## ۵. پیمایش های جمعیت و سلامت (Demographic and Health Survey (DHS)

با توجه به ضعف هایی که در نظام های اطلاعات جاری سلامت کشورها (بخصوص کشور های جهان سوم) وجود دارد، از سال ۱۹۸۴ برای جمع آوری اطلاعات با اعتبار و اعتماد در کشورهای با درآمد کم و متوسط بررسی های جمعیت و سلامت (Demographic and Health Survey) انجام شد. این بررسی ها در حدود ۸۵ کشور دنیا در مقاطع مختلفی با حمایت های مالی و فنی USAIDS انجام شده است.

پیمایش DHS ابتدا برای توسعه داده های جمعیتی، باروری و تنظیم خانواده جمع آوری شده در پیمایش باروری جهانی و پیمایش شیوع پیشگیری از بارداری طراحی شد و ادامه یافت تا منابع اطلاعاتی لازم را جهت پایش آمار حیاتی و شاخص های سلامت جمعیت در کشورهای با درآمد کم و متوسط فراهم کند. پیمایش DHS طیف وسیعی از داده های عینی و خودگزارشی را با تمرکز وسیع بر روی بهداشت باروری، بهداشت مادر و نوزاد، مرگ و میر، تغذیه و رفتار های بهداشتی خودگزارشی در بین بزرگسالان جمع آوری می کند. از امتیازات مهم پیمایش DHS نرخ پاسخدهی بالا، پوشش ملی، آموزش خوب پرسشگران و فرایند استاندارد جمع آوری داده ها در سطح کشورها می باشد. داده های این پیمایش انجام مطالعات اپیدمیولوژیک متمرکز بر پایش شیوع، روندها و نابرابری ها را تسهیل می کند.

پیمایش DHS با حجم نمونه ۳۰۰۰۰-۵۰۰۰۰ نفر در کشورهای با درآمد کم و متوسط و بوسیله وزارت بهداشت این کشورها در دوره های ۵ تا ۱۰ ساله انجام می شود و طول مدت این پیمایش ۲-۱ سال برآورد شده است.

در ایران نیز پیمایش سلامت و جمعیت با استفاده از ظرفیت ها و پتانسیل علمی و اجرایی کشورمان در سال ۱۳۷۹ اجرا شد و اطلاعات آن در سیاستگذاری های مختلفی مورد استفاده قرار گرفت (Iran Demographic and

Health Survey, ۲۰۰۰)

طراحی ابزار مورد استفاده برای این پیمایش بر اساس ماژولار بوده است و بخشهای مختلف در قالب ۳ پرسشنامه سازماندهی شده است: پرسشنامه خانوار و پرسشنامه فردی زنان و پرسشنامه فردی مردان.

پرسشنامه خانوار شامل ۴ پودمان به شرح زیر می باشد:

۱- فرم اطلاعات خانوار (۲۰ سوال)

۲- مشخصات خانوار (۲۷ سوال)

۳- مالاریا (شامل ۱۳ سوال)



۴- تن سنجی (اندازه گیری قد، وزن و هموگلوبین کودکان زیر ۵ سال (۱۳ سوال)، تن سنجی (اندازه گیری قد، وزن و هموگلوبین و تست HIV در زنان ۱۵-۴۹ سال (۲۹ سوال)، تن سنجی (اندازه گیری قد، وزن و هموگلوبین و تست HIV در مردان ۱۵-۴۹ سال (۲۹ سوال)،

پرسشنامه زنان ۱۵-۴۹ سال شامل ۱۰ پودمان به شرح زیر می باشد:

- ۱- مشخصات پاسخگو (۱۶ سوال)
- ۲- باروری (۴۰ سوال)
- ۳- پیشگیری از بارداری (۲۸ سوال)
- ۴- مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان (۶۱ سوال)
- ۵- تغذیه، سلامت و واکسیناسیون کودک (۶۱ سوال)
- ۶- ازدواج و فعالیت جنسی (۳۴ سوال)
- ۷- ترجیحات باروری (۲۰ سوال)
- ۸- مشخصات زمینه ای همسر و کار زنان (۲۶ سوال)
- ۹- ایدز/ HIV (۵۰ سوال)
- ۱۰- سایر مسائل مرتبط با سلامتی ( نظیر داشتن تزریق آمپول، کشیدن سیگار، داشتن بیمه سلامت و ...) ( ۱۱ سوال)

پرسشنامه مردان ۱۵-۴۹ سال شامل ۸ پودمان به شرح زیر می باشد:

- ۱- مشخصات زمینه ای پاسخگو (۱۶ سوال)
- ۲- باروری (۲۰ سوال)
- ۳- پیشگیری از بارداری (۱۴ سوال)
- ۴- ازدواج و فعالیت جنسی (۳۹ سوال)
- ۵- ترجیحات باروری ( ۱۰ سوال)
- ۶- اشتغال و نقشهای زنان ( ۱۴ سوال)
- ۷- ایدز/ HIV (۳۳ سوال)
- ۸- سایر مسائل مرتبط با سلامتی ( نظیر داشتن تزریق آمپول، کشیدن سیگار، داشتن بیمه سلامت، ختنه مردان و ...) ( ۱۴ سوال)

پودمانهای اختیاری پرسشنامه DHS۶ شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- نگرش نسبت به خشونت خانگی
- ۲- ختنه زنان

۳- مرگ و میر مادران

۴- هزینه های پرداخت از جیب برای مراقبتهای سلامتی

۵- Fistula

### ۶. پیمایش شاخص های چندگانه سلامت (MICS) Multiple Indicator Cluster Surveys

برای محاسبه شاخص های سلامت و جمعیت در سطح دنیا بررسی های استاندارد MICS طراحی شده است. بررسی MICS به وسیله صندوق کودکان سازمان ملل متحد از سال ۱۹۹۶ در ۴ دوره در بیش از ۵۰ کشور دنیا اجرا شده است که جمهوری اسلامی ایران نیز این بررسی را در سال ۱۹۹۷ اجرا کرده است. هدف از اجرای این پیمایش جمع آوری اطلاعات معتبر و قابل مقایسه در سطح بین المللی است. در طراحی جدید پیمایش MICS تلاش شده است تا شاخص ها و ابزار آن با بررسی DHS همخوانی داشته باشد. این پیمایش مورد حمایت فنی و مالی یونیسف قرار دارد. با توجه به این که برخی از شاخص های اهداف توسعه هزاره (MDGs) از این پیمایش ها قابل استخراج می باشد، بنابراین استفاده از ابزار و روش های پیمایش MICS سیاستگذاران کشورها را در اعلام شاخص های بین المللی کمک خواهد نمود. پیمایش MICS با حجم نمونه ۶۰۰۰ نفر در کشورهای با درآمد کم و متوسط و بوسیله وزارت بهداشت این کشورها انجام می شود و طول مدت این پیمایش ۱-۲ سال برآورد شده است (UNICEF, ۲۰۱۲). طراحی ابزار مورد استفاده برای این پیمایش بر اساس ماژولار بوده است و بخش های مختلف در قالب ۳ پرسشنامه سازماندهی شده است: پرسشنامه خانوار و پرسشنامه زنان ۴۹-۱۵ سال و پرسشنامه کودکان زیر ۵ سال.

پرسشنامه خانوار MICS۴ شامل ۱۱۸ سوال در قالب ۱۰ پودمان به شرح زیر می باشد:

۱- فرم اطلاعات خانوار (سوال ۱۷)

۲- فرم فهرست اعضای خانوار (سوال ۱۴)

۳- تحصیلات (سوال ۸)

۴- آب و بهداشت محیط (سوال ۱۱)

۵- مشخصات خانوار (سوال ۱۵)

۶- مالاریا (سوال ۱۵)

۷- کار کودک (سوال ۱۰)

۸- تربیت کودک (سوال ۲۲)

۹- شستشوی دستها (سوال ۵)

۱۰- یددار کردن نمک (سوال ۱)

پرسشنامه فردی زنان MICS۴ شامل ۲۳۹ سوال در قالب ۱۹ پودمان به شرح زیر می باشد:

۱- فرم اطلاعات زن (سوال ۹)

- ۲- مشخصات زن (۷ سوال)
- ۳- دسترسی به رسانه های گروهی و فناوری اطلاعات (۱۱ سوال)
- ۴- مرگ و میر کودک (۱۳ سوال)
- ۵- تاریخچه باروری (۱۰ سوال)
- ۶- تمایل برای آخرین تولد (۳ سوال)
- ۷- بهداشت مادر و نوزاد (۲۷ سوال)
- ۸- مراقبت بعد از زایمان (۲۳ سوال)
- ۹- علایم بیماری (۲ سوال)
- ۱۰- پیشگیری از بارداری (۳ سوال)
- ۱۱- نیازهای برآورده نشده (۱۳ سوال)
- ۱۲- ختنه زنان (۲۲ سوال)
- ۱۳- نگرش نسبت به خشونت خانگی (۱ سوال)
- ۱۴- ازدواج و زندگی مشترک (۹ سوال)
- ۱۵- رفتار جنسی (۱۵ سوال)
- ۱۶- ایدز/ HIV (۲۷ سوال)
- ۱۷- مرگ و میر مادر (۱۴ سوال)
- ۱۸- استعمال دخانیات (۱۷ سوال)
- ۱۹- رضایت از زندگی (۱۵ سوال)

پرسشنامه فردی مردان MICCS۴ شامل ۱۱۷ سوال در قالب ۱۱ پودمان به شرح زیر می باشد:

- ۱- فرم اطلاعات مرد (۹ سوال)
- ۲- مشخصات مرد (۷ سوال)
- ۳- دسترسی به رسانه های گروهی و فناوری اطلاعات (۱۱ سوال)
- ۴- مرگ و میر کودک (۱۲ سوال)
- ۵- ختنه مردان (۴ سوال)
- ۶- نگرش نسبت به خشونت خانگی (۱ سوال)
- ۷- ازدواج و زندگی مشترک (۹ سوال)
- ۸- رفتار جنسی (۱۵ سوال)
- ۹- ایدز/ HIV (۱۶ سوال)
- ۱۰- استعمال دخانیات و مصرف الکل (۱۷ سوال)
- ۱۱- رضایت از زندگی (۱۵ سوال)

پرسشنامه کودکان زیر ۵ سال MICS۴ شامل ۱۱۱ سوال در قالب ۹ پودمان به شرح زیر می باشد:

- ۱- فرم اطلاعات کودکان زیر ۵ سال (۱۱ سوال)
- ۲- سن کودک (۲ سوال)
- ۳- ثبت تولد (۳ سوال)
- ۴- تکامل اولیه کودک (۱۷ سوال)
- ۵- تغذیه با شیر مادر (۱۸ سوال)
- ۶- مراقبت در زمان بیماری (۱۵ سوال)
- ۷- مالاریا (۱۵ سوال)
- ۸- واکسیناسیون (۲۰ سوال)
- ۹- تن سنجی (۶ سوال) (Child info, ۲۰۱۲)

#### پودمان های اضافه شده به پرسشنامه های اصلی پیمایش MICS۴:

در پرسشنامه MICS۴ پودمانی به نام «دسترسی به رسانه های گروهی و استفاده از فناوری اطلاعات» گنجانده شده است. این پودمان دارای سه شاخص: دسترسی به رسانه های گروهی، استفاده از کامپیوتر و اینترنت می باشد. این پودمان در پرسشنامه زنان و مابین پودمان پیش زمینه زنان و مرگ و میر کودکان قرار داده می شود. در این پودمان سئوالاتی در خصوص خواندن روزنامه یا مجله، گوش کردن به رادیو، دیدن تلویزیون پرسیده شده است. این بخش با مصاحبه با افراد ۱۵-۲۴ سال ادامه می یابد. در ادامه بخش فوق سئوالاتی در خصوص استفاده از کامپیوتر و اینترنت از افراد پرسیده شده است.

پودمان دیگری به نام رضایت از زندگی به MICS۴ اضافه شده است. که گروه هدف آن زنان ۱۵-۲۴ سال می باشد. شاخصهای این پودمان عبارتند از: رضایت از زندگی، رضایت کلی از زندگی، میزان شادی، درک یک زندگی بهتر. در پودمان رضایت از زندگی، سئوالاتی در خصوص رضایت از خانواده، دوستان، مدرسه، خود فرد، محل زندگی، شغل، درآمد و بطور کلی از زندگی، شاد بودن، مقایسه زندگی سال جاری با زندگی سال گذشته، پرسیده می شود. در این پودمان یک سوال بصری نیز در رابطه با میزان رضایت وجود دارد. از دیگر پودمانهایی که به MICS۴ اضافه شده است پودمان مصرف الکل و استعمال دخانیات است. شاخصهای این پودمان عبارتند از: مصرف دخانیات، سیگار کشیدن قبل از ۱۵ سالگی، شیوع مصرف دخانیات، مصرف الکل و مصرف الکل قبل از ۱۵ سالگی. (Child info, ۲۰۱۲)

#### پرسشنامه های اضافی پیمایش MICS۴

پرسشنامه های اضافی پیمایش MICS4 شامل دو پرسشنامه معلولیت کودکان ( شامل ۲ پودمان ۲۵ سوالی) و پرسشنامه واکسیناسیون در مراکز بهداشتی (شامل ۲ پودمان ۱۳ سوالی) می باشد. این فرم باید در مرکز بهداشتی برای هر کودک زیر ۵ سال به طور جداگانه تکمیل شود. (Child info, ۲۰۱۲)

#### ۷. پیمایش حسابهای ملی سلامت (National Health Accounts)

جهت سیاستگذاری در بخش سلامت نیاز به تصمیم‌گیری برای این است که چگونه منابع مالی را افزایش دهیم، چگونه آنها را جمع کنیم، و چگونه آنها را به صورت کارا و عادلانه به کار بریم. تصمیم‌گیری آگاهانه نیاز به اطلاعات معتبر و موثق درباره میزان منابع مالی، روش تامین آنها و روش استفاده از آنها برای بخش سلامت دارد. حسابهای ملی سلامت چگونگی استفاده از منابع نظام سلامت را نشان می‌دهد و شواهدی جهت پایش روندها در هزینه‌های بخش سلامت برای هر دو بخش دولتی و خصوصی، فعالیت‌های مختلف بهداشتی، ارائه‌کنندگان، بیماری‌ها، گروه‌های جمعیت و مناطق مختلف را در کشور فراهم می‌کند. این پیمایش به طراحی راهکارهای ملی برای تامین مالی موثر و افزایش منابع مالی در بخش سلامت کمک می‌کند. اطلاعات بدست آمده می‌تواند برای منعکس نمودن الزامات نظام سلامت یک کشور و مقایسه تجربیات آنها با گذشته و یا با کشورهای دیگر به کار برده شود. حساب‌های ملی سلامت شواهدی را برای کمک به سیاستگذاران، ذینفعان و مدیران دولتی و غیردولتی جهت اتخاذ تصمیمات بهتر در تلاش برای بهبود عملکرد نظام سلامت فراهم می‌کند (WHO, ۲۰۰۳).

#### ۸. پیمایش هزینه خانوار (Household Budget Survey)

پیمایش هزینه خانوار بر اساس نمونه‌گیری تصادفی همه خانوارهای ساکن در منطقه است. این بررسی به صورت دوره‌ای از سال ۱۹۵۱ تا کنون در سطح بین‌المللی اجرا می‌شود. هدف اصلی از پیمایش هزینه خانوار تعیین الگوی هزینه خانوارها به منظور روزآمد کردن شاخص قیمت مصرف‌کننده است. نگهداری جزئیات هزینه روزانه خانوار در طی یک دوره دوهفته‌ای مشخصه بارز پیمایش HBS است. اطلاعات تفصیلی بر اساس همه منابع درآمد خانوار و بخشی از تسهیلات خانوار جمع‌آوری می‌شود. اعتبار نتایج تا حد زیادی بستگی به صحت، کامل بودن و قابل اعتماد بودن اطلاعات ارائه شده بوسیله پاسخگویان دارد. برآوردها برای انواع مشخصی از هزینه‌ها (الکل و دخانیات) برخی از منابع درآمدی در این نوع پیمایش‌ها ممکن است دچار مشکل کم برآوردی شوند. بنابراین نتایج این نوع مطالعات برای مقایسه بین طبقات مختلف خانوارها باید با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد. علیرغم این نقایص، پیمایش‌های هزینه خانوار اطلاعات بسیار با ارزشی را در مورد هزینه و درآمد خانوارها فراهم می‌کنند. این پیمایش‌ها هر ۵ سال یک بار انجام می‌شوند. حجم نمونه در این پیمایش حدود ۸۰۰۰ خانوار تخمین زده می‌شود، اما نرخ پاسخدهی در این پیمایش‌ها در مقایسه با سایر مطالعات بسیار پایین (۴۰-۵۰ درصد) است (United Nations, ۲۰۰۰). اهداف و حیطه‌های پوشش دهی:

- وزن دهی به شاخص قیمت مصرف‌کننده
- تخمین هزینه خانوار برای حسابهای ملی

- مطالعه ساختار هزینه و درآمد خانوارها
- مطالعه الگوهای هزینه/درآمد در گروههای آسیب پذیر شامل بازنشستگان، خانوارهای تک والد و ...
- مطالعه نابرابریهای درآمد/هزینه در بین گروههای اقتصادی اجتماعی
- مطالعه رفتار مصرف کننده در بین گروههای اقتصادی اجتماعی
- مطالعه توزیع درآمد عمومی و یا فقر
- تاثیر پذیری هزینه درآمد از تغییرات سیاستگذاری به ویژه تغییرات مالیاتی
- به منظور انجام تحقیقات بازار

پرسشنامه پیمایش هزینه خانوار دارای ۱۰ پودمان مختلف به شرح زیر می باشد:

**پودمان ۱:** مشخصات مصاحبه کننده (۱۸ سوال)

**پودمان ۲:** مشخصات خانوار (۷ سوال)

**پودمان ۳:** روابط خویشاوندی در خانوار (یک سوال، ماتریس)

**پودمان ۴:** اطلاعات دموگرافیک در رابطه قومیت/ملیت، شهروندی، محل تولد (۳ سوال)

**پودمان ۵:** تحصیلات (۱۶ سوال)

**پودمان ۶:** اشتغال (۲۲ سوال)

**پودمان ۷:** سلامت شامل ارزیابی عمومی سلامت، ابتلا به بیماری مزمن یا فصلی، محدود شدن فعالیتها در ۶ ماه گذشته (۴ سوال)

**پودمان ۸:** شرایط زندگی شامل استفاده از وسایل گرمایشی، سرمایشی، آب و توالی بهداشتی (۳۶ سوال)

**پودمان ۹:** درآمد (۸ سوال)

**پودمان ۱۰:** کالاها و خدمات (۶۲ سوال) شامل هزینه های پرداختی برای مصارف انرژی، سوخت، اجاره خانه، خرید لوازم خانگی، وسایل صوتی تصویری منزل، ورزش و تفریح، خرید و نگهداری حیوانات خانگی، آموزش شامل تحصیلات عالی، گذراندن دوره های مختلف آموزشی نظیر زبان، هزینه پرداختی برای بیمه، خرید وسیله نقلیه نو یا کارکرده، خرید بلیط قطار، اتوبوس، هواپیما و ... برای مسافرت، هزینه مرافبت از کودک نظیر شهریه مهدکودک، پرستار بچه و ...، آبونمان مجله یا روزنامه (United Nations, ۲۰۰۰).

## ۹. پیمایش Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM)

پیمایش (PAPFAM) از سال ۱۹۹۸ در ۱۶ کشور عربی شامل کشورهای الجزایر، لیبی، مصر، جیبوتی، عراق، امارات متحده عربی، مراکش، موریتانی، فلسطین، سومالی، سودان، سوریه، تانزانیا و یمن انجام می شود.

پیمایش PAFAM ابتدا جهت تشخیص نقش جمعیت سالم در توسعه اقتصادی اجتماعی کشور و در پی نیاز برای برنامه‌های ملی سلامت استقرار یافت. در این پیمایش خانواده به عنوان ابتدایی‌ترین واحد اجتماعی در نظر گرفته شده و در ابعاد وسیع تری مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

هدف از اجرای پیمایش (PAFAM) جمع‌آوری به هنگام اطلاعات با اعتبار و اعتماد در زمینه‌های بهداشتی، اجتماعی، محیطی و تعیین‌کننده‌ها در کشورهای عربی می‌باشد. این اطلاعات به عنوان یک پایه معتبر برای شناسایی مشکلات و اولویت‌های سیاستگذاری سلامت و انجام مداخلات موثر در همه سطوح در کشورهای عربی می‌باشد.

فاز اول این پیمایش در سالهای ۲۰۰۴-۲۰۰۰ با موفقیت انجام شد این پیمایش بوسیله سازمان جهانی بهداشت، OPEC، UNICEF، UNFPA و AGFUND تامین مالی می‌شود. (Aiddata, ۲۰۱۲). پیمایش PAFAM با حجم نمونه ۶۰۰۰ نفر در هر یک از ۱۶ کشور و بوسیله وزارت بهداشت و مرکز آمار این کشورها انجام می‌شود و طول مدت این پیمایش ۳ سال برآورد شده بود. این پیمایش شامل دو پرسشنامه سلامت خانوار و سلامت مادران می‌باشد. همچنین شامل پرسشنامه سلامت سالمندان می‌باشد که این پرسشنامه فقط در ۳ کشور لبنان، الجزایر و فلسطین مورد استفاده قرار گرفته است.

پرسشنامه سلامت خانوار شامل ۴ پودمان به شرح زیر می‌باشد:

- قسمت الف شامل ۳ پودمان فهرست خانوار (شامل فرم مشخصات زمینه‌ای اعضای خانوار، پودمان عمومی برای بیماری، پودمان معلولیت اعضای خانوار (شامل ۶ سوال)، و قسمت ب: شامل پودمان مشخصات واحد مسکونی (محل اقامت خانوار) (شامل ۲۴ سوال) می‌باشد.

- بخش اول پرسشنامه سلامت مادران شامل ۲۹ سوال زمینه‌ای و وضعیت ازدواج و استفاده از منابع می‌باشد.

- بخش دوم پرسشنامه شامل ۷ پودمان به شرح زیر می‌باشد:

پودمان ۱: تولد و مرگ کودک (۴۸ سوال)

پودمان ۲: مراقبت از مادر در آخرین زایمان نوزاد زنده در ۵ سال قبل از مطالعه (۳۷ سوال)

پودمان ۳: تغذیه و سلامت آخرین نوزاد (تولد) زنده در ۵ سال قبل از مطالعه (۵۲ سوال)

پودمان ۴: بیماریهای مزمن و ناراحتی‌های جسمی ناشی از زایمان (۴۹ سوال)

پودمان ۵: ایدز و بیماریهای منتقله از راه جنسی (۱۶ سوال)

پودمان ۶: تنظیم خانواده و روند باروری (۳۵ سوال)

پودمان ۷: مرگ و میر مادر (شامل ۱۴ سوال) (Aiddata, ۲۰۱۲)

#### ۱۰. پیمایش ملی سلامت و بیماری کشور مالزی (NHMS) National Health and Morbidity Survey

پیمایش ملی سلامت و بیماری یک پروژه تحقیقاتی است که از سال ۱۹۸۶ توسط موسسه ملی سلامت کشور مالزی جهت جمع‌آوری داده‌های مرتبط با سلامت و شیوع بیماری طراحی شده است. آخرین دوره این مطالعه

در سال ۲۰۱۱ انجام شده است در سال ۲۰۱۱ مقرر شده است که دوره اجرای این پیمایش از هر ده سال به ۴ سال یک بار کاهش یابد. در این پیمایش داده‌های مورد نیاز به صورت سالانه با موضوعات مختلف و در گروه‌های مختلف هدف جمع‌آوری می‌شود. اولین سال هر دوره بر موضوعات مشابهی که از سال ۱۹۸۶ پایش شده‌اند تمرکز می‌کند تا روندهای شیوع بیماری‌های خاص و رفتارهای بهداشتی را نشان دهد.

اهداف پیمایش سال ۲۰۱۱ فراهم نمودن اطلاعات جامعه‌نگر برای وزارت بهداشت مالزی جهت بررسی اولویت‌های بهداشتی، استراتژی‌های برنامه‌ای، فعالیت‌ها و همچنین برنامه‌ریزی و تخصیص منابع بود. این پیمایش هم مناطق شهری و هم روستایی و همه ایالت‌های مالزی را پوشش می‌دهد. جمعیت مورد مطالعه شامل همه افراد غیر سازمانی ساکن در مالزی در دو هفته قبل از مطالعه بود. جهت تعمیم‌پذیری داده‌ها در سطح ملی از نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده دو مرحله‌ای استفاده شد. از فهرست بلوکهای موجود در مالزی تعداد ۷۹۴ بلوک به طور تصادفی انتخاب شدند. این بلوکها شامل ۴۸۴ بلوک شهری و ۳۱۰ بلوک روستایی بودند. از هر بلوک انتخاب شده ۱۲ LQ به طور تصادفی انتخاب شدند و همه خانوارهای ساکن LQ و همه اعضای خانوار مورد پرسشگری قرار گرفتند. به طور کلی ۷۵۲۲ LQ مورد بازدید قرار گرفتند و از ۲۸۶۵۰ نفر مصاحبه به عمل آمد. نرخ پاسخدهی به ترتیب ۸۸.۲ و ۹۳.۰ درصد بود. موضوعات اصلی مورد بررسی در این پیمایش شامل موارد زیر بود:

#### بیماریهای قلبی عروقی

- دیابت ملیتوس (افراد ۱۸ سال و بالاتر)
- فشارخون (افراد ۱۸ سال و بالاتر)
- چربی خون (افراد ۱۸ سال و بالاتر)

#### وضعیت تغذیه و رژیم غذایی

- وضعیت تغذیه (افراد ۱۸ سال و بالاتر)
- فعالیتهای رژیم غذایی (افراد ۱۸ سال و بالاتر)
- فعالیت جسمی

#### • مصرف الکل

#### • استعمال دخانیات،

#### مشکلات سلامت روان (افراد ۱۶ سال و بالاتر)

- اضطراب، نگرانی
- شیوع افسردگی

#### • فکر خودکشی

- اقدام به خودکشی در گذشته

#### مشکلات سلامت روان (کودکان ۵ تا ۱۵ سال)

- ناراحتی‌های عاطفی و رفتاری، ناتوانی رشد و تکامل



## حوادث و آسیبهای خانگی

- کودکان زیر ۷ سال که تجربه آسیب خانگی داشته اند
- سالمندان بالای ۶۰ سال که تجربه آسیب خانگی داشته اند

## تقاضا برای خدمات سلامتی

- بیماری درک شده
- اقدام برای دریافت خدمات درمانی
- خودگزارشی مسائل و مشکلات مشخص پزشکی

## بهره مندی از خدمات سلامت

- خدمات بستری
- خدمات سرپایی

## مراقبتهای پیشگیری و ارتقا دهنده سلامت

- بهداشت دهان و دندان (NHMS, ۲۰۱۱)

## ۱۱. پیمایش های نیروی کار (LFS) Labour Force Surveys

پیمایش های نیروی کار پیمایش های آماری مبتنی بر خانواری هستند که در حدود دویست کشور و ایالت در جهان انجام می شوند و هدف از طراحی آنها جمع آوری داده ها و اطلاعاتی در زمینه بازار کار می باشد. همه اعضای اتحادیه اروپا موظف هستند که این پیمایش را به طور سالیانه اجرا کنند. پیمایش نیروی کار در کشورهای غیر عضو اتحادیه اروپا نیز انجام می شود. داده های این پیمایش ها برای محاسبه نرخ بیکاری تعریف شده از سوی سازمان بین المللی کار به کار برده می شوند. تعاریف و مفاهیم کار و اشتغال در پیمایش های نیروی کار با توافق سازمان بین المللی کار صورت می گیرد (ILO, ۲۰۱۳).

پرسشنامه پیمایش های نیروی کار شامل ۵۳ سوال در رابطه با فعالیتهای اقتصادی و بیکاری و منبع درآمد خانوارها می باشد.

۱. مشخصات پاسخگو (۶ سوال)
۲. فعالیت اقتصادی فعلی (۳ سوال)
۳. شغل اصلی (۵ سوال)
۴. مشخصات شغل اصلی (۱۴ سوال)
۵. سایر شغلها (شغل دوم و سوم و...) (۱۰ سوال)
۶. بیکاری و عدم فعالیت اقتصادی (۴ سوال)

۷. منبع درآمد (یک سوال) (نظیر خود اشتغالی، حقوق بگیر، مستمری بازنشستگی، بورسیه دانشجویی، حمایت اجتماعی، اجاره خانه و...) (ILO, ۲۰۱۳).

### مروری بر مطالعات ملی سلامت در کشورهای توسعه یافته

علاوه بر پیمایش‌های فوق که در سطح بین‌المللی اجرا می‌شوند، در ادامه پنج پیمایش ملی سلامت در کشورهای توسعه یافته که به شکلی مستمر در این کشورها اجرا می‌شوند به همراه مازولهای اصای و نحوه اجرای آنها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

#### ۱- بررسی ملی سلامت و تغذیه ایالات متحده آمریکا

##### **National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)**

بررسی ملی سلامت و تغذیه (NHANES) که بیش از ۵۰ سال است که در ایالات متحده آمریکا انجام می‌شود وضعیت سلامت و عوامل خطر را در این کشور ارزیابی می‌کند. این مطالعه از سال ۱۹۹۹ تا کنون بصورت منظم و سالیانه برگزار می‌شود (Mohadjer L, Curtin LR, ۲۰۰۸). این مطالعه شامل مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌های خانوار، خانواده و اعضای خانواده (مصاحبه انفرادی) و یک معاینه پزشکی شامل اندازه‌گیری فشارخون برای شرکت کنندگان مایل به همکاری می‌باشد. حجم نمونه این مطالعه ۵۰۰۰ نفر در سال بر اساس طرح نمونه‌گیری ۴ مرحله‌ای با ۱۵ واحد نمونه‌گیری اولیه (PSUs) انتخاب می‌شود. حجم نمونه بر اساس خوشه‌های جغرافیایی (به طور متوسط ۵۰۰ پاسخگو به ازای هر PSU می‌باشد. از پاسخگویان درخواست می‌شود تا در یک مرکز سیار پزشکی برای انجام معاینات پزشکی حاضر شوند. این مرکز در سراسر سال از یک واحد نمونه‌گیری به واحد دیگر انتقال می‌یابد. بنابراین عملاً امکان انتخاب واحدهای نمونه‌گیری زیاد در این طرح وجود ندارد. یکی دیگر از مشخصات قابل توجه NHANES استفاده از نمونه‌گیری نامساوی در سطح PSU به منظور احتمال انتخاب بیشتر برای سیاه-پوستان آمریکایی و گروه‌های اقلیت آمریکایی مکزیکی می‌باشد. همچنین زنان حامله و افراد بسیار جوان و افراد با درآمد کم در نمونه‌گیری بیش برآورد می‌شوند از برخی خانوارها چند پاسخگو انتخاب می‌شود. نرخ نمونه‌گیری خانوار نیز نامساوی است. این مسئله نرخ پاسخگویی را حداقل برای قسمت معاینات پزشکی مطالعه افزایش می‌دهد (Katki HA et al, ۲۰۱۰)

#### ۲- مطالعه ملی سلامت در انگلستان

مطالعه بررسی سلامت در انگلستان یک مطالعه سالیانه بزرگسالان و کودکان (با بیش برآوردی حجم نمونه و احتمال انتخاب بیشتر برای کودکان) می‌باشد. این مطالعه شامل مصاحبه با سوالات وضعیت سلامت و رفتار و نیز ویژگی‌های یک پرستار با سوالات اندازه‌گیری‌های جسمی می‌باشد. هر مطالعه در هر سال برخی از سوالات را در حیطه خاصی را با جزئیات بیشتری مورد پرسش قرار می‌دهد. به طور مثال، این پیمایش در سال ۲۰۱۰ روی سلامت تنفسی تمرکز ویژه‌ای داشت. نمونه‌گیری چند مرحله‌ای با استفاده از فایلی که اصطلاحاً فایل آدرس پستی

نامیده می‌شود، انجام می‌شود. این فهرست ملی شامل آدرسهای با کمتر از ۱٪ *under coverage* و در حدود ۹٪ *coverage Over* می‌باشد. در اولین مرحله در سال ۲۰۱۰ نمونه‌ای از ۸۴۰ PSU که هر PSU حدود ۵۰۰ آدرس از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌داد، انتخاب شد. بیشترین تعداد آدرس شامل ۲۹ آدرس برای یک PSU بود. در این مطالعه همه بزرگسالان (تا ۱۰ نفر) و دو کودک به طور تصادفی انتخاب می‌شدند. مطالعه شامل یک مصاحبه و اندازه‌گیری قد و وزن و پیگیری ویزیت توسط پرستار و ارزیابی سلامت جسمی شامل عملکرد ریه و گرفتن نمونه خون و ادرار بود (Health Survey for England, ۲۰۱۰)

### ۳- مطالعه ملی سلامت استرالیا

مطالعه ملی سلامت استرالیا از سال ۱۹۹۵ شروع شده است. این مطالعه که مبتنی بر مصاحبه خانوار است، تقریباً با ۱۶۰۰۰ خانوار در طول ۱۲ ماه در سال ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲ انجام شد. اطلاعات جمع‌آوری شده از بزرگسالان و کودکان در زمینه وضعیت سلامت، رفاه، فعالیت‌ها، بهره‌مندی از بیمه خصوصی سلامت و سایر موضوعات می‌باشد. همچنین تن سنجی شامل اندازه‌گیری قد و وزن و لاغری بوسیله فرد مصاحبه‌گر انجام می‌شود. افراد ۵ سال و بالاتر بطور داوطلبانه در مطالعه ارزیابی سلامت که شامل آزمایش خون (۱۲ ساله و بالاتر) و آزمایش ادرار (۵ سال و بالاتر) وضعیت تغذیه و نشانگرهای بیماری در مراکز جمع‌آوری اطلاعات اجرا می‌شود. مطالعه ملی تغذیه و فعالیت فیزیکی در همان دوره اجرا شد و از ۱۰۰۰۰ خانوار انتخاب شده خواسته شد تا به طور داوطلبانه در مطالعه ارزیابی ارزیابی سلامت شرکت کنند. سه مطالعه مذکور ترکیب شده و به عنوان مطالعه ملی استرالیا در نظر گرفته می‌شوند. مطالعه ملی سلامت استرالیا همچنین شامل نمونه‌گیری تقریباً ۱۳۰۰۰ نفری از افراد بومی استرالیا و مردم Torres Strait Island هستند.

طرح نمونه‌گیری مطالعه ملی سلامت شامل نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از خانوارها است که یک فرد ۱۸ سال و بالاتر و یک کودک در خانوار بطور تصادفی انتخاب می‌شوند. مناطق جمع‌آوری کننده به بلوک‌هایی تقسیم می‌شوند که یکی انتخاب می‌شود و خانوارها بر اساس نمونه‌گیری سیستماتیک از هر بلوک انتخاب می‌شوند (Australian Bureau of Statistics (ABS), ۲۰۱۳)

### ۴- مطالعه سلامت جامعه در کانادا

مرکز آمار کانادا بر اساس نیاز به تولید اطلاعات برای مناطق بهداشتی (بیش از ۱۲۰ منطقه، ۱۳ استان و ایالت و کل کانادا) مطالعه سلامت جامعه را اجرا می‌کند. این مطالعه چرخه دو ساله دارد و از سال ۲۰۰۰ با دو بخش منطقه‌ای و استانی انجام می‌شود. بخش استانی یک مطالعه بزرگتر با ۱۲۵۰۰۰ پاسخگو که بر آمار استانی وضعیت سلامت، بهره‌مندی از خدمات و تعیین‌کننده‌های سلامت تمرکز دارد. این مطالعه از سال ۲۰۰۶ هر دو سال یک بار انجام می‌شود، اما از سال ۲۰۰۷ به طور مداوم با یک دوره ۶ ماهه از یک نمونه ملی انجام می‌شود. این دوره‌ها سپس می‌توانند بر اساس متغیرها و استان‌ها گروه‌بندی شوند. این مدل از مطالعه مداوم انتخاب شده تا بتواند برای فراهم

کردن داده‌ها پاسخ به موقعی داشته باشد. یک مشخصه بارز بخش منطقه‌ای محتوای انعطاف‌پذیر آن است. مصاحبه ۴۵ دقیقه‌ای شامل ۳۰ دقیقه سوالات اصلی برای همه پاسخگویان و ۱۰ دقیقه سوالات ویژه هر منطقه است. مرحله آخر انتخاب یک فرد ۱۲ سال و بالاتر با احتمای نامساوی بر اساس سن بود. این مسئله انجام شد تا مسئله کم نمونه‌گیری (undersampling) ۱۲ تا ۱۹ ساله‌ها را تاحدودی جبران کند که در اثر انتخاب یک فرد از هر خانوار بوجود آمده بود (Béland Y et al, ۲۰۰۵).

#### ۵- پیمایش ملی سلامت در نیوزیلند

پیمایش ملی سلامت در نیوزیلند یک مطالعه سالیانه ملی است که برای بزرگسالان و کودکان طراحی شده است. اهداف اصلی اجرای این مطالعه عبارتند از:

- پایش سلامت جسمی و روانی نیوزیلندیها (کودکان و بزرگسالان) و شیوع بیماریهای مزمن
- پایش شیوع عوامل خطر مرتبط با این بیماریهای مزمن
- پایش بهره مندی از خدمات سلامت و ترجیحات بیماران
- بررسی تفاوتها در گروههای جمعیتی برحسب سن، جنس، قومیت و متغیرهای دموگرافیک
- پایش روندها و متغیرهای مرتبط با سلامت شامل وضعیت سلامت، عوامل خطر و بهره مندی از خدمات سلامت

- ارزیابی پیامدهای اصلی سلامت قبل و بعد از اجرای مداخلات و تغییرات سیاستها

برای تحقق اهداف فوق، این پیمایش به عنوان یک پیمایش مداوم طراحی شده و از سال ۲۰۱۱ اجرا شده است. این پیمایش دارای یک مصاحبه فردی با کمک کامپیوتر و حجم نمونه‌ای معادل با ۱۲۵۰۰ نفر بزرگسال و ۴۵۰۰ کودک از ۱۲۵۰۰ خانوار در هر سال می باشد.

فصل سوم

روش کار

## روش شناسی مطالعه (Methodology)

برای طراحی فرایندهای مطالعه بر اساس برنامه زمان بندی، کارگروه مطالعه (کمیته فنی) شکل گرفت. وظیفه این کار گروه بررسی متون و منابع موجود در سطح ملی و بین المللی بود. در بخش پیمایش های بین المللی و جهانی ۱۱ پیمایش اصلی در سطح بین المللی شامل مطالعات شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت، بررسی سلامت و جمعیت، بررسی سازمان جهانی بهداشت، حسابهای ملی سلامت و چند پیمایش ملی که در سطح کشورهای با درآمد کم و متوسط و نیز برخی کشورهای عربی انجام شده است، مورد بررسی قرار گرفتند. در مورد هر یک از پیمایش های مورد نظر ابعاد زیر مورد بررسی قرار گرفت: هدف از پیمایشها، پودمان های مورد استفاده در ابزار پیمایش، دوره زمانی انجام پیمایش، مدت زمان مورد نیاز برای انجام پیمایش و سطح اجرای پیمایش (ملی، بین المللی، منطقه ای).

در بخش پیمایش های داخلی بعد از بررسی و مرور پیمایشهای داخلی موجود (۲۶ پیمایش انجام شده در سالهای مختلف) کمیته مشورتی تقویم پیمایشهای ملی متشکل از متخصصان، مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت) و اساتید دانشگاه تشکیل شد و نظرات ایشان در رابطه با فهرست پیمایشهای ملی موجود و کم و کاستی های آن اخذ و لحاظ شد.

بعد از این مرحله، فهرست شاخصهای مورد نیاز ادارات هریک از معاونتها در وزارت بهداشت استخراج شد و نحوه احصاء آن شاخص مشخص گردید (پیمایش خانوار یا نظام ثبتی). اساس کار در این مطالعه مبتنی بر پیمایشهای در سطح خانوار می باشد. سئوالاتی که در مرحله بعد توسط این کمیته پاسخ داده شد وضعیت تجمیع پیمایشها در حوزه معاونت ها، مشخص کردن همپوشانی شاخص ها و تصمیم گیری در مورد شاخص ها یا پیمایشهایی که در حال حاضر جمع آوری نمی شوند.

### اهداف اصلی پژوهش:

تدوین تقویم پیمایش های ملی سلامت در نظام دیده بانی سلامت کشور

### اهداف اختصاصی پژوهش:

- ۱- تدوین شناسنامه پیمایش های ملی سلامت که تاکنون انجام شده اند شامل موارد زیر:  
فهرست پیمایش ها، سال (های) انجام، گستره جغرافیایی، پوشش پودمان ها و سایر خصوصیات فنی
- ۲- تعیین اطلاعات و شاخص های سلامت که می بایست توسط پیمایش های ملی سلامت تولید گردند و آن هایی که تا کنون توسط پیمایش های ملی سلامت تولید شده اند و فاصله بین این دو مجموعه (این فاصله با اجرای تقویم تدوین شده رفع می گردد).
- ۳- تعیین رابطه بین اطلاعات پیمایش های ملی سلامت و نظام روتین اطلاعات سلامت و اقدامات پیشنهادی برای هماهنگی بیشتر میان آن ها.
- ۴- تعیین شکاف های اطلاعات برای شاخص ها و یا پیمایش هایی که در حال حاضر جمع آوری نمی شوند و اقدامات پیشنهادی برای از بین بردن شکاف ها (در متن تقویم).
- ۵- ارائه ساختار ادغام یافته پیمایش های ملی

### اهداف کاربردی پژوهش:

پیمایش های ملی سلامت طبق هماهنگی انجام خواهند شد و در نتیجه، اطلاعات لازم در زمان لازم وجود خواهند داشت. وجود اطلاعات لازم در زمان لازم، سهم مهمی در دیده بانی سلامت، سیاست گذاری، برنامه ریزی، پایش و ارزشیابی دارد. وجود اطلاعات لازم در زمان لازم، سهم مهمی در پایش وضعیت سیر و نیل به سوی اهداف برنامه های پنج ساله توسعه و سند چشم انداز ۱۴۰۴ دارد. نبود اطلاعات لازم در زمان لازم، مرتبط است با موارد مرگ و بیماری در ایران که در صورت وجود این اطلاعات لازم در زمان لازم، می شد آن ها را به تعویق انداخت. بنابراین وجود اطلاعات لازم در زمان لازم، از مواردی از مرگ و بیماری قابل پیشگیری جلوگیری می کند. همچنین از صرف هزینه های غیرضروری و یا ناهماهنگی در صرف هزینه های مربوط به پیمایش های سلامت جلوگیری می کند.

همانگونه که به تفصیل در فصل اول و دوم شرح داده شده است، مشکل موجود این است که در حال حاضر هیچ نظام هماهنگ مشخص و مدونی برای پیمایش های ملی سلامت وجود ندارد. اطلاعات لازم برای بررسی و حل مشکل عبارتند: از تجزیه و تحلیل فاصله بین اطلاعات و شاخص های سلامت و مرتبط با سلامت که می بایست توسط پیمایش های ملی سلامت تولید گردند و آنهایی که تاکنون توسط پیمایش های ملی سلامت تولید شده اند، مرور جامع منابع و متون، کسب نظرات خبرگان سلامت، و تدوین محتوی فیلدهای اطلاعاتی موجود در تقویم پیمایش های ملی سلامت (که در زیر توضیح داده شده اند). براساس این اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها، تقویم پیمایش های ملی سلامت تدوین می گردد که از نظر علمی مبتنی است بر بررسی های فنی منابع موجود و نظرات

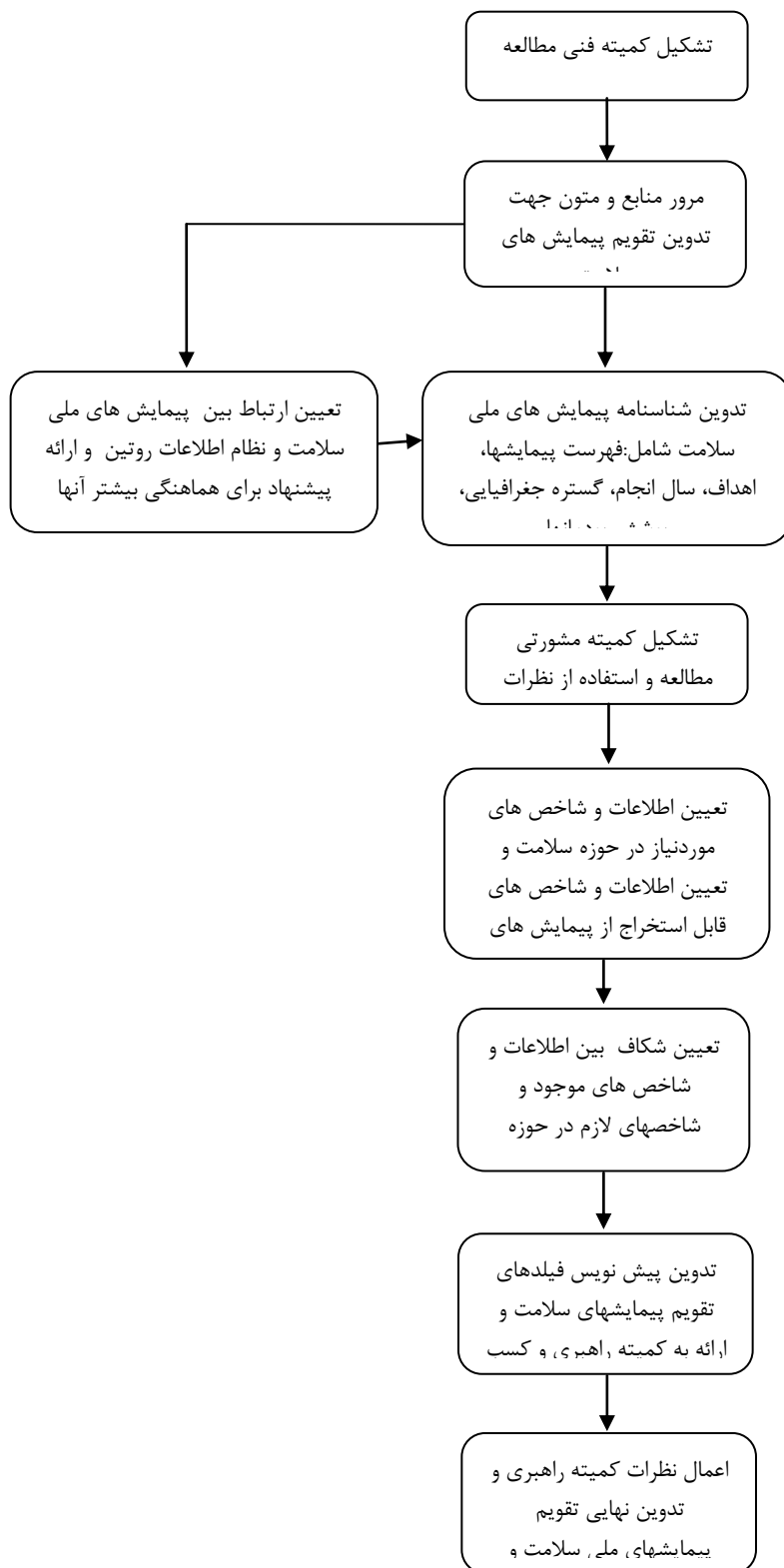
متخصصین ارشد وزارت بهداشت (در قالب کمیته فنی مطالعه) و از نظر سیاستگذاری و مدیریت کلان مبتنی است بر نظرات مدیران ارشد و سیاستگذاران نظام سلامت (در قالب کمیته راهبری). بنابراین، تقویم تدوین شده پیمایش های ملی سلامت، بیشترین احتمال قابلیت اجرای اثربخش را خواهد داشت.

### فعالیت های پژوهش

۱. تشکیل کمیته فنی مطالعه و کسب نظرات ایشان هر دو ماه یکبار. کمیته فنی شامل متخصصین ارشد قسمت های مختلف معاونت سلامت وزارت بهداشت می باشد که خود دست اندرکاران برنامه ریزی و اجرای پیمایش های ملی سلامت هستند.
۲. تشکیل کمیته راهبری مطالعه و کسب نظرات ایشان هر سه ماه یکبار. کمیته راهبری شامل مدیران ارشد و سیاستگذاران، و پیشکسوتان سلامت در کشور می باشد که خود سیاستگذاری و مدیریت کلان مجموعه پیمایش های ملی سلامت را برعهده دارند.
۳. مرور منابع و متون در مورد هماهنگی و تقویت پیمایش های ملی سلامت (توضیحات بیشتر در زیر آمده است).
۴. تدوین شناسنامه پیمایش های ملی سلامت که تاکنون انجام شده اند شامل موارد زیر: فهرست پیمایش ها، سال (های) انجام، گستره جغرافیایی، پوشش پودمان ها، و سایر خصوصیات فنی (توضیحات بیشتر در زیر آمده است).
۵. تعیین اطلاعات و شاخص های سلامت و مرتبط با سلامت که می بایست توسط پیمایش های ملی سلامت تولید گردند و آن هایی که تاکنون توسط پیمایش های ملی سلامت تولید شده اند و فاصله بین این دو مجموعه (این فاصله با اجرای تقویت تدوین شده رفع می گردد).
۶. تعیین رابطه بین اطلاعات پیمایش های ملی سلامت و نظام روتین اطلاعات سلامت و اقدامات پیشنهادی برای هماهنگی بیشتر میان آن ها.
۷. تعیین شکاف های اطلاعات برای شاخص ها و یا پیمایش هایی که در حال حاضر جمع آوری نمی شوند و اقدامات پیشنهادی برای از بین بردن شکاف ها (در متن تقویم)
۸. تدوین محتویات فیلدهای اطلاعات موجود در تقویم پیمایش های ملی سلامت شامل نام پیمایش ها و خصوصیات زمانی، خصوصیات مکانی، و خصوصیات خود هر پیمایش (فیلدهای اطلاعات موجود در تقویم پیمایش های ملی سلامت در زیر توضیح داده شده است).
۹. تدوین صورت ما قبل نهایی تقویت پیمایش های ملی سلامت با مشارکت کمیته فنی مطالعه.
۱۰. ارائه صورت ماقبل نهایی تقویم پیمایش های ملی سلامت به کمیته راهبری و خبرگان سلامت و کسب نظرات ایشان
۱۱. تدوین صورت نهایی تقویم پیمایش های ملی سلامت و گزارش نهایی مطالعه.



نمودار ۱.۳ - گردش فعالیتهای مطالعه



۱۲. به منابع مکتوب و متونی که مورد بررسی قرار خواهند گرفت در زیر اشاره شده است. هدف از ذکر این موارد، ترسیم دورنما و حدود و ثغور منابع مورد نظر است. فهرست زیر اجمالی است. مرور سیستماتیک کلیه منابع موجود در مورد هماهنگی پیمایش های ملی سلامت در جهان نیز مورد نیاز و مورد نظر این مطالعه نمی باشد.

۱- (الف) گزارش ها و مقالات حاصل از پیمایش های ملی سلامت که تاکنون انجام شده اند - برای به دست آوردن موارد زیر : فهرست پیمایش ها، سال (های) انجام، گستره جغرافیایی، پوشش پودمان ها و سایر خصوصیات فنی که در بالا به آن ها اشاره شده است. این گزارش ها از تمام قسمت های معاونت بهداشتی وزارت بهداشت اخذ می گردند - اگرچه که فهرست اولیه آن ها روشن است. این فهرست شامل موارد زیر است ولی محدود به آن ها نیست: ارزیابی عملکرد نظام سلامت، بار بیماری ها و آسیب ها، بهره مندی از خدمات و پاسخگویی نظام سلامت، بیمه، تغذیه و تن سنجی، حساب های ملی سلامت، سلامت اجتماعی و زیر گروه های آن، سلامت روان و زیر گروه های آن، سلامت و بیماری، سلامت و جمعیت، مرگ مادران، وضعیت درونداهای نظام سلامت، وضعیت سلامت دهان و دندان، وضعیت علم و فناوری، وضعیت عوامل خطر.

(ب) منابعی که عمدتاً حاوی الزامات قانونی و برنامه ای در مورد اطلاعاتی هستند که از طریق پیمایش های ملی سلامت به دست آمده اند.

۲- قوانین و اسناد بخشی (Sectoral) نظام سلامت مانند سند سلامت در برنامه پنجم توسعه، سند تحول در نظام سلامت، نقشه جامع علمی کشور

۳- اسناد مرتبط از سازمان هایی مانند وزارت علوم و تحقیقات، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر

۴- اسناد مرتبط از همکاری های وزارت بهداشت با آژانس های سازمان ملل و سایر سازمان های بین المللی که در آن ها توافق در مورد گزارش دهی شاخص هایی ذکر شده است که از طریق پیمایش های ملی سلامت به دست می آیند.

(ج) منابعی که عمدتاً حاوی اطلاعات فنی و اجرای مرتبط با هماهنگی پیمایش ها، به روزرسانی روش شناسی پیمایش ها، و با سایر خصوصیات اجرای و فنی مرتبط می باشند:

۱- اسناد مرتبط از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران (خسروی و همکاران، ۱۳۸۸)، شاخص های ملی سلامت (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴)، شاخص های ۵۲ گانه عدالت در سلامت، رویکردهای اجرایی و توصیه های راهبردی راه اندازی دیده بانی های سلامت ملی (سازمان بهداشت جهانی، دفتر قاره آمریکا، ۱۳۹۰ - ترجمه فارسی)

۲- اسناد مرتبط از آژانس های سازمان ملل در سطح جهانی و در سطح دفاتر نمایندگی آن ها در ایران

۳- منافع مرتبط از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه در قالب اسناد برنامه ای و فنی و نیز مقالات و کتاب های منتشر شده.

طبقات به کار رفته در تقسیم بندی فوق مانع الجمع نیستند به این معنی که یک مورد از منابع می تواند هم شامل الزامات قانونی باشد و هم نکات و خصوصیات فنی مرتبط با پیمایش ها در آن ذکر شده باشد.

منابع اطلاعاتی غیرمکتوب عبارت خواهند بود از (۱) نظرات و تجربیات پیشکسوتان سلامت، سیاستگذاران و مدیران ارشد که در قالب تشکیل جلسات کمیته راهبری مطالعه و نیز به روش مصاحبه عمیق در موارد لازم کسب شد و (۲) نظرات و تجربیات متخصصین ارشد در قسمت های مختلف معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و نیز از سایر معاونت ها برحسب مورد، که در قالب تشکیل جلسات کمیته فنی مطالعه و همچنین از طریق همکاران ایشان در قسمت های مختلف مطالعه کسب گردید.

عناوین فیلهای اطلاعات موجود در تقویم پیمایش های ملی سلامت

۶- عنوان پیمایش

۷- خصوصیات زمانی پیمایش

a. دوره زمانی (هرچند سال یک بار)

b. ارتباط زمانی با برنامه های پنج ساله توسعه (سال چندم برنامه توسعه)

۸- خصوصیات مکانی پیمایش

a. عمق جغرافیایی مورد نیاز برای جمع آوری داده ها و انجام برآوردها (شهرستان ها، استان ها، کشور) و تفکیک شهر و روستا (برای پیمایش هایی که مورد دارد)

b. خصوصیات مکانی پیمایش های چنداستانی و شهرهای بزرگ

۹- خصوصیات فنی و اجرایی پیمایش

a. خصوصیات فنی پیمایش

i. پودمان های خروجی پیمایش (Module Coverage)

ii. برنامه به روزرسانی و بازنگری ابزار و متد انجام پیمایش با توجه به وضعیت موجود ابزار و متد انجام پیمایش و پیشرفت های فنی مرتبط با پیمایش که در طول زمان حاصل می شوند

iii. ملاحظات حجم نمونه براساس اهداف

b. خصوصیات اجرایی

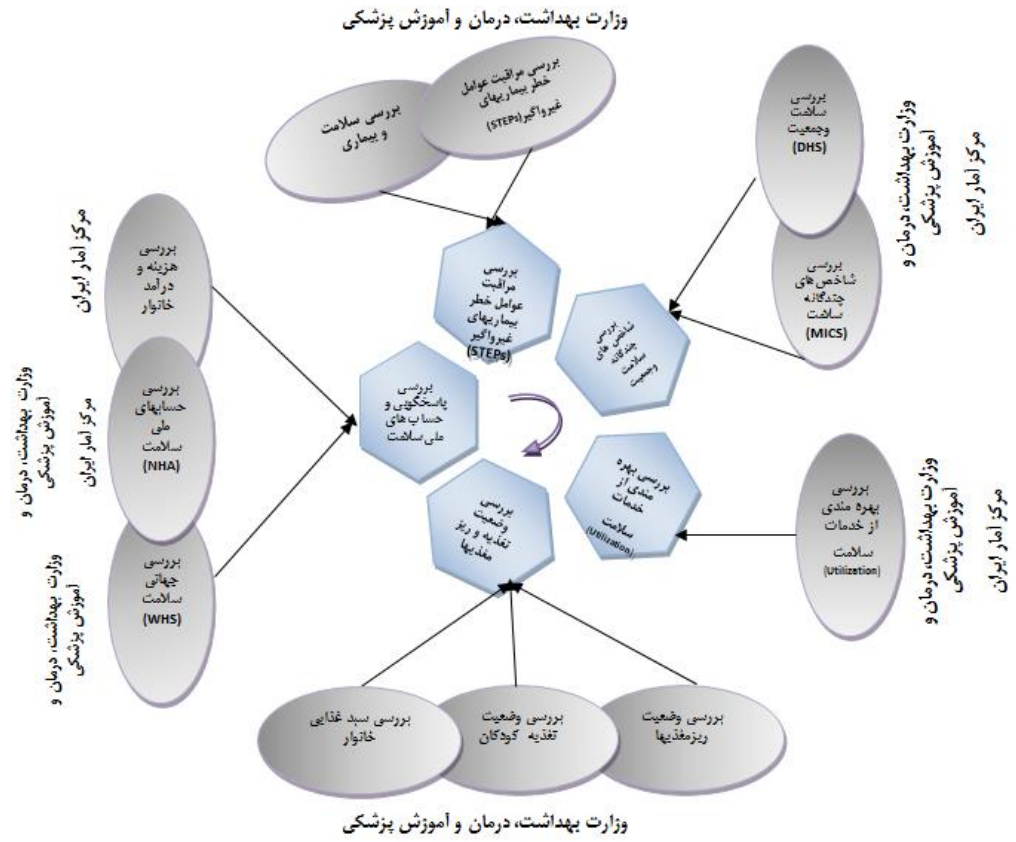
# فصل چهارم

## یافته های پژوهش

## یافته های پژوهش

همان گونه که در فصل سوم هم بدان اشاره شد، هدف اصلی این مطالعه تدوین تقویم پیمایشهای ملی می باشد. در این راستا در مرحله نخست کمیته فنی مطالعه شکل گرفت و تعداد ۱۲ پیمایش داخلی به عنوان پیمایشهای اصلی انتخاب شدند و شناسنامه آنها (فهرست پیمایش ها، سال/سالهای انجام، گستره جغرافیایی، پوشش پودمانها، و سایر خصوصیات فنی) استخراج گردید. پس از تشکیل جلسات و کسب نظر کارشناسان مربوطه و با توجه به پودمان-های هر یک از پیمایشها و همپوشانیهای موجود بین آنها تصمیم به تجمیع پیمایشها گرفته شد. به طور کلی، دوازده پیمایش داخلی موجود به چهار طبقه اصلی بررسی سلامت و بیماری، پاسخگویی و حساب ملی سلامت، شاخص های چندگانه خدمات سلامت و جمعیت، و وضعیت تغذیه و ریز مغذیها به شرح ذیل تقسیم شدند (نمودار ۴-۱). در جدول ۱.۴ ماژولهای و شاخصهای اصلی پیمایشهای بالا به همراه نقاط همپوشانی آنها مشخص گردیده است.

## نمودار پیمایش های ملی سلامت در ایران



## تقویم دیده بانى مطالعات سلامت (HOSC)

چارچوب M&E	عنوان مطالعه	سال اجرا	دوره زمانى اجرا	سطح برآورد (کشورى/استانى / دانشگاهى)	
اثر (Impact)	گزارش سالانه مرگ	۱۳۹۴	سالانه	کشورى	
	بار بيماريها	۱۳۹۴	سه سال يکبار	استانى / دانشگاهى	
		۱۳۹۵	سه سال يکبار	کشورى	
	سلامت دهان و دندان	۱۳۹۵	۴سال يکبار	استانى / دانشگاهى	
		۱۳۹۷	دو سال يکبار	کشورى	
	رضايتمندى از خدمات سلامت	۱۳۹۴	سالانه	کشورى	
	عدالت در مشارکت مالی نظام سلامت (FFCI)	۱۳۹۶	سه سال يکبار	استانى / دانشگاهى	
	پاسخگويى نظام سلامت (Responsiveness)	۱۳۹۶	سه سال يکبار	استانى / دانشگاهى	
	سرمایه اجتماعى و سلامت اجتماعى	۱۳۹۵	سه سال يکبار	کشورى	
	سلامت معنوى	۱۳۹۶	سه سال يکبار	کشورى	
	نشاط (Happiness)	۱۳۹۶	سه سال يکبار	کشورى	
	کارکردمالى و توليد منابع	حسابهايمليسلامت	۱۳۹۴	سه سال يکبار	استانى / دانشگاهى
۱۳۹۵			سالانه	کشورى	
مطالعات نيروى انساني علوم پزشکى (رضايتمندى، کميت و...)		۱۳۹۴	سالانه	کشورى	
ارزيابى عملکردتوليت نظام سلامت		ارزشيابى سياستها و برنامه هاى کلان نظام سلامت*	۱۳۹۶	سه سال يکبار	کشورى
			۱۳۹۵	سه سال يکبار	کشورى
		• ارزيابى کارايى نظام سلامت • تحليل هزينه مشکلات مهم سلامت	۱۳۹۵	سه سال يکبار	کشورى
			۱۳۹۳	دو سال يکبار	کشورى
خدمات		بهرهمندياز خدمات سلامت	۱۳۹۴	۴ سال يکبار	استانى / دانشگاهى
	شاخصهايجندگانه سلامت و جمعيت	۱۳۹۴	۴ سال يکبار	استانى / دانشگاهى	

چارچوب M&E	عنوان مطالعه	سال اجرا	دوره زمانی اجرا	سطح برآورد (کشوری/استانی/دانشگاهی)	
	کمیت و کیفیت خدمات سرپایی/ بستری	۱۳۹۵	سالانه	کشوری	
	بررسی عملکردهای اصلی سلامت همگانی	۱۳۹۵	سه سال یکبار	استانی/دانشگاهی	
		۱۳۹۶	سالانه	کشوری	
	پوشش موثر خدمات سلامت و نابرابری در پوشش خدمات	۱۳۹۶	سه سال یکبار	استانی/دانشگاهی	
	ایمنی بیمار/خدمات ایمن	۱۳۹۵	سه سال یکبار	کشوری	
	سلامت در بلایاو و آمادگی سازه ای	۱۳۹۵	سه سال یکبار	کشوری	
مطالعات رفتاری و متابولیکی/سواد سلامت/SDH	مراقبت و تعامل خطر بیمار بهایغیر واگیر (STEPS)	۱۳۹۴	سه سال یکبار	استانی/دانشگاهی	
	شاخص های عدالت در سلامت مولفه های اجتماعی سلامت (SDH)	۱۳۹۵	سالانه	کشوری	
		۱۳۹۶	دو سال یکبار	استانی/دانشگاهی	
		۱۳۹۵	سالانه	کشوری	
	سواد سلامت	۱۳۹۶	دو سال یکبار	استانی/دانشگاهی	
	نظام مراقبت و پیشگیری از بیماری های غیر واگیر در سطح مدارس (CASPIAN)	۱۳۹۵	سالانه	اقلیمی	
	سلامت روان	۱۳۹۶	سه سال یکبار	استانی/دانشگاهی	
	وضعیت تغذیه و ریز مغذیها	۱۳۹۵	سه سال یکبار	اقلیمی	
	ایمنی غذایی	۱۳۹۵	سه سال یکبار	اقلیمی	
	ارزیابی ملی اثرات تحقیقات علوم پزشکی (RIA)	۱۳۹۵	سالانه	کشوری	
	ارزیابی اثر دانش اموختگان نظام سلامت در جامعه				

بر اساس اولویتهای دوره ای وزارت بهداشت مصوب شورای سیاستگذاری تعیین می شود.

لطفا سایر مطالعات پیشنهادی خود را درج فرمایید: (چنانچه پیمایش جدید پیشنهاد می شود تواتر و سطح برآورد را مشخص فرمایید).

\* بر اساس اولویتهای دوره ای وزارت بهداشت مصوب شورای سیاستگذاری تعیین می شود.



## پیمایش های موردی و درحال اجرا

- همچنین اجرای پیمایشهای اختصاصی برای سلامت سالمندان و کیفیت زندگی به دلیل ماهیت اختصاصی و محدود بودن ابعاد مطالعه می توانند به صورت موازی با پیمایشهای اصلی انجام شوند.
- براساس زمانبندی ارائه شده در تقویم پیمایشهای ملی سلامت، اجرای بررسی بهره مندی از خدمات سلامت با هدف پایش و دیده‌بانی طرح تحول نظام سلامت و همسو شدن با سیاست‌های کلی سلامت برای سال ۹۳ پیش بینی شده است.
- از شهریورماه سال جاری با همکاری مرکزآمار ایران طراحی این مطالعه آغاز شده و در اوایل بهمن ماه، کارمیدانی آن پایان یافته است و در گزارش نوبت سوم دیده‌بانی طرح تحول نظام سلامت (اردیبهشت سال ۱۳۹۴)، نتایج آن ارائه خواهد شد.
- همچنین براساس این تقویم، بررسی شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت ( MIDHS) برای سال ۹۴ برنامه ریزی شده است که این مطالعه نیز از آذرماه ۹۳ شروع شده و درحال حاضر در مرحله طراحی ابزار و متدولوژی می باشد و مقرر شده است در خردادماه ۹۴ عملیات میدانی آن انجام شود.

اطلاعات فردی - معاینات پزشکی	اطلاعات فردی - سلامت روان	اطلاعات باروری زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهردار و تغذیه با شیر مادر	بررسی سلامت و بیماری
- وضعیت ضربان نبض - وضعیت جمجمه - شیوع عوارض چشمی - وضعیت پلکها - وضعیت شکل ظاهری گوش - وضعیت مجرای گوش - وجود ترشح چرکی در گوش - وضعیت تمپان گوش - وضعیت لپها - وضعیت لوزه ها - خونریزی لثه ها - وضعیت بینی - وضعیت پاروتیدها - وضعیت وریدهای گردن - شیوع آدنوپاتی گردن - شیوع آدنوپاتی زیر بغل - شیوع آدنوپاتی کشاله ران - وضعیت تیروئید - وضعیت قفسه سینه - وضعیت سمع ریه راست و چپ - وضعیت قلب - شکل ظاهری پشت و کمر - شکل ظاهری پاها - شیوع ورم پا و واریس پا - وضعیت پوست - وضعیت آکنه - وضعیت ناخنها - شیوع ضایعات قارچی - شیوع سیانوز اندام - شیوع سایکوز (روان پریشی) - ترشح مجاری ادراری تناسلی - وضعیت فشار خون سیستولیک - وضعیت فشار خون دیاستولیک - وضعیت طحال، کلیه ها - وضعیت توده شکمی - وضعیت حساسیت شکمی - وضعیت اسکار جراحی (شکم) - نوع فتق - شکم ( کبد ، - فشار خون - وضعیت فشار خون با تعریف جدید هاریسون	- اطلاعات فردی - سلامت روان - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس جسمانی سازی علائم در پرسشنامه - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس اضطراب در پرسشنامه GHQ۲۸ - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی در پرسشنامه GHQ۲۸ - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس افسردگی در پرسشنامه GHQ۲۸ - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در کل در پرسشنامه GHQ۲۸ - <b>اطلاعات فردی - نتایج آزمایشگاهی</b> - شیوع انگلهای روده ای - توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله - توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۲-۲ ساله - توزیع افراد بر حسب ابتلا آنمی - توزیع مقدار هماتوکریت برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲ ساله - توزیع مقدار MCV برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲ ساله - توزیع HBSAg - توزیع مقدار کلسترول - وضعیت کلسترول، LDL، HDL	اطلاعات باروری زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهردار و تغذیه با شیر مادر - شاخصهای مهم باروری زنان ۴۹-۱۵ ساله - توزیع کودکان زیر ۳ سال بر حسب نوع تغذیه - توزیع سن زنان ۴۹-۱۵ ساله - میزان سواد زنان ۴۹-۱۵ ساله - توزیع مادران برحسب تعداد زایمان زنده - درصد حاملگی در زنان - وضعیت استفاده از روشهای پیشگیری از حاملگی در زنان ۴۹-۱۵ ساله - دلایل عدم استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در زنان ۴۹-۱۵ ساله - تعداد زایمان زنده دختر و پسر در زنان ۱۵-۴۹ ساله - عامل ونوع زایمان آخر به تفکیک سن مادر - محل آخرین زایمان به تفکیک سن مادر - فرد توصیه کننده برای سزارین در آخرین سزارین به تفکیک سن مادر - نتیجه آخر بارداری حاملگ به تفکیک	بررسی سلامت و بیماری <b>اطلاعات مربوط به خانوار ها و امکانات بهداشتی</b> امکانات بهداشتی خانوار و میزان استفاده خانوارها از امکانات بهداشتی و وسایل ارتباط جمعی توزیع خانوارها بر حسب سطح زیر بنای سرانه - دسترسی به مراکز بهداشتی و محل مراجعه هنگام بیماری - نوع منبع آب آشامیدنی - نحوه شستشوی سبزی خوردن - نوع توالف - اطلاعات مربوط به مصرف مواد غذایی خانوار در ۲۴ ساعت - متوسط تعداد دفعات مصرف مواد غذایی و گروههای غذایی مختلف در ۲۴ ساعت <b>اطلاعات فردی - مشخصات کلی (خوداظهاری)</b> - توزیع سن افراد تحت مطالعه - میزان سواد - وضعیت شغل - عادت مسواک زدن - عادت استحمام - وضعیت تاهل - استعمال دخانیات - توزیع سن شروع سیگار کشیدن افراد - کشیدن چپ یا قلیان - توزیع قد مردان و زنان - توزیع وزن مردان و زنان - وضعیت بینایی - شب کوری - وضعیت شنوایی گوشها - درد گردن - درد پشت و کمر - درد لگن خاصره - درد مفاصل کوچک و بزرگ - شکستگی ستون فقرات یا لگن و یا ساعد - معلولیت اعضاء - علت معلولیت اعضاء در معلولین - شیوع عقب افتادگی ذهنی - معلولیت اعضاء عقب افتادگی ذهنی -سرفه مزمن - پیوست مزمن - سابقه مسمومیت گازسمی
<p><b>شیوع فشار خون</b></p> <p>میانگین فشار خون سیستولیک</p> <p>میانگین فشار خون دیاستولیک</p> <p>میانگین کلسترول خون</p> <p>درصد افزایش کلسترول خون</p> <p>چاقی</p> <p>استعمال دخانیات</p> <p>سن شروع مصرف سیگار</p>			
<p><b>بررسی مراقبت عوامل خطر بیماری های مزمن غیر واگیر (STEPS)</b></p> <p><b>۱:STEP: مصرف سیگار</b></p> <p>درصد افرادی که روزانه سیگار می کشند برای افراد سیگاری :</p> <p>متوسط سن شروع مصرف سیگار به سال</p> <p>- متوسط سال های مصرف سیگار</p> <p>متوسط تعداد نخ سیگار مصرفی در روز</p> <p><b>۲:STEP: مصرف میوه و سبزی</b></p> <p>میانگین تعداد واحد مصرف میوه در روز</p> <p>- میانگین تعداد واحد مصرف سبزی در روز</p> <p>درصد افرادی که کمتر از پنج واحد میوه یا سبزی در روز مصرف می کنند</p> <p><b>۳:STEP: فعالیت جسمانی</b></p> <p>درصد افرادی که فعالیت جسمانی کم دارند</p> <p>میانگین دقایق فعالیت جسمانی هنگام کار در روز</p> <p>- میانگین دقایق فعالیت جسمانی هنگام رفت و آمد در روز</p> <p><b>۴:STEP: سنجشهای آنتروپومتریک</b></p> <p>- میانگین شاخص توده بدنی</p> <p>- درصد افراد با اضافه وزن</p> <p>- درصد افراد چاق (<math>BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2</math>)</p> <p>- میانگین دور کمر (Cm)</p> <p>- میانگین فشارخون سیستولیک (SBP(mmHg))</p> <p>- میانگین فشارخون دیاستولیک (DBP(mmHg))</p> <p>درصد افراد بافشارخون بالا</p> <p>- درصد افراد بافشارخون</p> <p><b>۵:STEP: اندازه گیری فاکتورهای بیومدیكال:</b></p> <p>- قند خون ناشتا</p> <p>- درصد افزایش گلوکز خون</p> <p>- میانگین کلسترول خون</p>			

بررسی سلامت و بیماری

**اطلاعات مربوط به خانوار ها و امکانات بهداشتی**  
 امکانات بهداشتی خانوار و میزان استفاده خانوارها از امکانات بهداشتی و وسایل ارتباط جمعی  
 توزیع خانوارها بر حسب سطح زیر بنای سرانه  
 - دسترسی به مراکز بهداشتی و، محل مراجعه هنگام بیماری  
 - نوع منبع آب آشامیدنی  
 - نحوه شستشوی سبزی خوردن  
 - نوع توالت  
 - اطلاعات مربوط به مصرف مواد غذایی خانوار در ۲۴ ساعت  
 - متوسط تعداد دفعات مصرف مواد غذایی و گروههای غذایی مختلف در ۲۴ ساعت  
**اطلاعات فردی - مشخصات کلی (خوداظهاری)**  
 - توزیع سن افراد تحت مطالعه  
 - میزان سواد  
 - وضعیت شغل  
 - عادت مسواک زدن  
 - عادت استحمام  
 - وضعیت تاهل  
 - استعمال دخانیات  
 - توزیع سن شروع سیگار کشیدن افراد  
 - کشیدن چپق با قلیان  
 - توزیع قد مردان و زنان  
 - توزیع وزن مردان و زنان  
 - وضعیت بینایی  
 - شب کوری  
 - وضعیت شنوایی گوشها  
 - درد گردن  
 - درد پشت و کمر  
 - درد لگن خاصره  
 - درد مفاصل کوچک و بزرگ  
 - شکستگی ستون فقرات پا لگن و یا ساعد  
 - علولیت اعضاء - علت معلولیت اعضاء در معلولین  
 - شیوع عقب افتادگی ذهنی  
 معلولیت اعضاء عقب افتادگی ذهنی -سرفه مزمن  
 -یبوست مزمن  
 -سابقه مسمومت گاو، سم.

اطلاعات فردی - معاینات پزشکی

- وضعیت ضربان نبض  
 -وضعیت جمجمه  
 -شیوع عوارض چشمی  
 -وضعیت پلکها  
 -وضعیت شکل ظاهری گوش  
 -وضعیت مجرای گوش  
 -وجود ترشح چرکی در گوش  
 -وضعیت تمپان گوش  
 -وضعیت لبها  
 -وضعیت لوزه ها  
 -خونریزی لته ها  
 -وضعیت بینی  
 -وضعیت پاروتیدها  
 -وضعیت وریدهای گردن  
 -شیوع آدنوپاتی گردن  
 -شیوع آدنوپاتی زیر بغل  
 -شیوع آدنوپاتی کشاله ران  
 -وضعیت تیروئید  
 -وضعیت قفسه سینه  
 -وضعیت سمع ریه راست و چپ  
 -وضعیت قلب  
 -شکل ظاهری پشت و کمر  
 -شکل ظاهری پاها  
 شیوع ورم پا و واریس پا  
 -وضعیت پوست  
 -وضعیت آکنه  
 -وضعیت ناخنها  
 -شیوع ضایعات قارچی  
 -شیوع سیانوز اندام  
 -شیوع سایکوز (روان پریشی)  
 -ترشح مجاری ادراری تناسلی  
 -وضعیت فشار خون سیستولیک  
 -وضعیت فشار خون دیاستولیک  
 -وضعیت طحال، کلیه ها)  
 -وضعیت توده شکمی -وضعیت حساسیت شکمی  
 -وضعیت اسکار جراحی (شکم)  
 -نوع فتق  
 شکم ( کبد ،

اطلاعات فردی - سلامت روان

-توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس جسمانی سازی علایم در پرسشنامه  
 توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس اضطراب در پرسشنامه GHQ۲۸  
 توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی در پرسشنامه GHQ۲۸  
 -توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس افسردگی در پرسشنامه GHQ۲۸  
 -توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در کل در پرسشنامه GHQ۲۸  
**اطلاعات فردی - نتایج آزمایشگاهی**  
 -شیوع انگلهای روده ای  
 -توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله  
 -توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۲-۲ ساله  
 -توزیع افراد بر حسب ابتلا آنمی  
 -توزیع مقدار هماتوکریت برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲ ساله  
 -توزیع مقدار MCV برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲ ساله  
 -توزیع HbSag  
 -توزیع مقدار کلسترول  
 -وضعیت کلسترول، HDL، LDL

اطلاعات باروری زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله

شوهردار و تغذیه یا شیر مادر  
 -شاخصهای مهم باروری زنان ۱۵-۴۹ ساله  
 -توزیع کودکان زیر ۳ سال بر حسب نوع تغذیه  
 -توزیع سن زنان ۱۵-۴۹ ساله  
 -میزان سواد زنان ۱۵-۴۹ ساله  
 -توزیع مادران برحسب تعداد زایمان زنده  
 -درصد حاملگی در زنان  
 -وضعیت استفاده از روشهای پیشگیری از حاملگی در زنان ۱۵-۴۹ ساله  
 -دلایل عدم استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در زنان ۱۵-۴۹ ساله  
 -تعداد زایمان زنده دختر و پسر در زنان ۱۵-۴۹ ساله  
 -عامل ونوع زایمان آخر به تفکیک سن مادر  
 -محل آخرین زایمان به تفکیک سن مادر  
 -فرد توصیه کننده برای سزارین در آخرین سزارین به تفکیک سن مادر  
 -نتیجه آخرین حاملگی به تفکیک سابقه سقط به تفکیک سن مادر

بررسی ملی سلامت روان

- غربالگری بهره مندی از خدمات بهداشت روان  
 - خدمات سرپایی برای مشکلات اعصاب و روان  
 - خدمات بستری برای مشکلات اعصاب و روان  
 - اختلالات سوماتوفرم  
 - اختلالات اضطرابی  
 - اختلالات افسردگی  
 - اختلالات پسیکوتیک  
 - اختلالات وسواسی - جبری و استرس پس از سانحه  
 - اختلالات خلقی  
 - عملکرد شیپهان  
 - ارزیابی افکار و اقدام به خودکشی  
 - استعمال دخانیات  
 - استفاده از مواد مخدر  
 - مصرف مشروبات الکلی  
 - رفتارهای پرخطر  
 - عملکردجنسی  
 - سلامت عمومی GHQ-۲۸  
 • جسمانی سازی علایم  
 • اختلال عملکرد اجتماعی  
 • اختلال اضطراب  
 • اختلال افسردگی



**پیمایش بهره مندی از خدمات سلامت (Utilization of Health Services)**

- مشخصات اعضای خانوار
- مشخصات اقتصادی و اجتماعی خانوار
- وضعیت نیاز ، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی
- بار مراجعه سرپایی و بستری
- انواع خدماتی که در یک بار مراجعه دریافت می شود
- زمان صرف شده برای هر بار مراجعه
- هزینه صرف شده برای هر بار مراجعه
- نتیجه مراجعه و دریافت خدمت
- وضعیت نیاز ، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات درمان
- بستری و دلایل بستری نشدن
- زمان انتظار برای بستری شدن
- انواع خدمات ارائه شده در یک بار بستری و موارد انتقال
- هزینه صرف شده برای هر بار بستری
- ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی فرد
- دسترسی به خدمات سرپایی
- منبع دریافت خدمات سرپایی
- رعایت حقوق گیرنده خدمات سرپایی
- ارزیابی تقاضا برای خدمات بستری فرد
- ارزیابی خدمات بستری فرد
- دسترسی به خدمات بستری
- منبع دریافت خدمات بستری
- ارزیابی هربار دریافت خدمات بستری فرد
- رعایت حقوق گیرنده خدمت بستری

**پرسشنامه فردی زنان MIDHS شامل ۱۹۰ سوال در قالب ۱۷ پودمان**

به شرح زیر : (ادامه)

- **علایم بیماری (۲ سوال)**
- **ایدز / HIV (۲۰ سوال)**
- **مرگ مادر (۱۴ سوال)**
- **استعمال دخانیات (۱۰ سوال)**
- **رضایت از زندگی (۱۲ سوال)**
- **بروز بیماریهای مزمن (۳ سوال)**
- **پرسشنامه کودکان زیر ۵ سال MIDHS شامل ۱۰۴ سوال**
- **سوال: در قالب ۱۰ پودمان به شرح زیر می باشد:**
- **فرم اطلاعات کودکان زیر ۵ سال**
- **سن کودک (۲ سوال)**
- **ثبت تولد (۳ سوال)**
- **تکامل اولیه کودک (۱۷ سوال)**
- **تغذیه با شیر مادر (۱۸ سوال)**
- **مصرف تنقلات (۵ سوال)**
- **مراقبت در زمان بیماری (۱۸ سوال)**
- **مالاریا ( ۱۵ سوال)**
- **واکسناسیون (۲۰ سوال)**
- **تن سنجی (۶ سوال)**

**پیمایش شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت (MIDHS)**

طراحی ابزار مورد استفاده برای این پیمایش بر اساس ماژولار بوده است و بخشهای مختلف در قالب ۳ پرسشنامه سازماندهی شده است: پرسشنامه خانوار و پرسشنامه زنان ۴۹-۱۵ سال و پرسشنامه کودکان زیر ۵ سال.

**پرسشنامه خانوار MIDHS شامل ۱۳۹ سوال در قالب ۱۲ پودمان به شرح زیر:**

- فرم اطلاعات خانوار
- فرم فهرست اعضای خانوار (۱۴ سوال)
- بیمه و اشتغال (۵ سوال)
- تحصیلات (۸ سوال)
- آب و بهداشت محیط (۹ سوال)
- مرگ و میر خانوار (۱۰ سوال)
- حادثه و معلولیت (۹ سوال)
- آمادگی مواجهه با مخاطرات و بلایا (۵ سوال)
- مشخصات خانوار ( ۱۵ سوال)
- مالاریا (۱۵ سوال)
- کار کودک ( ۱۰ سوال)
- تربیت کودک (۲۲ سوال)
- شستشوی دستها ( ۵ سوال)
- یددار کردن نمک ( ۱ سوال)

**پرسشنامه فردی زنان MIDHS شامل ۱۹۰ سوال در قالب ۱۷ پودمان به شرح زیر**

- فرم اطلاعات زن (۹ سوال)
- مشخصات زن (۷ سوال)
- دسترسی به رسانه های گروهی و فناوری اطلاعات ( ۱۱ سوال)
- ازدواج/زندگی مشترک (۹ سوال)
- مرگ و میر کودک ( ۱۳ سوال)
- تاریخچه باروری (۲۶ سوال)
- پیشگیری از بارداری ( ۱۰ سوال)
- نیازهای برآورده نشده (۱۳ سوال)
- تمایل برای آخرین تولد ( ۸ سوال)
- بهداشت مادر و نوزاد ( ۲۸ سوال)
- پاسخگویی نظام سلامت (زنان زایمان کرده) ( ۹ سوال)

مطالعه بهره مندی از خدمات  
سلامت (پوشش خدمات  
درمانی) و مطالعه MIDHS  
(پوشش خدمات بهداشتی)  
مکمل یکدیگر هستند.

بررسی جهانی سلامت (World Health Survey)

پودمان های پرسشنامه خانوار در پیمایش

WHS به شرح زیر می باشد:

- فهرست اعضای خانوار
- شاخصهای دارایی ثابت
- مخارج خانوار
- پوشش مداخلات سلامت خانوار
- بیمه سلامت
- هزینه های سلامت
- هزینه معاش
- هزینه های غیرخوراکی
- شاخص های درآمد کنونی
- مشاغل سلامت

پودمانهای پرسشنامه فردی به شرح زیر می باشد:

- ویژگیهای اجتماعی-جمعیتی
- توصیف وضعیت سلامت
- ارزشگذاری حالت سلامت
- عوامل خطر
- مرگ و میر
- پوشش مداخلات بهداشتی
- پاسخگویی نظام سلامت
- انتظارات گیرنده خدمت
- رعایت حقوق گیرنده خدمت
- اهداف نظام سلامت و سرمایه اجتماعی

حسابهای ملی سلامت (National Health Accounts)

بخش الف: مشخصات کلی خانوار

- وضعیت اشتغال سرپرست خانوار
- بیمه پایه و مکمل

بخش ب: هزینه های سلامت خانوار

- هزینه خدمات سرپایی
- ویزیت و خدمات سرپایی پزشک
- هزینه خدمات تشخیصی - طبی
- هزینه خدمات بستری
- بستری در بیمارستان
- خدمات تشخیصی - طبی در بیمارستان
- هزینه پرستاری و نگهداری
- مراقبتهای پرستاری یا نگهداری بلند مدت

بخش پ: مشخصات اجتماعی و اقتصادی خانوار

- داراییهای ثابت خانوار
- این بخش در مطالعه حسابهای ملی سلامت مفصل تر از مطالعه بهره مندی از خدمات سلامت است (شامل زمین و ماشین آلات کشاورزی و درآمد خانوار نیز می باشد)

مشخصات خانوار -

مخارج خانوار - وضعیت اشتغال سرپرست خانوار  
بیمه سلامت - بیمه پایه و مکمل  
هزینه های سلامت - هزینه های سلامت خانوار

- مشخصات کلی خانوار
- وضعیت اشتغال
- هزینه و درآمد خانوار

- وزن دهی به شاخص قیمت مصرف کننده
  - تخمین هزینه خانوار برای حسابهای ملی
  - مطالعه ساختار هزینه و درآمد خانوارها
  - مطالعه الگوهای هزینه / درآمد در گروههای آسیب پذیر شامل بازنشستگان، خانوارهای تک والد و ...
  - مطالعه نابرابریهای درآمد/ هزینه در بین گروههای اقتصادی اجتماعی
  - مطالعه رفتار مصرف کننده در بین گروههای اقتصادی اجتماعی
  - مطالعه توزیع درآمد عمومی و یا فقر
  - تاثیر پذیری هزینه درآمد از تغییرات سیاستگذاری به ویژه تغییرات مالیاتی
  - به منظور انجام تحقیقات بازار
- پودمان ۱:** مشخصات مصاحبه کننده (۱۸ سوال)
- پودمان ۲:** مشخصات خانوار (۷ سوال)
- پودمان ۳:** روابط خویشاوندی در خانوار (یک سوال، ماتریس)
- پودمان ۴:** اطلاعات دموگرافیک در رابطه قومیت/ملیت، شهروندی، محل تولد (۳ سوال)
- پودمان ۵:** تحصیلات (۱۶ سوال)
- پودمان ۶:** اشتغال (۲۲ سوال)
- پودمان ۷:** سلامت شامل ارزیابی عمومی سلامت، ابتلا به بیماری مزمن یا فصلی، محدود شدن فعالیتهای در ۶ ماه گذشته (۴ سوال)
- پودمان ۸:** شرایط زندگی شامل استفاده از وسایل گرمایشی، سرمایشی، آب و توالی بهداشتی (۳۶ سوال)
- پودمان ۹:** درآمد (۸ سوال)
- پودمان ۱۰:** کالاها و خدمات (۶۲ سوال) شامل هزینه های پرداختی برای مصارف انرژی، سوخت، اجاره خانه، خرید لوازم خانگی، وسایل صوتی تصویری منزل، ورزش و تفریح، خرید و نگهداری حیوانات خانگی، آموزش شامل تحصیلات عالی، گذراندن دوره های مختلف آموزشی نظیر زبان، هزینه پرداختی برای بیمه، خرید وسیله نقلیه نو یا کارکرده، خرید بلیط قطار، اتوبوس، هواپیما و ... برای مسافرت، هزینه مراقبت از کودک نظیر شهریه مهدکودک، پرستار بچه و ...، آبونمان مجله روزنامه

موارد بررسی سوء تغذیه در کودکان زیر ۶ سال:

- کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی

کمبود ریز مغذیهای:

- ید

- آهن

- روی

- ویتامین B<sub>۲</sub>, A, D

۱- شاخص های تن سنجی

- کم وزنی

- کوتاه قدی

- لاغری

۲- آگاهی و عملکرد مادران درباره تغذیه و رشد کودکان

- آگاهی مادران از (کارت رشد و تفسیر درست از منحنی وزن

کودک)

- فواصل مناسب ثبت وزن کودکان

- مصرف مرتب قطره مولتی ویتامین یا A+D

- مصرف مرتب قطره آهن

۳- الگوی غذایی کودک

- مصرف تنقلات (انواع پفک ها، آب میوه صنعتی، نوشابه های

موارد بررسی ریز مغذی های در کشور:

- وضعیت ریز مغذی های:

- آهن

- روی

- ویتامین های A, D در گروههای جنسی و فیزیولوژیک مختلف

- کم خونی

- آزمایش خون (CBC)

بررسی عوامل فوق به تفکیک سن و جنس

۱- (بررسی کم خونی- روی - ویتامین D-A) در کودکان ۲۳-۱۵ ماهه

۲- (بررسی کم خونی- روی - ویتامین D) در کودکان ۶ ساله

۳- (بررسی کم خونی- روی - ویتامین D) در دختران ۲۰-۱۴ ساله

۴- (بررسی کم خونی- روی - ویتامین D) در پسران ۲۰-۱۵ ساله

۵- (بررسی کم خونی - روی - ویتامین A-D) در زنان باردار از پایان هفته

۲۰ تا پایان بارداری

۶- (بررسی کم خونی و ویتامین D) در زنان میانسال ۶۰-۵۰ ساله

۷- (بررسی کم خونی و ویتامین D) در مردان میانسال ۶۰-۴۵ ساله

**بررسی سلامت و بیماری**

**اطلاعات مربوط به خانوارها و امکانات بهداشتی**

-امکانات بهداشتی خانوار و میزان استفاده خانوارها از امکانات بهداشتی و وسایل ارتباط جمعی  
-توزیع خانوارها بر حسب سطح زیر بنای سرانه  
- دسترسی به مراکز بهداشتی و، محل مراجعه هنگام بیماری  
- نوع منبع آب آشامیدنی  
- نحوه شستشوی سبزی خوردن  
- نوع توالت

-اطلاعات مربوط به مصرف مواد غذایی خانوار در ۲۴ ساعت  
-متوسط تعداد دفعات مصرف مواد غذایی و گروههای غذایی مختلف در ۲۴ ساعت

**اطلاعات فردی - مشخصات کلی (خوداظهاری)**

- توزیع سن افراد تحت مطالعه  
-میزان سواد  
-وضعیت شغل  
-عادت مسواک زدن  
-عادت استحمام  
-وضعیت تاهل  
-استعمال دخانیات  
-توزیع سن شروع سیگار کشیدن افراد  
-کشیدن چپق با قلیان  
-توزیع قد مردان و زنان  
-توزیع وزن مردان و زنان  
-وضعیت بینایی  
-شب کوری  
-وضعیت شنوایی گوشها  
-درد گردن  
-درد پشت و کمر  
- درد لگن خاخره  
- درد مفاصل کوچک و بزرگ  
-شکستگی ستون فقرات یا لگن و یا ساعد  
-علولیت اعضاء -علت معلولیت اعضاء در معلولین  
-شیوع عقب افتادگی ذهنی  
-معلولیت اعضاء عقب افتادگی ذهنی-سرفه مزمن  
-یبوست مزمن  
-سابقه مسمومیت گازسمی

**اطلاعات فردی - معاینات پزشکی**

- وضعیت ضریبان نبض  
-وضعیت جمجمه  
-شیوع عوارض چشمی  
-وضعیت پلکها  
-وضعیت شکل ظاهری گوش  
-وضعیت مجرای گوش  
-وجود ترشح چرکی درگوش  
-وضعیت تمپان گوش  
-وضعیت لبها  
-وضعیت لوزه ها  
-خونریزی لته ها  
-وضعیت بینی  
-وضعیت پاروتیدها  
-وضعیت وریدهای گردن  
-شیوع آدنوپاتی گردن  
-شیوع آدنوپاتی زیر بغل  
-شیوع آدنوپاتی کشاله ران  
-وضعیت تیروئید  
-وضعیت قفسه سینه  
-وضعیت سمع ریه راست و چپ  
-وضعیت قلب  
-شکل ظاهری پشت و کمر  
-شکل ظاهری پاها  
-شیوع ورم پا و وریس پا  
-وضعیت پوست  
-وضعیت آکنه  
-وضعیت ناخنها  
-شیوع ضایعات قارچی  
-شیوع سیانوز اندام  
-شیوع سایکوز (روان پریشی)  
-ترشح مجاری ادراری تناسلی  
-وضعیت فشار خون سیستولیک  
-وضعیت فشار خون دیاستولیک  
-وضعیت طحال، کلیه ها  
-وضعیت توده شکمی  
-وضعیت حساسیت شکمی  
-وضعیت اسکار جراحی (شکم)  
-نوع فتق

**اطلاعات فردی - سلامت روان**

-توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس جسمانی سازی علائم در پرسشنامه  
-توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس اضطراب در پرسشنامه GHQ۲۸  
-توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی در پرسشنامه GHQ۲۸  
-توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس افسردگی در پرسشنامه GHQ۲۸  
-توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در کل در پرسشنامه GHQ۲۸  
**اطلاعات فردی - نتایج آزمایشگاهی**  
-شیوع انگلهای روده ای  
-توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله  
-توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۲-۲۰ ساله  
-توزیع افراد بر حسب ابتلا آنمی  
-توزیع مقدار هماتوکریت برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲۰ ساله  
-توزیع مقدار MCV برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲۰ ساله  
-توزیع HBSAg

**اطلاعات باروری زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله و**

**تغذیه با شیر مادر**

-شاخصهای مهم باروری زنان ۱۵-۴۹ ساله  
-توزیع کودکان زیر ۳ سال بر حسب نوع تغذیه  
-توزیع سن زنان ۱۵-۴۹ ساله  
-میزان سواد زنان ۱۵-۴۹ ساله  
-توزیع مادران برحسب تعداد زایمان زنده  
-درصد حاملگی در زنان  
-وضعیت استفاده از روشهای پیشگیری از حاملگی در زنان ۱۵-۴۹ ساله  
-دلایل عدم استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در زنان ۴۹-  
۱۵ ساله

تعداد زایمان زنده دختر و پسر در زنان ۱۵-۴۹ ساله  
-عامل ونوع زایمان آخر به تفکیک سن مادر  
-محل آخرین زایمان به تفکیک سن مادر  
-فرد توصیه کننده برای سزارین در آخرین سزارین  
-نتیجه آخرین حاملگی  
-سابقه سقط به تفکیک سن مادر

**پیمایش شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت**

**(MIDHS)**

طراحی ابزار مورد استفاده برای این پیمایش بر اساس مازولار بوده است و بخشهای مختلف در قالب ۳ پرسشنامه سازماندهی شده است:  
پرسشنامه خانوار و پرسشنامه کودکان زیر ۵ سال.

**پرسشنامه خانوار MIDHS:**

- فرم اطلاعات خانوار
- فرم فهرست اعضای خانوار (۱۴سوال)
- بیمه و اشتغال (۵ سوال)
- تحصیلات (۸سوال)
- آب و بهداشت محیط (۹سوال)
- مرگ و میر خانوار (۱۰ سوال)
- حادثه و معلولیت (۹ سوال)
- آمادگی مواجهه با مخاطرات و بلایا (۵ سوال)
- مشخصات خانوار (۱۵سوال)
- مالاریا (۱۵سوال)
- کار کودک (۱۰ سوال)
- تربیت کودک (۲۲سوال)
- شستشوی دستها (۵سوال)
- یددار کردن نمک (۱ سوال)

این پودمان با بررسی MIDHS مرتبط تر است بنابراین بهتر است از بررسی سلامت و بیماری حذف و فقط در MIDHS بررسی شود.

**پرسشنامه فردی زنان MIDHS:**

- فرم اطلاعات زن (۹ سوال)
- مشخصات زن (۷ سوال)
- دسترسی به رسانه های گروهی و فناوری اطلاعات (۱۱ سوال)
- ازدواج/زندگی مشترک (۹سوال)
- رگ و میر کودک (۱۳ سوال)
- تاریخچه باروری (۲۶ سوال)
- پیشگیری از بارداری (۱۰ سوال)
- نیازهای برآورده نشده (۱۳ سوال)
- تمایل برای آخرین تولد (۸ سوال)
- بهداشت مادر و نوزاد (۲۸ سوال)
- پاسخگویی نظام سلامت (زنان)
- علائم بیماری (۲ سوال)
- ایدز / HIV (۲۰ سوال)
- مرگ مادر (۱۴ سوال)
- استعمال دخانیات (۱۰ سوال)
- رضایت از زندگی (۱۲ سوال)
- بروز بیماریهای مزمن (۳ سوال)
- پرسشنامه کودکان زیر ۵ سال
- سال MIDHS:
- فرم اطلاعات کودکان زیر ۵ سال
- سن کودک (۲ سوال)
- ثبت تولد (۳ سوال)
- تکامل اولیه کودک (۱۷ سوال)
- تغذیه با شیر مادر (۱۸ سوال)
- مصرف تنقلات (۵ سوال)
- مراقبت در زمان بیماری (۱۸ سوال)
- مالاریا (۱۵ سوال)
- واکنسناسیون (۲۰ سوال)
- تن سنجی (۶ سوال)

بررسی سلامت و بیماری

**اطلاعات مربوط به خانوار ها و امکانات بهداشتی**  
 امکانات بهداشتی خانوار و میزان استفاده خانوارها از امکانات بهداشتی و وسایل ارتباط جمعی  
 توزیع خانوارها بر حسب سطح زیر بنای سرانه  
 - دسترسی به مراکز بهداشتی و، محل مراجعه هنگام بیماری  
 - نوع منبع آب آشامیدنی  
 - نحوه شستشوی سبزی خوردن  
 - نوع توالت  
 - اطلاعات مربوط به مصرف مواد غذایی خانوار در ۲۴ ساعت  
 - متوسط تعداد دفعات مصرف مواد غذایی و گروههای غذایی مختلف در ۲۴ ساعت  
**اطلاعات فردی - مشخصات کلی (خوداظهاری)**  
 - توزیع سن افراد تحت مطالعه  
 - میزان سواد  
 - وضعیت شغل  
 - عادت مسواک زدن  
 - عادت استحمام  
 - وضعیت تاهل  
 - استعمال دخانیات  
 - توزیع سن شروع سیگار کشیدن افراد  
 - کشیدن چپق با قلیان  
 - توزیع قد مردان و زنان  
 - توزیع وزن مردان و زنان  
 - وضعیت بینایی  
 - شب کوری  
 - وضعیت شنوایی گوشها  
 - درد گردن  
 - درد پشت و کمر  
 - درد لگن خاصره  
 - درد مفاصل کوچک و بزرگ  
 - شکستگی ستون فقرات یا لگن و یا ساعد  
 - علولیت اعضاء - علت معلولیت اعضاء در معلولین  
 - شیوع عقب افتادگی ذهنی  
 - معلولیت اعضاء عقب افتادگی ذهنی - سرفه مزمن  
 - یبوست مزمن  
 - سابقه مسمومیت گازسمی  
 - وضعیت مصرف مرتب دارو  
 - وضعیت یانستگی زنان

اطلاعات فردی - معاینات پزشکی

- وضعیت ضربان نبض  
 - وضعیت جمجمه  
 - شیوع عوارض چشمی  
 - وضعیت پلکها  
 - وضعیت شکل ظاهری گوش  
 - وضعیت مجرای گوش  
 - وجود ترشح چرکی در گوش  
 - وضعیت تمپان گوش  
 - وضعیت لپها  
 - وضعیت لوزه ها  
 - خونریزی لته ها  
 - وضعیت بینی  
 - وضعیت پاروتیدها  
 - وضعیت وریدهای گردن  
 - شیوع آدنوپاتی گردن  
 - شیوع آدنوپاتی زیر بغل  
 - شیوع آدنوپاتی کشاله ران  
 - وضعیت تیروئید  
 - وضعیت قفسه سینه  
 - وضعیت سمع ریه راست و چپ  
 - وضعیت قلب  
 - شکل ظاهری پشت و کمر  
 - شکل ظاهری پاها  
 - شیوع ورم پا و واریس پا  
 - وضعیت پوست  
 - وضعیت آکنه  
 - وضعیت ناخنها  
 - شیوع ضایعات قارچی  
 - شیوع سیانوز اندام  
 - شیوع سایکوز (روان پریشی)  
 - ترشح مجاری ادراری تناسلی  
 - وضعیت فشار خون سیستولیک  
 - وضعیت فشار خون دیاستولیک  
 - وضعیت طحال، کلیه ها  
 - وضعیت توده شکمی - وضعیت حساسیت شکمی  
 - وضعیت اسکار جراحی (شکم)  
 - نوع فتق

اطلاعات فردی - نتایج آزمایشگاهی

- شیوع انگلهای روده ای  
 - توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله  
 - توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۲-۲۰ ساله  
 - توزیع افراد بر حسب ابتلا آنمی  
 - توزیع مقدار هماتوکریت برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲۰ ساله  
 - توزیع مقدار MCV برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲۰ ساله  
 - توزیع HbSAg  
 - توزیع مقدار کلسترول  
 - وضعیت کلسترول، HDL، LDL

اطلاعات فردی - سلامت روان

- توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس جسمانی سازی علایم در پرسشنامه  
 - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس اضطراب در پرسشنامه GHQ۲۸  
 - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی در پرسشنامه GHQ۲۸  
 - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در مقیاس افسردگی در پرسشنامه GHQ۲۸  
 - توزیع نمره افراد ۱۵ سال و بالاتر در کل در پرسشنامه GHQ۲۸

بررسی ملی سلامت روان

- غربالگری بهره مندی از خدمات بهداشت روان
- خدمات سرپایی برای مشکلات اعصاب و روان
- خدمات بستری برای مشکلات اعصاب و روان
- اختلالات سوماتوفرم
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات افسردگی
- اختلالات پسیکوتیک
- اختلالات وسواسی - جبری و استرس پس از سانحه
- اختلالات خلقی
- عملکرد شیپان
- ارزیابی افکار و اقدام به خودکشی
- استعمال دخانیات
- استفاده از مواد مخدر
- مصرف مشروبات الکلی
- رفتارهای پرخطر
- عملکردجنسی
- سلامت عمومی GHQ-۲۸
- جسمانی سازی علایم
- اختلال عملکرد اجتماعی
- اختلال اضطراب
- اختلال افسردگی

این پودمان با بررسی سلامت روان مرتبط تر است بنابراین بهتر است از بررسی سلامت و بیماری حذف و فقط در سلامت روان بررسی شود.



پیمایش بهره مندی از خدمات سلامت (Utilization of Health Services)

- مشخصات اعضای خانوار
- مشخصات اقتصادی و اجتماعی خانوار
- وضعیت نیاز ، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی
- بار مراجعه سرپایی و بستری
- انواع خدماتی که در یک بار مراجعه دریافت می شود
- زمان صرف شده برای هر بار مراجعه
- هزینه صرف شده برای هر بار مراجعه
- نتیجه مراجعه و دریافت خدمت
- وضعیت نیاز ، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات درمان بستری و دلایل بستری نشدن
- زمان انتظار برای بستری شدن
- انواع خدمات ارائه شده در یک بار بستری و موارد انتقال
- هزینه صرف شده برای هر بار بستری
- ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی فرد
- دسترسی به خدمات سرپایی
- منبع دریافت خدمات سرپایی
- رعایت حقوق گیرنده خدمات سرپایی
- ارزیابی تقاضا برای خدمات بستری فرد
- ارزیابی خدمات بستری فرد
- دسترسی به خدمات بستری
- منبع دریافت خدمات بستری
- ارزیابی هربار دریافت خدمات بستری فرد

• رعایت حقوق گیرنده خدمات

بررسی جهانی سلامت (World Health Survey)

پودمان های پرسشنامه خانوار در پیمایش

WHS به شرح زیر می باشد:

- فهرست اعضای خانوار
- شاخصهای دارایی ثابت
- مخارج خانوار
- پوشش مداخلات سلامت خانوار
- بیمه سلامت
- هزینه های سلامت
- هزینه معاش
- هزینه های غیرخوراکی
- شاخص های درآمد کنونی
- مشاغل سلامت

پودمانهای پرسشنامه فردی به شرح زیر می باشد:

- ویژگیهای اجتماعی-جمعیتی
- توصیف وضعیت سلامت
- ارزشگذاری حالت سلامت
- عوامل خطر
- مرگ و میر
- پوشش مداخلات بهداشتی
- پاسخگویی نظام سلامت
- انتظارات گیرنده خدمت
- رعایت حقوق گیرنده خدمت
- اهداف نظام سلامت و سرمایه اجتماعی

این پودمان با بررسی WHS مرتبط تر است بنابراین بهتر است از UHS حذف و فقط در WHS بررسی

۸۰۵

بررسی سلامت و بیماری

اطلاعات مربوط به خانوار ها و امکانات بهداشتی

امکانات بهداشتی خانوار و میزان استفاده خانوارها از امکانات بهداشتی و وسایل ارتباط جمعی  
توزیع خانوارها بر حسب سطح زیر بنای سرانه  
- دسترسی به مراکز بهداشتی و، محل مراجعه هنگام بیماری

- نوع منبع آب آشامیدنی  
- نحوه شستشوی سبزی خوردن  
- نوع توالیت

-اطلاعات مربوط به مصرف مواد غذایی خانوار در ۲۴ ساعت  
-متوسط تعداد دفعات مصرف مواد غذایی و گروههای غذایی مختلف در ۲۴ ساعت

اطلاعات فردی - مشخصات کلی (خوداظهاری)

- توزیع سن افراد تحت مطالعه  
-میزان سواد  
-وضعیت شغل  
-عادت مسواک زدن  
-عادت استحمام  
-وضعیت تاهل  
-استعمال دخانیات

-توزیع سن شروع سیگار کشیدن افراد  
-کشیدن چپق با قلیان

-توزیع قد مردان و زنان  
-توزیع وزن مردان و زنان

-وضعیت بینایی  
-شب کوری

-وضعیت شنوایی گوشها  
-درد گردن

-درد پشت و کمر  
- درد لگن خاصره

- درد مفاصل کوچک و بزرگ  
-شکستگی ستون فقرات یا لگن و یا ساعد

-علولیت اعضا - علت معلولیت اعضا در معلولین  
-شیوع عقب افتادگی ذهنی

-معلولیت اعضا عقب افتادگی ذهنی -سرفه مزمن  
-یبوست مزمن

-سابقه مسمومیت گازسمی  
وضعیت مصرف مرتب دارو

-وضعیت یانسگی زنان  
-وضعیت چاقی در بالغین

-وضعیت شاخصهای تن سنجی در کودکان ۵-۲

اطلاعات فردی - معاینات پزشکی

- وضعیت ضریبان نبض  
-وضعیت جمجمه

-شیوع عوارض چشمی  
-وضعیت پلکها

-وضعیت شکل ظاهری گوش  
-وضعیت مجرای گوش

-وجود ترشح چرکی در گوش  
-وضعیت تپان گوش

-وضعیت لبها  
-وضعیت لوزه ها

-خونریزی لته ها  
-وضعیت بینی

-وضعیت پاروتیدها  
-وضعیت وریدهای گردن

-شیوع آدنوپاتی گردن  
-شیوع آدنوپاتی زیر بغل

-شیوع آدنوپاتی کشاله ران  
-وضعیت تیروئید

-وضعیت قفسه سینه  
-وضعیت سمع ریه راست و چپ

-و وضعیت قلب  
-شکل ظاهری پشت و کمر

-شکل ظاهری پاها  
شیوع ورم پا و واریس پا

-وضعیت پوست  
-وضعیت اکنه

-وضعیت ناخنها  
-شیوع ضایعات قارچی

-شیوع سیانوز اندام  
-شیوع سایکوز (روان پریشی )

-ترشح مجاری ادراری تناسلی  
-وضعیت فشار خون سیستولیک

-وضعیت فشار خون دیاستولیک  
-وضعیت طحال، کلیه ها)

-وضعیت توده شکمی -وضعیت حساسیت شکمی

-وضعیت اسکار جراحی (شکم)  
-نوع فتق

شکم ( کبد ،  
- فشار خون

-وضعیت فشار خون با تعریف جدید هاريسون

اطلاعات فردی - سلامت روان

-غریبالگری بهره مندی از خدمات بهداشت روان  
-خدمات سرپایی برای مشکلات اعصاب و روان

-خدمات بستری برای مشکلات اعصاب و روان  
- اختلالات سوماتوفرم

- اختلالات اضطرابی  
- اختلالات افسردگی

- اختلالات پسیکوتیک  
- اختلالات وسواسی - جبری و استرس پس از سانحه

- اختلالات خلقی  
- عملکرد شپهان

-ارزیابی افکار و اقدام به خودکشی  
- استعمال دخانیات

- استفاده از مواد مخدر  
- مصرف مشروبات الکلی

- رفتارهای پرخطر  
- عملکردجنسی

- سلامت عمومی GHQ-۲۸  
\* جسمانی سازی علایم

\* اختلال عملکرد اجتماعی  
\* اختلال اضطراب

\* اختلال افسردگی

اطلاعات فردی - نتایج آزمایشگاهی

-شیوع انگلهای روده ای  
-توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله

-توزیع مقدار هموگلوبین برحسب جنس در افراد ۱۲-۲ ساله  
-توزیع افرادی بر حسب حساب ابتلا آنمی

-توزیع مقدار هماتوکریت برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲ ساله

-توزیع مقدار MCV برحسب جنس در افراد ۱۳ ساله و ۱۲-۲ ساله

-توزیع HBsAg  
-توزیع مقدار کلسترول

-وضعیت کلسترول HDL, LDL

بررسی مراقبت عوامل خطر بیماری های مزمن غیر واگیر (STEPS)

1:STEP: مصرف سیگار

درصد افرادی که روزانه سیگار می کشند  
برای افراد سیگاری :

متوسط سن شروع مصرف سیگار به سال  
-متوسط سال های مصرف سیگار

متوسط تعداد نخ سیگار مصرفی در روز  
2:STEP: مصرف میوه و سبزی

میانگین تعداد واحد مصرف میوه در روز  
-میانگین تعداد واحد مصرف سبزی در روز

درصد افرادی که کمتر از پنج واحد میوه یا سبزی در روز مصرف می کنند

3:STEP: فعالیت جسمانی

درصد افرادی که فعالیت جسمانی کم دارند  
میان میانۀ دقایق فعالیت جسمانی هنگام کار در روز

-میانۀ دقایق فعالیت جسمانی هنگام رفت و آمد در روز  
4:STEP: سنجشهای آنتروپومتریک

- میانگین شاخص توده بدنی  
- درصد افراد با اضافه وزن

- درصد افراد چاق ( BMI ≥ ۳۰kg/m<sup>۲</sup>)  
- میانگین دور کمر (Cm)

- میانگین فشارخون سیستولیک SBP(mmHg)  
- میانگین فشارخون دیاستولیک DBP(mmHg)

درصد افراد بافشارخون بالا  
-درصد افراد بافشارخون

5:STEP: اندازه گیری فاکتورهای بیومدیكال:

-قند خون ناشتا  
-درصد افزایش گلوکز خون

-میانگین کلسترول خون  
درصد افزایش کلسترول خون

بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان(کودکان ۳-۶-۹-۱۲ ساله ایرانی)

○ شاخص DMFT/dmft به تفکیک اجزای آن و به تفکیک جنس و محل سکونت

○ نسبت درصد دندان های پوسیده، کشیده شده و پر شده بر حسب محل و نوع دندان شیرینی و دائمی

○ شاخص Caries Free (درصد کودکان یا دهان عاری از پوسیدگی دندان)

○ شیوع فلوتوروزیس

○ وضعیت سایش دندان

○ وضعیت صدمات دندان

○ التهاب لثه و وجود جرم دندان

○ شیوع خونریزی از لثه

○ وضعیت مخاط دهان و ضایعات آن

○ تاثیر عواملی از جمله محل سکونت در شهر و روستا، جنس، سطح تحصیلات، شغل پدر و مادر، میزان درآمد خانواده بر روی میزان DMFT/dmft

○ وضعیت نیاز به مداخلات فوری

○ تعیین نیازهای درمانی دندانپزشکی

○ میزان بهره مندی از خدمات

○ میزان دسترسی به خدمات

• بزرگسالان: (۱۵، ۱۵-۱۹، ۳۵-۴۴، ۶۵-۷۴سال)

○ شاخص DMFT به تفکیک اجزای آن و به تفکیک جنس و محل سکونت

○ نسبت درصد دندان های پوسیده، کشیده شده و پر شده بر حسب محل و نوع دندان دائمی

○ شاخص Caries Free

○ شاخص پوسیدگی ریشه دندان (Root Caries Index)

○ فلوتوروزیس

○ وضعیت سایش دندان

○ وضعیت صدمات دندان

○ شاخص Modified CPI (خونریزی از لثه و پاکت)

○ وضعیت فقدان چسبندگی ( Loss of Attachment)

○ وضعیت مخاط دهان و ضایعات آن

○ وضعیت بی دندان

○ وضعیت پروتز دندان

○ تاثیر عواملی از جمله محل سکونت در شهر و روستا، جنس، سطح تحصیلات، شغل پدر و مادر، میزان درآمد خانواده بر روی میزان DMFT/dmft

○ وضعیت نیاز به مداخلات فوری

○ تعیین نیازهای درمانی دندانپزشکی

○ میزان بهره مندی از خدمات

○ میزان دسترسی به خدمات

## بررسی شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت

### پیمایش شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت (MIDHS)

طراحی ابزار مورد استفاده برای این پیمایش بر اساس ماژولار بوده است و بخشهای مختلف در قالب ۳ پرسشنامه سازماندهی شده است: پرسشنامه خانوار و پرسشنامه زنان ۴۹-۱۵ سال و پرسشنامه کودکان زیر ۵ سال.

### پرسشنامه خانوار MIDHS شامل ۱۳۹ سوال در قالب ۱۲ پودمان به شرح زیر:

- فرم اطلاعات خانوار
- فرم فهرست اعضای خانوار (۱۴سوال)
- بیمه و اشتغال (۵ سوال)
- تحصیلات (۸سوال)
- آب و بهداشت محیط (۹سوال)
- مرگ و میر خانوار (۱۰ سوال)
- حادثه و معلولیت (۹ سوال)
- آمادگی مواجهه با مخاطرات و بلایا (۵ سوال)
- مشخصات خانوار (۱۵سوال)
- مالاریا (۱۵سوال)
- کار کودک (۱۰ سوال)
- تربیت کودک (۲۲سوال)
- شستشوی دستها ( ۵سوال)
- یبدر کردن نمک ( ۱ سوال)

### پرسشنامه فردی زنان MIDHS شامل ۱۹۰ سوال در قالب ۱۷ پودمان به شرح زیر

- فرم اطلاعات زن (۹ سوال)
- مشخصات زن (۷ سوال)
- دسترسی به رسانه های گروهی و فناوری اطلاعات ( ۱۱ سوال)
- ازدواج/زندگی مشترک (۹سوال)
- مرگ و میر کودک ( ۱۳ سوال)
- تاریخچه باروری ( ۲۶ سوال)
- پیشگیری از بارداری ( ۱۰ سوال)
- نیازهای برآورده نشده ( ۱۳ سوال)
- تمایل برای آخرین تولد ( ۸ سوال)
- بهداشت مادر و نوزاد ( ۲۸ سوال)
- پاسخگویی نظام سلامت (زنان زایمان کرده) ( ۹ سوال)

### پرسشنامه فردی زنان MIDHS شامل ۱۹۰ سوال در قالب ۱۷

#### پودمان به شرح زیر: (دامه)

- علایم بیماری ( ۲ سوال)
- ایدز/ HIV ( ۲۰ سوال)
- مرگ مادر ( ۱۴ سوال)
- استعمال دخانیات ( ۱۰ سوال)
- رضایت از زندگی ( ۱۲ سوال)
- بروز بیماریهای مزمن ( ۳ سوال)
- پرسشنامه کودکان زیر ۵ سال MIDHS شامل ۱۰۴ سوال: در قالب ۱۰ پودمان به شرح زیر می باشد:
- فرم اطلاعات کودکان زیر ۵ سال ( ۵ سوال)
- سن کودک ( ۲ سوال)
- ثبت تولد ( ۳ سوال)
- تکامل اولیه کودک ( ۱۷ سوال)
- تغذیه با شیر مادر ( ۱۸ سوال)
- مصرف تنقلات ( ۵ سوال)
- مراقبت در زمان بیماری ( ۱۸ سوال)
- مالاریا ( ۱۵ سوال)
- واکسناسیون ( ۲۰ سوال)
- تن سنجی ( ۶ سوال)

### پیمایش بهره مندی از خدمات سلامت (Utilization of Health Services)

- مشخصات اعضای خانوار
- مشخصات اقتصادی و اجتماعی خانوار
- وضعیت نیاز ، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی
- بار مراجعه سرپایی و بستری
- انواع خدماتی که در یک بار مراجعه دریافت می شود
- زمان صرف شده برای هر بار مراجعه
- هزینه صرف شده برای هر بار مراجعه
- نتیجه مراجعه و دریافت خدمت
- وضعیت نیاز ، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات درمان بستری و دلایل بستری نشدن
- زمان انتظار برای بستری شدن
- انواع خدمات ارائه شده در یک بار بستری و موارد انتقال
- هزینه صرف شده برای هر بار بستری
- ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی فرد
- دسترسی به خدمات سرپایی
- منبع دریافت خدمات سرپایی
- رعایت حقوق گیرنده خدمات سرپایی
- ارزیابی تقاضا برای خدمات بستری فرد
- ارزیابی خدمات بستری فرد
- دسترسی به خدمات بستری
- منبع دریافت خدمات بستری
- ارزیابی هر بار دریافت خدمات بستری فرد

## بررسی پاسخگویی و عدالت در مشارکت مالی نظام سلامت

### بررسی جهانی سلامت (World Health Survey)

#### پودمان های پرسشنامه خانوار در پیمایش

#### WHS به شرح زیر می باشد:

- فهرست اعضای خانوار
- شاخصهای دارایی ثابت
- مخارج خانوار
- پوشش مداخلات سلامت خانوار
- بیمه سلامت
- هزینه های سلامت
- هزینه معاش
- هزینه های غیرخوراکی
- شاخص های درآمد کنونی
- مشاغل سلامت

#### پودمانهای پرسشنامه فردی به شرح زیر می باشد:

- ویژگیهای اجتماعی-جمعیتی
- توصیف وضعیت سلامت
- ارزشگذاری حالت سلامت
- عوامل خطر
- مرگ و میر
- پوشش مداخلات بهداشتی
- پاسخگویی نظام سلامت
- انتظارت گیرنده خدمت
- رعایت حقوق گیرنده خدمت
- اهداف نظام سلامت و سرمایه اجتماعی
- رعایت حقوق گیرنده خدمات بستری

### حسابهای ملی سلامت (National Health Accounts)

#### بخش الف: مشخصات کلی خانوار

- وضعیت اشتغال سرپرست خانوار
  - بیمه پایه و مکمل
- بخش ب: هزینه های سلامت خانوار

- هزینه خدمات سرپایی
- ویزیت و خدمات سرپایی پزشک
- هزینه خدمات تشخیصی - طبی
- هزینه خدمات بستری
- بستری در بیمارستان
- خدمات تشخیصی - طبی در بیمارستان
- هزینه پرستاری و نگهداری
- مراقبتهای پرستاری یا نگهداری بلند مدت

#### بخش پ: مشخصات اجتماعی و اقتصادی خانوار

- داراییهای ثابت خانوار
- این بخش در مطالعه حسابهای ملی سلامت مفصل تر از مطالعه بهره مندی از خدمات سلامت است (شامل زمین و ماشین آلات کشاورزی و درآمد خانوار نیز می باشد)

### بررسی هزینه درآمد خانوار

- وزن دهی به شاخص قیمت مصرف کننده
- تخمین هزینه خانوار برای حسابهای ملی
- مطالعه ساختار هزینه و درآمد خانوارها
- مطالعه الگوهای هزینه / درآمد در گروههای آسیب پذیر شامل بازنشستگان، خانوارهای تک والد و ...
- مطالعه نابرابریهای درآمد/ هزینه در بین گروههای اقتصادی اجتماعی
- مطالعه رفتار مصرف کننده در بین گروههای اقتصادی اجتماعی
- مطالعه توزیع درآمد عمومی و یا فقر
- تاثیر پذیری هزینه درآمد از تغییرات سیاستگذاری به ویژه تغییرات مالیاتی
- به منظور انجام تحقیقات بازار

پرسشنامه پیمایش هزینه خانوار دارای ۱۰ پودمان مختلف به شرح زیر می باشد:

**پودمان ۱:** مشخصات مصاحبه کننده (۱۸ سوال)

**پودمان ۲:** مشخصات خانوار (۷ سوال)

**پودمان ۳:** روابط خویشاوندی در خانوار (یک سوال، ماتریس)

**پودمان ۴:** اطلاعات دموگرافیک در رابطه قومیت/ملیت، شهروندی، محل تولد (۳ سوال)

**پودمان ۵:** تحصیلات (۱۶ سوال)

**پودمان ۶:** اشتغال (۲۲ سوال)

**پودمان ۷:** سلامت شامل ارزیابی عمومی سلامت، ابتلا به بیماری مزمن یا فصلی، محدود شدن

فعالیتها در ۶ ماه گذشته (۴ سوال)

**پودمان ۸:** شرایط زندگی شامل استفاده از وسایل گرمایشی، سرمایشی، آب و توالی بهداشتی (۳۶

سوال)

**پودمان ۹:** درآمد (۸ سوال)

**پودمان ۱۰:** کالاها و خدمات (۶۲ سوال) شامل هزینه های پرداختی برای مصارف انرژی، سوخت،

اجاره خانه، خرید لوازم خانگی، وسایل صوتی تصویری منزل، ورزش و تفریح، خرید و نگهداری

حیوانات خانگی، آموزش شامل تحصیلات عالی، گذراندن دوره های مختلف آموزشی نظیر زبان،

هزینه پرداختی برای بیمه، خرید وسیله نقلیه نو یا کارکرده، خرید بلیط قطار، اتوبوس، هواپیما و ...

برای مسافرت، هزینه مرافقت از کودک نظیر شهریه مهدکودک، پرستار بچه و ...، آبونمان مجله

لازم به ذکر است که بعد از توافق روی نحوه تجمیع پیمایش‌های اصلی، ماژول‌های هر پیمایش در شورای فنی مطالعه بررسی شد و نظرات شورای فنی در گزارش نهایی اعمال گردید. همان طور که در نمودار ۱.۴. هم مشخص است، علاوه بر تجمیع پیمایش‌ها کمیته فنی پیشنهاداتی در خصوص انتقال برخی ماژول‌های خاص از یک پیمایش به پیمایش دیگر را نیز ارائه نمود.

در ابتدا باید مشخص می‌شد که یک سری از شاخصها در کدام بررسی بیشتر مورد نیاز است، نظیر شاخص‌های تن سنجی کودکان که در بررسی‌های مختلف نظیر ANIS و MIDHS و سلامت و بیماری انجام می‌شود که پیشنهاد این مطالعه قرار گرفتن این ماژول در بررسی وضعیت تغذیه می‌باشد. علاوه بر این، کمیته فنی این مطالعه پیشنهاد انتقال ماژول رعایت حقوق گیرنده خدمت از پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت به پیمایش بررسی جهانی سلامت را ارائه داد. همچنین پیشنهاد شد که ماژول سلامت روان از پیمایش سلامت و بیماری حذف و به پیمایش سلامت روان منتقل گردد.

یک سری از ماژول‌ها در بررسی‌های مختلف مشترکند، ولی نباید حذف شوند، چون ماژول‌های اصلی آن بررسی خاص هستند و برای تعیین ارتباط بین آنها و متغیرهای اصلی بررسی مورد نیاز هستند، نظیر ماژول‌های بهداشت محیط (منبع اصلی آب آشامیدنی، توالیت بهداشتی و ... در بررسی سلامت و بیماری و MIDHS) که این ماژولها در این مطالعه در پیمایش اصلی باقی ماندند.

علاوه بر این، یک سری از ماژولها مشخصاً باید در یک بررسی گنجانده شوند و در صورت اشتراک با بررسی‌های دیگر باید حذف شوند، نظیر سلامت باروری که در این مطالعه مشخصاً در بررسی MIDHS گنجانده شده است. از طرف دیگر، شاخص‌هایی که به طور سالانه نیاز به پایش دارند باید مشخص شوند تا بتوان آنها را در پیمایش‌های سالانه قرار داد تا اطلاعات شان بموقع در دسترس باشد.

علاوه بر این، با مقایسه پیمایش‌های بین‌المللی و پیمایش‌های صورت گرفته در سطح ملی مشخص گردید که برخی پیمایش‌های ملی کمی و کاستی‌هایی دارند که باید مشخص و رفع گردد. در این خصوص مقرر گردید که ماژول‌های: نیازهای برآورده نشده برای خدمات درمانی، بررسی سلامت و بیماری، و بررسی کیفیت زندگی به بررسی شاخص‌های چندگانه خدمات سلامت و جمعیت اضافه گردند. به علاوه مقرر گردید که ماژول پرداختهای زیرمیزی یا غیر رسمی به پیمایش بررسی پاسخگویی و حساب‌های ملی سلامت اضافه گردد.

علاوه بر این مرور شواهد بین المللی حاکی از آنست که در ایران پیمایشی در خصوص ارزیابی سبک زندگی افراد اجرا نمی گردد. لذا پیشنهاد گردید که پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی نیز به مجموعه پیمایش های ملی اضافه گردد. در ادامه در خصوص این پیمایش و ماژولهای مهم آن توضیحاتی ارائه می گردد.

پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی یک پروژه تحقیقاتی است که در سال ۱۹۸۰ توسط تیم بانک جهانی در پاسخ به نیاز درک شده برای داده های مرتبط با سیاستگذاری طراحی شد که به سیاستگذاران اجازه می دهد تا برای درک تعیین کننده ها و پیامدهای اجتماعی نرخ بیکاری، فقر، استفاده از خدمات سلامت و ... ورای اندازه گیری خام این شاخص ها حرکت کنند.

داده های حاصل از پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی نقش مهمی را در کمک به سیاستگذاران جهت بررسی استانداردهای زندگی، فقر و نابرابری در یک کشور خاص، سطح منطقه یا جهان بازی می کنند. از سال ۱۹۸۰ تا کنون ۸۸ پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی از نیکاراگوئه تا عراق توسط بانک جهانی انجام شده است.

پرسشنامه های پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی طیف وسیعی از موضوعات را پوشش می دهد: مشخصات دموگرافیک، تحصیلات، سلامت، کار، مصرف، موضوعات مالی، فراورده های کشاورزی، فعالیتهای غیر کشاورزی. هر پرسشنامه موضوعاتی را در زمینه های تخصصی مورد سوال قرار می دهد که می تواند منعکس کننده تقاضا از بخشهای مختلف دولتی باشد. پرسشنامه بقدر کافی قابلیت سازگاری دارد که امکان مقایسه بین پیمایشها فراهم شده است (Grosh and Glewwe, ۱۹۹۵).

پودمانهای مختلف پرسشنامه پیمایش ارزیابی استانداردهای زندگی به ترتیب زیر است:

۱۲. مشخصات دموگرافیک خانوار

۱۳. خانه داری

۱۴. تحصیلات

۱۵. سلامت

۱۶. نیروی کار

۱۷. اعتبارات

۱۸. مهاجرت

۱۹. گواهی نامه ها

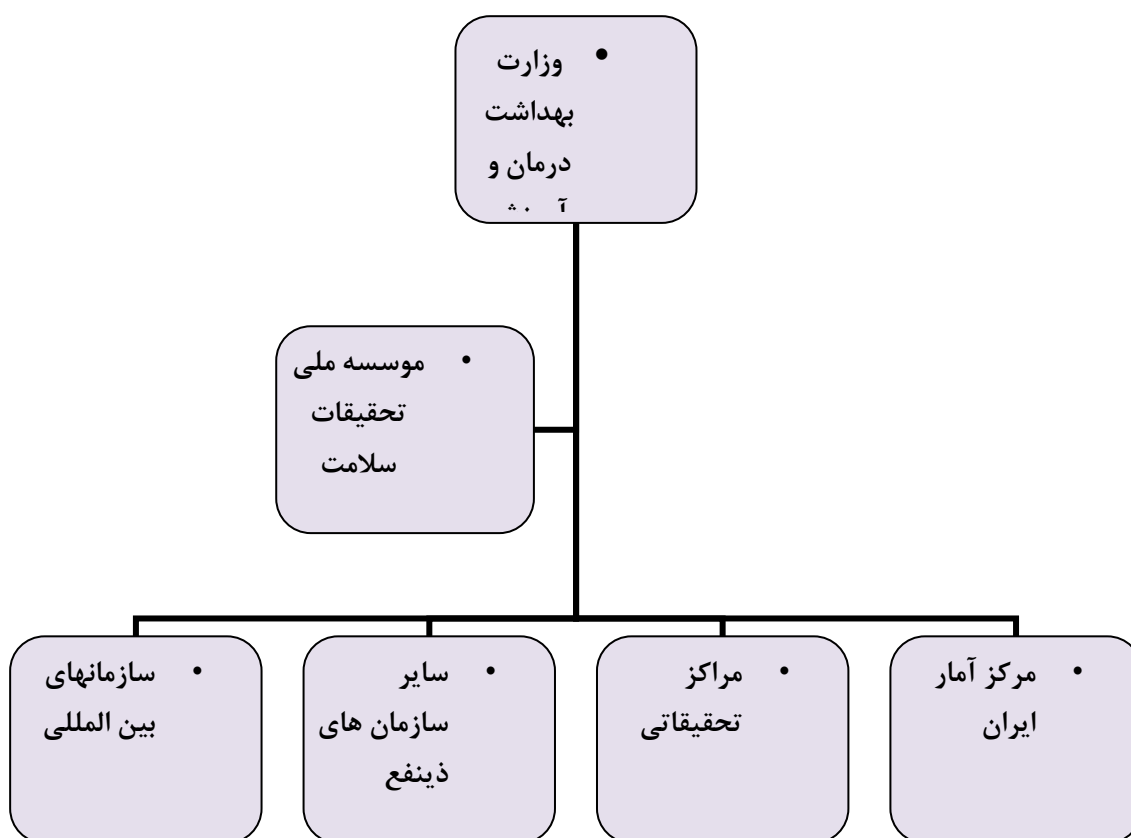
۲۰. فعالیتهای غیر کشاورزی

۲۱. حمایت اجتماعی

۲۲. فعالیتهای کشاورزی (Grosh and Glewwe, ۱۹۹۵)

پژوهش حاضر که با هدف تدوین تقویم پیمایش‌های ملی سلامت در ایران اجرا شد، برای نخستین بار شناسنامه پیمایش‌های سلامت کشور تدوین گردید و کمی و کاستی‌های موجود در زمینه پیمایش‌های خانوار مشخص گردید. علاوه بر تصمیم‌گیری در خصوص پیمایش‌های خانوار و وضعیت تجمیع آنها در پژوهش حاضر در خصوص ساختار سیاستگذاری و اجرای پیمایشها نیز تصمیم گرفته شد.

### ساختار سیاستگذاری و اجرایی پیمایش‌ها



علاوه بر این، کمیته مشورتی مطالعه در خصوص سال اجرای پژوهش در آینده، نحوه اجرا (استانی و کشوری) و حجم نمونه مورد مطالعه تصمیم گرفت.



# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

## بحث و نتیجه‌گیری

اختصاص بودجه به بخش سلامت توسط مراجع بین‌المللی همراه با افزایش تقاضا برای آمارهای سلامت دقیق‌تر و با کیفیت‌تر به منظور پایش عملکرد و تضمین پاسخگویی بوده است. توجه جهانی به پایش وضعیت توسعه کشورها، که مصداق بارز آن شاخص‌های اهداف توسعه هزاره می‌باشد، لزوم وجود داده‌های با کیفیت و بهنگام جهت گزارش وضعیت پیشرفت کشورها را به وضوح روشن می‌سازد. این تقاضای روزافزون نه تنها اشکالات موجود در تولید آمارهای بهداشتی را در کشورهای در حال توسعه آشکار و مشخص نموده، بلکه فرصتی نیز فراهم نموده که میزان تهیه و بکارگیری آمارهای بهداشتی معقول و مناسب در این کشورها افزایش یابد. نخست این که تاکید بر ارزیابی و پایش عملکرد منجر به تهیه لیست شاخص‌ها و مشخص نمودن الزامات مفراط گزارش‌دهی شده است و در این راستا لازمست که بر سرمایه‌گذاری نظام‌مند بر فرایند تولید و تحلیل داده‌ها تمرکز مجدد صورت گیرد. دوم این که ریسک سرمایه‌گذاری ناکافی یا غیرهدفمند را می‌توان با درک علل عدم فراهمی آمارهای بهداشتی، از جمله عدم وجود ابزارهای دقیق اندازه‌گیری، استفاده از روش‌های نامطلوب جهت گردآوری داده‌ها، و عدم استفاده از روش‌ها و تحلیل‌ها برای تولید برآوردهای قابل‌قیاس کاهش داد. سوم این که توجه بیش از حد به اهداف توسعه هزاره سبب شده که گذار سلامت‌چندان مورد توجه قرار نگیرد. این در حالی است که با توجه به دگرگونی سیمای سلامت، لازمست که آمارهای بهداشتی طیفی وسیع‌تر از مسائل مرتبط با سلامت را از بیماری‌های عفونی گرفته تا بیماری‌های مزمن غیرواگیر و صدمات و تصادفات و بر حسب موقعیت اقتصادی-اجتماعی افراد شامل شوند.

چهارم این که شمار در حال افزایش پیمایش‌های خانوار، که منبعی مهم برای آمارهای بهداشتی محسوب می‌شوند، باید به سمت یک برنامه پیمایش‌های ملی جامع و نظام‌مند هدایت گردند. امروز زمان آن است که میزان تولید و استفاده از آمارهای بهداشتی صحیح، کامل و بهنگام جهت تصمیم‌گیری برنامه‌ریزان با سرمایه‌گذاری بر نظام‌های اطلاعاتی کشور افزایش یابد. این نظام‌های اطلاعاتی باید ترکیبی کارا و اثربخش از روش‌های استاندارد جهت گردآوری و تحلیل داده باشد تا بتواند نیازهای اطلاعاتی را در سطح ملی و بین‌المللی پاسخگو باشند.

اگرچه اطلاعات به موقع و قابل اعتماد پایه و اساس فعالیت‌های بهداشت عمومی هستند، اغلب در سیستم‌ها جمع‌آوری، تحلیل و انتشار داده‌ها به خوبی صورت نمی‌گیرد. در نتیجه تصمیم‌گیرندگان نمی‌توانند مشکلات و نیازها را

شناسایی کنند و پیشرفت را پایش کنند یا تاثیرمداخلات را ارزیابی کنند و براساس شواهد برای سیاستگذاری سلامت، برنامه ریزی و تخصیص منابع تصمیم بگیرند. کشورهایی که منابع کافی ندارند باید برای فقدان اطلاعات سلامت چاره‌ای بیاندیشند

پیمایش‌های ملی سلامت به عنوان یکی از ابزارهای گردآوری اطلاعات بهداشتی در قالب‌های مختلف و برای بررسی موضوعات متفاوت مرتبط با سلامت و بیماری‌ها، به صورت دوره‌ای طراحی و انجام می‌گردند و اطلاعات حاصل از آنها برای منظورهای مختلفی منجمله ارزیابی وضعیت سلامت جمعیت، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، پایش و ارزشیابی، و دیده بانی سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند. هدف کلی هماهنگی پیمایش‌های ملی سلامت عبارت است از پیشینه نمودن صحت علمی و کمینه نمودن منابع لازم برای فراهم نمودن اطلاعات برای استفاده در نظام سلامت.

یکی از مشکلات حال حاضر سیستم بهداشتی و درمانی کشور ما عدم وجود نظام هماهنگ و مشخصی برای پیمایش‌های ملی سلامت می‌باشد. این امر سبب شده که اجرای پیمایش‌های ملی سلامت به جای این که منظم و برنامه ریزی شده باشد، بیشتر به صورت سلیقه‌ای و غیرمنظم صورت بگیرد. علاوه بر این، بین مجموعه پیمایش‌ها نیز از نظر فاصله زمانی و تقدم و تاخر هماهنگی وجود ندارد. همچنین بعضی پودمان‌های مشابه در پیمایش‌های متفاوت ممکن است در فواصل کوتاه تکرار گردند که دوباره کاری و اتلاف منابع است و از سوی دیگر بعضی پودمان‌های مشترک بین پیمایش‌های مختلف ممکن است در بازه‌های طولانی انجام نگردند که فقدان اطلاعات ضروری را به دنبال دارد

نظام‌های اطلاعات سلامت در یک مسیر جزیره‌ای و آشفته به دلیل فشارهای مدیریتی، قانونی، اقتصادی و فشارهای ذینفعان گرفتار شده است. مسئولیت داده‌های سلامت اغلب در بین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف تقسیم می‌شود و ممکن است هماهنگی به دلیل محدودیتهای اداری و مالی دشوار باشد. بنابراین برای اطمینان از هماهنگی کافی یا اشتراک اطلاعات بین وزارت بهداشت و سایر سازمانها تلاش‌های ویژه‌ای موردنیاز می‌باشد.

توصیه شبکه ارزیابی سلامت (HMN) (مرکب از سازمان جهانی بهداشت و چند سازمان دیگر) این است که کشورها، یک برنامه منسجم و جامع برای پیمایش‌های سلامت خود داشته باشند. این برنامه باید جزئی از نظام اطلاعات سلامت کشور باشد و ابعاد علمی و اجرایی مجموعه پیمایش‌های سلامت را برای تولید داده‌های سلامت جمعیت، عوامل خطر، و داده‌های مرتبط با سازمان‌ها (مانند پوشش خدمات و غیره) مشخص نماید. احصاء و نقشه برداری از پیمایش‌هایی که قبلاً انجام شده‌اند (اعم از اینکه تکرار شده‌اند یا نه) در نظر است تکرار شوند یا خیر)

و همچنین احصاء و نقشه برداری از پیمایش هایی که به طور معمول انجام می شوند و در برنامه آینده قرار دارند از فعالیت های اساسی در تدوین برنامه پیمایش های ملی سلامت هستند (Health metrics Network, ۲۰۰۸). کشور ما برای بهبود نظام اطلاعات سلامت در سال ۲۰۰۸، ۴۵۰ هزار دلار بودجه از سازمان جهانی بهداشت دریافت کرده است. نتایج مطالعه حاضر به عنوان یکی از مطالعاتی که اقدام به نقشه برداری و احصای پیمایش های ملی خانوار حوزه سلامت نموده است، می تواند در شکل گیری این برنامه جامع نقش بسزایی داشته باشد. برنامه ریزی در خصوص اجرای پیمایش ها، مشخص کردن ماژولهای پیمایشهای مختلف و تعیین فاصله زمانی بین پیمایش های مختلف از جمله نتایج کاربردی این پژوهش می باشد.

یکی دیگر از مزایای پیمایش حاضر، استفاده از نظرات کارشناسان و صاحب نظران در گام های مختلف مطالعه و کاربردی بودن نتایج این مطالعه می باشد. امید می رود با بکار گرفتن نتایج این پژوهش، برنامه پیمایش های ملی سلامت شکلی منسجم و منظم به خود گیرد و پیمایش های ملی سلامت تبدیل به یک از منابع عمده و قابل اعتماد جمع آوری داده در کشورمان گردند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در راستای ارتقای نظام اطلاعات سلامت کشور یکسری پیشنهاد به شرح ذیل می توان ارائه نمود:

۱. با توجه به اهمیت نقش پیمایشهای خانوار در جمع آوری اطلاعات، لازم است تدابیری اتخاذ گردد که پیمایشهای ملی سلامت تبدیل به بخشی از نظام اطلاعات سلامت گردند.
۲. در هنگام استفاده از منابع مختلف داده باید به مزایا و معایب آن توجه نمود. یکی از معایب پیمایشهای سلامت زمانبری و هزینه بری آنها نسبت به دیگر روشها مانند داده های روتین است که باید در زمان انتخاب این ابزار مورد توجه قرار گیرد.
۳. لازمست که ساختار نیروی انسانی با قابلیت اجرای پیمایشهای ملی با تخصص های مختلف نظیر آمار، سیاستگذاری، اقتصاد بهداشت، جمعیت شناسی، اپیدمیولوژی، و جامعه شناسی با همکاری اعضای هیات علمی دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی تشکیل گردد.
۴. پیمایش های بزرگ معمولا هزینه بر هستند و اجرای آنها پیچیدگی هایی دارد. بنابراین انجام آنها در فاصله زمانی کمتر از ۳ تا ۵ سال به ندرت عملی و هزینه اثر بخش می باشند.

۵. از آنجایی که پیمایش های خانوار ممکن با خطای نمونه گیری مواجه شوند بنابراین مقایسه نتایج آنها با سایر منابع لازم می باشد.
۶. پیمایش ها جمعیتی باید بر اساس استاندارد های بین المللی از نظر نمونه گیری، طراحی پرسشنامه، نظارت های میدانی، رضایت و محرمانگی، پردازش داده ها، ساختار جمع اوری داده ها و تجزیه و تحلیل و گزارشات طراحی و اجرا شوند. بنابراین برای در نظر داشتن این استانداردها باید کشور از زیر ساخت ها و نیروی انسانی مناسب برخوردار باشد.
۷. داده ها باید به موقع در دسترس عموم قرار گیرد که این مهم نیاز به تدوین Data policy را بیش از پیش آشکار می سازد.
۸. در تعیین حجم نمونه پیمایش ها لازم است به عمق جغرافیایی مورد نیاز برای برآوردها (استان، شهرستان، شهر و روستا) و درجه جزئیات مورد نظر برحسب متغیرهای مختلف توجه شود.
۹. اگر چه مرکز آمار کشورها معمولاً سازمان های اولیه برای پیمایش ها می باشند، ولی لازم است با وزارت بهداشت بخصوص برای انجام پیمایش بیماری ها و بررسی هایی که آزمایشات پزشکی نیاز دارند، همکاری نزدیکی داشته باشند.
۱۰. لازم است که پیمایش های ملی خانوار به طور مداوم رصد و به روزرسانی شوند و در صورت وجود ضرورت بین المللی یا ملی برای احصای یکسری از شاخص ها، ماژولهایی به آنها اضافه گردد یا از آنها کاسته شود.
۱۱. لازم است در کشور سیاستی واحد در خصوص انتشار نتایج پیمایش ها اتخاذ گردد تا داده ها در زمان مقتضی در اختیار مدیران، واحدهای اجرایی و مردم قرار بگیرد.
۱۲. باید در خصوص نحوه اجرا، تواتر و حجم نمونه دیگر پیمایشها به جز پیمایشهای مرتبط با حیطة سلامت (مانند بررسیهای اقتصادی) نیز تصمیمات مقتضی اتخاذ گردد.

## References:

- Aiddata, "Pan-Arab Project for Family Health ", available from:  
<http://www.aiddata.org/content/Project?id=۲۴۳۳۳۹۶>
- Australian Bureau of Statistics (ABS): Australian Health Survey: users' guide,  
Available at: <http://www.pophealthmetrics.com/content/۱۱۱/۲۵>.
- Béland Y, Dale V, Dufour J, Hamel M: The Canadian Community Health  
Deputy for Health, "Iran Demographic and Health Survey", Ministry of Health &  
Medical Education, ۲۰۰۵.
- Grosh M and Glewwe, P , A Guide to Living Standards Measurement Study  
Surveys and Their Data Sets, LSMS Working Paper ۱۲۰, The World Bank, ۱۹۹۵.
- Health Metrics Network. Issues in health information ۵. Household and Facility  
Surveys. No Date. Available at:  
[http://www.who.int/entity/healthmetrics/documents/hmnissue\\_household  
facilitysurveys.pdf](http://www.who.int/entity/healthmetrics/documents/hmnissue_household_facilitysurveys.pdf) , Accessed on ۲۲ September ۲۰۱۳.
- Health Survey for England (HSE): Health Survey for England ۲۰۱۰ volume ۲:  
methods and documentation. ۲۰۱۰. [www.ic.nhs.uk/pubs/hse۱۰report](http://www.ic.nhs.uk/pubs/hse۱۰report).
- ILO, Labour Force Surveys. available from  
<http://www.ilo.org/dyn/lfsurvey/lfsurvey.home>  
methods, August, ۲۰۰۵. American Statistical Association; ۲۰۰۵.  
<https://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/y۲۰۰۵/Files/JSMS۲۰۰۵-۰۰۰۴۹۴.pdf>.
- Institute of Medicine. The Future of the Public's Health In The ۲۱st Century.  
Committee on Assuring the Health of the Public in the ۲۱st Century. Board on Health  
Promotion and Disease Prevention. Washington, D.C., The National Academies  
Press. ۲۰۰۲. Available at <http://www.nap.edu/catalog/۱۰۵۴۸.html>.
- Katki HA, Sanders CL, Graubard BI, Bergen W: Using DNA fingerprints to infer  
familial relationships within NHANES III households. J Am Stat Assoc ۲۰۱۰,  
۱۰۵(۴۹۰):۵۵۲-۵۶۳.
- London Health Observatory. Mapping Health Intelligence and its dissemination in  
London: Summary findings. ۲۰۰۶. Available at  
[http://www.lho.org.uk/Download/Public/۱۰۸۹۸/۱/SummaryMapping/۲۰Health/۲۰Intel  
ligence/۲۰in/۲۰London.doc](http://www.lho.org.uk/Download/Public/۱۰۸۹۸/۱/SummaryMapping/۲۰Health/۲۰Intel<br/>ligence/۲۰in/۲۰London.doc)

- Measure DHS, Demographic and Health Survey, available from:  
<http://www.measuredhs.com/start.cfm>  
2011-2013. 2012. [www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/mf/4363.0.55.0.1](http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/mf/4363.0.55.0.1).
- Mohadjer L, Curtin LR: Balancing sample design goals for the national health and nutrition survey. *Survey Methodol* 2008, 34(1):119-126
- Murray C J.L, Evans D.B. Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview. In: Murray CJL Evans DB, eds. Health systems performance assessment debates, methods and empiricism. Geneva, World Health Organization, 2003.
- National Health and Morbidity Survey: fact sheet. 2011. available at:  
<http://www.moh.gov.my/images/gallery/Garispanduan/NHMS/2011/2-FACT/2-SHEET.pdf>
- Robert Graham Clark, Robert Templeton, Anne McNicholas: Developing the design of a continuous national health survey for New Zealand. *Population Health Metrics* 2013, 11:25  
Statistical Association joint statistical meeting, section on survey research  
Survey: building on the success from the past, Proceedings of the American
- Tayback M, Frazier TM. Continuous health surveys a necessity for health administration. *Public Health Rep.* 1962 September; 77(9): 763-772.
- UNICEF (2012) Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) available at:  
[http://www.unicef.org/statistics/index\\_24302.html](http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html).
- UNICEF, Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS<sup>+</sup> questionnaires and indicator list, available from: [http://www.childinfo.org/mics+\\_tools.htm](http://www.childinfo.org/mics+_tools.htm) l
- United Nations; “Classifications of Expenditure According to Purpose”; New York, 2000.-
- Üstün TB, Chatterji S, Mechbal A, Murray CJL. The World Health Surveys. Health Systems Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2003: 797-808
- World Health Organization (2005) WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance, Geneva, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.

- World Health Organization, Guide to producing National Health Accounts with special applications for low-income and middle-income countries, World Health Organization ۲۰۰۳.
- World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: A country-led platform for information and accountability. Geneva, World Health Organization, ۲۰۱۱. Available at [http://www.who.int/entity/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/۱۰۸۵\\_IER\\_۱۳۱۰\\_۱۱\\_web.pdf](http://www.who.int/entity/healthinfo/country_monitoring_evaluation/۱۰۸۵_IER_۱۳۱۰_۱۱_web.pdf)
- Yorkshire and Humber Public Health Observatory. Yorkshire and Humber data from Compendium ۱۶ of Clinical and Health Indicators. ۲۰۰۶. Available at <http://yhpho.york.ac.uk/iframes/Compendium/Compendium>

#### منابع فارسی:

- بررسی سلامت و جمعیت (DHS). دفتر جمعیت و سلامت خانواده، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹
- بررسی شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت (IrMIDHS). موسسه ملی تحقیقات سلامت، آرش رشیدیان و همکاران، ۱۳۸۹
- بررسی مراقبت عوامل خطر بیماریهای مزمن (STEPS). خانم دکتر عسگری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مصاحبه فردی)
- بررسی همه گیری شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و ستاد مبارزه با مواد مخدر-۱۳۸۶)
- بهره مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۱. محسن نفوی و حمید رضا جمشیدی، ۱۳۸۴ -پایش شیوع گواتر و میزان ید ادراری. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه ۱۳۷۵ و ۱۳۸۰
- حساب های ملی سلامت مرکز آمار ایران- از سال ۱۳۸۱ تا کنون. مرکز آمار ایران <http://amar.sci.org.ir/>
- خسروی اردشیر. و همکاران. شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مرکز توسعه سلامت و ارتقاء سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۸.
- سازمان بهداشت جهانی، دفتر قاره آمریکا، گاتینی، سسار (مولف). راه اندازی دیده بانی های سلامت ملی: رویکردهای اجرایی و توصیه های راهبری. عباسی بآبادگانی، افسانه. شادپور، کامل. دماری، بهزاد، موسسه ملی تحقیقات سلامت، گروه مولفه های اجتماعی سلامت، برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۰.
- سیمای تغذیه کودکان (ANIS). وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۸
- سیمای تغذیه کودکان (ANIS). وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳



- طرح ملی سلامت و بیماری در ایران . احمدعلی نوربالا - کاظم محمد ۱۳۷۸
- محاسبه حساب‌های ملی سلامت در سطح کشور ۱۳۸۷. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دکتر علیرضا اولیایی منش و همکاران ۱۳۹۲
- نظام ادغام یافته پایش و ارزشیابی (IMES). دفتر سلامت، جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۴
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. شاخص های ملی سلامت دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری، معاونت تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۴.
- وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی. نظام نامه دیده بانی سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مصوب شورای معاونان و شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ابلاغ شده توسط مقاوم وزارت در برنامه مورخ ۱۰۰/۲۳۶ مورخ ۱۳۹۱/۳/۱.
- وضعیت ریزمغذیه‌های ایران . وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰
- وضعیت ریزمغذیه‌های ایران . وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، فریدون سیاسی و همکاران، ۱۳۹۱
- KAP Studies دفتر سلامت، جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۶-۱۳۷۲