جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز جوانی جمعیت
سلامت خانواده و مدارس

شیوه نامه اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

طرح آمایش امید

برنامه جامع افزایش نرخ باروری کل (TFR) به عدد ۲,۵

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

اسفند ۱۴۰۳

مقدمه

جمعیت به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های قدرت، نقش تعیین‌کننده‌ای در آینده کشور ایفا می‌کند. با توجه به روند کاهش نرخ باروری در سال‌های اخیر و لزوم حفظ پویایی جمعیت و برخورداری از مزیت جمعیت جوان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای اجرای سیاست‌های کلان نظام، از جمله «سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری در تاریخ ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳»، «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰» و «ماده ۸۱ برنامه هفتم پیشرفت کشور» و همچنین با عنایت به تأکید رئیس محترم دولت وفاق ملی بر اجرای سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری و تحقق اهداف برنامه هفتم پیشرفت، اقدام به طراحی برنامه‌ای جامع جهت افزایش نرخ باروری کل (TFR) تا دستیابی به ۲٫۵ تا سال ۱۴۰۷ با عنوان «طرح ملی آمایش امید» نموده است. این طرح، با تکیه بر تحلیل دقیق شاخص‌های جمعیتی و هدف‌گذاری کمی، نقشه راهی عملیاتی برای تحقق نرخ باروری مطلوب در کشور ارائه می‌دهد.

در این برنامه دانشگاه‌های علوم پزشکی شامل شبکه‌های بهداشتی کشور، مراکز بهداشت، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت، به عنوان بازوهای اجرایی اصلی، نقشی کلیدی در دستیابی به اهداف تعیین‌شده ایفا می‌کنند که در طول دهه‌های گذشته، به‌ویژه در کنترل و ریشه‌کنی همه‌گیری‌ها و بیماری‌های واگیردار همچون کرونا، کارنامه‌ای درخشان از خود به جای گذاشته‌اند و امروز نیز به عنوان زیرساختی کارآمد در خدمت ارتقای سلامت مادر و کودک و حمایت از فرزندآوری قرار می‌گیرند. با تکیه بر این ظرفیت‌های ارزشمند، همراه با به‌کارگیری راهکارهای علمی و عملیاتی، امید است مسیر تحقق سیاست‌های کلی جمعیت هموار گردد.

ویژگی های طرح آمایش امید

- **شفاف سازی وضعیت جمعیتی در شبکه/ شهرستان** : با ارائه تصویری شفاف از وضعیت شاخص‌های جمعیتی در سطح شبکه و شهرستان، امکان تصمیم‌گیری مؤثرتر را برای سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمت فراهم می‌کند.
- **پایش دقیق شاخص‌های جمعیتی:** امکان رصد وضعیت باروری و فرزندآوری در تمامی سطوح شبکه بهداشت از مراکز بهداشتی تا پایگاه های سلامت و خانه‌های بهداشت را فراهم می‌کند.
- **همسویی با سیاست‌های بالادستی**: با هدف‌گذاری نرخ باروری کل ۲,۵ و تبدیل آن به تعداد موالید مطلوب، اجرای سیاست‌های جمعیتی را تسهیل می‌کند.
- **تصمیم‌گیری آگاهانه در سیاست‌گذاری**: با تحلیل الگوی فرزندآوری و ناباروری، امکان تدوین مداخلات مؤثر برای افزایش جمعیت را فراهم می‌آورد.
- **مشوق‌های مالی و کارانه پلکانی:** همزمان با دیگر مزایای این طرح، موفقیت در دستیابی به اهداف مطلوب سبب پرداخت مشوق های مالی به صورت پلکانی به ارائه دهندگان خدمت محیطی به ویژه بهورزان و مراقبین سلامت و کارکنان ستادی خواهد شد.
- **یکپارچه‌سازی سامانه‌های اطلاعاتی**: هماهنگی سامانه‌های سطح یک با این برنامه در آینده ای نزدیک، امکان پایش لحظه‌ای شاخص‌های جمعیتی و تصمیم‌گیری مبتنی بر داده‌های به‌روز را فراهم می نماید.

اسناد بالا دستی مرتبط:

۱) سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری (۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳)

۲) سیاست‌های کلی خانواده ابلاغی مقام معظم رهبری (۱۳ مهر ۱۳۹۵)

۳) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (مصوب ۱۴۰۰)

۴) سند برنامه هفتم پیشرفت کشور (ماده ۸۱ برنامه هفتم پیشرفت مصوب ۱۸ تیر ۱۴۰۳)

تعاریف کلیدی

۱. **نرخ باروری کلی** :(Total Fertility Rate - TFR) میانگین تعداد فرزندانی که یک زن در طول دوران باروری خود به دنیا می‌آورد.

۲. **جمعیت زنان در سن باروری:** زنان در گروه سنی ۱۰ تا ۵۴ سال.

۳. **شاخص‌های جمعیتی:** شاخص های تاثیرگذار بر جمعیت شامل نرخ باروری، نرخ ازدواج، فاصله بین ازدواج و فرزندآوری، فاصله بین موالید، نرخ مرگ و میر مادران و نوزادان و ... می باشد.

۴. **هدف‌گذاری کمی(مطلوب):** تعیین تعداد موالید مورد نیاز در هر منطقه برای دستیابی به نرخ باروری کل ۲,۵ تا سال ۱۴۰۷

۵. **متوسط رشد سالانه میزان خام ولادت:** نسبت تغییرات میزان ولادت از سال ۱۳۹۶ الی سال ۱۴۰۱

۶. **میزان ازدواج کل:** نسبت تعداد ازدواج ها در سال به جمعیت کل.

۷. **میانه سنی:** سنی که در آن دقیقا نصف جمعیت پیرتر و نصف دیگر در سنین جوان‌تر از آن قرار دارند.

۸. **میزان سزارین:** تعداد مادران سزارین شده به کل مادران زایمان کرده در یک مقطع مشخص به درصد.

۹. **میزان سزارین نخست زا:** تعداد مادران باداری اول که به روش سزارین زایمان کرده اند به تعداد کل مادران با بارداری اول به درصد.

۱۰. **میزان مرگ مادران:** تعداد مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری ،صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری،تشدید شده در بارداری یا به علت مراقبتهای ارائه شده طی آن اما نه به علت حادثه یا تصادف به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده

۱۱. **میزان مرگ نوزادان:** تعداد مرگ نوزادان کمتر از یک ماه در طول یکسال تقسیم بر تعداد کل موالید زنده متولد شده در همان سال که حاصل آن در ۱۰۰۰ ضرب میشود.

۱۲. **میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه:** تعداد مرگ کودک به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در بازه سنی ۱ تا ۵۹ ماه

۱۳. **دیر فرزندی:** زوجی که دو سال از ادواج آن ها گذشته و هنوز فرزندی ندارند.

۱۴. **بی فرزندی:** زنانی که فرزند نداشته و در حال حاضر باردار نمی باشند.

۱۵. **تک فرزندی:** زنانی که دارای یک فرزند زنده با حداقل سن یک سال و ۵ ماه و ۲۹ روز می باشند.

۱۶. **کم فرزندی:** زنانی که دو فرزند زنده داشته و سن آخرین فرزند بیشتر از یک سال و ۵ ماه و ۲۹ روز می باشند.

۱۷. **ناباروری اولیه :** زمانی است که زوجین تجربه بارداری نداشته باشند و علیرغم حداقل یکسال اقدام برای بارداری، باردار نشده است .(سن ۳۵ سال یا بیشتر حداقل شش ماه)

۱۸. **ناباروری ثانویه :** زمانی است که تجربه قبلی بارداری وجود دارد اگر چه الزاما منجر به تولد نوزاد زنده نشده باشد. و علیرغم حداقل یکسال اقدام برای بارداری، باردار نشده است. (سن ۳۵ سال یا بیشتر حداقل شش ماه)

اهداف کلی برنامه

هدف اختصاصی

افزایش نرخ باروری کل (TFR) به ۲,۵ تا پایان سال ۱۴۰۷

اهداف فرعی

- ✓ بهبود شاخص‌های مرتبط با جوانی جمعیت از جمله:
  - کاهش فاصله بین ازدواج و فرزندآوری
  - کاهش فاصله بین موالید
  - افزایش تعداد موالید در پنجه‌های سنی مطلوب
  - افزایش شناسایی زوجین نابارور
  - کاهش آمار سزارین هر سال ۵ درصد
  - کاهش سزارین نخست زا
- ✓ افزایش موالید حاصل از مشاوره فرزندآوری توسط ارائه دهندگان خدمت
- ✓ توانمندسازی مدیران جهت اتخاذ رویکرد و برنامه های مناسب برای دستیابی به نرخ باروری کلی ۲,۵ در جمعیت تحت پوشش شهرستان و دانشگاه
- ✓ توانمندسازی ارائه دهندگان خدمت جهت شناسایی مخاطبان و اولویت بندی اقدامات
- ✓ کاهش مرگ و میر مادران به زیر ۱۸ در ۱۰۰۰۰۰ هزار تولد زنده
- ✓ کاهش مرگ و میر نوزادان تا ۸,۲۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده
- ✓ کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه تا ۶,۲۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده

رویکرد

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

رویکردهای برنامه آمایش امید شامل:

۱) **حل مسئله مبتنی بر زیست‌بوم و تحلیل شاخص‌های جمعیت:** برنامه با رویکرد منطقه‌محور اجرا می‌شود و متناسب با شرایط جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی هر منطقه می بایست راهکارهای اجرایی درنظر گرفته شود.

۲) **حل مسئله بر اساس شرایط فرهنگی منطقه:** مداخلات و سیاست‌های اجرایی، متناسب با باورها، ارزش‌ها و سبک زندگی مردم هر منطقه طراحی و اجرا می‌شود تا بیشترین اثربخشی را در افزایش نرخ باروری داشته باشد.

۳) **تمرکز ویژه بر مشاوره فرزندآوری منجر به موالید:** ارائه مشاوره‌های تخصصی در حوزه فرزندآوری، انتخاب آگاهانه گروه هدف مشاوره فرزندآوری، ترویج سبک زندگی

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

٤) **اخذ مشارکت مردمی و افزایش آگاهی عمومی:** برنامه بر تقویت نقش‌آفرینی مردم، سفیران سلامت، گروه‌های داوطلب، خیرین و سازمان‌های مردم‌نهاد تأکید دارد و از ظرفیت‌های اجتماعی برای ارتقای فرهنگ فرزندآوری استفاده می‌کند.

٥) **حفظ سلامت مادر و کودک:** در اجرای برنامه مهم ترین اصل سلامت مادر می باشد و دسترسی خانواده‌ها به خدمات بهداشتی و مراقبتی مورد توجه قرار می‌گیرد تا روند فرزندآوری در کنار حفظ سلامت مادران و کودکان دنبال شود.

٦) **هم‌افزایی با سایر نهادها و دستگاه‌ها:** تحقق اهداف جمعیتی کشور نیازمند همکاری و هم‌افزایی میان بخش‌های مختلف ازجمله استانداری، فرمانداری، سازمان تبلیغات اسلامی،ائمه جمعه، بسیج، سپاه، شهرداری‌ها، صداوسیما، آموزش‌وپرورش و سایر نهادها و دستگاه های مرتبط است. این برنامه با تعامل بین‌بخشی، اقدامات اجرایی را در سطح ملی و استانی هم‌راستا خواهد کرد.

گام‌های اجرایی طرح آمایش امید

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

۱) ابلاغ و سازمان‌دهی اولیه

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

۲) برگزاری جلسه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه با حضور روسای شبکه ها

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

۳) تقسیم‌بندی و هدف‌گذاری دقیق

- تحلیل شاخص‌های جمعیتی و خرد کردن تعداد کمی موالید مطلوب تا سطح خانه‌های بهداشت و پایگاه‌ها.
- دریافت و پردازش اطلاعات اولیه جمعیتی از سوی شبکه‌های بهداشت.

٤) شناسایی و تحلیل جمعیت تحت پوشش

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

٥) شروع اجرای برنامه و پایش مستمر:

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

٦) ارزیابی و اصلاحات:

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

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

این فرآیند به‌صورت گام‌به‌گام و همراه با پایش مستمر اجرا خواهد شد تا به اهداف تعیین‌شده در چارچوب زمانی مشخص دست یابد.

مرحله اول: راه‌اندازی و ابلاغ طرح آمایش امید

ردیف	اقدام	مسئول اجرا	مهلت اجرا
	ابلاغ برنامه از وزارت بهداشت به رئیس دانشگاه/دانشکده	وزارت بهداشت	تا پایان سال ۱۴۰۳
	ابلاغ رسمی طرح آمایش امید به رؤسای شبکه‌های بهداشت و تعیین تکالیف هر شبکه	رئیس دانشگاه	بلافاصله پس از دریافت ابلاغ از وزارت بهداشت
۱	تشکیل جلسه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در دانشگاه با حضور رئیس دانشگاه، معاون بهداشت و اعضای ستاد	رئیس دانشگاه و معاون بهداشت	تا پایان فروردین سال ۱۴۰۴
۲	ابلاغ برنامه از طرف روسای شبکه به معاونین شبکه و روسای مراکزجامع بهداشت	رئیس شبکه	بلافاصله پس از دریافت ابلاغ از وزارت بهداشت
۳	ارسال هدف کمی تعداد موالید مورد انتظار در سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۶ برای هر شبکه	معاون بهداشت	تا سه روز پس از دریافت ابلاغ از وزارت بهداشت ال ۱۴۰۳
٤	خرد کردن هدف‌گذاری کمی موالید تا سطح خانه بهداشت و پایگاه‌ها بر اساس وزن جمعیتی و تعیین اهداف فصلی	رؤسای شبکه‌های بهداشت	تا پایان فروردین سال ۱۴۰۴
٥	بررسی و تأیید نهایی هدف‌گذاری‌های خرد شده و بازخورد به شبکه‌ها	دبیرخانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت	۱۵ اردیبهشت۱۴۰۴
٦	دریافت و تحلیل اطلاعات جمعیتی هر شبکه (استخراج جمعیت مراکز و پایگاه‌ها بر اساس اکسل پیوست)	رؤسای شبکه‌های بهداشت	تا پایان خرداد
۷	ارسال گزارش جمع‌بندی اقدامات فاز اول به مرکز جوانی جمعیت وزارت بهداشت	معاون بهداشت	تا پایان خرداد۱۴۰۴

فاز دوم: اجرا و نظارت (مستمر)

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

ارزیابی عملکرد دانشگاه‌ها در اجرای طرح آمایش امید

فاز اول: ارزیابی شکلی (فرایندی)

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

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

مرحله دوم: ارزیابی کمی (نتایج‌محور)

در مرحله دوم، ارزیابی به‌صورت کمی و بر مبنای میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده انجام می‌شود. در این مرحله، شاخص‌های افزایش نرخ باروری، تعداد موالید، کاهش فاصله بین ازدواج و فرزندآوری، بهبود شاخص‌های زایمان و سایر اهداف کمی برنامه بررسی شده و عملکرد دانشگاه‌ها بر این اساس تحلیل خواهد شد.

طرح آمایش امید

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

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

- میزان باروری کل۱۴۰۱
- میزان باروری کل۱۴۰۲
- تغییر میزان باروری کل(TFR) نسبت به سال قبل
- میانگین فاصله بین ازدواج و فرزند اول۱۴۰۱
- میانگین فاصله بین فرزند اول و فرزند دوم ۱۴۰۲
- میانگین فاصله بین فرزند دوم و فرزند سوم ۱۴۰۲
- متوسط رشد سالانه میزان خام ولادت
- میزان ازدواج ۱۴۰۱
- میزان ازدواج ۱۴۰۲
- تغییر میران ازدواج نسبت به سال قبل
- میانه سنی ۱۴۰۲

- میزان سزارین
- میزان سزارین نخست زا

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

- درصد زنان متاهل در سن ۱۵تا ۱۹ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۲۰ تا ۲۴ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۲۵ تا ۲۹ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۳۰ تا ۳۴ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۳۵ تا ۳۹ سال
- درصد زنان متاهل در سن ۴۰ تا ۴۴ سال
- درصد زنان متاهل در سن۴۵تا ۴۹ سال
- درصد موالید در مادران سن ۱۵ تا ۱۹ سال
- درصد موالید در مادران سن ۲۰ تا ۲۴ سال
- درصد موالید در مادران سن ۲۵ تا ۲۹ سال
- درصد موالیددر مادران سن ۳۰ تا ۳۴ سال
- درصد موالید دردر مادران سن ۳۵تا ۳۹ سال
- درصد موالید در مادران سن ۴۰ تا ۴۴ سال
- درصد موالید در مادران سن در سن۴۵تا۴۹ سال
- میزان مرگ مادران

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

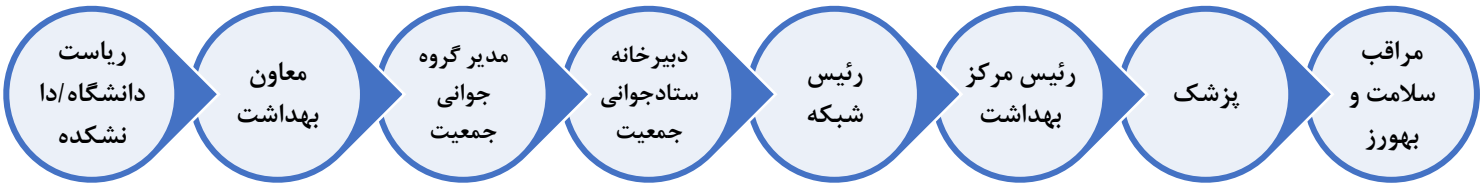
۳) هدف گذاری کمی مطلوب تعداد موالید در سطح شبکه

در این هدف گذاری کمی مطلوب، تعداد موالیدی که هر شبکه طی سال های آتی باید داشته باشد تا در نهایت کشور به نرخ باروری کلی ۲,۵ برسد مشخص شده است. به عبارتی دیگر نشان می دهد سهم هر شبکه در رسیدن به تعداد موالید مطلوب چقدر است.

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

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

مخاطبین:



۱. ریاست دانشگاه/ دانشکده

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

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

۱,۱ نظارت مستمر بر اولویت‌بندی شاخص‌های جمعیتی و هدف‌گذاری دقیق:

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

۱,۲ ابلاغ برنامه به معاون بهداشت و رؤسای شبکه‌های بهداشت: رؤسای دانشگاه‌ها موظفند شیوه نامه اجرایی‌های اجرایی برنامه را به معاون بهداشت به عنوان قائم مقام اجرای طرح آمایش امید و رؤسای شبکه‌های بهداشت به عنوان نماینده منطقه ای طرح ابلاغ نمایند.

۱,۳ تشکیل ستاد هماهنگی جوانی جمعیت:

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

۱,۴ دریافت و تحلیل گزارش‌های فصلی از معاونین دانشگاه و رؤسای شبکه‌های بهداشت:

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

۱,۵ استفاده از ظرفیت اعضای هیئت علمی:

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

۱,۶ تقویت پژوهش‌های کاربردی در حوزه جمعیت و باروری:

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

۱,۷ همکاری بین‌بخشی و استفاده از ظرفیت نهادهای محلی و سازمان‌های اثرگذار وگروه های مردم نهاد :

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

۱,۸ استقرار نظام ارزیابی و پایش عملکرد در راستای تحقق موالید مطلوب :

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

۱,۹ ایجاد انگیزه برای کادر شبکه بهداشت از طریق کارانه و مشوق‌های مالی:

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

۱,۱۰ تامین نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای برنامه:

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

۲ معاون بهداشت (جانشین رئیس ستاد هماهنگی جوانی جمعیت)

۲,۱ سیاست‌گذاری، نظارت و مدیریت کلان:

۲,۱,۱ تشکیل جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در دانشگاه به‌صورت ماهانه و نظارت بر اجرای مصوبات.

۲,۱,۲ برگزاری جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت یک ماه در میان با حضور رؤسای شبکه‌های بهداشت جهت بررسی عملکرد، ارائه مشکلات و اصلاح فرآیند اجرا.

۲,۱,۳ ابلاغ اهداف کمی مطلوب موالید به رؤسای شبکه‌های بهداشت بر اساس شاخص‌های جمعیتی و نیازهای منطقه‌ای.

۲,۲ تأمین منابع و پشتیبانی اجرایی

۲,۲,۱ تأمین نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای برنامه، از جمله تکمیل پست‌های مدیریتی و اجرایی مرتبط با جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس.

۲,۲,۲ نظارت بر اجرای دوره‌های آموزشی برای کارشناسان ستادی شبکه‌ها و مراکز جهت توانمندسازی در اجرای برنامه (با همکاری مدیر گروه جوانی جمعیت).

۲,۳ پایش و ارزیابی عملکرد شبکه‌ها

۲,۳,۱ نظارت کلان بر اجرای برنامه در سطح دانشگاه و شبکه‌ها از طریق بررسی گزارش‌های فصلی و پایش عملکرد.

۲,۳,۲ بررسی نهایی گزارش‌های عملکردی دانشگاه در خصوص طرح آمایش امید و ارسال آن به مرکز جوانی جمعیت وزارت بهداشت پس از تأیید ریاست دانشگاه.

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

۳,۱ اجرای مصوبات و هماهنگی عملیاتی

۳,۱,۱ نظارت بر اجرای مصوبات و شیوه نامه اجرایی‌های معاون بهداشت در سطح دانشگاه و شبکه‌ها از طریق دبیرخانه ستاد.

۳,۱,۲ برنامه‌ریزی و اجرای دوره‌های آموزشی طرح امید برای کارشناسان ستادی شبکه‌ها و مراکز جهت توانمندسازی در اجرای برنامه

۳,۲ پایش و نظارت بر شبکه‌ها

۳,۲,۱ جمع‌آوری اطلاعات فصلی از کلیه شبکه‌ها و مراکز طبق اکسل شماره ۳ و تحلیل میزان پیشرفت برنامه.

۳,۲,۲ پایش شبکه‌ها و مراکز از جهت پیشرفت برنامه و جمع‌آوری چالش‌ها. این پایش‌ها شامل پایش مجازی ماهانه و پایش حضوری فصلی خواهد بود.

۳,۳ مستندسازی و گزارش‌دهی

۳,۳,۱ تهیه و ارائه گزارش‌های کامل از وضعیت دانشگاه در جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت.

۳,۳,۲ ارائه چالش‌های اجرایی شناسایی‌شده در جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی.

٤ وظایف دبیرخانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت

۴,۱ هماهنگی و پیگیری اجرای مصوبات ستاد جوانی جمعیت در سطح دانشگاه و شبکه‌ها.

۴,۲ برگزاری جلسات ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در دانشگاه به‌صورت ماهانه.

۴,۳ دریافت، بررسی و تجمیع اطلاعات ارسالی از شبکه‌ها و مراکز در خصوص پیشرفت برنامه.

۴,۴ تهیه گزارش‌های فصلی از روند اجرای برنامه و ارسال به معاون بهداشت.

۴,۵ همکاری در اجرای دوره‌های آموزشی برای کارشناسان ستادی و شبکه‌ها.

۴,۶ پایش میزان تحقق اهداف کمی موالید در سطح شبکه‌ها و ارائه بازخورد به معاونت بهداشت

۵ رئیس شبکه

رئیس شبکه بهداشت مسئول مستقیم اقدامات صورت‌گرفته و پیگیری دستیابی به اهداف تعیین‌شده در سطح شبکه تحت پوشش خود است.

۵,۱ تشکیل ستاد هماهنگی جوانی جمعیت در سطح شبکه به صورت ماهیانه وارسال صورت جلسات به صورت فصلی برای دبیر خانه ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه

۵,۲ اولویت‌بندی شاخص‌های جمعیتی و هدف‌گذاری دقیق

۵,۳ تسلط بر شاخص های جمعیتی (رجوع شود به کتاب درسنامه مفاهیم و ابعاد جمعیت انتشارات موسسه پژوهشی امام خمینی ره)

۵,۴ بررسی وضعیت جمعیتی و شاخص های جمعیتی شبکه/شهرستان و استخراج و تعیین شاخص های بحرانی

۵,۵ خرد کردن تعداد موالید مطلوب بر اساس وزن جمعیتی تا سطح پایگاه و خانه بهداشت

۵,۶ استخراج و تعیین شاخص های بحرانی

۵,۷ تنظیم برنامه عملیاتی برای بهبود شاخص های جمعیتی و رسیدن به هدف گذاری کمی مطلوب تعداد موالید براساس اولویت بندی صورت گرفته

۵,۸ حصول اطمینان از رسیدن تمامی مراکز، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت به اهداف مطلوب خود

۵,۹ جلب مشارکت سایر سازمان ها و گروه های مردم نهاد ازقبیل فرمانداری، سازمان تبلیغات ، سپاه و بسیج، شهرداری و گروه های مرم نهاد جهت بهبود شاخص ها به خصوص در مورد شاخص هایی از طریق مراکز بهداشت دسترسی کمتری برای مداخله وجود دارد مثل شاخص ازدواج

۵,۱۰ ارائه راهکار ها و چالشهای خود در ستاد هماهنگی جوانی جمعیت دانشگاه برای حمایت و مداخله رئیس دانشگاه

۵,۱۱ تأمین منابع مالی و امکانات لازم برای اجرای برنامه در سطح شهرستان

۵,۱۲ تامین نیروی انسانی

٦ .وظایف رئیس مرکز بهداشت

۶,۱ هدف کمی مطلوب تعداد موالید جمعیت تحت پوشش هر فصل خود را بداند و با توجه به داده های استخراج کرده خود گروه هدف مشاوره فرزند آوری خود را آگاهانه انتخاب کند.

۶,۲ داده‌های ارسالی از پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت زیرمجموعه خود را به صورت فصلی جمع‌آوری و تحلیل نمایند.

۶,۳ نظارت بر تعداد موالید، اقدامات صورت‌گرفته و میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت زیرمجموعه خود داشته باشند.

۶,۴ در صورت فاصله از اهداف مطلوب، پیگیری‌های لازم را برای بهبود روند انجام دهند.

۶,۵ راهکار ها و چالش های خود را به ستاد شبکه بهداشت جهت حمایت طلبی ارسال نماید.

۱,۱ جلسات برون‌بخشی با مشارکت سازمان‌های مرتبط (مانند بسیج، فرمانداری، سازمان تبلیغات اسلامی و گروه‌های مردم‌نهاد) برگزار کنند و استفاده از ظرفیت سفیران،داوطلبان و خیرین سلامت

۷ وظایف بهورزان و مراقبین سلامت

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

۷,۱ جمعیت تحت پوشش خود را به صورت کامل شناسایی و تحلیل نمایند.

۷,۲ در نظرگرفتن اولویت بندی انجام شده در سطح شبکه و اقدام بر اساس آن

۷,۳ داده‌های دقیق جمعیتی را بر اساس جدول پیوست ۲ استخراج و ثبت کنند، این اطلاعات شامل موارد ذیل می باشد

- تعداد زنان در سن باروری (۱۰ تا ۵۴ سال) به تفکیک پنجه‌های سنی
- تعداد زنان همسردار، باردار، بی‌فرزند، دیرفرزند، تک‌فرزند، دو فرزند، سه فرزند ،چهار فرزند و بیشتر .
- تعداد زنان نابارور .
- تعداد موارد مرگ مادر، نوزاد و کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه .
- تعداد موارد زایمان اول، دوم، سوم، چهارم و بیشتر به همراه نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) .
- تعداد موارد سقط جنین و انصراف از سقط

❖ نمایی از سامانه سیب جهت استخراج اطلاعات مورد نیاز:

جوانی جمعیت

115276	تعداد مادران باردار شرکت کرده در کلاسهای آمادگی برای زایمان	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116120	تعداد سقط خود به خودی جنین ثبت شده	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116160	تعداد نوزادانی که در 28 روز اول تولد فوت کرده اند	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116161	بی ازدواجی	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116163	ناباروری اولیه	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116164	ناباروری ثانویه	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116165	تعداد بیماران با قند خون کنترل شده (A1cبین 5.6 تا 8)	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
111765	جمعیت مرگ های ثبت شده	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
110118	تعداد افراد میانسال (59 .30 سال) دارای قند خون مساوی یا بزرگتر 100 (غیر پزشک)	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
111344	تعداد مادران فوت کرده 42 روز پس از زایمان	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه

باروري سالم

113872	تعداد زنان به تفکیک تعداد فرزندان	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
113880	تعداد زنانی که توسط مراقب سلامت یا بهورز، فرآیند مشاوره باروری سالم و فرزنداوری سطح یک برای آنها انجام شده است	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
113881	تعداد زنانی که توسط مراقب سلامت-ماما، فرآیند مشاوره باروری سالم و فرزنداوری سطح یک برای آنها انجام شده است	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
113882	تعداد زنانی که توسط پزشک، فرآیند مشاوره باروری سالم و فرزنداوری سطح یک برای آنها انجام شده است	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
113910	تعداد زنان تک فرزند که سن آخرین فرزندآنها بیش از 24 ماه است	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
113911	تعداد زنان تک فرزند که سن آخرین فرزند 24 تا 36 ماه است	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
113912	تعداد زنانی که کمتر از 3 فرزند دارند و سن آخرین فرزند آنها بیشتر از 24 ماه است	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
113913	تعداد زنانی که کمتر از 3 فرزند دارند و سن آخرین فرزند آنها24 تا 36 ماه است	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116011	تعداد مادران تک فرزند	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116012	مادران کم فرزند	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116013	مادران دارای فرزند زیر 18 ماه	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
116043	تعداد مادرانی که خدمت پیگیری زوجین (مشاوره فرزندآوری) را دریافت کرده اند	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه
110028	تعدادزنان 49-10 ساله همسردار	به تفکیک شبکه	به تفکیک دانشگاه

❖ جدول استخراج اطلاعات جمعیتی

گروه سنی	تعداد کل زنان در سن باروری	تعداد زنان در سن باروری همسردار	باردار	بی فرزند	دیر فرزند	تک فرزند	تعداد مادران داری تک فرزند با سن زیر ۱۸ ماه	دارای دو فرزند	تعداد مادران داری دو فرزند با سن آخرین فرزند زیر ۱۸ ماه	دارای سه فرزند	تعداد مادران داری سه فرزند با سن آخرین فرزند زیر ۱۸ ماه	دارای چهار فرزند و بیشتر	تعداد مادران داری سه فرزند با سن آخرین فرزند زیر ۱۸ ماه	نابارور	سا یر	مرگ مادر	مشاوره فرزند آوری
سال10-14																	
سال15-19																	
سال20-24																	
سال25-29																	
سال30-34																	
سال35-39																	
سال40-44																	
سال45-49																	
سال50-54																	
کل	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

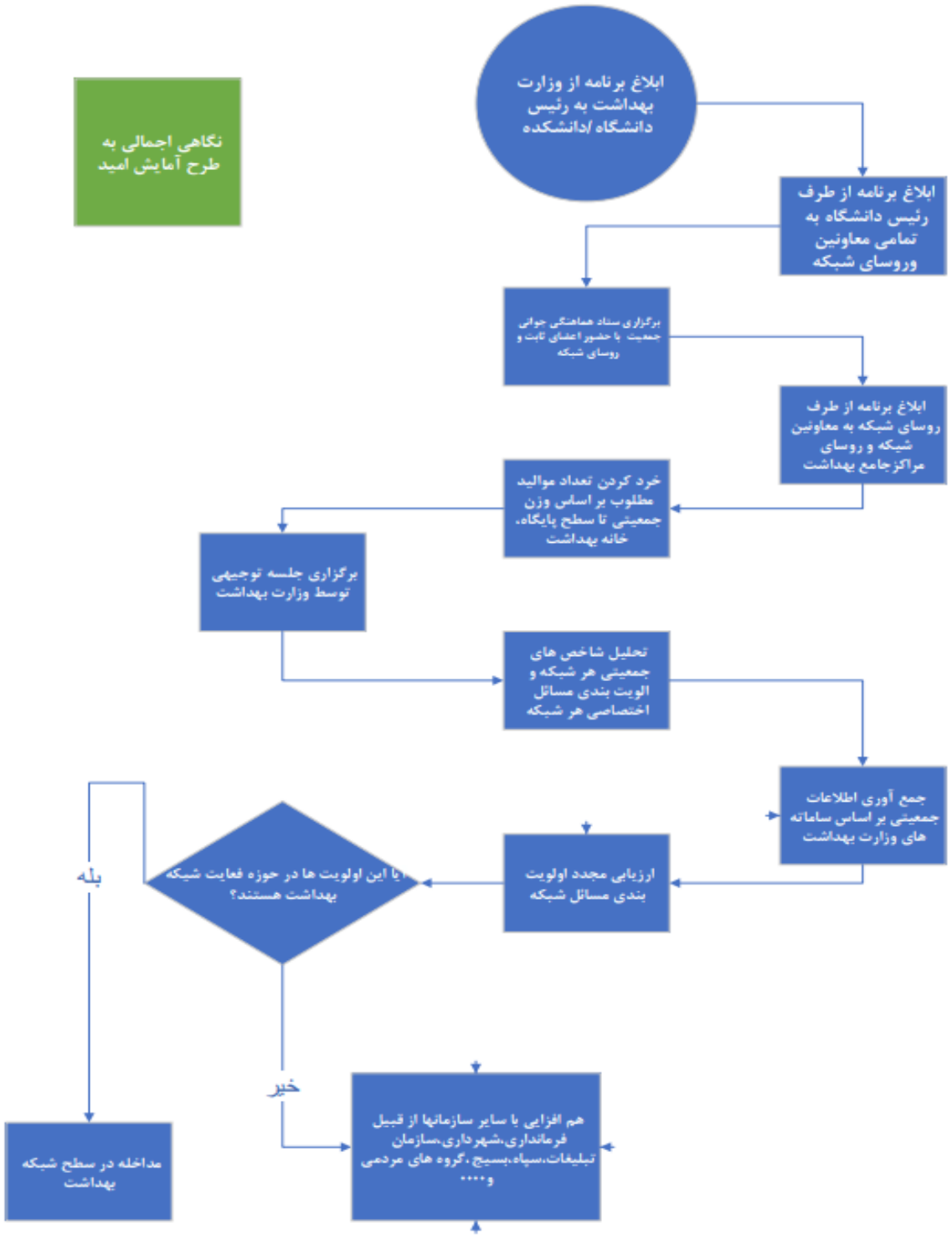
گروه سنی	تعداد موالید	زایمان اول		زایمان دوم		زایمان سوم		زایمان چهارم و بعد		تعداد سقط	انصراف از سقط
		کل زایمان	سزارین	کل زایمان	سزارین	کل زایمان	سزارین	کل زایمان	سزارین		
سال10-14											
سال15-19											
سال20-24											
سال25-29											
سال30-34											
سال35-39											
سال40-44											
سال45-49											
سال50-54											
کل		0	0	0	0	0	0	0	0	0	

۷,۴ **هدف کمی مطلوب تعداد موالید** جمعیت تحت پوشش هر فصل خود را بداند و با توجه به داده های استخراج کرده خود گروه هدف مشاوره فرزند آوری خود را آگاهانه انتخاب کند

۷,۵ ارائه گزارش فصلی طبق جدول پیوست ۲ به مرکز بهداشتی

۷,۶ استفاده از ظرفیت رابطین سلامت، شوراها، بسیج و.. جهت دستیابی به شاخص مطلوب

۷,۷ استفاده از همکاری گروه های مردمی


نگاهی اجمالی به طرح آمایش امید
ابلاغ برنامه از وزارت بهداشت به رئیس دانشگاه /دانشکده
ابلاغ برنامه از طرف رئیس دانشگاه به تمامی معاونین وروسای شبکه
برگزاری ستاد هماهنگی جوانی جمعیت با حضور اعضای ثابت و روسای شبکه
ابلاغ برنامه از طرف روسای شبکه به معاونین شبکه و روسای مراکزجامع بهداشت
خرد کردن تعداد موالید مطلوب بر اساس وزن جمعیتی تا سطح پایگاه، خانه بهداشت
برگزاری جلسه توجیهی توسط وزارت بهداشت
تحلیل شاخص های جمعیتی هر شبکه و الویت بندی مسائل اختصاصی هر شبکه
جمع آوری اطلاعات جمعیتی بر اساس سامانه های وزارت بهداشت
ارزیابی مجدد اولویت بندی مسائل شبکه
آیا این اولویت ها در حوزه فعایت شبکه بهداشت هستند؟
بله
خیر
مداخله در سطح شبکه بهداشت
هم افزایی با سایر سازمانها از قبیل فرمانداری،شهرداری،سازمان تبلیغات،سپاه،بسیج ،گروه های مردمی و....

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