



معاونت امور بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آموزش بدو خدمت عمومی
مشمولین طرح نیروی انسانی

تهیه و تدوین:

گروه گسترش شبکه ها

گروه ها و واحدهای ستادی معاونت امور بهداشت

ویرایش نخست - تابستان ۱۳۸۹

مقدمه:

یکی از عوامل توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی گسترش همه جانبه آموزش و تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد می باشد. تحولات فزاینده در زمینه دانش تکنولوژی، نیازهای آموزشی جدیدی را برای مشاغل مختلف بوجود می آورند که تحصیلات رسمی و دانشگاهی به تنهایی پاسخگو نبوده و در نتیجه به انواع دیگر آموزش نیاز می باشد. آموزش بدو خدمت در حقیقت دانش جدیدی را در سبب آموزش های قبلی دانش آموختگان قرار داده و آنان را به همراه پیشرفت علوم و فنون پیش می برد و لذا توسعه این آموزش ها، در بهبود کیفیت نظام آموزشی اثر مطلوب خود را به جا می گذارد. از طرف دیگر آموزش کارکنان به عنوان کلید طلایی توسعه سازمان یکی از عوامل اصلی و ارکان مهمی است که سازمان را به پویایی و نهایت کارآیی و اثر بخشی می رساند.

از دهه ۱۹۶۰ میلادی به بعد به سبب تحول در مفهوم توسعه، جایگاه تعلیم و تربیت در توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جوامع متحول شده است و تربیت نیروی انسانی جایگاه ویژه ای یافته است و اگر جامعه ای بخواهد نظام اقتصادی، صنعتی، سیاسی و اجتماعی خویش را دگرگون سازد و آن را با مقتضیات و نیازمندی های جدید همساز نماید ناچار است که سیاست جامعی در توسعه نیروی انسانی داشته باشد و این میسر نیست مگر اینکه از نظام تعلیم و تربیت متوقع بود. آموزش همان زندگی و زندگی همان آموزش است باید آموخت و نباید لحظه ای از آموختن غفلت ورزید و هیچگاه برای دانش آموختن دیر نیست.

اگرچه دانش آموختگان دانشگاهی با تسلط بر رشته تحصیلی وارد بازار کار می گردند، شاید اصلی ترین هدف آموزش های ضمن خدمت، بازآموزی یا *post graduating*، تلفیق و هماهنگی جنبه های تئوری و آکادمیک با مبانی کاربردی در قالب روش ها و فرایندهای جاری هر سازمان می باشد.

با توجه به حوزه مربوطه در تمام جوامع، نظام های سلامت بر اساس نیازها و توقعات آن جامعه طراحی و پیش بینی گردیده اند. لذا ضروری است که با بازشناسی احتیاجات اساسی جامعه، ضمن ارایه خدمت مطلوب در قالب سطوح تعریف شده کشوری، با نگاهی به آینده و پیش بینی فرصت ها و تهدیدهای پیش رو، نسبت به ارتقای هرچه بهتر کیفیت زندگی آحاد جامعه گام های بلندی برداریم. فلذا مجموعه حاضر بمنظور آشنایی مشمولین طرح نیروی انسانی طراحی گردیده است و در آن برنامه ها و طرح های اجرایی کلیه گروه ها و واحدهای ستادی را در سطوح اجرایی تشریح می نماید که امیدوارم مورد استفاده شما عزیزان قرار گیرد.

فهرست مطالب:

صفحه	عنوان
۱-۲۷	۱- گروه گسترش و توسعه شبکه ها
۲	واحد گسترش و راه اندازی واحدها
۴	برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده
۱۳	واحد نیروی انسانی
۱۵	واحد امور بهورزی
۱۷	زیج حیاتی
۲۷	واحد جلب مشارکت
۲۹-۵۱	۲- گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری ها
۳۰	واحد کنترل و مبارزه با بیماریهای واگیر- بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن
۳۵	نظام مراقبت از بیماری وبا
۳۶	بیماری های مشترک بین انسان و حیوان
۳۹	کنترل و مراقبت از بیماری ایدز و آمیزشی
۴۴	واحد کنترل و مبارزه با بیماریهای غیرواگیر- ادغام دیابت در نظام سلامت
۴۵	کم کاری تیروئید نوزادان
۴۶	پیشگیری از سوانح و حوادث
۴۷	برنامه پیشگیری از بیماریهای ژنتیک
۵۰	واحد سلامت روانی ، اجتماعی و اعتیاد
۵۱	پیشگیری از سوء مصرف و کاهش آسیب
۵۳-۶۳	۳- گروه تغذیه، بهداشت و تنظیم خانواده
۵۴	واحد امور جمعیت و تنظیم خانواده- برنامه مشاوره و ارائه خدمت تنظیم خانواده- برنامه جمعیت
۵۵	واحد بهداشت مادران، کودکان و سالمندان- سلامت مادران
۵۶	سلامت کودکان- مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا)
۵۸	غربالگری سرطانه های زنان
۵۹	سرطان پستان
۶۰	ترویج تغذیه با شیر مادر
۶۰	بهداشت سالمندان
۶۲	واحد تغذیه
۶۳	برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ریز مغذیها- کمبود ید
۶۳	پیشگیری و کنترل کمبود اختلالات ناشی از کم خونی فقر آهن
۶۵-۷۱	۴- واحد آموزش و ارتقای سلامت
۶۷	شرح انتظارات از رابطین آموزشی
۶۹	ثبت فعالیتهای آموزشی

۷۲-۸۷	۵- واحد آمار و خدمات ماشینی
۷۴	مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات
۸۳	برد اطلاعات اتاق سرپرست مرکز
۸۳	ثبت مرگ
۸۸-۸۹	۶- واحد امور آزمایشگاهها
۹۰-۹۶	۷- واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس
۹۳	مراقبتهای بهداشتی دانش آموزان بدو ورود به مدرسه، پایه اول راهنمایی و دبیرستان
۹۳	مراقبتهای بهداشتی دانش آموزان از نظر پدیدکولوزیس
۹۶	ایمنی و بهداشت محیط مدارس - ترویج مدارس مروج سلامت
۹۶	شناسنامه سلامت دانشجو
۹۷-۱۰۱	۸- واحد بهداشت محیط
۹۷	بهداشت آب
۱۰۰	بهداشت هوا- بهداشت مدارس و مساجد- بهداشت مواد غذایی
۱۰۰	بهداشت محیط مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
۱۰۱	بهبودی محیط روستا- مدیریت حوادث و بحران
۱۰۱	کنترل بهداشتی حشرات، ناقلین و جوندگان
۱۰۲-۱۰۸	۹- واحد بهداشت دهان و دندان
۱۰۳	ادغام بهداشت دهان و دندان در شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی
۱۰۵	مراقبت دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال - سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان
۱۰۷	برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزان دوره ابتدایی
۱۰۹-۱۱۶	۱۰- واحد امور دارویی
۱۱۰	تامین اقلام دارویی
۱۱۱	اقدامات لازم جهت جلوگیری از انقضاء تاریخ مصرف داروها
۱۱۲	نظارت بر تامین و توزیع دارو (بهداشتی و درمانی)
۱۱۴-۱۱۷	۱۱- واحد بهداشت حرفه ای
۱۱۵	طب کار- آزمایشگاه بهداشت حرفه ای
۱۱۶	ادغام فعالیتهای بهداشت حرفه ای در نظام شبکه
۱۱۶	طرح ایستگاه بهگر
۱۱۷	طرح خانه بهداشت کارگری
۱۱۸-۱۲۴	قانون خدمات مدیریت کشوری
۱۲۰	گروه های شغلی
۱۲۲	مرخصی
۱۲۴	بازنشستگی

۱- گروه گسترش و توسعه شبکه ها

تهیه و تنظیم :

دکتر مهستی عطایی - منیژه یونسی کفشگیری - فرزانه متین راد - مؤسس جباری - معصومه فرجی

مهناز هاشم زاده - بیتا پهاور - لیلا فتاحی - فریدون فغانی

۱-۱- واحد گسترش و راه اندازی واحدها

- این واحد در سطح ستاد معاونت دارای یک کارشناس مسئول و یک نفر کارشناس بوده و در سطح مراکز تابعه در واحد گسترش دارای یک کارشناس مسئول می باشد. این واحد در رابطه با برنامه های ذیل فعالیت می نماید:
- طراحی و تدوین طرحهای گسترش شبکه های تحت پوشش با هماهنگی مراکز تابعه
 - اقدام جهت ایجاد و راه اندازی مراکز ارائه خدمات از طریق احداث فضای فیزیکی
 - بهبود استاندارد فضای فیزیکی و تجهیزاتی مراکز ارائه خدمات تحت پوشش
 - تلاش در جهت افزایش بهره وری در مراکز ارائه خدمات
 - تهیه و جمع آوری آخرین اطلاعات جمعیتی و تقسیمات کشوری که اثربخشی آن در سیستم نظام شبکه موثر می باشد
 - تهیه و جمع آوری و استخراج شاخصهای آخرین اطلاعات مورد نیاز در ساختار شبکه سلامت تحت برنامه DTARH

● نظام ارائه دهنده خدمات بهداشتی - درمانی در ایران

در سال ۱۳۵۸ وزارت بهداشتی با توجه به وضعیت موجود کشور به تدوین سیاست ها و استراتژیهای برای زیر ساخت نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی پرداخت که مهمترین آنها عبارت بود از:

- اولویت روستا و مناطق محروم بر شهرها - اولویت بهداشت و فعالیت های پیشگیری بر درمان
- اولویت درمان سرپایی بر درمان بستری - اولویت درمان عمومی بر درمان تخصصی
- بر مبنای سیاست ها و خط مشی های معین شده با استفاده از تجارب پیشین و براساس طرز فکر مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) نظام روشنی برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کل کشور طراحی گردید.
- نظام بهداشتی درمانی کشور برای سه سطح شهرستان - استان (که بعدها تبدیل به دانشگاه علوم پزشکی گردید) و ملی پیش بینی گردید
- این نظام اصول و ضوابط بنیانی برای گسترش واحدهای بهداشتی درمانی خود و ارائه خدمات در مد نظر قرار داد که از همان آغاز تا کنون هنوز هم مورد عمل است .

شبکه بهداشتی درمانی شهرستان: کوچکترین واحد مستقل این نظام را تشکیل می دهد که پس از استقرار و با استفاده از زنجیره ارتباط سطوح مختلف خود می تواند خدمات تعریف شده ای را به جمعیت تحت پوشش

خود ارائه دهد. به این منظور برای هر شبکه بهداشت و درمان شهرستان سه سطح ارائه خدمت در نظر گرفته شده است.

۱- سطح اول شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان را در روستاها خانه های بهداشت و در شهرها پایگاههای بهداشت تشکیل می دهند عمده ترین وظایف این واحدهای سطح اول عبارتند از:

- انجام سرشماری سالیانه از جمعیت تحت پوشش

- آموزش مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف

- ارائه خدمات سلامت خانواده (مراقبت از مادران - کودکان و تنظیم خانواده)

- واکسیناسیون

- مبارزه با بیماریها

- بالا بردن سطح بهداشت محیط و حرفه ای

- ارائه خدمات بهداشت مدارس و دهان و دندان

- ثبت و نگهداری آمار و تنظیم گزارشات آماری

در هر خانه بهداشت معمولاً دو بهورز زن و مرد کار می کنند بهورزان از مردم روستای محل استقرار خانه بهداشت انتخاب شده پس از طی دوره دوساله مخصوص شامل دروس نظری - عملی و کارآموزی برای اداره خانه بهداشت در نظر گرفته می شوند. و باید بتوانند مراقبت های اولیه بهداشتی مورد نیاز حدود ۲۵۰۰ نفر را ارائه دهند.

معمولاً هر خانه بهداشت جمعیت چند روستا را که در فاصله مناسب از هم (یک ساعت پیاده روی) قرار دارد پوشش می دهد.

روستای محل استقرار خانه بهداشت روستای اصلی و روستاهای تحت پوشش آن با فاصله حد اکثر یک ساعت پیاده روی روستای قمر نام دارند.

با توجه به وظایف پایگاههای بهداشت و حجم کار آنها به طور معمول یک پایگاه بهداشت شهری به ازای هر ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت در نظر گرفته شده پرسنل چنین واحدی یک نفر ماما و سه نفر کاردان یا کارشناس بهداشتی با گرایش خانواده، یک نفر کاردان یا کارشناس بهداشتی با گرایش مبارزه با بیماریها (که وظایف بهداشت محیط و حرفه ای را نیز به عهده دارد)، در صورت بالا بودن تعداد واحدهای صنفی و کارگری در منطقه تحت

پوشش یک نفر کاردان یا کارشناس بهداشتی با گرایش بهداشت محیط و حرفه ای و یک نفر خدمتگذار انجام وظیفه می نمایند.

۲- سطح دوم شبکه بهداشت و درمان شهرستان را مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری تشکیل می دهند .

وظایف اصلی این مراکز:

- پشتیبانی از خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشت تحت پوشش

- نظارت بر فعالیت آنها - قبول ارجاعات درمانی و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است .

هر مرکز بهداشتی درمانی روستائی بر حسب جمعیت تحت پوشش خود ، بطور متوسط ۵ خانه بهداشت یا جمعیتی حدود ۹۰۰۰ نفر را پوشش می دهد . در این نوع از مراکز ، گروهی مرکب از پزشک ، کاردانهای مختلف بهداشتی و در صورت نیاز بهیار و دارو یار و افراد اداری مالی کار می کنند .

به جهت فعالیت روز افزون بخش خصوصی در تمامی مناطق شهری و سیاست استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات درمان سرپایی ، مراکز بهداشتی درمانی شهری عمدتاً وظیفه قبول ارجاعات و نظارت بر واحدهای تحت پوشش خود (پایگاههای بهداشت) را به عهده دارند .

هر مرکز بهداشتی درمانی شهری بر حسب جمعیت تحت پوشش خود، به طور متوسط ۵ پایگاه یا جمعیتی حدود ۵۰ هزار نفر را پوشش می دهد.

۳- در سطح سوم شبکه ، بر حسب وظیفه ای که انجام می شود دو نوع واحد وجود دارد شامل :

- مرکز بهداشت شهرستان - بیمارستان شهرستان

مسئولیت اصلی مرکز بهداشت شهرستان: برنامه ریزی ، پشتیبانی فنی و تدارکاتی ، کنترل ضوابط ومقررات بهداشتی درمانی بررسی گزارشات آماری ونظارت بر فعالیتهای واحدهای تحت پوشش (مراکز بهداشتی درمانی ، خانه های بهداشت ، پایگاههای بهداشت ، مراکز آموزش بهورزی و آزمایشگاههای مختلف) می باشد. بیمارستان شهرستان حداقل با تخصص های جراحی ، داخلی ، کودکان ، زنان زایمان ، بیهوشی ، رادیولوژی و آزمایشگاه و بخش های بستری ، پلی کلینک تخصصی و اورژانس اداره می شود و پشتیبانی فنی و قبول ارجاعات بیماران از مراکز بهداشتی درمانی را به عهده دارد .

۱-۱-۱- نام برنامه: بیمه روستایی و پزشک خانواده

محل ارایه برنامه : تمامی مراکز مجری برنامه (مراکز روستایی ، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، مراکز شهری روستایی)

شرح برنامه: این واحد در سطح ستاد معاونت دارای یک کارشناس مسئول و یک نفر کارشناس بوده و در سطح مراکز تابعه در واحد گسترش نیز دارای یک کارشناس می باشد. این واحد در رابطه با برنامه های ذیل فعالیت می نماید:

- ✓ اقدام جهت ایجاد و راه اندازی مراکز مجری برنامه
- ✓ بهبود استاندارد فضای فیزیکی و تجهیزاتی مراکز مجری برنامه
- ✓ تلاش در جهت برقراری نظام ارجاع
- ✓ تهیه و جمع آوری آخرین اطلاعات آماری
- ✓ پایش و نظارت مراکز مجری برنامه
- ✓ آموزش تیم سلامت (بر اساس بسته های خدمتی و آخرین دستورالعملها)

اهمیت برنامه: پزشک خانواده و نظام ارجاع مهمترین مداخله اصلاحی در نظام جمهوری اسلامی ایران محسوب میگردد. در حقیقت اجرای این برنامه یکی از مهم ترین روشهای افزایش دسترسی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت میباشد. این برنامه با سابقه ۷۰ ساله در بسیاری از کشورها علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت را محدود مینماید.

به منظور کنترل هزینه های ناشی از خدمات تکراری، افزایش پاسخگویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، تشکیل پرونده سلامتی برای آحاد مردم و افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات و ایجاد انطباط مالی، حرکت بیمار در سطوح سه گانه نظام ارائه خدمات به شکل کاملاً هدایت شده و با محوریت پزشک خانواده انجام میشود.

مقدمه: در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی بویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی وقت، در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی کشور فراهم شود. به منظور ایجاد اطمینان از دستیابی به نتایج مطلوب حاصل اجرای برنامه بیمه روستایی، به تدوین برنامه اجرایی و عملیاتی مشخص، وجود ساختار مناسب برای فراهمی دسترسی فراگیر، مدیریت کارآمد و مبتنی بر نتیجه، نیروی انسانی آموزش دیده، منابع کافی، نظام گردش مالی

بهنگام و نظام کنترلی تعریف شده نیاز هست و در صورت پرداختن به جزئیات هر یک از موارد پیشگفت در قالب برنامه های عملیاتی می توان از موفقیت برنامه اطمینان یافت.

اجرای موفقیت آمیز برنامه مراقبتهای اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، ما را به این نتیجه منطقی رساند که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبتهای اولیه بهداشتی پیروی کند. لذا، همان ۴ اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهمترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آنها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت.

مناسب ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تاکید بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی کاری نابجاست. همچنین، کلیه خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.

محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر خواهد بود:

۱. تنها ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. درمورد استقرار پزشک، ماما یا پرستار، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی، خدمات دارویی و سایر خدمات بهداشتی و درمانی، طرحهای گسترش شبکه ملاک خواهد بود. از سویی دیگر، ملاک در بخش خدمات بستری، موضوع سطح بندی خدمات در قالب اجرای ماده ۱۹۳ برنامه سوم توسعه یا ماده ۸۹ برنامه چهارم توسعه کشور می باشد.

۲. وجود بسته خدمات بهداشتی و درمان سرپایی در سطح پزشک خانواده که امکان بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات را فراهم می کند. بدیهی است پس از انجام هماهنگی های لازم با سازمان بیمه خدمات درمانی؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بسته خدمات مورد نظر را در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی قرار خواهد داد.

۳. تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت (پزشک خانواده). با انجام بررسی های بعمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشک خانواده، جمعیتی در حدود ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر بازای هر تیم پزشک خانواده مناسب خواهد بود. بسیار ضروریست که جمعیت های روستایی در قالب جمعیت های تحت پوشش خانه های بهداشت و بدون تغییر در طرح های گسترش شبکه، تحت پوشش پزشک خانواده قرار گیرند.
۴. تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است، در مناطق روستایی کشور براساس شرایط منطقه، میزان دسترسی به خدمات تخصصی، طراحی راهکارهایی برای مدیریت اطلاعات از سطح متخصص به پزشک خانواده و شرایط ترابری روستایی متغیر خواهد بود. در چنین شرایطی باید ضمن رعایت کلیه نکات پیشگفت، مناسب ترین شکل ارجاع از دیدگاه بیمار طراحی گردد.
۵. شاید ساده ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه روستایی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده مد نظر باشد.
۶. آخرین و شاید اصلی ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده، موضوع مکانیسم پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده است.

تعاریف: تعریف پزشک خانواده

پزشک خانواده دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و در نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسوولیت هایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخشها را برعهده دارد.

پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده در صورت لزوم باید برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت پیگیری تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسوول اداره کردن تیم سلامت است. یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارایه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارایه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارایه صرف خدمات درمانی کاری نابجاست.

افراد تحت پوشش پزشک خانواده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به او مراجعه می کنند و هرکس مایل نباشد از طریق وی وارد سیستم دریافت خدمات شود، موظف است تمام هزینه های درمانی را شخصا

پرداخت نماید. پزشک خانواده، بیمار را در سیستم ارجاع قرار می دهد و او را از بدو ورود به سیستم تا پایان درمان و مراقبتهای پس از درمان تحت نظر خود دارد.

در برنامه بیمه روستایی، پزشکانی که از هر طریق ممکن به عنوان پزشک خانواده مشغول خدمت به مردم روستایی و عشایری یا شهری می شوند، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب و ...) را نخواهند داشت ولی مجوز مطب آنها نباید ابطال گردد. دانشگاه حق ندارد از این پزشکان در بیمارستانها در ساعات غیراداری استفاده کند زیرا این افراد باید در مرکز محل تعهد خود کشیک دهند.

تیم سلامت (health team)

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی که بسته‌ی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می‌دهند و مسوولیت آنان با پزشک خانواده است (شامل: بهورز، کاردان و کارشناس حرف پیراپزشکی و ...).

سطح بندی خدمات (stratification of health services):

چیدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات و مراقبتهای سلامت به منظور فراهمی دسترسی بیشتر مردم به مجموعه خدمات به طوریکه، تا جایی که ممکن است دسترسی سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و بیشترین کیفیت ایجاد گردد. خدمات و مراقبتهای سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذاشته میشود:

سطح اول خدمات: خدماتی که توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و خانه های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد، و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (بهورز) اتفاق می افتد. خدماتی از قبیل: ارتقای سلامت، پیشگیری و درمانهای اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری بیمار عمده ی خدمات این سطح را تشکیل می دهند که در چهارچوب خدمات واحد پزشک خانواده، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل میگیرد.

سطح دوم خدمات: خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت ارائه می شوند. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول قرار می گیرند و با ارائه بازخورد نتیجه از سطح دوم به پزشک خانواده ی ارجاع کننده، او را از نتیجه کار خویش مطلع می سازند. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت های این سطح می باشند.

سطح سوم خدمات: خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت با اولویت در چهارچوب بیمه های پایه در اختیار ارجاع شدگان از سطوح اول و دوم قرار می گیرند و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع کننده فراهم می سازند. در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک صورت می گیرد.

نظام ارجاع: نظام ارجاع نظامی است که براساس آن، مراجعه کننده به منظور دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید ابتدا به بهورز (خانه بهداشت) مراجعه و در صورت لزوم با ارجاع بهورز به پزشک خانواده مراجعه کند و در صورت نیاز با برگه دفترچه بیمه روستایی به پزشک متخصص معرفی گردد و پزشک متخصص، پس از انجام اقدامات درمانی و توصیه های لازم و انعکاس آنها در فرم بازخواند، بیمار را برای ادامه درمان به مبداء ارجاع معرفی کند.

در مواردی که در بسته های خدمتی برای بهورزان نقشی در نظر گرفته نشده است، یا در شرایط اضطرار (با نظر بیمار) بیمار می تواند مستقیماً "به پزشک خانواده مراجعه کند.

مرکز بهداشتی درمانی فعال یا تجهیز شده در برنامه پزشک خانواده:

مرکز بهداشتی درمانی فعال مرکزی است که در آن خدمات پزشک و دارو بطور کامل ارائه شود به عبارت دیگر، مرکز بهداشتی درمانی که براساس جمعیت تحت پوشش خود، تعداد پزشک مورد نیاز را جذب یا مستقر کرده و نسبت به تامین خدمات دارویی از یکی از طرق، تامین در بخش دولتی یا انعقاد قرارداد با داروخانه بخش خصوصی موجود در محل، اقدام کرده باشد. اداره بیمه خدمات درمانی استان بازای چنین مراکزی با مراکز بهداشت شهرستان مربوط، قرارداد منعقد خواهد کرد.

در مراکز بهداشتی درمانی فعال و مجری برنامه پزشک خانواده در صورت وجود ماما در واحد تسهیلات زایمانی ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی، می توان از مامای تسهیلات زایمانی برای ارائه خدمات مامایی استفاده کرد و در این صورت و در نبود بهیار یا پرستار در مرکز، می توان با یک پرستار به جای ماما قرارداد منعقد کرد. همچنین، چنانچه به بیش از یک ماما در مرکز نیاز باشد یا در صورت نبود داوطلب مامایی، می توان به عنوان نفر دوم یا به جای ماما، بنابه صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و با اطلاع کتبی به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان به شرط متوقف نشدن ارائه خدمات مامایی از نیروی پرستار استفاده کرد. در صورت نبود امکان جذب ماما در یک مرکز، جایگزینی پرستار بنحوی که ارائه خدمات متوقف نشود حداکثر تا سقف ۵٪ تعداد ماماها تیم سلامت دانشگاه و با اطلاع اداره کل بیمه خدمات درمانی استان مربوطه بلامانع است

قابل توجه اینکه ماما به هیچوجه جایگزین نیروی بهداشت خانواده در مرکز بهداشتی درمانی نمی باشد مگر در شرایطی که نیروی بهداشتی مربوطه در مرکز وجود نداشته باشد که در این صورت، تا زمان جذب این نیرو، وظایف آن فرد به ماما محول می شود.

مرکز بهداشتی درمانی معین (مرجع)

مرکز بهداشتی درمانی شهری-روستائی یا روستائی شبانه روزی است که از نظر دارا بودن نیروی انسانی، تجهیزات اتاق فوریتها، واحدهای پاراکلینیک حضور ۲۴ ساعته پزشک و پرسنل درمانی و وجود آمبولانس بتواند پذیرای بیماران ارجاعی سایر مراکز منطقه خود باشد.

گردش مالی اعتبارات:

به توضیح روابط میان حیطه های تامین منابع، تخصیص منابع، توزیع منابع و هزینه کرد منابع می پردازد.

سایر پرسنل مرکز بهداشتی درمانی:

منظور کلیه پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی است {به استثنای پزشکان (اعم از قراردادی، رسمی، پیمانی، طرحی، و پیام آور) و ماماها (قراردادی، رسمی، طرحی، پیمانی) یا هر پرسنل دیگری است که در قالب قرارداد برنامه بیمه روستایی به کار مشغول شده اند}. این تعریف، بهورزان شاغل در خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز را نیز شامل می گردد.

پرسنل مرکز بهداشت شهرستان:

منظور کلیه پرسنل شاغل در ستاد مرکز بهداشت شهرستان است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

پرسنل مرکز بهداشت استان:

منظور کلیه پرسنل شاغل در ستاد مرکز بهداشت استان است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

پرسنل امور پشتیبانی دانشگاه:

منظور کلیه پرسنل شاغل در معاونت پشتیبانی دانشگاه است که بطور مستقیم با برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در ارتباط هستند و وظایف تعیین شده در بخشنامه های صادره از سوی کمیته مشترک برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را درمورد شیوه پرداختها و انعقاد قراردادها انجام می دهند.

شیوه استقرار پزشک خانواده:

چنانچه جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده از ۴۰۰۰ نفر بیشتر شد، ملاک پرداخت سرانه نسبت به جمعیت از سوی اداره بیمه استان به قرار زیر می شود.

۴۰۰۰ تا ۴۰۰۱ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۱۰۰٪ سرانه
۴۰۰۱ تا ۶۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۶۰٪ سرانه
۶۰۰۱ تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۲۵٪ سرانه

در استان های محروم (دانشگاه های علوم پزشکی زاهدان؛ زابل؛ کرمان؛ رفسنجان؛ هرمزگان؛ بوشهر؛ ایلام؛ و کردستان) در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد، در صورت تایید سازمان بیمه خدمات درمانی در آن منطقه، کل سرانه پرداخت می شود.

تعداد کل جمعیت تحت پوشش پزشک (تا سقف ۸۰۰۰ نفر) مبنای فرمول محاسباتی حقوق وی می باشد (یعنی عین جمعیت در فرمول وارد می شود). توصیه اکید می شود در جمعیت های بیشتر از ۸۰۰۰ نفر باید به تعداد پزشک اضافه کرد تا سهم سرانه حذف نگردد. چنانچه در منطقه ای فقط عشایر حضور داشتند، در مدت حضور آنها باید متناسب با جمعیت با پزشک و ماما یا پرستار برای ارائه خدمات قرارداد بست و آنها (افراد طرف قرارداد) را در نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی جای داد.

وظایف پزشک

- ✓ اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود و ثبت نام از آنها، تشکیل پرونده سلامت خانوار برای هر فرد از افراد خانوار و انجام اولین ویزیت افراد است. اولین ویزیت رایگان می باشد.
- ✓ در هنگام ویزیت اول تمامی روستاییان توسط پزشک خانواده، ماما یا پرستار یا بهورز باید حضور داشته باشند و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت از پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت استخراج شده و کنترل گردد.
- ✓ پزشکان خانواده موظفند هر یک روز در میان یا حداقل ۲ بار در هفته به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای اصلی خانه های بهداشت تابعه براساس جمعیت، سرکشی و نظارت (دهگردشی) نمایند. این اقدام در تعیین ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است. فقط در مورد مراکز دارای یک پزشک خانواده، انجام حداقل یکبار دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش در هفته کافی است.
- ✓ پزشکان خانواده موظفند ماهانه به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر زیر پوشش خانه های بهداشت تابعه سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند. این اقدام در تعیین دریافتی و ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است.

- ✓ پزشکان خانواده موظفند هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری زیرپوشش مرکز محل خدمت خود، سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند (به شرط وجود راه برای عبور خودرو). این اقدام در تعیین دریافتی و ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است.
- ✓ هر پزشک باید دارای یک دفتر ارجاع جهت ثبت اسامی ارجاع شدگان به متخصص به همراه کد ارجاع (شماره ارجاع) باشد.
- ✓ پزشک خانواده بایستی در خصوص امور بهداشتی درمانی مرکز با شورای اسلامی روستا هماهنگی لازم را انجام دهد
- ✓ پزشکان خانواده، بهورزان و سایر اعضای تیم پزشک خانواده باید آموزش بگیرند تا در شرایط فوریت‌های پزشکی که برای مراجعه کننده روستایی به واحد ارائه خدمت، پیش می آید، در اسرع وقت با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند.
- ✓ پزشکان خانواده و اعضای تیم آنها موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرایط نیاز به اقدام فوری با شماره تلفن ۱۱۵ تماس بگیرند. در این آموزش بایستی مشخص شود که بیماران در چه شرایطی می توانند مستقیماً خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند و در چه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام نمایند.
- ✓ خدمات بهداشتی با مسوولیت کامل پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و بدون اضافه کردن نیروی درگیر در بخش بهداشت باید با کیفیت مناسب و با آخرین بسته خدمات بهداشتی ابلاغی ارائه گردد مگر اینکه بسته خدمتی جدید از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرا ابلاغ شود. در ضمن، پزشکان خانواده موظف هستند آمار مراجعین خود را براساس فرمت یکسان، روزانه ثبت کرده و ماهانه به واحد گسترش شبکه در مرکز بهداشت شهرستان گزارش کنند. مرکز بهداشت شهرستان نیز پس از اطمینان از صحت اطلاعات، آن را به واحد گسترش شبکه در استان ارسال می دارد تا جمع بندی آنها به ستاد ملی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده اعلام گردد.

۱-۲- واحد نیروی انسانی

واحد نیروی انسانی یکی از واحدهای گروه تخصصی گسترش شبکه است که وظیفه برآورد، تامین و توزیع نیروی انسانی و نیز آموزش و بازآموزی کارکنان را در بخش بهداشت در راستای تامین دسترسی مناسب به خدمات بهداشتی درمانی در جمعیت تحت پوشش در محدوده جغرافیائی خود به عهده دارد. این واحد در قالب طرح های گسترش شبکه های بهداشتی درمانی دانشگاه اقدامات ذیل را انجام میدهد.

۱- تامین و توزیع نیروی انسانی مورد نیاز

۲- ارتقاء سطح آگاهی و مهارت کارکنان از طریق اجرای برنامه ای آموزش و بازآموزی

۳- به روز کردن اطلاعات نیروی انسانی از طریق ورود اطلاعات در نرم افزار D.TARH و شناسنامه مراکز و IHNS و HNIS

۴- از نظر ساختار سازمانی این واحد دارای یک کارشناس مسئول، یک نفر کارشناس نیروی انسانی و یک نفر کارشناس آموزش و بازآموزی در سطح ستاد معاونت بهداشت و در سطح مراکز بهداشت شهرستانها در واحد گسترش شبکه یک نفر کارشناس گسترش شبکه (نیروی انسانی) می باشد.

این واحد در خصوص تامین نیروی انسانی مورد نیاز از طریق جذب نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی، استخدام و انتقال از سایر دانشگاههای علوم پزشکی اقدام می نماید.

برآورد نیروی مورد نیاز بر اساس ضوابط طرح گسترش شبکه و تشکیلات سازمانی مراکز ارائه خدمات می باشد. بدیهی است جایگزینی نیروهای بازنشسته، کارکنانی که دوره طرح نیروی انسانی آنها به اتمام میرسد و یا افرادی که به خارج از دانشگاه منتقل می شوند از اقداماتی است که بر اساس آزمون و کمیته نقل و انتقالات انجام می شود.

آموزش کارکنان در بدو خدمت از طریق برگزاری کارگاههای آموزشی بصورت آموزش عمومی و آموزش تخصصی با هماهنگی واحدهای مربوطه صورت می گیرد.

تعیین سرانه مراجعه بمنظور استاندارد نمودن فعالیت کارکنان و نیز زمان سنجی خدمات از اقداماتی است که توسط این واحد انجام می گردد.

منابع انسانی بعنوان با ارزش ترین منابع درهر سازمان درصورت اعمال مدیریتی صحیح می تواند موجب شکوفایی و ارتقاء سازمان شده وبا انجام فعالیتهای مرتبط سازمان را درانجام ماموریتها و رسالت خود موفق نماید.

حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه که مسئولیت های تامین دسترسی جمعیتی بالغ بر پنج میلیون و پانصد هزار نفر را به خدمات بهداشتی درمانی به عهده دارد که از طریق عناوین بشرح ذیل خدمات تعریف شده را به جمعیت تحت پوشش ارائه می نمایند .

عناوین شغلی موجود در سیستم بهداشت :

- پزشک
- دندانپزشک
- ماما
- بهیار
- کارشناس بهداشت محیط
- کاردان بهداشت محیط
- کارشناس حشره شناس و مبارزه با ناقلین
- کارشناس مبارزه با بیماریها
- کاردان مبارزه با بیماریها
- تکنسین مبارزه با بیماریها
- کارشناس بهداشت حرفه ای
- کاردان بهداشت حرفه ای
- کارشناس امور داروئی
- تکنسین امور داروئی
- شرح وظایف و مسئولیتهای:
- کارشناس تغذیه و رژیم غذایی
- شرح وظایف و مسئولیتهای
- کاردان تغذیه و رژیم های غذایی
- کارشناس مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی
- کارشناس آزمایشگاه
- کاردان آزمایشگاه
- کارشناس بهداشت خانواده
- کاردان بهداشت خانواده

۳-۱- واحد امور بهورزی

نام برنامه: ارائه خدمات بهداشتی درمانی در خانه ها بهداشت

محل ارائه برنامه: روستا (توسط بهورزان)

شرح برنامه: خانه های بهداشت اولین سطح ارائه خدمات بهداشتی درمانی در روستاهای کشور می باشند. کارکنان خانه های بهداشت را بهورزان تشکیل می دهند. به دلایل فرهنگی کوشش شده است در هر خانه بهداشت یک بهورز زن و یک بهورز مرد حضور داشته باشد. هر دو بهورز مسئول همه وظایف خانه بهداشت در محدوده جغرافیایی و جمعیتی خانه بهداشت خود هستند. استثنا فقط مربوط به مواردی می شود که موضوع خدمت، معاینه مراجعه کنندگان سنین نوجوانی و بالاتر، آموزش های تنظیم خانواده و بالاخره انجام تزریقات و پانسمان باشد. در این موارد رعایت همجنس بودن خدمت دهنده و خدمت گیرنده موجب آرامش و آسایش مراجعه کننده می گردد.

مسئولیت های محوله به بهورزان:

۱. **برنامه ریزی:** خانه بهداشت باید برای خدمات زیر برنامه ریزی کند:

- سرشماری سالانه
- بازدید منازل برای پیگیری مراقبت ها و پیگیری درمان بیمارانی که کنترل مصرف دارو در آنها ضروری است.
- بازدید از روستاهای اقماری
- بازدید از مدارس
- بازدید از مکان های عمومی و کارگاهها
- سمپاشی، در مناطقی که لازم است.

این برنامه ها باید به تایید مرکز بهداشتی درمانی برسد و نشان دهنده نظم، استمرار و پوشش کامل فعالیتهای مذکور در محدوده روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت باشد.

تنظیم و اجرای این برنامه ها بخشی از وظایف خانه های بهداشت است، انجام دادن این وظایف نیازمند اختیار خاصی نیست. ابزار اصلی بازدیدهایی که در این برنامه ها پیش بینی می شود، موتورسیکلت است. در این زمینه، اختیار لازم برای خانه بهداشت، اجازه خرید بنزین، پنچرگیری و تعمیرات جزئی موتورسیکلت است.

۲. **سازماندهی:** در هر خانه بهداشت که بهورزان توفیق جلب مشارکت مردم را داشته باشند، سازماندهی

داوطلبان ضرورت خواهد داشت. سازماندهی داوطلبان و جلب مشارکت مردم، نیاز به اختیار خاصی ندارد، مگر در مواردی که مشارکت جامعه در زمینه فعالیتهای ساختمانی باشد و مرکز بهداشت تامین

قسمتی از مصالح یا هزینه را برعهده گرفته باشد. در این صورت گذاشتن تنخواه گردان در اختیار بهورز ، برای خریدهای محلی مورد تعهد مرکز بهداشت در ارتقای اعتبار بهورز و سرعت بخشیدن به کارها موثر خواهد بود. همچنین در مناطقی که برای انجام فعالیتی اجیر کردن گروهی از جامعه روستایی ضرورت می یابد. مثل سمپاشی برضد پشه ناقل مالاریا و انتخاب افراد مناسب برای سمپاشی - سازماندهی و نظارت بر کار آنها ، پرداخت مزد کارگران بهتر است توسط بهورزان انجام گیرد ، بنابراین ، نظارت بر فعالیتهای ساختمانی و بهسازی محیط ، که مرکز بهداشت در محدوده خانه های بهداشت اجرا می کند ، بهتر است به عهده بهورزان همان خانه های بهداشت گذاشته شود .

۳. **پایش:** مهمترین پایشی که به عهده خانه بهداشت قرار دارد نظارت بر تحقق مراقبت های بهداشتی در گروههای هدف است. در واقع ، پیگیری مراقبت ها و فعالیت ها علاوه بر پایش خدمات فنی نوعی پایش مدیریتی خدمات مذکور نیز بشمار می رود .

۴. **هدایت و رهبری:** تشکیل گروههای مردمی از زنان ، مردان ، دانش آموزان داوطلب و هدایت آنان برای فعالیت های بهداشتی ، هدایت مردم به دستگاهها و سازمان های دیگر - اعم از دولتی و غیردولتی - و جلب مشارکت آنها در فعالیت های بهداشتی و عمرانی ، از نقش های عمده ای است که بهورزان می توانند و باید به عهده گیرند .

۵. **ارتباط سازمانی:** به طور معمول ، مکاتبه های خانه بهداشت باید با مرکز بهداشتی درمانی مربوط باشد ، جز در مواردی که مرکز بهداشتی درمانی تعطیل و یا مکاتبه با آن (حداقل دو مکاتبه متوالی) ، پس از ۱۵ روز بی جواب مانده باشد و یا ضرورت امر و شرایط خاص ، گزارش مستقیم خانه بهداشت به مرکز بهداشت شهرستان را ایجاب کند. همچنین در مورد فوریتهای پزشکی ، بویژه حوادث ، خانه بهداشت می تواند بیمار را به طور مستقیم به بیمارستان شهر اعزام دارد . مکاتبه در زمینه خدمات فنی با مرکز آموزش بهورزی شهر و سایر خانه های بهداشت مانعی ندارد . مکاتبه خانه بهداشت با واحدهای محلی سایر دستگاهها و ارگانهای دولتی و غیردولتی (مثل شوراهای روستایی و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش) مانعی ندارد ، ولی مکاتبه با سطوح بالای سایر ارگان ها باید از طریق مرکز بهداشتی درمانی مربوطه صورت گیرد .

۶. **تصمیم گیری:** بهورزان غیر از ارجاع بیمار به مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستان و مشارکت در تصمیم گیری شورای بهداشت روستاهای تحت پوشش در زمینه فعالیت های اجتماعی و عمرانی ، تصمیم گیری عمده ای را به عهده ندارند .

۷. **خلاقیت و نوآوری:** تشویق بهورزان برای شناخت آداب، سنن و رفتارهای اجتماعی، عادت های غذایی، روش های مناسب برای برقراری ارتباط با جامعه، یافتن مناسب ترین فناوری قابل استفاده در منطقه و... می تواند روش هایی برای تحریک خلاقیت و نوآوری در خانه های بهداشت باشد.

۸. **جلب مشارکت جامعه:** خانه بهداشت مناسب ترین و نزدیک ترین واحدی است که می تواند در ارتباط با جامعه قرار گیرد، و مشارکت گروه های مختلف مثل دانش آموزان، زنان و... را برای فعالیت های بهداشتی جلب کند. آشنایی با آداب، سنن رفتارها، باورها، زبان و... مردم محل این امکان را فراهم می سازد که بهورزان به نفوذ کلام بیشتری در جامعه اطراف خود نایل آیند و گاه حتی همکاری فعال جامعه را در فعالیت های بهداشتی و یا عمرانی محل سازمان دهند و بالاخره با نفوذ کلام خویش و استمرار آموزش ها بتوانند شیوه های زیستی جامعه را ارتقاء بخشند.

زیج حیاتی (ابزار ثبت و جمع آوری داده ها از محیطی ترین سطوح نظام ارائه خدمات)

۱- تعریف زیج حیاتی

زیج در لغت، معرب کلمه ای فارسی زیگک و به معنای تعیین احوال ستارگان، و جدولی است که از آن به حرکات سیارات معرفت یابند.

زیج حیاتی ورقه ای است بطول و عرض ۷۰×۵۰ سانتی متر که در آغاز (سال ۱۳۶۷) فقط برای نمایش وقایعی که در زمینه تولد و مرگ اتفاق می افتاد فراهم آمد و به تدریج در جریان کار با سهولت کارایی و افزودن پاره ای داده ها آمادگی و ارتقاء یافت. اول بار سال ۱۳۶۷ نمونه زیج حیاتی در خانه های بهداشت کشور به کار گرفته شد.

زیج حیاتی ابزاری است که در درون نظام شبکه بهداشت و درمان کشور و براساس نیازهای واقعی آن شکل گرفت و کامل شد. با استفاده از این ابزار کارآ و ساده می توان در سطوح محیطی شهرستانی، دانشگاهی و کشوری توان رهبری تیم بهداشتی را ارتقاء داد و با استفاده از شاخص های حاصل از آن می توان وضعیت برنامه ها و مداخله ها را ارزیابی کرد و سطح پیشرفت برنامه ها و میزان دستیابی به هدفها را سنجید.

با استفاده از ثبت وقایعی چون مرگ و تولد و داده های زیج می توان وقایع نادری مانند مرگ مادران را پیگیری کرد و با بررسی دلایل وقوع آنها از نقاط ضعف نظام بهداشتی و اجتماعی منطقه ارزیابی روشنی بدست آورد.

۲- گرد آوری، تجزیه و تحلیل و ارائه داده ها

مجموعه وقایع حیاتی مربوط به جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت که زیج حیاتی ثبت می شوند عبارتند از:

*تعداد و ترکیب سنی جمعیت تحت پوشش و تعداد زنان همسر دار ۴۹-۱۵ ساله

این اعداد پس از سرشماری در ماههای فروردین و اردیبهشت هر سال در زیج حیاتی ثبت می شود.

*وقایع مربوط به باروری و مرگ که پس از وقوع در جمعیت تحت پوشش به روش چوب خطی بر زیج حیاتی ثبت می گردند. شامل:

۱-خاتمه بارداری منجر به تولد زنده و یا مرده زایی بر حسب

جنس نوزاد - سن مادر - محل زایمان - فرد کمک کننده به زایمان - وزن تولد - ماه تولد

۲-مرگ بر حسب:

سن - جنس - در مورد کودکان زیر ۵ سال و مادران باردار بر حسب ۵ علت اصلی

وقایعی که بصورت فصلی با شمارش از پرونده های خانوار و دفاتر ممتد تنظیم خانواده انجام می شود و در زیج حیاتی ثبت می گردند شامل:

تعداد افراد واجد شرایط تنظیم خانواده بر حسب نوع روش پیشگیری از بارداری در پایان هر فصل (پایان خرداد - شهریور - آذر - اسفند)

زیج حیاتی سال قبل در فروردین ماه هر سال از دیوار خانه های بهداشتی که یکسال تمام فعال بوده اند جمع آوری شده و پس از کنترل اطلاعات آن توسط مرکز بهداشتی درمانی مربوطه، برای ورود داده ها به رایانه به مرکز بهداشت شهرستان منتقل می گردند.

راهنمای تنظیم زیج حیاتی

فرم زیج حیاتی از ابتدا تا پایان هر سال به دیوار خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشتی روستایی و شهری (ضمیمه و غیر ضمیمه) نصب می شود هر سال فرم جدید زیج حیاتی بر روی فرم سال قبل قرار می گیرد (تا ۳ سال)

در بالا و وسط صفحه زیج حیاتی، نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، نام مرکز بهداشت شهرستان و واحد مربوطه (خانه بهداشت، پایگاه بهداشت روستایی) قید می شود.

مثال:

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مرکز بهداشت شهرستان فیروزکوه

آمار جمعیت ، تولد و مرگ در خانه بهداشت شهرآباد

و نیز بر حسب جمعیت ایرانی یا غیر ایرانی اطلاعات آنها در زیج حیاتی خانوارهای ایرانی و زیج حیاتی جمعیت غیر ایرانی ثبت می شود .

بمنظور تکمیل زیج حیاتی علاوه بر توجه به دو راهنما در دو طرف بالای برگه زیج حیاتی و زیر نویس های هر یک از جداول ، باید نکاتی نیز مورد توجه باشند از قبیل:

زیج های کنونی دارای ۷ جدول و ۵ دایره متحد المركز است که در چهار رنگ چاپ می شود . دواير متحد المركز در نسخه های رنگی از داخل به خارج به ترتیب سفید (برای ثبت سال) زرد (برای ثبت موالید زنده) نارنجی (برای ثبت مرگ های ۱ تا ۱۱ ماهه) سبز (برای ثبت مرگ های ۱ تا ۴ ساله) و آبی (برای ثبت مرگ های ۵ ساله و بالاتر) چاپ می شود . در زیج های حیاتی قابل استفاده در خانه های بهداشت مربع □ برای ثبت ارقام اتفاقاتی است که در روستای اصلی پیش می آید و دایره ○ برای ثبت رقم اتفاقاتی است که در روستاهای قمر حادث می شود .

هر کدام از اعداد درون دواير زیج حیاتی با سایر جداول کنترل می شود . اعداد در درون این دواير باید طوری نوشته شود که بدون چرخش دایره به راحتی از روبرو قابل خواند باشند .

۱- جدول جمعیت بر حسن سن و جنس

اولین جدول در سمت راست برگه زیج حیاتی جمعیت تحت پوشش را نشان می دهد مبنای این جدول سرشماری اول سال بهورز در روستاهای تحت پوشش است .

در این جدول یک ستون مربوط به جمعیت زنان همسر دار (ستون رنگی) وجود دارد. در ستون زن، هر یک از سطرهای ۱۰ تا ۱۴ سال، ۱۵ تا ۱۹ سال ، ... تا ۴۵ تا ۴۹ سال به دو قسمت تقسیم شده است در هر سطر ستون سمت راست برای نوشتن کل جمعیت زنان و ستون چپ یعنی ستون رنگی برای ثبت رقم جمعیت زنان همسر دار در آن گروه سنی پیش بینی شده است .

منظور از زن همسر دار ، زنی است که در عقد شرعی و عرفی مردی قرار دارد چه در حال حاضر ، در خانه همسر خود زندگی کند یا در خانه پدری خود ساکن باشد . (صیغه به عنوان همسر شرعی محسوب می گردد)

۲- جدول تولد برحسب وزن و جنس نوزاد ، سن مادر و شرایط زایمان

جدول دوم به ثبت اطلاعات دقیق تر مربوط به موالید اختصاص دارد . بخش اول تعداد دختران و پسران مرده به دنیا آمده در برکه زیج حیاتی به روش چوب خطی علامت زده می شود . در دو حالت نوزاد مرده به دنیا آمده به حساب می آید .

الف - نوزادی که بعد از هفته بیستم حاملگی به دنیا آمده است و هیچ یک از علائم حیاتی را ندارد .

ب - نوزادی که با وزن بیش از ۵۰۰ گرم به دنیا آمده و در زمان تولد فاقد علائم حیاتی است .

بخش دوم : مربوط به تعداد کل نوزادانی زنده متولد شده و جنس آنها برحسب منطقه می باشد .

بخش سوم : مربوط به وزن هنگام تولد نوزاد برحسب جنس اوست (یا وزن روزدهم)

بخش چهارم : مربوط به سن مادر در هر تولد زنده نوزاد اوست . اگر حاصل زایمان ۲ یا چند نوزاد است .

در قسمت سن مادر ۲ علامت زده می شود . زیرا در این قسمت از جدول تعداد تولدها مطرح است .

بخش پنجم : دربرگیرنده شرایط زایمان در بیمارستان یا منزل است .

زایمان در بیمارستان به مواردی اطلاق می شود که زایمان در داخل بیمارستان ، زایشگاه تسهیلات زایمانی و یا مطب پزشک انجام شده باشد .

زایمان در منزل به هر زایمانی که در محلی غیر از موارد فوق انجام گرفته باشد اطلاق می گردد . کل این جدول در واحد بهداشتی درمانی به صورت چوب خطی تکمیل میشود .

مثال : چنانچه مادری دو قلو زائید و یکی از نوزادان مرده به دنیا آمد ، درستون مرده زایی برحسب جنس نوزاد یک علامت ، درستون متولدین زنده نیز برحسب جنس

تولد زنده متولد شده یک علامت ، درستون سن مادر فقط یک علامت و درستون شرایط زایمان نیز یک علامت زده می شود .

۳- جدول مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان برحسب سن مادر و علت مرگ

جدول سوم مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی زایمان تا ۴۲ روز بعد از زایمان را برحسب سن مادر با اشاره به علت های عمده مرگ مادران (خونریزی ، عفونت بعد از زایمان ، مسمومیت حاملگی ، بیماری های قلبی و سایر علل) نشان می دهد .

خونریزی: اگر مادر در طول بارداری یا در حین زایمان و یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان به علت خونریزی از مجرای زایمانی بمیرد در این ردیف ثبت می شود.

عفونت بعد از زایمان: اگر مادری دو تا ۱۰ روز بعد از زایمان و به دنبال تب بیش از ۳۸ درجه سانتیگراد بمیرد در این ردیف ثبت می شود.

مسمومیت حاملگی: چنانچه مادری با فشار خون بالا و حداقل یکی از علائم دیگر مسمومیت حاملگی (ورم یا آلومین ادرار) بمیرد مرگ ناشی از مسمومیت حاملگی به حساب می آید.

بیماریهای قلبی: اگر مرگ مادر در دوران بارداری حین زایمان یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان به تشخیص پزشک به علت داشتن عارضه قلبی مادر باشد در این قسمت ثبت می شود.

سایر: چنانچه مرگ مادر در دوران بارداری حین زایمان یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان به علتی غیر از چهار علت فوق باشد در ردیف سایر ثبت می شود. به غیر از موارد حوادث، قتل و خودکشی

۴-جدول مرگ بر حسب سن و جنس

در این جدول آمار مرگ بر حسب سن و جنس به صورت چوب خطی بر روی برگ زیج حیاتی ثبت می شود وقتی گفته می شود (کمتر از یک ماه) یعنی از بدو تولد تا ۲۸ روزگی کامل، (یک ماه تا کمتر از یکسال) یعنی از ۲۹ روزگی تا وقتی که سن کودک به ۱۱ ماه و ۲۹ روز برسد و یا در مورد (۱ تا ۴ سال) یعنی درست از وقتی که ۳۶۵ روز از تولد کودک گذشته باشد تا زمانی که ۴ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روزگی او باشد و به همین ترتیب برای بقیه گروههای سنی.

۵-جدول علت مرگ در کودکان کمتر از ۵ سال

این جدول علت مرگ کمتر از ۵ سال را در خود دارد. در این جدول نیز اطلاعات به تفکیک جنس و منطقه و در هر یک از این دو برای سنین کمتر از یکماه، یکماه تا ۱۱ ماهه و ۱ تا ۴ ساله (با همان تعاریفی که در جدول شماره ۴ آمد) ثبت می شود.

برای ثبت علل مرگ در کودکان محل هایی که بروز مرگ به علتی خاص در سنین مربوطه ناممکن می باشد در این جدول با رنگ تیره تر مشخص شده است. علت هایی که در این جدول گنجانیده شده است عبارتند از: عفونتهای تنفسی، اسهال و استفراغ، حوادث، مسمومیت ها، سوختگی ها، عارضه کمبود وزن هنگام تولد، نارسی نوزاد، بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن، صدمات زایمانی، ناهنجاری های مادر زادی و سایر علت ها.

۶- جدول پوشش تنظیم خانواده بر حسن نوع روش در آخرین روز هر فصل در این جدول اطلاعات به تفکیک ۴ مقطع مختلف زمان در سال (در پایان هر فصل) و منطقه مسکونی جمعیت تحت پوشش و بر حسب روش تنظیم خانواده ثبت می شود.

در تنظیم این جدول، هدف وضعیت یک فصل کامل نیست بلکه فقط ماه آخر هر فصل ملاک قرار می گیرد. در روز آخر هر فصل تعداد افرادی که از هر نوع وسیله یا روش پیشگیری از حاملگی استفاده می کنند در دفتر مربوطه شمارش شده و در محل مخصوص به خود در برگه زیج حیاتی ثبت می شود.

در این جدول تعداد افراد ثبت می شود نه تعداد وسایلی که از آنها استفاده شده است یعنی مثلاً اگر زن یا شوهری ۵ بسته کاندوم یا ۵ بسته قرص دریافت کرده باشند فقط یک نفر به حساب می آیند نه پنج نفر.

تعداد افرادی که از وسیله یا روش مورد نظر استفاده می کنند باید در محل مخصوص خود ثبت شوند، نه فقط تعداد افرادی که در آن زمان وسیله دریافت کرده اند. یعنی اگر فردی در پایان خرداد ماه برای سه ماه بعد قرص دریافت کرد و بهورز مطمئن بود که در سه ماه بعد قرص ها را استفاده می کند در پایان آخرین روز ماه شهریور نیز باید این فرد را به حساب آورد.

در پر کردن این جدول اطمینان بهورز نسبت به استفاده از هر یک از وسایل یا روشها شرط اصلی است. در مورد تعداد افرادی که اقدام به بستن لوله ها کرده اند (زن یا مرد) تعداد کل آنها نیز در آخرین روز پایان هر فصل درستون مربوط ثبت می شود، چنانچه به جای این کار اقدام به جمع تجمعی اعداد شود این خطر وجود دارد که اگر در میان مردان و زنان تحت پوشش مهاجرت یا مرگی حادث شود، آمار آنها دقیقاً ثبت نگردد. یعنی اگر زنی در ماه خرداد اقدام به بستن لوله های رحمی کند از خرداد ماه به بعد تا پایان ۴۹ سالگی خود - اگر نمیرد و مهاجرت نکند - هر بار در قسمت مربوط ثبت می گردد. در مورد واکتومی مردان نیز باید سن زن مطرح باشد.

روش طبیعی به استفاده از روش های غیر دارویی و غیر مکانیکی برای پیشگیری از بارداری در روزهایی که امکان باروری وجود داشته باشد می گویند. انواع این روشها عبارت اند از: روش ریتمیک یا تقویمی - روش موکوس گردن رحم - روش شیردهی - روش خوداری از نزدیکی - روش دمای پایه بدن و روش نزدیکی منقطع.

در قسمت سایر تعداد افرادی نوشت می شود که از روشها و وسایلی غیر از آنها که ثبت شده اند، استفاده می کنند.

۷- جدول مصرف نمک ید دار

مهمترین شاخصهایی که از زیج حیاتی قابل محاسبه است به شرح ذیل می باشد:

• جمعیت تحت پوشش

شاخصهای قابل محاسبه در این بخش شامل:

الف- تعداد جمعیت به تفکیک استان و سال محاسبه

ب- نسبتی از جمعیت تحت پوشش که در روستای قمر، اصلی، شهر و کل ساکن هستند.

ج- توزیع سنی جمعیت تحت پوشش بخصوص در گروه های زیر

۱- درصد گروه سنی زیر یکسال = (تعداد جمعیت زیر یکسال در یک فاصله زمانی معین / تعداد کل جمعیت در همان فاصله زمانی) $\times 100$

۲- درصد گروه سنی زیر پنج سال = (تعداد جمعیت زیر ۵ سال در یک فاصله زمانی معین / تعداد کل جمعیت در همان فاصله زمانی) $\times 100$

۳- درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال = (تعداد جمعیت زیر ۱۵ سال در یک فاصله زمانی معین / کل جمعیت در همان فاصله زمانی) $\times 100$

۴- درصد گروه سنی بالای ۶۵ سال = (تعداد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در یک فاصله زمانی معین / تعداد کل جمعیت در همان فاصله زمانی) $\times 100$

۵- نسبت سرباری = (جمعیت صفر تا ۱۴ سال + جمعیت ۶۵ سال و بالاتر / جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال) $\times 100$

این نسبت نشان دهنده نسبت جمعیت ناتوان از تولید به جمعیت قادر به تولید می باشد.

۶- درصد زنان شوهر دار در هر گروه سنی = (جمعیت زنان شوهر دار در هر گروه سنی / کل جمعیت زنان در همان گروه سنی) $\times 100$

د- میزان های مربوط به رفتار باروری شامل :

۱- میزان خام موالید = (تعداد موالید زنده در یک فاصله زمانی معین / تعداد جمعیت در وسط همان زمان معین) $\times 1000$

۲- میزان باروری عمومی = (تعداد موالید زنده در یک فاصله زمانی معین / تعداد زنان ۱۵-۴۹ در وسط همان زمان معین) $\times 1000$

۳- میزان باروری اختصاصی سنی = (تعداد موالید زنده یکسال در هر گروه سنی / جمعیت زنان همان گروه سنی در همان سال) $\times 1000$

۴- میزان باروری کلی = (۵ \times مجموع میزان های باروری اختصاصی سنی) / 1000

۵- درصد زایمان های انجام شده به کمک افراد دوره ندیده = (تعداد زایمانها در منزل توسط شخص دوره ندیده / کل زایمانهای انجام شده) $\times 100$

۶- درصد زایمان های انجام شده در بیمارستان = (تعداد زایمان های انجام شده در بیمارستان / کل زایمانهای انجام شده) $\times 100$

۷- نسبت جنسی در موالید زنده = (تعداد موالید زنده پسر / تعداد موالید زنده دختر) $\times 100$

۸- میزان پوشش روشهای پیشگیری از بارداری = (تعداد زوجهایی که از وسایل پیشگیری از بارداری در یک مقطع زمانی استفاده می کنند / تعداد زنان همسر دار ۱۵-۴۹ ساله) $\times 1000$

ح- میزان های مربوط به مرگ

۱- میزان مرگ نوزادان (در روستای اصلی، قمر و کل برای هر دو جنس) = (تعداد مرگ نوزادان صفر تا ۲۸ روز در فاصله زمانی محدود / تعداد تولد زنده در همان فاصله زمانی) $\times 1000$

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

۲- میزان مرگ کودکان زیر یکسال = (تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در فاصله زمانی محدود / تعداد تولد زنده در همان فاصله زمانی) $\times 1000$

۳- میزان مرگ کودکان ۱ تا ۴ سال = (تعداد مرگ کودکان ۱ تا ۴ ساله در فاصله زمانی محدود / جمعیت ۱ تا ۴ ساله) $\times 1000$

۴- میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ سال (بر حسب جمعیت کودکان زیر ۵ سال) = (تعداد مرگ کودکان کمتر از ۵ سال در زمان معین / جمعیت زیر ۵ سال) $\times 1000$

۵- میزان مرگ اختصاصی سنی = (تعداد موارد فوت در هر گروه سنی در طول یکسال / جمعیت همان گروه سنی در همان سال) $\times 1000$

۶- میزان مرگ مادران بدلیل عوارض بارداری و زایمان = (تعداد مرگ مادران بدلیل عوارض بارداری و زایمان در یکسال / موالید زنده همان سال) $\times 1000$

۷- میزان خام مرگ = (تعداد مرگ های واقع شده در یک فاصله زمانی / تعداد جمعیت ساکن در همان محدوده زمانی) $\times 1000$

۸- میزان مرده زایی = (تعداد حاملگی های خاتمه یافته بعد از هفته ۲۲ که منجر به تولد زنده نشده / تعداد کل زایمان ها (زنده یا مرده زایی)) $\times 1000$

۴-۱- واحد جلب مشارکت

امروزه از نظر سازمان جهانی بهداشت سلامت بعنوان یکی از حقوق انسانی تلقی می شود و در فرآیند ارتقای سلامت که فرآیندی همه جانبه می باشد نقش مشارکت به عنوان یک عنصر اساسی انکار ناپذیر است. واحد مشارکتهای مردمی که یکی از واحدهای گروه تخصصی گسترش شبکه است مدیریت و ساماندهی برنامه های مشارکتهای مردمی و سازمانهای دولتی و غیردولتی در جهت تحقق اهداف نظام سلامت را بعهده دارد.

اهمیت برنامه

تجربه ثابت کرده است که برای دستیابی به توسعه اجتماعی پایدار، به همیاری تک تک افراد جامعه نیاز هست بویژه تامین و ارتقاء سطح سلامتی که یکی از زیربنایی ترین ابعاد تکامل اجتماعی بشراست بیش از جنبه های دیگر توسعه نیازمند همکاری عمومی می باشد و آگاهی احساس مسئولیت و اقدام عملی تک تک افراد جامعه برای تامین سلامت عمومی ضروری است. مراقبتهای اولیه بهداشتی برای توفیق خود محتاج اعتماد به نفس و بیشترین حد دخالت جامعه است یعنی مردمی که در کنار یکدیگر به شکل جامعه ای پیوند یافته اند و با استفاده از منابع محلی و ملی در برنامه ریزی، اجرا و کنترل مراقبتهای اولیه بهداشتی دخالت داشته باشند. مفهوم مشارکت جامعه درمسائل بهداشتی در سال ۱۹۷۸ در اعلامیه آلماتا وارد شده در ایران از سال ۱۳۶۹ به منظور پاسخگویی به نیازهای بهداشتی اولیه و تامین و ارتقاء سطح سلامت جامعه در مناطق شهری و خصوصا " حاشیه شهرها طرح رابطان بهداشت در جنوب تهران اجرا گردید. داوطلبان سلامت داوطلبانه قدم در راه مشارکت مردم در تامین و ارتقاء سلامتی گذاشته اند. اجرای برنامه داوطلبان سلامت نه تنها وسیله ای برای دستیابی به اهداف بهداشتی است بلکه زمینه ساز رسیدن به توسعه مداوم و پایدار است انجام وظیفه جلب مشارکت مردم در فعالیتهای بهداشتی در نظام شبکه به عهده واحد گسترش گذاشته شده است که برنامه داوطلبان سلامت قدیمی ترین راهکار مشارکت مردم در فعالیتهای بهداشتی می باشد. برنامه داوطلبان سلامت در سطح دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای اولین بار مرکز بهداشتی درمانی شهید احمدی در سال ۱۳۷۲ به مرحله اجرا در آمد.

معرفی واحد جلب مشارکت مردمی

از نظر ساختار در واحد جلب مشارکت مردمی معاونت بهداشت یک کارشناس مسئول و یک نفر کارشناس مشغول بکار میباشند که علاوه بر ساماندهی برنامه مشارکتهای مردمی در سایر سازمانهای مرتبط با سلامت وظیفه برنامه ریزی، نظارت و ارزشیابی فعالیتهای داوطلبان سلامت را در هفت شهرستان تابعه بعهده دارند. در واحد گسترش شبکه هر شهرستان یک نفر کارشناس جلب مشارکت مردمی که سابقه مربیگری در برنامه داوطلبان را دارد و دوره آموزش مشارکتی را دیده است، فعالیت می کند.

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

اجرای برنامه رابطان در مراکز بهداشتی درمانی ، بازدید و نظارت روند فعالیتها در ستاد شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی ، برنامه ریزی در جهت افزایش دانش ، مهارت‌های علمی و اجتماعی داوطلبان سلامت ، توانمندسازی رابطان بهداشت ، جذب داوطلبان متخصص ، افزایش جذب داوطلبان سلامت ، تقدیر و گرامیداشت داوطلبان سلامت در « روز جهانی داوطلبان سلامت » و اجرای پروژه های مشترک با سازمانها و ارگانهای مرتبط با سلامت به منظور توانمندی داوطلبان سلامت ، برنامه ریزی در جهت استفاده از پتانسیل داوطلبان سلامت در اجرای طرحهای پژوهشی ، از اهم وظایف واحد جلب مشارکت مردمی است . علاوه بر فعالیتهای مذکور ارتباط با سازمانهای داوطلبانه بین المللی ، انجام تحقیق و پژوهش در زمینه بررسی تاثیر برنامه های جلب مشارکت بر شاخص های بهداشتی از فعالیتهای مهم واحد می باشد .

باتوجه به تغییر نیازهای آموزشی رابطان بهداشت و لزوم توانمندسازی و کسب مهارت‌های زندگی ، سازمانهای متعددی از جمله شهرداری ، آموزش و پرورش ، هلال احمر ، کمیسیون امور بانوان ، اورژانس تربیت بدنی ، فرمانداری آب و فاضلاب و ... در برنامه آموزشی رابطان بهداشت مشارکت می کنند .

علاوه بر برنامه های در واحد جلب مشارکت مردمی معاونت بهداشت فصلنامه کشوری رابط سلامت به صاحب امتیازی معاونت بهداشتی دانشگاه و با همکاری وزارت متبوع تهیه می گردد و دبیر خانه نشریه در این واحد مستقر می باشد . اعضاء هیئت تحریریه نشریه ، پرسنل واحد جلب مشارکت می باشند که کلیه فرآیندهای مربوط به تدوین نشریه را از قبیل جمع بندی مقالات ارسالی از دانشگاههای سراسر کشور ، بررسی مقالات ، پیگیری موارد تایپ و غلط گیری های مکرر نشریه ، طراحی صفحات و جلد نشریه و توزیع نشریه را بعهده دارند .

۲- گروه تخصصی پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

تهیه و تنظیم :

دکتر محمد رضا سربازی- دکتر فرزانه فربخش - محمد عبدالوند

محمدرضا غفارزاده رزاقی- دکتر فاطمه نوائیان - فریبا فرنوش

طیبه شفیعی زاده - دکتر سیمیندخت بیات- مصطفی خدا بخشی

۱-۲- واحد کنترل و مبارزه با بیماریهای واگیر

یکی از اولویت های وزارت بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران ؛ پیشگیری و مبارزه با بیماریها است و گروه تخصصی پیشگیری و مبارزه با بیماریها از طریق سیستم مراقبت فعال و غیر فعال ضمن ارائه خدمات مشخص شده به هموطنان عزیز ، اطلاعات برخی از بیماریها را از محیطی ترین سطح بهداشتی و با رعایت سلسله مراتب به بالاترین سطح بهداشتی گزارش می نماید و در این راستا در سطوح مختلف نیز به تجزیه و تحلیل اطلاعات می پردازد به امید آنکه در اولین فرصت امکان کشف بیماری و اقدامات بایستی میسر گردد .

۱-۱-۲- نام برنامه: بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

محل ارائه برنامه: بیمارستانها - مرکز بهداشت شهرستان - مرکز بهداشتی درمانی - پایگاه بهداشتی - خانه بهداشت

شرح برنامه: بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن بیماریهایی هستند که اساساً بر مبنای ایمن سازی روتین به منظور محافظت کودکان بر علیه بیماریهای دوران کودکی استوار می باشند.

برنامه EPI در ایران از سال ۱۹۸۴ بعد از استقرار سیستم شبکه بهداشت جهت اجرای برنامه های PHC جهت ایمن سازی فعال بر علیه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن شامل: دیفتری ، کزاز و سیاه سرفه ، سرخک، فلج اطفال و سل آغاز شد. در حال حاضر نظام مراقبت EPI شامل نظام مراقبت و ریشه کنی فلج اطفال، سرخک و سرخجه، کزاز دیفتری و سیاه سرفه ، مننژیت می باشد.

اجزاء سیستم مراقبت در این بیماریها شامل:

✓ تعریف مورد

✓ گزارش فوری بیماری

✓ مراقبت بر اساس نتایج آزمایشگاهی

✓ نظام ثبت ، بررسی های ادواری و موردی و نظام اطلاعات

✓ تجزیه و تحلیل ، تفسیر و گزارش داده های سیستم مراقبت

✓ ارزیابی سیستم مراقبت

✓ آموزش برنامه

فلج شل حاد:

به دلیل قرار گرفتن کشور در مرحله ریشه کنی بیماری فلج اطفال کشف ۲ مورد فلج شل حاد به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت زیر ۱۵ سال از شاخصهای مهم مراقبت این بیماری محسوب می شود.

تعریف استاندارد مورد فلج شل حاد:

هر بیمار مبتلا به فلج شل ناگهانی بدون سابقه قبلی یا ضربه از جمله هر کودک زیر ۱۵ سال با تشخیص گیلن باره یا هر مورد مظنون به فلج اطفال در هر سنی.

هر مورد فلج شل حاد جزء موارد گزارش تلفنی است و به محض گزارش باید در مدت کمتر از ۴۸ ساعت از زمان دریافت گزارش و در مدت حداکثر ۷ روز از زمان بروز فلج مورد بررسی قرار گرفته و پس از انطباق با تعریف استاندارد تحت یکی از عنوانهای محتمل و یا مردود طبقه بندی شده و به مرکز بهداشت شهرستان و متعاقب آن ستاد معاونت گزارش گردد. همچنین از کلیه موارد محتمل، دو نمونه مدفوع در مدت کمتر از ۱۴ روز از آغاز فلج گرفته و با رعایت زنجیره سرما به مرکز بهداشت شهرستان انتقال داده می شود. نمونه ها همراه با فرم ارسال به آزمایشگاه رفرانس کشوری ویروس شناسی واقع در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران ارسال می گردد. فرم بررسی اپیدمیولوژیک جهت هر بیمار محتمل باید توسط پزشک مرکز تکمیل و به ستاد بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان ارسال شود. در مرکز بهداشت شهرستان فرم بررسی تکمیل شده همراه با تکمیل لیست خطی به ستاد معاونت ارسال می گردد. جهت طبقه بندی نهایی هر مورد فلج شل حاد لازم است در روز ۶۰ پس از شروع فلج، پزشک فوکال پوینت برنامه در مرکز بهداشت شهرستان، بیمار را از نظر وجود فلج باقیمانده مورد معاینه و بررسی قرار می دهد.

سرخک:

سرخک نوعی بیماری حاد ویروسی است که عامل آن ویروس روبلاست. هدف برنامه عملیاتی در منطقه مدیترانه شرقی واز جمله کشور ما حذف این بیماری است. حذف سرخک به معنای نبود موارد سرخک بومی در یک دوره زمانی ۱۲ ماهه یا بیشتر با وجود سیستم مراقبتی مناسب تعریف می شود.

سیستم مراقبت سرخک بر مبنای مراقبت افراد مشکوک پایه ریزی می گردد.

تعریف مورد مشکوک: فردی که توسط پزشک مشکوک به سرخک تشخیص داده شود. یا

هر فرد دارای تب و راش ماکولوپاپولر همراه با یکی یا چند از علائم زیر: سرفه یا آبریزش از بینی و چشم و یا التهاب ملتحمه

معیار آزمایشگاهی (مورد قطعی): وجود آنتی بادی IgM اختصاصی سرخک در بررسی سرولوژی مورد مشکوک

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

اجزای سیستم به صورت خلاصه شامل بررسی کلیه افراد مشکوک بر طبق فرم بررسی اپیدمیولوژی و نمونه گیری از موارد مشکوک و ارسال نمونه با رعایت زنجیره سرما همراه با تکمیل و ارسال فرم بررسی به مرکز بهداشت شهرستان و از مرکز بهداشت شهرستان به آزمایشگاه رفرانس کشوری ویروس شناسی واقع در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و پایش پوشش واکسیناسیون می باشد. یادآوری می شود بیماری سرخک مشمول گزارش فوری تلفنی است.

هدف سیستم مراقبت در کشور ما شناسایی ۲ مورد مشکوک سرخک به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت است.

دیفتری - کزاز - سیاه سرفه:

مورد مظنون به دیفتری: هر بیمار مبتلا به فارنژیت حاد یا نازوفارنژیت حاد یا لارنژیت حاد یا با غشاء چسبنده لوزه ها، حلق و یا بینی

مورد محتمل دیفتری: وجود غشاء چسبنده در لوزه ها، حلق و یا بینی و متعاقب هر یک از موارد لارنژیت، فارنژیت و یا تونسیلیت

مورد قطعی دیفتری: مورد محتملی که از طریق آزمایشگاه تأیید شود.

مورد مشکوک سیاه سرفه: هر موردی که طبق نظر پزشک از لحاظ بالینی به عفونت سیاه سرفه مشکوک باشد و یا هر فردی که حداقل دو هفته سرفه همراه با حداقل یکی از علائم زیر را داشته باشد:

- حملات سرفه قطاری - Whoop هنگام دم - استفراغ بعد از حمله

مورد قطعی سیاه سرفه: جدا کردن باسیل برده تلا پرتوسیسی و یا یافتن سکانس ژنوم توسط روش پی-سی-آر و یا دو تیترا متوالی بالا رونده

سیستم مراقبت دیفتری و سیاه سرفه شامل: گزارش فوری تلفنی و بررسی افراد مشکوک بر طبق فرم بررسی اپیدمیولوژی و نمونه گیری از موارد مشکوک و ارسال نمونه در محیط های ترانسپورت مخصوص (محیط رگان لو جهت سیاه سرفه و محیط Amies جهت نمونه های دیفتری) همراه با تکمیل و ارسال فرم بررسی به مرکز بهداشت شهرستان و از مرکز بهداشت شهرستان همراه با فرم ارسال نمونه به آزمایشگاه رفرانس (بخش میکروب شناسی انستیتو پاستور) و پایش پوشش واکسیناسیون می باشد. ایزولاسیون بیمار و تجویز آنتی بیوتیک و بررسی موارد تماس از نظر سابقه واکسیناسیون آنها و کنترل روزانه آنها از نظر بروز علائم بیماری ضروری است. همچنین در موارد مشکوک به دیفتری، تجویز آنتی توکسین دیفتری طبق دستورالعمل کشوری برنامه و راهنمای ایمن سازی و پایش هفتم صورت می گیرد.

کزاز: کزاز نوعی بیماری عصبی است که با افزایش کشش و اسپاسم ماهیچه ها مشخص می شود. عامل بیماری اسپور باکتری است که علاوه بر خاک در مدفوع حیوانات اهلی و انسان یافت می شود.

انواع کزاز: ۱. کزاز نوزادان: سابقه مک زدن و گریه کردن طبیعی در دو روز اول تولد

شروع بیماری (کاهش توانایی در مکیدن و گریه غیر طبیعی) از سومین یا چهارمین روز تولد

ناتوانی مکیدن به دنبال سفتی عضلانی و یا تشنج و یا هر دو مورد

در کزاز نوزادی وضعیت ایمن سازی مادر از لحاظ واکسن کزاز، مراقبتهای قبل از زایمان و مشخصات تولد کودک (محل تولد، وسایلی که برای بریدن بند ناف بکار رفته و طریقه پانسمان)، علائم و درمان و نتیجه آن حتما" مورد بررسی قرار گیرند.

۲. کزاز بالغین: اشکال در باز کردن دهان یا بلع - سفتی دردناک گردن - ماهیچه های شکم و سایر ماهیچه ها به شرط هوشیاری کامل

- وجود یک زخم غالبا" عفونی شده یا سابقه جراحی در چند هفته گذشته

- در موارد شدید چهره بیمار به نظر متبسم *risus sarconicus* - با ابروهای بالا آمده - پشت و گردن قوس دار - بازوهای خمیده محکم جمع شده روی سینه و پاهای کشیده

- بروز تشنج در بیمار با تحریکات نور - صدا - تماس و سایر محرک ها

پیشگیری از کزاز در زخمها و جراحی ها شامل: ۱. برخورد صحیح با زخم

۲. استفاده از تتابولین و یا واکسن کزاز با توجه به نوع زخم

مننژیت:

عفونت نرم شامه، عنکبوتیه و مایع مغزی نخاعی بین آنها را مننژیت می نامند. مننژیت حاد یکی از فوریتهای پزشکی است که به تشخیص سریع و درمان صحیح نیازمند است.

تعاریف مننژیت باکتریال:

مظنون: هر فردی در هر سنی که شروع ناگهانی تب بالای ۳۸/۵ درجه رکتال یا ۳۸ درجه زیر بغلی همراه با یکی از علائم: سفتی گردن، کاهش سطح هوشیاری، علائم مننژیتال (سردرد، استفراغ، و هر نوع عارضه نورولوژیک ناگهانی)، فونتانل برجسته در اطفال

محتمل: هر مورد مظنونی که آزمایش CSF او حداقل یکی از موارد زیر را دارا باشد:

۱. ظاهر کدر و چرکی؛ ۲. پلئوسیتوز (بیش از ۱۰۰ سلول /mm^۳)؛ ۳. پلئوسیتوز (۱۰۰-۱۰ سلول /mm^۳) به همراه افزایش پروتئین (< ۱۰۰ میلی گرم/dl) یا کاهش قند (> ۴۰ میلی گرم/dl)؛ ۴. وجود یکی از نتایج زیر در رنگ آمیزی گرم:

- باسیل گرم منفی (مطرح کننده هموفیلوس آنفلونزا)؛

- دیپلوکوک گرم مثبت (مطرح کننده استرپتوکوک پنومونیه)؛

- دیپلوکوک گرم منفی (مطرح کننده نیسریا مننژیتیدیس)؛

قطعی: هر مورد محتمل یا مظنون با یکی از علائم زیر:

- کشت مثبت CSF یا خون با جداسازی N.m, Hib یا S.P (معیار استاندارد طلایی* برای تشخیص قطعی) یا پیدا کردن آنتیژن مربوط به S.P, N.m, Hib در مایع مغزی- نخاعی از طریق لاتکس آگلوتینیشن تست در صورت دسترسی.

این بیماری مشمول گزارش فوری تلفنی است. بعد از ارجاع بیمار به بیمارستان، یا پس از دریافت گزارش از بیمارستان، پیگیری نتیجه LP و دریافت فرم بررسی تکمیل شده از پزشک معالج و ارسال به مرکز بهداشت شهرستان و ارسال لیست خطی و فرم بررسی به ستاد معاونت. پیگیری سرانجام بیماران و پیگیری موارد تماس و پروفیلاکسی و واکسیناسیون اطرافیان و موارد تماس طبق دستورالعمل کشوری از اجزاء مراقبت این بیماری است.

۲-۱-۲- نام برنامه: نظام مراقبت بیماری هپاتیت

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشت شهرستان - مرکز بهداشتی درمانی - پایگاه بهداشتی - خانه بهداشت بیمارستانها و آزمایشگاههای دولتی و خصوصی.

شرح برنامه: ساختار مراقبت هپاتیت مرکب از اجزا و سطوح مختلف جمع آوری اطلاعات - برنامه ریزی و ارائه خدمات است. هسته استانی آن در واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری های معاونت بهداشت و هسته شهرستانی آن در مرکز بهداشت شهرستان است، آزمایشگاههای محیطی و مرکزی اجزا نظام مراقبت آن را تشکیل می دهند.

برنامه نظام مراقبت هپاتیت در وحله اول مبتنی بر بیماریابی و شناسایی موارد مثبت هپاتیت B و C می باشد. موارد شناسایی شده به منظور شناسایی راه انتقال بیماری، منبع آلودگی و شناسایی سایر افراد در معرض خطر عفونت که می توانند از مداخلات پیشگیرانه سود ببرند، مورد بررسی های بالینی و اپیدمیولوژیک قرار می گیرند. علاوه بر فرد بیمار اطرافیان بیمار از نظر سابقه واکسیناسیون هپاتیت B بررسی شده و افراد بدون سابقه واکسیناسیون مورد واکسیناسیون قرار می گیرند. همچنین همسر و سایر موارد تماس با بیمار از نظر آلودگی به هپاتیت B و C ارزیابی شده و مورد پیگیری قرار می گیرند. کلیه موارد اعم از مبتلا و اطرافیان از نظر راههای پیشگیری از انتقال تحت آموزش قرار می گیرند.

۳-۱-۲- نام برنامه : نظام مراقبت از بیماری وبا

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی- پایگاه بهداشتی- خانه بهداشت- بیمارستان

• خلاصه دستور العمل بیماری وبا

دوره نهفتگی و طول مدت علائم و عفونت زایی

دوره نهفتگی معمولاً یک تا سه روز است ولی می تواند از چندین ساعت تا ۵ روزه طول بیانجامد. علائم بیماری معمولاً دو تا سه روز طول می کشد، اگرچه در بعضی بیماران تا ۵ روز نیز ادامه می یابد. بیشتر افراد از زمان شروع بیماری تا چند روز پس از بهبود قادر به انتقال بیماری به دیگران هستند. بندرت ممکن است بیمار، ویریوکلرا را برای چندین ماه از طریق مدفوع دفع کند. درمان با آنتی بیوتیک می تواند در کاهش طول مدت علائم و سرایت بیماری موثر باشد.

علائم و نشانه ها

وبا، طیف بالینی وسیعی دارد. تقریباً ۷۵ درصد از افرادی که دچار عفونت با ویریوکلرا می شوند، هیچ نشانه ای از بیماری ندارند. بیست درصد دیگر دچار اسهال می شوند که از اسهال ایجاد شده توسط دیگر ارگانسیم ها قابل افتراق نیست. در تعداد اندکی (۲ تا ۵ درصد) از افراد مبتلا به عفونت، اسهال آبکی، استفراغ و از دست رفتن آب بدن رخ می دهد. وبای علامت دار با اسهال آبکی حجیم بدون تب یا زورپیچ شکم آغاز می گردد. مدفوع بیماران وبایی، ظاهر مایع شفاف آغشته به موکوس سفید رنگ می گیرد که اصطلاحاً مدفوع «آب - برنجی» نام دارد و معمولاً بدون بو می باشد یا بوی خفیف ماهی را دارد. استفراغ که می تواند شدید باشد و کرامپ های دردناک در پاها علائم شایع می باشند. در موارد شدید بیماری، زورپیچ در معده یا درد دستها و پاها ممکن است وجود داشته باشد.

افراد وبایی شدیداً بدحال ممکن است تا ۱۰ درصد از وزن بدن خود را از طریق اسهال و استفراغ از دست بدهند. در موارد بسیار شدید از دست دادن مایع می تواند تا میزان یک لیتر در ساعت در مدت ۲۴ ساعت اولیه بیماری برسد. بیمارانی که شدیداً دهیدره می باشند ممکن است دچار شوک هیپوولمیک شوند. این بیماران فشار خون پایین و نبض رادیال ضعیف دارند. خواب

آلودگی یا عدم هوشیاری نیز ممکن است در آنها دیده شود. آب بدن این بیماران را می بایست با استفاده از مایعات درون وریدی جبران کرد.

تعاریف مورد وبا

مورد مشکوک: در مناطقی که وبا آندمیک نمی باشد مورد وقتی مشکوک به وباست که هر فرد ۵ سال به بالا دچار دهیدارتاسیون شدید شود. (گروه درمانی ج سازمان جهانی بهداشت) یا در اثر اسهال آبکی شدید بمیرد.

در مناطقی که همه گیری وبا وجود دارد و یا آندمیک می باشد، مورد وقتی مشکوک به وباست که هر فرد ۲ سال به بالا اسهال حاد آبکی داشته باشد.

مورد تأیید شده: مورد تأیید شده، هر فرد دچار اسهال است که ویبریوکلرا O1 یا O139 از مدفوعش جدا شده باشد.

روش نمونه گیری: از طریق سوآپ مقعدی

درمان بیماران دچار دهیدارتاسیون را با جمع آوری نمونه ها به تأخیر نیندازید زیرا به راحتی می توان بعد از شروع مایع درمانی وریدی، آنها را جمع آوری کرد. با وجود این، گرفتن نمونه ها را قبل از درمان با آنتی بیوتیک شروع کنید. نمونه ها باید ظرف ۵ روز اولیه بیماری گرفته شود (هنگامی که ارگانسم های ویبریوکلرا هنوز در مدفوع وجود دارند).

۴-۱-۲- نام برنامه: بیماری های مشترک بین انسان و حیوان

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی - پایگاه بهداشتی - خانه بهداشت - بیمارستان

شرح برنامه: زئونوزها یا بیماری های قابل انتقال بین حیوان و انسان بیماری های هستند که عامل بیماری آن در حیوانات مهره دار بوده و از طرق مختلف به سایر حیوانات مهره دار منتقل شده و انسان هم در صورتی که در این چرخه قرار گیرد به آن مبتلا می شود. این بیماری ها با توجه به تعداد عوامل بیماری زا، مخازن و فاکتورهای مختلف از اهمیت بالایی برخوردارند.

نظام ارائه خدمات بیماریهای مشترک بین انسان و حیوان، دربرگیرنده کلیه بیماریهای منتقله از راه حیوان به انسان است که شامل بیماری هاری، سالک، کالازار، تب مالت، کیست هیداتیک، تب های خونریزی دهنده، بیماری جنون گاوی و سیاه زخم می باشد در این برنامه مراقبت تب های خونریزی دهنده و هاری بدلیل بروز همه گیری و احتمال مرگ و میر در انسان و ایجاد رعب و وحشت در جامعه بصورت فعال اجرا می شود و بقیه بیماریهای این گروه بصورت غیر فعال تحت مراقبت و کنترل است. طبق بررسی های به عمل آمده؛ بیماریهای تب مالت و سالک در مناطق پاکدشت و ورامین از شیوع بالایی برخوردار است. همچنین این دو منطقه بعلت قرار گرفتن در مسیر ترانزیت دام زنده از سیستان و بلوچستان به غرب کشور؛ مورد تهدید گروه بیماریهای

تبهای خونریزی دهنده ویروسی و تب مالت نیز می باشد. تهران و ورامین آندمیک سالک است. منطقه فیروزکوه از شیوع سیاه زخم برخوردار است. منطقه دماوند و فیروزکوه آندمیک تب راجعه است.

بیماری CCHF به علت قابلیت سرایت بالا و میزان مرگ و میر بالا در صورت عدم درمان و همچنین قابلیت انتقال آن از طریق گونه های مختلف کنه که در کشور وجود دارند و وجود مخازن بیماری در بین حیواناتی مانند گاو، گوسفند، بز، و سایر حیوانات اهلی و وحشی اهمیت قابل ملاحظه ای در سیستم های بهداشتی و مراقبت بیماریهای کشور دارد.

این برنامه از سال های قبل در دانشگاه آغاز شده است و به دو صورت اجرا می شود :

۱. درمان و پیشگیری هاری

۲. کنترل و مراقبت سایر بیماری های مشترک بین انسان و حیوان

۱- درمان و پیشگیری هاری

در محدوده دانشگاه ۷ مرکز درمان پیشگیری از هاری وجود دارد که با پرسنل آموزش دیده به صورت شبانه روزی ارائه خدمت میدهند. افرادی که توسط پستانداران اهلی و وحشی گاز گرفته می شوند یا بلافاصله به مراکز درمان پیشگیری از هاری مراجعه می کنند یا از بیمارستانهای دولتی و خصوصی، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و خانه های بهداشت، کلینیک ها، مراکز اورژانس، مطب های خصوصی و... ارجاع داده میشوند. و اقدامات لازم جهت فرد حیوان گزیده در این مراکز انجام می گیرد شامل: زدودن ویروس هاری از محل زخم با شستشو و ضد عفونی- تزریق سرم ضد هاری- تزریق واکسن ضد هاری در پنج نوبت (صفر، ۳، ۷، ۱۴، ۳۰)- تزریق واکسن توأم یا ثلاث (در صورت داشتن اندیکاسیون)- تحت مراقبت قرار دادن حیوان مهاجم به مدت ده روز- نمونه برداری از حیوان مهاجم مشکوک به دوروش انجام میشود.

۱- کشتن حیوان مشکوک و ارسال سر آن به انستیتو پاستور ایران.

۲- نمونه برداری از بافت مغز با استفاده از کیت های مخصوص نمونه برداری با هماهنگی با مسئولین دامپزشکی شهرستان و ارسال به انستیتو پاستور ایران.

در صورت تاخیر در مراجعه اقدام های فوری و پیگیری فعال توسط مسئولین مبارزه با بیماری ها مراکز بهداشت انجام می شود.

در صورتی که موارد حیوان گزیدگی در محدوده دانشگاه اتفاق بیافتد و محل سکونت فرد استان یا شهرستان دیگری باشد ضمن شروع اقدامات درمان پیشگیری و تزریق سرم و واکسن ضد هاری و ادامه آن، مشخصات و آدرس دقیق محل سکونت و شرح واقعه ضمن گزارش تلفنی، طی نامبر به معاونت بهداشتی محل سکونت وی اعلام می گردد.

۲- کنترل و مراقبت بیماری های مشترک بین انسان و حیوان

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

غیر از برنامه درمان و پیشگیری از هاری بیماری های زیر تحت مراقبت این برنامه قرار می گیرند.

CCHF، تب مالت، سالک، کالا آزار، سیاه زخم، کیست هیداتیک، لپتوسپیروز،... اقدامات لازم به شرح ذیل برای بیماران انجام می شود.

۱. درمان بیماران
۲. گزارش به سطوح بالاتر به صورت تلفنی و کتبی
۳. بررسی اطرافیان
۴. تهیه نمونه از بیماران
۵. آموزش اطرافیان
۶. تکمیل فرم بررسی انفرادی برای هر بیمار
۷. بررسی سیمای اپیدمیولوژیک بیماری
۸. هماهنگی با ادارات و سازمانهای مرتبط برای کنترل بیماری از جمله دامپزشکی، شهرداری
۹. گزارش ماهانه بیماری
۱۰. اجرای برنامه های آموزشی و باز آموزی
۱۱. پایش و ارزشیابی
۱۲. جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده
۱۳. تهیه متون آموزشی
۱۴. تدوین و اجرای برنامه عملیاتی

۵-۱-۲- نام برنامه: مالاریا

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی- پایگاه بهداشتی- خانه بهداشت- بیمارستان- آزمایشگاه

شرح برنامه: مالاریا از قدیمی ترین بیماریهای شناخته شده و یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی کشورهای گرمسیر و نیمه گرمسیر جهان محسوب می شود. سالانه ۳۰۰-۵۰۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا شده که ۲ تا ۳ میلیون نفر از آنان که عمدتاً کودکان و زنان باردار هستند، جان خود را از دست می دهند.

برنامه مالاریا از ۵۰ سال پیش در دانشگاه همزمان با برنامه های کشوری مالاریا آغاز شده است. واز ابتدای سال ۱۳۸۹ برنامه حذف مالاریا همزمان با کل کشور در دانشگاه اجرا میشود. در اجرای برنامه حذف مالاریا در شهرستانهای کشور به لحاظ شرایط انتقال و بار بیماری به به چهار قسمت دسته بندی شده و برای هر گروه اهداف استراتژیک خاصی تدوین گردیده است. که دانشگاه شهید بهشتی جزء منطقه پاک طبقه بندی شده است یعنی سه سال متوالی انتقال محلی مالاریا گزارش نکرده

است. وهدف استراتژیک تعیین شده عبارت است از پیشگیری از استقرار مجدد بیماری در منطقه، که برای نیل به این استراتژی اهداف و فعالیت های ذیل باید انجام شود.

۱. کشف موارد مالاریا در کمتر از ۲۴ ساعت بعد از بروز علائم بالینی
 ۲. تهیه لام خون محیطی از بیماران تدار و مشکوک به مالاریا
 ۳. ارسال لام خون محیطی تهیه شده در کمتر از ۲۴ ساعت به محل تعیین شده (آزمایشگاه مستقر در پست های پاسیو کنترل مالاریا و یا مرکز بهداشتی درمانی)
 ۴. شروع درمان بیمار در اولین فرصت (در ۲۴ ساعت اول) پس از تشخیص،
 ۵. بررسی علائم احتمالی مالاریای شدید در هر بیمار تدار و یا مبتلا به مالاریا در هر نوبت ویزیت
 ۶. پیگیری فعال و بررسی علائم احتمالی مالاریای شدید در روزهای ۲۸-۲۱-۱۴-۷-۳ بیماران مبتلا به مالاریای فالسیپارم و میکس و یا در هر ویزیت بیمار
 ۷. ارائه خدمات درمانی اورژانس و ارجاع فوری موارد مبتلا به مالاریای شدید به سطح بالاتر
 ۸. داروی مورد نیاز بیماران مبتلا به مالاریا زیر نظر مستقیم کارکنان بهداشتی مصرف شود.
 ۹. پیگیری و تهیه لام تعقیب از بیماران مبتلا به مالاریای فالسیپارم و میکس در روزهای ۲۸-۲۱-۱۴-۷-۳ پس از شروع درمان
 ۱۰. پیگیری بیماران مبتلا به ویواکس و تهیه لام خون محیطی در صورت بروز تب در همان روز و تهیه لام خون محیطی در فاصله روز های بیست و یکم تا بیست و هشتم
 ۱۱. مراقبت اکتیو جمعیت تحت پوشش بمنظور کشف بیماران مبتلا به مالاریا با توجه به وضعیت اپیدمیولوژیک شهرستان مربوطه
 ۱۲. آموزش جمعیت تحت پوشش در رابطه با مالاریا (راههای پیشگیری از ابتلا به مالاریا - نشانه های بیماری ..) با توجه به برنامه اجرایی شهرستان مربوطه
 ۱۳. جلب مشارکت مردمی در کنترل مالاریا با توجه به برنامه اجرایی شهرستان مربوطه
 ۱۴. ثبت خدمات (تکمیل فرم های بیماریابی، فرم درمان، کارت مراقبت خانوار و..)
- ۶-۱-۲- نام برنامه: کنترل و مراقبت از بیماری ایدز و آمیزشی

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشت - مرکز بهداشتی درمانی - پایگاه بهداشتی - خانه بهداشت - مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

شرح برنامه: در سالهای اخیر مطالب بسیار زیادی در خصوص ایدز و عفونت HIV در سراسر دنیا و در کشور ما به صورت مکتوب ارائه شده است. در هر کدام از این مکتوبات با توجه به نوع دیدگاه نگارنده و نیز گروه مخاطب در نظر گرفته شده برای کتاب به موضوعات خاصی پرداخته شده است. در کشور ما در سیستم بهداشتی درمانی برنامه مراقبت HIV/AIDS و بیماریهای

آمیزی با توجه به روند بیماری در کشور در حال تبدیل شدن به یکی از بیماری‌های هدف و اساسی برای مراقبت است. برنامه مراقبت ایدز و HIV و بیماری‌های آمیزی برای مداخلات موثر نیازمند دستورالعمل‌های دقیق اجرایی هستند. بنابراین یکی از اجزاء مهم برنامه وجود دستورالعمل‌ها (Guideline) برای سطوح مختلف به تناسب نوع وظیفه است.

عامل بیماری ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) از گروه رترو ویروس‌ها است و دارای ۲ سروتایپ ۱ و ۲ می‌باشد. HIV1 شایعترین عامل در سطح جهان به شمار می‌رود و دارای چندین ساب تایپ با انتشار جغرافیایی متفاوت است. انسان تنها مخزن شناخته شده HIV است.

دوره نهفتگی بیماری:

دوره کمون HIV/AIDS متغیر است. هر چند فاصله زمانی بین ورود ویروس به بدن و مثبت شدن تست سرولوژیک (دوره کمون عفونت) در حدود ۱ تا ۳ ماه است ولی فاصله بین عفونت ناشی از HIV و تشخیص AIDS (دوره کمون بیماری) از ۲ ماه تا ۱۰ سال متغیر است. حدود نیمی از مبتلایان به عفونت ناشی از HIV بدون دریافت داروهای ضد ویروسی در عرض ۱۰ سال دچار AIDS شده‌اند. دوره کمون متوسط بیماری در شیرخواران کوتاهتر از بالغین است و درمان باعث طولانی شدن این دوره می‌شود.

در ایران تقریباً ۲۰۰۰۰ نفر مبتلا به اچ آی وی شناخته شده داریم که تخمین سازمان جهانی بهداشت از موارد اچ آی وی در ایران ۸۳۰۰۰ نفر می‌باشد. اولین برنامه کشوری کنترل و پیشگیری از ایدز در سال ۸۱ تدوین شد (با هدف اختصاصی ۱۱ استراتژی و ۲۷۸ فعالیت اصلی) برنامه دوم از سال ۸۶ تا ۸۸ نوشته شد و اجرا شد (با ۱۰ استراتژی ۷۵ هدف و ۴۹۸ فعالیت اصلی) برنامه سوم کنترل ایدز از امسال بمدت ۵ سال شروع شده است. اجرای برنامه کنترل ایدز در خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز بهداشت، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در سراسر کشور انجام می‌گردد.

خانه بهداشت:

۱- شناسایی افراد با رفتارهای پرخطر ۲- مشارکت در تشکیل گروه‌ها و هسته‌های همیار مردمی ۳- آموزش مستمر و اطلاع رسانی ۴- مشارکت در برنامه‌های کاهش آسیب ۵- مراقبت از افراد مبتلا به بیماری‌های آمیزی ۶- دادن شیر خشک به شیرخواران مادران اچ آی وی مثبت و ارائه آموزش‌های لازم به مادران ۷- اجرای طرح داتس برای مسلولین اچ آی وی مثبت ۸- رعایت احتیاطات استاندارد ۹- پیگیری و ارجاع و ثبت

مرکز بهداشتی درمانی:

۱- مهارت‌های مشاوره، مشاوره قبل از انجام آزمایش و بعد از آزمایش در داوطلبین مشاوره ۲- اقدام‌های لازم در برخورد با افراد پرخطر جهت انجام مشاوره و ارجاع به مشاوره تخصصی ۳- دستورالعمل پیگیری و ثبت ۴- دستورالعمل واکسیناسیون در افراد آلوده به اچ آی وی ۵- اقدام‌های کنترلی در خصوص سل و ایدز ۶- خدمات تنظیم خانواده ۷- ارجاع افراد اچ آی وی مثبت شناسایی شده جهت دریافت خدمات حمایتی ۸- پیگیری رعایت رژیم‌های دارویی مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی ۹- آموزش و اطلاع‌رسانی به جمعیت تحت پوشش

مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری:

۴ مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در دانشگاه شهید بهشتی در مرکز شمال شمیرانات و رامین و شرق و یک پایگاه در شهرستان دماوند مشغول فعالیت هستند.

در مراکز مشاوره خدمات آموزشی، مشاوره، پیشگیری، مراقبت و درمان گروه‌های پرخطر و افراد آلوده و بیمار و آموزش و مشاوره گروه‌های در معرض خطر و هدایت برنامه‌های آموزشی برای عموم مردم جامعه را به عهده دارد. کلیه مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت در ایران موظف به ارائه خدمات مرتبط در این خصوص هستند اما مراکز مشاوره بعنوان مراکز مرجع مسئولیت ارائه خدمات تخصصی تر را به عهده خواهند داشت.

در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اقدامات زیر انجام می‌گردد:

۱- ارائه خدمات به داوطلبین اختیاری مشاوره شامل مشاوره، آموزش راه‌های انتقال، انجام آزمایش در صورت لزوم

۲- ارائه خدمات به افراد دارای رفتارهای پرخطر تزریق مواد و یا جنسی شامل مشاوره ویژه اعتیاد یا جنسی شامل: مشاوره، آموزش روش‌های پیشگیری از انتقال بیماری، اعمال روش‌های کاهش آسیب، تحویل کاندوم، ارجاع به مراکز ویژه ترک اعتیاد، مشاوره با خانواده

۳- ارائه خدمات به مبتلایان STI شامل: -درمان بیمار -تحویل کاندوم-انجام آزمایش -آموزش راه‌های انتقال

-آموزش راه‌های انتقال، درخواست آزمایش -ارائه راه‌های کاهش آسیب شامل کاندوم - تحویل سرنگ -درمان با متادون -آموزش و مشاوره با خانواده

۴- ارائه خدمات به مبتلایان HIV/AIDS

(A) -پیگیری و دعوت فرد و خانواده برای افراد شناسایی شده توسط مشاور

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

-تشکیل پرونده-مشاوره با بیمار-معاینه کامل- درخواست آزمایش های مورد نیاز-واکسیناسیون (شامل پنوموکوک - آنفلوآنزا- توام- هپاتیت)-اقدامات پروفیلاکسی برای سل، PCP، پروفیلاکسی زنان باردار HIV مثبت-ART زیر نظر متخصص عفونی-ارجاع-درمان سایر بیماریهای سرپائی از جمله سل- عفونت- مشاوره روانی-درمان سندرمیک-ارائه خدمات تنظیم خانواده-اصول کاهش آسیب شامل: آموزش- تحویل سرنگ- داروهای ترک اعتیاد-متادون-ارجاع به مراکز ترک اعتیاد-تحویل کاندوم-پذیرایی-تشکیل گروههای همسان در بین بیماران-ویزیت در منزل-ثبت کلیه اقدامات در دفاتر مخصوص و کامپیوتر

B) ارائه خدمات به خانواده افراد آلوده به عفونت HIV/AIDS

-ارجاع جهت دریافت خدمات حمایتی

الف-مشاوره جهت پذیرش بیمار در خانواده

ب-آموزش راههای انتقال

ج-انجام آزمایش همسر بیمار و فرزند بیمار

۷-۱-۲-نام برنامه: مبارزه با سل

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی-پایگاه بهداشتی-خانه بهداشت-بیمارستان-آزمایشگاه

شرح برنامه :تقریباً یک سوم جمعیت جهان یعنی دو میلیارد نفر به میکروب سل الوده ودرخطرابتلابه سل قراردارندوهرساله حدود۹میلیون نفر به سل فعال مبتلا شده وحدود ۱.۵تا۲میلیون نفر دراین بیماری جان می سپارند.

سل یک بیماری باکتریال است که در اثر مایکوباکتریوم توبرکلوزیس و گاه مایکوباکتریوم بویس و مایکوباکتریوم افریکانوم ایجاد میشود. این ارگانسیم ها اسیدفاست باسیل میباشند.

سیاست جهانی کنترل سل: اگرچه اصول درمان سل از ۵۰ سال قبل شناخته شده ودرمان کوتاه مدت بیش از ۲۰ سال است که بکار میرود ولی بیماران مبتلا به سل هنوز در بسیاری از نقاط کشور تشخیص داده نشده و تحت درمان مناسب قرار نمی گیرند.

لذا در آستانه قرن ۲۱، در برابر یک بیماری که عامل آن شناخته شده، داروهای موثر و قوی بر ضد میکروب آن وجود دارد و اپیدمیولوژی بیماری نیز مشخص می باشد؛ سازمان جهانی بهداشت سل را یک فوریت جهانی اعلام نموده است زیرا با پیدایش و انتشار باسیل های مقاوم به چند دارو (MDR)*، مجدداً خطر تبدیل بیماری سل به یک مرض غیر قابل علاج مطرح است

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

خوشبختانه علیرغم مشکلات فوق، امکان کنترل جهانی سل وجود دارد. سیاست سازمان جهانی بهداشت در کنترل سل، راهکار DOTS¹ (درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم) میباشد که شامل یک ساختار موثر برای تشخیص (اسمیر خلط با میکروسکوپ نوری) و درمان (درمان دارویی کوتاه مدت) است.

در سال ۱۳۶۹ بخشنامه ادغام برنامه کنترل و مراقبت سل در نظام شبکه از اداره کل مبارزه با بیماریها به کلیه استانهای کشور صادر شده و پس از آن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۵ بنا به توصیه کمیته فنی کشوری وقت طی بخشنامه ای ضمن ارائه راهکار DOTS جهت مبارزه موثر با بیماری سل، کلیه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات درمانی کشور را ملزم به اجرای آن نمود، همچنین نقش و مسئولیت اجرایی سه سطح مرکزی، میانی و محیطی جهت اجرای موثر و موفق برنامه مبارزه با سل مشخص گردید.

• اهداف جهانی تعیین شده برای برنامه کنترل سل کشورها:

بهبودی کامل حداقل ۸۵٪ موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت

کشف حداقل ۷۰٪ بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت

علائم بیماری: شایعترین علامت بیماری سل ریوی سرفه پایدار به مدت دو هفته یا بیشتر است که معمولا همراه خلط میباشد.

سایر علائم عبارتند از تنگی نفس در دفعه سینه و خلط خونی تب کاهش اشتها کاهش وزن بیحالی تعریق شبانه وضعف عمومی سل میتواند تقریبا تمام اعضای بدن را مبتلا سازد ولی شایعترین شکل بیماری سل ریوی است و در صورتی که اسمیر خلط حاوی اسید فاست باسیل باشد (اسمیر مثبت) به شدت قابل سرایت است. ابتلای سایر اعضای بدن به سل غیر از ریه هاراسل خارج ریوی گویند.

بیمار یابی: بیمار یابی سل اصولا غیر فعال است

تشخیص سل ریوی: برای این کار از فرد مشکوک سه نمونه خلط در عرض ۳ تا ۲ روز جمع آوری و مورد آزمایش میکروسکوپی اسمیر خلط قرار میگیرد.

تشخیص سل خارج ریوی: به کمک آزمایشات باکتریولوژیک رادیولوژیک بافت شناسی و سایر روشهای تکمیلی دیگر توسط پزشک معالج تشخیص داده میشود.

درمان: درمان دارویی تحت نظارت مستقیم و رایگان میباشد

¹ Directly Observed Treatment , Short -course

پروتکل کشوری برخورد با بیماری: گزارش دهی غیر فوری نظام ثبت و گزارش دهی:فرمهای خاصی برای فعالیت های مبارزه با سل تهیه و تنظیم شده است که هر کدام از فرم های مزبور جایگاه خاصی داشته و برای منظور خاصی مورد استفاده قرار خواهد گرفت .

ثبت اطلاعات بر اساس دفتر ثبت سل کشوری انجام می گیرد و سپس در برنامه نرم افزاری TB Register وارد وبه ستاد معاونت بهداشتی ارسال شده ، پس از بازمینی و ویرایش به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می گردد.

وظایف بهورز در برنامه کنترل سل: ۱. شناسایی افراد مشکوک ۲. ارجاع افراد مشکوک به مراکز بهداشتی درمانی متبوع ۳. تهیه و ارسال نمونه خلط ۴. اجرای DOTS ۵. آموزش بیمار و خانواده او و پیگیری موارد تماس

۶. ثبت و گزارش یافته ها ۷. آموزش جمعیت تحت پوشش ۸. ایمن سازی

وظایف کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی در برنامه کنترل سل:

۱. شناسایی افراد مشکوک ۲. تهیه و ارسال نمونه خلط ۳. اجرای DOTS ۴. تجویز داروی ضد سل

۵. آموزش بیمار و خانواده او و پیگیری موارد تماس ۶. ثبت و گزارش یافته ها (ثبت و تکمیل کارت درمان سل) ۷. آموزش جمعیت تحت پوشش

۲-۲- واحد کنترل و مبارزه با بیماریهای غیر واگیر

روند صعودی بروز و شیوع بیماریهای غیر واگیر در کنار سوانح و حوادث عمدتاً ناشی از شیوه‌های جدید زندگی یا به عبارت دیگر زندگی صنعتی، شهرنشینی و مدرنیسم می‌باشد. متأسفانه ماهیت بیماری های غیر واگیر به گونه ای ست که افزایش بروز و شیوع این بیماری ها طی مدت زمان نسبتاً زیادی رخ می دهد و بدلیل ارتباط مستقیم با شیوه زندگی و فرهنگ جوامع، کنترل آنها به زمان بسیار بیشتری نیاز دارد.

۱-۲-۲- نام برنامه: ادغام دیابت در نظام سلامت

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی -خانه بهداشت

شرح برنامه: در ایران حداقل ۳ میلیون مبتلا وجود دارد و شیوع آن در جمعیت بالای ۳۰ سال ۷/۲٪ تخمین زده شده است. در میان انواع کلینیکی این بیماری، دیابت نوع ۲ به دلیل شیوع بالا- بی علامت بودن در سالهای آغاز و وجود راهکارهای پیشگیرانه مؤثر و هزینه اثر بخش بیشتر مورد توجه است. دیابت به ویژه نوع ۲ آن که تا قبل از معرفی صریح خود تحت این عنوان، مدت ها بدون آنکه حضور خود را اعلام کند، با ایجاد اختلال متابولیک ناشی از بالا بودن گلوکز پلاسما، عوارض

ماکرو سلولار خود را شکل می دهد و تنها چیزی که این بیوگرافی تاریک را روشن می سازد، وجود راهکارهای پیشگیرانه است.

در برنامه (فاز ۱) ادغام دیابت در نظام سلامت کلیه جمعیت روستایی بالای ۳۰ سال جهت بررسی عوامل خطر بیماری بررسی و در صورت لزوم با انجام آزمایش FBS بررسی و در صورت وجود بیماری تحت مراقبت و پیگیری قرار می گیرند. کلیه زنان باردار پس از بررسی عوامل خطر با انجام آزمایش GCT بررسی می شوند. در این برنامه ضمن غربالگری دائمی مادران باردار، هر سه سال یک بار افراد بالای ۳۰ سال از نظر عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر طبق فرم شماره (۱) غربالگری شده و در صورت وجود هر یک از عوامل خطر آزمایش FBS انجام می شود و در صورتی که بالا ۱۲۶ میلی گرم در صد باشد آزمایش مربوطه بار دیگر تکرار می شود و با تائید آزمایش دوم، فرد به عنوان بیمار تلقی شده و ضمن ثبت در پرونده خانوار باید هر سه ماه توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوطه ویزیت شده و هر ماه آزمایش قند خون ناشتا تکرار گردد.

در فاز (۲) برنامه ادغام دیابت در نظام سلامت که در شهر تهران بزرگ و پنج شهر بزرگ دیگر کشور که بیش از یک میلیون نفر جمعیت دارند، به اجرا در خواهد آمد، با توجه به اینکه پر جمعیت ترین شهرستان تحت پوشش این معاونت زیر یک میلیون نفر جمعیت دارد، تنها برنامه در شهر تهران بزرگ تحت پوشش سه مرکز شمال، شرق و شمیرانات آغاز شد تا به یاری خداوند متعال در سال آینده در شهرهای با جمعیت بین ۲۰/۰۰۰ تا یک میلیون نفر اجرایی شود.

این برنامه شامل شش جزء تشکیل دهنده بسیار مهم است: اطلاع رسانی و آموزش - غربالگری وجود عوامل خطر بروز بیماری دیابت - انجام آزمون غربالگری بیوشیمیایی - تشخیص بیماری - مراقبت و ارزشیابی

در این برنامه تیمی متشکل از یک پزشک، یک پرستار و یک کارشناس تغذیه کلیه جمعیت شهری بالای ۳۰ سال و مادران باردار را طبق فرم شماره (۱) غربالگری کرده و طبق فاز یک برنامه با بیمار برخورد می شود ضمن اینکه امکان آموزش برای گروههای پر خطر و مشاوره تغذیه نیز برای این گروه فراهم است.

۲-۲-۲- نام برنامه: کم کاری تیروئید نوزادان

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی - خانه بهداشت

شرح برنامه: کم کاری مادرزادی تیروئید یکی از علل مهم قابل پیشگیری عقب افتادگی ذهنی در نوزادان است. اغلب نوزادان در بدو تولد کاملاً طبیعی به نظر می رسند. هورمونهای تیروئید نقش عمده ای را در رشد و تکامل اعضای بدن به خصوص سیستم عصبی مرکزی هر فرد به عهده دارد. ارگانیزاسیون و میلینی شدن مغز بویژه تحت تاثیر این هورمون می باشد. اطلاعات موجود در زمینه میزان بروز بیماری هیپوتیروئیدی نوزادان در جهان بر اساس نتایج بدست آمده از مناطقی از جهان است که غربالگری بصورت اجباری در آنها انجام میشود. بطور کلی میزان بروز بیماری در جهان ۱ در هر ۴۰۰۰-۳۰۰۰ تولد برآورد

شده که بر اساس مطالعات انجام شده این میزان در کشور ما برابر ۱ در هر ۹۱۴ تولد میباشد. (۴ برابر جهان) ازدواج های فامیلی را میتوان بعنوان یکی از عوامل مساعد کننده در بروز بالاتر بیماری در کشور در نظر گرفت. نتایج آزمونهای روان سنجی نشان داده است که ضریب هوشی نوزادان هیپو تیروئید به موقع درمان شده مشابه جمعیت نرمال بوده است ولی به دلیل کم و غیر اختصاصی بودن علائم و نشانه های کم کاری مادرزادی تیروئید در اوایل دوران شیر خوارگی و نوزادی، در اغلب موارد تشخیص بیماری با تاخیر صورت می گیرد.

در برنامه غربالگری نوزادان کلیه متولدین زنده ۳-۵ روزه در نزدیکترین خانه یا مرکز بهداشت با استفاده از لانسست اتوماتیک ویژه نوزادان و با استفاده از کاغذ گاتری نمونه گیری شده و این نمونه ها حداکثر در عرض ۴۸ ساعت و از طریق پست پیشتاز به آزمایشگاه مرکزی معاونت ارسال می گردد. آزمایشگاه موظف است حداکثر ظرف ۷۲ ساعت موارد مشکوک را به مرکز مربوطه جهت پیگیری و انجام آزمایش تائیدی ویریدی گزارش تلفنی کند. پس از انجام آزمایش ویریدی با نظر پزشک مربوطه برای بیماران درمان حد اکثر در روز ۲۸ تولد آغاز می گردد و بدین ترتیب از ایجاد هر گونه کاهش در بهره هوشی نوزاد جلوگیری به عمل می آید. ثبت اطلاعات بر اساس فرم های استاندارد کشوری انجام می گیرد.

آموزش کارکنان در سطح مراکز و شبکه های بهداشتی در طی سال به صورت جلسات آموزشی حضوری، بازدیدها و سمینارها انجام خواهد گرفت.

۳-۲-۲- نام برنامه: پیشگیری از سوانح و حوادث

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی - بیمارستانها - مراکز اورژانس ۱۱۵

شرح برنامه: سوانح و حوادث از بزرگترین مشکلات دنیای امروز به شمار می رود و در واقع سومین علت مرگ در کلیه سنین و اولین علت مرگ در سنین زیر ۴۰ سال است. وجود گروههای آسیب پذیر در منزل از جمله کودکان و سالمندان بر اهمیت موضوع می افزاید. وقوع مرگ و میر ناشی از حوادث خانگی در سنین کودکی و جوانی موجب می شود که شاخص سالهای از دست رفته عمر بعثت حوادث (DALYS) رقم بالایی را به خود اختصاص دهد. از جمله مهمترین عوامل بروز حوادث در منزل باورها و اعتقادات فرهنگی غلط در میان مردم است که تصور می کنند خانه یک محل امن است و می توانند با خیال آسوده در آن به سر برند و نیازی به رعایت اصول ایمنی نداشته باشند و تلاشی در جهت رفع نواقص ایمنی نمایند. بسیاری از مردم بر این باورند که ایمن کردن منزل مستلزم هزینه بالایی است و از آن صرف نظر می کنند. برخی از مردم نیز تصور می کنند که حوادث قابل پیشگیری نیستند و ناشی از قضا و قدر و سرنوشت می باشند.

طرح پیشگیری از سوانح در دانشگاه شهید بهشتی از سال ۱۳۷۸ در محورهای بازدید منزل و ثبت مصدومین حوادث خانگی شروع گردیده است.

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

در برنامه ریزی جامع عملیاتی سال ۱۳۸۹ ضرورت تداوم آموزشها بمنظور ارتقاء سطح آگاهی کارکنان سیستم بهداشتی و همچنین افراد جامعه و گروههای در معرض خطر کاملاً لازم بنظر می رسد. از آنجائی که ثبت مصدومین در حال حاضر ادامه دارد تعیین روند اپیدمیولوژیک بمنظور لحاظ نمودن در برنامه ریزی سالهای آتی امری غیر قابل اجتناب است. نظارت و پایش عملیات جهت افزایش کمی و کیفی در دو محور بررسی وضعیت ایمنی در منازل و ثبت مصدومین ناشی از حوادث امری ضروری بنظر میرسد.

برقراری هماهنگی های لازم درون بخشی جهت پشتیبانی نیروی انسانی، تجهیزات لازم و هماهنگی برون بخشی جهت همیاری سایر ارگانها جهت ارتقاء رعایت نکات ایمنی در منازل و پیشگیری از افزایش مصدومین قابل توجه است.

انجام و باز خورد نتیجه بازدیدهای نظارتی جهت ارزیابی و ارزشیابی چگونگی فعالیت سیستم های مادون قابل توجه است.

موارد فوق الذکر در برنامه ریزی سال ۱۳۸۹ برنامه پیشگیری سوانح و حوادث لحاظ میگردد.

بدیهی است انجام بازدیدهای منازل با توجه به چک لیست های مربوطه مطابق دستورالعملها در سطح مراکز بهداشت و شبکه های تابعه ادامه داشته و در برنامه عملیاتی می بایست لحاظ گردد.

با توجه به برنامه پیش بینی شده در سال آتی وزارت متبوع طرح کشوری پیشگیری از حوادث بر مبنای جامعه ایمن می باشد انجام برنامه ریزی و تدارکات مربوطه ضروری است.

۴-۲-۲- برنامه های پیشگیری از بیماریهای ژنتیک

۴-۲-۲-۱- برنامه کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی - خانه بهداشت،

شرح برنامه: در این برنامه آموزش و یژه ی گروه های هدف در قالب یک سیستم که بر آموزش گروه های جوان در آستانه ازدواج تأکید دارد در شبکه ی بهداشتی درمانی ادغام شده است و سالانه به انجام می رسد. آزمایشگاه های غربالگری ناقلین تالاسمی در کشور در قالب یک شبکه برنامه ریزی شده اند. براساس میزان جمعیت در شهرها، آزمایشگاه های خصوصی و دولتی که امکانات لازم برای انجام آزمایش های غربالگری تالاسمی را دارند و اجرای دستورالعمل های کشوری پیشگیری از تالاسمی را پذیرفته اند، شبکه ی آزمایشگاه های تشخیص ژنتیک از سال ۱۳۷۸ تشکیل شده و در حال تکمیل است. وظیفه ی اصلی این شبکه، انجام آزمایشهای ژنتیک و تشخیص پیش از تولد تالاسمی است. این شبکه نیز در PHC ادغام شده و با سایر

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

سیستم ها و شبکه های برنامه هماهنگ است ، به نحوی که موارد ارجاعی از سوی مشاوران ژنتیک (تالاسمی) را می پذیرد و به آنها پس خوراند می دهد.

شبکه ی مشاوره ی ژنتیک متشکل از تیم های مشاوره ی ژنتیک است .این تیم ها در هر شهرستان در یک یا چند مرکز بهداشتی درمانی برحسب جمعیت مستقر هستند . هر تیم از یک پزشک و یک کارشناس / کاردان تشکیل شده است . آموزش های این تیم ها به صورت غیرحضوری و حضوری سالانه به انجام می رسد .این شبکه مسئول مشاوره ی زوج های ناقل تالاسمی است .بعد از مشاوره مراتب جهت مراقبت و پیگیری های بعدی اعلام می شود.شبکه ی مراقبت زوجهای ناقل تالاسمی را تا تکمیل خانواده با ۲ فرزند سالم همراهی می کند و سپس آنها را جهت استفاده از روش های دائم پیشگیری از بارداری ارجاع می دهد

استراتژی اول: در این استراتژی تمام متقاضیان ازدواج جهت شناسایی زوج های ناقل تالاسمی و مراقبت ویژه براساس فلوجارت مراقبت بررسی می شوند.

استراتژی دوم:در این استراتژی والدین بیماران تالاسمی جهت شناسایی زوج های واجد شرایط بارداری و مراقبت براساس فلوجارت مربوط بررسی می شوند.

۲-۲-۴-۲- برنامه کشوری کنترل بیماری فنیل کتونوری و کاهش عوارض کمبود G6PD

محل ارائه برنامه : مراکز بهداشتی درمانی ،خانه های بهداشت ،آزمایشگاه ،مرکز پزشکی مفید

شرح برنامه : استراتژیها وروش اجرا:

استراتژی ها:

۱- غربالگری و شناسایی کودکان مبتلا و درمان استاندارد آنها.

۲- مشاوره ژنتیک و پیشنهاد تشخیص پیش از تولد جنین در حاملگی های بعدی مادر کودک.

هر نوزاد بعد از تولد در زایشگاه(یا در مرکز تسهیلات زایمانی در روستا) باید توصیه های لازم مبنی بر اهمیت آزمایشات غربالگری در روز ۳ تا ۵ نوزادی و منوط بودن دریافت گواهی ولادت به انجام نمونه گیری برای غربالگری را توسط کارکنان زایشگاه، دریافت دارد.

در روز ۳ تا ۵ با مراجعه نوزاد به مرکز نمونه گیری، پاشنه پای نوزاد توسط فرد آموزش دیده (به روشی که در متن آموزشی آزمایشگاه در این برنامه آمده است) لانتست زده می شود و چند قطره از خون مویرگی بر روی کاغذ گاتری بر حسب پروتکل نمونه گیری، گرفته می شود و کاغذها در هوای مناسب خشک شده و براساس پروتکل ارسال، در پاکت گذاشته می شود و در پایان روز با سایر نمونه های خون تهیه شده از سایر نوزادان به آزمایشگاه فرستاده می شود. بدیهی است که لازم است مشخصات کامل نوزاد قبل از گرفتن نمونه خون بر روی فرم مخصوص و بر روی کارت گاتری بطور همزمان و توأم نوشته شود.

آزمایشگاه به محض دریافت نمونه ها، آزمایشات را انجام داده و در صورت وجود مشکل، این امر را توسط تلفن، فوری به اطلاع نیروهای بهداشتی تعیین شده در دستورالعمل می رساند و نیروی مسئول فوری والدین نوزاد را برای اخذ نمونه خون (جهت آزمایش تائید) دعوت مینماید. نمونه همان روز تهیه شده و برای انجام آزمایش تائید ارسال می شود و مورد آزمایش قرار می گیرد و در صورت تائید مجدد مشکل، فوراً (با تلفن) به مرکز بهداشت شهرستان اعلام می شود. مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی پوشش دهنده محل سکونت را آگاه می سازد و این مرکز، والدین نوزاد را فراخوان می نماید و ایشان را بعد از راهنمایی و ارائه کارت مخصوص که آدرس و مشخصات و روزهای ملاقات در آن ذکر شده است، برای درمان به بیمارستان منتخب مرکز استان ارجاع می نماید. متخصص بالینی همان روز درمان را برای نوزاد آغاز می کند. پروتکل درمان و آزمایشات دوره ای برای بیمار در همین مرحله طراحی می شود و ثبت اطلاعات در پرونده درمانگاه و پرونده شخصی بیمار صورت می گیرد. بیمار توسط کارشناس تغذیه در همین مرحله ویزیت می گردد و برنامه غذایی وی برای او تنظیم می شود. بیمار بعد از این، برای دریافت شیر به داروخانه بیمارستان مراجعه می نماید. بعد از تنظیم فیل آلانین خون بیمار به بیمارستان منتخب شهرستان ارجاع می شود. در این بیمارستان بررسی بالینی بطور منظم براساس آزمایش کنترل درمان انجام می شود و بیمار بر اساس زمان تعیین شده برای کارشناسی تغذیه یا در صورت بروز مشکلات و شرایط جدید و نیاز به کارشناس تغذیه به بیمارستان منتخب مرکز استان ارجاع میشود. پزشک متخصص شهرستان موظف است وضعیت بیمار را بعد از هر بار معاینه بالینی در پرونده درمانگاه ثبت نماید. ارجاع به کار درمانی و مشاوره ژنتیک اولین بار در بیمارستان منتخب مرکز استان صورت می گیرد ولی انجام آن توسط متخصص بالینی بیمارستان شهرستان پیگیری می شود و ارجاعات بعدی بر حسب ضرورت توسط همین متخصص به انجام می رسد. تهیه لیست بیماران مراجعه کرده به بیمارستان منتخب مرکز استان و شهرستان در فرم مربوطه از سوی این بیمارستان ها صورت میگیرد و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. سیستم مراقبت بهداشتی موظف است، اجرای صحیح درمان در بیمار و مراجعات منظم وی برای کنترل بالینی و آزمایشگاهی

را براساس راهنماییهای بیان شده در فرمهای بالینی و تغذیه موجود در پرونده شخصی بیمار پیگیری نماید. این سیستم همچنین چگونگی اجرای مراقبت را به سطوح بالاتر و در فرم مربوطه گزارش می نماید. نوزادان بعد از غربالگری و در صورت تأیید آزمایش مثبت غربالگری به درمانگاه یا متخصص منتخب کودکان ارجاع می شوند. در این ویزیت ضمن بررسی کودک مورد نظر از نقطه نظر طب کودک سالم، راهنمایی لازم به والدین داده خواهد شد. در صورتی که نوزاد دچار زردی باشد برخورد لازم طبی صورت می گیرد. ضمناً برگه مربوط به داروهای که باید از آنها احتراز شود به دفتر بیمه کودک در زمانی که آزمایش تایید در ۱۲۰ روزگی انجام شد و کمبود G6PD تأیید گشت الصاق می شود. در بیمارستان های اصلی شهر کلیه موارد بستری بدلیل لیز گلوبولی با علت کمبود با ذکر تعداد روز بستری و میزان خون دریافت شده ثبت و گزارش می شود. هر ۳ ماه جمع آوری این اطلاعات می بایست توسط مرکز بهداشت شهرستان یا مرجعی که این مرکز تعیین می کند، صورت پذیرد. ذکر دقیق اسم، فامیل، شماره شناسنامه (و یا کد ملی)، نام پدر و مادر در برگه های ثبت ضروری است. ثبت موارد تعویض خون نوزادان به دلیل هیپر بیلی روبینمی ناشی از روزهای بستری در بخش های نوزادان صورت می گیرد. بدین ترتیب مسئولین برنامه در مراکز بهداشت شهرستانها باید بیمارستان های اصلی را شناسایی و فرم ثبت را در اختیار سوپر وایزرها و مسئولین بخش های ذکر شده (نوزادان و هماتولوژی یا عمومی کودکان) قرار دهند و هر ۳ ماه برای جمع آوری به این مراکز مراجعه نمایند.

۳-۲- معرفی واحد سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۱-۳-۲- نام برنامه: سلامت روانی

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی- پایگاه بهداشتی- خانه بهداشت

شرح برنامه: اختلالات روانی و رفتاری اختلالاتی شایع هستند که ۲۵٪ افراد در طول زندگی به آنها دچار می شوند. بعلاوه این اختلالات در تمام کشورها و جوامع، و در تمام سنین و در هر دو جنس دیده می شود و افراد را در جوامع شهری و روستائی و نیز در گروههای فقیر و غنی درگیر می سازد.

با همین نگرش برنامه ادغام بهداشت روان در PHC در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از سال ۱۳۷۰ تا کنون در حال اجرا می باشد. با توجه به بررسیهای صورت گرفته در ۱۲ ماه سال ۱۳۸۸ شاخص بیماریابی در دانشگاه ۱۶/۵۵ می باشد که با توجه به شاخص کشوری ۱۰/۵ وضعیت دانشگاه در حد مطلوب بسر می برد. جمعیت تحت پوشش این برنامه ۱۲۴۸۹۱ نفر بوده که در چهار شبکه بهداشت و درمان شهرستان ورامین، دماوند و پاکدشت، فیروزکوه و یک مرکز بهداشت شمیرانات بصورت فعال در حال اجرا می باشد.

هدف کلی این برنامه حفظ، تامین و ارتقاء سطح سلامت روان در نظام شبکه های بهداشتی دانشگاه بوده که با توجه به مطلب فوق برنامه های مهارت های زندگی، مهارت های فرزند پروری، پیشگیری از خودکشی، پیشگیری از آسیب های روانی و اجتماعی در بلایا و پیشگیری از خشونت علیه زنان و کودکان آسیب دیده از برنامه های در حال اجرا و زیر مجموعه برنامه بهداشت روان می باشند.

با توجه به دستورالعمل کشوری برنامه بهداشت روان طبقه بندی بیماریها به ۵ دسته بیماران شدید روانی (۱/۱۶) و خفیف روانی (۳/۸۷) و صرع (۱/۹۸) و عقب مانده ذهنی (۲/۴) و سایر موارد (۱/۱) تقسیم بندی می گردد که با توجه به متون آموزشی موجود و کارگاه های اجرا گردیده بهورزان در سطح اول اقدام به شناسائی اولیه بیماران بر اساس علائم موجود نموده و پس از تکمیل فرم های ارجاع و مراقبت جهت بررسی و تشخیص به پزشک در سطح دوم مرکز ارجاع داده می شوند که در صورت تائید بیماری عصبی روانی، بیمار در یکی از دسته های فوق الذکر طبقه بندی و دارای پرونده فعال خواهد شد که بهورز هر مرکز مسئولیت پیگیری ماهانه بیمار و ارجاع جهت ویزیت در تاریخ های معین شده را خواهد داشت.

این بیماران توسط پزشک هر مرکز ویزیت و بر اساس پروتکل درمانی و داروهای تعیین شده بصورت رایگان خدمات دریافت خواهند داشت. اما در صورتیکه بیمار نیازمند دریافت خدمات تخصصی باشد پس از تکمیل فرم ارجاع به سطح سوم در شهرستان که مسئولیت آن بعهده پزشک عمومی دوره دیده یا روانپزشک متخصص می باشد ارجاع خواهد گردید. تکمیل فرم شرح حال اولیه روانپزشکی، ثبت مراجعات و دستورات دارویی و غیر دارویی بعهده پزشک سطح دوم مراکز می باشد.

اما در سیستم مراکز شهری که در مرکز بهداشت شرق، شمال و شمیرانات برنامه اجرا می گردد برنامه دارای تفاوت های می باشد. در مناطق شهری مراکز تحت عنوان مرکز مشاوره بهداشت روانی شهری با حضور کارشناسان بهداشت روانی مشغول به ارائه خدمات مشاوره ای، آموزشی و درمانی می باشند که در این مراکز نیز سیستم ثبت و گزارش آمار مانند مراکز روستائی بصورت فعال و ماهانه صورت می گیرد.

۲-۳-۲- نام برنامه: پیشگیری از سوء مصرف و کاهش آسیب

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی

شرح برنامه: اعتیاد به مواد مخدر بعنوان یکی از مشکلات بهداشتی، پزشکی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد به مواد مخدر یک بیماریست که می باید از سه جنبه جسمی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. توجه به اعتیاد بعنوان یک معضل اجتماعی و یک مشکل بهداشتی در ایران پیشینه ای طولانی دارد. در مجموع برنامه های اجرا شده تا سال ۱۳۸۷ در جهت کنترل عرضه و کاهش تقاضا موفقیت چندانی را در بر نداشته است.

با توجه به پدیده پیچیده اعتیاد و بمنظور مهار بیماریهای رفتاری از سال ۱۳۸۱ و با توجه به سیاستهای وزارت بهداشت اولین مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری در دانشگاه راه اندازی گردید که ابتدای فعالیتهای کاهش سوء مصرف مواد را به این مرکز و تحت عنوان واحد MMT می توان اشاره نمود. با توجه به حساسیت موضوع و درمان چند جانبه این بیماران حضور کارشناس بهداشت روان در سیستم این مراکز بعنوان یکی از ارکان اصلی و غیر قابل تغییر مورد بحث مسئولین و در نهایت تصویب این موضوع گردید.

اما با توجه به اینکه بیماران خدمت گیرنده این مراکز محدود به بیماران HIV+ بوده و با توجه به تغییر روش مصرف مواد در معتادین در سال ۱۳۸۳ این دانشگاه با توجه به سیاستهای جدید آن زمان اداره سلامت روان و اعتیاد وزارت متبوع اقدام به اجرای برنامه نظام ساماندهی معتادان خیابانی سخت دسترس نموده که در سال ۱۳۸۴ اولین مرکز گذری کاهش آسیب (DIC) در محدوده شرق تهران با تحت پوشش قرارداد ۱۰۰ نفر معتاد سخت دسترس شروع بکار نموده است. با توجه به گسترش برنامه های کاهش آسیب در سال ۱۳۸۶ سه مرکز دیگر در محدوده دانشگاه شروع به فعالیت نموده که یش از ۵۰۰ معتاد را تحت پوشش برنامه کاهش آسیب قرار داده است. در حال حاضر ۵ مرکز در ۵ محدوده پرخطر با ۱۰ تیم سیار در حال ارائه خدمات کاهش آسیب به بیش از ۹۸۴ معتاد بی خانمان می باشند.

ضمناً برنامه درمان با آگونیستهای درمانی از سال ۱۳۸۰ در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری در حال اجرا می باشد. در حال حاضر در سه مرکز ورامین، بوعلی و دگمه چی برنامه درمان با متادون جهت ۲۷۲ بیمار تحت پوشش در حال اجرا است.

هدف کلی برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد کاهش مخاطرات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی در سوء مصرف کنندگان مواد می باشد که با توجه به مطلب فوق افزایش دسترسی به جمعیت دارای رفتار پر خطر مصرف مواد، توانمند سازی، بازگرداندن معتادان خیابانی به آغوش خانواده و اجتماع، کاهش وقوع جرم و ایجاد امکان درمان مصرف کنندگان مواد با استفاده از رویکردهای مختلف و ارائه خدمات فعال کاهش آسیب از جمله اهداف اختصاصی اجرای این برنامه می باشد. مرکز گذری کاهش آسیب (DIC) با توجه به اینکه در یک نگاه مرکز ساده ای بنظر می رسد، اما باید به این نکته توجه داشت که تنها مکانی است که می توان مباحث کاهش آسیب که عبارتند از تزریق و روابط جنسی ایمن را به زبانی ساده توسط یک روانشناس یا یک معتاد بهبود یافته به این افراد ارائه نمود. ضمن دریافت اطلاعات و آموزش در این مراکز خدمات رفاهی نیز ارائه می گردد. نظارت مستمر و مستقیم بر خدمات رسانی و فعالیت مراکز و ارسال آمارهای درمانی و خدماتی در این مراکز بعهده معاونت امور بهداشتی دانشگاه می باشد.

۳- گروه تخصصی تغذیه، بهداشت و تنظیم خانواده

تهیه و تنظیم:

دکتر سید کاظم شاه زاده فاضلی - زهرا مجدفر - گوهر محمدی

زهرا کرمی - فرشته فزونی - پروانه موسوی - مهرگان امامی نایینی

شهناز دلبرپور احمدی - فاطمه عرب علیدوستی

این گروه از سه واحد امور جمعیت و تنظیم خانواده، واحد بهداشت مادران، کودکان و سالمندان و واحد بهبود تغذیه جامعه تشکیل شده است.

۱-۳- واحد امور جمعیت و تنظیم خانواده

این واحد دارای یک نفر کارشناس مسئول و دو نفر کارشناس است و دارای دو برنامه جمعیت و تنظیم خانواده می باشد. این واحد در وزارت متبوع در زیر گروه دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس قرار گرفته است و به نام اداره جمعیت و اداره تنظیم خانواده می باشند که واحد ما در معاونت بطور مستقیم باین دو اداره فعالیت و همکاری می نماید. گروه هدف این اداره کلیه افراد ساکن در کشور اعم از زنان ۴۹-۱۰ ساله ایرانی و غیر ایرانی و مردان ایرانی و غیر ایرانی دارای همسر ۴۹-۱۰ ساله می باشد. خدمات توسط پرسنل بهداشتی درمانی (بهورز، کاردان، کارشناس، ماما و پزشک) نیروهای آموزش دیده مردمی، ماما روستا و رابطین در بخش های دولتی و غیرانتفاعی ارائه میگردد.

۱-۳-۱- برنامه جمعیت عمدتاً در خصوص حرکات، ترکیب و توزیع جمعیت در جوامع و مناطق مختلف می باشد. مهم ترین هدف در این برنامه هماهنگی ساختار جمعیتی با روند توسعه اقتصادی و اجتماعی است که خود منجر به بهبود کیفیت زندگی مردم گردیده و به دولت مردان اجازه تصمیم گیری و مدیریت برای برآورد نمودن و دست یابی به نیازهای جامعه از نظر مسکن، آموزش، اشتغال و..... را می دهد. مهمترین شاخص های این برنامه شامل نرخ رشد جمعیت، محاسبه ساختار سنی -جنسی جمعیت، نسبت سرباری، بعد و تعداد خانوار، تراکم جمعیت، روند تغییرات جمعیت و.... می باشد.

۱-۳-۲- برنامه مشاوره و ارائه خدمت تنظیم خانواده به عنوان ابزار تامین سلامت مادران و کودکان بکار می رود که شامل کنترل عفونت و استریلیزاسیون در واحدهای مامایی، امنیت کنتراسپتیوها، آموزش و مشاوره پیش و حین ازدواج، پایش برنامه های IUD گذاری و وازکتومی، آموزش پزشکان متقاضی خدمت وازکتومی، نظارت، ارزشیابی و پایش برنامه های جاری و واحد در ستادها و سطوح ارائه دهنده خدمت، انتقال آموزشها و اطلاعات به کلیه سطوح و انجام تحقیقات کاربردی و..... می باشد.

مهمترین خدمت این واحد مشاوره و ارائه خدمت تنظیم خانواده می باشد که در کلیه سطوح اعم از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، پایگاهها و خانه های بهداشت دولتی بصورت رایگان در اختیار افراد قرار میگیرد که شامل قرصهای ترکیبی (تری فازیک، LD)، لاینسترونول (جهت زنان در دوران شیردهی)، کاندوم، IUD، آمپول های تزریقی سه ماهه (دپومدروکسی پروژسترون استات)، ترکیبی یک ماهه (سیکلوفم)، روش اورژانس پیشگیری از بارداری به نام لوونورژسترون، بستن لوله در مردان بدون تیغ جراحی (NSV یا وازکتومی)، بستن لوله در زنان (TL) می باشد. شاخص های مهم این برنامه عبارتست از درصد شیوع استفاده

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

از روش های پیشگیری از بارداری، درصد حاملگی ناخواسته، درصد استفاده از روش ها، رضایت مراجعین دریافت روش های تنظیم خانواده و... می باشد.

- امنیت کنتراسپتیو ها فعالیت هایی است در راستای تامین امنیت اقلام پیشگیری از بارداری شامل محصول مناسب، مقادیر مناسب، شرایط نگهداری مناسب، محل نگهداری، در زمان مناسب و با صرفه هزینه مناسب می باشد.
- در فعالیت های مربوط به کنترل عفونت در واحد های مامایی در جهت پیشگیری از انتقال عفونت به کلیه گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت می باشد با توجه به کثرت مراجعین به مراکز ارائه دهنده خدمت و ارتباط مستقیم سلامت مادران با سلامت جامعه و افزایش میزان شیوع بیماریهای منتقله از راه جنسی (STI) و ایدز، کنترل عفونت و اطمینان از استریل بودن وسایل ضروری می باشد.
- آموزش و مشاوره پیش و حین ازدواج در بالا بردن آگاهی و بهبود عملکرد زوج های جوان در زمینه مسائل بهداشت باروری باهدف افزایش استفاده از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری می باشد.
- ارائه خدمت وازکتومی شامل تربیت پزشک وازکتومی و ارائه خدمات مشاوره و NSV (وازکتومی بدون تیغ جراحی) می باشد.

۲-۳- واحد بهداشت مادران، کودکان و سالمندان

هدف واحد بهداشت مادران، کودکان و سالمندان حفظ و ارتقای سلامت مادران، شیرخواران، کودکان، میانسالان و سالمندان است.

این واحد دارای سه کارشناس و یک کارشناس مسئول است و دارای برنامه های سلامت مادران، سلامت کودکان ترویج تغذیه با شیر مادر، مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه، سالمندان و میانسالان است

۱-۲-۳- نام برنامه: سلامت مادران

محل ارائه برنامه: کلیه مراکز بهداشتی، پایگاههای بهداشتی و خانه های بهداشت تابعه

هر بار که زنی حامله میشود، اتفاقی که در جهان سالانه ۲۰۰ میلیون بار رخ میدهد، در معرض خطر مرگ قرار می گیرد و عوارض غیرقابل پیش بینی می تواند جامعه را با صدمات غیرقابل برگشت، نظیر مرگ یا معلولیت مادر و کودک روبرو کند. حداقل ۴۰٪ از کلیه زنان باردار طی دوران بارداری، برخی از عوارض این دوره را تجربه کرده اند که ۱۵٪ از این عوارض مرگ بارند و به مراقبتهای فوری و اورژانسی زایمان نیاز دارند.

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، عوارض ناشی از بارداری و پس از زایمان علت اصلی مرگ زنان در سنین باروری محسوب میشود. در هر دقیقه بیش از یک مادر به دلیل عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست میدهد و به طور کلی ۵۸۵۰۰۰ مادر به همین دلیل هر سال از بین میروند. این شاخص در کشور ما طی آخرین بررسی ها ۳۷/۴ درصد هزار تولد زنده می باشد. شاخص مرگ مادران یا MMR نسبت مرگ مادران در اثر بارداری و زایمان به صد هزار موالید زنده می باشد. کمتر از

یک درصد این مرگها در کشورهای توسعه یافته اتفاق می افتد، بررسیهای گوناگون ثابت کرده که در صورت تامین منابع و در اختیار قرار گرفتن خدمات کافی، این مرگها قابل پیشگیری است.

علاوه بر مرگهای ناشی از عوارض دوران بارداری و زایمان، در هر سال زنان با بیش از ۵۰ میلیون مشکل بهداشتی مرتبط به مادری روبرو می باشند در ایران در همان سالهای ارائه خدمات اولیه نظام بهداشتی، مراقبتهای دوران بارداری و پس از زایمان به عنوان یکی از اجزا مهم در نظر گرفته شد. اکنون برنامه سلامت مادران دارای دو بخش نظام کشوری مراقبتهای مرگ مادری و مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران می باشد. هدف از اجرای این دو بخش کاهش مرگ و میر مادران و عوارض ناشی از بارداری و زایمان می باشد. در مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران، استانداردهای کیفی ارائه خدمات پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان به صورت دو زیرمجموعه خدمات داخل بیمارستانی و خارج بیمارستانی تدوین شده است، استانداردهای خارج بیمارستانی در قالب بوکلت ماما/پزشک به کلیه مراکز بهداشتی تابعه ارسال شده است. در نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، پس از وقوع هر مورد مرگ مادر و گزارشدهی آن حداکثر طی ۴۸ ساعت، پرسشنامه مخصوصی تکمیل و علت مرگ در دانشگاه مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۲-۲-۳- نام برنامه: سلامت کودکان

محل ارایه برنامه: مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه های بهداشت، خانه های بهداشت

مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا):

کاهش میزان مرگ و میر کودکان نیازمند دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با بهداشت است، به ویژه کاهش فقر و گرسنگی (هدف اول توسعه هزاره)، بهبود وضعیت سلامت مادران (هدف پنجم توسعه هزاره)، مبارزه با اچ. آی. وی / ایدز، مالاریا و دیگر بیماریهای عمده (هدف ششم توسعه هزاره) و بهبود بهداشت در زمینه آب سالم و محیط (هدف هفتم توسعه هزاره). تحقق هدف چهارم توسعه هزاره - کاهش میزان مرگ و میر زیر پنج سال به میزان دوسوم بین سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ هنوز امکان پذیر است، اما انجام آن با چالشی بزرگ روبرو است. طی قرون گذشته پیشرفت های قابل توجهی در زمینه بهبود کیفیت و میزان پوشش دهی خدمات بهداشتی اولیه، کاهش میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و بهبود وضعیت سلامت و تغذیه کودکان صورت گرفته است. تلاشهای همه جانبه و یکپارچه صورت گرفته منجر به کاهش قابل توجه بیماریهای مهمی از جمله سرخک و فلج اطفال گردیده است. تاکید فزاینده بر لزوم حصول اطمینان از وجود تغذیه مناسب برای کودکان، کاهش سریع سوء تغذیه را در پی داشته است. بهبود آب آشامیدنی، فاضلاب و رفتارهای بهداشتی به کاهش بروز بیماریهای اسهالی کمک کرده است. در مجموع علیرغم پیشرفتهای حاصل شده، از تلخی مشکل مرگ و میر کودکان کاسته نشده است. دستیابی به هدف چهارم توسعه هزاره نیازمند تلاشهای بیشتر در جبهه های مختلف می باشد.

مانا به عنوان مناسب ترین راهکار در جهت کاهش مرگ و میر کودکان در کشور های در حال توسعه توصیه شده است. این راهکار مداخلاتی برای پیشگیری و کاهش بروز بیماری یا مرگ ناشی از شایعترین بیماریهای کودکان و ارتقا سطح سلامت کودکان در کشور می باشد مداخلات طراحی شده در مانا سه هدف عمده را دنبال می کنند که شامل:

- بهبود مهارت های ارائه دهندگان خدمت در زمینه نحوه برخورد با کودک بیمار

- بهبود در سیستم بهداشتی و درمانی به منظور درمان موثر کودک بیمار

- بهبود عملکرد خانواده و جامعه

در این مدل وقتی یک کودک بیمار به هر دلیل به پرسنل ارائه دهنده خدمت مراجعه کند، توقع می رود بدرستی بیماری وی تشخیص داده شود و درمان مناسب را به مدت و میزان کافی دریافت کند و سپس در صورتی که نیاز به پیگیری باشد در موعد مقرر مراجعه کند. نکته اصلی در این استراتژی تاکید بر روی مهمترین علل مرگ و میر کودکان (تشکیل کمیته های مرگ و میر کودکان) می باشد در این برنامه ارزیابی درست بیماریهای شایع و خطرناک، وضعیت تغذیه و واکسیناسیون، انجام مداخلات لازم و موثر، تقویت مشاوره با مادر و خدمات پیشگیری کننده طراحی گردیده است.

۳-۲-۳- مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم:

تکامل کودک از دوران جنینی آغاز میشود و با مراقبت و تغذیه مطلوب در دوران بارداری، فرصت رشد و تکامل مطلوب کودک که حق طبیعی اوست فراهم می شود. مهمترین دوران تکامل مغزی کودک در دو سال اول زندگی است که نقش قابل ملاحظه ای بر عملکرد ذهنی، جسمی، روانی، اجتماعی وایمنی کودک دارد. تجربیاتی که کودک در سالهای سوم تا پنجم زندگی کسب می کند او را برای کسب مهارتهای اجتماعی و یادگیری در دوران مدرسه آماده می سازد. تجربیات و مهارت های کودک در دوران ۶-۸ سالگی که بدو ورود به مدرسه است در قدرت یادگیری او در دوران تحصیل حیاتی است. بنابراین مراقبت از کودک، حمایت، آموزش و رشد و تکامل مطلوب از دوره لقاح آغاز می شود و نه تنها مراقبت کودک بلکه مراقبت از مادر نیز برای بقاء، رشد و تکامل کودک حائز اهمیت است.

کودکانی که از مراقبت مطلوب برخوردارند در آموزش و سایر خدمات اجتماعی از بقیه جلوتر هستند توان تولید بیشتری دارند و به قانون بیشتر احترام می گذارند. لذا هزینه های آینده برای آموزش - بهداشت و هزینه های اجتماعی کاهش خواهد یافت و سرمایه های اجتماع فزونی می یابد. برنامه های ادغام یافته تکامل دوران ابتدایی کودکی، فرصت فوق العاده ای جهت اجتناب یا تعدیل مشکلات تکامل و فراهم آوردن منافع پایا برای فرد و جامعه را ایجاد می نمایند. برنامه های مراقبت و تکامل دوران ابتدای کودکی، سبب بهبود وضعیت عدالت می شوند و با فراهم آوردن "آغازی منصفانه" برای کودکان، این امکان به وجود می آید که بی عدالتی های اجتماعی، اقتصادی و جنسیتی مرتبط تعدیل گردند. می توان با همکاری، برخورداران مادران، کودکان و نوزادان از خدمات اساسی با کیفیت را تضمین کرده، وضعیت سلامت و تغذیه آنان را بهبود بخشیده و بقای کودکان را در مرکز تلاشهای جهانی برای پیشرفت بشریت جای داد.

برنامه مراقبت کودک بظاهر سالم یا مستعد بیماری است که هنوز نشانه های بیماری در آنان مستقر نشده است. در حقیقت هدف این برنامه طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا هشت سال با استفاده از نشانه های بالینی و اجرای آن می باشد. توجه خاص به تکامل آنها در سنین زیر ۸ سال و به ویژه زیر ۵ سال از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بدین لحاظ برنامه ای تحت عنوان مراقبت کودک سالم کمتر از ۸ سال، به منظور پیشگیری از بیماری با استفاده از نشانه های بالینی از طرف اداره کودکان پیشنهاد و به مرحله اجرا در آمد.

اداره کودکان در جهت ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده به کودکان زیر ۸ سال در جامعه تصمیم گرفت تا برای تکمیل راهنمای بالینی مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال (IMCI در سال ۸۱)، راهنمای مراقبت ادغام یافته کودک سالم را نیز برای دو سطح پزشک و غیر پزشک در سال ۸۳ به اجرا در آورد.

۴-۲-۳- نام برنامه: غربالگری سرطانهای زنان

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشتی، خانه بهداشت

سرطان دهانه رحم:

یکی از سه علت اول مرگ در کلیه سنین سرطان است. در بین سرطانهای شایع زنان که شیوع، شدت بدخیمی، عوارض، ناهنجاری ها و امکان مداخله آنها ایجاب می کند تا زودتر مورد تشخیص و درمان آنها اقدام گردد می توان از سرطان پستان و گردن رحم نام برد. سرطان گردن رحم در کشورهای در حال توسعه شایع است و از مهمترین علل مرگ است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۲۵ درصد از کل مرگ و میرهای زنان به علت تومورهای بدخیم رخ میدهد که ۱۸ درصد آنها مربوط به سرطان گردن رحم است. بر طبق گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها در سال ۱۳۷۵ سرطان پستان اولین و سرطان گردن رحم هشتمین سرطان شایع در بین زنان بوده است. برخی از شرایط و خصوصیات احتمال بروز این سرطان را بیشتری کند. مانند زنانی که: -در سنین پایین ازدواج می کنند- سابقه بیماری مقاربتی دارند -چندین بار ازدواج کرده اند -همسرانشان ختنه نشده اند-همسرانشان قبلا همسر مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته اند-دخانیات مصرف می کنند -دچار کمبود ویتامین آ، ث و اسید فولیک هستند.

به زنان باید آموزش داده شود که در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر به پزشک یا ماما مراجعه کنند:-خونریزی غیر طبیعی مهبل- خونریزی پس از یائسگی- هر گونه ترشح غیر طبیعی- درد شدید لگنی- کاهش شدید وزن و بی اشتها- سرطان دهانه رحم در مراحل اولیه به راحتی قابل تشخیص و خوشبختانه در این مرحله قابل درمان است. تاخیر در تشخیص سرطان دهانه رحم فرصت طلایی درمان را از بین می برد. انجام پاپ اسمیر به شیوه صحیح و در فواصل زمانی مناسب می تواند در شناسایی زودرس بدخیمی های سرویکس و کاهش مرگ و میر ناشی از این بدخیمی نقش مهمی داشته باشد. ابتلا به سرطان دهانه رحم در رده های مختلف سنی زنان وجود دارد به خصوص در سنین ۳۵-۵۵ سالگی شایع تر است. با توجه به ارزش آزمایش پاپ اسمیر در تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم در حال حاضر این آزمایش در سراسر دنیا به عنوان یک تست تشخیصی موثر مورد استفاده قرار می گیرد. بر اساس آمارهای جهانی میزان بروز سالیانه سرطان دهانه رحم ۵ در هر صد

هزار زن می باشد. اداره جمعیت و سلامت خانواده در آخرین دستورالعمل خود موارد زیر را متذکر شده است. هر زن ۶۵- ۲۰ ساله حداقل یک بار ازدواج کرده واجد شرایط انجام پاپ اسمیر است. حداقل هر ۳ سال یکبار برای کلیه زنانی که ۳ پاپ اسمیر اول آنان به فاصله یک سال منفی بوده است توصیه می شود و ضروری است گروه هدف از آن مطلع باشند. آموزش تئوری و عملی انجام پاپ اسمیر به پرسنل ارائه دهنده خدمت به منظور بهبود کیفیت خدمت لازم الاجرا است و به هر بهانه ای که خانمی از گروه هدف به مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت مراجعه کند ضروری است درباره تشخیص زودرس سرطان گردن رحم و اهمیت انجام پاپ اسمیر و معرفی افراد و رفتار پرخطر آموزش داده شود. «

-فهرست کلیه مراکز ارائه دهنده خدمت در بخش خصوصی که در مجاورت مراکز دولتی هستند به رویت مراجعین رسانده شود. این خدمت به صورت غیر رایگان و با تعرفه معین بخش دولتی در مراکز تابعه قابل ارائه است.

۵-۲-۳- سرطان پستان :

سرطان پستان در سطح جهانی به عنوان یک مشکل بهداشتی مطرح است و بسیاری از کشورها برنامه های مدونی را در برخورد با این مشکل پیش رو دارند. بررسی تعدادی از برنامه ها روشنگر این مطلب است که بهترین روش برخورد با این بیماری غربالگری است. بهره مندی از تجارب سایر کشورها ما را بر این میدارد که سرطان پستان را جزو اولویت های بهداشتی کشور در نظر بگیریم و بهترین رویکرد بیماری را غربالگری بدانیم. بر اساس آمار انستیتو سرطان ایران، بررسی مراکز بیماریهای پستان ایران و نظر پزشکان جراح، سن شیوع سرطان پستان در ایران پایین تر از کشورهای غربی است و همچنین بررسی امکانات موجود حاکی از عدم تکافوی دستگاههای ماموگرافی موجود در کشور برای انجام غربالگری به روش ماموگرافی است. بنابراین انجام معاینات کلینیکی تقریباً بهترین راه غربالگری در ایران است. نحوه انجام معاینات کلینیکی پستان در نتایج حاصله بسیار اثرگذار است و در صورت وجود فرد مجرب نتایج مثبت قابل توجهی خواهد داشت و در غیراین صورت تست معتبری نخواهد بود. میزان اعتبار این تست به استاندارد کردن آن، آموزش درست افراد و ایجاد مهارت در آنان بستگی دارد. وزارت متبوع در آخرین بخشنامه خود آموزش کارشناسان مامایی و پزشک عمومی و زنان ۳۰ تا ۶۵ ساله را از مهمترین اهداف برنامه اعلام نموده است. پزشکان و کارشناسان مامایی دوره دیده معاینات را برای گروه هدف انجام میدهند افراد مشکوک به داشتن توده توسط پزشک مرکز به مراکز تخصصی ارجاع داده میشوند. بهورزان در سطح روستا و کاردانان در شهر وظیفه شناسایی گروه هدف و فراخوان و حساس سازی آنان را عهده دارند. آموزش زنان برای خودآزمایی پستان، انجام معاینات کلینیکی پستان و ارجاع به پزشک عمومی در صورت نیاز به تصویربرداری، وظیفه ماما است و وظیفه پزشک عمومی نیز آموزش زنان برای خودآزمایی پستان، درخواست تصویربرداری و در صورت نیاز ارجاع به جراح یا متخصص زنان است. خصوصیات زیر فرد را در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان قرار می دهد: شروع سرطان پستان در سنین پایین (قبل از یائسگی) در خانواده- وجود خویشاوندان مبتلا به سرطان پستان و تخمدان -تعداد ۳ نفر یا بیشتر از خویشاوندان مبتلا به سرطان پستان- برخی از بیماریهای خوش خیم پستان- سابقه تابش اشعه زیاد به قفسه سینه- سن اولین زایمان بیش از ۳۰ سال اولین قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی و یائسگی بعد از سن ۵۵ سالگی - عدم شیردهی به فرزندان- چاقی بعد از یائسگی - نازایی، با مشاهده علائم زیر زنان باید به

پزشک متخصص زنان یا جراح عمومی ارجاع داده شوند : -وجود توده قابل لمس در پستان - سفتی یک طرفه پستان-
توکشیدگی و خارش نوک پستان-ترشح خودبخود از نوک پستان بخصوص ترشح خونی- بزرگی غدد زیر بغل - تغییر در
اندازه پستان- هر گونه تغییر رنگ پستان

۶-۲-۳- نام برنامه : ترویج تغذیه با شیر مادر

محل اجرای برنامه : مراکز بهداشتی ، پایگاههای بهداشتی و خانه های بهداشت تابعه دانشگاه
هدف از اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر شروع تغذیه انحصاری کودکان با شیر مادر از ساعت اول زندگی تا پایان ۶ ماه
اول زندگی و تداوم شیر مادر همراه با شروع به موقع غذاهای کمکی مناسب و تا پایان ۲ سالگی است و فقط در موارد معدودی
که شیرخواران به دلایلی از شیر مادر محروم می شوند، تغذیه با شیرمادران سالم دیگر یا شیرمصنوعی توصیه می شود.
اهمیت تغذیه در ماهها و سالهای اولیه عمر و نقش حیاتی روشهای مناسب تغذیه در تحقق سلامت مطلوب به خوبی شناخته شده
است. تغذیه یک جزء حیاتی و کلیدی از حق کودک برای برخورداری از بالاترین استاندارد سلامت است که در کنوانسیون
حقوق کودک نیز اشاره شده است .

روش های نامناسب تغذیه دوران شیرخوارگی از علل مستقیم و عمده سوء تغذیه در طول سال اول زندگی است که زمینه
ساز ۴۹٪ مرگ کودکان زیر پنجسال و همچنین ابتلاء کودکان به بیماریهای عفونی و تشدید بیماریها می باشد.
شروع تغذیه با شیرمادر ظرف ساعت اول تولد ، تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ماه اول و تداوم شیردهی به مدت دو سال یا
بیشتر، توصیه جهانی برای تغذیه شیرخواران در هر موقعیت و منطقه از جهان است که سلامت جسم و روان مادر و کودک ،
خانواده و جامعه را ارتقاء می دهد و ازطرفی، انسان سالم نیزمحور توسعه پایداراست. به همین دلیل و با توجه به نکات زیر
اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر ضرورت می یابد.

از ۴۸ بیمارستان دارای بخش زنان زایمان و کودکان تحت پوشش دانشگاه در حال حاضر ۴۴ بیمارستان دارای لوح دوستدار
کودک می باشد این بیمارستانها موظف به اجرای ۱۰ اقدام دوستدار کودک بوده و سالیانه سه بار مورد پایش و ارزیابی قرار می
گیرند.

برنامه ریزی ، نظارت ، پایش و ارزشیابی ارائه خدمات در سطح مراکز تابعه ، آموزش مادران دارای فرزند شیرخوار و پرسنل
بهداشتی و هماهنگی های درون و برون بخش به منظور حفظ و ارتقاء سلامت شیرخواران از عمده فعالیت های این برنامه می باشد.

۷-۲-۳- نام برنامه : بهداشت سالمندان

محل اجرا : مراکز بهداشتی درمانی ، پایگاههای بهداشتی و خانه های بهداشت

این برنامه دارای یک کارشناس مسئول و یک کارشناس می باشد و دارای دو برنامه بهبود شیوه زندگی سالم و مراقبتهای ادغام
یافته سالمندان می باشد. این واحددرو وزارت متبوع در زیرگروه دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس قرار گرفته است و اداره
سلامت سالمندان زیر مجموعه این گروه می باشد که واحدهبداشت مادر ، کودک و سالمندان این مجموعه بطورمستقیم با این
اداره همکاری دارد. گروه هدف این برنامه افراد بالای ۶۰ سال می باشد که سالمند خطاب می شوند. خدمات توسط پرسنل

بهداشتی درمانی (بهورز ، کاردان ، کارشناس ، ماما و پزشک) نیروهای آموزش دیده مردمی ، ماما روستا و رابطین در بخش های دولتی ارائه میگردد.

۸-۲-۳- برنامه بهبود شیوه زندگی در دوران سالمندی:

هدف ارتقا سطح سلامت سالمندان از طریق آموزش بهداشت بوده و تغییر رفتار را مد نظر دارد اداره سالمندان موضوع آموزشی واحدی را در کلیه کشور جهت آموزش به سالمندان انتخاب کرده علت این انتخاب نیز، مطالعه بار بیماریها و آسیب ها در سال ۸۶ بوده که بر این اساس نسبت با عوامل خطر چاقی و اضافه وزن ، پرفشاری خون ، بالا بودن کلسترول ، آنمی ، دیابت ، مصرف ناکافی میوه و سبزی ، کم وزنی و عدم فعالیت فیزیکی حدود ۵۰٪ بار کل عوامل خطر بوده و چون تمامی موارد فوق به موضوعات آموزشی تغذیه و فعالیت بدنی مرتبط می شود ، موضوع تغذیه به سالمندان آموزش داده میشود . جمعیت هدف برنامه : سالمندان ۶۰ و ۶۵ ساله

نحوه دسترسی : توسط رابطین بهداشتی - کارکنان مرکز و سالمندان مراجعه کننده به پزشک .

اگر چه در تعریف ، سالمندی از ۶۰ سالگی آغاز و تا پایان عمر ادامه می یابد . اما بدلیل افزایش اثر بخشی و دسترسی برنامه به گروه هدف از سال ۸۷ گروه سنی ۶۰ و ۶۵ ساله به عنوان گروه هدف برنامه انتخاب شده اند . اما چون در سرشماری ها سرشماری بر اساس گروههای سنی ۵ ساله شمارش می شوند جمعیت ۶۴-۶۰ ساله معلوم و شمارش شده است . بطور کلی اجرای برنامه به شکل زیر انجام می شود. سالمندان شناسایی شده ۶۰ و ۶۵ ساله جهت آموزش تغذیه دعوت و در کلاس های ۱۱ نفره آموزش داده می در صورتی که تعداد آنها کمتر از ۱۱ نفر باشد از گروه سنی ۶۹-۶۰ سال منطقه جهت شرکت در کلاس دعوت می گردد.

فرم شناسنامه کلاس در هر جلسه تکمیل می شود و بعنوان مستندات برنامه در خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی باقی می ماند. این فرم شامل مشخصات سالمند شرکت کننده در کلاس و مشخصات کلاس برگزار شده و نتایج پیش و پس آزمون نهاست .

با عنایت به اینکه موضوع تغذیه ۳ کلاس دارد لذا سالمندی آموزش دیده محسوب می شود که در هر ۳ کلاس شرکت کرده و به تمامی سوالات پس آزمون پاسخ صحیح داده است .

۱- فرمهای ثبت اطلاعات برنامه مربوط به سالمند با مشکل شایع ، آموزش دیده ، با اطلاعات ماندگار و با رفتار نسبتاً

پایدار بعنوان فرم آمار عملکرد سه ماهه از مراکز بهداشت به معاونت ارسال می گردد.

برنامه مراقبتهای ادغام یافته:

سالمندان با هدف ارتقا سطح سلامت سالمندان از طریق مراقبت های درمانی بیماران سالمند ، سالمندان ۶۰ و ۶۵

ساله مورد مراقبت ، ارزیابی ، طبقه بندی ، تشخیص و درمان قرار می گیرند

سالمندان با فراخوان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می نمایند و توسط پزشک و غیر پزشک مورد مراقبت قرار می

گیرند در سطح روستا کلیه سالمندان توسط بهورز مراقبت و در صورت نیاز به پزشک مربوطه ارجاع داده می شوند .

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

مراقبت سالمندان با استفاده از کتابچه هایی که برای استفاده پزشک و غیر پزشک توسط اداره سالمندان تدوین شده انجام می شود.

در حال حاضر این برنامه در سطح دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشت شمیرانات اجرا می شود. فرم آماری مربوط به این برنامه شامل : ۱- تعداد سالمندان مراقبت شده ۲- توزیع عوامل خطر بیماریها ۳- توزیع سابقه بیماری در افراد مراقبت شده ۴- توزیع موارد احتمال ابتلا به بیماری ۵- توزیع بیماریهای نیازمند ارجاع که فرمها به تفکیک پزشک و غیر پزشک بطور سه ماهانه تکمیل و به معاونت ارسال می گردد.

۳-۳- واحد تغذیه

این واحد با هدف بهبود وضعیت تغذیه افراد جامعه بخصوص گروه های آسیب پذیر بوجود آمده است.

واحد تغذیه معاونت بهداشتی در راستای ارتقاء دانش تغذیه ای جامعه و بهبود امنیت غذایی منطقه برنامه ریزی و اجرای مداخلات بین بخشی تغذیه ای را در سطح استان دنبال می نماید. گروه هدف در برنامه های تغذیه کل جامعه خصوصا کودکان - دانش آموزان - زنان باردار و شیرده - میانسالان و سالمندان هستند. هدف کلی برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذیها، ارتقاء دانش تغذیه ای جامعه، بهبود تغذیه گروههای آسیب پذیر و چشم انداز برنامه، بهبود کیفیت زندگی و امنیت غذایی مردم با داشتن افرادی تصمیم گیرنده و با سواد از نظر تغذیه ای که دارای انگیزه، دانش، مهارت و اراده در انتخاب جانشین های غذایی مناسب باشند و مشکلات تغذیه ای اعم از کم خوری، پر خوری و کمبود ریزمغذیها در آنها کاهش یابد.

۳-۳-۱- نام برنامه : بهبود تغذیه کودکان زیر ۶ سال و مادران باردار

محل ارائه برنامه : ستاد مرکز بهداشت مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشت، خانه بهداشت

آموزش تغذیه صحیح در دوران پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان، تغذیه کودکان زیر ۶ سال، بهداشت مواد غذایی کودکان، مقوی و مغذی سازی غذای کودک و تغذیه در بیماری و نقاهت از موضوعات آموزشی است که جهت افزایش دانش تغذیه ای پزشکان، کارشناسان، بهورزان و رابطین بهداشتی در کارگاههای آموزشی تغذیه در مراکز بهداشت آموزش داده می شود، تهیه و توزیع رسانه های آموزشی تغذیه جهت گروه هدف، تعیین شاخص های تن سنجی کودکان، هماهنگی با بهزیستی و اجرای طرح مداخله ای بهبود تغذیه کودکان در روستامهدا، آموزش عملی پخت غذای کودک در خانه های بهداشت، بررسی وضعیت BMI مادران باردار در منطقه تحت پوشش از دیگر فعالیتهای این برنامه می باشد. خدمات تغذیه به کودکان زیر ۶ سال و مادران باردار و شیرده در مراکز محیطی ارائه می شود، بررسی وضعیت تن سنجی افراد (تعیین BMI) و مطابقت آنها با معیارهای استاندارد، شناسایی موارد مشکل دار و ارائه توصیه های مناسب تغذیه ای متناسب با سن و شرایط فرد، ارائه مکمل

های دارویی مناسب و در مواقع لازم ارجاع به سطوح تخصصی بالاتر انجام می گیرد. مادران باردار با BMI و وزن گیری نامناسب و کودکان دارای اختلال رشد و سوء تغذیه در مواقع لازم و طبق دستورالعمل جهت مشاوره های تخصصی به کارشناس تغذیه ستاد مرکز بهداشت ارجاع می گردد. سوء تغذیه کودکان با شاخص های تن سنجی کم وزنی Underweight، لاغری Wasting و کوتاه قدی Stunting سنجیده می شود. الگوی غذائی نادرست و ابتلا به بیماریها از مهمترین عوامل ایجاد کننده سوء تغذیه می باشند. ولی عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز در بروز سوء تغذیه موثر است.

۲-۳-۳- نام برنامه : برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ریز مغذیها

الف - پیشگیری و کنترل کمبود اختلالات ناشی از کمبود

محل ارائه برنامه : ستاد مرکز بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشت، خانه بهداشت

پیشگیری و کنترل کمبود یکی از اولویت های برنامه های بهداشتی تغذیه ای است که در طی ۲۰ سال گذشته بدنبال اقدامات و تلاش های ارزشمند بخش های مرتبط دستیابی به اهداف آن حاصل شد به نحوی که در سال ۱۳۸۰ ایران از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان کشور عاری از IDD (اختلالات ناشی از کمبود) اعلام گردید. آخرین بررسی کشوری انجام شده در سال ۱۳۸۶ حاکی از آن است که شیوع گواتر طی ۲۰ سال غنی سازی نمکهای خوراکی با یdates پتاسیم از حدود ۶۸٪ به ۶/۵٪ کاهش یافته و میانه یدادرار دانش آموزان در سطح کشور و دانشگاه در حد استاندارد بین المللی قرار دارد ولی میزان پوشش مصرف نمک یددار تصفیه در حال حاضر به دلیل وجود نمکهای تقلبی و غیر استاندارد کاهش یافته است. از جمله فعالیتهای این برنامه هماهنگی با معاونت دارو و غذا، بهداشت محیط، امور بهورزی، آموزش بهداشت و کارخانه های تولید کننده نمک یددار، اتحادیه خواربار فروشان در منطقه و تشکیل کمیته IDD در معاونت و در شهرستان های تابعه، تقویت برنامه های آموزشی و حساس سازی مراجعین در خصوص مصرف نمک یددار تصفیه، بررسی یددار بودن نمکهای مناطق روستایی در هنگام سرشماری سالیانه، تهیه و تامین کیت های ید سنجی، انجام بازدیدهای نظارتی، پایش ادواری سالیانه یدادرار دانش آموزان، برگزاری جلسات آموزشی در مراکز محیطی و ادارات برون بخش و بسیج آموزش همگانی و تهیه رسانه آموزشی می باشد.

ب - پیشگیری و کنترل کمبود اختلالات ناشی از کم خونی فقر آهن

محل ارائه برنامه : دبیرستانها و مدارس راهنمایی دخترانه

با توجه به شیوع آنمی در نوجوانان خصوصاً دختران برنامه آهن یاری هفتگی دختران دانش آموز به عنوان یکی از راهبردهای عمده کاهش شیوع کم خونی و کمبود آهن در این گروه سنی (دختران دبیرستانی) از سال ۱۳۸۱

در شهرستان دماوند به صورت پایلوت اجرا شد و سپس در سایر مناطق تحت پوشش دانشگاه گسترش یافت .

در حال حاضر کلیه دختران دانش آموز مقطع دبیرستان و درصدی از دختران در مقطع راهنمایی تحت پوشش این برنامه می باشند. در برنامه آهن یاری هفتگی دانش آموزان به مدت ۱۶ هفته یک عدد قرص آهن دریافت می کنند و در خصوص تغذیه سالم در سنین بلوغ توسط مربیان مدارس و کارشناسان بهداشتی آموزش می بینند. آموزش تغذیه و مکمل یاری دو رکن اساسی مبارزه با کمبود ریزمغذیها محسوب می شوند. کم خونی فقر آهن منجر به تاخیر رشد جسمی، اختلال در تکامل و هماهنگی سیستم اعصاب حرکتی، کاهش مقاومت در برابر عفونتها و اختلال در سیستم ایمنی می شود. هم چنین ایجاد ضعف و خستگی نموده و قدرت یادگیری و کار را کاهش می دهد.

۳-۳-۳- برنامه ارتقاء فرهنگ و دانش تغذیه ای جامعه

محل ارائه برنامه: ستاد مرکز بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشت، خانه بهداشت، ادارات برون بخش

در حال حاضر، بیماریهای قلبی - عروقی یکی از علل عمده (۴۶٪) مرگ و میر در ایران و بالاترین علت مرگ و میر می باشد. عدم رعایت تغذیه صحیح، مصرف بیش از مقادیر توصیه شده چربی ها بویژه چربی های حیوانی و روغن های نباتی جامد که حاوی مقادیر زیاد اسیدهای چرب اشباع شده می باشد، از مهمترین دلایل بروز بیماریهای قلبی و عروقی است. اطلاعات موجود حاکی از افزایش کلسترول خون در درصد قابل توجهی از مردم کشور می باشد. یکی از اهداف سیستم بهداشتی کاهش و جایگزینی مصرف روغن مایع به جای روغن جامد می باشد. بنابراین ارتقاء دانش تغذیه ای جامعه و بهبود کیفیت مواد غذایی گامی موثر برای بهبود و اصلاح شیوه زندگی مردم و کنترل اپیدمی بیماریهای مزمن می باشد. افزایش سطح آگاهی جامعه در خصوص تغذیه مناسب و صحیح همواره به عنوان یک هدف مهم مد نظر قرار دارد به همین منظور آموزش در مراکز محیطی و ادارات برون بخش یکی از فعالیتهای مهم کارشناسان ستادی تغذیه در مراکز به شمار می رود و موضوعات تغذیه (تغذیه صحیح و بهبود شیوه زندگی، اصلاح الگوی مصرف روغنها، تغذیه مادر و کودک، پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذیها، تغذیه در سنین مدرسه، تغذیه در بیماریهای غیر واگیر جهت مددجویان کمیته امداد، دانش آموزان، اولیاء دانش آموزان، نهضت سواد آموزی مراجعین به فرهنگسراها، مربیان مهد کودک و...) برگزار می گردد.

۴- واحد آموزش و ارتقای سلامت

تهیه و تنظیم:

اکرم تمجیدی

فاطمه سربندی

معرفی واحد آموزش و ارتقای سلامت

آموزش بهداشت اولین و مهمترین جزء از اجزای خدمات بهداشتی اولیه (Primary Health Care) و یکی از بهترین ابزارهای لازم برای سلامتی جامعه به حساب می‌آید و هدف آن تغییر رفتار و تامین رفتارهای بهداشتی است. هنر و علم جلب مردم به یک فرایند یادگیری برای ایجاد رفتار مطلوب به منظور سلامت به "آموزش بهداشت" موسوم است. تعریف آن از نظر سازمان بهداشت جهانی: "آموزش بهداشت، همانند آموزش عمومی علاقمند به تغییر آگاهی، احساسات و رفتار مردم می‌باشد، در غالب اشکال خود تأکید بر ایجاد آن‌گونه رفتارهای بهداشتی داشته که تصور می‌شود بالاترین حد ممکن بهزیستی را به ارمغان می‌آورند". آموزش سلامت ترکیبی از حمایت‌های ساختاری، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مداخلات اطلاعاتی، ارتباطی و آموزشی است. برای توسعه آگاهانه، آزادانه و انتخابی شیوه زندگی سالم به منظور ارتقای کیفیت زندگی و افزایش نشاط مردم و توسعه پایدار جوامع بشری است. بنا بر این آموزش سلامت بدون برنامه ریزی منسجم و سازمان یافته نمی‌تواند به ارتقای سلامت مردم امیدی داشته باشد.

آموزش سلامت وظیفه تک تک کارشناسان بهداشتی در عرصه سلامت می‌باشد. لذا بر اساس نیازسنجی آموزشی مبتنی بر مشکلات اولی منطقه، مناسبت‌های بهداشتی، اولویت‌های فصلی، باورهای غلط منطقه و یا موضوعات اعلام شده از ستاد تعیین شده گروه هدف، برنامه‌ریزی مناسب صورت می‌گیرد و با استفاده از وسایل کمک آموزشی در دسترس آموزش مناسب اجرا و از گروه هدف ارزشیابی انجام می‌شود.

برنامه‌های این واحد در قالب چهار مسئولیت زیر ارائه می‌گردد:

- ❖ مسئولیت آموزشی: نظارت بر فرآیند طراحی آموزشی و تدوین استانداردهای تولید رسانه‌های آموزشی و نظارت بر فرآیند تولید و تهیه و تدوین استانداردهای ارزشیابی و نظارت بر مداخلات آموزشی؛
 - ❖ مسئولیت ارتباطی: توسعه ارتباط برون بخشی و بازاریابی اجتماعی و جذب و سازماندهی و توانمندسازی رابطین آموزشی سازمان‌ها. تهیه برنامه‌های مشارکتی در زمینه آموزش و ارتقای سلامت با صدا و سیما؛
 - ❖ مسئولیت اطلاعاتی: جمع آوری و تحلیل وارایه اطلاعات و گزارش ادواری در زمینه اطلاعات تخصصی به منظور طراحی مداخلات آموزش سلامت و به روز نمودن بانک اطلاعاتی و تهیه و تولید منابع آموزشی مورد نیاز وارایه رویکرد‌های نوین آموزش سلامت به مشتریان و انجام پژوهش‌های کاربردی (کیفی و کمی) در زمینه رفتارهای مرتبط با سلامت؛
 - ❖ مسئولیت تولید: برنامه ریزی و تأمین تجهیزات تولید رسانه و ایجاد بانک رسانه و هدایت و نظارت بر فرآیند تولید و انتشار و ارزشیابی مواد و رسانه‌های آموزشی، برنامه ریزی و تخصیص مواد آموزشی و رسانه‌های آموزش سلامت تولید شده، اطلاع رسانی در زمینه مواد آموزشی دریافت شده به متقاضیان؛
- در واحدهای ستادی آموزش بهداشت حوزه دانشگاه، رده‌های تحصیلی کارشناس ارشد، کارشناس و دیپلم (مسئول سمعی بصری) انجام وظیفه می‌نمایند. در مراکز بهداشتی درمانی فردی به عنوان رابط آموزشی با حداقل مدرک فوق دیپلم در

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

رشته‌های پیراپزشکی با موافقت سرپرست محترم مرکز و هماهنگی با واحد آموزش بهداشت ستاد شهرستان تابعه انتخاب می‌گردد (شرح انتظارات به پیوست می‌باشد).

* با توجه به نقش اطلاعات و آمار در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی لازم است کلیه همکاران در به اجرا در آمدن فعالیت‌های آموزشی در خصوص تکمیل فرم‌های ثبت اطلاعات آموزشی با رابط آموزشی همکاری لازم را داشته باشند.

* برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به کتاب برنامه جامع درسی آموزش سلامت (آشنایی با مفاهیم کاربردی) مراجعه فرمایید.

شرح انتظارات از رابطین آموزشی

مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

مشخصات رابط آموزشی :

۱- حداقل دو سال سابقه کار برای نیروهای رسمی و درمورد نیروهای طرحی نیز ۶ ماه سابقه کار در مرکز بهداشتی درمانی

۲- حداقل فوق دیپلم در رشته‌های پیراپزشکی

* تبصره : انتخاب رابط آموزش با موافقت سرپرست محترم مرکز و هماهنگی با واحد آموزش بهداشت ستاد شهرستان تابعه انجام خواهد گرفت.

الف : آموزش

۱- رابط آموزشی قبل از شروع کار باید مدول شماره ۱ آموزش بهداشت کارکنان بدو خدمت را مطالعه و نمرات مورد قبول را کسب نموده باشد.

۲- رابط آموزشی قبل از شروع کار شرح وظایف و قوانین کلی استفاده از رسانه‌های آموزشی و دستورالعمل نحوه ارزشیابی رسانه‌ها و معیارهای اختصاصی جهت استفاده از رسانه‌های چاپی، تخته وایت برد، فیلم و ویدئو را مطالعه نموده و کلیه اشکالات آموزشی ایشان همراه با آموزش از طریق کارشناسان واحد آموزش بهداشت ستاد شهرستان رفع گردد.

۳- رابط آموزشی در کلیه دوره‌های آموزش بهداشت در عمل که توسط واحد آموزش بهداشت ستاد شهرستان تشکیل می‌دهد موظف است شرکت نماید.

* شایان ذکر است که کارشناسان آموزش بهداشت ستاد شهرستان باید دوره‌های آموزش بهداشت در عمل را برای رابطین آموزشی برگزار نمایند (طراحی و مهندسی برنامه‌های آموزشی، برنامه ریزی ارتباطی، نیازسنجی آموزشی...)

۴- رابط آموزشی کلیه مشکلات و اولویت‌های آموزشی منطقه تحت پوشش خود را از لیست و بر روی برد نصب و ضمناً با همکاری مسئول مربوطه در صورت امکان در رفع آن اقدام نماید.

۵- همکاری با مسئول مربوطه جهت هدایت کارکنان برای تدوین برنامه عملیاتی آموزشی مرکز در هر سال (حداقل تهیه جدول گانت آموزش سالیانه)

۶- جلب مشارکت مسئول مربوطه جهت تجهیز مرکز به فضای آموزشی مناسب و وسایل کمک آموزشی

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

۷- همکاری با دانشجویان اعزامی جهت برنامه ریزی و ارائه آموزش مناسب به گروه‌های هدف مرکز (همکاری در ارائه محتوی و شیوه آموزش مناسب)

۸- برنامه‌ریزی جهت انتقال محتوی آموزشی ارائه شده در دوره‌های آموزشی کارکنان بعد از گذراندن دوره

۹- تهیه جدول گانت ماهانه پیش بینی فعالیت‌های آموزشی با همکاری کلیه واحدها و ارسال به واحد آموزش بهداشت ستاد شهرستان تابعه

(کلیه موضوعات آموزش براساس نیازهای آموزشی که هر یک از واحدها اعلام نمایند تنظیم می‌گردد)

۱۰- تهیه برنامه فعالیت‌های آموزشی هفتگی بر اساس گانت ماهانه و نصب درمحل مناسب به نحوی که در معرض دید مراجعه کنندگان باشد.

ب : ارتباطات

۱- مشارکت با مسئول مربوطه جهت تشکیل جلسات منظم ماهانه شورای کارکنان مرکز به منظور اتخاذ تصمیمات گروهی بر اساس اصول پویایی گروه و ثبت آن بصورت صورتجلسه و بایگانی نمودن آن در زونکن اختصاصی

۲- بکارگیری صحیح رسانه های ارسالی به مرکز بشرح زیر:

۱-۲- کلیه رسانه‌های آموزشی ارسالی ابتدا در دفتر ثبت فعالیت‌های آموزشی براساس کد، عنوان رسانه، تعداد رسانه دریافتی، نوع رسانه و زمان دریافت رسانه، ثبت و سپس یک نمونه از رسانه در زونکن اختصاصی به تفکیک موضوع و کد گذاری شده نگهداری شود.

۲-۲- کلیه محتوای آموزش‌های گروهی براساس دستورالعمل و با همکاری آموزش دهندگان تهیه و در زونکن اختصاصی تحت عنوان آرشیو محتوای آموزشی نگهداری شود.

۳-۲- فرم‌های تایید برنامه‌های آموزشی برون بخش و درون بخش در زونکن اختصاصی نگهداری شوند.

۴-۲- هماهنگی در اجرای کلاس‌های آموزش گروهی براساس جدول گانت ماهانه و نظارت بر امور مربوطه (حداقل ۸ کلاس آموزشی درهرماه بر اساس نیازسنجی آموزشی مبتنی بر مشکلات اولی منطقه، مناسبت‌های بهداشتی، اولویت‌های فصلی، باورهای غلط منطقه و یا موضوعات اعلام شده از ستاد) تشکیل و کلیه پرسنل بهداشتی درمانی بصورتی فعالانه در آموزش‌ها شرکت نمایند.

۵-۲- همکاری با مسئول مربوطه جهت تامین تابلوهای آموزشی مراجعین و کارکنان به تعداد کافی درمرکز و نصب آن درمکان‌های مورد توجه مخاطبین.

۶-۲- مشارکت با کلیه واحدها درنصب مناسب موضوعات رسانه‌ها که بر اساس نیازسنجی آموزشی مبتنی بر مشکلات اولی منطقه، مناسبت‌های بهداشتی، اولویت‌های فصلی، باورهای غلط منطقه و یا موضوعات اعلام شده از ستاد نصب گردد و هر سه هفته یکبار نیز رسانه‌ها تغییر یابد.

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

ضمناً از نصب هرگونه رسانه که جنبه تبلیغاتی برای شرکت یا بخش اقتصادی خاصی دارد خودداری نموده و مطالب علمی روزنامه‌ها را نیز فقط در صورت تائید مسئول مرکز در تابلوهای آموزشی نصب گردد.

۳- با همکاری کارکنان مرکز، رسانه‌های چاپی ارسال شده (جهت ارزشیابی) روی گروه هدف ارزشیابی گردد و بازخوراند به واحد آموزش بهداشت ستاد شهرستان مربوطه اعلام شود.

* دستورالعمل نحوه ارزشیابی رسانه توسط واحد آموزش بهداشت ستاد شهرستان همراه با آموزش‌های لازمه در اختیار شما رابطین آموزشی قرارخواهد گرفت.

۴- همکاری با مسئول مربوطه جهت شناسایی افراد کلیدی و سایر اطلاعات منطقه تحت پوشش به منظور جلب مشارکت گروه‌های هدف و انجام فعالیت‌ها در جهت ارتقاء سلامت منطقه

۵- همکاری با مسئول مربوطه جهت شناسایی عادات، باورها و موانع موجود بر سر راه رفتار گروه هدف و لیست نمودن آن در برد

۶- همکاری با واحدها جهت برنامه‌ریزی آموزشی برای برون بخش از جمله مدارس، کارخانجات و صنوف

ج- اطلاعات

۱- تهیه دفتر ثبت فعالیت‌های آموزشی

۲- این دفتر شامل:

بخش (۱) آمار آموزش گروهی ارائه شده به گروه هدف به تفکیک موضوعات آموزشی در هر ماه

ارزشیابی	هماهنگی		تاریخ برگزاری	محل آموزش		استفاده از وسیله کمک آموزشی		روش آموزش		موضوع آموزشی	آموزش دهنده (شماره پرونده/نام)	آموزش دهنده		تاریخ
	برون بخش	درون بخش		خارج از واحد (نام محل)	در واحد	بلی (نوع رسانه)	خیر	تعداد افراد در گروه	تعداد چهره به چهره			از واحد	خارج از واحد	

بخش (۲) آمار آموزش چهره به چهره به گروه‌های هدف در کلیه واحدهای تحت پوشش به تفکیک هر ماه

تعداد آموزش گیرنده	موضوع آموزش	شماره پرونده (خانواره/کارگاه/...)	نام واحد	تاریخ

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

--	--	--	--	--

بخش (۳) آمار دوره‌های کارکنان در مرکز در طول هر ماه

ردیف	نام فرد شرکت کننده	موضوع دوره	زمان برگزاری دوره	واحد برگزار کننده دوره

بخش (۴) جدول - ۱: رسانه‌های آرشیو شده به تفکیک موضوع در هر ماه

تاریخ دریافت	نوع رسانه									تعداد	موضوع رسانه	کد رسانه
	سایر	بروشور	کتاب	تراکت	استیکر	جزوه	کتابچه	پوستر	پمفلت			

۲- تهیه نمودار آماری مقایسه‌ای از فعالیت‌های آموزش گروهی و آموزش چهره به چهره به تفکیک سه ماهه، شش ماهه، نه ماهه و یکساله با سال گذشته و نصب بر روی برد سرپرست؛ و همچنین تهیه نمودار مقایسه‌ای آموزش کارکنان در خارج از مرکز به تفکیک شش ماه با سال گذشته

۳- تهیه و ارسال فرم پیش‌بینی برنامه‌های آموزشی در ابتدای هر ماه به ستاد شهرستان مربوطه (به منظور بررسی درصد آموزش‌های اجرا شده براساس پیش‌بینی)

فرم پیش‌بینی آموزشی

ردیف	نام	همانگی	ردیف	محل آموزش	استفاده از وسیله کمک آموزشی	تاریخ پیش‌بینی	موضوع آموزشی	آموزش گیرندگان	آموزش دهنده	ردیف

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

	از واحد	خارج از واحد				بلی نوع رسانه	خیر	در واحد	خارج از واحد (نام محل)	درون محیط	برون محیط

* ضرورت برنامه آموزشی: بر اساس نیازسنجی آموزشی مبتنی بر مشکلات اولی منطقه، مناسبت‌های بهداشتی، اولویت‌های فصلی، باورهای غلط منطقه و یا موضوعات اعلام شده از ستاد درج گردد.

۴- ارسال آمار فعالیت‌های آموزشی را تا روز پنجم هرماه به ستاد شهرستان و رعایت کلیه نکات آماری بر اساس دستورالعمل

۵- تهیه و ارسال به موقع پاسخ به بازخوراند آمار فعالیت‌های آموزشی از ستاد شهرستان تابعه

د - تهیه رسانه

۱- رسانه‌های ارسالی باید بر روی گروه‌های هدفی که رسانه برای آنان تهیه شده مورد ارزشیابی قرار گیرد. البته در صورتی که در فرم طرح توزیع رسانه ارزشیابی آن مورد تاکید قرار گرفته باشد.

۲- روش ارزشیابی برای رسانه‌های بیشتر نوشتاری (از جمله پمفلت) مصاحبه عمیق انفرادی و برای رسانه‌های بیشتر تصویری (از جمله پوستر) بحث گروهی متمرکز می‌باشد.

۳- یک نسخه از بازخوراند رسانه‌های ارزشیابی شده توسط مراکز بهداشتی درمانی به واحد آموزش بهداشت ستاد شهرستان ارسال شود. ضمناً آموزش بهداشت ستاد شهرستان، بازخوراند را به ستاد معاونت فرستاده تا از طریق این ستاد بازخوراند به تهیه کنندگان رسانه ارائه گردد.

جدول زیر توسط رابط آموزشی در دفتر ثبت فعالیت‌های آموزشی (در بخش ۴) تکمیل می‌شود.

بخش (۴) جدول - ۲: رسانه‌های ارزشیابی شده به تفکیک موضوع در هرماه

ردیف	نام واحد تهیه کننده	نوع رسانه	نوع ارزشیابی		گروه هدف
			مصاحبه فردی	بحث گروهی	

۵- واحد آمار

و خدمات ماشینی

تهیه و تنظیم :

معصومه کشانی

فهیمه صالحیان

معرفی واحد آمار

مفهومی که مردم عادی از آمار دارند شامل گردآوری مقدراری اطلاعات و نمایش آنها بصورت جدول و نمودار و در یک مفهوم وسیعتر ارائه پاره ای مشخصات عددی چون میانگین ، درصد ها و غیره است ولی می توان تعریف جامع تر آمار را بصورت زیر بیان نمود:

آمار به عنوان یک علم عبارت است از مطالعه و بررسی برای مفهوم دادن به داده ها و محاسبه مقادیر عددی که هر کدام بیانگر خاصیتی از جامعه و طبیعت است . نه آنچه مردم عادی می پندارند که امروزه با پیشرفت سریع تکنولوژی و روبرو شدن با حجم زیادی از اطلاعات ، علوم و فنون مختلف دچار تغییر و تحولات بسیاری شده اند بنابراین به علت ماهیت ابزاری علم آمار همه علوم جهت پیشبرد اهداف خود بنوعی به این علم نیاز دارند و از این رو آمار در تصمیم گیری برنامه ریزی و انتخاب بهترین استراتژی ، جایگاهی ویژه دارد .

جمع آوری و بررسی آمار بهداشتی به منظور نیل به اهداف زیر را انجام میشود :

۱- تعیین مسائل بهداشتی ۲- تعیین درجه اهمیت مسائل بهداشتی ۳- برنامه ریزی و تهیه طرح ۴- ارزشیابی بهداشتی .

نام برنامه: مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات سلامت

محل ارائه برنامه : مراکز تابعه معاونت بهداشتی و ستاد معاونت بهداشت

ثبت مراجعین سرپائی (دانشگاه - کشوری) : این برنامه به صورت فرم استاندارد کشوری (وزارتخانه) در سطح معاونت اجرا می شود . در سال ۱۳۸۳ تحت نرم افزار EXCEL در واحد آمار طراحی ، گزارش و تجزیه و تحلیل مراجعین ، روزکارکرد ، روز کارگاه ، روز مرخصی ، روز مدارس و آموزش در مدارس پزشک ، دندانپزشک و بهداشت خانواده شهری ، روستائی و پایگاههای شهری و سیاری به صورت فصلی و سالانه از طریق این برنامه استخراج می گردد . همچنین با توجه به برنامه IHA ارسالی از وزارت متبوع که در سطح مراکز ورود اطلاعات انجام می شود و به آمار دانشگاه ارسال تا جمع بندی به صورت سالیانه به وزارتخانه فرستاده شود.

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

کد فرم ۱۱۲-۰۱-۰۱ تاریخ تکمیل: / / ماه <input type="text"/> <input type="text"/>	معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی فرم مراجعین سرپایی دوره تکمیل فرم: ماهانه	مرکز / شبکه : نام واحد : نوع واحد : ستاد <input type="checkbox"/> مرکز/ مراکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/> مرکز/ مراکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/> پایگاه بهداشتی <input type="checkbox"/> خانه بهداشت <input type="checkbox"/>
---	--	--

حدود ۱، شماره ۲

مراجعین	پیرا پزشک	تعداد	
		رشته فعالیت	مامایی
		مراقبت کودکان	
		مراقبت سالمندان	
		واکسیناسیون	
		معاینات دانش آموزی	
		بهداشت کار دهان و دندان	
		بینایی سنجی	
		شنوایی سنجی	
		گفتار درمانی	
		فیزیوتراپی	
		کاردرمانی	
		روانکاوی	
		روانشناسی	
		واکسیناسیون	
		سایر	
		سایر	
		سایر	
		جمع کل	

جدول شماره ۴

مراجعین	پزشک				تعداد	نوع تخصص
	روز کارکرد	متخصص	روز کارکرد	عمومی		
						عمومی
						داخلی
						اطفال
						زنان و زایمان
						دندانپزشکی
						چشم پزشکی
						گوش، حلق و بینی
						ارتوپدی
						پوست و آمیزشی
						اعصاب و روان
						قلب و عروق
						ارولوژی
						جراحی
						سایر
						سایر
						جمع کل

تعداد	نوع خدمت
مراجعین	آزمایشگاه
آزمایش	
مراجعین	رادیولوژی
کلیشه مصرفی	
	تهیه نوار قلب
	تزیینات
	پانسمان
	داروخانه (تعداد نسخ)

مورخصی	روز کارکرد بر حسب محل خدمت										تعداد	کارکنان
	ب					الف						
	استاذ	استحقاق	سایر	آموزش در مراکز	آموزش در مدارس	سایر	مدارس	سایر	مرکز بهداشتی درمانی	سایر		
						روز کارکرد	روز کارکرد	روز کارکرد	روز کارکرد	روز کارکرد		پزشک
												مسئول مرکز
												پزشک عمومی
												دندانپزشک
												بهداشت خانواده

نام و سمت تکمیل کننده :	امضاء :	نام و امضاء مسئول مرکز :
-------------------------	---------	--------------------------

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

کد فرم ۱۱۲-۰۱-۰۲ تاریخ تکمیل: / / ماه <input type="text"/> <input type="text"/>	معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی فرم مراجعین سرپایی دوره تکمیل فرم: ماهانه	مرکز / شبکه: نام واحد: نوع واحد: <input type="checkbox"/> خانه بهداشت
---	--	---

جدول شماره ۲

جدول شماره ۱

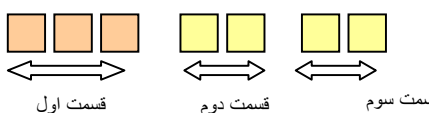
مراجعین	نوع خدمت	تعداد بهورز	نوع خدمت	
			بهداشت خانواده	بیماریها
	تزریقات		تنظیم خانواده	بهداشت خانواده
	پانسمان		مراقبت مادران	
	تجویز دارو(نفر)		مراقبت کودکان	
			مراقبت سالمندان	
			معاینات دانش آموزی	
			واکسیناسیون	بیماریها
			طرح فشار خون	
			طرح غربالگری دیابت	
			مراقبت از سایر بیماری ها	
			معاینات دندانپزشکی	
			معاینات کشاورزی	
			سایر....	
			سایر.....	
			سایر....	

مرخصی	روز کارکرد بهورز بر حسب محل خدمت														بهورز						
	ب							الف													
	استلاچی	استحمامی	سایر	آموزش خارج از خانه	آموزش در خانه	سمینار کارگاه جلسه	برشماری-بیمگری	بازدید بهداشت حرفه ای	بازدید بهداشت محیط	مدارس	سایر		خانه بهداشت								
											روستای قمر	روستای اصلی									
											مراجعه	کارکرد	مراجعه	کارکرد	مراجعه	کارکرد	مراجعه	کارکرد	مراجعه	کارکرد	تعداد

فرم های آماری استاندارد: اصلاح فرم های آماری جاری سیستم: طی هماهنگی های بعمل آمده مدیریت اطلاع رسانی دانشگاه با وزارتخانه قرار است کلیه فرم های غیراستاندارد و دستی از سیستم حذف شود. این فرآیند از سال ۱۳۸۴ طی جلساتی با مدیران و مسئولین واحدها اجرا و کلیه فرم های غیراستاندارد و دستی حذف و فرم هایی که قرار است استاندارد شود به مدیریت آمار ارسال، و پس از بررسی و هماهنگی با وزارتخانه نتایج به این معاونت اعلام خواهد شد. در سال ۱۳۸۷ با هماهنگی واحدهای ستادی فرم های کد دار و فرم های موازی و غیراستاندارد واحد آمار، دهان و دندان، دارویی، بهداشت حرفه ای و در سال ۸۸ واحدهای آموزش بهداشت، بهداشت خانواده، بهداشت محیط، بهداشت خانواده و گسترش شبکه (به غیر از بیماریها که در دست اقدام) است از چرخه فرم های معاونت حذف گردیدند و فرم های یکسان و استاندارد در سطح خانه، مراکز، ستاد مراکز و معاونت بهداشت توزیع شده است.

۱- اطلاعات بالای فرم ها به صورت زیر و به شکل یکسان درج شود.

قسمت بالای فرم:

معاونت امور بهداشتی	
	کد فرم: نام فرم: دوره تکمیل فرم: نام مرکز / شبکه: نام واحد: نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری: <input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی روستایی: <input type="checkbox"/> پایگاه بهداشتی: <input type="checkbox"/> خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی تاریخ تکمیل: / /	

۲- کد فرم در دو قسمت طراحی شده است:

قسمت اول:

در این قسمت هر واحد کد مربوط به خود را به ترتیب زیر ثبت می کند:

۱- واحد گسترش شبکه ها ۱۰۱

۲- واحد پیشگیری و مبارزه بایماریها ۱۰۲

۳- واحد بهداشت دهان و دندان ۱۰۳

۴- واحد بهداشت خانواده ۱۰۸

۵- واحد بهداشت مدارس ۱۰۹

۶- واحد بهداشت محیط ۱۱۰

۷- واحد بهداشت حرفه ای ۱۱۱

۸- واحد آمار ۱۱۲

۹- واحد امور دارویی ۱۱۳

۱۰- واحد آموزش ۱۱۴

۱۱- واحد امور آزمایشگاه ها ۱۱۵

قسمت دوم

از آنجا که تعداد فرم های یک واحد می تواند متعدد باشد دو رقم بعدی اختصاص به فرم های واحد دارد که می تواند به ترتیب برنامه های مختلف تنظیم شود بطوریکه رقم اول مربوط به برنامه ها و رقم دوم مربوط به فرم های برنامه باشد.
بعنوان مثال :

چنانچه کد واحد بهداشت خانواده ۱۰۸ و کد برنامه سالمندان ۲ باشد و این برنامه ۳ فرم داشته باشد کد این فرم ها

عبارت است از :

۱	۰	۸	۰	۲	۰	۱
۱	۰	۸	۰	۲	۰	۲
۱	۰	۸	۰	۲	۰	۳

لازم به ذکر است، شماره های کمتر از ۹ در قسمت دوم کد مربوط به فرم های نظام نوین آماری است . مثلاً فرم ثبت "بیماری ها بر اساس نمونه یک روز در ماه " که به شکل زیر تکمیل می شود، بدین ترتیب فرم هایی که دو رقم آخر آنها ۰۱، ۰۲، ۰۳، ۰۴، ۰۵، ۰۶، ۰۷، ۰۸، ۰۹ میباشد فرم های نظام نوین آماری میباشد.

۱	۰	۲	۰	۱
---	---	---	---	---

قسمت پایین فرم:

نام و سمت تکمیل کننده :	امضاء :	نام و امضاء مسئول مرکز :
-------------------------	---------	--------------------------

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی- معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

دفتر پزشک : این دفتر به منظور ارزیابی عملکرد واحدهای بهداشتی درمانی در ارائه خدمت طراحی شده و این قابلیت را داراست که نمایی از کارکرد پزشکان در اختیار معاونت قرار دهد تا براساس آن برنامه ریزی مناسب جهت ارتقاء کمیت و کیفیت ارائه خدمت صورت پذیرد . هر پزشک صرفاً از یک دفتر ثبت استفاده نموده و چنانچه به دهگردشی و سیاری میرود همان دفتر را تنظیم می نماید .

نحوه تکمیل دفتر پزشک : در ستون اول بنام ردیف شماره مراجعین را از عدد یک شروع و تا پایان ماه این شماره گذاری را ادامه دهید . بدین ترتیب به راحتی تعداد مراجعین هر ماه را میتوان بدست آورد . ستون دوم مربوط به ثبت شماره قبض می باشد تکمیل این قسمت جهت پیگیری های مالی بسیار ضروری است و تنها در صورتی که پذیرش رایگان صورت گرفته باشد در این قسمت خط تیره گذارده و علت در قسمت توضیحات درج میشود . مبلغ تعرفه نیز به ریال در ستون مبلغ نوشته شود . در ستون های مربوط به نام و نام خانوادگی اطلاعات کامل ثبت و در ستون سن، سن کودکان زیر دو سال به ماه و بزرگتر از دو سال به سال قید شود . جنسیت مراجعه کننده به پزشک در ستون جنس با درج علامت (*) یا تیک مارک مشخص شود .

چک لیست بازدید :

از سال ۱۳۸۶ چک لیست جدیدی در واحد طراحی گردید که براساس آن بازدیدهای واحد در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی انجام می شود بر این اساس برخی شاخص های عملکردی فصلی واحد هم از این چک لیست بدست می آید .

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - معاونت بهداشتی

چک لیست بازدید واحد آمار از مراکز محیطی

تاریخ بازدید:

نام شهرستان/مرکز:

نام واحد:

امتیاز ثبت:

امتیاز جمع آوری:

امتیاز تجزیه و تحلیل:

امتیاز دسترسی:

امتیاز مدیریت:

امتیاز کل:

ثبت در دفتر گزارش

تاریخ آخرین بازدید کارشناس معاونت

ثبت در دفتر گزارش

مدت زمان بازدید.....

مرکز بهداشتی درمانی-شهری

مرکز بهداشتی درمانی-روستایی

خانه بهداشت

پایگاه

ردیف	گروه	عناوین	امتیاز مبنا	امتیاز کسب شده
۱	A	دفتر حضور و غیاب بدرستی تکمیل شده است ؟ (الف) موارد مرخصی ، غیبت و پاس در آن مشخص است. کمتر از ۱۰۰٪ امتیاز = (ب) اسامی تمامی پرسنل در آن ثبت شده است. کمتر از ۱۰۰٪ امتیاز = (ج) مطابقت روز کارکرد پزشک در دفتر پزشک با دفتر حضور و غیاب و فرم مراجعین سریایی (د) مطابقت روز کارکرد دندانپزشک در دفتر ثبت با دفتر حضور و غیاب و فرم مراجعین سریایی (هـ) مطابقت روز کارکرد پرسنل بهداشت خانواده با دفتر حضور و غیاب و فرم مراجعین سریایی	۱۰	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۲	A - D	اطلاعات جمعیتی در برد سرپرستی مرکز موجود است (الف) در مراکز سرشماری شده زیج حیاتی کامل است (ب) در مراکز سرشماری نشده اطلاعات جمعیتی موجود است	۴	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۳	B-C M	نمودار مقایسه ای تعداد مراجعین در برد سرپرستی مرکز موجود است. بهداشت خانواده <input type="checkbox"/> گسترش <input type="checkbox"/> آمار <input type="checkbox"/> محیط <input type="checkbox"/> آموزش بهداشت <input type="checkbox"/> (۱۰۸-۰۳۵۱۰۸-۰۱) (۱۰۱-۰۲۵۱۰۱-۰۱) (۱۱۲-۰۴۵۱۱۲-۰۱) (۱۱۰-۰۲۵۱۱۰-۰۱) مدارس <input type="checkbox"/> دارویی <input type="checkbox"/> حرفه ای <input type="checkbox"/> دهان و دندان <input type="checkbox"/> بیماریها <input type="checkbox"/> _ (۱۰۹-۰۲۵۱۰۹-۰۱) ۱۱۳-۰۱ (۱۱۱-۰۲۵۱۱۱-۰۱) (۱۰۳-۰۱) (۱۰۲-۰۱)	۱۸	
۴	M	لوازم مصرفی و تجهیزات مورد نیاز در واحد موجود می باشد. <input type="checkbox"/> کامپیوتر <input type="checkbox"/> پرینتر <input type="checkbox"/> فرمهای آماری ماشین حساب <input type="checkbox"/> قفسه بایگانی <input type="checkbox"/>	۵	
۵	M - B	مسئول مرکز نظارت بر چرخش آماری دارد ؟ فقط فرم های استاندارد در مرکز وجود دارد . (الف) فرم های آماری بطور صحیح کامل می شود (ب) تمامی فرم های آماری صادره از مرکز به تایید رئیس مرکز می رسد (ج) تمامی فرم های آماری صادره از مرکز به موقع ارسال می گردد (د) اطلاعات از طریق اتوماسیون ارسال می گردد	۶	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۶	C	مسئول مرکز فرم مراجعین سریایی را تحلیل می کند (الف) تحلیل روند افزایش یا کاهش مراجعات به مرکز (ب) تدوین طرح مداخله جهت بهبود ارائه خدمت	۱۰	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۷	A - M	دفاتر استاندارد ثبت اطلاعات در مرکز موجود است دفتر پزشک <input type="checkbox"/> دفتر دندانپزشک <input type="checkbox"/> دفتر ممتد خانواده <input type="checkbox"/> داروخانه <input type="checkbox"/> تزریقات و پانسمان <input type="checkbox"/> آزمایشگاه <input type="checkbox"/> واکسیناسیون <input type="checkbox"/> بهداشت محیط <input type="checkbox"/> بهداشت حرفه ای <input type="checkbox"/>	۱۸	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۸	B-M	فرم های استاندارد جمع آوری اطلاعات در مرکز وجود است . مراجعین سریایی <input type="checkbox"/> بهداشت حرفه ای <input type="checkbox"/> بهداشت خانواده <input type="checkbox"/> بهداشت محیط <input type="checkbox"/> مدارس <input type="checkbox"/> بیماریها <input type="checkbox"/> آزمایشگاه <input type="checkbox"/> گسترش <input type="checkbox"/>	۸	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۹	A	دفتر ثبت پزشک صحیح تکمیل شده است	۳	<input type="checkbox"/>
۱۰	A	دفتر ثبت دندانپزشک صحیح تکمیل شده است	۳	<input type="checkbox"/>

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

امتیاز کسب شده	امتیاز مبنا	عناوین	گروه	ردیف
	۴۴	<input type="checkbox"/> ثبت اطلاعات منطبق با فرم های آماری مربوطه است <input type="checkbox"/> الف) دفتر ثبت پزشک تعداد مراجعین <input type="checkbox"/> روز کارکرد پزشک <input type="checkbox"/> ب) دفتر دندانپزشک تعداد مراجعین <input type="checkbox"/> روز کارکرد پزشک <input type="checkbox"/> ج) دفتر پذیرش (همه موارد مراجعین خصوصاً موارد ارجاع و رایگان ثبت شده است) <input type="checkbox"/> د) دفتر ممتد بهداشت خانواده <input type="checkbox"/> ه) دفتر واکسیناسیون <input type="checkbox"/> و) دفتر تزیینات <input type="checkbox"/> ز) بهداشت محیط <input type="checkbox"/> ح) بهداشت حرفه ای <input type="checkbox"/> ط) داروخانه	B	۱۱
	۴	<input type="checkbox"/> یک نسخه از آمار ارسالی در مرکز یا خانه موجود می باشد .	D	۱۲
	۶	<input type="checkbox"/> اطلاعات و دستورالعمل های برنامه قابل دسترسی آسان می باشد . <input type="checkbox"/> دستورالعمل ها <input type="checkbox"/> مکاتبات <input type="checkbox"/> اطلاعات و آمار	D	۱۳
	۶	<input type="checkbox"/> برنامه ثبت مرگ <input type="checkbox"/> تکمیل فرم شماره ۱ برای همه موارد مرگ <input type="checkbox"/> تکمیل صحیح فرم شماره ۱ <input type="checkbox"/> ارسال اطلاعات و آمار برنامه ثبت مرگ طبق چرخه زمانی استاندارد	A - B	۱۴

خلاقیت - نوآوری - نکات برجسته:

مشکلات:

پیشنهادهای:

نام و سمت مسئول واحد :

نام و سمت بازدید کننده :

تاریخ :

تاریخ :

امضاء :

امضاء :

واحد بهداشت محیط :

ردیف	موضوع	بلی	خیر	مورد ندارد
۱	آیا تعداد بازدیدهای درج شده در فرم موجود با دفتر ثبت بازدید روزانه همخوانی دارد ؟			
۲	آیا اطلاعات مربوط به کلرسنجی درج شده در فرم با دفتر ثبت کلرسنجی همخوانی دارد ؟			
۳	آیا در فرمهای تعداد کارتهای بهداشتی صادر شده با دفتر ثبت همخوانی دارد ؟			

واحد بهداشت حرفه ای :

ردیف	موضوع	بلی	خیر	مورد ندارد
۱	آیا تعداد کارگاههای تحت پوشش مندرج در فرم آماری با دفتر راهنما همخوانی دارد ؟			
۲	آیا تعداد پی گیری های انجام شده مندرج در فرم آماری با دفتر ثبت همخوانی دارد ؟			
۳	آیا تعداد کارگاههایی که بازدید اولیه شده اند (طبق فرم آماری) با دفتر راهنما همخوانی دارد ؟			

شرایط کسب امتیاز چک لیست

- ۱- برای یک ماه بطور تصادفی روزهای حضور پزشک و دندانپزشک در دفتر حضور و غیاب با دفتر ثبت کنترل می شود
- ۲- در مراکزی که سرشماری انجام شده اطلاعات جمعیتی باید بر حسب سن ، جنس ، گروههای سنی و ملیت (زیج) همچنین اطلاعات موالید و مرگ موجود باشد ، در سایر مراکز نیز اطلاعات به تفکیک موجود باشد.
- ۳- نمودار مقایسه ای باید طبق دستورالعمل برد سرپرست مرکز تهیه و تکمیل گردد.
- ۴- وجود کامپیوتر و پرینتر در واحدهایی که در آنها اتوماسیون اجرا می شود الزامی است . در سایر مراکز و خانه ها الزام نیست اما وجود آن توانمندی مرکز را نشان میدهد.
- ۵- برای بررسی این بند بطور تصادفی فرم های آماری یکی از ماههای گذشته (حداکثر تا یک سال گذشته) را انتخاب و موارد الف و ب را کنترل می کنیم . در مورد " ج " باید مکاتبه انجام شده جهت ارسال آمار و یا تاریخ دریافت آمار در سطح بالاتر را کنترل نمود. مورد " د " برای مرکزی است که اتوماسیون در آن انجام می شود .
- ۶- الف :تحلیل روند را ممکن است شفاها "ارائه داده و علل را بیان کنند .
ب :برای تدوین مداخله باید طرح مداخله را بصورت مکتوب و یا مستندات نتایج مداخله را ارائه نماید .
- ۷- در مراکزی که اتوماسیون اجرا می شود دفتر پذیرش مورد ندارد .
- ۹-۱۰- دفاتر ثبت پزشک و دندانپزشک بر اساس عناوین بدرستی و کامل ثبت شده باشد .
- ۱۱- الف : تعداد مراجعین ثبت شده در دفتر پزشک بطور راندموم یک روز در ماه با ثبت در پذیرش یکسان باشد یا تعداد کل مراجعین در ماه ثبت شده در دفتر پزشک با آمار ارسالی هم خوانی داشته باشد .
ب :تعداد مراجعین دفتر دندانپزشک بطور راندموم یک روز در ماه با ثبت در پذیرش یکسان باشد . یا تعداد کل مراجعین در ماه ثبت شده در دفتر پزشک با آمار ارسالی هم خوانی داشته باشد .
ج - تعداد مراجعین ثبت شده در پذیرش بطور راندموم یک روز در ماه با آمار واحدها یکسان باشد .
د - تعداد مراجعین در ماه برای یک روش جلوگیری یا مراقبت کودک ثبت در دفتر مراقبت ممتد با آمار ارسالی هم خوانی داشته باشد . (انتخاب روش بصورت راندموم) ۱۰ مورد پرونده از نظر ثبت اطلاعات با دفتر مراقبت ممتد هم خوانی داشته باشد.
- ه - تعداد آمار مراجعین واکسن بطور راندموم برای یک واکسن تزریق شده با آمار ارسالی مطابقت داشته باشد .
و - تعداد کل آمار مراجعین تزریقات ثبت در دفتر با آمار ارسالی مطابقت داشته باشد .
- ز-مطابقت یکی از فرمهای آماری با دفاتر ثبت در هر بازدید یکی از مواردبازدید از اماکن ، کلرسنجی و ثبت اخطار -دادگاهی بررسی و در صورتی که ۱۰۰٪ صحیح بود امتیاز میگیرد
- ح--مطابقت یکی از فرمهای آماری با دفاتر ثبت در هر بازدید یک مورد چک لیست بررسی میشود.

ط--مطابقت یکی از فرمهای آماری با دفاتر ثبت

برد اطلاعات اتاق سرپرست مرکز:

در راستای یکسان سازی فرمهای آماری کلیه واحدها به این نتیجه رسیدیم که اطلاعات موجود در مراکز بهداشتی برای هر واحد در فرمت مشخص با توجه به شماره کد واحد برای شناسایی فرمها فعالیتها واحدها به صورت فصلی در قالب این فرمها در برد سرپرست مرکز در مراکز شهری و روستایی و پایگاهها نصب شود که تعداد فرمها کد واحدها به صورت خلاصه در ذیل آورده شده است .

<ul style="list-style-type: none"> • ۱۱۰-۰۱ • ۱۱۰-۰۲ • ۱۱۰-۰۳ <p>بهداشت محیط</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۰۲-۰۱ <p>پیشگیری و مبارزه با بیماریها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۰۱-۰۱ • ۱۰۱-۰۲ <p>گسترش شبکهها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۱۲-۰۱ • ۱۱۲-۰۲ • ۱۱۲-۰۳ • ۱۱۲-۰۴ <p>آموز</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۰۸-۰۱ • ۱۰۸-۰۲ • ۱۰۸-۰۳ <p>بهداشت خانواده</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ۱۱۱-۰۱ • ۱۱۱-۰۲ <p>بهداشت حرقة ای</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۱۳-۰۱ <p>امور دارویی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۰۹-۰۱ • ۱۰۹-۰۲ <p>بهداشت مدارس</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۰۳-۱ <p>بهداشت دهان و دندان</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۰۴-۰۱ • ۱۰۴-۰۲ <p>آموزش بهداشت</p>

نام برنامه: ثبت مرگ

محل ارایه برنامه : شهرستانهای تحت پوشش دانشگاه

چگونگی تغییر تدریجی ثبت علل مرگ :

در سال ۱۳۷۷ در استان بوشهر برای راه اندازی یک نظام ثبتی با استفاده از همه منابع ممکن آغاز شد و پس از اینکه در یک استان آزمون شده و اطلاعات بدست آمده از آن با منابع دیگر مورد مقایسه قرار گرفت و کار به سه استان دیگر گسترش پیدا کرد و در سال ۷۸ در چهار استان و سال ۷۹ ده استان ، سال ۸۰ هجده استان و در سال ۸۲ در ۲۳ استان ادامه پیدا کرد و از سال ۱۳۸۳ به بعد کل کشور به استثنای شهر تهران (بهشت زهرا) انجام شده است .

نظام ثبت و طبقه بندی علل مرگ در کشور :

در کشور ما ثبت مرگ به عنوان یک وظیفه قانونی به سازمان ثبت احوال واگذار شده است . بر اساس قانون برای تعیین وضعیت و هویت رسمی و قانونی مردم ، ثبت چهار " واقعه حیاتی " به سازمان مزبور واگذار شده است این چهار واقعه عبارتند از تولد ، ازدواج ، طلاق و مرگ .

ثبت یک تولد در خانواری که تابعیت ایرانی دارد افزوده شدن یک فرد با هویتی معین به مجموعه تابعین و مرگ او ، خاتمه تابعیت که با اقدامات زیر انجام می شود :

۱- احراز وقوع مرگ ۲- احراز هویت قانونی ۳- اعلام وقوع مرگ
۴- تعیین علت مرگ ۵- اجازه تدفین ۶- تکمیل اسناد فوت و ابطال شناسنامه
برای اینکه فرزند مزبور با نتیجه اصلی آن (ابطال شناسنامه) و نتیجه فرعی آن (تعیین علت مرگ) به درستی انجام پذیرد و عناصر مختلفی باید همکاری نمایند که اعلام و تایید مرگ توسط هر کسی می تواند صورت پذیرد که اگر فردی غیر از پزشک باشد نیاز به شهادت افراد دیگر (استشهاد محلی) نیز دارد .
تعیین علت مرگ : پزشک شاغل در بخش خصوصی یا دولتی و سازمان پزشکی قانونی می تواند علت مرگ را تعیین و اعلام کند پزشکی قانونی بر اساس درخواست افراد یا دادستان افراد یا دادستان موظف به بررسی کامل و تعیین علت مرگ می باشد .

اجازه تدفین : بر اساس گواهی فوت فرد با هویت معین تایید و علت آن اعلام شده و در گورستان رسمی اجازه دفن انجام می شود . در مورد گورستانهای غیررسمی قانوناً " اعلام فوت بوسیله اطرافیان بستگان متوفی در طی مدت معین (ده روز) به سازمان محلی ثبت احوال الزامی و پس از دریافت اعلام فوت ، سازمان محلی ثبت احوال ، اقدام به ابطال شناسنامه می نماید .

افرادی که علت فوت آنها مورد تردید قرار دارد .

افرادی که هویت آنها احراز می گردد .

افرادی که دادستان یا اشخاص دیگری خواهان بررسی کامل علت مرگ آنها هستند .

گواهی فوت و علت مرگ آنها را پزشکی قانونی صادر و بر اساس همین اعلامیه دفن می گردد.

همانگونه که در مجموعه این فرآیند دیده می شود :

برای سازمان ثبت احوال :

بعنوان متولی اصلی و قانونی تعیین " احوال " آحاد مردم ، اطمینان از وقوع مرگ و احراز هویت به منظور ابطال شناسنامه ضرورت قانونی دارد .

برای پزشکی قانونی :

- احراز هویت - تعیین علت مرگ در محدوده پاسخگویی به قاضی - زمان وقوع مرگ .

برای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی :

تعیین علت مرگ به همراه سایر مشخصه های متوفی ، همچون سن و جنس و محل فوت ... اهمیت دارد . از آنجائیکه مأموریت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تامین عمر طولانی توأم با سلامتی برای آحاد جامعه است . از علل بیماری و مرگ بعنوان نماد و راهنمایی برای هدایت برنامه های مرتبط با سلامتی استفاده می شود . این وزارتخانه کلیه منابعی که امکان بدست آوردن اطلاعات مرگ و میر آنها وجود دارد را جمع

آوری می نماید . پس از گذشت چندین سال از اقدام به ثبت شود . مرگ در استانهای مختلف کشور ، در مقاطع زمانی مختلف اقداماتی برای ارتقای پوشش کمی مرگ ، بهبود تشخیصها و طبقه بندیها انجام شده و تا حدودی نتایج ملموس آن را در بهبود کمی و کیفی داده ها و اطلاعات می توان دید .

فرآیندها و راهکارهای اجرایی :

- ۱- استفاده از همه منابع قابل استفاده برای تشخیص ، جمع آوری اطلاعات در سطح شهرستان بهترین منابع :
 - بیمارستانها و زایشگاهها در سطح شهرستان - گورستان و غسلخانه شهر
 - مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه های بهداشت در سطح شهرستان
 - مراکز بهداشتی درمانی شهری دارای جمعیت تعریف شده در سطح نقاط شهری شهرستان
 - پزشکی قانونی شهرستان - اداره ثبت احوال شهرستان
- ۲- استفاده از شبکه بهداشت و درمان شهرستان بعنوان ساختار مسئول در قبال برنامه ریزی و مجری برنامه های سلامت جامعه ، بعنوان جمع آورنده ، تطبیق دهنده فهرست موارد مرگ و تدفین کننده آنها ، بر اساس علت .
- ۳- استفاده از توان انسانی مراکز بهداشت استان در زمینه تطبیق فهرست های شهرستانی ، تهیه بانک اطلاعاتی استان ، بر اساس طبقه بندیهای بین المللی .
- ۴- گسترش و شکل دهی همکاری بین بخشی در سطح شهرستان - شبکه شهرستان - پزشکی قانونی - ثبت احوال - شهرداری .
- ۵- ارسال فهرست تدوین شده شهرستان به استان ، ارائه پس خوراند از استان به شهرستان.
- ۶- مبادله داده های واقعه مرگ مرتبط با استانهای دیگر در گیر برنامه .
- ۷- مبادله مشخصه های شناسنامه ای و علتی موارد فوت شده ، بین مرکز بهداشت و اداره ثبت احوال شهرستان .
- ۸- با استفاده از همه امکانات موجود در شهرستان وقایع پیگیری و مرکز و نقطه شروع جمع آوری و ثبت مرگ محسوب می شود .

۹- اطلاعات ثبت شده پیرامون متوفا عبارتند از :

- مشخصات شناسنامه ای متوفا
 - آدرس ، سن ، جنس ، تاریخ فوت ، محل فوت و منطقه سکونت
- #### ۱۰- روش جمع آوری اطلاعات از منابع مختلف :
- بیمارستان و زایشگاه موجود در شهرستان بصورت اعلام اجباری ، موارد مرگ و مرده زایی .
 - پزشکی قانونی شهرستان بصورت دریافت گواهی فوت های صادر شده بصورت ماهیانه .
 - گورستان های مناطق شهری بصورت جمع آوری اطلاعات از دفاتر گورستان بطور ماهانه .

- مراکز بهداشتی درمانی شهری دارای جمعیت تعریف شده که بصورت ماهانه از جمعیت تحت پوشش خود بوسیله رابطان بهداشت موارد مرگ را اعلام می کنند .

- مراکز بهداشتی درمانی روستایی که بصورت ماهانه مرگهای واقع شده در جمعیت تحت پوشش خود را اعلام می کنند .

گردش اطلاعات :

در پایان هر ماه لیست موارد مرگ جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان تهیه می گردد . چون منابع متعددی برای جمع آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفته موارد تکراری در لیست مزبور حذف خواهد شد اولویت حذف به این شرح است :

اگر مرگی از دو منبع مثلاً "بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی روستایی گزارش شده باشد و دارای علل متفاوت باشد در صورتیکه علت اعلام شده ، از طرف بیمارستان کد پوچ (Garbage Code) یا کد غیر ممکن نباشد ، علت اعلام شده توسط بیمارستان پذیرفته می شود . به همین ترتیب علت اعلام شده توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی بر علل بدست آمده از گورستان ارجحیت دارد . علت اعلام شده توسط پزشکی قانونی در صورتیکه کد پوچ نباشد بر همه منابع ارجحیت دارد .

همچنین لیست تهیه شده با اطلاعات سازمان ثبت احوال شهرستان مبادله و موارد عدم همپوشانی دو لیست ثبت و مورد پی گیری قرار می گیرد .

در پایان هر ماه اطلاعات فوت شدگان در سطح مرکز بهداشت شهرستان وارد نرم افزار می شود در مواردیکه این امکان در سطح شهرستان فراهم نشده باشد اطلاعات به مرکز بهداشت استان ارسال و در آن سطح وارد کامپیوتر می شود .

در جریان ثبت موارد مرگ در صورتیکه علل مرگهای اعلام شده توسط پزشکان بیمارستانها و پزشکی قانونی مشتمل بر کدهای پوچ باشد مرکز بهداشت شهرستان موظف است :

* تصویر گواهی فوت و علت را به پزشک یا منبع صادر کننده ، عودت داده و درخواست نماید که از ثبت علل پوچ ، بیهوده . و گمراه کننده و گواهی فوت خودداری نماید .

* برای پزشکانی که از کدها و علل مزبور استفاده می کنند آموزش لازم را بدند .

* از ابزار قانونی همچون اختیارات معاونت های درمان دانشگاهها و سازمان نظام پزشکی به منظور حل ثبت علل بیهوده ، پوچ و گمراه کننده استفاده نماید .

چگونگی گردآوری و آماده سازی داده ها :

هر ماهه فهرست فوت شدگان شهرستان بر اساس مشخصاتی که قبلاً ذکر شد ، از منابعی که ویژگیهای آن در مبحث قبل آمد ، بصورت فعال جمع آوری می گردد . از فهرست تهیه شده موارد تکراری حذف می شود در صورتیکه در موارد تکراری ، برخی از مشخصات متفاوت باشد طبق قرار قبلی ، برای هر جزء از اقلام ثبتی یک

منبع ، معتبرتر از همه در نظر گرفته شده است مثلاً" اگر مشخصات یک متوفا از بیمارستان شهرستان و هم از خانه بهداشت و سپس مرکز بهداشتی درمانی روستایی گزارش شده باشد و علت مرگ اعلام شده، بین این دو منبع متفاوت باشد ، انتخاب اصلح " بیمارستان " است . فهرست های تهیه شده ، با استفاده از یک نرم افزار فارسی ، در شهرستانهای بزرگ در همانجا وارد رایانه می شود و در شهرستانهای کوچک ، داده ها به مرکز بهداشت استان ارسال و سپس در آنجا وارد رایانه می شود .

شبکه های بهداشتی درمانی شهرستان : کوچکترین واحد مدیریتی مستقل این نظام را تشکیل می دهد که پس از استقرار و با استفاده از زنجیره ارتباط سطوح مختلف خود می تواند خدمات تعریف شده ای را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه دهد برای شبکه بهداشت ۳ سطح ارائه خدمت در نظر گرفته شده است :

سطح اول : شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان را در روستا ها ، خانه ها و در شهرها پایگاهی بهداشت تشکیل می دهند . بر مبنای مطالعات انجام شده در مناطق کشور و با توجه به اصول و ضوابط طرحهای گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور با کمک افراد مجرب و آشنا با منطقه و با رعایت تمامی جنبه های فرهنگی ، جمعیتی و اقلیتی ، محل استقرار کلیه خانه های بهداشت و مقدار مورد نیاز از پایگاهها ، بهداشت در مناطق روستایی و شهری هر شهرستان در مجموعه ای بنام ، طرح شبکه بهداشت و درمان شهرستان ، گردآوری شد . این طرحها برای هر یک از شهرستانهای کشور بطور خاص تهیه شده است انجام سرشماری سالانه از جمعیت تحت پوشش ، تشکیل پرونده خانوار برای هر یک از خانوارهای ساکن در جمعیت و جغرافیای تحت پوشش ، آموزش مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف ، ارائه خدمات سلامت خانواده ، واکسیناسیون ، مبارزه با بیماریها ، بالا بردن سطح بهداشت مدارس و دهان و دندان و جمع آوری ، ثبت و نگهداری آمار و تنظیم گزارشات آماری از جمعیت تحت پوشش عمده ترین وظایف این واحدهای سطح اول را تشکیل می دهند .

متمرکز بودن جمعیت در یک نقطه یا پراکنده بودن آن در چند روستا ، نقش تعیین کننده ای در حجم و گردش کار خانه بهداشت دارد ، معمولاً" هر خانه بهداشت جمعیت چند روستا را که در فاصله مناسب از قرارداد ، پوشش می دهد . روستای محل استقرار خانه بهداشت ، روستای اصلی و روستا یا روستاهای تحت پوشش آن با فاصله حداکثر یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت ، روستاهای قمر نام دارد .

سطح دوم : شبکه بهداشت و درمان شهرستان را مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری تشکیل می دهند که وظایف اصلی آنها پشتیبانی از خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشت تحت پوشش ، نظارت بر فعالیتهای آنها ، قبول ارجاعات درمانی و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است .

سطح سوم : برحسب وظیفه ای که انجام می شود دو نوع واحد دارد مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان .

مسئولیت اصلی مرکز بهداشت شهرستان: برنامه ریزی، پشتیبانی فنی و تدارکاتی، کنترل ضوابط و مقررات بهداشتی درمانی، جمع آوری و بررسی گزارشات آماری و نظارت بر فعالیت های واحدهای تحت پوشش می باشد.

بیمارستان شهرستان: حداقل با تخصص های جراحی، داخلی، کودکان، زنان و زایمان، بیهوشی، رادیولوژی و آزمایشگاه و با بخش های بستری، پلی کلینیک های تخصصی و اورژانس اداره میشود و پشتیبانی فنی و قبول ارجاعات بیماران از مراکز بهداشتی درمانی را به عهده دارد. البته در شبکه بهداشت و درمان یک شهرستان واحدهای دیگری نیز در بخش دولتی فعالیت دارد از جمله: مرکز آموزش بهورزی، تسهیلات زایمانی و ۰۰۰ در واقع با برقراری ارتباط با سه نهاد خارج از بخش بهداشت و درمان (پزشکی قانونی، ثبت احوال و گورستان) و با ایجاد امکان جمع آوری اطلاعات مربوط به فوت در ساختار موجود نظام بهداشت و درمان شهرستان (خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستایی و مرکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه بهداشتی و مرکز بهداشت شهرستان) نظام ثبت مرگ بر حسب علت، سن و جنس و محل سکونت (شکل گرفته است).

سایر منابع:

سایر منابع فرعی که از آنها برای اعلام وقوع وفوت و سپس پیگیری آن، استفاده می شود عبارتند از:

- رابطین بهداشت در مناطق شهری بویژه حاشیه شهرها بعنوان رابط بین پایگاههای بهداشتی و خانواده ها هستند که هر زن رابط بطور متوسط ۵۰ خانوار را تحت پوشش دارد که یکی از وظایف این زمان اعلام موارد مرگ در خانوارهای تحت پوشش است.
- در بسیاری از مناطق و محلات از روحانیون مساجد که در مجالس ختم سخنرانی می نمایند، خواسته شده که ماهانه نام و مشخصات مواردی از فوت که در مجلس ترحیم آنها شرکت نموده ثبت و هر ماه با مراجعه به مرکز روحانیون مساجد شهر این اطلاعات را جمع آوری می کنند.
- در برخی از شهرستانها از چاپخانه هایی که اعلامیه فوت را چاپ می کنند خواسته شده است که هر ماهه نسخه ای از اعلامیه مجالس ترحیم چاپ شده خود را به مرکز بهداشت شهرستان ارسال کنند.
- علاوه بر همه اینها هر ماهه در سطح شهرستان اطلاعات فوت شدگان از مرگ بهداشت، مشخصات شناسنامه های ابطال شده در سازمان ثبت احوال مبادله می شود و پس از کنترل تاریخ فوت در صورتی که مرگ معوقه نباشد در مجموعه فهرست مرگ شهرستان اضافه می شود.

۶- واحد امور آزمایشگاهها

تهیه و تنظیم:

دکتر نیلوفر پاشایی

واحد امور آزمایشگاهها

مدیریت نظارت بر آزمایشگاههای معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در دو سطح اجرایی و فنی بر مجموعه ۱۸ آزمایشگاه محیطی (در مراکز، شبکه‌ها) و یک آزمایشگاه تحت عنوان آزمایشگاه مرکزی معاونت بهداشتی نظارت دارد. پرسنل سطح اجرائی شامل یک نفر کارشناس مسئول (پاتولوژیست) در سطح فنی در حال حاضر شامل ۳ نفر (کاردان علوم آزمایشگاهی) می‌باشد.

بخش اجرایی این مدیریت در ستاد معاونت بهداشتی و بخش فنی آن در آزمایشگاه مرکزی معاونت بهداشتی متمرکز می‌باشد. در حال حاضر خدمات فنی شامل میکروبیولوژی آب، سیتولوژی، پاپ اسمیر، غربالگری هیپوتیروئیدی و PKU، کنترل کیفی سل، مالاریا، بیماریهای میکروبی روده‌ای، میکروبیولوژی، سیتولوژی و هورمون‌شناسی در این مرکز آزمایشگاهی در حال انجام است. خدمات اجرایی شامل ابلاغ دستورالعمل‌ها، اجرایی کردن پروتکل‌ها و ابلاغ به مراکز، نظرات بر اجرای دستورالعمل‌ها در سطح مراکز و شبکه‌ها، بازرسی مراکز کنترل کیفی و پایش و ... می‌باشد. در ضمن سطح اجرایی و فنی آمادگی برنامه‌ریزی، انجام آزمایش و کنترل کیفی در موارد اپیدمی و بحران را نیز دارد.

۷- واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

تهیه و تنظیم:

دکتر کامبیز نعمتی

صغری علیزاده

واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

جوانان سرمایه های اصلی کشورها محسوب می گردند. کشور ما یکی از جوانترین جمعیت های جهان را دارا می باشد به نحوی که قریب ۴۲/۵ درصد جمعیت کشور را گروه سنی ۶-۲۵ سال تشکیل می دهد. اکثر کودکان و نوجوانان و جوانان ۶-۲۴ سال کشور در حال تحصیل و کار و در معرض مخاطرات جسمی و روانی و اجتماعی ویژه این سنین می باشند که تقویت رفتارهای سلامتی از این مخاطرات جلوگیری خواهد نمود. آموزش و ارتقای سلامت این گروه از مهمترین مسایل پیش روی برنامه های توسعه می باشد.

تامین و حفظ و ارتقای سلامت آنان برای سلامت خانواده و جامعه در حال و آینده اساسی است. بستر مدرسه که دانش آموز ساعات زیادی راز عمر خود را در آن می گذراند مناسبترین مکان برای ایجاد آگاهی و بهبود نگرش و عملکرد بهداشتی محسوب می گردد. واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس یکی از واحدهای تابعه معاونت بهداشت است که با هدف تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت نوجوانان، جوانان و دانش آموزان مقاطع مختلف تحصیلی (مدارس) تشکیل شده است و برای رسیدن به هدف مذکور برنامه های مختلفی را از قبیل آموزش بهداشت به گروه هدف، مراقبتهای بهداشتی از قبیل (غربالگری، معاینات پزشکی، واکسیناسیون، پدیکولوزیس) و برنامه های بهداشت باروری، سلامت محیط مدارس و بوفه ها، تغذیه مدارس و برنامه های مشارکتی برون بخش (مدارس مروج سلامت و حوادث در مدارس) و شناسنامه سلامت دانشجو وسایت جوان سالم، سالانه به اجرا در می آید و برای موفقیت در امور مذکور با سازمانهایی مانند: استانداری، آموزش و پرورش شهر و شهرستانهای استان تهران، دانشگاههای تهران و ایران، دفتر سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، کمیته شیر مدارس (شما) شهرداریها، سازمان ملی جوانان و کلیه واحدهای درون سازمانی مانند معاونت پژوهشی، معاونت درمان، معاونت پشتیبانی، آموزشی، روابط عمومی، واحد پیشگیری از بیماریها، خانواده، دهان و دندان، محیط و حرفه ای، آموزش بهداشت، گسترش شبکه، امور دارویی و آمار در تعامل و همکاری تنگاتنگ می باشد. لازم به ذکر است که موقعیت واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس. در معاونت بهداشت مانند واحد آی سی یو در یک بیمارستان می باشد که زمینه را برای انجام فعالیتهای مربوط به گروه سنی ۶-۲۵ سال فراهم می آورد.

تعریف بهداشت مدارس

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، بهداشت مدارس عبارتست از مجموعه اقداماتی که به منظور تشخیص، تامین و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان و آندسته از کارکنانی که به نحوی در ارتباط با دانش آموزان قرار دارند به اجرا در می آید. منظور از دانش آموز، کلیه افرادی است که درمقاطع و پایه های تحصیلی مختلف از پیش دبستانی تا پیش دانشگاهی در آموزشگاههای کشور به تحصیل اشتغال دارند. برای رسیدن به هدف فوق برنامه های زیر از طریق این واحد هدایت و اجرا می گردند:

- ۱- مراقبتهای بهداشتی دانش آموزان بدو ورود به مدرسه، پایه اول راهنمایی و دبیرستان
- ۲- مراقبتهای بهداشتی دانش آموزان از نظر پدیکولوزیس
- ۳- آموزش سلامت به سه گروه هدف دانش آموزان، معلمان و کارکنان
- ۴- ارتقا وضعیت سلامت محیط و بوفه های مدارس
- ۵- ارتقا وضعیت سلامت دانش آموزان از طریق تغذیه کمکی (شیر مدارس، مکمل آهنیاری)
- ۶- ترویج مدارس مروج سلامت
- ۷- برنامه های مشارکتی برون بخش و پیشگیری از حوادث در مدارس
- ۸- اجرای پروژه های پژوهشی در زمینه سلامت دانش آموزان
- ۹- همکاری در تدوین سند ملی جوانان و بهداشت باروری
- ۱۰- مدیریت سایت جوان سالم با هدف اطلاع رسانی و آموزش جوانان
- ۱۱- برنامه ریزی و هماهنگی در جهت بهبود سلامت دانشجویان

نام برنامه : مراقبتهای بهداشتی دانش آموزان بدو ورود به مدرسه، پایه اول راهنمایی و دبیرستان

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشتی، خانه بهداشت، مدرسه و پایگاه سنجش

شرح برنامه: مراقبتهای بهداشتی دانش آموزان در قالب فعالیت های زیر قابل اجرا می باشد :

ارزیابی سلامت دانش آموز هنگام ورود به پایه اول ابتدایی و تشکیل و ثبت شناسنامه بهداشتی اوبه منظور مداخله به هنگام رفع مشکل

انجام معاینات پایه اول راهنمایی و پایه اول دبیرستان براساس دستورالعمل اجرای شناسنامه سلامت دانش آموز به منظور مراقبت بهداشتی

مراقبت ازدانش آموزان نیازمند مراقبت های ویژه مثل مبتلایان به بیماریهای مزمن

مراقبتهای فوری در صورت نیاز به کمک های اولیه مثل حوادث، زخم ها و بیماریهای ناگهانی

ثبت و گزارش و پیگیری موارد ارجاع شده و مرجوعی از مراکز بهداشتی درمانی

دستورالعمل تکمیل شناسنامه سلامت دانش آموز در سایت پورتال معاونت بهداشتی واحد سلامت جوانان،

نوجوانان و مدارس موجود میباشد.

نام برنامه: مراقبتهای بهداشتی دانش آموزان از نظر پدیکولوزیس

محل ارائه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشتی، خانه بهداشت، مدرسه و پایگاه سنجش

شرح برنامه: آلودگی به شپش سر از آلودگیهای جلدی شایع و یکی از مشکلات بهداشتی جوامع انسانی در کشورهای مختلف است. بیماری در هر دو جنس (زن و مرد) دیده می شود اما بطور شایعتر در دختر بچه ها مشاهده شده است. شیوع، سن خاصی ندارد اما کودکان دبستانی آسیب پذیرترین گروه سنی هستند و از شدت آلودگی بالایی برخوردارند و تماس نزدیک و طولانی مدت آنها با هم شایعترین و اصلی ترین راه انتقال میباشد.

گرچه در بسیاری از مناطق، بهبود وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی تاثیر بسزائی در کاهش آلودگی به شپش داشته است اما کماکان این انگل در اغلب نقاط دنیا موجود بوده و باعث بروز مشکلات جدی بهداشتی و اقتصادی در سطح جهان میگردد.

دستورالعمل پدیکولوزیس در سایت پورتال معاونت بهداشتی واحد سلامت جوانان، نوجوانان و مدارس موجود

میباشد

نام برنامه: آموزش سلامت به سه گروه هدف دانش آموزان، معلمان و کارکنان

محل ارایه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشت، خانه بهداشت، مدرسه و پایگاه سنجش

شرح برنامه: سازمان جهانی بهداشت مفهوم کلی سلامت را بدین شرح تعریف می کند: سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی روانی، اجتماعی و معنوی و نه فقط فقدان بیماری است و آموزش را اینگونه تعریف می کنند: آموزش یک اصطلاح کلی است که به تمام عوامل و تجربیات و فرایندهایی که بر نحوه کسب اطلاع و طرز فکرو پرورش مهارت ها و تغییر رفتار افراد نفوذ دارند مربوط است. آموزش بهداشت در مفهوم و معنای کلی خود روش تعلیمی است که از طریق آن می توان در ایجاد و بهبود عادات و رفتار مطلوب بهداشت فرد، خانواده یا جامعه نقش موثر، مفید و فزاینده ای داشت.

اهداف آموزش بهداشت مدارس عبارتند از:

افزایش شناخت درباره فلسفه علم و بهداشت فردی و اجتماعی

بهبود نگرش نسبت به اتخاذ رفتارهای موثر بر سلامت آن ها

تقویت مهارت ها و تمایلات افراد در ایجاد رفتارهای موثر در بهداشت

گسترش مهارت های افراد در حفظ و گسترش بهداشت خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کنند.

بطور خلاصه، افراد جوان با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه خود درکی صحیح از بهداشت داشته باشند. آنها باید تلاش کنند تا به نحو احسن بر بهداشت جامعه خود تاثیر بگذارند و از امکانات موجود استفاده کرده در جهت ارتقاء بهداشت مدارس خود فعالانه تلاش نمایند. مدرسه بهترین مکان برای اجرای برنامه های آموزش بهداشت و مناسب ترین مکان برای نیل به اهداف آموزش بهداشت می باشد و دانشمندان دلایل زیر را در اثبات این مهم ارائه می دهند:

(۱) منابع انسانی و تجهیزات و امکانات آموزشی به حد کافی وجود دارد.

(۲) حضور موظف دانش آموزان بر اجرای بهتر برنامه تاثیر دارد.

(۳) کثرت دانش آموزان

(۴) انتقال پیام ها و آموخته ها به اعضاء خانواده و جامعه

نام برنامه: ارتقا وضعیت سلامت دانش آموزان از طریق تغذیه کمکی (شیر مدارس، مکمل آهنیاری)

محل ارایه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشت، خانه بهداشت، مدرسه

شرح برنامه: تغذیه مناسب یکی از اساسی ترین پایه های سلامتی می باشد. تغذیه مناسب به عنوان

یکی از محورهای مهم بهداشتی مدرسه مورد توجه بوده است. ارائه رژیم غذایی مناسب به کودکان، نگهداری و توزیع مطلوب همچنین کنترل محل نگهداری و توزیع مواد غذایی در مدرسه بسیار مهم است. در برخی مدارس محل هایی برای فروش و عرضه مواد غذایی به دانش آموزان ایجاد شده است که برای کنترل نوع مواد غذایی عرضه شده و بهداشتی بودن آن فرصت بسیار مناسبی است. هر چند فروشندگان دوره گرد در اطراف مدرسه نیز از نکات اساسی در بهداشت تغذیه دانش آموزان می باشد.

در راستای بهبود تغذیه دانش آموزان مدرسه می تواند اقدامات زیر را انجام دهد.

۱) آموزش بهداشت تغذیه: مدرسه بر حسب سن و جنس دانش آموزان می تواند درباره تقسیم بندی مواد غذایی، نقش مواد مغذی در بدن، نقش تغذیه و رشد و یادگیری، نحوه تهیه، نگهداری، طبخ و مصرف مواد غذایی، مشکلات تغذیه ای دانش آموزان و بهداشت مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی آگاهی های ارزنده ای ارائه کنند.

۲) تشویق دانش آموزان به خوردن غذا در زمان های مناسب (وعده و میان وعده ها)

۳) کنترل مواد غذایی که دانش آموزان با خود به مدرسه می آورند و مداخله و مذاکره با والدین برای بهبود آنها

۴) نظارت بر مواد غذایی که در مدرسه توزیع می شود، همچنین همکاری با مراکز بهداشتی درمانی منطقه برای کنترل عرضه مواد غذایی اطراف مدرسه

۵) نظارت و هدایت افرادی که با مواد غذایی سروکار دارند برای معاینات پزشکی - بهداشتی.

۶) تشویق و ترغیب دانش آموزان برای خرید از محل های مجاز و بهداشتی عرضه کننده مواد غذایی.

۷) آموزش و نظارت بر رعایت بهداشت فردی کودکان به ویژه قبل و بعد از صرف غذا.

۸) معاینات و آزمون ها برای تشخیص برخی اختلالات تغذیه ای دانش آموزان و ارجاع آنها برای درمان

۹) همکاری و ترغیب دانش آموزان و خانواده آنها به کاشت و مصرف میوه و سبزی های دارای برگ سبزی در باغچه های خانه و مزارع.

۱۰) مشارکت در اجرای برنامه های کشوری یا منطقه ای تغذیه دانش آموزان مثل آهن یاری دختران دانش

آموز و شیر مدرسه

۱۱) انتقال پیام های مربوط به تغذیه صحیح و غذای سالم به خانواده ها و جامعه از طریق دانش آموزان و

کارکنان مدرسه

۱۲) آموزش و سازماندهی دانش آموزان برای انجام کارهای سازمان یافته جهت بهبود تغذیه دانش آموزان

و خانواده ها

بدیهی است باید زمان احداث ساختمان مدرسه محل مناسبی برای بوفه یا ناهارخوری در نظر بگیرند و تمام اقدامات لازم برای بهداشتی کردن آن از کارگرو مصالح، ساخت و ساز و تجهیز وسایل مورد نیاز صورت بگیرد. همچنین لازم است در زمان های مقتضی نسبت به تعمیر و بهبود شرایط بوفه و ناهارخوری اقدام شود.

نام برنامه: ایمنی و بهداشت محیط مدارس

محل ارایه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشت، خانه بهداشت و مدرسه

شرح برنامه: برای تامین، نگهداری و استفاده از محیط فیزیکی مناسب خدمات زیرمورد تاکید می باشد:

رعایت استانداردهای لازم برای محیط فیزیکی و تاسیسات و تجهیزات بهداشتی مدرسه

اعمال مدیریت و نظارت بر نگهداری مناسب از امکانات بهداشتی محیط مدرسه

اعمال مدیریت و نظارت بر استفاده مناسب از امکانات بهداشتی موجود کنترل محیط، به سازی آن و ایجاد شرایط مناسب در محیط مهمترین عاملی است که سلامت دانش آموزان را تضمین می کند. ایجاد محیط بهداشتی مناسب و آموزش استفاده صحیح و نگهداری از فضاها و تسهیلات در اختیار دواصل اساسی در حفظ و بهبود محیط بهداشتی مدارس هستند. تعیین معیارهای ساخت و ساز و مدیریت بهره برداری و بهسازی میتواند مشکلات موجود را مرتفع سازد.

نام برنامه: ترویج مدارس مروج سلامت

محل ارایه برنامه: مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشت، خانه بهداشت، و مدرسه...

شرح برنامه: مدارس مروج سلامت به منزله یک نظام برای ارتقای سلامت است که با مشارکت فعالانه اولیاء، مربیان و دانش آموزان و با رویکرد توانمند سازی دانش آموزان در زمینه مراقبت از خود، فرهنگ خود مراقبتی و آموزش همسالان و همسالان، منجر به افزایش ظرفیتها و توانمندسازی مردم در مورد سالم زندگی کردن، سالم کار کردن و آموزش با کیفیت خواهد شد.

در این دانشگاه با هماهنگی سازمان آموزش و پرورش شهر و شهرستانهای استان تهران دو منطقه برای اجرای طرح انتخاب شدند که عبارتند از:

مرکز بهداشت شمال تهران (منطقه ۳ و ۴ آموزش و پرورش شهر تهران) به تعداد ۴ مدرسه.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان پاکدشت، به تعداد ۴ مدرسه

پیام روشن مدرسه مروج سلامت این است که:

اعتماد به نفس، عزت نفس، ارتباطات و مهارت های ارتباطی برای رفاه و سلامت روانی حیاتی هستند.

تشویق دانش آموزان به ورود در تصمیم گیری ها بسیار مهم است.

یادگیری و تجارب در مدرسه دانش آموزان را برای رسیدن به سلامت کامل کمک می کند.

به احتمال زیاد رفتارهای بهداشتی و ارزش های کسب شده در دوران کودکی و نوجوانی در طول زندگی ادامه پیدا می کند.

اهداف اختصاصی:

۱) توانمند سازی دانش آموزان، پرسنل، اولیاء و مربیان در زمینه مفاهیم ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان و

ساختار مدارس مروج سلامت

- ۲) ارائه خدمات سلامت در یک مجموعه ادغام یافته و ارتقای شاخص‌های آن در سطح کلیه مدارس کشور
- ۳) گردآوری و استفاده از حداقل داده‌ها برای جمع‌آوری شاخص‌ها و اطلاعات به منظور پایش، برنامه‌ریزی، ارزشیابی و رتبه‌بندی مدارس مروج سلامت در سطوح ملی و منطقه‌ای
- ۴) بهبود وضعیت بیماری‌یابی و درمان دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات و مشکلات سلامتی
- ۵) بهبود الگوهای تغذیه‌ای دانش‌آموزان
- ۶) پیشگیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت در دانش‌آموزان
- ۷) بهبود شرایط فیزیکی و بهداشت محیط در مدارس
- ۸) افزایش مشارکت دانش‌آموزان، کارکنان، اولیاء و مربیان در زمینه ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان و جامعه در قالب شکل‌گیری برنامه داوطلبان سلامت
- ۹) دستیابی به بهترین مدل و مکانیسم‌ها برای ایجاد شبکه‌های ملی و منطقه‌ای در کشورهای مدیترانه شرقی براساس شواهد و بهره‌گیری از تمامی نظریه‌ها
- ۱۰) مرور و تبادل اطلاعات حاصل از تجارب و موفقیت‌های بدست آمده در زمینه مدارس مروج سلامت در سطوح استانی، ملی و منطقه‌ای

دستورالعمل مدارس مروج سلامت و کتاب آموزشی مدارس مروج سلامت در سایت پورتال معاونت بهداشتی واحد سلامت جوانان، نوجوانان و مدارس موجود میباشد.

نام برنامه: شناسنامه سلامت دانشجو

محل ارائه برنامه: دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها

شرح برنامه: این برنامه با هدف ارتقاء سلامت دانشجویان جدیدالورود از سال ۱۳۸۸ در حال انجام بوده و طبق این برنامه کلیه دانشجویان جدیدالورود هر سال تحت معاینات سنجش سلامت با همکاری دو معاونت دانشجویی و بهداشتی قرار گرفته و شناسنامه سلامت برای آنها تکمیل میگردد.

نام برنامه: سایت جوان سالم.

محل ارائه برنامه: فضای مجازی (معاونت بهداشت)

شرح برنامه: پایگاه اینترنتی جوان سالم با آدرس javanesalem.ir با هدف افزایش آگاهی نوجوانان و جوانان، مربیان و والدین در مورد سلامت و راههای برخورد با مسائل و مشکلات مربوط به آن از طریق سایت جوان سالم، با مشارکت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دفتر صندوق جمعیت ملل متحد و این دانشگاه راه اندازی شده است.

لازم به ذکر است که کلیه فعالیتهای واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس در ابرگ فرم کددار ثبت میگردد که در سایت پورتال معاونت واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس موجود میباشد.

۸- واحد بهداشت محیط

تهیه و تنظیم:

مهندس قاسم قنبری - مهندس مریم سروش زاده

مهندس آمنه ببری - مهندس لاله جمشیدزاده

مهندس مجید تاجیک - مهندس سلمان ساعی

واحد بهداشت محیط:

به مجموعه ای از شرایط خارجی و تأثیرات وارده ناشی از آن ها بر زندگی یک موجود زنده، محیط اطلاق می گردد. طبق تعریف محیط شامل هوا، آب و خاک و روابط بین آن ها و کلیه موجودات زنده می باشد. بر این اساس مهمترین هدف بهداشت محیط که یکی از عوامل اساسی در تامین سلامتی هر اجتماع است. مطالعه عوامل محیطی مضر برای سلامتی انسان و تشخیص و پیشگیری، رفع و کنترل اثرات سوء ناشی از این عوامل تلقی می گردد. بهداشت محیط به طور موکد سلامتی انسان و بهداشت مردم را به عنوان هدف اصلی پیگیری می کند و کیفیت محیط و حفظ سلامتی اکوسیستم ها را به طور غیر مستقیم مورد توجه قرار می دهد.

نام برنامه: بهداشت آب

محل ارائه برنامه: معاونت، مراکز بهداشت شهری و روستایی و خانه بهداشت

شرح برنامه: با افزایش روز افزون جمعیت تامین آب آشامیدنی کافی و سالم یکی از مسایل مهم کشورهای مختلف دنیا به ویژه کشورهایی که در مناطق خشک قرار دارد می باشد. عدم رعایت اصول بهداشتی در حفظ و نگهداری منابع محدود تامین آب از جمله دفع غیر بهداشتی فاضلاب و زباله در اطراف رودخانه ها و منابع زیر زمینی موجب آلودگی هرچه بیشتر این مایع حیاتی گردیده است. بنابراین نه تنها تهیه آب آشامیدنی از نظر کمیت، بلکه فراهم آوردن آب آشامیدنی سالم و بهداشتی نیز دارای اهمیت فراوان می باشد. مصرف آب آلوده در جامعه عواقب نامطلوب اقتصادی و بهداشتی فراوانی در پی دارد، برخی از عواقب بهداشتی عبارتند از بیماریهای روده ای و انواع سرطانها ناشی از وجود بعضی از عناصر شیمیایی مانند نیتراژها در آب و از نظر اقتصادی نیز هزینه درمانی است که به خانواده ها تحمیل می شود. لذا کنترل وضعیت بهداشتی آب آشامیدنی می بایست مد نظر قرار گیرد. پرسنل بهداشت محیط از طریق نمونه برداری شیمیایی و میکروبی و کلر سنجی آب آشامیدنی وضعیت آب در منطقه تحت پوشش خود را کنترل می کنند. در صورتیکه میزان کلر باقی مانده در محدوده مطلوب (بین ۰/۲-۰/۸) نباشد یا وجود کلیفرمهای مدفوعی یا عناصر شیمیایی در آب پس از آزمایش به اثبات برسد با هماهنگی با شرکتهای آب و فاضلاب شهری و روستائی موضوع را تا رسیدن به نتیجه مطلوب پیگیری می کنند.

نام برنامه: سامانه مدیریت ارتباطات مردمی

محل ارائه برنامه: معاونت، مراکز بهداشت شهری و روستایی

شرح برنامه: این برنامه به منظور رسیدگی به شکایات مردمی در منطقه تحت پوشش دانشگاه می باشد، بدین صورت که افراد در صورت مشاهده هر نوع مشکل بهداشتی با تلفن ۰۹۶۷۸ و زارتخانه که مخصوص رسیدگی به شکایات مردمی است تماس گرفته و مراتب را اعلام می کنند، شکایت مطرح شده پس از ثبت در سامانه از طریق الکترونیکی و کامپیوتر به مرکز بهداشت مربوطه و از آنجا به بازرس محل مورد نظر ارجاع می گردد. به

کلیه شکایات ظرف مدت ۴۸ ساعت رسیدگی و نتیجه جهت اطلاع به شاکی در سامانه الکترونیکی وارد می شود. شاکیان با کمک کد رهگیری که پس از تماس تلفنی دریافت نموده اند از نتیجه کار مطلع می شوند.

نام برنامه : بهداشت هوا

محل ارائه برنامه: سطح شهر

شرح برنامه: در اجرای این برنامه ابتدا کارشناس بهداشت محیط در مرکز هماهنگی اطلاع رسانی آلودگی هوا که وابسته به شهرداری است اطلاعات رسیده از ایستگاههای سنجش آلودگی هوا در سطح شهر را دریافت و به معاونت ارسال می نماید. کارشناس برنامه در ستاد معاونت نیز اطلاعات دریافتی را در کامپیوتر ثبت و نتایج را در پایان سال به وزارتخانه ارسال می نماید.

نام برنامه : بهداشت مدارس و مساجد

محل ارائه برنامه: معاونت بهداشت و مراکز بهداشت

شرح برنامه: این برنامه به منظور کنترل بهداشت محیط در کلیه قسمتها اعم از سرویسهای بهداشتی، آبخوریها، سیستم دفع فاضلاب و ... در مدارس و مساجد تحت پوشش دانشگاه می باشد. بدین منظور کلیه مدارس و مساجد توسط کارشناسان بهداشت محیط در مراکز، پایگاهها و خانه های بهداشت مطابق با آیین نامه های استاندارد وزارتخانه مورد بازدید قرار می گیرند. نتایج بازدید به مراجع ذیصلاح که همان اداره آموزش و پرورش و یا سازمان تبلیغات منطقه است اعلام می شود. آمار فعالیتهای صورت گرفته در این خصوص نیز به ستاد معاونت ارسال میگردد. نتایج آمار پس از تجزیه و تحلیل در ستاد معاونت به وزارتخانه ارسال می گردد.

نام برنامه : بهداشت مواد غذایی

محل ارائه برنامه: مراکز و پایگاههای بهداشت

شرح برنامه: با توجه به اینکه حدود ۷٪ بیماریهای عفونی ناشی از مصرف غذای آلوده به میکروبهای مختلف از جمله وبا، توکسوپلاسموز و ... به اشکال متفاوت می باشد از این رو کنترل مواد غذایی از اهمیت بالایی برخوردار می باشد. در این برنامه رعایت اصول بهداشتی در مراحل تهیه، تبدیل، نگهداری، حمل و نقل، توزیع و فروش مواد غذایی مد نظر بوده و کنترل می شود. به همین منظور بازرسان بهداشت محیط از مواد غذایی در سطح عرضه به منظور انجام آزمونهای مختلف میکروبی و شیمی نمونه برداری می کنند. در صورتی که نمونه ای دارای آلودگی باشد با متصدی برخورد قانونی صورت میگیرد.

نام برنامه : بهداشت محیط مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی

محل ارائه برنامه: مراکز، پایگاهها و خانه های بهداشت

شرح برنامه: این برنامه به منظور کنترل بهداشت محیط در مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی (به طور مثال: نانوایی، قنادی، خواربار فروشی و ...) و اماکن عمومی (شامل حمام، آرایشگاه، مدرسه و ...) اجرا میشود. به همین منظور

بازرسین بهداشت محیط از این اماکن بازدید بهداشتی انجام می دهند و در زمان بازدید فاکتورهایی از جمله بهداشت مسکن، بهداشت لوازم و ابزار کار، بهداشت مواد غذایی و بهداشت فردی پرسنل مد نظر قرار می گیرد. پس از بازدید اقدامات قانونی لازم از جمله معرفی متخلف به مراجع قضایی و پس از مدت مقرر تعطیلی محل کسب مطابق با آیین نامه ماده ۱۳ (قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی) اعمال می شود. مطابق این آیین نامه در بازدید اول پس از معرفی متصدی به دادگاه ۶۰-۱۵ روز به متصدی جهت رفع نقص فرصت داده می شود و پس از موعد مقرر در صورت برطرف نشدن مشکل محل کسب پلمپ می گردد.

نام برنامه : بهسازی محیط روستا

محل ارائه برنامه: روستاهای تحت پوشش

شرح برنامه: هدف از اجرای این برنامه ارتقاء شاخصهای بهداشتی در روستاها و بالا بردن کیفیت زندگی افراد ساکن در روستا می باشد. این برنامه توسط بودجه ای که به همین منظور توسط وزارتخانه در نظر گرفته شده و با کمک اهالی روستا انجام می گیرد.

عمده ترین فعالیتهای در بحث بهسازی محیط روستاها شامل: کمک به بهسازی توالتها، جمع آوری بهداشتی زباله، جمع آوری و دفع بهداشتی فضولات دامی می باشد.

نام برنامه : کنترل استعمال دخانیات

محل ارائه برنامه: مراکز بهداشتی و درمانی

شرح برنامه : با توجه به افزایش روز افزون مصرف دخانیات و بیماریهای ناشی از استعمال آن از جمله بیماریهای قلبی و عروقی و انواع سرطانها، کنترل استعمال دخانیات ضروری به نظر می رسد. عمده ترین اقداماتی که برای رسیدن به این امر می توان انجام داد عبارتند از: اجرای برنامه ها و کارگاههای آموزشی به منظور آگاه سازی گروه هدف، تاسیس مراکز ترک دخانیات و اعمال قانون در برخورد با متخلفین. در همین راستا و با اجرای برنامه های آموزشی و آگاه سازی شاغلین دانشگاه، طرح دانشگاه بدون دخانیات از سال ۱۳۸۴ به اجرا در آمد و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به عنوان اولین دانشگاه عاری از دخانیات اعلام گردید.

نام برنامه : مدیریت حوادث و بحران

محل ارائه برنامه: مراکز بهداشتی و درمانی

شرح برنامه : وضعیتهای اضطراری که عمدتاً از وقوع مخاطرات ناشی می شوند شامل حوادث جانی وسیع، بلایا و وضعیتهای اضطراری پیچیده بوده و تهدیدی برای سلامت و امنیت عمومی و توسعه انسانی به شمار می روند. ضروری است که از جانها، اموال و محیط زیست در برابر آنها محافظت نمود و برای مدیریت وضعیتهای اضطراری عمده باید با آنها به صورت سازمان یافته، برخورد کرد. تامین، حفظ و ارتقا سلامت آحاد مردم جامعه، اساسی ترین رسالت بخش بهداشت می باشد و طبیعی است مبارزه با عامل یا عواملی که موجب به

مخاطره افتادن این مهم گردند، از وظایف اصلی مسئولین و دست اندرکاران امور بهداشتی در هر منطقه می باشد.

اولویتهای اساسی در این باره عبارتند از تامین آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فاضلاب، تامین غذای سالم و بهداشتی، تامین سرپناه و اسکان آسیب دیدگان، فراهم آوردن امکان دسترسی به توالتهای بهداشتی، نظارت بر دفن بهداشتی اجساد و کشته شدگان.

نام برنامه: کنترل بهداشتی حشرات، ناقلین و جوندگان

محل ارائه برنامه: معاونت امور بهداشتی

شرح برنامه: حشرات و جوندگان نقش مهمی در زندگی انسانها داشته و ضمن آزار و اذیت مستقیم موجب انتقال انواع آلودگی و بیماری می شوند. یکی از وظایف بهداشت محیط در گذشته کنترل و مبارزه شیمیایی با این حشرات و جوندگان بود. از سال ۱۳۸۰ این امر به بخش خصوصی و صدور پروانه و مجوز مبارزه با حشرات و جوندگان نیز به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در نهایت به معاونتهای بهداشتی واگذار گردید. یک نفر کارشناس بهداشت محیط به عنوان مسئول فنی شرکت علاوه بر انجام نظارت بر انجام صحیح عملیات سمپاشی و ضدعفونی، گزارش فعالیتهای انجام گرفته در شرکت را به صورت دوره ای به معاونت بهداشت ارسال می کند. در حال حاضر ۹ شرکت دارای مجوز در محدوده دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در حال انجام فعالیت هستند که به صورت روتین و دوره ای توسط معاونت مورد بازدید قرار می گیرند.

نام برنامه: بهداشت پرتوها و مراکز درمانی

محل ارائه برنامه: معاونت بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری

شرح برنامه: کنترل کلیه مراکز تصویربرداری (شامل رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی، آنژیوگرافی و...) و نیز مراکز بهداشتی درمانی (شامل بیمارستانها، درمانگاهها، مراکز سوء مصرف مواد، فیزیوتراپی و...) از اعم فعالیتهای تحت پوشش این برنامه می باشد.

ضرورت کنترل مراکز پرتوزا به دلیل خطراتی است که سلامت پرتوکاران شاغل، بیماران و همراهان بیمار را تهدید می نماید. پرتو باعث یونیزاسیون اتمها، مولکولها، سلولها و نهایتاً اندامهای بدن می شود. اثرات آن به دو صورت اثرات زمانی و اثرات آنی (قطعی) بروز می نماید. کارشناس بهداشت پرتوها از ساختمان این مراکز بازدید بهداشتی به عمل آورده و کلیه مسائل حفاظتی و بهداشتی را در بازدیدها مورد ارزیابی قرار میدهد.

جهت استفاده از دستورالعملهای هر برنامه از سایت معاونت بهداشت (واحد بهداشت محیط) استفاده نمایید.

www.sbm.ac.ir

۹- واحد بهداشت دهان و دندان

تهیه و تنظیم:

دکتر رحمانعلی طاهری

دکتر محمد ملک پور

دکتر پروین باستانی

واحد بهداشت دهان و دندان :

واحد بهداشت دهان و دندان در راستای ارتقای سطح سلامت دهان و دندان جامعه تحت پوشش در قالب برنامه های پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان و درمان زودهنگام پوسیدگی های اولیه و بیماری لثه ، در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش و همچنین آموزش مردم در رده های مختلف سنی در محلهای قابل دسترس فعالیت می نماید . رعایت بهداشت دهان و دندان در راستای حفظ دندانها و لثه سالم در سلامت عمومی افراد تاثیرگذار می باشد . پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان که شایعترین موارد آن پوسیدگی دندان و بیماری لثه است مقرون به صرفه می باشد . همچنین درمانهای زودهنگام پوسیدگیهای اولیه و بیماریهای لثه در افراد مستعد و آسیب پذیر جامعه از تحمیل هزینه های سنگین درمانی به مردم و دولت جلوگیری می نماید.

در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی ، دندانپزشکان شاغل به آموزش با اولویت گروه هدف ، ارائه خدمات کشیدن دندانهای عفونی ، ترمیم دندانهای پوسیده ، جرمگیری ، فیشورسیلانت ، فلوراید تراپی در مراکز ، آموزش به مراجعین واحد بهداشت خانواده ، بازدید از مدارس ، معاینه دهان و دندان دانش آموزان مدارس ، و بازدید از خانه بهداشت و پایش عملکرد بهورز می پردازند .

نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

در کشور ما سیستم ارائه خدمات بهداشتی به نحوی برنامه ریزی شده تا مردم کشور در محلی که زندگی می کنند بتوانند به آسانی اساسی ترین نیازهای بهداشتی را با در نظر گرفتن موقعیت اقلیمی و جمعیت دریافت نمایند . نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور ، شبکه بهداشت و درمان نام دارد و در قالب این شبکه ، مراقبتهای اولیه بهداشتی مورد نیاز مردم در سه سطح ارائه می گردد .

سطح اول

الف : خانه های بهداشت

خانه بهداشت محیطی ترین واحد روستائی ارائه خدمات در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است . افرادی را که در خانه های بهداشت ارائه خدمات می نمایند بهورز می نامند.

وظایف بهورزان در رابطه با بهداشت دهان و دندان

- آموزش بهداشت دهان و دندان به زنان - در دوران بارداری و تا یک سال پس از زایمان و کودکان تا

۱۲ سالگی

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

- معاینه مثبت وضعیت دهان و دندان زنان باردار بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار ، آموزش بهداشت دهان و دندان در ماههای حاملگی و ارجاع غیرفوری به مراکز بهداشتی درمانی روستائی جهت دریافت خدمات دندانپزشکی در سه ماهه دوم بارداری
- پیگیری مثبت ماه حاملگی که جرمگیری زنان باردار انجام شده است .
- معاینه مثبت وضعیت دهان و دندان زنان پس از زایمان بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستائی در صورت لزوم
- معاینه مثبت وضعیت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار ، ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم
- معاینه دهان و دندان کودکان ۶ تا ۱۲ سال و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم
- پیگیری افرادی که بموقع مراجعه نمی کنند .
- مراجعه به مدارس تحت پوشش ، بیماریابی و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستائی
- آموزش دانش آموزان مدارس ابتدائی
- بررسی ، نظارت و پیگیری استفاده از دهان شویه سدیم فلوراید در مدارس ، طبق دستورالعمل
- نمونه گیری از آب منطقه فعالیت و ارسال برای آزمایش میزان فلوراید و ثبت نتایج
- تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم
- تکمیل فرم گزارش عملکرد سه ماهه و ارسال آن به واحد دندانپزشکی مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش و یا مرکز آمار شهرستان

ب - پایگاه بهداشت

خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه های بهداشت می باشد در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشت است . شرح وظایف رابطین بهداشت در رابطه با بهداشت دهان و دندان در پایگاههای بهداشتی عبارتند از :

- آموزش کلیه زنان خانواده های تحت پوشش در زمینه بهداشت دهان و دندان
- معرفی موارد مشکوک به مراکز بهداشتی درمانی
- بخشی از خدمات سطح یک برای مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال توسط کاردانهای بهداشت خانواده که در بخش تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک مراکز بهداشتی درمانی مشغول به کار می باشند ارائه می گردد .
- شرح وظایف کاردانها و کارشناسان بهداشت خانواده در رابطه با بهداشت دهان و دندان:
- آموزش بهداشت دهان و دندان به خصوص به گروههای هدف

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

- معاینه دهان و دندان زنان باردار، ثبت نتیجه معاینات درمراجعه اول در فرم مراقبتهای دوران بارداری پرونده خانوار و در صورت لزوم ارجاع غیر فوری جهت دریافت خدمات دندان پزشکی به دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی
- ثبت ماه حاملگی که جرم گیری انجام شده است در پرونده خانوار .
- معاینه وضعیت دهان و دندان زنان شیرده بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار و ارجاع به دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی در صورت نیاز به دریافت خدمات بهداشت دهان و دندان و ثبت نتیجه ارجاع در پرونده خانوار .
- آموزش بهداشت دهان و دندان به مدیران و مسئولین مدارس
- آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان هنگام بازدید از مدارس
- همکاری با مدیران مدارس در اجرای طرح استفاده از دهان شویه سدیم فلوراید
- معاینه دهان و دندان کودکان ۲ تا ۸ سال حداقل سالی یک بار در پایان هر سال و ثبت آن در پرونده خانوار، ارجاع به دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت خدمات و ثبت نتیجه ارجاع در فرم مراقبت های کودکان .
- در صورتی که مرکز بهداشتی درمانی دارای دندانپزشک باشد، معاینات توسط دندانپزشک انجام شده، ولی پیگیری به عهده کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده است .

سطح دوم

مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

وظایف دندانپزشک مستقر در واحد دندانپزشکی

- شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (خانه های بهداشت و مدارس)
- اطلاع از جمعیت تحت پوشش (گروههای هدف) و نصب آن به دیوار مرکز
- پایش و نظارت بر عملکرد بهورزان منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی طبق چک لیستهایی که در اختیار آنها قرار می گیرد
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی لازم به کلیه مراجعه کنندگان با اولویت گروههای هدف .
- تشکیل پرونده دندانپزشکی برای کلیه بیماران
- قبول ارجاع از خانه های بهداشت
- آموزش چهره به چهره به کلیه مراجعین
- آموزش مدیران، معلمان، مربیان بهداشت مدارس و سایر گروههای غیر تخصصی در منطقه تحت پوشش

- جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش . برای اجرای طرح دهانشویه سدیم فلوراید در مدارس و نظارت بر اجرای صحیح آن .
 - برگزاری کلاسهای آموزشی برای پرسنل بهداشتی تحت پوشش
 - ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی
 - تکمیل دفتر روزانه خدمات بهداشت دهان و دندان همه روزه
 - گزارش عملکرد به مرکز بهداشت شهرستان
 - رعایت کامل شرایط استریل و کنترل عفونت در مراکز دندانپزشکی
 - حفظ و نگهداری تجهیزات ، ابزار و وسایل دندانپزشکی
 - پیش بینی مواد مصرفی و تجهیزات دندانپزشکی مورد نیاز و اعلام به موقع آن به مرکز بهداشت شهرستان
 - مشارکت در طرحها و تحقیقات استانی و کشوری
 - تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم
 - مراقبت از زنان باردار بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار در صورت ارجاع از خانه های بهداشت
 - در صورت لزوم ارائه خدمت به زنان باردار در طول دوران بارداری (ترجیحاً در سه ماهه دوم)
 - ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز زنان تا یک سال پس از زایمان
 - ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان زیر ۶ سال
 - ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان ۶ تا ۱۲ سال
- وظایف کاردان بهداشت دهان در مرکز بهداشتی درمانی مشابه فعالیت دندانپزشک می باشد بجز حیطه کاری او در ارائه خدمات بهداشتی درمانی که تنها خدمات مورد نیاز مراجعین با اولویت گروه هدف فلوراید تراپی موضعی با ژل ، واریش - جرمگیری - برساز و پروفیلاکسی - فیشورسیلانت تراپی - پالیشینگ پرگردگیها می باشد.

طرحهای در حال اجرای بهداشت دهان و دندان :

* طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی

طرح ادغام بهداشت دهان و دندان به عنوان جزئی از مراقبتهای اولیه بهداشتی در این راستا بوده و به همسویی با سایر برنامه های بهداشتی و ارائه خدمات پیشگیری در درجه اول و خدمات درمانی در درجه بعد ، در کلیه سطوح مراقبتهای بهداشتی دهان و دندان تاکید دارد . با در نظر گرفتن این مسئله که عدم رعایت به موقع بهداشت و پیشگیری بیماریهای دهان و دندان باعث از دست دادن دندانها در سنین پایین شده و عواقب به مراتب دشوار تر و پرهزینه تری را در بر خواهد داشت . چنانچه اقدامات پیشگیری و گسترش خدمات بهداشت دهان و دندان صورت نگیرد . دولت و جامعه ناگزیر از قبول هزینه های بسیار گزاف تامین مواد تجهیزات و نیروی انسانی

گران قیمت در درمانهای دندانپزشکی خواهند شد و از آنجائی که امکان پوشش دادن به کلیه گروههای سنی وجود ندارد. لذا گروههایی که احتمال ابتلا به بیماریهای دهان و دندان در آنان بالاتر است و نیز امکان دسترسی به آنان طبق برنامه های موجود بیشتری باشد به عنوان گروه هدف تعیین شدند .

گروه های هدف بهداشت دهان و دندان : زنان باردار و شیرده - کودکان ۶-۰ ساله - کودکان ۱۲-۶ ساله

*** طرح مراقبت دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال (در واحدهای تحت پوشش)**

بسیاری از مشکلات دهان و دندان که در این گروه سنی مشاهده می شود ، قابل پیشگیری هستند . بیماریهای دهان ، خصوصاً پوسیدگی دندان ، غالباً از زمان نوزادی شروع می شود . در بسیاری از این کودکان اولین معاینه دهان و دندان ، همراه با پوسیدگی دندان می باشد . بدین جهت باید برنامه پیشگیری را در اولویت قرارداد چرا که کلید ارتقاء سلامت دهان و دندان و پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان کودکان این گروه سنی در آموزش توجیه والدین و راهنمایی آنان در اولین زمان مناسب نهفته است . مادران اولین منبع دانش دندانپزشکی کودکان می باشند . بنابر این آموزش مراقبتهای دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال به مادران را می توان بعنوان راهکار موثر در بهبود شاخص های بهداشت دهان و دندان در این گروه سنی انتخاب کرد

*** طرح سلامت دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهد کودک ها**

آخرین نتایج بررسی های وضعیت دهان و دندان کودکان ۶-۳ سال نشان می دهد که کودکان ایرانی ۳ سالگی خود را با حدود ۲ دندان شیری پوسیده و ۶ سالگی را با ۵ دندان شیری پوسیده سپری می کنند . این امر لزوم اجرای برنامه های آموزشی ، پیشگیری و درمان را برای کودکان پیش از دبستان مشخص می نماید .

هدف کلی : ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان کودکان مهد کودکی

با عنایت به اینکه یکی از راههای دسترسی به این گروه سنی از طریق مهد کودک ها می باشد لذا اداره سلامت دهان و دندان با همکاری سازمان بهزیستی کشور طرح مشترک بهبود سلامت دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهد کودک ها را تدوین نموده است . که شامل سه بخش آموزش ، پیشگیری ، درمان می باشد

*** طرح سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان**

کلیه کودکان ۶ ساله بدو ورود به دبستان در پایگاههای طرح سنجش سلامت در طی تابستان تحت معاینه کامل قرار گرفته و شناسنامه سلامت دانش آموزی برای آنان تکمیل می گردد. با توافقات انجام گرفته بین سازمان آموزش و پرورش استثنائی ، وزارت آموزش و پرورش (دفتر بهداشت و تغذیه) و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت دهان و دندان) ، در پایگاهها معاینه اولیه توسط مربی بهداشت صورت می گیرد و وضعیت دندانها و لثه در شناسنامه سلامت دانش آموز ثبت می گردد.

* برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزان دوره ابتدایی

با توجه به اینکه نداشتن دانش کافی در زمینه بهداشت دهان و دندان و عدم رعایت به موقع بهداشت و پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان باعث از دست دادن دندانها در سنین پایین و عواقب به مراتب دشوارتر و پرهزینه تری در آینده می گردد، و با توجه به اینکه اگر اقدامات پیشگیری و همچنین گسترش خدمات بهداشت دهان و دندان و آموزش در سطح کشور صورت نگیرد، دولت و جامعه ناگزیر از قبول هزینه های بسیار گزاف تامین مواد، تجهیزات، نیروی انسانی و درمانهای گران قیمت دندانپزشکی خواهند بود، به همین دلیل این اداره در کنار برنامه ادغام بهداشت دهان و دندان در مراقبتهای اولیه بهداشتی، برای دست یافتن به کودکان ۶ تا ۱۱ سال، طرح کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزان دوره ابتدایی را تدوین کرد و در قالب برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزی در سطح مدارس ابتدایی پیاده شده است. این برنامه دارای سه بخش آموزش، پیشگیری و درمان می باشد.

۱۰- واحد دارویی

تهیه و تنظیم:

دکتر مریم نفیسی

بی بی مریم عمرانی

الف) داروهای پیشگیری و مبارزه با بیماریها :

وسایل و داروهای داروهای ضد سل ، مالاریا می بایست طبق در خواست از معاونت بهداشتی دریافت گردد. زمان تنظیم درخواست با توجه به موجودی انبار و با هماهنگی معاونت بهداشتی صورت در خواست دارویی میگردد. حتماً باید به امضاء کارشناس مسئول واحد و کارشناس مسئول امور دارویی رسیده و سپس نامه رسمی کتبی به معاونت بهداشتی ارسال گردد. پس از هماهنگی با معاونت بهداشت (واحد امور دارویی) مسئول تحویل دارو که طی نامه ای به معاونت معرفی می گردد جهت دریافت دارو و وسایل به انبار معاونت مراجعه می کند .

ب- داروهای تنظیم خانواده و مراقبت مادر و کودک

وسایل تنظیم خانواده از طریق سهمیه بندی و توسط معاونت توزیع میگردد. داروهای مراقبت مادر و کودک توسط مراکز تابعه تهیه و جهت مراجعه کنندگانی که در مرکز بهداشتی در مانی دارای پرونده می باشند رایگان ارائه میگردد .

ت) دارو های درمانی

این داروها از شرکتهای دارویی خریداری می گردد و توسط ویزیتور لیست داروهای مورد نیاز از امور دارویی (مسئول انبار و یا مسئولیت امور دارویی) گرفته و پس از خرید داروها وارد انبار دارویی میگردد .

زمان درخواست داروهای درمانی با توجه به وضعیت انبار دارویی (موجودی) و وضعیت مالی شبکه صورت می گیرد.

ث) دارو های طرح بیمه روستایی

این داروها می بایست تهیه و در مراکز بهداشتی که طرح بیمه روستایی اجرا می شود موجود باشد نکته قابل ذکر این است که داروهای کم مصرف در این طرح می بایست به میزان حداقل (در حد یک بسته قرص و یا یک عدد آمپول یا) در مرکز بهداشتی در مانی موجود باشد .

۲- اقدامات لازم جهت جلوگیری از انقضاء تاریخ مصرف داروها:

جلوگیری از انقضاء تاریخ مصرف داروها از مهمترین وظائف مسئولین امور دارویی میباشد در صورت موجود بودن داروی تاریخ نزدیک مازاد بر مصرف (کمتر از ۶ ماه) مسئول امور دارویی موظف است با سایر مراکز بهداشت و معاونت هماهنگی لازم جهت انتقال داروهابه عمل آورد . همچنین می بایست مراکز بهداشتی در مانی دارو ها و اقلام مازاد بر نیاز را حداقل ۶ ماه قبل از انقضاء مصرف به مسئول امور دارویی مرکز بهداشت شهرستان گزارش نمایند.

۳- نظارت بر تامین و توزیع دارو (بهداشتی و درمانی):

در خواستهای دارویی که از مراکز و خانه های بهداشت و پایگاههای تابعه ارسال میگردد پس از دستور ریاست و ثبت در دبیرخانه می بایست توسط کارشناس مسئول امور دارویی کارشناس و تعیین مقدار گردد و در صورتیکه داروهای بهداشتی در درخواست دارویی موجود باشد می بایست با کارشناس مربوطه هماهنگی لازم به عمل آید .

۴- ارسال آخرین بخشنامه ها و لیست قیمتها به مراکز تابعه:

کارشناس مسئول امور دارویی موظف است آخرین تغییرات قیمتها را از طریق www.fdo.ir حداقل ماهی یک بار استخراج و به مراکز بهداشتی درمانی طی نامه رسمی ارسال نماید .

در صورت عدم ارسال تغییر قیمت داروخانه ها مجاز به افزایش نرخ داروها نمی باشند .

۵- نظارت بر انبار دارویی:

انبار دارویی محل تحویل ، نگهداری و توزیع داروهای سیستم بهداشتی می باشد که قاعدتاً یک نفر تحت عنوان مسئول انبار دارویی مسئولیت تحویل و ابوابجمعی آن را به عهده دارد. کارشناس مسئول امور دارویی موظف است در فواصل زمانی مناسب از انبار دارویی بازدید و موارد زیر را کنترل نماید :

- عدم وجود داروی تاریخ گذشته (در صورت وجود داروهای تاریخ نزدیک اقدام لازم جهت جابجائی و مصرف آنها را به عمل آورد).
- انقضاء تاریخ مصرف داروها با بر چسب مشخص شده باشد و مطابق با تاریخ انقضاء موجودی انبار باشد .
- میزان موجودی با آمار ثبت شده در دفتر (ستون موجودی) مطابقت داشته باشد.
- یک نسخه از کلیه حواله انبارها، رسید انبارها و درخواستها بایگانی شده باشد.

۶- اجراء برنامه های آموزشی:

جهت ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بهداشتی شاغل در واحد امور دارویی و یافرادی که به نوعی با این واحد ارتباط دارند بهتراست برنامه های آموزشی در قالب جزوه آموزشی، پمفلت، کارگاه، کلاس آموزشی با هماهنگی واحد آموزش بهداشت برگزار نماید .

۷- برآورد میزان نیاز دارویی مرکز بهداشت: کارشناس مسئول امور دارویی موظف است با توجه به مصرف ماهیانه مراکز و موجودی انبار دارویی و داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی و طرحهای موردی (مثل التور) برآوردی از میزان نیاز دارویی نموده و جهت تامین بودجه و درخواستهای دارویی از آن استفاده کند .

۸- انبار گردانی:

همه ساله در روزهای پایانی اسفند ماه موجودی انبار دارویی شمارش و با میزان ثبت شده در دفتر مطابقت داده شده و در لیست های مربوطه ثبت می شود که می بایست موجودی دقیقاً مطابق با دفتر دارویی باشد که این عمل توسط پرسنل شاغل در انبار دارویی انجام می گیرد .

۹- بررسی میانگین اقلام تجویزی و میانگین قیمت نسخ:

میانگین اقلام تجویزی و میانگین قیمت نسخ توسط واحد دارویی مرکز هر ۳ ماهه بررسی و نتایج آن به معاونت ارسال می گردد. پس از بررسی و تجزیه تحلیل توسط معاونت نتایج حاصله به شبکه مربوطه ارسال و کارشناس مسئول امور دارویی میبایست میانگین اقلام و میانگین قیمت نسخ هر پزشک را در فرم مربوطه درج و به مرکز بهداشتی در مانی ارسال نماید. در برنامه بیمه روستایی میانگین اقلام تجویزی میبایست ۲/۵ و در صورتیکه بیش از ۲۵٪ جامعه مورد بررسی بالای ۵۰ سال باشند تا ۳ هم قابل قبول است.

۱۰- نظارت، پایش برنامه بیمه روستایی:

با توجه به اجرای برنامه بیمه روستایی در مراکز بهداشت شمیرانات، دماوند، پاکدشت، فیروزکوه و ورامین نظارت بر برنامه های بیمه روستایی از جمله وظایف اصلی کارشناس مسئول امور دارویی می باشد. کلیه بخشنامه ها و دستورالعملها در اختیار واحد گسترش شبکه می باشد. در صورت کم مصرف بودن بعضی اقلام دارویی طرح بیمه روستایی، باید در حد بسیار کم تهیه و در مرکز بهداشتی درمانی موجود باشد.

۱۱- جمع آوری و گزارش آمارهای دارویی:

گزارشی از عملکرد واحد شامل تعداد موارد تهیه و توزیع دارو، تعداد نسخ بررسی شده، تعداد بازدید از واحد تابعه همراه با محل بازدید شده و نام فرد بازدید کننده برنامه های آموزشی و هماهنگی های انجام شده می بایست طی نامه ای هر سه ماه، دوازدهم اولین ماه فصل بعد از طریق واحدهای آمار ستادی به این معاونت ارسال گردد.

۱۱ - واحد بهداشت حرفه ای

تهیه و تنظیم:

مهندس سید محمد علی موسویون - مهندس علیرضا ابراهیمی حریری

مهندس زهره محمدی زاد - مهندس فریبا فخرایی

مهندس خدیجه رحمانی - مهندس محبوبه رضای سلطان آبادی

واحد بهداشت حرفه ای

واحد بهداشت حرفه ای معاونت و مراکز تابعه در خصوص حفظ و ارتقاء سلامت شاغلین در منطقه تحت پوشش دانشگاه فعالیت می نماید. این واحد از ۳ بخش تشکیل شده است:

مهندسی بهداشت حرفه ای:

یکی از برنامه های اصلی بهداشت حرفه ای، مطالعه شرایط نامناسب محیط کار یا به عبارتی بررسی و شناسائی عوامل زیان آور محیط کار است. عوامل زیان آور محیط کار به ۴ دسته عمده عوامل فیزیکی زیان آور تقسیم می شود:

الف) عوامل فیزیکی زیان آور محیط کار مانند صدا و ارتعاش، گرما، سرما، روشنائی، فشار، پرتوها و

ب) عوامل شیمیائی زیان آور مانند مواد شیمیائی سمی که برخی بیماریها و مسمومیتهای شغلی را سبب می شوند.

پ) عوامل بیولوژیکی زیان آور شامل ویروسها، باکتریها، انگلها، ریکتزیاها و قارچها

ت) عوامل ارگونومیک زیان آور مانند وضعیت نامطلوب بدنی در هنگام کار، وارد شدن فشار بیش از حد بر روی اندامی خاص، نبود تناسب جسمانی و روانی میان انسان و کار و ...

طب کار:

تعیین میزان سلامتی کارگران، تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماریها، انتخاب کارگران مناسب برای کارهای مختلف، جلوگیری از بروز حوادث، پیشگیری از بیماریهای شغلی و غیر شغلی، حفظ سلامت سایر کارگران و کارمندان، حفظ سرمایه کارفرما یا بیمه گذار می باشد.

آزمایشگاه بهداشت حرفه ای:

در رابطه با بررسی محیط کار و شناسائی، اندازه گیری، ارزشیابی عوامل بیماریزای شغلی آزمایشگاه بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی شهید بهشتی بر حسب نیاز تخصصی از ۲ بخش تشکیل شده است:

بخش عوامل شیمیائی

بخش عوامل فیزیکی

۱- طرح ادغام فعالیتهای بهداشت حرفه ای در نظام شبکه های بهداشتی و درمانی کشور

حفظ و ارتقاء سطح سلامت شاغلین کشور از طریق شناسایی، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور محیط کاروانجام مراقبتهای بهداشتی و درمانی شاغلین و گسترش فعالیتهای بهداشت حرفه ای به اقصی نقاط کشور با استفاده از سطوح مختلف ارائه دهنده خدمات در شبکه های بهداشتی و درمانی کشور

ارائه خدمات بهداشت حرفه ای در سه قالب صورت می گیرد :

الف : ارائه خدمات در کارگاههای روستایی با بعد شاغلین کمتر از ۵۰ نفر

ب : ارائه خدمات در کارگاههای شهری با بعد شاغلین کمتر از ۵۰ نفر

ج : ارائه خدمات در کارگاههای شهری و روستایی با بعد شاغلین بیش از ۵۰ نفر

الف : ارائه خدمات در کارگاههای روستایی با بعد شاغلین کمتر از ۵۰ نفر به شرح دلیل انجام می گیرد :

– پوشش کارگاههای روستایی با بعد کارکنان کمتر از ۲۰ نفر توسط بهورزان خانه بهداشت روستایی

– پوشش کارگاههای روستایی با بعد کارکنان ۴۹-۲۰ نفر توسط کاردانهای مراکز بهداشتی و درمانی روستایی

ب - خدمات در کارگاههای شهری با بعد شاغلین کمتر از ۵۰ نفر توسط کاردانهای مراکز بهداشتی و درمانی شهری انجام می پذیرد

۲- طرح ایستگاه بهگر : ارائه خدمات مراقبتهای اولیه بهداشتی برای افزایش دسترسی کارگران به خدمات بهداشتی اولیه- بالابردن سطح آگاهی های بهداشتی کارگران- ارتقاء سلامت محیط کار- ارائه کمکهای اولیه در کارگاههای بین ۴۹-۲۰ نفره

این طرح در سه مرحله به اجراء در می آید :

مرحله اول : انتخاب و تربیت بهگر در زمینه نجات و کمکهای اولیه

مرحله دوم : ادامه آموزش بهگر در زمینه بهداشت حرفه ای و حفاظت فنی

مرحله سوم : ادامه آموزش بهگر در زمینه مراقبتهای اولیه بهداشتی

۳- طرح خانه بهداشت کارگری: تأمین سلامت کارگران - ارتقاء دانش و ایجاد رفتارهای مناسب بهداشتی در کارگران - سالمسازی محیط کار در کارگاههای بین ۵۰-۴۹۹ نفره

بهداشتیاری کار فردی است دارای تحصیلات دیپلم که از بین واحد های صنعتی با داشتن حداقل دو سال سابقه کار انتخاب و پس از طی آموزش سه ماهه توانایی لازم برای ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی به کارگران را پیدا کند.

۴- طرح بقا: بررسی وضعیت بهداشت کارگاههای قالبیافی - بهسازی کارگاههای قالبیافی روستایی و تأمین و ارتقاء سطح سلامتی شاغلین - آموزش موازین بهداشتی کار به قالبیافان - معاینات شغلی قالبیافان به منظور پیشگیری از بیماریها و عوارض ناشی از کار قالبیافی

۵- طرح بهداشت کشاورزی: ارزیابی محیط کار کشاورزان در خصوص عوامل زیان آور فیزیکی - شیمیایی - بیولوژیکی و انجام معاینات دوره ای جهت شناسایی بیماریهای ناشی از کار و برنامه ریزی جهت کاهش عوارض ناشی از کار

۶- ارگونومی: بررسی طراحی محیط کار و ابزار مورد استفاده و عوارض ناشی از کار

۷- طرح کنترل عوامل زیان آور محیط کار: کنترل و یا حذف عوامل زیان آور محیط کار شامل روشنایی نامناسب - سرو صدای بالاتر از حد مجاز - عوامل شیمیایی موجود در محیط کار (طرح کنترل گردوغبار سیایس - آزبست - آبکاریها - سرب)

۸- طرح معاینات کارگری: تعیین میزان سلامتی کارگران، تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماریها، انتخاب کارگران مناسب برای کارهای مختلف، جلوگیری از بروز حوادث، پیشگیری از بیماریهای شغلی

معاینات شاغلین به ۳ صورت انجام می گیرد

۱- معاینات شاغلین کارگاههای زیر ۵۰ نفر توسط مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

۲- معاینات شاغلین توسط پزشک دوره دیده طب کار (۲۵ امتیازی) مستقر در کارخانجات

۳- معاینات شاغلین توسط شرکتهای خصوصی ارائه دهنده خدمات طب کار

قانون مدیریت خدمات کشوری

تهیه و تنظیم:

فوزیه درخشان نیا

قانون مدیریت خدمات کشوری:

امروزه بسیاری از مدیران ارشد سازمانها بر این ادعا هستند که نیروی انسانی آنها سرمایه های واقعی در سازمانهايشان هستند. اگر این نیازهای عاطفی، مادی و ارتباطی نیروی انسانی را محو این مطلب قرار دهیم یکی از نیازهای اساسی کارکنان در سطح سازمانها نیاز به آموزش است چرا که برخلاف گذشته سرعت تغییرات در سازمانها و مدیریتها بسیار سریع و پیچیده شده است و این پیچیدگی و سرعت باعث می شود تا نه تنها کارکنان صف بلکه نیروهای ستادی نیز که آموزش مستمر خود توجه نمایند و خود را با شرایط و تغییرات جاری در دنیای امروز تطبیق دهند.

هدف از آموزش قوانین و مقررات استخدامی کشور این است که متخصصان را که جزئی نگر هستند و دیدشان تنها به حوزه تخصصی خودشان محدود می گردد تبدیل به افراد کل نگر که مسائل را در ابعاد وسیعتر می بینند و درک می کنند باشند و این امر موجب تحرک فکری و خلاقیت و نوآوری می شود.

❖ **پست سازمانی:** عبارت است از جایگاهی که در ساختار سازمانی دستگاههای اجرائی برای انجام وظایف و

مسئولیتهای مشخص (ثابت و موقت) پیش بینی و برای تصدی یک کارمند در نظر گرفته می شود.

❖ **کارمند دستگاه اجرائی:** فردی است که بر اساس ضوابط و مقررات مربوط به موجب حکم و یا قرار داد مقام

صلاحیت در یک دستگاه اجرائی به خدمت پذیرفته می شود.

❖ **وظیفه:** به مجموعه فعالیتهای مشخص یا سلسله تلاش ها و کوشش ها برای تحقق اهداف خاص گفته می شود.

❖ **حرفه:** یکسری شغل مشابه یا مشاغلی که با وابستگی نزدیکی در مقیاس وسیعی تعداد زیادی از افراد به آن اشتغال

دارند.

❖ **تجربه:** شناسایی و آشنایی اکتسابی است که در انجام کاری به مرور زمان بدست می آید.

❖ **رشته شغلی:** عبارت است از یک یا چند طبقه شغلی که از لحاظ نوع کار یکسان و مشابه بوده لکن از نظر ارزش و

اهمیت و صعوبت انجام کار دارای سطوح و مراتب مختلف باشند.

❖ **طبقه شغلی:** عبارت است از یک یا چند پست که از نظر وظایف و مسئولیتها و دشواری کار با یکدیگر مشابه باشد

به نحوی که:

الف) به همه آنها بتوان عنوان واحدی داد.

ب) شرایط احراز و تصدی همه آنها از نظر تحصیلات و تجربه یکسان باشد.

ج) از لحاظ ارزش بتوان برای همه آنها حقوق یکسان در نظر رفت و همه آنها را به گروه حقوقی واحدی

تخصیص داد.

❖ **گروه شغلی:** مشخص کننده سطوح مختلف طبقات شغلی است که حداقل و حداکثر حقوق طبقات شغلی مربوط را تعیین می نماید و به یکی از مراتب گروههای ۲۰ گانه موضوع ماده ۱ قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت اشاره دارد.

❖ **رسته:** مجموع رشته های شغلی است که از لحاظ فعالیت و نوع کار و حرفه وابستگی نزدیک دارند و با همدیگر کادر وسیع حرفه ای را تشکیل می دهند. (بهداشتی درمانی - اداری مالی - امور اجتماعی - فرهنگی آموزشی - خدمات - کشاورزی - فنی مهندسی - فناوری اطلاعات)

❖ **انتصاب:** عبارت است از به کار گماردن مستخدم به پستی که طبقه بندی شده است. یعنی شرایط احراز پست تعیین گردیده و مستخدم شرایط تصدی پست را دارا می باشد.

❖ **مستخدم رسمی:** کسی است که به موجب حکم رسمی در یکی از گروههای جداول حقوق موضوع ماده ۳۰ برای تصدی یکی از پستهای سازمانی وزارتخانه ها یا موسسات دولتی مشمول این قانون استخدام شده باشد.

❖ **مستخدم پیمانی:** کسی است که به موجب قرارداد به طور موقت برای مدت معین و کار مشخص استخدام می شود.

۱- **جدول حق شغل:** امتیاز حق شغل مشاغل دستگاه های اجرایی، بر اساس اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها، سطح تخصص و مهارت های مورد نیاز، بر اساس جدول شماره (۱) برای اجرا از ۱۳۸۸/۱/۱ به شرح ذیل تعیین می شود:

جدول شماره (۱)

رتبه های شغلی		طبقات جدول				
مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی		
۲۴۰۰	۲۶۵۰	—	—	—	طبقه یک	
۲۶۰۰	۲۸۵۰	—	—	—	طبقه دو	
۲۸۰۰	۳۰۵۰	—	—	—	طبقه سه	
۳۰۰۰	۳۲۵۰	۳۶۰۰	۴۰۵۰	۴۶۰۰	طبقه چهار	
۳۲۰۰	۳۴۵۰	۳۸۰۰	۴۲۵۰	۴۸۰۰	طبقه پنج	
۳۴۰۰	۳۶۵۰	۴۰۰۰	۴۴۵۰	۵۰۰۰	طبقه شش	

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

۵۲۰۰	۴۶۵۰	۴۲۰۰	۳۸۵۰	۳۶۰۰	طبقه هفت
۵۴۰۰	۴۸۵۰	۴۴۰۰	۴۰۵۰	۳۸۰۰	طبقه هشت
۵۶۰۰	۵۰۵۰	۴۶۰۰	۴۲۵۰	۴۰۰۰	طبقه نه

تبصره - امتیاز حق شغل مشاغل آموزشی تمام وقت وزارت آموزش و پرورش و مشاغل بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با توجه به طبقه و رتبه شغلی مربوط با ضریب (۱/۱) محاسبه می شود.

۲ - امتیاز فوق العاده مدیریت هر یک از عناوین مدیریت و سرپرستی (مدیران حرفه ای) متناسب با پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها، حیطه سرپرستی و نظارت و حساسیت های شغلی و سایر عوامل مربوط بر اساس جدول شماره (۲) تعیین می شود.

جدول شماره (۲)

۱	۲	۳	۴	۵	سطوح مدیریت	حوزه جغرافیایی خدمت
۲۳۰۰	۱۸۵۰	۱۴۰۰	۹۵۰	۵۱۰	سطح یک	شهرستان
۲۳۵۰	۱۹۰۰	۱۴۵۰	۱۰۰۰	۵۵۰	سطح دو	
۲۴۰۰	۱۹۵۰	۱۵۰۰	۱۰۵۰	۶۰۰	سطح سه	
۲۴۵۰	۲۰۰۰	۱۵۵۰	۱۱۰۰	۶۵۰	سطح یک	استان
۲۵۰۰	۲۰۵۰	۱۶۰۰	۱۱۵۰	۷۰۰	سطح دو	
۲۵۵۰	۲۱۰۰	۱۶۵۰	۱۲۰۰	۷۵۰	سطح سه	
۲۶۰۰	۲۱۵۰	۱۷۰۰	۱۲۵۰	۸۰۰	سطح یک	ملی
۲۶۵۰	۲۲۰۰	۱۷۵۰	۱۳۰۰	۸۵۰	سطح دو	
۲۷۰۰	۲۲۵۰	۱۸۰۰	۱۳۵۰	۹۰۰	سطح سه	

تبصره ۱- دستگاه های اجرایی موظفند عناوین مشاغل مدیریتی و سرپرستی خود را با توجه به عوامل مندرج در بند (۲) دستورالعمل به گونه ای مشخص نمایند که حداقل ۵۰ درصد از مشاغل مذکور در سطح یک و حداکثر ۲۰ درصد آنان در سطح سه تخصیص یابند.

۳- امتیاز حق شاغل کارمندان بر اساس عوامل تحصیلات ، سنوات خدمت و تجربه ، دوره های آموزشی و مهارت ها و توانایی های فردی بر اساس جدول شماره (۳) تعیین می شود:

جدول شماره (۳)

ردیف	امتیاز تحصیلات	امتیاز دوره های آموزشی مصوب	امتیاز مهارت و توانایی	امتیاز سنوات خدمت در هر سال	امتیاز تجربه مربوط و مشابه در هر سال
۱	۱۲۰۰	به ازای طی هر یک ساعت دوره آموزشی مصوب ، نیم امتیاز (حداکثر ۵۰۰) امتیاز	۲۵۰	۱۵	۱۰
۲	۱۴۰۰		۳۰۰	۲۰	۱۲
۳	۱۷۰۰		۴۰۰	۲۵	۱۴
۴	۲۰۰۰		۶۰۰	۳۰	۱۶
۵	۲۳۰۰		۸۰۰	۳۵	۱۸

مرخصی استحقاقی

- مستخدم از نخستین ماه خدمت نسبت به مدت خدمت به او تعلق می گیرد و طبق مقررات این آئین نامه جزئاً یا کلاً قابل استفاده است.
- مرخصی کمتر از یک روز مرخصی استحقاقی منظور می شود و حداکثر مدت موضوع این ماه ازدوازه روز در یک سال تقویمی تجاوز نخواهد کرد.
- هیچ مستخدمی به اختیار نمی تواند در هر سال بیش از پانزده روز از مرخصی استحقاقی سالانه خود را ذخیره نماید و هر گاه به اختیار استفاده نکند مدت زائد بر پانزده روز ذخیره نخواهد شد.
- حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی است الزامی می باشد.

مرخصی استعلاجی :

هرگاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت باشد باید مراتب را در کوتاهترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد و در موارد کمتر از ده روز گواهی پزشکی را در اولین روز پس از مراجعه به محل خدمت و تأیید پزشک معتمد به اداره کارگزینی جهت صدور حکم مربوطه ارائه نماید.

- تشخیص ابتلاء مستخدم به بیماری صعب العلاج و تعیین مدت معذوریت وی بعهده کمیسیون پزشکی است. حداکثر مدت این معذوریت در هر نوبت شش ماه است و قابل تمدید خواهد بود.
- به مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می نماید تا چهار ماه و در صورتی که بعلت ابتلاء به بیماری صعب العلاج مرخصی استعلاجی وی بیش از چهار ماه باشد تا حداکثر یکسال حقوق و فوق العاده های مربوط و در موارد بیماریهای صعب العلاج در مدت زائد بر یکسال تا هنگامی که مشمول ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری قرار گرفته است فقط حقوق پرداخت می گردد.

مرخصی بدون حقوق

استفاده از مرخصی بدون حقوق موقوف به اختتام دوره آزمایشی است و فقط در موارد زیر ممکن خواهد بود.

- مستخدم مرخصی استحقاقی نداشته باشد و احتیاجش به استفاده مرخصی مسلم شود.
 - مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم ارائه نماید.
 - مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند.
 - مستخدم پس از استفاده از چهار ماه مرخصی استعلاجی سالانه به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلاء به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او صعب العلاج تشخیص نشود.
- تبصره: اعطای مرخصی بدون حقوق به مستخدمین آزمایشی که در طول خدمت آزمایشی با ارائه مدارک و به تشخیص مؤسسه متبوع خود نیاز به استفاده از مرخصی بدون حقوق داشته باشند حداکثر دو ماه متوالی با رعایت سایر مقررات امکان پذیر خواهد بود.

■ **عدم حضور مستخدم در پست خود که مدت آن از سه روز تجاوز ننماید و مستندبعلی از قبیل آنچه که ذیلاً درج می شود باشد موجه شناخته خواهد شد.**

۱. بیماری او
۲. صدمات ناشی از حوادث که به او یا مادر یا پدر یا همسر یا فرزند او وارد آمده باشد.
۳. بیماری شدید پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان

آموزش بدو خدمت عمومی مشمولین طرح نیروی انسانی - معاونت امور بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

۴. فوت همسر یا اقربای نسبی و سببی تا طبقه سوم

۵. دارا شدن فرزند

۶. ازدواج او و یا فرزندانش

۷. احضار مستخدم توسط مراجع قضایی برای ادای شهادت و انجام تحقیقات

تشخیص صحت و سقم جهات ادعای مستخدم به عهده رئیس اداره است در صورتیکه صحت ادعا تصدیق شود

غیبت مستخدم بر حسب علت جزء مرخصی استحقاقی یا استعلاجی وی محسوب و حکم لازم در این مورد صادر خواهد

شد.

شرایط بازنشستگی

دستگاه اجرائی با داشتن یکی از شرایط زیر می تواند کارمند خود را بازنشسته نماید:

الف) حداقل سی سال سابقه خدمت برای مشاغل غیر تخصصی و سی و پنج سال برای مشاغل تخصصی با

تحصیلات دانشگاهی کارشناسی ارشد و بالاتر با درخواست کارمند برای سنوات بالاتر از سی سال .

ب) حداقل شصت سال سن و حداقل بیست و پنج سال سابقه خدمت با بیست و پنج روز حقوق