به نام خدا

دستورالعمل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت

فاز دوم برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

نسخه صفر

1400

فهرست

[مقدمه: 3](#_Toc93148925)

[دستورالعمل اجرای مداخلات ارتقاء سلامت 9](#_Toc93148926)

[1-تشکیل تیم اجرای مداخلات ارتقاء سلامت در سطح مرکزخدمات جامع سلامت 9](#_Toc93148927)

[2-تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت) 11](#_Toc93148928)

[3-تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان (مرکز بهداشت شهرستان) 12](#_Toc93148929)

[4-تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان 14](#_Toc93148930)

[5. تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی 16](#_Toc93148931)

[6-بررسی اصلاح و تایید برنامه عملیاتی 19](#_Toc93148932)

[7-اجرای برنامه عملیاتی 19](#_Toc93148933)

[8-گزارش برنامه 20](#_Toc93148934)

[آئین نامه فعالیت های برنامه مداخلات ارتقای سلامت 21](#_Toc93148935)

[فرم های برنامه مداخلات ارتقای سلامت 23](#_Toc93148936)

[گزارش پیشرفت برنامه مداخلات ارتقای سلامت در شهرستان 36](#_Toc93148937)

[شاخص های برنامه مداخلات ارتقای سلامت 38](#_Toc93148938)

[چک لیست های پایش برنامه مداخلات ارتقای سلامت 42](#_Toc93148939)

# مقدمه:

مطابق مقدمه اساسنامه سازمان جهاني بهداشت (1946): «برخورداري از بالاترين حد استانداردهاي منطقي و قابل حصول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقايد سياسي و موقعيت اقتصادي و اجتماعي؛ حق مسلم هر انساني است.»

سلامت تنها به موقعيت اقتصادي و اجتماعي افراد وابسته نيست. سلامت و هر آنچه كه مرتبط با آن است: بازتابي از وضعيت فعلي جمعيتي خاص يا گروهي از مردم؛ انعكاسي از موقعيت افراد و جوامع در بستر اجتماعي مربوطه و روش نگاه به آن‌ها توسط دولت؛ و همچنين انعكاسي از وجود يا فقدان بستري صحيح و قطعي براي سلامت است.

پیشرفت‌هایی كه در دهه گذشته در زمينه تعريف مفهوم ارتقاي سلامت توسط متخصصان انجام گرفته، ديدگاه جديدي را در رابطه با نقش آموزش سلامت به عنوان بخش مركزي و اساسي جنبش‌های نوين سلامت عمومي به وجود آورده است. در نظريه نوين سلامت عمومي، تأثير محيط (اجتماعي، اقتصادي و انساني) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته است.

Tannahill (1985) الگويي را براي ارتقاي سلامت مطرح كرده كه تا حدود زيادي وابستگي و ارتباط ميان سه فاكتور: آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پيشگيري از بيماري را، روشن می‌سازد. هدف در اينجا استفاده از آموزش سلامت براي آموزش توانایی‌ها و مهارت‌های زندگي و ارتقاي سطح آگاهي مردم در مورد تأثير فاكتورهاي اجتماعي، اقتصادي و فردي بر سلامت و همچنين ايجاد تغييرهاي مثبت در محیط‌های اجتماعي از طريق تأثیرگذاری بر سیاست‌های اجتماعي در راستاي سلامت است.

منشور Ottawa براي ارتقاي سلامت (1986) روشن‌ترین بیانیه‌ای است كه اصول جنبش نوين سلامت عمومي در آن ذكر شده است. منشور Ottawa جنبش ارتقاي سلامت را اين طور معني می‌کند:

* ايجاد سیاست‌های حامي سلامت
* ايجاد محیط‌های حامي سلامت و حفاظت شده
* توسعه اقدام جامعه
* توسعه مهارت‌های فردي كه تمامي اين اقدام‌ها نيازمند توسعه آموزش سلامت به دست‌اندرکاران، سیاست‌گذاران و مردم است
* بازنگری در خدمات ارایه شده

طبق منشور اوتاوا در زمينه ارتقاي سلامت، براي رسيدن به يك سلامت كامل چه از لحاظ جسمي، ذهني، رواني و اجتماعي، هر فرد يا گروه بايد بتواند خواسته‌ها و نيازهاي خود را شناخته، آن‌ها را بر طرف نموده و با محيط خود كنار آمده يا آن را در جهت خواسته‌های خود تغيير دهد. توانمندسازي افراد و جوامع براي شناخت نيازها، تصمیم‌گیری و اجراي آگاهانه و مسوولانه رفتارهاي فردي و جمعي سالم و مديريت، پايش و ارزشيابي و سرانجام كنترل سرنوشت فردي و جمعي نيازمند توسعه منطقي و مؤثر ظرفیت‌های سازماني و اجتماعی است.

توانمندسازي جامعه در ابتدا توسط Paulo Freire كه بر روي تقويت توانايي مردم بی‌سواد، گرفتار فقر و ناتوان برزيلي در تغيير محيطشان كار می‌کرد، مطرح شد. بسياري از ابتكارهاي اجتماعي سعي در ترجمه ایده‌های Freire به‌منظور همانندسازي فرآيند توانمندسازي جامعه وي داشته‌اند. «توانمندسازي جامعه» به اين معناست كه مشاركت جوامع، فرصت جلب حمايت و تأثير مثبت بر آنچه كه قرار است بر ايشان اتفاق افتد را در اختيارشان می‌گذارد. بنابراين روش‌های توانمندسازي جوامع سعي در رويارويي مناسب با تأثير متقابل «جامعه» و «ظرفيت افراد براي تغيير آن» دارد. آموزش سلامت به مردم، نهادهاي مدني، سازمان‌های مردمي، سازمان‌های غیردولتی، احزاب و اصناف، نقش مهمي در توانمندسازي مردم و جوامع براي تأمين، حفظ و ارتقاي سلامت دارد.

ریشه‌های توجه به ارزش مشاركت جامعه در بحث ارتقاي سلامت را می‌توان در بسياري از نقاط بيانيه مراقبت‌های بهداشتي اوليه آلماآتا مشاهده نمود.

مراقبت بهداشتي اوليه متكي بر فناوری‌ها و متدهاي كاربردي، علمي و اجتماعي پذيرفته شده، موجب پذيرش همه جانبة مشاركت كامل افراد و خانواده‌هایشان و تأمين هزینه‌های قابل تأمين از سوي جامعه براي هر مرحله از توسعه جامعه، می‌گردد.

چنين اشاره‌هایی متضمن تعهدي قوي نسبت به حقوق جوامع براي مشاركت در تصمیم‌ها و فعالیت‌های مؤثر بر زندگی‌شان، به عنوان بخشي از يك فرآيند توانمندسازي است. در چنين رويكردي كار با جوامع به عنوان فرآيندي از «پايين به بالا» توصيف می‌شود. اين در حالي است كه در حال حاضر بسياري از برنامه‌هایی كه طالب مشاركت جامعه هستند، در اصل به عنوان فرآيندهايي از «بالا به پايين» تعريف می‌شوند و مردم را درگير فعالیت‌هایی می‌سازند كه توسط ديگران تعريف شده‌اند كه شايد چنين فعالیت‌هایی بطوركامل مطابق با نيازهاي بيان شده توسط جامعه نباشد. تيپولوژي ميزان مشاركت و طبيعت درگيري جامعه در (شكل 1 نشان داده شده است).

تيپولوژي ميزان مشاركت و درگيري جامعه (Brager and Specht)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **حالت توضيح دهنده** | **اقدام شركا** | **درجه مشارکت** |
| سازمان به جامعه چيزي نمی‌گوید. | هيچ | پايين  بالا |
| سازمان برنامه‌ای طراحي می‌کند و آن را اعلام می‌کند. هدف از فراخوان جامعه، اطلاع‌رسانی به آن‌ها است. اطاعت جامعه مورد انتظار است. | اطلاعات دريافت می‌کنند. |
| سازمان سعي در ترويج يك برنامه و توسعه حمايت از آن براي تسهيل پذيرشش يا اخذ تأييد كافي برنامه توسط جامعه را دارد. بنابراين اطاعت اجرايي و اداري از برنامه مورد انتظار است | مشورت می‌کنند. |
| سازمان برنامه‌ای را اعلام می‌کند و جوياي نظرات جامعه درباره آن می‌شود. با اين كار سازمان آماده می‌شود تنها در موارد كاملاً ضروري، برنامه‌اش را تعديل كند. | راهنمايي می‌کنند. |
| سازمان برنامه مقدماتي خود را براي تغيير ارايه می‌دهد و توصیه‌های مؤثر افراد را درباره برنامه می‌پذیرد. | در برنامه‌ریزی مشاركت می‌کنند. |
| سازمان مشكلي را تعيين و به جامعه اعلام می‌کند. محدودیت‌ها را تعريف می‌کند و از جامعه می‌خواهد كه مجموعه‌ای از تصمیم‌هایی كه می‌توان در برنامه اعمال نمود را اتخاذ كنند | داراي مقام نمايندگي هستند. |
| سازمان از جامعه می‌خواهد كه مسايل را تعيين كنند و در مورد اهداف نهايي و اصلي برنامه تصمیم‌گیری كنند. چنين كاري به جامعه كمك می‌کند كه در هر مرحله‌ای براي تحقق اهداف نهايي خود، حتي توسعه كنترل اجرایی‌اش بر برنامه اقدام نمايد | داراي كنترل هستند. |

در بحث ارتقاي سلامت انتظار می‌رود كه مشاركت از نوع توصيف شده در پايين طيف Brager and Specht باشد. چنين مشاركتي به‌طور خاص توصيف كننده يك جامعه توسعه يافته است كه می‌تواند به اين صورت توصيف شود:

فرآيندي كه در آن اعضاي يك جامعه نيازهاي سلامتشان را تعيين كنند، توجه نمايند كه چگونه می‌توانند با اين نيازها روبرو شوند، به‌طور گروهي در مورد اولویت‌هایشان تصميم بگيرند و با هم براي نيل به اهداف طراحي شده بر اساس حمايت مقتضي كار كنند.

در مشاركت جوامع در حال توسعه، برخي از فرآیندها پذيرفته شده‌اند. يكي از کلیدی‌ترین رويكردها، «گفتمان مشاركتي » متكي بر مفاهيم Paula Freire است. فرآيند مشاركت مؤثر جامعه نيازمند درگيري همه بخش‌های داخل يك جامعه و نه تنها قدرتمندترين آن‌ها يا آن‌هایی كه به راحتي در دسترس‌اند، است.

تحقق مشاركت جوامع از نوع مشاركت مورد نياز براي ارتقاي سلامت نيازمند توسعه گفتمان آموزش سلامت با سياستگذاران، برنامه ريزان، مديران، كاركنان توسعه و مردم است.

در دهه‌های 1960 و 1970، مشارکت عنصر اساسی پروژه‌های طراحی شده براي توسعه پایدار و عدالت بود. در کنفرانس آلماآتاي سازمان جهانی بهداشت مشارکت به عنوان بخشی اساسی از سیاست‌های بهداشتی شناخته شد.

با پذیرش مراقبت بهداشتی اولیه به عنوان سیاست دولت‌ها، همه اعضاي سازمان جهانی بهداشت اهمیت درگیري آگاهانه ذینفعان در طراحی و اجراي خدمات و برنامه‌های بهداشتی را به رسمیت شناختند.

مشارکت فرآیندي فعال است که در آن اقشار مختلف مردم به عنوان ذینفعانی فهیم و مصمم، نتیجه یک برنامه بهداشتی را متأثر ساخته و به رشد فردي، گروهی و جمعی می‌رسند.

**دلایل بانک جهانی براي توسعه مشارکت مردمی**

1. مردم برخوردار از مقدار زیادي تجربه و بینش درباره اینکه چه‌کاری باید انجام شود و چه‌کاری نباید انجام شود و دلایل آن هستند؛
2. مشارکت مردم در طراحی پروژه، می‌تواند تعهد آن‌ها نسبت به اجراي پروژه را افزایش دهد؛
3. مشارکت مردم می‌تواند به آن‌ها براي توسعه مهارت‌های فنی و مدیریتی‌شان کمک کند و شاید فرصت‌های شغل یابی آن‌ها را نیز افزایش دهد؛
4. مشارکت مردم در افزایش منابع در دسترس براي برنامه مؤثر است؛ و
5. مشارکت مردم راهی براي تحقق یادگیري اجتماعی (هم براي طراحان و هم براي ذینفعان) برنامه است.

مشارکت براي توانمندسازي مردم در سه حالت رخ می‌دهد (Peter Oakley) پیتر اوکلی

1) مشارکت در جاهایی که مردم محلی، فقط در فعالیت‌های برنامه درگیر هستند. براي مثال، افراد محلی که ممکن است در حفظ سیستم آب آشامیدنی سالم کمک نمایند و این مشارکت مستلزم به کارگیري منابعی از سوي مردم همچون وقت، نیروي کار و احتمالا پول است. این نوع مشارکت، توانمندسازي را ارتقا نمی‌بخشند.

2) مشارکت در جاهایی که افراد محلی در تعین اولویت‌های برنامه کمک کرده و نیز در فعالیت‌ها درگیر هستند. اگرچه افراد حرفه‌ای و متخصص هنوز کنترل کل هدف توانمندسازي را به عهده دارند. براي مثال، افراد محلی ممکن است در اخذ تصمیم براي اینکه سیستم آب آشامیدنی یک اولویت بوده شرکت نمایند. این نوع از مشارکت، مشاوره بوده و افراد حرفه‌ای و متخصص، هر دوي مشکلات و راه حل را تعریف و مشخص می‌سازند؛ اگرچه آن‌ها ممکن است برخی از این موارد را با توجه به واکنش‌های مردم محلی، اصلاح نمایند اما آن‌ها مجبور به این کار نیستند.

3) مشارکت در جاهایی که افراد محلی، نقش فعال و مستقیم در توسعه پروژه به عهده دارند. براي مثال، مردم محلی به سادگی نقطه نظر افراد حرفه‌ای را نمی‌پذیرند که تامین آب سالم، یک اولویت محسوب شود و به جاي آن‌ها در جمع آوري و تفسیر اطلاعات براي انجام نیازسنجی مشارکت می‌کنند.

آن‌ها در مشخص کردن مشکلات و اولویت‌بندی آن‌ها، یافتن راه‌حل‌ها، انجام فعالیت‌ها و فعالیت‌های مربوط به ارزشیابی مشارکت می‌کنند. این نوع مشارکت به مردم محلی اجازه می‌دهد تا کنترل بر اوضاع داشته و سهمی در حفظ برنامه داشته باشند. این کار پتانسیل زیادي براي قادرسازي مردم در توانمند شدن و از طریق ارایه فرصت‌هایی براي مردمی دارد که محروم و ضعیف و فاقد قدرت بوده و در انتخاب‌های واقعی براي زندگی خودشان درگیر می‌شوند.

طراحی برنامه‌های ارتقا سلامت می‌تواند در کاهش و حذف مشکلات بهداشتی، بهبود سلامتی و ارتقای سبک زندگی افراد نقش بسزایی داشته باشد. با توجه به اینکه امروزه کارشناسان و مربیان سلامت استفاده بیشتری از مدل‌ها و تئوری‌های تغییر رفتار نسبت به مدل‌های طراحی و برنامه‌ریزی جهت اجرای برنامه‌های آموزشی خود دارند، بنابراین نیاز به معرفی مدل‌های جامع برنامه‌ریزی است. طراحی برنامه‌های ارتقا سلامت مهارت خاصی را می‌طلبد چراکه طراحی یک برنامه هدفمند و مؤثر از اجرای آن دشوارتر است. این مجموعه رویکرد نقشه‌نگاری مداخله را به عنوان یک مدل جامع برنامه‌ریزی جهت طراحی برنامه مداخلات ارتقای سلامت مد نظر قرار داده است. هدف اصلی این مدل، فراهم آوردن چارچوبی برای برنامه ریزان برنامه‌های ارتقای سلامت است که به آن‌ها امکان تصمیم‌گیری مؤثر در هر یک از گام‌های برنامه‌ریزی، پیاده‌سازی و ارزشیابی برنامه را می‌دهد.

در برنامه‌های سلامت، جلب مشارکت مردم و حمایت از ایجاد تشکل‌های محلی و تسهیل جهت ورود و ایفای نقش در تصمیم‌گیری‌های محلی می‌تواند منجر به افزایش سرمایه اجتماعی، مسئولیت اجتماعی و ارتباط بهتر بین مردم، تشکل‌های محلی و مسئولین محلی و منطقه‌ای و تیم سلامت شود. در این برنامه که فاز 2 و 3 از برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت است در حقیقت برنامه‌ریزی برای مداخلات بر اساس نتایج نیازسنجی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت است که به توسعه و نهادینه سازی مدل نقشه‌نگاری مداخلات ارتقای سلامت پرداخته شده است. استقرار این مدل علاوه بر موارد پیش گفت، می‌تواند به تخصیص بهینه منابع، شناسایی و استفاده از ظرفیت‌های محلی و افزایش بهره‌وری منجر گردد. در این مدل، از مرحله نیازسنجی تا تعیین اولویت‌ها و برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت و همچنین ارزشیابی برنامه؛ با مشارکت تیم‌هایی که متشکل از افراد معتمد و مطلع محلی مردم و تیم سلامت است، صورت می‌پذیرد.

# دستورالعمل اجرای مداخلات ارتقاء سلامت

1-تشکیل تیم اجرای مداخلات ارتقاء سلامت در سطح مرکز خدمات جامع سلامت: پزشک مرکز/ مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، رابط برنامه مداخلات ارتقای سلامت (یکی از مراقبین مرکز)، نماینده ثابت منطقه/ناحیه شهرداری، سرپرست/مسئول پایگاه‌های سلامت تحت پوشش، کارشناس تغذیه/ سلامت روان/ سلامت محیط و مراقب سلامت ناظر، نماینده شورای اسلامی شهر/روستا، نماینده شورایاری محله (در صورت وجود شورایاری)، اعضای تیم معتمدین (مانند روحانیون، خیرین، کارشناس سلامت و تندرستی ناحیه/منطقه آموزش و پرورش، نماینده بسیج و ...) و نماینده سفیران سلامت خانواده و رابطین سلامت محله که در انجام نیازسنجی شرکت داشته‌اند، همچنین سایر افرادی که حسب مشکل اولویت‌دار استخراج شده می‌توانند در حل مشکل کمک کنند.

\* دبیر برنامه مداخلات به انتخاب رییس تیم مداخلات تعیین می‌گردد.

\* مسئولیت پیگیری اجرای مداخلات در پایگاه‌های تحت پوشش مرکز بر عهده مسئول پایگاه است.

شرح وظایف تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح مرکز خدمات جامع سلامت:

* تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت
* تدوین برنامه ارتقا سلامت شامل بخش‌های زیر:

1. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری)
2. اولویت‌بندی علل رفتاری و انتخاب 3 علت رفتاری اولویت‌دار
3. اولویت‌بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار
4. تدوین اهداف کلی و اختصاصی
5. تدوین فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی
6. ارسال برنامه تدوین شده به سطح بالاتر و دریافت تاییدیه

* دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (حداکثر در طول 2 ماه)
* تشکیل جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها با فاصله حداکثر 3 ماه
* پیگیری اجرای فعالیت‌های برنامه طبق زمان‌بندی برنامه (دبیر برنامه)
* تهیه و ارسال گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
* تهیه و ارسال گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
* ارسال برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح مرکز خدمات جامع ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهم‌نامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان و انتخاب اولویت بعدی به دست آمده در نیازسنجی به عنوان اولویت مرکز برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت

2-تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت): پزشک مرکز/ مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، دهیار، کاردان یا کارشناس ناظر، بهورزان شاغل (دبیر برنامه)، رئیس یا نماینده شورای اسلامی روستا، اعضای تیم معتمدین (مانند روحانی، خیرین، مدیر مدرسه و ...) و نماینده سفیران و رابطین سلامت که در انجام نیازسنجی شرکت داشته‌اند، همچنین سایر افرادی که حسب مشکل اولویت‌دار استخراج شده می‌توانند در حل مشکل کمک کنند.

شرح وظایف تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت):

* تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت
* تدوین برنامه ارتقا سلامت شامل بخش‌های زیر:

1. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری)
2. اولویت‌بندی علل رفتاری و انتخاب 3 علت رفتاری اولویت‌دار
3. اولویت‌بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار
4. تدوین اهداف کلی و اختصاصی
5. تدوین فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی
6. ارسال برنامه تدوین شده به سطح بالاتر

* دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (حداکثر در طول 2 ماه)
* تشکیل جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها با فاصله حداکثر 2 ماه
* پیگیری اجرای فعالیت‌های پیش بینی شده در برنامه (دبیر برنامه)
* تهیه و ارسال گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
* تهیه و ارسال گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
* ارسال برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح روستا (خانه بهداشت) ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهم‌نامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان و انتخاب اولویت بعدی به دست آمده در نیازسنجی به عنوان اولویت خانه بهداشت برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت

برای انجام مداخلات ارتقاء سلامت در سطح شهرستان اقدامات زیر صورت گیرد:

3-تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان (مرکز بهداشت شهرستان): اعضای کارگروه عبارت‌اند از: فرماندار (به عنوان رئیس کارگروه)، مدیر شبکه بهداشت و درمان (دبیر کارگروه)، رئیس مرکز بهداشت شهرستان (معاون بهداشتی)، کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت و مسئولین واحدهای ستادی (به عنوان اعضاء کارگروه برحسب موضوع)، رئیس شورای ائمه جمعه و جماعات/ نماینده مرکز خدمات حوزه علمیه، شهرداران، نماینده سازمان‌های مردم نهاد و خیرین، فرمانده یا نماینده سپاه، رئیس/ نماینده تام‌الاختیار آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی و سایر ادارات و نهادها برحسب نیاز.

شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان:

* صدور ابلاغ توسط رییس کارگروه مداخلات ارتقای سلامت
* طرح برنامه‌های مداخلات ارتقای سلامت تایید شده در زیرگروه فنی
* تبیین انتظارات از ادارات و ارگان‌های مرتبط
* ابلاغ مصوبات کارگروه به ادارات و ارگان‌های مرتبط
* تشکیل جلسات فصلی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها
* حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در سطح شهرستان
* بررسی گزارش پیشرفت برنامه، تهیه شده توسط زیرگروه فنی
* ارسال برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح شهرستان ندارند به مرکز بهداشت استان به منظور درخواست مداخله\*
* بررسی، تایید و ارسال گزارش نهایی برنامه‌ها که توسط زیرگروه آماده شده است به سطح بالاتر

\* در دانشکده‌هایی که معاونت بهداشتی آن‌ها مرکز بهداشت استان نیست در صورت نیاز می‌توانند موضوع را به استانداری استان مربوطه ارجاع دهند.

زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان:

اعضای این زیرگروه شامل: مدیر شبکه بهداشت و درمان، رئیس مرکز بهداشت شهرستان (معاون بهداشتی)، کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت (دبیر) و مسئولین واحدهای ستادی

\* ابلاغ این اعضا توسط مدیر شبکه بهداشت و درمان صادر می‌گردد.

شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

* بررسی برنامه‌های مداخله‌ای ارسالی از واحدهای محیطی (خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت)
* همکاری و مشارکت در اصلاح برنامه عملیاتی تدوین شده از واحدهای محیطی،
* تعیین عناوین با بیشترین فراوانی (به تفکیک مراکز و خانه‌های بهداشت) مربوط به هر واحد فنی و اعلام به آن واحد
* تدوین برنامه حمایتی مدیریتی مربوط به عنوان با بیشترین فراوانی توسط واحد مربوطه
* تایید برنامه‌های اصلاح شده و صدور ابلاغ اجرای برنامه
* حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در واحدهای محیطی
* پایش و نظارت بر اجرای مداخلات ارتقای سلامت در حال اجرا
* ارزشیابی میان دوره (6 ماهه) و پایان دوره

**این زیرگروه به صورت ماهانه تشکیل می‌گردد** و در صورت نیاز، به ویژه برای شروع برنامه، جلسات آن می‌تواند با فاصله کمتری تشکیل شود.

برای انجام مداخلات ارتقای سلامت در سطح استان اقدامات زیر صورت گیرد:

4-تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان (مرکز بهداشت استان/ معاونت بهداشت دانشگاه): اعضای کارگروه عبارت‌اند از: استاندار (به عنوان رئیس کارگروه)، رییس دانشگاه، رئیس مرکز بهداشت استان/ معاون بهداشتی (دبیر کارگروه)، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت، رئیس شورای ائمه جمعه و جماعات استان، مدیرکل امور شهری و شوراهای اسلامی و مدیرکل امور روستایی و شوراهای اسلامی، نماینده سازمان‌های مردم نهاد و خیرین، فرمانده نیروهای نظامی و انتظامی، مدیرکل صدا و سیمای مرکز استان، مدیران کل آموزش و پرورش استان و سایر سازمان‌ها و نهادها برحسب نیاز.

شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان:

* صدور ابلاغ توسط رییس کارگروه مداخلات ارتقای سلامت
* ارائه گزارشی از برنامه‌های مداخلات ارتقای سلامت تایید شده در زیرگروه فنی
* طرح و بررسی برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح شهرستان نداشته‌اند
* تبیین انتظارات از سازمان‌ها، ادارات کل و نهادهای مرتبط
* ابلاغ مصوبات کارگروه به سازمان‌ها، ادارات کل و نهادهای مرتبط
* تشکیل جلسات 6 ماهه کارگروه مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها
* حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در سطح استان
* بررسی گزارش پیشرفت برنامه، تهیه شده توسط زیرگروه فنی
* ارسال برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح استان ندارند به سطح ملی
* بررسی، تایید و ارسال گزارش نهایی برنامه‌ها که توسط زیرگروه آماده شده است به سطح ملی

زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان:

اعضای این زیرگروه شامل: معاون بهداشت/ رئیس مرکز بهداشت استان، معاون فنی، رییس گروه آموزش و ارتقای سلامت (دبیر) و مدیران و روسای گروه‌های فنی

\* ابلاغ این اعضا توسط معاون بهداشت/ رئیس مرکز بهداشت استان صادر می‌گردد.

شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

* بررسی گزارش برنامه‌های مداخله‌ای تدوین شده در سطح مراکز بهداشت شهرستان
* مشاوره، همکاری و مشارکت در اصلاح برنامه عملیاتی تدوین شده در شهرستان‌ها
* حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در شهرستان‌ها
* پایش و نظارت بر اجرای مداخلات ارتقای سلامت در حال اجرا
* ارزشیابی میان دوره (6 ماهه) و پایان دوره

**این زیرگروه به صورت ماهانه تشکیل می‌گردد** و در صورت نیاز، به ویژه برای شروع برنامه، جلسات آن می‌تواند با فاصله کمتری تشکیل شود.

5- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی

مداخلات ارتقای سلامت در سطح وزارت اقدامات زیر صورت گیرد:

مداخلات ارتقای سلامت در سطح وزارت در دو مسیر امکان اجرا شدن دارد.

الف. مداخلات ارتقای سلامت مرتبط با هر یک از اولویت‌ها در سطح کارگروه فنی تنظیم شده و برای هماهنگی با سایر سازمان‌های مرتبط به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال می‌گردد. در جلسات هماهنگ شده توسط دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، دفتر تخصصی مرتبط با موضوع و دفتر آموزش و ارتقای سلامت حضور دارند.

ب. تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی: در مواردی که یک مشکل اولویت‌دار فراوانی بالایی داشت و با نظر زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت می‌تواند درخواست تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی داده شود. اعضای کارگروه عبارت‌اند از:

* نماینده وزارت کشور (رئیس)
* معاون بهداشت وزیر بهداشت (دبیر)
* نماینده وزارت راه و شهرسازی
* نماینده وزارت آموزش و پرورش
* نماینده وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
* نماینده وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی
* نماینده وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
* نماینده رئیس ستاد کل نیروهای مسلح
* نماینده دادستان کل کشور
* نماینده سازمان برنامه و بودجه
* نماینده سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران
* نماینده سازمان حج و زیارت
* نماینده نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران
* نماینده وزارت جهاد کشاورزی
* نماینده سازمان محیط زیست

شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی:

* ارائه گزارشی از برنامه‌های مداخلات ارتقای سلامت تایید شده در زیرگروه فنی
* طرح و بررسی برنامه‌ها
* تبیین انتظارات از سازمان‌ها، ادارات کل و نهادهای مرتبط
* ابلاغ مصوبات کارگروه به سازمان‌ها، ادارات کل و نهادهای مرتبط
* بررسی گزارش پیشرفت مصوبات
* بررسی، تایید و ارسال گزارش نهایی برنامه‌ها اجرا شده به کارگروه فنی

زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی:

اعضای این زیرگروه شامل: معاون بهداشت، معاون اجرایی، مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت (دبیر)، مدیران مراکز / دفتر تخصصی معاونت بهداشت وزارت

\* ابلاغ این اعضا توسط معاون بهداشت وزارت صادر می‌گردد.

شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

* بررسی اولویت‌های تعیین شده در دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی و تعیین اولویت‌های ملی بر اساس نتایج برنامه نیازسنجی در سطوح پایین‌تر.
* ابلاغ اجرای برنامه مداخلات ارتقای سلامت و ارسال دستورالعمل به ساغ
* عقد تفاهم‌نامه‌های فی‌مابین وزارت متبوع و سایر وزارتخانه‌ها، نهادها و سازمان‌ها
* ارسال دستورالعمل‌های مشترک مراکز/دفاتر معاونت بهداشت
* برآورد، تامین و تخصیص اعتبار اجرای برنامه‌های مداخلات سلامت
* بررسی گزارش برنامه‌های مداخله‌ای تدوین شده در سطح دانشگاه/ دانشکده
* ارایه گزارش
* حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در دانشگاه/ دانشکده
* پایش و نظارت بر اجرای مداخلات ارتقای سلامت
* ارزشیابی سالانه

**این زیرگروه به صورت ماهانه تشکیل می‌گردد** و در صورت نیاز، به ویژه برای شروع برنامه، جلسات آن می‌تواند با فاصله کمتری تشکیل شود.

## 6-تدوین، بررسی، اصلاح و تایید برنامه عملیاتی:

در این مرحله لازم است اقدامات زیر انجام گردد:

1- تیم مداخله، اقدام به تدوین برنامه عملیاتی مداخلات طبق فرم شماره 3 و 4 (شامل هدف کلی، اهداف اختصاصی، استراتژی و فعالیت‌ها) نمایند.

2-پس از تدوین برنامه عملیاتی، نسبت به ارسال آن به دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت (واحد آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت شهرستان) جهت بررسی و اصلاح (توسط اعضاء کارگروه) اقدام گردد.

3-پس از بررسی و اصلاح برنامه عملیاتی و ابلاغ آن از طرف مرکز بهداشت شهرستان به مراکز و خانه‌ها، برنامه مداخلات قابل اجرا است.

\* تعداد جلسات اختصاص داده شده جهت تدوین برنامه مداخلات ارتقاء سلامت بیش از یک جلسه می‌تواند باشد.

**جهت تدوین برنامه عملیاتی مداخلات از راهنمای پیوست استفاده گردد.**

## 7-اجرای برنامه عملیاتی:

در این مرحله طبق فعالیت‌های تعیین شده در برنامه عملیاتی اعضای تیم اجرایی ملزم به پی گیری و اجرای برنامه می‌باشند. در مدت زمان اجرای برنامه دست کم ماهانه و حسب نیاز تعداد بیشتر، جلساتی با حضور اعضای تیم اجرایی در خصوص بررسی روند پیشرفت برنامه، میزان دسترسی به اهداف و برطرف نمودن موانع احتمالی توسط تیم مداخلات برگزار گردد و مستندات آن در واحدهای محیطی موجود باشد. **همچنین گزارشی از پیشرفت برنامه مداخلات ارتقاء سلامت در جلسات کمیته اجرایی ارائه و در صورت‌جلسات کمیته ثبت گردد.**

## 8-گزارش برنامه:

گزارش ارسالی از واحدهای مجری برنامه مداخلات به مرکز بهداشت شهرستان بایستی شامل این موارد باشد:

1. **فرم گزارش دهی مداخلات ارتقای سلامت از شهرستان (جداول 1 تا 5) طبق زمان‌بندی به مرکز بهداشت استان ارسال گردد.**
2. تعداد جلسات برگزار شده توسط تیم اجرای مداخله و درصد پیشرفت برنامه که مساوی است با تعداد فعالیت‌های اجرا شده نسبت به کل فعالیت های پیش بینی شده (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری) نیز مشخص گردد.

  تعداد فعالیت‌های اجرا شده

100 × = درصد پیشرفت برنامه (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری)

کل فعالیت‌های پیش بینی شده

1. فرم گزارش پایانی متعاقبا ارسال خواهد شد.

# آئین‌نامه فعالیت‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

1. برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح کشوری هر 2 سال یک‌بار در 3 مرحله انجام می‌شود. 3 ماه اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه، 3 ماه برنامه‌ریزی برای مداخلات و یک سال و نیم اجرای مداخلات ارتقای سلامت. با توجه به شرایط موجود و تأثیر کووید 19 بر روند اجرای برنامه تصمیم بر آن شد که سال 1401 مداخلات ارتقای سلامت انجام شود **و ابتدای سال 1402 به صورت هماهنگ دور جدید برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت انجام گیرد.**
2. آغاز فرایند برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت با ارسال آخرین نسخه شیوه‌نامه مداخلات ارتقای سلامت و مجموعه پیوست آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.
3. معاون بهداشتی هر دانشگاه که به عنوان رئیس کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت آن دانشگاه نیز محسوب می‌شود نسبت به صدور ابلاغ برای اعضاء کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت دانشگاه (مطابق با ترکیب اعضاء مشخص شده دستورالعمل) و نیز صدور ابلاغ انتصاب معاونین بهداشتی شبکه‌های بهداشت و درمان تحت نظر خود به عنوان رئیس کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت شهرستان اقدام می‌نماید.
4. معاون بهداشتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان نیز موظف به صدور ابلاغ انتصاب اعضاء کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت شهرستان و انتصاب روسای مراکز بهداشتی درمانی به عنوان رئیس کارگروه مداخلات ارتقای سلامت مرکز بهداشتی درمانی تحت نظر ایشان می‌نماید.
5. جلسات کارگروه مداخلات ارتقای سلامت هریک از سطوح با حضور حداقل دو سوم اعضاء رسمیت می‌یابد.
6. در سطوح مختلف مسئول هدایت کارگروه مداخلات ارتقای سلامت رئیس تیم و مسئول برنامه‌ریزی و فراهم نمودن امکانات لازم جهت برگزاری جلسات و نیز دعوت اعضاء جهت شرکت در جلسات دبیر تیم است.
7. حضور رئیس و دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف در کلیه جلسات الزامی است.
8. جلسات کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف باید به‌گونه‌ای تشکیل شود که در پایان مهلت تعیین شده در فرایند اجرایی برنامه مداخلات ارتقای سلامت انجام و به سطح بالاتر اعلام شود.
9. کلیه جلسات می‌بایست در قالب فرم‌های پیشنهادی صورت جلسه شده و توسط هریک از اعضاء حاضر در جلسه امضاء و در محل کار دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت نگهداری گردد.
10. تمام فرم‌ها و مستندات مورد استفاده در برنامه مداخلات ارتقای سلامت می‌بایست در محل کار دبیر در تمام سطوح بایگانی گردد.
11. یک نسخه از برنامه تدوین شده در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری و خانه‌های بهداشت به سطح بالاتر ارسال و یک نسخه دیگر در محل کار دبیر تیم مداخلات ارتقای سلامت بایگانی گردد. برنامه ارسال شده در سطح شهرستان بررسی و در صورت تایید سطح شهرستان به سطوح محیطی برای اجرای برنامه ارسال می‌گردد.
12. هر یک از گروه‌ها در سطح شهرستان برای اولویت‌های خود، برنامه مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه‌های بهداشت که اولویت مورد نظر جزء 2 اولویت اول آن‌ها است به عنوان پیش فرض ارسال می‌نماید و مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه‌های بهداشت فوق برنامه مداخلات ارتقای سلامت خود را با استفاده از این برنامه پیش فرض تدوین می‌نمایند.

# فرم‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

**فرم شماره 1**

**تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت‌دار**

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:**

|  |
| --- |
| **مشكل اولویت‌دار بر اساس نتایج نیازسنجی سلامت:** |
| **فهرست کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند: (بر اساس منابع علمی معتبر، نظر صاحب‌نظران و ...)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **علل کلی** | **عوامل ایجادکننده** | **رفتاری** | **غیر رفتاری** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

دستورالعمل تكميل فرم شماره 1 (تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت‌دار)

1. فرم شماره 1 جهت تعیین عوامل ایجاد کننده برای هر اولویت بهداشتی و نیز تعیین علل رفتاری و غیر رفتاری به وجود آورنده مشکل است.
2. اين فرم توسط اعضاي تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تكميل خواهد شد.
3. ابتدا نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
4. با توجه به اینکه این مرحله نیاز به اعضایی با تجربه و آموزش دیده و داشتن اطلاعات علمی است لذا در این مرحله کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند می‌بایست بر اساس منابع علمی معتبر، نظر صاحب‌نظران و ... قبل از جلسه گردآوری و در جلسه مطرح گردد.
5. برای تکمیل فرم شماره 1 ابتدا عنوان اولویت بهداشتی به دست آمده از مراحل نیازسنجی را وارد فرم کرده سپس نسبت به تعیین علل کلی و عوامل ایجاد کننده آن اولویت بهداشتی اقدام می‌شود.
6. سپس تعیین می‌گردد که هر یک از عوامل ایجاد کننده، رفتاری است یا غیر رفتاری
7. علل رفتاری به عللی گویند که با افزایش آگاهی، نگرش و درنتیجه تغییر در رفتار مردم قابل‌حل هستند.
8. علل غیر رفتاری به عللی گویند که جدای از میزان آگاهی، نوع نگرش و نوع رفتار جامعه برای حل مشکل نیاز به ملزوماتی مانند تغییر قوانین و سیاست‌ها و یا فراهم نمودن وسایل، تجهیزات و تامین نیروی انسانی مورد نیاز جهت تغییر رفتار در سطح منطقه و یا استان و یا کشور است.

**فرم شماره 2**

**فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده**

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده رفتاری** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **عوامل ایجاد کننده رفتاری** | شدت  (5-1) | | شیوع و فراوانی  (5-1) | | فوریت مداخله  (5-1) | | | امکان مداخله  (5-1) | اثربخشی مداخله  (5-1) | | | سایر\* | جمع کل | | رتبه |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
| **معیار امتیازدهی:** (1: بسیار کم،2: کم، 3: متوسط، 4: زیاد، 5: بسیار زیاد)  **شدت:** میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می‌کند **شیوع:** نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است  **فوریت مداخله:** داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است. **اثربخشی مداخله:** میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است.  **امکان مداخله:** انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان پذیر است. | | | | | | | | | | | | | | | |
| عناوین **عوامل ایجاد کننده رفتاری** اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:  1-  2-  3- | | | | | | | | | | | | | | | |
| اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری | | | | | | | | | | | | | | | |
| **عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری** | | شدت  (5-1) | | شیوع و فراوانی  (5-1) | | فوریت مداخله  (5-1) | امکان مداخله  (5-1) | | | اثربخشی مداخله  (5-1) | سایر\* | | | جمع کل | رتبه |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
| عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:  1-  2- | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*: اگر معیار دیگری برای اولویت‌بندی مناسب بود در ستون سایر ثبت شود. | | | | | | | | | | | | | | | |

دستورالعمل تكميل فرم شماره 2 (فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده)

1. فرم شماره 2 به منظور اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده‌ای که از فرم شماره 1 به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری است.
2. اين فرم توسط اعضاي تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تكميل خواهد شد.
3. ابتدا نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
4. 3 عامل ایجاد کننده رفتاری اولویت‌دار و 2 عامل ایجاد کننده غیر رفتاری اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت باید در این فرم مشخص شود.
5. ابتدا عوامل ایجاد کننده‌ای که از فرم شماره 1 به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری در فرم وارد می‌شود.
6. سپس به هر یک از عوامل ایجاد کننده بر اساس معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله امتیازی داده می‌شود. امتیازی که به هر یک از معیارها داده می‌شود بین 1 الی 5 است (1: بسیار کم،2: کم، 3: متوسط، 4: زیاد، 5: بسیار زیاد).
7. منظور از معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله عبارت‌اند از:

* **شدت:** میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می‌کند
* **شیوع:** نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است
* **فوریت مداخله:** داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است.
* **اثربخشی مداخله:** میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است.
* **امکان مداخله:** انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان پذیر است.

1. با نظر اکثریت اعضای کارگروه اگر معیاری پیشنهاد شد که به معیارهای مذکور اضافه گردد، می‌توان یک معیار را در قسمت سایر به فرم اضافه کرد.
2. پس از امتیازدهی به معیارهای همه عوامل ایجاد کننده امتیازهای معیارهای هر عامل ایجاد کننده با هم جمع می‌شود و در ستون جمع کل نوشته می‌شود.
3. بر اساس امتیاز نوشته شده در جمع کل رتبه عامل ایجاد کننده مشخص می‌شود. بزرگترین عدد رتبه 1 و کوچکترین عدد رتبه آخر
4. 3 عامل ایجاد کننده رفتاری که بالاترین امتیاز را آورده‌اند و 2 عامل ایجاد کننده غیر رفتاری که بالاترین امتیاز را آورده‌اند مشخص و در قسمت مربوطه نوشته می‌شوند.

* عناوین عوامل ایجاد کننده رفتاری اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت
* عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت

**فرم شماره 3**

**تدوين برنامه عملياتي مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت**

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مشکل اولویت‌دار:** | | | | | |
| **هدف کلی:** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 1):** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 2):** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 3):** | | | | | |
| **استراتژی: آموزش** | | | | | |
| **فعالیت‌های مرتبط با آموزش** | | | | | |
| **رئوس فعالیت‌ها** | **شماره هدف اختصاصی** | **مسئول اجرا** | **مسئول پیگیری** | **زمان اجرا** | **انجام شد** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ابزار پایش و ارزشیابی:**  **ابزار اندازه گیری دستیابی به اهداف اختصاصی: به عنوان مثال(چک لیست،پرسش نامه،مشاهده،مصاحبه و ...)** | | | | | |

نام و نام خانوادگی پزشک مسئول مرکز: تاریخ تکمیل فرم : امضاء و مهر

دستورالعمل تكميل فرم شماره 3

(تدوين برنامه عملياتي مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت)

1. فرم شماره 3 به منظور تدوين برنامه عملياتي مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
2. اين فرم توسط اعضاي تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تكميل خواهد شد
3. ابتدا نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
4. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
5. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:

* موضوع به صورت يك جمله مثبت خبري؛
* عدم استفاده از كلمات زائدي بدون نقش و باري در برنامه؛
* آزمون پذير مطرح شدن موضوع؛
* محدود بودن موضوع تحقيق (ماهيتي/زماني/مكاني/ جامعه آماري)

هدف کلی با افعالی مانند ارتقاء، افزایش، بهبود، حفظ، کاهش، پیشگیری بیان می‌شود. مثال: کاهش شیوع بیماری فشارخون در جمعیت تحت پوشش و کنترل عوامل خطر مربوطه.

1. با توجه به اینکه سه عامل رفتاری اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل رفتاری اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت smart تنظیم شود

کلمه SMART متشکل شده از پنج کلمه Specific, Measurable, Assignable, Realistic, Time-bound است.

* معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.
* قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل ‌اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.
* دست‌یافتنی (Assignable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست نیافتنی باشد.
* واقع بینانه (Realistic): هدف باید دست یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.
* محدوده زمانی (Time-bound): بهتراست یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکن است تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.

مثال: ........ درصد میانسالان تحت پوشش مرکز/ خانه ............. در خصوص تحرک بدنی تا پایان سال.......... در کلاس‌های آموزشی شرکت کنند.

1. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده **رفتاری**، **آموزش** است.
2. فعالیت‌های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.
3. برای هر هدف اختصاصی فعالیت‌های آموزشی مرتبط تدوین گردد، ضمن اینکه از کلیه روش‌های آموزش از جمله، آموزش گروهی، آموزش فردی (مشاوره)، برگزاری کمپین و رسانه‌های نوشتاری و غیر نوشتاری می‌توان در تدوین و انجام فعالیت‌ها استفاده نمود. مستندات آموزش‌های گروهی (عنوان آموزش، گروه مخاطب، تاریخ آموزش، روش آموزش، محل آموزش، رسانه کمک آموزشی، نتیجه پیش آزمون و پس آزمون) ثبت گردد.
4. وظیفه طراحی سوالات پیش آزمون و پس آزمون بر عهده واحد فنی است.
5. هر یک از فعالیت‌ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود
6. با توجه به شرایط موجود (کووید 19) برآورد صحیح زمان لازم براي اجراي فعالیت بسیار مهم است.
7. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
8. در آخر پس از تنظیم فرم، پزشک مسئول مرکز، تاریخ تکمیل فرم (روز/ ماه/سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند و سپس برای تایید و اصلاح به همراه فرم شماره 4 به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.

**فرم شماره 4**

**تدوين برنامه عملياتي مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی**

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مشکل اولویت‌دار:** | | | | | |
| **هدف کلی:** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری 1):** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری 2):** | | | | | |
| **استراتژی: توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری، جلب حمایت همه‌جانبه** | | | | | |
| **فعالیت‌های مرتبط با استراتژی ........** | | | | | |
| **رئوس فعالیت‌ها** | **شماره هدف اختصاصی** | **مسئول اجرا** | **مسئول پیگیری** | **زمان اجرا** | **انجام شد** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ابزار پایش و ارزشیابی:**  **ابزار اندازه گیری دستیابی به اهداف اختصاصی: به عنوان مثال(چک لیست،پرسش نامه،مشاهده،مصاحبه و ...)** | | | | | |

نام و نام خانوادگی پزشک مسئول مرکز: تاریخ تکمیل فرم: امضاء و مهر:

دستورالعمل تكميل فرم شماره 4

(تدوين برنامه عملياتي مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت)

1. فرم شماره 4 به منظور تدوين برنامه عملياتي مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
2. اين فرم توسط اعضاي تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تكميل خواهد شد
3. ابتدا نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
4. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
5. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:

* موضوع به صورت يك جمله مثبت خبري؛
* عدم استفاده از كلمات زائدي بدون نقش و باري در برنامه؛
* آزمون پذير مطرح شدن موضوع؛
* محدود بودن موضوع تحقيق (ماهيتي/زماني/مكاني/ جامعه آماري)

هدف کلی با افعالی مانند ارتقاء، افزایش، بهبود، حفظ، کاهش، پیشگیری بیان می‌شود. مثال: کاهش شیوع بیماری فشارخون در جمعیت تحت پوشش و کنترل عوامل خطر مربوطه.

1. با توجه به اینکه سه عامل رفتاری اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل رفتاری اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت smart تنظیم شود

کلمه SMART متشکل شده از پنج کلمه Specific, Measurable, Assignable, Realistic, Time-bound است.

* معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.
* قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.
* دست یافتنی (Assignable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست نیافتنی باشد.
* واقع بینانه (Realistic): هدف باید دست یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.
* محدوده زمانی (Time-bound): بهتراست یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکنه تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.

1. مثال: تجهيز دو تا از پارک‌های سطح روستای نصرآباد به حداقل پنج وسیله ورزشی توسط گروه حامی سلامت ... تا پايان سال 1401
2. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده **غیر رفتاری**، استراتژی‌هایی است مانند **جلب حمایت همه‌جانبه از طریق تاثیر گذاری بر افراد کلیدی است و توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری که در تدوین فعالیت‌ها حتما به آن توجه شود.**
3. فعالیت‌های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.

مثال: فعالیت یک برای هدف اختصاصی بالا: هماهنگی با خیرین جهت خریداری وسایل ورزشی

مثال: فعالیت دو برای هدف اختصاصی بالا: هماهنگی جهت نصب وسایل ورزشی در پارک‌های منتخب

1. هر یک فعالیت‌ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود
2. با توجه به شرایط موجود (کووید 19) برآورد صحیح زمان لازم براي اجراي فعالیت بسیار مهم است.
3. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
4. در آخر پس از تنظیم فرم، پزشک مسئول مرکز، تاریخ تکمیل فرم (روز/ ماه/سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند و سپس برای تایید و اصلاح به همراه فرم شماره 3 به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.

صورت‌جلسه تیم مداخلات ارتقای سلامت

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:**

|  |
| --- |
| **تاریخ تشکیل جلسه: محل تشکیل جلسه:** |
| **حاضرین در جلسه:** |
| **غایبین** جلسه: |
| **موضوع (دستور کار) جلسه**: |
| **موارد بررسی شده**: |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **مصوبات جلسه** | **مسئول پیگیری** | **زمان پیگیری** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **دستور کار جلسه بعدی:** |

دستورالعمل تكميل فرم صورت‌جلسه تیم مداخلات ارتقای سلامت

این فرم برای هر جلسه (با توجه به نیاز) که از شروع تا پایان مداخله ارتقای سلامت با حضور اعضاء تیم مداخله برگزار می‌گردد، تکمیل و در مرکز/خانه بهداشت نگهداری می‌شود.

# گزارش پیشرفت برنامه مداخلات ارتقای سلامت در شهرستان

نام شهرستان: تاریخ:

1- گزارش کارگاه‌های مداخلات ارتقای سلامت (فصلی)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گروه هدف | کارگاه  تعداد  کل افراد | تعداد افرادآموزش دیده به تفکیک کارگاه | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| پزشکان |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کارشناسان |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبین سلامت |  |  |  |  |  |  |  |  |
| بهورزان |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |

2-گزارش فعالیت کارگروه مداخلات ارتقاء سلامت ستاد شهرستان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| فعالیت | نتیجه | | ملاحظات |
| بلی | خیر |
| صدور ابلاغ اعضاء |  |  |  |
| تشکیل جلسات کارگروه اصلی (با ذکر تعداد) |  |  |  |
| تشکیل جلسات زیرگروه (با ذکر تعداد) |  |  |  |

# شاخص‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

شاخص (1)- نسبت برنامه‌های مداخله تایید شده به واحدهای ارائه دهنده خدمت در سطح شهرستان

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| سطح | تعداد برنامه دریافت شده در سطح شهرستان | تعداد برنامه مداخله  تایید شده  (صورت) | تعداد واحد  (مخرج) | شاخص  به درصد |
| خانه‌های بهداشت |  |  |  |  |
| مراکز خدمات جامع سلامت |  |  |  |  |
| کل |  |  |  |  |

شاخص (2)-نسبت برنامه مداخلات اجرا شده به برنامه مداخلات تائید شده در شهرستان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| واحد ارائه دهنده خدمت سطح | تعداد برنامه مداخله | | شاخص به درصد |
| اجرا شده\*  (صورت) | تائید شده  (مخرج) |
| خانه‌های بهداشت |  |  |  |
| مراکز خدمات  جامع سلامت |  |  |  |
| کل |  |  |  |

\* منظور برنامه‌هایی که حداقل 75 درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند.

شاخص (1-2)-نسبت برنامه مداخلات مربوط به رفتاری اجرا شده به برنامه مداخلات عوامل رفتاری تائید شده در شهرستان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| واحد ارائه دهنده خدمت سطح | تعداد برنامه مداخله رفتاری | | شاخص به درصد |
| رفتاری اجرا شده\*  (صورت) | رفتاری تائید شده  (مخرج) |
| خانه‌های بهداشت |  |  |  |
| مراکز خدمات  جامع سلامت |  |  |  |
| کل |  |  |  |

\* منظور برنامه‌هایی که حداقل 75 درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند.

شاخص (2-2)-نسبت برنامه مداخلات مربوط به غیررفتاری اجرا شده به برنامه مداخلات عوامل غیررفتاری تائید شده در شهرستان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| واحد ارائه دهنده خدمت سطح | تعداد برنامه مداخله غیررفتاری | | شاخص به درصد |
| غیررفتاری اجرا شده\*  (صورت) | غیررفتاری تائید شده  (مخرج) |
| خانه‌های بهداشت |  |  |  |
| مراکز خدمات  جامع سلامت |  |  |  |
| کل |  |  |  |

\* منظور برنامه‌هایی که حداقل 75 درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند

شاخص (3)-نسبت برنامه مداخلات اجرا شده به تفکیک سطوح در شهرستان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| واحد ارائه دهنده خدمت | تعداد کل واحدهایی که برنامه مداخله اجرا کرده اند  (صورت) | تعداد کل واحد  در شهرستان  (مخرج) | شاخص به درصد |
| خانه‌های بهداشت |  |  |  |
| مراکز خدمات جامع سلامت |  |  |  |
| کل |  |  |  |

\* منظور برنامه‌هایی که حداقل 75 درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند.

شاخص (1-3)-نسبت برنامه مداخلات رفتاری اجرا شده به تفکیک سطوح در شهرستان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| واحد ارائه دهنده خدمت | تعداد کل واحدهایی که برنامه مداخله رفتاری اجرا کرده اند  (صورت) | تعداد کل واحد  در شهرستان  (مخرج) | شاخص به درصد |
| خانه‌های بهداشت |  |  |  |
| مراکز خدمات جامع سلامت |  |  |  |
| کل |  |  |  |

\* منظور برنامه‌هایی که حداقل 75 درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند.

شاخص (2-3)-نسبت برنامه مداخلات غیررفتاری اجرا شده به تفکیک سطوح در شهرستان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| واحد ارائه دهنده خدمت | تعداد کل واحدهایی که برنامه مداخله غیررفتاری اجرا کرده اند  (صورت) | تعداد کل واحد  در شهرستان  (مخرج) | شاخص به درصد |
| خانه‌های بهداشت |  |  |  |
| مراکز خدمات جامع سلامت |  |  |  |
| کل |  |  |  |

\* منظور برنامه‌هایی که حداقل 75 درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند

# چک‌لیست‌های پایش برنامه مداخلات ارتقای سلامت

چک‌لیست پایش فرایند اجرای مداخلات ارتقای سلامت

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:**

عنوان مداخله:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان فعالیت | استاندارد مورد انتظار/ شواهد و مصادیق ارزیابی | وضعیت ارزیابی | | | امتیاز | |
| بلی (انطباق کامل) | ناقص (انطباق نسبی) | خیر (عدم انطباق) | امتیاز | امتیاز کسب شده |
| 1 | تیم مداخلات ارتقای سلامت تشکیل شده است | اگر تیم مداخلات با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر 4/3 اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره 3 داده شود. |  |  |  | 5 |  |
| 2 | برنامه تدوین شده و تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان دریافت شده است. | تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان |  |  |  | 10 |  |
| 3 | آیا جلسات لازم جهت اجرای مداخلات ارتقای سلامت با اعضای تیم مداخله تشکیل شده است | صورت جلسات |  |  |  | 5 |  |
| 4 | اجرای مداخلات ارتقای سلامت طبق برنامه پیش رفته است | تطابق پیشرفت برنامه با فرم‌های 3 یا 4 |  |  |  | 5 |  |
| 5 | جلسات تیم مداخلات جهت بررسی و گزارش پیشرفت مداخلات ارتقای سلامت برگزار شده است | صورت‌جلسات |  |  |  | 5 |  |
| 6 | گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است | گزارش پیشرفت فصلی طبق فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 5 |  |
| 7 | گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است | گزارش پیشرفت پایانی طبق فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 5 |  |
|  | جمع کل |  |  |  |  | 40 |  |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

نام و نام خانوادگی پایش شونده:

تاریخ و ساعت پایش:

چک‌لیست برنامه‌ریزی برای مداخلات ارتقای سلامت

**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت: خانه بهداشت:** عنوان مداخله:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان فعالیت | استاندارد مورد انتظار/ شواهد و مصادیق ارزیابی | وضعیت ارزیابی | | | امتیاز | |
| بلی (انطباق کامل) | ناقص (انطباق نسبی) | خیر (عدم انطباق) | امتیاز | امتیاز کسب شده |
| 1 | آیا تحلیل مشکل (علل رفتاری و غیر رفتاری) انجام شده است | فرم شماره 1 |  |  |  | 4 |  |
| 2 | آیا علل رفتاری، امتیاز دهی و اولویت‌بندی شده‌اند | فرم شماره 2 |  |  |  | 3 |  |
| 3 | آیا علل غیر رفتاری، امتیازدهی و اولویت‌بندی شده‌اند | فرم شماره 2 |  |  |  | 3 |  |
| 4 | آیا سه علت رفتاری اولویت‌دار انتخاب شده است | فرم شماره 2 |  |  |  | 3 |  |
| 5 | آیا دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار، انتخاب شده‌اند | فرم شماره 2 |  |  |  | 3 |  |
| 6 | آیا هدف کلی به درستی تدوین شده است | فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 1 |  |
| 7 | آیا اهداف اختصاصی مرتبط با هدف کلی به درستی تدوین شده‌اند | فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 3 |  |
| 8 | آیا جدول فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی به درستی تدوین شده‌اند | فرم شماره 3 یا 4 |  |  |  | 4 |  |
|  | جمع کل |  |  |  |  | 30 |  |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

نام و نام خانوادگی پایش شونده:

تاریخ و ساعت پایش:

چک‌لیست پایش برنامه مداخلات ارتقای سلامت در سطح دانشکده/ شهرستان ....

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان فعالیت | استاندارد مورد انتظار/ شواهد و مصادیق ارزیابی | وضعیت ارزیابی | | | امتیاز | |
| بلی (انطباق کامل) | ناقص (انطباق نسبی) | خیر (عدم انطباق) | امتیاز | امتیاز کسب شده |
| 1 | آیا کارگروه فنی تشکیل شده است؟ | نامه تشکیل و صورت‌جلسه |  |  |  | 2 |  |
| 2 | آیا کارگروه برنامه مداخلات شهرستان تشکیل شده است؟ | اگر کارگروه با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر 4/3 اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره دو داده شود. |  |  |  | 4 |  |
| 3 | آیا ابلاغ اعضای کارگروه (اصلی و زیرگروه) صادر شده است؟ | ابلاغ اعضای کارگروه |  |  |  | 1 |  |
| 4 | آیا کارگاه‌های توانمندسازی برای گروه‌های هدف برگزار شده است؟ | مستندات کارگاه‌های برگزار شده |  |  |  | 4 |  |
| 5 | آیا تیم های مداخلات در واحدهای تحت پوشش تشکیل شده است؟ | مستندات مربوطه |  |  |  | 4 |  |
| 6 | آیا برنامه مداخلات واحدهای محیطی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است؟ | مستندات برنامه‌های ارسالی |  |  |  | 4 |  |
| 7 | آیا اولویت‌ها استخراج و به واحدهای فنی اعلام شده است؟ | نامه یا صورت‌جلسه |  |  |  | 2 |  |
| 8 | آیا برنامه‌ها توسط واحدهای فنی بررسی و اصلاح شده است؟ | مستندات مربوطه |  |  |  | 3 |  |
| 9 | آیا برنامه‌های ارسالی تایید و به واحد محیطی ارسال شده است؟ | تاییدیه ارسالی به واحدهای محیطی |  |  |  | 4 |  |
| 10 | آیا پایش واحدهای محیطی بر اساس چک لیست‌های مربوطه انجام شده است؟ | چک‌لیست‌های تکمیل شده پایش |  |  |  | 4 |  |
| 11 | آیا نتایج پایش ها و روند پیشرفت برنامه در زیرگروه فنی بررسی شده است؟ | مستندات مربوط به پایش |  |  |  | 3 |  |
| 12 | آیا مصوبات جلسات زیرگروه فنی و گزارش روند پیشرفت کار در کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان مطرح شده است؟ | صورت‌جلسات کارگروه |  |  |  | 3 |  |
| 13 | آیا جلسات فصلی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان تشکیل شده است؟ | صورت‌جلسات کارگروه |  |  |  | 3 |  |
| 14 | آیا کارگروه از اجرای مداخلات در سطح شهرستان حمایت کرده است؟ (انتظارات از سایر نهادها و ادارات به صورت شفاف تعیین و مصوب شود) | صورت‌جلسات کارگروه |  |  |  | 4 |  |
| 15 | آیا مشکلاتی که امکان مداخله در سطح شهرستان ندارد به سطح بالاتر ارجاع داده شده است؟ | رویت مستندات مربوطه |  |  |  | 2 |  |
| 16 | آیا گزارش پایانی تهیه و به سطح بالاتر ارسال شده است؟ | گزارش پایانی |  |  |  | 3 |  |
|  | جمع کل |  |  |  |  | 50 |  |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

تاریخ و ساعت پایش:

چک لیست پایش مداخلات ارتقای سلامت در سطح دانشگاه/ مرکز بهداشت استان....

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان فعالیت | استاندارد مورد انتظار/ شواهد و مصادیق ارزیابی | وضعیت ارزیابی | | | امتیاز | |
| بلی (انطباق کامل) | ناقص (انطباق نسبی) | خیر (عدم انطباق) | امتیاز | امتیاز کسب شده |
| 1 | آیا گروه فنی تشکیل شده است؟ | نامه تشکیل و صورت‌جلسه |  |  |  | 3 |  |
| 2 | آیا کارگروه برنامه مداخلات استان تشکیل شده است؟ | اگر تیم مداخلات با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر 4/3 اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره دو داده شود. |  |  |  | 4 |  |
| 3 | آیا ابلاغ اعضای کارگروه (اصلی و گروه فنی) صادر شده است؟ | ابلاغ اعضای کارگروه |  |  |  | 1 |  |
|  | آیا دستورالعمل اجرای برنامه مداخلات ارتقای سلامت به شهرستان ارسال شده است؟ | مستندات ارسال دستورالعمل |  |  |  | 2 |  |
| 4 | آیا کارگاه‌های توانمندسازی برای گروه‌های هدف برگزار شده است؟ | مستندات کارگاه‌های برگزار شده |  |  |  | 4 |  |
| 5 | آیا تیم های برنامه مداخلات ارتقای سلامت در سطح شهرستان‌های تحت پوشش تشکیل شده‌اند؟ | مستندات مربوطه |  |  |  | 4 |  |
| 6 | آیا مستندات برنامه‌های مداخلات مراکز بهداشت شهرستان تحت پوشش به مرکز بهداشت استان ارسال شده است؟ | مستندات برنامه‌های ارسالی |  |  |  | 4 |  |
| 7 | آیا اولویت‌های استخراج شده دسته‌بندی و به گروه‌های فنی اعلام شده است؟ (به تفکیک واحدهای ارایه دهنده خدمت در شهرستان) | نامه یا صورت‌جلسه |  |  |  | 4 |  |
| 8 | آیا پایش مراکز بهداشت شهرستان، طبق برنامه و بر اساس چک‌لیست‌های مربوطه انجام شده است؟ | چک‌لیست‌های تکمیل شده پایش |  |  |  | 4 |  |
| 9 | آیا نتایج پایش ها و روند پیشرفت برنامه در زیرگروه فنی بررسی شده است؟ | مستندات مربوط به پایش |  |  |  | 4 |  |
| 10 | آیا مصوبات جلسات گروه فنی و گزارش روند پیشرفت کار در کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان مطرح شده است؟ | صورت‌جلسات کارگروه |  |  |  | 4 |  |
| 11 | آیا جلسات شش ماهه کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان تشکیل شده است؟ | صورت‌جلسات کارگروه |  |  |  | 3 |  |
| 12 | آیا کارگروه از اجرای مداخلات در سطح استان حمایت کرده است؟ (انتظارات از سایر نهادها و ادارات کل/ سازمان‌ها به صورت شفاف تعیین و مصوب شود) | صورت‌جلسات کارگروه |  |  |  | 4 |  |
| 13 | آیا مشکلاتی که امکان مداخله در سطح استان ندارد به سطح بالاتر ارجاع داده شده است؟ | رویت مستندات مربوطه |  |  |  | 2 |  |
| 14 | آیا گزارش پایانی تهیه و به سطوح بالاتر ارسال شده است؟ | گزارش پایانی |  |  |  | 3 |  |
|  | جمع کل |  |  |  |  | 50 |  |

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

تاریخ و ساعت پایش: