جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر آموزش و ارتقای سلامت

دستورالعمل اجرایی

برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت

نسخه ۳

تدوین و گردآوری:

دفتر آموزش و ارتقا سلامت

معاونت بهداشت

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بهار ۱۴۰۱

اعضای کمیته کشوری تدوین شیوه نامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت:

۱- جناب آقای امیر نصیری، کارشناس دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت
۲- جناب آقای حمیدرضا رصافیانی، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی بوشهر
۳- جناب آقای دکتر منصور شیری، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی اصفهان
۴- جناب آقای توفیق علیزاده، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی تبریز
۵- سرکار خانم فاطمه جعفریان ، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی گلستان
۶- سرکار خانم زهرا اسکندری ، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی همدان
۷- سرکار خانم دکتر نجمه الملوک امینی ، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی تهران
۸- سرکار خانم دکتر نازیلا نژاد دادگر، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی اردبیل
۹- سرکار خانم دکتر فاطمه سربندی ، رییس گروه ارتباطات و هماهنگی ها دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت
۱۰- سرکار خانم مژگان جوادی، کارشناس مسوول تکنولوژی آموزشی دفتر آموزش و ارتقای سلامت

با تشکر ویژه از اعضای کمیته علمی مشورتی آموزش و ارتقا سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی:

۱- سرکار خانم دکتر نسرین روزبهانی هیات علمی گروه آموزش و ارتقا سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک
۲- سرکار خانم دکتر الهام شکیبازاده هیات علمی گروه آموزش و ارتقا سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- سرکار خانم دکتر فاطمه زارع هیات علمی گروه آموزش و ارتقا سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس
۴- سرکار خانم دکتر مهناز صلحی هیات علمی گروه آموزش و ارتقا سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران
۵- جناب آقای دکتر غفرانی پور هیات علمی گروه آموزش و ارتقا سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس

فهرست:

پیش گفتار: ۱
مقدمه: ۳
واژگان و مفاهیم: ۷
پیشینه علمی نیازسنجی سلامت جامعه در ایران و جهان ۸
طبقه بندی نیازها: ۸
نیاز سنجی سلامت: ۹
ضرورت نیاز سنجی: ۹
اصول نیاز سنجی: ۱۰
انواع نیاز سنجی: ۱۰
پیشینه اجرایی در ستاد وزارتی و معاونت های بهداشت دانشگاهها ۱۲
منطق و چارچوب مورد توافق در طراحی برنامه ۱۴
روند طراحی برنامه ۱۵
مراحل اجرای برنامه در سطوح مختلف شبکه ۱۶
پیش نیاز اجرای برنامه ۱۸
ساختار اجرایی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف و توانمندسازی همکاران ۱۸
دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه (فاز اول برنامه) ۲۵
گام های اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه در سطوح مختلف ۲۵
پیوست ۱ : فرآیند اجرایی ابلاغ برنامه ۳۱
پیوست ۲ : چارچوب ابلاغ و فرم ها ۳۳
پیوست ۳ : فهرست استاندارد شده نیازها ۴۹
پیوست ۴: شاخص های برنامه نیازسنجی سلامت جامعه ۵۷
پیوست ۵ : نمای گردش کار برنامه ۵۹
دستورالعمل اجرای مداخلات ارتقای سلامت (فاز دوم برنامه) ۶۶
شرح وظایف تیم/زیرگروه فنی/ کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف ۶۶
تدوین، بررسی، اصلاح و تایید برنامه عملیاتی: ۷۲
اجرای برنامه عملیاتی: ۷۳
گزارش برنامه: ۷۳
آئین‌نامه فعالیت‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت ۷۴
فرم‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت ۷۶
گزارش پیشرفت برنامه مداخلات ارتقای سلامت در شهرستان ۸۹
شاخص‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت ۹۲
چک‌لیست‌های پایش برنامه مداخلات ارتقای سلامت ۹۶

نمای گردش کار مداخلات ارتقای سلامت ۱۰۲
نامه های ابلاغ دستورالعمل برنامه..... ۱۰۶
منابع ۱۰۹

پیش گفتار:

سلامت به معنای وسعت توانمندی یک فرد یا گروه برای توسعه خواست ها و رفع نیازها و نیز برای تغییر یا سازش با محیط است . سلامت درون موقعیت های زندگی روزانه افراد و توسط آنها خلق می شود و دوام می یابد، جایی که یاد می گیرند، کار می کنند، تفریح می کنند و عشق می ورزند.

توسعه مشارکت مردم در فرآیند تأمین و ارتقای سلامت، نیازمند توجه ویژه به برنامه ریزی مبتنی بر نیازهای جامعه است که با تعیین نیازهای سلامت آغاز شده و با طراحی مداخلات مناسب اجرایی در خصوص علل رفتاری و غیررفتاری آن نیازها با مشارکت مردم، ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان حوزه نظام سلامت تکمیل می گردد. از طرف دیگر برنامه نیازسنجی سلامت جامعه به مردم و دست اندرکاران نظام سلامت کمک می کند که به درک بهتری درباره نیازهای خود و جوامعشان برسند تا بتوانند در راستای برنامه خود مراقبتی اجتماعی، اقدامات مورد نیاز برای رسیدن به بالاترین سطح سلامت را انجام دهند.

در واقع، چگونگی طراحی و توفیق برنامه های تحول در حوزه بهداشت نیازمند تعیین دقیق نیازهای مردم با توجه به موارد زیر می باشد:

- دخالت مستقیم مردم در تعیین نیازها و مداخله در رفع آنها
- در نظر گرفتن واقعیت های زندگی روزانه مردم و کارهای جاری آنها
- توجه به نگرش مردم و باورها و شیوه های زندگی آنها
- لحاظ نمودن نظرات ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان
- نگرش و رضایتمندی مردم در خصوص برنامه های جاری حوزه بهداشت
- نیازهای مغفول مانده مردم در مجموعه برنامه های حوزه بهداشت

عوامل اجتماعی موثر بر سلامت یکی از ریشه های بی عدالتی در تامین سلامت افراد و اقشار جامعه است. وقتی صحبت از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت می شود عوامل فرهنگی، زیست محیطی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی مد نظر هستند. زمانی که برای حفظ و ارتقای سلامت جامعه برنامه ریزی می شود ضرورت دارد که نگاه همه جانبه و جامع به سلامت و عوامل موثر بر آن داشته باشیم و بدون شک در زمان نیازسنجی به عنوان یکی از گام های نخستین مدیریت و برنامه ریزی نیز توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اهمیت ویژه دارد. عوامل اجتماعی می توانند بطور مستقیم و غیرمستقیم با ایجاد خدشه در اعتماد مردم به خدمات دولت باعث اثراتی بر سلامت و برنامه های ارتقا سلامت گردد. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران با ارائه موفق مراقبت های اولیه سلامت به عنوان کلید دستیابی به اهداف سیاست "سلامت برای همه" افتخارات زیادی در راه ارتقا سلامت جامعه کسب نموده است و برای حفظ و اعتلای دست آوردها در گذر زمان و تغییر عوامل اجتماعی موثر برسلامت، ضروری است که همچنان نگاه جامع به سلامت با توجه به این عوامل داشته باشد. تامین عدالت در سلامت با بکارگیری اصول مراقبت های اولیه سلامت (PHC) یعنی تکنولوژی مناسب، مشارکت مردم و همکاری بین بخشی، تعهد سیاسی و اقدام همگان و مشارکت اجتماعی میسر می شود و در این مسیر تعیین و مد نظر قرار دادن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در برنامه ریزی مداخلات ارتقا سلامت در اولویت های کشوری و منطقه ای و به ویژه محله محور بسیار اساسی است.

ترویج سبک زندگی سالم و ارائه خدمات مقرون به صرفه سلامت به مردم زمانی منجر به بهبود شاخص های عدالت در سلامت می شود که شیوه تکامل ابتدای کودکی، شغل، حمایت های اجتماعی و ویژگی های سکونت افراد و اقشار مختلف نیز مد نظر برنامه ریزان قرار گرفته باشد. مشارکت مردم، صاحب نظران سلامت و مدیران محلی و منطقه ای در شکل گیری یک برنامه مداخلات جامع ارتقا سلامت نقش مهمی دارد و برنامه ریزان را کمک می نماید تا هر چه بیشتر بتوانند به تفاوت های مینیاتوری مولفه های اجتماعی خاص هر منطقه توجه نمایند. برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقا سلامت و خودمراقبتی های اجتماعی و سازمانی از مهمترین برنامه های ادغام یافته در نظام PHC جمهوری اسلامی می باشند که بطور دوره ای بروزرسانی و تقویت شده اند.

بدینوسیله از تمامی همکاران محترم آموزش و ارتقا سلامت دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور که در سال های اخیر با انجام نیازسنجی های دوره ای سلامت و برنامه ریزی مشارکتی با همکاری بین بخشی و برون بخشی و طراحی مداخلات موثر، اقدامات ماندگاری در نظام PHC کشور انجام رسانده اند تشکر نموده و از تمام اساتید گرانقدر و همکاران ارجمندی که در بروز رسانی دوره ای این برنامه نقش داشته اند قدردانی می نمایم. همچنین در اینجا بر خود لازم می داند که از زحمات ارزشمند بزرگان و پیشکسوتانی که سنگ بنای این برنامه را با پیگیری های مجدانه و راهنمایی های عالمانه خود گذاردند از جمله جناب آقای دکتر کوشا، جناب آقای دکتر رفیعی فر و جناب آقای دکتر مجید توکلی تشکر کنم.

دکتــر فرشید رضایی

سرپرست دفتر آموزش و ارتقای سلامت

معاونت بهداشت

مقدمه:

مطابق مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶): «برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی؛ حق مسلم هر انسانی است.»

سلامت تنها به موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته نیست. سلامت و هر آنچه که مرتبط با آن است: بازتابی از وضعیت فعلی جمعیتی خاص یا گروهی از مردم؛ انعکاسی از موقعیت افراد و جوامع در بستر اجتماعی مربوطه و روش نگاه به آن‌ها توسط دولت؛ و همچنین انعکاسی از وجود یا فقدان بستری صحیح و قطعی برای سلامت است.

پیشرفت‌هایی که در دهه گذشته در زمینه تعریف مفهوم ارتقای سلامت توسط متخصصان انجام گرفته، دیدگاه جدیدی را در رابطه با نقش آموزش سلامت به عنوان بخش مرکزی و اساسی جنبش‌های نوین سلامت عمومی به وجود آورده است. در نظریه نوین سلامت عمومی، تأثیر محیط (اجتماعی، اقتصادی و انسانی) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته است. به عبارتی، تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت (Social determinants of health) شرایطی را شامل می شود که مردم در آن زندگی می کنند، یاد می گیرند، کار می کنند، تفریح می کنند، عبادت می کنند و پیر می شوند و بر طیف وسیعی از سلامت، عملکرد و پیامدهای کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارند.

در واقع می توان ادعا کرد عملکرد ارتقای سلامت به معنای به کارگیری SDH به عنوان یک رویکرد برای شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت و بیماری ها است و بر اساس راهبردها و مداخلات توسعه در راستای مرتفع کردن مسایلی مانند نابرابری سلامت، موجب بهبود سلامتی در سطح فردی و جامعه خواهد شد. به طوری که تمرکز کنفرانس جهانی ارتقای سلامت در شانگهای (سال ۲۰۱۶)، بر ارتقای سلامت و اهداف توسعه پایدار بود و دو تعهد مهم برای ارتقای سلامت همگانی و ریشه کنی فقر مدنظر قرار گرفت.

Tannahill (1985) الگویی را برای ارتقای سلامت مطرح کرده که تا حدود زیادی وابستگی و ارتباط میان سه فاکتور: آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری را، روشن می‌سازد. هدف در اینجا استفاده از آموزش سلامت برای آموزش توانایی‌ها و مهارت‌های زندگی و ارتقای سطح آگاهی مردم در مورد تأثیر فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی و فردی بر سلامت و همچنین ایجاد تغییرهای مثبت در محیط‌های اجتماعی از طریق تأثیرگذاری بر سیاست‌های اجتماعی در راستای سلامت است.

منشور Ottawa برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶) روشن‌ترین بیانیه‌ای است که اصول جنبش نوین سلامت عمومی در آن ذکر شده است. منشور Ottawa جنبش ارتقای سلامت را این طور معنی می‌کند:

- ایجاد سیاست‌های حامی سلامت
- ایجاد محیط‌های حامی سلامت و حفاظت شده
- توسعه اقدام جامعه
- توسعه مهارت‌های فردی که تمامی این اقدام‌ها نیازمند توسعه آموزش سلامت به دست‌اندرکاران، سیاست‌گذاران و مردم است
- بازنگری در خدمات ارایه شده

طبق منشور اوتاوا در زمینه ارتقای سلامت، برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی، هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته‌ها و نیازهای خود را شناخته، آن‌ها را بر طرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آن را در جهت خواسته‌های خود تغییر دهد. توانمند سازی افراد و جوامع برای شناخت نیازها، تصمیم‌گیری و اجرای آگاهانه و مسوولانه رفتارهای فردی و جمعی سالم و مدیریت، پایش و ارزشیابی و سرانجام کنترل سرنوشت فردی و جمعی نیازمند توسعه منطقی و مؤثر ظرفیت‌های سازمانی و اجتماعی است.

توانمندسازی جامعه در ابتدا توسط Paulo Freire که بر روی تقویت توانایی مردم بی‌سواد، گرفتار فقر و ناتوان برزیلی در تغییر محیطشان کار می‌کرد، مطرح شد. بسیاری از ابتکارهای اجتماعی سعی در ترجمه ایده‌های Freire به‌منظور همانندسازی فرآیند توانمند سازی جامعه وی داشته‌اند. «توانمند سازی جامعه» به این معناست که مشارکت جوامع، فرصت جلب حمایت و تأثیر مثبت بر

آنچه که قرار است بر ایشان اتفاق افتد را در اختیارشان می‌گذارد. بنابراین روش‌های توانمندسازی جوامع سعی در رویارویی مناسب با تأثیر متقابل «جامعه» و «ظرفیت افراد برای تغییر آن» دارد. آموزش سلامت به مردم، نهادهای مدنی، سازمان‌های مردمی، سازمان‌های غیردولتی، احزاب و اصناف، نقش مهمی در توانمندسازی مردم و جوامع برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت دارد.

ریشه‌های توجه به ارزش مشارکت جامعه در بحث ارتقای سلامت را می‌توان در بسیاری از نقاط بیانیه مراقبت‌های بهداشتی اولیه آلماآتا مشاهده نمود. توسعه مشارکت مردم در فرآیند تأمین و ارتقای سلامت، نیازمند توجه ویژه به برنامه ریزی مبتنی بر نیازهای جامعه است که با تعیین نیازهای سلامت آغاز شده و با طراحی مداخلات ارتقای سلامت آن نیازها با مشارکت مردم، ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان حوزه نظام سلامت تکمیل می گردد.

مراقبت بهداشتی اولیه متکی بر فناوری‌ها و متدهای کاربردی، علمی و اجتماعی پذیرفته شده، موجب پذیرش همه جانبهٔ مشارکت کامل افراد و خانواده‌هایشان و تأمین هزینه‌های قابل تأمین از سوی جامعه برای هر مرحله از توسعه جامعه، می‌گردد.

چنین اشاره‌هایی متضمن تعهدی قوی نسبت به حقوق جوامع برای مشارکت در تصمیم‌ها و فعالیت‌های مؤثر بر زندگی‌شان، به عنوان بخشی از یک فرآیند توانمندسازی است. در چنین رویکردی کار با جوامع به عنوان فرآیندی از «پایین به بالا» توصیف می‌شود. این در حالی است که در حال حاضر بسیاری از برنامه‌هایی که طالب مشارکت جامعه هستند، در اصل به عنوان فرآیندهایی از «بالا به پایین» تعریف می‌شوند و مردم را درگیر فعالیت‌هایی می‌سازند که توسط دیگران تعریف شده‌اند که شاید چنین فعالیت‌هایی بطورکامل مطابق با نیازهای بیان شده توسط جامعه نباشد. تیپولوژی میزان مشارکت و طبیعت درگیری جامعه در شکل ۱ نشان داده شده است.

شکل ۱: تیپولوژی میزان مشارکت و درگیری جامعه (Brager and Specht)

حالت توضیح دهنده	اقدام شرکا	درجه مشارکت
سازمان به جامعه چیزی نمی‌گوید.	هیچ	پایین
سازمان برنامه‌ای طراحی می‌کند و آن را اعلام می‌کند. هدف از فراخوان جامعه، اطلاع‌رسانی به آن‌ها است. اطاعت جامعه مورد انتظار است.	اطلاعات دریافت می‌کنند.	
سازمان سعی در ترویج یک برنامه و توسعه حمایت از آن برای تسهیل پذیرش یا اخذ تأیید کافی برنامه توسط جامعه را دارد. بنابراین اطاعت اجرایی و اداری از برنامه مورد انتظار است	مشورت می‌کنند.	
سازمان برنامه‌ای را اعلام می‌کند و جویای نظرات جامعه درباره آن می‌شود. با این کار سازمان آماده می‌شود تنها در موارد کاملاً ضروری، برنامه‌اش را تعدیل کند.	راهنمایی می‌کنند.	
سازمان برنامه مقدماتی خود را برای تغییر ارایه می‌دهد و توصیه‌های مؤثر افراد را درباره برنامه می‌پذیرد.	در برنامه ریزی مشارکت می‌کنند.	
سازمان مشکلی را تعیین و به جامعه اعلام می‌کند. محدودیت‌ها را تعریف می‌کند و از جامعه می‌خواهد که مجموعه‌ای از تصمیم‌هایی که می‌توان در برنامه اعمال نمود را اتخاذ کنند	دارای مقام نمایندگی هستند.	
سازمان از جامعه می‌خواهد که مسایل را تعیین کنند و در مورد اهداف نهایی و اصلی برنامه تصمیم‌گیری کنند. چنین کاری به جامعه کمک می‌کند که در هر مرحله‌ای برای تحقق اهداف نهایی خود، حتی توسعه کنترل اجرایی‌اش بر برنامه اقدام نماید	دارای کنترل هستند.	بالا

در بحث ارتقای سلامت انتظار می‌رود که مشارکت از نوع توصیف شده در پایین طیفBrager and Specht باشد. چنین مشارکتی به‌طور خاص توصیف کننده یک جامعه توسعه یافته است که می‌تواند به این صورت توصیف شود:

فرآیندی که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامتشان را تعیین کنند، توجه نمایند که چگونه می‌توانند با این نیازها روبرو شوند، به‌طور گروهی در مورد اولویت‌هایشان تصمیم بگیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی کار کنند.

در مشارکت جوامع در حال توسعه، برخی از فرآیندها پذیرفته شده‌اند. یکی از کلیدی‌ترین رویکردها، «گفتمان مشارکتی» متکی بر مفاهیم Paula Freire است. فرآیند مشارکت مؤثر جامعه نیازمند درگیری همه بخش‌های داخل یک جامعه و نه تنها قدرتمندترین آن‌ها یا آن‌هایی که به راحتی در دسترس‌اند، است.

تحقق مشارکت جوامع از نوع مشارکت مورد نیاز برای ارتقای سلامت نیازمند توسعه گفتمان آموزش سلامت با سیاستگذاران، برنامه ریزان، مدیران، کارکنان توسعه و مردم است.

در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، مشارکت عنصر اساسی پروژه‌های طراحی شده برای توسعه پایدار و عدالت بود. در کنفرانس آلماآتای سازمان جهانی بهداشت مشارکت به عنوان بخشی اساسی از سیاست‌های بهداشت شناخته شد.

با پذیرش مراقبت بهداشت اولیه به عنوان سیاست دولت‌ها، همه اعضای سازمان جهانی بهداشت اهمیت درگیری آگاهانه ذینفعان در طراحی و اجرای خدمات و برنامه‌های بهداشت را به رسمیت شناختند.

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

دلایل بانک جهانی برای توسعه مشارکت مردمی شامل موارد زیر است:

- مردم برخوردار از تجارب زیاد و بینش درباره اینکه چه‌کاری باید انجام شود و چه‌کاری نباید انجام شود و دلایل آن هستند؛
- مشارکت مردم در طراحی پروژه، می‌تواند تعهد آن‌ها نسبت به اجرای پروژه را افزایش دهد؛
- مشارکت مردم می‌تواند به آن‌ها برای توسعه مهارت‌های فنی و مدیریتی شان کمک کند و شاید فرصت‌های شغل یابی آن‌ها را نیز افزایش دهد؛
- مشارکت مردم در افزایش منابع در دسترس برای برنامه مؤثر است؛ و
- مشارکت مردم راهی برای تحقق یادگیری اجتماعی (هم برای طراحان و هم برای ذینفعان) برنامه است.

پیتر اوکلی (Peter Oakley) مشارکت برای توانمندسازی مردم را در سه حالت می کند:

۱) مشارکت در جاهایی که مردم محلی، فقط در فعالیت‌های برنامه درگیر هستند. برای مثال، افراد محلی که ممکن است در حفظ سیستم آب آشامیدنی سالم کمک نمایند و این مشارکت مستلزم به کارگیری منابعی از سوی مردم همچون وقت، نیروی کار و احتمالا پول است. این نوع مشارکت، توانمندسازی را ارتقا نمی‌بخشند.

۲) 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 توانمندسازی را به عهده دارند. برای مثال، افراد محلی ممکن است در اخذ تصمیم برای اینکه سیستم آب آشامیدنی یک اولویت بوده شرکت نمایند. این نوع از مشارکت، مشاوره است و افراد حرفه‌ای و متخصص، هر دوی 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.

۳) مشارکت در جاهایی که افراد محلی، نقش فعال و مستقیم در توسعه پروژه به عهده دارند. برای مثال، مردم محلی به سادگی نقطه نظر افراد حرفه‌ای را نمی‌پذیرند که تامین آب سالم، یک اولویت محسوب شود و به جای آن‌ها در جمع آوری و تفسیر اطلاعات برای 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 زیادی برای قادرسازی مردم در توانمند شدن و از طریق ارایه فرصت‌هایی برای مردمی دارد که محروم و ضعیف و فاقد قدرت بوده و در انتخاب‌های واقعی برای زندگی خودشان درگیر می‌شوند.

طراحی برنامه‌های ارتقا سلامت می‌تواند در کاهش و حذف مشکلات بهداشت، 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.

دستورعمل پیش رو نحو اجرای برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت برای کمک به مردم و دست اندرکاران نظام سلامت را شامل می شود که به درک بهتری درباره نیازهای خود و جوامع‌شان برسند تا بتوانند اقدامات مورد نیاز برای رسیدن به بالاترین سطح سلامت را انجام دهند.

با برنامه‌ریزی برای مداخلات بر اساس نتایج نیازسنجی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت است که به توسعه و نهادینه سازی مدل نقشه‌نگاری مداخلات ارتقای سلامت دست می یابیم. 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. امید است که با اجرای این برنامه، شاهد ارتقای مدیریت برنامه ها در سیستم ارایه خدمات بهداشت درمانی باشیم.

واژگان و مفاهیم:

نیاز : تحلیل شکاف یا فاصله وضعیت موجود با وضعیت مطلوب و یا آنچه هست با آنچه باید باشد.

نیازسنجی: فرایندی نظام دار برای شناسائی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب یا آنچه باید باشد با آنچه هست و نهایتا تعیین اولویت ها برای اقدام و اجراست.

نیاز سنجی سلامت: روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشت مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسائی شده و این مسائل برطبق معیارهائی که منجر به ارتقاء بهره وری شوند.

عوامل رفتاری و عوامل غیر رفتاری: "عوامل رفتاری" عللی هستند که از رفتار افراد در معرض خطر نشات گرفته و باعث بوجود آمدن مشکل شده اند و "عوامل غیررفتاری" ناشی از نبود امکانات، دسترسی، تجهیزات یا قوانین و مقررات است. نوع مداخله در هریک از این دو دسته عوامل متفاوت است. برای رفع ع عوامل رفتاری، آموزش سلامت نقش اساسی دارد و برای رفع علل غیررفتاری تمرکز بر مداخلات غیرآموزشی موثر است.

ارتقای سلامت: ارتقای سلامت، برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی، هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته‌ها و نیازهای خود را شناخته، آن‌ها را بر طرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آن را در جهت خواسته‌های خود تغییر دهد.

تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت: شرایطی را شامل می شود که مردم در آن زندگی می کنند، یاد می گیرند، کار می کنند، تفریح می کنند، عبادت می کنند و پیر می شوند و بر طیف وسیعی از سلامت، عملکرد و پیامدهای کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارند.

مداخلات ارتقای سلامت: طیف وسیعی از مداخلات اجتماعی و محیطی که برای بهره مندی و محافظت از سلامت مردم و کیفیت زندگی آنها از طریق پیشگیری از علل بیماری ها طراحی می گردد و تمرکز آن بر مراقبت و درمان است.

پیشینه علمی نیازسنجی سلامت جامعه در ایران و جهان

بررسی و شناخت نیازها، مهمترین و اولین گام در برنامه ریزی در همه سازمانها است که با افزایش انطباق برنامه ها با نیازهای جامعه، موجب افزایش کارایی و اثر بخشی آنها می گردد. نیازسنجی به عنوان یکی از مولفه های مهم در بسیاری از حوزه ها که با برنامه ریزی سر وکار دارند از دیر باز مورد توجه بوده است. برنامه ریزان هر سیستمی ناگزیرند برای تدوین برنامه و طرح های خویش ، دلایل قانع کننده ای داشته باشند. بنابراین کلیه تصمیمات در خصوص تعیین اهداف، محتوای برنامه ها و استفاده از سایر منابع و امکانات محدود، تابعی از مطالعات نیازسنجی است .

بررسی ها نشان می دهد که نیازسنجی در ارتباط با خدمات اجتماعی و بهداشت از جایگاه ویژه ای برخوردار است. زیرا در این حوزه ها، نیاز به عنوان یک اصل زیربنایی که روشنگر نوع خدمات مورد نظر و جمعیتی که باید آن خدمات را دریافت کنند، مورد پذیرش است. با تشخیص نیازها قبل از انتخاب هر نوع راه حل، می توا ن بر میزان کارایی و اثربخشی برنامه ها در سیستم بهداشت و درمان افزود(Wagargah, 2003).

نیاز مفهومی چند بعدی است که درک کامل آن مستلزم جامع نگری است. با این حال کامل ترین تعریف ارائه شده در مورد نیاز، تحلیل شکاف یا فاصله وضعیت موجود با وضعیت مطلوب و یا آنچه هست با آنچه باید باشد، است(Bowil & patric, 1981). وجه تمایز نیاز با نیاز سنجی، اولویت بندی کردن نیازها پس از استخراج آنها در نیاز سنجی است. لذا نیازسنجی فرایندی نظام دار برای شناسائی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب یا آنچه باید باشد با آنچه هست و نهایتا تعیین اولویت ها برای اقدام و اجراست.

طبقه بندی نیازها:

نیاز از جنبه های گوناگون طبقه بندی می شود:

الف) از نظر حوزه و دامنه:

- نیازهای استاندارد: نیازهای که بیانگر وضع مطلوب است و رسیدن سیستم به یک وضع مطلوب مستلزم تحقق آنهاست.
- نیازهای هنجاری: فاصله بین وضع موجود و استانداردهای تعیین شده است.
- نیاز مقایسه ای: نیازی است که در مقایسه با نمونه مشابه معنا پیدا می کند.

ب) از نظر موقعیت:

- نیازهای پنهان: نیازی که در اثر مطالعه و جستجوی کارشناسان و صاحبنظران شناخته می شود .
- نیاز احساس شده: نیازی است که با مفهوم خواست مترادف است.
- نیاز ابراز شده: عبارت است از آنچه که فرد تقاضا می کند.

ج) از نظر عینیت:

مزلو(۱۹۵۴) پنج نوع نیاز را در یک سلسله مراتب به ترتیب اولویت بیان می کند:

۱- نیازهای فیزیولوژیک
۲- نیازهای تامین و ایمنی
۳- نیازهای اجتماعی
۴- نیازهای منزلت و احترام
۵- نیازهای خودیابی و کمال

از نظر مزلو تا زمانی که این نیازها ارضاء نشوند ، انسان از نظر جسمانی و روانی سالم نخواهد بود.

د) از نظر منبع تعیین نیاز:

- نیازهای استقرایی: نیازی است که منبع تعیین و شناسایی آن خردترین سطح در یک سیستم باشد.
- نیازهای قیاسی: نیازی است که منبع تعیین وشناسایی آن کلان ترین سطح در یک سیستم باشد.

ه) از نظر زمان:

- نیاز کوتاه مدت: نیازهایی که باید در مدت زمان کوتاهی و فورا برآورده شوند.
- نیازهای بلند مدت: نیازهایی که باید در بلند مدت برای رفع آن اقدام شود(Yarmohammadian & Bahrami, 2005).

نیاز سنجی سلامت:

نیازسنجی سلامت روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشت مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسائی شده و این مسائل برطبق معیارهائی که منجر به ارتقاء بهره وری شوند، اولویت بندی شده و جهت اجرا انتخاب می شوند (Abbaszadegan & Torkzadeh, 2001).
علی رغم اهمیت نیاز سنجی سلامت در استفاده بهینه از منابع متأسفانه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه انجام این مهم بر اساس مبانی علمی انجام نمی شود و بیشتر بر اساس سلیقه افراد با نفوذ و در رأس قدرت مانند متخصصین و کارکنان محلی یا بالاتر انجام می‌شود. در ایران نیزحلقه مفقوده نیاز سنجی در نظام برنامه ریزی آموزش پزشکی و بهداشت ، به طور جدی نتایج برنامه های آموزشی را تهدید می کند. در صورتی که پیروی از یک طرح الگوی علمی مشخص باعث تسهیل و افزایش دقت و اعتبار نیاز سنجی می شود (Allaeddiny, 2001).
اگرچه شناسایی نیازها و سنجش دقیق آنها برای افزایش و بهبود سطح کیفیت آموزش پزشکی و بهداشت امری ضروری و اساسی است اما طرح ریزی و اجرای پروژه های نیاز سنجی در هر سطح مستلزم پیروی از یک طرح و الگوی عملی مشخص است، که برای رسیدن به آن باید بدانیم چگونه و با چه روشها و الگوهایی می توان آن را مشخص نمود (Yarmohammadian, Bahrami, & Abary, 2004).

ضرورت نیاز سنجی:

اهمیت و حساسیت فرایند نیاز سنجی هنگامی فزونی می یابد که به بودجه های محدود اختصاص داده شده به فرایند آموزش پزشکی و بهداشت در اکثرکشورها توجه داشته باشیم. در چنین حالتی مسئله اولویت ها و ضرورت ها مطرح می شود و سیاستگزاران و برنامه ریزان آموزشی مجبورند از میان خواسته های گوناگون و نامحدود دست به انتخاب بزنند . زیرا امکانات موجود تکافوی تمامی خواسته ها را نمی کند. در این شرایط نیز متخصصین و کارشناسان آموزشی باید به معیارهایی دست یابند تا بر اساس آنها بتوانند مسائل ضروری را تشخیص داده و برای رفع آنها اقدام نمایند.

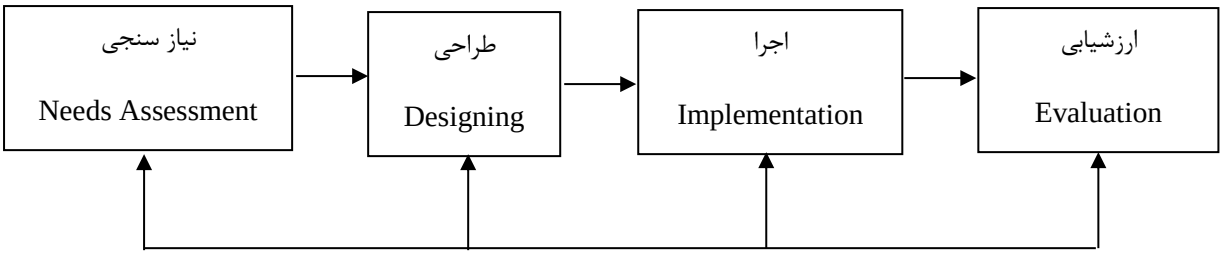
مارگارت پاتر و همکارانش در سال ۲۰۰۳ در مقاله ای تحت عنوان نیازسنجی و یک مدل برای آموزش کارکنان بهداشت عمومی اشاره می کنند که اگر چه برخی از افراد آموزش را بدون نیازسنجی توصیه می کنند اما به علت عدم پذیرش برنامه آموزشی توسط مربیان و نامتناسب بودن وسایل و امکانات موجود و عدم دسترسی به نیازهای واقعی و همچنین به علت عدم صرفه جویی در وقت و منابع مالی، به سرعت این برنامه ها با شکست روبرو می شوند"(Potter, 2004).

بنابرآنچه گفته شد نیازسنجی به دلایل زیر شایسته تامل و توجه است :

- متکی بودن برنامه آموزشی به اطلاعات : نیازسنجی جزء جدایی ناپذیر برنامه ریزی محسوب می شود("Need assessment and goal analysis.," 2002).
- ضرورت بهسازی و بازسازی برنامه ریزی آموزشی متناسب با تغییرات و تحولات (Palfrey, 2000).
- ضرورت فراکنشی عمل کردن
- توجیه برنامه آموزشی و اخذ اعتبار لازم و بودجه
- فراهم کردن مبنایی برای پاسخگویی و ارزیابی آن ها (Wagargah, 2003).

چنانچه ملاحظه می شود، اولین و اساسی ترین اقدام در برنامه ریزی هر سیستمی، فرآیند نیاز سنجی می باشدکه با استفاده از اطلاعات کامل از این فرایند، برنامه طراحی شده و سپس به مرحله اجرا در می آید و سر انجام ارزشیابی حاصله از این جهت که با اهداف از پیش تعیین شده مطابقت دارد یا نه مورد بررسی قرار می گیرد("World Health organization. Need assessment," 2000).

پس قبل از طراحی هر بر نامه ای اعم از آموزشی و بهداشت باید برنامه ریزان و طراحان به علم نیاز سنجی و اصول آن مجهز باشند که مراحل آن در شکل زیر قابل مشاهده است.



اصول نیاز سنجی:

۱. اصل تداوم: به دلیل تغییرات دائمی در محیط و در درون سازمان و نیز ضرورت اثر بخشی سازمان و برنامه های آن، یک سازمان به فرایند نیازسنجی به طور مداوم نیاز مند است.
۲. اصل جامعیت: به علت اهمیت و جایگاه اطلاعات حاصل از نیاز سنجی در برنامه ریزی ، لازم است اطلاعات جامعی شامل همه ابعاد و ارکان از جهات گوناگون وبا استفاده از روشهای مختلف گرد آوری و تجزیه و تحلیل شود.
۳. اصل مشارکت: پیچیدگی موقعیت و جامعیت نیاز سنجی، برخورداری از یک تیم نیاز سنجی و مشارکت دست اندرکاران را ایجاب می کند.
۴. اصل عینیت و اعتبار: این اصل ایجاب می کند که حتی الامکان از روش های عینی تر استفاده شود و داده ها از عینیت لازم برخوردار گردند.
۵. اصل واقع بینی
۶. اصل توجه نابرابر(اصل اولویت بندی)
۷. اصل رعایت ملاحظات فرهنگی
۸. آینده نگری (Yarmohammadian & Bahrami, 2005).

انواع نیاز سنجی:

اولین معیار تعیین کننده در الگوی نیاز سنجی سلامت، توافق بر سر تعریف نیاز است.

۱- اگر نیاز به مفهوم فاصله بین وضع موجود و مطلوب در نظر گرفته شود، الگوهای هدف محور مناسبت ترین روش نیاز سنجی خواهد بود در این الگوهای نیازسنجی اساس کار بر تعیین اهداف، شناسایی وضع موجود و وضع مطلوب و درکنار آن مقایسه این دو وضعیت و سرانجام تعیین اولویت‌ها استوار است. از روش‌های هدف محور می‌توان به الگوی استقرایی کافمن و قیاسی کافمن و الگوی پیشنهادی کلاین اشاره کرد(Kafman & Herman, 1996).

۲- اگر نیاز به مفهوم خواست یا ترجیح باشد تکنیک های توافق سنج که اساس کار آنها جمع آوری و ایجاد توافق بین نظرات و ایده های گوناگون است، مناسب خواهد بود. نمونه ی این تکنیک ها، تفکیک دلفی، فیش بول، تل استار و مدل سه بعدی است(Kafman & Herman, 1996).

۳- اگر نیاز به مفهوم عیب یا نقصان در نظر گرفته شود، الگوهای مسأله محور که اساس کار آنها فرآیند شاخت مسائل، مشکلات و معایب موجود در عملکرد افراد یا سازمان و پیشنهاد اقدامات اصلاحی برای رفع آن معایب است، مناسب می‌باشد. از تکنیک‌های مسأله محور می‌توان به تکنیک "درخت خطا"، "رویداد حساس"، "آزمون وظایف کلیدی" و "تجزیه و تحلیل شغل" اشاره کرد(Abbaszadegan & Torkzadeh, 2001; Kafman & Herman, 1996; Wagargah, 2003).

۴- اما معمولاً نیاز را به مفهوم یک برداشت ترکیبی (فاصله بین وضع موجود و مطلوب، ترجیحات و علایق افراد، عوامل مؤثر بر عملکرد منفی) در نظر می‌گیرند و تکنیک‌های مناسب آن نیز الگوهای ترکیبی خواهد بود که علاوه بر فرآیند مشخص کردن فاصله بین وضع موجود و مطلوب، نقاط ضعف را هم تعیین کند و نظرات و تفکر شما را هم بررسی نماید. از جمله‌ی این الگوها می توان به الگوی "طرح جامع نیاز سنجی" اشاره کرد (Freed, 2002).

۵- تکنیک های کیفی که دراین تکنیک ها توجه دقیق به دیدگاه ها و نظرات افراد و صاحبنظران جهت توصیف و تشریح شرایط محیطی پدیده ها می باشد تا بدین لحاظ به روابط میان متغیرها و عمق ساختار آنها پی برده شود(Bazargan, 2003; Marshal, 1999).

۶- تکنیک های کمی که شالوده اساسی این تکنیک ها، تعیین نیازهای کمی خدمات بهداشت در یک جامعه می باشد (" World Health organization. Need assessment," 2000).

از مجموع مطالب فوق آنچه بیشتر برآن تاکید شده است استفاده از روش ترکیبی برای نیازسنجی سلامت است. برای مثال در مطالعه ای که بر پرسنل ارتش آمریکا انجام شد الگوی ترکیبی، الگوی منتخب بود(" The NATO training group. Need assessment an integrated

model," 1998) و در مطالعه‌ی یارمحمدیان و همکاران "الگوی ترکیبی" از دید فعالان عرصه ی سلامت کاربردی ترین روش نیازسنجی سلامت برگزیده شد(Yarmohammadian & Bahrami, 2005). تکنیک های توافق سنج برای لحاظ کردن نظرات گروه های مختلف که به نوعی از برنامه ها متاثر می شوند بکار می روند. برای مثال در مطالعه ای که توسط شیری و همکاران (۱۳۸۵) با عنوان "نیازسنجی آموزش سلامت در شبکه های بهداشت و درمان استان اصفهان " انجام شد، برای تعیین نیازهای آموزشی از فنون دلفی و تل استار استفاده گردید. در این مطالعه نیازهای آموزش سلامت بر اساس نظرات سیاستگذاران، برنامه ریزان، ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت (مردم) تعیین و اولویت بندی گردید که مبنایی برای طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در سطح ۲۱ شبکه بهداشت و درمان استان اصفهان قرار گرفت(Shiri et al., 2009).

الگوی دیگری که در سال ۱۳۸۹ توسط عده ای از کارشناسان آموزش سلامت طراحی و توسط وزارت بهداشت و درمان جهت تعیین اولویت های پژوهشی حوزه ی سلامت طراحی و اجرا گردید، فرایند شامل ۴ مرحله‌ی اصلی زیر بود:

- تشکیل کمیته ی راهبردی استانی متشکل از نمایندگان مردم، متخصصین و سازمان های دخیل در سلامت
- طراحی پرسشنامه‌ی نیازسنجی کمی توسط کمیته های تخصصی ذیل کمیته‌ی راهبری استانی
- جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و نیز روش های کیفی مانند مصاحبه و بحث گروهی متمرکز با مشارکت ذینفعان
- استخراج و اولویت بندی نیازسنجی کمی و کیفی توسط کمیته راهبری استانی

در همین الگو اولویت بندی مشکلات تعیین شده بر اساس معیارهای: بزرگی، فوریت مساله، هزینه بری، پابرجایی و تاثیر نهایی بر سلامت انجام می گرفت. در این الگو معیارها طبق نظر ذینفعان وزن دهی می شد و امتیاز نهایی هر مشکل از مجموع امتیاز مشکل در هر معیار ضرب در وزن آن معیار بدست می آمد ("Health education need assesment," 2010).

الگوی دیگری که در سطح جهانی برای ارزیابی سلامت جامعه مورد استفاده قرار می گیرد به مدل کارولینای شمالی معروف است. این مدل دارای ۸ مرحله است که عبارتند از:

- تشکیل تیم نیازسنجی سلامت جامعه
- جمع آوری داده های اولیه
- جمع آوری داده های ثانویه
- تجزیه و تحلیل و تفسیر داده های سلامت منطقه
- تعیین اولویت های سلامتی
- تدوین سند ارزیابی سلامت جامعه
- انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه
- برنامه ریزی عملیاتی مبتنی بر سند ارزیابی سلامت جامعه

در مرحله ی نخست این مدل تاکید شده است که برای معنا دار بودن ارزیابی سلامت جامعه باید کلیه ی مردم آن جامعه در تمام مراحل این ارزیابی حضور داشته باشند. همچنین تاکید شده است که گرچه شراکت دادن مردم از کلیه ی اقشار در ارزیابی سلامت جامعه وقت و انرژی زیادی را به خود اختصاص خواهد داد ولی راه حل دیگری برای اطمینان از حمایت مردم در مداخلات جامعه محور وجود ندارد.گروه پیشنهادی برای تیم نیاز سنجی سلامت جامعه در مدل کارولینای شمالی از شاغلین، صنایع، آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی، رسانه ها، سازمان های اجتماعی و شهری، مقامات دولتی محلی، انجمن های داوطلب، کارشناسان بهداشت و درمانی منطقه و دیگر گروه های جامعه تشکیل شده است. نکته ی قابل توجه دیگر در مورد این مدل مرحله ی ۵ آن یعنی تعیین اولویت های سلامت جامعه است. این مرحله که با ۴ مرحله‌ی قبلی ارتباط مستقیم دارد، بر بحث و تبادل نظر و نهایتا توافق گروه بر روش تعیین ولویت های سلامت منطقه اشاره داشته و بهترین روش را روشی می داند که همان قدر که کارشناسان در تعیین اولویت ها درگیرند، گروه های مردمی هم درگیر باشند. همچنین مهمترین معیارها برای رتبه بندی اولویت ها را بزرگی مشکل، میزان جدی بودن مشکل و امکان پذیری مداخلات موفق در آن مشکل معرفی می کند(Community Health Assessment Guide Book, 2014) .

باید توجه داشت که هر یک از این الگوها و تکنیک های نیازسنجی دارای محدودیت ها و مزایایی می باشد. به طوری که انتخاب و طراحی آنها به وضعیت پروژه های نیازسنجی و شرایط موجود بستگی خواهد داشت. در انتخاب نوع الگوی نیازسنجی به نوع برنامه، ماهیت افراد درگیر ، میزان مشارکت جامعه، منابع در دسترس، عینی بودن نوع الگو، کاربردی بودن آن و گروه مورد نظر بایستی توجه نمود.

انتخاب سطح انجام نیاز سنجی سلامت به متمرکز بودن یا عدم تمرکز در برنامه ریزی مداخلات بستگی دارد. (فتحی و همکاران ۱۳۷۵) تعداد مراحل نیاز سنجی می‌تواند در یک مرحله یا چند مرحله انجام شود که بستگی به الگوی علمی انتخاب شده برای نیاز سنجی سلامت دارد. در روش جمع آوری اطلاعات نیز روش‌های مختلفی ذکر شده مانند:

- ✓ مراجعه به محل و جمع آوری اطلاعات با مشاهده مستقیم
- ✓ تقسیم جامعه مورد نظر به چندین گروه و انتخاب نماینده از هر گروه و استخراج اطلاعات مورد نیاز از طریق مصاحبه یا بارش افکار نمایندگان در یک تجمع
- ✓ بررسی اپیدمیولوژی یک جامعه مورد نظر و استخراج نیازها بدین طریق (فتحی ۱۳۷۵ و عباس زادگان ۱۳۷۹)

اینکه نیازسنجی در چه سطحی انجام شود شواهد بیشتر به نفع نیازسنجی سلامت در سطح منطقه ای است(world health organization 2000).

در خصوص توالی نیازسنجی نیز در بر فواصل ۲ تا سه سال (ملک افضلی و همکاران ۱۳۸۶) تاکید شده است.

پیشینه اجرایی در ستاد وزارتی و معاونت های بهداشت دانشگاهها

به دنبال برگزاری کارگاه نیازسنجی آموزشی در تابستان ۱۳۸۳ در تبریز توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت، دانشگاه های علوم پزشکی بوشهر و تبریز از سال ۱۳۸۳ به عنوان اولین دانشگاه ها اقدام به اجرای برنامه نیاز سنجی نمودند. سایر دانشگاه ها نیز به تدریج در سال های بعد، این برنامه را اجرا کرده اند. برنامه نیازسنجی آموزشی از سال ۱۳۸۹ به عنوان یک برنامه کشوری توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت به دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی ابلاغ گردید. بر اساس دستورالعمل ابلاغی، این برنامه می بایست هر ۲ سال یکبار اجرا گردد. با بررسی انجام شده مشخص می گردد که علیرغم وجود دستورالعمل کشوری ، رویه یکسانی در دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی کشور وجود ندارد و در مورد سطوح اجرای نیازسنجی، تعداد اولویتهای منتخب و نیز نحوه استفاده از نتایج نیازسنجی تفاوتهایی وجود دارد. به عنوان مثال نحوه عملکرد چند دانشگاه به عنوان نمونه ذکر می گردد.

۳-۱- در **دانشگاه علوم پزشکی اصفهان** نیازسنجی توسط اجرای یک طرح پژوهشی صورت گرفته است در این روش نیازسنجی با حجم نمونه ۵۵۵۰ نفر در چهار فاز با استفاده از الگوی توافق سنج و فنون دلفی و تل استار انجام شده است. در فاز اول و دوم از فن تل استار برای تعیین نیازهای سلامت مردم به ترتیب از دیدگاه جمعیت تحت پوشش شبکه های بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کارکنان ارائه دهنده خدمت در شبکه های بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استفاده شده است. در فاز سوم و چهارم با استفاده از فن دلفی، نیازهای سلامت مردم به ترتیب از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها و مرکز بهداشت استان تعیین و اولویت بندی گردیده است. در فاز اول نظرات مردم (گیرندگان خدمت) در خصوص مشکلات سلامت در چهار گروه سنی کودک و نوجوان(۱۰- ۱۹سال)، جوانان(۲۰-۴۴سال) ، میانسالان (۴۵-۶۴سال) و سالمندان (۶۵سال به بالا) جمع آوری و اولویت بندی گردیده است. در انتخاب نمونه ها، توزیع جغرافیایی جمعیت مورد مطالعه و جنسیت افراد مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که تعداد زنان و مردان مساوی، از تمام مراکز بهداشت درمانی و اکثریت قریب به اتفاق خانه های بهداشت و از تمام گروههای سنی به نسبت جمعیت آن گروه در طرح وارد شده اند. در فاز دوم مشکلات سلامت مردم از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت جمع آوری و اولویت بندی شده اند. از بین افراد در پنج گروه شغلی اعم از پزشک ، کارشناس و کاردانان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی ، بهورز شاغل در خانه بهداشت و پزشک ، کارشناس و بهیار شاغل در بیمارستان شهرستان افراد انتخاب شدند. این نیازسنجی در دو مرحله با استفاده از پرسشنامه جداگانه انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا نیازها از سوی کارکنان اعلام گشته و پس از جمع بندی ، مجدداً به افراد برگردانده شده و آنها نیازها را با توجه به معیارهای مورد نظر امتیازدهی و در نهایت اولویت بندی می کنند. در فاز سوم و چهارم به ترتیب مشکلات سلامت مردم از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی شبکه های بهداشت و درمان تحت پوشش دانشگاه و مدیران و کارشناسان ستادی حوزه معاونت بهداشت دانشگاه تعیین و اولویت بندی شد. بدین نحو که ابتدا به وسیله پرسشنامه باز مشکلات سلامت مردم از دیدگاه کارکنان واحدهای ستادی پرسیده شده و پس از جمع بندی در مرحله بعد پرسشنامه دوم جهت امتیاز دهی براساس معیارهای مورد نظر (ذکر شده در بالا و قسمت ابزار) در اختیار

افراد همان واحدها قرار می گیرد و سپس بر اساس این امتیازها، عناوین اعلام شده اولویت بندی می گردد و پس از جمع بندی اولویت های هر فاز استخراج خواهد شد.

۳-۲- در **دانشگاه علوم پزشکی بوشهر** تا سال ۱۳۸۸ نیازسنجی به صورت سالانه انجام می شد اما از سال ۱۳۸۹ به دنبال کشوری شدن برنامه نیازسنجی، به منظور هماهنگی با برنامه کشوری این برنامه هر ۲ سال یکبار انجام می شود. بر این اساس تیم های نیازسنجی در سطح معاونت بهداشت، مرکز بهداشت شهرستان، مرکزبهداشت درمانی شهری و مرکز بهداشت درمانی روستایی تشکیل می شود. ترکیب اعضا طبق دستورالعمل کشوری می باشد و پس از اجرای فرایند نیازسنجی نهایتا ۱۰ اولویت برای برنامه ریزی آموزشی مورد استفاده قرار می گیرد. از این ۱۰ اولویت ۴ اولویت آن توسط تیم نیازسنجی معاونت بهداشت تعیین می شود که در کلیه شهرستانها و مرکز محیطی در نظر گرفته می شود. ۱ اولویت نیز توسط تیم نیازسنجی در هر شهرستان مشخص می شود که برای کلیه مراکز محیطی آن شهرستان در نظر گرفته می شود. برای تعیین ۵ اولویت دیگر در مراکز شهری با توجه به مشکلات منطقه تحت پوشش هر مرکز ، ۵ اولویت توسط تیم نیازسنجی هر مرکز بهداشت درمانی شهری تعیین می شود که با ۵ اولویت قبلی ۱۰ اولویت هر مرکز را تشکیل می دهند. در مراکز بهداشت درمانی روستایی نیز برای هر خانه بهداشت با توجه به مشکلات منطقه تحت پوشش هر خانه بهداشت با مشارکت بهورزان ، ۵ اولویت توسط تیم نیازسنجی مرکز بهداشت درمانی روستایی برای هر خانه بهداشت مشخص می شود که با ۵ اولویت تعیین شده توسط معاونت بهداشت و مرکز بهداشت شهرستان۱۰ اولویت هر خانه بهداشت نیز تعیین می شود. اساس برنامه ریزی آموزشی در مرکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشت درمانی شهری ، پایگاه های بهداشت و خانه های بهداشت بر اساس همین اولویتهای بهداشت می باشد، بطوریکه کلاس های آموزشی باید به گونه ای برنامه ریزی شوند که حدود ۶۰ الی ۷۰ درصد آنها براساس عناوین اولویتها باشند و ۳۰ تا ۴۰ درصد آنها با توجه به مناسبتهای بهداشت، فعالیتهای جاری ، موارد ابلاغ شده از طرف واحدهای ستادی استان یا شهرستان و یا موارد پیش بینی نشده باشند.

۳-۳- **در دانشگاه علوم پزشکی تبریز** نیز روند اجرای برنامه نیازسنجی به شرح زیر می باشد:

- تدوین برنامه عملیاتی استانی دراسفند ماه سال قبل
- چاپ فرم های ۵ گانه مورد نیاز شهرستان ها براساس تعداد واحد های محیطی و ستادی شهرستان
- تشکیل جلسه توجیهی برنامه برای کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت شهرستان ها درمرکز بهداشت استان و تحویل فرمهای مورد نیاز
- تدوین برنامه عملیاتی شهرستانی توسط کارشناسان آموزش وارتقای سلامت شهرستان ها
- تشکیل جلسه سیاست گذاری و برنامه ریزی انجام نیازسنجی سلامت در فرمانداری با حضور اعضای تعیین شده
- تشکیل جلسه توجیهی برنامه برای اعضای تیم سلامت ، بخشداران ، شوراهای اسلامی و دهیاران درجلسات جداگانه و تحویل فرم ها به اعضای تیم سلامت
- تشکیل تیم سلامت درخانه های بهداشت و مراکز بهداشت درمانی جهت استخراج لیست مشکلات برای ارائه درجلسه تیم
- تشکیل هیات امنا و انجام نیازسنجی سلامت توسط اعضای هیات امنا درخانه های بهداشت و مراکز بهداشت درمانی
  - ✓ تهیه لیست مشکلات – اولویت بندی مشکلات (فرم شماره ۲)
  - ✓ تهیه لیست و اولویت بندی عوامل موثر دربروز مشکل اولویتدار (برای یک مشکل اولویتدار) (فرم شماره ۳)
  - ✓ تهیه لیست و اولویت بندی راهکارها(مداخلات) برای سه عوامل موثر دربروز مشکل اولویتدار(فرم شماره ۴)
  - ✓ تدوین برنامه عملیاتی برای یک راهکار اولویت دار هر عوامل موثر دربروز مشکل اولویتدار(فرم های شماره ۵)
  - ✓ اجرای برنامه های تدوین شده (سه برنامه) براساس زمانبندی مربوطه
- تحویل فرم جمع بندی لیست مشکلات سلامت مراکز بهداشت درمانی و خانه های بهداشت به کارشناس آموزش وارتقای سلامت شهرستان
- جمع بندی ، تفکیک و تحویل لیست مشکلات سلامت مراکز بهداشت درمانی و خانه های بهداشت به واحد های کارشناسی شهرستانها
- تشکیل تیم و انجام نیازسنجی سلامت در واحد های کارشناسی مرکز بهداشت شهرستانها براساس مشکلات غیرقابل حل در مراکز وخانه های بهداشت ، نظرات کارشناسی و اعضای تیم
- انجام نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستانها توسط اعضای گروه کاری سلامت و امنیت غذایی شهرستان با توجه مشکلات غیر قابل حل درگروه های کارشناسی شهرستان و نظرات اعضای تیم
- تحویل فرم جمع بندی لیست مشکلات سلامت مرکز بهداشت شهرستانها ، مراکز بهداشت درمانی و خانه های بهداشت به گروه کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت استان
- تفکیک و تحویل نتایج نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستانها، مراکزبهداشت درمانی و خانه های بهداشت به گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان
- انجام نیازسنجی سلامت در گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان

- انجام نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت استان توسط اعضای کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان باتوجه مشکلات غیرقابل حل درگروه های کارشناسی استان ونظرات اعضای تیم
- جمع آوری عملکرد برنامه نیازسنجی سلامت از شهرستان ها درهر ۶ ماه
- مستند سازی نیازسنجی سلامت استان و گزارش آن به کارگروه ایجاد ساختار و برنامه ریزی کارشناسان استانی و کارگروه آموزش سلامت استان

۳-۴- **نیازسنجی سلامت در استان فارس** بطور رسمی از سال ۱۳۸۵ در کلیه ی خانه های بهداشت با دو هدف تعیین نیازها سلامت جهت انجام مداخلات آموزشی و شناسایی مشکلات منطقه جهت مداخلات غیر آموزشی، اجرایی شده است. فرایند انجام این نیازسنجی هر دو سال یکبار و با ابلاغ دستورعمل مربوطه از سوی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در مهرماه سال هایی که می بایست نیازسنجی انجام شود، آغاز می گردد. با ابلاغ این دستورعمل مرکز بهداشت استان و مراکز بهداشت شهرستان ها ضمن تشکیل کارگروه نیازسنجی و آموزش افراد درگیر در این فرایند به نوبه خود نسبت به تعیین ۴ اولویت های سلامت استان (توسط کارگروه نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت استان) و یک اولویت سلامت هر شهرستان (توسط کارگروه نیازسنجی هر مرکز بهداشت شهرستان) اقدام می کنند. پس از پایان این مرحله و اعلام اولویت های استانی و شهرستانی به خانه های بهداشت، تیم نیازسنجی سلامت هر خانه بهداشت با ترکیب پزشک منطقه، ماما و دیگر کاردان های بهداشت منطقه، بهورزان، دهیار، رئیس شورای اسلامی روستا، یک نفر از اعضای شورای بهداشت روستا، نماینده مربیان مدارس منطقه و یک نفر از رابطان بهداشت، تشکیل شده و پس از تشکیل جلسات اولیه و دریافت آموزش ابتدایی در خصوص اهداف و مراحل نیازسنجی سلامت و نیز آشنایی با وضعیت سلامت و شاخص های بهداشت منطقه، نسبت به شناسایی و ثبت ۱۰ اولویت سلامت از دید هریک از اعضای تیم نیازسنجی، اقدام می کنند. در مراحل بعدی نیاز های سلامت اعلام شده توسط اعضای تیم نیازسنجی خانه بهداشت، اولویت بندی شده و ۵ اولویت اول هر خانه بهداشت به مرکز بهداشت شهرستان ابلاغ می شود تا پس از تحلیل این نیازها و تعیین عوامل رفتاری و غیر رفتاری مرتبط با هر موضوع توسط کارشناسان ستادی مربوطه، گروه های هدف جهت انجام مداخله نیز تعیین شده و جهت اجرای عملی مداخلات به بهورزان هر یک از خانه های بهداشت بازگردانده شود. بهورزان نیز با برنامه ریزی قبلی سعی خواهند نمود در طی دو سال گروه های هدف تعیین شده را در خصوص عوامل رفتاری ایجاد کننده ی هر یک از نیازهای سلامت، تحت پوشش مداخلات آموزشی قرار دهند.

منطق و چارچوب مورد توافق در طراحی برنامه

۴-۱- برنامه نیازسنجی سلامت نقش بسزایی در **نظام تحول سلامت در حوزه بهداشت** دارد و به عنوان رکن اساسی **برنامه خود مراقبتی**، زیربنای مشارکت مردم را در برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی مهیا می سازد. در این برنامه اصول مراقبتهای اولیه بهداشت که ۳۷ سال پیش در نشست آلماتا اعلام گردید و تا بحال نظام سلامت کشور توفیق قابل ملاحظه ای در تحقق آنها نداشته، اجرایی گردیده و می توان در سایه عملیاتی شدن این برنامه، به پنج اصل " عدالت در سلامت"، " مشارکت مردمی"، " همکاری بین بخشی" (و حتی مهمتر از آن "همکاری درون بخشی" که یک معضل حاد نظام سلامت فعلی است)، "بکارگیری تکنولوژی مناسب" و "ادغام یا جامعیت خدمات" دست یافت.

۴-۲- تعریف سازمان جهانی بهداشت مبنای طراحی برنامه نیازسنجی سلامت قرار گرفته و بر اساس آن، نیازسنجی سلامت باید به صورت فرآیندی مشارکتی توسط گروهی متشکل از کارکنان نظام سلامت و مردم بومی جامعه ی مورد ارزیابی، اجرایی شود.

۴-۳- برای این برنامه، نام **"نیازسنجی سلامت جامعه"** انتخاب شد و مقرر شد تا بر اساس نیاز ها، علاوه بر مداخلات آموزشی در خصوص علل رفتاری، برای علل غیررفتاری به انضمام تعین کننده های اجتماعی سلامت نیز مداخله طراحی شود. در این برنامه، به **نظرات مردم، ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان** با الگوی توافق سنج پرداخته و هر یک در جایگاه خود تحلیل می گردند. ضمنا برای اجرایی نمودن مداخلات غیررفتاری به انضمام تعین کننده های اجتماعی سلامت ، بایستی از ابتدای نیازسنجی، مسوولین محلی و معتمدین، در تیم نیازسنجی حضور داشته باشند.

۴-۴- برنامه نیازسنجی یک برنامه **از پایین به بالاست** و باید تسهیلاتی فراهم گردد تا صدای نیازهای سطوح محیطی به گوش برنامه ریزان برسد و با حذف ارایه خدمات موازی، چاره ای برای خلاء های خدمتی بیاندیشند یا به عبارتی **"رفرم شبکه"** را پی ریزی نمایند. مسلما **جمع آوری نیازها و طبقه بندی آنها در سطوح مختلف شهرستان، دانشگاه و کشور، نیازمند یک وحدت رویه در ثبت آنهاست**. بنابراین با توجه به انتخاب متدولوژی نظرسنجی با روش توافق سنج، تصمیم گرفته شد تا عنوان نیازها از جنس علل نزدیک و بیماری باشد و برای آن لیستی استاندارد شده، تهیه شود تا شکل یکسانی برای ثبت نیازها در سراسر کشور ایجاد شود.

۴-۵- **اصول جامعیت، مشارکت، عینیت و توجه نابرابر در طراحی برنامه، خطوط قرمز آن است** و تخطی از آنها موجبات انحراف برنامه از مسیر اصلی خود خواهد شد. پرداختن به **نیازسنجی کارکنان** در کنار نیازسنجی سلامت جامعه امری ضروری است.

۴-۶- طراحی برنامه در فیلد اجرایی و با حضور نمایندگان دانشگاهها انجام شده و از تجارب موفق آنها در برنامه استفاده گردد.

۴-۷- این برنامه یک **جزء اساسی در برنامه پزشک خانواده است** و بدون شک، پزشک خانواده ای که از مشکلات و نیازهای سلامت منطقه خود در چارچوب یک برنامه مدون و مستمر آگاه نباشد، نمی تواند برنامه ریز خوبی برای فیلد خود باشد. بنابراین این برنامه باید در چک لیست ارزشیابی آنها قرار گیرد.

۴-۸- حمایت طلبی از سازمانهای برون بخشی در خصوص اجرای مداخلات غیررفتاری به انضمام تعین کننده های اجتماعی سلامت در سطح ملی انجام شده و با توجه به تجارب دانشگاهها، تفاهم نامه ای با وزارت کشور برای همکاری مشترک منعقد گردد.

۴-۹- پیش بینی بازنگری دو سالانه برنامه برای ارتقای کمی و کیفی آن، نیازمند نظارت صحیح برنامه از طریق ستاد و دانشگاههاست، لذا تشکیل کارگروه کشوری نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت با حضور حداقل ۱۰ دانشگاه برای نظارت بر حسن اجرای برنامه در دستور کار باید قرار گیرد.

روند طراحی برنامه

با توجه به تجربه حدود بیست ساله برنامه در کشور، تصمیم گرفته شد تا دانشگاههای صاحب سبک در این زمینه شناسایی شده و طبق یک برنامه زمان بندی، مراحل اجرایی برنامه در فیلد هر یک از آن دانشگاهها برگزار شود تا ضمن برگزاری نشستهای کارشناسی، از فیلد آن دانشگاه، بازدید شده و مورد تحلیل قرار گیرد. در این راستا، ضمن بررسی برنامه نیازسنجی دانشگاههای مختلف و با عنایت به مستندات آنها، چهار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بوشهر، تبریز و شیراز به عنوان اعضای اولیه کمیته کشوری تدوین شیوه نامه نیازسنجی سلامت انتخاب شدند. از سطح ستاد وزارتی نیز به لحاظ قرابت برنامه CBI با برنامه نیازسنجی و کار مشارکت مردمی، نماینده ای از دبیرخانه CBI نیز برای شرکت در جلسات این گروه دعوت شد. در اولین نشست کشوری که در خرداد ماه در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز برگزار شد، اعضا مکلف شدند تا برای اشراف بیشتر آنها به برنامه یکدیگر در یک نشست دو روزه ضمن ارایه برنامه های خود، از فیلد تبریز نیز در مناطق شهری و روستایی بازدید داشته باشند.

در این نشست، نظر به تنوع روشهای اجرایی دانشگاههای منتخب، تصمیم گرفته شد تا برای رسیدن به یک زبان مشترک، ابتدا بر روی اصول برنامه به توافق رسیده و چارچوب برنامه را طراحی نماییم، لذا در این مرحله، تدوین یک پیش نویس اولیه در راستای "تعیین چارچوب برنامه نیازسنجی سلامت" در دستور کار قرار گرفت و سپس با ارسال آن از طریق پست الکترونیکی گروهی، بین اعضا به بحث گذارده شد تا گروه به یک زبان مشترک در اصول برنامه رسیده و سپس گامهای بعدی که طراحی محتوایی آن خواهد بود با مشارکت فعال تمامی اعضا، طراحی و تدوین گردد. در این نشست مقرر شد تا تجربه تبریز در خصوص طراحی فرمها و اقدامات مداخله ای برای علل غیررفتاری و فرآیندهای برون بخشی بعنوان یک تجربه موفق در برنامه کشوری لحاظ گردد. در ضمن، پرداختن به اصول برنامه ریزی در تجربه اصفهان، نکته قابل تعمق در برنامه کشوری شناخته شده و تجربه شیراز و بوشهر نیز در اصلاح فرآیندها و ساختار برنامه ای فعلی که در کشور اجرا می گردد، کاملا راهگشا بوده و در برنامه ریزی باید مد نظر قرار گیرد.

در نشست دوم که در مرداد ماه در دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار شد، ضمن بازدید از فیلد شهرستان زرقان و بحث بر روی نتایج پیش نویس "تعیین چارچوب برنامه نیازسنجی سلامت"، با حضور مدیرکل محترم دفتر آموزش و ارتقای سلامت، مبانی و اصول اولیه برنامه مورد چالش و بحث جدی قرار گرفت و مقرر شد تا ضمن رعایت اصول برنامه نیازسنجی و پرداختن به هر دو مقوله علل رفتاری و غیررفتاری، مشکلات کشوری برنامه مرتفع گردیده و زمینه برای اجرای برنامه مساعد گردد. گروه مکلف شدند تا بر روی مباحثی که تعیین شده بود، کار کرده و برای جلسه بعد گزارش آن را ارایه نمایند.

کار اصلی و قدم اول اجرایی، در نشست مهرماه تهران اتفاق افتاد و با توجه به شفافیت اجرای برنامه در روستا، تصمیم گرفته شد تا در خصوص ترکیب اعضا و شرح وظایف گروه نیازسنجی در سطوح مختلف و پیش نیازهای آموزشی آنها تصمیم گیری شود. در این نشست دو روزه، بحثها با تنش های بسیار زیادی بین اعضا مطرح و از آنجاییکه گروه در یک فیلد جدیدی از برنامه قرار داشتند، اجازه داده شد تا بحث ها بطور کامل شنیده شده و از طرف گروه برای تک تک آنها پاسخ مناسبی ارایه شود تا ابهامی در هر مرحله باقی نماند. علیرغم اینکه سرعت پیشرفت مباحث بسیار کند بود ولی نتایج بسیار رضایت بخش بود و بالاخره گروه در مسیر برنامه قرار گرفته و کار از شرح مقدمات طولانی که در دو جلسه قبل، تکرار مکررات می شد، خارج شده و حرکت رو به جلوی برنامه کاملا محسوس بود. تغییرات اصولی که نسبت به برنامه سال ۸۹ وجود داشت، نیازمند منطق کافی برای طرح موضوع بود. حاصل این نشست پیشرفت ۸۰ درصدی برنامه از سطح روستا تا سطح شهرستان بود و این روند با پیش نویسی که در نشست چهارم در اصفهان ارایه شد، تکمیل شد و مقوله شهر و سطوح بالاتر تا سطح وزارتی جمع بندی نهایی شد. در پایان نیز بخش های مختلف برنامه برای تدوین اولیه بین اعضا تقسیم وظایف شد و مقرر شد تا در اسرع وقت برای ارایه آن در نشست کشوری کارشناسان آموزش سلامت آماده گردد.

در دو نشست دیگر بهمن و اسفند ماه در تهران، مفاهیم و چارچوب برنامه برای تدوین نهایی نسخه ۱ مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و توافق شد که مجموعه فعلی به عنوان پیش نویس اولیه برای نظرسنجی از دانشگاهها ارایه گردد.

در فروردین ماه ۱۳۹۵ مجموعه برای ارایه طریق مدیران کل حوزه معاونت وزارت و همکاران دانشگاهی ارسال شد و نقطه نظرات همکاران در مجموعه لحاظ گردید. بالاخره شیوه نامه در مرداد ماه ۱۳۹۵ به تایید ریاست محترم مرکز مدیریت شبکه رسید و برنامه بطور رسمی به دانشگاهها با نامه مشترک مرکز مدیریت شبکه و دفتر آموزش سلامت ابلاغ شد.

برای تسریع در اجرای بهینه برنامه "کمیته کشوری استقرار و نظارت بر اجرای برنامه نیازسنجی سلامت" با مشارکت ۱۰ دانشگاه تشکیل شد و اولین جلسه آن در شهریور ماه برگزار گردید. از طرف دیگر بمنظور هماهنگی در اجرای کارگاههای آموزشی، هسته آموزشی کشوری با حضور جمعی از مدیران گروه و اساتید آموزش سلامت تشکیل شد و در یک کارگاه یک روزه تسهیل گری و طرح درس، مکلف به طراحی طرح درس عناوین آموزشی در شیوه نامه شدند تا این طرح درس ها به همراه محتوای آموزشی در اختیار دانشگاهها قرار گیرد. (پیوست شماره ۱)

به دنبال آن در آذر ماه سال ۱۴۰۰، شیوه نامه مداخلات ارتقاء سلامت توسط دفتر آموزش و ارتقاء سلامت با مشارکت دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان، تبریز، بوشهر، تهران، گلستان، اردبیل و همدان تهیه شد و در بهمن ماه ۱۴۰۰ به دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ شد. در خرداد ماه ۱۴۰۳ کارگاه کشوری مداخلات ارتقاء سلامت توسط دفتر آموزش بهداشت وارتقاء سلامت برگزار گردید.

سپس شیوه نامه های ابلاغی نیازسنجی سلامت جامعه در سال ۱۳۹۵ و شیوه نامه ابلاغی مداخلات ارتقاء سلامت، در تیر ماه ۱۴۰۱، مورد بازبینی قرار گرفت و با رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت ادغام شد و شیوه نامه "نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت با رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت" تهیه شد.

مراحل اجرای برنامه در سطوح مختلف شبکه

با توجه به رعایت ساختار شبکه، برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت به تفکیک سطوح شبکه برنامه ریزی شده است. در این برنامه بدلیل طراحی مداخله در هر دو جنبه عوامل رفتاری و غیررفتاری در سطوح محیطی روستایی، در هر خانه بهداشت حداقل دو اولویت و در مناطق شهری، بدلیل معضلات بسیار زیاد اجرایی و پیچیدگی نیازهای این مناطق، در هر مرکز خدمات جامع سلامت حداقل یک اولویت در نظر گرفته شده است. بدیهی است در خصوص مداخلات آموزشی می تواند برای سایر اولویت ها با نظر مر کز بهداشت شهرستان برنامه ریزی انجام شود. وجه تمایز این برنامه از برنامه پیشین، تعیین اولویت های سطوح بالاتر بر اساس فهرست نیازهای سطوح محیطی است. در این مرحله نیازهایی که فراوانی بیشتری دارد جزو اولویت های سطوح بالاتر قرار می گیرد. از دیگر ویژگی های این برنامه این است سه راس مردم، مسئولین و معتمدین محلی و تیم سلامت در این برنامه در کنار هم و با هم نیازهای سلامت محله/ روستا را تعیین می نمایند. سپس با تاکید بر ظرفیت های محلی، جلب مشارکت مردم، همکاری مسئولین و معتمدین محلی و تسهیلگری تیم سلامت، مداخلات ارتقاء سلامت مناسب را برای برآورده ساختن نیازهای سلامت، طراحی، اجرا و ارزشیابی می کنند. این روش علاوه بر رفع نیازهای سلامت جامعه در سطح محلی/ روستا، منجر به توانمندسازی جوامع برای ارتقاء سلامت، خواهد شد. لازم به ذکر است بخشی از نیازهای سلامت احصا شده که در هر سطح امکان مداخله ندارند به سطوح بالاتر ارجاع داده می شوند. تقویم اجرایی برنامه نیازسنجی حداکثر ۳ ماه پیش بینی شده و به دلیل زمان بری مداخلات در خصوص علل غیررفتاری، فواصل اجرای هر دوره نیازسنجی دو سال است.

پیش نیاز اجرای برنامه

- **ساختار اجرایی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف و توانمندسازی همکاران مشارکت کننده در اجرای برنامه**

پیش نیاز اجرای برنامه

پیش نیاز اجرای برنامه در سطوح مختلف شامل ساختار اجرایی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت و توانمندسازی همکاران مشارکت کننده در اجرای برنامه در سطوح مختلف است. در ادامه در هر سطح ابتدا ساختار اجرایی آن سطح و سپس مهارت های مورد نظر برای توانمندسازی همکاران مشارکت کننده در اجرای برنامه آورده شده است.

ساختار اجرایی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف و توانمندسازی همکاران

۱. سطوح محیطی روستایی:

سطوح محیطی شامل تشکیل گروه نیازسنجی سلامت، شرکت در دوره های توجیهی – آموزشی، تعیین نیازها، هماهنگی ثبت نیازها، اولویت بندی و ارسال آنها به مرکز بهداشت شهرستان است.

۱-۱- تشکیل تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت):

برای انجام نیازسنجی سلامت در خانه بهداشت، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت به شرح زیر تشکیل شده و از طرف پزشک مسوول مرکز، بعنوان رییس گروه نیازسنجی، برای آنها ابلاغ زده شود (پیوست ۲). بدیهی است، بهورز، دبیر تیم بوده و برای به رسمیت رسیدن مصوبات آن حضور حداقل دو سوم از اعضا الزامی است.

۱-۱-۱. تیم سلامت شامل پزشک مرکز/ مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، کاردان یا کارشناس ناظر، بهورزان شاغل (دبیر برنامه)

۱-۱-۲. تیم مسوولین و معتمدین محلی شامل دهیار، رئیس یا نماینده شورای اسلامی روستا، روحانی و مدیر مدرسه و .....

۱-۱-۳. تیم سرخوشه ها متشکل از ۳ تا ۵ نفر از سرخوشه ها با هماهنگی بهورز/ بهورزان خانه بهداشت که به شرح زیر تعیین می گردند: (در صورت عدم امکان بکارگیری سرخوشه، می توان از رابطین بهداشت و سفیران سلامت نیز استفاده کرد)

نحوه تعیین سرخوشه: ابتدا روستای اصلی و قمر بر اساس محدوده جغرافیایی، به ۳ تا ۵ خوشه تقسیم شده، سپس افراد با سواد و مورد وثوق آن خوشه، از طرف بهورز شناسایی می شود. پس از توجیه این افراد و قبول کردن وظیفه رابط نیازسنجی خوشه خود، بعنوان رابط آن خوشه عضو تیم خواهد شد.

و همچنین سایر افرادی که حسب مشکل اولویت‌دار استخراج شده می‌توانند در حل مشکل کمک کنند.

۱-۲- برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۱-۱، تیم شهرستان جلسات توجیهی و آموزشی را برای تیم سلامت و تیم های مسوولین و سرخوشه ها برگزار می نماید.

جدول شماره ۱-۱: مهارت های مورد نیاز برای تیم نیازسنجی سلامت جامعه خانه بهداشت

ردیف	عنوان مهارت	تیم سلامت	تیم های مسوولین و سرخوشه ها	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	*	*	این دوره برای تیم سلامت در قالب یک کارگاه ۶ ساعته و برای تیم مسوولین و سرخوشه ها در یک جلسه ۲ ساعته ارایه می گردد
۲	آشنایی با مشکلات سلامت منطقه		*	
۳	مهارت های ارتباطی	*	*	
۴	فنون جلب مشارکت همه جانبه	*	*	
۵	برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	*	*	
۶	پایش و ارزشیابی	*	*	

۲- سطوح محیطی شهری

وظایف این سطوح همانند سطوح محیطی روستایی است ولی برخلاف روستاها که نیازسنجی به تفکیک خانه های بهداشت انجام می شد، در شهرها، نیازسنجی و طراحی مداخلات ارتقای سلامت در سطح مراکز انجام می شود و تمامی پایگاههای یک مرکز با هم در اجرای آن مشارکت می کنند.

۲-۱- تشکیل تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در شهر، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت به شرح زیر در مرکز خدمات جامع سلامت تشکیل شده و از طرف پزشک مرکز، بعنوان رییس تیم نیازسنجی، برای آنها ابلاغ زده شود:

برای انجام نیازسنجی سلامت در شهر، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت به شرح زیر در مرکز خدمات جامع سلامت تشکیل شده و از طرف پزشک مرکز، بعنوان رییس تیم نیازسنجی، برای آنها ابلاغ زده شود: (یکی از کارشناسان مرکز، دبیر تیم است)

۲-۱-۱. تیم سلامت شامل پزشک مرکز/ مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، رابط برنامه مداخلات ارتقای سلامت (یکی از مراقبین مرکز)، سرپرست/مسئول پایگاه‌های سلامت تحت پوشش، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، کارشناس یا کاردان سلامت محیط و مراقب سلامت ناظر.

۲-۱-۲. تیم مسوولین محلی مانند نماینده ثابت منطقه/ناحیه شهرداری، ، نماینده شورایاری محله (در صورت وجود شورایاری) و انتخاب معتمدین از روحانیون مساجد، ، نماینده پایگاه بسیج محله ، یک مدیر از هر مقاطع تحصیلی مدارس (دبستان و متوسطه اول و دوم به تفکیک دخترانه و پسرانه)، کلانتری، خیرین، سازمان های مردم نهاد (NGO)، نمایندگان صنوف

۲-۱-۳. تیم سرخوشه ها (انتخاب آنها بنا به صلاحدید دانشگاه از مراقبین سلامت پایگاهها، رابطین بهداشت، سفیران سلامت، رابطین سلامت محلات و NGO ها)

و 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.

۲-۲- برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

همانند سطوح محیطی روستایی است

۳- شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان

وظایف مرکز بهداشت شهرستان شامل تشکیل کارگروه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت شهرستان، تشکیل زیرگروه فنی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، تحلیل اولویتهای نیازهای سطوح محیطی، تجمیع اولویت های ارسالی از مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک واحدهای کارشناسی مرکز بهداشت شهرستان و به تفکیک مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت، مشارکت در طراحی مداخلات سطوح محیطی، تایید و نظارت بر اجرای مداخلات انجام شده توسط سطوح محیطی می باشد.

۳-۱- تشکیل زیرگروه فنی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در مرکز بهداشت شهرستان

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

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

۳-۲- تشکیل کارگروه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت شهرستان/ شورای ادارات:

اعضای کارگروه عبارت‌اند از: فرماندار (به عنوان رئیس کارگروه)، مدیر شبکه بهداشت و درمان / رئیس مرکز بهداشت شهرستان (دبیر کارگروه)، معاون بهداشت، 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.

۳-۳- برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۲-۱، اعضای کارگروه باید جلسات توجیهی و آموزشی خود را بگذرانند.

جدول شماره ۲-۱: مهارت های مورد نیاز برای برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	بصورت کارگاه ۲ روزه
۲	مهارت های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه جانبه	
۴	برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه ریزی آموزشی	
۶	پایش و ارزشیابی	

۴- معاونت بهداشت دانشگاه /دانشکده

وظایف معاونت بهداشت دانشکده / دانشگاه شامل تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان، تشکیل زیرگروه فنی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، ، تحلیل اولویتهای نیاز سطوح شهرستانی، مشارکت در طراحی مداخلات سطوح شهرستانی، نظارت برای مداخلات انجام شده توسط سطوح شهرستانی و اولویت بندی مجدد سایر نیازهای سطح شهرستان برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک گروههای کارشناسی ستاد معاونت بهداشتی، مشارکت در طراحی مداخلات سطح شهرستان، تایید و نظارت بر اجرای مداخلات انجام شده توسط شهرستان می باشد.

۴-۱-تشکیل زیرگروه فنی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

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.

۴-۲- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان (مرکز بهداشت استان/ معاونت بهداشت دانشگاه)/ دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه:

اعضای کارگروه عبارت‌اند از: استاندار (به عنوان رئیس کارگروه)، رییس دانشگاه، رئیس مرکز بهداشت استان/ معاون بهداشت (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.

۴-۳- برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۳-۱، اعضای کارگروه باید جلسات توجیهی و آموزشی خود را بگذرانند.

جدول شماره ۳-۱: مهارت های مورد نیاز برای برنامه نیازسنجی سلامت معاونت بهداشت دانشکده / دانشگاه

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	بصورت کارگاه ۲ روزه
۲	مهارت های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه جانبه	
۴	برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه ریزی آموزشی	
۶	ارزشیابی	

۵- معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وظایف معاونت بهداشت وزارت شامل تشکیل زیرگروه فنی و کارگروه کشوری نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، طراحی مداخله برای اولویتهای ارجاع شده از سطح دانشگاه، مشارکت در اجرای مداخلات سطوح دانشگاهی، نظارت برای مداخلات انجام شده توسط سطوح دانشگاهی و اولویت بندی مجدد سایر نیازهای سطح دانشکده / دانشگاه برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک دفاتر و مراکز حوزه معاونت بهداشت وزارت است.

۵-۱- تشکیل زیرگروه فنی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت وزرات

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.

۵-۲- تشکیل کارگروه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت وزارت/ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

برای اجرای فاز مداخلات ارتقای سلامت در سطح وزارت اقدامات زیر صورت می 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

۵-۳- برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۴-۱، اعضای کارگروه باید جلسات توجیهی و آموزشی خود را بگذرانند.

جدول شماره ۴-۱: مهارت های مورد نیاز برای برنامه نیازسنجی سلامت حوزه معاونت بهداشت وزارت

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	بصورت کارگاه ۲ روزه
۲	مهارت های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه جانبه	
۴	برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه ریزی آموزشی	
۶	پایش و ارزشیابی	

فاز اول:

دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه

دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه (فاز اول برنامه)

بعد از تیم سازی و توانمندسازی نیروها، گام های اجرایی فاز اول برنامه تحت عنوان دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت از سطوح محیطی تا سطح وزارتی بشرح زیر پیش بینی گردیده است:

گام های اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه در سطوح مختلف

۱- سطوح محیطی روستایی:

۱-۱- تعیین نیازها:

در این مرحله، تعیین نیازها توسط تیم نیازسنجی سلامت و در سه لیست جداگانه تا حداکثر ۲۰ عنوان، بشرح زیر انجام می شود:

۱-۱-۱. تیم سلامت:

تیم سلامت خانه بهداشت و پس خوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص ها، مبادرت به تعیین نیازهای سلامت خانه بهداشت می کند. (طبق فرم شماره ۲)

۱-۱-۲. تیم مسوولین و معتمدین:

مسوولین و معتمدین محلی در جلسه ای با حضور پزشک / کارشناس مرکز و با دعوت دهیار و پیگیری بهورز، لیست نیازهای سلامت مد نظر خود را تنظیم می کنند. لازم به ذکر است که باید بهورز به آنها متذکر شود که این نیازها باید بر اساس فراوانی مراجعات مردم به آنها در خصوص مشکلات سلامتی، تعیین گردیده و فراوانی آنها را برای حداقل یک سال گذشته، با خود همراه داشته باشند. (طبق فرم شماره ۴ب)

۱-۱-۳. تیم سرخوشه ها:

برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها، ابتدا بهورز باید لیست اسامی یک نمونه تصادفی را بشرح زیر تهیه و در اختیار آنها قرار دهد:

- حجم نمونه در روستای زیر ۱۰۰۰ نفر: ۵۰-۴۰ نفر
- حجم نمونه در روستای بالای ۱۰۰۰ نفر: ۷۰-۵۰ نفر
- روش نمونه گیری: روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک از پرونده های خانوار با در نظر گرفتن حجم نمونه مساوی برای هر دو جنس و گروه های سنی در ۴ گروه زیر ۱۸ سال، ۱۹ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال.

سپس سرخوشه ها با مراجعه به افراد تحت پوشش محدوده جغرافیایی خود، نیازهای سلامتی آنها را لیست می کنند (طبق فرم شماره ۴ الف) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنها و به ترتیب اولویت با کمک بهورز در قالب یک لیست تنظیم می کنند. (طبق فرم شماره ۴ج)

۱-۲- هماهنگی ثبت نیازها:

در این مرحله لیست نیاز گروههای مردمی توسط تیم سلامت بررسی شده و با حضور تمامی اعضا، موارد مطرح شده با توافق طرفین و استفاده از فهرست استاندارد شده نیازها (پیوست شماره ۳) اصلاح شده و یا موضوعات غیرمرتبط با سلامت حذف می گردد.

۱-۳- اولویت بندی

۱-۳-۱. اولویت بندی اولیه:

۱-۳-۱،۱. **تیم سلامت**: بر اساس فرم شماره ۳ ، تیم سلامت اولویت بندی خود را مجزا انجام می دهد.

۱-۳-۱,۲. **مسوولین و معتمدین محلی**: بر اساس فراوانی مشکلات سلامتی مراجعین و نظر مسوولین و معتمدین محلی، با حضور و راهنمایی پزشک یا کارشناس/ کاردان ناظر، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم شماره۴ب)

۱-۳-۱,۳. **سرخوشه ها**: این نیازها با نظارت بهورز، بر اساس فراوانی آنها اولویت بندی شده و در خصوص موارد با فراوانی مشابه، با تعامل پزشک یا کارشناس/ کاردان ناظر ، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم ۴ج)

۱-۳-۲. اولویت بندی نهایی:

درصورت ورود برنامه نیازسنجی سلامت جامعه به سامانه سیب اولویت بندی در سامانه سیب انجام خواهد شد تا آن زمان از نرم افزار نیازسنجی برای اولویت بندی نیازها استفاده خواهد شد.در جاهایی که به هردلیل امکان استفاده از نرم افزار وجود نداشته باشد به صورت دستی اولویتها مشخص خواهند شد.برای تهیه فهرست نهایی نیازهای خانه بهداشت و اولویت بندی آن، با حضور تمامی اعضای تیم نیازسنجی سلامت، ابتدا سه لیست نیاز های اولویت بندی شده را کنار هم قرار داده می شود. سپس با توجه به لیستی که بیشترین تعداد اولویت ها را دارد، عدد آخرین اولویت این لیست، بعلاوه یک، بعنوان عدد ثابت در این اولویت بندی تعیین می شود. مثلا اگر لیست تیم سلامت ۱۴ اولویت، تیم مسوولین محلی ۷ اولویت و تیم رابطین یا سرخوشه ها ۱۷ اولویت داشته باشد، بیشترین عدد مربوط به لیست آخر است و عدد ثابت (۱۸) خواهد بود.

در این مرحله لیست تمامی نیازها در سه لیست را طبق فرم شماره ۵ در یک لیست فهرست می شود. سپس شماره اولویت هر کدام از مشکلات و نیازها در لیستهای مختلف، جلوی آن نوشته شده و با هم جمع می شود. در صورتی که مشکل یا نیازی در سایر لیستها نبود، به تعداد لیستی که در آن، نیاز مورد نظر وجود نداشت، عدد ثابت تعیین شده با عدد یا اعداد اولویتهای آن نیاز جمع می شود.

۱-۴- ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان

درصورت ورود برنامه نیازسنجی سلامت جامعه به سامانه سیب اولویتها در این سامانه قابل مشاهده خواهند بود تا آن زمان در صورت استفاده از نرم افزار نیازسنجی فایل الکترونیک نیازها به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.درصورت عدم استفاده از نرم افزار و استخراج اولویت ها به صورت دستی ، لیست اولویت بندی شده نیازها از خانه های بهداشت به مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ارسال شده و در مرکز نیز این لیست ها به ترتیب اولویت و به تفکیک خانه های بهداشت تحت پوشش، به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. (طبق فرم شماره ۶)

۲- سطوح محیطی شهری

وظایف این سطوح محیطی همانند سطوح محیطی روستایی است ولی برخلاف روستاها که نیازسنجی به تفکیک خانه های بهداشت انجام می شد، در شهرها، نیازسنجی و طراحی مداخلات ارتقای سلامت در سطح مراکز انجام می شود و تمامی پایگاههای یک مرکز با هم در اجرای آن مشارکت می کنند.

۲-۱- تعیین نیازها:

همانند سطوح محیطی روستایی است ، بجز در خصوص تیم سرخوشه که بشرح زیر انجام می شود:

برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها، ابتدا مسوولین مرکز باید لیست اسامی یک حجم نمونه تصادفی از جمعیت تحت پوشش را با محدوده زیر تعیین کنند:

- جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۱۰۰ نفر
- بین ۲۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۱۵۰ نفر
- بالای ۴۰۰۰۰ نفر تحت پوشش ، ۲۰۰ نفر
- روش نمونه گیری به ترتیب اولویت، از طریق کد ملی فرم سرشماری، کدپستی، بصورت خوشه ای یا پرونده خانوار با در نظر گرفتن حجم نمون مساوی در هر دو جنس و به تفکیک ۴ گروه های سنی، زیر ۱۸ سال، ۱۹ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال انجام گیرد.

سپس سرخوشه ها یا مراقبین سلامت با مراجعه به این افراد نیازهای سلامتی آنها را لیست می کنند (طبق فرم شماره ۴ الف) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنها تنظیم می کنند.

۲-۲- هماهنگی ثبت نیازها:

همانند سطوح محیطی روستایی است

۲-۳- اولویت بندی

همانند سطوح محیطی روستایی است

۲-۴- ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان

درصورت ورود برنامه نیازسنجی سلامت جامعه به سامانه سیب اولویتها در این سامانه قابل مشاهده خواهند بود تا آن زمان در صورت استفاده از نرم افزار نیازسنجی فایل الکترونیک نیازها به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.درصورت عدم استفاده از نرم افزار و استخراج اولویت ها به صورت دستی ، لیست اولویت بندی شده نیازها از مرکز خدمات جامع سلامت شهری به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. (فرم شماره ۷)

۳- مرکز بهداشت شهرستان

وظایف مرکز بهداشت شهرستان شامل تشکیل کارگروه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت شهرستان، تشکیل زیرگروه فنی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، تحلیل اولویتهای نیازهای سطوح محیطی، تجمیع اولویت های ارسالی از مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک واحدهای کارشناسی مرکز بهداشت شهرستان و به تفکیک مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت، مشارکت در طراحی مداخلات سطوح محیطی، تایید و نظارت بر اجرای مداخلات انجام شده توسط سطوح محیطی می باشد.

۳-۱- تحلیل اولویت اول نیازها و مشارکت در طراحی مداخلات سطوح محیطی و نظارت بر حسن انجام آن:

در این سطح، ابتدا اولویتها توسط دبیر کارگروه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت شهرستان دسته بندی شده و *اولویت هایی که بیشترین فراوانی را بر اساس دیتا های سطوح محیطی (شهر و روستا) دارد*، به عنوان اولویت به واحد تخصصی در سطح شهرستان ارجاع می دهد تا مداخله مورد نیاز آن، توسط واحد تخصصی مرکز بهداشت شهرستان با همکاری سطوح محیطی ذیربط انجام شود.

حال اگر در تعامل انجام شده، تشخیص داده شود که فعالیتی امکان مداخلات لازم برای آن نیاز در سطوح محیطی را ندارد، برای اجرا به سطح دانشگاه ارجاع داده می شود. بدیهی است این نیاز از فهرست اولویت سطوح محیطی خارج نشده و در برنامه ریزی مداخلات فعالیت های هر سطح در برنامه مشخص می شود. در صورت اجرایی بودن مداخله در سطوح محیطی، آنها می توانند با تحلیل های انجام شده و از بین عوامل موثر، مورد یا موارد خاصی را انتخاب و برای آن مداخله مشارکتی با همکاری مرکز بهداشت شهرستان طراحی نموده و یک یا چند مداخله را تحت نظارت واحد مربوطه در شهرستان عملیاتی کنند. (نمای گردش کار ۱)

۳-۲- ارسال اولویتهای سطوح محیطی و سطح شهرستان به دانشگاه

در مرحله آخر تمامی نیازهای ارسالی سطوح محیطی به همراه فهرست اولویتهای تایید شده آنها و اولویتهای شهرستان به دانشگاه ارسال می گردد.

۴- معاونت بهداشت دانشگاه /دانشکده

وظایف معاونت بهداشت دانشکده / دانشگاه شامل تشکیل زیرگروه فنی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، تحلیل اولویتهای نیاز سطوح شهرستانی، مشارکت در طراحی مداخلات سطوح شهرستانی، نظارت برای مداخلات انجام شده توسط سطوح شهرستانی و تجمیع اولویت بندی شهرستان ها به منظور انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک گروههای کارشناسی ستاد معاونت بهداشت دانشگاه /دانشکده به تفکیک مرکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت می باشد.

۴-۱- تحلیل اولویت و مشارکت در طراحی مداخلات سطوح شهرستان و نظارت بر حسن انجام آن:

در این سطح، ابتدا اولویتها توسط دبیر کارگروه نیازسنجی سلامت دانشگاه / دانشکده دسته بندی شده *و اولویت هایی که بیشترین فراوانی را در شهرستانهای تحت پوشش دارند*، بعنوان اولویت دانشگاه / دانشکده به گروه تخصصی ارجاع می دهد تا مداخله مورد نیاز آن توسط گروه تخصصی معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده با همکاری سطوح شهرستان و محیطی انجام می شود.

حال اگر در تعامل انجام شده، تشخیص داده شود که فعالیت هایی برای آن نیاز، امکان اجرا برای سطوح شهرستانی را ندارد، برای سطح مداخله آن تصمیم گرفته شده و یا در سطح دانشگاه / دانشکده مانده یا در صورت عدم امکان اجرای فعالیت برای اجرا به سطح وزارت ارجاع داده می شود. بدیهی است این نیاز از فهرست اولویت سطوح شهرستانی خارج نشده و در برنامه ریزی مداخلات فعالیت های هر سطح در برنامه مداخلات مشخص می شود در صورت اجرایی بودن مداخله در سطوح شهرستانی، آنها می توانند با تحلیل های انجام شده و از بین عوامل موثر، مورد یا موارد خاصی را انتخاب و برای آن مداخله مشارکتی با همکاری معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده طراحی نموده و یک یا چند مداخله را تحت نظارت گروه مربوطه در دانشگاه / دانشکده عملیاتی کنند. (نمای گردش کار ۳)

۴-۲- ارسال اولویتهای دانشگاه به وزارت

اولویت اول واحد های ستادی معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده به تفکیک مرکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت به وزارتخانه ارسال می گردد.

۵- معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وظایف معاونت بهداشت وزارت شامل تشکیل زیرگروه فنی و کارگروه کشوری نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، طراحی مداخله برای اولویتهای ارجاع شده از سطح دانشگاه، مشارکت در اجرای مداخلات سطوح دانشگاهی، نظارت برای مداخلات انجام شده توسط سطوح دانشگاهی و اولویت بندی مجدد سایر نیازهای سطح دانشکده / دانشگاه برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک دفاتر و مراکز حوزه معاونت بهداشت وزارت است.

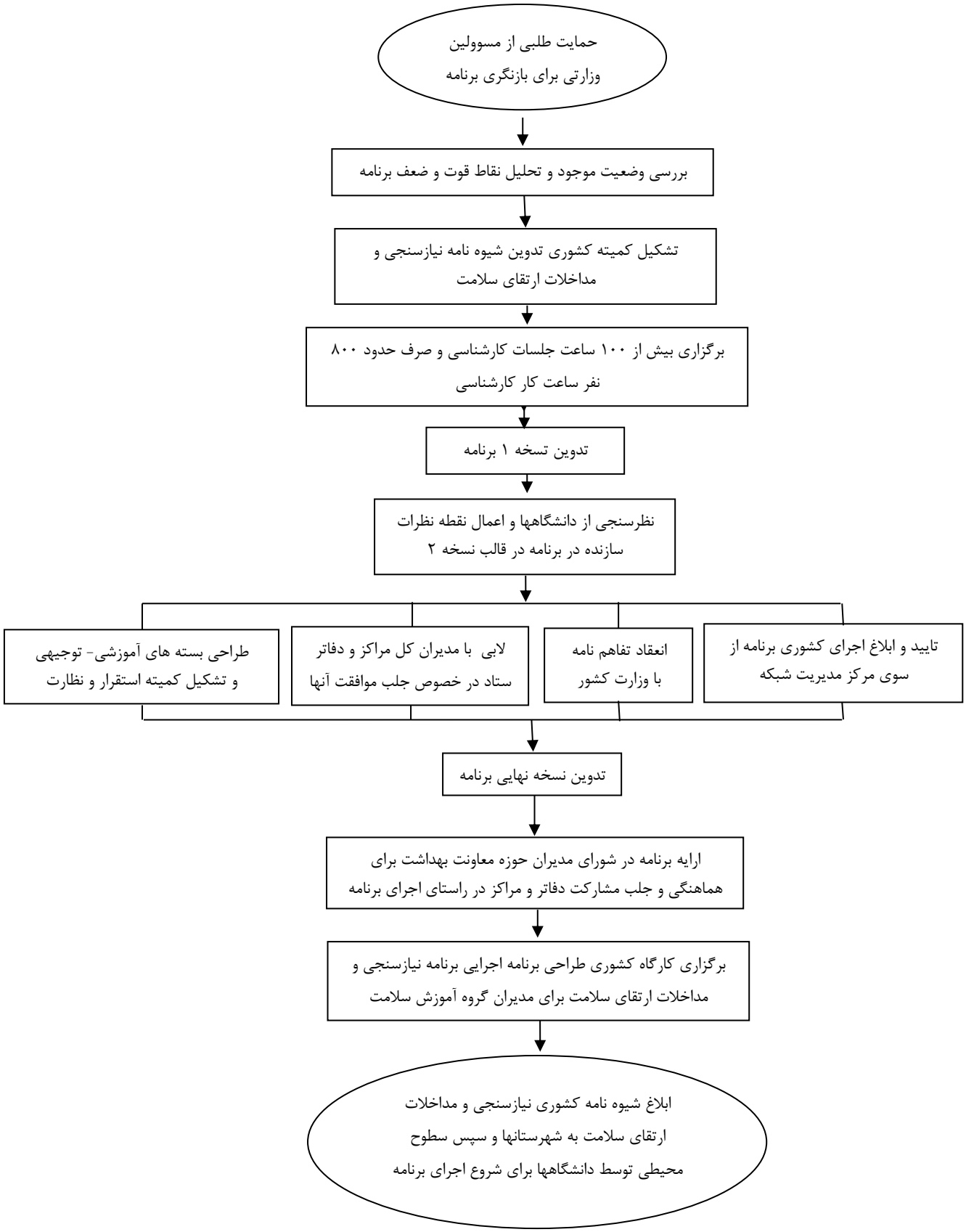
۵-۱- طراحی مداخله برای اولویتهای ارجاع شده از سطح دانشگاه و نظارت بر حسن انجام مداخلات در دانشگاهها:

در این سطح، ابتدا اولویتهای ارجاع شده از سطح دانشکده / دانشگاه توسط دبیر زیرگروه فنی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت وزارت دسته بندی شده و برای تحلیل و طراحی مداخله با مشارکت سطوح دانشگاهی به دفاتر یا مراکز ذیربط ارجاع داده می شود.

حال اگر در تعامل انجام شده، تشخیص داده شود که مداخلات لازم برای آن اولویت، نیاز به مشارکت سایر نهادها و سازمان ها دارد برای اجرا به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارجاع داده شده و توسط دفتر / مرکز مربوطه تا حصول نتیجه پیگیری می شود.

بدیهی است در صورت اجرایی بودن مداخله در سطح وزارتی، آنها می توانند با تحلیل های انجام شده و از بین عوامل موثر، مورد یا موارد خاصی را انتخاب و برای آن مداخله مشارکتی با همکاری معاونت بهداشت دانشگاههای اعلام کننده نیاز، طراحی نموده و یک یا چند مداخله را عملیاتی کنند.

پیوست ۱ : فرآیند اجرایی ابلاغ برنامه


حمایت طلبی از مسوولین
وزارتی برای بازنگری برنامه
بررسی وضعیت موجود و تحلیل نقاط قوت و ضعف برنامه
تشکیل کمیته کشوری تدوین شیوه نامه نیازسنجی و
مداخلات ارتقای سلامت
برگزاری بیش از ۱۰۰ ساعت جلسات کارشناسی و صرف حدود ۸۰۰
نفر ساعت کار کارشناسی
تدوین تسخه ۱ برنامه
نظرسنجی از دانشگاهها و اعمال نقطه نظرات
سازنده در برنامه در قالب نسخه ۲
تایید و ابلاغ اجرای کشوری برنامه از
سوی مرکز مدیریت شبکه
انعقاد تفاهم نامه
با وزارت کشور
لابی با مدیران کل مراکز و دفاتر
ستاد در خصوص جلب موافقت آنها
طراحی بسته های آموزشی- توجیهی
و تشکیل کمیته استقرار و نظارت
تدوین نسخه نهایی برنامه
ارایه برنامه در شورای مدیران حوزه معاونت بهداشت برای
هماهنگی و جلب مشارکت دفاتر و مراکز در راستای اجرای برنامه
برگزاری کارگاه کشوری طراحی برنامه اجرایی برنامه نیازسنجی و
مداخلات ارتقای سلامت برای مدیران گروه آموزش سلامت
ابلاغ شیوه نامه کشوری نیازسنجی و مداخلات
ارتقای سلامت به شهرستانها و سپس سطوح
محیطی توسط دانشگاهها برای شروع اجرای برنامه

پیوست ۲ : چارچوب ابلاغ و فرم ها

متن ابلاغ اعضای تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

بسمه تعالی

شماره :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ..... **تاریخ :**

جناب آقای/ سرکار خانم .....

با سلام و احترام

همانگونه که مستحضرید سلامتی محورتوسعه پایدار و لازمه ارتقاء استانداردهای زندگی می باشد و دراین راستا همکاری گروهی جهت یافتن و اولویت بندی کردن مشکلات سلامت جهت برنامه ریزی صحیح با هدف حل این مشکلات می تواند به افزایش بهره وری نظام سلامت کشور کمک کند. براین اساس مرکزخدمات جامع سلامت ...../خانه بهداشت ..... اقدام به تشکیل تیم نیازسنجی سلامت جامعه نموده است. بدیهی است فعالیت جمعی در این مورد موجب تعیین و تمرکز بر مشکلاتی که سلامتی را بیشتر تحت الشعاع قرار می دهند، می گردد. لذا نظر به شایستگی و علاقه مندی شما به مسائل بهداشت بدین وسیله به عضویت دراین تیم منصوب می گردید. امید است با استعانت از الطاف بی دریغ پروردگار یکتا این امر موجبات خدمات بهینه به جامعه را فراهم نماید.

با تشکر

.....

رئیس تیم نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت

متن دعوتنامه جلسات اعضای تیم نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی **شماره :**

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی ..... تاریخ :

مرکز بهداشت شهرستان .....

عضو محترم تیم نیاز سنجی و مداخلات ارتقاء سلامت.....

جناب آقای/ سرکار خانم.....

با سلام و احترام

نظر به عضویت شما در تیم نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت و با توجه به اینکه روند استخراج نیازهای سلامت منطقه طبق برنامه در حال اجراست، لذا بدین وسیله از شما دعوت بعمل می آید در اولین/ ..... جلسه تیم نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت که در تاریخ ..... از ساعت..... لغایت ..... در محل..... برگزار خواهد شد، شخصا شرکت فرمائید.

با تشکر

.....

رئیس تیم نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت

فرم شماره ۱

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم مشخصات اعضای شرکت کننده در جلسات تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

نام شهرستان ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت..... نام خانه بهداشت ..... تاریخ جلسه .....

ردیف	نام ونام خانوادگی	سمت		شماره تماس		امضاء
		محلی	اداری	ثابت	همراه	

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم شماره ۲

فرم تعیین نیاز های سلامت با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در تیم سلامت

نام شهرستان . ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت ..... نام خانه بهداشت ..... تاریخ جلسه: .....

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	منابع اخذ (استخراج) نیاز
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		
۱۷		
۱۸		
۱۹		
۲۰		

اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء

دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست نیازهای سلامت با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت درتیم سلامت

- ✓ این فرم قبل از تشکیل تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت درکلیه واحد های سطوح محیطی (مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت) جهت استخراج مشکلات سلامت **با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت** توسط هر یک از اعضای تیم تکمیل گردیده و سپس در جلسه تیم سلامت جمع بندی و اولویت بندی می گردد .
- ✓ درجدول نام واحد بهداشت (مرکز خدمات جامع سلامت / خانه بهداشت) که تیم سلامت در آن تشکیل شده ثبت می گردد.
- ✓ درقسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه ازجمله روز/ ماه/سال ثبت خواهدشد.
- ✓ درستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامت به ترتیب اولویت (با استفاده از فرم شماره ۳) و بر اساس آمار و شاخصها توسط اعضای تیم سلامت مطرح می شود، نوشته خواهد شد .
- ✓ درستون منابع اخذ (استخراج) نیاز: شاخص یا شاخص ها مثلا (درصد دفع غیر بهداشت زباله / درصد افراد دارای فشارخون بالا و.....) و درصورت نبود شاخص نظر کارشناسی / مشاهده / پسخوراند و ... ثبت خواهد شد .
- ✓ درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و درستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .

فرم شماره ۳

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم اولویت بندی مشکلات سلامت **با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت** در تیم سلامت

نام شهرستان ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت..... نام خانه بهداشت ..... تاریخ جلسه .....

ردیف	فهرست مشکلات سلامت با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت	شاخص فعلی مشکل (برنامه)	تعیین میزان اولویت مشکل						رتبه مشکل
			شیوع و فراوانی	شدت مشکل	فوریت مداخله	امکان مداخله	اثربخشی مداخله	جمع نمرات	
			۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵		

دستورالعمل تکمیل فرم اولویت بندی مشکلات سلامت تیم سلامت

۱. این فرم توسط اعضای تیم سلامت تکمیل خواهد شد .

۲. **در ستون ردیف:** از شماره یک تا بیست، بسته به تعداد مشکلات سلامت که به تصویب تیم سلامت واحد مربوطه رسیده ثبت می گردد.

۳. **در ستون لیست مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش :** اعضای تیم سلامت، فهرست مشکلات سلامت تعیین شده را لیست می کنند.

۴. **در ستون شاخص فعلی مشکل:** باتوجه به مشکل سلامت لیست شده، در صورت داشتن شاخص، آخرین شاخص آن را ثبت می کنند.

۵. **در ستون تعیین میزان اولویت مشکل :** مشکلات سلامت براساس معیارهای تعیین شده توسط تیم سلامت اولویت بندی می شوند . اعضای تیم سلامت باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتیب به کمترین تاثیر در بروز مشکل معیار نمره ۱ ، در صورتیکه معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره ۲ ، اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره ۳ ، اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره ۴ و اهمیت معیار مورد بررسی، خیلی زیاد باشد نمره ۵ را به آن اختصاص می دهند همچنین اعضای تیم می توانند علاوه بر معیار های مندرج در این ستون ها از معیار های دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی نوشته وبراساس ستون های قبلی امتیاز دهد.

۶. **در ستون جمع نمرات :** مجموع نمرات اعضا را در هر ردیف جمع بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می کنند .

۷. **در ستون رتبه مشکل:** با توجه به جمع نمرات هریک از مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش، مشکل سلامتی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول و بقیه براساس آن با توجه به تعداد مشکلات سلامت لیست شده رتبه بندی و رتبه مربوطه هرمشکل در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد .

❖ در بالای فرم شماره صفحه گذاشته شود زیرا ممکن است برای تکمیل به دو صفحه از فرم مربوطه مورد نیاز باشد. (حداکثر ۲۰ مشکل)

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم شماره ۴ الف

فرم پرسشگری از مشکلات سلامت مردم با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت

نام شهرستان . ..... نام مرکز بهداشت درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت ..... نام خانه بهداشت ..... تاریخ :.....

- **شما خودتان چه مشکلات سلامتی دارید؟**

- **در محل سکونت و زندگی (روستا / محله / شهر) شما چه مشکلات سلامتی وجود دارد؟**

- **به نظر شما چه شرایطی از نظر اجتماعی، سلامت شما را تهدید می کند؟(لطفا در حیطه های زیر اگر مشکلی هست بفرمایید:)**
  - اشتغال
  - سواد و فرهنگ (سطح سواد، زبان و لهجه رایج، اقلیت مذهبی و قومی، دسترسی به منابع معتبر سلامت، دسترسی به اینترنت)
  - بیمه درمانی و دسترسی به خدمات مورد نیاز سلامتی
  - مسکن و ملزومات زندگی (آب و برق و ...)
  - محیط زیست (آلودگی هوا، نخاله های ساختمانی، مواد شیمیایی و صنعتی و ...)
  - از نظر حمل و نقل
  - تهیه غذا (دسترسی به مواد غذایی، هزینه تامین غذای سالم و...)

- آسیب های اجتماعی (اعتیاد، مصرف مشروبات الکلی، دزدی، ناامنی، مزاحمت و ...)
- مراقبت و تربیت کودکان
- امکانات رفاهی محله (کتابخانه، پارک، سالن ورزشی و ...)

مشخصات دموگرافیک:

سفیر سلامت هستید: بله خیر رابط سلامت هستید؟ بله خیر

جنس: زن مرد

سن: .....

میزان تحصیلات: بی سواد خواندن و نوشتن ابتدائی متوسطه دیپلم حوزوی

کاردان لیسانس فوق لیسانس دکترا

شغل: خانه دار دانش آموز/دانشجو بازنشسته کشاورز/دامدار بیکار سرباز آزاد سایر .....

زبان: .....

قومیت: .....

نوع بیمه: .....

نحوه دسترسی به اطلاعات پزشکی مورد نیاز:

پایگاه سلامت/ خانه بهداشت اینترنت تلویزیون سایر.....

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم شماره ۴ ب

فرم تعیین نیاز های سلامت و اولویت بندی آنها با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت ، در تیم مسوولین و معتمدین

نام شهرستان . ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت ..... نام خانه بهداشت ..... تاریخ جلسه: .....

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		
۱۷		
۱۸		
۱۹		
۲۰		

اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء

فرم شماره ۴ ج

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم تعیین نیاز های سلامت و اولویت بندی آنها با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، در تیم سرخوشه ها

نام شهرستان ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت ..... نام خانه بهداشت ..... تاریخ جلسه: .....

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		
۱۷		
۱۸		
۱۹		
۲۰		

اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء

دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست و اولویت بندی نیازهای سلامت
در تیم مسوولین و معتمدین و تیم سرخوشه ها (فرم ۴ ب و ج)

- ✓ این فرم در زمان برگزاری جلسات آموزشی – توجیهی در اختیار اعضای تیم مسوولین و معتمدین و سرخوشه ها قرار داده می شود. آنها بر اساس مشکلات سلامتی که به آنها مراجعه شده و یا از مردم پرسشگری می کنند، فرم را تکمیل کرده و برای ارائه درجلسه تیم نیازسنجی سلامت جامعه، همراه خود می آورند تا پس از یکسان سازی و هماهنگی آنها، توسط اعضای هر تیم جمع بندی و اولویت بندی شود.
- ✓ درقسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه ازجمله روز/ ماه/سال ثبت خواهدشد.
- ✓ درستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامتی که اهالی منطقه به آنها مراجعه داشته و یا ذکر کرده اند را به ترتیب اولویت ثبت می کنند.
- ✓ درستون فراوانی: در این ستون فراوانی مراجعات و یا تعداد اهالی منطقه که آن مشکل را مطرح کرده اند را می نویسند.
- ✓ درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و در ستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم شماره ۵

فهرست و اولویت بندی مشکلات سلامت تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

نام شهرستان . ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت ..... نام خانه بهداشت ..... تاریخ جلسه:.....

ردیف	فهرست نیازهای سلامت **با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت**	رتبه اولویت در فهرست تیم			جمع رتبه اولویت	اولویت نهایی
		سلامت	مسوولین و معتمدین	سرخوشه ها		
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						

نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم سلامت	نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم مسوولین و معتمدین	نام و نام خانوادگی و امضای نماینده سرخوشه ها

فرم شماره ۶

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم گزارش لیست مشکلات سلامت با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطوح مراکز روستایی

نام شهرستان ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت..... تاریخ تنظیم .....

رتبه اولویت	مشکلات سلامت خانه بهداشت	مشکلات سلامت خانه بهداشت	مشکلات سلامت خانه بهداشت	مشکلات سلامت خانه بهداشت	مشکلات سلامت خانه بهداشت .....
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

فرم شماره ۷

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی .....

فرم گزارش لیست مشکلات سلامت با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت ، در مراکز شهری

نام شهرستان . ..... مرکز خدمات جامع سلامت ..... تاریخ جلسه:.....

رتبه اولویت	فهرست نیازهای سلامت
۱	
۲	
۳	
۴	
۵	
۶	
۷	
۸	
۹	
۱۰	
۱۱	
۱۲	
۱۳	
۱۴	
۱۵	
۱۶	
۱۷	
۱۸	
۱۹	
۲۰	

پیوست ۳ : فهرست استاندارد شده نیازها

عناوین پیشنهادی مشکلات بهداشتی

ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
۱ – سلامت خانواده							
۱	تاخیر در فرزندآوری در زوجین جوان	۱۵	مشکل تکاملی در کودکان	۲۹	دمانس و فراموشی در دوران سالمندی		
۲	پایین بودن نرخ باروری کلی	۱۶	مشکل شنوایی در کودکان	۳۰	بی‌اختیاری ادرار در دوران سالمندی		
۳	مراقبت های مادران باردار در زمان بحران کرونا	۱۷	اختلال رفتاری در کودکان	۳۱	اختلالات بینائی و شنوایی در دوران سالمندی		
۴	خونریزی غیرطبیعی در زنان	۱۸	کودکان مبتلا به کم کاری تیروئید	۳۲	افسردگی و اختلال خواب در دوران سالمندی		
۵	عفونت‌های آمیزشی	۱۹	کودکان نیازمند بررسی ازنظر ژنتیک	۳۳	کرونا و سالمندی		
۶	بالا بودن شاخص سزارین	۲۰	مشکل بینایی در کودکان	۳۴	سالمند آزاری و غفلت از سالمندان		
۷	وزن گیری نامطلوب در دوران بارداری	۲۱	اضافه‌وزن و چاقی در کودکان	۳۵	کم بودن غربالگری سرطان‌های شایع دوران میانسالی		
۸	سقط‌های غیرقانونی و عوارض آن	۲۲	عفونت ادراری در کودکان	۳۶	کم‌تحرکی در میانسالان		
۹	رابطه جنسی نامناسب زوجین در دوران شیوع کرونا	۲۳	اضطراب کودکان در دوران کرونا	۳۷	مشکلات دوران یائسگی		
۱۰	تک‌فرزندی	۲۴	بالا بودن میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال به علت حوادث و سوانح	۳۸			
۱۱	کرنیکتروس (عقب ماندگی ذهنی ناشی از زردی نوزادی)	۲۵	سالمندان تنها				
۱۲	بالا بودن میزان مرگ نوزادان	۲۶	عدم استفاده از مکمل‌ها در سالمندان				
۱۳	مشکلات شنوایی در نوزادان	۲۷	سقوط و عدم تعادل در دوران سالمندی				
۱۴	دور سر غیرطبیعی (ماکروسفالی)	۲۸	مشکلات گوارشی در دوران سالمندی				

عناوین پیشنهادی مشکلات بهداشتی

ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
۲- بیماری‌های واگیر							
۱	کووید ۱۹	۱۶	آنفلوانزا، پنومونی	۳۱	سرخجه	۴۶	
۲	حیوان گزیدگی (هاری و ...)	۱۷	سل	۳۲	سیاه‌سرفه	۴۷	
۳	مالاریا	۱۸	هپاتیت ث (C)	۳۳	عدم تکمیل دوره واکسیناسیون در کودکان/ بزرگسالان	۴۸	
۴	سالک، کالاآزار	۱۹	آبله مرغان	۳۴	وبا	۴۹	
۵	تب‌های خونریزی دهنده	۲۰	اوریون	۳۵	هپاتیت ای (E)	۵۰	
۶	بیماری‌های منتقله از راه ناقلین	۲۱	مسمومیت‌های غیر غذایی	۳۶	عدم رعایت پروتکل‌های بهداشتی در خصوص بیماری‌های حاد تنفسی و کووید ۱۹	۵۱	
۷	تب مالت	۲۲	بیماری‌های پوستی	۳۷	فلج اطفال	۵۲	
۸	بیماری‌های اسهالی و منتقله از راه آب و غذا	۲۳	شپش، گال و کچلی	۳۸	cchf	۵۳	
۹	بیماری‌های انگلی دستگاه گوارش	۲۴	منتژیت	۳۹	التور	۵۴	
۱۰	مسمومیت‌های غذائی	۲۵	عفونت‌های بیمارستانی	۴۰	تیفوئید	۵۵	
۱۱	هپاتیت آ	۲۶	بوتولیسم	۴۱	تب راجعه	۵۶	
۱۲	عفونت‌های دستگاه تناسلی زنان	۲۷	پیشگیری از گزش جانوران زهری (مار و عقرب گزیدگی)	۴۲	کیست هیداتید	۵۷	
۱۳	بیماری‌های آمیزشی	۲۸	سیاه زخم	۴۳	مشمشه	۵۸	
۱۴	هپاتیت ب	۲۹	شیگلوز	۴۴	بیماری‌های نوپدید و باز پدید	۵۹	
۱۵	ایدز و اچ آی وی	۳۰	سرخک	۴۵		۶۰	

عناوین پیشنهادی مشکلات بهداشتی

ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
۳ – بیماری‌های غیرواگیر						۴- تغذیه	
۱	فشارخون بالا	۱۶	سرطان دهانه رحم	۳۱	روماتیسم مفصلی	۱	کمبود ویتامین D
۲	بیماری قلبی عروقی/ سکته قلبی و مغزی	۱۷	سرطان تخمدان	۳۲	مسمومیت با سرب	۲	مصرف بیش از حد فست فودها
۳	کم تحرکی	۱۸	سرطان پروستات	۳۳	رماتیسم	۳	تغذیه نامناسب در دانش آموزان
۴	دیابت	۱۹	سرطان بیضه	۳۴	فاویسم	۴	مصرف نادرست مکمل‌ها در کودکان زیر ۲ سال
۵	هیپوتیروئیدی نوزادان	۲۰	سرطان پوست	۳۵	اختلالات بینایی	۵	سوء تغذیه در گروه‌های سنی مختلف
۶	اختلالات تیروئید/ گواتر	۲۱	سرطان دستگاه تنفس	۳۶	اختلالات شنوایی	۶	مصرف ناکافی سبزی و میوه‌جات
۷	نارسایی مزمن کلیه	۲۲	سرطان پستان	۳۷	سوانح و حوادث ترافیکی	۷	کم‌خونی فقر آهن
۸	بیماری‌های ژنتیکی مثل تالاسمی و SMA PKUو هموفیلی و فاویسم و سندرم داون و ...	۲۳	سرطان دستگاه گوارش (مری، معده، روده بزرگ و ...)	۳۸	سوانح و حوادث خانگی	۸	اضافه وزن / چاقی
۹	آلزایمر (بیماری فراموشی)	۲۴	سرطان مغز و سیستم عصب	۳۹		۹	مصرف روغن‌های جامد و حیوانی
۱۰	آسم	۲۵	سرطان خون	۴۰		۱۰	مصرف زیاد نمک، شکر و روغن
۱۱	اختلالات چربی خون	۲۶	سرطان مثانه	۴۱		۱۱	اختلالات ناشی از کمبود ید
۱۲	بیماری‌های مزمن تنفسی	۲۷	آرتروز	۴۲		۱۲	مصرف بی‌رویه نوشیدنی‌های گازدار
۱۳	سردرد / میگرن	۲۸	مشکلات اسکلتی (کیفوز، اسکولیوز، لوردوز و ...)	۴۳		۱۳	الگوی نامناسب تغذیه‌ای در پیشگیری و درمان کووید ۱۹
۱۴	هموفیلی	۲۹	کمردرد	۴۴		۱۴	مصرف نمک دریا و دیگر نمک‌های غیراستاندارد
۱۵	سیکل سل	۳۰	پوکی استخوان	۴۵		۱۵	مصرف ناکافی شیر و فراورده‌های آن
						۱۶	باورهای غلط تغذیه‌ای
						۱۷	کمبود سایر ریزمغذی‌ها (ویتامین A و...)
						۱۸	عدم مصرف صحیح مکمل در گروه‌های سنی
						۱۹	کمبود روی در کودکان
						۲۰	دیس لیپیدمی

عناوین پیشنهادی مشکلات بهداشتی

ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
			۵- بهداشت محیط				۶- بهداشت حرفه‌ای
۱	آب آشامیدنی ناسالم	۱۶	دفع غیربهداشتی فاضلاب خانگی	۳۱	انجام مداخلات پزشکی در آرایشگاه	۱	پایین بودن سطح بهداشت کارگاه‌ها
۲	آب آشامیدنی با کلر بالا	۱۷	دفع غیربهداشتی فاضلاب غیرخانگی	۳۲		۲	استفاده بیش از حد از سموم در کشاورزی
۳	آب آشامیدنی با کلر پایین	۱۸	دفع غیربهداشتی پسماند (زباله)	۳۳		۳	بیماری‌های شغلی
۴	سالم سازی نکردن سبزی‌ها	۱۹	دفع غیربهداشتی فضولات حیوانی	۳۴		۴	عدم استفاده از وسایل حفاظت فردی
۵	رعایت ضعیف اصول بهداشت مواد غذایی	۲۰	وجود توالت‌های غیربهداشتی	۳۵		۵	فرسودگی شغلی
۶	وجود دست‌فروشان مواد غذایی	۲۱	دفع غیربهداشتی پسماندهای عفونی	۳۶		۶	حوادث ناشی از کار
۷	کشتار غیرمجاز دام و عدم رعایت بهداشت در کشتارگاه‌ها	۲۲	وجود دامداری‌ها در محدوده شهری	۳۷		۷	عدم توجه کشاورزان به برنامه بهداشت کشاورزان
۸	وجود کارگاه‌های غیرمجاز مواد غذایی	۲۳	وجود جایگاه عرضه دام زنده (گوسفند و مرغ) در محدوده شهر	۳۸		۸	عدم توجه به ایمنی استخرهای کشاورزی
۹	آبیاری مزارع با فاضلاب خام	۲۴	سگ‌های ولگرد	۳۹		۹	مضرات مواجهه با صدای بیش از حد در محیط کار
۱۰	عدم استفاده از وسایل شخصی در آرایشگاه‌ها	۲۵	وجود جانوران موذی	۴۰		۱۰	مشکلات اسکلتی ناشی از کار با کامپیوتر
۱۱	عوارض اشعه‌های مغناطیس ناشی از تلفن همراه	۲۶	بهداشت ضعیف مساجد	۴۱		۱۱	اختلالات اسکلتی عضلانی ناشی از کار
۱۲	شیوع بالای مصرف دخانیات (سیگار، قلیان)	۲۷	نامناسب بودن نان مصرفی خانوارها	۴۲		۱۲	مضرات مواجهه با پرتوها در محیط کار
۱۳	وجود واحدهای غیرمجاز عرضه و استعمال قلیان	۲۸	وجود مواد غذایی بسته‌بندی فاقد مشخصات در سطح عرضه	۴۳		۱۳	مضرات مواجهه با عوامل شیمیایی در محیط کار
۱۴	آلودگی هوا	۲۹	نگهداری دام و حیوانات خانگی در منازل شهری	۴۴		۱۴	
۱۵	تخریب محیط زیست	۳۰	استفاده از نان‌های کپک‌زده جهت خوراک دام	۴۵		۱۵	

عناوین پیشنهادی مشکلات بهداشتی

ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
۷ – سلامت روان				**۸ – سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس**			
۱	اختلالات رفتاری دانش آموزان (شب ادراری-لکنت زبان-ناخن جویدن-پرخاشگری، بیش فعالی)	۱۶	وسواس	۱	نامناسب بودن بهداشت فردی در مدارس	۱۴	پایین بودن مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان
۲	استرس و اضطراب	۱۷		۲	عدم دسترسی به آب گرم در مدارس	۱۵	کچلی
۳	اختلالات خلقی (افسردگی، دوقطبی و ...)	۱۸		۳	اختلالات اسکلتی در دانش آموزان	۱۶	سوانح و حوادث در نوجوانان
۴	عقب ماندگی ذهنی	۱۹		۴	بهداشت نامناسب محیط مدارس	۱۷	حوادث غیرعمدی در نوجوانان
۵	صرع	۲۰		۵	غیر ایمن بودن ساختمان مدارس	۱۸	غیر ارگونومی بودن تجهیزات مدارس
۶	سوء مصرف مواد (مواد مخدر-محرک – نیروزا)	۲۱		۶	قرار گرفتن مدارس در کنار جاده‌ها	۱۹	استعمال دخانیات و سوء مصرف مواد در نوجوانان و جوانان
۷	اختلالات جنسی زناشویی	۲۲		۷	استرس دانش آموزان درخصوص آموزش مجازی مدارس در زمان کرونا	۲۰	آسیب‌های ناشی از استفاده نامناسب از فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان و جوانان
۸	دمانس	۲۳		۸	روابط جنسی محافظت نشده در نوجوانی و جوانی		
۹	انگ اجتماعی	۲۴		۹	بلوغ زودرس و دیررس در دانش آموزان پسر		
۱۰	آسیب‌های ناشی از استفاده نامناسب از فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی	۲۵		۱۰	بلوغ زودرس و دیررس در دانش آموزان دختر		
۱۱	اوتیسم	۲۶		۱۱	اضافه‌وزن و چاقی در نوجوانان و جوانان		
۱۲	تاثیر منفی کووید ۱۹ بر سلامت روان	۲۷		۱۲	کم‌تحرکی در نوجوانان و جوانان		
۱۳	اختلالات روان در میانسالان (اختلالات جنسی، خواب، سوگ و ...)	۲۸		۱۳	سوانح و حوادث در نوجوانان و جوانان		

عناوین پیشنهادی مشکلات بهداشتی

ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
۹ – بهداشت دهان و دندان		**۱۰- بلایا**		**۱۱- دارو**			
۱	پوسیدگی دندان دانش آموزان	۱	ایمنی پائین ساختمان‌ها	۱	مصرف خودسرانه دارو	۱	
۲	پوسیدگی دندان‌های شیری	۲	بلایای طبیعی (سیل، زلزله، آتش‌سوزی، تندباد و توفان، برف و کولاک؛ رعد برق)	۲	نگهداری و تداخلات دارویی	۲	
۳	بهداشت نامناسب دهان و دندان در همه سنین	۳	غرق شدگی	۳	مصرف نادرست کنتراسپتیو ها	۳	
۴	پوسیدگی دندان	۴	مسمومیت	۴	مراقبت و دارو درمانی نامناسب پس از تلقیح واکسن	۴	
۵	بیماری‌های لثه	۵	برق گرفتگی، سوختگی	۵	تجویز غیرمنطقی دارو توسط پزشکان	۵	
۶	شیوع بالا بیماری‌های دهان و دندان در زنان باردار	۶	غیر ایمن بوده واحدهای ارائه دهنده خدمت	۶	تهیه داروهای فاقد مجوز از مراکز غیرمجاز از قبیل باشگاه‌های بدنسازی و عطاری‌ها	۶	
۷		۷	پایین بوده سطح آگاهی و آمادگی خانوار در هنگام مواجهه با بلایا و بحران	۷		۷	
۸		۸	عدم رعایت کافی استانداردهای ایمنی سازه‌ای و غیر سازه‌ای اماکن حیاتی، حساس و مهم	۸		۸	
۹		۹		۹		۹	
۱۰		۱۰		۱۰		۱۰	
۱۱		۱۱		۱۱		۱۱	

عناوین پیشنهادی تعیین کننده های اجتماعی سلامت

ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
۱	بیکاری و یا روز مزد	۱۸	شیوع بالای اعتیادبه مواد مخدر در محله	۳۵	مشاجرات و اختلافات خانوادگی		
۲	فقر و یا درآمد کم	۱۹	شیوع بالای مصرف الکل در محله	۳۶	داشتن سابقه در زندان، بازداشتگاه یا کانون اصلاح و تربیت (خود و یا یکی از اعضای خانواده)		
۳	گرانی اجاره مسکن	۲۰	بالا بودن مشاجرات خیابانی	۳۷	خیانت		
۴	عدم دسترسی به خدمات گرم خانه/ اسکان موقت/ پناهگاه	۲۱	نداشتن جاده مناسب	۳۸	طلاق (قانونی، عاطفی)		
۵	موقعیت محل سکونت در حاشیه شهر	۲۲	ناکافی بودن روشنایی معابر	۳۹	پایین بودن مهارت های زندگی (مدیریت رابطه، مدیریت مالی و ...)		
۶	نداشتن آب و برق و گاز	۲۳	نداشتن پارک و امکانات تفریحی	۴۰	پایین بودن مهارت‌های فرزندپروری		
۷	قطع مکرر آب، برق و گاز	۲۴	نداشتن فضای مناسب برای پیاده روی	۴۱	درک ناکافی از دستورات پزشکی برای مراقبت از خود		
۸	گرانی مواد غذایی	۲۵	دور بودن از وسایل حمل و نقل عمومی	۴۲	نداشتن شرایط ازدواج برای جوانان مثل شغل و مسکن		
۹	گرانی داروهای مورد نیاز	۲۶	کمبود یا نداشتن باشگاه ورزشی	۴۳	گرد و غبار ، آلودگی هوا		
۱۰	نگرانی برای تامین غذای کافی	۲۷	محل تخلیه زباله، نخاله های ساختمانی و مواد شیمیایی و صنعتی	۴۴	آب و هوای نامناسب (بسیار گرم/بسیار سرد)		
۱۱	نداشتن بیمه درمانی و یا تکمیلی	۲۸	عدم دسترسی به مراکز ارایه خدمات بهداشتی و درمانی				
۱۲	عدم حمایت از خانواده های کم درآمد	۲۹	نداشتن بستر ارتباطی و اطلاع رسانی مناسب (مثل نداشتن اینترنت)				
۱۳	بی سواد و یا سطح سواد پایین	۳۰	نداشتن مراکز و کلاس های آموزشی/ فرهنگی/هنری				
۱۴	مانع زبان و یا لهجه	۳۱	داشتن معلولیت				
۱۵	اقلیت مذهبی و قومی	۳۲	سابقه خودکشی				
۱۶	ناامنی منطقه محل سکونت (دزدی، باج گیری)	۳۳	کودک آزاری				
۱۷	پاتوق افراد بی خانمان در منطقه	۳۴	همسر ازاری و خشونت				

پیوست ۴: شاخص های برنامه نیازسنجی سلامت جامعه

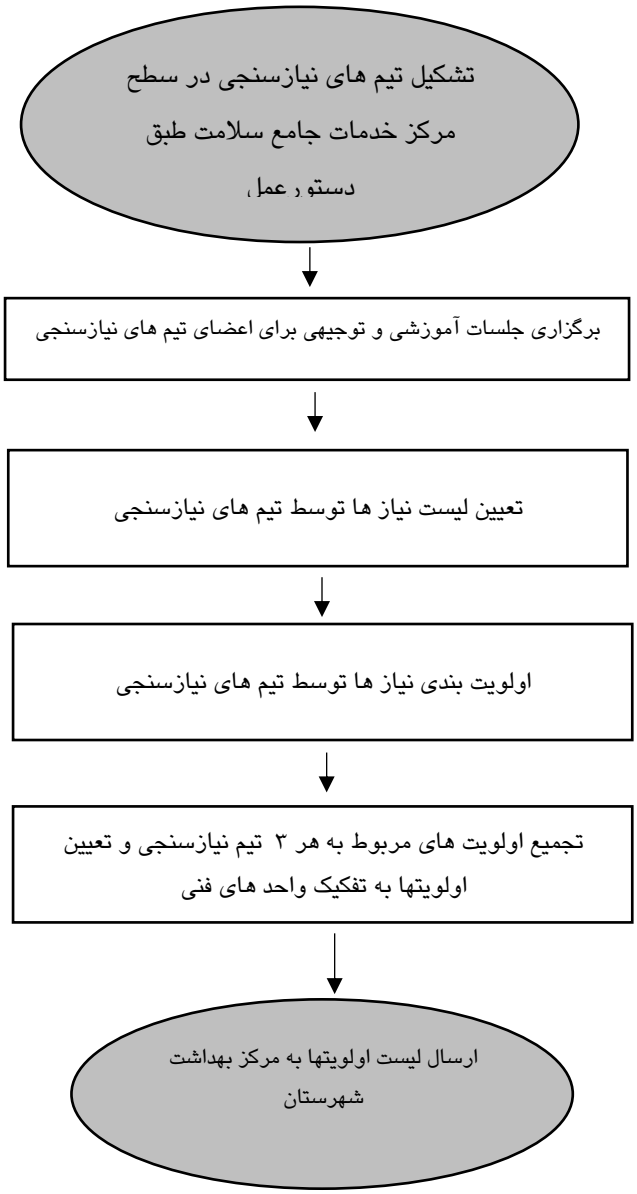
شاخص های برنامه نیازسنجی سلامت جامعه

برنامه	عنوان شاخص	شاخص (٪)
اجرا و گزارش نیازسنجی سلامت	درصد خانه های بهداشتی که برنامه نیازسنجی را انجام داده اند(تعداد خانه های بهداشتی که برنامه نیازسنجی را انجام داده اند به تعداد کل خانه های بهداشت)	
	درصد مراکز خدمات جامع سلامت شهری که برنامه نیازسنجی را انجام داده اند(تعداد مراکز خدمات جامع سلامت شهری که برنامه نیازسنجی را انجام داده اند به تعداد کل مراکز خدمات جامع سلامت شهری)	
	درصد مراکز بهداشت شهرستان که برنامه نیازسنجی سلامت جامعه را انجام داده اند[تعداد مراکز بهداشت شهرستان که اولویت گروه های تخصصی را استخراج کرده اند به تعداد کل مراکز بهداشت شهرستان]	
	درصد دانشگاه هایی که برنامه نیازسنجی سلامت جامعه را انجام داده اند[تعداد دانشگاه هایی که اولویت گروه های تخصصی را استخراج کرده اند به تعداد کل دانشگاه ها]	

پیوست ۵ : نمای گردش کار برنامه

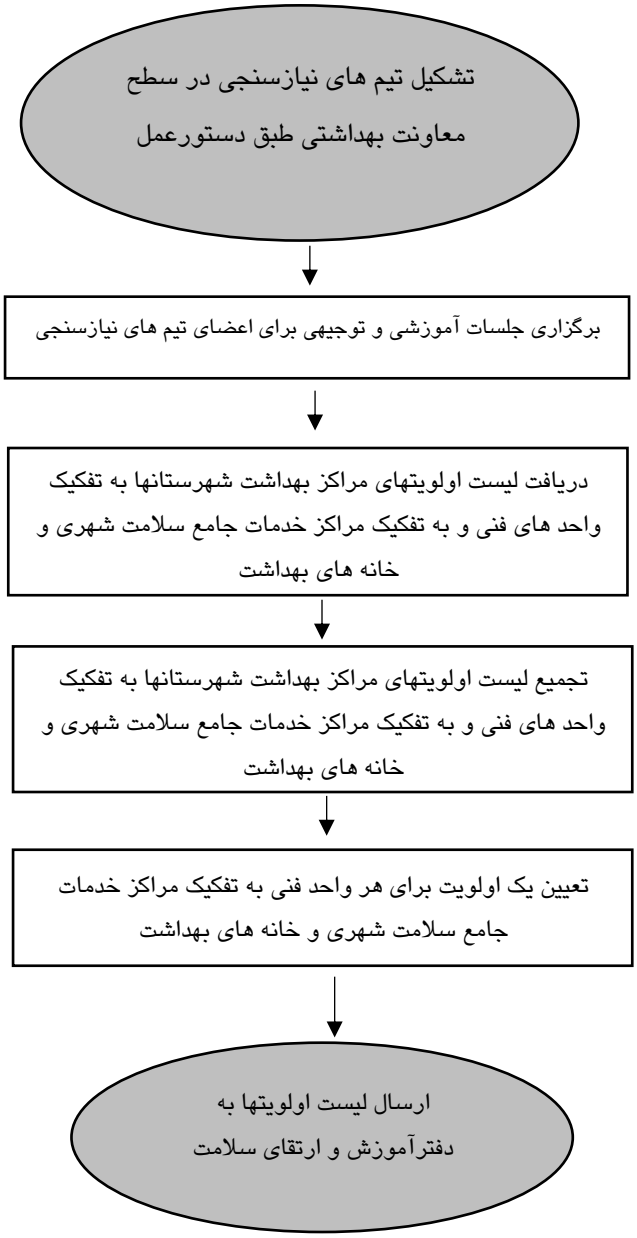
نمای گردش کار ۱: فرایند اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه در سطح خانه های بهداشت

نمای گردش کار ۲: فرایند اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت

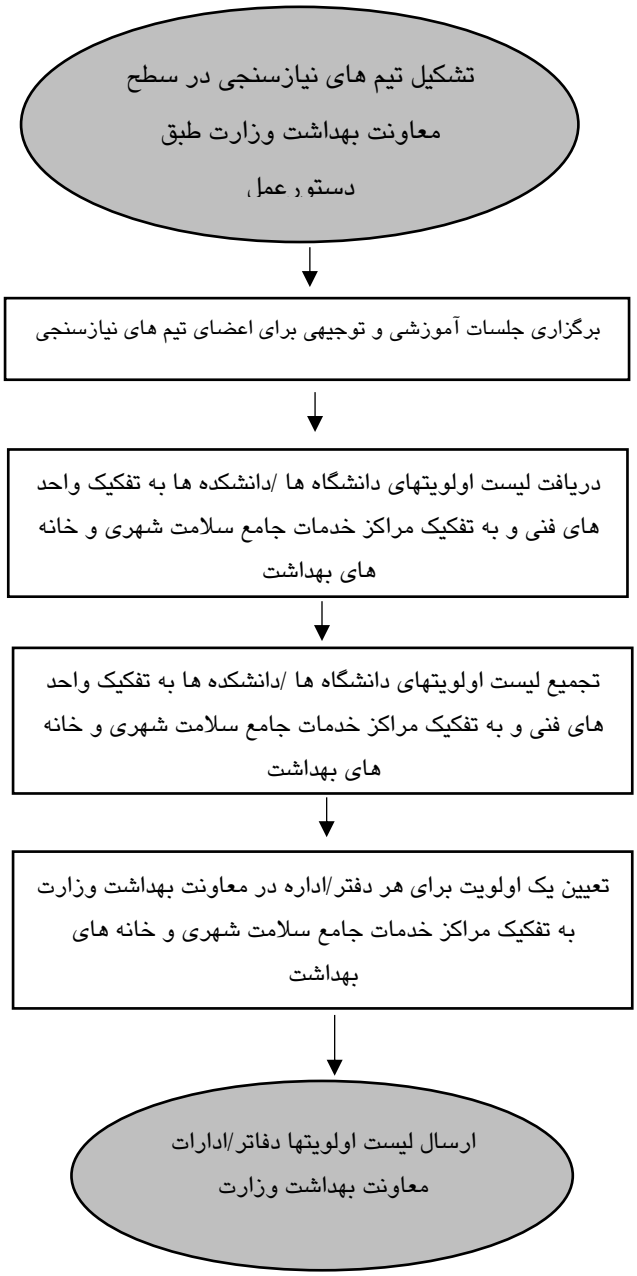


نمای گردش کار ۳: فرایند اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه درسطح مرکز بهداشت شهرستان

نمای گردش کار ۴: فرایند اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه درسطح معاونت بهداشتی



نمای گردش کار ۵: فرایند اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه در معاونت بهداشت وزارت



فاز دوم:

دستورالعمل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت

دستورالعمل اجرای مداخلات ارتقای سلامت (فاز دوم برنامه)

شرح وظایف تیم/زیرگروه فنی/ کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف

۱. مداخلات ارتقای سلامت در سطح مرکز خدمات جامع سلامت

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

- برگزاری جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت
- تدوین برنامه ارتقا سلامت شامل بخش‌های زیر:
  ۱. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری) برای اولویت شماره ۱
  ۲. اولویت‌بندی علل رفتاری و انتخاب ۳ علت رفتاری اولویت‌دار
  ۳. اولویت‌بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار
  ۴. تدوین اهداف کلی و اختصاصی
  ۵. تدوین فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی
  ۶. ارسال برنامه تدوین شده به سطح بالاتر و دریافت تاییدیه
- دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (طی بازه زمانی ۳ ماهه برای انجام نیازسنجی)
- تشکیل جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها با فاصله حداکثر ۲ 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
- ار سال فعالیت هایی که قابلیت اجرا در سطح مرکز خدمات جامع سلامت ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهم‌نامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان

۲. مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت)

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

- تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت
- تدوین برنامه ارتقا سلامت شامل بخش‌های زیر:
  ۱. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری) برای اولویت شماره ۱
  ۲. اولویت‌بندی علل رفتاری و انتخاب ۳ علت رفتاری اولویت‌دار
  ۳. اولویت‌بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار
  ۴. تدوین اهداف کلی و اختصاصی
  ۵. تدوین فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی
  ۶. ارسال برنامه تدوین شده به سطح بالاتر
- دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (طی بازه زمانی ۳ ماهه برای انجام نیازسنجی)
- تشکیل جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها با فاصله حداکثر ۲ 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 فعالیتهایی 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

۳. مداخلات ارتقای سلامت در سطح شهرستان

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 فعالیت هایی 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

زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان:

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 مداخله ای 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 (۶ 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:

۴– مداخلات ارتقای سلامت استان (معاونت بهداشت دانشگاه/ مرکز بهداشت استان)

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 فعالیت هایی 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 ۶ 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 فعالیت هایی 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

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
- تعیین عناوین با بیشترین فراوانی (به تفکیک مراکز و خانه‌های بهداشت) مربوط به هر واحد فنی و اعلام به آن واحد
- تدوین برنامه مداخله ای مربوط به عنوان با بیشترین فراوانی توسط واحد مربوطه
- پایش و نظارت بر اجرای مداخلات ارتقای سلامت در حال اجرا
- ارزشیابی میان دوره (۶ 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.

۵– کارگروه مداخلات ارتقای سلامت وزارت

شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت وزارت:

- 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 وزارت:

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.

تدوین، بررسی، اصلاح و تایید برنامه عملیاتی:

در این مرحله لازم است اقدامات زیر انجام گردد:

۱- تیم مداخله، اقدام به تدوین برنامه عملیاتی مداخلات طبق فرم شماره ۳ و ۴ (شامل هدف کلی، اهداف اختصاصی، استراتژی و فعالیت‌ها) نمایند.

۲-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.

۳-پس از بررسی و اصلاح برنامه عملیاتی و ابلاغ آن از طرف مرکز بهداشت شهرستان به مراکزخدمات جامع سلامت و خانه‌های بهداشت، 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.

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 هر ۲ ماه 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.**

گزارش برنامه:

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

۱- **فرم گزارش دهی مداخلات ارتقای سلامت از شهر ستان (جداول ۱ تا ۵) طبق زمان‌بندی به مرکز بهدا شت استان ارسال گردد.**

۲- 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.

$$\text{درصد پیشرفت برنامه (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری)} = \frac{\text{تعداد فعالیت‌های اجرا شده}}{\text{کل فعالیت‌های پیش بینی شده}} \times ۱۰۰$$

آئین‌نامه فعالیت‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

۱. برنامه نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح کشوری هر ۲ سال یک‌بار در ۳ مرحله انجام می شود. ۳ ماه اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه، ۳ ماه برنامه‌ریزی برای مداخلات و یک سال و نیم اجرای مداخلات ارتقای سلامت. با توجه به شرایط موجود و تأثیر کووید ۱۹ بر روند اجرای برنامه تصمیم بر آن شد که سال ۱۴۰۱ مداخلات ارتقای سلامت انجام شود **و ابتدای سال ۱۴۰۳ به صورت هماهنگ دور جدید برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت انجام گیرد.**

۲. 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.

۳. معاون بهداشت هر دانشگاه که به عنوان رئیس کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت آن دانشگاه نیز محسوب می شود نسبت به صدور ابلاغ برای اعضاء کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت دانشگاه (مطابق با ترکیب اعضاء مشخص شده دستورالعمل) و نیز صدور ابلاغ انتصاب مدیر شبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان به عنوان رئیس کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت شهرستان اقدام می‌نماید.

۴. مدیر شبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان نیز موظف به صدور ابلاغ انتصاب اعضاء کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت شهرستان و انتصاب روسای مراکز خدمات جامع سلامت به عنوان رئیس کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت تحت نظر ایشان می‌نماید.

۵. جلسات کارگروه مداخلات ارتقای سلامت هریک از سطوح با حضور حداقل دو سوم اعضاء رسمیت می‌یابد.

۶. 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.

۷. حضور رئیس و دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف در کلیه جلسات الزامی است.

۸. 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.

۹. 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.

۱۰. تمام فرم‌ها و مستندات مورد استفاده در برنامه مداخلات ارتقای سلامت می‌بایست در محل کار دبیر در تمام سطوح بایگانی گردد.

۱۱. 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.

۱۲. هر یک از گروه‌های فنی در سطح شهرستان ضمن بررسی برنامه تدوین شده مربوط به سطوح محیطی مواردی را که نیاز به اصلاح داشته یا میتوان به برنامه برای اجرا در سطوح محیطی اضافه نمود در برنامه وارد می نمایند.

۱۳. واحدهای ستادی در مرکز بهداشت شهرستان می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند و جهت دریافت تاییدیه برنامه مذکور را به ستاد معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده ارسال کنند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی با شد که در سطح شهرستان قابل پیگیری هستند.

۱۴. واحدهای ستادی در معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح دانشگاه/دانشکده قابل پیگیری هستند.

۱۵. دفاتر و مراکز وزارت بهداشت می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی با شد که در سطح وزارت قابل پیگیری هستند.

فرم‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

فرم شماره ۱

تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت‌دار

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

مشکل 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 ...)

ردیف	علل کلی	عوامل ایجادکننده	رفتاری	غیر رفتاری/ SDH
۱				
۲				
۳				

*در صورت نیاز می توانید ردیف های فرم فوق را افزایش دهید

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۱ (تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت‌دار)

۱. فرم شماره ۱ جهت تعیین عوامل ایجاد کننده برای هر اولویت بهداشت و نیز تعیین علل رفتاری و غیر رفتاری به وجود آورنده مشکل است.
۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد.
۳. ابتدا نام واحد بهداشت (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
۴. 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.
۵. برای تکمیل فرم شماره ۱ ابتدا عنوان اولویت بهداشت به دست آمده از مراحل نیازسنجی را وارد فرم کرده سپس نسبت به تعیین علل کلی و عوامل ایجاد کننده آن اولویت بهداشت اقدام می‌شود.
۶. سپس تعیین می‌گردد که هر یک از عوامل ایجاد کننده، رفتاری است یا غیر رفتاری
۷. علل رفتاری به عللی گویند که با افزایش آگاهی، نگرش و درنتیجه تغییر در رفتار مردم قابل‌حل هستند.
۸. 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 ۲

فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده

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

اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده رفتاری								
عوامل ایجاد کننده رفتاری	شدت (۱-۵)	شیوع و فراوانی (۱-۵)	فوریت مداخله (۱-۵)	امکان مداخله (۱-۵)	اثربخشی مداخله (۱-۵)	سایر*	جمع کل	رتبه

معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم،۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: 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:

۱-

۲-

۳-

اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت								
عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت	شدت (۱-۵)	شیوع و فراوانی (۱-۵)	فوریت مداخله (۱-۵)	امکان مداخله (۱-۵)	اثربخشی مداخله (۱-۵)	سایر*	جمع کل	رتبه

عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:

۱-

۲-

*: اگر معیار دیگری برای اولویت‌بندی مناسب بود در ستون سایر ثبت شود.

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۲ (فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده)

۱. فرم شماره ۲ به منظور اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده‌ای که از فرم شماره ۱ به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت است.

۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد.

۳. ابتدا نام واحد بهداشت (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.

۴. ۳ عامل ایجاد کننده رفتاری اولویت‌دار و ۲ عامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت باید در این فرم مشخص شود.

۵. ابتدا عوامل ایجاد کننده‌ای که از فرم شماره ۱ به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت در فرم وارد می‌شود.

۶. 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 ۱ الی ۵ است (۱: بسیار کم،۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد).

۷. 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.

۸. 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.

۹. 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.

۱۰. بر اساس امتیاز نوشته شده در جمع کل رتبه عامل ایجاد کننده مشخص می‌شود. بزرگترین عدد رتبه ۱ و کوچکترین عدد رتبه آخر

۱۱. ۳ عامل ایجاد کننده رفتاری که بالاترین امتیاز را آورده‌اند و ۲ عامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت 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/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت

فرم شماره ۳

تدوین برنامه عملیاتی 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 ۱):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری ۲):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری ۳):					
استراتژی: آموزش					
فعالیت‌های مرتبط با آموزش					
رئوس فعالیت‌ها	شماره هدف اختصاصی	مسئول اجرا	مسئول پیگیری	زمان اجرا	انجام شد

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

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۳

(تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت)

۱. فرم شماره ۳ به منظور تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد
۳. ابتدا نام واحد بهداشت (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
۴. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
۵. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:
   - موضوع به صورت یک جمله مثبت خبری؛
   - عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه؛
   - آزمون پذیر مطرح شدن موضوع؛
   - محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/زمانی/مکانی/ جامعه آماری)

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.

۶. 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, Achievable, 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 (Achievable): 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 بهداشت ..... در خصوص تحرک بدنی تا پایان سال..... در کلاس‌های آموزشی شرکت کنند.

۷. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده **رفتاری**، **آموزش** است.
۸. فعالیت‌های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.
۹. 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.
۱۰. وظیفه طراحی سوالات پیش آزمون و پس آزمون بر عهده واحد فنی است.
۱۱. هر یک از فعالیت‌ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود
۱۲. با توجه به شرایط موجود (کووید ۱۹) برآورد صحیح زمان لازم برای اجرای فعالیت بسیار مهم است.
۱۳. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
۱۴. 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 ۴ به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.

فرم شماره ۴
تدوین برنامه عملیاتی 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/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت ۱):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت ۲):					
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

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

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۴

(تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت)

۱. فرم شماره ۴ به منظور تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد
۳. ابتدا نام واحد بهداشت (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
۴. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
۵. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:
   - موضوع به صورت یک جمله مثبت خبری؛
   - عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه؛
   - آزمون پذیر مطرح شدن موضوع؛
   - محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/زمانی/مکانی/ جامعه آماری)

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.

۶. با توجه به اینکه دو عامل غیررفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل غیررفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت 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, Achievable, 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 (Achievable): 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.

۷. مثال: تجهیز دو تا از پارک‌های سطح روستای نصرآباد به حداقل پنج وسیله ورزشی توسط گروه حامی سلامت ... تا پایان سال ۱۴۰۱

۸. 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.**

۹. 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

۱۰. هر یک فعالیت‌ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود

۱۱. با توجه به شرایط موجود (کووید ۱۹) برآورد صحیح زمان لازم برای اجرای فعالیت بسیار مهم است.

۱۲. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.

۱۳. 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 ۳ 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 تکمیل 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

۱– گزارش کارگاه‌های مداخلات ارتقای سلامت (فصلی)

نام شهرستان: **تاریخ:**

ردیف	عنوان کارگاه	تعداد افراد آموزش دیده				
		پزشکان	کارشناسان	مراقبین سلامت	بهورزان	جمع

۲–گزارش فعالیت کارگروه مداخلات ارتقای 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 (۱)–درصد 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 ۷۵ درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند.

شاخص (۱–۱)–درصد فعالیتهای مداخلات عوامل رفتاری اجرا شده در شهرستان

واحد ارائه دهنده خدمت	تعداد فعالیت رفتاری اجرا شده* (صورت)	تعداد فعالیت رفتاری پیش بینی شده (مخرج)	شاخص به درصد
خانه‌های بهداشت			
مراکز خدمات جامع سلامت			
کل			

* منظور برنامه‌هایی که حداقل ۷۵ درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند.

شاخص (۲–۱)–درصد فعالیتهای مداخلات عوامل غیررفتاری اجرا شده در شهرستان

واحد ارائه دهنده خدمت	تعداد فعالیت غیررفتاری اجرا شده* (صورت)	تعداد فعالیت غیررفتاری پیش بینی شده (مخرج)	شاخص به درصد
خانه‌های بهداشت			
مراکز خدمات جامع سلامت			
کل			

* منظور برنامه‌هایی که حداقل ۷۵ درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند

شاخص (۱–۲) درصد برنامه مداخلات رفتاری اجرا شده به تفکیک سطوح در شهرستان

واحد ارائه دهنده خدمت	تعداد برنامه مداخله رفتاری اجرا شده به تفکیک واحد ارائه دهنده خدمت* (صورت)	تعداد کل برنامه ها به تفکیک واحد ارائه دهنده خدمت (مخرج)	شاخص به درصد
خانه‌های بهداشت			
مراکز خدمات جامع سلامت			
کل			

* منظور برنامه‌هایی که حداقل ۷۵ درصد فعالیت‌های ذکر شده در آن انجام شده باشند.

شاخص (۲-۲)-درصد برنامه مداخلات غیررفتاری اجرا شده به تفکیک سطوح در شهرستان

واحد ارائه دهنده خدمت	تعداد برنامه مداخله غیررفتاری اجرا شده به تفکیک واحد ارائه دهنده خدمت* (صورت)	تعداد کل برنامه ها به تفکیک واحد ارائه دهنده خدمت (مخرج)	شاخص به درصد
خانه‌های بهداشت			
مراکز خدمات جامع سلامت			
کل			

* منظور برنامه‌هایی که حداقل ۷۵ 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
۱	تیم مداخلات ارتقای سلامت تشکیل شده است	اگر تیم مداخلات با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر ۳/۴ اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره ۳ داده شود.				۵	
۲	برنامه تدوین شده و تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان دریافت شده است.	تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان				۱۰	
۳	آیا جلسات لازم جهت اجرای مداخلات ارتقای سلامت با اعضای تیم مداخله تشکیل شده است	صورت جلسات				۵	
۴	اجرای مداخلات ارتقای سلامت طبق برنامه پیش رفته است	تطابق پیشرفت برنامه با فرم‌های ۳ یا ۴				۵	
۵	جلسات تیم مداخلات جهت بررسی و گزارش پیشرفت مداخلات ارتقای سلامت برگزار شده است	صورت‌جلسات				۵	
۶	گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است	گزارش پیشرفت فصلی طبق فرم شماره ۳ یا ۴				۵	
۷	گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است	گزارش پیشرفت پایانی طبق فرم شماره ۳ یا ۴				۵	
	جمع کل					۴۰	

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
۱	آیا تحلیل مشـــکل (علل رفتاری و غیر رفتاری) انجام شده است	فرم شماره ۱				۴	
۲	آیا علل رفتاری، امتیاز دهی و اولویت‌بندی شده‌اند	فرم شماره ۲				۳	
۳	آیا علل غیر رفتاری، امتیازدهی و اولویت‌بندی شده‌اند	فرم شماره ۲				۳	
۴	آیا سه علت رفتاری اولویت‌دار انتخاب شده است	فرم شماره ۲				۳	
۵	آیا دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار، انتخاب شده‌اند	فرم شماره ۲				۳	
۶	آیا هدف کلی به درستی تدوین شده است	فرم شماره ۳ یا ۴				۱	
۷	آیا اهداف اختصـــاصـــی مرتبط با هدف کلی به درستی تدوین شده‌اند	فرم شماره ۳ یا ۴				۳	
۸	آیا جدول فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی به درستی تدوین شده‌اند	فرم شماره ۳ یا ۴				۴	
	جمع کل					۳۰	

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
۱	آیا کارگروه فنی تشکیل شده است؟	نامه تشکیل و صورت‌جلسه				۲	
۲	آیا کارگروه برنامه مداخلات شهرستان تشکیل شده است؟	اگر کارگروه با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر ۳/۴ اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره دو داده شود.				۴	
۳	آیا ابلاغ اعضای کارگروه (اصلی و زیرگروه) صادر شده است؟	ابلاغ اعضای کارگروه				۱	
۴	آیا کارگاه‌های توانمندسازی برای گروه‌های هدف برگزار شده است؟	مستندات کارگاه‌های برگزار شده				۴	
۵	آیا تیم های مداخلات در واحدهای تحت پوشش تشکیل شده است؟	مستندات مربوطه				۴	
۶	آیا برنامه مداخلات واحدهای محیطی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است؟	مستندات برنامه‌های ارسالی				۴	
۷	آیا اولویت‌ها استخراج و به واحدهای فنی اعلام شده است؟	نامه یا صورت‌جلسه				۲	
۸	آیا برنامه‌ها توسط واحدهای فنی بررسی و اصلاح شده است؟	مستندات مربوطه				۳	
۹	آیا برنامه‌های ارسالی تایید و به واحد محیطی ارسال شده است؟	تاییدیه ارسالی به واحدهای محیطی				۴	
۱۰	آیا پایش واحدهای محیطی بر اساس چک لیست‌های مربوطه انجام شده است؟	چک‌لیست‌های تکمیل شده پایش				۴	
۱۱	آیا نتایج پایش ها و روند پیشرفت برنامه در زیرگروه فنی بررسی شده است؟	مستندات مربوط به پایش				۳	
۱۲	آیا مصوبات جلسات زیرگروه فنی و گزارش روند پیشرفت کار در کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان مطرح شده است؟	صورت‌جلسات کارگروه				۳	
۱۳	آیا جلسات فصلی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان تشکیل شده است؟	صورت‌جلسات کارگروه				۳	
۱۴	آیا گزارش پایانی تهیه و به سطح بالاتر ارسال شده است؟	گزارش پایانی				۳	
	جمع کل					۵۰	

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
۱	آیا گروه فنی تشکیل شده است؟	نامه تشکیل و صورت‌جلسه				۳	
۲	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 ۳/۴ اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره دو داده شود.				۴	
۳	آیا ابلاغ اعضای کارگروه (اصلی و گروه فنی) صادر شده است؟	ابلاغ اعضای کارگروه				۱	
	آیا دستورالعمل اجرای برنامه مداخلات ارتقای سلامت به شهرستان ارسال شده است؟	مستندات ارسال دستورالعمل				۲	
۴	آیا کارگاه‌های توانمندسازی برای گروه‌های هدف برگزار شده است؟	مستندات کارگاه‌های برگزار شده				۴	
۵	آیا تیم های برنامه مداخلات ارتقای سلامت در سطح شهرستان‌های تحت پوشش تشکیل شده‌اند؟	مستندات مربوطه				۴	
۶	آیا مستندات برنامه‌های مداخلات مراکز بهداشت شهرستان تحت پوشش به مرکز بهداشت استان ارسال شده است؟	مستندات برنامه‌های ارسالی				۴	
۷	آیا اولویت های استخراج شده دسته‌بندی و به گروه‌های فنی اعلام شده است؟ (به تفکیک واحدهای ارایه دهنده خدمت در شهرستان)	نامه یا صورت‌جلسه				۴	
۸	آیا پایش مراکز بهداشت شهرستان، طبق برنامه و بر اساس چک‌لیست‌های مربوطه انجام شده است؟	چک‌لیست‌های تکمیل شده پایش				۴	
۹	آیا نتایج پایش ها و روند پیشرفت برنامه در زیرگروه فنی بررسی شده است؟	مستندات مربوط به پایش				۴	
۱۰	آیا مصوبات جلسات گروه فنی و گزارش روند پیشرفت کار در کارگروه	صورت‌جلسات کارگروه				۴	

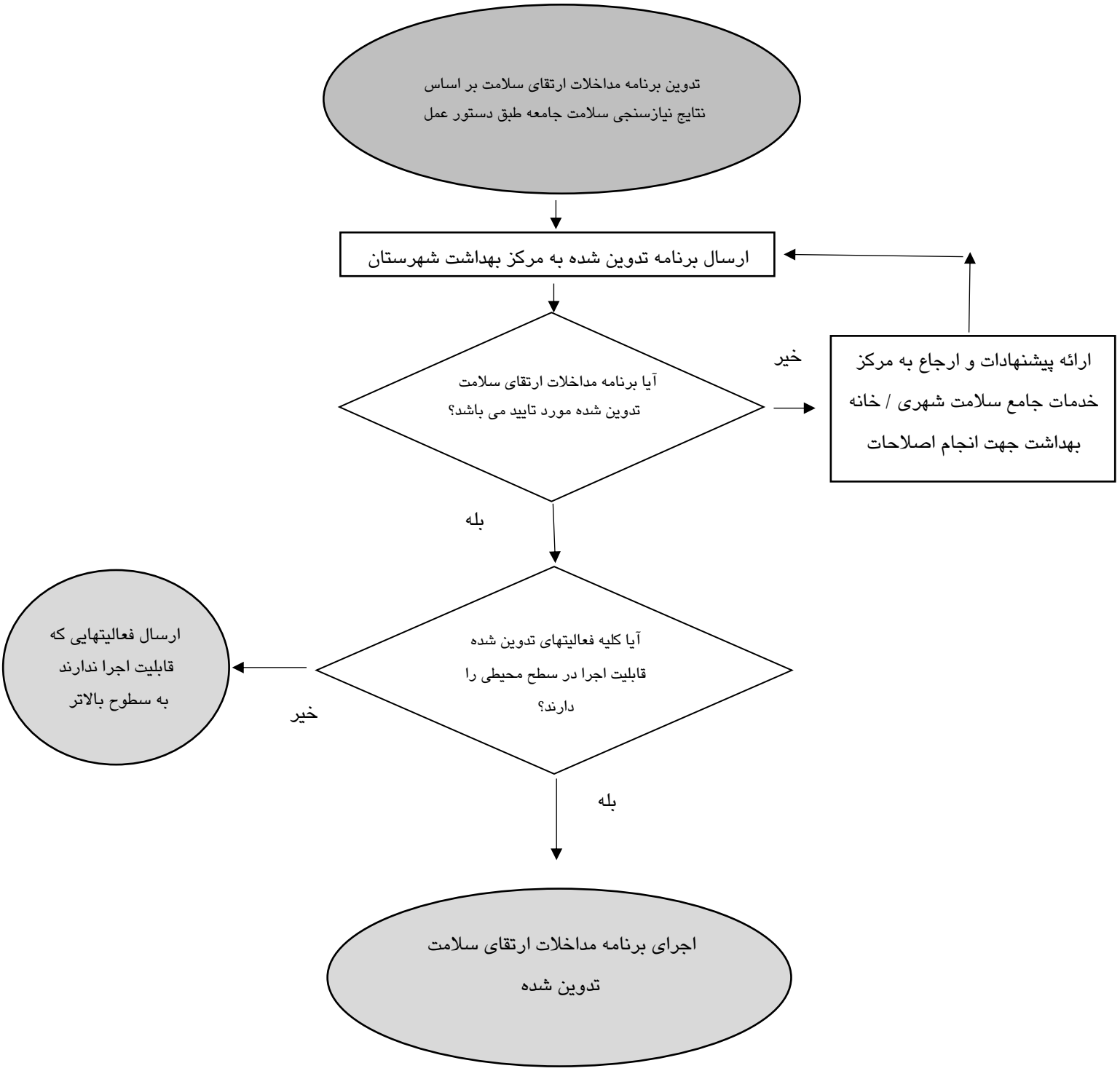
	مداخلات ارتقای سلامت استان مطرح شده است؟						
۱۱	آیا جلسات شش ماهه کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان تشکیل شده است؟	صورت‌جلسات کارگروه				۳	
۱۳	آیا گزارش پایانی تهیه و به سطوح بالاتر ارسال شده است؟	گزارش پایانی				۳	
	جمع کل					۵۰	

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

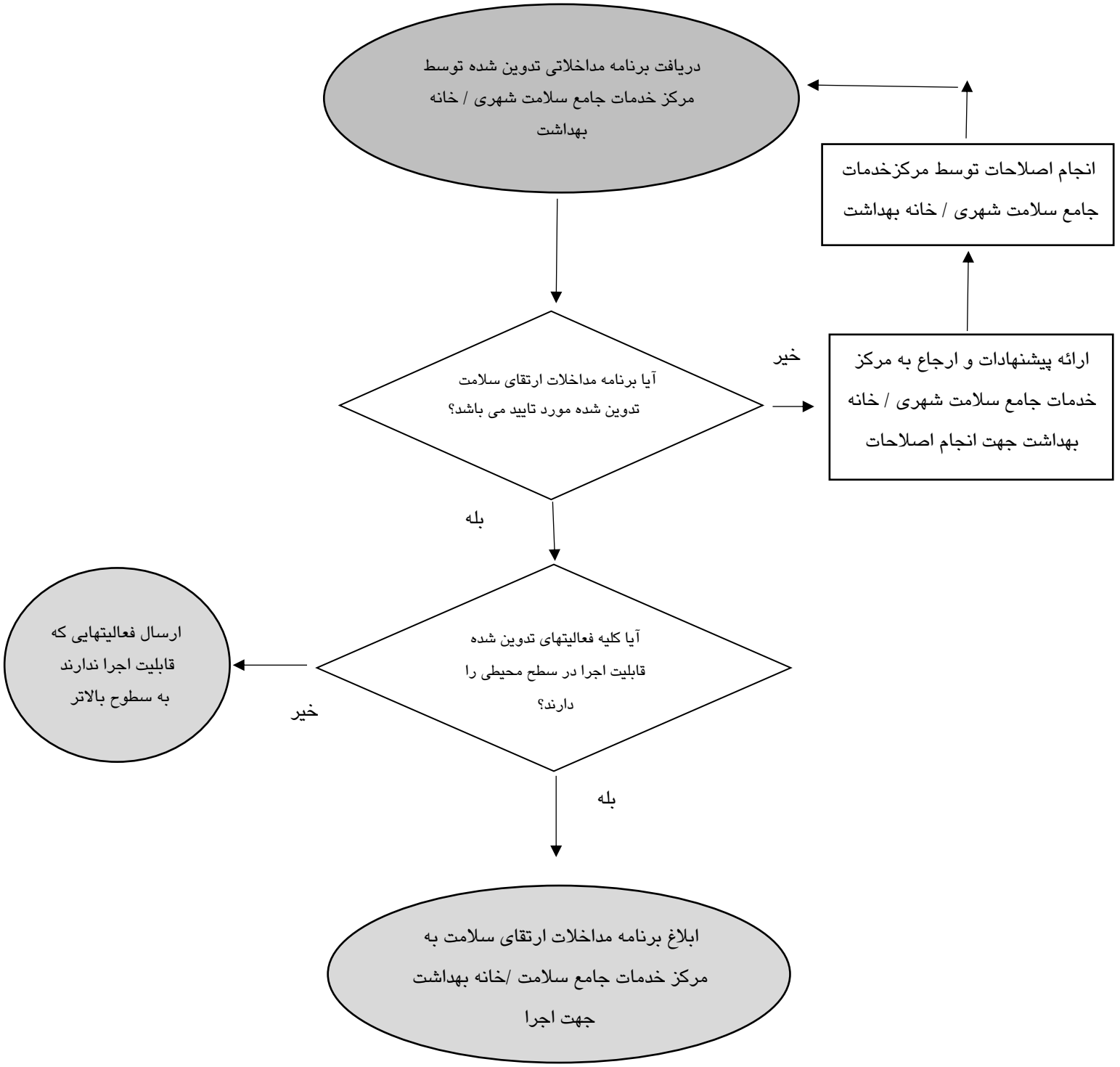
تاریخ و ساعت پایش:

نمای گردش کار مداخلات ارتقای سلامت

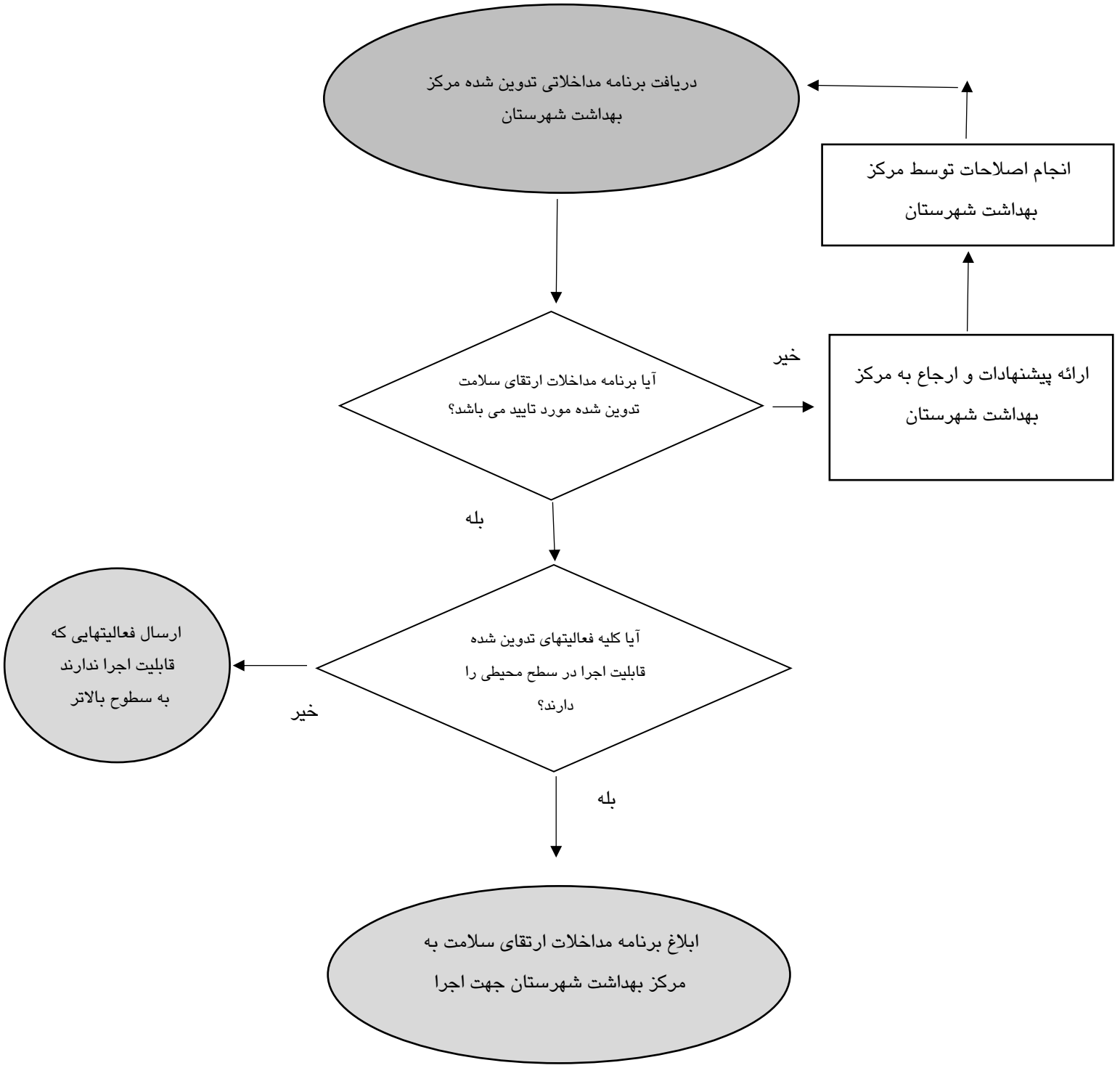
فرایند اجرای برنامه مداخلات ارتقای سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت /خانه بهداشت



فرایند اجرای برنامه مداخلات ارتقای سلامت در مرکز بهداشت شهرستان



فرایند اجرای برنامه مداخلات ارتقای سلامت در معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده



نامه های ابلاغ دستورالعمل برنامه

معاونت بهداشت

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۳۰۸/۸۹۶۶د
تاریخ: ۱۳۹۵/۰۵/۲۶
پیوست دارد

معاون محترم بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: ابلاغ برنامه نیازسنجی سلامت جامعه

با سلام و احترام

در دنیای امروز، سازمانی قدرت بقا و رشد دارد که بتواند نیازها، انتظارات و خواسته-های گیرندگان خدمت خود را شناسایی و تامین نماید. بدیهی است این برنامه نیازمند یک رویکرد سیستماتیک و مدیریت صحیح است و به‌همین منظور در حوزه بهداشت، به همت مدیران و کارشناسان گروه آموزش و ارتقای سلامت حوزه ستادی و دانشگاهها "شیوه نامه اجرایی برنامه نیازسنجی سلامت جامعه" تدوین شده و برای اجرا در سال جاری طبق تقویم اعلام شده در برنامه، ارسال می گردد.

با توجه به لزوم مشارکت مستمر و موثر تمامی مراکز و دفاتر تخصصی حوزه ستادی معاونت بهداشت وزارت و واحدهای تخصصی ذیربط در معاونت های بهداشتی دانشکده/ دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها در امر نیازسنجی و اجرای مداخلات مرتبط از سطح محیطی تا سطح وزارت، کارگاه-های توجیهی پیش بینی شده است که برای تمامی ذینفعان و مجریان برنامه برگزار خواهد شد.

شایان ذکر است که بسته های آموزشی و راهنمای طراحی الگوی مناسب مداخلات متعاقبا برای استحضار و بهره برداری ارسال خواهد شد و فرم‌های درج شده در شیوه نامه اجرایی، صرفاً جهت اطلاع بوده و هماهنگی مقتضی برای ادغام آنها در سامانه سیب به عمل خواهد آمد.

دکتر ناصر کلانتری
قائم مقام معاونت بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه

دکتر شهرام رفیعی فر
سرپرست دفتر آموزش و ارتقاء سلامت

آدرس: شهرک قدس - خیابان سیمای ایران - بین خیابان فلامک و زرافشان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک A - طبقه ۱۵
کد پستی: ۱۱۳۴۸۴۵۷۶۴ نمابر: ۸۸۳۶۴۳۸۰ صفحه الکترونیکی معاونت بهداشت: http://port.health.gov.ir

معاونت بهداشت

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۳۰۳/۲۱۹۴۹د
تاریخ: ۱۴۰۰/۱۱/۱۶
پیوست: دارد

تولید، پشتیبانی‌ها، مانع زدایی‌ها
مقام معظم رهبری

معاون محترم بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ... دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: دستورالعمل اجرایی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

با سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۳۰۸/۸۹۶۶ د مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۲۶ در خصوص ابلاغ دستورالعمل اجرایی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت به پیوست نسخه بازنگری شده مرحله دوم و سوم دستورالعمل اجرایی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت ارسال می گردد. شایان ذکر است طبق دستورالعمل مذکور برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت شامل ۳ مرحله نیازسنجی، برنامه‌ریزی برای مداخلات و اجرای مداخلات ارتقای سلامت است که با توجه به زمان بندی اعلام شده در سامانه برنامه عملیاتی HOP، برای انجام مرحله نیازسنجی و برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت تا پایان سال ۱۴۰۰ و اجرای مداخلات ارتقای سلامت تا پایان سال ۱۴۰۱ در نظر گرفته شده است، اما با توجه به شیوع امیکرون خواهشمند است پس از فروکش کردن بیماری امیکرون دستور فرمایید، برنامه مذکور طبق دستورالعمل تا پایان سال ۱۴۰۱ اجرا گردد.

دکتر فرشید رضایی
سرپرست دفتر آموزش و ارتقاء سلامت

رونوشت:
جناب آقای جنگجو - سرکار خانم سمیه یوسفی دبیرخانه حوزه ریاست دانشکده ع پ و خ پ د گراش
جناب آقای جهانگیر صفری اسکندری دبیرخانه م بهداشتی دانشکده ع پ و خ پ د آبادان

آدرس: شهرک قدس - بلوار فرحزادی - خیابان ایوانک - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک A - طبقه ۱۵
کد پستی: ۱۴۶۷۶۶۴۹۶۱ نمابر: ۸۱۴۵۴۳۵۷ صفحه الکترونیکی معاونت بهداشت: http://Health.behdasht.gov.ir

منابع

Abbaszadegan, S., & Torkzadeh, G. (2001). *Need assesment in organization*. Tehran: Sherkat sahai enteshar.

Allaeddiny, F. (2001). A review of the medical workforce planning and methods to estimate the number of staff needed. Tehran: Council for Graduate Medical Education Unit of the Ministry of Health Manpower and Medical Education.

Bazargan, A. (2003). *Educational evaluation*. Tehran: samt.

Bowil, & patric, G. (1981). *Planning in the development process* (G. Ahmadi & S. Shahabi, Trans.). Tehran: Ghoghnoos.

Community Health Assessment Guide Book. (2014). North Carolina: North Carolina Department of Health and Human Services.

Freed, D. (2002). *sterategic management* (Parsaeean & Arabi, Trans.). Tehran: cultural research office.

.Health education need assesment. (2010). Tehran. Ministry of Health and Medical Education. office of education and health promotion.

Kafman, R., & Herman, G. (1996). *Strategic planning in educational system* (F. Mashyekh & M. Bazargan, Trans.). Tehran: Madrese.

Marshal, K. (1999). *Qualitative research methods* (Parsaeean & arab, Trans.). Tehran: cultral research office.

The NATO training group. Need assessment an integrated model. (1998). from Available from://www.kho.edu.tr/enstitu/aktiviteler/nato/public_html/pdf. :7-12

Need assessment and goal analysis. (2002). from Available from http://www. Edtech.ced.appstate.edu

Palfrey, c. (2000). *key concept in health care. Policy and planning*. London: MCHIHCO.

Potter, M. (2004). Needs assessment and a model agenda for trainig the public health wor force. . *American Journal of Public health, 131*, 1294-1296 .

Shiri, M., Farhang, F., Heidari, K., Afghari, F., , A., S, & Sharifirad, G. (2009). Needs assessment of health education in health-networks of the Isfahan Province of Iran. . *International Journal of Health Planning and Management, 24*, 351-364 .

Wagargah, K. F. (2003). *Education need assesment(Models and techniques*(

Tehran: aeeg.

World Health organization. Need assessment. (2000). from Availabe from: http//www.who.int/substance_abuse//pdffiles/needs. Assessment. Pdf

Yarmohammadian, H., & Bahrami, S. (2005). *Needs assessment in health organizations , medical and educational*. Isfahan: Medical university of Isfahan.

Yarmohammadian, H., Bahrami, S., & Abary, a. A. (2004). *Managers and health professionals and proper need assessment models*.