



پکیج آموزشی بدو خدمت پزشکان

تهیه و تدوین: دکتر حسن جهان بین
(کارشناس مسئول آموزش و بازآموزی مرکز بهداشت استان)

با مشارکت اعضای کمیته آموزش کارکنان مرکز بهداشت استان

اسفند ۱۳۹۵

از زحمات همکاران زیر که به عنوان نمایندگان گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان در تهیه این بسته آموزشی مشارکت داشته اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد .

۱- آقای محمد نعلبندی (کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر)

۲- خانم دکتر نازلی سلطانی (کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیر واگیر)

۳- خانم منیژه سلیمانی (کارشناس آموزش سلامت)

۴- خانم نجیبه خوش مرام (کارشناس بهداشت مدارس و نوجوانان)

۵- خانم مهندس دل آراسدزاده (کارشناس بهداشت محیط)

۶- خانم مهندس نرگس رضوی (کارشناس بهداشت حرفه ای)

۷- خانم معصومه انصاری (کارشناس بهداشت خانواده)

۸- خانم مهری حسین نژاد (کارشناس بهداشت دهان و دندان)

۹- خانم حمیده کوشا (کارشناس بهبود تغذیه)

۱۰- خانم فاطمه سعادت (کارشناس امور دارویی)

۱۱- آقای جواد فرحی شاهگلی (کارشناس آموزش بهورزی)

۱۲- آقای دکتر سید محمد صالح آل مولانا (کارشناس آموزش و بازآموزی)

فهرست

۳	۱- مقدمه
۴	۲- گروه توسعه شبکه و ارتقا سلامت
۳۲	۳- بهداشت دهان و دندان
۳۵	۴- سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس
۴۲	۵- آموزش و ارتقا سلامت
۴۷	۶- سلامت جمعیت و خانواده
۵۴	۷- کنترل و مراقبت بیماریهای واگیر
۶۹	۸- امرو دارویی
۷۱	۹- بهبود تغذیه جامعه
۸۰	۱۰- پیشگیری و مراقبت بیماریهای غیر واگیر
۹۵	۱۱- بهداشت حرفه ای
۹۹	۱۲- بهداشت محیط

علیرغم اهمیت و جایگاه خاص آموزش بدو خدمت در توسعه فردی و سازمانی، کمترسازمانی را می توان یافت که در آن امرآموزش بدو خدمت از سازماندهی منطقی و علمی برخوردار باشد و در صورت موجود بودن برنامه خاص برای این امر، اثر بخشی آن چندان رضایت بخش نمی باشد که از علل مهم آن می توان به موارد زیر اشاره نمود :

۱. نبود نمودار جریان فرایند (فلوچارت) مشخص که در آن تمامی فعالیتهای مورد نظر ترسیم شده باشد.
۲. نبود مسئول و هماهنگ کننده مشخص برای برنامه ریزی دوره های آموزش بدو خدمت در واحدهای تابعه
۳. نبود package آموزشی مشخص برای هر دوره آموزشی به تفکیک پستهای سازمانی.
۴. نبود برنامه زمان بندی دوره های آموزشی به تفکیک پستهای سازمانی.
۵. نبود مراکز خاص برای آموزش بدو خدمت.
۶. نبود سیستم ارزشیابی برای آموزش دیدگان.

جهت حل موانع اجرایی و ارائه راه حل برای رفع علل فوق کمیته آموزش کارکنان مرکز بهداشت استان در سال ۱۳۸۴ نسبت به تدوین "دستورالعمل اجرای آموزش بدو خدمت کارکنان واحدهای تابعه معاونت بهداشتی" اقدام نمود که تا حال سه بار مورد ویرایش و تجدید نظر قرار گرفته است. با توجه به جایگاه پزشکان مراکز بهداشتی و درمانی در تامین، حفظ و ارتقا سلامت جامعه، لزوم تدوین دستورعمل خاص برای نامبردگان بیش از پیش احساس می شد که این امر در اردیبهشت سال ۱۳۸۸ با تلاش و مشارکت اعضای محترم کمیته آموزش مداوم مرکز بهداشت استان جامه عمل پوشید. پیرو پایش برنامه و پس خوردن های ارسالی از شهرستانها، علیرغم مفید بودن برنامه تدوین شده، عدم وجود بسته آموزشی منسجم به تفکیک گروههای کارشناسی از مهمترین مشکلات اجرایی برنامه بوده است که جهت حل مشکل فوق و براساس تصمیمات کمیته آموزش مداوم مرکز بهداشت استان نسبت به تهیه پکیج آموزش بدو خدمت پزشکان اقدام گردید.

باعنایت به تغییرات داده شده در برنامه های جاری سیستم سلامت، لزوم بازبینی در بسته آموزشی ذکر شده احساس می شد که پس از طرح مسئله در کمیته آموزش کارکنان مرکز بهداشت استان نسبت به ویرایش و تجدید بسته فوق اقدام گردید که تلاش عزیزان در قالب جزوه حاضر ارائه می گردد که در هر قسمت از آن ابتدا عناوین آموزشی و سپس اهداف رفتاری مورد انتظار آورده شده است و در ادامه خلاصه ای از مطالب ضروری برای آموزش پزشکان که لزوم بیان آنها برای فرد آموزش گیرنده ضروری است، ذکر گردیده است.

انتظار می رود کارشناسان مسئول آموزش شهرستانها با ملحوظ داشتن مطالب دستور عملهای اجرایی قبلی، نسبت به بکارگیری جزوه حاضر با هماهنگی واحدهای شهرستانها اقدام مقتضی به عمل آورند.

گروه توسعه شبکه و ارتقا سلامت

عناوین آموزشی:

توضیح طرح گسترش شبکه های بهداشت و درمان
تعاریف مرکز بهداشتی و درمانی و خانه بهداشت و..
توضیح طرح پزشک خانواده و نکات مهم دستورالعمل اجرای بیمه روستایی
اشاره به شرح وظایف تیم سلامت و گردش کاری آن
توضیح چک لیست پایش عملکرد تیم سلامت و نحوه تکمیل آن

انتظار می رود در پایان آموزش بدو خدمت در واحد گسترش شبکه شهرستان ، پزشک به مهارتهای زیر دست یابد:

۱. پزشک چک لیست پایش مربوط به گروه گسترش را به طور کامل و دقیق مطالعه نماید.
۲. پزشک با نحوه اجرای سمینارهای ماهانه آشنا بوده و به طور مرتب در آن شرکت نماید .
۳. پزشک با چک لیست خانه بهداشت و فرم برنامه سالانه خانه بهداشت آشنا بوده و مطابق چک لیست پیوستی آن را کنترل نماید .
۴. پزشک دستورالعمل استانی نحوه ارزشیابی بهورزان و مربیان را بداند .
۵. پزشک بتواند مطابق چک لیست مدیریتی خانه بهداشت (چک لیست پیوستی) را پایش نماید.
۶. پزشک بسته های آموزشی را از پزشک قبلی تحویل گرفته و دستورعملها و گاید لاینهای برنامه های ادغام شده در سیستم را مطالعه نماید
۷. پزشک در آزمونهای "راهنماهای بالینی پزشک خانواده " که به صورت ماهانه صورت می گیرد ، شرکت نماید .
۸. پزشک بایستی تقویم آموزش سالانه هر شهرستان را در دسترس داشته باشد.
۹. پزشک در برنامه های آموزشی شهرستان و استان شرکت نماید .
۱۰. پزشک با وضعیت منطقه تحت پوشش (تعداد روستاهای اصلی - قمروسیاری) آشنائی داشته باشد
۱۱. پزشک مشخصات جمعیت تحت پوشش خود را بداند.
۱۲. پزشک وضعیت بیمه ای جمعیت تحت پوشش خود را بداند.
۱۳. پزشک نحوه تکمیل پرونده سلامت را توضیح دهد .
۱۴. پزشک برنامه ده گردشی را طبق دستورالعملهای مربوطه تنظیم نماید.
۱۵. پزشک نقاط اجرائی و کلیدی دستورعمل و مکانیسم پرداخت را شرح دهد.
۱۶. پزشک با تنظیم برنامه کاری روزانه (مدیریت زمان) آشنائی داشته باشد .
۱۷. پزشک قادر به ایجاد تعامل درون بخشی و بین بخشی (نظارت برواحدها ، جلب همکاری و مشارکت) باشد .
۱۸. پزشک مرکز با چارت تشکیلاتی ، پستهای سازمانی و واحدهای تحت پوشش مرکز خود آشنائی داشته باشد.
۱۹. پزشک با مقایسه وضعیت متصدیان و شاغلین پستهای سازمانی مرکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت مرکز آشنا شده تا بتواند نسبت به استخراج کمبود نیروی انسانی مورد نیاز خود اقدام نماید.
۲۰. پزشک مسوول مرکز اطلاعات مربوط به مدرک تحصیلی و شرح وظایف شغلی شاغلین مرکز بهداشتی درمانی و واحدهای تابعه را داشته باشد.
۲۱. پزشک در تکمیل فرم های مربوط به لیست استاندارد تجهیزات مرکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت مربوطه نظارت داشته باشد.
۲۲. پزشک از میزان تطابق تجهیزات فنی و غیر فنی موجود با لیست استاندارد اطلاع داشته باشد.
۲۳. پزشک نحوه تکمیل جدول شماره ۵ مربوط به خودرو پزشک خانواده (موجود در دستورالعمل نحوه پرداخت کارانه به پرسنل) را بداند .
۲۴. پزشک به مفاد آخرین دستورعمل اجرایی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی آگاهی داشته باشد .

سمینارهای ماهانه بهورزان (بند ۲)

امروزه لزوم آموزش به عنوان یکی از مهمترین محورهای توسعه در سازمانها مطرح می شود و همانطور که در مقدمه نیز آورده شد با توجه به نوع کاری بهورزان اهمیت بازآموزی بهورزان دوچندان می نماید آموزش بهورزان به دو طریق آموزش غیر حضوری (مطالعه فصلنامه بهورز) و آموزش حضوری برگزار می شود. آموزش حضوری معمولاً در انتهای هر ماه در مرکز بهداشتی درمانی مربوطه بهورزان با مسئولیت و اداره مستقیم مربی بهورزان انجام می گیرد. (برگزاری سایر دوره آموزشی دیگر محدود به برنامه ارسالی دوره های آموزشی کد دار که همه ساله از طرف مرکز بهداشت استان ارسال و به صورت متمرکز برگزار می گردد خواهد بود حداکثر ساعات این دوره های آموزشی توسط مرکز بهداشت استان مشخص و سالانه ابلاغ می شود.

دستورالعمل اجرایی انتخاب بهورزان نمونه استان آذربایجان شرقی (بند ۴)

معیارهای ارزشیابی عبارتند از: نتیجه آزمون بهورزان (با ضریب ۳ و امتیاز ۳۰۰)، ارتقای فرایندهای خانه بهداشت (با ضریب ۵ و امتیاز ۵۰۰) و رضایت مربی (با ضریب ۲ و امتیاز ۲۰۰)

فرایند برنامه سالانه خانه های بهداشت (بند ۵)

به منظور انسجام در امر نظارت بر فعالیتهای بهورز و نیز ارتقای مستمر فرایندها با استفاده از توان مربیان خانه های بهداشت فرایند برنامه سالانه خانه های بهداشت طراحی گردیده است براین اساس چک لیست خانه های بهداشت توسط مرکز بهداشت استان تهیه و به واحدهای محیطی ارسال می گردد. ملاک بازدید کلیه کارشناسان و کاردanan از خانه بهداشت چک لیست ارسالی مرکز بهداشت استان می باشد. هر مربی خانه بهداشت (کاردان ناظر) می باید قبل از شروع به کار سه دوره آموزشی را بر اساس پکیج آموزشی مربوطه طی نماید. مربیان خانه های بهداشت پس از طی دوره های مربوطه می باید پس از اولین پایش خانه بهداشت بر اساس چک لیست ارسالی نسبت به اولویت بندی فرایندها، تهیه برنامه اجرایی و برنامه پایش در هر یک از خانه های بهداشت تحت پوشش خود بر اساس آموزشهای دیده شده و نیز با مشارکت کامل بهورز اقدام نمایند. کل برنامه نوشته شده در خانه بهداشت نگهداری میگردد و مربی بر اساس مجموع برنامه های خانه های بهداشت تحت پوشش خود برای خود برنامه یک ماهه جهت نظارت و بازدید از خانه های بهداشت تهیه مینماید که یک نسخه آن را جهت هماهنگی به کارشناس شهرستانی در اول هر ماه ارائه میدهد.

براین اساس مربی خانه بهداشت در هر بازدید از خانه سه فعالیت را انجام میدهد:

- ۱- بازدید امور روتین خانه بهداشت نظیر حضور و غیاب، بررسی نظافت خانه، پیگیری بازدید قبلی و زنجیره سرد و ...
- ۲- پایش تعدادی از فرایندها با توجه به برنامه ریزی انجام گرفته
- ۳- ارتقای فرایندهای معیوب

لازم به توضیح است که طراحی دفتر بازدید خانه بهداشت نیز به نحوی می باشد که پاسخگوی مطالب فوق بوده باشد.

کارشناس شهرستانی در طول سال روند برنامه را در خانه های بهداشت پایش نموده و در آخر گزارش نهایی را با توجه به دستورالعمل استانی به مرکز بهداشت استان ارسال می نماید. استانداردها:

- مربی خانه بهداشت دوره مربیگری را طی خواهد نمود.
- مربی خانه بهداشت دوره ارتقا را طی خواهد نمود.
- مربی خانه بهداشت دوره برنامه ریزی را طی خواهد نمود.
- برنامه ریزی سالانه خانه بهداشت انجام خواهد گرفت.
- مربی با برنامه ریزی سالانه آشنایی خواهد داشت.
- بهورز با برنامه ریزی سالانه آشنایی خواهد داشت.
- بهورز در برنامه ریزی سالانه با مربی مشارکت خواهد داشت.
- برنامه سالانه نوشته دقیقاً اجرا خواهد شد.
- بهورز خواهد توانست شخصا حداقل یک فرایند را پایش نماید.
- مربی خانه بهداشت برنامه ماهانه خواهد داشت.
- مربی در هر بازدید کارهای روتین، پایش فرایندها و ارتقا فرایندها را نظارت نموده و آموزش خواهد داد.
- مربی در هر بازدید حداقل ۲/۵ ساعت برای خانه بهداشت اختصاص خواهد داد.
- کارشناسان ستادی فقط در معیت مربی از خانه بهداشت بازدید خواهند نمود.
- مربی حداقل ۳ بار در ماه از خانه بازدید خواهد نمود.
- وسیله نقلیه مربی خانه بهداشت فراهم خواهد بود.

در هر بازدید گزارش در دفتر مربوطه ثبت خواهد شد .
چک لیست خانه های بهداشت تنها ملاک بازدید از خانه های بهداشت خواهد بود .

آموزش کارکنان (موارد ۶ و ۷ و ۸ و ۹)

- در راستای ارتقای مهارت ، دانش و نگرش پزشکان و توانمند سازی آنان جهت ارائه بهتر خدمات، برنامه آموزش مداوم (ضمن خدمت) در ۲ مورد زیر طراحی و اجرا می گردد.
- ۱- برنامه های آموزش حضوری که بر اساس نیازهای آموزشی توسط واحدهای کارشناسی شهرستان و در قالب تقویم های آموزشی سالانه پیش بینی و اجرا می گردد لذا ضروری است کلیه پزشکان در این برنامه شرکت نمایند. ممکن است بعضی از برنامه های آموزشی از طریق مرکز بهداشت استان طراحی و به صورت متمرکز اجرا گردد.
 - ۲- برنامه های آموزش غیر حضوری که به صورت الکترونیکی یا مطالعه ۲۰ راهنمای بالینی برنامه پزشک خانواده اجرا شده و در آخر هرماه به صورت حضوری آزمون مربوطه صورت می گیرد .
 - ۳- مطالب آموزشی مورد نیاز پزشکان به صورت کتاب، جزوه یا دستورالعمل از طریق واحدهای کارشناسی شهرستان به مراکز بهداشتی و درمانی ارسال می گردد لذا ضروری است تمامی متون آموزشی از پزشک قبلی تحویل گرفته شده و موقع تسویه حساب نیز به پزشک جدید تحویل داده شود.
 - ۴- انتقال مطالب آموزشی به کارکنان ذینفع شاغل در واحدهای بهداشتی و درمانی به عهده پزشک می باشد لذا ضروری است جلسات آموزشی برحسب ضرورت در هر مرکز تشکیل گردد که در این مورد سمینارهای آموزشی بهورزان از اهمیت خاصی برخوردار می باشد.

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی کشور در قالب طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای کلیه روستاهای موجود در آن شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً مشخص شده است. در واقع، یک روستا در شهرستان از شمول چهار حالت ممکن زیر خارج نیست:

- ۱- این روستا همان روستایی است که طبق دفترچه های طرح باید محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی باشد. در چنین شرایطی این روستای اصلی دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی هم خواهد بود.
- ۲- این روستا طبق دفترچه های طرح، فاقد مرکز بهداشتی درمانی روستایی ولی دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد ولی محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی نمی باشد. روستای اصلی، روستای محل استقرار خانه بهداشت است و معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی فعالیت می کنند. گاه، در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار گیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز شهری روستایی گفته می شود.
- ۳- این روستا طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد که به آن، روستای قمر گویند.
- ۴- به برخی از روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مرکز بهداشتی درمانی یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) ارائه می گردد. به این دسته از روستاها، روستاهای سیاری گفته می شود. البته، برخی از این روستاها به دلیل کم بودن جمعیتشان، سیاری می باشند که حتی پس از تکمیل طرح ها نیز به همین صورت خدمت می گیرند.

بند های شماره ۱۲.۱۱

جمعیت تحت پوشش تیم سلامت را به تفکیک روستاهای دارای خانه بهداشت، قمر و سیاری و فرم پیوست ۲ تحت عنوان "وضعیت بیمه ای روستاهای تحت پوشش تیم" را در اختیار داشته باشد و نمونه ای از آن را در پانل پزشک خانواده مرکز نصب نماید.

بند شماره ۱۳

پرونده سلامت شامل یک پوشه و سه نوع فرم تحت عناوین "فرم شماره ۱ بررسی سالانه سلامت فرد" و "فرم شماره ۲ مراجعات به پزشک خانواده" و "فرم شماره ۳ سابقه ارجاع به پزشک متخصص" می باشد.

پوشه پرونده سلامت فرد:

این پوشه شامل مطالبی در روی جلد پوشه و اطلاعات کلی از ویژگیهای هر فرد تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده و تعیین شرایط سلامت آنها براساس برنامه های جاری در نظام سلامت است.

فرم بررسی سالانه سلامت فرد:

این فرم در ۲ صفحه تنظیم شده است و برای تمامی افراد تحت پوشش پزشک خانواده باید سالانه تکمیل گردد و در داخل پوشه سلامت فرد قرار گیرد. صفحه اول مربوط به اطلاعات عمومی و سابقه پزشکی فرد و خانواده وی می شود که پزشک با گرفتن شرح حال از فرد یا سرپرست وی (در صورتیکه فرد، کودک باشد یا شرایط پاسخگویی را نداشته باشد) آن را تکمیل می کند. صفحه دوم به ثبت نتایج حاصل از معاینات پزشک از فرد مربوط است.

فرم شماره ۲ مراجعات به پزشک خانواده

- این فرم برای تمامی افرادی که حداقل در یکی از گزینه های زیر قرار دارند، تکمیل می شود:
 ۱. افرادی که در طی انجام اولین معاینه توسط پزشک خانواده، بیمار تشخیص داده شده اند
 ۲. افرادی که توسط بهورز به علت بیماری یا شکایتی خاص به پزشک خانواده ارجاع شده اند.
 ۳. افرادی که مستقیماً به دلیل بیماری یا شکایتی خاص به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.هر یک از ردیفهای این فرم در هر بار مراجعه بیمار به پزشک خانواده تکمیل می گردد.

فرم شماره ۳ سابقه ارجاع به پزشک متخصص

این فرم برای تمامی افرادی که توسط پزشک خانواده به متخصص ارجاع داده می شود، تکمیل می گردد و هر اقدام درمانی که پزشک خانواده برای افراد تحت پوشش خود انجام می دهد باید در پرونده سلامت خانوار وی ثبت گردد.

• بند شماره ۱۴

پزشکان خانواده موظفند به تناسب نیاز جمعیتی، حداقل ۲ بار در هفته به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای اصلی خانه های بهداشت تابعه و یک بار در هر ماه به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری زیرپوشش

مرکز محل خدمت خود(به شرط وجود راه برای عبور خودرو) ، سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند. درمورد مراکز دارای یک پزشک خانواده، انجام حداقل یکبار دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش در هفته کافی است.

• بندهای شماره ۲۰۱۹و۱۸

با مقایسه چارت تشکیلات مصوب مرکز و خانه های بهداشت تابعه با تعداد پرسنل شاغل در مرکز و خانه های بهداشت تابعه کسری نیروی انسانی مشخص می گردد که اطلاعات فوق به همراه مشخصات شاغلین شامل مدرک تحصیلی ، پست سازمانی و ...در فرم شماره ۲ تحت عنوان "وضعیت پرسنل شاغل مرکز بهداشتی درمانی " تکمیل می گردد. تعداد پزشک خانواده مورد نیاز به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت و تعداد مامای مورد نیاز به ازای هر ۸۰۰۰ نفر جمعیت (علاوه بر نیروی انسانی مورد نیاز در چارت تشکیلات مصوب) جزو نیروی انسانی مورد نیاز مرکز محاسبه می گردد. پس از ارزیابی (به شرح فوق) بایستی پزشک مرکز مکاتبات لازم را با مرکز بهداشت شهرستان دال بر پیگیری کمبود نیروی انسانی انجام دهد. انتظار می رود پزشک مسئول مرکز شرح وظایف شغلی کارکنان تحت پوشش مرکز خود را از کارگزینی محل خدمت درخواست و به مفاد آن آشنایی داشته باشد.

تجهیزات (بند ۲۱ و ۲۲)

پزشک مرکز می بایستی لیست استاندارد و فایل تحلیل تجهیزات برای مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز را به صورت تکمیل شده و دیجتالی در اختیار داشته باشد تا از تعداد (تعمیری -اسقاطی-کسری) اطلاع داشته باشد و یک نسخه از لیست تکمیل شده به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شود .

خودرو(بند ۲۳)

پزشک مرکز از تعداد خودرو های موجود شهرستان اطلاع داشته باشد و به اجرای برنامه خودرو در مرکز نظارت داشته باشد و اگر کمبودی از نظر تامین خودرو مشاهده نمود به مرکز بهداشت شهرستان گزارش و پیگیری شود .

فضای فیزیکی

پزشک مرکز می بایستی وضعیت فضای فیزیکی برای مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز را به صورت تکمیل شده و در اختیار داشته باشد در مواقع مورد نیاز به اقدام (تعمیرات مورد نیاز به مراکز بهداشت شهرستان اعلام و پیگیریهای لازم جهت برطرف کردن مورد انجام شود) اقدامات لازم را انجام دهد

پزشک خانواده

مقدمه

موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور و در حال حاضر با رویکرد نظام جامع و همگانی سلامت، موجب به کارگیری چهار اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی شد. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم سلامت وی مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات جامع و همگانی سلامت است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی، کاری نابجاست. همچنین، تمامی خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال ارائه می شود.

تعاریف

۱- پزشک خانواده

پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستائی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده با شرح وظایف مشخص براساس بسته خدمات سلامت به ارائه خدمت می پردازد. مسئولیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد.

۲- خدمات سلامت

مجموعه فعالیتهای و فرآیندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم میکند. خدمات سلامت بطور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزههای ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآوردههای دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآوردههای دارویی و بیولوژیک میباشد.

۳- خدمات جامع سلامت

ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز یا درخواست افراد (بیمار/ خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبتهای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مدیریت، بازتوانی، تسکینی و مراقبتهای مزمن طولانی در منزل می شود و از طریق سطوح واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می شود.

۴- مراقبتهای اولیه سلامت

خدمات اساسی سلامت است مبتنی بر روشهای کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار میگیرد، با هزینههای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید.

۵- نظام ارجاع

ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره ای مرتبط و تکاملی می باشد تا چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع نماید و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام می گردد.

۶- سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت

چیدمان واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبتهای سلامت به منظور دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می سازد .

خدمات و مراقبتهای سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته میشود:

۶-۱- سطح اول: شامل خدمات/ مراقبتهای اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی یا شهری و خانه های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد، و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت وی اتفاق میافتد .

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایشها و تصویربرداریها) و خدمات سلامت دهان و دندان و.. نیز در مراکز مجری برنامه و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانهها، آزمایشگاهها و مراکز تصویربرداری ارائه میشوند. سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح بالاتر و با پذیرش مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام میگردد .

۶-۲- سطح دوم و سوم: شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه میگردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/ نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریتهای تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآوردههای مربوطه، آزمایشگاهی و تصویر برداری است .

۷- بسته های خدمات سطح اول

خدمات سلامت قابل ارائه در سطح اول (ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع) که توسط پزشک خانواده و تیم سلامت وی ارائه میشود .

۸- نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که پزشکان خانواده یا تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه میگذارند .

۹- پرداخت سرانه

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت به ازای جمعیت تحت پوشش، اعم از سالم یا بیمار، صورت می گیرد. در این شیوه، ریسک مالی به ارائه دهنده خدمت معطوف می شود.

۱۰- پرداخت کارانه

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت به ازای خدمات ارائه شده به مراجعه کنندگان صورت می گیرد. در این شیوه ریسک مالی به سازمان های بیمه گر منتقل می گردد.

۱۱- تفاهم نامه سطح یک خدمات بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

سندی است که به منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سطح یک بطور مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت) و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بیمه سلامت) منعقد می گردد.

۱۲- دستور العمل اجرایی

منظور دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشد که جزییات، مسوولیت ها و شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم نامه مشترک ارائه می دهد .

۱۳- قرارداد همکاری مشترک

قرارداد همکاری بین اداره کل بیمه سلامت استان با مراکز بهداشت یا شبکه های بهداشت و درمان شهرستان به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه مشترک و دستورعمل اجرایی منعقد گردد .

۱۴- تیم سلامت

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان مامائی، پرستاری، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، بهداشتکار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهای مورد قرارداد که با مدیریت پزشک خانواده بستهی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار میدهند.

۱۵- مرکز خدمات جامع سلامت فعال در برنامه پزشک خانواده

مرکزی که در آن، حداقل خدمات پزشک در مرکز و همچنین دارو در داروخانه فعال در محدوده روستا و در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (به فاصله پانصد متر از مراکز مجری برنامه) ارائه شود.

۱۶- مرکز دارای بیتوته: مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که در آن، حداقل خدمات پزشکی و داروهای اورژانس ارائه می شود. این مرکز در فاصله ۵ کیلومتری از نزدیکترین مرکز شبانه روزی/ معین/ دارای بیتوته و یا بیمارستان قرار دارد. با توجه به شرایط اقلیمی منطقه و دسترسی مردم، این فاصله با نظر ستاد هماهنگی استان قابل تغییر می باشد. لازم به ذکر است حضور سرایدار/ خدمتگذار در این مراکز الزامی است.

۱۶- مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی

مرکز خدمات جامع سلامت که طبق ضوابط طرح های گسترش شبکه تمامی واحدهای ارائه دهنده خدمات درمانی بصورت ۲۴ ساعته فعال می باشند.

۱۷- مرکز معین

مرکز خدمات جامع سلامت که جهت دسترسی بیمه شدگان در مراکز مجاور، تعریف و در ساعات خارج از فعالیت مرکز، خدمات پزشک و داروهای اورژانس را ارائه می نماید.

۱۸- مراکز اقماری

مرکز خدمات جامع سلامت با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و بیشتر که امکان جذب پزشک یا ماما در شرایط معمول به هیچ عنوان مقدور نمی باشد.

۱۸- جمعیت تحت پوشش برنامه

شامل کلیه جمعیت ساکن (اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی) در مناطق روستائی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری می باشد.

۱۹- فرانشیز خدمات

فرانشیز به کلیه خدماتی که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت جمهوری اسلامی ایران، مشمول تعرفه قرار گرفته اند، تعلق می گیرد.

هیئت امناء

در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، هیات امنایی متشکل از افراد زیر حداقل فصلی یکبار تشکیل می گردد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا/ شهر، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت می باشد و بنا به صلاحدید منطقه می توان افرادی را به آن اضافه کرد. درمورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شود. اختیارات هیات امنای روستا عبارتست از: برگزاری نشست های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسئولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها درمورد شاخص های سلامت منطقه، جلب مشارکت های مردمی/ خیرین، وضعیت ساختار جمعیت، و حل مشکلات اجرایی موجود در برنامه مثل تهیه و توسعه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و کارکنان

...

شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای تمامی روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و کلاً برای تمام مناطقی که جمعیت در آن، ساکن است، در سطح شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً تعیین شده است و در دفترچه طرح گسترش آن شهرستان مشخص می باشد.

در واقع، یک روستا در شهرستان از شمول چهار حالت ممکن زیر خارج نیست:

۱- روستای اصلی: روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می توانند محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی نیز باشند. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت فعالیت می کنند. در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرارگیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی گفته می شود.

۲- روستای قمر: روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد. ۳- روستای سیاری: به برخی از روستاها گفته می شود که خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مرکز خدمات جامع سلامت یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) به جمعیت ساکن در آنها ارائه می گردد و فاصله بیشتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

۴- روستای مستقیم به شهر: روستاهایی که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً در پوشش نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند.

به کارگیری نیروی انسانی

تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

معیار تعیین اعضای تیم سلامت جمعیت کل تحت پوشش برنامه است. براین اساس تعداد پرسنل مورد نیاز تیم سلامت بشرح زیر می باشد:

۱- **پزشک:** برای ارائه خدمت در هر مرکز به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و ... نیاز خواهد بود.

تبصره ۱: چنانچه کل جمعیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، بیش از ۴۰۰۰ نفر باشند که ۲ یا چند پزشک برای آن مرکز نیاز است، می بایست جمعیت تا حد امکان به تساوی بین پزشکان آن مرکز تقسیم و مشخص گردد که هر پزشک، مسئول کدام خانوارها است.

تبصره ۲: وجود حداقل یک پزشک جانشین در هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروری است مرکز بهداشت شهرستان به ازای هر ۱۱ پزشک خانواده، با یک پزشک دیگر نیز به عنوان پزشک جانشین قرارداد منعقد نماید. این پزشکان در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر پزشکان را داشته باشند. در استفاده از پزشک جانشین، مدیریت مرخصی پزشکان خانواده، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به پزشک جانشین واحد نداشته باشد. بدیهی است در مراکز چند پزشک در صورت مرخصی پزشکان، علیرغم پوشش توسط سایر پزشکان مرکز، بدلیل عدم تناسب جمعیت به تعداد پزشک، مشمول تعدیلات جمعیتی می گردد. پزشکان جانشین کلیه فعالیت های پزشک خانواده اصلی را می بایست انجام دهند.

تبصره ۳: به هیچ وجه نباید جمعیت بیش از ۵۰۰۰ نفر را تحت پوشش یک پزشک قرار داد.

۲-ماما: به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، باید یک ماما تعیین کرد .

تبصره: به هیچ وجه نباید جمعیت بیش از ۷۰۰۰ نفر را تحت پوشش یک ماما قرار داد.

تبصره: برای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر در پوشش خود دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت. در مناطقی که مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر دارند، می توان از پزشک و ماما به صورت سه روز در هفته در این مراکز طی روزهای مشخص استفاده نمود. بدیهی است می بایست باقی روزهای هفته در مراکز مشابه و یا همان مرکز حضور یابند. همچنین از پزشک و ماما ثابتی در این مراکز استفاده گردد.

تبصره: وجود حداقل یک ماما جانشین در هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروری است مرکز بهداشت شهرستان به ازای هر ۱۱ ماما، با یک ماما دیگر نیز به عنوان ماما جانشین قرارداد منعقد نماید. این ماما ها در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر ماما ها را داشته باشند. در استفاده از ماما جانشین، مدیریت مرخصی ماما های خانواده، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به ماما جانشین واحد نداشته باشد .

۳-دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان: تعداد دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان مورد نیاز برای ارائه خدمت به ازای حداقل تا ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تعیین می گردد.

۴-آزمایشگاه: نیروی آزمایشگاهی مورد نیاز برای ارائه خدمت به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس آزمایشگاه تعیین می گردد.

۵-رادیولوژی: در مراکزی که دارای واحد رادیولوژی فعال هستند، حداقل یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعیین می گردد.

۶- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک): به ازای هر دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان، که حداقل ۴ ساعت خدمات فعال روزانه داشته باشد یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت کاردان بهداشت دهان و پرستاری دندانپزشکی و در صورت نبود این نیروها، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دیپلم و گواهی آموزشی طی شده مورد تایید معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تعیین می گردد. این فرد بایستی در موارد دهگردشی همراه دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان حضور یابد .

۷-سایر نیروی انسانی مورد نیاز تیم سلامت جهت به کار گیری در برنامه پزشک خانواده: علاوه بر نیروهای فوق الذکر سایر نیروی انسانی مورد نیاز تیم سلامت شامل موارد زیر می باشد.

- پرستار/ بهیار

- کاردان/ کارشناس بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها (مراقب سلامت ناظر)

- کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای

روند جذب اعضای تیم سلامت

در برنامه بیمه روستایی، در خصوص پزشکان تیم سلامت که از هر طریق ممکن (قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان یا در قالب رابطه استخدامی با مرکز بهداشت شهرستان و ...) به عنوان پزشک خانواده مشغول خدمت به مردم روستایی و عشایری یا شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر میشوند، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب، درمانگاه، مراکز پیش بیمارستان، بیمارستان، مرکز درمان سوء مصرف مواد و...) را نخواهند داشت ولی مجوز مطب آنها نباید ابطال گردد. دانشگاه نیز اجازه ندارد از این پزشکان در مراکز پیش بیمارستانی و بیمارستانها در ساعات غیراداری استفاده کند. بر همین اساس می بایست در مورد پزشکان به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی در مورد وضعیت مطب، کلینیک و ... آنان استعلام گردد.

جذب در مناطق با شرایط خاص

در مراکز اقماری به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشکده/ دانشگاه و تایید معاونت بهداشت وزارت متبوع، میتوان از نوع قرارداد اقماری (۱۵ روز کاری در ماه برای هر پزشک/ ماما) استفاده کرد، تعیین و فعالیت مراکز اقماری و روزهای حضور تیم سلامت، خارج از ضوابط مذکور به هر شکل ممکن ممنوع می باشد.

تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت

تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت به شرح زیر می باشد:

- ۱- ارائه یک نسخه از قرارداد و دستورعمل اجرایی برنامه به پزشک خانواده و اعضای تیم سلامت طرف قرارداد
 - ۲- ارائه آموزش لازم براساس دستورالعملها، بسته های خدمت و راهنماهای بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت تبصره: اولویت انجام آموزش با روش غیر حضوری می باشد.
 - ۳- برگزاری دوره آموزشی ۳ روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده برای اعضای تیم سلامت و صدور گواهی مربوط به این دوره. لازم است تمهیدات لازم جهت ارائه آموزش ها در مرکز مجری برنامه منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه انجام گردد.
 - ۴- برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشک و تیم سلامت و برقراری ارتباط با مردم به روستا در ابتدای کار هر پزشک خانواده
 - ۵- تامین، تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تبصره: دانشگاه/ دانشکده موظف است فهرست تجهیزات فنی اساسی و تعمیرات ضروری موردنیاز برای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و خانه بهداشت را به تفکیک نام مرکز و برآورد اعتبار براساس سرانه به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند.
 - ۶- برگزاری دوره آموزشی در خصوص قوانین بیمه ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور گواهینامه آموزشی تبصره ۱: برگزاری انجام این دوره آموزشی در تعهد اداره بیمه سلامت می باشد.
تبصره ۲: زمان حضور پزشکان در دوره آموزشی بیمه نباید به عنوان غیبت محسوب گردد.
 - ۷- اطلاع رسانی به جمعیت تحت پوشش در خصوص نرخ تعرفه ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز با همکاری دهیار/بخشدار
تبصره: جهت اطلاع رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی می باشد.
 - ۸- پزشکان خانواده، بهورزان و سایر اعضای تیم پزشک خانواده باید آموزش ببینند تا در شرایط فوریت های پزشکی برای مراجعه کننده به واحد ارائه خدمت، در اسرع وقت با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند.
 - ۹- پزشکان خانواده و اعضای تیم آنها موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرایط نیاز به اقدام فوری با شماره تلفن ۱۱۵ تماس بگیرند. در این آموزش باید مشخص شود که بیماران در چه شرایطی می توانند مستقیماً خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند و در چه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام نمایند.
 - ۱۰- چنانچه میانگین مراجعین روزانه به یک پزشک خانواده برای مدت یک ماه بالغ بر ۷۰ نفر شود، باید موضوع از طریق مرکز بهداشت شهرستان به ستاد هماهنگی شهرستان برای بررسی و پیشنهاد ارائه طریق، ارجاع گردد. در اینصورت پس از بررسی علل کثرت مراجعات، گزارشی تهیه و برای ستاد هماهنگی استان ارسال گردیده، ستاد هماهنگی استان پس از بررسی مورد یکی از اقدامات زیر را انجام می دهد:
- ✓ چنانچه به ازای هر پزشک جمعیت بیش از ۵۰۰۰ نفر باشد، کم کردن جمعیت تحت پوشش هر پزشک با تسریع در جذب پزشک جدید
 - ✓ چنانچه جمعیت در محدوده کمتر از ۵۰۰۰ نفر باشد استفاده از تمام امکانات محلی برای فرهنگ سازی و آموزش عمومی مردم
 - ✓ احاله موضوع بررسی علل بار مراجعه بالا به مرکز تحقیقاتی یا گروه آموزشی (تحقیقاتی) ^{HSR} (مرتبط در هر دانشکده/دانشگاه
 - ✓ لازم است نتایج بررسی از علل افزایش بار مراجعه به ستاد اجرایی استان جهت اتخاذ تصمیمات بعدی انعکاس یابد

۱۱- ارائه گواهی انجام کار به پزشک خانواده و ماماپس از پایان مدت قرارداد با ذکر نحوه عملکرد، رضایت مندی و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت

تبصره ۱: چنانچه پزشک یا مامای طرف قرارداد، محل خدمت فعلی خود را ترک کند اعم از اینکه فرد، خود مایل به ترک خدمت شده باشد یا به دلایلی قرارداد وی توسط مرکز بهداشت شهرستان لغو گردد، در هنگام انعقاد قرارداد با این افراد برای محل دیگر، باید این گواهی مبنای به کارگیری (انعقاد قرارداد) و محاسبه ضریب ماندگاری (از این به بعد) وی قرارگیرد. در صورت جابجایی فرد با درخواست شخصی، ضریب ماندگاری با شرایط مقصد برقرار می گردد و چنانچه با نظر شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان و زودتر از پایان زمان قرارداد باشد ملاک تا زمان پایان قرارداد قبلی، مرکز مجری مبدا خواهد بود. در هر دو صورت، انعقاد قرارداد جدید مورد نیاز است. در صورت جابجایی محل اشتغال فرد در حوزه دانشگاه/ دانشکده محل فعالیت، و عدم وقفه کاری، نیازی به طی مراحل گزینش مجدد نمی باشد. تبصره ۲: با افرادی که در گواهی انجام کار نمره ارزشیابی کمتر از ۷۰ درج شده است، عقد قرارداد جدید پس از طی حداقل یک دوره سه ماهه بوده و استمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز چک لیست اولین پایش بالای ۷۰ می باشد. در صورت کسب امتیاز چک لیست پایش کمتر از ۷۰ لغو قرارداد می گردد و امکان عقد قرارداد جدید برای وی در سال جاری میسر نمی باشد.

تبصره ۲: لغو قرارداد اعضای تیم سلامت بر اساس دلایل مستند و صرفاً پس از تذکر کتبی جهت اصلاح امور حداقل یک ماه قبل و با دستور و ابلاغ معاون بهداشتی دانشکده/ دانشگاه علوم پزشکی امکان پذیر خواهد بود.

وظایف اعضای تیم سلامت

تشکیل پرونده سلامت

اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود و ثبت نام از آنها، تشکیل پرونده سلامت برای هر فرد از افراد خانوار و انجام اولین ویزیت افراد است که بطور رایگان برای تمامی جمعیت تحت پوشش صورت گرفته و فرمهای مربوطه که از طریق ستاد هماهنگی شهرستان تهیه و به تیم سلامت تحویل داده می شود، تکمیل و در پرونده ثبت می گردد. هر اقدام درمانی که پزشک خانواده برای افراد تحت پوشش خود انجام می دهد باید در پرونده سلامت خانوار وی ثبت گردد. هر سال یکبار باید ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش و برای گروه های هدف مطابق با بسته های خدمت انجام گردیده و در پرونده سلامت ثبت شود در صورت استقرار سامانه نرم افزاری پرونده الکترونیک سلامت بایستی تمامی اقدامات فوق در پرونده الکترونیک سلامت ثبت گردد.

تبصره ۱: در صورت استقرار سامانه نرم افزاری پزشکان خانواده باید برای تمامی جمعیت تحت پوشش خود پرونده الکترونیک سلامت تشکیل دهند. در صورت عدم دسترسی به رایانه و اینترنت و تامین نشدن زیر ساخت پرونده الکترونیک، باید ویزیت اول انجام شده و پرونده به صورت کاغذی تشکیل گردد.

تبصره ۲: هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش پزشک خانواده نقل مکان کرد، اولین اقدام، تشکیل پرونده سلامت خانوار و ویزیت اول تمام افراد خانوار جدید توسط پزشک خانواده است. اما اگر پرونده سلامت بصورت الکترونیکی انجام شده باشد، اطلاعات خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد.

تبصره ۳: در هنگام ویزیت دوره ای افراد تحت پوشش توسط پزشک خانواده، باید ماما یا پرستار یا بهورز حضور داشته باشد و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت از پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت استخراج شده و کنترل گردد. اگر مرکز بهداشت شهرستان تشخیص داد که به دلیل حضور بهورز در هنگام ویزیت دوره ای، کارهای بهورز در خانه بهداشت با مشکل مواجه می شود، پرونده خانوار افرادی که باید ویزیت شوند، در اختیار ماما یا پرستار/ مراقب سلامت همراه پزشک قرار می گیرد. در این حالت نیازی به حضور اجباری بهورز نیست.

تبصره ۴: چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد، بهورز یا کاردان یا رابط بهداشت او را در زمان حضور پزشک به خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت دعوت می کند تا پزشک در دهگردشی خود به همراه بهورز او را در محل خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت یا مکان مناسب دیگری که برای این امر اختصاص داده شده است، ویزیت کند.

سرکشی و نظارت (دهگردشی)

پزشک خانواده می بایست در روستاهای اصلی به خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر حداقل ۱ بار در هفته و خانه های بهداشت با جمعیت بالای ۲۰۰۰ نفر دو بار در هفته سرکشی نماید. همچنین ماهانه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری (به شرط وجود راه برای عبور خودرو) سرکشی نماید. برای دهگردشی پزشک شاغل در مرکز تک پزشک باید برنامه ریزی به نحوی صورت گیرد که مرکز خدمات جامع سلامت تک پزشک تا ساعت ۱۱ صبح خالی از پزشک نباشد به صورتی که در ویزیت مراجعین در نوبت صبح هم اختلالی ایجاد نشود. این زمان می تواند بسته به نظر ستاد هماهنگی برنامه پزشک خانواده استان تغییر نماید.

تبصره ۱: محل استقرار پزشک در زمان دهگردشی، خانه بهداشت خواهد بود (هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن سهم دهگردشی در کارانه خود، از انجام این کار اجتناب کند). کلیه بیماران تحت پوشش پزشکی که به دهگردشی رفته است، باید توسط پزشک یا پزشکان دیگر موجود در مرکز ویزیت گردند.

تبصره ۲: درمورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز موردنظر بیش از یک پزشک دارد، تعداد خانه های بهداشت و روستاهای سیاری باید بین پزشکان تا حد امکان بطور مساوی تقسیم گردد. مثلاً "اگر مرکزی ۶ خانه بهداشت در پوشش دارد و دارای ۲ پزشک است برای هر پزشک ۳ خانه بهداشت در نظر گرفته شود.

تبصره ۳: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش در ساعات صبح و عصر براساس برنامه زمانبندی مسئول مرکز مجری و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در زمان دهگردشی پزشک، بهورز خانه بهداشت مزبور باید حتماً در محل کار خود حضور داشته باشد.

ثبت روزانه آمار مراجعین و ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان

مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار مراجعین روزانه به مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه اقدام و گزارش ماهانه آمار مراجعین را براساس فرمت تعیین شده به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند.

ساعات کار اعضای تیم سلامت

زمان کار پزشک خانواده به شرح زیر می باشد:

الف: ساعت کار موظف تیم سلامت در دو شیفت صبح و بعدازظهر به مدت ۸ ساعت کامل به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه و متناسب با بار مراجعه تعیین می گردد. پایان ساعت فعالیت مرکز در روزهای پنجشنبه در مراکز دارای بیتوته تا ۱ بعدازظهر است. چنانچه مرکز بدون بیتوته باشد باید پنجشنبه ها یکسره تا ساعت ۳ بعدازظهر فعالیت نمایند. فرانشیز ویزیت پزشک خانواده که بیمار در این زمان باید پرداخت کند معادل ۵۰۰۰ ریال است. البته درمورد بیماران اورژانس ارائه خدمت در تمامی طول شبانه روز رایگان می باشد.

ب: زمان بیتوته شامل ساعات خارج از زمان کاری و روزهای تعطیل می باشد و مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران غیر اورژانسی برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰٪ تعرفه دولتی می باشد.

چنانچه پزشکی در زمان بیتوته غیبت نماید، اعتبار درنظر گرفته شده برای بیتوته از دستمزد وی کسر میشود ولی اگر این غیبت برای بیتوته در روز تعطیل و در نوبت شیفت وی باشد، علاوه بر کسر اعتبار مربوط به بیتوته فرد در زمان تعطیل، معادل دو سی ام حقوق او نیز به ازای هر روز غیبت کسر میگردد.

تبصره: پزشکان خانواده مستقر در مراکز مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر (برحسب شیفت بندی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و به مدت ۸ ساعت کار) و در ایام شب (بطور بیتوته) فعالیت کنند. چنانچه درهریک از اوقات صبح و بعدازظهر (شیفت های خدمت) یا در زمان بیتوته (برحسب تعداد پزشک مرکز و برنامه شیفت بندی هر پزشک) حضور نداشتند (غیراز زمان دهگردشی، مرخصی استحقاقی یا شرکت در کلاسهای آموزشی که برنامه آن باید بروی تابلوی اعلانات مرکز نصب باشد) از دریافتی آنها کسر می شود.

تبصره: حضور فعال پزشکان، ماماها یا پرستاران، کاردان/ کارشناسان بهداشتی، کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی (در صورت وجود) دارای قرارداد پزشک خانواده و بهورزان تیم سلامت در مراکز مجری برنامه بیمه روستایی و خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه برای شیفت های فعال و تعیین شده توسط دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، الزامی است و این نیروها موظف هستند حتماً همسان با ساعات

کار اداری پزشک خانواده در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند. درمورد بهورزان فقط در صورتیکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد.

تبصره: تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها/ پرستاران طرف قرارداد در ایام ماه مبارک رمضان و نوروز مبتنی بر ابلاغیه هیئت محترم دولت یا استانداری ها است. البته، باید شیفت بندی روزهای تعطیل و ساعات غیراداری از طرف مرکز بهداشت شهرستان برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت رسانی ایجاد نشود.

تبصره: در صورتیکه نیروی شاغل در قالب برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی در روزهای کاری، بدون عذر موجه ۱۰ روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید به ازای هر روز غیبت به میزان ۲/۵ روز از دریافتی وی کسر شده و لغو قرارداد گردد. در غیبت کمتر از ده روز غیر موجه نیز به ازای هر روز غیبت به میزان ۲ روز از کل دریافتی ماهانه وی کسر می شود.

تبصره: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن فرد طرف قرارداد از

مرخصی استحقاقی تا ۱۵ روز آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد مبلغ آن ۱۵ روز (معادل مبلغ کل قرارداد

منهای بیتوته) را به وی پرداخت کند .

تبصره: در خصوص نیروهای رسمی و پیمانی از آنجایی که حکم کارگزینی مبنای پرداخت ذخیره مرخصی آنان در پایان خدمت می باشد می بایست مبلغ حکم کارگزینی از کل قرارداد کسر و ما به التفاوت منهای مبلغ بیتوته به عنوان مبنای محاسبه بازخرید مرخصی در پایان هر سال لحاظ گردد .

بیتوته پزشک خانواده

ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری، به جمعیت ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز مجری الزامی است .

برای ارائه خدمات در ساعات غیراداری در مرکز مجری سه حالت احتمال دارد:

الف- پزشک در مرکز بیتوته کند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که در شرایط نبود پزشک به هر دلیل، پزشک جانشین مورد نیاز مرکز را تامین نماید یا نزدیکترین مرکز دارای پزشک که قابل دسترس روستاییان آن مرکز باشد را معرفی کند تا مردم در شرایط ضروری به پزشک دسترسی داشته باشند و در صورت تعیین جانشین، علاوه بر مهر پزشک جانشین، مهر شناسایی مرکز خدمات جامع سلامت در نسخه درج گردد. مدت زمان استفاده از پزشک جانشین نباید بیش از ۱۰ روز در ماه برای یک مرکز باشد.

ب- پزشک به دلیل نبود امکانات بیتوته، در مرکز بیتوته نکنند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که برای جمعیت تحت پوشش دو یا چند مرکز مجاور با شرایط مشابه، امکان دسترسی به خدمات را در محلی مناسب برای خدمات شیفت شب فراهم کند (تعیین مرکز معین) .

تبصره: با در نظر گرفتن اعتبار برای راه اندازی و بهبود محل زیست پزشک و ماما، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برای تمامی مراکز دارای بیتوته، اقدام به تهیه محل بیتوته نماید.

ج- درمورد روستاهایی که تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی هستند و فاصله کمتر از ۵ کیلومتر تا شهر، مناطق شهری یا حاشیه شهرها و روستاهای نزدیک به شهر دارند می توان موارد مراجعه در خارج از ساعت اداری را به یک مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی در شهر - مرکز معین- یا اورژانس بیمارستان ارجاع داد و نیازی به بیتوته در این مرکز نمی باشد و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات شیفت شب، از سرجمع اعتبارات پزشک مرکز کم می گردد ولی اعتبار آن از سوی اداره کل بیمه استان در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادی با بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان پرداخت شود.

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان پزشکان مرکز را با مرکز مجاور به طور نوبتی در کشیک شبانه یا روزهای تعطیل قرار دهد و به مردم نیز اعلام کند که در شرایط اضطرار می توانند به مرکز دارای پزشک مراجعه کنند .

تبصره ۲: در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز خدمات جامع سلامت مجری، مسئولیت شیفت بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با پزشک مسئول مرکز خواهد بود.

تبصره ۳: در مراکز شبانه روزی دارای ۴ پزشک یا بیشتر، در صورت حضور پزشک خانواده در شیفت شب، روز کاری بعد بیتوته برای ایشان OFF در نظر گرفته می شود. بدیهی است عدم حضور پزشک مذکور مشمول تعدیلات جمعیتی و عدم حضور نخواهد شد.

تبصره ۴: برای مراکز که فقط یک پزشک دارند، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل را تعطیل کرد. البته، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، امکان ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش را از نزدیکترین مرکز معین یا شبانه روزی را فراهم کند. درضمن، لازم است نام، محل و نشانی مراکز مزبور و ساعت کشیک به نحوی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا مردم بدانند در روزهای تعطیل باید به کجا مراجعه کنند. پزشکان مستقر در مراکز دارای یک پزشک نیز بصورت شیفت بندی شده براساس نظر مرکز بهداشت شهرستان باید در این مرکز کشیک دهند و نباید بابت روزهایی که کشیک برای آنها در نظر گرفته نشده است، از حقوقشان کسر گردد.

تبصره ۵: هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن سهم بیتوته در حقوق خود، از انجام این کار اجتناب کند.

تبصره ۶: در صورتیکه مطابق بندهای پیشگفت مقرر گردید پزشک در شیفت های شب در مرکز خدمات جامع سلامت روستایی کشیک دهد، مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضای فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات بیتوته را در آن مرکز فراهم کند. وجود سرایدار/ خدمتگذار برای این مراکز بویژه در شرایط حضور پزشک خانم، ضرورت دارد.

تبصره ۷: بیتوته کردن ماما یا پرستار الزامی نیست. چنانچه فاصله مرکز خدمات جامع سلامت تا شهر طوری باشد که امکان تردد هر روزه برای ماما یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده میسر نگردد، لازم است مرکز بهداشت شهرستان در جهت تامین فضای زیست مناسب برای این افراد، همکاری و مساعدت نماید. در این موارد، می توان از همکاری و مشارکت مردم و شورای روستا نیز بهره گرفت.

تبصره ۸: از سوی شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان برای دندانپزشکانی که مایل به بیتوته در برنامه پزشک خانواده روستایی می باشند امکانات لازم فراهم گردد.

تبصره ۹: در صورت فقدان امکانات بیتوته برای پزشک، باید تلاش شود از محل اعتبار در نظر گرفته شده هرچه سریعتر محلی تامین گردد و تا زمان آماده شدن محل، با نزدیکترین مرکز دارای محل بیتوته بصورت شیفتی بیتوته صورت گیرد. بدیهی است در مواردی که بیتوته برای بیمه شدگان مرکز به هر طریق ممکن تعریف نگردد موجبات کسر سرانه بیتوته مرکز می گردد.

تبصره ۱۰: ضرورت دارد معاون درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی هماهنگی لازم را به منظور پذیرش دارندگان دفترچه بیمه روستائی توسط بیمارستان ها انجام دهد. برای استفاده از خدمات پزشک خانواده در ساعات غیراداری کلیه هزینه های بیماران غیر بستری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (از محل حذف اعتبار بیتوته پزشک مرکز).

تبصره ۱۱: مرکز بهداشت شهرستان موظف است با مراکز اورژانس ۱۱۵ در همان شهرستان هماهنگ شود تا موارد فوریت ها را مدیریت کنند و در صورت ضرورت، بیمار را به نزدیکترین واحد بیمارستانی انتقال دهند.

تبصره ۱۲: استفاده از پزشکان بخش خصوصی در بیتوته واحد های مجری برنامه، در صورت عدم وجود ظرفیت در بخش دولتی، پس از امکان سنجی لازم، از محل اعتبارات بیتوته سهم پزشک بلامانع است. ضوابط قرارداد و پرداختی این پزشکان مانند پزشکان بیتوته می باشد.

نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت

۱- اعضای تیم سلامت سالانه می توانند از ۳۰ روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزایا بهرمنند شوند ولی بطور متوالی نمی توانند بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده کنند. در مورد حج تمتع و صرفا یکبار در طول خدمت این مدت یکماه می باشد.

تبصره ۱: اگر زمان مرخصی پزشک با بیتوته وی همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود.

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان موظف است در جهت تامین نیروهای جانشین (پزشک و ماما) در زمان مرخصی ها یا آموزش های شغلی آنها اقدام کند. مرکز بهداشت شهرستان موظف است تغییرات ایجاد شده در فهرست پزشکان خانواده و ماماها یا پرستاران قراردادی یا فهرست پزشکان جانشین را در اسرع وقت به مرکز بهداشت استان و اداره کل بیمه سلامت استان اعلام کند.

تبصره ۳: در مراکز مجری برنامه با بیش از یک پزشک (غیر زن و شوهر) باید طوری برنامه ریزی کرد تا در زمان مرخصی یا شرکت در کلاس آموزشی یک پزشک، سایر پزشکان در مرکز حضور داشته باشند.

تبصره ۴: در مورد مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه دارای تک پزشک یا با پزشکان زن و شوهر می توان به گونه ای برنامه ریزی کرد که در زمان حضور نداشتن آنها از وجود پزشکان مراکز همجوار که دارای چند پزشک هستند، یا پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی یا شبانه روزی استفاده کرد .

۲- اعضای تیم سلامت می توانند در صورت ابتلا به بیماری به تشخیص پزشک معتمد دانشگاه/ دانشکده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت ۴ ماه در سال استفاده نمایند. در مرخصی استعلاجی کمتر از ۳ روز منحصرًا " حقوق روزانه براساس اصل حقوق را دریافت نموده ولی کارانه ویژه محاسبه و پرداخت نمی شود. در مرخصی های استعلاجی بیش از ۳ روز و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی می شود و در زمان مرخصی براساس قوانین این سازمان، فقط غرامت دستمزد از سازمان مربوط دریافت می کند. پس از پایان دوره مرخصی فرد می توان ۲ اقدام مختلف انجام داد:

الف- تا زمان پایان مدت قرارداد وی، مرکز بهداشت موظف است فرد را در هر مرکز خدمات جامع سلامت تابعه خود که نیاز دارد به کارگمارد .

ب- چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی دارای سابقه خدمت در محل بوده و از خدمت وی رضایت حاصل است، در زمان مرخصی وی با فرد جانشین قرارداد موقت بسته شود (فقط تا مدت زمان مرخصی استعلاجی فرد) تا فرد پس از پایان مرخصی به سرکار خود بازگردد.

۳- با توجه به ابلاغ سیاست های جمعیتی، پس از پایان زایمان و در جهت حفظ امنیت شغلی مادر، می بایست نیروی طرف قرارداد در همان مرکز قبلی مجدداً بکار گیری گردد. در طول مدت مرخصی زایمان می توان از مامای جانشین استفاده نمود.

۴- مدت زمان مرخصی زایمان در حال حاضر به مدت ۹ ماه می باشد و محل پرداخت دستمزد در طی شش ماهه اول از طریق سازمان تامین اجتماعی و سه ماهه بعدی از محل اعتبارات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشد.

درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده

درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده از طرق زیر تامین خواهد شد:

- ۱- منابع حاصل از عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه بهداشت درمان شهرستان با اداره کل بیمه سلامت استان .
- ۲- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت پزشک خانواده یا ماما با رعایت سیستم ارجاع درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند. تعرفه ورودیه برای خدمات درمانی تعیین شده در بسته خدمت که توسط پزشک خانواده یا ماما ارائه می شود، بشرح زیر می باشد و دریافت هرگونه مبلغ خارج از موارد ابلاغی وجاهت ندارد و منجر به کسورات پایش می گردد.
 - الف) تعرفه کامل ویزیت پزشک عمومی ۱۰۶۰۰۰ ریال که فرانشیز آن معادل ۵۰۰۰ ریال می باشد .
 - ب) فرانشیز ویزیت کارشناس مامایی معادل ۶۰٪ فرانشیز پزشک عمومی) ۳۰۰۰ ریال) می باشد.
 - ج) فرانشیز ویزیت کارشناس ارشد مامایی معادل ۷۰٪ فرانشیز پزشک عمومی) ۳۵۰۰ ریال) می باشد.
- ۳- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۳۰٪ از تعرفه دارو درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند .
- ۴- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات آزمایشگاهی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۵- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات رادیولوژی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۶- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۰٪ از تعرفه های خدمات تزریقات و پانسمان و اخذ کامل هزینه مواد مصرفی (مانند دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الکل، لیدوکائین، بتادین و...) و سایر خدمات سرپایی که مشمول تعرفه هستند.
- ۷- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۳۰٪ کل خدمات ارائه شده (پزشکی، دارویی، و پاراکلینیکی و ...) (به سایر بیمه شدگان) تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق های بیمه سلامت و...).
- ۸- منابع حاصل از اخذ سهم سایر سازمان های بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و ...) (درقبال ارائه برگهی بیمه شدگان.
- ۹- منابع حاصل از تعرفه ارائه خدمات دندانپزشکی (بر اساس بسته خدمت تعریف شده دفتر سلامت دهان و دندان).

۱۰- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمت به سایر افرادی که خارج از سیستم ارجاع مراجعه می کنند. به عنوان مثال شهرنشینانی که بصورت میهمان در روستا به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.

۱۱- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بیمه (اعم از بیمه روستایی یا سایر بیمه ها) .

تبصره: چنانچه بیمار صرفاً برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای مرکز مراجعه کند، فقط فرانشیز تعرفه آن خدمت را خواهد پرداخت. در صورت مراجعه به پزشک و ماما فقط فرانشیز تعرفه خدمت پزشک از بیمار اخذ می گردد. غیر از انجام مراقبت ها که در بسته خدمت آمده است) که رایگان می باشد، برای تمام موارد ویزیت درمانی پزشک، باید فرانشیز مصوب دریافت گردد.

تبصره: دریافت فرانشیز در مورد برنامه های جاری نظام شبکه بهداشت و درمان از قبیل ویزیت گروه های هدف مصداق ندارد و چنین خدماتی، رایگان ارائه می گردد .

تبصره: ارائه مکمل های دارویی شامل: قرص آهن، اسید فولیک و مولتی ویتامین برای زنان باردار؛ قطره آهن، آ د و مولتی ویتامین برای کودکان زیر ۲ سال؛ قرص فرفولیک یا قرص آهن برای دختران ۱۲ تا ۱۸ سال (دوران متوسطه)؛ و پرل ویتامین ۳۰ برای دانش آموزان از ابتدایی تا پایان متوسطه در هر دو جنس) ۷ تا ۱۸ سال، (میانسالان و سالمندان) ۳۰ سال و بالاتر) باید توسط خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت به صورت رایگان انجام گیرد .

تبصره: افرادی که برگه های دفترچه بیمه روستایی آنها به پایان رسیده باشد تا زمان اخذ دفترچه جدید، باید ۱۰۰٪ تعرفه را پرداخت کنند. در مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور دفترچه برای آنان، می توان با استفاده از دفترچه بیمه مادر آنها را تحت پوشش قرار داد و فرانشیز مصوب دریافت کرد.

تبصره: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (آزاد). مرکز خدمات جامع سلامت این افراد را به اداره بیمه سلامت شهرستان برای دریافت دفترچه بیمه روستایی راهنمایی نماید.

تبصره ۱۰: در ساعات موظف کاری مرکز خدمات جامع سلامت فرانشیزی که بیمار در این زمان باید پرداخت کند معادل ۵۰۰۰ ریال است. البته در مورد بیماران اورژانس ارائه خدمت در تمامی طول شبانه روز رایگان می باشد.

تبصره: در زمان بیتوته و روزهای تعطیل مبلغ فرانشیز دریافتی پزشک جهت ویزیت و خدمات جانبی از بیماران غیر اورژانسی ۳۰٪ تعرفه دولتی می باشد.

تبصره: در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رایگان می باشد و نباید وجهی از مراجعه کننده دریافت شود ولی با تکمیل مستندات مربوط به پرونده بستری مادر، برگه دفترچه او جدا شده و برای سایر صندوق ها (به جز صندوق روستایی) با ارائه به اداره بیمه باید سهم تعرفه آن به صورت) FFS (به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت گردد. در صورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می گردد، بدیهی است در صورت انجام زایمان در بیمارستان، هزینه های مربوطه توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

تبصره: ارائه تمامی خدمات بهداشتی تعریف شده در بسته های خدمت کاملاً رایگان است. در صورت ارائه سایر خدمات) خارج از بسته خدمات سلامت) باید فرانشیز خدمت اخذ گردد .

تبصره: تعرفه خدماتی که در چارچوب قراردادهای عقد شده نباشد و بیمار از مسیر ارجاع و پزشک خانواده مراجعه نکند، مانند خدمات پزشکی، دارویی، رادیولوژی و آزمایشگاهی نسخه شده توسط سایر پزشکان عمومی) غیر از پزشک خانواده تعیین شده برای محل و یا پزشک خانواده جانشین که مهر پزشک خانواده در نسخه وجود ندارد) و متخصصین در مراجعات خارج از نظام ارجاع، باید بطور کامل از بیمار اخذ گردد.

سهم توزیع سرانه توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده به شرح ذیل می باشد.

جدول سهم توزیع سرانه:

موضوع	سهم از سرانه (درصد)	محل تامین اعتبار	محل هزینه کرد
حق الزحمه پزشک	۲۸	صندوق بیمه روستاییان	دانشگاه/ دانشکده
حق الزحمه ماما / سایر نیروهای بهداشتی	۱۰	صندوق بیمه روستاییان	دانشگاه/ دانشکده
مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه (وزارت)	۴	صندوق بیمه روستاییان	ستاد وزارت بهداشت دانشگاه/ دانشکده
هزینه های مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه (بیمه)	۲	صندوق بیمه روستاییان	سازمان بیمه سلامت ایران
خدمات سلامت دهان و دندان	۵.۵	صندوق بیمه روستاییان	دانشگاه/ دانشکده
فرهنگ سازی، آموزش و بسترسازی	۰.۵	صندوق بیمه روستاییان	سازمان بیمه سلامت
راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت	۲	۱ درصد ارزش افزوده	ستاد وزارت بهداشت / دانشگاه/ دانشکده
خدمات دارویی	۱۳.۵	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاه)	۷	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
خدمات پاراکلینیک (رادیولوژی)	۲.۳	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
تامین مکمل های دارویی	۴	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
آماده سازی و بهبود استانداردهای واحدهای مجری برنامه و ساختارهای پیوسته آن	۱۶.۵	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
بابت هزینه اجرای برنامه های فنی ادغام یافته با اولویت تقویت نظام مراقبت بیماری ها و کنترل عوامل خطر از قبیل کم تحرکی، رژیم غذایی ناسالم، مصرف	۲	۱ درصد ارزش افزوده	ستاد وزارت بهداشت / دانشگاه/ دانشکده
سیگار و خودمراقبتی به منظور ارتقاء سلامت ، پیشگیری از بیماری ها ، غربالگری و کنترل بیماری های واگیر و غیر واگیر از جمله دیابت ، فشار خون ، بیماری های قلبی و عروقی، سرطان ها ، بیماری های مزمن تنفسی و بیماری های اعصاب و روان ، اعتیاد، سل ، ایدز، هپاتیت ، فراهم نمودن جلب مشارکت فرد و جامعه در ارتقاء سلامت در بسته خدمت تعریف شده	درصد ارزش افزوده ۱	۷.۲	دانشگاه/ دانشکده

شیوه پرداخت حقوق و مزایا

پرداختی به نیروهای تیم سلامت پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی برای پزشک، ماما، پرستار) در صورتی که جایگزین ماما باشد، نیروی آزمایشگاه و رادیولوژی، که بر اساس این دستور عمل بکارگیری شده اند معادل حکم کارگزینی بعلاوه کارانه مورد محاسبه بر اساس مکانیسم پرداخت می باشد. معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده موظف است ترتیبی اتخاذ کند تا حقوق و مزایای آنان برابر مفاد این دستورالعمل تعیین و برقرار گردد. بدین صورت که حقوق و مزایای مندرج در حکم کارگزینی آنان به صورت ماهانه تا بیست و هشتم هرماه (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت شده و پس از آن کارانه مورد محاسبه طبق مکانیسم پرداخت ۷۰٪ بصورت علی الحساب ماهانه تا پنجم ماه بعد (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت گردد. ۳۰٪ باقیمانده هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی پرداخت می گردد. لازم است ۳۰٪ مربوط به پایش عملکرد حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش تسویه گردد. صدور حکم کارگزینی، متمم قرارداد کارانه و ابلاغ تعیین محل خدمت در ابتدای شروع به کار و ارائه فیش حقوقی در پایان هر ماه به این نیروها از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان الزامی میباشد.

پرداختی جهت دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان بر مبنای عملکرد به صورت کارانه می باشد. کارانه مورد محاسبه طبق مکانیسم پرداخت ۷۰٪ بصورت علی الحساب ماهانه تا پنجم ماه بعد (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت گردد. ۳۰٪ باقیمانده هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی پرداخت می گردد. لازم است ۳۰٪ مربوط به پایش عملکرد حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش تسویه گردد. بدیهی است مبلغ حکم کارگزینی از سرجمع دریافتی دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان کسر می گردد.

پرداختی جهت سایر نیروهای مورد نیاز تیم سلامت شامل پرستار/ بهیار، کاردان و کارشناس بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای مورد قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی معادل نیروی پیمانی همتراز می باشد. همچنین پرداخت کارانه جهت این نیروها مجاز نبوده و در صورت نیاز به حضور آنان در خارج ساعات اداری، پرداخت اضافه کار از محل درآمد جاری و در سقف اعتبارات موجود بلامانع می باشد.

صدور حکم کارگزینی و ابلاغ تعیین محل خدمت در ابتدای شروع به کار و ارائه فیش حقوقی در پایان هر ماه برای این نیروها از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان الزامی میباشد.

تبصره: چنانچه پزشکی در زمان بیتوته غیبت نماید، اعتبار در نظر گرفته شده برای بیتوته از دستمزد وی کسر می شود ولی اگر این غیبت برای بیتوته در روز تعطیل و در نوبت شیفت وی باشد، علاوه بر کسر اعتبار مربوط به بیتوته فرد در زمان تعطیل، معادل یک سی ام حقوق او نیز به ازای هر روز غیبت کسر میگردد.

تبصره: چنانچه فرد طرف قرارداد زودتر از یک ماه محل خدمت خود را ترک کند، کل مبلغ قرارداد یک ماه وی پرداخت نمی شود چنانچه این فرد سابقه بیش از یکماه داشته باشد مبلغ مربوط به پایش وی که نزد مرکز بهداشت شهرستان است، کسر می شود.

تبصره: پزشکان، ماماها و پرسنل طرف قرارداد که براساس تایید بنیاد جانبازان به عنوان جانباز و خانواده شاهد شناخته شده اند، بر مبنای بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه از پرداخت بیمه و مالیات معاف هستند.

تبصره: مبلغ عیدی براساس رقم اعلام شده هیات محترم دولت و برحسب ماه خدمتی فرد طرف قرارداد، باید در پایان سال به وی پرداخت گردد.

میانگین موارد ارجاع به سطوح بالاتر

میانگین موارد ارجاع به شرح زیر می باشد:

سقف ارجاع به متخصص تا حداکثر ۱۵٪ مراجعین به پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت می باشد. بدیهی است درصد مزبور شامل موارد ارجاعی به متخصص بر اساس مراقبت گروههای هدف و بسته خدمتی نیز می باشد.

پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان

اجرای پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان توسط چک لیست مورد توافق، هر ماه یکبار انجام می شود.

تبصره ۱: اداره کل بیمه استان موظف است پس خوراند بازدیدهای انجام شده در طول ماه قبل را حداکثر تا دهم ماه بعد برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت استان ها و شهرستان ها فراهم باشد. نتایج پایش های مشترک مبنای کسورات خواهد بود. بدیهی است که نکات مورد نظر اداره کل بیمه سلامت استان به مرکز بهداشت شهرستان منعکس می گردد. مرکز بهداشت موظف به پیگیری می باشد.

تبصره: پزشک خانواده مسئول مرکز وظیفه اداره کردن تیم های سلامت تحت پوشش را دارد. همچنین وی مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل ارائه در مرکز مجری پزشک خانواده می باشد.

تبصره: پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بستهی تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگیهای اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعهی تحت پوشش خود قرار دهد.

فصل دوازدهم: مکانیسم پرداخت

Mixed Payment

در برنامه پزشک خانواده برای دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه های مختلف خدمت، از روش استفاده می شود.

دریافتی نیروهای طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی جهت پزشک، ماما، آزمایشگاه و رادیولوژی شامل دو بخش می باشد:

الف: حکم کارگزینی ب: کارانه

حکم کارگزینی: براساس آیین نامه اداری - استخدامی اعضای غیر هیئت علمی دانشگاه ها، حکم کارگزینی نیروهای قراردادی پزشک خانواده در ابتدای قرارداد صادر شده و مبلغ تعیین شده، پس از کسر کسورات قانونی در پایان هر ماه همراه با پرداختی های سایر پرسنل، پرداخت می گردد.

کارانه: براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه محاسبه، و ۷۰٪ آن در پایان ماه و ۳۰٪ باقیمانده پس از انجام پایش به صورت سه ماهه پرداخت می گردد.

-ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد برنامه طبق چک لیست های موجود اقدام می شود. نحوه محاسبه ضریب عملکرد برابر

است با امتیاز کسب شده تقسیم بر مجموع امتیازات ضرب در ۱۰۰

مکانیسم های عملکردی:

الف: تشویق

در صورت کسب امتیاز ۹۰٪، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد.

در صورت کسب امتیاز بیش از ۹۰٪ بازای هر ۱٪ افزایش معادل ۲ صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد. در این صورت لازم است علت کسب امتیاز بالاتر از ۹۰ حتماً مشخص گردد.

ب: تنبیه

کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود

کسب ضریب عملکرد ۷۰٪ و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود

کسب ضریب عملکرد ۷۰٪ سبب کسر ۳۰٪ مبلغ کل قرارداد می شود، البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود.

در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

می بایست موارد تنبیهی طی نامه کتبی توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان به پزشک مربوطه ابلاغ گردد.

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده - مدیریت برنامه پزشک خانواده

نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

.....

ردیف	عملکرد	بلی	خیر	مورد ندارد	نحوه بررسی	امتیاز	
						مورد انتظار	کسب شده
۱	پزشک خانواده نسبت به تدوین برنامه عملیاتی سالانه در فرم مربوطه برای سال جاری اقدام نموده است.					۴	
۲	جلسات هماهنگی با پرسنل تحت پوشش خود را حداقل بصورت ماهانه برگزار و مصوبات آن را پیگیری نموده است.					۲	
۳	کمیته های تیم سلامت (نیروی انسانی ، تجهیزات و تعمیرات فضای فیزیکی) را استخراج و پیگیری نموده است.					۲	
۴	پایش کادر تحت سرپرستی خود را طبق برنامه انجام داده است.					۸	
۵	کارانه پرسنل کادر تیم سلامت را بر اساس فرمت استاندارد توزیع نموده است.					۲	
۶	دهگردشی خانه های بهداشت را طبق برنامه زمانبندی هفتگی اجرا کرده است.					۱۲	
۷	برای تمامی نسخ تجویز شده توسط پزشک (در مرکز و دهگردشی ها) دارو داده می شود و یا پیگیری لازم توسط پزشک خانواده بعمل آمده است.					۲	
۸	پرونده سلامت برای کل جمعیت تحت پوشش ، تکمیل گردیده است .					۴	
۹	ویزیت ادواری جمعیت تحت پوشش را طبق استاندارد انجام داده است.					۲۰	
۱۰	درصد بیماران قابل مراقبت ثبت شده در دفتر پیگیری مطابق با استاندارد است.					۱۲	
۱۱	مراقبتهای بعدی و ویزیتهای مجدد را طبق استاندارد پیش بینی شده انجام داده است.					۱۲	
۱۲	نسبت به اخذ نوبت تلفنی یا اینترنتی برای موارد ارجاع یافته از کلینیک های تخصصی طرف قرارداد اقدام شده و موارد ارجاع شده به سطوح بالاتر را پیگیری و اقدامات انجام گرفته در پرونده سلامت و دفتر ارجاع ثبت نموده است.					۱۰	
۱۳	تمامی اقدامات انجام گرفته را در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات (برابر دستورعمل) ثبت نموده است.					۲	
۱۴	برابر قرارداد ، مقررات حضور به موقع و بیتوته را رعایت کرده است.					۸	
جمع نمرات						۱۰۰	

راهنمای تکمیل چک لیست پایش پزشکان خانواده (مدیریتی)

- ۱- در صورتی که پزشک قسمتهای مورد انتظار فعالیتهای خود را در جدول برنامه سالانه پزشک خانواده (پیوست) در هر ماه وسال و زیر ستون نمره پایش مشخص نموده باشد نمره ۱ منظور می شود.
- ۵- در صورتی که پزشک قسمتهای تحقق یافته فعالیتهای خود را در برنامه سالانه پزشک خانواده در هر ماه و زیر ستون نمره پایش مشخص نموده باشد ۲ نمره منظور گردد در صورتی که پزشک خانواده در پایان سال در جدول برنامه سالانه پزشک خانواده سال قبل ، گزارش فعالیتهای تحقق یافته خود را در زیر ستون سال و قسمت تحلیل وضعیت فعالیت برای هر فعالیت بطور کامل نوشته باشد ، ۱ نمره منظور می شود.
- ۲- جهت هماهنگی بین کادر مرکز تشکیل یک جلسه هماهنگی بین کادر لازم می باشد که این جلسه به ریاست پزشک خانواده مسئول مرکز و با حضور کلیه کادر مرکز از جمله دیگر پزشکان خانواده شاغل در مرکز ، ماما ، مربی ، کادر بهداشت محیط ، بهداشت خانواده ، دارویار ، پذیرش و... حداقل هر ماه یکبار در مرکز تشکیل می شود. موضوعات مطرح شده در این جلسات می تواند تمامی مشکلات موجود مرکز و خانه های بهداشت ، برنامه های جدید ، ایجاد هماهنگی بیشتر بین کادر مرکز و... بوده باشد. به ازای تشکیل دو سوم جلسات مورد انتظار در فصل و ارائه مستندات نمره ۲ داده شود و در غیر آن نسبت به عدم تشکیل جلسات ، نمره کسر گردد.
- در مورد پزشکان خانواده غیر مسئول مرکز در صورت حضور در جلسات هماهنگی مرکز ، یا تشکیل ماهانه جلسه هماهنگی اعضای تیم سلامت تحت پوشش خود بصورت جداگانه کل نمره منظور شود.
- ۳- در صورت وجود کمبود نیروی انسانی ، تجهیزات (فنی واداری) و فضای فیزیکی طبق فرم های مربوطه که در پیوست آمده است و جدول نیازهای تجهیزاتی طبق لیست استاندارد تجهیزات ، در صورتی که این کمبود ها طی مکاتباتی از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری شده باشد امتیاز ۲ داده شود (حداقل هر سه ماه یک بار)
- ۴- پزشک باید در هر فصل یک نوبت (ماه دوم هر فصل) اقدام به پایش کادر تحت سرپرستی خود(شامل: بهورزان، مربی، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط ، بهداشت خانواده ، مامایی ، آزمایشگاه ، دارویار و...) نموده و پس خوراند پایش را به آنان تحویل نماید. چک لیست پایش برای هر کدام از آنها در پیوست شماره ۶ موجود بوده و باید بعد از پایش در زونکن مربوطه بایگانی مناسب بعمل آید. به تعداد کادر تیم سلامت باید چک لیست بصورت صحیح تکمیل شده و نتیجه پایش بصورت کتبی به ذینفعان اعلام شود . نمره ۸ به تعداد چک لیستی که باید هر فصل تکمیل شود توزیع می شود. برای پایش های بدون پس خوراند کتبی نمره منظور نگردد.
- ۵- لازم است مرکز بهداشت شهرستان سرانه بیمه روستایی اختصاص یافته به هر مرکز بهداشتی و درمانی و سهم کارانه هر مرکز را (به تفکیک تیم های سلامت آن مرکز) به مراکز اعلام نماید. در صورتی که پزشک کارانه پرسنل تیم سلامت تحت پوشش را برپایه نمره اخذ شده از چک لیست پایش و با لحاظ نظرات مرکز بهداشت شهرستان و کادر درگیر و رعایت استاندارد های موجود در دستور العمل اجرایی (مثلا اختصاص نصف کارانه مرکز بهداشتی و درمانی به بهورزان خانه های بهداشت) توزیع نماید نمره ۲ داده شود.
- ۶- برنامه تنظیم شده دهگردشی با برنامه اجرا شده در سه ماهه (با بررسی فرم پس خوراند دهگردشی پیوست شماره ۶) تطبیق داده شده و براساس میزان تطبیق امتیاز مربوطه داده شود. لازم است بررسی موردی انجام دهگردشی از روستاهای موجود در برنامه دهگردشی در سه ماهه ، انجام گیرد. در صورت داشتن روستای سیاری و قمر در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده ، ۲۰٪ نمره این سوال به تحقق دهگردشی به روستاهای سیاری و ۲۰٪ به تحقق دهگردشی به روستاهای قمر منظور شود.
- ۷- نسخ دارویی داروخانه با دفتر ویزیت پزشک تطبیق ودر صورت نداشتن مغایرت ، امتیاز مربوطه داده شود. در شرایطی که امکان تحویل دارو پس از ویزیت پزشک در مرکز و تمامی دهگردشی ها از طرف مرکز بهداشت شهرستان یا داروخانه بخش خصوصی فراهم نشده باشد یا اقلام دارویی یا تعداد داروها به اندازه کافی تامین نشده باشد در صورتی که پزشک خانواده در اولین فرصت ممکن موضوع را از مرکز بهداشت شهرستان یا داروخانه بخش خصوصی و به صورت مکرر پیگیری نماید ، امتیاز مربوطه داده شود .
- ۸- با گذشت چند سال از شروع برنامه پزشک خانواده انتظار می رود برای کل جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده پرونده سلامت تشکیل یافته باشد. با بررسی دفتر ویزیت دوره ای و پرونده خانوار در صورت تشکیل پرونده سلامت برای کلیه خانوارهای تحت پوشش که مشخصات مندرج در پرونده تکمیل باشد ، ۴ نمره امتیاز داده می شود. در صورت عدم تشکیل پرونده سلامت برای کل جمعیت تحت پوشش نمره منظور نگردد.
- *با توجه به اینکه لازم است کلیه خانوارهای تحت پوشش سرشماری شده و در سامانه ثبت شود، از سه ماهه دوم سال ۹۴ به نسبت ثبت اطلاعات جمعیت تحت پوشش در سامانه (با گزارش سوپروایزر شهرستان)، نمره از ۴ منظور گردد.

۹- پزشکان خانواده باید حد اقل هر سه سال یکبار باید کل جمعیت تحت پوشش خود را ویزیت ادواری نمایند. در صورت انجام ویزیت ادواری ۳۶٪ کل جمعیت تحت پوشش بصورت سالانه (۹٪ کل جمعیت تحت پوشش در هر فصل) با ملحوظ داشتن زمان پایش امتیاز ۲۰ داده شود. لازم به توضیح است تمام قسمتهای فرم ویزیت دوره ای باید تکمیل باشد. ضمناً دفتر ویزیت دوره ای باید تکمیل و اطلاعات آن با اطلاعات پرونده های خانوار همخوانی داشته باشد. لازم به یادآوری است برای گروههای هدف خاص مثل سالمندان، دانش آموزان، قالیبافان و... ویزیت دوره ای به فواصل پیش بینی شده در هر برنامه انجام خواهد گرفت.

از سال ۱۳۹۴ با تحویل کامپیوتر به پزشکان خانواده و ایجاد بستر اینترنتی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده، انجام ویزیت پایه در سامانه با استاندارد فوق مورد انتظار بوده و با توجه به نسبت انجام ویزیت پایه نسبت به استاندارد پیش بینی شده نمره از ۲۰ داده خواهد شد. ۱۰- انتظار می رود همکاران پزشک خانواده نسبت به شناسایی بیماریهای جمعیت تحت پوشش خود و ثبت مشخصات بیماران در دفتر پیگیری اقدام نمایند. در صورتی که پزشک خانواده بیش از ۱۵ درصد جمعیت تحت پوشش پرونده مراقبت فعال داشته باشد ۱۲ نمره، ۱۵-۱۲ درصد ۹ نمره و ۱۲-۱۰ درصد ۷ نمره داده شود.

۱۱- انتظار می رود همکاران پزشک خانواده نسبت به ویزیت مجدد بیماران شناسایی شده در ردیف بالا اقدام لازم را انجام و زمان آن را در دفتر پیگیری ثبت نمایند.

در موقع انجام مراقبت، تاریخ انجام مراقبت مجدد در دفتر پیگیری در زیر ستون ماه مربوطه با خودکار نوشته می شود و زمان مراجعه بیمار برای مراقبت بعدی در دفتر پیگیری با مداد نوشته می شود. در صورتی که پزشک در تعیین تاریخ مراجعه بعدی استاندارد پروتکل ها راعایت نموده باشد، به نسبت ویزیت مجدد انجام شده از بیمارانی که در فصل مورد پایش باید مراقبت مجدد می شدند نمره داده خواهد شد. در مورد افرادی که تحت نظر پزشکان متخصص بخش خصوصی قرار دارند در فواصل استاندارد تعیین شده برای مراقبت باید در صورت عدم مراجعه بصورت تلفنی مورد پیگیری قرار گرفته و در صورت مراقبت توسط بخش خصوصی در دفتر پیگیری نوشته شود. به هر صورت این افراد باید حداقل سالی یکبار باید مورد مراقبت حضوری قرار گیرند.

با تکمیل مراقبتهای بیماران در سامانه سلامت، ثبت مراقبتهای در سامانه انجام خواهد گرفت.

۱۲- لازم است پزشک خانواده یا یکی از اعضای تیم سلامت به تشخیص پزشک خانواده نسبت به اخذ نوبت بصورت تلفنی یا اینترنتی از یکی از کلینیک های ارجاع اقدام نموده و مشخصات بیماران ارجاع شده در دفتر ارجاع بصورت کامل ثبت شود. تمامی افراد دارای دفترچه بیمه با رعایت فرایند ارجاع (پیوست شماره). به سطوح بالاتر ارجاع داده می شوند. در دفترچه های بیمه ای که فاقد قسمت پس خوراند پزشک متخصص در پشت برگ بیمار می باشد (تمامی دفترچه ها به غیر از دفترچه های روستایی و کارکنان دولت) بیمار با تکمیل فرم ارجاع پیوست شماره در ۲ نسخه به سطح بالاتر ارجاع داده می شود و پسخوراند پزشک متخصص در این فرم توسط بیمار به پزشک تحویل داده می شود.

الف- اخذ نوبت تلفنی یا اینترنتی ۳ امتیاز

الف- به ازای ثبت کامل مشخصات بیمار در دفتر ارجاع: ۲ امتیاز

ب- در مورد ثبت نتایج پسخوراند در دفتر ارجاع اگر برای ۸۰٪ پسخوراندهای ارسالی در سه ماهه مورد پایش نتایج پسخوراند در دفتر ارجاع نوشته شده باشد ۴ امتیاز - برای ۶۰ تا ۸۰ درصد ۳ امتیاز - برای ۴۰ تا ۶۰ درصد ۲ امتیاز منظور شود. لازم به توضیح است که برای کمتر از ۴۰ درصد نمره ای منظور نمی شود.

ج- ثبت موارد ارجاع و نتایج پسخوراند در پرونده سلامت خانوار: ۱ امتیاز

۱۳- اگر مغایرتی در دفتر ثبت مراجعین روزانه، نسخ تجویزی، فرمهای شماره ۲ و ۳ پرونده سلامت، دفتر پیگیری و دفتر ارجاع دیده نشود، امتیاز مربوطه داده شود.

۱۴- در صورتی که پزشک طبق قرارداد ۴۴ ساعت در هفته حضور فیزیکی داشته و شیفت کاری را مطابق قرارداد رعایت کرده و مرخصی های خود را بموقع به اطلاع مسئول مربوطه رسانده باشد (استحقاقی و استعلاجی) ۴ نمره و در صورتی که بیتوته پزشک دقیقاً مطابق با برنامه تنظیمی باشد و یا پزشک خانواده طبق برنامه مرکز بهداشت شهرستان در مراکز شبانه روزی کشیک دهد ۴ نمره منظور گردد. (دفتر ثبت فعالیتها در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل، گزارش بازدیدهای کارشناسان ستادی و دستگاه حضور و غیاب، نشانگر حضور پزشک خواهد بود).

برنامه سالانه پزشکان خانواده																	
نام پزشک خانواده		مرکز بهداشت؟ درمان؟											شهرستان				
ردف	فعالیت	استاندارد	پایش فعال؟ تنها	ماه													
				فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند		
کل سال	تحلیل وضع فعالیت؟																
۱	تعیین مشکلات اولویت دار	سال؟ کیبار	تحقق؟														
			مورد انتظار														
۲	انجام ویزیت دوره ۱؟	هر سه سال کیبار	تحقق؟														
			مورد انتظار														
۳	مراقبت مجدد	طبق پروتکل ب؟ مار؟ها	تحقق؟														
			مورد انتظار														
۴	آموزش	طبق تقویم آموزش همگان؟	تحقق؟														
			مورد انتظار														
۵	دهگردش؟	مطابق برنامه ب؟ ن ب؟ ن؟ شده	تحقق؟														
			مورد انتظار														
۶	جلسه هماهنگی مرکز	هر ماه یک جلسه	تحقق؟														
			مورد انتظار														
۷	جلسه هفت امتنا	هر سه ماه یک جلسه	تحقق؟														
			مورد انتظار														
۸	پایش کادر	هر سه ماه یک بار	تحقق؟														
			مورد انتظار														
۹	ب؟ گ؟ ر؟ الزاماتی؟ رو؟ نسان؟ ، تجه؟ زات ، خودرو ، فضا؟ ف؟ ز؟ ک؟)	بر اساس فرم ها؟ مربوطه	تحقق؟														
			مورد انتظار														

راهنمای تکمیل برنامه سالانه پزشک خانواده

این فرم که برای مستند سازی و خود ارزیابی فعالیت‌های مهم پزشک خانواده طراحی شده است تواتر و زمان انجام آنها را در قالب برنامه سالانه بصورت شفاف نشان داده و این امکان را برای پزشک خانواده فراهم می‌سازد که برای کلیه فعالیت‌های خود برنامه ریزی نموده و در طول سال و پایان سال آنها را پایش نماید تا در زمان مناسب برای حذف نکات ضعف و تقویت نکات قوت خود برنامه ریزی نموده و هیچ فعالیتی از دید پزشک دور نماند.

۱- قسمتهای مورد انتظار این فرم در اسفند ماه هر سال توسط پزشک خانواده تکمیل می‌گردد.

پزشکان خانواده ای که در وسط سال در مراکز بهداشتی و درمانی مجری برنامه پزشک خانواده شروع بکار می‌نمایند این فرم را در اولین ماه فعالیت خود و با لحاظ نمودن برنامه سالانه تدوین شده توسط پزشک خانواده قبلی آن مرکز تنظیم خواهند نمود و تا حد امکان برنامه پزشک قبلی را ادامه خواهند داد.

۲- عناوین فعالیت‌های اصلی پزشک خانواده در ستون فعالیت‌ها درج شده است. هدف از این فعالیت‌ها، اموری است که نیاز به برنامه ریزی دقیق دارند و قسمت اصلی فرایندهای روز مره پزشک خانواده را شامل می‌شوند. سایر فعالیت‌ها مثل ارسال آمار، بازدید از محیط و .. بطور روتین انجام می‌گیرند.

۳- تواتر زمانی و استاندارد انجام فعالیت‌ها در زیر ستون استانداردها نوشته می‌شود.

۴- پزشک بر اساس استاندارد در نظر گرفته شده برای انجام فعالیت‌ها و برای تحقق استاندارد های پیش بینی شده، انجام فعالیت مورد نظر را در طول ماههای سال تقسیم و در زیر ستون همراه در قسمت مورد انتظار (مخرج کسر)، فعالیت در نظر گرفته شده در آن ماه را ثبت می‌کند. در پایان ماه، مقدار یا درصدی از فعالیت پیش بینی شده که موفق به انجام آن تا پایان ماه شده است را در قسمت تحقق یافته (صورت کسر) می‌نویسد.

۵- پزشک مقدار یا درصد پیش بینی شده برای انجام فعالیت تا پایان سال را در قسمت مورد انتظار (مخرج کسر) در زیر ستون کل سال می‌نویسد.

۶- ۷- پزشک خانواده در پایان سال، مقدار یا درصدی از فعالیت پیش بینی شده که موفق به انجام آن تا پایان سال شده است (که از مجموع قسمتهای تحقق یافته ماههای سال موجود در جدول برنامه سالانه بدست می‌آید) را در قسمت تحقق یافته (صورت کسر) در زیر ستون کل سال می‌نویسد. و در زیر ستون تحلیل فعالیت، عواملی را که باعث تحقق یافتن فعالیت مورد نظر یا عدم تحقق آن شده است و شامل نکات قوت، ضعف، فرصت و تهدید می‌باشد را در مقابل فعالیت ذکر می‌کند.

برای مثال برنامه سالانه پزشک خانواده یک مرکز بهداشتی درمانی دو پزشکه با جمعیت تحت پوشش ۷۵۰۰ نفر که این پزشک (غیر مسئول) دارای ۴۰۰۰ نفر جمعیت شامل ۲ روستای دارای خانه بهداشت (علی آباد و حسن آباد) و ۴ روستای قمر و ۳ روستای سیاری تحت پوشش این پزشک بوده و دارای ۴۰۱ بیمار دارای پرونده مراقبت فعال می‌باشد و در تیم سلامت تحت پوشش وی یک نفر ماما، یک نفر مربی ناظر خانه های بهداشت و ۳ نفر بهورز فعالیت دارند، در پیوست آورده شده است.

* فرآیند نیازسنجی سلامت در اولین فصل هر سال (اردیبهشت ماه) در مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت با استخراج شاخص های سلامتی مراکز و خانه های بهداشت و تعیین اولویت بندی مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش، عوامل موثر بر مشکل اولویت دار، مداخلات موثر بر حل مشکل اولویت دار و تدوین برنامه های اجرایی برای مداخلات اولویت دار (طبق دستورالعمل فرم های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نیازسنجی سلامت) برای یکسال تقویمی انجام می‌شود .

در مقابل ردیف تعیین مشکلات سلامت، زمان تشکیل جلسات تیم سلامت و هیات امنای تعیین مشکلات سلامت در هر روستای دارای خانه بهداشت یا شهر با ذکر نام آن در قسمت مورد انتظار در جدول نوشته می‌شود.

* انتظار می رود پزشکان خانواده سالی یکبار اقدام به ویزیت دوره ای جمعیت تحت پوشش نمایند . با توجه به کمبود پزشک و تعداد زیاد بیماران در برخی مراکز فعلا در این مرحله انجام ویزیت دوره ای حداقل هر سال به اندازه ۳۶٪ جمعیت تحت پوشش پزشک مورد انتظار بوده و هر سه سال یکبار باید کل جمعیت تحت ویزیت ادواری قرار گیرد.

برای گروههای هدف خاص مثل سالمندان ، دانش آموزان ، قالیبافان و... ویزیت دوره ای به فواصل پیش بینی شده در هر برنامه انجام خواهد گرفت.

پزشک خانواده تعداد افرادی از جمعیت تحت پوشش را که در همراه مشخص ، می خواهد ویزیت دوره ای انجام دهد در قسمت مورد انتظار در جدول می نویسد و در پایان ماه تعداد افرادی را که موفق به انجام ویزیت دوره ای آنان شده در قسمت تحقق یافته در جدول ثبت می کند.

*انتظار می رود همکاران پزشک خانواده نسبت به ویزیت مجدد بیماران شناسایی شده در ویزیت دوره ای اقدام لازم را انجام و زمان آن را در دفتر پیگیری ثبت نمایند. در موقع انجام مراقبت ، تاریخ انجام مراقبت مجدد در دفتر پیگیری در زیر ستون ماه مربوطه با خودکار نوشته می شود و زمان مراجعه بیمار برای مراقبت بعدی در دفتر پیگیری با مداد نوشته می شود.

پزشک تعداد افرادی را که در دفتر پیگیری برای انجام مراقبت مجدد وقت داده است در قسمت مورد انتظار و تعداد افرادی از اینها را که تا پایان ماه موفق به مراقبت مجدد آنها شده است در قسمت تحقق یافته در جدول ثبت می کند.

در صورتی که پزشک در تعیین تاریخ مراجعه بعدی استاندارد پروتکل ها راعایت نموده باشد ، به نسبت ویزیت مجدد انجام شده از بیمارانی که در فصل مورد پایش باید مراقبت مجدد می شدند نمره داده خواهد شد.

در جدول زیر تواتر مورد انتظار برای ویزیت مجدد بیماران غیر واگیر آورده شده است.

جدول تواتر مورد انتظار برای ویزیت مجدد بیماران شناسایی شده

ردیف	نام بیماری	تواتر مورد انتظار برای ویزیت مجدد
۱	دیابت	هر سه ماه
۲	فشار خون	هر سه ماه
۵۳	اختلالات روانی	هر سه ماه

در مثال مذکور پزشک فوق دارای ۴۰۱ پرونده فعال در دفتر پیگیری بوده که شامل ۵۰ پرونده بیمار دارای اختلالات روانی ، ۱۰۱ بیمار دیابتی و ۲۵۰ بیمار فشار خونی می باشد. پس انتظار می رود بیماران روانی ، دیابتی و فشارخونی را هر سه ماه مورد مراقبت مجدد قرار دهد.

* در صورتی که پزشک خانواده طبق تقویم آموزش همگانی "با استانداردهای تعریف شده " با استفاده از بسته های آموزشی ارائه شده از سوی گروههای کارشناسی و با استفاده از روشها و رسانه های آموزشی مشخص شده برای هر جلسه آموزشی ، اقدام به اجرای برنامه آموزشی برای گروههای هدف جمعیت تحت پوشش نماید امتیاز مربوطه داده می شود.

پزشک در ردیف آموزش به مردم ، تعداد جلسات آموزشی پیش بینی شده در ماه با ذکر نام روستا یا شهر در نظر گرفته شده برای آموزش را در زیر ماه مربوطه در قسمت مورد انتظار و تعداد جلسات آموزشی را که موفق به انجام آن در آن ماه شده است را در قسمت تحقق یافته می نویسد.

* پزشک برای انجام دهگردشی تا ۵ خانه بهداشت تحت پوشش بصورت هفته ای دو بار در روستاهای دارای خانه بهداشت و بیش از ۵ خانه بهداشت تحت پوشش بصورت هفته ای یک بار در روستاهای دارای خانه بهداشت ، یکبار در ماه برای روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار برای روستاهای سیاری برنامه ریزی می نماید. پس پزشک در مثال فوق باید در ماه ۱۶ بار به روستاهای دارای خانه بهداشت و ۴ بار به روستاهای قمر و هر ماه به یک روستای قمر (هر سه ماه یک بار به روستاهای قمر) جمعا ۲۱ دهگردشی در ماه داشته باشد.

* جهت هماهنگی بین کادر مرکز تشکیل یک جلسه هماهنگی بین کادر لازم می باشد که این جلسه به ریاست پزشک خانواده مسئول مرکز و با حضور کلیه کادر مرکز از جمله دیگر پزشکان خانواده شاغل در مرکز ، ماما ، مربی ، کادر بهداشت محیط ، بهداشت خانواده ، دارویار ، پذیرش و... حداقل هر

ماه یکبار در مرکز تشکیل می شود. موضوعات مطرح شده در این جلسات می تواند تمامی مشکلات موجود مرکز و خانه های بهداشت ، برنامه های جدید ، ایجاد هماهنگی بیشتر بین کادر مرکز و... بوده باشد.

انتظار می رود پزشکان مسئول تیم سلامت که بعنوان پزشک دوم و سوم در مرکز فعالیت داشته و مسئول مرکز بهداشتی و درمانی نیستند نیز حداقل هرماه یکبار با کادر زیر مجموعه خود (ماما ، مربی و..) جلسه هماهنگی داشته باشند.

* جلسه هیئت امنای در روستاهای دارای خانه بهداشت هر سه ماه یکبار تشکیل خواهد شد. در مثال فوق چون پزشک موردنظر ۲ روستای دارای خانه بهداشت تحت پوشش دارد انتظار می رود هر سه ماه یکبار ۲ جلسه و در طول سال ۸ جلسه هیئت امنای داشته باشد.

پزشک در ردیف جلسه هیئت امنای تعداد جلسات هیئت امنای و نام محل های برنامه ریزی شده برای تشکیل جلسات (روستا یا شهر) را در قسمت مورد انتظار در زیر ماه مربوطه می نویسد .

* پایش کادر در تمامی مراکز در دومین ماه هر فصل انجام خواهد گرفت. هر پزشک بعنوان مسئول تیم سلامت کادر تحت پوشش خود که شامل بهورزان خانه های بهداشت و مربی ناظر خانه های بهداشت در مراکز روستایی یا کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده در مراکز شهری روستایی یا روستایی و مامای تیم سلامت می باشد هر سه ماه یکبار با چک لیست پایش ارائه شده پایش خواهد نمود. پایش کادری که برای کل مرکز ارایه خدمت می نمایند از قبیل: کارشناس یا کاردان بهداشت محیط، آزمایشگاه ، داروپار، امور عمومی ، پذیرش و خدمات توسط پزشک مسئول مرکز انجام خواهد گرفت.

* پزشک در ابتدای سال براساس فرم های مربوطه نیازهای نیروی انسانی ، تجهیزات ، تعمیرات تجهیزاتی و فضای فیزیکی و خودرو را برآورد نموده و کتبا از مرکز بهداشت شهرستان پیگیری خواهد نمود. در طول سال هر زمانی که کمبودی در موارد مورد اشاره وجود داشته باشد همان ماه کمبود ها از مرکز بهداشت شهرستان پیگیری شده و در برنامه سالانه درج خواهد شد.

بهداشت دهان و دندان

عناوین آموزشی

برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان
برنامه سلامت دهان و دندان کودکان زیر ۷ سال
برنامه سلامت دهان و دندان مادران باردار و شیرده
برنامه های مدیریتی (آشنایی با شرح وظایف مراقب سلامت و بهورزان در ارتباط با بهداشت دهان و دندان ، نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر آمار و اطلاعات ارسالی)

اهداف رفتاری

- ۱- پزشک بتواند گروه های هدف برنامه های سلامت دهان و دندان را نام ببرد.
 - ۲- پزشک برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان را توضیح بدهد.
 - ۳- پزشک برنامه سلامت دهان و دندان کودکان زیر ۷ سال را توضیح بدهد.
 - ۴- پزشک برنامه سلامت دهان و دندان مادران باردار و شیرده را توضیح بدهد.
 - ۵- پزشک موارد مربوط به برنامه های مدیریتی و چک لیست عملکرد را توضیح بدهد.
- با عنایت به ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC و به تبع آن تسهیل دسترسی گروههای هدف به خدمات پایه بهداشت دهان و دندان فرایندهای گروه کارشناسان سلامت دهان و دندان به شرح زیر می باشد:

۱-

رنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان:

در برنامه طرح تحول سلامت دهان و دندان دانش آموزان مهمترین هدف برنامه کاهش پوسیدگی می باشد. یکی از استراتژیهای کاربردی آسان برای دستیابی به هدف، استفاده از وارنیش فلوراید می باشد. وارنیش فلوراید در خانه های بهداشت توسط بهورزان و در مناطق شهری توسط مراقبین سلامت برای دانش آموزان مقطع ابتدایی اجرا می گردد. نحوه استفاده از آن توسط دندانپزشک به مراقبین سلامت و بهورزان آموزش داده می شود. پزشکان بر حسن انجام کار توسط مراقبین سلامت و یا بهورزان نظارت می نمایند. از دیگر برنامه های سلامت دهان و دندان دانش آموزان، فیشورسیلنت تراپی ، ترمیم دندانهای شیری و دائمی (بخصوص دندان ۶) ، پالپوتومی و حذف دندان عفونی توسط دندانپزشکان می باشد. نظارت بر اجرای صحیح برنامه ها به عهده کارشناس مسوول بهداشت دهان و دندان شهرستان می باشد.

۲-

رنامه سلامت دهان و دندان کودکان زیر ۷ سال:

با توجه به نتایج بررسیهای انجام شده ، شیوع پوسیدگی دندان در کودکان ۶ - ۳ سال بالا می باشد که به نظر می رسد آموزش نقش حیاتی در رفع این مشکل سلامتی را ایفا می کند. آموزش و توانمندسازی مراقبین سلامت و بهورزان به عهده دندانپزشکان مراکز می باشد و مراقبین سلامت و بهورزان آموزش مادران ، کودکان و هم چنین مدیران و مربیان مهدهای کودک را به عهده دارند. و نظارت ، پایش و ارزشیابی برنامه توسط کارشناس بهداشت دهان و دندان شهرستان می باشد.

توزیع مسواک انگشتی به همراه آموزش به والدین برای کودک زیر ۲ سال در ماههای ۶، ۱۲ و ۱۸ توسط مراقبین سلامت و بهورزان انجام می پذیرد.

پزشک از نظر وضعیت دهان و دندان با توجه به برنامه مراقبت کودک سالم، موارد زیر را باید مورد بررسی قرار دهد:

- دهان و دندان کودک از نظر پوسیدگی دندان، سندرم شیشه شیر و عادات غلط دهانی مورد معاینه قرار گیرد.

- آموزش رعایت بهداشت دهان و دندان و تاکید بر مسواک زدن

- در صورت نیاز درمانی، کودک به دندانپزشک یا بهداشتکار مراکز بهداشتی درمانی یا دندانپزشکان بخش خصوصی ارجاع گردد.

۳- برنامه سلامت دهان و دندان مادران باردار و شیرده:

شیوع بیماریهای دهان و دندان در دوران بارداری به علت تغییرات هورمونی افزایش می یابد.

- مادران باردار در دوران بارداری سه نوبت توسط مراقبین سلامت و بهورزان از نظر وجود جرم، پوسیدگی دندان ، التهاب لثه، عفونت دندانی معاینه و مراقبت می شوند.(هفته های ۶ تا ۱۰ و ۱۶ تا ۲۰ و ۲۴ تا ۳۰)

- مادران باردار در طول دوران بارداری (ترجیحا سه ماه دوم) در صورت نیاز جهت جرمگیری به دندانپزشک ارجاع داده می شوند.

- معاینه و مراقبت وضعیت دهان و دندان مادران شیرده از نظر وجود جرم، پوسیدگی دندان، التهاب لثه، عفونت دندانی پس از زایمان انجام می شود. و در صورت لزوم جهت مشاوره و دریافت خدمات دندانپزشکی به دندانپزشک یا بهداشتکار ارجاع داده می شود.
- ۴- پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد با وظایف مراقب سلامت، بهورزان و دندانپزشکان در رابطه با مراقبت دهان و دندان گروههای هدف (مادران باردار و شیرده، کودکان زیر ۸ سال) آشنا گردد که در این زمینه بایستی در موارد زیر اقدامات آنها را پایش نماید:
- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان مادران باردار در ۳ نوبت (هفته های ۶ تا ۱۰ و ۱۶ تا ۲۰ و ۲۴ تا ۳۰) توسط مراقب سلامت و بهورز انجام می شود (آموزش و مشاوره در هر مراجعه مادر باردار براساس بوکلت مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران واحد بهداشت خانواده).
- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان مادران شیرده در روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان توسط مراقب سلامت و بهورز انجام می شود (آموزش و مشاوره در هر مراجعه مادر شیرده).
- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان از ۲۴ ماهگی تا ۸ سالگی هر سال یک بار توسط مراقب سلامت و بهورز انجام می شود (ارزیابی و طبقه بندی براساس بوکلت چارت مراقبت کودک سالم واحد بهداشت خانواده).
- ۵- پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد بر حسن اجرای برنامه های آموزش بهداشت دهان و دندان طبق تقویم آموزشی نظارت کامل داشته باشد.
- ۶- پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه باید بین دندانپزشکان، بهداشتکاران دهان و دندان، مراقب سلامت و بهورزان هماهنگی لازم را ایجاد نماید که انتظار می رود هر سه ماه یکبار جلسه هماهنگی جهت رفع مشکلات و برنامه ریزیهای لازم تشکیل دهد.
- ۷- پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد بر ارسال آمار و اطلاعات، توسط دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان و دندان به مرکز بهداشت شهرستان نظارت داشته باشد و تا پنجم هر ماه اطلاعات و آمار ماه قبل را به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند.

سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

۱ - ارتقای سلامت گروه سنی ۱۸-۵ سال :

- مراقبتهای سلامت و معاینات دانش آموزان
- سنجش بدو ورود مدرسه
- مدارس مروج سلامت
- نوجوانان خارج مدرسه
- رفتارهای مخاطره آمیز
- آموزش گروه سنی ۱۸ - ۵ سال ، والدین، اولیا و پرسنل مدارس
- پیشگیری از کم تحرکی در دانش آموزان
- پیشگیری از سوانح و حوادث در مدارس و دانش آموزان

ارتقای سلامت گروه سنی ۲۹-۱۸ سال :

- مراقبتهای ادغام یافته سلامت جوانان
- تحکیم خانواده و ازدواج
- پیشگیری از مرگ و میر
- پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز
- پیشگیری از سوانح و حوادث به خصوص حوادث ترافیکی در جوانان

اهداف رفتاری

- ۱- پزشک چک لیست مربوط به گروه سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس را به طور کامل و دقیق مطالعه نماید.
- ۲- پزشک جهت اجرای بهتر فرایندهای گروه سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس جلسات هماهنگی با مدیران مدارس منطقه تحت پوشش خود تشکیل دهد و نسبت به پیگیری مصوبات جلسه اقدام نماید.
- ۳- پزشک در دوره های آموزشی شهرستان و استان شرکت نماید.
- ۴- پزشک بتواند موارد مربوط به برنامه های مدیریتی و چک لیست عملکرد را توضیح بدهد.
- ۵- پزشک جمعیت گروه هدف سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس را بداند.
- ۶- پزشک نحوه تکمیل پرونده سلامت مدرسه را بداند.
- ۷- پزشک نحوه بیماریابی گروه هدف را براساس بسته های خدمتی انجام و در سامانه ثبت نماید
- ۸- پزشک گروه هدف داری اختلال را ارجاع داده و تا حصول نتیجه آنها را پیگیری نماید.
- ۹- پزشک برای گروه هدف نیازمند مراقبت ویژه اقدامات لازم را مطابق دستورالعمل های موجود انجام دهد.
- ۱۰- پزشک مطابق تقویم آموزش همگانی، آموزش های لازم را به گروه هدف ارائه نماید.
- ۱۱- پزشک مطابق دستورالعمل ، نسبت به نیاز سنجی آموزشی گروه هدف اقدام و بر اساس اولویت های استخراجی، نسبت به تدوین برنامه آموزشی برای گروه هدف اقدام نماید.
- ۱۲- پزشک بتواند در کلاس های آموزشی ، مطالب آموزشی را بر اساس استانداردهای آموزشی به گروه هدف آموزش دهد
- ۱۳- پزشک سیاستهای کلان کشوری و استانی را در مورد پیشگیری از سوانح و حوادث و کم تحرکی بداند
- ۱۴- پزشک نسبت به تحلیل وضعیت گروه هدف ۲۹ - ۵ سال منطقه خود مطابق فرم های مربوطه اقدام و بر اساس وضعیت موجود ، اقدامات مورد نیاز را در راستای برنامه های آموزشی استان و شهرستان مطابق پکیج های ارائه نماید.
- ۱۵- پزشک چک لیست پایش مربوط به مدارس مروج سلامت را مطالعه نماید.

۱۶- پزشک بر ممیزی انجام شده توسط همکاران در مدارس مروج سلامت نظارت داشته باشد.

۱۷- پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد با وظایف کارکنان و بهورزان در رابطه با سلامت نوجوانان و جوانان آشنا شده و بر اجرای فرایندهای سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس توسط پرسنل تحت پوشش نظارت داشته باشد

۱۸- پزشک با فرمهای آماری سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس و نحوه تکمیل آنها آشنا بوده و آنها را به موقع استخراج و ارسال نماید

۱۹- پزشک پانل گروه سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس را تکمیل نموده و وضعیت شاخص های خود را تحلیل نماید

آشنایی با برنامه های بهداشت مدارس و جوانان و روند اجرای آنها

کودکان، نوجوانان و جوانان سرمایه های اصلی هر کشور برای دست یابی به توسعه پایدار ملی، اجتماعی و محور اصلی برنامه های بهداشتی، درمانی و آموزشی بشمار می آیند. لذا توجه به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها، شناسایی و پیشگیری اختلالات جسمی، روانی و ناهنجاریهای اجتماعی و همچنین انجام مداخلات درمانی به موقع، متضمن سلامت و سعادت جامعه آینده بوده و از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

کشورما ایران جوانترین جمعیت های جهان را دارا بوده و بیش از یک سوم جمعیت آن را گروههای سنی ۲۹-۵ سال تشکیل میدهد و اکثر قریب به اتفاق آنها نیز در حال تحصیل و در معرض مخاطرات جسمی، رفتاری و اجتماعی ویژه این سنین می باشند، ارائه خدمات بهداشتی و ارتقاء دانش، و نگرش سلامت محور و تقویت رفتارهای مثبت بهداشتی در بین این گروه ضمن جلوگیری از بروز بیشتر این مخاطرات سلامت آینده جامعه راهم تسهیل نموده و از مهمترین مسائل پیش روی برنامه های توسعه است.

بسترمدرسه بهترین و مناسبترین موقعیت برای ایجاد دانش، آگاهی و بهبود نگرش و عملکرد بهداشتی در دانش آموزان بحساب می آید که بایستی در کنار توجه به سایر کودکان و نوجوانان غیر شاغل در تدوین برنامه های توسعه بهداشتی و درمانی موردعنايت و توجه ویژه ای قرار گیرد. به همین جهت و در کنار تمام فعاليتها، فعال نمودن خود دانش آموزان، والدین و مربیان و معلمین آنها در جهت سلامتی خود و جامعه یکی از ضروری ترین مسائلی است که باید دربرنامه های جاری نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بخش بهداشت، آموزش و پرورش و سایر ارگانهای ذیربط پیگیری شود.

براین اساس در سال ۱۳۷۲ با تشکیل دفتر مستقلی در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان دفتر بهداشت مدارس و ادغام فعاليتهای بهداشت مدارس و برنامه های بهداشتی و درمانی ویژه سنین دانش آموزی در قالب نظام ارائه خدمات مراقبتهای بهداشتی و درمانی (PHC) بهداشت مدارس توسط مراکزبهداشتی درمانی شهری و روستائی و خانه های بهداشت اجرا و پیگیری گردید که تاکنون اثرات بسیار مثبتی در روند دستیابی به اهداف سلامت و شاخص های بهداشتی درسنین ۲۹-۵ داشته است. براین اساس گروه کارشناسان سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس مرکز بهداشت استان با تشکیل کمیته ای متشکل از نمایندگان کارشناسان سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس شهرستانها و جلب مشارکت و همکاری فعال گروههای کارشناسی بهداشت استان و نمایندگان محترم آموزش و پرورش استان و سایر ارگانهای ذیربط اقدام به تهیه و تدوین توافقنامه همکاری با ادارات مختلف نموده و ضمن تعریف دقیق، حدود وظایف و مسئوليتهای هر یک از سطوح و رده های مختلف شبکه های بهداشتی درمانی و آموزش و پرورش را تعریف نموده است.

تعریف برنامه های سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

مجموعه اقداماتی که به منظور تشخیص و تامین به موقع نیازهای بهداشتی و درمانی گروه سنی ۲۹-۵ سال در قالب بسته های خدمتی، پیش بینی، تدارک، سازماندهی و ارائه می گردد. از طریق آن ضمن ارتقاء دانش و مهارت گروه هدف برای داشتن یک زندگی سالم، ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی آنها ارزیابی و نسبت به بهبود آن و بهسازی محیط های زندگی، تحصیل، فعالیت و تفریح آنها، پیگیری اقدام می شود.

هدف غایی بهداشت مدارس و جوانان :

تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جسمانی، روانی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی گروه سنی ۲۹-۵

اهداف کلی :

افزایش پوشش مراقبتهای نوجوانان و جوانان

کاهش عوامل مخاطره آمیز سلامت در نوجوانان و جوانان

کاهش شیوع فعالیت بدنی ناکافی

کاهش بار ناشی از سوانح و حوادث

ارتقای رفتارهای سالم و پیشگیری از رفتارهای پرخطر

پوشش برنامه ملی خودمراقبتی

افزایش مدارس مروج سلامت

ارتقا آگاهی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال درراستای ابعاد ازدواج سالم

اهداف اختصاصی:

- ۱- ارتقاء سطح آگاهی ، نگرش ، مهارت و عملکرد بهداشتی گروه سنی ۲۹-۵ سال در زمینه های مختلف زندگی فردی و اجتماعی در ابعاد مختلف سلامت ، فکری ، جسمی ، روانی ، عاطفی ، اجتماعی و اقتصادی
- ۲- کاهش عادات و رفتارهای تهدید کننده سلامت فردی و اجتماعی گروه سنی ۲۹-۵ سال در ابعاد مختلف سلامت ، فکری ، جسمی ، روانی ، عاطفی ، اجتماعی و اقتصادی
- ۳- ارتقاء سطح سلامت اولیاء مدارس و توانمندسازی آنها در شناخت و رعایت استانداردهای سلامت مدارس و جمعیت گروه سنی ۲۹-۵ سال
- ۴- توانمند سازی اولیاء گروه سنی ۲۹-۵ سال نسبت به مفاهیم سلامت و نیازهای رشد و تکامل گروه سنی ۲۹-۵ سال در مراحل مختلف رشد و نقش والدین در تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت فرزندان خویش
- ۵- تشخیص ، شناسائی به موقع اختلالات احتمالی در سنین گروه سنی ۲۹-۵ سال و مداخله منطقی در کاهش بار بیماریها ، اختلالات و حوادث در بین گروه سنی ۲۹-۵ سال
- ۶- تشخیص و شناسائی به موقع اختلالات احتمالی معلمان و کادر آموزشی و اداری مدارس و مداخله منطقی در کاهش بار بیماریها ، اختلالات و حوادث احتمالی
- ۷- مراقبت مستمر از بیماریهای شایع احتمالی (واگیر و غیر واگیر) در بین دانش آموزان ، معلمان ، کادر غیر آموزشی مدرسه و اولیاء دانش آموزان و ایمنسازی به موقع آنها
- ۸- بررسی و شناسائی کانون های خطر (عوامل محیطی ، فیزیکی و بیولوژیکی موثر بر سلامت گروه سنی ۲۹-۵ سال و اولیاء ایشان) و انجام مداخله به موقع در جهت کنترل آنها
- ۹- استانداردسازی مدارس از ابعاد مختلف ارتقاء سلامت (فکری ، روانی و عاطفی ، جسمی ، اجتماعی ، اقتصادی)
- ۱۰- افزایش مشارکت مدارس و گروه سنی ۲۹-۵ سال در فرهنگ سازی ارتقاء سلامت در جامعه و خانواده

راهکارها:

۱. بستر سازی در جهت مشارکت و همکاری بین بخشی و درونبخشی و شناسایی و جلب مشارکت تشکل های غیر دولتی و مردم نهاد در زمینه های ارتقای سلامت گروه سنی ۲۹-۵ سال.
۲. ایجاد ارتباط ارگانیک بین خدمات سطح اول و سطوح بعدی (دولتی و غیر دولتی و مردم نهاد) در جهت تعمیم و تسهیل دسترسی مردم به خدمات تخصصی و پاراکلینیکی
۳. برنامه ریزی ، سازماندهی، پشتیبانی، ظرفیت سازی و راهبری اثربخش فرآیندها و برنامه های ارتقای سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس استان و شهرستانها
۴. نیازسنجی ، اولویت بندی و طراحی برنامه های مورد نیاز در راستای توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت گروه سنی ۲۹-۵ سال استان و شهرستانها
۵. طراحی و اجرای نظام پایش و ارزشیابی پویا و هدفمند در جهت مدیریت اثربخش برنامه های سلامت گروه سنی ۲۹-۵ سال استان و شهرستانها
۶. توسعه کمی و کیفی برنامه های آموزش مداوم در جهت توانمندسازی و افزایش مهارتهای فنی و مدیریتی منابع انسانی ذیربط
۷. توسعه و تقویت آموزش و اطلاع رسانی همگانی در زمینه های سلامت گروه سنی ۲۹-۵ سال

۸. برنامه ریزی در جهت توسعه سبک زندگی سالم در گروه سنی ۲۹-۵ سال

۹. ظرفیت سازی جهت اثر بخشی برنامه ۵ × ۵ × ۵ (عوامل خطر رفتاری، بیولوژیک و بیماریهای مزمن) در گروه سنی ۲۹-۵ سال

۵ سال

۱۰. پیگیری و جذب منابع مالی، تجهیزاتی و انسانی مورد نیاز

اجزای ۸ گانه مدارس مروج سلامت :

۱. برنامه جامع آموزش سلامت
۲. ارائه خدمات بالینی در مدرسه
۳. سلامت محیط در مدرسه
۴. بهبود تغذیه در مدرسه
۵. تحرک فیزیکی و فعالیت بدنی در مدرسه
۶. ارتقای سلامت کارکنان مدرسه
۷. خدمات سلامت روان و مشاوره ای در مدرسه
۸. مشارکت والدین و جامعه در برنامه های سلامت در مدرسه

استراتژی و راهبردهای عملی سلامت جمعیت ۲۹-۵ سال:

واحدهای محیطی با لحاظ کردن محورهای فوق و مطابق دستورالعملهای ارسالی وزارت بهداشت و مرکز بهداشت استان، فعالیتهای و خدمات سلامت جمعیت ۲۹-۵ سال را به شرح زیر پیش بینی، طراحی و اجرا می نمایند.

۱- شناسایی مراکز فرهنگی، آموزشی و تربیتی موجود در منطقه تحت پوشش

با توجه به پوشش جمعیتی مشخص و وجود کרוکی در هر منطقه، مسئول مرکز بعد از شناسایی مراکز آموزشی، فرهنگی و تربیتی مراکز مزبور را بین پزشکان و سایر پرسنل ذیربط تقسیم نموده و ضمن تماس تلفنی و مکاتبه با آنها اطلاعات لازم را طبق فرم الف توسط پزشکان یا کاردanan بهداشتی یا بهورز با مشارکت و همکاری مسئولین مراکز اشاره شده تکمیل و پس از آن در صورت عدم تشکیل پرونده سلامت برای مدرسه اقدام به تکمیل پرونده سلامت نماید و مدرسه تحت پوشش را برای مرکز یا خانه بهداشتی تعریف نماید

تعاریف کلیدی :

- مدارس تحت پوشش : مدرسه ای است که برای آن پرونده بهداشتی تشکیل شده است و حداقل یکی از خدمات آموزش بهداشت، بیماریابی و مراقبت های بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت مزبور ویا کنترل عوامل محیطی موثر بر سلامت آنها در آن ارائه می شود.

- مرکز آموزشی، فرهنگی و تربیتی محیط و یا فضایی که جمعیت گروه سنی ۲۹-۵ سال در آن به فعالیتهای آموزشی، فرهنگی و تربیتی اشتغال دارند مثل مدارس (اعم از دولتی و غیر انتفاعی)، کانونهای فرهنگی و هنری، مجتمع های آموزشی هلال احمر، دانشگاهها و دانشکده های مختلف و ...

- جمعیت :

شاغل به تحصیل : کودک، نوجوان و جوانی که در هر یک از مراکز فوق الذکر به تحصیل اشتغال داشته باشد .

غیر دانش آموز : کودک، نوجوان گروه سنی ۱۸ - ۶ سال که به هر علت ترک تحصیل کرده باشد.

- مدارس استثنایی : مدرسه ای که در آن دانش آموزان دارای اختلالات جسمی (ناشنوا- نابینا و دارای لکنت زبان و...) و روانی از قبیل عقب مانده ذهنی آموزش پذیر به تحصیل اشتغال داشته و با توجه به وضعیت جسمی و روانی خاص نیازمند مراقبت ویژه هستند .

- مدارس شاهد : مدرسه ای که فرزندان معظم شهداء و ایثارگران در آن به تحصیل اشتغال داشته و باتوجه به وضعیت اجتماعی و شرایط خاص روحی شان نیازمند معاینات غربالگری، پیگیری و مراقبت بیشتر و منظم هستند

- مدارس غیر انتفاعی : مدارس غیر انتفاعی نیز مثل سایر مدارس تحت پوشش خدمات بهداشتی درمانی قرار گرفته و برای آنها پرونده بهداشتی مدرسه تکمیل شود و با توجه به محدودیتهای فیزیکی مدارس غیر انتفاعی نظارت جدی و مستمر باید بر روی آنها اعمال شود .

- مدرسه شبانه روزی: آن دسته از مدارسی که بطور شبانه روزی جریان آموزشی در آنها انجام می پذیرد و همانند سایر مدارس نسبت به ارائه خدمات بهداشتی درمانی در آنها اقدام میشود.

- یادآوری: مدارس شبانه دارای پانسیون و غذاخوری بایستی مطابق ماده ۱۳ بهداشت موادخوردنی، آشامیدنی و... سایر عوامل محیطی موثر بر سلامتی و همچنین معاینات آشپز و توزیع کنندگان و سایر کادر خدماتی معاینه و کارت بهداشتی مورد کنترل باشند.

- مدارس روستائی: مدارس روستائی از آن دسته مدارسی هستند که در مناطق روستائی قرار داشته و به یکی از صورتهای زیر تحت پوشش خدمات بهداشتی درمانی قرار گیرند.

الف) مدارس مستقر در محدوده مراکز بهداشت روستائی که از طریق خانه های بهداشت ضمیمه تحت پوشش بوده و کلیه ارجاعات آن از طریق خانه بهداشت ضمیمه بایستی انجام شود.

ب) مدارس تحت پوشش خانه های بهداشت که کلیه خدمات اولیه بهداشتی و درمانی از طریق بهورزان ارائه شده و معاینات پزشکی آنها نیز از طریق پزشکان مستقر در مراکز بهداشت روستائی انجام می پذیرد.

- مدارس مستقر در روستاهای قمر: این مدارس توسط خانه های بهداشت اصلی تحت پوشش بوده و بایستی کلیه خدمات بهداشتی اولیه و معاینات پزشکی در این نوع مدارس همانند روستاهای اصلی خانه های بهداشت ارائه گردد.

- مدارس مستقر در تیم های سیاری: این نوع مدارس نیز بایستی توسط تیمهای سیاری (خانه بهداشت، یا بهورز) بطور مرتب و منظم تحت پوشش قرار گرفته و همراه حداقل یک بار تیم سیاری، پزشکان سیاری در این نوع مدارس حضور می یابند.

۲- تشکیل کمیته هماهنگی و برنامه ریزی برنامه های سلامت جمعیت ۲۹-۵ سال:

پس از شناسائی و تعریف مدارس و مراکز فرهنگی هنری (خاص گروه سنی ۲۹-۵ سال) برای انجام هرفعالیت و اجرای هر برنامه ای در محیط های مزبور در زمینه های مختلف، ایجاد هماهنگی قبلی با اولیاء مدرسه، مراکز فوق و تدوین برنامه ریزی مشترک با حضور آنها یکی از ضرورت های مهم و مورد تاکید می باشد.

مدیران مدارس، رؤسا و پرسنل واحدهای محیطی بایستی قبل از انجام هر فعالیتی نسبت به این موضوع توجه و عنایت خاصی داشته و تمام فعالیتها را در اوایل سال تحصیلی و یا سال کاری طی جلسه مشترکی باحضور معاونین، دبیر پرورشی، مشاور، مربی بهداشت و مسئول انجمن اولیاء و مربیان (شورای مدرسه و در سایر مراکز فرهنگی مسئولین آموزش و روابط عمومی و...) برای کل سال پیش بینی، برنامه ریزی، هماهنگی و تصویب نموده و بعنوان برنامه عملیاتی خود درخصوص بهداشت، مرکز، مدرسه و دانش آموزان و... سرلوحه فعالیت های بهداشتی واحد مربوطه قرار دهند.

۳- اجرای فعالیتهای بهداشتی به شرح زیر در مدارس و مراکز خاص گروه های هدف

۱- ویزیت، بیماریابی و مراقبت (کودکان، نوجوانان، جوانان گروه سنی ۲۹-۵ سال)

الف) معاینات دانش آموزان بدو ورود به مدرسه، چهارم ابتدایی، ورودی اول دوره متوسطه اول و اول دوره متوسطه دوم

ب) معاینات کودکان پیش دبستانی

ج) انجام معاینات غربالگری و بیمار یابی دانشجویان بدو ورود به دانشگاهها و جوانان

د) انجام معاینات غربالگری و بیمار یابی گروه سنی ۱۸-۶ سال غیر دانش آموز

ه) انجام پیگیری گروه هدف بیماریابی شده و معاینات دوره ای آنان تا بهبودی کامل

و) انجام واکسیناسیون بدو ورود به مدرسه و توأم دانش آموزان پایه اول متوسطه و کارکنان مدارس

۲- آموزش و ارتقای سلامت

الف) استخراج نیازها و اولویتهای آموزشی گروه هدف

ب) برگزاری بسیج های اطلاع رسانی و مناسبتهای بهداشتی

ج) آموزش اصول سلامت زا و عوامل خطر ساز سلامتی به دانش آموزان، نوجوانان و جوانان، اولیاء دانش آموزان و اولیاء مدارس

د) آموزش مداوم کارکنان بهداشتی در خصوص ترویج اصول سلامت زا و راههای کنترل عوامل خطر ساز سلامتی

ه) آموزش ضمن خدمت فرهنگیان

و) سفیران سلامت دانش آموزی

۳- کاهش عوامل مخاطره آمیز سلامت در نوجوانان و جوانان

➤ پیشگیری از کم تحرکی در دانش آموزان

➤ طراحی مداخلات بر اساس نتایج کاسپین ۵

➤ هماهنگی با ادارات ذیربط جهت تدوین سند سلامت جوانان واتخاذ یک سیاست واحد در استان

➤ تدوین برنامه عملیاتی در راستای برنامه راهبردی وزارت و برنامه راهبردی دانشگاه

- بررسی تعیین کننده های سلامت جوانان
- آموزش جوانان در مجتمع های سلامت
- برگزاری کارگاههای تربیت مربی خود مراقبتی استان آذربایجان شرقی و آموزش آشنایی از سطح استان به فیلد و گروه هدف ۲۹-۱۸ سال
- برگزاری هفته جوان و اطلاع رسانی گسترده در خصوص پیشگیری از رفتارهای پرخطر
- تهیه و ابلاغ دستورالعمل مکمل یاری جوانان با مگا دوز Vit. D

۴- برنامه سلامت جوانان - تحکیم خانواده و ازدواج

- تشکیل کمیته درونبخشی با گروههای کارشناسی ذیربط
- برگزاری کارگاه های آموزشی با حضور جوانان و پرسش و پاسخ
- حساس سازی جامعه و نهادهای تأثیرگذار نسبت به پیامدهای مثبت ازدواج آگاهانه و به موقع جوانان
- ارتقاء فرهنگ و هنجارهای جامعه در راستای تقویت معیارهای عقلایی همسرگزینی در میان جوانان
- تدوین گزارش وارسال آن به استان - تشکیل کمیته درونبخشی با گروههای کارشناسی ذیربط
- برگزاری کارگاه های آموزشی با حضور جوانان و پرسش و پاسخ
- حساس سازی جامعه و نهادهای تأثیرگذار نسبت به پیامدهای مثبت ازدواج آگاهانه و به موقع جوانان
- ارتقاء فرهنگ و هنجارهای جامعه در راستای تقویت معیارهای عقلایی همسرگزینی در میان جوانان
- تدوین گزارش وارسال آن به استان

۵- برنامه سلامت جوانان - پیشگیری از مرگ و میر

- کاهش میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۱۰٪ نسبت به وضعیت پایه
- مشارکت و هماهنگی درون، بین و برون بخشی
- آموزش و توانمندسازی گروه های هدف برنامه
- بسیج اطلاع رسانی به عموم جامعه
- چاپ و تکثیر محتوای آموزشی تهیه شده به تعداد مورد نیاز توسط دستگاهها و سازمان های مرتبط.
- ارزیابی قبل از مداخله آموزشی.
- ارزیابی پس از مداخله.
- گزارش دهی

شاخص ها:

- * درصد مدارس تحت پوشش
- * درصد گروه هدف ۲۹-۵ سال معاینه شده
- * درصد گروه هدف ۲۹-۵ سال مشکوک به اختلال اولیه
- * درصد گروه هدف ۲۹-۵ سال دارای اختلال به تفکیک نوع اختلال
- * درصد ارجاع تأیید شده توسط متخصص
- * درصد موارد ارجاع بدون جواب
- * درصد پوشش واکسیناسیون گروه هدف (نوآموزان، توام)
- * درصد دانش آموزان دارای پدیکولوز درمان شده
- * درصد مدارس مروج سلامت ۵ ستاره
- * تعداد گروه هدف آموزش دیده
- * شاخص های مرگ و میر گروه ۵-۱۸ سال و ۱۸-۲۹ سال (درصد و علل)
- * بررسی وضعیت سوانح و حوادث گروه ۵-۱۸ سال و ۱۸-۲۹ سال (درصد و علل)

آموزش و ارتقای سلامت

عناوین آموزشی

برنامه نیازسنجی سلامت

نیازسنجی آموزشی

برنامه ریزی آموزشی در سلامت

ارائه آموزشها طبق برنامه مدون وثبت آمارو اطلاعات آن

جلب حمایت همه جانبه (رابطین سلامت ادارات، بخشهای خصوصی و کارخانجات، سازمانهای مردم نهاد و داوطلبان سلامت محلات)

مدیریت برنامه های آموزش سلامت در مرکز و خانه های بهداشتی (برنامه ریزی وتشکیل جلسات)

خودمراقبتی ((فردی) سفیران سلامت) سازمانی، اجتماعی، و گروههای خودیار))

پروژه های سلامت ((بهزیستی کل استان و صنعت نفت شمالغرب(نفت، پالایش و پخش، پتروشیمی)، حوزه علمیه، ...))

اهداف رفتاری

- ۱- پزشک بتواند برنامه نیازسنجی سلامت را طبق دستور العملهای اجرایی انجام داده و بربرنامه نیاز سنجی سلامت منطقه تحت پوشش نظارت نماید..
- ۲- پزشک بتواند برنامه نیازسنجی آموزشی را طبق دستور العملهای اجرایی انجام داده و بربرنامه نیازسنجی آموزشی منطقه تحت پوشش نظارت نماید..
- ۳- پزشک بتواند برنامه های آموزشی (نیاز سنجی سلامت وبرنامه های روتین وابلایغی)راندوین واجرا کند.
- ۴- پزشک بتواند در خصوص توسعه برنامه های آموزش سلامت در منطقه تحت پوشش خود نسبت به توجیه و جلب همکاری افراد کلیدی و ذی نفوذ (ادارات، بخشهای خصوصی(کارخانجات) و سازمانهای مردم نهاد درصورت وجود ، روحانی، رئیس و اعضای شورای اسلامی، مدیر مدرسه و...) اقدام وپیگیری نماید
- ۵- پزشک برجمع بندی وثبت آمار مربوط به برنامه های سلامت در مرکز و خانه های بهداشت تحت پوشش نظارت نماید .
- ۶- پزشک تیم سلامت بتواند بر کیفیت اجرای فرآیندها و برنامه های آموزش سلامت توسط اعضای تیم سلامت (ماما ، مربی ، بهورز و...) براساس چک لیست نظارت و پایش نماید .
- ۷- پزشک تیم سلامت بتواند نسبت به طراحی و اجرای برنامه های مروج سلامت (توسعه برنامه ورزش های همگانی ، بهبود شیوه زندگی سالم ، پیشگیری از رفتارهای پرخطر و...) از طریق اجرای بسیج های آموزشی و عمومی مبتنی بر جلب مشارکت افراد و بخش های تاثیرگذار منطقه تحت پوشش اقدام نماید.
- ۸- پزشک تیم سلامت بتواند درخصوص سازماندهی نحوه به کارگیری بهینه و اصولی وسایل کمک آموزشی (پوستر، پمفلت و...) و به روز رسانی آنها بر اساس تقویم سلامت وبرنامه های آموزشی درواحد های تحت پوشش نظارت و پیگیری نماید.
- ۹- پزشک تیم سلامت بتواند برنامه خودمراقبتی((سازمانی، اجتماعی، فردی) سفیران سلامت) و گروههای خودیار)) را در مرکز و مناطق تحت پوشش پیگیری و اقدام نماید.
- ۱۰- پزشک تیم سلامت بتواند در اجرای پروژه های سلامت مناطق تحت پوشش پیگیری و اقدام نماید.

فرایندهای گروه آموزش سلامت برای پزشکان به شرح زیر می باشد:

۱- برنامه نیازسنجی سلامت:

نیازسنجی سلامت: نیازسنجی سلامت روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشتی مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسائی شده و این مسائل برطبق معیارهایی که منجر به حل مشکلات سلامت شوند، اولویت بندی شده و جهت اجرا انتخاب می شوند . ارتقای سلامت نیازمند مشارکت مردم است . مشارکت در ارتقای سلامت ، فرآیندی است که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامتی شان را تعیین وتوجه نمایند که چگونه می توانند با این نیازها روبرو شوند ؛ بطور گروهی در مورد اولویت هایشان تصمیم بگیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی مداخله کنند .

کام های اجرایی برنامه نیازسنجی سلامت

۱. تشکیل جلسه هماهنگی انجام نیازسنجی سلامت (تعیین تعداد نمونه ها - تعیین اعضای تیم مسئولین - تعیین خانوارها / انفرادیکه نیازها استخراج می شود ازبین خانوارهای روستایی اصلی وقمر - انتخاب سرخوشه ها - تقسیم کارهای اجرای بین اعضا / وظایف اعضا)
۲. تشکیل جلسه توجیهی انجام نیازسنجی سلامت برای کادر بهداشتی ، اعضای تیم سلامت مسئولین ، سرخوشه ها وصدورابلاغ برای آنها
۳. پیگیری و انجام نیازسنجی سلامت توسط تیم سلامت بهداشتی ، اعضای تیم سلامت مسئولین وسرخوشه ها
۴. پاک سازی و تعیین اولویت های اولیه نیاز های سلامت لیست شده توسط تیم های سلامت (اعضای تیم سلامت مسئولین وسرخوشه ها)

۵. تعیین اولویت نهایی نیاز های سلامت لیست شده توسط تیم های سلامت (بهداشتی ، تیم سلامت مسئولین و سرخوشه ها)
 ۶. ارسال اولویت های نهایی لیست مشکلات سلامت به کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت شهرستان
 ۷. اعلام اولویت اول خانه بهداشت برای اجرا از شهرستان
 ۸. تشکیل جلسات هیات امناء اجرای برنامه نیازسنجی سلامت درخانه بهداشت طبق دستورالعمل (حداقل هر سه ماه یکبار)
 ۹. پیگیری ، نظارت و وپایش اجرای برنامه توسط تیم های نیازسنجی سلامت خانه بهداشت
 ۱۰. جمع آوری ، جمع بندی وارسال نتایج اقدامات برنامه به کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت شهرستان
- ۱-۱- تیم سلامت بهداشتی : شامل پزشک مرکز بهداشتی درمانی، مامای مرکز بهداشتی درمانی ، کاردان یا کارشناس ناظر(یا مربی) و بهورز/ بهورزان خانه بهداشت
- ۱-۲- تیم مسوولین و معتمدین محلی شامل دهیار، رییس شورای اسلامی روستا، روحانی و مدیر مدرسه و.....
- ۱-۳- تیم سرخوشه ها متشکل از ۵ تا ۹ نفر از سرخوشه ها با هماهنگی بهورز/ بهورزان خانه بهداشت تعیین می گردند: (در صورت عدم امکان بکارگیری سرخوشه، می توان از رابطین بهداشتی و سفیران سلامت نیز استفاده کرد)
- ۲- نیازسنجی آموزشی:** فرایند جمع آوری و تحلیل اطلاعات است که منجر به شناسایی نیازهای اولویت دار افراد، گروهها، موسسات و جامعه می گردد. فرایند تعیین نیاز های آموزشی به سه بخش تقسیم می گردد:
- ۱- شناسایی نیازها
 - ۲- تجزیه و تحلیل نیازها
 - ۳- ارزیابی مهارت های فراگیران و تجربه و تحلیل شکاف
- لازم است پزشک نسبت به بررسی مشکلات سلامت (نیازسنجی سلامت) ، اولویت بندی و انجام مداخلات لازم بهداشتی (بهسازی ، هماهنگی و جلب مشارکت سایر بخش ها یا آموزش و فرهنگ سازی در بین مردم) با مشارکت تیم سلامت و هیئت امناء اقدام کند. همچنین نسبت به تعیین نیازهای آموزشی ، اولویت بندی ، برنامه ریزی ، زمان بندی (تقویم آموزشی هفتگی ، ماهانه) و آموزش در بین گروههای هدف براساس بسته های آموزشی ابلاغی اقدام و پیگیری کند.
- ۳- برنامه ریزی آموزشی در سلامت :** برنامه ریزی آموزشی فرایندی است که هر موقع یک فعالیت آموزشی طرح ریزی می شود طی می گردد. حتی موقعی که از کارشناسان خواسته می شود یک سخنرانی کوتاه یک سمینار یا کارگاه ارائه دهند، بعضی از اشکال برنامه ریزی را انجام می دهند. یکی از وظایف مهم آموزش دهندگان سلامت در فناوری اطاعات، برنامه ریزی است. برنامه ریزی فرایندی است که توسط آن انسان به تکنولوژی، مدیریت و اعمال مالی جهت دستیابی به اهداف سازمانی هدایت می گردد. دو جنبه مهم برنامه ریزی، تعیین هدف های درست و سپس انتخاب مسیر راه با وسیله یا روش درست و مناسب می باشد. لازم است پزشک نسبت به اجرای برنامه های آموزشی ارسالی از گروه کارشناسان ارتباطات و آموزش سلامت استان یا شهرستان برای گروههای هدف مورد نظر برنامه ریزی و اقدام کند.
- ۴- جلب حمایت همه جانبه :** گروههای جامعه و سازمانهای داوطلب به عنوان مکانی برای ارتقای سلامت برنامه حامیان سلامت مهم است. همکاری بین بخشی عبارت است از یک رابطه شناخته شده بین قسمتهای متفاوت بخش های مختلف اجتماع که به منظور فعالیت بر روی یک موضوع معین برای نیل به نتایج بهداشتی ایجاد شده است برنامه ریزی برای مشارکت مردم در خصوص اهداف فوق با درگیر کردن سایر بخش ها، ترتیب دادن آشنایی های اولیه، تعیین حد زمانی مناسب برای مشارکت جامعه ، تنظیم اهداف مرحله ای و ارزشیابی برنامه های مشارکت جامعه میسر می گردد. برنامه حامیان شامل بخش های زیر است:
- ۱- مراکز دولتی در سطح محلی، منطقه ای و ملی
 - ۲- اتحادیه های صنفی
 - ۳- گروه های زنان (کمیسیون بانوان، امور زنان)
 - ۴- گروه های جوانان (سازمان ملی جوانان)
 - ۵- رسانه های گروهی
 - ۶- سازمان های غیر دولتی (مانند خیریه ها)
 - ۷- مدارس
 - ۸- بنیادها
 - ۹- شهرداری
 - ۱۰- کارخانجات
 - ۱۱- بخش خصوصی
 - ۱۲- انجمن های حرفه ای
 - ۱۳- رابطین محلات

۱۴- حوزه ها و پایگاه های مقاومت

۱۵- شورای اسلامی

۱۶- سازمانهای مردم نهاد (NGO ها)

۱۷-

لازم است پزشک نسبت به راه اندازی و توسعه برنامه های حامیان سلامت اقدام و پیگیری کند. با مشارکت مربی و بهورزان ، ضمن تشکیل فعال جلسات هیئت امنای (کمیته ارتقای سلامت) مرکز و خانه های بهداشت نسبت به هماهنگی و جلب مشارکت و همکاری کلیه بخش های موجود دولتی و غیر دولتی و افراد کلیدی و موثر در منطقه تحت پوشش اقدام کند. همچنین لازم است پزشک تیم سلامت بر جذب رابطین سلامت نظارت کرده و توانمندی آنها شرکت کند، در بکارگیری داوطلبان دخالت کند، از برنامه های پشتیبانی داوطلبان حمایت کند، و در نهایت برنامه های داوطلبان را پایش و ارزشیابی کند.

۵- ارائه آموزشها طبق برنامه مدون و ثبت آمار و اطلاعات آن: درک و استفاده از رویکرد سیستمی برای آموزش دهندگان سلامت یا دیگر افرادی که بخشی از حرف آنها آموزش است، مفید می باشد. استفاده از این رویکرد، چهارچوب عمل و خطوط راهنمایی برای توسعه روش های مناسب آموزشی را فراهم می آورد.

در فرایند آموزش سه مرحله وجود دارد:

۱- **مرحله طرح ریزی:** طرح ریزی آموزشی، تصمیم گیری در مورد این است که چه می خواهید به دست آورید و چگونه آن را به دست خواهید آورد. این مرحله اساسا فرایند برنامه ریزی آموزشی است و شامل : نیازسنجی ، تعیین اهداف آموزشی، تهیه محتوای آموزشی ، انتخاب روش و رسانه های آموزشی ، اجرا و ارزشیابی است که باید به دقت طی شود.

۲- **مرحله اجرا:** اجرا شامل انجام آنچه برای به دست آوردن اهداف و مقاصد ضروری است، می باشد اجرا ، فرایند تبدیل برنامه آموزشی به عمل است. در این مرحله برنامه آموزشی به شکل فعالیت در می آید. شما باید آموزش را مطابق با محتوایی که شناسایی کرده اید و روش هایی که مشخص کرده اید، هدایت نمایید. بعد از اجرای برنامه های آموزشی طبق برنامه مدون لازم است پزشک نسبت به ثبت در دفتر مربوطه ، تهیه و ارسال گزارشات و عملکرد برنامه های آموزش سلامت توسط خود و تیم سلامت در پایان هر فصل اقدام کند.

۳- **مرحله ارزشیابی:** ارزشیابی بررسی در مورد این است که معلوم شود آیا در رسیدن به اهداف آموزشی موفق بوده اید یا خیر، از آنچه که طی ارزشیابی به دست می آید باید برای شناسایی نیازهای بیشتر یادگیری استفاده کرد تا تغییراتی صورت گیرد که وقتی آموزش دوبار تکرار یا اجرا شد. آن را بهبود و ارتقاء دهد. به دنبال اجرای برنامه های آموزش همگانی بر اساس تقویم آموزشی برای تعیین اثربخشی جلسات آموزشی برگزار شده در مراکز بهداشتی، مراکز سلامت و خانه های بهداشت، لازم است ارزشیابی بر اساس چک لیست ارزشیابی با مدل CIPP و مدل REAIM انجام شود.

۶- مدیریت برنامه های آموزش سلامت در مرکز و خانه های بهداشتی (برنامه ریزی و تشکیل جلسات):

برنامه های آموزشی که در خانه ها (توسط بهورز و مربی) و در مراکز (توسط مراقب سلامت، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای، ...) انجام می گیرد ضروری است پزشک بر روند اجرای برنامه های آموزش سلامت در خانه های بهداشت و مراکز طبق چک لیست توسط مربیان ناظر خانه های بهداشت نظارت و کنترل کند و برای کیفیت اجرا، اثربخشی و ارزشیابی نتایج برنامه های آموزشی برگزار شده در مرکز و خانه های بهداشت بر اساس پرسشنامه های مربوطه برنامه ریزی و اقدام کند.

۷- اجرای بسیج یا مناسبت (باتوجه به موضوع بسیج آموزشی یا مناسبت آموزشی)

- نظارت و همکاری در اجرای بسیج های اطلاع رسانی و آموزشی و جمع آوری و جمع بندی اقدامات انجام یافته و ثبت در دفتر آموزش و ارتقای سلامت

۸- نظارت بر انتخاب و نصب رسانه ها و وسایل کمک آموزشی مناسب با توجه به مناسبت ها و موضوعات آموزشی

۹- **گسترش کتابخانه های سلامت :** لازم است با نظارت و انتخاب پزشک تیم سلامت مسئول کتابخانه لیست کتابهای مرکز را در دفتر با ذکر نام کتاب، نام گیرنده، تاریخ تحویل دهنده و امضا تهیه شود. اگر تنخواه، بودجه یا اعتباری در مرکز باشد پزشک جهت تجهیز کتابخانه و یا تکمیل نواقص آن اقدام کند. همچنین با نظارت پزشک نمونه ای از هر گونه جزوه ، پمفلت یا وسایل کمک آموزشی ارسالی از ستاد به واحدها در کتابخانه نگهداری شود. در برنامه های آموزشی مدارس شوراها و... اطلاع رسانی به مردم برای استفاده از کتابخانه در جهت ارتقای سطح سلامت منطقه اقدام کند.

۱۰- **خودمراقبتی:** خودمراقبتی شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند، از بیماری ها یا حوادث پیشگیری کنند، بیماری های مزمن خود را مدیریت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند.

حیطه‌های خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح سبک زندگی، پیشگیری از بیماری، خود ارزیابی، حفظ سلامت، مشارکت در درمان و توان بخشی است. خودمراقبتی موجب ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، منطقی شدن استفاده از خدمات (نیاز کمتر به مشاوره ارایه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی، کاهش ویزیت بیماران سرپایی و کاهش استفاده از منابع بیمارستانی) و نیز کاهش هزینه های سلامت می شود .

سفیر سلامت: سفیر سلامت فردی است که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد و به صورت داوطلبانه مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده و جامعه را برعهده دارد.

سفیر سلامت افتخاری: فردی است که علاوه بر خانوار خود، چند خانوار بدون سفیر سلامت را تحت پوشش قرار می‌دهد.

خودیاری: فرآیندی خودجوش و شامل افرادی است که مشکل یا آرمانی مشابه دارند و به یکدیگر کمک می‌کنند تا سلامت‌شان ارتقا یابد، از تأثیر بیماری و آسیب کاسته شود و تا حد امکان افراد به زندگی سالم و طبیعی خود بازگرداند.

سازمان‌های دولتی و غیر دولتی حامی سلامت: سازمان‌های حامی سلامت شامل محل کار، سازمان، مدرسه، دانشگاه، بخش‌های خصوصی و کارخانجات و سازمانهای مردم نهاد که دارای شورای ارتقای سلامت بوده و برنامه‌های ارتقای سلامت را تدوین و اجرا کرده باشند.

شوراهای شهری / روستایی و شورایی حامی سلامت: شوراهای شهری / روستایی و شورایی حامی سلامت شامل شوراهای شهری / روستایی و شورایی که اعضای آن دوره‌ی برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی را گذرانده باشند و برنامه‌های ارتقای سلامت جامعه تدوین و اجرا کرده باشند.

انتظارات از پزشک خانواده و تیم سلامت در برنامه ترویج خودمراقبتی

۱- شرکت در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی شامل راهنماهای ملی خودمراقبتی، برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی در شوراهای و برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی در محل کار

۲- مدیریت توانمندسازی خانوارهای تحت پوشش از طریق آموزش سفیران سلامت

۳- همکاری در برگزاری کارگاه آموزشی در سازمان‌ها و شوراهای شهری / روستایی و شورایی‌ها

۴- نظارت و همکاری در تهیه گزارش اجرای برنامه

۱۱= اجرای پروژه های سلامت ((بهزیستی کل استان ، صنعت نفت شمالغرب(نفت، پالایش و پخش، پتروشیمی)، حوزه علمیه، ...))

هدف در این رویکرد، ایجاد محیط کار سالم از طریق اجرای برنامه‌ها و خط مشی‌های ارتقای سلامت در محل کار، خلق محیط فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق شیوه زندگی سالم با همکاری کارکنان است. برای تحقق این امر گروه آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت استان اقدام به عقد تفاهم نامه با ((بهزیستی کل استان و صنعت نفت شمالغرب(نفت، پالایش و پخش، پتروشیمی)، حوزه علمیه، ...)) کرده است. و طبق مفاد تفاهم نامه با برگزاری جلسات متعدد و سیاستگذاری با انجام نیازسنجی سه بعدی و احصاء نیازهای آموزشی آنها جهت تدوین پکیج های آموزشی با همکاری هر دو نهاد و نهایتا برگزاری جلسات آموزش همگانی در هر دو نهاد خواهد بود.

سلامت خانواده و جمعیت

عناوین آموزشی برنامه سلامت سالمندان :

- خدمات نوین سلامت سالمندان
- برنامه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی
- برنامه های مدیریتی (آشنایی با شرح وظایف بهداشت خانواده و بهورزان در ارتباط با سلامت سالمندان در گروههای هدف، نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر آمار و اطلاعات ارسالی)

اهداف رفتاری

▪ خدمات نوین سلامت سالمندان:

- ۱- پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را نام ببرد.
- ۲- پزشک بتواند سالمندان ۶۰ ساله ارجاع شده از سطح غیر پزشک را بر اساس راهنمای آموزشی خدمات نوین سلامت سالمندان ویژه پزشک مراقبت و کنترل نماید.
- ۳- پزشک بتواند فرم پسخوراند مربوط به سالمندان ۶۰ ساله . ارجاع شده از سطح غیر پزشک را پس از انجام مراقبت بصورت کامل و صحیح تکمیل نماید .
- ۴- پزشک بتواند سالمندان ۶۰ ساله را بر اساس راهنمای آموزشی خدمات نوین سلامت سالمندان ویژه پزشک ارجاع نماید .
- ۵- پزشک بتواند بر اساس دستورالعمل فرم آماری مربوط به سالمندان ۶۰ ساله مراقبت شده را، بدرستی تکمیل و به ستاد شهرستان ارسال نماید .
- ۶- در صورت عضویت پزشک در هسته های آموزشی شهرستان در آموزش زیر مجموعه ها همکاری نماید .

▪ بهبود شیوه زندگی در دوره سالمندی :

- ۱- پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را نام ببرد.
- ۲- پزشک بتواند در کلاس های آموزشی سالمندان ، مطالب آموزشی را بر اساس کتابهای ۴ جلدی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی و کتاب زندگی سالم در دوره سالمندی به سالمند آموزش دهد.
- ۳- پزشک بتواند بدورستی بر چگونگی اجرای برنامه های آموزشی توسط ارائه دهندگان خدمت نظارت نماید.

▪ برنامه های مدیریتی :

۱. پزشک موارد مربوط به برنامه های مدیریتی و چک لیست عملکرد را توضیح بدهد.
- با عنایت به ادغام سلامت سالمندان در برنامه های گروه سلامت خانواده و سیستم سلامت کشور فرایندهای این برنامه به شرح زیر می باشد:

▪ خدمات نوین سلامت سالمندان:

هدف این برنامه کاهش بار بیماریهای شایع در سالمندان زیر ۸۰ سال و کاهش بیماری و معلولیت های شایع دوره سالمندی در گروه سنی ۸۰ سال و بالاتر می باشد که طراحی و ارائه مراقبتهای ادغام یافته و جامع سلامت سالمندی در سطوح اول و دوم پیشگیری را در بر می گیرد. گروه هدف برنامه در حال حاضر سالمندان ۶۰ ساله می باشد و بمنظور اجرای برنامه خدمات نوین سلامت سالمندان از عوامل خطر و نشانه های بالینی ساده به صورت جامع در سطح استفاده کننده خدمت استفاده شده است واز حداقل عوامل خطر و نشانه های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری ، درمان مناسب و ارجاع بموقع استفاده شده است که نحوه ارزیابی کردن سالمند از نظر بیماریهای جسمانی و روانی اولویت دار بر اساس بار بیماریها ، اختلالات تغذیه ای و ایمن سازی می باشد و علاوه بر روش های تشخیصی و درمانی ساده راه های پیشگیری از بیماریها نیز ذکر شده است. این برنامه در دو سطح غیر پزشک و پزشک طراحی گردیده است .

مواردی که ارزیابی می شوند شامل:

اختلالات فشار خون ، اختلالات چربی خون ، اختلالات تغذیه ای (شامل لاغری و چاقی)، دیابت ، افسردگی ، سقوط و عدم تعادل می باشند .

در این راستا زمانی که سالمند ۶۰ ساله بدنبال فراخوان ابتدا توسط غیر پزشک ارزیابی گردید، بر اساس نتایج ارزیابی بعمل آمده به پزشک ارجاع می گردد که در نهایت پس از ارزیابی پزشک در پایان مراقبت ها ، چنانچه برای سالمند احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری وجود داشته باشد که نیاز به خدمات تخصصی بر اساس راهنمای آموزشی سالمند ، داشته باشد از مراقبت های سطح بالاتر بهره مند می گردد و در چرخه ارجاع قرار می گیرد . در صورتیکه سالمند مبتلا به بیماری ، نیاز به خدمات و مراقبتهای سلامتی در آن سطح را داشته باشد در چرخه مراقبت های پیگیری قرار می گیرد و در غیر اینصورت در چرخه مراقبت های دوره ای قرار می گیرد.

فرم های آماری مربوط به پزشک در مناطقی که به سامانه دسترسی ندارند ، بصورت فصلی تکمیل و به ستاد شهرستان ارسال می گردد.

لازم است پزشکان علاوه بر ارائه مراقبت ها توسط خود بر حسن انجام کار توسط ارائه دهندگان خدمت نیز نظارت نمایند.

▪ برنامه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی:

هدف این برنامه بهبود شیوه زندگی سالمند در راستای نیل به تغییرات رفتاری حاصل از اهداف آموزشی می باشد که در نهایت منجر به افزایش درصد سالمندان آموزش دیده و آگاه در زمینه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی و افزایش درصد خانواده های آگاه و جامعه در زمینه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی و تکریم سالمند و اهمیت سالمندی سالم و مستفل می باشد.

گروه هدف برنامه در حال حاضر در وهله اول سالمندان ۶۰ تا ۷۰ ساله و سپس سایر سالمندان بالای ۷۰ سال می باشد.

نظر بر اینکه تدریس برای سالمندان ، نیازمند توجه ویژه با رویکردهای زیر می باشد :

- می بایستی ارایه مطالب به زبان ساده بوده و از بکاربردن واژه های تخصصی خودداری نمود.
- سرعت کم در ارایه مطالب به سالمند با در نظر گرفته و زمان ارایه مباحث برای سالمندان کوتاه باشد .
- جمع بندی مطالب به طور مکرر در جلسه و طرح سوال در راستای دریافت مطلب توسط سالمندان انجام پذیرد .
- ورود به مبحث جدید پس از اطمینان حاصل کردن از دریافت مطلب توسط سالمند باشد .
- سالمندانی که رفتار های هدف را به طور صحیح انجام می دهند در فرایند تدریس به عنوان الگوی عملی برای سایر همسالان؛ شرکت داده شوند .
- از آنجا که هدف هر آموزشی بهبود رفتار در راستای تامین سلامت است، تعیین رفتارهای هدف در هر جلسه برای سالمندان و رسیدن به توافق بر رفتار قابل اجرا توسط آنان می تواند تضمین انجام رفتار های یاد شده محسوب گردد. بنابراین دریافت تفاهم نامه شفاهی از سالمندان در پایان هر جلسه، در مورد رفتار های هدف آن جلسه می تواند مبنایی برای ارزشیابی تدریس نیز قرار گیرد.

به همین منظور:

همواره در کلاس باید به سه سوال اصلی پاسخ داده شود:

مشکل سلامت سالمندان در موضوع مورد بحث چیست؟

سالمندان برای رفع مشکل سلامت چه باید انجام دهند؟

چرا مهم است که سالمندان این کار را انجام دهند؟

استاندارد تعداد شرکت کنندگان در کلاس های آموزشی سالمندان حداقل ۱۱ نفر و حداکثر ۱۸ نفر می باشد.

▪ برنامه های مدیریتی :

۱. پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد با وظایف کارکنان واحد بهداشت خانواده و بهورزان در رابطه با خدمات نوین سلامت سالمندان و آموزش شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی آشنا گردد که در این زمینه بایستی در موارد زیر اقدامات ارائه دهندگان خدمت را پیش نماید:

- مراقبت های بار اول و دوره ای سالمند که توسط ارائه دهندگان خدمت انجام می شود (مراقبت و آموزش سالمند در هر

مراجعه سالمند براساس آخرین پکیج خدمات نوین سلامت سالمندان واحد بهداشت خانواده).

- مراقبت های سالمندان بر اساس پسخوراند های داده شده توسط پزشک که توسط ارائه دهندگان خدمت انجام می شود.

۲. پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد بر چگونگی آموزش شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی توسط ارائه دهندگان خدمت نظارت کامل داشته باشد

۳. پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه باید بین ارائه دهندگان خدمت (کاردان و کارشناس بهداشت خانواده و بهورزان) هماهنگی لازم را ایجاد نماید که انتظار می رود هر سه ماه یکبار جلسه هماهنگی جهت رفع مشکلات و برنامه ریزیهای لازم تشکیل دهد.

۴. پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد بر ارسال آمار و اطلاعات، توسط ارائه دهندگان خدمت (کاردان و کارشناس بهداشت خانواده و بهورزان) به مرکز بهداشت شهرستان نظارت داشته باشد و تا پنجم هر ماه اطلاعات و آمار ماه قبل را به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند.

عناوین آموزشی برنامه میانسالان :

- برنامه خدمات نوین میانسالان
- برنامه پیشگیری از مرگ زودرس ۷۰-۳۰ سال
- برنامه های مدیریتی (آشنایی با شرح وظایف ماما، مراقب سلامت و بهورزان در ارتباط با سلامت میانسالان در گروههای هدف، نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر آمار و اطلاعات ارسالی)

اهداف رفتاری

- ۱- پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را نام ببرد.
 - ۲- پزشک بتواند اقدامات مورد نیاز بر اساس Package خدمات نوین میانسالان ارزیابی سلامت میانسالان، ریسک فاکتورها و نحوه برخورد و اقدامات را توضیح بدهد.
 - ۳- پزشک بتواند برای میانسال ۳۰ تا ۵۹ ساله ارجاع شده از سطح غیر پزشک را بر اساس Package برنامه اقدامات لازم را انجام دهد.
 - ۴- پزشک بتواند در کلاس های آموزشی زنان و مردان، مطالب آموزشی را بر اساس استانداردهای آموزشی به زنان و مردان گروه هدف آموزش دهد.
 - ۵- پزشک بتواند بدرستی بر چگونگی اجرای برنامه های آموزشی توسط ارائه دهندگان خدمت نظارت نماید.
 - ۶- در صورت عضویت پزشک در هسته های آموزشی شهرستان در آموزش زیر مجموعه همکاری نماید .
 - ۷- پزشک بتواند موارد مربوط به برنامه های مدیریتی و چک لیست عملکرد را توضیح بدهد.
- با عنایت به اهمیت سلامت میانسالان در برنامه های گروه سلامت خانواده فرایندهای این برنامه به شرح زیر می باشد:

خدمات نوین سلامت میانسالان:

- برنامه میانسالان گروه سنی ۵۹-۳۰ سال را در برمیگیرد .
- برنامه میانسالان شامل ارزیابی تغذیه، فعالیت جسمانی، دخانیات، سلامت باروری، سلامت عمومی، سلامت روان، غربالگری وضعیت مصرف الکل و داروهای آرام بخش و مواد افیونی طبق Package خدمات نوین میانسالان می باشد .
- پیشگیری از مرگ زود هنگام گروه سنی ۷۰-۳۰ سال:

با توجه به اهداف سازمان جهانی بهداشت و سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در ایران برای کاهش مرگ ۳۰ تا ۷۰ سال در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ و تاکید معاون محترم بهداشت بر لزوم برنامه ریزی برای کاهش مرگ افراد گروه هدف این برنامه در اولویت برنامه های سلامت میانسالان قرار گرفت.

اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران برای کاهش مرگ ۳۰ تا ۷۰ سال در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴:

- ۲۵٪ کاهش در مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماری های مزمن تنفسی در گروه سنی ۷۰-۳۰ سال
- ۱۰٪ کاهش در مصرف الکل
- ۱۰٪ کاهش در میزان فعالیت فیزیکی ناکافی
- ۳۰٪ کاهش در مصرف سدیم/نمک
- ۳۰٪ کاهش در استعمال دخانیات
- ۲۵٪ کاهش در شیوع پرفشاری خون
- عدم افزایش میزان چاقی و دیابت
- دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فن آورهای پایه و ضروری برای درمان بیماری های غیر واگیر
- دسترسی حداقل ۷۰ درصدی به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی و حملات عروق مغزی
- میزان صفر اسیدهای چرب ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

اهمیت مرگ ۷۰-۳۰ سال:

- کثرت جمعیت، ۲۰ درصد موارد مرگ از کل در گروه ۵۹-۳۰ سال

- نقش والد در خانواده و مولد در جامعه
- تاثیر مخاطرات سلامت، مرگ و نا توانی های این گروه سنی بر سیستم سلامت و جامعه
- Mortality and morbidity بر حیات، پویایی و سلامت افراد خانواده از جمله کودکان، نوجوانان و سالمندان
- حذف پشتیبانی مالی و مراقبتها و افزایش مورتالیتی و موربیدیتی و مخاطرات در گروههای سنی دیگر
- Premature death
- تعهد بین المللی
- سیاستهای جمعیتی

برنامه های مدیریتی :

۱. پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد با وظایف کارکنان واحد سلامت خانواده، ماما، و بهورزان در رابطه با سلامت میانسالان آشنا گردد که در این زمینه بایستی در موارد زیر اقدامات ارائه دهندگان خدمت را پایش نماید:
مراقبت میانسالان گروه هدف براساس Package خدمات نوین میانسالان و اهمیت پیشگیری از مرگ ۷۰-۳۰ سال.
آموزش زنان و مردان گروه هدف براساس Package برنامه.
۲. پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد بر چگونگی ارائه خدمات نوین میانسالان و آموزش گروه هدف توسط ارائه دهندگان خدمت نظارت کامل داشته باشد
۳. پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه باید بین ارائه دهندگان خدمت (ماما، کاردان و کارشناس بهداشت خانواده و بهورزان) هماهنگی لازم را ایجاد نماید که انتظار می رود هر سه ماه یکبار جلسه هماهنگی جهت رفع مشکلات و برنامه ریزیهای لازم تشکیل دهد.

برنامه باروری سالم:

عناوین آموزشی:

۱. بیان اهمیت و اهداف برنامه باروری سالم پس از ابلاغ سیاستهای جدید جمعیتی
۲. کتاب دستورالعمل روشهای پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی را معرفی نماید و عوارض و مزیتها و آزمایشات لازم در تمام روشها را با توجه به وقت متذکر شود نحوه ارائه اقلام و گروه هدف برنامه را توضیح دهد.
۳. توضیح چک لیست پایش عملکرد پزشک تیم سلامت در خصوص باروری سالم
۴. آخرین وضعیت کشوری - استانی و شهرستان از لحاظ شاخصهای باروری سالم
۵. برنامه های مدیریتی (آشنائی با شرح وظایف بهداشت خانواده و بهورزان در خصوص باروری سالم و نظارت بر حسن اجرای برنامه و نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمار ، درخواست اقلام سلامت باروری و یا اطلاعات درخواستی)
۶. کتابچه های آموزشی جدید برنامه باروری سالم را معرفی نماید واز گروه هدف محتواها اطلاع داشته باشد.

اهداف رفتاری :

- ۱- پزشک بتواند جمعیت گروه هدف را نام ببرد .
- ۲- پزشک بتواند موارد منع مطلق و نسبی استفاده از هر کدام از وسایل پیشگیری از بارداری را بیان نماید
- ۳- پزشک بتواند موارد لازم جهت ارجاع به متخصص مربوطه را بیان نماید .
- ۴- پزشک بتواند آزمایشات و معاینات لازم را جهت فرد متقاضی دریافت خدمت را بیان نماید .

۵- پزشک بتواند برنامه باروری سالم در سامانه را تکمیل نماید .

پزشک بتواند و وضعیت شاخصهای برنامه باروری سالم جمعیت تحت پوشش را توضیح دهد..

برنامه مادران:

عناوین آموزشی :

- برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران ، واهداف اجرای برنامه را توضیح دهد .

- نظام کشوری مراقبت مرگ مادری را توضیح دهد .

- اجزا برنامه زایمان ایمن را توضیح دهد.

- چک لیست پایش عملکرد پزشک تیم سلامت در خصوص برنامه مادران را توضیح دهد .

اهداف رفتاری :

۱- پزشک معاینات پیش از بارداری ، بارداری و پس از زایمان را بداند و بتواند انجام دهد.

۲- پزشک بتواند علائم خطر را بشناسد و بتواند اقدامات لازم برای مراقبت از خانم در معرض خطر را انجام دهد .

۳- پزشک اقدامات مورد نیاز فوریتهای مامائی را بداند و انجام دهد .

۴- پزشک بتواند نتیجه آزمایشات و یا سونو گرافی را تفسیر کند و بر اساس آن اقدام نماید .

۵- پزشک معاینات لازم بر طبق بوکلت برنامه کشوری سلامت مادران را بداند و به طور کامل انجام دهد

۶- پزشک اقدامات لازم شامل درمان ، آموزش و ارائه پسخوراندن را بداند و بتواند انجام دهد.

۷- پزشک از تعداد و وضعیت زنان باردار پرخطر اطلاع داشته و پیگیری لازم را در موارد ارجاعی انجام بدهد.

۸- پزشک از وضعیت شاخص های برنامه زایمان ایمن ، در منطقه تحت پوشش خود اطلاع داشته باشد .

۹- پزشک با توجه به وضعیت شاخص ها ، مهمترین مشکل برنامه زایمان ایمن در منطقه تحت پوشش را شناسایی نماید .

۱۰- پزشک از راهکارهای کاهش زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده اطلاع داشته باشد .

۱۱- پزشک از راهکار های ترویج زایمان طبیعی ، اطلاع داشته باشد .

۱۲- پزشک مرگ مادری را تعریف نماید.

۱۳- گردش کار بررسی مرگ مادر و طراحی مداخله را بیان نماید.

۱۴- از آخرین وضعیت کشوری - استانی و منطقه ای شاخص میزان مرگ و میر مادران باردار اطلاع داشته باشد.

۱۵- عوامل خارج بیمارستانی موثر در مرگ مادری را بیان نماید.

۱۶- هدف از تشکیل کلاس های آمادگی برای زایمان را بیان نماید

برنامه کودکان:

عناوین آموزشی:

۱- برنامه مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم ، مانا و برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر و مراقبت از تکامل کودکان واهداف اجرای برنامه ها را توضیح دهد .

۲- دستورالعمل تجویز شیر مصنوعی را توضیح دهد .

۳- بررسی مرگ خارج بیمارستانی کودکان ۵۹-۱ ماهه و پرسشنامه مرتبط با پزشکان را توضیح دهد .

۴- چک لیست پایش عملکرد پزشک تیم سلامت در خصوص برنامه کودکان را توضیح دهد .

اهداف رفتاری

۱. پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را بشناسد .
۲. پزشک بتواند کودکان بیمار زیر ۵ سال را بر اساس برنامه مانا کنترل نماید .
۳. پزشک بتواند نوزادان را بر اساس پروتکل کودک سالم در ۱۰ روز اول تولد مراقبت نماید .
۴. پزشک بتواند کودکان زیر ۸ سال ارجاع شده را بر اساس برنامه کودک سالم مراقبت و کنترل نماید.
۵. پزشک بتواند کودکان دارای مشکل تکاملی را شناسایی نماید
۶. پزشک بتواند برای کودکان ارجاع شده با مشکل تکاملی فرمهای ASQ را تکمیل نماید و محل ارجاع را بداند .
۷. پزشک موارد مربوط به برنامه های مدیریتی و چک لیست عملکرد را توضیح بدهد.
۸. در صورت عضویت در هسته های آموزشی شهرستان در آموزش زیر مجموعه ها همکاری نماید .
۹. در موارد مرگهای خارج بیمارستانی کودکان ۱-۵۹ ماهه پزشک بتواند فرم مربوطه را تکمیل و در پرسشگری همکاری نماید .

کنترل و مراقبت بیماریهای واگیر

فرایندهای پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر:

- ❖ ایمنسازی و زنجیره سرد، کنترل و مراقبت بیماری دیفتتری، کنترل و مراقبت بیماری کزاز، کنترل و مراقبت بیماری سیاه سرفه،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری فلج اطفال، کنترل و مراقبت بیماری سرخک، کنترل و مراقبت بیماری سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری اوریون، کنترل و مراقبت بیماری مننژیت، کنترل و مراقبت بیمار آنفلوانزا، کنترل و مراقبت بیماری سل،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری بوتولسم، کنترل و مراقبت بیماری التور و وبا، کنترل و مراقبت بیماری اسهال خونی،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری تیفوئید، کنترل و مراقبت عفونت HIV و ایدز، کنترل و مراقبت بیماریهای منتقله جنسی،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری هیپاتیت B و C، کنترل و مراقبت بیماری جذام، کنترل و مراقبت بیماری مالاریا،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری پدیکولوز، کنترل و مراقبت بیماری لیشمانیوز جلدی، کنترل و مراقبت بیماری لیشمانیوز احشایی،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری هاری، کنترل و مراقبت بیماری تب مالت، کنترل و مراقبت بیماری کیست هیداتیک،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری تب راجعه، کنترل و مراقبت بیماریهای تب خونریزی دهنده، کنترل و مراقبت بیماری توکسوپلاسموز،
- ❖ کنترل و مراقبت بیماری سیاه زخم، کنترل و مراقبت بیماری جنون گاوی، کنترل و مراقبت بیماری آنفلوانزای پرندگان،
- ❖ مراقبت روستاهای سیاری، مراقبت عفونتهای بیمارستانی، مراقبت بهداشتی مرزی و اتباع خارجی، مدیریت بیماریها در بلايا

فلسفه وجودی و اهمیت گروه

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها یکی از گروههای کارشناسی تخصصی مرکز بهداشت استان است که در زمینه چگونگی الگوی توزیع بیماریهای شایع استان از نظر اتیولوژی، توزیع مکانی، توزیع زمانی، توزیع انسانی و بخصوص بار بیماری (Burden of Disease) و عوامل موثر در آن بررسی و مطالعه نموده است.

بدینوسیله جایگاه اپیدمیولوژیک آنها را در چارچوب قیاس منطقه ای و ناحیه ای از نظر اسپورادیک، آندمیک، طغیان (Break Out) و اپیدمیک بودن تعیین و تبیین می نماید.

و بر این اساس تدابیر و تمهیدات پیشگیرانه و کنترلی متناسب در سطوح مختلف را از ابتدایی (Elementary) گرفته تا سطح منتج به مرحله باز توانی (Rehabilitation) مطالعه، اتخاذ و عملی می نماید تا بتواند بعنوان عضوی از ساختار اجرایی مرکز بهداشت استان بعنوان یک ارگان سازمانی مسئول در قبال سلامت آحاد جامعه هماهنگ و همپا با سایر اعضا و دیگر بخشهای موثر در بهداشت و با بهره گیری از توان تخصصی خود در تحقق اهداف بهداشتی کشور به نحو شایسته ای ایفای نقش کند اهدافی که بی تاثیر از سیاستهای سازمان جهانی بهداشت در مقیاس های:

✓ موقعیت شناسی از نظر جهانی، منطقه ای و کشوری (Situation Diagnosis)

✓ کنترل (control)

✓ حذف (Elimination)

بیماریها و سایر مشکلات بهداشتی در چهارچوب یک نظام مراقبت پویا (Dynamic Surveillance) و برخوردار از نظام آماری کارآمد (MIS) نیست تا نهایتا به این ترتیب وظیفه خود را در تامین زندگی سالم و شاداب برای مردم و ارتقاء سطح سلامتی آحاد هموطنان با احساس مسئولیت و علاقه مندی ایفا نماید.

دور نما:

تأمین و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی عموم جامعه از طریق جلب مشارکت جامعه و توانمندسازی آنان برای بهبود شیوه زندگی خویش، کنترل بیماریهای مهم و عوامل محیطی

رسالت:

- ♣ تطبیق برنامه های کنترل و مراقبت بیماری های اعلام شده از طرف وزارت متبوعه با شرایط استانی و نظارت بر اجرای آنها
- ♣ ایجاد بستری مناسب برای ارتقاء مهارت های شغلی و شخصی کارکنان برای بهبود برنامه های مراقبت
- ♣ ایجاد بستری مناسب برای تحقیقات و آموزشهای کاربردی

اهداف کلی:

تأمین و ارتقاء سلامت جامعه با برقراری نظام مراقبت پویا (Dynamic Surveillance) بیماریها در استان
اهداف اختصاصی:

- ❖ برقراری نظام مراقبت بیماریها
- ❖ بیماریابی، کنترل، حذف و ریشه کنی بیماریهای نظام مراقبت
- ❖ افزایش آگاهی مردم، پرسنل و افراد در معرض خطر در مورد عوامل خطر و بیماریها
- ❖ تأمین سلامت جامعه از طریق جلب مشارکت سایر سازمانهای مرتبط

❖ برنامه‌ریزی ، سازماندهی و هدایت اجرایی برنامه‌های کنترل بیماریها در سطح استان

استراتژی :

- ◆ طراحی برنامه‌های لازم برای شناخت وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریها در استان
- ◆ برنامه‌ریزی برای هدایت، اجرا و پایش نظام مراقبت بیماری‌ها
- ◆ ایجاد زمینه‌های همکاری بین بخشی و برون بخشی
- ◆ آموزش مردم، کارکنان و افراد در معرض خطر در ارتباط با عوامل خطر و بیماری‌ها

ارزشها :

- کرامت انسانی
- رضایت مشتری
- مهارت فردی
- مشارکت جمعی

عناوین آموزشی

- کنترل و مراقبت سل و جذام و برنامه مراقبت پدیکلوز
- کنترل و مراقبت بیماری ایدز ، کنترل و مراقبت بیماریهای آمیزشی
- ایمن سازی و ایمنی تزریق، کنترل و مراقبت بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن
- کنترل و مراقبت آنفلوانزا ، نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی
- کنترل و مراقبت بیماری مالاریا ، کنترل و مراقبت بیماریهای منتقله از طریق آب و غذا
- کنترل و مراقبت بیماریهای مشترک بین اسان و حیوان
- زنجیره سرما
- مراقبت بهداشتی مرزی و نظام مراقبت آزمایشگاهی
- کنترل و مراقبت هیپاتیت های منتقله از راه خون
- مراقبت بهداشت مرزی و نظام مراقبت آزمایشگاهی

❖ برنامه کنترل و مراقبت بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

عناوین آموزشی

- برنامه مراقبت بیماری سرخک
- برنامه مراقبت بیماری سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- برنامه مراقبت فلج شل حاد
- برنامه مراقبت بیماری سیاه سرفه
- برنامه مراقبت بیماری دیفتی
- برنامه مراقبت بیماری آنفلوانزا
- برنامه مراقبت بیماری مننژیت

اهداف رفتاری

- ✓ پزشک بتواند تعریف موارد مشکوک ، و محتمل و قطعی هر یک از بیماریهای هدف برنامه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن برحسب مورد بیان نماید.
- ✓ پزشک به اهمیت گزارش تلفنی هر یک از این بیماریها واقف باشد. و بداند در صورت مواجهه با موارد بیماری چگونه و به چه کسی بایستی گزارش نماید.
- ✓ پزشک در جلب همکاری پزشکان بخش خصوصی شاغل در منطقه خود در رابطه با گزارش موارد ابتلا به بیماریهای
- ✓ هدف برنامه کوشا باشد . تا بتواند موارد احتمالی بروز اپیدمی در منطقه را به موقع کشف و گزارش نماید.
- ✓ پزشک در رابطه با تکمیل فرم های بررسی انفرادی موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن همکاری لازم را با پزشک بیماریها به عمل آورد.

✓ پزشک بتواند نحوه سرایت و روشهای پیشگیری از ابتلا را در مواقع ضروری به جمعیت تحت پوشش آموزش دهد. و بطور موثر در کنترل اپیدمی ها انجام وظیفه نماید.

مراقبت فلج شل : مهمترین هدف این برنامه کشف و گزارش فوری موارد فلج شل در افراد زیر ۱۵ سال به منظور کشف موارد احتمالی فلج اطفال در کودکان که از این طریق می توان حذف فلج اطفال را پیگیری نمود.

تعریف فلج شل : وقوع هر نوع فلج شل ناگهانی در اندامها، (بدون سابقه ضربه) در افراد زیر ۱۵ سال، یک مورد فلج شل محسوب می گردد و مشمول گزارش دهی فوری است. پزشک به محض مشاهده علائم فلج شل بدون سابقه ضربه در کودک زیر ۱۵ سال ضمن یادداشت نام و نام خانوادگی و آدرس بیمار، مورد را به صورت تلفنی به واحد بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان گزارش و بیمار را برای ویزیت تخصصی به مراکز بالاتر معرفی می نماید.

میزان مورد انتظار فلج شل حاد: ۲ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر کودک زیر ۱۵ سال می باشد.

تشخیص های افتراقی فلج شل حاد عبارتند از مننژیت حاد، گیلن باره، میلیت و ...

مراقبت بیماری سرخک: در مورد مراقبت بیماری سرخک در حال حاضر در مرحله حذف هستیم حذف سرخک به عنوان فقدان موارد بومی سرخک در یک دوره زمانی ۱۲ ماهه یا بیشتر با وجود سیستم مراقبتی مناسب تعریف شده است. در زمانی که حذف محقق شده باشد موارد سرخک ممکن است هنوز رخ دهند اما انتشار آن به افراد حساس محدود خواهد بود. بنابر این حذف معادل موارد صفر نمی باشد.

• تعریف مورد مشکوک سرخک : هر فرد دارای تب و راش ماکولوپاپولر همراه با یک یا چند از علائم: سرفه، یا آبریزش از بینی و چشم یا التهاب ملتحمه

میبایستی با روبرو شدن با بیمار دارای علائم تب و راش نسبت به بیماری مشکوک شده و علائم همراه بررسی شود و در صورت وجود سرفه و یا کونژنکتویت و یا آبریزش از بینی و چشم فوراً واحد بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان را در جریان گذاشت و بیمار را برای اخذ نمونه های مورد نیاز گلو سرم و ادرار به آزمایشگاه معرفی کرد. از طرفی در صورت اینکه نمونه های اخذ شده بعد از آزمایش مثبت گزارش گردد بایستی زنجیره انتقال بیماری مشخص گردد.

میزان مورد انتظار مشکوک به سرخک و سرخجه: ۳ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر در جمعیت می باشد.

مراقبت دیفتری: مهمترین تظاهرات بالینی دیفتری پیدایش غشای التهابی قسمت فوقانی راههای تنفسی بخصوص در حلق و گاهی دربینی، حنجره و نای می باشد. توکسین تولید شده از ارگانیسم در بدن انتشار یافته و سبب آسیب به نسوج مختلفی من جمله میوکارد، اعصاب محیطی و کلیه می گردد. در مواردی که به بیماری مشکوک شدیم میبایستی سریعاً به واحد بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان اطلاع دهید. و بیمار را به مراکز بالاتر جهت تزریق آنتی توکسین معرفی نمایید. در بیمارستان میبایستی قبل از شروع درمان از غشای کاذب با سواب استریل نمونه برداری میشود و در محیط کشت مخصوص دیفتری به انستیتو پاستور تهران منتقل می گردد. البته در مورد موارد تماس بیمار بررسی های لازم از طریق پزشک به عمل آید تا در صورت مشکوک شدن نمونه های مورد لزوم اخذ گردد.

مراقبت سیاه سرفه : دوره کمون بیماری ۶ تا ۱۰ روز و گاهی تا ۲۰ روز می باشد. اما بطور متوسط ۷ روز است. دوره بیماری ۳ مرحله دارد. مرحله نزله ای، حمله ای و نقاهت طول مرحله نزله ای ۱ تا ۲ هفته بوده و علائم آن مانند سرما خوردگی است آبریزش از بینی، عطسه، سرفه تب از نشانه های این مرحله می باشند طول مرحله حمله ای ۲ تا ۶ هفته می باشد در این مرحله سرفه حالت انفجاری پیدا می کند در طی حمله سرفه ها صورت بیمار قرمز و یا کبود شده و چشمها از حدقه بیرون زده و زبان بیرون می آید بعد از سرفه شدید گلو ت شل شده و بدنبال آن منجر به دفع خلط چسبنده و یا استفراغ می شوند. در مرحله نقاهت از شدت و تعداد حملات سرفه کاسته می شود زمان این مرحله ۱ تا ۲ هفته می باشد. در این مورد نیز به محض شک بالینی به بیماری میبایستی مرکز بهداشت شهرستان را به صورت تلفنی در جریان گذاشت تا از بیمار نمونه ترشحات گلو از طریق سواب به عمل آید و در محیط کشت مخصوص به آزمایشگاه سیاه سرفه انستیتو پاستور ارسال گردد.

مراقبت بیماری آنفلوانزا و کرونا ویروس مرس: بیماری آنفلوانزا بیماری ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی است که همگان کمابیش با علائم آن آشنا هستند. مهمترین مقوله در رابطه با این بیماری شناسایی بموقع اپیدمی ها است. و با توجه به قابلیت پاندمیک شدن این بیماری نیاز به مداخلات زیادی خصوصاً در زمینه آموزش همگانی را میطلبد. با توجه به اینکه در مورد این برنامه به تفضیل پزشکان آموزش دیده اند نیاز چندانی به یادآوری مجدد نمی باشد و فقط انتظار از پزشکان محترم انجام به موقع اقدامات در مواقع وجود اپیدمی و پاندمی می باشد. در ضمن خطر و قابلیت پاندمی شدن آنفلوانزای پرندگان همچنان باقی است که لزوم توجه به موارد اتلاف بی دلیل پرندگان همچنان مورد نیاز میباشد.

مهمترین نکته توجه به تب ۳۸ و بالاتر و سرفه می باشد که تعریف مشکوک به آنفلوانزا یا ناخوشی شبه آنفلوانزا (ILI) است و در این مورد شغل بیمار و تماس با پرندگان برای تشخیص احتمال آنفلوانزای پرندگان و سابقه مسافرت به کشورهای حاشیه خلیج فارس و تماس با شتر یا مصرف لبنیات آن از نظر کروناویروس جدید (MERS) اهمیت بسیار دارد.

در آخر توصیه می گردد دستورالعمل مربوطه مجددا توسط پزشکان مطالعه گردد.

برنامه مراقبت بیماری مننژیت: این برنامه بیشتر فرآیندی بیمارستانی است .

❖ برنامه گسترش ایمن سازی کشور

عناوین آموزشی

- مدیریت برنامه و راهنمای ایمن سازی مصوب کمیته کشوری ایمن سازی (آخرین ویرایش)
- برنامه مراقبت عوارض ناخواسته ایمن سازی
- مدیریت تزریقات ایمن
- مدیریت زنجیره سرما

اهمیت

برنامه ایمن سازی کشور از تجربیات موفق ملی و بین المللی در زمینه بهداشت همگانی است به نحوی که بیش از ۹۷ درصد گروه هدف را تحت پوشش واکسیناسیون همگانی قرار داده است .

اهداف رفتاری

- ✓ پزشک بتواند جمعیت هدف واکسیناسیون در کودکان ، بزرگسالان و افراد در معرض خطر تعریف و تعیین نماید
- ✓ پزشک بتواند براساس دفترچه راهنمای ایمن سازی (آخرین نسخه) فرآیند ایمن سازی در گروههای هدف توسط کارکنان تحت امر خود را نظارت و پایش نماید
- ✓ پزشک تمامی نکات کلیدی مهم را که برنامه ایمن سازی کشور به آن اشاره شده در جمعیت تحت پوشش خود به کار برده و بر حسن انجام اجرای آن ها نظارت و پایش نماید
- ✓ پزشک به نحوه و مقدار مصرف از آنتی توکسینهای متداول مسلط بوده و در موقع لزوم مورد استفاده قرار دهد
- ✓ پزشک عوارض احتمالی مصرف آنتی توکسین تجویز شده را مراقبت نماید.
- ✓ پزشک بتواند فرآیند زنجیره سرما را از زمان تحویل واکسن از ستاد شهرستان تا ارائه واکسن به مصرف کننده بنحو احسن نظارت و پایش نماید
- ✓ پزشک بر رعایت استانداردهای لازم تزریقات ایمن در مرکز ، خانه بهداشت و تیمهای سیاری تحت مسئولیت خود تاکید کرده و بر رعایت موازین نظارت و پایش نماید.
- ✓ پزشک بتواند پیامدهای نامطلوب پس از ایمن سازی را تعرف نماید.
- ✓ پزشک بتواند پیامدهای نامطلوب پس از ایمن سازی براساس دستورالعمل بررسی و به موقع گزارش نماید.
- ✓ پزشک بتواند پیامدهای نامطلوب پس از ایمن سازی براساس دستورالعمل طبقه بندی نماید.
- ✓ پزشک مدیریت توانایی مدیریت سیستم در پاسخ به AEFI را داشته باشد.
- ✓ پزشک بر گزارش دهی به موقع پیامدهای نامطلوب پس از ایمن سازی نظارت و پایش نماید

♦ ایمن سازی

کشور ما همگام و همراه با سایر کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت ، ایمن سازی همگانی علیه بیماریهای دیفتیری ، سیاه سرفه ، کزاز ، فلج اطفال ، سرخک ، سرخجه ، اوریون ، هموفیلوس آنفلوانزا تیپ ب ، سل و «هیپاتیت ب» را اجرا می کند.

♦ زنجیره سرما

تعریف: به تجهیزات و امکاناتی که موجب می شود دمای واکسن از زمان تولید تا زمان مصرف حفظ شود و یا به نظامی مرکب از افراد و تجهیزات که اطمینان می دهد واکسن موثر به مصرف کننده برسد زنجیره سرما گفته می شود

واکسن ها نسبت به حرارت و یخ زدگی حساس هستند بنابراین ضرورت دارد که در دمای مناسب نگهداری شوند. نگهداری واکسن در دمای مناسب از تولید تا مصرف به منظور حفظ سلامت آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. برای رسیدن به این هدف مهم ضرورت دارد نظامی مرکب از افراد و تجهیزات مناسب که بتواند واکسن را سالم و موثر به مصرف کننده برساند ایجاد گردد. افزایش ضریب ایمنی مطمئن در حفظ زنجیره سرما در راستای تلقیح واکسن مطمئن به گروه های هدف واکسیناسیون همچنین حفظ رضایت مندی مراجعه کنندگان نیازمند بازنگری ، نظارت و پایش مداوم تجهیزات زنجیره سرما ، کیفیت نگهداری و حمل و نقل آن ، هم چنین چگونگی و کیفیت ارائه و تلقیح واکسن در سیستم ارائه خدمات بهداشتی می باشد.

گزارش‌دهی و بررسی موارد (AEFI) Adverse Event Flowing Immunization می‌تواند به منظور شناسایی و تصحیح خطاهای برنامه و تشخیص وقایع همزمان از عوارض واقعی نامطلوب مربوط به واکسن، مورد استفاده قرار گیرد. مراقبت عوارض نامطلوب پس از ایمنسازی به مفهوم پایش سلامت ایمنسازی است و به اعتبار برنامه ایمنسازی، کمک می‌کند. با اجرای این برنامه، عوارض نامطلوب پس از ایمنسازی به خوبی مدیریت شده و از انجام اقدام نامناسب در مورد گزارشات دریافتی که می‌توانند موجب تشنج در جامعه شوند جلوگیری می‌نماید.

❖ برنامه کنترل و مراقبت التور و بیماریهای منتقله از آب و غذا

عناوین آموزشی :

- نظام مراقبت بیماری التور
- نظام مراقبت بیماری تیفوئید
- نظام مراقبت بیماری ایکولای
- نظام مراقبت بیماری شیگلا
- نظام مراقبت بیماری استاف
- نظام مراقبت بیماری بوتولیسم
- نظام مراقبت اسهال خونی
- نظام مراقبت هیپاتیت A
- نظام مراقبت هیپاتیت E

اهمیت:

♦ بیماریهای منتقله از آب و غذا : به علت اینکه بیماریهای منتقله از آب و غذا مانند سالمونلا، ایکولای، شیگلا، بوتولیسم، هیپاتیت آ، هیپاتیت ای و ... در کشورما همچون سایر کشورها روز به روز در حال افزایش میباشدبه طوری که در کشورهای توسعه یافته سی درصد مردم در سال به این بیماری مبتلا میشوند. که از مهمترین علل آن میتوان به موارد زیر اشاره کرد :

- افزایش ارتباطات بین ملل مختلف
- افزایش مسافرتها بین شهرها و کشور های مختلف
- تغییر شیوه زندگی مردم بنحوی که میزان مصرف غذا در خارج منزل در جهان روبه افزایش میباشد

به علت افزایش جهانی بیماریهای منتقله از آب و غذا و مسئله بیوتروریسم بیماریهای منتقله از آب و غذا و التور در حال حاضر از اولویت های بهداشتی نظام مراقبت بیماریهای واگیر به حساب میاید
اهداف رفتاری :

- ✓ کشف زود هنگام و به موقع طغیان بیماریهای منتقله از آب و غذا برای جلوگیری از تبعات بعدی این طغیان
- ✓ گزارش به موقع تمام موارد طغیان به مرکز بهداشت شهرستان طبق فرم شماره ۳ طغیانها
- ✓ اقدامات بهداشتی لازم برای پیشگیری از وقوع طغیان طبق دستور عملهای ارجاع شده
- ✓ اقدامات بهداشتی لازم برای پیشگیری از گسترش طغیان در هنگام وقوع آن در شهرستان
- ✓ درمان بیماران
- ✓ نظارت بر دریافت فرم اطلاعاتی نظام مراقبت آزمایشگاهی از آزمایشگاه های تابعه
- ✓ مراقبت بیماریهای گزارش شده از نظام آزمایشگاهی
- ✓ هماهنگی و مدیریت عوامل خطر برای بیماریهای منتقله از آب و غذا مانند نظارت بر کنترل آب و اماکن و بهسازی مصرف آب و مواردی که احتمال شیوع این بیماریهای را افزایش میدهند
- ✓ تهیه نمونه مدفوع بیماران در هر طغیان
- ✓ نظارت بر نحوه تهیه و ارسال نمونه اسهال برای التور از تمامی موارد اسهالی جمعیت تحت پوشش
- ✓ نظارت بر تهیه نمونه آزمایشگاهی از منبع مشکوک مانند آب و یا غذای مشکوک

❖ برنامه کنترل و مراقبت سل :

عناوین آموزشی :

- بیماریابی و ملزومات آن
- تشخیص و محللهای ارجاع نمونه ها
- پیگیری و درمان و مدیریت عوارض ناشی از درمان
- پیشگیری و مراقبت اطرافیان
- نظارت بر واحد های تحت حیطه
- پشتیبانی و کنترل روند بیماریابی در خانه های بهداشت

اهمیت بیماری:

هدف کلی برنامه: هدف اصلی برنامه همچون گذشته کاهش چشمگیر بار بیماری سل از طریق کاهش هرچه سریعتر میزان های شیوع و مرگ و میر ناشی از آن و سپس کاهش میزان بروز بیماری در جامعه است.

اهداف جهانی تعیین شده از سوی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه کنترل سل کشورها:

- ۱- بهبودی کامل حداقل ۸۵٪ موارد جدید مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت
- ۲- کشف حداقل ۷۰٪ بیماران مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت

اهداف رفتاری :

- ✓ پزشک باید بتواند موارد مشکوک را در بین جمعیت شناسایی کند و پس از تهیه نمونه ها جهت بررسی در اسرع وقت به مراکز آزمایشگاهی تعیین شده در سطح شهرستان ارسال نماید. شایع ترین علامت ابتلا به بیماری سل ریوی سرفه پایدار به مدت دو هفته یا بیشتر است که معمولا همراه خلط می باشد و می تواند با سایر علایم عمومی و مشترک همراه باشد. سابقه تماس با بیمار خلط مثبت شک به سل را بیشتر تقویت می کند.
- ✓ باید از فرد مشکوک سه نمونه خلط در عرض ۲ تا ۳ روز جمع آوری گردد و به آزمایشگاه ارسال گردد. نمونه اول: در اولین مراجعه بیمار، نمونه دوم: فردا صبح به عنوان خلط صبحگاهی، نمونه سوم: درمراجعه دوم به مرکز و برای سل کودکان احتمال دارد نیاز به تهیه شیره معده باشد.
- ✓ پزشک باید درمان چند دارویی سل را بداند. اساس درمان سل درمان دارویی است و با شناسایی بیماران و درمان آنها منبع عفونت را حذف خواهد شد. این بدان معناست که با استفاده از مجموعه مناسب داروها و با دز کافی و پیروی از استراتژی درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم از بروز موارد مقاوم به درمان و عوارض جانبی جلوگیری شود.
- ✓ پزشک باید مراحل مراقبت و پیشگیری را بداند. جهت پیشگیری و مراقبت از اطرافیان و عموم جامعه: درمان بیماران ، تجویز داروهای پیشگیری، استفاده از واکسن جهت موارد شدید، ارتقاء سطح بهداشت در جامعه و آموزش بهداشت نقش اصلی را دارد.
- ✓ پزشک باید درخصوص مراحل بیماریابی و نحوه کنترل فرایند در واحدهای تابعه آگاهی داشته باشد لذا مطالعه چک لیست نظارتی سطح کشوری در برنامه سل در دوسطح مراکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت توصیه می گردد.
- ✓ پزشک باید درخصوص تهیه ملزومات و فرمهای نمونه گیری و تامین داروهای مورد نیاز درمان بیماران با پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان و واحد بیماریهای ستاد شبکه شهرستان مربوطه ارتباط لازم را داشته باشد.
- ✓ پزشک باید دستورالعمل کشوری برنامه کنترل و مراقبت بیماری سل به طور کامل مطالعه نموده و تسلط کافی بر آن داشته باشد.
- ✓ پزشک باید پوستر مراحل بررسی و تشخیص و درمان بیماران مشکوک به سل را در محل مناسبی نصب نموده و در بررسی بیماران از آن استفاده نماید.

❖ برنامه کنترل و مراقبت جذام :

عناوین آموزشی :

- بیماریابی
- ارجاع جهت تشخیص و شروع درمان
- پیگیری و درمان و مدیریت عوارض ناشی از درمان
- پیشگیری و مراقبت اطرافیان

اهمیت بیماری:

جذام یک بیماری عفونی مزمن است که توسط باسیل اسید فاست و میله ای شکل میکوباکتریوم لپرا ایجاد می شود. این بیماری بیشتر پوست، اعصاب محیطی، مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و نیز چشم ها را گرفتار می کند، و لی اعضای دیگر نیز گرفتار می شوند. جذام می تواند در هر دو جنس و در

تمام سنین بروز نماید. بیماری دوره نهفتگی بسیار طولانی دارد و می تواند چند سال به طول انجامد ولی در اکثر موارد ۳-۵ سال است سرایت جذام از یک شخص درمان نشده به شخص دیگر، از طریق دستگاه تنفسی یا پوست است.
اهداف رفتاری :

- ✓ پزشک باید بتواند موارد مشکوک را در بین جمعیت شناسایی کند . جذام یک بیماری عفونی مزمن است که توسط باسیل اسید فاست وميله ای شکل مایکوباکتریوم لپرا ایجاد می شود.
- ✓ این بیماری بیشتر پوست- اعصاب محیطی- مخاط دستگاه تنفسی فوقانی ونیز چشمها را گرفتار می کند.
- ✓ در هر کشور آدمیک شخصی که یک لکه پوستی کم رنگ یا قرمز رنگ با بی حسی مشخص داشته باشد یک مورد جذام تلقی می شود.
- ✓ پزشک باید موارد مشکوک را جهت شناسایی به آزمایشگاه مرجع با هماهنگی واحد بیماری های شهرستان ارجاع نماید. ارجاع جهت تشخیص موارد مشکوک:
- ✓ یک یا چند لکه پوستی مشکوک باحس طبیعی دارد. از دست دادن حس در سطح وسیع دستها یا پاها بدون اینکه نشانه دیگری از جذام وجود داشته باشد. یک یا چند تنه عصب محیطی بدون بی حسی یا ضایعه پوستی بزرگ شده باشد. دردناک بودن اعصاب بدون اینکه نشانه دیگری از جذام داشته باشیم. وجود زخمهای بدون درد نبود نشانه دیگری از جذام . وجود ندولهایی در پوست بدون اینکه نشانه دیگری باشد.
- ✓ پزشک باید درمان جذام را بداند و با بلیسترهای دارویی کم باسیل و پرباسیل و کودکان آشنایی داشته باشد.
- ✓ جهت شناسایی موارد احتمالی تمام افراد خانواده بیماران را ویزیت و معاینه کامل نماید.
- ✓ پزشک باید دستورالعمل کشوری برنامه کنترل و مراقبت بیماری جذام را به طور کامل مطالعه نموده و تسلط کافی بر آن داشته باشد.

❖ برنامه کنترل و مراقبت پدیکولوز :

عناوین آموزشی :

- بیماریابی
- درمان و کنترل
- مراقبت اطرافیان

اهمیت بیماری:

شپش سر انگل خارجی است که انسان را در هر سن و جنس و با هر سطح اجتماعی و اقتصادی آلوده می سازد. مدارس در اقصی نقاط جهان یکی از مهمترین محل های بروز آن است، آلودگی به شپش علاوه بر ایجاد مشکلات روانی برای دانش آموز و خانواده آنها می تواند ایجاد اختلال جسمی و بیماری های ثانویه منتقله از طریق شپش شود.
هدف کلی پیشگیری و کنترل آلودگی به پدیکولوزیس سر در مدارس شهری و روستایی است و اهداف اختصاصی برنامه شامل آموزش، غربالگری، بیماریابی و درمان می باشد.
اهداف رفتاری :

- ✓ پزشک باید تمام موارد بیمار را شناسایی کند.
- ✓ پزشک باید تمام موارد را درمان کند.
- ✓ خانواده های بیماران را آموزش دهد.
- ✓ دستورالعمل برنامه را مطالعه کند.

❖ برنامه کنترل و مراقبت بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان

عناوین آموزشی :

- مراقبت بیماری هاری و حیوان گزیدگی
- مراقبت بیماری تب مالت
- مراقبت بیماری لیشمانیوز
- مراقبت بیماری سیاه زخم
- مراقبت بیماری کریمه کنگو
- مراقبت تب های خونریزی دهنده
- مراقبت بیماری بیماری کیست هیداتیک

اهمیت :

زئونوزها بیماری هایی هستند که عامل بیماری آن در حیوانات مهره دار بوده و از طرق مختلف به سایر حیوانات مهره دار منتقل شده و انسان هم در صورتی که در این چرخه قرار گیرد به آن مبتلا می شود. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، از میان ۱۷۰۹ عامل بیماریزا، ۸۳۲ عامل (۴۹٪) از حیوانات به انسان منتقل می شوند، از میان ۱۵۶ بیماری نوپدید شناخته شده در انسان، ۱۱۴ مورد آن (۷۳٪) از حیوانات به انسان منتقل می شوند. بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان در رأس بیماری های شغلی قرار دارند. تظاهرات بالینی این بیماری ها از انواع شدید و برق آسا تا انواع مزمن و حتی بدون علامت متفاوت است.

بیماری هاری

در صورت مراجعه فرد حیوان گزیده، شستشوی محل جراحت با آب و صابون، ارجاع فوری مجروح به مرکز درمان پیشگیری هاری پیگیری ادامه واکسیناسیون فرد و کنترل کارت واکسیناسیون هاری با توجه و آموزش و راهنمایی فرد مجروح جهت ادامه واکسیناسیون در مرکز درمان پیشگیری هاری جلب همکاری و مشارکت مردم در بهسازی و جمع آوری و دفن بهداشتی زباله ها ایجاد هماهنگی بین واحدهای مختلف مستقر در منطقه از قبیل شهرداری، دامپزشکی، دهیاری، بخشداری و ... جهت انجام اقدام های مربوط به بهسازی محیط و جمع آوری و دفع صحیح زباله، نابودی سگ های ولگرد و ... جلوگیری از کشتارهای غیر مجاز دام در بین جمعیت تحت پوشش .

بیماری تب مالت

نظارت و اجرای برنامه مبارزه با تب مالت در سطح روستا (جمعیت تحت پوشش)

نظارت بر آموزش مردم توسط بهروزان

نظارت بر کار بهروزان در مورد شناخت خانوارهای دارای دام های واجد شرایط واکسیناسیون و سقط جنین ناشی از بیماری در دام و اعلام به مرکز بهداشت شهرستان

بررسی سیمای اپیدمیولوژیک بیماری منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی

بیماریابی، شناسایی بیماران و درمان بر اساس دستورالعمل کشوری

گزارش بر اساس فرم بررسی انفرادی به مرکز بهداشت شهرستان

نظارت بر کار بهروزان در مورد ادامه و صحت کار درمان بیماران ارجاعی پس از تشخیص و تجویز دارو

بیماری سیاه زخم

پزشک وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری سیاه زخم منطقه را بررسی نماید

پزشک بتواند مورد مظنون بیماری سیاه زخم جلدی، گوارشی و تنفسی را تعریف نماید.

پزشک در صورت مواجهه با مورد مظنون سیاه زخم جلدی، گوارشی و تنفسی اقدامات تشخیصی (درخواست آزمایش برای مورد مظنون جلدی) و ارجاع موارد مظنون گوارشی و تنفسی به سطوح بالاتر انجام دهد.

گزارش هر مورد سیاه زخم به مرکز بهداشت شهرستان بر اساس فرم بررسی انفرادی و یک نسخه از آن در مرکز بهداشتی و درمانی بعنوان سابقه بایگانی نماید.

درمان بیماران طبق پروتکل کشوری

شناسایی افراد در تماس با بیمار و در صورت وجود بیماری درمان آن ها

معدوم نمودن لاشه حیوانات (آتش زدن لاشه حیوانآلوده و یادفن عمیق لاشه حیوانات و پوشاندن سطح آن با آهک)

در صورت بروز همه گیری موارد فوراً" به مرکز بهداشت شهرستان گزارش نماید.

پیگیری جهت انجام واکسیناسیون دام های منطقه

بیماری لیشمانیوز

پزشک وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری لیشمانیوزیس منطقه را بررسی نماید

پزشک بتواند مورد مظنون بیماری لیشمانیوز جلدی و احشایی را تعریف نماید.

پزشک در صورت مواجهه با مورد مظنون لیشمانیوز جلدی و احشایی اقدامات تشخیصی انجام دهد.

هر مورد سالک و کالاآزار رابه مرکز بهداشت شهرستان بر اساس فرم بررسی انفرادی گزارش و یک نسخه از آن در مرکز بهداشتی و درمانی بعنوان سابقه بایگانی نماید.

درمان بیماران طبق دستورالعمل کشوری و پانسمان خشک زخم سالک به منظوری جلوگیری از خونخواری پشه خاکی

بررسی اطرافیان و شناسایی موارد مشکوک

شناسایی و معدوم نمودن مخازن (سگ های مشکوک و بیمار) لیشمانیوز احشای پیگیری جهت انجام واکسیناسیون دام های منطقه اقدامات صحیح برای کنترل پشه خاکی و نصب توری یا پشه بند نصب توری ، دفع صحیح زباله و کود حیوانی (محل های مناسب تکثیر پشه خاکی)، نوسازی اماکن مسکونی، تخریب اماکن متروکه آموزش جامعه بطور مستمر با روش چهره به چهره در مناطق آلوده گزارش موارد لیشمانیوز بر اساس فرم بررسی انفرادی به مرکز بهداشت شهرستان و یک نسخه نیز در مرکز بهداشتی و درمانی بعنوان سابقه بایگانی می گردد.

نظارت بر حسن اجرای فعالیت های محیطی

بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

پزشک بتواند تعریف اپیدمیولوژیک مورد مشکوک، محتمل و قطعی تب خونریزی را بیان نماید. پزشک بداند در مواجهه با مورد مشکوک رعایت احتیاطات همه جانبه برای عدم مواجهه خون و ترشحات بیماران با مخاط ها و پوست آزوده، ضروری است.

پزشک بداند ضمن گزارش فوری تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان، موارد مشکوک به صورت فوری به بیمارستان ارجاع داده شوند. پزشک بدانداطرافیان و موارد تماس بیماری را از نظر علائم مشابه بررسی و هشدارهای لازم را در خصوص مراجعه در صورت بروز علائم بدهد. پزشک باید بداند در صورت مواجهه با بروز مورد مشکوک آموزش بهداشت برای افزایش آگاهی عمومی به خصوص به گروه های در معرض خطر در مورد روش های انتقال و کنترل بیماری : پرهیز از تماس مستقیم پوست با بافت تازه دام، استفاده از دستکش و رعایت احتیاطات همه جانبه در تماس با بافت های تازه دام ذبح شده و ...

بیماری کیست هیداتیک

پزشک وضعیت اپیدمیولوژیکی بیماری کیست هیداتیک منطقه را بررسی نماید پزشک در صورت مواجهه با مورد مظنون اقدامات تشخیصی و ارجاع به سطوح بالاتر را انجام دهد. گزارش هر مورد کیست هیداتیک به مرکز بهداشت شهرستان بر اساس فرم بررسی انفرادی و یک نسخه از آن در مرکز بهداشتی و درمانی بعنوان سابقه بایگانی گردد.

مراقبت و پیگیری تکمیل درمان بیماران

بررسی اطرافیان و در صورت وجود بیماری و انجام اقدامات تشخیصی و درمانی

اتلاف سگ های ولگرد

افزایش آگاهی عموم مردم در جلوگیری از ابتلا به بیماری : ۱ - استفاده از دستکش در هنگام پاک کردن سبزیجات (در صورت عدم استفاده از دستکش شستن دست ها با آب و صابون بعد از پاک کردن سبزیجات و قبل از تهیه و مصرف غذا و غذا دادن به کودکان ضروری است.) ۲ - مصرف سبزیجات به روش صحیح و بهداشتی ۳ - دقت لازم در تماس نزدیک با سگها ۴ - ممانعت از ورود سگ به منطقه سبزیکاری مورد مصرف انسان خوداری از کشتار دام در خارج از کشتارگاهها و در صورت کشتار غیر بهداشتی دام در سطح روستاها و منازل باید امعا و احشاء و قسمت های آلوده به کیست را در گودالهای عمیق ریخته و همراه با آب و آهک دفن نمود آموزش قصابا در مورد خطر احشاء آلوده (دفن بهداشتی یاسوزاندن احشاء آلوده در دامهای ذبح شده اصلی ترین عامل قطع زنجیره انتقال بیماری است)

برنامه کنترل و مراقبت هپاتیت B

عناوین آموزشی

برنامه پیشگیری و مراقبت هپاتیت B در گروه های هدف برنامه (افراد پرخطر، افراد در معرض خطر، عموم جامعه)

بررسی مادران باردار به منظور شناسایی و مراقبت کودکان در معرض آلودگی به HBV

بررسی و مراقبت نوزاد متولد شده از مادر آلوده به HBV

بررسی و مراقبت موارد Needle Stick

بررسی و مراقبت اطرافیان افراد آلوده به HBV

بررسی و مراقبت صاحبان مشاغل پر خطر و افرادی که با اجسام تیز و نافذ سر و کار دارند

بررسی و مراقبت افراد مبتلا به بیماریهای آمیزشی، ایدز و HIV مثبت، تالاسمی، هموفیلی و تحت دیالیزی

بررسی و مراقبت افراد با سابقه رفتار پر خطر (اعتیاد تزریقی، بی بند و باری جنسی و)

ایمن سازی و پروفیلاکسی در گروه های هدف ایمن سازی

آموزش بیماری و نحوه بر خورد با آن و رعایت اصول احتیاطات استاندارد

ثبت و گزارش دهی نتایج اقدامات بر اساس راهنمای کشوری و دستورالعمل های برنامه
برنامه کنترل و مراقبت افراد آلوده به HBV

بررسی و مراقبت اپیدمیولوژیک موارد شناسایی شده جدید آلوده به HBV

بررسی و مراقبت دوره ای موارد مزمن و حاد آلوده به HBV

مشاوره با بیمار و اطرافیان بیمار در مورد بیماری و نحوه بر خورد با آن

درمان بیماران آلوده به HBV

اقدامات تشخیصی هپاتیت B حاد و مزمن

ثبت و گزارش دهی نتایج اقدامات بر اساس راهنمای کشوری و دستورالعمل های برنامه

برنامه های مدیریتی پزشک در مورد نظام مراقبت هپاتیت B

برنامه نظارت بر وظایف واحدهای بهداشت خانواده، دندانپزشکی، آزمایشگاه، خانه های بهداشت، تیم های سیاری و مربیان در ارتباط با نظام مراقبت

هپاتیت B در گروههای هدف مراقبت

برنامه نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر رعایت اصول احتیاطات استاندارد و نظارت بر نحوه ثبت، جمع بندی و گزارش آمار و اطلاعات ارسالی

به مرکز بهداشتی درمانی و مرکز بهداشت شهرستان

اهداف رفتاری

برنامه پیشگیری و مراقبت هپاتیت B در گروه های هدف برنامه (افراد پرخطر، افراد در معرض خطر، عموم جامعه)

پزشک برنامه شناسایی کودکان در معرض آلودگی به HBV را توضیح دهد

پزشک برنامه بررسی و مراقبت نوزاد متولد شده از مادر آلوده به HBV را توضیح دهد

پزشک برنامه بررسی و مراقبت موارد Needle Stick را توضیح دهد

پزشک برنامه بررسی و مراقبت اطرافیان افراد آلوده به HBV را توضیح دهد

پزشک برنامه بررسی و مراقبت صاحبان مشاغل پر خطر و افرادی که با اجسام تیز و نافذ سر و کار دارند را توضیح دهد

پزشک برنامه بررسی و مراقبت افراد مبتلا به بیماریهای آمیزشی، ایدز و HIV مثبت، تالاسمی، هموفیلی و تحت دیالیزی را توضیح دهد

پزشک برنامه بررسی و مراقبت افراد با سابقه رفتار پر خطر (اعتیاد تزریقی، بی بند و باری جنسی و) را توضیح دهد

پزشک برنامه ایمن سازی و پروفیلاکسی در گروه های هدف ایمن سازی را توضیح دهد

پزشک برنامه آموزش بیماری و نحوه بر خورد با آن و رعایت اصول احتیاطات استاندارد را توضیح دهد

پزشک برنامه ثبت و گزارش دهی نتایج اقدامات بر اساس راهنمای کشوری و دستورالعمل های برنامه را توضیح دهد

پزشک موارد مربوط به برنامه های مدیریتی و چک لیست عملکرد را توضیح بدهد.

برنامه کنترل و مراقبت افراد آلوده به HBV

پزشک برنامه بررسی و مراقبت اپیدمیولوژیک موارد شناسایی شده جدید آلوده به HBV را توضیح دهد

پزشک برنامه بررسی و مراقبت دوره ای موارد مزمن و حاد آلوده به HBV را توضیح دهد

پزشک برنامه مشاوره با بیمار و اطرافیان بیمار در مورد بیماری و نحوه بر خورد با آن و رعایت اصول استاندارد را توضیح دهد

پزشک برنامه درمان بیماران آلوده به HBV را توضیح دهد

پزشک اقدامات تشخیصی هپاتیت B حاد و مزمن را توضیح دهد

پزشک برنامه ثبت و گزارش دهی نتایج اقدامات بر اساس راهنمای کشوری و دستورالعمل های برنامه را توضیح دهد

برنامه کنترل و مراقبت افراد آلوده به HBV

پزشک در مورد وظایف واحدهای بهداشت خانواده، دندانپزشکی، آزمایشگاه، خانه های بهداشت، تیم های سیاری و مربیان در ارتباط با نظام مراقبت

هپاتیت B در گروههای هدف توضیح دهد

پزشک برنامه های مدیریتی تحت سرپرستی خود در مورد نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر رعایت اصول احتیاطات استاندارد و نظارت بر نحوه

ثبت، جمع بندی و گزارش آمار و اطلاعات ارسالی به مرکز بهداشتی درمانی و مرکز بهداشت شهرستان را توضیح دهد

با عنایت به ادغام برنامه نظام مراقبت هپاتیت B در سیستم سلامت کشور وظایف پزشکان محترم تیم سلامت به شرح زیر می باشد:

باید کلیه زنان بارداری که قبلا بر علیه هپاتیت واکسینه نشده اند در اولین مراقبت بارداری (هفته ۱۰-۶ بارداری) از نظر HBsAg غربال گری شوند

در صورتی که مادر بارداری در هفته ۱۰-۶ بررسی نشده لازم است در هفته ۳۲-۲۴ حاملگی وضعیت آلودگی او مشخص گردد.

مادران بارداری که بعد از هفته ۳۲ در معرض آلودگی قرار گیرند باید قبل از زایمان از نظر HBsAg و IGM anti Hbc مورد آزمایش قرار گیرند و

زنانی که در معرض خطر بیشتری قرار دارند (مثل همسران معتادان تزریقی و) تست HBsAg علاوه بر هفته ۱۰-۶ باید در ماه های آخر بارداری

تکرار گردد.

معرفی مادر باردار جهت تهیه ویال HBIG قبل از هفته ۳۳ بارداری و حداکثر در عرض یک هفته پس از تشخیص HBsAg در مادر باردار (HBIG) توسط خانواده وی تهیه و در دسترس قرار گیرد). ویال HBIG به همراه دوز اول واکسن در محل زایمان در ۱۲ ساعت اولیه تزریق شود. و ادامه واکسیناسیون بر علیه هیپاتیت طبق دستورالعمل ایمن سازی باید انجام بگیرد.

باید در فاصله ۱۵-۹ ماهگی نوزاد از نظر ایجاد پاسخ مناسب (anti HBs) و تعیین آلودگی به HBV (HBsAg) مورد پیگیری و بررسی قرار گیرد در صورت مثبت شدن HBsAg در ۹-۱۵ ماهگی، نوزاد جهت ارزیابی بیشتر به مراکز تخصصی ارجاع می گردد و در صورت منفی بودن نتایج تستهای HBsAg و anti HBs باید نوزاد مجدداً واکسینه شود.

باید اقدامات لازم جهت پیشگیری از عفونت بدنال تماس های شغلی مورد استفاده قرار گیرد (مانند استفاده از وسایل محافظت کننده، عدم سرپوش گذاری سوزن بعد از تزریق، استفاده از Safety Box برای جمع آوری سرنگ های آلوده و یا استفاده از وسایل پزشکی بی خطر که از ایجاد جراحت جلوگیری می کند) و اقداماتی که بدنال تماس با منبع آلوده لازم است باید بر اساس راهنمای کشوری انجام دهد (مانند شست شوی محل جراحت با آب و صابون و شست شوی چشم ها با آب تمیز یا استریل و نرمال سالین)

بدنال تماس های شغلی برای شروع درمان با توجه به وضعیت فرد منبع، واکسینه بودن فرد تماس یافته و میزان ایمنی زایی واکسن تصمیم گیری گردد. افرادی که واکسن هیپاتیت را دریافت کرده اند و از ایمنی لازم بر خوردار هستند در معرض خطر آلودگی نبوده و تنها اقدامات اولیه کافی است. در موارد Needle Stick در افرادی که واکسینه نشده اند و از ایمنی لازم برخوردار نیستند و یا واکسینه شده اند اما از سطح ایمنی آنها اطلاعی در دست نیست از HBIG همراه با واکسن مطابق راهنمای کشوری استفاده می گردد. اقدامات فوق باید هر چه سریعتر (تا ۲۴ ساعت بعد از تماس) شروع گردد و از ۷ روز دیرتر نگردد و در صورت انجام واکسیناسیون بایستی بعد از ۳ ماه از آخرین نوبت تزریق واکسن، سطح ایمنی اندازه گیری شود. به فرد آسیب دیده آموزش داده می شود چنانکه در طول ۶ ماه بعد از تماس، نشانه ای از بیماری هیپاتیت در وی ایجاد شد به مرکز مراجعه نماید و نهایتاً موارد Needle Stick ثبت و نتایج جهت اقدامات تکمیلی به مرکز بهداشت گزارش می گردد.

باید اطرافیان موارد جدید آلوده به HBV مورد پیگیری، بررسی و مراقبت (شامل واکسیناسیون، مشاوره و آموزش) قرار گیرند. در صورت ظن آلودگی به HBV در صاحبان مشاغل پر خطر و افرادی که با اجسام تیز و نافذ سر و کار دارند مورد بررسی و مراقبت قرار گیرد. تمامی آرایشگران مرد و زن باید از نظر آلودگی به HBV در زمان صدور کارت سلامت با هماهنگی مسئول بهداشت محیط منطقه مورد آزمایش قرار گرفته و موارد منفی واکسینه و با افراد آلوده طبق بند ۱۳ رفتار می گردد و نیازی به منع از کار ندارد ولی شاگردان شغل آرایشگری و کارورزان باید قبل از شروع به کار آزمایش شوند و موارد مثبت و آلوده باید به یادگیری شغل دیگری اقدام نماید. افراد مبتلا به بیماریهای آمیزشی، ایدز و HIV مثبت، تالاسمی، هموفیلی و تحت دیالیزی، افراد با سابقه رفتار پر خطر (اعتیاد تزریقی، بی بند و باری جنسی و) باید مورد بررسی و مراقبت قرار گیرند.

نظارت بر اجرای برنامه ایمن سازی و پروفیلاکسی در گروه های هدف ایمن سازی ضروری می باشد. مشاوره با بیمار و اطرافیان به منظور مداخله به موقع پیشگیرانه و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و شناسایی افراد در معرض خطر و آلوده به HBV از اهمیت لازم برخوردار می باشد.

آموزش بیماری و نحوه برخورد با HBV و رعایت اصول احتیاطات استاندارد و نظارت بر اجرای برنامه در سایر واحدها لازم است. موارد جدید آلوده به HBV باید مورد پیگیری و بررسی اپیدمیولوژیک قرار گرفته و فرمهای مربوطه تکمیل و اطلاعات لازم در دفتر بیماران قابل پیگیری و مراقبت قید گردیده و مراقبت های دوره ای بر اساس راهنمای کشوری و فرم بررسی بیماری مورد پیگیری قرار گیرد. اقدامات لازم برای تشخیص هیپاتیت در مراحل حاد، مزمن (فعال و یا غیر فعال)، پاک شده، مرحله فعال شدن هیپاتیت B، حالت عود حاد هیپاتیت B با توجه به راهنمای کشوری جهت ادامه مراقبت لازم و ضروری می باشد.

درمان بیماران با هدف حذف آلودگی به منظور پیشگیری از سرایت و گسترش آن، توقف گسترش بیماری کبد و بهبود نمای بالینی و بافت شناسی بیمار بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت هیپاتیت B و در صورت نیاز ارجاع بیماران به مراکز تخصصی جهت بررسی، درمان و بستری ضروری می باشد. ثبت و گزارش دهی نتایج اقدامات بر اساس راهنمای کشوری و دستورالعمل های مربوطه به مرکز بهداشت شهرستان و نظارت بر اجرای برنامه و موارد مربوط به برنامه های مدیریتی و چک لیست عملکرد در سایر واحدها مورد تاکید می باشد.

❖ کنترل و مراقبت بیماریهای آمیزشی

اهمیت

بیماریهای آمیزشی یکی از علل عمده بیماریهای حاد، نازایی، مرگ و معلولیت های جسمی و روانی برای میلیونها زن و مرد و کودک در سراسر جهان به شمار می آیند. تاثیر این بیماریها در افزایش سرایت پذیری ایدز اهمیت آنها را صد چندان می کند. اطلاعات حاصل از مراقبت بیماریهای آمیزشی باید باعث ارتقای کیفیت و اثر بخشی برنامه های پیشگیری از ایدز و اعتیاد گردد.

عناوین آموزشی

- بیماریهای آمیزشی

- درمان بیماریهای آمیزشی
- ارائه خدمات کاهش آسیب

اهداف رفتاری

- ✓ پزشک بایستی تعاریف هرکدام از بیماریهای آمیزشی را بداند.
- ✓ پزشک راههای انتقال و پیشگیری از بیماریهای آمیزشی را بداند.
- ✓ پزشک کانون خطر را شناسایی و اقدامات لازم در خصوص آموزش راههای انتقال و پیشگیری و ارائه خدمات کاهش آسیب بعمل آورد.
- ✓ پزشک برخورد سندرمیک با بیماریهای آمیزشی و درمان آنها را بداند و بتواند با بیمار در خصوص تکمیل دوره درمان و اهمیت درمان شرکای جنسی و پیشگیری با بیمار مشاوره نموده و در صورت لزوم بیمار را به پایگاه یا مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارجاع نماید.
- ✓ پزشک بتواند گروههای در معرض خطر را شناسایی و آموزشهای لازم در خصوص اهمیت بیماریهای آمیزشی، پیشگیری، درمان به موقع و درمان شرکای جنسی را به آنها بدهد.
- ✓ پزشک بطور ماهانه فرم آماری بیماریهای آمیزشی را بطور صحیح تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان تحویل نماید.
- ✓ پزشک بر عملکرد ماما مرکز در خصوص تشخیص و گزارش صحیح بیماریهای آمیزشی نظارت داشته باشد.
- ✓ پزشک بر برنامه های آموزشی کادر بهداشتی درمانی و بهورزان تحت پوشش نظارت داشته و پایش نماید.
- ✓ پزشک براستریل بودن وسایل مورد استفاده در مرکز و خانه های بهداشت نظارت داشته باشد.
- ✓ پزشک باید بر آخرین دستورالعمل بیماریهای آمیزشی تسلط داشته باشد.

بیماریهای آمیزشی قابل مراقبت

- زخم السراتیو غیر وزیکولی
- زخم السراتیو غیر وزیکولی بر روی آلت تناسلی، اسکروتوم، یا رکتوم در مردان و بر روی لایبیا، واژن، با رکتوم در زنان، این زخم می تواند همراه با بزرگی غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال باشد یا نباشد
- سندروم ترشح از مجرای تناسلی مردان
- ترشح غیر طبیعی از مجرای ادرار در مردان که می تواند همراه با سوزش ادرار باشد یا نباشد. مشاهده ترشح در معاینه اجباری نمی باشد
- گنوکوک

قطعی:

- ۱- ایزولاسیون دیپلوکوک گرم منفی اکسیداز مثبت) احتمالاً نیسریا گونوره (از یک نمونه Nucleic Acid Based Test کلینیکی)
- ۲- اثبات وجود نیسریا گونوره در یک نمونه کلینیکی با
- ۳- مشاهده دیپلوکوک داخل سلولی گرم منفی در اسمیر اورترا گرفته شده از یک مرد

- سیفیلیس اولیه و ثانویه
- ◆ قطعی: اثبات وجود تریپونما پالیدم در نمونه های کلینیکی DFA-TP، Darkfield Microscopy.FTA-Abs، یا و مشابه. روشهای یا تست Nucleic Acid Test،

- ◆ احتمالی: بیماری با زخم ها (اولیه) یا ضایعات موکوکوتانوس (ثانویه) و یک آزمایش سرولوژی Reactive (غیر تریپونمایی یا تریپونمایی)

➤ کلامیدیا

قطعی: یک کشت مثبت، تست Fluorescent Antibody مستقیم، تست Antigen Detection یا C. trachomatis برای Nucleic Acid Based test یا

❖ کنترل و مراقبت ایدز و HIV

اهمیت

بیماری ایدز یک بیماری ویروسی است که یکی از مشکلات و معضلات اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی و ... در عصر حاضر است. از ویژگی های این بیماری دوره آلودگی طولانی مدتی است که فرد و اطرافیان از وجود آن اطلاعی ندارند ولی بیماری قابل انتقال به دیگران است. همچنین به دلیل ترس از این بیماری که از عدم آگاهی از راههای انتقال و عدم انتقال ناشی می شود با رفتارهای غیرقابل پذیرش در جامعه و مرگ و میر همراه است ترس از بیماری و انگ ناشی از آن باعث می شود افراد برای تشخیص و مراقبت مراجعه ننموده و باعث گسترش بیماری در جامعه شوند. بنابراین آموزش اطلاع رسانی در خصوص بیماری ایدز از اهمیت فراوانی در پیشگیری از انتشار بیماری دارد.

هر شهرستان دارای پایگاه مشاوره بیماریهای رفتاری می باشد و مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری در شهرستانهای تبریز و میانه و مراغه مستقر است. در این مراکز و پایگاههای مشاوره با افرادی که بطور داوطلبانه مراجعه نموده و یا از سایر مراکز ارجاع داده شده اند بطور رایگان و کاملاً محرمانه مشاوره بعمل آمده و در صورت لزوم جهت بررسی از نظر بیماری ایدز نمونه گیری شده و وسایل کاهش آسیب شامل کاندوم و سرنگ و سوزن و... در اختیار مراجعین قرار داده می شود.

عناوین آموزشی

- آموزش و اطلاع رسانی راههای انتقال و پیشگیری ایدز به جمعیت عمومی
- آموزش و اطلاع رسانی راههای انتقال و پیشگیری ایدز به کارکنان
- آموزش و اطلاع رسانی راههای انتقال و پیشگیری ایدز به افراد دارای رفتارهای پرخطر
- آموزش و اطلاع رسانی راههای انتقال و پیشگیری ایدز به کارگران جوان
- آموزش و اطلاع رسانی راههای انتقال و پیشگیری ایدز به سربازان

اهداف رفتاری

- ◆ بیماری ایدز و HIV مثبت
 - ✓ پزشک گروههای هدف آموزش (کادر بهداشتی درمانی تحت پوشش، جمعیت عمومی تحت پوشش ، کارگران ، افراد دارای رفتارهای پرخطر، سربازان و دانشجویان) را بشناسد.
 - ✓ پزشک برای آموزش گروههای هدف برنامه ریزی کند.
 - ✓ پزشک بر برنامه های آموزشی کادر بهداشتی درمانی و بهورزان نظارت داشته باشد.
 - ✓ پزشک به مسئولان ، کارکنان بخشداری، دهداری های مربوط و شورای اسلامی روستا و افراد کلیدی در خصوص اهمیت ایدز و راههای مقابله با آن آموزش دهد.
 - ✓ پزشک در خصوص محل و عملکرد پایگاه و مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری اطلاع رسانی نماید.
- ◆ برنامه مشاوره و ارائه خدمات کاهش آسیب
 - ✓ پزشک افراد در معرض خطر بیماریهای رفتاری را شناسایی نماید.
 - ✓ پزشک بتواند بطور صحیح با افراد دارای رفتاری پرخطر مشاوره نموده و بر اهمیت مشاوره با شرکای جنسی فرد دارای رفتارهای پرخطر تاکید نماید.
 - ✓ پزشک پایگاه یا مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری را بشناسد و در صورت لزوم موارد را به پایگاه یا مرکز ارجاع نماید.
 - ✓ پزشک بر ارائه خدمات کاهش آسیب به افراد دارای رفتارهای پرخطر نظارت داشته باشد.
 - ✓ پزشک مادران دارای رفتارهای پرخطر و دارای همسر ویا شریک جنسی دارای رفتار پرخطر را شناسایی و به پایگاه ویا مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارجاع نماید.
 - ✓ پزشک باید بر آخرین دستورالعمل مشاوره و ارائه خدمات کاهش آسیب تسلط داشته باشد.
- ◆ احتیاطات استاندارد
 - ✓ پزشک در خصوص احتیاطات استاندارد برای کادر بهداشتی درمانی جلسه آموزشی برگزار نموده و برعملکرد کادر در این خصوص نظارت داشته باشد.
 - ✓ پزشک راههای انتقال و پیشگیری از بیماری ایدز را بداند.
 - ✓ پزشک پایگاه و مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری شهرستان و استان را بشناسد.
 - ✓ پزشک محل دریافت خدمات پیشگیری و کاهش آسیب را بشناسد.
 - ✓ پزشک اقدامات بعد از مواجهه را بداند.
 - ✓ پزشک باید بر رعایت احتیاطات استاندارد توسط کادر بهداشتی درمانی نظارت داشته باشد.

❖ کنترل و مراقبت بیماری مالاریا

عناوین آموزشی

- مدیریت برنامه حذف مالاریا در جمعیت تحت پوشش
- مدیریت اجرای برنامه توسط کارکنان بهداشتی در منطقه تحت پوشش
- مدیریت برنامه درون بخشی و برون بخشی در منطقه تحت پوشش

اهداف رفتاری

- پزشک آخرین آمار مبتلایان کشور و استان را بصورت تقریبی بداند.
 - پزشک برنامه حذف مالاریا را توضیح دهد.
 - پزشک معیار و تقسیم بندی مراحل حذف مالاریا را توضیح دهد.
 - پزشک بداند که استان ما در کدام مرحله از حذف بیماری قرار دارد.
 - پزشک مناطق پرخطر با پتانسیل بالای استان را بداند
 - پزشک مناطق مالاریا خیز کشور را بیان نماید.
- ◆ پزشکان مراکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه تحت پوشش خود موظفند
- ☉ آخرین استراتژی وزارت متبوعه را در ارتباط با بیماری مالاریا بداند(حذف بیماری مالاریا در کشور در افق ۱۴۰۴)
 - ☉ استانهای مالاریا خیز کشور را بداند(سیستان و بلوچستان - کرمان - هرمزگان)
 - ☉ مناطق پرخطر استان با پتانسیل بالای را بداند.(روستاهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی لاریجان کلیبر)
 - ☉ آخرین وضعیت آماری بیماری استان و کشور را بداند
 - ☉ فلو چارت بیماریابی مالاریا در خانه بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی را بداند
 - ☉ نسبت به تهیه لام و تجهیزات لازم، ارائه آمار و اطلاعات و... افراد تحت سرپرستی خود نظارت مستمر داشته باشد.
 - ☉ اطلاع و آشنایی کامل و کافی به آخرین دستورالعمل های کشوری داشته باشد و براساس مقتضیات، به افراد تحت سرپرستی خود آموزش دهد. (فصل ۱۵ اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری ها- راهنمای درمان مالاریا- برنامه جامع کنترل مالاریا و برنامه حذف مالاریا در جمهوری اسلامی ایران)
 - ☉ نسبت به آموزش مردم و کارکنان تحت نظارت خود در ارتباط با موارد زیر اقدام نماید:
 - ۱ - در صورت داشتن تب و لرز مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی
 - ۲ - استفاده از پشه بند و مواد و وسایل دورکننده، در صورت مسافرت به مناطق مالاریا خیز
 - ۳ - پر کردن شکاف دیوارها، زهکشی و خشکاندن باتلاقیها، جاری کردن آبهای راکد، زدودن علفها و چمن های کنار جویبارها، توزیع ماهی گامبوزیا، نصب توری به دربها و پنجره ها و آموزش پرسنل در مناطق مالاریا خیز و پرخطر
 - ☉ بررسی اطرافیان موارد مثبت
 - ☉ مراقبت و پیگیری افراد مثبت پس از ختم درمان به مدت یکسال بطور ماهانه
 - ☉ پیگیری نتیجه آزمایش
 - ☉ ارجاع افراد مقاوم به درمان، به سطوح بالاتر

امور دارویی

عناوین آموزشی

۱. نظارت بر ارائه خدمات دارویی در مرکز بهداشتی درمانی
۲. لیست دارویی برنامه پزشک خانواده
۳. ارائه خدمات دارویی برای بیماران روانی در برنامه پزشک خانواده
۴. ارائه خدمات دارویی در سیاری ها

اهداف رفتاری

- ۱- لیست دارویی برنامه پزشک خانواده اطلاع داشته باشد ولیست داروهای انتخابی از لیست دارویی را با مهر و امضا جهت تامین به موقع به دارویار تحویل نماید و در مستندات خود نیز نگه دارد .
- ۲- متوسط قلم دارو برای هر نسخه را (۳ قلم) رعایت نماید
- ۳- باید بداند که تجویز خارج از لیست دارویی شامل کسر امتیاز پایش عملگر خواهد شد
- ۴- لیست دارویی بیماران روانی تحت پوشش اطلاع داشته باشد
- ۵- در ویزیت سیاری دارو های مورد نیاز را به همراه داشته باشد
- ۶- داروهای تجویزی به بیماران را در پرونده الکترونیکی آنها ثبت کند. و مصرف صحیح داروهای تجویزی را به بیمار آموزش بدهد .
- ۷- برای درخواست دارو با دارو یار مرکز هماهنگی کامل داشته باشد
- ۸- بر نسخه پیچی دارو یار نظارت فنی داشته باشد .
- ۹- هرگونه پیشنهاد در مورد لیست دارویی برنامه پزشک خانواده راکتبا به کمیته دارویی مرکز بهداشت استان ارسال نماید
- ۱۰- در پذیرش بیمار سه برگ دفتر چه (برگ پزشک ، برگ داروخانه و برگ بیمار) ممهور به مهر مرکز بهداشتی درمانی گرددبرای کنترل نسخ دارویی و شناسایی مرکز مربوطه الزامی می باشد
- ۱۱- در تجویز دارو لیست دارویی طرح پزشک خانواده رعایت گردد .رعایت لیست دارو های پزشک خانواده برای پزشکان الزامی می باشد این لیست شامل داروهای برنامه پزشک خانواده بوده که از طرف وزارت بهداشت و درمان تدوین شده است . تجویز خارج از لیست دارویی شامل کسر امتیاز پایش عملگر خواهد شد
- ۱۲- برای تجویز دارو از مهر دارای کد پزشک خانواده استفاده گردد .مهر مربوطه توسط شبکه تهیه و در اختیار پزشک قرار می گیرد
- ۱۳- سقف میانگی ۳ قلم دارو برای نسخ دارویی رعایت گردد. براساس دستورالعمل وزارت بهداشت میانگین اقلام تجویزی برای هر نسخه ۳ قلم بوده و بیشتر از این تعداد مشمول کسر امتیاز ارزشیابی خواهد شد.
- ۱۴- دستورات دارویی نسخ بیماران به طور کامل و خوانا درج گردد.
- ۱۵- از تجویز بیش از نیاز دو ماهه دارو در نسخ خود داری نماید.
- ۱۶- لیست دارو های روانی در تجویز نسخ بیماران روانی رعایت گردد
- ۱۷- پزشک محترم از لیست کسورات دارویی اطلاع داشته و نسبت به رعایت آنها متعهد باشد .این لیست را می توان از واحد امور دارویی تهیه نمود
- ۱۸- پزشک مسوول مرکز بر تاریخ انقضا دارو ها ، ارائه دستورات دارویی ، قیمت گذاری نسخ دارویی و دریافت حق نسخه پیچی توسط دارویار داروخانه نظارت فنی نماید
- ۱۹- پزشک مسوول مرکز بر لیست دارویی قفسه اورژانس نظارت نماید . لیست دارویی قفسه اورژانس بر اساس هماهنگی پزشکان مرکز تهیه می شود که نظارت بر آن بر عهده پزشک مسوول مرکز می باشد
- ۲۰- رعایت لیست داروهای کارشناسان مامایی در تجویز نسخ توسط کارشناسان مامایی الزامی می باشد
- ۲۱- کارشناسان مامایی طرف قرارداد در تجویز نسخ از مهر شبکه بهداشت و درمان استفاده نمایند
- ۲۲- پزشکان در سیاری های دوره ای خود باید دارو های مورد نیاز جمعیت خود را به همراه داشته باشند .ارایه خدمات دارویی در سیاری ها بر عهده دارویار و در صورت نبود دارویار بر عهده ماما ی تیم سلامت می باشد
- ۲۳- پزشک تیم سلامت بر تامین دارو و درخواست دارویی دارویار مرکز نظارت نماید
- ۲۴- تایید نهایی در خواست دارو در مراکز بهداشتی درمانی برعهده پزشکان مرکز می باشد
- ۲۵- پزشک مسوول مرکز بر وجود ذخیره دارویی به مقدار مصرف دو ماه مرکز اطمینان حاصل نماید
- ۲۶- هرگونه پیشنهاد در مورد لیست دارویی برنامه پزشک خانواده راکتبا به کمیته دارویی مرکز بهداشت استان ارسال نماید.
- ۲۷- تایید عملکرد دارویار (جدول تعداد نسخ) در اخر هرماه توسط پزشک

بهبود تغذیه جامعه

برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه

در شرایطی که جامعه ایرانی به سرعت دوران گذرتغذیه ای را پشت سر می نهد و نشانه های هشداردهنده گسترش بیماریهای متابولیک رو به افزایش است، رسالت جامعه علمی، متشکل از سازمانهای دولتی و تشکلهای غیردولتی در به تصویرکشیدن مشکلات تغذیه ای کشور، کمک به حل این مشکلات از طریق ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای افراد و نهایتاً کمک به ارتقاء سلامت جامعه، هر چه بیشتر شفاف می شود. در حالی که یک عده از کمبود دریافت کالری و مواد مغذی رنج می برند، عده ای دیگر دچار پرخوری می باشند به طوری که از هر ۱۰ خانوار ایرانی ۴ خانوار دچار پرخوری ملایم تا شدید و ۳-۲ خانوار دچار کمبود می باشند و فقط ۳ خانوار در سطح مطلوب هستند. نابرابریهای مصرف همیشه انعکاسی از نابرابریهای درآمد نیستند، بلکه عوامل فرهنگی و دانش تغذیه ای جامعه که آن را فرهنگ و سواد تغذیه ای می نامیم در پیدایش شرایط فوق نقش دارد.

اهداف برنامه :

۱. ارتقاء سطح آگاهی جامعه درخصوص هرم راهنمای غذایی
۲. ارتقاء سطح آگاهی جامعه درخصوص مصرف شیر و لبنیات
۳. ارتقاء سطح آگاهی جامعه درخصوص اهمیت کاهش مصرف نمک
۴. ارتقاء سطح آگاهی جامعه درخصوص اهمیت کاهش مصرف روغن و چربی
۵. ارتقاء سطح آگاهی جامعه درخصوص اهمیت کاهش مصرف قند و شکر
۶. ارتقاء سطح آگاهی جامعه درخصوص مصرف میوه و سبزی
۷. بهبود نگرش و عملکرد گروههای مختلف جامعه درخصوص تغذیه صحیح (در خصوص کاهش مصرف قند و شکر، نمک، روغن و چربی و افزایش مصرف لبنیات، میوه و سبزی)
۸. ارتقاء سطح آگاهی جامعه در خصوص مصرف غذاهای سنتی

عناوین آموزشی:

۱. بیان اهمیت و اهداف برنامه
۲. نحوه اجرای کمپین های تغذیه ای
۳. اجرای سند تدبیر و توسعه استان
۴. برنامه های مدیریتی (آشنایی با شرح وظایف مراقب سلامت و بهروزان ، نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر آمار و اطلاعات ارسالی)

اهداف رفتاری:

۱. پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را بشناسد.
۲. پزشک بتواند اهداف برنامه را شرح دهد.
۳. پزشک بتواند در برگزاری کمپین های تغذیه ای (کاهش مصرف نمک، قند و شکر، روغن و چربیها و افزایش مصرف شیر و لبنیات، میوه و سبزی)
۴. همکاری لازم را طبق دستورالعمل انجام دهد.
۵. پزشک بتواند در کلاس های آموزشی، مطالب آموزشی را براساس استانداردهای آموزشی گروه هدف آموزش دهد.
۶. پزشک با توجه به وضعیت شاخص ها، مهمترین مشکل در منطقه تحت پوشش را شناسایی نماید.

برنامه مشارکتی - حمایتی بهبودوضع تغذیه کودکان زیر ۵ سال

اهداف برنامه :

۱. کاهش سوء تغذیه کودکان زیر ۶ سال
۲. شناسایی و حمایت خانوارهای کم درآمد که کودک مبتلا به تاخیر رشد دارند.
۳. کاهش میزان بروز اختلالات رشد در کودکان
۴. ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه در زمینه تغذیه صحیح و رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه
۵. ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در زمینه تغذیه و رشد کودک
۶. افزایش دانش و مهارت پزشکان و کارکنان بهداشتی در زمینه تغذیه صحیح، تغذیه رشد کودک

عناوین آموزشی:

۱. بیان اهمیت و اهداف برنامه
۲. برنامه های مدیریتی (آشنایی با شرح وظایف مراقب سلامت و بهورزان ، نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر آمار و اطلاعات ارسالی)

اهداف رفتاری:

۱. پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را بشناسد.
۲. پزشک بتواند اهداف برنامه را شرح دهد.
۳. پزشک از تعداد و وضعیت کودکان دچار سوء تغذیه و تاخیر رشد اطلاع داشته و پیگیری لازم را در موارد ارجاعی انجام بدهد.
۴. پزشک بتواند معرفی کودک دچار سوء تغذیه و تاخیر رشد را طبق دستورالعمل انجام دهد.
۵. پزشک اقدامات لازم شامل درمان، آموزش و ارائه پسخوراندرا بداند و بتواند انجام دهد.
۶. پزشک از وضعیت شاخص های برنامه، در منطقه تحت پوشش خود اطلاع داشته باشد .
۷. پزشک بتواند در کلاس های آموزشی، مطالب آموزشی را براساس استانداردهای آموزشی گروه هدف آموزش دهد.

برنامه حمایت تغذیه ای زنان باردار و شیرده نیازمند

اهداف برنامه:

۱. ارتقاء سطح آگاهی های بهداشتی و تغذیه ای در دوران بارداری
۲. بهبود وضعیت تغذیه زنان باردار نیازمند در طول بارداری و پس از آن
۳. پیشگیری از تولد نوزاد با وزن کم
۴. تقویت آمادگی زنان برای دوران شیر دهی
۵. پیشگیری از اختلال در روند رشد نوزادان و کودکان
۶. تقویت حمایت های روحی و روانی زنان باردار نیازمند

عناوین آموزشی:

۱. بیان اهمیت و اهداف برنامه
۲. برنامه های مدیریتی (آشنایی با شرح وظایف مراقب سلامت و بهورزان ، نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر آمار و اطلاعات ارسالی)

اهداف رفتاری:

۱. پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را بشناسد.
۲. پزشک بتواند اهداف برنامه را شرح دهد.
۳. پزشک از تعداد و وضعیت مادران باردار نیلزمند اطلاع داشته و پیگیری لازم را در موارد ارجاعی انجام بدهد.
۴. پزشک بتواند معرفی مادران باردار نیازمند دچار سوء تغذیه را طبق دستورالعمل انجام دهد.
۵. پزشک اقدامات لازم شامل درمان، آموزش و ارائه پسخوراند را بداند و بتواند انجام دهد.
۶. پزشک از وضعیت شاخص های برنامه، در منطقه تحت پوشش خود اطلاع داشته باشد .
۷. پزشک بتواند در کلاس های آموزشی، مطالب آموزشی را براساس استانداردهای آموزشی گروه هدف آموزش دهد.

پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید IDD

اهداف برنامه:

۱. حفظ میانه ید اداری دانش آموزان ۸-۱۰ ساله استان در محدوده توصیه WHO (۱۰-۲۰ میکروگرم در دسی لیتر)
۲. حفظ و ارتقا تولید و توزیع نمک یددار با کیفیت مطلوب
۳. آموزش پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبودید، نحوه نگهداری و مصرف نمک تصفیه شده یددار برنامه ریزی و اجرای آموزش درخصوص عدم مصرف نمکهای طبیعی (نمک دریا)
۴. نمونه برداری و کنترل کیفیت نمک خوراکی در سطح مصرف خانوارمناطق روستایی (همزمان با سرشماری خانوار) در اول سال با استفاده از کیت یدسنجی
۵. آموزش و کنترل کیفیت نمک خوراکی در سطح مصرف دانش آموزان مناطق روستایی با استفاده از کیت یدسنجی هر ۶ ماه یکبار
۶. جمع آوری نمکهای غیرمجاز در فروشگاهها و اماکن عمومی

عناوین آموزشی:

۱. بیان اهمیت و اهداف برنامه
۲. برنامه های مدیریتی (آشنایی با شرح وظایف مراقب سلامت و بهورزان ، نظارت بر حسن اجرای برنامه ها، نظارت بر آمار و اطلاعات ارسالی)

اهداف رفتاری:

۱. پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را بشناسد.
۲. پزشک بتواند نحوه اجرای برنامه و اهداف برنامه را شرح دهد.
۳. پزشک از وضعیت شاخص های برنامه، در منطقه تحت پوشش خود اطلاع داشته باشد .

۴. پزشک بتواند در کلاس های آموزشی، مطالب آموزشی (پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود، نحوه نگهداری و مصرف نمک تصفیه شده یدارو عدم مصرف نمکهای طبیعی) را براساس استانداردهای آموزشی گروه هدف آموزش دهد.

آموزش تغذیه و آهن یاری هفتگی و کنترل و پیشگیری از کمبود ویتامین "D"

بطور کلی چهار روش اساسی برای پیشگیری از کم خونی فقر آهن وجود دارد که عبارتند از :

الف : آموزش تغذیه

دانش آموزان باید با شرکت در برنامه های آموزشی و توسعه مطالعات علمی خود در زمینه دانش تغذیه ای ، اصول تغذیه سالم را فرا گرفته و با بکار گیری آنها در مصرف مواد غذایی خود تنوع و تعادل لازم را ایجاد کنند تا از این طریق ضمن ارتقای سلامت خود از بروز کم خونی فقر آهن نیز پیشگیری نمایند . مهم ترین دانش تغذیه که هر فرد باید آن را بداند ، آشنایی با گروههای غذایی است . که باید با رعایت اصل تعادل و تنوع در برنامه غذایی افراد مورد توجه و تاکید قرار گیرد. این گروههای غذایی به شرح زیر می باشد

ب: آهن یاری هفتگی

آهن یاری عبارتست از تجویز و توزیع قرص و یا قطره آهن در بین گروههای آسیب پذیر و در معرض خطر کم خونی فقر آهن مانند زنان باردار، کودکان زیر ۵ سال، کودکان سنین مدرسه و دختران نوجوان دانش آموز . در دانش آموزان نوجوان و جوان مخصوصاً دختران ، قرص آهن یا فر فولیک باید در سال به مدت ۱۶ هفته (در هر هفته یک قرص آهن یا فر فولیک) مصرف شود.

ج: کنترل بیماریهای عفونی و انگلی :

بیماریهای عفونی در جذب و استفاده بدن از مواد مغذی مخصوصاً آهن اختلال ایجاد می کنند. درمان به موقع و مناسب میتواند دوره عفونت و شدت آن را کاهش دهد

د : غنی سازی مواد غذایی

غنی سازی مواد غذایی با آهن یکی از روشهای عمده و موثر برای کاهش کمبود آهن و کم خونی فقر آهن در جامعه است.. در استان ما غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک از سال ۱۳۸۶ شروع و در حال حاضر نیز انجام می شود .

کنترل و پیشگیری از کمبود ویتامین "D"

نتایج بررسی ملی وضعیت ریز مغذی ها در سال ۹۱ نشان داد که ۷۶٪ زنان بارار ، ۱۸٪ کودکان ۲۳-۱۵ ماهه ، ۷۱٪ کودکان ۶ساله ، ۸۶٪ نوجوانان و ۷۲٪ میانسالان با کمبود ویتامین "D" مواجه اند .

بر خلاف ویتامین های دیگر، ویتامین D از غذاها بدست نمی آید، و بخش عمده ای آن بوسیله بدن ساخته می شود. در واقع این ویتامین در اثر تابش نور آفتاب در پوست بدن ساخته می شود. قرار گرفتن دست ها و پاها و صورت در معرض نور مستقیم آفتاب (نه از پشت شیشه) به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در روز برای تامین ویتامین مورد نیاز بدن کافی است.

لذا با توجه به کمبود ویتامین D، در سال جاری مکمل یاری با پرل ویتامین "D" اجرا میگردد ۱۰۰٪ دانش آموزان دختر پایه اول و دوم متوسطه و ۱۰۰٪ دانش آموزان پسر دوره متوسطه پایه اول و دوم کلیه شهرستانها بجز شهرستان تبریز و ۵۰٪ دانش آموزان پسر دوره متوسطه اول و دوم شهرستان تبریز تحت پوشش برنامه میباشند .

عناوین آموزشی:

۱. بیان اهمیت و اهداف برنامه آهن یاری و کنترل و پیشگیری از کمبود ویتامین "D"

۲. دستورالعمل اجرایی برنامه معرفی نماید گروه هدف برنامه را توضیح دهد.

۳. توضیح چک لیست پایش برنامه

۴. برنامه های مدیریتی (آشنائی با شرح وظایف مراقبین سلامت و بهورزان ، شناسایی مدارس تحت پوشش برنامه ، نظارت بر حسن اجرای برنامه ، نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمار ، درخواست قرصها و یا اطلاعات درخواستی)

اهداف رفتاری :

۱. پزشک بتواند جمعیت گروه هدف را نام ببرد .
۲. پزشک بتواند دستورالعمل برنامه ونحوه اجرای آن را درمدارس تحت پوشش بیان نماید
۳. پزشک در جلسات آموزشی دانش آموزان شرکت نماید .
۴. پزشک بتواند و وضعیت شاخصهای برنامه جمعیت تحت پوشش را توضیح دهد..
۵. پزشک اطلاعات لازم در خصوص نحوه اجرای برنامه و درصدمصرف قرص توسط دانش آموزان را ازطریق پرسشنامه مربوطه استخراج نماید.

مراقبت های تغذیه ای زنان باردار و شیرده:

از شاخص های مهم بهداشتی میزان مرگ و میر مادران وتولد نوزاد کم وزن می باشد .افزایش وزن ناکافی در دوران بارداری ، سلامت مادر و جنین را به خطر می اندازد و مطالعات متعدد نشان داده است که متاسفانه بیشتر زنان باردار در این کشور افزایش وزن لازم را پیدا نمی کنند .

با توجه به نتایج مطالعات مختلف ، بهبود وزن هنگام بارداری و افزایش وزن در طول بارداری دو راهکار موثر برای کاهش و پیشگیری از تولد نوزاد کم وزن می باشند لذا آموزش تغذیه و پیگیری مستمر وزن گیری دوران بارداری بر اساس منحنی های مربوطه از جمله اقداماتی است که می تواند موجب ارتقاء سلامت مادر و جنین را در دوران بارداری شده و آمار شیوع تولد نوزادان کم وزن را در کشورمان کاهش دهد تغذیه مناسب مادران در دوران بارداری تاثیر بسزایی در دوران شیردهی آنها دارد بطوریکه اگر کلیه نیاز های آنها از نظر ریزمغذیها و درشت مغذیها در دوران بارداری تامین گردد دوران شیردهی را نیز با موفقیت سپری خواهند نمود برنامه مراقبت های تغذیه ای زنان باردار و شیرده در کلیه شهرستان های استان اجرا شده و تمامی زنان باردار مراجعه کننده مراکز بهداشتی درمانی ، خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی را تحت پوشش قرار می دهد

عناوین آموزشی:

۱. اهمیت و اهداف مراقبت های تغذیه ای زنان باردار و شیرده
۲. اطلاع ازدستورالعمل مراقبت های تغذیه ای زنان باردار و شیرده و نحوه ارائه مکملها ومراقبتهای تغذیه ای
۳. چک لیست پایش برنامه
۴. برنامه های مدیریتی (آشنائی با شرح وظایف مراقبین سلامت و بهورزان در خصوص مراقبت تغذیه ای و نظارت بر حسن اجرای برنامه و نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمار ، درخواست مکملها و اطلاعات درخواستی)
۵. اطلاع از موارد لازم جهت ارجاع مادران بارداریه پزشک وکارشناس تغذیه
- ۶-نظارت برنحوه ارجاع وپیگیری موارد ارجاعی

اهداف رفتاری :

۱. اهمیت و اهداف مراقبت های تغذیه ای زنان باردار و شیرده را بیان نماید.
۲. از دستورالعمل مراقبت های تغذیه ای زنان باردار و شیرده و نحوه ارائه مکملها و مراقبتهای تغذیه ای لازم، با توجه به وضعیت مادر اطلاع داشته باشد
۳. از چک لیست پایش برنامه اطلاع داشته باشد.
۴. بر حسن اجرای برنامه (آشنائی با شرح وظایف مراقبین سلامت و بهورزان در خصوص مراقبت تغذیه ای و نظارت بر حسن اجرای برنامه و نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمار، درخواست مکملها و اطلاعات درخواستی) نظارت داشته باشد.
۵. پزشک از موارد لازم جهت ارجاع به پزشک و کارشناس تغذیه اطلاع داشته باشد. و بتواند اقدامات لازم را انجام دهد.
۶. بر نحوه ارجاع و پیگیری موارد ارجاعی نظارت داشته باشد. و اقدامات لازم، آموزش و ... را بتواند انجام دهد.
۷. پزشک از تعداد دو وضعیت زنان باردار دارای مشکل تغذیه ای اطلاع داشته و پیگیری لازم را در موارد ارجاعی انجام بدهد.
۸. پزشک بتواند اطلاعات را در سامانه تکمیل نماید.
۹. پزشک بتواند و وضعیت شاخصهای برنامه جمعیت تحت پوشش را توضیح دهد..

مراقبت تغذیه ای کودکان (تغذیه کودک سالم و مانا)

با وجود تلاش های زیادی که در اغلب کشورهای جهان در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه خصوصاً کودکان زیر ۶ سال صورت گرفته است و این اقدامات موجب کاهش مرگ و میر کودکان و افزایش طول عمر در اغلب کشورهای جهان شده است اما متأسفانه هنوز سوء تغذیه یکی از مشکلات بهداشتی اغلب کشورهای در حال توسعه، از جمله کشور ماست.

این برنامه برای ارتقا سلامت کودکان زیر ۶ سال کشور انجام می شود. برنامه در تمام استانها و شهرستانها و با همکاری مستقیم گروههای بهداشت خانواده و بهبود تغذیه انجام می شود. در این برنامه رشد کودک تا ۶ سالگی در مقایسه با نمودارهای رشد کودک پایش می شود.

این برنامه در شهرستانها توسط کارشناس ستادی (بهبود تغذیه و بهداشت خانواده) در ستاد شهرستان و در واحدهای محیطی توسط پرسنل بهداشت خانواده و بهورز اجرا می گردد. آموزش و پایش و کنترل رشد کودکان (نمودارهای رشد کودکان و ...) و نحوه برخورد با کودک دارای اختلال رشد و سوء تغذیه _ کنترل وضعیت تجهیزات مورد نیاز پایش رشد _ توزیع و پایش کارت رشد _ آموزش پرسنل درگیر در زمینه پایش رشد کودکان زیر ۶ سال _ آموزش مادران در زمینه پایش رشد کودکان زیر ۶ سال _ شناسایی کودکان زیر ۶ سال دارای اختلال رشد و جمع آوری اطلاعات مربوط به کودکان زیر ۶ سال منطقه تحت پوشش _ همکاری و پایش انجام آموزش نحوه شروع و ادامه تغذیه تکمیلی (توصیه های کلی در مورد تغذیه تکمیلی، خطرات دیر و یا زود شروع کردن غذای کمکی، ویژگی های غذای کمکی، نحوه شروع و ادامه غذای کمکی، مقوی و مغذی سازی غذای کودک، بهداشت غذای کودک، میزان و نحوه شروع مکملهای تغذیه ای و ...) جز مسئولیتهای مورد انتظار از پزشک خانواده می باشد.

عناوین آموزشی:

۱. برنامه مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم، مانا و برنامه تغذیه تکمیلی کودکان و اهداف اجرای برنامه ها.
۲. مکمل یاری کودکان زیر ۲ سال
۳. چک لیست پایش عملکرد بهورزان و مراقبین سلامت و پزشکان در خصوص برنامه کودکان

۴. برنامه های مدیریتی (آشنائی با شرح وظایف مراقبین سلامت و بهورزان در خصوص مراقبت تغذیه ای و نظارت بر حسن اجرای برنامه و نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمار ، درخواست مکملها و اطلاعات درخواستی)
۵. اطلاع از موارد لازم جهت ارجاع کودکان دارای اختلال رشد به پزشک و کارشناس تغذیه
۶. نظارت بر نحوه ارجاع و پیگیری موارد ارجاعی

اهداف رفتاری:

۱. برنامه مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم، مانا و برنامه تغذیه تکمیلی کودکان و اهداف اجرای برنامه هارا بیان نماید.
۲. از نحوه مکمل یاری کودکان زیر ۲ سال آگاهی داشته باشد.
۳. از چک لیست پایش عملکرد بهورزان و مراقبین سلامت و پزشکان در خصوص برنامه کودکان آگاهی داشته باشد.
۴. از برنامه های مدیریتی (آشنائی با شرح وظایف مراقبین سلامت و بهورزان در خصوص مراقبت تغذیه ای و نظارت بر حسن اجرای برنامه و نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمار ، درخواست مکملها و اطلاعات درخواستی) اطلاع داشته باشد.
۵. موارد لازم جهت ارجاع کودکان دارای اختلال رشد به پزشک و کارشناس تغذیه را بداند.
۶. بر نحوه ارجاع و پیگیری موارد ارجاعی نظارت داشته باشد

برنامه "تامین یک وعده غذا در روستا مهد ها":

گزارش های موجود در کشور حاکی از آن است که سوء تغذیه (به صورت کم وزنی - لاغری - کوتاه قدی) در کودکان زیر ۶ سال و کمبود ریز مغذی ها به ویژه ید ، آهن ، کلسیم ، روی ، ویتامین B6,D,A در افراد جامعه بعنوان یک مشکل عمده مطرح است . کمبود ریز مغذی ها با عوارض متعدد از جمله اختلال رشد جسمی و تکامل مغزی ، کاهش بهره هوشی ، کاهش قدرت یادگیری ، افت تحصیلی ، افزایش موارد ابتلا به بیماریها و پوکی استخوان ، نهایتاً با کاهش توانمندی های ذهنی و جسمی افراد همراه است. برای بهبود وضع تغذیه کودکان باید در زمینه ۴ عامل اساسی شامل : در آمد، دسترسی به غذا ، فرهنگ تغذیه ای و دسترسی به خدمات بهداشتی راهکارهای مختلف به طور هماهنگ به مرحله اجرا گذاشته شود . با توجه به این که شرط لازم دستیابی به توانمندی های ذهنی و جسمی کودکان ، مراقبت تغذیه ای از آنان است و مراقبت تغذیه ای در کودکان به ارتقای شاخص های رشد ، دریافت غذای سالم و مغذی و ایجاد باورها و عادات صحیح غذایی در کودکی و بزرگسالی منجر می شود ، بنابراین ارتقای آگاهی ، نگرش ، بینش و عملکرد تغذیه ای مراقبین کودک در خانواده و مراقبین او در جامعه از عوامل اصلی تامین کننده مراقبت تغذیه ای است. همچنین کمک به بهبود تغذیه و آموزش کودکان زیر ۶ سال نیازمند در مناطق محروم و روستایی امری بسیار ضروری است.

عناوین آموزشی:

۱. تامین بخشی از نیازهای تغذیه ای کودکان از طریق ارائه یک وعده غذای گرم در روستا مهدها.
۲. برنامه "تامین یک وعده غذا در روستا مهد ها" و اهداف اجرای برنامه ها.
۳. نحوه اجرای برنامه و اطلاع از منوی تهیه غذای گرم

۴. اصلاح عادات غذایی و ایجاد رفتار صحیح تغذیه ای در کودکان
۵. چک لیست پایش برنامه
۶. -برنامه های مدیریتی (آشنائی با شرح وظایف بهورزان در خصوص آموزش مربیان مهدکودک واولیا کودکان و نظارت بر حسن اجرای برنامه و نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمارتن سنجی کودکان و اطلاعات درخواستی)
۷. اطلاع از موارد لازم جهت ارجاع کودکان دارای اختلال رشد به پزشک
۸. نظارت بر نحوه ارجاع و پیگیری موارد ارجاعی

اهداف رفتاری:

۱. از برنامه "تامین یک وعده غذا در روستا مهد ها" واهداف اجرای برنامه ها. آگاهی داشته باشد.
۲. از نحوه اجرای و برنامه روزانه تهیه غذا اطلاع داشته باشد.
۳. از چک لیست پایش برنامه آگاهی داشته باشد.
۴. -نظارت بر حسن اجرای برنامه (شرح وظایف بهورزان در خصوص آموزش مربیان مهدکودک واولیا کودکان و نظارت بر حسن اجرای برنامه و نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمارتن سنجی کودکان و اطلاعات درخواستی)
۵. موارد لازم جهت ارجاع کودکان دارای اختلال رشد به پزشک را بداند
۶. بر نحوه ارجاع و پیگیری موارد ارجاعی نظارت داشته باشد..

پیشگیری

و

مراقبت بیماریهای غیرواگیر

مقدمه :

گروه پیشگیری و مراقبت بیماریهای غیرواگیر یکی از گروههای کارشناسی تخصصی مرکز بهداشت استان است که در زمینه چگونگی الگوی توزیع بیماریهای شایع استان از نظر اتیولوژی و بار بیماری (Burden of Disease) و عوامل موثر در آن بررسی و مطالعه نموده و بر این اساس تدابیر و تمهیدات پیشگیرانه و کنترلی متناسب در سطوح مختلف را از ابتدایی (Elementary) گرفته تا سطح منتج به مرحله باز توانی (Rehabilitation) مطالعه، اتخاذ و عملی می نماید تا بتواند بعنوان عضوی از ساختار اجرایی مرکز بهداشت استان بعنوان یک ارگان سازمانی مسئول در قبال سلامت آحاد جامعه هماهنگ و همپا با سایر اعضاء و دیگر بخشهای موثر در بهداشت و با بهره گیری از توان تخصصی خود در تحقق اهداف بهداشتی کشور به نحو شایسته ای ایفای نقش کند.

دور نما :

تأمین و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی عموم جامعه از طریق جلب مشارکت جامعه و توانمندسازی آنان برای بهبود شیوه زندگی خویش، کنترل بیماریهای مهم و عوامل محیطی

رسالت :

تطبیق برنامه‌های کنترل و مراقبت بیماری‌های اعلام شده از طرف وزارت متبوعه با شرایط استانی و نظارت بر اجرای آنها و پشتیبانی ایجاد بستری مناسب برای ارتقاء مهارت های شغلی و شخصی کارکنان برای بهبود برنامه‌های مراقبت ایجاد بستری مناسب برای تحقیقات و آموزشهای کاربردی

شاخص های عمده گروه پیشگیری و مراقبت بیماریهای غیرواگیر:

میزان بروز و شیوع بیماری های غیرواگیر (فشارخون، دیابت، سرطان ها و...)
میزان بار مراقبت بیماریها (نسبت مراقبت بیماری‌ها به مورد انتظار طبق دستورالعمل)
میزان حوادث (ترافیکی، مار و عقرب گزیدگی، سوختگی و...)
مرگ ومیر ناشی از حوادث
درصد پوشش غربالگری نوزادی (هیپوتیروئیدی، فنیل کتونوری)
میزان شیوع عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر

اهمیت بیماری هیپوتیروئیدی:

کم کاری مادرزادی تیروئید یکی از علل مهم قابل پیشگیری عقب افتادگی ذهنی در نوزادان است. در صورت وجود کم کاری تیروئید در جنین، اختلالاتی در ارگانهای مهم از جمله سیستم عصبی مرکزی و اسکلتی ایجاد می شود. اما اغلب نوزادان در بدو تولد کاملاً طبیعی بنظر می رسند. تا قبل از شروع برنامه های غربالگری، تشخیص زود هنگام بیماری به دلیل کم و غیر اختصاصی بودن علائم و نشانه ها در روزهای اول زندگی معمولاً با تأخیر صورت می گیرد و این موضوع با از دست دادن ضریب هوشی به درجات مختلف در مبتلایان همراه می باشد. انجام غربالگری نوزادان در هر جامعه ای، علاوه بر شناسایی زودرس نوزادان مبتلا به کم کاری و درمان سریع و جلوگیری از بروز عوارض و کاهش آلام خانواده ها، موجب بدست آوردن اطلاعات مهمی در زمینه های اپیدمیولوژی و فیزیوپاتولوژی این بیماری در آن جامعه می شود.

هدف کلی :

شناسایی و کنترل نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید، درمان و پیشگیری از عوارض آن

اهداف اختصاصی :

- غربالگری نوزادان در بدو تولد جهت تشخیص بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید
- شناسایی نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید در اوایل تولد
- کنترل و درمان نوزادان مبتلا به بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید

- شناسایی نوزادان مبتلا به افزایش گذرای TSH در اوایل تولد
- کنترل و درمان نوزادان مبتلا به افزایش گذرای TSH در صورت نیاز به درمان
- پیشگیری از عقب افتادگی ذهنی و دیگر عوارض کم کاری مادرزادی تیروئید با درمان و کنترل دارویی
- ایجاد بستری مناسب برای غربالگری دیگر بیماریهای متابولیک نوزادی مثل فنیل کتونوری و
- افزایش میزان آگاهی در خصوص بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید و راههای پیشگیری از آن

استراتژیها:

- ۱- آموزش و اطلاع رسانی عمومی
- ۲- غربالگری کلیه متولدین زنده
- ۳- درمان سریع و مناسب بیماران شناسایی شده بمنظور کنترل بیماری و جلوگیری از بروز عوارض
- ۴- پیگیری و مراقبت مستمر از بیماران طبق دستورالعمل
- ۵- افزایش آگاهی و درک از بیماری و عوارض آن و نحوه کنترل بیماری، درمان و پیشگیری از عوارض در خانواده نوزادان بیمار و کارکنان بهداشتی و درمانی
- ۶- بهبود نظام اطلاعات و گزارش دهی بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید
- ۷- تشکیل بانک اطلاعاتی بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید
- ۸- کمک به تامین حداقل استاندارد بهداشتی- درمانی مراقبت از بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید و عوارض آن
- ۹- کمک به توسعه آزمایشگاههای رفانس برای کنترل کیفی آزمایشهای مربوط به بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید
- ۱۰- کمک به تهیه و بهبود استاندارد و تجهیزات آزمایشگاهی مورد نیاز در مراکز بهداشتی - درمانی
- ۱۱- پشتیبانی از تحقیقات کاربردی در زمینه بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید
- ۱۲- جلب حمایت سیاستگذاران و منابع مالی
- ۱۳- جلب حمایت بیمه ها جهت پوشش آزمایش غربالگری
- ۱۴- جلب مشارکت جامعه
- ۱۵- تقویت هماهنگی های بین بخشی (پست، سازمان ثبت احوال، صدا و سیما، رسانه های مکتوب، راه آهن، ترمینالهای مسافری، هواپیمایی و

وضعیت شاخص ها:

- ۱۶- میزان بروز بیماری در جهان ۱ در هر ۴۰۰۰-۳۰۰۰ تولد زنده برآورد شده است. با توجه به پژوهشهای انجام شده میانگین بروز کم کاری مادرزادی تیروئید در کشور ۱/۶۷۰ نوزاد زنده است.
- ۱۷- انتظار می رود طبق دستورالعمل کشوری هیپوتیروئیدی بیماران بایستی در ۶ ماه اول زندگی هر ماه یکبار و در شش ماه دوم هر دو ماه یکبار و از ۱۳ ماهگی تا ۳۶ ماهگی هر ۳ ماه یکبار توسط پزشک خانواده و بهورز / مراقب سلامت مراقبت شوند.

مقادیر مثبت آزمون اولیه غربالگری کم کاری تیروئید نوزادان در ایران	
سن در هنگام نمونه گیری	حد تمایز آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر
۳ - ۷ روز تولد	۵ mu/L
۸ روز و بیشتر	۴ mu/L

شرح وظایف پزشک در ارائه خدمات:

- آشنایی پزشک با برنامه کشوری غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید در مناطق روستایی و شهری
- ادامه درمان و مراقبت بیماران

عناوین آموزشی

- بیماریابی و شناسایی نوزادان در معرض خطر ابتلا
- درمان بیماری طبق دستورالعمل

- مراقبت بیماران و بررسی عوارض بیماری
- ارجاع به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل

اهداف رفتاری

- پزشک بتواند اهداف برنامه را شرح دهد.
- پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را نام ببرد.
- پزشک بتواند در کلاسهای آموزشی، مطالب آموزشی را براساس استانداردهای آموزشی گروه هدف آموزش دهد.
- پزشک بتواند شاخص های برنامه ها (بیماریایی) را بیان نماید.
- پزشک بتواند دستورالعمل مراقبت و درمان بیماران را بیان کند.
- پزشک بر انجام آموزش های داده شده توسط بهورزان، مربیان خانه های بهداشت نظارت داشته باشد.

اهمیت بیماری فنیل کتونوری:

- گرچه هر یک از بیماریهای متابولیک ارثی نادر است لیکن تعداد و تنوع آنها زیاد است و به این دلیل مجموعاً گروه پر تعداد و شایعی را تشکیل می دهند. از سوی دیگر بیماریهای متابولیک ارثی غالباً کشنده اند و در مواردی که زنده می مانند، درمان بسیار سخت و کیفیت زندگی اضافه شده ناشی از درمان ناچیز است. به دلایل گفته شده این بیماریها تاثیر تعیین کننده بر شاخص های سلامت نوزادان، کودکان و باروری دارند.
- PKU در راس بیماریهای متابولیک ارثی قرار دارد و در ایران از شایعترین آنها تلقی می شود. (به ازای هر ۶۰۰۰ تولد زنده یک مورد بیمار PKU متولد می شود). این گروه بیماریها به صورت اتوزومال مغلوب منتقل می شوند. این بیماریها بدون درمان منجر به عقب ماندگی شدید ذهنی میگردند. در صورت تشخیص زودهنگام با رژیم درمانی مناسب، شخص می تواند از ضریب هوشی طبیعی بهره مند باشد. بنابراین در این دسته از بیماریها، غربالگری در دوره نوزادی بسیار ارزشمند است.

هدف کلی:

- کاهش بار بیماری فنیل کتونوری

اهداف اختصاصی:

- کاهش بروز بیماری
- کاهش معلولیت جسمی
- کاهش عقب ماندگی ذهنی
- کاهش صدمه به خانواده به عنوان واحد زیر بنایی اجتماع

استراتژیها:

غربالگری و شناسایی کودکان مبتلا و درمان استاندارد آنها
مشاوره ژنتیک و تشخیص پیش از تولد در خانواده و فامیل نزدیک بیمار

وضعیت شاخص ها:

میزان بروز بیماری در جهان ۱ در هر ۶۰۰۰ تولد زنده برآورد شده است.

مقادیر مثبت آزمون اولیه غربالگری فنیل کتونوری نوزادان در ایران	
سن در هنگام نمونه گیری	حد تمایز آزمون اولیه فنیل آلانین بر کاغذ فیلتر
۳ - ۵ روز تولد	۴ میلی گرم در دسی لیتر

شرح وظایف پزشک در ارائه خدمات:

- آشنایی پزشک با برنامه کشوری غربالگری فنیل کتونوری در مناطق روستایی و شهری
- مراقبت بیماران
- مشاوره و تشکیل پرونده ژنتیک توسط پزشک منتخب ژنتیک

عناوین آموزشی

- بیماریابی و شناسایی نوزادان در معرض خطر ابتلا
- مراقبت بیماران و بررسی عوارض بیماری
- ارجاع به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل

اهداف رفتاری

- پزشک بتواند اهداف برنامه را شرح دهد.
- پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را نام ببرد.
- پزشک بتواند در کلاسهای آموزشی، مطالب آموزشی را براساس استانداردهای آموزشی گروه هدف آموزش دهد.
- پزشک بتواند شاخص های برنامه ها (بیماریابی) را بیان نماید.
- پزشک بتواند دستورالعمل مراقبت و درمان بیماران را بیان کند.
- پزشک بر انجام آموزش های داده شده توسط بهورزان، مربیان خانه های بهداشت نظارت داشته باشد.

اهمیت بیماری آسم:

بیش از ۱.۵ میلیارد نفر در سراسر دنیا به بیماریهای مزمن ریوی مبتلا هستند و سالانه بیش از ۴ میلیون نفر در اثر ابتلا به آسم و COPD جان خود را از دست می دهند. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت بیش از ۳۰۰ میلیون نفر از مردم دنیا مبتلا به بیماری آسم و بیش از ۲۱۰ میلیون نفر مبتلا به بیماری COPD می باشند. پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۳۰ صدمیلیون بیمار آسمی به بیماران فعلی اضافه گردند و COPD به سومین علت مرگ ناشی از بیماری در دنیا تبدیل شود. آسم شایع ترین بیماری مزمن دوران کودکی و شایع ترین علت بستری در بیمارستان و نیز شایع ترین علت غیبت طولانی از مدرسه است. COPD هرچند در صورت درمان کاملا برگشت پذیر نیست ولی یک بیماری قابل پیشگیری و کنترل است.

هدف کلی: کنترل و پیشگیری بیماری آسم و COPD و کاهش عوارض ناشی از آن ها

اهداف اختصاصی:

- کاهش روند رو به افزایش بروز آسم و COPD
- بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم و COPD
- کاهش موارد مرگ و میر ناشی از آسم و COPD
- کاهش بار اقتصادی ناشی از آسم و COPD

استراتژیها:

- افزایش دانش همگانی در خصوص آسم و COPD و عوامل خطر ساز آن ها
- ایجاد نظام مراقبت آسم و COPD
- ارتقای مدیریت (پیشگیری، تشخیص سریع، درمان و پیگیری) آسم و COPD در نظام سلامت کشور
- افزایش همکاری های بین بخشی

تعریف بیماری آسم: آسم بیانگر حالتی است که وجه مشخصه آن بروز حملات مکرر سرفه، تنگی نفس همراه با خس خس

سینه و احساس خفقان است که در نتیجه التهاب مزمن راههای هوایی بوجود می آید.
تعریف بیماری COPD: بیماری انسداد مزمن ریه به انسداد برگشت ناپذیر جریان هوای ریوی همراه است گفته می شود.
مصرف سیگار علت ۸۰ درصد موارد بیماری انسداد مزمن ریه است.

تشخیص:

تشخیص هر دو مورد بیماری آسم و بیماری انسداد مزمن ریه براساس شرح حال و انجام اسپرومتری می باشد.

درمان: برای کلیه بیماران پرونده پیگیری و مراقبت تشکیل گردیده و همه بیماران باید یک ماه پس از شروع درمان مجدداً توسط پزشک ویزیت شده و سطح کنترل بیماری توسط پزشک تعیین گردد و در خصوص ادامه روند درمان بر اساس سطح کنترل بیماری (کنترل کامل، نسبی یا کنترل نشده) و وجود عوامل خطر همراه تصمیم گیری شود. همچنین در بیماران شناخته شده قبلی که تحت درمان دارویی می باشند نیز در خصوص ادامه درمان بر همین اساس تصمیم گیری می شود.

شرح وظایف پزشک در ارائه خدمات:

- ۱- کلیه افرادی که به عنوان فرد مشکوک به آسم توسط مراقب سلامت/ بهورز به پزشک ارجاع می شوند مورد ارزیابی قرار گرفته و سپس بر اساس شواهد بالینی و معاینات و با توجه به تشخیص های افتراقی تشخیص بیماری صورت می گیرد.
- ۲- تشخیص، شروع درمان و مراقبت بیماران بر اساس دستورالعمل های بالینی
- ۳- آموزش بیماران و خانواده های آنها
- ۴- جستجوی عوارض بیماری و ارجاع به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل
- ۵- جمع آوری، ثبت اطلاعات و پایش روند درمانی بیماران
- ۶- ارائه آمار و اطلاعات موجود به مرکز بهداشت شهرستان

عناوین آموزشی

- بیماریابی و شناسایی افراد مبتلا به آسم و COPD طبق دستورالعمل کشوری
- درمان بیماری دیابت طبق دستورالعمل
- مراقبت بیماران و بررسی عوارض بیماری
- ارجاع به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل

اهداف رفتاری

- پزشک بایستی تعریف بیماری آسم و COPD را بداند.
- پزشک عوامل خطرزای آسم و COPD را بداند.
- پزشک بایستی به دستورالعمل کشوری آسم و COPD تسلط و به گایدلاین درمانی دسترسی داشته باشد.
- پزشک بایستی بیماران را طبق دستورالعمل کشوری درمان و مراقبت نماید.

اهمیت بیماری دیابت:

شایع ترین بیماری ناشی از اختلال های متابولیک و چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی است. بیماری زایی این عارضه چه از نظر هزینه های درمان و چه به دلیل از کارافتادگی، بسیار بالا و یکی از عمده ترین مسایل بهداشتی - درمانی انسان ها است که با گسترش شهرنشینی و تغییر شیوه زندگی به سوی بی تحرکی و تغذیه نامناسب، اهمیت بیشتری خواهد یافت.

هدف کلی: کنترل و پیشگیری بیماری دیابت و عوارض ناشی از آن

اهداف اختصاصی:

- کاهش بروز و شیوع بیماری دیابت نوع ۲
- کاهش بروز و شیوع عوامل خطرزای ابتلا به دیابت
- شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت بر اساس دستورالعمل

- کاهش و تاخیر در بروز معلولیت و ناتوانی ناشی از دیابت
- کاهش میزان مرگ و میر زودرس ناشی از عوارض دیابت
- افزایش آگاهی عمومی در خصوص دیابت و عوارض آن

استراتژیها:

- استراتژی اول (جلب حمایت سیاست گذاران و تامین منابع مالی و تامین داروها)
- استراتژی دوم (بیماریابی و تشخیص زودرس بیماران دیابت)
- استراتژی سوم (آموزش و اطلاع رسانی و جلب مشارکت جامعه)
- استراتژی چهارم (ارتقای کیفیت مراقبت و درمان بیماران)
- استراتژی پنجم (تقویت نظام ارجاع)
- استراتژی ششم (غربالگری و درمان زودرس عوارض بیماری)

وضعیت شاخص ها:

- درصد مورد انتظار شیوع دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر ۵ تا ۷ درصد می باشد.
- درصد مورد انتظار شیوع دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر ۷ تا ۱۰ درصد می باشد. تا ۷ درصد می باشد.
- انتظار می رود طبق دستورالعمل کشوری دیابت بیماران بایستی هر سه ماه یکبار توسط پزشک خانواده و هر ماه توسط بهورز / مراقب سلامت مراقبت شوند.

تعریف بیماری دیابت نوع ۲:

- غلظت قند پلاسمای وریدی دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز مساوی یا بالاتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر
- غلظت قند پلاسمای وریدی در یک نمونه اتفاقی مساوی یا بالاتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر همراه با علائم واضح دیابت.
- غلظت قند پلاسمای وریدی در دونوبت ناشتا مساوی یا بالاتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر
- در صورتی که غلظت قند پلاسمای ناشتا بین ۱۱۰ و ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر باشد به آن اختلال قند خون ناشتا می گویند.
- اگر غلظت قند خون دو ساعت بعد از مصرف گلوکز بین ۱۴۰ و ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد اختلال تحمل گلوکز نامیده می شود.

شرح وظایف پزشک در ارائه خدمات:

- تشخیص، شروع درمان و مراقبت بیماران دیابتی بر اساس دستورالعمل های بالینی
- تشخیص افراد در معرض خطر بروز دیابت (پره دیابتی، اضافه وزن و چاقی، اختلال لیپید، فشارخون بالا) از بین افراد غربالگری شده یا ویزیت پایه شده
- تشخیص و شروع درمان اولیه
- آموزش بیماران و خانواده های آنها
- جستجوی عوارض بیماری و ارجاع به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل
- جمع آوری، ثبت اطلاعات و پایش روند درمانی بیماران
- ارائه آمار و اطلاعات موجود به مرکز بهداشت شهرستان

عناوین آموزشی

- بیماریابی و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت
- درمان بیماری دیابت طبق دستورالعمل
- مراقبت بیماران و بررسی عوارض بیماری
- ارجاع به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل

اهداف رفتاری

- پزشک بایستی تعریف بیماری دیابت، اختلال قند خون ناشتا و اختلال تحمل گلوکز را بداند.
- پزشک عوامل خطرزای دیابت را بداند.
- پزشک بایستی به دستورالعمل کشوری دیابت تسلط و به گایدلاین درمانی دسترسی داشته باشد.

- پزشک بایستی بیماران را طبق دستورالعمل کشوری درمان و مراقبت نماید.

مقدمه:

- فشارخون سیستولیک mmhg ۱۴۰ یا بالاتر و یا فشارخون دیاستولیک mmhg ۹۰ یا بالاتر به عنوان فشارخون بالا مطرح می شود. فشارخون بالا یکی از فاکتورهای زمینه ساز بیماریهای قلبی عروقی می باشد. اکثریت ۳۲ میلیون نفری که هر ساله در جهان دچار حملات قلبی می شوند، دارای یک یا چند عامل خطر زمینه ساز شامل فشارخون بالا، دیابت، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چربی خون بالا و کم تحرکی هستند که اکثر آنها قابل کنترل یا تصحیح می باشند. بیماریهای قلبی عروقی یکی از علل عمده مرگ و میر در سطح جهان بوده و یک سوم کل مرگ و میرها در جهان را به خود اختصاص می دهند که از این میزان حدود ۳۰٪ موارد در افراد کمتر از ۷۵ سال رخ داده است. این بیماریها علاوه بر مرگ و میر بالا، عوارض قابل توجهی را نیز به جا می گذارند و از علل ایجاد ناتوانی به خصوص در سنین بالا هستند.

اپیدمیولوژی بیماری فشارخون بالا در جهان، ایران و استان:

- شیوع بیماری فشارخون بالا همانند سایر بیماریهای مزمن روبه افزایش است، به طوری که از ۶۰۰ میلیون بیمار در سال ۱۹۸۰ به یک میلیارد بیمار در سال ۲۰۰۸ رسیده است. که معادل ۴۰٪ از افراد بالای ۲۵ سال می باشد. فشارخون بالا با ۷.۵ میلیون مرگ در سال ۱۲٪ از کل علل مرگ ها را به خود اختصاص می دهد که معادل ۳.۷٪ از بار بیماریهای جامعه (DALY) می باشد.
- براساس نتایج استخراج شده از steps سال ۱۳۸۸ میزان شیوع فشارخون در افراد ۶۴-۱۵ سال، ۱۹ درصد گزارش شده است بطوریکه در این گزارش بالاترین میزان شیوع در سطح کشور را استان اذربایجان شرقی به میزان ۲۱ درصد به خود اختصاص داده است.
- براساس آمار ثبت شده و استخراج شده از فرم آمار ب ۳ جدید (ناماب) استان، کل بیماران فشارخونی شناسایی شده تا پایان سال ۹۴ در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در افراد بالای ۳۰ سال به تعداد ۹۵۶۸۷ نفر (شاخص بیماران شناسایی شده: ۱۳.۸ درصد) و میانگین مراقبت توسط پزشکان در طول سال ۹۴ به میزان ۲.۸ می باشد. بیشترین تعداد بیماران شناسایی شده در گروههای سنی ۴۶ تا ۶۰ سال و ۶۰ سال بالاتر می باشد.

دستورالعمل کشوری پیشگیری و مراقبت فشارخون بالا:

هدف کلی: شناسایی، مراقبت و پیشگیری بیماری فشارخون بالا و عوارض ناشی از آن

اهداف اختصاصی:

- ۱- کاهش بروز و شیوع فشارخون بالا
- ۲- افزایش آگاهی عمومی در خصوص فشارخون بالا و خطرات و عوارض آن
- ۳- کاهش بروز و شیوع عوامل خطرزای ابتلا به فشارخون بالا
- ۴- کاهش و تاخیر در بروز معلولیت و ناتوانی ناشی از فشارخون بالا
- ۵- کاهش میزان مرگ ناشی از عوارض فشارخون بالا

فعالیتها:

- بیماریابی و شناسایی بیماران (انجام ویزیت پایه، غربالگری افراد بالای ۳۰ سال)
- مراقبت مرتب و مستمر بیماران بصورت سه ماهه
- درمان
- بررسی عوارض ناشی از فشارخون بالا
- ارجاع بیماران به سطح ۲ (متخصص)
- آموزش بیماران و آگاه سازی عموم جامعه در زمینه پیشگیری از فشارخون بالا و عوامل خطر بیماری

فرم ها و نحوه ثبت گزارشات:

- فرم مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا

– فرم ثبت پورتال گزارش دهی مراقبت بیماری فشارخون بالا

مقدمه:

- بیماری های قلبی- عروقی به دلیل مشکلات ایجاد شده در قلب و عروق خونی حاصل می شوند و بیماری های کرونری قلب (حمله های قلبی)، بیماری عروقی مغزی (سکته)، افزایش فشارخون (فشارخون بالا)، بیماری عروقی محیطی، بیماری رماتیسم قلبی، بیماری مادرزادی قلب و نارسایی قلبی را شامل می شوند.
- تصمیم گیری درباره شروع مداخلات پیشگیرانه و درمان برای گروه های در معرض خطر بالا، به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکته های مغزی، باید بر اساس تخمین میزان خطر ده ساله وقوع حوادث کشنده و غیرکشنده قلبی عروقی (خطرسنجی سکته های قلبی عروقی) صورت گیرد. خطرسنجی سکته های قلبی عروقی بخش مهمی از برنامه ایرپن است. خطرسنجی سکته های قلبی ابزاری مناسب برای محاسبه میزان احتمال وقوع سکته قلبی یا مغزی در ده سال آینده است. با این کار می توان منابع محدود مراقبت های اولیه بهداشتی را به سمت نیازمندترین بخش جمعیت که بیشترین سود را از مداخلات می برند، هدایت کنیم.
- نمودارهای پیش بینی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی عروقی ابزاری برای طبقه بندی کلی خطر و مدیریت بیماری قلبی در مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) هستند. به همین دلیل این نمودارها از شاخص های مهم که به آسانی قابل اندازه گیری هستند برای محاسبه خطر قلبی عروقی ۱۰ ساله، استفاده می کنند. این شاخص ها شامل سن، جنس، میزان فشارخون سیستولی ک، وضعیت مصرف دخانیات، وضعیت ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ و میزان کلسترول تام خون هستند.

اپیدمیولوژی بیماریهای قلبی و عروقی در جهان، ایران و استان:

- بیماری های قلبی عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری ها کشته می شوند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۷.۵ میلیون نفر در اثر این عارضه فوت کردند که ۳۱٪ تمامی مرگ ها در جهان را شامل می شود. از این میزان مرگ، ۷.۴ میلیون نفر به دلیل بیماری عروق کرونری قلب و ۶.۷ میلیون نفر در اثر سکته مغزی فوت کردند. سه چهارم مرگ های ناشی از بیماری های عروق کرونری قلب در کشور های با درآمد کم تا متوسط رخ می دهد.
- گزارش وضعیت مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی (ایسکمیک قلبی) در استان در طول سال ۹۴ که از برنامه نرم افزاری ثبت علتی مرگ و میر استخراج شده است میزان مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی ۲۴۷.۳ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت میباشد. که بیشترین میزان در استان مربوط به شهرستان سراب با شاخص ۳۷۳.۶ در صد هزار و کمترین مربوط به شهرستان چاروا و ماق با میزان ۱۷۱.۶ در صد هزار نفر جمعیت می باشد.
- بررسی آمار استخراج شده از ناماب دانشگاه علوم پزشکی تبریز نشان می دهد که بیشترین درصد بیمارشناسایی شده ایسکمیک قلبی در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر سال ۱۳۹۴ در افراد بالای ۳۰ سال مربوط به شهرستان آذرشهر با میزان ۳ درصد و کمترین بیمارشناسایی شده مربوط به شهرستانهای سراب با میزان ۱.۳ درصد، اسکو و هریس با میزان ۱.۴ می باشد. همچنین بیشترین میانگین بار مراقبت بیماران توسط پزشک در شهرستان هشترود با میانگین ۳.۶ بار در سال و کمترین مربوط به شهرستانهای جلفا و اسکو با میانگین ۲ بار در سال گزارش شده است

دستورالعمل کشوری خطرسنجی سکته های قلبی عروقی:

هدف کلی: خطرسنجی سکته های قلبی عروقی

اهداف اختصاصی:

- ۱- کاهش بروز و شیوع بیماریهای قلبی و عروقی
- ۲- افزایش آگاهی عمومی در خصوص بیماریهای قلبی و عروقی و عوامل خطر بیماریهای قلبی و عروقی
- ۳- کاهش بروز و شیوع موارد سکته قلبی و مغزی

۴- کاهش و تاخیر در بروز معلولیت و ناتوانی ناشی از سکته های قلبی و مغزی

۵- کاهش میزان مرگ ناشی بیماریهای قلبی و عروقی

فعالیتها:

- انجام خطر سنجی در افراد بالای ۳۰ ساله
- شناسایی افراد در معرض خطر سکته های قلبی (انجام ویزیت پایه)،
- مراقبت مرتب و مستمر افراد دارای ریسک خطر بیماریهای قلبی و عروقی بالاتر از ۲۰٪.
- درمان غیر دارویی و دارویی بیماران طبق دستورالعمل برنامه ها
- ارجاع بیماران با خطر قلبی عروقی بیش از ۳۰٪.
- آموزش بیماران و آگاه سازی عموم جامعه در زمینه پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی و عوامل خطر
- نظارت بر بهورز/ مراقب سلامت در خصوص اقداماتی که جهت بیماران و افراد در معرض خطر باید انجام دهند

فرم ها و نحوه ثبت گزارشات:

- فرم ب ۳ گزارش موارد جدید و مراقبت بیماریهای غیرواگیر
- فرم مراقبت افراد و بیماران با ریسک خطر بالاتر از ۲۰٪.
- ثبت در سامانه سیب و استخراج گزارشات لازم

❖ ثبت و گزارش اجباری بیماری های سرطانی

اهمیت

سرطان در حال حاضر به عنوان سومین علت مرگ و میر در اکثر جوامع از جمله ایران مطرح می باشد. در سالهای اخیر میزان بروز برخی از سرطان های روده و پستان افزایش روز افزونی داشته است. اولین گام در کنترل سرطان، جمع آوری اطلاعات و آمار دقیق و کامل از بیماران سرطانی می باشد که این هدف در قالب برنامه ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت قابل دستیابی می باشد. طبق ماده ۸ آئین نامه اجرایی قانون ثبت و گزارش اجباری بیماری های سرطانی مصوب ۱۳۶۳/۰۷/۰۵ مجلس شورای اسلامی کلیه پزشکان و موسسات بهداشتی- درمانی و آزمایشگاه های آسیب شناسی و تشخیص طبی اعم از دولتی و غیر دولتی که به نحوی در تشخیص و درمان بیماران سرطانی مشارکت دارند به طور محرمانه موظف به کامل کردن فرم های ثبت اجباری بیماری های سرطانی هستند .

عناوین آموزشی

- تکمیل فرم بافت شناسی توسط پزشک نمونه بردار سرپایی
- گزارش هر مورد نمونه برداری سرپایی از بافت زنده بدن به برنامه ثبت سرطان

اهداف رفتاری

- پزشک بایستی تعریف بیمار سرطانی و تعداد بیمار سرطانی خود را بشناسد.
- در صورت انجام هر گونه نمونه برداری سرپایی پزشک بایستی بر جریان نمونه برداری و ارسال نمونه به پاتولوژی و تکمیل کامل و بهنگام فرم بافت شناسی نظارت داشته باشد.
- پزشک بایستی بر نتایج جواب پاتولوژی نمونه های ارسالی و نتیجه نهایی پاتولوژی نظارت و آگاهی داشته باشد.

❖ ثبت و گزارش اجباری بیماری های سرطانی

اهمیت

سرطان در حال حاضر به عنوان سومین علت مرگ و میر در اکثر جوامع از جمله ایران مطرح می باشد. در سالهای اخیر میزان بروز برخی از سرطان های روده و پستان افزایش روز افزونی داشته است. اولین گام در کنترل سرطان، جمع آوری اطلاعات و آمار دقیق و کامل از بیماران سرطانی می باشد که این

هدف در قالب برنامه ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت قابل دستیابی می باشد. طبق ماده ۸ آئین نامه اجرایی قانون ثبت و گزارش اجباری بیماری های سرطانی مصوب ۱۳۶۳/۰۷/۰۵ مجلس شورای اسلامی کلیه پزشکان و موسسات بهداشتی- درمانی و آزمایشگاه های آسیب شناسی و تشخیص طبی اعم از دولتی و غیر دولتی که به نحوی در تشخیص و درمان بیماران سرطانی مشارکت دارند به طور محرمانه موظف به کامل کردن فرم های ثبت اجباری بیماری های سرطانی هستند .

عناوین آموزشی

تکمیل فرم بافت شناسی توسط پزشک نمونه بردار سرپایی
گزارش هر مورد نمونه برداری سرپایی از بافت زنده بدن به برنامه ثبت سرطان

اهداف رفتاری

- ✓ پزشک بایستی تعریف بیمار سرطانی و تعداد بیمار سرطانی خود را بشناسد.
- ✓ در صورت انجام هر گونه نمونه برداری سرپایی پزشک بایستی بر جریان نمونه برداری و ارسال نمونه به پاتولوژی و تکمیل کامل و بهنگام فرم بافت شناسی نظارت داشته باشد.
- ✓ پزشک بایستی بر نتایج جواب پاتولوژی نمونه های ارسالی و نتیجه نهایی پاتولوژی نظارت و آگاهی داشته باشد.

بتا تالاسمی ماژور

اهمیت بیماری بتا تالاسمی ماژور

تالاسمی یکی از شایعترین اختلال ها و بیماری های خونی است که بصورت ژنتیک از نسلی به نسل دیگر منتقل می شود. تالاسمی یک واژه یونانی است که مرکب از دو واژه تالاسا به معنی دریا و امیا به معنی خون می باشد. این بیماری در سراسر جهان در همه نژاد ها دیده می شود ولی شیوع آن در نواحی مدیترانه، خاور میانه، آسیا و جنوب شرقی آسیا بیشتر است و بدلیل شیوع زیاد بیماری در اطراف دریای مدیترانه تالاسمی نام گذاری شده است. این بیماری در تمام نقاط کشورمان پراکنده است. امادر نواحی حاشیه دریای خزر، نواحی حاشیه خلیج فارس و دریای عمان از شیوع بالاتری برخوردار می باشد. مشکل اساسی این بیماران اختلال در مولکول هموگلوبین می باشد بطوری که هموگلوبین خون این افراد ناقص بوده و توانایی انجام فعالیت های مربوط به خودش را ندارد. بدلیل نقص ساختمانی، گلبول های قرمز در بدن از بین رفته و شخص دچار کم خونی شدید می شود که نیازمند تزریق مکرر خون خواهد بود و از طرف دیگر تخریب گلبول های قرمز به آزاد شده آهن در بدن منجر می شود که در کبد و قلب تجمع می یابد بنابراین تجویز یک دفع کننده آهن (دسفرال) لازم است تا آهن اضافه از بدن دفع شود.

هدف کلی: پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

استراتژی های برنامه:

- ۱- بررسی تمام متقاضیان ازدواج جهت شناسایی ناقلین تالاسمی و مراقبت ویژه بر اساس فلوجارت مراقبت (S1)
- ۲- بررسی والدین بیماران تالاسمی جهت شناسایی زوج های واجد شرایط بارداری و مراقبت بر اساس فلوجارت مربوط (S2)
- ۳- در این استراتژی زوج های ناقل تالاسمی که قبل از سال ۱۳۷۶ ازدواج کرده اند، بررسی و شناسایی می شوند. تمام زنان شوهر دار کمتر از ۴۰ سال واجد شرایط بارداری که قصد بارداری داشته یا در هفته های اول بارداری هستند (S3)

اهداف اختصاصی:

- ۱- شناسایی زوج های ناقل تالاسمی در متقاضیان ازدواج
- ۲- مراقبت ویژه از زوج های ناقل شناسایی شده بر اساس فلوجارت مراقبت
- ۳- استفاده از امکانات موجود تشخیص پیش از تولد به منظور کاهش بروز بیماری تالاسمی ماژور

استراتژی ها:

- ۱- انجام آزمایش های تالاسمی در متقاضیان ازدواج مراجعه کننده به آزمایشگاه ویژه ی آزمایش های تالاسمی، برابر الگو ریتم کشوری و تفسیر نتایج آن توسط پزشک مشاور مستقر در مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک
- ۲- ارجاع تمام والدین بیماران تالاسمی به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ی تالاسمی توسط مراکز تزریق خون
- ۳- ثبت مشخصات مراجعه کنندگان به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک در دفتر مربوطه

- ۴- ثبت مشخصات والدین بیماران تالاسمی مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ژنتیک در دفتر مربوط
- ۵- انجام مشاوره ی ویژه تالاسمی توسط تیم مشاوره ژنتیک و تعیین نوع مراقبت و پیگیری مورد نیاز (فرم شماره ۵) با توجه به وضعیت زوج ناقل
- ۶- ارجاع زوج به مراکز مشاوره ازدواجی جهت معرفی برای انجام PND (مرحله اول و دوم) با توجه به وضعیت زوج ناقل
- ۷- تکمیل و ارسال فرم شماره ۴ به منظور اعلام فعالیت مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ی تالاسمی
- ۸- انجام مراقبت و پیگیری های مربوط بر اساس فرم شماره ۶
- ۹- آموزش عموم جامعه و گروه های هدف برابر طرح و دستورالعمل مربوط

وضعیت شاخصی ها:

- تعداد بروز موارد جدید بتا تالاسمی ماژور، که انتظار داریم برابر صفر باشد.
- درصد پوشش تنظیم خانواده از روش های مدرن در زوج های ناقل یا مشکوک پر خطر، که انتظار داریم برابر ۱۰۰ درصد باشد ولی در سال ۹۵ حداقل مورد توافق استان ۸۰ درصد بود.
- درصد زوج تحت پوشش PND اول، که انتظار داریم برابر ۱۰۰ درصد باشد.
- درصد زوج تحت پوشش PND دوم، که انتظار داریم برابر ۱۰۰ درصد باشد.

شرح وظایف پزشک در ارائه خدمات:

- ✓ مراقبت تنظیم خانواده زوجین ناقل تالاسمی تحت پوشش و ارائه گزارشات ماهانه
- ✓ تشویق و ترغیب زوجین ناقل تالاسمی که تمایل به بچه دار شدن ندارند به استفاده از روش های مطمئن پیشگیری از بارداری (توبکتومی و وازکتومی)
- ✓ شناسایی گروههای در آستانه ازدواج تحت پوشش خود (شامل: دانش آموزان دختر سوم راهنمایی، دانشجویان و سربازان) و افراد ذی نفوذ (شامل: عاقدین رسمی و عاقدین محلی) و برنامه ریزی آموزشی سالیانه برای آنها در مورد بیماری تالاسمی، نحوه انتقال و پیشگیری از آن، برنامه کشوری پیشگیری از تالاسمی و بیان مشکلات فرهنگی پیش روی برنامه: (۱) عقد شرعی پیش از عقد قانونی (۲) تدارک مراسم ازدواج پیش از انجام آزمایشات (۳) طولانی شدن روند آزمایشات و عدم پیش بینی آن از سوی متقاضیان ازدواج
- ✓ تشویق و ترغیب آندسته از زوجین ناقل تالاسمی که بچه نداشته و تمایل به بچه دار شدن دارند به انجام مرحله اول آزمایش تشخیص پیش از تولد تالاسمی با هماهنگی مرکز بهداشت استان
- ✓ پیگیری انجام مرحله دوم آزمایش تشخیص پیش از تولد در هفته دهم حاملگی از زوجین ناقل تالاسمی که مرحله اول را انجام داده اند.
- ✓ ارجاع جهت سقط درمانی برای زوجین ناقل تالاسمی که بر اساس نتایج آزمایشات مرحله دوم PND، جنین مبتلا به تالاسمی ماژور تشخیص داده شده است.
- ✓ تشویق زوجین ناقلی که تمایل به بچه دار شدن دارند جهت تحت پوشش قرار دادن یکی از بیمه های درمانی معتبر کشور بمنظور کاهش هزینه مربوط به آزمایشات ژنتیک
- ✓ ارجاع فرزندان متولد شده از زوجین ناقل تالاسمی، ۱۲ - ۸ ماه پس از تولد جهت انجام آزمایشات تالاسمی از نظر ابتلا به بیماری تالاسمی و گزارش به مرکز بهداشت شهرستان
- ✓ تکمیل فرم پیگیری برای کلیه بیماران تالاسمی ماژور و قرار دادن آن در پوشه خانوار و انجام مراقبت ماهانه شامل: واکسیناسیون خصوصا هپاتیت B، اطمینان از تزریق خون و دسفرال و بررسی بیماران از نظر ابتلا به عوارض بیماری و ارجاع به متخصص در مواقع لازم

عناوین آموزشی

- بیماریابی و شناسایی افراد در معرض خطر
- مراقبت و پیگیری بیماران و بررسی عوارض بیماری
- ارجاع به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل

اهداف رفتاری

- ✓ پزشک بایستی تعریف بیماری تالاسمی را بداند.
- ✓ پزشک بایستی به دستورالعمل کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور دسترسی داشته باشد.
- ✓ پزشک بایستی زوج های ناقل را طبق دستورالعمل کشوری مراقبت و پیگیری نماید.

سرطان کولورکتال

اهمیت بیماری سرطان سرطان کولورکتال

- ✓ براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سرطان های ریه، معده، پستان، کبد و کولورکتال بیشترین علل مرگ ناشی از سرطان در کل دنیا می باشند.
- ✓ میزان مرگ ناشی از سرطان روده بزرگ در سال ۲۰۰۸ معادل ۱۷۰۰۰ مورد بوده که در سال ۲۰۳۰ به ۳۱ هزار مورد یعنی نزدیک دو برابر خواهد رسید، در حالیکه حداقل ۶۰ درصد موارد اسپورادیک و ۱۰۰ درصد موارد ژنتیک با غربالگری به موقع قابل پیشگیری خواهند بود.
- ✓ بر اساس آخرین آمار ثبت سرطان در ایران سرطان روده بزرگ و راست روده رتبه سوم در میان سرطان های زنان و رتبه پنجم در میان سرطان های مردان را به خود اختصاص داده است.

✓

هدف کلی: کاهش میزان نسبت مرگ به بروز سرطان روده بزرگ و راست روده در سطح کشور

اهداف اختصاصی:

- ۱- کاهش میزان بروز سرطان کولورکتال
- ۲- کاهش میزان بروز با منشاء ژنتیکی سرطان کولورکتال (کاهش میزان بروز سرطان کولورکتال در افراد در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال)
- ۳- کاهش میزان مرگ ناشی از سرطان کولورکتال
- ۴- افزایش میزان بقای ۵ ساله در مبتلایان به کانسر کولورکتال
- ۵- افزایش امید به زندگی افراد در معرض خطر بالای کانسر کولورکتال
- ۶- کاهش میزان بروز سرطان های فامیلیال و ژنتیکی

استراتژیها:

- ۱- شناسایی بیماران مبتلا به کانسر کولورکتال و ارائه خدمات درمانی مورد لزوم و پیگیری مرتب آنها
 - ۲- شناسایی افراد در معرض خطر بالا برای ابتلا به کانسر کولورکتال
 - ۳- تهیه و تدارک امکانات مناسب تشخیصی و درمانی
 - ۴- آموزش
- * آموزش پرسنل شامل نحوه گرفتن شرح حال و انجام تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونولوژیک و تفسیر آن
 - * آموزش عمومی جامعه در خصوص تغییر و اصلاح سبک زندگی در زمینه تغذیه، فعالیت بدنی و....
 - * آموزش جامعه در خصوص نحوه کنترل عوامل خطر محیطی و ژنتیکی
 - * آموزش جامعه در خصوص روش های پیشگیری از سرطان کولورکتال و زمان های مراجعه به پزشک
 - * آموزش علل بروز انوم و سرطان روده بزرگ و تغییر شیوه زندگی به منظور پیشگیری از آن
 - * آموزش علایم هشدار دهنده سرطان به افراد تا اگر در فواصل ارزیابی های دوره ای این علایم را داشتند زودتر مراجعه کنند
 - * آموزش در خصوص هدف، نحوه انجام کولونوسکوپی و آمادگی های لازم برای آن

شرح وظایف پزشک در ارائه خدمات:

- ✓ بیماریابی افراد غربالگری شده

- ✓ درمان
- ✓ مراقبت بیماران مبتلا
- ✓ آموزش
- ✓ ارجاع به سطح دو
- ✓ پژوهش
- ✓ نظارت
- ✓ ارائه ی پس خوراند

عناوین آموزشی

- ✓ بیماریابی و شناسایی افراد در معرض خطر
- ✓ مراقبت و پیگیری بیماران و بررسی عوارض بیماری
- ✓ ارجاع به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل

اهمیت تحرک بدنی:

فعالیت بدنی در جامعه یکی از راه حل های عملی و اثربخش در کاهش بار بیماری های مزمن غیرواگیر است. سازمان بهداشت جهانی به همه کشورهای جهان توصیه کرده است تا راهکارهای مناسب و اثر بخشی را برای کاهش درصد افرادی که فعالیت بدنی ندارند ، انتخاب و اجرا کنند.

در ایران نیز فعالیت بدنی ناکافی از عوامل خطر جدی بیماری های غیرواگیر و به ویژه بیماری های غیرواگیر و به ویژه بیماری های قلبی عروقی است. توسعه شهرنشینی ، تعداد ناکافی بوستان ها، پیاده روهای نامناسب و فقدان فضاها و امکانات تفریحی ورزشی و تفریحی را می توان از جمله علل عمده در ایجاد زندگی غیرفعال و ساکن دانست.

۴۰/۱۲ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال کشور ما فعالیت بدنی کافی ندارند که شامل ۲۹/۲۸ درصد مردان و ۵۰/۹۱ درصد زنان است.

هدف برنامه فعالیت بدنی:

ارتقای سلامت جامعه از طریق افزایش فعالیت بدنی بطوری که:

به کشوری تبدیل شویم که ساکنان آن به فعالیت بدنی ارج نهند و از آن حمایت کنند.

ایجاد محیط های طبیعی و سازنده که فعالیت بدنی را ترغیب نماید.

کاهش خطر ابتلا به بیماری های مزمن غیرواگیر در جامعه

کاهش شیوع چاقی و اضافه وزن به ویژه در دانش آموزان

استراتژی ها:

- آموزش
- بازار یابی اجتماعی
- حمایت طلبی

ترویج فعالیت بدنی در مراکز سلامت

اهداف برنامه:

ارزیابی سطح فعالیت بدنی بیمار (مراجعه کننده)

تلفیق فعالیت بدنی در برنامه‌های سبک زندگی سالم بیماران یکی از مهم‌ترین تصمیمات اتخاذی برای بیماران می‌باشد. تفسیر بحث شما از سطح فعالیت بدنی بیماران می‌تواند نقش خیلی موثری بر تصمیم وی در ارتباط با فعالیت بدنی داشته باشد. ارزیابی سطح فعالیت بدنی اولین مرحله از این بحث و تفسیر است و اهمیت فعالیت بدنی برای پیشگیری و کنترل بیماری را برجسته می‌کند و موجب توانمندسازی تیم مراقب سلامت برای پایش تغییرات سطح فعالیت بدنی بیماران در طول مراجعات بعدی می‌باشد.

تجویز فعالیت بدنی (ورزشی)

تجویز فعالیت بدنی برای بیمار مرحله بعدی است که شما باید دنبال کنید. علاوه بر اثرات پیشگیرانه فعالیت بدنی، با توجه به شواهد در حال رشد در زمینه اثر درمانی فعالیت بدنی در کنترل تعدادی از بیماری‌ها مانند دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و فشارخون بالا، تجویز فعالیت بدنی (ورزشی) می‌تواند در قالب یک دارویی باشد که به تنهایی قادر است بخش زیادی از مشکلات بیماران شما را حل کند، لذا تاکید می‌شود که پزشکان و متخصصان حوزه سلامت از این داروی بدون عوارض غافل نشوند

غربالگری پیش از شروع فعالیت ورزشی

هر فردی که به مراکز سلامت مراجعه می‌کند بعد از ارزیابی سطح فعالیت بدنی، به منظور شروع یا ادامه برنامه ورزشی باید مورد غربالگری پیش از شروع فعالیت ورزشی قرار گیرد.

توصیه‌های معاینه پزشکی در پیش از شروع فعالیت ورزشی

تجویز نسخه و ارایه نسخه ورزشی برای بیمارتان

بهداشت حرفه ای

عناوین آموزشی :

- ✓ آموزش بهداشت حرفه ای
- ✓ کنترل موازین بهداشت حرفه ای در کارگاهها
- ✓ کنترل عوامل زیان آور محیط کار (شناسایی و اندازه گیری وارزشیابی عوامل زیان آور محیط کار)
- ✓ معاینات دوره ای شاغلین کارگاهها
- ✓ آمار و اطلاعات بهداشت حرفه ای

اهداف رفتاری :

- ۱- پزشک گروههای هدف برنامه های آموزشی بهداشت حرفه ای را بشناسد .
 - ۲- بر انجام آموزش های داده شده توسط بهورزان ، مربیان نظارت داشته باشد .
 - ۳- در مواقع لازم و برحسب مورد برای جلب مشارکت کارفرما برای بهسازی کارگاههای منطقه تحت پوشش جلسه آموزشی برگزار نماید .
- هدف از آموزش بهداشت ارتقا سطح آگاهی ، نگرش ، مهارت و عملکرد کارکنان بهداشتی و شاغلین کارگاهها در زمینه بهداشت حرفه ای و همچنین کاهش عادات و رفتارهای تهدید کننده سلامت فردی و اجتماعی افراد می باشد در این راستا لازم است :
- گروههای هدف جهت آموزش شناسایی و تعیین شوند . منظور از گروههای هدف افراد و اقشاری هستند که کاردان یا کارشناس ناظر و بهورز برای آموزش آنها برنامه دارد .
 - گروههای هدف کاردanan و کارشناسان ناظر:
 - بهورزان ، رابطین بهداشتی
 - گروههای هدف بهورزان :
 - شاغلین کارگاهها ، کارفرمایان
- برنامه ریزی مشتمل بر تنظیم برنامه زمانبندی آموزش گروههای هدف و بر اساس اولویتهایی نظیر موقعیت زمانی و مکانی و ... و همچنین تنظیم برنامه زمانبندی جهت نظارت بر فعالیتهای آموزشی می باشد.
- وسایل کمک آموزشی نظیر اورهد ، پوستر ، فیلم و ... میباشد که براساس گروههای هدف ، بایستی نسبت به تهیه و استفاده از آنها اقدام گردد.
- کاردان و کارشناس و بهورز بعد از برگزاری جلسه آموزشی صورتجلسه مربوطه را با ثبت موارد لازم از جمله لیست افراد شرکت کننده ، نحوه آموزش ، وسایل کمک آموزشی استفاده شده و اسامی مدرسین و ... تنظیم و در پرونده آموزش نگهداری نمایند.
- آمار فعالیتهای آموزشی جمع آوری و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

کنترل موازین بهداشت حرفه ای در کارگاهها

- ۱- پزشک کارگاههای موجود در منطقه به تفکیک بُعد شاغلین و (صنعت ، معدن ، کشاورزی ، خدمات ، خانگی ، غیرخانگی ، فصلی ، دائمی) را بشناسد.
 - ۲- از دستورالعملهای کنترل موازین بهداشتی کارگاهها آگاهی داشته باشد .
 - ۳- بر نحوه بازدید از کارگاهها توسط بهورزان ، مربیان نظارت نماید .
 - ۴- در مواقع لازم نسبت به جلب مشارکت کارفرما برای بهسازی وضعیت کارگاهها اقدام نماید .
 - ۵- برای هر یک از کارگاههای موجود در سطح روستا بایستی پرونده بهداشتی کارگاه توسط بهورز ایجاد شود. فرم بازدید کارگاهی توسط بهورز تکمیل و نواقص بهداشتی موجود در کارگاه مشخص و به متصدی ابلاغ می شود. بهورزان خانه های بهداشت ضمن بازدید مرتب از کارگاههای مزبور رفع نواقص اشاره شده را پیگیری و نتایج بازدید را در فرم بازدید کارگاهی ثبت میکنند. (حداقل انتظار یک بار بازدید و دوبار پیگیری در طول سال می باشد).
 - ۶- کاردان یا کارشناس ناظر در بازدید از خانه های بهداشت باید فعالیتهای بهورزان در راستای رفع نواقص بهداشتی کارگاهها مورد پیگیری قرار دهد.
- در صورت عدم رفع نواقص بهداشتی توسط کارفرما ، بهورز مراتب را جهت اجرای مراحل قانونی به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه اعلام میکند. تا کاردان یا کارشناس ناظر به واحد بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت شهرستان جهت اقدام لازم اعلام نمایند.
- لازم به ذکر است اجرای مراحل قانونی باید توسط کاردان یا کارشناس بهداشت حرفه ای انجام شود و در صورت عدم حضور کاردان یا کارشناس بهداشت حرفه ای در مرکز بهداشتی درمانی موضوع از طریق بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت شهرستان پیگیری شود.

- کاردان یا کارشناس ناظر با بررسی پرونده های کارگاهها در خانه بهداشت ضمن ارزیابی فعالیتهای بهروز، در صورت نیاز به همراه بهروز به صورت رندوم بازدید به عمل آورده و آموزشهای لازم را به بهروز و یا کارفرمایان ارائه می دهد.
- پزشک نیز با بررسی پرونده ها به همراه کاردان ناظر به صورت رندوم از کارگاهها بازدید به عمل آورد.
- کنترل عوامل زیان آور محیط کار (شناسایی و اندازه گیری وارزشیابی عوامل زیان آور محیط کار)
 - ۱- بهروز مطابق فرم بازدید کارگاههای دارای عوامل زیان آور را بشناسد.
 - ۲- بهروز لیست کارگاههای دارای عوامل زیان آور را به مرکز بهداشتی درمانی اعلام نماید.
 - ۳- کاردان یا کارشناس ناظر هماهنگی لازم را با مرکز بهداشت شهرستان جهت اندازه گیری به عمل آورد.
 - ۴- پزشک عوامل زیان آور کارگاهها را بشناسد
 - ۵- پزشک راههای کنترل عوامل زیان آور محیط کار را بداند
 - ۶- بر فعالیتهای بهروزان و مربیان در کنترل عوامل زیان آور نظارت نماید.

عوامل زیان بار در محیط های کاری می توانند به طور موثر در طول زمان بر سلامتی شاغلین تاثیر گذاشته و در دراز مدت سلامتی جسمانی، روانی، اجتماعی آنها را به خطر بیندازد لذا شناخت کافی از این عوامل و یادگیری روشهای مناسب و صحیح کنترل و مقابله با عوامل به طور جدی سلامتی افراد را در محیط های کاری تضمین خواهد نمود بنابراین شناسایی و کنترل عوامل زیان آور از اهداف مهم بهداشتی برای حفظ و بهبود و ارتقاء سلامتی شاغلین در محیط های کاری می باشد.

- عوامل زیان آور محیط های کار عواملی هستند که ناشی از انجام عملیات و فرآیندهای کاری به اشکال مختلف تولید، و در صورت بیش از حد استاندارد بودن سلامتی افراد را به خطر می اندازد.

عوامل زیان آور محیط کار به ۴ دسته مهم تقسیم می شوند :

- ✓ عوامل فیزیکی مثال: گرما، فشار، نور، سروصدا، ارتعاش، پرتوها
- ✓ عوامل شیمیایی مثال: گازها و بخارات، مواد معلق، گردوغبار، دود، دمه، مه و....
- ✓ عوامل بیولوژیکی مثال: ویروسها (هیپاتیت، هاری، ایدز و...) و ریکتزیاها (تیفوس و تب کیو Q ...)، باکتریها (سیاه زخم، کزاز، تب مالت، طاعون و...)، قارچها (کچلی ها، هیستوپلاسموز و...)، انگلها (بیماری کرم قلابدار، بیلارزیوز، جرب و...)
- ✓ عوامل ارگونومیکی (وضعیت نامناسب بدنی در زمان کار با ابزارها و ماشین آلات و روانی (مخاطرات ناشی از ناتوانی فرد در تطابق با محیط روانشناختی کار)

معاینات دوره ای شاغلین کارگاهها

- ۱- پزشک نحوه تشکیل پرونده پزشکی کارگران و دستورالعمل نحوه تکمیل فرم معاینات را بداند.
 - ۲- پزشک بداند کلیه شاغلین کارگاهها حداقل یک بار در سال مورد معاینه پزشکی قرار گیرند.
 - ۳- بهروز مطابق با فرم بازدید تعداد شاغلین کارگاهها را جهت انجام معاینات دوره ای مشخص کند.
 - ۴- بهروز برای شاغلین کارگاهها پرونده پزشکی تشکیل دهد.
 - ۵- بهروز جهت انجام معاینات دوره ای با مرکز بهداشتی درمانی هماهنگی به عمل آورد.
 - ۶- کاردان و یا کارشناس ناظر ضمن هماهنگی با پزشک مرکز جهت انجام معاینات دوره ای برنامه ریزی می کند.
 - ۷- طبق برنامه پزشک به همراه کاردان یا کارشناس ناظر جهت انجام معاینات به خانه بهداشت مراجعه می کند.
 - ۸- فرم مصوب با توجه به نتایج ارزیابی کاردان و یا کارشناس از محیط کار تکمیل می گردد.
 - ۹- معاینات بالینی بادر نظر گرفتن گزارش کاردان یا کارشناس ناظر انجام و در صورت نیاز مثبت یافته ها اقدام پاراکلینیکی انجام می گیرد.
 - ۱۰- نتایج معاینات و آزمایشات در فرم مصوب توسط پزشک ثبت می گردد.
 - ۱۱- موارد مشکوک به بیماری توسط پزشک به مراجع بالاتر ارجاع داده می شود.
- بیماریهای ناشی از کار به بیماریهایی گفته میشود که بعلت اشتغال به یک کار و تحت تاثیر شرایط موجود در آن ایجاد شود. شرایط موجود که ممکن است بیماریزا باشد عبارت است از عوامل فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی، ارگونومیکی و روانی محیط کار. البته ضرورت دارد به این شرایط زمینه و استعداد فردی شخص و وضع بهداشتی او نیز اضافه شود. پس با این تعاریف یک بیماری عادی که هر کس ممکن است در هر جا بدن مبتلا شود، یک بیماری شغلی تلقی نمیشود ولو اینکه کارگر در محیط کار بدن مبتلا شده باشد. بعنوان مثال کارگری که در محیط کار دچار سینه پهلو میشود بیماری او ناشی از کار نیست چون ممکن بود همان بیماری را در منزل خود نیز بگیرد، ولی کارگری که با مواد سربی سروکار داشته و دچار مسمومیت مزمن با آن میشود به یک بیماری ناشی از کار مبتلا شده است زیرا در زندگی خصوصی و در خارج از محیط کار با سرب سروکار نداشته تا دچار مسمومیت با آن شود.
- بر اساس قوانین موجود کلیه کارگرانی که به اقتضای نوع کار در معرض بیماریهای ناشی از کار قرار دارند باید حداقل سالی یکبار مورد معاینه پزشکی قرار گیرند و نتیجه در پرونده پزشکی آنها ثبت شود. اهداف اصلی معاینات ادواری عبارت است از:
- ۱- تشخیص به موقع بیماریهای ناشی از کار و بیماریهای غیر شغلی

- ۲- پیگیری موارد مشکوک تا روشن شدن وضع آنها
 - ۳- درمان به موقع و جلوگیری از پیشرفت بیماریها
 - ۴- جلوگیری از انتقال و انتشار بیماریهای مسری
 - ۵- مطالعه اثرهای عوامل زیان آور موجود در محیط کار
 - ۶- تعیین اثر محیط بر سلامت و بیماری کارگران و ارزیابی روشهای پیشگیری و ایمنی
- جهت پیشگیری از بیماری های شغلی که اغلب آنها غیر قابل علاج و یا صعب العلاج میباشند ، کلیه کارگران در معرض خطر باید تحت معاینات دوره ای قرار گرفته و توصیه های پزشکی مورد توجه جدی قرار گیرد .

آمار و اطلاعات بهداشت حرفه ای:

- ۱- پزشک از آمار کارگاههای تحت پوشش آگاهی داشته باشد.
 - ۲- تاکید می گردد پزشک بر انطباق آمار و واقعیت های عوامل محیطی موجود در منطقه تحت پوشش نظارت بیشتری داشته باشد .
 - ۳- پزشک بر تنظیم و ارسال بموقع آمار به ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری و نظارت داشته باشد .
 - ۴- فرم ۳-۱۱۱ (بیماریهای شغلی) به طور سالیانه توسط پزشک تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.
- *به منظور دستیابی به اطلاعات همه جانبه و ارزیابی برنامه ها و بهبود کارکرد آنها و استفاده بهینه برنامه ریزان در تشخیص نارساییها ، لازم است که فرمهای آماری به طور دقیق تکمیل شده و در اسرع وقت این اطلاعات در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار گیرد. در این راستا ضمن اهمیت سرعت ارائه آمار هرچه درجه درستی و اعتبار داده های آماری بالا باشد همانقدر نیز برنامه ریزیها اصولی تر خواهند بود. بنابراین کاردانان و کارشناسان باید دقت لازم در تکمیل فرمهای آماری را داشته و در امر برنامه ریزی ، تنظیم فعالیتهای اجرایی ، تدارک و پایش و ارزشیابی به موقع از آنها بهره گیرند و با ارائه به سطوح بالاتر آنان را در این امر یاری کنند.

بهداشت محیط

عناوین آموزشی :

- ✓ آموزش بهداشت محیط
- ✓ کنترل بهداشتی آب و فاضلاب
- ✓ کنترل بهداشتی اماکن مشمول و غیر مشمول ماده ۱۳
- ✓ کنترل بهداشتی مواد غذایی
- ✓ کنترل بهداشتی پسماندها
- ✓ کنترل بهداشتی فضولات حیوانی
- ✓ کنترل بهداشتی واحدهای بهداشتی و درمانی
- ✓ کنترل بهداشتی هوا
- ✓ کنترل ناقلین بیماریها
- ✓ کاهش اثرات بلایا
- ✓ کنترل استعمال دخانیات
- ✓ کنترل بهداشتی مسکن
- ✓ آمار و اطلاعات بهداشت محیط

اهداف رفتاری :

□ آموزش بهداشت محیط

- ۱- پزشک گروههای هدف برنامه های آموزشی بهداشت محیط را بشناسد .
 - ۲- بر انجام آموزش های داده شده توسط بهورزان ، مربیان و پرسنل بهداشت محیط نظارت داشته باشد .
 - ۳- در مواقع لازم و برحسب مورد برای جلب مشارکت اهالی ، شوراها ، دهیاران و مسئولین ارگانهای بین بخشی برای بهسازی محیط منطقه تحت پوشش جلسه آموزشی برگزار نماید .
- هدف از آموزش بهداشت ارتقا سطح آگاهی ، نگرش ، مهارت و عملکرد کارکنان بهداشتی و عموم مردم در زمینه بهداشت محیط و همچنین کاهش عادات و رفتارهای تهدید کننده سلامت فردی و اجتماعی افراد می باشد در این راستا لازم است :
- گروههای هدف جهت آموزش شناسایی و تعیین شوند . منظور از گروههای هدف افراد و اقشاری هستند که کاردان یا کارشناس ناظر و بهورز و یا کاردان و کارشناس بهداشت محیط برای آموزش آنها برنامه دارد .

گروههای هدف کاردanan و کارشناسان ناظر:

بهورزان ، اعضای شوراها ، اسلامی ، رابطین بهداشتی ، دهیاران و آبداران

گروههای هدف کاردanan و کارشناسان بهداشت محیط در مراکز شهری :

متصدیان اماکن ، دانش آموزان ، رابطین بهداشتی و عموم مردم

گروههای هدف بهورزان :

- روستاییان ، دانش آموزان ، متصدیان اماکن ، رابطین بهداشتی ، اعضای شوراها ، اسلامی و آبداران
- علاوه بر گروههای هدف تعیین شده ه کاردان و کارشناس و بهورز می تواند بر اساس مشکلات منطقه و به صلاحدید گروههای هدف دیگری را انتخاب کند .
- برنامه ریزی مشتمل بر تنظیم برنامه زمانبندی آموزش گروههای هدف و بر اساس اولویتهایی نظیر موقعیت زمانی و مکانی و ... و همچنین تنظیم برنامه زمانبندی جهت نظارت بر فعالیتهای آموزشی می باشد.
 - وسایل کمک آموزشی نظیر اورهد ، پوستر ، فیلم چارت ، فیلم و ... میباشد که براساس گروههای هدف باید نسبت به تهیه و استفاده از آنها اقدام گردد.
 - کاردان و کارشناس و بهورز بعد از برگزاری جلسه آموزشی صورتجلسه مربوطه را با ثبت موارد لازم از جمله لیست افراد شرکت کننده ، نحوه آموزش ، وسایل کمک آموزشی استفاده شده و اسامی مدرسین و ... در فرم شماره ۳/۲ تنظیم و در پرونده آموزش نگهداری می نمایند.
 - آمار فعالیتهای آموزشی بر اساس فرمهای مربوطه (فرم شماره ۳/۳) و در موقع مقرر جمع آوری و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

□ کنترل بهداشتی آب و فاضلاب

- ۱- پزشک از نحوه و منابع تامین آب منطقه تحت پوشش آگاهی داشته باشد .
 - ۲- با دستورالعملهای نمونه برداری و کلر سنجی آب و کنترل بهداشتی فاضلاب آشنایی داشته باشد .
 - ۳- بر فعالیتهای مربیان و یا کارشناسان بهداشت محیط در زمینه کنترل آب نظارت کند .
 - ۴- مشکلات مربوط به آب و فاضلاب منطقه تحت پوشش را از طریق ارگانهای ذیربط پیگیری کند .
- منظور از منابع و سیستم آب آشامیدنی عبارتند از مخازن ذخیره آب ، ایستگاه پمپاژ و سایر تاسیسات مربوط به آن و تاسیسات مربوط به گندزدایی آب
- در خانه های بهداشت پرونده آب روستا که شامل کروکی و مشخصات تاسیسات آب آشامیدنی ، نتایج آزمایشات میکروبی و شیمیایی ، فرمهای کلر سنجی (در صورتیکه روستا دارای شبکه آبرسانی باشد بهروز از یک تا دو نقطه روزانه کلر سنجی بعمل آید . میزان کلر باقیمانده مطلوب در شرایط عادی ۰/۸-۰/۲ میلیگرم در لیتر می باشد .) ، لیست خانوارهای استفاده کننده از آب جوشیده و کلر مادر ، دستورالعمل های استفاده از کیت های کلر سنج ، مکاتبات مربوط به آب روستا
- پرونده فاضلاب روستا شامل نحوه دفع فاضلاب منازل روستا (چاه جاذب ، معابر ، کانال کشی و) و مکاتبات و اختاریه های مربوط به دفع غیر بهداشتی فاضلاب
- در مراکز شهری کاردان یا کارشناس بهداشت محیط بایستی نسبت به انجام کلر سنجی روزانه از حداقل سه نقطه منطقه تحت پوشش بعمل آورده و ثبت و موارد نامطلوب را گزارش و پیگیری نماید .
- در مراکز بهداشتی درمانی شهرهای مستقل کاردان یا کارشناس بهداشت محیط علاوه بر کلر سنجی بایستی بر اساس برنامه اعلام شده ستاد نسبت به نمونه برداری میکروبی و شیمیایی نیز اقدام نماید .
- دستورالعمل ها مربوط به کنترل آب و فاضلاب در راهنمای آموزشی پزشکان خانواده در زمینه خدمات بهداشت محیط موجود میباشد .
- پزشک باید نسبت به ثبت اطلاعات و نحوه گزارش گیری سامانه بازرسی بهداشت محیط آشنایی داشته باشد .

□ کنترل بهداشتی اماکن مشمول و غیر مشمول ماده ۱۳

- ۱- پزشک اماکن مشمول و غیر مشمول ماده ۱۳ را بشناسد.
 - ۲- از دستورالعملهای کنترل بهداشتی اماکن آگاهی داشته باشد .
 - ۳- بر نحوه کنترل اماکن توسط بهروزان ، مربیان و کارشناسان بهداشت محیط نظارت نماید .
 - ۴- در مواقع لازم نسبت به جلب مشارکت اهالی و ارگانهای بین بخشی برای بهسازی وضعیت اماکن عمومی (مانند مسجد ، زیارتگاه ، غسالخانه ، سالن ورزشی) اقدام نماید .
- منظور از اماکن مشمول ماده ۱۳ صنفی هستند که در آئین نامه اصلاحیه ماده ۱۳ فرم بازدید برای آن ها طراحی شده و امکان بر اساس فرم آئین نامه مربوطه کنترل و تعیین نواقص میشود.
- برای هر یک از اماکن موجود در سطح روستا بایستی پرونده ای توسط بهروز ایجاد شود. فرم آیین نامه بهداشتی اماکن مشمول ماده ۱۳ توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط به همراه بهروز و با هماهنگی کاردان یا کارشناس ناظر تکمیل و نواقص بهداشتی موجود در امکان مشخص و به متصدی ابلاغ می شود. بهروزان خانه های بهداشت ضمن بازدید مرتب از اماکن مزبور رفع نواقص اشاره شده را پیگیری و نتایج بازدید را در برگ خلاصه اقدامات که به جلد پوشه پرونده هر امکان نصب شده است ثبت میکند.
- کاردان یا کارشناس ناظر در بازدید از خانه های بهداشت باید فعالیتهای بهروزان در راستای رفع نواقص بهداشتی اماکن را مورد پیگیری قرار دهد.
- در صورت عدم رفع نواقص بهداشتی توسط متصدی ، بهروز مراتب را جهت اجرای مراحل قانونی ماده ۱۳ به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه اعلام میکند، تا کاردان یا کارشناس ناظر با هماهنگی بهداشت محیط اقدام لازم را معمول دارد.
- لازم به ذکر است اجرای مراحل قانونی ماده ۱۳ باید توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط انجام شود و در صورت عدم حضور کاردان یا کارشناس بهداشت محیط در مرکز بهداشتی درمانی موضوع از طریق بهداشت محیط مرکز بهداشت شهرستان پیگیری شود.
- * مراحل فوق در مراکز شهری توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط مرکز انجام خواهد شد.
- کاردان یا کارشناس ناظر با بررسی پرونده های اماکن غیر مشمول در خانه بهداشت ضمن ارزیابی فعالیتهای بهروز ، در صورت نیاز به همراه بهروز از این اماکن بازدید به عمل آورده و آموزشهای لازم را به بهروز و یا متصدیان اماکن ارائه می دهد.
- با توجه به اینکه اقدام قانونی در مورد اماکن غیر مشمول از طریق ماده ۱۳ فراهم نیست و معمولاً پیگیری وضعیت بهداشتی اینگونه اماکن از طریق ارگانهای ذیربط مسئول آنها یا تعزیرات حکومتی انجام میگردد، کاردان یا کارشناس ناظر در صورت لزوم باستناد گزارش خانه بهداشت مراتب را جهت پیگیری به ستاد مرکز بهداشت شهرستان اعلام می نماید.
- پزشک باید نسبت به ثبت اطلاعات و نحوه گزارش گیری سامانه بازرسی بهداشت محیط آشنایی داشته باشد .

□ کنترل بهداشتی مواد غذایی

۱- پزشک از دستورالعملهای کنترل بهداشتی مواد غذایی آگاهی داشته باشد .

۲- مشارکت ارگانهای ذیربط جهت برخورد قانونی با دستفروشان مواد غذایی جلب نماید .

- در کنترل بهداشت مواد غذایی در اماکن موارد زیر مورد تاکید می باشد:

۱- کنترل نحوه نگهداری مواد غذایی فاسد شدنی :

لازم است جهت جلوگیری از انتقال آلودگی های محیط و کند شدن سرعت رشد میکروارگانیسمها، اینگونه مواد در یخچال نگهداری شوند . ضمناً کنترل درجه حرارت و نظافت یخچال و نحوه چیدن ماده غذایی (برای جلوگیری از انتقال آلودگی از موادی به مواد دیگر) مورد تاکید می باشد.

۲- کنترل نحوه نگهداری مواد غذایی فاسد نشدنی که بدون شستشو مورد استفاده قرار میگیرند:

اینگونه مواد (مانند قند - شکر - آجیل و خشکبار - شیرینی های خشک و ...) باید دور از گردوغبار و دسترس حشرات و جوندگان و بعضی از مواد غذایی (مانند روغنها - بیسکویت و ...) بایستی به دور از تابش مستقیم خورشید باید نگهداری شوند.

۳- کنترل مواد غذایی غیر مجاز :

الف: مواد غذایی که طبق بخشنامه های صادره غیر مجاز اعلام شده اند مانند رب فله - ماکارونی - چیپس فله - سالادالویه دست ساز - معجون و ...
ب: کنترل کالاهای بسته بندی شده که فاقد مشخصات لازم بهداشتی هستند .

مشخصات بهداشتی کالاهای مجاز عبارتند از : (نام و آدرس کارخانه سازنده - نام محصول - مواد تشکیل دهنده-شماره پروانه ساخت از وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - شماره سری ساخت -تاریخ تولید و انقضای مصرف - وزن خالص - و جمله ساخت ایران)

۵- کنترل مواد غذایی از نظر فساد :

در بازدید از اماکن با در نظر گرفتن علایمی مانند بوی غیر عادی -تغییر رنگ و قوام - وجود لارو حشرات - کپک زدگی - وجود اجسام خارجی و یا هر نوع تغییر حالت غیر طبیعی در انواع مواد غذایی ،نسبت به کنترل موادغذایی از نظر فساد باید اقدام کرد . ضمناً ماده غذایی که تاریخ مصرف آن منقضی شده ،به منزله مواد غذایی فاسد می باشد.

۶- جلوگیری از استفاده از رنگ و اسانسهای شیمیایی در تولید مواد غذایی در اماکن :

مانند استفاده از رنگهای شیمیایی در شربتها - بستنی - آجیل - شیرینیجات -پخت غذا و ... ممنوع میباشد و بایستی از فروش اینگونه مواد غذایی جلوگیری نمود .

لازم به ذکر است استفاده از رنگهای شیمیایی مجاز خوراکی صرفاً در کارخانجات دارای پروانه ساخت و فقط زیر نظر مسئول فنی بلا مانع میباشد.

* کنترل مواد غذایی در خانه های بهداشت توسط بهورزان و در صورت نیاز به نمونه برداری ،توقیف و سایر اقدامات بایستی توسط کارشناس یا کاردان بهداشت محیط انجام گیرد.

* در مراکز شهری تمامی اقدامات توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط انجام میشود.

برای اطلاعات بیشتر در مورد بهداشت مواد غذایی و روشهای نمونه برداری به راهنمای آموزشی پزشکان خانواده در زمینه خدمات بهداشت محیط مراجعه شود.

□ کنترل بهداشتی پسماندها

۱- پزشک از وضعیت مدیریت پسماند های منطقه تحت پوشش آگاهی داشته باشد .

۲- نظارت بر نحوه عملکرد بهوزان ، مریبان و یا کارشناسان بهداشت محیط در خصوص کنترل بهداشتی پسماندهای منطقه تحت پوشش

۳- در مواقع لازم نسبت به جلب مشارکت اهالی و ارگانهای بین بخشی برای بهبود وضعیت مدیریت پسماندهای منطقه تحت پوشش اقدام نماید .

-وضعیت جمع آوری و دفع زباله خانوارهای روستایی هر شش ماه یکبار بوسیله بهورزان از طریق فرم آماری کد ۲-۱۱۰ به مرکز بهداشتی و درمانی روستایی گزارش میشود ،کاردان یا کارشناس ناظر بر اساس این اطلاعات وضعیت روستاهای تحت پوشش خود را از نظر جمع آوری و دفع بهداشتی زباله بررسی و تعیین می نماید.

*نکته : در روستاهایی که ۷۵ درصد خانوارهای آن نسبت به دفع بهداشتی زباله اقدام نمایند ،وضعیت جمع آوری و دفع بهداشتی زباله روستا بهداشتی محسوب میشود.

- کاردان و کارشناس ناظر پس از تعیین وضعیت روستاهای تحت پوشش ،جهت ارتقا وضعیت بهداشتی جمع آوری و دفع بهداشتی زباله در روستاهایی که از شاخص پایین تری برخوردار هستند ،برنامه ریزی نموده و اولویت بندی لازم را انجام میدهند.

- کاردان یا کارشناس ناظر در بازدید از خانه های بهداشت، با بررسی پرونده زباله روستا فعالیتهای بهروز را در این زمینه بررسی نموده و راهنماییهای لازم را به بهروز ارائه میدهد.
- چنانچه روستا در جمع آوری و حمل زباله با مشکل مواجه باشد، کاردان یا کارشناس ناظر به همراه بهروز از سطح روستا بازدید به عمل آورده و مشکلات را از نزدیک بررسی میکند و با جمع بندی آنها در صورت لزوم به همراه معتمدین، اعضای شورای اسلامی، دهیار و روستائیان جلساتی تشکیل داده و حل مشکل جمع آوری و دفع بهداشتی زباله روستا را پیگیری میکند.
- کاردان یا کارشناس ناظر به همراه بهروز جلسات آموزشی برای اهالی در جهت جلب مشارکت آنها برای راه اندازی سیستم جمع آوری، حمل و دفع بهداشتی زباله های روستا تشکیل میدهد.
- در صورتیکه جهت حل مشکل زباله روستا نیاز به هماهنگی با سایر ارگانهای بین بخشی احساس شود، مراتب به استناد درخواست خانه بهداشت توسط کاردان یا کارشناس ناظر به مرکز بهداشت شهرستان منعکس میگردد تا از ستاد مرکز بهداشت شهرستان نسبت به پیگیری موضوع از طریق ارگانهای بین بخشی اقدام نماید.
- در صورت لزوم به برخورد قانونی با فرد یا افرادی از اهالی روستا در رابطه با جمع آوری و دفع زباله، کاردان یا کارشناس ناظر باستناد گزارش بهروز مراتب را به ستاد مرکز بهداشت شهرستان منعکس مینماید تا نسبت به معرفی متخلفین به مراجع قضایی و پیگیریهای لازم اقدام گردد.
- فاصله محل دفن زباله انتخاب شده برای روستا بایستی از آخرین نقطه مسکونی روستا ۵۰۰ متر باشد و همچنین سایر موازین بهداشتی و زیست محیطی از قبیل جهت وزش باد، سطح ایستایی آبهای زیر زمینی، حصارکشی محل و پوشش با خاک و ... بایستی رعایت گردند.
- بر اساس قانون مدیریت پسماندها و آیین نامه اجرایی مربوطه در محدوده روستاها، مسئولیت مدیریت پسماندهای خانگی به عهده بخشدارها و دهیارها می باشد و بایستی پیگیری های لازم از طریق این ارگانها صورت گیرد.
- * در مراکز شهری کنترل بهداشتی پسماندها و اقدامات لازم توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط انجام می شود.

□ کنترل بهداشتی فضولات حیوانی:

- ۱- پزشک از وضعیت جمع آوری فضولات حیوانی منطقه تحت پوشش آگاهی داشته باشد.
- ۲- نظارت بر نحوه عملکرد بهوزان، مربیان و یا کارشناسان بهداشت محیط در خصوص کنترل بهداشتی جمع آوری فضولات حیوانی
- ۳- در مواقع لازم نسبت به جلب مشارکت اهالی و ارگانهای بین بخشی برای بهبود وضعیت جمع آوری فضولات حیوانی منطقه تحت پوشش اقدام نماید.
- وجود فضولات حیوانی در روستا به دلیل اشتغال تعدادی از روستائیان به دامداری اجتناب ناپذیر بوده و لیکن بر اساس آموزشهای بهروزان و کاردانان و کارشناسان ناظر بایستی جمع آوری به موقع و خشکاندن سریع فضولات حیوانی در محل مناسب و بلامانع از روستا (برای از بین بردن زمینه مناسب رشد و تکثیر حشرات) مد نظر روستائیان باشد.
- از آنجایی که درصد خانوارهای روستایی که فضولات حیوانی را به روش بهداشتی جمع آوری و دفع میکنند یکی از شاخص های مهم بهداشت محیط میباشد بنابراین توجه کاردانان و کارشناسان ناظر در ساماندهی وضعیت فضولات حیوانی روستاها بسیار ضروریست.
- انباشت فضولات در محوطه منازل و کوچه ها و معابر علاوه بر ایجاد منظره ناخوشایند باعث تجمع مگس، پشه و جوندگان که عامل انتقال بسیاری از بیماریها هستند میشود.
- در صورتیکه فضولات حیوانی زود خشک شوند، تخم و نوزاد مگس در آنها از بین میرود. پاشیدن آنها در لایه های نازک روی مزارع یکی از راههای جلوگیری از تکثیر مگس در مناطق نسبتاً گرم است. این عمل در نقاط مرطوب چندان موثر نیست.
- در روستاهایی که فضولات حیوانات به صورت تاپاله برای سوخت استفاده میشود، بایستی در فاصله مناسب و دور از خانوارها به این منظور اختصاص داده شود و از تهیه تاپاله در نزدیک خانه یا چسباندن به دیوارهای خانه خودداری شود.

□ کنترل بهداشتی واحدهای بهداشتی و درمانی:

- ۱- پزشک از وضعیت بهداشت محیطی واحدهای بهداشتی و درمانی تحت پوشش خود آگاهی داشته باشد.
- ۲- پزشک بر وضعیت بهداشت محیطی واحدهای بهداشتی درمانی تحت پوشش خود و کنترل های بهداشتی بهروزان، مربیان و کارشناسان بهداشت محیط نظارت داشته باشد.
- ۳- پزشک پیگیریهای لازم برای رفع معضلات بهداشت محیطی واحدهای بهداشتی و درمانی به عنوان امکان الگوی بهداشتی برای مراجعه کنندگان انجام دهد.
- منظور از مراکز بهداشتی درمانی منطقه تحت پوشش، کلیه مراکز بهداشتی و درمانی (مثل مرکز بهداشتی و درمانی، خانه بهداشت، تسهیلات زایمان، مطبهای پزشکی و دندانپزشکی، مرکز و آزمایشگاه تشخیص طبی، رادیولوژی و ...) اعم از وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یا ارگانهای دیگر و یا غیر دولتی می باشند که کاردان و یا کارشناس ناظر مرکز بایستی وضعیت آنها را از نظر اصول و موازین بهداشت محیطی کنترل نماید، لیکن در تکمیل فرمهای آماری و ارسال آن به ستاد تنها آمار و اطلاعات مربوط به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه ثبت خواهند شد و کلیه اقدامات انجام یافته در مورد سایر مراکز باید در پرونده مربوطه ثبت و بایگانی گردند.

- از آنجا که وضعیت بهداشت محیط یک واحد بهداشتی درمانی بایستی به نحوی باشد که به عنوان الگویی مناسب برای مراجعین و عموم مردم بوده و یک مکان بهداشتی را در اذهان تداعی نماید، بنابراین کاردان و یا کارشناس ناظر در خصوص رفع نواقص بهداشتی واحدهای بهداشتی و درمانی تحت پوشش باید تلاش نموده و ضمن گزارش آن به مسئول مرکز و پیگیریهای لازم در خصوص رفع نواقص بهداشتی، در صورت لزوم مراتب را به ستاد مرکز بهداشت شهرستان نیز گزارش نماید.
- کاردان یا کارشناس ناظر بایستی به طور سه ماهه وضعیت بهداشت محیطی واحدهای بهداشتی و درمانی تحت پوشش خود را بر اساس فرم مربوطه به ستاد شهرستان گزارش نماید.

□ کنترل بهداشتی هوا :

- ۱- پزشک از دستورالعملهای کنترل بهداشتی هوا در محیطهای بسته آگاهی داشته باشد .
- ۲- بر اقدامات انجام یافته توسط بهورزان ، مربیان و کارشناسان بهداشت محیط در رابطه با کنترل بهداشتی هوا در محیطهای بسته نظارت نماید .
- ۳- در مواقع لازم هماهنگی های بین بخشی را برای حل مشکلات بهداشت هوای منطقه تحت پوشش انجام دهد .
- برخی منابع آلوده کننده هوا در محدوده یک مرکز بهداشتی درمانی عبارتند از :
۱- اماکنی که به لحاظ استفاده از سوختهای فسیلی امکان آلایندهی دارند نظیر گرمابه ها ،قنادهای ها ،نانوایی ها و ...
۲- صنایع کوچک محدوده مرکز بهداشتی و درمانی مثل کوره های آجرپزی ،کوره های آهک پزی ،کارخانه آسفالت و ...
۳- کارخانجات و صنایع بزرگ نظیر سیمان ،پالایشگاه ،نیروگاه و ...
- کاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی بر اساس نوع منبع آلوده کننده هوا اقداماتی به شرح زیر انجام خواهد داد :
۱- در صورتیکه منبع آلاینده هوا یکی از اماکن مشمول ماده ۱۳ باشد ،پیگیری بر اساس مقررات ماده ۱۳ انجام میشود.
۲- در صورتیکه منبع آلاینده هوا یکی از اماکن غیر مشمول ماده ۱۳ بوده و یا از صنایع کوچک و یا کارخانجات بزرگ باشد و نیز در صورت دریافت شکایت از سوی اشخاص حقیقی و یا حقوقی از مکانها و منابع فوق ،پس از بازدید از محل و منبع آلاینده ،گزارش و نظریه خود را کتبا به ستاد مرکز بهداشت شهرستان اعلام نماید تا از طریق ارگانهای ذیربط نسبت به پیگیری موضوع اقدام لازم به عمل آید.
۴- کاردان و یا کارشناس ناظر بایستی نسبت به اجرای برنامه های آموزشی برای ارتقای آگاهیهای بهورزان در زمینه آلودگی هوا در محیط های بسته مثل اماکن ،منازل ،مدارس، کارگاهها و ... اقدام نموده و برنامه های آموزشی بهورزان را در این زمینه بررسی و کنترل نماید.
۵- کاردان یا کارشناس ناظر مراکز بهداشتی و درمانی باید به صورت سه ماهه آخرین وضعیت منابع آلوده کننده هوا را در منطقه تحت پوشش جمع آوری و در فرم مربوطه به ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال نماید.
* در مراکز شهری کنترل آلودگی هوا توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط انجام میگردد.

□ کنترل ناقلین بیماریها :

- ۱- پزشک از دستورالعملهای کنترل ناقلین بیماریها آگاهی داشته باشد .
- ۲- بر اقدامات انجام یافته توسط بهورزان ، مربیان و کارشناسان بهداشت محیط در رابطه با کنترل ناقلین بیماریها نظارت نماید.
- ۳- در مواقع لازم نسبت به جلب مشارکت اهالی و ارگانهای بین بخشی برای کنترل ناقلین بیماریها منطقه تحت پوشش اقدام نماید .
- منظور از ناقلین بیماریها ،انواع حشرات و جوندگان ،سگهای ولگرد و بلا صاحب یا بیمار و ... میباشد ، که برای کنترل آنها قبل از هر اقدام ،نیاز به بهسازی محیط و از بین بردن کانونهای آلوده که به عنوان محل مناسبی برای تکثیر ،تغذیه و پناهگاه برای ناقلین میباشد ،است.در این راستا بهورزان موظفند نسبت به شناسایی کانونهای آلوده در سطح روستا اقدام و ضمن تشکیل جلسه با شورای اسلامی ،دهیار و معتمدین روستا و جلب مشارکت اهالی نسبت به رفع مشکل اقدام و در صورت نیاز به همکاری سایر ارگانها باید مراتب را به مراکز بهداشتی و درمانی روستایی گزارش ویا از طریق دهیار روستا پیگیری لازم معمول دارند.
- در خصوص ناقلین بیماریهای موجود در اماکن و منازل وظیفه بهورزان ارائه آموزشهای لازم جهت بهسازی و جلوگیری از ورود آنها به محل زندگی و اماکن میباشد.
- وجود پرونده برای درج اطلاعات و سوابق در خصوص کنترل ناقلین بیماریها در خانه بهداشت ضروری است.
- * کاردان و یا کارشناس ناظر ضمن بررسی فعالیتهای خانه های بهداشت در زمینه کنترل ناقلین بیماریها ،در صورت نیاز بایستی با تشکیل جلسات ،نسبت به آموزش و جلب همکاری روستاییان و مسئولین ارگانهای بین بخشی اقدام نماید.
- * کاردان یا کارشناس ناظر در صورت عدم رفع معضل در منطقه ،برای جلب حمایت و پشتیبانیهای لازم موضوع را به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می نماید.
- * در مراکز شهری کنترل ناقلین بیماریها توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط انجام میگردد.

□ فوریت های بهداشت محیط :

- ۱- پزشک از اقدامات و عملیات بهداشت محیط در قبل و بعد از وقوع بلا یا آگاهی داشته باشد.

- ۲- بر اقدامات انجام یافته و فعالیتهای آموزشی بهروزان ، مربیان و کارشناسان بهداشت محیط در رابطه با فوریت های بهداشت محیط نظارت نماید.
- ۳- در مواقع لازم در جلسات بین بخشی مربوط به فوریت های بهداشت محیط شرکت نماید .
- ۴- پیگیری برای تامین تجهیزات مورد نیاز برای کلیه واحدهای تحت پوشش
- کشور ما ایران با توجه به موقعیت جغرافیایی خود در زمره کشورهای سانحه خیز جهان قرار دارد به طوری که جزء ده کشور بلا خیز جهان بوده و در قاره آسیا چهارمین کشور بلا خیز محسوب میشود . عمده ترین حوادثی که در کشور ما رخ میدهد عبارتند از : سیل ، زلزله ، طوفان ، آتشفشان ، گردباد ، خشکسالی ، رانش زمین و ...
- تجربه نشان داده است که شناخت از بحران و انجام اقدامات پیشگیرانه و آمادگی های قبل از وقوع بلا یا نقش موثری در به حد اقل رساندن تبعات ناشی از آن به دنبال خواهند داشت.
- تخریب ساختمانها ، منابع تامین آب (چشمه ها ، قنوات ، چاهها ، رودخانه ها و ...) ، تخریب محل های تهیه و توزیع مواد غذایی و انبارها و مراکز طبخ ، اختلال و عدم دسترسی به سیستمهای نگهداری مثل سردخانه و یخچال ، آسیب دیدن راههای ارتباطی و ممانعت از حمل و نقل مواد غذایی ، تخریب شبکه های فاضلاب ، دفع غیر صحیح مواد زاید و فضولات انسانی و حیوانی ، وجود لاشه های متعفن ، عدم دسترسی به آب سالم ، هجوم حشرات و موجودات موزی ، عمده مشکلاتی هستند که کاردان و یا کارشناس ناظر با شناخت صحیح آنها و مسایل پس از بلا یا باید نسبت به آموزش بهروزان ، روستاییان ، بلاخص شوراهای اسلامی ، دانش آموزان و سایر گروهها اقدام نمایند.
- یکی از مهمترین اقدامات کاردان یا کارشناس ناظر در ارتباط با بلا یا عبارت است از آموزش بهروزان برای آمادگی و انجام فعالیتهای پیشگیرانه برای شرایط قبل از وقوع ، هنگام وقوع و بعد از وقوع بلا یا میباشد.
- بهروزان ، کاردان و یا کارشناس ناظر بایستی در اسرع وقت وقوع حادثه را به ستاد مرکز بهداشت شهرستان گزارش نمایند.
- *در مراکز شهری اقدامات مربوط به فرایند کاهش اثرات بلا یا توسط کاردان و یا کارشناس بهداشت محیط مستقر در مراکز انجام میگردد.

□ کنترل استعمال دخانیات :

- ۱- با قوانین و دستورالعملهای مربوط به کنترل دخانیات آشنایی داشته باشد .
 - ۲- در اجرای برنامه های آموزشی کنترل دخانیات مشارکت داشته باشد .
 - ۳- مراجعین سیگاری را برای ترک دخانیات و مراجعه به مراکز مشاوره ترغیب نماید .
- استعمال دخانیات شایع ترین عامل قابل پیشگیری مرگ و ناتوانی در جهان است . هر ساله میلیونها انسان در سراسر جهان به علت ابتلا به بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات ناتوان گشته و یا جان خود را از دست میدهند . ساز مان جهانی بهداشت به منظور ارتقاء سطح سلامت جامعه جهانی و پیشگیری از ناتوانی و مرگ ناشی از مصرف دخانیات اقدام به تدوین چارچوب معاهده کنترل دخانیات نمود . این راهنما به منظور اجرائی نمودن ماده 9 قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات ، که بر اساس آن وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف شده است فعالیتهای پیشگیرانه ، درمان و توانبخشی افراد مبتلا به مصرف فرآوردههای دخانی و خدمات مشاوره ای ترک دخانیات را در خدمات اولیه بهداشتی ادغام و زمینه های گسترش و حمایت از مراکز مشاوره ای و درمانی غیردولتی ترک مصرف مواد دخانی را فراهم نماید ، تهیه گردیده است .
- دخانیات موجب ۱۲-۲۵ درصد مرگها در کشورهای صنعتی است . در سال ۱۹۹۰ دخانیات موجب ۲/۶ درصد بیماریها در جهان بوده است ، تا سال ۲۰۲۰ دخانیات موجب ۹ درصد کل صدمات جهانی یا ۱۳ درصد بیماریها و مرگ بالغین خواهد بود . طی سالهای پیش رو میزان مرگهای ناشی از استعمال دخانیات در کشورهای پیشرفته بیش از ۵۰ درصد کاهش یافته و در کشورهای در حال توسعه به عکس افزایش مییابد . این مرگها در کشورهای منطقه خاورمیانه که ایران نیز یکی از آنها است به میزان سه برابر طی سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت . لذا از این پس کشورهای در حال توسعه با مشکلات بیشتری در خصوص استعمال دخانیات و بیماریها و ناتوانیها و مرگهای ناشی از آن مواجه خواهند بود .
- براساس نتایج مطالعات نظام مراقبت بیماریهای غیر واگیر که بصورت جمعیت محور و در بالغین ۶۴-۱۵ ساله و با نمونه گیری خوشه ای بر روی حجم نمونه ای ۳۰ هزار نفری در سال ۱۳۸۸ انجام شده است ، ۱۰/۸۲٪ از جمعیت هر روز سیگار میکشند (۲۰/۳۹٪ درصد مردان و ۱۱/۰۲٪ زنان) متوسط تعداد نخ سیگار مصرفی ۱۳/۱۰ نخ در روز می باشد .

پزشک جهت آشنایی کامل با برنامه کنترل دخانیات به "دستورالعمل اجرایی و محتوای آموزشی پزشک در برنامه ایرا ۹۵" قسمت کنترل دخانیات مراجعه فرمایند

- کاردان و یا کارشناس ناظر با توجه به مضرات جسمی و اقتصادی استعمال سیگار و با شناختی که از منطقه و روستاهای تحت پوشش خود دارد باید نسبت به برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی لازم در جهت ارتقای آگاهی های بهروزان ، شوراهای اسلامی ، روستاییان ، دانش

آموزان و ... در زمینه بیماریهای گوناگون ناشی از مصرف دخانیات از قبیل بیماریهای قلبی و عروقی، بیماریهای تنفسی (برونشیت، ذات الریه و آسم)، سرطانهایی گوناگون (لب، دهان، حنجره، ریه، کلیه، مثانه، و سایر اعضای تنفسی و دستگاه ادراری) و ... اقدام نماید.
*در مراکز شهری اقدامات مربوط به کنترل استعمال دخانیات توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط مراکز انجام میشود.

□ کنترل بهداشتی مسکن :

- ۱- پزشک از وضعیت عوامل محیطی منازل روستاهای تحت پوشش بویژه وضعیت بهداشتی توالت های خانوارها آگاهی داشته باشد .
- ۲- پزشک از برنامه های اجرایی کاردان یا کارشناس ناظر و بهورزان در زمینه کنترل عوامل محیطی منازل روستایی اطلاع داشته باشد .
- ۳- پزشک از برنامه های اجرایی طرح عملیات بهداشت محیط روستاها در منطقه تحت پوشش آگاهی داشته و از اجرای برنامه ها حمایت بعمل آورد .

-گرچه رعایت اصول بهداشت فردی می تواند تا حدی ضامن سلامت انسان باشد اما به تنهایی کافی نیست بلکه مراعات اصول بهداشت در تمام ارکان زندگی از جمله مسکن باید مد نظر باشد. در یک مسکن بهداشتی باید ۴ اصل زیر مورد توجه قرار گیرد:

- ۱-تأمین احتیاجات اساسی جسمی
 - ۲-تأمین احتیاجات اساسی روانی
 - ۳-جلوگیری از بروز و انتقال بیماریهای واگیردار
 - ۴-جلوگیری از بروز سوانح و حوادث
- *یک مسکن مناسب باید از نظر موقعیت ساختمان، وضعیت آب آشامیدنی، دفع مدفوع و فاضلاب، جمع آوری زباله، قابل قبول بوده و محل نگهداری دام و طیور از محل زندگی روستاییان جدا باشد.
- ساختمان مسکن از نظر نور، تهویه، حرارت و رطوبت و سروصدا بایستی آنچنان باشد که سلامت جسمی و روحی ساکنین را تأمین نموده و از بروز و انتقال بیماریهای واگیردار و از بروز حوادث و سوانح تا حد امکان جلوگیری نماید.
- *محل سکونت روستاییان هر ماهه باید از نظر بهداشت محیط توسط بهورز مورد بازدید قرار گرفته و وضعیت آن در پوشه خانوار درج و پیگیریهای لازم برای رفع نواقص بایستی در فرم بازدید محل سکونت از نظر بهداشت محیط و حرفه ای با قید دقیق تاریخ بازدید ثبت گردد.
- *برای مطالعه بیشتر به راهنمای پزشکان خانواده در زمینه بهداشت محیط مراجعه شود.

□ آمار و اطلاعات بهداشت محیط:

- ۱- پزشک از آمار و شاخص های عوامل محیطی واحد های تحت پوشش آگاهی داشته باشد.
 - ۲- بر انطباق آمار و واقعیت های عوامل محیطی موجود در منطقه تحت پوشش نظارت داشته باشد .
 - ۳- پزشک بر تنظیم و ارسال بموقع آمار به ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری و نظارت داشته باشد .
 - ۴- پزشک بر تحلیل شاخصهای منطقه و برنامه ریزی لازم جهت ارتقای آنها نظارت داشته باشد.
- به منظور دستیابی به اطلاعات همه جانبه و ارزیابی برنامه ها و بهبود کارکرد آنها و استفاده بهینه برنامه ریزان در تشخیص نارساییها، لازم است که فرمهای آماری به طور دقیق تکمیل شده و در اسرع وقت این اطلاعات در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار گیرد. در این راستا ضمن اهمیت سرعت ارائه آمار هرچه درجه درستی و اعتبار داده های آماری بالا باشد همانقدر نیز برنامه ریزیها اصولی تر خواهند بود. بنابراین کاردanan و کارشناسان باید دقت لازم در تکمیل فرمهای آماری را داشته و در امر برنامه ریزی، تنظیم فعالیتهای اجرایی، تدارک و پایش و ارزشیابی به موقع از آنها بهره گیرند و با ارائه به سطوح بالاتر آنان را در این امر یاری کنند.

□ سامانه سیب و سامانه جامع بازرسی بهداشت محیط:

پزشک بر ثبت اطلاعات در سامانه سیب و سامانه جامع بازرسی بهداشت محیط نظارت و آشنایی داشته و فرمهای مربوط به پزشکان را طبق دستورالعمل تکمیل نماید.