



دانشگاه علوم پزشکی
شیراز
وزارت بهداشتی درمانی
شیراز

معاونت بهداشتی

پکیج های آموزشی گروههای کارشناسی جهت آموزش بدو خدمت پزشکان

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

با مشارکت آقای دکتر محمدی (رئیس گروه توسعه شبکه و ارتقا سلامت) و اعضای کمیته آموزش مداوم مرکز بهداشت استان

۱۳۸۸ - ۱۳۸۹

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

۱. خانم منیژه سلیمانی (کارشناس آموزش سلامت)
۲. آقای محمود پرستنده خیال (کارشناس بهداشت مدارس ونوجوانان)
۳. خانم مهندس زهرا قیطانچی (کارشناس بهداشت محیط)
۴. خانم مهندس نرگس رضوی (کارشناس بهداشت حرفه ای)
۵. خانم دکتر فریبا صادقی (کارشناس بهداشت خانواده)
۶. خانم مهری حسین نژاد (کارشناس بهداشت دهان و دندان)
۷. آقای حسن فرهاد غیبی (کارشناس بهبود تغذیه)
۸. آقای دکتر علیرضا حسن زاده (کارشناس امور دارویی)
۹. آقای جواد فرحی شاهگلی (کارشناس آموزش بهورزی)
۱۰. آقای دکتر سید صالح آل مولانا (کارشناس آموزش و بازآموزی)

مقدمه :

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 بارمورد 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 خوراند 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 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 آموزش بدو خدمت شهرستانها با ملحوظ داشتن مطالب دستور عملهای اجرایی قبلی ، نسبت به بکارگیری جزوه حاضر با هماهنگی واحدهای شهرستانها اقدام مقتضی به عمل آورند .

به خاطر اهمیت مسئله ، موارد زیر یاد آوری می گردد .

۱. چون هدف از آموزش بدو خدمت ، دستیابی پزشک به تعدادی از استانداردهای مهارتی (با بایدها) یی است که عدم آگاهی از آنها باعث رکود کارها شده و پزشک در انجام بهینه وظایف محوله دچار مشکل خواهد شد لذا در برگزاری دوره های آموزشی با ملحوظ داشتن مدت زمان لازم ، سعی گردد فقط مطالب بسیار ضروری و اجرایی و در حد شرح وظایف پزشک مطرح گردند .
۲. پیشنهاد می شود در صورت نیاز در مورد نحوه آموزش و دریافت متون آموزشی با گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان هماهنگی گردد.
۳. با ملحوظ داشتن مدت زمان در نظر گرفته شده به تفکیک واحدها در آموزش های ارائه شده به پزشکان بایستی به عناوین و اصول کلی در راستای دست یابی به اهداف بند ۱ تاکید گردد .
۴. در موارد ضروری و در صورت نیاز ، شهرستانها می توانند مطالبی را به عنوان مکمل آموزش های فوق ، ارائه نمایند .
۵. توصیه می شود حتی الامکان ، دوره های آموزش بدو خدمت در مراکز نمونه صورت گیرد .
۶. مسئولیت هماهنگی دوره های آموزشی با کارشناس آموزش کارکنان هر شهرستان و مسئولیت اجرای آنها با مسئولین واحدهای شهرستانی خواهد بود .
۷. تکمیل فرم "بررسی وضعیت آموزش بدو خدمت" فرم شماره ۴ و ۱/۴ برای کلیه آموزش دیدگان ضروری است .

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 در اولین فرصت در سایت آموزش مجازی به آدرس www.ir.cme.com ، با هماهنگی رابط آموزش شهرستان ثبت نام نماید.
۷. پزشک در دوره ها و آزمونهای بسته های آموزشی در سایت فوق شرکت نماید .
۸. پزشک بسته های آموزشی را از پزشک قبلی تحویل گرفته و دستور عملها و گاید لاینهای برنامه های ادغام شده در سیستم را مطالعه نماید.
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 مکانیسم پرداخت را شرح دهد.
۱۶. پزشک باتنظیم 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 آشنا یی 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 باز آموزی 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. اهداف اختصاصی برگزاری سمینارهای ماهانه مربیان و بهورزان به قرار زیر است :

- ۱- افزایش معلومات علمی بهورزان و مربیان
 - ۲- افزایش توانایی بهورزان و مربیان در آموزش
 - ۳- هماهنگی بین مسئولین ستادی مرکز بهداشت شهرستان و مربیان
 - ۴- هماهنگی بین مربی و بهورزان تحت پوشش
 - ۵- جمع آوری آمار ماهیانه خانه های بهداشت
 - ۶- اطلاع رسانی بهورزان و مربیان از بخشنامه های و دستورالعملهای جدید در اجرای سمینار ماهانه به شرح زیر عمل می شود:
- به منظور آگاهی از نیازهای آموزشی مربیان و بهورزان ابتدا آزمون علمی از بهورزان و مربیان گرفته شده ، سپس نظرات گروههای کارشناسی شهرستان ، مربیان و بهورزان خانه های بهداشت اخذ گردیده و بر اساس تحلیل نتایج آزمون علمی و نظرات جمع آوری شده برنامه شش ماهه سمینارهای ماهانه تدوین میگردد.
- به منظور اثر بخشی بیشتر سمینارهای ماهانه لازم است قبلاً تمهیدات لازم جهت تامین امکانات لازم مانند وسایل سمعی و بصری لازم ، فضای فیزیکی مناسب و وسایل پذیرایی شرکت کنندگان اندیشیده شود .
- بر اساس برنامه استانی سمینار ماهانه مربیان در پایان هر ماه بابخشهای زیر در محل مرکز آموزش بهورزی یا مرکز بهداشت شهرستان تشکیل میشود :

- ۱- گزارش فعالیت مربیان : توسط خود مربیان
 - ۲- بحث علمی (۱): توسط گروههای کارشناسی مرکز بهداشت شهرستان یا سخنران معرفی شده از طرف آنها
 - ۳- پرسش و پاسخ از موضوع بحث علمی (۱)
 - ۴- پذیرایی
 - ۵- بحث آزاد(بررسی مشکلات ، خاطرات ، تجربیات و ... مربیان)
 - ۶- بحث علمی (۲) : این بحث توسط یکی از مربیان ارائه میشود . محتوای بحث آزاد است .
 - ۷- پرسش و پاسخ از موضوع بحث علمی (۲)
 - ۸- ارائه دستورالعملها و ...
- سمینار ماهانه بهورزان در شروع هر ماه با بخشهای زیر برگزار میشود:
- ۱- ارائه آمار خانه های بهداشت
 - ۲- بحث علمی (۱): توسط مربی بر اساس مطالب بحث علمی (۱) که مربی در سمینار ماهانه مربیان روزهای قبل از طریق گروههای کارشناسی شهرستان آموزش دیده است ، ارائه می گردد.
 - ۳- پرسش و پاسخ از موضوع بحث علمی (۱)
 - ۴- پذیرایی
 - ۵- بحث آزاد(بررسی مشکلات ، خاطرات ، تجربیات و ... بهورزان)
 - ۶- بحث علمی (۲) : این بحث توسط یکی از بهورزان ارائه میشود . محتوای این بحث آزاد است .
 - ۷- پرسش و پاسخ از موضوع بحث علمی (۲)
 - ۸- ارائه دستورالعملها و ...
- هزینه پذیرایی سمینارهای ماهانه مربیان و بهورزان بر عهده شهرستان مربوطه می باشد که همه ساله از طرف گروه کارشناسان گسترش شبکه ها تامین اعتبار و اعلام میگردد.
- گزارش نهایی بر اساس دستورالعمل استانی تهیه و به مرکز بهداشت استان ارسال میگردد
- استانداردها :

در سمینار ماهانه از شرکت کنندگان پذیرایی خواهد شد .
مربی خانه بهداشت شخصاً مسئول اجرای سمینار ماهانه بهورزان تحت پوشش خود خواهد بود .

برنامه سالانه سمینارها در مرکز بهداشتی درمانی و کلیه خانه های بهداشت موجود خواهد بود .
 بهورزان و مربیان در جلسات سمینارها بطور مرتب حضور خواهد داشت .
 هشت شماره آخر فصلنامه را در خانه بهداشت موجود خواهد بود .

دستورالعمل اجرایی انتخاب بهورزان نمونه استان آذربایجان شرقی (بند ۳)

- ۱ - امتیازات کسب شده توسط بهورزان در فرم پیوستی انعکاس خواهد یافت .
- ۲ - مسئولیت تکمیل فرم با مربی بهورز می باشد .
- ۳ - جهت تکمیل فرم نتایج امتیازات کسب شده توسط بهورزان رعایت موارد زیر الزامی است :
 الف - در ستون ۱ اسامی کلیه بهورزان قید خواهد شد .
 حداکثر امتیاز قابل کسب بهورزان ۱۰۰۰ در نظر گرفته شده است .
 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)
- ب - در ستون ۲ نمرات ارزشیابی علمی بهورزان در سال قبل را بر مبنای در صد محاسبه ، و عدد آن بدون در نظر گرفتن علامت اعشار در ۳ ضرب میشود . برای مثال چنانچه در شهرستانی حداکثر نمره آزمون علمی ۱۰۰ در نظر گرفته شده است و بهورزی نمره ۶۵ اخذ نموده است در این ستون نمره بهورز ۱۹۵ یعنی $(۳ \times ۶۵ = ۱۹۵)$ محاسبه میشود و اگر حداکثر نمره آزمون علمی ۵۰ در نظر گرفته و بهورزی در این آزمون نمره ۲۵ را کسب نموده با محاسبه در صد نمره وی در آزمون ۵۰ و نمره این ستون ۱۵۰ یعنی $(۳ \times ۵۰ = ۱۵۰)$ خواهد شد .
- ج - ستون ۳ شامل دو قسمت میباشد که در قسمت اول آن برای کلیه بهورزانی که در پایش سالانه (ارتقا و پایش عملکرد فرایندها) در سال قبل امتیاز بالاتر از ۸۰٪ کل امتیاز خانه ها را کسب نموده اند امتیاز ۲۰۰ و برای خانه های بهداشتی که امتیاز بالاتر از ۹۰٪ کل امتیاز خانه را کسب نموده اند ۳۵۰ امتیاز منظور می گردد و برای خانه های بهداشتی که کمتر از امتیاز فوق را داشته باشند در این قسمت امتیازی منظور نمیگردد . در قسمت دوم برای بهورزانی که در مقایسه با پایش سال ماقبل آخر به پایش سال قبل پیشرفت داشته اند به ازای هر درصد پیشرفت ۱۰ امتیاز تا حداکثر ۱۵۰ امتیاز منظور میگردد . به عنوان مثال چنانچه بهورزی در سال هشتاد و پنج ۷۵٪ کل امتیاز پایش و در سال هشتاد و شش ۹۰٪ امتیاز را آورده باشد در قسمت اول ستون ۳۵۰ نمره و در قسمت دوم ستون عدد ۱۵ $(۷۵ = ۹۰ - ۷۵)$ ضرب در عدد ۱۰ $(۱۵۰ = ۱۰ \times ۱۵)$ خواهد شد و ۱۵۰ امتیاز برای او منظور خواهد شد . یا چنانچه بهورزی در سال هشتاد و پنج ۶۵٪ کل امتیاز پایش و در سال هشتاد و شش ۷۰٪ امتیاز را آورده باشد در قسمت اول ستون نمره ای به وی تعلق نخواهد گرفت و در قسمت دوم ستون $(۵ = ۶۵ - ۷۰)$ و سپس $(۵۰ = ۵ \times ۱۰)$ امتیاز برای او منظور خواهد شد .
- برای بدست آوردن نتیجه کلی پایش خانه بهداشت کافی است که میانگین نتایج آخرین پایش کلیه فرایندها بر مبنای در صد محاسبه گردد .
- د - در ستون ۴ میزان رضایت مربی از بهورز مربوطه بر مبنای درصد با در نظر گرفتن ضریب دو محاسبه و حداکثر ۲۰۰ امتیاز داده میشود .
- ه - در ستون ۵ کل امتیاز کسب شده توسط بهورز جمع بندی خواهد شد .
- ۴ - پس از تکمیل فرم نتایج امتیازات کسب شده به گروه کارشناسان گسترش شبکه مرکز بهداشت استان معرفی خواهد شد .
 استانداردها :

بهورز و مربی از جریان فرآیند انتخاب بهورزو مربی نمونه اطلاع خواهند داشت .

بهورز و مربی نمونه مطابق برنامه استانی تشویق خواهند شد .

بهورزان و مربیان در آخرین مراسم روز بهورز شرکت خواهند نمود .

نمونه فرم خلاصه امتیازات کسب شده بهورزان

شهرستان

ستون ۵	ستون ۴	ستون ۳		ستون ۲	ستون ۱	ردیف
جمع کل	ارزشیابی مربی	امتیاز ارتقای فرایندها		آزمون علمی	نام و نام خانوادگی	
		ارتقای فرایند	پایش سالانه			

فرایند ارزشیابی مربیان و بهروزان (بند ۴)

متطابق برنامه وزارت متبوعه همه ساله در روز بهروز (۱۲ شهریور) تعدادی از مربیان و بهروزان از مجموعه مربیان و بهروزان زحمتکش استان انتخاب و در طی مراسم ویژه ای مورد تقدیر قرار می گیرند .
به منظور افزایش انگیزه این همکاران عزیز که مجموعه بهداشتی کشور پیشرفتهای چشمگیر خود را مدیون آنان می داند مرکز بهداشت استان علاوه بر افراد مذکور ۱۰٪ مجموع بهروزان و ۲۰٪ مجموع مربیان شهرستان را که مطابق ارزشیابی خاص خود که (ذیلا شرح داده خواهد شد) بیشترین امتیاز را کسب نموده اند مورد تشویق قرار می دهد. این تشویق علاوه بر نامه کتبی شامل تشویق نقدی نیز می شود . مربیان و بهروزان نمونه هر شهرستان در مراسم روز بهروز تشویق خود را از ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان دریافت خواهند کرد .
اعتبار برگزاری روز بهروز و تشویق مربیان و بهروزان نمونه در اول هر سال به شهرستان اعلام می گردد .

فرایند برنامه سالانه خانه های بهداشت (بند ۵)

به منظور انسجام در امر نظارت بر فعالیتهای بهروز 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 کارداناان 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 به شرح زیر و بر اساس پکیج آموزشی مربوطه طی نماید :
۱ - دوره ۶ روزه مربیگری خانه بهداشت : در دو دوره برگزار میشود بدین صورت که یک دوره آموزشی شش روزه در شهرستان مربوطه طی میشود و یک دوره شش روزه تکمیلی مربیگری خانه بهداشت نیز صرفا در شهرستان معین گذرانده میشود (برنامه آموزشی این دو دوره قبلا به شهرستانها ارسال گردیده است) . هدف این دوره ها آشنایی مربیان با فرایندهای موجود در خانه بهداشت و نحوه مدیریت فرایندها در خانه بهداشت می باشد . در این دوره به حد نصاب رسیدن شرکت کنندگان مطرح نمیشود و هر شهرستان می باید نسبت به برنامه ریزی آموزشی خود اقدام نماید . هدف این دوره آشنایی مربی با نحوه کار در روستا و فعالیتهای یک مربی در خانه بهداشت می باشد .
۲ - دوره ارتقای مستمر کیفیت : توسط گروه کارشناسان گسترش شبکه های مرکز بهداشت استان برنامه ریزی و اجرا می گردد لازم است کارشناس شهرستان با اطلاع از تاریخ دوره مربیانی را که دوره فوق را طی نکرده اند جهت طی دوره به مرکز بهداشت استان معرفی نمایند .
۳ - دوره برنامه ریزی تفصیلی : توسط گروه کارشناسان گسترش شبکه های مرکز بهداشت استان برنامه ریزی و اجرا می گردد لازم است کارشناس شهرستان با اطلاع از تاریخ دوره مربیانی را که دوره فوق را طی نکرده اند جهت طی دوره به مرکز بهداشت استان معرفی نمایند . هدف این دوره آشنایی مربیان با نحوه برنامه ریزی ، پایش و اصلاح فرایندهای معیوب در خانه های بهداشت می باشد . 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 بهروز 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 .
استاندارها:

- 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 .
- بهروز با برنامه ریزی سالانه آشنایی خواهد داشت .
- بهروز در برنامه ریزی سالانه با مربی مشارکت خواهد داشت .
- برنامه سالانه نوشته دقیقا اجرا خواهد شد .
- بهروز 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 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 توانمندسازی 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 آموزش الکترونیکی (مجازی) اجرا می گردد که در این آموزش ، تعداد ۱۱ برنامه آموزشی از طریق وزارت متبوعه به عنوان آموزش از راه دور انتخاب شده است. هر پزشک بایستی در اولین فرصت از طریق رابط آموزشی شهرستان نسبت به ثبت نام در این برنامه اقدام نماید. آدرس سامانه مربوطه www.ir.cme.com می باشد که پس از ثبت نام و دریافت Password (گذرواژه) مربوطه از طریق این سامانه و مطالعه متون آموزشی در امتحانات به صورت online شرکت نموده و پس از کسب قبولی، گواهی شرکت در دوره آموزش با امتیاز مربوطه را دریافت نماید.
 - ۳- ثبت عناوین دوره های آموزشی طی شده و تایید آنها در شناسنامه آموزشی پزشکان (که قبلا به شهرستانها ارسال شده است) ضروری می باشد.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.

طرح گسترش و نیروی انسانی

بند شماره ۱۰

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. در مورد مراکز دارای یک پزشک خانواده، انجام حداقل یکبار دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش در هفته کافی است.

• بندهای شماره ۲۰۱۹ و ۲۰۱۸

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 تجهیزات برای مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز را به صورت تکمیل شده 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 .

شرح وظایف پزشک خانواده در ارتباط با خانه های بهداشت

پزشک به عنوان مسئول تیم سلامت :

- ۱- برای خود برنامه ماهانه تنظیم می کند
- ۲- فرایندهای روتین مربی را کنترل می نماید .
- ۳- بر اجرای برنامه سالانه خانه بهداشت نظارت می کند .
- ۴- بر اجرای سمینار ماهانه بهورزان نظارت می کند .
- ۵- بر اجرای صحیح فرایندهای پشتیبان خانه بهداشت نظارت می کند .
- ۶- حضور و غیاب تیم سلامت را کنترل می کند .

راهنمای تکمیل برنامه کار پزشک خانواده (فرم شماره ۱)

- ✓ این فرم توسط تمام پزشکان خانواده که به عنوان مسئول تیم سلامت انجام وظیفه می نماید تکمیل می گردد .
- ✓ این فرم به منظور هماهنگی اعضای تیم سلامت جهت فعالیت در مرکز بهداشتی درمانی و روستاهای تابعه (خانه بهداشت - قمر - سیاری) تنظیم می گردد
- ✓ این توسط هر پزشک خانواده یک بار تنظیم و در صورت لزوم قابل تجدید نظر می باشد .
- ✓ توصیه می شود در تنظیم برنامه ، زمانی برای کارهای پیش بینی نشده روزانه در نظر گرفته شود .
- ✓ جهت تضمین اجرای برنامه ، تکمیل فرم مربوطه با هماهنگی کلیه اعضای تیم سلامت انجام می گیرد
- ✓ یک نسخه از برنامه در مرکز بهداشتی درمانی و یک نسخه در خانه های بهداشت تابعه نگهداری می شود .

✓ آیتمهای جدول عبارتند از :

- محل کار : شامل مرکز بهداشتی درمانی ، خانه بهداشت ، روستای قمر و روستای سیاری مطابق برنامه دهگردشی (با توجه به اینکه در یک روز کاری ممکن است پزشک در محل‌های کار مختلف فعالیت نماید متناسب با تعداد محل فعالیت در این ستون ، ردیف در نظر گرفته شده است)
- مدیریت : شامل موارد پرسنلی ، برنامه ریزی ، پایش و نظارت ، اطلاعات ، تدارکات ، آموزش ، مالی و سازمان دهی می باشد
- ویزیت بیماران متفرقه : اورژانسی ، مراجعین عادی ، ویزیت در منزل ،...
- ویزیت دوره ای : معاینات ادواری مطابق دستور العمل بیمه روستایی
- ویزیت گروه های هدف : کارگران ، مدارس ، سالمندان ، ...
- ویزیت مراقبتهای مجدد : کلیه بیماران دارای پرونده پیگیری مانند دیابت ، فشار خون ، بیماران روانی و ...
- ویزیت بیماران از طریق ارجاع مستقیم بهورز مانند مانا ، بیمانی که توسط بهورز قابل درمان نیستند و ...
- بازدید از محیط : شامل محیط روستا ، اماکن ، منازل و مدارس
- آموزش مردم : به صورت گروهی و کلاسی
- جلسات هماهنگی : جلسات درون و برون بخشی که به منظور حل مشکلات سلامت منطقه توسط پزشک انجام می شود

چک لیست مدیریت خانه بهداشت (فرم شماره ۲)

مرکز بهداشتی درمانی نام مربی نام خانه بهداشت فصل سال

ردیف	عملکرد	بلی	خیر	مورد ندارد	نحوه بررسی	امتیاز	
						مورد انتظار	کسب شده
فرایند روتین مربی							
۱	آیا مربی خانه بهداشت در سه ماهه اخیر حداقل ۹ بار از خانه بهداشت بازدید نموده است؟				۳	۹	
۲	آیا مربی خانه بهداشت در هر بازدید دفتر بازدید را کاملا صحیح تکمیل نموده است؟				۳	۹	
۳	آیا مربی خانه بهداشت در هر بازدید نحوه انجام تکالیف مربی و بهورز در بازدید قبلی را کنترل نموده است؟				۳	۹	
۴	آیا مربی خانه بهداشت در هر بازدید حداقل ۲/۵ ساعت در خانه بهداشت تنها کار نموده است؟				۳	۹	
۵	آیا کارشناسان ستاد فقط در معیت مربی از خانه بهداشت بازدید می کنند؟				۳	۴	
۶	آیا کارشناسان ستاد فقط بر اساس چک لیست مربوطه از خانه بهداشت بازدید می کنند؟				۳	۴	
۷	آیا مربی حضور و غیاب بهورز را کنترل نموده است؟				۳	۹	
۸	آیا غیبت غیر موجه بهورز را به مرکز بهداشتی درمانی گزارش داده است؟				۳	۴	
برنامه سالانه خانه بهداشت							
۱	آیا مربی برنامه سالانه خانه بهداشت را نوشته است؟				۳	۴	
۲	آیا مربی تا روز بازدید برنامه پایش سالانه خود را دقیقاً اجرا نموده است؟				۳	۴	
۳	آیا مربی تا روز بازدید برنامه ارتقا سالانه خود را دقیقاً اجرا نموده است؟				۳	۴	
۴	آیا مربی خانه بهداشت در ۳ ماهه اخیر حداقل سه بار فرایندهای پشتیبان خانه بهداشت را کنترل کرده است؟				۳	۹	
۵	آیا مربی از نواقص فرایندهای پشتیبان به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه پس خوراند داده است؟ (در صورت نبود مشکل در فرایند پشتیبان امتیاز داده شود)				۲	۴	
سمینار ماهانه بهورزان							
۱	آیا مربی خانه بهداشت همه ماهه سمینار ماهانه بهورزان را در مرکز بهداشتی درمانی خود اجرا نموده است؟				۲	۹	
۲	آیا مربی از اجرای برنامه سمینار ماهانه بهورزان صورت جلسه تهیه نموده است؟				۲	۹	
جمع نمره						۱۰۰	

نام و نام خانوادگی پزشک مسئول تیم سلامت تاریخ تکمیل چک لیست امضا

راهنمای تکمیل چک لیست مدیریت خانه بهداشت (فرم شماره ۲)

خواهشمند است قبل از تکمیل چک لیست به نکات ذیل توجه فرمایید :

- این چک لیست هر ۳ ماه یک بار توسط پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی از مربیان خانه های بهداشت تحت پوشش با مراجعه مستقیم به تمام خانه های بهداشت تکمیل خواهد شد و نتایج آن در دفتر بازدید خانه بهداشت ثبت خواهد شد. (اصل چک لیست جهت پیگیریهای بعدی در مرکز بهداشتی درمانی مربوطه بایگانی خواهد شد)
- قبل از تکمیل چک لیست گذراندن دوره آموزشی بدو خدمت برای پزشکان الزامی است .
- فرایند روتین مربی با مراجعه به دفتر بازدید خانه بهداشت تکمیل خواهد شد .
- فرایند برنامه سالانه خانه بهداشت با مراجعه به پرونده برنامه سالانه خانه بهداشت تکمیل خواهد شد .
- فرایند سمینار ماهانه بهروزان با مراجعه به صورت جلسه مربوطه تکمیل خواهد شد (این صورت جلسه در مرکز بهداشتی درمانی توسط مربی خانه بهداشت بایگانی شده و یک نسخه آن به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد . بنابراین لازم است قبل از عزیمت به خانه بهداشت از مربی مربوطه این صورت جلسه درخواست گردد)

فرایندهای روتین مربی

- ۱- با مراجعه به دفتر بازدید خانه بهداشت به ازای هر بازدید مربی در سه ماه یک امتیاز داده شود (جمع ۹ امتیاز)
 - ۲- در صورتی که تمام قسمتهای مختلف دفتر در هر بازدید انجام شده توسط مربی تکمیل شده باشد یک امتیاز داده شود . (جمع ۹ امتیاز)
 - ۳- مربی خانه بهداشت در هر بازدید برای مراجعه بعدی خود تکالیف مربی و بهروز را تا بازدید بعد در قسمت مربوطه دفتر بازدید ثبت می کند و در مراجعه بعدی نحوه انجام این تکالیف را بررسی و در قسمت مربوطه ثبت می نماید چنانچه در هر بازدید گزارش نحوه انجام تکالیف ثبت شده باشد یک امتیاز داده شود . (جمع ۹ امتیاز)
 - ۴- از روی ساعت ورود و خروج مربی در بازدیدها چنانچه در هر بازدید حداقل مربی ۲/۵ ساعت در خانه بهداشت بوده است امتیاز داده شود . (جمع ۹ امتیاز)
 - ۵- با مراجعه به دفتر بازدید خانه بهداشت چنانچه در ۳ ماهه اخیر کارشناسان از خانه بهداشت ستادی در معیت مربی از خانه بهداشت بازدید کرده باشند امتیاز داده شود (در مواردی که کارشناسان ستادی از خانه بهداشت بازدید نداشته یا بازدید انفرادی آنان توسط مربی به مرکز بهداشتی درمانی تابعه گزارش شده باشد نیز امتیاز داده شود)
 - ۶- با مراجعه به دفتر بازدید چنانچه کارشناسان ستاد فقط بر اساس چک لیست مربوطه از خانه بهداشت بازدید می کنند امتیاز داده شود (در صورتی که جواب خیر باشد و موضوع به مرکز بهداشتی درمانی تابعه گزارش شده باشد امتیاز داده می شود)
 - ۷- با کنترل دفتر بازدید خانه بهداشت در ۳ ماهه اخیر در صورتی که قسمت حضور و غیاب بهروز در هر بازدید تکمیل شده باشد یک امتیاز داده شود (جمع ۹ امتیاز)
 - ۸- با مراجعه به دفتر بازدید خانه بهداشت در صورتی که غیبت غیر موجه بهروز به مرکز بهداشتی درمانی گزارش شده باشد امتیاز داده شود (در صورتی که بهروز غیبت غیر موجه نداشته باشد امتیاز داده شود)
- برنامه سالانه خانه بهداشت (با مراجعه به پرونده برنامه سالانه خانه بهداشت عملکرد مربی در ۳ ماهه اخیر کنترل می گردد)
- ۱- در صورت وجود برنامه امتیاز داده شود .
 - ۲- اگر مربی خانه بهداشت تا روز بازدید تمام فرایندهای نوشته شده را پایش نموده باشد امتیاز داده شود .
 - ۳- اگر مربی تا روز بازدید برنامه ارتقا سالانه خود را اجرا نموده و گزارش آن را در دفتر بازدید نوشته باشد امتیاز داده شود .
 - ۴- برای هر مورد پایش فرایند پشتیبان ۳ امتیاز داده شود (جمع ۹ امتیاز)
 - ۵- در صورت گزارش نقص فرایند پشتیبان امتیاز داده شود (در صورتی که فرایند پشتیبان فاقد نقص باشد نیز امتیاز داده شود)

سمینار ماهانه بهروزان

- ۱- با مراجعه به صورت جلسه برگزاری سمینار ماهانه برای هر جلسه سه امتیاز داده شود و در صورت نبود صورت جلسه امتیاز داده نمی شود. (جمع ۹ امتیاز)
- ۲- در صورت مطابقت صورت جلسه با دستورالعمل استانی برای هر جلسه سه امتیاز داده شود . (جمع ۹ امتیاز)

چنانچه سؤال در چک لیست در زمان بررسی مورد نداشته باشد امتیاز آن از سرجمع کل امتیازات کسر و در جمع بندی چک لیست مورد نظر قرار می گیرد .

چک لیست پایش پزشک خانواده در مورد مدیریت خانه بهداشت (فرم شماره ۳)

محل تکمیل فرم (خانه بهداشت) نام پزشک مرکز بهداشتی درمانی تاریخ تکمیل

ردیف	عملکرد	بلی	خیر	مورد ندارد	نحوه بررسی	امتیاز		
						مورد انتظار	کسب شده	
۱	آیا برنامه ماهانه مسئول تیم سلامت در خانه بهداشت موجود است؟				۳	۱۰		
۲	آیا مسئول تیم سلامت مطابق برنامه ماهانه خود در خانه بهداشت فعالیت نموده است؟				۳	۱۲		
۳	آیا مسئول تیم سلامت چک لیست ۳ ماهه فرایندهای مدیریت خانه بهداشت را به طور صحیح تکمیل نموده است؟				۳	۱۵		
۴	آیا مسئول تیم سلامت در هر بازدید نحوه انجام تکالیف خود و مربی در بازدید قبلی را کنترل نموده است؟				۳	۵		
۵	آیا مسئول تیم سلامت نواقص و مشکلات فرایندهای مدیریتی یا پشتیبانی را که لازم به گزارش به مرکز بهداشت شهرستان بوده به موقع گزارش نموده است؟				۳	۴		
۶	آیا مسئول تیم سلامت غیبت غیر موجه گزارش شده بهورز را به مرکز بهداشت شهرستان گزارش داده است؟ (در صورت نبود مورد امتیاز داده شود)				۳	۴		
	جمع نمره					۵۰		

نام و نام خانوادگی مسئول گسترش شهرستان تاریخ تکمیل چک لیست امضا

راهنمای تکمیل چک لیست پایش پزشک خانواده در مورد مدیریت خانه بهداشت (فرم شماره ۳)

خواهشمند است قبل از تکمیل چک لیست به نکات ذیل توجه فرمایید :

- این چک لیست هر ۳ ماه یک بار توسط مسئول پزشک خانواده مرکز بهداشت شهرستان از مسئولان تیم سلامت با مراجعه مستقیم به یکی از خانه های بهداشت تحت پوشش پزشک مربوطه به طور راندوم تکمیل خواهد شد.
- چک لیست با مراجعه به دفتر بازدید خانه بهداشت تکمیل خواهد شد .
- به منظور آموزش مسئول تیم سلامت توصیه می گردد به صورت راندوم تعدادی از فرایندهای پایش شده توسط پزشک مرکز مجددا توسط کارشناس مسئول پزشک خانواده پایش گردد بدیهی است در مقطع کنونی نتیجه پایش در امتیاز تعلق یافته به پزشک و مربی تاثیر نخواهد گذاشت

۱- در صورت موجود بودن برنامه در خانه بهداشت (فرم شماره ۱) امتیاز داده شود .

۲- با مراجعه به دفتر پزشک خانواده ، دفتر بازدید خانه بهداشت و بررسی سایر مدارک مربوطه (پرونده بیماران مربوطه و فرم آموزش بهداشت و ...) در ماه آخر پایش (۴ هفته قبل) برای هر بار انجام دقیق برنامه روزانه ۳ امتیاز داده شود (جمع ۱۲ امتیاز)

۳- در صورتی که در زمان پایش پزشک مسئول تیم سلامت چک لیست مدیریت خانه بهداشت (فرم شماره ۲) فصل مربوطه را تکمیل نموده باشد به ازای هر مورد صحیح تکمیل چک لیست ۱ امتیاز داده شود. (جمع ۱۵ امتیاز)

۴- پزشک مرکز در هر بازدید ۳ ماهه برای مراجعه بعدی تکالیف خود و مربی را تا بازدید بعد در قسمت مربوطه دفتر بازدید ثبت می کند و در مراجعه بعدی نحوه انجام این تکالیف را بررسی و در قسمت مربوطه ثبت می نماید . در صورت ثبت موارد امتیاز داده شود .

۵- با مراجعه به دفتر بازدید خانه بهداشت چنانچه در مشکلات فرایند پشتیبان یا مدیریت خانه بهداشت به ستاد مرکز بهداشت شهرستان مربوط بوده و گزارش آن به طور مستدل توسط پزشک به مرکز بهداشت شهرستان فرستاده شده است امتیاز داده شود (در مواردی که فرایند پشتیبان یا مدیریتی خانه بهداشت مشکلی در ارتباط با ستاد مرکز بهداشت شهرستان نداشته باشد نیز امتیاز داده شود)

۶- با مراجعه به دفتر بازدید خانه بهداشت در صورتی که غیبت غیر موجه بهورز به مرکز بهداشت شهرستان گزارش شده باشد امتیاز داده شود (در صورتی که بهورز غیبت غیر موجه نداشته باشد امتیاز داده شود)

بهداشت دهان و دندان

عناوین آموزشی

برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزی
برنامه سلامت دهان و دندان در کودکان مهدهای کودک
برنامه سلامت دهان و دندان مادران باردار و شیرده
برنامه های مدیریتی (آشنایی با شرح وظایف بهداشت خانواده و بهورزان در ارتباط با بهداشت دهان و دندان 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 برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان را توضیح بدهد.
۳- پزشک برنامه سلامت دهان و دندان کودکان مهدهای کودک 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 اجزا PHC و به تبع آن برنامه های گروه بهداشت دهان و دندان در سیستم سلامت کشور فرایندهای این گروه به شرح زیر می باشد:

۱- برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان: مهمترین هدف برنامه دانش آموزان کاهش پوسیدگی می باشد. یکی از استراتژیهای کاربردی آسان برای دستیابی به آن، استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید ۰/۲ درصد به صورت هفتگی توسط دانش آموزان است. دهانشویه توسط وزارت متبوعه تهیه به شهرستانها ارسال می گردد و توسط واحد بهداشت دهان و دندان و با هماهنگی آموزش و پرورش در اختیار مدارس ابتدایی قرار می گیرد. نحوه استفاده از آن توسط دندانپزشک به مربیان مدارس آموزش داده می شود. نظارت بر اجرای صحیح برنامه در مدارس تحت پوشش مراکز به عهده دندانپزشک یا بهداشتکار و در روستاها به عهده بهورز می باشد. پزشکان بر حسن انجام کار توسط دندانپزشکان و یا بهورزان نظارت می نمایند.

۲- برنامه سلامت دهان و دندان کودکان مهدهای کودک: با توجه به نتایج بدست آمده، در کودکان ۶ - ۳ سال شیوع پوسیدگی دندان بالا می باشد که به نظر می رسد آموزش نقش حیاتی در رفع این مشکل سلامتی را ایفا می کند. آموزش بهداشت دهان و دندان به مربیان و مدیران مهدهای کودک به عهده دندانپزشک یا بهداشتکار و در روستاها به عهده بهورزان می باشد. پزشکان بر حسن انجام کار توسط دندانپزشکان و یا بهورزان نظارت می نمایند. در مرحله دوم پزشک از نظر وضعیت دهان و دندان با توجه به برنامه مراقبت کودک سالم، موارد زیر را باید مورد بررسی قرار دهد:

- آیا کودک به تنهایی یا به کمک والدین مسواک می زند؟

- 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.

- در معاینه بالینی مادران باردار در اولین مراقبت یعنی ۲۰ هفته اول و مراقبت بعدی ۲۰ هفته دوم، معاینه دهان و دندان انجام (از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی) و در صورت لزوم مشاوره و ارجاع به دندانپزشک یا بهداشتکار صورت می پذیرد.

- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان مادران شیرده در مراقبت سوم پس از زایمان (از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی) و در صورت لزوم مشاوره و ارجاع به دندانپزشک یا بهداشتکار صورت می پذیرد.

۴- پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد با وظایف واحد بهداشت خانواده و بهورزان 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 ۲ نوبت (نوبت اول در هفته ۶ تا ۱۰، نوبت دوم هفته ۱۶ تا ۲۰) توسط ماما و بهورز انجام می شود (آموزش و مشاوره در هر مراجعه مادر براساس بولکت مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران واحد بهداشت خانواده).

- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان مادران شیرده در روزهای ۴۲ تا ۶۰ توسط ماما 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 کادر بهداشت خانواده و بهورز انجام می شود (ارزیابی و طبقه بندی براساس بولکت چارت مراقبت کودک سالم واحد بهداشت خانواده).

- ۵- پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد بر اجرای برنامه های آموزش بهداشت دهان و دندان در پایگاههای بهداشتی، خانه های بهداشت، مدارس، مهدکودکها نظارت کامل داشته باشد.
- ۶- پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه باید بین دندانپزشکان، بهداشتکاران دهان و دندان ، 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.
- 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.

امور دارویی

عناوین آموزشی

۱. نظارت بر ارائه خدمات دارویی در مراکز 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
- ۲ - متوسط قلم دارو برای هر نسخه را (۲/۵ 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 - برای درخواست دارو با دارو یار مرکز هماهنگی کامل داشته باشد
- ۷ - بر نسخه پیچی دارو یار نظارت فنی داشته باشد .
- ۸ - هرگونه پیشنهاد در مورد لیست دارویی برنامه پزشک خانواده راکتبا به کمیته دارویی مرکز بهداشت استان ارسال نماید
- ۹ - در پذیرش بیمار سه برگ دفتر چه (برگ پزشک ، برگ داروخانه و برگ بیمار) مهور به مهر مرکز بهداشتی درمانی گردد برای کنترل نسخ دارویی و شناسایی مرکز مربوطه الزامی می باشد
- ۱۰ - 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
- ۱۱ - برای تجویز دارو از مهر دارای کد پزشک خانواده استفاده گردد. مهر مربوطه توسط شبکه تهیه و در اختیار پزشک قرار می گیرد
- ۱۲ - سقف میانگین ۲/۵ قلم دارو برای هر نسخه دارویی رعایت گردد. براساس دستورالعمل وزارت بهداشت میانگین اقلام تجویزی برای هر نسخه ۲/۵ قلم بوده و بیشتر از این تعداد مشمول کسر امتیاز ارزشیابی خواهد شد
- ۱۳ - دستورات دارویی نسخ بیماران به طور کامل و خوانا درج گردد
- ۱۴ - از تجویز بیش از نیاز دو ماهه دارو در نسخ خود داری نماید
- ۱۵ - لیست دارو های روانی در تجویز نسخ بیماران روانی رعایت گردد
- ۱۶ - 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
- ۱۷ - 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
- ۱۸ - 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
- ۱۹ - رعایت لیست داروهای کارشناسان مامایی در تجویز نسخ توسط کارشناسان مامایی الزامی می باشد
- ۲۰ - کارشناسان مامایی طرف قرارداد در تجویز نسخ از مهر شبکه بهداشت و درمان استفاده نمایند
- ۲۱ - حداکثر مبلغ نسخ پزشکان خانواده ۱۱۰۰۰۰ ریال معادل یازده هزار تومان و برای کارشناسان مامایی ۳۵۰۰۰ ریال می باشد بالاتر از این مبلغ باید مورد تایید شبکه قرار گیرد.
- ۲۲ - پزشکان در سیاری های دوره ای خود باید دارو های مورد نیاز خود را به همراه داشته باشند. ارائه 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 بر عهده 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

سلامت خانواده و جمعیت

عناوین آموزشی برنامه سلامت سالمندان :

- برنامه مراقبتهای ادغام یافته سالمند
- 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

▪ مراقبت های ادغام یافته سالمند :

- ۱ - پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را نام ببرد.
- ۲ - پزشک بتواند سالمندان ۶۰ و ۶۵ ساله ارجاع شده از سطح غیر پزشک را بر اساس راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته سالمند ویژه پزشک مراقبت و کنترل نماید.
- ۳ - پزشک بتواند فرم پسخوراند مربوط به سالمندان ۶۰ و ۶۵ ساله . ارجاع شده از سطح غیر پزشک را پس از انجام مراقبت بصورت کامل و صحیح تکمیل نماید .
- ۴ - پزشک بتواند سالمندان ۶۰ و ۶۵ ساله را بر اساس راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته سالمند ویژه پزشک ارجاع نماید .
- ۵ - پزشک بتواند بر اساس دستورالعمل فرم آماری مربوط به سالمندان ۶۰ و ۶۵ 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 استانداردهای آموزشی (توجه به آموزش و چرخه برنامه ریزی آموزشی ، روش و فنون تدریس و نحوه آموزش به سالمند ، پایش و ارزشیابی و طراحی مداخلات بر اساس نتایج) به سالمند آموزش دهد.
- ۳ - پزشک بتواند بدرستی 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:

▪ برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمند:

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 ارایه 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 و ۶۵ ساله می باشد و بمنظور اجرای برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمند از عوامل خطر و نشانه های بالینی ساده ادغام یافته 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:

بیماریهای قلبی عروقی (شامل اختلالات فشار خون و احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی) ، اختلالات تغذیه ای (شامل لاغری و چاقی) ، دیابت ، اختلالات بینایی و شنوایی ، اختلالات روانی (شامل افسردگی و اختلال خواب) ، استئوپروز ، بی اختیاری ادراری ، دمانس ، سقوط و عدم تعادل ، سل ریوی و ایمن سازی می باشند .

در این راستا زمانی که سالمند ۶۰ و ۶۵ 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 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 مستغل می باشد. گروه هدف برنامه در حال حاضر در وهله اول سالمندان ۶۰ و ۶۵ ساله و سپس سایر سالمندان ۶۰ الی ۶۹ سال می باشد. نظر براینکه 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.

پس از پایان کلاس، سالمندانی که به تمامی (۱۰۰٪) سوالات پس آزمون پاسخ صحیح داده اند آموزش دیده محسوب می شوند. سالمند آموزش دیده ای است که پس از دو ماه از پایان کلاس فرم بررسی اطلاعات ماندگار برای وی تکمیل شده و به تمامی (۱۰۰٪) سوالات پاسخ صحیح داده است. سالمندانی که بین ۵۰ تا ۱۰۰٪ سوالات را پاسخ صحیح داده اند، در صورتی که مربی تشخیص دهد که پاسخ های نادرست سهوی بوده است و ناشی از عدم آگاهی آنان نیست و با یک توضیح و پرسش و پاسخ کوتاه، سالمندان به پاسخ صحیح می رسند، در رده سالمندان با اطلاعات ماندگار قرار می گیرند. سالمند آموزش دیده و دارای اطلاعات ماندگاری است که پس از چهار ماه از بررسی اطلاعات ماندگار وی، پرسشنامه مربوط به رفتارهای پایدار برای وی تکمیل شده است و به تمامی (۱۰۰٪) سوالات پاسخ بلی داده است. سالمندانی که بین ۵۰ تا ۱۰۰٪ سوالات را پاسخ بلی داده اند، در صورتی که مربی تشخیص دهد که پاسخ های نادرست آنان به دلایل سهوی بوده است و ناشی از عدم آگاهی نیست و با یک توضیح و پرسش و پاسخ کوتاه، سالمندان یاد شده به پاسخ بلی می رسند، در لیست سالمندان با رفتار نسبتاً پایدار قرار می گیرند.

▪ 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 مراقبت ادغام یافته سالمند 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 بوکلت مراقبتهای ادغام یافته 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 سلامت زنان :

- برنامه اسکرینینگ کانسر پستان
- برنامه اسکرینینگ کانسر سرویکس
- 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

- ۱ - پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را نام ببرد.
- ۲ - پزشک بتواند اقدامات مورد نیاز بر اساس بخشنامه های برنامه زنان (روشهای اسکرینینگ کانسر پستان و سرویکس ، ریسک فاکتورها و نحوه برخورد اقدامات) را توضیح بدهد.
- ۳ - پزشک بتواند زنان ۲۰ تا ۶۵ ساله ارجاع شده از سطح غیر پزشک را بر اساس بخشنامه های موجود برای اسکرینینگ کانسر پستان و رحم اقدام نماید.
- ۴ - پزشک بتواند در کلاس های آموزشی زنان ، مطالب آموزشی را بر اساس استانداردهای آموزشی به زنان 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 زنان در برنامه های گروه سلامت خانواده فرایندهای این برنامه به شرح زیر می باشد:

- برنامه زنان گروه سنی ۲۰-۶۵ سال را در برمیگیرد .
برنامه برنامه زنان شامل برنامه های پیشگیری از سرطان پستان و سرطان دهانه رحم می باشد .
آخرین سیاست وزارت متبوع در خصوص کانسر پستان شناسایی اولیه با هدف کاهش مرگ و میر و بهبود کیفیت زندگی زنان و در راستای آن توجه به اصل آموزش جهت افزایش آگاهی و اطلاعات گروه های مختلف مد نظر می باشد. که گروه های نیازمند آموزش شامل :
- مسئولین ذیربط و عموم مردم با هدف حساس سازی و تغییر باورهای فرهنگی پیش زمینه
 - آموزش زنان گروه هدف(۲۰-۶۵ ساله)
 - آموزش مردان
 - آموزش دختران دبیرستانی و دانشجویان ، زوجین در آستانه ازدواج
 - پزشک عمومی ، ماما (آموزش صحیح و دقیق CBE ، آموزش عمومی ، آموزش BSE جهت توانمند سازی زنان ، حساس سازی و فالوآپ مراجعین) و بهورز و کاردان (شناسایی گروه هدف ، فراخوان و حساس سازی)
- CBE، همچنین وظایف پزشک در غربالگری کانسر پستان شامل آموزش ، درخواست انجام تصویر برداری و ارجاع به جراح در صورت لزوم می باشد.
- هدف از انجام پاپ اسمیر شناسایی سلولهای غیر طبیعی که نشانگر وجود بدخیمی های سرویکس می باشد در این خصوص نیز به اصل آموزش و انجام غربالگری کانسر سرویکس تاکید می گردد.

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 سلامت زنان آشنا گردد که در این زمینه بایستی در موارد زیر اقدامات ارائه دهندگان خدمت را پایش نماید:

مراقبت زنان گروه هدف براساس بخشنامه های زنان واحد بهداشت خانواده.

آموزش زنان گروه هدف براساس بخشنامه های زنان واحد بهداشت خانواده.

۲. پزشک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مسوول سلامتی منطقه وظیفه دارد بر چگونگی آموزش زنان 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 (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 تنظیم خانواده:

عناوین آموزشی:

۱. بیان اهمیت برنامه تنظیم خانواده
۲. کتاب دستورالعمل روشهای پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی را معرفی نماید و نحوه مصرف، عوارض و مزیتها و فراموشی تمام روشها را با توجه به وقت متذکر شود و در اختیار پزشک خانواده جهت مطالعه قرار دهد .
۳. توضیح چک لیست پایش عملکرد پزشک تیم سلامت در خصوص تنظیم خانواده
۴. آخرین وضعیت کشوری - استانی و شهرستان از لحاظ تنظیم خانواده
۵. برنامه های مدیریتی (آشنائی با شرح وظایف بهداشت خانواده و بهورزان در خصوص تنظیم خانواده و نظارت بر حسن اجرای برنامه و نظارت بر ارسال صحیح و به موقع آمار ، درخواست ارقام تنظیم خانواده دو یا اطلاعات درخواستی)

اهداف رفتاری :

- ۱ - پزشک بتواند جمعیت گروه هدف را نام ببرد .
- ۲ - پزشک بتواند موارد منع مطلق و نسبی استفاده از هرکدام 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 نحوه تکمیل فرم تنظیم خانواده را بیان نماید .

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 اقدامات لازم شامل درمان ،آموزش و ارائه پسخوراندرا بداند و بتواند انجام دهد.
- ۶ - پزشک از وضعیت شاخص های برنامه زایمان ایمن ، در منطقه تحت پوشش خود اطلاع داشته باشد .
- ۷ - پزشک با توجه به وضعیت شاخص ها ، مهمترین مشکل برنامه زایمان ایمن در منطقه تحت پوشش را شناسایی نماید .
- ۸ - پزشک از راهکارهای کاهش زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده اطلاع داشته باشد .
- ۹ - پزشک از راهکار های ترویج زایمان طبیعی ، اطلاع داشته باشد .
- ۱۰ -پزشک مرگ مادری را تعریف نماید.
- ۱۱ -گردش کار بررسی مرگ مادر و طراحی مداخله را بیان نماید.
- ۱۲ -از آخرین وضعیت کشوری - استانی و منطقه ای شاخص میزان مرگ ومیر مادران باردار اطلاع داشته باشد.
- ۱۳ -عوامل خارج بیمارستانی موثر در مرگ مادری را بیان نماید.

برنامه کودکان:

عناوین آموزشی:

- ۱-برنامه مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم ،مانا و برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر 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 برای کودکان ارجاع شده با مشکل تکاملی فرمهای ASQ را تکمیل نماید و محل ارجاع را بداند .
۶. پزشک موارد مربوط به برنامه های مدیریتی و چک لیست عملکرد را توضیح بدهد.
۷. در صورت عضویت در هسته های آموزشی شهرستان در آموزش زیر مجموعه ها همکاری نماید .
۸. در موارد مرگهای خارج بیمارستانی کودکان ۵۹-۱ ماهه پزشک بتواند فرم مربوطه را تکمیل و در پرسشگری همکاری نماید .

سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

عناوین آموزشی :

- ۱- ارتقای سلامت مدارس و دانش آموزان :
- مراقبت از سلامت دانش آموزان ، ارتقای (سلامت غذا و تغذیه ، محیط و ایمنی مدارس ، سلامت روانی ، آموزش سلامت و مشارکت جامع در ارتقای سلامت مدارس) توانمند سازی اولیای دانش آموزان و مدارس ، پیشگیری از سوانح و حوادث در مدارس و دانش آموزان
- ۲- ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان (مراقبت از سلامت دانشگاهها و دانشجویان ، پادگانها و سربازان و ارتقای آموزش سلامت)
- ۳- پیشگیری از سوء مصرف و وابستگی مواد

اهداف رفتاری

- ۱- پزشک چک لیست مربوط به گروه بهداشت مدارس را به طور کامل و دقیق مطالعه نماید.
- ۲- پزشک جهت اجرای بهتر فرایندهای بهداشت 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 بهداشت مدارس را بداند.
- ۶- پزشک نحوه تکمیل پرونده بهداشتی مدرسه را بداند.
- ۷- پزشک نحوه بیماریابی دانش آموزان و تکمیل شناسنامه سلامت دانش آموزان را طبق دستورالعمل توضیح دهد.
- ۸- پزشک دانش آموزان داری اختلال را ارجاع داده و تا حصول نتیجه آنها را پیگیری نماید.
- ۹- پزشک مطابق دستورالعمل ، نسبت به نیاز سنجی آموزشی گروه هدف اقدام و بر اساس اولویت های استخراجی ف نسبت به تدوین برنامه آموزشی برای گروه هدف اقدام نماید.
- ۱۰- پزشک بتواند در کلاس های آموزشی ، مطالب آموزشی را بر اساس استانداردهای آموزشی به گروه هدف آموزش دهد
- ۱۱- پزشک سیاستهای کلان کشوری و استانی را در مورد پیشگیری از سوء مصرف مواد بداند
- ۱۲- پزشک نسبت به تحلیل وضعیت اعتیاد منطقه خود مطابق فرم های مربوطه اقدام و بر اساس وضعیت موجود گروههای هدف را شناسائی و برای آنها برنامه های آموزشی در راستای برنامه های آموزشی استان و شهرستان مطابق پکیج های موجود داشته باشد.
- ۱۳- پزشک چک لیست پایش مربوط به برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد را مطالعه نماید.
- ۱۴- پزشک در کارگاههای پیشگیری از سوء مصرف مواد خانواده محور (مهارتهای زندگی) استانی و شهرستانی شرکت نماید.
- ۱۵- پزشک بر ثبت آموزشهای انجام یافته در منطقه خود در خصوص پیشگیری از سوء مصرف مواد نظارت داشته باشد.
- ۱۶- پزشک به پرسنل منطقه تحت پوشش خود آموزشهای لازم را در مورد پیشگیری از سوء مصرف مواد ارائه نماید.
- 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 بهداشت مدارس توسط پرسنل تحت پوشش نظارت داشته باشد
- ۱۸- پزشک با فرمهای آماری بهداشت مدارس و نحوه تکمیل آنها آشنا بوده و شاخص های مهم سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس را توضیح دهد
- ۱۹- پزشک از آخرین وضعیت کشوری - استانی و منطقه ای شاخص های سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس اطلاع داشته باشد
- ۲۰- در صورت عضویت در هسته های آموزشی شهرستان در آموزش زیر مجموعه ها همکاری نماید .

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

کودکان، نوجوانان و جوانان سرمایه های اصلی هرکشور 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 ، شناسائی 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 ۲۴- ۶ 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 را هم 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 می‌آید که بایستی در کنار توجه به سایر کودکان و نوجوانان غیر شاغل در تدوین برنامه‌های توسعه بهداشتی و درمانی موردعنايت و توجه ویژه‌ای قرار گیرد. به همین جهت و در کنار تمام فعالیتها، 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 در برنامه‌های 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 فعالیتهای بهداشت مدارس و برنامه‌های بهداشتی و درمانی ویژه سنین دانش‌آموزی در قالب نظام ارائه خدمات مراقبتهای بهداشتی و درمانی (PHC) بهداشت مدارس توسط مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی و خانه‌های بهداشت اجرا و پیگیری گردید که تاکنون اثرات بسیار مثبتی در روند دستیابی به اهداف سلامت و شاخص‌های بهداشتی در سنین ۱۴-۱۸ و ۱۴-۱۶ داشته است. براین اساس گروه کارشناسان بهداشت مدارس و جوانان مرکز بهداشت استان با تشکیل کمیته‌ای متشکل از نمایندگان شهرستانها و جلب مشارکت و همکاری فعال گروههای کارشناسی بهداشت استان و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه و نمایندگان محترم آموزش و پرورش استان اقدام به تهیه و تدوین مجموعه راهنمای فعالیتهای بهداشت مدارس و جوانان برای سطوح ورده‌های مختلف شبکه‌های بهداشتی درمانی و تعریف دقیق، حدود وظایف و مسئولیتهای هر یک از این سطوح و تعیین استاندارد خدمات مورد انتظار از همکاران زیر مجموعه خود نموده است.

تعریف بهداشت مدارس و جوانان:

بهداشت مدارس و جوانان مجموعه فعالیتهایی را شامل می‌شود که بصورت مستمر و پیوسته در سنین ۲۵ - ۶ سال برای کودکان، نوجوانان و جوانان اعم از دانش آموز و غیر دانش آموز (در مدارس، مراکز فرهنگی، مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت) بعمل می‌آید و 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 محیط‌های زندگی، تحصیل، فعالیت و تفریح آنها پیگیری اقدام می‌شود.

هدف غایی بهداشت مدارس و جوانان:

تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جسمانی، روانی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی جمعیت سنی ۲۵-۶

اهداف کلی:

- ۱- ویزیت و معاینات جمعیت ۲۵-۶ سال آماده ورود به مقاطع ابتدایی، راهنمایی و متوسطه و دانشگاهها
- ۲- معاینات عمومی و غربالگری کودکان و نوجوانان سنین ۲۵-۶ سال
- ۳- ارجاع و پیگیری جمعیت ۲۵-۶ سال دارای اختلال شناسائی شده از مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت
- ۴- درمان سربایی و تخصصی کودکان و نوجوانان دارای اختلال شناسائی شده در معاینات
- ۵- بالا بردن سطح آگاهی والدین در خصوص مراقبتهای بهداشتی درمانی کودکان و نوجوانان
- ۶- بالا بردن سطح آگاهی اولیاء مدارس در خصوص مراقبتهای بهداشتی درمانی دانش آموزان گروه سنی ۲۵-۶ سال
- ۷- بالا بردن توان و مهارت کودکان و نوجوانان بویژه دانش آموزان در خصوص مهارت Self-care
- ۹- بالا بردن کیفیت و صحت اطلاعات و آمار مراقبتهای بهداشتی درمانی کودکان و نوجوانان

اهداف اختصاصی:

- شناسایی و پوشش کامل مراکز آموزشی، فرهنگی، تفریحی و اشتغال جمعیت سنی ۲۵-۶ سال تحت پوشش واحدهای بهداشتی درمانی (اعم از مهد های کودک، مدارس، دانشگاهها، کانونهای فرهنگی و تفریحی و کارگاهها و... اعم از شهری و روستایی)
- تشکیل پرونده بهداشتی برای کلیه مدارس و مراکز فوق الذکر.
- انجام معاینات بدو ورود به مقاطع ابتدائی، راهنمایی، متوسطه و پیش دانشگاهی.
- انجام معاینات غربالگری دوره ای دانش آموزان، دانشجویان و گروه سنی هدف غیردانش آموز.
- انجام معاینات کلیه معلمین و مدیران مدارس تحت پوشش و تشکیل پرونده بهداشتی برای ایشان.
- بیماریابی، ارجاع، تشکیل پرونده مراقبت و پیگیری برای کلیه دانش آموزان، دانشجویان و معلمین و گروه سنی هدف غیر دانش آموز
- انجام معاینات کلیه کارکنان اداری و خدماتی مدارس و مراکز آموزشی، فرهنگی و تفریحی و کارگاهها
- اجرای فعالیتها و آموزشی برای معلمین و کارکنان مدارس، والدین و دانش آموزان در مدارس تحت پوشش، دانشجویان دانشگاهها و مراکز فنی و حرفه ای و تربیت معلم (خاص سنین فوق الذکر).
- انجام واکسیناسیون کلیه افراد ۱۶-۱۴ سال.
- بازدید و کنترل وضعیت بهداشت محیط کلیه مدارس، مراکز آموزشی و فرهنگی تربیتی تحت پوشش.
- تلاش و پیگیری در جهت رفع نواقص بهداشت محیط و ایمنی مدارس و مراکز آموزشی و فرهنگی تحت پوشش با همکاری مدیران مدارس و مراکز آموزشی، فرهنگی و تربیتی و...
- آموزش و ارتقاء دانش و آگاهی بهداشتی و توانمند نمودن دانش آموزان، نوجوانان و جوانان، معلمین، والدین، دانشجویان و...

راهکارها:

توسعه و تقویت هماهنگی و همکاری و ارتباط با بخشهای دخیل در امر سلامتی کودکان ، نوجوانان و جوانان (اعم از شاغل به تحصیل و غیر شاغل به تحصیل) و جلب همکاری آنها در این زمینه .

تقویت جایگاه فنی و عملیاتی مراکز بهداشتی و درمانی و خانه های بهداشت در امر سلامت جمعیت هدف
تدوین برنامه های تفصیلی و عملیاتی در خصوص پوشش خدمات بهداشتی درمانی جمعیت هدف .
تدوین برنامه بازدید و کنترل بهداشت محیط مدارس ، مراکز آموزشی ، فنی و حرفه ای و تربیتی تحت پوشش .
تهیه ، تدوین و اجرای برنامه های آموزشی برای جمعیت هدف اعم از دانش آموزان ، دانشجویان ، معلمان و والدین آنها در زمینه های مختلف بهداشتی و ارتقاء توانمندی های آنان در امر زندگی سلامت ساز .

طراحی و تدوین متون آموزشی و علمی ساده در ارتباط با زندگی سالم و سلامت ساز برای گروههای هدف برنامه
طراحی و اجرای برنامه های آموزش مداوم برای اولیاء فرهنگی ، آموزشی و تربیتی ذیربط در سلامت جوانان و دانش آموزان
ارزیابی مستمر و مداوم از اطلاعات پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی و خانه های بهداشت
حساس نمودن والدین ، انجمنهای اولیاء و مربیان در زمینه فعالیتهای بهداشت مدارس و جوانان ، اولویتها و نیازهای بهداشتی گروه سنی مزبور و جلب همکاری و مشارکت آنها در تامین بخشی از نیازهای درمانی و بهداشتی دانش آموزان و مدارس .
استفاده از توان بالقوه مدارس و دانش آموزان ، دانشجویان ، والدین و معلمان و سایر کارکنان ذیربط در مراکز مزبور .
جلب کمکهای سایر سازمانها و ارگانهای ذیربط نظیر مراکز مشاوره ای آموزش و پرورش ، شوراهای آموزش و پرورش ، بیمارستانهای خصوصی و دولتی ، بهزیستی ، کمیته امداد حضرت امام ، شهرداریها ، شوراهای اسلامی شهر و روستا ، موسسات خیریه و هیئتهای امانه سوق دادن فعالیتهای فوق برنامه مراکز آموزشی ، فرهنگی و تربیتی برنامه های سلامت ساز از طریق جلب مشارکت تشکل های دانش آموزی ، دانشجویی و ... غیر دولتی جلب مشارکت ارگانهای مزبور در تامین و ارائه خدمات حمایتی ، تامین عینک ، سمعک ، پروتز ، جراحیها و درمان های دارای هزینه بالا و ... به دانش آموزان و افراد نیازمند از در گروه سنی هدف .
شرکت در شوراها بهداشتی مدارس و مراکز آموزشی و فرهنگی تحت پوشش و توجیه و جلب حمایت مجموعه عوامل مدیریتی ، اجرایی و کارمندی مدارس و دانشگاهها و ... جهت توجه به برنامه های سلامت .
استفاده از طرحهای در حال اجرا در مدارس و دانشگاهها نظیر آموزش کودک به کودک ، طرح بهداشتیاریان ، بسیج دانش آموزی ، همیاران جوان ، داپا ، هلال احمر و ...

اصول کلی خدمات سلامت جمعیت ۲۵-۶ سال :

اصول خدمات بهداشت مدارس و جوانان در محورهای زیر طراحی و به مرحله اجرا در می آید :

- ۱- آموزش و توانمندسازی شناختی و رفتاری گروه هدف در خصوص مسائل سلامت .
- ۲- تحرک و تربیت بدنی و توانمندی جسمی ، عضلانی گروه هدف
- ۳- تدارک و ارائه خدمات و مراقبتهای بهداشتی درمانی لازم به گروه هدف .
- ۴- تسهیل دسترسی گروه هدف به تغذیه سالم
- ۵- تسهیل و تدارک خدمات مشاوره ای ، روانشناختی و اجتماعی گروه هدف
- ۶- کنترل عوامل فیزیکی و محیطی موثر بر سلامت جمعیت هدف (سلامت محیط مدارس و مراکز آموزشی، فرهنگی و تربیتی)
- ۷- ارتقاء سلامت کارکنان مراکز آموزشی ، فرهنگی و تربیتی
- ۸- تسهیل خدمات سلامت خانواده در جمعیت هدف

استراتژی و راهبردهای عملی سلامت جمعیت ۲۵-۶ سال در مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت :

مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت با لحاظ کردن محورهای فوق و مطابق چهارچوب ارائه شده در پرونده بهداشتی مدارس (با توجه به محتوای راهنمای فعالیتهای سلامت جمعیت ۲۵-۶ سال) و سایر دستورالعملهای ارسالی وزارت بهداشت و مرکز بهداشت استان ، فعالیتهای و خدمات سلامت جمعیت ۲۵-۶ سال را به شرح زیر پیش بینی ، طراحی و اجرا می نمایند .

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

با توجه به پوشش جمعیتی مشخص و وجود کרוکی در هر مرکز بهداشتی درمانی ، پایگاه یا خانه بهداشت، 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 کارکنان بهداشتی یا بهورز با مشارکت و همکاری مسئولین مراکز اشاره شده تکمیل و پس از آن در صورت عدم تشکیل پرونده بهداشتی برای مدرسه اقدام به تکمیل پرونده بهداشتی 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 ۲۵-۶ 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 :

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

شاغل به کار : کودک، نوجوان و جوانی که در مراکز فنی حرفه ای، کارگاههای تولیدی، صنفی، خدماتی و صنعتی به کار اشتغال دارند. (خدمات این گروه در برنامه های بهداشت حرفه ای پیش بینی و ارائه می شود.)

- جمعیت غیر شاغل :

بخشی از جمعیت هدف تحت پوشش که فاقد هر نوع شغل و تحصیل بوده و در زمره بیکاران محسوب میشوند. (این گروه بدلیل آسیب پذیری بیشتر نیازمند توجه و مراقبت بیشتری هستند.)

- مراقب بهداشت : مراقب یا مربی بهداشت همکاران انتقالی از وزارت بهداشت به آموزش و پرورش می باشند که جمعیتی معادل ۷۵۰ نفر دانش آموز را تحت پوشش قرار می دهند و باتوجه به متغیر بودن جمعیت دانش آموزی در مدرسه ممکن است یک مراقب بهداشت ۱ تا ۳ مدرسه را تحت پوشش قرار دهد.

- مدارس دارای مراقب بهداشت : مدارس هستند که تحت پوشش تمام وقت یا پاره وقت مربی / مراقب بهداشت بوده و امر غربالگری ، ارجاع ، آموزش بهداشت ، نظارت بر وضعیت بهداشت فردی و محیط مدرسه را عهده دار می شوند.

- مدرسه فاقد مراقب بهداشت : تعداد زیادی از مدارس شهری فاقد وجود نیروی بهداشتی و مراقب بهداشتی می باشند و توسط مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش قرار گرفته اند .

- مدارس استثنایی : مدرسی 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 : مدرسی 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 مدرسی 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 مواد خوردهای ، 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 مدرسی 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 هر ماه 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 ۲۵-۶ سال در مرکز ، خانه بهداشت و مدارس :

پس از شناسائی و تعریف مدارس و مراکز فرهنگی هنری (خاص گروه سنی ۶-۲۵ سال) برای انجام هر فعالیت 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 مراکز بهداشتی درمانی ، پایگاهها و خانه های بهداشت 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 پیش‌بینی، برنامه‌ریزی، هماهنگ و تصویب نموده و بعنوان برنامه عملیاتی خود در خصوص بهداشت، مرکز، مدرسه و دانش‌آموزان و ... سرلوحه فعالیت‌های بهداشتی واحد مربوطه قرار دهند.

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

۱- ویزیت، بیماریابی و مراقبت (کودکان، نوجوانان، جوانان گروه سنی ۶-۲۵ سال)

الف) معاینات دانش‌آموزان بدو ورود به مدرسه، ورودی اول راهنمایی - اول دبیرستان

ج) انجام معاینات غربالگری و بیماریابی دانشجویان بدو ورود به دانشگاهها

د) انجام معاینات غربالگری و بیماریابی گروه سنی ۶-۲۵ سال غیر دانش‌آموز

ه) انجام پیگیری دانش‌آموزان بیماریابی شده و معاینات دوره ای این قبیل دانش‌آموزان تا بهبودی کامل

و) انجام واکسیناسیون توام دانش‌آموزان پایه اول متوسطه و کارکنان مدارس (پزشک نظارت می‌نماید)

ز) طرح شپش‌زدایی در مدارس (پزشک نظارت می‌نماید)

ح) پیشگیری از اعتیاد و سوء مصرف مواد

ط) اجرای برنامه‌های بهداشت روان و خدمات مشاوره ای

ی) کنترل و بهبود سلامت تغذیه ای دانش‌آموزان و جوانان

ص) تحرک بدنی و فیزیکی دانش‌آموزان و جوانان و ارتقاء سلامت فیزیکی آنها

۲- آموزش بهداشت، شیوه و مهارت‌های زندگی

الف) آموزش اصول سلامت‌زا و عوامل خطر ساز سلامتی به دانش‌آموزان، نوجوانان و جوانان، اولیاء دانش‌آموزان و اولیاء مدارس

ج) آموزش مداوم کارکنان بهداشتی در خصوص ترویج اصول سلامت‌زا و راه‌های کنترل عوامل خطر ساز سلامتی

۳- بهداشت محیط مدارس و مراکز آموزشی خاص سنین ۶-۲۵ سال (پزشک نظارت می‌نماید)

الف) شناسایی و کنترل عوامل محیطی (فیزیکی و بیولوژیکی و اجتماعی) خطر ساز در سلامتی در مراکز آموزشی، تربیتی و

فرهنگی خاص کودکان، نوجوانان و جوانان

ب) استاندار سازی محیط فیزیکی مدارس و مراکز فرهنگی آموزشی و بهبود وضعیت محیطی و فیزیکی (بهداشت محیط و ایمنی)

آنها

استاندارد برنامه‌های بهداشت جوانان و مدارس

اثربخشی برنامه‌های بهداشتی بعنوان یک هدف اساسی زمانی اثربخش و اقتصادی خواهد بود که بتواند با منابع و تجهیزات

مشخص و معین، اهداف پیش‌بینی شده در جهت تامین ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و...) در طول مدت

تعیین شده حاصل و گردد. براین اساس به شرح ذیل نسبت به تعیین و تعریف استاندارد خدمات و برنامه‌های بهداشت

مدارس و جوانان اشاره می‌شود:

مراحل استاندارد سازی:

الف - جریان و فرآیند *process* (نمودارهای قالبی برنامه‌ها به تفکیک، فلوجارتهای عملیاتی، چک لیست سنجش *process* برنامه

ها

ب - شاخصهای *process* (مدت زمان انجام فعالیتها به تفکیک، رعایت دستورالعملهای فنی و اجرایی در مراحل مختلف اجرایی هر

برنامه،

رضایت مشتریان داخلی و خارجی در طول اجرای فرایندها استانداردهای جریان ارائه خدمات (*process*)

ج - تعیین شاخصهای برنامه بهداشت مدارس و جوانان

۱) شاخصهای *out put*

الف - ویزیت، بیماریابی و مراقبت: (میزان پوشش خدمات به جمعیت تحت پوشش ۶-۲۵ سال، درصد انجام معاینات غربالگری و ویزیت دوره ای

، درصد جمعیت تحت پوشش بیماریابی شده نسبت به کل جمعیت هدف، درصد افراد بیمار یابی شده ارجاعی به مراکز تخصصی)

ب - آموزش عادات سلامت‌زا و کنترل عوامل خطر ساز در سلامت به جمعیت هدف: درصد جمعیت تحت پوشش ۶-۲۵ سال آموزش دیده نسبت به کل

جمعیت هدف، تعداد مدیران، معلمین و کارکنان آموزش و پرورش و والدین آموزش دیده، تعداد جلسات آموزشی برگزار شده

ج - آموزش مداوم کارکنان در برنامه‌های بهداشت جوانان و مدارس: تعداد کارکنان بهداشتی و درمانی شرکت کننده در برنامه‌های

آموزشی بهداشت مدارس و جوانان.

د - کنترل عوامل محیطی موثر در سلامت گروههای هدف : تعداد مدارس بازدید شده ؛ که اقدامات لازم در خصوص بهسازی آن انجام

داده اند؛ تعداد توالت، آبخوری، دستشویی، بوفه و... بهداشتی

ه - برنامه های آموزش نوجوانان و جوانان : تعداد افراد جوان آموزش دیده در خصوص مسائل قبل ، حین و بعد از ازدواج

و - واکسیناسیون : درصد دانش آموزان اول متوسطه واکسینه شده (توام بزرگسالان) ؛ تعداد معلمان واکسینه شده (توام بزرگسالان)

ز - برنامه های فرهنگی و مسابقات : تعداد مسابقات انجام شده ؛ تعداد افراد شرکت کننده در مسابقات بهداشتی

ح - کنترل و پیشگیری حوادث : تعداد دانش آموزان حادثه دیده شناسایی و مراقبت شده

ط - کنترل بیماریهای فصلی : تعداد موارد اپیدمی مهار شده ؛ تعداد دانش آموزان مراقبت شده در اپیدمی های مختلف

ظ - کنترل و پیشگیری از سوء مصرف مواد : تعداد (دانش آموزان ؛ اولیاء دانش آموزان ؛ اولیای مدارس ؛ کادر بهداشتی) آموزش دیده و تعداد

جلسات آموزشی برگزار شده برای گروه هدف به تفکیک تعداد وسایل کمک آموزشی توزیع شده

۲) شاخصهای out come

تعداد دانش آموزان و جمعیت هدف مراقبت شده - تعداد جمعیت هدف درمان شده

میزان افزایش دانش و آگاهی افراد آموزش دیده (بر اساس نتیجه پست تست و پره تست آموزشهای انجام شده در گروههای هدف)

درصد مدارس بهداشتی شده - درصد سرویسهای مطلوب مدارس و مراکز فرهنگی تربیتی

۳) شاخصهای impact

میزان اختلالات جسمی مختلف دانش آموزان ، نوجوانان و جوانان - میزان غیبت دانش آموزان از مدرسه

میزان بروز حوادث در سنین مدارس و جوانان- افزایش عملکرد بهداشتی دانش آموزان ، نوجوانان و جوانان مهارتهای زندگی (بر اساس نتایج KAP)

میزان مهارت دانش آموزان در اداره زندگی فردی و اجتماعی خود (براساس نتایج KAP)

میزان بهره مندی دانش آموزان ، نوجوانان و جوانان از سرویسها و محیط های آموزشی و فرهنگی متناسب با استانداردهای بهداشتی

میزان افت تحصیلی و میزان طلاق - میزان افراد معتاد در سنین نوجوانی و جوانی

میزان اختلالات رفتاری در سلامت جمعیت ۶-۲۵ سال - میزان ناهنجاریهای اجتماعی سلامت جمعیت ۶-۲۵ سال

د - چک لیستهای پایش و ارزشیابی

۱) چک لیست سنجش *input* برنامه سلامت جمعیت ۶-۲۵ سال

۲) چک لیست سنجش *process* برنامه سلامت جمعیت ۶-۲۵ سال

۳) چک لیست سنجش *out put* برنامه سلامت جمعیت ۶-۲۵ سال

۴) چک لیست *effect* برنامه سلامت جمعیت ۶-۲۵ سال

۶) چک لیست *effect* برنامه سلامت جمعیت ۶-۲۵ سال

بهبود تغذیه جامعه

عناوین آموزشی :

۱. آشنایی با برنامه آموزش تغذیه و آهن یاری هفتگی
۲. مراقبت های تغذیه ای در زنان باردار و شیرده
۳. حمایت تغذیه ای از مادران باردار نیازمند
۴. تامین یک وعده غذا در روستا مهد ها
۵. تغذیه کودکان زیر ۶ سال
۶. پایش رشد کودکان زیر ۶ سال
۷. پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید
۸. فرهنگ و سواد تغذیه ای

اهداف رفتاری

۱. پزشک بتواند گروه جمعیت هدف را نام ببرد
۲. پزشک بتواند اهداف برنامه را شرح دهد
۳. پزشک بتواند در کلاس های آموزشی ، مطالب آموزشی را بر اساس استانداردهای آموزشی گروه هدف آموزش دهد.
۴. پزشک بتواند شاخص های برنامه ها را بیان نماید
۵. پزشک بتواند راهکارهای پیشگیری از کمخونی فقر آهن را بیان کند
۶. پزشک بتواند جدول وزن گیری دوران بارداری تفسیر نماید

۱- آشنایی با برنامه آموزش تغذیه و آهن یاری هفتگی

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 بکارگیری 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.

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری و مشارکت وزارت آموزش و پرورش در راستای توسعه سلامت دختران نوجوان دانش آموز هر سال با اجرای برنامه آهن یاری (تحویل رایگان ۱۶ عدد قرص آهن / فر فولیک) و آموزش شیوه تغذیه سالم برای دانش آموزان نوجوان و جوان دختر (در مقاطع تحصیلی راهنمایی و متوسطه) گام مهم و اساسی را در پیشگیری از کم خونی ناشی از فقر آهن برمی دارد. در سال ۱۳۸۸ صد در صد دانش آموزدختر دبیرستانی و حدودا ۵۰ درصد دانش آموزدختر راهنمایی تحت پوشش برنامه قرار خواهند گرفت

ج: کنترل بیماریهای عفونی و انگلی :

بیماریهای عفونی در جذب و استفاده بدن از مواد مغذی مخصوصاً آهن اختلال ایجاد می کند. 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 .

۲- مراقبت های تغذیه ای زنان باردار و شیرده

از شاخص های مهم بهداشتی میزان مرگ و میر مادران و تولد 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 متأسفانه 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

۳- حمایت تغذیه ای از مادران باردار نیازمند

شیوع تولد نوزاد کم وزن یکی از شاخص های مهم بهداشتی است به طوریکه دو سوم مرگ های نوزادی مربوط به نوزادان کم وزن است. بنا بر این وزن هنگام تولد نمایانگر وضع آینده، بقاء و رشد کودک است در کودکان کم وزن ابتلا به سوء تغذیه و بیماریهای مختلف از جمله بیماریهای عفونی و وقوع مواردی نظیر عقب ماندگی ذهنی، ناشنوایی، خونریزی مغزی، اختلالات گوارشی بیشتر است.

در کشور های در حال توسعه، سوء تغذیه مادر در بدو حاملگی، وزن گیری نامطلوب او به علت دریافت ناکافی غذا، کوتاهی قد مادر (به علت سوء تغذیه در دوران کودکی) مهمترین علل تولد نوزاد کم وزن می باشد، بنا بر این سوء تغذیه مادر مهمترین شاخص برای تولد نوزاد کم وزن در این کشور ها است.

بررسی کشوری شیوع تولد نوزاد کم وزن در ایران در سال ۱۳۸۳ نشان داده است کمبود وزن هنگام تولد در کشور ما هنوز شایع است و به طور نابرابر توزیع شده است به طوری که در خانواده های فقیر، کم سواد و دارای محدودیت های بهره مندی از امکانات رفاهی بیشتر است.

لذا برنامه حمایت تغذیه ای زنان باردار نیازمند از جمله اقداماتی است که می تواند آمار شیوع تولد نوزادان کم وزن را در کشورمان کاهش دهد این برنامه در حال حاضر در شهرستان های اهر، کلیبر و ورزقان با همکاری بنیاد علوی اجرا می گردد و در شهرستان های مذکور ۴۰۰ سبد غذایی مابین زنان باردار نیازمند توزیع می گردد امید که انشاء اله این برنامه بتدریج در سایر شهرستان های استان نیز اجرا گردد

۴-پایش رشد کودکان زیر ۶سال(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 پیش 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 پیش و کنترل رشد کودکان (نمودارهای رشد کودکان و ...) و نحوه برخورد با کودک دارای اختلال رشد و سوء تغذیه - کنترل وضعیت تجهیزات مورد نیاز پیش رشد - توزیع و پیش کارت رشد - آموزش پرسنل درگیر در زمینه پیش رشد کودکان زیر ۶ سال - آموزش مادران در زمینه پیش 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 پیش 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.

۵- پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید

با توجه به اینکه کمبود ید که یک مشکل بهداشت عمومی در بیشتر کشورهای جهان می باشد و اختلالات ناشی از آن آسیبهایی را به کشورها تحمیل می کند لذا برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید در حال حاضر در تمامی استانها و شهرستانها اجرا می گردد.

برنامه با مشارکت واحدهای بهبود تغذیه، بهداشت محیط و همکاری سایر واحدهای شهرستانی اجرا می گردد. پایش و نظارت از برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید به منظور حصول اطمینان از میزان ید دریافتی توسط مردم و کیفیت ارائه خدمات در مناطق شهری و روستایی کشور به شکل گسترده ای در سطح تولید، توزیع خانوار و همچنین کلیه مراکز تولید طبخ غذا بطور روتین انجام می گیرد. همکاری پزشک خانواده در باز آموزی کارکنان بهداشتی - آموزش همگانی - پایش و نظارت فعالیت کارکنان بهداشتی بخصوص در سطوح توزیع، خانوار، اماکن عمومی و مراکز عرضه مواد غذایی و ... و بخصوص در مناطق روستایی (که توسط بهورز در سرشماری اول سال، مغازه ها، و مدارس انجام می شود) نقش مهمی جهت نیل به اهداف برنامه خواهد داشت.

۶- برنامه مشارکتی-حمایتی بهبودوضع تغذیه کودکان زیر ۶ سال

عوامل ایجاد کننده سوءتغذیه در کودکان شامل بی سوادی والدین، ناآگاهیهای تغذیه ای، اعمال روشهای نادرست در تغذیه کودکان، دسترسی ناکافی به خدمات بهداشتی و آب آشامیدنی سالم، کمبود مواد غذایی، پایین بودن درآمد خانوار، افزایش بعد خانوار، رعایت نمودن اصول بهداشتی و درگیر شدن کودک در زنجیره عفونت و سوء تغذیه میباشد. سوء تغذیه کودکان و کمبود ریز مغذیها هزینه هایی را بطور مستقیم و غیر مستقیم به دولت ها تحمیل می کند.

برای بهبود وضع تغذیه کودکان باید در زمینه ۴ عامل اساسی شامل: درآمد، دسترسی به غذا، فرهنگ و سواد تغذیه ای و دسترسی به خدمات بهداشتی راهکارهای مختلف بطور هماهنگ به مورد اجرا گذاشته شود.

بنابراین بهبود وضعیت تغذیه کودکان در گرو همکاری تنگاتنگ و معاضدت کلیه بخش های توسعه و رفاه اجتماعی از جمله بهداشت، آموزش و پرورش، جهاد کشاورزی، نهضت سواد آموزی، کمیته امداد امام، بهزیستی، بازرگانی و وسایل ارتباط جمعی و... میباشد.

بر اساس مصوبات پنجاهمین اجلاس روسای دانشگاههای علوم پزشکی کشور - برنامه مشارکتی - حمایتی بهبود تغذیه کودکان به عنوان یک الگوی موفق بین بخشی در کلیه دانشگاههای علوم پزشکی بایستی به مورد اجرا گذاشته شود. در استان آذربایجان شرقی هم اکنون برنامه در شهرستانهای اهر، هریس، مرند، مراغه، کلبر در حال اجرا می باشد.

این برنامه هم اکنون به دو طریق زیر اجرا می گردد:

الف: در شهرستان هایی که دارای روستا مهد می باشند برای کودکان ۳-۶ یک وعده غذای گرم در روستا مهد تحویل می گردد

ب: کودکان زیر ۳ سال حائز شرایط (طبق دستورالعمل مربوطه) توسط مراکز و خانه های بهداشت شناسایی شده و به واحد بهبود تغذیه شهرستانها معرفی میگردند و واحد مذکور، کودکان فوق الذکر را به کمیته امداد جهت حمایت مالی و تحویل سبد غذایی تنظیمی معرفی می نمایند.

پزشک خانواده از طریق همکاری و نظارت درشناسائی خانوارهای کم درآمد که کودک مبتلا به تاخیر رشد دارند - آموزش و ارتقا ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بهداشتی، جامعه و بخصوص مادران در زمینه رشد کودکان و تغذیه صحیح و رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه - آموزش تغذیه در فرصتهای مناسب - آموزش در خصوص ایجاد باغچه های سبزیکاری و ... می تواند نقش اساسی در حسن اجرای برنامه داشته باشد.

لازم به ذکر است که تامین یک وعده غذای گرم در کلیه روستا مهد های استان اجرا میگردد ولی برنامه تحویل سبد غذایی منحصر در ۵ شهرستان (اهر، کلبر، مراغه، مرند و هریس) اجرا می گردد

فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه

در شرایطی که جامعه ایرانی به سرعت دوران گذر تغذیه ای را پشت سر می نهد و نشانه های هشدار دهنده گسترش بیماریهای متابولیک رو به افزایش است ، رسالت جامعه علمی، متشکل از سازمانهای دولتی و تشکلهای غیر دولتی در به تصویر کشیدن 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 پر خوری می باشند . به طوری که از هر ۱۰ خانوار ایرانی ۴ خانوار دچار پر خوری ملایم تا شدید و ۲-۳ خانوار دچار کمبود می باشند. و فقط ۳ خانوار در سطح مطلوب هستند .

نابرابریهای مصرف همیشه انعکاسی از نابرابریهای درآمدنیستند ، بلکه عوامل فرهنگی و دانش تغذیه ای جامعه که آن رافهنگ و سواد تغذیه ای می نامیم در پیدایش شرایط فوق نقش دارد

لذا ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه با هدف اصلاح الگوی مصرف و پیشگیری و کنترل بیماریهای مرتبط با تغذیه . از مهمترین رسالت پزشکان و کارکنان بهداشتی می باشد

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 کاردانان و کارشناسان ناظر:**
- بهورزان ،اعضای شوراها، اسلامی ،رابطین بهداشتی ،دهیاران و آبداران
- گروههای هدف کاردانان 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 بهورز 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 .

□ 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 بهورزان ، مربیان و کارشناسان بهداشت محیط نظارت نماید .
 - ۴ - در مواقع لازم نسبت به جلب مشارکت اهالی و ارگانهای بین بخشی برای بهسازی وضعیت اماکن غیر مشمول 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 بهورز ایجاد شود. فرم آیین نامه بهداشتی اماکن مشمول ماده ۱۳ توسط کاردان یا کارشناس بهداشت محیط به همراه بهورز و با هماهنگی کاردان یا کارشناس ناظر تکمیل و نواقص بهداشتی موجود در امکانه مشخص و به متصدی ابلاغ می شود. بهورزان 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 امکانه نصب شده است ثبت میکنند.
- کاردان یا کارشناس ناظر در بازدید از خانه های بهداشت باید فعالیتهای بهورزان در راستای رفع نواقص بهداشتی اماکن را مورد پیگیری قرار دهد.
- در صورت عدم رفع نواقص بهداشتی توسط متصدی ، بهورز 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.
- منظور از اماکن غیر مشمول ماده ۱۳ اماکنی است که در آیین نامه اصلاحیه ماده ۱۳ برای آنها فرم بازدید طراحی نشده است . در بازدید از اینگونه اماکن بازدید کننده با توجه به نوع فعالیت امکانه امکانات موجود را بررسی کرده و نواقص بهداشتی محل را مشخص میکنند. برخی از این اماکن عبارتند از : مساجد و زیارتگاهها ، کتابخانه ، غسالخانه ، کشتارگاه ، سالن ورزشی و ...
- * یادآوری می شود برای بازدید یکنواخت از مساجد به طراحی فرم های یکسان اقدام گردیده است و برای اطلاعات بیشتر به راهنمای آموزشی پزشکان خانواده در زمینه خدمات بهداشت محیط مراجعه شود.
- کاردان یا کارشناس ناظر با بررسی پرونده های اماکن غیر مشمول در خانه بهداشت ضمن ارزیابی فعالیتهای بهورز ، در صورت نیاز به همراه بهورز از این اماکن بازدید به عمل آورده و آموزشهای لازم را به بهورز 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.

□ 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 مواد غذایی 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 بهورز را در این زمینه بررسی نموده و راهنماییهای لازم را به بهورز ارائه میدهد.
- چنانچه روستا در جمع آوری و حمل زباله با مشکل مواجه باشد، کاردان یا کارشناس ناظر به همراه بهورز 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 روستاییان جلساتی تشکیل داده و حل مشکل جمع آوری و دفع بهداشتی زباله روستا را پیگیری میکند.
- کاردان یا کارشناس ناظر به همراه بهورز 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 بهورز 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 بخشداریها 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 روستاییان به دامداری اجتناب ناپذیر بوده و لیکن بر اساس آموزشهای بهوزان 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 روستاییان 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 نسبتا 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 محیط واحدهای بهداشتی درمانی تحت پوشش خود و کنترل های بهداشتی بهوزان، 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 ،قنادی 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 ، کارگاههاو ... 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 .
 - ۴ - 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 و یا 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.

□ کاهش اثرات بلایا :

- 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 کاهش اثرات بلا یا نظارت نماید.
 - ۳ - در مواقع لازم در جلسات بین بخشی مربوط به آمادگی برای مقابله با بلا یا 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 ، قنوت ، 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 .
 - بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در هر سال حدود ۵ میلیون نفر در جهان در اثر مصرف دخانیات جان خود را از دست میدهند.تا سال ۲۰۲۵ این آمار به ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید که ۷ میلیون از این مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد.
 - آمار سیگاریهای کشور و استان آذربایجانشرقی طبق آخرین اطلاعات به ترتیب ۱۱/۹ و ۱۵/۳ درصد میباشد که در استان ما ۱۷ درصد افراد در روستا و ۱۴/۲ درصد افراد در شهر سیگاری میباشد، متوسط مصرف سیگار در شهر و روستاهای استان به ترتیب ۱۴ و ۱۵/۳ نخ میباشد.
 - زبان سالیانه ناشی از مصرف دخانیات در جهان بیش از بیست میلیا رد دلار و در ایران بالغ بر ۵۰۰۰ میلیارد ریال برآورد شده است.
 - بر اساس مطالعات مختلف در همه کشور اعم از پیشرفته و جهان سوم ، مصرف دخانیات با سطح تحصیلات و درآمد افراد نسبت عکس دارد .به طو رکلی حدود ۱/۳ میلیارد نفر از جمعیت دنیا ، یعنی یک ششم جمعیت زمین دخانیات مصرف میکنند .درصد زیادی از مصرف کنندگان دخانیات در کشورهای در حال توسعه زندگی میکنند و شیوع آن در این کشورها در حال افزایش است ، در حالیکه شیوع آن در کشورهای توسعه یافته در حال کاهش است .
 - 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) ، سرطانهای 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 توالی های خانوارها آگاهی داشته باشد .
- ۲ - پزشک از برنامه های اجرایی کاردان یا کارشناس ناظر و بهروزان 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-تامین احتیاجات اساسی جسمی
- ۲-تامین 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 تامین 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 - 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.
- *نحوه تکمیل فرمها و شاخص های کشوری فعلی بهداشت محیط در روستاها و شهرها در راهنمای پزشکان خانواده در زمینه بهداشت محیط برای مطالعه بیشتر موجود است.

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 کاردانان 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 بعد شاغلین (صنعت ، معدن ، کشاورزی ، خدمات ، خانگی ، غیر خانگی ، 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 رابشناسد.
- 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 فعالیت های بهروزان و مربیان در کنترل عوامل زیان آور نظارت نماید.

عوامل زیان باردرمحیط های کاری می توانند به طور موثردر طول زمان بر سلامتی شاغلین تاثیر گذاشته ودر دراز مدت سلامتی جسمانی، روانی، اجتماعی آنها را به خطر بیندازد لذا شناخت کافی ازاین عوامل ویادگیری روشهای مناسب وصحیح کنترل و مقابله با عوامل به طور جدی سلامتی افراد را در محیط های کاری تضمین خواهد نمود بنابراین شناسایی وکنترل عوامل زیان آور از اهداف مهم بهداشتی برای حفظ وبهبود وارقاء 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 کيو 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 ویا 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 ویا کارشناس از محیط کار تکمیل می گردد.
 - ۹ - معاینات بالینی بادر نظر گرفتن گزارش کاردان یا کارشناس ناظر انجام ودرصورت نیاز وثبت 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 بدان مبتلا شود ، یک بیماری شغلی تلقی نمیشود ولو اینکه کارگر در محیط کار بدان 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 میباشد ، 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 - 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 - فرم جمع بندی بیماریابی (سه ماه یک بار) و 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 کارداناان 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 گیرندو با ارائه به سطوح بالاتر آنان را در این امر یاری کنند.
- *دستور العمل تکمیل فرمهای بهداشت حرفه ای در بسته آموزشی واحد بهداشت حرفه ای در مراکز بهداشتی درمانی - طرح پزشک خانواده برای مطالعه بیشتر موجود است.

آموزش و ارتقای سلامت

عناوین آموزشی

برنامه نیازسنجی سلامت و نیازسنجی آموزشی

برنامه ریزی آموزشی در سلامت

ارائه آموزشها طبق برنامه مدون و ثبت آمار و اطلاعات آن

جلب حمایت همه جانبه

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

اهداف رفتاری

۱- پزشک بتواند برنامه نیازسنجی سلامت و نیازسنجی آموزشی را طبق دستور العملهای اجرایی انجام داده و بر برنامه نیازسنجی سلامت و نیازسنجی آموزشی منطقه تحت پوشش نظارت نماید..

۲- پزشک بتواند برنامه های آموزشی (نیازسنجی سلامت و برنامه های روتین و ابلاغی) را تدوین و اجرا کند.

۳- 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 (سایر بخش هادر صورت وجود ، روحانی، رئیس و اعضای شورای اسلامی، مدیر مدرسه و...) اقدام و پیگیری نماید

۴- پزشک بر جمع بندی و ثبت آمار مربوط به برنامه های سلامت در مرکز و خانه های بهداشت تحت پوشش نظارت نماید .

۵- پزشک تیم سلامت بتواند بر کیفیت اجرای فرآیندها و برنامه های آموزش سلامت توسط اعضای تیم سلامت (ماما ، مربی ، بهروز و...) براساس چک لیست نظارت و پایش نماید .

۶- پزشک تیم سلامت بتواند نسبت به طراحی و اجرای برنامه های مروج سلامت (توسعه برنامه ورزش های همگانی ، بهبود شیوه زندگی سالم ، پیگیری 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.

۷- پزشک تیم سلامت بتواند در خصوص سازماندهی نحوه به کارگیری بهینه و اصولی وسایل کمک آموزشی (پوستر، پمفلت و...) و به روز رسانی آنها بر اساس تقویم سلامت و برنامه های آموزشی در واحد های تحت پوشش نظارت و پیگیری نماید.

۸- پزشک تیم سلامت بتواند در خصوص راه اندازی و توسعه کتابخانه های سلامت در مرکز و گسترش امر کتابخوانی در مناطق تحت پوشش پیگیری و اقدام نماید.

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

۱- برنامه نیازسنجی سلامت و نیازسنجی آموزشی :

نیازسنجی سلامت: مهارت ها و قابلیت هایی که فراگیران باید بیاموزند تا قادر شوند که مسایل مرتبط به سلامت را در سطح فرد، گروه و جامعه شناسایی، تحلیل و حل نمایند. در ارتباط با بیماران و نیازمندان خدمات سلامتی، نیازهای یادگیری عبارت است از اطلاعات، دانش ها، نگرش ها و مهارت هایی که باید برای مراقبت بهداشتی از خود کسب کنند.

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 امن 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.

۲- 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 اطلاعات، 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.

۳- 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 بروی 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 صرغی
- 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 بهروزان ، 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 رابطین دخالت کند، از برنامه های پشتیبانی رابطین حمایت کند، و در نهایت برنامه های رابطین را پایش و ارزشیابی کند.

۴- 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.

سه مرحله یافتار در فرایند آموزش 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.

۳- **مرحله ارزشیابی:** ارزشیابی بررسی در مورد این است که معلوم شود آیا در رسیدن به اهداف آموزشی موفق بوده اید یاخیر، 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.

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.

۵- 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 کاردان و کارشناس) 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.

۶- تشکیل کمیته هماهنگی اجرای بسیج یا مناسبت (باتوجه به موضوع بسیج آموزشی یا مناسبت آموزشی) و دعوت از اعضای کمیته (شامل کادر بهداشتی، ارگانها و اشخاص مرتبط با موضوع آموزش)

- تهیه صورت جلسه کمیته حامیان سلامت
- وظایف هر یک از اعضای کمیته را مشخص نماید.
- پیگیری مصوبات کمیته
- نظارت بر اجرای صحیح مصوبات کمیته
- اجرای برنامه هایی که در کمیته بر عهده پزشک گذاشته شده است.
- نظارت بر جمع آوری و جمع بندی اقدامات انجام یافته در بسیج های اطلاع رسانی و آموزشی
- تجزیه و تحلیل و ارائه پس خوراند به اعضای کمیته
- ارسال مستندات عملکرد مربوطه

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

۸- 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.

بسته آموزشی و راهنمای کنترل و مراقبت بیماریهای واگیر و پژه آموزش بدو خدمت پزشکان مراکز بهداشتی درمانی

تنظیم و گردآوری از:

محمد نعلبندی – کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر

و با همکاری

کارشناسان پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر

آقایان: دکتر رضا عزیززاده – دکتر محمد گرگانی – صابر علی زاده – سید علی بلندی – یعقوب میرزایی – دکتر مهران سیف فرشد –
خانم ها: دکتر سیمین خیاط زاده – خانم دکتر نازلی سلطانی

زیر نظر:

دکتر مهدی محمد زاده – رئیس گروه کارشناسان پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر

بهار ۱۳۸۹

فرایندهای پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر:

- ❖ ایمنسازی و زنجیره سرد، کنترل و مراقبت بیماری دیفتری، 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 بوتولیسزم، 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 هپاتیت 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 بلایا

تهیه متون از :

- ⊙ کنترل و مراقبت سل و جذام و برنامه مراقبت پدیکولوز- **خانم دکتر سیمین خیاط زاده**
- ⊙ کنترل و مراقبت بیماریهای آمیزشی - **خانم دکتر نازلی سلطانی**
- ⊙ کنترل و مراقبت بیماری ایدز- **آقای دکتر مهدی محمد زاده**
- ⊙ کنترل و مراقبت بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن و آنفلوانزا - **آقای دکتر رضا عزیززاده**
- ⊙ کنترل و مراقبت بیماریهای منتقله از طریق آب و غذا و نظام مراقبت آزمایشگاهی - **آقای دکتر محمد گرگانی**
- ⊙ کنترل و مراقبت بیماریهای مشترک بین اسان و حیوان - **آقای دکتر محمد گرگانی**
- ⊙ ایمن سازی و ایمنی تزریق، زنجیره سرما - **آقای سید علی بلندی**
- ⊙ کنترل و مراقبت بیماری مالاریا - **آقای یعقوب میرزایی**
- ⊙ نظام مراقبت هیپاتیت B - **محمد نعلبندی**

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 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 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 برخورد از نظام آماری کارآمد (MIS) نیست تا نهایتاً 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 برنامه‌های کنترل و مراقبت بیماری‌های اعلام شده از طرف وزارت متبوعه با شرایط استانی و نظارت بر اجرای آنها
- ❖ ایجاد بستری مناسب برای ارتقاء مهارت‌های شغلی و شخصی کارکنان برای بهبود برنامه‌های 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

❖ 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 دیفتری
- 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 یاد داشت 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: ۱ 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 . بنابراین 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 .

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 ارگانیزم در بدن انتشار یافته و سبب آسیب به نسوج مختلفی من جمله میوکاردا ، 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 گلوت 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 : 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 تفصیل 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 ائتلاف بی دلیل پرندگان همچنان مورد نیاز میباشد. در آخر توصیه می گردد دستورالعمل مربوطه مجدداً 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 دیفتتری ، سیاه سرفه ، کزاز ، فلج اطفال ، سرخک ، سرخجه ، اوریون ، سل و «هپاتیت 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 با 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.

♦ مراقبت عوارض ناخواسته پس از ایمن سازی

گزارش دهی و بررسی موارد (AEFI) Adverse Event Flowing Immunization می تواند 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 می کند. با اجرای این برنامه ، عوارض نامطلوب پس از ایمنسازی به خوبی مدیریت شده و از انجام اقدام نامناسب در مورد گزارشات دریافتی که می توانند موجب تشنج در جامعه شوند جلوگیری می نماید.

❖ 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 بوتولیسسم
- نظام مراقبت اسهال خونی
- نظام مراقبت هپاتیت A
- نظام مراقبت هپاتیت E

اهمیت:

♦ **بیماریهای منتقله از آب و غذا :** به علت اینکه بیماریهای منتقله از آب و غذا مانند سالمونلا ، ایکولای، شیگلا، بوتولیسسم، هپاتیت آ، هپاتیت ای و . . . در کشور ما همچون سایر کشورها روز به روز در حال افزایش میباشد به 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 مسافرت‌های 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 می‌آید

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 العمل‌های 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 محل‌های 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 معمولاً 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 شیر 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 مایکوباکتریوم 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 و میله ای شکل مایکوباکتریوم لپرا ایجاد می شود.
- ✓ این بیماری بیشتر پوست - اعصاب محیطی - مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و نیز چشمها را گرفتار می کند.
- ✓ در هر کشور آندمیک 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 با حس 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.

اهداف رفتاری :

♦ 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 مات در سطح روستا (جمعیت تحت پوشش)
نظارت بر آموزش مردم توسط بهورزان
نظارت بر کار بهورزان 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 بهورزان در مورد ادامه و صحت کار درمان بیماران ارجاعی پس از تشخیص و تجویز دارو

بیماری سیاه زخم

پزشک وضعیت اپیدمیولوژیکی 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 یا 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 اپیدمیولوژیکی 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 کالآزار 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 آزرده، 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 وارجاع 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 امعاء 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 گروه های 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 هپاتیت 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 ۱۵-۹ ماهگی، نوزاد

جهت ارزیابی بیشتر به مراکز تخصصی ارجاع می گردد و در صورت منفی بودن نتایج تستهای

HBsAg و anti HBs باید نوزاد مجددا واکسینه شود.

● باید اقدامات لازم جهت پیشگیری از عفونت بدنبال 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 بدنبال 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)

- ⊖ بدنبال 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 برخوردار 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

- بیماریابی 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 سنندرمیک 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 بر استریل 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 توند 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) احتمالا 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 اورترای گرفته شده از یک مرد

➤ سیفیلیس اولیه و ثانویه

◆ قطعی: اثبات وجود تریپونماپالیدم در نمونه های کلینیکال با DFA -TP، FTA-Darkfield Microscopy، Abs یا و مشابه روشهای یا تست Nucleic Acid Test،

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

◆

➤ کلامیدیا

قطعی: یک کشت مثبت، تست Fluorescent Antibody مستقیم، تست Antigen Detection

یا Nucleic Acid Based test برای C. trachomatis

❖ 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 کاملا 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 مسؤلان، کارکنان بخشدار، 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 پر خطر نظارت داشته باشد.
- ✓ پزشک مادران دارای رفتارهای پرخطر و دارای همسر و یا شریک جنسی دارای رفتار پرخطر را شناسایی و به پایگاه و یا 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 بر عملکرد 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 باتلاقها، جاری کردن آبهای راکد، زدودن علفها و چمن های کنار جویبارها، توزیع ماهی گامبوزیا، نصب توری به درها 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

با آروزی موفقیت در خدمت رسانی
و سعادت و تندرستی برای جنابعالی