

نظام مراقبت سندرمیک
جمهوری اسلامی ایران
Syndromic Surveillance System
Islamic republic of IRAN



کتاب راهنمای آموزشی

گروه هدف : کارشناسان

مدل جامع سیستماتیک
آموزش و ارتقاء سلامت

Systematic comprehensive
Health Education and Promotion model

S H E P model

آموزش اساس دانش
دانش اساس سعادت



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



نام پکیج آموزشی: نظام مراقبت سندرمیک جمهوری اسلامی ایران

کتاب راهنمای آموزشی کارشناسان

گروه هدف: کارشناسان

نویسندگان:

دکتر پیمان همتی – دکتر غلامرضا نورآبادی* – دکتر فرشید رضایی – دکتر محمد نصر دادرسی – فرح شکیب فر

استاد راهنما: دکتر محمود سروش

زیر نظر: دکتر محمد مهدی گویا رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر محمود نبوی معاون فنی مرکز مدیریت بیماریهای واگیروزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



طرح لوگوی نظام مراقبت سندرمیک و روی جلد: دکتر غلامرضا نورآبادی

کاریکاتور: رقیه عباس زاده



www.shepmodel.com وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

© کلیه حقوق متعلق به مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت می باشد.

استفاده از مطالب این مجموعه با ذکر منبع بلامانع است .

* راهنمای تصویرگری کاراکترها: دکتر غلامرضا نورآبادی nourabadigr@yahoo.com

عنوان و پدید آور: نظام مراقبت سندرمیک جمهوری اسلامی ایران - کتاب راهنمای آموزشی کارشناسان
مشخصات نشر: تبریز: انتشارات مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت، ۱۳۹۳ (SHEP model)
مشخصات ظاهری: ۱۵۲ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).؛ ۲۲ × ۲۹ س.م.

شابک: 978-600-93987-1-3

وضعیت فهرست نویسی: بر اساس فیپا

یادداشت: نویسندگان پیمان همتی، غلامرضا نورآبادی، فرشید رضایی، محمد نصر دادرس، فرح شکیب فر.

یادداشت: واژه نامه

یادداشت: کتابنامه

موضوع: بهداشت همگانی -- ایران -- نظارت -- سیاست دولت

موضوع: بیماری‌های همه گیر -- ایران -- پیشگیری -- سیاست دولت

شناسه افزوده: همتی، پیمان، ۱۳۴۷ -

رده بندی کنگره: ۱۳۹۳ ۶۴ ن / RA۵۳۳

رده بندی دیویی: ۶۱۴/۰۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۳۶۲۹۲۷۲

نام کتاب: نظام مراقبت سندرمیک جمهوری اسلامی ایران - کتاب راهنمای آموزشی کارشناسان
نویسندگان: پیمان همتی - غلامرضا نورآبادی - فرشید رضایی - محمد نصر دادرس - فرح شکیب فر



ناشر: انتشارات مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت SHEP model

ایمیل سفارشات: shepmodel@yahoo.com

قطع کتاب: ۲۲ × ۲۹

سال چاپ: ۱۳۹۳

نوبت چاپ: اول

تیراژ چاپ اول: ۵۰۰ جلد

شابک: 978-600-93987-1-3

با تشکر از دانشگاه های علوم پزشکی تبریز و اردبیل که در تهیه و تولید بسته های آموزشی همکاری نمودند:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل
معاونت بهداشتی



رشته علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

اساتید و همکاران گرانقدری که تهیه این مجموعه صمیمانه همکاری نموده اند

و مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وظیفه خود می داند که از کلیه این عزیزان تقدیر و سپاسگزاری نماید:

الف) اساتید و صاحب نظران:

دکتر ابوالحسن ندیم ، دکتر پرویز وحدانی ، دکتر مسعود مردانی ، دکتر داوود یادگاری ، دکتر غلامعلی شهیدی ، دکتر حسین ریاضی ، دکتر علی اکبر حقدوست ، دکتر طلعت مختاری آزاد ، دکتر مهرداد حق ازلی ، دکتر جابر قره داغی ، دکتر پرویز وزیریان ، دکتر احسان مصطفوی ، دکتر کورش فضایی ، دکتر احسان بیطرف

جمهوری اسلامی ایران

ب) اعضا و مشاوران محترم سازمان جانی بهداشت که در تهیه این مجموعه سهم بسزایی داشته اند:

پروفیسور ظهیر حلاج (دفتر منطقه ای) ، مشاور دفتر منطقه مدیترانه شرقی ، سازمان جهانی بهداشت
پروفیسور دیوید هیمن ، مشاور دفتر مرکزی سازمان جهانی بهداشت، ژنو
دکتر حسن البشرا (دفتر منطقه ای) ، نماینده سازمان جهانی بهداشت در کشور لبنان
دکتر ریچارد پیبادی ، مشاور دفتر مرکزی سازمان جهانی بهداشت، ژنو
دکتر استلا چونگونگ ، عضو دفتر مرکزی سازمان جهانی بهداشت، ژنو
دکتر رحیم تقی زاده ، عضو دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت، تهران
دکتر علی میرزازاده ، عضو دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت، تهران

- Prof, Zuhair Hallaj, former DCD/EMRO, WHO Consultant
- Prof. David Heymann, Chair of Health Protection Agency, UK
- Dr Richard Pebody, Medical Epidemiologist , Health Protection Agency, UK
- Dr Hassan El Bushra, Regional Advisor, CSR/EMRO
- Dr Stella Chungong, Medical Officer, HQ/NCM National Capacity Monitoring, WHO/HQ/HSE/IHR/NCM

ج) مسئولان و کارشناسان محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی :

دکتر بهروز حمزه ، دکتر احمد کوشا ، دکتر حسین رحیمی، دکتر رسول انتظار مهدی ، دکتر سید محمود رضوانی ، دکتر مقصود ابراهیم نژاد ، دکتر افشین مختاری توانا ، دکتر علی گل محمدی ، دکتر ناهید خادمی ، دکتر فاطمه بهرامیان ، دکتر ایرج بدلی ، مهندس سمیر ایار ، دکتر مهدی محمدزاده ، دکتر علی نیک فرجام ، مهندس مصطفی میرزانژاد ، مهندس علیرضا رسایی ، دکتر رضا عزیززاده ، مهندس همایون امیری ، مهندس زهرا حسن پور ، مهندس آذر چشم براه ، دکتر اشرف عسگری ، مهندس علی فیضی کریم آبادی ، مهندس سیاوش بهنام ، دکتر امین کمالی ، دکتر رامین پرچمی ، دکتر شکراله سلمان زاده ، دکتر نرگس چائیده

IR.IRAN

د) اعضای محترم آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی:

دکتر سیامک سمیعی ، دکتر حسین غلامی ، دکتر افشین صفائی ، مریم میر محمد علی رودکی

Syndromic Surveillance System

ه) اعضای محترم مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی:

دکتر محمود سروش ، دکتر حسین معصومی اصل ، دکتر سید محسن زهرایی ، دکتر محمد رضا شیرزادی ، دکتر مهشید ناصحی ، دکتر عباس صداقت ، دکتر احمد رئیسی ، دکتر ابوالقاسم امیدواری نیا ، مهندس حمید رضا ببریان ، سعید قلعه ای ، محرم مافی ، دکتر محمد زینعلی ، اعظم صبوری ، رکسانا شجیعی ، مرضیه کریمی ، امین مشلول

و سایر عزیزانی که در تهیه این مجموعه به نوعی همکاری داشته اند.

INDEX فهرست مطالب

۱	مقدمه و پیشگفتار.....	۱
۲	بخش اول : مهارتهای آموزشی، ارتباطی، ارزیابی و ارزشیابی در مدل SHEP	
۳	لیست اقلام موجود در پکیج آموزشی.....	۷
۴	چگونه از کتاب راهنمای آموزشی مربی استفاده کنیم؟.....	۸
۵	شیوه های آموزشی کاربردی.....	۱۰
۶	مربیان SHEP model چه کسانی هستند؟.....	۱۶
۷	دو وظیفه مهم مربیان SHEP model.....	۱۷
۸	بازاریابی اجتماعی Social marketing.....	۲۳
۹	جلب حمایت همه جانبه Advocacy.....	۲۵
۱۰	کمپین ها Campaigns.....	۲۷
۱۱	بسیجهای اجتماعی Social mobilizations.....	۲۸
۱۲	مراحل اجرایی مدل SHEP (رده کشوری - استانی - شهرستانی).....	۲۹
۱۳	ارزیابی ، پایش و ارزشیابی در مدل SHEP.....	۳۲
۱۴	یک خاطره (دهقان فداکار).....	۳۹
۱۵	بخش دوم : محتوای آموزشی پیشگیری، کنترل و درمان بیماری تب مالت	
۱۶	اسلایدهای تدریس مربی نظام مراقبت سندرمیک (ویژه کارشناسان).....	۸۸
۱۷	راهنمای مربی اسلاید ۱.....	۸۹
۱۸	راهنمای مربی اسلاید ۲.....	۹۲
۱۹	راهنمای مربی اسلاید ۳.....	۹۴
۲۰	راهنمای مربی اسلاید ۴.....	۹۴
۲۱	راهنمای مربی اسلاید ۵.....	۹۵
۲۲	راهنمای مربی اسلاید ۶.....	۹۶
۲۳	راهنمای مربی اسلاید ۷.....	۹۶
۲۴	راهنمای مربی اسلاید ۸.....	۹۷
۲۵	راهنمای مربی اسلاید ۹.....	۹۸
۲۶	راهنمای مربی اسلاید ۱۰.....	۹۸
۲۷	راهنمای مربی سندرم شماره ۱: سندرم تب و خونریزی.....	۹۹
۲۸	راهنمای مربی سندرم شماره ۲: سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر / (غیر ماکولوپاپولر).....	۱۰۰
۲۹	راهنمای مربی سندرم شماره ۳: سندرم شبه آنفلوانزا.....	۱۰۴
۳۰	راهنمای مربی سندرم شماره ۴: سندرم عفونت شدید تنفسی.....	۱۰۶
۳۱	راهنمای مربی سندرم شماره ۵: سندرم تب و علائم نورولوژیک.....	۱۰۹
۳۲	راهنمای مربی سندرم شماره ۶: سندرم تب طول کشیده.....	۱۱۱
۳۳	راهنمای مربی سندرم شماره ۷: سندرم مسمومیت غذایی.....	۱۱۴
۳۴	راهنمای مربی سندرم شماره ۸: سندرم اسهال حاد (غیر خونی).....	۱۱۶
۳۵	راهنمای مربی سندرم شماره ۹: سندرم اسهال خونی.....	۱۱۸
۳۶	راهنمای مربی سندرم شماره ۱۰: سندرم زردی حاد.....	۱۲۰
۳۷	راهنمای مربی سندرم شماره ۱۱: سندرم فلج شل حاد.....	۱۲۳
۳۸	راهنمای مربی سندرم شماره ۱۲: سندرم شوک عفونی.....	۱۲۴
۳۹	راهنمای مربی سندرم شماره ۱۳: سندرم سرفه مزمن.....	۱۲۶
۴۰	راهنمای مربی سندرم شماره ۱۴: سندرم مرگ ناگهانی / غیرمنتظره.....	۱۲۸
۴۱	بخش سوم : ضمیمه ها (ANNEXES)	
۴۲	ضمیمه ۱ فرمهای مربیان SHEP model.....	۱۳۲
۴۳	ضمیمه ۲ برنامه عملیاتی-فرمهای گزارش استانی و شهرستان.....	۱۳۸
۴۴	ضمیمه ۳ اصطلاحات.....	۱۴۴
۴۵	ضمیمه ۴ منابع و رفرنسها.....	۱۴۶

تغییر و تحولات جمعیتی و ساختار زندگی مردم جهان در عصر حاضر و به تبع آن تغییر در بروز و شیوع بیماری‌ها، به گونه ای شده است که برای پیشگیری، کنترل، و به حداقل رساندن عوارض وقایعی مانند پاندمی های آنفلوانزا و ... ، سیستم سلامت جهانی بر آن شده است تا با ایجاد تغییراتی در خود، ضمن تقویت سیستم رایج مراقبت بیماری‌ها، نسبت به طراحی و راه‌اندازی سیستم مراقبتی جدیدی با عنوان نظام مراقبت سندرمیک اقدام نماید. لذا با ابلاغ سازمان بهداشت جهانی، کشورها موظف به تدوین برنامه مراقبت سندرمیک بر اساس شرایط اقلیمی و سلامتی مردم جوامع خود شده‌اند.

در تعریف، نظام مراقبت سندرمیک به نظام گردآوری منظم، تجزیه ، تحلیل و تفسیر اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت جمعیت عمومی اطلاق می‌شود که هدف آن دستیابی به تشخیص‌های زودرس تهدیدات سلامتی و اعلام هشدار سریع بر اساس داده‌های به دست آمده برای جلوگیری و کنترل طغیان بیماری‌ها در جامعه و افزایش قابلیت پاسخگویی و واکنش سریع سیستم سلامت می‌باشد.

از جمله مزایای بسیار مهم راه‌اندازی نظام مراقبت سندرمیک در کنار نظام مراقبت رایج بیماری‌ها، پدیده‌ی هواییان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. ایجاد سیستم اعلام هشدار سریع
۲. تقویت و سرعت عمل بخشیدن به مشارکت اندام‌های بین بخشی دخیل در سلامت
۳. تشخیص زودرس طغیان‌ها
۴. حساس بودن، انعطاف‌پذیری، سادگی و عمومی بودن سیستم
۵. مدیریت سریع و کارآمد در پیشگیری و کنترل بحران‌ها و طغیان‌ها
۶. پیش‌بینی اندازه، سرعت، شدت و الگوی طغیان‌ها

با فعالیت‌ها و تلاش‌های شبانه‌روزی متخصصان و کارشناسان خبره از سراسر کشور، و بهره‌گیری از مشاورین ارشد WHO، نظام مراقبت سندرمیک جمهوری اسلامی ایران با تمرکز بر روی ۱۴ سندرم، طراحی و تدوین گردید. همچنین با توجه به بیش از ۱۰ سال تجربه موفق آموزشی مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت **SHEP model** در توانمند سازی آموزشی و مهارتی پرسنل وزارت بهداشت و درمان و همچنین داوطلبین سلامت و کارشناسان ارگان‌های بین بخشی در سراسر کشور، در موضوعاتی مانند آنفلوانزا، ایدز، التور، دیابت، قلب و عروق، بروسلوز و ...، و آشنایی آنان با ساختار و عملکرد برنامه‌های این مدل، محتوای آموزش نظام مراقبت سندرمیک نیز بر این اساس و برای سه گروه بهورزان، کارشناسان و پزشکان طراحی و تولید شده تا با استراتژی تربیت مربی TOT به صورت آبخاری، آموزش‌های آرایه شده در اسرع وقت در اختیار گروه‌های هدف مربوطه قرار گیرد. امید است در سایه تلاش‌های خالصانه و مجذانه همکاران بهداشتی و درمانی در جهت نهادینه شدن صحیح نظام مراقبت سندرمیک، شاهد ارتقای هرچه بیشتر سلامت مردم گران قدر کشور عزیزمان باشیم. انشا الله

دکتر محمد مهدی گویا

مشاور معاون بهداشت

و رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

ارتقای سلامت (health promotion) در مقطع کنونی از یک سو به طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و از سوی دیگر به جلب مشارکت لایه‌های مختلف جامعه با برنامه‌های نظام سلامت و تامین محیط‌های حمایت‌کننده سلامت نیاز دارد. آموزش‌دهندگان سلامت، پیشگامانی هستند که همیشه طالب درک جدیدی از رفتار انسان و راه‌های جدید کاربرد دانش خویش به منظور حل مشکلات فردی و اجتماعی می‌باشند. مراقبین سلامت و بویژه تمام فعالان توسعه پایدار، آموزش‌دهندگان سلامت هستند و این افتخاری است که توسعه و تقویت آن نیازمند برنامه‌ریزی دقیق متکی بر شواهد و مبتنی بر جامعه می‌باشد.

از جمله رسالتهای اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی، علاوه بر تربیت نیروهای متخصص برای آرایه خدمات تخصصی بهداشتی و درمانی، ایجاد ساختارهای ارتباطی موثر با جامعه است. با استفاده از پل‌های ارتباطی ترجمه و انتقال دانش تخصصی، از یک طرف متخصصان و کارشناسان دانشگاهی، جامعه خود را بهتر می‌شناسند و ضمن آشنایی با زبان و فرهنگ بومی جامعه اقدام به طراحی و اجرای پروژه‌ها و تحقیقاتی کارآمد مینمایند که دردی از مشکلات جامعه را حل میکند. و از طرف دیگر، جامعه و عموم مردم و صنایع مختلف نیز میتوانند از مطالب علمی همگن شده با فرهنگ و سطح سواد خود بهرمنده شده و مهارتهای آموخته شده را در تنظیم شیوه زندگی سالم بکار گیرند همچنین صنایع و کارخانجات مختلف نیز بهتر میتوانند نیازهای خود را به سیستم تحقیق و توسعه دانشگاه‌ها برسانند و در حل مشکلاتشان از دانش بومی کشور بهره‌مند شوند. پرواضح است که چنین پل ارزشمندی ما را در طی مسیر حرکت به سوی جامعه سلامت محور کمک خواهد کرد.

ایجاد دپارتمان مدیریت دانش در سازمان جهانی بهداشت در چند سال اخیر خود تأکیدی بر موثر بودن چنین رویکردی است. مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت:

Systematic comprehensive health education and promotion model (SHEPmodel) ابتکار جدیدی است در

عرصه ترجمه و انتقال دانش سلامت که توسط همکاران پرتلاش و عزیزم در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز با فلسفه و دکتترین مدیریت دانش سلامت، در جهت افزایش سطح سواد سلامتی مردم Public health literacy، به عنوان یکی از فاکتورهای اساسی در ارتقای سلامت، طراحی، تدوین و به مرحله اجرا درآمده است.

بر اساس تحقیقات به عمل آمده و همچنین گزارشات ارسالی همکاران از اقصا نقاط کشور عزیزمان، در مدت بیش از ۱۰ سال سابقه فعالیت برنامه‌ها، SHEP model یکی از بهترین و موثرترین مدل‌های آموزشی در انتقال مفاهیم و مهارتهای سلامت به عموم جامعه و همچنین فراهم آورنده لینکهای مثبت و موثر بین بخشی با حوزه‌های دیگر جامعه علی‌الخصوص مسئولین، سیاست‌گذاران و مدیران صنایع مختلف می‌باشد.

دانشگاه علوم پزشکی تبریز افتخار دارد به عنوان فوکل پوینت طراحی و مدیریت برنامه‌های این مدل در سطح کشور با جلب نظر و حمایت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سایر ارگان‌های بین بخشی، توانسته است در هفت موضوع ایدز- آنفلوانزا- التور- دیابت و سلامت دهان و دندان و ویژه کودکان- نظام مراقبت سندرمیک و تب مالت، بسته‌های آموزشی برای عموم جامعه تهیه و تدوین نماید و با برگزاری آبخاری کارگاه‌های تربیت مربی TOT-TOS-TOP بصورت کشوری- استانی و شهرستانی موفق به آموزش بیش از ۵۰/۰۰۰ نفر از همکاران سیستم سلامت کشور در هر دو حوزه درون و بیرون سازمانی وزارت بهداشت شود. و به تبع آن تعداد کثیری از مردم عزیز کشورمان در جلسات آموزشی SES و PES تحت آموزش‌های مستقیم سلامت قرار گرفتند.

لازم به ذکر است در حال حاضر توسط همکاران پرتلاش در این دانشگاه و پشتیبانی صمیمی مدیران و متخصصان وزارتی برای موضوعاتی نظیر سرطانها- بیماری‌های قلبی عروقی - سلامت دهان و دندان ویژه بزرگسالان- مراقبت‌های دوران بارداری- ترافیک و سوانح و بهداشت محیط بر اساس SHEP model در حال تدوین میباشند.

امید است ضمن توسعه برنامه‌های این مدل، شاهد فراگیر شدن این تجربه موفق در سایر بخشهای سیستم سلامت باشیم. در پایان ضمن تشکر از کلیه عزیزانی که در تالیف این بسته آموزشی مشارکت فعال داشته‌اند، توفیقات روز افزون کلیه خدمتگذاران عرصه سلامت را از درگاه خداوند متعال مسئلت دارم.

دکتر محمد حسین صومی

قائم مقام وزیر در استان و

رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز

آموزش اساسی دانش

دانش اساسی سعادت

جمله فوق اهمیت آموزش را در زندگی انسان مشخص می سازد . بدین معنی که نیل به سعادت به عنوان هدف غایی خلقت مبتنی برداشتن دانشی است که با آموزش صحیح کسب شده باشد . پیامبران الهی نیز با این رسالت مبعوث شده و با شیوه های آموزشی مناسب خود اقدام به تبیین و تبلیغ آیین خود نموده اند .

از دیر باز سلامت به عنوان یکی از اساسی ترین موضوعات زندگی بشر مطرح بوده است اهمیت این موضوع در شعار سازمان جهانی بهداشت « انسان سالم محور توسعه پایدار » کاملاً مشخص است . در واقع جوامع بشری زمانی در مسیر توسعه ، گامهای موثر و مستمری برخواهند داشت که مردمانی سالم داشته باشند .

همانطور که می دانیم در قرن حاضر جهان وارد نسل چهارم سلامت شده است ویژگی بارز این نسل داشتن دید پیشگیرانه و سلامت نگر به جای دید درمان نگر است .

بنابراین آموزش سلامت عمومی (Public Health Education) در راستای ارتقای سلامت و توانمند سازی مردم ، اهمیت و تاثیر گذاری بسزایی دارد . هدف از این آموزش افزایش ارتقای سطح سواد سلامتی است .

سواد سلامتی نشان دهنده مهارت شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی لازم برای دسترسی ، درک و کاربرد اطلاعات ، به گونه ای که سلامت مطلوب را حفظ نموده یا ارتقا دهد ، ایجاد کند .

در این بین اهمیت جایگاه آموزش سلامت در سیستم سلامت بیش از پیش مشخص ترمی شود .

به نظر میرسد اولین خشت کج این بنا زمانی نهاده می شود که در سیستم سلامت ، به آموزش سلامت به چشم خدمتی مشابه و در عرض سایر خدمات سیستم سلامت نگاه کنیم .

قرار نیست آموزش سلامت به عنوان یک فعالیت مستقل و درکنار دیگر خدمات سلامت اجرا شود . آموزش سلامت در طول تمامی خدمات سلامت است و بدون آن محال است دیگر واحدهای بهداشتی درمانی موفقیتی کسب کنند. به عبارت دیگر آموزش سلامت جزو لاینفک تمامی واحدهای سیستم سلامت و مراکز بهداشتی و درمانی است .

بنابراین آموزش سلامت ، تلاشی هدفمند برای تغییر رفتار و اصلاح سبک زندگی جامعه است که با بهره گیری از اصول یادگیری و یاددهی و انتقال اطلاعات ، سعی در آموزش دادن و برقراری ارتباط کامل با مخاطب را دارد و به توانمند سازی جامعه برای مشارکت در این مسیر بعنوان مهمترین استراتژی نگاه می کند .

مدل (SHEP) چیست ؟

برای جامعه عمل پوشاندن به مطالب ذکر شده ، بعد از مطالعه و بررسیهای لازم اقدام به طراحی و اجرای مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت شد :

SHEP model (Systematic comprehensive Health Education and promotion model)

SHEP در واقع مدل آموزشی است که با هدف افزایش سواد سلامت عمومی public health literacy و با تکیه بر اصول کار تیمی ، کلیه مراحل مختلف اطلاعات ، ارتباطات و آموزش سلامت ، اعم از مرحله بررسی ، طراحی ، تولید ، اجرا ، پایش و ارزشیابی را ، به صورت سیستماتیک و مدون و با دید جامع نگر در راستای ارتقای کمی و کیفی فرایندها مورد توجه قرار می دهد .





تهیه نرم افزار

این مدل برچهار پایه زیر استوار است :

- ۱ - تهیه برنامه نرم افزاری و پکیجهای آموزشی
- ۲ - تجهیز سخت افزاری مراکز بهداشتی درمانی به وسایل کمک آموزشی (اورهد، پرده نمایش، صندلی دانش آموزی)
- ۳ - آموزش و آشنایی پرسنل کادر مراکز بهداشتی درمانی (پزشکان، دندانپزشکان، ماماها، کارشناسان بهداشت خانواده، بهداشت محیط و حرفه ای، مربیان و بهروزان و آموزش سلامت)، همچنین تربیت مربیان همسان برای گروههای هدف مختلف بین بخشی (دانش آموزی، دانشجویی، نیروهای نظامی، رابطین بهداشتی، رابطین سلامت ادارات و ...).

۴ - ایجاد سیستم آموزش و پایش پیوسته (Continues Education and Evaluation System) چرا که ارتقاء سلامت در سایه استمرار و همچنین پایش مداوم تاثیر آموزشهای ارائه شده میباشد.



تجهیز سخت افزار

همانطور که می دانیم درعصر رقابت اطلاعات زندگی می کنیم. ابزار اطلاع رسانی و آموزشی، روز به روز متحول شده و دسترسی مردم نیز به این گونه ابزار بالا می رود. بنابراین برای نیل به تاثیر گذاری موثر آموزشهای مردمی، سیستم سلامت نیز باید از وسایل کمک آموزشی مدرن بهره گیرد.

از آنجائیکه امروزه استفاده صحیح از اورهد و طلق های ترانسپارنسی به عنوان یکی از برترین وسایل کمک آموزشی دنیا مطرح می باشد، شیوه آموزشی انتخاب شده برای مدل SHEP، استفاده از طلق های ترانسپارنسی های رنگی است که ارائه آنها بوسیله دستگاه اورهد صورت می گیرد. البته براساس تکنیک بازاریابی اجتماعی، جهت بهره گیری از بسته های آموزشی در شرایط مختلف، نوع CD، لوح های آموزشی، فیلپ چارت، متون نمایشنامه، و ... نیز تولید شده است.



جهت یکسان سازی مطالب ارائه شده و همچنین تسلط بیشتر

مربیان، تمامی بسته های آموزشی حاوی کتاب طرح درس هستند تا مربی با بهره گیری از آنها در ارائه مطالب بسیار موفقتر عمل نماید.

با توجه به نیاز سنجی های آموزشی انجام یافته و براساس اصول و فنون جلب حمایت همه جانبه و بازاریابی اجتماعی، کمپینها و بسیجهای اجتماعی بسته های آموزشی، برای برخی از موضوعات زیر تهیه و آماده شده و برای برخی در حال تهیه و آماده سازی است :

پیشگیری از بیماری ایدز (باهمکاری سازمان مردم نهاد جامعه پیشگیری از ایدز)، بیماری آنفلوآنزا، بیماری التور، بیماری تب مالت (بروسلوز)، مراقبت مادران باردار، تنظیم خانواده، بیماریهای منتقله از راه جنسی، بهداشت دهان و دندان (برای دو گروه رده سنی کودکان و بزرگسالان)، اعتیاد، کم خونی فقر آهن، پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی، پیشگیری از سرطانها و دیابت، روستای سالم، شهر سالم، تغذیه سالم، مدرسه سالم، سلامت حرفه ای، شیر مادر، بهداشت روان، بلوغ، سلامت سالمندی، سیگار، اکستازی، آمادگی در برابر حوادث طبیعی.

دو ویژگی مهم مدل SHEP، **جامع و سیستماتیک** بودن آن است. جامع بودن مدل بدین معنی است کلیه مفاهیم سلامتی که در جهت افزایش سواد سلامت عمومی میتواند نقش داشته باشد در این مدل وارد شده است. و مربی با توجه به مشخصات گروه هدف و زمان آموزشی که در اختیار دارد، با ظرافت و هوشمندی خود مطالب مقتضی را در اختیار آموزش گیرندگان قرار می دهد.

همچنین این مدل سیستماتیک است، بدین صورت که فلوچارت تمام قسمتهای مدل، اعم از مرحله بررسی، تحقیق، تدوین بسته آموزشی، کارگاههای آموزشی رده اول و دوم، تا مرحله پایش و ارزشیابی، تهیه و برنامه طبق آنها اجرا می شود.



یکی دیگر از دلایل مهم جامع بودن مدل SHEP آن است که تمامی پکیجهای آموزشی طوری طراحی شده اند که علاوه بر اینکه کلیه همکاران سیستم بهداشتی درمانی در انتقال مطالب آموزشی از آن بهره می گیرند، این بسته های آموزشی قابلیت ارائه در گروههای مختلف هدف مردمی را نیز دارا هستند خصوصاً در بین گروههای همسانی مانند: دانش آموزان، دانشجویان، سربازان، روحانیون، اصناف و.... در این حالت که با عنوان تربیت مربیان همسان به اجرا درمی آید، بدین



صورت که پس از تعیین ویژگیهای مربی همسان و انتخاب آنها از طرف اندامهای مورد نظر، کارگاههای آموزشی تربیت مربی برگزار میگردد. سپس شرکت کنندگان از نظر فن بیان و تسلط عملی، مورد ارزیابی قرار می گیرند و بعد از موفقیت در آزمون، به عنوان مربی، اندوخته های خود را به گروههای همسان مربوطه انتقال می دهند.

خوشبختانه در برنامه های انجام یافته با گروههای همسان دانشجویی، دانش آموزان، سربازان ارتش و سپاه، پرستاران و روحانیون، نتایج بسیار ارزشمندی به دست آمده است. یکی از دستاوردهای بسیار با

ارزش مدل آموزشی SHEP، تبدیل محوریت اداره جلسات آموزشی از استاد محور به **فراگیر محور** می باشد.

آرزوی قلبی مدیران این مدل و تهیه کنندگان بسته های آموزشی چیزی جز ارتقای سلامت جامعه نمی باشد، که امید است با ریزیابی و دقت شما مربی عزیز در مطالعه و ارائه مطالب طبق برنامه به این هدف مقدس هرچه بیشتر نزدیک شویم. در ضمن جهت ارتقای کیفیت فرایندها، مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت، آماده دریافت پیشنهادات و نظرات شما خوبان در مورد تمامی مراحل مدل SHEP می باشد.

خداوند، سلامت را سرنوشت من قرار نمی دهد مگر آنکه خود بخوایم.

خواستنی آگاهانه، مسئولانه، هنرمندانه و ماهرانه.



دکتر غلامرضا نورآبادی

طراح مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

nourabadigr@yahoo.com



بخش اول

مهارت‌های آموزشی، ارتباطی، ترجمان و انتقال دانش سلامتی و

ارزیابی و ارزشیابی

درمدل SHEP



لیست اقلام موجود در پکیج آموزشی شامل:

- ۱- کیف بسته آموزشی
- ۲- اسلایدهای ترانسپارنسی آموزشی به تعداد ۴۰ برگ با برگ حایل آنها
- ۳- کتاب راهنمای آموزشی مربی
- ۴- کتاب اسلایدهای تدریس مربی
- ۵- CD حاوی فایل‌های اسلایدها و کتاب راهنمای آموزشی مربی
- ۶- نشانگر لیزری
- ۷- لیست حضور و غیاب
- ۸- برگ پرسش و پاسخ
- ۹- برگ گزارش مربی



چگونه از کتاب راهنمای آموزشی مربی استفاده کنیم؟

این کتاب به عنوان راهنمای تدریس بسته آموزشی است. تاثیر گذاری مطالب ارایه شده در کلاس ها توسط شما مربی عزیز زمانی بیشتر و قابل قبول خواهد بود که:

- ۱- به مطالب علمی ارایه شده کاملا مسلط باشید.
- ۲- دارای قدرت بیان و توانایی ایجاد ارتباط خوبی باشید.
- ۳- مطالب را با یک روال منطقی و انسجام مناسب بیان فرمایید.
- ۴- مشارکت شرکت کنندگان در کلاس آموزشی را جلب نمایید.
- ۵- مطالب ارایه شده توسط کلیه مربیان یکسان و هماهنگ باشد.

برای نیل به اهداف اشاره شده، لازم است شما مربی عزیز این کتاب راهنمای آموزشی را با دقت و برای چند بار مطالعه فرمایید تا با مطالب و عناوین و ترتیب آنها آشنا تر شوید. زیرا هرچه قدر به مطالب علمی تسلط داشته باشید به همان میزان اعتماد به نفس شما در ارایه آنها و همچنین نحوه اداره کلاس بیشتر خواهد شد و طبیعتاً گفته هایتان بیشتر در قلبها راه خواهد یافت و منجر به افزایش دانش و آگاهی و در نهایت تغییر رفتار افراد خواهد شد. لذا نظر شما مربی عزیز را به موارد ذیل جلب می کنیم:

۱- محل مناسبی را برای استقرار دستگاه اورهد پیدا نمایید. این محل باید طوری باشد که نور اورهد به یک سطح صاف و روشنی بتابد تا تصاویر واضح و روشنی حاصل شود. همچنین محل باید طوری انتخاب شود که شرکت کنندگان مطالب اسلاید را ببینند. ضمناً دسترسی به پریز برق نیز باید براحتی صورت گیرد.

۲- قبل از شروع کلاس برگه های پرسش و پاسخ را بین اعضای کلاس پخش کنید و توضیح دهید: " در صورتیکه در حین کلاس سوال یا نظر یا پیشنهادی برای شما مطرح شد، می توانید آنها را روی برگه ها، یادداشت نمایید، چون به احتمال زیاد جواب سوال هایتان را در مطالبی که در ادامه جلسه حضورتان ارایه خواهم کرد، خواهید یافت. اگر این گونه نشد و پاسخ سؤالتان را در طول جلسه آموزشی نیافتید، در پایان کلاس وقت و فرصت کافی برای طرح و جواب گویی آنها خواهد بود." اشاره کنید که من در آخر کلاس در خدمتان خواهم بود و به تمام سؤالات حضوری شما نیز با کمال میل پاسخ خواهم داد.

۳- دقیقاً به زمانبندی اشاره شده برای هر قسمت اسلاید در کتاب راهنما دقت نمایید و مدام به ساعت خود نگاه کنید.

۴- سعی کنید که در زمان ارائه مطالب در کنار دستگاه اور هد (Over head) حضور داشته باشید و کنترل ترانسپارنسی و کاغذ حایل را خودتان به عهده بگیرید. در صورت لزوم برای اشاره به تصاویر، مطالب یا آمار و ارقام اسلایدها از نشانگر لیزری داخل بسته آموزشی استفاده نمایید.

۵- جهت یکسان بودن مطالب ارائه شده توسط کلیه مربیان، خواهشمند است در توضیح اسلایدهای آموزشی طبق راهنمایی های این کتاب عمل نمایید و به مطالب حاشیه ای و خارج از برنامه اشاره ننمایید. (مهم)

۶- مطالب اسلایدها، قسمت بندی (Part) شده است تا ارائه آنها راحت تر و قابل فهم تر شود، هر قسمت با شماره مشخص شده است مثل (Part 1-1) در این شماره گذاری عدد اول مربوط به شماره اسلاید و عدد دوم مربوط به شماره قسمت میباشد: (Part 1-2) (Part 1-3) (Part 1-4)

۷- تصاویر موجود در اسلایدها باید در محل و زمانبندی اشاره شده در کتاب راهنما توضیح داده شوند. تصاویر با (Figure) شماره بندی شده اند مثل: Figure (1-1), Figure (1-2), Figure (1-3), Figure (1-4) و مانند قسمت قبل عدد اول مربوط به شماره اسلاید و عدد دوم مربوط به شماره تصویر می باشد.

۸- در ارائه مطالب برای اینکه قسمتهای زیرین اسلایدها دیده نشوند، از کاغذهای حایل جهت پوشاندن مطالب پایینی استفاده نمایید و با ادامه روند آموزش کاغذ حایل را از روی مطالب بردارید.

۹- خواهشمند است مطالب علمی و توضیحات هر قسمت را طبق کتاب راهنمای آموزشی بیان فرمایید.

۱۰- در قسمتهایی که ابتدا با یک سوال شروع شده است. در ابتدا با پرسیدن سوال و گذاشتن کاغذ حایل روی اسلاید جهت دیده نشدن جواب، به منظور جلب مشارکت شرکت کنندگان از آنها بخواهید تا به سوال جواب دهند و با کمال آرامش و خونسردی و تشویق، به جوابهای آنها (دو نفر از شرکت کنندگان) گوش فرا دهید. البته در این لحظه نباید به جوابهای آنها عکس العمل نشان دهید.

۱۱- سپس به ارائه مطالب خود مطابق کتاب راهنما ادامه دهید.

۱۲- در صورت بروز حالاتی چون پرسش سوالهای بی ربط یا سوالهایی که موجب ایجاد بی نظمی در کلاس میشوند، به فرد مطرح کننده سوال بگویید که:
- بعد از اتمام کلاس من در خدمتان خواهم بود و جواب سوالتان را باکمال میل خواهم داد.
- یا اگر اجازه دهید به ادامه مطالب بپردازیم شاید جوابتان را از لابلای مطالب ارائه شده پیدا کنید.

۱۳- باید بدانیم که هیچ کس پاسخ همه سوالها را نمیداند. لذا اگر از شما سوالی پرسیده شد که پاسخ آن را نمیدانید با شهامت و صداقت بگویید که من پاسخ را نمیدانم. سوال شما را برای جلسه بعد از اساتید پرسیده و جواب کامل و صحیح را به شما خواهم گفت. (این کار شما باعث افزایش اعتماد شرکت کنندگان میشود.)

سایر شیوه های آموزشی کاربردی که مربیان عزیز می توانند از آنها بهره مند گردند :

در این قسمت توجه مربیان عزیز را به این نکته مهم جلب میکنیم که انتظار اصلی این برنامه از مربیانی که موفق به اخذ گواهی مربی گری می شوند ، حضور در کلاسهای تدریس ۱ الی ۱/۵ ساعته است که بعد از هماهنگی با ارگانهای مربوطه (مانند دانشگاه، مرکز بهداشت، مدرسه، پادگان، بیمارستان، بسیج، هلال احمر و ...) صورت می گیرد. در این کلاسها ارایه مطالب آموزشی با کمک اسلایدها و طبق طرح درس و با استفاده از وسایل کمک آموزشی (اورهد- پرده نمایش و ...) انجام می شود. این همان روش کلاسیک مدل SHEP می باشد.

از طرف دیگر ، از آنجاییکه مطالب این بسته آموزشی، جامع میباشد مربیان می توانند ، بعد از تسلط علمی و کسب مهارتهای ارتباطی و آموزشی از سایر روشهای آموزشی که در زیر عنوان میگردد برای آموزشهای خود بهره گیرند :

۱-نمایش عملی Demonstration

۲-بحث گروهی Group discussion

۳-سخنرانی Lecture

۴-پرسش و پاسخ Colloquy

۵-قصه گویی story telling

۶-ایفای نقش Role playing

۷-مشاوره counseling

۸- و ...

پرواضح است بعد از تمرین بیشتر مطالب و شناخت بهتر از محیط آموزشی ، ابزار کمک آموزشی ، زمان و ویژگی شرکت کنندگان در جلسه آموزشی ، مربی می تواند به راحتی با انتخاب یکی از شیوه های آموزشی فوق الذکر و یا استفاده از ترکیبی از آنها در افزایش اثر بخشی جلسه آموزش خود قدم بردارد. در اینجا به توضیح مختصری از شرایط و ویژگی های هر یک از شیوه های آموزشی فوق الذکر اشاره میگردد:

نمایش عملی Demonstration

این شیوه بر اساس مشاهده و دیدن استوار است و اشیای حقیقی و واقعی به کار گرفته می شود. در این شیوه، طرز استفاده از یک وسیله یا چگونگی ساختن چیزی نشان داده می شود. مثلا نحوه صحیح مسواک زدن ، نحوه سالم سازی سبزیجات ، طرز تهیه سرم خوراکی و لازم به ذکر است که این شیوه معمولا به تنهایی به کار نمی رود و سخنرانی نیز در کنار آن انجام می شود.

برای ارتقای کیفیت آموزش در شیوه نمایش عملی (رعایت نکات زیر سودمند می باشد):

۱. آمادگی کامل قبلی مربی

۲. وجود تجهیزات کافی و لازم

۳. وجود فضای کافی برای تمرین عملی و به حداقل رساندن شلوغی و سر و صدا

۴. امکان مشاهده آسان برای همه فراگیران

۵. ارایه توضیح علمی همزمان با نمایش عملی توسط مربی

۶. اجرای آهسته نمایش به منظور آموزش مهارت های عملی

۷. بیان مجدد از مراحل



بحث گروهی Group discussion



بحث گروهی گفتگویی هدفمند و دارای ساختار درباره موضوعی خاص است که معمولاً مورد علاقه فراگیران می باشد. این روش برای جمعیت های ۳ تا ۱۰ نفر مناسب است ولی در صورتی که تعداد فراگیران بیشتر باشد، می توان آنها را به گروه های کوچکتر تقسیم کرد. در این روش مربی می تواند با توجه به گروه هدف و میزان علاقمندی به موضوع و سطح علمی آنان، تیتیریک یا چند تا از موضوعات محتوای بسته آموزشی را برای ایشان مطرح نماید. سپس فراگیران درباره آن موضوعات به مطالعه، اندیشه و تبادل نظر می پردازند در نهایت بعد از بحث به نتیجه می رسند.

نظر مربیان عزیز را به چند نکته مهم در روش بحث گروهی جلب می نمایم:

- بهترین روش چیدمان صندلی ها در بحث گروهی بصورت دایره ای یا بیضی می باشد نه بصورت کلاسی.

از مزایای این روش چیدمان این است که :

الف - در حالت چیدمان دایره ای همه شرکت کنندگان در بحث گروهی خود را همتران بقیه افراد احساس میکنند و حالت رییس مرئوسی و یا شاگرد استادی از بین می رود.

ب - شرکت کنندگان به راحتی میتوانند چهره همدیگر را ببینند. این امر در ابراز بهتر نظرات و عقاید و ارتباط غیر کلامی سودمند می باشد.

ج - در روش بحث گروهی مربی به عنوان یک تسهیلگر جلسه عمل می نماید، به طوریکه با مدیریت خود بحث را به گردش در می آورد و از به انحراف کشیده شدن بحث جلوگیری می کند، بدون اینکه در محتوای نظرات و صحبت های افراد مداخله و اعمال نظر نماید.

این شیوه آموزشی نیاز به مدرسان و تسهیلگرانی دارد که قدرت تصمیم گیری داشته باشند تا از بروز انحرافات در بحث جلوگیری نمایند و کنترل جلسه را در دست داشته باشند.

در بحث گروهی تسهیلگر و شرکت کنندگان هر کدام وظایفی برعهده دارند :

وظایف شرکت کنندگان:

- ⊙ فکر کردن و مطالعه درباره موضوع.
- ⊙ ارائه نظرات خود در جلسه بحث گروهی.
- ⊙ گوش کردن به نظرات دیگران.
- ⊙ صحبت خصوصی نکردن با همدیگر.
- ⊙ انتظار نداشته باشند که نظراتشان حتما پذیرفته شود.

وظایف تسهیلگر:

- ⊙ فراهم کردن امکانات.
- ⊙ شرکت در بحث .
- ⊙ کنترل و هدایت بحث.

سخنرانی lecture



زمانیکه تعداد فراگیران زیاد بوده و فضای کافی آموزشی و امکانات سمعی و بصری مناسب وجود داشته باشد، مربیان عزیز می توانند با استفاده از محتوای بسته آموزشی برای مدت زمان معین و با توجه به شرایط فراگیران سخنرانی کنند.

جهت ارتقای کیفیت سخنرانی رعایت نکات زیر مفید خواهد بود:

۱. زمان سخنرانی را محدود کنید.
۲. مشارکت فراگیران را با طرح سوالات جلب کنید.
۳. از وسایل کمک آموزشی به منظور کمک به تفهیم موضوع استفاده نمایید.
۴. از اطاله کلام پرهیزید و فقط نکات ضروری را ارایه کنید.
۵. مثال هایی با کلمات ساده و مرتبط با فراگیران بزنید.
۶. در ابتدا و انتهای جلسه، خلاصه ای از موضوع را ذکر کنید.
۷. بلند و واضح صحبت کنید و اجازه دهید فراگیران یادداشت بردارند.
۸. به تک تک افراد حاضر در کلاس نگاه کنید.

پرسش و پاسخ Colloquy

هدف این شیوه آموزشی، تشخیص و تحریک تفکر، توانایی ها و علائق، تقویت قدرت استدلال، سنجش و قضاوت، استفاده از تجربیات گذشته و ایجاد اعتماد به نفس است. در این شیوه مدرس، فراگیران را به تفکر درباره مفهومی جدید یا بیان



مطلبی تشویق می کند. فراگیر نیز با کوشش ذهنی خود از معلوم به مجهول می رسد. این شیوه آموزشی به روش سقراطی هم معروف است. در این شیوه مربی با طرح سوالات برنامه ریزی شده به همراه فراگیران به کسب مفاهیم و مطالب جدید دست می یابند. مربی باید سوالات را به گونه ای طراحی نماید که با زمینه ذهنی و علمی فراگیران همخوانی داشته باشد و توجه آنها را برانگیزد. این سوالات باید به صورت متوالی برای تداوم فعالیت های ذهنی فراگیران در نظر گرفته شوند.

قصه گویی story telling



این شیوه آموزشی مناسب برای گروه هدف بچه ها و خردسالان و همچنین برای افرادی که سواد و تجربه کمی دارند جهت تفهیم بیشتر مطالب می باشد. در این شیوه مربی محتوای آموزشی را بوسیله کاراکترها و شخصیت های داستان بصورت کاملا هنرمندانه و ظریف به گروه هدف منتقل می نماید. تسلط هرچه بیشتر مربی به محتوای داستان و مهارت های ارتباطی، در افزایش کیفیت انتقال مطالب بر روی گروه هدف موثر خواهد بود.

ایفای نقش Role playing

ایفای نقش یکی دیگر از روشهای آموزشی است که برای تجسم عینی موضوعات و دروسی که برای نمایشنامه مناسب



هستند، مفید می‌باشد. از مزایای این روش آموزشی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- برقراری ارتباط عاطفی فراگیران با ایفاگران نقش و احساس کردن خود در صحنه.
- تجربه نقش‌های متفاوت در محیطی امن مخصوصاً برای کودکان و نوجوانان.
- نشان دادن پاسخهای متعدد به موقعیتهای خاص مانند پاسخ‌ته به رفتارهای پرخطر.
- یافتن راه‌حلی برای موقعیتهای پرتعارض در محیطی امن.

مربیان عزیز می‌توانند از محتوای بسته آموزشی و داستانهای موجود در آنها برای نوشتن متن ایفای نقش و انجام سایر اقدامات اجرایی بهره‌گیرند.

مراحل اجرایی ایفای نقش:

1. تعیین موضوع و نوشتن آن به صورت نمایشنامه
2. فراهم کردن شرایط و امکانات لازم
3. تعیین و تمرین نقش‌هایی که باید ایفا شوند.
4. توضیح مختصر درباره موضوع و هدف برای فراگیران
5. اجرای نمایش
6. بحث درباره محتوا، چگونگی اجرای نمایش و نتایج آن.



برای ارتقای کیفیت آموزش در شیوه آموزشی ایفای نقش باید نکات زیر را رعایت نمود:

1. راهنمایی‌ها و آموزشهای لازم به طور واضح و شفاف ارائه شوند.
2. ایفای نقش توسط فراگیران بطور داوطلبانه باشد.
3. هدف از ایفای نقش بیان شود.
4. زمان کافی برای ایفای نقش داده شود.
5. روی نکات آموزشی توجه نموده و آنها را پررنگ تر نمایش دهند.
6. تجربیات ایفای کنندگان نقش پس از اجرا مورد بررسی و بحث قرار گیرد.
7. جهت آموزش موثرتر، می‌توان از سیاست تعویض نقشها توسط افراد استفاده کرد تا با این کار افراد تجربه‌های متفاوت را کسب کنند.



مشاوره counseling

مشاوره نیز یکی از شیوه‌های آموزشی بسیار مفید و موثر می‌باشد که بعد از تمرین زیاد و تسلط علمی بر اصول آموزش و ارتباطات و آشنایی با شرایط مشاوره خوب و اصول مشاوره، مربی می‌تواند از این شیوه بهرمنند شود. این شیوه بیشتر در آموزشهایی با موضوعات شیوه زندگی، بلوغ، اعتیاد، ایدز و ... کاربرد دارد.

به مربیان عزیز توصیه می‌شود جهت انجام یک مشاوره خوب، علاوه بر تسلط علمی بر محتوای بسته آموزشی حاضر، از کتابها و یا کارگاه‌ها و یا همکاری کارشناسان مشاوره نیز بهرمنند گردند.



کدام شیوه آموزشی مناسب است؟

در پایان متذکر می شود که هر یک از شیوه های آموزشی به تنهایی مزایا و محدودیتهایی دارند و از این رو غالباً بکارگیری مجموعه ای از شیوه های آموزشی توصیه می شود تا کارایی و اثر بخشی بیشتری به همراه داشته باشد. برای انتخاب شیوه آموزشی مناسب معیارهایی وجود دارد که عبارتند از:



- اهداف آموزشی
- ویژگیهای فراگیران*
- محتوای آموزشی
- ویژگیهای آموزش دهندگان
- نیازهای کمک آموزشی (فضا، مواد، زمان و ...)

*جدول زیر در انتخاب شیوه آموزشی بر اساس ویژگی فراگیران کمک کننده است:

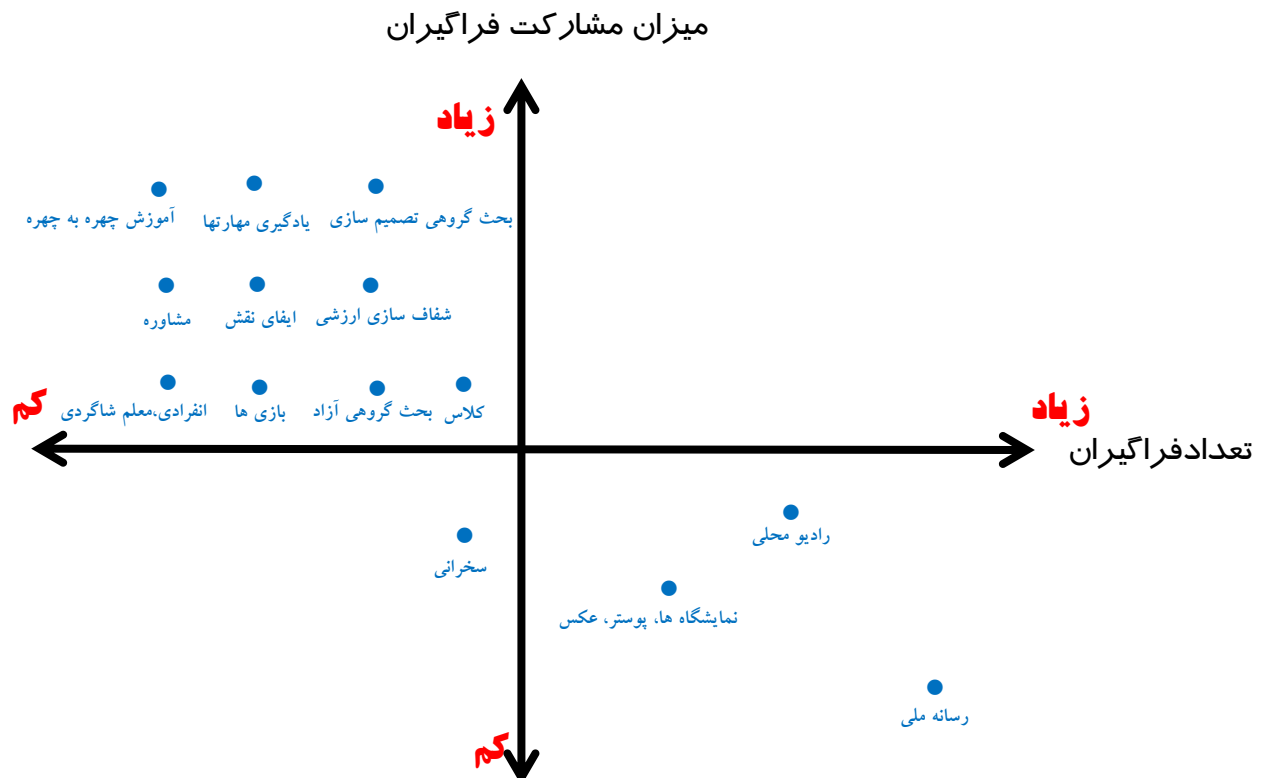
* ویژگیهای فراگیران:

روش آموزش	تعداد فراگیران
سخنرانی	زیاد
بحث گروهی	کم

روش آموزش	تجربه فراگیران
سخنرانی	کم
بحث گروهی	زیاد

روش آموزش	سواد فراگیران
ایفای نقش - داستان گویی	کم
بحث گروهی - کارگاه - سمینار	زیاد

نمودار مقایسه ای از نظر میزان مشارکت فراگیران با تعداد فراگیران در فرآیند آموزش سلامت و جایگاه مختصاتی روشها و شیوه های آموزشی در این نمودار



یکی از نکات مهم در موفقیت استفاده از شیوه های آموزشی، دقت در انتخاب رسانه آموزشی و ارتباطی مناسب است. یک رسانه ارتباطی مناسب باید دارای ویژگی های زیر باشد:

عمق - وسعت - دسترسی - تداوم اثر - محلی بودن - درگیری حواس - اعتبار

مربیان SHEPmodel چه کسانی هستند؟

۱ - متخصصین و کادر بهداشتی درمانی و آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
(کلیه سطوح: مدیران - پزشکان - کاردانان و کارشناسان مبارزه با بیماریها - دندانپزشکان - پرستاران - ماماها - کارشناسان آموزش سلامت، سلامت خانواده، سلامت محیط و حرفه، بهورزی، بهداشت مدارس، تغذیه - بهورزان - تیم سلامت و ...)



۲ - مربیان همسان اعم از دانش آموزی، دانشجویی، رابطین سلامت ادارات، رابطین بهداشتی، بسیجیان، داوطلبین هلال احمر و نظامی و...



دو وظیفه مهم مریبان SHEP model

الف - دسته بندی مخاطبان

ب- مدیریت زمان برنامه های آموزشی



الف - طبقه بندی گروه های هدف در مدل SHEP:



پر واضح است گروه هدف مردم، از گروه های مختلف با ویژگی های متفاوت از نظر جنس، سن، سواد خواندن و نوشتن، سواد سلامت، جایگاه اجتماعی، درآمد و ... تشکیل شده اند. از جمله گروه های هدف می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- مادران باردار- کودکان زیر ۶ سال- دانشجویان- بیماران
- کشاورزان- مدیران دولتی و غیر دولتی - والدین دانش آموزان
- سربازان- کارگران کارخانه ها- دانش آموزان- مادران خانه دار- اصناف و کسبه- کارمندان- اساتید- و

بنابراین میزان اطلاعات اولیه گروه های هدف، از موضوع بسته آموزشی، متفاوت خواهد بود.

یکی از وظایف مهم مربی سلامت، طبقه بندی فراگیران جهت تعیین گروه هدف آموزشی می باشد. برای کمک به شما مریبان عزیز در ارزیابی اولیه و طبقه بندی گروه های هدف، پرسشنامه های دانش، نگرش و رفتار در ضمیمه طرح درس بسته های آموزشی گنجانده شده است که با بهره گیری از این پرسشنامه ها در اول کلاس و قبل از شروع به ارایه مطالب، می توانید با یک ارزیابی سریع از میزان اطلاعات و نگرش و رفتار اولیه شرکت کنندگان در مورد موضوع آموزشی آگاهی کسب نمایید.

از نتایج سودمند ارزیابی می توان به موارد زیر اشاره نمود :

- ۱- شناخت درستی از گروه هدف (مسئولین-شركا- تصمیم گیران- مخالفان-زینفعان و سایر گروه های مختلف مردمی...)
- ۲-انتخاب شیوه آموزشی مناسب (سخنرانی- بحث گروهی- ایفای نقش- پرسش و پاسخ و ...)
- ۳-تشخیص نیازهای آموزشی گروه هدف ، جهت تاکید یا عدم تاکید بر بخشهای مختلف بسته آموزشی .

موضوع مهم دیگر در امر آموزش ، انتخاب محتوا و شیوه آموزشی مناسب برای گروه هدف می باشد. لذا در مدل SHEP مطالب بسته های آموزشی با رعایت اصول آموزش، به عنوان یک سوپرمارکت آموزش سلامت در برگیرنده کالاهای مختلف آموزشی (مهارتی و محتوایی) است که مربی سلامت بعد از تمرین و تسلط کافی به روش و محتوای آموزشی و همچنین آشنایی با قواعد چهار تکنیک:



- ۱- بازاریابی اجتماعی Social marketing
- ۲- جلب حمایت همه جانبه Advocacy
- ۳- کمپین ها Campaigns
- ۴- برگزاری بسیج های اجتماعی Social mobilization

می تواند به عنوان یک فروشنده ماهر بعد از یک ارزیابی آموزشی که از مشتریان می کند از جنسهای موجود در فروشگاه آموزش سلامت، مناسبترین اجناس را به بهترین صورت در اختیار مشتریان قرار دهد.

از جمله اجناسی که در قفسه های این فروشگاه آموزش سلامت وجود دارد می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- ۱-اهداف آموزشی ،
- ۲- تاریخچه ،
- ۳- موارد آماری و اپیدمیولوژی
- ۴- ذکر تشابهات و تفاوت های موضوع آموزشی با پدیده ها یا فجایع و بلایای طبیعی جهت افزایش حساسیت توجه فراگیران به مطلب.
- ۵- تاثیرات اجتماعی ، اقتصادی موضوع آموزشی بر جوامع
- ۶- تعریف موضوع
- ۷- محتوای آموزشی (بیماریها- بهداشت محیط- بهداشت خانواده- تغذیه و ...)
- ۸- پرسشهای دوره ای از فراگیران جهت مشارکت در اداره کلاس
- ۹- ذکر ضرب المثل ها و مثالها و نقل قول از افراد صاحب نظر در موضوع
- ۱۰- استفاده از تصاویر و کاریکاتورهای مفهومی
- ۱۱- و سرانجام جمع بندی بسته آموزشی با یک داستان بومی مستند و به روز جهت لمس بیشتر فراگیران از موضوع آموزشی.
- ۱۲- ضمیمه های تکمیلی از نظر موضوع آموزشی برای گروه های هدف اختصاصی تر - پرسش و پاسخها- پرسشنامه های ارزیابی و ارزشیابی-پوسترها- پمفلتها- رفرانسهای مطالب جهت مطالعه بیشتر فراگیران.



(از موارد ۱- ب- ت- ث بسته های آموزشی می توان در جهت توجیه ، جلب حمایت همه جانبه با Advocacy از مسئولان- مدیران دولتی و غیر دولتی- تصمیم گیران- شرکاء- ذینفعان ، مخالفان و استفاده نمود.)

لذا، مربی، بعد از تمرین و برگزاری کلاسهای زیاد و کسب مهارت کافی میتواند به عنوان یک فروشنده خوب محصولات آموزشی خود را با رعایت موارد:

- ۱- چه اجناسی از این فروشگاه را (کدام موضوعات آموزشی را)
 - ۲- با کدام روش (یعنی کدام یک از شیوه های آموزشی مانند سخنرانی، بحث گروهی، مشاوره، ایفای نقش و ...)
 - ۳- و با چه بسته بندی (یعنی با چه وسیله کمک آموزشی مانند اسلاید ترانسپارنسی، بروشور، فیلم CD، فایل پاورپوینت PPT، و ...)
- در اختیار گروه های هدف مختلف قرار دهد.



فراگیر قبل از آموزش

مداخلات آموزشی توسط

فراگیر بعد از آموزش

مربیان SHEP

بهترین راه برای ارایه یک محصول مناسب برای مشتری آموزشی:

- شناخت دقیق از گروه هدف
- تهیه موضوع و محتوای آموزشی درخور گروه هدف
- و آماده سازی مکان آموزشی مناسب از نظر امکانات، نور، تهویه هوا، تجهیزات سمعی بصری و ... است.

برای این منظور، یک یا چند روز قبل از آموزش، مربی باید با مراجعه به محل آموزش، از وجود امکانات مناسب آموزشی اطمینان حاصل کرده و در صورت وجود نقص، نسبت به رفع آنها اقدامات مقتضی را اعمال نماید. همچنین مربی باید با ابزاری که در دست دارد مانند: پرسشنامه پیش آزمون، مصاحبه و ... از میزان اطلاعات و نگرش و رفتار گروه هدف در زمینه آموزشی مربوطه اطلاع کسب کند.

در پایان، مربی می تواند، بعد از انجام آموزش، به وسیله پرسشنامه پس آزمون موجود در بسته آموزشی و یا ابزار دیگر، نتیجه برنامه های آموزش و ارتقای سلامت خود را ارزشیابی نماید.

ب- مدیریت زمان برنامه های آموزشی در مدل SHEP:

همانطور که قبلا نیز اشاره شد ، بسته های آموزشی SHEP با رعایت اصول و قواعد آموزشی برای یک جلسه ۱ الی ۱/۵ ساعته تهیه و تنظیم شده اند تا در این مدت ،اطلاعات علمی و کاربردی جامعی در رابطه با موضوع آموزشی مورد نظر در اختیار فراگیران گذاشته شود.



اما مسلم است که همیشه این فرصت در اختیار مربیان عزیز قرار نخواهد گرفت. مثلا در یک همایش علمی که مشتمل بر برنامه های مختلفی است برای مربی ۲۰ دقیقه وقت داده می شود و یا در یک جلسه فرهنگی کانون و یا جلسه هیئت امنای یک مسجد و یا در جلسه اولیا مربیان یک مدرسه ،فرصت ۱۰ دقیقه ای در اختیار مربی گذارده می شود.

در چنین مواردی مربی باید با روشهای مختلفی فراگیران را از نظر اطلاعات اولیه دانشی، نگرشی و رفتاری ارزیابی نماید. سپس با توجه به فرصتی که در اختیار دارد و مطالبی که در بسته آموزشی وجود دارد با تاکید بر قسمتهایی که نیاز گروه هدف می باشد، به تکمیل سواد سلامتی فراگیران پردازد. تا بدین صورت ضمن مدیریت زمان اختصاصی خود ، بتواند شکافهای دانشی ، نگرشی و رفتاری فراگیران را رفع نماید.

در جلسات آموزشی مختلف ، بر اساس زمان در دسترس و تناسب سنی، علمی و سایر مشخصات گروه های مخاطب، مربی می تواند محتوای آموزشی خود را در یک تقسیم بندی کلی به سه دسته زیر قسمت نماید:



- ۱- مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب باید بدانند. ← اولویت اول
- ۲- مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب بهتر است بدانند. ← اولویت دوم
- ۳- مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب خوب است بدانند. ← اولویت سوم

برای رسیدن به یک طبقه بندی مناسب محتوای آموزشی ، مربی باید با تکنیک نیازسنجی آموزشی آشنا باشد.

یکی از اصول نیازسنجی آموزشی این است که مربی بتواند قبل از شروع جلسه آموزشی ،در یک ارزیابی دقیق از وضعیت دانش ، نگرش و رفتار مخاطبین ، و با توجه به زمان در اختیار خود ، مطالب آموزشی مورد نظر را به سه دسته فوق الذکر تقسیم بندی نماید و به ترتیب به ارایه اولویت ۱ و ۲ و ۳ آنها پردازد.

اولویت اول ارایه مطالب بر اساس زمان در دسترس :

مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب باید بدانند: یعنی مواردی از بسته آموزشی که لازم است گروه مخاطب از آن آگاهی داشته باشند. لذا این مطالب باید در ابتدای جلسه آموزشی بیان شوند.

اولویت دوم ارایه مطالب بر اساس زمان در دسترس :

مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب بهتر است بدانند: به آن مواردی از بسته آموزشی اشاره دارد که آگاهی از آنها، برای گروه مخاطب بهتر است و بعد از اشاره به قسمت اول مطالب این موارد بیان می‌گردد.

اولویت سوم ارایه مطالب بر اساس زمان در دسترس :

مواردی از محتوای آموزشی که گروه مخاطب خوب است بدانند : مواردی از بسته آموزشی است که در قسمت آخر جلسه آموزشی و در صورت اقتضای فرصت زمانی جلسه به آنها پرداخته می‌شود . این دسته از مطالب در تکمیل دو قسمت اول کاربرد دارند و دانستن آنها برای مخاطبین مورد نظر خوب است .

پر واضح است ، رده بندی مطالب آموزشی ، زمانی کاربرد دارد که فرصت زمانی مربی در جلسه آموزشی ، محدود باشد . به عبارت دیگر در صورت وجود زمان مناسب و کافی، بهتر است کل بسته آموزشی و با همان نظم و ترتیبی که در اسلایدها و کتاب طرح درس آمده است بیان شود تا تمام اهداف مورد نظر پکیج آموزشی محقق گردد. با توجه به گستردگی گروه های هدف و نیز تنوع ویژگی های مخاطبان آموزشی در جوامع، مشخص است که محتوای یک بسته آموزشی را می توان به تعداد بی شماری اولویت بندی سه گانه براساس زمان در دسترس برای گروه های هدف تقسیم نمود.

بطور مثال در بسته آموزشی ایدز اولویت بندی سه گانه ای که برای دانش آموزان ابتدایی صورت می‌گیرد با آنچه برای دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان انجام می پذیرد تفاوت دارد . از طرف دیگر این اولویت بندی برای گروه مخاطبین مسئولین سازمانها، کارشناسان ، کاردانا، والدین ، و ... به گونه دیگر باید انجام پذیرد.

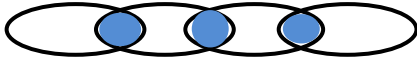
همچنین زمانی که گروه مخاطب ، مسئولین ، مدیران و تصمیم گیران یک سازمان هستند ، در اولویت بندی سه گانه، موارد حساس سازی ، اهمیت موضوع بسته آموزشی و تاثیر آن بر جامعه باید بیشتر مورد اشاره واقع گردد تا این مطالب در تصمیم گیری های اجرایی ، مالی و پشتیبانی ایشان موثر واقع شود. یا در جلسه آموزشی که گروه مخاطب پزشکان و کارشناسان ایدز می باشند ، با توجه به این که آنان از راه های انتقال و پیشگیری آگاهی دارند مربی باید بیشتر وقت خود را برای به روز کردن آمار و ارقام شهرستانی ، استانی ، کشوری و جهانی تعداد مبتلایان و آخرین یافته های علمی موجود در زمینه بیماری ایدز صرف نماید.

در جلسه آموزشی که گروه مخاطب مردم عادی هستند مربی باید به ذکر مطالب علمی به زبانی ساده و راه های انتقال و پیشگیری از بیماری ایدز با ذکر تشبیهات و مثالهای ملموس اقدام نماید.

لذا یکی از وظایف بسیار مهم مربی شناخت گروه مخاطب و تنظیم و بیان مطالب براساس دانش و نیاز این گروه است. پر واضح است در صورت شناخت گروه مخاطب توسط مربی و با یک دسته بندی خوب مطالب ، جلسه آموزشی بازده بالاتری خواهد داشت.

ارتباط با گروه مخاطب در مدل SHEP

در ایجاد هر ارتباطی ابتدا باید در جستجو و تقویت زمینه‌های مشترک بود. چرا که، عامل اتصال حلقه‌های زنجیر ارتباطات، نقاط مشترک بین حلقه‌ها است، نه جاهای دیگر آن.



چهار نوع ارتباط وجود دارد:

- ۱) برد - برد (برد مضاعف)
- ۲) برد - باخت (تحمیل)
- ۳) باخت - برد (توافق)
- ۴) باخت - باخت (باخت مضاعف)

در مداخلات آموزش و ارتقای سلامت، مهمترین و موثرترین نوع ارتباط، ارتباط برد- برد یا همان برد مضاعف می‌باشد. در این نوع ارتباط، طرفین از ایجاد رابطه سود می‌برند و این امر باعث افزایش انگیزه طرفین و عامل مهمی برای ادامه رابطه دو طرفه و پرثمرتر شدن نتایج آن میشود.

لذا در مدل SHEP، رعایت اصول ارتباطات در تعامل با کلیه گروه‌های مخاطب برنامه‌ها از قبیل: مادران باردار- کودکان زیر ۶ سال- دانشجویان- بیماران- کشاورزان- مدیران دولتی و غیر دولتی- والدین دانش آموزان- سربازان- کارگران کارخانه‌ها- دانش آموزان- مادران خانه‌دار- اصناف و کسبه- کارمندان- اساتید- و باعث حصول نتایج بهتر در مداخلات آموزشی و ارتقای سلامتی میشود.

همانطور که قبلاً اشاره شد، مربیان برای انجام مداخلات ارتقاء سلامت موثر، نیاز با آشنایی با تکنیکهای چهارگانه مدل SHEP دارند:

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| Social marketing | ۱- بازاریابی اجتماعی |
| Advocacy | ۲- جلب حمایت همه جانبه |
| Campaigns | ۳- کمپین‌ها |
| Social mobilization | ۴- برگزاری بسیج‌های اجتماعی |

به عبارت دیگر، این تکنیکها به عنوان ابزارهایی هستند که مربیان می‌توانند جهت انجام مداخلات آموزشی و ارتقای سلامت مردم، بسته به موقعیت مداخله، گروه هدف مداخله، موضوع سلامتی مورد مداخله و ... از آنها بهره گیرند. پرواضح است مربی، زمانی بهتر نتیجه خواهد گرفت که با تمرینهای بیشتر و بیشتر، در این تکنیکها مهارت پیدا کند.

بازاریابی اجتماعی Social Marketing

موفقیت روزافزون بخش تجارت در جلب مشتری برای کالاها و خدمات خود، مرهون به کارگیری اصول و فنون علمی و مدونی است که به آن بازاریابی (Marketing) می‌گویند. زمانی بازاریابی را منحصر به یافتن مشتری برای محصولات تولید شده یا خدمات قابل ارائه شرکت‌ها، سازمان‌ها و کارخانجات می‌دانستند در حالی که بازاریابی نوین به تولید محصولات و خدمات منطبق بر نیازها و خواسته‌های مشتری توجه دارد. در بازاریابی نوین، حوزه عمل گسترده‌تر از تبلیغ کالاها و ترغیب مشتری برای خرید محصولات موجود است و اساس آن شناخت دقیق نیازها و خواسته‌های مشتری است.



بازاریابی اجتماعی: یعنی کاربرد فن آوری‌های بازاریابی تجاری جهت تحلیل، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های طراحی شده برای تاثیر گذاری بر رفتار داوطلبانه و از روی انتخاب مخاطبین، به منظور بهبود و ارتقای سلامت و رفاه فرد و جامعه است.

درست همانند شرکتهای تجاری که قادر به واداشتن مردم به خرید محصولاتشان هستند، بازاریابان اجتماعی نیز باید در جهت توانمند سازی افراد جامعه بکوشند تا مردم بتوانند رفتارهای بهداشتی و مناسب را اتخاذ نمایند. علم بازاریابی، جمعیت را به زیر گروه‌های متفاوتی بر اساس شاخصهای مردم‌شناختی، متغیرهای اجتماعی-اقتصادی، نگرش و رفتارهای افراد تقسیم بندی می‌نماید. در بازاریابی تجاری، اساس بر مبادله کالا است. یعنی چیزی را که مشتری نیاز دارد، با یک قیمت قابل قبول فراهم می‌شود.

ولی در بازاریابی اجتماعی مبادله می تواند به صورت :

- کالا مانند خوراکیهای مغذی و ...
- خدمات نظیر برگزاری کارگاه های مدیریت استرس ، کارگاه های توانمندسازی کادر و مربیان و مردم، تزریق واکسن ، کنترل رشد کودکان و ...
- ایده و مفاهیمی همچون تشویق به فعالیت جنسی ایمن ، پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی و سرطانها و باشد.

روش کار در این دونهوع بازاریابی تفاوتی باهم دارند .

در بازاریابی تجاری عوامل موجود بسیج می شوند تا محصولی فروخته شود. در صورتیکه در بازاریابی اجتماعی تلاش می شود تا شیوه زندگی سالم جایگزین رفتارهای پرخطر و نامناسب گردد. بعنوان مثال در تبلیغات تجاری فرآورده هایی مانند چیپس و پفک و ... را با مواردی مانند اعطای جایزه و ... که دلخواه مردم است همراه می کنند. ولی در بازاریابی اجتماعی، پیامهای ارتقای سلامت در جهت جلوگیری از رفتارهای پرخطر و نامناسب (مانند سوء مصرف الکل، سیگار، کم تحرکی و ...) (و ترغیب و تشویق شیوه زندگی سالم می باشند. به عبارت دیگر در بازاریابی تجاری تلاش برای فروش کالاهای موجود می باشد تا فروخته شوند و موجب لذت خریدار گردند. در عوض بازاریابی اجتماعی تلاش خود را در جهت عرضه پیامهای ارتقای سلامتی بکار می برد که منافی را در زمان آینده به دنبال دارد، مانند توصیه به استفاده کمتر از نمک در طبخ غذاها جهت پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی در آینده. همانطور که می دانیم فروش و ارایه یک محصول، فرآیندی پیچیده و به دقت بررسی شده است. در این فرآیند نیازهای بازار و مشتریان می بایست شناسایی گردند تا محصولات تولید شده، جذاب باشند. برای موفقیت در بازاریابی اجتماعی باید اصول چهار گانه (4P) زیر مورد توجه قرار گیرد:

Product یا محصول :

فرآورده یا رفتاری که می تواند به بهبود و ارتقای سلامت منجر شود .

Price یا قیمت :

ارزش و بهای محصول که باید مخاطب بپردازد.

Place یا مکان :

محل که محصول در آنجا در دسترس است.

Promotion یا ترویج :

شیوه هایی که به واسطه آنها محصول و اثرات آن رواج می یابد.



جلب حمایت همه جانبه Advocacy

همانطور که می دانیم بسیاری از برنامه هایی که در حوزه سلامت با هدف تغییر رفتار (مانند پیشگیری از ایدز و اعتیاد ، کنترل بیماری فشار خون، دیابت و ...) طراحی می شوند ، بدون اصلاح دیدگاه تصمیم گیرندگان (نمایندگان مجلس ، مسئولین سیستم قضایی، مجریان دستگاههای دولتی و غیر دولتی ، مسئولین دانشگاهها و مدارس ،مسئولین لشگری و ...) و ایجاد تغییر در سیاستهای عمومی جامعه امکان پذیر نمی باشد.

موفقیت اجرای مکانیسمهای فوق ، نیازمند هماهنگی و همدلی سازمانها ،ادارات دولتی و غیر دولتی و مردم در مورد برنامه های سلامت می باشد و در این راستا سیاست جلب حمایت همه جانبه راهبردی اساسی به شمار می رود .



جلب حمایت همه جانبه سلامت (Health Advocacy): در تعریف به مجموعه ای از راهبردها ، برنامه ها و فعالیتهایی اطلاق میشود که اجرا می شوند تا سیاستهای جامعه در جهت برنامه های سلامت مورد نظر اصلاح گردد.

جلب حمایت همه جانبه در صورت موفقیت می تواند:

با اصلاح برنامه ها، قوانین و بودجه های جاری ، سیاستهای زیان آور برای سلامت را متوقف کند و باعث اجرای سیاستهای مفید شود. همچنین می تواند مسائل و مشکلات سلامت را در معرض افکار عمومی و در دستور کار سیاستگذاران قرار دهد و سبب حرکت اجتماعی و برانگیختگی جامعه در زمینه برنامه های مورد نظر گردد.

مراحل برنامه ریزی برای جلب حمایت همه جانبه :

- ۱- شناسایی و تحلیل مشکل
- ۲- تدوین اهداف کلی و اختصاصی
- ۳- شناسایی و تحلیل دست اندرکاران (Stake holders)*
- ۴- تولید پیام جلب حمایت همه جانبه
- ۵- انتخاب و اجرای راهبرد جلب حمایت همه جانبه

* دست اندرکاران = (Stake holders) به دسته تقسیم بندی می شوند:

- ذینفعان (Beneficiaries)
- تصمیم گیرندگان (Decision Makers)
- شرکا (Partners)
- مخالفین (Adversaries)

در مواجهه با هر برنامه ای افراد دست اندرکار به چهار دسته زیر تقسیم میشوند . ویژگی های این چهار دسته به شرح زیر می باشند:

۱- ذینفعان (Beneficiaries):

افراد و گروه ها یا سازمانهایی که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم از اجرای برنامه سود و منفعت می برند.



۲- تصمیم گیرندگان (Decision Makers):

افرادی که در تدوین سیاستها و رد و قبول برنامه ها نقش دارند.



۳- شرکا (Partners):

افرادی که اهداف و مشکلات مشترکی دارند و می توانند برای پیگیری آن موارد با یکدیگر متحد شوند .



۴- مخالفین (Adversaries) این افراد خود دو دسته هستند:

الف : افرادی که به دلیل بی خبری (ناآگاهی) و یا انکار (عدم پذیرش ، رد) با اهداف برنامه مخالفت دارند.

ب : افرادی که از رقبای برنامه محسوب می شوند طوری که موفقیت برنامه های مورد نظر به ضرر آنها است .



Gate keepers یا دروازه بانان ، دسته دیگر از افراد تاثیر گذار:

-افرادی که محتوا و جریان اطلاعات به گروه هدف را کنترل می کنند ،مانند معلمان ، ویراستاران ، تهیه کنندگان ، نویسندگان، و ...

-افرادی که باید قبل از دسترسی به مخاطبان اصلی برنامه ، مورد توجه قرار گیرند و رضایت و حمایت آنها جلب شود.



بدیهی است ، اجرای برنامه های جلب حمایت همه جانبه با توجه به نوع دست اندرکاران متفاوت خواهد بود.

کمپین‌ها Campaigns



- مجموعه ای از فعالیتهای سازمان یافته **ارتباطی** و استفاده از رسانه ها و سیستم های اطلاع رسانی، برای دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده در زمینه اطلاع رسانی، ترغیب و انگیزش جهت تغییر رفتار در گروه ها و تعداد زیادی از افراد اجتماع در **محدوده زمانی مشخص**.
- برای به حداکثر رساندن میزان موفقیت برنامه ها از ترکیب انواع **کانالهای ارتباطی** بین فردی و اجتماعی بهره گرفته می شود.

انواع campaigns

جامعه	افراد	نوع Campaigns
بخشی از کل یک جامعه به همراه دست اندرکاران	بخشی از افراد جامعه که نیاز به تغییر رفتار دارند	گروه مخاطب
حساس سازی و روشن سازی موضوعات مورد غفلت واقع شده جامعه	متاثر کردن دانش نگرش و رفتار افراد.	اهداف
پیشنهاد راه حل های اجتماعی	پیشنهاد های تغییر رفتاری به همراه ایجاد محیط های پشتیبان	راه حل ها
سیاستها و برنامه های سلامتی - استفاده بی رویه از داروها - مهار گسترش بیماری ایدز	ترک اعتیاد - استفاده از کاندوم - استفاده از کمر بند - کمپین های کارگری و صنفی	مثال



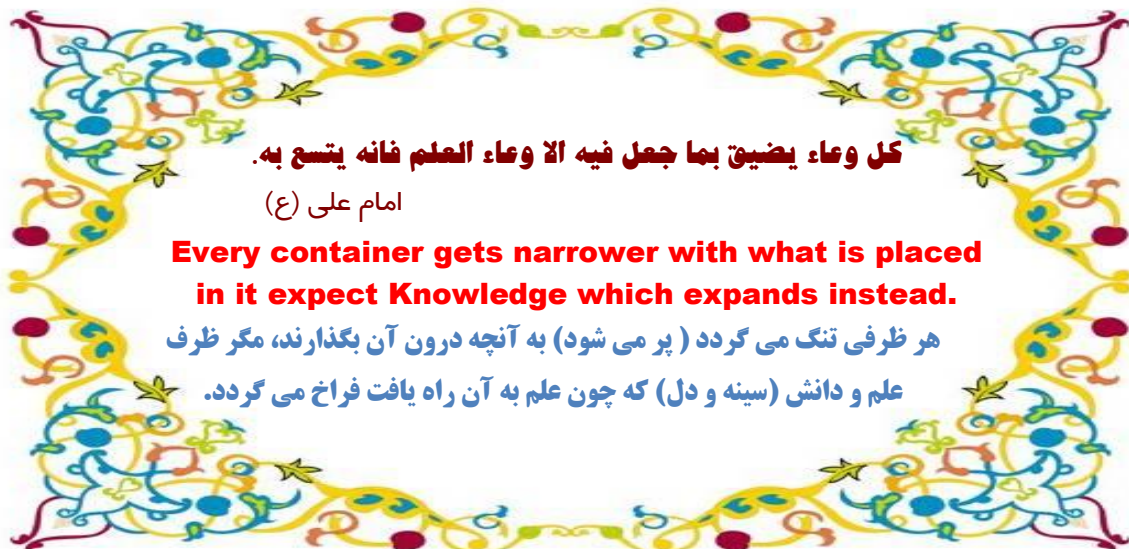
Social Mobilizations **بسیج‌های اجتماعی**



فرایند درگیر کردن تمام بخشها و گروه‌ها و امکانات موجود در جوامع در موضوعات و فعالیتهای سلامتی، اجتماعی و محیطی. بسیج‌های اجتماعی، گروه‌هایی مانند: سیاست‌گزاران - نظریه پردازان - مسئولین اجرایی - متخصصین - گروه‌های مذهبی - بخش‌های اقتصادی - و همچنین افراد یک جامعه را در قالب یک کار تیمی کنار هم قرار داده آنها را جهت ایجاد تغییرات در خود و جامعه آماده و توانمند می‌سازد.

مزایای بسیج‌های اجتماعی mobilizations

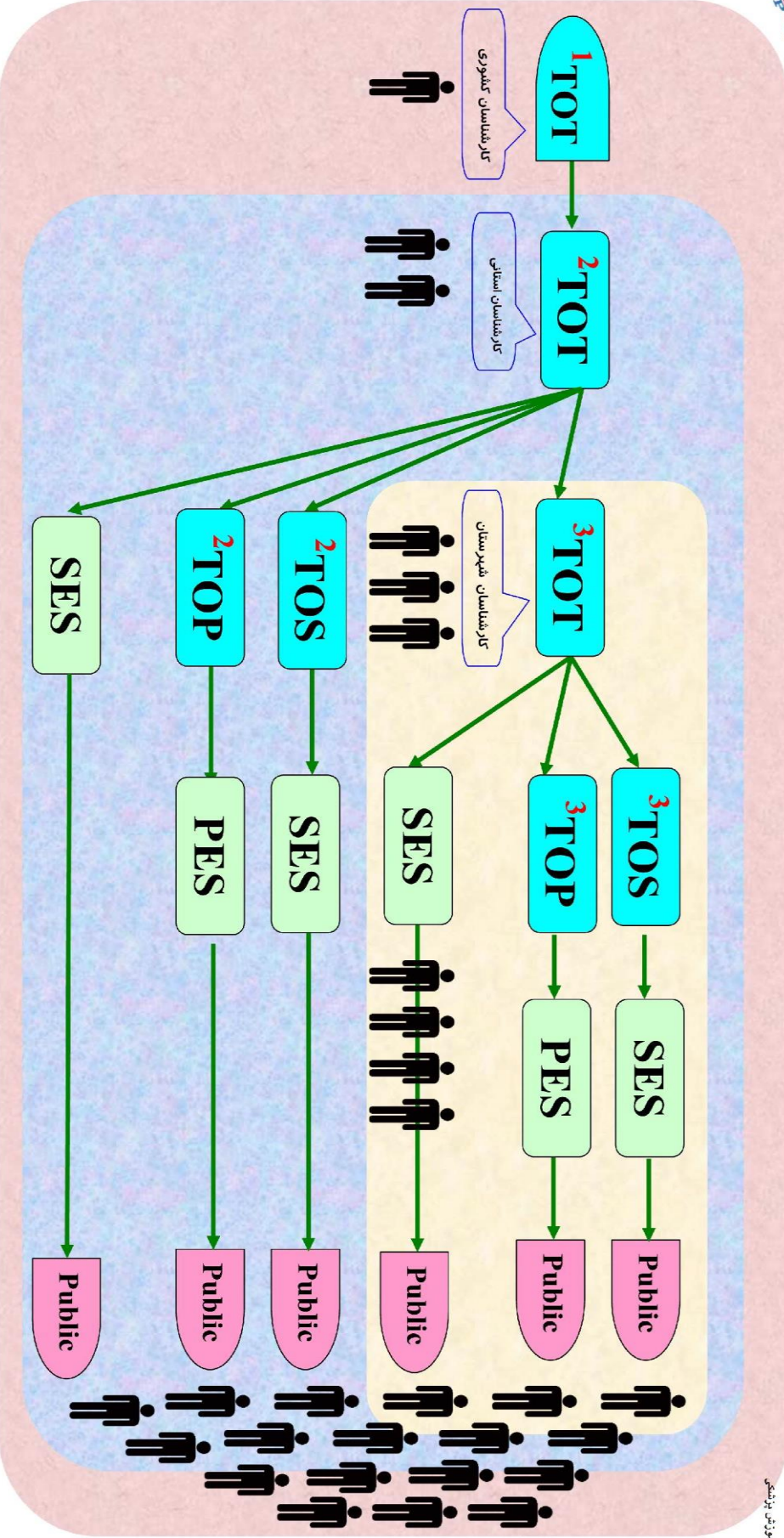
- تامین منابع مورد نیاز
- انتشار اطلاعات و آگاهی
- فراهم آوردن حمایتها و پشتیبانی‌ها
- کاهش هزینه‌ها و افزایش اثر بخشی فعالیتهای
- افزایش کار تیمی و همکاری‌های بین بخشهای دولتی و مردمی و خصوصی.
- افزایش احساس مالکیت مسولین محلی در تصمیم‌گیری و اجرای فعالیتهای.
- کمک به غلبه بر انکارها و باورهای غلط در جامعه.



نمودار شبکه‌ای فعالیتها در مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت (کشوری - استانی - شهری ستانی)
Activity Network Diagram of SHEP model



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



TOT = Training Of Trainers

TOS = Training Of Staffs

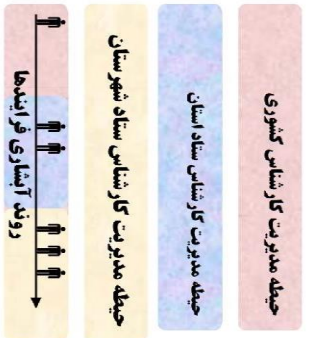
TOP = Training Of Peer educators

SES = Staff to public Education Session

PES = Peer Education Session

برگزاری جلسه آموزش همگانی توسط کادر

برگزاری جلسه آموزش توسط مربیان همسان



TOT1 یعنی تربیت مربیان سطح وزراتی TOT2 یعنی تربیت مربیان سطح شهرستانی	TOT2 یعنی تربیت مربیان سطح استانی TOS2 برای رده استانی، سایر همکاران اداره، دانشکاه، بیمارستانها و مرکز بهداشت استانی می باشد. TOP2 برای رده استانی، رابطین سلامت ادارات کل استان، و نمایندگان نیروهای داوطلب سلامت در قطع استانی اعم از دانش آموزی، دانشجویی و بسیج و ... میباشد.
TOS3 برای رده شهرستان کارکن و کارشناسان ستادی شبکه بهداشت، بیمارستانها و همچنین کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی محلی شهرستان می باشد.	TOS3 برای رده شهرستان، رابطین سلامت ادارات شهرستان، و نمایندگان نیروهای داوطلب سلامت در قطع شهرستانی اعم از دانش آموزی، دانشجویی و بسیج و ... میباشد.



مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

دستورالعمل اجرایی تربیت مربی (TOT) (TOS) (TOP) (SES) (PES) در استان و شهرستانها

اجرای برنامه در معاونت‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی، تحقیقات و فن آوری و دانشکده های دانشکاه :

- تشکیل جلسه با معاون و مدیر گروه مربوطه ، توسط مربی دوره دبیره رده اول استانی یا دانشگاهی ، به منظور توجیه و حمایت اجرای برنامه.
- طرح مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت در کمیته مربوطه در سطح معاونت ، به منظور:
- 1- توجیه و Advocacy سایر مدیران و کارشناسان گروههای حوزه معاونت دانشگاه (TOS).
- ۲- **تمویب** برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی از کارشناسان زیر مجموعه حوزه معاونت مربوطه (TOT).
- ۳- **تمویب** برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات و سازمانهای مردم نهاد مرتبط و همکاری با معاونت مربوطه (TOP).
- ۴- برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه سطح معاونت به منظور تربیت مربی از کارشناسان زیر مجموعه حوزه معاونت مربوطه در شهرستانها (TOT).
- ۵- برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات و سازمانهای مردم نهاد مرتبط و همکاری با معاونت مربوطه (TOP).
- ۶- پیگیری برگزاری جلسات آموزش همسان به همسان در بین ادارات، مجموعه و سازمانها (PES).
- ۷- برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط مربی دوره دبیره حوزه معاونت در سازمانهای بین بخشی مانند صدا و سیما و مراکز استان، مطبوعات آموزش و پرورش کل ، بهزیستی کل ، نماز جمعه مراکز استان (SES).
- ۸- پایش و ارزشیابی اجرای برنامه به صورت آشنایی.
- ۹- تهیه گزارشات اجرای برنامه و استخراج نتایج آن .
- ۱۰- ارسال گزارشات اجرای برنامه و ارایه نتایج آن به صورت فصلی به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی .

اجرای برنامه ها و مراکز بهداشت و درمان، بیمارستانها در شهرستانها:

- تشکیل جلسه با معاون بهداشتی و کارشناس مسوول واحد مربوطه در شهرستان ، توسط مربی شهرستانی به منظور توجیه و حمایت اجرای برنامه.
- 1- طرح مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت در کمیته مربوطه شهرستانی به منظور:
- ۲- **تمویب** برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه شهرستانی به منظور تربیت کادر سلامت از سطوح محیطی (ارایه کنندگان مستقیم خدمات) پزشکان عمومی، پزشکان خانواده، کارشناسان بهداشتی، مربیان بهداشتی، کارشناسان بهداشتی و ... (شهرستانی (TOP).
- ۳- **تمویب** برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات ، سازمانهای مردم نهاد ، مربیان همسان (دانش آموزی، دانشجویی، سرپازی، بسیج و ...)شهرستانی (TOP).
- ۴- برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه شهرستانی به منظور تربیت کادر سلامت از سطوح محیطی (ارایه کنندگان مستقیم خدمات) پزشکان عمومی، پزشکان خانواده، کارشناسان بهداشتی، مربیان بهداشتی، کارشناسان بهداشتی و ... (شهرستانی (TOP).
- ۵- برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات ، سازمانهای مردم نهاد ، مربیان همسان (دانش آموزی، دانشجویی، سرپازی، بسیج و ...)شهرستانی (TOP).
- ۶- پیگیری برگزاری جلسات آموزش همسان در بین ادارات و سازمانهای دانش آموزی، دانشجویی، بسیجیان و ... شهرستانی (PES).
- ۷- برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط مربی شهرستانی در سازمانهای بین بخشی مانند مساجد - مطبوعات - نمازجمعه در جلسات ادارات مانند شورای آموزش پرورش - شورای شهرستان ، نماز جمعه شهرستان و (SES).
- ۸- پایش و ارزشیابی اجرای برنامه به صورت آشنایی.
- ۹- تهیه گزارشات اجرای برنامه و استخراج نتایج آن.
- ۱۰- ارسال گزارشات اجرای برنامه و ارایه نتایج آن به صورت فصلی به معاونت ذیربط دانشگاه .

توجه:

- 1- نحوه برگزاری کارگاه های دو روزه: روز اول: ارایه مهارت‌های آموزشی و ارتباطی توسط اساتید ، معلق با بسته آموزشی + ارایه موضوع آموزشی طبق بسته آموزشی، بعد از پایان روز اول کارگاه و تا روز دوم، مربیان به تمرین نحوه ارایه بسته آموزشی طبق اصول اشاره شده می پردازند. (روز دوم: ارایه مطالب طبق بسته آموزشی توسط مربیان ، کوکام یک اسلاید ، بدین صورت که بعد از ارایه نثر ، سایر مربیان با ذکر نقاط قوت و ضعف وی ، نحوه ارایه او را ارزشیابی می کنند که پس از آن برای ارتقای مهارت‌های مربیان می باشد.)
- ۲- اجرای کارگاه های تربیت مربیان همسان در از گانهایی بین بخشی سلامت نظیر شهرهای ها، هلال احمر، مدارس، دانشگاه‌های وزارت علوم، نیروهای نظامی و انتظامی، بسیج، کارخانه جات، ادارات دولتی و غیردولتی و نیز با توجه به چارت سازمانی آنها، در ساختاری مشابه، مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی خواهد بود.

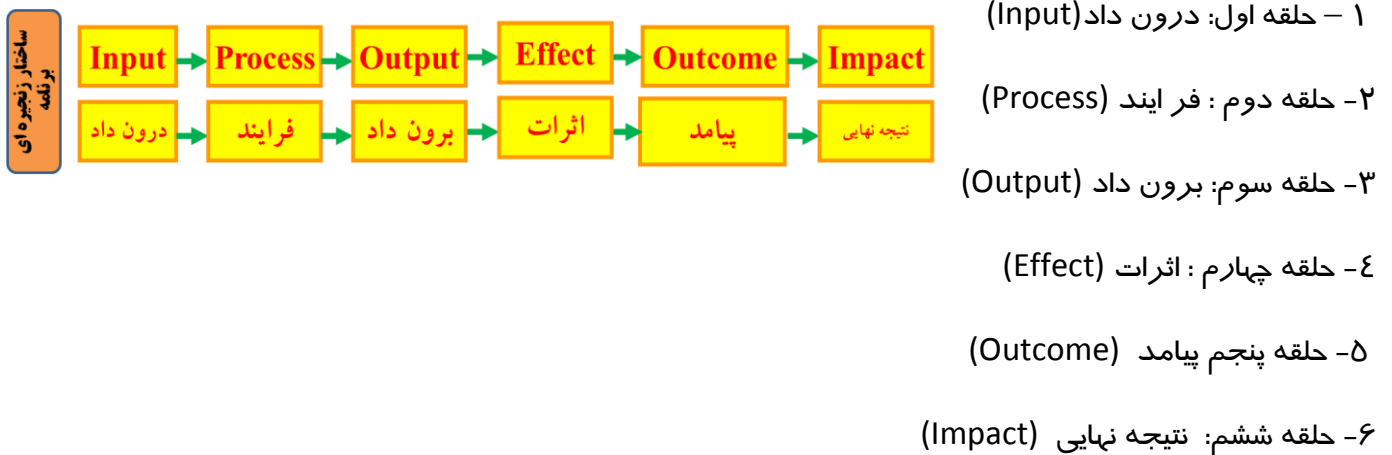
ارزیابی، پایش و ارزشیابی در مدل SHEP



برنامه های مختلف مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت مانند هر برنامه علمی دیگر، براساس چرخه زنجیره ای برنامه (شکل پایین صفحه) طراحی و تدوین شده است. بنابراین میتوان کلیه مراحل این مدل آموزشی را مورد ارزیابی (Assessment)، پایش (Monitoring) و ارزشیابی (Evaluation) قرار داد.

برای انجام بهتر و موثرتر ارزیابی، پایش و ارزشیابی برنامه های مدل SHEP بهتر است، تعریف های علمی این واژه ها را باهم مرور کنیم.

ساختار زنجیره ای برنامه ها (CHAIN STRUCTURE OF PROGRAMS): اجزای اکثر برنامه ها مانند حلقه های یک زنجیر به هم پیوسته می باشند. البته مدل زنجیره ای برنامه، بعد از هدف گذاری کلی و تعیین اهداف اختصاصی برنامه ایجاد می گردد. حلقه های مدل زنجیره ای برنامه ها عبارتند از:



حلقه ۱

درون داد

حلقه اول ← درون داد (Input):

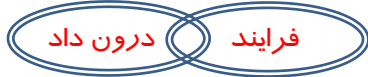
درون دادها، منابع لازم برای اجرای برنامه هستند، یعنی به عنوان اجزای اولیه و مورد نیاز برنامه، باید موجود باشند تا فرایند برنامه، انجام شود.

برای درک بهتر، اجازه دهید با یک مثال مطالب را پیش ببریم. برنامه آموزشی بهداشت دهان و دندان دانش آموزان یک دبستان را در نظر بگیرید. در این برنامه قرار است بهداشت دهان و دندان، نحوه صحیح مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و دهان شویه آموزش داده شود.

با توجه به مثال فوق، درون دادهای این برنامه عبارتند از:

دانش آموزان - مربیان آموزشی - کلاس آموزش - بسته‌های آموزشی - ماکت دهان و دندان - مسواک و خمیردندان - نخ دندان - دهان شویه و بودجه در نظر گرفته شده برای اجرای برنامه.

حلقه ۲



حلقه دوم ← فرایند (Process)

جزء دوم مدل زنجیره ای برنامه ، فرایند است . فرایند ، گامهای به هم پیوسته‌ای است که برای رسیدن به یک هدف مشخص و با استفاده از منابع انجام می‌شود.

در حلقه دوم دو موضوع از اهمیت بالایی برخوردار است : روش انجام کار و محتوای کار. در بحث محتوای کار استانداردهای خدمت، دستورالعمل و راهنماهای عملی، مبنای انجام فرایند می‌باشد.

برای نمونه، روش مسواک زدن صحیح مربوط به روش انجام کار و استانداردها و دستورالعمل بهداشت دهان و دندان، محتوای فرایند می‌باشد.

در مثال فوق ، فرایند برنامه عبارتست از انجام آموزش های بهداشت دهان و دندان و نحوه صحیح مسواک زدن و استفاده از نخ دندان و دهان شویه بصورت تئوری و نمایش عملی به دانش آموزان ، توسط مربیان.

حلقه ۳



حلقه سوم ← برون داد (Output):

جزء سوم این مدل برون دادها هستند . برون دادها ، محصولات بلافصل برنامه هستند که به دنبال اجرای فرایند برنامه ، حاصل می شوند. از قسمت برون داد به بعد دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه شروع میشود.

در مثال آموزشی بالا، برون داد برنامه عبارتست از دانش آموزان آموزش دیده و مهارت آموخته. یعنی دانش آموزانی که بعد از کلاس آموزشی ، هم آگاهی و دانش شان در زمینه بهداشت دهان و دندان افزایش یافته و هم می توانند بصورت عملی ، با شیوه درست مسواک بزنند و از نخ دندان و دهان شویه بصورت صحیح استفاده کنند



نیروی انسانی کار آمد:

اصلی ترین عامل اتصال حلقه های ساختار زنجیره ای برنامه ها

حلقه چهارم ← اثرات (Effect)



جزء چهارم، اثرات برنامه‌ها است. اثرات برنامه، بعد از برون دادها و محصول اولیه و بعد از گذشت زمان روی می‌دهد.

در مثال فوق بروز تغییرات رفتاری بصورتی که مسواک زدن سر موقع و استفاده از نخ دندان و دهان شویه، جزء برنامه‌های اصلی در زندگی روزمره دانش آموزان شود و افزایش جنبه‌های مثبت آموزش همسان Peer education و تاثیرات خارق‌العاده‌ای که دانش آموزان آموزش دیده روی همسالان خود در خانواده، محله و مدرسه خواهند داشت، حتی این دانش آموزان در اصلاح رفتار والدینشان در زمینه رعایت بهداشت دهان و دندان نیز موثر خواهند بود.

حلقه پنجم ← پیامد (Outcome):



پیامدهای یک برنامه، بعد از اثرات آن ظاهر می‌گردد. باید توجه داشت که در بروز پیامدهای یک برنامه، عوامل فراوان دیگری نیز میتوانند نقش داشته باشند که خارج از حیطه برنامه مذکور باشد.

مثلاً در نظر بگیرید، یک برنامه آموزشی پیشگیری و کاهش تصادفات که در مدارس اجرا می‌شود.

از پیامدهای این آموزش می‌توان به کاهش تصادفات دانش آموزان اشاره کرد. علاوه بر آموزش دانش آموزان در مدارس، عوامل دیگری نیز برای تحقق پیامد مذکور لازم است از جمله، ساخت خودروهای ایمن، ساخت جاده‌های ایمن و

به عبارت دیگر پیامدهای (Outcomes) یک برنامه، دستیابی به بخش عمده‌ای از اهداف اختصاصی برنامه است که قبل از اجرای برنامه و در مرحله هدف‌گذاری به صورت اختصاصی، مدنظر طراحان برنامه بوده است.

در مثال آموزش بهداشت دهان و دندان برای دانش آموزان دبستانی، پیامد برنامه را می‌توان به صورت زیر در نظر گرفت:

افزایش شاخصهای سلامت دهان و دندان نظیر کاهش DMFT (Decayed/Missing/Filled, Teeth) یعنی کاهش دندانهای پوسیده/کشیده شده/و پر شده و کاهش بیماری های دهان و دندان در بین دانش آموزان دوره دیده.

حلقه ششم ← نتیجه نهایی (Impact) :

حلقه ۶



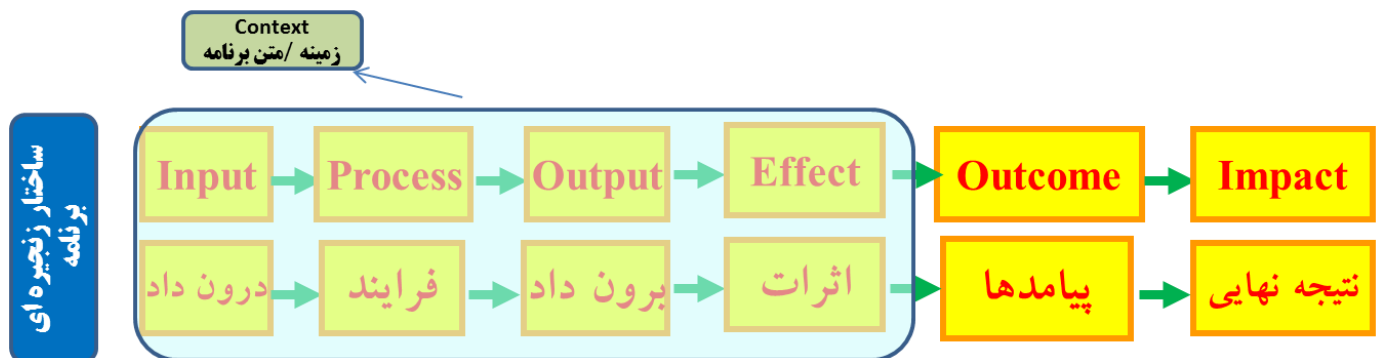
جزء آخر ساختار زنجیره ای برنامه ها ، نتیجه نهایی برنامه است . به عبارت دیگر ، نتیجه نهایی یک برنامه ، دستیابی به هدف کلی برنامه است که قبل از اجرای برنامه و در مرحله هدف گذاری در نظر گرفته شده بود .

بنابراین ، از اثرات یا پیامدهای برنامه آموزشی مثال مورد نظر، می توان به موارد زیر اشاره کرد :

افزایش سلامت دهان و دندان افراد جامعه— اصلاح شیوه زندگی— ارتقای سلامت — بهبود کیفیت زندگی.

در مدل زنجیره ای برنامه ها ، چهار قسمت اول برنامه یعنی درون داد (input) ، فرایند (Process) ، و برون داد (output) ، و اثرات (Effect) به عنوان زمینه یا متن برنامه (Context) می باشند .

Context در حقیقت شرایطی است که انجام درست فرایند را محقق ساخته و روی آن تاثیر می گذارد.



شاخص (INDEX / INDICATOR): ملاک ها و اصولی هستند که خصوصیات کیفی را در قالب کمیت بیان کرده و آنها را قابل ارزیابی و ارزشیابی می کنند .

شاخص ها به سه حیطه تقسیم بندی می گردند:

۱- شاخص در حیطه منابع

۲- شاخص در حیطه فرایند

۳- شاخص در حیطه نتایج

مثلا وزن ، شاخصی برای سنگینی است و مقیاس آن کلیوگرم است یا قد ، شاخصی برای بلندی است و مقیاس آن متر می باشد و یا BMI شاخصی برای توده بدنی است و مقیاس آن کیلوگرم بر مترمربع است .

از جمله شاخصهای قابل استفاده در ارزیابی یا ارزشیابی مدل SHEP می توان به :

TOT = تعداد کارگاه های تربیت مربی برگزار شده یا تعداد مربیان تربیت شده
TOP = تعداد کارگاه های تربیت مربیان همسان یا تعداد مربیان همسان تربیت شده
TOS = تعداد کارگاه های تربیت مربیان کادر سلامت یا تعداد مربیان کادر سلامت تربیت شده .
PES = تعداد جلسات برگزار شده توسط مربیان همسان برای عموم مردم یا تعداد افراد شرکت کننده در جلسات مربیان همسان (عموم مردم)
SES = تعداد جلسات برگزار شده توسط کادر سلامت برای عموم مردم یا تعداد افراد شرکت کننده در جلسات کادر سلامت (عموم مردم)

البته با توجه به نوع برنامه ای که با استفاده از مدل SHEP در استان مربوطه اجرا می گردد ، می توان شاخصهای متنوع دیگری را جهت ارزیابی، پایش و ارزشیابی برنامه ها تعریف کرد و به مورد اجرا درآورد.

برای مثال مربیان محترم می توانند جهت ارزیابی و ارزشیابی کلاسهای برگزار شده از نظر ارتقای دانش/نگرش /رفتار شرکت کنندگان از محتوای آموزشی بسته مورد نظر سوالاتی را استخراج کرده و قبل و بعد از برگزاری جلسه آموزشی به عنوان Pre test – Post test استفاده نمایند . برای سهولت کار مربیان ، نمونه ای از پرسشنامه پره تست و پُست تست در قسمت ضمیمه این مجموعه آورده شده است .

ارزیابی (ASSESSMENT): ارزیابی یعنی بررسی و توصیفی از وضعیت موجود بدون دخالت دادن عامل قضاوت است. ارزیابی، گردآوری اطلاعات جهت بهبود بخشیدن به برنامه ریزی و اجرای فرآیندها است.



بنابراین با توجه به شکل صفحه بعد می‌توان در ساختار زنجیره ای برنامه ها، بصورت مقطعی، مراحل نیازسنجی need assessment، درون داد input، فرایند process و برون داد Out put را مورد ارزیابی قرار داد.

پایش (MONITORING): سنجش مستمر درجه انطباق فعالیتها با استانداردها و

معیارها، در قبل و حین اجرای فرایند است. بنابراین پایش در چهار قسمت: درون داد - فرایند - برون داد و اثرات انجام می‌گیرد. اطلاعات بدست آمده از پایش می‌تواند در رفع نواقص برنامه ها، همچنین کنترل فرایندها، مورد استفاده قرار گیرد. این موارد در شکل صفحه بعد مشخص شده است.



ارزشیابی (EVALUATION): ارزشیابی، بررسی تحقق اهداف اولیه برنامه، با اجرای آن در عمل است. لذا در ارزشیابی، اثربخشی پیامدها و نتایج نهایی برنامه مورد مطالعه قرار می‌گیرد و شامل داوری ارزشی درباره مطلوب بودن یا نبودن آنهاست.

بنابراین با توجه به شکل صفحه بعد میتوان برنامه ها را بصورت مقطعی در مراحل برون داد output، اثرات Effect، پیامدها outcomes و نتایج نهایی Impact مورد ارزشیابی قرار داد. البته در بسیاری از سیستمها، ارزشیابی در مراحل آخر و پایانی برنامه ها صورت می‌پذیرد.

ارزیابی / ارزشیابی ابتدای برنامه (Primitive): ارزیابی / ارزشیابی است که در قبل از شروع و در ابتدای فرایند اجرایی برنامه صورت می‌گیرد. نیازسنجی، از جمله ارزیابی های ابتدای برنامه شمره می‌شود.

ارزشیابی تکوینی (Formative): با هدف ارتقای برنامه و فرایند انجام می‌گردد.

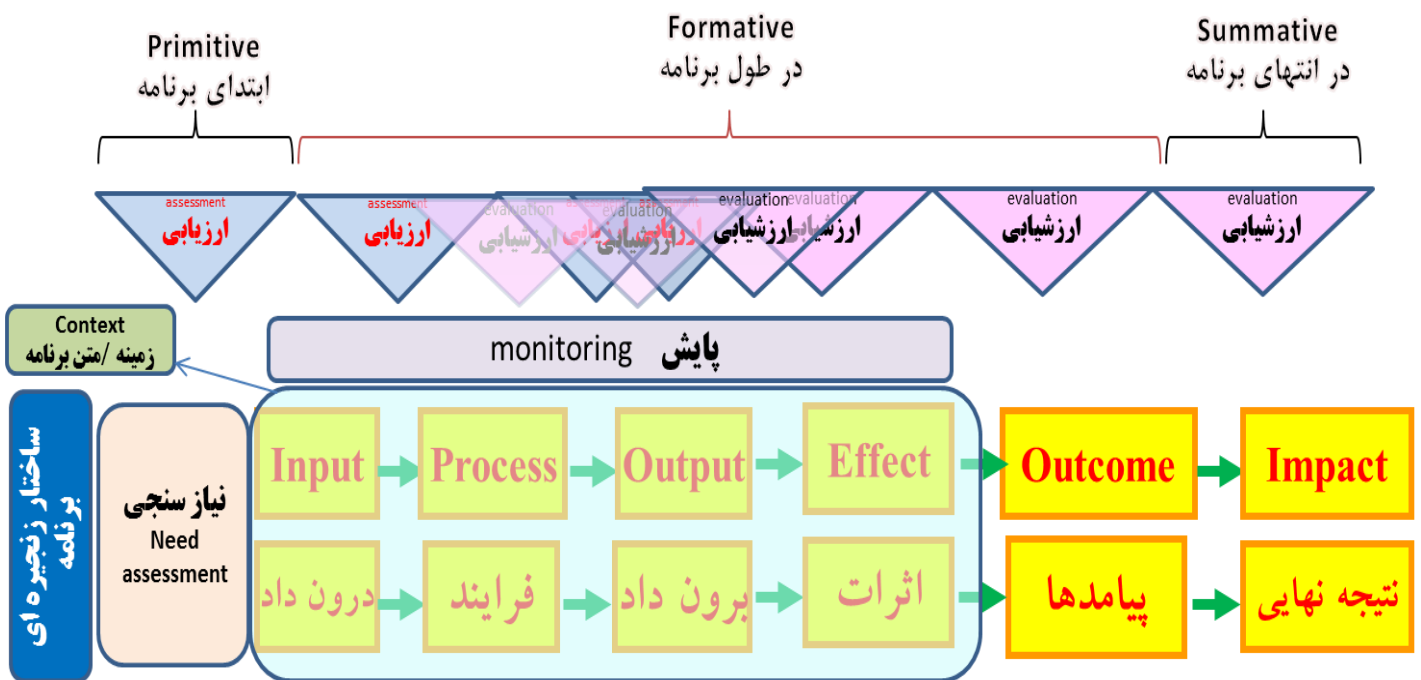
ارزشیابی نهایی (Summative): با هدف میزان مسئولیت پذیری و پاسخگویی انجام می‌گیرد که نیازمند تعیین میزان اثر بخشی کلی برنامه و مزایای آن است.

ارزیابی یعنی توصیفی از وضعیت موجود بدون قضاوت
پایش = بررسی مستمر
ارزشیابی = ارزیابی + قضاوت
ارزیابی بیشتر برای افراد و ارزشیابی برای برنامه ها کاربرد دارد.

دو واژه مهم دیگر:

کارایی EFFICIENCY: کارایی عبارت است از افزایش بهره وری و دستیابی به بهترین نتیجه ممکن با استفاده از کمترین ورودی ممکن. به عبارت ساده تر کارایی عبارتست از انجام درست کارها. به این منظور فرآیندها و تکنیکها، مورد ارزیابی قرار می گیرند.

اثربخشی EFFECTIVENESS: میزان تامین مقاصد تعریف شده توسط یک فرایند، شخص، محصول، برنامه یا میزان پاسخگویی به نیازهای جامعه هدف. به عبارت ساده تر اثربخشی عبارتست از انجام کارهای درست. به این منظور نتایج و اثرات نهایی مورد ارزشیابی قرار می گیرند.



یک خاطره ...

یک انسانِ نوع دوست و مسئولیت پذیر ...

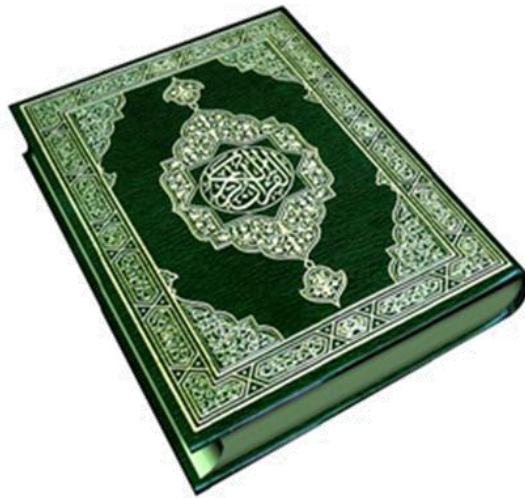
یک اقدام به موقع ...

نجات زندگی ۱۰۰ ها انسان ...

و

یک الگو برای مریبان SHEP





بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

مِن اَحِبَّاهَا فَكَانَمَا اَحِبَّ النَّاسِ جَمِیْعًا

هر کس جان یک نفر را نجات دهد، اجر و منزلت آن در نزد خدا مانند آن است که جان همه مردم را نجات داده است.

سوره مائده آیه ۳۲





دهقان فداکار

چه انجام داد؟ چرا انجام داد؟ و نتیجه چه شد؟



مربیان SHEP

چه باید انجام دهند؟ چرا باید انجام دهند؟ و نتیجه چه خواهد شد؟



از موقعی که به یاد داریم در کتاب سال سوم دبستان، درسی به نام دهقان فداکار وجود داشت. ماجرای دهقانی که در یک شب سرد پائیزی زمانی که از زمین کشاورزی خود به خانه برمی گشت، متوجه ریزش کوه می شود. او برای آگاهی مسئولان قطار لباس خود را از تن در آورده و آن را با نفت فانوس آغشته کرده و به آتش می کشد، قطار می ایستد و از حادثه‌ای مرگبار جلوگیری می شود.

بعد از تغییرات کتاب درسی در سال‌های گذشته نیز ماجرای دهقان فداکار در کتاب درسی باقی ماند البته این بار در درسی به نام «فداکاران» در کتاب سال سوم دبستان گنجانده شده است که بخشی از آن در خصوص دهقان فداکار است.

از برعلی حاجوی معروف به ریزعلی خواجوی اهل میانه و متولد ۱۳۱۰ است. داستان آن شب را از زبان خودش بشنویم:

درباره ماجرای آن شب می پرسم شبی که شما قطار را نکه داشتید تا جان صدها نفر را نجات دهید.

برای لحظه‌ای چشمانش را می بندد. پاسخ می دهد: «آن شب باران می بارید و من داشتم از زمین کشاورزیم برمی گشتم. چون زمین گلی بود. از طرف ریل راه آهن حرکت کردم که یک دفعه دیدم بین دو تونل، کوه ریزش کرده است. می دانستم که قطاری نیز به زودی از آنجا عبور خواهد کرد. نمی دانستم باید چه کار کنم. اما جان انسانهایی که در داخل قطار بودند برایم اهمیت داشت. باید نجاتشان می دادم.

ابتدا فکر کردم که به طرف ایستگاه قطار بدم و با مطلع کردن مسئولین از ادامه حرکت قطار جلوگیری کنم. ولی می دانستم که دیر شده است و قطار از ایستگاه حرکت کرده است.

برای لحظه‌ای سکوت می کند و ادامه می دهد: «باید جان مسافران را نجات می دادم اما نمی دانستم چه طوری.

صدای سوت قطار که در حال نزدیک شدن بود مرا به خود آورد.

در مسیر ریل راه آهن ضمن دویدن به طرف قطار، فانوسم را حرکت دادم و شروع به داد و فریاد کردم اما مأموران قطار متوجه نشدند.

فانوسم هم خاموش شد. نمی دانستم چه کار کنم. یک دفعه فکری به ذهنم رسید. کتم را در آوردم و نفت فانوس را روی آن ریختم و با کبریتی که داشتم آتش زدم و با تکانهایی که به مشعل روشن شده میدادم، راننده قطار متوجه شد و بالاخره قطار ایستاد.»

داستان که به اینجا می رسد ریزعلی می خندد و به برخورد مأموران و مردم درون قطار اشاره می کند: «وقتی مردم و مأموران از قطار پیاده شدند همه سرم ریختند و شروع به کتک زدن من کردند. آخر فکر می کردند بی دلیل قطار را نگه داشتم. تا این که رئیس قطار آمد و من جریان را برایش گفتم.

با هم سوار قطار شدیم و به آرامی به طرف جایی که کوه ریزش کرده بود، رفتیم. آنجا بود که همه دیدند من راست گفته ام و شروع به عذرخواهی از من کردند و دست و پیشانی و روی مرا بوسیدند.»

می پرسم: «هیچ وقت فکر می کردی این کار باعث شود ماندگار شوی؟»

اشکی گوشه چشمانش جمع می شود: «آن زمان که این کار را کردم، فقط به خاطر نجات مردم بود. انتظار تشکر نداشتم و حالا خیلی خوشحالم. هر روز به خاطر این که آن زمان، این فکرها به ذهنم آمد، خدا را شکر می کنم.»

سوال می کنم: «برخورد مردم با تو چگونه است؟»

پاسخ می دهد: «تا مدت ها خبر نداشتم که این ماجرا در کتاب درسی چاپ شده است. بعدها فهمیدم. جالب این که خیلی از مردم هم نمی دانستند که دهقان فداکار وجود دارد. بعضی به من می گفتند فکر می کردیم داستان دهقان فداکار خیالی است. به همین دلیل از دیدن من ذوق زده می شوند و با من بسیار محترمانه رفتار می کنند.»

از او می پرسم: «از این که داستان فداکاریش در کتاب درسی دانش آموزان منتشر می شود، چه احساسی دارد»

می خندد و می گوید: «خیلی خوشحالم که مردم به فکر من هستند. این کار باعث شده که مرا از یاد نبرند» ریزعلی ۸ فرزند دارد؛ ۵ فرزند پسر و ۳ فرزند دختر و هم اکنون ۴۲ نوه و نتیجه دارد.

می پرسم: «نظر نوه هایت درباره این که داستان پرافتخار پدر بزرگشان در کتاب درسی منتشر شده، چیست؟» پاسخ می دهد: «آنها خیلی خوشحالند و این مسئله را بارها به من گفته اند.»

سوال می کنم: «تا به حال چند بار داستان آن شب را برای مردم تعریف کرده ای؟»

به سرعت پاسخ می دهد: «خیلی، خیلی، خیلی نمی دانم دقیقاً چند بار گفتم.»

می پرسم: «به نظرت از فداکاریت آنطور که شایسته ات بود، تجلیل شد.»

سکوت می کند و لبخند شیرینی بر لب می آورد: «مردم مرا دوست دارند و من نیز آنها را دوست دارم. از این بهتر نمی شود.»

می گویم: «فکر می کنی اگر برگردی به آن سالها و دوباره آن حادثه تکرار شود. چه می کنی؟»

بدون هیچ تأملی پاسخ می دهد: «همین کار را تکرار می کنم. به خاطر تشکر مردم این کار را نکردم. باید این کار را می کردم، وظیفه ام بود.»

سوال می کنم: «به نظرت اگر این حادثه برای جوانان ما پیش آید، آنها این کار را می کنند؟»

لبخند بر لب می آورد و پاسخ می دهد « البته. مردم ما همه ذاتاً فداکارند. جوانان هم فداکار هستند. باید این فداکاری را نشان دهند نه این که آن را مخفی کنند. و بهترین نمونه این فداکاران، شهیدان عزیزمان هستند که بدون هیچ چشم داشتی با فدا کردن جان خود از کشور گرانقدرشان محافظت کردند.»

از ریزعلی سوال می کنم: «برای دانش آموزان دانشجویان و کلا جوانان این کشور چه حرفی داری؟»
پاسخ می دهد: «از همه بچه ها می خواهم که درسشان را بخوانند. آن ها سرمایه های کشورند و باید حافظ این مرز و بوم باشند.»

از او تشکر می کنیم و او نیز باز می خندد و می گوید: «من همه مردم را دوست دارم.»

قطعا از خواندن وقایع آن روز که از زبان دهقان فداکار نقل شد لذت بردید. شاید به ذهنتان خطور کند که، اینک رابطه ما مربیان SHEP به عنوان مربیان آموزش و ارتقای سلامت جامعه با این داستان و ریزعلی چه می تواند باشد؟

برای روشن تر شدن این رابطه، اجازه بدهید قسمتهایی از داستان را با هم مرور کنیم.
قهرمان داستان: جان انسانی که در داخل قطار بودند برایم اهمیت داشت. باید نجاتشان می دادم.

مربیان SHEP: اهمیت جان انسانها برای یک نفر از جمله مهمترین شاخصهای بینشی و نگرشی آن فرد به حساب می آید. مسلما داشتن این ویژگی، بر کلیه نیت، اعمال و رفتارهای وی تاثیر گذار خواهد بود. همانطور که اقدامات ریزعلی در آن موقع برگرفته از این صفت وی بود. مربیان SHEP نیز با داشتن روحیه بشردوستانه و با قصد نجات جان انسانها قدم در این راه مقدس نهاده اند و به قول خداوند عزیز، ایمان دارند که " من احیایا فکانما احیالاناس جمیعا" یعنی هر کس جان یک انسان را نجات دهد، اجر و منزلتش نزد خدا مانند آن است که جان همه مردم را نجات داده است.

قهرمان داستان: باید جان مردم را نجات می دادم اما نمی دانستم چه طوری. فانوسم را حرکت دادم و شروع به داد و فریاد کردم اما مأموران قطار متوجه نمی شدند. فانوسم هم خاموش شد. نمی دانستم چه کار کنم. یک دفعه فکری به ذهنم رسید. کتم را در آوردم و نفت فانوس را روی آن ریختم و با کبریتی که داشتم آتش زدم و بالاخره قطار ایستاد.

مربیان SHEP: ریز علی بعد از تصمیم قاطع برای انجام مداخله جهت نجات جان مسافری قطار، در کوتاهترین زمان ممکن و به بهترین وجه از مهارتهای خود استفاده کرد. بدین گونه که در فرصت بسیار کوتاهی که در اختیار داشت، با استفاده از راه ها و ابزارهای موجود اطلاع رسانی، اقدامات خود را به ترتیب زیر انجام داد:

۱- تصمیم به حرکت به سمت ایستگاه قطار و صحبت با مسئولین، که متاسفانه قطار حرکت کرده بود.

۲- حرکت به سمت مسیر قطار و استفاده از نور فانوس.

۳- استفاده از لباس خود و درست کردن مشعل برای اعلام هشدار.

می بینیم که ریز علی در کوتاهترین زمان ممکن اقدامات بسیار موثری در جهت رسیدن به هدف خود انجام داده است.

مربیان SHEP نیز بعد از طی دوره مربی گری و تمرین های بسیار و تسلط کافی به مهارتهای آموزشی و ارتباطی، فنون و مبنای مدلها و شیوه های Advocacy (جلب حمایت همه جانبه) و Social marketing (بازاریابی اجتماعی)، Campaigns (کمپینها)، Social mobilizations (بسیجهای اجتماعی) و همچنین

محتوای علمی موضوع آموزشی (مانند ایدز- آنفلوانزا- وبای التور- اعتیاد- بهداشت محیط-سلامت مادران و کودکان- دیابت و...) اقدام به ارائه خدمات آموزشی و ارتقای سلامتی می نمایند. مسلم است که این اقدامات با توجه به گروه هدف (مسولین- شرکا- تصمیم گیران- حامیان - مخالفان) متفاوت خواهد بود و وظیفه ارزیابی و انجام مداخلات آموزشی مناسب در گروه هدف مربوطه به عهده مربیان SHEP می باشد. این کار میسر نخواهد شد مگر با تسلط کافی مربی که با تمرین، تمرین و تمرین زیاد ممکن می شود.

با توجه به اعلام سازمان بهداشت جهانی (WHO)، در عصر حاضر ۲۵٪ از سهم سلامت مردم بر عهده سازمانهای بهداشتی درمانی مانند وزارت بهداشت، بیمارستانها و ارگانهای سلامتی است، بقیه ۷۵٪ این سهم، برعهده مردم و سایر سازمانها و ارگانها است و رسیدن به اهداف عالی سلامت در سایه همکاری سازمانهای بهداشتی و مردمی می باشد.



سوال اینجاست که وظیفه یعنی جلب حمایت و توجیه بخش عظیم سهم سلامت یعنی ۷۵٪ مردم و سایر ارگانها، بر عهده کیست؟

جلب حمایت باید به گونه ای باشد که مردم بر اهمیت شیوع بیماریها، مخصوصا بیماریهایی مانند ایدز- اعتیاد- سرطانها - مشکلات بهداشت محیط-سلامت روان و بسیاری موارد دیگر واقف شوند و خود را صاحب فرایند سلامتییشان بدانند.

با کمی دقت متوجه میشویم که کارشناسان و متخصصان ارگانهای سلامتی مانند وزارت بهداشت، بهزیستی و هلال احمر عهده دار این مسئولیت سنگین می باشند و این گونه است که وظیفه خطیر مربیان SHEP واضح تر و مشخص تر می شود. به عبارت دیگر وظیفه ما به عنوان مربیان SHEP، مشابه همان کاری است که ریزعلی انجام داد تا راننده و مسافری را از خطری که در کمینشان بود، آگاه سازد.

- اگر مسافری قطار زمان ریزعلی را به مردم شهرها و روستاهای این دوران،
- و قطار در حال حرکت را به جوامع در حال توسعه،

- و تخته سنگهایی که راه قطار را مسدود کرده بودند به مشکلات و تهدیدات سلامت سر راه مردم تشبیه کنیم،

نقش مربیان SHEP مانند دهقان فداکار داستانمان خواهد بود و اگر امروزه میبینیم که در بعضی موارد، جامعه، آنچنان که باید به عمق خطر بعضی از تهدیدات سلامتی واقف نشده است، شاید دلیلش این باشد که:

۱- ما به عنوان پیشگامان سلامت جامعه یا از اهمیت و حساسیت جایگاهی که داریم آگاه نیستیم،

۲- یا اینکه در وادی عمل، موفق نبوده ایم و نتوانسته ایم وظیفه خطیر و با ارزش خود را انجام دهیم.

ما مربیان SHEP با توجه به آموزشهایی که دیده ایم و دانش و مهارتهایی که کسب نموده ایم، دورنمای تهدیدات سلامتی مانند ایدز، اعتیاد، بیماریهای روحی روانی، دیابت و همه گیری بیماریهای عفونی را می دانیم. اما شاید مردم و برخی از مسئولین به علت عدم داشتن اطلاعات کافی، از اثرات سوء غفلت و انکار این تهدیدات، آگاه نباشند.

درست مانند ریزعلی که از مسدود بودن راه مطلع بود ولی مسافری و راننده قطار این موضوع را نمی دانستند.

بنابر این او با هر وسیله ای که در اختیار داشت مسافری را از خطر در پیش رو مطلع کرد و با توجه به نیت پاکی که داشت در این امر موفق شد.

قهرمان داستان: وقتی مردم و مأموران از قطار پیاده شدند همه سرم ریختند و شروع به کتک زدن من کردند، آخر فکر می کردند بی دلیل قطار را نگه داشته ام.

-بعد از این که به همراه مسئولین قطار و مردم به محل حادثه رفتیم، آنجا بود که همه دیدند من راست گفته ام و شروع به عذرخواهی و بوسیدن من کردند.

مربیان SHEP: همانطور که از زبان ریزعلی شنیدیم بعد از توقف قطار و نجات جان افراد، از آنجاییکه مسافری از علت موضوع مطلع نبودند، ریزعلی را کتک زدند ولی بعد از مدتی و با آگاهی از اصل ماجرا، به خاطر عملی که مرتکب شده بودند از او عذرخواهی کردند و دست وی را بوسیدند.

نکته قابل استفاده این قسمت داستان برای مربیان SHEP این است که ما نیز نباید همیشه انتظار تشویق و تمجید و درک به موقع ارزش کارهایمان را، از طرف جامعه داشته باشیم، چراکه باید یادمان باشد ما به عنوان دیده بانان سلامت جامعه خطرات سلامتی را زودتر از مردم و سایر ارگانها می بینیم و شاید بسیاری از مردم و مسئولین به دلیل نبود یا کمبود اطلاعات و آگاهی، این خطرات را به خوبی ما احساس نکنند. بنابراین، طبیعی است که فعالیتهای آموزشی و سلامت محور مربیان، آنچنان که باید و شاید در ابتدا مورد استقبال قرار نگیرد.

ولی باید مانند ریزعلی و بسیاری از مردان و زنان والا مقام این مرز و بوم که با نیت خالص در راه خدمت به مردم و کشور از هیچ اقدامی فروگذار نکردند، تمام تلاش و کوششمان را بکار گیریم و با اعتماد به نفس بالا در راه ارتقای سلامت مردم کشور عزیزمان قدم های استوار برداریم تا در آینده وقتی گذشته خود را مرور می کنیم نزد وجدانمان سرافراز باشیم.

دکتر لویی پاستور می گوید:

در هر حرفه ای که هستید، نه اجازه دهید که با بدبینی های بی حاصل آزرده شوید و نه بگذارید بعضی لحظات تأسف بار که برای هر ملتی پیش می آید شما را به یأس و ناامیدی بکشاند. در آرامش حاکم بر آزمایشگاهها و کتابخانه هایتان زندگی کنید. نخست از خود پرسید: برای یادگیری و خود آموزی چه کرده ام؟ سپس همچنانکه پیشتر می روید پرسید: من برای کشورم چه کرده ام؟ و این پرسش را آنقدر ادامه دهید تا به این احساس شادی بخش و هیجان انگیز برسید که شاید سهم کوچکی در پیشرفت و اعتلای بشریت داشته باشید، اما هر پاداشی که زندگی به تلاشهایمان بدهد یا ندهد هنگامیکه به پایان تلاشهایمان نزدیک می شویم، هر کدامان باید حق آنرا داشته باشیم که با صدای بلند بگوئیم:

« من آنچه را که در توان داشته ام، انجام داده ام »

قهرمان داستان: آن زمان که این کار را کردم، فقط به خاطر نجات مردم بود.

- انتظار تشکر و قدردانی و تمجید از کارم را نداشتم و حالا خیلی خوشحالم.

- مردم مرا دوست دارند و من نیز آنها را دوست دارم.

- همین کار را تکرار می کنم. به خاطر تشکر مردم این کار را نکردم. باید این کار را می کردم، وظیفه ام بود.

- من همه مردم را دوست دارم.

مربیان SHEP: جملات پایانی ریزعلی باز تاکید کننده این نکته است که داشتن نیت پاک و هدف مقدس خدمت به مردم، نداشتن انتظار تشکر و تمجید و همچنین دوست داشتن مردم از صمیم قلب، رمز و راز موفقیت و جاودانگی است. ما نیز اگر اینگونه باشیم در فعال کردن سهم ۷۵٪ درصدی مردم از نظر مشارکت در فرایندهای سلامتی و ارتقای سلامت جامعه، موثرتر و موفقتر عمل خواهیم کرد.

زندگی صمنه یکتای هنرمندی ماست

هرکسی نغمه فود فواید و از صمنه رود

صمنه پیوسته به جاست

فره آن نغمه که مردم بسپارند به یاد



بخش دوم
محتوای آموزشی:
نظام مراقبت سندرمیک
(ویژه کارشناسان)





اسلایدهای مربی نظام مراقبت سندرمیک ویژه کارشناسان

Part (1-1)

Systematic comprehensive
Health Education and Promotion model

نظام مراقبت سندرمیک



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

Part (1-2)



آدرس وب سایت :

www.shepmodel.com

Part (1-3)

تقدیم به : **شهدا**، به پاس جانفشانی شان در راه **تامین سلامت و امنیت کشور**.تقدیم به : **زنان و مردانی** که می کوشند تا کشور خود را به جایی برسانند که مستحق آن است.

اهداف آموزشی :

Part (1-4)

انتظار می رود فراگیران عزیز پس از پایان دوره بتوانند:

۱- سیر پیشرفت مراقبت از سلامت در دنیا را شرح دهند. ۷- سندرم های زیر را تعریف کرده، وظایف و اقدامات کارشناسان را در مواجهه با آنها شرح دهند.

۲- سندرم (نشانگان) را تعریف کنند.

۳- بیماری را تعریف کنند.

۴- تفاوت بین سندرم و بیماری را بیان کنند.

۵- نظام مراقبت سندرمیک را شرح دهند.

۶- مزایا و قابلیت های نظام مراقبت سندرمیک را بیان کنند.

شماره یک (۱) : سندرم تب و خونریزی شماره هشت (۸) : سندرم اسهال حاد (غیر خونی)

شماره دو (۲) : سندرم تب و راش حاد شماره نه (۹) : سندرم اسهال خونی
الف - ماکولوپاپولر ب - غیر ماکولوپاپولر

شماره سه (۳) : سندرم شبه آنفلوآنزا شماره ده (۱۰) : سندرم زردی حاد

شماره چهار (۴) : سندرم اختلال شدید تنفسی شماره یازده (۱۱) : سندرم فلج شل حاد

شماره پنج (۵) : سندرم تب و علائم نورولوژیک شماره دوازده (۱۲) : سندرم شوک عفونی

شماره شش (۶) : سندرم تب طول کشیده شماره سیزده (۱۳) : سندرم سرفه مزمن

شماره هفت (۷) : سندرم مسمومیت غذایی شماره چهارده (۱۴) : سندرم مرگ ناگهانی

سیر پیشرفت نظام مراقبت از سلامت در دنیا



Part (3-1)

مفهوم سندرم یا نشانگان...; مفهوم بیماری...

Syndrome

سندرم یا نشانگان:

ترکیبی از نشانه ها و علایمی که می توانند وجود یک یا چند بیماری یا اختلال سلامتی را مطرح کنند.
(به عبارت دیگر سندرم به تظاهرات بالینی قبل از تشخیص بیماریها گفته می شود.)



disease

بیماری:

یک حالت تشخیص داده شده مرضی و یا اختلال در عملکرد بدن میباشد.



Part (3-2)

تفاوت سندرم و بیماری

۱. یک سندرم ممکن است، علایم و نشانه های چند بیماری مختلف باشد.

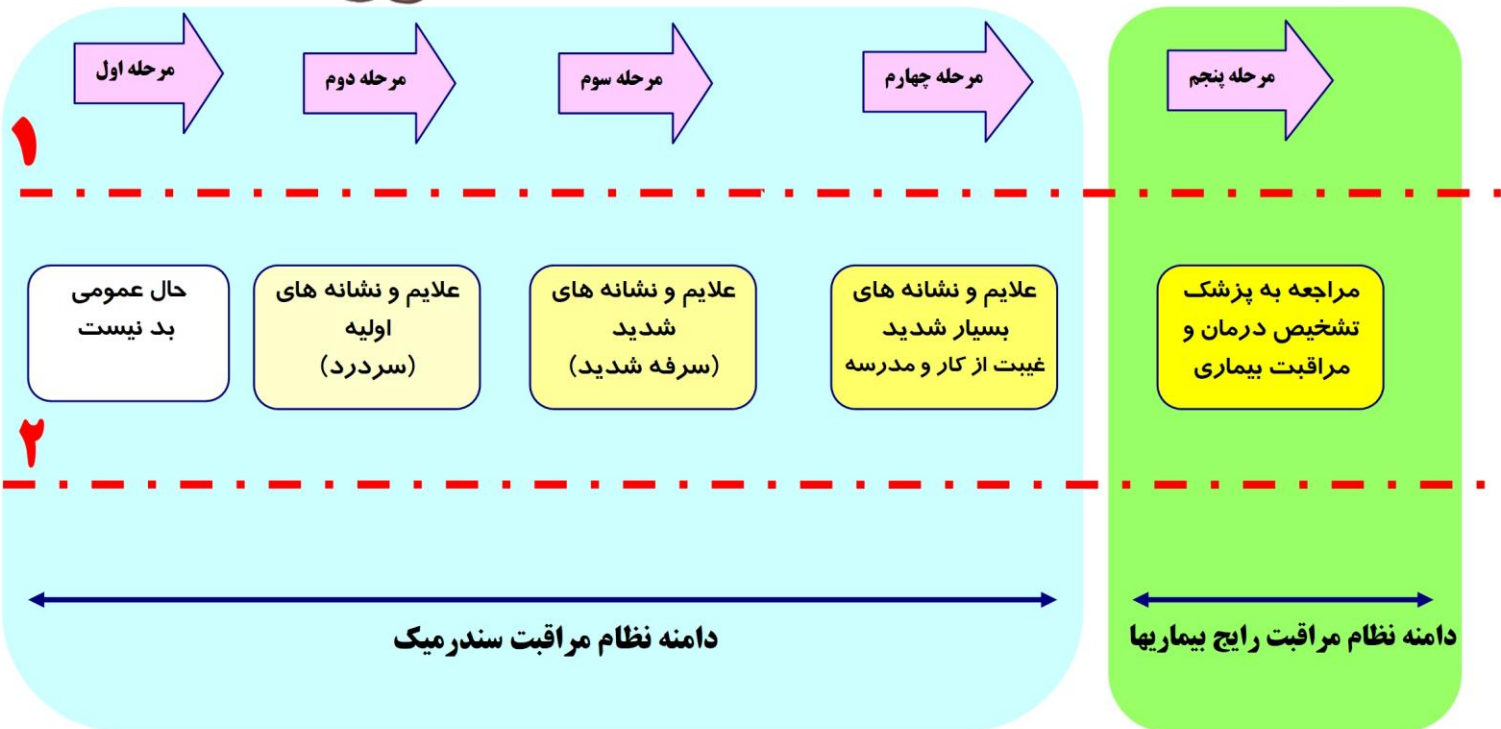
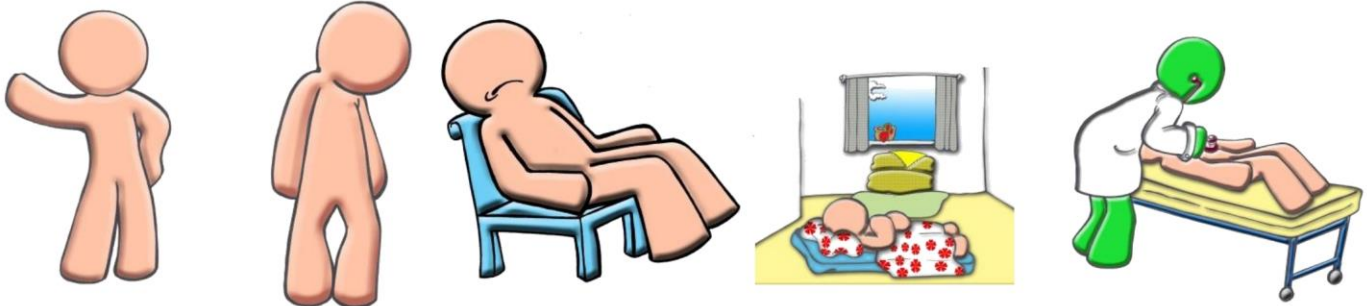
۲. تایید و تشخیص افتراقی بیماری ها، با روشهای پاراکلینیکی، آزمایشگاهی و ... صورت می گیرد.

۳. درمان سندرمها بر اساس علامت درمانی است.

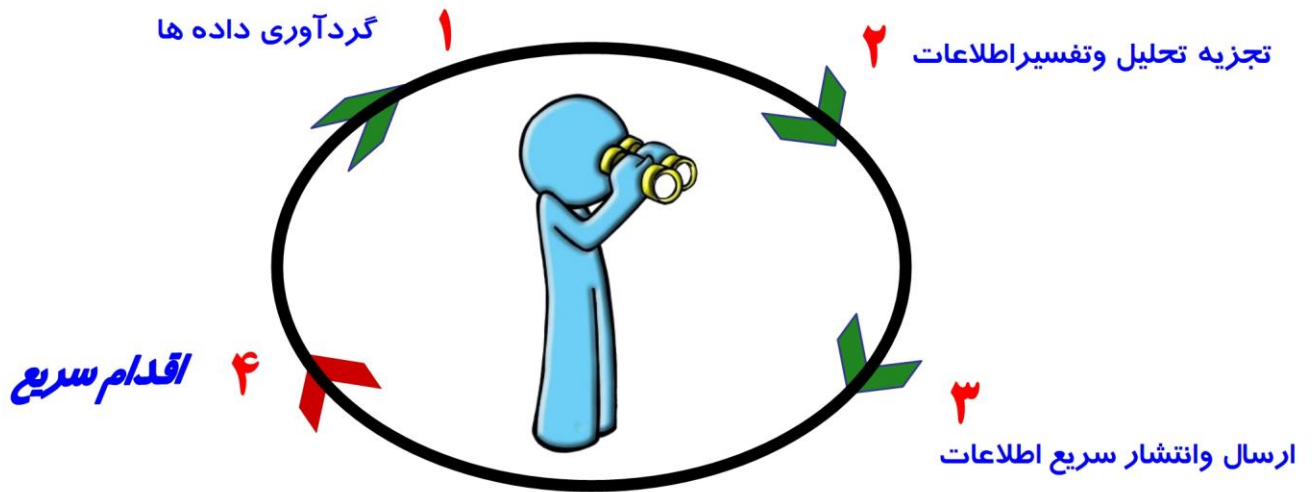
۴. درمان بیماریها بر اساس درمان علت بوجود آورنده بیماری و علامت درمانی است.



نظر شما در رابطه با تصاویر زیر چیست؟



نظام مراقبت سندرمیک

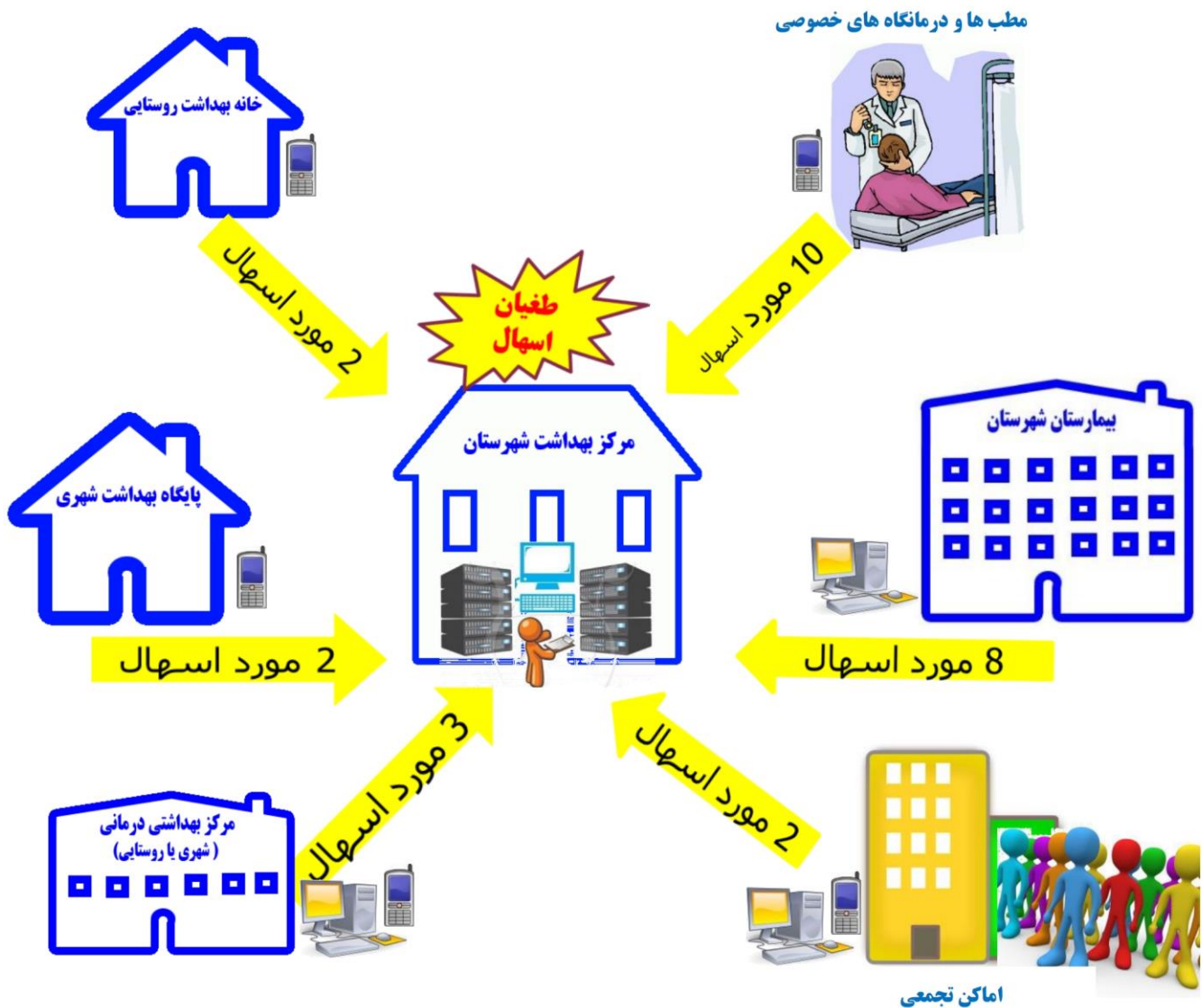


- به نظام گردآوری منظم، تجزیه، تحلیل و تفسیر اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت جمعیت عمومی اطلاق می شود که هدف آن دستیابی به تشخیص های زودرس تهدیدات سلامتی و اعلام هشدار سریع بر اساس داده های بدست آمده برای جلوگیری و کنترل طغیان بیماری ها در جامعه و افزایش قابلیت پاسخگویی و واکنش سریع سیستم سلامت می باشد.
- در نظام مراقبت سندرمیک، مراقبت وضعیت سلامت جمعیت عمومی بوسیله نرم افزارهای مخصوص و سیستم شبکه تلفنی و کامپیوتری جامع کشوری، طبق جداول زمانبندی معلوم (روزانه - هفتگی - ماهانه)، بر اساس علایم و نشانه های اولیه، و بدون توجه به تشخیص بیماری صورت می گیرد. و در صورت افزایش موارد سندرم از آستانه تعریف شده، سیستم کامپیوتری بصورت خودکار اعلام هشدار می نماید.



یک مثال

در یکی از شهرستانها و در یکی از ماههای گرم سال ...



- گزارش تلفنی دو مورد اسهال توسط بهورز از خانه بهداشت روستایی
- گزارش تلفنی دو مورد اسهال توسط کاردان بهداشتی از پایگاه بهداشت شهری
- گزارش تلفنی یا شبکه کامپیوتری سه مورد اسهال از مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی
- گزارش تلفنی یا شبکه کامپیوتری دو مورد اسهال از اماکن تجمعی مانند خوابگاه، پادگان و ...
- گزارش شبکه کامپیوتری هشت مورد اسهال از بیمارستان شهرستان
- گزارش تلفنی ده مورد اسهال از مطبها و درمانگاه های خصوصی شهرستان
- جمع آوری و تجزیه تحلیل گزارشات و اطلاعات واصله در مرکز بهداشت شهرستان (که نشانه طغیان اسهال می باشد) و انجام اقدامات مقتضی

مزایای نظام مراقبت سندرمیک چیست؟



۱. تشخیص زودرس طغیانها.

۲. پیش بینی اندازه، سرعت، شدت و الگوی طغیانها.



۳. مدیریت سریع و کارآمد در پیشگیری و کنترل بحرانها و طغیانها.

۴. حساس بودن، انعطاف پذیری، سادگی و عمومی بودن سیستم.

۵. طبقه بندی نشانه ها و علایم سندرمها.

۶. اثر بخشی بالای هزینه های نظام مراقبت سندرمیک.

سیستم هشدار سریع

۷. ایجاد سیستم اعلام هشدار سریع.

برای مثال: اعلام هشدار سریع به واحدهای درون بخشی، از جمله آزمایشگاههای مرجع بهداشتی، و تیم های واکنش سریع به منظور آغاز هرچه سریعتر عملیات اپیدمیولوژیک و بررسی های آزمایشگاهی و انجام سایر اقدامات مقتضی.

۸. تقویت و سرعت عمل بخشیدن به مشارکت ارگانهای بین بخشی دخیل در سلامت.



۹. تسریع در ایجاد بسیج همگانی و مردمی جهت مقابله با طغیانها.



۱۰. شروع اقدامات بهداشتی عمومی، متعاقب شناسایی خوشه های علایم و

نشانه های امراض جهت جلوگیری از شیوع بیماریها و کاهش مرگ و میر.

۱۱. رسم نمودارهای مختلف اپیدمیولوژی (همه گیرشناسی) از علل مختلف

ایجاد کننده سندرمها و اثرات آنها.



۱۲. اقدامات به موقع و موثر در حملات بیو تروریسم

(بیو تروریسم: کشتار مردم بوسیله عوامل میکروبی، ویروسی و ...)

۱۳. مراقبت از علایم اولیه و روند بیماریها.

NOTE
دقت**چند نکته مهم ...**

۱. نظام مراقبت سندرمیک جایگزین نظام مراقبت رایج بیماریها نیست بلکه حمایت کننده و تکمیل کننده آن است.

۲. نظام مراقبت سندرمیک توانایی تشخیص تعدادی از بیماریها را ندارد.

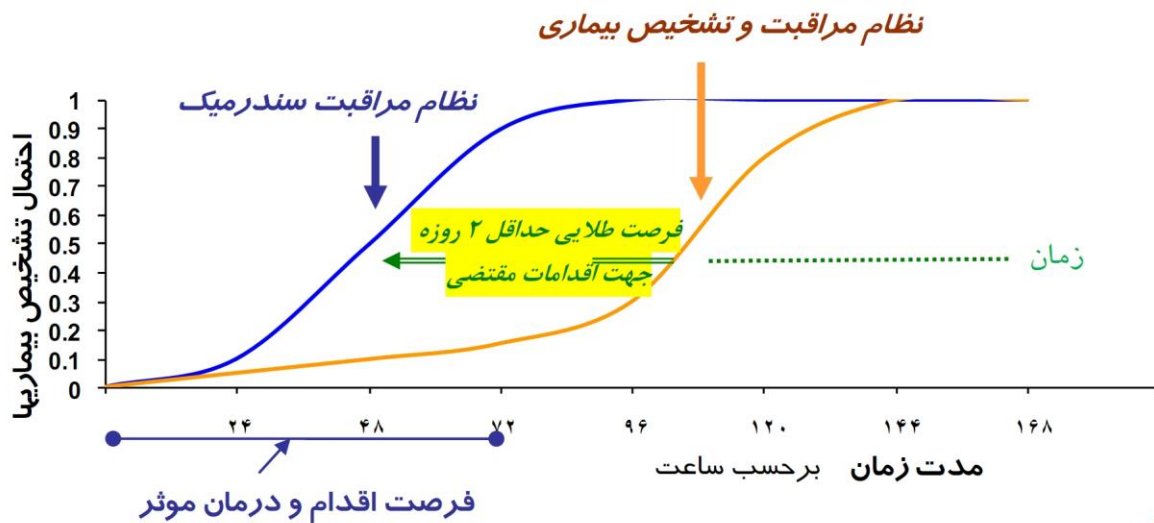
۳. نظام مراقبت سندرمیک نباید مانع از انجام نظام مراقبت رایج بیماریها توسط تیم نظام مراقبت شهرستان شود.

۴. اختصاصی نبودن تعدادی از علایم و نشانه ها، احتمال مثبت کاذب بعضی گزارش ها را در نظام مراقبت سندرمیک ایجاد میکند.

۵. نظام مراقبت سندرمیک نیازمند وجود یک سیستم دقیق گردآوری، تجزیه تحلیل و تفسیر اطلاعات است.



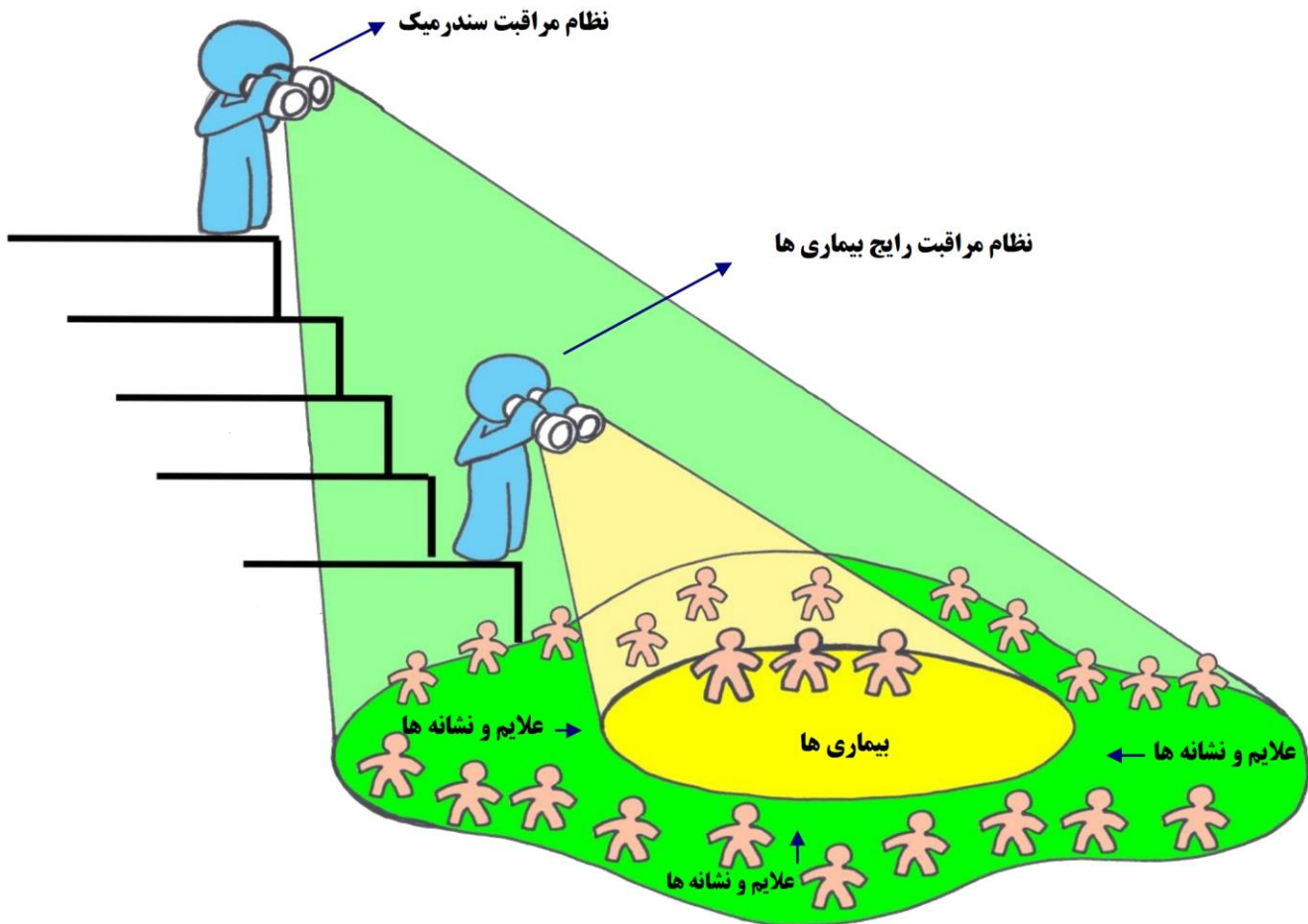
قابلیتهای نظام مراقبت سندرمیک و مقایسه با نظام مراقبت رایج بیماری ها



در نمودار بالا:

۱. محور افقی مدت زمان را بر حسب ساعت نشان می دهد.
۲. محور عمودی میزان احتمال تشخیص بیماریها است.
۳. نمودار آبی مربوط به قدرت و سرعت عمل نظام مراقبت سندرمیک در شناسایی علائم بیماریها و رویدادهای بهداشتی جدی، است.
۴. نمودار نارنجی مربوط به قدرت و سرعت عمل نظام مراقبت رایج بیماری ها در تشخیص و شناسایی بیماریها و رویدادهای بهداشتی جدی، است.
۵. بر اساس نمودار آبی و نارنجی، سرعت عمل نظام مراقبت سندرمیک در شناسایی علائم بیماریها و رویدادهای بهداشتی جدی، بیشتر از نظام مراقبت رایج بیماریها است.
۶. بین این دو نمودار فرصت طلایی حداقل دو روزه وجود دارد که در پیشگیری و کنترل طغیانها و انتشار بیماریها بسیار تعیین کننده می باشد.
۷. اقدامات پیشگیرانه و درمانی انجام یافته در ۷۲ ساعت اولیه شروع بیماریها، بسیار موثرتر از زمانهای بعدی است.

نظر شما در رابطه با تصویر مقابل چیست؟

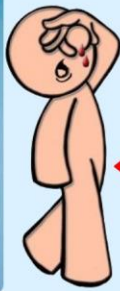


۱. ظهور علائم و نشانه های اولیه قبل از تشخیص بیماریها است .
۲. حوزه فعالیت نظام مراقبت سندرمیک از مرحله علائم و نشانه هاست و قبل از تشخیص بیماریها شروع می شود.
۳. حوزه فعالیت نظام مراقبت رایج بیماریها ، بعد از تشخیص بیماریها شروع می شود.
۴. نظام مراقبت سندرمیک با دامنه وسیعتر و حساستری بر سلامت جامعه نظارت دارد .
۵. نتایج اقدامات نظام مراقبت سندرمیک پیشگیرانه و سریعتر است .

Part (11-1)

شماره ۱: سندرم تب و خونریزی
Fever with hemorrhagic manifestationاین سندرم با وجود تب +
تب: دمای بالاتر از ۳۸ درجه دهانی

خونریزی، حداقل از دو محل از مناطق زیر مطرح می شود:

دستگاه تنفس فوقانی:
خونریزی از لثه یا بینی

پوست:

خونریزی نقطه نقطه (پتشی)

بصورت کبودی (اِکِموز)

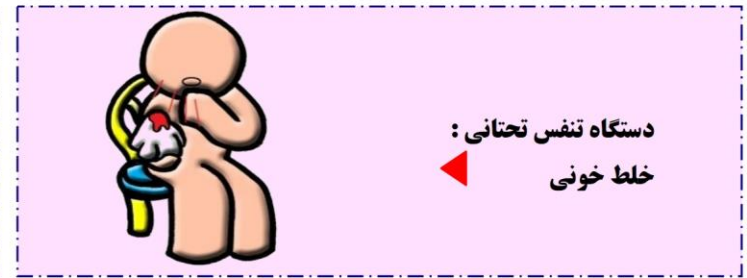
دست کبود شده

دست طبیعی



دستگاه گوارش:

استفراغ خونی

یا مدفوع خونی
یا مدفوع سیاهدستگاه تنفس تحتانی:
خلط خونیدستگاه تناسلی:
خونریزی غیرطبیعی زنانهدستگاه ادراری:
ادرار خونی

وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و خونریزی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (11-2)

- ثبت سندرم در سامانه

- ارجاع فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با توجه به فوری بودن وضعیت، ارجاع بیمار مقدم بر تکمیل فرم بررسی انفرادی است).
- تکمیل فرم بررسی انفرادی در بیمارستان توسط کارشناس ستاد مرکز بهداشت شهرستان (نمونه گیری در بیمارستان) و گزارش در سیستم مراقبت جاری
- جداسازی نسبی و رعایت اصول حفاظت فردی
- توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی - بررسی موارد تماس (بیماریابی فعال) و آموزش اطرافیان



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اسلاید ۱۲



موضوع: نظام مراقبت سندرمیک (ویژه کارشناسان)

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب و خونریزی



- اطلاع رسانی به پرسنل و پزشکان از جهت گزارش موارد مشابه و رعایت احتیاطات همه جانبه

(موازین کنترل عفونت)

- توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل در معرض خطر

- اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس جامعه (در معرض خطر)

- در صورت فوت ، دفن بهداشتی اجساد

- اطلاع رسانی به پرسنل و پزشکان از جهت گزارش موارد مشابه و رعایت احتیاطات همه جانبه

(موازین کنترل عفونت)

- انجام بررسی و تحقیق در خصوص مورد سندرم توسط تیم مرکز بهداشت شهرستان

- هماهنگی بین بخشی: فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، شورای اسلامی ،

نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ...

(این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

Part (13-1)

شماره ۲- الف : سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر

Fever with rash (Maculopapular)

حداقل یکی از علامتهای زیر (معمولاً به صورت منتشر):

+



بروز علائم تب



وظایف کارشناس بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (13-2)

ثبت سندرم در سامانه - معرفی به پزشک در صورت مراجعه بیمار به مرکز بهداشتی درمانی - در صورت اخطار سامانه ، تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک و نمونه گیری (مثلاً خون و بزاق) توسط کارشناس محیطی و پسخوراند به مرکز گزارش دهنده (بیمارستان ، مطب) توسط کارشناس ستاد شهرستان - پیگیری و بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار دارای آزمایش مثبت تا ۳ هفته بعد ، از نظر موارد ذیل:

- ۱- علائم مشابه
- ۲- تماس نزدیک با بیمار
- ۳- شناسایی افراد پر خطر یا در معرض خطر
- ۴- پس از استعلام تشخیص قطعی از آزمایشگاه (از طریق سامانه یا تلفن) یا در مورد بیمار بستری پس از استعلام تشخیص بالینی محتمل از پزشک متخصص معالج ، پروفیلاکسی یا ایمن سازی با نظر مرکز بهداشت شهرستان براساس پروتکل های کشوری مثلاً سرخک ، مننژیت و CCHF (تب خونریزی دهنده کریمه کنگو) مثلاً در مورد سرخک بررسی وضعیت واکسیناسیون فرد و اطرافیان (تماس نزدیک) و تکمیل آن در صورت نیاز در صورت اخطار سامانه ، آموزش بیمار و خانواده در زمینه :

- ۱- تأکید بر واکسیناسیون
- ۲- توصیه به رعایت بهداشت تماسی و تنفسی توسط بیمار (استفاده از دستمال یا ماسک ، دست ندادن ، عدم روبوسی و در آغوش گرفتن) در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری فوق الذکر، بیماریابی فعال در منطقه در مکانهای تردد بیمار در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری فوق الذکر، جستجوی منشأ (Source) بیماری (Index case) در صورت اخطار سامانه ، توصیه به رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی در خصوص بیماران بستری ، پیگیری تشخیص احتمالی و درمانهای بیمار از طریق پزشک متخصص معالج بیماران بستری (از طریق سامانه و HIS بیمارستان) توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی را در بیمارستان تکمیل نموده است.

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و اسنان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر



- در صورت اخطار سامانه ، هشدار و اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی و پزشکان در منطقه با تأکید بر رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی
- در صورت اخطار سامانه ، توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی تا تعیین تشخیص قطعی و سپس براساس نوع تشخیص تصمیم گیری خواهد شد.
- پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)
- در صورت اخطار سامانه ، بررسی آمادگی اتاقهای ایزوله تنفسی توسط کارشناس بهداشتی و کنترل عفونت بیمارستان
- در صورت اخطار سامانه، بررسی اماکن تجمعی بعنوان کانونهای پرخطر بیماری (مثل اتباع بیگانه و مهاجرین و ...) و ارائه توصیه‌های پیشگیری منطبق با دستورالعمل‌های کشوری منجمله:
 - توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته
 - توصیه به بیمار مبنی بر عدم حضور در مدرسه و محل کار در دوره وجود بثورات
 - جداسازی بیمار از افراد سالم
- در صورت اخطار سامانه ، در سطح جامعه :
 - انجام واکسیناسیون تکمیلی در منطقه در صورت نیاز
 - تأکید به ماماها برای معرفی زنان باردار دچار علائم تب و بثورات حاد
 - بررسی پوشش واکسیناسیون در منطقه با توجه به اطلاعات پایش ها .
- در صورت لزوم آموزش بهداشت تنفسی و تماسی به جامعه با هماهنگی مسئولان بین بخشی مورد نیاز مانند: فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، شورای اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)
- در خصوص بیماران بستری ، تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان (یا با هماهنگی توسط بیمارستان) انجام می‌شود. سپس انتقال نمونه ها به آزمایشگاه / آزمایشگاههای مربوطه و اخذ جواب/ جوابها و ارائه پسخوراند به بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی اعزام کننده بیمار (از طریق سامانه یا تماس تلفنی) و درج تشخیص محتمل در صفحه اول فرم در محل مربوطه با مشورت پزشک معالج

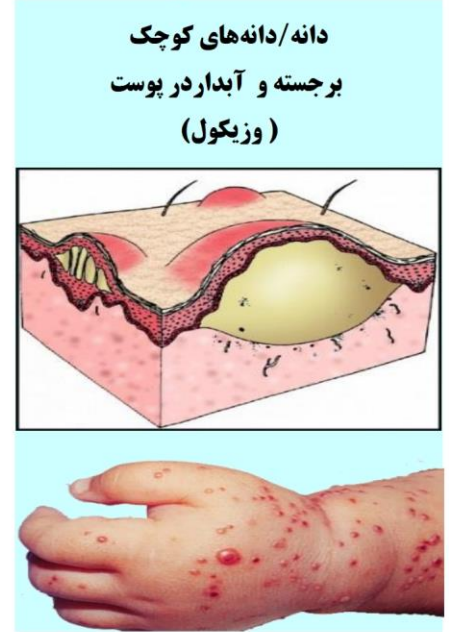
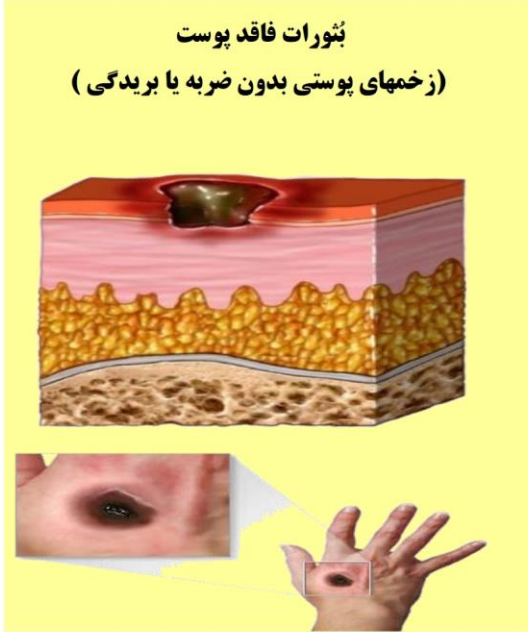
شماره ۲-ب : سندرم تب و راش حاد (غیر ماکولوپاپولر)
Fever with rash (Non-maculopapular)

Part (15- 1)



بروز علائم تب

حداقل یکی از علامتهای زیر:



وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (15- 2)

ثبت سندرم در سامانه- معرفی به پزشک در صورت مراجعه بیمار به مرکز بهداشتی درمانی- در صورت اخطار سامانه ، تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک و نمونه گیری توسط کارشناس محیطی و پسخوراند به مرکز گزارش دهنده (بیمارستان ، مطب) توسط کارشناس ستاد شهرستان پیگیری و بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار دارای آزمایش مثبت تا ۳ هفته بعد، از نظر موارد ذیل:

۱-علائم مشابه

۲-تماس نزدیک با بیمار

۳-شناسایی افراد پر خطر یا در معرض خطر

۴- پس از استعلام تشخیص قطعی از آزمایشگاه (از طریق سامانه یا تلفن) یا در مورد بیمار بستری پس از استعلام تشخیص بالینی محتمل از پزشک متخصص معالج ، پروفیلاکسی یا ایمن سازی با نظر مرکز بهداشت شهرستان براساس پروتکل های کشوری (مثلاً آبله مرغان در تماس با زن باردار و افراد دارای نقص ایمنی)

-در صورت اخطار سامانه، آموزش بیمار و خانواده در زمینه :

*توصیه به رعایت بهداشت تماسی و تنفسی توسط بیمار (استفاده از دستمال یا ماسک ، دست ندادن ، عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)

-در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری فوق الذکر ، بیماریابی فعال در منطقه در مکانهای تردد بیمار

-در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری فوق الذکر ، جستجوی منشأ (Source) بیماری (Index case)

در صورت اخطار سامانه و در صورت لزوم ، توصیه به رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی

-در خصوص بیماران بستری ، پیگیری تشخیص احتمالی و درمانهای بیمار از طریق پزشک متخصص معالج بیماران بستری (از طریق سامانه و HIS بیمارستان) توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی را در بیمارستان تکمیل نموده است.

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر



در صورت اخطار سامانه هشدار و اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی و پزشکان در منطقه با تأکید بر رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی

- در صورت اخطار سامانه ، توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی تا تعیین تشخیص قطعی و سپس براساس نوع تشخیص تصمیم گیری خواهد شد.

- پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)

- در صورت اخطار سامانه و در صورت لزوم ، بررسی آمادگی اتاقهای ایزوله تنفسی توسط کارشناس بهداشتی و کنترل عفونت بیمارستان

- در صورت اخطار سامانه بررسی اماکن تجمعی بعنوان کانونهای پرخطر بیماری (مثل مهد کودکها ، مدارس ، اردوگاه اتباع بیگانه و مهاجرین و ...) و ارائه توصیه های پیشگیری منطبق با دستورالعمل های کشوری منجمله:

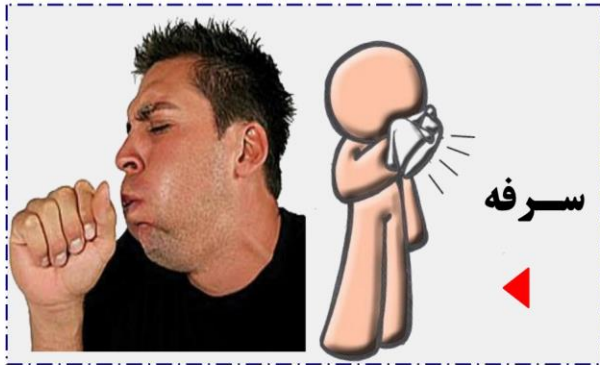
- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته
- توصیه به بیمار مبنی بر عدم حضور در مدرسه و محل کار در دوره وجود بثورات
- جداسازی بیمار از افراد سالم

- در صورت آموزش بهداشت تنفسی و تماسی به جامعه با هماهنگی مسئولان بین بخشی نظیر:

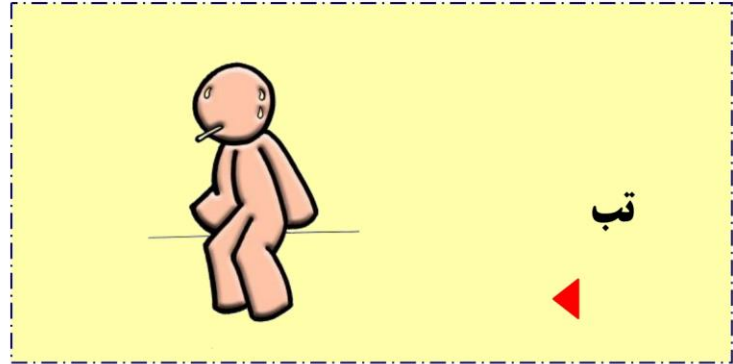
فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، شورای اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

-- در خصوص بیماران بستری ، تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان (یا با هماهنگی توسط بیمارستان) انجام می شود. سپس انتقال نمونه ها به آزمایشگاه / آزمایشگاههای مربوطه و اخذ جواب/ جوابها و ارائه پسخوراند به بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی اعزام کننده بیمار (از طریق سامانه یا تماس تلفنی) و درج تشخیص محتمل در صفحه اول فرم در محل مربوطه با مشورت پزشک معالج

Part (17-1)

شماره ۳: سندرم شبه آنفلوانزا
Influenza-like illnessesبروز علائم زیر در **طول یک هفته اخیر:**

و



وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم شبه آنفلوانزا (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (17-2)

- ثبت شبه آنفلوانزا در سامانه

- تکمیل فرم بررسی انفرادی برای بیماران منتخب در پایگاه دیده ور ، طغیانهای اماکن تجمعی (صفحه اول فرم) - نمونه گیری از بیماری که فرم بررسی برایش تکمیل شده - معرفی فوری موارد مشکوک به بیماری شدید تنفسی به پزشک (حتی الامکان بیمار را مشایعت نماید) در این موارد نمونه گیری و تکمیل فرم بررسی همانند سندرم بیماری شدید تنفسی است.

- جداسازی نسبی و توصیه به رعایت بهداشت تنفسی توسط بیمار (استفاده از دستمال یا ماسک توسط بیمار ، عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)

- توصیه به رعایت اصول حفاظت فردی توسط پرسنل در تماس با بیمار (ماسک ، شستشوی دست)

- توصیه به ویزیت سریع تر بیماران با علائم شبه آنفلوانزا توسط پزشک

- پیگیری اطرافیان بیمار دارای آزمایش مثبت از نظر:

۱- علائم مشابه و مدت تماس

۲- شناسایی افراد پر خطر

۳- پروفیلاکسی یا ایمن سازی افراد پرخطر دارای تماس (در بیماریهای دارای واکسن و دارو) با نظر مرکز بهداشت شهرستان و

براساس پروتکل های کشوری

- مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروههای در معرض خطر



وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم شبه آنفلوانزا



- در صورت اخطار سامانه ، توزیع امکانات حفاظت فردی لازم برای پرسنل مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها با توجه به روند ILI (بیماری شبه آنفلوانزا) و احتمال بروز موارد شدید در روزهای آتی
- در صورت اخطار سامانه ، ارزیابی امکانات و وسایل موجود در هر مرکز برای امکانات درمانی حمایتی بیمار (کپسول اکسیژن ، امکانات سرم تراپی ، ذخیره دارویی بخصوص داروهای ضد ویروس منجمله تامیفلو در صورت مثبت شدن موارد نمونه گیری)
- فراهم سازی دسترسی به امکانات انتقال اورژانس بیماران
- در صورت اخطار سامانه ، اطلاع رسانی به پرسنل مرکز بهداشتی درمانی جهت رعایت اصول حفاظت فردی (موازین بهداشت فردی و احتیاطات تنفسی)
- و در صورت صلاحدید معاونت بهداشتی ، اطلاع رسانی به مراکز درمانی و بیمارستانهای غیر دولتی (حتی الامکان از طریق سامانه)
- توصیه به رعایت بهداشت فردی توسط اطرافیان بیماران تنفسی (شستشوی دست با آب و صابون ، حفظ فاصله مناسب از بیمار ، استفاده از ظروف شخصی ، ماسک در تماس نزدیک)
- در صورت اخطار سامانه ، توصیه به واکسیناسیون افراد در معرض خطر بالاخص مراکز تجمعی با توجه به روند ILI
- تأکید به ماماها برای معرفی زنان باردار دچار علائم شبه آنفلوانزا
- تأمین واکسن و داروی ضد ویروس برای مراکز درمانی با توجه به روند ILI
- در صورت اخطار سامانه ، توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room در اماکن تجمعی
- توصیه به برقراری تهویه در اماکن تجمعی
- در صورت اخطار سامانه و بروز سندرم شبه آنفلوانزا در سطح جامعه یا اماکن تجمعی ، فعال نمودن تیم بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها بمنظور اعمال موازین کنترل عفونت
- هماهنگی و جلب همکاری حوزه بین بخشی بمنظور اعمال موازین بهداشت تنفسی در جامعه منجمله با فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، شورای اسلامی ، آموزش و پرورش ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و سایر ارگانهای بین بخشی ذینفع
- اطلاع رسانی و آموزش بهداشت تنفسی به جامعه با استفاده از وسایل کمک آموزشی مانند پوستر و رسانه های جمعی ، توسط مسئولان با توجه به روند ILI و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان
- در صورت اخطار سامانه ، پیگیری مراکز تجمعی منتخب از طریق رابطین (زندانشا ، آسایشگاههای سالمندان ، اردوگاههای مهاجرین و ...)
- جهت استعلام و سندرم یابی فعال ILI
- در صورت اخطار سامانه ، پیگیری تقویت ارسال داده ها از مراکز تجمعی
- در صورت اخطار سامانه ، انتخاب رابطین سلامت (Health Volunteers) و آموزش آنها توسط تیم فنی بالاخص در زمینه بهداشت تنفسی ، به منظور آموزش مدارس ، شورای بهداشتی روستاها ، مراکز آموزش عالی و ... توسط رابطین سلامت.

Part (19- 1)

شماره ۴: سندرم عفونت شدید تنفسی
Severe Acute Respiratory Infections/Illness (SARI)

وجود تب + سرفه در یک هفته اخیر

و بستری شدن در بیمارستان معمولاً بدلیل یکی از علائم دال بر وخامت عملکرد سیستم تنفسی یا سیستم قلبی عروقی یا سیستم عصبی

خلط خونی



یا

تنفس صدادار



یا

فرورفتگی عضلات



یا

بین دنده ای در حین تنفس

ناکی پنه (تنفس تند)

۱- سیستم تنفسی

نوزادان (تا ۲ ماه) بیش از ۶۰ تنفس در دقیقه
شیرخواران (تا یکسال) بیش از ۵۰ تنفس در دقیقه
کودکان ۱-۵ سال بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه
کودکان و نوجوانان ۱۵-۵ سال بیش از ۳۰ تنفس در دقیقه
بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۲۰ تنفس در دقیقه



یا

اختلال در ریتم ضربان قلب



یا

افت شدید فشار خون



یا

درد قفسه سینه



۲- سیستم قلبی عروقی:

یا

تشنج



یا

کاهش سطح هوشیاری



۳- سیستم عصبی:



وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم عفونت شدید تنفسی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (19- 2)

-ثبت سندرم عفونت شدید تنفسی در سامانه

-در صورت مراجعه بیمار به مرکز بهداشتی درمانی (مرکز سرپایی) ، ارجاع فوری به پزشک (با توجه به فوری بودن وضعیت ، ارجاع بیمار مقدم بر تکمیل فرم بررسی انفرادی است) (حتی الامکان بیمار را مشایعت نماید)

-با توجه به ارجاع فوری بیمار به بیمارستان ، پس از ویزیت پزشک مرکز ، نیازی به نمونه گیری توسط کارشناس بهداشت مرکز نیست.

- تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان .

-جداسازی نسبی و توصیه به رعایت بهداشت تنفسی توسط بیمار (استفاده از دستمال یا ماسک ، عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)

-رعایت احتیاطات تنفسی و تماسی در برخورد با بیمار

- رعایت موازین بهداشت فردی خصوصاً توسط پرسنل

-پیگیری و بررسی اطرافیان (موارد تماس با بیمار) :

(۱) از نظر علائم مشابه

(۲) مدت تماس با بیمار

(۳) شناسایی افراد پرخطر

(۴) پیگیری تشخیص احتمالی بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص معالج در بیمارستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی با کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی را در بیمارستان تکمیل نموده است) و انجام پروفیلاکسی یا واکسیناسیون در اطرافیان پرخطر دارای تماس با نظر مرکز بهداشت شهرستان براساس پروتکل های کشوری (آنفلوانزا ، MMR ، پنوموکوک)



وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم عفونت شدید تنفسی

- مهیا ساختن امکانات انتقال اورژانس این بیماران

- تأکید به ماماها برای اعزام سریع زنان باردار دچار علائم بیماری شدید تنفسی به بیمارستان

- تکمیل فرم بررسی انفرادی برای بیمار در بیمارستان توسط مرکز بهداشت شهرستان

- درج تشخیص محتمل در صفحه اول فرم در محل تشخیص های محتمل توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان پس از مشورت با پزشک معالج بیمارستان

- پیگیری انجام نمونه گیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب آزمایشگاه و ارائه پسخوراند به بیمارستان بستری کننده بیمار و مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهنده (از طریق سامانه یا تماس تلفنی)

- تأمین واکسن و داروی ضد ویروس برای مراکز درمانی (پس از مشورت با پزشک معالج بیمارستان در خصوص تشخیص محتمل)

- توزیع امکانات حفاظت فردی برای پرسنل داخل مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان

- اطلاع رسانی به پرسنل مبنی بر رعایت اصول حفاظت فردی (بهداشت فردی و تنفسی)

- بررسی آمادگی اتاقهای ایزوله تنفسی توسط کارشناسان بهداشتی و کنترل عفونت بیمارستان

- آموزش بهداشت تنفسی به جامعه (بالاخص گروه های پرخطر یا در معرض خطر) توسط مسئولان با استفاده از وسایل کمک آموزشی مثل

پوستر و رسانه های جمعی، با توجه به روند عفونت شدید تنفسی و حسب صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان

- توصیه به اقدامات پیشگیرانه از جمله واکسیناسیون آنفلوانزا در افراد در معرض خطر بالاخص در اماکن جمعیتی

- توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room در اماکن جمعیتی

- توصیه به برقراری تهویه در اماکن جمعیتی

- ارزیابی امکانات و وسایل موجود در هر مرکز برای درمانهای حمایتی بیمار (کپسول اکسیژن، ونتیلاتور، ذخیره داروهای ضد ویروسی از

جمله تامیفلو در صورت مثبت شدن موارد نمونه گیری، امکانات سرم تراپی)

- ورود اطلاعات تکمیلی (درمانهای بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار) در آخرین روز بستری بیمار

- فعال نمودن تیم بهداشتی مراکز بهداشتی و درمانی به منظور اعمال موازین کنترل عفونت در بیمارستان و جلب همکاری بین بخشی برای

اعمال موازین بهداشت تنفسی در جامعه (فرمانداری، شهرداری، بخشداری، شورای اسلامی، آموزش و پرورش، نیروهای نظامی و انتظامی

محلی، بهداشت محیط، دامپزشکی و پزشکی قانونی در صورت شک به سیاه زخم تنفسی)

- پیگیری مراکز جمعیتی منتخب از طریق رابطین (زندانیها، آسایشگاههای سالمندان، اردوگاههای مهاجرین و ...) جهت استعلام و سندرم یابی

فعال در صورت اخطار سامانه

- پیگیری تقویت ارسال داده ها از مراکز جمعیتی

- کنترل عفونت تنفسی در بیمارستانها در همه گیری ها با توجه به همه گیری SARI (عفونت شدید و حاد تنفسی)

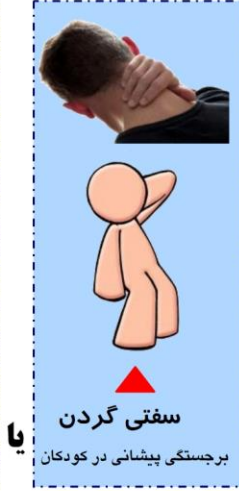
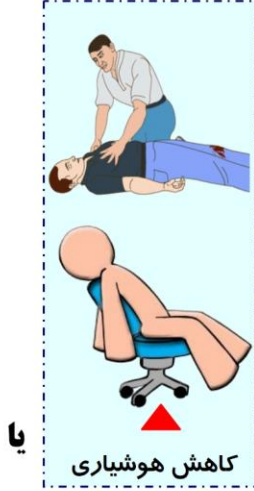
- انتخاب رابطین سلامت (Health Volunteers) و آموزش آنها توسط تیم فنی بالاخص در زمینه بهداشت تنفسی، به منظور آموزش

مدارس، شورای بهداشتی روستاها، مراکز آموزش عالی و ... توسط رابطین سلامت

شماره ۵: سندرم تب و علایم نورولوژیک
Fever & Neurological symptoms



ناگهانی بالای ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یک علامت از بین علائم زیر:



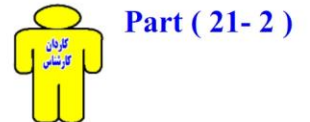
- علایم عصبی:
- سفتی گردن
 - تشنج
 - کاهش هوشیاری
 - تحریک پذیری



علائم کمکی



وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و علایم نورولوژیک (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



- ورود سندرم تب و علائم عصبی در سامانه
- ارجاع فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با توجه به فوری بودن وضعیت، ارجاع بیمار مقدم بر تکمیل فرم بررسی انفرادی است)
- با توجه به ارجاع فوری بیمار به بیمارستان بعد از ویزیت پزشک، نیازی به نمونه گیری توسط کارشناس بهداشت نیست.
- تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان.
- جداسازی و رعایت اصول حفاظت فردی در موارد لازم (بدلیل تشخیص های محتمل نظیر مننژیت، آنفلوآنزای پرندگان)
- بررسی موارد تماس با بیمار
- (۱) از نظر علائم مشابه در اطرافیان و مدت تماس با بیمار
- (۲) شناسایی افراد پرخطر
- (۳) پروفیلاکسی یا ایمن سازی با توجه به تشخیص بالینی پزشک متخصص معالج در بیمارستان طبق پروتکل های کشوری پیشگیری دارویی منگوکوک و هموفیلوس آنفلوآنزا و اکتیناسایون مورد نیاز مانند MMR، منگوکوک، آنفلوآنزا و پولیو
- پیگیری تشخیص احتمالی بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و انجام پروفیلاکسی یا واکسیناسیون در اطرافیان با نظر مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)
- توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل بهداشت
- مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر)
- همکاری با واحد مربوطه در نظارت بر:
 - دفع بهداشتی فاضلاب (بهداشت محیط)
 - رفع شکستگی شبکه آب آشامیدنی و شبکه جمع آوری فاضلاب در اسرع وقت
 - توزیع آب آشامیدنی سالم
- جمع آوری اطلاعات غیر انسانی مرتبط با بیماریهای مذکور از سازمانهای مربوطه مثل مرگ و میر پرندگان و کلاغ ها در تب نیل غربی یا مرگ حیوانات در هاری



وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب و علائم نورولوژیک

- اطلاع رسانی به پرسنل مرکز بهداشتی درمانی جهت رعایت موازین بهداشت فردی با اولویت بهداشت تنفسی
- توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل پایگاه ، مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان
- پیگیری انجام نمونه گیری در بیمارستان و انتقال نمونه بیمار به آزمایشگاه / آزمایشگاههای مربوطه و اخذ جواب آزمایشگاه و ارائه
- سخنرانان به بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی (از طریق سامانه یا تماس تلفنی)
- توصیه به رعایت اصول بهداشت فردی توسط اطرافیان (شستشوی دست با آب و صابون ، جدا کردن محل زندگی انسان و دام ، استفاده از ظروف شخصی ، حفظ فاصله مناسب از بیمار ، اقدامات لازم جهت پیشگیری از گزش بندپایان یعنی پشه و کنه و کک ، استفاده از آب و غذای سالم)
- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته
- توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room در اماکن بسته
- چون فرم بررسی انفرادی در بیمارستان تکمیل میشود درج تشخیص محتمل در ابتدای صفحه اول فرم در محل تشخیص های محتمل توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان پس از مشورت با پزشک معالج الزامی است.
- هماهنگی بین بخشی در صورت بروز سندرم تب و علائم عصبی در اماکن بسته (توسط مرکز بهداشت شهرستان از طریق سامانه)
- منجمله فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، شورای اسلامی ، آموزش و پرورش ، نیروی نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ... در صورت لزوم
- اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی درمانی غیر بیمارستانی و بخش خصوصی در صورت صلاحدید معاونت بهداشتی (توسط مرکز بهداشت شهرستان از طریق سامانه)
- برنامه های آموزش و اطلاع رسانی عمومی بر حسب نیاز و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان (با توجه به پایش روند طغیان به کمک سامانه)

شماره ۶: سندرم تب طول کشیده
Prolonged fever

Part (23- 1)



داشتن تب

بیش از سه روز به علاوه یکی از علائم غیر اختصاصی زیر:

کوفتگی بدن
و درد عضلات

یا



سردرد خفیف

- سردرد خفیف
 - کوفتگی بدن و درد عضلات
 - حال عمومی بد
- به نحوی که نتوان علائم را به ارگانی خاص (سندرمهای تنفسی، عصبی، پوستی و...) نسبت داد.

وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با
سندرم تب طول کشیده (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

Part (23- 2)

ثبت سندرم تب طول کشیده در سامانه

- تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اخطار سامانه برای بیماران منتخب در پایگاه دیده ور، بیمارستان، طغیانهای اماکن تجمعی (صفحه اول فرم)
- نمونه گیری از بیماری که فرم بررسی برایش تکمیل شده اعم از اسمیر خون محیطی یا RDT مالاریا (تست سریع تشخیصی مالاریا)، نمونه خلط تا زمان اعلام قطع نمونه گیری توسط ستاد
- نمونه گیری از ۱۰ الی ۱۵٪ مبتلایان تب طول کشیده (برای ادامه نمونه گیری پس از تعیین عامل بیماری طبق مراقبت روتین)
- ارجاع موارد تب طول کشیده به پزشک

- پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند

در صورت اخطار سامانه آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص توصیه به رعایت اصول بهداشت فردی با تأکید بر موازین کنترل کننده بیماریهای تب دار بومی منطقه:

۱. راه های انتقال و پیشگیری یعنی رعایت موازین بهداشت فردی (شستن دستها با آب و صابون قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از توالی، ضد عفونی دستگیره های درب و نقاطی که بیمار به آنها دست میزند، جدا نمودن وسایل شخصی بیمار نظیر ظروف، حوله، مسواک) دفع صحیح فضولات
۲. توصیه های غذایی (مصرف غذاهای کاملاً پخته شده و شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)
۳. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلرزنی شده، جوشیده، بطری)
۴. استفاده از ظروف شخصی
۵. استفاده از محصولات لبنی پاستوریزه توسط اطرافیان
۶. استفاده از لباس آستین بلند و پوشش مناسب در ساعات گزش پشه در مناطق مالاریا خیز و سفر به منطقه تب دنگ
۷. جدا کردن محل زندگی انسان و دام
۸. استفاده از وسایل حفاظت فردی در حین کار در مزرعه و خودداری از شنا در آبهای آزاد
۹. تزریقات ایمن، توصیه به روابط جنسی ایمن
۱۰. حفظ فاصله مناسب از بیمار در صورت شک به عفونتهای تنفسی

در صورت اخطار سامانه، بررسی موارد ذیل:

۱. بررسی بروز تب طول کشیده در افرادی که با بیمار در فضای مشترک کار یا زندگی میکنند (سندرم یابی در افراد با تماس نزدیک)
 ۲. توصیه به اطرافیان برای مراجعه و گزارش دهی موارد مشابه
 ۳. بررسی سابقه واکسیناسیون هیپاتیت B در فرد بیمار و اطرافیان
 ۴. بررسی سابقه مصرف و نوع داروی پروفیلکتیک در صورت سفر به منطقه آندمیک مالاریا
 ۵. انجام پروفیلکتیسی در اطرافیان پرخطر پس از تعیین عامل بیماری در صورت داشتن ضرورت
- در صورت اخطار سامانه و شک به سل و **Q fever** (تب Q)، پیگیری اطرافیان بیمار دارای آزمایش مثبت خصوصاً اطرافیان پرخطر
- حفظ فاصله مناسب از بیمار (خودداری از تماس نزدیک با بیمار) یعنی جداسازی نسبی بیمار و استفاده از ماسک توسط بیمار هنگام تماس نزدیک (در صورت همراه نبودن ماسک، استفاده از دستمال کاغذی مخصوصاً به هنگام سرفه)

- توصیه به مراجعه سریع اطرافیان در صورت ابتلاء به تب طول کشیده

- تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و انجام پروفیلکتیسی در اطرافیان در صورت صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)

- توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل در صورت لزوم

- پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)



وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب طول کشیده



- در صورت اخطار سامانه ، پیگیری و هماهنگی بین بخشی: فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، شورای اسلامی ، آموزش و پرورش ، آب و فاضلاب ، دامپزشکی ، شیلات ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)
- پس از هماهنگی بین بخشی ، اعزام تیم بهداشت محیط جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با تب طول کشیده به منظور:
- ۱.در صورت شک به انتقال از طریق آب ، بررسی و بازدید از وضعیت بهداشتی منابع آب آشامیدنی منطقه ، شبکه توزیع آب ، نحوه مصرف
 - ۲.توصیه و نظارت بر تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی (مخازن ثابت و سیار ، بطری ، توصیه به گندزدایی آب)
 - ۳.هماهنگی با سازمان آب و فاضلاب به منظور بهسازی منابع آب آشامیدنی در صورت نیاز ، دفع بهداشتی فاضلاب ، رفع شکستگی شبکه دفع فاضلاب در اسرع وقت
 - ۴.تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و کلرسنجی)
 - ۵.توصیه به بررسی میکروبی و کلر آزاد باقیمانده در شناگاهها و مراکز آبی تفریحی و رفع اشکالات توسط ارگان ذربط
 - ۶.در صورت شک به انتقال از طریق غذا ، بازدید از وضعیت بهداشتی مکانهای تهیه ، توزیع ، نگهداری ، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک و تأکید بر سرویس های بهداشتی و سلامت مواد غذایی
 - ۷.مبارزه با حشرات و جوندگان در صورت احتمال انتقال محلی (و نه وارده)
 - ۸.انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم
 - ۹.در صورت فوت ، دفن بهداشتی اجساد با نظارت بهداشتی (نمونه گیری طبق سندرم مرگ ناگهانی غیر منتظره)
- در صورت اخطار سامانه ، برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی منجمله دارو ، ویال توبرکولین ، تجهیزات نمونه گیری ، انواع ظروف نمونه گیری و سواب به تعداد کافی با توجه به تشخیص محتمل
- پس از هماهنگی بین بخشی ، در صورتی که جمعیت آسیب دیده رفتار پرخطر داشته باشند ، اقدامات ذیل توسط واحد مبارزه با بیماریها انجام میگردد:
- تأمین سرنگ رایگان در معنادان تزریقی
 - تأمین کاندوم و وسایل پیشگیری از انتقال بیماریهای مقاربتی
- در صورت اخطار سامانه ، پیگیری مراکز تجمعی منتخب (تجمعات باز و بسته) از طریق رابطین (زندانشا ، آسایشگاههای سالمندان و معلولین ذهنی حرکتی، اردوگاههای مهاجرین و ...) در زمینه:
- ۱- استعلام و سندرم یابی فعال تب طول کشیده
 - ۲- آموزش بیمار و اطرافیان جهت آشنایی با راههای انتقال بیماریها توسط کارشناس بهداشت
 - ۳- پیگیری تقویت ارسال داده ها و نمونه گیری از بیماران منتخب در مراکز تجمعی
- هماهنگی مداوم کارشناس بهداشتی با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان
- در صورت اخطار سامانه و شک به بیماریهای تنفسی نظیر TB و Q fever (تب Q) تا زمان تشخیص قطعی:
- ۱- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته
 - ۲- توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room در اماکن بسته
 - ۳- استفاده از تجهیزات حفاظت فردی
- اطلاع رسانی به پرسنل و پزشکان جهت گزارش موارد مشابه
- در صورت اخطار سامانه و در صورت شک به TB و Q fever (تب Q) آموزش موازین بهداشت فردی به جامعه / مسئولان با استفاده از وسایل کمک آموزشی به منظور اطلاع رسانی به گروه های در معرض خطر :
- حفظ فاصله مناسب از بیمار (خودداری از تماس نزدیک با بیمار) یعنی جداسازی نسبی بیمار و استفاده از ماسک توسط بیمار هنگام تماس نزدیک (در صورت همراه نبودن ماسک ، استفاده از دستمال کاغذی مخصوصاً به هنگام سرفه)

Part (25- 1)

شماره ۷: سندرم مسمومیت غذایی
Food intoxicationبروز علائم زیر
بعد از مصرف مواد غذایی:

شکم درد (دل پیچه) ▼



تهوع و استفراغ ▼



وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم مسمومیت غذایی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (25- 2)

-گزارش سندرم مسمومیت (ثبت در سامانه)

(اعلام هشدار اتوماتیک توسط سامانه زمانی که به آستانه تعریف شده برسد)

-تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اختار سامانه (سامانه در صورت کشف بیش از یک مورد سندرم مسمومیت با منبع غذایی مشترک اختار صادر میکند)

-نمونه گیری، همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی (در صورت علائم خطر، ارجاع فوری بیمار و نمونه گیری و تکمیل فرم در بیمارستان)

-پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه

-بررسی علائم و بیماریابی افرادی که از منبع مشترک غذایی استفاده نموده اند.

-توصیه به اطرافیان بیمار برای گزارش دهی سریع پیدایش موارد مشابه

-پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)

-آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص:

۱. علائم خطر (تهوع و استفراغ شدید، دزهدراتاسیون شدید نظیر آنوری یا شوک، علائم عصبی نظیر دوبینی، افتادگی پلک، اختلال هوشیاری و تشنج، اختلال بلع، فلج شل پائین رونده، سیانوز مرکزی)

۲. راه های انتقال و پیشگیری (شستن دستها قبل از تهیه و توزیع غذا و بعد از توالیت)

۳. توصیه های غذایی (پخت کامل غذاها، عدم مصرف غذاهای مانده، عدم مصرف کنسروهای نجوشیده و ماهی های هیستامینی، شستشوی صحیح

سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)

۴. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلرزنی شده، جوشیده، بطری)

-تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و بررسی اطرافیان با نظر مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه و

HIS یا تماس تلفنی)

در صورت اختار سامانه:

-بررسی منطقه، منجمله مراکز بهداشتی درمانی منطقه جهت شناسایی بیماران دارای علائم مشابه و شناسایی منبع غذایی مشکوک احتمالی

-مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر)

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم مسمومیت غذایی

**بررسی و تحقیق در خصوص موارد مسمومیت در صورت اخطار سامانه**

هماهنگی مداوم کارشناس بهداشتی با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان

در صورت اخطار سامانه هماهنگی بین بخشی برحسب نیاز: فرمانداری، شهرداری، بخشداری، آموزش و پرورش، آب و فاضلاب، دامپزشکی، شورای اسلامی، نیروهای نظامی و انتظامی محلی، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

به منظور بررسی افراد و مکانهای ارائه دهنده مواد غذایی مشکوک و همچنین دست فروشان مواد غذایی

- پس از هماهنگی بین بخشی، اعزام تیم بهداشت محیط جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با مسمومیت غذایی به منظور:

۱. بازدید از وضعیت بهداشتی مکانهای تهیه مواد اولیه، توزیع، نگهداری، طبخ، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک و تأکید بر سرویس های بهداشتی و سلامت مواد غذایی

۲. بررسی و بازدید از وضعیت بهداشتی منابع آب آشامیدنی منطقه، شبکه توزیع آب، نحوه مصرف.

۳. توصیه و نظارت بر تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی منطقه (مخازن ثابت و سیار، بطری، توصیه به گندزدایی آب).

۴. تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و کلسنجی و عوامل شیمیایی)

۵. انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم

۶. نظارت بر دفع بهداشتی فاضلاب، رفع شکستگی شبکه دفع فاضلاب در اسرع وقت

در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت استان، افزایش آگاهی جامعه (اطلاع رسانی) بالاخص آموزش گروه های پر خطر (اماکن تجمعی) در خصوص:

۱. آموزش موازین بهداشت فردی / شستشوی دست قبل از تهیه و توزیع غذا و بعد از توالی

۲. نحوه استفاده از مواد غذایی خصوصاً سالم سازی (گل زدایی، انگل زدایی، گندزدایی، شستشوی نهایی) سبزیجات قبل از مصرف

۳. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلرزی شده، جوشیده، بطری)

برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی منجمله دارو (سرماها و آنتی بیوتیکها)، مواد ضد عفونی کننده، وسایل تشخیصی، محیط های ترانسپورت

اجرای برنامه های آموزش عمومی در خصوص مسمومیتهای غذایی با تأکید بر استفاده از آب آشامیدنی و غذاهای سالم (با توجه به عوامل شیمیایی و میکروبی آلوده کننده آب)

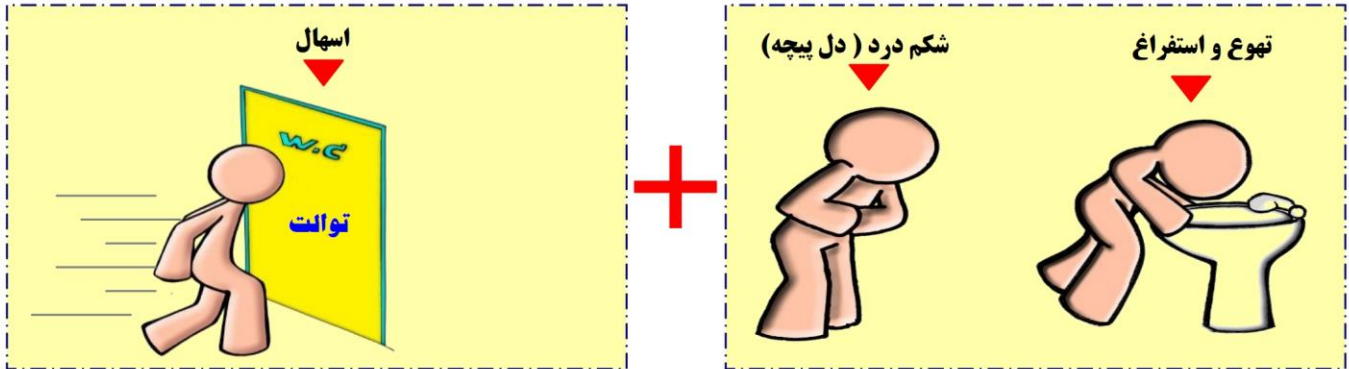
-آموزش گروه های پرخطر (اماکن تجمعی) در خصوص مسمومیتهای غذایی

شماره ۸: سندرم اسهال حاد (غیر خونی)
Acute (Non-bloody) diarrhea

Part (27- 1)

اسهال حاد (غیر خونی): دفع حداقل ۳ بار مدفوع شل در ۲۴ ساعت به همراه تهوع / استفراغ و شکم درد (دل پیچه)

اسهال حاد (غیر خونی):



وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم اسهال حاد (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (27- 2)

-ثبت و گزارش موارد سندرم اسهال حاد (گزارش دهی) (اعلام هشدار اتوماتیک توسط سامانه زمانی که به آستانه تعریف شده برسد)
-تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اخطار سامانه
-نمونه گیری همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی
-در صورت اخطار سامانه از همه موارد نمونه گیری میشود. در صورت تعداد زیاد مبتلایان ، حداقل از ۱۰ الی ۱۵٪ مبتلایان مراجعه کننده بدلیل اسهال حاد ، نمونه گیری انجام میشود.

-در صورت اخطار سامانه ، بررسی علائم در افراد با تماس نزدیک (که با بیمار در فضای مشترک کار یا زندگی میکنند) به منظور :

۱) بیماریابی افرادی که از منبع مشترک آب یا ماده غذایی استفاده نموده اند

۲) توصیه به اطرافیان بیمار برای گزارش دهی سریع پیدایش موارد مشابه

۳) انجام پروفیلاکسی در اطرافیان پرخطر با نظر مرکز بهداشتی درمانی براساس پروتکل های کشوری

-پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه

-پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)

-تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و انجام پروفیلاکسی در اطرافیان در صورت صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)

-توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل

-در صورت اخطار سامانه ، آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص:

۱. در صورت بروز علائم خطر توصیه به مراجعه فوری به پزشک جهت بررسی دقیق آزمایشگاهی (تهوع و استفراغ شدید ، دزهیدراتاسیون شدید نظیر آنوری یا شوک ، اختلال هوشیاری ، تشنج)

۲. راه های انتقال و پیشگیری یعنی رعایت موازین بهداشت فردی (شستن دستها قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از تواللت ، ضد عفونی دستگیره های درب و نقاطی که بیمار به آنها دست میزند)

۳. توصیه های غذایی (پخت کامل غذاها و شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)

۴. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلرزنی شده یا جوشیده یا بطری) منظور از بطری آب آشامیدنی بسته بندی شده می باشد.

-بررسی منطقه جهت شناسایی بیماران دارای علائم مشابه و شناسایی منبع آب یا غذایی مشکوک

-مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر)

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشت) در قبال سندرم اسهال حاد



- بررسی و تحقیق در خصوص موارد ، وقتی اسهال حاد از آستانه طغیان بگذرد.

- در صورت اخطار سامانه ، پیگیری و هماهنگی بین بخشی: بهداشت محیط ، فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، شورای اسلامی ، آموزش و پرورش ، آب و فاضلاب ، دامپزشکی ، شیلات ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی و ... (این هماهنگی ها توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

- پس از هماهنگی بین بخشی ، اعزام تیم بهداشت محیط جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با اسهال حاد به منظور:

۱. بررسی و بازدید از وضعیت بهداشتی منابع آب آشامیدنی منطقه ، شبکه توزیع آب ، نحوه مصرف
۲. توصیه و نظارت بر تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی (مخازن ثابت و سیار ، بطری ، توصیه به گندزدایی آب)
۳. تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و شیمیایی و کلرسنجی)

۴. بازدید از وضعیت بهداشتی مکانهای تهیه ، توزیع ، نگهداری ، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک و تأکید بر سرویس‌های بهداشتی و سلامت مواد غذایی

۵. تشدید کنترل وضعیت بهداشتی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و کلرسنجی آب های آشامیدنی

۶. انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم

۷. نظارت بر دفع بهداشتی فاضلاب ، رفع شکستگی شبکه آب یا دفع فاضلاب در اسرع وقت

- در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت استان ، افزایش آگاهی جامعه (اطلاع رسانی) بالاخص آموزش گروه های هدف (اماکن تجمعی بسته و باز) در زمینه:

۱. آموزش موازین بهداشت فردی / شستشوی دست قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از توالی

۲. نحوه استفاده از مواد غذایی خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف

۳. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلرزی شده یا جوشیده یا بطری)

-هماهنگی مداوم کارشناس بهداشتی با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان

-برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی منجمله دارو (سرمها و آنتی بیوتیکها) ، مواد ضد عفونی کننده ، وسایل تشخیصی ، محیط های ترانسپورت

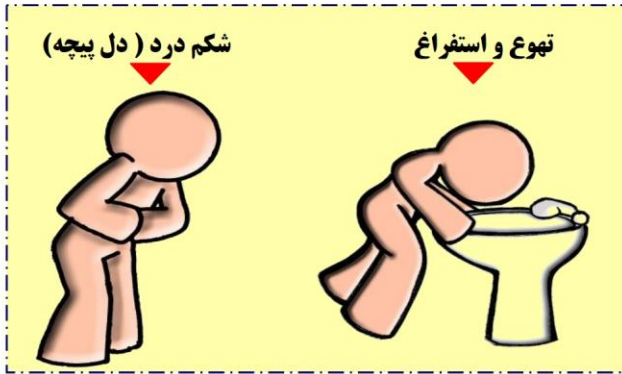
-در صورت اخطار سامانه ، بررسی گروه های پر خطر منطقه و نمونه گیری و آموزش آنها (اماکن تجمع انسانی خصوصاً مراکز نگهداری معلولین ذهنی حرکتی، آسایشگاههای سالمندان ، زندانها ، اردوگاه مهاجرین)

-پیگیری مراکز تجمعی منتخب از طریق رابطین جهت استعلام و سندرم یابی فعال اسهال قبل از اخطار سامانه

-در صورت اخطار سامانه پیگیری تقویت ارسال داده ها از مراکز تجمعی

شماره ۹: سندرم اسهال خونی
Acute Bloody Diarrhea

Part (29- 1)

اسهال خونی: وجود خون روشن در مدفوع اسهالی با یا بدون علائم تهوع/ استفراغ - شکم درد (دل پیچه)**با
یا
بدون****وظایف کارشناس بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم اسهال خونی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)**

Part (29- 2)

- ثبت موارد سندرم اسهال خونی در سامانه (گزارش دهی)**- تأکید بر مایع درمانی صحیح اطفال توسط مادر یا مراقب کودک و خودداری از مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک****- تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اخبار سامانه****- نمونه گیری ، همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی (نمونه گیری از زمان اخبار سامانه تا تشخیص قطعی و پس از آن هر دو هفته یکبار از ۵ الی ۱۰٪ بیماران تا پایان طغیان)****-(نمونه گیری برای عوامل اسهال خونی با توجه به مشکل بودن کشت آنها یا کشت در محل نمونه گیری یا ارسال سواب به آزمایشگاه ، باید در اسرع وقت با حفظ زنجیره سرد باشد)****- پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه****- بررسی علائم در افراد با تماس نزدیک (که با بیمار در فضای مشترک کار یا زندگی میکنند) به منظور :****(۱) بیماریابی افرادی که از منبع مشترک آب یا ماده غذایی استفاده نموده اند.****(۲) توصیه به اطرافیان بیمار برای گزارش دهی سریع پیدایش موارد مشابه****- آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص:****(۱) در صورت بروز علائم خطر ، توصیه به مراجعه فوری به پزشک جهت بررسی دقیق آزمایشگاهی و پیگیری دقیق دستورات وی****(۲) راه های انتقال و پیشگیری (شستن دستها قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از توالت ، ضد عفونی دستگیره های درب و نقاطی که بیمار به آنها دست میزند)****(۳) توصیه های غذایی (پخت کامل غذاها و شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)****(۴) استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلر زنی شده ، جوشیده ، بطری)****- پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)****- تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و انجام پیگیری در اطرافیان از نظر بروز علائم مشابه (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)****-توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل****- مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر)**



وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم اسهال خونی

**هماهنگی مداوم با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان**

- اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی درمانی بخش دولتی و خصوصی (مطب ها ، درمانگاه ها ، بیمارستانها) در صورت صلاحدید
معاونت بهداشتی توسط مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه) جهت رعایت بهداشت فردی
- آموزش و اطلاع رسانی عمومی (جامعه) در صورت نیاز و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان (با توجه به پایش روند
طغیان در سامانه) در خصوص:

(۱) مراجعه فوری در صورت بروز علائم خطر

(۲) راه های انتقال و پیشگیری

(۳) توصیه های غذایی مبنی بر مصرف غذاهای سالم و عدم مصرف شیر و غذاهای فیبر دار تا بهبود اسهال

(۴) توصیه های آب آشامیدنی

موارد ۱ تا ۴ همان موارد آموزش بیمار و اطرافیان وی است.

- هماهنگی بین بخشی جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با اسهال خونی:

فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، شورای اسلامی ، آموزش و پرورش ، آب و فاضلاب ، دامپزشکی ، نیروهای نظامی و انتظامی
محلی ، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

- در صورت هشدار سامانه ، انجام هماهنگی و سپس اعزام تیم بهداشت محیط جهت بررسی و بازدید بهداشتی از منابع آب
آشامیدنی منطقه ، شبکه توزیع آب ، نحوه مصرف ؛ توصیه و نظارت بر تهیه و توزیع منابع جایگزین آب آشامیدنی سالم (مخازن
ثابت و سیار ، بطری ، توصیه به گندزدایی آب) ؛ تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی
آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و شیمیایی و کلرسنجی) ؛ بازدید از وضعیت بهداشتی اماکن تهیه ، نگهداری ،
توزیع ، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک با تأکید بر سلامت فروشندگان و سرویس های بهداشتی و سلامت مواد
غذایی ؛ انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم

• نظارت بر دفع بهداشتی فاضلاب / رفع شکستگی شبکه دفع فاضلاب در اسرع وقت

- توصیه به بررسی میکروبی و کلر آزاد باقیمانده در شناگاهها و مراکز آبی تفریحی توسط بهداشت محیط و رفع اشکالات توسط
ارگان ذیربط

- در صورت طغیان در شیرخوارگاه و یافت نشدن هیچ منبعی برای طغیان ، تهیه نمونه مدفوع از مراقبین شیرخواران زیر ۳ ماه

- بررسی گروه های پر خطر منطقه (اماکن تجمع جمعیت خصوصاً در مراکز نگهداری معلولین ذهنی حرکتی ، آسایشگاههای

سالمندان ، زندانها ، اردوگاه مهاجرین) و نمونه گیری و آموزش آنها

- پیگیری مراکز جمعی منتخب از طریق رابطین جهت استعلام و سندرم یابی فعال اسهال خونی قبل از اخطار سامانه در آنها

- در صورت اخطار سامانه ، پیگیری و تقویت ارسال داده ها از مراکز جمعی

Part (31- 1)

شماره ۱۰: سندرم زردی حاد
Acute Jaundice

نکته:

زردی فیزیولوژیک نوزادان شامل این تعریف نمی باشد.

زردی پاتولوژیک نوزادان:

شامل موارد مذکور به اضافه + بیلی روبین بالا:

در نوزادان ترم (که در موعد مقرر متولد شده اند)

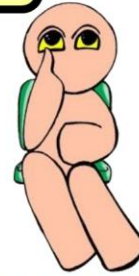
بیش از ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر

در نوزادان پره ترم (که زودتر از موعد مقرر متولد شده اند)

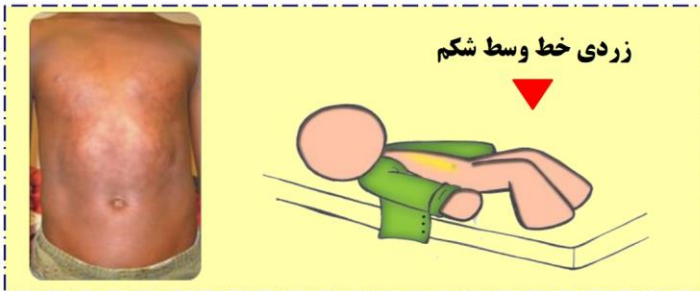
بیش از ۱۳ میلی گرم در دسی لیتر

+ بروز حداقل یکی از

علائم زیر:



بروز علائم زردی در سفیدی چشم



زردی خط وسط شکم



زردی زیر زبان

(بزرگسالان)



وظایف کارشناس بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم زردی حاد (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (31- 2)

-ثبت موارد سندرم زردی (گزارش دهی سندرم)

-تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اخطار سامانه

-نظارت و همکاری در تهیه و ارسال نمونه های توصیه شده (همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی)

-بررسی موارد ذیل:

۱. بررسی بروز زردی حاد در افرادی که با بیمار در فضای مشترک کار یا زندگی میکنند (بیماریابی در افراد با تماس نزدیک)
۲. بررسی سابقه واکسیناسیون هپاتیت B در فرد بیمار و اطرافیان
۳. بررسی سابقه واکسیناسیون تب زرد در افرادی که به تازگی در مناطق آندمیک اقامت داشته اند
۴. بررسی سابقه مصرف و نوع داروی پروفیلاکتیک در صورت سفر به منطقه آندمیک مالاریا

-در صورت اخطار سامانه ، آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص:

۱. در صورت بروز علائم خطر ، توصیه به مراجعه فوری به پزشک جهت بررسی دقیق آزمایشگاهی و پیگیری دقیق دستورات وی (تهوع و استفراغ پایدار ، علائم خونریزی ، کاهش سطح هوشیاری)
۲. راه های انتقال و پیشگیری یعنی رعایت موازین بهداشت فردی (شستن دستها قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از توالت ، ضد عفونی دستگیره های درب و نقاطی که بیمار به آنها دست میزند ، جدا نمودن وسایل شخصی بیمار نظیر ظروف ، حوله ، مسواک) دفع صحیح فضولات
۳. توصیه های غذایی (مصرف غذاهای کاملاً پخته شده و شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)
۴. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلر زنی شده ، جوشیده ، بطری)
۵. استفاده از لباس آستین بلند و پوشش مناسب در ساعات گزش پشه در مناطق مالاریا خیز و سفر به منطقه تب زرد
۶. استفاده از وسایل محافظت شخصی در حین کار در مزرعه و خودداری از شنا در آبهای آزاد
۷. تزریقات ایمن ، توصیه به روابط جنسی ایمن

-توصیه به اطرافیان بیمار برای گزارش دهی سریع پیدایش موارد مشابه

-پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه

-پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)

-تأکید بر تغذیه صحیح اطفال توسط مادر یا مراقب کودک (پرکاری و کم چربی)

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم زردی حاد



-در صورت اختار سامانه ، پیگیری و هماهنگی بین بخشی: فرمانداری ، شهرداری ، بخشدار ، شورای اسلامی ، آموزش و پرورش ، آب و فاضلاب ، دامپزشکی ، شیلات ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

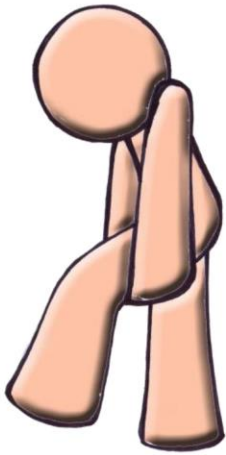
-پس از هماهنگی بین بخشی ، اعزام تیم بهداشت محیط جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با زردی به منظور:

۱. در صورت شک به انتقال از طریق آب (شک به طغیان هپاتیت) ، بررسی و بازدید از وضعیت بهداشتی منابع آب آشامیدنی منطقه ، شبکه توزیع آب ، نحوه مصرف
۲. توصیه و نظارت بر تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی (مخازن ثابت و سیار ، بطری ، توصیه به گندزدایی آب)
۳. هماهنگی با سازمان آب و فاضلاب به منظور بهسازی منابع آب آشامیدنی در صورت نیاز ، دفع بهداشتی فاضلاب ، رفع شکستگی شبکه دفع فاضلاب در اسرع وقت
۴. تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و شیمیایی و کلرسنجی)
۵. توصیه به بررسی میکروبی و کلر آزاد باقیمانده در شناگاهها و مراکز آبی تفریحی و رفع اشکالات توسط ارگان ذیربط
۶. در صورت شک به انتقال از طریق غذا (شک به طغیان هپاتیت) بازدید از وضعیت بهداشتی مکانهای تهیه ، توزیع ، نگهداری ، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک و تأکید بر سرویس های بهداشتی و سلامت مواد غذایی
۷. مبارزه با حشرات و جوندگان
۸. انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم

-پس از هماهنگی بین بخشی ، در صورتی که جمعیت آسیب دیده رفتار پرخطر داشته باشند ، اقدامات ذیل توسط واحد مبارزه با بیماریها انجام میگردد:

- تأمین سرنگ رایگان در معنادان تزریقی
 - تأمین کاندوم و وسایل پیشگیری از انتقال بیماریهای مقاربتی اطلاع رسانی به هنگام و مناسب به جامعه ای که در معرض خطر زردی است (در تجمعات باز و بسته) در زمینه راه های انتقال بیماری های مطرح شده در تشخیص افتراقی
 - آموزش افراد عادی با استفاده از محتوای آموزش کارشناس بهداشت .
 - توصیه به استفاده از وسایل حفاظت فردی در پرسنل بهداشتی درمانی
- هماهنگی مداوم کارشناس بهداشتی با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان
- در صورت اختار سامانه ، بررسی گروه های پر خطر منطقه و نمونه گیری و آموزش آنها (اماکن تجمع جمعیت خصوصاً مراکز نگهداری معلولین ذهنی حرکتی ، آسایشگاههای سالمندان ، زندانها ، اردوگاه مهاجرین)
- پیگیری مراکز جمعی منتخب از طریق رابطین جهت استعلام و سندرم یابی فعال اسهال قبل از اختار سامانه
- در صورت اختار سامانه ، پیگیری تقویت ارسال داده ها از مراکز جمعی

Part (33 -1)

شماره ۱۱: سندرم فلج شل حاد
Acute Flaccid Paralysis

هر مورد فلج شل ناگهانی یعنی عدم حرکت پا و یا دست بدون سابقه تروما (ضربه) واضح جسمانی



مرکز بهداشتی درمانی

وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم فلج شل حاد (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (33 -2)

-ثبت سندرم فلج شل حاد در سامانه

-معرفی فوری به پزشک

-نمونه گیری و تکمیل فرم بررسی انفرادی با همکاری پزشک

-پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه

-پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) به سامانه و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن

(ترخیص یا فوت بیمار) و پیگیری استمرار فلج در روز شصتم بعد از آغاز علائم (در بیماران نمونه منفی)

-بررسی موارد تماس (کودکان زیر ۵ سال که با بیمار فلج شل حاد در یک خانه زندگی میکنند) و نمونه گیری از آنها

در صورت :

(۱) مراجعه بیمار با تأخیر بیش از دو هفته بعد از بروز فلج

(۲) فوت بیمار

(۳) اخذ نمونه نامناسب از بیمار

-تأکید بر انجام دستورات پزشک

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم فلج شل حاد



-در صورت قطعی شدن پولیو ، آموزش جامعه در خصوص:

- رعایت موازین بهداشت فردی (شستشوی دست قبل از تهیه و توزیع غذا و بعد از توالت)
- ضرورت تکمیل واکسیناسیون کودکان و نگهداری کارت واکسن

-آگاهی دادن به جامعه در زمینه گزارش مشاهده هر نوع فلج (تقویت نظام مراقبت سندرمیک)

-انجام واکسیناسیون تکمیلی فلج اطفال در صورت تایید آزمایشگاهی پولیو طبق دستورالعمل

-دستورالعمل: ایمن سازی تکمیلی کودکان زیر ۵ سال در این استان و استانهای مجاور در کمتر از ۲۸ روز از مورد قطعی

(۳ نوبت خوراکی به فواصل یک ماه)



شماره ۱۲: سندرم شوک عفونی

Epidemic Shock Continuum
(Sepsis - Sepsis Syndrome - Septic Shock)

Septic Shock (سپتیک شوک)

علائم Severe Sepsis (سپسیس شدید)

به اضافه + افت فشار خون در حد شوک

افت فشار خونی که با تأمین مایعات مناسب به میزان کافی قابل برگشت نبوده و نیازمند تجویز داروهای افزایشنده فشار خون (وازوپرسور) باشد.

نکته: اگر افت فشارخون در سپتیک شوک با تجویز داروی وازوپرسور ظرف یکساعت برطرف نشود آنرا **سپتیک شوک مقاوم** می نامند.

تعاریف افت فشار خون:

- فشارخون سیستولی کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه

یا

- ۲۰ میلیمتر جیوه افت فشار خون، نسبت به

فشارخون سیستولی اولیه

فشار سیستولی
کمتر از ۹۰ mmHg

Severe Sepsis (سپسیس شدید)

علائم Sepsis (سپسیس) با اضافه +

اختلال عملکرد ارگانهای دور از محل عفونت (بدلیل هیپوپرفیوژن و بروز ایسکمی)

و افت فشار خون که با تجویز مقدار کافی از مایعات مناسب مثل نرمال سالین، رینگلاکتات قابل برگشت باشد.

ایسکمی پوست: پرشدگی خون مویرگی بیشتر از ۳ ثانیه یا رنگ پریدگی پوست (در کودکان) (پس از برداشتن فشار انگشت از روی پوست، برگشت رنگ پوست به حالت اولیه، بیشتر از ۳ ثانیه طول بکشد.)

ایسکمی کلیه: (اولیگوری) طی ۲ ساعت کمتر از وزن بدن به CC ادرار کند.

(مثلاً فرد ۵۰ کیلویی طی ۲ ساعت، کمتر از ۵۰ سی سی ادرار کند)

ایسکمی مغز: بی قراری - خواب آلودگی - کما (تغییر سطح هوشیاری)

ایسکمی ریه: تنگی نفس - کبودی مخاطها و انتهاها گاهی (در مراحل پیشرفته) سردی انتهاها

Sepsis (سپسیس):

در بیمار بدحال (Severely ill) با شواهد یک عفونت موضعی یا سیستمیک (بعنوان مثال رویت ترشح چرکی) یا احتمال (استعداد) عفونت مثل نقص ایمنی، سوختگی، ...

باضافه + حداقل دو علامت از سه علامت حیاتی زیر:

ناکی پنه (تنفس تند)

(RR>20)

نوزادان (تا ۲ ماه) بیش از ۶۰ تنفس در دقیقه
شیرخواران (تا یکسال) بیش از ۵۰ تنفس در دقیقه
کودکان ۱-۵ سال بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه
کودکان و نوجوانان ۵-۱۵ سال بیش از ۳۰ تنفس در دقیقه
بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۲۰ تنفس در دقیقه

ناکی کاردی (ضربان قلب تند)

Heart Rate (HR)

نوزادان زیر یکماه بیش از ۱۸۰ ضربان در دقیقه
شیرخواران زیر یکسال بیش از ۱۶۰ ضربان در دقیقه
کودکان ۱-۵ سال بیش از ۱۳۰ ضربان در دقیقه
کودکان و نوجوانان ۵-۱۵ سال بیش از ۱۲۰ ضربان در دقیقه
بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۱۰۰ ضربان در دقیقه

هیپوترمی (تب بالا) یا هیپوترمی (حرارت پائین تر از حد نرمال)

هیپوترمی: دمای بدن بیشتر از ۳۸ درجه سانتیگراد

هیپوترمی: دمای بدن کمتر از ۳۶ درجه سانتیگراد



وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم شوک عفونی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (35 - 2)

-ثبت مورد سندرم شوک در سامانه

-معرفی فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با توجه به فوری بودن وضعیت، ارجاع بیمار مقدم بر تکمیل فرم بررسی انفرادی است.) (با توجه به ارجاع فوری بعد از ویزیت پزشک نیازی به نمونه گیری توسط کارشناس بهداشت مرکز نیست)

-تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان.

-جداسازی نسبی و رعایت اصول حفاظت فردی (بدلیل تشخیص های محتمل با واگیری بالا و خطرناک نظیر پنومونی طاعون، آنفلوآنزای پرندگان)

-توصیه به رعایت اصول حفاظت فردی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی (ماسک در برخورد با بیماران دارای اکسیژن نازال، دستکش و شستشوی دست، گان)

-بررسی موارد تماس با بیمار از نظر موارد ذیل:

(۱) علائم مشابه در اطرافیان (۲) مدت تماس نزدیک با بیمار (۳) شناسایی افراد پرخطر یا در معرض خطر

(۴) پروفیلاکسی یا ایمن سازی پس از تماس با پزشک متخصص معالج در بیمارستان و استعلام تشخیص محتمل بالینی و با نظر مرکز بهداشت شهرستان براساس پروتکل های کشوری

(مثلاً مننژیت، آنفلوآنزا، وبا و ...)

-پیگیری تشخیص احتمالی و درمانهای بیمار از طریق پزشک متخصص معالج در بیمارستان از طریق سامانه و HIS بیمارستان یا از طریق کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی را در بیمارستان تکمیل نموده است.

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم شوک عفونی



اطلاع رسانی به پرسنل مبنی بر رعایت موازین بهداشت فردی

-توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل پایگاه بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی (در صورت لزوم)

-پیگیری انجام نمونه گیری در بیمارستان و انتقال نمونه بیمار به آزمایشگاه / آزمایشگاههای مربوطه و اخذ جواب

آزمایشگاه و ارائه پسخوراند به بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی (از طریق سامانه یا تماس تلفنی)

-اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر) در صورت لزوم .

-بررسی موارد مرگ های غیر مترقبه در منطقه یا اطرافیان بیمار و بررسی اطرافیان از نظر علائم مشابه بیمار

-با توجه به آستانه یک مورد برای سندرم شوک عفونی سامانه بطور خودکار مورد مشاهده سندرم را به سطح مدیریت

بهداشتی بالاتر گزارش مینماید)

-بررسی موارد افزایش مرگ مشکوک در حیوانات اهلی و وحشی (شامل پرندگان)

- در صورت لزوم هماهنگی بین بخشی: فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، شورای

اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط ، آب و فاضلاب شهرستان و ... (این هماهنگی توسط

کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

-تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت (یا با هماهنگی توسط

بیمارستان) انجام میشود.

-بدلیل تکمیل فرم بررسی انفرادی در بیمارستان ، درج تشخیص بالینی محتمل در صفحه اول فرم در محل تشخیص های

محتمل توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان پس از مشورت با پزشک معالج

Part (37-1)

شماره ۱۳: سندرم سرفه مزمن
Chronic cough



سرفه پایدار به مدت دو هفته یا بیشتر است که معمولاً همراه خلط می باشد.



وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم سرفه مزمن (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (37-2)

-ثبت سندرم سرفه مزمن در سامانه

-در صورت اخطار سامانه ، تکمیل فرم بررسی انفرادی برای بیماران منتخب در پایگاه دیده ور ، بیمارستان ، طغیانهای اماکن تجمعی (صفحه اول فرم) (منظور از گروه منتخب درصدی از بیماران دارای سرفه مزمن است که براساس گزارشات داده های مینیم در سامانه یا براساس نظر مدیریت ارشد ، زیر گروه جمعیتی اصلی درگیر را تشکیل میدهند مثلاً در ILI این زیرگروه بیماران بستری یا سرپایی دارای ریسک فاکتور میباشد)

-نمونه گیری خلط (نمونه تنفسی تحتانی) از کلیه بیماران دارای سرفه مزمن (۳ نمونه به فاصله ۲۴ ساعت)

-نمونه سواب گلو در صورت اخطار سامانه (نمونه سواب گلو تا زمان اعلام قطع نمونه گیری توسط ستاد)

-معرفی موارد سرفه مزمن به پزشک جهت ویزیت و اقدامات درمانی لازم

-انتقال نمونه بیمار و پیگیری و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه

-در صورت اخطار سامانه ، رعایت بهداشت تنفسی توسط بیمار در مرکز و همچنین رعایت اصول حفاظتی توسط پرسنل

-آموزش رعایت اصول بهداشت فردی و تنفسی به بیمار و اطرافیان:

• شستشوی دست با آب و صابون

• حفظ فاصله مناسب از بیمار یعنی حدود ۱ الی ۲ متر (خودداری از Close contact تماس نزدیک با بیمار) یعنی جداسازی نسبی بیمار

• توصیه به قطع مصرف سیگار

• توصیه به استفاده از ماسک توسط بیمار هنگام تماس با سایرین (در صورت همراه نبودن ماسک، استفاده از دستمال کاغذی مخصوصاً به هنگام سرفه)

-در صورت اخطار سامانه ، بررسی اطرافیان بیمار از نظر:

۱- وجود علائم مشابه

۲- تماس نزدیک با بیمار

۳- پیگیری اطرافیان بیمار دارای آزمایش مثبت از نظر هر کدام از علل واگیر سرفه مزمن که در بیمار مثبت شده اند مثلاً سل

۴- آغاز پروفیلاکسی یا ایمن سازی در اطرافیان پس از استعلام تشخیص محتمل بالینی با نظر مرکز بهداشت شهرستان و براساس پروتکل های کشوری (مثلاً سل ، آنفلوانزا)

۵- توصیه به مراجعه سریع اطرافیان در صورت ابتلاء به علائم مشابه

-پیگیری تشخیص بیمار بستری از طریق تماس با پزشک معالج (یا سامانه و HIS) یا از طریق کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی بیمار را تکمیل نموده یا از طریق رویت پاسخ آزمایشگاه در سامانه

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم سرفه مزمن



-در صورت اخطار سامانه ، تقویت آموزش جامعه در زمینه رعایت اصول بهداشت فردی و تنفسی :

- شستشوی دست با آب و صابون
- حفظ فاصله مناسب از بیمار (خودداری از تماس نزدیک **Close contact** با بیمار)
- استفاده از دستمال در هنگام سرفه
- توصیه به مراجعه سریع به مراکز بهداشتی درمانی در صورت ابتلاء به سرفه مزمن

-در صورت اخطار سامانه ، اطلاع رسانی به پرسنل مبنی بر رعایت اصول حفاظت فردی

-توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی تا تشخیص قطعی و سپس براساس نوع تشخیص تصمیم گیری خواهد شد.

-در صورت اخطار سامانه ، برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی منجمله دارو ، ویال توبرکولین ، تجهیزات نمونه گیری (ظرف نمونه خلط و سواب گلو به تعداد کافی)

-در صورت اخطار سامانه ، تقویت نظام مراقبت سندرمیک در مراکز جمعی منتخب (زندانها ، آسایشگاههای سالمندان ، اردوگاههای مهاجرین و ...) جهت سندرم یابی ، فعال موارد سرفه مزمن و پیگیری تقویت ارسال داده ها از آن مراکز جمعی و آموزش در موارد ذیل:

- توصیه به طراحی اتاق بیمار (**Sick room**)
- تقویت آموزش در خصوص سرفه مزمن و دستور جداسازی آن موارد تا رسیدن به تشخیص
- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته

-در صورت اخطار سامانه ، پیگیری و هماهنگی بین بخشی: فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ،

دامپزشکی ، شورای اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، زندان ها ، بخش درمان تأمین اجتماعی و ...

-اطلاع رسانی به گروه های پرخطر و در معرض تماس (در معرض خطر) در صورت اخطار سامانه

-در خصوص بیماران بستری ، تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان (یا با هماهنگی توسط بیمارستان) انجام میشود.

-بدلیل تکمیل فرم بررسی انفرادی در بیمارستان، درج تشخیص بالینی محتمل در صفحه اول فرم در محل تشخیص های محتمل پس از مشورت با پزشک معالج انجام میشود.

Part (39-1)

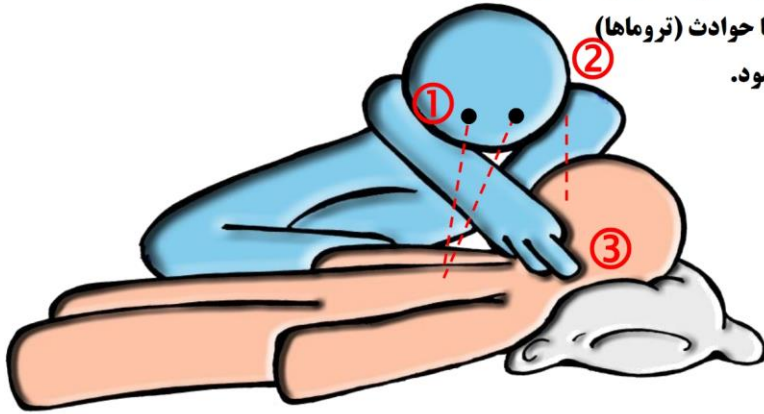
شماره ۱۴: سندرم مرگ ناگهانی / غیرمنتظره
Sudden and unexpected death

مرگ = توقف نبض و تنفس برای بیش از ده دقیقه

مرگ ناگهانی = فاصله بین شروع علائم بیماری و وقوع مرگ کمتر از ۲۴ ساعت باشد مرگ ناگهانی گفته می‌شود.

مرگ غیر منتظره = مرگ ناگهانی که دلایلی نظیر کهولت سن، بیماری مزمن، یا حوادث (تروماها)

که مرگ را توجیه (قابل انتظار) نماید، نداشته باشد مرگ غیر منتظره گفته می‌شود.

**بررسی وجود علائم حیاتی:**

۱- دیدن حرکت قفسه سینه

۲- شنیدن صدای تنفس از دهان یا بینی

۳- لمس ضربان از ورید گردن



وظایف کارشناس بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم مرگ ناگهانی/ غیر منتظره (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)



Part (39-2)

ارجاع فوری به پزشک جهت ثبت سندرم مرگ ناگهانی / غیر منتظره در سامانه (کارشناس مجوز ثبت مرگ بدون تأییدیه پزشک را ندارد)

درخواست فوری برای اعزام تیم بررسی و تحقیق مرکز بهداشت شهرستان

سپس همکاری پزشک و کارشناس بهداشت با تیم مرکز بهداشت شهرستان در تکمیل فرم بررسی انفرادی (Verbal Autopsy)

در صورت مرگ ناشی از عفونت تنفسی در بیمارستان، انجام نمونه برداری از ترشحات موجود در لوله تراشه (بقیه آزمایشات در پزشکی قانونی انجام میگیرد)

در صورت تأیید و تطبیق تعریف مرگ ناگهانی توسط تیم مرکز بهداشت شهرستان:

اطلاع فوری به نیروی انتظامی جهت هماهنگی با مقامات قضایی به منظور ارجاع فوری جسد به پزشکی قانونی

پیگیری تشخیص احتمالی بیمار از طریق پزشکی قانونی (از طریق سامانه و HIS یا توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان) که فرم بررسی انفرادی را برای بیمار متوفی تکمیل نموده است و درج تشخیص بالینی محتمل در صفحه اول فرم در محل تشخیصهای محتمل براساس نظریه پزشکی قانونی و ارائه پسخوراند به مرکز بهداشتی درمانی با رعایت کلیه ملاحظات

در صورت شک پزشکی قانونی به علل عفونی مرگ ناگهانی غیر منتظره، همکاری با پزشکی قانونی در نمونه گیری و انتقال نمونه ها به آزمایشگاههای مرجع بهداشتی (دفن بهداشتی جسد توسط پزشکی قانونی انجام خواهد شد با حفظ موازین بهداشت محیط)

با توجه به نظریه پزشکی قانونی و مرکز بهداشت شهرستان (یعنی در صورت نیاز) همکاری کارشناس با پزشک در بررسی اطرافیان (موارد تماس با بیمار متوفی) در انجام اقدامات تا ۴:

۱- بروز علائم مشابه قبل از مرگ بیمار در اطرافیان (بیماریابی فعال)

۲- مدت تماس با بیمار متوفی

۳- وجود وضعیت های زمینه ای پرخطر

۴- انجام پروفیلاکسی یا ایمن سازی در اطرافیان طبق پروتکل های کشوری (در مواردی نظیر مننژیت، طاعون، سیاه زخم، وبا و ...)

توصیه به رعایت اصول بهداشت فردی توسط اطرافیان (شستشوی دست با آب و صابون، جدا کردن محل زندگی انسان و دام، استفاده از ظروف شخصی، اقدامات لازم جهت پیشگیری از گزش پشه و کک، استفاده از آب و غذای سالم، ضدعفونی محل های مورد استفاده بیمار یعنی محل استراحت و دستشویی، عدم استفاده از ملحفه و وسایل بیمار، جمع آوری البسه و وسایل شخصی بیمار با رعایت اصول حفاظتی)

توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی (منجمله رعایت موازین بهداشت فردی در صورت تشخیص های عفونی نظیر پنومونی طاعون)

پیگیری و تأمین امکانات حفاظت فردی برای پرسنل داخل مرکز بهداشتی درمانی و ذخیره داروهای لازم با توجه به تشخیص اعلام شده توسط پزشکی قانونی با همکاری کامل مرکز بهداشت شهرستان

مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض خطر.

وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم مرگ ناگهانی/ غیر منتظره



- با توجه به آستانه یک برای سندرم مرگ ناگهانی غیر منتظره، سامانه بطور خودکار مورد مشاهده این سندرم را به سطح مدیریتی بالاتر گزارش می نماید (مرکز بهداشت استان)
- در صورت نیاز و شک به عوامل عفونی خاص، اقدامات بهداشتی اختصاصی آن بیماریها انجام میشود بعنوان مثال اقدامات ۱ الی ۸:
- ۱- در صورت نیاز به انجام مداخلات در سایر حوزه های بین بخشی هماهنگی با فرمانداری، شهرداری، بخشداری، شورای اسلامی روستا، آموزش و پرورش، دامپزشکی، نیروهای نظامی و انتظامی محلی، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود، حتی الامکان توسط سامانه تسهیل میشود)
 - ۲- در صورت شک به گسترش عوامل واگیر تنفسی در اماکن بسته:
 - ۲- توصیه به برقراری تهویه
 - ۳- توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room
 - ۴- سندرم یابی فعال مرگ های غیر منتظره در منطقه
 - ۵- بررسی افزایش موارد مرگ مشکوک در حیوانات اهلی و وحشی
 - ۶- اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی درمانی و پزشکان جهت گزارش موارد مشابه و آموزش و رعایت احتیاطات همه جانبه (موازیین کنترل عفونت و موازیین بهداشت فردی)
 - ۷- همچنین اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی درمانی خارج از سیستم PHC و بخش خصوصی منجمله بیمارستانهای خصوصی
 - ۸- آموزش موازیین بهداشت فردی به جامعه / مسئولان طبق وسایل کمک آموزشی حسب نیاز و صلاحدید مرکز بهداشت استان (با توجه به پایش روند طغیان به کمک سامانه)

نکات مهم

- دستگاهی به نام GC mass در اختیار سازمان پزشکی قانونی کشور است که بسیاری از ترکیبات شیمیایی صنعتی عامل مسمومیت را شناسایی می نماید ولی در زمینه سموم گیاهی باید امکانات شناسایی را ایجاد نمود (دستگاه GC mass عمدتاً از روش کروماتوگرافی بهره می گیرد یا همان TLC, Thin Layer Chromatography)
- هماهنگی بعدی و توجیه قوه قضائیه و سازمان پزشکی قانونی کشور و ادارات پزشکی قانونی استانها و شهرستانها، جهت همکاری فوری.
- در صورتی که پزشکی قانونی احتمال دهد یا به نتیجه برسد که عفونت واگیر علت مرگ ناگهانی و غیر منتظره بیمار بوده است، همکاری کامل مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه در ارسال فوری نمونه بیمار متوفی به آزمایشگاههای بهداشتی تعریف شده لازمست (نکته مهم آن است که در صورت شک به مرگ در اثر مواد مخدر، الکل، گازهای جنگی مسمومیت ها خود سازمان پزشکی قانونی امکانات لازم را در اختیار دارد اما در صورت شک به عوامل عفونی مندرج در تشخیص های افتراقی این سندرم، نیاز به همکاری حوزه بهداشتی کشور وجود دارد (نمونه های لازم در صورت شک به عوامل عفونی عبارتند از: سواب حلق و بینی، کشت خون، CSF در مواقع شک به مننکو آنسفالیت، سواب رکتال، چرک آبسه، بیوپسی ارگانها (کبد، ریه، مغز استخوان، غدد لنفاوی و غیره بسته به تشخیص پزشک قانونی) ضمناً لازمست یک تفاهم نامه وزارت بهداشت، قوه قضائیه و سازمان پزشکی قانونی کشور امضاء شود که به محض راه اندازی نظام مراقبت سندرمیک کشور، این قبیل همکاری ها لازمست زیرا در حال حاضر سازمان پزشکی قانونی کشور طبق قانون مجاز نیست در خصوص ارائه اطلاعات بیماران (منجمله مرگ در اثر مواد مخدر) یا تحویل نمونه های بافتی آنها برای بررسی علل عفونی بدلیل محرمانه بودن اطلاعات بیماران بدون مجوز قوه قضائیه اقدام نماید و این مسأله میتواند در زمان بروز مرگ های ناگهانی غیر منتظره دسترسی به اطلاعات لازم برای کنترل و پیشگیری از گسترش بیماری توسط سیستم بهداشتی کشور را دچار تأخیر نماید.
- لازمست کلیه پزشکان شاغل در شهرها (که ضروری است سندرمها را گزارش نمایند) به خوبی آموزش ببینند که نباید برای بیمارانی که مشمول تعریف این سندرم هستند گواهی فوت صادر نمایند (در روستاها نیز نیروی انتظامی توجیه گردد که مانع دفن فوری این قبیل اجساد شوند) و پزشکان منجمله پزشکان بخش خصوصی التزام قانونی دارند تا مرکز بهداشت شهرستان مربوطه را فوراً مطلع نمایند. سپس مرکز بهداشت شهرستان موظف است مراتب را فوراً به نیروی انتظامی اطلاع داده و نیروی مذکور فوراً به پزشکی قانونی اطلاع خواهد داد. تنها سازمان پزشکی قانونی کشور مجاز است بعد از تعیین علت مرگ گواهی فوت موارد مشمول این سندرم را صادر نماید. انتقال چنین اجساد به پزشکی قانونی توسط آمبولانس های نعش کش انجام میگردد و استفاده از دستکش، ماسک و Cover و رعایت احتیاطات تماسی در حمل چنین اجساد لازم است.)
- تذکر بسیار مهم:** اگر بیمار متوفی قبل از فوت یکی از سندرمهای دیگر ۱۳ گانه را بروز داده باشد که متعاقباً منجر به مرگ شده باشد عبارتی تظاهر اولیه وی سندرم مرگ ناگهانی غیر منتظره نباشد، دیگر مشمول تعریف این سندرم **نیست** و نباید پزشکی قانونی را وارد عمل نمود (مگر بیمار متوفی واقعاً مشمول این تعریف بوده و تظاهر اولیه وی مرگ ناگهانی غیر منتظره باشد). اطلاع به پزشکی قانونی در صورتی که مرکز بهداشت شهرستان صحت این سندرم را تأیید ننماید خلاف قانون است زیرا باعث گسترش بیماریهای واگیر خطرناک از طریق پزشکی قانونی میشود که در امر پیشگیری و کنترل بیماریهای واگیر از تبحر سیستم بهداشتی برخوردار نیست.

راهنمای آرایه

اسلایدهای مربی

نظام مراقبت سندرمیک

ویژه کارشناسان

در بخش دوم کتاب راهنمای آموزشی، مریدان ضمن یادگیری محتوای علمی نظام مراقبت سندرمیک و اقدامات کارشناسان، با چگونگی ارائه اسلایدها و کاربرد چهار مهارت آموزشی و ارتباطی مدل SHEP در چگونگی راه‌اندازی و اجرای برنامه‌های نظام مراقبت سندرمیک، آشنا می‌شوند.

اسلاید شماره ۱

Part (1-1)

مربی بعد از انجام اقداماتی که در صفحات اول با عنوان چگونگی استفاده از کتاب راهنما بیان شده و با اطمینان کامل از کارکرد صحیح دستگاه اورهد/دیتاپروژکتور و تنظیم بودن فاصله پرده با اورهد/دیتاپروژکتور و واضح بودن مطالب بر روی پرده، لیست حضور و غیاب را به شرکت‌کنندگان ارائه می‌نماید تا نام و نام خانوادگی خود را نوشته و امضا نمایند. سپس خود را معرفی می‌نماید و اشاره می‌کند که من به عنوان مربی سلامت در خدمت شما هستم و قرار است در این جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعته ای که با هم هستیم در مورد موضوع این جلسه که **نظام مراقبت سندرمیک وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده‌های بالینی و برخورد بالینی و همچنین وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم‌ها** می‌باشد با هم صحبت کنیم و مطالبی را که من یاد گرفته‌ام به شما عزیزان منتقل نمایم.

مربی اسلاید اول را روی دستگاه اورهد قرار داده و کاغذ حایل را طوری قرار می‌دهد که Part(1-1) دیده شود و قسمت‌های پایین دیده نشوند.

مربی در این لحظه به آرمهای روی اسلاید اشاره کرده و ادامه می‌دهد:

این بسته آموزشی با همکاری و حمایت مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهداشت جهانی تهیه شده است.

برپایه نتایج تحقیقات انجام یافته یکی از بهترین روش‌ها برای ارتقاء سطح سلامت مردم، آموزش شیوه زندگی صحیح به مردم و توانمند ساختن همه جانبه آنان می‌باشد.

بر همین اساس مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت (**SHEPmodel**) طراحی، تدوین و به مورد اجرا درآمد. SHEPmodel مخفف اول کلمه‌های:

Systematic comprehensive Health Education and Promotion model می‌باشد.

(سیستماتیک کامپرهِنسیو هلس اجوکیشن اند پُرْمُشِن مدل)

هدف کلی این برنامه افزایش سطح سواد سلامتی مردم (**public health literacy**) است که در راستای حصول به هدف نهایی ارتقای سلامت جامعه **Health promotion** می‌باشد.

در این روش سعی شده است از برترین و موثرترین روشها و ابزار کمک آموزشی دنیا بهره گرفته شود اعم از دستگاه اورهد، استفاده از لوح های آموزشی، فلیپ چارت و یا دستگاه دیتا پروژکتور و تا مطالب بصورت سمعی و بصری ارایه گردد.

مربی ادامه می دهد :

از شما خواهش می کنم برای اینکه کلاس ما یک کلاس زنده و بانشاط باشد، زمانیکه از شما عزیزان سوال می شود در بحثها شرکت کنید و به سوالات پاسخ دهید و اگر به ذهن شما سوالات دیگری خطور کرد، آنها را در برگه های یادداشتی که خدمتتان ارایه می شود یادداشت نمایید، چون احتمالاً به آنها در حین صحبتها پاسخ داده خواهد شد و اگر اینگونه نشد، من تمام برگه های سوال را در آخر کلاس جمع آوری کرده و به تک تک آنها پاسخ خواهم داد. پس لطفاً نگران نباشید و با تمام دقت به مطالبی که ارایه می گردد توجه کنید.

part (1-2)

مربی در این لحظه با نشانگر لیزری به آدرس وب سایت اشاره می نماید.
و ادامه می دهد :

در ضمن فایل های الکترونیکی تمام مطالبی که در اینجا حضورتان ارایه می گردد در آدرس وب سایت مقابل موجود می باشد که در صورت دسترسی عزیزان به اینترنت می توانند با ورود به سایت به این مطالب دسترسی داشته باشند.

در صورت تمایل می توانید این آدرس را یادداشت نمایید :

مربی در این لحظه یک یا دو بار آدرس سایت را با صدای بلند اشاره می نماید.

www.shepmodel.com

(دبلو دبلو دبلو دات شیپ مدل دات کام)

مربی ابراز امیدواری می کند که :

من سعی خواهم کرد تمام توان خویش را در انتقال این مطالب ارزشمند بکار گیرم. این امر مهم میسر نخواهد شد مگر با کمک و مشارکت شما عزیزان در کلاس. مطمئن هستم که با همراهی شما یک جلسه شاد و با نشاطی خواهیم داشت و در آخر کلاس به جمع بندی مثبتی دست خواهیم یافت.

part (1-3)

مربی با نشانگر لیزری قسمت مربوط به تقدیم این بسته آموزشی را نشان می دهد و چنین بیان می کند:
بنده به همراه کلیه دست اندرکاران تهیه این بسته آموزشی ، مطالب ارایه شده در این کلاس درسی را به :

شهادا، به پاس جانفشانی شان در راه تامین سلامت و امنیت کشور

و به زنان و مردانی که می کوشند تا کشور خود را به جایی برسانند که مستحق آن است تقدیم می کنیم.

امید است تا همه ما بتوانیم توفیق خدمت به مردم عزیزمان را پیدا کرده و در ارتقای سطح سلامت کشور سربلندمان قدمی برداریم ... انشالله

اهداف آموزشی

part (1-4)

مربی با پایین بردن کاغذ حایل اهداف آموزشی را به شرح ذیل بیان می کند و می گوید:

از فراگیران عزیز انتظار می رود پس از پایان دوره بتوانند:

- ۱) سیر پیشرفت مراقبت از سلامت در دنیا را شرح دهند.
- ۲) سندرم(نشانگان) را تعریف کنند.
- ۳) بیماری را تعریف کنند
- ۴) تفاوت بین سندرم و بیماری را بیان کنند.
- ۵) نظام مراقبت سندرمیک را شرح دهند.
- ۶) مزایا و قابلیت‌های نظام مراقبت سندرمیک را بیان کنند.
- ۷) سندرم های زیر را تعریف کرده، وظایف و اقدامات کارشناسان را در مواجهه با آنها شرح دهند.

شماره یک (۱): سندرم تب و خونریزی

شماره دو (۲): سندرم تب و راش حاد (الف - ماکولوپاپولر ب - غیر ماکولوپاپولر)

شماره سه (۳): سندرم شبه آنفلوانزا

شماره چهار (۴): سندرم اختلال شدید تنفسی

شماره پنج (۵): سندرم تب و علایم نورولوژیک

شماره شش (۶): سندرم تب طول کشیده

شماره هفت (۷): سندرم مسمومیت غذایی

شماره هشت (۸): سندرم اسهال حاد (غیر خونی)

شماره نه (۹): سندرم اسهال خونی

شماره ده (۱۰): سندرم زردی حاد

شماره یازده (۱۱): سندرم فلج شل حاد

شماره دوازده (۱۲): سندرم شوک عفونی

شماره سیزده (۱۳): سندرم سرفه مزمن

شماره چهارده (۱۴): سندرم مرگ ناگهانی

اسلاید شماره ۲

سیر پیشرفت نظام مراقبت از سلامت در دنیا

مربی در این اسلاید با نشانگر لیزری مسیر زمانی از گذشته دور تا آینده را برای مخاطبان آموزشی نشان میدهد و چنین بیان میکند: نظام سلامت نیز مانند سایر تجربه های بشری در طول زمان دستخوش تغییراتی بوده و سیر تکاملی را پیموده است، بطوریکه:

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد که باکس اول دیده شود سپس بانشانگر لیزری تصویر مربوط به دوره اول یا عصر حَجَر را نشان میدهد و چنین ادامه میدهد:

همانطور که در تصویر هم مشاهده میکنید، دوره اول نظام سلامت بشری مصادف با عصر حجر بود، در این دوره بشر، به علت نداشتن تجربه علمی و عملی در مورد سلامت، نمیتوانست با بیماریها مقابله کند و تنها چاره ای که در مقابل بیماریها داشت این بود که افراد بیمار را از اجتماعات خود دور کند، مثلا فرد بیمار را در غاری به غیر از غار زندگی جمعی نگهداری میکردند.

بدین وسیله سرنوشت بیشتر افراد بیمار آن دوره، بعد از تحمل رنج و درد های فراوان، مرگ بود.

مربی در این لحظه کاغذ حایل را پایین تر میبرد تا باکس دوم دیده شود و چنین ادامه میدهد:

بعد از گذشت زمان و کسب تجربه های فراوان، بشر به این نکته دست یافت که استفاده از بعضی از ترکیبات گیاهی و مواد دیگر و یا انجام بعضی اقدامات میتواند بر دوره و میزان درد بیماری تاثیر بگذارد. از جمله اقدامات انجام گرفته در این دوره میتوان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- جدا کردن افراد بیمار از اجتماع

۲- درمان گیاهی و سنتی بیمار

مربی کاغذ حایل را پایین تر برده و ادامه میدهد:

دوره سوم نظام سلامت بعد از سالها تجربه و کسب علم فراوان در زمینه طب و سلامت بدست آمد. در این دوره است که بشر اقدام به ساخت و تاسیس مراکز بهداشتی و کلینیکهای درمانی و بیمارستانها نمود تا بصورت تخصصی و ویژه به درمان بیماران بپردازد.

پس اقدامات انجام یافته در این دوره را میتوان چنین بیان نمود:

۱- جدا کردن افراد بیمار از اجتماع و بستری در بیمارستان

۲- درمان بیمار اعم از درمانهای دارویی و یا جراحی

۳- تجویز داروهای پیشگیرانه ثانویه (مثلا فرد بیماری را در نظر بگیرید که به علت سکته قلبی در بیمارستان بستری و مورد عمل جراحی قرار گرفته است. بعد از بستری در بیمارستان، موقعی که ترخیص میشود نسخه دارویی برای وی تجویز میگردد و به وی توصیه میشود که داروها را به موقع و دقیق مصرف نماید. این حالت را پیشگیری ثانویه مینامند و هدف از این کار این است که فرد دوباره به آن بیماری مبتلا نشود و عوارض آن را به تاخیر بیاندازد.)

۴- نظام مراقبت رایج بیماریها

مربی مطلب را چنین ادامه میدهد:

همانطور که میدانید نظام سلامت بسیاری از کشورها و از جمله کشور ایران، در دوره سوم قرار دارد و آنچه در مراکز بهداشتی و درمانی کشور برای کنترل بیماریها صورت میگیرد، همان نظام مراقبت رایج بیماریها است یعنی این که در این نظام مراقبت، افراد بعد از ابتلا به بیماری و تشخیص نوع بیماری بعد از انجام معاینات و آزمایشهای پاراکلینیکی، مورد مراقبت سیستم سلامت قرار میگیرند. و بر این اساس است که در واحد بیماریهای مراکز بهداشتی درمانی، کارشناسان بیماریهای مختلف از جمله بیماریهای واگیر و غیر واگیر مشغول به خدمت میباشند که ضمن بررسی اپیدمیولوژیکی بیماری، اقدام به مراقبت افراد بیمار منطقه تحت پوشش خود نموده، اقدامات انجام یافته را به مراکز بالاتر گزارش نمایند. مربی در این لحظه جهت مشاهده بهتر اسلاید روی پرده نمایش، کاغذ حایل را برداشته و اسلاید را کمی بالاتر میبرد و با نشانگر به باکس چهارم اشاره میکند و ادامه میدهد:

همانطور که در محور زمان نیز مشاهده میکنید، آینده نظام سلامت متعلق به دوره یا نسل چهارم است. آنچه که نظام سلامت کشورها را، به طرف دوره چهارم سوق میدهد، افزایش رشد جمعیتی، کاهش منابع و امکانات، تغییر شیوه زندگی مردم و بروز و شیوع بیماریهایی است که پاسخگویی به آنها از عهده نظام سلامت کشورها به تنهایی خارج است. لذا این عوامل کشورها را بر آن داشته اند تا با طراحی و تدوین سیستمی به مبارزه با تهدیدات سلامت بروند به گونه ای که مجموعه اقدامات انجام یافته یا جلوی بروز تهدیدات سلامت را بگیرند، یا اینکه بروز آنها را به تاخیر بیاندازند (مانند پاندمی آنفلوآنزا و ...) و یا این که از عوارض و صدمات آنها بکاهند.

چرا که با وجود تغییرات دموگرافیکی اشاره شده فوق در جهان، این که بتوان به کلیه افراد بیمار در سراسر دنیا و بصورت مناسب در بیمارستانها سرویس درمانی ارائه نمود، بعید به نظر میرسد.

از طرف دیگر استفاده از سیاستهای پیشگیرانه اولیه، و اجرای برنامه های مربوط به این سیاست در جوامع، ضمن کم هزینه بودن، دارای اثر بخشی بسیار فراوانی در زمینه حفظ و ارتقای سلامت مردم میباشد.

یکی از دلایل موفقیت این برنامه ها درگیر کردن کل اجتماع در فرایند برنامه های سلامتی است. و بدین صورت، میتوان از سرمایه های عظیم اجتماعی Social capital در موضوعات سلامت بهره جست.

یکی از قدمهای بزرگ برداشته شده در دوره چهارم سیستم سلامت، ورود نظام مراقبت سندرمیک به آن است. تعریف و مزایای این نظام مراقبت سندرمیک را در اسلایدهای جلوتر توضیح خواهم داد.

اما به طور خلاصه دستاورد نظام مراقبت سندرمیک در این است که با توجه به اصل پیشگیری اولیه بکار گرفته شده در آن میتوان از بروز و شیوع بسیاری از تهدیدات سلامت جلوگیری نمود و یا آن را به تاخیر انداخت و همچنین از میزان عوارض و نتایج منفی آنها کاست.

به همین خاطر است که کلیه کشورهای جهان تمایل دارند تا سیاستهای مورد استفاده در نسل چهارم را در سیستم نظام سلامت خود بکار گیرند. پس به طور خلاصه اقدامات انجام شده در دوره یا نسل چهارم سیستم سلامت به شرح زیر میباشند:

۱. جدا کردن بیمار از اجتماع و بستری در بیمارستان
۲. درمان بیمار
۳. تجویز داروها و روشهای پیشگیرانه ثانویه
۴. نظام مراقبت رایج بیماریها
۵. ارائه سیاستهای مراقبتی و پیشگیرانه قبل و حین وقوع تهدیدات سلامت
۶. نظام مراقبت سندرمیک

اسلاید شماره ۳

part (3-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد که کل پارت 1-3 دیده شود و مطالب خود را چنین ادامه میدهد: برای این که به ادامه بحث بپردازیم در اینجا لازم است که تعریف سندرم یا نشانگان را درک کنیم و همچنین تفاوت بین تعریف بیماری و سندرم را بدانیم، لذا همانطور که در پرده نمایش هم مشاهده میکنید، Syndrome سندرم یا نشانگان،

ترکیبی از نشانه ها و علایمی است که می توانند وجود یک یا چند بیماری یا اختلال سلامتی را مطرح کنند. (به عبارت دیگر سندرم به تظاهرات بالینی قبل از تشخیص بیماریها گفته می شود.) و بیماری در تعریف یعنی :

یک حالت تشخیص داده شده مرضی و یا اختلال در عملکرد بدن میباشد. بنابراین همانطور که می بینید بین سندرم و بیماری تفاوتی وجود دارد که در زیر به ذکر بعضی از آنها میپردازیم:

part (3-2)

مربی در این لحظه کاغذ حایل را برمیدارد و ترانسپارنسی را کمی بالا میکشد تا پارت 2-3 دیده شود و مطالب خود را ادامه میدهد: از جمله تفاوتهای سندرم و بیماری:

1. یک سندرم ممکن است، علایم و نشانه های چند بیماری مختلف باشد.
2. تایید و تشخیص افتراقی بیماری ها، با روشهای پاراکلینیکی، آزمایشگاهی و ... صورت می گیرد.
3. درمان سندرمها براساس علامت درمانی است.
4. درمان بیماری ها بر اساس علت بوجود آورنده بیماری و علامت درمانی است.

اسلاید شماره ۴

این اسلاید جهت روشن تر شدن دامنه نظام مراقبت رایج بیماریها و همچنین دامنه نظام مراقبت سندرمیک میباشد. ابتدا مربی نظر شرکت کنندگان در جلسه آموزشی را نسبت به تصاویر موجود در اسلاید جویا میشود. طوریکه ابتدا کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا تصاویر و مطالب بالای خط چین شماره یک دیده شوند. مربی سوال خود را چنین بیان میکند: اگر تصاویر ۵ گانه ای که مشاهده میکنید مربوط به روند بیماری یک نفر به صورت مرحله به مرحله باشد، لطفا نظر خودتان را در رابطه با آنها بیان کنید.

مربی به دوفتر از شرکت کنندگان اجازه پاسخ میدهد بعد از اینکه شرکت کنندگان جواب دادند از ایشان تشکر نموده و کاغذ حایل را تا نقطه چین شماره دو پایین تر میبرد و مطالب را طبق کتاب راهنمای آموزشی ادامه میدهد:

همانطور که دوستان هم به خوبی اشاره کردند، تصاویر فوق الذکر نشان دهنده روند یک بیماری است که بصورت مرحله به مرحله از علایم و نشانه های اولیه تا علایم و نشانه های شدیدی که فرد را مجبور به استراحت در منزل و غیبت از کار و مدرسه میکند و نهایتاً همانطور که در تصویر آخر هم مشاهده میکنید فرد را مجبور به مراجعه به، پزشک و انجام اقدامات و معاینات تشخیصی و آزمایشگاهی میکند تا در نهایت بیماری وی مشخص گردد و مورد درمان قرار گیرد.

مربی در این لحظه کاغذ حایل را برمیدارد تا کل اسلاید دیده شود و ادامه میدهد:

حال با توجه به تعاریف ذکر شده در اسلاید قبلی از سندرم و بیماری، به راحتی میتوان دامنه پوشش مراقبتی این دو نظام مراقبت را متصور شد و همانطور که ملاحظه میفرمایید، از پنج مرحله فوق، چهار مرحله اولیه آن تحت پوشش و دامنه نظام مراقبت سندرمیک قرار دارد و نظام مراقبت رایج بیماریها از مرحله پنجم است که وارد عمل میشود.

نتیجه کلی از این تصاویر و مطالب آنها این که:

نظام مراقبت سندرمیک، سیستم سلامت کشورها را از مراحل ابتدایی تر و اولیه تری نسبت به نظام مراقبت رایج بیماریها در جریان امور قرار میدهد و فرصت عکس العمل مفیدتری جهت انجام مداخلات پیشگیرانه و کنترلی در اختیار آنها قرار میدهد.

اسلاید شماره ۵

مربی از ابتدا کل مطالب اسلاید را در معرض دید شرکت کنندگان قرار میدهد و مطالب را ادامه میدهد:

در این اسلاید به بیان تعریف ساختار نظام مراقبت سندرمیک میپردازیم:

مربی با نشانگر لیزری به نمودار دایره ای موجود در بالای اسلاید اشاره کرده و به ترتیب با نشان دادن شماره های ۱ تا ۴ به ذکر مطالب بر اساس کتاب راهنمای آموزشی میپردازد:

نظام مراقبت سندرمیک:

- به نظام گردآوری منظم، تجزیه، تحلیل و تفسیر اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت جمعیت عمومی اطلاق می شود که هدف آن دستیابی به تشخیص های زودرس تهدیدات سلامتی و اعلام هشدار سریع بر اساس داده های بدست آمده برای جلوگیری و کنترل طغیان بیماری ها در جامعه و افزایش قابلیت پاسخگویی و واکنش سریع سیستم سلامت می باشد.
- در نظام مراقبت سندرمیک، مراقبت وضعیت سلامت جمعیت عمومی بوسیله نرم افزارهای مخصوص و سیستم شبکه تلفنی و کامپیوتری جامع کشوری، طبق جداول زمانبندی معلوم (روزانه-هفتگی-ماهانه)، بر اساس علایم و نشانه های اولیه، و بدون توجه به تشخیص بیماری صورت می گیرد. و در صورت افزایش موارد سندرم از آستانه تعریف شده، سیستم کامپیوتری بصورت خودکار اعلام هشدار می نماید.

اسلاید شماره ۶

در این اسلاید برای روشن ترن شدن چگونگی کارکرد نظام مراقبت سندرمیک به ذکر مثالی میپردازیم. مربی کل اسلاید را در معرض دید شرکت کنندگان قرار میدهد.

در ابتدا با نشانگر لیزری به عکس موجود در وسط تصاویر اشاره میکند که مربوط به مرکز بهداشت شهرستان است و مطالب خود را ادامه میدهد:

فرض کنید در یکی از ماههای گرم تابستان در یکی از شهرستانها، مرکز بهداشت شهرستان از خانه ها، پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی وابسته به خود و همچنین از مراکز همکار سلامت موجود در شهرستان گزارشات موارد اسهالی دریافت میکند به طوریکه در تصاویر مشخص است:

- گزارش تلفنی دو مورد اسهال توسط بهورز از خانه بهداشت روستایی
- گزارش تلفنی دو مورد اسهال توسط کاردان بهداشتی از پایگاه بهداشت شهری
- گزارش تلفنی یا شبکه کامپیوتری سه مورد اسهال از مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی
- گزارش تلفنی یا شبکه کامپیوتری دو مورد اسهال از اماکن جمعی مانند خوابگاه، پادگان و ...
- گزارش شبکه کامپیوتری هشت مورد اسهال از بیمارستان شهرستان
- گزارش تلفنی ده مورد اسهال از مطبها و درمانگاه های خصوصی شهرستان
- جمع آوری و تجزیه تحلیل گزارشات و اطلاعات واصله در مرکز بهداشت شهرستان (که نشانگر طغیان اسهال میباشد) و انجام اقدامات مقتضی

مربی ادامه میدهد:

دقت کنید که اقدامات مقتضی انجام گرفته از طرف مرکز بهداشت شهرستان در نظام مراقبت سندرمیک، همگی قبل از تشخیص علت بیماری اسهال میباشد.

لذا برای موفقیت اقدامات نظام مراقبت سندرمیک، همکاریهای ارگانهای داخل و بین بخشی درگیر در امر سلامت، ضروری می نماید.

اسلاید شماره ۷

در این اسلاید مربی با نشان دادن تصاویر مربوطه به ذکر مزایای نظام مراقبت سندرمیک میپردازد:

۱. تشخیص زودرس طغیانها.
۲. پیش بینی اندازه، سرعت، شدت و الگوی طغیانها.
۳. مدیریت سریع و کارآمد در پیشگیری و کنترل بحرانها و طغیانها.
۴. حساس بودن، انعطاف پذیری، سادگی و عمومی بودن سیستم.
۵. طبقه بندی نشانه ها و علائم سندرمها.
۶. اثر بخشی بالای هزینه های نظام مراقبت سندرمیک.
۷. ایجاد سیستم اعلام هشدار سریع.

برای مثال: اعلام هشدار سریع به واحدهای درون بخشی، از جمله آزمایشگاههای مرجع بهداشتی، تیم های واکنش سریع به منظور آغاز هرچه سریعتر عملیات اپیدمیولوژیک و بررسی های آزمایشگاهی و انجام سایر اقدامات مقتضی.

۸. تقویت و سرعت عمل بخشیدن به مشارکت ارگانهای بین بخشی دخیل در سلامت.

۹. تسریع در ایجاد بسیج همگانی و مردمی جهت مقابله با طغیانها.

۱۰. شروع اقدامات بهداشتی عمومی، متعاقب شناسایی خوشه های علایم و نشانه های امراض جهت جلوگیری از شیوع بیماریها و کاهش مرگ و میر.

۱۱. رسم نمودارهای مختلف اپیدمیولوژی (همه گیرشناسی) از علل مختلف ایجاد کننده سندرمها و اثرات آنها.

۱۲. اقدامات به موقع و موثر در حملات بیو تروریسم

(بیو تروریسم: کشتار مردم بوسیله عوامل میکروبی، ویروسی و ...)

۱۳. مراقبت از علایم اولیه و روند بیماریها.

اسلاید شماره ۸

این اسلاید جهت روشن شدن این نکته است که نظام مراقبت سندرمیک جایگزین نظام رایج بیماریها نیست و هرکدام جایگاه مخصوص به خود را دارند و در حقیقت تقویت کننده اثرات یکدیگر هستند. لذا مربی کل اسلاید را در معرض دید شرکت کنندگان قرار داده و ادامه میدهد:

۱. نظام مراقبت سندرمیک جایگزین نظام مراقبت رایج بیماریها نیست بلکه حمایت کننده و تکمیل کننده آن است.

۲. نظام مراقبت سندرمیک توانایی تشخیص تعدادی از بیماریها را ندارد.

۳. نظام مراقبت سندرمیک نباید مانع از انجام نظام مراقبت رایج بیماریها توسط تیم نظام مراقبت شهرستان شود.

۴. اختصاصی نبودن تعدادی از علایم و نشانه ها، احتمال مثبت کاذب بعضی گزارش ها را در نظام مراقبت سندرمیک ایجاد میکند.

۵. نظام مراقبت سندرمیک نیازمند وجود یک سیستم دقیق گردآوری، تجزیه تحلیل و تفسیر اطلاعات است.

اسلاید شماره ۹

مربی کل اسلاید را جهت مشاهده شرکت کنندگان، روی پرده نمایش نشان میدهد و چنین ادامه میدهد: برای این که قابلیت‌های نظام مراقبت سندرمیک را بهتر از پیش درک کنیم و بتوانیم مقایسه مناسبی از آن با نظام مراقبت رایج بیمارها داشته باشیم، نظرتان را به نمودار زیر جلب میکنم. خواهش میکنم با دقت به مطالب آن توجه کنید تا قابلیت‌ها و تفاوت‌های بین دو نظام مراقبت به خوبی مشخص شود.

مربی در این لحظه ۷ توضیح اشاره شده در پایین نمودار را به ترتیب و با آرامی و صدای بلند و شمرده بیان میکند، ضمن اینکه هر قسمتی را که توضیح میدهد با نشانگر لیزری تصویر مربوطه و مسیر خطوط منحنی را از روی نمودار نشان میدهد تا شرکت کنندگان به درک واقعی تری از موضوع دست یابند.

۱. محور افقی مدت زمان را برحسب ساعت نشان می دهد.
۲. محور عمودی میزان احتمال تشخیص بیماریها است.
۳. نمودار آبی مربوط به قدرت و سرعت عمل نظام مراقبت سندرمیک در شناسایی علایم بیماریها و رویدادهای بهداشتی جدی، است.
۴. نمودار نارنجی مربوط به قدرت و سرعت عمل نظام مراقبت رایج بیماریها در تشخیص و شناسایی بیماریها و رویدادهای بهداشتی جدی، است.
۵. بر اساس نمودار آبی و نارنجی، سرعت عمل نظام مراقبت سندرمیک در شناسایی علائم بیماریها و رویدادهای بهداشتی جدی، بیشتر از نظام مراقبت رایج بیماریها است.
۶. بین این دو نمودار فرصت طلایی حداقل دو روزه وجود دارد که در پیشگیری و کنترل طغیانها و انتشار بیماریها بسیار تعیین کننده می باشد.
۷. اقدامات پیشگیرانه و درمانی انجام یافته در ۷۲ ساعت اولیه شروع بیماریها، بسیار موثرتر از زمانهای بعدی است.

اسلاید شماره ۱۰

مربی در این اسلاید با کمک تصویر، به توضیح قابلیت‌ها و تفاوت‌های دو نظام مراقبت رایج بیماریها و سندرمیک از دیدگاهی دیگر میپردازد.

- مربی کاغذ حایل را روی خط نقطه چین قرار داده و از شرکت کنندگان سوال زیر را میپرسد:
- با توجه به موارد اشاره شده تا کنون، نظر شما در رابطه با تصویر زیر چیست؟
- دو نفر از شرکت کنندگان جواب میدهند.
- مربی ضمن تشکر از جواب آنها به ارایه مطالب خود طبق کتاب راهنمای آموزشی میپردازد.
- همانطور که در تصویر هم مشخص است:
۱. ظهور علایم و نشانه‌های اولیه قبل از تشخیص بیماریها است.

۲. حوزه فعالیت نظام مراقبت سندرمیک از مرحله علایم و نشانه هاست و قبل از تشخیص بیماریها شروع می شود.
۳. حوزه فعالیت نظام مراقبت رایج بیماریها، بعد از تشخیص بیماریها شروع می شود.
۴. نظام مراقبت سندرمیک با دامنه وسیعتر و حساستری بر سلامت جامعه نظارت دارد.
۵. نتایج اقدامات نظام مراقبت سندرمیک پیشگیرانه و سریعتر است.

اسلاید شماره ۱۱

شماره ۱: سندرم تب و خونریزی

part (11-1)

از اسلاید شماره ۱۱ به بعد به توضیح سندرمها و همچنین نوع اقداماتی که کارشناسان بهداشت باید انجام دهند، خواهیم پرداخت.

مربی کاغذ حایل را تا پارت 2-11 پایین میبرد و با اشاره توسط نشانگر لیزری به تصاویر مربوطه به تعریف و توضیح سندرم شماره یک یعنی سندرم تب و خونریزی میپردازد:

سندرم تب و خونریزی با وجود:

تب یعنی دمای بالاتر از ۳۸ درجه دهانی

و

خونریزی، حداقل از دو محل از مناطق زیر مطرح میشود:

الف- خونریزی از پوست که به دو صورت کبودی (اکیموز) و یا خونریزی نقطه نقطه (پتشی) مشخص میشود.

ب- خونریزی از دستگاه تنفس فوقانی که به صورت خونریزی از لثه یا بینی مشخص میگردد.

ج- خونریزی از دستگاه تنفس تحتانی بصورت خلط خونی

د- خونریزی از دستگاه گوارش به دو صورت استفراغ خونی یا مدفوع خونی و یا مدفوع سیاه

ه- خونریزی از دستگاه ادراری: بصورت ادرار خونی

و- خونریزی از دستگاه تناسلی: بصورت خونریزی غیر طبیعی زنانه

دوباره تاکید میکنم سندرم تب و خونریزی با وجود تب بالای ۳۸ درجه دهانی با خونریزی حداقل دوتا از محل های بالا تعریف میشود.

مربی برای تفهیم بیشتر تعریف سندرم تب و خونریزی، مطالب را بار دیگر و با صدای بلند و سرعت آهسته تکرار میکند.

part (11-2)

مربی کاغذ حایل را برمیدارد و اسلاید را کمی بالاتر میبرد تا پارت 2-11 در پرده نمایش مشخص شود.

مربی با کمک نشانگر لیزری به تصاویر پارت 2-11 اشاره کرده و نوع اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت

داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و خونریزی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) را به

صورت زیر بیان میکند:

- ثبت سندرم در سامانه
- ارجاع فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با توجه به فوری بودن وضعیت ، ارجاع بیمار مقدم بر تکمیل فرم بررسی انفرادی است).
- تکمیل فرم بررسی انفرادی در بیمارستان توسط کارشناس ستاد مرکز بهداشت شهرستان (نمونه گیری در بیمارستان) و گزارش در سیستم مراقبت جاری
- جداسازی نسبی و رعایت اصول حفاظت فردی
- توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی- بررسی موارد تماس (بیماریابی فعال) و آموزش اطرافیان

اسلاید شماره ۱۲

- مربی در اسلاید شماره ۱۲ به ذکر وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب و خونریزی میپردازد:
- اطلاع رسانی به پرسنل و پزشکان از جهت گزارش موارد مشابه و رعایت احتیاطات همه جانبه (موازین کنترل عفونت)
- توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل در معرض خطر
- اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس جامعه (در معرض خطر)
- در صورت فوت دفن بهداشتی اجساد
- اطلاع رسانی به پرسنل و پزشکان از جهت گزارش موارد مشابه و رعایت احتیاطات همه جانبه (موازین کنترل عفونت)
- انجام بررسی و تحقیق در خصوص مورد سندرم توسط تیم مرکز بهداشت شهرستان
- هماهنگی بین بخشی: فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، شورای اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

اسلاید شماره ۱۳

شماره ۲- الف : سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر

part (13-1)

- مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-13 دیده شود و در ابتدای توضیحات این اسلاید بیان میکند که سندرم شماره ۲ (تب و راش حاد) به دو دسته تقسیم میشود :
- الف - سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر
- ب - سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر
- مربی ادامه میدهد:
- در این اسلاید ابتدا به توضیح سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر میپردازیم.
- این سندرم با بروز علائم تب
- به اضافه
- حداقل یکی از علامتهای زیر که معمولاً به صورت منتشر هستند دیده میشود:

مربی در این لحظه ضمن بیان آرام و شمرده از تعاریف ماکول و پاپول، برای درک بهتر، تصاویر را با نشانگر لیزری به شرکت کنندگان نشان میدهد.

لکه/ لکه های کوچک و همسطح غیر هم رنگ با پوست که در اصطلاح پزشکی ماکول نامیده میشوند.

لکه/ لکه های کوچک و برجسته غیر هم رنگ با پوست که در اصطلاح پزشکی پاپول نامیده میشوند.

part (13-2)

مربی کاغذ حایل را به طور کامل برمیدارد و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) را به صورت زیر بیان میکند: ثبت سندرم در سامانه - معرفی به پزشک در صورت مراجعه بیمار به مرکز بهداشتی درمانی - در صورت اخطار سامانه، تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک و نمونه گیری (مثلاً خون و بزاق) توسط کارشناس محیطی و پسخوراند به مرکز گزارش دهنده (بیمارستان، مطب) توسط کارشناس ستاد شهرستان - پیگیری و بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار دارای آزمایش مثبت تا ۳ هفته بعد، از نظر موارد ذیل:

۱- علائم مشابه

۲- تماس نزدیک با بیمار

۳- شناسایی افراد پر خطر یا در معرض خطر

۴- پس از استعلام تشخیص قطعی از آزمایشگاه (از طریق سامانه یا تلفن) یا در مورد بیمار بستری پس از استعلام تشخیص بالینی محتمل از پزشک متخصص معالج، پروفیلاکسی یا ایمن سازی با نظر مرکز بهداشت شهرستان براساس پروتکل های کشوری مثلاً سرخک، مننژیت و CCHF (تب خونریزی دهنده کریمه کنگو) مثلاً در مورد سرخک بررسی وضعیت واکسیناسیون فرد و اطرافیان (تماس نزدیک) و تکمیل آن در صورت نیاز در صورت اخطار سامانه، آموزش بیمار و خانواده در زمینه:

۱- تأکید بر واکسیناسیون

۲- توصیه به رعایت بهداشت تماسی و تنفسی توسط بیمار (استفاده از دستمال یا ماسک، دست ندادن، عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)

در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری فوق الذکر، بیماریابی فعال در منطقه در مکانهای تردد بیمار

در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری فوق الذکر، جستجوی منشأ (Source) بیماری (Index case)

در صورت اخطار سامانه، توصیه به رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی در خصوص بیماران بستری، پیگیری تشخیص احتمالی و درمانهای بیمار از طریق پزشک متخصص معالج بیماران بستری (از طریق سامانه و HIS بیمارستان) توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی را در بیمارستان تکمیل نموده است.

اسلاید شماره ۱۴

مربی در ادامه به ذکر وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر میپردازد:

- در صورت اخطار سامانه ، هشدار و اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی و پزشکان در منطقه با تأکید بر رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی

- در صورت اخطار سامانه ، توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی تا تعیین تشخیص قطعی و سپس براساس نوع تشخیص تصمیم گیری خواهد شد.

- پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)

- در صورت اخطار سامانه ، بررسی آمادگی اتاقهای ایزوله تنفسی توسط کارشناس بهداشتی و کنترل عفونت بیمارستان

- در صورت اخطار سامانه ، بررسی اماکن تجمعی بعنوان کانونهای پرخطر بیماری (مثل اتباع بیگانه و مهاجرین و ...)

ارائه توصیه های پیشگیری منطبق با دستورالعمل های کشوری منجمله:

- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته

- توصیه به بیمار مبنی بر عدم حضور در مدرسه و محل کار در دوره وجود بثورات

- جداسازی بیمار از افراد سالم

در صورت اخطار سامانه ، در سطح جامعه :

- انجام واکسیناسیون تکمیلی در منطقه در صورت نیاز

- تأکید به ماماها برای معرفی زنان باردار دچار علائم تب و بثورات حاد

- بررسی پوشش واکسیناسیون در منطقه با توجه به اطلاعات پایش ها .

- در صورت لزوم آموزش بهداشت تنفسی و تماسی به جامعه با هماهنگی مسئولان بین بخشی مورد نیاز مانند:

فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، شورای اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ،

بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

-- در خصوص بیماران بستری ، تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت

شهرستان (یا با هماهنگی توسط بیمارستان) انجام می شود. سپس انتقال نمونه ها به آزمایشگاه / آزمایشگاههای مربوطه و

اخذ جواب/ جوابها و ارائه پسخوراند به بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی اعزام کننده بیمار (از طریق سامانه یا تماس

تلفنی) و درج تشخیص محتمل در صفحه اول فرم در محل مربوطه با مشورت پزشک معالج

اسلاید شماره ۱۵

شماره ۲- ب : سندرم تب و راش حاد (غیر ماکولوپاپولر)

part (15-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-15 دیده شود و با نشان دادن تصاویر، مطالب را ادامه میدهد:

سندرم ب شماره ۲ یعنی سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر به صورت :

بروز علائم تب و حداقل یکی از علامتهای زیر مشخص میشود:

دانه/ دانه های کوچک برجسته و آبدار در پوست که در اصطلاح پزشکی **وزیکول** نامیده میشوند برجستگی های بزرگ پوستی حاوی مایع غیر چرکی که در اصطلاح پزشکی **تاول** نامیده میشوند و چنانچه مایع ، چرکی باشد به آن **پوستول** میگویند.
بثورات فاقد پوست یعنی زخمهای پوستی بدون ضربه و یا بریدگی به عبارت دیگر:
اگر فردی مراجعه نمود و تب داشت و حداقل یکی از علایم فوق را داشت در دسته بندی سندرم ب شماره ۲ قرار میگیرد.

part (15-2)

مربی کاغذ حایل را بر میدارد و ادامه میدهد:

وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) به قرار زیر است:

ثبت سندرم در سامانه-معرفی به پزشک در صورت مراجعه بیمار به مرکز بهداشتی درمانی- در صورت اخطار سامانه ، تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک و نمونه گیری توسط کارشناس محیطی و پسخوراند به مرکز گزارش دهنده (بیمارستان ، مطب) توسط کارشناس ستاد شهرستان

پیگیری و بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار دارای آزمایش مثبت تا ۳ هفته بعد، از نظر موارد ذیل:

۱- علائم مشابه

۲- تماس نزدیک با بیمار

۳- شناسایی افراد پر خطر یا در معرض خطر

۴- پس از استعلام تشخیص قطعی از آزمایشگاه (از طریق سامانه یا تلفن) یا در مورد بیمار بستری پس از استعلام

تشخیص بالینی محتمل از پزشک متخصص معالج ، پروفیلاکسی یا ایمن سازی با نظر مرکز بهداشت شهرستان

براساس پروتکل های کشوری (مثلاً آبله مرغان در تماس با زن باردار و افراد دارای نقص ایمنی)

-در صورت اخطار سامانه ، آموزش بیمار و خانواده در زمینه :

• توصیه به رعایت بهداشت تماسی و تنفسی توسط بیمار (استفاده از دستمال یا ماسک ، دست ندادن ، عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)

-در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری فوق الذکر، بیماریابی فعال در منطقه در مکانهای تردد بیمار

-در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری فوق الذکر، جستجوی منشأ (Source) بیماری (Index case)

در صورت اخطار سامانه و در صورت لزوم ، توصیه به رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی

-در خصوص بیماران بستری ، پیگیری تشخیص احتمالی و درمانهای بیمار از طریق پزشک متخصص معالج بیماران

بستری (از طریق سامانه و HIS بیمارستان) توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی را در بیمارستان تکمیل نموده است

اسلاید شماره ۱۶

مربی در این اسلاید به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر میپردازد:

در صورت اخطار سامانه ، هشدار و اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی و پزشکان در منطقه با تأکید بر رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی

-در صورت اخطار سامانه ، توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی تا تعیین تشخیص قطعی و سپس براساس نوع تشخیص تصمیم گیری خواهد شد.

- پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)

-در صورت اخطار سامانه و در صورت لزوم ، بررسی آمادگی اتاقهای ایزوله تنفسی توسط کارشناس بهداشتی و کنترل عفونت بیمارستان

-در صورت اخطار سامانه بررسی اماکن تجمعی بعنوان کانونهای پرخطر بیماری (مثل مهد کودکها ، مدارس ، اردوگاه اتباع بیگانه و مهاجرین و ...) و ارائه توصیه های پیشگیری منطبق با دستورالعمل های کشوری منجمله :

- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته
- توصیه به بیمار مبنی بر عدم حضور در مدرسه و محل کار در دوره وجود بثورات
- جداسازی بیمار از افراد سالم

-در صورت لزوم آموزش بهداشت تنفسی و تماسی به جامعه با هماهنگی مسئولان بین بخشی نظیر:

فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، شورای اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

-- در خصوص بیماران بستری ، تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان (یا با هماهنگی توسط بیمارستان) انجام می شود. سپس انتقال نمونه ها به آزمایشگاه / آزمایشگاههای مربوطه و

اخذ جواب/ جوابها و ارائه پسخوراند به بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی اعزام کننده بیمار (از طریق سامانه یا تماس تلفنی) و درج تشخیص محتمل در صفحه اول فرم در محل مربوطه با مشورت پزشک معالج

اسلاید شماره ۱۷

شماره ۳: سندرم شبه آنفلوآنزا

part (17-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-17 دیده شود و سندرم شماره ۳ یعنی سندرم شبه آنفلوآنزا را با نشان دادن تصاویر به شرح زیر توضیح میدهد:

این سندرم زمانی تعریف میشود که فرد در یک هفته اخیر دچار تب و سرفه شود.

part (17-2)

مربی کاغذ حایل را برداشته و اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم شبه آنفلوانزا (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) را بیان میکند:

- ثبت شبه آنفلوانزا در سامانه

- تکمیل فرم بررسی انفرادی برای بیماران منتخب در پایگاه دیده ور ، طغیانهای اماکن تجمعی (صفحه اول فرم)-نمونه گیری از بیماری که فرم بررسی برایش تکمیل شده-معرفی فوری موارد مشکوک به بیماری شدید تنفسی به پزشک (حتی الامکان بیمار را مشایعت نماید) در این موارد نمونه گیری و تکمیل فرم بررسی همانند سندرم بیماری شدید تنفسی است.

- جداسازی نسبی و توصیه به رعایت بهداشت تنفسی توسط بیمار (استفاده از دستمال یا ماسک توسط بیمار ، عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)

-توصیه به رعایت اصول حفاظت فردی توسط پرسنل در تماس با بیمار (ماسک ، شستشوی دست)

-توصیه به ویزیت سریع تر بیماران با علائم شبه آنفلوانزا توسط پزشک

-پیگیری اطرافیان بیمار دارای آزمایش مثبت از نظر:

۱- علائم مشابه و مدت تماس

۲- شناسایی افراد پر خطر

۳- پروفیلاکسی یا ایمن سازی افراد پرخطر دارای تماس (در بیماریهای دارای واکسن و دارو) با نظر مرکز بهداشت شهرستان و براساس پروتکل های کشوری

- مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروههای در معرض خطر

اسلاید شماره ۱۸

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم شبه آنفلوانزا می پردازد:

- در صورت اخطار سامانه ، توزیع امکانات حفاظت فردی لازم برای پرسنل مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها با توجه به روند ILI (بیماری شبه آنفلوانزا) و احتمال بروز موارد شدید در روزهای آتی

-در صورت اخطار سامانه ، ارزیابی امکانات و وسایل موجود در هر مرکز برای امکانات درمانی حمایتی بیمار (کپسول اکسیژن ، امکانات سرم تراپی ، ذخیره دارویی بخصوص داروهای ضد ویروس منجمله تامیفلو در صورت مثبت شدن موارد نمونه گیری)

-فراهم سازی دسترسی به امکانات انتقال اورژانس بیماران

-در صورت اخطار سامانه ، اطلاع رسانی به پرسنل مرکز بهداشتی درمانی جهت رعایت اصول حفاظت فردی (موازین بهداشت فردی و احتیاطات تنفسی)

و در صورت صلاحدید معاونت بهداشتی ، اطلاع رسانی به مراکز درمانی و بیمارستانهای غیر دولتی (حتی الامکان از طریق سامانه)

-توصیه به رعایت بهداشت فردی توسط اطرافیان بیماران تنفسی (شستشوی دست با آب و صابون ، حفظ فاصله مناسب از بیمار ، استفاده از ظروف شخصی ، ماسک در تماس نزدیک)

- در صورت اخطار سامانه ، توصیه به واکسیناسیون افراد در معرض خطر بالاخص مراکز جمعی با توجه به روند ILI

-تأکید به ماماها برای معرفی زنان باردار دچار علائم شبه آنفلوانزا

-تأمین واکسن و داروی ضد ویروس برای مراکز درمانی با توجه به روند ILI

-در صورت اخطار سامانه ، توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room در اماکن جمعی

-توصیه به برقراری تهویه در اماکن جمعی

-در صورت اخطار سامانه و بروز سندرم شبه آنفلوانزا در سطح جامعه یا اماکن جمعی ، فعال نمودن تیم بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها بمنظور اعمال موازین کنترل عفونت

-هماهنگی و جلب همکاری حوزه بین بخشی به منظور اعمال موازین بهداشت تنفسی در جامعه منجمله با فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، شورای اسلامی ، آموزش و پرورش ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و سایر ارگانهای بین بخشی ذینفع

-اطلاع رسانی و آموزش بهداشت تنفسی به جامعه با استفاده از وسایل کمک آموزشی مانند پوستر و رسانه های جمعی ، توسط مسئولان با توجه به روند ILI و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان

-در صورت اخطار سامانه ، پیگیری مراکز جمعی منتخب از طریق رابطین (زندانها ، آسایشگاههای سالمندان ، اردوگاههای مهاجرین و ...) جهت استعلام و سندرم یابی فعال ILI

-در صورت اخطار سامانه پیگیری تقویت ارسال داده ها از مراکز جمعی

-در صورت اخطار سامانه، انتخاب رابطین سلامت (Health Volunteers) و آموزش آنها توسط تیم فنی بالاخص درزمینه بهداشت تنفسی ، به منظور آموزش مدارس ، شورای بهداشتی روستاها، مراکز آموزش عالی و ... توسط رابطین سلامت.

اسلاید شماره ۱۹

شماره ۴: سندرم عفونت شدید تنفسی

part (19-1)

مربی بعد از تنظیم کاغذ حایل و اطمینان از دیده شدن کامل تصاویر پارت 19-1 ، مطالب خود را ادامه میدهد:
در این اسلاید به توضیح سندرم شماره ۴ یا سندرم عفونت شدید تنفسی میپردازیم.
سندرم عفونت شدید تنفسی بصورت زیر تعریف میگردد:

وجود تب به اضافه سرفه در یک هفته اخیر

و بستری شدن در بیمارستان معمولاً بدلیل یکی از علائم دال بر وخامت عملکرد سیستم تنفسی یا سیستم قلبی

عروقی یا سیستم عصبی

(وجود کارتون ها در کلیه اسلایدها جهت تفهیم بهتر و درک بیشتر شرکت کنندگان از مطالب است لذا توصیه میشود

مربیان عزیز ضمن آموزش های خود حتما در محل مشخص خود و با نشان دادن دقیق تصاویر مطالب خود را بیان

کنند. این کار موجب جلب بیشتر مشارکت شرکت کنندگان کلاس خواهد شد.)

مربی مطالب خود را چنین ادامه میدهد:

اشکال در سیستم تنفسی می تواند به صورت :

تاکی پنه (تنفس تند)

- نوزادان (تا ۲ ماه) بیش از ۶۰ تنفس در دقیقه
- شیرخواران (تا یکسال) بیش از ۵۰ تنفس در دقیقه
- کودکان ۱ تا ۵ سال بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه
- کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۵ سال بیش از ۳۰ تنفس در دقیقه
- بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۲۰ تنفس در دقیقه

یا

فرورفتگی عضلات بین دنده ای در حین تنفس

یا

تنفس صدادار

یا

خلط خونی

مشخص میگردد .

به عبارت دیگر سندرم عفونت شدید تنفسی میتواند با بروز تب و سرفه در یک هفته اخیر و بستری شدن در بیمارستان به دلیل داشتن یکی از علائم سیستم تنفسی فوق تعریف گردد.

و یا اختلال در سیستم قلبی و عروقی که می تواند به صورت

درد قفسه سینه یا افت شدید فشار خون یا اختلال در ریتم ضربان قلب باشد.

و یا اختلال در سیستم عصبی که می تواند به صورت کاهش سطح هوشیاری یا تشنج بروز کند.

مربی با ذکر دوباره و با سرعت کم مطالب از درک کامل مطلب توسط شرکت کنندگان مطمئن میشود.

part (19-2)

مربی کاغذ حایل را برداشته و به ذکر اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم عفونت شدید تنفسی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) می پردازد :

-ثبت سندرم عفونت شدید تنفسی در سامانه

-در صورت مراجعه بیمار به مرکز بهداشتی درمانی (مرکز سرپایی) ، ارجاع فوری به پزشک (با توجه به فوری بودن

وضعیت ، ارجاع بیمار مقدم بر تکمیل فرم بررسی انفرادی است) (حتی الامکان بیمار را مشایعت نماید)

-با توجه به ارجاع فوری بیمار به بیمارستان ، پس از ویزیت پزشک مرکز ، نیازی به نمونه گیری توسط کارشناس بهداشت مرکز نیست.

- تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان .

-جداسازی نسبی و توصیه به رعایت بهداشت تنفسی توسط بیمار (استفاده از دستمال یا ماسک ، عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)

-رعایت احتیاطات تنفسی و تماسی در برخورد با بیمار
- رعایت موازین بهداشت فردی خصوصاً توسط پرسنل
-پیگیری و بررسی اطرافیان (موارد تماس با بیمار):

۱) از نظر علائم مشابه

۲) مدت تماس با بیمار

۳) شناسایی افراد پر خطر

۴) پیگیری تشخیص احتمالی بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص معالج در بیمارستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی با کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی را در بیمارستان تکمیل نموده است) و انجام پروفیلاکسی یا واکسیناسیون در اطرافیان پرخطر دارای تماس با نظر مرکز بهداشت شهرستان براساس پروتکل های کشوری (آنفلوانزا ، MMR ، پنوموکوک)

اسلاید شماره ۲۰

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم عفونت شدید تنفسی میپردازد:

-مهیا ساختن امکانات انتقال اورژانس این بیماران

-تأکید به ماماها برای اعزام سریع زنان باردار دچار علائم بیماری شدید تنفسی به بیمارستان

-تکمیل فرم بررسی انفرادی برای بیمار در بیمارستان توسط مرکز بهداشت شهرستان

-درج تشخیص محتمل در صفحه اول فرم در محل تشخیص های محتمل توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان پس از مشورت با پزشک معالج بیمارستان

-پیگیری انجام نمونه گیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب آزمایشگاه و ارائه پسخوراند به بیمارستان بستری کننده بیمار و مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهنده (از طریق سامانه یا تماس تلفنی)

-تأمین واکسن و داروی ضد ویروس برای مراکز درمانی (پس از مشورت با پزشک معالج بیمارستان در خصوص تشخیص محتمل)

-توزیع امکانات حفاظت فردی برای پرسنل داخل مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان

-اطلاع رسانی به پرسنل مبنی بر رعایت اصول حفاظت فردی (بهداشت فردی و تنفسی)

-بررسی آمادگی اتاقهای ایزوله تنفسی توسط کارشناسان بهداشتی و کنترل عفونت بیمارستان

-آموزش بهداشت تنفسی به جامعه (بالاخص گروه های پرخطر یا در معرض خطر) توسط مسئولان با استفاده از وسایل کمک آموزشی مثل پوستر و رسانه های جمعی ، با توجه به روند عفونت شدید تنفسی و حسب صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان

-توصیه به اقدامات پیشگیرانه از جمله واکسیناسیون آنفلوانزا در افراد در معرض خطر بالاخص در اماکن تجمعی

-توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room در اماکن تجمعی

-توصیه به برقراری تهویه در اماکن تجمعی

-ارزیابی امکانات و وسایل موجود در هر مرکز برای درمانهای حمایتی بیمار (کپسول اکسیژن ، ونتیلاتور ، ذخیره داروهای ضد ویروسی از جمله تامیفلو در صورت مثبت شدن موارد نمونه گیری ، امکانات سرم تراپی)
-ورود اطلاعات تکمیلی (درمانهای بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار) در آخرین روز بستری بیمار
-فعال نمودن تیم بهداشتی مراکز بهداشتی و درمانی به منظور اعمال موازین کنترل عفونت در بیمارستان و جلب همکاری بین بخشی برای اعمال موازین بهداشت تنفسی در جامعه (فرمانداری، شهرداری ، بخشرداری، شورای اسلامی ، آموزش و پرورش ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط ، دامپزشکی و پزشکی قانونی در صورت شک به سیاه زخم تنفسی)
-پیگیری مراکز جمعی منتخب از طریق رابطین (زندانبانها ، آسایشگاههای سالمندان ، اردوگاههای مهاجرین و ...) جهت استعلام و سندرم یابی فعال در صورت اخطار سامانه
-پیگیری تقویت ارسال داده ها از مراکز جمعی
-کنترل عفونت تنفسی در بیمارستانها در همه گیری ها با توجه به همه گیری SARI (عفونت شدید و حاد تنفسی)
-انتخاب رابطین سلامت (Health Volunteers) و آموزش آنها توسط تیم فنی بالاخص در زمینه بهداشت تنفسی ، به منظور آموزش مدارس ، شورای بهداشتی روستاها ، مراکز آموزش عالی و ... توسط رابطین سلامت

اسلاید شماره ۲۱

شماره ۵: سندرم تب و علائم نورولوژیک

part (21-1)

مربی بعد از تنظیم کاغذ حایل به طوریکه پارت 1-21 دیده شود، سندرم تب و علائم نورولوژیک را به صورت زیر و با نشان دادن تصاویر توسط نشانگر لیزری برای شرکت کنندگان توضیح میدهد:
این سندرم با وجود تب ناگهانی بالای ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یک علامت از بین علائم زیر تعریف میگردد:
علائم عصبی شامل :

سفتی گردن یا تشنج یا کاهش هوشیاری یا تحریک پذیری
علائم کمکی در سندرم تب و علائم نورولوژیک شامل:
سردرد شدید یا استفراغ مکرر میباشد.

part (21-2)

مربی کاغذ حایل را برداشته و به ذکر اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و علائم نورولوژیک (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) میپردازد:
- ورود سندرم تب و علائم عصبی در سامانه

- ارجاع فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با توجه به فوری بودن وضعیت ، ارجاع بیمار مقدم بر تکمیل فرم بررسی انفرادی است)

- با توجه به ارجاع فوری بیمار به بیمارستان بعد از ویزیت پزشک ، نیازی به نمونه گیری توسط کارشناس بهداشت نیست.

- تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان .

- جداسازی و رعایت اصول حفاظت فردی در موارد لازم (بدلیل تشخیص های محتمل نظیر مننژیت ، آنفلوآنزای پرندگان) بررسی موارد تماس با بیمار

(۱) از نظر علائم مشابه در اطرافیان و مدت تماس با بیمار

(۲) شناسایی افراد پرخطر

(۳) پروفیلاکسی یا ایمن سازی با توجه به تشخیص بالینی پزشک متخصص معالج در بیمارستان طبق پروتکل های کشوری پیشگیری دارویی منگوکوک و هموفیلوس آنفلوآنزا و واکسیناسیون مورد نیاز مانند MMR ، منگوکوک ، آنفلوآنزا و پولیو

- پیگیری تشخیص احتمالی بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از

تشخیص احتمالی و انجام پروفیلاکسی یا واکسیناسیون در اطرافیان با نظر مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)

- توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل بهداشت

- مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر)

- همکاری با واحد مربوطه در نظارت بر:

• دفع بهداشتی فاضلاب (بهداشت محیط)

• رفع شکستگی شبکه آب آشامیدنی و شبکه جمع آوری فاضلاب در اسرع وقت

• توزیع آب آشامیدنی سالم

- جمع آوری اطلاعات غیر انسانی مرتبط با بیماریهای مذکور از سازمانهای مربوطه مثل مرگ و میر پرندگان و کلاغ ها در

تب نیل غربی یا مرگ حیوانات در هاری

اسلاید شماره ۲۲

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب و علائم نورولوژیک میپردازد:

- اطلاع رسانی به پرسنل مرکز بهداشتی درمانی جهت رعایت موازین بهداشت فردی با اولویت بهداشت تنفسی

- توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل پایگاه ، مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان

- پیگیری انجام نمونه گیری در بیمارستان و انتقال نمونه بیمار به آزمایشگاه/ آزمایشگاههای مربوطه و اخذ جواب آزمایشگاه و ارائه پسخوراند به بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی (از طریق سامانه یا تماس تلفنی)

- توصیه به رعایت اصول بهداشت فردی توسط اطرافیان (شستشوی دست با آب و صابون ، جدا کردن محل زندگی انسان

و دام ، استفاده از ظروف شخصی ، حفظ فاصله مناسب از بیمار ، اقدامات لازم جهت پیشگیری از گزش بندپایان یعنی پشه

و کنه و کک ، استفاده از آب و غذای سالم)

- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته

- توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room در اماکن بسته
- چون فرم بررسی انفرادی در بیمارستان تکمیل میشود درج تشخیص محتمل در ابتدای صفحه اول فرم در محل تشخیص‌های محتمل توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان پس از مشورت با پزشک معالج الزامی است.
- هماهنگی بین بخشی در صورت بروز سندرم تب و علائم عصبی در اماکن بسته (توسط مرکز بهداشت شهرستان از طریق سامانه) منجمله فرمانداری، شهرداری، بخشداری، شورای اسلامی، آموزش و پرورش، نیروی نظامی و انتظامی محلی، بهداشت محیط و ... در صورت لزوم
- اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی درمانی غیر بیمارستانی و بخش خصوصی در صورت صلاحدید معاونت بهداشتی (توسط مرکز بهداشت شهرستان از طریق سامانه)
- برنامه های آموزش و اطلاع رسانی عمومی بر حسب نیاز و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان (با توجه به پایش روند طغیان به کمک سامانه)

اسلاید شماره ۲۳

شماره ۶: سندرم تب طول کشیده

part (23-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-23 دیده شود سپس با اشاره به تصاویر توسط نشانگر لیزری، مطالب را چنین ادامه میدهد:

در این اسلاید به معرفی سندرم شماره ۶ یا سندرم تب طول کشیده میپردازیم:

اگر فرد مراجعه کننده تب بیش از سه روز به علاوه یکی از علائم غیر اختصاصی زیر را داشته باشد در زمره تعریف سندرم تب طول کشیده قرار میگیرد:

سر درد خفیف
کوفتگی بدن و درد عضلات
حال عمومی بد

به نحوی که نتوان علائم را به ارگانی خاص (سندرمهای تنفسی، عصبی، پوستی و...) نسبت داد.

part (23-2)

مربی ضمن برداشتن کامل کاغذ حایل به بیان اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب طول کشیده (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) میپردازد:

- ثبت سندرم تب طول کشیده در سامانه

- تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اخطار سامانه برای بیماران منتخب در پایگاه دیده ور، بیمارستان، طغیانهای اماکن جمعیتی (صفحه اول فرم)

- نمونه گیری از بیماری که فرم بررسی تکمیل شده اعم از اسمیر خون محیطی یا RDT مالاریا (تست سریع تشخیصی مالاریا)، نمونه خلط تا زمان اعلام قطع نمونه گیری توسط ستاد

-نمونه گیری از ۱۰ الی ۱۵٪ مبتلایان تب طول کشیده (برای ادامه نمونه گیری پس از تعیین عامل بیماری طبق مراقبت روتین)

-ارجاع موارد تب طول کشیده به پزشک

-پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوران

-در صورت اخطار سامانه ، آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص توصیه به رعایت اصول بهداشت فردی با تأکید بر موازین کنترل کننده بیماریهای تب دار بومی منطقه :

۱. راه های انتقال و پیشگیری یعنی رعایت موازین بهداشت فردی (شستن دستها با آب و صابون قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از توالی ، ضد عفونی دستگیره های درب و نقاطی که بیمار به آنها دست میزند ، جدا نمودن وسایل شخصی بیمار نظیر ظروف ، حوله ، مسواک) دفع صحیح فضولات

۲. توصیه های غذایی (مصرف غذاهای کاملاً پخته شده و شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزایی سبزیجات قبل از مصرف)

۳. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلر زنی شده ، جوشیده ، بطری)

۴. استفاده از ظروف شخصی

۵. استفاده از محصولات لبنی پاستوریزه توسط اطرافیان

۶. استفاده از لباس آستین بلند و پوشش مناسب در ساعات گزش پشه در مناطق مالاریا خیز و سفر به منطقه تب دنگ

۷. جدا کردن محل زندگی انسان و دام

۸. استفاده از وسایل حفاظت فردی در حین کار در مزرعه و خودداری از شنا در آبهای آزاد

۹. تزریقات ایمن ، توصیه به روابط جنسی ایمن

۱۰. حفظ فاصله مناسب از بیمار در صورت شک به عفونتهای تنفسی

در صورت اخطار سامانه ، بررسی موارد ذیل:

۱. بررسی بروز تب طول کشیده در افرادی که با بیمار در فضای مشترک کار یا زندگی میکنند (سندرم یابی در افراد با تماس نزدیک)

۲. توصیه به اطرافیان برای مراجعه و گزارش دهی موارد مشابه

۳. بررسی سابقه واکسیناسیون هیپاتیت B در فرد بیمار و اطرافیان

۴. بررسی سابقه مصرف و نوع داروی پروفیلاکتیک در صورت سفر به منطقه آندمیک مالاریا

۵. انجام پروفیلاکسی در اطرافیان پرخطر پس از تعیین عامل بیماری در صورت داشتن ضرورت

-در صورت اخطار سامانه و شک به سل و Q fever (تب Q) ، پیگیری اطرافیان بیمار دارای آزمایش مثبت خصوصاً اطرافیان پر خطر

-حفظ فاصله مناسب از بیمار (خودداری از تماس نزدیک با بیمار) یعنی جداسازی نسبی بیمار و استفاده از ماسک توسط بیمار هنگام تماس نزدیک (در صورت همراه نبودن ماسک ، استفاده از دستمال کاغذی مخصوصاً به هنگام سرفه)

-توصیه به مراجعه سریع اطرافیان در صورت ابتلاء به تب طول کشیده

-تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و انجام پروفیلاکسی در

اطرافیان در صورت صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)

-توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل در صورت لزوم
-پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)

اسلاید شماره ۲۴

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم تب طول کشیده می پردازد:

-در صورت اخطار سامانه پیگیری و هماهنگی بین بخشی: فرمانداری، شهرداری، بخشداری، شورای اسلامی، آموزش و پرورش، آب و فاضلاب، دامپزشکی، شیلات، نیروهای نظامی و انتظامی محلی، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

-پس از هماهنگی بین بخشی، اعزام تیم بهداشت محیط جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با تب طول کشیده به منظور:

۱. در صورت شک به انتقال از طریق آب، بررسی و بازدید از وضعیت بهداشتی منابع آب آشامیدنی منطقه، شبکه توزیع آب، نحوه مصرف

۲. توصیه و نظارت بر تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی (مخازن ثابت و سیار، بطری، توصیه به گندزدایی آب)

۳. هماهنگی با سازمان آب و فاضلاب به منظور بهسازی منابع آب آشامیدنی در صورت نیاز، دفع بهداشتی فاضلاب، رفع شکستگی شبکه دفع فاضلاب در اسرع وقت

۴. تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و کلسنجی)

۵. توصیه به بررسی میکروبی و کلر آزاد باقیمانده در شناگاهها و مراکز آبی تفریحی و رفع اشکالات توسط ارگان ذیربط

۶. در صورت شک به انتقال از طریق غذا، بازدید از وضعیت بهداشتی مکانهای تهیه، توزیع، نگهداری، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک و تأکید بر سرویس های بهداشتی و سلامت مواد غذایی

۷. مبارزه با حشرات و جوندگان در صورت احتمال انتقال محلی (و نه وارده)

۸. انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم

۹. در صورت فوت، دفن بهداشتی اجساد با نظارت بهداشتی (نمونه گیری طبق سندرم مرگ ناگهانی غیر منتظره)

-در صورت اخطار سامانه، برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی منجمله دارو، ویال توبرکولین، تجهیزات نمونه گیری، انواع ظروف نمونه گیری و سواب به تعداد کافی با توجه به تشخیص محتمل -پس از هماهنگی بین بخشی، در صورتی که جمعیت آسیب دیده رفتار پرخطر داشته باشند، اقدامات ذیل توسط واحد مبارزه با بیماریها انجام میگردد:

•تأمین سرنگ رایگان در معتادان تزریقی

•تأمین کاندوم و وسایل پیشگیری از انتقال بیماریهای مقاربتی

-در صورت اخطار سامانه، پیگیری مراکز جمعی منتخب (تجمعات باز و بسته) از طریق رابطین (زندانشان، آسایشگاههای سالمندان و معلولین ذهنی حرکتی، اردوگاههای مهاجرین و ...) در زمینه:

۱- استعلام و سندرم یابی فعال تب طول کشیده

۲- آموزش به بیمار و اطرافیان جهت آشنایی با راههای انتقال بیماریها توسط کارشناس بهداشت

۳- پیگیری تقویت ارسال داده ها و نمونه گیری از بیماران منتخب در مراکز جمعی

- هماهنگی مداوم کارشناس بهداشتی با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان
- در صورت اختار سامانه و شک به بیماریهای تنفسی نظیر TB و Q fever (تب Q) تا زمان تشخیص قطعی:

۱- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته

۲- توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room در اماکن بسته

۳- استفاده از تجهیزات حفاظت فردی

-اطلاع رسانی به پرسنل و پزشکان جهت گزارش موارد مشابه

-در صورت اختار سامانه و در صورت شک به TB و Q fever (تب Q) آموزش موازین بهداشت فردی به جامعه /

مسئولان با استفاده از وسایل کمک آموزشی به منظور اطلاع رسانی به گروه های در معرض خطر:

حفظ فاصله مناسب از بیمار (خودداری از تماس نزدیک با بیمار) یعنی جداسازی نسبی بیمار و استفاده از ماسک توسط

بیمار هنگام تماس نزدیک (در صورت همراه نبودن ماسک ، استفاده از دستمال کاغذی مخصوصاً به هنگام سرفه)

اسلاید شماره ۲۵

شماره ۷: سندرم مسمومیت غذایی

part (25-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد که فقط پارت 1-25 دیده شود . و به تعریف و توضیح سندرم شماره ۷ یا سندرم مسمومیت غذایی میپردازد.

اگر در فرد مراجعه کننده علائم زیر بعد از مصرف مواد غذایی بروز کند در تعریف سندرم مسمومیت غذایی قرار میگیرد:

تهوع و استفراغ

شکم درد (دل پیچه)

مربی در حین ارائه مطالب ، با نشانگر لیزری به تصاویر مربوطه نیز اشاره می کند.

part (25-2)

مربی بعد از برداشتن کاغذ حایل و تنظیم اسلاید جهت دید بهتر شرکت کنندگان ، اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم مسمومیت غذایی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) را بصورت زیر شرح میدهد:

-گزارش سندرم مسمومیت (ثبت در سامانه)

(اعلام هشدار اتوماتیک توسط سامانه زمانی که به آستانه تعریف شده برسد)

-تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اختار سامانه (سامانه در صورت کشف بیش از یک مورد سندرم مسمومیت با منبع غذایی مشترک اختار صادر میکند)

- نمونه گیری ، همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی (در صورت علائم خطر ، ارجاع فوری بیمار و نمونه گیری و تکمیل فرم در بیمارستان)
- پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه
- بررسی علائم و بیماریابی افرادی که از منبع مشترک غذایی استفاده نموده اند.
- توصیه به اطرافیان بیمار برای گزارش دهی سریع پیدایش موارد مشابه
- پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)
- آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص:
۱. علائم خطر (تهوع و استفراغ شدید ، دزیدراتاسیون شدید نظیر آنوری یا شوک ، علائم عصبی نظیر دوبینی ، افتادگی پلک، اختلال هوشیاری و تشنج ، اختلال بلع ، فلج شل پائین رونده ، سیانوز مرکزی)
 ۲. راه های انتقال و پیشگیری (شستن دستها قبل از تهیه و توزیع غذا و بعد از توالی)
 ۳. توصیه های غذایی (پخت کامل غذاها ، عدم مصرف غذاهای مانده ، عدم مصرف کنسروهای نجوشیده و ماهی های هیستامینی ، شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)
 ۴. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلرزدنی شده ، جوشیده ، بطری)
- تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و بررسی اطرافیان با نظر مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)
- در صورت اخطار سامانه:
- بررسی منطقه منجمله مراکز بهداشتی درمانی منطقه جهت شناسایی بیماران دارای علائم مشابه و شناسایی منبع غذایی مشکوک احتمالی
- مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر)

اسلاید شماره ۲۶

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم مسمومیت غذایی میپردازد:

- بررسی و تحقیق در خصوص موارد مسمومیت در صورت اخطار سامانه
- هماهنگی مداوم کارشناس بهداشتی با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان
- در صورت اخطار سامانه ، هماهنگی بین بخشی برحسب نیاز: فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، آب و فاضلاب ، دامپزشکی ، شورای اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)
- به منظور بررسی افراد و مکانهای ارائه دهنده مواد غذایی مشکوک و همچنین دست فروشان مواد غذایی
- پس از هماهنگی بین بخشی ، اعزام تیم بهداشت محیط جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با مسمومیت غذایی به منظور:
۱. بازدید از وضعیت بهداشتی مکانهای تهیه مواد اولیه ، توزیع ، نگهداری ، طبخ ، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک و تأکید بر سرویس های بهداشتی و سلامت مواد غذایی
 ۲. بررسی و بازدید از وضعیت بهداشتی منابع آب آشامیدنی منطقه ، شبکه توزیع آب، نحوه مصرف .

۳. توصیه و نظارت بر تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی منطقه (مخازن ثابت و سیار، بطری، توصیه به گندزدایی آب).
۴. تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و کلرسنجی و عوامل شیمیایی)
۵. انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم
۶. نظارت بر دفع بهداشتی فاضلاب، رفع شکستگی شبکه دفع فاضلاب در اسرع وقت
- در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت استان، افزایش آگاهی جامعه (اطلاع رسانی) بالاخص آموزش گروههای پرخطر (اماکن جمعی) در خصوص:
۱. آموزش موازین بهداشت فردی / شستشوی دست قبل از تهیه و توزیع غذا و بعد از توالی
۲. نحوه استفاده از مواد غذایی خصوصاً سالم سازی (گل زدایی، انگل زدایی، گندزدایی، شستشوی نهایی) سبزیجات قبل از مصرف
۳. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلرزدنی شده، جوشیده، بطری)
- برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی منجمله دارو (سرماها و آنتی بیوتیکها)، مواد ضد عفونی کننده، وسایل تشخیصی، محیط های ترانسپورت
- اجرای برنامه های آموزش عمومی در خصوص مسمومیت های غذایی با تأکید بر استفاده از آب آشامیدنی و غذاهای سالم (با توجه به عوامل شیمیایی و میکروبی آلوده کننده آب)
- آموزش گروههای پرخطر (اماکن جمعی) در خصوص مسمومیت های غذایی

اسلاید شماره ۲۷

شماره ۸: سندرم اسهال حاد (غیر خونی)

part (27-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-27 دیده شود سپس با نشان دادن تصاویر، سندرم شماره ۸ یا سندرم اسهال حاد (غیر خونی) را به صورت زیر برای شرکت کنندگان تعریف مینماید:

مربی می گوید:

اسهال حاد (غیر خونی) عبارتست از دفع حداقل ۳ بار مدفوع شل در ۲۴ ساعت به همراه تهوع/ استفراغ و شکم درد (دل پیچه)

حال اگر فرد مراجعه کننده این علائم را داشته باشد در دسته بندی سندرم اسهال حاد (غیر خونی) قرار میگیرد.

part (27-2)

مربی بعد از برداشتن کاغذ حایل مطالب خود را نسبت به اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم اسهال حاد (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) به صورت زیر بیان میکند:

- ثبت و گزارش موارد سندرم اسهال حاد (گزارش دهی) (اعلام هشدار اتوماتیک توسط سامانه زمانی که به آستانه تعریف شده برسد)

-تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اخطار سامانه
-نمونه گیری همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی
-در صورت اخطار سامانه، از همه موارد نمونه گیری میشود. در صورت تعداد زیاد مبتلایان، حداقل از ۱۰ الی ۱۵٪
مبتلایان مراجعه کننده بدلیل اسهال حاد، نمونه گیری انجام میشود.
-در صورت اخطار سامانه، بررسی علائم در افراد با تماس نزدیک (که با بیمار در فضای مشترک کار یا زندگی میکنند) به منظور:

- ۱) بیماریابی افرادی که از منبع مشترک آب یا ماده غذایی استفاده نموده اند
 - ۲) توصیه به اطرافیان بیمار برای گزارش دهی سریع پیدایش موارد مشابه
 - ۳) انجام پروفیلاکسی در اطرافیان پرخطر با نظر مرکز بهداشتی درمانی براساس پروتکل های کشوری
- پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه
-پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)
-تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و انجام پروفیلاکسی در اطرافیان در صورت صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)
-توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل
-در صورت اخطار سامانه، آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص:

۱. در صورت بروز علائم خطر توصیه به مراجعه فوری به پزشک جهت بررسی دقیق آزمایشگاهی (تهوع و استفراغ شدید، دزیدراتاسیون شدید نظیر آنوری یا شوک، اختلال هوشیاری، تشنج)
۲. راه های انتقال و پیشگیری یعنی رعایت موازین بهداشت فردی (شستن دستها قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از توالت، ضد عفونی دستگیره های درب و نقاطی که بیمار به آنها دست میزند)
۳. توصیه های غذایی (پخت کامل غذاها و شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)
۴. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلرزی شده یا جوشیده یا بطری) منظور از بطری، آب آشامیدنی بسته بندی شده میباشد.

-بررسی منطقه جهت شناسایی بیماران دارای علائم مشابه و شناسایی منبع آب یا غذایی مشکوک
-مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر)

اسلاید شماره ۲۸

- مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم اسهال حاد میپردازد:
-بررسی و تحقیق در خصوص موارد، وقتی اسهال حاد از آستانه طغیان بگذرد.
-در صورت اخطار سامانه، پیگیری و هماهنگی بین بخشی: بهداشت محیط، فرمانداری، شهرداری، بخشداری، شورای اسلامی، آموزش و پرورش، آب و فاضلاب، دامپزشکی، شیلات، نیروهای نظامی و انتظامی محلی و ... (این هماهنگی ها توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)
-پس از هماهنگی بین بخشی، اعزام تیم بهداشت محیط جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با اسهال حاد به منظور:
۱. بررسی و بازدید از وضعیت بهداشتی منابع آب آشامیدنی منطقه، شبکه توزیع آب، نحوه مصرف
 ۲. توصیه و نظارت بر تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی (مخازن ثابت و سیار، بطری، توصیه به گندزدایی آب)

۳. تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و شیمیایی و کلسنجی)
 ۴. بازدید از وضعیت بهداشتی مکانهای تهیه، توزیع، نگهداری، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک و تأکید بر سرویس های بهداشتی و سلامت مواد غذایی
 ۵. تشدید کنترل وضعیت بهداشتی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و کلسنجی آب های آشامیدنی
 ۶. انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم
 ۷. نظارت بر دفع بهداشتی فاضلاب، رفع شکستگی شبکه آب یا دفع فاضلاب در اسرع وقت
- در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت استان، افزایش آگاهی جامعه (اطلاع رسانی) بالاخص آموزش گروه های هدف (اماکن جمعی بسته و باز) در زمینه:
۱. آموزش موازین بهداشت فردی / شستشوی دست قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از توال
 ۲. نحوه استفاده از مواد غذایی خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف
 ۳. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلر زنی شده یا جوشیده یا بطری)
- هماهنگی مداوم کارشناس بهداشتی با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان
- برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی منجمله دارو (سرماها و آنتی بیوتیکها)، مواد ضد عفونی کننده، وسایل تشخیصی، محیط های ترانسپورت
- در صورت اخطار سامانه، بررسی گروه های پر خطر منطقه و نمونه گیری و آموزش آنها (اماکن تجمع انسانی خصوصاً مراکز نگهداری معلولین ذهنی حرکتی، آسایشگاههای سالمندان، زندانها، اردوگاه مهاجرین)
- پیگیری مراکز جمعی منتخب از طریق رابطین جهت استعلام و سندرم یابی فعال اسهال قبل از اخطار سامانه
- در صورت اخطار سامانه، پیگیری تقویت ارسال داده ها از مراکز جمعی

اسلاید شماره ۲۹

شماره ۹: سندرم اسهال خونی

part (29-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-29 دیده شود و سندرم شماره ۹ یا سندرم اسهال خونی را با نشان دادن تصاویر حین بیان مطالب به صورت زیر شرح میدهد:

اسهال خونی یعنی وجود خون روشن در مدفوع اسهالی **با یا بدون** علایم تهوع و استفراغ و شکم درد (دل پیچه)

لذا هر مراجعه کننده ای با این علایم، در دسته بندی سندرم اسهال خونی قرار میگیرد.

part (29-2)

مربی کاغذ حایل را برمیدارد و نوع اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم اسهال خونی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) به شرح زیر بیان میکند:

- ثبت موارد سندرم اسهال خونی در سامانه (گزارش دهی)

- تأکید بر مایع درمانی صحیح اطفال توسط مادر یا مراقب کودک و خودداری از مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک

- تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اخطار سامانه

- نمونه گیری ، همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی (نمونه گیری از زمان اخطار سامانه تا تشخیص قطعی و پس از آن هر دو هفته یکبار از ۵ الی ۱۰٪ بیماران تا پایان طغیان)
- (نمونه گیری برای عوامل اسهال خونی با توجه به مشکل بودن کشت آنها یا کشت در محل نمونه گیری یا ارسال سواب به آزمایشگاه ، باید در اسرع وقت با حفظ زنجیره سرد باشد)
- پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه
- بررسی علائم در افراد با تماس نزدیک (که با بیمار در فضای مشترک کار یا زندگی میکنند) به منظور :
- ۱) بیماریابی افرادی که از منبع مشترک آب یا ماده غذایی استفاده نموده اند.
 - ۲) توصیه به اطرافیان بیمار برای گزارش دهی سریع پیدایش موارد مشابه
- آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص:
- ۱) در صورت بروز علائم خطر، توصیه به مراجعه فوری به پزشک جهت بررسی دقیق آزمایشگاهی و پیگیری دقیق دستورات وی
 - ۲) راه های انتقال و پیشگیری (شستن دستها قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از توالیت ، ضد عفونی دستگیره های درب و نقاطی که بیمار به آنها دست میزند)
 - ۳) توصیه های غذایی (پخت کامل غذاها و شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)
 - ۴) استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلر زنی شده ، جوشیده ، بطری)
- پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)
- تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان به منظور اطلاع از تشخیص احتمالی و انجام پیگیری در اطرافیان از نظر بروز علائم مشابه (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)
- توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل
- مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر)

اسلاید شماره ۳۰

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم اسهال خونی میپردازد:

- همانگی مداوم با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان
- اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی درمانی بخش دولتی و خصوصی (مطب ها ، درمانگاه ها ، بیمارستانها) در صورت صلاحدید معاونت بهداشتی توسط مرکز بهداشت شهرستان (از طریق سامانه) جهت رعایت بهداشت فردی
- آموزش و اطلاع رسانی عمومی (جامعه) در صورت نیاز و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان (با توجه به پایش روند طغیان در سامانه) در خصوص:
- ۱) مراجعه فوری در صورت بروز علائم خطر
 - ۲) راه های انتقال و پیشگیری
 - ۳) توصیه های غذایی مبنی بر مصرف غذاهای سالم و عدم مصرف شیر و غذاهای فیبر دار تا بهبود اسهال

۴) توصیه های آب آشامیدنی

موارد ۱ تا ۴ همان موارد آموزش بیمار و اطرافیان وی است.

-هماهنگی بین بخشی جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با اسهال خونی:

فرمانداری، شهرداری، بخشداری، شورای اسلامی، آموزش و پرورش، آب و فاضلاب، دامپزشکی، نیروهای نظامی و انتظامی محلی، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

-در صورت هشدار سامانه، انجام هماهنگی و سپس اعزام تیم بهداشت محیط جهت بررسی و بازدید بهداشتی از منابع آب آشامیدنی منطقه، شبکه توزیع آب، نحوه مصرف؛ توصیه و نظارت بر تهیه و توزیع منابع جایگزین آب آشامیدنی سالم (مخازن ثابت و سیار، بطری، توصیه به گندزدایی آب)؛ تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و شیمیایی و کلرسنجی)؛ بازدید از وضعیت بهداشتی اماکن تهیه، نگهداری، توزیع و فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک با تأکید بر سلامت فروشندگان و سرویس های بهداشتی و سلامت مواد غذایی؛ انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم

- نظارت بر دفع بهداشتی فاضلاب، رفع شکستگی شبکه دفع فاضلاب در اسرع وقت

-توصیه به بررسی میکروبی و کلر آزاد باقیمانده در شناگاهها و مراکز آبی تفریحی توسط بهداشت محیط و رفع اشکالات توسط ارگان ذیربط

-در صورت طغیان در شیرخوارگاه و یافت نشدن هیچ منبعی برای طغیان تهیه، نمونه مدفوع از مراقبین شیرخواران زیر ۳ ماه

-بررسی گروه های پر خطر منطقه (اماکن تجمع جمعیت خصوصاً در مراکز نگهداری معلولین ذهنی حرکتی، آسایشگاههای سالمندان، زندانها، اردوگاه مهاجرین) و نمونه گیری و آموزش آنها

-پیگیری مراکز جمعی منتخب از طریق رابطین جهت استعلام و سندرم یابی فعال اسهال خونی قبل از اخطار سامانه در آنها در صورت اخطار سامانه، پیگیری و تقویت ارسال داده ها از مراکز جمعی

اسلاید شماره ۳۱**شماره ۱۰: سندرم زردی حاد**

part (31-1)

مربی کاغذ حایل را روی اسلاید تنظیم میکند تا پارت 1-31 دیده شود سپس سندرم شماره ۱۰ یا سندرم زردی حاد را به صورت بیان میکند و در حین بیان مطالب، به تصاویر مربوطه اشاره میکند:
اگر فرد مراجعه کننده زردی در سفیدی چشم داشته باشد و حداقل یکی از علایم زیر را داشته باشد در دسته بندی سندرم زردی حاد قرار داده میشود:

۱- زردی زیر زبان در بزرگسالان

۲- زردی خط وسط شکم

نکته:

زردی فیزیولوژیک نوزادان شامل این تعریف نمی باشد.

زردی پاتولوژیک نوزادان شامل موارد مذکور به اضافه بیلی روبین بالا:

در نوزادان ترم (که در موعد مقرر متولد شده‌اند) بیش از ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر در نوزادان پره ترم (که زودتر از موعد مقرر متولد شده‌اند) بیش از ۱۳ میلی گرم در دسی لیتر (2-31 part)

مربی کاغذ حایل را برمی‌دارد تا کل اسلاید دیده شود و ادامه می‌دهد:

در صورت مراجعه فردی با علائم فوق الذکر، وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم زردی حاد (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) به صورت زیر می‌باشد:

-ثبت موارد سندرم زردی (گزارش دهی سندرم)

-تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اخبار سامانه

-نظارت و همکاری در تهیه و ارسال نمونه های توصیه شده (همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی)

-بررسی موارد ذیل:

۱. بررسی بروز زردی حاد در افرادی که با بیمار در فضای مشترک کار یا زندگی میکنند (بیماریابی در افراد با تماس نزدیک)

۲. بررسی سابقه واکسیناسیون هپاتیت B در فرد بیمار و اطرافیان

۳. بررسی سابقه واکسیناسیون تب زرد در افرادی که به تازگی در مناطق آندمیک اقامت داشته اند.

۴. بررسی سابقه مصرف و نوع داروی پروفیلاکتیک در صورت سفر به منطقه آندمیک مالاریا

-در صورت اخبار سامانه، آموزش بیمار و اطرافیان در خصوص:

۱. در صورت بروز علائم خطر، توصیه به مراجعه فوری به پزشک جهت بررسی دقیق آزمایشگاهی و پیگیری دقیق

دستورات وی (تهوع و استفراغ پایدار، علائم خونریزی، کاهش سطح هوشیاری)

۲. راه های انتقال و پیشگیری یعنی رعایت موازین بهداشت فردی (شستن دستها قبل از تهیه و سرو غذا و بعد از

توالی، ضد عفونی دستگیره های درب و نقاطی که بیمار به آنها دست میزند، جدا نمودن وسایل شخصی بیمار نظیر ظروف، حوله، مسواک) دفع صحیح فضولات

۳. توصیه های غذایی (مصرف غذاهای کاملاً پخته شده و شستشوی صحیح سبزیجات و میوه جات خصوصاً

گندزدایی سبزیجات قبل از مصرف)

۴. استفاده از آب آشامیدنی مطمئن (کلر زنی شده، جوشیده، بطری)

۵. استفاده از لباس آستین بلند و پوشش مناسب در ساعات گزش پشه در مناطق مالاریا خیز و سفر به منطقه تب زرد

۶. استفاده از وسایل محافظت شخصی در حین کار در مزرعه و خودداری از شنا در آبهای آزاد

۷. تزریقات ایمن، توصیه به روابط جنسی ایمن

-توصیه به اطرافیان بیمار برای گزارش دهی سریع پیدایش موارد مشابه

-پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پس‌خوراند به مرکز مربوطه

-پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت

بیمار)

-تأکید بر تغذیه صحیح اطفال توسط مادر یا مراقب کودک (پرکاری و کم چربی)

اسلاید شماره ۳۲

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم زردی حاد میپردازد:
- در صورت اخطار سامانه پیگیری و هماهنگی بین بخشی: فرمانداری، شهرداری، بخشداری، شورای اسلامی، آموزش و پرورش، آب و فاضلاب، دامپزشکی، شیلات، نیروهای نظامی و انتظامی محلی، بهداشت محیط و ... (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود)

- پس از هماهنگی بین بخشی، اعزام تیم بهداشت محیط جهت پیگیری عناصر محیطی مرتبط با زردی به منظور:

۱. در صورت شک به انتقال از طریق آب (شک به طغیان هیپاتیت)، بررسی و بازدید از وضعیت بهداشتی منابع آب آشامیدنی منطقه، شبکه توزیع آب، نحوه مصرف
 ۲. توصیه و نظارت بر تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی (مخازن ثابت و سیار، بطری، توصیه به گندزدایی آب)
 ۳. هماهنگی با سازمان آب و فاضلاب به منظور بهسازی منابع آب آشامیدنی در صورت نیاز، دفع بهداشتی فاضلاب، رفع شکستگی شبکه دفع فاضلاب در اسرع وقت
 ۴. تجزیه و تحلیل کارشناسی در ارتباط با نتایج آزمایشگاهی آب و غذا (بررسی آزمایشگاهی آب منطقه از نظر عوامل میکروبی و شیمیایی و کلسنجی)
 ۵. توصیه به بررسی میکروبی و کلر آزاد باقیمانده در شناگاهها و مراکز آبی تفریحی و رفع اشکالات توسط ارگان ذیربط
 ۶. در صورت شک به انتقال از طریق غذا (شک به طغیان هیپاتیت) بازدید از وضعیت بهداشتی مکانهای تهیه، توزیع، نگهداری، فروش مواد غذایی مخصوصاً مواد غذایی مشکوک و تأکید بر سرویس های بهداشتی و سلامت مواد غذایی
 ۷. مبارزه با حشرات و جوندگان
 ۸. انجام اقدامات قانونی در صورت لزوم
- پس از هماهنگی بین بخشی، در صورتی که جمعیت آسیب دیده رفتار پرخطر داشته باشند، اقدامات ذیل توسط واحد مبارزه با بیماریها انجام میگردد:
- تأمین سرنگ رایگان در معتادان تزریقی
 - تأمین کاندوم و وسایل پیشگیری از انتقال بیماریهای مقاربتی اطلاع رسانی به هنگام و مناسب به جامعه ای که در معرض خطر زردی است (در تجمعات باز و بسته) در زمینه راه های انتقال بیماری های مطرح شده در تشخیص افتراقی
 - آموزش افراد عادی با استفاده از محتوای آموزش کارشناس بهداشت.
 - توصیه به استفاده از وسایل حفاظت فردی در پرسنل بهداشتی درمانی
- هماهنگی مداوم کارشناس بهداشتی با کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان
- در صورت اخطار سامانه، بررسی گروه های پرخطر منطقه و نمونه گیری و آموزش آنها (اماکن تجمع جمعیت خصوصاً مراکز نگهداری معلولین ذهنی حرکتی، آسایشگاههای سالمندان، زندانها، اردوگاه مهاجرین)
- پیگیری مراکز جمعی منتخب از طریق رابطین جهت استعلام و سندرم یابی فعال اسهال قبل از اخطار سامانه
- در صورت اخطار سامانه، پیگیری تقویت ارسال داده ها از مراکز جمعی

اسلاید شماره ۳۳**شماره ۱۱: سندرم فلج شل حاد**

part (33-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-33 دیده شود سپس با اشاره به تصاویر سندرم شماره ۱۱ یا سندرم فلج شل حاد را به صورت زیر توضیح میدهد:

اگر فردی در هنگام مراجعه هر مورد فلج شل ناگهانی یعنی عدم حرکت پا و یا دست بدون سابقه تروما (ضربه) واضح جسمانی داشته باشد، در دسته بندی این سندرم قرار میگیرد.

part (33-2)

مربی بعد از برداشتن کاغذ حایل، اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم فلج شل حاد (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) چنین بیان میکند:

-ثبت سندرم فلج شل حاد در سامانه

-معرفی فوری به پزشک

-نمونه گیری و تکمیل فرم بررسی انفرادی با همکاری پزشک

-پیگیری و انتقال نمونه بیمار و اخذ جواب و ارائه پسخوراند به مرکز مربوطه

-پیگیری ورود اطلاعات بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) به سامانه و پیگیری پیامد بیماری و تاریخ آن (ترخیص یا فوت بیمار)

و پیگیری استمرار فلج در روز شصتم بعد از آغاز علائم (در بیماران نمونه منفی)

-بررسی موارد تماس (کودکان زیر ۵ سال که با بیمار فلج شل حاد در یک خانه زندگی میکنند) و نمونه گیری از آنها در صورت:

- ۱) مراجعه بیمار با تأخیر بیش از دو هفته بعد از بروز فلج
- ۲) فوت بیمار
- ۳) اخذ نمونه نامناسب از بیمار

-تأکید بر انجام دستورات پزشک

اسلاید شماره ۳۴

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم فلج شل حاد میپردازد:

-در صورت قطعی شدن پولیو، آموزش جامعه در خصوص:

- رعایت موازین بهداشت فردی (شستشوی دست قبل از تهیه و توزیع غذا و بعد از توالی)
- ضرورت تکمیل واکسیناسیون کودکان و نگهداری کارت واکسن

-آگاهی دادن به جامعه در زمینه گزارش مشاهده هر نوع فلج (تقویت نظام مراقبت سندرمیک)

-انجام واکسیناسیون تکمیلی فلج اطفال در صورت تایید آزمایشگاهی پولیو طبق دستورالعمل

-دستورالعمل: ایمن سازی تکمیلی کودکان زیر ۵ سال در این استان و استانهای مجاور در کمتر از ۲۸ روز از مورد قطعی (۳ نوبت خوراکی به فواصل یک ماه)

اسلاید شماره ۳۵**شماره ۱۲: سندرم شوک عفونی**

part (35-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-35 دیده شود و هرکدام از تعاریف سپسیس، سپسیس شدید و سپتیک شوک را با دقت و آرامش برای شرکت کنندگان توضیح میدهد:

سپسیس:

در بیمار بدحال (Severely ill) با شواهد یک عفونت موضعی یا سیستمیک (بعنوان مثال رویت ترشح چرکی) یا احتمال (استعداد) عفونت مثل نقص ایمنی، سوختگی، ...

به اضافه حداقل دو علامت از سه علامت حیاتی زیر:

تاکی پنه (تنفس تند) $(RR > 20)$

نوزادان (تا ۲ ماه) بیش از ۶۰ تنفس در دقیقه

شیرخواران (تا یکسال) بیش از ۵۰ تنفس در دقیقه

کودکان ۱-۵ سال بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه

کودکان و نوجوانان ۱۵-۵ سال بیش از ۳۰ تنفس در دقیقه

بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۲۰ تنفس در دقیقه

تاکی کاردی (ضربان قلب تند)**Heart Rate (HR)**

نوزادان زیر یکماه بیش از ۱۸۰ ضربان در دقیقه

شیرخواران زیر یکسال بیش از ۱۶۰ ضربان در دقیقه

کودکان ۱-۵ سال بیش از ۱۳۰ ضربان در دقیقه

کودکان و نوجوانان ۱۵-۵ سال بیش از ۱۲۰ ضربان در دقیقه

بالغین بالاتر از ۱۵ سال بیش از ۱۰۰ ضربان در دقیقه

هیپرترمی (تب بالا) یا هیپوترمی (حرارت پائین تر از حد نرمال):

هیپر ترمی: دمای بدن بیشتر از ۳۸ درجه سانتیگراد

هیپو ترمی: دمای بدن کمتر از ۳۶ درجه سانتیگراد

سپسیس شدید:**یعنی علائم Sepsis سپسیس به اضافه**

اختلال عملکرد ارگانهای دور از محل عفونت (بدلیل هیپوپرفیوژن و بروز ایسکمی)

و افت فشار خون که با تجویز مقدار کافی از مایعات مناسب مثل نرمال سالین، رینگر لاکتات قابل برگشت باشد.

ایسکمی پوست: پرشدگی خون مویرگی بیشتر از ۳ ثانیه طول بکشد یا رنگ پریدگی پوست (در کودکان)
(پس از برداشتن فشار انگشت از روی پوست، برگشت رنگ پوست به حالت اولیه، بیشتر از ۳ ثانیه طول بکشد.)

ایسکمی کلیه: (اولیگوری) طی ۲ ساعت کمتر از وزن بدن به CC ادرار کند
(مثلا فرد ۵۰ کیلویی طی ۲ ساعت، کمتر از ۵۰ سی سی ادرار کند.)

ایسکمی مغز: بی قراری - خواب آلودگی - کما (تغییر سطح هوشیاری)

ایسکمی ریه: تنگی نفس - کبودی مخاطها و انتهاها
گاهی (در مراحل پیشرفته) سردی انتهاها

سپتیک شوک:

علائم Severe Sepsis سپسیس شدید به اضافه افت فشار خون در حد شوک
افت فشار خونی که با تأمین مایعات مناسب به میزان کافی قابل برگشت نبوده و نیازمند تجویز داروهای افزایشنده فشارخون
(وازوپرسور) باشد
نکته: اگر افت فشار خون در septic shock سپتیک شوک با تجویز داروی وازوپرسور ظرف یکساعت برطرف نشود آنرا
Septic shock مقاوم می نامند.
تعاریف افت فشار خون:

- فشارخون سیستولی کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه یا

- ۲۰ میلیمتر جیوه افت فشارخون، نسبت به فشارخون سیستولی اولیه

part (35-2)

مربی کاغذ حایل را برمیدارد و به توضیح اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد
بالینی در مواجهه با سندرم شوک عفونی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) میپردازد:
- ثبت مورد سندرم شوک در سامانه

- معرفی فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با توجه به فوری بودن وضعیت، ارجاع بیمار مقدم بر تکمیل فرم بررسی
انفرادی است.) (با توجه به ارجاع فوری بعد از ویزیت پزشک نیازی به نمونه گیری توسط کارشناس بهداشت مرکز نیست)
- تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان.

- جداسازی نسبی و رعایت اصول حفاظت فردی (بدلیل تشخیص های محتمل با واگیری بالا و خطرناک نظیر پنومونی
طاعون، آنفلوانزای پرندگان)

- توصیه به رعایت اصول حفاظت فردی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی (ماسک در برخورد با بیماران دارای اکسیژن
نازال، دستکش و شستشوی دست، گان)

- بررسی موارد تماس با بیمار از نظر موارد ذیل:

۱) علائم مشابه در اطرافیان (۲) مدت تماس نزدیک با بیمار (۳) شناسایی افراد پرخطر یا در معرض خطر (۴) پروفیلاکسی یا ایمن سازی پس از تماس با پزشک متخصص معالج در بیمارستان و استعمال تشخیص محتمل بالینی و با نظر مرکز بهداشت شهرستان براساس پروتکل های کشوری (مثلاً مننژیت ، آنفلوانزا ، وبا و ...)
- پیگیری تشخیص احتمالی و درمانهای بیمار از طریق پزشک متخصص معالج در بیمارستان از طریق سامانه و HIS بیمارستان یا از طریق کارشناس مرکز بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی را در بیمارستان تکمیل نموده است.

اسلاید شماره ۳۶

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم شوک عفونی میپردازد:

- اطلاع رسانی به پرسنل مبنی بر رعایت موازین بهداشت فردی
- توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل پایگاه بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی (در صورت لزوم)
- پیگیری انجام نمونه گیری در بیمارستان و انتقال نمونه بیمار به آزمایشگاه / آزمایشگاههای مربوطه و اخذ جواب آزمایشگاه و ارائه پسخوراند به بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی (از طریق سامانه یا تماس تلفنی)
- اطلاع رسانی به گروه های در معرض تماس (در معرض خطر) در صورت لزوم .
- بررسی موارد مرگ های غیر مترقبه در منطقه یا اطرافیان بیمار و بررسی اطرافیان از نظر علائم مشابه بیمار
- با توجه به آستانه یک مورد برای سندرم شوک عفونی سامانه بطور خودکار مورد مشاهده سندرم را به سطح مدیریت بهداشتی بالاتر گزارش مینماید)
- بررسی موارد افزایش مرگ مشکوک در حیوانات اهلی و وحشی (شامل پرندگان)
- تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان .
- جداسازی نسبی و رعایت اصول حفاظت فردی (بدلیل تشخیص های محتمل با واگیری بالا و خطرناک نظیر پنومونی طاعون ، آنفلوانزای پرندگان)
- توصیه به رعایت اصول حفاظت فردی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی (ماسک در برخورد با بیماران دارای اکسیژن نازال ، دستکش و شستشوی دست ، گان)
- تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت (یا با هماهنگی توسط بیمارستان) انجام میشود.
- بدلیل تکمیل فرم بررسی انفرادی در بیمارستان ، درج تشخیص بالینی محتمل در صفحه اول فرم در محل تشخیص های محتمل توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان پس از مشورت با پزشک معالج

اسلاید شماره ۳۷

شماره ۱۳: سندرم سرفه مزمن

part (37-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-37 دیده شود و در توضیح و تعریف سندرم شماره ۱۳ یا سندرم سرفه مزمن به شرکت کنندگان میگوید:

اگر فرد مراجعه کننده دارای سرفه پایدار به مدت دو هفته یا بیشتر است که معمولاً همراه خلط باشد در این دسته بندی قرار میگیرد. مربی در حین ارائه مطالب به تصویر مربوطه اشاره می کند.

part (37-2)

مربی کاغذ حایل را برداشته و به توضیح اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم سرفه مزمن (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) میپردازد:

-ثبت سندرم سرفه مزمن در سامانه

-در صورت اخطار سامانه تکمیل فرم بررسی انفرادی برای بیماران منتخب در پایگاه دیده ور ، بیمارستان ، طغیانهای اماکن جمعی (صفحه اول فرم)

(منظور از گروه منتخب درصدی از بیماران دارای سرفه مزمن است که براساس گزارشات داده های مینیمم در سامانه یا براساس نظر مدیریت ارشد ، زیر گروه جمعیتی اصلی درگیر را تشکیل میدهند مثلاً در ILI این زیرگروه بیماران بستری یا سرپایی دارای ریسک فاکتور میباشند)

-نمونه گیری خلط (نمونه تنفسی تحتانی) از کلیه بیماران دارای سرفه مزمن (۳ نمونه به فاصله ۲۴ ساعت)

-نمونه سواب گلو در صورت اخطار سامانه (نمونه سواب گلو تا زمان اعلام قطع نمونه گیری توسط ستاد)

-معرفی موارد سرفه مزمن به پزشک جهت ویزیت و اقدامات درمانی لازم

-انتقال نمونه بیمار و پیگیری و اخذ جواب و ارائه پسخورانده به مرکز مربوطه

-در صورت اخطار سامانه ، رعایت بهداشت تنفسی توسط بیمار در مرکز و همچنین رعایت اصول حفاظتی توسط پرسنل

-آموزش رعایت اصول بهداشت فردی و تنفسی به بیمار و اطرافیان:

• شستشوی دست با آب و صابون

• حفظ فاصله مناسب از بیمار یعنی حدود ۱ الی ۲ متر (خودداری از Close contact تماس نزدیک با بیمار) یعنی جداسازی نسبی بیمار

• توصیه به قطع مصرف سیگار

• توصیه به استفاده مقطعی از ماسک توسط بیمار هنگام تماس با سایرین (در صورت همراه نبودن ماسک ، استفاده از دستمال کاغذی مخصوصاً به هنگام سرفه)

-در صورت اخطار سامانه ، بررسی اطرافیان بیمار از نظر:

۱- وجود علائم مشابه

۲- تماس نزدیک با بیمار

۳- پیگیری اطرافیان بیمار دارای آزمایش مثبت از نظر هرکدام از علل واگیر سرفه مزمن که در بیمار مثبت شده اند مثلاً سل

۴- آغاز پروفیلاکسی یا ایمن سازی در اطرافیان پس از استعلام تشخیص محتمل بالینی با نظر مرکز بهداشت شهرستان و براساس پروتکل های کشوری (مثلاً سل ، آنفلوانزا)

۵- توصیه به مراجعه سریع اطرافیان در صورت ابتلاء به علائم مشابه

-پیگیری تشخیص بیمار بستری از طریق تماس با پزشک معالج (یا سامانه و HIS) یا از طریق کارشناس مرکز

بهداشت شهرستان که فرم بررسی انفرادی بیمار را تکمیل نموده یا از طریق رویت پاسخ آزمایشگاه در سامانه

اسلاید شماره ۳۸

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم سرفه مزمن میپردازد:

- در صورت اخطار سامانه ، تقویت آموزش جامعه در زمینه رعایت اصول بهداشت فردی و تنفسی :
- شستشوی دست با آب و صابون
- حفظ فاصله مناسب از بیمار (خودداری از Close contact تماس نزدیک با بیمار)
- استفاده از دستمال در هنگام سرفه
- توصیه به مراجعه سریع به مراکز بهداشتی درمانی در صورت ابتلاء به سرفه مزمن
- در صورت اخطار سامانه اطلاع رسانی به پرسنل مبنی بر رعایت اصول حفاظت فردی
- توزیع امکانات حفاظت فردی به پرسنل داخل بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی تا تشخیص قطعی و سپس براساس نوع تشخیص تصمیم گیری خواهد شد.
- در صورت اخطار سامانه ، برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی منجمله دارو ، ویال توبرکولین ، تجهیزات نمونه گیری (ظرف نمونه خلط و سواب گلو به تعداد کافی)
- در صورت اخطار سامانه ، تقویت نظام مراقبت سندرمیک در مراکز جمعی منتخب (زندانشا ، آسایشگاههای سالمندان ، اردوگاههای مهاجرین و ...) جهت سندرم یابی فعال موارد سرفه مزمن و پیگیری تقویت ارسال داده ها از آن مراکز جمعی و آموزش در موارد ذیل:
- توصیه به طراحی اتاق بیمار (Sick room)
- تقویت آموزش در خصوص سرفه مزمن و دستور جداسازی آن موارد تا رسیدن به تشخیص
- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته
- در صورت اخطار سامانه ، پیگیری و هماهنگی بین بخشی: فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، شورای اسلامی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، زندان ها ، بخش درمان تأمین اجتماعی و ...
- اطلاع رسانی به گروه های پرخطر و در معرض تماس (در معرض خطر) در صورت اخطار سامانه
- در خصوص بیماران بستری ، تکمیل فرم بررسی انفرادی و نمونه گیری در بیمارستان توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان (یا با هماهنگی توسط بیمارستان) انجام میشود.
- بدلیل تکمیل فرم بررسی انفرادی در بیمارستان، درج تشخیص بالینی محتمل در صفحه اول فرم در محل تشخیص های محتمل پس از مشورت با پزشک معالج انجام میشود.

اسلاید شماره ۳۹

شماره ۱۴: سندرم مرگ ناگهانی / غیرمنتظره

part (39-1)

مربی کاغذ حایل را طوری قرار میدهد تا پارت 1-39 دیده شود، سپس سندرم شماره ۱۴ یعنی سندرم مرگ ناگهانی / غیرمنتظره را بصورت زیر برای شرکت کنندگان توضیح میدهد:

مرگ = توقف نبض و تنفس برای بیش از ده دقیقه

مرگ ناگهانی = فاصله بین شروع علائم بیماری و وقوع مرگ کمتر از ۲۴ ساعت باشد مرگ ناگهانی گفته میشود.

مرگ غیر منتظره = مرگ ناگهانی که دلایلی نظیر کهولت سن، بیماری مزمن، یا حوادث (تروماها) که مرگ را توجیه (قابل انتظار) نماید، نداشته باشد مرگ غیر منتظره گفته میشود.

بررسی وجود علایم حیاتی:

۱- دیدن حرکت قفسه سینه

۲- شنیدن صدای تنفس از دهان یا بینی

۳- لمس ضربان از ورید گردن

مربی حین ارائه مطالب مربوط به وجود علائم حیاتی، به تصویر مربوطه اشاره میکند.

part (39-2)

مربی کاغذ حایل را برداشته و به شرح اقدامات و وظایف کارشناسان بهداشت از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم مرگ ناگهانی/غیر منتظره (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی) میپردازد:
-ارجاع فوری به پزشک جهت ثبت سندرم مرگ ناگهانی / غیر منتظره در سامانه (کارشناس مجوز ثبت مرگ بدون تأییدیه پزشک را ندارد)

-درخواست فوری برای اعزام تیم بررسی و تحقیق مرکز بهداشت شهرستان

-سپس همکاری پزشک و کارشناس بهداشت با تیم مرکز بهداشت شهرستان در تکمیل فرم بررسی انفرادی (Verbal Autopsy)

-در صورت مرگ ناشی از عفونت تنفسی در بیمارستان، انجام نمونه برداری از ترشحات موجود در لوله تراشه (بقیه آزمایشات در پزشکی قانونی انجام میگردد)

-در صورت تأیید و تطبیق تعریف مرگ ناگهانی توسط تیم مرکز بهداشت شهرستان:

-اطلاع فوری به نیروی انتظامی جهت هماهنگی با مقامات قضایی به منظور ارجاع فوری جسد به پزشکی قانونی

-پیگیری تشخیص احتمالی بیمار از طریق پزشکی قانونی (از طریق سامانه و HIS یا توسط کارشناس مرکز بهداشت شهرستان) که فرم بررسی انفرادی را برای بیمار متوفی تکمیل نموده است و درج تشخیص بالینی محتمل در صفحه اول فرم در محل تشخیص محتمل براساس نظریه پزشکی قانونی و ارائه پسخوراند به مرکز بهداشتی درمانی با رعایت کلیه ملاحظات

-در صورت شک پزشکی قانونی به علل عفونی مرگ ناگهانی غیر منتظره همکاری با پزشکی قانونی در نمونه گیری و انتقال نمونه ها به آزمایشگاههای مرجع بهداشتی

(دفن بهداشتی جسد توسط پزشکی قانونی انجام خواهد شد با حفظ موازین بهداشت محیط)

-با توجه به نظریه پزشکی قانونی و مرکز بهداشت شهرستان (یعنی در صورت نیاز) همکاری کارشناس با پزشک در

بررسی اطرافیان (موارد تماس با بیمار متوفی) در انجام اقدامات ۱ تا ۴:

۱-بروز علائم مشابه قبل از مرگ بیمار در اطرافیان (بیماریابی فعال)

۲-مدت تماس با بیمار متوفی

۳-وجود وضعیت های زمینه ای پرخطر

۴-انجام پروفیلاکسی یا ایمن سازی در اطرافیان طبق پروتکل های کشوری (در مواردی نظیر مننژیت ، طاعون ، سیاه زخم ، وبا و ...)

-توصیه به رعایت اصول بهداشت فردی توسط اطرافیان (شستشوی دست با آب و صابون ، جدا کردن محل زندگی انسان و دام ، استفاده از ظروف شخصی ، اقدامات لازم جهت پیشگیری از گزش پشه و کک ، استفاده از آب و غذای سالم ، ضدعفونی محل های مورد استفاده بیمار یعنی محل استراحت و دستشویی ، عدم استفاده از ملحفه و وسایل بیمار ، جمع آوری البسه و وسایل شخصی بیمار با رعایت اصول حفاظتی)

-توصیه به رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل مرکز بهداشتی درمانی (منجمله رعایت موازین بهداشت فردی در صورت تشخیص های عفونی نظیر پنومونی طاعون)

-پیگیری و تأمین امکانات حفاظت فردی برای پرسنل داخل مرکز بهداشتی درمانی و ذخیره دارو های لازم با توجه به تشخیص اعلام شده توسط پزشکی قانونی با همکاری کامل مرکز بهداشت شهرستان
-مشارکت در برنامه های اطلاع رسانی به گروه های در معرض خطر.

اسلاید شماره ۴۰

مربی در ادامه به توضیح وظیفه مرکز بهداشت شهرستان و استان (معاونت بهداشتی) در قبال سندرم مرگ ناگهانی/غیر منتظره میپردازد:

-با توجه به آستانه یک برای سندرم مرگ ناگهانی غیر منتظره ، سامانه بطور خودکار مورد مشاهده این سندرم را به سطح مدیریتی بالاتر گزارش می نماید (مرکز بهداشت استان)

-در صورت نیاز و شک به عوامل عفونی خاص ، اقدامات بهداشتی اختصاصی آن بیماریها انجام میشود بعنوان مثال اقدامات ۱ الی ۸ :

۱-در صورت نیاز به انجام مداخلات در سایر حوزه های بین بخشی هماهنگی با فرمانداری ، شهرداری ، بخشداری ، شورای اسلامی روستا ، آموزش و پرورش ، دامپزشکی ، نیروهای نظامی و انتظامی محلی ، بهداشت محیط (این هماهنگی توسط کارشناس بهداشت شهرستان پیگیری میشود ، حتی الامکان توسط سامانه تسهیل میشود)
-در صورت شک به گسترش عوامل واگیر تنفسی در اماکن بسته:

۲-توصیه به برقراری تهویه

۳- توصیه به طراحی اتاق بیمار Sick room

۴-سندرم یابی فعال مرگ های غیر منتظره

۵-بررسی افزایش موارد مرگ مشکوک در حیوانات اهلی و وحشی

۶-اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی درمانی و پزشکان جهت گزارش موارد مشابه و آموزش و رعایت احتیاطات همه جانبه (موازین کنترل عفونت و موازین بهداشت فردی)

۷-همچنین اطلاع رسانی به پرسنل بهداشتی درمانی خارج از سیستم PHC و بخش خصوصی منجمله بیمارستانهای خصوصی

۸-آموزش موازین بهداشت فردی به جامعه / مسئولان طبق وسایل کمک آموزشی حسب نیاز و صلاحدید مرکز بهداشت استان (با توجه به پایش روند طغیان به کمک سامانه)

در ادامه مربی به ذکر نکات مهم بصورت زیر میپردازد:

- دستگاهی به نام GC mass در اختیار سازمان پزشکی قانونی کشور است که بسیاری از ترکیبات شیمیایی صنعتی عامل مسمومیت را شناسایی می نماید ولی در زمینه سموم گیاهی باید امکانات شناسایی را ایجاد نمود (دستگاه GC mass عمدتاً از روش کروماتوگرافی بهره می گیرد یا همان TLC, Thin Layer Chromatography)

- هماهنگی بعدی و توجیه قوه قضائیه و سازمان پزشکی قانونی کشور و ادارات پزشکی قانونی استانها و شهرستانها، جهت همکاری فوری .

- در صورتی که پزشکی قانونی احتمال دهد یا به نتیجه برسد که عفونت واگیر علت مرگ ناگهانی و غیر منتظره بیمار بوده است، همکاری کامل مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه در ارسال فوری نمونه بیمار متوفی به آزمایشگاههای بهداشتی تعریف شده لازمست (نکته مهم آن است که در صورت شک به مرگ در اثر مواد مخدر، الکل، گازهای جنگی و مسمومیت ها خود سازمان پزشکی قانونی امکانات لازم را در اختیار دارد اما در صورت شک به عوامل عفونی مندرج در تشخیص های افتراقی این سندرم، نیاز به همکاری حوزه بهداشتی کشور وجود دارد (نمونه های لازم در صورت شک به عوامل عفونی عبارتند از: سواب حلق و بینی، کشت خون، CSF در مواقع شک به مننکو آنسفالیت، سواب رکتال، چرک آبسه، بیوپسی ارگانها (کبد، ریه، مغز استخوان، غدد لنفاوی و غیره بسته به تشخیص پزشک قانونی) ضمناً لازمست یک تفاهم نامه وزارت بهداشت، قوه قضائیه و سازمان پزشکی قانونی کشور امضاء شود که به محض راه اندازی نظام مراقبت سندرمیک کشور، این قبیل همکاری ها لازمست زیرا در حال حاضر سازمان پزشکی قانونی کشور طبق قانون مجاز نیست در خصوص ارائه اطلاعات بیماران (منجمله مرگ در اثر مواد مخدر) یا تحویل نمونه های بافتهای آنها برای بررسی علل عفونی بدلیل محرمانه بودن اطلاعات بیماران بدون مجوز قوه قضائیه اقدام نماید و این مسأله میتواند در زمان بروز مرگ های ناگهانی غیر منتظره دسترسی به اطلاعات لازم برای کنترل و پیشگیری از گسترش بیماری توسط سیستم بهداشتی کشور را دچار تأخیر نماید.

- لازمست کلیه پزشکان شاغل در شهرها (که ضروری است سندرمها را گزارش نمایند) به خوبی آموزش ببینند که نباید برای بیمارانی که مشمول تعریف این سندرم هستند گواهی فوت صادر نمایند (در روستاها نیز نیروی انتظامی توجیه گردد که مانع دفن فوری این قبیل اجساد شوند) و پزشکان منجمله پزشکان بخش خصوصی التزام قانونی دارند تا مرکز بهداشت شهرستان مربوطه را فوراً مطلع نمایند. سپس مرکز بهداشت شهرستان موظف است مراتب را فوراً به نیروی انتظامی اطلاع داده و نیروی مذکور فوراً به پزشکی قانونی اطلاع خواهد داد. تنها سازمان پزشکی قانونی کشور مجاز است بعد از تعیین علت مرگ گواهی فوت موارد مشمول این سندرم را صادر نماید. انتقال چنین اجسادی به پزشکی قانونی توسط آمبولانس های نعلش کش انجام میگردد و استفاده از دستکش، ماسک و COVER و رعایت احتیاطات تماسی در حمل چنین اجسادی لازم است.)

تذکر بسیار مهم: اگر بیمار متوفی قبل از فوت یکی از سندرمهای دیگر ۱۳ گانه را بروز داده باشد که متعاقباً منجر به مرگ شده باشد بعبارتی تظاهر اولیه وی سندرم مرگ ناگهانی غیر منتظره نباشد، دیگر مشمول تعریف این سندرم نیست و نباید پزشکی قانونی را وارد عمل نمود (مگر بیمار متوفی واقعاً مشمول این تعریف بوده و تظاهر اولیه وی مرگ ناگهانی غیر منتظره باشد). اطلاع به پزشکی قانونی در صورتی که مرکز بهداشت شهرستان صحت این سندرم را تأیید نماید خلاف قانون است زیرا باعث گسترش بیماریهای واگیر خطرناک از طریق پزشکی قانونی میشود که در امر پیشگیری و کنترل بیماریهای واگیر از تبحر سیستم بهداشتی برخوردار نیست.

ضمیمه ۱

فرم های مربیان SHEP:

فرم همکاری داوطلبین سلامت

برگ ارزشیابی مربی

حضور غیاب شرکت کنندگان

برگه های پرسش و پاسخ

برگ گزارش مربی



شماره:

تاریخ:

پست:

بِسْمِ تَعَالَى
فرم همکاری داوطلبین سلامت
Health voluntary form

www.shepmodel.com

نام :

نام خانوادگی :

تاریخ تولد:

مدرک تحصیلی :

شغل :

تلفن تماس :

موبایل :

منزل:

محل کار :

ایمیل :

آدرس پستی :

موارد همکاری :

مربی گری

خبرنگاری

ترجمه از زبان به زبان

تهیه مطالب و گزارش

سایر :

نام و امضاء

بسمه تعالی

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقای سلامت

Systematic Comprehensive Health Education and promotion model



برگ ارزشیابی مربی

TOT License sheet For SHEP Peer Leaders



www.shepmodel.com

تاریخ :

شماره :

استان.....

شهرستان.....

بدینوسیله گواهی میشود :

جناب آقای /سرکار خانم..... فرزند.....

به شماره شناسنامه..... متولد..... با میزان تحصیلات.....

به عنوان مربی در کارگاه..... باموضوع.....

در گروه همکاران بهداشتی درمانی، همکاران محترم بین بخشی (رابطین ادارات، داوطلبین سلامت و ...)

که در مورخه های..... و..... به مدت..... ساعت برگزار گردید ، شرکت

فعال داشته و موارد کلاسی و کارگروهی و همچنین در کسب مهارتهای :

تسلط علمی به مطالب بانمره..... نحوه بیان بانمره..... فن ایجاد ارتباط بانمره.....

با نمره کل..... موفق بوده اند./.

نام و نام خانوادگی رییس

امضا

نام و نام خانوادگی مسئول گروه

امضا

توجه: کارشناسان محترم استانی و شهرستانی برگزارکننده کارگاه های TOT، میتوانند مشخصات مربیان موفق شده در آزمون مربی گری استان و شهرستان خود را در سایت به آدرس www.shepmodel.com وارد نمایند.

لیست حضور و غیاب شرکت کنندگان در جلسات آموزشی
مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت (SHEP)

استان شهرستان.....
محل آموزش



www.shepmodel.com

گروه هدف :

موضوع آموزش :

نام و سمت آموزش دهنده :

تاریخ / روز آموزش :

ردیف	نام نام خانوادگی	سن	متاهل / مجرد	میزان سواد	شغل	امضاء
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						
۲۱						
۲۲						
۲۳						
۲۴						
۲۵						
۲۶						
۲۷						
۲۸						
۲۹						
۳۰						

امضاء مربی

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات

😊

بزرگ سوال
هر سوال = یک قدم به جلو

👉 نظرات و پیشنهادات



ضمیمه ۲
برنامه عملیاتی
فرمهای گزارش
استانی و شهرستانی



فرم جمع بندی کارگاه های TOT, TOS, TOP و آموزش مردمی SES, PES

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

ویژه حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه

موضوع بسته آموزشی..... تاریخ تکمیل فرم.....



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی.....

ردیف	موضوع بسته آموزشی:	حوزه معاونت بهداشتی		شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها		تعداد کل		توضیحات		
		تعداد کارگاه	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تعداد نفرات	تعداد کل نفرات	تعداد کل جلسات			
۱	TOT تربیت مربی : مربیان شهرستان	کارگاه : / / / / / /	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تعداد نفرات	تعداد کل جلسات	تعداد کل نفرات			
									تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم
									کارگاه : تربیت مربی کادر بهداشت و درمان	TOS
۳	TOP تربیت مربی داوطلبین سلامت و گروه های همسان	کارگاه : / / / / / /	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تعداد نفرات	تعداد کل جلسات	تعداد کل نفرات			
									تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم
									کارگاه : تربیت مربی داوطلبین سلامت و گروه های همسان	SES
۵	PES جلسات آموزش مردمی توسط: داوطلبین سلامت و گروه های همسان	کارگاه : / / / / / /	تعداد نفرات	تعداد کارگاه	تعداد نفرات	تعداد کل جلسات	تعداد کل نفرات			
									تاریخ روز اول	تاریخ روز دوم
									کارگاه : تربیت مربی کادر بهداشت درمان	SES

نام و نام خانوادگی کارشناس استان :.....
امضاء:

۱- کارگاه های **TOT=Training of trainers** کارگاه های تربیت مربی (کارشناسان) شهرستان میباشد.

۲- کارگاه های **TOS=Training of health Staff** کارگاه های تربیت مربیان کادر بهداشت درمان می باشد.

کارگاه های **TOS** حوزه معاونت بهداشت یعنی کارگاه های توجیه و **Advocacy** سایر مدیران و کارشناسان گروههای حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه. (معاونت بهداشتی (TOS) کارگاه های **TOS** حوزه شبکه های بهداشت شهرستان یعنی توجیه و **Advocacy** سایر کارشناسان حوزه ستادی شبکه بهداشت شهرستان. (شبکه بهداشت (TOS)

۳- کارگاه های **TOP=Training of Peer educators** کارگاه های تربیت مربیان همسان، داوطلبین سلامت ادارات و محلات و ...

کارگاه های **TOP** حوزه معاونت بهداشت یعنی کارگاه های دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین ادارات کل استانی طرف ارتباط با دانشگاه (معاونت بهداشتی (TOP) کارگاه های **TOP** حوزه شبکه های بهداشت شهرستان یعنی کارگاه های دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین، مربیان همسان و ... شهرستان (شبکه بهداشت (TOP)

۴- جلسات آموزش مردمی **SES= Staff to public Education Sessions** جلسات آموزش مستقیم مردمی توسط مربی کادر بهداشت و درمان.

جلسات آموزش مردمی **SES** حوزه معاونت بهداشتی یعنی برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط مربی و کارشناس استانی و معاونت بهداشتی در سازمانهای بین بخشی مانند ، مطبوعات محلی، آموزش و پرورش شهرستان، بهزیستی شهرستان، نماز جمعه شهرستان و..... (معاونت بهداشتی (SES)

جلسات آموزش مردمی **SES** حوزه شبکه های بهداشت یعنی برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط مربی و کارشناس شهرستانی در سازمانهای بین بخشی مانند ، مطبوعات محلی، آموزش و پرورش شهرستان، بهزیستی شهرستان، نماز جمعه شهرستان و..... (شبکه بهداشت (SES)

۵- جلسات آموزش مردمی **PES= Peer Education Sessions** جلسات آموزش مستقیم مردمی توسط رابطین، ادارات و مربیان همسان .

جلسات آموزش مردمی **PES** حوزه معاونت بهداشتی یعنی برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط داوطلبین سلامت و مربیان همسان استانی در سازمانهای مربوطه (معاونت بهداشتی (PES)

جلسات آموزش مردمی **PES** حوزه شبکه های بهداشت یعنی برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط داوطلبین سلامت و مربیان همسان شهرستانی در سازمانهای مربوطه (شبکه بهداشت (PES)

توجه

✓ کارگاه های **TOT, TOS, TOP** دو روزه، ترجیحا یک هفته فاصله بین دو روز (جهت تمرین و مطالب) تنظیم خواهند شد. ولی در کارگاه های استانی و در سطح معاونت بهداشتی بعثت کمبود زمان، محل اسکان و مشکل رفت آمد از شبکه های بهداشت آمادگی بیشتری مربیان برای ارایه ، میتوان کارگاه را بصورت دو روز پشت سرهم برگزار کرد.

✓ در رده شبکه بهداشت، کارگاه های **TOT** وجود ندارد.

✓ در صورت بیشتر بودن تعداد کارگاه های **TOS** و **TOP** استانی ، و پر شدن قسمت تاریخ کارگاه ها ، بقیه موارد در قسمت توضیحات اشاره شود.

✓ فرم ها توسط کارشناسان استانی فرایند موضوع بسته آموزش مربوطه، تکمیل و کپی آن در موعد مقرر جهت جمع بندی به مراجع بالاتر ارسال می گردد.



فرم جمع بندی کارگاه های TOS, TOP و آموزش مودمی SES, PES

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت

ویژه شبکه بهداشت و درمان شهرستان



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی

موضوع بسته آموزشی: تاریخ تکمیل فرم:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان:

توضیحات	تاریخهای برگزاری کارگاه		تعداد تفراک	تعداد کارگاه	کارگاه / جلسه	نوع	شماره
	تاریخ روز دوم	تاریخ روز اول					
	/ /	/ /			کارگاه: تربیت مربی گادر بهداشت و درمان	TOS	۱
	/ /	/ /					
	/ /	/ /					
	/ /	/ /			کارگاه: تربیت مربی داوطلبین سلامت و گروه های همسان	TOP	۲
	/ /	/ /					
	/ /	/ /					
			تعداد تفراک	تعداد جلسات	جلسات آموزش مودمی توسط: گادر بهداشت درمان	SES	۳
			تعداد تفراک	تعداد جلسات			
			تعداد تفراک	تعداد جلسات	جلسات آموزش مودمی توسط: داوطلبین سلامت و گروه های همسان	PES	۴
			تعداد تفراک	تعداد جلسات			

نام و نام خانوادگی کارشناس شهرستان:

امضاء:

۱- کارگاه های **TOS=Training of health Staff** کارگاه های تربیت مربیان کادر بهداشت درمان می باشد.

کارگاه های **TOS** حوزه شبکه های بهداشت شهرستان یعنی توجیه و **Advocacy** سایر کارشناسان حوزه ستادی شبکه بهداشت شهرستان... (شبکه بهداشت TOS)

۲- کارگاه های **TOP=Training of Peer educators** کارگاه های تربیت مربیان همسان، داوطلبین سلامت ادارات و محلات و ...

کارگاه های **TOP** حوزه شبکه های بهداشت شهرستان یعنی کارگاه های دو روزه به منظور تربیت مربی در بین رابطین، مربیان همسان و...شهرستان (شبکه بهداشت TOP)

۳- جلسات آموزش مردمی **SES= Staff to public Education Sessions** جلسات آموزش مستقیم مردمی توسط مربی کادر بهداشت و درمان.

جلسات آموزش مردمی **SES** حوزه شبکه های بهداشت یعنی برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط مربی و کارشناس شهرستانی در سازمانهای بین بخشی مانند ، مطبوعات محلی، آموزش و پرورش شهرستان، بهیستی شهرستان ، نماز جمعه شهرستان و... (شبکه بهداشت SES)

۴- جلسات آموزش مردمی **PES= Peer Education Sessions** جلسات آموزش مستقیم مردمی توسط رابطین، ادارات و مربیان همسان .

جلسات آموزش مردمی **PES** حوزه شبکه های بهداشت یعنی برگزاری جلسات آموزشی به صورت مستقیم توسط داوطلبین سلامت و مربیان همسان شهرستانی در سازمانهای مربوطه . (شبکه بهداشت PES)

توجه

- ✓ کارگاه های **TOS, TOP** دو روزه ، ترجیحا یک هفته فاصله بین دو روز (جهت تمرین و آمادگی بیشتر مربیان برای ارایه مطالب) می باشد.
- ✓ در صورت بیشتر بودن تعداد کارگاه های **TOS** و **TOP** شهرستانی ، و پر شدن قسمت تاریخ کارگاه ها ، بقیه موارد در قسمت توضیحات اشاره شود.
- ✓ فرم ها توسط کارشناسان شهرستانی فرایند موضوع بسته آموزش مربوطه، تکمیل و کپی آن در موعد مقرر جهت جمع بندی به مراجع بالاتر ارسال می گردد.

ضمیمه ۲

اصطلاحات

Close contact = تماس نزدیک

CSF= cerebro spinal fluid

Diseases= بیماری

Early warning system= سیستم هشدار سریع

GC-MS =Gas Chromatography Mass Spectrometry

Health volunteers= داوطلبین سلامت

HIS= Health/Hospital Information System

Hyperthermia= دمای بالای بدن

Hypothermia= دمای کم بدن

ILI= influenza like illness

Ischemia= کم خونی موضعی و موقت

MMR= measles mumps rubella

Outbreak = طغیان

PHC= primary health care

Prophylaxis= پیشگیری

Rapid response= واکنش سریع

SARI= Severe Acute Respiratory Infection

Sick room= اتاق بیمار

Syndrome= نشانگان

Syndromic surveillance system = نظام مراقبت سندرمیک

Tachycardia= تپش تند قلب

Tachypnea= تنفس تند

TLC= Thin Layer Chromatography

Verbal autopsy= is a research method that helps determine probable causes of death in cases where there was no medical record or formal medical attention given.

ضمیمه ۴

منابع و رفرانس ها

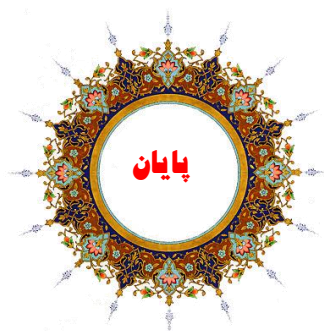
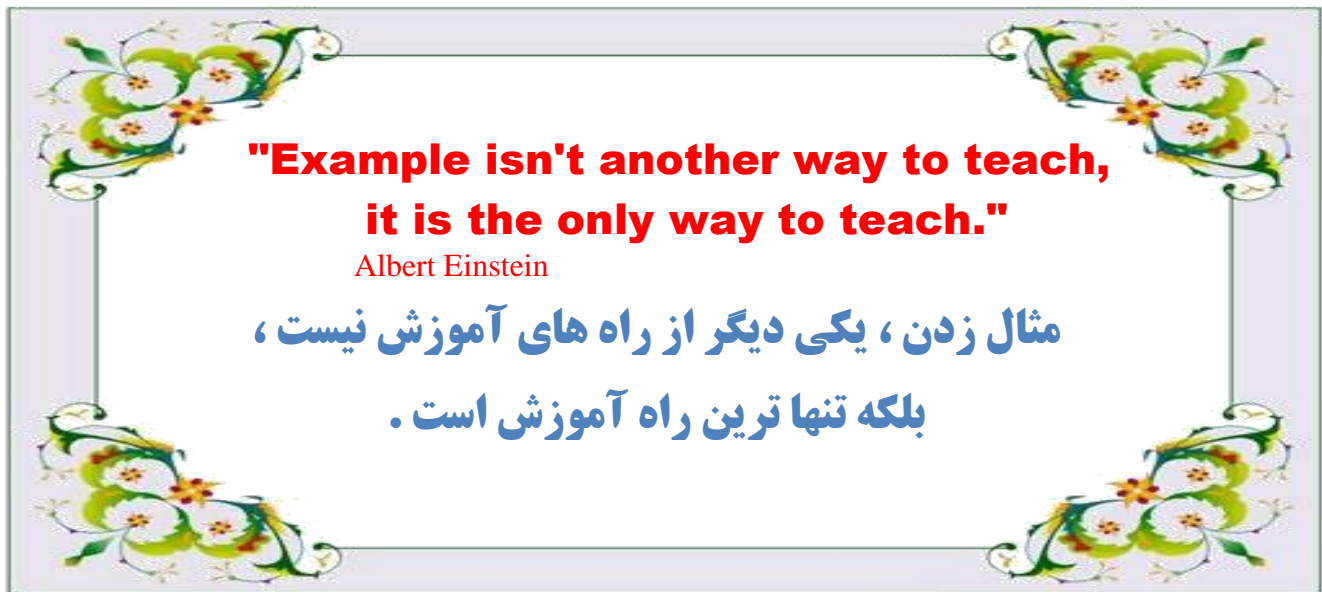
منابع بخش اول (مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت)

1. Glanz, K., Rimer, B. Health behavior and health education, theory, research and practice, 4th edition. Jossey - Bass, California.
2. Sharma, M., Romas, J.A (2008) theoretical foundations of health education and health promotion, Jones and Bartlett publishers, Sudbury, USA.
3. Cottrel, R.R., Girvan, J.T., Mckenzie, J. F (2006). Principles and foundations of Health promotion and Education, USA: Pearson Education.
4. Pencheon, D., ed & et al (2006). Oxford Handbook of public Health practice. UK: Oxford University Press.
5. Guttman, N (2000). Public Health communication Interventions: Values and ethical dilemmas, Thousand Oaks, CA: Sage.
6. Edelman C.L & Mandle, C (2006). Health promotion throughout the life span, Canada: Elsevier, Mosby.
7. Ajzen, A., & Fishbein, M. (1980), Understanding attitudes and predicting social behavior. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
8. Butler, J. T (1997). Principles of Health Education & Health promotion. (2nd ed). Colorado: Morton Publishing Company.
9. Naidoo, J., Wills, J (2000). Health promotion: Foundations for practice. UK: Bailliere Tindall.
10. Green, L.W., Kreuter, M.W. (1999), Health promotion planning: An educational and environmental approach, Mayfield, Mountain View, California.
11. Egger, G., Donovan, R., Spark, R. (1993), Health and media: principles and practice for health promotion, MC Graw-Hill Sydney.
12. Butler, J.T. (1997) principles of health education and health promotion, Morton Pub, Colorado.
13. McGuire, W. (1991). Theoretical foundations of campaigns. In: Rice R., Paisley W., eds. Public communication campaigns. Thousand Oaks, CA: Sage Pub.
14. Miliou, N (1987), Making healthy policy: developing the science by learning the art: an Ecological framework for policy studies, Health promotion, 2, 3 pp. 263 - 274.
15. Keith, T. "The methodology of health education" Journal of the Royal Society of Medicine Supplement. NO.13 Volume 79 1986.
16. Pescosolido, B.A., Levy, J.A., eds (2002) social networks and health, 8th ed. Elsevier, Inc.
17. Goodman, R.M., Stekler, A., Keyler, M.C (2002), Mobilizing organizations for health enhancement: theories of organizational change, in Glanz, K., et al. Health behavior and health education, 3rd edition, Jossey - Bass, California.
18. Guion, L.A. (2006) Educational Methods for Extension programs, IFAS, Florida.
19. Hahn, R.A. (Ed). (1999). Anthropology in public health: bridging differences in culture and society. New York: Oxford University Press.
20. Nutbeam, D (2006), Effective health promotion programs, in Pencheon, D., Guest, C., Meltzer, D., Muir Gray, J.A Oxford handbook of public health practice, Oxford University Press, Oxford.
21. Adams, J. "Successful Strategic Planning: Creating Clarity." Journal of Healthcare Information Management, 2005, 19(3), 24-31.
22. American Academy of Family Physicians. "Good Communication Is Sign of Good Medicine for FP of the Year." FP Report, Oct. 1999.
23. American Association of Medical Colleges. "AAMC Report Aims to Enhance Communications Skills Training at U.S. Medical Schools, AAMC Issues Doctor-Patient Communications Fact Sheet, Launches 'Doctoring 101' 1999. 2005.
24. Bertrand, J.T. "Evaluating Health Communication Programs." The Drum Beat, no. 302, Communication Initiative, . 2005.
25. Cline, R.J.W., and Haynes, K.M. "Consumer Health Information Seeking on the Internet: The State of the Art." Health Education Research, 2001, 16(6), 671-692.
26. Babrow, A. "Tensions Between Health Beliefs and Desires: Implications for a Health Communication Campaign to Promote a Smoking Cessation Program." Health Communication, 1991, 3(2), 93.
27. Coffman, J. "Public Communication Campaign Evaluation: An Environmental Scan of Challenges, Criticisms, Practice, and Opportunities." 2002.
28. Freimuth, V., Linnan, H. W., and Potter, P. "Communicating the Threat of Emerging Infections to the Public." Emerging Infectious Diseases, 2000, 6(4), 337-347.
29. Health Communication Unit. Center for Health Promotion. University of Toronto. "Health Communication." Retrieved Mar. 2006.
30. Lipkin, M. J. "Patient Education and Counseling in the Context of Modern Patient-Physician-Family Communication." Patient Education and Counseling, 1996, 27 (1), 5-11.

منابع بخش دوم (نظام مراقبت سندرمیک)

1. Lewis MD, Pavlin JA, Mansfield JL, et al. Disease outbreak detection system using syndromic data in the greater Washington, DC area. *Am J Prev Med* 2002;23:180--6.
2. Lazarus R, Kleinman K, Dashevsky I, et al. Use of automated ambulatory-care encounter records for detection of acute illness clusters, including potential bioterrorism events.
3. گویا مم, ستوده, ناصح مه. راهنمای نظام مراقبت بیماریها / هشدار سریع و پاسخ به آنها: مرکز مدیریت بیماریها; ۱۳۸۶.
4. سیدیان, جهانگیری, امیری. فرم گزارش بیماران مشکوک (نظام مراقبت سندرمیک بیماریها). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز. ۱۳۸۹.
5. Bravata DM, McDonald KM, Smith WM, et al. Systematic review: surveillance systems for early detection of bioterrorism-related diseases. *Ann Intern Med* 2004;140:910
6. Miller B, Kassenborg H, Dunsmuir W, et al. Syndromic surveillance for influenza like illness in ambulatory care network. *Emerg Infect Dis* 2004;10:1806--11
7. Lazarus R, Kleinman K, Dashevsky I, DeMaria A, Platt R. Using automated medical records for rapid identification of illness syndromes: the example of lower respiratory infection. *BioMed Central Public Health* 2001;1:1--9
8. Platt R, Bocchino C, Caldwell B, et al. Syndromic surveillance using minimum transfer of identifiable data: the example of the National Bioterrorism Syndromic Surveillance Demonstration Program. *J Urban Health* 2003;80(Suppl 1):i25--i31
9. Kleinman K, Lazarus R, Platt R. A generalized linear mixed models approach for detecting incident clusters of disease in small areas, with an application to biological terrorism (with invited commentary). *Am J Epid* 2004;159:217--24
10. Boivin G, Hardy I, Tellier G, Maziade J. Predicting influenza infections during epidemics with use of a clinical case definition. *Clin Infect Dis* 2000;31:1166--9
11. Kohane IS. The contributions of biomedical informatics to the fight against bioterrorism. *J Am Med Inform Assoc*. 2002;9:116--9
12. Mostashari F, Hartman J. National Syndromic Surveillance Conference. New York Academy of Medicine [Web posting of conference proceedings]. Available at: <http://www.nyam.org/events/syndromicconference/>. Accessed Jan 8, 2003.
13. Hogan WR, Tsui F-C, Ivanov O, et al. Detection of pediatric respiratory and diarrheal outbreaks from sales of over-the-counter electrolyte products. *J Am Med Inform Assoc*. 2003; 10:555--62
14. Jernigan DB, Koski E, Shoemaker HA, Mallon RP, Pinner RW. Evaluation of laboratory test orders and results in a national laboratory data repository: implications for infectious diseases surveillance [abstract]. International Conference on Emerging Infectious Diseases, Jul 2000, Atlanta, GA
15. Zelicoff A, Brillman J, Forslund DW, et al. The Rapid Syndrome Validation Project (RSVP). *Proc AMIA Symp*. 2001:771--5
16. Ivanov O, Wagner MM, Chapman WW, Olszewski RT. Accuracy of three classifiers of acute gastrointestinal syndrome for syndromic surveillance. *Proc AMIA Symp*. 2002:345--9
17. Begier E, Sockwell D, Branch L, et al. The National Capitol Region's emergency department syndromic surveillance system: do chief complaint and discharge diagnosis yield different results? *Emerg Infect Dis*. 2003;9:393--6
18. Beeler GW. HL7 version 3—an object-oriented methodology for collaborative standards development. *Int J Med Inf*. 1998; 48(1--3):151--61
19. Wagner MM, Tsui F-C, Espino JU, et al. The emerging science of very early detection of disease outbreaks. *J Public Health Manag Pract* 2001;7:50--8

- Buehler JW, Berkelman RL, Hartley DM, Peters CJ. Syndromic surveillance and bioterrorism-related epidemics. *Emerg Infect Dis* 2002;9:1197--1204. ۲۰
- Mostashari F, Karpati A. Towards a theoretical (and practical) framework for prodromic surveillance [Abstract]. *International Conference on Emerging Infectious Diseases, Atlanta, GA, March 24--27, 2002*. ۲۱
- Stern L, Lightfoot D. Automated outbreak detection: a quantitative retrospective analysis. *Epidemiol Infect* 1999;122:103--110. ۲۲
- Olson KL, Mandl K. Geocoding patient addresses for biosurveillance [Abstract]. *Proc AMIA Symp* 2002;1119. ۲۳
- Pavlin JA, Mostashari F, Kortepeter MG, et al. Innovative surveillance methods for rapid detection of disease outbreaks and bioterrorism: results of an interagency workshop on health indicator surveillance. *Am J Public Health* 2003;93:1230--5. ۲۴
- Reingold A. If syndromic surveillance is the answer, what is the question? *Biosecur Bioterror* 2003;1:1--5. ۲۵
- Begier EM, Sockwell D, Branch LM, et al. The National Capitol Region's emergency department syndromic surveillance system: do chief complaint and discharge diagnosis
- Gesteland PH, Wagner MM, Chapman WW, et al. Rapid deployment of an electronic disease surveillance system in the state of Utah for the 2002 Olympic Winter Games. *Proc AMIA Symp* 2002;285--289. ۲۷
- Kluger MD, Sofair AN, Heye CJ, Meek JI, Sodhi RK, Hadler JL. Retrospective validation of a surveillance system from unexplained illness and death: New Haven County, Connecticut. *Am J Public Health* 2001; 91:1214--9. ۲۸
- Das D, Weiss D, Mostashari F, et al. Enhanced drop-in syndromic surveillance in New York City following September 11, 2001. *J Urban Health* 2003;80(2 Suppl 1):i76--88. ۲۹





انسان سالم
محور توسعه پایدار

Healthy human
is the base for sustainable development

Islamic Republic of IRAN
Syndromic Surveillance System
Experts trainer Instruction Book

Systematic comprehensive Health Education and Promotion model

تحویلی نو. در سیستم آموزش و ارتقاء سلامت
SHEPmodel

مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت



www.shepmodel.com