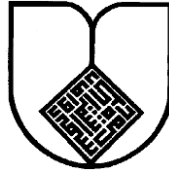


پنجشنبه ۱۳۹۷/۰۳/۰۵  
نقشه کل سلامت بهداشت  
استان اصفهان



# نقشه جامع سلامت استان اصفهان



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



سلامت محور همه چیز، حتی عروج انسان است و هر انسانی حتی اگر در  
عرصه معنویت بخواهد رشد کند باید فرد سالمی باشد.  
(مقام معظم رهبری مد ظله العالی)



# نقشه جامع سلامت استان

## پدید آورندگان:

دکتر کمال حیدری، دکتر شاهین شیرانی، دکتر مجتبی رحیمی  
دکتر پژمان عقدک، شهلا شهیدی، دکتر الهام معظم

## همکاران:

دکتر محمد حسین یارمحمدیان، دکتر ناهید گرامیان، دکتر رامش حسینخانی،  
دکتر محمد آرش رضانی، دکتر مریم طباطباییان، حسین توازهی،  
سودابه امینی، دکتر شهره اخوان ظاهری

### با تشکر از اعضای کمیته های مشورتی :

صادقیان، دکتر غلامحسین	ادیبی، دکتر پیمان
صراف زادگان، دکتر نضال	اسفندیاری، جعفر
صفاری، حسین	اقتداری، شکوه
طالقانی، دکتر فریبا	آکوچکیان، دکتر شهلا
طباطبایی، دکتر نفیسه	امیدی، راضیه
طغیانی، راهله	انتظاری، دکتر محمدحسن
عظیمی، دکتر پریسا	باقری، کتایون
فارسی، حسین	بکرانی، اصغر
فدایی، دکتر رضا	بهمن زیاری، دکتر فرهاد
قاسمی پور، محمدرضا	تاشی، شهره
کشاورزیان، دکتر امیر	جعفری، سکینه
مباشری زاده، سینا	جوانمردی، زهرا
محبوبی پور، دکتر حسین	حدادپور، آصفه
مستاجران، مهناز	حیدری، جواد
مستمند، دکتر جاوید	رادان، دکتر محمدرضا
مصطفوی، دکتر سید ابوالفضل	راستین، دکتر سید غفور
مصلحی، دکتر محسن	رزمجو، دکتر حسن
معتمدی، دکتر ندا	روانخواه، دکتر زهرا
موسوی، دکتر سید علی	روحانی، محسن
میرمیران، دکتر پریناز	زندیه، دکتر مسعود
نریمانی، سیمین	ساعی، دکتر محمد علی
نعمت الهی، شهربانو	شماس اصفهانی، دکتر محمد
یمانی، دکتر نیکو	شیری، دکتر منصور

## پیش‌گفتار

جمهوری اسلامی ایران در نیمه راه گذار موثر جمعیتی و بهداشتی جامعه قرار دارد. در سال‌های گذشته کشور شاهد پیشرفتی بزرگ در توسعه نظام سلامت و بهبود وضعیت بهداشتی بوده است. به دنبال این تحولات مثبت، در آستانه تدوین برنامه چهارم توسعه، انجمنی بیست ساله برای توسعه کشور ترسیم شد تا برنامه‌های توسعه با جهت‌گیری دست‌یابی به ویژگی‌های افق مقصد، تنظیم و تدوین شود. پیش‌نویس اولیه این سند پس از طی مراحل تکمیل و تصویب گردید و با عنوان چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی ابلاغ گشت. به استناد این سند با امکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش جمعی در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی، در چشم‌انداز بیست ساله، ایران کشوری توسعه‌یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه، با هویت اسلامی و انقلابی، امام‌نخستین در جهان اسلام و با تعادل سازنده و مؤثر در روابط بین‌الملل اعلام گردید.

به منظور تحقق این چشم‌انداز، نقشه جامع کشور تهیه و مقام معظم رهبری بر تهیه نقشه جامع علمی سلامت تاکید نمودند. به دنبال تاکید مقام معظم رهبری و دستور مقام عالی وزارت، تهیه نقشه جامع سلامت، توسط هیئت امنا، وزارتخانه به دانشگاهها ابلاغ گردید و پس از طرح در جلسه هیئت رئیسه، این مأموریت به معاون بهداشتی دانشگاه محول گردید که در این راستا جلسات زیادی تشکیل و رازنی‌های بسیاری انجام شد. مسائل و مشکلات سلامت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در نهایت نقشه جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی به صورت سندی که در پیش رو دارید شکل گرفت.

اگرچه مهم‌ترین خصوصیت این سند تهیه شده، مشارکت جمعی بزرگ از صاحب نظران دانشگاه و صرف زمان و انرژی بسیار است اما پیاده‌سازی و اجرایی آن نیاز به مشارکت و بهیله کلیه واحد‌های ستادی و محیطی تان دانشگاه را دارد. اینجا به وظیفه خود میدانم از همه کسانی که در تهیه این نقشه مشارکت داشتند، اعم از اینکه در جلسات شکل‌گیری ایده‌های اولیه آن شرکت کردند، یا با انعکاس نظرات خود به بهبود و توسعه آن مساعدت نمودند مراتب امتنان را به جای آورم.

دکتر شاپور شیرانی

رئیس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و قائم مقام وزیر

مطالب	فهرست صفحه
پیشگفتار.....	۴
فهرست مطالب.....	۵
مقدمه.....	۷
فصل اول: کلیات.....	۸-۲۷
ضرورت و هدف تدوین نقشه سلامت استان اصفهان.....	۹
ضروری بازنگری نقشه سلامت استان.....	۱۱
الزامات و پیش نیازهای ضروری برای تدوین نقشه سلامت استان.....	۱۶
مراحل اجرایی تدوین نقشه سلامت استان.....	۱۹
چارچوب اجرایی و ساختار (کمیته های اختصاصی برنامه های راهبرد، حوزه ها و کمیته مرکزی تلفیق نقشه).....	۲۵
فصل دوم: تحلیل موقعیت عمومی استان اصفهان.....	۲۸-۴۷
جمعیت و ساختار آن در استان اصفهان.....	۲۹
آمار و شاخص های مهم سلامت.....	۳۰
تعیین اولویت های مهم سلامت استان.....	۳۴
سازمان های مسئول و درگیر در سلامت استان.....	۴۴
فصل سوم: چالش های نظام سلامت.....	۴۸-۶۳
فهرست منابع.....	۶۴
پیوست ها.....	۶۵-۲۳۷
پیوست ۱- نقشه راه پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری های غیرواگیر.....	۶۶-۷۹
پیوست ۲- نقشه راه پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی.....	۸۰-۱۰۶
پیوست ۳- نقشه راه پیشگیری و کنترل بیماری دیابت.....	۱۰۷-۱۱۵
پیوست ۴- نقشه راه پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیرعمدی.....	۱۱۶-۱۲۶
پیوست ۵- نقشه راه پیشگیری و کنترل سرطان های شایع منطقه.....	۱۲۷-۱۴۰

- پیوست ۶- نقشه راه گروه سلامت خانواده و جمعیت ..... ۱۵۴-۱۴۱
- پیوست ۷- نقشه راه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری..... ۱۷۷-۱۵۵
- پیوست ۸- نقشه راه کنترل بیماری های شغلی و پیشگیری از حوادث شیمیایی..... ۱۸۶-۱۷۸
- پیوست ۹- نقشه راه گروه توسعه شبکه..... ۱۹۰-۱۸۷
- پیوست ۱۰- نقشه راه سلامت دهان و دندان..... ۱۹۵-۱۹۱
- پیوست ۱۱- نقشه راه بهبود تغذیه ..... ۲۰۴-۱۹۶
- پیوست ۱۲- نقشه راه آزمایشگاه رفرانس بیماری ها..... ۲۱۲-۲۰۵
- پیوست ۱۳- انتظارات نقشه جامع سلامت از ادارات و سازمان ها..... ۲۳۴-۲۱۳
- پیوست ۱۴- فهرست اولویت های پژوهشی نقشه جامع سلامت استان..... ۲۳۸-۲۳۵

## مقدمه:

.....وَمَا أُرِيدُ أَنْ أُخَالِفَكُمْ إِلَىٰ مَا أَنْهَاكُمْ عَنْهُ إِنِّي أُرِيدُ إِلَّا الْإِصْلَاحَ مَا

اسْتَطَعْتُ وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ

نمیخواهم جز اصلاح کردن (شما) را تا آن حد که توان دارم. موفقیتم جز

به (یاری) خداوند نیست. فقط بر او توکل کرده ام و فقط به او روی می آورم.

سوره هود آیه ۸۸

پيامبر اکرم (ص) می فرماید:

من بیشتر از آنکه از فقر اقتصادی بر اتم ترسم، از ضعف نظر و سوء تدبیر هراس دارم.

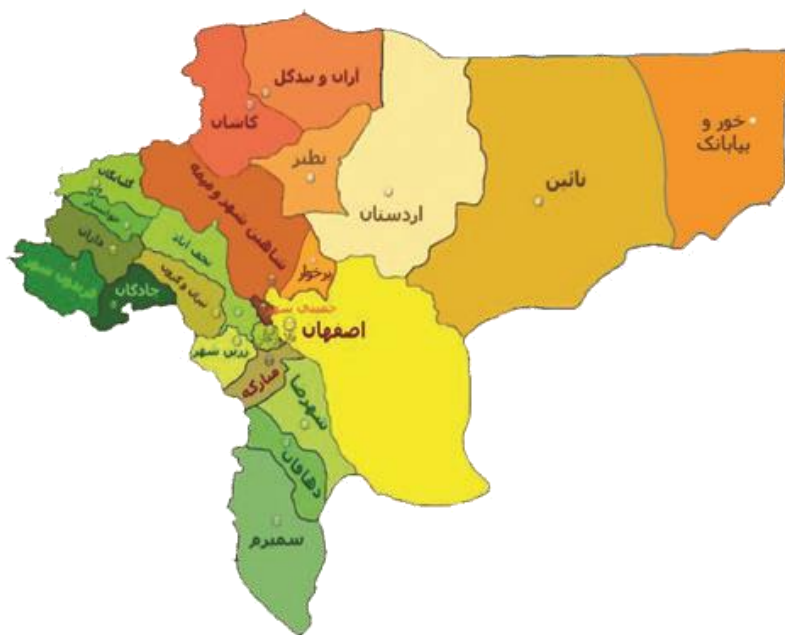
پروردگار متعال را شکر که در دهه توسعه و پیشرفت نظام اسلامی و کشور عزیزمان ایران بسر می برم و به عنوان خدمتگزار حقیقی، توفیق حاصل شد تا با همفکری و همکاری و همدلی دوستانی دلسوز و آگاه در جهت تحقق منویات رهبر معظم انقلاب حضرت آیت ... خامنه ای که با هدایتها و منویات عالمانه ایشان مبنی بر داشتن برنامه جامع و نقشه رسیدن به آینده مطلوب و انشاء... تحقق تمدن نوین اسلامی در حد توان گامی برداشته باشیم و از اینکه ماموریت تدوین نقشه جامع سلامت استان به اینجانب محول گردید، خدا را سپاس می گویم و از عزیزان و همکارانی که در تحقق این نقشه (مجموعه) بنده را یاری و راهنمایی فرمودند کمال تشکر و امتنان را داشته و امید واثق دارم این مجموعه که با دلسوزی و امید بسیار تهیه گردیده، با تحقق و اجرایی شدن آن، ضمن به نمایش گزاردن همکاری بین بخشی و کار تیمی در جهت تحقق اهداف این نقشه، شاهد موفقیت های چشم گیری در زمینه ارتقای سلامت مردم عزیز استان اصفهان باشم.

دکتر کمال حیدری

رئیس مرکز بهداشت استان و دبیر اجرایی نقشه جامع سلامت



## فصل اول : کلیات



## \* ضرورت و هدف تدوین نقشه جامع سلامت استان

امیر مومنان، حضرت علی (ع) فرمود: خدا رحمت کند کسی را که بداند: از کجاست؟ در کجاست؟ برگذاری رود؟

هر سازمان که خواستار رشد، توسعه، کارآمدی و بهره‌وری است، وجود برنامه و حرکت بر مبنای آن امری ضروری به شمار می‌آید. «بهره‌گیری از منابع محدود» و «دستیابی به هدف‌های مطلوب» دو مفهوم بنیادین برنامه‌ریزی را تشکیل می‌دهند. بر همین اساس برنامه‌ریزی را تهیه، توزیع و تخصیص عوامل، وسایل و منابع محدود برای رسیدن به هدف‌های مطلوب در حداقل زمان و با حداقل هزینه ممکن تعریف میکنند. برنامه‌ریزی تنها در چارچوب مدیریت، توجیه می‌گردد و مدیریت نیز به مفهوم واقعی آن نمی‌تواند بدون برنامه در وصول به مقصود خود موفق باشد.

در غالب کشورها برنامه ملی یا برنامه توسعه وجود دارد که اهداف و وظایف هر یک از بخشهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در هر ناحیه و در هر دوره خاص تعیین می‌کند و هر سازمان دولتی به منزله جزیی از سازمان وسیع اجرایی کشور، قسمتی از وظایف در راستای رسیدن به اهداف فرعی را به عهده می‌گیرد.

برخورداری از یک زندگی سالم، موّلد و با کیفیت، توام با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که مسئولیت و تولیت آن بر عهده دولت‌ها است و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است. برای دستیابی به توسعه پایدار قطعاً انسان سالم نقش کلیدی و محوری دارد و بدیهی است حفظ و ارتقاء سطح سلامتی انسان نیازمند یک نظام سلامت کارآمد است. نظام سلامت به عنوان سامانه‌ای که عهده دار اعتلای سلامت جامعه است مدیریت این مهم را به عهده دارد.

سلامتی افراد، یک سرمایه ذخیره است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر مستهلک می‌شود. بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن می‌گردد و سرمایه‌گذاری در سلامت، این استهلاک را جبران می‌کند. نظام و دولت در چشم‌انداز بیست ساله، بایستی با اعمال سیاست‌های درست در جهت کاهش این استهلاک حرکت کرده و اهداف چشم‌انداز را محقق کنند.

نمود اعتلای سلامت در جامعه افزایش طول عمر آحاد مردم همراه با حداکثر توانایی ممکن است. این اتفاق زمانی حاصل می‌گردد که بار بیماری‌هایی که سهم بیشتری در ایجاد مرگ و ناتوانی در جامعه دارند کاهش یابد. برای اینکه بار بیماری‌ها در جامعه کاهش یابد باید تغییراتی در سطح فرد یا جامعه و یا محیط اتفاق افتد. برای آنکه این تغییر حادث شود نظام سلامتی در قالب برنامه‌های سلامتی ارائه خدمت می‌نماید.

### رسالت نظام سلامت

اعتلای سلامت در جامعه با اجرای برنامه‌های سلامتی است.

### نمود اعتلای سلامت

افزایش طول عمر آحاد مردم همراه با حداکثر توانایی

کاهش بار بیماری‌هایی که سهم بیشتری در مرگ و میر دارند

ایجاد تغییراتی در سطح فرد یا جامعه  
و یا محیط

ارائه برنامه‌های سلامتی در نظام سلامت

شکل شماره ۱

برای داشتن یک نظام سلامت کارآمد و توسعه یافته، دانستن این که چه منابع و امکاناتی در اختیار داریم، وضعیت فعلی ما چگونه است و در مسیر پیش رو با چه مشکلات و چالش هایی مواجه هستیم، الزامی و از پیش نیازهای تعیین مسیر آتی است. از یک منظر، نقشه جامع سلامت، برنامه درازمدت حوزه های مرتبط با سلامت را مشخص می کند و به عنوان سند بالادستی برنامه های میان مدت و کوتاه مدت عمل می کند.

"نقشه جامع سلامت" در ادبیات سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت کشور، به عنوان مجموعه ای جامع، هماهنگ و پویا از اهداف، سیاست ها و الزامات برنامه ریزی تحول راهبردی نظام سلامت مبتنی بر ارزشهای اسلامی- ایرانی با نگاهی بلندمدت به آینده برای دستیابی به اهداف سند ملی شناخته شده است.

### ضرورت بازنگری نقشه جامع سلامت استان:

جامعه ای آرمانی ترسیم شده در سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ کشور، جامعه ای است که می بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در این سند، مسئول و پاسخگوست که ضمن فراهم سازی زمینه دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با کسب حمایت کلیه سازمان ها و نهادها، رویکرد سلامت در همه سیاست ها را اجرایی کند. این نظام با اولویت دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری به بهره مندی مردم از مراقبت های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. مروری بر نظام های سلامت کشورهای مختلف نشان داد که نظام سلامت کارآمد، نظامی است که بتواند ساختار و شرایط ارائه خدمت در درون سازمان را با تغییرات موجود در محیط هماهنگ سازد.

### چرا تغییر در حوزه بهداشت نیاز داشتیم؟

دستاوردهای خدمات شبکه های بهداشتی درمانی کشور در سه دهه گذشته متنوع و در برخی موارد در سطح بین المللی الگو و زبانزد بوده است. با این وجود به چند دلیل باید کمیت و کیفیت خدمات سلامت در شبکه های بهداشتی درمانی کشور تغییر و ارتقاء یابد:

۱- معکوس شدن جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل، تراکم جمعیت در شهرها و حاشیه آن (یا سکونت گاه های غیررسمی)

۲- تغییر سیمای بیماری ها و مرگ های زودرس از واگیردار به غیرواگیر (که به سبک زندگی مردم و عوامل کلان و دور اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فن آوری، محیط زیست و بین المللی کلان وابسته است)

۳- پوشش ضعیف مراقبت های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها

۴- حضور همزمان اپیدمی بیماری های واگیر دار نوپدید و بازپدید و آسیب های اجتماعی در ایران در کنار بیماری های غیرواگیر

۵- کم توجهی به ظرفیت همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم در بهبود وضعیت سلامت مردم در سطح منطقه ای

۶- پوشش ضعیف مراقبت های مربوط به افراد سالم، عوامل خطر و بیماری های غیرواگیر در روستاهای کشور علی رغم وجود برنامه پزشک خانواده روستایی

۷- افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به خصوص در مناطق شهری

۸- سیاست های جمعیتی کشور و الزامات قانونی برنامه های توسعه کشور از جمله ماده ۲۳ برنامه پنجم

۹- تغییر تقاضای عمومی جامعه به علت افزایش آگاهی و تغییر نگرش همچنین در تعریف دسترسی از ارائه دهنده خدمت به خودمراقبتی

لذا وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی براساس تعهدات دولت یازدهم در برنامه تقدیمی خود به مجلس شورای اسلامی مبنی بر اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و ایجاد تحول اساسی در نظام سلامت، در آغاز به کار خود، تحلیل سریعی از وضعیت انجام داد و با استفاده از خردجمعی کارشناسان خبره و متعهد، طرح تحول حوزه بهداشت را مشتمل بر چندین برنامه و پروژه برای دستیابی به اهداف زیر تهیه کرد:

۱- ارتقاء شاخص های سلامت

۲- افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت (مردم) و ارائه دهندگان خدمت

۳- عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی

۴- بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت

۵- اصلاح رفتار گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت

۶- اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت

در قالب طرح تحول حوزه بهداشت دانشگاه ها تلاش خواهند کرد با مشارکت مردم و جلب همکاری های فرابخشی و درون بخشی، خدمات مراقبت های اولیه سلامت (بسته جامع و همگانی سلامت) را در مناطق روستایی، عشایر، حاشیه شهرها و شهرها متناسب با نیازهای اولویت دار جامعه مستقر نماید و از این طریق علاوه بر افزایش سیاست های حامی سلامت در کشور، سواد سلامت مردم را ارتقاء داده و عوامل خطر بیماری ها را نسبت به سال پایه کاهش دهد، تا بستر لازم برای کاهش بار بیماری ها و مرگ های زودرس را در سال های آتی فراهم آورد.

- علاوه بر خدمات قبلی خدمات خود مراقبتی، شناسایی و مراقبت زود هنگام از عوامل خطر و بیماری های غیرواگیر، خدمات اولویت دار سلامت اجتماعی و روانی و ساماندهی ارجاع سطح دو سه در بسته جامع و همگانی سلامت فراهم می شود.

- در این راستا سیاست های (نرم و سخت) حامی سلامت مصوب ساغ در همه حوزه های اولویت دار شامل تغذیه، روان، سلامت اجتماعی، غیرواگیر، واگیر، محیط و کار، بلایا، سلامت باروری و سواد سلامت (همچنین سیاست های درونی آموزش، پژوهش و توسعه) مد نظر قرار گرفت.

### **❖❖ اهداف راهبردی برنامه تحول حوزه بهداشت**

- ۱- توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت به میزان ۳۰ درصد سال پایه
- ۲- افزایش مشارکت مردم برای ارتقاء عادلانه سلامت به میزان ۳۰ درصد سال پایه
- ۳- افزایش پوشش و بهره مندی از خدمت شناسایی زودرس، صدور کارت سلامت و مراقبت به میزان ۶۰ درصد جمعیت کشور
- ۴- کاهش ۵ درصد مرگ های ناشی از سکته های قلبی- عروقی، سرطان و بیماری های تنفسی در جمعیت ۷۰ - ۳۰ سال کشور
- ۵- نهادینه سازی همکاری فرابخشی در کاهش عوامل خطر (بر اساس تعدیل اهداف پیش بینی شده برنامه جهانی سازمان جهانی بهداشت برای ۲۰۲۵) از جمله:
  - کاهش ۱۰ درصد نمک دریافتی، مصرف سیگار، فشارخون بالا و کم تحرکی
  - کاهش شیب تبدیل افراد اضافه وزن به افراد چاق و توقف رشد دیابت در کشور

- ۶- کاهش شیوع اختلالات شایع روانپزشکی (اختلال افسردگی و اضطراب) به میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه
- ۷- کاهش شیوع مصرف مواد مخدر به میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه
- ۸- کاهش شیوع مصرف الکل به میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه
- ۹- ارتقاء شاخص های سلامت اجتماعی به میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه
- ۱۰- ارتقای کیفیت مراقبت از بیماری های مزمن غیرواگیر به میزان ۳۰ درصد سال پایه
- ۱۱- افزایش تعداد محیط های حامی سلامت (محل زندگی، تحصیل، کار، تفریح و عبادت و ارایه خدمات و محلات) به میزان ۱۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه
- ۱۲- کاهش قند، چربی و نمک محصولات و فرآوردهای غذایی به میزان استاندارد تعیین شده و اعلامی وزارت بهداشت
- ۱۳- افزایش ایمنی واحدهای بهداشتی در ابعاد آمادگی عملکردی، ایمنی سازه ای و غیرسازه به میزان ۵درصد وضع موجود
- ۱۴- ارتقای آمادگی جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی برای بلایا در ابعاد مختلف به میزان ۵درصد وضع موجود
- ۱۵- کاهش مرگ و میر گروه های هدف نوزادان، کودکان و مادران باردار به میزان های تعیین شده (به ترتیب ۸-۱۵-۱۵)
- ۱۶- ارتقاء سطح تکاملی کودکان به میزان ۲۰درصد
- ۱۷- ارتقاء نرخ باروری کلی به حد جایگزین

با توجه به ابلاغ اجرای برنامه تحول در حوزه بهداشت و تکالیف گسترده حوزه بهداشت دانشگاه در استقرار زیرساختها و اجرای فعالیتهای گسترده و همچنین اهداف و راهبردهای متفاوت برنامه تحول با برنامه های قبلی از جمله نقشه جامع سلامت استان، اجرای کامل نقشه جامع سلامت استان دچار چالش شده و صرفا محدود به انجام تکالیف درون سازمانی شد و انجام تعهدات سایر سازمانها و ارگانها در حد انتظار صورت نگرفت. همچنین در راستای دستیابی به اهداف برنامه تحول حوزه بهداشت، سند ملی کنترل و پیشگیری بیماریهای غیر واگیر ابلاغ گردید و اجرای آنرا معاون اول محترم رئیس جمهور و وزرای محترم کشور، بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، جهاد کشاورزی، فرهنگ و ارشاد

اسلامی، امور اقتصاد و دارایی، ورزش و جوانان، راه و شهر سازی، تعاون کار و رفاه اجتماعی، آموزش و پرورش، صنعت معدن و تجارت و روسای سازمان های حفاظت محیط زیست و صدا و سیما تعهد نموده بودند لذا بهره مندی از فرصت ایجاد شده در قالب این سند ملی دانشگاه را بر آن داشت تا در قالب کمیته دانشگاهی کنترل و پیشگیری بیماریهای غیرواگیر تعهدات درون سازمانی و برون سازمانی سند مذکور را در قالب هشت کارگروه (کنترل و پیشگیری سرطان، کنترل و پیشگیری بیماریهای متابولیک و دیابت، کنترل و پیشگیری سوانح و حوادث ترافیکی، کنترل و پیشگیری بیماری های قلبی عروقی، کنترل و پیشگیری عوامل خطر، تعاملات بین بخشی و عوامل خطر زیست محیطی، غذا و دارو، پایش و ارزشیابی) اجرا و پیگیری نماید.

از طرفی ضرورت پیگیری اجرای راهبردهای نقشه جامع سلامت استان و هم راستا نمودن این نقشه با تکالیف دانشگاه در اجرای برنامه تحول و سند ملی غیر واگیر ما را بر آن داشت که با بازنگری وضعیت موجود و همسو کردن راهبرد ها و برنامه های اجرایی ابلاغی با راهبرد ها و برنامه های نقشه جامع، مسیر تحقق اهداف منطقه ای را فراهم سازیم. در بازنگری صورت گرفته فعالیت های برون سازمانی قبلی مورد تاکید قرار گرفته و چون تعهد جدیدی برای سازمانهای مورد نظر ایجاد نشده است ضرورتی به تفاهم نامه های جدید در اجرای تعهدات برون سازمانی وجود نداشت.

### \* الزامات و پیش نیاز های ضروری برای تدوین نقشه جامع سلامت استان

" نقشه جامع سلامت " برای دستیابی به اهداف سند ملی چشم انداز در افق ۱۴۰۴ شناخته شده است. سند چشم انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی به عنوان میثاق ملی ویژگیهای جامعه ای مطلوب را تصویر نموده است که بخش مهمی از آن برخورداری از سلامت با کیفیت زندگی مطلوب و بهره مند از محیط زیست سالم می باشد.

**چشم انداز کشور:** ایران کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه، با هویت اسلامی و انقلابی، الهام بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و مؤثر در روابط بین الملل. برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصتهای برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب.



سند ملی چشم انداز، دستیابی به جامعه ای آرمانی را هدف گذاری می کند که در آن برخورداری از سلامت، امنیت غذایی و کیفیت زندگی مطلوب و بهره مندی از محیط زیست سالم جایگاه ویژه ای را به خود اختصاص داده است. به عبارت دیگر سهم قابل توجهی از چشم انداز کشور متعلق به نظام سلامت است.

سلامت، دو ویژگی مهم دارد؛ نخست آن که از نیازها و حقوق اساسی مردم است و دیگر آنکه عرصه تغییر و تحولات سریع می باشد. تغییر سیمای بیماری ها، تحول در مفاهیم سلامت، پیشرفت فناوری در شیوه های تشخیص، درمان و ارائه خدمات، همگی حاکی از سرعت تغییرات در سلامت هستند. سیر تحولات در نظام سلامت به عنوان چالشی جهان شمول و تعهد نظام سلامت در پاسخ گویی مناسب و حرکت در جهت سند چشم انداز بیست و سه ساله کشور، برخوردی هوشمندانه را الزامی می سازد. این برخورد بایستی با تحلیل صحیح از ارزش های اسلامی و با استفاده درست از روش های نوین علمی باشد. چشم انداز نظام سلامت کشور و استان با همین نگاه و با در نظر داشتن چشم انداز کشور نگاشته شده است.

چشم انداز نظام سلامت کشور: در سال ۱۴۰۴ ایران کشوری است با مردمی دارای بالاترین سطح سلامت و توسعه یافته ترین نظام سلامت در منطقه (۲۴ کشور)

چشم انداز نظام سلامت استان اصفهان: در سال ۱۴۰۴ اصفهان استانی است با مردمی دارای بالاترین سطح سلامت و توسعه یافته ترین نظام سلامت در حد رتبه اول در کشور. سلامت، از حوزه هایی است که اثرات علم و فناوری بر آن به طور بارزی دیده می شود. علم و فناوری این ظرفیت را دارند که درک از بیماری ها را تغییر دهند، بر اثربخشی ارائه خدمات اثرگذارند و از سوی دیگر چه بسا (در صورت افراط در بهره برداری غیرمتعادل) منجر به دامن زدن به بی عدالتی شوند. لذا چشم انداز علم و فناوری به شرح ذیل تعیین گردید:

چشم انداز علم و فناوری سلامت: کسب جایگاه اول تا سوم سلامت آحاد مردم در کشور تا سال ۱۴۰۴ از طریق بهره برداری دانش موجود و تولید علم و فن آوری اهداف کلان نظام سلامت با عنایت به چشم انداز سلامت کشور عبارتند از:

- ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ می باشد
- تأمین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴
- دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمت گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴

### الزامات و پیش نیاز های برنامه:

برای تحقق اهداف نظام سلامت و اهداف سند سلامت مواردی می بایست توسط دولت و سایر سازمان ها و نهادهای خارج از نظام سلامت انجام پذیرد که این موارد در مستندات نقشه جامع علمی و نقشه تحول نظام سلامت مطرح شده‌اند علاوه بر این شرایطی نیز باید در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان فراهم گردد تا اهداف نقشه سلامت محقق شوند که این شرایط تحت عنوان الزامات و به شرح ذیل می باشند:

- بهره مندی از فناوری اطلاعات و ارتباطات
- استفاده از فناوری های مدیریت
- بهره گیری از فناوری های پژوهشی ( اعم از <sup>1</sup>KTE و اقدام پژوهی<sup>2</sup>)
- استقرار حاکمیت بالینی
- تأکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

نقشه جامع سلامت در شرایطی می تواند نقش اصلی خود را در محوریت برنامه‌ها و اقدامات مرتبط با سلامت استان ایفا کند که پیش نیازهای زیر برقرار باشد:

- ✓ تعهد و حمایت مدیریت ارشد بخش سلامت و سایر بخش های مرتبط و دستگاه‌های اجرایی استان
- ✓ نهادینه شدن برنامه‌ها در سطح جامعه (در دستور کار کارگروه برنامه ریزی استان و سایر کارگروه‌های دیگر قرار گیرد)
- ✓ همکاری های بین بخشی و درون بخشی قوی چه در موقع طراحی و چه ضمن اجرا
- ✓ تهیه و فراهم آوری بسته اجرایی و قانونی (از طریق استانداری، فرمانداری‌ها، دادگستری، نیروی انتظامی و سایر بخش های حقوقی و قانونی)
- ✓ استقرار نقشه در نقشه راه و عملیاتی سازمانها و نهادها

<sup>1</sup>Knowledge Transfer Exchange

منظور تبادل و انتقال دانش به دست آمده از طریق پژوهش به مرحله اجرا است

<sup>2</sup>Action Research

## \* مراحل اجرایی تدوین نقشه سلامت استان

پس از تصویب سند چشم انداز و متعاقب آن نقشه جامع علمی کشور، ضرورت تهیه پیشنویس «نقشه جامع علمی کشور در حوزه ی سلامت» مطرح گردید. این نقشه اهداف، سیاست ها، راهکارهای ملی و الزامات مورد نیاز برای تحقق اهداف چشم انداز را در حوزه سلامت تبیین می کرد.



شکل شماره ۲

بدیهی است دستیابی به اهداف چشم انداز نظام سلامت کشور، مستلزم حرکت نظام‌مند و همسوی کلیه واحدهای زیر مجموعه نظام سلامت بوده و این اهداف باید محور جهت‌گیری و سمت و سوی حرکت کل این بخش‌ها قرار گیرد. دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز از این امر مستثنی نیستند.

با توجه به این که نقشه تحول نظام سلامت کشور به عنوان سند بالادستی، پیش‌نیاز تدوین نقشه جامع سلامت استان است و از آن جا که این سند بالادستی همان گونه که اشاره شد، با بسیج کلیه پتانسیل‌های موجود در کشور در حال تدوین بود، دو رویکرد جهت طراحی نقشه سلامت استان مد نظر قرار گرفت: رویکرد اول این بود که پروژه تدوین نقشه جامع سلامت استان تا زمان نهایی‌سازی سند بالادستی آن به تأخیر افتد. فلسفه پیشنهاد این رویکرد این بود که با توجه به غلبه سیاست تمرکزگرایی در حوزه‌های اجرایی وزارت متبوع، با تدوین نقشه جامع سلامت کشور، بخش عمده‌ای از سیاست‌ها و برنامه‌ها به حوزه‌های تحت پوشش از جمله دانشگاه‌ها تکلیف می‌گردد و سهم سیاست‌گذاری و هدف‌گذاری دانشگاه‌ها به حوزه اختیارات استانی محدود می‌شود و به عبارتی برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در فضای مشخص تری صورت می‌گیرد.

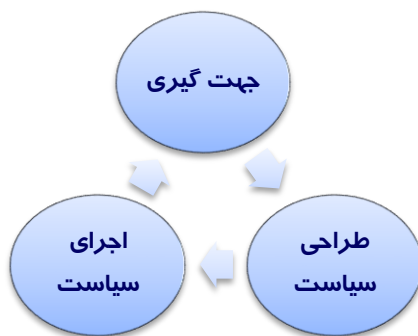
رویکرد دیگر این بود که دانشگاه رأساً نسبت به تدارک برنامه در سطح خود اقدام نماید. با توجه به سوابق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری بلندمدت که تدوین دو نقشه راه ۵ ساله از شواهد آن است، به نظر می‌رسید، ظرفیت مناسبی در دانشگاه و استان جهت برنامه‌ریزی وجود دارد. از طرف دیگر تفاوت‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی باعث می‌شود که هریک از استان‌ها سهم متفاوتی را در پیشبرد اهداف چشم‌انداز و پی‌گیری نقشه جامع سلامت کشور به خود اختصاص دهند. تدوین پیش‌هنگام نقشه سلامت استان می‌توانست به سیاست‌گذاران کشور در تعیین سهم منطقی استان کمک کند. علاوه بر این با وجود خبرگان و پتانسیل‌های موجود کارشناسی استان، در این فرآیند سازمان‌دهی شده، شبکه‌های کارشناسی تشکیل یافته و درک مشترکی از چالش‌ها، فرصت‌ها و برنامه‌های سلامت استان در بین کارشناسان ایجاد می‌شد.

کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان اصفهان نیز بستر مناسبی را از نظر همکاری‌های بین‌بخشی فراهم کرده بود که بهره‌گیری از آن فرصت مغتنمی برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت استان به شمار می‌رفت. با تکیه بر این ظرفیت‌ها، مقرر شد دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان با بهره‌گیری از اسناد بالادستی و نامه شماره ۱۶۸۲۳۸/س ش مورخ ۱۳۸۹/۵/۴ رئیس محترم شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مبنی بر لزوم مشارکت کلیه دانشگاه‌ها در تدوین نقشه سلامت کشور، به تدوین نقشه جامع سلامت در حوزه تحت پوشش خود اقدام نماید. این نقشه مبنای طراحی سند توسعه سلامت استان در برنامه ششم توسعه کشور و برنامه‌های راهبردی حوزه‌های مرتبط با سلامت قرار می‌گیرد.

در گام بعد چالش دیگری مطرح می‌گردید؛ آیا دانشگاه برای برنامه ریزی، مشکلات و مسائل سلامتی منطقه تحت پوشش خود را مد نظر قرار دهد و یا پتانسیل‌ها و توانایی‌ها و نقاط قوت خود را اساس برنامه ریزی‌های آتی نماید؟ به عبارت دیگر کدامیک از دو دیدگاه چالش محور یا مزیت محور را پیروی کند؟ در دیدگاه اول، اساس برنامه ریزی چالش‌ها و مشکلات مبتلابه جامعه خواهد بود و در دیدگاه مزیت محور، نقاط قوت و مزایای یک سیستم محور برنامه ریزی‌های آتی قرار می‌گیرد.

بدیهی است هر یک از این دو دیدگاه مزایا و معایبی دارد و شاید جامع‌ترین حالت، بکارگیری هر دو دیدگاه در عملکرد باشد که البته توان اجرایی بالایی را می‌طلبد. با توجه به چرخه‌ی سیاست‌گذاری و نظر به اینکه چشم‌انداز کشور و نظام سلامت تعیین شده بود، اینک زمان جهت‌گیری و یافتن مشکل و برنامه ریزی در جهت رفع آن برای رسیدن به اهداف چشم‌انداز بود.



شکل شماره ۳. فرایندهای کلی در چرخه سیاست‌گذاری

این چرخه همواره با یافتن یک موضوع (چالش یا مشکل) آغاز شده، با طراحی راه‌حل‌های مختلف برای غلبه بر چالش ادامه و سرانجام با اجرا و ارزیابی راه حل به پایان می‌رسد. از آنجا که مشکل در یک فضای عمومی همواره به یک شکل درک نمی‌شود نخستین گام ایجاد درک مشترک نسبت به یک موضوع در میان دسته‌ای از کنشگران اصلی بخش سلامت بود.

بدین منظور در مرحله اول جلسات گروهی بحث متمرکز با حضور مسئولین و کارشناسان حوزه سلامت برگزار گردید. در این جلسات ابتدا وضعیت شاخص‌های بهداشتی در استان مورد بررسی قرار گرفت و با شاخص‌های کشوری و جهانی مقایسه شد. سپس نقاط قوت و ضعف برنامه‌های سلامت و جایگاه برنامه‌های سلامت در کشور با توجه به اسناد بالا دستی (برنامه توسعه چهارم و پنجم برنامه‌های عملیاتی ادارات وزارت متبوع، گزارش ارزشیابی‌ها و ..) مطرح و مورد بحث قرار گرفت.

به استناد نقطه نظرات ارائه شده توسط شورای سیاست‌گذاری در جلد اول کتاب "دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران" شاخص عملکرد نظام سلامت ترکیبی از ۵ گروه شاخص زیر است که خود نیز می‌توانند ترکیبی از نشانگرهای مختلف باشند:

الف- وضعیت سلامت جامعه

ب- توزیع سلامت در جامعه

ج- پاسخگویی نظام سلامت

د- توزیع پاسخگویی نظام سلامت

ه- عادلانه بودن مشارکت مالی خانوارها

"نقشه جامع سلامت را زمانی می‌توان موفق دانست که بتواند باعث ارتقای سلامت جامعه و بهبود عملکرد نظام سلامت در کشور نیز گردد. بنابراین جهت ارزیابی عملکرد نقشه نیز باید شاخص‌های کلیدی را در تمامی حوزه‌ها بررسی نمود."

کارایی و عدالت اجتماعی معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد تمامی نظام‌های اجتماعی از جمله نظام سلامت هستند. کارایی به معنای دستیابی به بالاترین سطح از اهداف با به

کارگیری کمترین مقدار از منابع است. عدالت در سلامت به معنای دستیابی به بالاترین برابری ممکن در سلامتی برای آحاد جامعه است.

با توجه به جمیع موارد فوق و با عنایت به مستندات کشوری دو راهکار برای یافتن مشکل در پیش بود که عبارتند بودند از:

۱- استخراج و تحلیل مشکلات همه برنامه و طراحی مداخلات برای آنها و سپس اجرای مداخلات و ارزشیابی آنها.

۲- یافتن مشکلات کلیدی که بیشترین تاثیرات را بر سلامت دارند و برنامه ریزی برای رفع آنها.

راهکار اول صرف انرژی و منابع بیشتری را می طلبد و از طرفی زمان بر بود و با توجه به وجود برنامه عملیاتی سالانه جهت کلیه برنامه های خرد و کلان حوزه سلامت استان، از این رو راهکار دوم می توانست منابع محدود را بطور هدفمند مورد استفاده قرار داده و منجر به اثربخشی بیشتری در زمینه بهبود شاخص ها شود. لذا به اتفاق آراء راهکار دوم محور اصلی نگارش نقشه جامع سلامت استان در نظر گرفته شد.

### منطق تدوین نقشه:

از آنجا که میزان اثربخشی برنامه های بهداشتی درمانی و برنامه های مداخله ای که در جهت ارتقای سلامتی طراحی شده با کمک تغییرات میزان های مرگ و میر شناخته می شوند و از طرف دیگر بررسی علل مرگ، نمایانگر چگونگی بهره مندی مردم جامعه از خدمات بهداشتی درمانی است، لذا بررسی علل مرگ و شاخص عمر از دست رفته (در اثر مرگ زودرس و ناتوانی) معیاری برای دستیابی به مشکلات عمده سلامت قرار گرفت.

توجه به روند پیشرفت برنامه در کشور و گزارشات زیر پروژه های تدوین نقشه جامع سلامت کشور، نیز نشان می داد برای دستیابی به مشکلات کلیدی سلامت می توان از بار بیماری ها استفاده نمود. از آنجا که محاسبه بار بیماریهای اختصاصی استان دشواری های کاری بسیاری داشت که باعث زمان بر بودن کار می شد مقرر گردید بار بیماری های محاسبه شده کشور در سال ۱۳۹۴ (که توسط وزارت متبوع در کل کشور انجام شده است و تنها مستند موجود در این زمینه است) به عنوان منبع مورد استناد قرار گیرد.

بر اساس این گزارش، بار بیماریها در همه سنین به تفکیک زن و مرد بر حسب گروه های کلی علل مرگ به دست آمده است که ۱۰ علت شایع به شرح ذیل بودند:

مردان	زنان
بیماری های قلبی و عروقی	بیماری های قلبی و عروقی
اختلالات حول تولد	اختلالات حول تولد
دیابت	دیابت
سرطان ها	سرطان ها
حوادث حمل و نقل	بیماری های مزمن تنفسی
بیماری های دستگاه گوارش	سایر بیماری های غیرواگیر
جراحات غیر عمدی	اختلالات سیستم عصبی
بیماری های مزمن تنفسی	حوادث غیر عمدی
اختلالات سیستم عصبی	اسهال ، بیماریهای عفونی ریوی و...
سایر بیماری های غیرواگیر	حوادث حمل و نقل

در گزارش همین تحقیق فهرست علل موثر بر از دست رفتن عمر در استان اصفهان نیز آورده شده است که ۱۰ اولویت اول آن عبارتند از:

مردان	زنان
بیماری های قلبی و عروقی	بیماری های قلبی و عروقی
اختلالات حول تولد	اختلالات حول تولد
دیابت	دیابت
سرطان ها	سرطان ها
حوادث حمل و نقل	بیماری های مزمن تنفسی
بیماری های مزمن تنفسی	سایر بیماری های غیرواگیر
اختلالات سیستم عصبی	اختلالات سیستم عصبی
سایر بیماری های غیرواگیر	حوادث غیر عمدی
بیماری های دستگاه گوارش	اسهال ، بیماریهای عفونی ریوی و...
جراحات غیر عمدی	حوادث حمل و نقل
اختلالات روانی و سوء مصرف مواد	بیماری های دستگاه گوارش
سایر بیماری های غیرواگیر	حوادث حمل و نقل



با مقایسه، تحلیل و دسته بندی علل فوق، ۵ اولویت اصلی سلامت استان بر اساس معیارهای تاثیر بر شاخص DALY<sup>1</sup> و قابلیت پیشگیری به شرح ذیل انتخاب گردیدند:

- بیماری های قلبی عروقی

- بیماری های حول و حوش تولد

- دیابت

- سرطان ها

- حوادث عمدی و غیر عمدی

همچنین ذکر این نکته ضروری است که در هر استان، بیماری ها و اختلالات تاثیر گذار بر سلامت وجود دارند که بومی آن منطقه بوده و ممکن است بر شاخص مرگ تاثیر زیادی نگذارند ولیکن می توانند بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشند (نظیر سالک) و طراحی برنامه های مداخله ای را ایجاب می نمایند.

گروهی از بیماری ها نیز با توجه به شدت آنها و تاثیرات بعدی که بر بار بیماری ها در روند زمان خواهند گذاشت اهمیت می یابند نظیر بیماری های نوپدید و باز پدید، که این گروه نیز و در طراحی مداخلات مد نظر قرار گرفت.

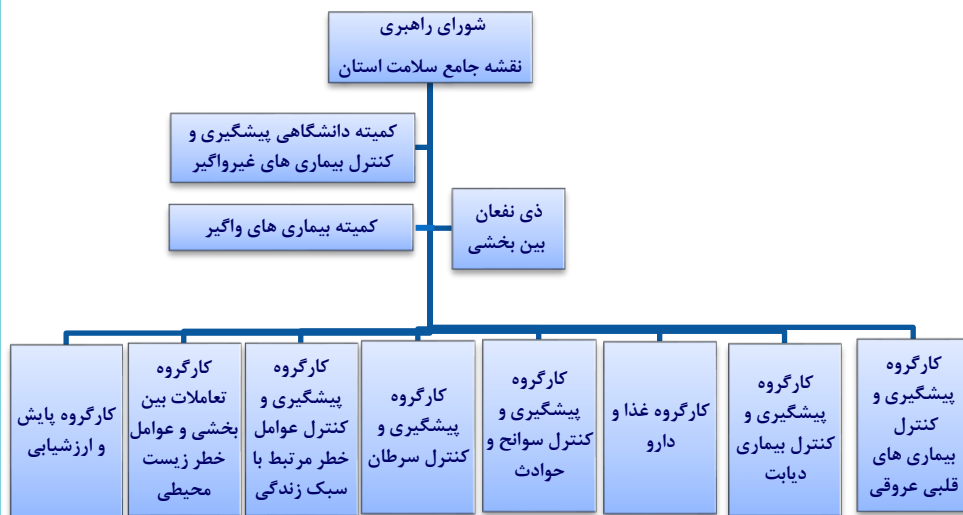
لازم به توضیح است که سایر برنامه های سیستم سلامت (نظیر برنامه های سلامت کودکان، میانسالان، دهان و دندان، سالمندان، مبارزه با سل، و...) نیز مطابق روال معمول و تحت عنوان برنامه های جاری انجام می شوند و از اهمیت آنها کاسته نمی شود ولیکن با عنایت به تاثیر برنامه های پنج گانه فوق در ارتقاء شاخص های سلامتی استان و تحقق اهداف چشم انداز، این برنامه ها به عنوان برنامه های اولویت دار سلامت استان تعیین گردیدند و عمده برنامه های مداخله ای سیستم سلامت را تشکیل می دهند.

از آن جا که دانشگاه علوم پزشکی علاوه بر نقش تولیتی و ارائه خدمات سلامت، به عنوان یکی از قطب های علمی حوزه سلامت در حوزه افزایش دانش و گسترش مرزهای علم و فناوری نیز ایفای نقش می کند، این بخش از رسالت های دانشگاه در فصل جداگانه ای به عنوان نقشه جامع علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ارائه می شود.

<sup>1</sup>Disability Adjusted Life Years

**\* چار چوب اجرایی و ساختار:**

به منظور تجمیع پتانسیل های موجود در دانشگاه و هماهنگ سازی خبرگان، پروژه تدوین نقشه جامع سلامت از اواسط سال ۸۹ و پس از واگذار نمودن مسئولیت تهیه نقشه به معاون بهداشتی دانشگاه، با ساختار اجرایی- عملیاتی زیر آغاز شد:



شکل شماره ۴- ساختار عملیاتی تدوین نقشه جامع سلامت استان

**شورای راهبری نقشه جامع سلامت استان:**

این شورا در حوزه ریاست دانشگاه مستقر و متشکل از ریاست دانشگاه، معاونین بهداشت، درمان، غذا و دارو، آموزش، تحقیقات و فناوری و جمعی از اعضای هیأت علمی و خبرگان منتخب سلامت استان بود. وظایف این شورا عبارت بودند از:

- تبیین چشم انداز و جهت گیری کلی سلامت استان
- تعیین اولویت ها (نقاط تمرکز) و مسایل اصلی پیش روی نظام سلامت
- تصویب پروژه بالاخص از منظر روش شناسی
- انتخاب اعضای کمیته دانشگاهی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و خبرگان و اعضای کارگروه های حوزه های مرتبط

- بررسی و پایش میزان پیشرفت پروژه
- جلب مشارکت بین بخشی لازم برای پیشرفت پروژه
- تصویب نهایی نقشه جامع سلامت
- جلب همکاری حوزه های سیاست گذاری و مدیریت استان

### کمیته پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر:

این کمیته متشکل از رؤسای کارگروه هشت گانه و کارشناسان دانشگاه با سوابق اجرایی در حوزه سلامت می باشد و از آن جا که درون مایه نظام سلامت کشور بر اساس اصول مراقبت های اولیه سلامت است و برنامه های پیشگیری در این نظام در اولویت است، دبیرخانه کمیته در معاونت بهداشتی دانشگاه مستقر شد. این کمیته وظایف زیر را بر عهده گرفت:

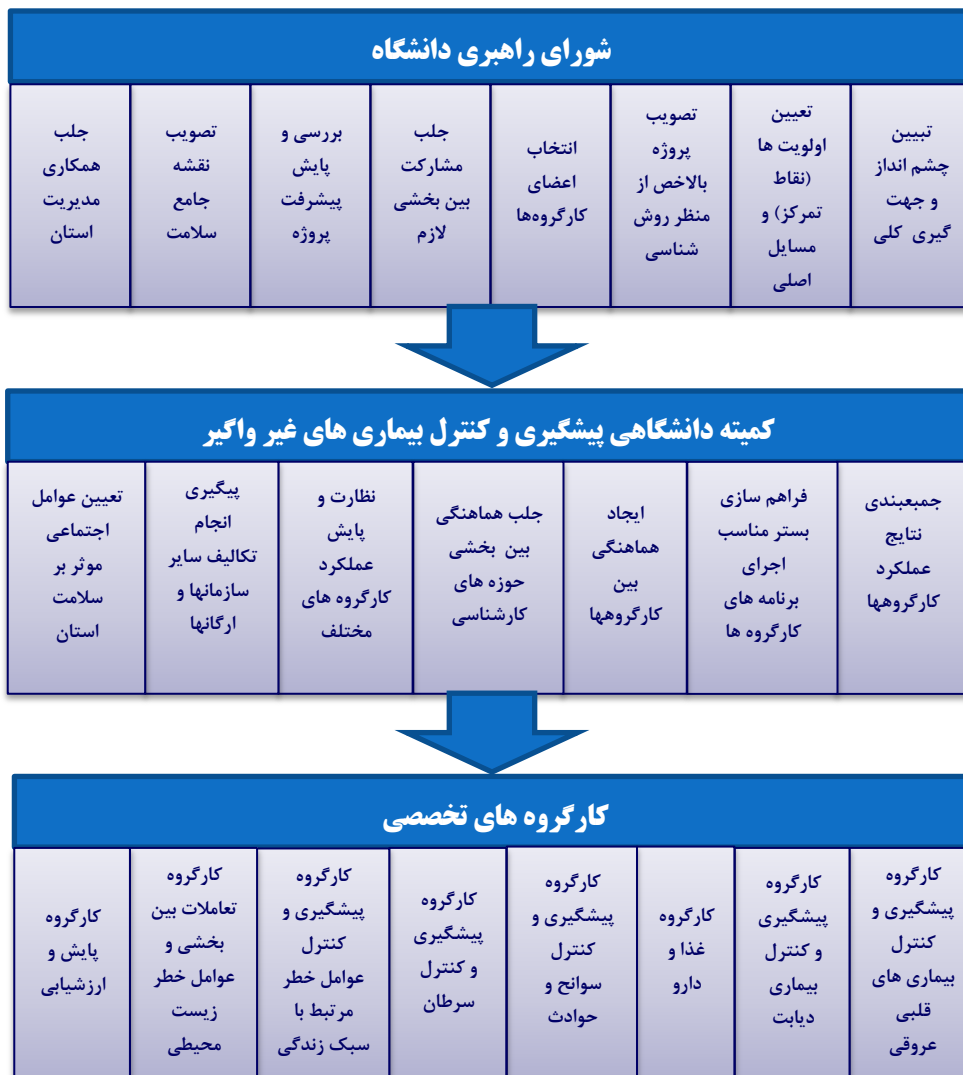
- فراهم سازی مستندات مورد نیاز کارگروه ها جهت تدوین نقشه
- هماهنگ سازی کارگروه های مختلف
- جلب هماهنگی بین بخشی با حوزه های کارشناسی ذینفعان مختلف
- تجمیع نتایج کارگروه ها و تدوین پیش نویس نقشه جامع سلامت جهت تصویب در شورای راهبری

### کارگروه های تخصصی:

این کارگروه ها با توجه به روش کار کمیته دانشگاهی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و هماهنگی با دبیرخانه کمیته با لحاظ مستندات موجود در اسناد بالادستی، گزارشات، نتایج تحقیقات و سوابق موجود در حوزه های مرتبط به واکاوی حیطه های اساسی و اولویت های مورد نظر شورای راهبری در آن حیطه پرداخته و نتایج را در قالب گزینه های سیاستی - برنامه ای استانی و الزامات مورد نیاز پیشنهاد نمودند. اهم وظایف آن ها عبارت بود از:

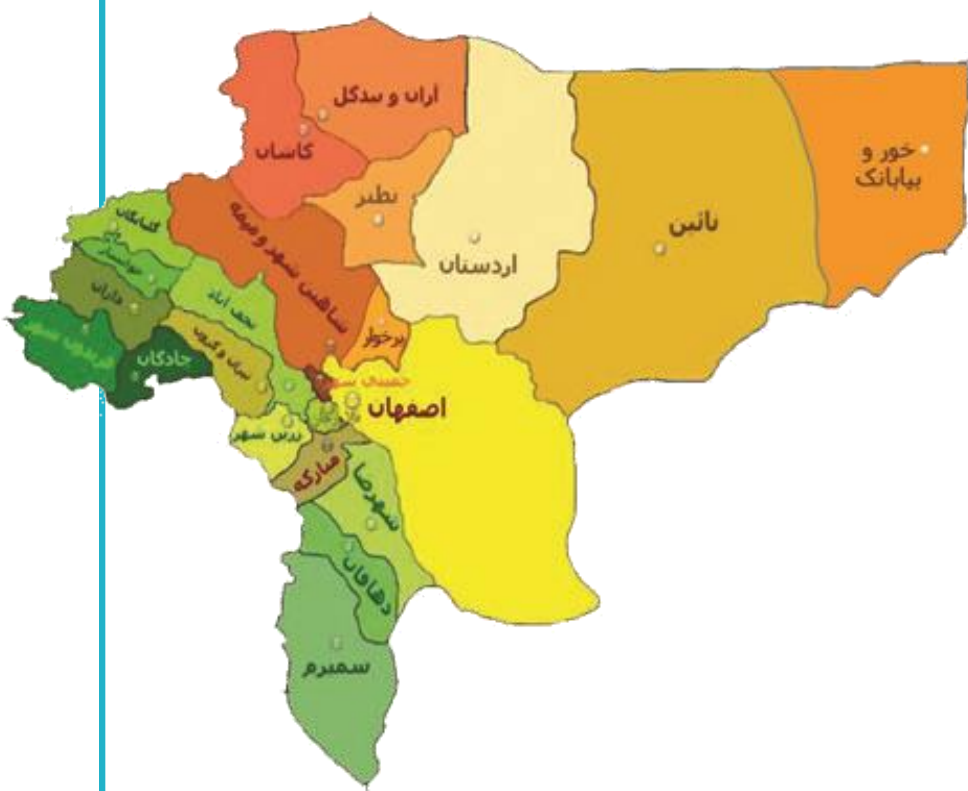
- تحلیل و واکاوی وضعیت سلامت استان در حیطه مورد نظر
- پیش بینی آینده در حوزه مورد نظر
- تحلیل ذینفعان در حوزه مورد نظر

- جلب هماهنگی ذی نفعان کلیدی
  - تدوین پیش نویس سیاست ها و برنامه ها و الزامات
  - تعیین اهداف کلان در حیطه مورد نظر
- این وظایف در شکل شماره ۵ به طور شماتیک ارایه شده است.



شکل شماره ۵- وظایف کمیته های درگیر در تدوین نقشه جامع سلامت (در حوزه غیر واگیر)

## دوم: تحلیل موقعیت عمومی استان



**\* جمعیت و ساختار آن در استان اصفهان:**

استان اصفهان با وسعت ۱۰۷۰۲۹ کیلومتر مربع در مرکز ایران قرار گرفته است. این استان بین ۳۰ درجه و ۴۳ دقیقه تا ۳۴ درجه و ۲۷ دقیقه عرض شمالی خط استوا و ۴۹ درجه و ۳۶ دقیقه تا ۵۵ درجه و ۳۱ دقیقه طول شرقی از نصف النهار گرینویچ قرار دارد و از شمال به استان‌های مرکزی، قم و سمنان؛ از جنوب به استان‌های فارس و کهگیلویه و بویراحمد؛ از غرب به استان‌های لرستان، چهارمحال و بختیاری و از شرق به استان یزد محدود است. اصفهان دارای آب و هوایی معتدل و خاکی حاصلخیز است. احتمالاً از عصر ساسانیان که سپاهیان (اسپهان) در دشت حاصلخیز اطراف شهر گرد آمدند به این نام خوانده شده است. اصفهان از مراکز مهم صنعتی و تجاری ایران بوده، به دلیل وجود آثار تاریخی و باستانی بسیار و فضاهای طبیعی فراوان مورد توجه هموطنان و جهانگردان قرار دارد و به لحاظ سوابق درخشان این شهر و تمام قابلیت‌های دیگر آن و پتانسیل‌های موجود باعث گردید تا در سال ۱۳۸۸ هجری شمسی آن را پایتخت فرهنگ و تمدن کشور ایران بنامند.

این استان دارای دو دانشگاه علوم پزشکی دولتی مستقل (اصفهان و کاشان) و ۲۳ شهرستان و ۱۰۰ شهر می باشد. شهرستان‌های کاشان و آران و بیدگل از توابع دانشگاه علوم پزشکی کاشان می باشند.

شایان ذکر است که نقشه تهیه شده برای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و منطقه تحت پوشش آن است. جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در ۲۲ شهرستان (و ۲۳ مرکز بهداشت شهرستان) ۳۷۴۰۷۲۴ نفر می باشند. (جدول شماره ۱)

بیشترین جمعیت استان در شهرستان اصفهان (۱,۴۶۰,۸۱۹ نفر) ساکن می باشند. در مجموع ۴۰ درصد جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در مناطق شهری زندگی می کنند.

## آمار و شاخص های مهم سلامت:

جدول شماره ۱- جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان ۱۳۹۷

شهرستان	کل جمعیت	جمعیت شهری	جمعیت روستایی	جمعیت سیاری	کل خانوار	خانوار شهری	خانوار روستایی	خانوار سیاری
اردستان	۴۰۲۷۶	۲۸۹۱۴	۱۰۹۵۰	۴۱۲	۱۳۰۱۸	۸۹۱۹	۳۹۱۳	۱۸۶
اصفهان ۱	۷۰۵۵۶۱	۶۴۱۶۴۶	۶۳۹۱۵	۰	۲۲۱۹۲۴	۲۰۲۲۶۷	۱۹۶۵۷	۰
اصفهان ۲	۷۵۵۲۵۸	۶۹۸۰۴۹	۵۷۲۰۹	۰	۲۳۲۷۲۳	۲۱۴۹۸۰	۱۷۸۱۵	۰
برخوار	۱۱۶۹۷۳	۱۰۸۳۴۵	۸۲۲۴	۴۰۴	۳۵۲۷۲	۳۲۶۶۱	۲۴۷۷	۱۳۴
بوئین میاندشت	۲۳۱۷۹	۱۴۰۷۵	۹۱۰۴	۰	۷۳۲۶	۴۳۷۹	۲۹۴۷	۰
تیران و کرون	۷۰۹۵۵	۲۸۸۰۳	۴۱۹۹۰	۱۶۲	۲۱۸۸۴	۸۷۲۹	۱۳۰۹۳	۶۲
چادگان	۳۴۳۲۸	۱۵۱۶۹	۱۹۰۶۵	۹۴	۹۷۸۶	۴۴۷۵	۵۲۸۷	۲۴
خمینی شهر	۳۰۴۸۶۸	۳۰۰۲۰۸	۴۶۶۰	۰	۹۱۲۵۲	۸۹۸۹۹	۱۳۵۳	۰
خوانسار	۲۹۵۰۵	۱۸۷۵۸	۱۰۷۴۷	۰	۹۹۸۴	۶۳۱۷	۳۶۶۷	۰
خور و بیابانک	۱۸۱۱۳	۱۴۸۲۳	۳۲۹۰	۰	۵۷۵۴	۴۵۶۷	۱۱۸۷	۰
دهاقان	۳۵۰۲۶	۲۳۸۶۵	۱۱۱۶۱	۰	۷۳۶۸۷	۷۰۱۷۳	۳۵۱۴	۰
سمیرم	۶۶۱۹۷	۳۵۷۹۹	۳۰۰۷۸	۳۲۰	۱۸۶۵۲	۱۰۴۲۸	۸۱۴۱	۸۳
شاهین شهر ومیمه	۱۹۸۳۱۴	۱۸۸۶۸۳	۹۶۳۱	۰	۶۰۲۳۲	۵۶۹۴۴	۳۲۸۸	۰
شهرضا	۱۳۷۲۰۲	۱۲۴۱۲۵	۱۳۰۷۷	۰	۴۰۲۰۵	۳۵۹۴۵	۴۲۶۰	۰
فریدن	۵۲۶۱۳	۲۵۱۴۵	۲۷۴۶۸	۰	۱۵۸۴۶	۷۴۰۱	۸۴۴۵	۰
فریدون شهر	۳۶۶۲۱	۲۰۱۴۸	۱۶۲۷۵	۱۹۸	۱۰۵۰۲	۶۰۰۲	۴۴۶۹	۳۱
فلاورجان	۲۳۹۸۶۳	۱۵۶۶۱۷	۸۳۲۴۶	۰	۷۱۵۸۹	۴۶۶۸۵	۲۴۹۰۴	۰
گلپایگان	۹۰۴۵۱	۷۶۰۶۸	۱۴۳۸۳	۰	۲۹۶۳۴	۲۴۵۵۵	۵۰۷۹	۰
لنجان	۲۴۰۲۱۹	۲۱۵۷۱۰	۲۴۵۰۹	۰	۱۳۴۳۰۲	۶۲۲۱۵	۷۲۰۸۷	۰
مبارکه	۱۴۲۴۲۰	۱۱۸۷۸۵	۲۳۶۳۵	۰	۴۴۶۴۲	۳۶۸۹۹	۷۷۴۳	۰
نائین	۳۷۳۳۵	۳۱۹۵۱	۵۳۱۹	۶۵	۱۲۱۸۳	۹۹۸۶	۲۱۵۹	۳۸
نجف آباد	۳۲۳۸۵۹	۲۹۷۷۱۶	۲۶۱۴۳	۰	۹۶۷۵۲	۸۸۹۱۳	۷۸۳۹	۰
نطنز	۴۱۵۸۸	۳۳۵۰۳	۷۲۹۹	۷۸۶	۱۳۳۳۳	۱۰۵۲۹	۲۵۰۶	۲۹۸
جمع	۳۷۴۰۷۲۴	۳۲۱۶۹۰۵	۵۲۱۳۷۸	۲۴۴۱	۱۱۴۱۵۴۱	۹۷۹۹۶۴	۱۶۰۷۲۱	۸۵۶

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی واحدهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سال ۱۳۹۷

تعداد بیمارستانها	تعداد واحدهای زیر مجموعه						فاصله تا مرکز استان	مساحت شهرستان تحت پوشش (کیلومتر مربع)	جمعیت تحت پوشش	شبکه بهداشت و درمان	ردیف
	مرکز شبانه روزی	مرکز بهداشتی درمانی روستایی		مرکز بهداشتی درمانی شهری	پایگاه بهداشتی	خانه بهداشت فعال					
		بدون بیتیوه	بیتیوه								
۰	۱۰	۷	۲	۳۰	۵۰	۵۷	۰	۱۵۲۶۳	۷۰۵۵۶۱	اصفهان ۱	۱
	۲	۴	۲	۳۶	۵۵	۳۳	۰		۷۵۵۲۵۸	اصفهان ۲	۲
	۱	۰	۲	۴	۰	۲۴	۱۱۰	۱۱۵۹۱	۴۰۲۷۶	اردستان	۳
	۲	۰	۰	۹	۳	۳	۲۰	۱۹۵۲	۱۱۶۹۷۳	برخورار	۴
	۱	۶	۰	۲	۱	۳۸	۴۰	۱۷۶۸	۷۰۹۵۵	تبران و کرون	۵
	۱	۰	۵	۲	۱	۲۳	۱۱۵	۱۱۷۴	۳۴۳۲۸	چادگان	۶
	۳	۰	۰	۱۴	۱۸	۲	۵	۱۷۵	۳۰۴۸۶۸	خمینی شهر	۷
	۰	۱	۲	۲	۲	۱۴	۱۵۵	۹۴۲	۲۹۵۰۵	خوانسار	۸
	۲	۰	۱	۳	۰	۱۰	۴۰۰	۱۱۲۰۰	۱۸۱۱۳	خور و بیابانک	۹
	۰	۰	۲	۳	۱	۱۰	۱۰۰	۱۴۶۷	۳۵۰۲۶	دهاقان	۱۰
	۲	۰	۵	۵	۲	۳۵	۱۵۵	۵۲۲۴	۶۶۱۹۷	سمیرم	۱۱
	۲	۱	۰	۱۰	۱۰	۱۱	۲۰	۵۴۰۹	۱۹۸۳۱۴	شاهین شهر و میمه	۱۲
	۰	۰	۳	۵	۱۲	۱۴	۷۵	۴۵۷۳	۱۳۷۲۰۳	شهرضا	۱۳
	۰	۵	۴	۳	۱	۲۶	۱۴۰	۳۰۱۲	۵۲۶۱۳	فریدن	۱۴
	۱	۲	۳	۳	۱	۲۷	۱۹۰	۲۱۳۳	۳۶۶۲۱	فریدونشهر	۱۵
	۲	۹	۰	۱۳	۱۶	۴۱	۱۵	۳۱۹	۲۳۹۸۶۳	فلورجان	۱۶



تعداد بیمارستانها	تعداد واحدهای زیر مجموعه						فاصله تا مرکز استان	مساحت شهرستان تحت پوشش (کیلومتر مربع)	جمعیت تحت پوشش	شبکه بهداشت و درمان	ردیف
	مرکز شبانه روزی	مرکز بهداشتی درمانی روستایی		مرکز بهداشتی درمانی شهری	پایگاه بهداشتی	خانه بهداشت فعال					
		بدون بیهوشی	بیهوشی								
	۰	۲	۰	۵	۸	۲۲	۱۸۰	۱۶۰۶	۹۰۴۵۱	گلبایگان	۱۷
	۴	۵	۰	۱۲	۱۱	۲۳	۳۵	۱۰۹۶	۲۴۰۲۱۹	لنجان	۱۸
	۶	۳	۰	۷	۹	۱۸	۵۵	۱۰۱۸	۱۴۲۴۲۰	مبارکه	۱۹
	۰	۰	۳	۳	۲	۱۵	۱۴۰	۲۵۰۲۰	۳۷۳۳۵	نائین	۲۰
	۲	۲	۱	۱۴	۱۹	۱۳	۲۵	۴۱۶۳	۳۲۳۸۵۹	نجف آباد	۲۱
	۰	۰	۲	۴	۲	۱۲	۱۲۵	۳۳۹۷	۴۱۵۸۸	نطنز	۲۲
	۱	۰	۴	۳	۲	۲۲	۱۷۰	۱۰۰۰	۲۳۱۷۹	بوئین میاندشت	۲۳
	۴۳	۴۷	۴۱	۱۹۳	۲۲۶	۴۹۳	۲۲۷۰	۱۰۳۵۰۲	۳۷۴۰۷۲۴	جمع	۲۴

\*اطلاعات جدول برگرفته از نظام ثبت و گزارش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

### \* شاخص های مهم سلامت:

در نظام سلامت، از اجزاء لازم برای تدوین یک برنامه صحیح، مؤثر و قابل اجرا، داشتن آمار و اطلاعات بنیادی مربوط به سلامت می باشد. در واقع با مروری بر این اطلاعات است که برنامه ریزان، خود را برای تدوین برنامه هایشان مهیا می کنند و با تجزیه و تحلیل این اطلاعات بهترین گزینه ها را انتخاب می نمایند.

جدول شماره ۳- شاخص های مرتبط با سلامت در استان \*

شاخص های مرتبط با جمعیت و توزیع آن	
۱۰۷۰۲۹km	مساحت
۳۷۴۰۷۲۴	جمعیت
۲۵/۹	درصد جمعیت روستا- نظام ثبت
۷۴/۱	درصد جمعیت شهری- نظام ثبت
۲۲	تعداد شهرستان- نظام ثبت
۱۰۳	تعداد شهر- نظام ثبت
۰.۹۷	درصد رشد سالیانه جمعیت- مرکز آمار ایران
۳۲/۷	میانه سنی جمعیت ( مردان)
۳۲/۹	میانه سنی جمعیت (زنان)
۱/۵۴	درصد جمعیت کمتر از یکسال- نظام ثبت- ۱۳۹۵
۷/۷۵	درصد جمعیت کمتر از ۵ سال- نظام ثبت- ۱۳۹۵
۴۴/۲۲	درصد جمعیت ۵۹-۳۰ سال- سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران- ۱۳۹۵
۲۲/۵	درصد جمعیت مردان ۵۹-۳۰ سال- سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران- ۱۳۹۵
۲۱/۷۳	درصد جمعیت زنان ۵۹-۳۰ سال- سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران- ۱۳۹۵
۸/۱۴	درصد جمعیت زنان ۵۹-۴۵ سال- سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران- ۱۳۹۵
۱۰/۶۴	درصد جمعیت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر- سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران- ۱۳۹۵
۱۰/۵	درصد جمعیت سالمندان مرد ۶۰ سال و بالاتر- سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران- ۱۳۹۵
۱۰/۸	درصد جمعیت سالمندان زن ۶۰ سال و بالاتر- سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار ایران- ۱۳۹۵
۳۰۹/۶۵۷	میزان مرگ جمعیت ۷۰-۳۰ سال- براساس اطلاعات نظام ثبت مرگ سال ۱۳۹۴ (در صد هزار)
۳۸۱/۴۲۴	میزان مرگ جمعیت مردان ۷۰-۳۰ سال- براساس اطلاعات نظام ثبت مرگ سال ۱۳۹۴ (درصد هزار)
۲۳۲/۴۴۹	میزان مرگ جمعیت زنان ۷۰-۳۰ سال- بر اساس اطلاعات نظام ثبت مرگ سال ۱۳۹۴ (درصد هزار)
۱۵/۳	درصد جمعیت زنان ۴۹-۱۰ساله همسر دار- مرکز آمار ایران- ۱۳۹۵
۱/۷۵	میزان باروری کلی- ۱۳۹۵
۵/۴۸	میزان مرگ خام در هزار نفر
۷۶/۴۱	امید به زندگی در بدو تولد در مردان-
۷۹/۴۵	امید به زندگی در بدو تولد در زنان-
۷/۳	مرگ نوزادان به ازای هزار تولد زنده- نظام ثبت -۱۳۹۵
۱۰/۲	مرگ شیرخواران به ازای هزار تولد زنده- نظام ثبت -۱۳۹۵
۱۲/۱	مرگ کودکان زیر ۵ سال به ازای هزار تولد زنده- نظام ثبت -۱۳۹۵
۱۵/۵۶	مرگ مادر درصد هزار تولد زنده- نظام مرگ استان - ۱۳۹۵
۵۰/۸	درصد جمعیت مردان به کل جمعیت -

## ادامه جدول شماره ۳- شاخص های مرتبط با سلامت در استان

شاخصهای مرتبط با جمعیت و توزیع آن	
۱۰۳	نسبت جنسی (مرد به زن) -
۳/۷۵	درصد جمعیت افغانه -
۳/۸	درصد جمعیت اتباع بیگانه -
	نرخ بیکاری -
شاخصهای دسترسی به مراقبتهای اولیه بهداشتی	
۴۹۳	تعداد خانه های بهداشت- نظام ثبت -
۱۹۳	تعداد مرکز بهداشتی، درمانی شهری- نظام ثبت -
۸۸	تعداد مرکز بهداشتی، درمانی روستایی- نظام ثبت -
۲۳۱	تعداد پایگاه بهداشتی- نظام ثبت -
۸	تعداد تسهیلات زایمانی- نظام ثبت -
۸۷	درصد پوشش مراقبتهای اولیه بهداشتی شهری- نظام ثبت -
۱۰۰	درصد پوشش مراقبتهای اولیه بهداشتی روستایی- نظام ثبت -
شاخصهای دسترسی به خدمات تشخیصی- درمانی	
	مرکز آموزشی درمانی- نظام ثبت -
	بیمارستان درمانی- نظام ثبت -
	داروخانه- نظام ثبت -
	پایگاه اورژانس- نظام ثبت -
	رادیولوژی- نظام ثبت -
	تعداد مراکز CT- نظام ثبت -
	تعداد مراکز MRI- نظام ثبت -
	تعداد آزمایشگاه- نظام ثبت -
	تعداد تخت فعال- نظام ثبت -
	نسبت تخت فعال به جمعیت (در هزار)- نظام ثبت -
	نسبت تخت ویژه به جمعیت (در ده هزار)- نظام ثبت -
	نسبت پزشک به جمعیت (در هزار) - نظام ثبت -
شاخص های عملکردی خدمات بستری	
	درصد اشغال تخت کل- نظام ثبت -
	متوسط طول اقامت بیماران در استان- نظام ثبت -

\* اطلاعات جدول برگرفته از نظام ثبت و گزارش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و آمار ارائه شده توسط مرکز آمار ایران است.

**\*تعیین اولویت های مهم سلامت استان**

محدودیت منابع ایجاب می کند که برای آن گروه از مشکلات تندرستی برنامه‌ی مقابله تهیه شود که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می کنند و در نتیجه کاستن از ابعاد مشکل، از طریق اجرای یک برنامه‌ی اثربخش، با بیشترین افزایش در سطح سلامت جامعه همراه خواهد بود. طی دهه‌های اخیر روش‌های گوناگونی برای دستیابی به اولویت‌های تندرستی به کار گرفته شده است که تمامی آن‌ها به گونه‌ای بر اطلاعات ابتلا و مرگ استوار است. محاسبه‌ی بار بیماری برای بیماری‌های مختلف که توسط سازمان جهانی بهداشت هم به کشورهای عضو توصیه شده است معیار اصلی انتخاب اولویت‌های سلامت استان قرار گرفت و همانطور که قبلاً نیز ذکر شد طبق روند اجرایی طی شده، اولویت‌های سلامت استان به شرح ذیل تعیین گردیدند:

الف- پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی

ب- پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیر عمدی

ج- پیشگیری و کنترل سرطان‌های شایع منطقه

د- پیشگیری کنترل عوارض و بیماری‌های حول و حوش تولد (پری ناتال)<sup>۱</sup>

ه- پیشگیری و کنترل بیماری‌های روانی و اختلال رفتاری

و- پیشگیری و کنترل عوارض و بیماری‌های دوران سالمندی

ز- پیشگیری از بیماریها و حوادث شغلی

هر یک از این اولویت‌ها تحت عنوان یک برنامه در نظر گرفته شد و اهداف و راهبردهای کلی (برای ۱۵ سال) با استفاده از اسناد بالادستی تنظیم شده که در ادامه ذکر شده است:

<sup>۱</sup>Perinatal

## الف - پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
<p>۱- حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ آموزش عموم مردم در خصوص عوارض مصرف الکل (رویکرد مدرسه-رویکرد جامعه-رویکرد کارکنان)</li> <li>❖ برگزاری دوره های آموزشی جهت کارکنان (پزشکان خانواده -مراقبین سلامت و روانشناسان شاغل در حیطة معاونت بهداشتی) در خصوص مشاوره کاهش مصرف الکل، (سالانه دست کم ۲۵٪ پزشکان و مراقبین سلامت ملزم به گذراندن دوره جامع یادگیری غیر واگیر می باشند)</li> <li>❖ ارجاع کلیه افراد شناسایی شده مصرف کننده الکل از طریق پزشک خانواده و مراقبین سلامت و ارائه خدمات مشاوره و ارجاع به کلینیک های درمان سرپایی و بستری ترک الکل تحت پوشش معاونت درمان ( سالیانه )</li> <li>❖ توانمند سازی ۱۰۰٪ کارشناس روانشناسی در مراکز خدمات جامع سلامت در خصوص ارائه مشاوره ترک الکل ( بطور مستمر )</li> <li>❖ آموزش ۱۰۰٪ کارکنان مراکز گذری در زمینه کاهش آسیب در موارد مصرف الکل در زمینه مفاهیم کاهش آسیب در مصرف کنندگان الکل ( سالیانه )</li> <li>❖ آموزش ۱۰۰٪ مراجعه کنندگان به مراکز گذری در زمینه کاهش آسیب در موارد مصرف الکل زمینه کاهش آسیب در مصرف کنندگان الکل ( سالیانه )</li> <li>❖ تقویت شبکه سفیران سلامت به منظور ترویج و آموزش به عامه مردم از طریق دانش آموزان مدارس منتخب دوره دوم آموزش متوسطه</li> <li>❖ آموزش عامه مردم در خصوص خطرات کم تحرکی (رویکرد مدرسه محور-رویکرد جامعه محور-رویکرد کارکنان محور)</li> <li>❖ برگزاری دوره های آموزشی جهت کارکنان (پزشکان -کارشناسان) در خصوص شیوه فعالیت بدنی تخصصی در گروه های مختلف از طریق گذراندن دوره یادگیری الکترونیکی</li> </ul>
<p>۲- کاهش ۳۰٪ از میزان شیوع فعالیت بدنی ناکافی</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی ۴۰٪ افراد با میزان تحرک بدنی ناکافی و ارائه مشاوره به این افراد توسط تیم سلامت ( سالیانه )</li> <li>❖ تقویت شبکه سفیران سلامت به منظور ترویج و آموزش به عامه مردم از طریق دانش آموزان مدارس منتخب متوسطه دوره دوم</li> <li>❖ استفاده از تمامی کانال های ارتباطی موجود برای ترویج تعامل و حمایت از تغییر رفتار به منظور افزایش فعالیت بدنی در کلیه گروهها</li> <li>❖ استقرار کارشناس تربیت بدنی در حوزه معاونت بهداشتی به منظور هماهنگی برنامه های فعالیت بدنی</li> <li>❖ همکاری مستمر در راه اندازی و عملیاتی نمودن طرح های افزایش فعالیت بدنی کارکنان در طول ساعات کاری (چند دقیقه در هر ساعت )</li> <li>❖ رایزنی با نهاد های برون بخشی (شهرداری، آموزش و پرورش و ..... ) به منظور افزایش میزان فعالیت بدنی گروههای مختلف جامعه</li> </ul>

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ آموزش در خصوص مضرات مصرف نمک زیاد در گروه های مختلف (دانش آموزان، زنان خانه دار، کارکنان و...)</li> <li>❖ آموزش در خصوص روش های کم کردن مصرف نمک توسط افراد</li> <li>❖ برگزاری جشنواره های غذایی سالم به منظور تبلیغ مصرف کمتر نمک ( سالیانه )</li> <li>❖ معرفی برند های سلامت با تکیه بر مصرف کم نمک و اعطا به واحد های صنفی که به صورت سنتی تولید مواد غذایی دارند (رستورانها- بیرون برها)</li> <li>❖ برنامه ریزی در جهت تولید نان با میزان نمک استاندارد در سطح جامعه (به شکل فراگیر تمام نانوایی ها</li> <li>❖ آموزش ۱۰۰٪ زنان خانه دار تحت مراقبت در خصوص لزوم استفاده از محصولات غذایی دارای پروانه بهداشتی ( سالیانه )</li> <li>❖ برنامه ریزی در جهت پرچسب دار نمودن محصولات غذایی صنفی و سنتی همکار از نظر وجود میزان نمک</li> <li>❖ ایجاد چرخه نظارت بر میزان نمک موجود در محصولات صنفی و سنتی منتخب به کمک معاونت غذا و دارو طبق استانداردهایی که معاونت غذا و دارو تدوین می کند</li> <li>❖ آموزش عموم مردم در زمینه زیانهای مصرف دخانیات و دود دسته دوم و سوم (رویکرد مدرسه -رویکرد جامعه-رویکرد کارکنان)</li> <li>❖ شناسایی افراد مصرف کننده دخانیات و ارجاع جهت ترک دخانیات از طریق مراقبین سلامت -بهورزان)</li> <li>❖ همکاری در تدوین دستورالعمل مشاوره ترک دخانیات جهت سطح اول (کارشناسان - بهورزان - مراقبین سلامت - پزشکان خانواده)</li> <li>❖ راه اندازی کلینیک های ترک دخانیات در استان</li> <li>❖ ارجاع افراد متقاضی ترک دخانیات به کلینیک های ترک دخانیات</li> <li>❖ همکاری با NGO های فعال در این زمینه</li> <li>❖ تدوین و اجرای برنامه نظارت جهت پایش اجرای برنامه در سطح یک</li> <li>❖ راه اندازی شبکه سفیران سلامت به منظور آموزش گروه های مختلف از بین دانش آموزان مدارس پرخطر</li> <li>❖ اجرای بهینه قانون جامع دخانیات و برخورد با مراکز عرضه غیر مجاز</li> <li>❖ برنامه ریزی ، حمایت و اجرای طرح های پارک عاری از دخانیات -کوچه - محله و... با همکاری سازمانهای برون بخشی</li> <li>❖ برنامه ریزی و اجرای طرح پارک های عاری از قلیان با همکاری سازمان های برون بخشی</li> <li>❖ جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه</li> </ul>	<p>۳- ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک</p> <p>۴- ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع استعمال دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال</p>

## ب- پیشگیری و کنترل بیماری های قلب و عروق

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
<p>۱- کاهش مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی و عروقی به میزان ۱۰ درصد</p> <p>۲- کاهش شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی حداقل به میزان ۱۰ درصد</p> <p>۳- کاهش نسبی شیوع فشارخون به میزان ۱۰ درصد</p> <p>۴- افزایش کنترل بیماران فشارخون شناسایی شده به میزان ۱۰ درصد سالیانه نسبت به سال پایه</p> <p>۵- کاهش میزان مرگ ناشی از سکته های قلبی تا یک ماه پس از حمله قلبی نسبت به وضع موجود</p> <p>۶- کاهش ۱۵ درصد در شیوع اختلال چربیهای خون بر اساس سال پایه</p> <p>۷- افزایش ۸۰ درصدی غربالگری و تشخیص زود هنگام بیماریهای ایسکمیک قلبی عروقی</p> <p>۸- افزایش پوشش ۷۰ درصدی مراقبت بیماران ایسکمیک قلبی عروقی</p> <p>۹- کاهش شیوع ۴۰ درصدی ناتوانی ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی</p> <p>۱۰- افزایش در متوسط سن مرگ ومیر به علت بیماری های قلبی عروقی</p> <p>۱۱- دریافت دارو درمانی و مشاوره حداقل در ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حملات قلبی و سکته های مغزی</p> <p>۱۲- کاهش میزان آلاینده های مهم هوا (شامل دی اکسید گوگرد، اکسیدهای نیتروژن، ذرات معلق، منوکسید کربن و ازن) حداقل به میزان ۵۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> <p>۱۳- کاهش میزان آلودگی هوا در فضاهای بسته حداقل به میزان ۱۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p>	<p>۱- اجرای برنامه غربالگری استاندارد بیماران قلبی عروقی</p> <p>۲- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری- های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش</p> <p>۳- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان</p> <p>۴- تقویت و توسعه آموزش های جامعه</p> <p>۵- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه</p> <p>۶- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه</p> <p>۷- تقویت برنامه پزشک خانواده</p> <p>۸- استقرار و ارتقا نظام فناوری اطلاعات (IT)</p> <p>۹- استقرار و ارتقا حاکمیت بالینی در اورژانس ها و مراکز درمانی</p> <p>۱۰- ساماندهی و بهبود نظام ارجاع</p> <p>۱۱- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی</p> <p>۱۲- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت مرتبط با بیماران قلبی عروقی</p> <p>۱۳- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب</p> <p>۱۴- توسعه ایمنی بیماران در مراکز درمانی</p> <p>۱۵- ارتقای استانداردهای اعتباربخشی و رتبه بندی در مراکز درمانی</p> <p>۱۹- گنجانیدن اولویت بیماری های قلبی عروقی و دیابت در دستور کار کارگروه سلامت و امنیت غذایی</p> <p>۲۰- ایجاد کارگروه استانی بیماری های قلبی عروقی و دیابت</p> <p>۲۱- ایجاد تیم های فنی مشترک بین دانشگاه علوم پزشکی و دیگر سازمان های درگیر</p> <p>۲۲- برنامه ریزی اقدام مشترک</p> <p>۲۳- تامین مالی پایدار طرح ها</p> <p>۲۴- بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی</p> <p>۲۵- اجرای برنامه های خود مراقبتی در همه حیطه ها</p> <p>۲۶- اجرای برنامه استاندارد غربالگری و خطرسنجی قلبی عروقی و غربالگری دیابت</p> <p>۲۷- مراقبت بیماری ها و عوامل خطر</p>

## ج- پیشگیری و کنترل دیابت

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- کاهش ۲۵٪ خطر مرگ زودرس ناشی از دیابت	۱- اجرای برنامه غربالگری استاندارد بیماران دیابتی
۲- ثابت نگهداشتن میزان شیوع دیابت	۲- توانمند سازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
۳- کاهش نسبی در مصرف قندهای ساده به میزان ۳۰ درصد	۳- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
۴- کاهش نسبی در تولید فرآورده های دارای قندهای ساده به میزان ۱۵ درصد	۴- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
۵- شناسایی افراد مبتلا به پره دیابت به میزان ۷۵ درصد	۵- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
۶- مراقبت افراد مبتلا به پره دیابت به میزان ۷۵ درصد	۶- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
۷- ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد مردم اصفهان در زمینه پیشگیری از دیابت به میزان ۳۰ درصد.	۷- تقویت برنامه پزشک خانواده
۸- شناسایی مبتلایان به دیابت در جمعیت تحت پوشش به میزان ۷۵ درصد	۸- استقرار و ارتقای نظام فناوری اطلاعات (IT)
۹- مراقبت بیماران تحت پوشش به میزان ۷۵ درصد	۹- استقرار و ارتقای کمیته بالینی در اورژانس ها و مراکز درمانی
۱۰- شناسایی عوارض دیابت بیماران دیابتی به میزان ۷۵ درصد	۱۰- ساماندهی و بهبود نظام ارجاع
۱۱- دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان دیابت در بخش های خصوصی و دولتی	۱۱- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
	۱۲- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت مرتبط با بیماران دیابتی
	۱۳- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب
	۱۴- توسعه ایمنی بیماران در مراکز درمانی
	۱۵- ارتقای استانداردهای اعتباربخشی و رتبه بندی در مراکز درمانی
	۱۶- گنجاندن اولویت بیماری های دیابت در دستور کار کارگروه سلامت و امنیت غذایی
	۱۷- ایجاد کارگروه استانی بیماری دیابت
	۱۸- ایجاد تیم های فنی مشترک بین دانشگاه علوم پزشکی و دیگر سازمان های درگیر
	۱۹- برنامه ریزی اقدام مشترک
	۲۰- تامین مالی پایدار طرح ها
	۲۱- بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی
	۲۲- اجرای برنامه های خود مراقبتی در همه حیطه ها
	۲۳- مراقبت بیماری ها و عوامل خطر



د- پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیر عمدی

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
<p>۱- کاهش میزان وقوع حوادث به میزان ۲۵ در صد تا پایان برنامه</p> <p>۲- کاهش میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۲۰ در صد تا پایان برنامه</p> <p>۵- کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث غیرعمدی حداقل به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> <p>۷- افزایش دسترسی مردم (شهر و روستا) به خدمات فوریت های پیش بیمارستانی به میزان ۹۸ درصد</p>	<p>۱- اجرای برنامه جامعه ایمن</p> <p>۲- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش</p> <p>۳- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان</p> <p>۴- تقویت و توسعه آموزش های جامعه</p> <p>۵- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه</p> <p>۶- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه</p> <p>۷- تقویت برنامه پزشک خانواده</p> <p>۸- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)</p> <p>۹- ارتقای کیفیت خدمات فوریت های پیش بیمارستانی</p> <p>۱۰- استقرار حاکمیت بالینی در اورژانس ها و مراکز درمانی</p> <p>۱۱- استقرار تروما سیستم در استان</p> <p>۱۲- سامان دهی و بهبود نظام ارجاع</p> <p>۱۳- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی</p> <p>۱۴- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت</p> <p>۱۵- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص، مجرب</p>

## ۵- پیشگیری و کنترل سرطان های شایع منطقه

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
<p>۱- ارتقای سطح آگاهی جامعه و ارائه دهندگان خدمات سلامت در خصوص پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان</p> <p>۲- ارتقای نظام ثبت موارد سرطانی در استان</p> <p>۳- افزایش کشف زود هنگام سرطانهای منتخب (پستان، روده بزرگ، دهانه رحم)</p> <p>۴- افزایش دسترسی و بهره مندی از خدمات تشخیصی، درمان و تسکینی سرطان</p> <p>۵- ارتقای فرآیندهای ارائه خدمت به بیماران مبتلا به سرطان</p> <p>۶- کاهش باقیمانده مواد شیمیایی (سموم آفات نباتی، هورمون و تتراسیکلین) و آلودگی قارچی در فرآورده های غذایی به میزان حداقل ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> <p>۷- کاهش میزان آلاینده های فیزیکی و بیولوژیک آب آشامیدنی حداقل به میزان ۲۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه با توجه به گایدلاین های WHO</p> <p>۸- کاهش میزان آلاینده های خاک (فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک) حداقل به میزان ۴۰ درصد تا پایان برنامه با توجه به گایدلاین های WHO</p> <p>۹- کاهش میزان آلاینده های مهم هوا (شامل دی اکسید گوگرد، اکسیدهای نیتروژن، ذرات معلق، منوکسید کربن و ازن) حداقل به میزان ۵۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p>	<p>۱- همکاری های بین سازمانی و حمایت طلبی و بازاریابی اجتماعی</p> <p>۲- ارتقای آگاهی و فرهنگ عمومی در مورد پیشگیری از سرطان ها</p> <p>۳- توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات</p> <p>۴- استانداردسازی خدمات سرطان</p> <p>۵- توسعه زیرساخت های کنترل سرطان</p> <p>۶- مدیریت منابع انسانی در سطوح مختلف</p> <p>۷- جذب منابع مالی و سرمایه در بخش درمان و تحقیقات سرطان</p> <p>۸- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه</p>

## و- پیشگیری و کنترل عوارض و بیماری های حول و حوش تولد

استراتژی های کلی برنامه	اهداف برنامه
<p>۱- تقویت برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (خارج بیمارستانی IMPAC)</p> <p>۲- توسعه برنامه مراقبت های استاندارد سرپایی (IMPAC) در بخش خصوصی</p> <p>۳- اجرای نظام کشوری مرگ مادری</p> <p>۴- تقویت و ارتقای کلاس های آمادگی برای زایمان و راه اندازی بیمارستان های دوستدار مادر به منظور بهبود کیفیت خدمات مامایی و زایمان</p> <p>۵- شناسایی مادران باردار پرخطر و اجرای فرایند ارجاع و پیگیری مادر باردار پرخطر در سیستم دولتی و خصوصی</p> <p>۶- افزایش شاخص باروری کلی استان به بیش از ۲,۱</p> <p>۷- بهبود کیفی و کمی آموزش و مشاوره فرزندآوری</p> <p>۸- ارتقای دانش عمومی در ارتباط با سلامت و جمعیت</p> <p>۹- تقویت و ارتقای آموزش های هنگام و پس از ازدواج</p> <p>۱۰- افزایش آگاهی عمومی در زمینه پیشگیری از ناباروری</p> <p>۱۱- دسترسی به خدمات باروری سالم/ ناباروری با تاکید بر فرزندآوری به موقع و با فاصله مناسب</p> <p>۱۲- تقویت هماهنگی های بین بخشی و درون بخشی در راستای سلامت کودکان</p> <p>۱۳- ساماندهی برنامه های رشد، تکامل و غربالگری کودکان</p> <p>۱۴- ساماندهی برنامه پایش و ارزشیابی در راستای بهبود کیفیت خدمات</p>	<p>۱- کاهش مرگ مادران باردار</p> <p>۲- کاهش موربیدیتی در بارداری</p> <p>۳- افزایش پوشش خدمات مادران باردار</p> <p>۴- ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری</p> <p>۵- کاهش مرگ و میر نوزادان</p> <p>۶- کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال</p> <p>۷- ارتقای رشد و تکامل کودکان</p>

### ز - پیشگیری و کنترل عوارض و بیماری های دوران سالمندی

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- افزایش پوشش مراقبت بر اساس بسته خدمات نوین سلامت سالمندان حداقل ۷۰٪ سالمندان مستقل	۱- تقویت مراقبتهای ادغام یافته و جامع سالمندی
۲- پوشش حداقل ۲۰٪ سالمندان ناتوان (مراقبت در منزل)	۲- ساماندهی و بهبود نظام ارجاع
۳- بهبود شیوه زندگی سالم	۳- اجرای پروتکل مراقبت در منزل
۴- راه اندازی فضاهای دوستدار سالمند	۴- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان و پزشکان
	۵- هماهنگی ها و جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها
	۶- هماهنگی درون سازمانی و تقویت کمیته راهبردی سلامت سالمندان
	۷- جلب حمایت سازمان های مردم نهاد
	۸- تقویت کمیته علمی طب سالمندان
	۹- جلب همکاری اداره سالمندان در تامین منابع مالی
	۱۰- تقویت آموزش شیوه زندگی سالم به منظور بهبود رفتار سالمندان
	۱۱- تقویت مراقبت از سالمندان در مراکز نگهداری شبانه روزی
	۱۲- تقویت پژوهش های کاربردی

### ز - پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- کاهش شیوع اختلالات خلقی در جامعه حداکثر به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۱- توسعه برنامه سلامت روان در مناطق شهری
۲- افزایش دسترسی مردم (شهر) به خدمات سلامت روان به میزان ۷۵ درصد سال پایه	۲- تقویت برنامه ادغام سلامت روان در مناطق روستایی
۳- بهبود کیفیت خدمات سلامت روان به میزان سالانه ۳ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۳- راه اندازی مراکز ارائه خدمات مشاوره و پیشگیری در مناطق شهری و روستایی
۴- افزایش دسترسی به مراقبت های سلامت روان با ارتقای ظرفیت تخت های روان پزشکی در بیمارستان ها به میزان حداقل ۱۰ درصد تخت های فعال مراکز درمانی	۴- توسعه خدمات سلامت روان در بخش خصوصی
	۵- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
	۶- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
	۷- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
	۸- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
	۹- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
	۱۰- تقویت برنامه پزشک خانواده
	۱۱- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)
	۱۲- استقرار حاکمیت بالینی در مراکز درمانی
	۱۳- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
	۱۴- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب

با توجه به این که اهداف پیشگفت، بر اساس گستره زمانی نقشه چشم انداز (۱۵ ساله) تدوین شده است، برای تحقق اهداف، سه نقشه راه پنج ساله تهیه می شود و این برنامه های راهبردی هر یک در حوزه های مختلف به برنامه های عملیاتی تبدیل شده و اجرا می گردند. در پیوست این مجموعه، برنامه های راهبردی (اولویت های نقشه سلامت استان) در پنج ساله اول آورده شده است.

پایش برنامه ها در حین اجرای هر برنامه توسط کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان انجام و نتایج آن به صورت ۳ ماه یکبار به همه اعضای کارگروه گزارش می گردد. همچنین ارزشیابی برنامه ها نیز در پایان هر برنامه یک ساله که تحت عنوان برنامه اجرایی عملیاتی مشخص می شود انجام و ارزشیابی کل نقشه راه تیز در پایان هر ۵ سال توسط کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان انجام و نتایج آن به همه اعضای کارگروه گزارش می گردد

### \* سازمان های مسئول و درگیر در سلامت استان

سلامت به شدت تحت تاثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی است و متغیرهای اقتصادی و اجتماعی متفاوتی به صورت مستقیم و غیرمستقیم سلامت مردم را تحت الشعاع قرار می دهند. به عنوان مثال وجود نابرابری های گسترده در توزیع درآمد، شغل، تحصیلات و ... نه تنها می تواند منجر به بروز فقر و ایجاد شکاف بیشتر طبقات جامعه شود، بلکه می تواند بر روی سلامت افراد و سلامت کل جامعه تاثیرگذار باشد. اکثر عوامل ایجادکننده بی عدالتی ها در سلامت در بخش های مختلف اجتماعی پراکنده می باشند. بنابراین لازم است که در سیاست گذاری ها به همه بخش های مرتبط توجه شود و تاثیرات احتمالی سیاست های آنها بر سلامت آسیب پذیرترین گروه ها در اجتماع، ارزیابی گردد و سپس بر اساس آن، سیاست ها و برنامه ها هماهنگ گردند.

به همین دلیل اتخاذ رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به منظور کاهش تفاوت های سلامت و ارتقای عدالت در سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان یکی از پنج اولویت اعلام شده از سوی مقام محترم وزارت مد نظر قرار گرفته است. طبق قانون و بر اساس رسالت های سازمانی تعریف شده، وزارت ها و نهادهای متفاوتی به صورت مستقیم در امر سلامت دخالت دارند (نظیر وزارت بهداشت، درمان و

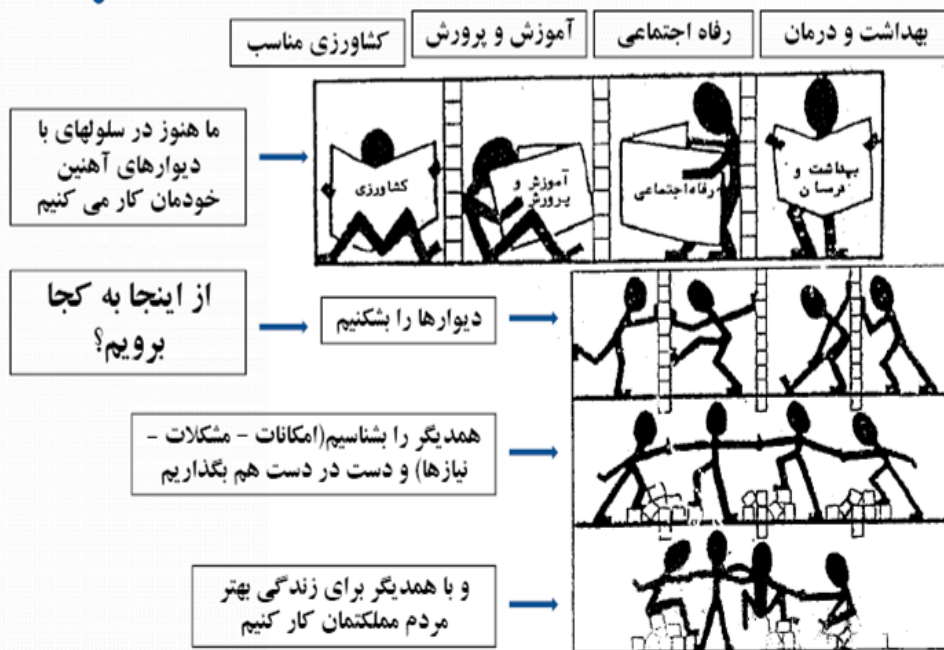
آموزش پزشکی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای سلامت و امنیت غذایی استان ها، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی «ره». بعضی از این نهادها در جهت سیاست گذاری عمل می کنند و برخی عمدتاً نقش اجرایی دارند. گروه دومی نیز از نهادها و سازمان ها وجود دارند که ارتقای سلامت به عنوان مهم ترین راهبرد آنها مطرح نیست ولیکن در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقای سلامت عموم مردم نقش دارند نظیر رسانه های عمومی، آموزش و پرورش و ...

به منظور هماهنگ نمودن فعالیت این نهادها و گسترش همکاری های بین بخشی و در راستای اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست ها و راهبردها در سطح استان در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه، کارگروه سلامت و امنیت غذایی با حضور نمایندگان سازمانها و ادارات تشکیل می گردد. لذا با هدف کمک به انتخاب سیاست ها، راهبردها، امکان سنجی اجرای راهبردها در آینده، تسهیل اجرای برنامه ها و جلب حمایت ذینفعان، تحلیل ذی نفعان انجام گرفت. در ابتدا کلیه ذینفعان سلامت استان شناسایی گردیدند. به منظور شناخت ذینفعان کلیدی، ذینفعان از دیدگاه اعضای کمیته تلفیق رتبه بندی شدند.

سپس تحلیل سطح نفوذ و تاثیر ذینفعان انجام گردید. پس از انجام تحلیل، ذینفعان اولویت دار مشخص شدند. انتخاب ها بر اساس سطح تعهد ذی نفع در تحقق اهداف برنامه ها و سطح تاثیر بالاتر صورت گرفت.

با توجه به این که نقشه سلامت جهت گیری رو به آینده دارد، با استفاده از ماتریس میدان نیرو، موقعیت ذینفعان در آینده با موقعیت فعلی آن ها مقایسه شد. با استفاده از نتایج این تحلیل ها، در برنامه ریزی، روش و مرحله مشارکت هر یک از ذی نفعان کلیدی به کار گرفته شد.

در جدول ۸ با توجه به نتایج تحلیل ذی نفعان، ادارات و سازمان های درگیر در برنامه های اولویت دار سلامت مشخص گردیده اند. در ادامه، انتظارات برنامه های اولویت دار سلامت از سازمان های ذی ربط مشخص گردیده و به تفکیک برنامه ها فهرست شده اند.



شکل شماره ۷

جدول شماره ۸ - سازمان ها و نهادهای عضو کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و

ارتباط با برنامه های اولویت دار سلامت

پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری	پیشگیری و کنترل بیماری های دوران سالمندی	پیشگیری و کنترل بیماری های حول و حوش نوبد	پیشگیری و کنترل سرطان های شایع	پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیر عمدی	پیشگیری و کنترل دیابت	پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی	پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر	سازمان / اداره
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	استانداری
✓		✓		✓		✓	✓	مرکز مدیریت بحران استان
✓		✓	✓	✓		✓	✓	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
✓			✓					دادگستری استان
		✓						فرماندهی سپاه صاحب الزمان (عج)
✓		✓	✓	✓		✓	✓	فرماندهی انتظامی استان اصفهان
✓		✓	✓	✓		✓	✓	شورای اسلامی استان
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	شورای اسلامی شهر اصفهان
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	شهرداری اصفهان
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	فرمانداری اصفهان
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	سازمان بهزیستی استان
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	صدا و سیما مرکز اصفهان
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	بیمه سلامت استان
✓	✓	✓	✓			✓	✓	اداره کل ورزش و جوانان
		✓	✓			✓	✓	صنعت نفت اصفهان
✓		✓	✓			✓	✓	بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان اصفهان
✓	✓		✓			✓	✓	اداره کل دخانیات استان
✓								سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	مدیریت درمان سازمان تأمین اجتماعی استان
			✓			✓	✓	اداره کل حفاظت محیط زیست استان
✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	اداره کل آموزش و پرورش استان
✓				✓		✓	✓	اداره کل نوسازی مدارس استان
			✓					شرکت آب منطقه ای استان



## نقشه جامع سلامت

### استان اصفهان

پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری	پیشگیری و کنترل بیماری های دوران سالمندی	پیشگیری و کنترل بیماری های حول و حوش نولد	پیشگیری و کنترل سرطان های شایع	پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیر عمدی	پیشگیری و کنترل دیابت	پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی	پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر	سازمان / اداره
			✓					سازمان آب و فاضلاب استان
			✓					شرکت آب و فاضلاب روستایی استان
✓	✓	✓	✓			✓	✓	کمیته امداد امام خمینی (ره)
✓	✓	✓	✓			✓	✓	سازمان نظام پزشکی استان
✓		✓		✓				اداره کل پزشکی قانونی استان
✓		✓		✓	✓	✓	✓	جمعیت هلال احمر استان
		✓	✓	✓	✓	✓	✓	سازمان جهاد کشاورزی استان
			✓					پشتیبانی امور دام جهاد کشاورزی استان
✓			✓				✓	سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی استان
			✓				✓	مرکز تحقیقات کشاورزی و منابع طبیعی استان
			✓					سازمان دامپزشکی استان
✓								بنیاد شهید و امور ایثارگران استان
✓			✓		✓	✓	✓	اداره کل استاندارد و تحقیقات صنعتی استان
✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
			✓	✓	✓	✓	✓	سازمان صنعت، معدن و تجارت استان
✓		✓	✓		✓			مجمع بیماری های خاص
✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	مجمع خیریه های درمانی استانی
✓	✓	✓			✓	✓	✓	سازمان بسیج جامعه پزشکی استان
✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	اداره کل امور بانوان و خانواده
			✓		✓	✓	✓	اداره کل هواشناسی استان
✓	✓							اداره کل تبلیغات اسلامی استان
		✓						مدیریت امور عشایر استان

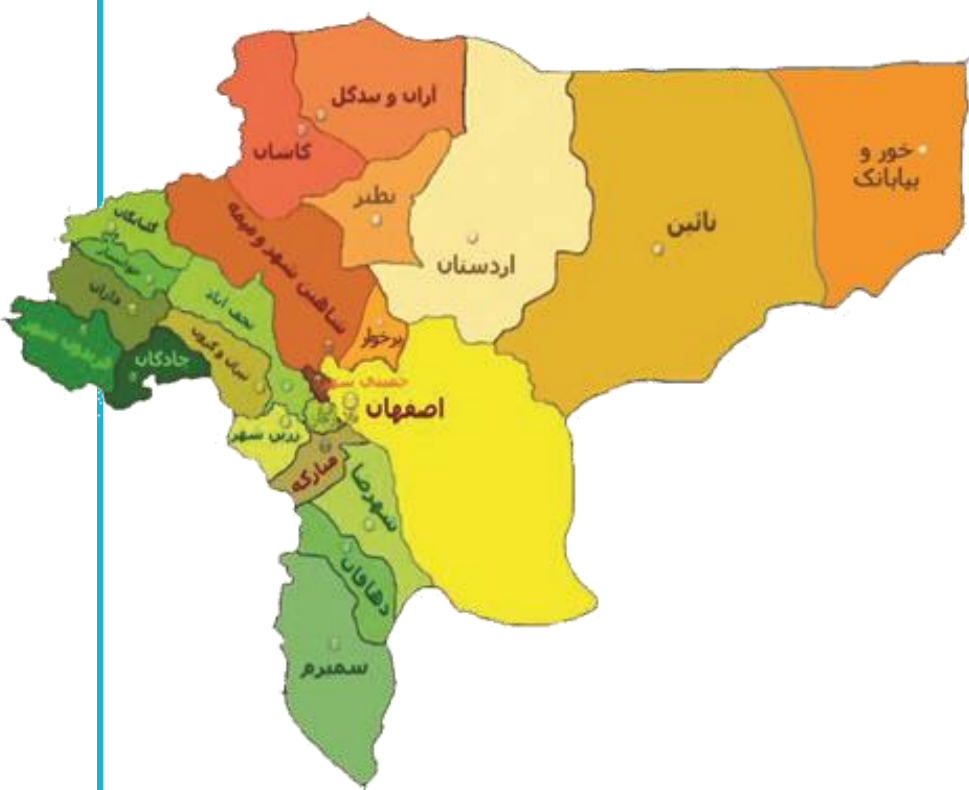
## نقشه جامع سلامت

### استان اصفهان

پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری	پیشگیری و کنترل بیماری های دوران سالمندی	پیشگیری و کنترل بیماری های حول و حوش نولد	پیشگیری و کنترل سرطان های شایع	پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیر عمدی	پیشگیری و کنترل دیابت	پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی	پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر	سازمان / اداره
✓		✓	✓		✓	✓	✓	شرکت مخابرات استان
				✓				شرکت برق منطقه ای استان
✓	✓							اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی
✓					✓	✓	✓	دانشگاه هنر
✓					✓	✓	✓	دانشگاه اصفهان
		✓		✓				اداره کل راه و شهر سازی استان
				✓	✓	✓	✓	اداره کل حمل و نقل و پایانه های استان
✓		✓			✓	✓	✓	اداره کل کتابخانه های عمومی استان
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	اداره کل ثبت احوال استان
✓		✓			✓		✓	اداره کل زندانها و امور تربیتی استان
				✓				شرکت گاز استان
					✓	✓	✓	شرکت غله و خدمات بازرگانی منطقه ۱۰ اصفهان
✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	سازمان بازرسی استان
			✓					آزمایشگاه فنی و مکانیک خاک استان
		✓						نهضت سوادآموزی استان
			✓		✓	✓	✓	شرکت شهرک های صنعتی استان

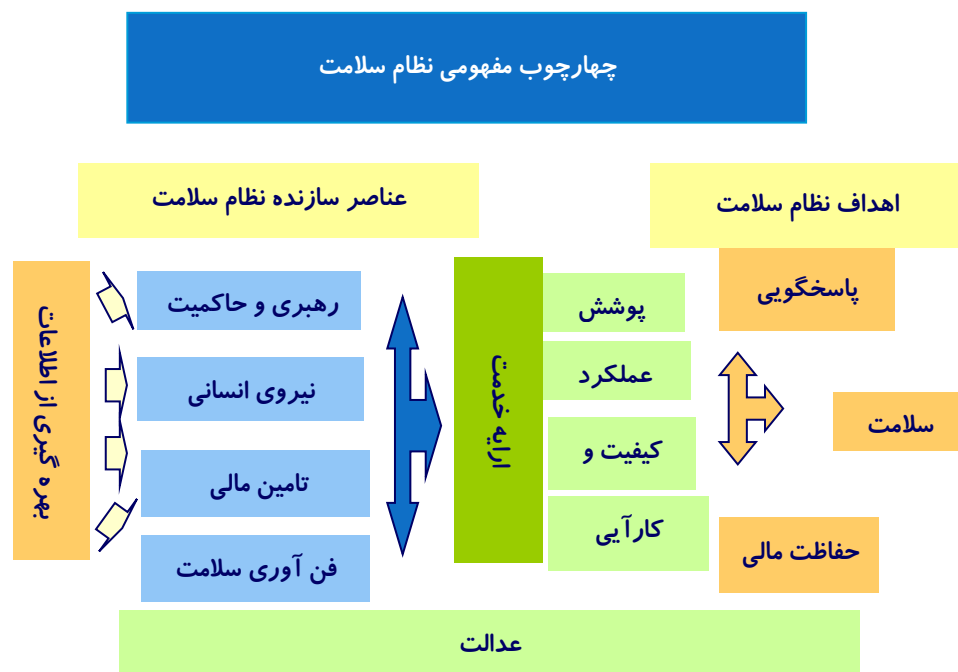
شایان ذکر است که فهرست انتظارات از سایر ادارات و سازمان ها در پیوست موجود است.

## سوم: چالش های نظام سلامت استان



### اهم چالش ها و راهکارها در مسیر تحول نظام سلامت استان

نظام سلامت به مجموعه ای از منابع، مدیریت، هزینه کرد و سازماندهی اطلاق می شود که به ارائه خدمات سلامتی به جامعه منجر می شود. از منظری دیگر کلیه فعالیت هایی را شامل می شود که با هدف ارتقای، حفظ و برقراری سلامت جامعه انجام می گردد. در نظام سلامت مطلوب کلیه عناصر تشکیل دهنده با یکدیگر در تعامل و ارتباطند. اجزای نظام سلامت با محیط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی در تعامل بوده و نظام سلامت پویا و بالنده است. چهارچوب مفهومی نظام سلامت در قالب شکل ۸ تصویر شده است.



شکل شماره ۸- چهارچوب مفهومی نظام سلامت

در این قسمت با توجه به چهارچوب مفهومی فوق به نقاط ضعف و تهدیدهایی که در نظام سلامت استان وجود داشته و منجر به ضعف زیرساخت های مدیریتی خواهند شد می پردازیم:

## رهبری و حاکمیت:

برنامه های اجرایی و سیاست های کلان سلامت در منطقه تحت پوشش دانشگاه بر اساس اسناد بالادستی و دستورالعمل ها و برنامه های ابلاغ شده از طرف وزارت متبوع به دانشگاه تهیه می شود. دانشگاه در برنامه ریزی و سیاست گذاری، آمار و اطلاعات منطقه ای و برنامه های پیشنهادی واحدهای تابعه و وابسته خود را در نظر گرفته و برنامه استان را پس از بررسی کارشناسی و تطبیق با سیاست های کلان دولت و با هماهنگی شورای برنامه ریزی و توسعه استان در هیات امنای دانشگاه تصویب می کند. کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان نیز به ریاست استاندار و با دبیری رئیس دانشگاه علوم پزشکی به عنوان بالاترین مرجع سیاست گذار سلامت در استان، تصویب برنامه های کلان مرتبط با حوزه سلامت و هماهنگ سازی برنامه های سازمان های مختلف ذی نفع سلامت را بر عهده دارد که با حضور پر رنگ آنها در جلسات و پیگیری برنامه ها، می توان آن ها را عملیاتی نمود.

پس از تایید برنامه کلان دانشگاه، برنامه ریزی تفصیلی و اجرایی در واحدهای تابعه و وابسته دانشگاه انجام می شود. مراکز بهداشت شهرستان هماهنگ با برنامه های استانی، در حوزه تحت پوشش خود، تولی گری امر سلامت را بر عهده دارند.

هر چند متولی اصلی سلامت در استان دانشگاه های علوم پزشکی هستند ولی در امور تولیدی سلامت، از اختیارات لازم برای پایش و نظارت بر حسن اجرای برنامه های سلامتی و جلوگیری از اجرای سیاست های مغایر در کلیه ابعاد بخش سلامت برخوردار نیستند.

از طرفی با وجود تغییرات مستمر نیازهای سلامت، سیاست ها و برنامه های کلان کشور و استان، ساختار ارائه خدمات سلامت دانشگاه برای پاسخگویی پویایی لازم را ندارد. در حال حاضر بستر ساختاری مناسب برای اجرای بهینه فعالیت های مرتبط با استقرار استانداردهای سطح دوم خدمات سلامت و اجرای عملیات نظارت و اعتبار بخشی واحدهای تشخیصی، درمانی، توان بخشی سرپایی و بستری، عملیات حوادث و فوریت های پزشکی، برنامه های آموزش و پژوهش پزشکی و همچنین اجرای برنامه های مرتبط با امور دارو، غذا و تجهیزات پزشکی فراهم نیست. همین ناهماهنگی ساختاری منجر به تشکیل جزایر جداگانه و عملکرد مجزای هر یک از حوزه های تخصصی دانشگاه شده است و بخشی از زمان مفید مدیریت دانشگاه وشبکه بهداشت و درمان به رفع ناهماهنگی ها و ممانعت از بروز اختلافات اختصاص یافته است.

### مهم ترین مشکلات حیطه حاکمیت و رهبری:

- چندگانگی تصمیم گیرندگان و تامین کنندگان مالی سلامت استان
- تحقق ناکامل استقلال دانشگاه بر اساس اختیارات تفویض شده در قانون هیات امناء
- ضعف در بهره گیری کامل ظرفیت های ذی نفعان سلامت و حمایت طلبی
- به روز نبودن توانایی و مهارت های کارشناسان برای فعالیتهای ستادی
- نظام تصمیم گیری متمرکز در دانشگاه و ضعف در تفویض اختیار به مدیریت شهرستان
- توجه ناکافی به فعالیتهای برنامه نویسی و مراقبت از سیاستها و برنامه ها
- ناپایداری مدیریت و فقدان نظام انتخاب مدیران و ضعف در برنامه های توانمند سازی مدیران
- وجود قوانین اداری و مالی متعدد و گاه متناقض در بخش بهداشت و درمان

### اهم راهبردها در کارکرد حاکمیت و رهبری

- یکپارچه سازی سیاستگذاری سلامت در سطح استان (کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان)
- توسعه هماهنگی بین بخشی و تقویت شبکه ذی نفعان و مشارکت نخبگان
- ظرفیت سازی کارشناسان ستادی برای برنامه ریزی، پایش و اجرای آن
- تقویت پایش و ارزیابی برنامه ها و پاسخگویی سازمان ها
- شایسته سالاری در انتخاب مدیران و توانمند سازی ایشان
- بهره گیری از رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
- پیگیری اعطای تسهیلات و حمایت از بخش غیر دولتی جهت تسهیل ورود به عرصه های اولویت دار سلامت

### < نیروی انسانی سلامت

نیروی انسانی به ویژه نیروی انسانی آموزش دیده و ماهر مهم ترین سرمایه هر نظام است. خوشبختانه بخش اعظم نیروی انسانی بخش سلامت در سطح بالایی از دانش و مهارت قرار دارند که به نوبه خود مدیریت دقیقی را می طلبد. از نگاه سازمان جهانی بهداشت نگاه ویژه به این کارکرد اهمیت دارد. دلایل این اهمیت این است که عملکرد هر سیستمی به

ترکیبی از مهارت‌ها و عملکرد نیروهای انسانی و دردسترس بودن آنها وابسته است. علاوه بر این بخش قابل توجهی از بودجه سلامت به تولید و روزآمد کردن منابع انسانی اختصاص داده می‌شود. هزینه‌های انسانی و اقتصادی مدیریت ضعیف نیروی انسانی بخش سلامت بسیار بالا است.

استان اصفهان به دلیل جاذبه‌های فراوان فرهنگی- اجتماعی، اقتصادی و اقلیمی واجد تعداد زیادی از دانش‌آموختگان سلامت و داوطلبان اشتغال به کار در حوزه سلامت است. جذب و به کارگیری نیروی انسانی در دانشگاه تابع ضوابط قانون هیات‌های امناء (ماده ۲۰ برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور) است.

هرچند اقدامات وسیع و گسترده‌ای در حوزه تامین نیروی انسانی در دانشگاه انجام گرفته است ولی کمبودهای نیروی انسانی در عرصه‌های خدمات سلامت به خصوص در تامین نیروی انسانی مراکز درمانی و برخی از رشته‌های تخصصی مشهود است. مثال‌هایی از اقدامات انجام گرفته عبارتند از:

اجرای طرح مقیم سازی متخصصین در مراکز درمانی ارجاعی و مناطق محروم، تامین نیروی پرستاری مورد نیاز از طریق قراردادهای مستقیم دانشگاه، اجرای پروژه‌های موفق در حوزه توانمند سازی کارکنان و....

### مهمترین مشکلات نیروی انسانی سلامت

- نبود سیاست مدون برای توسعه منابع انسانی بخش سلامت
- مشکلات تامین نیروی انسانی برای مشکلات سلامتی در اولویت
- مشکلات نظام ارتقای منابع انسانی
- ترکیب نامتوازن جنسی فارغ التحصیلان رشته‌های پزشکی و مرتبط
- کمبود و توزیع نامناسب نیروی انسانی در مناطق محروم به خصوص نیروهای تخصصی
- امکانات ناکافی برای جذب و بکارگیری نیروهای کارآمد
- فقدان مهارت‌های کار تیمی، انعطاف پذیری شغلی، سلسله مراتب اداری و اطاعت پذیری
- انگیزه ناکافی کارکنان سلامت و بهره‌وری پایین نیروی انسانی
- عدم وجود نظام‌های مناسب انگیزش و نگهداشت نیروی انسانی
- مشکلات نظام جبران خدمات و پایش عملکرد کارکنان
- عدم تفکیک وظایف صف و ستاد در حوزه‌های ستادی

- ضعف مهارت های فنی نیروهای تازه فارغ التحصیل
- مشخص نبودن سهم بخش خصوصی در ارائه خدمت
- جذب نامتناسب دانشجو در رشته های مختلف (نسبت به نیاز جامعه)

### اهم راهبردها در حیطة مدیریت نیروی انسانی

- استقرار و بهبود نظام جامع روابط کار در دانشگاه
- اصلاح ساختار سازمانی و تشکیلات حوزه های دانشگاه
- نیازسنجی مبتنی بر شواهد و تامین نیروی انسانی سلامت مبتنی بر رسالت و مأموریت حوزه ها
- استقرارنظام شایسته گرایی و بهینه گزینی در جذب،استخدام، انتصاب، توسعه و ارتقای منابع انسانی
- مدیریت عملکرد کارکنان و برقراری نظام انگیزش مبتنی بر عملکرد، کیفیت و کارایی
- برقراری راهکارهای ماندگاری نیروی انسانی مناطق محروم به خصوص نیروی تخصصی
- نیازسنجی و بازنگری نیازهای آموزشی مدیران و کارکنان بخش سلامت
- ارتقای نظام آموزش مداوم پزشکی و پیراپزشکی مبتنی بر نیازسنجی
- توانمند سازی مستمر کارکنان سلامت و آموزش حین خدمت
- راه اندازی دوره های کوتاه مدت حرفه ای مبتنی بر نیاز
- اجرای قانون منع اشتغال همزمان پزشکان و کارکنان ستاد در بخش دولتی و خصوصی
- توجه به مدیریت دانش
- واگذاری بخشی از خدمات سلامت به بخش خصوصی بر مبنای اصل ۴۹ قانون
- استقرار نظام پزشک خانواده

### ← تأمین مالی

نظام مالی مجموع های از فعالیتهای مرتبط و به هم پیوسته برای تدارک مالی خدمات سلامت تلقی می شود. یکی از مهم ترین عوامل موثر در تامین سطح سلامت مطلوب جامعه، منطقی بودن شیوه تامین مالی و بیشینه کردن سهم بخش عمومی (منابع عمومی دولت، مشارکت بیمه ها) نسبت به سهم پرداخت مستقیم مردم در تامین مالی خدمات



سلامت است تا مردم از نظر پوشش حمایتی در زمان بیماری احساس آسودگی خاطر کنند و در صورت ناتوانی و فقر از خدمات سلامت چشم پوشی ننمایند.

هرقدر شیوه تأمین منابع، بیشتر بر منابع عمومی و پیش پرداختها (قبل از بروز بیماری) اتکا داشته باشد، نظام سلامت عادلانه تر می باشد و هر چه میزان منابع مالی بیشتر از محل پرداختهای مستقیم خانوارها و در زمان بیماری تأمین گردد، نظام تأمین منابع مالی سلامت، غیر عادلانه تر خواهد بود.

به دلیل رشد فناوری در حیطه سلامت، افزایش جمعیت و نیز تغییر شیوه زندگی به سمت صنعتی شدن، افزایش دسترسی (فیزیکی و مالی) و سطح آگاهی افراد به خدمات سلامت و ظهور بیماریهای جدید، هزینه های خدمات سلامت با رشد فزایندهای روبرو است و ضروری است توزیع منابع محدود اختصاص یافته به بخش سلامت با نظم و هدفمند صورت گیرد.

بر اساس مطالعات حساب های ملی سلامت، ۳۰ درصد منابع مالی بخش بهداشت و درمان کشور از محل منابع عمومی، ۱۱ درصد از محل کارفرمایان و بیش از ۵۰ درصد از طریق پرداخت مستقیم خانوار صورت می گیرد (تعهد دولت در برنامه پنجم توسعه کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم به کمتر از ۳۰ درصد می باشد).

بسیاری از چالش ها و مشکلات تأمین مالی سلامت به مشکلات ساختاری نظام سلامت کشور برمی گردد. دانشگاه های علوم پزشکی در حیطه سیاست گذاری این حوزه اختیارات محدودی دارند. سازمان های جبران کننده خدمات از جمله دانشگاه و سازمان های بیمه گر استانی نیز تابع سیاست های ملی می باشند. این موضوع اهمیت تحقق اهداف چشم انداز و برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور را در پوشش همگانی خدمات، تعریف بسته جامع خدمات و تجمیع صندوق های بیمه به عنوان الزامات دستیابی به اهداف دانشگاه در این حوزه بیش از پیش نمایان می سازد.

### مهم ترین مشکلات در حوزه تأمین مالی

- کمبود سرانه سلامت
- نظام تأمین مالی سنتی، پیچیده، ناعادلانه و ناکارآمد در بخش سلامت
- تقدم درمان بر پیشگیری در تخصیص منابع مالی

- بیماری نگر بودن نظام بیمه (فقدان بیمه های سلامت نگر)
- ضعف سیستم هزینه یابی یا محاسبه قیمت تمام شده خدمات
- پراکندگی صندوقهای تجمیع خطر و انباشت منابع
- محدودیت امکان کنترل کیفیت نظام پرداخت به ازای انجام خدمت
- مشکلات نرخ گذاری خدمات سلامت
- سهم بالای پرداخت مستقیم مردم و وجود پدیده پرداخت های غیررسمی
- عدم تناسب اعتبارات با حجم فعالیتهای جاری
- تعدد متولیان تأمین و توزیع منابع بخش سلامت
- واقعی نبودن سرانه بیمه ها و تعرفه های خدمات درمانی (در بخش دولتی)

### اهم راهبردها در حیطه تأمین مالی

- اولویت سرمایه گذاری بر پیشگیری از بیماری ها
- تعریف بسته خدمات استاندارد و گسترش خرید راهبردی خدمات
- ارتقای بهره وری و کارآیی عملکرد مدیریت منابع بخش سلامت و بهبود سیستم های مالی
- اولویت بندی هزینه کردها و تخصیص منابع بر اساس برنامه
- استقرار بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد
- اصلاح الگوی مصرف خدمات سلامت و مدیریت مصرف منطقی
- اصلاح نظام پرداخت بر اساس سیاست های کشوری
- سازماندهی، هدایت و جلب کمکهای مردمی و سازمانهای غیردولتی
- بومی سازی ارزش نسبی خدمات سلامت فاقد تعرفه
- تعامل پویا با سازمان های بیمه گر استان
- جلب و هدایت خیرین در راستای اولویتهای نظام سلامت و نقشه جامع سلامت استان

### ◀ فناوری سلامت

آن چه به عنوان فناوری در حوزه سلامت شناخته می شود مجموعه ای شامل دانش و مداخلات مدیریتی سازمان سلامت، تجهیزات پزشکی و اداری، مداخلات درمانی و داروها

و... می گردد. این فناوری ها پس از نیروی انسانی سرمایه های سلامت یک کشورند. انتخاب و استفاده از فناوری سلامت (با توجه به هزینه بری و وسعت استفاده) نیازمند سیاست گذاری، انتخاب و استفاده کار آمد است.

به عنوان مثال ورود برخی داروهای گران به کشور و یا اتخاذ یک سیاست مدیریتی گسترده بدون انجام مطالعات لازم منتج به هزینه های گزاف و به دست آوردن حداقل منافع برای بیمار و جامعه است. سازمانهای سلامت به ویژه ارائه کنندگان خدمات، بیشتر به دنبال تملک فناوری جدید هستند تا تناسب و کارآیی فناوری و منافع بیماران و جامعه. ضروری است قبل از اجازه ورود به یک فناوری جدید گران قیمت، مطالعات لازم صورت پذیرد و در این صورت کارآیی و بهره وری منابع بیشتر بوده و زیانهای احتمالی آن به بیماران کمتر خواهد بود.

### اهم چالش ها در حیطه فناوری سلامت

- توسعه شتابان فناوری سلامت و عدم تناسب آن با توان اجرایی در حوزه ارزیابی فناوری سلامت
- ورود بی رویه فناوریهای نوین به لحاظ نوع، تعداد و...
- ضعف نگرش سیاست گذاران در خصوص ارزیابی فناوری سلامت
- تقاضای بی ضابطه جامعه پزشکی استان و مردم برای بهره گیری از فناوری های نوین سلامت (دارو و تجهیزات)
- بالابودن برخی از شاخصهای مربوطه مصرف دارو (مصرف کورتیکواستروئید، داروهای تزریقی،...)
- مشکلات دارو در بیمارستان
- دامن زدن به پدیده تقاضای القایی از طرف برخی از شرکت های دارویی و تجهیزاتی
- مشکلات مدیریت و نگهداشت تجهیزات پزشکی
- ضعف دانش و مهارت کافی در بکارگیری موثر فناوری های سلامت

### اهم راهبردها در حیطه فناوری سلامت

- بکارگیری ابزار ارزیابی فناوری سلامت در نیازسنجی فناوری های سلامت
- مدیریت صحیح فناوری از بعد برنامه ریزی، تخصیص منابع و نگهداشت و آموزش نیروی کاربر

- کنترل و تضمین کیفیت فرآورده های دارویی و رعایت اصول بهینه تولید (GMP) و نیز توزیع (GSP) انبار و نگهداری (GDP) فرآورده های دارویی در استان
- حمایت از صنایع ملی (با اولویت استانی) داروئی و تجهیزاتی
- تأکید بر پایش الگوی تجویز دارو در راستای توسعه و ترویج تجویز و مصرف منطقی دارو
- فرهنگ سازی جامعه و گروه پزشکی در خصوص استفاده از فناوری های سلامت
- توسعه مدیریت نگه داشت و کالیبراسیون تجهیزات پزشکی
- شناسنامه دار کردن تجهیزات پزشکی مراکز درمانی
- استفاده از الگوی اسلامی و بومی و سنتی تغذیه ای و رفتاری جامعه و نظام دادن به الگوی مذکور

### ◀ مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

مدیریت بهینه نظام سلامت، مستلزم بکارگیری اطلاعات صحیح، مورد وثوق و روزآمد است. یک نظام اطلاعاتی مناسب می تواند شواهد لازم را برای تصمیم گیری بهینه و عملکرد مناسب تر سازمان کمک کند. فناوری اطلاعات از روش های متعددی می تواند به حوزه سلامت کمک نماید. شبکه های اطلاع رسانی بهداشت، شبکه های پزشکی از راه دور، شبکه های همکاری علمی پزشکی، تجهیزات هوشمند پزشکی یار و پرونده الکترونیکی بیمار نمونه هایی از کاربرد فن آوری اطلاعات در بهداشت و درمان هستند. نه تنها سیاست گذاران و مدیران نیازمند استفاده از اطلاعات در تصمیم گیری ها هستند، بلکه ارائه کنندگان خدمات همانند پزشکان، کارشناسان و کارکنان سلامت و بیماران نیز به آن نیازمند خواهند بود.

### اهم چالش ها در حیطه مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

- عدم یکپارچگی نظام اطلاعات سلامت و وجود جزایر جداگانه اطلاعاتی
- ضعف شناخت و آگاهی ذی نفعان در ارتباط با اهمیت آمار و اطلاعات
- کمبود نیروی متخصص مرتبط به مدیریت اطلاعات سلامت
- ضعف سرمایه گذاری لازم نسبت به تولید آمار و اطلاعات ضروری
- نبود استاندارد در چرخه گردش اطلاعات، جمع آوری داده ها، استانداردهای نرم افزاری

- پائین بودن کیفیت اطلاعات و عدم بازبینی و سامان دهی داده های جاری، نبود سیستم گزارش دهی و بازخورد منظم
- ضعف در اتوماسیون اداری
- پائین بودن سواد رایانه ای کارکنان و پائین بودن فرهنگ عمومی آمار و اطلاعات
- ضعف در نظام اطلاعات داده های اقتصادی اجتماعی موثر بر سلامت و شاخص های سلامت

### اهم راهبردها در حیطة مدیریت اطلاعات و فناوری اطلاعات

- بهره گیری از زیج سلامت و نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری ها
- توسعه و استقرار پرونده الکترونیک سلامت
- توسعه کاربردها و خدمات الکترونیک سلامت به خصوص خدمات پیش خوان
- توسعه زیرساخت ارتباطی شبکه ملی سلامت و ایجاد ظرفیت های منطقه ای
- گسترش خدمات دوراپزشکی (تله مدیسین)
- ارتقای نظام مدیریت اطلاعات سلامت و بهره گیری از آمار

### تدارک خدمات و مراقبت های سلامت

- درون مایه نظام سلامت کشور برپایه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) طرح ریزی شده است. اولویت های کشور در این نظام بدین شکل تبیین گردید:
- ۱- اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات
  - ۲- اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی
  - ۳- اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری
- خدمات تعریف شده در بخش دولتی در قالب شبکه بهداشتی درمانی در سطوح مختلف و توسط ارائه کنندگان خاص در هر سطح ارائه می گردد. پیوند سطوح مختلف مراقبت از اجزای ضروری PHC است. این پیوند از طریق نظام سطح بندی خدمات و ارجاع تحقق می یابد. نظام ارجاع از شبکه ای از ارائه دهندگان و واحدهای ارائه خدمت در یک منطقه جغرافیایی خاص تشکیل شده است که :
- دسترسی عادلانه به مراقبت مناسب و به هنگام را براساس نیازهای واقعی جامعه تامین می کند.
  - استفاده مؤثر و کافی از منابع در دسترس سلامت را تضمین می کند.
  - دستیابی به بهترین بازده مراقبتی را با کمک منابع موجود فعلی میسر می سازد.

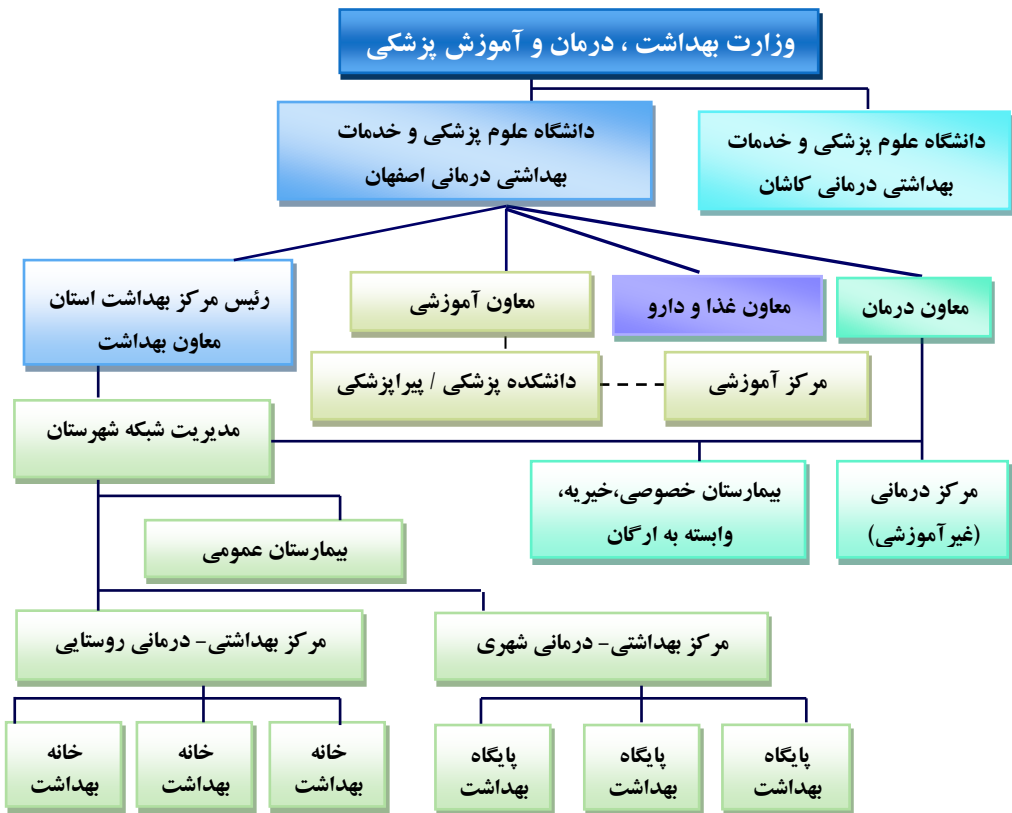
### ◀ نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده

بر اساس این برنامه، خدمات و مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذاشته می شود.

**سطح اول:** خدماتی از قبیل: ارتقایی سلامت عمومی، پیشگیری و درمان های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری بیمار عمده خدمات این سطح را تشکیل می دهند که در چهارچوب خدمات واحد پزشک خانواده، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می گیرد.

**سطح دوم خدمات:** خدمات درمانی و توان بخشی تخصصی سرپایی یا بستری است که توسط مراکز تخصصی ارایه می شوند.

**سطح سوم خدمات:** خدمات درمانی یا توان بخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری که توسط مراکز فوق تخصصی در اختیار مراجعه کنندگان قرار می گیرد.



شکل ۴- تصویر سازمانی شبکه سلامت در استان اصفهان (بخش دولتی)

**اهم چالش ها در حوزه تدارک خدمات سلامت**

- مشکلات دسترسی و توزیع نامناسب به خدمات و منابع سلامت
- اتکای بیش از حد به فناوری در ارائه خدمات تشخیصی درمانی
- ورود بی رویه ارائه کنندگان خدمات سلامت به بازار و ایجاد تقاضای القایی
- کمبود یا فقدان راهنماهای بالینی مراقبت در سطوح مراقبت مبتنی بر شواهد علمی بومی روزآمد
- مشکلات ارتباط بیمار با ارائه دهندگان خدمات درمانی
- مشکلات نظام ارجاع و عدم پیوستگی در سطوح مراقبت
- عدم رعایت الگوی صحیح مصرف خدمات سلامتی
- نبود برنامه های جامعه محور برای کنترل عوامل خطر سلامتی در اولویت منطبق با بار بیماریهای کشور
- چندانگی تأمین منابع و شیوه ارائه خدمت
- ابهام در تعریف بسته خدمات سلامتی
- عدم پوشش فراگیر و مناسب پرونده سلامتی برای هر افراد و عدم ثبت اطلاعات موردنیاز
- عدم تبیین استانداردهای کمی و کیفی انجام کار، مدیریت و فقدان سیستم پایش و ارزشیابی
- عدم تناسب توانمندی های دانش آموختگان سلامت با الزامات ارائه خدمت
- ناهمگونی در نظام عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی درمانی با نیازهای مراقبتی جامعه
- موازی کاری و وجود ساختارهای متفاوت ارائه خدمات سلامت توسط سازمان های مختلف
- گرایش جامعه و مدیران بر بسط و توسعه خدمات تخصصی
- کیفیت نامناسب خدمات و مراقبت های سلامت

**اهم راهبردها در گسترش دسترسی عادلانه و بهره مندی جامعه از خدمات سلامت**

- طراحی و اجرای نظام ارجاع خدمات با محوریت پزشک خانواده
- توزیع عادلانه و متناسب سازی منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت بر اساس سطح بندی و نظام ارجاع
- گسترش خدمات نوین مراقبتی بر اساس نیازسنجی مبتنی بر شاهد

- توسعه گردشگری سلامت در استان در قالب تاسیس شهرک های دانش و سلامت
- تکمیل و تجهیز کلیه واحدهای دولتی ارایه خدمات سلامت بر اساس سطح بندی خدمات و نظام ارجاع
- استانداردسازی ساختار فیزیکی کلیه مراکز درمانی
- ارتقای بهره مندی از خدمات و ارتقای دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامت
- گسترش خدمات مراقبت در منزل (Home Care)
- افزایش دسترسی اقتصادی به خدمات و مراقبت های سلامت
- طراحی و اجرای نظام سطح بندی و ارجاع آزمایشگاه های استان
- توسعه (کمی و کیفی) مراقبت های استاندارد سرپایی
- ارتقای مشارکت بخش غیر دولتی و خرید راهبردی خدمات
- توسعه خدمات کالیبراسیون تجهیزات پزشکی
- استفاده از سامانه الکترونیک سلامت و سیستم هوشمند

### اهم راهبردها در ارتقای کیفیت خدمات سلامت با رویکرد حاکمیت بالینی

- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت در دانشگاه
- تقویت آزمایشگاه رفرانس برای مرجعیت کنترل کیفی آزمایشات
- طراحی ساختار کشف و تبیین فرآیند بررسی خطاهای پزشکی و عوارض ناخواسته دارویی
- طراحی و ارتقای ساختار نظام رسیدگی به شکایات سلامت
- استقرار استانداردهای اعتباربخشی و رتبه بندی در مراکز درمانی
- توانمندسازی و توسعه آموزش کارکنان و بیماران و ارتقای نظام آموزش مداوم حرفه ای
- طراحی مسیرهای بالینی بیماران در بیماری های شایع
- توسعه ایمنی بیماران در مراکز درمانی
- دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی سازمان های بین المللی در مراکز درمانی منتخب
- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب
- افزایش مراقبت از عفونت در خدمات سلامت



- بکارگیری ابزار ممیزی بالینی جهت ارتقای خدمات
- ارتقای مراقبت های سلامت با تاکید بر بیماری های اولویت دار (مادران باردار، نوزادان، بیماران اورژانس و ...)
- توسعه فعالیت های کنترل کیفی دارویی و مواد آرایشی و ارتقای شاخص های کیفیت خدمات دارویی
- توسعه خدمات بررسی عوارض ناخواسته دارویی و اطلاع رسانی دارو و سموم
- پایش الگوی تجویز دارو و ترویج تجویز و مصرف منطقی دارو
- تدوین گایدلاینها و توسعه استاندارد های خدمات
- مشخص شدن شرح وظایف و کار تیمی مکفی برای ارائه خدمت استاندارد
- استفاده از بخش خصوصی و توانمند کردن آن ها در راستای بسته خدمتی استاندارد

### پاسخگویی در نظام سلامت

سازمان جهانی بهداشت، تعریف پاسخگویی را با تجربه بیمار از خدمات دریافتی معادل می داند. این تجربه بر اساس مستندات فراوان با پیامدهای سلامت ارتباط دارد. علاوه بر این پاسخگویی نظام سلامت در مبحث حقوق بیماران نیز قابل پیگیری است. نگاهی به فلسفه وجودی واحدهای ارایه دهنده خدمات سلامت، بیمار محوری را به عنوان کانون تمرکز و توجه اقدامات مرتبط با ارتقای این مراکز معرفی می کند.

### اهم چالش ها در حوزه پاسخگویی

- مشکلات ارتباط بیمار - ارائه دهندگان خدمات سلامت
- کم رنگ بودن پاسخگویی و رعایت حقوق بیماران در نظام ارزشیابی و رتبه بندی مراکز درمانی
- ناکافی بودن آموزش ارایه دهندگان خدمات در خصوص مهارت های ارتباط با بیمار
- موانع فرهنگی و نگرشی در جهت رعایت حقوق بیماران
- کمبود منابع و مشکلات ساختاری در جهت بیمار محوری مراکز درمانی
- عدم اطلاع کافی بیماران از حقوق خود

### اهم راهبردها در حوزه پاسخگویی

- ارتقای بیمار محوری در مراکز درمانی
- ارتقای مهارت های ارتباط با بیمار در کادر درمانی و گسترش مفاهیم اخلاق پزشکی
- لحاظ معیارهای پاسخگویی و تکریم بیماران در رتبه بندی و اعتبار بخشی مراکز سلامت
- گسترش انجمن های حمایت از حقوق بیماران
- افزایش اطلاع رسانی به جامعه در خصوص حقوق و مسئولیت های بیمار
- تدوین و توسعه راهنماهای بالینی جهت بیماران با هدف ارتقای مراقبت از خود
- تقویت جایگاه مددکاری در مراکز درمانی

### عدالت در سلامت

عدالت در سلامت به وجود فرصت های عادلانه برای دستیابی به سلامت جامع (رفاه کامل جسمی، روحی، روانی و اجتماعی) برای کلیه افراد جامعه دلالت دارد. به طور اختصاصی عدالت در سلامت با توزیع عادلانه منابع سلامت و امکان دسترسی و بهره مندی عادلانه از خدمات سلامت ارزیابی می شود. تعیین کننده های بی عدالتی در بخشهای مختلف توسعه پراکنده می باشند لذا ضروری است در سیاست گذاری ها به همه بخش های مرتبط توجه و اثرات احتمالی سیاست ها و برنامه ها سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب پذیر ترین گروه های اجتماعی ارزیابی گردد و بر اساس آن سیاست های هماهنگ تدوین شوند.

باید توجه کرد هدف از سیاست های عدالت در سلامت حذف تفاوت های سلامت به طوری که همه افراد سطح و کیفیت یکسان سلامتی را داشته باشند نیست، بلکه هدف کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت هایی است که از عواملی که قابل اجتناب هستند، نشات گرفته باشند. بخش عمده ای از راهکارهای گسترش عدالت در سلامت را باید در حوزه عملکردی سازمان هایی جستجو کرد که شاید ماهیتاً رسالت سلامت محوری نداشته باشند. در این جا تنها به به مواردی اشاره می شود که به طور مستقیم در حیطه عملکردی دانشگاه است.

### اهم چالش‌ها در حوزه عدالت در سلامت

- پوشش غیر عادلانه حمایت‌های بیمه‌ای
- تفاوت‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی در مناطق مختلف استان و بالابودن ضریب جینی<sup>۱</sup> در استان
- جاذبه‌های کم مناطق محروم برای کارکنان سلامت
- پراکندگی و چندسویه بودن اقدامات مرتبط با ارتقای عدالت در سلامت در سازمان‌های مختلف
- فرصت‌های شغلی نابرابر در استان
- توزیع نامناسب خدمات سلامت در استان

### اهم راهبردها در حوزه عدالت در سلامت

- گسترش خدمات سلامت مبتنی بر نیاز و توجه به سطح بندی
- مشارکت عمومی با رویکرد مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر خدمات سلامت
- بکارگیری راهکارهای افزایش انگیزه کارکنان سلامت در مناطق محروم
- همسوسازی و پایش اقدامات مرتبط با گسترش عدالت در سلامت در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
- بومی‌سازی و اجرای نظام مراقبت از شاخص‌های عدالت در سلامت
- اولویت بندی توزیع و تخصیص منابع به مناطق کمتر توسعه یافته استان
- بکارگیری نیروهای بومی (بورسیه نمودن آن‌ها براساس نیاز رشته‌ای و سطوح خدمت)

---

<sup>۱</sup> ضریب جینی یا شاخص جینی، ضریب جینی یک واحد اندازه‌گیری پراکندگی آماری است که معمولاً برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا ثروت در یک جامعه آماری استفاده می‌شود. این ضریب با نسبتی تعریف می‌شود که ارزشی بین صفر و یک دارد. هر چقدر ضریب جینی نزدیک به عدد صفر باشد، برابری بیشتر در توزیع درآمد را نشان می‌دهد و بالعکس هر چقدر ضریب جینی نزدیک به عدد یک باشد، توزیع نابرابر درآمد را مشخص می‌کند.

## فهرست منابع

۱- نقشه جامع علمی سلامت. شورای عالی انقلاب فرهنگی، کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۸.

۲- تدوین نقشه نظام سلامت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاستگذاری؛ ۱۳۸۹.

۳- دستاوردها، چالش ها و افق های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاست گذاری؛ ۱۳۸۹.

۴- نقویم. سیمای مرگ و میر در هیجده استان کشور سال ۱۳۸۰. معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲.

۵- نقویم. سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور. معاونت سلامت. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۶.

۶- نقشه نظام سلامت و زیر پروژه های آن از دیدگاه مسئولین و مجریان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاستگذاری؛ ۱۳۸۹.

۷- نظام ثبت و گزارش. مرکز بهداشت استان؛ سال ۱۳۹۰.

۸- حاتمی ح، زالی ع. کتاب جامع بهداشت عمومی، دیدگاه های بهداشتی در سند چشم انداز بیست ساله. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۵.

۹- سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ویرایش هشتم. شورای سیاستگذاری، وزات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۸.

۱۰- دستاوردها، چالش ها و افق های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. شورای سیاستگذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۹.

۱۱- طریقت منفرد م ، اخوان بهبهانی ع ، حسن زاده ع . اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی). دفتر مطالعات اجتماعی مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۸۷.

۱۲- داودی س. مقدمه ای بر اصلاحات نظام سلامت. تهران: نشر آثار معاصر؛ ۱۳۸۷.

13-Roemer MI. *National health systems of the world*. New York: Oxford University Press, vol 1; 1991.

14-World Health Report; 2000 .

## پیوست‌ها



پیوست ۱  
نقشه راه پیشگیری  
و کنترل عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر  
۱۳۹۷-۱۴۰۴

## مقدمه

امروزه با تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و افزایش سن جمعیت، سهم بیماری‌های غیرواگیر (مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌های کلی و حوادث ترافیکی) در مرگ و میر و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری رو به فزونی است. بر این اساس مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۳/۱/۱۸ بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای، ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی تأکید کرده‌اند.

نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست‌های کلی سلامت و انسجام مبادی تصمیم‌گیری، اجراء نظارت و ارزیابی کلیه فعالیت‌ها و در راستای تحقق اهداف "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط"، مصوب چهاردهمین شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۳ و ابلاغیه شماره ۱۰۰/۹۸ مورخ ۹۵/۲/۸. اهداف بلند مدت سند مذکور که از تعهدات بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران برگرفته شده است، به شرح زیر هستند:

۱. کاهش ۲۵٪ از میزان مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر
۲. کاهش ۲۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
۳. کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
۴. کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک سدیم
۵. کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
۶. کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
۷. جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت جمعیت
۸. دسترسی حداقل ۷۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوری‌های پایه و ضروری برای درمان بیماری‌های غیرواگیر
۹. دسترسی حداقل ۷۰٪ جمعیت کشور به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی و حملات عروق مغزی

۱۰. به صفر رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغن های خوراکی و محصولات غذایی

۱۱. ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی

۱۲. ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

۱۳. ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری های روانی

### برش استانی پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در حوزه های الکل، دخانیات،

#### کم تحرکی و تغذیه

#### هدف کلی:

کاهش ۲۵ درصدی مرگ و میر زودرس به دلیل بیماریهای غیرواگیر هدف سند ملی غیرواگیر

#### اهداف اختصاصی:

-هدف ۲: حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل

-هدف ۳: کاهش ۳۰٪ از میزان شیوع فعالیت بدنی ناکافی

- هدف ۴: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک

- هدف ۵: ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع استعمال دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال

#### فعالتهای مورد نظر در هدف ۲

- حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل

❖ آموزش عموم مردم درخصوص عوارض مصرف الکل (رویکرد مدرسه-رویکرد جامعه-

رویکرد کارکنان)

❖ برگزاری دوره های آموزشی جهت کارکنان (پزشکان خانواده -مراقبین سلامت و

روانشناسان شاغل در حیطه معاونت بهداشتی ) درخصوص مشاوره کاهش مصرف

الکل، (سالانه دست کم ۲۵٪ پزشکان و مراقبین سلامت ملزم به گذراندن دوره جامع

یادگیری غیر واگیر می باشند)



- ❖ ارجاع کلیه افراد شناسایی شده مصرف کننده الکل از طریق پزشک خانواده و مراقبین سلامت و ارائه خدمات مشاوره و ارجاع به کلینیک های درمان سرپایی و بستری ترک الکل تحت پوشش معاونت درمان (سالیانه)
- ❖ توانمند سازی ۱۰۰٪ کارشناس روانشناسی در مراکز خدمات جامع سلامت در خصوص ارائه مشاوره ترک الکل ( بطور مستمر )
- ❖ آموزش ۱۰۰٪ کارکنان مراکز گذری در زمینه کاهش آسیب در موارد مصرف الکل در زمینه مفاهیم کاهش آسیب در مصرف کنندگان الکل (سالیانه)
- ❖ آموزش ۱۰۰٪ مراجعه کنندگان به مراکز گذری در در زمینه کاهش آسیب در موارد مصرف الکل زمینه کاهش آسیب در مصرف کنندگان الکل (سالیانه)
- ❖ تقویت شبکه سفیران سلامت به منظور ترویج و آموزش به عامه مردم از طریق دانش آموزان مدارس منتخب دوره دوم آموزش متوسطه

### فعالیت های مد نظر در هدف ۳

#### کاهش ۳۰٪ از میزان شیوع فعالیت بدنی ناکافی

- ❖ آموزش عامه مردم در خصوص خطرات کم تحرکی (رویکرد مدرسه محور- رویکرد جامعه محور- رویکرد کارکنان محور)
- ❖ برگزاری دوره های آموزشی جهت کارکنان (پزشکان - کارشناسان) در خصوص شیوه فعالیت بدنی تخصصی در گروه های مختلف از طریق گذراندن دوره یادگیری الکترونیکی
- ❖ شناسایی ۴۰٪ افراد با میزان تحرک بدنی ناکافی و ارائه مشاوره به این افراد توسط تیم سلامت ( سالیانه )
- ❖ تقویت شبکه سفیران سلامت به منظور ترویج و آموزش به عامه مردم از طریق دانش آموزان مدارس منتخب متوسطه دوره دوم
- ❖ استفاده از تمامی کانال های ارتباطی موجود برای ترویج تعامل و حمایت از تغییر رفتار به منظور افزایش فعالیت بدنی در کلیه گروهها
- ❖ استقرار کارشناس تربیت بدنی در حوزه معاونت بهداشتی به منظور هماهنگی برنامه های فعالیت بدنی

- ❖ همکاری مستمر در راه اندازی و عملیاتی نمودن طرح های افزایش فعالیت بدنی کارکنان در طول ساعات کاری ( چند دقیقه در هر ساعت )
- ❖ رایزنی با نهاد های برون بخشی (شهرداری ، آموزش و پرورش و ..... ) به منظور افزایش میزان فعالیت بدنی گروههای مختلف جامعه

#### فعالیت های مد نظر در هدف ۴

۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک

- ❖ آموزش در خصوص مضرات مصرف نمک زیاد در گروه های مختلف (دانش آموزان، زنان خانه دار، کارکنان و...)
- ❖ آموزش درخصوص روش های کم کردن مصرف نمک توسط افراد
- ❖ برگزاری جشنواره های غذایی سالم به منظور تبلیغ مصرف کمتر نمک ( سالیانه )
- ❖ معرفی برند های سلامت با تکیه بر مصرف کم نمک و اعطا به واحد های صنفی که به صورت سنتی تولید مواد غذایی دارند (رستورانها- بیرون برها)
- ❖ برنامه ریزی در جهت تولید نان با میزان نمک استاندارد در سطح جامعه (به شکل فراگیر تمام نانوائی ها
- ❖ آموزش ۱۰۰٪ زنان خانه دار تحت مراقبت در خصوص لزوم استفاده از محصولات غذایی دارای پروانه بهداشتی ( سالیانه )
- ❖ برنامه ریزی در جهت برچسب دار نمودن محصولات غذایی صنفی و سنتی همکار از نظر وجود میزان نمک
- ❖ ایجاد چرخه نظارت بر میزان نمک موجود در محصولات صنفی و سنتی منتخب به کمک معاونت غذا و دارو طبق استانداردهایی که معاونت غذا و دارو تدوین می کند.

#### فعالیت های مد نظر در هدف ۵

۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع استعمال دخانیات در افراد بالاتر از ۱۸ سال

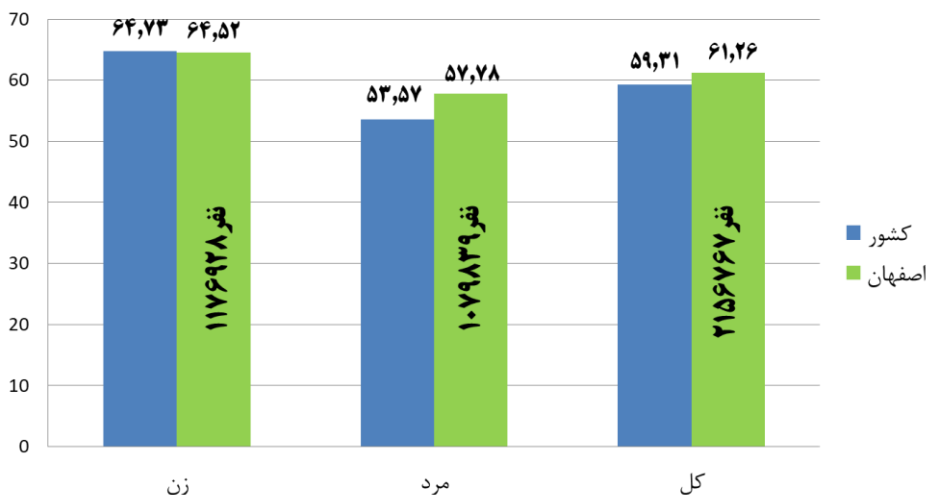
- ❖ آموزش عموم مردم در زمینه زیانهای مصرف دخانیات و دود دسته دوم وسوم (رویکرد مدرسه - رویکردجامعه - رویکردکارکنان)
- ❖ شناسایی افراد مصرف کننده دخانیات و ارجاع جهت ترک دخانیات از طریق مراقبین سلامت - بهروزان)

- ❖ همکاری در تدوین دستورالعمل مشاوره ترک دخانیات جهت سطح اول (کارشناسان- بهورزان- مراقبین سلامت- پزشکان خانواده
- ❖ راه اندازی کلینیک های ترک دخانیات در استان
- ❖ ارجاع افراد متقاضی ترک دخانیات به کلینیک های ترک دخانیات
- ❖ همکاری با NGO های فعال در این زمینه
- ❖ تدوین و اجرای برنامه نظارت جهت پایش اجرای برنامه در سطح یک
- ❖ راه اندازی شبکه سفیران سلامت به منظور آموزش گروههای مختلف از بین دانش آموزان مدارس پرخطر
- ❖ اجرای بهینه قانون جامع دخانیات و برخورد با مراکز عرضه غیر مجاز
- ❖ برنامه ریزی ، حمایت و اجرای طرح های پارک عاری از دخانیات (کوچه- محله و...)
- ❖ با همکاری سازمانهای برون بخشی
- ❖ برنامه ریزی و اجرای طرح پارک های عاری از قلیان با همکاری سازمان های برون بخشی
- ❖ پیشگیری از استعمال دخانیات و سیگار کشیدن در اماکن عمومی و رستوران سنتی و قهوه خانه ها (بجز چایخانه های مجاز)
- ❖ تقویت ستاد ملی کنترل دخانیات

جدول مقایسه ای درصد فراوانی چاقی و اضافه وزن در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

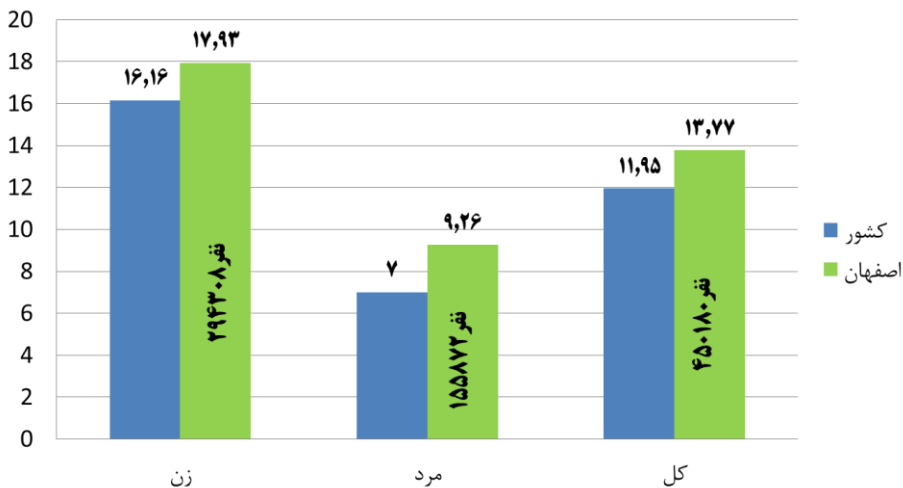
کشور			اصفهان		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
۵۹/۳۱	۵۳/۵۷	۶۴/۷۳	۶۱/۲۶	۵۷/۷۸	۶۴/۵۲
تعداد موارد چاق و اضافه وزن			تعداد موارد چاق و اضافه وزن		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
-	-	-	۲۱۵۶۷۶۷	۱۰۷۹۸۳۹	۱۱۷۶۹۲۸

چاقی و اضافه وزن (۱۸ سال به بالا)



نمودار مقایسه ای درصد فراوانی چاقی و اضافه وزن در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

مصرف نمک به میزان مناسب (۵ گرم در روز)



نمودار مقایسه ای درصد فراوانی مصرف نمک به میزان مناسب در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

جدول مقایسه ای مقدار متوسط مصرف نمک (بر حسب گرم) در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

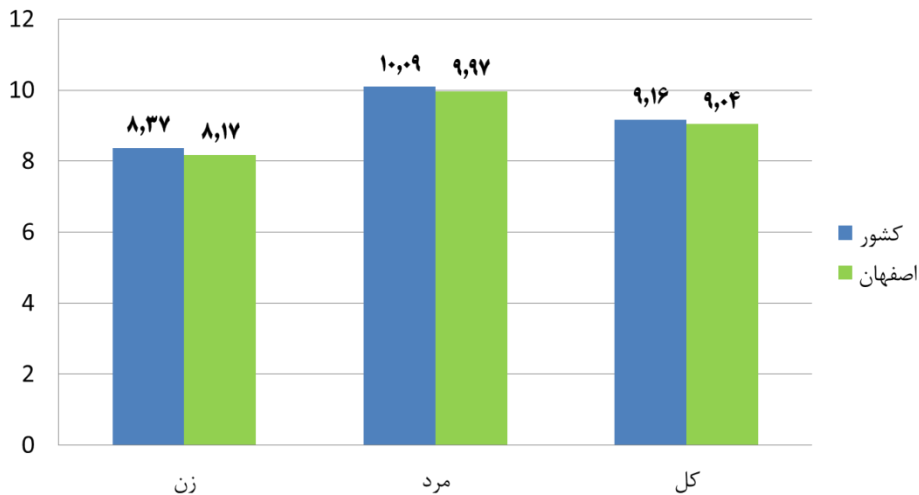
مصرف نمک به میزان مناسب (۵ گرم در روز)

کشور			اصفهان		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
۱۱/۹۵	۷	۱۶/۱۶	۱۳/۷۷	۹/۲۶	۱۷/۹۳

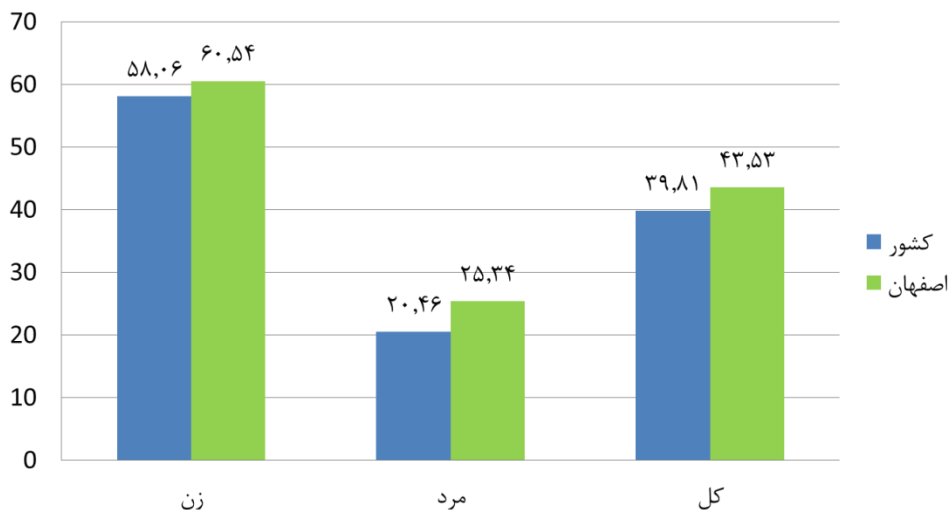
جدول مقایسه ای مقدار متوسط مصرف نمک (بر حسب گرم) در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

کشور			اصفهان		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
۹/۱۶	۱۰/۰۹	۸/۳۷	۹/۰۴	۹/۹۷	۸/۱۷

متوسط مصرف نمک در روز



نمودار مقایسه ای مقدار متوسط مصرف نمک (بر حسب گرم) در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)



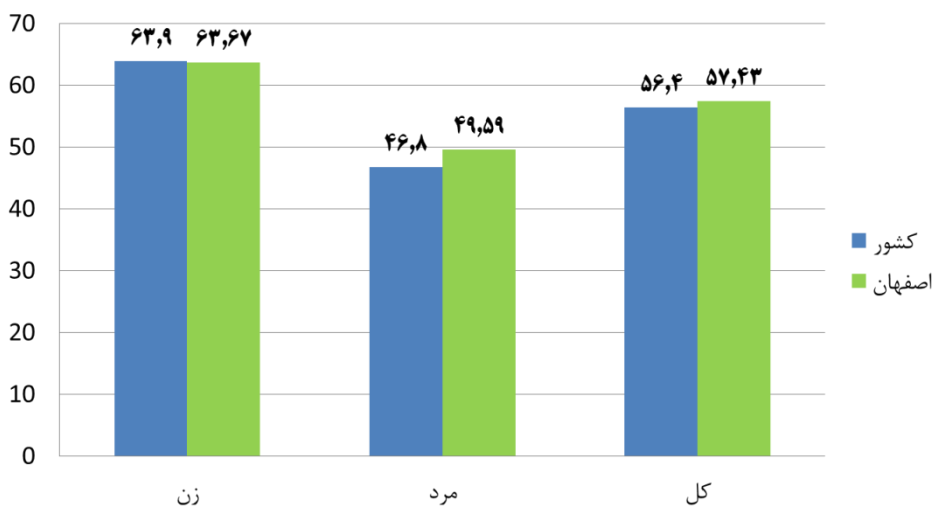
نمودار مقایسه ای درصد فراوانی نسبی چاقی شکمی در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

جدول مقایسه ای درصد فراوانی نسبی چاقی شکمی در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

کشور			اصفهان		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
۳۹/۸۱	۲۰/۴۶	۵۸/۰۶	۴۳/۵۳	۲۵/۳۴	۶۰/۵۴

جدول مقایسه ای درصد فراوانی نسبی فعالیت فیزیکی کم در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

کل	مرد	زن	
۵۶/۴	۴۶/۸	۶۳/۹	کشور
۵۷/۴۶	۴۹/۵۹	۶۳/۶۷	اصفهان



نمودار مقایسه ای درصد فراوانی نسبی فعالیت فیزیکی کم در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)



## بررسی عوامل داخلی

## نقاط قوت (Strengths)

- S1: حمایت ریاست و معاونین دانشگاه از برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
- S2: امکان انجام پژوهش های آزمایشگاهی، بالینی و میدانی در مورد عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر
- S3: گسترش و وجود نظام شبکه جهت ارائه خدمات بهداشتی
- S4: دسترسی به اینترنت، اطلاعات به روز و رایانه تا سطح مراکز سلامت
- S5: امکان انجام پژوهش های آزمایشگاهی و بالینی
- S6: همکاری با مراکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر
- S7: وجود تیم تخصصی در مراکز سلامت جهت ارائه خدمت (پزشک، پرستار، کارشناس تغذیه، تربیت بدنی و روانشناس، کارشناس بهداشت محیط)
- S8: وجود متخصصین کارآمد در استان
- S9: امکان بازآموزی کارکنان سیستم بهداشتی درمانی در ردههای مختلف

## نقاط ضعف (Weaknesses)

- W1: ضعف ساختار تشکیلاتی در رابطه با برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
- W2: نامتناسب بودن آموزش های دانشگاهی پزشکان و پیرا پزشکان با نیازهای اجرایی نظام بهداشتی
- W3: استفاده ناکافی از ظرفیت های مربوط به رسانه های جمعی
- W4: ضعف آموزش و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه عوامل خطر ساز بیماری های غیرواگیر
- W5: عدم وجود انسجام کافی در فعالیت های موجود
- W6: بالا بودن هزینه های تشخیصی و درمانی برای بیماریهای غیرواگیر
- W7: انگیزه کم کارکنان در سطوح مختلف
- W8: استفاده ناکافی از ظرفیت های مربوط به رسانه های جمعی

## بررسی عوامل خارجی

## فرصت‌ها (Opportunities) O

- 01: حمایت مسئولین در سطح وزارتخانه
- 02: همسویی مسئولین سیاسی و اجرایی استان و نمایندگان مجلس و سازمان های بیمه‌گر
- 03: وجود شوراهای اسلامی شهر، روستا و بخش
- 04: در صد بالای با سواد در استان
- 05: تمایل عمومی مردم به مشارکت در امور سلامت و کاهش عوامل خطر آن
- 06: دسترسی سریع و توجه جامعه به فناوری های نوین و اطلاعات علمی روز
- 07: وجود بخش خصوصی فعال در استان
- 08: وجود فارغ التحصیلان (پزشک، کارشناس تغذیه، پرستار، کارشناس تربیت بدنی و مشاوره روانشناسی) غیر شاغل و جویای کار
- 09: در دسترس بودن رسانه های جمعی در اقصی نقاط استان
- 010: پتانسیل همکاری با سایر بخش‌ها (سازمان تربیت بدنی، آموزش و پرورش، اداره مبارزه با دخانیات و ...) در سطح استان
- 011: امکان ایجاد هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها
- 012: وجود منابع مادی شناور در سطح استان و کشور که در صورت برنامه ریزی قابل جذب هستند
- 013: وجود متخصصین و محققین و مدیران توانمند در سطح کشور که با تعامل مناسب می توان از راهنمایی ها و امکانات آنها بهره جست
- 014: وجود سازمان های مردم نهاد (سمن)
- 015: همکاری خوب رسانه های محلی و صدا و سیما در این زمینه
- 016: قرارگرفتن استان در مرکز کشور و ارتباط خوب با دیگر استان ها و پایتخت

## تهدیدات T (Threats)

- T1: نداشتن بانک اطلاعاتی جامع استانی و کشوری
- T2: نبود واحد پیشگیری و کنترل عوامل خطر (تحرک بدنی و دخانیات) در سطح وزارتخانه
- T3: شناخت ناکافی مسئولین سایر بخش ها از جایگاه سلامت
- T4: تقسیم بندی استان اصفهان جز استانهای برخوردار بدون در نظر گرفتن محرومیت تعداد زیادی از شهرستانهای استان
- T5: کمبود آگاهی اقشار مختلف جامعه از عوامل خطر ساز بیماری های غیرواگیر
- T6: تغییر شیوه زندگی مردم در رابطه با عوامل خطر ساز بیماری های غیرواگیر (کم تحرکی، دخانیات، اعتیاد، مصرف فست فودها و ...)
- T7: مشارکت و همکاری ناکافی سازمان ها و ادارات (سازمان تربیت بدنی، آموزش و پرورش، اداره مبارزه با دخانیات و شهرداری و ...) در اجرای هماهنگ فعالیت های پیشگیری و کنترل عوامل خطر ساز بیماری های غیرواگیر
- T8: هماهنگ نبودن برخی فعالیت های صدا و سیما (از جمله تبلیغات مواد غذایی) با اهداف برنامه
- T9: کمبود زیرساخت های مورد نیاز در سطح جامعه (از قبیل امکانات تفریحی، رفاهی، ورزشی و ...) در جهت پیشبرد اهداف برنامه
- T10: ضعف عملکرد سازمان های مردم نهاد و بخش خصوصی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
- T11: عدم تمایل مردم جهت مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات
- T12: مشکلات معیشتی مردم

۱۳- پائین بودن سطح سواد سلامت (health literacy) مردم استان

۱۴- تنوع بسیار زیاد در آداب، رسوم، فرهنگ، اقتصاد و اجتماع در استان که برنامه ریزی یکسان و یکپارچه را برای کل استان دشوار می سازد.

۱۵- عدم تخصیص منابع مالی برای پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در ردیف بودجه ای

۱۶- عدم کار منسجم و یکپارچه روی عوامل خطر بیماری های غیر واگیر مانند چاقی، دخانیات، عدم فعالیت فیزیکی و ...

۱۷- ارتباط نامناسب بین مراکز تحقیقاتی به عنوان واحدهای تولید علم و مراکز عملیاتی

مثل مرکز بهداشت استان به عنوان واحد اجرایی سلامت در استان

۱۸- وجود صنایع مختلف و فعالیت های کشاورزی در استان که آلاینده های سرطانی زای

بالقوه تولید می کنند.

۱۹- مهاجرت به استان از مناطق دیگر کشور

بالا بودن هزینه های تشخیصی و درمانی برای بیماریهای غیرواگیر و عدم پوشش بیمه ای

کامل

### استراتژی های SO

S2,50,6: توسعه پژوهش های کاربردی جهت تحقق اهداف برنامه

S1,02: هماهنگی بین بخش های کشاورزی و صنعت در جهت به حداقل رسانی عوامل

خطر محیطی

S1,2,02,10: مشارکت و تقویت همکاری بین بخشی برای پیشبرد برنامه کنترل عوامل

خطر بیماریهای غیرواگیر در سطح استان

S5,01,2,3: درگیر کردن تمامی سازمان ها ذیربط در جهت کاهش مواجهه با عوامل

خطر محیطی و شغلی

### ب- استراتژی های WO

W3,4 06,9,10: توسعه به کارگیری رسانه های جمعی در راستای تحقق اهداف برنامه

(ترویج شیوه زندگی سالم)

W3,4 03,4,5,9: طراحی و اجرای بسیج های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح جامعه

در زمینه عوامل خطر بیماری های غیرواگیر

W5,6,07: جلب مشارکت بخش خصوصی در راستای توسعه ارائه خدمات مورد انتظار

مطابق با پروتکل تدوین شده

## ج- استراتژی های ST

- S1,T7: توسعه مشارکت و همکاری برون بخشی با سازمان ها و نهادهای مرتبط با برنامه (سازمان تربیت بدنی، آموزش و پرورش، اداره مبارزه با دخانیات و صدا و سیما ...)
- S1,T8: تعامل مستمر با صدا و سیما در راستای اجرای فعالیت های هماهنگ با اهداف برنامه
- S1,T9: تقویت زیرساخت های مورد نیاز در سطح جامعه (از قبیل امکانات تفریحی، رفاهی، ورزشی و ...) در جهت پیشبرد اهداف برنامه
- S1,T10: جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد در راستای توسعه خدمات مربوط به پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری های غیرواگیر
- S4,5, T1,6: کمک به راه اندازی پروژه های پژوهشی برای تحلیل وضعیت موجود
- S1,6,T3,4,7: جلب حمایت قانونی برای صنایع در جهت کاهش تولید مواد سرطان زا و رعایت شیوه صحیح دفع پسماندها و تعیین شیوه نظارتی موثر
- S6, T3,7: همکاری در آموزش ارگان های مختلف کشاورزی و صنعتی در جهت پیشگیری از عوامل خطر شغلی
- S3,T5,13: افزایش آگاهی و سواد بهداشتی جامعه در مورد عوامل خطر بیماری های غیرواگیر و عوامل مرتبط با آن
- S5,6,T1: زمینه سازی برای اجرای تحقیقات اپیدمیولوژیک برای تعیین توزیع عوامل خطر
- S2,4,T2: تحلیل عمیق سیستم و ایجاد سیستم پایش و ارزیابی برنامه ها بر اساس مستندات
- S3,5,T5,6,10: اجرای یک سیستم آموزشی و ارتقای سلامت مداوم در جهت اهمیت دادن به محیط زیست از جمله آموزش استفاده کمتر از مواد پلاستیکی، دفع زباله و پسماند و...
- S7,8,T1: تدوین خط مشی پژوهشی در رابطه با عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر با کمک واحدهای تحقیقاتی استانی

### استراتژی های WT:

W3,4,T10: تقویت بخش های خصوصی و مردم نهاد در راستای پیشگیری از بیماری های  
غیرواگیر

W3,T5,6,13: اصلاح رفتارهای پر خطر (harm reduction) از طریق آگاه سازی،  
فرهنگ سازی، تبلیغات و وضع قوانین و مقررات لازم و نظارت بر حسن اجرای آنها

W1,T5: تشکیل تیم منسجم با توانمندی های گسترده در زمینه های مدیریتی جهت  
مدیریت فعالیت ها در زمینه کنترل عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر

W6,1,T7: اصلاح محل های کار و بهسازی محیط برای کاهش تماس مردم با عوامل خطر  
محیطی

W6.T3,9: تامین و تقویت زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه (نیروی انسانی، مالی،  
تجهیزات و مدیریتی)

T8W3: استفاده بهینه از امکانات رسانه های عمومی محلی و صدا و سیما در پیشگیری  
از بیماریهای غیرواگیر

پیوست ۲

نقشه راه پیشگیری  
و کنترل بیماری های قلبی عروقی



۱۳۹۷-۱۴۰۴

## مقدمه

سالانه حدود ۵۸ میلیون مرگ در جهان اتفاق می افتد. بیماری های غیرواگیر سالانه سبب مرگ و میر حدود ۳۸ میلیون نفر در جهان می شوند (۶۵/۵ درصد) چیزی در حدود سه چهارم مرگهای مرتبط با بیماری های غیر واگیر در جهان (۲۸ میلیون) در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد. شانزده میلیون از مرگ های مرتبط با بیماری های غیر واگیر در جهان پیش از ۷۰ سالگی اتفاق می افتند (۴۲ درصد) که ۸۲٪ از این میزان مرگ و میرهای "زودرس" مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است.

بیماری های قلبی عروقی بیشترین میزان مرگ و میر مرتبط با بیماریهای غیر واگیر در جهان را شامل می شوند؛ به طوریکه بیش از ۱۷/۷ میلیون نفر در سال به واسطه این بیماریها فوت می کنند (۳۱ درصد کل مرگ ها).

مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی، مصرف الکل و رژیم غذایی ناسالم همگی خطر مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی را افزایش می دهند. بیماری ایسکمیک قلبی، کمردرد، سوانح جاده ای، اختلال افسردگی ماژور و سکنه مغزی دارای بیشترین بار در سال ۲۰۱۰ در ایران بوده اند.

### چه کسی در معرض ابتلا به بیماری های قلبی عروقی قرار دارد؟

همه گروه های سنی و همه مناطق تحت تاثیر بیماری های قلبی عروقی قرار دارند. کودکان، بزرگسالان و سالمندان همه در برابر عوامل خطری که باعث بروز بیماری های قلبی عروقی می شوند آسیب پذیر هستند، که این خطرات می تواند یا از طریق رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت بدنی و قرار گرفتن در معرض دود سیگار به وجود آیند و یا ناشی از اثرات سو مصرف الکل باشند. این بیماری ها به وسیله نیروها و عواملی ایجاد می شوند که عبارتند از: افزایش سن، گسترش برنامه ریزی نشده و سریع شهرنشینی، و جهان شمول شدن شیوه های زندگی ناسالم، به عنوان مثال، جهان شمول شدن شیوه های زندگی ناسالم، مانند رژیم غذایی ناسالم، ممکن است در افراد به شکل فشارخون، افزایش قند خون، افزایش چربی خون و چاقی خود را نشان دهد. این موارد تحت عنوان "عوامل خطر میانی" نامیده می شوند که می توانند به بیماری های قلبی عروقی، منجر شوند.



**عوامل خطر****عوامل خطر رفتاری قابل تغییر**

همانطور که پیش تر نیز اشاره شد مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی، رژیم غذایی ناسالم و مصرف الکل خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی را افزایش می دهد. تنباکو به عنوان عامل حدود ۶ میلیون مرگ در هر سال محسوب می شود (از جمله موارد ناشی از اثرات قرار گرفتن در معرض دود دست دوم) و پیش بینی می شود این میزان به ۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد. حدود ۳/۲ میلیون مرگ سالانه را می توان به فعالیت بدنی ناکافی نسبت داد. بیش از نیمی از ۳/۳ میلیون مرگ سالانه ناشی از نوشیدن مضر مشروبات جز بیماری های غیرواگیر محسوب می شوند. در سال ۲۰۱۰، تعداد ۱/۷ میلیون مرگ و میر سالانه ناشی از عوامل قلبی عروقی به مصرف نمک/ سدیم بیش از حد نسبت داده شده است.

**عوامل خطر متابولیک/ فیزیولوژیک**

این رفتارها منجر به چهار تغییر کلیدی متابولیک/ فیزیولوژیک می شوند که خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی را افزایش می دهند: فشارخون بالا، اضافه وزن/ چاقی، قندخون (سطوح بالای قند خون) و چربی بالا (سطوح بالای چربی در خون). از نظر مرگ و میرهای نسبت داده شده، عمده ترین عامل خطر متابولیک در سطح جهان فشار خون است (که ۱۸٪ از مرگ و میرهای جهانی به آن نسبت داده می شوند) و پس از آن اضافه وزن و چاقی و قند خون بالا قرار دارند. کشورهای با درآمد کم و متوسط شاهد سریع ترین میزان افزایش در تعداد کودکان مبتلا به اضافه وزن هستند.

**پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی**

برای کاهش تأثیر بیماری های قلبی عروقی بر افراد و جامعه یک رویکرد جامع مورد نیاز است که تمامی بخش ها، از جمله بهداشت، امور مالی، آموزش و پرورش، کشاورزی، برنامه-ریزی، ورزش و جوانان، صنایع مواد غذایی، اداره کل بازرسی و دیگر بخش ها را ملزم سازد تا برای کاهش خطرات مرتبط با بیماری های غیرواگیر با یکدیگر همکاری کنند و مداخلات مربوط به پیشگیری و کنترل بیماری ها را ترویج نمایند.

یک شیوه مهم برای کاهش بیماری های قلبی عروقی این است که روی کاهش عوامل خطر این بیماری ها تمرکز شود. راه حل های کم هزینه ای وجود دارند که جهت کاهش عوامل خطر مشترک قابل تغییر (به طور عمده مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت بدنی و سو مصرف الکل) و نیز جهت به تصویر کشیدن اپیدمی های بیماری های قلبی عروقی و عوامل خطر مرتبط با آنها استفاده می شوند.

همچنین می توان با استفاده از مداخلات اساسی و با تاثیر بالا که از طریق رویکرد مراقبت های بهداشتی اولیه در مراکز خدمات جامع سلامت (تعداد ۲۰۱ مرکز شامل ۱۱۳۲ واحد ارائه دهنده خدمت و تعداد ۳ میلیون نفر تحت پوشش) در سطح استان در حال اجرا می باشند تشخیص زود رس و درمان به موقع بیماری ها را تقویت کرد. شواهد نشان می دهد که چنین مداخلاتی همانند یک سرمایه گذاری اقتصادی بسیار عالی عمل می کنند چرا که اگر این مداخلات سریعاً برای بیماران اجرا شوند، می توانند نیاز به درمان های پر هزینه تر را کاهش دهند. این اقدامات را می توان در سطوح مختلفی از منابع اجرا کرد. بیشترین تأثیر را می توان با ایجاد سیاست های جامعه سالم بدست آورد که این سیاست ها به ترویج پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی می پردازند و به منظور رسیدگی به نیازهای افراد مبتلا به این گونه بیماری ها، سیستم های بهداشتی را جهت دهی مجدد می نمایند.

به طور کلی افراد کم درآمد برای پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی دارای ظرفیت پایین تری هستند. در مقایسه با افراد کم درآمد، افراد با درآمد بالا در حدود چهار برابر بیشتر احتمال دارد که خدمات مربوط به بیماری های قلبی عروقی را از طریق پوشش بیمه های درمانی دریافت کنند. پوشش نامناسب بیمه درمانی اغلب نمی تواند دسترسی فراگیر به مداخلات ضروری جهت بیماری های قلبی عروقی را فراهم نمایند. (بیماری خاص یا ویژه)

### **بیماری های قلبی عروقی چه اثرات اجتماعی و اقتصادی ای دارند؟**

بیماری های قلبی عروقی تهدیدی برای دستیابی به اهداف توسعه شهر ها هستند. فقر با بیماری های قلبی عروقی ارتباط نزدیکی دارد. افزایش سریع در بیماری های قلبی عروقی، به ویژه از طریق افزایش هزینه های خانوار جهت دریافت مراقبت های بهداشتی،

مانع از موفقیت طرح های کاهش فقر در کشورهای کم درآمد می شود. افراد آسیب پذیر و محروم از نظر اجتماعی نسبت به افراد با موقعیت های اجتماعی بالاتر بیشتر مبتلا می شوند و زودتر می میرند، به ویژه به این دلیل که آن ها بیشتر در معرض خطر محصولات مضر، مانند تنباکو و یا مواد غذایی ناسالم هستند و به خدمات بهداشتی دسترسی محدود دارند.

در محیط های با کمبود منابع، هزینه های مربوطه مراقبت بهداشتی برای بیماری های قلبی عروقی به سرعت می تواند منابع خانگی را به پایان برساند و خانواده را به سمت فقر بکشانند. هزینه های گزاف بیماری های قلبی عروقی، از جمله درمان اغلب طولانی و گران قیمت و نیز از دست دادن نان آور خانواده، هرساله میلیون ها نفر از مردم را به سمت فقر می کشاند، و روند توسعه را متوقف می سازد.

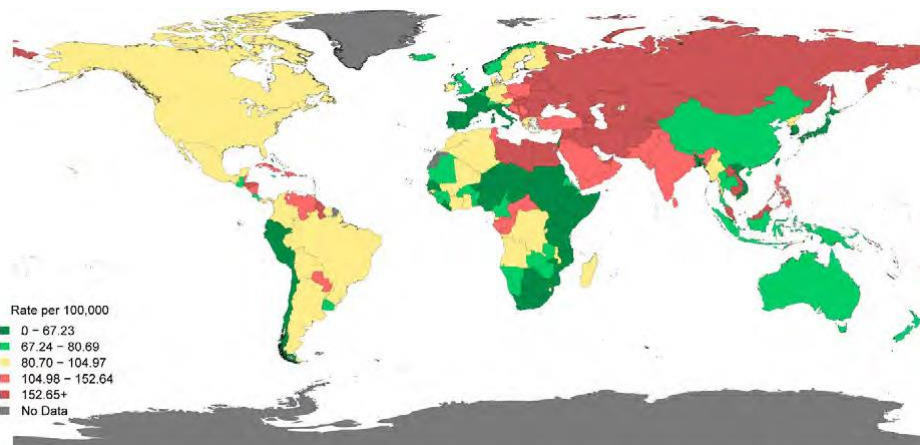
در جامعه ما، آشامیدن مشروبات الکلی و رژیم غذایی و شیوه زندگی ناسالم در هر دو گروه با درآمد بالا و پایین رخ می دهد. با این حال، گروه های با درآمد بالایی می توانند به خدمات و محصولاتی دست پیدا کنند که آنها را از بزرگترین خطرات محافظت نماید در حالیکه گروه های کم درآمد اغلب بضاعت مالی کافی را ندارند و نمی توانند به این گونه محصولات و خدمات دسترسی داشته باشند.

از طرفی آمار مرگ و میر به علت بیماری های قلبی عروقی در سال ۱۳۹۴ در کشور ایران در مردان ۳۸۶۹۷ نفر و در زنان ۲۸۴۷۴ نفر می باشد و آمار مذکور در استان اصفهان در سال ۱۳۹۵ بیانگر مرگ و میر دو برابری مردان نسبت به زنان (مردان ۱۵۸۶ نفر و زنان ۷۹۲ نفر) به علت بیماری های قلبی عروقی می باشد و از دست دادن نان آور خانواده می تواند جامعه ما را بیشتر به سمت فقر کشانده و روند توسعه را متوقف سازد.

### فرصت ها و چالشهای پیش رو

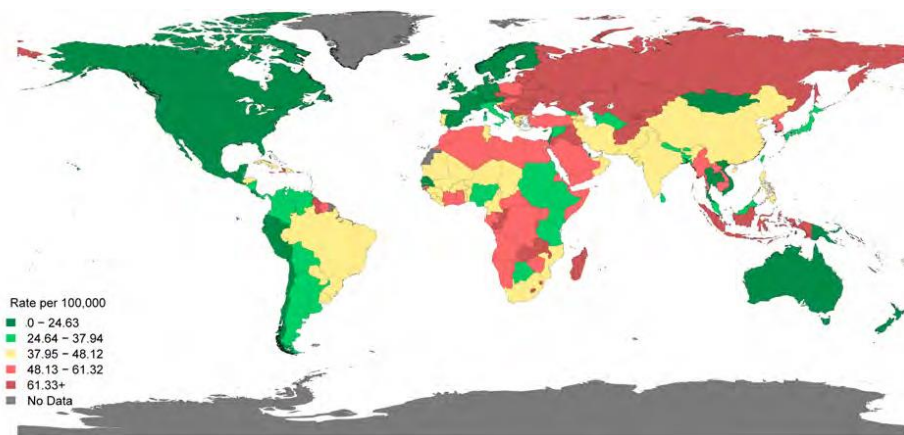
ساختار نظام سلامت در ایران به گونه ای است که به خودی خود فرصت هایی را برای رسیدن هر چه سریع تر به اهداف کار گروه در بطن خود نهفته دارد. وجود ادارات کل و سازمان هایی که به عنوان گلوگاه در آموزش ها و اطلاع رسانی ها، همچنین اجرای برنامه های عملیاتی تدوین شده و موثر می توانند همکاری و مجری باشند مانند آموزش و پرورش، سازمان صنایع و مواد غذایی، اداره کل ورزش و جوانان و ... از جمله فرصت های فوق الذکر هستند که در بخش نهایی سند حاضر مورد بحث و بررسی قرار می گیرند.

## نگاهی کلی به وضعیت بیماری های قلبی عروقی در جهان



شکل ۱-۱- نرخ مرگ و میر در 100.000 نفر جمعیت بر اثر بیماری ایسکمیک قلب در سال 2010 در جهان

شکل شماره ۱-۱ میزان مرگ و میر در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت را بر اثر بیماری ایسکمیک قلب در سال ۲۰۱۰ در جهان نشان می دهد . در این شکل طیف سبز نشان دهنده میزان مرگ و میر کمتر و طیف قرمز مرگ و میر بیشتر در اثر این بیماری را در جهان نشان می دهد . با توجه به شواهد موجود شاید بتوان الگویی منطقه ای برای مرگ و میر در اثر بیماری ایسکمیک قلب در جهان متصور شد؛ بدین صورت که قاره آفریقا دارای کمترین میزان، آمریکا دارای نرخ متوسط و کشورهای اروپایی دارای بیشترین نرخ مرگ و میر در اثر این بیماری در جهان هستند.



شکل ۲-۱: نرخ مرگ و میر در 100,000 نفر جمعیت بر اثر سکته مغزی در سال 2010 در جهان

در شکل ۲-۱ میزان مرگ و میر در اثر سکته مغزی در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰ در کشورهای جهان نشان داده شده است. همچون شکل قبل طیف رنگ سبز کمترین میزان مرگ و میر و رنگ قرمز بیشترین میزان آن را در اثر سکته مغزی در جهان نشان می دهد. بر این اساس میزان مرگ و میر در اثر سکته مغزی در امریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا کمتر از سایر کشورها است. این در حالی است که کشورهای اروپای شرقی و مرکزی بیشترین نرخ مرگ و میر در اثر این بیماری را به خود اختصاص می دهند.

### آمار اپیدمیولوژیک

بیماری های قلبی عروقی به دلیل مشکلات ایجاد شده در قلب و عروق خونی حاصل می شوند و بیماری کرونری قلب (سکته های قلبی)، بیماری عروقی مغز (سکته مغزی)، فشار خون بالا، بیماری عروقی محیطی، بیماری رماتیسم قلبی، بیماری مادرزادی قلب و نارسایی قلبی را شامل می شوند. بیماری های قلبی عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری کشته می شوند. در سال ۲۰۱۵، حدود ۱۷/۷ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت کردند که ۳۱٪ تمامی مرگ ها در جهان را شامل می شود. از این میزان مرگ، ۷/۴ میلیون نفر به دلیل بیماری کرونری قلب و ۶/۷ میلیون نفر در اثر سکته مغزی فوت کردند. سه چهارم مرگ های ناشی

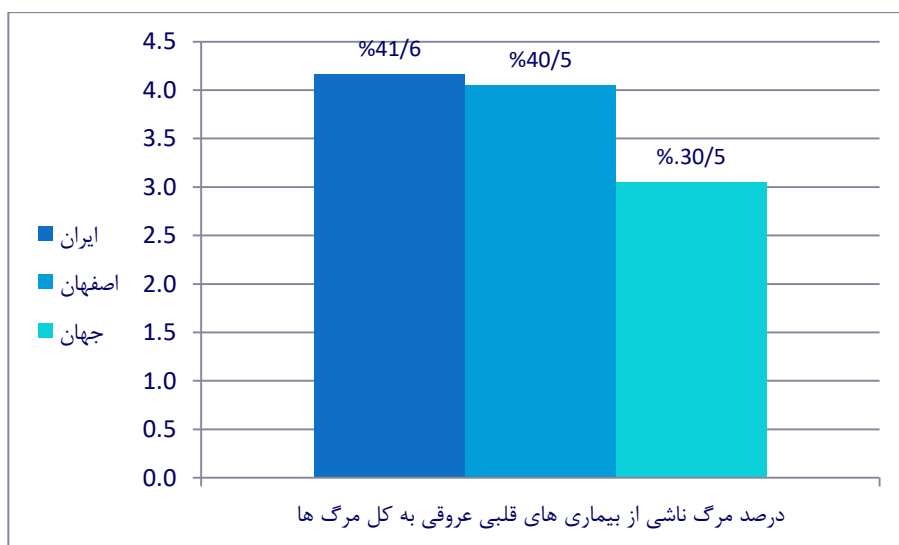
از بیماری کرونری قلب در کشورهای با درآمد کم تا متوسط رخ می دهد و ۸۰٪ آن ها در کشورهای با درآمد اقتصادی کم و متوسط رخ می دهد.

در ایران، در سال ۱۳۹۴ بیش از ۴۱/۶٪ کل مرگ و میرها به دلیل بیماری های قلبی عروقی رخ داده است.

در اصفهان در سال ۱۳۹۵، ۴۰/۴۸٪ از کل مرگ و میرها به دلیل بیماری های قلبی عروقی اتفاق افتاد.

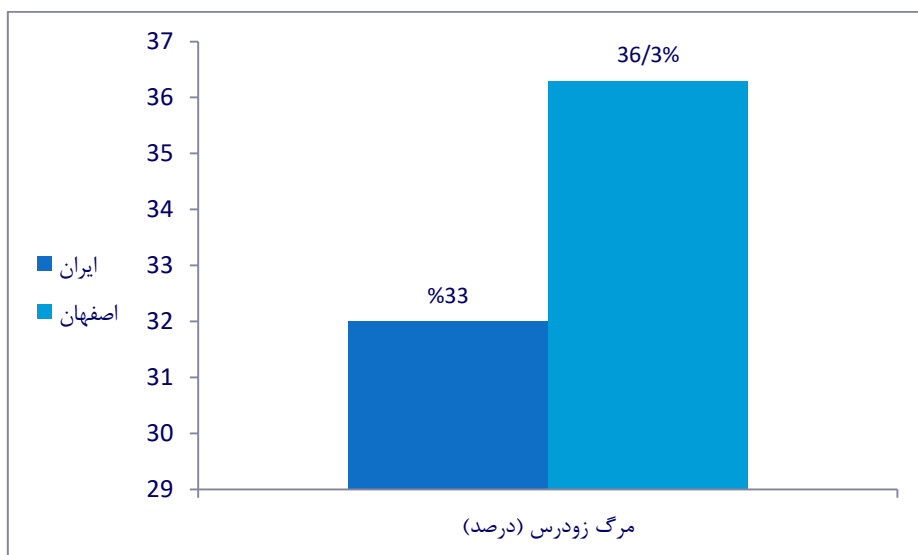
جدول ۱- جدول مقایسه مرگ و میر به علت بیماری های قلبی عروقی در جهان، ایران و استان اصفهان

مرگ و میر	ایران	اصفهان	جهان
کل مرگ	۳۲۷۵۲۵	۲۰۹۸۰	۵۸۰۰۰۰۰
مرگ در اثر بیماری های قلبی عروقی	۱۶۲۲۶۵	۸۴۹۳	۱۷۷۰۰۰۰
درصد مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی به کل مرگ ها	۴۱/۶٪	۴۰/۵٪	۳۰/۵٪



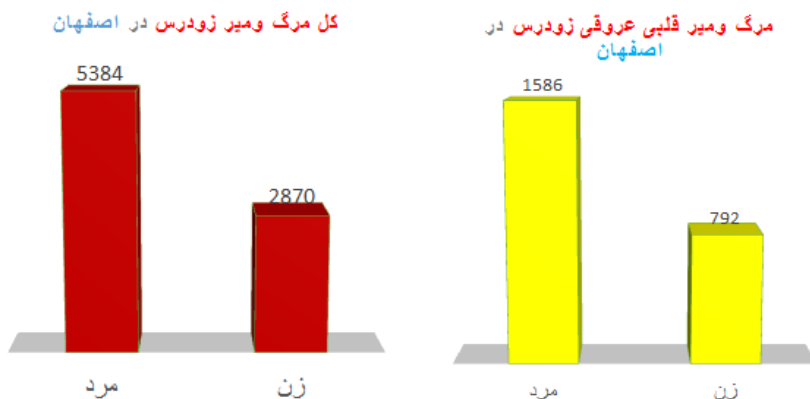
نمودار ۱- نمودار مقایسه درصد مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی به کل مرگ ها در جهان، ایران و استان اصفهان

مرگ زودرس (۳۰ - ۷۰ سال) ناشی از بیماری های قلبی عروقی ۳۳٪ از کل مرگ و میرهای کشور را شامل می شود. مرگ زودرس (۳۰ - ۷۰ سال) ناشی از بیماری های قلبی عروقی ۳۶/۳٪ از کل مرگ و میرهای استان اصفهان را شامل می شود. متوسط سن مرگ و میر در استان اصفهان ۷۵/۴ سال می باشد. ۷۷٪ از مرگ های ناشی از بیماری های قلبی عروقی در استان اصفهان مربوط به حملات قلبی و سکته های مغزی است.

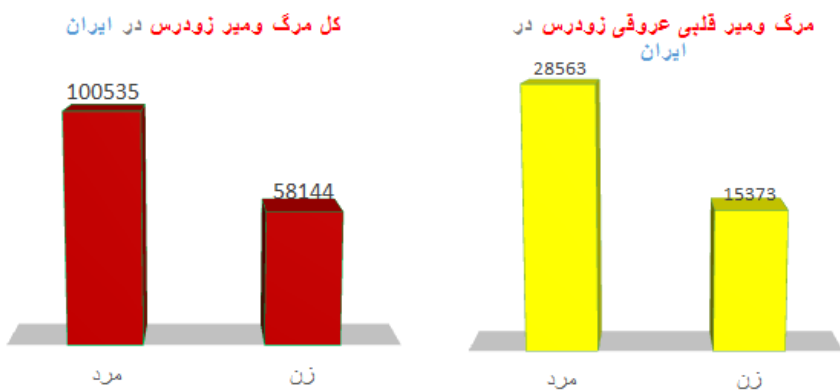


**نمودار ۲- نمودار مقایسه ای درصد مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی در ایران و استان اصفهان**

مرگ و میر قلبی عروقی در استان اصفهان ۱/۸ برابر در مردان بیشتر از زنان می باشد و مرگ و میر زودرس قلبی عروقی در مردان استان اصفهان دو برابر بیشتر از زنان می باشد (۱۳۹۵)



نمودار ۳- نمودار مقایسه ای مرگ و میر زودرس و مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی به تفکیک جنس در استان اصفهان

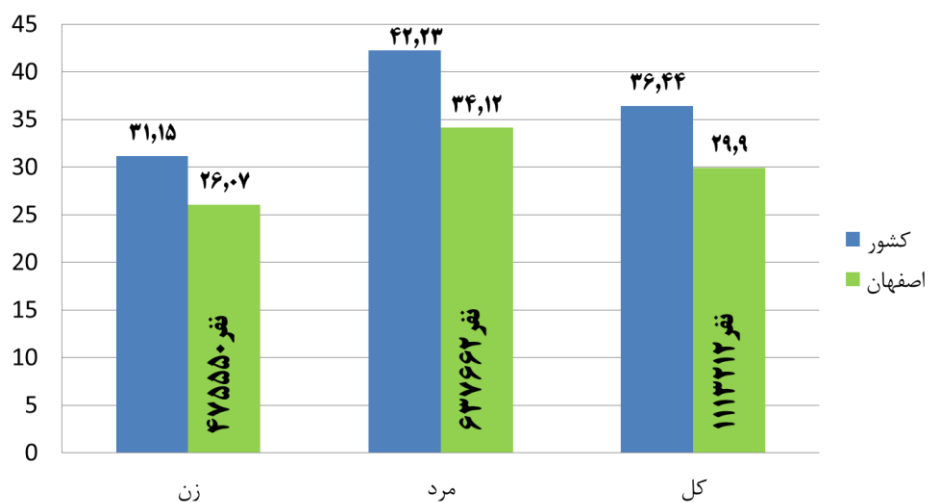


نمودار ۴- نمودار مقایسه ای مرگ و میر زودرس و مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی به تفکیک جنس در ایران



جدول مقایسه ای درصد فراوانی نسبی پره هیپر تنشن در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵  
در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

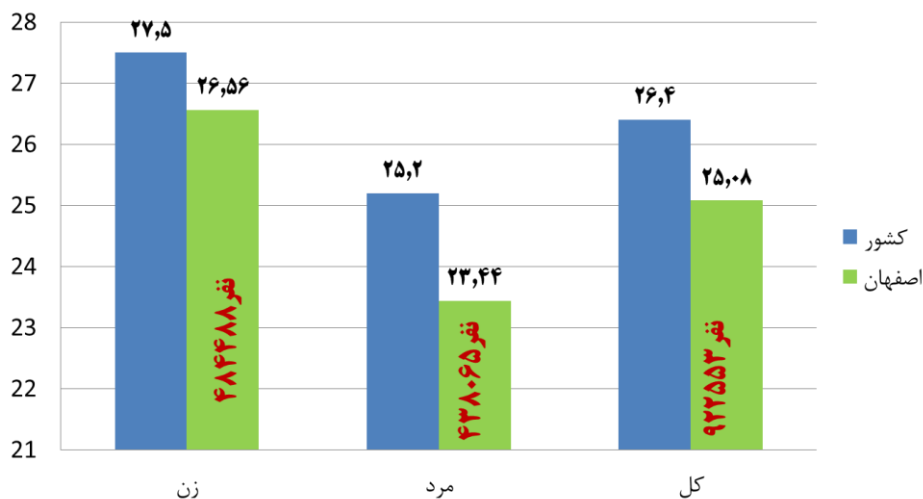
کشور			اصفهان		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
۳۶/۴۴	۴۲/۲۳	۳۱/۱۵	۲۹/۹	۳۴/۱۲	۲۶/۰۷
<b>تعداد موارد در معرض ابتلا به فشار خون</b>			<b>تعداد موارد در معرض ابتلا به فشار خون</b>		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
-	-	-	۱۱۱۳۲۱۲	۶۳۷۶۶۲	۴۷۵۵۵۰



نمودار مقایسه ای درصد فراوانی نسبی پره هیپر تنشن در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵  
در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

جدول مقایسه شیوع فشار خون بالا در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵  
در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

کل	مرد	زن	
۲۶/۴	۲۵/۲	۲۷/۵	کشور
۲۵/۰۸	۲۳/۴۴	۲۳/۵۶	اصفهان
۹۲۲۵۵۳	۴۳۸۰۶۵	۴۸۴۴۸۸	جمعیت مبتلا اصفهان

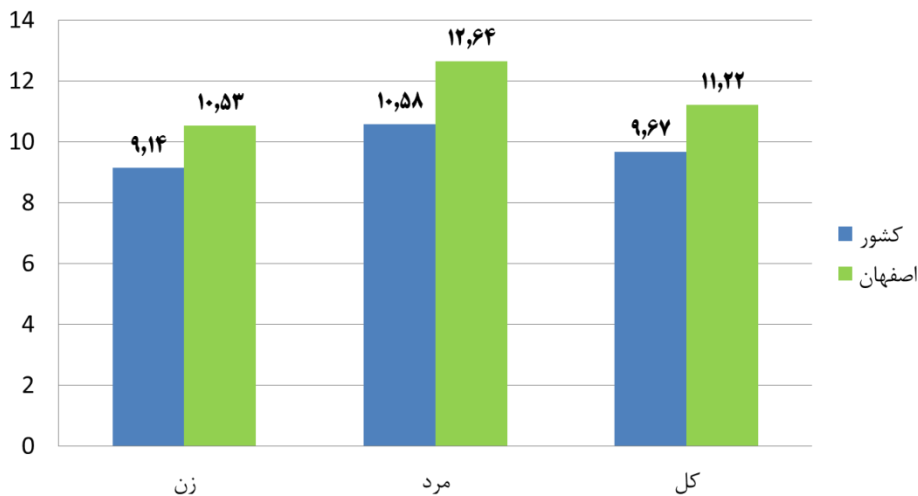


نمودار مقایسه شیوع فشار خون بالا در افراد بالای ۱۸ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

جدول مقایسه ای درصد درمان موثر فشار خون به تفکیک جنس در کشور و استان اصفهان

کشور			اصفهان		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
۹/۶۷	۱۰/۵۸	۹/۱۴	۱۱/۲۲	۱۲/۶۴	۱۰/۵۳

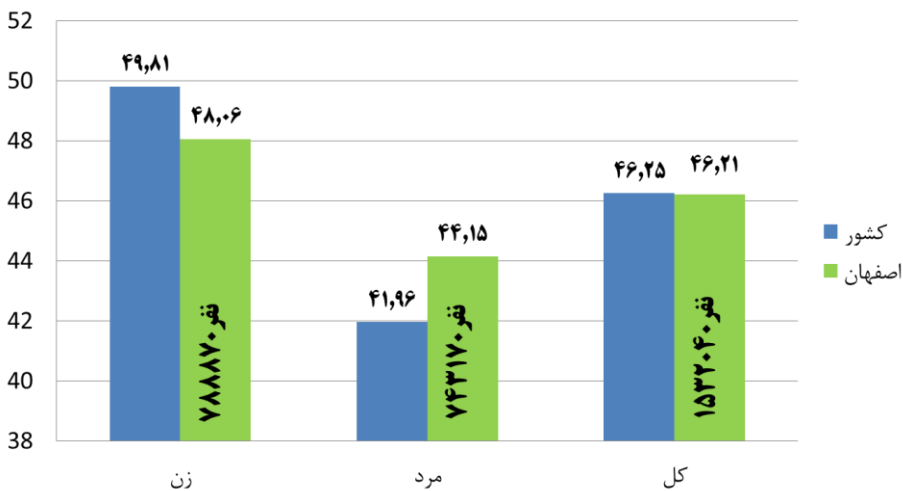
\*در این بررسی، معیار، درمان ایده آل و مؤثر است و منظور فشار خون کمتر از ۱۲۰ / ۸۰ پس از درمان دارویی می باشد.



نمودار مقایسه ای درصد درمان موثر فشار خون به تفکیک جنس در کشور و استان اصفهان

جدول مقایسه ای شیوع کلسترول بالا به تفکیک جنس در کشور و استان اصفهان

کشور			اصفهان		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
%۴۶/۲۵	%۴۱/۹۶	%۴۹/۸۱	%۴۶/۲۱	%۴۴/۱۵	%۴۸/۰۶
تعداد افراد مبتلا به کلسترول بالا			تعداد افراد مبتلا به کلسترول بالا		
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن
-	-	-	۱۵۳۲۰۴۰	۷۴۳۱۷۰	۷۸۸۸۷۰

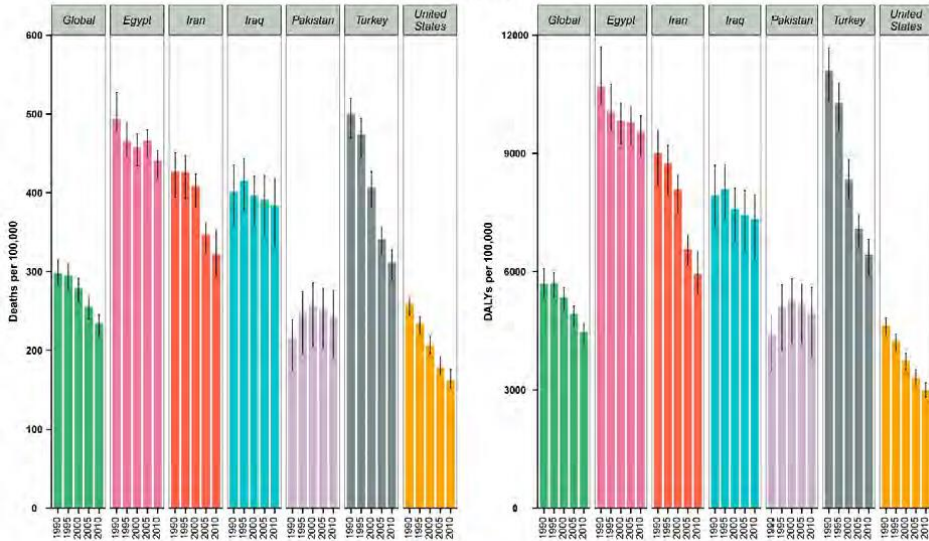


نمودار مقایسه ای شیوع کلسترول بالا به تفکیک جنس در کشور و استان اصفهان

۱۷ میلیون مرگ ناشی از بیماری های غیر واگیر بین ۳۰ تا ۷۰ سال بوده است (۴۲٪). که ۸۲٪ آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط رویداده است. اغلب بیماری های قلبی عروقی با تغییر سبک زندگی و اتخاذ رفتارهای سالم همانند عدم مصرف دخانیات، رژیم غذایی سالم و پیشگیری از چاقی، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف الکل، قابل پیشگیری هستند. چنین امری با اتخاذ استراتژی های جامعه محور (Population-Wide) قابل انجام است. افرادی که دچار بیماری قلبی عروقی هستند یا افرادی که در معرض خطر بالای این بیماری هستند (به دلیل وجود یک یا چند عامل خطر همچون فشارخون بالا، دیابت، هایپرلیپیدی) نیاز به تشخیص فوری و کنترل بیماری از طریق مشاوره و درمان دارویی دارند.

میزان مرگ و DALY در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری های قلبی عروقی در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر در شکل ۲-۲ نشان داده شده است. بر اساس این اطلاعات میزان مرگ در کشورهایمانند پاکستان و ایالات متحده آمریکا کمتر از سایر کشورها و حتی کمتر از متوسط جهانی مرگ و میر در اثر این بیماری گزارش شده است. در این بین ایران مرگ و میر بیش از متوسط میزان جهانی را به خود اختصاص می دهد، هر چند این میزان به مرور زمان در سال های مورد مطالعه کاهش نشان می دهد. هر چند میزان DALY مرتبط با بیماری های قلبی عروقی در کشورهایی همانند ترکیه و مصر بسیار بالاتر از متوسط جهانی و حتی ایران است، اما چنین به نظر می رسد که همانند نرخ مرگ، این میزان نیز در کشورهای پاکستان و آمریکا از متوسط جهانی کمتر است. ایران DALY کمتری نسبت به ترکیه و مصر دارد اما میزان آن همچنان بالاتر از متوسط جهانی است. همچون مرگ و میر، میزان DALY ایران با گذشت زمان کاهش قابل ملاحظه ای نشان می دهد.

Cardiovascular and Circulatory Diseases



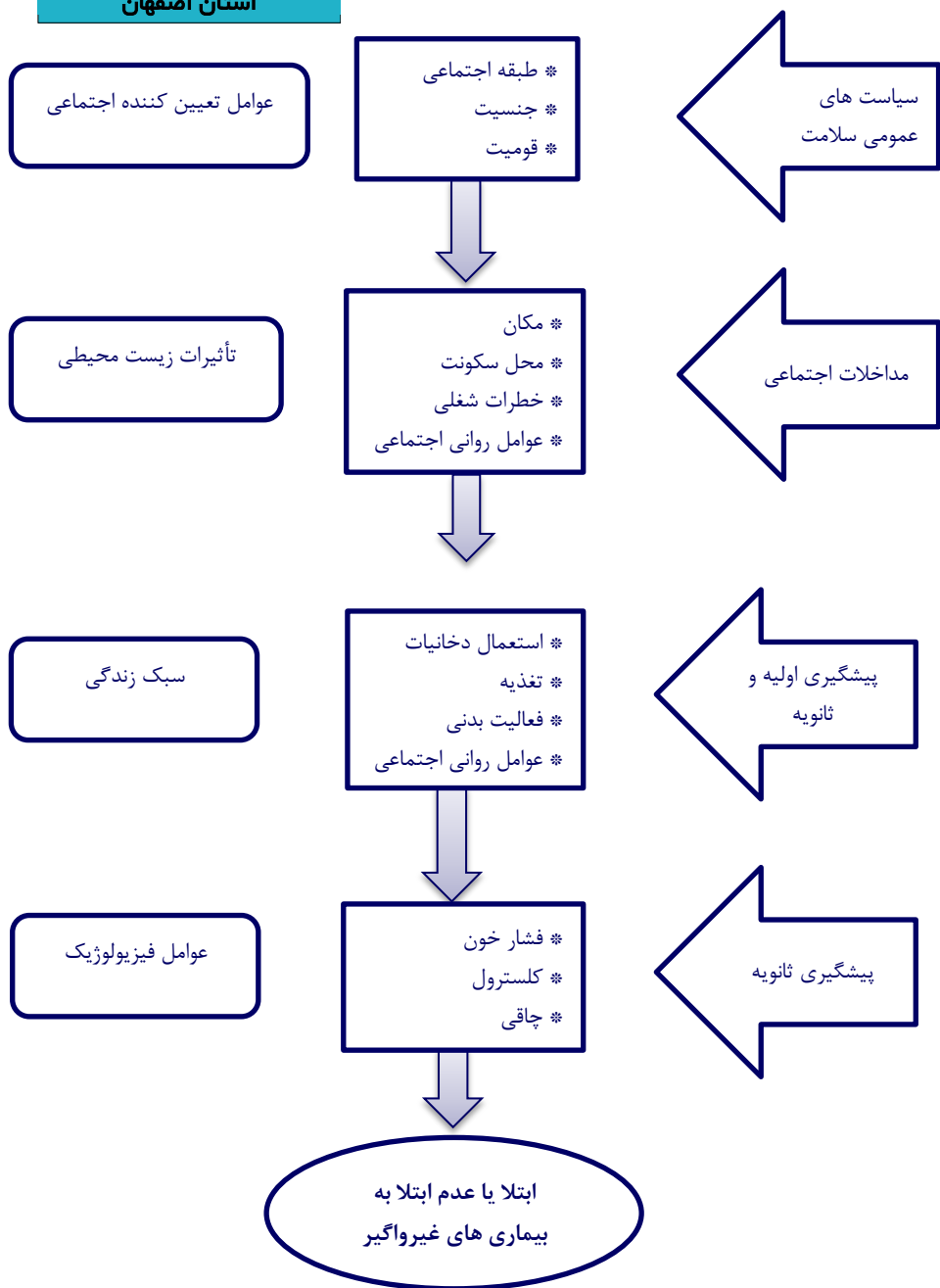
شکل ۲-۲: میزان مرگ و DALY در ۱۰۰ / ۰۰۰ نفر جمعیت بر اساس بیماری های قلبی-عروقی در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در جهان، ایران و ۵ کشور دیگر

شکل گیری کارگروه استانی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی در استان اصفهان

به دنبال تفاهم نامه همکاری بین بخشی ۱۲ وزارتخانه ی همکار و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر ۱۳۹۴ - ۱۴۰۴ ، برش استانی از "بهترین گزینه ها " و یا مداخلات با تاثیر بالا و مقرون به صرفه تهیه شده است تا اهداف تعیین شده رادر سطح استانی محقق سازد .

این کارگروه با هدف پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی و با حضور ریاست و معاونت های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکیل شده است. کارگروه دانشگاهی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی بر اساس اسناد بالادستی، سند ششم توسعه و نقشه جامع سلامت استان و با در نظر گرفتن اهداف سازمان بهداشت جهانی و اهداف کشوری،

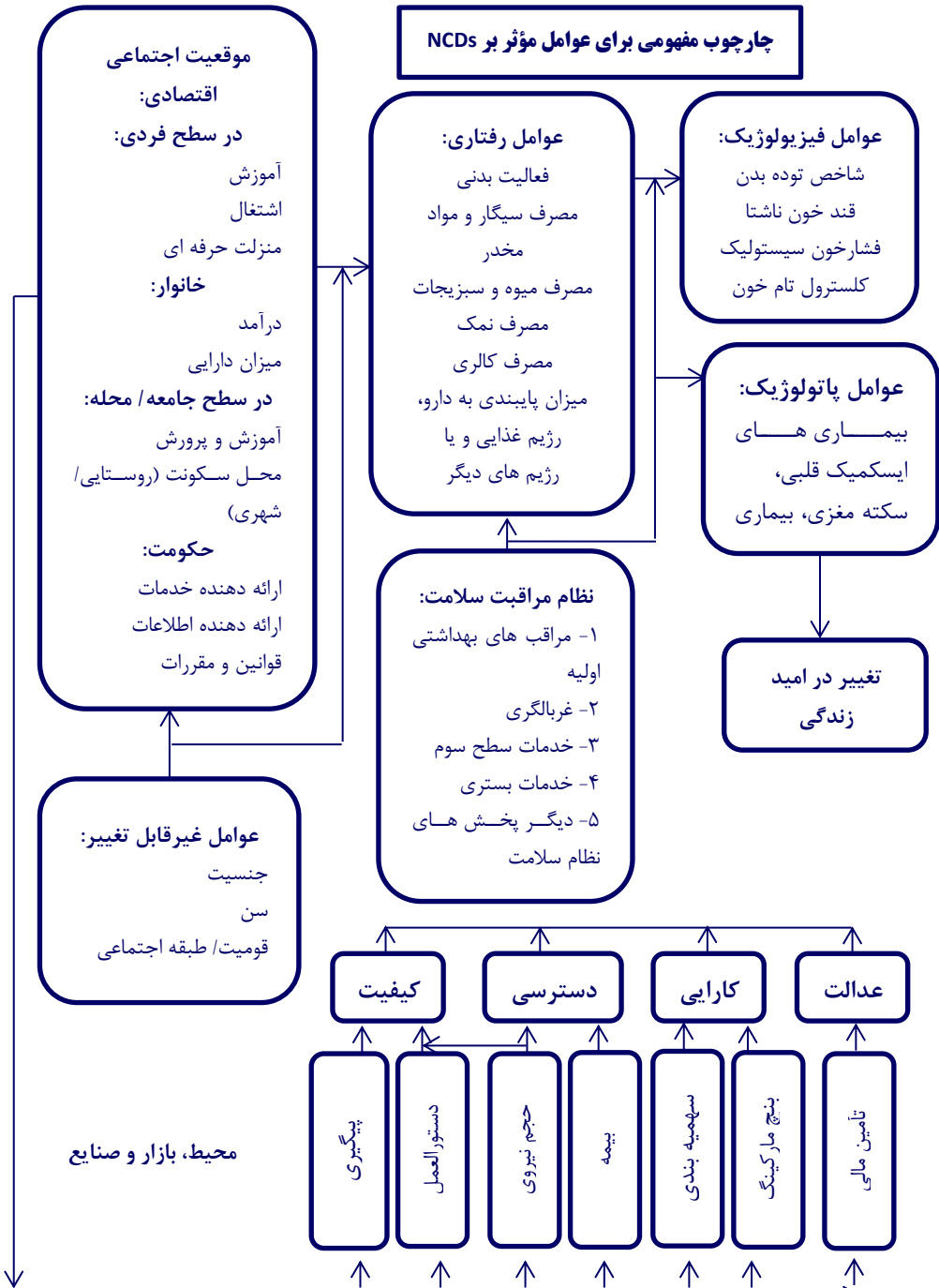
اهداف دیگری را نیز به عنوان اهداف اختصاصی استان تدوین نموده و با چشم اندازی ۱۰ ساله (تاسال ۱۴۰۴) به سوی دستیابی به این اهداف قدم بر خواهد داشت. کارگروه دانشگاهی، یک کارگروه سیاست گذاری، نظارتی، علمی و برنامه ریزی است که دارای زیر کمیته های لازم برای اجرای و ظایف خود است و در تمام زمینه های کنترل بیماری های قلبی عروقی فعالیت می کند و به عنوان مرجع تصمیم گیری دانشگاه در این مورد در نظر گرفته می شود. به دلیل اهمیت این گروه از بیماری ها و با توجه به تعهد دانشگاه به اقدام برای کنترل بیماری های قلبی عروقی در استان، این کارگروه با ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی شکل گرفته است. اعضای این کارگروه از جمله معاونت محترم بهداشتی و همکاری سایر معاونت ها و با کمک تجربه های ارزشمند سایر اعضا و نیازهای واقعی استان در حوزه بیماری های قلبی عروقی، سند استانی کنترل بیماری های قلبی عروقی را که عمدتاً ناظر بر سیاست های کلان و راهبردهای اصلی کنترل بیماری های قلبی عروقی و در عین حال ناظر بر حسن اجرای برنامه ها و راهبردها و سیاست های درون و برون بخشی است تدوین نمود. فعالیت های کارگروه در این خصوص به دو بخش درون بخشی و بین بخشی تقسیم می شود که در سند حاضر به تفصیل مورد بحث قرار می گیرند. پایه پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آن ها و پیشگیری و کنترل این عوامل است که هدف از اینکار، پیشگیری و کنترل آن ها تا حد امکان است. عوامل تعیین کننده در ابتلای افراد به بیماری های قلبی عروقی در شکل ۱-۲ به صورت شماتیک نشان داده شده اند.



شکل ۱-۲: عوامل تعیین کننده بیماری های غیرواگیر



چارچوب مفهومی برای عوامل مؤثر بر بیماری های قلبی عروقی



**اهداف کلی:****۱ - کاهش شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی به میزان ۱۰٪****اهداف اختصاصی هدف اول:**

- ۱- ۲۰٪ افزایش ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد مردم اصفهان در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی
- ۲- ۱۰٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا
- ۳- افزایش در کنترل بیماران مبتلا به فشار خون بالا به میزان ۱۰ درصد سالیانه نسبت به سال پایه
- ۴- ۱۵٪ کاهش نسبی در شیوع اختلال چربی خون

**۲ - کاهش مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی به میزان ۱۰٪****اهداف اختصاصی هدف دوم:**

- ۱- ۸۰٪ افزایش غربالگری و تشخیص زود هنگام بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی (خطرسنجی قلبی عروقی)
- ۲- کاهش میزان مرگ ناشی از سکته های قلبی تا یک ماه پس از حمله قلبی
- ۳- ۷۰٪ افزایش پوشش مراقبت در بیماران ایسکمیک قلبی عروقی (درمان مؤثر)
- ۴- ۴۰٪ کاهش شیوع ناتوانی ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی
- ۵- افزایش در متوسط سن مرگ و میر قلبی عروقی
- ۶- دریافت دارو و مشاوره توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط، به منظور پیشگیری از حمله های قلبی و سکته های مغزی

**برنامه عملیاتی کمیته**

برنامه عملیاتی مورد نظر "کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی در استان اصفهان" برای پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، شش فعالیت را در برمی گیرد:

- ۱- اولویت دادن به بیماری های قلبی عروقی در سطح استانی و ادغام پیشگیری و کنترل این بیماری ها در سیاست های تمامی بخش های دولت (افزایش اولویت بیماری های قلبی عروقی)

- ۲- استقرار و تقویت سیاست ها و برنامه های ملی برای پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی (تقویت برنامه های استانی)
- ۳- ترویج مداخلات برای کاهش عوامل خطر اصلی مشترک و قابل اصلاح بیماری های قلبی عروقی همانند: مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف زیان بار الکل (کاهش عوامل خطر)
- ۴- افزایش پژوهش ها برای پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی (اولویت بندی پژوهش ها)
- ۵- افزایش همکاری ها برای پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی (تقویت همکاری ها)
- ۶- پایش بیماری های قلبی عروقی و عوامل تعیین کننده آنها و ارزشیابی پیشرفت در سطح استانی (پایش روند بیماری های قلبی عروقی)
- ۷- تهیه و تدوین سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی در استان

انتظار می رود که همگام با انجام این ۷ فعالیت، دستاوردهای زیرمحقق شوند:

- ۱- کشیدن نقشه بروز اپیدمی بیماری های قلبی عروقی و تحلیل عوامل تعیین کننده اجتماعی، اقتصادی، رفتاری و سیاسی آنها به عنوان اساس ارایه راهنمایی در مورد اقدامات سیاسی، قانون گذاری، مالی و برنامه ای که برای حمایت و پایش پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، مورد نیاز هستند.
- ۲- کاهش میزان مواجهه افراد و جمعیت ها با عوامل خطر قابل اصلاح مشترک برای بیماری های قلبی عروقی (همانند مصرف سیگار، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف زیان بار الکل) و عوامل تعیین کننده آنها و نیز تقویت ظرفیت افراد و جمعیت ها برای اتخاذ انتخاب های سالم تر و پیگیری الگوهای سبک زندگی ای که موجب تأمین سلامت آحاد جامعه می شوند.
- ۳- تقویت مراقبت های افراد مبتلا به بیماری های قلبی عروقی به کمک ایجاد هنجارها، استانداردها و دستورالعمل های مبتنی بر شواهد در مورد هزینه - اثر بخش بودن مداخلات و جهت گیری مجدد (Reorientation) نظام سلامت برای پاسخگویی به نیاز موجود برای مدیریت موثر بیماری های مزمن.

## بیانیه مأموریت

برنامه پیشگیری، کنترل و پایش بیماری های قلبی عروقی استان اصفهان متعهد می گردد که خدمات پیشگیری را در سطوح مقدماتی، اولیه، ثانویه و ثالثیه ارائه دهد. این برنامه پیشگیری مقدماتی را با اعمال سیاست ها و برنامه های ملی در خصوص اصلاح تغذیه، سیاست های جامع در زمینه منع استعمال دخانیات و برنامه هایی در جهت افزایش فعالیت بدنی منظم اجرا می کند.

از جمله سیاست های به کارگرفته شده در راستای ارائه هرچه بهتر خدمات مربوط به پیشگیری اولیه، استفاده از تمامی راه ها جهت افزایش آگاهی به کل جامعه از طریق راه اندازی کانال سلامت، ایجاد سامانه تلفنی جهت اطلاع رسانی، برنامه های رسانه های جمعی، جلسات آموزشی، تهیه و توزیع مواد کمک آموزشی و هماهنگی های بین بخشی با مراکز خصوصی و دولتی و ارتقای مراکز بهداشتی درمانی در جهت پیشگیری و کنترل عوامل خطر و بیماری های غیرواگیر می باشد.

پیشگیری ثانویه و ثالثیه نیز از طریق کنترل، مراقبت و بازتوانی بیماران، با کیفیت مطلوب و استاندارد در سطوح مختلف در واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و خصوصی و بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان صورت می گیرد.

این برنامه با تقویت آموزش (تئوری و عملی) دانشجویان و ارائه دهندگان خدمت (شامل پزشکان و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی و مراکز سلامت) و بیماران و نیز جامعه، انجام پژوهش، تدارک امکانات، پایش و ارزشیابی مستمر و ارائه خدمات استاندارد سبب کاهش بار بیماری های قلبی عروقی در استان اصفهان از طریق کاهش عوامل خطر، تقویت و گسترش روش های تشخیص زودهنگام، درمان و پیگیری مناسب می شود.

## ارزش ها

- ۱- وجوب حفظ جان و تهیه مقدمات تحقق این واجب بزرگ
- ۲- در نظر گرفتن هویت انسان در ابعاد زیستی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی در نظام سلامت
- ۳- رعایت عدالت و مساوات در ارائه خدمات سلامت و مشارکت در تأمین منابع آن

- ۴- پاسخگویی به نیاز پزشکی فرد و جامعه بر اساس دانش پزشکی در ابعاد آموزشی، پژوهشی و خدمات
- ۵- ارتقای مستمر کیفیت خدمات
- ۶- رضایتمندی گیرندگان خدمات
- ۷- بهره مندی از فناوری های مطلوب و ثبت و انتقال تجربیات سودمند

### چشم انداز

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر این باور است تا با نوآوری ها و ابتکارات در زمینه آموزش، طراحی مداخلات مناسب در زمینه عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی یکی از دانشگاه های برتر کشور در پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی بوده و از نظر شاخص های مرتبط در رتبه اول تا سوم دانشگاه های کشور قرار گیرد.

### الزامات برنامه

#### ۱- فناوری اطلاعات و ارتباطات

- ارائه آمار، اطلاعات و عملکرد نهاد های دولتی به صورت ماهانه و فصلی
- همکاری اطلاعاتی، آماری نهاد های دولتی با مراکز تحقیقاتی
- ایجاد بسترهای مناسب برای استقرار و توسعه فناوری اطلاعات به منظور دسترسی به پایگاه های اطلاعاتی مورد نیاز

#### ۲- مدیریت

- فراهم نمودن بستر مناسب جهت ایجاد تعامل و همکاری با سازمان ها و نهادهای مرتبط
- پایش و ارزیابی کلیه مداخلات سلامتی براساس اصول ارزیابی فناوری های سلامتی
- تربیت و توانمند سازی نیروی انسانی

#### ۳- پژوهش

- فعالیت در زمینه توسعه فرهنگ و ارزش گذاری به انتشار و پایداری استفاده از یافته های پژوهش
- حمایت و اعطای تسهیلات به طرح های مرتبط با پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی

- حمایت از بخش غیردولتی جهت انجام پژوهش
- آموزش و توانمند سازی نیروی انسانی جهت انجام پژوهش و حمایت مالی از آن ها

#### ۴- حاکمیت بالینی

- ارتقای مراکز بهداشتی درمانی و مراکز سلامت در استان
- استقرار ممیزی بالینی در بخش های دولتی و خصوصی
- تدوین پروتکل ها و گایدلاین های بومی شده، اجرا و ارزشیابی آن ها
- تقویت خدمات آموزشی به گروه های در معرض خطر و بیماران
- پایش و ارزیابی فناوری سلامت

- مدیریت آموزش و توانمند سازی نیروی انسانی

#### ۵- تأکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

توزیع هدفمند مسئولیت فعالیت های آموزشی، پژوهشی و خدماتی سلامت به جامعه در بین نهادهای ذیربط و همکاری ارگان های مختلف

#### سیاست ها

- ارتقای آگاهی و فرهنگ عمومی در مورد پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی
- مدیریت منابع انسانی در سطوح مختلف
- توسعه همکاری های بین بخشی
- تولید و توسعه انتشار دانش مربوطه

#### بررسی عوامل داخلی

#### نقاط قوت (Strengths) S

- S1: حمایت ریاست و معاونین دانشگاه از برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی
- S2: وجود معاونت اجتماعی به عنوان تسهیل گر در ارتباط بین سازمانی
- S3: امکان همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه
- S4: گسترش و وجود نظام شبکه جهت ارائه خدمات بهداشتی

- S5: وجود مدیران و کارمندان توانمند
- S6: حمایت کارکنان از برنامه
- S7: دسترسی به اینترنت، اطلاعات به روز و رایانه و سامانه سبب تا سطح مراکز خدمات جامع سلامت
- S8: امکان بازآموزی کارکنان سیستم بهداشتی درمانی در رده های مختلف
- S9: امکان انجام پژوهش های آزمایشگاهی و بالینی
- S10: همکاری با مرکز تحقیقات قلب و عروق و تجربه پروژه قلب سالم
- S11: انجام غربالگری فشار خون و دیس لیپیدمی و چاقی همزمان با غربالگری دیابت در شهر اصفهان با ثبت رایانه ای
- S12: منطبق بودن اهداف برنامه با بخشی از فعالیت های واحد بهداشت حرفه ای، مدارس، آموزش سلامت، تغذیه، روان و...
- S13: اجرای طرح پزشک خانواده
- S14: توجه ارائه دهندگان خدمت به رضایتمندی مشتریان
- S15: تشکیل کمیته ها و زیرکمیته های تخصصی پیشگیری از کم تحرکی، کنترل و پیشگیری از دخانیات، کنترل استرس، پیشگیری و کنترل الکل و اعتیاد و .....
- S16: وجود متون آموزشی مدون پیرامون خود مراقبتی ارتقای فعالیت فیزیکی در نوجوانان و جوانان

### نقاط ضعف (Weaknesses) W

- W1: انگیزه کم کارکنان در سطوح مختلف
- W2: ضعف دانش و مهارت در برخی از کارکنان بهداشتی درمانی مراکز دولتی و غیر دولتی
- W3: تعدد وظایف و مسئولیت های محوله به کارکنان
- W4: کیفیت پایین خدمات پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی در مراکز خدمات جامع سلامت
- W5: ضعف سیستم گزارش گیری در خدمات ارائه شده برای بیماران قلبی عروقی
- W6: استفاده ناکافی از بخش خصوصی در سیستم ارائه خدمات بهداشتی

W7: ضعف در پروتکل و گایدلاین های بومی شده در زمینه ارائه خدمات استاندارد مراقبتی

W8: کمبود نیروهای متخصص برای اجرای برنامه های آموزشی در سیستم

W9: کمبود بسته های آموزشی مدون برای کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی

W10: ضعف ساختار تشکیلاتی در رابطه با برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

W11: نبود واحد پیشگیری و کنترل عوامل خطر در معاونت بهداشتی و واحدهای تابعه

W12: نامتناسب بودن آموزش های دانشگاهی پزشکان و پیرا پزشکان با نیازهای اجرایی نظام بهداشتی

W13: ضعف در نظام جمع آوری داده ها و تحلیل و انتشار اطلاعات و گزارش دهی

W14: ناکافی بودن مشارکت فعال اعضای هیئت علمی با نظام خدمات بهداشتی

W15: استفاده ناکافی از ظرفیت های مربوط به رسانه های جمعی

W16: ضعف آموزش و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی

W17: ضعف در سیستم ارجاع

W18: کمبود تعداد مراکز سلامت و نیروی انسانی در سطح استان جهت ارائه خدمات مورد نظر

W19: توزیع نامناسب و کمبود نیروی انسانی مسول برنامه های قلب و عروق و دیابت در ستاد معاونت بهداشتی و ستاد شبکه ها

W20: نبودن اطلاعات کافی در زمینه عوامل موثر بر بیماریهای قلبی و عروقی از جمله دخانیات

### بررسی عوامل خارجی

#### فرصت ها (Opportunities) O

O1: حمایت مسئولین در سطح وزارتخانه

O2: همسویی مسئولین سیاسی و اجرایی استان و نمایندگان مجلس و سازمان های بیمه گر

O3: وجود رهبران مذهبی، شوراهای اسلامی شهر، روستا و بخش

O4: در صد بالای با سوادی در استان



- 05: تمایل عمومی مردم به مشارکت در امور سلامت قلب و عروق و کاهش عوامل خطر آن
- 06: دسترسی سریع و توجه جامعه به فناوری های نوین و اطلاعات علمی روز
- 07: وجود بخش خصوصی فعال در استان
- 08: وجود فارغ التحصیلان (پزشک، کارشناس تغذیه، پرستار، کارشناس تربیت بدنی و مشاوره روانشناسی) غیر شاغل و جویای کار
- 09: در دسترس بودن رسانه های جمعی در اقصی نقاط استان
- 010: پتانسیل همکاری با سایر بخش ها (سازمان تربیت بدنی، آموزش و پرورش، اداره مبارزه با دخانیات و ...) در سطح استان
- 011: وجود متخصصین خبره در بررسی عوامل تاثیرگذار بر مصرف دخانیات

### تهدیدات T (Threats)

- T1: کم توجهی به اهداف مورد نظر در برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در سیاستگذاری های کشوری
- T2: نداشتن بانک اطلاعاتی جامع استانی و کشوری
- T3: کمبود اعتبارات و تخصیص های مورد نیاز برای اجرای برنامه های مورد نظر
- T4: شناخت ناکافی مسئولین سایر بخش ها از جایگاه سلامت
- T5: به غلط برخوردار محسوب نمودن استان
- T6: کمبود آگاهی اقشار مختلف جامعه از عوامل خطرساز بیماری های قلبی عروقی
- T7: تغییر شیوه زندگی مردم در رابطه با عوامل خطرساز بیماری های قلبی عروقی (کم تحرکی، مصرف فست فودها و ...)
- T8: مشارکت و همکاری ناکافی سازمان ها و ادارات (سازمان تربیت بدنی، آموزش و پرورش، اداره مبارزه با دخانیات و شهرداری و...) در اجرای هماهنگ فعالیت های پیشگیری و کنترل عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی
- T9: هماهنگ نبودن برخی فعالیت های صدا و سیما (از جمله تبلیغات مواد غذایی مضر) با اهداف برنامه
- T10: کمبود زیرساخت های موردنیاز در سطح جامعه (از قبیل امکانات تفریحی، رفاهی، ورزشی و ...) در جهت پیشبرد اهداف برنامه

- T11: ضعف عملکرد سازمان های مردم نهاد و بخش خصوصی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی
- T12: عدم تمایل مردم جهت مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت برای دریافت خدمات
- T14: مشکلات معیشتی مردم

### راهنمای کلی :

#### الف - استراتژی های SO

- S301: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه
- S201: جلب همکاری معاونت اجتماعی در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه با برقراری ارتباطات برونبخشی و درون بخشی
- S4,5,601: توجیه و درگیر کردن مدیران و کارکنان بهداشتی رده های مختلف جهت اجرای برنامه در سطوح مختلف ارائه خدمت
- S901,6,7,8: توسعه پژوهش های کاربردی جهت تحقق اهداف برنامه
- S1006: توسعه همکاری با مرکز تحقیقات قلب و عروق و به کارگیری تجارب قبلی پروژه قلب سالم
- S3,5,1201,10: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف

#### ب - استراتژی های WO

- W1,3,401: ایجاد ساز و کارهای انگیزشی برای کارکنان در سطوح مختلف ارائه خدمت
- W2,4,1501: توانمندسازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه
- W501: تدوین پروتکل پایش و ارزشیابی برای خدمات ارائه شده در برنامه
- W601,7: جلب مشارکت بخش خصوصی در راستای توسعه ارائه خدمات مورد انتظار مطابق با پروتکل تدوین شده

W4,7 01: تدوین پروتکل و گایدلاین های بومی شده در زمینه ارائه خدمات استاندارد مراقبتی

W8,1401: جذب نیروهای متخصص و اعضای هیات علمی جهت تهیه بسته های آموزشی و اجرای برنامه های آموزشی مورد نیاز  
W15,1602,9,10: توسعه به کارگیری رسانه های جمعی در راستای تحقق اهداف برنامه (ترویج شیوه زندگی سالم)

W16 03,4,5,6: طراحی و اجرای بسیج های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی

W1901,8: جذب و توزیع پرسنل ستادی برای اجرای برنامه های قلبی و عروقی  
W20 011: انجام طرح تحقیقاتی بررسی جامع سنجش اثرات فردی، خانوادگی، اجتماعی، محیطی، اقتصادی و سلامتی پیشگیری و کنترل مصرف سیگار و مواد دخانی بر خانواده ها، جامع و بخش سلامت

### ج- استراتژی های ST

S1,2,13T7,8: توسعه مشارکت و همکاری برون بخشی با سازمان ها و نهادهای مرتبط با برنامه (سازمان تربیت بدنی، آموزش و پرورش، اداره مبارزه با دخانیات و ...)  
S1,2T8: تعامل مستمر با صدا و سیما در راستای اجرای فعالیت های هماهنگ با اهداف برنامه

S1,2T9: تقویت زیرساخت های مورد نیاز در سطح جامعه (از قبیل امکانات تفریحی، رفاهی، ورزشی و ...) در جهت پیشبرد اهداف برنامه

S1,2,13T10: جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد در راستای توسعه خدمات مربوط به پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی

S16T6,7: ادغام برنامه آموزش خود مراقبتی ارتقای فعالیت فیزیکی به نوجوانان و جوانان

### د- استراتژی های WT

W8,10T3,4: تامین و تقویت زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه (نیروی انسانی، مالی، تجهیزات و مدیریتی)

W17 T1,2,3: بهبود فرایند ارجاع در سطوح مختلف ارائه خدمت  
W18T3,5: افزایش تعداد مراکز سلامت در سطح استان جهت ارائه خدمات مورد نظر  
W19T1,3: تأمین و توزیع مناسب پرسنل ستادی در اجرای برنامه های قلب و عروق

### استراتژی های مرتبط با حوزه های مختلف دانشگاه

#### استراتژی های حوزه معاونت آموزشی:

S301: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه

S1201,10: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف

W2,401: توانمند سازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه

W8,1401: جذب نیروهای متخصص و اعضای هیات علمی جهت تهیه بسته های آموزشی و اجرای برنامه های آموزشی مورد نیاز

W16 O4,5,6: طراحی و اجرای بسیج های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی

W10,8T4,5: تأمین و تقویت زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه (نیروی انسانی، مالی، تجهیزات و مدیریتی)

#### استراتژی های حوزه معاونت پژوهشی:

S301: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه

S901,6,7,8: توسعه پژوهش های کاربردی جهت تحقق اهداف برنامه

S1001,6: توسعه همکاری با مرکز تحقیقات قلب و عروق و به کارگیری تجارب قبلی پروژه قلب سالم

S1101,10: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف

W2,4,501: توانمند سازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه

W8,1401: جذب نیروهای متخصص و اعضای هیات علمی جهت تهیه بسته های آموزشی و اجرای برنامه های آموزشی مورد نیاز

### استراتژی های حوزه معاونت درمان:

S301: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه

S1201,10: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف

S1,2T9: تعامل مستمر با صدا و سیما در راستای اجرای فعالیت های هماهنگ با اهداف برنامه

S1,2,14T10: جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد در راستای توسعه خدمات مربوط به پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی

W1,3,401: ایجاد ساز و کارهای انگیزشی برای کارکنان در سطوح مختلف ارائه خدمت  
W2,401: توانمند سازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه

W5,1301: تدوین پروتکل پایش و ارزشیابی برای خدمات ارائه شده در برنامه  
W601,7: جلب مشارکت بخش خصوصی در راستای توسعه ارائه خدمات مورد انتظار مطابق با پروتکل تدوین شده

W701: تدوین پروتکل و گایدلاین های بومی شده در زمینه ارائه خدمات استاندارد مراقبتی

W15,16 O2,9,10: توسعه به کارگیری رسانه های جمعی در راستای تحقق اهداف برنامه (ترویج شیوه زندگی سالم)

W17 T3,4: بهبود فرایند ارجاع در سطوح مختلف ارائه خدمت

W18,8T3,4: افزایش تعداد مراکز سلامت در سطح استان جهت ارائه خدمات موردنظر

**استراتژی های حوزه معاونت غذا و دارو:**

S301: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه

S4,5,6O1: توجیه و درگیر کردن مدیران و کارکنان بهداشتی رده های مختلف جهت اجرای برنامه در سطوح مختلف ارائه خدمت

S2O1,10: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف

S1,2T7,8,10: توسعه مشارکت و همکاری برون بخشی با سازمان ها و نهادهای مرتبط با برنامه (سازمان تربیت بدنی، آموزش و پرورش، اداره مبارزه با دخانیات و ...)

S1,2T9: تعامل مستمر با صدا و سیما در راستای اجرای فعالیت های هماهنگ با اهداف برنامه

W2,4O1: توانمندسازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه

W6O1,7: جلب مشارکت بخش خصوصی در راستای توسعه ارائه خدمات مورد انتظار مطابق با پروتکل تدوین شده

W15,16 O2,9,10: توسعه به کارگیری رسانه های جمعی در راستای تحقق اهداف برنامه (ترویج شیوه زندگی سالم)

W16 O4,5,6: طراحی و اجرای بسیج های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی

**استراتژی های حوزه معاونت پشتیبانی:**

W10,8T3,4: تامین و تقویت زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه (نیروی انسانی، مالی، تجهیزات و مدیریتی)

# سند راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

## مقدمه

دیابت نوع دو (ملیتوس) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر در جهان است که ششمین علت مرگ در اکثر کشورهای با درآمد اقتصادی بالا (توسعه یافته) می‌باشد. دیابت نوع دو ۹۰٪ افراد مبتلا به دیابت در جهان را شامل می‌شود و عموماً در نتیجه افزایش وزن بدن و عدم تحرک بدنی رخ می‌دهد. دیابت موجب افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی و سکته مغزی می‌شود. مطالعه‌ای که در چند کشور انجام شد؛ نشان داد که ۵۰٪ از افراد مبتلا به دیابت در اثر بیماری قلبی عروقی فوت می‌کنند. هدف سازمان جهانی بهداشت این است که از اقدامات موثر برای مراقبت، پیشگیری و کنترل دیابت و عوارض آن در کشورهای با درآمد کم و متوسط پشتیبانی کند.

سازمان جهانی بهداشت با توجه به آمار و روند رو به تزاید دیابت در سراسر جهان آن را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرده و از سال ۱۹۹۳ تمام کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فراخوانده است. دیابت در بعضی از گروه‌های سنی شانس سکته مغزی را دو برابر می‌کند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، دیابت علت اصلی نارسایی کلیه می‌باشد. قطع پا در بیماران دیابتی حداقل ۱۰ بار شایع‌تر از بیماران غیردیابتی می‌باشد. هزینه‌های بهداشتی درمانی افراد دیابتی حداقل ۲ تا ۳ برابر افراد غیردیابتی می‌باشد و دیابت تا ۱۵٪ از کل بودجه‌های بخش سلامت کشورها را به خود اختصاص می‌دهد.

هزینه‌های درمانی مصیبت بار به طور قابل ملاحظه‌ای در افراد مبتلا به دیابت بیشتر است. هزینه مستقیم سالانه دیابت در جهان بیش از ۸۲۷ میلیارد دلار می‌باشد. تخمین زده می‌شود در سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰ تولید ناخالص ملی در سراسر جهان به علت بیماری دیابت ۷/۱ تریلیون دلار کاهش داشته باشد.

هزینه کلی سالانه دیابت در ایران حدود ۳/۷۸ میلیارد دلار برآورد می‌شود. این در حالیست که بودجه سالانه حوزه بهداشت در سال ۱۳۹۷، ۱۰ میلیارد دلار می‌باشد.

## وضعیت جهانی دیابت

در سال ۱۹۸۰، ۱۰۸ میلیون نفر (۴/۵ درصد) به دیابت مبتلا بودند در حالی که در سال ۲۰۱۴، ۴۲۲ میلیون نفر در دنیا مبتلا به دیابت بوده‌اند که شیوعی برابر با ۸/۵ درصد در جمعیت بزرگسال را شامل می‌شود.



شیوع دیابت



در سال ۲۰۱۵ دیابت مسبب ۱/۶ میلیون مرگ بوده است و علاوه بر آن قند بالاتر از حد طبیعی سبب ۲/۲ میلیون مرگ اضافه به دلیل افزایش خطر بیماری های قلبی عروقی و دیگر بیماری ها شده است. بسیاری از این مرگ ها (۴۳٪) در سنین کمتر از ۷۰ سال رخ می دهد.

مرگ ناشی از دیابت



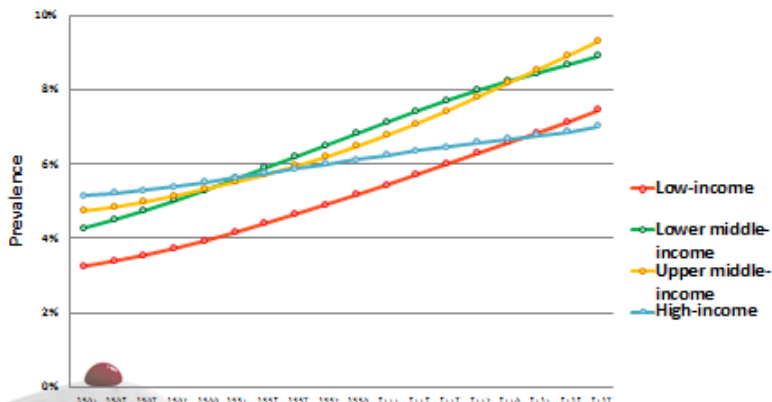
طبق برآوردهای انجام شده، در دو دهه آتی، در کشورهای پیشرفته تعداد افراد مبتلا به دیابت در گروه سنی ۲۰ تا ۴۴ سال تفاوت عمده‌ای نخواهد کرد ولی در سنین بالای ۶۴ سال افزایش قابل توجهی نشان می‌دهد، در حالی که در کشورهای در حال توسعه در همه گروه‌های سنی به ویژه در گروه سنی ۴۵ تا ۶۴ ساله تعداد دیابتی‌ها به شدت افزایش می‌یابد. در سال ۱۹۹۵ نسبت مبتلایان به دیابت در شهر به روستا معادل ۱/۵ بوده که در سال ۲۰۲۵ به ۳/۲ افزایش خواهد یافت. درصد شیوع اختلال تحمل گلوکز نیز تقریباً شبیه دیابت نوع ۲ است و در جوامعی که به سرعت به طرف نوع زندگی غربی با کاهش فعالیت بدنی و افزایش مصرف غذاهای چرب و پرنرژی پیش می‌روند انتظار می‌رود که درصد اختلال تحمل گلوکز افزایش قابل توجهی داشته و شیوع آن بیشتر از شیوع دیابت شود. تعداد مبتلایان به دیابت و اختلال تحمل گلوکز در سال ۲۰۱۱ و پیش بینی تعداد آنها در سال ۲۰۲۰ در جدول ۱ خلاصه شده است:

جدول ۱: تعداد مبتلایان به دیابت و اختلال تحمل گلوکز در سال ۲۰۱۱ و پیش بینی سال ۲۰۳۰

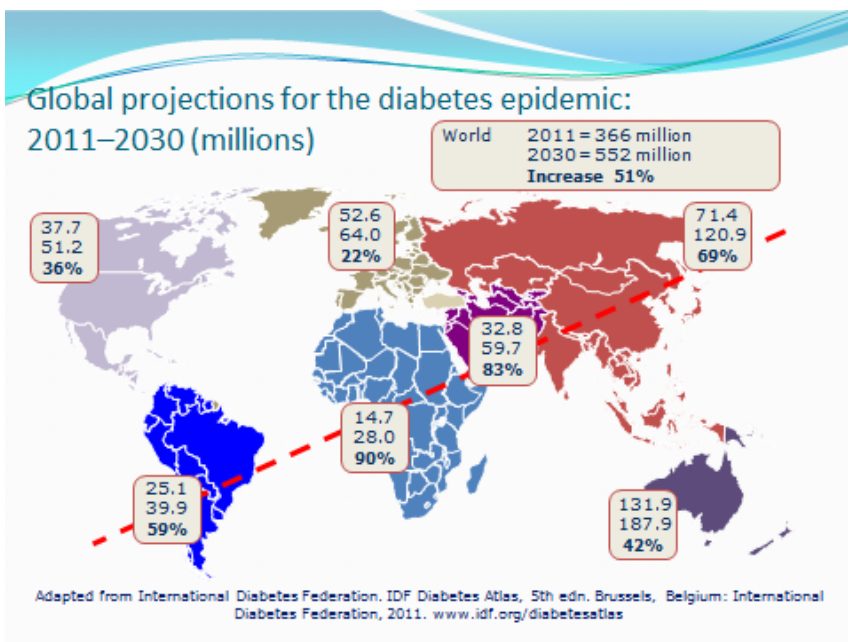
۲۰۳۰	۲۰۱۱	
۸/۳	۷	جمعیت کل جهان (میلیارد)
۵/۶	۴/۴	جمعیت کل بالغین جهان (۷۹-۲۰ میلیارد نفر)
دیابت و اختلال تحمل گلوکز (۲۰ تا ۷۹ سال)		
۲۰۳۰	۲۰۱۱	دیابت
۹/۹	۸/۳	شیوع جهانی (%)
۸/۹	۸/۵	شیوع مقایسه ای (%)
۵۵۲	۳۶۶	تعداد مبتلایان به دیابت (میلیون نفر)
۲۰۳۰	۲۰۱۱	اختلال تحمل گلوکز
۷/۱	۶/۴	شیوع جهانی (%)
۶/۷	۶/۵	شیوع مقایسه ای (%)
۳۹۸	۲۸۰	تعداد مبتلایان به اختلال تحمل گلوکز (میلیون نفر)

متأسفانه شیوع دیابت در سه دهه گذشته به طور مداوم در حال افزایش است و این افزایش در کشورهای با درآمد کم و متوسط با سرعت بیشتری اتفاق می‌افتد.

## افزایش شیوع سریعتر در کشورهای با درآمد اقتصادی کم و متوسط

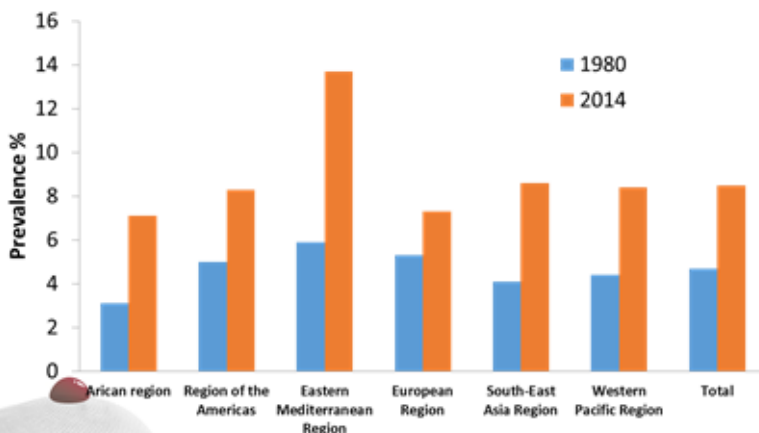


نمودار ۱- افزایش شیوع سریعتر در کشورهای با درآمد اقتصادی کم و متوسط



شکل ۱- پیش بینی جهانی اپیدمی دیابت (۲۰۱۱-۲۰۳۰) (میلیون نفر)

## بیشترین افزایش شیوع دیابت در منطقه خاورمیانه



نمودار ۲- نمودار مقایسه ای شیوع دیابت در منطقه خاورمیانه در سال های ۲۰۱۴-۱۹۸۰

## شیوع بیماری دیابت در ایران

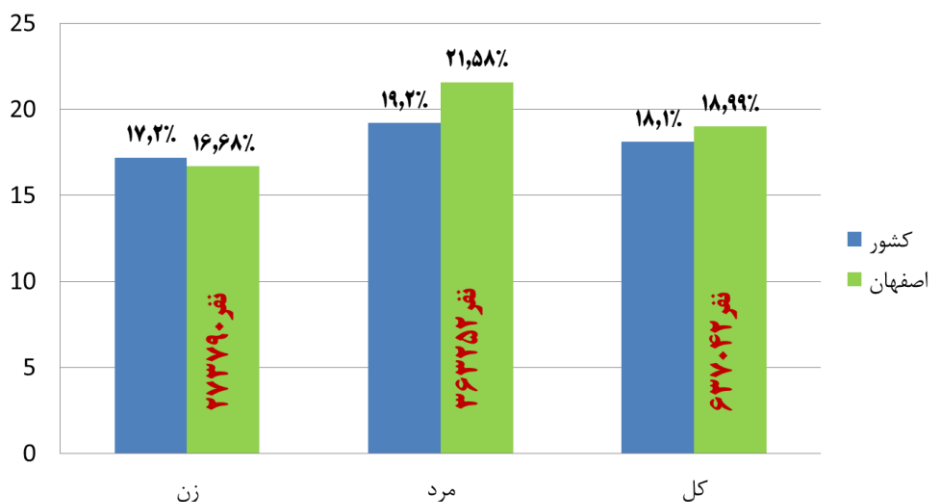
براساس مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده در سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۰ جمعیت دیابتی ایران حدود ۱/۵ میلیون نفر تخمین زده شدند و پیش بینی می شد که حدود ۱۴/۵ تا ۲۲/۵ درصد از افراد بالای ۳۰ سال عدم تحمل گلوکز داشته باشند. در بررسی انجام شده سال ۱۳۸۶ از عوامل خطر بیماری های غیر واگیر (استپس) در ایران، شیوع دیابت در افراد ۲۵-۶۴ ساله ۷/۷٪ یا ۲ میلیون نفر بوده است. این در حالی است که نیمی از بیماران یا ۱ میلیون نفر تشخیص داده نمی شوند. شیوع در شهر ۸/۶٪ و در روستا ۷/۵٪ می باشد. از طرفی ۱۶/۴٪ یا ۴/۴ میلیون نفر IFG یا اختلال گلوکز ناشتا داشتند. برآورد کل بیماران دیابتی شناسایی شده در ایران در سال ۱۳۸۸ حدود ۲/۴۳ میلیون نفر بوده است. طبق آمار منتشره در سایت سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶، شیوع دیابت در ایران در بین مردان ۹/۶ و در بین زنان ۱۱/۱ و در کل معادل ۱۰/۳ درصد گزارش شده است.

## شیوع دیابت در استان اصفهان

جداول و نمودارهای ذیل بر اساس گزارش استپس سال ۱۳۹۵ ارائه شده است که مقایسه آماری بین استان اصفهان با ایران می باشد.

جدول ۲- جدول مقایسه ای درصد شیوع پره دیابت در افراد بالای ۲۵ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

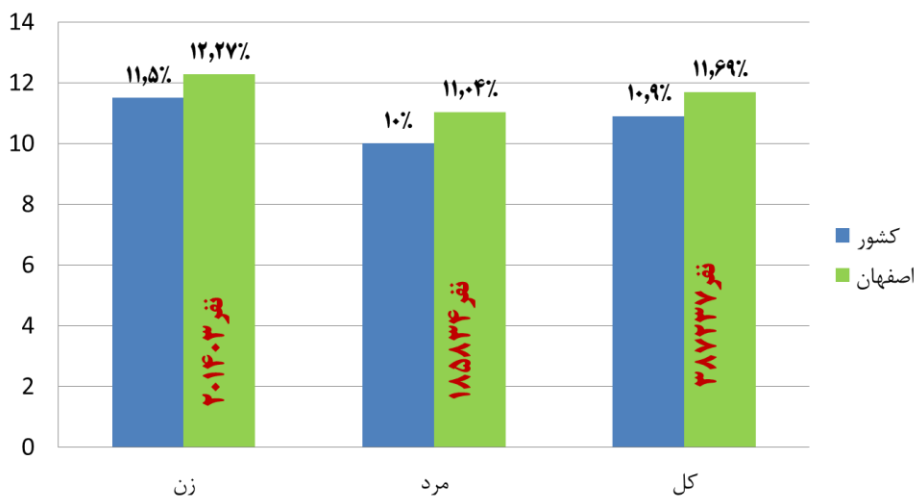
کل	مرد	زن	
٪۱۸/۱	٪۱۹/۲	٪۱۷/۲	کشور
٪۱۸/۹۹	٪۲۱/۵۸	٪۱۶/۶۸	اصفهان
۶۳۷۰۴۲	۳۶۳۲۵۲	۲۷۳۷۹۰	جمعیت مبتلا اصفهان



نمودار ۳- نمودار مقایسه ای درصد شیوع پره دیابت در افراد بالای ۲۵ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

جدول ۳- جدول مقایسه ای درصد شیوع دیابت در افراد بالای ۲۵ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

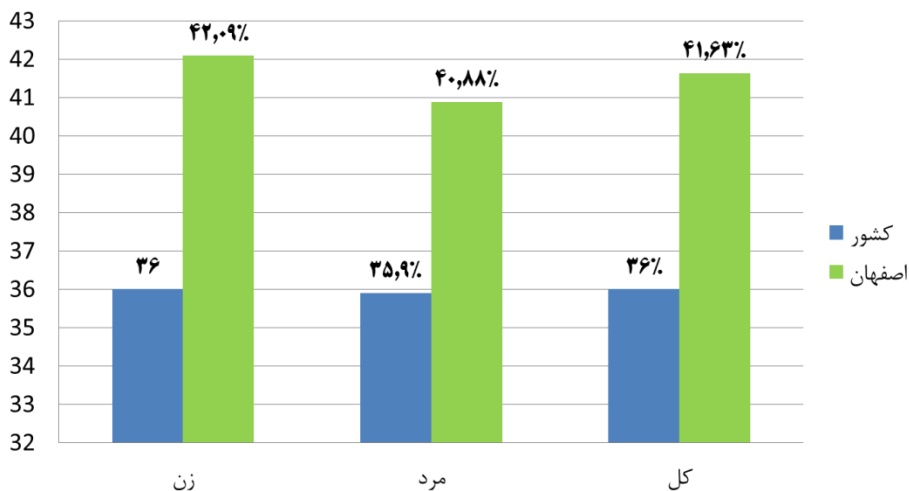
کل	مرد	زن	
۱۰/۹٪	۱۰٪	۱۱/۵٪	کشور
۱۱/۶۹٪	۱۱/۰۴٪	۱۲/۲۷٪	اصفهان
۳۸۷۲۳۷	۱۸۵۸۳۴	۲۰۱۴۰۳	جمعیت مبتلا اصفهان



نمودار ۴- نمودار مقایسه ای درصد شیوع دیابت در افراد بالای ۲۵ سال به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

جدول ۴- جدول مقایسه ای درصد بیماران دیابتی تحت پوشش کنترل شده با  $HbA1C < 7$  به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

کل	مرد	زن	
%۳۶	%۳۵/۹	%۳۶	کشور
%۴۱/۶۳	%۴۰/۸۸	%۴۲/۰۹	اصفهان



نمودار ۵- نمودار مقایسه ای درصد بیماران دیابتی تحت پوشش کنترل شده با  $HbA1C < 7$  به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۵ در کشور و استان اصفهان (مطالعه استپس)

**جدول ۵- جدول مقایسه ای شاخص های دیابت در کشور و استان اصفهان**

کشور		کشور		اصفهان		اصفهان		عنوان
روستا	شهر	زن	مرد	روستا	شهر	زن	مرد	
8.10	12.00	11.50	10.00	11.67	11.77	12.27	11.04	شیوع دیابت بر اساس میزان قند پلاسما در افراد 25 سال به بالا
10.09		10.90		11.69		11.69		
9.12	13.12		11.03	13.49	12.80	13.53	12.20	شیوع دیابت بر اساس HbA1c در افراد بالای 25 سال
11.92		11.92		12.91		12.91		
16.70	18.70	17.20	19.20	10.55	20.56	16.68	21.58	شیوع پره دیابت بر اساس قند پلاسمادر بالای 25 سال
18.10		18.10		18.99		18.99		
23.83	22.37	22.33	23.38	21.14	20.17	19.99	20.70	شیوع پره دیابت بر اساس HbA1c در بالای 25 سال
22.81		22.81		20.32		20.32		
60.40	55.85	59.58	53.11	62.24	62.13	69.81	52.79	درصد بیماران دیابتی شناسایی شده تحت پوشش در افراد بالای 25 سال
56.87		56.87		62.22		62.22		
36.90	35.70	36.00	35.90	41.21	43.89	42.09	40.88	درصد درمان موثر دیابت بر اساس HbA1c کمتر از 7
36.00		36.00		41.63		41.63		
73.34	75.01	77.74	70.33	83.00	82.09	88.62	74.28	آگاهی نسبت به دیابت (awareness)
74.63		74.63		82.23		82.23		

**عوامل خطر دیابت تپ دو**

عوامل خطر ابتلا به دیابت مشتمل بر دو دسته است: عوامل خطر غیر قابل تغییر و عوامل خطر قابل تغییر. عوامل خطر غیر قابل تغییر شامل سن، نژاد و سابقه فAMILIARY هستند و فعالیت فیزیکی کم، رژیم غذایی ناسالم، چاقی، استرس، هایپرلیپیدمی، فشارخون بالا، سیگار و وجود افسردگی به عنوان عوامل خطر قابل تغییر شناخته شده اند.



پیوست ۴

نقشه راه  
کنترل و پیشگیری حوادث  
عمدی و غیر عمدی



۱۳۹۱-۹۴

## مقدمه

در سراسر جهان، سالانه میلیون ها نفر به علت سوانح و حوادث شدید، زمانی طولانی را در بیمارستان ها سپری می کنند، بیش از  $\frac{1}{3}$  میلیون نفر جان خود را از دست می دهند و بسیاری نیز بدلیل معلولیت قادر به ادامه زندگی، کار و تفریحاتی که پیش از این انجام می دادند نخواهند بود. متأسفانه هیچ کشوری از این مصیبت خود ساخته که اکثراً قشر جوان و نان آور خانه را گرفتار می کند در امان نیست.

در ایران نخستین علت بار بیماریها و دومین علت مرگ ومیر سوانح و حوادث می باشد. از طرف دیگر ایران از کشورهای مهم بلا خیز منطقه است. لذا پیشگیری از وقوع حوادث، مدیریت حوادث و کاهش خطرات آن از ضروریات جامعه امروز می باشد. الگوی پیشگیری از حوادث در قالب برنامه جامعه ایمن بعنوان الگویی مبتنی بر همکاری بین بخشی و مشارکت کلیه بخش های توسعه ای و سازمانهای متولی، مورد قبول سازمان جهانی بهداشت است به طوری که در این رویکرد مداخلات جامعه محور و مبتنی بر حل مشکلات جامعه طراحی و با مشارکت مردم (بعنوان ذینفعان اصلی) به مرحله اجرا گذاشته می شود. برنامه پیشگیری از حوادث با مدل جامعه ایمن برنامه ای است که می توان به کمک آن از بروز انواع حوادث پیشگیری نمود و باعث ارتقای ایمنی جامعه شد. از آنجا که حوادث دارای علل پیچیده و چند گانه ای هستند و به شکل وسیع تمام جامعه را درگیر می کنند برای پیشگیری از آنها باید بین سازمانهای مختلف هماهنگی همه جانبه برقرار شود تا هریک بر اساس وظائف و مسئولیتهای خود بتوانند به این امر پردازند.

هدف از اجرای برنامه جامعه ایمن، پیشگیری از آسیب ها و کاهش بروز حوادث، مرگ ها، ناتوانی های ناشی از آن و ارتقای ایمنی برای ساکنین شهر و روستا است. چنین هدفی زمانی تحقق خواهد یافت که تمام افراد جامعه، مدیران و برنامه ریزان ارگانهای دولتی و غیر دولتی با وظائف خود آشنا باشند و مسئولانه در جهت دستیابی به جامعه ای ایمن برای همه گروههای مردم گام بردارند و برآیند اقداماتی که صورت می گیرد، همسو و هماهنگ و در راستای اهداف تعیین شده باشد.

## چشم انداز

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر این باور است تا با نوآوری ها و ابتکارات در زمینه آموزش، طراحی مداخلات محلی و منطقه‌ای یکی از دانشگاه‌های برتر کشور در پیشگیری از سوانح و حوادث بوده و از نظر شاخص‌های مرتبط با سوانح و حوادث در رتبه اول یا دوم دانشگاه‌های کشور قرار گیرد.

## بیانیه مأموریت

دانشگاه علوم پزشکی مسئول حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه می‌باشد این هدف از طریق ارائه خدمات پیشگیری جامع و مراقبت از بیماران محقق می‌گردد. خدمات پیشگیری در حوزه بهداشت بر اصول عدالت اجتماعی، هماهنگی بین بخشی، مشارکت مردمی و فناوری مناسب استوار است. این مأموریت از طریق سازماندهی نظام اطلاعاتی دقیق و به هنگام، برنامه ریزی، هدایت، پشتیبانی و پایش و ارزشیابی انجام می‌پذیرد. اهداف پیشگیری از سوانح و حوادث مبتنی بر مشارکت مردم، همکاری بین بخشی و دخالت مسئولین محلی است که حوزه بهداشت برای نیل به این اهداف تلاش می‌نماید.

## ارزش‌ها

- حفظ و احترام به کرامت انسانی و رضایتمندی مشتریان
- حمایت از گروه‌های آسیب پذیر و در معرض خطر سلامتی

## اهداف بلند مدت

- ۱- کاهش وقوع سوانح و حوادث (میزان بروز)
- ۲- کاهش میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث

## اهداف دوره‌ای (تا پایان سال ۱۳۹۴)

- ۱- کاهش میزان وقوع حوادث به میزان ۲۵ درصد تا پایان برنامه
- ۲- کاهش میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۲۰ درصد تا پایان برنامه
- ۳- کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث غیر عمدی حداقل به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه
- ۴- افزایش دسترسی مردم (شهر و روستا) به خدمات فوریت‌های پیش بیمارستانی به میزان ۹۸ درصد تا پایان برنامه

## الزامات برنامه

### ۱- فناوری اطلاعات و ارتباطات

- ارائه آمار و اطلاعات سازمانها و نهادهای دولتی به صورت ماهانه و فصلی
- همکاری آمار و اطلاعاتی سازمانها و نهادهای دولتی با مراکز تحقیقاتی
- ایجاد بسترهای مناسب برای توسعه فناوری اطلاعات به منظور دسترسی به پایگاههای اطلاعاتی مورد نیاز

### ۲- مدیریت

- فراهم نمودن بستر مناسب جهت ایجاد تعامل و همکاری با سازمانها و نهادهای مرتبط
- تربیت و توانمندسازی نیروی انسانی
- ایجاد شرایط مناسب جهت اجرای قوانین مرتبط با برنامه

### ۳- پژوهش

- فعالیت در زمینه انجام پژوهشهای مشترک با سازمانها و نهادهای مختلف
- ارائه لیست کامل عناوین تحقیقات انجام شده در زمینه سوانح و حوادث به منظور ادامه تحقیقات قبلی و جلوگیری از تحقیقات مشابه
- حمایت و اعطای تسهیلات به طرح های مرتبط با پیشگیری از سوانح و حوادث
- حمایت از بخش غیر دولتی جهت انجام پژوهش در این زمینه

### ۴- حاکمیت بالینی

- اجرای برنامه سطح بندی ارجاع تروما و تعیین مسیرهای بالینی مورد توافق جهت مراقبت بیماران مصدوم
- اجرای برنامه ارتقای اورژانس ها در استان
- تدوین راهنماهای بالینی بومی شده در خصوص بیماران مصدوم
- تقویت خدمات آموزشی به مصدومی

#### ۵- تأکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

■ تأکید بر وظائف سازمانی و مسئولیت نهادها و سازمانهای مختلف در پیشگیری از سوانح و حوادث

■ تأکید بر نقش مشارکت مردم در پیشگیری از سوانح و حوادث

■ تأکید بر نقش مسئولین و معتمدین محلی در پیشگیری از سوانح و حوادث

#### ۶- آموزش

■ تأکید بر نقش آموزشی دانشگاه در پیشگیری از سوانح و حوادث

■ تأکید بر نقش تربیت نیروی انسانی توانمند و کارآمد در دانشگاه

■ تهیه متون و منابع آموزشی برای نیروهای تخصصی و جامعه در دانشگاه

#### سیاست ها

■ انسجام در سیاستگذاری ، مدیریت و قوانین

■ توسعه همکاریهای بین بخشی

■ توسعه مشارکت مردمی

■ افزایش مسئولیت پذیری و مشارکت مسئولین و معتمدین محلی

■ توسعه انتشار اطلاعات سازمانها و نهادهای مختلف و به اشتراک گذاری دانش تولید شده

■ اولویت طرحهای پژوهشی در ارتباط با پیشگیری از سوانح و حوادث

■ فرهنگ سازی و ارتقای سطح دانش و نگرش عمومی در ارتباط با پیشگیری از سوانح و حوادث

#### بررسی عوامل داخلی

#### نقاط قوت (Strengths) S

S1 : حمایت هیئت رئیسه دانشگاه علوم پزشکی از برنامه پیشگیری از سوانح و حوادث

S2 : وجود همکاری با معاونت درمان و بیمارستانها

S3 : وجود برنامه ثبت مصدومین ناشی از سوانح و حوادث مراجعه کننده به اورژانس

بیمارستانها

- S4: وجود برنامه ثبت مرگ و میر در استان
- S5: توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات در دانشگاه
- S6: امکان انجام پژوهش در زمینه سوانح و حوادث
- S7: وجود سیستم شبکه بهداشت و درمان
- S8: وجود همکاری با مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی
- S9: اولویت استقرار حاکمیت بالینی در دانشگاه
- S10: وجود کمیته پیشگیری از سوانح و حوادث دانش آموزی
- S11: وجود چهار شهرستان مجری برنامه جامعه ایمن
- S12: اعلام آمادگی شش شهرستان دیگر برای اجرای برنامه جامعه ایمن
- S13: منطبق بودن اهداف برنامه با بخشی از فعالیتهای واحد بهداشت حرفه ای، مدارس، آموزش سلامت و ...
- S14: وجود برنامه سطح بندی ارجاع تروما
- S15: اجرای برنامه مدیریت تروما در معاونت درمان
- S16: اولویت برنامه های ارتقای اورژانس در دانشگاه
- S17: وجود متخصصین طب اورژانس
- S18: وجود ستاد هدایت و اطلاع رسانی درمان
- S19: وجود طرحهای آموزشی مدون استانی
- S20: داشتن آمار حوادث بر حسب نوع و موقعیت جغرافیایی در مرکز مدیریت حوادث
- S21: داشتن امکانات و تجهیزات مناسب جهت برخورد با حوادث و مصدومین
- S22: وجود اطاق فرمان فوریتهای پزشکی در ۱۲ شهرستان
- S23: تحت پوشش داشتن بخش عمده جاده های اصلی و فرعی استان (از نظر خدمات فوریتهای پزشکی)
- S24: وجود امکانات امداد هوایی
- S24: وجود ارتباط بی سیمی در اکثر نقاط استان
- S25: وجود تجهیزات ارتباطی مناسب مانند تلفن، اینمارست، Mobil ICU و ...
- S26: طرح ادغام فوریتهای پزشکی در شبکه
- S27: ضبط کلیه مکالمات با مرکز در خصوص حوادث

S28: آموزش طرح بها (بسیج همگانی احیاء)

S29: وجود ۹۷ پایگاه اورژانس در استان

S30: وجود ۱۳ آنتن

S31: امکان شرکت در کنگره ها و سمینارهای داخلی و خارجی در ارتباط با سوانح و حوادث

S32: امکان استفاده از نیروی دانشجویی در حوادث و بلایا (تشکیل تیم های امداد در حوادث)

S33: وجود داروسازان علاقه مند به مشارکت در کاهش سوانح و حوادث (مسمومیت‌های

دارویی) در استان

S34: وجود و ابلاغ متون آموزشی مناسب پیشگیری از سوانح و حوادث ترافیکی و shep مدل

### نقاط ضعف (Weaknesses) W

W1: کمبود نیروی انسانی در شهرستانها

W2: ضعف دانش، مهارت و نگرش پرسنل شاغل در حوزه پیشگیری (در رده های شغلی

بهورز، کاردان، کارشناس) و بخشهایی از درمان در زمینه سوانح و حوادث

W3: عدم تطابق آموزش مراکز علمی و دانشگاهی با نیاز های موجود در زمینه پیشگیری از

سوانح و حوادث

W4: ضعف نگرش کارکنان در زمینه عوامل تاثیر گذار بر سوانح و حوادث

W5: ضعف در وجود نظام ثبت اطلاعات مرتبط با مصدومین در بخش خدمات بستری و

معلولیتها

W6: ضعف در پایش و ارزیابی خدمات ارائه شده به مصدومین

W7: کمبود متخصص بخصوص در مراکز بلوک بستری

W8: مشکلات هماهنگ سازی تیم درمانی در مراقبت بیماران مصدوم

W9: کمبود تخت های مراقبت ویژه (ICU) در استان

W10: کمبود راهنماهای بالینی بومی شده در خصوص مراقبت بیماران مصدوم

W11: عدم وجود مسیرهای بالینی مورد توافق جهت مراقبت بیماران تروما

W12: ضعف در پی گیری وضعیت مصدومین ترخیص شده

W13: کمبود خدمات تخصصی توانبخشی مصدومین

W14: مشکلات اجرای تریاژ در مراکز درمانی

- W15: تاخیر در جبران خدمات تروما در قالب پوشش های بیمه ای
- W16: ضعف در خدمات آموزشی به مصدومین
- W17: کمبود پروتکل های خدمات پیشگیری از سوانح و حوادث
- W18: ضعف در وجود مستند سازی و بانک اطلاعاتی در خصوص سوانح و حوادث
- W19: عدم وجود کمیته تحلیل عملیات و حوادث
- W20: کمبود تعداد پایگاههای اورژانس پیش بیمارستانی در سطح استان
- W21: عدم آشنایی کافی تمامی مدیران و معاونین دانشگاه از برنامه جامعه ایمن
- W22: وجود نقاط کور ارتباطی (مخابراتی) در استان
- W23: کمبود تجهیزات پیش بیمارستانی
- W24: نبود تروما سیستم مشخص و مدون
- W25: نبود EOC سلامت در دانشگاه علوم پزشکی
- W26: کمبود منابع مالی - پرسنلی در مرکز مدیریت حوادث
- W27: عدم کاربرد نتایج تعدادی از طرحهای پژوهشی
- W28: ضعف دانش و مهارت فارغ التحصیلان گروه پزشکی و پیراپزشکی در چگونگی برخورد با بیماران مصدوم و آموزش پیشگیری از بروز حوادث
- W29: عدم سازماندهی دانشجویان در تیم های حوادث و بلایا
- W30: عدم توجه داروسازان استان در خصوص سوانح و حوادث

### بررسی عوامل خارجی

#### فرصت ها (Opportunities)

- 01: حمایت وزارت متبوع
- 02: حمایت استانداری
- 03: وجود هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها
- 04: وجود کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- 05: امکان استفاده از رسانه های عمومی و محلی
- 06: حمایت فرمانداران مجری و داوطلب اجرای برنامه جامعه ایمن در شهرستانها
- 07: حمایت سازمانهای بیمه گر



- 08: وجود تجارب منطقه ای، کشوری و استانی
- 09: وجود روند روبه توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات
- 010: حمایت بسیج سلامت دانش آموزان از پیشگیری از سوانح و حوادث در قالب پیشگیری از ۷ رفتار پر خطر
- 011: حمایت سازمان مدیریت بحران از برنامه
- 012: وجود پوشش های حمایتی از مصدومین ترافیکی در قالب ماده ۹۲ (پرداخت هزینه درمان مصدومین ترافیکی به بیمارستانها)
- 013: اولویت ارتقای اورژانسها در وزارت متبوع
- 014: وجود شبکه بین المللی جامعه ایمن
- 015: وجود سازمانهای مردم نهاد
- 016: وجود حمایت نمایندگان استان در مجلس شورای اسلامی از برنامه جامعه ایمن
- 017: وجود تفاهم نامه با سایر ارگانهای امدادی مانند هلال احمر، پلیس، آتش نشانی
- 018: وجود زمینه های مناسب در مسئولین سیاسی و اجرائی استان با توجه به وضعیت بروز سوانح و حوادث
- 019: وجود راههای مواصلاتی نسبتاً مناسب در استان
- 020: وجود صنایع در جهت حمایت مالی از طرح جامعه ایمن
- 021: جانشین بودن استان بعنوان جانشین پایتخت
- 022: وجود ماده ۹۶ قانون کار (وجود اداره کل بازرسی کار و وظائف آن در ارتباط با آموزش، رسیدگی به حوادث ناشی از کار و پیشگیری ..)
- 023: وجود افراد دارای تجربه در جنگ و بلابا

### تهدیدات T (Threats)

- T1: ضعف در آگاهی و نگرش مدیران و مسئولین ادارات نسبت به موضوع سوانح و حوادث
- T2: عدم ثبات مدیریت بویژه فرمانداران در شهرستانهای مجری برنامه
- T3: وجود باورهای غلط در خصوص وقوع سوانح و حوادث
- T4: وجود جمعیت جوان و انجام رفتارهای پر خطر و حادثه ساز
- T5: ضعف در اجرای قوانین و مقررات مرتبط

- T6: ضعف در رعایت استانداردهای ایمنی توسط ادارات، ارگانها و شرکتهای سازنده دستگاهها (وسائل نقلیه، تجهیزات، لوازم خانگی و ...)
- T7: عدم هماهنگی و همکاری در تبادل اطلاعات مربوط به سوانح و حوادث
- T8: ضعف سواد سلامتی (آگاهی و نگرش و عملکرد) جامعه در زمینه سوانح و حوادث
- T9: ضعف در دانش استاندارد ایمنی محیط های زندگی
- T10: نامشخص بودن جایگاه سازمانهای مردم نهاد و بخش خصوصی در زمینه پیشگیری از سوانح و حوادث
- T11: نقش رسانه ها در ترویج رفتارهای پر خطر
- T12: تعدد مراکز سیاستگذار در عرصه سوانح و حوادث
- T13: ضعف در نظام ارجاع در کشور
- T14: عدم تناسب ساختار سازمانی دانشگاه با مدیریت حوادث وزارت متبوع
- T15: ضعف در همکاری لازم و هماهنگی بین سازمانهای امداد رسان
- T16: فقدان بانک اطلاعاتی لازم در سطح استان در خصوص سوانح و حوادث
- T17: وجود کارخانجات و صنایع متعدد در استان
- T18: وجود ترافیک بالای ناشی از وسایل نقلیه (خودرو، موتورسیکلت، دوچرخه)
- T19: وجود راههای مواصلاتی اصلی جنوب به شمال و شرق به غرب در استان
- T20: ضعف در آموزشها که کمتر منجر به تغییر نگرش و رفتار گروههای آموزش گیرنده می شود

### راهنمای کلی

#### الف - استراتژی های SO

- S10204: جلب حمایت فرمانداران، بخشداران، شهرداران و شوراهای شهر جهت حمایت و اجرای برنامه جامعه ایمن از طریق استانداری و کارگروه سلامت و امنیت غذا
- S1,403: بهره گیری از آمار و اطلاعات مصدومین و مرگ ومیر ناشی از حوادث سایر سازمانها و ادارات (هلال احمر، پزشکی قانونی، نیروی انتظامی، ثبت احوال، شهرداریها و ...)
- S708,5: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه های محلی، حساس سازی مسئولین، بهره گیری از تجارب منطقه ای و کشوری
- S10010: استفاده از ظرفیتهای ایجاد شده توسط بسیج سلامت دانش آموزان در کاهش سوانح و حوادث

S1202,4: طرح موضوع و بهره‌گیری مستمر از ظرفیتهای موجود برای رفع موانع و مشکلات و اجرای برنامه

S16013: استفاده از فرصت موجود جهت ارتقای کمی و کیفی اورژانسها

S32W29: سازماندهی تیم‌های حوادث و بلایا با مشارکت دانشجویان

S33W30: آموزش و بازآموزی داروسازان در زمینه پیشگیری و کاهش سوانح و حوادث از جمله مسمومیت‌های دارویی

### ب- استراتژی‌های WO

W1,1301: جذب نیرو برای پیشگیری و مراقبت از مصدومین

W209: استفاده از امکانات اطلاع‌رسانی و فناوری ارتباطات جهت آموزش پرسنل

W309,5: استفاده از فناوری ارتباطات و رسانه‌ها جهت ارتقای سواد سلامتی جامعه (آموزش مجازی)

W404,8,3: استفاده از تجارب جهانی، منطقه‌ای و کشور جهت ترغیب سازمانها و ادارات از طریق کارگروه سلامت و امنیت غذا جهت همکاری در اجرای برنامه جامعه ایمن

W5,08,12: استفاده از تجارب منطقه‌ای و کشور و بهره‌گیری از امکان ماده ۹۲ برای اجرای نظام ثبت مصدومین بستری

W9015: جلب مشارکت جامعه در خصوص کاهش سوانح و حوادث از طریق سازمانهای مردم‌نهاد و اشخاص حقیقی

W10,1701: تهیه محتواهای آموزشی و دستورالعمل‌های لازم در زمینه پیشگیری از سوانح و حوادث

W1605: انتقال آموزش‌ها به جامعه از طریق رسانه‌های عمومی

W28,01,2: ایجاد مرکز تحقیقات در زمینه سوانح و حوادث

### ج- استراتژی‌های ST

S3,4T1: ارسال گزارشات تحلیلی از وضعیت سوانح و حوادث به مدیران و مسئولین استانی

S1,6T7: انجام پژوهش در زمینه کیفیت داده‌های سازمان‌های مختلف و هماهنگی در خصوص تبادل آمار و اطلاعات

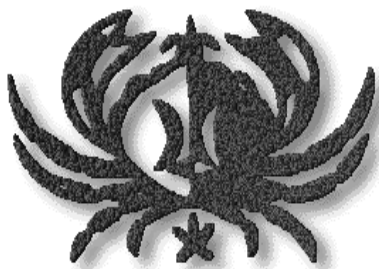
- S5T3,8: توسعه آموزشهای مجازی به منظور تغییر آگاهی ، نگرش و عملکرد جامعه
- S19,T4: برگزاری دوره های آموزشی ویژه برای گروههای نوجوانان و جوانان
- S3,4,20T16: تشکیل بانک اطلاعاتی سوانح و حوادث در استان
- S22T15: تشکیل اطاق فرمان مشترک سازمانها و ارگانهای امداد رسان
- S34T7: گنجاندن آموزش پیشگیری و کنترل سوانح و حوادث ترافیکی در دوره های آموزشی قبل از کسب گواهی نامه

#### د- استراتژی های WT

- W2,4T20: برگزاری کارگاههای آموزشی و بازآموزی
- W5,18T10: راه اندازی بانک اطلاعات سوانح و حوادث در سطح استان
- W11,12,13T13: استقرار نظام ارجاع و طراحی مسیر ارجاع بیماران
- W21,T1: برگزاری سمینار و همایش های مرتبط

پیوست ۵

سند راهبردی پیشگیری و کنترل سرطان های شایع منطقه



۱۳۹۷-۱۴۰۴

سرطان بیماری مزمن و غیر واگیری است که از تکثیر نا همگون و غیر کنترل شده سلول های بافت های مختلف بدن ایجاد می شود این بیماری در گذشته یکی از مخوف ترین بیماری های بشری تلقی می شد اما با ارتقای سطح سلامت بشری، پیشرفت های بسیاری در زمینه کنترل آن ایجاد شده است. سرطان در مطالعه جهانی بار بیماریها بعد از بیماری های قلبی عروقی و بیماری های عصبی روانی، رتبه سوم DALY را به خود اختصاص داده است و پیش بینی می شود که در دهه های آینده به یک معضل سلامتی برای انسان تبدیل شود.

این بیماری در حال حاضر دومین علت مرگ و میر در کشور های پیشرفته و سومین علت مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه می باشد و در حال حاضر بطور کلی عامل حدود ۱۲ درصد مرگ و میر در سراسر جهان است. با گذار اپیدمیولوژی که در سطح دنیا اتفاق افتاده و بار بیماری ها از بیماری های واگیر و عفونی، به بیماری های غیر واگیر منتقل شده است و امید به زندگی در سطح دنیا بالا رفته و جمعیت سالمندان افزایش نسبی پیدا کرده است، بنظر می رسد بروز سرطان نیز رو به افزایش باشد، بطوری که تخمین زده می شود که موارد جدید سرطان به ۲۰ میلیون در سال ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت و ۴۵ درصد از علل مرگ و میر را به خود اختصاص خواهد داد، با توجه به پیش بینی های انجام شده سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۳۰ سالیانه ۱۳ میلیون مرگ ناشی از سرطان رخ می دهد که ۹ میلیون از این تعداد در کشورهای در حال توسعه اتفاق خواهد افتاد.

در ایران سالانه ۱۰۰۰۰۰ مورد جدید سرطان اتفاق می افتد و بیش از ۴۰۰۰۰ نفر جان خود را در اثر این بیماری از دست می دهند سرطان سومین عامل مرگ و میر در ایران شناخته شده است و پیش بینی می شود همچون سایر نقاط دنیا با افزایش امید به زندگی و جمعیت سالمندان، در دهه های آینده این بیماری به شدت افزایش پیدا کند.

شیوع و بروز سرطان به عوامل محیطی و ژنتیکی بسیاری بستگی دارد که توزیع جغرافیایی آنرا تحت تاثیر قرار می دهد. در تحلیل گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۹۳ که آخرین گزارش منتشر شده از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد، استان اصفهان یکی از مناطق بالای بروز سرطان است که لزوم مداخلاتی را در این زمینه می طلبد.

## ۳-۱- وضعیت سرطان در کشور

در سال ۱۳۹۳ میزان بروز سرطان در مردان کشور (۳۱ استان) ۱۷۳,۵۶ و در زنان (۳۱ استان) ۱۳۷,۵۷ در صدهزار نفر بوده است. گرچه میزان این بیماری در کشور از متوسط جهانی کمتر است. اما باید توجه داشت که روند افزایشی این بیماری در کشورهای جهان سوم با شیب بالاتری همراه بوده و از طرف دیگر مرگ و میر ناشی از سرطان نیز در این کشورها بیشتر می باشد. با توجه به افزایش امید به زندگی و الگوی سبک زندگی بر اساس مطالعات آینده نگاری، روند رو به رشد میزان بروز سرطان در کشور پیش بینی می شود.

## بروز سرطان در استان اصفهان

بر اساس گزارش کشوری، تعداد موارد جدید سرطان در استان اصفهان در سال ۱۳۹۳ برابر ۹۱۳۷ مورد بوده است. از این تعداد، ۴۳۶۸ مورد (۴۸٪) از سرطان‌ها در زنان و ۴۷۶۹ مورد (۵۲٪) از سرطان‌ها در مردان رخ داده است. میزان بروز استاندارد شده سنی کل سرطان‌ها در کل جمعیت استان، برابر ۱۸۲ در صد هزار نفر بود. شایعترین سرطان‌ها در این سال سرطان پستان، پوست، روده بزرگ و لوسمی بودند. در مردان استان سرطان پوست، پروستات، روده بزرگ، مثانه و لوسمی و در زنان پستان، پوست، تیروئید و روده بزرگ پشیمان بودند.

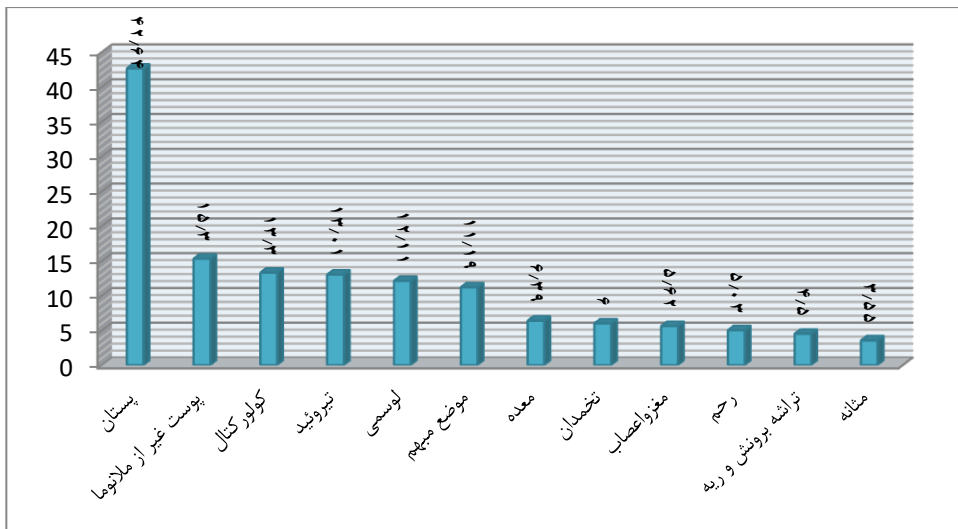
## جدول شماره ۱- تعداد و میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR) در ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۱ سرطان شایع

## در کل جمعیت استان اصفهان در سال ۱۳۹۳

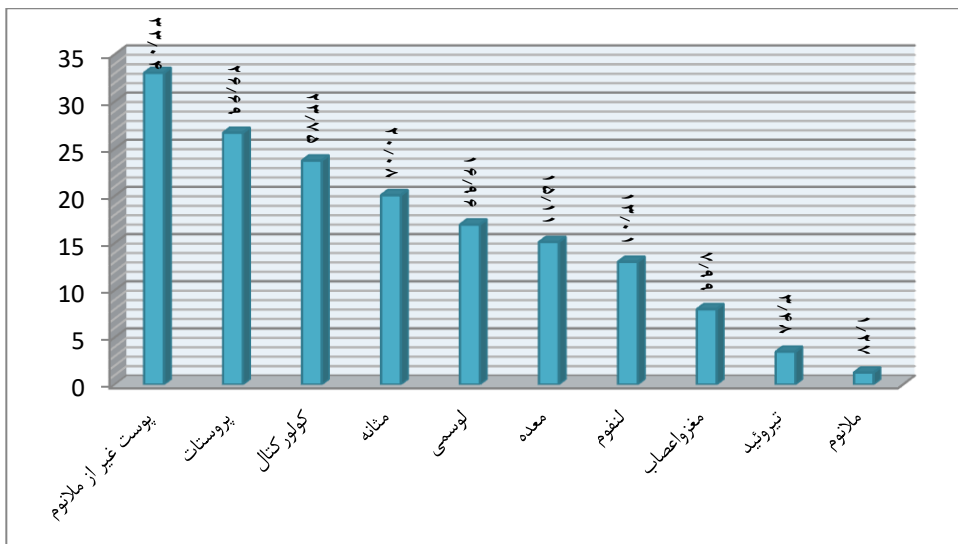
موضع	تعداد	ASR
پستان	۱۱۵۲	۲۶/۱۷
پوست	۱۰۲۴	۲۰/۹۴
روده بزرگ	۸۱۴	۱۶/۲۸
لوسمی	۶۲۸	۱۳/۹۵
پروستات	۵۵۳	۱۱/۱۴
مثانه	۵۰۳	۱۰/۲۸
معهده	۵۰۱	۹/۷۴
تیروئید	۴۵۱	۷/۹۰
ریه و سیستم تنفسی	۳۸۸	۷/۶۲
مغز و اعصاب	۳۱۸	۶/۴۱
لنفوم نان هوچکین	۲۳۸	۴/۶۹

## نقشه جامع سلامت

### استان اصفهان



نمودار شماره ۱- میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR) در ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۲ سرطان شایع در جمعیت زنان استان اصفهان در سال ۱۳۹۳



نمودار شماره ۲- میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR) در ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۲ سرطان شایع در جمعیت مردان استان اصفهان در سال ۱۳۹۳



بروز سرطان در استان بین زن و مرد تفاوت قابل ملاحظه ای دارد. در آقایان صرف نظر از سرطان پوست، شایع ترین سرطان، مربوط به دستگاه ادراری (پروستات، روده بزرگ و مثانه) می باشد اما در زنان سرطان پستان پیشگام است.

وضعیت مرگ و میر بر طبق آمار سال های ۱۳۹۵-۱۳۹۱ به قرار ذیل است:

حدود ۱۴ درصد مرگ و میرها در استان اصفهان مربوط به تومورها می باشد، که در مقام دوم بعد از بیماری های قلبی و عروقی جای گرفته است (جدول شماره ۲).  
سرطان های ریه، معده و روده به ترتیب شایع ترین علل مرگ ناشی از سرطان را در اصفهان تشکیل می دهند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲: علل مرگ و میر در استان اصفهان سال ۱۳۹۵-۱۳۹۱

ردیف	علل	کل موارد مرگ پنج سال	
		تعداد	درصد
۱	بیماری های قلبی و عروقی	۴۲۸۳۵	۴۲/۷
۲	سرطان ها و تومورها	۱۴۱۱۶	۱۴/۱
۳	حوادث غیر عمدی	۶۵۵۳	۶/۵
۴	بیماری های دستگاه تنفسی	۵۹۰۳	۵/۹
۵	علائم و حالات بد تعریف شده و مبهم	۴۶۴۸	۴/۶
۶	سایر علل و نامشخص	۶۲۱	۰/۶
۷	بیماری های غدد، تغذیه و متابولیک	۵۳۷۴	۵/۴
۸	بیماری های دستگاه ادراری و تناسلی	۲۹۱۷	۲/۹
۹	بیماری های سیستم عصبی	۲۰۷۰	۲/۱
۱۰	بیماری های دستگاه گوارش	۲۱۲۳	۲/۱
۱۱	بیماری های دوران حول تولد	۶۱۰۲	۶/۱
۱۲	ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی	۱۹۷۰	۲/۰
۱۳	بیماری های عفونی و انگلی	۱۷۳۲	۱/۷
۱۴	بیماری های روانی و اختلال رفتاری	۶۴۶	۰/۶
۱۵	خودکشی	۶۰۳	۰/۶
۱۶	خشونت به وسیله دیگران	۱۱۴۷	۱/۱
۱۷	بیماری های سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	۳۶۹	۰/۴
۱۸	بیماری های اسکلتی عضلانی	۳۶۲	۰/۴
۱۹	عوارض حاملگی و زایمان	۵۵	۰/۱
۲۰	بیماری های جلد و زیر جلد	۲۲۶	۰/۲
۲۱	کل	۱۰۰۲۹۰	۱۰۰/۰

اطلاعات جدول برگرفته از نظام ثبت و گزارش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. در سال ۱۳۹۵ است.

جدول شماره ۳- علل مرگ ناشی از سرطان در سال های ۱۳۹۵-۱۳۹۱ در استان

کل موارد مرگ پنج سال		علت فوت
درصد	تعداد	
۱۲/۳۱	۱۶۰۵	سرطان ریه و برونش
۱۱/۱۲	۱۴۵۰	سرطان معده
۸/۷۲	۱۱۳۷	سرطان (روده بزرگ، کولون، رکتوم، روده کوچک)
۷/۹۳	۱۰۳۴	سرطان کبد و سیستم صفراوی
۷/۳۹	۹۶۳	سرطان پانکراس
۷/۰۶	۹۲۱	سایر لوئمی ها
۶/۹	۹۰۰	سرطان پروستات
۶/۷۲	۸۷۶	سرطان سیستم عصبی مرکزی و مننژ
۶/۵۶	۸۵۴	سایر سرطان های بدخیم
۶/۵۳	۸۵۱	سرطان بدون ذکر جزئیات
۵/۷۷	۷۵۲	سرطان پستان
۲/۱۳	۲۷۸	سرطان مثانه
۱/۸۹	۲۴۷	سرطان مری
۱/۶۳	۲۱۳	سرطان حنجره
۱/۵۸	۲۰۷	سرطان های لنفاوی و هوچکین
۱/۵۲	۱۹۹	سرطان تخمدان
۱/۴۷	۱۸۶	مولتیپل بدخیم و بدخیمی پلازما سل
۱/۲۸	۱۶۸	سرطان استخوان
۱/۲۵	۱۶۳	سرطان لب و دهان و حلق
۰/۹۸	۱۲۸	سرطان پوست و خال
۰/۸۴	۱۱۰	سرطان کلیه
۰/۴۹	۶۵	سرطان دهانه رحم
۰/۴۲	۵۶	سرطان تیروئید
۰/۲۸	۳۷	سرطان سایر غدد درون ریز
۰/۱۳	۱۷	سرطان غدد فوق کلیه
۰/۰۸	۱۱	سرطان بیضه
۱۲/۳۱	۱۶۰۵	سرطان ریه و برونش
۱۰۰	۱۳۰۳۱	جمع کل

\* برگرفته از نظام ثبت سرطان استان

با توجه به آمارهای فوق سرطان بار زیادی بر روی سیستم های بهداشتی درمانی در استان دارد و نیاز است که توجه ویژه ای به این مقوله شود.

### بیانیه مأموریت برنامه پیشگیری و کنترل سرطان

برنامه پیشگیری از سرطان استان متعهد می‌گردد که خدمات پیشگیری در سطوح مختلف مقدماتی، اولیه، ثانویه و ثالثیه را برای کلیه آحاد جامعه، افراد در معرض خطر و مبتلایان به سرطان با کیفیت مطلوب در واحدهای بهداشتی و درمانی (دولتی و خصوصی) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان ارائه کند. پیشگیری در زمینه عوامل خطر سرطان در سطوح مقدماتی و اولیه در مبحث عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر لحاظ گردیده است.

متولیان این برنامه تلاش می‌نمایند تا آگاهی جامعه را در زمینه کنترل و پیشگیری از سرطان و لزوم تشخیص زودرس و وجود درمان‌های پیشرفته سرطان ارتقای دهند. همچنین امکاناتی فراهم نمایند تا بیماران سرطانی بتوانند انطباق مناسبی با بیماری خود داشته باشند. افزایش آگاهی از تمامی راه‌های اطلاع‌رسانی از جمله جلسات آموزشی، تهیه و توزیع مواد کمک آموزشی، برنامه‌های رسانه‌های جمعی و هماهنگی‌های بین‌بخشی با مراکز خصوص و دولتی از جمله سیاست‌های به کار گرفته شده در راستای ارائه هرچه بهتر خدمات می‌باشد. ما با تقویت آموزش (تئوری و عملی) دانشجویان و ارائه دهندگان خدمت، پژوهش، تدارک امکانات و پایش و ارزشیابی مستمر، ارائه خدمات استاندارد امیدواریم تا بتوانیم کاهش بار سرطان‌ها و عوارض جسمی و روحی آن در جامعه را ۵ سال آینده در استان اصفهان از طریق کاهش عوامل خطر، تقویت و گسترش روش‌های تشخیص زود هنگام، درمان و پیگیری مؤثر و همچنین روان‌درمانی بیماران و همراهان انجام دهیم.

**هدف نهایی: کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از سرطان طی سالهای ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۴ در استان**

**اصفهان به میزان ۲۵٪**

**اهداف کلی:**

- ۱- ارتقای سطح آگاهی جامعه و ارائه دهندگان خدمات سلامت در خصوص پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان
- ۲- ارتقای نظام ثبت موارد سرطانی در استان
- ۳- افزایش کشف زود هنگام سرطان‌های منتخب (پستان، روده بزرگ، دهانه رحم)
- ۴- افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات تشخیص، درمان و تسکینی سرطان
- ۵- ارتقای فرآیندهای ارائه خدمت به بیماران مبتلا به سرطان

**اهداف میان مدت (۵ ساله)**

- ۱- کاهش باقیمانده مواد شیمیایی (سموم آفات نباتی، هورمون و تتراسیکلین) و آلودگی قارچی در فرآورده های غذایی به میزان حداقل ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه
- ۲- کاهش میزان آلاینده های فیزیکی شیمیایی و بیولوژیک آب آشامیدنی حداقل به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه
- ۳- کاهش میزان آلاینده های خاک (فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک) حداقل به میزان ۱۰ درصد تا پایان
- ۴- کاهش میزان آلاینده های مهم هوا (شامل دی اکسید گوگرد، اکسیدهای نیتروژن، ذرات معلق، منوکسید کربن و ازن) حداقل به میزان ۱۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه

**بررسی عوامل داخلی****نقاط قوت (Strengths) S**

- ۱- حمایت ریاست و معاونین دانشگاه از برنامه پیشگیری از سرطان
- ۲- وجود متخصصین کارآمد در استان
- ۳- وجود مراکز تخصصی و فوق تخصصی تشخیص و درمان سرطان در سطوح مختلف دولتی، خصوصی و خیریه استان
- ۴- وجود برنامه منسجم ثبت سرطان بر پایه جامعه در استان
- ۵- سند ملی کنترل بیماریهای غیرواگیر
- ۶- امکان بازآموزی کارکنان سیستم بهداشتی درمانی در رده های مختلف
- ۷- امکان انجام پژوهش های آزمایشگاهی، بالینی و میدانی در مورد سرطان
- ۸- امکان همکاری گروه های آموزشی، گروه های تحقیقاتی، معاونت های دانشگاه
- ۹- استقرار پزشک خانواده و برنامه تحول سلامت
- ۱۰- تدوین پروتکل طب حمایتی و تسکینی در راستای ارتقای کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنها

**نقاط ضعف (Weaknesses) W**

- ۱- کمبود پرسنل و همکاران توانمند و آگاه به مسایل مدیریت سرطان ها در سطح استان
- ۲- کمبود منابع مادی و امکانات اجرایی

- ۳- عدم وجود انسجام کافی در فعالیت های موجود
- ۴- فقدان پروتکل های تشخیصی و درمانی بومی سازی شده
- ۵- عدم وجود سیستم ارجاع کارآمد در مورد موارد مشکوک به سرطان
- ۶- فقدان استانداردهای تشخیصی و درمانی و ممیزی بالینی در بخش خصوصی و دولتی
- ۷- ضعف بخش خصوصی و دولتی در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به سرطان
- ۸- عدم هماهنگی بین قسمت های مختلف تشخیصی و درمان
- ۹- بالا بودن هزینه های تشخیصی و درمانی برای سرطان
- ۱۰- عدم اطلاع از بقای بیماران مبتلا و در نتیجه بالاترین بودن استراژی های درمانی

### بررسی عوامل خارجی

#### فرصت ها (Opportunities) O

- ۱- حمایت مسئولین در سطح وزارت متبوع
- ۲- امکان ایجاد هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها
- ۳- حساس شدن جامعه نسبت به سرطان ها و علاقه به پیشگیری از آنها
- ۴- وجود منابع مادی در سطح استان و کشور که در صورت برنامه ریزی قابل جذب هستند
- ۵- وجود متخصصین و محققین و مدیران توانمند در سطح کشور که با تعامل مناسب می توان از راهنمایی ها و امکانات آنها بهره جست
- ۶- وجود بخش های حمایتی در زمینه هزینه های سرطان
- ۷- حمایت بیمه ها از بیماران سرطانی
- ۸- وجود سازمان های مردم نهاد (سمن) در زمینه سرطان
- ۹- همکاری خوب رسانه های محلی و صدا و سیما در این زمینه

#### تهدیدات (Threats) T

- ۱- وجود باورهای غلط و تابوها در جامعه در مورد سرطان
- ۲- پائین بودن سطح سواد سلامت (**health literacy**) مردم استان در زمینه سرطان ها
- ۳- تنوع بسیار زیاد در آداب، رسوم، فرهنگ، اقتصاد و اجتماع در استان که برنامه ریزی یکسان و یکپارچه را برای کل استان دشوار می سازد.

- ۴- عدم تخصیص منابع مالی سایر سازمان ها برای پیشگیری و کنترل عوامل خطر سرطان در ردیف بودجه ای
- ۵- عدم کار منسجم و یکپارچه روی عوامل خطر بیماری های غیر واگیر مانند چاقی، دخانیات، عدم فعالیت فیزیکی و ...
- ۶- ارتباط نامناسب بین مراکز تحقیقاتی به عنوان واحدهای تولید علم و مراکز عملیاتی مثل مرکز بهداشت استان به عنوان واحد اجرایی سلامت در استان
- ۷- وجود صنایع مختلف و فعالیت های کشاورزی در استان که آلاینده های سرطان زای بالقوه تولید می کنند.
- ۸- مهاجرت به استان از مناطق دیگر کشور
- ۹- بالا بودن هزینه های تشخیصی و درمانی برای سرطان و عدم پوشش بیمه ای کامل
- ۱۰- عدم وجود نظام ساختارمند در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان و خانواده آنها

### استراتژی های SO

- S3,2 O5,7: استفاده بهینه از امکانات موجود برای تشخیص و درمان سرطان
- S1,2,5,O2,4: مشارکت و تقویت همکاری بین بخشی برای پیشبرد برنامه کنترل سرطان (عوامل خطر سرطان) در سطح استان
- O9S2, سرطان ها
- S5,O2,3,4: درگیر کردن تمامی سازمان ها ذی ربط در جهت کاهش مواجهه با سرطان زاهای محیطی و شغلی
- S9,O1,3,6: ادغام خدمات مربوط به پیشگیری و تشخیص زودرس در خدمات پزشک خانواده با ایجاد و راه اندازی سیستم ارجاع

## استراتژی های WO

- W1,05: تقویت سیستم مدیریت و کنترل سرطان در استان
- W4,6,05 : هماهنگی و حمایت طلبی برای تهیه و اجرای پروتکل های تشخیصی و درمانی برای سرطان در استان
- W2, 04, : جذب منابع مالی و سرمایه ها برای پیشگیری از سرطان از منابع بالقوه سرمایه ای در استان
- W6,9,08,9: پی گیری اصلاح قوانین در شورای بیمه، ادارات تعاون، رفاه و تامین اجتماعی و بهزیستی برای کاهش هزینه های تشخیصی درمانی سرطان
- W3,8,01,5: هماهنگی لازم در بین بخش های مختلف درمانی از سطح اول تا سطح حمایتی سوم
- W4,01,5: تهیه پروتکل های اجرایی توسعه و تجهیز مراکز تشخیصی و درمان سرطان
- W2,04,6: تخصیص بودجه خاص فعالیت های کنترل سرطان به واحد مربوطه
- W10 01,5,8: بررسی میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان به منظور تعیین مفیدترین شیوه درمانی با توجه به فرهنگ وامکانات موجود استان
- W9,06,7,8: افزایش دسترسی بیماران به داروهای موثر از طریق افزایش تعهدات سازمان های بیمه گر

## استراتژی های ST

- S6, T2: آموزش کارکنان سیستم بهداشتی در زمینه پیشگیری از سرطان در سطوح مختلف
- S8,T2: تهیه محتوای آموزشی در مورد آموزش سرطان
- S4,7,8, T6: کمک به راه اندازی پروژه های پژوهشی برای تحلیل وضعیت موجود
- S6,T2: افزایش آگاهی و سواد بهداشتی جامعه در مورد سرطان ها
- S1,7 ,8, T6: ایجاد ساختار سازمانی برای مدیریت پژوهش در استان در زمینه سرطان
- S4,7,T5: زمینه سازی برای اجرای تحقیقات اپیدمیولوژیک برای تعیین توزیع سرطان ها و عوامل خطر

S5, T2: همکاری در آموزش ارگان های مختلف در جهت پیشگیری از سرطان های قابل پیشگیری

S2, T6: تحلیل عمیق سیستم و ایجاد سیستم پایش و ارزیابی برنامه ها بر اساس مستندات  
S5, T8: اجرای روش های غربالگری و تشخیص زودهنگام برای سرطان های شایع بر اساس دستوراعمل های ابلاغی وزارتخانه

S8, T5.6: تدوین خط مشی پژوهشی در رابطه با سرطان با کمک واحدهای تحقیقاتی استانی تحت نظرواحد کنترل سرطان مرکز بهداشت استان

S9, T10: اجرای پروتکل و راهنمای بالینی طب تسکینی برای بیماران مراحل آخر سرطان برای افزایش کیفیت زندگی آنها

### استراتژی های OT:

O2, 3, 9, T2, 8: اصلاح رفتارهای پر خطر (harm reduction) از طریق آگاه سازی، فرهنگ سازی، تبلیغات و وضع قوانین و مقررات لازم و نظارت بر حسن اجرای آنها  
O4, T4: جذب منابع مالی تخصیص داده شده برای برنامه های تعیین شده سرطان  
O6, 8, T2, 3: تقویت بخش های خصوصی و مردم نهاد در راستای پیشگیری از سرطان

### حوزه های راهبردی اولویت دار

- ۱- همکاری های بین سازمانی و حمایت طلبی و بازاریابی اجتماعی
  - ۲- ارتقای آگاهی و فرهنگ عمومی در مورد پیشگیری از سرطان ها
  - ۳- توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات
  - ۴- استانداردسازی خدمات سرطان
  - ۵- توسعه زیرساخت های کنترل سرطان
- مدیریت منابع انسانی در سطوح مختلف
  - جذب منابع مالی و سرمایه در بخش درمان و تحقیقات سرطان



مسئول اجرا	بازه زمانی	فعالیت	برنامه	راهبرد
کارگروه	بهار ۹۷	شناسایی کلیه ذی نفعان برنامه سرطان در بخش دولتی خصوصی خیریه	تشکیل شبکه ذینفعان	جلب مشارکت بین بخشی و درون بخشی
مرکز بهداشت استان	بهار ۹۷	تصویب سند در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان		
معاونت اجتماعی / مرکز بهداشت استان	بهار ۹۷	آموزش پیام گزاران سلامت سازمان ها در خصوص برنامه		
معاونت اجتماعی / مرکز بهداشت استان	تابستان و پاییز ۹۷	تدوین برنامه حمایت طلبی از ذی نفعان		
مرکز بهداشت استان	سالانه	نیازسنجی آموزشی گروه های هدف	آموزش جامعه و توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات	
مرکز بهداشت استان با مشارکت سایر سازمان ها	مستمر	تهیه و تدوین محتواها و رسانه های آموزشی		
کلیه سازمانهای متولی	مستمر	اجرای برنامه های آموزشی مرتبط		
کلیه سازمانهای متولی	مستمر	توزیع رسانه های آموزشی		
معاونت اجتماعی دانشگاه	سالانه	توجیه پیام رسان های سلامت ادارات		
معاونت پژوهشی دانشگاه	مستمر	اجرای طرح های تحقیقاتی در خصوص مداخلات آموزشی در جمعیت های مختلف		

مسئول اجرا	بازه زمانی	فعالیت	برنامه	راهبرد
معاونت آموزشی دانشگاه	سالانه	نیازسنجی آموزشی گروه های هدف	توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات	آموزش جامعه و توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات
معاونت آموزشی دانشگاه / کارگروه سرطان	مستمر	تهیه و تدوین محتواها و رسانه های آموزشی		
معاونت بهداشت / درمان / آموزش	مستمر	اجرای برنامه های آموزشی مرتبط		
مرکز آموزش مداوم	مستمر	بازآموزی راهنماهای بالینی مصوب مرتبط با سرطان		
معاونت پژوهشی دانشگاه	مستمر	حمایت از طرح های تحقیقاتی با موضوع تهیه راهنماهای بالینی مرتبط با سرطان		
معاونت درمان و توسعه دانشگاه	برنامه مصوب	راه اندازی مراکز تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان (تیپ ۱)	راه اندازی، توسعه و تجهیز مراکز جامع سرطان	توسعه زیر ساخت های پیشگیری و کنترل سرطان
وزارت متبوع / معاونت درمان و توسعه دانشگاه	برنامه مصوب	تجهیز مراکز تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان (تیپ ۱)		
معاونت درمان و توسعه دانشگاه	برنامه مصوب	ساخت مراکز تشخیص و درمان سرطان (تیپ ۲ و ۳)		
وزارت متبوع / معاونت درمان و توسعه دانشگاه	برنامه مصوب	تجهیز مراکز تشخیص و درمان سرطان (تیپ ۲ و ۳)		
معاونت درمان و توسعه دانشگاه / بخش خصوصی	برنامه مصوب	اجرای توسعه بر اساس سند توسعه شبکه مراقبت سرطان		
معاونت درمان و توسعه دانشگاه / بخش خصوصی	برنامه مصوب	راه اندازی پروژه های توسعه مراکز شیمی درمانی سرپایی	توسعه و تجهیز مراکز موجود	

مسئول اجرا	بازه زمانی	فعالیت	برنامه	راهبرد
معاونت درمان و توسعه دانشگاه / بخش خصوصی	برنامه مصوب	تجهیز مراکز شیمی درمانی سرپایی	توسعه و تجهیز مراکز موجود	توسعه زیر ساخت های پیشگیری و کنترل سرطان
معاونت درمان دانشگاه / بخش خیریه	سال ۱۳۹۷	راه اندازی کلینیک های مراقبت حمایتی و تسکینی		
مرکز بهداشت استان / کارگروه سرطان	مستمر	توسعه برنامه ثبت سرطان دانشگاه	مدیریت داده های سرطان	
مرکز بهداشت استان	مستمر	توسعه برنامه ثبت مرگ و میر ناشی از سرطان		
معاونت درمان / فناوری اطلاعات دانشگاه	سال ۱۳۹۷ - ۱۳۹۸	استقرار سامانه یکپارچه مدیریت اطلاعات سرطان		
دانشکده داروسازی	۱۴۰۴ - ۱۳۹۷	فعال سازی شرکت های دانش بنیان در راستای تولید داروهای مورد نیاز در سرطان	مدیریت تولید و تامین داروهای مورد نیاز در سرطان	دسترسی به فناوری و داروهای اساسی سرطان
معاونت غذا و دارو دانشگاه	مستمر	هماهنگی در خصوص تهیه و تامین دارو با شرکت های توزیع کننده دارو	توزیع مناسب داروهای کنترل کننده سرطان	

مسئول اجرا	بازه زمانی	فعالیت	برنامه	راهبرد
معاونت درمان / دانشکده پزشکی	۱۴۰۴ - ۱۳۹۷	استقرار راهنماهای بالینی سرطان	مدیریت خدمات سرطان	استاندارد سازی خدمات و مدیریت هزینه های سرطان
معاونت درمان / معاونت غذا و دارو / دانشکده پزشکی	۱۴۰۴ - ۱۳۹۷	استقرار دستورالعمل مدیریت خدمات شیمی درمانی		
معاونت درمان / دانشکده پزشکی	نیمه اول ۹۷	استقرار دستورالعمل خدمات تشخیص به هنگام و غربالگری سرطان		
معاونت درمان / معاونت غذا و دارو / دانشکده پزشکی	تابستان ۹۷	استقرار دستورالعمل مدیریت خدمات حمایتی و تسکینی سرطان		
معاونت درمان / دانشکده پزشکی	بهار ۹۷	تشکیل تیم بین رشته ای برای مراقبت بیماران مبتلا به سرطان		
معاونت پژوهشی / دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی	۱۴۰۴ - ۱۳۹۷	انجام ارزیابی فناوریهای اولویت دار سلامت HTA در حوزه سرطان در قالب طرح های تحقیقاتی		
معاونت غذا و دارو	۱۴۰۴ - ۱۳۹۷	پایش نسخ تجویز شده مربوط به سرطان		

نقشه راه

گروه سلامت خانواده و جمعیت

۱۳۹۵-۱۳۹۹

## مقدمه

امروزه تأمین سلامت افراد، یک هدف اصلی و مهم برای توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه محسوب می‌شود. گروه واحد سلامت و جمعیت خانواده متولی طراحی، سیاستگذاری و نظارت بر اجرای برنامه های بهداشتی اولویت دار برای گروههای آسیب پذیر جامعه (مادران - نوزادان - کودکان - میانسالان و سالمندان) است. این گروه با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه تحت پوشش برای گروه های هدف (نوزادان، کودکان، جوانان و نوجوانان، میانسالان، سالمندان، مادران باردار) ارائه خدمت می کند. شناخت توانائی های بالقوه منطقه، ابلاغ سیاست های بالا دستی به محیط، برنامه ریزی و تعیین سیاست های منطقه ای، برنامه ریزی، نظارت و مشارکت درآموزش و بازآموزی پرسنل، افزایش سواد سلامت در جامعه، هماهنگی درون و برون بخشی و جلب مشارکت، نظارت بر عملکرد مراکز تابعه، توزیع اعتبارات و نظارت بر هزینه اعتبارات، جمع آوری و پردازش داده ها، پایش و ارزشیابی برنامه های جاری، انجام پژوهش های کاربردی از اهم وظایف این گروه می باشد. با توجه به بررسی های انجام شده و طرح چالش های مرتبط با سلامت دو اولویت بیماری های حول و حوش تولد و چالش های سالمندی در استان به عنوان اولویت های برنامه ریزی در نقشه جامع سلامت از بین برنامه های گروه سلامت خانواده در نظر گرفته شد.

الزامات<sup>۱</sup> برنامه

مواردی که برای تحقق اهداف این سند می بایست توسط دانشگاه علوم پزشکی انجام پذیرد به قرار ذیل می باشند:

## فناوری اطلاعات و ارتباطات

- آرایه آمار، اطلاعات و عملکرد نهادهای دولتی به صورت سالانه
- همکاری اطلاعاتی، آماری نهادهای دولتی با مراکز تحقیقاتی دولتی و خصوصی
- ایجاد بسترهای مناسب برای استقرار و توسعه فن آوری اطلاعات و افزایش سرانه دسترسی به اینترنت

---

<sup>1</sup>Requirements

## فناوری های مدیریت

- قانون ارزیابی کلیه مداخلات سلامتی بر اساس اصول ارزیابی فن آوری های سلامتی
- تربیت و توانمندسازی نیروی انسانی
- استفاده بهینه از فناوری های سلامتی

## فناوری های پژوهشی

- فعالیت در زمینه توسعه فرهنگ و ارزش گذاری به انتشار و پایداری استفاده از یافته های پژوهش (KTE<sup>1</sup> و اقدام پژوهی<sup>2</sup>)
- اعطای وام به طرح های مرتبط در حوزه های اولویت دار در هر سال
- اختصاص درصدی از بودجه پژوهشی به بخش غیر دولتی در حوزه های اولویت دار

## حاکمیت بالینی ۳

- برنامه ریزی جهت مدیریت خطر (Risk Management)
- تدوین پروتکل ها و گایدلاین ها ، اجرا و ارزشیابی آن ها (CPG<sup>4</sup>)
- استفاده از فناوری های سلامتی و اجرای ارزیابی فن آوری های سلامتی (HTA<sup>5</sup>)
- استقرار ممیزی بالینی در بخش های دولتی و خصوصی (Clinical Audit)
- مدیریت نیروی انسانی

## تأکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت<sup>6</sup>

- توزیع هدفمند مسئولیت فعالیت های آموزشی، پژوهشی و خدماتی سلامت به جامعه در بین نهادهای ذی ربط و همکاری ارگانهای مختلف

<sup>1</sup> منظور تبادل و انتقال دانش به دست آمده از طریق پژوهش به مرحله اجرا است Knowledge Transfer Exchange

<sup>2</sup> Action Research

<sup>3</sup> Clinical Governance

<sup>4</sup> Clinical Practice Guideline

<sup>5</sup> Health Technology Assessment

<sup>6</sup> Social Determinants of Health

## سیاست ها<sup>۱</sup>

- توسعه سیاستگذاری، مدیریت و قوانین
- بهبود تخصیص منابع مالی، تسهیل و افزایش سرمایه گذاری
- افزایش ظرفیت تولید دانش
- توسعه انتشار و به اشتراک گذاری دانش تولید شده
- توسعه منابع انسانی
- تسهیل و افزایش ظرفیت تولید خدمات سلامت
- ارتقای هنجارها و فرهنگ عمومی
- ایجاد و تسهیل ارتباطات

## بررسی عوامل داخلی

### نقاط قوت (Strengths) S

- S1: حمایت همه جانبه مسئولین
- S2: وجود زیرساخت مناسب (منابع مالی، پرسنل تحصیل کرده، فضای فیزیکی و تجهیزات)
- S3: وجود همکاری گروه های آموزشی دانشکده ها و معاونت ها
- S4: وجود دستورالعمل ها و فرایندهای استاندارد خدمات
- S5: امکان بازآموزی کارکنان در رده های مختلف
- S6: وجود و اجرای بسته های خدمتی استانداردهای خدمات سرپایی
- S7: وجود استانداردهای خدمات بستری
- S8: اجرای برنامه استاد معین مادران
- S9: وجود برنامه در زمینه سطح بندی خدمات پری ناتال (حول و حوش تولد) و سایر گروه های سنی
- S10: وجود تیم پزشک خانواده در مناطق روستایی در راستای دسترسی به کلیه خدمات مادران و کودکان و خدمات سایر گروه های سنی
- S12: امکان انجام پایش و ارزشیابی مراکز خدمات جامع سلامت

<sup>1</sup>Policies



- S13: وجود اهرم های انگیزشی (تشویق و تنبیه) مدیریتی
- S14: امکان برگزاری جلسات آموزشی برای خانواده ها و توانمند سازی آنان در راستای سلامت مادران و کودکان، میانسالان و سالمندان
- S15: امکان شناسایی مادران و سالمندان بی بضاعت و پرخطر و حمایت از آنان
- S16: امکان ارائه مراقبت های اولیه به صورت فعال در مراکز شهری
- S17: امکان انجام پژوهش و وجود نتایج طرح های تحقیقاتی
- S18: امکان بهره مندی از خدمات مراقبتی، درمانی و مشاوره ای دانشجویان بسیجی اعزامی به نقاط مختلف استان
- S19: امکان شرکت در کنگره ها و سمینارهای داخلی و خارجی
- S20: وجود سامانه یکپارچه سلامت در ارائه خدمات
- S21: وجود کمیته ها و زیرکمیته های سالمندی و تصویب و اجرای مصوبات
- S22: وجود سالنامه شهروند

### نقاط ضعف (Weaknesses) W

- W1: حمایت نا کافی هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی از برنامه های سلامت در بهداشت
- W2: کمبود نیروی متخصص و متبحر مرتبط (ستادی و محیطی)
- W3: کافی نبودن امنیت شغلی در نیروهای طرف قرار داد شرکت ها
- W4: مهارت ناکافی پرسنل در استفاده از خدمات الکترونیکی برای ارائه خدمات و اطلاع رسانی و آموزش کارکنان و جامعه
- W5: بالا بودن حجم فعالیت نیروهای محیطی (چند پیشگی)
- W6: مقاومت پزشکان در اجرای طرح تحول نظام سلامت
- W7: ضعف کیفی در تشخیص و درمان و مراقبت های انجام شده در بخش دولتی و خصوصی (باروری سالم، خدمات ناباروری، قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان، مراقبت های نوزادان) و مراقبت و آموزش سالمندان
- W8: ضعف نظام ارجاع در کلیه سطوح و انتقال کودکان و مادران پرخطر و سالمندان پرخطر (نبود سامانه الکترونیکی)
- W9: ضعف در نظام پایش و ارزشیابی

- w10: ضعف در استاندارد سازی خدمات در بخش خصوصی
- w11: استفاده ناکافی از اهرم های انگیزشی تشویق و تنبیه (برای ارائه دهندگان خدمت و خانواده ها)
- w12: ضعف سیستم اطلاع رسانی و گزارش دهی
- w13: مراجعین بالای خدمات درمان سرپایی به پزشکان مراکز جامع سلامت و بخش درمانی دولتی
- w14: بالا بودن هزینه های غربالگری، تشخیصی و توانبخشی
- w15: حساس نبودن متخصصین سایر رشته ها به برنامه های بهداشت در سلامت گروه های سنی
- w16: ناکافی بودن آشنایی کادر آموزشی و فارغ التحصیلان علوم پزشکی با سیستم بهداشتی و درمانی و پروتکل های اجرایی و شرح وظایف
- w17: مبهم بودن نحوه مشارکت بخش خصوصی در برنامه های بهداشتی درمانی
- w18: ضعف در سازمان دهی و ارائه خدمات در مراکز سرپایی و زایشگاه های مستقل
- w19: عدم کاربرد نتایج تعدادی از طرح های تحقیقات
- w20: کمبود تخت های بستری نوزادان در NICU
- w21: ضعف انگیزه برخی مسئولین شبکه ها و پزشکان و کارکنان در خصوص اهمیت و ارائه خدمات سالمندی
- w22: ضعف شدید در مراقبت از سالمندان ناتوان در منزل

### بررسی عوامل خارجی

#### فرصت ها (Opportunities) O

- 01: حمایت وزارت متبوع از برنامه
- 02: وجود هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها
- 03: وجود کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- 04: وجود همکاری و هماهنگی با انجمن مامایی
- 05: وجود همکاری و هماهنگی با نظام پزشکی

- 06: حمایت انجمن خیرین سلامت (جود خیریه سلامت امام هادی (ع))
- 07: امکان استفاده از رسانه های محلی
- 08: امکان چاپ خبرها و مقالات بهداشتی در نشریات گوناگون
- 09: وجود بخش خصوصی فعال (پرستار، ماما، متخصص زنان، متخصص کودکان و فوق تخصص نوزادان) در ارائه خدمات مراقبتی قبل و حین بارداری، زایمان، پس از زایمان (مادر و نوزاد)
- 010: حمایت سازمان های بیمه گر
- 011: وجود فارغ التحصیلان غیر شاغل و جویای کار
- 012: وجود سازمانهای مردم نهاد (سمن) NGO
- 013: فعال شدن حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی در سیستم ارائه خدمات
- 014: وجود همکاری کمیساریای عالی پناهندگان

### تهدیدات T (Threats)

- T1: ضعف در قوانین مرتبط با اشتغال متخصصین در سیستم های درمانی متعدد (قرارداد با چند بیمارستان، امکان تاسیس هم زمان دو مطب، ....)
- T2: وجود باورهای غلط در خصوص برنامه های پیشگیری و درمان
- T3: وجود مشکلات اقتصادی خانواده ها و ضعف فرهنگی و اجتماعی خانواده ها در برنامه سلامت کودکان و مادران وسالمندان
- T4: وجود جمعیت مهاجرین کشور های همسایه در منطقه
- T5: عدم تخصیص به موقع و کافی اعتبارات ردیف ها
- T6: ضعف در قوانین حمایتی از متخصصین، ماماها و پرستاران
- T7: وجود مناطق صعب العبور و دور دست در برخی مناطق استان
- T8: مشکلات اقتصادی جامعه و عدم دسترسی گروه های سنی بی بضاعت به ویژه سالمندان به خدمات سرپایی مطلوب در سیستم دولتی
- T9: بالا رفتن سن ازدواج
- T 11: ضعف سواد سلامتی (آگاهی و نگرش و عملکرد) خانواده ها در زمینه های مرتبط
- T12: ضعف دانش و مهارت فارغ التحصیلان بهداشت، مامایی، پرستاری، پزشکی

## راهبردهای کلی

## الف - استراتژی های SO

- S103: طرح مشکلات سلامت مادران و کودکان و سالمندان در کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- S107: انتقال آموزش ها به جامعه از طرق مختلف با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذیربط
- S6,709: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (مراقبت های قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان [مادر و نوزاد])
- S1,6010: ایجاد امکان بیمه های انفرادی برای مادران و کودکان
- S2,304,9: سامان دهی آموزش بخش خصوصی درگیر در مراقبت های قبل و حین بارداری ، زایمان و پس از زایمان (مادر و نوزاد)
- S2,302,6,12: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه
- S2,3,1701,2,8: تقویت فعالیت های پژوهشی در زمینه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز
- S1,603,6,12: تدوین پروتکل حمایت از مادران و کودکان بی بضاعت و پرخطر
- S1,2,3,1901: ایجاد رشته های تحصیلی جدید در مقاطع مختلف برای رفع چالش های سلامت مادران و کودکان و سالمندان
- S15015: ساماندهی مراقبت رایگان برای سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)

## ب - استراتژی های WO

- W101,11: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت
- W1,1709,11: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی
- W2,402,6: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت
- W202,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پراگنده
- W204,5,6: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی
- W302,6,12: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در آموزش به جامعه
- W502,6,12: جلب مشارکت مردمی برای تحقق اهداف کوتاه مدت و بلند مدت
- W1201,2,4,5: تهیه بانک اطلاعاتی شاخص و آمار و اطلاعات نظام سلامت

W7,9O1,5,10: تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات مادر و کودکان در بخش خصوصی، دولتی و سمن ها

W7,8,15,16O2,5,10: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادر و کودک و پروتکل های مربوطه

W8,14O4,5,9: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقای سلامت مادران و کودکان

W6,17O2,3,9,11: سامان دهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی

W18O2,9,11: واگذاری یا تغییر کاربری زایشگاه های مستقل

W1,9O1: ایجاد و حمایت از مراکز تحقیقاتی در زمینه سلامت مادران و کودکان

W19O1,6,11,12: تشویق محققین به منظور برطرف کردن مشکلات در راستای سلامت مادران و کودکان

### ج - استراتژی های ST

S3T12: ساماندهی کوریکولوم آموزشی ماماها، پرستاران، پزشکان و متخصصین

S1,3T12: ساماندهی نحوه پذیرش دستیاران زنان

S1,15T1: اصلاح قوانین مرتبط با نحوه اشتغال متخصصین زنان

S2,14,18T2,9,11: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

S3,4,5,6,7,10T12: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی

S8T12: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین

S11T4,7: تقویت ارائه خدمات توسط ماماها با توجه به طرح تحول نظام سلامت

S1,2,3T2,9,11: طراحی برنامه های توانمند سازی زنان و دختران

S21T12: تقویت کمیته ها و زیر کمیته های ساماندهی به سالمندان (شورای سالمندان) استان

### د - استراتژی های WT

W2,15T12: سامان دهی فعالیت های تیمی متخصصین

W7,10T12: تغییر و اصلاح آموزش های دانشجویان قبل از فراغت از تحصیل (دوره های آموزشی کوتاه مدت مرتبط با برنامه های جاری سیستم سلامت)

W7,8,10T5: پیشنهاد دریافت بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت  
 W11,15T6: پیگیری قوانین حمایتی از متخصصین زنان ، ماماها و پرستاران

### راهنماها به تفکیک حوزه های عملیاتی

#### حوزه آموزش

S1O7: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه ها و نشریات با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذیربط

S2,3,17O1,2,8: تقویت فعالیت های پژوهشی در زمینه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز

W2O2,6: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت

W2O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

W2O4,5,6: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی

W7,8,15,16O2,5,10: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادرو نوزاد و پروتکل های مربوطه

S3T12: سامان دهی کوریکولوم آموزشی ماماها، ، پرستاران، پزشکان و متخصصین

S1,3T12: سامان دهی نحوه پذیرش دستیاران زنان

S8T12: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین مادران

W2,15T12: سامان دهی فعالیت های تیمی متخصصین

W7,10T12: تغییر و اصلاح آموزش های دانشجویان قبل از فراغت از تحصیل (دوره های آموزشی کوتاه مدت مرتبط با برنامه های جاری سیستم سلامت)

S1,2,3,19O1: ایجاد رشته های تحصیلی جدید در مقاطع مختلف برای رفع چالش های سلامت مادران

S3,8T12: طراحی پروتکل استاد معین کودکان و بیهوشی

#### حوزه پژوهش

S2,3,17O1,2,8: تقویت فعالیت های پژوهشی در زمینه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز

W19O1: ایجاد و حمایت از مراکز تحقیقاتی در زمینه سلامت مادران

W19O1,6,11,12: تشویق محققین به منظور برطرف کردن مشکلات در راستای سلامت مادران

## حوزه بهداشت

- S1O3: طرح مشکلات سلامت مادران در کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- S1O7: انتقال آموزش ها به جامعه از طرق مختلف با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذیربط
- S2,3O2,6,12: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه
- S16O3,6,12: تدوین پروتکل حمایت از مادران بی بضاعت
- W1O1,11: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت
- W1,17O9,11: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی
- W2O2,6: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت
- W2O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W2O4,5,6: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی
- W3O2,6,12: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در آموزش به جامعه
- W5O2,6,12: جلب مشارکت مردمی برای تحقق اهداف کوتاه مدت و بلند مدت
- W12O1,2,4,5: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیرساخت خدمات (متخصصین، ماماها، فضاها، تجهیزات و ...)
- W7,8,15,16O2,5,10: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادر و نوزاد و سالمندان و پروتکل های مربوطه
- W8,14O4,5,9: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقای سلامت مادران
- W18O2,9,11: واگذاری یا تغییر کاربری زایشگاه های مستقل
- S2,14,18T2,9: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S3,4,5,6,7,10T12: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی
- S8T12: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین مادران
- S11T4,7: تقویت ارائه خدمات توسط مامای تیم سلامت
- W7,8,10T5: پیشنهاد دریافت بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت
- S1,2,3T2,9,11: طراحی برنامه های توانمند سازی زنان و دختران

### حوزه درمان

- S103: طرح مشکلات سلامت مادران در کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- S107: انتقال آموزش ها به جامعه از طرق مختلف با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذیربط
- S6,709: استانداردسازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (مراقبتهای قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان)
- S1,6010: ایجاد امکان بیمه های انفرادی برای مادران
- S2,304,9: سامان دهی آموزش بخش خصوصی درگیر در مراقبت های قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان (مادر و نوزاد)
- S2,302,6,12: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه
- S1,603,6,12: تدوین پروتکل حمایت از مادران بی بضاعت
- W101,11: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت
- W1,1709,11: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی
- W202,6: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت
- W202,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پراگیزه
- W204,5,6: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی
- W302,6,12: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در آموزش به جامعه
- W502,6,12: جلب مشارکت مردمی برای تحقق اهداف کوتاه مدت و بلند مدت
- W1201,2,4,5: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیرساخت خدمات (متخصصین، ماماها، فضاها، تجهیزات و ..)
- W7,8,10,1709,10: راه اندازی مراکز زایمانی (Birth Center) جهت توسعه مراقبت های استاندارد مادران
- W7,901,5,10: تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش خصوصی، دولتی و سمن ها
- W7,8,15,1602,5,10: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادر و نوزاد و پروتکل های مربوطه
- W8,1404,5,9: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقای سلامت مادران



W6,17O2,3,9,11: سامان دهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی

در شهر

W18O2,9,11: واگذاری یا تغییر کاربری زایشگاه های مستقل

S1,15T1: اصلاح قوانین مرتبط با نحوه اشتغال متخصصین زنان

S2,14,18T2,9: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

S3,4,5,6,7,10T12: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش

دولتی

S8T12: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین مادران

W2,15T12: سامان دهی فعالیت های تیمی متخصصین

W7,8,10T5: پیشنهاد دریافت بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت

W11,15T6: پیگیری قوانین حمایتی از متخصصین زنان

S1,2,3T2,9,11: طراحی برنامه های توانمند سازی زنان و دختران

S3,8T12: طراحی پروتکل استاد معین کودکان و بیهوشی

S15O15: تدوین پروتکل مراقبت از سالمندان بی بضاعت

### اهداف بلند مدت

#### مادران:

▪ افزایش امید زندگی

▪ ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری

#### نوزادان و کودکان:

▪ کاهش مرگ و میر نوزادان

▪ کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

▪ ارتقای رشد و تکامل کودکان

#### میانسالان:

▪ دسترسی عادلانه و همگانی به خدمات سلامت با کیفیت

▪ افزایش امید زندگی

### باروری سالم:

- ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری
- افزایش باروری کلی به میزان ۲/۵ تا پایان برنامه
- کاهش حاملگی برنامه ریزی نشده به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه

### سالمندان:

- کاهش میزان مرگ های زودرس دوران سالمندی
- کاهش و کنترل بیماریهای غیر واگیر در دوران سالمندی
- کاهش عوارض منجر به معلولیت و ناتوانی سالمندان بیمار
- دسترسی عادلانه به خدمات با کیفیت دوران سالمندی

### استراتژی های کلی برنامه

#### سلامت مادران و باروری سالم:

- اجرای نظام کشوری مرگ مادری
- مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (خارج بیمارستانی)
- کلاسهای آمادگی برای زایمان و راه اندازی بیمارستانهای دوستدار مادر به منظور بهبود کیفیت خدمات مامایی و زایمان
- افزایش شاخص باروری کلی استان به بیش از ۲,۱
- بهبود کیفی و کمی آموزش و مشاوره فرزندآوری
- ارتقای دانش عمومی در ارتباط با سلامت و جمعیت
- تقویت و ارتقای آموزشهای هنگام و پس از ازدواج
- افزایش آگاهی عمومی در زمینه پیشگیری از ناباروری
- دسترسی به خدمات باروری سالم/ ناباروری با تاکید بر فرزندآوری به موقع و بافاصله مناسب

### نوزادان و کودکان:

- تقویت هماهنگی های بین بخشی و درون بخشی در راستای سلامت کودکان
- ساماندهی برنامه های رشد ، تکامل و غربالگری کودکان
- ساماندهی برنامه پیش و ارزشیابی در راستای بهبود کیفیت خدمات
- برنامه ریزی در خصوص اجرای فرایندهای آموزشی و پژوهشی جهت کلیه کارکنان ارائه دهنده خدمت
- افزایش آگاهی و حساس سازی خانواده ها در خصوص کلیه برنامه ی سلامت کودکان از طریق استراتژی های فردی و جمعی

### سالمندان:

- تقویت مراقبتهای ادغام یافته و جامع سالمندی
- ساماندهی و بهبود نظام ارجاع
- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان و پزشکان
- هماهنگی ها و جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها
- هماهنگی های درون سازمانی
- جلب حمایت سازمان های مردم نهاد
- تقویت کمیته راهبردی سلامت سالمندان
- جلب همکاری اداره سالمندان در تأمین منابع مالی
- تقویت و افزایش آموزش شیوه زندگی سالم دوران سالمندی
- تقویت مراقبت از سالمندان در مراکز نگهداری شبانه روزی
- تقویت پژوهشهای کاربردی

نقشه راه

پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری



۱۳۹۱-۹۴

امروزه سلامت روان بیش از هر زمان دیگری نسبت به گذشته دارای اهمیت بوده و باید مورد توجه قرار گیرد. در دنیای امروزه که یک دنیای ماشینی و پیچیده است و با وجود تهاجم فرهنگی و همچنین فاصله زیاد بین نسل ها، روابط انسانی شکل دیگری پیدا کرده، میزان روابط بین فردی کم و سطحی شده، از نظر خانوادگی خانواده های امروزی از میزان ثبات کمتری برخوردار بوده و روابط موجود بین اعضای خانواده تحت تاثیر شرایط مادی و زندگی ماشینی از عاطفه و عمق کمتری برخوردار می باشد.

تحولات و تغییرات سریع در نظام های اداری، سیاسی، آموزشی و حتی ایدئولوژیک و ارزشی مجال سازگاری را به افراد نمی دهد. همچنین بحران های اقتصادی، جمعیتی و سیاسی و هر از چند گاهی حوادث غیر مترقبه باعث افزایش استرس و فشار های روانی در جامعه گردیده است. حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می برند و در ایران حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد جامعه یا به عبارتی بطور متوسط از هر ۴ نفر یک نفر به بیماری روانی مبتلاست. در هر سال ۱۰ درصد کودکان و ۱۵ درصد نوجوانان دچار یک اختلال روانی قابل تشخیص می شوند. از نظر بار بیماری ها در ایران افسردگی اولین اولویت در زنان و اعتیاد سومین اولویت در مردان و دومین اولویت در نوجوانان می باشد.

افسردگی یکی از اختلالات شایع روانی است که تخمین زده می شود ۱۲۱ میلیون فرد را در دنیا مبتلا نموده است. برخی آمارها نشان می دهد که از هر ۵ زن یک نفر و از هر ده مرد یک نفر در طول عمر خود افسردگی را تجربه می کنند. افسردگی با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، افکار مرگ و خودکشی مشخص است. اختلال در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم و اعمال نباتی مانند خواب و اشتها نیز از دیگر علائم افسردگی می باشد. این اختلال همیشه منجر به اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و بین فردی می شود و در بدترین حالت این بیماری به خودکشی منجر می شود. آمار خودکشی در بین بیماران افسرده ۱۵ درصد یعنی تقریباً ۱۲ برابر جمعیت عمومی می باشد که سالانه منجر به مرگ حدود ۸۵۰۰۰۰ نفر در دنیا می شود. بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در دو دهه آینده شاهد تغییرات چشمگیری در الگوی اپیدمیولوژیک

بیماری‌ها خواهیم بود و بیماریهای غیرواگیر و از جمله بیماری های روانی از علل اصلی ناتوانی و مرگ زودرس خواهند بود.

پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین رتبه را از نظر بار بیماری ها در سنین ۴۴-۱۵ سال به دست آورد.

در یک مطالعه کشوری که در سال ۲۰۰۳ در ایران و بر روی حدود ۳۵۰۰۰ ایرانی در مناطق شهری و روستایی و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی برای سنین بالای سنین بالای ۱۵ سال انجام گرفت، مشخص شد که شایعترین مشکلات روانی افسردگی و اختلالات اضطرابی بوده اند و همچنین شیوع اختلالات روانی در زنان ۲۵/۹ درصد و در مردان ۱۴/۹ درصد بوده است و خطر نسبی ابتلا به بیماری های روانی در زنان ۱/۷ برابر مردان بوده است. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که افراد مطلقه، بیوه، بیکار، زنان خانه دار، افراد بی سواد و یا کم سواد بیشترین خطر ابتلا به این بیماری ها را داشته اند و با افزایش سن شیوع اختلالات روانی افزایش می یابد. نتایج این بررسی نشان داد که ۲۱ درصد جمعیت از علائم افسردگی و ۲۰/۸ درصد از علائم اختلالات اضطرابی و ۱۴/۲ درصد نیز از اختلال در عملکرد اجتماعی رنج می برده اند. با توجه به نتایج این مطالعه به طور متوسط یک پنجم جمعیت بالای ۱۵ سال کشور یعنی جمعیتی در حدود ۱۲-۱۰ میلیون نیاز به مراقبتهای سلامت روان دارند، در مطالعه دیگری نیز که در سال ۱۳۸۰ در چند استان کشور و در مناطق شهری و روستایی انجام شده بود، مشخص شد که شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت بالای ۱۸ سال در ایران ۱۰/۸ درصد می باشد که در زنان تقریباً شیوع اختلالات روانی دو برابر مردان بود (۱۴/۳ درصد در زنان و ۷/۳ درصد در مردان) که بیشترین سهم را اختلالات اضطرابی و خلقی داشتند و شایعترین اختلال خلقی نیز افسردگی گزارش شد. تخمین زده می شود که حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از زنان در زمانی در طی عمر خود مبتلا به افسردگی می شوند و اگر چه احتمال شروع این اختلال از کودکی تا سالمندی وجود دارد، بیشترین شیوع اختلال افسردگی اساسی بین سنین ۴۴-۱۸ سال یعنی در محدوده سنین باروری خانم ها می باشد. بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی هر ساله حدود ۷۳ میلیون زن در دنیا یک دوره افسردگی ماژور را تجربه می کنند و خودکشی هفتمین عامل مرگ زنان ۲۰ تا ۵۹ سال در جهان است.

با توجه به مسائل مطرح شده و برنامه های نظام جمهوری اسلامی ایران در پرداختن به زیرساختارهای فرهنگی، جوامع امروزی نیاز به چتر حمایتی و محافظتی بیشتری در مقابل فشار های روانی دارند تا به بیماری های روانی مبتلا نشوند. این محافظت باید از طریق خدمات بهداشت روان به مردم داده شود و هدف از ارائه خدمات بهداشت روان در عبارت کلی تأمین سلامت روانی برای عموم مردم است. واحد سلامت روان این حوزه علاوه بر فعالیت های جاری خود در این راستا و با هدف رسیدن به اهداف خود به فعالیت های زیر می پردازد:

- آموزش مهارت های زندگی، مهارت های فرزندپروری، حمایت های روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از اعتیاد، پیشگیری از خودکشی به گروه های مختلف هدف در راستای پیشگیری از آسیب های اجتماعی، بیماریهای روانی، مشکلات خانوادگی و طلاق
- افزایش توان و بازدهی کاری، ایجاد نشاط و اجتماعی و... در سطح وسیع در کل استان
- ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه در کل روستاها و گسترش آن به مناطق شهری (آموزش، بیماریابی، پی گیری، ارجاع و درمان)
- راه اندازی و گسترش مراکز آموزشی - پیشگیری بهداشت روان در سطح شهرستان ها

با توجه به اینکه ارگان های مختلفی در استان (مرکز بهداشت استان، کمیته امداد، بهزیستی، کانون پرورش فکری، شورای عالی جوانان، امور بانوان، حوزه علمیه و ...) خود را متولی امر بهداشت روان می دانند، لذا امکان پایش کیفیت و کمیت اینگونه فعالیت ها و هماهنگ سازی بین ارگان ها وجود ندارد.

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با هم فکری سایر سازمان های درگیر برنامه های سلامت روان اقدام به تهیه پیش نویس نقشه راه سلامت روان از نقشه جامع سلامت نمود. امید است که در پایان برنامه و اجرایی شدن آن با همکاری سایر ارگان ها به اهداف مورد انتظار در این نقشه دست یابیم.

## بیانیه مأموریت<sup>۱</sup> برنامه سلامت روان

برنامه سلامت روان برنامه ریزی می نماید تا خدمات پیشگیری (آموزشی، مشاوره ای و مراقبتی)، تشخیص زودرس، درمان و پیگیری بیماران روانی در گروه های سنی و جنسی مختلف با کیفیت مطلوب در واحدهای بهداشتی و درمانی (دولتی و خصوصی) تحت پوشش استان اصفهان ارائه گردد.

ایجاد ارتباط با بخش خصوصی، اطلاع رسانی از طریق رسانه های گروهی، تهیه و توزیع مواد کمک آموزشی، انجام هماهنگی با مراکز آموزشی غیر دانشگاهی و سایر ادارات و سازمان ها از جمله سیاست های متخذه در راستای ارائه هر چه بهتر خدمات تعریف شده می باشند.

ما با تقویت آموزش (تئوری و عملی) به عموم جامعه و ارائه دهندگان خدمت، پژوهش، تدارک امکانات و پایش و ارزشیابی مستمر، ارائه خدمات استاندارد را زمینه سازی می نماییم تا بدین وسیله رسیدن به اهداف را تسهیل نماییم.

## ارزشها<sup>۲</sup>

- پایبندی به ارزش های انسانی (کرامت ارباب رجوع)
- اصول PHC (عدالت اجتماعی، تکنولوژی مناسب، همکاری بین بخشی)

## چشم انداز<sup>۳</sup> برنامه سلامت روان

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر این باور است تا با نوآوری ها و ابتکارات در زمینه آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان، یکی از دانشگاه های نمونه در ارائه خدمات سلامت روان بوده و از نظر شاخص های مرتبط با سلامت روان در رتبه اول تا سوم دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار گیرد.

<sup>1</sup> Mission

<sup>2</sup> Core Values

<sup>3</sup> Vision



## الزامات برنامه

مواردی که برای تحقق اهداف این سند می بایست توسط دانشگاه علوم پزشکی انجام پذیرد به قرار ذیل می باشند:

### فناوری اطلاعات و ارتباطات

ارائه آمار، اطلاعات و عملکرد نهادهای دولتی به صورت سالانه  
همکاری اطلاعاتی، آماری نهادهای دولتی با مراکز تحقیقاتی دولتی و خصوصی  
ایجاد بسترهای مناسب برای استقرار و توسعه فن آوری اطلاعات و افزایش سرانه دسترسی  
به اینترنت

### فناوری های مدیریت

قانون ارزیابی کلیه مداخلات سلامتی براساس اصول ارزیابی فن آوری های سلامتی  
تربیت و توانمندسازی نیروی انسانی

### فناوری های پژوهشی

فعالیت در زمینه توسعه فرهنگ و ارزش گذاری به انتشار و پایداری استفاده از یافته های  
پژوهش (KTE<sup>۱</sup> و اقدام پژوهی<sup>۲</sup>)

اعطای وام به طرح های مرتبط در حوزه های اولویت دار در هر سال  
اختصاص درصدی از بودجه پژوهشی به بخش غیر دولتی در حوزه های اولویت دار

### حاکمیت بالینی<sup>۴</sup>

اجرای ارزیابی فن آوری های سلامتی (HTA<sup>۵</sup>)  
استقرار ممیزی بالینی در بخش های دولتی و خصوصی (Clinical Audit)

برنامه ریزی جهت مدیریت خطر (Risk Management)

تدوین پروتکل ها و گایدلاین ها، اجرا و ارزشیابی آن ها (CPG<sup>۶</sup>)

مدیریت نیروی انسانی

<sup>1</sup>Requirements

<sup>2</sup>Knowledge Transfer Exchange منظور تبادل و انتقال دانش به دست آمده از طریق پژوهش به مرحله اجرا است

<sup>3</sup>Action Research

<sup>4</sup>Clinical Governance

<sup>5</sup>Health Technology Assessment

<sup>6</sup>Clinical Practice Guideline

## تأکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت<sup>۱</sup>

توزیع هدفمند مسئولیت فعالیت های آموزشی، پژوهشی و خدماتی سلامت به جامعه در بین نهادهای ذی ربط و همکاری ارگانهای مختلف

### سیاست ها<sup>۲</sup>

- توسعه سیاستگذاری، مدیریت و قوانین
- بهبود تخصیص منابع مالی، تسهیل و افزایش سرمایه گذاری
- افزایش ظرفیت تولید دانش
- توسعه انتشار و به اشتراک گذاری دانش تولید شده
- توسعه منابع انسانی
- تسهیل و افزایش ظرفیت تولید خدمات سلامت
- ارتقایی هنجارها و فرهنگ عمومی
- تسهیل و ایجاد ارتباطات

### بررسی عوامل داخلی

#### نقاط قوت (Strengths) S

- S1: حمایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی از برنامه های سلامت روان
- S2: وجود زیر ساخت نسبی مرتبط
- S3: وجود همکاری واحدهای بهداشتی درون بخشی
- S4: وجود نظام ثبت ۵ دسته بیماری های روانی در مناطق روستایی
- S5: امکان بازآموزی کارکنان در رده های مختلف
- S6: وجود پزشک دوره دیده در ده شهرستان استان
- S7: وجود برنامه در زمینه سطح بندی خدمات سلامت روان
- S8: وجود تیم پزشک خانواده در مناطق روستایی

<sup>1</sup> Social Determinants of Health

<sup>2</sup> Policies

- S9: امکان انجام پایش و ارزشیابی مراکز بهداشتی و درمانی
- S10: وجود اهرم های تشویق و تنبیه مدیریتی
- S11: امکان ارائه آموزش گروه های هدف در مراکز درون سازمانی و برون سازمانی (از کودکی تا سالمندی)
- S12: ادغام خدمات سلامت روان در نظام بهداشتی در مناطق روستایی
- S13: امکان انجام پژوهش و وجود نتایج طرح های تحقیقاتی
- S14: امکان بهره مندی از خدمات مراقبتی، درمانی و مشاوره ای در کلینیک های دولتی و خصوصی
- S15: وجود محتوی آموزشی استاندارد سلامت روان
- S16: اجرای پایلوت طرح «جمع آوری اطلاعات سلامت روان» در استان اصفهان
- S17: وجود حمایت گروه های علمی و آموزشی مرتبط با روانپزشکی

### نقاط ضعف (Weaknesses) W

- W1: کمبود نیروی پرسنلی مرتبط (ستادی و محیطی)
- W2: زیر ساخت ناکافی (چارت سازمانی، منابع مالی، فضای فیزیکی، تجهیزات) در سیستم بهداشتی
- W3: ضعف دانش، مهارت و نگرش پرسنل شاغل (در تمام رده های شغلی اعم از بهورز، کاردان، کارشناس، پزشک و متخصص)
- W4: ثابت نبودن نیروهای پرسنلی
- W5: ضعف سواد سلامتی (آگاهی و نگرش و عملکرد) خانواده ها در زمینه های مرتبط
- W6: بالا بودن حجم فعالیت نیروهای محیطی و ستادی
- W7: فقدان برنامه سلامت روان در مناطق شهری
- W8: ضعف کیفی مراقبت های انجام شده در بخش دولتی و خصوصی
- W9: فقدان نظام پایش و ارزشیابی مراکز خصوصی و دولتی
- W10: فقدان استاندارد سازی خدمات در بخش خصوصی و دولتی
- W11: استفاده ناکافی از اهرم های تشویق و تنبیه (برای ارائه دهندگان خدمت و خانواده ها)
- W12: ضعف سیستم اطلاع رسانی و گزارش دهی

- W13: حساس نبودن متخصصین سایر رشته ها نسبت به تشخیص و پیگیری درمان بیماری های روانی در مراجعین
- W14: ناکافی بودن آشنایی کادر آموزشی و فارغ التحصیلان علوم پزشکی با سیستم سلامت و پروتکل های اجرایی و شرح وظایف
- W15: مبهم بودن نحوه مشارکت بخش خصوصی در برنامه های بهداشتی
- W16: انجام خدمات مشاوره و روان درمانی توسط پرسنل غیر مرتبط در داخل سیستم بهداشتی
- W17: هزینه بالای خدمات مشاوره در داخل سیستم بهداشتی
- W18: عدم هم خوانی سیستم گزارش دهی بیماران روانی با تقسیم بندی تشخیصی علمی
- W19: ضعف نظام ارجاع
- W20: عدم وجود مددکار در سیستم بهداشتی

### بررسی عوامل خارجی

#### فرصت ها (Opportunities) O

- 01: حمایت وزارت متبوع
- 02: وجود هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها
- 03: وجود کارگروه سلامت و امنیت غذایی در استانداری
- 04: وجود همکاری و هماهنگی با انجمن روانپزشکی
- 05: وجود همکاری و هماهنگی با نظام پزشکی
- 06: حمایت انجمن خیرین سلامت
- 07: امکان استفاده از رسانه های محلی
- 08: امکان چاپ خبرها و مقالات بهداشتی در نشریات گوناگون
- 09: وجود بخش خصوصی فعال (مشاوران و روانپزشکان)
- 010: وجود زمینه همکاری با سازمان تبلیغات
- 011: وجود درمانگران و مشاوران محلی و فرهنگی مورد اعتماد

- 012: وجود فارغ التحصیلان (روانپزشک، پزشک، گروه روانشناسی و مشاوره) غیر شاغل و جویای کار
- 013: وجود سازمان های مردم نهاد (سمن)
- 014: فعالیت سازمانهای مختلف (بهبیستی، استانداری، شهرداری و ...) در راستای ارتقای سلامت روان
- 015: امکان استفاده از دوره کارآموزی یک ماهه رزیدنت های روانپزشکی در شهرستان ها
- 016: وجود زمینه همکاری با حوزه علمیه
- 017: انجام طرح مراقبت پس از ترخیص بیماران بستری با مشکل حاد روانپزشکی در بیمارستان خورشید

### تهدیدات T (Threats)

- T1: ضعف دانش و مهارت در گروهی از فارغ التحصیلان (پزشک، روانپزشک، گروه روانشناسی و مشاوره)
- T2: تغییرات آب و هوایی در استان (خشک شدن رودخانه، آلودگی هوا و ...)
- T3: وجود باورهای غلط در خصوص بیماری های روانی در برخی تصمیم گیران و خدمت گیرندگان
- T4: وجود مشکلات اقتصادی خانواده ها
- T5: انجام برخی خدمات مشاوره و روان درمانی آسیب رسان
- T6: عدم ارسال به موقع و کافی اعتبارات ردیف ها
- T7: اشکال در مهارت های اجتماعی در جامعه
- T8: وجود مناطق صعب العبور و دور دست در برخی مناطق استان
- T9: وجود باورها و خرافه هایی که منجر به مراجعه به فالگیر، رمال و ... می شود
- T10: پائین بودن میزان اعتبارات و منابع بخش سلامت
- T11: ناکار آمدی نظام پرداخت کارکنان دانشگاه
- T12: حمایت ناکافی بخش پشتیبانی از برنامه های فنی و تخصصی بهداشت
- T13: نداشتن بانک اطلاعاتی جامع استانی و کشوری
- T14: وجود اختلالات روانی و رفتاری شناخته نشده در گروه های سنی کودکان و نوجوانان

- T15: انطباق ناکافی ساختار و برنامه های سازمان با نیازهای جامعه
- T16: شناخت و همکاری ناکافی مسئولین سایر بخشها و نگرش در آمد زا
- T17: تغییر و تحول سریع نیروی انسانی متخصص در سطح مدیریت
- T18: الگوهای نامناسب زندگی و پایین بودن سطح سواد سلامتی در بعضی مناطق استان
- T19: بیماری های نوپدید و بازپدید و تغییر الگوی بیماریها
- T20: ارائه خدمات به صورت موازی در سازمان های مختلف
- T21: هرم سنی نامناسب جمعیت
- T22: مهاجرت و حاشیه نشینی
- T23: عدم اشتغال به کار فارغ التحصیلان
- T24: عدم تطابق برنامه ها و سرگرمی ها (CD...) با استاندارد های سلامت روان (ترویج خشونت و ...)
- T25: بی توجهی به اصول سلامت روان در تولید فیلم و سریال و... در برنامه های تلویزیون (ترویج خشونت، خودکشی، روابط ناسالم...)
- T26: عدم توجه به استانداردهای سلامت روان در ساختمان ها و اصول شهر سازی
- T27: شیوع قابل توجه اعتیاد
- T28: تغییر الگوی مصرف مواد اعتیاد آور از مواد مخدر به سمت مواد محرک
- T29: تهاجم فرهنگی (ماهواره، اینترنت...)
- T30: وجود اختلالات روانی، رفتاری شناخته نشده در سطوح مختلف کاری
- T31: فقدان قوانین حمایتی در زمینه برنامه های سلامت روان (مراکز تفریحی سالم، پوشش، رنگ ها، تفکر خلاق، تفکر نقاد...)
- T32: ضعف اجرای قوانین حامی حقوق خانواده (کودک آزاری، همسرآزاری...)
- T33: ضعف نظام آموزشی آموزش و پرورش و آموزش عالی در زمینه آموزش های سلامت روان

## راهبردهای کلی

## الف - استراتژی های SO:

- S103: طرح مشکلات سلامت روان در کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- S107: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه ها و نشریات با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذیربط
- S14 09: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (بیمار یابی، آموزش، مشاوره، درمان، بازتوانی)
- S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- S1507-8: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه
- S2,13,17 01,2,8: تقویت فعالیت های پژوهشی به منظور دسترسی به اطلاعات مورد نیاز
- S17-016: تدوین محتوی آموزشی سلامت روان براساس آموزه های دینی
- S-5-17-604-5: توانمند سازی کارشناسان سلامت روان در امر مشاوره و روان درمانی
- S-58--17-04-5: توانمند سازی پزشکان عمومی در امر مداخلات دارویی و کمک های حرفه ای در روانپزشکی
- S11-06-12: الزام بخش خصوصی به راه اندازی مراکز آموزشی پیشگیری سلامت روان به منظور ترویج آموزه های سلامت روان در سطح شهر
- S15013: انتقال آموزه های سلامت روان به گروه های هدف از طریق سمن ها
- S1-1704-5: توانمند سازی کلیه کارکنان نظام سلامت (رسته های بهداشتی) در خصوص شناسایی و ارجاع به موقع بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی
- S1-3-1601-2-3-14: استاندارد سازی و ثبت خدمات سلامت روان ارائه شده توسط ارگانهای مختلف
- S1-3-1801-14: اجرای طرح پیشگیری از خودکشی در استان

## ب - استراتژی های WO

- W1-601,12: جذب نیرو در راستای استاندارد سازی نیروی ارائه دهنده خدمت
- W1,1509,12: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی
- W302,6: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت و ویژه عموم مردم

- W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W304,5,6: انجام آموزش پرسنل بخش دولتی و خصوصی بر طبق استانداردها
- W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی
- W1201,2,4,5: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیر ساخت خدمات (متخصصین، روان شناسان، فضاها، تجهیزات ...)
- W7,8,10,1509,12: راه اندازی مراکز سلامت روان شهری جهت توسعه برنامه های سلامت روان در استان
- W8,9-1201,5,9: تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش دولتی
- W8,9-10-1201,5-9: ایجاد نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش خصوصی
- W,8,13,1402,5-6-8: حساس سازی ارائه دهندگان خدمات نسبت به اختلالات روانپزشکی، مشکلات روانشناختی و رفتاری
- W19-1304,5,9: ساماندهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقای سلامت روان گروه های هدف مختلف
- W8,10-13-14-1502,3,9,12: ساماندهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی در شهر و روستا
- W1801-3-4: ساماندهی سیستم گزارش دهی بیماران روانی بر اساس تقسیم بندی تشخیصی کلاسیک (بر اساس فرانس)
- W17 O 6: حمایت از درمان و باز توانی بیماران روانی بی بضاعت با استفاده از حمایت های انجمن خیرین سلامت
- W7-8-10 O9-14: تدوین پروتکل علمی اجرایی و درمان مراقبت و پیگیری بیماران روانی حاد و مزمن
- W1304-5-8: حساس سازی کلیه متخصصین سایر رشته ها در خصوص تشخیص و ارجاع به موقع اختلالات روانی در مراجعین



## ج- استراتژی های ST

- S15-17T1: ساماندهی کوریکولوم آموزشی روانشناسان پزشکان و متخصصین
- S1T1-27-28: اختصاص دروس آموزشی پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و اعتیاد ویژه سایر رشته های تحصیلی دانشگاهی
- S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S,4,5,7,10-12T1-15: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی و خصوصی
- S1-3-17T30: انجام طرح غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری در کلیه ادارات
- S1-3-17T14: انجام طرح غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری در مدارس
- S1-15-17T25-29: تهیه استانداردهای سلامت روان جهت تولید فیلم و سریال سایر برنامه های رسانه ای
- S1-15-17T24: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید اسباب بازی و بازی های دیجیتالی و چند رسانه ای
- S1-15-17T26: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت ساختمان سازی و شهر سازی
- S1-3-5-11-17T18-27-28: حساس سازس جامعه نسبت به مواد مخدر، محرک و عوارض آنها
- S1-3-5-11-17T18-27-28: آموزش پیشگیری از اعتیاد به جامعه
- S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری
- S1-15-17T3-5: آموزش شناخت انواع اختلالات روانی ونحوه برخورد با آنها به گروه های:
- ۱- مشاورین خارج از سیستم بهداشت ۲- مشاورین مذهبی ۳- مسولین داروخانه ها ... به صورت غیر حضوری و حضوری
- S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی
- S1-3-12-17T27-29-31-32: اجرایی شدن قوانین حمایت از حقوق خانواده (کودک آزاری، همسر آزاری و...) و نظارت بر آن

#### د- استراتژی های WT

- W3,13T1: ساماندهی فعالیت های تیمی متخصصین
- W8,10T1: راه اندازی دوره های آموزشی کوتاه مدت قبل از فراغت از تحصیل ویژه گروه روانشناسی و علوم تربیتی
- W,8,10T6: اختصاص بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت
- W11T16: پیگیری قوانین حمایتی از متخصصین روانپزشکی، مشاوره و روانشناسان
- W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

#### استراتژی های مرتبط با حوزه های مختلف

##### \*معاونت پژوهشی:

- S2,13,17 O1,2,8: تقویت فعالیت های پژوهشی به منظور دسترسی به اطلاعات مورد نیاز
- S1-6-11O2-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- W3O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W5O2,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی
- S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری
- W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها
- W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

##### \*معاونت غذا و دارو:

- S1-15-17T3-5: آموزش شناخت انواع اختلالات روانی ونحوه برخورد با آنها به گروه های:
- ۱- مشاورین خارج از سیستم بهداشت ۲- مشاورین مذهبی ۳- مسولین داروخانه ها... به صورت غیر حضوری و حضوری
- S1-6-11O2-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- W3O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی  
S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه  
S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری  
S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی  
W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها  
W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

**\*معاونت پشتیبانی:**

W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت  
W1,15O9,12: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی  
W,8,10T6: اختصاص بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت  
S1-6-11O2-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری  
W3O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه  
W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی  
S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه  
S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری  
S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی  
W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

**\*معاونت آموزشی:**

W13O4-5-8: حساس سازی کلیه متخصصین سایر رشته ها در خصوص تشخیص و ارجاع به موقع اختلالات روانی در مراجعین

- S15-17T1: ساماندهی کوریکولوم آموزشی روانشناسان پزشکان و متخصصین
- S1T1-27-28: اختصاص دروس آموزشی پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و اعتیاد ویژه سایر رشته های تحصیلی دانشگاهی
- W8,10T1: راه اندازی دوره های آموزشی کوتاه مدت قبل از فراغت از تحصیل ویژه گروه روانشناسی و علوم تربیتی
- S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- W3O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W5O2,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی
- S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری
- S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی
- W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها
- W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

## \*معاونت درمان:

- S14 O9: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (بیمار یابی، آموزش، مشاوره، درمان، بازتوانی)
- S-5-17-6O4-5: توانمند سازی کارشناسان سلامت روان در امر مشاوره و روان درمانی
- S-58--17-04-5: توانمند سازی پزشکان عمومی در امر مداخلات دارویی و کمک های حرفه ای در روانپزشکی
- W8,9-12O1,5, : تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش دولتی
- W8,9-10-12O1,5-9: ایجاد نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش خصوصی
- W,8,13,14O2,5-6-8: حساس سازی ارائه دهندگان خدمات نسبت به اختلالات روانپزشکی، مشکلات روانشناختی و رفتاری

- W8,10-13-14-15O2,3,9,12: ساماندهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی در شهر و روستا
- W7-8-10 O9-14: تدوین پروتکل علمی اجرایی و درمان مراقبت و پیگیری بیماران روانی حاد و مزمن
- S,4,5,7,10-12T1-15: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی و خصوصی
- S1-15-17T3-5: آموزش شناخت انواع اختلالات روانی ونحوه برخورد با آنها به گروه های: ۱- مشاورین خارج از سیستم بهداشت ۲- مشاورین مذهبی ۳- مسولین داروخانه ها... به صورت غیر حضوری و حضوری
- W3,13T1: ساماندهی فعالیت های تیمی متخصصین
- S1-6-11O2-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- W3O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W5O2,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی
- S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری
- S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی
- W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها
- W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

#### \*معاونت بهداشت:

- S1O3: طرح مشکلات سلامت روان در کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- S14 O9: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (بیمار یابی، آموزش، مشاوره، درمان، بازتوانی)
- S15O7-8: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه

- S17-016: تدوین محتوی آموزشی سلامت روان براساس آموزه های دینی
- S11-06-12: الزام بخش خصوصی به راه اندازی مراکز آموزشی پیشگیری سلامت روان به منظور ترویج آموزه های سلامت روان در سطح شهر
- S1-1704-5: توانمند سازی کلیه کارکنان نظام سلامت (رسته های بهداشتی) در خصوص شناسایی و ارجاع به موقع بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی
- S1-3-1601-2-3-14: استاندارد سازی و ثبت خدمات سلامت روان ارائه شده توسط ارگانهای مختلف
- S1-3-1801-14: اجرای طرح پیشگیری از خودکشی در استان
- W302,6: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت و ویژه عموم مردم
- W1201,2,4,5: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیرساخت خدمات (متخصصین، روانشناسان، فضاها، تجهیزات ...)
- W7,8,10,1509,12: راه اندازی مراکز سلامت روان شهری جهت توسعه برنامه های سلامت روان در استان
- W8,9-1201,5: تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش دولتی
- W8,9-10-1201,5-9: ایجاد نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش خصوصی
- W,8,13,1402,5-6-8: حساس سازی ارائه دهندگان خدمات نسبت به اختلالات روانپزشکی، مشکلات روانشناختی و رفتاری
- W19-1304,5,9: ساماندهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقای سلامت روان گروه های هدف مختلف
- W8,10-13-14-1502,3,9,12: ساماندهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی در شهر وروستا
- W1801-3-4: ساماندهی سیستم گزارش دهی بیماران روانی بر اساس تقسیم بندی تشخیصی کلاسیک (بر اساس فرانس)
- W17 O 6: حمایت از درمان و باز توانی بیماران روانی بی بضاعت با استفاده از حمایت های انجمن خیرین سلامت
- W7-8-10 O9-14: تدوین پروتکل علمی اجرایی و درمان مراقبت و پیگیری بیماران روانی حاد و مزمن

- S1-3-17T30: انجام طرح غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری در کلیه ادارات
- S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی
- S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری
- S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی
- W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده
- W1-601,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### استراتژی های مرتبط با ارگان های مختلف

#### \*آموزش و پرورش:

- S1-3-17T14: انجام طرح غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری در مدارس
- S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی
- S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری
- S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی
- W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها
- W1-601,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

**\*بهبزستی:**

- S15013: انتقال آموزه های سلامت روان به گروه های هدف از طریق سمن ها  
S1-3-5-11-17T18-27-28: حساس سازی جامعه نسبت به مواد مخدر، محرک و  
عوارض آنها  
S1-3-5-11-17T18-27-28: آموزش پیشگیری از اعتیاد به جامعه  
S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری  
W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه  
W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-  
اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی  
S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه  
S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی  
به صورت حضوری و غیر حضوری  
S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط  
اجتماعی  
W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها  
W1-601,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

**\*ستاد مبارزه با مواد مخدر:**

- S15013: انتقال آموزه های سلامت روان به گروه های هدف از طریق سمن ها  
S1-3-5-11-17T18-27-28: حساس سازی جامعه نسبت به مواد مخدر، محرک و  
عوارض آنها  
S1-3-5-11-17T18-27-28: آموزش پیشگیری از اعتیاد به جامعه  
S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری  
W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه  
W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-  
اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی  
S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه



S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری

S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی

W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

#### \* حوزه علمیه:

S17-O16: تدوین محتوی آموزشی سلامت روان براساس آموزه های دینی

S1-6-11O2-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

W3O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

W5O2,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-

اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی

S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری

S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی

W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

#### \* صدا و سیما:

S1O7: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه ها و نشریات با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذیربط

S1-15-17T25-29: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید فیلم و سریال سایر برنامه های رسانه ای

S1-15-17T24: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید اسباب بازی و بازی های دیجیتال و چند رسانه ای

S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-

اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی

S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی

به صورت حضوری و غیر حضوری

S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط

اجتماعی

W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

W1-601,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### \*شهرداری:

S1-15-17T26: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت ساختمان سازی و شهر سازی

S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-

اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی

S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی

به صورت حضوری و غیر حضوری

S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط

اجتماعی

W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

W1-601,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

**\*دادگستری:**

- S1-3-12-17T27-29-31-32: اجرایی شدن قوانین حمایت از حقوق خانواده (کودک آزاری، همسر آزاری و...) و نظارت بر آن
- W11T16: پیگیری قوانین حمایتی از متخصصین روانپزشکی، مشاوره و روانشناسان
- S1-6-11O2-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- W3O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W5O2,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی
- S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری
- S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی
- W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها
- W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

**\*کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان:**

- S1-15-17T24: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید اسباب بازی و بازی های دیجیتال و چند رسانه ای
- S1-6-11O2-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری
- W3O2,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- W5O2,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی- اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی
- S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری
- S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی
- W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها
- W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

## \*سازمان تبلیغات:

S1-15-17T24: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید اسباب بازی و بازی های

دیجیتالی و چند رسانه ای

S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها (دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-

اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی

S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی

به صورت حضوری و غیر حضوری

S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی

W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

## \*سایر سازمان ها

S1-6-1102-4-14: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

W302,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

W502,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-

اطلاع رسانی و آموزش به جامعه و بخش خصوصی

S2,11-12-14, T3,9-18: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

S1-11-15-17T7: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی

به صورت حضوری و غیر حضوری

S1-3T27-29-31: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقای نشاط اجتماعی

W5T3,9-18: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

W1-6O1,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### هدف بلندمدت

▪ کاهش بار بیماری های روانی و اختلالات رفتاری

### اهداف دوره‌ای (تا پایان سال ۱۳۹۴)

- کاهش میزان شیوع افسردگی به میزان ۱ درصد وضعیت موجود
- افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان (آموزش، مشاوره، بیماریابی، درمان، پیگیری) برای ۵ سال اول به میزان ۲۵ درصد سال پایه
- بهبود کیفیت خدمات سلامت روان به میزان ۱ درصد سال پایه
- افزایش دسترسی به مراقبت های سلامت روان با ارتقای ظرفیت تخت های روان پزشکی در بیمارستان ها به میزان حداقل ۴ درصد تخت های فعال مراکز درمانی

### فهرست منابع

- ۱- نوربالا، باقری یزدی ع. بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران. مجله حکیم ۱۳۷۸؛ جلد ۲ (شماره ۴).
- ۲- راهنمای مراقبت از بیماری های روانپزشکی بزرگسالان ویژه پزشکان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. کرمان: دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ ۱۳۸۷.
- ۳- نقوی م. سیمای مرگ ومیر در ۲۹ استان کشور. معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۶.
- ۴- سادوک ج، سادوک و. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۲.

برنامه کنترل بیماریهای شغلی  
و پیشگیری از حوادث  
شیمیایی

۱۳۹۷-۱۴۰۱

## مقدمه

انسان نقش محوری در توسعه پایدار را داشته و مستحق برخورداری از یک زندگی بارور و سالم و هماهنگ با طبیعت است و بهداشت حرفه ای به عنوان عنصری پایه، از اصول توسعه پایدار می باشد که افراد شاغل در واحدهای شغلی را که ممکن است در مواجهه با عوامل زیان آور تهدید کننده سلامتی قرار گیرند، تحت پوشش قرار داده تا از آسیب دیدن سلامتی آنها پیشگیری نماید.

توسعه پایدار بعنوان یک استراتژی برای تأمین نیازهای جامعه، بدون ایجاد اثر سوء بر بهداشت و سلامت و محیط زیست و بدون به خطر انداختن منابع پایه جهانی و بالاخره بدون به خطر انداختن قابلیت‌های تولید در آینده به شمار می آید (اعلامیه کنفرانس بین المللی عالی ریو سال ۱۹۹۲)

## نقش محوری بهداشت حرفه ای در توسعه پایدار

۱) پیشگیری از حوادث، آسیب های و بیماریهای شغلی و حفاظت کارگران در مقابل فشارهای بیش از حد جسمی و روانی بر استفاده بهینه از منابع محدود موجود و به حداقل رساندن کاهش غیر ضروری منابع مادی و انسانی دلالت دارد.

۲) هدف از محیط کار ایمن و سالم، بکارگیری ایمن ترین تکنولوژی همراه با مصرف انرژی کم، ایجاد آلودگی کمتر و تولید مواد زائد کم می باشد و در اغلب کشورها قوانین مربوط به بهداشت حرفه ای بر استفاده از بهترین تکنولوژی که دسترسی به آن نیز ممکن باشد، تاکید دارد.

۳) بکارگیری اصول بهداشت حرفه ای موجب افزایش کیفیت محصولات، بهره وری و فرآیند مدیریت گردیده و بنابراین در ممانعت از افت غیر ضروری انرژی و مواد و همچنین پیشگیری از اثرات ناخواسته بر روی محیط زیست نقش موثری خواهد داشت.

۴) اغلب مخاطرات محیط از محیط های کاری همچون صنعت، کشاورزی، حمل و نقل و خدمات، ناشی می شوند. کارشناسان و دیگر افراد مسئول در امر بهداشت حرفه ای به خوبی از فرآیندها و عواملی که ممکن است برای محیط زیست مخاطره آمیز باشد، آگاهی دارند و اغلب این اطلاعات در مراحل اولیه بروز مشکل در اختیار آن ها قرار می گیرد و

بنابراین قادرند پیشگیری های اولیه را انجام دهند در غیر این صورت عناصر مخاطره آمیز در محیط پراکنده خواهند شد.

در مورد حفاظت محیط زیست وقتی که مشکلات ناشی از سیستم های تولیدی مطرح می شود، انتظار می رود که عملکرد بهداشت حرفه ای از نظر کارایی و صرف هزینه مورد تأیید قرار گیرد. به همین منظور در برخی کشورهای صنعتی فعالیتهایی را برای برقراری ارتباط نزدیکتر بین بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط زیست آغاز نموده اند.

۵) هدف از خدمات بهداشت حرفه ای تأمین سلامت و استفاده بهینه از توان کاری و رفاه کارگران می باشد. وجود نیروی کار سالم، بارور و انگیزه عامل کلیدی برای توسعه اقتصادی و اجتماعی محسوب می شود. بعلاوه بهره وری و کیفیت بالای کار می تواند تولید سالم مواد و کالاها و همچنین اقدام عملی دستیابی به اصول توسعه پایدار را تضمین نماید.

۶) اکثر مخاطرات زیست محیطی ابتدا در محیط های کاری و یا جمعیت های کارگری وارد شناسایی قرار می گیرند. بنابراین بهداشت حرفه ای در همان نقطه شروع یک سیستم، اعلام خطر برای تعیین مخاطرات زیست محیطی را فراهم می کند که می توان بر اساس آن مدل های مؤثری برای فعالیتهای پیشگیری ارائه نمود.

۷) بیش از ۵۰٪ افراد بزرگسال در محیط کار در معرض عوامل زیان آور شیمیایی، فیزیکی، بیولوژیکی، ارگونومیکی یا استرس های روانی و فشار کاری بیش از حد قرار می گیرند. در این مورد برای دستیابی به یک زندگی سالم و بارور می توان از بهداشت حرفه ای به عنوان ابزاری مناسب بهره گرفت.

۸) وضعیت کلی محیط زیست و اکوسیستم به طور مستقیم و غیر مستقیم بر روی بهداشت کارگران در مشاغل مختلف کشاورزی، معدن و ماهیگیری و تولید تأثیر می گذارد. بنابراین یک ارتباط دوجانبه بین ایمنی و بهداشت حرفه ای از یک طرف و توسعه پایدار توأم با محیط سالم از طرف دیگر وجود دارد.

۹) با توجه به اهمیت رفاه افراد و برای توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع و کشورها، خط مشی وجود دارد که دستیابی هر فرد را به کار امکان پذیر ساخته و آن ها را قادر می سازد که هزینه زندگی خود و خانواده شان را تأمین نمایند. بالا بودن آمار شاغلین، یک عامل کلیدی در توسعه پایدار و ایمن کشورها محسوب می شود، در حالی که افزایش نرخ بیکاری و تبعات منفی آن عاملی تهدید کننده برای این توسعه به شمار می رود.



۱۰) اختصاصا در کشورهای در حال توسعه بهداشت و رفاه خانواده در گرو سلامتی و بهره‌وری نیروی کار آن خواهد بود بنابراین وضعیت زندگی اعضای آن متأثر از اقدامات بهداشت حرفه‌ای خواهد بود در غیر این صورت با توجه به پایین بودن سزح بهداشت و کاهش توان کاری، بحران شدیدی در خانواده بوجود آورده و به طور غیر مستقیم بهداشت، رفاه و اقتصاد جوامع را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

### چشم انداز

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر این باور است با نظارت مستمر، پایش و بهسازی محیط‌های کار می‌تواند یکی از دانشگاه‌های برتر کشور در پیشگیری از بیماریها و عوارض شغلی، حوادث شغلی و شیمیایی کشور قرار باشد.

### بیانیه مأموریت

دانشگاه علوم پزشکی مسئول حفظ و ارتقای سطح سلامت شاغلین می‌باشد این هدف از طریق ارائه نظارت و بازرسی، ایجاد تشکیلات بهداشت حرفه‌ای، پایش مواجهات شغلی و بهسازی محیط کار محقق می‌گردد. از سوی دیگر با توجه به توسعه نیازهای ایمنی و بهداشتی در بخش تولید و مصرف مواد شیمیایی از یک سو و ارتقای شرایط حفاظت از سلامت شاغلین و عموم جامعه لازم است مدیریت حوادث شیمیایی مد نظر قرار گیرد. پیشگیری از بیماریهای شغلی در حوزه بهداشت بر اصول عدالت اجتماعی، هماهنگی بین بخشی، مشارکت کارفرمایان و زیرساخت مناسب استوار است. این مأموریت از طریق سازماندهی توسعه خدمات بهداشت حرفه‌ای و نیروی انسانی متخصص، برنامه ریزی، هدایت، نظارت و پشتیبانی و پایش و ارزشیابی انجام می‌پذیرد. اهداف پیشگیری از بیماریهای شغلی مبتنی بر مشارکت کارفرمایان، همکاری بین بخشی و پیگیری‌های قضایی است که حوزه بهداشت برای نیل به این اهداف تلاش می‌نماید.

### اهداف بلند مدت

- پیشگیری از بروز حوادث شیمیایی
- پیشگیری از حوادث و بیماریهای ناشی از کار
- حفظ سلامتی کارگران در برابر عوامل زیان آور شغلی
- انتخاب فرد مناسب برای کار مناسب و تشخیص زودرس بیماریها و عوارض کاری.

## ارزش ها

- حفظ و احترام به کرامت انسانی شاغلین
- حفاظت از گروههای آسیب پذیر و در معرض خطرمخاطرات شغلی
- تعهد به بهبود مستمر و پیشگیری از آلودگی های زیست محیطی و حوادث شیمیایی
- کاهش و حذف مخاطرات در جهت سلامت عمومی

## الزامات برنامه

### فناوری اطلاعات و ارتباطات

- ارائه آمار و اطلاعات سازمانها و نهادهای دولتی به صورت سالیانه در خصوص توسعه صنایع و صنوف
- همکاری آمار و اطلاعاتی سازمانها و نهادهای دولتی در طرحهای توسعه
- ایجاد بسترهای مناسب برای توسعه فناوری اطلاعات به منظور دسترسی به بازرسان به اطلاعات سامانه جامع بازرسی

### مدیریت

- فراهم نمودن بستر مناسب جهت ایجاد تعامل و همکاری با سازمانها و نهادهای مرتبط
- تربیت و توانمندسازی نیروی انسانی (بازرسان کار)
- ایجاد شرایط مناسب جهت اجرای قوانین مرتبط با برنامه
- تأمین زیر ساخت ها منابع و تجهیزات مرتبط با بازرسی و پایش عملکرد برنامه ها

### پژوهش

- فعالیت در زمینه انجام پژوهش های مشترک با سازمانها و نهادهای مختلف در خصوص نقش عوامل زیان آور در ایجاد بیماریهای شغلی بر اساس نوع صنایع و مناطق
- ارائه لیست کامل عناوین تحقیقات انجام شده در زمینه عوارض شغلی و عوامل زیان آور محیط کار
- به منظور ادامه تحقیقات قبلی و جلوگیری از تحقیقات مشابه
- حمایت و اعطای تسهیلات به طرح های مرتبط با پیشگیری از بیماری ها و عوارض شغلی
- حمایت از بخش غیر دولتی جهت انجام پژوهش در این زمینه

### تأکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

- تأکید بر وظائف سازمانی و مسئولیت نهادها و سازمانهای مختلف در توسعه خدمات بهداشت حرفه ای و پیشگیری از بیماریهای شغلی و حوادث شغلی
- تأکید بر نقش مشارکت کارفرمایان در پیشگیری از حوادث و بیماری ها و عوارض شغلی
- تأکید بر نقش مسئولین در اجرای سیاستهای بهداشت حرفه ای در خصوص پیشگیری از بیماری ها، عوارض و حوادث شغلی

### آموزش

- تأکید بر نقش آموزشی دانشگاه در زمینه توانمند سازی کارشناسان بهداشت حرفه ای در توسعه خدمات بهداشت حرفه ای و پیشگیری از بیماری ها، عوارض و حوادث شغلی
- تأکید بر نقش تربیت نیروی انسانی (بازرسان بهداشت کار) توانمند و کارآمد در دانشگاه
- تهیه متون و منابع آموزشی برای نیروهای تخصصی مرتبط

### سیاست ها

- یکپارچگی در سیاستگذاری، مدیریت و قوانین
- توسعه همکاریهای بین بخشی
- توسعه مشارکت کارفرمایان
- افزایش مسئولیت پذیری و مشارکت کارفرمایان و مسئولین دستگاههای مرتبط
- اولویت طرحهای پژوهشی در ارتباط با پیشگیری از بیماری ها؛ عوارض و حوادث شغلی
- فرهنگ سازی و ارتقای سطح دانش و نگرش کارفرمایان، کارشناسان و کارگران در ارتباط با پیشگیری از بیماری ها، عوارض و حوادث شغلی

### بررسی عوامل داخلی

#### نقاط قوت (Strengths) S

- S1: ابلاغ مرکز سلامت محیط کار در خصوص برنامه های بهداشت حرفه ای مرتبط
- S2: وجود همکاری با اداره کل کار ، تعاون و رفاه اجتماعی (بر اساس قوانین مشترک، فصل چهارم قانون کار)
- S3: وجود بیش از ۸۵۰ تشکیلات بهداشت حرفه ای در سطح صنایع استان
- S4: انجام معاینات شغلی بدو استخدام و دوره ای

- S5: ارزیابی دوره ای مواجهه شغلی شاغلین با عوامل زیان آور محیط کار
- S6: وجود ۱۴ متخصص طب کار فعال در سطح استان
- S7: وجود کارشناسان بهداشت حرفه ای (بازرس کار در سطح استان) به تفکیک مراکز بهداشتی درمانی و جامع سلامت
- S8: وجود ۲۴ پزشک طب کار دارای مجوز و فعالیت در حوزه معاینات شغلی
- S9: وجود بیش از ۱۰۰ پزشک دوره دیده طب کار در سطح استان
- S10: وجود تیم سلامت در کلیه شبکه های بهداشت و درمان
- S11: وجود ۱۴ شرکت تخصصی فنی مهندسی بهداشت حرفه ای در سطح استان
- S12: وجود گروه بهداشت حرفه ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

### نقاط ضعف (Weaknesses) W

- W1: تأثیر مشکلات اقتصادی در ارائه خدمات بهداشت حرفه ای
- W2: تغییر مداوم نیروی کارشناس بهداشت حرفه ای در صنایع بعلت استخدام بصورت پاره وقت
- W3: عدم حمایت بخش دولتی از خدمات بهداشت حرفه ای
- W4: پراکندگی صنایع در سطح وسیع استان و بعد مسافت زیاد برای نظارت
- W5: هزینه بالای خدمات بهداشت حرفه ای (طب کار، سنجش عوامل زیان آور و مداخلات بهسازی)
- W6: تغییرات سریع در فرآیندها صنعتی
- W7: فقدان استانداردهای مرتبط
- W8: عدم استعلام سازمان صنعت معدن و تجارت در بدو تاسیس و تغییر کاربری از مراکز بهداشتی (واحد بهداشت حرفه ای)
- W9: کمبود قوانین مرتبط با خدمات بهداشت حرفه ای
- W10: پایین بودن نرخ جرائم و مجازات مرتبط با تخلفات فصل چهارم قانون کار و ماده ۱۵۶
- W11: عدم هماهنگی و پیگیری و پاسخگویی مراجع قضایی در خصوص تخلفات مرتبط با خدمات بهداشت حرفه ای
- W12: عدم جذب کارشناس بهداشت حرفه ای رسمی در دانشگاه علوم پزشکی (بازرس بهداشت کار) با توجه به نقش حاکمیتی آ»

W13: عدم تخصیص اعتبارات لازم برای برنامه های بهداشت حرفه ای

W14: عدم تخصیص درآمدهای بخش بهداشت حرفه ای

W15: نداشتن ساختار آموزشی منظم برای کارشناسان بخش خصوصی

### بررسی عوامل خارجی

#### فرصت ها (Opportunities)

- O1: وجود کارشناسان بهداشت حرفه ای فعال در تشکیلات بهداشت حرفه ای صنایع
- O2: وجود قوانین فصل چهارم قانون کار
- O3: وجود تیم مدیریت بحران استان جهت اجرای اقدامات لازم در هنگام وقوع حوادث شیمیایی
- O4: وجود کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- O5: وجود پروفایل های آموزشی و اطلاعاتی مناسب در حوزه خدمات بهداشت حرفه ای و مدیریت حوادث شیمیایی
- O6: نگرش مثبت مدیریت بحران استان اصفهان در مبحث حوادث شیمیایی
- O7: وجود صنایع بزرگ دارای تشکیلات و خدمات بهداشت حرفه ای
- O8: دسترسی آسان به مراکز دانشگاهی مرتبط در استان
- O9: توسعه صنایع در قالب شرکت شهرکها
- O10: وجود واحد HSE در سازمان صنعت معدن و تجارت استان اصفهان
- O11: وجود سامانه جامع بازرسی

#### تهدیدات T (Threats)

- T1: تاثیر عوامل اقتصادی بر خدمات بهداشت حرفه ای در صنایع
- T2: تغییرات غیر قابل کنترل در فرآیندهای صنعتی
- T3: افزایش خدمات بهداشت حرفه ای
- T4: وجود سیستم های خدماتی موازی با بهداشت حرفه ای
- T5: عدم توجه به پیامدهای بلند مدت در خصوص رعایت نکردن استانداردهای بهداشت حرفه ای

T6: ایجاد مراکز آموزشی غیر تخصصی و تربیت نیروی انسانی غیر متخصص با عنوان نیروی hse

T7: نبودن تجهیزات کافی در آزمایشگاه رفرانس استان برای نظارت بر پایش ها و سنجشها عوامل زیان آور محیط کار

T8: تامین کمبود نیروی انسانی از طریق طرح تحول با توجه به عدم امنیت شغلی برای کارشناسان بهداشت حرفه ای طرح تحول

### راهبردهای کلی:

#### الف - استراتژی های SO

S10204: جلب همکاری سازمان صنعت معدن و تجارت، اداره کل کار، تعاون و رفاه اجتماعی، اصناف و جهت حمایت و اجرای برنامه بهداشت حرفه ای

S1,403: بهره گیری از آمار و اطلاعات سامانه جامع بازرسی

S708,5: انتقال آموزش ها به گروه هدف کارفرمایان و شاغلین جامعه از طریق رسانه های عمومی، حساس سازی مسئولین، بهره گیری از تجارب منطقه ای و کشوری

S10010: استفاده از ظرفیتهای ایجاد شده توسط تشکیلات بهداشت حرفه ای در صنایع

S1202,4: ارتقای آگاهی و مهارت کارشناسان بهداشت حرفه ای صنایع از طریق آموزش مدون توسعه تشکیلات بهداشت حرفه ای جهت پوشش تمام صنایع و سازمان های مشمول

پوشش معاینات شغلی و دو استخدام در کلیه صنایع و شاغلین مشمول

توسعه پوشش ارزیابی مواجهه شغلی در کلیه صنایع دارای عامل زیان آور

ارتقای آموزشی و مهارتی کارشناسان بهداشت حرفه ای در بخش خصوصی

#### استراتژی های ST تهدیدات

حفظ و ارتقای تشکیلات بهداشت حرفه ای موجود

تجهیز آزمایشگاه رفرانس بهداشت حرفه ای استان

حفظ نیروی انسانی بهداشت حرفه ای (طرح تحول) جهت پوشش خدمات بهداشت حرفه ای

حذف فعالیت های موازی و غیر تخصصی با خدمات بهداشت حرفه ای

## نقشه راه گروه توسعه شبکه

### هدف کلان:

دسترسی عادلانه و همگانی به خدمات سلامت با کیفیت

### اهداف کلی:

- ۱- بهبود استاندارد ساختار شبکه و منابع انسانی و توانمندسازی نیروی انسانی
- ۲- ارتقای کمی و کیفی برنامه پزشکی خانواده روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر با رعایت استانداردها
- ۳- ارتقای برنامه گسترش مراقبت های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری برنامه پزشکی خانواده
- ۴- ارتقای نظام پایش و ارزشیابی و ارزیابی عملکرد

### S نقاط قوت:

- S1: حمایت ریاست دانشگاه از برنامه تحول نظام سلامت و پزشک خانواده
- S2: تشکیل ستاد اجرایی برنامه تحول نظام سلامت
- S3: همکاری کلیه معاونت های دانشگاه
- S4: توانمندسازی کارکنان
- S5: اجرای برنامه پزشک خانواده در روستا و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر
- S6: اجرای برنامه تحول نظام سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر
- S7: وجود نظام شبکه بهداشت و درمان در سطح استان

### W نقاط ضعف:

- W1: پراکندگی جمعیت در سطح استان با توجه به تقسیمات کشوری
- W2: ضعف سیستم ارجاع
- W3: ضعف سیستم پایش و ارزشیابی
- W4: عدم انگیزه پرسنل
- W5: ضعف دانش و مهارت در برخی از کارکنان
- W6: تعدد شرح وظایف کارکنان
- W7: بازاریابی نامناسب
- W8: عدم وجود بخش خصوصی مرتبط با نظام سلامت



### O فرصت ها:

- 01: تعامل با سازمان های برون بخشی
- 02: افزایش آگاهی جامعه
- 03: وجود خیرین سلامت
- 04: در اولویت قرار گرفتن برنامه های سلامت در سیاست های دولت
- 05: وجود برنامه تحول نظام سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر
- 06: وجود برنامه پزشک خانواده در روستا و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر
- P7: وجود نظام شبکه بهداشت و درمان
- 08: وجود بسته خدمات سطح اول
- 09: وجود ساختار شبکه براساس برنامه های ادغام یافته نوین سلامت
- 010: وجود پروتکل ها و دستورالعمل ها
- 011: تأمین منابع
- 012: پرداخت مبتنی بر عملکرد (کارانه)
- 013: حمایت مسئولین در وزارتخانه
- 014: برون سپاری خدمات

### T تهدیدها:

- T1: عدم تمایل مردم جهت دریافت خدمات سلامت از مراکز خدمات جامع سلامت
  - T2: نظام نابرابر پرداخت در بخش خصوصی و دولتی
  - T3: عدم مشارکت مطلوب سایر سازمان ها
  - T4: عدم وجود منابع پایدار
  - T5: شناخت ناکافی مسئولین سایر بخش ها از بخش سلامت
  - T6: هماهنگ نبودن برخی فعالیت های صدا و سیما با اهداف نظام سلامت
  - T7: عدم ارسال پروتکل و برنامه نرم افزار پایش و ارزشیابی از وزارتخانه
  - T8: هم راستا نبودن خدمات سلامت سایر سازمان ها (از جمله تأمین اجتماعی، شهرداری و ...)
- (... با خدمات پایه سلامت در بخش دولتی

### راهبردها

#### SO

۱۴ و ۱۳ و ۱۲ و ۱۱ و ۱۰ و ۹ و ۸ و ۷ و ۵ و ۴ - O: ۷ و ۶ و ۲ و ۱ S: گسترش برنامه پزشک خانواده در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر

۱۴ و ۱۳ و ۱۲ و ۱۱ و ۱۰ و ۹ و ۸ و ۷ و ۶ و ۴ - O: ۷ و ۵ و ۱ S: تقویت برنامه پزشک خانواده در روستا و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

۱۰ و ۹ و ۴ - O: ۳ و ۱ S: جلب همکاری معاونت های دانشگاه در راستای برنامه های سلامت

۳ - O: ۱ S: جلب همکاری خیرین سلامت در راستای تامین منابع

#### WO

۱۱ و ۱۲ - O: ۴ W: ایجاد ساز و کارهای انگیزشی برای کارکنان در سطوح مختلف

۱۱ و ۱۰ و ۹ و ۸ - O: ۵ W: توانمندسازی کارکنان رده های مختلف

۹ و ۶ و ۵ - O: ۳ W: تدوین برنامه پایش و ارزشیابی با استفاده از تکنولوژی نوین

۱۴ و ۱۳ و ۱۱ و ۱۰ - O: ۸ W: تربیت ارگان های بخش خصوصی منطبق با پروتکل های سلامت جهت برون سپاری واحدها

۱۱ و ۱۰ و ۴ - O: ۲ W: بهبود فرآیند ارجاع در سطوح مختلف

#### ST

۵ و ۳ - T: ۱ S: توسعه مشارکت و همکاری برون بخشی با سازمان های مختلف در راستای برنامه های سلامت

۶ - T: ۱ S: تعامل مستمر با صدا و سیما در راستای اجرای فعالیت ها

#### WT

۵ - T: ۷ W: بهبود فرآیند بازاریابی در جامعه

۸ و ۶ و ۵ - T: ۷ W: افزایش آگاهی سایر سازمان ها از طریق مشارکت با استانداری و ...

## نقشه راه سلامت دهان و دندان

### بیانیه مأموریت واحد سلامت دهان و دندان

واحد بهداشت دهان و دندان در راستای ارتقای سطح سلامت دهان و دندان جامعه تحت پوشش (با اولویت گروه هدف شامل کودکان زیر ۶ سال، کودکان ۶ تا ۱۴ سال، خانم‌های باردار و مادران شیرده) در قالب برنامه های پیشگیری از بیماری های دهان و دندان و درمان زود هنگام پوسیدگی های اولیه و بیماری های لثه، در مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش و همچنین آموزش مردم در رده های مختلف سنی فعالیت می نماید. رعایت بهداشت دهان و دندان در راستای حفظ دندانها و لثه سالم در سلامت عمومی افراد تأثیرگذار می باشد. پیشگیری از بیماری های دهان و دندان که شایعترین موارد آن پوسیدگی دندان و بیماری لثه است مقرون به صرفه می باشد درمانهای زود هنگام پوسیدگی های اولیه و بیماری های لثه در افراد مستعد و آسیب پذیر جامعه از تحمیل هزینه های سنگین درمانی به مردم و دولت جلوگیری می نماید.

در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، دندانپزشکان شاغل به آموزش با اولویت گروه هدف، آموزش به مراجعین واحد بهداشت خانواده، معاینه دهان و دندان دانش آموزان مدارس، فلوراید تراپی در مراکز، فیشورسیلانت، جرمگیری، ترمیم دندانهای پوسیده، خدمات کشیدن دندانهای عفونی، بازدید از مدارس و بازدید از خانه بهداشت و پایش عملکرد بهورز می پردازند.

### چشم انداز واحد سلامت دهان و دندان

▪ نهادینه شدن رعایت فرهنگ بهداشت دهان و دندان در خانواده ها به گونه ای که شاهد کاهش بیماری های لثه و دندان همراه با کاهش DMFT و تبدیل M به F باشیم که در نتیجه آن هر فرد ایرانی زمان بیشتری از عمر خویش را با دندان های طبیعی استفاده نماید.

### برنامه های اداره بهداشت دهان و دندان

- برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی
- برنامه سلامت دهان و دندان کودکان زیر سال در مراقبت های ادغام یافته کودک سالم
- برنامه کشوری دندانپزشک خانواده ادغام در برنامه پزشک خانواده روستایی
- برنامه کشوری دندانپزشک خانواده ادغام در برنامه پزشک خانواده شهری
- برنامه افزایش سهم دولت در ارائه خدمات دندانپزشکی با راه اندازی مراکز تجمیعی

## استراتژی‌ها

- ۱- پیشگیری، کنترل و درمان بیماری‌های دهان و دندان بخصوص پوسیدگی و مشکلات لثه ای با اولویت گروه هدف
- ۲- کاهش پرداخت از جیب مردم برای خدمات دندانپزشکی از طریق افزایش کارایی مراکز و جلب همکاری بیمه‌ها
- ۳- افزایش سهم دولت در ارائه خدمات سلامت دهان و دندان با ایجاد دسترسی بیشتر و با اولویت مناطق محروم

## برنامه‌های دوره‌ای واحد سلامت دهان و دندان

- ۱- افزایش درصد دانش آموزان ۱۲ ساله بدون پوسیدگی دندانی \* (۳۹/۷۸٪) به میزان ۴۶٪ در طی ۶ سال
- ۲- کاهش میزان شاخص DMFT دانش آموزان ۱۲ ساله از \* (۱/۸۴) به ۰/۵ در طی ۶ سال
- ۳- افزایش میزان F در شاخص DMFT دانش آموزان ۱۲ ساله به طور متوسط سالیانه ۳٪
- ۴- کاهش میزان D در شاخص DMFT دانش آموزان ۱۲ ساله به طور متوسط سالیانه ۳٪
- ۵- افزایش آگاهی هم‌هنگ کنندگان برنامه در مدارس ابتدایی در زمینه سلامت دهان و دندان دانش آموزان به میزان سالانه ۵٪ نسبت به سال پایه
- ۶- افزایش سطح آگاهی والدین در زمینه سلامت دهان و دندان دانش آموز سالانه ۵٪
- ۷- افزایش سطح آگاهی دانش آموزان ۱۲ ساله در زمینه سلامت دهان و دندان سالانه ۵٪
- ۸- پوشش حداقل ۹۰٪ دانش آموزان ابتدایی برای تکمیل شناسنامه الکترونیک سلامت دهان و دندان در طی ۶ سال تحصیلی (به طور متوسط سالیانه برای ۶۱٪ کل دانش آموزان ابتدایی شناسنامه تکمیل گردد) با اولویت پوشش ۹۰٪ دانش آموزان پایه اول ابتدایی تا پایان سال تحصیلی
- ۹- پوشش ۹۰٪ دانش آموزان ابتدایی در طی ۶ سال تحصیلی برای خدمت وارنیش فلورید تراپی با اولویت پوشش ۹۰٪ دانش آموزان پایه اول ابتدایی تا پایان سال تحصیلی
- ۱۰- افزایش پوشش دانش آموزان ابتدایی برای دریافت خدمات درمانی دندانپزشکی به طور متوسط سالانه ۱۰٪ نسبت به کل نیاز درمانی دندانپزشکی به دست آمده از شناسنامه الکترونیک

جدول بررسی محیط داخلی و خارجی سازمان در برنامه ها و طرح های بهداشت دهان و دندان (براساس نظرات کارشناسی)

بررسی محیط خارجی سازمان			بررسی محیط داخلی سازمان			
نوع اثر		فرصت ها و تهدیدهای محیط خارجی سازمان	نوع اثر		نقاط ضعف و قوت محیط داخلی سازمان	
تهدید	فرصت		تهدید	فرصت		
	*	گروه جامعه نگر دانشکده دندان پزشکی	نیروی انسانی	*	استفاده از نیروی بهورز و مراقبین	نیروی انسانی
	*			*	آموزش نیروی تخصصی در حیطة	
	*			*	کمبود نیروی انسانی ( دندانپزشک و پرستار دندانپزشک ) و نیز عدم وجود نیروهای حد واسط	
	*			*	عدم وجود چارت سازمانی ستادی در واحدهای ستادی شبکه های بهداشت و درمان با گستردگی جغرافیایی	
	*			*	عدم وجود تعادل در بین دو دید بهداشتی و درمانی در میان برخی دندانپزشکان	
	*	بالا رفتن آگاهی مسئولین و جامعه	*	*	کاهش توانمندی عملی و اجرایی برخی از دندانپزشکان تازه فارغ التحصیل شده	
	*			*	کاهش انگیزه فعالیت نیروهای مراقب سلامت	
	*	بستر سازی مناسب در آموزش و پرورش		*	قدرت کارشناسی و اجرایی بالا	
	*	بستر سازی در مهد کودک ها	فرهنگی	*	دیدگاه مثبت وزارتخانه	
	*	همکاری و ارتباطات مناسب بین بخشی ( بیمه، صدا و سیما، شهرداری...)		*	توانایی افزایش سطح کیفی و کمی خدمات	
	*	کمبود فلوراید آب آشامیدنی		*	نگرش مثبت مدیران نسبت به ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی	

بررسی محیط خارجی سازمان			بررسی محیط داخلی سازمان		
نوع اثر		فرصت ها و تهدیدهای محیط خارجی سازمان	نوع اثر		نقاط ضعف و قوت محیط داخلی سازمان
تهدید	فرصت		تهدید	فرصت	
*		کافی نبودن کنترل کیفیت برروی تولید و واردات تجهیزات و مواد دندانپزشکی	*		طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم phc
	*	استفاده از بخش خصوصی در ارتقای سلامت مردم	*		توانایی در ایجاد تعامل مثبت بین هیئت علمی و معاونت بهداشتی
*		عدم پوشش مناسب خدمات دندانپزشکی از سوی سازمان های بیمه گر	*		دسترسی مناسب به گروه هدف
	*	مجمع خیرین بهداشت و سلامت امام هادی (ع)	*		توزیع نسبتاً مناسب خدمات
			*		مدیریت متغیر شبکه ها
			*		نداشتن برنامه مشخص در ایجاد انگیزه و به کارگیری پتانسیل های مختلف دندانپزشکان
	*		*		عدم ثبات نظام اداری سلامت دهان و دندان در سطح وزارت خانه
			*		طرح تحول نظام سلامت در حوزه دهان و-
			*		اجرای طرح نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
*		باورهای غلط در جامعه در خصوص رعایت بهداشت دهان و دندان	*		فضای فیزیکی نامناسب
*		عملکرد نادرست جامعه در خصوص رعایت بهداشت دهان و دندان	*		وجود تجهیزات فرسوده و مستعمل
*		افزایش استفاده از مواد غذایی موثر برافزایش	*		عدم اجرای نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در بعضی از شبکه ها
*		مشخص نبودن سرانه سلامت دهان و دندان	*		کمبود اعتبارات مالی
			*		عدم حمایت مالی از برنامه های

## نقشه راه بهبود تغذیه جامعه



**اهداف کلی:**

افزایش میزان دسترسی و بهره مندی خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب، سالم و ایمن

**اهداف کمی:**

بهبود الگوی مصرف مواد غذایی میزان ۱۰ درصد سال پایه  
کاهش روند افزایش چاقی و اضافه وزن به میزان ۲ درصد سال پایه  
کاهش شیوع سوءتغذیه پروتئین انرژی در گروه‌های آسیب‌پذیر به میزان ۲٪ درصد سال پایه  
کاهش شیوع کمبود ریزمغذی‌های شایع (ید، آهن، روی، ویتامین د و ویتامین آ)  
در گروه‌های سنی به میزان ۰,۵ درصد سال پایه  
افزایش آگاهی و عملکرد کارکنان در مدیریت تغذیه در بحران به میزان ۱۰ درصد وضع موجود

**فرصت‌ها:**

- ۱- همراهی و حمایت مدیران ارشد استان و کشور از برنامه‌های سلامت استان
- ۲- همراهی و حمایت روحانیت و ائمه جمعه از برنامه‌های سلامت محور
- ۳- همراهی و حمایت نمایندگان استان در مجلس شورای اسلامی و اعضای شوراهای اسلامی شهر از برنامه‌های سلامت استان
- ۴- وجود هماهنگی بین‌بخشی با سایر ادارات و نهادها
- ۵- قابلیت‌های برنامه ششم توسعه در حمایت از نظام سلامت
- ۶- وجود شورای هماهنگی مدیریت بحران استان
- ۷- وجود و حمایت کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- ۸- درصد بالای باسوادی در استان
- ۹- وضعیت اقتصادی قابل قبول مردم استان
- ۱۰- خیرین و مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم نهاد در استان
- ۱۱- زمینه‌های مشارکت مردمی (مانند بسیج سازندگی، بسیج جامعه پزشکی، روحانیت، رابطین بهداشت و ...)
- ۱۲- وجود رسانه‌های جمعی محلی
- ۱۳- وجود محیط‌های حامی سلامت در استان

- ۱۴- وجود زیرساخت مناسب فناوری اطلاعات و ارتباطات
- ۱۵- وجود ستاد فرهنگ سلامت شهرداری
- ۱۶- گرایش‌ها و باورهای مذهبی مردم
- ۱۷- برنامه نظام تحول سلامت
- ۱۸- امکان بهره‌گیری از شبکه‌های اجتماعی در ارتقای سلامت
- ۱۹- وجود کارگروه سلامت و امنیت غذایی و کارگروه‌های تخصصی متناظر در استان
- ۲۰- وجود قوانین، مقررات و مستندات مرتبط با امنیت غذا و تغذیه در سند چشم‌انداز
- ۲۱- برنامه‌های پنج‌ساله توسعه
- ۲۲- نقشه نظام سلامت کشور و استان
- ۲۳- وجود دانشکده تغذیه
- ۲۴- وجود صاحب‌نظران در علم تغذیه و امکان بهره‌گیری از تجارب و نظرات آنان

### نقاط قوت:

- ۱- امکان ارائه طیف متنوعی از خدمات سلامت در استان
- ۲- وجود سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی
- ۳- دسترسی مناسب آحاد جامعه به واحدهای ارائه دهنده خدمات
- ۴- وجود دانشگاه‌ها و دانشکده‌های مختلف مرتبط با علوم سلامت
- ۵- وجود رشته‌های مختلف مرتبط با تغذیه در علوم پزشکی
- ۶- تعیین الویت‌های پژوهشی سلامت در استان
- ۷- وجود نیروهای متخصص و اساتید علمی و محققان توانمند
- ۸- وجود کارکنان توانمند و متعهد در بخش‌های مختلف نظام سلامت
- ۹- حمایت و تعهد مدیران ارشد بخش سلامت
- ۱۰- وجود زیرساخت فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات در ارائه خدمات سلامت
- ۱۱- وجود خیرین و مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت در استان
- ۱۲- وجود بخش خصوصی فعال مرتبط با سلامت در استان
- ۱۳- وجود پروتکل‌ها و برنامه‌های مدون برای برخی از خدمات سلامت
- ۱۴- زیرساخت مناسب و امن IT در شبکه‌های بهداشت درمان شهرستان‌ها

- ۱۵- اجرای پروژه های متعدد در قالب برنامه نظام تحول سلامت
- ۱۶- ارتقای ساختار فیزیکی و هتلینگ در مراکز ارائه خدمات سلامت
- ۱۷- امکان ارتقای ایمنی و سلامت فرآورده های غذایی
- ۱۸- وجود سیستم پایش مستمر خدمات تغذیه گروه های سنی و فیزیولوژیک (سامانه یکپارچه بهداشت)
- ۱۹- وجود ابزارهای پایش برنامه های تغذیه در سطوح شهرستانی و محیطی
- ۲۰- وجود برنامه عملیاتی
- ۲۱- وجود تجربه های موفق در زمینه همکاری های بین بخشی
- ۲۲- وجود تجربه موفق در حذف اختلالات ناشی از کمبود ید
- ۲۳- کاهش کمبود ریزمغذی ها با اجرای برنامه های مکمل یاری و غنی سازی
- ۲۴- وجود معاونت غذا و دارو که می تواند یکپارچگی سیستم کنترل ایمنی غذا را تضمین کند
- ۲۵- وجود گروه سلامت محیط و کار به عنوان بازوهای اجرایی برنامه های غذا و تغذیه در محیط
- ۲۶- وجود دستور عمل ها و آئین نامه های نظارتی برای کنترل و بهبود برنامه های غذا و تغذیه
- ۲۷- امکان آشنا نمودن دانشجویان رشته های مختلف با سیاست ها و برنامه های تغذیه در بخش بهداشت

### نقاط ضعف:

- ۱- غلبه نگرش درمان محوری بر سلامت محوری
- ۲- همراستا نبودن تربیت منابع انسانی با نیازهای عرصه خدمات
- ۳- بالا بودن نرخ جابجایی منابع انسانی
- ۴- ضعف در نظام انگیزش کارکنان
- ۵- توزیع نامتناسب نیروی انسانی
- ۶- ناکافی و یا فرسوده بودن بخشی از زیرساخت های ارائه خدمات سلامت
- ۷- ضعف در نظام پایش و ارزشیابی خدمات بخش سلامت
- ۸- ضعف در اجرای کامل نظام ارجاع
- ۹- کمبود مراجع آموزشی بومی و راهنماهای بالینی بومی شده

- ۱۰- ضعف در نظام جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و انتشار اطلاعات سلامت
- ۱۱- توسعه ناکافی طب سنتی اسلامی ایرانی تأییدشده
- ۱۲- استفاده نابجا از طب سنتی و طب مکمل
- ۱۳- ضعف در ارائه خدمات سلامت از راه دور
- ۱۴- نبودن نگاه هماهنگ و منسجم بخش‌های مختلف به برنامه‌های سلامت
- ۱۵- کاربردی نبودن پژوهش‌های انجام شده در راستای اولویت‌های سلامت
- ۱۶- ضعف بازنگری برنامه آموزش گروه پزشکی و پیراپزشکی در راستای نظام تحول سلامت
- ۱۷- کمبود نیروی انسانی
- ۱۸- ضعف توانمندی برخی از کارکنان
- ۱۹- مکانیزم‌های ناکافی تشویق و تنبیه کارکنان
- ۲۰- توجه ناکافی به خودمراقبتی
- ۲۱- ضعف در اطلاع‌رسانی صحیح به جامعه
- ۲۲- ضعف در تشخیص سریع آلاینده‌های شیمیایی و میکروبی در فراورده‌های غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی
- ۲۳- عدم هم‌خوانی سرفصل‌ها و محتوای رشته‌های دانشگاهی مرتبط با سیاست‌ها و برنامه‌های تغذیه در سطح کشور
- ۲۴- نبود بستر مناسب اجرایی تغذیه در سطوح ملی، استانی و شهرستان
- ۲۵- فقدان مراکز ارجاع کارآمد تغذیه در سطح سوم شبکه‌های بهداشتی درمانی
- ۲۶- کافی نبودن بودجه‌های تخصیص یافته (یا بودجه‌ها کم است یا در جاهای دیگر هزینه می‌شود)
- ۲۷- نبود نیروی انسانی کافی در ستاد استان، شهرستان‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت
- ۲۸- عدم بکارگیری کارشناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و روستایی
- ۲۹- اختلال در تخصیص، تامین و توزیع به موقع مکمل‌ها
- ۳۰- پایین بودن کیفیت ترازوها
- ۳۱- عدم هم‌خوانی تعداد نیروهای بکارگیری شده با جمعیت فعال و حجم خدمات

- ۳۱- عدم هم خوانی حجم کار کارشناسان تغذیه مراکز خدمات جامع سلامت با میزان حقوق دریافتی، ضعف در جذب نیروهای کار
- ۳۲- آمد در ستاد شهرستان ها (بخصوص شهرستان های محروم)
- ۳۳- کافی نبودن انگیزه کارکنان

### تهیدها:

- ۱- کمبود اعتبارات بخش سلامت
- ۲- انطباق ناکافی ساختار سازمانی ارائه خدمات با نیازهای جامعه
- ۳- تغییر الگوی بیماری ها
- ۴- تغییر سبک زندگی
- ۵- افزایش رفتارهای مخاطره آمیز بخصوص در نوجوانان و جوانان
- ۶- توزیع نامتوازن جمعیت در نقاط مختلف استان
- ۷- وجود جمعیت زیاد مهاجران غیرایرانی (اتباع بیگانه) در استان
- ۸- مشکلات اقتصادی در برخی از اقشار جامعه
- ۹- ورود، فروش و مصرف بیش از حد سموم و کودهای شیمیایی غیر مجاز در بخش کشاورزی
- ۱۰- مهاجرت و حاشیه نشینی
- ۱۱- دفع غیر بهداشتی پساب صنعتی و غیر صنعتی و استفاده غیر قانونی از پساب در آبیاری محصولات کشاورزی در برخی نقاط استان
- ۱۲- وجود صنایع و منابع آلاینده آب، خاک و هوا در استان
- ۱۳- فرهنگ نامناسب تغذیه آحاد جامعه
- ۱۴- پایین بودن سطح سواد سلامت جامعه
- ۱۵- هرم سنی ناهمگون جمعیت (ترکیب نامناسب جمعیت)
- ۱۶- فقدان بانک های اطلاعاتی جامع استانی و کشوری
- ۱۷- ناکارآمدی نظام پرداخت موجود
- ۱۸- وجود سازمان های موازی ارائه خدمات سلامت و ضعف هماهنگی بین آنها

- ۱۹- شناخت ناکافی مسؤولین سایر بخش‌ها و جامعه از نظام سلامت و انتظارات خارج از نظام سطح بندی خدمات
- ۲۰- گرایش بیماران به مراجعه به متخصصین
- ۲۱- سرمایه گذاری ناکافی بخش غیردولتی در بخش سلامت
- ۲۲- ضعف مشارکت جامعه در امور سلامت
- ۲۳- ضعف پشتوانه قانونی در حمایت از برنامه‌های سلامت
- ۲۴- ناهماهنگی وزارت صنعت، معدن و تجارت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اعطای مجوز تأسیس کارخانه مواد غذایی
- ۲۵- اثرات منفی تحریم های بین المللی بر واردات غذا
- ۲۶- بارانه های غذایی غیر هدفمند و اثرات آن بر تغذیه خانوار
- ۲۷- افزایش خانوارهای در محدوده و زیر خطر فقر
- ۲۸- ناکافی بودن حمایت مسئولین سیاسی از اجرای قوانین مرتبط با سلامت
- ۲۹- تغییرات اقلیمی و شرایط آب و هوایی
- ۳۰- ضعف نظارتی دستگاه های برون بخشی مرتبط با سلامت
- ۳۱- رکود اقتصادی
- ۳۲- هجوم پیامها و آموزشهای غیر صحیح و کارشناسی نشده از طریق رسانه ها و شبکه های اجتماعی
- ۳۳- ضعف در نقش آفرینی موثر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
- ۳۴- نبود نظام استقرار و پایش برنامه های مصوب بین بخشی
- ۳۵- ضعف سیستم پایش مستمر غذا
- ۳۶- نبود نظارت کافی و مشخص در زمینه سلامت تغذیه ای گروه های ویژه دانش آموزی، دانشجویان، مهدهای کودک، سربازخانه ها، زندان ها و ...)
- ۳۷- وجود حلقه های همپوشانی و یا فاقد مسئولیت در نظارت بر کیفیت مواد غذایی
- ۳۸- وجود کانون های متعدد و ناهماهنگ مسئول در نظارت بر غذا و تغذیه
- ۳۹- عدم وجود برنامه یکپارچه و مستمر در زمینه تغذیه در مکان های عمومی، ادارات، کارخانه ها، رستوران ها،
- ۴۰- ناکافی بودن حمایت های سیاسی در بهبود امنیت غذا و تغذیه

- ۴۱- نظارت ناکافی در حیطه های ایمنی غذایی
- ۴۲- نبودن هماهنگی کافی بین بخش های تولید غذا و متولیان سلامت
- ۴۳- روشن نبودن سیاست های کلان غذایی در استان (تولید، توزیع و مصرف)
- ۴۴- ضعف سیستمی جهت نظارت بر عملکرد بخش خصوصی
- ۴۵- افزایش خانوارهای در محدوده و زیر خط فقر و اثرات آن بر تغذیه خانوار
- ۴۶- آلودگی محیط زیست و تغییرات محیطی شامل خشکسالی، و سیل و اثرات آن بر محصولات کشاورزی
- ۴۷- رشد آسیب های اجتماعی و تأثیر آن بر تغذیه افراد و خانوارها، حاشیه نشینی و اسکان غیر رسمی
- ۴۸- عدم ثبات قیمت اقلام غذایی
- ۴۹- رواج استفاده از مواد غذایی غیرمغذی در جامعه
- ۵۰- کاهش قدرت خرید مردم

### استراتژی های کلی:

#### استراتژی های SO:

جلب همکاری سازمانهای حمایتی در حمایت تغذیه ای از گروههای سنی بی بضاعت  
تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه  
جلب مشارکت ادارات و ارگانها در آموزش تغذیه به کارکنان  
ساماندهی و بهبود نظام ارجاع

#### استراتژیهای ST:

توسعه همکاری درونبخشی بهبود تغذیه در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروههای مختلف هدف  
انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه ها و نشریات با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذیربط  
توسعه همکاری بین بخشی بهبود تغذیه در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروههای مختلف هدف

تقویت و توسعه آموزشهای جامعه آشنا نمودن دانشجویان رشته های مرتبط با تغذیه با برنامه های بهبود تغذیه جاری سیستم سلامت

### استراتژیهای WO:

آموزش و بازآموزی کارکنان سلامت از طریق برگزاری آزمون های الکترونیکی و وبینار آشنا نمودن دانشجویان رشته های مرتبط با تغذیه با برنامه های بهبود تغذیه جاری سیستم سلامت

### استراتژیهای WT:

طرح برنامه های بهبود تغذیه جامعه در کارگروه سلامت و امنیت غذایی طراحی و اجرای بسیج های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه تغذیه صحیح تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه گسترش و اجرای برنامه های حمایت تغذیه ای از اقشار آسیب پذیر جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت بهبود فرایند ارجاع در سطوح مختلف ارائه خدمت ساماندهی استفاده از ظرفیت بخش خصوصی برای پذیرش ارجاعات

### اهداف بلند مدت:

- ۱- ارتقای شاخص های تغذیه
- ۲- افزایش ایمنی غذا و دستیابی به سلامت غذا
- ۳- دسترسی عادلانه آحاد مردم به غذای کافی، باکیفیت و قیمت مناسب
- ۴- تقویت کمی و کیفی منابع انسانی بخش سلامت
- ۵- بهبود کمی و کیفی خدمات تغذیه در بخش سلامت

### اهداف راهبردی:

- ۱- افزایش سواد تغذیه ای گروههای هدف اولویت دار حداقل به میزان ۵۰٪ سال پایه
- ۲- افزایش میانگین دریافت اقلام اصلی سبد غذایی به میزان ۱۵٪ سال پایه



- ۳- کاهش میزان نمک، قندهای ساده و چربی در فرآورده های غذایی و آشامیدنی به میزان حداقل ۳۰٪ سال پایه
- ۴- بهره مندی ۱۰۰٪ گروههای آسیب پذیر چاق از یکبار ویزیت و مشاوره در برنامه پزشک خانواده و استمرار مراقبت ۵۰٪ افراد شناسایی شده
- ۵- حفظ و ارتقای پوشش مصرف نمک یددار تصفیه شده در حداقل ۹۸٪ خانوارهای استان
- ۶- استقرار نظام مدیریت غذا و تغذیه در مدیریت بحران استان ها
- ۷- تقویت مکمل یاری آهن، روی، ویتامین آ و د در صنایع غذایی و مراقبت ها

### راهبردها:

- ۱- اصلاح شیوه زندگی
- ۲- ارتقای تعاملات بین بخشی
- ۳- توسعه و بکارگیری ظرفیتها و تواناییهای بالقوه و بالفعل بخش غیردولتی (خصوصی، خیریه، تعاونی و نهادهای عمومی مردمی)
- ۴- اصلاح الگوی تغذیه جامعه
- ۵- اصلاح الگوی تحرک جامعه
- ۶- توانمند سازی مردم در بکارگیری صحیح مهارت های زندگی با تأکید بر مهارت های ارتباطی، مدیریت کنترل هیجانات، حل مسئله و مدیریت استرس)
- ۷- تقویت نظام مراقبت بیماریها و عوامل خطر
- ۸- تأمین غذای سالم و ایمن
- ۹- ارتقای سطح سواد سلامت مردم
- ۱۰- مدیریت منابع مالی و فیزیکی مورد نیاز بخش
- ۱۱- تأمین منابع انسانی موردنیاز
- ۱۲- افزایش بهره‌وری و هزینه اثربخشی مداخلات سلامت
- ۱۳- ترویج سبب غذایی مطلوب
- ۱۴- هم افزایی درون بخشی
- ۱۵- هم افزایی برون بخشی

- ۱۶- توانمند سازی خانواده ها در تأمین و مصرف غذای سالم
- ۱۷- مراقبت تغذیه ای گروه های سنی در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ۱۸- مکمل یاری گروههای سنی (با تأکید بر گروههای آسیب پذیر)
- ۱۹- آموزش و اطلاع رسانی عمومی از طریق رسانه های ارتباط جمعی
- ۲۰- بهره مندی ۷۰٪ کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان، زنان باردار و سالمندان چاق از یکبار ویزیت و مشاوره در برنامه پزشک خانواده و استمرار مراقبت ۵۰٪ افراد شناسایی شده
- ۲۱- توسعه ارائه خدمات تغذیه ای در سطح استان

### سیاست ها:

- ۱- سازمان دهی ارتباطات و تعاملات بین بخشی و فرابخشی
- ۲- توسعه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ۳- استفاده از رسانه ها، صدا و سیما و فضای مجازی در جهت ترویج رفتارهای سالم و ارتقای سطح سواد سلامت مردم
- ۴- نظارت بر بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی
- ۵- حمایت از تولیدکنندگان مواد غذایی مطلوب
- ۶- مغذی سازی مواد غذایی
- ۷- بومی سازی سبد غذایی مطلوب
- ۸- تقویت نظام انگیزشی کارکنان بخش سلامت
- ۹- اجرای برنامه ترویج سبک زندگی سالم

### اقدامات اساسی:

- ۱- استانداردسازی ارائه خدمات
- ۲- جلب همکاری سایر سازمان ها و ادارات از طریق کارگروه سلامت و امنیت غذایی و معاونت اجتماعی دانشگاه
- ۳- تدوین تفاهم نامه همکاری با سایر سازمان ها

- ۴- همکاری در تهیه و تدوین استانداردهای مرتبط با سلامت در سایر بخش‌ها
- ۵- طراحی و اجرای بسیج‌های مرتبط با سلامت
- ۶- اجرای پروتکل‌های پایش و ارزشیابی
- ۷- آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی
- ۸- برنامه‌ریزی و پایش عملکرد اعضای تیم سلامت
- ۹- انتقال آموزش‌های تغذیه به جامعه از طرق مختلف (رسانه‌های جمعی، مطبوعات محلی، آموزش و پرورش و ...)
- ۱۰- طرح جامع ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای
- ۱۱- ترویج شیوه‌های زندگی سالم
- ۱۲- ارائه خدمات مراقبتی ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر
- ۱۳- فراهم نمودن امکان توزیع عادلانه سبد غذایی مطلوب و مواد غذایی سالم برای برخوردارانی تمامی افراد جامعه از غذای مناسب و کافی
- ۱۴- استقرار برنامه جامع اصلاح الگوی مصرف مواد غذایی
- ۱۵- استانداردسازی مراقبت‌های تغذیه‌ای (زنان باردار، نوجوانان و جوانان، مراقبت‌های تغذیه‌ای در واحدهای سرپایی و بستری خدمات سلامت)
- ۱۶- کنترل و پایش محصولات حاوی نمک و سدیم، قندهای ساده، روغن و چربی (PMS)
- ۱۷- استفاده از ظرفیت سازمان جهاد کشاورزی در تولید مواد غذایی سالم
- ۱۸- غنی‌سازی خاک کشاورزی و مواد غذایی منتخب با ریزمغذی‌ها
- ۱۹- گسترش استفاده از سبد غذایی مطلوب و راهنماهای غذایی کشور
- ۲۰- بازبینی ساختار نیروی انسانی
- ۲۱- جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه‌دهنده خدمت
- ۲۲- تربیت نیروهای متخصص موردنیاز بخش سلامت
- ۲۳- شناسایی و تشویق کارکنان فعال و پراگیزه
- ۲۴- تکمیل و اصلاح موارد مرتبط با تغذیه در پرونده الکترونیک سلامت
- ۲۵- نظارت بر عرضه اطلاعات موثق و مناسب تغذیه به عموم مردم
- ۲۶- اجرای مناسب‌های ملی و استانی مرتبط با تغذیه

## نقشه راه آزمایشگاه رفرانس بیماریها

**رسالت:**

آزمایشگاه رفرانس بیماری ها به عنوان یکی از عناصر نظام مراقبت از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و با هدف دسترسی آحاد جامعه به خدمات آزمایشگاهی با کیفیت مطلوب و نیز افزایش توان در پاسخگویی به نیازهای حوزه بهداشت و در راستای استفاده بهینه از منابع، امکانات، جلوگیری از انجام فعالیت های موازی با بخش خصوصی و اتلاف سرمایه های استانی تشکیل می گردد و ملزم به کسب توانمندی در جهت راهبری و ارائه خدمات مورد نیاز نظام سلامت با تأکید ویژه بر پشتیبانی مورد نیاز نظام بیماری های تحت مراقبت در راستای الویت های تعیین شده در برنامه های بهداشتی کشور، انتظارات و الویت های تعیین شده توسط مرکز مدیریت بیماری ها و نیز الویت های تعیین شده دانشگاه بر اساس بیماری های بومی و منطقه ای (هماهنگ شده با مرکز مدیریت بیماری های وزارت متبوع و آزمایشگاه مرجع سلامت) می باشند. همچنین آزمایشگاه رفرانس بیماری ها توانمندی انطباق با برنامه های جدید نظام سلامت را در حیطه آزمایشگاهی مربوط به هر بیماری دارا می باشد.

در صورت آندمیک بودن یک بیماری و یا اپیدمی شدن آن در استان، به طوری که از نظر سیستم بهداشتی یک الویت باشد، آزمایشگاه رفرانس بیماریها از کیفیت عملکرد در مورد انجام برنامه های مذکور و یا طرح های کشوری آتی در زمینه بیماری های تحت مراقبت واگیر و غیر واگیر اطمینان حاصل می نماید.

**بیانیه مأموریت**

آزمایشگاه رفرانس بیماری ها برنامه ریزی لازم در جهت ایجاد توانمندی در زمینه فعالیت های مشترک و در راستای مدیریت بیماری های تحت مراقبت (واگیر و غیرواگیر)، آزمایشگاه مواد مخدر، آزمایشگاه بهداشت محیط و حرفه ای و اجرای برنامه ایمنی را دارا می باشد:

- در راستای سیاست ارتقای نظام مدیریت آزمایشگاه های سلامت و هدف ارتقای نظام جامع و سطح بندی خدمات آزمایشگاهی، آزمایشگاه رفرانس بیماریها اقدام به طراحی برنامه سطح بندی منطبق بر طرح های گروه توسعه شبکه و ارتقای سلامت نموده است که از وظایف مهم ما اجرا و نظارت بر برنامه سطح بندی، نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده و

بیمه روستایی در آزمایشگاه های بهداشتی تحت پوشش می باشد که بر اساس ابلاغ نظام سطح بندی شبکه آزمایشگاه های بهداشتی انجام پذیرد. در این راستا، همکاری آزمایشگاه فرانس بیماریها با آزمایشگاه های بهداشتی و سایر مراکز مربوطه در حیطة شرح وظایف تعیین شده، جهت استقرار استانداردهای مربوط به فضای کاری، کارکنان، دامنه فعالیت ها و تجهیزات در سطوح مختلف طبق دستورعمل سطح بندی شبکه آزمایشگاههای بهداشتی الزامی است.

- در تمامی زمینه ها استقرار سیستم مدیریت کیفیت در بخش های مختلف آزمایشگاه فرانس بیماریها طبق آموزش های ارائه شده توسط اداره مدیریت تضمین کیفیت آزمایشگاه مرجع سلامت مانند رعایت دستور عمل های فنی استاندارد، اجرای برنامه کنترل کیفیت داخلی، رعایت استانداردهای مربوط به فضا، استانداردهای مربوط به کارکنان و آموزش آنها، استانداردهای مربوط به اجرای برنامه ایمنی، تعمیر، نگهداری و کالیبراسیون تجهیزات و غیره به عنوان الگوی اجرایی جهت آزمایشگاه های تحت پوشش دانشگاه الزامی است.

همکاری با آزمایشگاه های بهداشتی در زمینه ممیزی و پایش فرآیند نمونه گیری شامل استفاده از ظروف استاندارد، تهیه محیط های نگهدارنده در صورت لزوم، روش استاندارد انتقال نمونه های عفونی و غیره در کلیه سطوح شامل سطح نمونه گیری و نیز سایر سطوح سطح بندی طبق دستورعمل مربوطه ضروری است.

همکاری با آزمایشگاه های بهداشتی در برنامه ممیزی و پایش آزمایشگاههای بهداشتی در قالب تیم ممیزی با استفاده از چک لیست های تدوین شده موجود در زمینه استقرار سیستم مدیریت کیفیت و نیز هر ۶ ماه یک بار مطابق چک لیست های مربوط به بیماری های تحت مراقبت واگیر، غیرواگیر، آزمایشگاه مواد مخدر و غیره الزامی است. همچنین مشکلات موجود در چک لیست ها استخراج و بر مبنای گزارش تهیه شده، راهکارهای پیشنهادی ارائه و انجام اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه لازم پیگیری می شود.

مدیریت برنامه ارزیابی خارجی کیفیت در سطح منطقه، تحت نظارت آزمایشگاه فرانس بیماری ها و آزمایشگاه مرجع کشوری بیماری مورد نظر از شرح وظایف این آزمایشگاه می باشد که طبق برنامه زمان بندی تعیین شده، الویت بندی بیماری های بومی و منطقه ای و نیز نیازسنجی انجام شده بر مبنای اجرای برنامه ممیزی و پایش و نیز سایر

برنامه ها در آزمایشگاه های تحت پوشش در زمینه بیماری های تحت مراقبت واگیر، غیرواگیر، مواد مخدر و غیره در سطح منطقه برنامه ریزی و انجام می شود و در صورت وجود مشکلات راهکارهای پیشنهادی ارائه و انجام اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه لازم پیگیری می شود.

همکاری با آزمایشگاه های بهداشتی در قالب تیم آموزشی مدرسین جهت برگزاری کارگاهها و دوره های آموزشی که طبق برنامه نیاز سنجی آموزشی انجام شده و نیز مطابق سرفصل های مربوط به هر بیماری و یا موضوعاتی که توسط آزمایشگاه مرجع سلامت با همکاری مرکز مدیریت بیماری ها، دفتر سلامت روان، اعتیاد و اجتماعی، مرکز سلامت محیط و کار و کمیته های فنی مربوطه و غیره تعیین شده، انجام می پذیرد. برنامه حداقل به طور سالیانه جهت آزمایشگاه های بهداشتی که تعداد آنها برحسب نوع بیماری متفاوت بوده، اجرا شده و ممکن است طیف وسیعی شامل سطح نمونه گیری تا مرکز بهداشت شهرستان را شامل شود. همچنین این کارکنان باید خود در دوره های آموزشی مربوطه که از طرف آزمایشگاه مرجع سلامت و سایر مراکز مربوطه تشکیل می شود، شرکت نمایند.

### **چشم انداز**

آزمایشگاه رفرانس بیماریها بر این باور است تا با فناوری نوین در عرصه ارتقای کیفیت خدمات آزمایشگاهی تشخیص پزشکی یکی از آزمایشگاههای برتر کشور در زمینه تشخیص بیماریهای واگیر و غیرواگیر بوده و از نظر شاخص های مرتبط در رتبه اول تا سوم آزمایشگاههای کشور قرار گیرد.

### **هدف کلی**

دسترسی عادلانه و همگانی به خدمات سلامت با کیفیت.

### **اهداف کمی**

- ارتقای کیفیت خدمات آزمایشگاهی به میزان ۹۵ درصد تا پایان برنامه ششم.
- افزایش پوشش خدمات ادغام یافته سلامت گروه های سنی به ویژه میانسالان به میزان ۹۰ درصد تا پایان برنامه ششم.
- بهره مندی ۱۰ درصدی سالانه جمعیت تحت پوشش از مراقبت های اولیه سلامت تا پایان برنامه ششم.

**برنامه استراتژیک گروه یا برنامه های بلند مدت**

در راستای سیاست ارتقای نظام پیشگیری، کنترل، حذف و ریشه‌کنی بیماری‌های واگیر و نیز سیاست ارتقای نظام غربالگری، پایش و مدیریت بیماری‌های غیر واگیر و خاص مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت متبوع، از وظایف بسیار مهم آزمایشگاه رفرانس بیماریها، ارتقای کیفیت عملکرد آزمایشگاه‌های بهداشتی در زمینه مدیریت بیماری‌های تحت مراقبت واگیر و غیرواگیر به شرح ذیل می‌باشد.

۱- فعالیت به عنوان آزمایشگاه ارجاع جهت بیماریهای تحت مراقبت واگیر و ارائه خدمات از طریق ایجاد توانمندی، انجام و مدیریت آزمایشهای مرتبط با این بیماری‌ها نحوه انجام و مدیریت بیماری‌های تحت مراقبت واگیر به شرح ذیل می‌باشد:

**عفونت‌های باکتریایی**

بیماری سل:

- توانمندی انجام آزمایش دید مستقیم
- بازبینی گسترش‌های دریافتی از آزمایشگاه سطح ۲ (۱۰٪ گسترش‌های منفی و کلیه گسترش‌های مثبت)
- کلیه آزمایشگاه‌های کشت، آنتی بیوگرام و یا آزمایشگاه‌های مولکولی سل مستقر در سطح دانشگاه باید تحت نظر این آزمایشگاه فعالیت نمایند.

التور:

- انجام روشهای تأییدی در موارد مشکوک که مراکز قادر به تشخیص آن نبوده و یا انجام آزمایشهای تخصصی که مرکز بهداشت شهرستان (سطح ۳) قادر به انجام آن نمی‌باشند، شامل تأیید تشخیص با استفاده از آنتی سرمهای معتبر تایید شده و نیز آنتی سرم O<sub>139</sub>
- دریافت ۵ نمونه اول تشخیص داده شده از مرکز بهداشت شهرستان و انجام آزمایشات مربوطه جهت تشخیص و تایید تشخیص

- ارسال ۵ نمونه اول تایید شده توسط این آزمایشگاه به آزمایشگاه مرجع کشوری بیماری‌های التور جهت تایید تشخیص

بیماریهای منتقله از آب و غذا شامل شیگلوز، سالمونلوز، اشریشیا کلی پاتوژن، Coli O157 H7 E و.....:

- انجام روش‌های تشخیصی و تایید تشخیص در مورد ۱۰٪ نمونه‌های تشخیص داده شده دریافتی از مرکز بهداشت شهرستان در مورد باکتری‌های فوق



▪ ارسال ۵٪ نمونه ها در مورد باکتریهای فوق از این آزمایشگاه به آزمایشگاه همکار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و آزمایشگاه مرجع کشوری اشریشیا کلی واقع در انستیتو پاستور ایران

مسمومیت غذائی ناشی از توکسین استافیلوکوک و ... :

▪ مدیریت ارسال نمونه به آزمایشگاه مرجع منطقه ای و یا آزمایشگاه مرجع کشوری  
بو تولیسم:

▪ مدیریت ارسال نمونه به آزمایشگاه مرجع کشوری بیماری (انستیتو پاستور ایران)  
دیفتری و سیاه سرفه:

▪ مدیریت ارسال نمونه جهت تشخیص و تأیید تشخیص آزمایشگاهی به آزمایشگاه همکار (آزمایشگاه تشخیص بیماری دیفتری و سیاه سرفه واقع در انستیتو پاستور ایران)  
مننژیت:

▪ تعیین و اعتباربخشی آزمایشگاه یک بیمارستان در سطح دانشگاه علوم پزشکی جهت انجام آزمایش های تأیید تشخیص و یا انجام آزمایش های تکمیلی و تخصصی با همکاری اداره امور آزمایشگاه های معاونت درمان

▪ اطمینان از صحت عملکرد کلیه آزمایشگاه های بیمارستان در سطح دانشگاه با همکاری اداره امور آزمایشگاه معاونت درمان طبق شرح وظایف مربوطه

جذام:

▪ بازبینی گسترش های دریافتی از آزمایشگاه سطح ۳ (۱۰٪ گسترش های منفی و کلیه گسترش های مثبت)

▪ تأیید تشخیص گسترش های مشکوک

▪ ارسال به آزمایشگاه همکار (مرکز تحقیقات پوست و جذام دانشگاه تهران) در موارد خاص جهت تأیید تشخیص

لیتوسپیروز:

▪ مدیریت ارسال نمونه به آزمایشگاه همکار (انستیتو پاستور آمل)

### عفونت های ویروسی

ایدز:

■ انجام آزمایش الیزا در مورد تمامی نمونه های مثبت دریافتی از مراکز بهداشت شهرستان و مدیریت انجام آزمایش های تایید تشخیص و تخصصی در آزمایشگاه مرجع بیماریهای رفتاری  
انواع هپاتیت:

■ انجام آزمایش الیزا در مورد تمامی نمونه های مثبت دریافتی از مراکز بهداشت شهرستان و مدیریت انجام آزمایش های تایید تشخیص و تخصصی در آزمایشگاه مرجع بیماری های رفتاری  
آنفلوانزا:

■ مدیریت و انجام آزمایش به روش PCR نمونه های ارسالی از دانشگاههای کاشان و چهارمحال بختیاری و مراکز بهداشت شهرستانها  
سرخک، سرخجه:

■ مدیریت ارسال نمونه به آزمایشگاه همکار (آزمایشگاه ویروس شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران)  
روتاویروس:

■ مدیریت ارسال نمونه به آزمایشگاه همکار ( مرکز تحقیقات بیمارستان کودکان مفید)  
پولیومیلیت:

■ مدیریت ارسال نمونه به آزمایشگاه همکار ( آزمایشگاه ویروس شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران)  
بیماری تب کریمه کنگو (CCHF):

■ مدیریت ارسال نمونه به آزمایشگاه مرجع کشوری بیماری(انستیتو پاستورایران)

### عفونت های انگلی

مالاریا:

■ بازبینی گسترش های دریافتی از آزمایشگاههای سطح ۳ شهرستانها (۳۰٪ گسترش های منفی و کلیه گسترش های مثبت)  
■ تأیید تشخیص گسترش های مشکوک  
■ در صورت وجود مشکل در زمینه تایید تشخیص، ارسال نمونه به آزمایشگاه همکار (دانشکده بهداشت دانشگاه تهران)

**لیشمانیوز جلدی و احشایی:**

- توانمندی انجام آزمایش دید مستقیم و کشت نمونه در مورد لیشمانیوز جلدی و اجرای روش های مستقیم، کشت و سرولوژی جهت بیماری لیشمانیوز احشایی در صورت لزوم.
- بازبینی گسترش های دریافتی از تمامی سطوح آزمایشگاه های بهداشتی (۳۰٪ گسترش های منفی و کلیه گسترش های مثبت)
- ارسال موارد مشکوک (در صورت عدم توانایی تشخیص نهایی) به آزمایشگاه همکار (دانشکده بهداشت دانشگاه تهران)

**فاسیولیاژیس:**

- انجام روش های تشخیص و تایید تشخیص بیماری به خصوص در مناطق شایع بیماری
- ارسال موارد مشکوک (در صورت عدم توانایی تشخیص نهایی) به آزمایشگاه همکار (در حال اعتباربخشی)

**۲- ارائه خدمات از طریق ایجاد توانمندی، انجام و مدیریت آزمایشهای مرتبط با غربالگری بیماری های غیر واگیر**

توانمندی انجام و مدیریت آزمایش های غربالگری و اطمینان از صحت و دقت آزمایش های تشخیصی هیپوتیروئیدی نوزادان (CH)، تالاسمی، دیابت و سایر طرح های کشوری شامل فنیل کتون اوریا (PKU) و تعیین نقص عملکرد آنزیم G6PD و نیز طرح های در دست برنامه ریزی در آینده شامل گالاکتوزومی، آنمی سیکل سل، سندرم داون، هموفیلی و غیره طبق پروتکل تعیین شده توسط مرکز مدیریت بیماری ها.

**برنامه پیشگیری از بیماری تالاسمی**

- انجام آزمایش های اولیه و تاییدی شامل انجام آزمایش (CBC)، اندازه گیری هموگلوبین A2 و انجام الکتروفورز بر روی نمونه های دریافتی از ۱۰٪ زوجین مبتلا به تالاسمی مینور براساس پروتکل کشوری.
- اطمینان از کیفیت عملکرد آزمایشگاه های مجری برنامه تشخیص بیماری تالاسمی.
- مدیریت ارسال نمونه های مربوط به موارد خاص بیماری جهت تشخیص نهایی از این آزمایشگاه به آزمایشگاه همکار واقع در انستیتو پاستور ایران (در حال اعتباربخشی)

**برنامه غربالگری در زمینه بیماری های تحت مراقبت غیر واگیر****برنامه غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادان**

- ارتقای کیفیت عملکرد آزمایشگاه در برنامه تشخیص بیماری هیپوتیروئیدی نوزادان و طراحی و اجرای پروژه در قالب برنامه عملیاتی جهت ارتقای کیفیت عملکرد برنامه.
- تعیین و اعتبار بخشی مراکز انجام دهنده آزمایش های تأییدی (آزمایشگاه های بیمارستان و آزمایشگاه های خصوصی) در سطح دانشگاه و نظارت مداوم بر نحوه عملکرد آنها با همکاری امور آزمایشگاه های بهداشتی و اداره امور آزمایشگاه های درمان
- مدیریت ارسال ۳٪ نمونه های بین ۱۰-۴ میلی اینترنشنال یونیت در لیتر، ۲٪ نمونه های بالای ۱۰ میلی اینترنشنال یونیت در لیتر و نیز حداقل ۵/۰٪ نمونه های پایین تر از ۴ میلی اینترنشنال یونیت در لیتر، به آزمایشگاه مرجع کشوری واقع در دانشگاه علوم پزشکی شیراز (در حال اقدام جهت اعتباربخشی)

**برنامه غربالگری بیماری فنیل کتون اوری**

- اطمینان از صحت عملکرد آزمایشگاه مجری برنامه تشخیص بیماری فنیل کتون اوری (آزمایشگاه بخش خصوصی)
- تعیین و اعتباربخشی آزمایشگاه بخش خصوصی در سطح دانشگاه و نظارت بر عملکرد آن به طور مستمر جهت انجام آزمایشات تاییدی فنیل کتون اوری با اندازه گیری اسید آمینه فنیل آلانین (بادستگاه HPLC) با همکاری اداره امور آزمایشگاه های درمان.
- مدیریت ارسال نمونه های مربوط به موارد خاص جهت تشخیص نهایی به آزمایشگاه همکار واقع در مرکز طبی کودکان (در حال اقدام جهت اعتباربخشی)
- مدیریت ارسال نمونه در موارد مشکوک به ابتلا به فنیل کتون اوریای بدخیم به آزمایشگاه مرجع کشوری جهت اندازه گیری بیوبترین ونثوپترین (در حال اقدام جهت اعتباربخشی)

**برنامه غربالگری بیماری نقص عملکرد آنزیم G<sub>6</sub>PD در نوزادان**

- اطمینان از صحت عملکرد آزمایشگاه مجری برنامه تشخیص نقص عملکرد آنزیم G<sub>6</sub>PD در نوزادان (هنوز فعال نیست، به محض انجام در استان).

**برنامه غربالگری بیماری دیابت**

- اطمینان از صحت عملکرد آزمایشگاه مجری طرح های کشوری دیابت (آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان) با همکاری این آزمایشگاه جهت مراقبت بیماری.
- دریافت ۵٪ از نمونه های سرم افراد مبتلا به دیابت از آزمایشگاه مراکز بهداشت شهرستان، جهت تأیید تشخیص با انجام آزمایش های اولیه و تکمیلی در این آزمایشگاه.

**برنامه نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر**

- اطمینان از صحت عملکرد آزمایشگاه مجری طرح فوق (آزمایشگاه مراکز بهداشت شهرستان) با همکاری این آزمایشگاه.
- دریافت ۵٪ از کلیه نمونه های سرم از آزمایشگاه مراکز بهداشت شهرستان، جهت تأیید تشخیص با انجام آزمایش های اولیه و تکمیلی در این آزمایشگاه.

**بررسی عوامل داخلی****نقاط قوت Strengths**

- ۱- حمایت ریاست و معاونین دانشگاه از برنامه های آزمایشگاه رفانس بیماری ها بویژه بیماریهای غیرواگیر
- ۲- امکان همکاری اداره امور آزمایشگاه های معاونت درمان و سایر آزمایشگاههای خصوصی سطح استان
- ۳- توسعه و وجود نظام شبکه جهت ارائه خدمات تشخیصی
- ۴- وجود سوپروایزرها و کارشناسان آزمایشگاهی توانمند و متخصص
- ۵- حمایت و همدلی کارکنان از برنامه ها
- ۶- دسترسی به ابزارهای مناسب اطلاعاتی به روز
- ۷- امکان بازآموزی کارشناسان آزمایشگاهی در رده های مختلف
- ۸- امکان انجام پژوهش های آزمایشگاهی و بالینی
- ۹- همکاری با مراکز تحقیقاتی
- ۱۰- انجام غربالگری های مرتبط با بیماریهای واگیر و غیرواگیر
- ۱۱- منطبق بودن اهداف برنامه ها با بخشی از فعالیت های واحدهای فنی مرکز بهداشت استان
- ۱۲- توجه ارائه دهندگان خدمت به رضایتمندی مشتریان

### نقاط ضعف Weakness

- ۱- انگیزه کم کارکنان در سطوح مختلف.
- ۲- ضعف دانش و مهارت در برخی از کارکنان در آزمایشگاه های مراکز خدمات جامع سلامت
- ۳- تعدد وظایف و فعالیتهای محوله برخی از کارشناسان
- ۴- کافی نبودن تیم فنی آزمایشگاهی در مراکز خدمات جامع سلامت
- ۵- ضعف ساختار تشکیلاتی در رابطه با برنامه های تشخیص بیماری ها
- ۶- نامتناسب بودن آموزش های دانشگاهی با نیازهای اجرایی نظام سلامت
- ۷- کمبود تعداد مراکز سلامت در سطح استان

### بررسی عوامل خارجی

#### فرصت ها Opportunities

- ۱- حمایت آزمایشگاه مرجع سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- دسترسی سریع به فن اوری های نوین آزمایشگاهی و اطلاعات علمی روز
- ۳- وجود آزمایشگاههای خصوصی فعال در استان
- ۴- وجود کارشناسان و متخصصین آزمایشگاهی فارغ از تحصیل غیرشاغل و جویای کار

#### تهدیدها Threats

- ۱- کم توجهی به اهداف موردنظر در برنامه های تشخیص بالینی در سیاستگذاری های کشوری
- ۲- کمبود اعتبارات و تخصیص های مورد نیاز برای اجرای برنامه های مورد نظر
- ۳- شناخت ناکافی مسئولین از وظایف پر خطر آزمایشگاه و نگاه یکسان با سایر کارکنان نظام سلامت
- ۴- مشارکت و همکاری ناکافی بخش خصوصی
- ۵- کمبود زیرساخت های مورد نیاز در سطح استان جهت پیشبرد اهداف برنامه های آزمایشگاه
- ۶- عدم تمایل مردم برای مراجعه به آزمایشگاههای مراکز به جهت متفاوت بودن مبلغ فرانشیز دفاتر بیمه (تامین اجتماعی و بیمه سلامت و...)
- ۷- مشکلات اقتصادی مردم و عدم هزینه کرد کامل برای خدمات آزمایشگاهی

# انتظارات نقشه جامع سلامت از ادارات و سازمان ها

## پیشگفتار

به دنبال ابلاغ چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی و تدوین سند تحول نظام سلامت کشور برای تحقق این چشم انداز، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز اقدام به تهیه نقشه جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی نمود.

اگر چه مهم ترین خصوصیت این سند، مشارکت جمعی بزرگ از صاحب نظران دانشگاه و صرف زمان و انرژی بسیار است اما پیاده سازی و اجرای آن نیاز به مشارکت و همدلی کلیه سازمان ها و ادارات استان را دارد. در همین راستا استراتژی های پیشنهادی دانشگاه برای سایر سازمان ها و ادارات بر اساس نقشه جامع و برنامه های راهبردی سلامت استخراج گردید و در قالب جداول در مجموعه ای که پیش رو دارید تدوین گردید. بدیهی است که هر سازمان و اداره ای با توجه به شرح وظایف تعریف شده می تواند استراتژی ها و راهکارهای بیشتری را برای تحقق اهداف سلامت به موارد تهیه شده، اضافه نماید.

شایان ذکر است که انجام و پیشرفت این استراتژی ها در کارگروه سلامت و امنیت غذایی مورد پایش و ارزشیابی قرار خواهد گرفت و به همین دلیل برخی شاخص های مرتبط با انجام استراتژی ها نیز مورد اشاره قرار گرفته است.

## مقدمه

از آنجا که میزان اثربخشی برنامه های بهداشتی درمانی و برنامه های مداخله ای که در جهت ارتقای سلامتی طراحی شده با کمک تغییرات میزان های مرگ و میر شناخته می شوند و از طرف دیگر بررسی علل فوت نمایانگر چگونگی بهره مندی مردم جامعه از خدمات بهداشتی درمانی است، لذا بررسی علل مرگ و شاخص عمر از دست رفته (در اثر مرگ زودرس و ناتوانی) معیاری برای دستیابی به مشکلات عمده سلامت قرار گرفت.

با مقایسه، تحلیل و دسته بندی علل مرگ و میر، ۵ اولویت اصلی سلامت استان بر اساس معیارهای تاثیر بر شاخص <sup>1</sup>DALY و قابلیت پیشگیری به شرح ذیل انتخاب گردیدند:

- بیماری های قلب و عروق
- حوادث عمدی و غیرعمدی

<sup>1</sup>Disability Adjusted Life Years



- بیماری های حول و حوش تولد
- بیماری های روانی و اختلال رفتاری
- سرطان ها

محدودیت منابع ایجاب می کند که برای آن گروه از مشکلات تندرستی برنامه‌ی مقابله تهیه شود که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می کنند و در نتیجه کاستن از ابعاد مشکل، از طریق اجرای یک برنامه‌ی اثربخش، با بیشترین افزایش در سطح سلامت جامعه همراه خواهد بود. طی دهه‌های اخیر روش‌های گوناگونی برای دستیابی به اولویت‌های تندرستی به کار گرفته شده است که تمامی آن‌ها به گونه‌ای بر اطلاعات ابتلا و مرگ استوار است. محاسبه بار بیماری برای بیماری های مختلف که توسط سازمان جهانی بهداشت هم به کشورهای عضو توصیه شده است معیار اصلی انتخاب اولویت های سلامت استان در نقشه جامع قرار گرفت و اولویت های سلامت استان به شرح ذیل تعیین گردیدند:

- الف- پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی
- ب- پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیرعمدی
- ج- پیشگیری و کنترل سرطان ها ی شایع منطقه
- د- پیشگیری کنترل عوارض و بیماری های حول و حوش تولد (پری ناتال)<sup>۱</sup>
- ه- پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری

ذکر این نکته ضروری است که در هر استان، بیماری ها و اختلالات تأثیرگذار بر سلامت وجود دارند که بومی آن منطقه بوده و ممکن است بر شاخص مرگ تاثیر زیادی نگذارند ولیکن می توانند بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشند (نظیر سالک) و طراحی برنامه های مداخله ای را ایجاب می نمایند.

گروهی از بیماری ها نیز با توجه به شدت آنها و تاثیرات بعدی که بر بار بیماری ها در روند زمان خواهند گذاشت اهمیت می یابند نظیر بیماری های نوپدید و باز پدید، که این گروه نیز و در طرحی مداخلات مد نظر قرار گرفت.

لازم به توضیح است که سایر برنامه های سیستم سلامت (نظیر برنامه های سلامت کودکان، میانسالان، دهان و دندان، سالمندان، مبارزه با سل و....) نیز مطابق روال معمول و

<sup>1</sup>Perinatal

تحت عنوان برنامه های جاری انجام می شوند و از اهمیت آنها کاسته نمی شود ولیکن با عنایت به تأثیر برنامه های پنج گانه فوق در ارتقای شاخص های سلامتی استان و تحقق اهداف چشم انداز، این برنامه ها به عنوان برنامه های اولویت دار سلامت استان تعیین گردیدند و عمده برنامه های مداخله ای سیستم سلامت را تشکیل می دهند. هر یک از اولویت های فوق الذکر تحت عنوان یک برنامه در نظر گرفته شد و اهداف راهبردهای کلی (برای ۱۵ سال) با استفاده از اسناد بالادستی تنظیم شد که در ادامه آمده است:

استانداری (معاونت- اجتماعی و فرهنگی فرمانداران)		
برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
مدیریت کمیته استانی و مدیریت بین بخشی	ابلاغ سند استانی به ادارات مجموعه استان	نامه های ارسالی
	برگزاری جلسات پیگیری و اجرای سند استانی (ماهانه)	تعداد جلسات برگزار شده
	نظارت و پایش عالی فعالیت های تعیین شده در سند استانی جهت کلیه دستگاهها و کلیه شهرستانها (فصلی)	جدول زمان بندی نظارت ها و تعداد چک لیست های تکمیل شده و گزارش های تحلیلی نظارتی
	رتبه بندی عملکرد ادارات و سازمانهای استانی (سالانه)	گزارش ارائه شده
	ابلاغ سند استانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و سند ملی تغذیه و امنیت غذایی به کارگروه سلامت شهرستانها جهت اجرای محلی	بخشنامه ارسالی و تعداد آئین نامه های داخلی تدوین و ابلاغ شده مرتبط با برنامه های غیرواگیر
	نظارت بر حسن اجرایی سند استانی در کمیته های متناظر شهرستانها توسط فرمانداران ( فصلی )	گزارشات دریافت شده
	همکاری و هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی به منظور گزارش عملکرد و موارد ضعف و قوت برنامه ها به وزارت خانه های مربوطه	تعداد گزارشات ارسال شده
	تهیه پرسشنامه منابع آلودگی هوا ( , pm2.5 pm10)	پروفایل ملی

## استانداری (معاونت- اجتماعی و فرهنگی فرمانداران)

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	ارزیابی و نظارت بر منابع متحرک ساخته شده توسط انسان (موتورسیکلت، اتومبیل خصوصی، ناوگان موتوری حمل و نقل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تأثیر آن ها به عنوان منابع بحرانی آلودگی هوا، با رویکردی نیمه انتقادی و غیر انتقادی	تعیین زبردسته های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا ( $pm_{2.5}$ , $pm_{10}$ , benzene, benzo $\alpha$ pyrene)
	اجرای قانون هوای پاک	تعداد و درصد تدوین و اجرای قوانین مربوط به حمل و نقل شهری در راستای کاهش آلودگی هوا
فعالیت های درون سازمانی	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تأکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیادرغن با اسید های چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید - فرهنگ ترافیک - آموزش مهارت های فرزند پروری - مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)
فعالیت های درون		

## استانداری (معاونت - اجتماعی و فرهنگی فرمانداران)

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
سازمانی	<p>- آموزش مهارت های زندگی</p> <p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</p> <p>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حداقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش (با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)</p>	
	<p>انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیرواگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیرمجموعه خود</p>	تعداد نفرت غربالگری شده
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند.
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی زیرساخت انجام فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ....)	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند.
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق: - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات

## استانداری (معاونت - اجتماعی و فرهنگی فرمانداران)

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف سرویسیها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میزهای غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمکدان را حذف کرده اند
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویسیها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش ) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند
فعالیت های درون سازمانی	نظارت بر تعاونی اداره به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	تعداد نظارت های انجام شده تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	تأمین و الزام استفاده از کلاه ایمنی برای کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور	گزارش های ارائه شده

## استانداری (معاونت - اجتماعی و فرهنگی فرمانداران)

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	
	فراخوان و حمایت از فعالیت های سمن ها ( NGO ) فعال در زمینه های سلامت محور	تعداد سمن های تشکیل شده
	<p>فراخوان و حمایت از فعالیت های سمن ها ( NGO ) فعال در زمینه های سلامت محور</p> <p>ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به همه سازمانها تحت پوشش به منظور امتناع از تبلیغ و فروش این کالاها در تعاونی ها و فروشگاه ها</p>	گزارش های ارائه شده
فعالیت های برون سازمانی	<p>ابلاغ رعایت موارد ذیل در بحث مواد غذایی عرضه شده در ناوگان حمل و نقل مسافر در سطح استان به ادارات مربوطه</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ممنوعیت سرو نوشابه های قندی در بسته های غذایی مسافری</li> <li>- پیش بینی مواد غذایی رژیمی از نظر میزان قند جهت مسافری</li> <li>- نظارت کلی به منظور کم کردن میزان نمک، چربی و کالری در بسته های غذایی</li> </ul>	

شهرداری ها و شورای شهر

شاخص اندازه گیری	فعالیت ها	برنامه
<p>- تعداد تلویزیون ها و بیلبوردهای شهری و نیز ناوگان های درون و برون شهری و... که در برنامه شرکت داده شده اند</p> <p>- تعداد ساعتی که در شبانه روز در اختیار این برنامه قرار داده شده</p> <p>- تعداد نفر ساعتی که در فصل در فرهنگسراها تحت آموزش بیماری های غیر واگیر قرار گرفته اند</p>	<p>فرهنگ سازی در شهروندان در خصوص بیماری های غیر واگیر باتاکید بر موارد ذیل :</p> <p>- ترویج سبک زندگی سالم با تأکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس، و عدم مصرف دخانیات</p> <p>- آموزش عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</p> <p>- توسعه فعالیت های بدنی</p> <p>- مضرات مصرف زیاد نمک</p> <p>- آموزش روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</p> <p>- مضرات مصرف زیاد روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</p> <p>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</p> <p>- فرهنگ ترافیک</p> <p>- آموزش مهارت های فرزند پروری</p> <p>- تاکید وترویج مهارت نه گفتن به خانواده های پرسنل در مقابل آسیب های اجتماعی</p> <p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</p> <p>- اطلاع رسانی در خصوص ممنوعیت مصرف قلیان در اماکن عمومی و پارک ها و نظارت بر عدم مصرف قلیان در این اماکن</p> <p>با همکاری نیروی انتظامی</p> <p>در قالب تبلیغات در محیط شهری (تابلوها، بیلبوردها، تلویزیون های شهری، فضا های درون و برون ناوگان حمل و نقل عمومی (تاکسی، اتوبوس و مترو) و استفاده از ظرفیت خانه های سلامت و فرهنگ سراهای در اختیار، تشکیل کانون های سلامت محلات، برگزاری جشنواره های سلامت محور با کمک دستگاههای ذیربط و ....</p>	<p>فعالیت های برون سازمانی</p>
<p>- تعداد پارک های استاندارد شده به کل پارک ها</p> <p>- تعداد پیاده رویهای استاندارد شده برای پیاده</p>	<p>پیش بینی و اجرای پروژه های سلامت محور در سطح شهر به منظور افزایش سرانه ورزشی:</p> <p>- ایجاد ساختار های فیزیکی در محلات برای ارائه خدمات سلامت</p> <p>- ایجاد پیاده رویهای سالم به منظور افزایش میزان تحرک</p>	

شهرداری ها و شورای شهر

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<p>بدنی در شهروندان</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- توسعه پارکها و پیش بینی وسایل ورزشی استاندارد در محیط های ایمن و استاندارد و ترجیحا سرپوشیده به منظور افزایش میزان تحرک بدنی در شهروندان</li> <li>- استاندارد سازی وسایل ورزشی موجود در پارکها در سطح شهر</li> <li>- پیش بینی مسیر های دوچرخه در تمامی محورها و مسیر های جدید در شهر</li> <li>- توسعه دسترسی به میوه و سبزی جات و محصولات غذایی دریایی جهت شهروندان با گسترش میداین میوه و تره بار در نقاط مختلف شهر با کمک دستگاههای ذیربط</li> <li>- توسعه محل های عبور ایمن عابرین پیاده در محور ها و خیابان های مختلف شهر (تجدید و ترمیم خطوط عابر پیاده، احداث پل های عابر پیاده مکانیزه و مکانیزه نمودن پل های موجود، احداث زیر گذر های ایمن عبور عابر پیاده و ...)</li> <li>- توسعه نظارت الکترونیک بر عبور و مرور در معابر شهری به منظور فرهنگ سازی ترافیک و کاهش مرگ و میر بر اثر سوانح و حوادث ترافیکی به کمک دستگاههای ذیربط</li> <li>- جلب حمایت همکاری های دولتی و غیر دولتی در برنامه های سلامت محور (بویژه آموزش و پرورش به منظور افزایش پیاده روی و دوچرخه سواری برای دانش آموزان)</li> </ul>	<p>روی به کل پیاده روها</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد تجهیزات استاندارد شده به کل تجهیزات در پارک ها</li> <li>- تعداد فضای دوچرخه سواری راه اندازی شده استاندارد به کل فضاهای واجد شرایط</li> </ul>
	<p>بهبود دسترسی عادلانه شهروندان به خدمات جامع سلامت و پزشکی از طریق همکاری با دانشگاه علوم پزشکی برای صدور مجوز ساخت یا استقرار فضاهای بهداشتی و درمانی در نقاط مختلف شهری</p>	<p>گزارشات ارائه شده</p>
	<p>تقویت و اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور</p> <p>تدوین و اجرای استانداردهای شهرسازی در راستای ارتقاء نشاط اجتماعی</p>	<p>تعداد و درصد اجرای برنامه ها</p> <p>تعداد و درصد استانداردهای تدوین شده</p>
	<p>- اجرای قانون هوای پاک</p>	<p>تعداد و درصد تدوین و اجرای قوانین مربوط به حمل و نقل شهری در</p>



شهرداری ها و شورای شهر

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		راستای کاهش آلودگی هوا
	اجرای قوانین مربوط به حمل و نقل شهری در راستای کاهش آلودگی هوا (متوقف کردن اتوبوس های دود زا در سطح شهر، توسعه حمل و نقل عمومی پاک، ..)	تعداد و درصد قوانین اجرا شده
فعالیت های درون سازمانی	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیاد روغن با اسیدهای چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید - فرهنگ ترافیک - آموزش مهارت های فرزند پروری - مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل - تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حداقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش (با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)
	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود	تعداد نفرات غربالگری شده
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش	تعداد بسته های تشویقی به

شهرداری ها و شورای شهر

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	وزن در این افراد	ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و .....	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق: - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و ... را حذف کرده اند
	تأمین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده می کنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط

شهرداری ها و شورای شهر

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحدهای زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر اداره	گزارش های ارائه شده
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به همه سازمانهای تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند به کل ادارات
	اجرای قانون ممنوعیت عرضه دخانیات در اماکن عمومی و همکاری در اجرای طرح های پارک های عاری از دخانیات در سطح شهر	- تعداد اماکن عمومی که همکاری کرده اند به کل اماکن تعریف شده - تعداد پارک هایی که این امر را رعایت کرده اند به کل پارک ها
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها
	اعمال قانون ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان در بیلبوردها و تابلوهای تحت تملک شهرداری	تعداد بیلبوردهای و تابلوهایی که این قانون در آن ها اعمال شده به کل تابلوها

اداره کل ورزش و جوانان

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- برنامه ریزی به منظور ارتقاء فعالیت بدنی همگانی در سطح استان و افزایش سرانه ورزشی:</li> <li>- برنامه ریزی در جهت انجام فعالیت بدنی در گروههای مختلف جامعه به گونه ای که متضمن انجام فعالیت بدنی افراد بصورت حداقل نیم ساعت در روز باشد</li> <li>- ایجاد دسترسی مناسب (پراکندگی مطلوب) سالن ها و مراکز ورزشی در سطح استان</li> <li>- دسترسی پارکها به مربی ورزشی جهت انجام ورزش صبحگاهی</li> <li>- مشارکت در تدوین دستور العمل ترویج فعالیت های بدنی</li> <li>- فراهم نمودن زمینه فعالیت های فیزیکی در کارکنان ادارات و سازمانها از طریق نظارت بر این اماکن و کمک به تجهیز سالن های ورزشی ادارات و ارائه مشاوره در این زمینه</li> <li>- تدوین سیاست های ترغیبی جهت کارفرمایان به منظور ترویج فعالیت بدنی در کارکنان بخش های خصوصی</li> <li>- معرفی فضاهای ورزشی متناسب جهت فعالیت بیماران مبتلا به بیماری های غیر واگیر</li> <li>- معرفی کاردان ها یا کارشناس های تربیت بدنی به باشگاه ها برای استاندارد کردن فعالیت ها با کمک و حمایت سازمان تربیت بدنی</li> <li>- پیگیری و ارائه الگوهای سلامت محور تشویق ها و جوایز برای سایر سازمان ها و ادارات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد برنامه های اجرا شده بطور مستند</li> <li>- تعداد سالن های را اندازی شده به کل جمعیت</li> <li>- تعداد پارک هایی که مربی ورزشی دارند به کل پارک ها</li> <li>- تعداد اماکن ورزشی که به بیماران معرفی شده خدمات</li> <li>- استاندارد ارائه می دهند به کل این اماکن</li> <li>- تعداد اداری که الگوی تشویق را رعایت کرده اند به کل ادارات</li> <li>- تعداد باشگاه هایی که تحت نظارت و مربی گری کاردان یا کارشناس تربیت بدنی هستند به کل باشگاه ها</li> </ul>
	<p>سالم سازی محیط سالنهای ورزشی از نظر عرضه و تجویز مکمل های غیر مجاز</p>	<p>تعداد اماکنی که استانداردها را رعایت کرده اند به کل این اماکن</p>
فعالیت های درون سازمانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص:</li> <li>- سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل</li> <li>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</li> </ul>	<p>میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)</p>

## اداره کل ورزش و جوانان

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مزایای فعالیت بدنی</li> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیاد روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</li> <li>- مهارت های زندگی</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> <li>- در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش (با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)</li> </ul>	
	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیرمجموعه خود	تعداد نفرات غربالگری شده
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و .....	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم

اداره کل ورزش و جوانان

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		ورزش می کنند
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق :</li> <li>- انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود</li> <li>- پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان</li> <li>- برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...</li> </ul>	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمکدان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویس ها باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و ... را حذف کرده اند
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده می کنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر اداره	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج قانون احکام دائمی برنامه های توسعه ( ممنوعیت تبلیغ کالاها ی آسیب رسان سلامت ) و ماده ۴۸ قانون الحاقی ( لیست کالاها ی آسیب رسان سلامت ) به همه سازمانها تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند به کل ادارات

### اداره کل ورزش و جوانان

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها

### حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	مطالبه پیوست های سلامت و محیط زیست در تمام پروژه های کلان سطح استان	ارائه گزارش همراه با مستندات
	ثبت و رصد آلودگی هوای شهر های بزرگ	تعداد ارزیابی صورت گرفته در ماه
	شناسایی و تهیه گزارش از عوامل آلوده کننده هوای شهر ها با تعیین میزان و درصد سهم هر یک از عوامل	ارائه گزارش همراه با مستندات
	ارائه طرح های پیشنهادی به منظور حذف و تعدیل عوامل آلوده کننده هوای شهر ها	تعداد طرح
	هماهنگی و همکاری با سازمان آموزش و پرورش به منظور افزایش آگاهی و آموزش دانش آموزان از عوامل آلوده کننده هوا و راه های پیشگیری از آن از طریق برگزاری مسابقات مختلف و...	- ارائه گزارش همراه با مستندات مسابقات برگزار شده در نواحی و

حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		شهرستان های مختلف
	تشویق به مشارکت مردم در طرح های کاهش آلودگی هوا از طریق برگزاری مسابقات	ارائه گزارش همراه با مستندات تعداد مسابقات برگزار شده
	اجرای قانون هوای پاک	گزارش جمع آوری داده های مرتبط با سلامت
	ایجاد ایستگاه های نظارت و ارزیابی برای آلاینده های هوا هدف (pm2.5, pm10, benzene, benzoαpyrene, so2, o3, co, no)	تعداد ایستگاه های ایجاد شده و فعال
	بهینه سازی مدیریت (تدوین و اجرای قوانین، نظارت و ...) پسماندهای صنعتی و غیرصنعتی	
	تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه حفظ و نگهداری منابع زیست محیطی و دفع پسماندها از طریق: - همکاری در تولید رسانه های آموزش سلامت - همکاری در اجرای بسیج های اطلاع رسانی	
	تدوین، اجرا و نظارت قوانین مربوط به حفظ و نگهداری منابع زیست محیطی مطابق با استانداردها	
	تهیه پرسشنامه منابع آلودگی هوا	پروفایل استانی
فعالیت های درون سازمانی	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم



## حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیاد روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> <li>- در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش (با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)</li> </ul>	۲۰٪ پرسنل در (سال)
	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیرمجموعه خود	تعداد نفرات غربالگری شده
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ....)	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده

حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	<p>برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود</li> <li>- پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان</li> <li>- برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...</li> </ul>	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف نمک دان از میزهای غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند
	تأمین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده می کنند	تعداد کلاه های تأمین شده به کل پرسنل واجد شرایط

حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به همه سازمانها تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند به کل ادارات
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی

## حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		ها

## فرهنگ و ارشاد اسلامی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	<p>اختصاص بخشی از بودجه فرهنگی به فرهنگ سازی و ترویج سبک زندگی سالم از طریق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- اجرای تاترهای خیابانی با موضوعات سلامت محور در نقاط پر تردد شهر</li> <li>- برنامه ریزی جهت افزایش چاپ مطالب آموزشی با رویکرد پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در جراید</li> <li>- اختصاص یک صفحه از جراید و مجلات محلی به خبرها و مطالب آموزشی بیماری های غیرواگیر</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظارت بر اجرای بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاها آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاها آسیب رسان سلامت) در سطح جراید و سایت ها</li> <li>- عدم پذیرش اسپانسر کالاهای آسیب رسان مندرج در بند ج قانون احکام دائمی برنامه های توسعه و ماده ۴۸ قانون الحاقی در برگزاری کنسرت ها، تاترها و سایر موارد</li> <li>- پخش پیام ها و تیزرهای آموزشی غیر واگیر ۲ تا ۳ دقیقه ابتدایی نمایش فیلم ها در سینماها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد فیلم هایی که پیام را پخش می کنند به کل فیلم ها</li> <li>- تعداد سینماهایی که فیلم های با پیام های آموزشی اکران می کنند به کل سینماها</li> <li>- تعداد کنسرت-ها، تاترها و... که اسپانسر مواد سالم دارند به کل کنسرت ها، تاترها و...</li> </ul>
فعالیت های درون سازمانی	<p>آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل</li> <li>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</li> </ul>	<p>میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش</p>

حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- فعالیت بدنی عالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیادرغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- آموزش و ترویج مهارت نه گفتن به خانواده های پرسنل</li> <li>- آموزش مهارت های زندگی</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> <li>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حداقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش (با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)</li> </ul>	<p>برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در (سال)</p>
	<p>انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود</p>	<p>تعداد نفرات غربالگری شده</p>
	<p>پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد</p>	<p>تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند</p>
	<p>فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل</p>	<p>پیش بینی مرخصی های تشویقی</p>
	<p>پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ...)</p>	<p>تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه</p>

حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	<p>برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود</li> <li>- پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان</li> <li>- برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...</li> </ul>	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	<p>نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)</p>	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	<p>نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویس ها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش ) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس</p>	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند
	<p>تأمین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده می کنند</p>	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد

حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج قانون احکام دائمی برنامه های توسعه ( ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت ) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به همه سازمانها تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند به کل ادارات
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری

## حفاظت محیط زیست

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		کرده اند نسبت به کل تعاونی ها

## صدا و سیما

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	آموزش و فرهنگ سازی در جامعه در خصوص بیماری های غیر واگیر : - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیادروغن با اسید های چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید - فرهنگ ترافیک - آموزش مهارت های فرزند پروری - مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل - آموزش مهارت های زندگی - تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد - معرفی کالاهای آسیب رسان مندرج در بند ج قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب	ارائه شواهد و مستندات و گزارش ها



## صدا و سیما

شاخص اندازه گیری	فعالیت ها	برنامه
	<p>رسان سلامت) در قالب ساخت و پخش تیزر های تلوزیونی و رادیویی ، تولید و پخش مستندهای تلوزیونی سلامت محور، زیرنویس تلوزیونی، گزارشات خبری . تحلیلی و ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- هماهنگی و همکاری با کارخانه هایی که کالاهای مفید تولید می کنند به منظور تبلیغ کالاهای آن ها</li> <li>- تولید انیمیشن ها یا تیزرهای سلامت محور و پخش آن ها قبل از پیام های بازرگانی</li> </ul>	
<p>میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)</p>	<p>آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل</li> <li>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</li> <li>- مزایای فعالیت بدنی</li> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیادرغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> </ul>	<p>فعالیت های درون سازمانی</p>

## صدا و سیما

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- آموزش مهارت های زندگی</li> <li>- ترویج و تاکید بر مهارت های نه گفتن به خانواده های پرستل</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> <li>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</li> </ul>	
	انجام غربالگری درخصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرستل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرستل زیر مجموعه خود	تعداد نفرات غربالگری شده
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی ( پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و .....)	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرستل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات

صدا و سیما

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<p>قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان</p> <p>- برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...</p>	
	<p>نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)</p>	<p>تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها</p>
	<p>نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس</p>	<p>تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند</p>
	<p>تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده می کنند</p>	<p>تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط</p>
	<p>اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط</p>	<p>تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط</p>
	<p>اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه</p>	<p>تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره</p>
	<p>تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان</p>	<p>تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات</p>
	<p>اجرای بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) در سطح سازمان</p>	<p>تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش</p>
	<p>نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان</p>	<p>- تعداد نظارت های انجام شده</p> <p>- تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها</p>

## آموزش و پرورش

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های دانش آموز محور	آموزش و فرهنگ سازی در بین دانش آموزان در خصوص بیماری های غیر واگیر: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف با تأکید بر خودمراقبتی از کم تحرکی - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیاد روغن با اسیدهای چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید - فرهنگ ترافیک - مهارت های نه گفتن - آموزش مهارت های زندگی در گروه های هدف دانش آموزی و والدین - تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد - خود مراقبتی - سوانح و حوادث ترافیکی در قالب ساعت آموزشی هفتگی ، برنامه های فوق برنامه (برگزاری جشنواره های سلامت محور، تهیه روزنامه دیواری توسط دانش آموزان، برگزاری مسابقه و....	ارائه گزارش تعداد دانش آموزان آموزش دیده به کل دانش آموزان در هر زمینه
	تقویت زیرساخت لازم (مکان، نیرو، تجهیزات) برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی در دانش آموزان	تعداد مکان، تجهیزات و نیرو
	برنامه ریزی در جهت افزایش فعالیت بدنی در دانش آموزان از طریق: - تدوین دستور العمل استاندارد برای فعالیت بدنی در مدارس با همکاری دانشگاه - پیگیری تشکیل کلاس های ورزشی عمومی و تخصصی	

صدا و سیما

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<p>جهت دانش آموزان</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- برگزاری جشنواره های ورزشی در بین دانش آموزان</li> <li>- استقرار زنگ ورزش و اجبار به ورزش کردن دانش آموزان تحت نظارت مربی</li> <li>- تشکیل تشکل های ورزشی دانش آموزی و شناسایی دانش آموزان ورزشکار</li> </ul>	
	<p>ترویج تغذیه سالم در مدارس از طریق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ایجاد و نظارت بر بوفه های عرضه تغذیه سالم در مدارس</li> <li>- تهیه لیست پیشنهادی از اغذیه سالم جهت میان وعده دانش آموزان و ارائه به والدین</li> <li>- ابلاغ ممنوعیت همراه داشتن مواد غذایی ناسالم ( فست فود ، اب میوه های صنعتی و ...) جهت دانش آموزان به والدین</li> <li>- استفاده از میان وعده های سالم و استاندارد جهت تغذیه دانش آموزان در مناطق و مدارس که طرح تغذیه در مدرسه توسط آموزش و پرورش انجام می شود</li> <li>- تهیه و ابلاغ لیست غذای سالم جهت مدارس شبانه روزی و مدارس که سرو غذا در مدرسه دارند و نظارت بر حسن اجرای آن</li> <li>- ممنوعیت عرضه نوشابه در سالن ها و غذا خوری های مدارس شبانه روزی یا مدارس که سرو غذا دارند و نظارت بر حسن اجرای آن</li> </ul>	<p>تعداد مدارس دارای بوفه سالم به کل مدارس</p>
	<p>ایجاد شیوه زندگی سالم در مدارس بویژه در مدارس ابتدایی</p>	<p>تعداد دانش آموزانی که شیوه زندگی سالم را رعایت کرده اند به کل دانش آموزان</p>
	<p>پیگیری اجرای قانون موضوع ممنوعیت عرضه دخانیات در محدوده مدارس و مراکز آموزشی</p>	
	<p>راه اندازی طرح سفیران سلامت به منظور آموزش دانش آموزان و خانواده های آنان در خصوص مفاهیم بیماری های غیر واگیر</p>	<p>تعداد سفیران سلامت ثبت نام شده به کل دانش آموزان</p>
	<p>شناسایی و ارجاع دانش آموزان در معرض خطر بیماری های</p>	<p>تعداد دانش آموزان ارجاع</p>

صدا و سیما

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی دانش آموزان مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه	شده
	توانمند سازی مربیان بهداشت از طریق برگزاری دوره های آموزشی تخصصی جهت شناسایی و مراقبت افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و یا دانش آموزان بیمار	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)
	تقویت و اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور	تعداد و درصد اجرای برنامه ها
فعالیت های پرسنل محور	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس، وعدم مصرف دخانیات - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیاده روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید - فرهنگ ترافیک - آموزش مهارت های فرزند پروری - مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل - آموزش مهارت های زندگی - تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)
	تقویت زیرساخت لازم (مکان، نیرو، تجهیزات) برای پیشگیری،	تعداد مکان، تجهیزات و

صدا و سیما		
برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی در پرسنل	نیرو
	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود	تعداد نفرات غربالگری شده
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ....)	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میزهای غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که

صدا و سیما

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش ( و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا ... را حذف کرده اند
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد نظارت های انجام شده</li> <li>- تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها</li> </ul>
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت ) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به کلیه ادارات تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش
	بازنگری و اصلاح استانداردهای آموزش سلامت در راستای ارتقاء شاخص های سلامت روان	تعداد و درصد استانداردهای بازنگری و اصلاح شده در راستای ارتقاء شاخص های سلامت روان



صنعت و معدن و تجارت

برنامه	فعالیت ها	شاخص
فعالیت های برون سازمانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جهت دهی صنایع به منظور تولید محصولات غذایی سالم تر از طریق :</li> <li>- تولید مواد غذایی با میزان کالری ، نمک و چربی کمتر</li> <li>- کاهش میزان سبوس گیری از آرد های عرضه شده به نانوائی ها</li> <li>- اجباری شدن عدم سبوس گیری</li> <li>- تدریجی به میزان ۵٪ در عرض ۶ ماه تا یکسال</li> <li>- نظارت مستمر بر سبوس گیری گندم توسط کارخانجات آرد</li> <li>- رایزنی به منظور اختصاص یارانه به کالاهای دارای برند سلامت به منظور کاهش قیمت مصرف کننده در مقایسه با کالاهای مضر سلامت</li> <li>- ترغیب صنایع به منظور تجهیز به تکنولوژی به منظور تولید محصولات سالمتر</li> <li>- ترغیب صنایع به جایگزین نمودن KCl به جای NaCl</li> <li>- برنامه ریزی در جهت تولید میان وعده های غذایی سالم ( از نظر کالری ، نمک و چربی ) جهت عرضه در مدارس و ادارات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد نانوائی هایی که از آرد سبوس دار استفاده می کنند به کل نانوائی ها</li> <li>- درصد سبوس آردها</li> <li>- درصد محصولات لبنی که بجای NaCl از KCl استفاده می کنند</li> <li>- تعداد کارخانجات یا مراکزی که میان وعده های استاندارد ( از نظر کالری، نمک و چربی ) جهت عرضه در مدارس و ادارات تهیه می کنند به کل کارخانجات متولی</li> </ul>
	اجرای قانون هوای پاک	- تعداد و درصد قوانین اجرا شده
	تهیه پرسشنامه منابع آلودگی هوا (pm2.5 , pm10)	- پروفایل ملی
	ارزیابی و نظارت بر منابع متحرک ساخته شده توسط انسان (موتورسیکلت، اتومبیل خصوصی، ناوگان موتوری حمل و نقل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تأثیر آن ها به عنوان منابع بحرانی آلودگی هوا، با رویکردی نیمه انتقادی و غیر	تعیین زیردسته های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا (pm2.5, pm10, benzene, benzoapyrene)

## صنعت و معدن و تجارت

برنامه	فعالیت ها	شاخص
	انتقادی	
	کاهش استفاده از کودهای ناامن	
	کاهش استفاده از آفت کش های ناامن	
	برنامه ریزی در جهت افزایش دسترسی به میوه و سبزی جات در استان از طریق برگزاری جشنواره های مختلف بویژه در نقاط محروم	تعداد برگزاری جشنواره ها
	محدود کردن اعطای مجوز عرضه دخانیات به شکل خرده فروشی	تعداد مجوز های لغو شده یا اعطا نشده
	ساماندهی تولیدات صنفی از طریق : - همکاری در برچسب دار نمودن مواد غذایی سنتی از نظر کالری ، چربی و نمک با دانشگاه - تعریف استاندارد جهت تولید درصدی از محصولات سنتی با همکاری اداره استاندارد - کنترل و جلوگیری از عرضه محصولات غذایی سنتی و صنفی در محلی خارج از محل کسب	- تعداد مواد غذایی برچسب دار شده - تعداد استانداردهای تعریف شده
	- نظارت بر ایمنی محیط کار صنایع و اصناف در جهت کاهش حوادث شغلی	- تعداد صنایع و اصناف ایمن به کل صنایع و اصناف استان

صنعت و معدن و تجارت

شخص	فعالیت ها	برنامه
میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)	آموزش ساختار یافته اعضای اصناف در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیاد روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید - فرهنگ ترافیک - آموزش مهارت های فرزند پروری - مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل - آموزش مهارت های زندگی - تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد در قالب برگزاری دوره های آموزشی عمومی و الزامی جهت اعضای صنوف مختلف (با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)	
میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم	فعالیت های درون

صنعت و معدن و تجارت

برنامه	فعالیت ها	شاخص
سازمانی	<p>و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</li> <li>- مزایای فعالیت بدنی</li> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیادرغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</li> <li>- آموزش مهارت های زندگی</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> <li>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</li> </ul>	
	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و	تعداد نفرات غربالگری شده

صنعت و معدن و تجارت		
برنامه	فعالیت ها	شاخص
	رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیرمجموعه خود	
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ....)	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذاخوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میزهای غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش ) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند

صنعت و معدن و تجارت

برنامه	فعالیت ها	شاخص
	اشباع پایین و بدون چربی ترانس	
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد نظارت های انجام شده</li> <li>- تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها</li> </ul>
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به کلیه ادارات تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش

## برنامه و بودجه

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	<p>پیگیری تخصیص اعتبارات جهت اجرایی کردن سند ملی کنترل و پیشگیری بیماریهای غیرواگیروتوزیع آن در بین دستگاههای مرتبط</p> <p>تلاش در جهت تصویب و اجرای گنجاندن نیم ساعت مرخصی ورزش روزانه در ادارات</p> <p>تخفیف موردی مالیت به کارخانجات یا اماکنی که در راستای اجرای سند استانی فعالیت دارند با ارائه گواهی از دانشگاه یا استانداری</p>	<p>- میزان اعتبار تخصیص داده شده</p> <p>- ارائه مستندات</p>
فعالیت های درون سازمانی	<p>آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص:</p> <p>- سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل</p> <p>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</p> <p>- مزایای فعالیت بدنی</p> <p>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</p> <p>- مضرات مصرف زیاد نمک</p> <p>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</p> <p>- مضرات مصرف زیاد روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</p> <p>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</p> <p>- فرهنگ ترافیک</p> <p>- آموزش مهارت های فرزند پروری</p> <p>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</p> <p>- آموزش مهارت های زندگی</p> <p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</p> <p>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش (با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)</p>	<p>میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)</p>

برنامه و بودجه

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود	تعداد نفرات غربالگری شده
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و .....	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس



برنامه و بودجه

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	های غذاخوری تحت پوشش ( و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	بالا و... را حذف کرده اند
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه ( ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت ) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به کلیه ادارات تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش

راه و شهر سازی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مناسب سازی طراحی شهر ها با توجه به تغییرات و ویژگی های جمعیتی :</li> <li>- مناسب سازی معابر شهری جهت افراد سالمند و معلولین</li> <li>- پیش بینی نیاز های جمعیتی در پروژه های در دست احداث</li> <li>- رعایت استاندارد ها در ایجاد شهرک ها و شهرهای جدید</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد معابر استاندارد شده به کل معابر</li> <li>- تعداد شهرک های استاندارد به کل شهرک ها</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ایمن سازی معابر و جاده های برون شهری از نظر سوانح و حوادث ترافیکی :</li> <li>- شناسایی و رفع نقاط حادثه خیز</li> <li>- گسترش نظارت الکترونیک بر معابر</li> <li>- ایمن سازی مدارس حاشیه جاده ها</li> <li>- گسترش استراحت گاههای جاده ای</li> <li>- و...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد مدارس ایمن شده به کل مدارس</li> <li>- تعداد مناطق حادثه خیز شناسایی شده</li> <li>- تعداد استراحتگاه های ایجاد شده به کل جاده ها</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آموزش ساختار یافته به رانندگان ناوگان حمل و نقل جاده ای در خصوص:</li> <li>- سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل</li> <li>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</li> <li>- مزایای فعالیت بدنی</li> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیادروغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ گروه هدف در سال)</li> </ul>

راه و شهر سازی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<p>- آموزش مهارت های فرزند پروری</p> <p>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</p> <p>- آموزش مهارت های زندگی</p> <p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</p> <p>در قالب برگزاری دوره های عمومی سالیانه ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</p>	
	تهیه پرسشنامه منابع آلودگی هوا ( , pm2.5 pm10)	پروفایل ملی
	<p>ارزیابی و نظارت بر منابع متحرک ساخته شده توسط انسان (موتورسیکلت، اتومبیل خصوصی، ناوگان موتوری حمل و نقل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تأثیر آن ها به عنوان منابع بحرانی آلودگی هوا، با رویکردی نیمه انتقادی و غیر انتقادی</p>	<p>تعیین زیردسته های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا (pm2.5, pm10, benzene, benzoapyrene)</p>
فعالیت های درون سازمانی	<p>آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص:</p> <p>- سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات وعدم مصرف دخانیات و الکل</p> <p>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</p> <p>- مزایای فعالیت بدنی</p> <p>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</p> <p>- مضرات مصرف زیاد نمک</p> <p>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</p> <p>- مضرات مصرف زیادرغن با اسید های</p>	<p>میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)</p>

## راه و شهر سازی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<p>چرب ترانس و اشباع</p> <p>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</p> <p>- فرهنگ ترافیک</p> <p>- آموزش مهارت های فرزند پروری</p> <p>- ترویج و تاکید بر مهارت نه گفتن به خانواده های پرسنل در مقابل آسیب های اجتماعی</p> <p>- آموزش مهارت های زندگی</p> <p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</p> <p>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</p>	
	<p>انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود</p>	تعداد نفرات غربالگری شده
	<p>پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد</p>	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	<p>فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل</p>	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	<p>پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ....)</p>	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند

## راه و شهر سازی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<p>برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود</li> <li>- پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان</li> <li>- برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...</li> </ul>	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش ) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات

راه و شهر سازی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	تعداد نظارت های انجام شده تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه ( ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت ) و ماده ۴۸ قانون الحاقی ( لیست کالاهای آسیب رسان سلامت ) به کلیه ادارات تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش
	ارائه استانداردهای سلامت برای تهیه پکیج های غذایی ارائه شده در ناوگان حمل و نقل ریلی و بین شهری	ارائه مستندات

دادگستری و تعزیرات حکومتی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	نظارت بر اجرای بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه در خصوص ممنوعیت تبلیغ کالا های آسیب رسان سلامت و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالا های آسیب رسان سلامت) و اقداماتی که تحت عنوان عمل های زیبایی در مطب های و مراکز غیر مجاز انجام می شود. - اعمال قانون در خصوص صنف چایخانه دارانی که بدون اخذ مجوز اقدام به راه اندازی چایخانه نموده اند. - اعمال قوانین بازدارنده در خصوص تهیه و توزیع مواد غذایی که آثار مخرب در سلامت جامعه دارند.	ارائه مستندات
	اجرائی شدن قوانین حمایت از حقوق خانواده (کودک آزاری، همسرآزاری) و نظارت بر آن	ارائه مستندات
فعالیت های درون سازمانی	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)

## دادگستری و تعزیرات حکومتی

شاخص اندازه گیری	فعالیت ها	برنامه
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مزایای فعالیت بدنی</li> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیاد روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</li> <li>- آموزش مهارت های زندگی</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> <li>- در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</li> </ul>	
تعداد نفرات غربالگری شده	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود	
تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	
پیش بینی مرخصی های تشویقی	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	
تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و .....)	

دادگستری و تعزیرات حکومتی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
		شده بطور منظم ورزش می کنند
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق :</li> <li>- انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود</li> <li>- پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان</li> <li>- برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...</li> </ul>	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میزهای غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته



**دادگستری و تعزیرات حکومتی**

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به کلیه ادارات تحت پوشش	اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها
	ارائه استانداردهای سلامت برای تهیه پکیج های غذایی ارائه شده در ناوگان حمل و نقل ریلی و بین شهری	ارائه مستندات
	نظارت بر تهیه پکیج های غذایی ارائه شده در ناوگان حمل و نقل ریلی و بین شهری (فاقد نوشیدنی های قندی، کم نمک، کم شکر و کم چرب)	- تعداد نظارت های مستند شده - تعداد ناوگان هایی که پکیج سالم تهیه می کنند به کل ناوگان ها

**استاندارد**

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	متناسب سازی استاندارد های مواد غذایی با بحث عوامل خطر بیماری های غیر واگیر : - همکاری در پیشنهاد و تدوین استاندارد مواد غذایی متقاضی دریافت برند سلامت با همکاری دانشگاه علوم پزشکی - همکاری در پیشنهاد و تدوین استاندارد مواد غذایی سنتی و صنفی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی - تعیین و ارائه شاخص های استاندارد سازی قند و نمک و چربی در محصولات غذایی بویژه میان وعده ها - تعریف شاخص های ارگانیک با	- تعداد تعریف ها - تعداد شاخص های ارائه شده

استاندارد		
برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	همکاری کارشناسان و اساتید تغذیه دانشگاه - پیگیری و نظارت بر حسن اجرای استانداردهای موجود مواد غذایی	
	نظارت بر حسن اجرای استاندارد های وسایل ورزشی موجود در اماکن ورزشی و پارک ها	- ارائه مستندات
	ارزیابی و نظارت بر منابع متحرک ساخته شده توسط انسان (موتورسیکلت، اتومبیل خصوصی، ناوگان موتورسیکلت و حمل و نقل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تأثیر آن ها به عنوان منابع بحرانی آلودگی هوا، با رویکردی نیمه انتقادی و غیر انتقادی	تعیین زیردسته های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا ( $pm_{2.5}$ , $pm_{10}$ , benzene, benzoapyrene)
	کاهش استفاده از کودهای ناامن	
	کاهش استفاده از آفت کش های ناامن	
فعالیت های درون سازمانی	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیادرغن با اسید های چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)

## استاندارد

شاخص اندازه گیری	فعالیت ها	برنامه
	<p>- فرهنگ ترافیک</p> <p>- آموزش مهارت های فرزند پروری</p> <p>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</p> <p>- آموزش مهارت های زندگی</p> <p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</p> <p>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش (با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی)</p>	
تعداد نفرات غربالگری شده	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود	
تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند	و پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	
پیش بینی مرخصی های تشویقی	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	
تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی	
تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند	( پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ...)	
تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی	

## استاندارد

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<ul style="list-style-type: none"> <li>جهت استفاده پرسنل خود</li> <li>- پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان</li> <li>- برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...</li> </ul>	
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند
	تأمین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش

### استاندارد

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	(لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به همه ادارات تحت پوشش	
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها

### کار و امور اجتماعی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	برنامه ریزی در جهت متناسب سازی محیط های کار با بیماری های غیر واگیر : - آموزش و توجیه کارفرمایان در خصوص عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - ترغیب کار فرمایان در جهت ترویج سیاست های مرتبط با سلامت - برنامه ریزی در جهت انجام غربالگری و معاینات ادواری شاغلین از نظر بیماری های غیر واگیر طبق دستور عملهای ارسالی از دانشگاه - پیگیری ایمنی محیط های کاری صنایع و اصناف در راستای پیشگیری از سوانح شغلی	- تعداد کارفرمایان آموزش داده شده به کل کارفرمایان - تعداد افراد غربالگری شده - تعداد صنایع و اصناف ایمن به کل صنایع و اصناف استان
فعالیت های درون سازمانی	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیاد روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید - فرهنگ ترافیک	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)

کار و امور اجتماعی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<p>- آموزش مهارت های فرزند پروری</p> <p>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</p> <p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</p> <p>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</p>	تعداد نفرات غربالگری شده
	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ...)	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده
	پیش بینی افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق :	تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	<p>- برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق :</p> <p>- انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود</p> <p>- پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان</p> <p>- برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...</p>	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات

کار و امور اجتماعی

برنامه	فعالیت‌ها	شاخص اندازه گیری
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک‌دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش ) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به کلیه ادارات تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور معانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها

بیمه ها		
برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پیگیری جهت ارتقاء خدمات بیمه ای:</li> <li>- تخصیص بخشی از بودجه به منظور پیشگیری از بیماری های غیر واگیر در قالب برنامه های غربالگری (فشار خون بالا، بیماری های قلبی عروقی، دیابت و...)</li> <li>- گسترش پوشش بیمه به خدمات غربالگری در جمعیت در معرض خطر به منظور پیشگیری از بیماری های غیر واگیر و اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف مواد و الکل</li> <li>- گسترش پوشش بیمه ای به خدمات ویزیت کارشناسان تغذیه و مشاوره و آموزش کارشناس روانشناسی</li> <li>- گسترش پوشش بیمه ای به داروها و لوازم مصرفی بیماران غیرواگیر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- میزان تخصیص بودجه</li> <li>- میزان پوشش بیمه برای ویزیت کارشناسان تغذیه و روانشناسی</li> </ul>
فعالیت های درون سازمانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص:</li> <li>- سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل</li> <li>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</li> <li>- مزایای فعالیت بدنی</li> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیادرغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</li> <li>- آموزش مهارت های زندگی</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> <li>- در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)</li> </ul>



بیمه ها		
برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیرمجموعه خود	تعداد نفرات غربالگری شده
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	پیش بینی مرخصی های تشویقی
	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و .....	تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف های سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویسها و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس

بیمه ها		
برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	های غذایی تحت پوشش ( و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	بالا و... را حذف کرده اند
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر شهرستان	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت ) به کلیه ادارات تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل ادارات تحت پوشش
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها

## نظام پزشکی

شاخص اندازه گیری	فعالیت ها	برنامه
ارائه مستندات	<ul style="list-style-type: none"> <li>- همکاری در برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با بیماری های غیر واگیر</li> <li>- همکاری در تعیین اولویتهای آموزشی مرتبط بابیماری های غیر واگیر</li> <li>- ابلاغ دستورالعملها و بخشنامه ها ی مرتبط با بیماری های غیر واگیر به اعضا</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- فعالیت های برون سازمانی</li> </ul>
میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)	<p><b>آموزش ساختار یافته اعضاء سازمان در خصوص:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل</li> <li>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</li> <li>- مزایای فعالیت بدنی</li> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیادروغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</li> <li>- آموزش مهارت های زندگی</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> </ul> <p>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- فعالیت های درون سازمانی</li> </ul>
تعداد نفرات غربالگری شده	<p>انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه</p>	

نظام پزشکی		
برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	خود	
	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی ( لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به کلیه مطب های فعال تحت پوشش	تعداد مطب هایی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند و انجام داده اند به کل مطب های تحت پوشش

اداره اقتصاد و دارایی - اداره کل امور مالیاتی استان

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	همکاری و هماهنگی با اداره برنامه و بودجه در راستای پیگیری تخصیص اعتبارات جهت اجرایی کردن سند ملی کنترل و پیشگیری بیماریهای غیرواگیر و توزیع آن در بین دستگاههای مرتبط تخفیف موردی مالیات به کارخانجات یا اماکنی که در راستای اجرای سند استانی فعالیت دارند با ارائه گواهی از دانشگاه یا استانداری	- تعداد جلسات برگزار شده - تعداد موارد تخفیف مالیاتی - ارائه مستندات
فعالیت های درون سازمانی	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست

## اداره اقتصاد و دارایی - اداره کل امور مالیاتی استان

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	<p>دخانیات و الکل</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- عوامل خطر بیماری های غیر واگیر</li> <li>- مزایای فعالیت بدنی</li> <li>- فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف</li> <li>- مضرات مصرف زیاد نمک</li> <li>- روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها</li> <li>- مضرات مصرف زیاد روغن با اسید های چرب ترانس و اشباع</li> <li>- توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید</li> <li>- فرهنگ ترافیک</li> <li>- آموزش مهارت های فرزند پروری</li> <li>- مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل</li> <li>- مهارت های زندگی</li> <li>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد</li> <li>در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )</li> </ul>	<p>کم ۲۰٪ پرسنل در سال)</p>
	<p>انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود</p>	<p>تعداد نفرات غربالگری شده به کل پرسنل</p>
	<p>پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد</p>	<p>تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند</p>
	<p>فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل</p>	<p>پیش بینی مرخصی های تشویقی</p>
	<p>پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی</p>	<p>تعداد اتاق ورزش یا سالن</p>

اداره اقتصاد و دارایی - اداره کل امور مالیاتی استان

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	( پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و ....)	های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند
	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها
	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویس ها باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن های غذاخوری تحت پوشش ) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس بالا و... را حذف کرده اند
	تامین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده میکنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره

**اداره اقتصاد و دارایی – اداره کل امور مالیاتی استان**

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر اداره	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به همه سازمانها تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند به کل ادارات
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد نظارت های انجام شده</li> <li>- تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها</li> </ul>

**اداره جهاد کشاورزی**

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	همکاری و هماهنگی با اداره استاندارد به منظور توسعه کشت های ارگانیک طبق شاخص های ارسال شده از آن اداره	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد جلسات برگزار شده با اداره استاندارد</li> <li>- تعداد نظارت محصولات ارگانیک وارد بازار</li> </ul>
	ایجاد نظام نظارت بر مصرف کود و سموم شیمیایی در محصولات کشاورزی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد نمونه گیری از محصولات کشاورزی به منظور اندازه گیری میزان سموم آن ها با ارائه گزارش</li> </ul>
	برنامه ریزی جهت جلوگیری از عرضه محصولات کشاورزی با میزان بالای سموم باقی مانده به بازار	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد جشنواره های برگزار شده</li> </ul>
	برگزاری مستمر جشنواره آبریزان به منظور ترویج فرهنگ مصرف آن ها	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد جلسات آموزشی برگزار شده</li> </ul>
	برنامه ریزی در جهت افزایش دسترسی به محصولات آبرزی در استان از طریق برگزاری جشنواره های مختلف بویژه در نقاط محروم	
	آموزش کشاورزان با توجه به بیماری های شغلی مثل	

## اداره جهاد کشاورزی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	سرطان پوست و برخی سرطان های مرتبط با مصرف سموم و کودهای شیمیایی با کمک دانشگاه علوم پزشکی	
	تهیه پرسشنامه منابع آلودگی هوا (pm10 , pm2.5)	پروفایل ملی
	کاهش استفاده از کودهای ناامن	
	کاهش آفت کش های ناامن	
فعالیت های درون سازمانی	آموزش ساختار یافته به پرسنل زیر مجموعه در خصوص: - سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه سالم و فعالیت بدنی کافی و مقابله با استرس و مدیریت هیجانات و عدم مصرف دخانیات و الکل - عوامل خطر بیماری های غیر واگیر - مزایای فعالیت بدنی - فعالیت های بدنی مفید در شرایط سنی و جسمی مختلف - مضرات مصرف زیاد نمک - روش های کم کردن مصرف نمک و استفاده از جایگزین ها - مضرات مصرف زیادروغن یا اسید های چرب ترانس و اشباع - توجه به میزان اسید چرب اشباع و ترانس موجود در مواد غذایی حین خرید - فرهنگ ترافیک - آموزش مهارت های فرزند پروری - مهارت های نه گفتن به خانواده های پرسنل - مهارت های زندگی - تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری و پیشگیری از مصرف الکل و مواد در قالب برگزاری دوره های عمومی در ساعات آموزشی کارکنان حد اقل به میزان ۲۰ درصد آموزش های ضمن خدمت کارکنان تحت پوشش ( با استفاده از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی )	میزان نفر ساعت آموزش داده شده (حداقل ۱۲ ساعت آموزش برای دست کم ۲۰٪ پرسنل در سال)



اداره جهاد کشاورزی

شاخص اندازه گیری	فعالیت ها	برنامه
تعداد نفرات غربالگری شده به کل پرسنل	انجام غربالگری در خصوص تشخیص افراد در معرض خطر بیماری های غیر واگیر و افراد بیمار (شامل شناسایی پرسنل مصرف کننده دخانیات و الکل و افراد با میزان BMI بالا و کم تحرک و شناسایی اختلالات روانی و رفتاری) براساس دستورالعمل های ارسالی از دانشگاه در پرسنل زیر مجموعه خود	
تعداد بسته های تشویقی به ازاء تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده اند یا کاهش وزن داشته اند	پیش بینی مشوق هایی به منظور ترک دخانیات و کاهش وزن در این افراد	
پیش بینی مرخصی های تشویقی	فعالیت های حمایتی در خصوص تشویق به استفاده از شیر مادر در تغذیه کودکان در مادران شاغل	
تعداد اتاق ورزش یا سالن های راه اندازی شده تعداد افرادی که به ازاء هر سالن ورزشی راه اندازی شده بطور منظم ورزش می کنند	پیش بینی انجام زیرساخت فعالیت بدنی (پیش بینی اتاق ورزش کارکنان در مجموعه و .....	
تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات	برنامه ریزی جهت افزایش فعالیت بدنی کارکنان از طریق : - انعقاد قرارداد با سالن های ورزشی جهت استفاده پرسنل خود - پیش بینی تسهیلات به منظور خرید وسایل ورزشی در قالب کمیته رفاهی کارکنان یا به عنوان جایزه در مسابقات مختلف جهت کارکنان - برگزاری جشنواره های ورزشی جهت کارکنان و ...	
تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که نمک دان را حذف کرده اند به کل باشگاه ها یا سلف سرویس ها	نظارت بر مصرف نمک در محل سلف سرویس و باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش (حذف نمک دان از میز های غذا خوری)	
تعداد سلف سرویس ها و باشگاه هایی که روغن های جامد، با اسید چرب ترانس	نظارت بر مصرف روغن ها در محل سلف سرویس ها باشگاههای غذا خوری مجموعه تحت پوشش ( حذف روغن های با اسید چرب اشباع و ترانس از چرخه مصرف در سالن	

اداره جهاد کشاورزی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	های غذایی تحت پوشش) و استفاده از روغن ها با میزان اسید چرب اشباع پایین و بدون چربی ترانس	بالا و... را حذف کرده اند
	تأمین و الزام استفاده از کلاه ایمنی در کارکنانی که در ماموریت های سازمانی از موتورسیکلت استفاده می کنند	تعداد کلاه های تامین شده به کل پرسنل واجد شرایط
	اختصاص کمک هزینه جهت خرید وسایل حفاظت فردی نظیر کلاه ایمنی و صندلی کودک جهت پرسنل واجد شرایط	تعداد کمک هزینه های دریافتی به کل پرسنل واجد شرایط
	اعمال ممنوعیت جهت ورود موتور سیکلت سواران بدون کلاه ایمنی به محوطه واحد های زیر مجموعه	تعداد موتور سیکلت سوارانی که ورودشان ممنوع شده به کل موتورسواران اداره
	تشکیل کمیته های کارمندی سلامت محور با استفاده از کارکنان داوطلب حداقل یک کمیته در هر اداره	تعداد گزارش های ارائه شده همراه با مستندات
	ابلاغ بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه (ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب رسان سلامت) و ماده ۴۸ قانون الحاقی (لیست کالاهای آسیب رسان سلامت) به همه سازمانها تحت پوشش	تعداد اداراتی که این بخشنامه را تحویل گرفته اند به کل ادارات
	نظارت بر تعاونی های اداره های تحت پوشش به منظور ممانعت از تبلیغ و فروش کالاهای آسیب رسان	- تعداد نظارت های انجام شده - تعداد تعاونی های که این امر همکاری کرده اند نسبت به کل تعاونی ها

نیروهای امنیتی (پلیس راهنمایی نیروی انتظامی)

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	ارزیابی و نظارت بر منابع متحرک ساخته شده توسط انسان (موتورسیکلت، اتومبیل خصوصی، ناوگان موتوری حمل و نقل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تأثیر آن ها به عنوان منابع بحرانی	تعیین زبردسته های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا pm2.5, pm10, benzene, benzo a pyrene

**نیروهای امنیتی (پلیس راهنمایی نیروی انتظامی)**

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	آلودگی هوا، با رویکردی نیمه انتقادی و غیر انتقادی	
	اعمال قوانین مربوط به حمل و نقل شهری در راستای کاهش آلودگی هوا (نظیر متوقف کردن وسایل نقلیه شخصی فرسوده و دودزا و اعمال قوانین مربوط به محدوده ترافیکی و ...)	تعداد و درصد قوانین اجرا شده

**سازمان هواپیمایی کشوری**

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	ارزیابی و نظارت بر منابع متحرک ساخته شده توسط انسان (موتورسیکلت، اتومبیل خصوصی، ناوگان موتورسیکلت، اتومبیل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تأثیر آن ها به عنوان منابع بحرانی آلودگی هوا، با رویکردی نیمه انتقادی و غیر انتقادی	تعیین زیردسته های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا pm2.5, pm10, benzene, benzoα pyrene

**شرکت راه آهن جمهوری اسلامی ایران**

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	ارزیابی و نظارت بر منابع متحرک ساخته شده توسط انسان (موتورسیکلت، اتومبیل خصوصی، ناوگان موتورسیکلت، اتومبیل عمومی، قطار شهری و حومه، هواپیما) و بررسی تأثیر آن ها به عنوان منابع بحرانی آلودگی هوا، با رویکردی نیمه انتقادی و غیر انتقادی	تعیین زیردسته های منابع متحرک ایجاد آلودگی هوا pm2.5, pm10, benzene, benzoα pyrene

**شرکت های آب و فاضلاب شهری و روستایی**

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
فعالیت های برون سازمانی	حفظ شاخص های مطلوب نتایج آزمایشات باکتریولوژیک آب ارتقا شاخص های مطلوبیت شیمیایی آب	
	اتخاذ سیاست های نظارتی و قوانین اجرایی در زمینه دفع اصولی فاضلاب شهری و روستایی و صنعتی و روانابهای کشاورزی	
	اتخاذ سیاست های نظارتی و قوانین اجرایی در زمینه کنترل	

## شرکت های آب و فاضلاب شهری و روستایی

برنامه	فعالیت ها	شاخص اندازه گیری
	آلاینده های سرطان زای ناشی از آب	

## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای اتحادیه ها و اصناف

استراتژی های پیشنهادی	شاخص های مرتبط



فهرست اولویت های پژوهشی  
نقشه جامع سلامت استان

### عناوین اولویت های پژوهشی

#### الف- برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی

- ۱- بررسی بار بیماری های قلبی عروقی
- ۲- بررسی شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی
- ۳- بررسی شیوع مصرف فرآورده های دخانی (سیگار، قلیان،...) در افراد بالای ۱۵
- ۴- بررسی شیوع اضافه وزن و چاقی
- ۵- بررسی میزان تحرک جسمانی مردم
- ۶- بررسی میزان دسترسی (فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی) خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب
- ۷- بررسی میزان مرگ ناشی از سکته های قلبی تا یک ماه پس از حمله قلبی
- ۸- بررسی میزان آلاینده های مهم هوا (شامل دی اکسید گوگرد، نیتروژن اکسید، ذرات معلق، منوکسید کربن و ازن)
- ۹- بررسی میزان آلودگی هوا در فضاهای بسته

#### ب- برنامه پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیرعمدی

- ۱- بررسی بار بیماری های ناشی از حوادث عمدی و غیرعمدی
- ۲- بررسی میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی
- ۳- بررسی میزان ناتوانی ناشی از حوادث ترافیکی
- ۴- بررسی میزان جراحات ناشی از حوادث ترافیکی
- ۵- بررسی میزان مرگ و میر ناشی از حوادث غیرعمدی
- ۶- بررسی میزان ناتوانی ناشی از حوادث غیرعمدی
- ۷- بررسی میزان دسترسی مردم (شهر و روستا) به خدمات فوریت های پیش بیمارستانی
- ۸- بررسی میزان ناتوانی ناشی از حوادث محیط کار
- ۹- بررسی میزان مرگ ناشی از حوادث محیط کار

#### ج- برنامه پیشگیری از بیماری های روانی و اختلالات رفتاری

- ۱- بررسی بار بیماری های ناشی از بیماری های روانی و اختلالات رفتاری
- ۲- بررسی کیفیت ارائه خدمات سلامت روان در ادغام

- ۳- بررسی شیوع افسردگی ( در کل و در گروه های هدف مختلف)
- ۴- بررسی تأثیر طرح پزشک خانواده در ارتقای خدمات بهداشت روان به جامعه روستایی
- ۵- بررسی اثربخشی پروتکل برنامه های پیشگیرانه در زنان سنین باروری

#### د- برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های حول و حوش تولد

- ۱- بررسی بار بیماری های حول و حوش تولد
- ۲- بررسی کیفیت ارائه خدمات تنظیم خانواده، قبل از بارداری، بارداری، پس از زایمان و نوزادی
- ۳- بررسی سواد اطلاعاتی ( KAP ) جامعه ( زنان سنین باروری ) در زمینه تنظیم خانواده و مراقبت های قبل از بارداری، بارداری و پس از زایمان
- ۴- بررسی شیوع بیماری های حول و حوش تولد
- ۵- بررسی وضعیت ریزمغذی ها در جامعه
- ۶- بررسی اثربخشی انواع طرح های مداخله ای برای کاهش مرگ مادر
- ۷- بررسی اثربخشی انواع طرح های مداخله ای برای کاهش معلولیت ها و مرگ نوزاد

#### و- برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های سرطانی

- ۱- بررسی بار بیماری ناشی از سرطان ها
- ۲- بررسی میزان تشخیص بموقع سرطان های شایع
- ۳- بررسی میزان درمان موثر و استاندارد سرطان های شایع
- ۴- بررسی میزان دسترسی (فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی) خانوارهای ایرانی به سبب غذایی مطلوب
- ۵- بررسی میزان باقیمانده مواد شیمیایی (سموم آفات نباتی، هورمون و تتراسیکلین) و آلودگی قارچی در فرآورده های غذایی
- ۶- بررسی میزان آلاینده های فیزیکی شیمیایی و بیولوژیک آب آشامیدنی
- ۷- بررسی میزان آلاینده های خاک (فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک)
- ۸- بررسی میزان فلزات سنگین در رنگ های ساختمانی به حد استانداردهای جهانی
- ۹- بررسی شیوع سرطان های شعلی در کارگاه های تحت پوشش استان

۱۰- بررسی میزان آلاینده های شیمیایی سرطان زا در هوای محیط کار صنایع تحت پوشش استان

۱۱- بررسی میزان مواد شیمیایی سرطان زای مورد استفاده در صنایع

۱۲- بررسی میزان مواد شیمیایی سرطان زای تولیدی صنایع

#### ی- سایر

۱- بررسی عوامل موثر بر توزیع عادلانه منابع

۲- بررسی زمان سنجی خدمات

۳- تعیین شاخص های موثر بر دسترسی عادلانه

۴- آموزش و مراقبت در گروه سنی سالمندان