

به نام خدا

# دستورالعمل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت

فاز دوم برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

نسخه صفر

۱۴۰۰

۳	مقدمه:
۹	دستورالعمل اجرای مداخلات ارتقاء سلامت
۹	۱- تشکیل تیم اجرای مداخلات ارتقاء سلامت در سطح مرکز خدمات جامع سلامت
۱۱	۲- تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت)
۱۲	۳- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان (مرکز بهداشت شهرستان)
۱۴	۴- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان
۱۶	۵. تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی
۱۹	۶- بررسی اصلاح و تایید برنامه عملیاتی
۱۹	۷- اجرای برنامه عملیاتی
۲۰	۸- گزارش برنامه
۲۱	آئین نامه فعالیت های برنامه مداخلات ارتقای سلامت
۲۳	فرم های برنامه مداخلات ارتقای سلامت
۳۶	گزارش پیشرفت برنامه مداخلات ارتقای سلامت در شهرستان
۳۸	شاخص های برنامه مداخلات ارتقای سلامت
۴۲	چک لیست های پایش برنامه مداخلات ارتقای سلامت

## مقدمه:

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

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

پیشرفت‌هایی که در دهه گذشته در زمینه تعریف مفهوم ارتقای سلامت توسط متخصصان انجام گرفته، دیدگاه جدیدی را در رابطه با نقش آموزش سلامت به عنوان بخش مرکزی و اساسی جنبش‌های نوین سلامت عمومی به وجود آورده است. در نظریه نوین سلامت عمومی، تأثیر محیط (اجتماعی، اقتصادی و انسانی) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته است.

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

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

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

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


توانمندسازی جامعه در ابتدا توسط Paulo Freire که بر روی تقویت توانایی مردم بی‌سواد، گرفتار فقر و ناتوان برزیلی در تغییر محیطشان کار می‌کرد، مطرح شد. بسیاری از ابتکارهای اجتماعی سعی در ترجمه ایده‌های Freire به‌منظور همانندسازی فرآیند توانمندسازی جامعه وی داشته‌اند. «توانمندسازی جامعه» به این معناست که مشارکت جوامع، فرصت جلب حمایت و تأثیر مثبت بر آنچه که قرار است بر ایشان اتفاق افتد را در اختیارشان می‌گذارد. بنابراین روش‌های توانمندسازی جوامع سعی در رویارویی مناسب با تأثیر متقابل «جامعه» و «ظرفیت افراد برای تغییر آن» دارد. آموزش سلامت به مردم، نهادهای مدنی، سازمان‌های مردمی، سازمان‌های غیردولتی، احزاب و اصناف، نقش مهمی در توانمندسازی مردم و جوامع برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت دارد.

ریشه‌های توجه به ارزش مشارکت جامعه در بحث ارتقای سلامت را می‌توان در بسیاری از نقاط بیانیه مراقبت‌های بهداشتی اولیه آلمان‌ها مشاهده نمود.

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

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

## تیپولوژی میزان مشارکت و درگیری جامعه (Brager and Specht)

درجه مشارکت	اقدام شرکا	حالت توضیح دهنده
<p>پایین</p>  <p>بالا</p>	هیچ	سازمان به جامعه چیزی نمی گوید.
	اطلاعات دریافت می کنند.	سازمان برنامه ای طراحی می کند و آن را اعلام می کند. هدف از فراخوان جامعه، اطلاع رسانی به آن ها است. اطاعت جامعه مورد انتظار است.
	مشورت می کنند.	سازمان سعی در ترویج یک برنامه و توسعه حمایت از آن برای تسهیل پذیرش یا اخذ تأیید کافی برنامه توسط جامعه را دارد. بنابراین اطاعت اجرایی و اداری از برنامه مورد انتظار است
	راهنمایی می کنند.	سازمان برنامه ای را اعلام می کند و جویای نظرات جامعه درباره آن می شود. با این کار سازمان آماده می شود تنها در موارد کاملاً ضروری، برنامه اش را تعدیل کند.
	در برنامه ریزی مشارکت می کنند.	سازمان برنامه مقدماتی خود را برای تغییر ارایه می دهد و توصیه های مؤثر افراد را درباره برنامه می پذیرد.
	دارای مقام نمایندگی هستند.	سازمان مشکلی را تعیین و به جامعه اعلام می کند. محدودیت ها را تعریف می کند و از جامعه می خواهد که مجموعه ای از تصمیم هایی که می توان در برنامه اعمال نمود را اتخاذ کنند
	دارای کنترل هستند.	سازمان از جامعه می خواهد که مسایل را تعیین کنند و در مورد اهداف نهایی و اصلی برنامه تصمیم گیری کنند. چنین کاری به جامعه کمک می کند که در هر مرحله ای برای تحقق اهداف نهایی خود، حتی توسعه کنترل اجرایی اش بر برنامه اقدام نماید

در بحث ارتقای سلامت انتظار می رود که مشارکت از نوع توصیف شده در پایین طیف Brager and Specht باشد. چنین مشارکتی به طور خاص توصیف کننده یک جامعه توسعه یافته است که می تواند به این صورت توصیف شود:

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

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

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

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

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

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

### دلایل بانک جهانی برای توسعه مشارکت مردمی

۱. مردم برخوردار از مقدار زیادی تجربه و بینش درباره اینکه چه کاری باید انجام شود و چه کاری نباید انجام شود و دلایل آن هستند؛
۲. مشارکت مردم در طراحی پروژه، می‌تواند تعهد آن‌ها نسبت به اجرای پروژه را افزایش دهد؛
۳. مشارکت مردم می‌تواند به آن‌ها برای توسعه مهارت‌های فنی و مدیریتی‌شان کمک کند و شاید فرصت‌های شغل یابی آن‌ها را نیز افزایش دهد؛
۴. مشارکت مردم در افزایش منابع در دسترس برای برنامه مؤثر است؛ و
۵. مشارکت مردم راهی برای تحقق یادگیری اجتماعی (هم برای طراحان و هم برای ذینفعان) برنامه است.

مشارکت برای توانمندسازی مردم در سه حالت رخ می‌دهد (Peter Oakley) پیتر اوکلی

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

(۲) مشارکت در جاهایی که افراد محلی در تعیین اولویتهای برنامه کمک کرده و نیز در فعالیتهای درگیر هستند. اگرچه افراد حرفه‌ای و متخصص هنوز کنترل کل هدف توانمندسازی را به عهده دارند. برای مثال، افراد محلی ممکن است در اخذ تصمیم برای اینکه سیستم آب آشامیدنی یک اولویت بوده شرکت نمایند. این نوع از مشارکت، مشاوره بوده و افراد حرفه‌ای و متخصص، هر دوی مشکلات و راه حل را تعریف و مشخص می‌سازند؛ اگرچه آنها ممکن است برخی از این موارد را با توجه به واکنش‌های مردم محلی، اصلاح نمایند اما آنها مجبور به این کار نیستند.

(۳) مشارکت در جاهایی که افراد محلی، نقش فعال و مستقیم در توسعه پروژه به عهده دارند. برای مثال، مردم محلی به سادگی نقطه نظر افراد حرفه‌ای را نمی‌پذیرند که تامین آب سالم، یک اولویت محسوب شود و به جای آنها در جمع آوری و تفسیر اطلاعات برای انجام نیازسنجی مشارکت می‌کنند.

آنها در مشخص کردن مشکلات و اولویتهای آنها، یافتن راه‌حل‌ها، انجام فعالیتهای و فعالیتهای مربوط به ارزشیابی مشارکت می‌کنند. این نوع مشارکت به مردم محلی اجازه می‌دهد تا کنترل بر اوضاع داشته و سهمی در حفظ برنامه داشته باشند. این کار پتانسیل زیادی برای قادرسازی مردم در توانمند شدن و از طریق آرایه فرصتهایی برای مردمی دارد که محروم و ضعیف و فاقد قدرت بوده و در انتخاب‌های واقعی برای زندگی خودشان درگیر می‌شوند.

طراحی برنامه‌های ارتقا سلامت می‌تواند در کاهش و حذف مشکلات بهداشتی، بهبود سلامتی و ارتقای سبک زندگی افراد نقش بسزایی داشته باشد. با توجه به اینکه امروزه کارشناسان و مربیان سلامت استفاده بیشتری از مدل‌ها و تئوری‌های تغییر رفتار نسبت به مدل‌های طراحی و برنامه‌ریزی جهت اجرای برنامه‌های آموزشی خود دارند، بنابراین نیاز به معرفی مدل‌های جامع برنامه‌ریزی است. طراحی برنامه‌های ارتقا سلامت مهارت خاصی را می‌طلبد چراکه طراحی یک برنامه هدفمند و مؤثر از اجرای آن دشوارتر است. این مجموعه رویکرد نقشه‌نگاری مداخله را به عنوان یک مدل جامع برنامه‌ریزی جهت طراحی برنامه مداخلات ارتقای سلامت مد نظر قرار داده است. هدف اصلی این مدل، فراهم آوردن چارچوبی برای برنامه ریزان برنامه‌های ارتقای سلامت است که به آن‌ها امکان تصمیم‌گیری مؤثر در هر یک از گام‌های برنامه‌ریزی، پیاده‌سازی و ارزشیابی برنامه را می‌دهد.

در برنامه‌های سلامت، جلب مشارکت مردم و حمایت از ایجاد تشکل‌های محلی و تسهیل جهت ورود و ایفای نقش در تصمیم‌گیری‌های محلی می‌تواند منجر به افزایش سرمایه اجتماعی، مسئولیت اجتماعی و ارتباط بهتر بین مردم، تشکل‌های محلی و مسئولین محلی و منطقه‌ای و تیم سلامت شود. در این برنامه که فاز ۲ و ۳ از برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت است در حقیقت برنامه‌ریزی برای مداخلات بر اساس نتایج نیازسنجی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت است که به توسعه و نهادینه سازی مدل نقشه‌نگاری مداخلات ارتقای سلامت پرداخته شده است. استقرار این مدل علاوه بر موارد پیش گفت، می‌تواند به تخصیص بهینه منابع، شناسایی و استفاده از ظرفیت‌های محلی و افزایش بهره‌وری منجر گردد. در این مدل، از مرحله نیازسنجی تا تعیین اولویت‌ها و برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت و همچنین ارزشیابی برنامه؛ با مشارکت تیم‌هایی که متشکل از افراد معتمد و مطلع محلی مردم و تیم سلامت است، صورت می‌پذیرد.



## دستورالعمل اجرای مداخلات ارتقاء سلامت

**۱- تشکیل تیم اجرای مداخلات ارتقاء سلامت در سطح مرکز خدمات جامع سلامت:** پزشک مرکز/ مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، رابط برنامه مداخلات ارتقای سلامت (یکی از مراقبین مرکز)، نماینده ثابت منطقه/ناحیه شهرداری، سرپرست/مسئول پایگاه‌های سلامت تحت پوشش، کارشناس تغذیه/ سلامت روان/ سلامت محیط و مراقب سلامت ناظر، نماینده شورای اسلامی شهر/روستا، نماینده شورایی محله (در صورت وجود شورایی)، اعضای تیم معتمدین (مانند روحانیون، خیرین، کارشناس سلامت و تندرستی ناحیه/منطقه آموزش و پرورش، نماینده بسیج و ...) و نماینده سفیران سلامت خانواده و رابطین سلامت محله که در انجام نیازسنجی شرکت داشته‌اند، همچنین سایر افرادی که حسب مشکل اولویت‌دار استخراج شده می‌توانند در حل مشکل کمک کنند.

\* دبیر برنامه مداخلات به انتخاب رئیس تیم مداخلات تعیین می‌گردد.

\* مسئولیت پیگیری اجرای مداخلات در پایگاه‌های تحت پوشش مرکز بر عهده مسئول پایگاه است.

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

- تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت
- تدوین برنامه ارتقا سلامت شامل بخش‌های زیر:
  ۱. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری)
  ۲. اولویت‌بندی علل رفتاری و انتخاب ۳ علت رفتاری اولویت‌دار
  ۳. اولویت‌بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار
  ۴. تدوین اهداف کلی و اختصاصی
  ۵. تدوین فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی
  ۶. ارسال برنامه تدوین شده به سطح بالاتر و دریافت تاییدیه
- دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (حداکثر در طول ۲ ماه)

- تشکیل جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها با فاصله حداکثر ۳ ماه
- پیگیری اجرای فعالیت‌های برنامه طبق زمان‌بندی برنامه (دبیر برنامه)
- تهیه و ارسال گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
- تهیه و ارسال گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
- ارسال برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح مرکز خدمات جامع ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهم‌نامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان و انتخاب اولویت بعدی به دست آمده در نیازسنجی به عنوان اولویت مرکز برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت

**۲- تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت):** پزشک مرکز/ مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، دهیار، کاردان یا کارشناس ناظر، بهورزان شاغل (دبیر برنامه)، رئیس یا نماینده شورای اسلامی روستا، اعضای تیم معتمدین (مانند روحانی، خیرین، مدیر مدرسه و ...) و نماینده سفیران و رابطین سلامت که در انجام نیازسنجی شرکت داشته‌اند، همچنین سایر افرادی که حسب مشکل اولویت‌دار استخراج شده می‌توانند در حل مشکل کمک کنند.

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

- تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت
- تدوین برنامه ارتقا سلامت شامل بخش‌های زیر:
  ۱. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری)
  ۲. اولویت‌بندی علل رفتاری و انتخاب ۳ علت رفتاری اولویت‌دار
  ۳. اولویت‌بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار
  ۴. تدوین اهداف کلی و اختصاصی
  ۵. تدوین فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی
  ۶. ارسال برنامه تدوین شده به سطح بالاتر
- دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (حداکثر در طول ۲ ماه)
- تشکیل جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها با فاصله حداکثر ۲ ماه
- پیگیری اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه (دبیر برنامه)
- تهیه و ارسال گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
- تهیه و ارسال گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
- ارسال برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح روستا (خانه بهداشت) ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهم‌نامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان و انتخاب اولویت بعدی به دست آمده در نیازسنجی به عنوان اولویت خانه بهداشت برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت

برای انجام مداخلات ارتقاء سلامت در سطح شهرستان اقدامات زیر صورت گیرد:

**۳- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان (مرکز بهداشت شهرستان):** اعضای کارگروه عبارت‌اند از: فرماندار (به عنوان رئیس کارگروه)، مدیر شبکه بهداشت و درمان (دبیر کارگروه)، رئیس مرکز بهداشت شهرستان (معاون بهداشتی)، کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت و مسئولین واحدهای ستادی (به عنوان اعضاء کارگروه برحسب موضوع)، رئیس شورای ائمه جمعه و جماعات/ نماینده مرکز خدمات حوزه علمیه، شهرداران، نماینده سازمان‌های مردم نهاد و خیرین، فرمانده یا نماینده سپاه، رئیس/ نماینده تام‌الاختیار آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی و سایر ادارات و نهادها برحسب نیاز.

### **شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان:**

- صدور ابلاغ توسط رئیس کارگروه مداخلات ارتقای سلامت
- طرح برنامه‌های مداخلات ارتقای سلامت تایید شده در زیرگروه فنی
- تبیین انتظارات از ادارات و ارگان‌های مرتبط
- ابلاغ مصوبات کارگروه به ادارات و ارگان‌های مرتبط
- تشکیل جلسات فصلی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها
- حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در سطح شهرستان
- بررسی گزارش پیشرفت برنامه، تهیه شده توسط زیرگروه فنی
- ارسال برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح شهرستان ندارند به مرکز بهداشت استان به منظور درخواست مداخله\*
- بررسی، تایید و ارسال گزارش نهایی برنامه‌ها که توسط زیرگروه آماده شده است به سطح بالاتر

\* در دانشکده‌هایی که معاونت بهداشتی آن‌ها مرکز بهداشت استان نیست در صورت نیاز می‌توانند موضوع را به استانداری استان مربوطه ارجاع دهند.

## زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان:

**اعضای این زیرگروه شامل:** مدیر شبکه بهداشت و درمان، رئیس مرکز بهداشت شهرستان (معاون بهداشتی)، کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت (دبیر) و مسئولین واحدهای ستادی  
\* ابلاغ این اعضا توسط مدیر شبکه بهداشت و درمان صادر می‌گردد.

### شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

- بررسی برنامه‌های مداخله‌ای ارسالی از واحدهای محیطی (خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت)
- همکاری و مشارکت در اصلاح برنامه عملیاتی تدوین شده از واحدهای محیطی،
- تعیین عناوین با بیشترین فراوانی (به تفکیک مراکز و خانه‌های بهداشت) مربوط به هر واحد فنی و اعلام به آن واحد
- تدوین برنامه حمایتی مدیریتی مربوط به عنوان با بیشترین فراوانی توسط واحد مربوطه
- تایید برنامه‌های اصلاح شده و صدور ابلاغ اجرای برنامه
- حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در واحدهای محیطی
- پایش و نظارت بر اجرای مداخلات ارتقای سلامت در حال اجرا
- ارزشیابی میان دوره (۶ ماهه) و پایان دوره

**این زیرگروه به صورت ماهانه تشکیل می‌گردد** و در صورت نیاز، به ویژه برای شروع برنامه، جلسات آن می‌تواند با فاصله کمتری تشکیل شود.

برای انجام مداخلات ارتقای سلامت در سطح استان اقدامات زیر صورت گیرد:

#### ۴- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان (مرکز بهداشت استان / معاونت بهداشت دانشگاه): اعضای

کارگروه عبارت‌اند از: استاندار (به عنوان رئیس کارگروه)، رییس دانشگاه، رئیس مرکز بهداشت استان / معاون بهداشتی (دبیر کارگروه)، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت، رئیس شورای ائمه جمعه و جماعات استان، مدیرکل امور شهری و شوراهای اسلامی و مدیرکل امور روستایی و شوراهای اسلامی، نماینده سازمان‌های مردم نهاد و خیرین، فرمانده نیروهای نظامی و انتظامی، مدیرکل صدا و سیما مرکز استان، مدیران کل آموزش و پرورش استان و سایر سازمان‌ها و نهادها برحسب نیاز.

#### شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان:

- صدور ابلاغ توسط رییس کارگروه مداخلات ارتقای سلامت
- ارائه گزارشی از برنامه‌های مداخلات ارتقای سلامت تایید شده در زیرگروه فنی
- طرح و بررسی برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح شهرستان نداشته‌اند
- تبیین انتظارات از سازمان‌ها، ادارات کل و نهادهای مرتبط
- ابلاغ مصوبات کارگروه به سازمان‌ها، ادارات کل و نهادهای مرتبط
- تشکیل جلسات ۶ ماهه کارگروه مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها
- حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در سطح استان
- بررسی گزارش پیشرفت برنامه، تهیه شده توسط زیرگروه فنی
- ارسال برنامه‌هایی که قابلیت اجرا در سطح استان ندارند به سطح ملی
- بررسی، تایید و ارسال گزارش نهایی برنامه‌ها که توسط زیرگروه آماده شده است به سطح ملی

#### زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان:

**اعضای این زیرگروه شامل:** معاون بهداشت / رئیس مرکز بهداشت استان، معاون فنی، رییس گروه آموزش و

ارتقای سلامت (دبیر) و مدیران و روسای گروه‌های فنی

\* ابلاغ این اعضا توسط معاون بهداشت / رئیس مرکز بهداشت استان صادر می‌گردد.

## شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

- بررسی گزارش برنامه‌های مداخله‌ای تدوین شده در سطح مراکز بهداشت شهرستان
- مشاوره، همکاری و مشارکت در اصلاح برنامه عملیاتی تدوین شده در شهرستان‌ها
- حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در شهرستان‌ها
- پایش و نظارت بر اجرای مداخلات ارتقای سلامت در حال اجرا
- ارزشیابی میان دوره (۶ ماهه) و پایان دوره

این زیرگروه به صورت ماهانه تشکیل می‌گردد و در صورت نیاز، به ویژه برای شروع برنامه، جلسات آن می‌تواند با فاصله کمتری تشکیل شود.

## ۵- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی

مداخلات ارتقای سلامت در سطح وزارت اقدامات زیر صورت گیرد:

مداخلات ارتقای سلامت در سطح وزارت در دو مسیر امکان اجرا شدن دارد.

الف. مداخلات ارتقای سلامت مرتبط با هر یک از اولویت‌ها در سطح کارگروه فنی تنظیم شده و برای هماهنگی با سایر سازمان‌های مرتبط به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال می‌گردد. در جلسات هماهنگ شده توسط دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، دفتر تخصصی مرتبط با موضوع و دفتر آموزش و ارتقای سلامت حضور دارند.

**ب. تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی:** در مواردی که یک مشکل اولویت‌دار فراوانی بالایی داشت و با نظر زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت می‌تواند درخواست تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی داده شود. اعضای کارگروه عبارت‌اند از:

- نماینده وزارت کشور (رئیس)
- معاون بهداشت وزیر بهداشت (دبیر)
- نماینده وزارت راه و شهرسازی
- نماینده وزارت آموزش و پرورش
- نماینده وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
- نماینده وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی
- نماینده وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- نماینده رئیس ستاد کل نیروهای مسلح
- نماینده دادستان کل کشور
- نماینده سازمان برنامه و بودجه
- نماینده سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
- نماینده سازمان حج و زیارت
- نماینده نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران
- نماینده وزارت جهاد کشاورزی
- نماینده سازمان محیط زیست



### شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی:

- ارائه گزارشی از برنامه‌های مداخلات ارتقای سلامت تایید شده در زیرگروه فنی
- طرح و بررسی برنامه‌ها
- تبیین انتظارات از سازمان‌ها، ادارات کل و نهادهای مرتبط
- ابلاغ مصوبات کارگروه به سازمان‌ها، ادارات کل و نهادهای مرتبط
- بررسی گزارش پیشرفت مصوبات
- بررسی، تایید و ارسال گزارش نهایی برنامه‌ها اجرا شده به کارگروه فنی

### زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی:

**اعضای این زیرگروه شامل:** معاون بهداشت، معاون اجرایی، مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت (دبیر)،

مدیران مراکز / دفتر تخصصی معاونت بهداشت وزارت

\* ابلاغ این اعضا توسط معاون بهداشت وزارت صادر می‌گردد.

### شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

- بررسی اولویت‌های تعیین شده در دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی و تعیین اولویت‌های ملی بر اساس نتایج برنامه نیازسنجی در سطوح پایین‌تر.
- ابلاغ اجرای برنامه مداخلات ارتقای سلامت و ارسال دستورالعمل به ساغ
- عقد تفاهم‌نامه‌های فی‌مابین وزارت متبوع و سایر وزارتخانه‌ها، نهادها و سازمان‌ها
- ارسال دستورالعمل‌های مشترک مراکز/دفاتر معاونت بهداشت
- برآورد، تامین و تخصیص اعتبار اجرای برنامه‌های مداخلات سلامت
- بررسی گزارش برنامه‌های مداخله‌ای تدوین شده در سطح دانشگاه/ دانشکده
- ارائه گزارش

- حمایت، همکاری و پیگیری اجرای مداخلات در دانشگاه/ دانشکده
- پایش و نظارت بر اجرای مداخلات ارتقای سلامت
- ارزشیابی سالانه

**این زیرگروه به صورت ماهانه تشکیل می‌گردد** و در صورت نیاز، به ویژه برای شروع برنامه، جلسات آن می‌تواند با فاصله کمتری تشکیل شود.

## **۶- تدوین، بررسی، اصلاح و تایید برنامه عملیاتی:**

در این مرحله لازم است اقدامات زیر انجام گردد:

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

۲- پس از تدوین برنامه عملیاتی، نسبت به ارسال آن به دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت (واحد آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت شهرستان) جهت بررسی و اصلاح (توسط اعضاء کارگروه) اقدام گردد.

۳- پس از بررسی و اصلاح برنامه عملیاتی و ابلاغ آن از طرف مرکز بهداشت شهرستان به مراکز و خانه‌ها، برنامه مداخلات قابل اجرا است.

\* تعداد جلسات اختصاص داده شده جهت تدوین برنامه مداخلات ارتقاء سلامت بیش از یک جلسه می‌تواند باشد.

**جهت تدوین برنامه عملیاتی مداخلات از راهنمای پیوست استفاده گردد.**

## **۷- اجرای برنامه عملیاتی:**

در این مرحله طبق فعالیت‌های تعیین شده در برنامه عملیاتی اعضای تیم اجرایی ملزم به پی‌گیری و اجرای برنامه می‌باشند. در مدت زمان اجرای برنامه دست کم ماهانه و حسب نیاز تعداد بیشتر، جلساتی با حضور اعضای تیم اجرایی در خصوص بررسی روند پیشرفت برنامه، میزان دسترسی به اهداف و برطرف نمودن موانع احتمالی توسط تیم مداخلات برگزار گردد و مستندات آن در واحدهای محیطی موجود باشد. همچنین گزارشی از پیشرفت برنامه مداخلات ارتقاء سلامت در جلسات کمیته اجرایی ارائه و در صورت جلسات کمیته ثبت گردد.

## ۸- گزارش برنامه:

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

### ۱- فرم گزارش دهی مداخلات ارتقای سلامت از شهرستان (جداول ۱ تا ۵) طبق زمان بندی به

#### مرکز بهداشت استان ارسال گردد.

۲- تعداد جلسات برگزار شده توسط تیم اجرای مداخله و درصد پیشرفت برنامه که مساوی است با تعداد فعالیت های اجرا شده نسبت به کل فعالیت های پیش بینی شده (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری) نیز مشخص گردد.

تعداد فعالیت های اجرا شده

$100 \times =$  درصد پیشرفت برنامه (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری)

کل فعالیت های پیش بینی شده

۳- فرم گزارش پایانی متعاقبا ارسال خواهد شد.

## آئین نامه فعالیت‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

۱. برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح کشوری هر ۲ سال یکبار در ۳ مرحله انجام می‌شود. ۳ ماه اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه، ۳ ماه برنامه‌ریزی برای مداخلات و یک سال و نیم اجرای مداخلات ارتقای سلامت. با توجه به شرایط موجود و تأثیر کووید ۱۹ بر روند اجرای برنامه تصمیم بر آن شد که سال ۱۴۰۱ مداخلات ارتقای سلامت انجام شود و ابتدای سال ۱۴۰۲ به صورت هماهنگ دور جدید برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت انجام گیرد.
۲. آغاز فرایند برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت با ارسال آخرین نسخه شیوه‌نامه مداخلات ارتقای سلامت و مجموعه پیوست آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.
۳. معاون بهداشتی هر دانشگاه که به عنوان رئیس کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت آن دانشگاه نیز محسوب می‌شود نسبت به صدور ابلاغ برای اعضاء کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت دانشگاه (مطابق با ترکیب اعضاء مشخص شده دستورالعمل) و نیز صدور ابلاغ انتصاب معاونین بهداشتی شبکه‌های بهداشت و درمان تحت نظر خود به عنوان رئیس کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت شهرستان اقدام می‌نماید.
۴. معاون بهداشتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان نیز موظف به صدور ابلاغ انتصاب اعضاء کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت شهرستان و انتصاب روسای مراکز بهداشتی درمانی به عنوان رئیس کارگروه مداخلات ارتقای سلامت مرکز بهداشتی درمانی تحت نظر ایشان می‌نماید.
۵. جلسات کارگروه مداخلات ارتقای سلامت هریک از سطوح با حضور حداقل دو سوم اعضاء رسمیت می‌یابد.
۶. در سطوح مختلف مسئول هدایت کارگروه مداخلات ارتقای سلامت رئیس تیم و مسئول برنامه‌ریزی و فراهم نمودن امکانات لازم جهت برگزاری جلسات و نیز دعوت اعضاء جهت شرکت در جلسات دبیر تیم است.
۷. حضور رئیس و دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف در کلیه جلسات الزامی است.

۸. جلسات کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف باید به گونه‌ای تشکیل شود که در پایان مهلت تعیین شده در فرایند اجرایی برنامه مداخلات ارتقای سلامت انجام و به سطح بالاتر اعلام شود.

۹. کلیه جلسات می‌بایست در قالب فرم‌های پیشنهادی صورت جلسه شده و توسط هریک از اعضاء حاضر در جلسه امضاء و در محل کار دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت نگهداری گردد.

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

۱۱. یک نسخه از برنامه تدوین شده در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری و خانه‌های بهداشت به سطح بالاتر ارسال و یک نسخه دیگر در محل کار دبیر تیم مداخلات ارتقای سلامت بایگانی گردد. برنامه ارسال شده در سطح شهرستان بررسی و در صورت تایید سطح شهرستان به سطوح محیطی برای اجرای برنامه ارسال می‌گردد.

۱۲. هر یک از گروه‌ها در سطح شهرستان برای اولویت‌های خود، برنامه مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به مرکز خدمات جامع سلامت شهری / خانه‌های بهداشت که اولویت مورد نظر جزء ۲ اولویت اول آنها است به عنوان پیش فرض ارسال می‌نماید و مرکز خدمات جامع سلامت شهری / خانه‌های بهداشت فوق برنامه مداخلات ارتقای سلامت خود را با استفاده از این برنامه پیش فرض تدوین می‌نمایند.

## فرم‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت





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

۱. فرم شماره ۱ جهت تعیین عوامل ایجاد کننده برای هر اولویت بهداشتی و نیز تعیین علل رفتاری و غیر رفتاری به وجود آورنده مشکل است.
۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد.
۳. ابتدا نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
۴. با توجه به اینکه این مرحله نیاز به اعضای با تجربه و آموزش دیده و داشتن اطلاعات علمی است لذا در این مرحله کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند می‌بایست بر اساس منابع علمی معتبر، نظر صاحب‌نظران و ... قبل از جلسه گردآوری و در جلسه مطرح گردد.
۵. برای تکمیل فرم شماره ۱ ابتدا عنوان اولویت بهداشتی به دست آمده از مراحل نیازسنجی را وارد فرم کرده سپس نسبت به تعیین علل کلی و عوامل ایجاد کننده آن اولویت بهداشتی اقدام می‌شود.
۶. سپس تعیین می‌گردد که هر یک از عوامل ایجاد کننده، رفتاری است یا غیر رفتاری
۷. علل رفتاری به عللی گویند که با افزایش آگاهی، نگرش و در نتیجه تغییر در رفتار مردم قابل حل هستند.
۸. علل غیر رفتاری به عللی گویند که جدای از میزان آگاهی، نوع نگرش و نوع رفتار جامعه برای حل مشکل نیاز به ملزوماتی مانند تغییر قوانین و سیاست‌ها و یا فراهم نمودن وسایل، تجهیزات و تامین نیروی انسانی مورد نیاز جهت تغییر رفتار در سطح منطقه و یا استان و یا کشور است.

## فرم شماره ۲

### فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده

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

اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده رفتاری								
رتبه	جمع کل	سایر*	اثربخشی مداخله (۱-۵)	امکان مداخله (۱-۵)	فوریت مداخله (۱-۵)	شیوع و فراوانی (۱-۵)	شدت (۱-۵)	عوامل ایجاد کننده رفتاری
<p>معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد)</p> <p>شدت: میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می‌کند شیوع: نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است</p> <p>فوریت مداخله: داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است. اثربخشی مداخله: میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است.</p> <p>امکان مداخله: انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان پذیر است.</p>								
<p>عناوین <u>عوامل ایجاد کننده رفتاری</u> اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:</p>								
-۱								
-۲								
-۳								
اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری								
رتبه	جمع کل	سایر*	اثربخشی مداخله (۱-۵)	امکان مداخله (۱-۵)	فوریت مداخله (۱-۵)	شیوع و فراوانی (۱-۵)	شدت (۱-۵)	عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری
<p>عناوین <u>عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری</u> اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:</p>								
-۱								
-۲								
* اگر معیار دیگری برای اولویت‌بندی مناسب بود در ستون سایر ثبت شود.								

## دستور العمل تکمیل فرم شماره ۲ (فرم اولویت بندی عوامل ایجاد کننده)

۱. فرم شماره ۲ به منظور اولویت بندی عوامل ایجاد کننده ای که از فرم شماره ۱ به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری است.
۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد.
۳. ابتدا نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می گردد، ثبت می شود.
۴. ۳ عامل ایجاد کننده رفتاری اولویت دار و ۲ عامل ایجاد کننده غیر رفتاری اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت باید در این فرم مشخص شود.
۵. ابتدا عوامل ایجاد کننده ای که از فرم شماره ۱ به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری در فرم وارد می شود.
۶. سپس به هر یک از عوامل ایجاد کننده بر اساس معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله امتیازی داده می شود. امتیازی که به هر یک از معیارها داده می شود بین ۱ الی ۵ است (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد).
۷. منظور از معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله عبارت اند از:
  - شدت: میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می کند
  - شیوع: نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است
  - فوریت مداخله: داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است.
  - اثربخشی مداخله: میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است.
  - امکان مداخله: انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان پذیر است.
۸. با نظر اکثریت اعضای کارگروه اگر معیاری پیشنهاد شد که به معیارهای مذکور اضافه گردد، می توان یک معیار را در قسمت سایر به فرم اضافه کرد.
۹. پس از امتیازدهی به معیارهای همه عوامل ایجاد کننده امتیازهای معیارهای هر عامل ایجاد کننده با هم جمع می شود و در ستون جمع کل نوشته می شود.
۱۰. بر اساس امتیاز نوشته شده در جمع کل رتبه عامل ایجاد کننده مشخص می شود. بزرگترین عدد رتبه ۱ و کوچکترین عدد رتبه آخر
۱۱. ۳ عامل ایجاد کننده رفتاری که بالاترین امتیاز را آورده اند و ۲ عامل ایجاد کننده غیر رفتاری که بالاترین امتیاز را آورده اند مشخص و در قسمت مربوطه نوشته می شوند.

- عناوین عوامل ایجاد کننده رفتاری اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت
- عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت

فرم شماره ۳

تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت

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

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

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

## دستور العمل تکمیل فرم شماره ۳

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

۱. فرم شماره ۳ به منظور تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
  ۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/خانه بهداشت تکمیل خواهد شد
  ۳. ابتدا نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
  ۴. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
  ۵. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:
    - موضوع به صورت یک جمله مثبت خبری؛
    - عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه؛
    - آزمون پذیر مطرح شدن موضوع؛
    - محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/زمانی/مکانی/ جامعه آماری)
- هدف کلی با افعالی مانند ارتقاء، افزایش، بهبود، حفظ، کاهش، پیشگیری بیان می‌شود. مثال: کاهش شیوع بیماری فشارخون در جمعیت تحت پوشش و کنترل عوامل خطر مربوطه.
۶. با توجه به اینکه سه عامل رفتاری اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل رفتاری اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت smart تنظیم شود
- کلمه SMART متشکل شده از پنج کلمه Specific, Measurable, Assignable, Realistic, Time-bound است.
- معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.
  - قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.
  - دست‌یافتنی (Assignable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست‌نیافتنی باشد.
  - واقع بینانه (Realistic): هدف باید دست‌یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.

- محدوده زمانی (Time-bound): بهتر است یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکن است تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.

مثال: ..... درصد میانسالان تحت پوشش مرکز/ خانه ..... در خصوص تحرک بدنی تا پایان سال..... در کلاس‌های آموزشی شرکت کنند.

۷. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده رفتاری، آموزش است.
۸. فعالیت‌های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.
۹. برای هر هدف اختصاصی فعالیت‌های آموزشی مرتبط تدوین گردد، ضمن اینکه از کلیه روش‌های آموزش از جمله، آموزش گروهی، آموزش فردی (مشاوره)، برگزاری کمپین و رسانه‌های نوشتاری و غیر نوشتاری می‌توان در تدوین و انجام فعالیت‌ها استفاده نمود. مستندات آموزش‌های گروهی (عنوان آموزش، گروه مخاطب، تاریخ آموزش، روش آموزش، محل آموزش، رسانه کمک آموزشی، نتیجه پیش آزمون و پس آزمون) ثبت گردد.
۱۰. وظیفه طراحی سوالات پیش آزمون و پس آزمون بر عهده واحد فنی است.
۱۱. هر یک از فعالیت‌ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود
۱۲. با توجه به شرایط موجود (کووید ۱۹) برآورد صحیح زمان لازم برای اجرای فعالیت بسیار مهم است.
۱۳. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
۱۴. در آخر پس از تنظیم فرم، پزشک مسئول مرکز، تاریخ تکمیل فرم (روز/ ماه/ سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند و سپس برای تایید و اصلاح به همراه فرم شماره ۴ به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.

فرم شماره ۴

تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی

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

عنوان مشکل اولویت‌دار:					
هدف کلی:					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری ۱):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری ۲):					
استراتژی: توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری، جلب حمایت همه‌جانبه					
فعالیت‌های مرتبط با استراتژی .....					
انجام شد	زمان اجرا	مسئول پیگیری	مسئول اجرا	شماره هدف اختصاصی	رنوس فعالیت‌ها

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

## دستور العمل تکمیل فرم شماره ۴

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

۱. فرم شماره ۴ به منظور تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
  ۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد
  ۳. ابتدا نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشت شهرستان، مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت) که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
  ۴. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
  ۵. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:
    - موضوع به صورت یک جمله مثبت خبری؛
    - عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه؛
    - آزمون پذیر مطرح شدن موضوع؛
    - محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/ زمانی/ مکانی/ جامعه آماری)هدف کلی با افعالی مانند ارتقاء، افزایش، بهبود، حفظ، کاهش، پیشگیری بیان می‌شود. مثال: کاهش شیوع بیماری فشارخون در جمعیت تحت پوشش و کنترل عوامل خطر مربوطه.
  ۶. با توجه به اینکه سه عامل رفتاری اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل رفتاری اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت smart تنظیم شود
- کلمه SMART متشکل شده از پنج کلمه Specific, Measurable, Assignable, Realistic, Time-bound است.
- معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.
  - قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.
  - دست‌یافتنی (Assignable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست‌نیافتنی باشد.
  - واقع‌بینانه (Realistic): هدف باید دست‌یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.
  - محدوده زمانی (Time-bound): بهتر است یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکنه تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.



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

۸. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری، استراتژی‌هایی است مانند جلب حمایت همه‌جانبه از طریق تاثیر گذاری بر افراد کلیدی است و توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری که در تدوین فعالیت‌ها حتما به آن توجه شود.

۹. فعالیت‌های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.

مثال: فعالیت یک برای هدف اختصاصی بالا: هماهنگی با خیرین جهت خریداری وسایل ورزشی  
مثال: فعالیت دو برای هدف اختصاصی بالا: هماهنگی جهت نصب وسایل ورزشی در پارک‌های منتخب

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

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

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

۱۳. در آخر پس از تنظیم فرم، پزشک مسئول مرکز، تاریخ تکمیل فرم (روز/ماه/سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند و سپس برای تایید و اصلاح به همراه فرم شماره ۳ به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.



## **دستورالعمل تکمیل فرم صورت جلسه تیم مداخلات ارتقای سلامت**

این فرم برای هر جلسه (با توجه به نیاز) که از شروع تا پایان مداخله ارتقای سلامت با حضور اعضاء تیم مداخله برگزار می گردد، تکمیل و در مرکز/خانه بهداشت نگهداری می شود.



## ۲- گزارش فعالیت کارگروه مداخلات ارتقاء سلامت ستاد شهرستان

ملاحظات	نتیجه		فعالیت
	خیر	بلی	
			صدور ابلاغ اعضاء
			تشکیل جلسات کارگروه اصلی (با ذکر تعداد)
			تشکیل جلسات زیرگروه (با ذکر تعداد)

## شاخص‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

شاخص (۱) - نسبت برنامه‌های مداخله تأیید شده به واحدهای ارائه دهنده خدمت در سطح شهرستان

شاخص به درصد	تعداد واحد (مخرج)	تعداد برنامه مداخله تأیید شده (صورت)	تعداد برنامه دریافت شده در سطح شهرستان	سطح
				خانه‌های بهداشت
				مراکز خدمات جامع سلامت
				کل

شاخص (۲) - نسبت برنامه مداخلات اجرا شده به برنامه مداخلات تأیید شده در شهرستان

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

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

شاخص (۱-۲) - نسبت برنامه مداخلات مربوط به رفتاری اجرا شده به برنامه مداخلات عوامل رفتاری تأیید شده  
در شهرستان

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

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

شاخص (۲-۲) - نسبت برنامه مداخلات مربوط به غیر رفتاری اجرا شده به برنامه مداخلات عوامل غیر رفتاری تأیید شده در شهرستان

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

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

### شاخص (۳) - نسبت برنامه مداخلات اجرا شده به تفکیک سطوح در شهرستان

شاخص به درصد	تعداد کل واحد در شهرستان (مخرج)	تعداد کل واحدهایی که برنامه مداخله اجرا کرده اند (صورت)	واحد ارائه دهنده خدمت
			خانه‌های بهداشت
			مراکز خدمات جامع سلامت
			کل

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

### شاخص (۳-۱) - نسبت برنامه مداخلات رفتاری اجرا شده به تفکیک سطوح در شهرستان

شاخص به درصد	تعداد کل واحد در شهرستان (مخرج)	تعداد کل واحدهایی که برنامه مداخله رفتاری اجرا کرده اند (صورت)	واحد ارائه دهنده خدمت
			خانه‌های بهداشت
			مراکز خدمات جامع سلامت
			کل

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



**شاخص (۲-۳) - نسبت برنامه مداخلات غیر رفتاری اجرا شده به تفکیک سطوح در شهرستان**

شاخص به درصد	تعداد کل واحد در شهرستان (مخرج)	تعداد کل واحدهایی که برنامه مداخله غیر رفتاری اجرا کرده اند (صورت)	واحد ارائه دهنده خدمت
			خانه‌های بهداشت
			مراکز خدمات جامع سلامت
			کل

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

**چک لیست های پایش برنامه مداخلات ارتقای سلامت**

## چک‌لیست پایش فرایند اجرای مداخلات ارتقای سلامت

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

عنوان مداخله:

ردیف	عنوان فعالیت	استاندارد مورد انتظار / شواهد و مصادیق ارزیابی	وضعیت ارزیابی			امتیاز	
			بلی (انطباق کامل)	ناقص (انطباق نسبی)	خیر (عدم انطباق)	امتیاز	امتیاز کسب شده
۱	تیم مداخلات ارتقای سلامت تشکیل شده است	اگر تیم مداخلات با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر ۳/۴ اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره ۳ داده شود.				۵	
۲	برنامه تدوین شده و تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان دریافت شده است.	تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان				۱۰	
۳	آیا جلسات لازم جهت اجرای مداخلات ارتقای سلامت با اعضای تیم مداخله تشکیل شده است	صورت جلسات				۵	
۴	اجرای مداخلات ارتقای سلامت طبق برنامه پیش رفته است	تطابق پیشرفت برنامه با فرم‌های ۳ یا ۴				۵	
۵	جلسات تیم مداخلات جهت بررسی و گزارش پیشرفت مداخلات ارتقای سلامت برگزار شده است	صورت جلسات				۵	
۶	گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است	گزارش پیشرفت فصلی طبق فرم شماره ۳ یا ۴				۵	
۷	گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت تدوین و به واحد آموزش	گزارش پیشرفت پایانی طبق فرم				۵	

					شماره ۳ یا ۴	سلامت مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است	
	۴۰					جمع کل	

**نام و نام خانوادگی پایش کننده:**

**نام و نام خانوادگی پایش شونده:**

**تاریخ و ساعت پایش:**

## چک لیست برنامه ریزی برای مداخلات ارتقای سلامت

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

امتیاز	وضعیت ارزیابی			استاندارد مورد انتظار / شواهد و مصادیق ارزیابی	عنوان فعالیت	ردیف
	امتیاز	خیر (عدم انطباق)	ناقص (انطباق نسبی)			
امتیاز کسب شده						
۴				فرم شماره ۱	آیا تحلیل مشکل (علل رفتاری و غیر رفتاری) انجام شده است	۱
۳				فرم شماره ۲	آیا علل رفتاری، امتیاز دهی و اولویت بندی شده اند	۲
۳				فرم شماره ۲	آیا علل غیر رفتاری، امتیاز دهی و اولویت بندی شده اند	۳
۳				فرم شماره ۲	آیا سه علت رفتاری اولویت دار انتخاب شده است	۴
۳				فرم شماره ۲	آیا دو علت غیر رفتاری اولویت دار، انتخاب شده اند	۵
۱				فرم شماره ۳ یا ۴	آیا هدف کلی به درستی تدوین شده است	۶
۳				فرم شماره ۳ یا ۴	آیا اهداف اختصاصی مرتبط با هدف کلی به درستی تدوین شده اند	۷
۴				فرم شماره ۳ یا ۴	آیا جدول فعالیت های مرتبط با اهداف اختصاصی به درستی تدوین شده اند	۸
۳۰					جمع کل	

نام و نام خانوادگی پایش کننده:

نام و نام خانوادگی پایش شونده:

تاریخ و ساعت پایش:

چک لیست پایش برنامه مداخلات ارتقای سلامت در سطح دانشکده / شهرستان ....

ردیف	عنوان فعالیت	استاندارد مورد انتظار / شواهد و مصادیق ارزیابی	وضعیت ارزیابی			امتیاز	
			بلی (انطباق کامل)	ناقص (انطباق نسبی)	خیر (عدم انطباق)	امتیاز کسب شده	امتیاز
۱	آیا کارگروه فنی تشکیل شده است؟	نامه تشکیل و صورت جلسه				۲	
۲	آیا کارگروه برنامه مداخلات شهرستان تشکیل شده است؟	اگر کارگروه با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر ۳/۴ اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره دو داده شود.				۴	
۳	آیا ابلاغ اعضای کارگروه (اصلی و زیرگروه) صادر شده است؟	ابلاغ اعضای کارگروه				۱	
۴	آیا کارگاه‌های توانمندسازی برای گروه‌های هدف برگزار شده است؟	مستندات کارگاه‌های برگزار شده				۴	
۵	آیا تیم‌های مداخلات در واحدهای تحت پوشش تشکیل شده است؟	مستندات مربوطه				۴	
۶	آیا برنامه مداخلات واحدهای محیطی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده است؟	مستندات برنامه‌های ارسالی				۴	
۷	آیا اولویت‌ها استخراج و به واحدهای فنی اعلام شده است؟	نامه یا صورت جلسه				۲	
۸	آیا برنامه‌ها توسط واحدهای فنی بررسی و اصلاح شده است؟	مستندات مربوطه				۳	
۹	آیا برنامه‌های ارسالی تایید و به واحد محیطی ارسال شده است؟	تاییدیه ارسالی به واحدهای محیطی				۴	
۱۰	آیا پایش واحدهای محیطی بر اساس چک لیست‌های مربوطه انجام شده است؟	چک لیست‌های تکمیل شده پایش				۴	
۱۱	آیا نتایج پایش‌ها و روند پیشرفت برنامه در زیرگروه فنی بررسی شده است؟	مستندات مربوط به پایش				۳	

	۳			صورت جلسات کارگروه	آیا مصوبات جلسات زیرگروه فنی و گزارش روند پیشرفت کار در کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان مطرح شده است؟	۱۲
	۳			صورت جلسات کارگروه	آیا جلسات فصلی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان تشکیل شده است؟	۱۳
	۴			صورت جلسات کارگروه	آیا کارگروه از اجرای مداخلات در سطح شهرستان حمایت کرده است؟ (انتظارات از سایر نهادها و ادارات به صورت شفاف تعیین و مصوب شود)	۱۴
	۲			رویت مستندات مربوطه	آیا مشکلاتی که امکان مداخله در سطح شهرستان ندارد به سطح بالاتر ارجاع داده شده است؟	۱۵
	۳			گزارش پایانی	آیا گزارش پایانی تهیه و به سطح بالاتر ارسال شده است؟	۱۶
	۵۰				جمع کل	

**نام و نام خانوادگی پایش کننده:**

**تاریخ و ساعت پایش:**

چک لیست پایش مداخلات ارتقای سلامت در سطح دانشگاه / مرکز بهداشت استان....

ردیف	عنوان فعالیت	استاندارد مورد انتظار / شواهد و مصادیق ارزیابی	وضعیت ارزیابی			امتیاز	
			بلی (انطباق کامل)	ناقص (انطباق نسبی)	خیر (عدم انطباق)	امتیاز کسب شده	امتیاز
۱	آیا گروه فنی تشکیل شده است؟	نامه تشکیل و صورت جلسه				۳	
۲	آیا کارگروه برنامه مداخلات استان تشکیل شده است؟	اگر تیم مداخلات با حضور تمامی اعضای ذکر شده در دستورالعمل تشکیل شود نمره کامل و اگر ۳/۴ اعضا پیش بینی شده در تشکیل تیم شرکت کنند نمره دو داده شود.				۴	
۳	آیا ابلاغ اعضای کارگروه (اصلی و گروه فنی) صادر شده است؟	ابلاغ اعضای کارگروه				۱	
	آیا دستورالعمل اجرای برنامه مداخلات ارتقای سلامت به شهرستان ارسال شده است؟	مستندات ارسال دستورالعمل				۲	
۴	آیا کارگاه‌های توانمندسازی برای گروه‌های هدف برگزار شده است؟	مستندات کارگاه‌های برگزار شده				۴	
۵	آیا تیم‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت در سطح شهرستان‌های تحت پوشش تشکیل شده‌اند؟	مستندات مربوطه				۴	
۶	آیا مستندات برنامه‌های مداخلات مراکز بهداشت شهرستان تحت پوشش به مرکز بهداشت استان ارسال شده است؟	مستندات برنامه‌های ارسالی				۴	
۷	آیا اولویت‌های استخراج شده دسته‌بندی و به گروه‌های فنی اعلام شده است؟ (به تفکیک واحدهای ارایه دهنده خدمت در شهرستان)	نامه یا صورت جلسه				۴	
۸	آیا پایش مراکز بهداشت شهرستان، طبق برنامه و بر اساس چک‌لیست‌های مربوطه انجام شده است؟	چک‌لیست‌های تکمیل شده پایش				۴	
۹	آیا نتایج پایش‌ها و روند پیشرفت برنامه در زیرگروه فنی بررسی شده است؟	مستندات مربوط به پایش				۴	



	۴			صورت جلسات کارگروه	آیا مصوبات جلسات گروه فنی و گزارش روند پیشرفت کار در کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان مطرح شده است؟	۱۰
	۳			صورت جلسات کارگروه	آیا جلسات شش ماهه کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان تشکیل شده است؟	۱۱
	۴			صورت جلسات کارگروه	آیا کارگروه از اجرای مداخلات در سطح استان حمایت کرده است؟ (انتظارات از سایر نهادها و ادارات کل / سازمان‌ها به صورت شفاف تعیین و مصوب شود)	۱۲
	۲			رویت مستندات مربوطه	آیا مشکلاتی که امکان مداخله در سطح استان ندارد به سطح بالاتر ارجاع داده شده است؟	۱۳
	۳			گزارش پایانی	آیا گزارش پایانی تهیه و به سطوح بالاتر ارسال شده است؟	۱۴
	۵۰				جمع کل	

**نام و نام خانوادگی پایش کننده:**

**تاریخ و ساعت پایش:**