



## 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)

پژوهش مرکز خدمات بهداشتی  
استان اصفهان



# 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 طاهری

**با تشکر از اعضاء 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
محجوبی 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
معمدی، 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 پیشرفت‌های بزرگ در توسعه نظام سلامت و بهبود وضعیت بهداشتی بوده است. به دنبال این تحولات مثبت، در آستانه تدوین برنامه چهارم توسعه، افق بیست ساله برای توسعه کشور ترسیم شد تا برنامه‌های توسعه با جهت‌گیری دستیابی به ویژگی‌های افق مقصد، تنظیم و تدوین شود. پیش‌نویس اولیه این سندس 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 اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش جمعی و 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، الهام‌بخش 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 امناء وزارتخانه به دانشگاه 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 رانزنی‌های 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 صاحب‌نظران دانشگاه و صرف زمان و انرژی بسیار است اما پیاده‌سازی و اجرای آن نیاز به مشارکت و همدلی کلیه واحدهای ستادی و محیطی تابعه دانشگاه را دارد. اینجانب وظیفه خود می‌دانم از همه کسانی که در تهیه این نقشه مشارکت داشتند، اعم از این که 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

<b>صفحه</b>	<b>فهرست مطالب</b>
۴	پیش گفتار .....
۵	فهرست مطالب .....
۶	مقدمه .....
<b>۷-۲۱</b>	<b>فصل اول: کلیات .....</b>
۸	ضرورت و هدف تدوین نقشه سلامت استان اصفهان .....
۱۰	الزامات و پیش نیازهای ضروری برای تدوین نقشه سلامت استان .....
۱۳	مراحل اجرایی تدوین نقشه سلامت استان .....
	چارچوب اجرایی و ساختار (کمیته های اختصاصی برنامه های راهبرد، حوزه ها و کمیته مرکزی
۱۹	تلفیق نقشه).....
<b>۲۲-۳۹</b>	<b>فصل دوم : تحلیل موقعیت عمومی استان اصفهان .....</b>
۲۳	جمعیت و ساختار آن در استان اصفهان .....
۲۴	آمار و شاخص های مهم سلامت .....
۲۸	تعیین اولویت های مهم سلامت استان .....
۳۶	سازمان های مسئول و درگیر در سلامت استان .....
<b>۴۰-۵۵</b>	<b>فصل سوم : چالش های نظام سلامت .....</b>
<b>۵۶</b>	<b>فهرست منابع.....</b>
<b>۵۷-۱۷۳</b>	<b>پیوست ها .....</b>
۵۸-۷۶	پیوست ۱- برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی.....
۷۷-۸۸	پیوست ۲- برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیرعمدی.....
۸۹-۱۰۵	پیوست ۳- برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل سرطان های شایع منطقه .....
۱۰۶-۱۲۰	پیوست ۴- برنامه راهبردی کنترل و پیشگیری عوارض و بیماری های حول و حوش تولد.....
۱۲۱-۱۴۳	پیوست ۵- برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری.....
۱۴۴-۱۷۲	پیوست ۶- انتظارات نقشه جامع سلامت از ادارات و سازمان ها.....
۱۷۳-۱۷۵	پیوست ۷-فهرست اولویت های پژوهشی نقشه جامع سلامت استان.....

## مقدمه:

وَمَا أُرِيدُ أَنْ أُخَالِفَكُمْ إِلَىٰ مَا أَنهَآكُمْ عَنْهُ إِنِ أُرِيدُ إِلَّا الْإِصْلَاحَ مَا اسْتَطَعْتُ وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ  
تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ

... نمی خواهم 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

پیامبر اکرم (ص) می فرماید:

من بیشتر از آنکه از فقر اقتصادی بر اتمم ترسم، از ضعف تفکر 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  
خدمتگزاری حقیر، توفیق حاصل شد تا با همفکری و همکاری و همدلی دوستانی دلسوز و آگاه در جهت تحقق  
منویات رهبر معظم انقلاب حضرت آیت ا... خامنه ای که با هدایت ها 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





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

امیر مومنان، حضرت علی (ع) فرمود: خدا رحمت کند کسی را که بماند؛ از کجاست؟ در کجاست؟ بر کجای 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 کشورهای برنامه‌مندی یا برنامه توسعه وجود دارد که اهداف و وظایف هریک 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 و بنابراین رسیدن به اهداف فرعی را به عهده می‌گیرد.

برخورداری از یک زندگی سالم، موگد 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 عهده‌دار 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 اِعمال 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 ارایه خدمت می‌نماید.

شکل شماره ۱

رسالت نظام سلامت

اعتلای سلامت در جامعه با اجرای برنامه های  
سلامتی است.

نمود اعتلای سلامت

افزایش طول عمر آحاد مردم همراه با حداکثر  
توانایی

کاهش بار بیماری هایی که سهم بیشتری در  
مرگ و میر دارند

ایجاد تغییراتی در سطح  
فرد یا جامعه و یا محیط

ارائه برنامه های سلامتی در نظام سلامت

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 ارزش های اسلامی - ایرانی با نگاهی بلندمدت به آینده برای دستیابی به اهداف سند ملی شناخته شده است.

## \*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 ویژگی های 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 موثر در روابط بین الملل. برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت های 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 آن که 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 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 چشم انداز. (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 اثر گذارند 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
- تامین 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 شده اند 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 KTE<sup>۱</sup> و اقدام پژوهی<sup>۲</sup>)
- استقرار حاکمیت بالینی
- تاکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

<sup>۱</sup> Knowledge Transfer Exchange

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

<sup>۲</sup> Action Research

نقشه جامع سلامت در شرایطی می تواند نقش اصلی خود را در محوریت برنامه ها و اقدامات مرتبط با سلامت استان ایفا کند که **پیش نیاز های زیر** برقرار باشد:

- ✓ تعهد و حمایت مدیریت ارشد بخش سلامت و سایر بخش های مرتبط و دستگاه های اجرایی استان
- ✓ نهادینه شدن برنامه ها در سطح جامعه ( در دستور کار کارگروه برنامه ریزی استان و سایر کارگروه های 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، فرمانداری ها، دادگستری، نیروی انتظامی و سایر بخش های حقوقی و قانونی)
- ✓ استقرار نقشه در برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان ها و نهادها

## \* مراحل اجرایی تدوین نقشه سلامت استان

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

شماره ۲



بدیهی است دستیابی به اهداف چشم انداز نظام سلامت کشور، مستلزم حرکت نظام مند و همسوی کلیه واحدهای زیر مجموعه نظام سلامت بوده و این اهداف باید محور جهت گیری و سمت و سوی حرکت کل این بخش ها قرار گیرد. دانشگاه های علوم پزشکی نیز از این امر مستثنی نیستند.

با توجه به این که نقشه تحول نظام سلامت کشور به عنوان سند بالادستی، پیش نیاز تدوین نقشه جامع سلامت استان است و از آن جا که این سند بالادستی همان گونه که اشاره شد، با بسیج کلیه پتانسیل های 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 نهایی سازی سند بالادستی آن به تاخیر افتد. فلسفه پیشنهاد این رویکرد این بود که با توجه به غلبه سیاست تمرکزگرایی در حوزه های اجرایی وزارت متبوع، با تدوین نقشه جامع سلامت کشور، بخش

عمده ای از سیاست ها و برنامه ها به حوزه های تحت پوشش از جمله دانشگاه ها تکلیف می گردد و سهم سیاست گذاری و هدف گذاری دانشگاه ها به حوزه اختیارات استانی محدود می شود. و به عبارتی برنامه ریزی و سیاست گذاری در فضای مشخص تری صورت می گیرد.

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 برنامه ریزی و هدف گذاری بلندمدت که تدوین دو برنامه راهبردی ۵ ساله از شواهد آن است، به نظر می رسد، ظرفیت مناسبی در دانشگاه و استان جهت برنامه ریزی وجود دارد. از طرف دیگر تفاوت های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی باعث می شود که هر یک از استان ها سهم متفاوتی را در پیشبرد اهداف چشم انداز و پی گیری نقشه جامع سلامت کشور به خود اختصاص دهند. تدوین پیش هنگام نقشه سلامت استان می توانست به سیاست گذاران کشور در تعیین سهم منطقی استان کمک کند. علاوه بر این با وجود خبرگان و پتانسیل های موجود کارشناسی استان، در این فرآیند سازمان دهی شده، شبکه های کارشناسی تشکیل یافته و درک مشترکی از چالش ها، فرصت ها و برنامه های سلامت استان در بین کارشناسان ایجاد می شد.

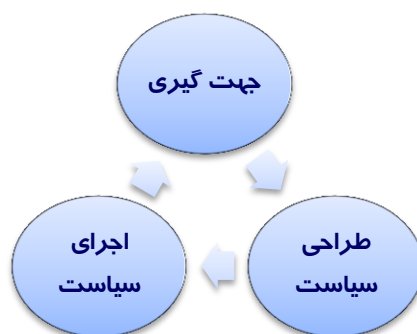
کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان اصفهان نیز بستر مناسبی را از نظر همکاری های بین بخشی فراهم کرده بود که بهره گیری از آن فرصت مغتنمی برای سیاست گذاران و برنامه ریزان سلامت استان به شمار می رفت. با تکیه بر این ظرفیت ها، مقرر شد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با بهره گیری از اسناد بالادستی و نامه شماره ی ۱۶۸۲۳۸/س ش مورخ ۱۳۸۹/۵/۴ رئیس محترم شورای سیاستگزاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مبنی بر لزوم مشارکت کلیه دانشگاه ها 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 پنجم توسعه کشور و برنامه های راهبردی حوزه های مرتبط با سلامت قرار می گیرد.

در گام بعد چالش دیگری مطرح می گردید؛ آیا دانشگاه برای برنامه ریزی، مشکلات و مسائل سلامتی منطقه تحت پوشش خود را مد نظر قرار دهد و یا پتانسیل ها و توانایی ها و نقاط قوت خود را اساس برنامه ریزی های آتی نماید؟ به عبارت دیگر کدامیک از دو دیدگاه چالش محور یا مزیت محور را پیروی کند؟ در دیدگاه اول، اساس برنامه ریزی چالش ها و مشکلات مبتلا به جامعه خواهد بود و در دیدگاه مزیت محور، نقاط قوت و مزایای یک سیستم محور برنامه ریزی های آتی قرار می گیرد.

بدیهی است هر یک از این دو دیدگاه مزایا و معایبی دارد و شاید جامع ترین حالت، بکارگیری هر دو دیدگاه در عملکرد باشد که البته توان اجرایی بالایی را می طلبد.

با توجه به چرخه ی سیاست گذاری و نظر به اینکه چشم انداز کشور و نظام سلامت تعیین شده بود، اینک زمان جهت گیری و یافتن مشکل و برنامه ریزی در جهت رفع آن برای رسیدن به اهداف چشم انداز بود.

شکل شماره ۳- فرآیندهای کلیدی در چرخه سیاست‌گذاری



این چرخه همواره با یافتن یک موضوع (چالش یا مشکل) آغاز شده، با طراحی راه حل های مختلف برای غلبه بر چالش ادامه و سرانجام با اجرا و ارزیابی راه حل به پایان می رسد. از آنجا که مشکل در یک فضای عمومی همواره به یک شکل درک نمی شود نخستین گام ایجاد درک مشترک نسبت به یک موضوع در میان دسته ای از کنش گران 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 شاخص های بهداشتی در استان مورد بررسی قرار گرفت و با شاخص های کشوری و جهانی مقایسه شد. سپس نقاط قوت و ضعف برنامه های سلامت و جایگاه برنامه های سلامت در کشور با توجه به اسناد بالا دستی ( برنامه توسعه چهارم و پنجم برنامه های عملیاتی ادارات و وزارت متبوع، گزارش ارزشیابی ها و ..) مطرح و مورد بحث قرار گرفت.

به استناد نقطه نظرات ارائه شده توسط شورای سیاست گذاری در جلد اول کتاب "دستاوردها، چالش ها و افق های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران" شاخص عملکرد نظام سلامت ترکیبی از ۵ گروه شاخص زیر است که خود نیز می توانند 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 می توان موفق دانست که بتواند باعث ارتقای سلامت جامعه و بهبود عملکرد نظام سلامت در کشور نیز گردد. بنابراین جهت ارزیابی عملکرد نقشه نیز باید شاخص های کلیدی را در تمامی حوزه ها بررسی نمود."

کارایی و عدالت اجتماعی معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد تمامی نظام های اجتماعی از جمله نظام سلامت هستند. کارایی به معنای دست یابی به بالاترین سطح از اهداف با به کارگیری کمترین مقدار از منابع است. عدالت در سلامت به معنای دست یابی 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 بیماری های 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 ۱۳۸۳ (که توسط وزارت متبوع در ۲۹ استان انجام شده است و تنها مستند موجود در این زمینه است) به عنوان منبع مورد استناد قرار گیرد.

بر اساس این گزارش، برآوردی از سال‌های از دست رفته عمر در کشور، در همه سنین بر حسب گروه‌های کلی علل مرگ به دست آمده است که ۱۲ علت شایع به شرح ذیل بودند:

۱- حوادث غیر عمدی

۲- بیماری‌های قلبی و عروقی

۳- سرطان‌ها

۴- اختلالات حول تولد

۵- مجموع حوادث عمدی

۶- بیماری‌های دستگاه تنفس

۷- ناهنجاری‌های مادرزادی

۸- خودکشی

۹- بیماری‌های دستگاه گوارش

۱۰- بیماری‌های عفونی و انگلی

۱۱- خشونت

۱۲- اختلالات روانی و رفتاری

در گزارش همین تحقیق فهرست علل موثر بر از دست رفتن عمر در استان اصفهان نیز آورده شده است که ۱۵ اولویت اول آن عبارتند از:

۱- حوادث حمل و نقل

۲- سکته قلبی

۳- سکته مغزی

۴- اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری و رشد جنین

۵- سایر بیماری‌های قلبی

۶- بیماری‌های قلبی ناشی از فشارخون

۷- ناهنجاری‌های مادرزادی قلبی عروقی

۸- برخورد با نیروهای مکانیکی بی جان

۹- کهولت بدون زوال عقل

۱۰- لوسمی‌ها

۱۱- خودکشی

۱۲- اختلال جسمی و روانی در نتیجه سوء مصرف مواد

۱۳- ناهنجاری های مادرزادی سیستم عصبی

۱۴- خشونت

۱۵- بیماری های مزمن ریه و برونش (قلبی-ریوی)

با مقایسه، تحلیل و دسته بندی علل فوق، ۵ اولویت اصلی سلامت استان بر اساس معیارهای تاثیر بر شاخص DALY<sup>۱</sup> و قابلیت پیشگیری به شرح ذیل انتخاب گردیدند:

-بیماری های قلبی عروقی

-حوادث عمدی و غیرعمدی

-بیماری های حول و حوش تولد

-بیماری های روانی و اختلال رفتاری

-سرطان ها

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.

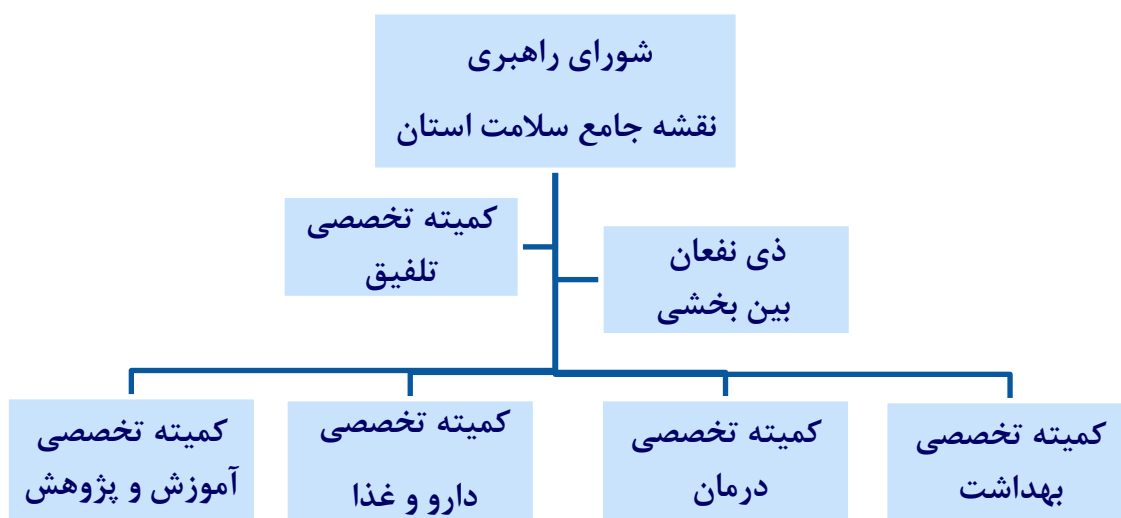
از آن جا که دانشگاه علوم پزشکی علاوه بر نقش تولیتی و ارائه خدمات سلامت، به عنوان یکی از قطب های علمی حوزه سلامت در حوزه افزایش دانش و گسترش مرزهای علم و فناوری نیز ایفای نقش می کند، این بخش از رسالت های دانشگاه در فصل جداگانه ای به عنوان نقشه جامع علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ارائه می شود.

<sup>۱</sup> Disability Adjusted Life Years

## \* چهار 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 هیات 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 تلفیق 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 تخصصی تلفیق دانشگاه

این کارگروه متشکل از خبرگان و کارشناسان دانشگاه با سوابق اجرایی در حوزه سلامت بوده و در واقع نقش دبیرخانه شورا را برعهده داشت. از آن جا که درون مایه ی نظام سلامت کشور بر اساس اصول مراقبت های اولیه سلامت است و برنامه های پیشگیری در این نظام در اولویت است، دبیرخانه شورا در معاونت بهداشتی دانشگاه مستقر شد. این کارگروه وظایف زیر را بر عهده گرفت:

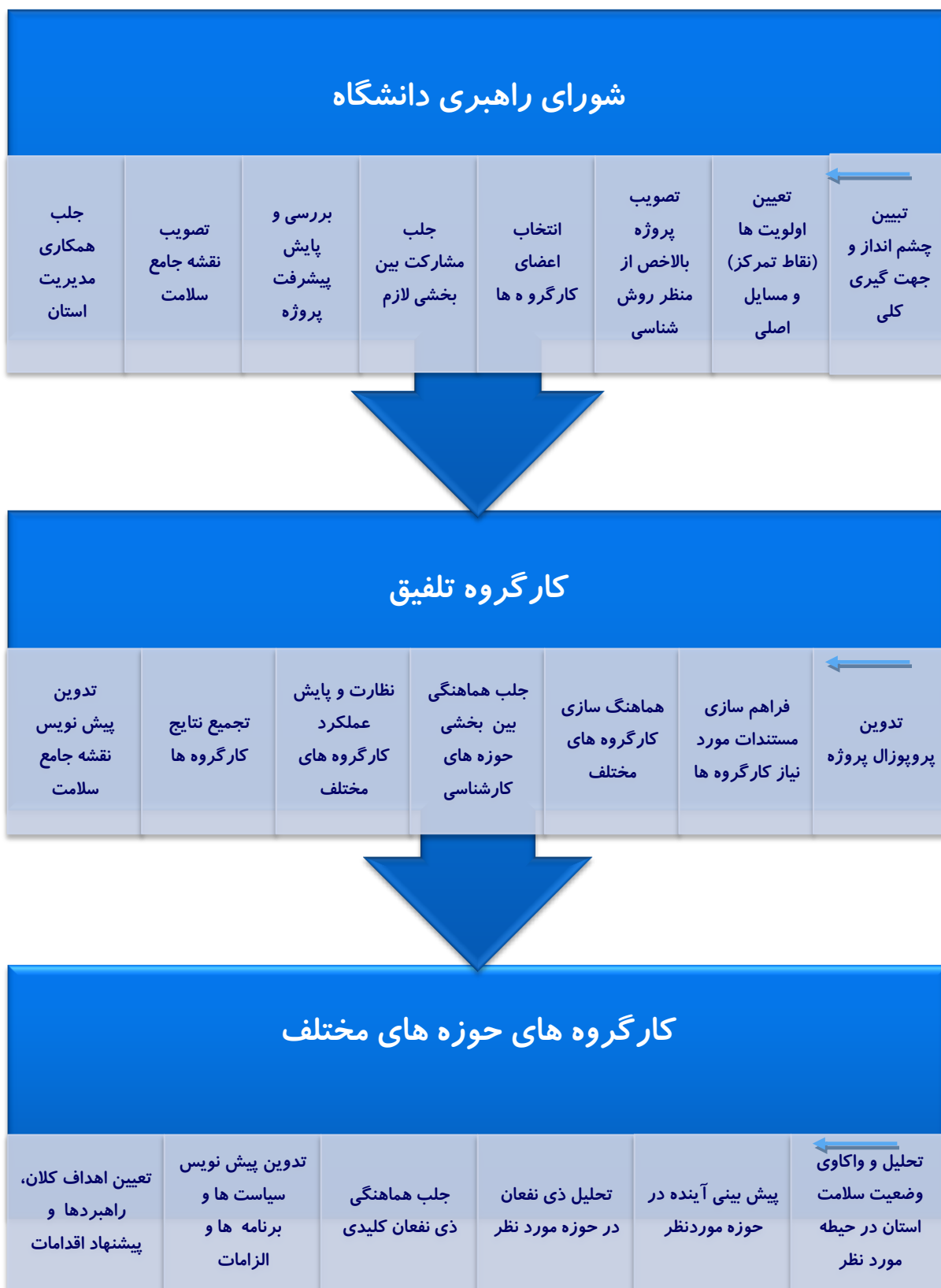
- تدوین پیشنهاد (پروپوزال) پروژه تدوین نقشه جامع سلامت
- فراهم سازی مستندات مورد نیاز کارگروه ها جهت تدوین نقشه
- هماهنگ سازی کارگروه های مختلف
- جلب هماهنگی بین بخشی با حوزه های کارشناسی ذی نفعان مختلف
- نظارت و پایش عملکرد کارگروه های مختلف
- جمعیت نتایج کارگروه ها و تدوین پیش نویس نقشه جامع سلامت جهت تصویب در شورای راهبری

### کمیته های تخصصی حوزه های مختلف

این کارگروه ها با توجه به روش کار مصوب در شورای راهبری و در هماهنگی با کارگروه تلفیق 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 ذی نفعان 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 ارائه شده است.

شکل شماره ۵- وظایف کمیته های درگیر تدوین نقشه جامع سلامت



## فصل دوم: تحلیل موقعیت عمومی استان



## \* جمعیت و ساختار آن در استان اصفهان

استان اصفهان با وسعت ۱۰۷۰۲۹ کیلومتر مربع و جمعیت ۴۸۷۹۳۱۲ نفر 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 ۲۱ شهرستان (و ۲۲ مرکز بهداشت شهرستان) ۴۳۲۲۲۸۱ نفر می باشند. (جدول شماره ۱)

بیشترین جمعیت (حدود ۵۰ درصد) استان در شهرستان اصفهان (۲،۱۰۵،۲۸۱ نفر) ساکن می باشند. در مجموع ۸۶/۶ 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

شهرستان	کل جمعیت	جمعیت شهری	جمعیت روستایی	جمعیت سیاری	کل خانوار	خانوار شهری	خانوار روستایی	خانوار سیاری
اردستان	۴۱۸۵۷	۲۷۳۸۴	۱۳۸۶۹	۶۰۴	۱۲۷۰۴	۸۰۲۰	۴۴۴۳	۲۴۱
اصفهان ۱	۱۰۱۳۷۸۲	۹۵۲۶۶۲	۶۱۱۲۰	۰	۲۹۰۴۱۰	۲۷۲۱۸۹	۱۸۲۲۱	۰
اصفهان ۲	۱۰۹۲۱۶۱	۱۰۳۷۸۲۱	۵۴۳۴۰	۰	۳۰۳۰۳۶	۲۸۶۷۲۳	۱۶۳۱۳	۰
برخوار	۱۰۶۶۵۰	۹۳۸۹۶	۱۲۷۵۴	۰	۳۰۷۶۵	۲۶۹۸۰	۳۷۸۵	۰
تیران و کرون	۶۸۴۲۵	۲۵۵۹۰	۴۲۸۳۵	۰	۲۰۰۰۳	۷۴۵۷	۱۲۵۴۶	۰
چادگان	۳۵۴۱۶	۱۴۶۱۹	۲۰۶۸۶	۱۱۱	۹۱۳۲	۳۸۹۴	۵۲۱۱	۲۷
خمینی شهر	۳۰۰۰۵۳	۲۸۹۴۶۳	۱۰۵۹۰	۰	۸۱۱۳۰	۷۸۰۰۷	۳۱۲۳	۰
خوانسار	۳۲۵۵۳	۲۰۱۴۶	۱۲۴۰۷	۰	۱۰۲۰۲	۶۳۸۸	۳۸۱۴	۰
خور و بیابانک	۱۷۹۰۹	۱۴۰۲۶	۳۸۸۳	۰	۵۲۲۸	۳۹۶۷	۱۲۶۱	۰
دهقان	۳۵۶۲۰	۱۷۳۳۴	۱۸۲۸۶	۰	۱۰۸۱۹	۵۲۸۲	۵۵۳۷	۰
سمیرم	۷۰۲۳۶	۳۶۷۴۳	۳۲۱۹۸	۱۲۹۵	۱۷۶۹۷	۹۵۳۷	۷۸۶۰	۳۰۰
شاهین شهر و میمه	۱۸۱۷۱۲	۱۷۰۵۰۵	۱۱۲۰۷	۰	۴۸۴۸۵	۴۴۸۶۴	۳۶۲۱	۰
شهرضا	۱۴۰۳۳۲	۱۲۳۸۵۵	۱۶۴۷۷	۰	۳۶۷۲۲	۳۱۸۶۵	۴۸۵۷	۰
فریدن	۸۴۲۰۸	۴۰۴۸۲	۴۳۷۲۶	۰	۲۳۰۶۶	۱۱۰۳۹	۱۲۰۲۷	۰
فریدون شهر	۳۹۹۳۸	۱۹۸۹۰	۱۹۷۲۵	۳۲۳	۹۹۶۲	۵۲۹۳	۴۶۰۷	۶۲
فلورجان	۲۲۶۹۵۵	۱۳۹۵۱۹	۸۷۴۳۶	۰	۶۴۶۶۵	۳۹۱۹۴	۲۵۴۷۱	۰
کلیانگان	۸۰۶۸۸	۶۳۶۵۵	۱۶۹۲۹	۱۰۴	۲۴۰۷۱	۱۸۵۹۷	۵۴۴۵	۲۹
لنجان	۲۴۱۶۰۷	۲۰۹۷۱۴	۳۱۸۹۳	۰	۵۹۹۸۶	۵۰۹۲۰	۹۰۶۶	۰
مبارکه	۱۳۲۵۶۹	۱۰۹۱۳۰	۲۳۴۳۹	۰	۳۸۷۱۵	۳۱۸۱۳	۶۹۰۲	۰
نائین	۳۶۸۵۳	۲۷۹۲۰	۸۹۳۳	۰	۱۰۵۱۵	۷۳۷۷	۳۱۳۸	۰
نجف آباد	۳۰۲۹۷۲	۲۷۹۱۵۰	۲۲۸۲۲	۰	۸۱۴۳۴	۷۴۴۴۹	۶۹۸۵	۰
نطنز	۳۹۷۸۵	۲۹۶۰۲	۹۵۲۲	۶۶۱	۱۱۹۰۱	۸۴۹۶	۳۱۱۳	۲۹۲
جمع	۴۳۲۲۲۸۱	۳۷۴۳۱۰۶	۵۷۶۰۷۷	۳۰۹۸	۱۲۰۰۶۴۸	۱۰۳۲۳۵۱	۱۶۷۳۴۶	۹۵۱

\* اطلاعات جدول برگرفته از نظام ثبت و گزارش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۰ است.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی واحدهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سال ۱۳۹۰\*

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 یتونه	یتونه								
۲۹	۸	۵	۲	۳۰	۴۷	۶۲	۰	۱۵۲۶۳	۱۰۱۳۷۸۲	اصفهان ۱	۱
	۳	۴	۲	۲۸	۳۰	۳۶	۰		۱۰۹۲۱۶۱	اصفهان ۲	۲
۱	۱	۰	۲	۴	۱	۳۰	۱۱۰	۱۱۵۹۱	۴۱۸۵۷	اردستان	۳
۰	۲	۱	۰	۸	۵	۵	۲۰	۱۹۵۲	۱۰۶۶۵۰	برخوار	۴
۱	۱	۵	۱	۳	۱	۴۱	۴۰	۱۷۶۸	۶۸۴۲۵	تیران و کرون	۵
۰	۲	۰	۵	۲	۳	۲۴	۱۱۵	۱۱۷۴	۳۵۴۱۶	چادگان	۶
۲	۲	۱	۰	۹	۲۳	۲	۵	۱۷۵	۳۰۰۰۵۳	خمینی شهر	۷
۱	۱	۱	۲	۲	۲	۱۸	۱۵۵	۹۴۲	۳۲۵۵۳	خوانسار	۸
۰	۱	۰	۱	۳	۰	۸	۴۰۰	۱۱۲۰۰	۱۷۹۰۹	خور و بیابانک	۹
۰	۰	۰	۲	۲	۳	۱۰	۱۰۰	۱۴۶۷	۳۵۶۲۰	دهقان	۱۰
۱	۳	۰	۵	۵	۲	۳۹	۱۵۵	۵۲۲۴	۷۰۲۳۶	سمیرم	۱۱
۲	۳	۱	۰	۸	۸	۱۱	۲۰	۵۴۰۹	۱۸۱۷۱۲	شاهین شهر و میمه	۱۲
۲	۰	۰	۳	۴	۱۱	۱۴	۷۵	۴۵۷۳	۱۴۰۳۳۲	شهرضا	۱۳
۱	۱	۵	۴	۵	۴	۴۷	۱۴۰	۳۰۱۲	۸۴۲۰۸	فریدن	۱۴
۱	۱	۲	۳	۳	۱	۲۷	۱۹۰	۲۱۳۳	۳۹۹۳۸	فریدونشهر	۱۵
۱	۳	۹	۰	۱۲	۱۲	۴۴	۱۵	۳۱۹	۲۲۶۹۵۵	فلاورجان	۱۶
۱	۱	۲	۰	۶	۵	۲۵	۱۸۰	۱۶۰۶	۸۰۶۸۸	گلبایگان	۱۷
۲	۳	۵	۰	۹	۸	۲۵	۳۵	۱۰۹۶	۲۴۱۶۰۷	لنجان	۱۸
۱	۲	۳	۰	۸	۸	۲۰	۵۵	۱۰۱۸	۱۳۲۵۶۹	مبارکه	۱۹
۱	۰	۰	۳	۴	۱	۱۶	۱۴۰	۲۵۰۲۰	۳۶۸۵۳	نائین	۲۰
۴	۲	۱	۲	۱۳	۲۰	۱۳	۲۵	۴۱۶۳	۳۰۲۹۷۲	نجف آباد	۲۱
۱	۰	۰	۲	۳	۱	۱۷	۱۲۵	۳۳۹۷	۳۹۷۸۵	نطنز	۲۲
۵۲	۴۰	۴۵	۳۹	۱۷۱	۱۹۶	۵۳۴	-	۱۱۲۸۱۵	۴۳۲۲۲۸۱	جمع	۲۳

\*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 می‌باشد. در واقع با مروری بر این اطلاعات است که برنامه ریزان، خود را برای تدوین برنامه هایشان مهیا می‌کنند و با تجزیه و تحلیل این اطلاعات بهترین گزینه‌ها را انتخاب می‌نمایند.

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

شاخص های مرتبط با جمعیت و توزیع آن	
مساحت - سال ۱۳۸۵	۱۰۷۰۲۹ کیلومتر مربع
جمعیت- نظام ثبت-۱۳۸۹	۴۳۲۲۲۸۱ نفر
درصد جمعیت روستا- نظام ثبت-۱۳۸۹	۱۳/۴
درصد جمعیت شهری- نظام ثبت-۱۳۸۹	۸۶/۶
تعداد شهرستان- نظام ثبت-۱۳۹۰	۲۱
تعداد شهر- نظام ثبت- ۱۳۹۰	۹۱
در صد رشد سالیانه جمعیت- مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵	۱/۵۱
میانگین سنی جمعیت ( مردان) - ۱۳۸۵	۲۶/۱
میانگین سنی جمعیت (زنان)- ۱۳۸۵	۲۶
درصد جمعیت کمتر از یکسال- نظام ثبت- ۱۳۸۹	۱/۵
درصد جمعیت کمتر از ۵ سال- نظام ثبت- ۱۳۸۹	۷
درصد جمعیت کمتر از ۱۵ سال- مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵	۲۲
درصد جمعیت کمتر از ۱۵ سال- نظام ثبت- ۱۳۸۹	۲۰/۸۵
درصد جمعیت بالاتر از ۶۰ سال- مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵	۸/۲
درصد جمعیت زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار- مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵	۱۸
میزان باروری کلی- ۱۳۸۵	۱/۵۴
میزان باروری عمومی- ۱۳۸۵	۵۱/۴۲
تجدید نسل ناخالص- ۱۳۸۵	۰/۸
میزان تولد خام در هزار- ۱۳۸۵	۱۶
میزان مرگ خام در هزار نفر	۵/۵۵
امید به زندگی در بدو تولد در مردان- ۱۳۸۵	۷۱/۷
امید به زندگی در بدو تولد در زنان- ۱۳۸۵	۷۴/۲
مرگ نوزادان به ازای هزار تولد زنده- نظام ثبت -۱۳۸۹	۸/۴
مرگ شیرخواران به ازای هزار تولد زنده- نظام ثبت -۱۳۸۹	۱۱/۵
مرگ کودکان زیر ۵ سال به ازای هزار تولد زنده - نظام ثبت -۱۳۸۹	۱۳/۸
مرگ مادر در صد هزار تولد زنده - نظام مرگ استان - ۱۳۸۹	۲۱/۲
درصد جمعیت مردان به کل جمعیت - مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵	۵۱/۲

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

<b>شاخص های مرتبط با جمعیت و توزیع آن</b>	
۱/۰۵	نسبت جنسی (مرد به زن) - مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵
۳/۱	درصد جمعیت افغانه - مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵
۳/۵	درصد جمعیت اتباع بیگانه- مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵
۹/۶	نرخ بیکاری- مرکز آمار ایران- ۱۳۸۵
<b>شاخص های دسترسی به مراقبت های اولیه بهداشتی</b>	
۵۳۴	تعداد خانه های بهداشت- نظام ثبت -۱۳۸۹
۱۹۶	تعداد مرکز بهداشتی، درمانی شهری- نظام ثبت -۱۳۸۹
۸۴	تعداد مرکز بهداشتی، درمانی روستایی- نظام ثبت -۱۳۸۹
۱۹۶	تعداد پایگاه بهداشتی- نظام ثبت -۱۳۸۹
۲	تعداد تسهیلات زایمانی- نظام ثبت -۱۳۸۹
۸۶	در صد پوشش مراقبت های اولیه بهداشتی شهری- نظام ثبت -۱۳۸۹
۱۰۰	در صد پوشش مراقبت های اولیه بهداشتی روستایی- نظام ثبت -۱۳۸۹
<b>شاخص های دسترسی به خدمات تشخیصی- درمانی</b>	
۹	مرکز آموزشی درمانی- نظام ثبت- ۱۳۸۹
۴۳	بیمارستان درمانی- نظام ثبت -۱۳۸۹
۶۱۰	داروخانه- نظام ثبت -۱۳۸۹
۹۷	پایگاه اورژانس- نظام ثبت -۱۳۸۹
۱۹۱	رادیولوژی- نظام ثبت -۱۳۸۹
۲۶	تعداد مراکز CT- نظام ثبت -۱۳۸۹
۸	تعداد مراکز MRI- نظام ثبت -۱۳۸۹
۳۶۵	تعداد آزمایشگاه- نظام ثبت -۱۳۸۹
۶۱۸۵	تعداد تخت فعال - نظام ثبت -۱۳۸۹
۱,۴	نسبت تخت فعال به جمعیت (در هزار)- نظام ثبت -۱۳۸۹
۱,۲۸	نسبت تخت ویژه به جمعیت (در ده هزار)- نظام ثبت -۱۳۸۹
۱,۴۱	نسبت پزشک به جمعیت (در هزار) - نظام ثبت -۱۳۸۹
<b>شاخص های عملکردی خدمات بستری</b>	
۶۵	درصد اشغال تخت کل- نظام ثبت -۱۳۸۹
۲/۹۴	متوسط طول اقامت بیماران در استان- نظام ثبت -۱۳۸۹

\*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

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 بیماری های قلب و عروق

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- کاهش شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی حداقل به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۱- ترویج فرهنگ تغذیه سالم و صحیح
۲- کاهش شیوع مصرف فراورده های دخانی (سیگار و قلیان):	۲- ترویج فرهنگ افزایش ورزش و تحرک
- کاهش مصرف سیگار در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۳ درصد	۳- اجرای برنامه کنترل دخانیات
- کاهش مصرف سیگار در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۱ درصد	۴- اجرای برنامه مقابله با استرس ها
- کاهش مصرف قلیان در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۲ درصد	۵- اجرای برنامه غربالگری استاندارد بیماران قلبی عروقی
- کاهش مصرف قلیان در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۱ درصد	۶- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
- کاهش مصرف سیگار در مردان بالای ۱۸ سال به میزان ۵ درصد	۷- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
- کاهش مصرف سیگار در زنان بالای ۱۸ سال به میزان ۰/۵ درصد	۸- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
- کاهش مصرف قلیان در مردان بالای ۱۸ سال به میزان ۵ درصد	۹- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
- کاهش مصرف قلیان در زنان بالای ۱۸ سال به میزان ۲ درصد	۱۰- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
۳- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی:	۱۱- تقویت برنامه پزشک خانواده
- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۱ درصد	۱۲- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)
- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۲ درصد	۱۳- استقرار حاکمیت بالینی در اورژانس ها و مراکز درمانی
- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در بزرگسالان به میزان ۳ درصد	۱۴- ساماندهی و بهبود نظام ارجاع
۴- افزایش نسبی از جمعیت که فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط دارند به میزان ۶۰ درصد تا پایان برنامه	۱۵- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
۵- بهبود تغذیه مناسب (کاهش نمره GDI به میزان ۰/۵ نمره)	۱۶- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت مرتبط با بیماران قلبی عروقی
	۱۷- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب
	۱۸- توسعه ایمنی بیماران در مراکز درمانی
	۱۹- ارتقای استانداردهای اعتباربخشی و رتبه بندی در مراکز درمانی

## ادامه اهداف پیشگیری و کنترل بیماری های قلب و عروق

استراتژی های کلی برنامه	اهداف برنامه
	<p>۶- کاهش شیوع فشارخون به میزان ۵ درصد</p> <p>۷- افزایش کنترل بیماری فشارخون بالا به میزان ۱۰ درصد</p> <p>۸- کاهش میزان مصرف نمک در سطح جامعه به میزان ۲ گرم در روز</p> <p>۹- کاهش شیوع دیابت به میزان ۱ درصد</p> <p>۱۰- افزایش کنترل دیابت به میزان ۱۰ درصد</p> <p>۱۱- افزایش آگاهی جامعه در زمینه نقش تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه</p> <p>۱۲- کاهش میزان مرگ ناشی از سکته های قلبی تا یک ماه پس از حمله قلبی نسبت به وضع موجود</p> <p>۱۳- 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>۱۴- کاهش میزان آلودگی هوا در فضاهای بسته حداقل به میزان ۱۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> <p>۱۵- کاهش مرگ و میر در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز به میزان ۱۵ درصد وضع موجود</p>

## ب- پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیر عمدی

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- کاهش میزان وقوع حوادث به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه	۱- اجرای برنامه جامعه ایمن
۲- کاهش میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه	۲- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
۳- کاهش میزان ناتوانی ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۴۰ درصد تا پایان برنامه	۳- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
۴- کاهش میزان جراحات ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۳۰ درصد تا پایان برنامه	۴- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
۵- کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث غیر عمدی حداقل به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۵- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
۶- کاهش ناتوانی ناشی از حوادث غیر عمدی حداقل به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۶- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
۷- افزایش دسترسی مردم (شهر و روستا) به خدمات فوریت های پیش بیمارستانی به میزان ۱۰۰ درصد	۷- تقویت برنامه پزشک خانواده
	۸- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)
	۹- ارتقای کیفیت خدمات فوریت های پیش بیمارستانی
	۱۰- استقرار حاکمیت بالینی در اورژانس ها و مراکز درمانی
	۱۱- استقرار تروما سیستم در استان
	۱۲- سامان دهی و بهبود نظام ارجاع
	۱۳- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
	۱۴- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت
	۱۵- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص، مجرب



## ج- پیشگیری و کنترل سرطان های شایع منطقه

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- تعیین حداقل ۵۰ درصد عوامل خطر بروز سرطان های رایج استان و تعیین خطر متناسب (attributable fraction) به آنها	۱- آموزش عمومی در مورد عوامل خطر سرطان زا و راه های پیشگیری از آن
۲- ارتقاء تشخیص به موقع سرطان های شایع به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۲- برنامه ریزی جهت کاهش مواجهات محیطی، شغلی و بیولوژیک با عوامل سرطان زا
۳- افزایش درمان موثر و استاندارد سرطان های شایع به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۳- اجرای برنامه غربالگری و تشخیص زودرس سرطان های قابل غربالگری
۴- کاهش شیوع مصرف فرآورده های دخانی (سیگار، قلیان،...) در افراد بالای ۱۵ سال به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۴- برنامه ریزی در زمینه بهبود کیفیت زندگی بیماران و حمایت از خانواده آنها
۵- افزایش آگاهی جامعه در زمینه نقش تغذیه در پیشگیری و کنترل سرطان ها به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه	۵- ارتقا و تصحیح سبک زندگی افراد جامعه بر پایه تغذیه سالم، افزایش فعالیت فیزیکی، کنترل دخانیات
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	۶- قانونگذاری های محلی و منطقه ای در جهت کنترل عوامل خطر اصلی بیماری های مزمن از جمله سرطان
۷- کاهش میزان آلاینده های فیزیکی شیمیایی و بیولوژیک آب آشامیدنی حداقل به میزان ۲۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۷- تقویت و توسعه سیستم مراقبت از سرطان با تکیه بر ثبت مبتنی بر جمعیت
۸- کاهش میزان آلاینده های خاک (فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک) حداقل به میزان ۴۰ درصد تا پایان برنامه با توجه به گایدلاین های WHO	۸- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
۹- کاهش میزان فلزات سنگین در رنگ های ساختمانی به حد استانداردهای جهانی تا پایان برنامه	۹- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
۱۰- 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	۱۰- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
	۱۱- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
	۱۲- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
	۱۳- تقویت برنامه پزشک خانواده
	۱۴- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)
	۱۵- استقرار حاکمیت بالینی در مراکز درمانی
	۱۶- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
	۱۷- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت مرتبط با سرطان
	۱۸- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب

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

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- کاهش میزان مرگ مادران به میزان حداکثر ۱۰ در صد هزار تا پایان برنامه	۱- تقویت برنامه مراقبت های استاندارد سرپایی (IMPAC) در بخش دولتی
۲- کاهش مرگ نوزادان به میزان حداکثر ۵ در هزار تا پایان برنامه	۲- توسعه برنامه مراقبت های استاندارد سرپایی (IMPAC) در بخش خصوصی
۳- افزایش پوشش کلی تنظیم خانواده به میزان ۸۸ درصد تا پایان برنامه	۳- به روز رسانی و تکمیل برنامه مراقبت های استاندارد سرپایی (IMPAC) در زمینه شناسایی و مراقبت از مادران معتاد ، مادران مبتلا به اختلالات رفتاری و روانی و مبتلا به بیماری قلبی و مشاوره ژنتیک
۴- افزایش پوشش روش های مدرن تنظیم خانواده به میزان ۷۵ درصد تا پایان برنامه	۴- راه اندازی مراکز تخصصی مشاوره ( قبل از بارداری ، ژنتیک، تنظیم خانواده، قبل از ازدواج، تغذیه و .....)
۵- کاهش حاملگی ناخواسته به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه	۵- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
۶- افزایش پوشش برنامه مراقبت قبل از بارداری به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه	۶- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
۷- افزایش پوشش مراقبت های دوران بارداری به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه	۷- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
۸- افزایش پوشش مراقبت های پس از زایمان به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه	۸- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
۹- بهبود کیفیت مراقبت های قبل از بارداری به میزان سالانه ۳ درصد تا پایان برنامه	۹- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
۱۰- بهبود کیفیت مراقبت های بارداری به میزان سالانه ۳ درصد تا پایان برنامه	۱۰- تقویت برنامه پزشک خانواده
۱۱- بهبود کیفیت مراقبت های پس از زایمان به میزان سالانه ۳ درصد تا پایان برنامه	۱۱- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)
۱۲- کاهش درصد سزارین به میزان حداکثر ۵۰ درصد تا پایان برنامه	۱۲- استقرار حاکمیت بالینی در مراکز درمانی
۱۳- کاهش درصد LBW به میزان حداکثر ۵ درصد تا پایان برنامه	۱۳- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
۱۴- کاهش درصد آنمی به میزان حداکثر ۲ درصد تا پایان برنامه	۱۴- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب

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

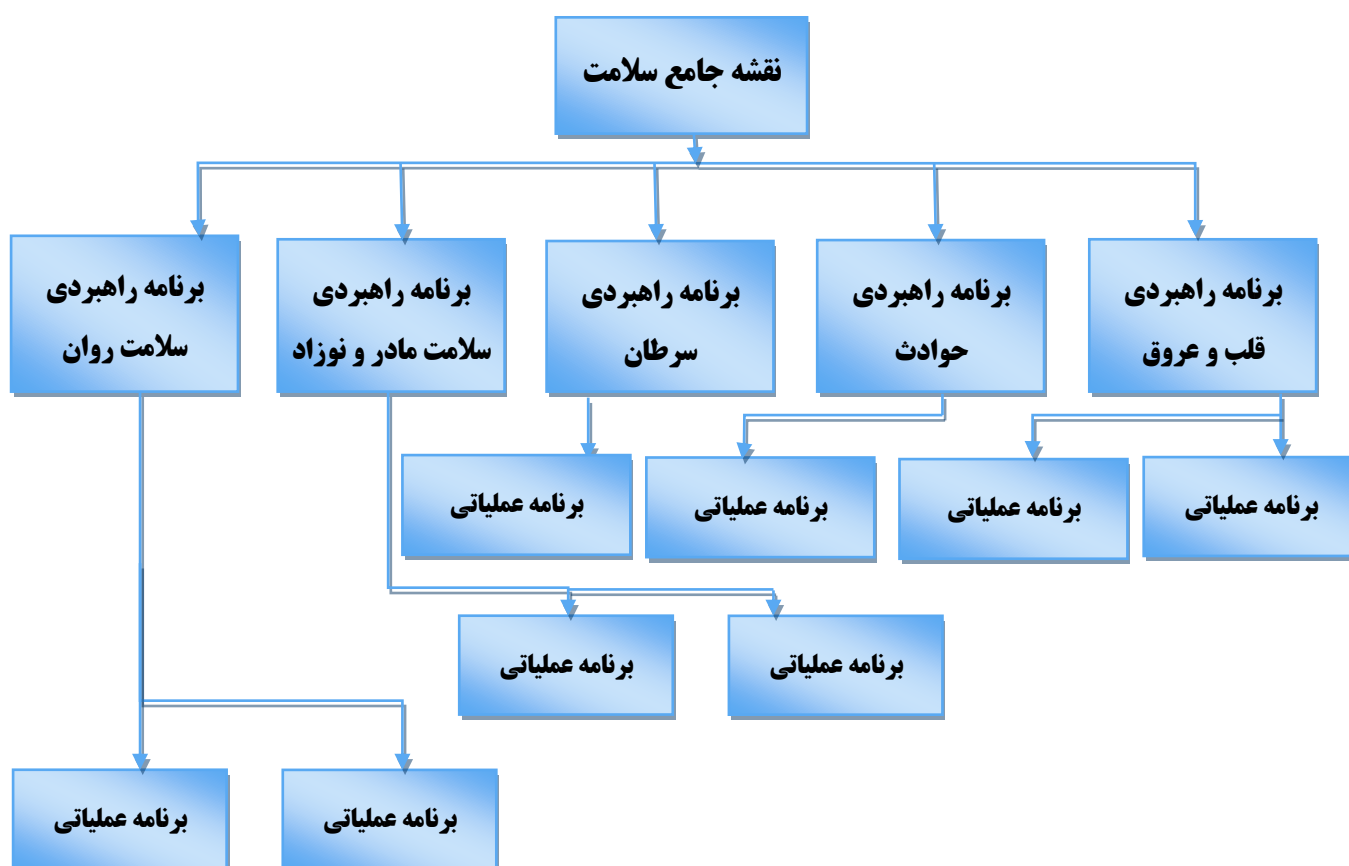
اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- کاهش شیوع اختلالات خلقی در جامعه حداکثر به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۱- توسعه برنامه سلامت روان در مناطق شهری
۲- افزایش دسترسی مردم (شهر) به خدمات سلامت روان به میزان ۷۵ درصد سال پایه	۲- تقویت برنامه ادغام سلامت روان در مناطق روستایی
۳- بهبود کیفیت 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 برنامه راهبردی 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. (شکل ۶) در پیوست ۱ تا ۵ 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 برنامه راهبردی نیز در پایان هر ۵ سال توسط کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان انجام و نتایج آن به همه اعضای کارگروه گزارش می گردد

شکل شماره ۶



## \*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 تاثیر گذار باشد. اکثر عوامل ایجاد کننده بی عدالتی ها در سلامت در بخش های مختلف اجتماعی پراکنده می باشند. بنابراین لازم است که درسیاست 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.

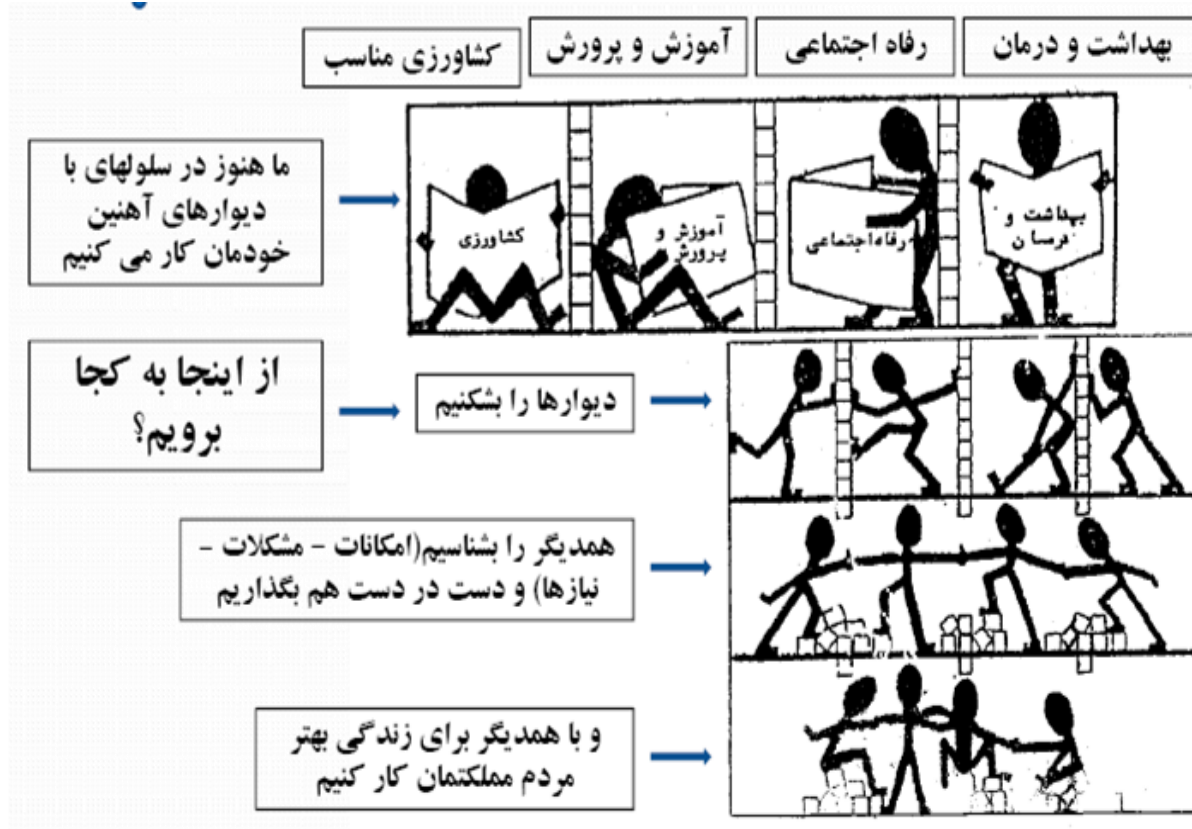
طبق قانون و بر اساس رسالت های سازمانی تعریف شده، وزارت ها و نهادهای متفاوتی به صورت مستقیم در امر سلامت دخالت دارند (نظیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای سلامت و امنیت غذایی استان ها، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی «ره») بعضی از این نهادها در جهت سیاست گذاری عمل می کنند و برخی عمدتاً نقش اجرایی دارند. گروه دومی نیز از نهادها و سازمان ها وجود دارند که ارتقاء سلامت به عنوان مهم ترین راهبرد آنها مطرح نیست ولیکن در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقاء 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 ذی نفعان، تحلیل ذی نفعان انجام گرفت. در ابتدا کلیه ذی نفعان سلامت استان شناسایی گردیدند. به منظور شناخت ذی نفعان کلیدی، ذی نفعان از دیدگاه اعضای کمیته تلفیق رتبه بندی شدند. سپس تحلیل سطح نفوذ و تاثیر ذی نفعان انجام گردید. پس از انجام تحلیل، ذی نفعان 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 ذی نفعان 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 حول و حوش نولد	پیشگیری و کنترل سرطان های شایع	پیشگیری و کنترل حوادث	پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی	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
✓		✓		✓	اداره کل دخانیات استان
✓					سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و
✓	✓	✓	✓	✓	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
		✓			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 / اداره	پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی	پیشگیری و کنترل حوادث	پیشگیری و کنترل سرطان های شایع	پیشگیری و کنترل بیماری های حول و حوش تولد	پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری
سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی			✓		✓
مرکز تحقیقات کشاورزی و منابع طبیعی استان			✓		
سازمان دامپزشکی استان			✓		
بنیاد شهید و امور ایثارگران استان					✓
اداره کل استاندارد و تحقیقات صنعتی	✓		✓		✓
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				✓	
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 زندان ها و امور تربیتی استان				✓	✓
شرکت گاز استان				✓	
شرکت غله و خدمات بازرگانی منطقه ۱۰				✓	
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 شماره ۶ موجود است.





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

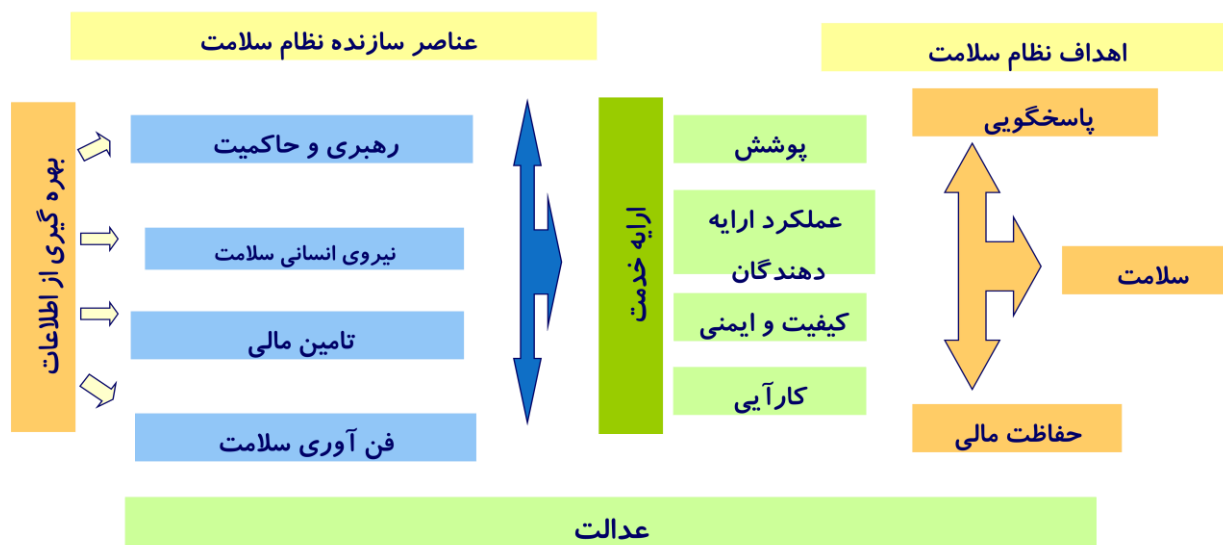
نظام سلامت به مجموعه ای از منابع، مدیریت، هزینه کرد و سازماندهی اطلاق می شود که به ارائه خدمات سلامتی به جامعه منجر می شود. از منظری دیگر کلیه فعالیت هایی را شامل می شود که با هدف ارتقا، حفظ و برقراری سلامت جامعه انجام می گردد.

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

### چهارچوب مفهومی نظام سلامت

مولفه های اجتماعی موثر بر 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 آن ها 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.

هرچند متولی اصلی سلامت در استان دانشگاه های علوم پزشکی هستند ولی در امور تولیتی 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 اعتباربخشی واحدهای تشخیصی، درمانی، توانبخشی 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 و شبکه 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 امنا
- ضعف در بهره گیری کامل ظرفیت های ذی نفعان سلامت و حمایت طلبی

- به روز نبودن توانایی و مهارت های کارشناسان برای فعالیت های ستادی
- نظام تصمیم گیری متمرکز در دانشگاه و ضعف در تفویض اختیار به مدیریت شهرستان
- توجه ناکافی به فعالیت های برنامه نویسی و مراقبت از سیاست ها 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 سیاست گذاری 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
- پی گیری 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 مهارت ها و عملکرد نیروهای انسانی و در دسترس بودن آنها وابسته است. علاوه بر این بخش قابل توجهی از بودجه سلامت به تولید و روزآمد کردن منابع انسانی اختصاص داده می شود. هزینه های انسانی و اقتصادی مدیریت ضعیف نیروی انسانی بخش سلامت بسیار بالا است.

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

هرچند اقدامات وسیع و گسترده ای در حوزه تامین نیروی انسانی در دانشگاه انجام گرفته است ولی کمبودهای نیروی انسانی در عرصه های خدمات سلامت به خصوص در تامین نیروی انسانی مراکز درمانی و برخی از رشته های تخصصی مشهود است. مثال هایی 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 پروژه های موفق در حوزه توانمند سازی کارکنان و....

### مهم ترین 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 رشته های 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 مهارت های کار تیمی، انعطاف پذیری شغلی، سلسله مراتب اداری و اطاعت پذیری
- انگیزه ناکافی کارکنان سلامت و بهره وری پایین نیروی انسانی
- عدم وجود نظام های مناسب انگیزش و نگهداشت نیروی انسانی
- مشکلات نظام جبران خدمات و پایش عملکرد کارکنان
- عدم تفکیک وظایف صف و ستاد در حوزه های 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 حیظه 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
- استقرار نظام 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
- توانمندسازی 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

### ◀ تامین مالی

نظام مالی مجموعه ای از فعالیت های 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.

هر قدر شیوه ی تامین منابع، بیشتر بر منابع عمومی و پیش پرداخت ها (قبل از بروز بیماری) اتکا داشته باشد، نظام سلامت عادلانه تر می باشد و هرچه میزان منابع مالی بیش تر از محل پرداخت های مستقیم خانوارها و در زمان بیماری تأمین گردد، نظام تأمین منابع مالی سلامت، غیرعادلانه 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 بیماری های جدید، هزینه های خدمات سلامت با رشد فزاینده ای روبرو است و ضروری است توزیع منابع محدود اختصاص یافته به بخش سلامت با نظم و هدفمند صورت گیرد.

براساس 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 چالش‌ها و مشکلات تامین مالی سلامت به مشکلات ساختاری نظام سلامت کشور برمی‌گردد. دانشگاه‌های علوم پزشکی در حیطه سیاست‌گذاری این حوزه اختیارات محدودی دارند. سازمان‌های جبران‌کننده خدمات از جمله دانشگاه و سازمان‌های بیمه‌گر استانی نیز تابع سیاست‌های ملی می‌باشند. این موضوع اهمیت تحقق اهداف چشم‌انداز و برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور را در پوشش همگانی خدمات، تعریف بسته جامع خدمات و تجمیع صندوق‌های بیمه به عنوان الزامات دستیابی به اهداف دانشگاه در این حوزه بیش از پیش نمایان می‌سازد.

### مهم‌ترین مشکلات در حوزه تامین مالی

- کمبود سرانه سلامت
- نظام تامین مالی سنتی، پیچیده، ناعادلانه و ناکارآمد در بخش سلامت
- تقدم درمان بر پیشگیری در تخصیص منابع مالی
- بیماری‌نگر بودن نظام بیمه (فقدان بیمه‌های سلامت نگر)
- ضعف سیستم هزینه‌یابی یا محاسبه قیمت تمام‌شده خدمات
- پراکندگی صندوق‌های تجمیع‌شده خطر و انباشت منابع
- محدودیت امکان کنترل کیفیت نظام پرداخت به ازای انجام خدمت
- مشکلات نرخ‌گذاری خدمات سلامت
- سهم بالای پرداخت مستقیم مردم و وجود پدیده پرداخت‌های غیررسمی
- عدم تناسب اعتبارات با حجم فعالیت‌های جاری
- تعدد متولیان تامین و توزیع منابع بخش سلامت
- واقعی نبودن سرانه بیمه‌ها و تعرفه‌های خدمات درمانی (در بخش دولتی)

### اهم راهبردها در حیطه تامین مالی

- اولویت سرمایه‌گذاری بر پیشگیری از بیماری‌ها
- تعریف بسته خدمات استاندارد و گسترش خرید راهبردی خدمات
- ارتقای بهره‌وری و کارآیی عملکرد مدیریت منابع بخش سلامت و بهبود سیستم‌های مالی
- اولویت بندی هزینه‌کردها و تخصیص منابع بر اساس برنامه
- استقرار بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد
- اصلاح الگوی مصرف خدمات سلامت و مدیریت مصرف منطقی

- اصلاح نظام پرداخت بر اساس سیاست های کشوری
- سازماندهی، هدایت و جلب کمک های مردمی و سازمان های غیردولتی
- بومی سازی ارزش نسبی خدمات سلامت فاقد تعرفه
- تعامل پویا با سازمان های بیمه گر استان
- جلب و هدایت خیرین در راستای اولویت های 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 کارآمد 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. سازمان های 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 زیان های احتمالی آن به بیماران کمتر خواهد بود.

## اهم چالش ها در حیطة فناوری سلامت

- توسعه شتابان فناوری سلامت و عدم تناسب آن با توان اجرایی در حوزه ارزیابی فناوری سلامت
- ورود بی رویه فناوری های 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 شاخص های مربوط به 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 کار
- کنترل و تضمین کیفیت فرآورده های دارویی و رعایت اصول بهینه تولید (GMP) و نیز توزیع (GSP) انبارش و نگهداری (GDP) فرآورده های دارویی در استان
- حمایت از صنایع ملی (با اولویت استانی) داروئی و تجهیزاتی
- تاکید 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 نگهداشت 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 پزشکیار 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 باز بینی و ساماندهی 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 سلامت 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 بر پایه 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 موثر 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.

### کنظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده

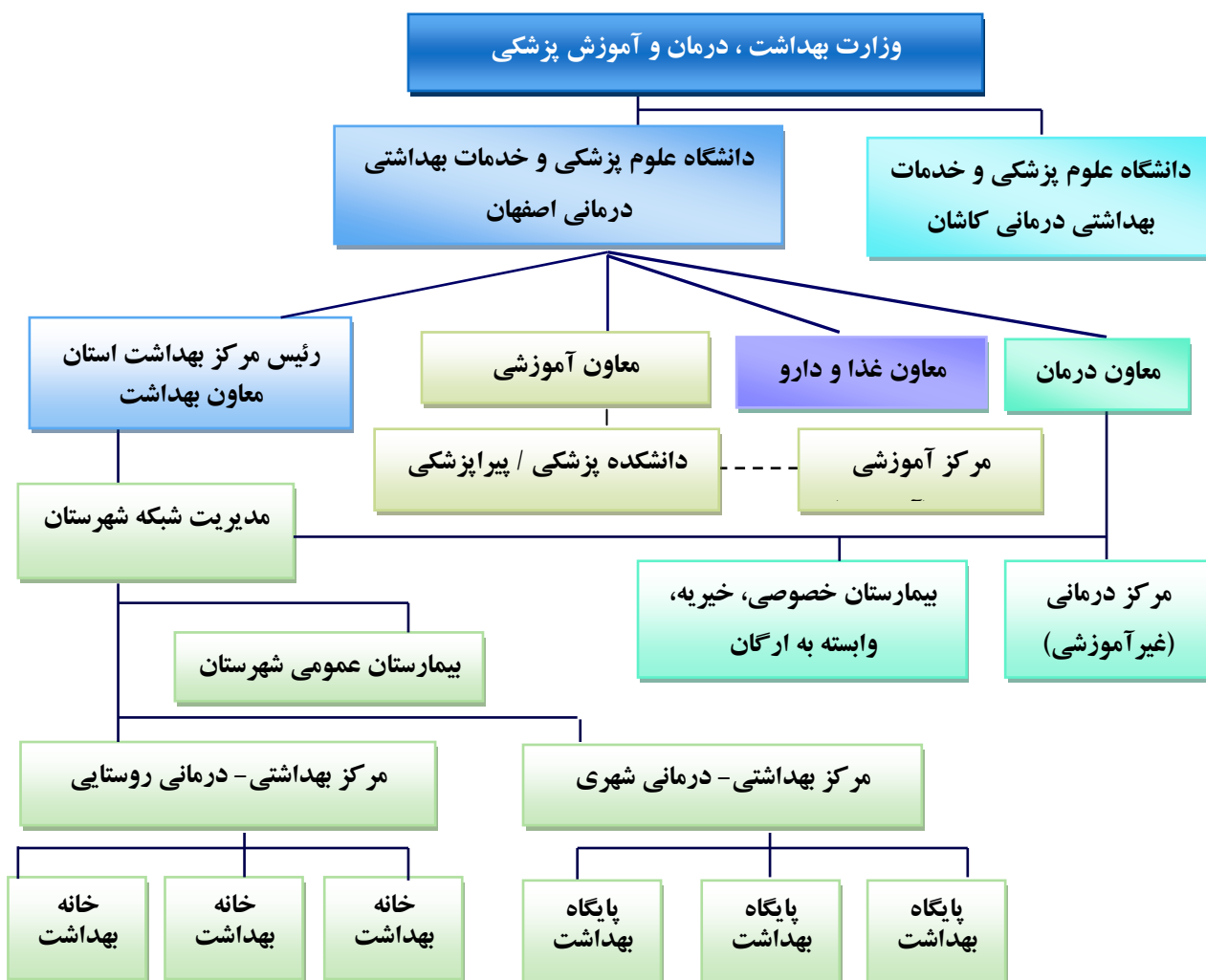
بر اساس این برنامه، خدمات و مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذاشته می شود.

**سطح اول:** خدماتی از قبیل: ارتقای سلامت عمومی، پیشگیری و درمان های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی گیری بیمار عمده ی 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 ارائه 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- تصویرسازی شبکه سلامت در استان اصفهان (نسخ 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 ارزیابی 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 بیماری های کشور
- چندانگلی تامین منابع و شیوه ارزیابی خدمت
- ابهام در تعریف بسته خدمات سلامتی
- عدم پوشش فراگیر و مناسب پرونده سلامتی برای هر افراد و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز
- عدم تبیین استانداردهای کمی و کیفی انجام کار، مدیریت و فقدان سیستم پایش و ارزشیابی
- عدم تناسب توانمندی های دانش آموختگان سلامت با الزامات ارزیابی خدمت
- ناهمگونی در نظام عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی درمانی با نیازهای مراقبتی جامعه
- موازی کاری و وجود ساختارهای متفاوت ارزیابی 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 ارزیابی 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 ارزیابی 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 گایدلاین ها 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 پی گیری است. نگاهی به فلسفه وجودی واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت، بیمارمحوری 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 ارائه 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 بیمارمحوری مراکز درمانی
- عدم اطلاع کافی بیماران از حقوق خود

### اهم راهبردها در حوزه پاسخگویی

- ارتقای بیمارمحوری 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 بخش های 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 پذیرترین 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، نشأت 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 مواردی اشاره می شود که به طور مستقیم در حیطه عملکردی دانشگاه است.

## اهم چالش ها در حوزه عدالت در سلامت

- پوشش غیر عادلانه حمایت های بیمه ای
- تفاوت های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی در مناطق مختلف استان و بالابودن ضریب جینی<sup>۱</sup> در استان
- جاذبه های کم مناطق محروم برای کارکنان سلامت
- پراکندگی و چند سویه بودن اقدامات مرتبط با ارتقای عدالت در سلامت در سازمان های مختلف
- فرصت های 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 مولفه های اجتماعی موثر بر خدمات سلامت

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

- بکارگیری راهکارهای افزایش انگیزه کارکنان سلامت در مناطق محروم
- همسو سازی و پایش اقدامات مرتبط با گسترش عدالت در سلامت در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
- بومی سازی و اجرای نظام مراقبت از شاخص های عدالت در سلامت
- اولویت بندی توزیع و تخصیص منابع به مناطق کمتر توسعه یافته استان
- بکارگیری نیروهای بومی (بورسیه نمودن آن ها براساس نیاز رشته ای و سطوح خدمت)



## 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- نقوی م. سیمای مرگ و میر در هیجده استان کشور سال ۱۳۸۰. معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲.
- ۵- نقوی م. 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، دیدگاههای 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، وزارت 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.
- ۱۳- Roemer MI. *National health systems of the world*. New York: Oxford University Press, vol ۱; ۱۹۹۱.
- ۱۴- World Health Report; ۲۰۰۰ .

## پیوست ها



پیوست ۱

بسمه تعالی



# برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی



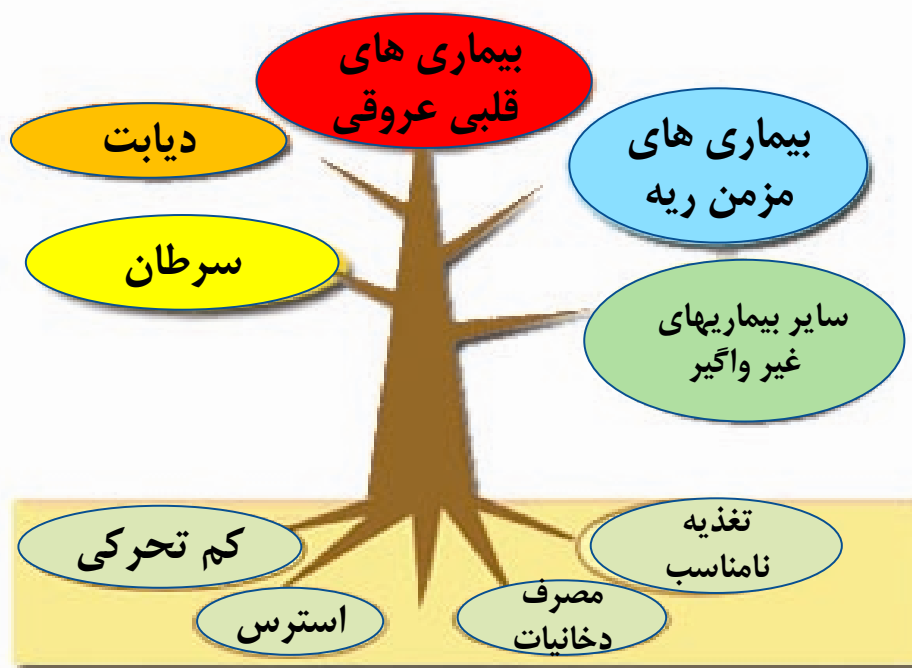
۱۳۹۱-۹۴

## مقدمه

بیماری های قلبی عروقی یکی از علل اصلی ناتوانی و مرگ زودرس در سراسر دنیا است. این بیماری ها سالانه حدود ۱۷/۵ میلیون نفر را در جهان به کام مرگ می کشند؛ به طوری که از هر سه مرگ در جهان یک مرگ به علت بیماری های قلبی عروقی می باشد؛ یعنی ۳۰ درصد از کل مرگ های جهان که از این تعداد ۷/۲ میلیون نفر به علت بیماری های ایسکمیک قلبی و ۵/۷ میلیون نفر به علت بیماری های عروق مغزی فوت می کنند. از آن جا که درمان بیماری های قلبی عروقی پر هزینه و در اغلب موارد بی تأثیر است، پیشگیری بهترین راه کنترل روند رو به رشد بار این بیماری ها و نهایتاً هزینه های غیر ضروری مراقبت های بهداشتی است. بیماری های غیرواگیر مستقیماً به سه عامل خطر قابل پیشگیری شامل تغذیه نامناسب، فعالیت بدنی ناکافی و مصرف سیگار وابسته هستند این سه عامل خطر مسئول ۸۰ درصد بیماری های ایسکمیک قلبی و مغزی می باشند و با پیشگیری از آنها می توان تا ۸۰ درصد از بیماری های عروق قلبی و مغزی جلوگیری کرد.

امروزه تغییر شیوه زندگی سبب شده است که برخی از عوامل خطر ساز مهم و در نتیجه تعداد مبتلایان به فشار خون بالا، اختلالات چربی خون، بیماری های ایسکمیک قلبی و عروقی و دیابت در جامعه افزایش یابد. دلیل این وضعیت را علاوه بر تغییر در شیوه زندگی مردم می توان در آگاهی و نحوه عملکرد آنان دانست. در بسیاری از موارد آگاهی ناکافی از عوامل خطر ساز و عدم به کار گیری تمهیدات لازم و ضروری باعث شده است تا این عوامل روز به روز افزایش یابند. بنابراین اساس پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل خطر شایع و اصلی می باشد. شناخت این عوامل و سیاست گذاری در جهت مقابله و کاهش روند روز افزون آن ها می تواند تأثیر بسزایی در کاهش بیماری های قلبی عروقی داشته باشد.

عوامل ایجاد کننده بیماری های قلبی عروقی پیچیده هستند؛ بنابراین موضع گیری در برابر آن ها نیز باید چند جانبه باشد. شواهد حاکی از آن است که پیشگیری تنها در صورتی امکان پذیر است که مداخلات در هر دو حیطه فردی و خانوادگی و نیز زمینه های وسیع تر اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی صورت گیرد. نتیجه مداخلات رفتاری، کاهش میزان بیماری های قلبی عروقی است. درمان های رفتاری و دارویی برای فشار خون بالا، دیابت و کلسترول بالا حیاتی هستند و لازم است در اولین سطح مراقبت های بهداشتی عرضه شوند. برنامه های مربوط به تغذیه مناسب، فعالیت بدنی منظم و ترک سیگار باید هم در پیشگیری و هم کنترل بیماری های مزمن مورد توجه خاص قرار گیرند.



در سال ۲۰۰۸ از ۵۷ میلیون مرگ در جهان ۳۶ میلیون (۶۳ درصد) به علت بیماری های غیرواگیر بوده؛ چهار بیماری اصلی غیرواگیر شامل بیماری های قلبی عروقی، سرطان، دیابت و بیماری های مزمن ریوی می باشد. ۴۸ درصد مرگ و میر بیماری های غیرواگیر مربوط به بیماری های قلبی و عروقی می باشد. ۸۰ درصد از کل مرگ در کشورهای با درآمد اقتصادی کم و متوسط اتفاق می افتد و پیش بینی شده است ۲۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ به علت بیماری های قلبی و عروقی خواهند مرد که بیشتر آن ها در کشورهای با درآمد اقتصادی کم و متوسط خواهد بود. در این کشورها مردم بیشتر در معرض ریسک فاکتورهای قلبی عروقی قرار دارند. از طرفی اقدامات پیشگیری کننده نیز برای آن ها کمتر انجام می شود. بنابراین به علت دسترسی غیرمؤثر و ناعادلانه به مراکز سلامتی که پاسخگوی نیازهایشان باشد، بیشتر به بیماری های قلبی عروقی مبتلا می شوند.

مطالعه بار بیماری ها در ایران نشان داده است که بیماری های قلبی عروقی با ۷۵۲/۰۰۰ سال عمر از دست رفته در مردان و ۷۸۰/۰۰۰ سال عمر تلف شده در زنان (اندکی بیش از مردان) در رتبه سوم بار بیماری ها در هر دو جنس قرار دارند، به طوری که بیماری های قلبی عروقی علت ۴۴ درصد مرگ و میرها می باشند. همچنین بررسی آمار مرگ و میر استخراج شده در استان اصفهان طی سال های ۸۵ تا ۸۸ نشان می دهد که به طور متوسط ۴۳ درصد مرگ و میرها ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی است. از سوی دیگر بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در کشور در سال ۸۶ بر اساس رویکرد گام به گام پیشنهاد شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی در ۳۰ استان کشور به مرحله اجرا در آمد. نتایج به دست آمده نشان داد:

- فراوانی مصرف کنندگان سیگار در کشور ۱۲/۲۷ درصد (۲۳/۲ درصد در مردان و ۱/۰۸ در زنان) می باشد.

- میانگین متوسط مصرف روزانه میوه و سبزی در کشور ۲/۶۲ وعده (۲/۵۵ در مردان و ۲/۶۹ در زنان) می باشد. در مجموع ۸۷/۰۲ درصد کل افراد کمتر از ۵ وعده در روز میوه یا سبزی مصرف می کنند.
- درصد افراد با فعالیت فیزیکی کم در مردان ۲۴/۳ و در زنان ۴۶/۳ می باشد.
- درصد افراد با اضافه وزن در مردان ۴۰/۴ و در زنان ۵۱/۸ می باشد. همچنین درصد افراد چاق در مردان ۱۱/۲ و در زنان ۲۲/۴ می باشد.
- درصد افراد با فشار خون بالا (  $BP \geq 140/90 \text{ mmHg}$  ) در مردان ۱۷/۶ و در زنان ۱۷/۱ می باشد.

بر اساس نتایج حاصل از اجرای طرح غربالگری دیابت که از سال ۱۳۸۹ در شهر اصفهان انجام شده است و در حال حاضر نیز ادامه دارد، تا پایان تیر ماه سال ۱۳۹۰، از ۱۸۵۰۰۰ نفر افراد بالای ۳۰ سال که مورد غربالگری قرار گرفته اند، فراوانی پرفشاری خون ۲۸/۴ درصد، فراوانی کلسترول خون بالا ۱۷/۱۵ درصد، فراوانی تری گلیسرید خون بالا ۲۱/۲۱ درصد، به علاوه درصد افراد با اضافه وزن بالا ۴۳/۹۴ و درصد افراد چاق ۲۷/۰۵ و نیز درصد افراد سیگاری ۶/۱۶ گزارش شده است.

در برنامه نظام مراقبت عوامل خطر که در پنج سال متوالی ( ۸۸-۸۴ ) در استان اصفهان اجرا گردید، نتایج زیر حاصل شد:

- درصد افرادی که روزانه سیگار می کشند ۱۲/۰۶ (در مردان ۲۳/۴۶ و در زنان ۰/۳۸) می باشد. (جدول و نمودار شماره ۱)
- درصد افرادی که کمتر از ۵ وعده میوه و سبزی در روز مصرف می کنند ۸۸/۹۱ (در مردان ۹۱/۱ و در زنان ۸۶/۶۶) می باشد. (جدول شماره ۲)
- درصد افرادی که فعالیت جسمانی کم (کمتر از ۶۰۰ دقیقه در هفته) دارند ۳۳/۰۸ (در مردان ۲۳/۵۳ و در زنان ۴۲/۸۶) می باشد. (جدول و نمودار شماره ۳)
- درصد افراد با اضافه وزن (  $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$  ) ۴۳/۴۶ (در مردان ۴۰/۲۹ و در زنان ۴۶/۷) می باشد. (جدول و نمودار شماره ۴)، در حالی که درصد افراد چاق (  $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$  ) ۱۴/۶۸ (در مردان ۹/۸۷ و در زنان ۱۹/۶۱) می باشد. (جدول و نمودار شماره ۵)
- درصد افراد با فشار خون بالا (  $BP \geq 140/90 \text{ mmHg}$  ) در مردان ۱۴/۷۲ و در زنان ۱۲/۲۸ می باشد. (جدول شماره ۶)

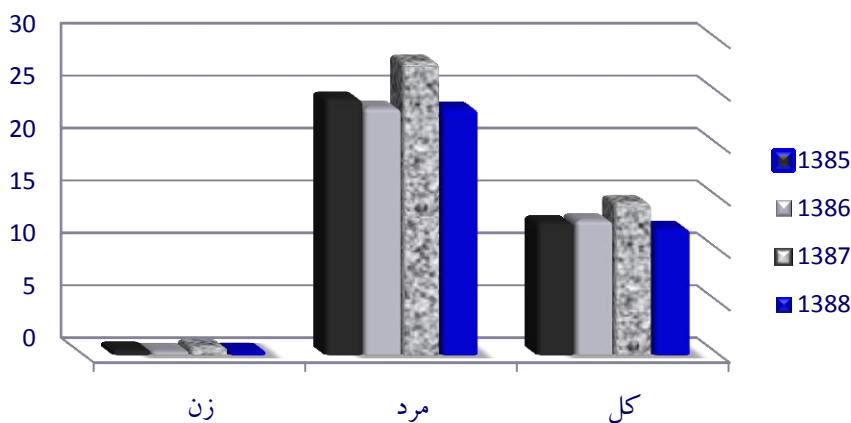
## جدول ۱- فراوانی نسبی مصرف روزانه سیگار، نظام مراقبت عوامل

خطر (۸۸-۱۳۸۵)، استان اصفهان

جنس / سال	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
زن	۰,۵۱۳۸	۰,۳۶۱۷	۰,۷۸۰۵	۰,۳۸۶۳
مرد	۲۴,۴۱	۲۳,۵۲	۲۷,۹۱	۲۳,۴۶
کل	۱۲,۶۱	۱۲,۸	۱۴,۵۱	۱۲,۰۶

## نمودار ۱- فراوانی نسبی مصرف روزانه سیگار، نظام مراقبت عوامل خطر

(۸۸-۱۳۸۵)، استان اصفهان



## جدول ۲- فراوانی نسبی مصرف کمتر از ۵ واحد میوه یا سبزی در روز،

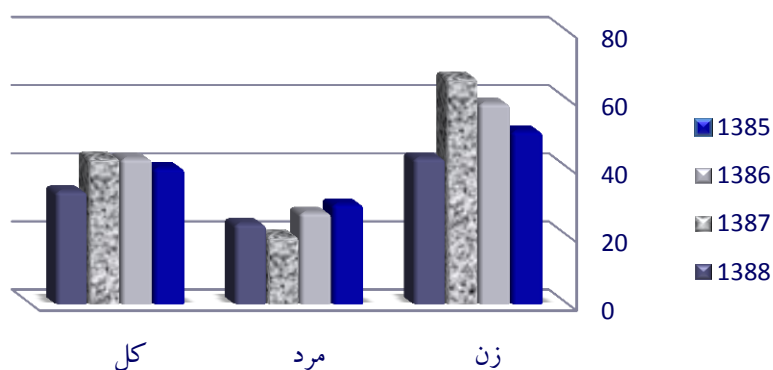
نظام مراقبت عوامل خطر (۸۸-۱۳۸۵)، استان اصفهان

سال / جنس	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
زن	۹۲/۳۵	۹۳/۸۸	۹۵/۶۲	۸۶/۶۶
مرد	۹۴/۴	۹۴/۶۴	۹۵/۶۲	۹۱/۱
کل	۹۳/۳۸	۹۴/۲۷	۹۵/۶۲	۸۸/۹۱

جدول ۳- فراوانی نسبی فعالیت جسمانی کم (کمتر از ۶۰۰ دقیقه در هفته)، نظام مراقبت عوامل خطر (۸۸-۱۳۸۵)، استان اصفهان

سال جنس	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
زن	۵۰,۷۸	۵۸,۸۸	۶۶,۵۶	۴۲,۸۶
مرد	۲۹,۳۲	۲۶,۸۳	۲۰,۱۲	۲۳,۵۳
کل	۳۹,۹۲	۴۲,۶۶	۴۳,۰۶	۳۳,۰۸

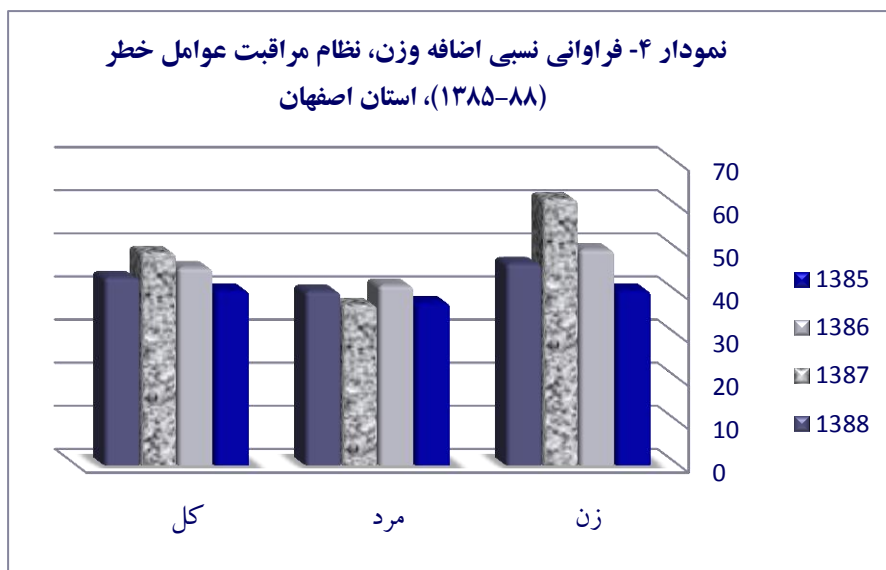
نمودار ۲- فراوانی نسبی فعالیت جسمانی کم، نظام مراقبت عوامل خطر (۸۸-۱۳۸۵)، استان اصفهان



جدول ۴- فراوانی نسبی اضافه وزن، نظام مراقبت عوامل خطر (۸۸-۱۳۸۵)، استان اصفهان

سال جنس	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
زن	۴۰,۵۸	۴۹,۹۸	۶۱,۷۱	۴۶,۷
مرد	۳۷,۷۲	۴۱,۶۸	۳۷,۱۸	۴۰,۲۹
کل	۴۰,۵۸	۴۵,۷۸	۴۹,۳	۴۳,۴۶

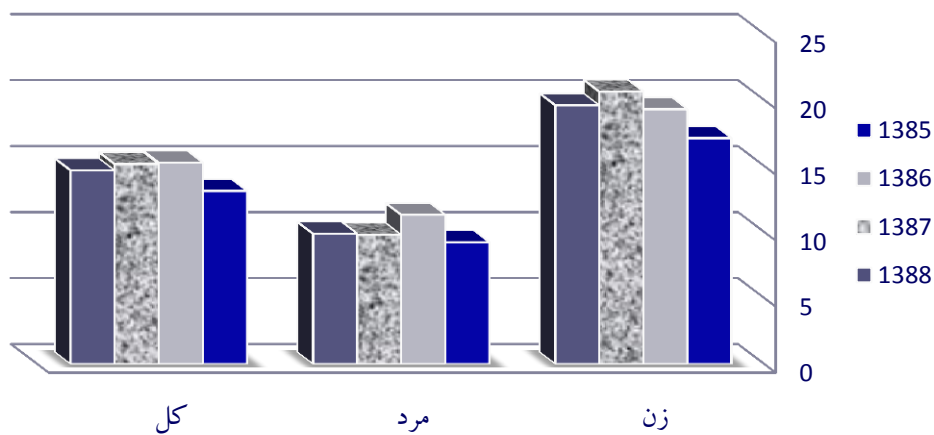




جدول ۵- فراوانی نسبی چاقی، نظام مراقبت عوامل خطر  
استان اصفهان (۸۸-۱۳۸۵)

سال	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
زن	۱۷,۱۱	۱۹,۳۱	۲۰,۶۴	۱۹,۶۱
مرد	۹,۲۲۶	۱۱,۳۱	۹,۸	۹,۸۷۵
کل	۱۳,۱۲	۱۵,۲۶	۱۵,۱۶	۱۴,۶۸

نمودار ۵- فراوانی نسبی چاقی، نظام مراقبت عوامل خطر  
استان اصفهان (۸۸-۱۳۸۵)



جدول ۶- فراوانی نسبی فشارخون بالا، نظام مراقبت عوامل خطر  
(۸۸-۱۳۸۵)، استان اصفهان

سال جنس	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
زن	۱۱,۹۲	۱۷,۲۵	۱۴,۷	۱۲,۲۸
مرد	۱۷,۱۳	۲۰,۴۲	۱۱,۳۴	۱۴,۷۲
کل	۱۴,۵۵	۱۸,۹۹	۱۳	۱۳,۵۱

## 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 سایت 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 ارتقاء 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 پی گیری 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. ارتقاء 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 بر اساس 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**

- ارتقاء 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 توانمندسازی 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 ذی ربط و همکاری ارگان های مختلف

**سیاست ها**

- ارتقاء 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 S (Strengths)

- S1: حمایت ریاست و معاونین دانشگاه از برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی
- S2: امکان همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه
- S3: گسترش و وجود نظام شبکه جهت ارائه خدمات بهداشتی
- S4: وجود مدیران و کارمندان توانمند
- S5: حمایت کارکنان از برنامه
- S6: دسترسی به اینترنت، اطلاعات به روز و رایانه تا سطح مراکز سلامت
- S7: امکان بازآموزی کارکنان سیستم بهداشتی درمانی در رده های مختلف
- S8: امکان انجام پژوهش های آزمایشگاهی و بالینی
- S9: همکاری با مرکز تحقیقات قلب و عروق و تجربه پروژه قلب سالم
- S10: انجام غربالگری فشار خون و دیس لیپیدمی و چاقی همزمان با غربالگری دیابت در شهر اصفهان با ثبت رایانه ای
- S11: راه اندازی کلینیک کنترل وزن کودک و نوجوان در مرکز سلامت به عنوان عملیاتی زیر بنایی برای کنترل عوامل خطر
- S12: منطبق بودن اهداف برنامه با بخشی از فعالیت های واحد بهداشت حرفه ای، مدارس، آموزش سلامت، تغذیه، روان و...
- S13: وجود تیم تخصصی در مراکز سلامت جهت ارائه خدمت (پزشک، پرستار، کارشناس تغذیه، تربیت بدنی و روانشناس)
- S14: اجرای طرح پزشک خانواده
- S15: توجه ارائه دهندگان خدمت به رضایتمندی مشتریان

### نقاط ضعف W (Weaknesses)

- 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 بهداشتی درمانی

W5: نبود برنامه خودمراقبتی و استاندارد سازی خدمات مربوط به عوامل خطر و بیماری های قلبی عروقی در سطوح مختلف ارائه خدمت

W6: نبود سیستم پایش و ارزشیابی در خدمات ارائه شده برای بیماران قلبی عروقی

W7: کافی نبودن تیم تخصصی ارائه خدمت در مراکز سلامت

W8: استفاده ناکافی از بخش خصوصی در سیستم ارائه خدمات بهداشتی

W9: نبود پروتکل و گایدلاین های بومی شده در زمینه ارائه خدمات استاندارد مراقبتی

W10: کمبود نیروهای متخصص برای اجرای برنامه های آموزشی در سیستم

W11: نبود بسته های آموزشی مدون برای کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی

W12: ضعف ساختار تشکیلاتی در رابطه با برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

W13: نبود واحد پیشگیری و کنترل عوامل خطر در معاونت بهداشتی و واحدهای تابعه

W14: نامناسب بودن وضعیت ساختمانی مراکز بهداشتی درمانی برای ارائه خدمت

W15: کمبود واحدهای کنترل وزن کودک و نوجوان در مراکز بهداشتی درمانی یا مراکز سلامت

W16: نامتناسب بودن آموزش های دانشگاهی پزشکان و پیرا پزشکان با نیازهای اجرایی نظام بهداشتی

W17: ضعف در نظام جمع آوری داده ها و تحلیل و انتشار اطلاعات و گزارش دهی

W18: ناکافی بودن مشارکت فعال اعضای هیئت علمی با نظام خدمات بهداشتی

W19: استفاده ناکافی از ظرفیت های مربوط به رسانه های جمعی

W20: ضعف آموزش و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی

W21: ضعف در سیستم ارجاع

W22: کمبود تعداد مراکز سلامت در سطح استان جهت ارائه خدمات موردنظر

## 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

O5: تمایل عمومی مردم به مشارکت در امور سلامت قلب و عروق و کاهش عوامل خطر آن

0۶: دسترسی سریع و توجه جامعه به فناوری های نوین و اطلاعات علمی روز

0۷: وجود بخش خصوصی فعال در استان

0۸: وجود فارغ التحصیلان (پزشک، کارشناس تغذیه، پرستار، کارشناس تربیت بدنی و مشاوره روانشناسی) غیر شاغل و

جویای کار

0۹: در دسترس بودن رسانه های جمعی در اقصی نقاط استان

0۱۰: پتانسیل همکاری با سایر بخش ها (سازمان تربیت بدنی، آموزش و پرورش، اداره مبارزه با دخانیات و ... ) در

سطح استان

### تهدیدات T (Threats)

T۱: کم توجهی به اهداف مورد نظر در برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در سیاستگذاری های

کشوری

T۲: نداشتن بانک اطلاعاتی جامع استانی و کشوری

T۳: نبود واحد پیشگیری و کنترل عوامل خطر (تحرک بدنی و دخانیات) در سطح وزارتخانه

T۴: کمبود اعتبارات و تخصیص های مورد نیاز برای اجرای برنامه های مورد نظر

T۵: شناخت ناکافی مسئولین سایر بخش ها از جایگاه سلامت

T۶: به غلط برخوردار محسوب نمودن استان

T۷: کمبود آگاهی اقشار مختلف جامعه از عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی

T۸: تغییر شیوه زندگی مردم در رابطه با عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی (کم تحرکی، مصرف فست فودها

و ...)

T۹: 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

T۱۰: هماهنگ نبودن برخی فعالیت های صدا و سیما (از جمله تبلیغات مواد غذایی) با اهداف برنامه

T۱۱: کمبود زیرساخت های مورد نیاز در سطح جامعه (از قبیل امکانات تفریحی، رفاهی، ورزشی و ...) در جهت

پیشبرد اهداف برنامه

T۱۲: ضعف عملکرد سازمان های مردم نهاد و بخش خصوصی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی

T۱۳: عدم تمایل مردم جهت مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات

T۱۴: مشکلات معیشتی مردم

## راهنمای کلی :

### الف- استراتژی های SO

- S201: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه
- S3,4,501: توجیه و درگیر کردن مدیران و کارکنان بهداشتی رده های مختلف جهت اجرای برنامه در سطوح مختلف ارائه خدمت
- S801,6,7,8: توسعه پژوهش های کاربردی جهت تحقق اهداف برنامه
- S901,6: توسعه همکاری با مرکز تحقیقات قلب و عروق و به کارگیری تجارب قبلی پروژه قلب سالم
- S1101,7,8,10: توسعه راه اندازی واحد کنترل وزن کودک و نوجوان در مراکز سلامت (به عنوان اقدامی زیربنایی برای کنترل عوامل خطر)
- S2,4,1201,10: 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
- W2,4,5,1601: توانمندسازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه
- W601: تدوین پروتکل پایش و ارزشیابی برای خدمات ارائه شده در برنامه
- W708: جذب فارغ التحصیلان جویای کار (پزشک، کارشناس تغذیه، پرستار، کارشناس تربیت بدنی و مشاوره روانشناسی) جهت تقویت نیروی انسانی مورد نیاز
- W801,7: جلب مشارکت بخش خصوصی در راستای توسعه ارائه خدمات مورد انتظار مطابق با پروتکل تدوین شده
- W9,4,501: تدوین پروتکل و گایدلاین های بومی شده در زمینه ارائه خدمات استاندارد مراقبتی
- W10,1801: جذب نیروهای متخصص و اعضای هیات علمی جهت تهیه بسته های آموزشی و اجرای برنامه های آموزشی مورد نیاز
- W19,20 O2,9,10: توسعه به کارگیری رسانه های جمعی در راستای تحقق اهداف برنامه (ترویج شیوه زندگی سالم)
- W20 O3,4,5,6: طراحی و اجرای بسیج های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی



**ج- استراتژی های ST**

- ST1, 6, 10, 13: تهیه بانک اطلاعاتی جامع استانی بر اساس نتایج حاصل از غربالگری دیابت و فشارخون
- ST8, 9, 14: 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 ...)
- ST9: تعامل مستمر با صدا و سیما در راستای اجرای فعالیت های هماهنگ با اهداف برنامه
- ST10: تقویت زیرساخت های مورد نیاز در سطح جامعه (از قبیل امکانات تفریحی، رفاهی، ورزشی و ...) در جهت پیشبرد اهداف برنامه
- ST11, 14: جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد در راستای توسعه خدمات مربوط به پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی

**د- استراتژی های WT**

- WT10, 12, 13, 4, 5: تامین و تقویت زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه (نیروی انسانی، مالی، تجهیزات و مدیریتی)
- WT14, 13, 4, 5, 13: بهبود وضعیت ساختمانی مراکز بهداشتی درمانی در راستای ارائه بهتر و بیشتر خدمات
- WT10, 12, 15, 13, 4, 5: ایجاد و استقرار واحد پیشگیری و کنترل عوامل خطر در نظام خدمات بهداشتی درمانی
- WT10, 12, 13, 4, 5: بهبود فرایند ارجاع در سطوح مختلف ارائه خدمت
- WT10, 12, 13, 4, 5: افزایش تعداد مراکز سلامت در سطح استان جهت ارائه خدمات موردنظر

**استراتژی های مرتبط با حوزه های مختلف دانشگاه****استراتژی های حوزه معاونت آموزشی:**

- ST201: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه
- ST201, 10, 1: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف
- WT2, 4, 5, 01: توانمندسازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه
- WT10, 18, 01: جذب نیروهای متخصص و اعضای هیات علمی جهت تهیه بسته های آموزشی و اجرای برنامه های آموزشی مورد نیاز
- WT20, 04, 5, 6: طراحی و اجرای بسیج های آموزشی و اطلاع رسانی در سطح جامعه در زمینه عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی
- WT10, 12, 13, 4, 5: تامین و تقویت زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه (نیروی انسانی، مالی، تجهیزات و مدیریتی)

**استراتژی های حوزه معاونت پژوهشی:**

۵۲۰۱: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه

۸۰۱،۶،۷،۸: توسعه پژوهش های کاربردی جهت تحقق اهداف برنامه

۹۰۱،۶: توسعه همکاری با مرکز تحقیقات قلب و عروق و به کارگیری تجارب قبلی پروژه قلب سالم

۱۲۰۱،۱۰: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف

۷۲،۴،۵۰۱: توانمندسازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه

۷۷۰۸: جذب فارغ التحصیلان جویای کار (پزشک، کارشناس تغذیه، پرستار، کارشناس تربیت بدنی و مشاوره

روانشناسی) جهت تقویت نیروی انسانی مورد نیاز

۱۰،۱۸۰۱: جذب نیروهای متخصص و اعضای هیات علمی جهت تهیه بسته های آموزشی و اجرای برنامه های

آموزشی مورد نیاز

**استراتژی های حوزه معاونت درمان:**

۵۲۰۱: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه

۳،۴،۵۰۱: توجیه و درگیر کردن مدیران و کارکنان بهداشتی رده های مختلف جهت اجرای برنامه در سطوح

مختلف ارائه خدمت

۱۲۰۱،۱۰: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف

۱۲۹: تعامل مستمر با صدا و سیما در راستای اجرای فعالیت های هماهنگ با اهداف برنامه

۱،۱۴۲۱۱: جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد در راستای توسعه خدمات مربوط به پیشگیری و کنترل بیماری

های قلبی عروقی

۱،۳،۴۰۱: ایجاد ساز و کارهای انگیزشی برای کارکنان در سطوح مختلف ارائه خدمت

۷۲،۴،۵۰۱: توانمندسازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه

۶۰۱: تدوین پروتکل پایش و ارزشیابی برای خدمات ارائه شده در برنامه

۷۷۰۸: جذب فارغ التحصیلان جویای کار (پزشک، کارشناس تغذیه، پرستار، کارشناس تربیت بدنی و مشاوره

روانشناسی) جهت تقویت نیروی انسانی مورد نیاز

۸۰۱،۷: جلب مشارکت بخش خصوصی در راستای توسعه ارائه خدمات مورد انتظار مطابق با پروتکل تدوین شده

۹،۴،۵۰۱: تدوین پروتکل و گایدلاین های بومی شده در زمینه ارائه خدمات استاندارد مراقبتی

۱۹،۲۰ ۰۲،۹،۱۰: توسعه به کارگیری رسانه های جمعی در راستای تحقق اهداف برنامه (ترویج شیوه زندگی سالم)

۱۰،۱۲۲۳،۴،۵: بهبود فرایند ارجاع در سطوح مختلف ارائه خدمت

W10،12T3،4،5: افزایش تعداد مراکز سلامت در سطح استان جهت ارائه خدمات موردنظر

### استراتژی های حوزه معاونت غذا و دارو:

S2O1: جلب همکاری گروه های آموزشی، تحقیقاتی و معاونت های دانشگاه در راستای پیشبرد هر چه بهتر برنامه  
S3،4،5O1: توجیه و درگیر کردن مدیران و کارکنان بهداشتی رده های مختلف جهت اجرای برنامه در سطوح  
مختلف ارائه خدمت

S12O1،10: توسعه همکاری درون بخشی در راستای اجرای بهتر برنامه برای گروه های مختلف هدف  
S1،14T8: 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 ...)

S1T9: تعامل مستمر با صدا و سیما در راستای اجرای فعالیت های هماهنگ با اهداف برنامه

W2،4،5O1: توانمندسازی کارکنان رده های مختلف بهداشتی درمانی در راستای اجرای بهتر برنامه

WY08: جذب فارغ التحصیلان جویای کار (پزشک، کارشناس تغذیه، پرستار، کارشناس تربیت بدنی و مشاوره  
روانشناسی) جهت تقویت نیروی انسانی موردنیاز

W8O1،7: جلب مشارکت بخش خصوصی در راستای توسعه ارائه خدمات مورد انتظار مطابق با پروتکل تدوین شده

W19،20 O2،9،10: توسعه به کارگیری رسانه های جمعی در راستای تحقق اهداف برنامه (ترویج شیوه زندگی سالم)

W20 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،12T3،4،5: تامین و تقویت زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه (نیروی انسانی، مالی، تجهیزات و مدیریتی)

## اهداف

### اهداف کلی :

- G1: پیشگیری از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی از طریق کاهش عوامل خطر ساز در راستای سطوح پیشگیری مقدماتی و اولیه
- G2: کاهش موارد مرگ و میر ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی در راستای پیشگیری ثانویه
- G3: کاهش موارد ناتوانی ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی در راستای پیشگیری ثالثیه

### اهداف اختصاصی:

- G1: پیشگیری از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی از طریق کاهش عوامل خطر ساز در راستای سطوح پیشگیری مقدماتی و اولیه

- O1: بهبود تغذیه مناسب (کاهش نمره GDI به میزان ۰/۲ نمره)
- O2: کاهش میزان مصرف نمک در سطح جامعه به میزان ۲ گرم در روز
- O3: افزایش آگاهی جامعه در زمینه نقش تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی به میزان ۲۰ درصد تا پایان برنامه
- O4: افزایش نسبتی از جمعیت که فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط دارند به میزان ۲۰ درصد تا پایان برنامه
- O5: کاهش شیوع مصرف فرآورده های دخانی (سیگار و قلیان) :
- کاهش مصرف سیگار در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۱ درصد
  - کاهش مصرف سیگار در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۰/۵ درصد
  - کاهش مصرف قلیان در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۰/۷ درصد
  - کاهش مصرف قلیان در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۰/۵ درصد
  - کاهش مصرف سیگار در مردان بالای ۱۸ سال به میزان ۲ درصد
  - کاهش مصرف سیگار در زنان بالای ۱۸ سال به میزان ۰/۳ درصد
  - کاهش مصرف قلیان در مردان بالای ۱۸ سال به میزان ۱/۵ درصد
  - کاهش مصرف قلیان در زنان بالای ۱۸ سال به میزان ۰/۵ درصد

- O6 : کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی :

- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۰/۲ درصد
- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۰/۵ درصد

- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در بزرگسالان به میزان ۱/۵ درصد

0۷: کاهش شیوع فشار خون بالا به میزان ۲ درصد

0۸: افزایش کنترل فشار خون بالا به میزان ۵ درصد

0۹: کاهش میزان شیوع دیابت به میزان ۰/۲ درصد

0۱۰: افزایش کنترل دیابت به میزان ۴ درصد

0۱۱: کاهش میزان آلاینده های هوا (شامل دی اکسید گوگرد، اکسیدهای نیتروژن، ذرات معلق، منو اکسید کربن

و ازن) حداقل به میزان ۱۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه پنجم

0۱۲: کاهش میزان آلودگی هوا در فضای بسته حداقل به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه

**G۲: کاهش موارد مرگ و میر ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی در راستای پیشگیری ثانویه**

0۱: کاهش شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی حداقل به میزان ۱/۵ درصد

0۲: کاهش میزان مرگ ناشی از سکتة های قلبی تا یک ماه پس از حمله قلبی نسبت به وضع موجود

**G۳: کاهش موارد ناتوانی ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی در راستای پیشگیری ثالثیه**

0۱: کاهش شیوع ناتوانی ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی نسبت به وضع موجود

پیوست ۲

بسمه تعالی



# برنامه راهبردی 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 ۱/۳ 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 بیماری ها و دومین علت مرگ و میر 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 سازمان های 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 ذی نفعان 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 سازمان های مختلف هماهنگی همه جانبه برقرار شود تا هریک بر اساس وظائف و مسئولیت های خود بتوانند به این امر بپردازند.

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 ارگان های دولتی و غیر دولتی با وظائف خود آشنا باشند و مسئولانه در جهت دستیابی به جامعه ای ایمن برای همه گروه های 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 منطقه ای یکی از دانشگاه های برتر کشور در پیشگیری از سوانح و حوادث بوده و از نظر شاخص های مرتبط با سوانح و حوادث در رتبه اول یا دوم دانشگاه های کشور قرار گیرد.

## بیانیه ماموریت

دانشگاه علوم پزشکی مسئول حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه می باشد این هدف از طریق ارائه خدمات پیشگیری جامع و مراقبت از بیماران محقق می گردد. خدمات پیشگیری در حوزه بهداشت بر اصول عدالت اجتماعی ، هماهنگی بین بخشی ، مشارکت مردمی و فناوری مناسب استوار است . این ماموریت از طریق سازماندهی نظام اطلاعاتی دقیق و به هنگام ، برنامه ریزی ، هدایت ، پشتیبانی و پایش و ارزشیابی انجام می پذیرد. 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 می نماید.

## ارزش ها

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

## الزامات برنامه

### (۱) فناوری اطلاعات و ارتباطات

- ارائه آمار و اطلاعات سازمان ها و نهادهای دولتی به صورت ماهانه و فصلی
- همکاری آمار و اطلاعاتی سازمان ها و نهادهای دولتی با مراکز تحقیقاتی
- ایجاد بسترهای مناسب برای 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
- تربیت و توانمندسازی نیروی انسانی
- ایجاد شرایط مناسب جهت اجرای قوانین مرتبط با برنامه



**۳) پژوهش**

- فعالیت در زمینه انجام پژوهش های مشترک با سازمان ها 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 ارتقاء اورژانس ها در استان
- تدوین راهنماهای بالینی بومی شده در خصوص بیماران مصدوم
- تقویت خدمات آموزشی به مصدومی

**۵) تاکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت**

- تاکید بر وظائف سازمانی و مسئولیت نهادها و سازمانهای مختلف در پیشگیری از سوانح و حوادث
- تاکید بر نقش مشارکت مردم در پیشگیری از سوانح و حوادث
- تاکید بر نقش مسئولین و معتمدین محلی در پیشگیری از سوانح و حوادث

**۶) آموزش**

- تاکید بر نقش آموزشی دانشگاه در پیشگیری از سوانح و حوادث
- تاکید 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 همکاری های بین بخشی
- توسعه مشارکت مردمی
- افزایش مسئولیت پذیری و مشارکت مسئولین و معتمدین محلی
- توسعه انتشار اطلاعات سازمان ها و نهادهای مختلف و به اشتراک گذاری دانش تولید شده
- اولویت طرح های پژوهشی در ارتباط با پیشگیری از سوانح و حوادث
- فرهنگ سازی و ارتقاء سطح دانش و نگرش عمومی در ارتباط با پیشگیری از سوانح و حوادث

## بررسی عوامل داخلی

### نقاط قوت S (Strengths)

- S1: حمایت هیئت رئیسه دانشگاه علوم پزشکی از برنامه پیشگیری از سوانح و حوادث
- S2: وجود همکاری با معاونت درمان و بیمارستان ها
- S3: وجود برنامه ثبت مصدومین ناشی از سوانح و حوادث مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ها
- 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 فوریت های 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 فعالیت های 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 طرح های 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 فوریت های پزشکی در ۱۲ شهرستان
- S23: تحت پوشش داشتن بخش عمده جاده های اصلی و فرعی استان (از نظر خدمات فوریت های 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 فوریت های 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 (مسمومیت های دارویی) در استان

### نقاط ضعف W (Weaknesses)

- W1: کمبود نیروی انسانی در شهرستان ها
- W2: ضعف دانش، مهارت و نگرش پرسنل شاغل در حوزه پیشگیری (در رده های شغلی بهورز، کاردان، کارشناس) و بخش هایی از درمان در زمینه سوانح و حوادث
- W3: عدم تطابق آموزش مراکز علمی و دانشگاهی با نیازهای 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 معلولیت ها
- 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 پایگاه های 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 طرح های 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)

- O1: حمایت وزارت متبوع
- O2: حمایت استانداری
- O3: وجود هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها
- O4: وجود کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- O5: امکان استفاده از رسانه های عمومی و محلی
- O6: حمایت فرمانداران مجری و داوطلب اجرای برنامه جامعه ایمن در شهرستان ها
- O7: حمایت سازمان های بیمه گر

- 0۸: وجود تجارب منطقه ای، کشوری و استانی
- 0۹: وجود روند روبه توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات
- 0۱۰: حمایت بسیج سلامت دانش آموزان از پیشگیری از سوانح و حوادث در قالب پیشگیری از ۷ رفتار پر خطر
- 0۱۱: حمایت سازمان مدیریت بحران از برنامه
- 0۱۲: وجود پوشش های حمایتی از مصدومین ترافیکی در قالب ماده ۹۲ (پرداخت هزینه درمان مصدومین ترافیکی به بیمارستان ها)
- 0۱۳: اولویت ارتقاء اورژانس ها در وزارت متبوع
- 0۱۴: وجود شبکه بین المللی جامعه ایمن
- 0۱۵: وجود سازمان های مردم نهاد
- 0۱۶: وجود حمایت نمایندگان استان در مجلس شورای اسلامی از برنامه جامعه ایمن
- 0۱۷: وجود تفاهم نامه با سایر ارگان های امدادی مانند هلال احمر، پلیس، آتش نشانی
- 0۱۸: وجود زمینه های مناسب در مسئولین سیاسی و اجرائی استان با توجه به وضعیت بروز سوانح و حوادث
- 0۱۹: وجود راه های مواصلاتی نسبتاً مناسب در استان
- 0۲۰: وجود صنایع در جهت حمایت مالی از طرح جامعه ایمن
- 0۲۱: جانشین بودن استان بعنوان جانشین پایتخت
- 0۲۲: 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 ..)
- 0۲۳: وجود افراد دارای تجربه در جنگ و بلایا

### تهدیدات T (Threats)

- T۱: ضعف در آگاهی و نگرش مدیران و مسئولین ادارات نسبت به موضوع سوانح و حوادث
- T۲: عدم ثبات مدیریت بویژه فرمانداران در شهرستان های مجری برنامه
- T۳: وجود باورهای غلط در خصوص وقوع سوانح و حوادث
- T۴: وجود جمعیت جوان و انجام رفتارهای پر خطر و حادثه ساز
- T۵: ضعف در اجرای قوانین و مقررات مرتبط
- T۶: ضعف در رعایت استانداردهای ایمنی توسط ادارات، ارگان ها و شرکت های سازنده دستگاه ها (وسائل نقلیه، تجهیزات، لوازم خانگی و ...)

- T۷: عدم هماهنگی و همکاری در تبادل اطلاعات مربوط به سوانح و حوادث
- T۸: ضعف سواد سلامتی (آگاهی و نگرش و عملکرد) جامعه در زمینه سوانح و حوادث
- T۹: ضعف در دانش استاندارد ایمنی محیط های زندگی
- T۱۰: نامشخص بودن جایگاه سازمان های مردم نهاد و بخش خصوصی در زمینه پیشگیری از سوانح و حوادث
- T۱۱: نقش رسانه ها در ترویج رفتارهای پر خطر
- T۱۲: تعدد مراکز سیاستگذار در عرصه سوانح و حوادث
- T۱۳: ضعف در نظام ارجاع در کشور
- T۱۴: عدم تناسب ساختار سازمانی دانشگاه با مدیریت حوادث وزارت متبوع
- T۱۵: ضعف در همکاری لازم و هماهنگی بین سازمان های امداد رسان
- T۱۶: فقدان بانک اطلاعاتی لازم در سطح استان در خصوص سوانح و حوادث
- T۱۷: وجود کارخانجات و صنایع متعدد در استان
- T۱۸: وجود ترافیک بالای ناشی از وسایل نقلیه (خودرو، موتورسیکلت، دوچرخه)
- T۱۹: وجود راه های مواصلاتی اصلی جنوب به شمال و شرق به غرب در استان
- T۲۰: ضعف در آموزش ها که کمتر منجر به تغییر نگرش و رفتار گروه های آموزش گیرنده می شود

## راهنمای کلی :

### الف- استراتژی های SO

SO10204: جلب حمایت فرمانداران، بخشداران، شهرداران و شوراهای شهر جهت حمایت و اجرای برنامه جامعه ایمن

از طریق استانداری و کارگروه سلامت و امنیت غذا

SO1403: بهره گیری از آمار و اطلاعات مصدومین و مرگ و میر ناشی از حوادث سایر سازمان ها و ادارات ( هلال

احمر ، پزشکی قانونی ، نیروی انتظامی ، ثبت احوال ، شهرداری ها و ... )

SO7085: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه های محلی ، حساس سازی مسئولین ، بهره گیری از تجارب

منطقه ای و کشوری

SO10010: استفاده از ظرفیت های ایجاد شده توسط بسیج سلامت دانش آموزان در کاهش سوانح و حوادث

SO12024: طرح موضوع و بهره گیری مستمر از ظرفیت های موجود برای رفع موانع و مشکلات و اجرای برنامه

SO16013: استفاده از فرصت موجود جهت ارتقاء کمی و کیفی اورژانس ها

SO32W29: سازماندهی تیم های حوادث و بلایا با مشارکت دانشجویان

SO33W30: آموزش و بازآموزی داروسازان در زمینه پیشگیری و کاهش سوانح و حوادث از جمله مسمومیت های

دارویی

### ب- استراتژی های WO

WO11301: جذب نیرو برای پیشگیری و مراقبت از مصدومین

WO209: استفاده از امکانات اطلاع رسانی و فناوری ارتباطات جهت آموزش پرسنل

WO3095: استفاده از فناوری ارتباطات و رسانه ها جهت ارتقاء سواد سلامتی جامعه ( آموزش مجازی )

WO40483: استفاده از تجارب جهانی، منطقه ای و کشور جهت ترغیب سازمان ها و ادارات از طریق کارگروه

سلامت و امنیت غذا جهت همکاری در اجرای برنامه جامعه ایمن

WO50812: استفاده از تجارب منطقه ای و کشور و بهره گیری از امکان ماده ۹۲ برای اجرای نظام ثبت مصدومین

بستری

WO9015: جلب مشارکت جامعه در خصوص کاهش سوانح و حوادث از طریق سازمان های مردم نهاد و اشخاص

حقیقی

WO101701: تهیه محتوای آموزشی و دستورالعمل های لازم در زمینه پیشگیری از سوانح و حوادث

WO1605: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه های عمومی

WO28012: ایجاد مرکز تحقیقات در زمینه سوانح و حوادث

**ج- استراتژی های ST**

۳۳،۴۲۱: ارسال گزارشات تحلیلی از وضعیت سوانح و حوادث به مدیران و مسئولین استانی

۱،۶۲۷: انجام پژوهش در زمینه کیفیت داده های سازمان های مختلف و هماهنگی در خصوص تبادل آمار و

اطلاعات

۵۲۳،۸: توسعه آموزش های مجازی به منظور تغییر آگاهی ، نگرش و عملکرد جامعه

۱۹،۲۴: برگزاری دوره های آموزشی ویژه برای گروه های نوجوانان و جوانان

۳،۴،۲۰،۲۱۶: تشکیل بانک اطلاعاتی سوانح و حوادث در استان

۲۲،۲۱۵: تشکیل اطاق فرمان مشترک سازمان ها و ارگان های امداد رسان

**د- استراتژی های WT**

۲،۴۲۰: برگزاری کارگاه های آموزشی و بازآموزی

۵،۱۸،۲۱۰: راه اندازی بانک اطلاعات سوانح و حوادث در سطح استان

۱۱،۱۲،۱۳،۲۱۳: استقرار نظام ارجاع و طراحی مسیر ارجاع بیماران

۲۱،۲۱: برگزاری سمینار و همایش های مرتبط



## اهداف بلند مدت

- ۱- کاهش وقوع سوانح و حوادث ( میزان بروز )
- ۲- کاهش میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث
- ۳- کاهش میزان معلولیت ها و زیان های ناشی از سوانح و حوادث

## اهداف دوره ای (تا پایان سال ۱۳۹۴)

۱. کاهش میزان وقوع حوادث به میزان ۳۰ درصد تا پایان برنامه
۲. کاهش میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۳۰ درصد تا پایان برنامه
۳. کاهش میزان ناتوانی ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۲۰ درصد تا پایان برنامه
۴. کاهش میزان جراحات ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه
۵. کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث غیر عمدی حداقل به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه
۶. کاهش ناتوانی ناشی از حوادث غیر عمدی حداقل به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه
۷. افزایش دسترسی مردم (شهر و روستا) به خدمات فوریت های پیش بیمارستانی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

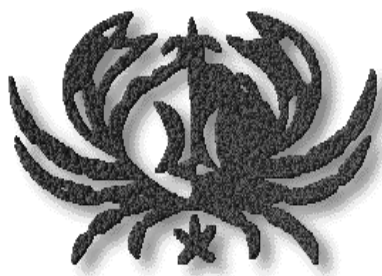
پیوست ۲

بسمه تعالی



# سند راهبردی پیشگیری و کنترل

## سرطان های شایع منطقه



۱۳۹۱-۹۴

## مقدمه

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 ارتقاء سطح سلامت بشری، پیشرفت های بسیاری در زمینه کنترل آن ایجاد شده است. سرطان در مطالعه جهانی بار بیماری ها 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 ۷۰۰۰۰ 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. مطالعه بار بیماری ها در ایران تایید کننده این موضوع است (جدول شماره ۱).

### جدول شماره ۱- بار بیماری ها در ایران

ردیف	رتبه و اختلالات	تعداد(درصد)	درصد تغییرات
۱	بیماری های ایسکمیک قلبی	۱۶۸۶ (۰/۱۶)	۱۴
۲	سوانح جاده ای	۱۲۳۶ (۰/۱۱۸)	۶۰
۳	ناهنجاری های مادرزادی	۶۷۹ (۰/۰۶۴)	-۶۲
۴	سکته	۶۰۸ (۰/۰۵۸)	-۶
۵	عوارض تولد پیش از موقع	۵۲۴ (۰/۰۵)	-۴۳
۶	دیگر عوارض قلبی عروقی	۴۴۷ (۰/۰۴۲)	-۲۲
۷	عفونت دستگاه تنفسی تحتانی	۲۷۹ (۰/۰۲۷)	-۶۷
۸	آتش سوزی	۲۰۷ (۰/۰۲)	-۴۵
۹	بیماری فشارخون	۲۰۰ (۰/۰۱۹)	۲۵
۱۰	صدمه به خود	۱۹۰ (۰/۰۱۸)	۱۹۹
۱۱	سرطان معده	۱۷۰ (۰/۰۱۶)	۱۸
۱۲	دیابت	۱۵۳ (۰/۰۱۵)	۹۵
۱۳	خشونت	۱۴۶ (۰/۰۱۴)	۱۳
۱۴	سرطان خون	۱۳۰ (۰/۰۱۲)	-۴
۱۵	سقوط	۱۳۰ (۰/۰۱۲)	-۴۹
۱۶	اختلال سوء مصرف مواد	۱۴۱ (۰/۰۱۳)	۲۶۳
۱۷	سرطان ریه	۱۱۰ (۰/۰۱۰)	۱۱
۱۸	انسفالوپاتی نوزادی	۱۱۵ (۰/۰۱۱)	-۱۴
۱۹	ایدز	۱۰۸ (۰/۰۱۰)	۴/۸۴
۲۰	بیماری های مزمن تنفسی	۱۰۱ (۰/۰۱۰)	۴
۲۱	مسمومیت	۹۸ (۰/۰۰۹)	-۳۳
۲۲	روماتیسم قلبی	۹۷ (۰/۰۰۹)	-۱۵
۲۳	سیروز	۷۶ (۰/۰۰۷)	-۱۱
۲۴	صدمات فیزیکی	۷۹ (۰/۰۰۷)	-۵۷
۲۵	عفونت خون نوزادی	۷۹ (۰/۰۰۸)	-۸

\*بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۱۰ میلادی

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 ۱۳۸۸ 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. قبل از بررسی وضعیت سرطان در استان به اطلاعات دموگرافیک استان نیاز داریم.

## ۱-۲: جمعیت و ساختار آن در استان اصفهان

استان اصفهان در مرکز ایران، ۱۰۷۰۲۹ کیلومتر مربع مساحت و دارای ۲۳ شهرستان و ۴۸۷۹۳۱۲ نفر جمعیت می باشد در استان دو دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کاشان وجود دارد که مستقل از هم عمل کرده شهرستان های کاشان و آران و بیدگل تحت مراقبت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد جمعیت تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در ۲۱ شهرستان تحت پوشش حدود ۴۳۲۲۲۸۱ نفر می باشد که توزیع جمعیت در جدول شماره ۲ آورده شده است.

### جدول شماره ۲: جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

#### استان اصفهان

شهرستان	کل جمعیت	جمعیت شهری	جمعیت روستایی
اردستان	۴۱۸۵۷	۲۷۳۸۴	۱۳۸۶۹
اصفهان ۱	۱۰۱۳۷۸۲	۹۵۲۶۶۲	۶۱۱۲۰
اصفهان ۲	۱۰۹۲۱۶۱	۱۰۳۷۸۲۱	۵۴۳۴۰
برخوار	۱۰۶۶۵۰	۹۳۸۹۶	۱۲۷۵۴
تیران و کرون	۶۸۴۲۵	۲۵۵۹۰	۴۲۸۳۵
چادگان	۳۵۴۱۶	۱۴۶۱۹	۲۰۶۸۶
خمینی شهر	۳۰۰۰۵۳	۲۸۹۴۶۳	۱۰۵۹۰
خوانسار	۳۲۵۵۳	۲۰۱۴۶	۱۲۴۰۷
خور و بیابانک	۱۷۹۰۹	۱۴۰۲۶	۳۸۸۳
دهاقان	۳۵۶۲۰	۱۷۳۳۴	۱۸۲۸۶
سمیرم	۷۰۲۳۶	۳۶۷۴۳	۳۳۱۹۸
سأهین شهر و میمه	۱۸۱۷۱۲	۱۷۰۵۰۵	۱۱۲۰۷
شهرضا	۱۴۰۳۳۲	۱۲۳۸۵۵	۱۶۴۷۷
فریدن	۸۴۲۰۸	۴۰۴۸۲	۴۳۷۲۶
فریدون شهر	۳۹۹۳۸	۱۹۸۹۰	۱۹۷۲۵
فلاورجان	۲۲۶۹۵۵	۱۳۹۵۱۹	۸۷۴۳۶
کلیانگان	۸۰۶۸۸	۶۳۶۵۵	۱۶۹۲۹
لنجان	۲۴۱۶۰۷	۲۰۹۷۱۴	۳۱۸۹۳
مبارکه	۱۳۲۵۶۹	۱۰۹۱۳۰	۲۳۴۳۹
ناین	۳۶۸۵۳	۲۷۹۲۰	۸۹۳۳
نجف آباد	۳۰۲۹۷۲	۲۷۹۱۵۰	۲۳۸۲۲
نطنز	۳۹۷۸۵	۲۹۶۰۲	۹۵۲۲
جمع	۴۳۲۲۲۸۱	۳۷۴۳۱۰۶	۵۷۶۰۷۷

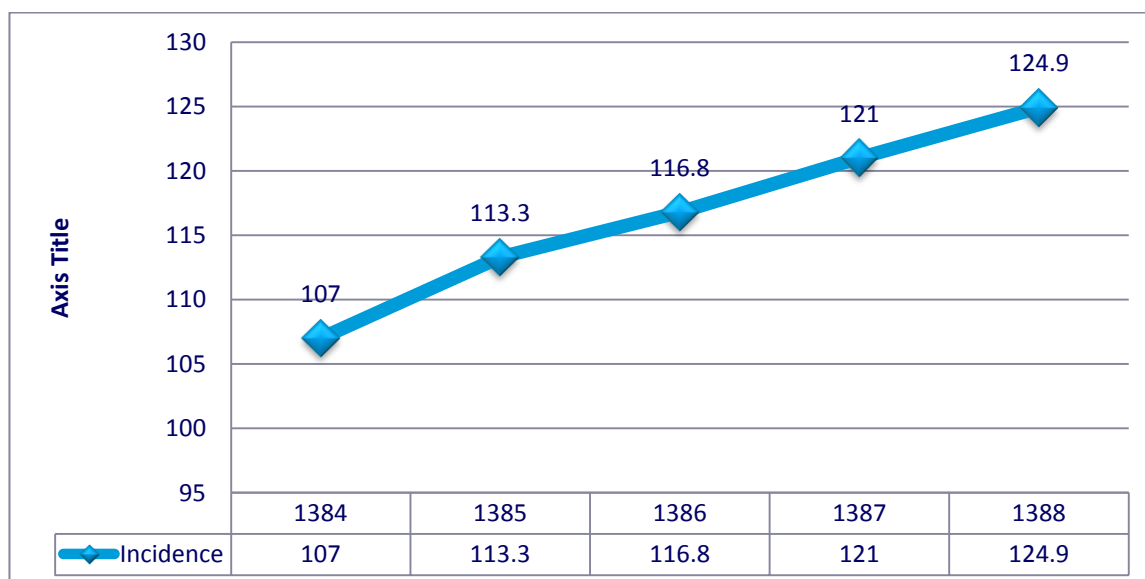
\* اطلاعات جدول برگرفته از نظام ثبت و گزارش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. در سال ۱۳۹۰ است.

## ۳-۱: وضعیت سرطان در استان اصفهان

طی سال های ۸۸-۱۳۸۴ تعداد ۲۴۷۷۱ مورد سرطان در مرکز ثبت سرطان استان واقع در معاونت بهداشتی ثبت شده است. در این ۵ سال ثبت بر پایه نظام ثبت مبتنی بر پاتولوژی بوده و تقریباً کامل می باشد و در روند ثبت تغییراتی ایجاد نشده است. همانطور که نمودار شماره ۱ نشان می دهد روند بروز سرطان در استان رو به افزایش می باشد که با افزایش روند پیش بینی شده جهانی مطابقت دارد.

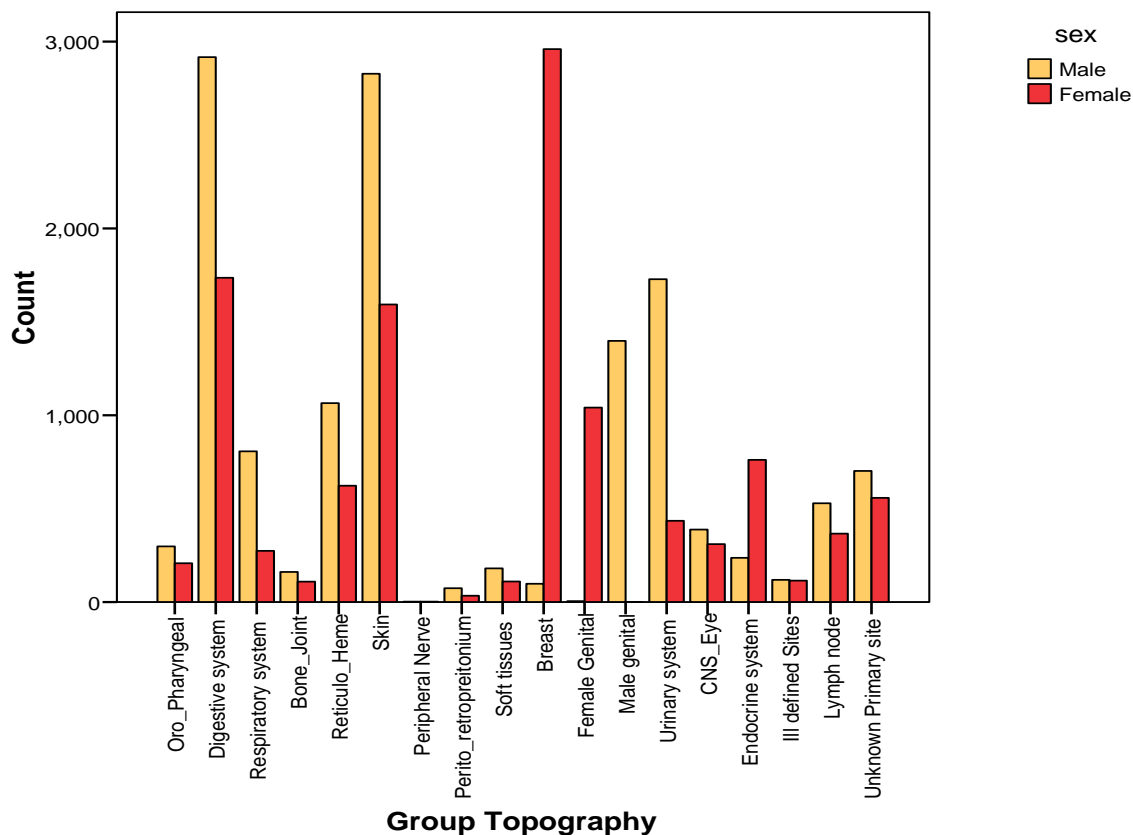
نمودار شماره ۱- روند بروز سرطان بین سال های ۸۸-۱۳۸۴ در استان اصفهان

(منبع: نظام ثبت سرطان)



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 و مثانه) می باشد اما در زنان سرطان پستان پیشگام است. نمودار شماره ۲ توزیع فراوانی انواع سرطان را به تفکیک جنسیت نشان داده است.

نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی انواع سرطان بر حسب جنس استان اصفهان در سال های ۸۸-۱۳۸۴



بر طبق آمار اداره سرطان وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۸ استان اصفهان بدون در نظر گرفتن کاشان، در مقام سوم بروز انواع کلی سرطان قرار دارد.

وضعیت مرگ و میر بر طبق آمار سال های ۱۳۸۹-۱۳۸۵ به قرار ذیل است:

حدود ۱۳ 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 ۳). سرطان های معده، ریه و لوسمی ها به ترتیب شایع ترین علل مرگ ناشی از سرطان را در اصفهان تشکیل می دهند (جدول شماره ۴).

### جدول ۳: علل مرگ و میر در استان اصفهان سال ۱۳۸۵-۱۳۸۹

ردیف	علل	کل موارد مرگ پنج سال	
		تعداد	درصد
۱	بیماری های قلبی و عروقی	۳۵۴۴۹	۴۳/۷
۲	سرطان ها و تومورها	۱۰۱۸۵	۱۲/۵۶
۳	حوادث غیر عمدی	۸۳۲۳	۱۰/۲۶
۴	بیماری های دستگاه تنفسی	۵۴۰۶	۶/۶۶
۵	علائم و حالات بد تعریف شده و مبهم	۳۵۸۵	۴/۴۲
۶	سایر علل و نامشخص	۳۰۶۲	۳/۷۷
۷	بیماری های غدد، تغذیه و متابولیک	۳۱۰۲	۳/۸۲
۸	بیماری های دستگاه ادراری و تناسلی	۲۰۷۷	۲/۵۶
۹	بیماری های سیستم عصبی	۱۵۷۵	۱/۹۴
۱۰	بیماری های دستگاه گوارش	۱۵۲۳	۱/۸۸
۱۱	بیماری های دوران حول تولد	۲۳۲۹	۲/۸۷
۱۲	ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی	۱۲۷۶	۱/۵۷
۱۳	بیماری های عفونی و انگلی	۱۰۰۲	۱/۲۴
۱۴	بیماری های روانی و اختلال رفتاری	۹۰۳	۱/۱۱
۱۵	خودکشی	۴۳۷	۰/۵۴
۱۶	خسونت به وسیله دیگران	۴۴۱	۰/۵۴
۱۷	بیماری های سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	۲۵۷	۰/۳۲
۱۸	بیماری های اسکلتی عضلانی	۱۵۳	۰/۱۹
۱۹	عوارض حاملگی و زایمان	۲۲	۰/۰۳
۲۰	بیماری های جلد و زیر جلد	۱۵	۰/۰۲
۲۱	کل	۸۱۱۲۲	۱۰۰

\* برگرفته از نظام ثبت مرگ و میر استان



## جدول شماره ۴ - علل مرگ ناشی از سرطان در سال های ۱۳۸۵-۱۳۸۹ در استان

کل موارد مرگ پنج سال		علت فوت
درصد	تعداد	
۱۴,۳	۱۳۶۹	سرطان معده
۱۳,۴	۱۲۷۸	سرطان ریه و برونش
۱۳,۰۱	۱۲۳۹	سایر لوسمی ها
۷,۸۶	۷۴۹	سرطان پروستات
۷,۷۳	۷۳۷	سرطان (روده بزرگ، کولون، رکتوم، روده کوچک)
۱۰,۱۴	۶۲۶	سرطان سیستم عصبی مرکزی و مننژ
۵,۸۰	۵۵۳	سرطان کبد و سیستم صفراوی
۵,۴۹	۵۲۳	سرطان پستان
۴,۶۲	۴۴۰	سرطان بدون ذکر جزئیات
۲,۸۱	۲۶۸	سرطان پانکراس
۲,۴۵	۲۳۴	سایر سرطان های بدخیم
۲,۲	۲۱۷	سرطان مثانه
۲,۲۶	۲۱۶	سرطان مری
۲,۲۵	۲۱۵	سرطان حنجره
۱,۵۱	۱۴۴	سرطان دهانه رحم
۱,۴۴	۱۳۸	سرطان تخمدان
۱,۳۴	۱۲۸	سرطان های لنفاوی و هوچکین
۱	۹۶	سرطان کلیه
۰,۹۸	۹۴	سرطان پوست و خال
۰,۵۹	۵۷	سرطان تیروئید
۰,۵۳	۵۱	سرطان لب و دهان و حلق
۰,۵۲	۵۰	سرطان استخوان
۰,۴۲	۴۰	مولتیپل بدخیم و بدخیمی پلازما سل
۰,۳۴	۳۳	سرطان سایر غدد درون ریز
۰,۲۲	۲۱	سرطان بیضه
۰,۰۶	۶	سرطان غدد فوق کلیه
۱۰۰	۹۵۲۲	جمع کل

\*بر گرفته 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 می گردد 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. متولیان این برنامه تلاش می نمایند تا آگاهی جامعه را در زمینه کنترل و پیشگیری از سرطان و لزوم تشخیص زودرس و وجود درمان های پیشرفته سرطان ارتقا دهند. همچنین امکاناتی فراهم نمایند تا بیماران سرطانی بتوانند انطباق مناسبی را با بیماری خود داشته باشند.

افزایش آگاهی از تمامی راه های اطلاع رسانی از جمله جلسات آموزشی، تهیه و توزیع مواد کمک آموزشی، برنامه های رسانه های جمعی و هماهنگی های بین بخشی با مراکز خصوص و دولتی از جمله سیاست های به کار گرفته شده در راستای ارائه هر چه بهتر خدمات می باشد.

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 سرطان ها و عوارض جسمی و روحی آن در جامعه را ۵ سال آینده در استان اصفهان از طریق کاهش عوامل خطر، تقویت و گسترش روش های تشخیص زود هنگام، درمان و پیگیری موثر و همچنین روان درمانی بیماران و همراهان انجام دهیم.

## ارزش ها<sup>۱</sup>

۱. احترام به حق حیات برای کلیه افراد جامعه
۲. عدالت (equity) و مساوات (equality) در برخورداری از امکانات
۳. توانمند سازی و جلب مشارکت تمامی آحاد جامعه در این زمینه
۴. جلب همکاری های درون و برون بخشی در بخش ملی و بین المللی
۵. برخورد کلی نگری به سلامت با توجه به کلیه جنبه های جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی سلامت

<sup>۱</sup> Core Values

## چشم انداز<sup>۱</sup> برنامه پیشگیری و کنترل سرطان

ما بر این باوریم تا بتوانیم در آینده، با به حداقل رساندن عوامل ایجاد کننده سرطان، میزان بروز انواع سرطان ها در استان را به کمترین سطح ممکن برسانیم و با اقدامات تشخیص زود هنگام و درمان موثر، به بیشترین حد بقاء و کیفیت زندگی در بیماران نائل شویم.

## الزامات<sup>۲</sup> برنامه

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

### ۱. فناوری اطلاعات و ارتباطات

- ارایه 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

### ۲. فناوری های مدیریت

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

### ۳. فناوری های پژوهشی

- فعالیت در زمینه توسعه فرهنگ و ارزش گذاری به انتشار و پایداری استفاده از یافته های پژوهش (KTE<sup>۳</sup> و اقدام پژوهی<sup>۴</sup>)
- اعطای وام به طرح های مرتبط در حوزه های اولویت دار در هر سال
- اختصاص درصدی از بودجه پژوهشی به بخش غیردولتی در حوزه های اولویت دار

### ۴. حاکمیت بالینی<sup>۵</sup>

- اجرای ارزیابی فن آوری های سلامتی (HTA<sup>۱</sup>)

<sup>۱</sup> Vision

<sup>۲</sup> Requirements

<sup>۳</sup> Knowledge Transfer Exchange

<sup>۴</sup> Action Research

<sup>۵</sup> Clinical Governance

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

- 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>۲</sup>)
- مدیریت نیروی انسانی

#### ۵. تاکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت<sup>۳</sup>

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

#### سیاست ها

- ارتقا آگاهی و فرهنگ عمومی در مورد پیشگیری از سرطان ها
- مدیریت منابع انسانی در سطوح مختلف
- جذب منابع مالی و سرمایه در بخش درمان و تحقیقات سرطان
- تولید و توسعه و ترجمان دانش مربوطه
- تسهیل و افزایش ظرفیت تولید خدمات سلامت
- همکاری های بین سازمانی و حمایت طلبی و بازاریابی اجتماعی

#### بررسی عوامل داخلی

#### نقاط قوت S (Strengths)

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. تهیه برنامه جامع کنترل سرطان استان

<sup>۱</sup> Health Technology Assessment

<sup>۲</sup> Clinical Practice Guideline

<sup>۳</sup> Social Determinants of Health

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. وجود نیروهای علمی توانمند از جمله فارغ التحصیلان رشته پزشکی
۱۰. اجرای طرح پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی

### نقاط ضعف W (Weaknesses)

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. تنوع فراوان سرطان های مختلف در بافت های مختلف که باعث تنوع در تشخیص و درمان و پیش آگهی می شود.
۱۱. عدم اطلاع از بقای بیماران مبتلا و در نتیجه بلا تکلیف بودن استراتژی های درمانی
۱۲. عدم وجود واحد مدیریت غیر واگیر مستقل در مرکز بهداشت استان

### بررسی عوامل خارجی

#### فرصت ها O (Opportunities)

۱. حمایت مسئولین در سطح وزارت متبوع
۲. امکان ایجاد هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها
۳. حساس شدن جامعه نسبت سرطان ها و علاقه به پیشگیری از آنها
۴. وجود منابع مادی شناور 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. فعال شدن حاکمیت بالینی در سیستم ارائه خدمات
۷. وجود بخش های حمایتی در زمینه هزینه های سرطان
۸. حمایت بیمه ها از بیماران سرطانی
۹. وجود سازمان های مردم نهاد (سمن) در زمینه سرطان
۱۰. همکاری خوب رسانه های محلی و صدا و سیما در این زمینه
۱۱. قرارگرفتن استان در مرکز کشور و ارتباط خوب با دیگر استان ها و پایتخت

### تهدیدات T (Threats)

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 برای پیشگیری و کنترل 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

## استراتژی های SO:

- SO 1,2, 01: حمایت و هماهنگی در مدیریت سرطان استان با استقرار واحد متمرکز کنترل سرطان
- SO 3,5, 06: استفاده بهینه از امکانات موجود برای تشخیص و درمان سرطان
- SO 1,02,3: هماهنگی بین بخش های کشاورزی و صنعت در جهت به حداقل رسانی سرطان زاهای محیطی
- SO 1,2,5,02,3: مشارکت و تقویت همکاری بین بخشی برای پیشبرد برنامه کنترل سرطان در سطح استان
- SO 7,8,06: شرکت در کنگره های بین المللی و ملی درباره سرطان و آشنایی با آخرین روش های پژوهشی، درمانی و تشخیصی و پیشگیری از سرطان
- SO 3, 010: استفاده بهینه از امکانات رسانه های عمومی محلی و صدا و سیما در پیشگیری از سرطان ها
- SO 7,8,03,6: تشکیل تیم مراقبت پرتوهای سرطان زای محیطی با شرکت تمامی ارگان های درگیر
- SO 5,02,3,4: درگیر کردن تمامی سازمان ها ذی ربط در جهت کاهش مواجهه با سرطان زاهای محیطی و شغلی
- SO 10,01,3: ادغام خدمات مربوط به پیشگیری و تشخیص زودرس در خدمات پزشک خانواده با ایجاد راه اندازی سیستم ارجاع

## استراتژی های WO

- WO 1,06: تقویت سیستم مدیریت و کنترل سرطان در استان
- WO 3,01: ایجاد ساختار سازمانی بر پایه مدیریت برنامه های کنترل سرطان
- WO 4,6,05: هماهنگی و حمایت طلبی برای تهیه پروتکل های تشخیصی و درمانی برای سرطان در استان
- WO 2,04,7: جذب منابع مالی و سرمایه ها برای پیشگیری از سرطان از منابع بالقوه سرمایه ای در استان
- WO 6,9,08,9: پی گیری اصلاح قوانین در شورای بیمه، ادارات تعاون، رفاه و تامین اجتماعی و بهزیستی برای کاهش هزینه های تشخیصی درمانی سرطان
- WO 9, 06: هماهنگی لازم در بین بخش های مختلف درمانی از سطح اول تا سطح حمایتی سوم
- WO 3,01,5,8: تهیه پروتکل های اجرایی توسعه و تجهیز مراکز تشخیصی و درمان سرطان
- WO 4,01,28,10: تخصیص بودجه خاص فعالیت های کنترل سرطان به واحد مربوطه
- WO 11, 01, 5: بررسی میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان به منظور تعیین مفیدترین شیوه درمانی با توجه به فرهنگ و امکانات موجود استان
- WO 7,9, 0 6: اجرای سیستم نظارتی جامع بر فروش و عرضه داروهای درمان سرطان
- WO 9,07,8,9: برنامه ریزی در زمینه امکان دسترسی به دارو با افزایش پوشش بیمه ای

## استراتژی های ST

T6, S6: آموزش پزشکان خصوصی و دولتی در زمینه پیشگیری از سرطان در سطوح مختلف

T2, S8: تهیه محتواهای آموزشی در مورد آموزش سرطان

T6, S4, V8: کمک به راه اندازی پروژه های پژوهشی برای تحلیل وضعیت موجود

T6, S5, 9: ایجاد ساختار سازمانی برای مدیریت پژوهش در استان در زمینه سرطان

T7, S8, 9: تهیه و ارائه استانداردهای مرتبط برای کشاورزان در جهت مصرف ایمن مواد شیمیایی (کود و سموم) و

تعیین شیوه نظارتی موثر

T7, S1, 5: جلب حمایت قانونی برای صنایع در جهت کاهش تولید مواد سرطان زا و رعایت شیوه صحیح دفع پسماندها

و تعیین شیوه نظارتی موثر

T7, S8, 2: همکاری در آموزش ارگان های مختلف کشاورزی و صنعتی در جهت پیشگیری از سرطان های شغلی

T2, S5: افزایش آگاهی و سواد بهداشتی جامعه در مورد سرطان ها

T2, S9: پی گیری اصلاح کوریکولوم آموزشی در مورد آموزش سرطان در سطوح مختلف رشته های دانشگاه علوم

پزشکی

T6, S1, 2, 5, 8: ایجاد ساختار سازمانی برای مدیریت پژوهش در استان در زمینه سرطان

T7, S7, 9, 23, 6, 7: زمینه سازی برای اجرای تحقیقات اپیدمیولوژیک برای تعیین توزیع سرطان ها و عوامل خطر

T8, S9, 10, 22, 3, 8: همکاری در آموزش ارگان های مختلف کشاورزی و صنعتی در جهت پیشگیری از سرطان های

شغلی

T7, S2, 4: تحلیل عمیق سیستم و ایجاد سیستم پایش و ارزیابی برنامه ها بر اساس مستندات

T2, S5: اجرای یک سیستم آموزشی و ارتقا سلامت مداوم در جهت اهمیت دادن به محیط زیست از جمله آموزش

استفاده کمتر از مواد پلاستیکی، دفع زباله و پسماند و..

T5, S7: اجرای با صرفه ترین روش غربالگری برای یک سرطان شایع استان (پستان)

T6, S8: تدوین خط مشی پژوهشی در رابطه با سرطان با کمک واحدهای تحقیقاتی استانی تحت نظر واحد کنترل

سرطان مرکز بهداشت استان

## استراتژی های WT:

T9, W1: توانمند سازی کارکنان بخش سلامت در برابر پیشگیری های اولیه و مقدماتی از سرطان

T4, W2: جذب منابع مالی تخصیص داده شده وزارتی برای برنامه های تعیین شده



W۳،۷،T۲: تقویت بخش های خصوصی و مردم نهاد در راستای پیشگیری از سرطان

W۱،۳،T۲،۳: 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

W۳،T۵: تشکیل تیم منسجم با توانمندی های گسترده در زمینه های مدیریتی جهت مدیریت فعالیت ها در زمینه

سرطان

W۴،T۹: تهیه پروتکل و راهنمای بالینی طب تسکینی برای بیماران مراحل آخر سرطان برای افزایش کیفیت زندگی

آنها

W۱۰،T۷: اصلاح محل های کار و بهسازی محیط برای کاهش تماس مردم با عوامل خطر محیطی

**اهداف :****اهداف کلی بلند مدت : Goals**

- ۱- کاهش میزان بروز سرطان
- ۲- کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان
- ۳- افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان استان
- ۴- کاهش عوامل خطر و عوامل سرطان زا در منطقه

**اهداف میان مدت (۵ ساله)**

- ۱- تعیین حداقل ۳۰ درصد عوامل خطر بروز سرطان های رایج استان و تعیین خطر متناسب (attributable fraction) به آنها
- ۲- ارتقاء تشخیص به موقع سرطان های شایع به میزان ۱۵ درصد سال پایه
- ۳- افزایش درمان موثر و استاندارد سرطان های شایع به میزان ۱۰ درصد سال پایه
- ۴- کاهش شیوع مصرف فرآورده های دخانی (سیگار، قلیان،...) در افراد بالای ۱۵ سال به میزان ۴ درصد سال پایه
- ۵- افزایش آگاهی جامعه در زمینه نقش تغذیه در پیشگیری و کنترل سرطان ها به میزان ۲۰ درصد تا پایان برنامه
- ۶- 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
- ۷- کاهش میزان آلاینده های فیزیکی شیمیایی و بیولوژیک آب آشامیدنی حداقل به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه با توجه به گایدلاین های WHO
- ۸- کاهش میزان آلاینده های خاک (فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک) حداقل به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه با توجه به گایدلاین های WHO
- ۹- کاهش میزان فلزات سنگین در رنگ های ساختمانی به حد ۳۰ درصد استانداردهای جهانی تا پایان برنامه
- ۱۰- 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

پیوست ۴

بسمه تعالی



# برنامه راهبردی سلامت مادران و نوزادان

(کنترل و پیشگیری عوارض و بیماری های حول و حوش تولد)



۱۳۹۱-۹۴

## مقدمه

امروزه تأمین سلامت مادر و کودک، یک هدف اصلی و مهم برای توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه محسوب می‌شود. زنان تقریباً ۵۰ درصد نیروی انسانی هر جامعه را تشکیل می‌دهند و نقش مهمی به عنوان مادر و همسر در حفظ و بقای کانون گرم خانواده و جایگاه مهمی در توسعه عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و آموزشی دارند، لذا تلاش در جهت افزایش سطح سلامت آنان از اولویت‌های برنامه‌های بهداشتی محسوب می‌گردد.

در استان اصفهان سالیانه حدود ۶۶ هزار زایمان به وقوع می‌پیوندد و این مادران در طول دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان می‌توانند در معرض عوارض مختلف و مرگ باشند، از طرفی تقریباً ۶۰ درصد زایمان‌ها در این استان، به روش سزارین انجام می‌گردد که خود می‌تواند علتی برای افزایش میزان مرگ و میر مادران باشد.

میزان مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان و مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و نوزادان از مهمترین شاخص‌های توسعه کشورها است. علت انتخاب این شاخص‌ها به عنوان نمایه توسعه، تاثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. شاخص مرگ و میر مادران تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راه‌های روستایی، دسترسی به فوریت‌های مامایی و زایمان و... می‌باشد. در واقع کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی بخشی از عوامل موثر در کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان است که البته انجام مداخلات لازم و به موقع در این بخش بسیار ثمربخش است.

## بیانیه مأموریت<sup>۱</sup> برنامه سلامت مادران و نوزادان

برنامه سلامت مادران و نوزادان برنامه ریزی می نماید تا خدمات پیشگیری (آموزشی، مشاوره ای و مراقبتی) و درمانی در دوران قبل از بارداری، حین بارداری، زایمان و پس از زایمان، به کلیه زنان در معرض بارداری، خانم های باردار و زایمان کرده و نوزادان آنان با کیفیت مطلوب در واحدهای بهداشتی و درمانی (دولتی و خصوصی) تحت پوشش استان اصفهان ارائه گردد.

متولیان این برنامه تلاش می نمایند تا جامعه و ارائه دهندگان خدمت را در زمینه اهمیت انجام زایمان ایمن آموزش داده و شرایط و امکانات انجام زایمان ایمن و کم درد را فراهم نموده و همچنین خانواده ها و ارائه دهندگان خدمت را در زمینه شناسایی و برخورد با فوریت های مامائی (دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان [مادر و نوزاد]) توانمند نمایند. 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) دانشجویان و ارائه دهندگان خدمت، پژوهش، تدارک امکانات و پایش و ارزشیابی مستمر، ارائه خدمات استاندارد را زمینه سازی می نمائیم تا بدین وسیله رسیدن به اهداف را تسهیل نماییم.

## ارزش ها<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 مادران و نوزادان

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 مادران و نوزادان بوده و از نظر شاخص های مرتبط با سلامت مادران و نوزادان در رتبه اول تا سوم دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار گیرد.

<sup>۱</sup> Mission  
<sup>۲</sup> Core Values  
<sup>۳</sup> Vision

## 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

- ارایه 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
- 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>۲</sup> و اقدام پژوهی<sup>۳</sup>)
- اعطای وام به طرح های مرتبط در حوزه های اولویت دار در هر سال
- اختصاص درصدی از بودجه پژوهشی به بخش غیردولتی در حوزه های اولویت دار

### حاکمیت بالینی<sup>۴</sup>

- برنامه ریزی جهت مدیریت خطر (Risk Management)
- تدوین پروتکل ها و گایدلاین ها، اجرا و ارزشیابی آن ها (CPG<sup>۵</sup>)
- استفاده از فناوری های سلامتی و اجرای ارزیابی فن آوری های سلامتی (HTA<sup>۶</sup>)
- استقرار ممیزی بالینی در بخش های دولتی و خصوصی (Clinical Audit)
- مدیریت نیروی انسانی

<sup>۱</sup> Requirements

<sup>۲</sup> Knowledge Transfer Exchange

<sup>۳</sup> Action Research

<sup>۴</sup> Clinical Governance

<sup>۵</sup> Clinical Practice Guideline

<sup>۶</sup> Health Technology Assessment

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

## تاکید 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 ارگان های مختلف

## سیاست ها<sup>۲</sup>

- توسعه سیاست گذاری، 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 S (Strengths)

- ۵۱: حمایت هیئت رئیسه دانشگاه علوم پزشکی از برنامه های سلامت مادران و نوزادان
- ۵۲: وجود زیرساخت مناسب (منابع مالی، پرسنل تحصیل کرده، فضای فیزیکی و تجهیزات)
- ۵۳: وجود همکاری گروه های آموزشی دانشکده ها و معاونت ها
- ۵۴: وجود نظام بررسی مرگ مادران
- ۵۵: امکان بازآموزی کارکنان در رده های مختلف
- ۵۶: وجود و اجرای استانداردهای خدمات سرپایی (IMPAC)
- ۵۷: وجود استانداردهای خدمات بستری (برنامه بیمارستان دوستدار مادر و کودک)
- ۵۸: اجرای برنامه استاد معین مادران

<sup>۱</sup> Social Determinants of Health

<sup>۲</sup> Policies

- S۹:** تاکید بر برنامه ریزی در زمینه کاهش عوارض حول و حوش تولد در نقشه جامع سلامت و برنامه پنجم توسعه دانشگاه
- S۱۰:** وجود برنامه در زمینه سطح بندی خدمات پری ناتال (حول و حوش تولد)
- S۱۱:** وجود تیم پزشک خانواده در مناطق روستایی
- S۱۲:** امکان انجام پایش و ارزشیابی مراکز بهداشتی و درمانی و مطب ها و دفاتر کار
- S۱۳:** وجود اهرم های انگیزشی (تشویق و تنبیه) مدیریتی
- S۱۴:** امکان آموزش مادران باردار در کلاس های آمادگی برای زایمان (در بیمارستان ها و مراکز مشاوره مامایی)
- S۱۵:** فعال شدن حاکمیت بالینی در سیستم ارائه خدمات
- S۱۶:** امکان شناسایی مادران بی بضاعت
- S۱۷:** امکان انجام پژوهش و وجود نتایج طرح های تحقیقاتی
- S۱۸:** امکان بهره مندی از خدمات مراقبتی، درمانی و مشاوره ای دانشجویان بسیجی اعزامی به نقاط مختلف استان
- S۱۹:** امکان شرکت در کنگره ها و سمینارهای داخلی و خارجی
- S۲۰:** وجود زایشگاه های مستقل در برخی از مناطق استان
- S۲۱:** وجود نظام مراقبت مرگ حول و حوش تولد

### نقاط ضعف W (Weaknesses)

- W۱:** کمبود نیروی پرسنلی مرتبط (ستادی و محیطی)
- W۲:** ضعف دانش، مهارت و نگرش پرسنل شاغل (در تمام رده های شغلی اعم از بهورز، کاردان، کارشناس، پزشک و متخصص)
- W۳:** ثابت نبودن نیروهای پرسنلی
- W۴:** ضعف در استفاده از خدمات الکترونیکی برای ارائه خدمات و اطلاع رسانی و آموزش کارکنان و جامعه
- W۵:** بالا بودن حجم فعالیت نیروهای محیطی (چند پیشگی)
- W۶:** ارائه مراقبت مادران بطور غیرفعال (passive) در مراکز شهری
- W۷:** ضعف کیفی در تشخیص و درمان و مراقبت های انجام شده در بخش دولتی و خصوصی (تنظیم خانواده، قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان، مراقبت های نوزادان)
- W۸:** ضعف نظام ارجاع و انتقال نوزادان و مادران



W۹: ضعف در نظام پایش و ارزشیابی

W۱۰: ضعف در استاندارد سازی خدمات در بخش خصوصی

W۱۱: استفاده ناکافی از اهرم های انگیزشی تشویق و تنبیه (برای ارائه دهندگان خدمت و خانواده ها)

W۱۲: ضعف سیستم اطلاع رسانی و گزارش دهی

W۱۳: فقدان پروتکل مدون حمایت از مادران بی بضاعت

W۱۴: بالا بودن تعرفه آمبولانس برای مادران باردار

W۱۵: حساس نبودن متخصصین سایر رشته ها به مرگ مادر

W۱۶: ناکافی بودن آشنایی کادر آموزشی و فارغ التحصیلان علوم پزشکی با سیستم سلامت و پروتکل های اجرایی و

شرح وظایف

W۱۷: مبهم بودن نحوه مشارکت بخش خصوصی در برنامه های بهداشتی

W۱۸: ضعف در سازمان دهی و ارائه خدمات در زایشگاه های مستقل استان

W۱۹: عدم کاربرد نتایج تعدادی از طرح های تحقیقاتی

W ۲۰: بالا بودن هزینه بستری نوزادان در NICU

W ۲۱: کمبود تخت های بستری نوزادان در NICU

## بررسی عوامل خارجی

### فرصت ها O (Opportunities)

O۱: حمایت وزارت متبوع

O۲: وجود هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها

O۳: وجود کارگروه سلامت و امنیت غذایی

O۴: وجود همکاری و هماهنگی با انجمن مامایی

O۵: وجود همکاری و هماهنگی با نظام پزشکی

O۶: حمایت انجمن خیرین سلامت

O۷: امکان استفاده از رسانه های محلی

O۸: امکان چاپ خبرها و مقالات بهداشتی در نشریات گوناگون

**۵۹:** 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)

**۵۱۰:** حمایت سازمان های بیمه گر

**۵۱۱:** وجود همکاری کمیساریای عالی پناهندگان

**۵۱۲:** وجود فارغ التحصیلان غیر شاغل و جویای کار

**۵۱۳:** وجود سازمان های مردم نهاد (سمن) NGO

### تهدیدات T (Threats)

**T۱:** ضعف دانش و مهارت فارغ التحصیلان بهداشت ، مامایی، پرستاری ، پزشکی

**T۲:** ضعف در قوانین مرتبط با اشتغال متخصصین ( قرارداد با چند بیمارستان، امکان تاسیس هم زمان دو مطب،.....)

**T۳:** وجود باورهای غلط در خصوص بارداری و زایمان

**T۴:** وجود مشکلات اقتصادی خانواده ها

**T۵:** وجود جمعیت مهاجرین افغانه در منطقه

**T۶:** عدم ارسال به موقع و کافی اعتبارات ردیف ها

**T۷:** ضعف در قوانین حمایتی از متخصصین، ماماها و پرستاران

**T۸:** وجود مناطق صعب العبور و دور دست در برخی مناطق استان

**T۹:** وجود ماماهاى سنتی

**T۱۰:** بالا رفتن سن ازدواج

**T۱۱:** ضعف سواد سلامتی (آگاهی و نگرش و عملکرد) خانواده ها در زمینه های مرتبط

## راهنمادهای کلی :

### الف- استراتژی های SO

SO103: طرح مشکلات سلامت مادران در کارگروه سلامت و امنیت غذایی

SO107: انتقال آموزش ها به جامعه از طرق مختلف با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذی ربط

SO6,709: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (مراقبت های قبل و حین بارداری ، زایمان و پس از زایمان [مادر و نوزاد] )

SO16010: ایجاد امکان بیمه های انفرادی برای مادران

SO2,304,9: سامان دهی آموزش بخش خصوصی درگیر در مراقبت های قبل و حین بارداری ، زایمان و پس از زایمان (مادر و نوزاد)

SO2,302,6,13: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه

SO2,3,1701,2,8: تقویت فعالیت های پژوهشی در زمینه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز

SO1603,6,13: تدوین پروتکل حمایت از مادران بی بضاعت

SO1,2,3,1901: ایجاد رشته های تحصیلی جدید در مقاطع مختلف برای رفع چالش های سلامت مادران

### ب- استراتژی های WO

WO101,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

WO1,1709,12: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی

WO2,402,6: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت

WO202,4,5,9: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

WO204,5,6: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی

WO302,6,13: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در آموزش به جامعه

WO502,6,13: جلب مشارکت مردمی برای تحقق اهداف کوتاه مدت و بلند مدت

WO1201,2,4,5: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیرساخت خدمات (متخصصین، ماماها، فضاها، تجهیزات و ..)

WO7,8,10,1709,10: راه اندازی مراکز زایمانی (Birth Center) جهت توسعه مراقبت های استاندارد مادران

WO7,901,5,10: تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات مادر و نوزاد در بخش خصوصی، دولتی و سمن ها

WO7,8,15,1602,5,10: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادر و نوزاد و پروتکل های مربوطه

- W۸،۱۴۰۴،۵،۹: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقاء سلامت مادران
- W۶،۱۷۰۲،۳،۹،۱۲: سامان دهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی در شهر
- W۱۸۰۲،۹،۱۲: واگذاری یا تغییر کاربری زایشگاه های مستقل
- W۱۹۰۱: ایجاد و حمایت از مراکز تحقیقاتی در زمینه سلامت مادران
- W۱۹۰۱،۶،۱۲،۱۳: تشویق محققین به منظور برطرف کردن مشکلات در راستای سلامت مادر و نوزاد

### ج- استراتژی های ST

- S۳T۱: سامان دهی کوریکولوم آموزشی ماماها، پرستاران، پزشکان و متخصصین
- S۱،۳T۱: سامان دهی نحوه پذیرش دستیاران زنان
- S۱،۱۵T۲: اصلاح قوانین مرتبط با نحوه اشتغال متخصصین زنان
- S۲،۱۴،۱۸T۳،۱۰،۱۱: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- S۳،۴،۵،۶،۷،۱۰T۱: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی
- S۸T۱: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین
- S۱۱T۵،۸،۹: تقویت ارائه خدمات توسط مامای تیم سلامت
- S۱،۲،۳T۳،۱۰،۱۱: طراحی برنامه های توانمند سازی زنان و دختران
- S۳،۸T۱: طراحی پروتکل استاد معین کودکان و بیهوشی

### د- استراتژی های WT

- W۲،۱۵T۱: سامان دهی فعالیت های تیمی متخصصین
- WY،۱۰T۱: تغییر و اصلاح آموزش های دانشجویان قبل از فراغت از تحصیل (دوره های آموزشی کوتاه مدت مرتبط با برنامه های جاری سیستم سلامت)
- WY،۸،۱۰T۶: پیشنهاد دریافت بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت
- W۱۱،۱۵TY: پیگیری قوانین حمایتی از متخصصین زنان ، ماماها و پرستاران

جدول استراتژی های SWOT برنامه سلامت مادران

تهدیدها	فرصت ها	عوامل خارجی	عوامل داخلی
<p>۵۱: حمایت وزارت متبوع</p> <p>۵۲: وجود هماهنگی بین بخشی با سایر ادارات و سازمان ها</p> <p>۵۳: وجود کارگروه سلامت و امنیت غذایی</p> <p>۵۴: وجود همکاری و هماهنگی با انجمن مامایی</p> <p>۵۵: وجود همکاری و هماهنگی با نظام پزشکی</p> <p>۵۶: حمایت انجمن خیرین سلامت</p> <p>۵۷: امکان استفاده از رسانه های محلی</p> <p>۵۸: امکان چاپ خبرها و مقالات بهداشتی در نشریات گوناگون</p> <p>۵۹: وجود بخش خصوصی فعال (ماما، متخصص زنان، متخصص کودکان و فوق تخصص نوزادان) در ارائه خدمات مراقبتی قبل و حین بارداری، زایمان، پس از زایمان (مادر و نوزاد)</p> <p>۵۱۰: حمایت سازمان های بیمه گر</p> <p>۵۱۱: وجود همکاری کمیساریای عالی پناهندگان</p> <p>۵۱۲: وجود فارغ التحصیلان غیر شاغل و جویای کار</p> <p>۵۱۳: وجود سازمان های مردم نهاد (سمن) NGO</p>	<p>۵۱: حمایت هیئت رئیسه دانشگاه علوم پزشکی از برنامه های سلامت مادران و نوزادان</p> <p>۵۲: وجود زیرساخت مناسب (منابع مالی، پرسنل تحصیل کرده، ...)</p> <p>۵۳: وجود همکاری گروه های آموزشی دانشکده ها و معاونت ها</p> <p>۵۴: وجود نظام بررسی مرگ مادران</p> <p>۵۵: امکان بازآموزی کارکنان در رده های مختلف</p> <p>۵۶: وجود و اجرای استانداردهای خدمات سرپایی (IMPAC)</p> <p>۵۷: وجود استاندارد خدمات بستری (برنامه بیمارستان دوستدار مادروکودک)</p> <p>۵۸: اجرای برنامه استاد معین مادران</p> <p>۵۹: تاکید بر برنامه ریزی در زمینه کاهش عوارض حول و حوش تولد در نقشه جامع سلامت و برنامه پنجم توسعه دانشگاه</p> <p>۵۱۰: وجود برنامه در زمینه سطح بندی خدمات پری ناتال</p> <p>۵۱۱: وجود تیم پزشک خانواده در مناطق روستایی</p> <p>۵۱۲: امکان انجام پایش و ارزشیابی مراکز بهداشتی و درمانی و مطب ها</p> <p>۵۱۳: وجود اهرم های انگیزشی (تشویق و تنبیه) مدیریتی</p> <p>۵۱۴: امکان آموزش مادران باردار در کلاس های آمادگی برای زایمان (در بیمارستان ها و مراکز مشاوره مامایی)</p> <p>۵۱۵: فعال شدن حاکمیت بالینی در سیستم ارائه خدمات</p> <p>۵۱۶: امکان شناسایی مادران بی بضاعت</p> <p>۵۱۷: امکان انجام پژوهش و وجود نتایج طرح های تحقیقاتی</p> <p>۵۱۸: امکان بهره مندی از خدمات مراقبتی، درمانی و مشاوره ای دانشجویان بسیجی اعزامی به نقاط مختلف استان</p> <p>۵۱۹: امکان شرکت در کنگره ها و سمینارهای داخلی و خارجی</p> <p>۵۲۰: وجود زایشگاه های مستقل در برخی از مناطق استان</p>	<p>۵۱: کمبود نیروی پرسنلی مرتبط (استادی و محیطی)</p> <p>۵۲: ضعف دانش، مهارت و نگرش پرسنل شاغل (در تمام رده های شغلی)</p> <p>۵۳: ثابت نبودن نیروهای پرسنلی</p> <p>۵۴: ضعف در استفاده از خدمات الکترونیکی برای ارائه خدمات و اطلاع رسانی و آموزش کارکنان و جامعه</p> <p>۵۵: بالا بودن حجم فعالیت نیروهای محیطی (چند پیشگی)</p> <p>۵۶: ارائه مراقبت مادران بطور غیرفعال در مراکز شهری</p> <p>۵۷: ضعف کیفی در تشخیص و درمان و مراقبت در بخش دولتی و خصوصی</p> <p>۵۸: ضعف نظام ارجاع و انتقال نوزادان و مادران</p> <p>۵۹: ضعف در نظام پایش و ارزشیابی</p> <p>۶۰: ضعف در استاندارد سازی خدمات در بخش خصوصی</p> <p>۶۱: استفاده ناکافی از اهرم های انگیزشی تشویق و تنبیه</p> <p>۶۲: ضعف سیستم اطلاع رسانی و گزارش دهی</p> <p>۶۳: فقدان پروتکل مدون حمایت از مادران بی بضاعت</p> <p>۶۴: بالا بودن تعرفه آمبولانس برای مادران باردار</p> <p>۶۵: حساس نبودن متخصصین سایر رشته ها به مرگ مادر</p> <p>۶۶: ناکافی بودن آشنایی کادر آموزشی و فارغ التحصیلان علوم پزشکی با سیستم سلامت و پروتکل های اجرایی و شرح وظایف</p> <p>۶۷: مهم بودن نحوه مشارکت بخش خصوصی در برنامه های بهداشتی</p> <p>۶۸: ضعف در سازمان دهی و ارائه خدمات در زایشگاه های مستقل</p> <p>۶۹: عدم کاربرد نتایج تعدادی از طرح های تحقیقاتی</p>	
<p>۳۱: ضعف دانش و مهارت فارغ التحصیلان بهداشت، مامایی، پرستاری و پزشکی</p> <p>۳۲: ضعف در قوانین مرتبط با اشتغال متخصصین (قاردا با چند بیمارستان، امکان تاسیس هم زمان دو مطب، ...)</p> <p>۳۳: وجود باورهای غلط در خصوص بارداری و زایمان</p> <p>۳۴: وجود مشکلات اقتصادی خانواده ها</p> <p>۳۵: وجود جمعیت مهاجرین افغانه در منطقه</p> <p>۳۶: عدم ارسال به موقع و کافی اعتبارات ردیف ها</p> <p>۳۷: ضعف در قوانین حمایتی از متخصصین و ماماها</p> <p>۳۸: وجود مناطق صعب العبور و دور دست در برخی مناطق استان</p> <p>۳۹: وجود ماماها سستی</p> <p>۳۱۰: بالا رفتن سن ازدواج</p> <p>۳۱۱: ضعف سواد سلامتی خانواده ها</p>	<p>۳۱۰۳: طرح مشکلات سلامت مادران در کارگروه سلامت و امنیت غذایی</p> <p>۳۱۰۷: انتقال آموزش ها به جامعه از طرق مختلف با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذی ربط</p> <p>۳۶،۷۰۹: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (مراقبت های قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان [مادر و نوزاد])</p> <p>۳۱۶۰۱۰: ایجاد امکان بیمه های انفرادی برای مادران</p> <p>۳۲،۲۰۴،۹: سامان دهی آموزش بخش خصوصی درگیر در مراقبت های قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان (مادر و نوزاد)</p> <p>۳۲،۳۰۲،۶،۱۳: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه</p> <p>۳۲،۳،۱۷۰۱،۲،۸: تقویت فعالیت های پژوهشی در زمینه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز</p> <p>۳۱۶۰۳،۶،۱۳: تدوین پروتکل حمایت از مادران بی بضاعت</p> <p>۳۱،۲،۳،۱۹۰۱: ایجاد رشته های تحصیلی جدید در مقاطع مختلف برای رفع چالش های سلامت مادران</p>	<p>۳۱: سامان دهی کوریکولوم آموزشی ماماها، پرستاران، پزشکان و متخصصین</p> <p>۳۱،۳۲۱: سامان دهی نحوه پذیرش دستیاران زنان</p> <p>۳۱،۱۵۲۲: اصلاح قوانین مرتبط با نحوه اشتغال متخصصین زنان</p> <p>۳۲،۱۴،۱۸۲۳،۱۰،۱۱: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه</p> <p>۳۳،۴،۵،۶،۷،۱۰،۱۱: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی</p> <p>۳۸۲۱: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین</p> <p>۳۱۱۲۵،۸،۹: تقویت ارائه خدمات توسط مامای تیم سلامت</p> <p>۳۱،۲،۳،۳۳،۱۰،۱۱: طراحی برنامه های توانمند سازی زنان و دختران</p> <p>۳۳،۸۲۱: طراحی پروتکل استاد معین کودکان و نیهوشی</p>	<p>۷۱: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت</p> <p>۷۱،۱۷۰۹،۱۲: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی</p> <p>۷۲،۴۰۲،۶: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت</p> <p>۷۲۰۲،۴،۵،۹: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه</p> <p>۷۲۰۴،۵،۶: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی</p> <p>۷۳۰۲،۶،۱۳: جلب مشارکت سایر سازمانها (دولتی و سمن) در آموزش</p> <p>۷۵۰۲،۶،۱۳: جلب مشارکت مردمی برای تحقق اهداف کوتاه و بلند مدت</p> <p>۷۱۲۰۱،۲،۴،۵: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیرساخت خدمات</p> <p>۷۷،۸،۱۰،۱۷۰۹،۱۰: راه اندازی مراکز زایمانی (Birth Center)</p> <p>۷۷،۹۰۱،۵،۱۰: تقویت نظام پایش و ارزشیابی در همه بخش ها</p> <p>۷۷،۸،۱۵،۱۶۰۲،۵،۱۰: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادر و نوزاد و پروتکل های مربوطه</p> <p>۷۸،۱۴۰۴،۵،۹: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوردن در جهت ارتقاء سلامت مادران</p> <p>۷۶،۱۷۰۲،۳،۹،۱۲: سامان دهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی در شهر</p> <p>۷۱۸۰۲،۹،۱۲: واگذاری یا تغییر کاربری زایشگاه های مستقل</p> <p>۷۱۹۰۱: ایجاد و حمایت از مراکز تحقیقاتی در زمینه سلامت مادران</p> <p>۷۱۹۰۱،۶،۱۲،۱۳: تشویق محققین به منظور برطرف کردن مشکلات در راستای سلامت مادران</p>

## راهِبردها به تفکیک حوزه های عملیاتی

### حوزه آموزش

S10Y: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه ها و نشریات با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذی ربط

۲،۸، ۱۷۰۱، ۳، ۲: تقویت فعالیت های پژوهشی در زمینه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز

۶، ۲۵۰۲، W: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت

۹، ۵، ۴، ۲۵۰۲، W: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پراگنده

۶، ۵، ۲۵۰۴، W: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی

۱۰، ۵، ۱۶۰۲، ۸، ۱۵، WY: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادر و نوزاد و پروتکل های مربوطه

۱، ۳۲۱، S: سامان دهی کوریکولوم آموزشی ماماها، پرستاران، پزشکان و متخصصین

۱، ۳۲۱، S: سامان دهی نحوه پذیرش دستیاران زنان

۱، ۸۲۱، S: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین مادران

۱، ۱۵۲۱، W: سامان دهی فعالیت های تیمی متخصصین

۱، ۱۰، ۱۰، WY: تغییر و اصلاح آموزش های دانشجویان قبل از فراغت از تحصیل (دوره های آموزشی کوتاه مدت

مرتبط با برنامه های جاری سیستم سلامت)

۱، ۲، ۳، ۱۹۰۱، S: ایجاد رشته های تحصیلی جدید در مقاطع مختلف برای رفع چالش های سلامت مادران

۱، ۳، ۸۲۱، S: طراحی پروتکل استاد معین کودکان و بیهوشی

### حوزه پژوهش

۲، ۸، ۱۷۰۱، ۳، ۲: تقویت فعالیت های پژوهشی در زمینه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز

۱، ۱۹۰۱، W: ایجاد و حمایت از مراکز تحقیقاتی در زمینه سلامت مادران

۱۳، ۱۲، ۶، ۱۹۰۱، W: تشویق محققین به منظور برطرف کردن مشکلات در راستای سلامت مادران

### حوزه بهداشت

۳، ۱۰، S: طرح مشکلات سلامت مادران در کارگروه سلامت و امنیت غذایی

۱۳، ۱۰، S: انتقال آموزش ها به جامعه از طرق مختلف با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذی ربط

۱۳، ۶، ۳۰۲، ۲، S: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه

- ۱۳، ۶، ۱۶۰۳: تدوین پروتکل حمایت از مادران بی بضاعت
- ۱۲، ۱، ۱۵۱: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت
- ۱۲، ۱، ۱۷۰۹: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی
- ۶، ۲۵۲: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت
- ۹، ۴، ۲۵۲: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه
- ۶، ۵، ۲۵۴: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی
- ۱۳، ۶، ۳۵۲: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در آموزش به جامعه
- ۱۳، ۶، ۵۵۲: جلب مشارکت مردمی برای تحقق اهداف کوتاه مدت و بلند مدت
- ۵، ۴، ۲، ۱۲۵۱: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیرساخت خدمات (متخصصین، ماماها، فضاها، تجهیزات و ..)
- ۱۰، ۵، ۱۶۵۲، ۱۵، ۸، ۷۲: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادر و نوزاد و پروتکل های مربوطه
- ۹، ۵، ۱۴۵۴: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقاء سلامت مادران
- ۱۲، ۹، ۱۸۵۲: واگذاری یا تغییر کاربری زایشگاه های مستقل
- ۱۰، ۱۴، ۱۸۳۳، ۲: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- ۱۰، ۷، ۶، ۴، ۳: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی
- ۱، ۸، ۳، ۲، ۱۰، ۱۱: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین مادران
- ۹، ۸، ۱۱، ۲۵: تقویت ارائه خدمات توسط مامای تیم سلامت
- ۶، ۱۰، ۸، ۷۲: پیشنهاد دریافت بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت
- ۱۱، ۱۰، ۳۳، ۲، ۱: طراحی برنامه های توانمند سازی زنان و دختران

### حوزه درمان

- ۳، ۱۰: طرح مشکلات سلامت مادران در کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- ۷، ۱۵: انتقال آموزش ها به جامعه از طرق مختلف با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذی ربط
- ۹، ۷۰۹، ۶: استانداردسازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (مراقبت های قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان)
- ۰، ۱۶۵۱: ایجاد امکان بیمه های انفرادی برای مادران
- ۹، ۳۰۴، ۲: سامان دهی آموزش بخش خصوصی درگیر در مراقبت های قبل و حین بارداری، زایمان و پس از زایمان (مادر و نوزاد)

- ۱۳،۶،۳۰۵۲،۶:۲۲: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه
- ۱۳،۶،۱۶۰۵۳،۶:۱۶: تدوین پروتکل حمایت از مادران بی بضاعت
- ۱۲،۱،۱۰۱:W۱: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت
- ۱۲،۱،۱۷۰۹،۱:W۱: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی
- ۶،۶،۲۰۵۲،۶:W۲: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت
- ۹،۴،۵،۲۰۵۲،۶:W۲: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پرانگیزه
- ۶،۵،۲۰۵۴،۶:W۲: سامان دهی آموزش پرسنل بخش دولتی
- ۱۳،۶،۳۰۵۲،۶:W۳: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در آموزش به جامعه
- ۱۳،۶،۵۰۵۲،۶:W۵: جلب مشارکت مردمی برای تحقق اهداف کوتاه مدت و بلند مدت
- ۵،۴،۲،۱۲۰۱:W۱: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیرساخت خدمات (متخصصین، ماماها، فضاها، تجهیزات و ..)
- ۱۰،۱،۱۷۰۹،۱،۰:WY۸: راه اندازی مراکز زایمانی (Birth Center) جهت توسعه مراقبت های استاندارد مادران
- ۱۰،۵،۱،۹۰۵۱:WY۹: تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش خصوصی، دولتی و سمن ها
- ۱۰،۵،۱۶۰۵۲،۵،۱۰:WY۸: حساس سازی و آموزش در زمینه سلامت مادر و نوزاد و پروتکل های مربوطه
- ۹،۵،۱۴۰۴،۵،۸:W۸: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقاء سلامت مادران
- ۱۲،۳،۹،۱۷۰۲،۶:W۶: سامان دهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی در شهر
- ۱۲،۹،۱۸۰۵۲،۶:W۱: واگذاری یا تغییر کاربری زایشگاه های مستقل
- ۱۲،۱۵۲۲،۵:W۱: اصلاح قوانین مرتبط با نحوه اشتغال متخصصین زنان
- ۱۰،۱۴،۱۸۲۳،۶:۲۲: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه
- ۱۰،۴،۵،۶،۷،۱،۰:۳۳: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی
- ۱۱،۵،۲،۱۸۲۳،۶:W۲: تقویت و توسعه پروتکل استاد معین مادران
- ۱۱،۵،۲،۱۵۲۱:W۲: سامان دهی فعالیت های تیمی متخصصین
- ۱۰،۴،۵،۶،۷،۱،۰:WY۸: پیشنهاد دریافت بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت
- ۱۱،۵،۲،۱۵۲۷:W۱: پیگیری قوانین حمایتی از متخصصین زنان
- ۱۱،۲،۳۳۳،۱۰،۱۱:W۱: طراحی برنامه های توانمند سازی زنان و دختران
- ۱۱،۵،۲،۳۳۳،۱۰،۱۱:W۳: طراحی پروتکل استاد معین کودکان و بیهوشی



## اهداف بلند مدت<sup>۱</sup>

- کاهش میزان مرگ مادران
- کاهش میزان مرگ نوزادان
- کاهش عوارض بارداری و زایمان
- کاهش سزارین

## اهداف دوره ای (تا پایان سال ۱۳۹۴)

- کاهش میزان مرگ مادران به میزان حداکثر ۱۵ در صد هزار تا پایان برنامه
- کاهش میزان مرگ نوزادان به میزان کمتر از ۷ در هزار تولد زنده تا پایان برنامه
- افزایش پوشش مراقبت قبل از بارداری به میزان حداقل ۵۰ درصد تا پایان برنامه
- افزایش پوشش مراقبت دوران بارداری به میزان حداقل ۹۸ درصد تا پایان برنامه
- افزایش پوشش زایمان ایمن به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه
- افزایش پوشش مراقبت های پس از زایمان به میزان حداقل ۹۸ درصد تا پایان برنامه
- افزایش پوشش زایمان کم درد و بی درد دارویی و غیر دارویی به میزان حداقل ۵۰ درصد تا پایان برنامه
- افزایش کمی و کیفی بیمارستان های دوستدار مادر به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه
- کاهش درصد سزارین به میزان حداکثر ۴۰ درصد تا پایان برنامه

<sup>۱</sup> Long-term Goals

پیوست A

بسمه تعالی



# برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری



۱۳۹۱-۹۴

## مقدمه

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 بیماری ها خواهیم بود و بیماری های 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 ۱۵-۴۴ 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 شایع ترین 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 علایم افسردگی و ۲۰٫۸ درصد از علایم 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 کشوری یعنی جمعیتی در حدود ۱۲-۱۰ میلیون نیاز به مراقبت های 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 شایع ترین 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 مازور 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 زیرساخت های 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 تامین 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، بیماری های 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 برنامه راهبردی سلامت روان از نقشه جامع سلامت نمود. امید است که در پایان برنامه 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 پی گیری 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 نمایم تا بدین وسیله رسیدن به اهداف را تسهیل نمایم .

### ارزش ها<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>۱</sup> Mission  
<sup>۲</sup> Core Values  
<sup>۳</sup> Vision

## 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

ارایه 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>۲</sup> و اقدام پژوهی<sup>۳</sup> )

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

### تاکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت<sup>۷</sup>

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

<sup>۱</sup> Requirements

<sup>۲</sup> Knowledge Transfer Exchange

<sup>۳</sup> Action Research

<sup>۴</sup> Clinical Governance

<sup>۵</sup> Health Technology Assessment

<sup>۶</sup> Clinical Practice Guideline

<sup>۷</sup> Social Determinants of Health

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

## سیاست ها<sup>۱</sup>

- توسعه سیاست گذاری، 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
- تسهیل و ایجاد ارتباطات

## بررسی عوامل داخلی

### نقاط قوت S (Strengths)

- S۱: حمایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی از برنامه های سلامت روان
- S۲: وجود زیر ساخت نسبی مرتبط
- S۳: وجود همکاری واحدهای بهداشتی درون بخشی
- S۴: وجود نظام ثبت ۵ دسته بیماری های روانی در مناطق روستایی
- S۵: امکان بازآموزی کارکنان در رده های مختلف
- S۶: وجود پزشک دوره دیده در ده شهرستان استان
- S۷: وجود برنامه در زمینه سطح بندی خدمات سلامت روان
- S۸: وجود تیم پزشک خانواده در مناطق روستایی
- S۹: امکان انجام پایش و ارزشیابی مراکز بهداشتی و درمانی
- S۱۰: وجود اهرم های تشویق و تنبیه مدیریتی
- S۱۱: امکان ارائه آموزش گروه های هدف در مراکز درون سازمانی و برون سازمانی (از کودکی تا سالمندی)
- S۱۲: ادغام خدمات سلامت روان در نظام بهداشتی در مناطق روستایی
- S۱۳: امکان انجام پژوهش و وجود نتایج طرح های تحقیقاتی

<sup>۱</sup> Policies

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 پی گیری 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 رواندرمانی 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 مدد کار در سیستم بهداشتی

## بررسی عوامل خارجی

### فرصت ها O (Opportunities)

- 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 سازمان های مختلف (بهزیستی، استانداری، شهرداری.....) 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....)
- T3: وجود باورهای غلط در خصوص بیماری های روانی در برخی تصمیم گیران و خدمت گیرندگان

- T۴: وجود مشکلات اقتصادی خانواده ها
- T۵: انجام برخی خدمات مشاوره و رواندرمانی آسیب رسان
- T۶: عدم ارسال به موقع و کافی اعتبارات ردیف ها
- T۷: اشکال در مهارت های اجتماعی در جامعه
- T۸: وجود مناطق صعب العبور و دور دست در برخی مناطق استان
- T۹: وجود باورها و خرافه هایی که منجر به مراجعه به فالگیر، رمال...می شود
- T۱۰: پائین بودن میزان اعتبارات و منابع بخش سلامت
- T۱۱: ناکار آمدی نظام پرداخت کارکنان دانشگاه
- T۱۲: حمایت ناکافی بخش پشتیبانی از برنامه های فنی و تخصصی بهداشت
- T۱۳: نداشتن بانک اطلاعاتی جامع استانی و کشوری
- T۱۴: وجود اختلالات روانی و رفتاری شناخته نشده در گروه های سنی کودکان و نوجوانان
- T۱۵: انطباق ناکافی ساختار و برنامه های سازمان با نیازهای جامعه
- T۱۶: شناخت و همکاری ناکافی مسئولین سایر بخشها و نگرش در آمدزا
- T۱۷: تغییر و تحول سریع نیروی انسانی متخصص در سطح مدیریت
- T۱۸: الگوهای نامناسب زندگی و پایین بودن سطح سواد سلامتی در بعضی مناطق استان
- T۱۹: بیماری های نوپدید و بازپدید و تغییر الگوی بیماری ها
- T۲۰: ارائه خدمات به صورت موازی در سازمان های مختلف
- T۲۱: هرم سنی نامناسب جمعیت
- T۲۲: مهاجرت و حاشیه نشینی
- T۲۳: عدم اشتغال به کار فارغ التحصیلان
- T۲۴: عدم تطابق برنامه ها و سرگرمی ها (CD،...) با استاندارد های سلامت روان (ترویج خشونت...)
- T۲۵: بی توجهی به اصول سلامت روان در تولید فیلم و سریال و.. در برنامه های تلویزیون (ترویج خشونت، خودکشی، روابط ناسالم...)
- T۲۶: عدم توجه به استانداردهای سلامت روان در ساختمان ها و اصول شهر سازی
- T۲۷: شیوع قابل توجه اعتیاد
- T۲۸: تغییر الگوی مصرف مواد اعتیاد آور از مواد مخدر به سمت مواد محرک
- T۲۹: تهاجم فرهنگی (ماهواره، اینترنت...)

T۳۰: وجود اختلالات روانی، رفتاری شناخته نشده در سطوح مختلف کاری

T۳۱: فقدان قوانین حمایتی در زمینه برنامه های سلامت روان ( مراکز تفریحی سالم، پوشش، رنگ ها، تفکر خلاق، تفکر نقاد...)

T۳۲: ضعف اجرای قوانین حامی حقوق خانواده (کودک آزاری، همسر آزاری،...)

T۳۳: ضعف نظام آموزشی آموزش و پرورش و آموزش عالی در زمینه ارائه آموزش های سلامت روان

## راهبردهای کلی:

### الف- استراتژی های SO:

S10۳: طرح مشکلات سلامت روان در کارگروه سلامت و امنیت غذایی

S10۷: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه ها و نشریات با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذی ربط

S1۴0۹: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (بیمار یابی-آموزش-مشاوره-درمان-بازتوانی)

S1-۶-۱۱0۲-۴-۱۴: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

S1۵0۷-۸: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه

S۲،۱۳،۱۷0۱،۲۸: تقویت فعالیت های پژوهشی به منظور دسترسی به اطلاعات مورد نیاز

S1۷-0۱۶: تدوین محتوی آموزشی سلامت روان براساس آموزه های دینی

S-۵-۱۷-۶0۴-۵: توانمند سازی کارشناسان سلامت روان در امر مشاوره و رواندرمانی

S-۵۸--۱۷-0۴-۵: توانمند سازی پزشکان عمومی در امر مداخلات دارویی و کمک های حرفه ای در روانپزشکی

S1۱-0۶-۱۲: الزام بخش خصوصی به راه اندازی مراکز آموزشی پیشگیری سلامت روان به منظور ترویج آموزه های

سلامت روان در سطح شهر

S1۵0۱۳: انتقال آموزه های سلامت روان به گروه های هدف از طریق سمن ها

S1-۱۷0۴-۵: توانمند سازی کلیه کارکنان نظام سلامت (رسته های بهداشتی) در خصوص شناسایی و ارجاع به موقع

بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی

S1-۳-۱۶0۱-۲-۳-۱۴: استاندارد سازی و ثبت خدمات سلامت روان ارائه شده توسط ارگان های مختلف

S1-۳-۱۸0۱-۱۴: اجرای طرح پیشگیری از خودکشی در استان

**ب- استراتژی های WO**

W1-601,12: جذب نیرو در راستای استانداردسازی 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 زیرساخت 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

W8,9-1201,5,8: 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: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقاء سلامت روان گروه های هدف مختلف

W8,10-13-14-1502,3,9,12: سامان دهی 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

رفرانس)

W1706: حمایت از درمان و باز توانی بیماران روانی بی بضاعت با استفاده از حمایت های انجمن خیرین سلامت

W7-8-10 09-14: تدوین پروتکل علمی اجرایی و درمان مراقبت و پی گیری بیماران روانی حاد و مزمن

W1304-5-8: حساس سازی کلیه متخصصین سایر رشته ها در خصوص تشخیص وارجاع به موقع اختلالات روانی در

مراجعه

**ج- استراتژی های ST**

S15-17T1: سامان دهی کوریکولوم آموزشی روانشناسان پزشکان و متخصصین

۲۸-۲۷-۵۱T۱S: اختصاص دروس آموزشی پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و اعتیاد ویژه سایر رشته های تحصیلی دانشگاهی

۱۸-۹-۳T, ۱۴-۱۲-۱۱-۲S: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

۱۵-۱۲T۱-۱۰-۷-۴S: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی و خصوصی

۳۰-۱۷T۳-۳S۱: انجام طرح غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری در کلیه ادارات

۱۴-۱۷T۳-۳S۱: انجام طرح غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری در مدارس

۲۹-۱۷T۲۵-۱۵S۱: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید فیلم و سریال سایر برنامه های رسانه ای

۲۴-۱۷T۲۴-۱۵S۱: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید اسباب بازی و بازی های دیجیتالی و چند رسانه ای

۲۶-۱۷T۲۶-۱۵S۱: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت ساختمان سازی و شهر سازی

۲۸-۲۷-۱۸T۱۷-۱۱-۵-۳S۱: حساس سازس جامعه نسبت به مواد مخدر، محرک و عوارض آنها

۲۸-۲۷-۱۸T۱۸-۱۱-۵-۳S۱: آموزش پیشگیری از اعتیاد به جامعه

۷T۱۷-۱۵-۱۱S۱: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر

حضوری

۵-۱۷T۳-۱۵S۱: 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

۳۱-۲۹-۲۷T۳-۳S۱: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقاء نشاط اجتماعی

۳۲-۳۱-۲۹-۲۷T۲۷-۱۲-۳S۱: اجرایی شدن قوانین حمایت از حقوق خانواده(کودک آزاری-همسر آزاری و...)

نظارت بر آن

## د- استراتژی های WT

۱۳T۱W۳: سامان دهی فعالیت های تیمی متخصصین

۱T۱W۸,۱۰: راه اندازی دوره های آموزشی کوتاه مدت قبل از فراغت از تحصیل ویژه گروه روانشناسی و علوم تربیتی

۶T۱W,۸,۱۰: اختصاص بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت

۱۶T۱W۱۱: پیگیری قوانین حمایتی از متخصصین روانپزشکی، مشاوره و روانشناسان

۱۸-۹-۳W۵T: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

## استراتژی های مرتبط با حوزه های مختلف

### \*معاونت پژوهشی:

۲۸، ۱۷، ۱۳، ۲: تقویت فعالیت های پژوهشی به منظور دسترسی به اطلاعات مورد نیاز

۱۴-۴-۱۱۰۲-۶-S۱: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

۹، ۴، ۵، ۳۰۲: W تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پراگنده

۱۳، ۶، ۵۰۲: W جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-اطلاع رسانی و آموزش به

جامعه و بخش خصوصی

۱۸-۹، ۳، ۱۴-۱۲-۱۱، ۲: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

۱۷TV-۱۱-۱۵-S۱: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و

غیر حضوری

۱۸-۹، ۳، ۵۲۳: W طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

۱۲، ۶۰۱، ۱: W جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### \*معاونت غذا و دارو:

۵-۱۷TV-۱۵-S۱: 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

۱۴-۴-۱۱۰۲-۶-S۱: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

۹، ۴، ۵، ۳۰۲: W تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پراگنده

۱۳، ۶، ۵۰۲: W جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-اطلاع رسانی و آموزش به

جامعه و بخش خصوصی

۱۸-۹، ۳، ۱۴-۱۲-۱۱، ۲: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

۱۷TV-۱۱-۱۵-S۱: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر

حضوری

۳۱-۲۹-۳T-۱۱-S۱: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقاء نشاط اجتماعی

۱۸-۹، ۳، ۵۲۳: W طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

۱۲، ۶۰۱، ۱: W جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### \*معاونت پشتیبانی:

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

W1,1509,12: واگذاری بخشی از خدمات مراقبتی به بخش خصوصی

W,8,10T6: اختصاص بخشی از درآمد سایر سازمان ها به بخش سلامت

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

S1-11-15-17TV: 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 ارتقاء نشاط اجتماعی

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

### \*معاونت آموزشی:

W1304-5-8: حساس سازی کلیه متخصصین سایر رشته ها در خصوص تشخیص و ارجاع به موقع اختلالات روانی در

مراجعه

S15-17T1: سامان دهی کوریکولوم آموزشی روانشناسان پزشکان و متخصصین

S1T1-27-28: اختصاص دروس آموزشی پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و اعتیادویژه 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

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

۱۷۲۷-۱۵-۱۱-۱۱: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و غیر حضوری

۳۱-۲۹-۳۱۲۷-۳۱: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقاء نشاط اجتماعی

۱۸-۹-۵۳۳: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

۱۲، ۶۰۱-۱: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### \*معاونت درمان:

۱۴ ۰۹: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (بیمار یابی-آموزش-مشاوره-درمان-بازتوانی)

۵-۶۰۴-۱۷-۵: توانمند سازی کارشناسان سلامت روان در امر مشاوره و رواندرمانی

۵-۵۸-۱۷-۰۴-۵: توانمند سازی پزشکان عمومی در امر مداخلات دارویی و کمک های حرفه ای در روانپزشکی

۵، ۱۲۰۱-۹-۸: تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش دولتی

۵-۹-۱۲۰۱-۱۰-۸: ایجاد نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش خصوصی

۸-۶-۸: حساس سازی ارائه دهندگان خدمات نسبت به اختلالات روانپزشکی، مشکلات روانشناختی

و رفتاری

۱۲، ۳، ۹، ۱۵۰۲-۱۴-۱۳-۱۰-۸: سامان دهی بخش خصوصی در جهت فعال سازی خدمات مراقبتی در شهر و روستا

۱۴-۰۹-۱۰-۸-۷: تدوین پروتکل علمی اجرایی و درمان مراقبت و پی گیری بیماران روانی حاد و مزمن

۱۵-۱۲۱-۱۰-۴، ۵، ۷، ۱۰: تقویت نظام ارائه دهنده خدمت (سرپایی و بستری) در بخش دولتی و خصوصی

۵-۱۷۲۳-۱۵-۱۱: 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

۱۳۲۱، ۳: سامان دهی فعالیت های تیمی متخصصین

۱۴-۴-۱۱۰۲-۶-۱۱: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

۹، ۴، ۵، ۲۰۲: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

۱۳، ۶، ۵۰۲: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-اطلاع رسانی و آموزش به

جامعه و بخش خصوصی

۱۸-۹-۳، ۱۴-۱۲-۱۱-۲: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه



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

غیر حضوری

31-29-31-32T: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقاء نشاط اجتماعی

18-9-53T: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

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

### \*معاونت بهداشت:

3103: طرح مشکلات سلامت روان در کارگروه سلامت و امنیت غذایی

09 514: استاندارد سازی ارائه خدمات در بخش خصوصی (بیمار یابی-آموزش-مشاوره-درمان-بازتوانی)

8-1507: تهیه انواع رسانه های آموزشی برای آموزش جامعه

016-17: تدوین محتوی آموزشی سلامت روان براساس آموزه های دینی

12-06-11-S1: الزام بخش خصوصی به راه اندازی مراکز آموزشی پیشگیری سلامت روان به منظور ترویج آموزه های

سلامت روان در سطح شهر

5-1704-S1: توانمند سازی کلیه کارکنان نظام سلامت (رسته های بهداشتی) در خصوص شناسایی و ارجاع به موقع

بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی

14-3-2-1601-3-S1: استاندارد سازی و ثبت خدمات سلامت روان ارائه شده توسط ارگانهای مختلف

14-1801-3-S1: اجرای طرح پیشگیری از خودکشی در استان

6, 302-W3: راه اندازی آموزش مجازی برای آموزش کارکنان سلامت و ویژه عموم مردم

5, 4, 2, 1201-W1: تهیه بانک اطلاعاتی در زمینه انواع زیرساخت خدمات (متخصصین، روان شناسان، فضاها، تجهیزات

..)

12, 1509, 10, 8, 7-W7: راه اندازی مراکز سلامت روان شهری جهت توسعه برنامه های سلامت روان در استان

5, 1201-W8, 9: تقویت نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش دولتی

9-1201-W8, 9-10: ایجاد نظام پایش و ارزشیابی خدمات در بخش خصوصی

8-6-8-W, 8, 13, 1402: حساس سازی ارائه دهندگان خدمات نسبت به اختلالات روانپزشکی، مشکلات روانشناختی

و رفتاری

9, 5, 1304-W19: سامان دهی نظام ارجاع و پس خوراند در جهت ارتقاء سلامت روان گروه های هدف مختلف

12, 3, 9, 1502-W8, 10-13-14: سامان دهی 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 رفرانس)

W1706: حمایت از درمان و باز توانی بیماران روانی بی بضاعت با استفاده از حمایت های انجمن خیرین سلامت

WV-8-10 09-14: تدوین پروتکل علمی اجرایی و درمان مراقبت و پی گیری 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

S1-11-15-17TV: 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 ارتقاء 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

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

غیر حضوری

۳۱-۲۹-۳۲۷-۳۱-۳۱: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقاء نشاط اجتماعی

۱۸-۹-۳۵۳: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

۱۲-۶۰۱-۶۱: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### \*بهبودی:

۱۳-۱۵۰: انتقال آموزه های سلامت روان به گروه های هدف از طریق سمن ها

۲۸-۲۷-۱۸-۱۷-۱۱-۵-۳-۱: حساس سازی جامعه نسبت به مواد مخدر، محرک و عوارض آنها

۲۸-۲۷-۱۸-۱۷-۱۱-۵-۳-۱: آموزش پیشگیری از اعتیاد به جامعه

۱۴-۴-۱۱۰۲-۶-۱: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

۹-۴-۳۰۲: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پراگنده

۱۳-۶-۵۰۲: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-اطلاع رسانی و آموزش به

جامعه و بخش خصوصی

۱۸-۹-۳۳، ۱۴-۱۲-۱۱-۲: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

۱۷-۱۵-۱۱-۳۱: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و

غیر حضوری

۳۱-۲۹-۳۲۷-۳۱-۳۱: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقاء نشاط اجتماعی

۱۸-۹-۳۵۳: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

۱۲-۶۰۱-۶۱: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### \*ستاد مبارزه با مواد مخدر:

۱۳-۱۵۰: انتقال آموزه های سلامت روان به گروه های هدف از طریق سمن ها

۲۸-۲۷-۱۸-۱۷-۱۱-۵-۳-۱: حساس سازی جامعه نسبت به مواد مخدر، محرک و عوارض آنها

۲۸-۲۷-۱۸-۱۷-۱۱-۵-۳-۱: آموزش پیشگیری از اعتیاد به جامعه

۱۴-۴-۱۱۰۲-۶-۱: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

۹-۴-۳۰۲: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پراگنده

۱۳-۶-۵۰۲: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-اطلاع رسانی و آموزش به

جامعه و بخش خصوصی

۱۸-۹-۳، ۱۴-۱۲-۱۱، ۲: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

۱۷۷-۱۱-۱۵: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و

غیر حضوری

۳۱-۲۹-۳۱: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقاء نشاط اجتماعی

۱۸-۹-۳: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

۱۲، ۶۰۱-۱: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### \* حوزه علمیه:

۱۶-۰۱۷: تدوین محتوی آموزشی سلامت روان براساس آموزه های دینی

۱۴-۴-۱۱۰۲-۶: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

۹، ۴، ۳۰۲: تشویق ارائه دهندگان خدمت فعال و پر انگیزه

۱۳، ۶، ۵۰۲: جلب مشارکت سایر سازمان ها ( دولتی و مردم نهاد) در حساس سازی-اطلاع رسانی و آموزش به

جامعه و بخش خصوصی

۱۸-۹-۳، ۱۴-۱۲-۱۱، ۲: تقویت آموزش های ارائه شده به جامعه

۱۷۷-۱۱-۱۵: آموزش جامعه به منظور آشنایی با فرآیند تکمیل مهارت های اجتماعی به صورت حضوری و

غیر حضوری

۳۱-۲۹-۳۱: تدوین و اجرایی شدن استانداردهای مربوط به عوامل ارتقاء نشاط اجتماعی

۱۸-۹-۳: طراحی برنامه های توانمند سازی خانواده ها

۱۲، ۶۰۱-۱: جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت

### \* صدا و سیما:

۱۰۷: انتقال آموزش ها به جامعه از طریق رسانه ها و نشریات با همکاری روابط عمومی و سایر واحدهای ذی ربط

۲۹-۲۵-۱۷۷-۱۵: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید فیلم و سریال سایر برنامه های رسانه ای

۲۴-۱۷۷-۱۵: تهیه استاندارد های سلامت روان جهت تولید اسباب بازی و بازی های دیجیتالی و چند رسانه ای

۱۴-۴-۱۱۰۲-۶: انتقال آموزش ها به گروه های هدف به صورت حضوری

۹، ۴، ۳۰۲: 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

S1-11-15-17TV: 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 ارتقاء نشاط اجتماعی

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

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

### \*شهرداری:

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

S1-6-11O2-4-14: 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

S1-11-15-17TV: 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 ارتقاء نشاط اجتماعی

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

W1-6O1,12: 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 پرانگیزه

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

S1-11-15-17TV: 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 ارتقاء 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 دیجیتالی 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 پرانگیزه

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

S1-11-15-17TV: 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 ارتقاء 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

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

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

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

S1-11-15-17TV: 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 ارتقاء 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

S1-6-11O2-4-14: 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

S1-11-15-17TV: 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 ارتقاء 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 بلند مدت

- کاهش بار بیماری های روانی و اختلالات رفتاری

## اهداف دوره ای ( تا پایان سال ۱۳۹۴)

- کاهش میزان شیوع افسردگی به میزان ۱ درصد وضعیت موجود
- افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان (آموزش، مشاوره، بیماریابی، درمان، پی گیری) 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 و میر 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.



پیوست ۶

بسمه تعالی



# انتظارات نقشه جامع سلامت

## از ادارات و سازمان ها

## فهرست مطالب

- فهرست مطالب
- پیشگفتار
- مقدمه
- اهداف و استراتژی های برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های قلب و عروق
- اهداف و استراتژی های برنامه پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیرعمدی
- اهداف و استراتژی های برنامه پیشگیری و کنترل سرطان های شایع منطقه
- اهداف و استراتژی های برنامه پیشگیری و کنترل عوارض و بیماری های حول و حوش تولد
- اهداف و استراتژی های برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای شهرداری
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای استانداری
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای آموزش و پرورش
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای نیروی انتظامی
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای صدا و سیما
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای ورزش و جوانان
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان های بیمه گر
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان محیط زیست
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سایر سازمان ها و ادارات
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان آب و فاضلاب
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان جهاد کشاورزی
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای کانون پرورش فکری کودک و نوجوان
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای اداره راه و شهرسازی
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان صنعت، معدن و تجارت
- فهرست استراتژی های پیشنهادی برای اتحادیه ها و اصناف

## پیشگفتار

به دنبال ابلاغ چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در آفتاب 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.

اگرچه مهم ترین خصوصیت این سند، مشارکت جمعی بزرگ از صاحب نظران دانشگاه و صرف زمان و انرژی بسیار است اما پایه سازی و اجرایی 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 DALY<sup>۱</sup> و قابلیت پیشگیری به شرح ذیل انتخاب گردیدند:

- بیماری های قلب و عروق

- حوادث عمدی و غیر عمدی

- 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 برنامه ای مقابله تهیه شود که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می کنند و در نتیجه کاستن از ابعاد مشکل، از طریق اجرای یک برنامه ای اثربخش، با بیشترین افزایش در سطح سلامت جامعه همراه خواهد بود. طی دهه های اخیر روش های گوناگونی برای دستیابی به اولویت های تندرستی به کار گرفته شده است که تمامی آن ها به گونه ای بر اطلاعات ابتلا و مرگ استوار است. محاسبه ی 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 غیر عمدی

ج- پیشگیری و کنترل سرطان های شایع منطقه

د- پیشگیری کنترل عوارض و بیماری های حول و حوش تولد (پری ناتال)<sup>۲</sup>

ه- پیشگیری و کنترل بیماری های روانی و اختلالات رفتاری

<sup>۱</sup> Disability Adjusted Life Years

<sup>۲</sup> Perinatal

ذکر این نکته ضروری است که در هر استان، بیماری‌ها و اختلالات تاثیر گذار بر سلامت وجود دارند که بومی آن منطقه بوده و ممکن است بر شاخص مرگ تاثیر زیادی نگذارند ولیکن می‌توانند بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشند ( نظیر سالک) و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای را ایجاب می‌نمایند.

گروهی از بیماری‌ها نیز با توجه به شدت آنها و تاثیرات بعدی که بر بار بیماری‌ها در روند زمان خواهند گذاشت اهمیت می‌یابند نظیر بیماری‌های نوپدید و باز پدید، که این گروه نیز و در طرحی مداخلات مد نظر قرار گرفت. لازم به توضیح است که سایر برنامه‌های سیستم سلامت (نظیر برنامه‌های سلامت کودکان، میانسالان، دهان و دندان، سالمندان، مبارزه با سل و....) نیز مطابق روال معمول و تحت عنوان برنامه‌های جاری انجام می‌شوند و از اهمیت آنها کاسته نمی‌شود ولیکن با عنایت به تاثیر برنامه‌های پنج گانه فوق در ارتقاء شاخص‌های سلامتی استان و تحقق اهداف چشم انداز، این برنامه‌ها به عنوان برنامه‌های اولویت دار سلامت استان تعیین گردیدند و عمده برنامه‌های مداخله‌ای سیستم سلامت را تشکیل می‌دهند.

هر یک از **اولویت‌های** فوق الذکر تحت عنوان یک برنامه در نظر گرفته شد و **اهداف و راهبردهای کلی** (برای ۱۵ سال) با استفاده از اسناد بالادستی تنظیم شد که در ادامه آمده است:

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

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- کاهش شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی حداقل به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۱- ترویج فرهنگ تغذیه سالم و صحیح
۲- کاهش شیوع مصرف فراورده های دخانی (سیگار و قلیان):	۲- ترویج فرهنگ افزایش ورزش و تحرک
- کاهش مصرف سیگار در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۳ درصد	۳- اجرای برنامه کنترل دخانیات
- کاهش مصرف سیگار در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۱ درصد	۴- اجرای برنامه مقابله با استرس ها
- کاهش مصرف قلیان در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۲ درصد	۵- اجرای برنامه غربالگری استاندارد بیماران قلبی عروقی
- کاهش مصرف قلیان در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۱ درصد	۶- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
- کاهش مصرف سیگار در مردان بالای ۱۸ سال به میزان ۵ درصد	۷- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
- کاهش مصرف سیگار در زنان بالای ۱۸ سال به میزان ۰/۵ درصد	۸- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
- کاهش مصرف قلیان در مردان بالای ۱۸ سال به میزان ۵ درصد	۹- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
- کاهش مصرف قلیان در زنان بالای ۱۸ سال به میزان ۲ درصد	۱۰- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
۳- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی:	۱۱- تقویت برنامه پزشک خانواده
- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان پسر زیر ۱۸ سال به میزان ۱ درصد	۱۲- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)
- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان دختر زیر ۱۸ سال به میزان ۲ درصد	۱۳- استقرار حاکمیت بالینی در اورژانس ها و مراکز درمانی
- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی در بزرگسالان به میزان ۳ درصد	۱۴- ساماندهی و بهبود نظام ارجاع
۴- افزایش نسبتی از جمعیت که به طور منظم تحرک جسمانی حداقل متوسط دارند به میزان ۶۰ درصد تا پایان برنامه	۱۵- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
۵- بهبود تغذیه مناسب (کاهش نمره GDI به میزان ۰/۵ نمره)	۱۶- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت مرتبط با بیماران قلبی عروقی
۶- کاهش شیوع فشارخون به میزان ۵ درصد	۱۷- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب
۷- افزایش کنترل بیماری فشارخون بالا به میزان ۱۰ درصد	۱۸- توسعه ایمنی بیماران در مراکز درمانی
۸- کاهش میزان مصرف نمک در سطح جامعه به میزان ۲ گرم در روز	۱۹- ارتقای استانداردهای اعتباربخشی و رتبه بندی در مراکز درمانی
۹- کاهش شیوع دیابت به میزان ۱ درصد	
۱۰- افزایش کنترل دیابت به میزان ۱۰ درصد	
۱۱- افزایش آگاهی جامعه در زمینه نقش تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه	

## ادامه اهداف پیشگیری و کنترل بیماری های قلب و عروق

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
<p>۱۲- کاهش میزان مرگ ناشی از سکته های قلبی تا یک ماه پس از حمله قلبی نسبت به وضع موجود</p> <p>۱۳- 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 پنجم</p> <p>۱۴- کاهش میزان آلودگی هوا در فضاهای بسته حداقل به میزان ۱۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> <p>۱۵- کاهش مرگ و میر در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز به میزان ۱۵ درصد وضع موجود</p>	

## ب- پیشگیری و کنترل حوادث عمدی و غیر عمدی

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
<p>۱- کاهش میزان وقوع حوادث به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه</p> <p>۲- کاهش میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه</p> <p>۳- کاهش میزان ناتوانی ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۴۰ درصد تا پایان برنامه</p> <p>۴- کاهش میزان جراحات ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۳۰ درصد تا پایان برنامه</p> <p>۵- کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث غیرعمدی حداقل به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> <p>۶- کاهش ناتوانی ناشی از حوادث غیرعمدی حداقل به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> <p>۷- افزایش دسترسی مردم (شهر و روستا) به خدمات فوریت های پیش بیمارستانی به میزان ۱۰۰ 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، معرب</p>

## ج- پیشگیری و کنترل سرطان های شایع منطقه

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- تعیین حداقل ۵۰ درصد عوامل خطر بروز سرطان های رایج استان و تعیین خطر منتسب (attributable fraction) به آنها	۱- آموزش عمومی در مورد عوامل خطر سرطان زا و راه های پیشگیری از آن
۲- ارتقاء تشخیص به موقع سرطان های شایع به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۲- برنامه ریزی جهت کاهش مواجهات محیطی، شغلی و بیولوژیک با عوامل سرطان زا
۳- افزایش درمان موثر و استاندارد سرطان های شایع به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۳- اجرای برنامه غربالگری و تشخیص زودرس سرطان های قابل غربالگری
۴- کاهش شیوع مصرف فرآورده های دخانی (سیگار، قلیان،...) در افراد بالای ۱۵ سال به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	۴- برنامه ریزی در زمینه بهبود کیفیت زندگی بیماران و حمایت از خانواده آنها
۵- افزایش آگاهی جامعه در زمینه نقش تغذیه در پیشگیری و کنترل سرطان ها به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه	۵- ارتقا و تصحیح سبک زندگی افراد جامعه بر پایه تغذیه سالم، افزایش فعالیت فیزیکی، کنترل دخانیات
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	۶- قانونگذاری های محلی و منطقه ای در جهت کنترل عوامل خطر اصلی بیماری های مزمن از جمله سرطان
۷- کاهش میزان آلاینده های فیزیکی شیمیایی و بیولوژیک آب آشامیدنی حداقل به میزان ۲۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه با توجه به گایدلاین های WHO	۷- تقویت و توسعه سیستم مراقبت از سرطان با تکیه بر ثبت مبتنی بر جمعیت
۸- کاهش میزان آلاینده های خاکی (فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک) حداقل به میزان ۴۰ درصد تا پایان برنامه با توجه به گایدلاین های WHO	۸- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
۹- کاهش میزان فلزات سنگین در رنگ های ساختمانی به حد استانداردهای جهانی تا پایان برنامه	۹- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
۱۰- 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	۱۰- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
	۱۱- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
	۱۲- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
	۱۳- تقویت برنامه پزشک خانواده
	۱۴- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)
	۱۵- استقرار حاکمیت بالینی در مراکز درمانی
	۱۶- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
	۱۷- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت مرتبط با سرطان
	۱۸- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب



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

اهداف برنامه	استراتژی های کلی برنامه
۱- کاهش میزان مرگ مادران به میزان حداکثر ۱۰ در صد هزار تا پایان برنامه	۱- تقویت برنامه مراقبت های استاندارد سرپایی (IMPAC) در بخش دولتی
۲- کاهش مرگ نوزادان به میزان حداکثر ۵ در هزار تا پایان برنامه	۲- توسعه برنامه مراقبت های استاندارد سرپایی (IMPAC) در بخش خصوصی
۳- افزایش پوشش کلی تنظیم خانواده به میزان ۸۸ درصد تا پایان برنامه	۳- به روز رسانی و تکمیل برنامه مراقبت های استاندارد سرپایی (IMPAC) در زمینه شناسایی و مراقبت از مادران معتاد ، مادران مبتلا به اختلالات رفتاری و روانی و مبتلا به بیماری قلبی و مشاوره ژنتیک
۴- افزایش پوشش روش های مدرن تنظیم خانواده به میزان ۷۵ درصد تا پایان برنامه	۴- راه اندازی مراکز تخصصی مشاوره ( قبل از بارداری ، ژنتیک، تنظیم خانواده، قبل از ازدواج، تغذیه و .....)
۵- کاهش حاملگی ناخواسته به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه	۵- توانمندسازی مدیران و کارکنان نظام سلامت در زمینه فناوری های مدیریت، برنامه ریزی آموزشی، علوم پژوهش
۶- افزایش پوشش برنامه مراقبت قبل از بارداری به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه	۶- تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان
۷- افزایش پوشش مراقبت های دوران بارداری به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه	۷- تقویت و توسعه آموزش های جامعه
۸- افزایش پوشش مراقبت های پس از زایمان به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه	۸- جلب حمایت سازمان ها و ارگان ها در زمینه تحقق اهداف برنامه
۹- بهبود کیفیت مراقبت های قبل از بارداری به میزان سالانه ۳ درصد تا پایان برنامه	۹- جلب حمایت صنوف و سازمان های مردم نهاد در زمینه تحقق اهداف برنامه
۱۰- بهبود کیفیت مراقبت های بارداری به میزان سالانه ۳ درصد تا پایان برنامه	۱۰- تقویت برنامه پزشک خانواده
۱۱- بهبود کیفیت مراقبت های پس از زایمان به میزان سالانه ۳ درصد تا پایان برنامه	۱۱- استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)
۱۲- کاهش درصد سزارین به میزان حداکثر ۵۰ درصد تا پایان برنامه	۱۲- استقرار حاکمیت بالینی در مراکز درمانی
۱۳- کاهش درصد LBW به میزان حداکثر ۵ درصد تا پایان برنامه	۱۳- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
۱۴- کاهش درصد آنمی به میزان حداکثر ۲ درصد تا پایان برنامه	۱۴- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب

## ه- 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 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 اهداف و استراتژی های نقشه جامع، استراتژی های پیشنهادی دانشگاه برای سایر سازمان ها و ادارات در ادامه مطلب آمده است. لازم به توضیح است که این استراتژی ها، حداقل قابل انتظار می باشند و بر اساس شرح وظایف سازمان ها، می توانند توسعه داده شوند.

## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای شهرداری

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>-تعداد و درصد استاندارد های تدوین شده در زمینه ارتقاء شاخص های سلامت روان ( محیط فیزیکی، امکانات رفاهی تفریحی)</p> <p>-تعداد استاندارد های شهر سازی تدوین شده جهت توسعه فعالیت های بدنی، پیشگیری از حوادث</p>	<p>-تدوین و اجرای استاندارد های شهرسازی در راستای ارتقا شاخص های سلامت روان<sup>1</sup></p> <p>- تدوین و اجرای استاندارد های شهرسازی در راستای توسعه فعالیت های بدنی</p> <p>- تدوین و اجرای استاندارد های شهرسازی در راستای پیشگیری از حوادث</p>
<p>- تعداد استاندارد های ساختمان سازی تدوین شده جهت کاهش سرطان ها، ارتقا شاخص های سلامت روان،<sup>1</sup> پیشگیری از حوادث خانگی، ترویج تغذیه سالم</p> <p>-درصد استاندارد های ساختمان سازی اجرا شده</p>	<p>-تدوین و اجرای استاندارد های ساختمان سازی در راستای:</p> <p>-کاهش سرطان ها (استفاده از رنگ های ساختمانی سالم و ..)</p> <p>-ارتقاء شاخص های مرتبط با سلامت روان</p> <p>- پیشگیری از حوادث خانگی</p> <p>-ترویج تغذیه سالم (باغچه های خانگی و ..)</p>
<p>-درصد بیل بورد ها و بنرهای تبلیغاتی مرتبط با موضوع در سطح شهر</p> <p>-درصد کلاس های آموزشی مرتبط با موضوع در فرهنگسراها</p> <p>-KAP مریان کانون در زمینه موضوعات سلامت مرتبط</p> <p>- تعداد و درصد مریان آموزش دیده کانون های فرهنگی در زمینه سلامت</p> <p>-درصد مشارکت در تولید رسانه های آموزشی (تعداد رسانه و یا درصد مشارکت مالی)</p> <p>-تعداد و نوع همکاری در بسیج های اطلاع رسانی</p>	<p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه (پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد) از طریق:</p> <p>- افزایش بیل بوردها، بنرهای تبلیغاتی و تلویزیون های شهری</p> <p>-توسعه و تقویت جلسات آموزشی فرهنگ سراها</p> <p>-توسعه و تقویت برنامه های آموزشی در کانون محلات</p> <p>-همکاری در تولید رسانه های آموزش سلامت</p> <p>- همکاری در اجرای بسیج های اطلاع رسانی</p>
<p>-درصد مدیران و کارکنان آموزش دیده در خصوص مباحث سلامت</p> <p>-KAP مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد</p>	<p>-توانمند سازی مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد</p>

<sup>1</sup> منظور از ارتقاء شاخص های سلامت روان، کاهش شیوع بیماری های روان، کاهش میزان خشونت، کاهش شیوع سوء مصرف مواد، بهبود روابط موثر، ارتقاء نشاط اجتماعی است.

## ادامه فهرست استراتژی های پیشنهادی برای شهرداری

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>-تعداد مراکز مشاوره موجود برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری و بیماری های قلبی عروقی</p> <p>-تعداد نیروی جذب شده در راستای استاندارد سازی خدمات سلامت</p> <p>-تعداد ورزشگاه، کلاس، اعتبار و نیروی بکار گرفته شده برای توسعه فعالیت های بدنی به تفکیک گروه های هدف مختلف</p>	<p>-تدارک زیر ساخت لازم برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری و بیماری های قلبی و عروقی (مراکز مشاوره، مشاور روان و تغذیه و ...)</p> <p>-تدارک زیر ساخت لازم برای توسعه فعالیت بدنی در گروه های هدف مختلف (با تاکید بر زنان باردار و جوانان و....)</p>
<p>-تعداد جلسات تشکیل شده</p>	<p>-همکاری در اجرا و برگزاری کمیته ها و جلسات مرتبط با کنترل بیماری های ناقل</p>
<p>-تعداد غربالگری های انجام شده</p> <p>-درصد کارکنان غربالگری شده در زمینه اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها</p> <p>-درصد اختلالات و بیماری های شناخته شده در کارکنان غربالگری شده</p>	<p>-انجام و همکاری در اجرای طرح های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها و ....</p>
<p>-تعداد و درصد اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور</p>	<p>-تقویت و اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور</p>
<p>-تعداد و درصد تدوین و اجرای قوانین مربوط به حمل و نقل شهری</p>	<p>-اجرای قوانین مربوط به حمل و نقل شهری در راستای کاهش آلودگی هوا (متوقف کردن اتوبوس های دود زا در سطح شهر، ...)</p>
<p>-اعتبار و نیروی بکار گرفته شده برای تدارک امکانات ورزشی در محیط های ارائه خدمت</p>	<p>-حمایت از ادارات و سازمان ها در راستای تدارک امکانات ورزشی در محیط های ارائه خدمت (نظیر مراکز بهداشتی درمانی، پایانه ها، فرودگاه ها، ...)</p>
<p>-تعداد و درصد استانداردهای تدوین و اجرا شده در زمینه تولید فضای سبز با همکاری سازمان محیط زیست و به تفکیک مکان های مختلف</p>	<p>-همکاری با سازمان محیط زیست در راستای اجرای استانداردهای مربوط به تولید فضای سبز در اماکن عمومی، ادارات و ....</p>
<p>-تعداد و نوع اطلاعات جمع آوری و گزارش شده</p>	<p>-جمع آوری و گزارش داده های مرتبط با سلامت (فراوانی و علل مرگ و میر، بروز حوادث و ...)</p>
<p>-تعداد و نوع مداخلات سلامت طراحی و اجرا شده</p>	<p>-طراحی مداخلات سلامت با همکاری دانشگاه و با استفاده از داده های حاصله از نظام جمع آوری اطلاعات</p>
<p>-تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت</p>	<p>-همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت</p>

## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای استانداری

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد آیین نامه های داخلی تدوین و ابلاغ شده ی مرتبط با برنامه های راهبردی سلامت به سازمان ها و ادارات لازم، نظام های جمع آوری اطلاعات، غربالگری ها، آموزش ها، استانداردهای سازی ها و ...)	-تدوین و ابلاغ آیین نامه های داخلی مرتبط با برنامه های راهبردی سلامت به کلیه سازمان ها و ادارات (نظیر تدارک زیرساخت های لازم، نظام های جمع آوری اطلاعات، غربالگری ها، آموزش ها، استانداردهای سازی ها و ...)
-تعداد و نوع پایش صورت گرفته	-پایش و ارزشیابی منظم و مستمر اجرای استراتژی های مرتبط با نقشه جامع سلامت در ادارت و سازمان ها
-تعداد و نوع آموزش های مرتبط با سلامت ارائه شده از طریق استانداری -درصد مشارکت کمیسیون های تابعه استانداری در ارائه آموزش به جامعه -تعداد و درصد آموزش های مجازی ارائه شده در زمینه (پیشگیری و کنترل بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری، سوء مصرف مواد، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد)	- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه (پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد) از طریق: - هدفمند کردن برنامه های آموزشی - هماهنگی و الزام کمیسیون های تابعه -تقویت و توسعه آموزش مجازی
-تعداد و نوع حمایت های مالی انجام شده -درصد اعتبارات مصروفه در حمایت از برنامه های سلامت	-حمایت مالی از برنامه های اولویت دار سلامت ( نظیر ارائه سبد غذایی رایگان به مادران بی بضاعت،.....)
-درصد مدیران و کارکنان آموزش دیده در خصوص مباحث سلامت KAP- مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد	-توانمند سازی مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد
-تعداد و نوع مداخلات سلامت طراحی و اجرا شده	- طراحی مداخلات سلامت با همکاری دانشگاه و با استفاده از داده های حاصله از نظام جمع آوری اطلاعات
-تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت	- همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت
-تعداد و نوع بانک های اطلاعاتی تهیه شده	-سامان دهی و تهیه بانک اطلاعاتی سازمان های مردم نهاد (سمن) مرتبط با سلامت
-تعداد و نوع حمایت های انجام شده	- حمایت از سازمان های مردم نهاد (سمن) مرتبط با سلامت -حمایت از کارگروه سلامت و امنیت غذایی
-تعداد غربالگری های انجام شده -درصد کارکنان غربالگری شده در زمینه اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها -درصد اختلالات و بیماری های شناخته شده در کارکنان غربالگری شده	-انجام و همکاری در اجرای طرح های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها و ....

## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای آموزش و پرورش

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد و درصد استاندارد های مدرسه سازی اصلاح شده جهت ارتقا شاخص های سلامت روان <sup>1</sup> ، توسعه فعالیت های بدنی، کاهش سرطان ها	-بازنگری و اصلاح استاندارد های مدرسه سازی در راستای: -ارتقا شاخص های سلامت روان <sup>1</sup> -بازنگری و اصلاح استاندارد های مدرسه سازی در راستای توسعه فعالیت های بدنی - بازنگری و اصلاح استاندارد های مدرسه سازی در راستای کاهش سرطان ها (استفاده از رنگ های ساختمانی سالم و محل قرار گیری مدرسه و ..)
- تعداد و درصد استانداردهای بازنگری و اصلاح شده آموزش سلامت در راستای ارتقاء شاخص های سلامت روان	-بازنگری و اصلاح استانداردهای آموزش سلامت در راستای ارتقاء شاخص های سلامت روان
تعداد استانداردهای تدوین شده برای ایجاد مدرسه ایمن، کارگاه ایمن، آزمایشگاه ایمن، محیط ورزشی ایمن و .....	- تعیین استاندارد مدرسه ایمن، کارگاه ایمن، آزمایشگاه ایمن، محیط ورزشی ایمن و .....
تعداد و درصد مدارس واجد پایگاه تغذیه سالم بر اساس استاندارد موجود	-ایجاد پایگاه های تغذیه سالم در مدارس بر اساس استانداردهای موجود
-تعداد و درصد جلسات آموزشی برگزار شده مرتبط با سلامت -درصد مشارکت در تولید محتواها و رسانه های آموزشی (تعداد رسانه و یا درصد مشارکت مالی) -تعداد و نوع همکاری در بسیج های اطلاع رسانی -تعداد نمایشگاه های سلامت برپا شده -تعداد و درصد اردوهای علمی فرهنگی برگزار شده	-همکاری در اجرای برنامه های آموزشی جامعه در زمینه (پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، حوادث، سرطان ها، تنظیم خانواده، بهداشت باروری) از طریق: -برگزاری جلسات آموزشی -همکاری در تهیه محتواهای آموزشی و تولید رسانه های آموزشی -همکاری در اجرای بسیج اطلاع رسانی -برپایی نمایشگاه های سلامت -برگزاری اردوهای علمی فرهنگی و مسابقات
-درصد مدیران و کارکنان آموزش دیده درخصوص مباحث سلامت KAP- مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد	-توانمند سازی مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، حوادث، سرطان ها، تنظیم خانواده، بهداشت باروری)

<sup>1</sup> منظور از ارتقاء شاخص های سلامت روان، کاهش شیوع بیماری های روان، کاهش میزان خشونت، کاهش شیوع سوء مصرف مواد، بهبود روابط موثر، ارتقاء نشاط اجتماعی است.

## ادامه فهرست استراتژی های پیشنهادی برای آموزش و پرورش

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد و نوع برنامه های آموزشی مرتبط با سلامت ویژه والدین و دانش آموزان -درصد والدین و دانش آموزان آموزش دیده در زمینه موضوعات سلامت ذکر شده -KAP والدین و دانش آموزان در زمینه موضوعات سلامت مرتبط (پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، بهداشت باروری)	- تقویت برنامه های آموزشی والدین و دانش آموزان در زمینه (پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، بهداشت باروری)
-تعداد فضا، تجهیزات و نیروی بکار گرفته شده برای پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری ها در دانش آموزان و کارکنان	-تقویت زیر ساخت لازم (فضا، نیرو، تجهیزات و...) برای پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری ها در دانش آموزان و کارکنان
-تعداد و درصد دانش آموزان حمایت شده -درصد اعتبارات مصروفه در زمینه حمایت از سلامت دانش آموزان بی بضاعت	-حمایت از مداخلات سلامت مرتبط با دانش آموزان بی بضاعت ( نظیر میان وعده رایگان، سبد غذایی رایگان و ...)
-درصد کارکنان غربالگری شده در زمینه اختلالات شایع روانی، رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها و .... -درصد دانش آموزان غربالگری شده به تفکیک مقطع تحصیلی -درصد اختلالات روانپزشکی شناخته شده در دانش آموزان و کارکنان -تعداد غربالگری های انجام شده	-انجام و همکاری در اجرای طرح های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها و ....
-تعداد و درصد اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور	-تقویت و اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور
-تعداد و نوع اطلاعات جمع آوری و گزارش شده	-جمع آوری و گزارش داده های مرتبط با سلامت (حوادث دانش آموزی، بیماری ها، آموزش، شیوع عوامل خطر بیماری های قلبی، عروقی، روانی و ...)
-تعداد و نوع مداخلات سلامت طراحی و اجرا شده	- طراحی مداخلات سلامت با همکاری دانشگاه و با استفاده از داده های حاصله از نظام جمع آوری اطلاعات
-تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت	-تقویت فعالیت های پژوهشی به منظور دسترسی به اطلاعات مورد نیاز - همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت
-تعداد و نوع زیرساخت بکارگرفته شده برای توسعه فعالیت های بدنی در دانش آموزان و معلمان در ساعات غیر از ساعات مدرسه	-استفاده بهینه از زیرساخت های موجود در آموزش و پرورش (نیروی انسانی، فضای ورزشی) در ساعات غیر از ساعات مدرسه برای توسعه فعالیت های بدنی در دانش آموزان و معلمان

## ادامه فهرست استراتژی های پیشنهادی برای آموزش و پرورش

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد قوانین تدوین یا بازنگری شده در زمینه ارتقا شاخص های سلامت	-جلب حمایت سیاستگذاران و دولت در زمینه ارتقا شاخص های سلامت (نظیر سامان دهی وضعیت بوفه مدارس، اختصاص یارانه برای تهیه و فروش مواد غذایی سالم در مدارس، اجباری شدن ورزش صبحگاهی برای دانش آموزان و معلمان، اختصاص ساعت آموزش جزء مطالب درسی برای مباحث سلامت و ...)
-تعداد و درصد درمانگاه های تابعه که مطابق با استانداردهای خدمات سلامت ارائه شده توسط وزارت بهداشت و دانشگاه ارائه خدمت می نمایند	-ارائه خدمات سلامت در درمانگاه های تابعه مطابق با استانداردهای خدمات سلامت ارائه شده توسط وزارت بهداشت و دانشگاه
-تعداد و نوع برنامه های مشارکتی در گسترش فرهنگ سلامت	-توسعه مشارکت مردم در گسترش فرهنگ سلامت (نظیر استفاده از همیاران جوان در کنترل ترافیک، حمایت از مادران باردار و کودکان، حفظ محیط زیست، کنترل مواد دخانی، کنترل خشم، ارتباط صحیح...)



## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای نیروی انظامی

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
- تعداد، درصد و نوع برنامه های آموزشی مرتبط با کنترل عوامل خطر سوز بیماری های قلبی عروقی و بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، کنترل حوادث ترافیکی، کنترل عوامل خطر سوز سرطان ها	- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه : - کنترل عوامل خطر سوز بیماری های قلبی عروقی (دخانیات، اعتیاد و ...) - کنترل عوامل خطر سوز بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (پیشگیری از سوء مصرف مواد و کنترل خشم و ...) - کنترل حوادث ترافیکی - کنترل عوامل خطر سوز سرطان ها (دخانیات، اعتیاد، آلاینده های هوا و ...)
- تعداد قوانین اعمال شده در زمینه کنترل عوامل خطر سوز سلامت	- اعمال قوانین مربوط به کنترل عوامل خطر سوز سلامت (منع مصرف دخانیات در اماکن عمومی، کنترل خرید و فروش مواد دخانی در سنین زیر ۱۸ سال
- درصد نیروهای آموزش دیده در خصوص مباحث سلامت KAP- مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث ، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد	- توانمند سازی نیروها در رده های مختلف در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث ، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد
- تعداد مراکز مشاوره و مشاور تدارک شده برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری	- تدارک زیر ساخت لازم برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری (مراکز مشاوره ، مشاور و ...)
- درصد کارکنان غربالگری شده در زمینه اختلالات شایع روانی، رفتاری - تعداد غربالگری های انجام شده - درصد اختلالات روانپزشکی شناخته شده در کارکنان غربالگری شده	- انجام و همکاری در اجرای طرح های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها و ...
- تعداد و درصد درمانگاه ها و بیمارستان های تابعه که مطابق با استانداردهای خدمات سلامت ارائه شده توسط وزارت بهداشت و دانشگاه ارائه خدمت می نمایند	- ارائه خدمات سلامت در درمانگاه ها و بیمارستان های تابعه مطابق با استانداردهای خدمات سلامت ارائه شده توسط وزارت بهداشت و دانشگاه
- تعداد و درصد قوانین تدوین یا بازنگری شده در راستای کاهش آلودگی هوا - تعداد و درصد نظارت های انجام شده در زمینه اجرای قوانین	- 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 ...) - اجرای برنامه های نظارتی

## ادامه فهرست استراتژی های پیشنهادی برای نیروی انتظامی

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد و نوع اطلاعات جمع آوری و گزارش شده	-جمع آوری و گزارش داده های مرتبط با سلامت (حوادث ترافیکی، استفاده از دخانیات و ...
-تعداد و نوع مداخلات سلامت طراحی و اجرا شده	- طراحی مداخلات سلامت با همکاری دانشگاه و با استفاده از داده های حاصله از نظام جمع آوری اطلاعات
-تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت	- همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت
-تعداد و نوع برنامه های مشارکتی در گسترش فرهنگ سلامت	-توسعه مشارکت مردم در گسترش فرهنگ سلامت (نظیر استفاده از همیاران جوان در کنترل ترافیک، حمایت از مادران باردار و کودکان، کنترل مواد دخانی، کنترل خشم، ارتباط صحیح...)

## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای صدا و سیما

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>- درصد برنامه های رادیویی مرتبط با سلامت ( نسبت به کل برنامه ها و برنامه های سلامت)</p> <p>- درصد برنامه های تلویزیونی مرتبط با سلامت ( نسبت به کل برنامه ها و برنامه های سلامت)</p> <p>- زمان اختصاص داده شده به برنامه های سلامت</p> <p>- درصد مشارکت در تولید برنامه های مرتبط با سلامت (مشارکت مالی و یا تولید برنامه)</p> <p>- درصد برنامه های تبلیغاتی مرتبط با سلامت (نسبت به کل برنامه های تبلیغاتی)</p> <p>- درصد پیام های ارائه شده در زمینه سلامت از طریق تله تکس</p> <p>- درصد مشارکت در تولید رسانه های آموزشی (تعداد رسانه و یا درصد مشارکت مالی)</p> <p>- تعداد و نوع همکاری در بسیج های اطلاع رسانی</p>	<p>- تقویت آموزش جامعه در زمینه (پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد) از طریق:</p> <p>- تولید برنامه های آموزشی و تکرار این برنامه ها در ساعات پربیننده</p> <p>- تقویت برنامه های تبلیغاتی</p> <p>- ارائه پیام ها و مطالب آموزشی در تله تکس</p> <p>- همکاری در تولید رسانه های آموزش سلامت</p> <p>- همکاری در اجرای بسیج های اطلاع رسانی</p>
<p>- درصد نیروهای آموزش دیده در خصوص مباحث سلامت KAP- مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد</p>	<p>- توانمند سازی مدیران و کارکنان و خانواده های آنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد</p>
<p>- تعداد و درصد برنامه های تهیه شده بر اساس استانداردهای سلامت</p> <p>- تعداد و نوع حمایت صورت گرفته از برنامه سازی بر اساس استانداردهای سلامت توسط شورای سیاست گذاری سلامت</p>	<p>- رعایت استانداردهای سلامت در برنامه سازی از طریق تقویت شورای سیاست گذاری سلامت</p>
<p>- درصد حذف و کاهش تعرفه های سازمان در برنامه سازی و پخش موضوعات مرتبط با سلامت</p>	<p>- حذف و یا کاهش تعرفه های سازمان در برنامه سازی و پخش موضوعات مرتبط با سلامت</p>
<p>- تعداد و نوع حمایت های مالی انجام شده</p> <p>- درصد اعتبارات مصروفه در حمایت از برنامه های سلامت</p>	<p>- حمایت مالی از تولید برنامه های مرتبط با سلامت</p>
<p>- درصد کارکنان غربالگری شده</p> <p>- تعداد غربالگری های انجام شده</p>	<p>- انجام و همکاری در اجرای طرح های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها و ....</p>
<p>- تعداد مراکز مشاوره و مشاور تدارک شده برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات شایع روانی رفتاری (مراکز مشاوره، مشاور و....)</p>	<p>- تدارک زیر ساخت لازم برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات شایع روانی رفتاری (مراکز مشاوره، مشاور و....)</p>
<p>- تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت</p>	<p>- همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت</p>
<p>- تعداد و درصد اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور</p>	<p>- تقویت و اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور</p>

## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان ورزش و جوانان

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>-تعداد و درصد استاندارد های ایمنی تدوین شده در احداث و بهره برداری از ورزشگاه ها و مجتمع های ورزشی</p> <p>-تعداد و درصد استاندارد های اجرا شده در احداث و بهره برداری از ورزشگاه ها و مجتمع های ورزشی</p> <p>-تعداد و درصد اماکن ورزشی منطبق با استانداردهای ایمنی</p> <p>-تعداد و درصد تجهیزات ورزشی منطبق با استانداردهای ایمنی</p>	<p>-اجرای استاندارد های ایمنی در احداث و بهره برداری از ورزشگاه ها و مجتمع های ورزشی</p> <p>- رعایت استانداردهای ایمنی در تجهیزات مورد استفاده در اماکن ورزشی</p>
<p>-تعداد و نوع برنامه های آموزشی برگزار شده مرتبط با رعایت اصول ایمنی استفاده از امکانات و تجهیزات ورزشی</p> <p>-KAP گروه های مختلف جامعه در زمینه رعایت اصول ایمنی استفاده از امکانات و تجهیزات ورزشی</p>	<p>-آموزش رعایت اصول ایمنی استفاده از امکانات و تجهیزات ورزشی برای گروه های هدف مختلف</p>
<p>-تعداد و درصد جلسات آموزشی برگزار شده مرتبط با سلامت</p> <p>-تعداد سی دی های تولید شده آموزش ورزش (در گروه ها و مکان های مختلف)</p> <p>-درصد مشارکت در تولید محتواها و رسانه های آموزشی (تعداد رسانه و یا درصد مشارکت مالی)</p> <p>-تعداد و نوع همکاری در بسیج های اطلاع رسانی</p>	<p>-همکاری در اجرای برنامه های آموزشی جامعه در زمینه اشاعه فرهنگ تحرک بدنی از طریق:</p> <p>-برگزاری جلسات آموزشی</p> <p>-تهیه سی دی های آموزش ورزش (در گروه ها و مکان های مختلف)</p> <p>-همکاری در تهیه محتواهای آموزشی و تولید رسانه های آموزشی</p> <p>- همکاری در اجرای بسیج های اطلاع رسانی</p>
<p>-درصد مدیران و کارکنان آموزش دیده در خصوص مباحث سلامت</p> <p>-KAP مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث ، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد</p>	<p>-توانمند سازی مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث ، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد</p>
<p>- تعداد و درصد مدارس ورزشی (دخترانه و پسرانه)</p> <p>تعداد و نوع مداخلات صورت گرفته برای توسعه رویکرد افزایش تحرک بدنی و توسعه ورزش های هیجانی (و نه صرفا رقابتی)</p>	<p>-توسعه مدارس ورزشی با تاکید ویژه بر دختران با رویکرد افزایش تحرک بدنی و توسعه ورزش های هیجانی (و نه صرفا رقابتی)</p>
<p>-تعداد و نوع حمایت صورت گرفته از ورزش های بومی و محلی</p> <p>-تعداد ورزش های بومی و محلی احیا شده</p>	<p>-توجه ویژه به رشد و توسعه ورزش های بومی و محلی</p>

## ادامه فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان ورزش و جوانان

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد مراکز مشاوره و مشاور تدارک شده برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری	-تدارک زیر ساخت لازم برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری (مراکز مشاوره ، مشاور و ....)
-تعداد ورزشگاه، اعتبار و نیروی بکار گرفته شده برای توسعه فعالیت های بدنی به تفکیک گروه های هدف مختلف	-تدارک زیر ساخت لازم برای توسعه فعالیت بدنی در گروه های هدف مختلف (با تاکید بر زنان باردار و جوانان، بیماران و .....
-درصد کارکنان غربالگری شده در زمینه اختلالات شایع روانی، رفتاری (و سوء مصرف مواد)، قلب و عروق و سرطان ها و .... -تعداد غربالگری های انجام شده	-انجام و همکاری در اجرای طرح های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری (و سوء مصرف مواد)، قلب و عروق و سرطان ها و ....
-تعداد و نوع اطلاعات جمع آوری و گزارش شده	-جمع آوری و گزارش داده های مرتبط با سلامت (حوادث و ...)
-تعداد و نوع مداخلات سلامت طراحی و اجرا شده	- طراحی مداخلات سلامت با همکاری دانشگاه و با استفاده از داده های حاصله از نظام جمع آوری اطلاعات
-تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت	- همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت

## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان های بیمه گر

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد و نوع پوشش های بیمه های برنامه ریزی شده برای حمایت از گروه های آسیب پذیر -تعداد و درصد گروه های آسیب پذیر تحت پوشش بیمه قرار گرفته	-برنامه ریزی جهت تحت پوشش قرار دادن کلیه گروه های آسیب پذیر جامعه
-تعداد و درصد خدمات آموزشی تحت پوشش بیمه قرار گرفته	-تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات آموزشی مرتبط با سلامت
درصد مشارکت در تولید رسانه های آموزشی (تعداد رسانه و یا درصد مشارکت مالی)	همکاری در تولید رسانه های آموزش سلامت
-درصد مدیران و کارکنان آموزش دیده در خصوص مباحث سلامت -KAP مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث ، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد	-توانمند سازی مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث ، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد
-تعداد مراکز مشاوره و مشاور تدارک شده برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری	-تدارک زیر ساخت لازم برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری (مراکز مشاوره ، مشاور و ....)
-درصد کارکنان غربالگری شده در زمینه اختلالات شایع روانی، رفتاری -تعداد غربالگری های انجام شده	-انجام و همکاری در اجرای طرح های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری (و سوء مصرف مواد)، قلب و عروق و سرطان ها و ....
-تعداد و نوع اطلاعات جمع آوری و گزارش شده	-جمع آوری و گزارش داده های مرتبط با سلامت (سرطان ها، حوادث و ...)
-تعداد و نوع مداخلات سلامت طراحی و اجرا شده	- طراحی مداخلات سلامت با همکاری دانشگاه و با استفاده از داده های حاصله از نظام جمع آوری اطلاعات
-تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت	- همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت

## فهرست استراتژی‌های پیشنهادی برای سازمان محیط زیست

شاخص‌های مرتبط	استراتژی‌های پیشنهادی
- درصد مشارکت در تولید رسانه‌های آموزشی (تعداد رسانه و یا درصد مشارکت مالی) - تعداد و نوع همکاری در بسیج‌های اطلاع‌رسانی	- تقویت برنامه‌های آموزشی جامعه در زمینه حفظ و نگهداری منابع زیست محیطی و دفع پسماندها از طریق: - همکاری در تولید رسانه‌های آموزش سلامت - همکاری در اجرای بسیج‌های اطلاع‌رسانی ....
- تعداد و نوع مداخلات مدیریتی بعمل آمده برای کنترل و دفع پسماندهای صنعتی و غیرصنعتی	- بهینه‌سازی مدیریت (تدوین و اجرای قوانین، نظارت و ...) پسماندهای صنعتی و غیرصنعتی
- تعداد قوانین تدوین یا بازنگری شده در زمینه حفظ منابع زیست محیطی	- جلب حمایت سیاستگذاران و مراجع قانونی در خصوص حفظ منابع زیست محیطی
- تعداد قوانین تدوین و اجرا شده در زمینه حفظ و نگهداری منابع زیست محیطی مطابق با استانداردها	- تدوین، اجرا و نظارت قوانین مربوط به حفظ و نگهداری منابع زیست محیطی مطابق با استانداردها
- تعداد و درصد استانداردهای اجرا شده مرتبط با تولید فضای سبز در اماکن عمومی، ادارات و ... - تعداد و درصد اماکن عمومی، ادارات و ... که استانداردهای مرتبط با فضای سبز را رعایت نموده‌اند	- همکاری با شهرداری در راستای اجرای استانداردهای مرتبط با تولید فضای سبز در اماکن عمومی، ادارات و ...
- درصد مدیران و کارکنان آموزش دیده در خصوص مباحث سلامت - KAP مدیران و کارکنان در زمینه‌ی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان‌ها، اختلالات حول و حوش تولد	- توانمندسازی مدیران و کارکنان در زمینه‌ی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان‌ها، اختلالات حول و حوش تولد
- تعداد مراکز مشاوره و مشاور تدارک شده برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات رفتاری (مراکز مشاوره، مشاور و ...)	- تدارک زیر ساخت لازم برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات رفتاری (مراکز مشاوره، مشاور و ...)
- درصد کارکنان غربالگری شده در زمینه اختلالات شایع روانی، رفتاری - تعداد غربالگری‌های انجام شده	- انجام و همکاری در اجرای طرح‌های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان‌ها و ...
- تعداد و نوع اطلاعات جمع‌آوری و گزارش شده	- جمع‌آوری و گزارش داده‌های مرتبط با سلامت (آلودگی هوا و آب و انواع آلاینده‌ها و ...)

## ادامه فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان محیط زیست

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد و نوع مداخلات سلامت طراحی و اجرا شده	- طراحی مداخلات سلامت با همکاری دانشگاه و با استفاده از داده های حاصله از نظام جمع آوری اطلاعات
-تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت	- همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت



## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سایر سازمان ها و ادارات

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>-درصد بیل بورد ها و بنرهای تبلیغاتی مرتبط با موضوع در سطح شهر</p> <p>-تعداد و نوع برنامه های آموزشی مرتبط با موضوع در فرهنگسراها</p> <p>-KAP کارکنان در زمینه موضوعات سلامت مرتبط</p> <p>-درصد مشارکت در تولید رسانه های آموزشی (تعداد رسانه و یا درصد مشارکت مالی)</p> <p>-تعداد و نوع همکاری در بسیج های اطلاع رسانی</p>	<p>- تقویت برنامه های آموزشی جامعه در زمینه (پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد) از طریق:</p> <p>- افزایش بیل بوردها و بنرهای تبلیغاتی</p> <p>-توسعه و تقویت برنامه های آموزشی</p> <p>-همکاری در تولید رسانه های آموزش سلامت</p> <p>- همکاری در اجرای بسیج های اطلاع رسانی</p> <p>....</p>
<p>-تعداد آیین نامه های داخلی اجرایی شده ی مرتبط با برنامه های راهبردی سلامت</p>	<p>-اجرای آیین نامه های داخلی ابلاغ شده مرتبط با برنامه های راهبردی سلامت به کلیه سازمان ها و ادارات (نظیر تدارک زیرساخت های لازم، نظام های جمع آوری اطلاعات، غربالگری ها، آموزش ها، استاندارده سازی ها و ...)</p>
<p>-درصد استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)</p>	<p>-استقرار نظام فناوری اطلاعات (IT)</p>
<p>-اعتبار و نیروی بکارگرفته شده برای تدارک امکانات ورزشی در محیط های ارائه خدمت</p>	<p>-تدارک امکانات ورزشی در محیط های ارائه خدمت</p>
<p>- درصد تولید فضای سبز با همکاری سازمان محیط زیست</p>	<p>-همکاری با سازمان محیط زیست در راستای اجرای استانداردهای مربوط به تولید فضای سبز در ادارات</p>
<p>-درصد مدیران و کارکنان آموزش دیده در خصوص مباحث سلامت</p> <p>-KAP مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد</p>	<p>-توانمند سازی مدیران و کارکنان در زمینه ی پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، بیماری های روانی و اختلالات رفتاری (و سوء مصرف مواد)، حوادث، سرطان ها، اختلالات حول و حوش تولد</p>

## ادامه فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سایر سازمان ها و ادارات

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد مراکز مشاوره و مشاور تدارک شده برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری -تعداد ورزشگاه، کلاس، اعتبار و نیروی بکار گرفته شده برای توسعه فعالیت های بدنی به تفکیک گروه های هدف مختلف	-تدارک زیر ساخت لازم برای پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی رفتاری (مراکز مشاوره، مشاور و ....) -تدارک زیر ساخت لازم برای توسعه فعالیت بدنی در گروه های هدف مختلف (با تاکید بر زنان باردار و جوانان و.....)
-درصد کارکنان غربالگری شده در زمینه اختلالات شایع روانپزشکی -تعداد غربالگری های انجام شده	-انجام و همکاری در اجرای طرح های غربالگری اختلالات شایع روانی رفتاری، قلب و عروق و سرطان ها و ....
- تعداد و درصد اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور	-تقویت و اجرای برنامه های سنتی مرتبط با پیشینه تاریخی کشور
-اعتبار و نیروی بکار گرفته شده برای تدارک امکانات ورزشی در محیط های ارائه خدمت	-تدارک امکانات ورزشی در محیط های ارائه خدمت
-تعداد و نوع اطلاعات جمع آوری و گزارش شده	-جمع آوری و گزارش داده های مرتبط با سلامت (فراوانی و علل مرگ و میر، بروز حوادث و ...)
-تعداد و نوع مداخلات سلامت طراحی و اجرا شده	- طراحی مداخلات سلامت با همکاری دانشگاه و با استفاده از داده های حاصله از نظام جمع آوری اطلاعات
-تعداد و درصد طرح های پژوهشی طراحی و اجرا شده مرتبط با سلامت	- همکاری با پژوهشگران و مراکز پژوهشی مرتبط با سلامت

با توجه به اینکه برخی استراتژی ها در تعدادی از سازمان ها و ادارات برای ارتقاء سلامت اهمیت ویژه دارند در این قسمت به استراتژی های ویژه هر سازمان یا اداره پرداخته می شود، بدیهی است استراتژی های جدول فوق تحت عنوان استراتژی های پیشنهادی برای کلیه سازمان ها و ادارات، در همه موارد ذیل نیز کاربرد دارد.

### فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان آب و فاضلاب

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
- تعداد و نوع سیاست های نظارتی و قوانین اجرایی در زمینه دفع اصولی فاضلاب شهری و صنعتی	- اتخاذ سیاست های نظارتی و قوانین اجرایی در زمینه دفع اصولی فاضلاب شهری و صنعتی
- تعداد و نوع سیاست های نظارتی و قوانین اجرایی در زمینه کنترل آلاینده های سرطان زای ناشی از آب	- اتخاذ سیاست های نظارتی و قوانین اجرایی در زمینه کنترل آلاینده های سرطان زای ناشی از آب

### فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان جهاد کشاورزی

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
-تعداد و نوع برنامه های کنترل بر مصرف سموم و کودهای شیمیایی در کشاورزی	-تقویت برنامه های کنترل بر مصرف سموم و کودهای شیمیایی در کشاورزی
- درصد تولید محصولات بیولوژیک با حداقل آلودگی شیمیایی	-حمایت از تولید محصولات بیولوژیک با حداقل آلودگی شیمیایی
-تعداد و نوع سیاست های اعمال شده در زمینه تسهیل دسترسی (فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی) خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب	-اتخاذ ساز و کارهای تسهیل دسترسی (فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی) خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب

### فهرست استراتژی های پیشنهادی برای کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>-تعداد و درصد استاندارد های تدوین شده جهت تولید اسباب بازی و بازی های دیجیتالی و چند رسانه ای در راستای ارتقا شاخص های سلامت</p> <p>-تعداد و درصد استاندارد های اجرا شده جهت تولید اسباب بازی و بازی های دیجیتالی و چند رسانه ای در راستای ارتقا شاخص های سلامت</p>	<p>-تدوین و اجرای استاندارد های سلامت در تولید اسباب بازی و بازی های دیجیتالی و چند رسانه ای در راستای ارتقا شاخص های سلامت</p>

### فهرست استراتژی های پیشنهادی برای اداره راه و شهرسازی

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>-تعداد و نوع اقدامات صورت گرفته برای برقراری امنیت راه ها (احداث باندهای دوم راه های اصلی استان، ایجاد باندهای سبقت در گردنه های راه های اصلی، ...) و افزایش فرهنگ ترافیک</p>	<p>- بهبود زیرساخت های لازم برای برقراری امنیت راه ها و افزایش فرهنگ ترافیک</p>

### فهرست استراتژی های پیشنهادی برای سازمان صنعت، معدن و تجارت

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>-تعداد و نوع سیاست های اعمال شده برای محدودیت دسترسی افراد زیر ۱۸ سال به مواد دخانی</p> <p>-درصد دسترسی افراد زیر ۱۸ سال به مواد دخانی</p> <p>- تعداد و درصد نظارت بر امور صنفی در خصوص تولید و عرضه مواد غذایی سالم</p>	<p>-اتخاذ ساز و کارهایی برای محدودیت دسترسی افراد زیر ۱۸ سال و بالای ۱۸ سال به مواد دخانی (از نظر عرضه، تنوع، قیمت و ...)</p> <p>-نظارت بر منع فروش مواد دخانی توسط افراد زیر ۱۸ سال</p> <p>-نظارت بر امور صنفی در خصوص تولید و عرضه مواد غذایی سالم</p>

## فهرست استراتژی های پیشنهادی برای اتحادیه ها و اصناف

شاخص های مرتبط	استراتژی های پیشنهادی
<p>-تعداد و درصد بخشنامه های تدوین شده برای بهینه سازی تولید و یا عرضه محصولات غذایی در سطح استان (برای مثال ارابه غذای نیم پرس، مصرف کمتر نمک در پخت نان)</p> <p>-درصد بخشنامه های اجرا شده برای بهینه سازی تولید و یا عرضه محصولات غذایی در سطح استان</p> <p>-تعداد و درصد بخشنامه های تدوین شده برای تهیه مواد غذایی در رستوران ها، اغذیه فروشی ها و سایر مراکز تهیه و عرضه غذا با مراعات اصول صحیح</p> <p>- درصد بخشنامه های اجرا شده برای تهیه مواد غذایی در رستوران ها، اغذیه فروشی ها و سایر مراکز تهیه و عرضه غذا با مراعات اصول صحیح</p> <p>-تعداد و درصد آموزش های انجام شده در ارتباط با تغذیه سالم در گروه های هدف</p> <p>-درصد اجرای بخشنامه در رابطه با ممنوعیت ورود خانواده ها و افراد زیر ۱۸ سال به چایخانه ها و قهوه خانه ها</p>	<p>- تدوین و اجرای بخشنامه ها برای بهینه سازی تولید و یا عرضه محصولات غذایی در سطح استان (برای مثال ارابه غذای نیم پرس، مصرف کمتر نمک در پخت نان)</p> <p>- تدوین و اجرای بخشنامه ها برای تهیه مواد غذایی در رستوران ها، اغذیه فروشی ها و سایر مراکز تهیه و عرضه غذا با مراعات اصول صحیح (کاهش نمک غذا، سرخ کردن کمتر غذا، عدم استفاده از روغن جامد، استفاده بیشتر از سبزیجات و ماهی، استفاده از دوغ به جای نوشابه، عدم استفاده از سس یا استفاده از سس کم چرب)</p> <p>-هماهنگی با سایر سازمان های دولتی به منظور تصویب قوانین و بخشنامه ها</p> <p>-آموزش مسئولین اتحادیه ها و صنوف و کسانی که در تهیه مواد غذایی شرکت دارند (آموزش آشپزهای رستوران ها، اغذیه فروشی ها، پیتزا فروشی ها و نانوایا)</p> <p>- تدوین و اجرای بخشنامه در رابطه با ممنوعیت ورود خانواده ها و افراد زیر ۱۸ سال به چایخانه ها و قهوه خانه ها</p>

پیوست ۲

بسمه تعالی



# فهرست اولویت های پژوهشی نقشه جامع سلامت استان

## 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، مونوکسید 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 تاثیر طرح پزشک خانواده در ارتقاء 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

## ه- 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 سبد 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

## و- سایر

- ۱- بررسی عوامل موثر بر توزیع عادلانه منابع
- ۲- بررسی زمان سنجی خدمات
- ۳- تعیین شاخص های موثر بر دسترسی عادلانه