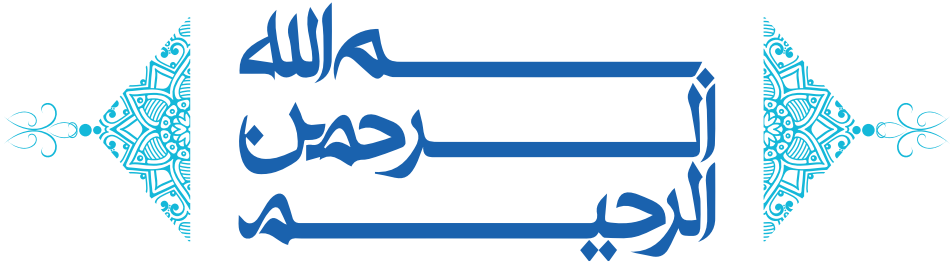




دستورالعمل اجرایی خودمراقبتی اجتماعی با رویکرد محله محور



تدوین: دکتر علیرضا رئیسی، دکتر بابک فرخی، دکتر شهرام
رفیعی فر، دکتر سعید تاملی، دکتر خسرو صادق نیت، دکتر زینب
نصیری، دکتر امیر نصیری، دکتر مهشید احمدیان

زیر نظر: دکتر محمد رضا ظفرقندی

همکاران (بر اساس حروف الفبا):

دکتر مناسادات اردستانی، دکتر نجمه الملوک امینی، زهرا
امینی نسب، الهام بهنام طلب، مهناز حدادیان، دکتر پری
ناز دشمنگیر، حمیدرضا رصافیانی، دکتر معصومه رضایی
منش، دکتر آتوسا رهبر، دکتر فاطمه زارع هرفته، دکتر فاطمه
سریندی، مرضیه شعبانی چپی، نازی شکراللهی، دکتر مجید
حسن قمی، دکتر امیر علی حیدری، دکتر افروزه کاظمی،
دکتر اعظم گراوندی، بهنام لشگرازا، بنفشه محبوب، فاطمه
محمدصفت رودسری، دکتر علیرضا مغیثی، دکتر نازیلا
نژادداگر، فاطمه نظری، دکتر سیده زینب هاشمی

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

مرکز مدیریت شبکه

فصل اول) کلیات

۶	مقدمه
۷	چهارچوب کلی اجرای مداخلات خودمراقبتی
۸	چارچوب مفهومی سازمان جهانی بهداشت برای خودمراقبتی
۱۰	نقش مداخلات خودمراقبتی در پیشبرد مراقبت‌های بهداشتی
۱۰	اولیه و پوشش همگانی سلامت
۱۲	برنامه ملی خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت
۱۸	خودمراقبتی اجتماعی
۲۱	محلّه سالم
۲۴	اسناد بالادستی
۲۸	راهبردها

فصل دوم) ساختار محلّه سالم

۳۰	ساختار ستادی
۳۴	ساختار اجرایی
۳۴	۱. هیات امنای مرکز
۳۶	۲. شورای ارتقای سلامت محلّه

فصل سوم) فرایند اجرایی راه اندازی و استقرار محلّه سالم

۵۱	نقش و وظایف دست‌اندرکاران
۵۲	فرم شناسنامه فرهنگی اجتماعی محلّه سالم

فصل چهارم) نیازسنجی سلامت

فصل پنجم) تدوین برنامه ارتقای سلامت محلّه

فصل ششم) بودجه بندی

فصل هفتم) پایش، ارزشیابی و نظام رتبه بندی محلات

۱۰۸	پایش (شیوه نظارت بر اجرای برنامه)
۱۱۲	ارزشیابی برنامه ارتقای سلامت محلّه
۱۲۲	نظام رتبه بندی محلات
۱۲۷	شاخص‌های محلّه سالم

پیوست‌ها

۱۳۴	پیوست (۱) واژه‌نامه
۱۴۱	پیوست (۲) گروه خودیار (خلاصه دستورالعمل اجرایی)
۱۵۰	پیوست (۳) مشارکت مردمی؛ از اطلاع‌رسانی تا توانمندسازی



فصل اول

کلیات

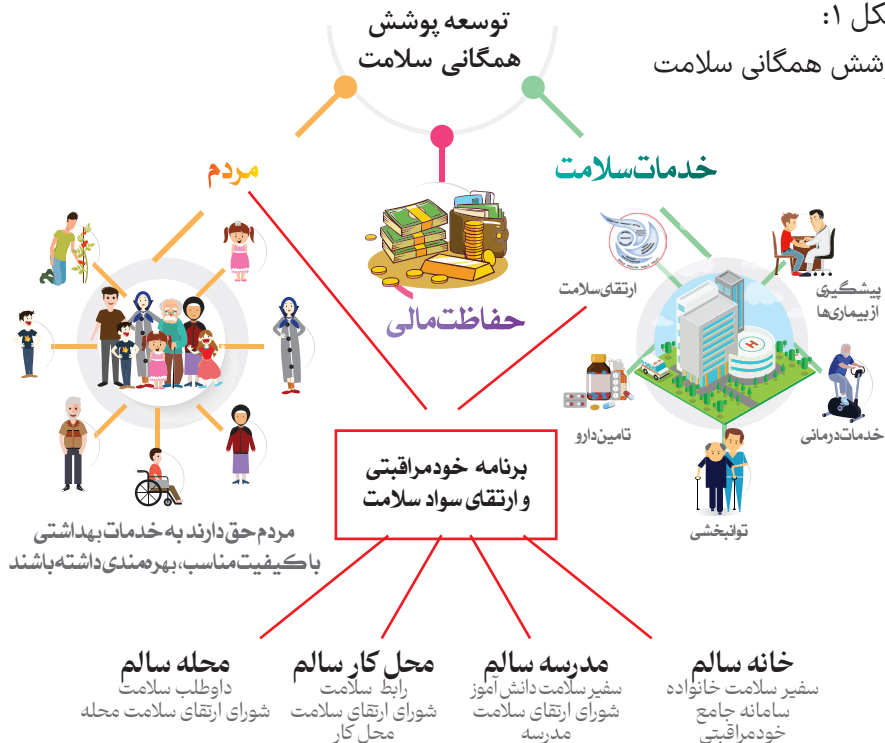


مقدمه

خودمراقبتی، به معنای تمرین آگاهانه برای حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی اسلامی از طریق مسوولیت پذیری شخصی، انتخاب‌های آگاهانه و رعایت سبک زندگی سالم است بدون آنکه همیشه به راهنمایی حرفه‌ای متکی باشد. این مفهوم شامل مراقبت جسمی (تغذیه، ورزش، خواب، بهداشت)، مراقبت روانی و عاطفی (مدیریت استرس، ذهن‌آگاهی، حمایت اجتماعی)، عبادت‌ها و اقدامات پیشگیری‌اند

شکل ۱:

پوشش همگانی سلامت



(چکاپ‌های منظم، واکسیناسیون، پرهیز از رفتارهای پرخطر)، خودمدیریتی در رابطه با بیماری‌ها (پایبندی به برنامه‌های درمانی، پایش علائم) و مراقبت دیجیتال (استفاده از منابع معتبر اطلاعات سلامت) می‌شود. با ترویج سبک زندگی سالم، خودمراقبتی وابستگی به سیستم درمانی را کاهش می‌دهد، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و تکمیل‌کننده مراقبت‌های سلامت محور است اما نباید جایگزین خدمات پزشکی حرفه‌ای در مواقع ضروری گردد. دولت باید اطمینان یابد که همه مردم از مراقبت‌های اولیه بهداشتی بهره‌مند شوند و برای خودمراقبتی در خانه، مدرسه، محل کار و محل زندگی‌شان به اندازه کافی توانمند شوند که این امر، نیازمند توسعه آموزش سلامت همگانی به منظور ارتقای سواد سلامت مردم و بهره‌مندی آنها از سامانه جامع خودمراقبتی است.

انواع خودمراقبتی



شکل ۲:

انواع خودمراقبتی و روابط آنها با مراقبت‌ها

چهارچوب کلی اجرای مداخلات خودمراقبتی

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۴ چهارچوب کلی زیر را برای اجرای مداخلات خودمراقبتی پیشنهاد نموده است:

(الف) سیاست‌گذاری و حاکمیت

● تدوین قوانین مشخص برای حمایت از خودمراقبتی

- تعیین استانداردهای ایمنی و کارایی ابزارهای خودمراقبتی
- حمایت از نوآوری در ابزارهای دیجیتال خودمراقبتی
- ب) ادغام در نظام سلامت**

● خودمراقبتی نباید جایگزین مراقبت حرفه‌ای شود، بلکه باید مکمل آن باشد.

● همکاری میان بیماران و کارکنان سلامت ضروری است برای مثال با ایجاد خط تماس دوطرفه.

ج) توانمندسازی افراد و جامعه

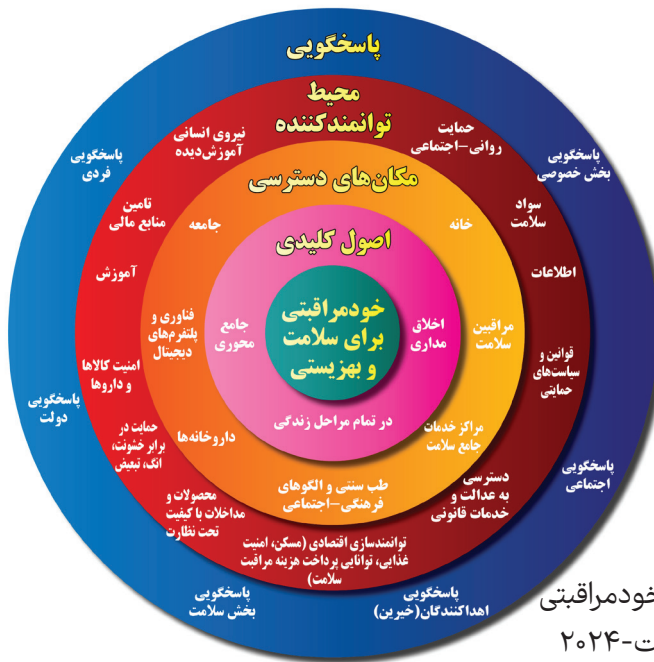
- آموزش افراد در مورد حق انتخاب و مهارت‌های سلامت
- مشارکت محرومان و گروه‌های آسیب‌پذیر (زنان، نوجوانان، افراد ناتوان) از طریق توسعه آموزش سلامت همگانی و مداخلات جامعه محور با همکاری سفیران سلامت، داوطلبان سلامت و شوراهای ارتقای سلامت محله

د) استفاده از فناوری‌های دیجیتال

- اپلیکیشن‌های سلامت، چت‌بات‌ها، پلتفرم‌های سلامت روان، مشاوره مجازی
- اطمینان از حفاظت اطلاعات شخصی و محرمانگی

چارچوب مفهومی سازمان جهانی بهداشت برای خودمراقبتی

چارچوب مفهومی، نقطه آغاز برای پرداختن به حوزه در حال تحول خودمراقبتی و شناسایی مداخلات خودمراقبتی برای به‌روزرسانی‌های آینده را فراهم می‌کند. این چارچوب (شکل ۱۱) عناصر اصلی هر دو رویکرد «مردم‌محور» و «نظام سلامت» نشان می‌دهد که می‌توانند از معرفی، پذیرش و گسترش مداخلات خودمراقبتی پشتیبانی کنند. رویکرد مردم‌محور به سلامت و بهزیستی، در هسته این چارچوب قرار دارد. این چارچوب بر پایه یک رویکرد جامع، قادر ساز و مردم‌محور نسبت به سلامت استوار است و از آن حمایت می‌کند. این رویکرد بر اصول کلیدی حقوق بشر، اخلاق و برابری جنسیتی تأکید دارد. مردم‌محوری به معنای اتخاذ



شکل ۳: چهارچوب خودمراقبتی
سازمان جهانی بهداشت-۲۰۲۴

رویکردی جامع به مراقبت از هر فرد است؛ به گونه ای که شرایط فردی، نیازها و خواسته های او در سراسر چرخه زندگی در نظر گرفته شود و همچنین محیطی که فرد در آن زندگی می کند نیز مد نظر قرار گیرد. مداخلات خودمراقبتی، در صورتی که در محیطی ایمن و حمایتی انجام گیرند، فرصتی برای افزایش مشارکت فعال افراد در سلامت خود، از جمله مشارکت بیماران را فراهم می سازند.

ایجاد یک محیط توانمندساز، ایمن و حمایتی برای تسهیل بهره مندی و پذیرش محصولات و مداخلاتی که می توانند سلامت و بهزیستی جمعیت های کمتر برخوردار و به حاشیه رانده شده را بهبود دهند، ضروری است. ارزیابی و تضمین وجود محیط توانمندسازی که در آن مداخلات خودمراقبتی بتوانند به شیوه ای ایمن و مناسب در دسترس قرار گیرند، باید گام نخست هر راهبردی برای معرفی یا گسترش این مداخلات باشد. این اقدام باید بر اساس

ویژگی‌های کاربران بالقوه، خدمات ارائه شده به آنان، محیط گسترده‌تر حقوقی و سیاستی و همچنین حمایت‌ها و موانع ساختاری انجام گیرد.

نقش مداخلات خودمراقبتی در پیشبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پوشش همگانی سلامت

مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)

مداخلات خودمراقبتی از اصول کلیدی PHC پیروی می‌کند:

۱. پاسخ به نیازهای مردم از طریق خدمات جامع و یکپارچه سلامت شامل خدمات ترویجی، محافظتی، پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و تسکینی در طول زندگی با اولویت دادن به مراقبت‌های اولیه و اقدامات ضروری سلامت همگانی است.

۲. پرداختن نظام‌مند به عوامل تعیین‌کننده سلامت شامل ابعاد اجتماعی، اقتصادی، محیطی و همچنین ویژگی‌ها و رفتارهای فردی که باید از طریق سیاست‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد در تمام بخش‌ها مورد توجه قرار گیرد.

۳. توانمندسازی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای ارتقای سلامت خود تا بتوانند از سیاست‌هایی که سلامت را ارتقا می‌دهند، حمایت و پشتیبانی کنند، در برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی به منظور توسعه خدمات بهداشتی و اجتماعی، مشارکت فعال داشته باشند و از سلامت خود و دیگران مراقبت کنند.

پوشش همگانی سلامت (UHC)

مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) یک جزء اساسی است که برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) ضروری است. مداخلات خودمراقبتی می‌تواند به طور قابل توجهی در ایجاد تغییر الگو در ارائه خدمات بهداشتی برای بهبود «مراقبت‌های اولیه سلامت» در حمایت از «پوشش همگانی سلامت» نقش داشته باشد. یکی از اهداف توسعه پایدار «تضمین زندگی سالم

و ارتقای بهزیستی برای همه در تمام سنین» است و شاخص اصلی برای این هدف - به طور خلاصه - دستیابی به UHC است. شکل زیر نشان می‌دهد و توضیح می‌دهد که چگونه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) و پوشش همگانی سلامت (UHC) خودمراقبتی را با شش بلوک ساختاری نظام‌های سلامت سازمان جهانی بهداشت (WHO) که مرتبط و پیوند می‌دهند.



شکل ۴: ارتباط مداخلات خودمراقبتی با اجزای نظام سلامت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) و پوشش همگانی سلامت (UHC) - سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۴)

برنامه ملی خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت

دفتر آموزش و ارتقای سلامت در راستای سیاست‌های کلی سلامت، قانون برنامه هفتم پیشرفت و با هدف توانمندسازی فرد، خانواده و جامعه، برنامه ملی خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت (HeLPS-P) را به عنوان یکی از برنامه‌های کلیدی نظام سلامت کشور طراحی و در حال اجرا دارد. این برنامه، واجد ظرفیت‌های اجتماعی، مردمی و بین‌بخشی ارزشمندی، مبتنی بر فن آوری‌های نوین و هوش مصنوعی است که در قالب چهار جزء اصلی اجرا می‌شود که به اختصار معرفی می‌گردد:

۱. خودمراقبتی فردی

در این جزء، یک نفر از هر خانوار به عنوان «سفیر سلامت خانواده» انتخاب می‌شود. سفیران سلامت با بهره‌گیری از سامانه ملی خودمراقبتی به آموزش‌های سلامت شخصی‌سازی شده دسترسی یافته و در زمینه ارتقای سبک زندگی سالم، پیشگیری از بیماری‌ها، مدیریت بیماری‌های مزمن و فوریت‌های سلامت توانمند می‌شوند. این رویکرد، نقش فعال مردم در مراقبت از سلامت خود و خانواده را تقویت نموده و موجب افزایش سواد سلامت و مسئولیت‌پذیری فردی می‌گردد.

۲. خودمراقبتی سازمانی

در این بخش، با تمرکز بر محیط‌های کاری، مدارس، دانشگاه‌ها و سازمان‌ها، «شورای ارتقای سلامت سازمان» تشکیل می‌شود. این شورا با مشارکت مدیران، کارکنان و رابطان سلامت، برنامه‌های ارتقای سلامت سازمان را طراحی و اجرا می‌نماید. کلیه فرآیندها از طریق سامانه خودمراقبتی سازمانی پایش و ثبت شده و بستری برای نهادینه‌سازی سیاست‌های سلامت‌محور در سازمان‌ها فراهم

می شود.

۳. خودمراقبتی اجتماعی

خودمراقبتی اجتماعی با رویکرد محله محوری اجرا می شود. در هر محله، شورای ارتقای سلامت محله با حضور نمایندگان مردم، داوطلبان سلامت، دستگاه های دولتی و نهادهای مردمی تشکیل می گردد. این شورا به سامانه خودمراقبتی اجتماعی متصل بوده و امکان شنیدن صدای مردم، شناسایی نیازها، جلب مشارکت اجتماعی، توانمندسازی ساکنان محله و اجرای برنامه های اجتماع محور را فراهم می سازد. این جزء، نمونه ای برجسته از حکمرانی مشارکتی سلامت در سطح محلی است.

۴. آموزش سلامت همگانی برای ارتقای فرهنگ و سواد سلامت

این جزء با بهره گیری از رسانه های جمعی، پویش های اجتماعی، فضای مجازی و تولید محتوای عمومی، بر ارتقای فرهنگ سلامت، ترویج سبک زندگی سالم و افزایش سواد سلامت جامعه تمرکز دارد و مکمل سه جزء دیگر برنامه محسوب می شود.

با عنایت به تأکیدات رییس جمهور محترم بر محله محوری و تأکیدات وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر ارتقای سواد سلامت و توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و همچنین با توجه به تدوین برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت به عنوان یکی از اولویت های راهبردی معاونت بهداشت، ضرورت توسعه و تعمیق برنامه های عملیاتی در این حوزه آشکار می گردد. برنامه خودمراقبتی اجتماعی به عنوان جزئی کلیدی از برنامه جامع HeLPS-P، با هدف بسترسازی برای مشارکت جمعی و محله محور در امر سلامت طراحی شده است. این برنامه با بهره گیری از تجارب ارزشمند و بی نظیر برنامه رابطان سلامت،

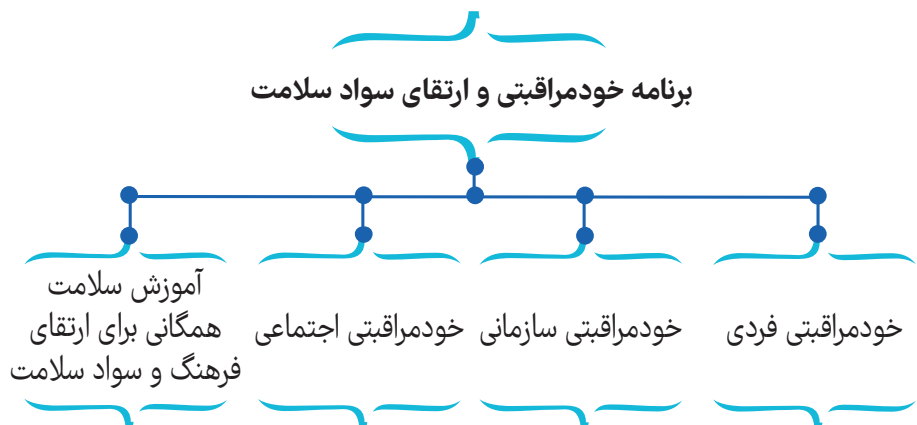
برنامه ملی خودمراقبتی و نیز دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه ابلاغی ۱۳۹۵، درصدد تقنین و تسهیل مداخلات اجتماعی مؤثر برای ارتقای سلامت است.

دستورالعمل حاضر با هدف ارائه چارچوبی روشن، گام به گام و کاربردی برای اجرای اثربخش برنامه خودمراقبتی اجتماعی در سطح محله تدوین شده است. این سند به عنوان راهنمای عمل، زمینه را برای هماهنگی، برنامه ریزی و اجرای اقدامات خودمراقبتی اجتماعی در بستر محله فراهم می آورد تا از رهگذر آن، گامی بلند در جهت ارتقای عادلانه سلامت برای همه «با مردم، توسط مردم و برای مردم» برداشته شود.

اجزا و روش اجرای برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت

برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت (HeLPS-P) به منظور استقرار سطح پایه شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت در قالب ۴ برنامه خودمراقبتی فردی، خودمراقبتی سازمانی، خودمراقبتی اجتماعی و آموزش سلامت همگانی اجرا می‌شود.

یکی از ۴ جزء اصلی برنامه مذکور، خودمراقبتی اجتماعی است. در این دستورالعمل به بخش خودمراقبتی اجتماعی پرداخته می‌شود.



شکل ۳: اجزای برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت

سطح پایه نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت، چارچوبی منسجم و یکپارچه برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه است و از اجزای متعددی تشکیل می‌شود. این اجزا شامل مجموعه مراقبت‌ها و خدمات بخش سلامت و همچنین کلیه دستگاه‌ها و نهادهایی است که عملکرد آن‌ها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی جامعه تأثیرگذار است. مجموعه مراقبت‌ها و خدمات بخش سلامت، دستگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه، سازمان بهزیستی و سایر نهادهای مرتبط را در بر می‌گیرد. افزون بر این، دستگاه‌ها و سازمان‌هایی که سیاست‌ها، برنامه‌ها و عملکرد آن‌ها در حوزه‌هایی نظیر آموزش، اشتغال، مسکن، حمل‌ونقل، محیط‌زیست، فرهنگ و رفاه اجتماعی بر سلامت جامعه اثرگذار است نیز به‌عنوان اجزای مکمل این نظام ایفای نقش می‌کنند. در این نظام، واحدهای ارائه خدمات سلامت بر اساس ساختاری تعریف‌شده و در چارچوب نظام سطح‌بندی و ارجاع فعالیت می‌نمایند و بر رعایت سطوح مختلف پیشگیری تأکید دارند. بسته خدمات سلامت با رویکردی ادغام‌یافته طراحی و ارائه می‌شود؛ به‌گونه‌ای که ارائه خدمات از سطح فرد، خانواده و جامعه و با تماس با نخستین سطح ارائه خدمت در مناطق شهری و روستایی آغاز می‌گردد. این خدمات عمده‌تأ شامل اقدامات پیشگیری اولیه و آموزش‌های سلامت‌محور برای مراجعین و جامعه بوده و در صورت نیاز، از طریق نظام ارجاع، خدمات تخصصی، فوق‌تخصصی، بستری و توان‌بخشی در

سطوح بالاتر تکمیل می‌شود. میان سطوح مختلف ارائه خدمت در شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت، روابطی پویا، مستمر و دوسویه برقرار است تا وضعیت سلامتی فرد به‌صورت دقیق تعیین شده و خدمات ارائه‌شده قابلیت رصد، پیگیری و ارزشیابی داشته باشد. داده‌های حاصل از ارائه خدمات سلامت در قالب پرونده الکترونیک سلامت ثبت و مدیریت می‌شود و بهره‌مندی از اطلاعات سلامت افراد، متناسب با نوع و سطح مداخلات، با رعایت اصول امنیت داده‌ها و حفظ حریم خصوصی امکان‌پذیر می‌گردد. ویژگی برجسته نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت، تأکید بر مشارکت فعال مردم است؛ به‌گونه‌ای که فرد، خانواده و جامعه در فرآیند تعریف‌شده خودمراقبتی نقش محوری ایفا می‌کنند. در همین راستا، «برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت» به‌عنوان سطح پایه این شبکه، با هدف به رسمیت شناختن و تقویت مشارکت فردی، گروهی و جمعی مردم در موقعیت‌های زندگی، کار و تحصیل آنان از جمله خانه، مدرسه، محل کار و محله توسعه یافته است. این برنامه توسط تیم سلامت فعال در شبکه PHC اجرا می‌شود و برای پیاده‌سازی آن نیازی به ایجاد ساختار سازمانی جدید نبوده و بر بهره‌گیری حداکثری از ظرفیت‌های موجود نظام شبکه خدمات سلامت تأکید دارد.

تثاٲ شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت



شکل ٤: نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

خودمراقبتی اجتماعی: سرمایه‌ای برای سلامت جامعه

ضرورت بازتعریف سلامت در جامعه امروز

سلامت در گسترده‌ترین و جامع‌ترین تعریف خود، صرفاً به معنای فقدان بیماری یا ناتوانی نیست؛ بلکه حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود این تعریف که از سوی سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است به صراحت بر اهمیت بعد اجتماعی سلامت به عنوان یکی از ارکان بنیادین و تفکیک‌ناپذیر آن تأکید دارد. در جوامع معاصر و به ویژه در جامعه ایران که با تحولات سریع اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مواجه است عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (Social Determinants of Health – SDH) از جمله فقر بیکاری نابرابری‌ها و شکاف‌های طبقاتی آلودگی‌های محیطی و فشارهای ناشی از سبک زندگی مدرن نقشی تعیین کننده و روز افزون در وضعیت سلامت افراد و گروه‌های اجتماعی ایفا می‌کنند. در چنین شرایطی اتکای صرف بر مداخلات سنتی و درمان محور نظام سلامت پاسخ‌گوی پیچیدگی‌ها و چالش‌های نوظهور سلامت جامعه نخواهد بود. هر چند نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران طی چهار دهه گذشته در حوزه‌هایی نظیر ارتقای شاخص‌های بهداشت عمومی گسترش برنامه‌های واکسیناسیون و کنترل بیماری‌های واگیر دستاوردهای قابل توجه و ارزشمندی داشته است اما در وضعیت کنونی با افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) گسترش مسائل روانی، اجتماعی و پیامدهای ناشی از الگوهای نامطلوب سبک زندگی مواجه است. این چالش‌ها ماهیتی چندبعدی داشته و ریشه در بسترهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه دارند. بر این اساس مواجهه مؤثر و پایدار با این مسائل مستلزم بازنگری در رویکردهای حاکم بر نظام سلامت و حرکت به سوی نگرشی جامع، پیشگیرانه جامعه‌نگر و

مشارکت محور است. پاسخ به این چالش ها نه صرفاً در توسعه زیرساخت های درمانی، افزایش ظرفیت بیمارستان ها یا تأمین دارو خلاصه می شود؛ بلکه در توانمندسازی آگاهانه جامعه، ارتقای سرمایه اجتماعی و تقویت نقش آفرینی شهروندان در فرآیند حفظ و ارتقای سلامت نهفته است. در این چارچوب مفهوم «خودمراقبتی» نیز نیازمند باز تعریف بوده و از سطح فردی فراتر رفته و به عرصه «خودمراقبتی اجتماعی» گسترش می یابد. خودمراقبتی اجتماعی بر مسئولیت پذیری جمعی، مشارکت فعال و آگاهانه مردم و نقش مؤثر افراد، خانواده ها و اجتماعات محلی در پیشگیری از بیماری ها، ارتقای سلامت و مدیریت مخاطرات سلامت تأکید دارد و می تواند به عنوان یکی از رویکردهای کلیدی در باز تعریف مفهوم سلامت و پاسخگویی اثربخش به چالش های سلامت جامعه امروز مورد توجه قرار گیرد.

از خودمراقبتی فردی تا خودمراقبتی اجتماعی

خودمراقبتی فردی مجموعه ای از اقدامات آگاهانه، مستمر و هدفمند است که افراد به منظور حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری از بروز بیماری ها و مدیریت مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت خود و خانواده انجام می دهند. این سطح از خودمراقبتی، به عنوان یکی از ارکان اساسی ارتقای سلامت، نقشی مهم و انکارناپذیر در کاهش بار بیماری ها و افزایش کیفیت زندگی ایفا می کند. با این حال خودمراقبتی فردی به طور ذاتی با محدودیت هایی مواجه است؛ به ویژه در شرایطی که عوامل تهدیدکننده سلامت ریشه در ساختارها، سیاست ها و شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی داشته باشند و فراتر از توان و اختیار فرد قرار گیرند. در این بستر مفهوم «خودمراقبتی اجتماعی» به عنوان گام تکامل یافته و مکمل خودمراقبتی فردی مطرح می شود. خودمراقبتی اجتماعی بر اقدامات جمعی، مشارکتی و سازمان یافته اعضای جامعه با

هدف حفظ، ارتقا و حفاظت از سلامت عمومی تاکید دارد. در این رویکرد، افراد یک اجتماع محلی، محله، شهر یا جامعه باید با درک مسئولیت مشترک نسبت به سلامت یکدیگر برای ایجاد محیطی سالم‌تر، ایمن‌تر و پایدارتر به صورت هم‌افزا و هماهنگ اقدام نمایند. خودمراقبتی اجتماعی فرآیندی است که طی آن جامعه با شناسایی مسائل و اولویت‌های سلامت محلی، بسیج منابع و ظرفیت‌های درون‌زا جلب مشارکت همه‌جانبه ذی‌نفعان، مطالبه‌گری آگاهانه برای دریافت خدمات مناسب‌تر و طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت نقش فعالی در مدیریت و بهبود وضعیت سلامت خود ایفا می‌کند این فرآیند زمینه‌ساز تقویت سرمایه اجتماعی، افزایش حس تعلق و اعتماد اجتماعی و ارتقای تاب‌آوری جامعه در مواجهه با مخاطرات سلامت می‌گردد. در چارچوب خودمراقبتی اجتماعی سلامت نه تنها یک موضوع فردی بلکه به عنوان یک «مؤلفه اجتماعی» و یک «کالای عمومی» تلقی می‌شود که حفظ و ارتقای آن مستلزم همبستگی، همکاری و مشارکت مستمر تمامی اعضای جامعه است. در این پارادایم، نقش نظام سلامت و کارکنان آن نیز از «ارائه‌دهنده صرف خدمات» به «تسهیل‌گر، توانمندساز و هدایت‌کننده فرایندهای اجتماعی سلامت‌محور» تغییر می‌یابد؛ نقشی که زمینه مشارکت مؤثر مردم و نهادینه‌سازی خودمراقبتی اجتماعی را فراهم می‌سازد.

خودمراقبتی اجتماعی

خودمراقبتی اجتماعی با هدف توانمندسازی جوامع مختلف برای توسعه محیط‌های سالم اجرا می‌شود و شامل موارد زیر است:

- ۱- توسعه مشارکت‌های پایدار و آگاهانه: جلب مشارکت داوطلبانه شهروندان، سازمان‌ها و نهادهای مؤثر در سلامت محله (شهر و روستا).
- ۲- ارتقای سلامت انسان‌ها: بهبود سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی ساکنان محله.

- ۳- افزایش سواد و فرهنگ سلامت: آموزش و ترویج سبک زندگی سالم در میان مردم محله.
- ۴- توانمندسازی و سازماندهی مردم: پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی سلامت و مشارکت در تصمیم‌گیری و حل مشکلات محله.
- ۵- تقویت سرمایه اجتماعی و امید: افزایش شادابی، اعتماد به نفس و احساس ارزشمند بودن مردم از طریق فعالیت‌های داوطلبانه و خیرخواهانه.
- ۶- تعامل و هم‌افزایی: ایجاد همکاری فعال بین مردم، بخش دولتی و غیردولتی و کارکنان ارائه‌دهنده خدمت برای پیگیری و اجرای برنامه‌ها بر اساس ظرفیت و نیاز محله.
- ۷- بسیج ظرفیت‌های مردمی: هدایت و مدیریت منابع و توانمندی‌های محلی برای حل مشکلات اولویت‌دار محله و دستیابی به اهداف توسعه پایدار.

محله سالم

محله سالم؛ سرمایه‌گذاری بر روی سرمایه اجتماعی برای سلامت همگانی

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و این رفاه در دسترس نخواهد بود مگر آنکه افراد بتوانند استعدادهای خود را محقق سازند، با استرس‌های معمول زندگی کنار بیایند، به شکل مولد و ثمربخش کار کنند و قادر به مشارکت در جامعه خود باشند. تحقق این تعریف آرمانی، مستلزم نگاهی کل‌نگر و همه‌جانبه است که در آن، سلامت تنها در مطب پزشکان و درون دیوارهای بیمارستان‌ها خلق نمی‌شود بلکه در بستر زندگی روزمره، در خانه‌ها، کوچه‌ها، محل‌های کار و به طور ویژه، در محله‌ها شکل می‌گیرد.

محله، به عنوان کوچک‌ترین و در عین حال ملموس‌ترین واحد

اجتماعی بعد از خانواده، بستری زنده و پویا است که تمامی عوامل تعیین کننده سلامت - از عوامل اجتماعی و اقتصادی گرفته تا کالبدی و محیطی - در آن تبلور می یابند. کیفیت هوا، دسترسی به فضاهای سبز و امکانات ورزشی، ایمنی معابر، قیمت و دسترسی به مواد غذایی سالم، پیوندهای اجتماعی، احساس تعلق و امنیت، همگی عواملی هستند که در سطح محله بر سلامت تک تک ساکنان آن تأثیر می گذارند؛ بنابراین، هرگونه سرمایه گذاری و برنامه ریزی برای ارتقای سلامت جامعه، ناگزیر باید ریشه در محله داشته باشد.

بر این اساس، رویکرد «محله سالم» به عنوان یک راهبرد اثربخش و پایدار در نظام سلامت ایران مورد تأکید قرار گرفته است. این رویکرد، تحولی اساسی از مداخلات مقطعی و درمان محور به سمت های مداخلات پایدار، پیشگیرانه و اجتماع محور را نشان می دهد.

محله سالم چیست؟

یک «محله سالم» محله ای است که با مشارکت فعال ساکنان، نهادهای محلی و سازمان های دولتی، شرایط فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی را به گونه ای فراهم می سازد که انتخاب گزینه های سالم را برای همه ساکنان، صرف نظر از سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی یا قومیت، آسان تر و در دسترس تر نماید. این محله جایی است که سلامتی در تمامی سیاست ها و برنامه های آن تبلور یافته و بهبود شاخص های سلامت به یک دغدغه و هدف جمعی تبدیل شده است.

حرکت به سمت محله سالم، تنها یک تغییر برنامه عملیاتی نیست؛ یک تغییر نگرش و تحول فرهنگی در نظام ارائه خدمات سلامت است. این مسیر، اگرچه چالش برانگیز است، اما پاداش آن، جامعه ای توانمند، سالم تر و تاب آورتر است که در آن سلامت، موهبتی انحصاری نیست، بلکه حقی همگانی است که توسط خود مردم و برای خود

مردم محقق می شود.

نقش محوری کارکنان سلامت در توانمندسازی جامعه

کارکنان نظام سلامت، از پزشکان خانواده گرفته تا بهورزان و مراقبان سلامت در خط مقدم تعامل با جامعه قرار دارند. آنان نه تنها دارای دانش تخصصی هستند، بلکه از اعتماد عمومی برخوردارند. این موقعیت منحصر به فرد، آنان را به بازیگران کلیدی در ترویج و اجرای خودمراقبتی اجتماعی تبدیل می کند.

اما این نقش جدید، مستلزم کسب مهارت ها و نگرش های جدیدی است:

◀ گذار از نگاه بیمارمحور به نگاه جامعه نگر: دیدن فراتر از فرد بیمار و درک بافت اجتماعی که بیمار در آن زندگی می کند.

◀ مهارت های تسهیل گری و رهبری جامعه محور: توانایی گرد هم آوردن مردم، ایجاد اعتماد، هدایت گفت وگوهای سازنده و کمک به جامعه برای یافتن راه حل های خودش.

◀ دانش ارتباطات و آموزش سلامت: توانایی انتقال پیام های سلامت به زبان ساده و قابل درک برای همه اقشار.

◀ شناسایی و بسیج منابع اجتماعی: توانایی شناسایی ظرفیت ها، سرمایه ها و رهبران محلی و ایجاد ارتباط بین آنها.

بنابراین، نقش کارکنان نظام سلامت، در این فرآیند، نقشی کلیدی و تسهیل گرانه است. کارکنان نظام سلامت نه به عنوان مجری مطلق، بلکه به عنوان تسهیل گر، مربی، رابط و پشتیبان جامعه محلی عمل خواهند کرد تا ظرفیت های درونی محله برای مدیریت سلامت خودش شکوفا شود.

هدف این دستورالعمل، تجهیز کارکنان نظام سلامت با دانش و ابزارهای لازم برای ایفای این نقش نوین است. دستورالعمل، حاضر قصد دارد نشان دهد که چگونه کارکنان سلامت می توانند کاتالیزوری برای تحرک اجتماعی حول محور سلامت باشند.

اسناد بالادستی

حیطه	شرح
سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری	- بند ۱ جزء ۲ (آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه) - بند ۲ (تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان.....) - بند ۱۱ (افزایش آگاهی، مسؤولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران	بالا بردن سطح آگاهی‌های عمومی در همه زمینه‌ها، مشارکت عامه مردم در تعیین سرنوشت، رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه، ایجاد رفاه و رفع فقر و بر طرف ساختن هر نوع محرومیت، تأمین نیازهای اساسی
قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۳-۱۴۰۷)، بند ۳ ماده ۸۵	در راستای شناسایی و ساماندهی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت‌های شهری، حاشیه شهرها و سکونتگاه‌های غیررسمی اقدامات ذیل با محوریت وزارت کشور از طریق سازمان تابعه ذی‌ربط و استفاده حداکثری از ظرفیت گروه‌های جهادی، حلقه‌های میانی و ساکنان از طریق نهادهای پیشرفت و توسعه محلی مردمی قانونی، با هماهنگی سازمان بسیج مستضعفین و با رعایت قوانین در این مناطق صورت می‌گیرد.

شرح	حیطه
برای ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایتمندی بیماران اقدامات زیر انجام می‌گیرد: الف- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با هدف ایجاد نظام هوشمند اطلاعات سلامت و استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر الکترونیکی، ظرف دو سال از لازم‌الاجرا شدن این قانون، با آماده‌سازی مراکز امن داده و استقرار امضای الکترونیکی، کلیه سامانه‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات و کالای سلامت از جمله سامانه‌های بیمارستانی، نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی سرپایی، نرم‌افزارهای حوزه بهداشتی (سطح اول خدمات سلامت)، سامانه پایش و ممیزی اسناد سلامت و سامانه‌های خودمراقبتی را به‌صورت یکپارچه به یکدیگر متصل نموده	قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۳-۱۴۰۷)، ماده ۶۹
- سطحبندی خدمات و تقویت و کارآمدسازی «نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت» از طریق اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع - ارتقای بهره‌وری و بهره‌مندی عادلانه به خدمات سلامت، در نظر گرفتن اولویت پیشگیری بر درمان، ارتقای شاخص‌های بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات سلامت ضروری	قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۳-۱۴۰۷)، ماده ۷۰
چ- سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت مکلفند در طول اجرای برنامه، حداقل پنج درصد (۵٪) از اعتبارات مصوب سالانه خود را جهت ارتقای اصول پیشگیری در سطح جامعه در موارد خودمراقبتی (پایش عوامل خطر متابولیک)، ورزش، تغذیه سالم، بهداشت روان و مهار (کنترل) مصرف دخانیات بر اساس اطلاعات موجود در پایگاه ملی سلامت یا پرونده الکترونیکی سلامت در قالب مشوق‌های مختلف برای بیمه-شدگان از جمله تخفیف در حق بیمه هزینه نمایند.	قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۳-۱۴۰۷)، ماده ۷۳
بند ۱: تربیت انسان‌های سالم، باانگیزه، شاداب، متدین، وطن دوست، جمع‌گرا، نظم‌پذیر و قانون‌گرا	سیاست‌های کلی آمایش سرزمین
ابلاغ بسته خدمت خودمراقبتی به عنوان پنجمین برنامه ملی تحول سلامت در تاریخ ۱۳۹۴/۰۷/۱۸ طی نامه شماره ۳۰۰/۱۱۳۶ به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور	بسته خدمت خودمراقبتی

شرح	حیطه
بند ۶: ارتقای امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی به ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی های زیست محیطی و بیماری ها	سیاست های کلی جمعیت
راهبرد ۲۰ - ویراست نخست (۱۴۰۱): ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH) در نظام مراقبت های اولیه سلامت	سند تقویت نظام شبکه بهداشتی و درمانی
استراتژی توانمندسازی مردم و ترویج فرهنگ سلامت و سواد سلامت به منظور مراقبت از خود	سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴
تعیین سازوکارهای توسعه سواد سلامت در خانه، مدرسه، محل کار و سایر موقعیت های مبتنی بر جامعه	چارچوب ملی آرایه خدمات برای ترویج سبک زندگی سالم در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ۹۶
ارتقای آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد مردم برای مراقبتی فعال از سلامت خود، خانواده و جامعه	اهداف سند برنامه ارتقای فرهنگ سلامت
بند ۷ مصوبات پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (آذر ماه ۱۳۹۶): وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور اطلاع رسانی و ارتقای سواد سلامت با تاکید بر امنیت غذا و تغذیه و بیماری های غیر واگیر از قابلیت های کلیه ساختارها و نهادهای اجتماعی از جمله سازمان های مردم نهاد سلامت (سمن) طی یک برنامه جامع استفاده نماید.	مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

اهداف:

۱. ساماندهی و توسعه مشارکت‌های پایدار، آگاهانه و داوطلبانه شهروندان و سازمان‌ها و نهادهای اثرگذار در سلامت محله و توسعه انسانی
۲. تقویت مشارکت مردم در شناخت نیازها و مسایل حوزه سلامت محله، تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری، پایش و اجرای فعالیت‌ها و برنامه‌های محله‌محور
۳. ترویج فرهنگ سلامت و سبک زندگی سالم
۴. ارتقای سطح سواد سلامت ساکنان محله
۵. تقویت شادابی و امید در مردم محله از طریق بهبود شرایط اجتماعی و محیطی و ترویج سبک زندگی سالم
۶. جلب مشارکت ساختارمند، آگاهانه و داوطلبانه مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله
۷. ترغیب ساکنان محله به مشارکت و حضور در فعالیت‌های فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر سلامت
۸. پیاده‌سازی برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی در محله به‌منظور افزایش سطح سلامت در همه ابعاد
۹. بسیج، هدایت و مدیریت ظرفیت‌های مردمی در حل مشکلات اولویت‌دار محله
۱۰. تقویت روحیه خودباوری، اعتماد به نفس و احساس ارزشمند بودن مردم از طریق مشارکت در انجام کارهای داوطلبانه و خیرخواهانه
۱۱. ایجاد تعامل و هم‌افزایی میان مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی
۱۲. تعامل فعال میان مردم و کارکنان ارائه دهنده خدمت در پیگیری و اجرای مداخلات و برنامه‌های سلامت محله محور

راهنماها:

- استقرار شبکه حمایت از مداخلات خودمراقبتی
- هماهنگی درون و بین بخشی
- آموزش و ظرفیت سازی برای توسعه مداخلات خودمراقبتی در درون و بیرون بخش سلامت
- جلب حمایت همه جانبه
- آموزش و توانمندسازی شوراهای ارتقای سلامت محله
- آموزش و توانمندسازی مردم
- پایش و ارزشیابی برنامه
- تمرکز بر گروه های آسیب پذیر و اقشار نیازمند
- تمرکز بر مداخلات اثربخش و مقرون به صرفه در اجرا
- توسعه مداخلات منطقی و متکی بر شواهد



فصل دوم

ساختار برنامه خودمراقبتی اجتماعی



ساختار برنامه خودمراقبتی اجتماعی

رویکرد حاکم بر ساختار ستادی

به منظور چابک سازی ساختار اجرایی، جلوگیری از ایجاد ساختارهای موازی، استفاده حداکثری از ظرفیت های موجود نظام سلامت و شوراهای فرابخشی و ارتقای اثربخشی برنامه، در اجرای برنامه خودمراقبتی اجتماعی (محلّه سالم) هیچ گونه کارگروه و دبیرخانه مستقل در سطوح مختلف ایجاد نمی گردد و بر این اساس، هماهنگی، پیگیری، پایش و نظارت برنامه در هر سطح، در چارچوب وظایف مصوب، بر عهده مدیرکل دفتر / مدیر گروه / کارشناس مسئول واحد آموزش و ارتقای سلامت در همان سطح خواهد بود.

ارکان اجرایی در سطح محلّه ای:

۱. هیات امنای محلّه (در مرکز خدمات جامع سلامت)
۲. شورای ارتقای سلامت محلّه (در پایگاه سلامت / خانه بهداشت)

ساختار ستادی

در سطح ملی

هماهنگ کنندگان ملی:

مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت و رئیس مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شرح وظایف:
هماهنگ کنندگان ملی به عنوان مرجع مسئول برنامه در سطح ملی، وظایف زیر را بر عهده دارد:

۱. هماهنگی و راهبری کلان

تدوین، بازنگری، ابلاغ و نظارت بر اجرای دستورالعمل‌ها، ضوابط و چارچوب‌های اجرایی برنامه خودمراقبتی اجتماعی (محله سالم)

اطمینان از انطباق برنامه با اسناد بالادستی، سیاست‌های کلی سلامت و قوانین و مقررات جاری کشور

۲. هماهنگی درون بخشی

مکاتبه و هماهنگی با معاون بهداشت وزارت بهداشت به منظور طرح برنامه، اخذ حمایت‌های لازم و درخواست تشکیل جلسات درون بخشی با مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت

پیگیری و ابلاغ مصوبات جلسات درون بخشی به سطوح تابعه

۳. هماهنگی و تعاملات برون بخشی

پیگیری همکاری‌های بین بخشی مرتبط با برنامه از طریق دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروه فرهنگ سلامت و شورای فرهنگ عمومی

طرح موضوعات مرتبط با برنامه در شوراهای ملی ذی ربط و تسهیل جلب مشارکت دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای ملی مؤثر بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

۴. پایش، نظارت و ارزشیابی

طراحی و استقرار نظام پایش و ارزشیابی ملی برنامه دریافت، تحلیل و جمع‌بندی گزارش‌های ادواری دانشگاه‌های علوم پزشکی و ارائه بازخوردهای اصلاحی

مستندسازی و گزارش دهی

مستندسازی تجارب، دستاوردها و چالش‌های اجرایی برنامه

تهیه و ارائه گزارش‌های تحلیلی به مراجع ذی صلاح

در سطح دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

مسئول هماهنگ کننده:

مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

شرح وظایف

مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، مسئول راهبری و نظارت بر اجرای برنامه در سطح تحت پوشش بوده و وظایف زیر را عهده دار است:

۱. مدیریت و هدایت برنامه

برنامه ریزی، هدایت و نظارت بر حسن اجرای برنامه خودمراقبتی اجتماعی (محلله سالم) در سطح شهرستان ها و محلات تابعه
ابلاغ الزامات اجرایی و دستورالعمل های مرتبط به شبکه ها یا مراکز بهداشت و درمان

۲- هماهنگی درون بخشی

مکاتبه با معاون بهداشت دانشگاه / دانشکده به منظور طرح برنامه و درخواست تشکیل جلسات درون بخشی با گروه های تخصصی معاونت بهداشت

ایجاد هماهنگی لازم میان واحدها و گروه های تخصصی معاونت بهداشت در اجرای برنامه

۳. هماهنگی و پیگیری همکاری های برون بخشی

پیگیری تعاملات و همکاری های بین بخشی برنامه از طریق دبیرخانه شورای سلامت و امنیت غذایی استان و شوراهای فرهنگ عمومی استان
طرح مسائل و اولویت های سلامت محلات در جلسات شورای راهبری استان / شورای ادارات / شوراهای فرهنگ عمومی استان / شورای سلامت و امنیت غذایی و پیگیری مصوبات مربوطه

۴. توانمندسازی و پشتیبانی فنی

برنامه ریزی و نظارت بر آموزش و توانمندسازی کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت شهرستان ها

ارائه پشتیبانی فنی در فرایندهای نیازسنجی، برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی و ارزشیابی

۵. پایش و گزارش دهی

پایش مستمر اجرای برنامه در سطح شهرستان ها
جمع بندی و ارسال گزارش های ادواری به دفتر آموزش و ارتقای سلامت
وزارت بهداشت

در سطح شهرستان:

مسئول هماهنگ کننده:

کارشناس مسئول واحد آموزش و ارتقای سلامت شبکه بهداشت و درمان
شهرستان

شرح وظایف

کارشناس مسئول واحد آموزش و ارتقای سلامت شهرستان، مسئول
هماهنگی و نظارت مستقیم بر اجرای برنامه در سطح محلات بوده و وظایف
زیر را بر عهده دارد:

۱. مدیریت اجرایی برنامه

هدایت و نظارت بر اجرای برنامه در مراکز خدمات جامع سلامت،
پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت
نظارت بر تشکیل و فعالیت شوراهای ارتقای سلامت محله
تشکیل گردهمایی سالانه رؤسای شوراهای ارتقای سلامت محله ها

۲. هماهنگی درون بخشی

مکاتبه با معاون بهداشت / رئیس مرکز بهداشت شهرستان به منظور
طرح برنامه و درخواست تشکیل جلسات درون بخشی با واحدهای تخصصی
به منظور ارایه نتایج و گزارش برنامه

پیگیری اجرای مصوبات جلسات درون بخشی در سطح شهرستان
ارتباط مستمر با مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه / دانشکده

۳. هماهنگی و تعاملات برون بخشی

پیگیری همکاری های بین بخشی از طریق دبیرخانه شورای سلامت و
امنیت غذایی شهرستان / کمیته حمایت و راهبری شهرستان / شورای ادارات

فرمانداری شهرستان

طرح مسائل و اولویت‌های سلامت محلات در جلسات شورای سلامت و امنیت غذایی شهرستان / شورای ادارات فرمانداری شهرستان و پیگیری مصوبات مربوطه

۴. توانمندسازی و پشتیبانی فنی

برنامه ریزی و نظارت بر آموزش و توانمندسازی کارکنان سطوح محیطی مشارکت کننده در اجرای برنامه شامل پزشک، مراقب ناظر، مراقب سلامت / بهورز

ارایه پشتیبانی فنی در فرآیندهای اجرایی برنامه

۵. پایش، مستندسازی و گزارش دهی

پایش مستمر فعالیت‌های مرتبط با برنامه در سطح محلات تهیه و ارسال گزارش‌های دوره‌ای به سطح دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

مستندسازی تجارب و اقدامات انجام شده

نظارت بر کار کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت

نظارت بر عملکرد هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت

ساختار اجرایی

۱. هیات امنای مرکز

در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهری، شهری روستایی و روستایی، هیات امنای مرکز با ساختار، وظایف و گردش کار مشخص تشکیل می‌گردد. به منظور انجام وظایف تعیین شده هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت شهر و خانه بهداشت در روستا بر اساس ظرفیت‌های مردمی و سازمانی فعال در محله، متشکل از اعضای ذیل تشکیل می‌گردد:

رئیس مرکز خدمات جامع سلامت: رئیس هیات امنا

کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت: دبیر هیات امنا

نمایندگان ائمه جماعات مساجد (۱ نفر).

نماینده معتمدین (۱ نفر).

- ▶ نماینده سمن های فعال (۱ نفر).
- ▶ نماینده گروه های جهادی (۱ نفر).
- ▶ نماینده هیات مذهبی و قرآنی (۱ نفر).
- ▶ نمایندگان پایگاه های بسیج (۱ نفر).
- ▶ نماینده خیریه ها (۱ نفر).
- ▶ نماینده مدارس (۲ نفر، یک نفر از مدارس دخترانه و یک نفر از مدارس پسرانه).
- ▶ نماینده شهرداری / دهیاری منطقه تحت پوشش (۱ نفر).
- ▶ نماینده داوطلبان سلامت محله با تایید مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه سلامت / خانه بهداشت (۲ نفر)
- ▶ رابط شورای اسلامی شهر / روستا (۱ نفر).
- ▶ نماینده کلانتری (۱ نفر).
- ▶ نماینده خانه هلال (۱ نفر)
- ترکیب اعضای اصلی هیات امنای بر اساس ظرفیت ها و ویژگی های محله ها حداقل ۷ نفر می باشد.
- ابلاغ رئیس هیات امنای از طرف مدیر شبکه بهداشت و درمان / رئیس مرکز بهداشت شهرستان صادر می شود.
- تبصره: در مراکز خدمات جامع سلامت شهری که کارشناس ناظر وجود ندارد. به تشخیص رئیس مرکز یک نفر از کارکنان به عنوان دبیر هیات امنای انتخاب می گردد.

شرح وظایف هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت:

- ▶ جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی و حمایت از برنامه های سلامت عمومی
- ▶ هماهنگی با مسوولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت و رفع عوامل خطرزای محیطی
- ▶ طرح مسایل و مشکلات سلامتی منطقه و یافتن راه حل های علمی و اجرایی برای آنها
- ▶ آموزش و اطلاع رسانی در مورد وظایف، برنامه های سلامت و خدمات قابل

ارائه در پایگاه‌های سلامت و مرکز دریافت گزارش از اولویت‌های سلامت محله بر اساس نتایج نیازسنجی سلامت محله و برنامه ارتقای سلامت تدوین شده محله هر سه ماه یک بار

برگزاری جلسه دوره‌ای هیات امنای با تواتر هر ۳ ماه یکبار
نظارت و رصد روند شناسایی ظرفیت‌ها، منابع و نقاط ضعف و قوت محله
مدیریت بهینه منابع و هدایت آن‌ها به سمت پیاده‌سازی برنامه‌های اولویت‌دار سلامت محله
ساماندهی، هم‌افزایی، هم‌سویی و حل اختلاف نظر شوراهای ارتقای سلامت محله‌ها
مطالبه‌گری از ادارات، سازمان‌ها و متولیان امر مرتبط
پاسخ به درخواست منابع از طرف شوراهای ارتقای سلامت محله‌ها
نظارت‌های هیات امنای بر حسن اجرای برنامه‌های شوراهای ارتقای سلامت محله
بسترسازی لازم به منظور تحقق شهر سالم از طریق ایجاد محله‌های سالم

۲. شورای ارتقای سلامت محله

برای ارتقای سلامت محله‌ها با لحاظ نمودن عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت و به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) و ارتقای سلامت محله ضروری است از تمامی ظرفیت‌های محله بهره‌گرفت. در این دستورالعمل، با در نظرگیری ظرفیت‌های بومی و اجتماعی ایران، ساختاری منسجمی برای اجرای موفق این رویکرد پیشنهاد می‌دهد. طبق دستورالعمل خودمراقبتی اجتماعی (محله سالم) در هر محله شورای ارتقای سلامت محله راه‌اندازی می‌شود. این شورا، هسته مرکزی حکمرانی سلامت در سطح محله است.

شورا متشکل از نمایندگان ساکنان محله اعم از افراد معتمد، ریش سفیدان و افراد توانمند محله، نهادهای محلی (مانند مسجد، بسیج، هیات‌های

مذهبی، سازمان‌های مردم‌نهاد و...) و نمایندگان سازمان‌های دولتی فعال در محله (مانند پایگاه سلامت، خانه بهداشت، مدرسه، ناحیه شهرداری و...) است. وظیفه اصلی این شورا، تعیین اولویت‌های سلامت محله، تدوین برنامه ارتقای سلامت محله مبتنی بر برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی، اجرا و ارزیابی برنامه و ایجاد پیوند بین منابع رسمی و غیررسمی محله است. این شورا نقشه راه سلامت محله را ترسیم می‌کند.

همچنین شورای ارتقای سلامت محله در راستای حساس‌سازی و ارتقای سلامت ساکنان محله، شناسایی، گزارش و پاسخ اولیه به تهدیدات زیستی (community based surveillance) از طریق جلب مشارکت‌های مردمی، توسعه شبکه‌های اجتماعی و همکاری بین‌بخشی در سطح محله فعالیت می‌نماید. در این دستورالعمل، شورای ارتقای سلامت محله در سطح پایگاه سلامت و خانه بهداشت تشکیل می‌گردد.

اهداف:

- ▶ جلب مشارکت ساختارمند، آگاهانه و داوطلبانه مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله
- ▶ تقویت شادابی و امید در ساکنین محله از طریق بهبود شرایط اجتماعی و محیطی و ترویج سبک زندگی سالم ایرانی اسلامی
- ▶ سازماندهی و توانمندسازی مردم در پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی سلامت و افزایش سواد سلامت
- ▶ بسیج، هدایت و مدیریت ظرفیت‌های مردمی و مشارکت سازماندهی شده احاد مردم در تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی حوزه سلامت در راستای حل مشکلات محله
- ▶ تقویت روحیه خودباوری، اعتماد به نفس و ارزشمندی و احساس تعلق به محله در ساکنان از طریق مشارکت در انجام کارهای داوطلبانه و خیرخواهانه
- ▶ افزایش اعتماد و ایجاد تعامل و هم‌افزایی میان مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی

تعامل فعال میان مردم و کارکنان ارایه دهنده خدمت در پیگیری و اجرا و نظارت بر مداخلات و برنامه‌های سلامت محور محله متبوع

ساماندهی، آسیب شناسی و نیازسنجی سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت خانوارهای ساکن

افزایش آمادگی، اعلام هشدار سریع، ساماندهی پاسخ و مداخلات افزایش تاب‌آوری محله در حوزه زیستی با رویکرد مردم محور

ارتقای مهارت‌های رفتاری شهروندان در پیشگیری و مواجهه با بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی و اجتماعی

آموزش و مشاوره در راستای تحکیم بنیان خانواده و جوانی جمعیت

شورای ارتقای سلامت محله اولین واحد مشارکت ساختارمند مردم در بهداشت است که تحت نظارت هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت به صورت تعاملی، مشارکتی، شبکه‌ای و فعالیت‌های تیمی، به اجرای برنامه‌های محله محور از جمله برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌پردازند.

مشارکت مردم در شورای ارتقای سلامت محله

مشارکت مردم در شوراهای ارتقای سلامت محله آگاهانه، داوطلبانه، مسوولانه و عادلانه است.

مشارکت آگاهانه: مردم نسبت به دلیل حضور در شورا و نقش شورا در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت آگاهی دارند.

مشارکت داوطلبانه: مردم بدون هیچ چشم داشتی و به صورت داوطلبانه در اجرای امور شورا مشارکت دارند.

مشارکت مسوولانه: مردم از تأثیر فعالیت شورا بر زندگی خود و جامعه آگاهی کامل دارند و در پیشبرد اهداف شورا از هیچ کمکی دریغ نمی‌کنند.

مشارکت عادلانه: حضور و مشارکت ساکنان محله در شورا برای تمامی احاد جامعه یکسان است و هر شخص علاقه‌مندی می‌تواند با شورا همکاری کند.

اعضای شورای ارتقای سلامت محله

در محله، شورای ارتقای سلامت محله با ترکیب اعضای ذیل تشکیل می شود:

- ▶ امام جماعت مساجد محله، ۱ نفر؛
- ▶ مسئول پایگاه سلامت (تسهیلگر)
- ▶ نماینده پزشکان خانواده مستقر در محله
- ▶ افراد شاخص و معتمد محلی، ۲ نفر؛
- ▶ داوطلب سلامت، ۲ نفر؛
- ▶ نماینده تشکل های مردمی، ۱ نفر؛
- ▶ کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت، ۱ نفر؛
- ▶ سازمان های دولتی همکار (آموزش و پرورش، بسیج، کلانتری، ناحیه شهرداری، بهزیستی و کمیته امداد و...)، ۶ نفر؛
- ▶ **تبصره ۱:** از میان اعضای شورا یک نفر به انتخاب اعضا به عنوان رئیس شورا، انتخاب می شود.

تبصره ۲: دبیر شورای ارتقای سلامت محله یکی از کارکنان آموزش دیده شبکه بهداشت (در پایگاه سلامت شهری مراقب سلامت منتخب و در خانه بهداشت بهورز) به انتخاب مرکز خدمات جامع سلامت است که می بایست هسته اولیه همکاری های بین بخشی نهادهای دولتی و غیردولتی (از جمله سمن ها و...) را به منظور تشکیل شورای ارتقای سلامت محله تشکیل دهد.

توجه: شورای ارتقای سلامت در سطح محله تشکیل می گردد، به شرط آنکه آن محله یک پایگاه سلامت داشته باشد. اگر محله ای پایگاه سلامت نداشته، تمام ساختار تدوین شده برای محله را خواهد داشت؛ ولی به صورت مشترک با محله کناری خود که پایگاه سلامت دارد، شورای ارتقای سلامت خواهد داشت؛ بنابراین ما در سطح شهر به ازای هر پایگاه سلامت یک شورای ارتقای سلامت محله خواهیم داشت.

محورهای فعالیت و مسئولیت شورای ارتقای سلامت محله عبارت اند از:

◀ جلب مشارکت مردم و همکاری‌های بین‌بخشی در فعالیتهای مرتبط با سلامت

◀ شناخت توانمندی‌های مردم و ظرفیتهای بالقوه و بالفعل محله
◀ توانمندسازی مردم داوطلب همکاری در شورا با همکاری دانشگاه و نمایندگان دستگاه‌های مرتبط
◀ تشکیل گروه‌های خودیار در سطح محله بر اساس ظرفیت و نیاز محله (دستورالعمل پیوست)

◀ نیازسنجی سلامت و تعیین مسائل اولویت‌دار محله، هدف‌گذاری، تدوین برنامه ارتقای سلامت محله و تقسیم کار اقدامات محلی میان مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی بر اساس برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی
◀ مدیریت شایعات و اطلاعات نادرست تأثیرگذار در شکل‌گیری رفتار سالم (مدیریت اینفودمی در شرایط اضطراری بهداشتی)

◀ ایفای نقش محوری در ارتباطات استراتژیک سلامت (پویش، بسیج اجتماعی و...)

◀ مطرح نمودن اولویتهای احصا شده توسط شورا در جلسات هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت و پیگیری اجرای مصوبات بر حسب مورد
◀ تشکیل منظم جلسات ماهانه شورای ارتقای سلامت محله، پیگیری و ارزشیابی مصوبات از طریق مشارکتهای داوطلبانه و حمایت‌طلبی مسئولان در سطوح محله

◀ تهیه و ارسال گزارش اقدامات شورای ارتقای سلامت محله به شکل مستمر به مرکز خدمات جامع سلامت
◀ تشکیل منظم جلسات شورای ارتقای سلامت محله

◀ شنود اجتماعی و تعیین مشکلات و مسائل مهم محله، در زمان بحران
◀ تعامل و همکاری با هیات امنای محله برای تسهیل کارها در سطح محله
◀ تعامل با مرکز خدمات جامع سلامت محله

◀ تشویق و ترغیب ساکنان و سرخوشه‌های محله برای مشارکت و همکاری‌های لازم

«حل مشکل محله از طریق ظرفیت‌های محله به‌ویژه شهروندان؛ حمایت و هدایت کلیه برنامه‌های ارتقای سلامت محله برای اجرا در سطح محله

«مستندسازی پیشرفت مداخلات تصویب شده در سطح محله با استفاده از مشارکت مردم محله و ارسال گزارش فعالیت‌ها به‌صورت سه‌ماهه به هیات امنای

«ارائه تجربیات موفق محله در جلب مشارکت مردم در گردهمایی سالانه شوراهای ارتقای سلامت محلات به نام «شبکه محله‌های سالم»
تبصره: تدوین صورت جلسه ماهانه شورای ارتقای سلامت محله به عهده دبیر شورای ارتقای سلامت محله خواهد بود.

رئیس شورای ارتقای سلامت محله:

از میان اعضای شورا یک نفر به انتخاب اعضا به عنوان رئیس انتخاب می‌شود که وظیفه رئیس شورا به شرح زیر است:

۱. حمایت‌طلبی، هم‌افزایی و جلب مشارکت مردم، معتمدین و ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل مالی و انسانی محله

۲. مطرح نمودن اولویت‌های احصا شده و نیاز به هماهنگی با مسوولین سطوح بالا در جلسات شورای ارتقای سلامت و پیگیری حل مشکلات مطرح شده حسب مورد

۳. مشارکت در برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی

۴. نظارت بر اطلاع‌رسانی مؤثر، مستمر، رضایت‌بخش و به موقع به ذی‌نفعان و اعضای محله در خصوص نتیجه مداخلات انجام شده از طریق انواع ارتباطات شامل مکاتبات، پست الکترونیک، پیامک، تلفنی

۵. ارائه تجربیات موفق سایر محله‌ها در مشارکت مردم از طریق گردهمایی‌های سالانه

۶. نوآوری و پیشنهاد مداخلات اثربخش سلامت با استفاده از ظرفیت‌های محله

۷. نظارت بر تهیه و ارسال گزارش اقدامات انجام شده در شورا به

- هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت
۸. نظارت بر فرایند اجرایی شورای ارتقای سلامت محله
۹. مشارکت در خودارزیابی اقدامات شورای ارتقای سلامت محله

دبیر شورای ارتقای سلامت محله:

وظایف دبیر شورا:

۱. همکاری در حمایت طلبی، هم افزایی و جلب مشارکت مردم، معتمدین و ظرفیت های بالقوه و بالفعل مالی و انسانی محله
۲. مشارکت در برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی
۳. مستندسازی اقدامات انجام شده با استفاده از مشارکت مردم محله
۴. اطلاع رسانی مؤثر، مستمر، رضایت بخش و به موقع به ذی نفعان و اعضای محله در خصوص نتیجه مداخلات انجام شده از طریق انواع ارتباطات شامل مکاتبات، پست الکترونیک، پیامک، تلفنی
۵. پیگیری و اطلاع رسانی اجرای مصوبات جلسات شورای ارتقای سلامت به اعضای محله
۶. نوآوری و پیشنهاد مداخلات اثربخش سلامت با استفاده از ظرفیت های محله
۷. تهیه و ارسال گزارش اقدامات انجام شده در شورا به هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت
۸. مشارکت در خودارزیابی اقدامات شورای ارتقای سلامت محله

مکان تشکیل شورای ارتقای سلامت محله

این شورا با استفاده از ظرفیت های اماکن مرتبط به اعضای دولتی و غیردولتی شورای ارتقای سلامت محله از جمله سرای محله شهرداری، مسجد، حسینیه، پایگاه سلامت، خانه بهداشت و اماکن اهدا شده توسط افراد سرشناس و معتمد محله اهدا شده، تشکیل می شود. در صورت تشکیل شورای پیشرفت محله طبق دستورالعمل سازمان امور اجتماعی وزارت کشور و وزارت کشور، مسجد به عنوان مکان تشکیل شورای ارتقای سلامت محله معرفی شده است.



فصل سوم

فرایند اجرایی برنامه خودمراقبتی اجتماعی در پایگاه سلامت و خانه بهداشت



فرایند اجرایی راه اندازی و استقرار محله سالم

پیش از آغاز فرایند اجرایی راه اندازی محله سالم، مراقب سلامت / بهورز موظف است وضعیت موجود محله را از نظر تشکیل «شورای پیشرفت محله» که در «برنامه اقدام شبکه مدیریت محله محور» که توسط سازمان امور اجتماعی وزارت کشور برای راه اندازی در سطح محلات ابلاغ شده، بررسی نماید.

در صورتی که شورای پیشرفت محله در آن محله تشکیل شده باشد، باید در قالب و با بهره گیری از ظرفیت های همان شورای برنامه های مورد نظر در سطح محله انجام شود و نیازی به تشکیل شورای ارتقای سلامت محله به صورت جداگانه نیست و از ظرفیت شورای پیشرفت محله و کمیته بهداشت و سلامت استفاده شود به گونه ای که از ساختارهای موجود برای هماهنگی میان دستگاه ها، نهادها و مردم استفاده گردد و از موازی کاری و دوباره کاری جلوگیری شود.

در صورتی که شورای پیشرفت محله در محله مورد نظر تشکیل نشده باشد، مراقب سلامت موظف است فرایند راه اندازی شورای ارتقای سلامت محله را از ابتدا مطابق با مراحل این دستورالعمل اجرا نماید.

هدف از این رویکرد، هم افزایی میان برنامه های محله محور دستگاه های مختلف و تمرکز اقدامات سلامت محور در چارچوب نظام واحد محله ای است.

فرایند اجرایی برنامه خودمراقبتی اجتماعی در پایگاه سلامت و خانه بهداشت

- ۱ • تعیین مراقب سلامت / بهورز به عنوان تسهیلگر
- ۲ • تشکیل شورای ارتقای سلامت محله
- ۳ • برگزاری کارگاه آموزشی برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی
- ۴ • ارزیابی محله
- ۵ • تهیه شناسنامه محله
- ۶ • انجام نیازسنجی و اولویت بندی
- ۷ • تدوین برنامه ارتقای سلامت محله
- ۸ • اجرای برنامه ارتقای سلامت محله
- ۹ • خودارزیابی و اصلاح برنامه
- ۱۰ • ارسال گزارش از طریق سامانه خودمراقبتی اجتماعی
- ۱۱ • ارزشیابی خارجی

۱. تعیین مراقب سلامت (در سطح پایگاه سلامت / خانه بهداشت)

ابتدا برای اجرای این برنامه یکی از مراقبان سلامت / بهورز آموزش دیده و دارای ظرفیت و مهارت مناسب برای تیم سازی، برقراری ارتباط و جلب مشارکت مردم و مسئولین محلی و ترجیحاً ساکن محله، با ابداع رئیس مرکز بهداشت شهرستان (به پیشنهاد کارشناس ناظر و تایید کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان) به عنوان مجری محلی مشارکت اجتماعی و عامل پیاده سازی برنامه خودمراقبتی اجتماعی و توانمندسازی اجتماع محور انتخاب می گردد. این مراقب سلامت / بهورز در طول فرایند علاوه بر اجرای برنامه های آموزشی و توانمندسازی داوطلبان و سفیران سلامت بر روند پیاده سازی برنامه نظارت خواهد داشت.

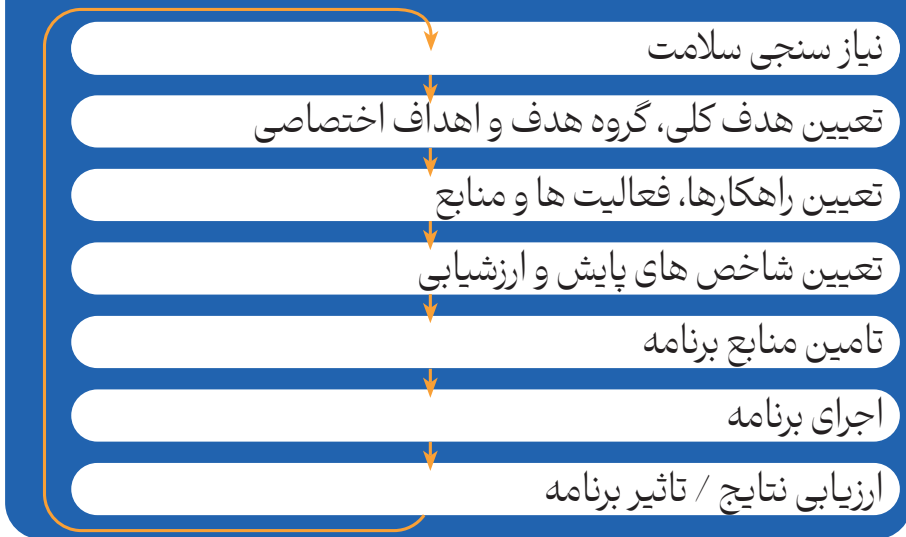
۲. تشکیل شورای ارتقای سلامت محله

مراقب سلامت / بهورز با دعوت از افراد در یک جلسه عمومی، ضمن تشریح برنامه، از آنها برای همکاری و ایجاد ائتلاف محلی با نام «شورای ارتقای سلامت محله» دعوت می کند. اعضای شورای ارتقای سلامت محله طبق دستورالعمل مشخص است. (در بخش ساختار به آن اشاره شده است). در صورت امکان می توان یک مکان به عنوان دفتر «شورای ارتقای سلامت محله» را با توجه به ظرفیت های محلی تهیه کرد و یا از فضای پایگاه سلامت برای برگزار جلسات شورا استفاده کرد.

۳. برگزاری کارگاه آموزشی برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی

در این مرحله برای اعضای شورای ارتقای سلامت محله کارگاه آموزشی برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای آشنایی آنها با فرایند برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت، برگزار می گردد. دوره به صورت کارگاه آموزشی و به مدت ۸ ساعت (یک کارگاه ۱ روزه) برگزار گردد.

مراحل برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت



۴. ارزیابی محله

شورای ارتقای سلامت محله بر طبق آموزش های فراگرفته در کارگاه های آموزشی، «تیم های مشاهده و مصاحبه» را از بین خود تشکیل داده و اقدام به شناسایی منابع مختلف محله (فیزیکی، انسانی، اجتماعی و سازمانی) می نماید و در نقشه محله این منابع را جانمایی می کند. همچنین باید در این مرحله، جدول شناسایی ذی نفعان را اعم از دولتی و غیردولتی تهیه کند. در انجام این مرحله تهیه نمودارها و جداول و نقشه محله بهتر است که بر روی کاغذهای بزرگ صورت گیرد تا قابل نمایش برای مردم محله و ذی نفعان در آینده باشد. این اقدامات را می توان با استفاده از ظرفیت گروه های مردمی علاقمند (داوطلبان سلامت محله، داوطلبان متخصص، سفیران سلامت خانواده فعال و...) انجام داد.

۵. تهیه شناسنامه محله

هدف از تهیه شناسنامه محله:

شناخت کلیات وضعیت سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت محله

شناخت و بررسی پیشینه مداخلات قبلی در حوزه مشارکت و سلامت محله

جمع‌آوری اطلاعات جمعیت محله

شناسایی سازمان‌ها و نهادهای ذی‌نفع و ذی‌ربط (دولتی - عمومی) محلی

شناسایی ساختارهای اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد، خیرین و مؤسسات خیریه،

تسهیلگران منطقه‌ای، گروه‌های مردمی داوطلب فعال و ساکن در محله

در این بخش به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر شناسنامه محله می‌توان بر اساس

سرشماری برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع و پرونده‌های سلامت، اطلاعات سامانه

سیب، اطلاعات سازمان‌ها و نهادهایی که در محله فعال هستند (مانند بسیج محله و...)،

شناسنامه محله تکمیل گردد و همچنین از ظرفیت داوطلبان سلامت محله به منظور جمع

آوری اطلاعات استفاده شود.

۶. انجام نیازسنجی و اولویت‌بندی

دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت در فصل چهارم این دستورالعمل ارائه شده است.

۷. تدوین برنامه ارتقای سلامت محله

در این مرحله اعضای شورای ارتقای سلامت محله بر اساس آموزش‌های داده شده اقدام

به نوشتن برنامه ارتقای سلامت محله در خصوص موضوع اولویت‌دار محله می‌کنند. در

نوشتن این برنامه، شورای ارتقای سلامت محله دقت خواهد کرد که اولاً اهداف اختصاصی

نوشته شده در برنامه دارای ویژگی‌های مورد نظر (SMART) باشند. ثانیاً فعالیت‌ها و

اقدامات اجرایی مربوطه به فرد مسئول و زمان‌بندی مربوطه آورده شده باشد. ثالثاً شامل

یک چک‌لیست خاص خود برای پایش آن برنامه باشد. در ادامه برنامه تدوین شده در

جلسه شورای ارتقای سلامت محله طرح و مورد بررسی قرار گرفته و به تصویب خواهد

رسید.

دستورالعمل اجرایی تدوین برنامه ارتقای سلامت محله در فصل پنجم این دستورالعمل
ارایه شده است.

۸. اجرای برنامه ارتقای سلامت محله

در این بخش افراد مسئول اجرای هر فعالیت بر اساس برنامه‌های مصوب شورای ارتقای
سلامت محله، اجرای برنامه را آغاز کرده و فعالیت‌ها و اقدامات برنامه را انجام خواهند
داد این افراد فعالیت خود را تحت مدیریت شورای ارتقای سلامت محله انجام داده و هر
سه ماه گزارش پیشرفت کارها را به شورای ارتقای سلامت محله ارائه می‌کند. در اجرای هر
فعالیت سه نکته قابل توجه است:

- همکاری و مشارکت ذی‌نفعان مورد نظر هر برنامه،
- مشارکت افراد محلی در اجرای موفق برنامه ارتقای سلامت محله
- مستندسازی شامل تهیه عکس، فیلم، گزارش و... در مورد مسأله و نیاز مربوط به هر
برنامه قبل و بعد از اجرای مداخله

۹. خودارزیابی و اصلاح برنامه

این مرحله توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله بر طبق چک لیست (ارایه شده در فصل
هفتم این دستورالعمل) بعد از اتمام اجرای برنامه ارتقای سلامت محله انجام می‌گیرد.

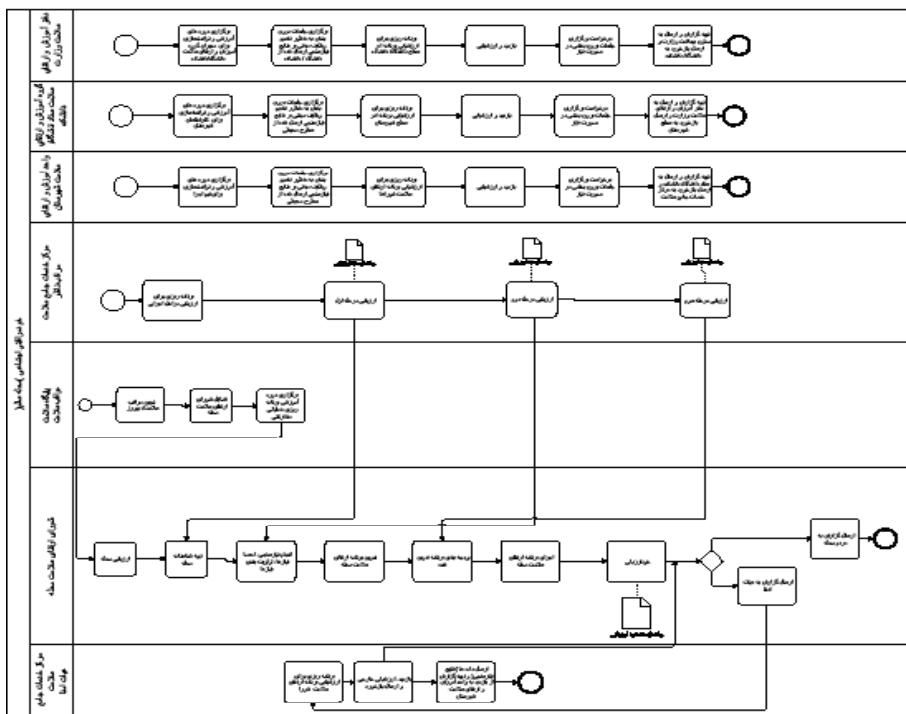
۱۰. ارسال گزارش از طریق سامانه خودمراقبتی اجتماعی

سامانه خودمراقبتی اجتماعی به عنوان پلتفرم یکپارچه مشارکت اجتماعی در ارتقای
سلامت طراحی شده و به شورای ارتقای سلامت محله اجازه می‌دهد تا فرآیند نیازسنجی،
اولویت‌بندی مشکلات، تدوین برنامه ارتقای سلامت محله و پایش برنامه و ارزشیابی
نتایج را به صورت دیجیتال انجام دهند. از طریق این سامانه، اقدامات انجام شده در
سطوح محیطی (پایگاه سلامت/خانه بهداشت) توسط مراقب سلامت/ بهورز بازگذاری
می‌گردد و گزارش اقدامات انجام شده در سطوح محیطی در سطوح تعریف شده نظام
شبکه بهداشتی کشور قابل دسترسی است. این سامانه بر روی سامانه خدمات سطح یک
راه‌اندازی می‌شود.

قابلیت ها و امکانات

- ▶ ثبت شناسنامه محله
- ▶ ثبت مشخصات شورا ارتقای سلامت محله
- ▶ ثبت مراحل برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت
- ▶ ثبت خودارزیابی های شورای ارتقای سلامت محله
- ▶ ثبت ارزشیابی خارجی
- ▶ آموزش و توانمندسازی اعضای شورا
- ▶ ثبت و به اشتراک گذاری تجارب برتر
- ▶ ثبت تعهدات و گواهینامه های اخذ شده
- ▶ شرکت در جشنواره خودمراقبتی اجتماعی

فرایند اجرایی برنامه خودمراقبتی اجتماعی



نقش و وظایف دست اندرکاران

در اجرای این دستورالعمل، افراد خاصی همواره به عنوان دست اندرکار وجود دارد که هر یک از آنها در طول مراحل مختلف اجرای دستورالعمل نقش های مختلفی را نیز بر عهده خواهند داشت. این افراد عبارتند از:

الف. نماینده پزشکان خانواده:

- ▶ شرکت در جلسات شورای ارتقای سلامت محله
- ▶ مشارکت در اجرای فرایند برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی
- ▶ گزارش تحلیل اپیدمیولوژیک بیماران ویزیت شده محله در شورای ارتقای سلامت محله

د. رئیس مرکز خدمات جامع سلامت

- ▶ برگزاری جلسات هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت
- ▶ مشارکت در تدوین لیست اولویت های تیم سلامت شورای ارتقای سلامت محلات تحت پوشش
- ▶ نظارت بر کل فرایند اجرایی برنامه
- ▶ مشارکت در انجام ارزشیابی خارجی اقدامات انجام شده در شورای ارتقای سلامت محله

ه. مراقب سلامت / بهورز منتخب به عنوان دبیر شورا

- ▶ تشکیل شورای ارتقای سلامت محله
- ▶ آموزش و انتقال مهارت ها به اعضای شورای ارتقای سلامت محله
- ▶ تسهیلگری کلیه اقدامات شورا (شامل نیازسنجی، تدوین برنامه ارتقای سلامت محله، اجرا و ارزشیابی برنامه)
- ▶ تسهیلگری جلسات شورای ارتقای سلامت محله
- ▶ وارد کردن داده های برنامه در سامانه خودمراقبتی اجتماعی و سامانه

سیب

نظارت بر تهیه و ارسال گزارش و مستندسازی

ی. کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت:

کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت که دوره‌های آموزشی مرتبط با برنامه را گذرانده‌اند، مسئولیت و وظایف ذیل را بر عهده دارد:

- هماهنگی جهت تشکیل و برگزاری جلسات هیات‌امنا
- پایش مستمر فعالیت‌های شورای ارتقای سلامت محله و استخراج نقاط قوت و ضعف و مشکلات پیش آمده
- ارتباط مستمر با کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان
- تهیه و ارسال گزارش‌های لازم به سطح بالاتر

فرم شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله سالم

۱. فرم شناسنامه محله

اطلاعات تیم سلامت

ردیف	نام و نام خانوادگی
۱	پزشک خانواده
۲	مراقب سلامت ناظر
۳	مراقب سلامت / بهورز
۴	کارشناس بهداشت محیط مرکز خدمات جامع سلامت
۵	کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت
۶	کارشناس تغذیه

ظرفیت ها و پتانسیل ها

فرم ظرفیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله		
ظرفیت	آمار (تعداد) / شاخص (درصد)	تعداد
اجتماعی	تعداد خیرین	
	تعداد معتمد	
	تعداد / سفیر سلامت دانش آموز	 /
	تعداد / سفیر سلامت دانشجو	 /
	تعداد سفیر سلامت خانوار	
	تعداد داوطلب سلامت محله	
	تعداد داوطلب سلامت محله فعال	
	تعداد گروه خودیار	
	تعداد اعضای گروه خودیار	
	تعداد گروه های مهارت آموزی	
	تعداد گروه های جهادی	
	تعداد سازمان های مردم نهاد (سمن)	
	تعداد ورزشکاران حرفه ای	
	تعداد هنرمندان	
فرهنگی و آموزشی	مسجد	
	حسینیه	
	هیات مذهبی	
	مدرسه به تفکیک ابتدایی متوسطه اول / متوسطه دوم	
	حوزه علمیه	
	دانشگاه	
	کتابخانه	
	قرائت خانه	
	فرهنگسرا	
	سایر با ذکر نام	

فرم ظرفیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله		
ظرفیت	آمار (تعداد) / شاخص (درصد)	تعداد
انتظامی و امنیتی	پلیس اجتماعی یا ایستگاه نیروی انتظامی / کلانتری	
	پایگاه بسیج	
درمانی	بیمارستان (تخصصی / فوق تخصصی / عمومی)	
	کلینیک (فوق تخصصی / تخصصی / عمومی)	
	درمانگاه	
درمانی	مطب پزشک	
	دندانپزشکی	
	داروخانه	
عام المنفعه	مرکز نیک و کاری	
	خانه امداد	
	خانه هلال	
	بهدیستی	
	تعداد ادارات دولتی موجود در محله	
	تعداد کارگاه های موجود در محله	
تفریحی و ورزشی	تعداد کارخانه های موجود در محله	
	پارک و فضای سبز	
	باشگاه ورزشی / ورزشگاه	
بیمه	تعداد افراد دارای بیمه پایه درمانی	

عنوان	تعداد	
تعداد خانوارهای بی سرپرست / بدسرپرست یا معتاد / از کارافتاده		افراد آسیب پذیر
تعداد بیماران مزمن (دیابت)		
تعداد بیماران مزمن (فشارخون)		
تعداد بیماران صعب‌العلاج (سرطان و...)		
تعداد افراد معلول		
تعداد بیمار مبتلا به اختلالات روانی		
تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال		
تعداد سالمندان تنها		

اعضای شورای ارتقای سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت

ردیف	اعضای شورای ارتقای سلامت پایگاه سلامت	نام و نام خانوادگی	شماره تماس
۱	نماینده امامان جماعت مساجد محله		
۲	نماینده پزشکان خانواده مستقر در محله		
۳	نماینده فرد شاخص و معتمد محلی		
۴	نماینده داوطلبان سلامت محله		
۵	نماینده سرخوشه‌ها		
۶	نماینده تشکل‌های مردمی		
۷	کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت		
۸	نماینده آموزش و پرورش		
۹	نماینده بسیج		
۱۰	نماینده کلانتری		
۱۱	نماینده ناحیه شهرداری / دهیار		
۱۲	نماینده بهزیستی		
۱۳	نماینده کمیته امداد		
۱۴	رئیس شورا		
۱۵	دبیر شورا		

لیست افراد دارای توانمندی و مهارت خاص در محله

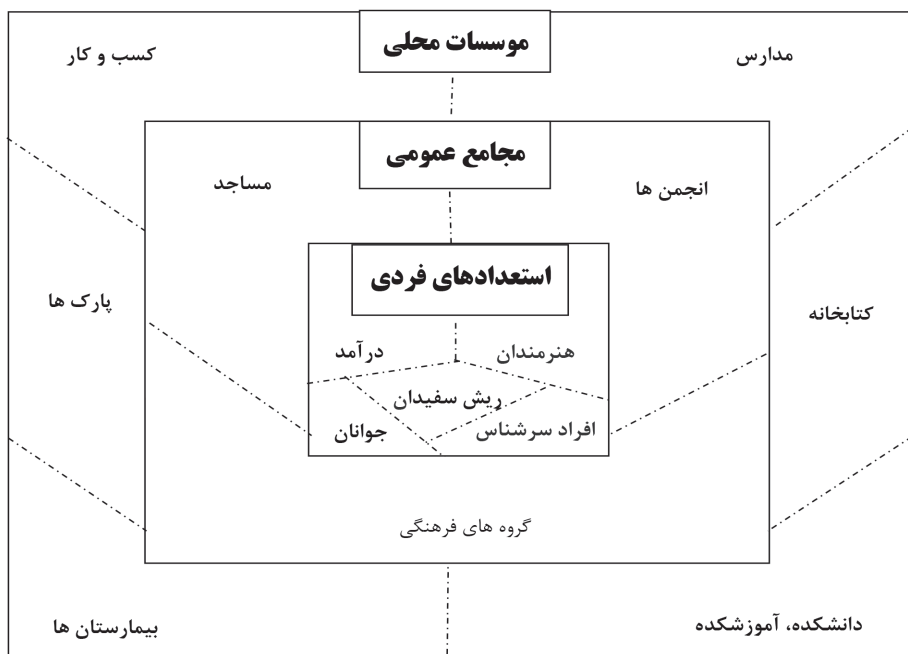
شماره همراه	نام و نام خانوادگی	نوع توانمندی و مهارت (علمی / فرهنگی / هنری / ورزشی / اقتصادی و کارآفرینی و...)

لیست داوطلبان سلامت فعال

شماره همراه	نام و نام خانوادگی	نوع داوطلبان سلامت (۱ تا ۵ ستاره)

لیست گروه‌های خودیار

شماره همراه	نام و نام خانوادگی رهبر گروه خودیار	نام گروه خودیار	تاریخ



بسمه تعالی

منشور اخلاقی اعضای شورای ارتقای سلامت محله

اینجانب فرزند با کد ملی
 عضو شورای ارتقای سلامت محله در شهرستان
 با ایمان به اراده حضرت حق تعالی و پایبندی به ارزش‌های اخلاقی و اسلامی،
 جهت حفظ منافع عموم و در راستای توسعه سلامت اجتماعی محله خود
 موازین اخلاقی زیر را پذیرفته و متعهد به آن می‌شوم:

- ۱- جهت ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و تقویت شادابی و امید ساکنان محله بکوشم.
- ۲- برای ارتقای الگوهای رفتاری، عملکردی و مهارتی. اخلاق برتر در سطح محله حداکثر تلاش خود را اعمال نمایم.
- ۳- خود را به اصول مسوولیت پذیری، شفافیت، گزارش دهی، پاسخگویی، مشارکت فعال، رعایت حقوق دیگران و حفظ منافع عمومی و زیستی آحاد مردم پایبند نمایم.
- ۴- عضویت در این شورا را کاملاً اختیاری و خدایسندانه تلقی کرده و متعهد می‌گردم به دور از انتظارات شخصی، صرفاً جهت حفظ منافع عمومی و زیستی آحاد مردم محله فعالیت نمایم.
- ۵- در صورتی که به هر دلیلی توانایی اجرای رسالت‌ها و تکالیف تعیین شده در شورا را در خود ندیدم، با نهایت تکریم و با هماهنگی سایر اعضای شورا از عضویت خود انصراف داده و تکلیف را به عهده دیگر اعضای شورا مذکور واگذار نمایم.
- ۶- با حفظ صداقت و همدلی و روحیه همکاری از موجودیت و پایداری شورا حراست نمایم.
- ۷- به صورت فعال و آگاهانه وضعیت فرهنگی و اجتماعی محله خود را رصد نموده و با ارایه پیشنهادات و انتقادات منطقی همواره جهت ارتقای سطح سلامت محله خود تلاش نمایم.
- ۸- از هر اقدامی که به صمیمیت و اعتماد متقابل اعضای شورای ارتقای سلامت محله خدشه وارد نماید خودداری نمایم.
- ۹- پوشش و شئون رفتار مناسبات با شرع، عرف و فرهنگ جامعه را رعایت نمایم.
- ۱۰- با آگاهی کامل از ابعاد اجتماعی تشکلهای اجتماع محور و فعالیت گروهی و با احترام به نظرات و عقاید دیگر اعضا و به دور از هرگونه نگاه سیاسی به مسائل، سعه صدر، آرامش و خوش رویی را در برخورد با اعضای شورا و ساکنان محله در پیش گیرم.

نام نام خانوادگی :

امضا

تاریخ



فصل چہارم

نیازسنجی سلامت



نیازسنجی سلامت

گام‌های اجرایی نیازسنجی سلامت

نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح محله در شورای ارتقای سلامت محله انجام می‌گیرد و مراقب سلامت / بهورز در اجرای آن نظارت و مشارکت می‌کنند.

تعیین نیازها:

در این مرحله، تعیین نیازها توسط شورای ارتقای سلامت محله و در سه لیست جداگانه تا حداکثر ۲۰ عنوان، بشرح زیر انجام می‌شود:

۱- تیم سلامت:

تیم سلامت با استفاده از پرس‌خوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص‌ها، مبادرت به تعیین نیازهای سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت می‌کند. (طبق فرم شماره ۲)

۲- تیم مسوولین و معتمدین:

مسوولین و معتمدین محلی در جلسه‌ای با حضور مراقب سلامت، لیست نیازهای سلامت مدنظر خود را تنظیم می‌کنند. لازم به ذکر است که باید مراقب سلامت به آنها متذکر شود که این نیازها باید بر اساس فراوانی مراجعات مردم به آنها در خصوص مشکلات سلامتی، تعیین گردیده و فراوانی آنها را برای حداقل یک سال گذشته، با خود همراه داشته باشند. (طبق فرم شماره ۴ ب)

۳- تیم سرخوشه‌ها:

برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه‌ها، ابتدا مسوولین شورا باید لیست اسامی یک حجم نمونه تصادفی از جمعیت تحت پوشش را با محدوده زیر تعیین کنند:

۱۰۰ نفر در پایگاه سلامت

جمعیت زیر ۱۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۴۰ تا ۵۰ نفر در خانه بهداشت

جمعیت بالای ۱۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۵۰ تا ۷۰ نفر در خانه بهداشت

روش نمونه‌گیری به ترتیب اولویت، از طریق کد ملی فرم سرشماری، کدپستی، به‌صورت خوشه‌ای یا پرونده خانوار با در نظر گرفتن حجم نمونه مساوی در هر دو جنس و به تفکیک ۴ گروه‌های سنی، زیر ۱۸ سال، ۱۹ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال انجام گیرد.

سپس داوطلبان سلامت با مراجعه به این افراد نیازهای سلامتی آنها را لیست می‌کنند (طبق فرم شماره ۴ الف) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنها تنظیم می‌کنند.

پرسشنامه برای استخراج اولویت‌های سلامت دارای ۲ نوع سوال است، قسمت اول پرسشنامه در مورد نیاز و مشکلات سلامت و سوالی در مورد نیازهای SDH (تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت) و قسمت دوم پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک است.

هماهنگی ثبت نیازها:

در این مرحله لیست نیاز گروه‌های مردمی توسط تیم سلامت بررسی شده و با حضور تمامی اعضا، موارد مطرح شده با توافق طرفین و استفاده از فهرست استاندارد شده نیازها (مشکلات بهداشتی) اصلاح شده و یا موضوعات غیرمرتبط با سلامت حذف می‌گردد.

اولویت‌بندی

اولویت بندی اولیه:

تیم سلامت: بر اساس فرم شماره ۳، تیم سلامت اولویت بندی خود را مجزا انجام می دهد.

مسوولین و معتمدین محلی: بر اساس فراوانی مشکلات سلامتی مردم که به اطلاع معتمدین و مسئولین محلی رسانده اند و نظر مسوولین و معتمدین محلی، با حضور و راهنمایی مراقب سلامت به عنوان تسهیل گر، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم شماره ۴ ب)

سرخوشه ها: این نیازها با نظارت مراقب سلامت / بهورز، بر اساس فراوانی آنها اولویت بندی شده و در خصوص موارد با فراوانی مشابه، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم ۴ ج)

اولویت بندی نهایی:

برای تهیه فهرست نهایی نیازهای شورای ارتقای سلامت محله و اولویت بندی آن، با حضور تمامی اعضای شورا، ابتدا سه لیست نیازهای اولویت بندی شده را کنار هم قرار داده می شود. سپس با توجه به لیستی که بیشترین تعداد اولویت ها را دارد، عدد آخرین اولویت این لیست، بعلاوه یک، به عنوان عدد ثابت در این اولویت بندی تعیین می شود. مثلاً اگر لیست تیم سلامت ۱۰ اولویت، داشته باشد، بیشترین عدد مربوط به لیست ۱۰ است و عدد ثابت (۱۱) خواهد بود.

در این مرحله لیست تمامی نیازها در سه لیست را طبق فرم شماره ۵ در یک لیست فهرست می شود. سپس شماره اولویت هر کدام از مشکلات و نیازها در لیست های مختلف، جلوی آن نوشته شده و با هم جمع می شود. در صورتی که مشکل یا نیازی در سایر لیستها نبود، به تعداد لیستی که در آن، نیاز مورد نظر وجود نداشت، عدد ثابت تعیین شده با عدد یا اعداد اولویتهای آن نیاز جمع می شود. کل فرایند اولویت بندی نیازها که در بالا توضیح داده شد به صورت الکترونیک توسط سامانه خودمراقبتی اجتماعی انجام می گیرد.

در مرحله بعد از بین ۵ مشکل اولویت دار محله که در فرم شماره ۵

مشخص شده بر اساس معیارهایی که در فرم شماره ۶ آمده مشکلی که باید برای آن برنامه ارتقای سلامت محله تدوین گردد، مشخص می شود.

ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان
لیست اولویت بندی شده نیازهای شورای ارتقای سلامت محله به مرکز
خدمات جامع سلامت و از مرکز خدمات جامع سلامت به مرکز بهداشت
شهرستان ارسال می شود. (فرم شماره ۷)

فرم شماره ۷

متن دعوتنامه جلسات اعضای شورای ارتقای سلامت محله

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

عضو محترم شورای ارتقای سلامت محله

جناب آقای / سرکار خانم

با سلام و احترام

نظر به عضویت شما در شورای ارتقای سلامت محله و با توجه به
اینکه روند استخراج نیازهای سلامت منطقه طبق برنامه در حال اجراست، لذا
بدین وسیله از شما دعوت بعمل می آید در اولین / جلسه شورای ارتقای
سلامت محله که در تاریخ از ساعت لغایت
در محل برگزار خواهد شد، شخصا شرکت فرمائید.

با تشکر

رئیس شورای ارتقای سلامت محله

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فرم مشخصات اعضای شرکت کننده در جلسات شورای ارتقای سلامت محله

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت تاریخ جلسه
نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه

[illegible]

فرم شماره ۲

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
فرم تعیین نیازهای سلامت در تیم سلامت
نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت
نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

ردیف	فهرست نیازهای سلامت منطقه	منابع اخذ (استخراج) نیاز
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		

سمت و امضاء

اعضای شرکت کننده

سمت و امضاء

اعضای شرکت کننده

دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست نیازهای سلامت در تیم سلامت

این فرم قبل از تشکیل جلسه شورای ارتقای سلامت محله در کلیه واحد های سطوح محیطی (پایگاه سلامت و خانه های بهداشت) جهت استخراج مشکلات سلامت توسط هر یک از اعضای تیم تکمیل گردیده و سپس در جلسه تیم سلامت جمع بندی و اولویت بندی می گردد.

در جدول نام واحد بهداشتی (پایگاه سلامت / خانه بهداشت) که تیم سلامت در آن تشکیل شده ثبت می گردد.
در قسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه از جمله روز / ماه / سال ثبت خواهد شد.

در ستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامت به ترتیب اولویت (با استفاده از فرم شماره ۳) و بر اساس آمار و شاخص ها توسط اعضای تیم سلامت مطرح می شود، نوشته خواهد شد .
در ستون منابع اخذ (استخراج) نیاز: شاخص یا شاخص ها مثلا (درصد دفع غیر بهداشتی زباله / درصد افراد دارای فشارخون بالا و.....) و در صورت نبود شاخص نظر کارشناسی / مشاهده / پسخوراند و ... ثبت خواهد شد .

در ستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و در ستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .

دستورالعمل تکمیل فرم اولویت بندی مشکلات سلامت تیم سلامت

۱. این فرم توسط اعضای تیم سلامت تکمیل خواهد شد.
 ۲. **در ستون ردیف:** از شماره يك تا بیست، بسته به تعداد مشکلات سلامت که به تصویب تیم سلامت واحد مربوطه رسیده ثبت می گردد.
 ۳. **در ستون لیست مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش:** اعضای تیم سلامت، فهرست مشکلات سلامت تعیین شده را لیست می کنند.
 ۴. **در ستون شاخص فعلی مشکل:** با توجه به مشکل سلامت لیست شده، در صورت داشتن شاخص، آخرین شاخص آن را ثبت می کنند.
 ۵. **در ستون تعیین میزان اولویت مشکل:** مشکلات سلامت براساس معیارهای تعیین شده توسط تیم سلامت اولویت بندی می شوند. اعضای تیم سلامت باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتیب به کمترین تأثیر در بروز مشکل معیار نمره ۱، در صورتیکه معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره ۲، اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره ۳، اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره ۴ و اهمیت معیار مورد بررسی، خیلی زیاد باشد نمره ۵ را به آن اختصاص می دهند همچنین اعضای تیم می توانند علاوه بر معیارهای مندرج در این ستون ها از معیارهای دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی نوشته و براساس ستون های قبلی امتیاز دهد.
 ۶. **در ستون جمع نمرات:** مجموع نمرات اعضا را در هر ردیف جمع بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می کنند.
 ۷. **در ستون رتبه مشکل:** با توجه به جمع نمرات هریک از مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش، مشکل سلامتی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول و بقیه براساس آن با توجه به تعداد مشکلات سلامت لیست شده رتبه بندی و رتبه مربوطه هر مشکل در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد.
- ▶ در بالای فرم شماره صفحه گذاشته شود زیرا ممکن است برای تکمیل به دو صفحه از فرم مربوطه مورد نیاز باشد. (حداکثر ۲۰ مشکل)

فرم شماره ۴:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
فرم پرسشگری از مشکلات سلامت مردم
نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت
نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

شما خودتان چه مشکل مرتبط با سلامت دارید؟

در محل سکونت و زندگی (روستا / محله) شما چه مشکلات سلامتی وجود دارد؟

مشخصات دموگرافیک:

سفیر سلامت هستید: ☐ بله ☐ خیر

جنس: ☐ زن ☐ مرد سن:

میزان تحصیلات:

بی سواد خواندن و نوشتن ☐ ابتدائی ☐ متوسطه ☐ دیپلم ☐ حوزوی ☐ کاردان ☐ لیسانس
☐ فوق لیسانس ☐ دکترا

شغل:

خانه دار ☐ دانش آموز/ دانشجو ☐ بازنشسته ☐ کشاورز/ دامدار ☐ بیکار ☐ سرباز ☐ آزاد ☐
سایر
زبان: قومیت: نوع بیمه:

نحوه دسترسی به اطلاعات پزشکی مورد نیاز:

پایگاه سلامت / خانه بهداشت ☐ اینترنت ☐ تلویزیون ☐ سایر.....

فرم شماره ۴ ب

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت بندی آنها در تیم مسوولین و معتمدین
نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت
.....
نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

ردیف	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی
۱		
۲		
۳		

سمت و امضاء

اعضای شرکت کننده

سمت و امضاء

اعضای شرکت کننده

فرم شماره ۴ ج

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت بندی آنها در تیم سرخوشه ها
نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت
نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

ردیف	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		

فراوانی	فهرست نیازهای سلامت منطقه	تعداد

سمت و امضاء

اعضای شرکت کننده

سمت و امضاء

اعضای شرکت کننده

دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست و اولویت بندی نیازهای سلامت

در تیم مسوولین و معتمدین و تیم سرخوشه ها (فرم ۴ ب و ج) این فرم در زمان برگزاری جلسات آموزشی - توجیهی در اختیار اعضای تیم مسوولین و معتمدین و سرخوشه ها قرار داده می شود. آنها بر اساس مشکلات سلامتی که به آنها مراجعه شده و یا از مردم پرسشگری می کنند، فرم را تکمیل کرده و برای ارائه در جلسه شورای ارتقا سلامت محله، همراه خود می آورند تا پس از یکسان سازی و هماهنگی آنها، توسط اعضای هر تیم جمع بندی و اولویت بندی شود.

در قسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه از جمله روز / ماه / سال ثبت خواهد شد.

در ستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامتی که اهالی منطقه به آنها مراجعه داشته و یا ذکر کرده اند را به ترتیب اولویت ثبت می کنند.

در ستون فراوانی: در این ستون فراوانی مراجعات و یا تعداد اهالی منطقه که آن مشکل را مطرح کرده اند را می نویسند.

در ستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و در ستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد.

فرم شماره ۵

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
فهرست و اولویت بندی مشکلات سلامت شورای ارتقای سلامت محله
نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت
نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت نیایی	جمع رتبه اولویت	رتبه اولویت در فهرست تیم			فهرست نیازهای سلامت	ردیف
		سرخوشه ها	مسئولین و معتمدین	سلامت		
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵
						۱۶
						۱۷
						۱۸
						۱۹
						۲۰

فرم شماره ۱

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
فرم اولویت بندی نهایی مشکلات سلامت
نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت
نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

رتبه مشکل	تعیین میزان اولویت مشکل							شاخص فعالی مشکل (برنامه)	فهرست مشکلات سلامت	رتبه
	جمع نمرات		قابلیت اندازگبری و ارزیابی	تأمین منايع و بودجه	قابلیت اجرا و امكان مداخله	اهمیت و فوریت مشکل	رتبه در لیست نیازسنجی			
		۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵			
										۱
										۲
										۳
										۴
										۵
										۶
										۷
										۸
										۹

دستورالعمل تکمیل فرم اولویت بندی مشکلات سلامت محله

۱. این فرم با مشارکت تمام اعضای شورای ارتقای سلامت محله تکمیل خواهد شد.
۲. در ستون ردیف: از شماره يك تا پنج، مشکلات سلامت اولویت دار که در فرم شماره ۵ به دست آمده ثبت می گردد.
۳. در ستون فهرست مشکلات سلامت: اعضای شورای ارتقای سلامت، ه مشکل سلامت اولویت دار محله که تعیین شده را لیست می کنند.
۴. در ستون شاخص فعلی مشکل: با توجه به مشکل سلامت لیست شده، در صورت داشتن شاخص، آخرین شاخص آن را ثبت می کنند.
۵. در ستون تعیین میزان اولویت مشکل: مشکلات سلامت براساس معیارهای تعیین شده توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله اولویت بندی می شوند. اعضای شورای ارتقای سلامت محله باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتیب به کمترین تاثیر در بروز مشکل معیار نمره ۱، در صورتیکه معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره ۲، اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره ۳، اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره ۴ و اهمیت معیار مورد بررسی، خیلی زیاد باشد نمره ۵ را به آن اختصاص می دهند همچنین اعضای شورای ارتقای سلامت محله می توانند علاوه بر معیارهای مندرج در این ستون ها از معیار های دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی نوشته و براساس ستون های قبلی امتیاز دهد.
۶. در ستون جمع نمرات: مجموع نمرات اعضا را در هر ردیف جمع بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می کنند.
۷. در ستون رتبه مشکل: با توجه به جمع نمرات هریک از مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش، مشکل سلامتی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول و بقیه براساس آن با توجه به تعداد مشکلات سلامت لیست شده رتبه بندی و رتبه مربوطه هرمشکل در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد.

تعاریف معیارها

رتبه در لیست نیازسنجی: اولویت اول لیست نیازسنجی، ه امتیاز کسب می کند،

اولویت دوم، ۴ امتیاز و به همین ترتیب اولویت پنجم، ۱ امتیاز

❖ **اهمیت و فوریت مشکل:** ترکیبی از شیوع و شدت تاثیر یک مشکل سلامت بر جامعه محلی و حساسیت زمانی برای اقدام فوری به منظور جلوگیری از تشدید یا عواقب جبران ناپذیر آن.

❖ **قابلیت اجرا و امکان مداخله:** میزانی که راه حل های عملی، مبتنی بر شواهد و قانونی برای مشکل مورد نظر وجود دارد و دانش فنی، همکاری نهادی و زیرساخت های لازم برای اجرای موفق آن در محله فراهم یا قابل دستیابی است.

❖ **تأمین منابع و بودجه:** در دسترس بودن یا قابلیت جذب منابع مالی، انسانی و مادی مورد نیاز برای اجرای کامل برنامه از طریق منابع داخلی محله، سازمان های متولی.

❖ **قابلیت اندازه گیری و ارزیابی:** امکان تعریف شاخص های عینی و کمی برای پایش و ارزشیابی برنامه، به طوری که امکان جمع آوری داده، پایش پیشرفت و سنجش اثربخشی آن به روشی نظام مند فراهم باشد.



فرم شماره ۲

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....
فرم گزارش لیست مشکلات سلامت در سطوح محلی
نام مرکز بهداشتی درمانی نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت
تاریخ جلسه:.....
نام شهرستان.....

مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	ت.ا. / نوع / تب.
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳





فصل پنجم

تدوین برنامه ارتقای سلامت محله



تدوین برنامه ارتقای سلامت محله

برنامه ارتقای سلامت محله چیست؟

هدف کلی تدوین برنامه ارتقای سلامت محله با استفاده از مدل برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی، افزایش توانایی محله برای همکاری با یکدیگر برای تأثیرگذاری بر شرایط و نتایجی است که برای ساکنان آن مهم است.

از آنجایی که محله به سمت چشم‌انداز وسیع سلامت برای همه کار می‌کند، ایجاد شرایط حمایتی برای تغییر، نیازمند تلاش‌های همه‌جانبه در میان بخش‌های مختلف محله است. اینها شامل سازمان‌ها و نهاد‌های فعال در محله، نظام‌ارایه خدمات بهداشتی درمانی بهداشتی، جوامع مذهبی، مدارس و مشاغل، داوطلبان سلامت و... می‌شود. نمایندگان هر بخش گرد هم می‌آیند تا یک ائتلاف اجتماعی (که ما در این دستورالعمل آن را شورای ارتقای سلامت محله می‌نامیم) تشکیل دهند. ائتلاف محله شما می‌تواند تلاش کند تا بر سطح سلامت مردم محله تأثیر بگذارد و برنامه‌ها، سیاست‌ها و شیوه‌هایی که می‌توانند ظرفیت محله را برای داشتن یک محیط سالم افزایش دهند را به کار گیرد.

یک ائتلاف اجتماعی کار خود را با ایجاد یک برنامه عملیاتی آغاز می‌کند. یک برنامه ارتقای سلامت محله آنچه را که باید برای دستیابی به چشم‌انداز یک محله سالم اتفاق بیفتد، مشخص می‌کند. تغییرات مطلوب و فعالیت‌های پیشنهادی، جدول‌های زمانی و تعیین مسئولیت، نقشه راه دقیقی را برای همکاران ارائه می‌دهد تا

دنبال کنند.

تدوین برنامه ارتقای سلامت محله با استفاده از مدل برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی چگونه به یک محله کمک می کند؟
صرف نظر از پیچیدگی مشکل موجود در محله شما، تدوین برنامه ارتقای سلامت محله به شما کمک می کند تا:
• تحلیل وضعیت موجود محله از موضوع اولویت دار محله و راه حل های بالقوه آن را مشخص کنید
• از مشارکت فراگیر و یکپارچه در سراسر بخش های اجتماعی محله در فرآیند برنامه ریزی با توجه به ساختار دستورالعمل اطمینان حاصل کنید.

• بر اساس منابع و نیازهای منحصربه فرد محله در مورد آنچه که می توان و باید انجام داد، اجماع ایجاد گردد.
• راه های مشخصی را در نظر بگیرید که اعضای شورای ارتقای سلامت محله بتوانند از طریق آن اقدام کنند.
فهرست بالا توضیح می دهد که چگونه یک برنامه ارتقای سلامت محله به بخش های محله و ساکنان آن کمک می کند تا برای دستیابی به یک چشم انداز مشترک با یکدیگر همکاری کنند. این دستورالعمل به هر مورد می پردازد و راهنمایی هایی را برای تدوین برنامه ارتقای سلامت محله شما در پیش رو ارائه می دهد.

چرا تدوین برنامه ارتقای سلامت محله مهم است؟

برنامه ریزی مناسب، ابتکاری است برای به دست آوردن بهترین نتایج یا نتایج ممکن حیاتی. برای اجرای یک برنامه ارتقای سلامت محله، با اینکه زمان و انرژی قابل توجهی صرف می شود، ولی می تواند ابزار موثری باشد که همه افراد در محله را به یک هدف مشترک متمایل کند. توسعه یک برنامه ارتقای سلامت محله اولین گام حیاتی برای

اطمینان از موفقیت پروژه است.
یک برنامه ارتقای سلامت محله تضمین می کند که:
هیچ جزئیاتی نادیده گرفته نمی شود
مراحل اجرایی برنامه ارتقای سلامت محله پیشنهادی امکان پذیر و /
یا واقع بینانه هستند
همکاران به تعهدات خود عمل می کنند
فعالیت های قابل اندازه گیری مستند و ارزشیابی می شوند
به طور کلی، تدوین برنامه ارتقای سلامت محله مهم است زیرا یک
نقطه مرجع با یک خط زمانی دقیق و تعیین مسئولیت برای انجام
وظایف در طول مسیر برنامه فراهم می کند.
یافته های تحقیقات در زمینه ارتقای سلامت محله نشان می دهد
که تعدادی از عوامل وجود دارد که به نظر می رسد تأثیر مثبتی بر
میزان سطح سلامت محله دارند - و یکی از آنها شامل تدوین برنامه
ارتقای سلامت محله است:
تجزیه و تحلیل اطلاعات در مورد مشکل، اهداف و عوامل مؤثر بر آنها
تعریف ساختار محله و مکانیزم های عملیاتی
توسعه یک چارچوب یا مدل به منظور ارتقای سلامت محله
توسعه و استفاده از برنامه ارتقای سلامت محله
هماهنگی برای بسیج محله
اجرای مداخلات مؤثر
اطمینان از کمک فنی تیم سلامت
مستندسازی پیشرفت و استفاده از بازخورد
اهمیت دادن به نتایج
تداوم کار

چه زمانی باید برای برنامه ریزی و اجرای برنامه ارتقای سلامت محله در نظر گرفت؟

در حالت ایده آل، بعد از مشخص شدن مشکل اولویت دار محله در ۳ ماه اول شروع برنامه، ۳ ماه نیز برای تدوین برنامه ارتقای سلامت محله و ۱۸ ماه برای اجرای برنامه ارتقای سلامت محله می توان در نظر گرفت. به طور کلی برنامه ۲ سالانه است.

مولفه های یک چارچوب برنامه ارتقای سلامت محله چیست؟

در حالی که برخی از مسائل ممکن است اولویت ملی یا بین المللی باشد (به عنوان مثال، بیماری های مزمن یا مسائل مربوط به سلامت روان)، هر محله دارایی ها و موانع متفاوتی برای بهبود شرایط برای ساکنان خود خواهد داشت. بنابراین، استراتژی مداخله هر محله برای تأثیرگذاری بر برنامه ها، سیاست ها و عملکردها منحصر به فرد خواهد بود. با این حال، مجموعه ای از مراحل - یک چارچوب که در اینجا استفاده از مدل برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی است - به هدایت فرآیند برنامه ریزی و اجرای برنامه ارتقای سلامت محله و تغییر در چارچوب نیازهای منحصر به فرد محله کمک می کند.

دستورالعمل اجرای تدوین برنامه ارتقای سلامت محله

شرح وظایف شورای ارتقای سلامت محله

۱. تدوین برنامه ارتقای سلامت محله در شورای ارتقای سلامت محله
شرح وظایف شورای ارتقای سلامت محله به منظور تدوین برنامه
ارتقای سلامت محله:

➤ برگزاری جلسات شورای ارتقای سلامت محله

➤ تدوین برنامه ارتقا سلامت محله شامل بخش‌های زیر:

۱. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری) برای اولویت
شماره ۱

۲. اولویت‌بندی علل رفتاری و انتخاب ۳ علت رفتاری اولویت‌دار

۳. اولویت‌بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری
اولویت‌دار

۴. تدوین اهداف کلی و اختصاصی

۵. تدوین فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی

۶. تدوین شاخص‌های پایش و ارزشیابی

۷. تعیین منابع مالی

۸. ارسال برنامه تدوین شده به مرکز بهداشت شهرستان

➤ دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (طی بازه زمانی ۳
ماهه برای انجام نیازسنجی)

➤ تشکیل جلسات شورای ارتقای سلامت محله جهت بررسی پیشرفت
فعالیت‌ها با فاصله حداکثر ۳ ماه

➤ پیگیری اجرای فعالیت‌های برنامه طبق زمان‌بندی برنامه (دبیر
شورا)

➤ تهیه و ارسال گزارش فصلی اجرای برنامه ارتقای سلامت محله به
هیأت امنای محله و مرکز خدمات جامع سلامت محله

تهیه و ارسال گزارش پایانی اجرای برنامه ارتقای سلامت محله به هیات امنای محله و مرکز بهداشت شهرستان
ارسال فعالیت هایی که قابلیت اجرا در سطح محله ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهم نامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان

تدوین، بررسی، اصلاح و تایید برنامه عملیاتی:

در این مرحله لازم است اقدامات زیر انجام گردد:

۱- شورای ارتقای سلامت محله، اقدام به تدوین برنامه ارتقای سلامت محله طبق فرم شماره ۳ و ۴ (شامل هدف کلی، اهداف اختصاصی، استراتژی و فعالیت ها) نمایند.

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

۳- پس از بررسی و اصلاح برنامه عملیاتی و ابلاغ آن از طرف مرکز بهداشت شهرستان به مراکز خدمات جامع سلامت و سپس شورای ارتقای سلامت محله برنامه ارتقای سلامت محله قابل اجرا است.

گزارش برنامه:

در این مرحله طبق فعالیت های تعیین شده در برنامه اعضای شورا و مسئولین انجام هر فعالیت ملزم به اجرای برنامه می باشد و دبیر شورا ملزم به پی گیری می باشند. در مدت زمان اجرای برنامه هر ۳ ماه و حسب نیاز تعداد بیشتر، جلساتی با حضور اعضای شورا در خصوص بررسی روند پیشرفت برنامه، میزان دسترسی به اهداف و برطرف نمودن موانع احتمالی برگزار گردد و مستندات آن موجود باشد. همچنین گزارشی از پیشرفت برنامه ارتقای سلامت محله در جلسات شورا ارائه و در صورت جلسات ثبت گردد.

گزارش ارسالی به هیات امنای محله و مرکز بهداشت شهرستان بایستی شامل این موارد باشد:

- ۱- فرم گزارش دهی اجرای برنامه ارتقای سلامت محله طبق زمان بندی به هیات امنای محله و مرکز بهداشت استان ارسال گردد.
- ۲- تعداد جلسات برگزار شده توسط شورا و درصد پیشرفت برنامه که مساوی است با تعداد فعالیت های اجرا شده نسبت به کل فعالیت های پیش بینی شده (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری) نیز مشخص گردد.

نکات تکمیلی برنامه ارتقای سلامت محله

آغاز فرایند برنامه ریزی و اجرای برنامه ارتقای سلامت محله با ارسال آخرین نسخه دستورالعمل اجرایی خودمراقبتی اجتماعی و مجموعه پیوست آن به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

۱. در برنامه خودمراقبتی اجتماعی، فرایند برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی در سطح کشوری هر ۲ سال یکبار انجام می شود.

۲. جلسات شورای ارتقای سلامت محله با حضور حداقل دو سوم اعضاء رسمیت می یابد.

۳. حضور رئیس و دبیر شورای ارتقای سلامت محله در کلیه جلسات الزامی است.

۴. جلسات شورای ارتقای سلامت محله باید به گونه ای تشکیل شود که در پایان مهلت تعیین شده، برنامه ارتقای سلامت محله انجام شود.

۵. کلیه جلسات می بایست در قالب فرم های پیشنهادی صورت جلسه شده و توسط هریک از اعضاء حاضر در جلسه امضاء و در محل کار دبیر شورا نگهداری گردد.

۶. تمام فرم ها و مستندات مورد استفاده در برنامه محله سالم

می‌بایست در محل کار دبیر بایگانی گردد.

۷. برنامه ارتقای سلامت تدوین شده توسط شورای ارتقای سلامت محله به هیات امنای محله و مرکز بهداشت شهرستان توسط سامانه خودمراقبتی اجتماعی ارسالی شده و در سطح شهرستان بررسی و در صورت تایید سطح شهرستان به شورای ارتقا سلامت محله برای اجرای برنامه ارسال می‌گردد.

۸. هر یک از گروه‌های فنی در سطح شهرستان ضمن بررسی برنامه تدوین شده مواردی را که نیاز به اصلاح داشته یا می‌توان به برنامه برای اجرا اضافه نمود در برنامه وارد می‌نمایند.

۹. واحدهای ستادی در مرکز بهداشت شهرستان می‌بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند و جهت دریافت تاییدیه برنامه مذکور را به ستاد معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده ارسال کنند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیت‌های به جز فعالیت‌های پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح شهرستان قابل پیگیری هستند.

۱۰. واحدهای ستادی در معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده می‌بایست نسبت به تدوین برنامه ارتقای سلامت برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیت‌های به جز فعالیت‌های پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح دانشگاه/ دانشکده قابل پیگیری هستند.

۱۱. دفاتر و مراکز وزارت بهداشت می‌بایست نسبت به تدوین برنامه ارتقای سلامت برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیت‌های به جز فعالیت‌های پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح وزارت قابل پیگیری هستند.

فرم های تدوین برنامه ارتقای سلامت محله

فرم شماره ۱

تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت دار

محله:

شهر:

استان:

مشکل اولویت دار بر اساس نتایج نیازسنجی سلامت:

فهرست کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند: (بر اساس منابع علمی معتبر،
نظر صاحب نظران و ...)

ردیف	علل کلی	عوامل ایجادکننده	رفتاری	غیر رفتاری / SDH
۱				
۲				
۳				

*در صورت نیاز می توانید ردیف های فرم فوق را افزایش دهید

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۱ (تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت دار)

۱. فرم شماره ۱ جهت تعیین عوامل ایجاد کننده برای هر اولویت بهداشت و نیز تعیین علل رفتاری و غیر رفتاری به وجود آورنده مشکل است.

۲. این فرم توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله تکمیل خواهد شد.

۳. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می گردد، ثبت می شود.

۴. با توجه به اینکه این مرحله نیاز به اعضای با تجربه و آموزش دیده و داشتن اطلاعات علمی است لذا در این مرحله کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند می بایست بر اساس منابع علمی معتبر، نظر صاحب نظران و ... قبل از جلسه گردآوری و در جلسه مطرح گردد.

۵. برای تکمیل فرم شماره ۱ ابتدا عنوان اولویت بهداشت به دست آمده از مراحل نیازسنجی را وارد فرم کرده سپس نسبت به تعیین علل کلی و عوامل ایجاد کننده آن اولویت بهداشت اقدام می شود.

۶. سپس تعیین می گردد که هر یک از عوامل ایجاد کننده، رفتاری است یا غیر رفتاری

۷. علل رفتاری به عللی گویند که با افزایش آگاهی، نگرش و در نتیجه تغییر در رفتار مردم قابل حل هستند.

۸. علل غیر رفتاری به عللی گویند که جدای از میزان آگاهی، نوع نگرش و نوع رفتار جامعه برای حل مشکل نیاز به ملزوماتی مانند تغییر قوانین و سیاست ها و یا فراهم نمودن وسایل، تجهیزات و تامین نیروی انسانی مورد نیاز جهت تغییر رفتار در سطح محله، منطقه، استان و یا کشور است.

فرم شماره ۲
فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده
استان: شهر: محله:

اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده رفتاری							
رتبه	جمع کل	سایر * (۱-۵)	اثربخشی مداخلة (۱-۵)	امکان مداخلة (۱-۵)	فوریت مداخلة (۱-۵)	شیوع و فراوانی (۱-۵)	شدت عوامل ایجاد کننده رفتاری
معیار امتیازدهی: (۱): بسیار کم؛ ۲: کم؛ ۳: متوسط؛ ۴: زیاد؛ ۵: بسیار زیاد							
شدت: میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می‌کند. شیوع: نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است. فوریت مداخلة: داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است. اثربخشی مداخلة: میزان موثر بودن مداخلة در حل مشکل است. امکان مداخلة: انجام مداخلة با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخلة چقدر امکان پذیر است.							
عناوین عوامل ایجاد کننده رفتاری اولویت‌دار جهت انجام مداخلة ارتقاء سلامت:							
۱-							
۲-							
۳-							
۴-							
۵-							
۶-							
۷-							
۸-							
۹-							

* اگر معیار دیگری برای اولویت بندی مناسب بود در ستون سایر ثبت شود.

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۲ (فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده)

۱. فرم شماره ۲ به منظور اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده‌ای که از فرم شماره ۱ به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت است.
۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح پایگاه سلامت / خانه بهداشت تکمیل خواهد شد.
۳. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
۴. ۳ عامل ایجاد کننده رفتاری اولویت‌دار و ۲ عامل ایجاد کننده غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت باید در این فرم مشخص شود.
۵. ابتدا عوامل ایجاد کننده‌ای که از فرم شماره ۱ به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت در فرم وارد می‌شود.
۶. سپس به هر یک از عوامل ایجاد کننده بر اساس معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله امتیازی داده می‌شود. امتیازی که به هر یک از معیارها داده می‌شود بین ۱ الی ۵ است (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد).
۷. منظور از معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله عبارت‌اند از:
 - ▶ **شدت:** میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می‌کند
 - ▶ **شیوع:** نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است
 - ▶ **فوریت مداخله:** داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است.
 - ▶ **اثربخشی مداخله:** میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است.
 - ▶ **امکان مداخله:** انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان‌پذیر است.
۸. با نظر اکثریت اعضای شورا اگر معیاری پیشنهاد شد که به

معیارهای مذکور اضافه گردد، می توان یک معیار را در قسمت سایر به فرم اضافه کرد.

۹. پس از امتیازدهی به معیارهای همه عوامل ایجاد کننده امتیازهای معیارهای هر عامل ایجاد کننده با هم جمع می شود و در ستون جمع کل نوشته می شود.

۱۰. بر اساس امتیاز نوشته شده در جمع کل رتبه عامل ایجاد کننده مشخص می شود. بزرگترین عدد رتبه ۱ و کوچکترین عدد رتبه آخر ۳.۱۱ عامل ایجاد کننده رفتاری که بالاترین امتیاز را آورده اند و ۲ عامل ایجاد کننده غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت که بالاترین امتیاز را آورده اند مشخص و در قسمت مربوطه نوشته می شوند.

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

عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت

فرم شماره ۳
تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت
استان: شهر: محله:

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

نام و نام خانوادگی مسئول شورای ارتقای سلامت محله:
تاریخ تکمیل فرم:

امضاء و مهر

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۳

(تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت)

۱. فرم شماره ۳ به منظور تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.

۲. این فرم توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله تکمیل خواهد شد

۳. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.

۴. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.

۵. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:

➤ موضوع به صورت يك جمله مثبت خبری؛

➤ عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه؛

➤ آزمون پذیر مطرح شدن موضوع؛

➤ محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/زمانی/مکانی/جامعه آماری)

هدف کلی با افعالی مانند ارتقاء، افزایش، بهبود، حفظ، کاهش، پیشگیری بیان می‌شود. مثال: کاهش شیوع بیماری فشارخون در جمعیت تحت پوشش و کنترل عوامل خطر مربوطه.

۶. با توجه به اینکه سه عامل رفتاری اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل رفتاری اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت SMART تنظیم شود.

کلمه SMART متشکل شده از پنج کلمه Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound است.

﴿معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.﴾

﴿قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.﴾

﴿دست‌یافتنی (Achievable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست‌نیافتنی باشد.﴾

﴿واقع‌بینانه (Realistic): هدف باید دست‌یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.﴾

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

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

۷. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده رفتاری، آموزش است.

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

۹. برای هر هدف اختصاصی فعالیت‌های آموزشی مرتبط تدوین گردد، ضمن اینکه از کلیه روش‌های آموزش از جمله، آموزش گروهی، آموزش فردی (مشاوره)، برگزاری کمپین و رسانه‌های نوشتاری و غیر نوشتاری می‌توان در تدوین و انجام فعالیت‌ها استفاده نمود. مستندات آموزش‌های گروهی (عنوان آموزش، گروه مخاطب، تاریخ آموزش، روش آموزش، محل آموزش، رسانه کمک آموزشی، نتیجه پیش‌آزمون و پس‌آزمون) ثبت گردد.

۱۰. وظیفه طراحی سوالات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر عهده واحد

فنی است.

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

۱۲. با توجه به شرایط، برآورد صحیح زمان لازم برای اجرای فعالیت بسیار مهم است.

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

۱۴. در آخر پس از تنظیم فرم، رییس شورا سلامت محله، تاریخ تکمیل فرم (روز / ماه / سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند.

فرم شماره ۴
تدوین مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی
استان: شهر: محله:

عنوان مشکل اولویت دار:					
هدف کلی:					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت ۱):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت ۲):					
استراتژی: توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه گری، جلب حمایت همه جانبه					
فعالیت های مرتبط با استراتژی					
رئوس فعالیت ها	شماره هدف اختصاصی	مسئول اجرا	مسئول پیگیری	زمان اجرا	انجام شد

نام و نام خانوادگی پزشک مسئول کادر سلامت محله
تاریخ تکمیل فرم: امضاء و مهر

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۴

(تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت)

۱. فرم شماره ۴ به منظور تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.

۲. این فرم توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله تکمیل خواهد شد

۳. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.

۴. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.

۵. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:

➤ موضوع به صورت يك جمله مثبت خبری؛

➤ عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه؛

➤ آزمون پذیر مطرح شدن موضوع؛

➤ محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/زمانی/مکانی/جامعه آماری)

هدف کلی با افعالی مانند ارتقاء، افزایش، بهبود، حفظ، کاهش، پیشگیری بیان می‌شود. مثال: کاهش شیوع بیماری فشارخون در جمعیت تحت پوشش و کنترل عوامل خطر مربوطه.

۶. با توجه به اینکه دو عامل غیررفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل غیررفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت smart تنظیم شود کلمه SMART متشکل شده از پنج کلمه Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound است.

➤ معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف

معین و مشخص داشته باشیم.

❖ **قابل اندازه‌گیری (Measurable):** قابل اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.

❖ **دست‌یافتنی (Achievable):** باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست‌نیافتنی باشد.

❖ **واقع‌بینانه (Realistic):** هدف باید دست‌یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.

❖ **محدوده زمانی (Time-bound):** به‌تراست یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکنه تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.

۷. مثال: تجهیز دو تا از پارک‌های سطح روستای نصرآباد به حداقل پنج وسیله ورزشی توسط گروه حامی سلامت ... تا پایان سال ۱۴۰۱
۸. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری، استراتژی‌هایی است مانند جلب حمایت همه‌جانبه از طریق تأثیر گذاری بر افراد کلیدی است و توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری که در تدوین فعالیت‌ها حتما به آن توجه شود.

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

مثال: فعالیت یک برای هدف اختصاصی بالا: هماهنگی با خیرین جهت خریداری وسایل ورزشی

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

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

۱۱. با توجه به شرایط، برآورد صحیح زمان لازم برای اجرای فعالیت بسیار مهم است.
۱۲. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
۱۳. در آخر پس از تنظیم فرم، رئیس شورا سلامت محله، تاریخ تکمیل فرم (روز / ماه / سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند.

فرم شماره ۵
صورت جلسه شورای ارتقای سلامت محله
استان: شهر: محله:

تاریخ تشکیل جلسه: محل تشکیل جلسه:		
حاضرین در جلسه:		
غایبین جلسه:		
موضوع (دستور کار) جلسه:		
موارد بررسی شده:		
زمان پیگیری	مسئول پیگیری	مصوبات جلسه
دستور کار جلسه بعدی:		

دستورالعمل تکمیل فرم صورت جلسه شورای ارتقای سلامت محله

این فرم برای هر جلسه (با توجه به نیاز) که از شروع تا پایان مداخله ارتقای سلامت با حضور اعضاء شورا برگزار می گردد، تکمیل و در دفتر دبیر شورا نگهداری می شود.



فصل ششم

بودجه بندی



بودجه بندی

بودجه بندی، آخرین گام در مرحله طراحی برنامه ارتقای سلامت و همچنین گامی مهم در برنامه ریزی برنامه است. بودجه، برنامه مالی جامعی است که دسترسی به هدف کلی و تحقق اهداف عینی را میسر می سازد. بودجه ها به صورت های مختلف ارائه می شوند، اما معمولاً بودجه برنامه ای به صورت تعامل بین درآمد و هزینه معرفی می گردد. در بودجه بندی، لازم است فهرست امکانات، ابزار، مواد و خدمات و تجهیزات لازم برای اجرای فعالیت ها و همچنین برآورد هزینه های هر یک مرور شود. در بسیاری از برنامه های محله محور، آماده سازی هزینه برآورد شده برای فعالیت های برنامه در اولویت قرار داشته و این هزینه توسط مردم، خیرین، سازمان های مردم نهاد، مؤسسات مالی و اعتباری و یا سازمان ها و نهادهای مرتبط تأمین می شود. حتی در مواردی که برنامه ای از لحاظ مالی و بودجه ای در اولویت نمی باشد، برآورد بودجه لازم باید صورت گیرد. اگر برآورد بودجه به صورت صحیح انجام شود، هماهنگی فعالیت ها سریع تر و آسان تر انجام شده و انگیزه افراد برای مشارکت در طراحی برنامه ارتقای سلامت محله افزایش یافته و همچنین هزینه های اضافی نیز کاهش می یابد. بودجه، ابزاری برای اجرای فعالیت های برنامه و کنترل هزینه ها بوده و بودجه، آمادگی برای رویارویی با احتمالات را افزایش داده و بالاتر از آن، معیاری منطقی برای ارزیابی میزان موفقیت برنامه است.

گام اول: ابتدا فهرست امکانات، ابزار، تجهیزات و خدمات را که برای

انجام فعالیت ها مورد نیاز است را مرور کنید هر مورد را در هر ردیف مرور کرده و هزینه ها را مطابق با قیمت های رایج و متداول تخمین بزنند. لزومی ندارد که برآوردهای دقیق را در این مرحله انجام دهید. **گام دوم:** هنگامی که برآورد انجام شد، اولین، دومین و سومین ستون «فرم اطلاعات مربوط به آماده سازی بودجه» را تکمیل نمایید.

گام سوم: اکنون تعیین کنید کدام و چه مقدار از وجوه این هزینه ها می تواند توسط خود جامعه و یا گروه های خیریه تأمین شود. باید زمان کافی برای بحث در شورای ارتقای سلامت محله در نظر گرفته شود.

نکات مهم:

سه عاملی که موجب می شود هزینه های خدمات، امکانات، ابزار، تجهیزات و غیره توسط ساکنان محله تقبل شود:

۱- ساکنان محله ذهنیت روشنی از ارزش برنامه و میزان مشارکت خود در برنامه مورد نظر را داشته باشد.

۲- هنگامیکه برنامه ها با سرمایه مؤسسات خیریه یا خیرین اجرا می شوند، بیشتر این مؤسسات یا افراد تأکید دارند که مخارج باید با پول و سرمایه تناسب داشته باشد. (این تناسب بودجه و هزینه ممکن است به علت تغییرات قیمت، حدود ۲۵٪ تغییر داشته باشد).

۳- کمک های داوطلبانه جامعه ممکن است به شکل کار عملی، تهیه مواد، تجهیزات و غیره باشد که توازن بودجه را شکل می دهد. این کار به تقویت حس مالکیت نسبت به برنامه کمک می کند.

گام چهارم: وقتی ستون ۴ تکمیل شد موارد معینی نیز وجود دارد که تأمین سرمایه مورد نیاز برای اجرای آن توسط جامعه محلی ممکن نبوده و همچنین در بعضی موارد، جامعه محلی فقط مایل به سرمایه گذاری در بخشی از هزینه هاست (هزینه هایی که جامعه نمی تواند آنها را تقبل کند موجب ایجاد شکاف و کسری بودجه در

برنامه می شود). حالا ستون ۵ را مطابق با مطالب گفته شده تکمیل کنید.

گام پنجم: ستون ۵ نشانگر بخشی از بودجه است که جامعه محلی باید برای تأمین آنها از منابع دیگری استفاده کند. در مورد این که چه فعالیت هایی باید برای پوشش دادن این کسری و از بین بردن شکاف ایجاد شده در برنامه، انجام شود با هم گفتگو کنید. و دو ستون ۶ و ۷ را نیز تکمیل کنید. بیشتر بر برآورد میزان مشارکت و سرمایه گذاری و راه های از بین بردن کسری بودجه و پرکردن این شکاف در برنامه تاکید کنید.

گام ششم: جدول را با توجه به نتایج بحث تکمیل و اطلاعات مهم را نیز اضافه کنید.

[illegible]

ہیک مثال:

[illegible]



فصل هفتم

پایش، ارزشیابی و نظام رتبه بندی محلات



پایش، ارزشیابی و نظام رتبه بندی محلات

پایش (شیوه نظارت بر اجرای برنامه)

پایش (Monitoring)، چشم بیدار و ضربان سنج زنده هر برنامه‌ای است که می‌خواهد در مسیر درست خود گام بردارد و به اهدافش برسد. در برنامه جامعه‌محور «محلّه سالم»، پایش به معنای نظارت مستمر، منظم و نظام‌مند بر روند اجرای فعالیت‌ها و اندازه‌گیری پیشرفت به سوی دستیابی به اهداف تعیین شده است.

اگر برنامه‌ریزی را به تهیه نقشه سفر تشبیه کنیم، و اجرا را به حرکت در مسیر، پایش همان قطب نما و علائم راهنمایی‌ای است که در طول مسیر به ما اطمینان می‌دهد در جهت مقصد در حال حرکتیم، از سرعت مناسب برخورداریم و با موانع پیش‌بینی نشده به موقع روبرو می‌شویم. پایش، زبانی گویا از وضعیت جاری برنامه است که پیش از آنکه مشکلات کوچک به بحران‌های بزرگ تبدیل شوند، هشدار می‌دهد و فرصت اصلاح مسیر را فراهم می‌سازد.

در رویکرد مشارکتی محلّه سالم، پایش صرفاً یک وظیفه گزارشی برای مراجع بالادستی نیست، بلکه ابزاری توانمندساز برای خود شورای ارتقای سلامت محلّه و کلیه ذینفعان محلی است. این فرآیند به شورا کمک می‌کند تا:

▶ پاسخگو باشد: بتواند به ساکنین محلّه، شرکای محلی و حامیان برنامه نشان دهد که منابع (زمان، نیروی انسانی، اعتبارات) چگونه و با چه کیفیتی در حال مصرف است.

▶ یادگیرنده باشد: در میانه راه از تجربیات اجرایی درس بگیرد، نقاط

قوت را تقویت و نقاط ضعف را اصلاح کند.
 ▶ انعطاف پذیر باشد: با توجه به شرایط واقعی و بازخوردهای جامعه، بتواند در فعالیت‌ها و حتی اهداف عملیاتی (در چارچوب کلی برنامه) بازنگری و اصلاحات لازم را اعمال نماید.

▶ انگیزه‌بخش باشد: مشاهده پیشرفت‌های مرحله‌ای و دستاوردهای کوچک، انگیزه و اعتماد به نفس تیم اجرایی و جامعه محلی را برای ادامه مسیر تقویت می‌کند.

پایش، رویکردی آینده‌نگر و اصلاح‌محور دارد. تمرکز آن بر «آنچه اکنون در حال رخ دادن است» و «آنچه تاکنون انجام شده» می‌باشد تا اطمینان حاصل شود که کارها، در زمان صحیح، به شیوه صحیح و توسط افراد صحیح در حال انجام است. این فرآیند، داده‌های اولیه و ضروری را برای ارزشیابی پایانی (که به قضاوت درباره نتایج و تأثیر نهایی برنامه می‌پردازد) فراهم می‌سازد.

پایش بر این برنامه مبتنی بر فرایند است بدین معنی که با توجه به انتظارات تشریح شده، تأکید بیشتری روی انجام به موقع و گام به گام مراحل پیش بینی شده توسط مردم محلی در فرایند اجرایی دستورالعمل دارند.

بر این اساس نظارت بر اجرای دستورالعمل از دو طریق صورت می‌گیرد:

الف: تهیه و ارائه گزارش توسط شورای ارتقای سلامت محله از مراحل مختلف اجرای برنامه

ب: انجام بازدید و بررسی‌های محلی توسط کارشناس ناظر کارشناسان ناظران با توجه به موارد آموزش داده شده در کارگاه‌های آموزشی و تکالیف مطرح شده باید به ارزیابی نحوه اجرای دستورالعمل در محله‌ها هدف پرداخته و مستندات مورد نظر را مورد بررسی قرار دهند. همچنین چک لیست‌های مربوط به هر مرحله را نیز تکمیل نمایند.

چک لیست اجرای دستورالعمل به تفکیک هر مرحله اقدام عملی برای تشکیل شورا

مستندات انجام وجود دارد	مستندات پایش	مراحل اقدام عملی برنامه	مراحل پایش
بله	خیر		
		ابلاغ مراقب سلامت / بهورز	تعیین مراقب سلامت / بهورز
		لیست اعضا شورای ارتقای سلامت محله و مشخصات شامل نام و نام خانوادگی، نام سازمان و نهاد مربوطه، سمت، شماره تماس	تشکیل شورای ارتقای سلامت محله
		صورت جلسه شورای ارتقای سلامت محله	
		مستندات برگزاری کارگاه آموزشی	برگزاری کارگاه آموزشی برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی
		گزارش نتایج اطلاعات جمع آوری شده توسط تیم های مشاهده و مصاحبه	مرحله ۱ پایش
		نقشه محله و جانمایی منابع	
		جدول شناسایی ذینفعان	
		گزارش نحوه انجام کار	مرحله ۱ پایش
		نمونه شناسنامه تکمیل شده	
		گزارش و عکس از جلسات عمومی برگزار شده	
		گزارش ارتباط با ذینفعان دولتی و یا بازدید آنها از محله	مرحله ۲ پایش
		صورت جلسه انجام نیازسنجی	
		نمونه فرم بحث گروهی، مصاحبه پرسشنامه و...	
		گزارش انجام نیازسنجی و نتایج بدست آمده	
		گزارش جلسه اولویت بندی و نتایج بدست آمده	

مستندات انجام وجود دارد	مستندات پایش	مراحل اقدام عملی برنامه	مراحل پایش
بله	خیر		
		صورت جلسات جلسه تدوین برنامه ارتقای سلامت محله	مرحله ۳ پایش
		نمونه فرم های تکمیل شده	
		نمونه برنامه های تدوین شده برای اولویت های تصویب شده اهداف اختصاصی، جدول مربوطه	
		نمونه فرم های تکمیل شده	بودجه بندی
		گزارش تصویری از اجرای فعالیت های انجام شده و تصاویر قبل و بعد از مداخله	خودارزیابی
		گزارش ارزیابی فعالیت های اجرا شده بر اساس برنامه تهیه شده	

چکلیست امتیازدهی بر اساس پایش اقدامات راه اندازی و تشکیل شورای ارتقای سلامت محله

ردیف	راهبرد عملیاتی	امتیاز در نظر گرفته شده، طبق فصل فرایند اجرایی راه اندازی و استقرار محله سالم	توضیحات
۱	تعیین و توانمندسازی مراقب سلامت / بهورز	۱۰ امتیاز	
۲	تشکیل شورای ارتقای سلامت محله	۱۰ امتیاز	
۳	برگزاری کارگاه آموزشی برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای اعضای شورا	۱۰ امتیاز	
۴	ارزیابی محله	۵ امتیاز	
۵	تهیه شناسنامه محله	۱۰ امتیاز	
۶	انجام نیازسنجی و اولویت بندی	۱۰ امتیاز	
۷	تدوین برنامه ارتقای سلامت محله و بودجه بندی	۱۵ امتیاز	
۸	اجرای برنامه ارتقای سلامت محله	۱۰ امتیاز	
۹	خودارزیابی	۱۰ امتیاز	
۱۰	ارسال گزارش	۱۰ امتیاز	
	جمع	۱۰۰ امتیاز	

ارزشیابی برنامه ارتقای سلامت محله

تدوین برنامه برای ارتقای سلامت، فرآیندی پویا و چرخه‌ای است که با شناخت مسئله آغاز می‌شود و با طراحی و اجرای مداخلات ادامه می‌یابد. اما ارزشیابی، حلقه اتصال دهنده و تکمیل‌کننده این چرخه است؛ حلقه‌ای که به برنامه جان می‌بخشد، جهت آن را تصحیح می‌کند و تداوم آن را تضمین می‌نماید. بدون نظام ارزشیابی، برنامه ریزی سلامت، سفری بدون قطب نما خواهد بود که در آن، نه از نقطه شروع خود آگاهی دقیقی داریم، نه از مسیر پیموده شده و نه از مقصد نهایی.

ارزشیابی صرفاً یک اقدام اداری یا گزارشی پایانی نیست. بلکه ابزاری استراتژیک برای یادگیری سیستماتیک، پاسخگویی هوشمندانه و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد است. در برنامه «محله سالم»، که ماهیتی مشارکتی، جامعه‌محور و چندبخشی دارد، ارزشیابی نقشی دوچندان حیاتی ایفا می‌کند:

۱. **گذار از حرف به عمل و از عمل به نتیجه:** ارزشیابی به ما کمک می‌کند تا دریابیم آیا فعالیت‌های انجام‌شده (مانند کارگاه‌های آموزشی) صرفاً به انجام رسیده‌اند، یا منجر به ایجاد تغییرات مورد انتظار در دانش، نگرش و رفتار ساکنین شده‌اند؟ و آیا این تغییرات رفتاری، در نهایت به تحقق اهداف کلان تر سلامت در محله کمک کرده‌اند؟

۲. **تبدیل تهدیدها به فرصت‌ها (یادگیری از تجربه):** هر برنامه‌ای در بستر پیچیده اجتماع با چالش‌های پیش‌بینی نشده مواجه می‌شود. ارزشیابی، به جای سرکوب این چالش‌ها، آنها را به عنوان منابع ارزشمند یادگیری شناسایی می‌کند. آیا مشارکت شهرداری به اندازه کافی مؤثر بود؟ دلیل استقبال کم از یک فعالیت آموزشی چه بود؟ پاسخ به این سؤالات، درس‌های عملیاتی گران‌بهای برای بهبود کیفیت اجرا در مراحل بعدی فراهم می‌آورد.

۳. توانمندسازی شورای ارتقای سلامت محله و تقویت حس مالکیت محلی: هنگامی که اعضای شورای ارتقای سلامت محله، خود مجری طراحی شاخص‌ها، جمع‌آوری داده و تحلیل نتایج باشند، دیگر اجراکنندگان منفعل دستورالعمل نیستند. آنها به پژوهشگران عملگرای محلی تبدیل می‌شوند که عمیقاً با نقاط قوت و ضعف برنامه خود آشنا شده و احساس مسئولیت و مالکیت آنها نسبت به برنامه «محله سالم» تقویت می‌گردد. این بزرگ‌ترین سرمایه برای تداوم برنامه است.

۴. ایجاد گفت‌وگوی مؤثر با ذینفعان و جلب حمایت پایدار: گزارش‌های ارزشیابی مبتنی بر شواهد عینی و شاخص‌های کمی، زبان گویا و مشترکی را برای گفت‌وگو با تمامی ذینفعان از معتمدین و مسئولین محلی تا سازمان‌های مردم‌نهاد محلی و ... فراهم می‌کند. نشان دادن دستاوردهای ملموس (مانند افزایش آگاهی یا بهبود امکانات پارک محله و ...) بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده در محله، بهترین استدلال برای جلب اعتماد، توجیه منابع مصرف شده و تضمین حمایت‌های آتی است.

۵. نهادینه‌سازی برنامه و تضمین تداوم آن: برنامه‌های ارتقای سلامت محله زمانی پایدار می‌مانند که به بخشی از «حافظه استراتژیک» و «فرهنگ اقدام» جامعه محلی تبدیل شوند. ارزشیابی منظم، با مستندسازی فرایندها، موفقیت‌ها و حتی شکست‌ها، این حافظه سازمانی را می‌سازد. این مستندات به نسل‌های بعدی اعضای شورا این امکان را می‌دهد که از تجربیات گذشته بیاموزند و برنامه را متوقف نشدنی ادامه دهند.

تعاریف کلیدی

برای درک مشترک و صحیح مباحث این فصل، تعاریف پایه‌ای مفاهیم کلیدی به شرح زیر ارائه می‌شود:

◀ ارزشیابی (Evaluation): فرآیند نظام‌مند جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات

به منظور قضاوت درباره ارزش، اثربخشی، کارایی و تأثیر یک برنامه یا مداخله. در اینجا، ارزشیابی مشخص می‌کند که برنامه تدوین شده برای محله تا چه اندازه به اهداف از پیش تعیین شده خود دست یافته است و چه نتایجی داشته است.

▶ **شاخص (Indicator):** یک معیار یا نشانگر کمی یا کیفی که وضعیت یا تغییرات یک پدیده را به صورت عینی، قابل اندازه‌گیری و ساده نشان می‌دهد. شاخص‌ها ابزار اصلی اندازه‌گیری در ارزشیابی هستند.

مثال: "درصد افراد بالای ۳۰ سال محله که در یک سال گذشته آزمایش قند خون داده‌اند" یک شاخص برای اندازه‌گیری پیشرفت در زمینه برنامه دیابت است.

▶ **هدف کلی (Overall Goal):** بیان‌کننده چشم‌انداز یا تغییر نهایی مطلوب در وضعیت سلامت محله در یک افق زمانی بلندمدت‌تر است. این هدف معمولاً کلی و مرتبط با بهبود شاخص‌های سلامت یا کاهش بار بیماری است.

مثال: "کاهش شیوع و عوارض بیماری دیابت نوع ۲ در ساکنین محله X طی ۲ سال آینده."

▶ **هدف اختصاصی (Specific Objective):** اهداف جزئی‌تر، مشخص، قابل اندازه‌گیری، دست‌یافتنی، مرتبط و زمان‌دار (SMART) که دستیابی به آنها در مسیر تحقق هدف کلی ضروری است. این اهداف به دو دسته تقسیم می‌شوند:

▶ **هدف اختصاصی رفتاری:** بر تغییر دانش، نگرش، مهارت یا رفتار فردی و جمعی گروه هدف تمرکز دارد. دستیابی به این اهداف معمولاً از طریق مداخلات آموزشی و ترویجی پیگیری می‌شود.

مثال: "افزایش فعالیت بدنی منظم (حداقل ۳ روز در هفته) در زنان خانه‌دار محله از ۲۰٪ به ۴۰٪ در دو سال."

▶ **هدف اختصاصی غیررفتاری (SDH):** بر تغییر در شرایط محیط

فیزیکی، خدمات، قوانین، زیرساخت‌ها یا همکاری‌های بین بخشی که مبتنی بر تعیین‌کننده اجتماعی سلامت هستند، متمرکز است. دستیابی به این اهداف نیازمند مداخلاتی فراتر از آموزش و عمدتاً از طریق مشارکت و جلب مشارکت سازمان‌های دیگر است.

مثال: ایجاد یک مسیر پیاده‌روی ایمن و مناسب به طول ۱ کیلومتر در حریم رودخانه محله تا پایان سال با همکاری شهرداری.

فعالیت (Activity): اقدامات و کارهای عملی و مشخصی که برای دستیابی به هر هدف اختصاصی طراحی و اجرا می‌شوند. فعالیت‌ها گام‌های اجرایی برنامه هستند.

مثال (برای اهداف فوق): "برگزاری ۱۰ جلسه کارگاه آموزش تغذیه سالم برای زنان خانه‌دار" (برای هدف رفتاری) یا "برگزاری ۳ جلسه مذاکره با شورای شهر برای اختصاص بودجه مسیر پیاده‌روی" (برای هدف غیررفتاری).

چارچوب کلی ارزشیابی برنامه محله سالم

۱. ارزشیابی مبتنی بر اهداف برنامه: تأکید بر این که شاخص‌ها مستقیماً از اهداف تعیین‌شده در برنامه مشتق می‌شوند.

۲. سطوح ارزشیابی:

ارزشیابی فعالیت‌ها

ارزشیابی اهداف اختصاصی (رفتاری و غیررفتاری)

۳. زمان‌بندی ارزشیابی: ارزشیابی فرآیندی یا پایش (در حین اجرا) و ارزشیابی خارجی (پس از اتمام دوره برنامه)

تعریف شاخص:

برای ارزشیابی برنامه و سنجش میزان تحقق برنامه، نیاز به تعیین شاخص‌هایی است تا براساس آنها میزان پیشرفت برنامه‌ها و میزان تحقق و دستیابی به اهداف تعیین گردد.

شاخص ها برای اندازه گیری نتایج حاصل از تحقق هر یک از اهداف اختصاصی بکار می روند و به عبارتی اهداف اختصاصی را سنجش پذیر و کمی می کنند. بنابراین می توان ذیل اهداف اختصاصی شاخص تدوین نمود و مقدار موجود، استاندارد و مقدار هدف آن را (مقادیری که هدف گذاری می شود تا در پایان دو سال و با اجرای فعالیت ها به آنها دست یابیم) مشخص کرد.

ملاحظات کلیدی در تدوین شاخص ها عبارتند از:

شاخص ها باید معطوف به هدف باشند نه برنامه یا فعالیت،
بنابراین موارد زیر «شاخص هدف اختصاصی» محسوب نمی شوند:

تعداد جلسات برگزار شده

تعداد دستورالعمل های تدوین شده

شاخص ها باید براساس معیارهای مشخص و عینی و بدون قضاوت شخصی قابل اندازه گیری و سنجش باشند، بنابراین موارد زیر شاخص هدف محسوب نمی شود:

درصد پیشرفت برنامه

شاخص ها در راستای تحقق اهداف اختصاصی تعیین شده، تدوین گردد.

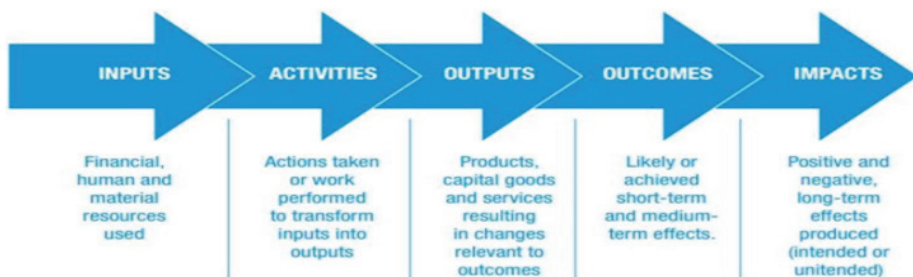
تعریف مقدار مطلوب شاخص:

استاندارد یا مقدار مطلوب شاخص عبارت است از حد قابل قبول و مبنای اصلی برای قضاوت. استاندارد در لغت به معنای نظم، قاعده و قانون است و چنین تعریف می شود: تعیین و تدوین ویژگی های لازم در تولید یک محصول (کالا) و یا انجام یک خدمت، استاندارد در واقع حد یا حدود قابل قبول از شاخص و مبنای اصلی برای قضاوت است. به عبارت دیگر، استاندارد خط قرمز شاخص می باشد. شاخص نشان می دهد که وضعیت چیست. استاندارد نشان می دهد که آیا وضعیت مطلوب است یا نه و آیا اهداف تحقق یافته اند یا نه.

به طور مثال: درصد پوشش مراقبت مادران یک شاخص است و حد قابل قبول ۶۵ درصد، استاندارد می باشد.

طبقه بندی شاخص ها از نظر اجزای سیستم و زنجیره نتایج (رویکرد سیستمی)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یک سیستم اجتماعی است. سیستم مجموعه ای از اجزای مختلف است که معمولاً به صورت هدفمند و هماهنگ برای دستیابی به اهداف مشترک تلاش می نمایند. سیستم دارای ورودی، خروجی و پردازش مشخص است و نتایجی را به همراه دارد. در شکل زیر زنجیره نتایج حاصل از فعالیت یک سیستم نمایش داده شده است.



شکل زنجیره نتایج

شاخص ها را نیز با در نظر گرفتن اجزای سیستم، زنجیره نتایج و اثرات کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت آن طبقه بندی می کنند اما در این برنامه برای پایش شاخص های فرآیندی (Process Indicators) و برای اهداف اختصاص از شاخص های خروجی / برونمدادی (Output Indicators) استفاده خواهد شد.

۱. شاخص های فرآیندی (Process Indicators)

شاخص هایی که فعالیت های در حال اجرا، نحوه ارزیابی خدمت، روش ها و برنامه دستیابی به اهداف را پایش می کنند.

۲. شاخص های خروجی / برونمدادی (Output Indicators)

شاخص هایی که خروجی برنامه ها را اندازه گیری می کنند.

انواع شاخص ها از نظر نحوه گزارش

تعداد / فراوانی (Count / Number / Frequency):

فراوانی پدیده را نشان می دهد، بدون داشتن کسر، تعداد موارد حوادث را مشخص می کند. مثال: تعداد بیمار، تعداد وسایل ورزشی در بوستان ها

◀ **نسبت (Ratio):** صورت و مخرج از دو جامعه متفاوت هستند به عبارت دیگر صورت جزیی از مخرج نیست. مثال: نسبت پزشک متخصص به جمعیت محله، نسبت دانش آموزان به معلم

◀ **سهم (proportion):** صورت و مخرج از یک جنس هستند و صورت جزیی از مخرج است به عبارت دیگر صورت از دل مخرج بیرون می آید. مثال: تعداد افراد مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ به کل افراد مبتلا به دیابت

◀ **میزان (Rate):** احتمال وقوع یک حادثه در مدت زمان مشخص و در جمعیت معین است. مثال: میزان مرگ و میر در طی یک سال - میزان شیوع کمخونی در زنان باردار - میزان بروز کم کاری تیروئید نوزادان خاصیت مهمی که میزان را از سهم متمایز می کند این است که

میزان سهمی است که فاکتور زمان در آن مد نظر قرار گرفته است.
مثال: میزان سفیران سلامت آموزش داده شده در اسفند ماه (صورت:
تعداد سفیران سلامت آموزش داده شده در اسفند ماه، مخرج: تعداد
کل سفیران سلامت شناسایی شده در اسفند ماه)
نظر به اینکه در میزان صورت کسر نسبت به مخرج بسیار کوچک است،
معمولاً در محاسبه میزان ها حاصل تقسیم را در عدد ثابت ۱۰۰ ضرب می کنند.
میانگین و میانه (Mean/Median):

در برخی مواقع میانگین و میانه نیز می توانند به عنوان شاخص به کار روند.
مثال: میانگین زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار در کلان شهرها

ویژگی های شاخص

شاخص ها باید از ویژگی های (SMART & D) به شرح زیر برخوردار
باشند:

S – Specific: مخصوص، معین و مشخص باشد. یعنی شاخص جامع
و مانع، شفاف، ساده، واضح، رسا و صریح باشد بطوریکه برداشت
یکسانی از مفاهیم ایجاد نماید.

M – Measurable: قابل اندازه گیری باشد. سنجش آنها به سادگی
مقدور باشد. یعنی علاوه بر عملکرد کمی، قابلیت تعریف عملکرد
کیفی شاخص در قالب های متغیر کمی را نیز داشته باشد.

A – Achievable: قابل دستیابی باشد.

R – Relevant/Realistic: واقع گرایانه باشد. یعنی با فعالیت ها و
مأموریت ها و خط مشی و راهبردهای واقعی سازمان و با حوزه های
حساس و کلیدی عملکرد سازمان مرتبط باشد.

T – Time frame: چارچوب و محدوده زمانی داشته باشد، یعنی شاخص
دوره ارزیابی معین داشته باشد.

D – Database: بانک اطلاعاتی، یعنی داده ها و اطلاعات لازم و مربوط به
شاخص وجود داشته باشد.

روش تدوین شاخص های ارزشیابی
گام اول: مرور سلسله مراتب اهداف برنامه
برای هر برنامه، این زنجیره مشخص است: هدف کلی: اهداف
اختصاصی (رفتاری و غیررفتاری) - فعالیت ها.
گام دوم: تعریف شاخص برای هر سطح
الف) تدوین شاخص برای «فعالیت ها»:
نکته: شاخص های فعالیت، کمی و مربوط به فرآیند اجرا هستند.
سوال کلیدی: چه کاری، چقدر، برای چه کسی، و تا کی انجام شد؟
مثال برای فعالیت آموزشی دیابت:
فعالیت: برگزاری ۴ کارگاه آموزشی پیشگیری از دیابت برای افراد بالای ۳۰
سال و در معرض خطر محله.
شاخص های پیشنهادی:
۱. تعداد کارگاه های برگزار شده (برنامه ریزی شده در مقابل اجرا شده).
۲. تعداد افراد شرکت کننده در کارگاه ها.
۳. درصد افراد هدفی که تحت پوشش آموزش قرار گرفتند.
ب) تدوین شاخص برای اهداف اختصاصی رفتاری:
نکته: این شاخص ها تغییرات دانش، نگرش، مهارت و رفتار افراد
هدف را می سنجند.
سوال کلیدی: پس از اجرای فعالیت های آموزشی، رفتار (یا دانش)
گروه هدف چقدر تغییر کرد؟
مثال برای هدف اختصاصی رفتاری دیابت: افزایش انجام آزمایش قند
خون سالانه در افراد بالای ۳۰ سال پرخطر محله از ۴۰٪ به ۶۰٪ در مدت
دو سال.
شاخص های پیشنهادی:
۱. درصد افراد بالای ۳۰ سال پرخطر محله که در سال گذشته آزمایش
قند خون داده اند.

۲. درصد افراد پرخطر که می دانند هر چند وقت یکبار باید آزمایش قند خون بدهند.

ج) تدوین شاخص برای اهداف اختصاصی غیررفتاری (SDH):

نکته: این شاخص ها تغییرات در محیط فیزیکی، خدمات، قوانین یا همکاری های بین بخشی را اندازه می گیرند.

سوال کلیدی: آیا شرایط محیطی یا خدمات لازم برای حمایت از رفتار سالم فراهم شده است؟

مثال برای هدف اختصاصی غیررفتاری دیابت: تجهیز هر ۳ پارک محله به وسایل ورزشی مناسب سالمندان تا پایان سال با مشارکت شهرداری.
شاخص های پیشنهادی:

۱. میزان پارک های محله که وسایل ورزشی مناسب سالمندان تا پایان سال ۱۴۰۵ در آن نصب شده است.

د) تدوین شاخص برای «هدف کلی»:

نکته: این شاخص ها وضعیت سلامت یا عوامل خطر مرتبط با موضوع (مثلاً دیابت) را در سطح کل محله ارزیابی می کنند. معمولاً نیاز به داده های ثبتي یا بررسی های دوره ای دارد.

سوال کلیدی: آیا وضعیت سلامت مرتبط با موضوع در کل محله بهبود یافته است؟

مثال برای هدف کلی برنامه دیابت: کاهش شیوع دیابت نوع ۲ در محله X در یک دوره ۲ ساله.

شاخص پیشنهادی (در صورت دسترسی به داده):

۱. شیوع دیابت نوع ۲ در جمعیت بالای ۳۰ سال محله (بر اساس داده های نظام مراقبت).

روش های جمع آوری داده برای شاخص ها

معرفی روش های ساده:

پرسشنامه: برای سنجش دانش، نگرش، گزارش رفتار.
چک لیست مشاهده: برای ارزیابی محیط فیزیکی (مانند پارک).
بررسی اسناد و گزارش ها: برای ثبت فعالیت ها و جلسات.
مصاحبه: با ذینفعان و مسئولان همکار.
استفاده از داده های ثبتي موجود: مانند داده های پایگاه سلامت محله، آمار مراجعات.
تاکید بر سادگی و عملی بودن روش ها برای شورای محلی.

نظام رتبه بندی محلات

۱. مقدمه و ضرورت

نظام رتبه بندی محله های سالم به عنوان یکی از اجزای کلیدی دستورالعمل اجرایی «برنامه خودمراقبتی اجتماعی با رویکرد محله محور»، با هدف ایجاد انگیزه، رقابت سازنده و بهبود مستمر عملکرد محلات در ارتقای سلامت طراحی شده است. این نظام، ابزاری برای پایش، ارزشیابی و مقایسه میزان پیشرفت محلات در تحقق شاخص های سلامت، مشارکت اجتماعی و توسعه پایدار محله محور بوده و زمینه شناسایی، الگوسازی و ترویج تجارب موفق را فراهم می سازد. رتبه بندی محلات، پیوند مستقیمی با جشنواره خودمراقبتی اجتماعی داشته و نقش مهمی در بازخوردهی به سیاست ها، برنامه ها و مداخلات وزارت بهداشت ایفا می کند.

۲. اهداف نظام رتبه بندی

اهداف اصلی نظام رتبه بندی محله های سالم عبارت اند از:
ایجاد انگیزه و رقابت مثبت میان محلات کشور در مسیر ارتقای سلامت و کیفیت زندگی.
پایش میزان تحقق اهداف برنامه خودمراقبتی اجتماعی و محله سالم.
شناسایی محلات پیشرو و موفق و معرفی آن ها به عنوان الگوهای

قابل تعمیم.

تقویت مشارکت مردمی، سرمایه اجتماعی و همکاری بین بخشی در سطح محله.

فراهم سازی شواهد برای بهبود سیاست ها، دستورالعمل ها و برنامه های اجرایی.

تقدیر از تلاش های داوطلبانه، مردمی و نهادی در ارتقای سلامت محله.

۳. اصول و رویکردهای حاکم بر رتبه بندی

نظام رتبه بندی محله های سالم بر اصول زیر استوار است:

مشارکت محوری: تأکید بر نقش فعال مردم، داوطلبان سلامت، شوراهای ارتقای سلامت محله و هیات امنای محله.

عدالت و بومی سازی: توجه به شرایط، ظرفیت ها و نیازهای خاص هر محله و پرهیز از مقایسه های ناعادلانه.

شفافیت و پاسخ گویی: تعریف شاخص های روشن، فرایندهای مشخص ارزشیابی و ارائه بازخورد مستمر.

پایداری و بهبود مستمر: تمرکز بر نهادینه سازی فرایندها و استمرار اقدامات سلامت محور.

هم افزایی بین بخشی: ارزیابی میزان همکاری و مشارکت نهادهای دولتی، غیردولتی و مردمی.

۴. ساختار اجرایی نظام رتبه بندی

اجرای نظام رتبه بندی در چارچوب ساختارهای موجود برنامه محله سالم انجام می شود:

سطح محله: شورای ارتقای سلامت محله مسئول خودارزیابی، مستندسازی اقدامات و ثبت اطلاعات در سامانه خودمراقبتی اجتماعی است.

سطح مرکز خدمات جامع سلامت: هیات امنای محله و کارشناس ناظر مرکز، مسئول پایش، صحت سنجی داده ها و ارائه بازخورد هستند.

ارزشیابی خارجی در دوره های ۲ سالانه مبتنی بر سامانه خودمراقبتی اجتماعی توسط تیمی شامل نمایندگان هیات امنای مراکز خدمات

جامع سلامت تحت نظارت کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت شهرستان انجام می شود.

براساس نتایج ارزشیابی خارجی، رتبه بندی عملکرد شوراهای ارتقای سلامت محله با برندهای «محله سالم ۱ تا ۵ ستاره» طبق نظام رتبه بندی برنامه به عمل می آید.

۵. شاخص ها و ابعاد رتبه بندی محله های سالم

رتبه بندی محلات بر اساس مجموعه ای از شاخص های چندبعدی انجام می شود که در جشنواره ۲ سالانه خودمراقبتی اجتماعی نیز مبنا قرار می گیرند:

۵-۱. محیط سالم و بهداشت عمومی

۵-۲. آسایش و امنیت

۵-۳. سازمان دهی و جلب مشارکت جامعه

۵-۴. توسعه همکاری و حمایت طلبی بین بخشی

۵-۵. نوآوری، خلاقیت و پایداری

۵-۶. تحقق اهداف برنامه ارتقای سلامت محله

۵-۷. شناسنامه محله

۵-۸. سلامت ساکنین و بیماری ها

۶. فرآیند ارزشیابی و رتبه بندی

فرآیند رتبه بندی محله های سالم در چند مرحله انجام می شود:

۱. **خودارزیابی:** توسط شورای ارتقای سلامت محله پس از اجرای

برنامه ها و ثبت نتایج در سامانه خودمراقبتی اجتماعی.

۲. **پایش:** در سه نوبت توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع

سلامت (پس از سازمان دهی جامعه محلی و پس از تدوین برنامه

ارتقای سلامت محله).

۳. **ارزشیابی خارجی:** توسط تیم ارزشیابی شامل نمایندگان هیات امنای

مراکز خدمات جامع سلامت تحت نظارت کارشناس مسئول آموزش و

ارتقای سلامت شهرستان بر اساس چک لیست های استاندارد.

۴. جمع‌بندی و تعیین رتبه: مقایسه نتایج، امتیازدهی به شاخص‌ها

و تعیین سطح یا رتبه محله.

۷. ابزارها و سامانه‌های پشتیبان

سامانه خودمراقبتی اجتماعی به عنوان داشبورد دیجیتال شوراهای ارتقای سلامت محله، ابزار اصلی ثبت، پایش و ارزشیابی عملکرد محلات در نظام رتبه‌بندی است. این سامانه امکان ثبت اطلاعات، خودارزیابی، ارزشیابی خارجی، اشتراک تجارب برتر و دریافت بازخورد را فراهم می‌کند.

۸. ارتباط رتبه‌بندی با جشنواره خودمراقبتی اجتماعی

نتایج نظام رتبه‌بندی مبنای اصلی انتخاب و معرفی محلات برتر در جشنواره خودمراقبتی اجتماعی است. جشنواره با هدف الگوسازی، تقدیر از محلات موفق و تقویت رقابت مثبت برگزار شده و به عنوان سازوکار انگیزشی مکمل نظام رتبه‌بندی عمل می‌کند.

۹. خروجی‌ها و کارکردهای نظام رتبه‌بندی

شناسایی محلات سالم در سطوح مختلف.

مستندسازی و انتشار تجارب موفق.

ارتقای کیفیت برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات محله‌محور.

تقویت اعتماد، انسجام اجتماعی و سرمایه اجتماعی در محلات.

کمک به تحقق اهداف کلان نظام شبکه خدمات جامع و همگانی

سلامت و برنامه خودمراقبتی اجتماعی.

جدول شاخص‌ها و نظام امتیازدهی رتبه‌بندی محله‌های سالم

۱. اصول امتیازدهی

حداکثر امتیاز کل: ۱۲۰ امتیاز

امتیاز هر شاخص بر اساس مستندات ثبت‌شده در سامانه خودمراقبتی

اجتماعی، خودارزیابی شورا و ارزشیابی خارجی محاسبه می‌شود.

شرط ورود به فرآیند رتبه‌بندی: تشکیل شورای ارتقای سلامت محله است.

۲. جدول شاخص ها و امتیازدهی

رتبه	مؤلفه های ارزیابی	امتیاز
۱	محیط سالم و بهداشت عمومی	۲۰
۲	آسایش و امنیت	۱۶
۳	سازمان دهی و جلب مشارکت جامعه	۱۲
۴	همکاری و حمایت طلبی بین بخشی	۱۲
۵	نوآوری، خلاقیت و پایداری	۱۰
۶	تحقق اهداف برنامه ارتقای سلامت محله	۱۶
۷	شناسنامه محله	۱۸
۸	سلامت ساکنین و بیماری ها	۱۶
جمع کل		۱۲۰

جدول سطوح رتبه بندی محله های سالم

رتبه	امتیاز کل	عنوان محله	ویژگی ها
*	۳۹-۲۰	محله نوپا	تازه وارد به برنامه و شورای ارتقای سلامت محله تشکیل شده است.
**	۵۹-۴۰	محله مشارکت جو	ساختار محلی شکل گرفته، فعالیت های اجتماعی در حال گسترش.
***	۷۹-۶۰	محله فعال	برنامه ریزی منسجم، مشارکت چندنهادی، اجرای برنامه ارتقای سلامت محله.
****	۹۹-۸۰	محله توانمند	فعالیت های پایدار، پیوند بین بخشی قوی، اثرات ملموس در بهبود شاخص سلامت.
*****	۱۲۰-۱۰۰	محله الگو	محله پیشرو در سلامت، نوآوری، مشارکت پایدار و قابل الگو برداری ملی.

ضرایب کیفی (امتیاز تشویقی)

- حداکثر ۵ امتیاز تشویقی به محلاتی اعطا می شود که دارای ویژگی های زیر باشند:
- مشارکت داوطلبانه گسترده و پایدار مردم (+۲)
- هم افزایی مؤثر بین بخشی با حداقل ۳ نهاد محلی (+۲)
- ارائه تجربه موفق قابل تعمیم در سطح شهرستان یا استان (+۱)
- امتیاز تشویقی در سقف ۱۲۰ محاسبه می شود و موجب ارتقای رتبه خواهد شد.

منابع داده و ابزار سنجش

- سامانه خودمراقبتی اجتماعی (داشبورد شورا)
- صورت جلسات شورای ارتقای سلامت محله
- گزارش های فصلی هیات امنای محله
- چک لیست ارزشیابی خارجی

کاربرد نتایج رتبه بندی

- انتخاب و معرفی محلات برتر در جشنواره خودمراقبتی اجتماعی
- اولویت بندی تخصیص حمایت ها و مداخلات تقویتی
- بازخورد سیاستی برای بهبود برنامه ها و دستورالعمل ها
- این جدول مبنای رسمی امتیازدهی و رتبه بندی محله های سالم در چارچوب برنامه خودمراقبتی اجتماعی می باشد.

شاخص های محله سالم

سازمان دهی و جلب مشارکت جامعه				
ردیف	عنوان	انجام (نشده)	ناقص (۱)	کامل (۲)
۱	شورای ارتقای سلامت محله تشکیل شده و وظایف و مسئولیت ها برای اعضا مشخص شده است.			
۲	داوطلبان سلامت محله در شورای ارتقای سلامت محله عضو هستند			

سازمان دهی و جلب مشارکت جامعه				
ردیف	عنوان	انجام نشده (۰)	ناقص (۱)	کامل (۲)
۳	رئیس و دبیر برای شورای ارتقای سلامت محله انتخاب شده است.			
۴	نمایندگان مردم محله در جلسات شورا حضور فعال و موثری دارند.			
۵	شورای ارتقای سلامت محله، با توجه به اطلاعات جمع آوری شده در شناسنامه محله به دنبال استفاده از ظرفیت های مردمی محله برای توسعه محله خود می باشند.			
۶	شورای ارتقای سلامت محله درخصوص فرایند برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی آموزش دیده اند.			
جمع کل				

همکاری و حمایت طلبی بین بخشی				
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص	کامل
۱	تمام سازمان ها و نهادهای محلی طبق دستورالعمل عضو شورای ارتقای سلامت محله شده اند.			
۲	امکانات فیزیکی و تسهیلات مناسب فراهم گردیده است.			
۳	اعضای تیم مسئولین و معتمدین در جلسات حضور مستمر داشته و پیشنهادات تخصصی خود را ارائه می کنند.			
۴	مشارکت کنندگان بالقوه، شناسایی شده و در راستای اجرای برنامه مشترک در محله سالم به کار گرفته شده اند.			
۵	سازمان های مردم نهاد محله شناسایی شده اند و نماینده آنها در شورای ارتقای سلامت محله عضو است			
۶	سازمان ها و نهادهای محلی عضو شورای ارتقای سلامت محله بودجه ای را به منظور اجرای برنامه ارتقای سلامت محله اختصاص داده اند			
جمع کل				

شناسنامه محله			
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص
۱	شناسنامه محله تدوین شده است		
۲	در شناسنامه محله، افراد دارای توانمندی خاص در محله شناسایی شده است		
۳	تمام افراد با ناتوانی جسمی شناسایی شده اند.		
۴	داوطلبان سلامت فعال در محله شناسایی شده اند		
۵	ظرفیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله شناسایی شده است		
۶	اطلاعات کلیدی در شناسنامه محله به نمایش گذاشته شده و در اختیار جامعه و سایر مراکز ذیربط قرار داده می شود.		
۷	افراد دارای توانمندی و مهارت در محله شناسایی شده اند		
۸	فرم گروه های خودیار محله تکمیل شده است		
۹	شناسنامه محله به طور مرتب به روز رسانی می شود و برای برنامه ریزی و پایش مورد استفاده قرار می گیرد.		
جمع کل			

محیط سالم و بهداشت عمومی			
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص
۱	مدیریت پسماند (وجود برنامه جمع آوری منظم، تفکیک از مبدأ، حذف نقاط دیپوی غیرمجاز)		
۲	بهداشت معابر و فضاهای عمومی (نظافت مستمر معابر، پارک ها و فضاهای پرتردد)		
۳	سلامت آب آشامیدنی (دسترسی پایدار به آب سالم، نبود آلودگی ثانویه)		
۴	دفع بهداشتی فاضلاب (نبود فاضلاب روباز، اتصال به شبکه یا چاه ایمن)		
۵	کنترل ناقلین بیماری (اجرای برنامه های پیشگیری و مبارزه با ناقلین)		

محیط سالم و بهداشت عمومی				
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص	کامل
۶	بهداشت اماکن و واحدهای صنفی (رعایت ضوابط بهداشتی اماکن حساس)			
۷	آلودگی‌های محیطی (کنترل آلودگی هوا، صوت و بوهای نامطبوع)			
۸	فضای سبز و محیط زیست محله (نگهداری فضای سبز، توسعه مشارکتی)			
۹	ایمنی محیط‌های بازی و ورزشی (ایمنی تجهیزات، نظافت، دسترسی ایمن)			
۱۰	مشارکت اجتماعی در بهداشت محیط (آموزش، بسیج محلی، گزارش‌دهی مردمی)			

آسایش و امنیت				
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص	کامل
۱	میزان فراهم بودن تسهیلات رفاه عمومی			
۲	میزان فراهم بودن امکانات تفریحی، ورزشی			
۳	میزان مطلوبیت سیستم حمل و نقل برای دسترسی به مراکز خدماتی			
۴	وضعیت روشنایی معابر و خیابان‌ها در شب			
۵	ایمنی در مقابل بلایای طبیعی و مصنوعی			
۶	میزان رضایتمندی از عملکرد نیروی انتظامی جهت ایجاد امنیت			
۷	میزان مطلوبیت امنیت شغلی شاغلان			
۸	وضعیت امنیت اجتماعی			
جمع کل				

تحقق اهداف برنامه ارتقای سلامت محله				
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص	کامل
۱	نیازسنجی سلامت محله انجام شده است			
۲	برنامه ارتقای سلامت محله تدوین شده است			
۳	برنامه تدوین شده با نتایج نیازسنجی سلامت جامعه، انطباق دارد			
۴	فعالیت های تدوین شده انجام شده است			
۵	اهداف اختصاصی تدوین شده محقق شده است			
۶	هدف کلی برنامه تحقق یافته است			
۷	پایش و بازنگری برنامه انجام شده است			
۸	مستند سازی از اقدامات انجام شده صورت گرفته است			
جمع کل				

نوآوری، خلاقیت و پایداری				
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص	کامل
۱	خلاقیت در و تدوین برنامه ارتقای سلامت محله (طراحی برنامه های متناسب با فرهنگ و شرایط محله)			
۲	استفاده از ظرفیت های محلی نوآرانه (بهره گیری از افراد خلاق، گروه های مردمی و استارتاپ های محلی)			
۳	به کارگیری فناوری و ابزارهای نوین (استفاده از سامانه ها، شبکه های اجتماعی و ابزار دیجیتال)			
۴	نوآوری در آموزش و اطلاع رسانی (روش های جذاب، تعاملی و غیرکلیشه ای آموزشی)			
۵	انتقال و تسهیم تجربیات موفق (مستند سازی و اشتراک تجربیات نوآرانه)			
جمع کل				

سلامت ساکنین و بیماری‌ها				
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص	کامل
۱	برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن (دیابت، فشار خون، قلبی-عروقی) در محله اجرا می‌شود			
۲	برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر (سل، HIV، هپاتیت، کووید-۱۹) در محله اجرا می‌شود			
۳	پوشش واکسیناسیون (کودکان، سالمندان، گروه‌های پرخطر) کامل است.			
۴	دسترسی به خدمات بهداشتی اولیه و مراکز درمانی وجود دارد			
۵	برنامه‌های غربالگری و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها در محله اجرا می‌شود			
۶	برنامه و حمایت‌هایی به منظور بهبود سلامت روان در محله (استرس، افسردگی، خشونت خانگی) اجرا می‌شود			
۷	برنامه و حمایت‌هایی به منظور مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر (سالمندان، کودکان، زنان باردار) در محله اجرا می‌شود			
۸	گروه‌های خودیار طبق دستورالعمل اجرایی در محله راه اندازی شده‌اند.			
جمع کل				



پیوست



پیوست ها

پیوست (۱) واژه‌نامه:

مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)

مداخلات خودمراقبتی، اصول کلیدی در مورد PHC را تقویت می‌کند:
۱. پاسخ به نیازهای مردم از طریق خدمات جامع و یکپارچه بهداشتی شامل خدمات ترویجی، محافظتی، پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و تسکینی در طول زندگی با اولویت‌بندی مراقبت‌های اولیه و اقدامات ضروری سلامت همگانی است.

۲. پرداختن نظام‌مند به عوامل تعیین‌کننده سلامت شامل ابعاد اجتماعی، اقتصادی، محیطی و همچنین ویژگی‌ها و رفتارهای فردی است که باید از طریق سیاست‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد در تمام بخش‌ها مورد توجه قرار گیرد.

۳. توانمندسازی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای بهبود سلامت خود به منظور آن که افراد بتوانند در دفاع از سیاست‌هایی که سلامت و رفاه را ارتقا می‌دهند، علاوه بر این که توسعه‌دهنده خدمات بهداشتی و اجتماعی هستند از سلامت خود و دیگران مراقبت می‌کنند.

پوشش همگانی سلامت (UHC)

پوشش همگانی سلامت نیازمند اقدام هم‌زمان در سه حیطه مختلف است:

مردم باید در محل زندگی، کار، تحصیل و جامعه برای تامین حفظ

و ارتقای سلامت به عنوان یک ثروت فردی، خانوادگی و اجتماعی توانمند شوند.

سیستم ارایه خدمات بهداشتی باید امکان دسترسی به خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری، دارو، درمان و توان بخشی باکیفیت و ارزان قیمت را برای تمامی مردم فراهم نماید.

حفاظت مالی از مردم برای برخورداری از تمامی خدمات سلامت ضروری است.

مداخلات خودمراقبتی می توانند به ایجاد تحول در ارائه خدمات بهداشتی کمک کنند و PHC را در راستای UHC بهبود بخشند.

نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

مجموعه واحدهای ارائه خدمات سلامت مبتنی بر ساختار تعریف شده بر پایه سطح بندی و ارجاع با تأکید بر رعایت سطوح مختلف پیشگیری است. در ساختار این شبکه، بسته خدمات سلامت با رویکرد ادغام یافته فراهم شده و خدمات از فرد، خانواده و جامعه با تماس با نخستین سطح ارائه خدمت در مناطق روستایی و شهری با ارائه خدمات پیشگیری نخستین و اولیه آغاز شده، تا خدمات تخصصی و زیرتخصصی در مراکز ارائه خدمات بستری و توان بخشی با پیچیدگی های خاص آن مشتمل بر بخش دولتی و غیردولتی کامل می گردد. در بین سطوح ارائه خدمت در این شبکه، روابط پویا و دوسویه برقرار می گردد تا تکلیف وضعیت سلامتی فرد، تعیین شده و خدمات ارائه شده نیز قابل رصد و پیگیری باشد. داده های حاصل از ارائه خدمت در این شبکه در چارچوب پرونده الکترونیک سلامت تعریف شده و بر اساس نوع و سطح مداخلات امکان دسترسی به اطلاعات بیمار با رعایت امنیت داده ها و حریم خصوصی فرد برقرار می گردد. ویژگی مهم این شبکه تأکید بر مشارکت فعال بوده که در آن، فرد، خانواده و جامعه در فرایند تعریف شده خودارزیابی و خودمراقبتی ایفای نقش می نمایند و شبکه حمایت از

خودمراقبتی به عنوان سطح پایه این شبکه برای به رسمیت شناختن مشارکت فردی، گروهی و جمعی مردم در موقعیت‌های کار، زندگی و تحصیل آن‌ها یعنی خانه، مدرسه، محل کار و محله توسعه می‌یابد.

ارتقای سلامت

ارتقای سلامت، افراد و جوامع را قادر می‌سازد تا با پرداختن به عوامل کلیدی مؤثر بر رفاه، سلامت خود را بهبود بخشند. از طریق آموزش، تغییرات سیاستی و بهبودهای محیطی، انتخاب‌های سالم را تشویق کرده و رفتارهای مضر را کاهش می‌دهد. یک رویکرد جامع، جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی سلامت را در نظر می‌گیرد و بر پیشگیری از طریق فعالیت‌هایی مانند تغذیه مناسب، ورزش و پرهیز از دخانیات یا الکل بیش از حد تمرکز می‌کند. این رویکرد همچنین شامل همکاری با جوامع و رهبران برای تدوین سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که زندگی سالم را برای همه قابل دسترسی می‌کند. ارتقای سلامت که ریشه در منشور اتاوا (۱۹۸۶) سازمان بهداشت جهانی دارد، بر نیاز به اقدام جمعی برای ایجاد جامعه‌ای سالم‌تر تأکید می‌کند. پنج اقدام اساسی برای ارتقای سلامت، بر اساس منشور اتاوا عبارت‌اند از:

ایجاد سیاست‌های همگانی سلامت

ایجاد محیط‌های حامی سلامت

تقویت اقدام جامعه

توسعه توانمندسازی افراد برای خودمراقبتی

بازنگری در خدمات سلامت

این اقدامات به منظور توانمندسازی افراد، سازمان‌ها و جوامع برای کنترل و بهبود سلامت خود انجام می‌شوند.

سیاست‌های حامی سلامت

سیاست‌های حامی سلامت، فرایندی سیستماتیک برای حمایت

از اقدامات سلامت همگانی است که مبتنی بر شواهد موجود و واقعیت‌های سیاسی اتخاذ می‌گردد. این سیاست‌ها، اولویت‌ها و نقش‌های مورد انتظار سازمان‌ها و گروه‌های مختلف را مشخص می‌کنند و هدف آنها، ایجاد اجماع و آگاهی‌افزایی در مردم است.

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH)

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH) شرایطی را توصیف می‌کنند که مردم تحت آن شرایط متولد شده بزرگ می‌شوند، زندگی و کار می‌کنند و پیر می‌شوند. تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت شامل عوامل اقتصادی-اجتماعی در سطح کلان جامعه، ارزشهای فرهنگی و باورهای دینی، بیکاری، شغل نامناسب، فقر و نابرابری درآمدی، سطح تحصیلات محرومیت، جغرافیایی حوادث و سوانح ترافیکی تغذیه، محیط زیست سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، سبک زندگی و نظام سلامت می‌باشد. فهرست کلی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در زیر مشخص شده است. لازم به توضیح است این موارد نمونه‌هایی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت می‌باشند:

سیاست‌های کلان بالادستی وضعیت اجتماعی اقتصادی، فرهنگی کشور

- بیکاری اشتغال
- فقر و نابرابری درآمدی
- سطح تحصیلات
- محرومیت جغرافیایی
- نظام سلامت
- حوادث و سوانح ترافیکی
- سوء تغذیه
- محیط زیست
- سرمایه اجتماعی

سلامت اجتماعی تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی گروه‌های آسیب‌پذیر سبک زندگی

محلّه

در لغت‌نامه دهخدا محلّه این‌گونه معنی شده است: «کوی، برزن و یک قسمت از چندین قسمت شهر». محلّه‌های شهری به‌عنوان کوچک‌ترین واحد سازمان فضایی شهر در پایداری شهری نقشی اساسی ایفا می‌کنند، به‌گونه‌ای که شکل‌گیری هویت محلّه‌ای، اقتصاد محلی، ایمنی، توسعه فضایی و کالبدی و تحکیم روابط اجتماعی با پایداری محلّه‌های شهری ارتباط می‌یابد.

طبق تعریف شهرداری تهران: محلّه بخش قابل شناسایی از محدوده شهری یا محدوده‌ای ترکیب شده از کاربری‌های تأمین‌کننده نیازهای ساکنان در ساختار شهر است. محلّه‌های شهری به مفهوم واحدهای اجتماعی حقیقی هستند که تا حدی به‌صورت اتفاقی و ناخودآگاه به وجود آمده‌اند و باگذشت زمان توانسته‌اند شکل و قالب ثابت و پایداری بگیرند و حریم معینی را برای خود تعریف کنند.

در این دستورالعمل محلّه عبارت از یک حوزه جغرافیایی مشخص است که در مناطق شهری و روستایی بر اساس جمعیت تحت پوشش هر یک از پایگاه‌های سلامت / خانه بهداشت (بر اساس بلوک‌بندی و جمعیت متناسب) منطبق است.

روستای سالم

به جامعه‌ای روستایی اطلاق می‌شود که در آن مردم و رهبران محلی، همراه با بخش‌های مختلف دولتی و غیردولتی، با مشارکت فعال و همه‌جانبه برای بهبود شرایط زندگی، ارتقای سلامت، پیشگیری از

بیماری‌ها، حفاظت از محیط زیست، ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات، و تقویت سرمایه اجتماعی همکاری می‌کنند.

مشارکت مردمی:

مشارکت مردمی فرآیندی فعال است که در آن مردم محلات مختلف به عنوان ذینفعانی فهیم و مصمم، نتیجه برنامه های ارتقای سلامت را متأثر ساخته و به رشد فردی، گروهی و جمعی می‌رسند.

مشارکت درون بخشی:

مشارکت درون بخشی به همکاری میان بخش‌ها یا زیر ساختارهای مختلف درون نظام سلامت اشاره دارد. این همکاری و هماهنگی‌های درون سیستم، برای مراقبت‌های جامع ضروری است و از تکرار یا موازی کاری جلوگیری می‌کند.

مشارکت برون بخشی:

تعامل بخش سلامت با سایر بخش‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی است تا تأثیر سیاست‌های حوزه‌های مختلف بر سلامت جمعیت مدیریت گردد.

خودمراقبتی

خودمراقبتی، عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد فرد اعمال می‌گردد و به خودمراقبتی در سبک زندگی سالم، مدیریت ناخوشی‌های جزئی، خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن و حاد تقسیم می‌شود. خودمراقبتی،

فرایندی مادام‌العمر در تمامی دوره‌ها و موقعیت‌های زندگی است. شواهد متقن، حاکی از آن است که با ترویج و حمایت از خودمراقبتی، می‌توان صرفه‌جویی ۷ درصدی را در هزینه‌های بهداشتی شاهد بود. خودمراقبتی، هزینه مراقبت‌های سطوح پایه و تخصصی و همچنین پذیرش‌های ضروری و غیرضروری سرپایی را کاهش می‌دهد.

داوطلب سلامت

سفیر سلامتی است که از محله سکونت خود، از بین خانوارهای تحت پوشش پایگاه یا خانه بهداشت انتخاب می‌شود تا برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت پنج تا ۲۰ خانوار محله‌اش همکاری کند. خودمراقبتی اجتماعی

فرایندی انتخابی، مشارکتی و فعال برای ارتقای سلامت یک جامعه (محله، روستا، شهر و...) است که توسط شورایی متشکل از اعضای آن جامعه (محله، روستا و شهر)، طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی می‌شود. خودمراقبتی اجتماعی شامل سازوکاری ساختارمند برای مشارکت پایدار مردم، نهادها و جوامع محلی در ارتقای سلامت با لحاظ نمودن عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است که در قالب شوراهای ارتقای سلامت محله، روستا و شهر باهدف تامین، حفظ و ارتقای سلامت ساکنان و هر جامعه، بهبود فضای کسب و کار و وضعیت اقتصادی جوامع، ارتقای سرمایه‌های اجتماعی و روحیه نشاط و شادابی فعالیت می‌کنند.

سازمان‌های مردم‌نهاد

در آئین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های غیردولتی (تصویب‌نامه شماره ۲۷۸۶۲/ت ۳۱۲۸۱ هـ ۸/۵/۸۴ هیأت وزیران) سازمان غیردولتی، به شکل‌هایی اطلاق می‌شود که توسط گروهی از اشخاص حقیقی یا حقوقی غیرحکومتی به صورت داوطلبانه با رعایت

مقررات مربوطه تأسیس شده و دارای اهداف غیرانتفاعی و غیرسیاسی است. موضوع فعالیت این سازمان ها مشتمل بر یکی از موارد علمی، فرهنگی، اجتماعی، ورزشی، هنری، نیکوکاری و امور خیریه، بشردوستانه، امور زنان، آسیب دیدگان اجتماعی، حمایتی، بهداشت و درمان، توانبخشی، محیط زیست، عمران و آبادانی و نظایر آن، یا مجموعه ای از آنها است.

گروه خودیار

گروهی خودجوش است که در آن افرادی که مشکل یا آرمانی مشابه دارند، به یکدیگر کمک می کنند تا سلامت شان ارتقا یابد و از تأثیر بیماری ها و آسیب ها کاسته شود تا افراد در حد امکان، به زندگی سالم و طبیعی خود بازگردند.

پیوست ۲) گروه خودیار (خلاصه دستورالعمل اجرایی)

گروه خودیار، گروه کوچک خودگردان، داوطلبانه و غیررسمی از مردم محلی است که در آن افرادی که مشکل، آرمان و علائق مشترک دارند، تجربیات و دانش خود را با یکدیگر به اشتراک می گذارند و به هم کمک می کنند به منابع بیشتری (دانشی، مالی، امکانات، ارتباطات و) در جامعه دسترسی پیدا کنند و از این طریق سلامتشان ارتقا یابد، از تأثیر بیماری و آسیب کاسته شود تا افراد در حد امکان به زندگی سالم و طبیعی خود بازگردند. گروه خودیار تأثیر زیادی بر ارتقای سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی اعضا دارد و در اصل، نوعی توانبخشی مبتنی بر جامعه است. شواهد نشان می دهد که سطح دانش، روند بهبود بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج پس از عضویت و مشارکت آنها در گروه خودیار، افزایش می یابد و احساس انزوا در آنها کاهش پیدا می کند. گروه خودیار، یکی از بسترهای خودمراقبتی است که اعضا از طریق

تعامل گروهی، حمایت متقابل، یادگیری، همفکری و تشریک مساعی به بینش‌ها و نگرش‌های جدیدی دست می‌یابند، تاب‌آوری آنها در تحمل و مقابله با مشکل افزایش می‌یابد و توانایی حل مساله در آنها تقویت می‌شود.

در سال ۱۳۹۴ دستورالعمل برنامه گروه‌های خودیار جهت تشکیل گروه‌های خودیار برای بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و سرطان توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت تدوین شد. در سال ۱۴۰۳ این دستورالعمل و فرم‌های مربوط به آن، مورد بازنگری قرار گرفت.

یکی از روش‌های مطرح کردن بحث‌ها و اداره کردن گروه‌های خودیار براساس «بحث گروهی متمرکز» است. حمایت متقابل اعضای گروه از همدیگر یکی از اصلی‌ترین مفاهیم در گروه‌های خودیار است. اصل خودیاری به این موضوع اساسی اشاره می‌کند: «شما تنها نیستید». این گروه‌ها فرهنگ مشارکت اجتماعی را ترویج می‌کنند و فرصت‌هایی برای یادگیری جمعی، جذب شدن در هنجارهای رفتاری مناسب و حمایت از اعضای گروه را ایجاد می‌کنند. گروه‌های خودیار نه تنها برای اعضای گروه بلکه برای خانواده و آشنایان آنها نیز موثر است. این گروه‌ها توسط خودشان هدایت می‌شوند. اعضای گروه‌های خودیار در طی جلسات، تجارب خود را در زمینه مقابله با مشکل مورد نظر با دیگر افراد گروه که شرایط همانند دارند به اشتراک می‌گذارند و از نظرات و توصیه‌های یکدیگر بهره‌مند می‌شوند.

گروه خودیار وظیفه درمانی ندارد و نمی‌تواند جایگزین مداخلات درمانی برای بیماران باشد، بلکه بیماران و افراد دارای مشکلات سلامت، باید تحت درمان پزشک باشند و در طول مدت درمان یا پس از آن، به عضویت گروه خودیار درآیند و در جلسات گروه شرکت کنند تا از تجارب بیماران دیگر استفاده کنند و در امر خودمراقبتی، توانمندی‌های بیشتری کسب کنند.

گروه خودیار، صرفاً یک گروه جهت برنامه های آموزشی نیست و اعضای آن، شرکت کنندگان منفعل یک دوره آموزشی یا کارگاه نیستند بلکه فعالانه و مسئولانه در ارتقای سلامت فرد، خانواده و گروه مشارکت می کنند. هرچند اعضای گروه از یکدیگر و از سخنران مهمان، مطالب جدیدی می آموزند اما وظیفه اصلی گروه خودیار، آموزش نیست بلکه اعضا در گروه عضو می شوند و با رعایت نظم و مسئولانه در جلسات گروه شرکت می کنند تا نحوه تعاملات اجتماعی، به اشتراک گذاشتن تجارب، مشارکت اجتماعی، احساس تعلق به گروه، همدلی و حمایت اجتماعی را تجربه کنند و این مهارت ها را در زندگی خود با اعضای خانواده و دیگران به کار ببرند و با توانمندسازی فردی و گروهی، آینده ای سالم تر و تاب آور خلق نمایند.

هدف برنامه های خودیار

توانمند سازی، توسعه انسانی و تقویت تاب آوری اعضای گروه های خودیار و افزایش مشارکت جامعه محلی در بهبود کیفیت زندگی

شرح وظائف مجریان برنامه های خودیار

شرح وظایف مدیرگروه / کارشناس مسئول / کارشناس آموزش و ارتقای سلامت (ستاد مرکز بهداشت شهرستان و ستاد دانشگاه)

۱- آموزش و توانمندسازی کارشناس مسئول / کارشناس آموزش و ارتقای سلامت ستاد مراکز بهداشت شهرستان های تحت پوشش (توسط گروه آموزش و ارتقای سلامت ستاد دانشگاه)

۲- آموزش و توانمندسازی کارشناسان مراقب سلامت، بهورزان و گروهیاران گروه های خودیار جهت تشکیل و آموزش نحوه هدایت امور گروه های خودیار (توسط گروه آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان)

۳- شرکت در کارگاه های آموزشی کشوری برگزارشده توسط دفتر آموزش

- و ارتقای سلامت
- ۴- تهیه متون و رسانه های آموزشی مرتبط با برنامه گروه های خودیار
 - ۵- تهیه گزارش عملکرد برنامه گروه های خودیار و ارائه گزارش به سطح بالاتر
 - ۶- پایش برنامه گروه های خودیار در سطوح تحت پوشش و ارائه بازخورد به سطوح پایش شونده
 - ۷- تقدیر و تشویق فعالان گروه های خودیار به صورت سالانه

شرح وظایف تسهیلگر (کارشناس مراقب سلامت / بهورز)

- ۱- اطلاع رسانی در جمعیت تحت پوشش و ارائه فراخوان جهت معرفی گروه های خودیار برای جذب افراد متقاضی در گروه ها
- ۲- معرفی گروه خودیار به سفیران سلامت خانوار و داوطلبان سلامت منطقه تحت پوشش جهت عضویت آنها در گروه
- ۳- برگزاری جلسه توجیهی کوتاه مدت با متقاضیان عضویت در گروه در زمان ثبت نام آنها
- ۴- برگزاری اولین جلسه گروه های خودیار و اخذ امضای اساسنامه گروه از اعضا
- ۵- نظارت و تسهیلگری جلسات گروه و شرکت در جلسات گروه
- ۶- آموزش و هدایت گروهیار در زمینه اداره جلسات و تهیه صورتجلسات
- ۷- پیگیری تشکیل مستمر و منظم جلسات
- ۸- دعوت از کارشناس مهمان در جلسات گروه جهت سخنرانی
- ۹- شرکت در کارگاه های آموزشی برگزار شده توسط مرکز بهداشت شهرستان
- ۱۰- برگزاری کارگاه های آموزشی برای گروهیاران
- ۱۱- تهیه و ارائه رسانه های آموزشی چاپی به گروهیاران برای توزیع آنها در جلسات گروه
- ۱۲- تهیه گزارش عملکرد برنامه گروه های خودیار و ارائه گزارش به

مرکز بهداشت شهرستان

- ۱۳- نظرسنجی دوره ای از گروه های خودیار و جمع بندی نتایج و تهیه گزارش نظرسنجی بهره گیری از نتایج نظرسنجی در ارتقای گروه
- ۱۴- ثبت تجارب موفق و درس آموخته های گروه خودیار
- ۱۵- متعهد بودن به اساسنامه و منشور اخلاقی گروه های خودیار

شرح وظایف گروهیار گروه های خودیار

- ۱- دعوت از اعضای گروه و برگزاری جلسات به طور منظم و مستمر
- ۲- اداره کردن جلسات گروه خودیار بر طبق دستور کار جلسات و تهیه صورتجلسات
- ۳- پیگیری تکالیف جلسات قبلی
- ۴- پیگیری عدم حضور غایبان جلسات
- ۵- شرکت در کارگاه های آموزشی برگزار شده توسط تسهیلگر
- ۶- مشارکت در اجرای نظرسنجی دوره ای گروه خودیار
- ۷- انعکاس مشکلات و چالش های گروه خودیار به تسهیلگر
- ۸- متعهد بودن به اساسنامه، منشور اخلاقی و میثاق نامه گروه های خودیار
- ۱۰- ارائه فراخوان عضویت در گروه خودیار به افراد محلی جهت رسیدن گروه به حد نصاب اعضا

شرح وظایف اعضای گروه های خودیار

- ۱- امضای اسناد تشکیل گروه های خودیار به عنوان عضو
- ۲- حضور مستمر و به موقع در جلسات
- ۳- ارائه نظرات و مشارکت فعال در بحث های جلسات
- ۴- انجام تکالیف جلسات
- ۵- مشارکت در نظرسنجی سالیانه گروه
- ۶- مشارکت در تصمیم گیری های گروه در خصوص دستور کار جلسات

- ۷- متعهد بودن به رعایت اساسنامه و منشور اخلاقی گروه‌های خودیار
- ۸- ارائه فراخوان عضویت در گروه خودیار به افراد محلی جهت رسیدن گروه به حد نصاب اعضا

تعداد گروه‌های خودیار مورد انتظار:

لازم است هر کارشناس مراقب سلامت / بهورز، یک گروه خودیار داشته باشد یعنی تعداد گروه‌های خودیار به تعداد مجموع کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان باشد که در اینصورت پوشش برنامه گروه‌های خودیار، صد در صد خواهد بود.

مراحل تشکیل گروه خودیار

لازم است در زمان تشکیل گروه‌های خودیار به اولویت‌های سلامت تعیین شده از طریق نیازسنجی سلامت در مناطق تحت پوشش، توجه ویژه گردد. فرآیند تشکیل گروه خودیار توسط تسهیلگر (کارشناس مراقب سلامت / بهورز) انجام می‌گردد. بهتر است در هر شهرستان، موضوع چند گروه خودیار مبتنی بر اولویت‌های سلامت تعیین شده از طریق نیازسنجی سلامت، باشد و موضوع مابقی گروه‌ها براساس نظر تسهیلگر و توجه به سایر اولویت‌های ملی منطقه ای تعیین شوند. جهت تشکیل گروه‌های خودیار مراحل زیر باید انجام شود:

۱- اطلاع‌رسانی همگانی:

نصب اطلاعیه در مرکز خدمات جامع سلامت، اطلاع‌رسانی در فضاهای مجازی و تماس تلفنی جهت تبلیغ گروه خودیار با موضوع مورد نظر در منطقه تحت پوشش انجام می‌شود.

۲- ثبت نام و جذب اعضا:

کارشناس مراقب سلامت / بهورز، در زمان ثبت نام متقاضیان، در یک جلسه توجیهی کوتاه مدت، آنها را در مورد ماهیت، اهداف و جلسات

گروه خودیار توجیه می کند.

۳- تشکیل هسته اولیه گروه:

در ابتدای تشکیل گروه که فقط چند نفر (۳ تا ۵ نفر) در گروه ثبت نام کرده اند، تسهیلگر (کارشناس مراقب سلامت / بهوزر)، برای این گروه کوچک به صورت جمعی جلسه توجیهی و آشنایی با گروههای خودیار را برگزار می کند و اهداف و اثرات مثبت گروه خودیار، روش اجرای جلسات گروه و نحوه فعالیت اعضا در گروه را برای آنها بیان می شود. در پایان این جلسه، از افراد خواسته می شود که در صورت تمایل به ایجاد گروه خودیار، صورتجلسه تشکیل گروه را امضا کرده و مهلتی در نظر گرفته می شود تا از بین جمعیت هدف، اقدام به عضوگیری نمایند (با تاکید بر اصل وفاق اعضای گروه).

۴- تشکیل جلسات گروه:

در جلسات گروه اقدامات زیر انجام می شود:

در جلسه اول:

معرفی تسهیلگر و اعضای گروه: تسهیلگر در جلسه اول خود را معرفی می کند و از هریک از اعضا می خواهد که خود را معرفی کند و در مورد مشکل خود صحبت کند.
تعیین نام گروه: نام گروه می تواند براساس موضوع گروه تعیین شود.

تبیین اهداف و موضوع گروه (براساس مشکل سلامت یا SDH فراروی اعضای گروه) و اجماع روی آنها

انتخاب گروهیار و تنظیم میثاق نامه برای همکاری او

خواندن مفاد اساسنامه توسط تسهیلگر، امضای اساسنامه توسط اعضای گروه و ارائه یک نسخه از آن به اعضا

خواندن منشور اخلاقی گروه های خودیار توسط تسهیلگر و ارائه یک نسخه از آن به اعضا

تصمیم گیری در مورد زمان و مکان تشکیل جلسات گروه

در هر جلسه :

بیان موضوع بحث و دستور جلسه در شروع و پرسیدن نظرات و عقاید اعضای گروه در مورد آن
استراحت کوتاه و انجام پذیرایی ساده در اواسط جلسه
پرداختن به مصوبات و تکلیف جلسه قبلی: از اعضا خواسته می‌شود که راجع به انجام مصوبات جلسه قبل و تکلیفی که قرار بود در منزل انجام دهند، توضیح دهند.

در برخی از جلسات:

توزیع بروشور و رسانه های آموزشی به اعضا
ضبط کردن صحبت های جلسه (با اجازه اعضای جلسه)
دعوت از سخنران مهمان

در خاتمه هر جلسه:

خلاصه کردن و جمع بندی مباحث مطرح شده در جلسه
تدوین صورتجلسه توسط گروهیار با نظارت تسهیلگر و امضای صورتجلسه توسط اعضا
بیان زمان، مکان و دستور کار و تکلیف جلسه بعدی
۵- نظرسنجی از اعضای گروه (۶ ماه پس از تشکیل گروه) و جمع بندی نتایج نظرسنجی

معیارهای گروهیار

گروهیار باید دارای توانایی ها و مهارت های زیر باشد و وظیفه تسهیلگر است که آموزش های لازم را در این خصوص به گروهیار بدهد و به طور مناسب این توانمندی ها را در او تقویت نماید:

۱- مهارت مدیریت و هدایت جلسه:

مدیریت رفتارها و صحبت های اعضای گروه، توانایی شروع و پیش بردن و خاتمه دادن جلسه، توانایی تعیین تکالیف و دستور کارهای جلسه، توانایی تشکیل و استمرار بخشیدن به جلسات، تهیه

صورتجلسات و مستندسازی

۲- مهارت های مدیریت فردی:

تسلط بر افکار، رفتار و هیجانات خود

۳- آشنایی با مهارت های تسهیلگری گروه و مشارکت با تسهیلگر در این زمینه

معیارهای عضویت در گروه خودیار

اعضای گروه خودیار در گام اول باید دارای دغدغه مشترک در خصوص یک مساله و مشکل سلامت در جامعه محلی خودشان باشند به عبارت دیگر خود فرد یا یکی از اعضای خانواده او دارای یکی از مشکلات سلامت (بیماری ها و عوامل خطر آنها، مشکلات مرتبط با سلامت روان، معلولیت، سالمندی، بارداری، فرزند پروری، دخانیات، چاقی، ...) یا SDH باشد و با عضویت در گروه خودیار در جهت پرداختن به این دغدغه گام بردارند. در ادامه از طریق حضور در جلسات گروه خودیار به تدریج معیارهای ذیل را در خودشان ایجاد یا تقویت نمایند:

۱- اعضا نسبت به دریافت حمایت ها، کسب تجارب و مهارت و دانش در زمینه مشکل خود، احساس نیاز کنند (اصل تقاضا محوری).
۲- اعضا توانایی لازم را برای برقراری ارتباط اجتماعی و بیان نظرات خود داشته باشد.

۳- اعضا برای حضور مستمر در جلسات گروه و به کار بردن درس آموخته های جلسات در زندگی احساس مسئولیت داشته باشد.

۴- اعضا دارای سلامت روانی، ذهنی و عقلی باشند. افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید و اختلالات مغزی که قادر به کنترل رفتار و هیجانات خود نبوده و از تمرکز و ادراک کافی برخوردار نباشند برای عضویت در گروه های خودیار مناسب نیستند (مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، پارانویا، عقب ماندگی ذهنی، آلزایمر.....)

پیوست ۳) مشارکت مردمی؛ از اطلاع‌رسانی تا توانمندسازی:

مشارکت مردم، هسته مرکزی برنامه‌های ارتقای سلامت در سطح محله است. با این حال، «مشارکت» مفهومی یک‌پارچه و تک‌سطحی نیست؛ بلکه طیفی از سطوح را در بر می‌گیرد که از اطلاع‌رسانی صرف آغاز شده و تا توانمندسازی و کنترل اجتماعی ادامه می‌یابد. درک این سطوح، به سیاست‌گذاران، مجریان و خود مردم کمک می‌کند تا بدانند در کجای مسیر قرار دارند و هدف نهایی چیست. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه خودمراقبتی اجتماعی با رویکرد محله‌محور، صرفاً به دنبال اطلاع‌رسانی یا مشورت نیست؛ بلکه «به دنبال دستیابی به بالاترین سطح مشارکت مردمی یعنی توانمندسازی و کنترل اجتماعی مردم بر سلامت خود و محله‌شان» است. در این گفتار، با بهره‌گیری از دو ابزار شناخته‌شده در ادبیات مشارکت شامل «نردبان مشارکت» و «نمودار عنکبوتی مشارکت» این سطوح را تبیین می‌کنیم.

نردبان مشارکت اجتماعی؛ از آگاهی تا کنترل

یکی از معروف‌ترین چارچوب‌ها برای نمایش سطوح مشارکت، نردبان مشارکت اجتماعی از (Bracht & Spetch, ۱۹۹۳) است. نردبان مشارکت اجتماعی، مشارکت را در هفت پله از پایین‌ترین سطح (اطلاع‌رسانی یک‌طرفه) تا بالاترین سطح (کنترل کامل توسط مردم) توصیف می‌کند:

زمان (مجری)	اقدام مردم (شرکا)	درجه
سازمان به مردم چیزی نمی گوید.	مردم اقدامی نمی کنند.	پایین
سازمان برنامه‌های طراحی میکند و آن را اعلام میکند. هدف از فراخوان مردم، اطلاع رسانی به آنها می‌باشد. اطاعت مردم مورد انتظار است.	مردم اطلاعات دریافت می کنند.	
سازمان سعی در ترویج یک برنامه و توسعه حمایت از آن برای تسهیل پذیرش آن یا اخذ تأیید کافی برنامه توسط مردم را دارد بنابراین اطاعت اجرایی و اداری از برنامه مورد انتظار می باشد.	مردم مشورت میکنند.	
سازمان برنامه‌های را اعلام میکند و جویای نظرات مردم درباره آن میشود. با این کار سازمان آماده میشود تنها در موارد کاملاً ضروری برنامه‌اش را تعدیل کند.	مردم راهنمایی میکنند.	
سازمان برنامه مقدماتی خود را برای تغییر آرایه میدهد و توصیه های مؤثر مردم را درباره برنامه می پذیرد.	مردم در برنامه ریزی مشارکت میکنند.	
سازمان مشکلی را تعیین و به مردم اعلام میکند. محدودیتها را تعریف می کند و از مردم میخواهد که مجموعه‌ای از تصمیماتی که میتواند در برنامه اعمال نمود را اتخاذ کنند.	مردم دارای مقام نمایندگی هستند.	
سازمان از مردم میخواهد که مسایل را تعیین کنند و در مورد اهداف نهایی و اصلی برنامه تصمیمگیری کنند. چنین کاری به مردم کمک میکند که در هر مرحله‌ای برای تحقق اهداف نهایی خود، حتی توسعه کنترل اجرایی اشان بر برنامه اقدام نمایند.	مردم دارای کنترل هستند.	بالا

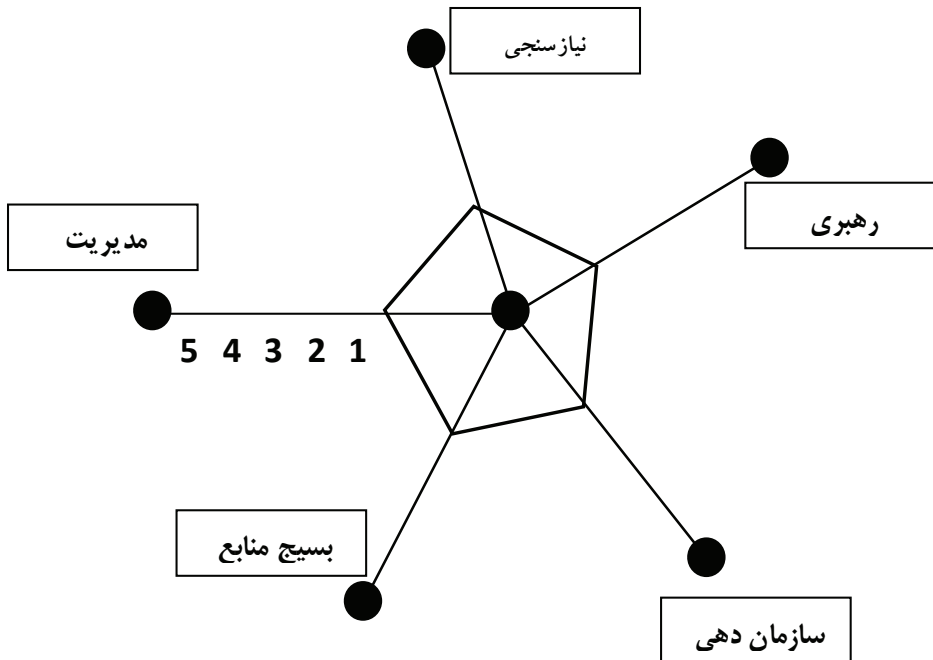
«جدول براگر و اسپچ (۱۹۹۳)»

پیام کلیدی: در برنامه خودمراقبتی اجتماعی، هدف، عبور از پله‌های پایین (اطلاع‌رسانی و مشورت) و دستیابی به پله‌های ۶ تا ۷ (نماینده‌گری، تصمیم‌گیری و کنترل) است. به عبارت دیگر، مردم نه تنها در جلسات شورای ارتقای سلامت محله شرکت می‌کنند، بلکه در «تعیین نیازها، اولویت‌بندی، طراحی مداخلات، اجرا، پایش و ارزشیابی» نقش محوری دارند. این همان سطحی است که در جدول براگر و اسپچ به عنوان «مردم دارای کنترل هستند» توصیف شده است.

نمودار عنکبوتی مشارکت؛ ابعاد پنج‌گانه مشارکت مؤثر

علاوه بر نردبان مشارکت اجتماعی، مفهوم دیگری که به آن اشاره شد، «نمودار عنکبوتی مشارکت» است. این نمودار نشان می‌دهد که مشارکت پایدار و مؤثر، تنها به یک بُعد محدود نمی‌شود؛ بلکه در پنج محور کلیدی قابل ترسیم است:

۱. نیازسنجی (شناخت نیازهای واقعی محله توسط خود مردم)
۲. رهبری (وجود رهبران محلی برخاسته از دل جامعه)
۳. سازمان‌دهی (تشکیل ساختارهای منسجم مردمی مانند شوراهای)
۴. مدیریت (توانایی برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر فعالیت‌ها)
۵. بسیج منابع (به‌کارگیری توانمندی‌های مالی، انسانی و تجهیزاتی محله)



نمودار عنکبوتی مشارکت شهروندان (۱۹۸۸ ریفکین و همکاران)

در یک محله با مشارکت سطح بالا، وضعیت در هر پنج محور، به سمت لبه نمودار (نمره کامل) میل می‌کند. در مقابل، در محلات با مشارکت ضعیف، نمودار به مرکز نزدیک‌تر است. برنامه خودمراقبتی اجتماعی با ایجاد «شورای ارتقای سلامت» و «هیأت امنای مرکز»، در واقع به دنبال تقویت هر پنج بُعد به‌طور هم‌زمان است تا نمودار عنکبوتی محله‌ها به حداکثر پوشش برسد.

جایگاه برنامه خودمراقبتی اجتماعی در بالاترین سطح مشارکت

با تطبیق این دو چارچوب بر برنامه خودمراقبتی اجتماعی، به وضوح مشخص می‌شود که این برنامه نه به دنبال مشارکت نمادین، که به دنبال «توانمندسازی ساختاری» مردم است. شواهد این ادعا عبارتند از:

- «تشکیل شوراهای ارتقای سلامت محله» با عضویت فعال مردم، معتمدین، نمایندگان دستگاه‌ها و بخش‌های دولتی و غیردولتی (پله‌های ۵ تا ۷ نردبان).

- «واگذاری نقش دبیری شورا به مراقب سلامت/بهورز» به عنوان تسهیل‌گر، نه مدیر تصمیم‌گیرنده (پله ۸).

- «نیازسنجی مشارکتی» که در آن سه گروه تیم سلامت، مسئولین و معتمدین، و سرخوشه‌ها (نمونه‌ای از مردم) به‌طور هم‌زمان نیازها را شناسایی و اولویت‌بندی می‌کنند (محور نیازسنجی و سازمان‌دهی).

- «تدوین برنامه عملیاتی توسط خود شورا» و نه از بالا به پایین (محور مدیریت و رهبری).

- «بودجه‌بندی مشارکتی» و جلب منابع از ظرفیت‌های محلی (محور بسیج منابع).

بنابراین، نظام سلامت در این برنامه، به‌صراحت «بالاترین سطح مشارکت (مردم دارای کنترل هستند)» را هدف قرار داده است و ابزارهای آن، در قالب دستورالعمل و فرم‌های اجرایی، برای تحقق این هدف

طراحی شده‌اند.

مشارکت، یک مفهوم صفر و یکی نیست؛ بلکه طیفی از سطوح گوناگون است. با استفاده از «نردبان مشارکت اجتماعی»، می‌توان جایگاه هر برنامه را در این طیف تشخیص داد و با بهره‌گیری از «نمودار عنکبوتی» می‌توان ابعاد مختلف مشارکت را پایش و تقویت کرد. برنامه خودمراقبتی اجتماعی با رویکرد محله‌محور، با ایجاد ساختارهای مشارکتی، واگذاری اختیار به شوراهای محله، نیازسنجی از طریق خود مردم، و طراحی و اجرای برنامه توسط خود آن‌ها، «عیناً در مسیر دستیابی به بالاترین پله مشارکت (کنترل مردم) قرار دارد». این همان چشم‌انداز «سلامت برای همه، با مردم و توسط مردم» است که در اسناد بالادستی نظام سلامت نیز بدان تأکید شده است.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی