



دانشگاه علوم پزشکی وزارت بهداشتی درمانی و پرستاری  
معاونت بهداشتی

# برنامه استراتژیک معاونت بهداشتی

## دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۱۳۹۸ - ۱۴۰۴







## فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات

۶	.....پیشگفتار
۷	.....اعضای کمیته تدوین برنامه استراتژیک
۸	.....مراحل تدوین برنامه استراتژیک
۹	.....معرفی استان خراسان جنوبی
۱۳	.....معرفی معاونت بهداشتی
۱۵	.....چارت سازمانی معاونت بهداشتی
۱۶	.....شرح وظایف معاونت های اجرایی و فنی

### فصل دوم: معرفی مدیریت/ گروه و واحدها، اهم شاخص ها

۱۹	.....مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت
۳۱	.....مدیریت پیشگیری و کنترل بیماری ها
۴۴	.....مدیریت سلامت خانواده، جمعیت و مدارس
۶۱	.....مدیریت سلامت محیط و کار
۷۴	.....گروه آموزش و ارتقاء سلامت
۷۸	.....گروه بهبود تغذیه جامعه
۸۴	.....گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۹۲	.....گروه سلامت دهان و دندان
۹۸	.....واحد مدیریت خطر بلافا و حوادث
۱۰۳	.....شرح وظایف اداره امور اداری و مالی

### فصل سوم: تحلیل وضعیت موجود

۱۰۶	.....تحلیل وضعیت موجود (نقاط قوت)
۱۰۸	.....تحلیل وضعیت موجود (نقاط ضعف)
۱۱۰	.....تحلیل وضعیت موجود (فرصت ها)
۱۱۲	.....تحلیل وضعیت موجود (تهدیدها)



۱۱۵	..... اولویت بندی نقاط قوت
۱۱۷	..... اولویت بندی نقاط ضعف
۱۱۹	..... اولویت بندی فرصت ها
۱۲۱	..... اولویت بندی تهدیدها
۱۲۴	..... نمودار منطقه استراتژیک دستگاه

### فصل چهارم: اهداف و استراتژی ها

۱۲۶	..... راهبردهای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی بیرجند
۱۲۹	..... اهداف کلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند
۱۳۰	..... اهداف و استراتژیهای معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند
۱۳۰	..... مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت
۱۳۵	..... مدیریت پیشگیری و مبارزه با بیماری ها
۱۴۱	..... مدیریت سلامت خانواده، جمعیت و مدارس
۱۵۰	..... مدیریت سلامت محیط و کار
۱۵۷	..... گروه آموزش و ارتقاء سلامت
۱۶۰	..... گروه بهبود تغذیه جامعه
۱۶۹	..... گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۱۷۴	..... گروه سلامت دهان و دندان
۱۷۶	..... واحد مدیریت خطر بلايا و حوادث

### فصل پنجم: ذینفعان

۱۸۰	..... لیست ذینفعان بیرونی معاونت بهداشتی
۱۸۳	..... لیست ذینفعان درونی معاونت بهداشتی
۱۸۴	..... لیست امتیاز بندی ذینفعان بیرونی
۱۸۹	..... لیست امتیاز بندی ذینفعان درونی
۱۹۰	..... منابع
۱۹۱	..... ضمیمه



# فصل اول:

## کلیات





## پیشگفتار :

در عصر اطلاعات و ارتباطات الکترونیکی، هر سازمانی با هر اندازه، با تغییرات و تحولات سریعی روبروست و باید فعالیتهای خود را طوری برنامه ریزی و مدیریت کند که در محیط متلاطم خود و بازار به شدت رقابتی موفقیت کسب کرده و تداوم حیات داشته باشد و چنانچه علیرغم مسئله رقابت، سازمان با تکیه بر ارزشهای بنیادی و درون ذاتی، همچون تاکید بر اخلاقیات، عدالت اجتماعی، تکریم ارباب رجوع و ...، مسئولیت تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامتی جامعه را بعهده داشته باشد اهمیت این امر صد چندان خواهد شد.

بدون شک نیل به چنین هدفی بدون بهره گیری مدیران سازمان از رویکرد برنامه ریزی استراتژیک میسر نخواهد شد مدیریت استراتژیک سازمان در برنامه ریزی استراتژیک با بررسی محیط داخل و خارج سازمان، قوت و ضعف های داخلی و فرصت ها و تهدیدهای خارجی را شناسایی می کند و با در نظر داشتن ماموریت سازمان، اهداف بلند مدت برای سازمان تنظیم می کند و برای دستیابی به این اهداف، از بین گزینه های استراتژیک اقدام به انتخاب استراتژیهای می کند که با تکیه بر قوت ها و با بهره گیری از فرصت ها، ضعف ها را از بین برده و از تهدیدها پرهیز نماید تا در صورت اجرای صحیح باعث موفقیت سازمان در میدان رقابت می شود.

در این راستا معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با بهره گیری از تیم مدیریتی خویش برنامه ۷ ساله استراتژیک حاضر را طراحی نموده تا در پرتو حمایت های مسئولین کشوری، منطقه ای و دانشگاهی قادر به ایفای رسالت اصلی خود باشد. امید است این برنامه بتداند باعث ارتقاء شاخص های بهداشتی درمانی قرار گرفته و موجب بهره برداری مطلوب از منابع موجود را فراهم آورد. در پایان لازم بذکر است که کمیته تدوین برنامه استراتژیک معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، آماده دریافت نظرات کلیه صاحب نظران ارجمند به منظور بهبود برنامه در بازنگری های آتی می باشد.

## دکتر کامبیز مهدی زاده

معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

و رئیس مرکز بهداشت استان خراسان جنوبی



**اعضای کمیته تدوین برنامه استراتژیک در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند :**

ردیف	نام مدیریت / گروه و واحد اجرایی	نماینده مدیریت / گروه و واحد در کمیته تدوین برنامه استراتژیک
۱	معاونت بهداشت و رئیس مرکز بهداشت استان خراسان جنوبی	دکتر کامبیز مهدی زاده
۲	معاونت فنی	دکتر حسن امیر آبادی زاده
۳	مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت	خانم زهرا امینی نسب
۴	مدیریت پیشگیری از بیماری ها	دکتر مجید شایسته آقای محمد رضا جمع آور
۵	مدیریت سلامت خانواده و جمعیت	خانم دکتر نرجس مصطفوی خانم مریم چوپانی
۶	مدیریت سلامت محیط و کار	آقای مهدی پاک نیت
۷	گروه آموزش و ارتقاء سلامت	خانم زهرا وحدانی نیا
۸	گروه بهبود تغذیه جامعه	خانم سیده سمیه اصغری
۹	گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	آقای محمدحسین نخعی
۱۰	گروه سلامت دهان و دندان	دکتر محسن دستجردی
۱۱	واحد مدیریت خطر بلایا و حوادث	خانم عفت اعزامی
۱۲	ارزیابی عملکرد	خانم زهرا وحدانی نیا



## مراحل تدوین برنامه استراتژیک:

۱. برنامه ریزی برای تدوین برنامه ( انتخاب موضوع، انتخاب اعضاء، تعیین توالی برگزاری جلسات، محل و منابع مالی)
۲. تدوین شرح وظایف و شاخص های مهم سازمان در چند سال اخیر
۳. ارزیابی محیط داخلی و خارجی (تدوین نقاط قوت، ضعف، فرصت ها، تهدیدها، ذینفعان داخلی و خارجی)
۴. تعیین موقعیت استراتژیک دانشگاه به ارزیابی صورت گرفته
۵. تعیین اهداف استراتژیک حوزه
۶. تدوین مهم ترین استراتژی ها با توجه به اهداف تدوین شده
۷. ویرایش پیش نویس برنامه، بازخوانی برنامه توسط اعضای کمیته و تایید آن
۸. تایید نهایی و انتشار برنامه استراتژیک ۷ ساله معاونت





## معرفی استان خراسان جنوبی:

استان خراسان جنوبی یکی از استان‌های شرقی ایران و مرکز آن شهر بیرجند است. استان خراسان جنوبی، با مصوبه مجلس شورای اسلامی و پس از تقسیم استان خراسان به سه استان، در سال ۱۳۸۲ ایجاد شد. مساحت این استان ۹۵۳۸۵ کیلومتر مربع است که از این نظر هشتمین استان ایران بوده و جمعیتی معادل ۷۶۸،۸۹۸ نفر دارد. این استان از شمال با استان خراسان رضوی، از غرب با استان یزد، از شرق با کشور افغانستان، از جنوب با استان سیستان و بلوچستان و از جنوب غربی با استان کرمان هم مرز است.

### تقسیمات کشوری

استان خراسان جنوبی بر اساس سالنامه آماری سال ۹۵ سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان، دارای ۱۱ شهرستان، ۲۸ شهر، ۲۵ بخش، ۶۱ دهستان و ۳۵۶۰ آبادی می باشد. شهرستان های این استان عبارتند از :

ردیف	نام شهرستان	تاریخ ایجاد شهرستان	جمعیت (بر اساس سرشماری) ۱۳۹۵	جمعیت (بر اساس سامانه سب) ۱۳۹۷
۱	شهرستان بیرجند	۱۳۱۶	۲۶۱،۳۲۴	۲۸۰،۶۲۷
۲	شهرستان فردوس	۱۳۲۳	۴۵،۵۲۳	۴۹۵،۲۸
۳	شهرستان قانات	۱۳۵۸	۱۱۶،۱۸۱	۱۲۱۷۱۸
۴	شهرستان نهبندان	۱۳۶۸	۵۱،۴۴۹	۵۳۲۱۴
۵	شهرستان سربیشه	۱۳۸۲	۴۰،۹۵۹	۳۹۷۶۷
۶	شهرستان درمیان	۱۳۸۴	۵۳،۷۱۴	۵۴۳۲۰
۷	شهرستان سرایان	۱۳۸۴	۳۳،۳۱۲	۳۴۳۳۲
۸	شهرستان بشرویه	۱۳۸۷	۲۶،۰۶۴	۲۷۹۱۲
۹	شهرستان خوسف	۱۳۹۲	۲۷،۶۰۰	۲۲۴۳۴
۱۰	شهرستان زیرکوه	۱۳۹۲	۴۰،۱۵۵	۴۰،۸۰۳
۱۱	شهرستان طبس (ملحق شدن به خراسان جنوبی)	۱۳۹۱	۷۲،۶۱۷	۸۱۲۸۵
کل دانشگاه			۷۶۸،۸۹۸	۸۰۵۹۴۱

### موقعیت جغرافیایی

استان خراسان جنوبی از لحاظ ناهمواری ها، به دو قسمت «کوهستانی و مرتفع» در شمال و شمال غرب و قسمت «پست و هموار» در دشت های مرکز و جنوب استان تقسیم می شود. بلندترین قله های استان به نام های «کمر سرخ» با ارتفاع ۲،۸۴۲ متر در شمال



و «شاه کوه» با ارتفاع ۲،۷۳۷ متر در جنوب قرار گرفته است. کوه های خراسان دنباله ارتفاعات البرز به سمت شرق است که به صورت قوس های موازی از «شاه کوه» آغاز شده و در جهت شمال غربی به سمت جنوب شرقی تا ارتفاعات «هندوکش افغانستان» امتداد می یابد. حاصل خیزترین بخش این استان در قسمت شمال و شمال غرب واقع شده است؛ ولی دشت های جنوبی و جنوب غربی به دلیل مجاورت با حاشیه شمال لوت، دارای آب و هوایی خشک و خشن بوده و در معرض جریان شن های روان هستند. آب و هوای استان خراسان جنوبی «خشک و بیابانی» است، ولی با توجه به نحوه قرارگرفتن مناطق پست یا مرتع به دو دسته «آب و هوای خشک و گرم» و «آب و هوای خشک و ملایم» تقسیم می شود. آب و هوای خشک و گرم بیشتر در دشت ها، مناطق هموار مرکز، غرب و جنوب غرب و آب و هوای خشک و ملایم در بخش های مرتفع شمالی، شمال غربی استان و اطراف بیرجند مشاهده می شود. از آنجا که استان خراسان جنوبی در ناحیه آب و هوای بیابانی قرار گرفته است، رودخانه های موجود در این منطقه از نوع فصلی بوده و رودخانه دائمی وجود ندارد.

### پیشینه تاریخی

خراسان جنوبی شامل محدوده ای از خراسان بزرگ است که در سده های پیش «قهستان» نامیده می شد. براساس کتیبه های به جا مانده از دوره هخامنشی و به گفته بعضی از مورخان یونانی، «قهستان» سکونتگاه قوم ساگارت، از اقوام آریایی بود. استان خراسان جنوبی تا ۱۳۸۳، بخشی از استان پهناور خراسان بود، ولی در این سال با مصوبه مجلس شورای اسلامی و براساس تقسیمات جدید کشوری، از آن منفک شد و خود به استانی مستقل تبدیل گردید.

### اقوام و زبان

همانطور که اشاره شد؛ این منطقه زیستگاه یکی از اقوام آریایی نژاد به نام «سارگات» بود. زبان و نژاد مردم سرزمین بزرگ خراسان، کمتر دچار آمیختگی و اختلاط شده است و دلیل آن، داشتن شرایط خاص آب و هوایی و اقلیمی است که چندان مورد توجه و تاخت و تاز افراد بیگانه در طول تاریخ قرار نگرفته است. زبان رسمی و اصلی مردم استان، فارسی است. این زبان در هر نقطه شهری و روستایی با لهجه خاص و منسوب به همان محل بیان می شود مثل لهجه بیرجندی، لهجه قاینی، لهجه سرایانی، لهجه نهبندانی و غیره که البته این لهجه ها با تفاوت هایی در واژه ها، جمله بندی ها و تاکید بر روی هجاها همراه است.

### موقعیت اجتماعی و اقتصادی

شرایط اقلیمی منحصر به فرد استان خراسان جنوبی باعث شده تا امکان تأمین درآمد مناسب و معقول باغداران استان در کاشت و تولید محصولات از قبیل عناب، زرشک، زعفران و سنجد شود. به طوری که این استان رتبه اول تولید محصولات باغی زرشک و عناب و رتبه دوم تولید زعفران را در سطح کشور دارا است. انار، پسته، بادام، سیب، گلابی، به، گیلاس، آلبالو، زردآلو، هلو، خرما، توت، شاتوت، گردو، انجیر و سنجد از دیگر محصولات باغی این استان است. همچنین در بخش محصولات زراعی، مردم این منطقه



به کشت گندم، جو، پنبه، حبوبات، محصولات جالیزی و گیاهان علوفه‌ای مشغول هستند و در تولید چغندر قند، رتبه هشتم کشور را به خود اختصاص داده است. قالی بافی، سفالگری، رنگرزی، آهنگری، مسگری، حصیربافی، سبذبافی، نمدبافی، زیلوبافی، پارچه بافی، نوغان داری، ریسندگی، گلیم بافی، جاجیم بافی، زرگری، دباغی و سوزن‌دوزی، از جمله صنایع دستی استان خراسان جنوبی هستند.

### صنعت و معدن

کارخانه‌ها و کارگاه‌های سیمان کاشی و سرامیک، محصولات فلزی، تجهیزات حمل و نقل، اکسید منیزیم، محصولات لاستیکی و پلاستیک، محصولات کانی غیرفلزی، کاغذ و محصولات کاغذی، تولید نهاده‌های دامی، محصولات کشاورزی و دامی، چوب و محصولات چوبی، نساجی، مبلمان و صنایع غذایی و آشامیدنی در سطح استان و نیز در ۶ شهرک صنعتی در بیرجند، فردوس، قاین، نهبندان و سربیشه مشغول فعالیت می‌باشند. قالی‌بافی، سفالگری، رنگرزی، آهنگری، مسگری، حصیربافی، سبذبافی، نمدبافی، زیلوبافی، پارچه بافی، نوغان داری، ریسندگی، گلیم بافی، جاجیم بافی، زرگری، دباغی و سوزن‌دوزی، از جمله صنایع دستی استان خراسان جنوبی هستند.

این استان دارای پتانسیل بالایی در بخش معادن می‌باشد به طوری که دارای تنها ذخایر منیزیت ایران (شهرستان بیرجند و شهرستان سربیشه)، بزرگ‌ترین معاون زغال سنگ کشور در طبس و ذخایر و معادن مهم بنتونیت (شهرستان فردوس، سه قلعه)، گرانیت (بیرجند و سربیشه)، گل سفید (بیرجند)، بازالت (شهرستان سربیشه) در خراسان جنوبی مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. یکی دیگر از مهمترین معادن این استان، معدن مس قلعه زری واقع در جنوب غرب این استان (خوسف) است. معادن ولاستونیت، کائولن، تراوترن، فلدسپات، بوکسیت، مارن، گچ، آهک، دولومیت، مرمریت، خاک صنعتی، سنگ لاشه و توف از دیگر معادنی هستند که در این استان در حال بهره‌برداری هستند.

### بهداشت و درمان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند در سال ۱۳۶۴ بصورت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد راه اندازی و در سال ۱۳۶۵ بصورت دانشکده مستقل و در سال ۱۳۷۲ بصورت دانشگاه درآمد. ابتدا با ۵۰ دانشجوی پزشکی و ۳۰ دانشجوی پرستاری فعالیت خود را آغاز نمود.

در حال حاضر این دانشگاه متشکل از هشت دانشکده (پزشکی - پرستاری مامایی، پیراپزشکی، بهداشت، دندانپزشکی، پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشکده پرستاری و مامایی قاین- دانشکده پرستاری طبس و یک آموزشکده فوریت‌های پزشکی) بوده که دارای ۲۷۵۷ دانشجو در ۳۵ رشته تحصیلی در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری و دکترای حرفه ای و ۱۹۷ عضو هیئت علمی می باشد. این دانشگاه بعنوان متولی امر بهداشت و درمان در شهرستان خراسان جنوبی نیز شناخته می شود.

بیمارستان آموزشی ولیعصر(عج) با ۲۲۴ تخت، بیمارستان امام رضا (ع) با ۱۵۰ تخت، بیمارستان تخصصی فوق تخصصی رازی با ۳۰۰ تخت، بیمارستان انکولوژی ایران مهر با چهار بخش رادیوتراپی، شیمی درمانی بستری، شیمی درمانی سرپایی و سلول درمانی، بیمارستان شهید آتش‌دست نهبندان با ۳۲ تخت، بیمارستان شهداء قاین با ۱۲۰ تخت، بیمارستان چمران فردوس با ۱۰۲ تخت،



بیمارستان حضرت رسول فردوس با ۱۶۵ تخت مصوب (در حال راه اندازی)، بیمارستان شفاء بشرویه با ۳۲ تخت، بیمارستان امام علی (ع) سرایان با ۳۲ تخت، بیمارستان شهید سید مصطفی خمینی طبس با ۷۵ تخت ثابت ارائه کننده خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی و ۱۱ مرکز بهداشت شهرستان، ۲۷ مرکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستایی، ۵ پایگاه سلامت روستایی، ۶۳ پایگاه سلامت شهری، ۶۱ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، ۳۱۵ خانه بهداشت فعال، ۵۱ پایگاه اورژانس شهری و جاده ای، ۱۴ آزمایشگاه درون بیمارستانی و یک آزمایشگاه رفرانس ارائه کننده خدمات بهداشتی به مردم شریف استان می باشند.

مرکز اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه، متشکل از کتابخانه مرکزی ۹۶۶۱ عنوان کتاب فارسی (۲۱۸۰۵ نسخه)، ۲۶۵۵ عنوان کتاب لاتین (۳۴۵۸ نسخه) ۲۴۴ عنوان نشریه فارسی (۴۱۱۳ نسخه)، ۱۲۶۹ عنوان رسانه لاتین (۲۰۴۱ نسخه رسانه لاتین، ۷۰۵ عنوان پایان نامه فارسی، ۷ عنوان طرح تحقیقاتی فارسی (۷ نسخه طرح تحقیقاتی فارسی) و ۴۱ دستگاه کامپیوتر پیشرفته در محل کتابخانه و ۱۴ دستگاه در محل کلاس کامپیوتر متصل به شبکه اینترنت و اشتراک صدها ژورنال الکترونیک و بانک های اطلاعاتی معتبر در زمینه علوم پزشکی است. همچنین این دانشگاه دارای ۱۵ آزمایشگاه و کارگاه آموزشی و ۳ آزمایشگاه تحقیقاتی ویژه دانشجویان است.

سلامت بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد است که با توجه به ابعاد گسترده این تعریف، اهمیت این موهبت الهی هرچه بیشتر نمایان می گردد. سلامت دو ویژگی مهم دارد، نخست آنکه از نیازها و حقوق اساسی مردم است و دیگر آنکه عرصه تغییر و تحولات سریع می باشد. تغییر سیمای بیماری ها، تحول در مفاهیم سلامتی، پیشرفت فناوری و شیوه های تشخیص، درمان و ارائه خدمات، همگی حاکی از سرعت تغییرات در سلامت هستند. شاخص های مندرج در این مجموعه که بیان کننده وضعیت سلامت و تغییرات آن در سال های اخیر در سطح استان و شهرستان های تابعه هستند، با همت و تلاش مسئولین و کارشناسان مراکز بهداشت شهرستان های استان و مسئولین و کارشناسان حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تهیه و تدوین گردیده است. امید است شاهد ارتقاء روز افزون این شاخص ها در سطح استان باشیم.



## معرفی معاونت بهداشتی:

نظام بهداشتی کشور سالهاست که با اجرای برنامه های مدون و منظم به عنوان یکی از افتخارات نظام جمهوری اسلامی ایران به دستاوردهای عظیمی نائل شده است. کاهش مرگ و میر نوزادان، کودکان زیر یک سال و ۵ سال، کاهش مرگ و میر مادران باردار، کاهش بروز و شیوع بیماری هایی چون سل، مالاریا، سرخک و بیماریهای مشترک انسان و دام، بهبود وضعیت آب و فاضلاب شهری و روستایی، اقدامات موثر در جهت تامین سلامت مواد غذایی، تامین سلامت بیش از ۲۰ میلیون دانش آموز، بکارگیری روش های نوین آموزش، جایگزینی تفکر گروهی و عقل جمعی در نظام بهداشتی به جای عقل فردی و تصمیم گیری های شخصی، حفظ و ارتقاء بهداشت دهان و دندان در گروه های آسیب پذیر، گسترش نظام بهداشتی در سراسر کشور و حصول بیش از ۹۰ درصد پوشش در مناطق روستایی و دهها، بلکه صدها مورد دیگر از خدماتی که توسط نظام بهداشتی کشور ارائه می شود همگی از افتخارات این نظام و ناشی از طراحی درست و راه اندازی موثر شبکه های بهداشت و درمان بوده و در جای خود شایسته تمجید و تقدیر است.

خدمات بهداشتی و درمانی، زمانی موثر واقع خواهند شد که به صورت یکپارچه طراحی و ارائه شوند، قبل از پیروزی انقلاب اسلامی وضعیت بهداشت و درمان عموماً و بهداشت خصوصاً به نوعی بود که این دو علاوه بر اینکه همدیگر را پوشش نمی دادند، در بطن خود نیز از وحدت و یکپارچگی لازم برخوردار نبودند مخصوصاً در مورد برنامه های بهداشتی وضعیت به گونه ای بود که هر بخشی که می بایست خدمات پیشگیری و بهداشتی را ارائه می داد به شکلی سازماندهی و طراحی شده بود که از سایر بخش ها کاملاً بیگانه و به طور مستقل برنامه ریزی و اجرا می کرد به عنوان مثال اداره کل بهداشت محیط در استان ها کلاً امورات مربوط به بهداشت محیط را سازماندهی و مدیریت می کرد، اداره کل ریشه کنی مالاریا و پیشگیری از بیماریهای واگیر مسائل مربوط به بیماری های مختلف را سرپرستی می کرد، اداره بهداشت خانواده مسائل مربوط به بهداشت و تنظیم خانواده را پیگیری می نمود و...، در حالیکه اگر نگاهی عمیق به کیفیت خدمات بهداشتی داشته باشیم خواهیم دید که موفقیت پیشگیری و مبارزه با بیماری های مختلف بویژه بیماری های واگیر بستگی بسیار زیادی به تطابق برنامه های بهداشت محیط با اولویت های زمانی، مکانی و اقلیمی بیماریهای مزبور دارد، در حالیکه این دو کاملاً جدا از هم برنامه ریزی می گردید یا آموزش بهداشت به عنوان یک جزء اساسی بهداشت عمومی به جای اینکه در لابلای تمام برنامه های بهداشتی ارائه شود به عنوان یک واحد مستقل توسط کارشناسان خاصی غیر از کارشناسان بهداشت محیط و بیماری ها ارائه می شد، اما با شکل گیری نظام بهداشتی و طراحی شبکه های بهداشتی درمانی و تشکیل دانشگاههای علوم پزشکی انسجام بین برنامه ها بیشتر و سیستم بهداشتی در قالب خدمات ادغام یافته نقاط ضعف مذکور را ترمیم نمود.

معاونت بهداشتی زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می باشد و بر اساس شرح وظائف پیش بینی شده در سیستم بهداشتی (با مدیریت معاون بهداشتی) در قالب چهار مدیریت (مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، مدیریت بیماری ها، مدیریت سلامت خانواده جمعیت و مدارس، مدیریت سلامت محیط و کار)، چهارگروه (گروه آموزش و ارتقاء سلامت، گروه بهبود تغذیه جامعه، گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، گروه سلامت دهان و دندان) و یک واحد ستادی (واحد مدیریت کاهش

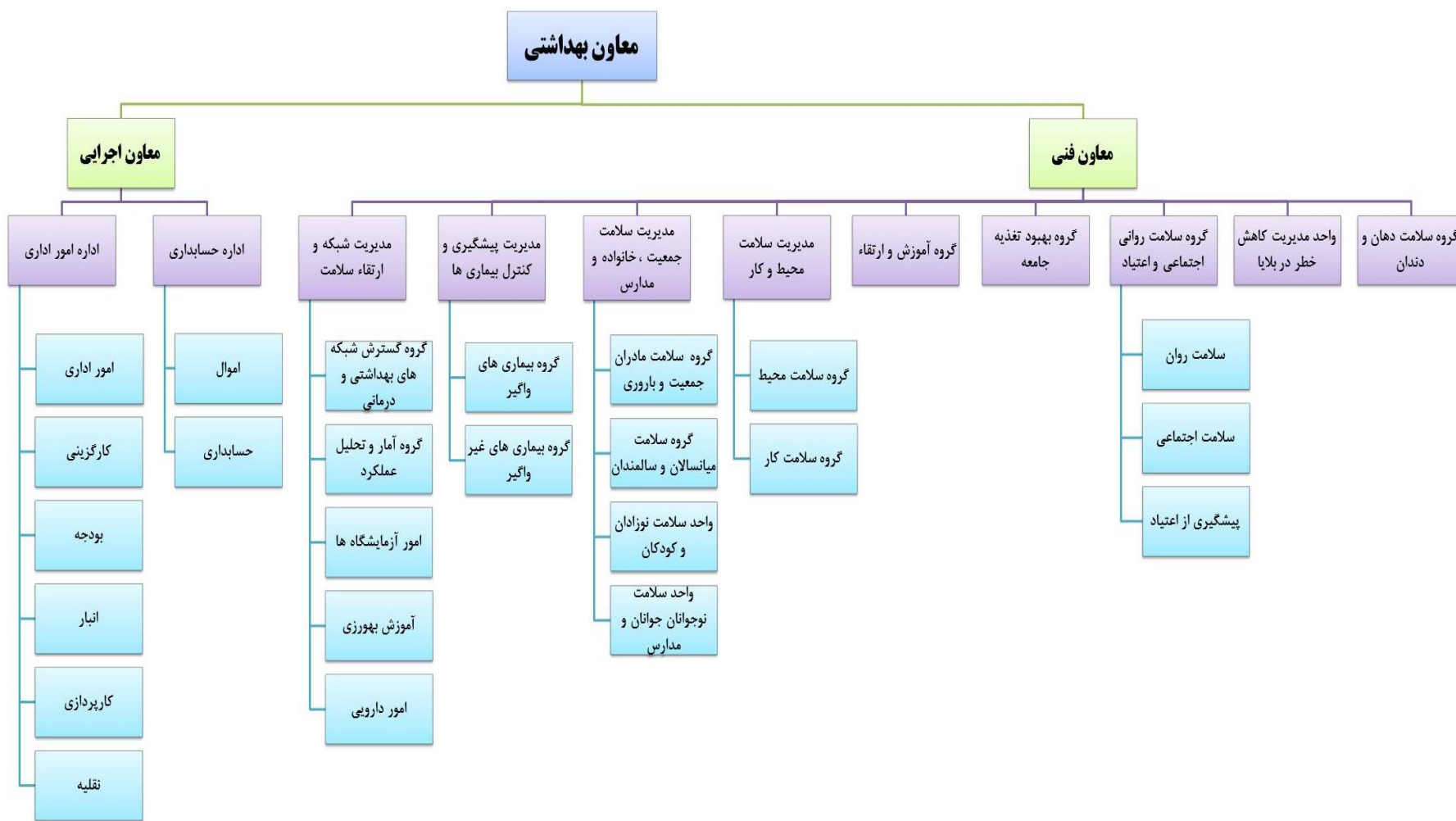


خطر در بلایا و حوادث) به امر برنامه ریزی، هدایت، نظارت، سازماندهی و ارزشیابی برنامه ها در سطح مراکز بهداشت شهرستان ها ( با هماهنگی و همکاری سایر معاونت های دانشگاه) می پردازد.

این معاونت علاوه بر ارتباط با ریاست دانشگاه و سایر معاونت های مربوطه به طور مستقیم با معاونت بهداشت و همچنین ادارات کل (مربوط به هر واحد ستادی) در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارتباط می باشد و از سوی آنها پشتیبانی (علمی\_ مالی و ...) هدایت، نظارت و سازماندهی می گردد.



## چارت تشکیلاتی معاونت بهداشتی





معاونت بهداشتی دانشگاه (رئیس مرکز بهداشت استان) دارای دو معاون فنی و اجرایی و در زیر مجموعه نیز ادارات فنی و اجرایی می باشد که در اینجا به وظایف هر یک از آنها مختصری اشاره می نماییم.

### شرح وظایف معاون اجرایی:

۱. شناخت خصوصیات جغرافیایی و جمعیتی استان، شناسایی منابع و امکانات اثر گذار بر سلامت
۲. برنامه ریزی برای حل مسائل و مشکلات عمده در چارچوب سیاستها و استراتژیهای کشوری با در نظر گرفتن شرایط خاص استان
۳. پیش بینی و پیشنهاد منابع مورد نیاز و تنظیم بودجه عملیاتی بر اساس برنامههای مرکز
۴. پشتیبانی تدارکاتی از واحدهای اجرایی و پیش بینی های به موقع برای تامین وسایل، تجهیزات، مواد و داروهای مورد نیاز
۵. بررسی گزارش واحدهای تابعه و تحلیل آنها و تهیه بازخواند لازم در خصوص برنامههای مورد نیاز و پشتیبانی
۶. همکاری در برقراری مکانیزمهای لازم جلب مشارکت های مردمی و هماهنگی های سایر بخش های موثر در سطح سلامت جامعه
۷. نظارت صحیح بر اجرای موثر و برنامه ها و فعالیت های سالانه
۸. نظارت دقیق و صحیح بر حسن اجرای امور جاری مرکز بهداشت استان اعم از نیروی انسانی، پشتیبانی و تدارکاتی.
۹. مشارکت در انتخاب تخصصی متقاضیان استخدام و نقل و انتقال نیروهای شاغل در سیستم بهداشتی و درمان
۱۰. اجرای سایر دستورات مرتبط طبق دستور مقام مافوق

### شرح وظایف معاون فنی:

۱. آشنایی کامل با برنامه های کشوری و شناخت مسائل منطقه ای، جمع آوری و دسته بندی اطلاعات و آمارهای مورد نیاز جهت برنامه ریزی و اجرا
۲. مشارکت در تهیه برنامه های راهبردی، تفصیلی و عملیاتی حوزه سلامت در منطقه و نظارت بر حسن اجرا
۳. اهتمام در سازماندهی واحدهای ستادی استان و شبکه های بهداشتی و درمانی تابعه با یکدیگر و سایر واحدهای دانشگاه
۴. همکاری و اهتمام در انتخاب فنی، تخصصی متقاضیان استخدام و نقل و انتقال نیروهای شاغل در سیستم بهداشتی و درمانی
۵. همکاری در آموزش نیروی انسانی پزشکی و هدایت و رهبری فعالیت های جاری از طریق آموزش بدو خدمت، حین خدمت و باز آموزشی های توأم با نظارت و پایش
۶. برقراری مکانیزم های جلب مشارکت مردمی و هماهنگی های سایر بخش های موثر در سطح سلامت جامعه و فعالیت های بهداشتی
۷. انجام پژوهش های مناسب و کاربردی با توجه به شناخت توانایی های بالقوه منطقه و تهیه طرح های جدید متناسب با شرایط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی





۸. دریافت و بررسی گزارش‌های رسیده از واحدها و شبکه‌های بهداشتی و درمانی تابعه و همکاری برای تهیه بازخوراند مناسب در راستای ارتقاء کمی و کیفی فعالیت‌های واحدهای موجود متناسب با ضوابط کشوری
۹. تطبیق دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی و تحقیقاتی از طریق کمیته‌های علمی و دستورالعمل‌های جدید
۱۰. اجرای سایر دستورات مرتبط طبق دستور مقام مافوق



## فصل دوم :

معرفی مدیریت ها / گروه ها و واحدها ، مروری کوتاه بر مهم ترین شاخص ها





## مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت:

### • گروه گسترش شبکه های بهداشتی درمانی

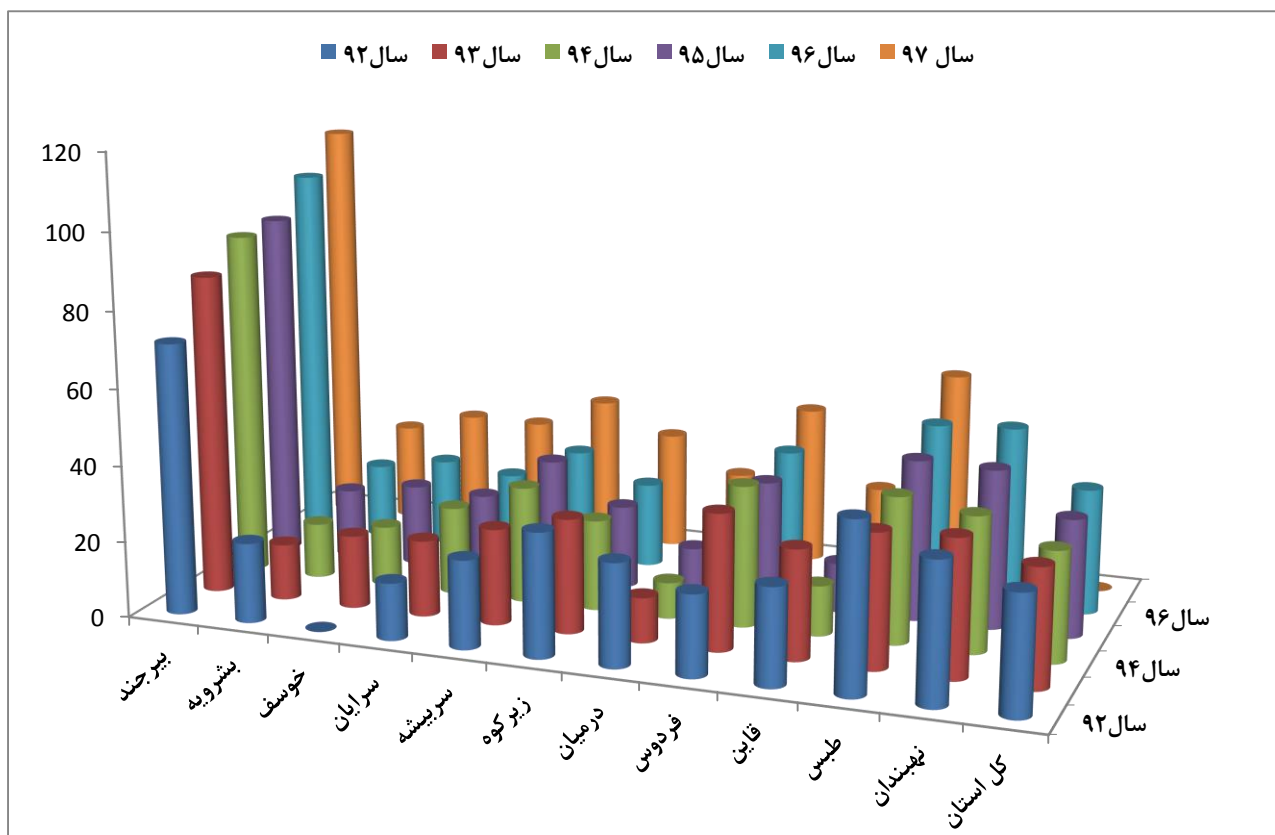
مدیریت شبکه تلاش می کند با استاندارد سازی واحدهای تحت پوشش و ایجاد تسهیلات لازم برای آنها خدمات بیشتر با کیفیت بهتر به افراد تحت پوشش ارائه گردد و مردم از ضروری ترین مراقبت های بهداشتی درمانی در سطوح مختلف برخوردار شوند. مدیریت شبکه؛ در جهت گسترش واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی و تسهیل دسترسی مردم به این خدمات از طریق تعیین نوع و تعداد واحدهای ارائه خدمت تعیین محدوده و جمعیت تحت پوشش هر واحد، ایجاد، تجهیز و راه اندازی واحدهای ارائه خدمات، احداث فضای فیزیکی مورد نیاز ارائه خدمت، نگهداری و بهبود استانداردهای ساختمانی و تجهیزاتی، جذب و آموزش نیروی انسانی محیطی مورد نیاز برای ارائه خدمت، پشتیبانی تجهیزات دارویی و تهیه ارائه خدمات لازم از زیج حیاتی و شاخصهای بهداشتی فعالیت می نماید.

علاوه بر موارد پیشگفت با اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ کلیه مراحل جذب، استقرار جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی در قالب تیم سلامت و بسته خدمتی در مراکز بهداشتی درمانی و پایش، نظارت و مدیریت مالی، دارویی و پاراکلینیک سطح یک از طریق این گروه انجام می گردد.

برنامه اساسی معاونت بهداشت در طرح تحول حوزه بهداشت، برنامه تامین مراقبت های اولیه سلامت در حاشیه شهرها و سکونت گاه های غیررسمی و نیز شهرهای کمتر از ۵۰۰۰۰ نفر است که با در نظر گرفتن پیچیدگی مشکلات موجود در این مناطق، ضرورت دارد علاوه بر وزارت بهداشت، سایر دستگاه های اجرایی مرتبط و سازمان های دولتی و غیردولتی مانند وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، شهرداری ها، خیریه ها، و سازمان های مردم نهاد (NGO) و ... در رفع مسایل بویژه درمورد سکونتگاه های غیررسمی همکاری داشته باشند و در تعامل با یکدیگر برای برطرف کردن مشکلات اصلی و تامین حداقل امکانات ضروری بهداشتی درمانی و رفاهی به منظور بهتر زیستن ساکنین این مناطق بکوشند. امید است با اجرای این برنامه و پروژه های مربوطه، شاهد تحقق اهداف فوق باشیم. مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت معاونت بهداشتی بیرجند بر اساس چارت سازمانی دارای تعداد ۲۱ پست نیروی انسانی است که در حال حاضر تعداد ۱۵ نیرو مشغول به کار هستند.



### درصد ماندگاری پزشکان خانواده در استان خراسان جنوبی



	بیرجند	بشرویه	خوسف	سرایان	سربیشه	زیرکوه	درمیان	فردوس	قاین	طبس	نهبندان	کل استان
سال ۹۲	71.04	21	0	15	23.2	32.5	27	21.4	25.5	44.3	36.7	31
سال ۹۳	84	14.7	19.2	20	25.2	30	11.8	35.7	28.8	35.2	36	31
سال ۹۴	90.6	14.5	15.8	23	30.5	23.8	9.5	37	13.2	38.4	35.6	29
سال ۹۵	91.37	18.2	21.3	20.7	32.16	21.8	12.6	32.4	12.9	42.2	41.7	31
سال ۹۶	99.8	19.7	23	21	29.4	22.3	14.3	35.1	15.3	46.2	47.2	33
سال ۹۷	108.8	25.7	30.7	30.5	38.4	30.8	21.6	41.5	21.6	54.4	0	0

**تحلیل:** ماندگاری پزشکان خانواده در شبکه‌هایی که وابسته به نیروی طرحی هستند منجمله: خوسف، سرایان، درمیان، قاین و بشرویه نسبت به شبکه‌هایی که نیروهای رسمی و پیمانی دارند پایین تر است.



## • امور پرستاری

امور پرستاری با هدف بهبود استانداردهای واحد تزریقات مراکز فعالیت خود را از سال ۱۳۸۹ با حضور کارشناس پرستاری ستادی در مدیریت شبکه آغاز کرد. در حال حاضر ۱۰۲ مرکز فعال روستایی، شهری - روستایی، شهری و شبانه روزی در استان وجود دارد که در همه این مراکز واحد تزریقات با حضور پرستاران، بهیاران یا ماماها با تجربه فعال می باشد. در مراکز شهری با جمعیت تحت پوشش بالای ۲۰ هزار نفر (طبس، قاین، فردوس، بیرجند) امکانات تزریقات و بستری سرپایی همانند مراکز روستایی مهیا و تجهیز شده است.

هر مرکز دارای اتاق تزریقات شامل تخت تزریقات، تخت احیا، تخت های بستری و امکانات دستگاه نوار قلب، دستگاه ساکشن، مانیتورینگ، تجهیزات استریلیزاسیون وسایل (اتوکلاو، فور) و الکتروشوک (برای مراکز شبانه روزی و مراکز در مسیر تردد جاده ای) کپسول اکسیژن دستگاه های اکسیژن ساز و همچنین داروهای اورژانسی که در ترالی اورژانس طبق جدیدترین استاندارد های ترالی اورژانس وزارت بهداشت، چیدمان و موجود است و خدمات تزریقات، پانسمان، بخیه، بستری سرپایی، نوار قلب و... انجام می شود تعدادی از مراکز به آمبولانس جهت اعزام بیماران بد حال به مراکز مجهز تر وجود دارد و بقیه مراکز در کنار پایگاه های اورژانس جاده ای (۱۱۵) قرار دارند.

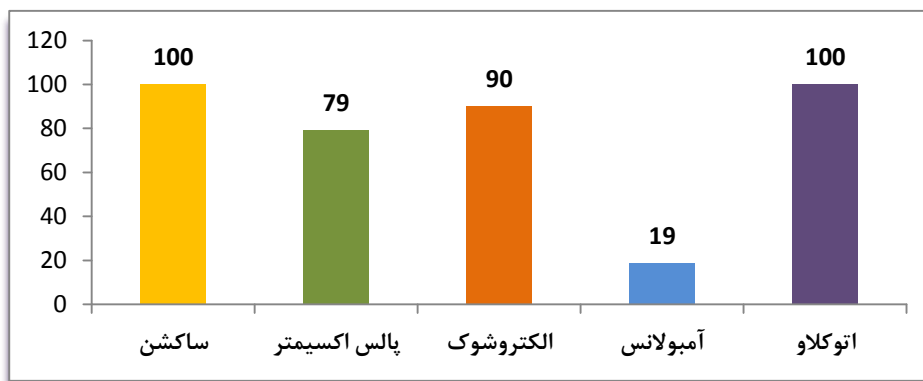
در هر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یک نفر کارشناس مربوط به امور پرستاری حضور دارد که بر روال کار تزریقات مراکز، شیفت های کاری پرسنل، برگزاری دوره های آموزشی بر اساس برنامه استانی و نیاز شهرستانی و پرسنل، نظارت بر بکارگیری نیروها و توجیه بدو خدمت و پیگیری و درخواست تجهیزات پزشکی مورد نیاز مراکز نظارت دارد. در حال حاضر تعداد ۹۴ پرستار طرحی و استخدامی، ۱۶ بهیار استخدامی، ۵۵ ماما طرح پزشک خانواده و پیمانی در مراکز در قسمت تزریقات مشغول به خدمت رسانی به مردم هستند.

لازم بذکر است هر سال در روز میلاد با سعادت اسوه صبر بانو زینب کبری (س) که مصادف با روز پرستار است مراسم جشنی از سوی دانشگاه برگزار می شود که از تعدادی از پرستاران منتخب شهرستانی به عنوان نمونه تقدیر می گردند.

تجهیزات مراکز در حد قابل قبول می باشد و در سال های اخیر تعداد زیادی از مراکز تجهیز و نوسازی انجام شده است. در جدول ذیل درصد برخورداری مراکز از تجهیزات ذکر شده الکتروشوک فقط در مراکز شبانه روزی و مراکز در مسیر تردد جاده ای باید خریداری و تجهیز شود که با توجه به این مسئله حدود ۹۰٪ مراکز هدف دارای الکتروشوک هستند. در خصوص آمبولانس به دلیل همجواری با اورژانس های فوریت ها ۱۱۵ نیاز به خریداری آمبولانس برای مراکز نمی باشد.



## درصد تجهیز مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری استان به تجهیزات پزشکی تا سال ۱۳۹۸



### تحلیل:

**الکتروشوک:** درصد برخورداری مراکز از الکتروشوک فقط در مراکز شبانه روزی و مراکز درمسیرتردد جاده ای باید خریداری و تجهیز شود که باتوجه به این مسئله حدود ۹۰٪ مراکز هدف دارای الکتروشوک هستند.

**آمبولانس:** به دلیل همجواری با اورژانسهای جاده ای (۱۱۵) نیاز به خریداری آمبولانس برای مراکز نمی باشد.

**ساکشن:** در کلیه مراکز مجهز به اتاق تزریقات حداقل یک ساکشن باید موجود باشد که باتوجه به اینکه تمام مراکز برخوردار هستند لذا شاخص ۱۰۰ درصد برآورد شده در بعضی از مراکز شبانه روزی دو دستگاه ساکشن هم خریداری شده است.

**اتوکلاو:** کلیه مراکز جهت استریلیزاسیون تجهیزات باید مجهز به اتوکلاو سطلی باشند که این شرایط در کلیه مراکز خدمات جامع سلامت فراهم شده است.

**پالس اکسیمتر:** جزو تجهیزات استاندارد ضروری مراکز لیست نشده لیکن به دلیل درخواست پزشکان و نیاز به مانیتورینگ علایم حیاتی بیماران در مراکز شبانه روزی واکثر مراکز دارای تزریقات، خریداری و مورد استفاده قرار گرفته است حدود ۸۰ درصد مراکز مجهز به دستگاه پالس اکسیمتر هستند.

### • نیروی انسانی

نیروی انسانی مدیریت شبکه و وظیفه تهیه بانک اطلاعاتی پرسنل، اعلام نیاز دوره ای کتبی نیروهای طرحی به معاونت توسعه مدیریت و منابع، اعلام نظر جهت تغییر عنوان نیروها، مشارکت در کمیته نیروی انسانی، تعامل با واحدهای ستادی در خصوص تشکیلات مصوبه مورد نیاز، پیگیری اعمال ضوابط تعیین شده در تشکیلات واحدهای مختلف بهداشتی، مشارکت و نظارت در استفاده درست از نیروهایی که بموجب قوانین مختلف مکلف به خدمت در واحدهای بهداشتی هستند و پیشنهاد اصلاح تشکیلات و پیگیری تصویب آن را برعهده دارد.



تعداد نیروی انسانی مورد نیاز پایگاه ها ، مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت بر اساس مصوبات طرح گسترش جدید  
(۹۶/۱۲/۲۶)

جمع	بهورز	مراکز خدمات جامع سلامت																								
		پایگاه سلامت	نگهبان سرایدار	کارشناس مراقب سلامت	بهورز	سایر (مدد کار اجتماعی، تکنسین دارویی، خدمتگذار)	نگهبان سرایدار	راننده	مسئول امور عمومی	کارشناس رادیولوژی	کارشناس آزمایشگاه	کارشناس مشاوره ازدواج مرد	کارشناس مشاوره ازدواج زن	کارشناس تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش	ماما ، مامای پزشک خانواده	پرستار	کارشناس مشاوره تغذیه و رژیم درمانی	کارشناس سلامت روان	کارشناس مراقب سلامت ناظر	کارشناس بهداشت حرفه ای	کارشناس بهداشت محیط	کاردان بهداشت دهان	مراقب سلامت دهان	دندانپزشک	پزشک	پزشک متخصص
۴۸۳	۷۱	۱۵	۱۱۴	۸	۴	۱۹	۲۰	۱۴	۰	۱۵	۱	۱	۱۴	۱۴	۲۵	۱۲	۱۴	۱۴	۱۰	۱۹	۱۸	۱۴	۱۵	۳۶	۱	بیرجند
۹۰	۱۷	۰	۱۰	۴	۰	۴	۵	۲	۰	۴	۱	۱	۴	۵	۶	۲	۲	۴	۲	۴	۴	۲	۳	۸	۰	بشرویه
۱۲۰	۳۹	۰	۳	۰	۰	۶	۸	۲	۰	۴	۱	۱	۴	۶	۸	۲	۲	۸	۲	۳	۳	۲	۳	۹	۴	خوسف
۲۵۵	۷۶	۰	۹	۱۳	۱	۱۰	۱۴	۵	۲	۹	۱	۱	۷	۱۴	۲۱	۵	۵	۱۴	۳	۵	۱۰	۵	۶	۱۹	۰	درمیان
۱۹۸	۶۳	۰	۵	۷	۱	۹	۱۱	۲	۲	۵	۱	۱	۱۰	۱۲	۱۳	۴	۴	۱۲	۳	۵	۹	۲	۳	۱۶	۰	زیرکوه
۱۱۸	۲۴	۱	۱۲	۰	۰	۶	۸	۲	۰	۴	۱	۱	۵	۸	۱۰	۲	۲	۴	۳	۳	۵	۲	۳	۱۲	۰	سرایان
۲۰۱	۶۱	۱	۸	۵	۰	۱۰	۱۱	۳	۴	۵	۱	۱	۷	۱۰	۱۸	۳	۴	۱۲	۳	۶	۸	۳	۳	۱۵	۰	سرپیشه
۲۴۲	۵۸	۱	۲۴	۸	۳	۹	۱۲	۵	۱	۱۰	۱	۱	۱۰	۱۴	۱۸	۵	۵	۹	۵	۵	۹	۶	۶	۱۷	۰	طبس
۱۳۰	۲۹	۲	۱۹	۰	۰	۶	۷	۳	۰	۴	۱	۱	۵	۴	۱۱	۳	۳	۵	۳	۳	۶	۳	۳	۹	۰	فردوس
۴۰۴	۱۰۰	۲	۳۱	۷	۲	۲۰	۲۵	۹	۰	۱۶	۱	۱	۱۹	۲۳	۲۴	۸	۹	۱۷	۸	۱۱	۱۹	۹	۹	۳۳	۱	قاین
۲۲۵	۷۲	۱	۱۱	۲	۱	۱۰	۱۲	۵	۰	۷	۱	۱	۸	۱۴	۱۶	۴	۴	۱۲	۲	۵	۱۱	۴	۵	۱۷	۰	نهبندان
۲۴۶۶	۶۱۰	۲۳	۲۴۶	۵۴	۱۱	۱۰۹	۱۳۳	۵۱	۹	۸۲	۱۱	۱۱	۹۱	۱۲۴	۱۷۰	۴۹	۵۱	۱۱۰	۴۴	۶۸	۱۰۲	۵۱	۵۹	۱۹۱	۶	جمع



## • امور دارویی:

امور دارویی معاونت، مجموعه وظایفی از قبیل نظارت بر فعالیت واحدهای ارائه خدمات دارویی (انبارها، مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاههای بهداشتی و خانه های بهداشت) و مشارکت در آموزش و ارتقاء سطح آگاهی کارکنان و با توجه به اهمیت دارو در سیستم بهداشت و درمان، تامین - توزیع - نگهداری و مصرف صحیح آن، جایگاه ویژه ای در سیستم بهداشتی دارد که جهت دستیابی به این هدف، فعالیت واحدهای ارائه خدمات دارویی که شامل انبارهای دارویی مراکز، داروخانه های مراکز خدمات جامع سلامت، خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت می باشد، می بایست مطابق با ضوابط صورت پذیرد. در این راستا برنامه ریزی به منظور نظارت دقیق بر کارکرد همه واحدهای ارائه دهنده دارواز جمله، انبار دارویی مراکز از جهت سفارش به موقع دارو، نظارت بر مراکز خدمات جامع سلامت از جهت درخواست و تحویل به موقع دارو، ثبت صحیح آمار و نظارت بر تاریخ انقضاء دارو و ارائه صحیح آن به بیمار و نظارت بر خانه های بهداشت از جهت بررسی کیفیت ارائه خدمات و نحوه عملکرد درست شامل تحویل درست و منطبق با اصول علمی دارو به بیماران، ثبت صحیح در دفتر دارویی و نیز ثبت صحیح تاریخ های انقضاء داروها ضروری است.

از دیگر برنامه های واحد دارویی، کاهش میانگین اقلام تجویزی در نسخ می باشد فرآیند جاری موجب کاهش عوارض جانبی ناشی از مصرف دارو و افزایش اثر بخشی داروها و کاهش بار مالی سیستم خواهد شد که به نفع بیماران و سیستم می باشد.

خدمات دارویی معاونت بهداشتی در ۱۱ مرکز بهداشت شهرستان ارائه می گردد. خرید و توزیع دارو های سطح یک و اورژانس به صورت غیر متمرکز توسط مرکز بهداشت شهرستانها انجام می شود.

تامین دارو های بهداشتی و باروری سالم و مراقبتی به صورت متمرکز و توسط مرکز بهداشت استان صورت می پذیرد.

با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده حجم عمده فعالیت دارویی شبکه ها و مراکز بهداشت در قالب این برنامه صورت می پذیرد که بر اساس اعتبار ابلاغی در برنامه پزشک خانواده خرید دارو به دو صورت دولتی و خصوصی (واگذاری خدمات دارویی) انجام می شود.

خدمات دارویی در ۸۹ داروخانه مراکز خدمات سلامت شهری و روستایی و ۳۱۵ قفسه دارویی خانه بهداشت ارائه می گردد ( ۱۰۰ درصد داروخانه مرکز روستایی و شهری به بخش خصوصی واگذار شده است).





### درصد داروخانه های واگذار شده به بخش خصوصی

نام شهرستان	سال ۹۲	سال ۹۳	سال ۹۴	سال ۹۵	سال ۹۶	سال ۹۷	مورد انتظار ۹۸
بیرجند	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
سرایان	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
بشرویه	%۳۳.۳	%۳۳/۳	%۶۶.۶	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
سربیشه	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
درمیان	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
قائن	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
زیرکوه	-	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
نهبندان	%۷۵	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
فردوس	%۲۰	%۸۰	%۵۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
خوسف	-	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
طبس	%۱۲.۵	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
استان	%۷۴.۹	%۹۵	%۹۵.۵	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰

تحلیل: از سال ۹۵، ۱۰۰ درصد داروخانه ها به بخش خصوصی واگذار شده است.

### میانگین ارقام دارویی نسخ روستایی

نام شهرستان	سال ۹۲	سال ۹۳	سال ۹۴	سال ۹۵	سال ۹۶	سال ۹۷	مورد انتظار ۹۸
بیرجند	۳	۳.۳	۳.۰۵	۲/۷۲	۲/۷	۲.۹۷	۳
خوسف	-	۳.۲	۳.۲۴	۲/۸۹	۲/۹۸	۲.۹۱	۳
سرایان	۳.۳	۳.۲	۳.۴۳	۲/۹۸	۲/۹۹	۳	۳
بشرویه	۲.۹	۲.۷	۲.۸	۲/۷۱	۲/۵۷	۲.۹	۳
سربیشه	۳.۳	۳.۲	۳.۱۲	۳	۲/۷۵	۲.۶۵	۳
درمیان	۲.۹	۲.۶	۲.۸۹	۳/۳۱	۳	۳	۳
قائن	۳.۳	۲.۸۵	۲.۸۳	۳	۳	۳.۰۵	۳
زیرکوه	-	۳.۶۲	۳.۱۳	۳/۰۲	۳	۳.۰۷	۳
نهبندان	۳.۷	۳.۱	۳.۰۱	۳/۲	۲/۸۹	۲.۸۱	۳
فردوس	۳.۳	۳	۲.۸۱	۲/۹۸	۲/۸۹	۳.۰۷	۳
طبس	۲.۶	۲.۰۸	۳.۰۶	۳/۰۲	۲/۹۱	۲.۸۵	۳
استان	۳.۳	۳.۱	۳.۰۳	۲/۹۸	۲/۸۶	۳	۳



**تحلیل:** حداکثر انتظار میانگین نسخ دارویی ۳ درصد است، از سال ۹۵ نسخ تجویز شده در حد استاندارد است.

• امور آزمایشگاه ها:

امور آزمایشگاهها در ارتقاء عملکرد آزمایشگاه های مراکز خدمات جامع سلامت و پاسخگویی به نیاز های واقعی حوزه معاونت بهداشتی برای ارائه خدمات تشخیصی در چار چوب برنامه های نظام مراقبت بیماریها ( واگیر و غیرواگیر ) و برنامه های کنترل و پیشگیری ( مادر ایمن، پزشک خانواده، سلامت شغلی، اعتیاد، طرح های ملی و استانی و ... ) و عملیاتی نمودن دستورالعمل ها و برآورد انتظارات اداره کل آزمایشگاه مرجع سلامت در قالب برنامه های مدیریتی ( مدیریت اطلاعات و فن آوری، تضمین کیفیت، آموزش و پژوهش، گسترش و توسعه، بحران، ایمنی زیستی و ... ) فعالیت می نماید.

**جدول اول: شاخص های آزمایشگاه**

ردیف	عنوان شاخص	مورد انتظار	سال ۹۲	سال ۹۳	سال ۹۴	سال ۹۵	سال ۹۶	سال ۹۷
۱	درصد آزمایشگاههای سطح ۱ که حداقل ۸۵ درصد یا بالاتر الزامات مدیریتی و فنی را مستقر کرده باشند	۹۵	۰	۰	۰	۳۳.۳	۳۳.۳	۴۶
۲	درصد آزمایشگاههای سطح ۲ که حداقل ۸۵ درصد و بالاتر الزامات مدیریتی و فنی را مستقر کرده باشند	۹۵	۰	۰	۰	۶۳.۶	۶۳.۶	۸۲
۳	درصد آزمایشگاههای سطح ۱ که ۶۵ - ۸۵ درصد الزامات مدیریتی و فنی را مستقر کرده باشند	۵	۰	۱۰	۱۲.۵	۶۶.۶	۶۶.۶	۵۴
۴	درصد آزمایشگاههای سطح ۲ که ۶۵ - ۸۵ درصد الزامات مدیریتی و فنی را مستقر کرده باشند	۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۳۶.۳	۳۶.۳	۱۸
۵	درصد آزمایشگاههای سطح ۱ که ۵۰ - ۶۵ درصد الزامات مدیریتی و فنی را مستقر کرده باشند	۰	۱۰۰	۹۰	۸۷.۵	۰	۰	۰
۶	درصد آزمایشگاههای سطح ۲ که ۵۰ - ۶۵ درصد الزامات مدیریتی و فنی را مستقر کرده باشند	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۷	درصد آزمایشگاههای سطح ۱ که کمتر از ۵۰ درصد الزامات مدیریتی و فنی را مستقر کرده باشند	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۸	درصد آزمایشگاههای سطح ۲ که حداقل ۸۵ درصد یا بالاتر الزامات مدیریتی و فنی را مستقر کرده باشند	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۹	درصد آزمایشگاههایی که حداقل ۲ بار در سال با چک لیست ارزیابی سیستم مدیریت کیفیت مورد پایش قرار گرفته اند	۱۰۰	۶۵	۷۲	۷۵	۸۰	۸۰	۸۵
۱۰	درصد آزمایش هایی که بر اساس خدمات تعریف شده در سطح ۱ و ۲ ارائه می گردد. ( انجام آزمایش یا ارجاع نمونه های بالینی)	۱۰۰	۸۵	۸۸	۹۲	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۱۱	درصد مراکزی که به خدمات آزمایشگاهی دسترسی دارند	۱۰۰	۸۴	۹۲	۹۵	۹۵	۹۵	۹۷



**تحلیل:** برای رسیدن به میزان مورد انتظار شاخص دوم مشکلاتی مانند کمبود نیرو یا ثابت نبودن نیرو (طرحی، قراردادی)، نبود نرم افزار یکدست در تمامی آزمایشگاه های بهداشتی و کاهش پایش ها توسط مسئولین آزمایشگاه های بهداشتی شبکه ها وجود دارد که باید با برنامه ریزی منظم و تلاش در جهت ثبات نیروها آن را مرتفع نمود.

### جدول دوم : شاخص های آزمایشگاه

شاخص	سال ۹۲	سال ۹۳	سال ۹۴	سال ۹۵	سال ۹۶	سال ۹۷
تعداد واحدهای نمونه گیری	۲۷	۳۰	۳۵	۴۲	۴۷	۵۲
تعداد تستهای آزمایشگاهی بازای یک آزمایشگاه	۴۴۵۴۲	۴۶۸۰۲	۴۵۶۸۰	۴۵۷۴۸	۵۱۸۰۰	۵۴۱۰۴
تعداد تستهای آزمایشگاهی بازای یک نیروی فنی	۲۰۱۱۵	۲۰۸۸۰	۲۱۸۱۷	۲۱۸۴۹	۲۳۷۳۶	۲۴۸۵۷
تعداد نیروی فنی بازای یک آزمایشگاه	۲.۲	۲.۲	۲.۱	۲.۱	۲.۱	۲.۱
تجهیزات کلیدی (سل کانتر- اتوانالایزر- الایزا ریدر)	۵۴	۵۷	۶۳	۷۱	۷۶	۷۶
تعداد نوزادان غربالگری شده از نظر کم کاری تیروئید و PKU	۱۷۶۳۱	۱۸۲۱۹	۱۹۳۳۲	۱۸۶۷۸	۱۷۵۸۰	۱۶۶۰۰
تعداد لام سل و مالاریای بازبینی شده	۱۷۰۰	۱۶۵۰	۱۴۲۰	۱۴۳۲	۱۵۰۰	۱۶۰۰
تعمیرات فضاهای آزمایشگاهی	۱	۱	۲	۳	۵	۲
تعداد کشت سل انجام شده	۱۹۸	۲۶۲	۲۴۵	۱۸۳	۲۰۲	۷۲۰

**تحلیل:** تعداد کشت سل بدلیل افزایش تقاضای کشت نمونه برای بیماران بستری و علیرغم عدم افزایش تعداد نیروی آزمایشگاه در سال ۹۷ نسبت به سال ۹۶ سه و نیم برابر شده که در صورت ادامه این روند باید جهت افزایش نیرو و بکارگیری مسئول فنی اقدام نمود.



## • آموزش بهورزی

دسترسی آحاد جامعه به خدمات اولیه و اساسی سلامت یکی از وظایف مهم و چالش های دولتها می باشد. ایجاد یک سیستم جامع ارایه خدمت در روستاها جز اتفاقات مهم و بزرگ کشور در دهه شصت بوده و با گذشت سی و اندی سال هنوز ما نیازمند چنین مدل و سیستمی برای شهرها هستیم و این خود اهمیت و مثر ثمر بودن عملکرد بهورزان را دو چندان می کند. سیستم بهورزی، محیط تلاقی تخصص و تعهد است و شاکله بهورزی بر اساس عشق به مردم و عشق به کار است. نگاه بهورز یک نگاه کاملاً جامعه نگر و نه درمان نگر است؛ مشارکت دادن مردم و اجتماعی سازی خدمات، ارتباط با مردم و تاثیر بر فرهنگ، توانمندسازی مردم در خودمراقبتی و ارتقا سلامت، ارائه خدمات ارزان، کارآمد و با کیفیت، تعادل بین تقاضای جامعه و دسترسی مردم به خدمات سلامت، تقویت نظام ارجاع و... خدمات بهورزان از پیش از تولد افراد آغاز و تا سالخوردگی نیز ادامه دارد و این امر نشان از اهمیت کار در حوزه بهورزی است. و نتایج خدمات بهورزان با ارتقای شاخص های حوزه بهداشت در روستاها و حاشیه شهرها مانند: کاهش مرگ و میر نوزادان، کودکان، کاهش مرگ و میر در اثر عوارض بارداری و زایمان، افزایش خدماتی در زمینه دسترسی به آب آشامیدنی سالم، واکسیناسیون، مراقبت های قبل از تولد و پس از تولد و... همراه می باشد.

بومی و امین بودن بهورز از جمله معیارهایی است که در خصوص جذب بهورزان در این حرفه مورد توجه قرار می گیرد. بهورزان از مردم روستایی که در آن خدمت می کنند انتخاب می شوند تا با فرهنگ و زبان مردم آنجا آشنا باشند و پس از پذیرش تحت آموزش در مراکز بهورزی قرار می گیرند شیوه آموزش بهورزان در آموزشگاههای بهورزی وظیفه محور بوده و الگوی بسیار کاربردی و مناسبی است.

## اطلاعات مراکز آموزش بهورزی - ۱۳۹۷

مرکز آموزش بهورزی	تعداد دانش آموزان در حال تحصیل		تعداد دوره های در حال برگزاری	تعداد فارغ التحصیلان بهورزی	تعداد دانش آموزان پذیرفته شده	تعداد دوره های بهورزی از ابتدا	سال تاسیس	مرکز آموزش بهورزی
	پایه اول	پایه دوم						
بیرجند	۴۲	-	۲	۵۰۳	۵۵۲	۳۱	۱۳۵۷	
فردوس	۱۹	-	۱	۶۸	۸۸	۸	۱۳۶۶	
قاین	۳۴	-	۱	۱۷۵	۲۱۷	۱۷	۱۳۶۵	
طبس	۱۱	-	۱	۱۲	۲۳	۳	۱۳۶۶	
نهبندان	-	-	-	-	-	-	-	

در استان خراسان جنوبی از سال ۱۳۵۷ تا کنون ۵۹ دوره آموزش بهورزی برگزار و تعداد ۷۵۹ بهورز فارغ التحصیل شده اند.



• گروه آمار و تحلیل عملکرد

این گروه وظیفه جمع آوری آمار و اطلاعات مربوطه (جمع آوری "داده های جمعیتی" و "داده های برگه های زیج حیاتی" به تفکیک خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی به صورت الکترونیکی و ثبت داده های مرگ و میر) بررسی زیج حیاتی واستخراج شاخص های مرتبط - بررسی و جمع بندی اطلاعات جمعیتی، تجزیه و تحلیل داده های آماری (مرگ و میر، جمعیت، زیج حیاتی و ...) استخراج شاخص ها و اعلام نتایج حاصله به مدیران رده های میانی در سطح استان و شهرستان، همکاری با کلیه واحدهای ستادی و سایر بخشهای توسعه در خصوص تجزیه و تحلیل اطلاعات - تهیه سالنامه آماری، همکاری و راهنمایی دانشجویان و پژوهشگران حوزه بهداشت و واحد های ستادی دانشگاه در خصوص تهیه طرح های تحقیقاتی و تجزیه و تحلیل اطلاعات را بر عهده دارد.

**واحدهای بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند**

اسفند سال ۹۷		اسفند سال ۹۶		اسفند سال ۹۵		ابتدای سال ۹۴		ابتدای سال ۹۳		ابتدای سال ۹۲		ابتدای سال ۹۱		ابتدای سال ۹۰		ابتدای سال ۸۹		ابتدای سال ۸۸		ابتدای سال ۸۷		نام واحد
فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	فعال	مصوب	
۳۱۵	۳۳۸	۳۱۴	۳۴۲	۳۲۲	۳۴۶	۳۱۴	۳۴۴	۳۱۹	۳۳۵	۳۱۳	۳۳۵	۲۷۹	۲۹۶	۲۸۰	۲۸۳	۲۸۳	۲۸۷	۲۷۹	۲۸۷	۲۸۳	۲۹۲	خانه بهداشت
۶۹	۷۲	۶۷	۷۱	۶۵	۶۷	۵۴	۵۷	۵۱	۵۴	۵۰	۵۴	۴۴	۴۷	۳۹	۴۴	۳۷	۴۲	۳۷	۴۲	۳۵	۴۰	پایگاه بهداشتی
۱۰۲	۱۰۵	۱۰۱	۱۰۵	۱۰۰	۱۰۴	۸۶	۱۰۰	۸۲	۸۸	۸۰	۸۸	۷۱	۷۶	۷۱	۷۱	۷۱	۷۱	۷۱	۷۱	۷۰	۷۱	مراکز خدمات جامع سلامت

۹۳٪ خانه های بهداشت و ۹۶٪ پایگاههای بهداشتی و ۹۶٪ مراکز خدمات جامع سلامت مصوب در سال ۹۷ فعال هستند



جمعیت دانشگاه طی سالهای ۱۳۸۷ لغایت ۱۳۹۷

سال	نوع منطقه	بیرجند	درمیان	سریشه	سرایان	فردوس	قاین	نهبندان	بشرویه	خوسف	زیرکوه	طبس	کل
۱۳۸۷	شهری	۱۷۵۰۲۵	۵۷۲۱	۹۶۵۱	۲۱۵۳۵	۴۵۳۲۱	۶۱۱۶۴	۲۱۴۹۵	-				۳۳۹۹۱۲
	روستایی	۶۳۴۸۸	۵۱۱۱۸	۲۸۴۲۵	۱۰۹۶۷	۲۰۸۴۶	۹۱۳۸۴	۳۴۱۲۳	-				۳۰۰۳۵۱
۱۳۸۸	شهری	۱۷۰۲۰۶	۱۴۰۷۰	۹۵۹۵	۲۲۴۳۵	۳۱۹۵۸	۶۲۶۸۹	۱۹۷۷۶	۱۴۷۸۸				۳۴۵۵۱۷
	روستایی	۶۳۸۲۲	۴۲۳۵۲	۲۸۹۰۱	۱۰۹۲۹	۱۰۸۶۹	۹۰۴۶۴	۳۴۲۲۷	۹۵۵۹				۲۹۱۱۲۳
۱۳۸۹	شهری	۱۸۹۱۴۸	۱۳۶۰۵	۱۱۰۰۵	۲۳۱۴۶	۳۲۶۶۷	۶۴۱۱۰	۲۴۱۲۸	۱۵۰۵۵		جزء	جزء	۳۷۲۸۶۴
	روستایی	۶۷۵۴۳	۴۲۲۷۱	۲۹۳۶۹	۱۰۹۵۲	۱۰۸۳۱	۹۰۵۵۶	۳۲۹۲۸	۹۵۱۴		شهرستان	شهرستان	۲۹۳۹۶۴
۱۳۹۰	شهری	۱۹۴۴۰۵	۱۶۱۶۱	۱۱۴۳۹	۲۳۳۱۲	۳۴۳۸۷	۶۶۳۸۰	۲۵۵۳۲	۱۸۶۷۰		قاین	بیرجند	۳۹۰۲۸۶
	روستایی	۷۰۹۷۷	۳۹۷۷۸	۲۹۵۶۳	۱۰۸۴۸	۱۰۴۷۵	۹۰۳۶۲	۳۲۵۲۲	۶۶۰۸				۲۹۱۱۲۳
۱۳۹۱	شهری	۱۸۵۹۱۶	۱۶۲۶۶	۱۱۶۷۴	۲۱۵۴۷	۳۵۲۷۳	۶۷۸۳۹	۲۲۰۵۷	۱۸۹۹۸				۳۷۹۵۷۰
	روستایی	۷۲۷۱۷	۳۹۳۰۵	۲۹۴۵۷	۱۰۴۸۵	۱۰۱۳۳	۸۹۵۱۲	۳۱۰۱۵	۶۴۳۷				۲۸۹۰۶۱
۱۳۹۲	شهری	۱۸۳۰۰۷	۱۶۴۰۶	۱۱۷۴۳	۲۱۷۷۷	۳۶۱۸۱	۶۲۴۷۶	۲۲۴۴۵	۱۹۴۳۲	۵۷۶۰	۷۰۲۸	۴۳۰۹۵	۴۲۹۳۵۰
	روستایی	۵۶۴۲۶	۳۸۴۳۶	۲۸۵۸۰	۱۰۳۶۰	۱۰۰۲۶	۵۵۸۳۹	۳۰۲۲۲	۶۳۴۴	۱۸۵۸۳	۳۳۱۴۲	۲۷۳۶۰	۳۱۵۳۱۸
۱۳۹۳	شهری	۱۸۵۵۵۴	۱۶۵۷۰	۱۲۰۱۶	۲۲۷۷۰	۳۷۲۵۸	۶۴۳۹۰	۲۲۸۳۷	۱۹۷۴۶	۶۱۹۴	۷۱۹۲	۴۵۸۸۲	۴۴۰۴۰۹
	روستایی	۵۹۶۷۲	۳۸۱۱۲	۲۸۴۶۳	۱۰۳۳۶	۱۰۰۹۷	۵۵۱۴۸	۲۹۸۱۹	۶۲۷۰	۱۸۲۳۵	۳۳۰۴۱	۲۶۲۹۴	۳۱۵۴۸۷
۱۳۹۴	شهری	۱۸۸۱۳۴	۱۵۱۹۷	۱۰۳۰۸	۲۳۰۷۹	۳۷۹۸۲	۶۷۱۴۲	۲۰۹۵۶	۲۰۲۳۹	۴۸۳۶	۷۳۶۱	۴۹۶۹۰	۴۴۴۹۲۴
	روستایی	۶۶۵۵۹	۳۷۲۰۸	۲۷۵۶۹	۱۰۱۴۵	۹۹۹۵	۵۳۴۸۸	۲۷۹۷۲	۶۱۹۸	۱۷۷۰۳	۳۲۸۰۰	۲۵۰۰۵	۳۱۴۶۴۲
۱۳۹۵	شهری	۲۰۷۸۲۴	۱۵۸۶۴	۱۰۹۲۶	۲۳۷۵۸	۳۷۶۵۵	۶۸۱۷۹	۲۱۴۸۵	۲۰۹۶۳	۵۲۴۸	۷۵۴۱	۵۱۷۰۳	۴۷۱۱۴۶
	روستایی	۵۲۱۷۴	۳۶۹۸۳	۲۷۴۰۷	۱۰۱۶۱	۹۸۴۲	۵۳۴۲۴	۲۷۸۷۲	۶۰۹۴	۱۷۳۹۶	۳۲۶۵۳	۲۴۶۴۹	۲۹۸۶۵۵
۱۳۹۶	شهری	۲۱۶۸۳۴	۱۴۷۶۵	۱۱۷۷۹	۲۴۰۸۵	۳۸۶۷۴	۶۲۱۳۰	۲۱۹۳۲	۲۰۷۱۰	۷۶۱۳	۷۳۵۹	۵۱۷۲۵	۴۷۷۶۰۶
	روستایی	۶۱۴۲۷	۳۹۲۸۹	۲۷۷۹۲	۱۰۲۴۱	۱۰۴۹۹	۵۷۹۹۲	۳۰۵۸۷	۷۱۴۱	۱۴۹۶۶	۳۳۱۹۹	۲۸۸۷۸	۳۲۲۰۱۱
۱۳۹۷	شهری	۲۲۱۳۷۴	۱۷۱۰۸	۱۱۸۳۱	۲۴۲۵۰	۳۹۱۹۱	۶۶۸۳۸	۲۴۰۲۲	۲۱۶۸۹	۶۱۱۸	۸۲۰۸	۵۴۷۶۲	۴۹۵۳۹۱
	روستایی	۵۹۳۴۱	۳۷۲۱۲	۲۷۹۳۶	۱۰۰۸۲	۱۰۳۰۲	۵۴۸۴۳	۲۹۱۹۲	۶۲۲۳	۱۶۳۱۶	۳۲۵۹۵	۲۶۵۰۸	۳۱۰۵۵۰

در سال ۹۷٪۶۱.۵ جمعیت کل استان در مناطق شهری و ۳۸.۵٪ جمعیت در مناطق روستایی ساکن بوده اند



## مدیریت پیشگیری و کنترل بیماری ها

**بیماریهای عفونی واگیردار:** از قدیمی ترین دشمنان بشر هستند، همه گیری های بزرگ ایجاد شده توسط برخی از آن ها (مانند مالاریا، آنفلوانزا) در قرن های گذشته خسارات سنگینی بر جامعه بشری وارد کرده است. علی رغم پیشرفت های شگرفت علم پزشکی در زمینه های پیشگیری و درمان بیماریهای واگیر، متأسفانه هنوز هم بیماری های عفونی با قابلیت ایجاد اپیدمی به عنوان یک مشکل در سراسر جهان مطرح هستند. بروز مقاومت دارویی در عوامل بیماری زا و یا ناقلین آن ها، بازگشت مجدد برخی بیماری ها به مناطقی که سال ها عاری از آن بیماری بوده اند (بیماری های باز پدید) و ظهور بیماریهای جدید (بیماریهای نو پدید) همه از دلایل لزوم توجه همه بخش های درگیر سلامت به این بیماری ها هستند. برای مدیریت صحیح کنترل بیماری های واگیر، اطلاعات جامع و به روز در خصوص آن ها مورد نیاز است و ابزار تأمین این اطلاعات نظام مراقبت بیماری ها است.

**بیماریهای غیر واگیر (NCDs):** عامل سه چهارم از مرگ های کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط می باشند و بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری ها در ایران به بیماری های غیرواگیر اختصاص دارد. چهار نوع اصلی از بیماری های غیرواگیر عبارتند از بیماری های قلبی- عروقی (مانند حملات قلبی و سکته مغزی)، سرطان ها، بیماری های مزمن تنفسی (مانند بیماری های مزمن انسداد ریوی و آسم) و دیابت.

پایه پیشگیری از بیماری های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر و پیشگیری و کنترل این عوامل است.

**رسالت مدیریت بیماریها:** رسالت مدیریت بیماریها، مراقبت بیماریها به منظور پیشگیری، کنترل، شناسایی بموقع بیماریها، درمان بیماریها، ریشه کنی و حذف بیماریها می باشد.

مراقبت Surveillance به معنی گردآوری منظم و مستمر داده ها، تجزیه و تحلیل آن ها و سپس انتشار نتایج (اطلاعات برای مدیران و سیاستگذاران جامعه پزشکی و کارکنان سیستم بهداشتی و ... است.

- پایش روند (سیر) بیمار به طوری که در صورت تغییر در سیر بیماریها، برنامه های جدید متناسب با وضعیت جدید طراحی و اجرا شود.
- کشف و کنترل به موقع همه گیری ها و رویدادها ی غیر معمول به نحوی که بتوان فعالیت های پیشگیرانه و کنترل را در مورد آنها به اجرا گذاشت، گروههای در معرض خطر ابتلا به بیماری و یا مرگ به علت بیماریها های شایع و مهم را تعیین نماید.
- اثر بخشی فعالیت های پیشگیرانه و کنترلی را ارزیابی می کند.
- اولویت های موجود در بین فعالیت های کنترل بیماریها را تعیین می کند
- در طراحی برنامه های مداخله ای نقش دارد.
- سبب تقویت پژوهش های کاربردی از طریق تولید فرضیات می شود



از ۱۶ پست سازمانی موجود واحد مدیریت بیماری های معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تنها ظرفیت ۷ پست سازمانی تکمیل است و ۵۶.۲۵ درصد پست های سازمانی این واحد فاقد نیرو میباشند.

ردیف	بیماریهای واگیر نظام مراقبت	بیماری های غیر واگیر نظام مراقبت
۱	بیماری های قابل پیشگیری با واکسن	دیابت
۲	بیماری های زئونوز	سرطان
۳	بیماری های منتقله به وسیله ناقلین	حوادث
۴	سل و جذام	فشارخون
۵	بیماری ها منتقله توسط آب و مواد غذایی (بیماری های روده ای و انگلی) و عفونت های بیمارستانی	ژنتیک اجتماعی (تالاسمی، PKU)
۶	بیماریهای آمیزشی (ایدز، هپاتیت و ...)	بیماری های قلبی، عروقی
۷	زنجیره سرما	آسم

#### بیماری های مشترک انسان و حیوان :

بیماریهایی که به طور طبیعی بین حیوانات و انسان منتقل می شوند از جمله تب مالت، سیاه زخم و تب خونریزی دهنده کریمه کنگو- کیست هیداتید- طاعون - تب راجعه- آنفلوآنزای پرندگان - سارس- سالک- کالا آزار و تعدادی از بیماریهای انگلی، بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان نامیده می شود. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی از میان ۱۷۰۹ عامل بیماری زا ۸۳۲ عامل از حیوانات به انسان منتقل می شوند از میان ۱۵۶ بیماری نوپدید شناخته شده در انسان ۱۱۴ مورد آن از حیوانات به انسان منتقل می شود. یکی از مشکلات اصلی و عمده بهداشتی کشور که سال هاست به صورت یک معضل منابع انسانی و مالی کشور را به خود اختصاص داده و هر چند گاه به صورت بحران جدی در استان های مختلف و در قالب بیماریهای نوپدید و باز پدید خود را عیان می سازد بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان می باشد. از شیوع مجدد بیماریهای نظیر لیشمانیوز جلدی (سالک) و توسعه کانون های آن در کشور گرفته تا بحران های ناشی از بیماری تب خونریزی دهنده کریمه و استقرار دیرپای بیماریهای نظیر کیست هیداتیک، تب مالت و هاری که به دلیل پیچیدگی عوامل متعدد ایجاد کننده آنها به عنوان یک تهدید اساسی برای انسان مطرح شده و کنترل آنها به دخالت تمامی بخش های مختلف توسعه نیاز خواهد داشت. بنابراین لزوم هوشیاری و آگاهی جامعه از خطرات ناشی از این بیماریها و راههای انتقال آنها و همچنین تبیین اهمیت تأثیر همکاری های بخش های مختلف توسعه در کنترل این بیماریها صد چندان نمود می یابد.



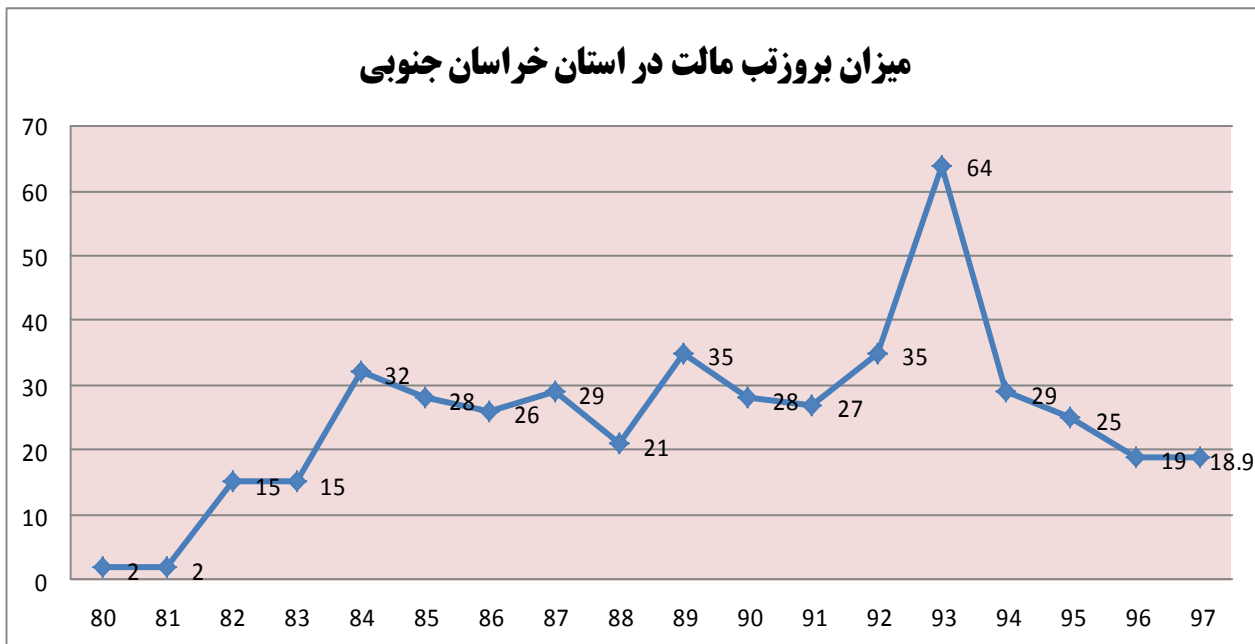


### بیماری تب مالت :

بروسلوز (بیماری تب مالت) در انسان نشان دهنده گسترش بیماری در حیوانات است. کنترل بروسلوز به حذف و ریشه کنی بیماری در منشاء آن، یعنی حیوانات وابسته است بیماری تب مالت بیماری آندمیک استان خراسان جنوبی می باشد و در ردیف استان ها با آلودگی بسیار بالا می باشد، بیماری در تمامی سنین وجود دارد ولی بروز در سنین ۲۰-۳۰ سالگی بیشتر می باشد، یعنی نیروی فعال و کارآمد در معرض خطر این بیماری هستند، بیماری در هر دو جنس دیده می شود ولی با اختلاف کمی در جنس (مذکر ۴/۵۵ درصد) بیشتر از جنس مونث دیده می شود بیماری در تمام فصول وجود دارد، اما در فصل بهار و تابستان همزمان با فصل زایش و شیر دهی دامها بیشتر دیده می شود. بیماری در منطقه روستایی (۷۷ درصد) بیشتر از منطقه شهری (۲۳ درصد) می باشد که مرتبط با تماس دام آلوده و استفاده از فرآوردهای لبنی غیر پاستوریزه در مناطق روستایی می باشد.

**جدول موارد تب مالت به تفکیک شهرستان**

سال شهرستان	۸۸	۸۹	۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴	۹۵	۹۶	۹۷
بیرجند	۹	۲۵	۱۵	۱۹	۱۲	۸	۱۷	۱۲	۴	۱۵
درمیان	۴	۳۰	۲۲	۳۰	۱۴	۵	۳	۳	۰	۲
سرپیشه	۱۰	۱۱	۱۲	۱	۴	۱۳	۶	۱۳	۱۸	۳
نهبندان	۴	۸	۳	۱۳	۴	۱۱	۱۳	۳۸	۱۲	۲۴
قاین	۷۶	۱۳۳	۱۱۲	۸۵	۱۷۴	۵۴	۳۲	۳۶	۲۲	۲۷
سرایان	۱۸	۲۱	۱۴	۱۴	۲۶	۳۲	۲۲	۱۶	۳۰	۱۲
فردوس	۳	۷	۱۰	۱۴	۱۳	۲۰	۱۲	۳	۴	۱
طبس	-	-	-	۱۴	۱۲	۱۸	۳	۳	۸	۱۰
بشرویه	۱۱	۲	۵	۳	۴	۸	۱۸	۷	۷	۳
خوسف	-	-	-	-	-	۷	۸	۲۲	۸	۶
زیرکوه	-	-	-	-	-	۳۰۷	۸۶	۳۹	۳۹	۵۰
استان	۱۳ ۵	۲۳۷	۱۹۳	۱۷۹	۲۶۳	۴۸۳	۲۲۰	۱۹۲	۱۵۲	۱۵۳
بروز استان	۲۱	۳۶	۲۸	۲۷	۳۵.۷	۶۴	۲۹	۲۵	۱۸.۹	۱۹
بروز کشور	۲۵	۱۸	۱۷	۱۹	۲۱	۲۵	۲۶	۲۳	۱۹	۲۰.۳



**تحلیل:** بیماری تب مالت در تمام شهرستان های استان آندمیک می باشد. شهرستان ها زیرکوه، قاین و سرایان در چند ساله اخیر بیشترین بروز بیماری را داشته اند، از سال ۹۴ تا کنون به دلیل همکاری اداره کل دامپزشکی استان، واکسیناسیون دام ها، اجرای برنامه آموزشی SHEP MODEL تب مالت و ... روند بیماری در استان روند نزولی می باشد.



## بیماری هاری و حیوان گزیدگی

بیماری هاری یکی از مهم ترین بیماری های مشترک بین حیوان و انسان است که در خیلی از مناطق جهان شایع و در ایران و خراسان جنوبی نیز یک اولویت مهم به شمار می آید و با توجه به درصد کشندگی بالا ( صد در صد) برنامه مراقبت و پیگیری تمام آسیب دیدگان حیوان گزیدگان به منظور جلوگیری از ابتلا به هاری ضروری می باشد، از آنجائیکه اکثر موارد حیوان گزیدگی در گروه سنی نوجوان و دانش آموزان اتفاق می افتد توجه خاص به این گروه برای افزایش سطح آگاهی آنان در خصوص هاری نقش مهمی در کاهش موارد حیوان گزیدگی دارد.

موارد حیوان گزیدگی به تفکیک شهرستان										
سال شهرستان	۸۸	۸۹	۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴	۹۵	۹۶	۹۷
بیرجند	۱۹۷	۱۸۲	۲۵۱	۳۱۶	۲۸۶	۳۲۲	۳۰۴	۲۷۵	۳۵۸	۴۰۱
درمیان	۷۶	۱۰۱	۱۰۱	۱۶۱	۱۴۳	۱۵۸	۱۵۸	۱۶۸	۱۸۷	۱۹۹
سربیشه	۷۴	۹۵	۱۴۴	۱۳۳	۱۳۵	۱۷۰	۱۴۱	۱۲۴	۱۳۷	۱۱۵
نهبندان	۱۲۵	۱۵۲	۱۸۳	۲۰۷	۱۹۰	۲۴۱	۱۹۶	۲۱۳	۲۲۱	۲۱۴
قاین	۳۱۵	۳۲۰	۳۵۶	۳۸۳	۳۶۵	۱۹۷	۲۰۳	۱۹۶	۲۴۱	۲۳۹
سرایان	۵۳	۶۲	۷۵	۶۷	۴۶	۵۳	۴۹	۴۹	۴۷	۷۳
فردوس	۸۴	۷۷	۷۸	۸۱	۹۲	۷۷	۹۰	۷۱	۷۴	۱۰۰
طبس	-	-	-	۱۳۶	۱۳۵	۱۳۷	۱۱۴	۱۰۴	۱۰۰	۸۹
بشرویه	۱۶	۳۵	۳۴	۴۲	۴۵	۴۴	۳۴	۳۱	۴۶	۴۷
خوسف	-	-	-	-	-	۲۱	۷۶	۵۳	۵۸	۶۰
زیرکوه	-	-	-	-	-	۱۸۶	۲۰۱	۱۸۵	۱۸۱	۱۹۷
استان	۹۴۰	۱۰۲۴	۱۲۲۲	۱۵۲۶	۱۴۳۷	۱۶۰۶	۱۵۶۶	۱۴۶۹	۱۶۵۰	۱۷۳۴
بروز استان	۱۴۸	۱۵۴	۱۷۹	۲۰۸	۱۹۵	۲۱۲	۲۰۷	۱۹۴	۲۰۴.۷	۲۱۵
بروز کشور	۱۷۳	۱۷۲	۱۷۹	۱۹۸	۱۹۶	۲۱۷	۲۰۳	۲۱۱	۲۲۵	۲۵۲.۵

**تحلیل:** بروز حیوان گزیدگی در استان تابعه بروز حیوان گزیدگی کشوری است، در شهرستان های زیرکوه، نهبندان و سربیشه بیشترین بروز را دارد. آموزش، اطلاع رسانی، فعال نمودن کمیته های ائتلاف حیوانات زیانبار، نقش موثری در کاهش موارد حیوان گزیدگی خواهد داشت.



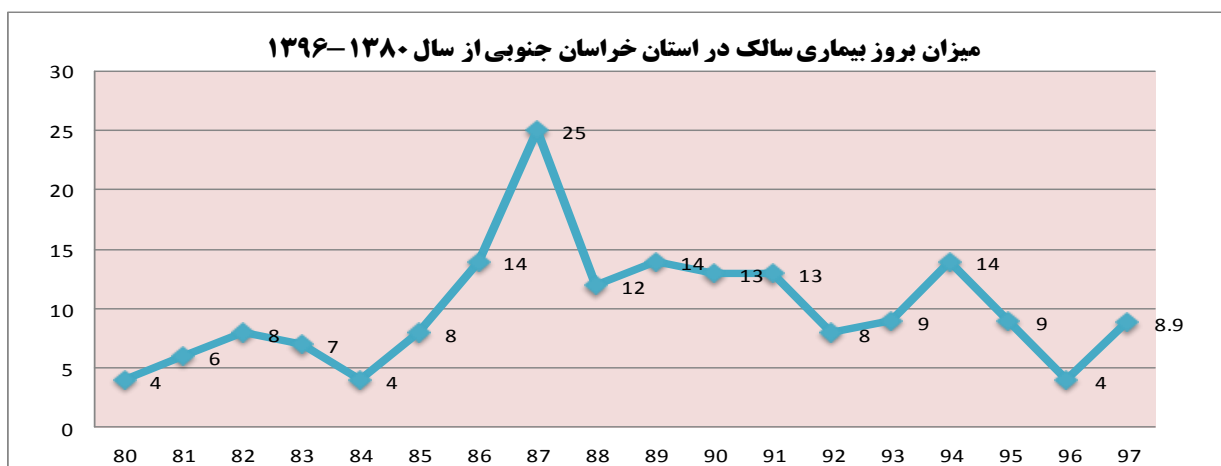
### بیماری سالک :

بیماری سالک در کشور ما و استان خراسان جنوبی آندمیک است، اگر چه بیماری سالک معمولاً با مرگ و میر بالایی همراه نیست ولی میزان ابتلاء بالا و ایجاد ضایعات بد شکلی پوستی که تا برخی موارد تا بیش از یکسال باقی می ماند قابل توجه است و موجب اذیت و آزار بیمار می گردد.

**جدول موارد سالک به تفکیک شهرستان**

سال شهرستان	۸۸	۸۹	۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴	۹۵	۹۶	۹۷
بیرجند	۳۲	۴۷	۳۳	۳۱	۲۱	۲۶	۴۹	۲۳	۱۳	۲۱
درمیان	۶	۰	۹	۰	۴	۰	۰	۵	۰	۲
سربیشه	۷	۸	۱	۲	۱	۰	۳	۴	۳	۳
نهبندان	۱	۱۰	۲	۱۱	۰	۷	۱۰	۷	۲	۴
قاین	۱۵	۱۸	۲۹	۳۰	۱۵	۱۱	۱۷	۳	۵	۴
سرایان	۳	۴	۷	۳	۴	۳	۱	۵	۰	۵
فردوس	۸	۳	۲	۸	۵	۷	۴	۱	۰	۱۳
طبس	-	-	-	۸	۵	۷	۱۰	۱۱	۳	۱۲
بشرویه	۲	۲	۵	۲	۲	۳	۲	۱	۰	۴
خوسف	-	-	-	-	-	۱	۷	۲	۰	۲
زیرکوه	-	-	-	-	-	۴	۵	۲	۳	۲
استان	۷۴	۹۲	۸۸	۹۵	۵۷	۶۹	۱۰۸	۶۴	۲۹	۷۲
بروز استان	۱۲	۱۴	۱۳	۱۳	۷.۷	۹	۱۴.۳	۸.۵	۳.۶	۸.۹
بروز کشور	۳۲	۲۸	۲۷	۲۵	۲۲	۲۹	۲۵	۱۹	۱۵	۱۹.۱

**میزان بروز بیماری سالک در استان خراسان جنوبی از سال ۱۳۸۰-۱۳۹۶**

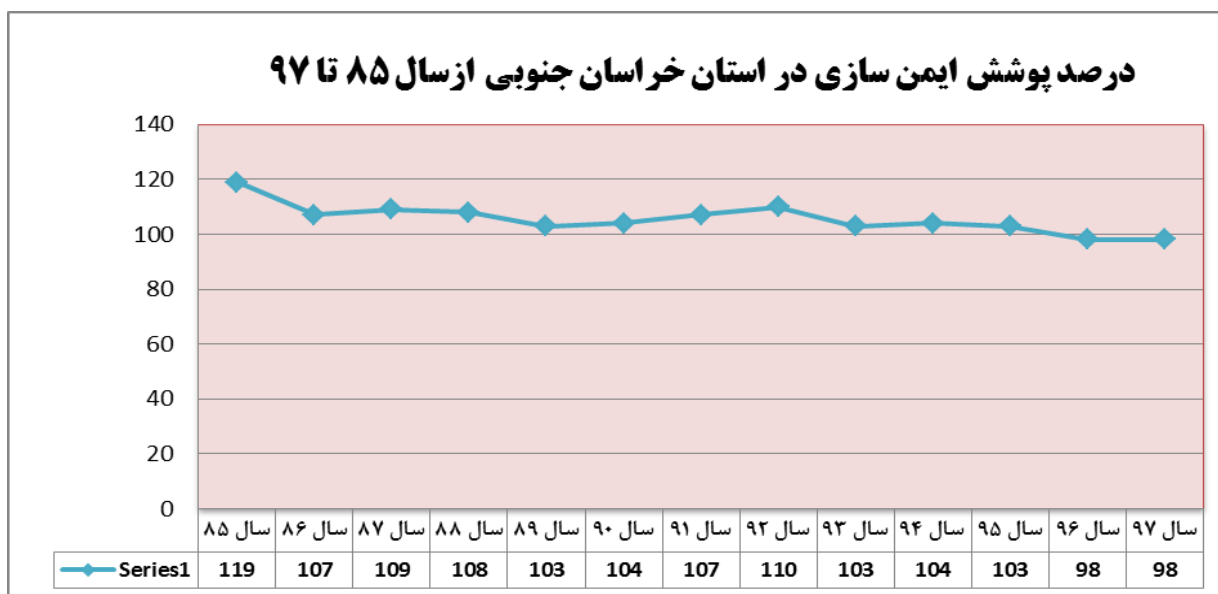




**تحلیل:** در استان خراسان جنوبی بیش از ۹۰ درصد موارد سالک وارده می باشد ولی بر اساس شواهد و قرائن موجود احتمال وجود کانون سالک در بعضی از شهرستان ها می باشد. به دلیل تاثیر عوامل متعدد در شیوع سالک مشارکت بخشهای مختلف و همکاری های بین بخشی تاثیر بسزایی در کنترل، پیشگیری و درمان بیماری دارد.

### بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و ایمن سازی:

ایمن سازی یکی از موثرترین روش های پیشگیری از بیماریهای دوران کودکی است در حال حاضر کلیه کودکان کشور علیه بیماریهای سل، هپاتیت ب، فلج اطفال، دیفتری، سیاه سرفه، کزاز، هموفیلوس آنفلوانزای تیب ب، سرخک، سرخچه و اوریون واکسینه می شوند. بیماریهای سرخک و سرخچه در مرحله حذف قرار دارند، ۱۸ سال است که کشور عاری از بیماری فلج اطفال است، کزاز نوزادی حذف شده و بیماریهای دیفتری، سیاه سرفه و اوریون کنترل شده اند.



**تحلیل:** پایش ایمنسازی: به روند منظم اندازه گیری سطح دستیابی به هدف پوشش ایمنسازی اطلاق می شود که خود تحت تاثیر دو عامل کامل بودن و بهنگام بودن داده های ایمنسازی است. با توجه به قدمت و اهمیت برنامه ایمن سازی امروزه اکثریت مردم به این مهم پی برده و با توجه به اینکه پوشش ۹۵ درصدی حد انتظار کشوری می باشد تلاش در جهت حفظ این شاخص همچنان ادامه داشته و سعی و تلاش در جهت ارائه دقیق و منطقی بودن شاخص مد نظر کارشناسان برنامه می باشد.

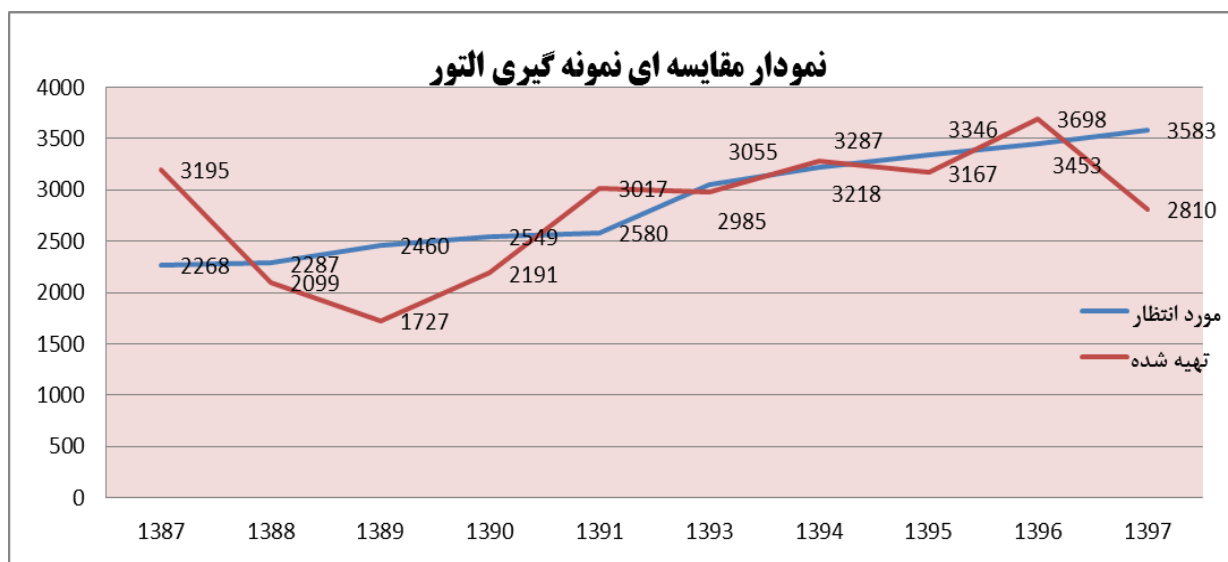
### بیماری های منتقله از راه آب و غذا :

به دلایل متعدد بیماری های منتقله از آب و غذا امروزه در حال گسترش است و همه ساله موجب ابتلا و مرگ و میر تعداد قابل توجهی از مردم می شود، حتی در کشورهای توسعه یافته هر سال بیشتر از ۳۰٪ مردم به بیماری منتقله از آب و غذا دچار می گردند.



### جدول مقایسه ای نمونه گیری التور

مورد انتظار	گرفته شده	مورد انتظار	گرفته شده	مورد انتظار	گرفته شده	مورد انتظار	گرفته شده	مورد انتظار	گرفته شده	نام شهرستان	
۹۳	۹۳	۹۴	۹۴	۹۵	۹۵	۹۶	۹۶	۹۷	۹۷		
۱۰۱	۵۰	۱۰۶	۱۰۶	۱۰۸	۶۹	۱۱۷	۱۳۶	۱۱۶	۱۸۶	۱	بشرویه
۹۶۴	۳۷۷	۱۰۳۲	۴۳۵	۱۰۳۱	۳۸۴	۱۲۷۳	۶۹۷	۱۳۴۰	۴۸۳	۲	بیرجند
۲۳۱	۶۵۷	۲۳۰	۵۲۹	۲۳۳	۵۲۶	۲۴۵	۶۴۸	۲۴۴	۲۶۱	۳	درمیان
۱۳۱	۲۱۲	۱۳۰	۱۸۸	۱۳۸	۱۷۳	۱۳۹	۱۴۶	۱۴۰	۱۷۸	۴	سرایان
۱۷۳	۲۵۹	۲۰۲	۲۶۸	۲۱۲	۳۷۸	۱۸۰	۳۳۷	۱۷۲	۴۲۹	۵	سربیشه
۱۷۱	۲۱۱	۱۷۸	۱۶۳	۱۷۸	۱۶۵	۱۷۸	۱۷۶	۱۹۵	۱۵۳	۶	فردوس
۴۹۰	۴۷۸	۵۱۲	۵۳۸	۶۱۸	۴۲۵	۴۹۶	۵۳۱	۵۱۸	۳۱۵	۷	قاین
۲۲۵	۲۲۹	۲۴۰	۲۰۱	۲۲۳	۱۹۲	۲۲۹	۱۷۴	۲۳۸	۱۷۹	۸	نهبندان
۳۱۶	۱۸۰	۳۳۲	۱۵۶	۳۴۵	۱۶۹	۳۴۵	۳۰۸	۳۶۰	۲۷۴	۹	طبس
۱۷۳	۱۹۸	۱۸۰	۵۹۳	۱۸۱	۵۹۸	۱۷۴	۴۲۰	۱۷۹	۲۷۰	۱۰	زیرکوه
۸۰	۱۳۴	۷۶	۱۱۰	۷۹	۸۸	۷۷	۱۲۵	۸۱	۸۲	۱۱	خوسف
۳۰۵۵	۲۹۸۵	۳۲۱۸	۳۲۸۷	۳۳۴۶	۳۱۶۷	۳۴۵۳	۳۶۹۸	۳۵۸۳	۲۸۱۰	۱۲	استان



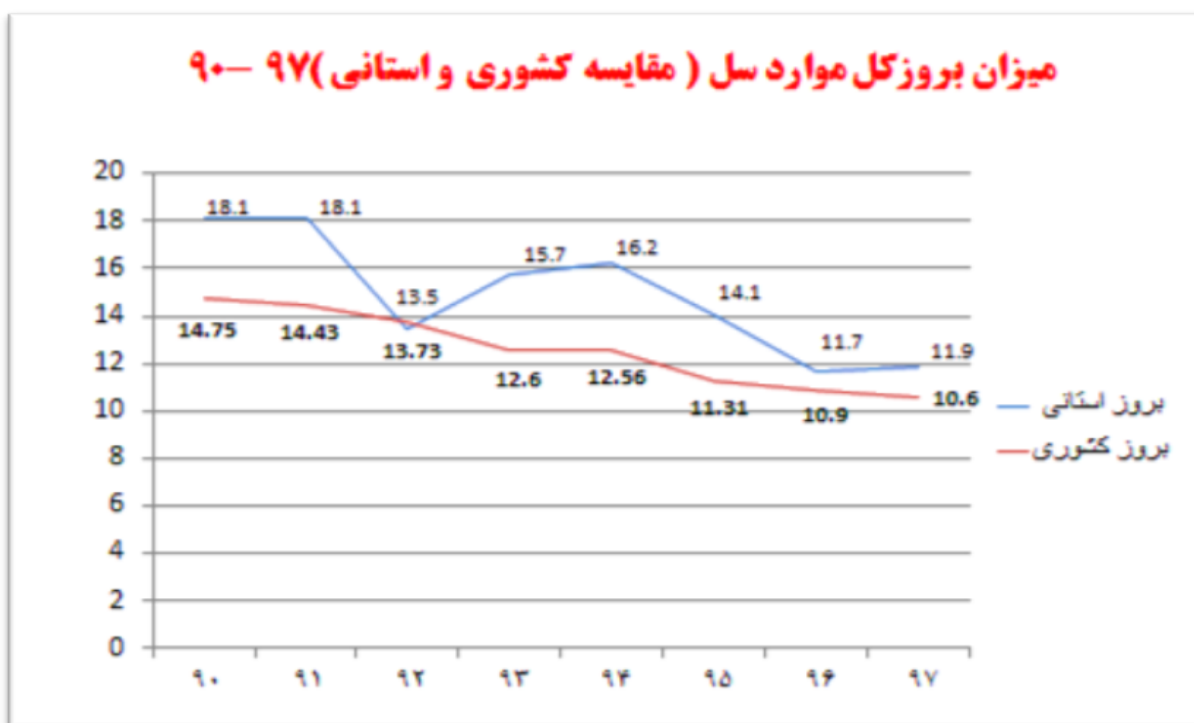
تحلیل: نمونه گیری از موارد مشکوک به التور از سال ۸۹ در قسمت نمونه گرفته شده کمتر از حد انتظار بوده ولی از سال ۹۳ تعداد نمونه گرفته شده بیش از حد انتظار بوده و روند صعودی حفظ شده است و همچنین این موضوع در سال ۹۶ بیش از حد

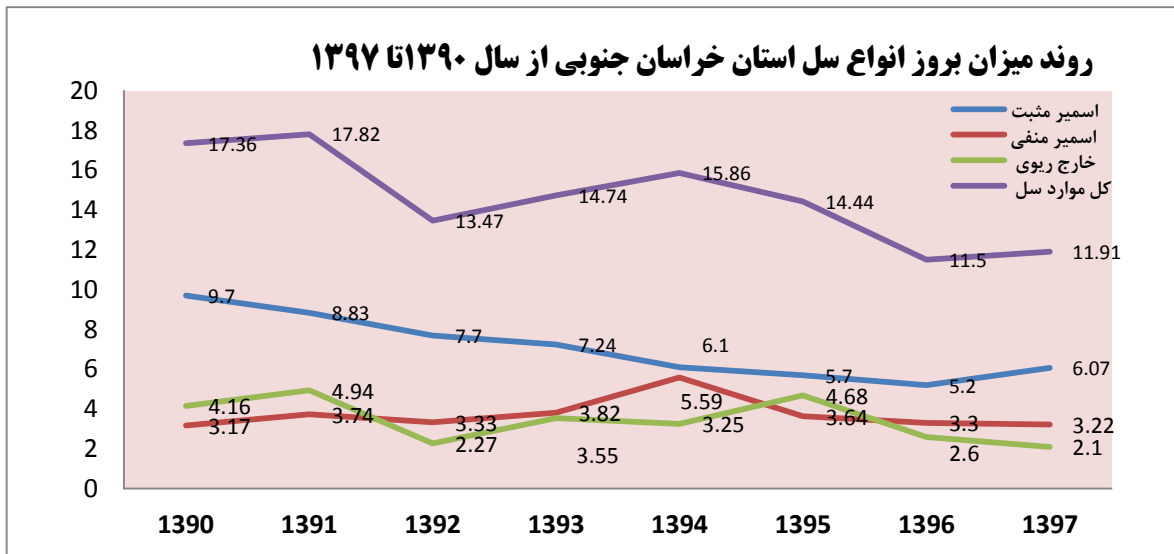


انتظار بوده و این نشانگر همت و تلاش همکاران در مراکز بهداشت شهرستان ها و بیمارستان های تابعه می باشد و نظام گزارش دهی و مراقبت التور بسیار مطلوب بوده است.

### بیماری سل:

بیماری سل شایع ترین بیماری عفونی کشنده بالغین در سرتاسر دنیا است. در واقع ۱/۳ جمعیت دنیا به میکروپ سل آلوده شده اند و سالانه ۱۰ میلیون مورد جدید سل بروز می کند. در حال حاضر بیش از ۲۰ میلیون نفر به بیماری سل مبتلا هستند. در هر ثانیه یک نفر به باسیل سل آلوده می شود، در هر ۴ ثانیه یک نفر به بیماری سل مبتلا می شود و در هر ۱۰ ثانیه یک نفر در اثر ابتلا به بیماری سل می میرد.





**تحلیل:** با عنایت به میزان بروز جهانی و کشوری بیماری سل و اهداف تعیین شده از سوی سازمان بهداشت جهانی که کاهش موارد و میزان بروز تا سال ۲۰۳۵ و در نهایت حذف بیماری سل تا سال ۲۰۵۰ باشد و با توجه به روند کاهشی میزان بروز در کشور ایران و همچنین در استان خراسان جنوبی (در صورت اطمینان از اجرای صحیح و صد در صد برنامه کنترل سل در استان که مهمترین آن بیمار یابی و اجرای صددرصد داتس ویزیت و درمان کامل بیماران است) می توانیم به رسیدن به هدف سال ۲۰۳۵ میلادی (۱۴۱۴ شمسی) امیدوار باشیم.

#### بیماری ایدز:

وضعیت AIDS/HIV در ایران: اولین مورد در سال ۱۳۶۶ در یک پسر بچه ۶ ساله مبتلا به هموفیلی شناخته و گزارش شد. تا سال ۱۳۷۵ بصورت پراکنده در مصرف کنندگان داروهای مشتق از خون وارداتی و افرادی که خارج از کشور اقامت داشتند گزارش می شد. در سال ۱۳۷۵ اولین همه گیری در یکی از زندانها مشاهده شد و به سرعت در بین جمعیت مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی در تمام کشور گسترش یافت.

تخمین موارد ابتلا به HIV در کشور ..... ۶۰۰۰۰ نفر  
 تعداد کل موارد شناسایی شده تا پایان سال ۱۳۹۷ ..... ۳۹۵۴۹ نفر  
 تعداد کل موارد زنده ..... ۲۱۴۳۰ نفر  
 موارد تحت مراقبت فعال ..... ۱۵۰۵۰ نفر  
 موارد فوت ثبت شده ..... ۱۸۱۱۹ نفر  
 مواردی که برای مراقبت مراجعه نمی کنند ..... ۶۳۸۰ نفر

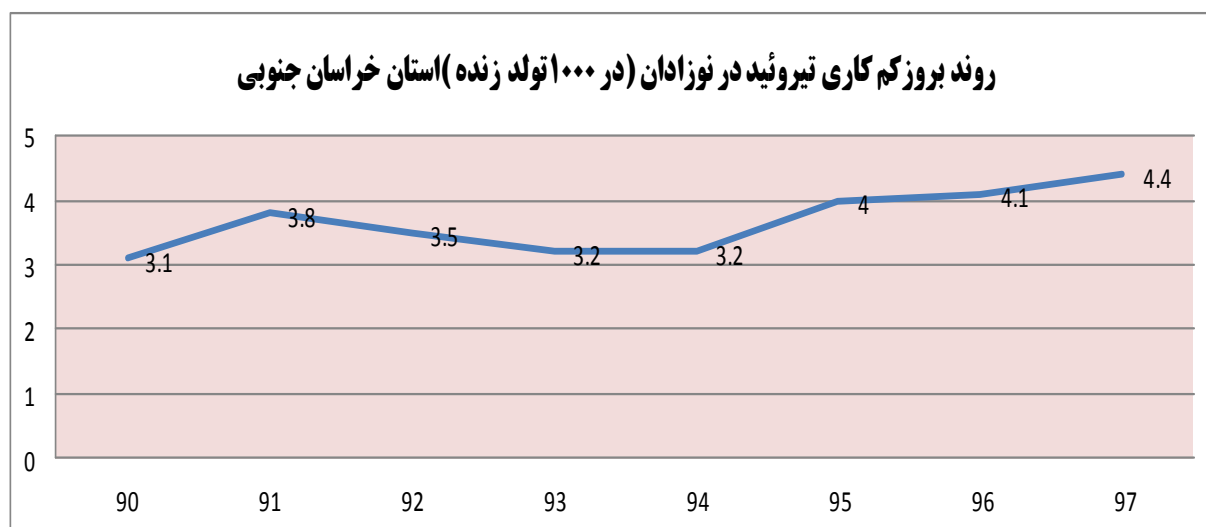




وضعیت آماری اچ آی وی / ایدز در استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۷									
میزان شیوع عفونت اچ آی وی در جمعیت کلی استان از سال ۸۳ تا کنون	تعداد کل بیماران تشخیص داده شده در استان	تعداد مردان مبتلا	تعداد زنان مبتلا	درصد بیماران تحت درمان ضد ویروسی	درصد بیماران تحت مراقبت در مرکز مشاوره بیرجند	میانگین سنی بیماران مبتلا	بروز در نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به اچ آی وی استان	مرگ منتسب به ایدز در مبتلایان به اچ آی وی استان	درصد تبدیل عفونت اچ آی وی به بیماری ایدز در استان
۱.۱	۹ نفر	۶ نفر	۳ نفر	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۲۵ تا ۴۵ سال	۰	۰	۰

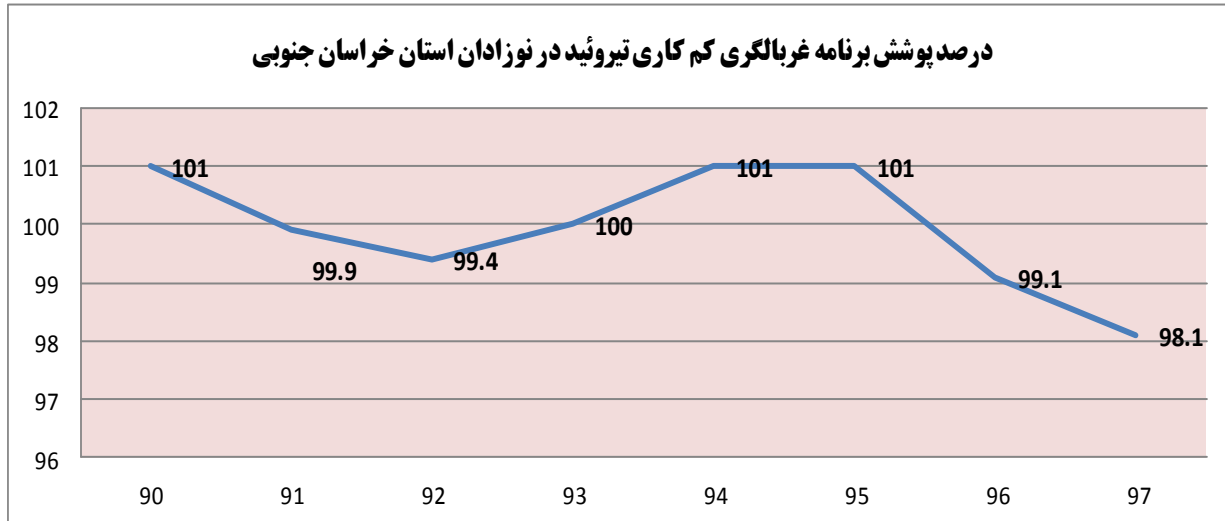
**تحلیل:** با توجه به اهداف جهانی تعیین شده به منظور کنترل بیماری ایدز در جهان و با عنایت به تقسیم بندی همه گیری ایدز که کشور ایران در این تقسیم بندی در مرحله **concentrated** یا متمرکز قرار دارد، انتظار می رود که با تمرکز بر بیماریابی در جمعیت های پرخطر سیر انتشار بیماری در ایران به خوبی کنترل شود، در استان خراسان جنوبی در حال حاضر تمرکز فعالیت ها بر اطلاع رسانی گسترده و انجام تست سریع اچ آی وی به جمعیت های در معرض خطر (مادران باردار، دانش آموزان، دانشجویان، سر بازان و...) و انجام فعالیت های بیماریابی و مشاوره با گروه های پرخطر نظیر MSM ها و FSW ها می باشد که با توجه به شدت گرفتن این فعالیت ها در یک سال اخیر می توان امید وار بود که در سالهای آینده به مرور جمعیت های خاص به سمت انجام تست اچ آی وی سوق داده شوند و بدین ترتیب گام بزرگی در جهت بیماریابی و درمان افراد آلوده برداشته شود و به اهداف تعیین شده تا سال ۱۳۹۸ شمسی (۲۰۲۰ میلادی) برسیم.

### کم کاری تیروئید:



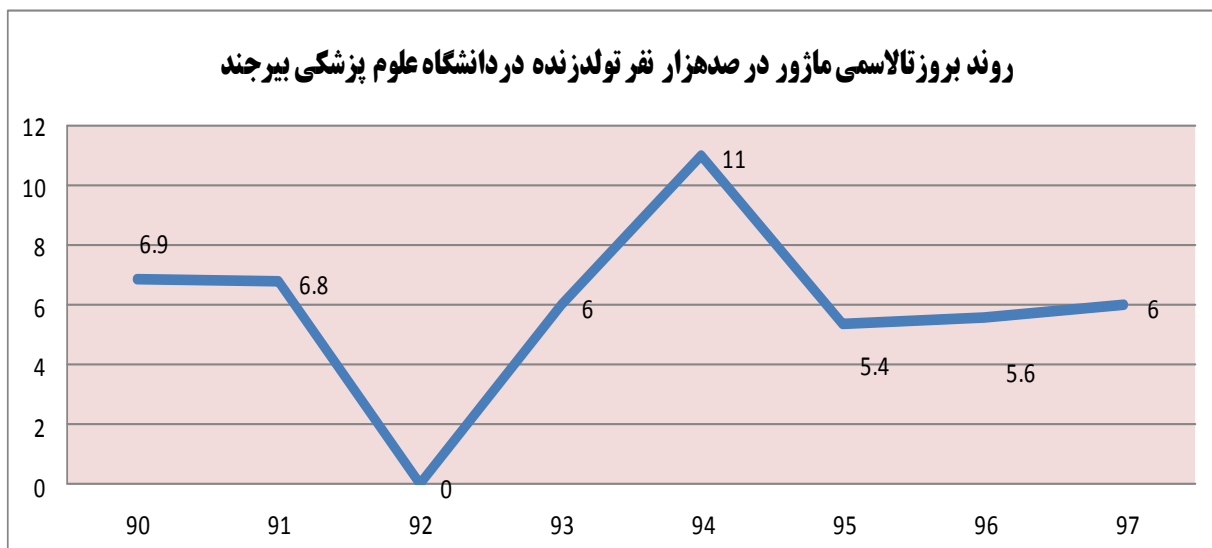


**تحلیل:** بروز بیماری کم کاری تیروئید در استان نسبت به شاخص کشوری بالاتر می باشد و روند صعودی دارد که نیاز به انجام یک طرح تحقیقاتی جهت بررسی علل احتمال بروز این بیماری در نوزادان می باشد.



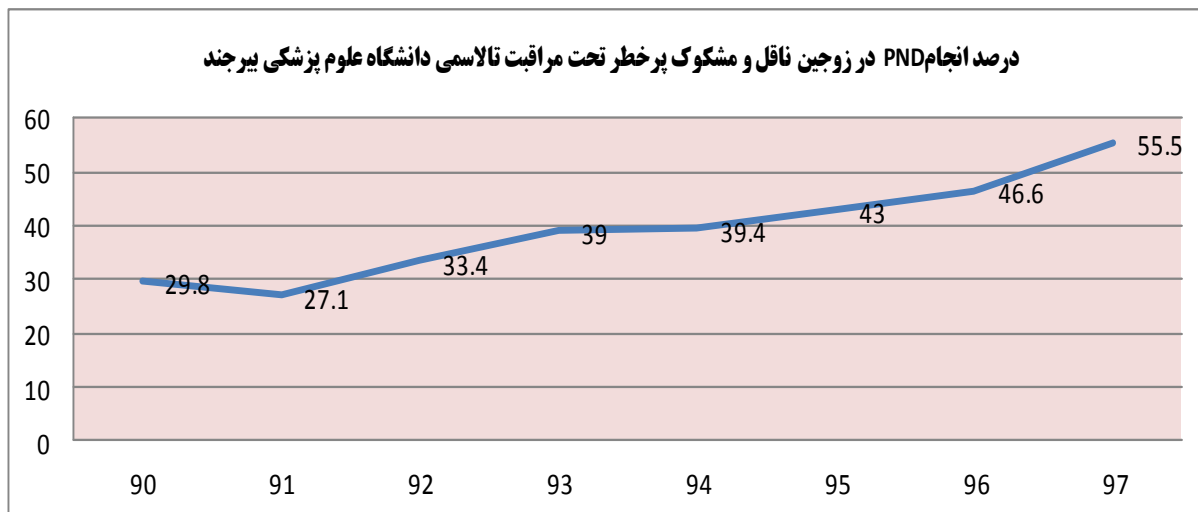
**تحلیل:** درصد پوشش برنامه غربالگری کم کاری تیروئید نوزادان در استان قابل قبول می باشد و از مورد انتظار کشوری (۹۸ درصد) بالاتر است که انتظار می رود این درصد پوشش حفظ و ارتقاء یابد.

**تالاسمی:**





**تحلیل:** بروز تالاسمی ماژور در استان نسبت به شاخص کشوری پائین تر می باشد، متأسفانه بروز در خانواده هایی اتفاق افتاده که یا عقد غیرثبتي داشته اند و در زمان بارداری مراجعه کرده اند، یا در غربالگری این زوجین ناقل شناسایی نشده یا پیگیری نشده اند، یا علیرغم آموزش عواقب و مشکلات روانی ناشی از تولد نوزاد مبتلا به تالاسمی ماژور برای خانواده و تحمیل بار مالی به دولت و پیگیری مجددانه همکاران سطوح ستادی و محیطی، زوجین تمایل به همکاری نداشته اند که لازم است در سال های پیش رو جهت این گونه موارد بروز مداخله موثرتری صورت گیرد.



**تحلیل:** درصد انجام آزمایش ژنتیک (pnd مرحله اول) در استان نسبت به شاخص مورد انتظار کشوری پائین تر می باشد که با توجه به اینکه آزمایشگاه ژنتیک در استان وجود ندارد، خانواده ها با مشکل ایاب و ذهاب مواجهند و بعضی از خانواده ها توان پرداخت هزینه رفت و آمد به شهر دیگری را ندارند و نیز وجود بعضی از مشکلات فرهنگی در تعدادی از شهرستان های استان، متأسفانه شاهد پوشش پائین آزمایشات ژنتیک مرحله اول می باشیم. که عمده این مشکلات و پوشش پائین آزمایشات ژنتیک مربوط به شهرستان نهبندان می باشد.



## مدیریت سلامت جمعیت، خانواده و مدارس:

یکی از رویکردهای اصلی نظام سلامت برنامه ریزی مبتنی بر خانواده بوده و به همین منظور دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس از سال های قبل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی شده است که یکی از بزرگترین ادارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. وظیفه اصلی آن کاهش مرگ و میر گروههای سنی مختلف و فراهم نمودن مراقبتهای اساسی برای آنان می باشد و هم اکنون با وظایفی گسترده تر، جمعیت عام و ساختار خانواده را هدف قرار داده است. شاخصهایی مانند میزان مرگ مادر و کودک نه تنها به عنوان یک شاخص بهداشتی کشور اهمیت دارد بلکه به عنوان معیار توسعه نیز در نظر گرفته می شود. رویکرد جدید سلامت خانواده در سال های اخیر تغییر یافته، به نحوی که ارتقای سلامت کلیه گروه های سنی را از زمان قبل از جنینی تا پایان سالمندی در قالب بسته های خدمت گروههای سنی در بر می گیرد. این گروه طراحی، سیاستگذاری، برنامه ریزی، نظارت و ارزشیابی برنامه های استانی را در راستای سیاست های کشوری مدیریت می نماید.

این مدیریت همچنان متولی اجرای عمده ترین و اصلی ترین برنامه های نظام سلامت در مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاهها و خانه های بهداشت است و در طی دو دهه اخیر با تمرکز در ارائه خدمات پیشگیرانه و مراقبتهای انجام شده که سهم عمده آن در حوزه سلامت خانواده بوده توانسته است شاخصهای بسیار خوبی را در برنامه های مربوطه بدست آورد.

**رسالت:** تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه از طریق ارائه خدمات بهداشتی به گروههای مختلف سنی؛ نوزادان - کودکان - نوجوانان - جوانان - میانسالان - سالمندان - مادران باردار و زنان در سن باروری.

**مجموعه های مدیریت سلامت جمعیت، خانواده و مدارس :**

➤ گروه سلامت مادران، جمعیت و باروری سالم

➤ گروه سلامت میانسالان و سالمندان

➤ واحد سلامت کودکان و نوزادان

➤ واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

### شرح وظایف:

- تدوین، برنامه ریزی و تعیین اهداف و خط مشی های اجرایی در زمینه سلامت خانواده و در قالب سیاستهای وزارت متبوع
- انجام نیازسنجی و اجرای برنامه های آموزشی و باز آموزی جهت کارکنان و مردم
- برگزاری کارگاه ها، همایش ها، سمینارها و اجرای برنامه های آموزشی
- همکاری و نظارت بر جمع آوری، طبقه بندی، تجزیه و تحلیل اطلاعات و آمارهای موجود در زمینه گروه های هدف
- تهیه و تدوین برنامه های عملیاتی، بررسی برنامه های عملیاتی شهرستان ها و ارائه نقطه نظرات به منظور اصلاح برنامه ها
- برگزاری کمیته های مختلف علمی و فنی در زمینه فعالیت های مدیریت سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- تدوین دستورالعمل های اجرایی برای فعالیتهای مورد تصدی و پایش اجرای دستورالعمل های ابلاغی

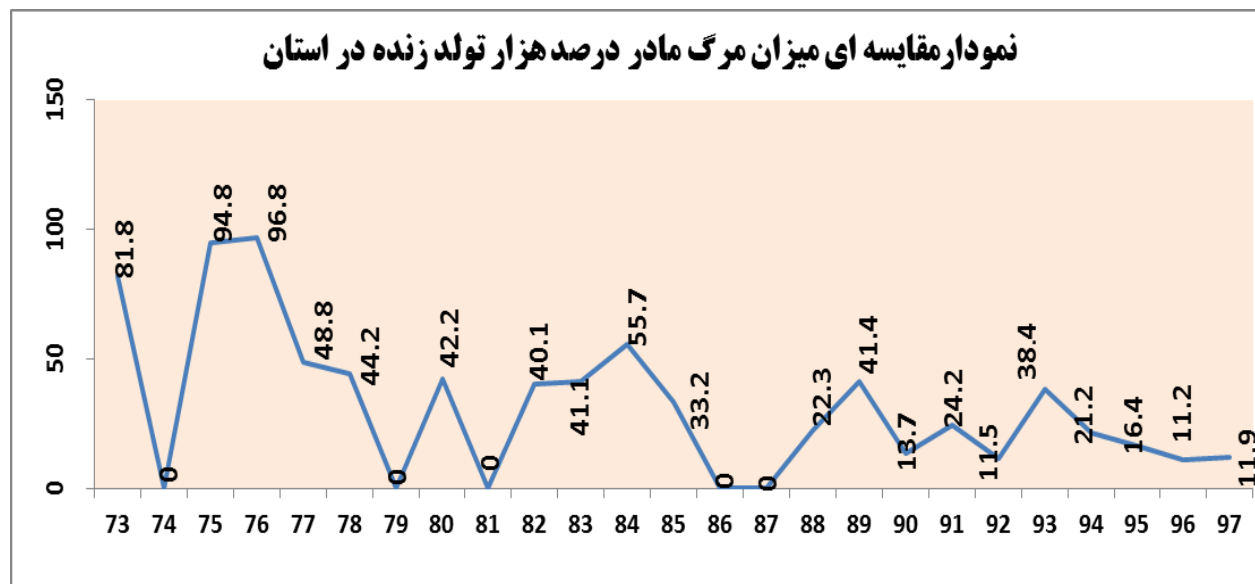


- همکاری در اجرای طرحهای تحقیقاتی و پژوهشی کاربردی به منظور شناخت مشکلات و بررسی وضع موجود در رابطه با گروه های هدف سلامت خانواده
- پیگیری در جلب مشارکت و هماهنگی های متقابل درون و برون بخشی لازم
- استخراج آمار و عملکرد واحدهای محیطی و گزارش به سطح بالاتر
- پیگیری برای تامین و تدارک اقلام دارویی و مکملهای مورد نیاز برنامه ها
- تهیه چک لیست ها و استاندارد سازی فرایندها
- پایش و ارزشیابی برنامه های اجرایی سلامت خانواده توسط کارشناسان ستادی استان و گزارش نارسایی ها و تنگناها
- تلاش و پیگیری تأمین منابع مالی، انسانی و تجهیزات مورد نیاز برنامه های مدیریت سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

### • برنامه سلامت مادران :

این برنامه متولی کاهش بار بیماری های ناشی از حاملگی، زایمان و پس از زایمان در مادر (تا 6 هفته پس از زایمان)، جنین و نوزاد (تا 6 ساعت اول پس از تولد) در راستای تعهدات ملی و بین المللی و با توجه به ارزش های سازمانی است. وجه تمایز این برنامه با دیگر بخش های ارائه خدمت در مسئولیت آن برای سیاستگذاری در ارتقای سلامت مادران و پاسخگویی به تغییرات ناشی از اعمال این سیاست هاست. گروه های هدف این برنامه زنان خواهان بارداری، زنان باردار، زنان در حین زایمان و تا ۴۲ روز بعد از زایمان و نوزادان تا ۶ ساعت اول پس از تولد و خانواده های آنان هستند.

مرگ مادر در دوران بارداری، حین زایمان و تا ۴۲ روز پس از خاتمه بارداری، به هر دلیلی به جز حوادث، مرگ مادر ناشی از عوارض بارداری و زایمان محسوب می شود.

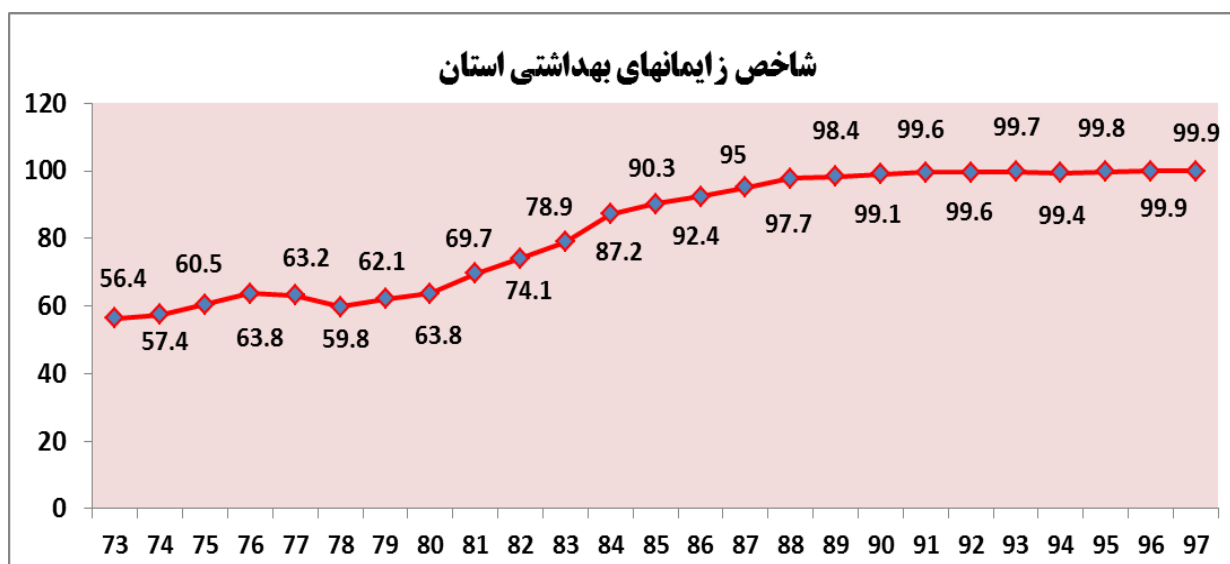




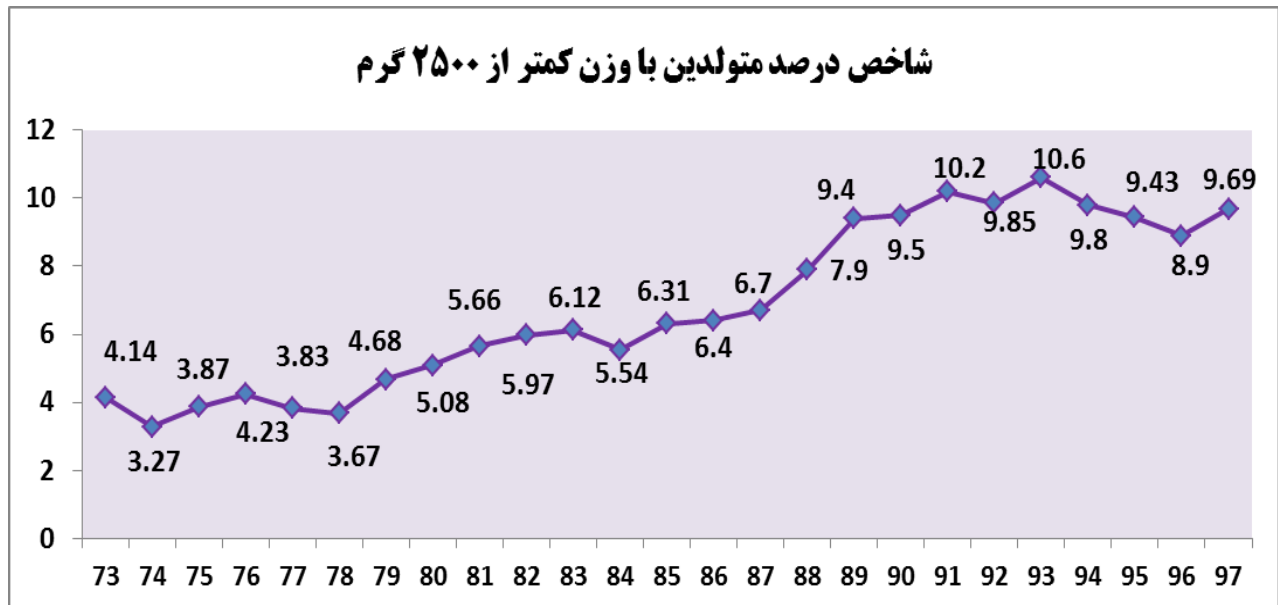
این شاخص در سال ۲۰۱۰ در ایران مساوی با ۲۷ بوده است که خوشبختانه روند نزولی داشته و در سال ۹۵ (۲۰۱۷) به ۱۸.۱ رسیده است. از اهداف برنامه ششم توسعه، کاهش نسبت مرگ مادران به کمتر از ۱۵ در صد هزار تولد زنده تا سال ۲۰۲۰ (۱۴۰۰) می باشد.

**تحلیل:** شاخص MMR در استان در سال ۱۳۷۳ از ۸۱.۸ در صد هزار تولد زنده به میزان ۱۱.۲۱ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۶ رسیده است، که این مهم از طریق اعمال مداخلات مداوم و مستمر کارشناسان ستادی و پیگیری های مکرر مادران باردار پرخطر توسط همکاران سطوح محیطی و کارشناسان ستادی تحقق یافته است. روند کاهشی این شاخص در استان از سال ۹۳ را می توان بدلائیل ذیل دانست:

- حساس سازی پرسنل از طریق آموزشهای مداوم و برگزاری آزمون های مامایی در سال ۹۶
- پایش های مداوم پرسنل
- تاکید بر شناسایی مادران پرخطر و ارجاع به موقع و سریع مادران
- بکارگیری رابط بهداشتی پرخطر در بیمارستان ریفرال استان، حمایت و پیگیری مادران در سطح استان



- تحلیل:** عوامل موثر در بهبود وضعیت زایمان های بهداشتی استان در طی سالهای ۷۳ تا ۹۶
- برگزاری جلسات و هماهنگی های درون بخشی متعدد در خصوص افزایش فعالیت ماماروستاها، نظارت های مکرر بر فعالیت ماما روستاها و متعاقبا همکاری مطلوب ماماروستاها با اورژانس ۱۱۵ و واحد های تسهیلات زایمانی.
  - مشاوره و تاکید بر لزوم زایمان بهداشتی توسط کارشناسان ستادی و پرسنل سطوح محیطی
  - پاسخگویی و پیگیری شبانه روزی ماماها و پزشکان محترم سطوح محیطی و همچنین کارشناسان ستادی برای ساماندهی و اعزام مادران باردار به بیمارستان شهرستان جهت پیشگیری از وقوع زایمانهای غیر بهداشتی و موربیدیتی مادران باردار
  - تامین نیروی ماما در مناطق دور افتاده و حمایت مادران و رسیدگی به وضعیت مادران تا ۴۲ روز پس از زایمان
  - وجود پزشک متخصص زنان در شهرستان های استان



**تحلیل:** درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم یکی از شاخصهای مهم بهداشتی است زیرا با کیفیت مراقبت های دوران بارداری و تغذیه، سلامت مادر و مسائل فرهنگی، اجتماعی ارتباط تنگاتنگ دارد. وزن تولد تعیین کننده احتمال بقاء و رشد و نمو توأم با سلامت کودک است. نتایج مطالعات نشان می دهد بین تولد با وزن کم با ناتوانایی های دراز مدت نظیر عقب ماندگی ذهنی، آسیب شنوایی و بینایی ارتباط مستقیم وجود دارد، از طرفی در این نوزادان علاوه بر نیاز به مراقبت بیشتر در زمان نوزادی و کودکی، احتمال مرگ و میر و ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی، دیابت و پرفشاری خون در بزرگسالی بیشتر است. با توجه به پیامدهای فوق، تولد نوزاد کم وزن خطری جدی برای توسعه و سلامت جامعه است. شیوع بالای وزن کم هنگام تولد بیانگر یک مشکل حاد است که لازم است مداخلات مناسب طراحی و اجرا گردد.

#### عوامل مؤثر در تغییر شاخص کم وزنی نوزادان :

- شناسایی نوزادان کم وزن به علت افزایش شاخص زایمان های بهداشتی از سال ۸۹ تا ۹۶ ( نزدیک به ۱۰۰٪) و انجام مراقبت های بدو تولد از جمله اندازه گیری وزن زمان تولد و ثبت آن در مراکز درمانی و زایشگاه ها و بدنبال آن شناسایی نوزادان کم وزن
- افزایش درمان های نازایی و متعاقبا افزایش حاملگی های چندقلویی در استان طی سال های اخیر
- افزایش بارداری های ناخواسته بعلت کاهش ارائه وسایل پیشگیری از بارداری مطمئن در مادران پرخطر و متعاقبا افزایش زایمانهای زودرس و تولد نوزادان کم وزن
- افزایش بارداری ها در سنین زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال و پرخطر بدنبال بحث سیاستهای جمعیتی و افزایش زایمان های زودرس و تولد نوزادان کم وزن در سال های اخیر



● برنامه باروری سالم و جمعیت :

هدف از برنامه باروری سالم ایجاد فرصتی برای توانمند سازی خانواده ها در راستای تحکیم نهاد خانواده، افزایش رضایتمندی زناشویی، انتخاب آگاهانه و آزادانه تعداد دلخواه فرزندان و ارتقای باروری سالم است، به شکلی که سلامت مادر و کودک و خانواده در پی این توانمندی ارتقا یابد. در این راستا با اصلاح آگاهی های مرتبط با سلامت مادر و کودک و ارتقای آنها در گروه های هدف به ویژه خانواده های بدون فرزند، خانواده های تک فرزند، خانواده هایی که فرزند/ فرزندان خود را به دنیا آورده و خواهان فرزند بعدی بوده و فاصله حداقل سه سال بین بارداری ها را پشت سر گذاشته است و یا به پایان دوره سنی برای بارداری های سالم (۳۵-۲۰سالگی) نزدیک می شوند، بهترین تصمیم را برای سلامت باروری خود بگیرند.

شاخص های برنامه باروری سالم بر حسب زیج حیاتی													کشوری ۹۵	عنوان شاخص													
شاخص استان											۹۵																
۹۷	۹۶	۹۵	۹۴	۹۳	۹۲	۹۱	۹۰	۸۹	۸۸	۸۷	۸۶	۸۵	۸۴	۸۳	۸۲	۸۱	۸۰	۷۹	۷۸	۷۷	۷۶	۷۵	۷۴	۷۳	رشد جمعیت		
۱.۳	۱.۴	۱.۴۵	۱.۶۸	۱.۶	۱.۵۳	۱.۳۸	۱.۳	۱.۲	۱.۲	۱.۰۷	۱.۰۹	۱.۲۶	۱.۱۷	۰.۸۹	۱.۰۵	۰.۹۹	۱.۰۳	۱.۰۹	۱.۲۳	۱.۱۴	۱.۱۶	۱.۲	۱.۳۷	۱.۵۹	۱.۲۴	بعد خانوار	
۳.۴	۳.۴	۳.۴۷	۳.۵	۳.۵	۳.۶	۳.۶۴	۳.۷	۳.۸	۳.۸	۳.۸۷	۴	۴.۱۳	۴.۱۱	۴.۵۶	۴.۱۲	۴.۱۸	۴.۱	-	-	-	-	-	-	-	-	۳.۳	میزان باروری کلی
۲.۶	۲.۶۶	۲.۶۵	۲.۸	۲.۷	۲.۵۸	۲.۴۴	۲.۴	۲.۴	۲.۳	۲.۲۶	۲.۳۳	۲.۴	۲.۲۶	۲.۱۶	۲.۵۵	۲.۴	۲.۵۴	۲.۶۶	۲.۰۵	۲.۸۹	۲.۹۶	۳.۱۱	۳.۴۹	۴.۰۴	۲.۰۱	میزان باروری عمومی	
۶۷.۶	۷۰.۰۱	۷۰.۶۲	۷۶.۵۷	۷۴.۳	۷۰.۹۳	۷۶.۶۲	۷۴.۸	۷۱.۳	۶۸.۸	۶۵.۱۸	۶۵.۶	۶۹.۵	۶۵.۳۳	۶۰.۸۱	۶۹.۵	۶۷.۰۴	۷۱.۰۷	۷۴.۴۸	۸۵.۵۲	۸۱.۳۲	۸۳.۱۳	۸۷.۶۴	۱۰۳.۴۳	۱۱۹.۱۹	-	میزان تولد خام	
۱۹.۴	۲۰.۲۴	۲۰.۶۲	۲۲.۷	۲۲.۳	۲۱.۴۸	۱۹.۹	۱۹.۶	۱۸.۸	۱۸.۱	۱۷.۳۱	۱۷.۳	۱۸.۲۷	۱۷	۱۵.۱۴	۱۷.۰۲	۱۶.۳۱	۱۶.۷	۱۷.۳۹	۱۹.۱۳	۱۸.۰۴	۱۸.۰۹	۱۸.۷۷	۲۰.۱۷	۲۲.۶۴	-	میزان مرگ خام	
۶.۴	۶.۲۸	۶.۰۹	۵.۹	۶.۱	۶.۲۳	۶.۱۱	۶.۵	۶.۷	۶.۱	۶.۵۹	۶.۴	۵.۶۷	۵.۲۳	۶.۱۷	۶.۴۲	۶.۱۷	۶.۳۴	۶.۴۳	۵.۸۹	۶.۵۶	۶.۴۳	۶.۷۴	۶.۴۷	۶.۶۷	۶.۶۷	-	درصد زنان همسر دار
۵۵.۵	۵۵.۹۹	۵۸.۴۳	۵۸.۸	۵۵.۸	۵۴.۹۷	۵۲.۳۶	۵۰.۶	۴۸.۷	۴۷.۶	۴۶.۲	۵۴.۳	۵۵.۱۷	۵۵.۴۸	۵۳.۳۵	۵۴.۰۳	۵۵.۳۸	۵۵.۴۴	۵۳.۵۹	۵۴.۸۱	۵۴.۸	۵۴.۶۹	۵۵.۶۲	۵۴.۴۱	۵۵.۴۱	-	تجدید نسل ناخالص	
۱.۳	۱.۳۶	۱.۳۹	۱.۳۳	۱.۳	۱.۳۷	۱.۱۶	۱.۲	۱.۱	۱.۱	۱.۱۱	۱.۱۴	۱.۱۴	۱.۱۱	۱.۰۹	۱.۲۵	۱.۱۱	۱.۲۵	۱.۳۸	۱.۴۶	۱.۴	۱.۵	۱.۵۲	۱.۷	۱.۹۱	-	نسبت ازدواج به طلاق	
۴.۹	۵.۵	۶.۱	۶.۸	۷.۹	۸.۶	۹.۸	۱۱.۲	۱۰.۸۹	۱۳.۰۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۳.۸۹		

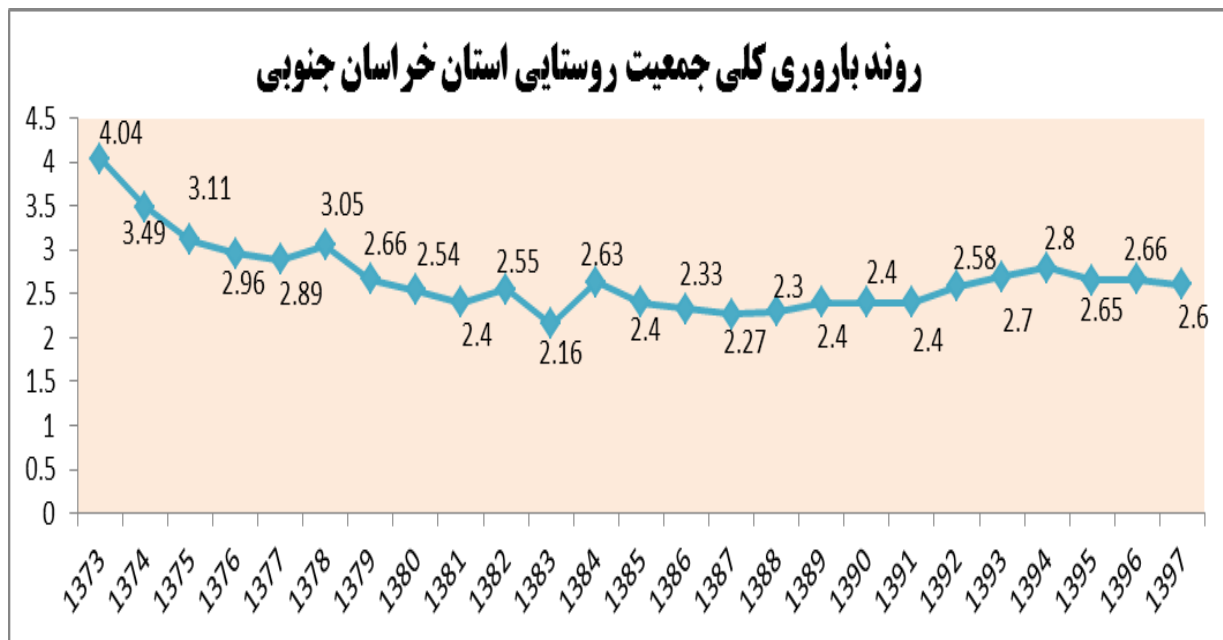




منبع رشد جمعیت و بعد خانوار کشور در سال ۹۵ : کتاب گزارش تحلیلی نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵

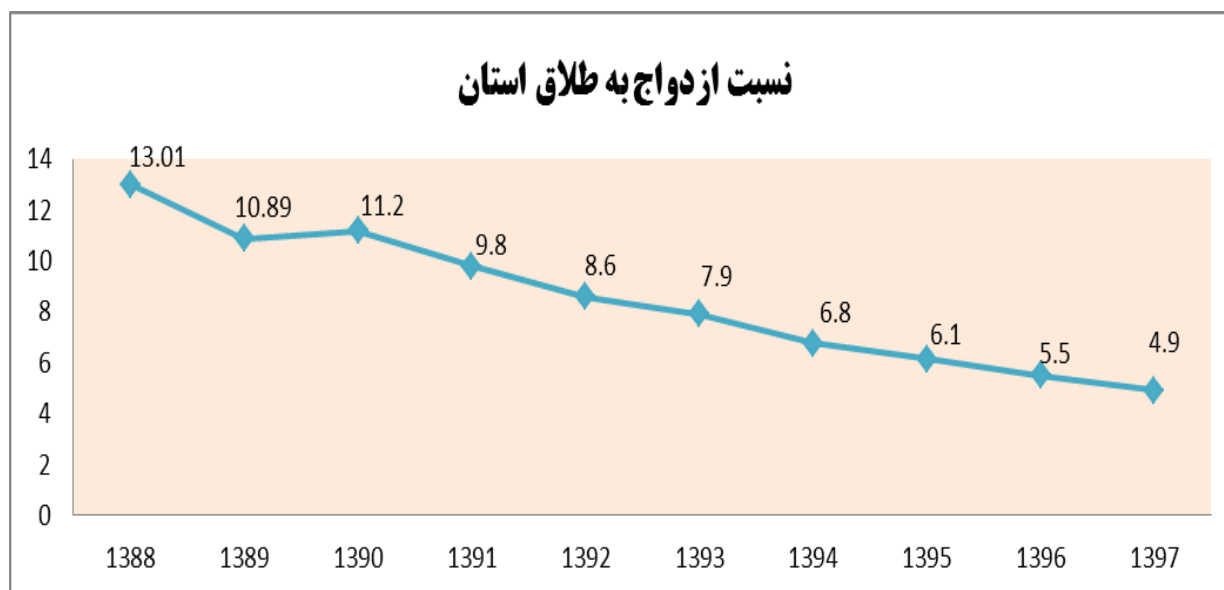
\* منبع نسبت ازدواج به طلاق: آمار ازدواج و طلاق ثبت شده در سایت اداره کل ثبت احوال خراسان جنوبی

**میزان باروری کلی :** (تعداد متوسط فرزندان که یک زن در طول دوران باروری خود بدنیا می آورد) با شروع طرح هدفمندی یارانه ها و طرح افتتاح حساب یک میلیون تومانی برای تازه متولدین (سال ۸۹) و شروع برنامه های تبلیغ افزایش جمعیت که به ابلاغ سیاست های کلی جمعیت در ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳ منتهی گردید ، شاهد افزایش نرخ باروری کلی از سال ۹۲ هستیم. ولی این شاخص در سال ۹۵ کاهش یافته و در سال ۹۶ و ۹۷ تقریبا ثابت بوده است که می توان گفت افرادی که تمایل به فرزندآوری داشته اند در طی این سالها به تعداد فرزند دلخواه خود رسیده اند. از طرفی طبق هرم سنی کاهش جمعیت در سن ازدواج نیز در این شاخص موثر بوده است .





**نسبت ازدواج به طلاق :** عبارتست از تعداد ازدواج تقسیم بر تعداد طلاق که روند کاهشی آن نشان دهنده کاهش موارد ازدواج نسبت به موارد طلاق در سطح استان است. لذا لازم به ذکر است که اگرچه این شاخص یکی از متداول ترین شاخص ها برای مطالعه سطح و روند رویدادهای ازدواج و طلاق می باشد ولی معیار مناسبی برای بررسی روند و بیان سطح ازدواج و طلاق نیست چرا که دو جمعیت بی شباهت را مقایسه می کند. برای افرادی که هرگز ازدواج نکرده اند و همچنین افرادی که حداقل یکبار ازدواج کرده اند ، اما در زمان بررسی در وضعیت بی همسر قرار دارند، می توان امکان ازدواج متصور شد در حالی که امکان طلاق فقط برای افراد دارای همسر امکان پذیر است. علاوه برآن این نسبت پاسخی برای پرسش « از هر چند ازدواج یکی به طلاق ختم می شود» نمی باشد.

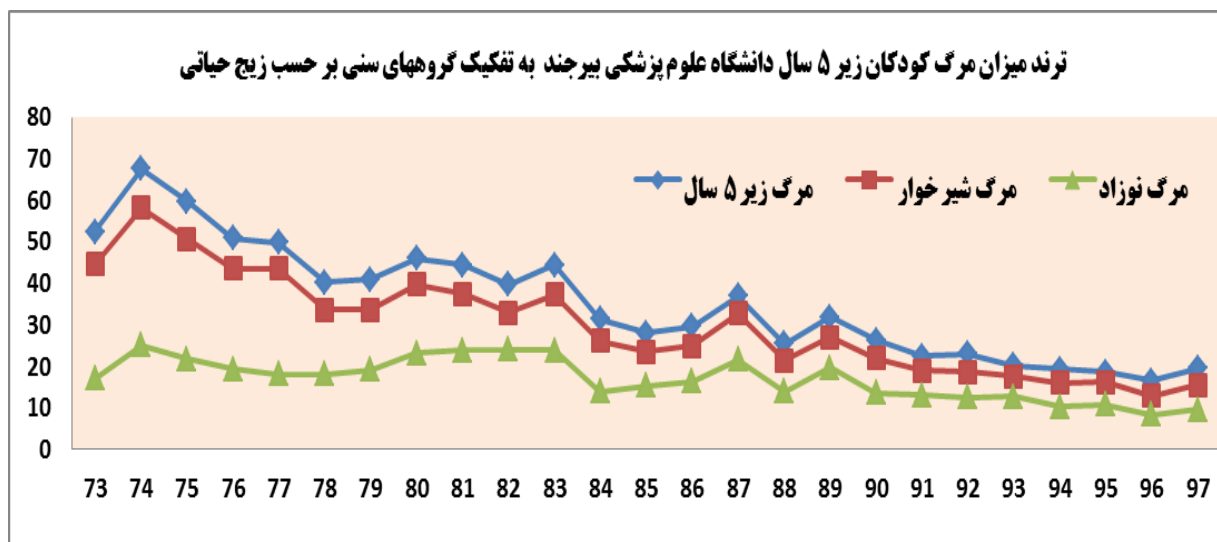




## • برنامه سلامت کودکان :

کودکان درصد قابل توجهی از جمعیت جهان را تشکیل می دهند و سلامتی و رشد آنها متضمن سلامت آینده جامعه است دوران کودکی از مهم ترین دوران های زندگی برای دستیابی به رشد کافی و پایه ریزی برای تامین سلامت در دوره های بعدی زندگی است.

یکی از اهداف مهم برنامه تحول نظام سلامت در بخش بهداشت افزایش امید به زندگی است و این میسر نمی شود مگر با کاهش مرگ و میر در همه گروههای سنی از جمله کاهش مرگ مادران باردار، کاهش مرگ نوزادان، کاهش مرگ کودکان ۵-۱ ماهه، کاهش مرگ نوجوانان و جوانان، کاهش مرگ زودرس در میانسالان و سالمندان



تحلیل: بطور کلی شاخص های مرگ کودکان ( نوزادان - شیرخواران و زیر ۵ سال با اجرای مداخلاتی از قبیل برگزاری کمیته های مرگ و میر کودکان و اجرای مداخلات مناسب، طرح شاخص های مرگ و میر در جلسات کارگروه سلامت و امنیت غذایی با هدف حساس سازی مسئولین، شناسایی مناطق پرخطر در شهر و روستا و ایمن سازی آنها، اجرای پروژه های مبتنی بر C4D در ۵ شهرستان، انجام غربالگری ناهنجاری های جنین و سقط درمانی موارد مبتلا به ناهنجاری، برگزاری کارگاه های آموزشی ویژه پرسنل، برگزاری جلسات آموزشی ویژه عموم مردم با تاکید بر سناریو خوانی، اطلاع رسانی عمومی از طریق برنامه های صدا و سیما، درج مطالب در ویژه نامه ها و روزنامه ها و ... روند کاهشی داشته است اما نوساناتی که دیده می شود به علت موارد ذیل می باشد:

- عدم دسترسی به آمار مناطق شهری و تیم سیار قبل از اجرای نظام مراقبت مرگ
- اجرای نظام مراقبت مرگ از سال ۸۹ در استان و محاسبه شاخص مرگ در کل جمعیت ( شهری، روستایی و تیم سیار)
- تغییر در جمعیت استان به دلیل الحاق شهرستان های مختلف به استان
- تبدیل مناطق روستایی به شهری
- بررسی موارد مرگ از طریق تکمیل پرسشنامه ها تحلیل، تدوین و اجرای مداخلات



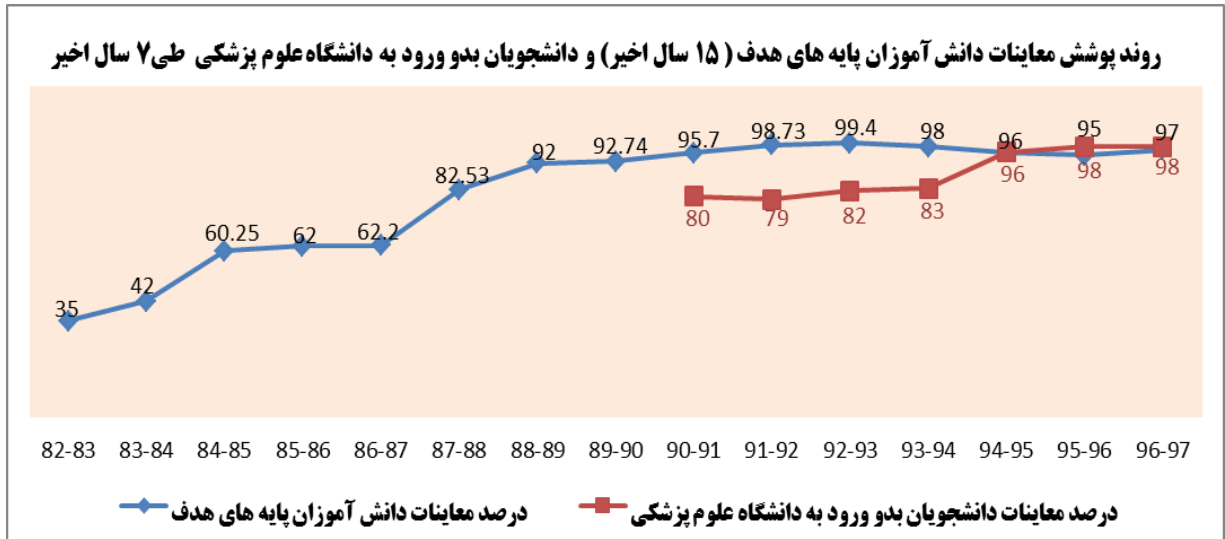
جدول میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال به تفکیک گروههای سنی و بر حسب زیج حیاتی			
میزان مرگ کودکان به تفکیک گروههای سنی بر حسب زیج حیاتی (روستایی)			سال
مرگ زیر ۵ سال	مرگ شیرخواران	مرگ نوزادان	
۵۲.۲۷	۴۴.۵۹	۱۷.۱۸۴	۱۳۷۳
۶۷.۵۶	۵۸.۱۶	۲۵.۰۵	۱۳۷۴
۵۹.۷۴	۵۰.۷۳	۲۱.۸۱	۱۳۷۵
۵۰.۸۲	۴۳.۵۶	۱۹.۳۶	۱۳۷۶
۴۹.۸۵	۴۳.۴۹	۱۸.۰۸	۱۳۷۷
۴۰.۲۴	۳۳.۶۱	۱۸.۱۳	۱۳۷۸
۴۰.۸۸	۳۳.۶۷	۱۹.۲۴	۱۳۷۹
۴۶.۰۸	۳۹.۷	۲۳.۲۵	۱۳۸۰
۴۴.۴۶	۳۷.۴۶	۲۳.۸۷	۱۳۸۱
۳۹.۷۷	۳۲.۹۴	۲۴.۱	۱۳۸۲
۴۴.۴۶	۳۷.۳۶	۲۳.۸۷	۱۳۸۳
۳۱.۴	۲۶.۱	۱۳.۹۲	۱۳۸۴
۲۸.۱۱	۲۳.۶۱	۱۵.۴۶	۱۳۸۵
۲۹.۷	۲۴.۹	۱۶.۵	۱۳۸۶
۳۶.۹۶	۳۲.۸۶	۲۱.۶۷	۱۳۸۷
۲۵.۴	۲۱.۵	۱۴	۱۳۸۸
۳۱.۹۰	۲۷.۱۰	۱۹.۷۰	۱۳۸۹
۲۶.۴۰	۲۲.۰۰	۱۳.۶۰	۱۳۹۰
۲۲.۵۷	۱۹.۰۱	۱۳.۰۷	۱۳۹۱
۲۳.۰۱	۱۸.۶۸	۱۲.۵۱	۱۳۹۲
۲۰.۳۰	۱۷.۷۰	۱۲.۸۰	۱۳۹۳
۱۹.۳۸	۱۶.۱۲	۱۰.۳۹	۱۳۹۴
۱۸.۷۲	۱۶.۲۰	۱۰.۸۰	۱۳۹۵
۱۶.۵۲	۱۲.۸۷	۸.۴۰	۱۳۹۶
۱۹.۶	۱۵.۵	۹.۷	۱۳۹۷



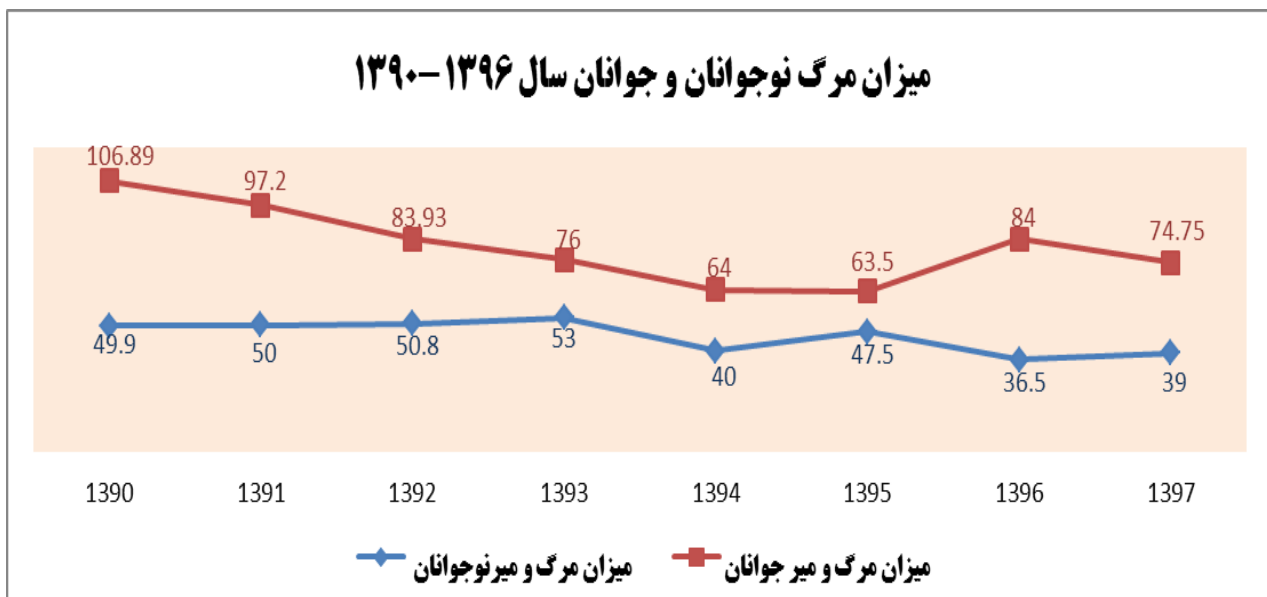
میزان مرگ کودکان زیر 5 سال دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به تفکیک سن در کل جمعیت استان (شهر + روستا + تیم سیار)									
عنوان شاخص	۸۹	۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴	۹۵	۹۶	۹۷
میزان مرگ نوزادان در هزار تولد زنده	۱۳.۹	۱۲.۴	۱۲.۵	۱۰.۶۷	۹.۹	۹.۸۲	۸.۷۳	۷.۷۲	۸.۳۳
میزان مرگ شیرخواران در هزار تولد زنده	۲۰.۵	۱۷.۷	۱۷.۲	۱۵.۷	۱۴	۱۴.۱۷	۱۲.۹۸	۱۱.۴۱	۱۲.۶۲
میزان مرگ ۱-۵۹ ماهه در هزار تولد زنده	۱۰.۲۴	۸.۲۴	۷.۳۸	۷.۸	۶.۵۹	۶.۷۹	۶.۹۳	۶.۵۴	۷.۵۶
میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در هزار تولد زنده	۲۴.۱۵	۲۰.۶۷	۱۹.۹	۱۸.۴	۱۶.۵۸	۱۶.۶۱	۱۵.۶۵	۱۴.۲۶	۱۵.۸۹

### • سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس :

مدیریت سلامت محور در زمینه ارایه خدمت به نوجوانان و جوانان، در راستای ارتقاء کیفیت زندگی این گروه سنی با تأکید بر اقدامات پیشگیرانه منطبق با فرهنگ جامعه و متناسب با جنسیت مورد نظر و مشارکت همه جانبه آنها، رسالت واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس را شامل می شود. در حال حاضر این واحد با تعامل با همه مدیریت ها و نهادهای متولی، با اجرای برنامه های معاینات پزشکی و غیر پزشکی بر اساس بسته های خدمت نوجوانان و جوانان، پیشگیری از سوانح و حوادث، مدارس مروج سلامت، آموزش و مشاوره بلوغ و باروری، پیشگیری از رفتارهای پر خطر، آموزش ازدواج مناسب در جوانان و... در راستای ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نوجوانان (۱۸ - ۵ سال) و جوانان (۳۰-۱۸) سال گام بر می دارد.

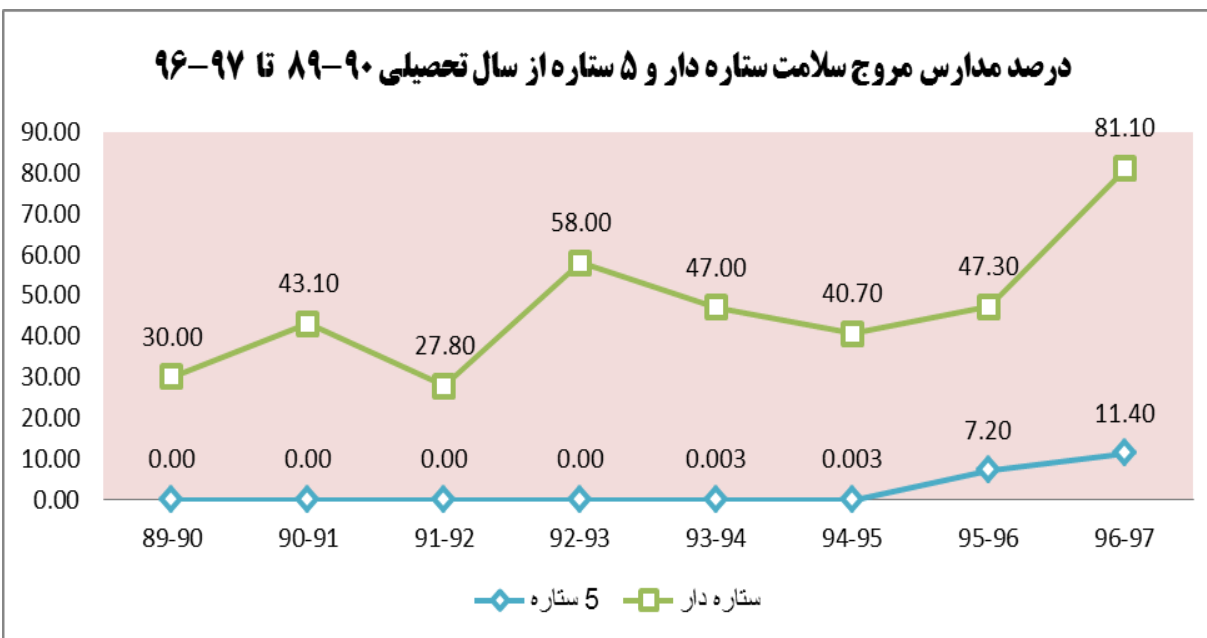


تحلیل: شاخص پوشش مراقبتها بر اساس آمار استخراج شده از سامانه سیب و فرم های آماری جمع بندی شده از سطح مراکز ارائه دهنده خدمت محاسبه گردیده است. شاخص پوشش مراقبت های دانش آموزان با انجام مداخلات موثر از قبیل هماهنگی تنگتنگ با آموزش و پرورش در انجام معاینات دانش آموزان، مراقبت های مدرسه محور و... از سال ۱۳۸۲ روند صعودی داشته اما طی سه سال اخیر اجرای طرح تحول سلامت و جایگزینی مراقبت های مدرسه محور به خانواده محور و شلوغی مراکز ارائه خدمات، انجام مراقبت پزشک و غیر پزشک در دو مکان مجزا و ... منجر به عدم دستیابی به پوشش ۱۰۰ درصد شده است. البته با انجام مداخلات روند مذکور رو به بهبود می باشد. همچنین شاخص پوشش مراقبت دانشجویان بدو ورود به دانشگاه با هماهنگی با سایر معاونت های دانشگاه و انجام معاینات در بدو ورود به دانشگاه و پیگیری های مستمر رو به افزایش است.





تحلیل: میزان مرگ نوجوانان و جوانان طی سالهای ۹۰ تا ۹۷ روند کاهشی و افزایشی داشته که نیاز به مداخلات جدی درون و برون بخشی در سطح کشور و استان دارد. مهمترین علت مرگ و میر این گروه های سنی سوانح و حوادث ترافیکی می باشد که در این راستا طرح پیشگیری از سوانح و حوادث غیر عمد در دانش آموزان و پیشگیری از سوانح و حوادث ترافیکی جوانان پیش بینی و در حال اجرا می باشد.



تحلیل: با توجه به مداخلات صورت گرفته از قبیل کیفی سازی مدارس مروج سلامت، نظارت و پایش مستمر و... درصد مدارس ستاره دار بالاخص ۵ ستاره روند صعودی داشته است. امید است با همکاری تنگاتنگ مدیران مدارس و اختصاص اعتبار کافی، همکاری اداره نوسازی و تجهیز مدارس و ... شاهد ارتقاء مدارس مروج سلامت ستاره دار باشیم.

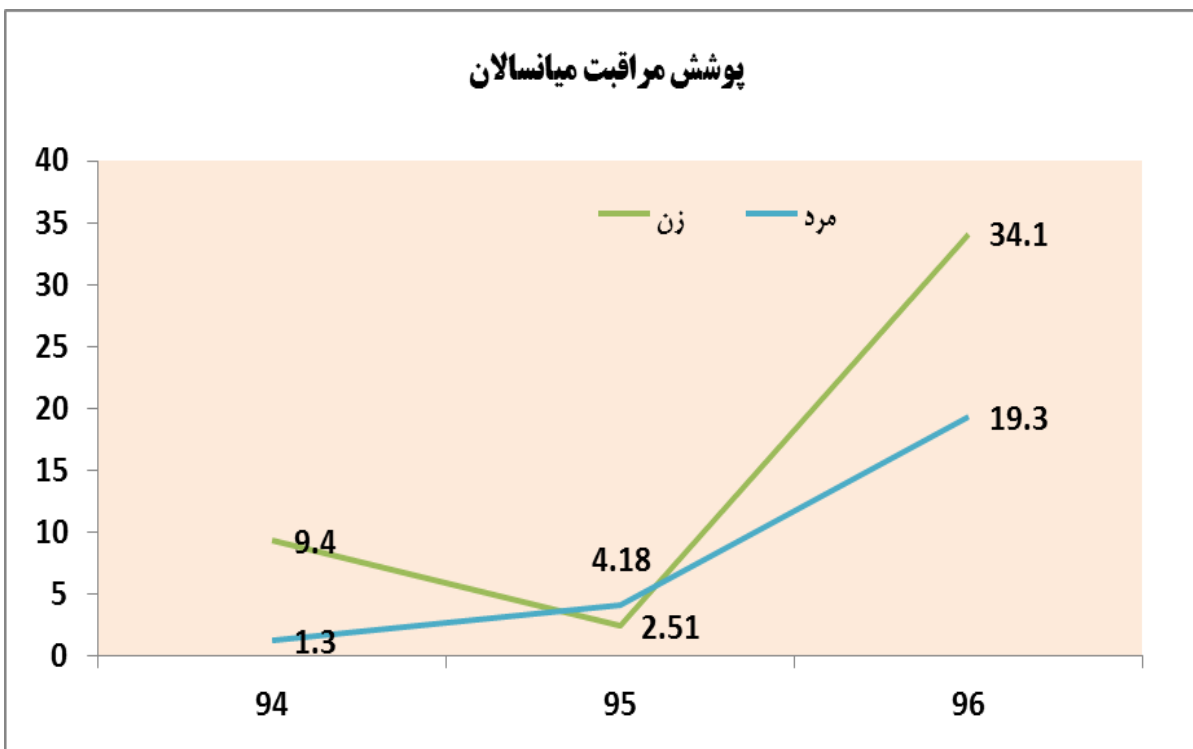
### • برنامه سلامت میانسالان:

گذر اپیدمیولوژیک، تغییر سیمای بیماریها و مخاطرات تهدید کننده سلامتی در عصر حاضر که به دلایل متفاوتی اتفاق افتاده است، نیازهای سلامت را به طور بنیادی تغییر داده و پاسخگویی به این نیازهای دائما در حال تغییر را به یکی از چالش های مهم نظام سلامت در همه جوامع تبدیل کرده است.

یکی از گروههای سنی مهم در این تغییر رویکرد نظام سلامت، گروه سنی میانسالان و سالمندان است که بیشتر از نیمی از جمعیت را تشکیل می دهند و به طور روز افزونی جمعیت آنان در حال افزایش است. از طرف دیگر این گروه یا به عبارت دیگر والدین، محور سلامت خانواده بوده و مرگ و میر، ناتوانی و رفتارهای آنها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد و

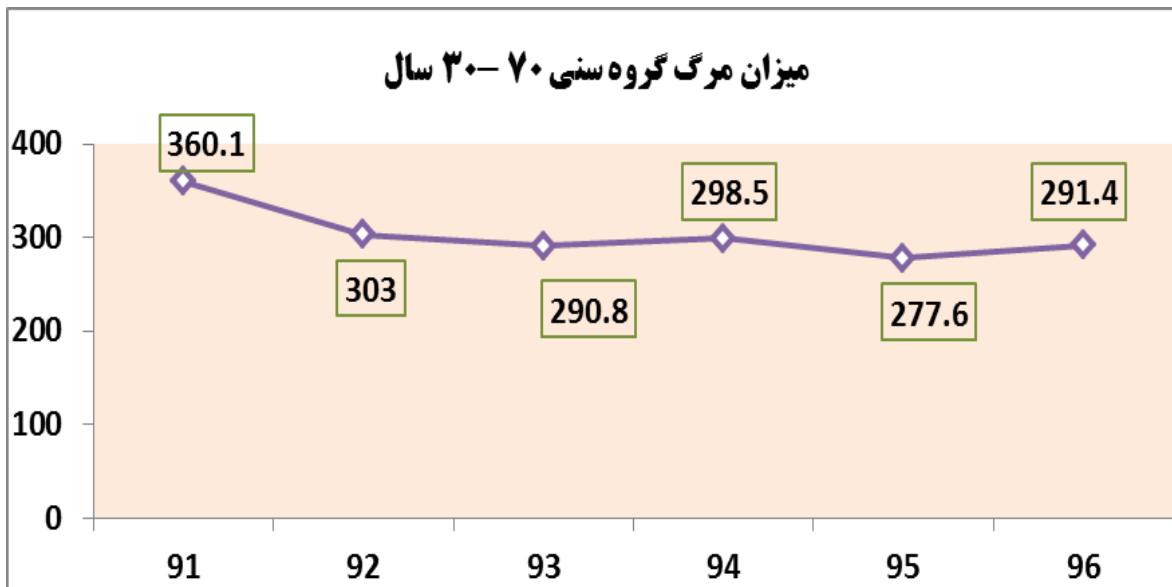


خطرات تهدید کننده سلامتی آنان بر سلامت سایر گروههای سنی در خانواده نیز موثر است. این گروه سنی دارای نقش مولد اقتصادی بوده و به همین سبب سایر گروه های سنی در خانواده و جامعه به آنان وابسته اند همچنین چهره سلامت و بیماری در این گروه سنی متفاوت با سایر گروههای سنی است و مداخله برای کاهش بار بیماریها در آنان به سادگی کنترل بیماریهای واگیر دار نیست و به شدت به مسائل فرهنگی، اجتماعی و عادات شیوه زندگی بستگی دارد. خدمات جامع سلامت میانسالان و سالمندان در مجموعه برنامه های نوینی قرار می گیرد که برای پاسخگویی به یک نیاز تازه در گروه سنی میانسالان و سالمندان در طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت تدوین شده است.



تحلیل: برنامه میانسالان از سال ۹۴ در استان اجرایی شده است. با توجه به شروع برنامه در سال ۹۴ حدود ۹.۴٪ زنان و ۱.۳٪ مرد مراقبت شده اند که در مقایسه با شاخص کشوری به دلیل شروع با تاخیر برنامه کمتر می باشد و در سال ۹۵ با توجه به اینکه پوشش مراقبت میانسالان بر اساس خدمات ثبت شده در سامانه سیب استخراج شده است پوشش مراقبت میانسالان زن ۲.۵۱٪ و مراقبت میانسالان مرد ۴.۱۸٪ می باشد (حدود ۴۰٪ خانه های بهداشت و ۷٪ مراکز و پایگاه های سلامت فاقد سامانه) که متأسفانه از شاخص کشوری پایین تر می باشد. در سال ۹۶ پوشش مراقبت میانسالان زن حدود ۳۳.۱٪ و در سال ۹۷ حدود ۲۵.۱٪ پوشش مراقبت میانسالان مرد در سال ۹۶ حدود ۱۸.۷٪ و در سال ۹۷ حدود ۱۹.۳٪ است به طور کلی پوشش مراقبت میانسالان نسبت به شاخص کشوری کمتر می باشد. در بررسی انجام شده علیرغم مداخلات و پیگیریهای لازم متأسفانه به دلیل مشکلات منطقه ای (خشکسالی های مکرر و خروج مردان به خارج از منطقه سکونت جهت کسب و کار) و همچنین کارمند بودن در صد بالایی از میانسالان و داشتن پرونده سلامت در ادارات به مراکز و پایگاه ها مراجعه ندارند.



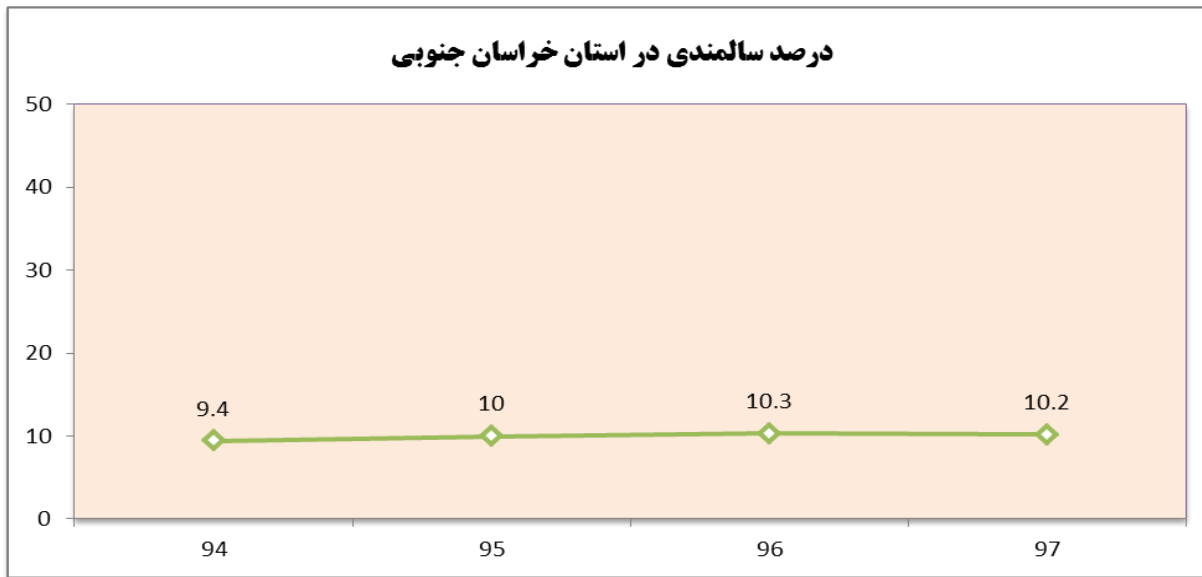


**تحلیل:** میزان مرگ گروه سنی ۷۰-۳۰ سال در طی سالهای ۹۶-۹۲ روند رو به کاهش داشته و از مهم ترین علل مرگ این گروه سنی بیماریهای قلبی عروقی، سرطان ها، بیماریهای تنفسی، حوادث و دیابت را می توان نام برد که امید است با توجه به اجرای برنامه خدمات نوین میانسالان و تاکید در خصوص شیوه زندگی سالم شاهد کاهش موارد مرگ این گروه سنی باشیم.

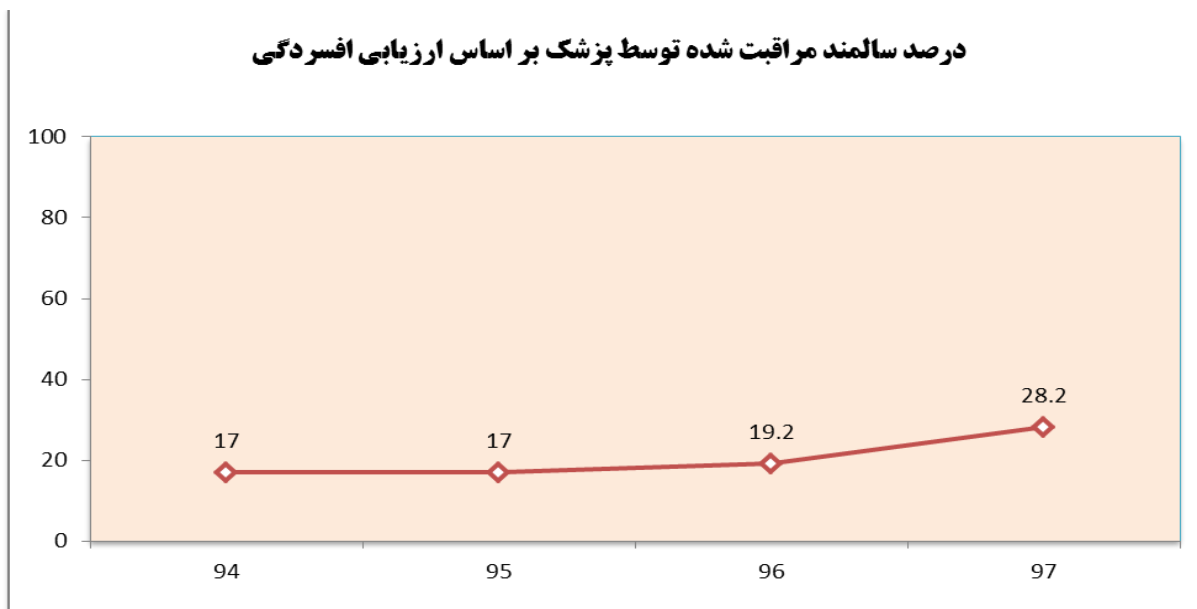
### ● برنامه سلامت سالمندان:

شتاب سالمندی در کشورهای در حال توسعه خصوصا ایران سریع تر از رشد جمعیت می باشد. در واقع با کاهش میزان باروری کلی از یک سو و کاهش میزان مرگ و میر و افزایش امید به زندگی از سوی دیگر، ساختار سنی جمعیت از گروههای سنی جوان تر به پیرتر تغییر می یابد. پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۵۰ میلادی ۲۵٪ جامعه ما را سالمندان تشکیل خواهند داد. پدیده سالمندی زمانی اتفاق می افتد که ۸٪ جمعیت بالای ۶۵ سال و یا ۱۲٪ جمعیت بالای ۶۰ سال باشند.

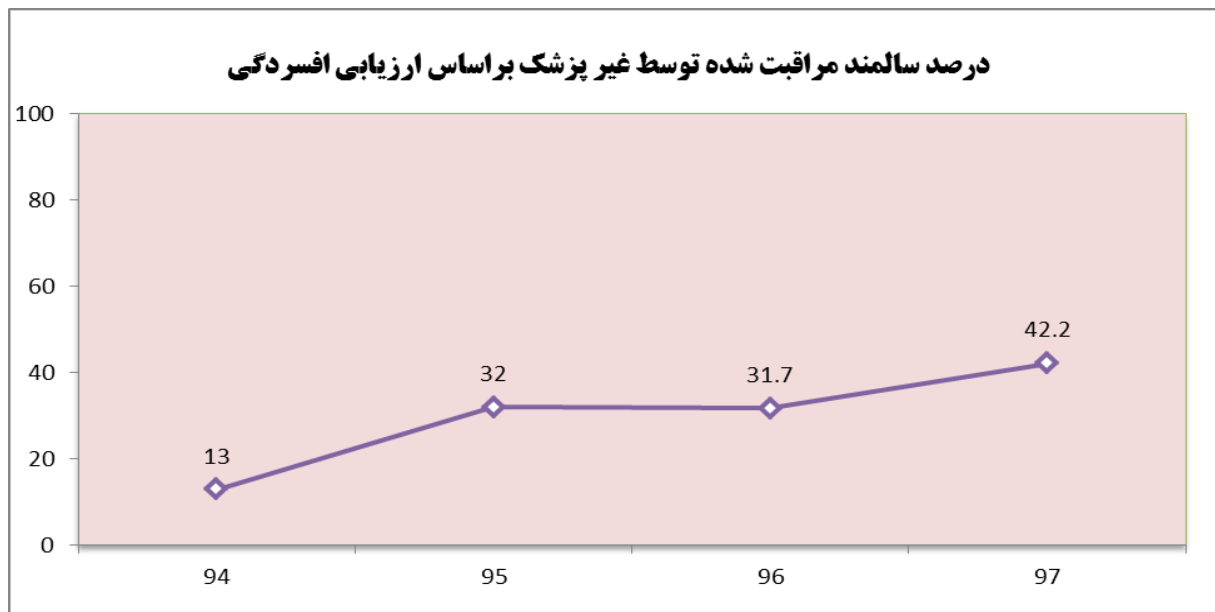
خدمات نوین سالمندان از سال ۱۳۹۴ در حال اجرا می باشد. در حال حاضر در راستای ارتقاء سطح سلامت سالمندان، برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان توسط پزشک و غیر پزشک و برنامه بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی ارائه می شود تا از این طریق بتوانیم خدمات نوین سالمندی را به سالمندان استان خراسان جنوبی با بهترین کیفیت ارائه نماییم. هرچند شاخص ها نشان از آن دارند که این روند بسیار کند هست.



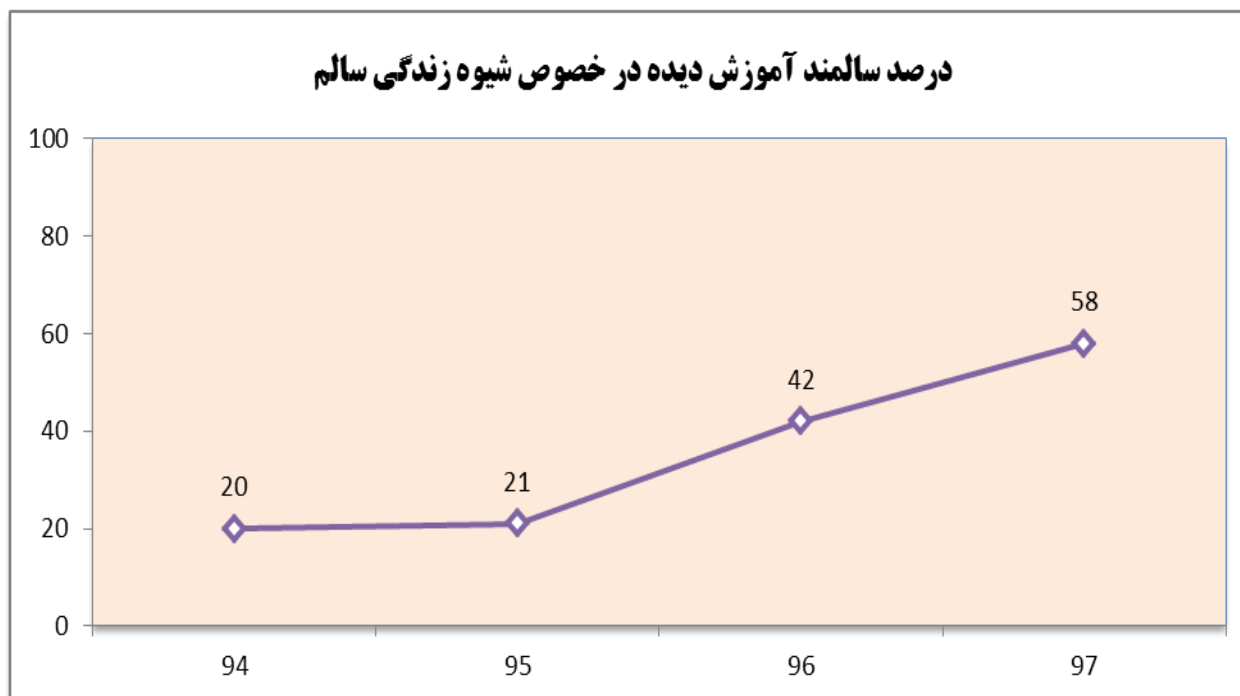
تحلیل: در حال حاضر در استان خراسان ۱۰.۲٪ جمعیت را سالمندان تشکیل می دهند که این رقم در طی چند سال اخیر تقریباً روندی ثابت داشته است.



تحلیل: مراقبت سالمندان توسط پزشک از سال ۹۴ تا ۹۷ با روندی افزایش از ۱۷٪ در سال ۹۴ به ۲۸.۲٪ در سال ۹۷ رسیده است ولی همچنان بسیار پایین می باشد.



تحلیل: مراقبت سالمندان توسط غیر پزشک از سال ۹۴ تا ۹۷ با روندی افزایشی از ۱۳٪ در سال ۹۴ به ۴۲.۲٪ در سال ۹۷ افزایش یافته است و روند افزایشی مطلوبی دارد.





**تحلیل:** درصد سالمندان آموزش دیده در خصوص شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی از سال ۹۴ تا ۹۷ با روندی افزایش از ۲۰٪ در سال ۹۴ به ۵۸٪ در سال ۹۷ افزایش یافته است. (شاخص سال ۹۴ تا ۹۶ شامل سالمندان ۶۰-۷۰ سال و شاخص سال ۹۷ شامل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر است. در سال ۹۷ آمار سالمند آموزش دیده گروه سنی ۶۰-۷۰ سال موجود نیست).

از جمله دلایل پایین بودن شاخص های برنامه سالمندان می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- مشکلات دسترسی، اطلاع رسانی و فراخوانی سالمندان
- کهولت سن، مشکلات جسمی و فراموشی زیاد سالمند جهت مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت
- فضای نامطلوب و نامناسب برخی از مراکز خدمات جامع سلامت جهت ارائه ی خدمت به سالمندان
- مشکل بودن تغییر در عقاید و باورهای سالمند
- آموزش پذیری کمتر سالمندان نسبت به سایر گروههای هدف
- پایین بودن سطح سواد سالمندان



## مدیریت سلامت محیط و کار :

### • گروه سلامت محیط :

بهداشت محیط شاخه ای از علوم مهندسی است که وظیفه حفاظت از اثرات سوء ناشی از فعالیت های انسانی، حفاظت جوامع انسانی از عوامل سوء زیست محیطی و بهتر نمودن کیفیت محیط برای سلامتی و رفاه انسان را برعهده دارد. انسان ها در تماس با محیط زیست گاهی اثر سوء برآن گذاشته و گاهی نیز در اثر آلودگی های موجود در محیط ضرر می بینند. مهندسی بهداشت از سال ۱۳۳۱ تا سال ۱۳۳۵ غالباً به صورت تیمی مرکب از مهندسی کادر ستادی وزارتخانه در نقاط مختلف کشور فعالیت داشته اند. وظایف آنها علاوه بر تهیه دستوالعمل ها و فرمهایی در زمینه مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی، مبارزه با حشرات و جوندگان، دفع فضولات جامد، بهسازی منابع آب و طراحی نقشه های تیپ و اجرای پروژه های تامین آب آشامیدنی بود از سال ۱۳۳۵ مهندسی بهداشت بصورت اداره کل درآمد و در مدت کوتاهی در بسیاری از استانهای کشور ادارات مهندسی بهداشت ایجاد شدند.

در سال ۱۳۴۰ مدت کوتاهی مهندسی بهداشت با اداره ریشه کنی مالاریا ادغام گردید ولی بنا به دلایلی، ادامه فعالیت واحدهای ادغام یافته ممکن نشده و در نتیجه مجدداً اداره کل مهندسی بهداشت مستقلاً به کار خود ادامه داد.

در طی سالهای ۱۳۳۵-۱۳۴۰ بعلت بوجود آمدن سازمانها و وزارتخانه هایی مرتبط با آب و برق مسئله تامین آب شهری از وظایف بهداری سابق منفک و به عهده وزارت آب و برق کشور گذاشته شد و بر تامین آب آشامیدنی و بهسازی محیط روستاها توسط اداره کل مهندسی بهداشت تاکید شد.

در سال ۱۳۴۶ تامین آب آشامیدنی و بهسازی محیط روستاها از وزارت بهداری به وزارت آبادانی و مسکن انتقال یافت و در همین سال اداره کل مهندسی بهداشت به اداره کل بهداشت محیط تغییر نام یافت. در سال ۱۳۵۱ وظایف مذکور به عهده وزارت کشاورزی و پس از تشکیل وزارت تعاون به آن وزارتخانه محول گشت، در سال ۱۳۵۶ با مصوبه ای وظایف یاد شده مجدداً به اداره کل بهداشت محیط اعاده شد که در سال ۱۳۵۸ مصوبه مذکور مورد تاکید شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران قرار گرفت.

اجرای پروژه های تامین آب آشامیدنی روستاها و عملیات بهسازی محیط با پیروزی انقلاب اسلامی توسعه قابل ملاحظه ای یافت، ولی با توجه به اهمیت و گسترش سایر فعالیتهای بهداشت محیطی و لاجرم برای هماهنگ کردن تشکیلات بهداشت محیط با شبکه های بهداشتی و درمانی کشور در سال ۱۳۶۹ مسئولیت تامین آب آشامیدنی روستاها به سازمان جهاد سازندگی واگذار گردید و بدینوسیله زمینه ادغام فعالیتهای بهداشت محیط در شبکه فراهم شد.



در سال ۱۳۷۴ برای تعدیل نیروی انسانی و کاهش ابعاد تشکیلاتها در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی دو اداره کل بهداشت محیط و اداره کل بهداشت حرفه ای ادغام یافتند، با ادامه روند کوچک سازی تشکیلات و واگذاری بعضی از وظایف به بخش خصوصی تفویض اختیار مسئولیت ها به دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی در آذر ماه ۱۳۷۹ اداره کل بهداشت محیط و حرفه ای به دفتر سلامت محیط کار تغییر نام یافت و در حال حاضر تحت عنوان مرکز سلامت محیط و کار مشغول فعالیت می باشد.

#### اهم فعالیت های بهداشت محیط عبارتند از:

- کنترل و نظارت بر بهسازی و بهداشت مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، اماکن عمومی و اماکن بین راهی
- کنترل کیفی آب آشامیدنی مناطق تحت پوشش از نظر میکروبی و شیمیایی به صورت متناوب و اطمینان از سلامت آن و اعلام موارد نامطلوب به ارگانهای مربوطه جهت بهبود کیفیت آب
- کلرسنجی روزانه و اعلام موارد نامطلوب به ارگانهای مربوطه جهت بهبود کیفیت آب
- نظارت و کنترل مواد غذایی و نمونه برداری از مواد غذایی مشکوک و ارسال آن به آزمایشگاه و معدوم نمودن مواد غذایی فاسد بر اساس دستورالعملهای مربوطه
- اجرای طرح یکنواخت سازی ماده 13 مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی
- معرفی پیشه وران به آزمایشگاه و صدور کارت معاینه پزشکی جهت آنها طبق دستورالعملهای صادره
- نظارت بهداشتی بر مدارس و مراکز آموزشی و مهد کودکها
- نظارت بهداشتی بر آزمایشگاهها، مراکز بهداشتی درمانی، مطبها و بیمارستانها
- نظارت بهداشتی بر پارکها، ورزشگاهها، ترمینالها و تشکیل پرونده بهداشتی و اعلام به سازمانها و مسئولین ذیربط و پیگیری تا حصول نتیجه مطلوب
- نظارت بهداشتی بر کنترل دفع بهداشتی فاضلاب، زباله و مکاتبه با ارگانهای مربوطه جهت بهبود وضعیت موجود
- بررسی منابع آلوده کننده هوا(در محیطهای باز و بسته)
- پایش مراکز کاربردپرتوهای یونساز
- رسیدگی به شکایات در زمینه های مختلف بهداشتی
- سنجش ید در نمکهای خوراکی بطورمستمر و نمونه برداری از نمکهای ید دار در سطح عرضه و ارسال به آزمایشگاه کنترل مواد غذایی
- حذف جوش شیرین و بلانکیت در نان
- پایش آلاینده ها در محصولات کشاورزی
- نمونه برداری هدفمند مواد غذایی
- نمونه برداری از موادلبنی جهت پایش میکروبی و شیمیایی
- مبارزه با حشرات و جوندگان ضمن بررسی کانونهای آلوده و برآورد میزان سم مورد نظر با توجه به میزان آلودگی و نظارت بر سم پاشی توأم با آموزشهای لازم و طعمه گذاری



- مشارکت در اقدامات اضطراری هنگام وقوع بلایای طبیعی (اجرای مانور)
- نظارت بهداشتی بر اماکن متبرکه و مساجد طبق دستورالعمل‌های مربوطه
- نظارت بهداشتی بر جایگاه‌های پمپ بنزین و پیگیری نواقص مربوطه
- کنترل بهداشتی اردوگاهها و زندانها جهت ساماندهی وضعیت بهداشتی آنها
- نظارت بهداشتی بر دفع بهداشتی زباله در مناطق شهری و روستایی
- نظارت بهداشتی بر احداث و بهسازی توالت خانوار های روستایی با پیگیری مشارکت حداکثری جوامع و سایر سازمانها
- نظارت بر فعالیتهای آموزشگاه های اصناف
- نظارت بر شرکتهای مبارزه با حشرات و جوندگان در اماکن عمومی و خانگی
- آموزش موازین بهداشت محیط در سطح جامعه
- جلب مشارکت عمومی و همکاریهای بین بخشی در زمینه اجرای پروژه های شهر سالم؛ روستای سالم
- بازدید و نظارت بهداشتی بر استخرهای شنا و شناگاههای طبیعی
- گسترش سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار

بنابراین با توجه به نوع فعالیت های بهداشت محیط، می توان گفت رسیدن به هدف های آن نیازمند مشارکت همه مردم جامعه است؛ یعنی همه باید بخواهند و تلاش کنند تا بهداشت محیط تأمین شود و سلامت مردم جامعه تضمین گردد.

در شبکه های بهداشت و درمان شهرستان های تابعه در حال حاضر تعداد ۱۱۴ نفر بازرسی بهداشت محیط رسمی و طرح و قراردادی و شرکتی مشغول به فعالیت می باشند.

### • گروه سلامت کار :

مهندسی بهداشت حرفه ای با هدف حفظ، تأمین و ارتقاء سطح سلامت شاغلین در بخش های مختلف صنعت، معدن، کشاورزی و خدمات پا به عرصه وجود نهاده و با شناسایی عوامل زیان آور محیط کار و ارائه راه کار های کنترلی نقش موثری در پیشگیری و کنترل مخاطرات، بیماری های شغلی و حوادث ناشی از کار دارد و تلاش می کند تا با کنترل عوامل زیان آور محیط کار از بروز نقص عضو، از کار افتادگی و بیماریهای شغلی در شاغلین جلوگیری نماید، نظارت و آموزش مداوم صاحبان کارگاهها و کارخانه ها و کارگران نیز در راستای این امر مهم انجام می شود .

بیش از ۵۰٪ افراد بزرگسال در محیط کار خود به نحوی در معرض یکی از عوامل زیان آور شیمیایی ، فیزیکی، بیولوژیک، ارگونومیک یا استرس های روانی و فشار کاری بیش از حد قرار دارند. محل های کار فاقد ساختار ایمنی و بهداشت حرفه ای، کار با انواع مواد شیمیایی سمی و خطرناک، کار در معادن روباز و زیر زمینی، کار با سموم و آفت کشها در کشاورزی، کاربرد مشاغل خانگی و فرآیندهای تولیدی سنتی، کارهای ساختمانی، کارگاههای کوچک فنی خدماتی در شهرها و روستاها، و... عمده محیط



های کاری هستند، که کارگران را در معرض مواجهه با انواع عوامل زیان آور، فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و ارگونومیکی قرار می دهند.

بنابراین نظارت و بازرسی منظم از محیط های کار سنجش عوامل زیان آور و در مرحله بعد انجام اقدامات کنترلی موثر بهداشت حرفه ای همراه با انجام مراقبت های بهداشتی کارگران که از فعالیت های اصلی بهداشت حرفه ای است که نقش موثری در ایجاد محیط های کاری سالم و ایمن و ارتقای سلامت شاغلین دارد.

### تاریخچه بهداشت حرفه ای در ایران :

شروع فعالیتهای رسمی در زمینه ایمنی و بهداشت کار در ایران به سال ۱۳۲۵ هم زمان با تشکیل وزارت کار و امور اجتماعی و تدوین قانون کار بر می گردد. در سال ۱۳۳۷ قانون مزبور با اصلاحات و تغییراتی بصورت قانون به تصویب رسید که در این قانون وظایف مربوط به ایمنی و بهداشت کار بعهده اداره کل بازرسی کار محول گردیده بود.

این وضعیت تا قبل از سال ۱۳۶۲ ادامه داشت تا اینکه پس از تشکیل جلسات متعدد کارشناسان و جلب نظر وزارت کار و امور اجتماعی و وزارت بهداری وقت و پیشنهاد و تصویب نامه مورخه ۱۳۶۲/۱۰/۳ هیئت دولت و به منظور جلوگیری از دوباره کاری و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات برای حفظ و بالا بردن سلامت شاغلین، مسائل بهداشتی محیط کار و کارگران به وزارت بهداری محول گردید و برای انجام این وظیفه، ابتدا واحدی تحت عنوان واحد بهداشت حرفه ای در دفتر کل خدمات بهداشتی ویژه تاسیس و سپس به اداره کل بهداشت حرفه ای تغییر نام یافت. اداره کل بهداشت حرفه ای در آن زمان مسئولیت حفظ و ارتقاء سطح سلامت نیروهای شاغل کشور در حرف مختلف را عهده دار گردید تا اینکه با تصویب قانون کار جدید در تاریخ آبانماه سال ۱۳۶۹ و به استناد ماده ۸۵ این قانون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عهده دار نظارت بر مسائل بهداشتی درمانی کارگران و محیط کار و همچنین وزارت کار و امور اجتماعی عهده دار نظارت بر ایمنی و حفاظت فنی کارگران گردید.

در حال حاضر مسئولیت نظارت و اجرای برنامه ها و طرح های بهداشت حرفه ای در کشور بعهده مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی میباشد و در مدیریت های سلامت محیط و کار معاونتهای بهداشتی گروه سلامت کار مسئولیت نظارت بر اجرای طرح ها و برنامه های بهداشت حرفه ای را برعهده دارد.

در شبکه های بهداشت و درمان شهرستانهای تابعه در حال حاضر تعداد ۴۴ نفر بازرس بهداشت کار رسمی و طرح و قراردادی و شرکتی مشغول به فعالیت می باشند.

### اهداف بهداشت حرفه ای :

کمیته مشترک کارشناسان (WHO) و (ILO) در سال ۱۹۵۳ هدف های بهداشت حرفه ای را این چنین بیان کرده اند:

- ۱- تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی کارکنان همه مشاغل
- ۲- پیش گیری از بروز بیماریها و حوادث ناشی از کار
- ۳- انتخاب کارگر یا کارمند برای محیط و شغلی که از نظر جسمانی و روانی توانایی انجام آن را دارد یا به طور اختصار تطبیق کار با انسان (ارگونومی)





## برنامه های بهداشت حرفه ای:

- ۱- برنامه پایش، ارزشیابی و نظارت بر عملکرد بهداشت حرفه ای
- ۲- برنامه تشدید بازرسی های بهداشت حرفه ای
- ۳- برنامه رسیدگی به مصدومین حوادث ناشی از کار جهت دریافت خدمات درمانی
- ۴- برنامه روز جهانی ایمنی و بهداشت حرفه ای
- ۵- برنامه مشاغل سخت و زیان آور
- ۶- برنامه سلامت، ایمنی و بهداشت عوامل اجرایی پسماندها
- ۷- برنامه بهداشت کشاورزی
- ۸- برنامه بهداشت حرفه ای بیمارستان ها
- ۹- برنامه بهداشت قالببافان
- ۱۰- برنامه بهداشت پرتو کاران
- ۱۱- برنامه بهداشت حرفه ای معدن کاران
- ۱۲- برنامه نظارت بر تشکیلات بهداشت حرفه ای
- ۱۳- برنامه بهداشت حرفه ای زندانیان
- ۱۴- برنامه بازرسی هدفمند بهداشت حرفه ای از کارگاه ها
- ۱۵- برنامه توسعه خدمات بهداشت حرفه ای ارائه شده توسط شرکت های خصوصی دارای مجوز
- ۱۶- برنامه توسعه آزمایشگاه های بهداشت حرفه ای جهت کنترل کیفیت خدمات ارائه شده از طریق شرکت ها
- ۱۷- برنامه ارگونومی محیط های کار
- ۱۸- برنامه کنترل عوامل شیمیایی محیط کار
- ۱۹- برنامه مدیریت حوادث شیمیایی و برجسب گذاری
- ۲۰- برنامه مقابله با صدا در محیط کار
- ۲۱- برنامه ساماندهی روشنایی در محیط کار
- ۲۲- برنامه مدیریت پرونده پزشکی سلامت شغلی



### جدول مقایسه ای شاخص های بهداشت محیط استان

مقادیر شاخص ها استان خراسان جنوبی												نام شاخص
۹۶	۹۵	۹۴	۹۳	۹۲	۹۱	۹۰	۸۹	۸۸	۸۷	۸۶	۸۵	
۹۶.۸۰	۹۶.۸	۹۷.۲۳	۹۶.۸	۹۶.۸	۹۶.۸	۹۶.۸	۹۶.۴	۹۶.۲	۹۵.۶	۸۸.۶	۸۳.۷۹	درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند.
۸۷.۲۸	۸۶.۵۸	۸۵.۴۸	۸۰.۹	۶۹.۰	۶۷.۰	۶۳.۸	-	-	-	-	-	درصد خانوارهای روستایی که فاضلاب را به روش های بهداشتی دفع می کنند.
۹۰.۹۶	۹۰.۴۴	۸۹.۰۰	۸۸.۰	۸۴.۱	۸۲.۲	۸۰.۲۷	۸۰	۷۹.۲	۷۳	۷۵.۱	۷۳.۲	درصد خانوارهای روستایی که از توالت بهداشتی برخوردارند.
۹۲.۱۸	۹۰.۵۸	۸۸.۷۷	۸۲.۷	۷۶.۶۴	۷۵.۶	۷۴.۶	۷۵.۳	۷۲.۸	۷۵.۹	۷۶.۵	۷۲	درصد خانوارهای روستایی که زباله را به روش های بهداشتی جمع آوری و دفع می کنند.
۹۱.۷۸	۹۲.۲۰	۹۱.۳۰	۸۹.۰	۹۴.۳۳	۹۳	۹۲.۵	۹۲.۷	۹۱.۳	۹۱.۴	۹۰	۸۹.۶۵	درصد خانوارهای روستایی که فضولات حیوانی را به روش بهداشتی جمع آوری و دفع می کنند.
۹۳.۱۷	۹۳.۷۴	۸۹.۰۵	۹۰.۹	۸۹.۹۴	۸۷.۳	۸۳.۱۲	۸۴.۱	۸۳.۲	۸۱.۲	۸۰.۶	-	درصد کارکنان مراکز و اماکنی که دارای کارت معاینه پزشکی معتبر هستند.
۹۲.۹۵	۹۲.۱۲	۸۹.۹۱	۸۸.۹	۸۹.۱۳	۸۷.۶۱	۸۱.۱۳	۸۱.۲	۸۱.۴	۷۹.۳	۷۸.۵	-	
۳۰.۴۷	۶۳.۷۷	۹۸.۸۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	درصد نمونه های نان دارای حد مجاز نمک
۴۲.۴۱	۵۴.۲۳	۹۵.۱۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
۸۷.۵۰	۷۶.۹۲	۷۷.۸۸	۸۸.۸	-	-	-	-	-	-	-	-	درصد بیمارستان هایی که مدیریت پسماند در آنها مطلوب می باشد
۶۸.۷۵	۶۹.۵۳	۶۶.۶۶	۵۵.۵	-	-	-	-	-	-	-	-	درصد بیمارستان هایی که مدیریت فاضلاب آنها مطلوب می باشد.
۸۱.۲۵	۶۹.۵۳	۶۶.۶۶	۵۵.۵	-	-	-	-	-	-	-	-	درصد بیمارستان هایی که وضعیت آشپزخانه و غذاخوری آنها از نظر بهداشت محیط مطلوب می باشد.
۹۳.۷۵	۹۲.۳۰	۷۷.۷۷	۶۶.۷	-	-	-	-	-	-	-	-	درصد بیمارستان هایی که وضعیت بخش های آنها از نظر بهداشت محیط مطلوب می باشد
۸۰.۲۰	۷۹.۱۶	۸۷.۲۶	۷۴.۱	-	-	-	-	-	-	-	-	درصد واحد های بهداشتی درمانی که از نظر بهداشت محیط دارای شرایط مطلوب هستند.
۸۳.۴۲	۸۱.۵۰	۷۸.۸۴	۷۹.۲	-	-	-	-	-	-	-	-	
۵۰.۷۲	۳۱.۰۰	۱۵.۲۶	۱.۵	-	-	-	-	-	-	-	-	میزان شکایت های مردمی بهداشت محیط و حرفه ای در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۹۶.۷۲	۹۹.۰۲	۹۶.۷۸	۹۶.۷	-	-	-	-	-	-	-	-	در صد روزهایی از سال که طبق تعریف کیفیت هوای پاک و سالم دارند



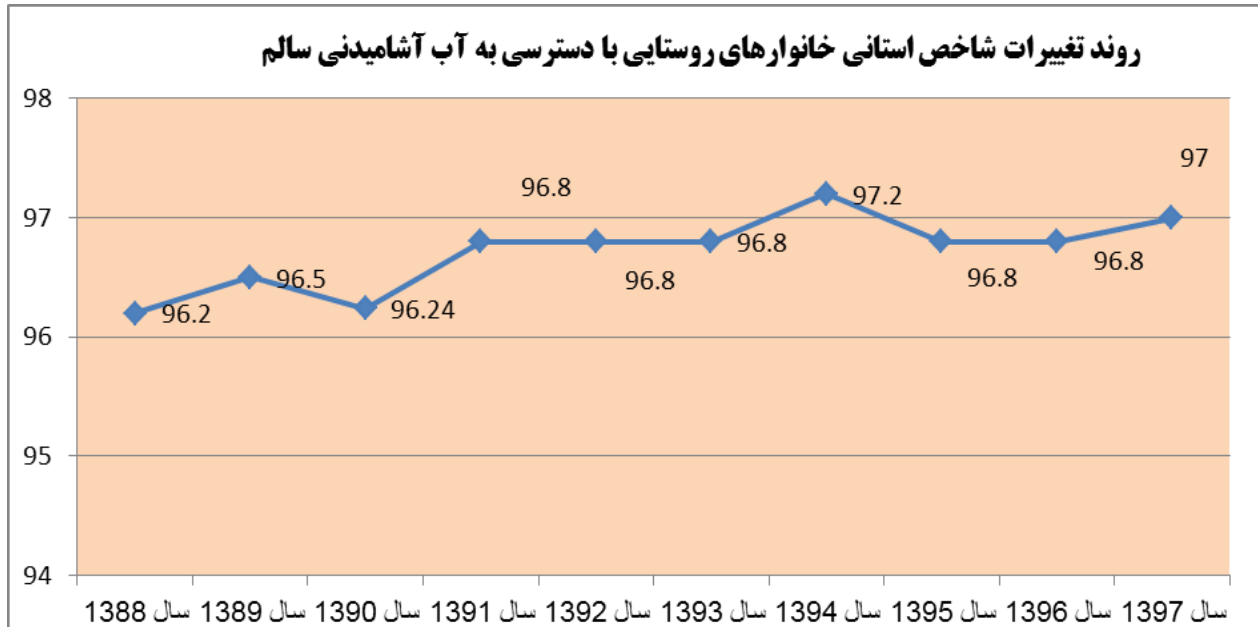
ردیف	عنوان شاخص	سال						
		۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴	۹۵	۹۶
۱	درصد کارگاه های بازرسی شده	۸۴	۸۰	۷۹	۷۶	۷۴	۵۷.۵	۸۳
۲	درصد شاغلین معاینه شده	۴۶	۴۴.۶	۵۲	۵۰.۳	۴۳	۲۹	۳۴
۳	درصد شاغلین بهره مند از خدمات اندازه گیری و کنترل عوامل زیان آور	-	-	-	-	۵۰.۴	۳۸.۹	۵۲
۴	درصد کارگاه های دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای	۲۵	۳۱.۴	۳۵	۴۳.۹	۴۰	۵۵.۷	۶۴
۵	درصد شاغلین در مواجهه با صدای زیان آور	۱۹	۲۴	۲۲	۱۸.۱	۲۵.۵	۲۷.۲	۲۷
۶	درصد شاغلین در مواجهه با عوامل شیمیایی زیان آور	-	-	-	-	۵۳.۸	۶۱	۵۵
۷	درصد شاغلین دارای ایستگاه کارنامناسب و وضعیت نامناسب بدن در حین کار	۴۶	۶۹	۵۳	۵۶.۲	۴۹.۵	۵۴.۷	۴۹

• برنامه بهداشت آب و فاضلاب :

شاخص خانوارهای روستایی با دسترسی به آب آشامیدنی سالم:

شاخص خانوارهای روستایی با دسترسی به آب آشامیدنی سالم یکی از مهمترین شاخص های کیفیت زندگی سالم و از شاخص های مورد بررسی در (WHO) است.

منظور از این شاخص دسترسی به آب سالم از طریق شبکه عمومی یا منابع بهسازی به میزان حداقل بیست لیتر به ازای هر نفر در روز با حداکثر ۳۰ دقیقه پیاده روی (رفت و برگشت یا حداکثر در محدوده یک کیلومتری از محل سکونت دارند) می باشد. منظور از دسترسی به شبکه عمومی آب نیز، تعداد خانوارهایی که به شبکه آب آشامیدنی از طریق لوله کشی به صورت انشعابات خصوصی در منازل و یا شیر برداشت عمومی متصل به شبکه لوله کشی با حداقل نیم ساعت پیاده روی دسترسی دارند می باشد.

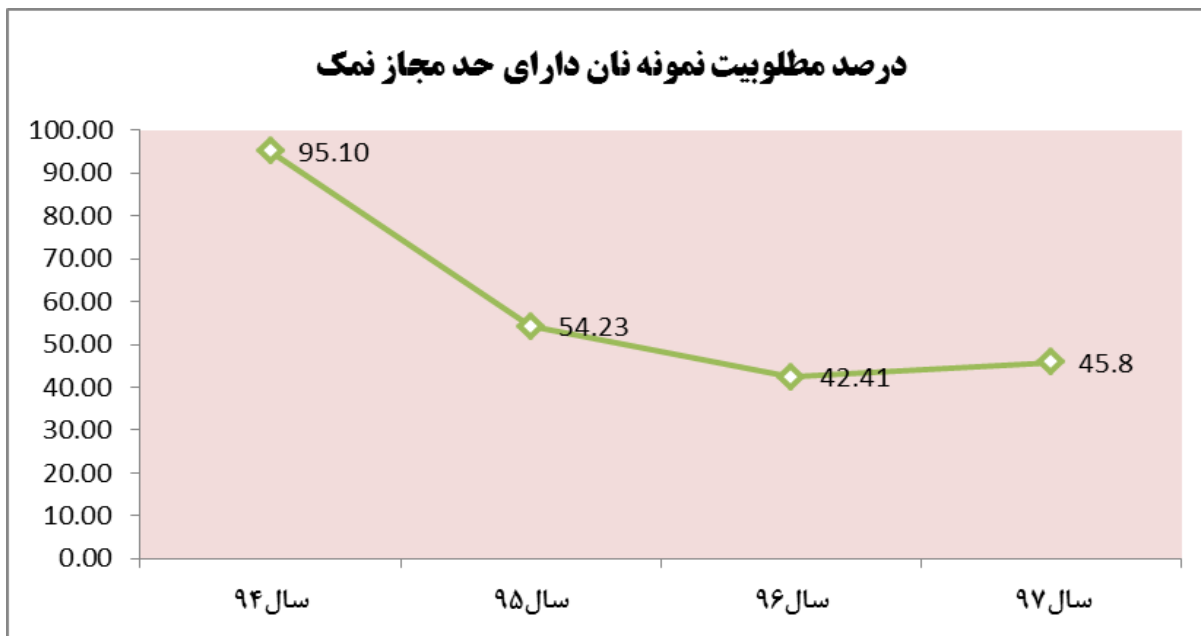


**تحلیل:** بر اساس آخرین اطلاعات و آمار موجود در سطح استان خانوارهای روستایی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی دسترسی داشته اند از ۸۳.۷۹ درصد در سال ۱۳۸۷ به ۹۶.۸ درصد در پایان سال ۱۳۹۶ رسیده است. بررسی روند تغییرات شاخص نشان می دهد شاخص تا سال ۱۳۹۲ روند افزایشی مطلوبی داشته است اما طی سالهای ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ علیرغم احداث شبکه آبرسانی در برخی مناطق روستای شاخص مذکور به دلایل مختلف از جمله: خشکسالی و کمبود منابع آبی ( که باعث شده بسیاری از روستاها با وجود داشتن شبکه آب شرب با تانکر آبرسانی گردند) روند تغییرات شاخص ثابت می باشد.

لازم به توضیح است که وظیفه وزارت بهداشت، نظارت و کنترل کیفی آب شرب است که این پایش در راستای کمک به سالم سازی آب شرب بوده که از وظایف ذاتی شرکت های آب و فاضلاب روستایی است و مسئولیت افزایش یا کاهش این شاخص بر عهده شرکت مذکور می باشد.

شاخص میزان درصد نمونه های نان دارای حد مجاز نمک:

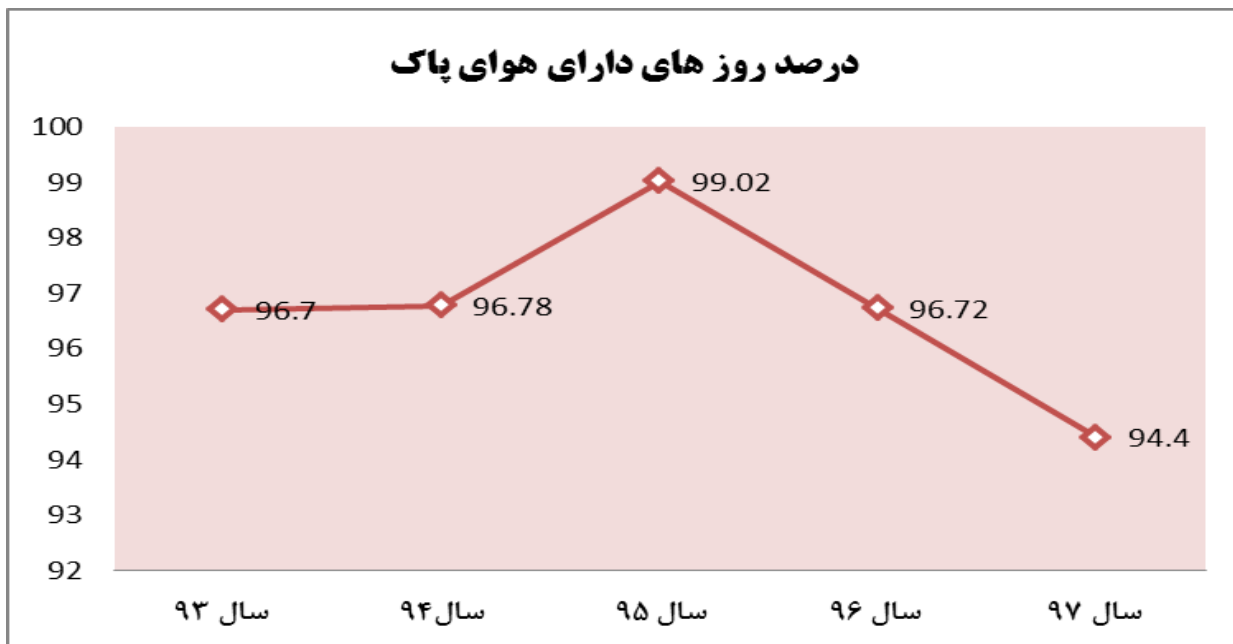
میزان نمک مصرفی در پخت انواع نان در گذشته ۲.۳ درصد بود و با کارهای انجام گرفته در سال ۹۳ به ۱.۸ درصد رسیده و در سال ۹۵ نیز این روند بر اساس مصوبه کار گروه شورای سلامت کشور و اعلام سازمان ملی استاندارد در میزان نمک مصرفی انواع نان بازنگری شد و به یک درصد کاهش یافت یکی از دلایل مهم اجرای این برنامه افزایش فشار خون در جامعه و مصرف بالای نمک مصرفی در غذای روزانه افراد است و این برنامه می تواند به کنترل مصرف نمک و کاهش فشار خون کمک کند.



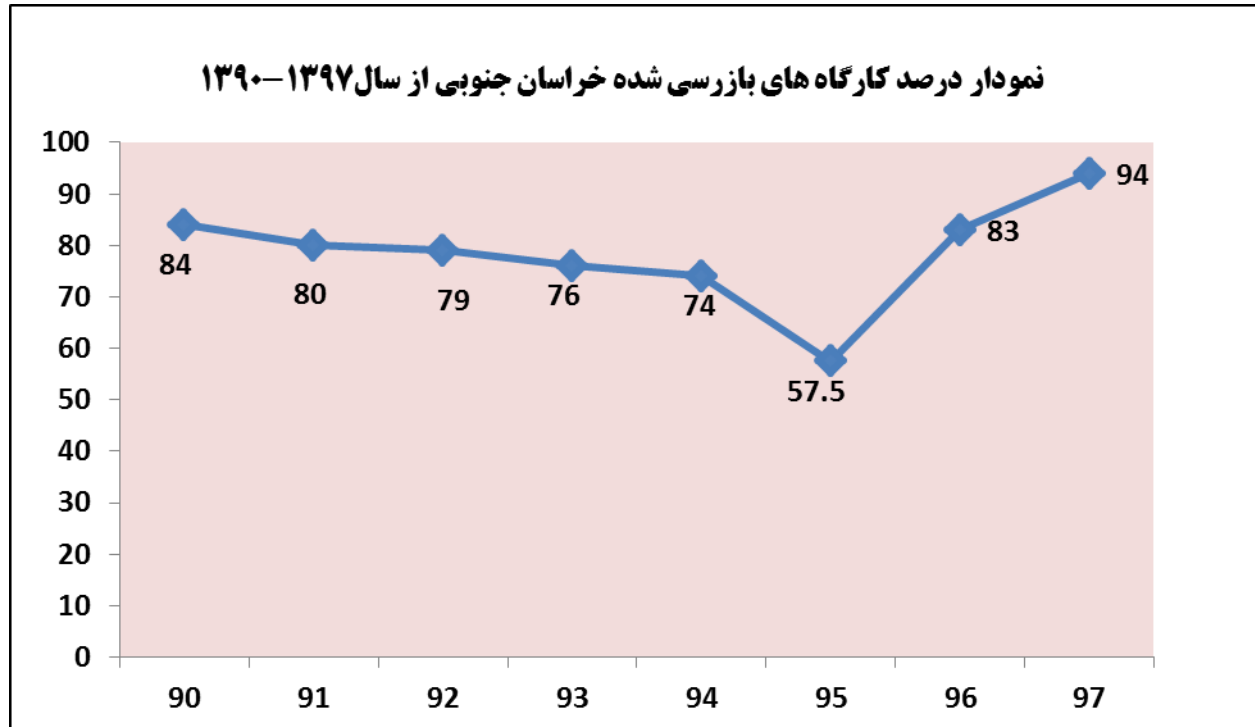
**تحلیل:** میزان شاخص درصد نمونه های نان دارای حد مجاز نمک شهری و روستایی به دلیل تغییر مقدار استاندارد نمک مصرفی در نان ابلاغی از مرکز سلامت محیط و کار، کاهش قابل توجهی داشت سعی بر آن شده است با آموزش، افزایش نمونه برداری ها، جلسات برون بخشی و برخورد قضایی با متخلفین شاخص مذکور ارتقاء یابد.

#### • برنامه الودگی هوا

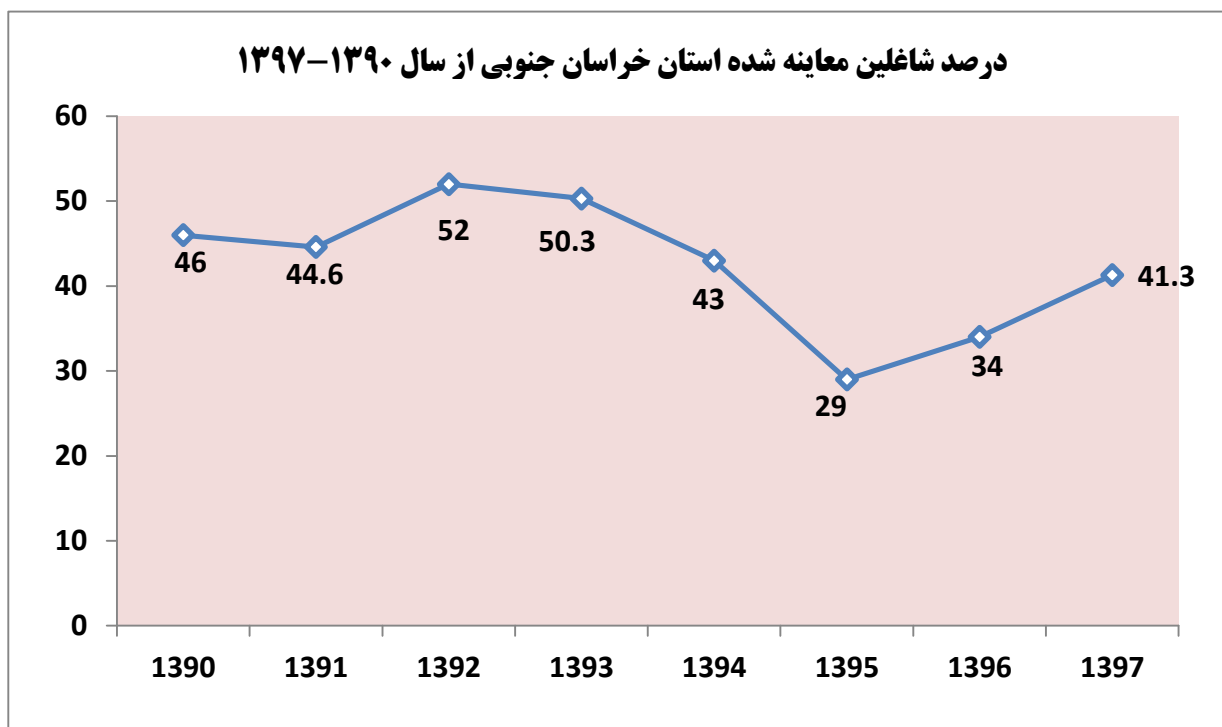
هدف برنامه، بررسی اثرات کمی و کیفی آلودگی هوا ناشی از منابع مختلف آلاینده هوا بر سلامت گروههای مختلف سنی می باشد که در این راستا این مدیریت با گرد آوری اطلاعات مرتبط با آلاینده های هوای آزاد، موارد مرگ و میر و فوریتهای پزشکی مرتبط با آن برای بیماریهای هدف و در نهایت آنالیز وضعیت موجود، شاخص درصد روزهایی از سال که طبق تعریف، هوای پاک و سالم دارند را محاسبه و دستورالعمل های مرتبط با سطوح مختلف را برای حفظ سلامت شهروندان ارایه می نماید.



**تحلیل:** درصد روزهای هوای پاک شهر بیرجند از سال ۹۳ لغایت ۹۵ بر اساس گزارشات واصله از ایستگاه سنجش آلاینده های هوای آزاد اداره کل حفاظت محیط زیست استان مطابق روند نمودار فوق می باشد که در سال ۹۷ به دلیل ریزگردها درصد روزهای پاک روند کاهشی داشته که در این خصوص با آموزش از طریق رسانه ها و برگزاری جلسات آموزشی برای گروههای هدف و تهیه و تحویل وسایل حفاظت فردی به همکاران مرتبط پیگیری لازم صورت گرفته است.

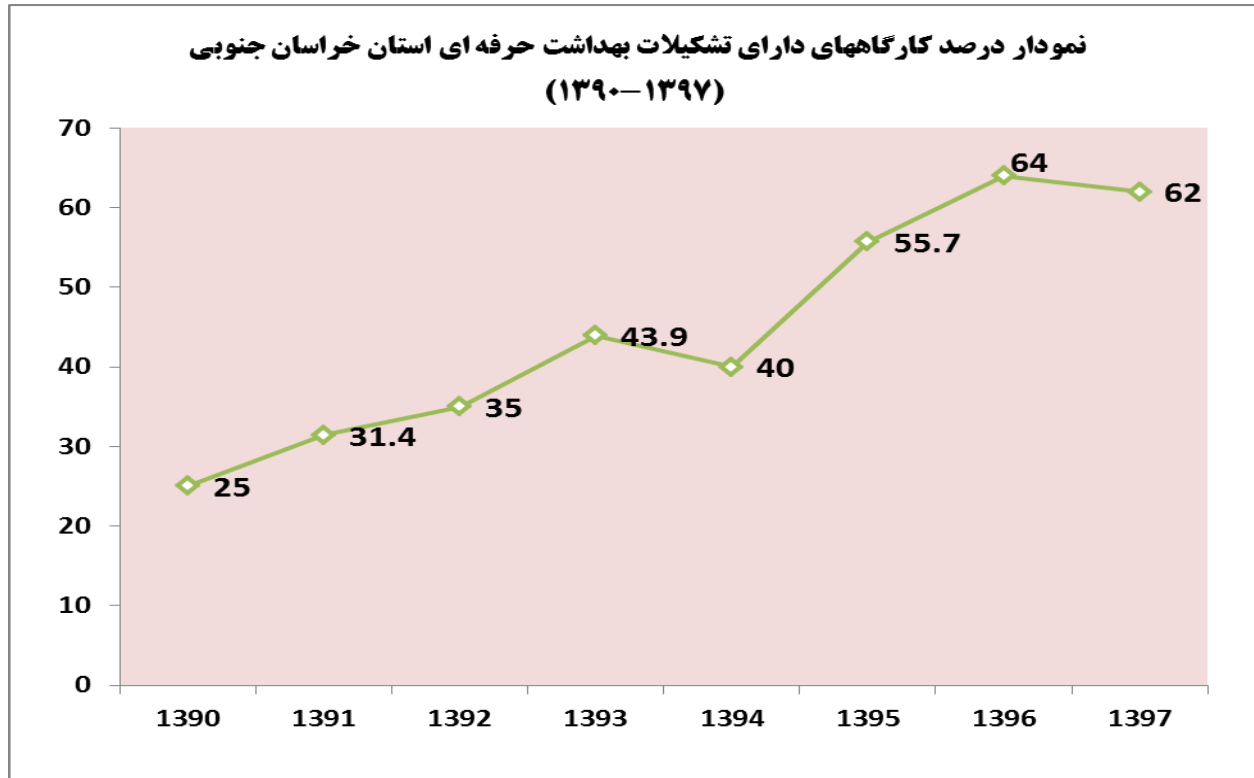


**تحلیل:** با توجه به اینکه تا سال ۹۴ آمار فعالیتها به صورت کاغذی و دستی محاسبه می گردیده ولی از سال ۱۳۹۵ به بعد آمار فعالیت های بهداشت حرفه ای از طریق سامانه جامع بازرسی و بر اساس اطلاعات ثبت شده توسط بازرسان بهداشت حرفه ای استخراج می گردد، شاهد افت این شاخص تا سال ۹۵ بوده ایم ولی از سال ۹۵ به بعد به علت تعریف کلیه کارگاهها و بازرسی در سامانه جامع بازرسی شاخص ها به مقادیر واقعی و صحیح خود رسیده است.



**تحلیل:** از سال ۹۵ به بعد به دلیل الزام کارفرمایان به انجام معاینات صرفاً توسط پزشکان دارای مجوز از معاونت بهداشتی و همچنین عدم ثبت تعدادی از معاینات انجام شده در سامانه جامع بازرسی و محاسبه شاخص توسط سامانه افت محسوس در شاخص درصد شاغلین معاینه شده رخ داده است.





**تحلیل:** این نمودار که نشان دهنده درصد کارگاههای دارای مسئول بهداشت حرفه ای و تشکیلات بهداشت حرفه ای (ایستگاه بهگر، خانه بهداشت کارگری و مرکز بهداشت کار) می باشد. با پیگیری ها و نظارتهای انجام شده از سال ۱۳۹۰ تا سال ۹۶ ارتقا پیدا کرده ولی در سال ۹۷ بعلت وضعیت اقتصادی نامناسب تعدادی از واحدهای تولیدی اندکی کاهش یافته است. ضمنا مقدار شاخص کشوری در سال ۱۳۹۶، ۴۳ درصد می باشد.



## گروه آموزش و ارتقای سلامت:

رسالت گروه آموزش و ارتقای سلامت رسیدن به جامعه‌ای توسعه یافته است که در آن مردم بتوانند با قدرت، امید، آگاهی، مهارت و صلاحیت کافی به صورت فردی، گروهی و جمعی، نیازهای سلامت خود، خانواده، همسالان و جامعه را تعیین و اولویت‌بندی کنند و برای برآوردن نیازهای در اولویت‌شان، برنامه‌ریزی و اقدام نمایند تا با رعایت سبک زندگی سالم، خودمراقبتی، همیاری متقابل و مشارکت جمعی، سلامت، ایمنی، نشاط و بهره‌وری خود، خانواده، همسالان و جامعه و جهانی را که در آن زندگی می‌کنند، کنترل و ارتقا دهند چرا که با توجه به گذار بیماری‌ها از واگیر به غیر واگیر و حرکت از درمان قطعی بیماری‌ها به مراقبت مادام العمر، نقش مردم در مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی‌های جزئی، مدیریت بیماری‌های مزمن و حاد روز به روز در حال افزایش است به گونه‌ای که طبق برآوردها ۶۵ تا ۸۵ درصد تمام مراقبت‌ها از نوع خودمراقبتی است. «خودمراقبتی» شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند، بیماری‌های مزمن خود را مدیریت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان، حفاظت کنند. حیطه‌های خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح سبک زندگی، پیشگیری از بیماری، خود ارزیابی، حفظ سلامت، مشارکت در درمان و توان بخشی است.

برنامه های گروه آموزش و ارتقای سلامت که از سال ۱۳۹۵ با رویکرد خودمراقبتی اجرا می گردد شامل موارد زیر است:

۱. اجرای برنامه خود مراقبتی در جامعه، محل های کار، مدارس، جوامع محلی و گروههای داوطلب در قالب برنامه خودمراقبتی فردی، اجتماعی، سازمانی و گروههای خودیار.
۲. ارتقای کیفیت خدمات آموزش از طریق آموزش و توانمند سازی کارکنان، نیازسنجی، سامانه ارزیابی رسانه های سلامت (ارس) و...
۳. توانمند سازی کارکنان بهداشتی و کارشناسان آموزش سلامت در زمینه مباحث آموزش و ارتقای سلامت بر اساس نیازسنجی انجام شده
۴. افزایش تعداد محیط های حامی سلامت در جامعه
۵. نیازسنجی و اولویت بندی مشکلات سلامت هر ۲ سال یک بار و تدوین برنامه های مداخله ای جهت رفع این مشکلات
۶. ساماندهی و ارتقاء کیفیت رسانه های تولید شده
۷. تجهیز مراکز و خانه های بهداشت به امکانات آموزشی با توجه به امکانات موجود
۸. مدیریت برنامه جامع آموزش همگانی سلامت

این گروه با چارت سازمانی یک مدیر گروه و سه کارشناس در حال حاضر با دو نیروی شاغل در حال فعالیت بوده و در سطح شهرستان ها نیز بطور عمده توسط نیروهایی با چند پیشه اداره می گردد.

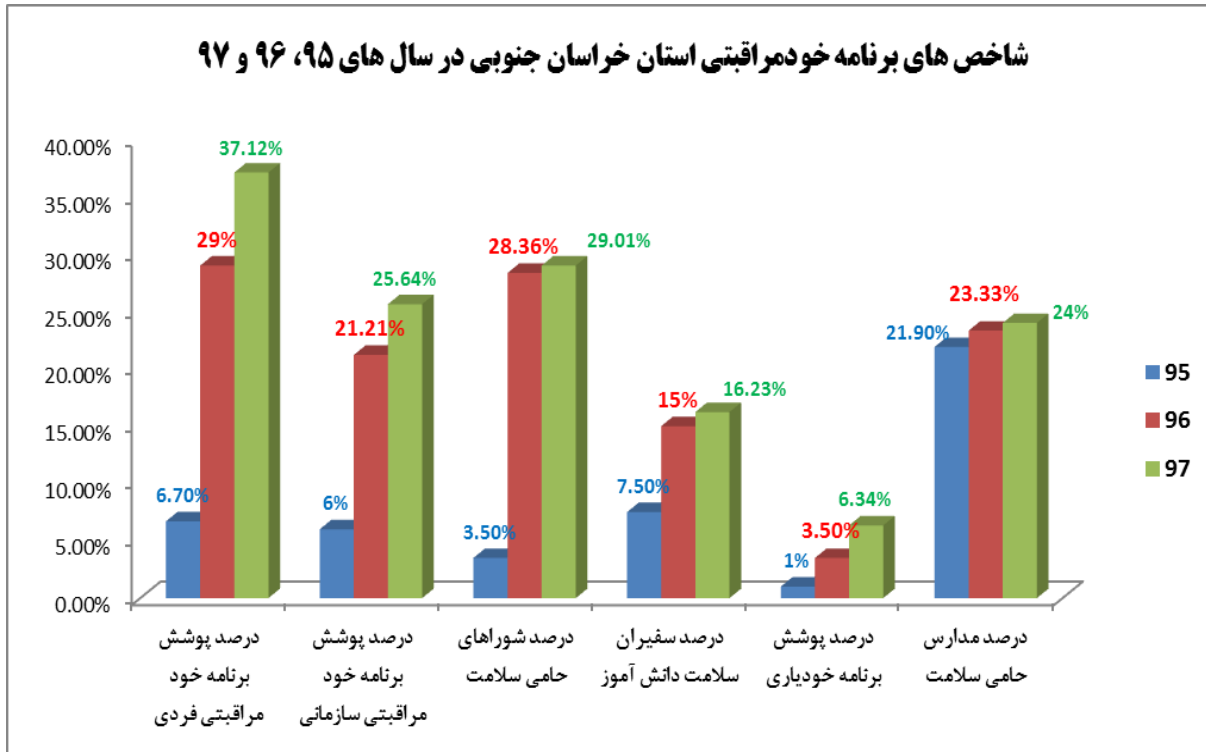


## شرح وظایف گروه آموزش و ارتقای سلامت در سطح معاونت بهداشتی

۱. برنامه‌ریزی عملیاتی برای اجرای سالانه برنامه ملی خودمراقبتی در سطح دانشگاه
۲. برنامه‌ریزی برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت (تحلیل وضعیت موجود، دسته‌بندی مخاطبین، تعیین اهداف، تعیین استراتژی مناسب، تدوین خلاصه پیام، تعیین کانال‌های مناسب، تدابیر مدیریتی و ارزیابی)
۳. برنامه‌ریزی آموزش همگانی طبق برنامه برقراری ارتباط استراتژیک
۴. اقدام برای جلب حمایت (شامل مکاتبات، جلسه، تفاهم‌نامه، عقد قرارداد، هماهنگی درون و برون بخش، اطلاع‌رسانی همگانی و ...) به منظور اجرای برنامه خودمراقبتی فردی، سازمانی، اجتماعی و خودیاری در سطح دانشگاه
۵. شرکت در دوره‌های آموزشی برنامه ملی خودمراقبتی و ارزشیابی رسانه و مداخلات آموزش سلامت
۶. توانمندسازی کارشناسان آموزش سلامت تحت پوشش و سایر کارکنان بهداشتی برای اجرای برنامه عملیاتی خودمراقبتی در سطح دانشگاه
۷. پشتیبانی خدمات کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت تحت پوشش (شامل تامین بودجه مورد نیاز، تهیه و توزیع ابزارهای خودمراقبتی) برای اجرای برنامه ملی خودمراقبتی در سطح دانشگاه
۸. ارزشیابی عملکرد سازمان‌ها و شوراهای حامی سلامت منطقه تحت پوشش طبق چک لیست خودمراقبتی سازمانی / شوراها سالانه
۹. برگزاری جلسات دو ماهانه با کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت تحت پوشش
۱۰. بازدید از مراکز تابعه بر اساس جدول پیش بینی شده
۱۱. برنامه‌ریزی برای اجرای کمپین آموزشی
۱۲. مدیریت سامانه ارس (مدیریت شامل ایجاد شناسنامه و ارزیابی داخلی در هر یک از چهار مرحله پیش رسانه/ مداخله، پیش آزمون، اجرا و ارزشیابی و نظارت بر رسانه ها و مداخلات ثبت شده توسط شهرستان‌های تابعه)
۱۳. تشکیل کمیته ساماندهی رسانه
۱۴. نظارت بر ثبت اقدامات انجام شده در پورتال ملی خودمراقبتی
۱۵. ارزشیابی اقدامات انجام شده در برنامه ملی خودمراقبتی در سطح دانشگاه (بررسی شاخص‌های برنامه طبق پنل مدیریت اطلاعات سلامت)
۱۶. ارزیابی عملکرد کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت تحت پوشش
۱۷. مستندسازی اقدامات انجام شده شماره ۱ تا ۱۵
۱۸. اجرای برنامه‌های ابلاغ شده از سطوح بالاتر



شاخص های عملیاتی گروه آموزش و ارتقاء سلامت				
ردیف	عنوان شاخص	سال		
		۹۷	۹۶	۹۵
۱	تعداد سفیران سلامت	۴۲۶۹۷	۲۷۲۶۸	۱۱۴۲۶
۲	تعداد خانوارهای دارای سفیر	۸۱۲۴۶	۶۴۹۸۸	۱۳۹۶۳
۳	درصد پوشش برنامه خود مراقبتی فردی	% ۳۷/۱۲	% ۲۹	% ۶۰/۷۰
۴	تعداد سازمان های حامی سلامت	۴۹۲	۴۳۷	۳۵
۵	درصد پوشش برنامه خود مراقبتی سازمانی	% ۲۵/۶۴	% ۲۱/۲۱	% ۶
۶	تعداد شورا های حامی سلامت	۳۷۹	۲۵۹	۴۷
۷	درصد شورا های حامی سلامت	% ۲۹/۰۱	% ۲۸/۳۶	% ۳/۵۰
۸	تعداد سفیران سلامت دانش آموز	۱۶۶۱۲	۵۶۶۹	۱۷۱۰
۹	درصد سفیران سلامت دانش آموز	% ۱۶/۲۳	% ۱۵	% ۷/۵۰
۱۰	تعداد گروه خودیار	۱۳۶۸	۸۹۴	۲۴۹
۱۱	تعداد اعضای گروه خودیار	۷۱۴۱	۷۹۶۳	۲۲۰۹
۱۲	درصد پوشش برنامه خودیاری	% ۶/۳۴	% ۳/۵۰	% ۱
۱۳	تعداد سفیران جوان	۲۵۴۲	۲۴۹۳	۱۲۳۵
۱۴	درصد مدارس حامی سلامت	% ۲۴	% ۲۳/۳۳	% ۲۱/۹۰



**تحلیل:** برنامه های خودمراقبتی در سال ۱۳۹۵ و به عنوان پنجمین برنامه طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت آغاز شده و تا سال ۱۳۹۷ ادامه داشته است. شاخص های این برنامه در تمام حوزه ها روند صعودی داشته است که البته این روند در سال ۱۳۹۷ با توجه به انتقال گروه آموزش سلامت به حوزه معاونت اجتماعی دانشگاه و تغییرات و تحولات موجود در این حوزه کمی کند شده است.



## گروه بهبود تغذیه جامعه:

تغذیه صحیح و متعادل نه تنها پدیده رشد را میسر می سازد و به تندرستی و طول عمر می انجامد، بلکه با تاثیر بر روی اعصاب و روان سبب رشد فکری و نمو نیروهای روانی می گردد. از آنجا که یکی از اهداف PHC تلاش در جهت بهبود تغذیه جامعه می باشد از جمله بخش های طراحی شده در سیستم بهداشت گروه بهبود تغذیه جامعه می باشد که عمده فعالیت آن اجرای اقداماتی است که به بهبود تغذیه در سطح جامعه و خصوصا گروههای آسیب پذیر کمک می کند. این گروه در قالب یک شبکه همکار از سطح وزارت بهداشت تا مرکز بهداشت شهرستان گسترش دارد بطوریکه دفتر بهبود تغذیه جامعه در وزارت بهداشت وظیفه سیاست گذاری کشوری در این خصوص را بر عهده داشته و این وظایف از طریق گروه بهبود تغذیه جامعه مرکز بهداشت استان به سطح مراکز بهداشت شهرستانها انتقال می یابد. کلیه امور مربوط به بهبود تغذیه جامعه در سطح استان، اجرای برنامه های آموزشی، حمایتی تغذیه ای، نظارت بر ارائه خدمات در مراکز مشاوره و خدمات تغذیه ای در مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت و ... از عمده وظایف این گروه است. در حال حاضر 3 نفر در گروه بهبود تغذیه جامعه فعالیت می نمایند.

### اهداف و برنامه ها:

#### 1- ثابت نگهداشتن میزان چاقی

- 1-1. پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودکان سنین مدرسه ایرانی (ایران اکو)
- 1-2. پیشگیری و مراقبت تغذیه ای در اضافه وزن و چاقی کودکان زیر 5 سال
- 1-3. بهبود وضعیت تغذیه کودکان در مهدهای کودک
- 1-4. پایگاه تغذیه سالم مدارس
- 1-5. بهبود وضعیت تغذیه جوانان
- 1-6. بهبود وضعیت تغذیه میانسالان
- 1-7. بهبود وضعیت تغذیه سالمندان

#### 2- افزایش پوشش مشاوره تغذیه در جمعیت تحت پوشش به میزان 5٪

- 2-1. پیشگیری و مراقبت تغذیه ای بیماران مبتلا به سوء تغذیه، دیابت، پره دیابت، اضافه وزن، چاقی، دیس لیپیدمی، فشارخون بالا و آنمی مادران باردار در پایگاه ها و مراکز جامع سلامت

#### 3- افزایش بهره مندی عادلانه خانوارها از سبد مطلوب غذایی به میزان 10٪

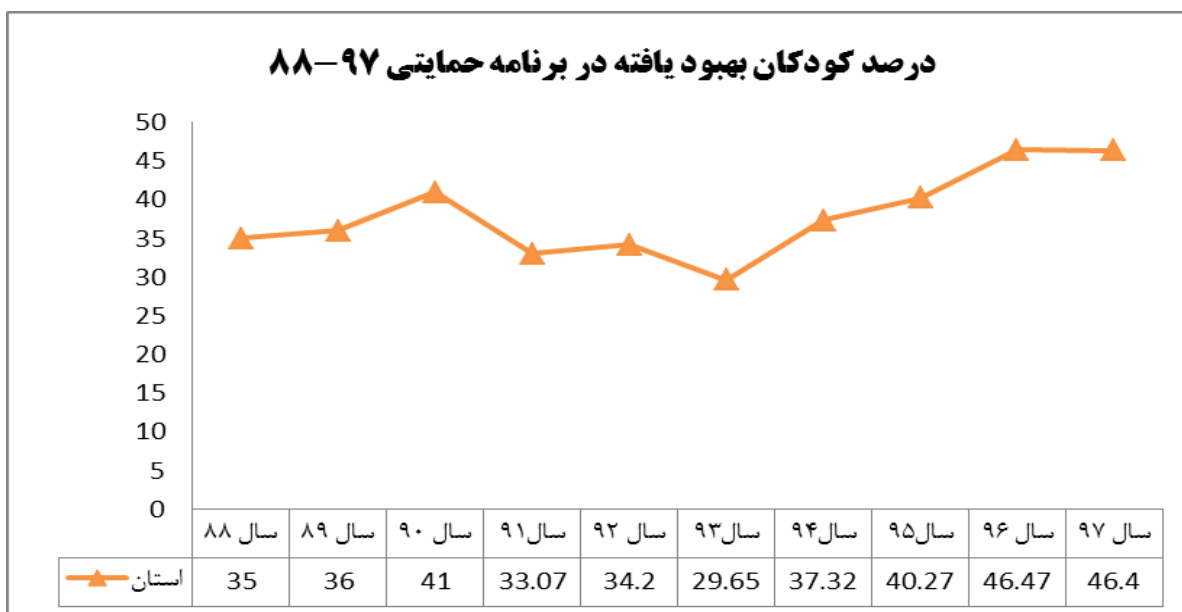
- 3-1. غنی سازی آرد با ویتامین D علاوه بر آهن واسید فولیک
- 3-2. مکمل یاری با ویتامین د در گروه های هدف
- 3-3. مکمل یاری با آهن در دانش آموزان
- 3-4. بهبود امنیت غذا و تغذیه در استان های کم برخوردار
- 3-5. ارتقاء مدیریت تغذیه در بحران
- 3-6. حمایت تغذیه ای کودکان زیر پنج سال مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند(سبد حمایتی)
- 3-7. ارتقاء سلامت تغذیه ای مادران باردار و حمایت تغذیه ای از مادران باردار مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند(سبد حمایتی)
- 4- حفظ و ارتقاء درصد دانش آموزان با میانه ید ادرار نرمال به میزان 3٪ وضعیت موجود



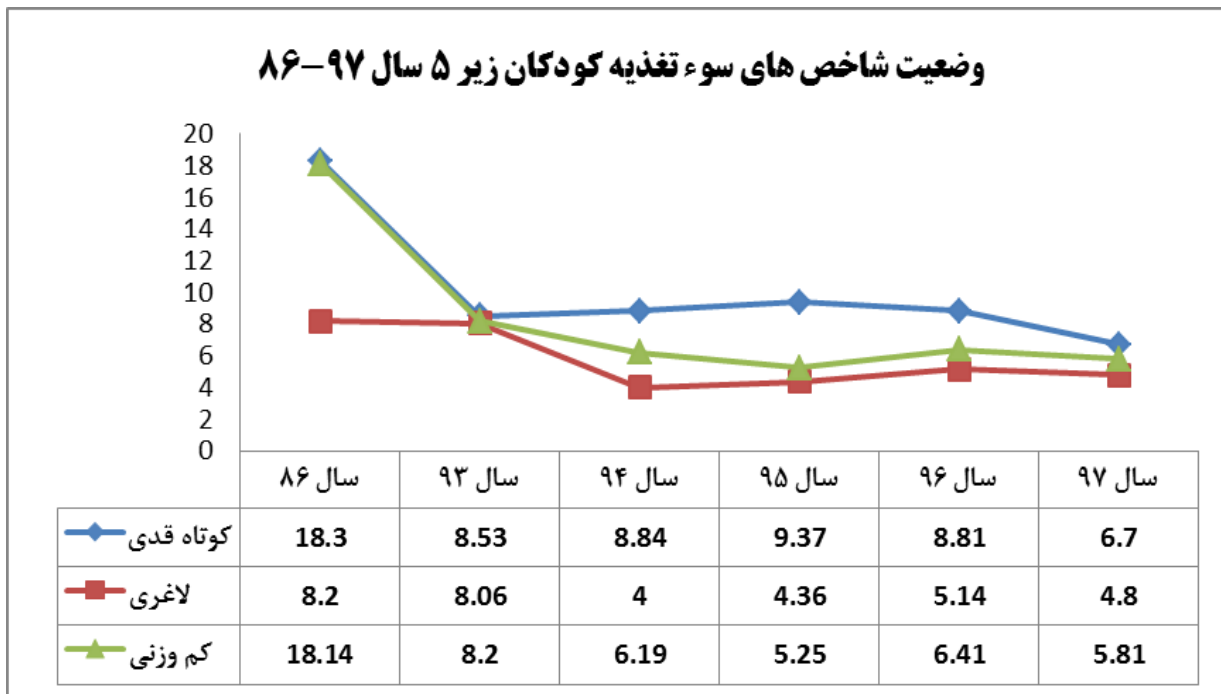
4-1. پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید

5- افزایش پوشش آموزش تغذیه ای جامعه به میزان ۵٪ سال گذشته

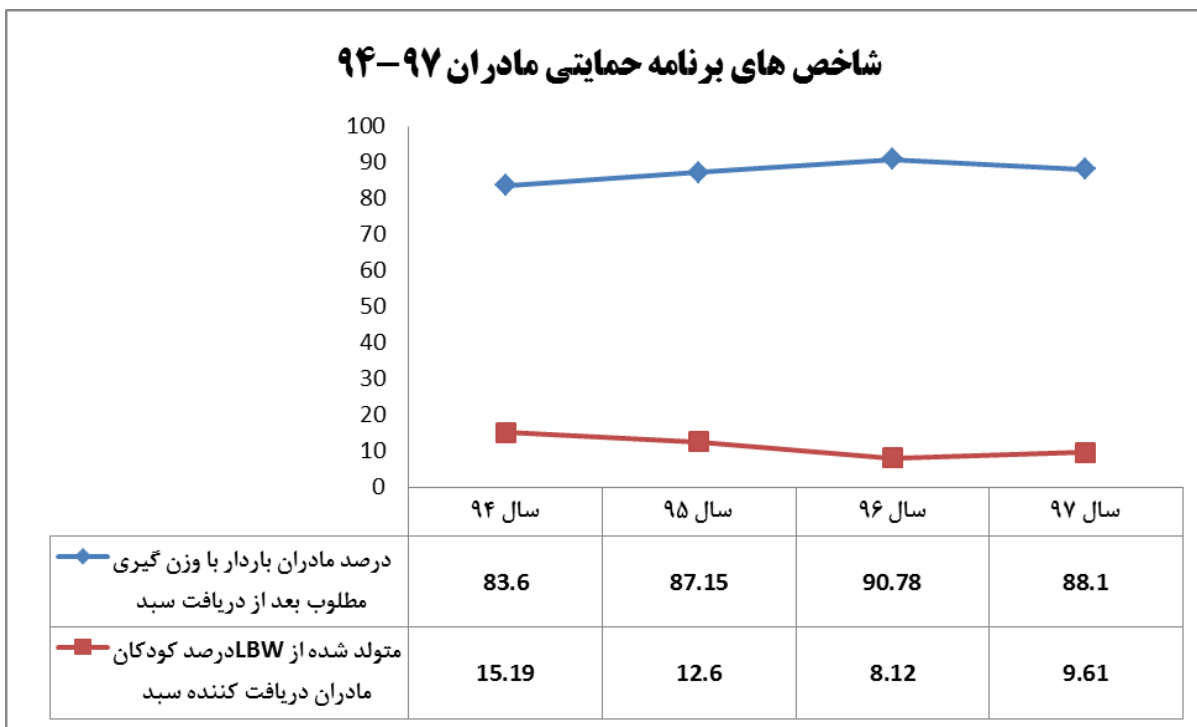
- 1-5. آموزش ارائه دهندگان خدمت در پایگاه ها و مراکز جامع سلامت در خصوص تغذیه
- 2-5. آموزش جامعه در خصوص تغذیه سالم (بسیج های آموزشی، مناسبت های ملی و ...)
- 3-5. توانمند سازی کارکنان بین بخشی در سازمان ها و ادارات دولتی در خصوص تغذیه سالم
- 4-5. توانمند سازی زنان عشایر و روستایی در خصوص تغذیه سالم



**تحلیل:** تغییر سهمیه شهرستان ها، عدم توزیع منظم و ماهانه سبد های غذایی توسط کمیته امداد امام خمینی (ره) به دلیل تخصیص نیافتن به هنگام اعتبارات، کم بودن سرانه هر کودک به خصوص سال ۹۱-۹۲ سبب کاهش شاخص ها گردید. با برگزاری کمیته های استانی و شهرستانی برنامه در سال ۹۴ و بررسی مشکلات و راهکار های ممکن، افزایش سرانه کودک، منظم شدن توزیع سبد های غذایی (بویژه در ۶ ماهه دوم سال ۹۴) برگزاری منظم جلسات آموزشی و تاکید بر الزام شرکت مادران در جلسات جهت دریافت سبد غذایی، توزیع کتاب نیاز های غذایی شیرخواران، دستور تهیه غذای کمکی، تغذیه تکمیلی ویژه مادران به صورت رایگان بین مادران دارای کودک اختلال رشد و کتاب آشپزی آسان برای کودک و توزیع آن بین واحد های تابعه، توزیع پمفلت های تغذیه کودکان نقش بسزایی در بهبود شاخص کودکان بهبود یافته تا کنون داشته است.



**تحلیل:** کوتاه قدی، کم وزنی و لاغری در استان روند کاهشی داشته است.

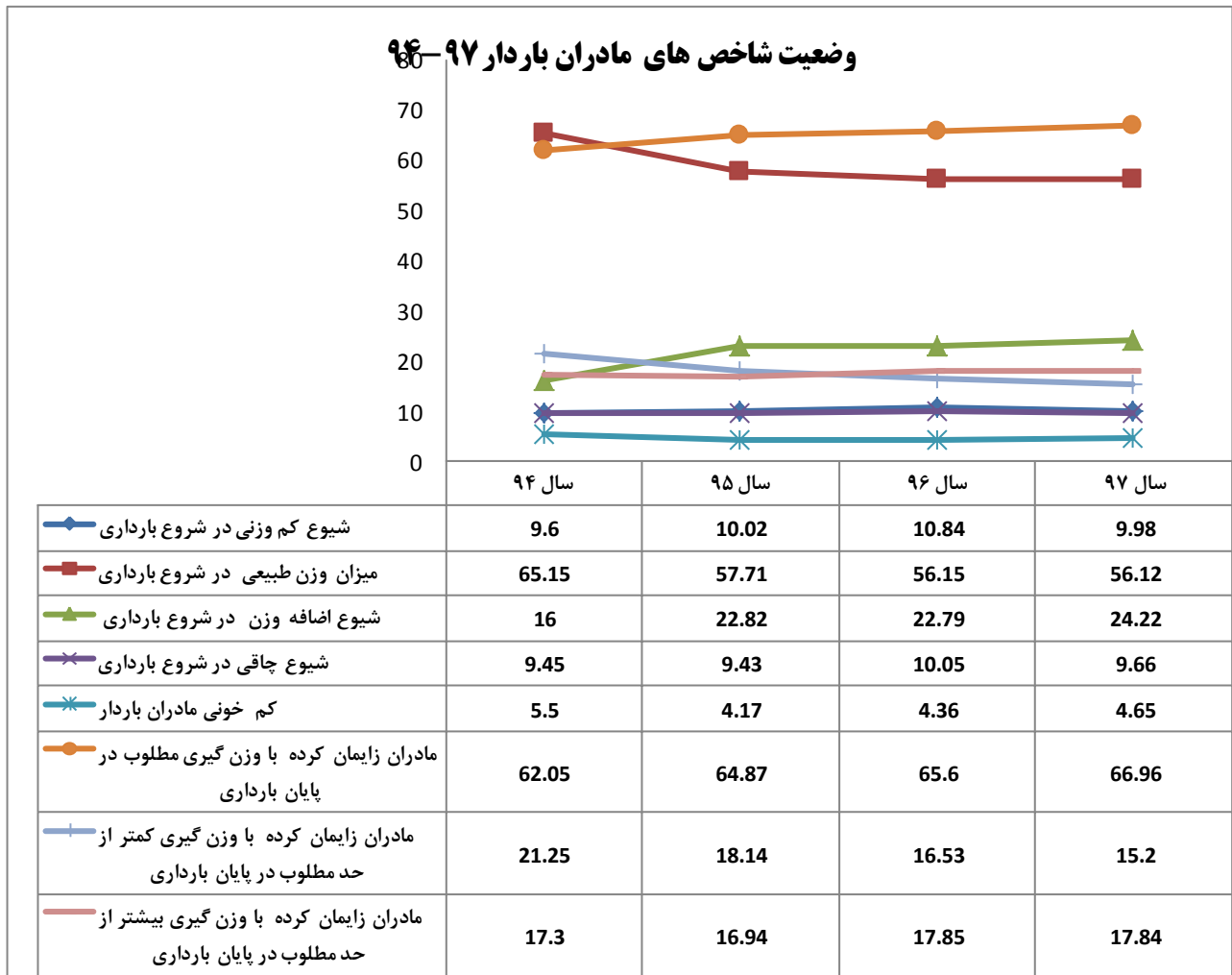




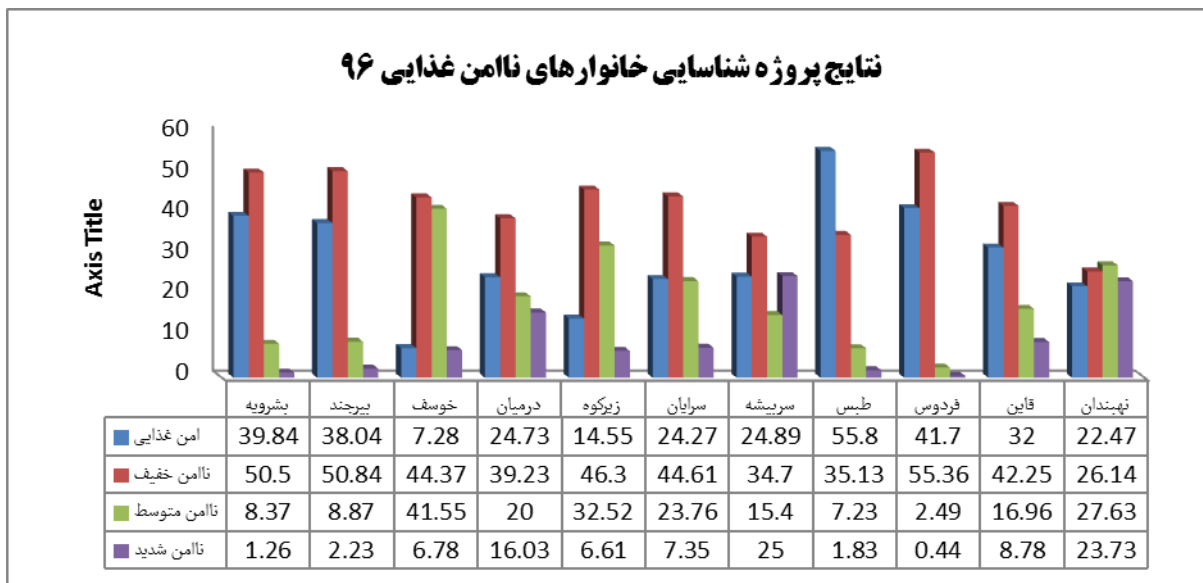
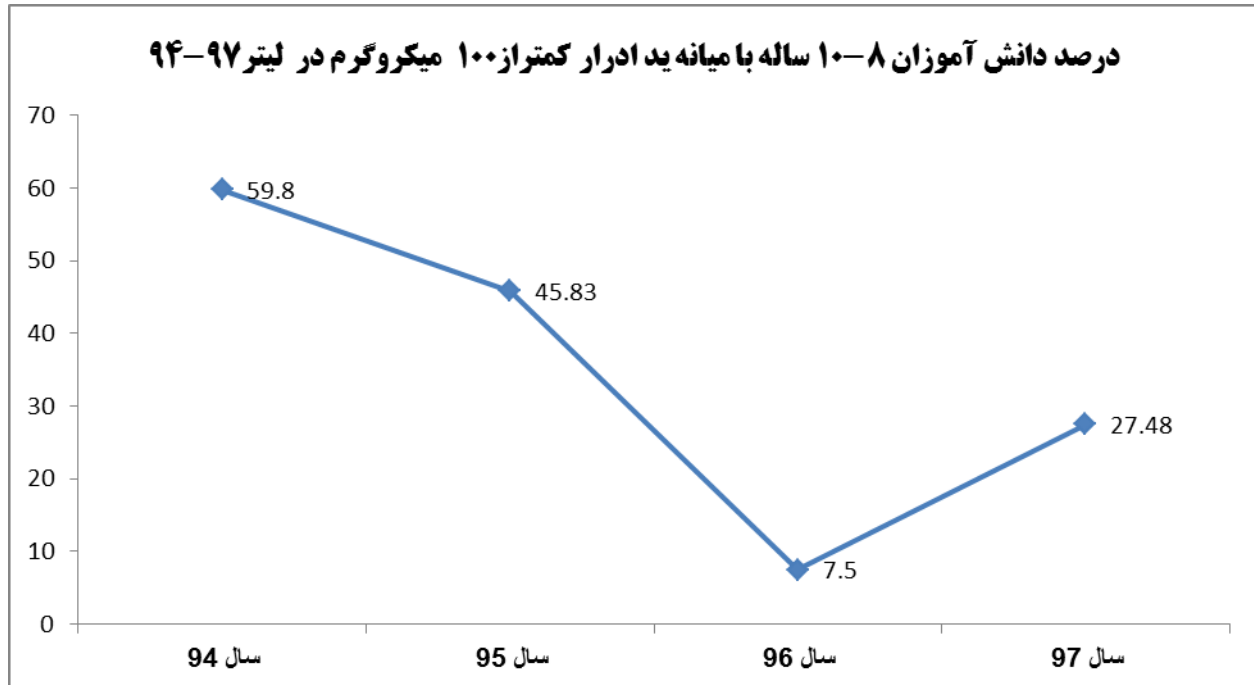


**تحلیل:** شاخص درصد مادران باردار با وزن گیری مطلوب بعد از دریافت سبد در استان در سال ۹۷ کاهش یافته است. این کاهش مربوط به شهرستان های سریشه، درمیان، فردوس، سراپان و بشرویه می باشد.

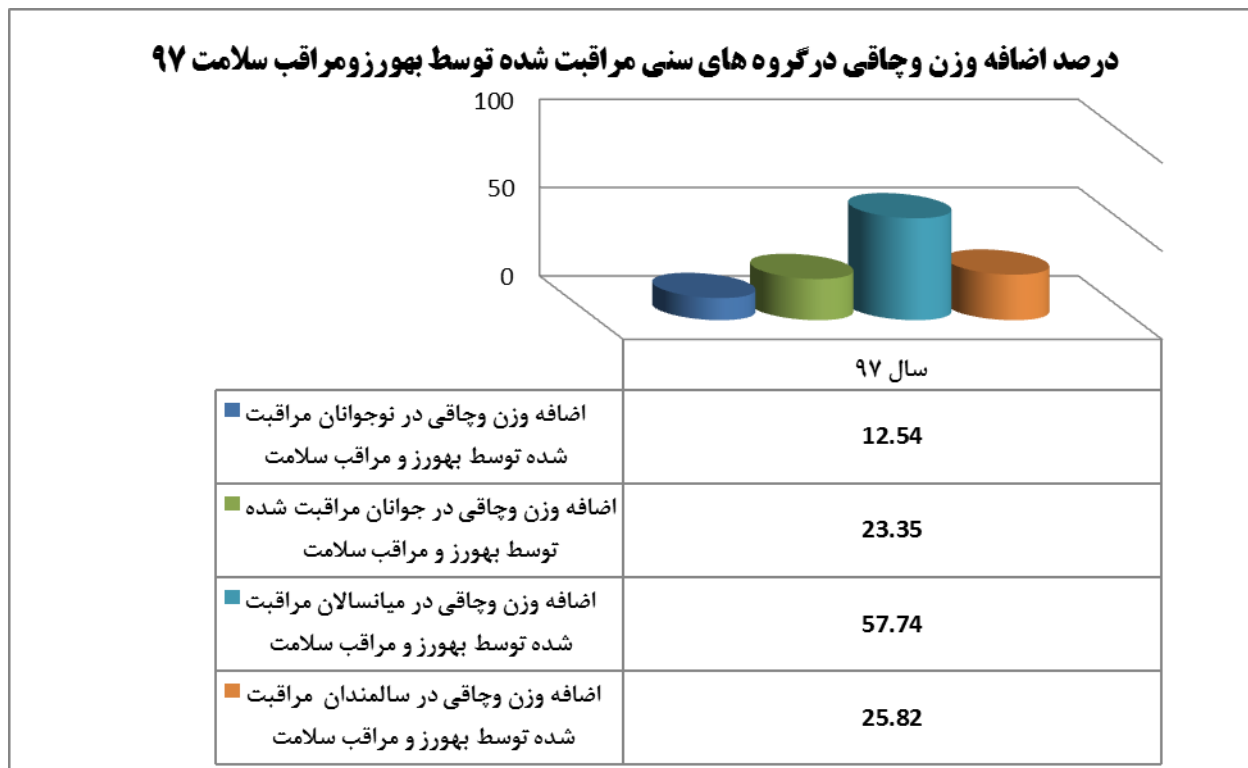
شاخص درصد کودکان متولد شده با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم از مادران دریافت کننده سبد در سال ۹۷ افزایش یافته است که در شهرستان های فردوس، نهبندان، سریشه، قاین، طبس نیازمند مداخله می باشد.



**تحلیل:** کم وزنی و چاقی در شروع بارداری در استان کاهش داشته است. اضافه وزن در شروع بارداری در استان افزایش داشته است که بیشتر مربوط به شهرستان های طبس، فردوس، زیرکوه و خوسف می شود است که نیازمند توجه بیشتر به مشاوره تغذیه و آموزش زنان قبل از بارداری می باشد. درصد مادران باردار با هموگلوبین کمتر از ۱۱ در استان افزایش داشته است و این افزایش مربوط به شهرستان های زیرکوه، سریشه و درمیان می باشد. لذا طرح بررسی وضعیت کم خونی در مادران باردار در استان در حال اجرا می باشد. شاخص وزن گیری بیشتر و کمتر از حد مطلوب در طی بارداری در استان کاهش داشته است.



**تحلیل:** تعیین وضعیت امنیت غذا و تغذیه به تفکیک شهرستان های تابعه و شناسایی خانوار های ناامن غذایی با استفاده از پرسشنامه امنیت غذایی خانوار (FIAS) (Household Food Insecurity Access Scale) با همکاری استان گلستان در سال ۹۶ با تکمیل ۱۱۳۹۵ پرسشنامه در استان انجام شد  
در این بررسی شهرستان های سربیشه-نهبندان و درمیان در طبقه بندی ناامن شدید قرار گرفتند.



**تحلیل:** اضافه وزن و چاقی در استان در میانسالان نسبت به سایر گروه های سنی بالاتر می باشد. اضافه وزن و چاقی در کلیه گروه های سنی در شهرستان های طبس، بشرویه، فردوس و بیرجند نسبت به سایر شهرستان ها بیشترین افزایش دارد.



## گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد:

**سلامت روان** به معنا و مفهوم تامین، حفظ و ارتقای سلامت روان فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلاء به بیماری های اعصاب و روان، درمان مناسب بیماری های عصبی، روانی و توان بخشی بیماران روانی است. بر اساس نتایج حاصله از آخرین پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۹۰) شیوع اختلالات روان در کشور ۲۳.۶ درصد است و این پیمایش نشان داده است که ۲۶.۵ درصد زنان و ۲۰.۸ درصد مردان جامعه ما مبتلا به اختلالات روانپزشکی می باشند. سازمان جهانی بهداشت نیز اعلام کرده است که بیماری های روان مسئول ۱۴ درصد بار بیماری ها و ۳۳ درصد سالهای از دست رفته عمر با ناتوانی در جهان می باشند. همچنین بیماران روانی در فعالیت های مفید اجتماعی و اقتصادی مشارکت داده نمی شوند و حقوق آنها نادیده گرفته می شود و فرصت های تحصیلی و شغلی برای آنان فراهم نمی گردد. آنها قربانی سبب رفتارهای جسمی و جنسی بوده و بیشتر از سایر افراد دچار مرگ زودرس می گردند. انگ بیماری روانی و تبعیض موجب کاهش اعتماد به نفس، انگیزه و امید در این بیماران بوده و این مشکلات موجب طرد شدن آنان و ایجاد مشکلات سلامت روانی جدی برای فرد، جامعه و خانواده می گردد. در حال حاضر گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد با هدف تامین، حفظ و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی افراد جامعه فعالیت می نماید.

### وضعیت موجود پرسنلی گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

- از نظر وضعیت نیروی انسانی: ۱۵ کارشناس بهداشت روان (۱۲ کارشناس رسمی و ۳ کارشناس طرحی) در سطح ستادی استان و ۱۱ شهرستان تابعه و ۱۲ کارشناس بهداشت روان در مرکز خدمات جامع سلامت شهری در قالب طرح تحول مشغول ارائه خدمت می باشند.
- برای توانمند سازی پرسنل در سطوح محیطی از اول طرح تحول سلامت تاکنون ۲۸۶ ساعت کارگاه برای کارشناسان بهداشت روان، ۶۰ ساعت کارگاه برای پزشکان عمومی و ۱۴۰ ساعت کارگاه برای مراقبین سلامت و بهورزان برگزار شده است.

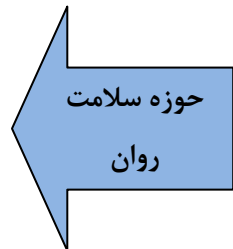
### اهم وظایف گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد :

- ۱- تهیه و تدوین برنامه جامع آموزشی و عملیاتی گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و نظارت بر واحدهای تابعه استان.
- ۲- جمع آوری، کنترل، تجزیه و تحلیل آمارهای فصلی برنامه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد استان.
- ۳- هماهنگی و جلب همکاری درون بخشی و برون بخشی.
- ۴- مشارکت در اجرای پروژه های تحقیقاتی سلامت روان استان.
- ۵- آموزش، راهنمایی و توجیه لازم کارشناسان مسول سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مراکز بهداشت شهرستانهای تابعه استان
- ۶- اجرا برنامه های آموزشی در حوزه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

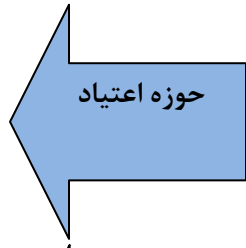


### برنامه های حوزه سلامت روان

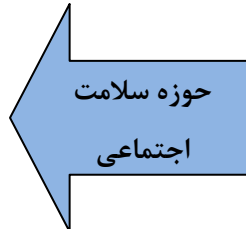
اختلالات شایع روانپزشکی، مهارتهای زندگی بزرگسالان (مدیریت خشم، استرس)، مهارتهای زندگی کودکان (۶ تا ۱۲ سال)، مهارت های فرزند پروری والدین کودکان ۲ تا ۱۲ سال، حمایت های روانی، اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی، خود مراقبتی سلامت روان، اجرای دستورالعمل برخورد با کودک و نوجوان



مهارتهای فرزند پروری نوجوان سالم، پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد و کاهش آسیب



پیشگیری از کودک آزاری، پیشگیری از همسر آزاری، مدل اجتماع محور سلامت



### شاخص های گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد سال ۹۲-۹۷

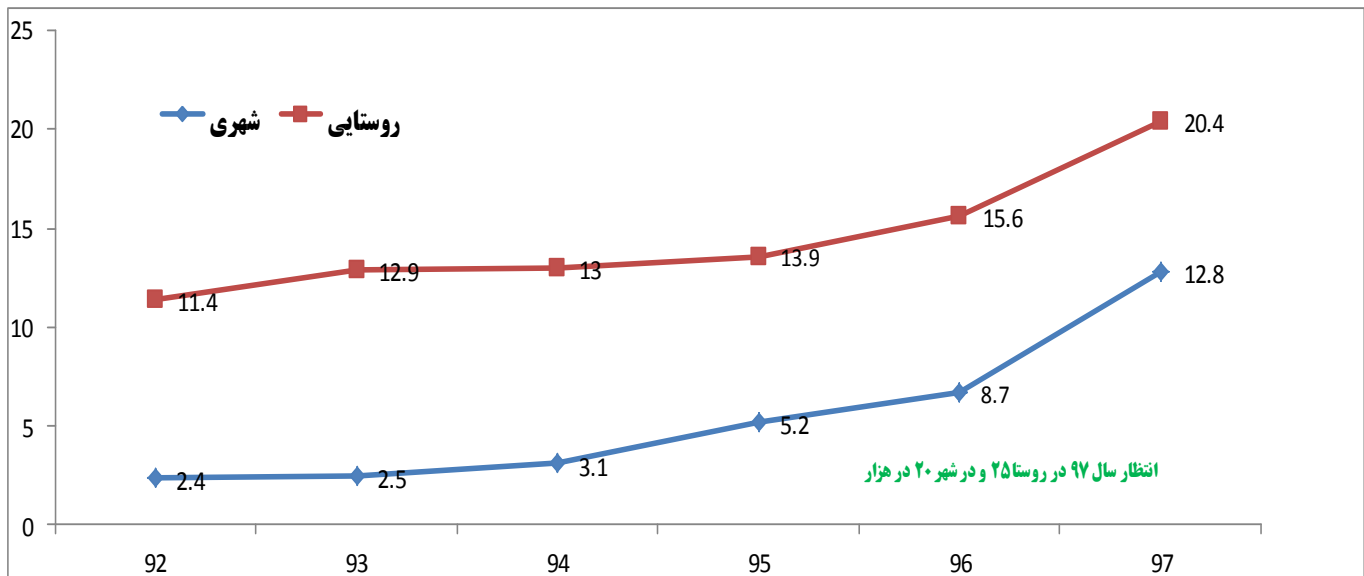
عنوان شاخص	۹۲	۹۳	۹۴	۹۵	۹۶	۹۷
درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت	-	-	-	۲۱.۳۷	۵۴.۵۳	۸۳.۳۹
درصد آموزش مهارتهای زندگی در گروه هدف	-	-	-	۱.۴۱	۴.۵	۴.۱
درصد آموزش مهارتهای فرزند پروری	-	-	-	۳.۸	۵.۱۷	۵.۴۶
میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت	۶۶.۴	۵۶	۶۰	۸۴	۹۷.۴	۱۱۹.۶
میزان خودکشی منجر به فوت در هر صد هزار نفر جمعیت	۳	۲.۹	۲.۱	۲.۲	۱.۴	۲.۳
میزان کل مراقبت بیماران تحت مراقبت در هزار نفر جمعیت شهری	۲.۴	۲.۵	۳.۱	۵.۲	۸.۷	۱۲.۸
میزان کل مراقبت بیماران تحت مراقبت در هزار نفر جمعیت روستایی	۱۱.۴	۱۲.۹	۱۳	۱۳.۹	۱۵.۶	۲۰.۴
میزان مربیان تربیت شده حمایت های روانی اجتماعی در بلایا به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	۰.۰۲	۰.۱۳	۰.۱۳	۰.۱۳	۰.۲۹	۰.۹۵



## تحلیل:

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت باید ۱۰۰٪ باشد که در حال حاضر ۸۳.۴٪ می باشد که انتظار می رود ۱۰۰٪ مراجعین از نظر سلامت روان مراقبت شوند.
- حد انتظار شاخص آموزش مهارت‌های زندگی و فرزند پروری ۵٪ است که میزان آموزش انجام شده در استان از سال شروع برنامه سیر صعودی دارد
- میزان اقدام به خودکشی بدلیل دقیق تر شدن سیستم ثبت مراقبت بالا رفته است. اما میزان خودکشی منجر به فوت در استان سیر نزولی دارد استان خراسان جنوب پایین ترین شاخص خودکشی در کشور را دارا می باشد.
- حد انتظار میزان بیماریابی و مراقبت اختلالات روانپزشکی ۷۰ در هزار نفر می باشد. این میزان در مناطق شهری ۱۲.۸ و در مناطق روستایی ۲۰.۴ در هزار نفر می باشد که با هدف فاصله دارد، اما سیر پیشرفت برنامه، صعودی می باشد
- میزان مورد انتظار شاخص مربی حمایت‌های روانی اجتماعی آموزش دیده در بلا یا ۱ در ۱۰۰۰۰ نفر می باشد که این شاخص نیز تقریباً به هدف رسیده است.

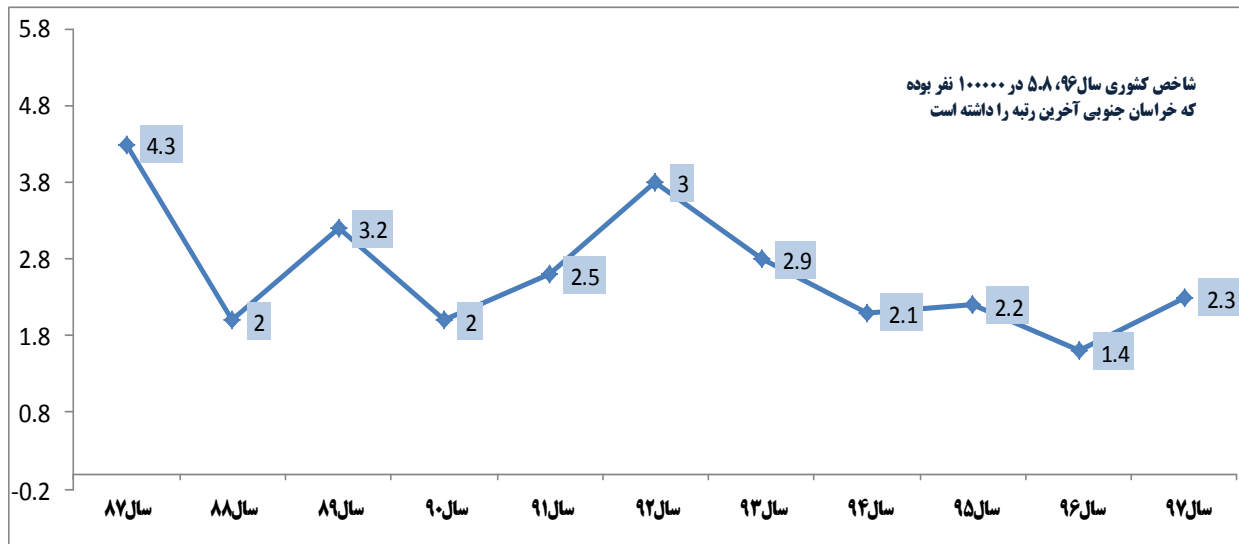
### نمودار مقایسه میزان بیماریابی اختلالات روانپزشکی استان خراسان جنوبی از سال ۹۲ لغایت ۹۷ به تفکیک شهری و روستایی



**تحلیل:** نمودار فوق نشان می دهد روند بیماریابی در مناطق روستایی و شهری سیرصعودی دارد بیماریابی در مناطق روستایی فعالتر از مناطق شهری است مراجعه افراد به بخش خصوصی یکی از دلایل پایین بودن مراجعه در بخش دولتی می باشد.

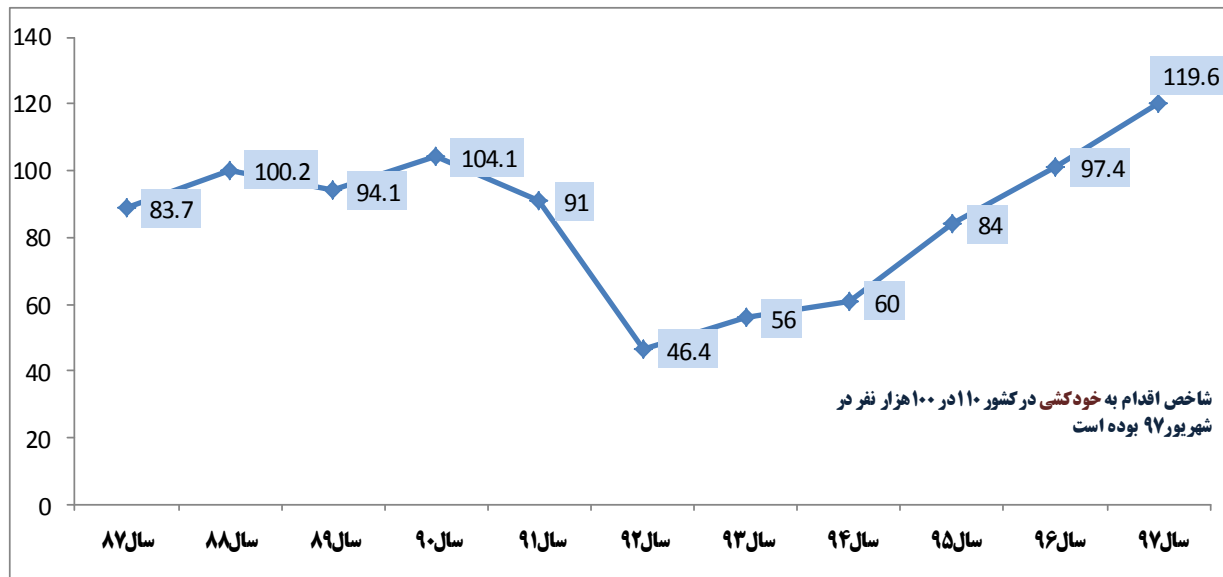


### نمودار مقایسه میزان خودکشی منجر به فوت در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت استان خراسان جنوبی از سال ۸۷ لغایت ۹۷



**تحلیل:** نمودار فوق نشان می دهد میزان خودکشی منجر به فوت در استان از سال ۷۸ تا کنون سیر نزولی داشته است استان خراسان جنوبی پایین ترین شاخص خودکشی منجر به فوت در کشور در سال ۹۶ را داشته است.

### نمودار مقایسه میزان اقدام به خودکشی در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت استان خراسان جنوبی از سال ۸۷ لغایت ۹۷



**تحلیل:** نمودار فوق نشان می دهد میزان اقدام به خودکشی در استان در سال های ۹۲ تا ۹۴ بعلت ضعف در گزارش دهی پایین بوده است اما با حساس سازی سیستم شبکه و بیمارستانها و ثبت دقیق وقایع در سالهای اخیر سیر صعودی دارد.



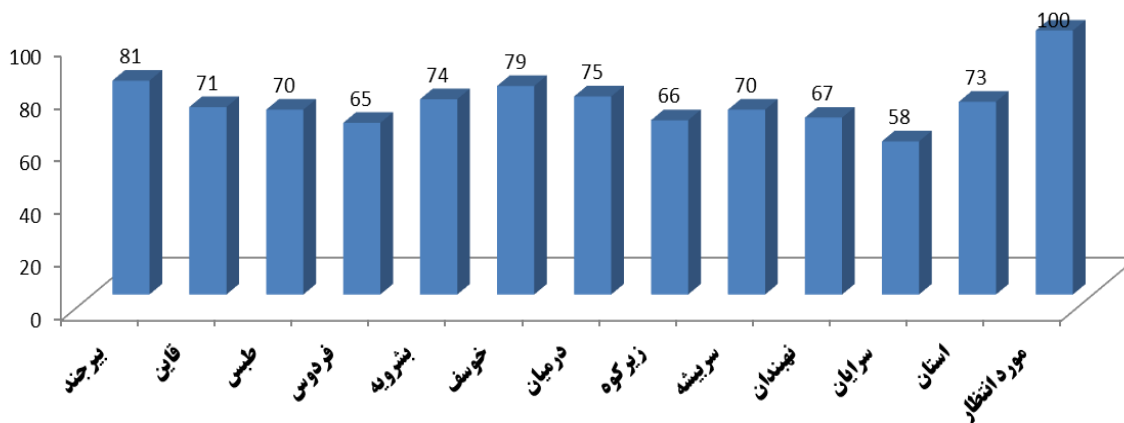
## برنامه های حوزه اعتیاد

### • برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات الکل و مواد

براساس آخرین آمار تأییدشده ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۰، شیوع اعتیاد (وابستگی) به مواد غیرقانونی در جمعیت سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، ۲/۶۵٪ معادل ۱/۳۲۵ میلیون نفر گزارش شد. در مطالعه ملی بار بیماری‌ها سال ۱۳۸۹، بار بیماری و عوامل خطر مصرف سیگار، مواد و الکل به ترتیب در جایگاه‌های پنجم، دهم و دوازدهم به لحاظ دخالت عوامل خطر در بار بیماری‌های کشور قرار گرفتند. مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۵ در مقایسه با سال ۱۹۹۰، روند افزایش بار بیماری‌های قابل-انتساب به مصرف مواد دخانی، الکل و مواد را نشان می‌دهد. این روند ضرورت توجه بیش از پیش به مداخلات اختلالات مصرف مواد را در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما را گوشزد می‌نماید. مطالعات جهانی نشان می‌دهد که در برنامه‌های پیشگیری اولیه از مصرف مواد حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به مصرف مواد تحت برنامه غربالگری باعث می‌شود از گرایش به مصرف و وابستگی به سیگار الکل و مواد در افراد جلوگیری شود. لذا هم اکنون این برنامه با هدف پوشش دهی خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در گروه سنی زیر ۶۰ سال و مادران باردار به شکل ادغام یافته در نظام مراقبت‌های اولیه در یک روند توسعه‌ای، با تلاش مستمر جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات و ظرفیت سازی مناسب در مراکز بهداشتی درمانی کل کشور در حال انجام است.

### نمودار درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال، که از نظر غربالگری اولیه درگیری با

اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل تا پایان سال ۹۷ مورد ارزیابی قرار گرفته اند.

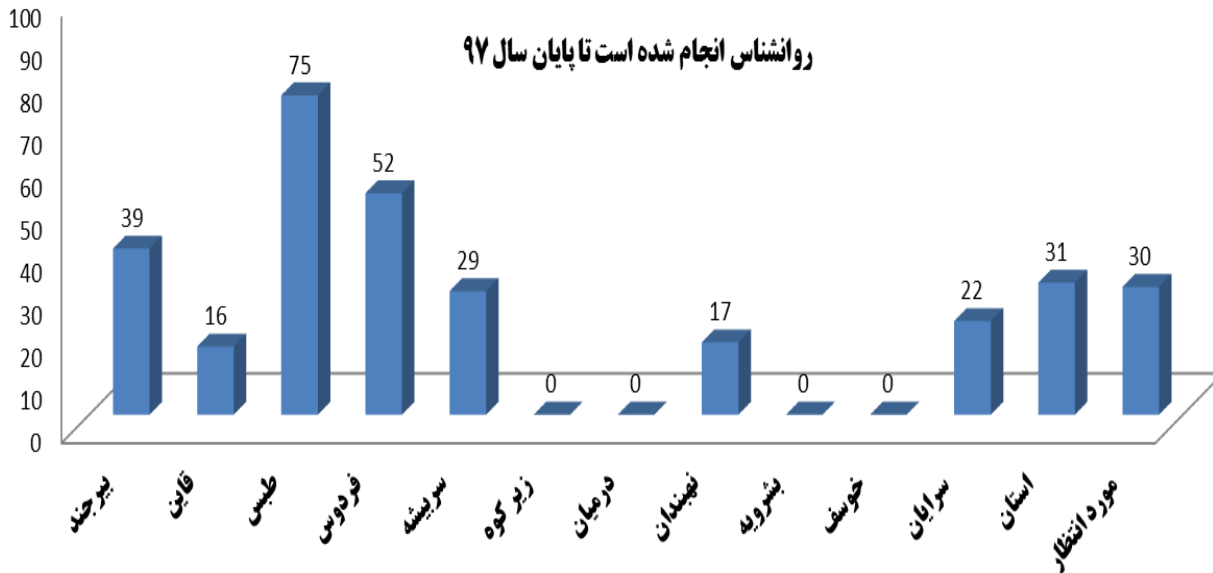


**تحلیل:** انتظار می‌رود ۱۰۰٪ افراد ۱۵ تا ۵۹ سال مراجعه کننده از نظر اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل ارزیابی شود که شهرستان سراوان کمترین غربالگری را داشته است.





نمودار درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات مواد و الکل ارجاع شده به روانشناس که غربالگری تکمیلی توسط



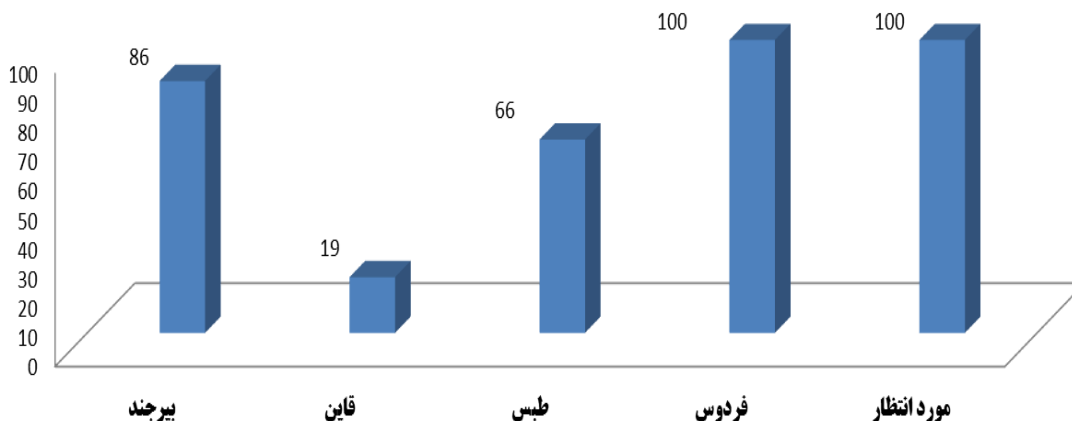
تحلیل: انتظار می رود ۳۰٪ موارد مثبت غربالگری اولیه با مصرف دخانیات، مواد، الکل توسط کارشناس بهداشت روان غربال تکمیلی شوند که میانگین استان ۳۱٪ بوده است شهرستانهای که صفر گزارش شده فاقد کارشناس بهداشت روان بوده اند.

• برنامه آموزش مهارت های فرزند (نوجوان سالم)

مهارتهایی که در این برنامه از آن تحت عنوان «مهارت های فرزندپروری پیشگیرانه» یاد می کنیم مهارتهایی است که صرف نظر از جنبه پیشگیری از اعتیاد، بطور عام به استحکام و ثبات خانواده، ارتباط مناسب اعضای خانواده با یکدیگر و رشد و تکامل سالم فرزندان می انجامد. بد نیست در اهمیت پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد در دوران کودکی و نوجوانی به این نکته هم اشاره کنیم که برخی پژوهش ها نشان داده است مصرف مواد در این دوران می تواند بر مغز فرد که هنوز دوره رشد و تکامل آن کامل نشده است تاثیراتی برگشت ناپذیر بگذارد.



نمودار درصد آموزش مهارت‌های فرزند پروری ۱۷-۱۲ سال (نوجوان سالم) در ۴ شهرستان دارای روانشناس طرح تحول سال ۹۷



تحلیل: درصد آموزش مهارت‌های فرزند پروری نوجوان سالم در شهرستان قاین کمتر از حد انتظار می باشد.

• برنامه کاهش آسیب مصرف مواد

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد شامل برنامه ها و مداخلاتی است که با هدف اولیه کاهش عواقب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی متعاقب مصرف مواد مخدر و محرک صورت می گیرد و الزاماً با کاهش مصرف مواد همراه نیست. فرد مصرف کننده، خانواده های آنان و بقیه افراد اجتماع از برنامه های کاهش آسیب بهره مند می گردند.

ردیف	عنوان شاخص	سال ۹۷
۱	درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان بداروهای آگونست آستانه پایین.	۷۴
۲	درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و.....) به صورت مستمر دریافت می نمایند. حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند	۴۳.۷
۳	متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازاء هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته.	۱۰۴.۴
۴	درصد مصرف کنندگان تزریقی در مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته مورد غربالگری و پروس اچ آی وی قرار گرفته اند.	۶۷.۵۲

تحلیل: انتظار می رود ۶۰٪ مراجعین به مرکز کاهش آسیب سرنگ و سوسوزن را حداقل یکبار در هفته دریافت کنند.



• برنامه سلامت اجتماعی (پیشگیری از خشونت)

برنامه پیشگیری از کودک آزاری با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد کودک آزاری و همچنین توانمندسازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورها می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد. گروه هدف این برنامه کلیه کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در صورت تمایل به شرکت در برنامه می باشد. این برنامه به منظور تدوین مداخلات لازم و جامعه محور گامی موثر در جهت پیشگیری، کاهش و کنترل انواع رفتارهای خشونت آمیز برداشته و از این طریق موجبات ارتقاء و بهبود سلامت جسمی، روانی- اجتماعی افراد جامعه را فراهم می آورد.

این برنامه با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد همسرآزاری و همچنین توانمندسازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد. گروه هدف این برنامه کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که حداقل یک بار ازدواج کرده اند و مرتکبین خشونت در صورت تمایل به شرکت در برنامه هستند.

این برنامه با هدف تدوین مداخلات لازم و جامعه محور گامی موثر در جهت پیشگیری، کاهش و کنترل انواع رفتارهای خشونت آمیز برداشته و از این طریق موجبات ارتقاء و بهبود سلامت جسمی، روانی- اجتماعی افراد جامعه را فراهم می آورد.



## گروه سلامت دهان و دندان:

### شرح وظایف:

- ۱-گردآوری اطلاعات جمعیتی شهرستان ها و توزیع جغرافیایی واحدهای ارائه کننده خدمات اعم از خصوصی و دولتی
- ۲-تهیه فهرست پرسنل درگیر دربخش بهداشت دهان و دندان و برنامه ریزی جهت تامین نیروهای مورد نیاز بخش دولتی
- ۳-تدوین برنامه عملیاتی بهداشت دهان و دندان و تنظیم بودجه اجرایی آن
- ۴-پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی بهداشت دهان و دندان شبکه های تابعه
- ۵-تنظیم و اجرای برنامه باز آموزشی پرسنل مرتبط
- ۶-برآورد و درخواست به موقع مواد و تجهیزات و لوازم مورد نیاز و پیگیری جهت تامین آنها
- ۷-کنترل منظم مواد و لوازم موجود در انبار از نظر کمی و کیفی
- ۸-برنامه ریزی جهت نگهداری و سرویس تجهیزات دندانپزشکی
- ۹-مشارکت در اجرای طرحهای تحقیقاتی کشوری و استانی
- ۱۰-مشارکت و پیگیری جهت تعیین میزان فلوراید آب های آشامیدنی
- ۱۱-دریافت و تحلیل گزارشات فعالیت ها در شهرستان های تابعه و تهیه پس خوراند و تدوین گزارش ادواری جهت ستاد مرکزی
- ۱۲-استفاده از وسایل ارتباط جمعی برای آموزش همگانی بهداشت دهان و دندان
- ۱۴-نظارت و بازدید از واحدهای دهان و دندان شبکه های تابعه و ارائه پسخوراند
- ۱۵-پیگیری بکارگیری متعهدین خدمت دندانپزشکی
- ۱۶-نظارت بر اجرای ضوابط استانداردها و دستورالعمل ها
- ۱۷-برنامه ریزی و هماهنگی و نظارت بر اجرای طرح کشوری پیگیری از پوسیدگی دندانی دانش آموزان ۶ تا ۱۴ ساله از طریق وارنیش فلوراید تراپی

### ساختار:

گروه سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت استان دارای پنج پست سازمانی میباشد که هم اکنون تعداد دو دندانپزشک و یک کارشناس در این مجموعه مشغول به خدمت می باشند.

### وضعیت نیروی انسانی دندانپزشکان استان خراسان جنوبی

دندانپزشکان	تعداد	دندانپزشکان خانواده	دندانپزشک غیر خانواده
رسمی	۱۸	۵	۱۳
طرحی و متعهد خدمت	۳۷	۲۵	۱۲
جمع	۵۵	۳۰	۲۵



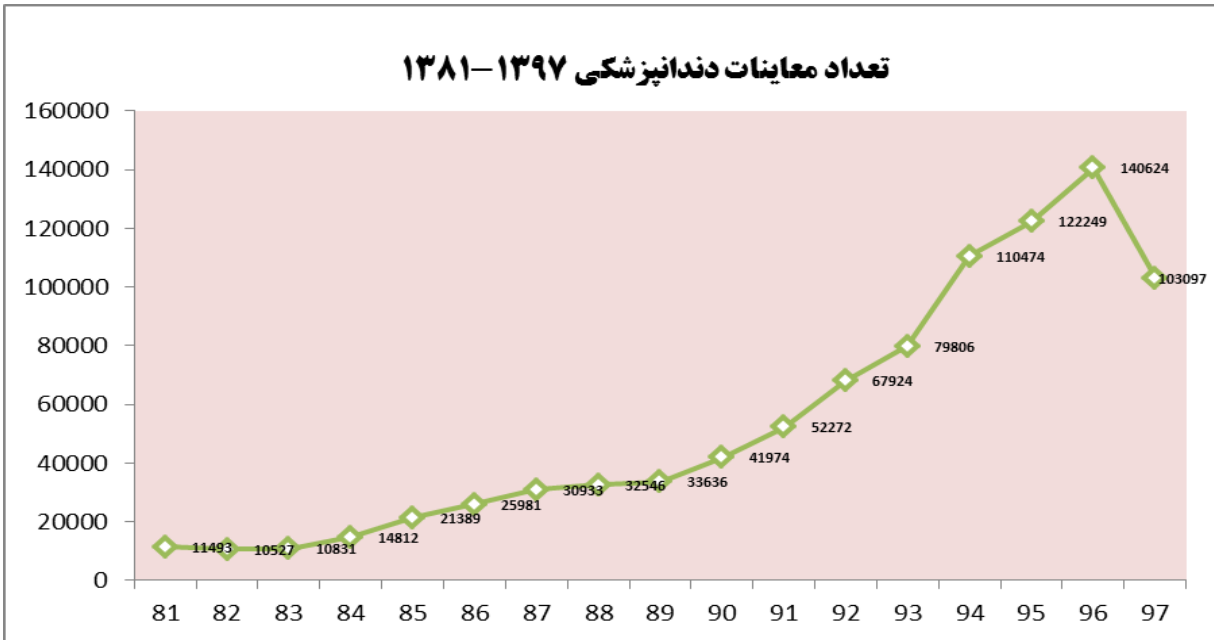
### تعداد مراکز دندانپزشکی استان خراسان جنوبی

تعداد یونیت سیار	تعداد یونیت مراکز تجمیعی	تعداد مراکز تجمیعی	تعداد مراکز بازسازی شده	تعداد یونیت	تعداد مراکز مصوب طرح گسترش	تعداد مراکز دارای تجهیزات دندانپزشکی	تعداد کل مراکز دارای واحد دندانپزشکی فعال
۴۵	۱۰	۲	۵۷	۹۹	۵۴	۷۹	۵۷

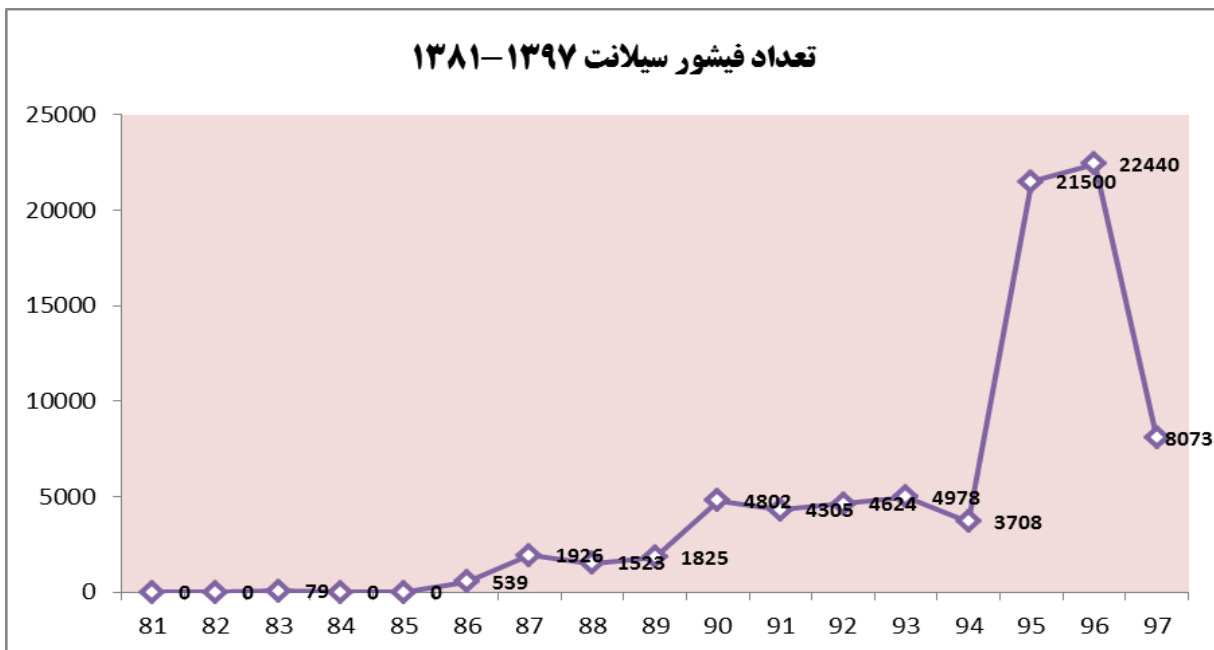
### آمار و عملکرد واحدهای دندانپزشکی معاونت بهداشتی استان خراسان جنوبی

سال	معاینه	کشیدن	ترمیم	جرمگیری	وارنیش فلوراید	فیشر سیلانت
۱۳۸۱	۱۱۴۹۳	۱۴۸۸۱	۴۶۲۳	۸۶۲	۰	-
۱۳۸۲	۱۰۵۲۷	۱۱۸۸۶	۳۸۶۰	۵۲۸	۰	-
۱۳۸۳	۱۰۸۳۱	۱۳۴۰۵	۳۱۶۹	۴۶۴	۰	۷۹
۱۳۸۴	۱۴۸۱۲	۱۵۴۰۷	۳۴۲۵	۵۸۸	۰	-
۱۳۸۵	۲۱۳۸۹	۱۹۶۸۵	۵۰۴۵	۴۳۹	۰	-
۱۳۸۶	۲۵۹۸۱	۲۳۰۳۱	۵۷۶۵	۴۱۲	۰	۵۳۹
۱۳۸۷	۳۰۹۳۳	۲۹۳۷۳	۸۹۲۴	۵۴۳	۰	۱۹۲۶
۱۳۸۸	۳۲۵۴۶	۳۱۵۲۹	۸۴۹۶	۶۹۱	۰	۱۵۲۳
۱۳۸۹	۳۳۶۳۶	۳۹۴۷۶	۶۷۲۱	۸۲۳	۰	۱۸۲۵
۱۳۹۰	۴۱۹۷۴	۴۴۰۷۸	۸۵۶۹	۹۳۷	۰	۴۸۰۲
۱۳۹۱	۵۲۲۷۲	۴۴۱۵۴	۹۷۰۵	۱۰۵۱	۰	۴۳۰۵
۱۳۹۲	۶۷۹۲۴	۵۸۳۹۵	۱۱۲۸۰	۱۳۶۹	۰	۴۶۲۴
۱۳۹۳	۷۹۸۰۶	۶۸۰۳۸	۱۱۶۷۶	۱۸۳۸	۰	۴۹۷۸
۱۳۹۴	۱۱۰۴۷۴	۶۱۷۵۰	۱۱۳۲۴	۱۱۶۴	۱۵۰۰۰	۳۷۰۸
۱۳۹۵	۱۲۲۲۴۹	۵۷۹۰۵	۳۳۹۹۸	۲۵۳۳	۱۵۲۰۰۰	۲۱۵۰۰
۱۳۹۶	۱۴۰۶۲۴	۶۵۳۰۴	۴۳۸۰۸	۲۳۸۴	۱۵۸۰۰۰	۲۲۴۴۰

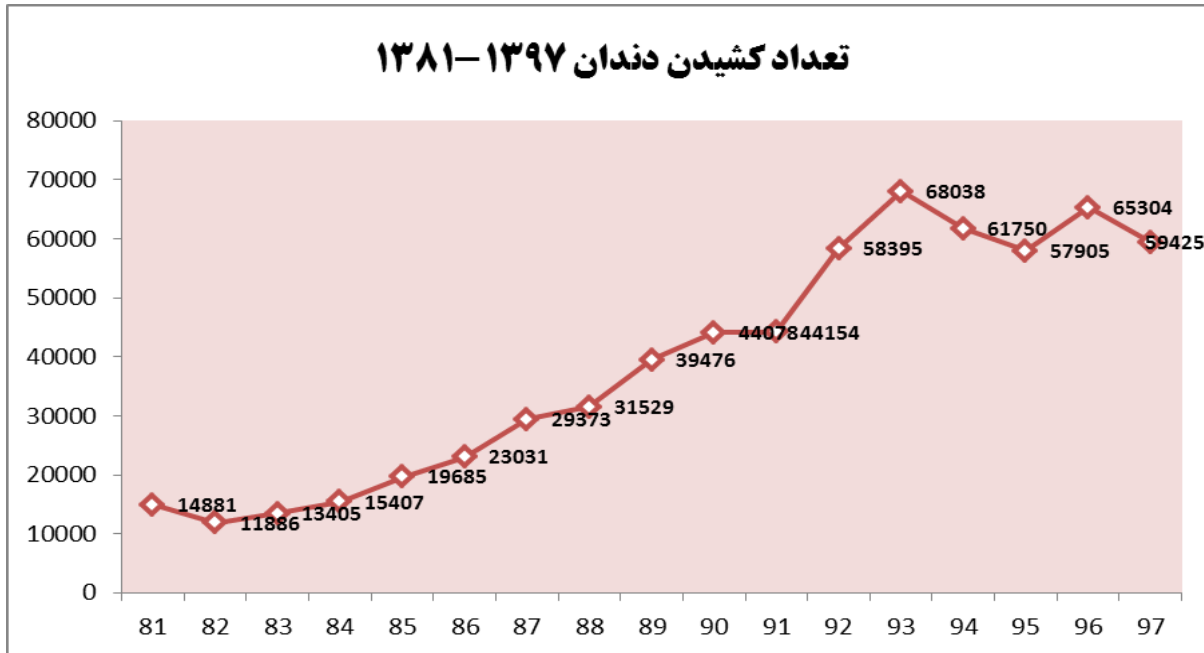
تحلیل: برنامه وارنیش فلورایدتراپی از سال ۱۳۹۴ شروع گردیده است.



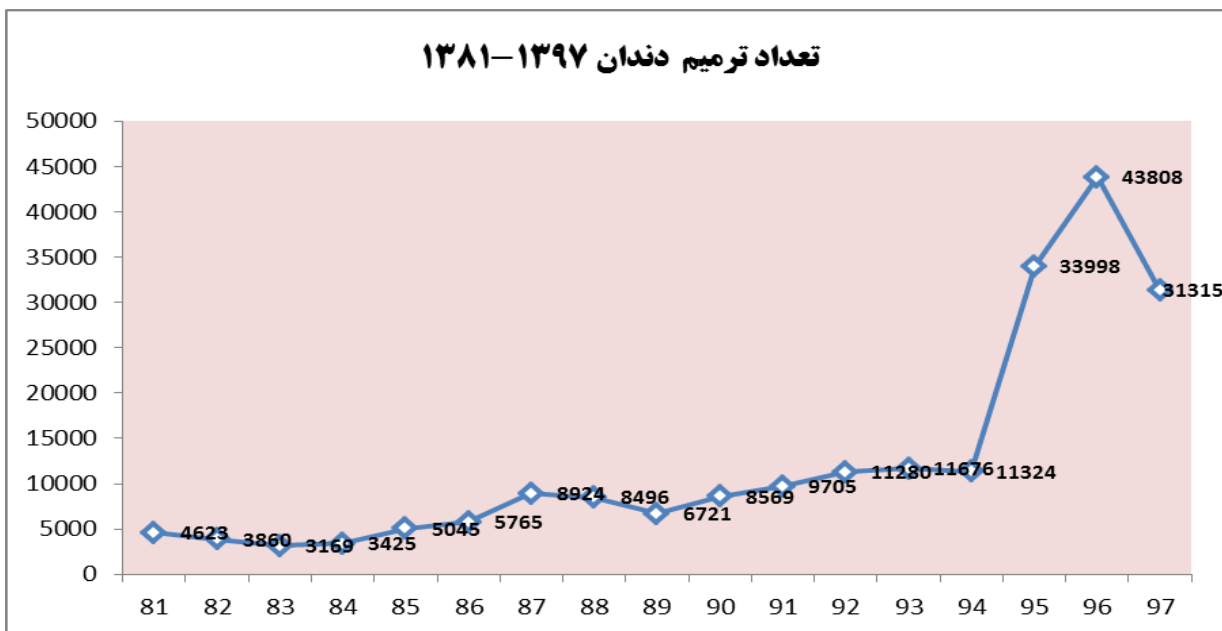
تحلیل: افزایش تعداد معاینات در نمودار بالا تا سال ۹۶ با توجه به اجرای طرح تحول سلامت سال بوده است و روند کاهشی طی سال ۹۷ بدلیل کاهش ضریب k بوده است.



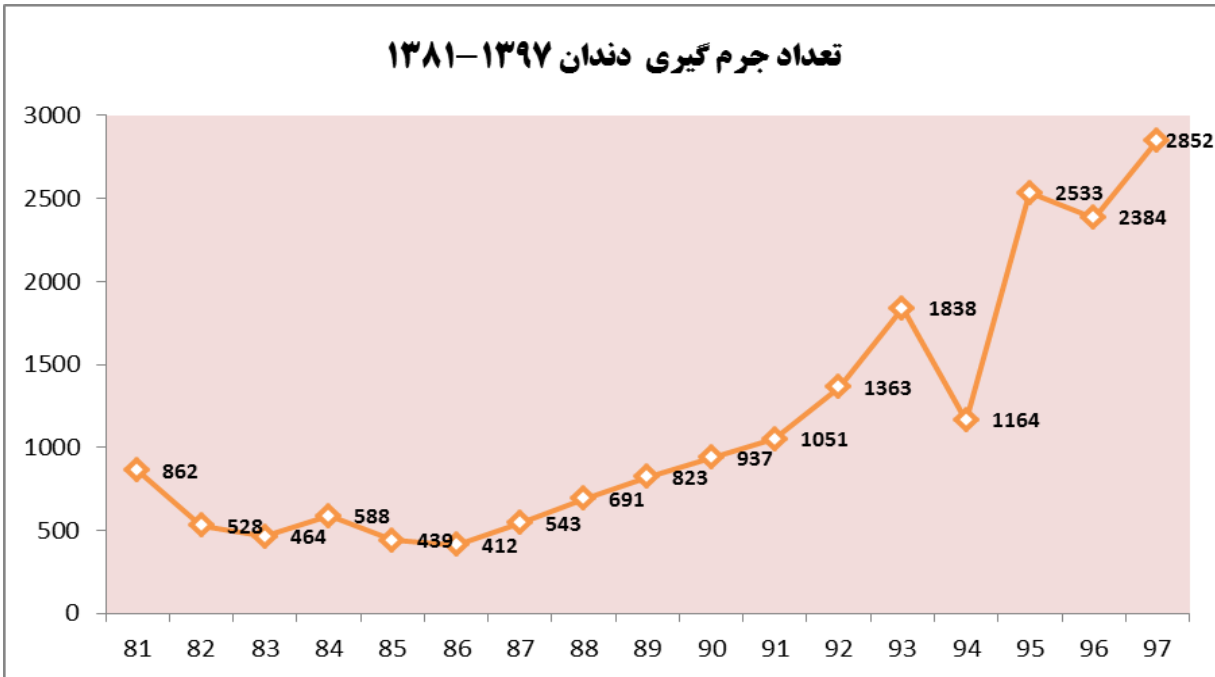
تحلیل: افزایش تعداد فیشور سیلانت همزمان با اجرای طرح تحول سلامت از سال ۹۴ و کاهش آن از سال ۹۶ بدلیل کاهش ضریب k و ادامه تحصیل کاردانه‌های بهداشت دهان بوده است.



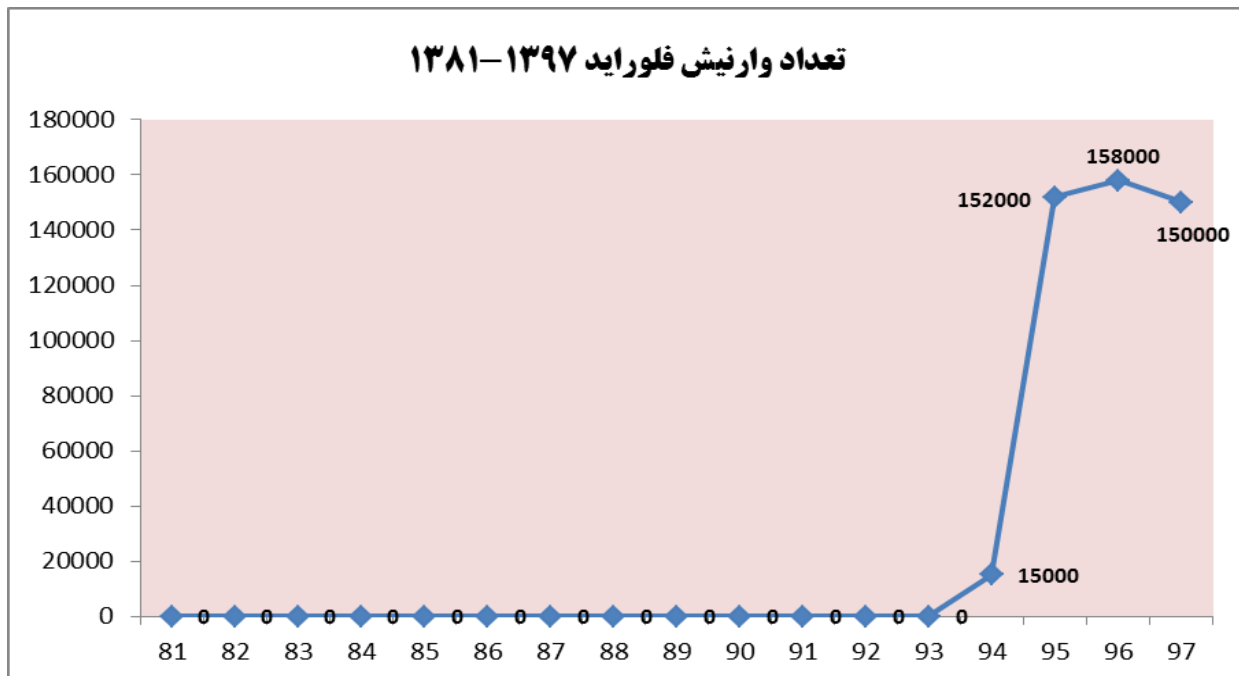
**تحلیل:** با توجه به اجرای طرح تحول سلامت و بکارگیری دندانپزشک خانواده آمار کشیدن دندان روند کاهشی و خدمات پیشگیری روند افزایشی داشته است.



**تحلیل:** با توجه به اجرای طرح تحول سلامت از سال ۹۴ خدمات پیشگیری افزایش یافته و روند کاهشی از سال ۹۶ تا ۹۷ بدلیل کاهش ضریب k بوده هست.

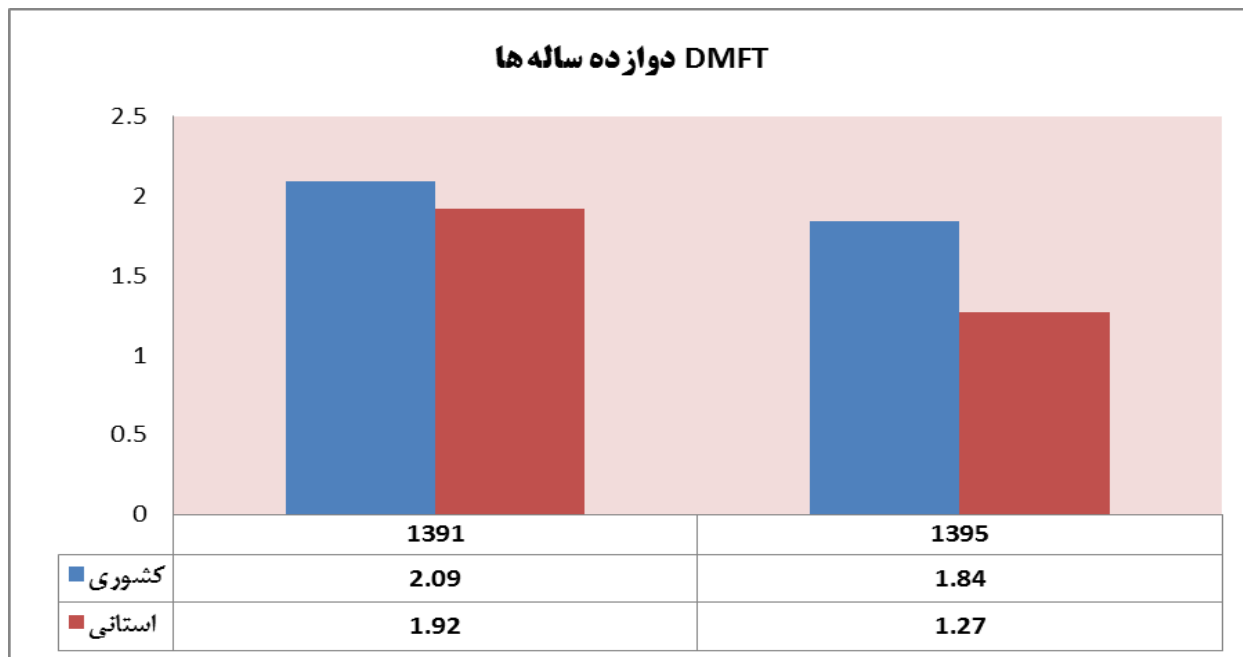


تحلیل: افزایش تعداد جرم‌گیری با اجرای طرح تحول سلامت از سال ۹۴ اتفاق افتاده است.

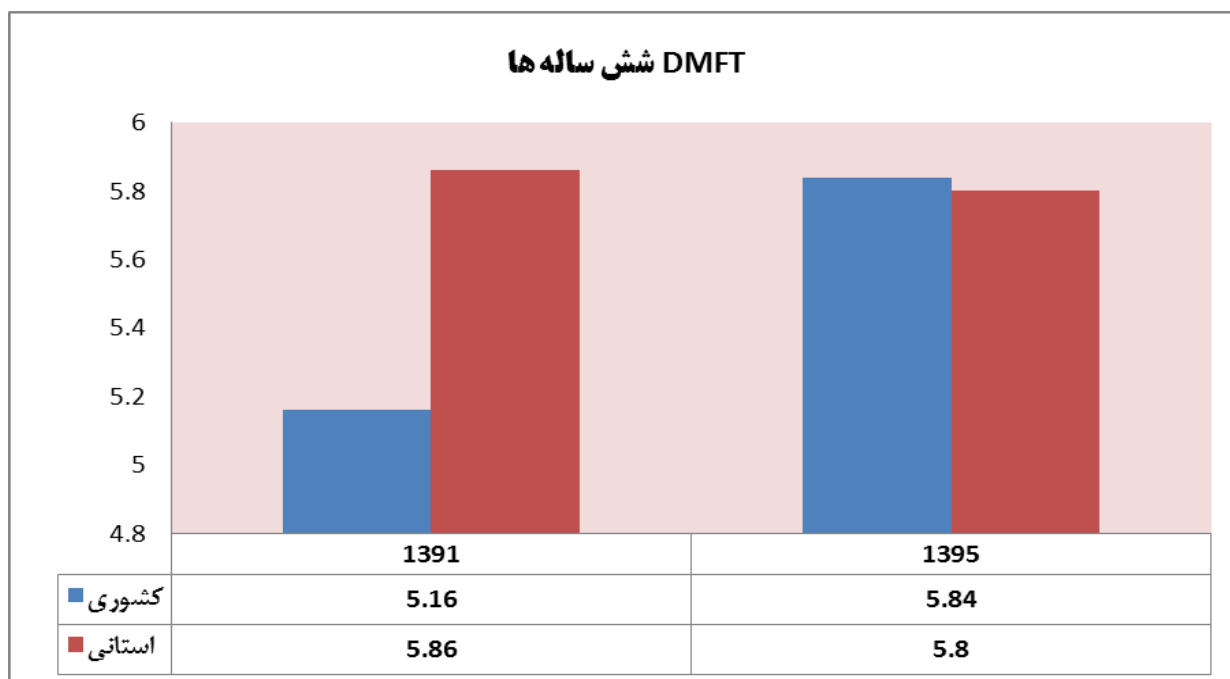


تحلیل: سیر صعودی نمودار از سال ۹۳ بدلیل اجرای طرح وارنیش فلوراید از این سال بوده است.





**تحلیل:** با توجه به اجرای طرح تحول سلامت دهان و ارائه خدمات پیشگیری جهت کودکان ۶ تا ۱۴ سال شاخص DMFT روند کاهشی داشته است.



**تحلیل:** با توجه به اینکه طرح تحول سلامت دهان برای کودکان ۶ تا ۱۴ سال به اجرا در آمده است لذا شاخص dmft در گروه سنی شش ساله روند افزایش داشته است.

## واحد مدیریت خطر بلایا و حوادث

ساختار مدیریت بحران یکی از مبانی عملیات پاسخ، در EOP ( برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت ها ) تعریف شده است که به صورت کارگروهی بوده و کارگروه بهداشت و درمان یکی از ۱۴ کارگروه سازمان مدیریت بحران کشور می باشد شامل کمیته های بهداشت، درمان، پشتیبانی، آموزش و پژوهش و غذا و دارو می باشد و معاونت بهداشتی مسئولیت کمیته بهداشت کارگروه را بر عهده دارد.

واحد مدیریت و کاهش خطر بلایا با هدف " کاهش خطر مخاطرات طبیعی و انسان ساخت در سطح جامعه، تسهیلات و منابع نظام سلامت در سال ۱۳۹۴ همزمان با ادغام برنامه های مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت کشور و قرار گرفتن در بسته خدمتی "خدمات سلامت سطح اول" در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه تشکیل و بصورت مستقل شروع به کار نمود. این واحد در حال حاضر دارای ۱ مسئول واحد و ۱ کارشناس بوده و در راستای هدف فوق در فازهای پیشگیری، کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و ارزیابی مشغول به فعالیت می باشد.

### شرح وضعیت :

- مدیریت و کاهش خطر بلایا در حوزه بهداشت عمومی نیاز به تقویت و توسعه دارد زیرا کاهش خطر بلایا، یکی از ارکان توسعه پایدار جامعه است. جمهوری اسلامی ایران در معرض انواع مخاطرات طبیعی و انسان ساخت قرار دارد که همواره پیامدهای سوء جانی، اقتصادی و عملکردی را برای جامعه و نظام سلامت بدنبال داشته اند. به این دلیل ضرورت دارد تا نظام سلامت بطور مداوم برای پاسخ به این حوادث کاملا آماده باشد و به آنها پاسخ به موقع و موثر بدهد. علاوه بر آن، تجربیات ملی و بین المللی بر اهمیت نقش پیشگیری و کاهش خطر بلایا تاکید ویژه دارند. این امر دقیقا نقطه تلاقی بهداشت عمومی و مدیریت خطر بلایا است و معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی بطور قطع دارای مناسب ترین و مرتبط ترین موقعیت برای تبلور این امر مهم است و نقش حوزه بهداشت در بلایا نیز در چهار فاز مدیریت بلایا اعم از پیشگیری و کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و بازیابی نمود های عملیاتی و مشخصی دارد. افراد فقیر، معلولان، سالمندان، زنان باردار و کودکان آسیب پذیرترین گروه ها در برابر بلایا هستند.

- سطح خطر ناشی از مخاطرات طبیعی در کشور ۸ از ۱۰ می باشد.

- حدود ۹۷ درصد ساختمان های روستایی ایران در برابر زلزله مقاوم نیستند.

- توسعه سریع شهرنشینی باعث شده تا بسیاری از ساکنین روستاها در حاشیه شهرهای بزرگ ساکن شوند که از مقاومت و آمادگی لازم برای بلایا برخوردار نیستند. و همچنین در توسعه شهرهای کشور مبانی کاهش خطر بلایا بدرستی رعایت نمی شود.

در استان خراسان جنوبی زلزله طبس در سال ۱۳۵۷ و زلزله قاین در سال ۱۳۷۶، مهمترین و ناگوارترین حوادث اخیر بود که باعث درد و اندوه فراوان مردم شد و این تلخی ها درس آموخته ای بزرگ داشت و هشدار بود برای همگان که حادثه و بحران هر لحظه و هر ثانیه و برای هر کسی ممکن است اتفاق بیفتد و داشتن برنامه ای جامع برای آمادگی و مقابله، بسیار ضروری و حیاتی است.



با ادغام برنامه های مدیریت کاهش خطر بلایا در نظام شبکه و قرار گرفتن در بسته خدمتی خدمات سطح اول، واحد کاهش خطر در بلایا و حوادث نیز به طور مستقل اجرای برنامه های DART، EOP، DSS، SNS و SARA را پیگیری می نماید. مهمترین مخاطرات در استان آب و هوایی و زمین شناختی می باشد. آمادگی خانوارهای ایرانی در برابر بلایا ۹.۲٪ بوده که با توجه به اینکه آموزش خانوار ها می تواند در آمادگی در برابر مخاطرات سهم به سزایی داشته باشد اهتمام و توجه به این بخش می بایست مورد توجه ویژه قرار گیرد.

تمرین و اجرای برنامه قبل از وقوع حوادث احتمالی بعنوان یک ضرورت واقعی مورد انتظار است تا کسب آمادگی لازم در همه پرسنل عزیز و گرامی در تمامی فازهای مدیریت و کاهش خطر بلایا شامل کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و بازتوانی را پوشش دهد. اپیدمی بیماریهای واگیر و غیر واگیر و حوادث انسان ساخت نظیر وجود کارخانه های شیمیایی و غیر شیمیایی (اکسید منیزیم سربیشه، لاستیک سازی بیرجند، مس قلعه زری، زغال سنگ طبس و...) نیز از مواردی است که نیازمند آمادگی واحدهای محیطی و ستادی در برابر حوادث احتمالی می باشد.

با توجه به بافت فرسوده شهری و وجود کوچه ها و معابر باریک در سطح شهرهای استان و بافت فرسوده روستایی و وجود مناطق روستایی صعب العبور و دور افتاده در سطح شهرستانها و نقاط مرزی زیاد، لزوم تدوین برنامه ارتباطی مشخص و لازم از ضروریات به نظر می رسد. ساختمان های فرسوده برخی از مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت به عنوان یکی از تهدید های تداوم ارائه خدمات در بروز حادثه می باشد که در فاز آمادگی نسبت به بررسی آسیب پذیری سازه ای و مقاوم سازی برنامه ریزی لازم صورت خواهد گرفت .

### اقلیم

استان خراسان جنوبی به دلیل وجود گسل های فعال در ناحیه ای با پهنه خطرپذیری بسیار زیاد قرار گرفته و هر ۱۰ تا ۱۵ سال با یک زلزله مخرب با بزرگی بیشتر از ۶/۵ ریشتر مواجهه بوده است. گسل نهبندان در جنوب استان فعال ترین و بزرگ ترین گسل استان خراسان جنوبی است .

استان خراسان جنوبی تحت تاثیر عرض جغرافیایی (۳۴-۳۰ درجه شمالی)، ارتفاع از سطح دریا، دوری از منابع رطوبتی، ناهمواری ها و مجاورت با دشت لوت و دشت کویر، از شرایط اقلیمی خشک و بیابانی در نواحی پست و آب و هوای نیمه خشک در نواحی کوهستانی و مرتفع برخوردار است.

کاهش نزولات آسمانی و تداوم خشکسالی، سبب کاهش شدید اشتغال در بخش کشاورزی و جهش اشتغال در بخش خدمات گردیده است. به دلیل در حال ساخت بودن بیش از ۷۵ درصد طرح های صنعتی جدید استان، ترکیب اشتغال در بخش صنعت و معدن رشد صنعت و معدن رشد کمتری داشته است. کاهش محصولات زراعی و دامی، کاهش سطح سفره های آب زیرزمینی، فقر مراتع و افزایش طوفان های شن و ماسه از آثار و پیامد های خشکسالی در استان است.



## برنامه های اجرایی مدیریت خطر بلایا

ارزیابی آمادگی خانوار در برابر بلایا ( DART )

سطح متوسط آمادگی خانوارهای ایرانی در برابر بلایا تنها ۹.۳ درصد است. این در حالیست که تقریباً تمام جمعیت کشور در برابر انواع بلایا قرار دارند. لذا در راستای تامین سلامت خانوار، ارتقاء آمادگی در برابر بلایا در برنامه های نظام سلامت قرار گرفته است هدف برنامه:

- تعیین مستمر سطح آمادگی خانوارها برای مقابله با بلایا
- ارتقای آمادگی خانوارها برای مقابله با بلایا از طریق آموزش مبتنی بر نظام شبکه و استفاده از ظرفیت رابطین و داوطلبین بهداشتی
- ارتقاء آمادگی و کاهش آسیب پذیری خانوار ایرانی در برابر بلایا

### شاخص های برنامه ارزیابی آمادگی خانوار در برابر بلایا در سال ۹۶

شهرستان	تعداد کل خانوار	ارزیابی شده	آموزش دیده	جمع امتیازات	درصد ارزیابی شده	درصد آموزش دیده	متوسط سطح آمادگی خانوار در برابر بلایا
بیرجند	۸۲۹۵۳	۲۵۵۶۵	۲۲۳۷۸	۱۲۷۹۷۸	۳۱	۲۷	۳۳.۵۴
خوسف	۷۰۸۱	۳۵۰۱	۳۴۰۲	۳۲۶۲	۴۹.۴۴	۴۸.۰۴	۶.۲۴
طبس	۲۳۱۶۵	۴۳۳۲	۴۰۹۷	۲۱۶۲۹	۱۸.۷	۱۷.۶۹	۳۳.۴۵
سرایان	۱۰۱۹۶	۳۷۳۱	۳۵۹۷	۹۵۵۱	۳۶.۵۹	۳۵.۲۷	۱۷.۱۵
فردوس	۱۵۸۷۷	۲۳۰۳	۲۳۰۳	۴۲۵۹	۲۴.۷۴	۲۴.۷۴	۱۲.۳۹
سربیشه	۱۰۹۵۷	۷۳۱۰	۷۳۱۰	۱۱۴۲۶	۶۷	۶۷	۱۰.۴۷
نهبندان	۱۳۵۴۶	۴۶۱۰	۴۳۲۶	۹۵۹۲	۳۴.۰۳	۳۱.۹۳	۱۳.۹۴
قاین	۳۳۶۹۸	۱۰۱۱۰	۱۰۰۶۲	۳۹۴۲۸	۳۰	۲۹.۸۶	۲۶.۱۳
زیرکوه	۱۰۸۶۳	۴۴۲۴	۴۲۱۴	۱۵۲۷۱	۴۰.۷۲	۳۸.۷۹	۲۳.۱۲
بشرویه	۸۴۲۴	۳۸۷۴	۳۸۷۴	۱۱۳۷۷	۴۵.۹	۴۵.۹	۱۹.۶
درمیان	۱۴۲۹۵	۶۵۲۱	۶۵۲۱	۲۹۳۰۶	۴۵.۶۱	۴۵.۶۱	۳۰.۱۱
استان	۲۳۱۰۵۵	۷۶۲۸۱	۷۲۰۸۴	۲۸۳۰۷۹	۳۳.۰۱	۳۱.۱۹	۲۴.۸۶



### شاخص های برنامه ارزیابی آمادگی خانوار در ۶ ماهه اول ۹۷

شهرستان	تعداد کل خانوار	ارزیابی شده	آموزش دیده	جمع امتیازات	درصد ارزیابی شده	درصد آموزش دیده	متوسط سطح آمادگی خانوار در برابر بلایا
بیرجند	۸۲۵۵۱	۱۱۴۸۹	۱۱۲۷۳	۵۵۵۳۶	۱۳.۹۱	۱۳.۶۵	۳۲.۳۸
خوسف	۶۹۱۵	۱۲۷۴	۱۱۷۱	۱۱۸۲	۱۸.۴۲	۱۶.۹۳	۶.۲۱
طَبَس	۲۹۵۸۳	۱۹۸۸	۱۵۳۲	۱۰۴۴۴	۶.۷۲	۵.۱۷	۳۵.۱۹
سرایان	۱۰۳۹۰	۱۵۱۸	۱۳۷۰	۴۹۲۳	۱۴.۶۱	۱۳.۱۸	۲۱.۷۲
فردوس	۱۶۱۷۴	۱۶۳۷	۱۰۶۸	۷۲۴۰	۱۰.۱۲	۶.۶	۲۹.۶۳
سرسبزه	۱۰۵۶۷	۳۳۵۳	۳۳۵۳	۶۱۱۶	۳۱.۷۳	۳۱.۷۳	۱۲.۲۲
نهبندان	۱۴۱۰۳	۱۵۰۲	۱۴۵۸	۳۰۹۸	۱۰.۶۵	۱۰.۳۳	۱۳.۸۱
قاین	۳۳۸۰۰	۶۲۱۵	۵۷۷۰	۲۵۸۱۹	۱۸.۳۸	۱۷.۰۷	۲۷.۸۳
زیرکوه	۱۰۹۲۸	۱۹۰۶	۱۸۲۶	۱۰۷۱۹	۱۷.۴۴	۱۶.۷	۳۷.۶۷
بشرویه	۸۳۹۳	۱۳۰۶	۱۲۹۹	۳۵۳۳	۱۵.۵۶	۱۵.۴۷	۱۸.۱۲
درمیان	۱۴۳۵۲	۲۴۰۴	۲۳۶۱	۱۱۲۵۱	۱۶.۷۵	۱۶.۴۵	۳۱.۳۵
استان	۲۳۷۷۵۶	۳۴۵۹۲	۳۲۴۸۱	۱۳۹۸۶۱	۱۴.۵۴	۱۳.۶۶	۲۷.۰۸

#### برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا (DSS) Disaster Surveillance System

هدف برنامه ثبت و تحلیل مستمر وقوع مخاطرات در جامعه و پیامدهای سوء آنها بر جامعه و تسهیلات بهداشتی به منظور تخصیص عادلانه و اثر بخش منابع مالی و انسانی، تعیین میزان و روند آسیب بلایا به جامعه و تسهیلات بهداشتی در ابعاد خسارات جانی، عملکردی، سازه ای و غیرسازه ای است.

#### برنامه عملیات پاسخ (EOP) Emergency Operations Plan

جمهوری اسلامی ایران در معرض انواع مخاطرات طبیعی و انسان ساخت قرار دارد که همواره پیامدهای سوء جانی، اقتصادی و عملکردی را برای جامعه و نظام سلامت بدنبال داشته اند. به این دلیل ضرورت دارد تا نظام سلامت بطور مداوم برای پاسخ به این حوادث کاملاً آماده باشد و به آنها پاسخ به موقع و موثر بدهد.

این برنامه برای اولین بار در سال ۹۵ در معاونت بهداشتی و در سال ۹۶ در سطح شهرستان ها تدوین شد.

#### برنامه ارزیابی ایمنی و خطر واحدهای بهداشتی (SARA)

بخش ۱: شناخت مخاطرات تهدید کننده مرکز

بخش ۲: ارزیابی آمادگی عملکردی مرکز

بخش ۳: ارزیابی ایمنی غیرسازه ای (ارزیابی بخش عمومی و ارزیابی بخش فنی)

بخش ۴: ارزیابی ایمنی سازه ای مرکز



هدف برنامه:

- \* تخصیص منابع محدود مالی و انسانی بصورت عادلانه بر اساس تعیین میزان آمادگی عملکردی، آسیب پذیری غیرسازه ای و آسیب پذیری سازه ای تسهیلات بهداشتی از سطح خانه بهداشت تا مرکز بهداشت استان
- \* پایش و ارزشیابی سیستماتیک برنامه های مدیریت و کاهش خطر بلایا در سطح جامعه و منابع و تسهیلات بهداشتی
- \* برنامه کاهش آسیب پذیری سازه ای و غیرسازه ای در واحدهای بهداشتی

**مقایسه شاخص های کشوری و استانی برنامه ارزیابی ایمنی و خطر واحدهای بهداشتی**

شاخص	کشوری سال ۹۵	استانی سال ۹۵
آمادگی عملکردی	۳۲	۱۱.۵۷
ایمنی غیرسازه ای	۴۷	۴۵.۳۳
ایمنی سازه ای	۲۵	۲۰.۲۱
ایمنی کلی	۳۵	۲۶.۰۲
سطح ایمنی	۱۰ از ۴	۱۰ از ۳

**تحلیل:** در بررسی و ارزیابی ها صورت گرفته بر اساس آمارهای منتشر شده از سوی دفتر مدیریت بلایا در کشور در سال ۱۳۹۵ سطح ایمنی ۴ از ۱۰ می باشد که این شاخص در ارزیابی های انجام شده در ۶ ماهه اول سال ۹۵ در استان ما ۳ از ۱۰ بود که نیاز به توجه ویژه از جمله مقاوم سازی سازه ای و غیر سازه ای و در نتیجه ارتقاء سطح ایمنی تسهیلات بهداشتی می باشد.

**( Structural and Nonstructural Safety) SNS**

هدف برنامه: اطمینان از حفظ عملکرد تسهیلات بهداشتی اولیه ( از خانه بهداشت تا مرکز بهداشت استان) در زمان وقوع بلایا در دو بخش زیر:

- الف) ارتقای ایمنی سازه ای و غیر سازه ای تسهیلات بهداشتی اولیه موجود
- ب) رعایت استاندارد های ایمنی ویژه بلایا در تسهیلات در حال ساخت



## **شرح وظایف اداره امور اداری:**

۱. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور مربوط به کارگزینی شامل: مکاتبات اداری، صدور احکام، امور مربوط به ارتقاء طبقه و رتبه پرسنل، گواهی کارکلیه پرسنل و...
۲. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور مربوط به کارپردازی
۳. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور مربوط به دبیرخانه
۴. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور مربوط به امور پشتیبانی
۵. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور مربوط به تایمکس، حضور و غیاب، مرخصی، ماموریت پرسنل ستادی و محیطی
۶. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور مربوط به ارزشیابی سالیانه پرسنل
۷. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور مربوط به امور رفاهی پرسنل
۸. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور مربوط به امور قراردادها
۹. مدیریت و نظارت بر حسن انجام امور خدمات و سرویس ها و آژانس
۱۰. تهیه و تنظیم دستورالعمل به منظور کنترل ورود و خروج کارکنان
۱۱. نظارت و سرپرستی امور دفتری و ارسال مراسلات و بایگانی
۱۲. نظارت بر نحوه عملکرد امور انبارها
۱۳. نظارت در تهیه و خرید تحویل ملزومات و تقسیم آن بین ادارات از طریق انبار
۱۴. نظارت بر درخواست های مورد نیاز واحدها
۱۵. نظارت بر امور مربوط به نقلیه از قبیل توزیع وسایط نقلیه بین واحدهای تابعه
۱۶. نظارت بر حسن انجام کار نیروهای شرکتی و شرکت طرف قرارداد

## **شرح وظایف اداره امور مالی:**

۱. برنامه ریزی و سازماندهی عملیات مالی معاونت بهداشت در راستای استراتژی و اهداف تعیین شده و ایفای نقش موثر در تحقق اهداف دانشگاه
۲. انجام اقدامات لازم به منظور ارائه خدمات مالی مورد نیاز معاونت بهداشت و همکاری با سایر واحدها جهت انجام وظایف محول
۳. بکارگیری نظام های پیشرفته مدیریت مالی به منظور استفاده بهینه از منابع
۴. مشارکت در تصمیم گیری تامین منابع مالی و استفاده بهینه از منابع موجود و همچنین نظارت بر وضعیت نقدینگی
۵. تدوین و نظارت بر اجرای صحیح مقررات و دستورالعمل ها و روش های مصوب مالی و معاملاتی و کنترل هزینه با ضوابط بودجه ای
۶. پیگیری و اخذ اعتبارات لازم
۷. کنترل درآمدها و اخذ درآمدها از سازمان مرکزی



۸. نظارت بر هزینه های طرح های عمرانی پیمانی و عمرانی
۹. نظارت بر هزینه های پزشک خانواده و کنترل درآمد های مربوطه
۱۰. کنترل نظارت تراز مالی ماهیانه





## فصل سوم:

تحلیل وضعیت موجود (نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدها)





## تحلیل وضعیت موجود (نقاط قوت):

- S1 راه اندازی مراکز اجتماع محور سلامت در ۵ مرکز خدمات جامع سلامت شهری
- S2 توزیع منطقی اعتبارات دریافتی
- S3 برنامه های منظم آموزشی جهت ارتقاء آگاهی مردم و پرسنل در سطوح مختلف
- S4 تهیه نقشه ارجاع آزمایشگاه در بحران
- S5 وجود مجوز کسب نیروی تغذیه و روانشناس
- S6 بهبود وضعیت تجهیزات رفاهی و پزشکی در برنامه پزشک خانواده
- S7 مشارکت کارکنان در تصمیم گیریهای فنی
- S8 واگذاری ۱۰۰٪ داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی به بخش خصوصی
- S9 وجود و به روز بودن شاخصها و اطلاعات مورد نیاز جهت تصمیم گیری
- S10 وجود سامانه های اداری، بهداشتی و نظارتی (اتوماسیون اداری، سامانه یکپارچه بهداشت، نیروی انسانی، بودجه بازرسی و.....)
- S11 تجهیز و راه اندازی سردخانه های نگهداری واکسن در تمامی شهرستانهای استان
- S12 بیماریابی و مراقبت فعال بیماری های واگیر و غیرواگیر در تمام نقاط استان
- S13 استقلال اداری مالی حوزه معاونت بهداشتی
- S14 گرامیداشت مناسبت های بهداشتی
- S15 تهیه و توزیع رسانه های آموزشی در زمینه های سلامت
- S16 تهیه نقشه نامنی غذایی استان
- S17 پیگیری و اجرای منظم برنامه های جاری نظام سلامت
- S18 پوشش ۹۵ درصدی خدمات آزمایشگاهی در مراکز مجری پزشک خانواده
- S19 اجرای پروژه های تحقیقاتی در زمینه های سلامت
- S20 همکاری در آموزش دانشجویان گروه های پزشکی، بهداشتی و پیرا پزشکی
- S21 تدوین سند استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر
- S22 تدوین و اجرای موفق برنامه های کشوری ( طرح دندانپزشک خانواده، معاینات دانشجویان، معاینات پرسنل، برش استانی برنامه استراتژیک ایدز، مکملیاری گروههای هدف، وارنیش فلوراید، طرح هزینه اثربخشی دیابت بارداری، اجرای طرح های C4D حوادث کودکان در ۶ شهر استان، PMTCT، اجرای برنامه غربالگری تکامل کودکان، راه اندازی موفق کلاسهای آمادگی برای زایمان، اجرای موفق نظام مراقبت مرگ نوزادان، کودکان و مادران، ادغام برنامه کاهش خطر در بلایا در نظام شبکه، پیشگیری از خودکشی و.....)
- S23 بارگذاری بموقع و مناسب مستندات برنامه عملیاتی دانشگاه و کسب رتبه دوم در سامانه پایش برنامه عملیاتی در سه ماهه اول ۹۷ بین معاونت های دانشگاه



- S24 اجرای چارت سازمانی وزارت بهداشت
- S25 جذب و بکارگیری ۱۳۱ نیروی طرح تحول سلامت ( پزشک، مراقب سلامت، روانشناس، بهداشت محیط و حرفه ای، پرستار، مدارک پزشکی، خدمه )
- S26 فعال بودن ۳۱۶ خانه بهداشت در روستاها
- S27 راه اندازی و فعال بودن پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی زمینی ( ماهیروود) و هوایی ( بیرجند)
- S28 برگزاری جلسات تحلیل شاخص ها با مسئولین ستادی استان و شهرستان ها در جهت رفع مسائل بهداشتی
- S29 ارائه خدمات بهداشتی درمانی در دورترین نقاط روستایی
- S30 اجرای برنامه طرح تحول سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت
- S31 داشتن برنامه بازدید مدون و منظم از سطوح ستادی و محیطی
- S32 شرکت در کارگاه های آموزشی کشوری و منطقه ای
- S33 وجود نگرش تمرکز زدایی و تفویض اختیار به واحدهای محیطی
- S34 اجرای طرح پزشک خانواده در تمام نقاط روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر
- S35 توانمند سازی نیروهای مردمی، سازمانی و اجتماعی برای آموزش سلامت
- S4 برگزاری جلسات منظم درون بخشی
- S36 تجهیز بازرسین بهداشت محیط به تجهیزات پرتابل بازرسی
- S37 ارائه خدمات بهداشتی درمانی در منطقه تحت پوشش با حداقل نیرو
- S38 بازدید مستمر از واحدهای تابعه و ارائه گزارش و پس خوراند جامع
- S39 تجربه حضور فعال همکاران در تعدادی از بلایا ( بم، قاین و....)
- S40 برگزاری کارگاه های آموزشی
- S41 استانداردسازی تعدادی از واحدهای بهداشتی
- S42 راه اندازی کلینیک های مشاوره و ترک دخانیات
- S43 راه اندازی آموزشگاه بهداشت عمومی اصناف
- S44 اجرای موفق طرح تکمیلی واکسیناسیون فلج اطفال در مناطق مرزی استان
- S45 تدوین و اجرای برنامه عملیاتی واحدهای ستادی
- S46 اعطاء مجوز شرکتهای مبارزه با حشرات و جوندگان در اماکن عمومی و خانگی
- S47 اعطای مجوز شرکتهای جمع آوری و حمل پسماندهای ویژه پزشکی
- S48 ارتباطات درون بخشی مناسب
- S49 وجود نیروهای دلسوز و کارآمد



### تحلیل وضعیت موجود (نقاط ضعف):

- W1 خدمت گرا بودن تیم سلامت با توجه به ابلاغ پرداخت مبتنی بر عملکرد
- W2 عدم انطباق نیروی انسانی موجود با ساختار سازمانی
- W3 کاهش انگیزه اغلب کارکنان بهداشتی
- W4 ضعف در نظام ارجاع
- W5 کمبود تجهیزات و خودرو
- W6 به روز نبودن پرداخت مطالبات پرسنلی اعم از اضافه کار ، فوق العاده مدیریت و ...
- W7 کمبود نیروی انسانی ( پزشک، تغذیه، روانشناس)
- W8 کاهش کارایی پرسنل بهورز با توجه به افزایش وظایف محوله و سطح سواد پایین
- W9 پایین بودن اثر بخشی سیستم تشویق و تنبیه.
- W10 عدم وصول و تحقق به موقع برخی از درآمدهای اختصاصی
- W11 دانش و مهارت ناکافی برخی پرسنل
- W12 عدم امکان اتصال برخی از واحد های بهداشتی درمانی به اینترنت
- W13 کمبود فضای فیزیکی، فرسودگی و مقاومت پایین تعدادی از واحدهای بهداشتی درمانی
- W14 وجود نیروهای طرحی که برای مدت کوتاهی در سیستم فعالیت می کنند
- W15 ضعف در کیفیت خدمات بهداشتی درمانی
- W16 ناکافی بودن دانش و مهارت برخی پرسنل
- W17 عدم دسترسی کافی پرسنل به اینترنت
- W18 عدم وجود برنامه جهت استفاده عموم کارکنان از امکانات رفاهی – تفریحی
- W19 ضعف در تحقیق و پژوهش و استفاده ناکافی از نتایج تحقیقات بعمل آمده
- W20 جابجایی مکرر برخی از نیروها در ستاد شهرستان ها
- W21 نارضایتی تعدادی از کارکنان از دریافت های غیر مستمر
- W22 کم توجهی برخی کارکنان به مقررات
- W23 به روز نبودن تعدادی از فرایندها و شناسنامه شاخص ها در حوزه معاونت بهداشتی
- W24 کمبود و فرسودگی ناوگان حمل و نقل در مراکز بهداشت و شبکه ها
- W25 ناکافی بودن آموزش شغلی در بعضی از رده های شغلی (اداری ،مالی، خدمات، انبار، و ...)
- W26 عدم وجود آزمایشگاه رفرنس بهداشت حرفه ای در معاونت بهداشتی جهت نظارت بر فعالیت شرکت های بخش خصوصی
- W27 طولانی بودن روند اجرایی برنامه های مالی
- W28 ضعف در تکریم ارباب رجوع
- W29 وجود مشکلات در واگذاری و ارزشیابی خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی به بخش خصوصی



- W30 عدم انطباق بعضی از رشته های تحصیلی کارکنان با مشاغل مورد تصدی
- W31 نبود نرم افزار مناسب برای بررسی و پردازش اطلاعات نسخ دارویی
- W32 استفاده از پرسنل بهداشتی به عنوان مربی کارورزی و کارآموزی دانشجویان علیرغم کمبود نیرو
- W33 کمبود و فرسودگی تجهیزات در برخی از واحد های بهداشتی (تجهیزات مورد نیاز در مقابله در بلایا، تن سنجی و....)



## تحلیل وضعیت موجود (فرصت ها):

- 01 امکان استفاده از سامانه های سلامت (سامانه پاسخگویی به شکایات بهداشت 190، سامانه جامع بازرسی بهداشت محیط و حرفه ای، سامانه یکپارچه بهداشت و...)
- 02 حمایت ریاست دانشگاه از طرح های بهداشتی
- 03 راه اندازی سامانه کشوری پایش برنامه عملیاتی
- 04 راه اندازی و بهره برداری چندین مورد پروژه های مرتبط با تامین سلامت (تصفیه خانه آب شهر بیرجند، تصفیه خانه فاضلاب شهر بیرجند ایستگاه سنجش آلاینده های هوادر شهر های بیرجند و نهبندان، مرکز تخصصی طب کار، مرکز توانبخشی دانشگاهی جهت ارائه خدمات تکاملی به کودکان واجد شرایط، شرکت های مبارزه با حشرات و جوندگان در اماکن عمومی و خانگی، شرکت های جمع آوری و حمل پسماندهای ویژه پزشکی، راه اندازی مرکز LDR )
- 05 همکاری مطلوب برخی ادارات، سازمانهای دولتی، غیر دولتی و مردم نهاد(آموزش خانوار در برابر بلا یا توسط هلال احمر، مشارکت کمیته امداد و بنیاد مسکن انقلاب اسلامی در احداث و بهسازی توالت خانوار ها، همکاری اداره آموزش و پرورش در پیشگیری از آسیب های اجتماعی، حمایت مالی بهزیستی از مادران باردار جهت انجام خدمات پاراکلینیک غربالگری ناهنجاری مادرزادی، حمایت استانداری از طرح های بهداشتی مانند طرح کاهش آسیب های اجتماعی و...)
- 06 اجرای پرداخت مبتنی بر عملکرد
- 07 وجود فضای فیزیکی مطلوب
- 08 وجود قوانین و اسناد بالا دستی مرتبط با حوزه سلامت .
- 09 وجود کارگروه سلامت و امنیت مواد غذایی استان .
- 010 ارائه بسته حمایت تغذیه ای جهت کودکان و مادران از طرف برخی از نهاد ها (بنیاد علوی حلال احمر بهزیستی کمیته امداد امام خمینی(ره))
- 011 وجود خیرین در حوزه سلامت
- 012 اصلاح ساختار تشکیلاتی حوزه های معاونت بهداشتی
- 013 اجرای پایلوت برنامه ارجاع الکترونیکی به سطوح تخصصی
- 014 راه اندازی کلینیک های سیار دندانپزشکی
- 015 امکان استفاده از تجهیزات و امکانات سایر بخش ها
- 016 وجود دو پایگاه اورژانس های هوایی در استان
- 017 انتخاب استان خراسان جنوبی به عنوان پایلوت تعدادی از برنامه ها ( غنی سازی آرد با ویتامین C4D , D , طرح هزینه اثر بخشی دیابت بارداری و...)
- 018 حمایت هیات رئیسه و هیات امنای برنامه های بهداشتی
- 019 امکان استفاده از تجربیات سایر دانشگاهها
- 020 امکان شرکت مدیران و کارکنان در کارگاههای کشوری، منطقه ای و استانی



- 021 پیشینه فرهنگی مطلوب در مردم استان و همکاری آنها در طرحهای آموزشی - بهداشتی
- 022 کاهش میزان خودکشی نسبت به سایر استانها
- 023 همکاری اعضای هیات علمی در برنامه های سلامت
- 024 امکان استفاده از نیروهای طرحی و پیام آوران بهداشت و ضریب k
- 025 استقبال مدیریت کلان کشور از برنامه ریزی و نظام مند شدن فرآیندهای انجام کار.
- 026 همکاری نماینده ولی فقیه در استان
- 027 امکان استفاده از اعتبارات دهیاریها در برنامه های بهداشتی
- 028 وجود منابع علمی و مدیریتی قابل دسترسی در شبکه اطلاعات جهانی
- 029 وجود فرودگاه و پروازهای داخلی و خارجی
- 030 وجود مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی فعال



### تحلیل وضعیت موجود (تهدیدها):

- T1 کمبود اعتبارات بخش بهداشت
- T2 پایین بودن حقوق و مزایای کارکنان در بخش بهداشت
- T3 تخصیص ناکافی مجوز برای استخدام
- T4 تخصیص ناکافی اعتبارات استانی به حوزه بهداشت
- T5 شیوع بالای بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آن
- T6 کمبود نیروی انسانی تخصصی بهداشتی- درمانی در مناطق محروم و دوردست
- T7 تاخیر در تصویب و ابلاغ چارت تشکیلاتی ستاد شهرستان های تابعه
- T8 تمایل کمتر تعدادی از گروه سنی جوانان و میانسالان و سالمندان جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی از واحد های بهداشتی
- T9 عدم وحدت رویه و ناکارآمدی نظام پرداخت حقوق کارکنان (به دلیل تفاوت فاحش بین کارکنان و وجود فوق العاده ویژه برای برخی گروهها و عدم وجود تفاوت حقوقی بین پرسنل تحصیل کرده و سایر پرسنل)
- T10 کاهش و افزایش سن ازدواج و باروری و افزایش حاملگی های پرخطر در جامعه
- T11 سبک زندگی ناصحیح در اغلب مردم استان (فرهنگ نادرست رانندگی، کم تحرکی، تغذیه غلط و ...)
- T12 عدم دسترسی برخی از واحدهای بهداشتی به اینترنت
- T13 افزایش نسبت جمعیت سالمندان در گروههای سنی نسبت به سایر استانها
- T14 عدم ابلاغ به موقع موافقت نامه ها و از دست دادن فصل کاری مناسب جهت اجرای پروژه های عمرانی و بهداشتی
- T15 ضعف در مدیریت و برنامه ریزی مناسب در زمینه خدمات بهداشتی درمانی
- T16 کمبود منابع آب آشامیدنی سالم در برخی مناطق
- T17 احتمال شیوع بیماریهای عفونی و مسری با توجه به مرز گسترده شرقی
- T18 افزایش بی رویه قیمت تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و دارویی بخصوص اقلام وارداتی و کمبود برخی از اقلام
- T19 فقر اقتصادی مردم منطقه بخصوص با توجه به خشکسالیهای مکرر
- T20 عدم شناخت کافی برخی حوزه های دانشگاه و سازمانها از شرح وظایف و حدود اختیارات حوزه معاونت بهداشتی
- T21 کمبود اعتبار جهت رفع نواقص ساختمانی و کمبود هزینه تعمیرات با توجه به فرسودگی ساختمان ها
- T22 پایین بودن سواد سلامت مردم استان
- T23 ضعف در ثبات سطوح مدیریتی کشور
- T24 شروع پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک خانواده و طرح تحول
- T25 نبود نرم افزار مناسب و یکدست برای آزمایشگاهها و واحدهای نمونه گیری و یا عدم اتصال آنها به سامانه سیب
- T26 مشارکت پایین برخی از سازمان های برون بخشی
- T27 پایین بودن جاذبه جهت جذب نیروهای بهداشتی درمانی غیر محلی در برخی مناطق تحت پوشش دانشگاه .
- T28 نا هماهنگی در ابلاغ و نحوه اجرای بعضی از امور محوله
- T29 کمبود اعتبارات طرحهای عمرانی جهت حصارکشی و محوطه سازی خانه های بهداشت و مراکز با توجه به اولویت دانشگاه در تکمیل شبکه ها
- T30 بالا بودن سوء تغذیه در استان





ناکافی بودن تصفیه خانه های فاضلاب صنعتی، شهری و بیمارستانی	T31
رایگان بودن برخی از خدمات بهداشتی	T32
وجود فشارهای برون بخشی در امور بهداشت و درمان	T33
وجود مشکلات سازه ای و غیر سازه ای در ساختمان ها ( عدم تعبیه درب خروج اضطراری و ...)	T34
وضع قوانین و مقررات با بار مالی، بدون تامین اعتبار سالانه و عدم پرداخت کسری بودجه و عدم تخصیص به موقع اعتبارات جاری و ردیف های متمرکز	T35
بالا بودن آمار طلاق در چند سال اخیر	T36
وجود اعتیاد و قرار گرفتن استان در مسیر ترانزیت مواد مخدر	T37
فراوانی حوادث غیر مترقبه (طبیعی و انسان ساخت) و سطح خطر بالای استان	T38
عدم همسویی بعضی رسانه های جمعی در پیشبرد اهداف بهداشتی	T39
منطبق نبودن آموزش دانشگاهی با نیاز های محیطی	T40
تاخیر هر ساله در تصویب تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی که منجر به تحمیل زیان فراوانی به مراکز بهداشتی درمانی و بروز مشکلات با سازمان های بیمه گر در پرداخت ما به التفاوت تعرفه ها می شود	T41
وضعیت نامناسب جاده های مواصلاتی استان و نبود راه آهن	T42
وجود رفتارهای جنسی ناپایمن و آسیب های اجتماعی	T43
مشارکت ناکافی مردم در زمینه پرداخت کمک های نقدی و غیر نقدی	T44
ناکافی بودن آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی مردم	T45
تردد و حضور تعداد زیادی از اتباع خارجی (بویژه افغانه) در استان	T46
کمبود نیروهای تخصصی و فوق تخصصی در برخی از رشته ها (فلوشیپ نازایی، دکتری روانشناسی بالینی و ...)	T47
شرایط نامساعد آب و هوایی استان	T48
مشکلات زیست محیطی (زباله، فاضلاب، دفع سموم آفات نباتی و ...)	T49
عدم موافقت با متقاضیان بازنشستگی پیش از موعد	T50
ناکافی بودن نظارت بر کنترل کیفی مواد غذایی تولیدی، آرایشی، بهداشتی و دستفروشان مواد غذایی	T51
مهاجرت مردم روستاها به شهرها خصوصا مرکز استان	T52
عدم وجود قوانین حمایتی لازم برای اجرای برنامه های بهداشت حرفه ای	T53
نظارت ناکافی ستاد وزارتخانه بر واحدهای محیطی	T54
انگ بودن اختلالات جنسی و مشکلات مربوط به این حیطة در جامعه	T55
فعال نمودن بعضی از واحد های محیطی بدون چارت تشکیلاتی مصوب و نیروی مورد نیاز .	T56
بوروکراسی و تعدد سازمان های نظارتی	T57
مهاجرت مردم روستاها به شهرها خصوصا مرکز استان	T58
وجود بافت های فرسوده شهری و روستایی	T59
فعالیت افراد سود جو و فرصت طلب در طب سنتی	T60
صعب العبور بودن برخی مناطق روستایی	T61
پایین بودن فرهنگ ایمنی و بهداشت حرفه ای در شاغلین استان	T62
در حد انتظار نبودن همکاری برخی از اعضای هیئت علمی در برنامه های بهداشتی	T63



محدودیت پیش بینی برخی از مخاطرات	T64
وجود افراد فاقد شناسنامه در استان	T65
وجود پادگانهای آموزشی و خوابگاههای پراکنده دانش آموزی و دانشجویی در سطح استان	T66
نبود کارخانه های کمپوست در استان	T67
تغییرات مداوم قوانین و مقررات، وجود قوانین متعدد و عدم جامع نگری در تنظیم قوانین	T68
پراکندگی جغرافیایی واحدهای ارائه دهنده خدمات در روستاها	T69
وجود همسرآزاری و کودک آزاری در برخی از خانواده ها در جامعه	T70
ناکافی بودن بودجه بخش تربیت بدنی و کمبود سرانه فضاهای ورزشی	T71
بالا بودن انگ بیماری های روانی و عدم مراجعه مردم جهت دریافت خدمات	T72
رایگان نبودن داروهای اعصاب و روان در مراکز شهری	T73
نا هماهنگی در ابلاغ و نحوه اجرای بعضی از دستورالعملها (آیین نامه انتقالی های از کلان شهرها و ...)	T74
عدم موافقت با تمدید 5 ساله افراد واجد بازنشستگان	T75
انجام کارآموزی دانشجویان توسط شاغلین حوزه بهداشت	T76
کامل نبودن اسناد مالکیت واحدهای تحت پوشش	T77
وجود نواقص و اشکالات در دستورالعمل انتخاب دانش آموز بهورزی	T78
ترکیب ناهمگن جمعیتی از نظر قومیت ها	T79
عدم اجرای آیین نامه های اجرایی مصوب معاونت راهبردی رئیس جمهور، در زمینه تعیین و انتخاب مدیران عالی - میانی و عملیاتی	T80
وجود حشرات موذی، حیوانات و سگ های ولگرد	T81
وجود بعضی مرغداریهها، و دامداریههای سنتی غیر بهداشتی	T82
معضل حاشیه نشینی	T83
کمبود اعتبار و عدم تناسب تخصیص اعتبارات با برنامه های پیشنهادی خصوصاً پروژه های عمرانی و در نتیجه عدم اجرای به موقع تعهدات مالی به پیمانکار	T84



### اولویت بندی نقاط قوت

رتبه	عنوان	اهمیت (1-4)	وزن (1-4)	امتیاز
S1	راه اندازی مراکز اجتماع محور سلامت در 5 مرکز خدمات جامع سلامت شهری	۳.۸	۳.۵	۱۳.۲
S2	توزیع منطقی اعتبارات دریافتی	۳.۵	۳.۷	۱۲.۸
S3	برنامه های منظم آموزشی جهت ارتقاء آگاهی مردم و پرسنل در سطوح مختلف .	۳.۶	۳.۶	۱۲.۸
S4	تهیه نقشه ارجاع آزمایشگاه در بحران	۳.۶	۳.۴	۱۲.۴
S5	وجود مجوز کسب نیروی تغذیه و روانشناس.	۳.۸	۳.۱	۱۲.۰
S6	بهبود وضعیت تجهیزات رفاهی و پزشکی در برنامه پزشک خانواده .	۳.۲	۳.۶	۱۱.۶
S7	مشارکت کارکنان در تصمیم گیریهای فنی .	۳.۵	۳.۲	۱۱.۱
S8	واگذاری 100٪ داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی به بخش خصوصی .	۳.۳	۳.۲	۱۰.۵
S9	وجود و به روز بودن شاخصها و اطلاعات مورد نیاز جهت تصمیم گیری.	۳.۴	۳.۰	۱۰.۵
S10	وجود سامانه های اداری ، بهداشتی و نظارتی(اتوماسیون اداری، سامانه یکپارچه بهداشت ، نیروی انسانی، بودجه بازرسی و.....)	۳.۳	۳.۲	۱۰.۴
S11	تجهیز و راه اندازی سردخانه های نگهداری واکسن در تمامی شهرستانهای استان.	۳.۱	۳.۴	۱۰.۴
S12	بیماربایی و مراقبت فعال بیماریهای واگیر و غیرواگیر در تمام نقاط استان	۳.۴	۳.۰	۱۰.۳
S13	استقلال اداری مالی حوزه معاونت بهداشتی.	۳.۳	۳.۱	۱۰.۳
S14	گرامیداشت مناسب های بهداشتی .	۳.۱	۳.۲	۱۰.۰
S15	تهیه و توزیع رسانه های آموزشی در زمینه های سلامت .	۳.۱	۳.۲	۱۰.۰
S16	تهیه نقشه ناامنی غذایی استان	۳.۶	۲.۸	۹.۹
S17	پیگیری و اجرای منظم برنامه های جاری نظام سلامت .	۳.۲	۳.۱	۹.۹
S18	پوشش 95 درصدی خدمات آزمایشگاهی در مراکز مجری پزشک خانواده .	۳.۴	۲.۹	۹.۸
S19	اجرای پروژه های تحقیقاتی در زمینه های سلامت .	۳.۲	۳.۰	۹.۶
S20	همکاری در آموزش دانشجویان گروه های پزشکی ، بهداشتی و پیرا پزشکی .	۳.۲	۲.۹	۹.۳
S21	تدوین سند استانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر .	۳.۰	۳.۰	۹.۱
S22	تدوین و اجرای موفق برنامه های کشوری ( طرح دندانپزشک خانواده، معاینات دانشجویان، معاینات پرسنل ، برش استانی برنامه استراتژیک ایدز، تکمیلاری گروههای هدف، وارنیش فلوراید، طرح هزینه اثربخشی دیابت بارداری، اجرای طرحهای C4D حوادث کودکان در 6 شهر استان، PMTCT، اجرای برنامه غربالگری تکامل کودکان ، راه اندازی موفق کلاسهای آمادگی برای زایمان ، اجرای موفق نظام مراقبت مرگ نوزادان، کودکان و مادران، ادغام برنامه کاهش خطر در بلایا در نظام شبکه، پیشگیری از خودکشی و.....)	۳.۱	۲.۹	۹.۱
S23	بارگذاری بموقع و مناسب مستندات برنامه عملیاتی دانشگاه و کسب رتبه دوم در سامانه پایش برنامه عملیاتی در سه ماهه اول 97 بین معاونتهای دانشگاه	۲.۸	۳.۳	۹.۱
S24	اجرای چارت سازمانی وزارت بهداشت	۳.۱	۲.۹	۹.۱
S25	جذب و بکارگیری 131 نیروی طرح تحول سلامت( پزشک ، مراقب سلامت، روانشناس، بهداشت محیط و	۳.۰	۲.۹	۸.۹



			حرفه ای، پرستار، مدارک پزشکی، خدمه )	
۸.۸	۳.۱	۲.۸	فعال بودن 316 خانه بهداشت در روستاها .	S26
۸.۸	۳.۰	۲.۹	راه اندازی و فعال بودن پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی زمینی ( ماهیروود) و هوایی ( بیرجند)	S27
۸.۶	۲.۷	۳.۲	برگزاری جلسات تحلیل شاخصها با مسئولین ستادی استان و شهرستانها در جهت رفع مسائل بهداشتی	S28
۸.۴	۳.۰	۲.۸	ارائه خدمات بهداشتی درمانی در دورترین نقاط روستایی .	S29
۸.۳	۲.۹	۲.۸	اجرای برنامه طرح تحول سلامت در شهرهای بالای 20 هزار نفر جمعیت	S30
۸.۱	۳.۱	۲.۶	داشتن برنامه بازدید مدون و منظم از سطوح ستادی و محیطی	S31
۷.۹	۲.۹	۲.۷	شرکت در کارگاه های آموزشی کشوری و منطقه ای .	S32
۷.۷	۲.۵	۳.۰	وجود نگرش تمرکز زدایی و تفویض اختیار به واحدهای محیطی .	S33
۷.۶	۲.۸	۲.۸	اجرای طرح پزشک خانواده در تمام نقاط روستایی و شهرهای زیر 20 هزار نفر	S34
۷.۶	۲.۶	۲.۹	توانمند سازی نیروهای مردمی ، سازمانی واجتماعی برای آموزش سلامت	S35
۷.۶	۲.۸	۲.۷	برگزاری جلسات منظم درون بخشی	S4
۷.۵	۲.۸	۲.۷	تجهیز بازرسی بهداشت محیط به تجهیزات پرتابل بازرسی	S36
۷.۳	۲.۳	۳.۲	ارائه خدمات بهداشتی درمانی در منطقه تحت پوشش با حداقل نیرو .	S37
۷.۲	۲.۷	۲.۷	بازدید مستمر از واحدهای تابعه و ارائه گزارش و پس خوراند جامع	S38
۷.۲	۲.۷	۲.۶	تجربه حضور فعال همکاران در تعدادی از بلایا ( بم، قاین و....)	S39
۷.۱	۲.۸	۲.۵	برگزاری کارگاه های آموزشی	S40
۷.۰	۲.۵	۲.۸	استانداردسازی تعدادی از واحدهای بهداشتی	S41
۶.۹	۲.۷	۲.۶	راه اندازی کلینیک های مشاوره و ترک دخانیات	S42
۶.۸	۲.۸	۲.۴	راه اندازی آموزشگاه بهداشت عمومی اصناف	S43
۶.۸	۲.۳	۳.۰	اجرای موفق طرح تکمیلی واکسیناسیون فلج اطفال در مناطق مرزی استان .	S44
۶.۵	۲.۳	۲.۸	تدوین و اجرای برنامه عملیاتی واحدهای ستادی	S45
۶.۴	۲.۷	۲.۴	اعطاء مجوز شرکتهای مبارزه با حشرات وجوندگان در اماکن عمومی وخانگی	S46
۶.۲	۲.۶	۲.۴	اعطای مجوز شرکتهای جمع آوری و حمل پسماندهای ویژه پزشکی	S47
۶.۰	۲.۶	۲.۳	ارتباطات درون بخشی مناسب .	S48
۵.۳	۲.۴	۲.۲	وجود نیروهای دلسوز و کارآمد	S49
۴۴۵.۶			جمع	



### اولویت بندی نقاط ضعف

رتبه	عنوان	اهمیت (1-4)	وزن (1-4)	امتیاز
W1	خدمت گرا بودن تیم سلامت با توجه به ابلاغ پرداخت مبتنی بر عملکرد.	۳.۶	۳.۳	۱۱.۹
W2	عدم انطباق نیروی انسانی موجود با ساختار سازمانی	۳.۷	۳.۲	۱۱.۸
W3	کاهش انگیزه اغلب کارکنان بهداشتی	۳.۷	۳.۱	۱۱.۴
W4	ضعف در نظام ارجاع .	۳.۵	۳.۲	۱۱.۲
W5	کمبود تجهیزات و خودرو.	۳.۵	۳.۱	۱۰.۸
W6	به روز نبودن پرداخت مطالبات پرسنلی اعم از اضافه کار ، فوق العاده مدیریت و ... .	۳.۴	۳.۲	۱۰.۸
W7	کمبود نیروی انسانی ( پزشک، تغذیه، روانشناس)	۳.۳	۳.۲	۱۰.۴
W8	کاهش کارایی پرسنل بهورز با توجه به افزایش وظایف محوله و سطح سواد پایین .	۳.۲	۲.۹	۹.۲
W9	پایین بودن اثر بخشی سیستم تشویق و تنبیه.	۳.۳	۲.۷	۸.۹
W10	عدم وصول و تحقق به موقع برخی از درآمدهای اختصاصی .	۳.۱	۲.۸	۸.۹
W11	دانش و مهارت ناکافی برخی پرسنل	۳.۳	۲.۷	۸.۸
W12	عدم امکان اتصال برخی از واحد های بهداشتی درمانی به اینترنت .	۳.۱	۲.۸	۸.۷
W13	کمبود فضای فیزیکی، فرسودگی و مقاومت پایین تعدادی از واحدهای بهداشتی درمانی .	۲.۹	۳.۰	۸.۷
W14	وجود نیروهای طرحی که برای مدت کوتاهی در سیستم فعالیت می کنند .	۳.۰	۲.۹	۸.۶
W15	ضعف در کیفیت خدمات بهداشتی درمانی .	۳.۳	۲.۶	۸.۳
W16	ناکافی بودن دانش و مهارت برخی پرسنل .	۳.۲	۲.۶	۸.۲
W17	عدم دسترسی کافی پرسنل به اینترنت .	۳.۰	۲.۶	۷.۸
W18	عدم وجود برنامه جهت استفاده عموم کارکنان از امکانات رفاهی - تفریحی .	۳.۰	۲.۶	۷.۸
W19	ضعف در تحقیق و پژوهش و استفاده ناکافی از نتایج تحقیقات بعمل آمده .	۲.۸	۲.۸	۷.۷
W20	جابجایی مکرر برخی از نیروها در ستاد شهرستان ها	۳.۰	۲.۵	۷.۷
W21	نارضایتی تعدادی از کارکنان از دریافت های غیر مستمر .	۲.۹	۲.۷	۷.۷
W22	کم توجهی برخی کارکنان به مقررات.	۳.۳	۲.۳	۷.۶
W23	به روز نبودن تعدادی از فرایندها و شناسنامه شاخص ها در حوزه معاونت بهداشتی .	۲.۶	۲.۸	۷.۳
W24	کمبود و فرسودگی ناوگان حمل و نقل در مراکز بهداشت و شبکه ها.	۲.۹	۲.۴	۶.۹
W25	ناکافی بودن آموزش شغلی در بعضی از رده های شغلی (اداری، مالی، خدمات، انبار، و ...)	۲.۵	۲.۷	۶.۸
W26	عدم وجود آزمایشگاه رفرنس بهداشت حرفه ای در معاونت بهداشتی جهت نظارت بر فعالیت شرکت های بخش خصوصی	۲.۶	۲.۶	۶.۶
W27	طولانی بودن روند اجرایی برنامه های مالی	۲.۷	۲.۴	۶.۵
W28	ضعف در تکریم ارباب رجوع .	۳.۰	۲.۲	۶.۴
W29	وجود مشکلات در واگذاری و ارزشیابی خدمات بهداشتی ، درمانی و تشخیصی به بخش خصوصی .	۲.۶	۲.۵	۶.۴



۵.۸	۲.۲	۲.۷	عدم انطباق بعضی از رشته های تحصیلی کارکنان با مشاغل مورد تصدی .	W30
۵.۸	۲.۴	۲.۴	نبود نرم افزار مناسب برای بررسی و پردازش اطلاعات نسخ دارویی	W31
۳.۸	۱.۹	۲.۰	استفاده از پرسنل بهداشتی به عنوان مربی کارورزی و کارآموزی دانشجویان علیرغم کمبود نیرو.	W32
۳.۲	۱.۵	۲.۱	کمبود فرسودگی تجهیزات در برخی از واحد های بهداشتی . (تجهیزات مورد نیاز در مقابله در بلایا، تن سنجی و....)	W33

جمع ۲۶۸.۴



## اولویت بندی فرصت ها

رتبه	عنوان	اهمیت (1-4)	وزن (1-4)	امتیاز
01	امکان استفاده از سامانه های سلامت (سامانه پاسخگویی به شکایات بهداشت 190، سامانه جامع بازرسی بهداشت محیط و حرفه ای، سامانه یکپارچه بهداشت و...)	۳.۵	۳.۲	۱۱.۰
02	حمایت ریاست دانشگاه از طرح های بهداشتی	۳.۵	۲.۸	۹.۸
03	راه اندازی سامانه کشوری پایش برنامه عملیاتی	۳.۱	۳.۱	۹.۸
04	راه اندازی و بهره برداری چندین مورد پروژه های مرتبط با تامین سلامت (تصفیه خانه آب شهر بیرجند، تصفیه خانه فاضلاب شهر بیرجند ایستگاه سنجش آلاینده های هوادر شهر های بیرجند و نهبندان، مرکز تخصصی طب کار، مرکز توانبخشی دانشگاهی جهت ارائه خدمات تکاملی به کودکان واجد شرایط، شرکت های مبارزه با حشرات و جوندگان در اماکن عمومی و خانگی، شرکت های جمع آوری و حمل پسماندهای ویژه پزشکی، راه اندازی مرکز LDR )	۳.۳	۳.۰	۹.۷
05	همکاری مطلوب برخی ادارات، سازمانهای دولتی، غیر دولتی و مردم نهاد. (آموزش خانوار در برابر بلایاتوسط هلال احمر، مشارکت کمیته امداد و بنیاد مسکن انقلاب اسلامی در احداث و بهسازی توالنت خانوار ها، همکاری اداره آموزش و پرورش در پیشگیری از آسیب های اجتماعی، حمایت مالی بهزیستی از مادران باردار جهت انجام خدمات پاراکلینیک غربالگری ناهنجاری مادرزادی، حمایت استانداری از طرح های بهداشتی از جمله طرح کاهش آسیب های اجتماعی و...)	۳.۴	۲.۹	۹.۶
06	اجرای پرداخت مبتنی بر عملکرد	۳.۳	۲.۷	۸.۸
07	وجود فضای فیزیکی مطلوب	۳.۳	۲.۶	۸.۶
08	وجود قوانین و اسناد بالادستی مرتبط با حوزه سلامت.	۲.۹	۳.۰	۸.۵
09	وجود کارگروه سلامت و امنیت مواد غذایی استان.	۳.۰	۲.۸	۸.۵
010	ارائه بسته حمایت تغذیه ای جهت کودکان و مادران از طرف برخی از نهاد ها (بنیاد علوی حلال احمر بهزیستی کمیته امداد امام خمینی(ره))	۳.۰	۲.۸	۸.۳
011	وجود خیرین در حوزه سلامت.	۳.۳	۲.۵	۸.۳
012	اصلاح ساختار تشکیلاتی حوزه های معاونت بهداشتی.	۳.۰	۲.۶	۷.۸
013	اجرای پابلوت برنامه ارجاع الکترونیکی به سطوح تخصصی	۳.۰	۲.۵	۷.۷
014	راه اندازی کلینیک های سیار دندانپزشکی	۲.۸	۲.۷	۷.۵
015	امکان استفاده از تجهیزات و امکانات سایر بخش ها.	۳.۱	۲.۴	۷.۵
016	وجود دو پایگاه اورژانس های هوایی در استان	۲.۶	۲.۹	۷.۴
017	انتخاب استان خراسان جنوبی به عنوان پایلوت تعدادی از برنامه ها ( غنی سازی آرد با ویتامین C4D, D، طرح هزینه اثر بخشی دیابت بارداری، و...)	۲.۷	۲.۷	۷.۲
018	حمایت هیات رئیسه و هیات امنای برنامه های بهداشتی.	۲.۹	۲.۵	۷.۱
019	امکان استفاده از تجربیات سایر دانشگاهها.	۲.۷	۲.۶	۷.۰
020	امکان شرکت مدیران و کارکنان در کارگاههای کشوری، منطقه ای و استانی.	۲.۹	۲.۴	۷.۰



۶.۸	۲.۴	۲.۸	پیشینه فرهنگی مطلوب در مردم استان و همکاری آنها در طرحهای آموزشی - بهداشتی	021
۶.۶	۲.۶	۲.۵	کاهش میزان خودکشی نسبت به سایر استانها	022
۶.۵	۲.۳	۲.۹	همکاری اعضای هیات علمی در برنامه های سلامت .	023
۶.۳	۲.۴	۲.۶	امکان استفاده از نیروهای طرحی و پیام آوران بهداشت و ضرب ک.	024
۶.۲	۲.۳	۲.۷	استقبال مدیریت کلان کشور از برنامه ریزی و نظام مند شدن فرآیندهای انجام کار.	025
۶.۰	۲.۴	۲.۵	همکاری نماینده ولی فقیه در استان .	026
۵.۹	۲.۲	۲.۷	امکان استفاده از اعتبارات دهیاریها در برنامه های بهداشتی.	027
۵.۹	۲.۲	۲.۶	وجود منابع علمی و مدیریتی قابل دسترسی در شبکه اطلاعات جهانی .	028
۵.۶	۲.۳	۲.۵	وجود فرودگاه و پروازهای داخلی و خارجی .	029
۵.۶	۲.۲	۲.۵	وجود مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی فعال .	030

جمع ۲۲۸.۵





### اولویت بندی تهدیدها

رتبه	عنوان	اهمیت (1-4)	وزن (1-4)	امتیاز
T1	کمبود اعتبارات بخش بهداشت.	۳.۸	۳.۴	۱۳.۰
T2	پایین بودن حقوق و مزایای کارکنان در بخش بهداشت.	۳.۶	۳.۶	۱۳.۰
T3	تخصیص ناکافی مجوز برای استخدام.	۳.۸	۳.۴	۱۲.۹
T4	تخصیص ناکافی اعتبارات استانی به حوزه بهداشت.	۳.۶	۳.۴	۱۲.۳
T5	شیوع بالای بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آن.	۳.۴	۳.۲	۱۱.۰
T6	کمبود نیروی انسانی تخصصی بهداشتی - درمانی در مناطق محروم و دوردست.	۳.۶	۳.۱	۱۰.۹
T7	تاخیر در تصویب و ابلاغ چارت تشکیلاتی ستاد شهرستان های تابعه.	۳.۴	۳.۱	۱۰.۶
T8	تمایل کمتر تعدادی از گروه سنی جوانان و میانسالان و سالمندان جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی از واحد های بهداشتی	۳.۴	۳.۱	۱۰.۴
T9	عدم وحدت رویه و ناکارآمدی نظام پرداخت حقوق کارکنان (به دلیل تفاوت فاحش بین کارکنان و وجود فوق العاده ویژه برای برخی گروهها و عدم وجود تفاوت حقوقی بین پرسنل تحصیل کرده و سایر پرسنل).	۳.۳	۳.۰	۹.۸
T10	کاهش و افزایش سن ازدواج و باروری و افزایش حاملگی های پرخطر در جامعه	۳.۲	۳.۰	۹.۵
T11	سبک زندگی ناصحیح در اغلب مردم استان (فرهنگ نادرست رانندگی، کم تحرکی، تغذیه غلط و ...)	۳.۳	۲.۹	۹.۴
T12	عدم دسترسی برخی از واحدهای بهداشتی به اینترنت	۳.۳	۲.۸	۹.۱
T13	افزایش نسبت جمعیت سالمندان در گروههای سنی نسبت به سایر استانها	۳.۲	۲.۸	۹.۰
T14	عدم ابلاغ به موقع موافقت نامه ها و از دست دادن فصل کاری مناسب جهت اجرای پروژه های عمرانی و بهداشتی	۳.۱	۲.۹	۹.۰
T15	ضعف در مدیریت و برنامه ریزی مناسب در زمینه خدمات بهداشتی درمانی.	۳.۱	۲.۹	۹.۰
T16	کمبود منابع آب آشامیدنی سالم در برخی مناطق.	۳.۳	۲.۷	۸.۹
T17	احتمال شیوع بیماریهای عفونی و مسری با توجه به مرز گسترده شرقی.	۳.۳	۲.۷	۸.۹
T18	افزایش بی رویه قیمت تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و دارویی بخصوص اقلام وارداتی و کمبود برخی از اقلام	۳.۱	۲.۸	۸.۸
T19	فقر اقتصادی مردم منطقه بخصوص با توجه به خشکسالی های مکرر.	۳.۱	۲.۸	۸.۸
T20	عدم شناخت کافی برخی حوزه های دانشگاه و سازمانها از شرح وظایف و حدود اختیارات حوزه معاونت بهداشتی.	۳.۰	۳.۰	۸.۸
T21	کمبود اعتبار جهت رفع نواقص ساختمانی و کمبود هزینه تعمیرات با توجه به فرسودگی ساختمان ها.	۳.۱	۲.۹	۸.۷
T22	پایین بودن سواد سلامت مردم استان	۳.۲	۲.۷	۸.۷
T23	ضعف در ثبات سطوح مدیریتی کشور.	۳.۰	۲.۹	۸.۶
T24	شروع پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک خانواده و طرح تحول	۳.۰	۲.۹	۸.۶
T25	نبود نرم افزار مناسب و یکدست برای آزمایشگاهها و واحدهای نمونه گیری و یا عدم اتصال آنها به سامانه سیب	۲.۹	۳.۰	۸.۶
T26	مشارکت پایین برخی از سازمان های برون بخشی	۳.۱	۲.۸	۸.۵



۸.۴	۲.۷	۳.۱	پایین بودن جاذبه جهت جذب نیروهای بهداشتی درمانی غیر محلی در برخی مناطق تحت پوشش دانشگاه .	T27
۸.۴	۲.۷	۳.۱	نا هماهنگی در ابلاغ و نحوه اجرای بعضی از امور محوله .	T28
۸.۴	۲.۸	۳.۰	کمبود اعتبارات طرحهای عمرانی جهت حصارکشی و محوطه سازی خانه های بهداشت و مراکز با توجه به اولویت دانشگاه در تکمیل شبکه ها .	T29
۸.۴	۲.۸	۳.۰	بالا بودن سوئی تغذیه در استان	T30
۸.۳	۲.۹	۲.۹	ناکافی بودن تصفیه خانه های فاضلاب صنعتی، شهری و بیمارستانی.	T31
۸.۳	۲.۸	۳.۰	رایگان بودن برخی از خدمات بهداشتی.	T32
۸.۲	۲.۶	۳.۲	وجود فشارهای برون بخشی در امور بهداشت و درمان .	T33
۸.۲	۲.۶	۳.۱	وجود مشکلات سازه ای و غیر سازه ای در ساختمان ها ( عدم تعبیه درب خروج اضطراری و ...)	T34
۸.۲	۲.۸	۲.۹	وضع قوانین و مقررات با بار مالی، بدون تامین اعتبار سالانه و عدم پرداخت کسری بودجه و عدم تخصیص به موقع اعتبارات جاری و ردیف های متمرکز .	T35
۸.۰	۲.۸	۲.۸	بالا بودن آمار طلاق در چند سال اخیر	T36
۷.۹	۲.۷	۳.۰	وجود اعتیاد و قرار گرفتن استان در مسیر ترانزیت مواد مخدر .	T37
۷.۸	۲.۸	۲.۹	فراوانی حوادث غیر مترقبه (طبیعی و انسان ساخت) و سطح خطر بالای استان.	T38
۷.۸	۲.۴	۳.۲	عدم همسویی بعضی رسانه های جمعی در پیشبرد اهداف بهداشتی	T39
۷.۸	۲.۶	۳.۰	منطبق نبودن آموزش دانشگاهی با نیاز های محیطی	T40
۷.۸	۲.۷	۲.۹	تاخیر هر ساله در تصویب تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی که منجر به تحمیل زیان فراوانی به مراکز بهداشتی درمانی و بروز مشکلات با سازمان های بیمه گر در پرداخت ما به التفاوت تعرفه ها می شود.	T41
۷.۷	۲.۶	۲.۹	وضعیت نامناسب جاده های مواصلاتی استان و نبود راه آهن .	T42
۷.۶	۲.۶	۳.۰	وجود رفتارهای جنسی ناپایمن و آسیب های اجتماعی .	T43
۷.۶	۲.۶	۲.۹	مشارکت ناکافی مردم در زمینه پرداخت کمک های نقدی و غیر نقدی .	T44
۷.۵	۲.۴	۳.۲	ناکافی بودن آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی مردم .	T45
۷.۴	۲.۵	۲.۹	تردد و حضور تعداد زیادی از اتباع خارجی (بویژه افغانه) در استان.	T46
۷.۴	۲.۵	۲.۹	کمبود نیروهای تخصصی و فوق تخصصی در برخی از رشته ها ( فلوشیپ نازایی، دکتری روانشناسی بالینی و ...)	T47
۷.۳	۲.۵	۲.۹	شرایط نا مساعد آب و هوایی استان	T48
۷.۳	۲.۴	۳.۱	مشکلات زیست محیطی (زباله، فاضلاب، دفع سموم آفات نباتی و ... ) .	T49
۷.۲	۲.۵	۲.۹	عدم موافقت با متقاضیان بازنشستگی پیش از موعد .	T50
۷.۲	۲.۵	۲.۹	ناکافی بودن نظارت بر کنترل کیفی مواد غذایی تولیدی، آرایشی، بهداشتی و دستفروشان مواد غذایی	T51
۷.۲	۲.۵	۲.۹	مهاجرت مردم روستاها به شهرها خصوصا مرکز استان .	T52
۷.۲	۲.۷	۲.۷	عدم وجود قوانین حمایتی لازم برای اجرای برنامه های بهداشت حرفه ای	T53
۷.۱	۲.۵	۲.۹	نظارت ناکافی ستاد وزار تخانه بر واحدهای محیطی .	T54
۷.۰	۲.۵	۲.۸	انگ بودن اختلالات جنسی و مشکلات مربوط به این حیطه در جامعه	T55
۶.۹	۲.۵	۲.۸	فعال نمودن بعضی از واحد های محیطی بدون چارت تشکیلاتی مصوب و نیروی مورد نیاز .	T56



۶.۹	۲.۵	۲.۸	بوروکراسی و تعدد سازمان های نظارتی .	T57
۶.۹	۲.۵	۲.۷	مهاجرت مردم روستاها به شهرها خصوصا مرکز استان.	T58
۶.۷	۲.۶	۲.۶	وجود بافت های فرسوده شهری و روستایی	T59
۶.۷	۲.۵	۲.۷	فعالیت افراد سود جو و فرصت طلب در طب سنتی	T60
۶.۷	۲.۴	۲.۸	صعب العبور بودن برخی مناطق روستایی	T61
۶.۶	۲.۵	۲.۷	پایین بودن فرهنگ ایمنی و بهداشت حرفه ای در شاغلین استان	T62
۶.۵	۲.۵	۲.۶	در حد انتظار نبودن همکاری برخی از اعضای هیئت علمی در برنامه های بهداشتی	T63
۶.۴	۲.۳	۲.۷	محدودیت پیش بینی برخی از مخاطرات	T64
۶.۱	۲.۲	۲.۸	وجود افراد فاقد شناسنامه در استان	T65
۶.۱	۲.۴	۲.۵	وجود پادگانهای آموزشی و خوابگاههای پراکنده دانش آموزی و دانشجویی در سطح استان .	T66
۵.۹	۲.۳	۲.۵	نبود کارخانه های کمپوست در استان .	T67
۵.۹	۲.۴	۲.۵	تغییرات مداوم قوانین و مقررات، وجود قوانین متعدد و عدم جامع نگری در تنظیم قوانین .	T68
۵.۹	۲.۸	۳.۱	پراکندگی جغرافیایی واحدهای ارائه دهنده خدمات در روستاها .	T69
۵.۸	۲.۳	۲.۶	وجود همسرآزاری و کودک آزاری در برخی از خانواده ها در جامعه	T70
۵.۸	۲.۲	۲.۶	ناکافی بودن بودجه بخش تربیت بدنی و کمبود سرانه فضاهای ورزشی .	T71
۵.۷	۲.۳	۲.۵	بالا بودن انگ بیماری های روانی و عدم مراجعه مردم جهت دریافت خدمات	T72
۵.۶	۲.۲	۲.۶	رایگان نبودن داروهای اعصاب و روان در مراکز شهری	T73
۵.۶	۲.۴	۲.۳	نا هماهنگی در ابلاغ و نحوه اجرای بعضی از دستورالعملها (آیین نامه انتقالی های از کلان شهرها و ...)	T74
۵.۶	۲.۳	۲.۵	عدم موافقت با تمدید 5 ساله افراد واجد بازنشستگیان	T75
۵.۴	۲.۳	۲.۴	انجام کار آموزشی دانشجویان توسط شاغلین حوزه بهداشت	T76
۵.۴	۲.۲	۲.۴	کامل نبودن اسناد مالکیت واحدهای تحت پوشش	T77
۵.۳	۲.۳	۲.۳	وجود نواقص و اشکالات در دستورالعمل انتخاب دانش آموز بهورزی	T78
۴.۸	۲.۰	۲.۴	ترکیب ناهمگن جمعیتی از نظر قومیت ها.	T79
۴.۸	۲.۱	۲.۳	عدم اجرای آیین نامه های اجرایی مصوب معاونت راهبردی رئیس جمهور، در زمینه تعیین و انتخاب مدیران عالی - میانی و عملیاتی.	T80
۲.۶	۲.۵	۲.۷	وجود حشرات موذی، حیوانات و سگ های ولگرد .	T81
۲.۶	۲.۶	۲.۷	وجود بعضی مرغداریها، و دامداریهای سنتی غیر بهداشتی .	T82
۲.۶	۲.۹	۳.۰	معضل حاشیه نشینی .	T83
۲.۶	۲.۷	۲.۹	کمبود اعتبار و عدم تناسب تخصیص اعتبارات با برنامه های پیشنهادی خصوصاً پروژه های عمرانی و در نتیجه عدم اجرای به موقع تعهدات مالی به پیمانکار.	T84

جمع ۶۴۰.۲



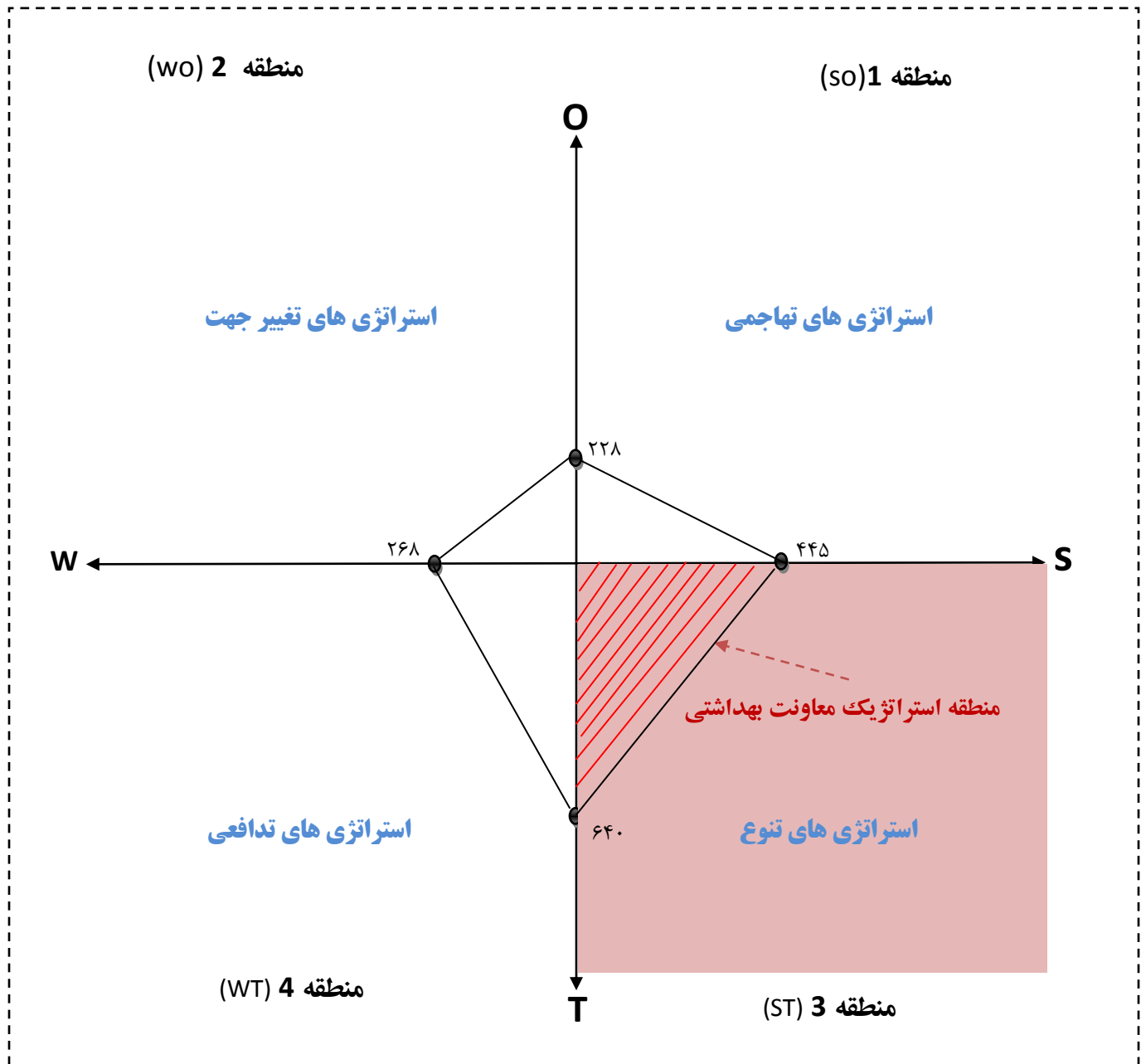
## جدول موقعیت استراتژیک دستگاه :

S= 445

W=268

O=228

T=640





# فصل پنجم:

## اهداف و استراتژی ها





## راهبردهای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی بیرجند

### Strategies for Birjand University Of medicad sciences (2017 – 2021)

ردیف	راهبردها از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰
۱	توسعه خدمات الکترونیکی آموزش و سلامت
۲	توسعه و بهبود زیرساخت های فن آوری اطلاعات و ارتباطات
۳	استقرار نظام ارزیابی فن آوری سلامت
۴	ارتقاء سطح دسترسی به خدمات سلامت
۵	ارتقاء سطح سلامت محیط
۶	توسعه و بهبود بازتوانی و توانبخشی در واحدهای بهداشتی و درمانی
۷	توسعه مراکز مشاوره و آموزش آسیب های اجتماعی و سلامت
۸	توسعه مراکز ارائه خدمات درمانی سرپایی غیر دولتی
۹	توسعه طب سنتی و مکمل در نظام سلامت
۱۰	توسعه بازتوانی و توانبخشی اعتیاد در مراکز سلامت روستایی
۱۱	توسعه گردشگری سلامت
۱۲	بهبود نظام تصمیم سازی و تصمیم گیری
۱۳	بهبود سیستم های اطلاعات مدیریت
۱۴	مهندسی مجدد ساختار و مشاغل
۱۵	بهبود نظام سطح بندی خدمات
۱۶	توسعه ورزش همگانی در کارکنان ودانشجویان به منظور توسعه سلامت
۱۷	توانمندسازی مردم به منظور ارتقاء سطح خودمراقبتی
۱۸	ارتقاء سطح مشارکت بخش غیر دولتی در حوزه سلامت
۱۹	توسعه و بهبود هدفمند تعاملات بین سازمانی
۲۰	بهبود نظام مدیریت سرمایه انسانی
۲۱	توسعه و بهبود هدفمند تعاملات بین بخشی در حوزه های صف و ستاد
۲۲	توسعه آموزش علوم پزشکی پاسخگو
۲۳	توسعه و بهبود برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۲۴	نهادینه کردن تعهد و پاسخگویی همگانی برای سلامت
۲۵	تحقق سیاست ها و قوانین فرابخشی برای ارتقای سلامت انسان
۲۶	توانمندسازی مدیران و کارشناسان حوزه سلامت



ردیف	راهبردها از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰
۲۷	پایه سازی استانداردهای WFME در رشته های علوم پزشکی
۲۸	ارتقاء مستمر کیفیت (T&M) در عرصه آموزش عالی سلامت
۲۹	طراحی و استقرار نظام دیده بانی آموزش عالی سلامت
۳۰	گسترش بستر آموزش مبتنی بر جامعه
۳۱	گسترش بستر آموزشی های بالینی
۳۲	توسعه مقاطع تحصیلات تکمیلی مبتنی بر نیاز مانند طب سالمندی، پزشکی خانواده، طب، تسکینی
۳۳	فراهم نمودن بستر آموزش های آزاد در نظام سلامت
۳۴	توجه به بومی گزینی در آموزش عالی سلامت به منظور توزیع عادلانه منابع انسانی
۳۵	ایجاد بسترهای قانونی لازم جهت خلق ثروت دانش بنیان در عرصه آموزش عالی سلامت
۳۶	واقعی سازی هزینه های تمام شده خدمات آموزش عالی سلامت
۳۷	تشویق و ترغیب اعضای هیئت علمی در زمینه آموزشی پژوهشی
۳۸	توسعه الگوهای آموزش از راه دور و مجازی تسهیل دسترسی به آموزش عالی سلامت از مجرای شبکه سازی در آموزش عالی سلامت
۳۹	<b>توسعه الگوهای آموزش از راه دور و مجازی</b>
۴۰	تنوع بخشی به شیوه های پذیرش و جذب و ارزشیابی دانشجوی
۴۱	حمایت از نخبگان و استعداد های درخشان
۴۲	توسعه دانش های نوین با تاکید بر حیطه های میان رشته ای و تمرکز بر علوم و فناوریهای نوین
۴۳	ارتقاء و به روز رسانی رشته های تحصیلات تکمیلی
۴۴	گسترش تعاملات بین المللی برای توسعه حیطه های میان رشته ای و علوم و فناوری های نوین
۴۵	ارتقاء استانداردهای اعتبار بخشی بین المللی در آموزش عالی سلامت
۴۶	تنوع بخشی به نظام های پذیرش دانشجویان خارجی
۴۷	اجرای برنامه های مشترک علمی آموزشی با مراکز معتبر جهانی
۴۸	تسهیل تبادل استاد و دانشجو میان دانشگاههای خارجی و داخلی در قالب بورسهای تحصیلی و فرصت های مطالعاتی
۴۹	گسترش نظام های آموزشی از راه دور
۵۰	استفاده از توان و ظرفیت قطب ها و انجمن های علمی در شبکه سازی
۵۱	<b>گسترش تعاملات بین بخشی، فرابخشی، منطقه ای و بین المللی</b>
۵۲	بهره مندی از نظام مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS) در عرصه آموزش عالی سلامت
۵۳	طراحی و اجرای الگوهای اعتبار بخشی آموزشی بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی
۵۴	ارتقای فرآیندهای آموزشی در بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی
۵۵	بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی



ردیف	راهبردها از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰
۵۶	باز تعریف و انطباق کدهای اخلاق حرفه ای و مهارت‌های ارتباطی براساس آموزه های ایرانی اسلامی
۵۷	نظام دیده بانی اخلاق حرفه ای در نظام آموزش عالی سلامت
۵۸	تکریم و بازشناسایی اساتید پیشکسوت و چهره های مطرح در اخلاق حرفه ای
۵۹	کاربست فناوری اطلاعات در فرآیندهای آموزش
۶۰	طراحی الگوهای نوین جذب، ارزشیابی و ارتقای هیئت علمی
۶۱	تسهیل تبادل استاد و دانشجو در بین دانشگاه های داخلی و خارجی
۶۲	تلاش جهت ارتقای منزلت و معیشت منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت
۶۳	تقویت تفویض اختیارات به دانشگاه‌های علوم پزشکی بر مبنای الگوی آمایش سرزمینی
۶۴	تسهیل بستر حضور بخش غیردولتی در ارائه خدمات آموزش عالی سلامت





## اهداف کلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

اهداف کلی از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰	ردیف
افزایش امید به زندگی	۱
کاهش عوامل خطر و بار بیماری های غیر واگیر	۲
کاهش عوامل خطر و بار ناشی از بیماریهای واگیر	۳
ارتقای شاخص توسعه کودکان	۴
ارتقای سلامت روانی اجتماعی مردم و جامعه	۵
دسترسی عادلانه به خدمات درمانی با کیفیت	۶
ارتقای آگاهی و مهارت مردم، سازمان ها و جوامع	۷
افزایش تولید سیاست های حامی سلامت و ایجاد تعهد برای تهیه پیوست سلامت در طرح های کلان توسعه	۸
ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری	۹
ارتقای سطح آمادگی نظام سلامت در برابر فوریت های پزشکی، حوادث و بلایا	۱۰
حفاظت مالی مردم در برابر هزینه های سلامت	۱۱
بهبود مسئولیت پذیری، مشارکت همگانی و همکاری بین بخشی برای سلامت	۱۲
توسعه صنعت گردشگری سلامت	۱۳
دستیابی عادلانه مردم به سبد غذایی سالم و مطلوب	۱۴
افزایش دستیابی مردم به فراورده های سلامت سالم و ایمن	۱۵
افزایش سهم تولید و تجهیز و مصرف منطقی فراورده های دارویی طبیعی	۱۶
کاهش قاچاق و تقلب در کالاهای سلامت محور	۱۷
ارتقا و بهبود استانداردهای ارائه خدمات فراورده ای سلامت در مراکز ارائه دهنده خدمات	۱۸
دست یابی به مرجعیت علمی در حیطه دانش علوم پزشکی در منطقه	۱۹
توسعه آموزش علوم پزشکی برای پاسخ به نیازهای نظام سلامت	۲۰
ظرفیت سازی منابع انسانی در حوزه پژوهش های سلامت	۲۱
ارتقای کیفی تحقیقات سلامت	۲۲
تأمین و ارتقاء معیشت، رفاه و سلامت دانشجویان	۲۳
توسعه و تعمیق فرهنگ اسلامی ایرانی در دانشگاه	۲۴
ادغام خدمات درمانی تأیید شده طب ایرانی در نظام سلامت	۲۵
دسترسی احاد مردم به مراقبت های پرستاری با کیفیت و ایمن در سطوح مختلف نظام سلامت	۲۶
افزایش کارایی منابع مالی، فیزیکی و انسانی	۲۷



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با توجه به راهبرد ها و اهداف اعلام شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و با توجه به اسناد بالا دستی موجود و همچنین برنامه عملیاتی مشترک اعلام شده از سوی وزارتخانه استراتژی ها و اهداف خود را که در تدوین آن ها از نقاط قوت، ضعف، فرصت ها و تهدیدها استفاده شده است، به شرح ذیل تعیین و پیگیری می نماید.

## مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت

**هدف کلی:** دسترسی عادلانه و همگانی به خدمات سلامت با کیفیت

**هدف کمی ۱:** ارائه خدمات حوزه بهداشت مبتنی بر پرونده الکترونیک سلامت در واحدهای ارائه دهنده خدمت از 93 درصد به 100 درصد

**استراتژی ۱:** فراهم سازی سخت افزاری و نرم افزاری واحدهای بهداشتی

**استراتژی ۲:** آموزش و توانمندسازی نیروهای درگیر پرونده الکترونیک

**استراتژی ۳:** تکمیل فرآیند ارجاع الکترونیک در سطح ۱

**استراتژی ۳:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (معاونت درمان، بیمه سلامت و....) در خصوص تکمیل نظام ارجاع

**استراتژی ۴:** پایش و نظارت بر روند اجرای برنامه

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش و استخراج شاخص های سه ماهه از پرونده الکترونیک

**هدف کمی ۲:** کاهش درصد نارضایتی مردم از خدمات سلامت سطح ۱ از ۳۰۵ به کمتر از ۱ درصد بر اساس شاخصهای تعیین شده در سامانه یکپارچه بهداشت

**استراتژی ۱:** ارزشیابی و پایش مستمر

**استراتژی ۲:** هماهنگی های درون بخشی در راستای ارتقاء عملکرد کاربران سامانه یکپارچه بهداشت

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش فصلی از سامانه یکپارچه بهداشت

**هدف کمی ۳:** ارتقاء ارزیابی عملکرد برنامه رضایت سنجی خدمات از ۹۲٪ به ۱۰۰٪

**استراتژی ۱:** ارزیابی و بهینه سازی سیستم های پایش

**استراتژی ۲:** بهینه سازی نظام ثبت داده ها به منظور راستی آزمایی خدمات سلامت

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش فصلی از سامانه یکپارچه بهداشت



**هدف کمی ۴:** افزایش درصد نیروی انسانی شاغل در واحدهای ارائه خدمات از ۴۷٪ به ۵۵٪ تشکیلات مصوب

**استراتژی ۱:** تامین نیروی انسانی از طریق پیگیری مجوزهای استخدامی

**استراتژی ۲:** هماهنگی های بین بخشی در خصوص جذب نیروی های مشمول طرح لایحه و پیام آور

**استراتژی ۳:** هماهنگی های بین بخشی و فراخوان جذب بهورز

**استراتژی ۴:** ساماندهی و نظارت برنقل و انتقال نیروهای انسانی در حوزه بهداشت

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش ۶ ماهه

**هدف کمی ۵:** افزایش درصد پست های مصوب دارای شاغل در واحدهای ارائه خدمات از ۶۶٪ به ۷۶٪ تشکیلات مصوب

**استراتژی ۱:** تامین نیروی انسانی از طریق پیگیری مجوزهای استخدامی

**استراتژی ۲:** هماهنگی های بین بخشی در خصوص فراخوان جذب و به کارگیری نیرو

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش ۶ ماهه

**هدف کمی ۶:** حفظ پوشش ۱۰۰ درصدی برنامه پزشک خانواده روستایی منطبق بر دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت

**استراتژی ۱:** تداوم اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی و درمانی ( مراقبت های

نوین سلامت) به روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

**استراتژی ۲:** استقرار نظام ارجاع الکترونیک برای جمعیت روستایی، عشایری و شهری زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت

**استراتژی ۳:** هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی جهت آشنایی مردم با ضوابط و نظام ارجاع پزشک خانواده

**استراتژی ۴:** هماهنگی های برون بخشی ( سازمان بیمه سلامت، معاونت غذا و دارو، معاونت درمان)

**استراتژی ۵:** هماهنگی های بین بخشی جهت تامین و ماندگاری پرسنل تیم سلامت

**استراتژی ۶:** آموزش و توانمند سازی پرسنل تیم سلامت ( پزشک، ماما، نیروهای بهداشتی، بهورزان و ...)

**استراتژی ۷:** مدیریت منابع مالی برنامه و توزیع منابع و امکانات مبتنی بر عملکرد و فعالیت تیم سلامت

**استراتژی ۸:** نظارت و پایش عملکردی اعضای تیم سلامت برنامه

**استراتژی ۹:** بهبود استاندارد واحدهای ارائه خدمت و محل زیست پزشک

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش سالیانه



**هدف کمی ۷:** ارتقاء استقرار الزامات مدیریتی و فنی در ۱۸ آزمایشگاه بهداشتی استان منطبق بر چک لیست مدیریت کیفیت از

۶۵ درصد به ۸۵ درصد (۱۴ آزمایشگاه دیگر بالای ۸۵٪ الزامات را مستقر نموده اند)

**استراتژی ۱:** توانمند سازی مسئولین و کارشناسان آزمایشگاه ها از طریق آموزش و برگزاری کارگاه

**استراتژی ۲:** پایش و نظارت دوره ای حداقل دوبار در سال و ارائه پسخوراند و پیگیری در جهت رفع موارد عدم انطباق

**استراتژی ۳:** ارتقاء کیفیت مراکز نمونه گیری و تامین نرم افزار مناسب

**ارزیابی و ارزشیابی:** پایش بر اساس نمره چک لیستهای مدیریت کیفیت آزمایشگاه های سطح ۱ و ۲ بهداشتی (دو بار در

سال)

**هدف کمی ۸:** دسترسی به خدمات آزمایشگاهی منطبق بر دستورالعمل بیمه شدگان روستایی از ۹۰٪ به ۱۰۰٪ درصد

**استراتژی ۱:** افزایش روزهای نمونه گیری در مراکزی که جمعیت بیشتری دارند

**استراتژی ۲:** تکمیل و به روز رسانی اطلاعات آزمایشگاههای تحت پوشش

**استراتژی ۳:** ایجاد واحدهای نمونه گیری در مراکز خدمات جامع سلامت فاقد واحد نمونه گیری

**استراتژی ۴:** ثبات استقرار نظام تضمین کیفیت در آزمایشگاه های بهداشتی

**ارزیابی و ارزشیابی:** پایش بر اساس نمره چک لیستهای واحدهای نمونه گیری و سیستم ارجاع

**هدف کمی ۹:** اجرای برنامه تأمین مراقبت های اولیه سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر به میزان ۱۰۰٪

**استراتژی ۱:** تداوم برنامه ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی و درمانی (مراقبت های نوین سلامت) به ساکنین

شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر و مناطق حاشیه شهرها

**استراتژی ۲:** هماهنگی های بین بخشی جهت تامین و ماندگاری پرسنل تیم سلامت

**استراتژی ۳:** آموزش و توانمند سازی پرسنل تیم سلامت (پزشک، مراقبین سلامت و سایر پرسنل)

**استراتژی ۴:** مدیریت منابع مالی برنامه و توزیع منابع و امکانات مبتنی بر عملکرد و فعالیت تیم سلامت

**استراتژی ۵:** نظارت و پایش عملکردی اعضای تیم سلامت و برنامه طرح تحول سلامت

**استراتژی ۶:** بهبود استاندارد واحدهای بهداشتی

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش سالیانه



**هدف کمی ۱۰:** تامین ۱۰۰٪ داروهای اساسی و مراقبتی مورد نیاز

**استراتژی ۱:** برآورد و درخواست صحیح داروهای مراقبتی ( بر اساس پروتکل های درمانی وزارت) مورد نیاز مراکز توسط شبکه ها

**استراتژی ۲:** تهیه و تامین داروهای مراقبتی توسط شبکه های بهداشتی درمانی

**استراتژی ۳:** تهیه و تامین داروهای اساسی توسط داروخانه های خصوصی بر اساس لیست ۴۳۶ قلم

**استراتژی ۴:** حفظ وضعیت موجود در واگذاری ۱۰۰ درصد داروخانه مراکز بهداشتی درمانی به بخش خصوصی

**استراتژی ۵:** نظارت بر نحوه تامین داروهای اساسی توسط بخش خصوصی

**استراتژی ۶:** اعمال کسورات به بخش خصوصی در صورت عدم تامین کافی و به موقع دارو

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی گزارش عملکرد امور دارویی در پایان هر فصل و گزارشهای بیمه

**هدف کمی ۱۱:** تامین ۱۰۰٪ مکمل های دارویی

**استراتژی ۱:** برآورد مکمل های مورد نیاز بر اساس بسته خدمت

**استراتژی ۲:** تامین مکمل های مورد نیاز بر اساس بسته خدمت

**استراتژی ۳:** هماهنگی امور مالی و مسئول پزشک خانواده جهت آگاهی از میزان اعتبار موجود

**استراتژی ۴:** پیگیری توزیع صد در صد مکمل ها بین گروه های هدف

**ارزیابی و ارزشیابی:** گزارش فصلی از میزان توزیع و مصرف مکمل ها

**هدف کمی ۱۲:** ارتقای کیفیت مراکز آموزش بهورزی و باز آموزی برنامه های سلامت از ۸۸ درصد به ۱۰۰ درصد

**استراتژی ۱:** توانمند سازی مربیان بهورزی

**استراتژی ۲:** برنامه ریزی آموزشی و نظارت مستمر و انجام نیاز سنجی

**استراتژی ۳:** بهبود استاندارد تجهیزات مراکز

**استراتژی ۴:** بهبود استاندارد فضای فیزیکی و ساختمانی مراکز آموزش بهورزی

**ارزیابی و ارزشیابی:** بازدید و نظارت بر اساس چک لیست هر ۶ ماه



**هدف کمی ۱۳:** بهبود وضعیت جمع‌آوری داده‌ها و آنالیز اطلاعات از ۹۰ به ۹۷٪ مورد انتظار براساس ضوابط اجرایی تعیین شده

**استراتژی ۱:** نظام مند کردن جمع‌آوری و آنالیز اطلاعات

**استراتژی ۲:** بررسی و ارتقاء نرم‌افزارهای موجود

**استراتژی ۳:** گزارش و پیگیری نواقص نرم‌افزارهای موجود

**ارزیابی و ارزشیابی:** گزارش دهی شش ماهه فرابر و گزارش سالیانه زیج حیاتی

**هدف کمی ۱۴:** بهبود کیفیت ثبت موارد مرگ از ۹۵٪ به ۹۸٪

**استراتژی ۱:** بهبود کیفیت ثبت اطلاعات متوفی

**استراتژی ۲:** بهبود کیفیت ثبت علل فوت

**استراتژی ۳:** تامین و توزیع به موقع گواهی فوت مورد نیاز بیمارستانها و مطب‌ها

**استراتژی ۴:** آموزش و ارتقاء علمی پزشکان تکمیل کننده گواهی فوت

**استراتژی ۵:** آموزش و ارتقاء علمی همکاران مسئول برنامه نظام ثبت داده‌های مرگ و میر

**ارزیابی و ارزشیابی:** ارزشیابی بررسی گواهی‌های فوت شش ماهه



## مدیریت پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

### هدف کلی: کاهش عوامل خطر و بار بیماری ها

**هدف کمی ۱:** انجام درمان، پیشگیری هاری برای صد درصد موارد حیوان گزیده

**استراتژی ۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، همایش، تهیه مواد آموزشی و....)

**استراتژی ۲:** هماهنگی درون و برون بخشی (تشکیل کمیته علمی، اجرایی و...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و....

**هدف کمی ۲:** شناسایی ۱۰۰٪ موارد ابتلا به انواع گال و پدیکلوزیس

**استراتژی ۱:** آموزش و اطلاع رسانی (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، همایش، تهیه مواد آموزشی و....)

**استراتژی ۲:** بیماریابی (اکتیو، پاسیو و....)

**استراتژی ۳:** هماهنگی درون و برون بخشی (تشکیل کمیته علمی، اجرایی و...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و....

**هدف کمی ۳:** کاهش میزان بروز سالک به میزان ۱۰٪

**استراتژی ۱:** آموزش و اطلاع رسانی (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، همایش، تهیه مواد آموزشی و....)

**استراتژی ۲:** هماهنگی درون و برون بخشی (تشکیل کمیته علمی، اجرایی و...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و.....

**هدف کمی ۴:** کاهش ۱۵ درصدی در میزان بروز هیپاتیت

**استراتژی ۱:** آموزش و اطلاع رسانی (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، همایش، تهیه مواد آموزشی و....)

**استراتژی ۲:** هماهنگی درون و برون بخشی (تشکیل کمیته علمی، اجرایی و...)

**استراتژی ۳:** مراقبت بیماریها

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و.....



#### هدف کمی ۵: کنترل بیماری های قابل پیشگیری با واکسن\*

**استراتژی ۱:** آموزش و اطلاع رسانی (برگزاری کارگاههای آموزشی استانی و شهرستانی برای واکسن ها، برگزاری کارگاه آموزشی استانی و شهرستانی برای بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن)

**استراتژی ۲:** تحقیق و پژوهش ( کمک به اجرای تحقیقات کاربردی در زمینه واکسن های جدید)

**استراتژی ۳:** ارزشیابی و نظارت ( نظارت بر تشخیص و مراقبت بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن (دیفتری، سیاه سرفه، سرخک، پنتاوالان و ....) و سایر واکسن ها، نظارت بر نگهداری و ارتقای زنجیره سرمای واکسن و مواد بیولوژیک دانشگاههای علوم پزشکی)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و.....

#### هدف کمی ۶: بهبود ارتقاء سیستم گزارش دهی به موقع و رعایت اصول بررسی در ۶۰ درصد موارد بیماری های منتقله از آب و

غذا (با تاکید بر طغیان ها)

**استراتژی ۱:** آموزش و اطلاع رسانی ( ارتقاء آگاهی های اجتماعی، ارتقا دانش و مهارت ارایه کنندگان خدمات بهداشتی )

**استراتژی ۲:** تقویت همکاری و هماهنگی بین بخشی

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و.....

#### هدف کمی ۷: کاهش ۲۰ درصدی در میزان بروز سل نسبت به سال پایه

**استراتژی ۱:** بیماریابی و غربالگری (توسعه گروه هدف غربالگری و درمان سل نهفته، تمرکز ویژه بر بیماریابی فعال سل در گروه های پرخطر، بررسی شیوع مقاومت دارویی (Drug Resistance Survey)

**استراتژی ۲:** توسعه دسترسی (توسعه دسترسی به خدمات مدیریت بالینی سل مقاوم به درمان از طریق فراهم سازی بهنگام زیرساخت های مورد نیاز، توسعه دسترسی و کاربرد روش های سریع تشخیص با همکاری آزمایشگاه مرجع سلامت، توسعه انجام آزمایش آنتی بیوگرام به روش معمولی و سریع)

**استراتژی ۳:** تقویت برنامه مشترک TB-HIV (سیاستگذاری مشترک، پایش مشترک، پاکسازی مشترک داده، بیماریابی ادغام یافته در جمعیت های کلیدی مشترک)

**استراتژی ۴:** تحقیق و پژوهش

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و.....





**هدف کمی ۸:** حفظ شیوع عفونت اچ آی وی در جمعیت عمومی کمتر از ۰.۱۵ درصد

- استراتژی ۱: آموزش و اطلاع رسانی
- استراتژی ۲: پیشگیری (پیشگیری از انتقال خون و تامین سلامت خون، پیشگیری از انتقال تزریقی و کاهش آسیب، پیشگیری از انتقال جنسی و ترویج استفاده از کاندوم، پیشگیری از طریق انتقال مادر به کودک)
- استراتژی ۳: تشخیص، مراقبت و درمان (تشخیص، مراقبت و درمان STI، مراقبت و درمان افراد مبتلا به اچ آی وی، توصیه به انجام تست، مشاوره و آزمایش تشخیصی اچ آی وی، تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها)
- استراتژی ۴: تقویت زیرساخت ها
- استراتژی ۵: حمایت و توانمند سازی
- ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و.....

**هدف کمی ۹:** خطرسنجی افراد بالای ۳۰ سال از ۳۹٪ به ۱۰۰٪

- استراتژی ۱: آموزش (گارگاه، رسانه هایی آموزشی، صدا و سیما، روابط عمومی-کلاس های آموزشی)
- استراتژی ۲: پژوهش (STEPS، غربالگری، طرح هایی تحقیقاتی)
- استراتژی ۳: هماهنگی (کمیته استانی، ارجاع به سطح دو)
- استراتژی ۴: ارزیابی (سامانه سیب، بررسی شاخص ها)
- استراتژی ۵: بازاریابی (جلب مشارکت مردمی-جلب مشارکت سیاست گذاران)
- استراتژی ۶: استاندارد سازی (انجام محاسبه شاخص های خطر سنجی طبق دستورالعمل جدید)
- استراتژی ۷: افزایش دسترسی (پوشش سامانه سیب، افزایش خدمات در تیم سیار و ...)
- ارزیابی و ارزشیابی:** شاخص گیری از سامانه سیب و تحلیل آن و مقایسه با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۱۰:** کاهش ۲۰ درصد افراد با فعالیت بدنی ناکافی از ۴۵.۵ درصد در سال ۱۳۹۵ به ۳۶.۴ درصد تا سال ۱۴۰۴

- استراتژی ۱: هماهنگی (هماهنگی درون بخشی، هماهنگی برون بخشی)
- استراتژی ۲: آموزش (گارگاه، تهیه و تدوین رسانه هایی آموزشی، صدا و سیما، روابط عمومی)
- استراتژی ۳: پژوهش (STEPS، طرح های تحقیقاتی)
- استراتژی ۴: ارزیابی (سامانه سیب، تجزیه و تحلیل شاخص ها)



**استراتژی ۵:** بازاریابی (جلب مشارکت مردمی، جلب مشارکت سیاست گذاران)  
**استراتژی ۶:** ترغیب و تشویق (مسابقات ورزشی، پیاده روی عمومی، استفاده از دوچرخه بجای وسایل نقلیه)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** شاخص گیری از سامانه سیب و تحلیل آن و مقایسه با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۱۱:** بهبود نظام ثبت سرطان \*

**استراتژی ۱:** تربیت نیروی انسانی (تربیت کارشناس ثبت سرطان، آزمایشگاه، ثبت مرگ و ...)  
**استراتژی ۲:** هماهنگی (تشکیل کمیته دانشگاهی ثبت سرطان- تشکیل جلسات با امور آزمایشگاهها- مکاتبه با آزمایشگاههای پاتولوژی- هماهنگی های درون و برون بخشی ( پزشکی قانونی - بهشت متقین)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** شاخص گیری از سامانه سیب و اطلاعات دبیرخانه ثبت سرطان و تجزیه و تحلیل

**هدف کمی ۱۲:** ارتقاء دانش و مهارت و عملکرد جامعه در مورد پیشگیری و کنترل سرطانها \*

**استراتژی ۱:** آموزش(کارگاه، روابط عمومی، تهیه و تدوین رسانه های آموزشی، صدا و سیما، همایش)  
**استراتژی ۲:** هماهنگی(درون بخشی و برون بخشی با سایر معاونت های دانشگاه و دستگاه های دولتی)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست، مصاحبه و.....

**هدف کمی ۱۳:** گسترش نظام غربالگری سرطان کولورکتال از ۵۱ درصد، پستان از ۴۸ درصد و سرویکس از ۴۷.۵ درصد به ۱۰۰ درصد در سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱:** آموزش(کارگاه، تهیه و تدوین رسانه های آموزشی، صدا و سیما، روابط عمومی)  
**استراتژی ۲:** غربالگری (غربالگری سرطان پستان، سرویکس و کولورکتال بر اساس ایراین)  
**استراتژی ۳:** پژوهش (انجام تحقیقات کاربردی)  
**استراتژی ۴:** بازاریابی(جلب نظر سیاست گذاران، جلب مشارکت های مردمی و سمن ها)  
**استراتژی ۵:** ارزیابی(سامانه سیب، اطلاعات دبیرخانه ثبت سرطان)  
**استراتژی ۶:** هماهنگی(هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** شاخص گیری از سامانه سیب و اطلاعات دبیرخانه ثبت سرطان و تجزیه و تحلیل



**هدف کمی ۱۴:** کنترل و ثابت نگه داشتن میزان بروز بیماری دیابت در افراد بالای ۳۰ سال مناطق شهری و روستایی \*

استراتژی ۱: آموزش (کارگاه، رسانه های آموزشی، صدا و سیما، روابط عمومی، همایش، کلاس آموزشی)

استراتژی ۲: پژوهش (STEPS، غربالگری، تحقیقات کاربردی)

استراتژی ۳: ارزیابی (سامانه سیب)

استراتژی ۴: هماهنگی (کارگروه سلامت و امنیت غذایی، هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی)

استراتژی ۵: بازاریابی (جلب مشارکت مردمی، جلب مشارکت سیاست گذاران و سمن ها)

استراتژی ۶: افزایش دسترسی (پوشش سامانه سیب، افزایش خدمات در تیم سیار و ...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** شاخص گیری از سامانه سیب و تحلیل آن و مقایسه با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۱۵:** پیشگیری و کنترل فشارخون بالا و عوارض ناشی از آن در افراد بالای ۳۰ سال مناطق شهری و روستایی \*

استراتژی ۱: آموزش (کارگاه، رسانه های آموزشی، صدا و سیما، روابط عمومی، کلاس آموزشی)

استراتژی ۲: پژوهش (STEPS، غربالگری، تحقیقات کاربردی)

استراتژی ۳: هماهنگی (کارگروه سلامت و امنیت غذایی، کمیته استانی، جلسات برون بخشی)

استراتژی ۴: ارزیابی (سامانه سیب، غربالگری)

استراتژی ۵: بازاریابی (جلب مشارکت مردمی-جلب مشارکت سیاست گذاران و سمن ها)

استراتژی ۶: ترغیب و تشویق (انجام فعالیت بدنی، اصلاح شیوه زندگی و عادت های غذایی)

استراتژی ۷: افزایش دسترسی (پوشش سامانه سیب، افزایش خدمات در تیم سیار و ...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** شاخص گیری از سامانه سیب و تحلیل آن و مقایسه با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۱۶:** حفظ و ارتقاء پوشش برنامه غربالگری کم کاری تیروئید نوزادان از ۹۸ درصد در سال ۱۳۹۷ به ۹۹.۵ درصد در

سال ۱۴۰۴

استراتژی ۱: آموزش (کارگاه آموزشی، همایش، اطلاع رسانی از طریق صدا و سیما و جراید محلی)

استراتژی ۲: غربالگری نوزادان (انجام غربالگری در ۳ تا ۵ روزگی، فراخوان موارد مشکوک، تهیه وسایل و تجهیزات لازم جهت

برنامه، آموزش و باز آموزی پرسنل نمونه گیر موجود)

استراتژی ۳: همکاری و هماهنگی درون و برون بخشی (ارسال نمونه های تهیه شده به آزمایشگاه مرجع، ارجاع موارد مشکوک

به کم کاری تیروئید به فوکل پوینت برنامه)



**استراتژی ۴:** درمان به موقع و مراقبت بیماران: (شروع درمان بیماران قبل از ۲۸ روزگی، مراقبت از بیماران و ارجاع بیماران به فوکال پوئینت دانشگاهی برنامه)

**ارزیابی و ارزشیابی:** بازدید براساس چک لیست استاندارد و ارائه پسخوراند، تجزیه و تحلیل آمار و شاخص های برنامه، ارسال مستندات و آمار

**هدف کمی ۱۷:** حفظ و ارتقاء درصد شناسایی زوج های ناقل و مشکوک پرخطر تالاسمی در متقاضیان ازدواج از ۹۹ درصد در سال ۱۳۹۷ به ۹۹.۵ درصد در سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، همایش، تهیه بروشورهای آموزشی، اطلاع رسانی از طریق صدا و سیما)

**استراتژی ۲:** غربالگری (تجهیز آزمایشگاه غربالگری، انجام آزمایش زوجین، انجام آزمایشات تکمیلی در صورت نیاز، ارجاع زوجین ناقل و مشکوک پرخطر به تیم مشاوره ژنتیک)

**استراتژی ۳:** انجام مشاوره و تشخیص ژنتیک (مشاوره با زوجین ناقل و مشکوک پرخطر، ارجاع زوجین ناقل و مشکوک پرخطر جهت انجام مراقبت به تیم بهداشتی، ارجاع زوجین جهت انجام PND (مرحله اول و دوم) به آزمایشگاه ژنتیک، پیگیری انجام سقط در صورت مآژور بودن جنین)

**استراتژی ۴:** انجام مراقبت (در سامانه سیب، پیگیری زوجین، ترغیب به استفاده از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری، معرفی زوجین به تیم مشاوره جهت انجام آزمایش ژنتیک در زمان بارداری)

**استراتژی ۵:** همکاری و هماهنگی درون و برون بخشی (تشکیل کمیته ژنتیک، ارجاع به آزمایشگاه ژنتیک، معرفی کودکان مبتلا به تالاسمی مآژور به بخش تزریق خون معاونت درمان دانشگاه، ارجاع زوجین و بیمار تالاسمی مآژور به فوکال پوئینت دانشگاهی برنامه)

**ارزیابی و ارزشیابی:** بازدید بر اساس چک لیست استاندارد و ارائه پسخوراند، تجزیه و تحلیل آمار و شاخص های برنامه، ارائه آمار و مستندات

**\*این اهداف قابل کمی شدن نمی باشد**



## مدیریت سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

### هدف کلی ۱: ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری

هدف کمی ۱-۱: افزایش نرخ باروری کلی از ۲.۶ در سال ۹۷ (بر اساس زیج روستایی) به ۲.۹۵ در سال ۱۴۰۴ (به طور متوسط سالی ۰.۰۵)

استراتژی ۱-۱-۱: آموزش (کمپین ناباروری، کارگاه، تهیه و توزیع رسانه های آموزشی و ...)  
استراتژی ۱-۱-۲: نظارت (بررسی ارائه خدمات باروری سالم در سطوح محیطی و پیگیری ارتقاء خدمات)  
ارزیابی و ارزشیابی: تکمیل چک لیست های بازدید برنامه باروری سالم و بررسی شاخص ها

هدف کمی ۲-۱: افزایش نسبت ازدواج به طلاق از ۴.۹ در سال ۹۷ به ۵.۲۵ در سال ۱۴۰۴ (به طور متوسط سالی ۰.۰۵)

استراتژی ۱-۲-۱: آموزش (کمپین ازدواج سالم، کارگاه، تهیه و توزیع رسانه های آموزشی و ...)  
استراتژی ۲-۲-۱: نظارت (بررسی ارائه خدمات و مشاوره های ازدواج در مراکز ارائه دهنده خدمت)  
استراتژی ۳-۲-۱: استاندارد سازی (تامین فضای مناسب و تجهیزات کلاس های آموزش ازدواج)  
ارزیابی و ارزشیابی: تکمیل چک لیست های پایش کلاس های ازدواج

هدف کمی ۳-۱: کاهش درصد بارداری های ناخواسته از ۱۰.۹ در سال ۹۶ (سامانه سیب) به ۷.۵ در سال ۱۴۰۴ (به طور متوسط سالی ۰.۵)

استراتژی ۱-۳-۱: آموزش (کمپین پیشگیری از بارداری پرخطر، کارگاه، تهیه و توزیع رسانه های آموزشی و ...)  
استراتژی ۲-۳-۱: نظارت (بررسی ارائه صحیح خدمات فاصله گذاری، آموزش و پیگیری در سطوح محیطی)  
استراتژی ۳-۳-۱: هماهنگی (هماهنگی با امور دارویی و امور مالی جهت تامین اقلام فاصله گذاری)  
ارزیابی و ارزشیابی: تکمیل چک لیست های بازدید برنامه باروری سالم و بررسی شاخص ها



## هدف کلی ۲: ارتقاء سلامت مادران

**هدف کمی ۱-۲:** کاهش میزان مرگ مادران از ۱۱.۲ در صد هزار تولد زنده در سال ۹۶ به ۶.۴ در صد هزار تولد زنده تا سال

۱۴۰۴ در استان

**استراتژی ۱-۲:** آموزش (برگزاری کارگاهها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت)

**استراتژی ۲-۱-۲:** پایش و ارزشیابی (از طریق برنامه ریزی مدون جهت بازبازرسیها و انجام پایش، نظارت از سطوح ارائه دهنده خدمت و تکمیل چک لیست و ارسال پس خوراند و همچنین پایش برنامه از طریق استخراج فعالیت‌های سامانه سیب کلیه کاربران دخیل در ارائه خدمت به زنان در سنین باروری و مادران باردار و زایمان کرده)

**استراتژی ۲-۱-۳:** هماهنگی (هماهنگی های درون بخشی با معاونت های آموزش و درمان و همچنین هماهنگی های برون بخشی با ادارات بهزیستی و کمیته امداد و اداره کل بیمه سلامت)

**استراتژی ۲-۱-۴:** استانداردسازی (تجهیزات اتاقهای آموزش آمادگی برای زایمان، تامین وسایل و تقویت فعالیت‌های ماما روستاهای دوره دیده در راستای بهبود اجرای برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران باردار و اجرای نظام کشوری مرگ مادری)

**استراتژی ۲-۱-۵:** پژوهش و تحقیقات (پژوهش و همکاری در اجرای طرح های تحقیقاتی با سایر بخشهای درون و برون بخشی در راستای بهبود اجرای برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران باردار و اجرای نظام کشوری مرگ مادری)

**ارزیابی و ارزشیابی:** پایش برنامه طبق چک لیست پرونده الکترونیک در آخر سال و ثبت در سامانه پایش برنامه عملیاتی، تدوین و تحلیل و ارسال گزارش ارائه خدمات ادغام یافته سلامت مادران شش ماهه و مقایسه با حد انتظار تعیین شده، استخراج میزان مرگ مادران در پایان سال و مقایسه با حد انتظار تعیین شده

## هدف کلی ۳: ارتقاء سلامت کودکان

**هدف کمی ۱-۳:** کاهش میزان مرگ نوزادان از ۷.۸۸ در هزار تولد زنده در سال ۹۶ به کمتر از ۴.۵ در هزار تولد زنده در پایان

سال ۱۴۰۴ (۷٪ کاهش در هر سال)

**استراتژی ۱-۱-۳:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کمپین پیشگیری از ناهنجاری مادرزادی و نارس، اجرای پروژه های C4D، برگزاری مناسب ها، چاپ و نشر بسته های خدمتی و ...)

**استراتژی ۳-۱-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته دانشگاهی مرگ نوزادان، برگزاری کمیته خارج بیمارستانی بررسی مرگ نوزادان، برگزاری کمیته دانشگاهی شیر مادر، هماهنگی با سایر ادارات مرتبط)



**استراتژی ۳-۱-۳:** استاندارد سازی (اجرای بسته های جدید خدمتی کودک سالم، مانا و احیاء پایه، راه اندازی اتاق بیلی) (استراتژی ۳-۱-۴: پایش و ارزشیابی (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بیمارستان ها بر اساس چک لیست)

**استراتژی ۳-۱-۵:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل مرگها، طرح های C4D پیشگیری از حوادث کودکان و ...) **ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و یکساله و مقایسه آن با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۳-۲:** کاهش میزان مرگ شیرخواران از ۱۱.۵۲ در هزار تولد زنده در سال ۹۶ به کمتر از ۷.۳۲ در هزار تولد زنده در پایان سال ۱۴۰۴ (۷٪ کاهش در هر سال)

**استراتژی ۳-۲-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کمپین پیشگیری از سوانح و حوادث، اجرای پروژه های C4D، برگزاری مناسب ها، چاپ و نشر بسته های خدمتی و ...)

**استراتژی ۳-۲-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته دانشگاهی مرگ کودکان زیر ۵ سال، برگزاری کمیته خارج بیمارستانی مرگ کودک ۱-۵۹ ماهه، برگزاری کمیته دانشگاهی شیر مادر، هماهنگی با سایر ادارات مرتبط)

**استراتژی ۳-۲-۳:** استاندارد سازی (اجرای بسته های جدید خدمتی کودک سالم، مانا و احیاء پایه، راه اندازی اتاق بیلی) (استراتژی ۳-۲-۴: پایش و ارزشیابی (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بیمارستان ها بر اساس چک لیست)

**استراتژی ۳-۲-۵:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل مرگها، طرح های C4D پیشگیری از حوادث کودکان و ...) **ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و یکساله و مقایسه آن با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۳-۳:** کاهش میزان مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه از ۶.۵ در هزار تولد زنده در سال ۹۶ به کمتر از ۳.۶۶ در هزار تولد زنده در پایان سال ۱۴۰۴ (۷٪ کاهش در هر سال)

**استراتژی ۳-۳-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کمپین پیشگیری از سوانح و حوادث، اجرای پروژه های C4D، برگزاری مناسب ها، چاپ و نشر بسته های خدمتی و ...)

**استراتژی ۳-۳-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته دانشگاهی مرگ کودکان زیر ۵ سال، برگزاری کمیته خارج بیمارستانی مرگ کودک ۱-۵۹ ماهه، برگزاری کمیته دانشگاهی شیر مادر، هماهنگی با سایر ادارات مرتبط)

**استراتژی ۳-۳-۳:** استاندارد سازی (اجرای بسته های جدید خدمتی کودک سالم، مانا و احیاء پایه، راه اندازی اتاق بیلی) (استراتژی ۳-۳-۴: پایش و ارزشیابی (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بیمارستان ها بر اساس چک لیست)



**استراتژی ۳-۳-۵:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل مرگها، طرح های C4D پیشگیری از حوادث کودکان و ...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و یکساله و مقایسه آن با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۳-۴:** کاهش میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال از ۱۴.۳۷ در هزار تولد زنده در سال ۹۶ به کمتر از ۸.۹۹ در هزار تولد زنده در پایان سال ۱۴۰۴ (۷٪ کاهش در هر سال)

**استراتژی ۳-۴-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کمپین پیشگیری از سوانح و حوادث، اجرای پروژه های C4D، برگزاری مناسب ها، چاپ و نشر بسته های خدمتی و ...)

**استراتژی ۳-۴-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته دانشگاهی مرگ کودکان زیر ۵ سال، برگزاری کمیته خارج بیمارستانی مرگ کودک ۵۹-۱ ماهه، برگزاری کمیته دانشگاهی شیر مادر، هماهنگی با سایر ادارات مرتبط)

**استراتژی ۳-۴-۳:** استاندارد سازی (اجرای بسته های جدید خدمتی کودک سالم، مانا و احیاء پایه، راه اندازی اتاق بیلی)

**استراتژی ۳-۴-۴:** پایش و ارزشیابی (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بیمارستان ها بر اساس چک لیست)

**استراتژی ۳-۴-۵:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل مرگها، طرح های C4D پیشگیری از حوادث کودکان و ...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و یکساله و مقایسه آن با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۳-۵:** افزایش پوشش مراقبت کودکان زیر ۵ سال از ۷۸.۲۳ درصد در سال ۹۶ به ۸۶ درصد در پایان سال ۱۴۰۴ (۱٪ افزایش در سال)

**استراتژی ۳-۵-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، چاپ و نشر بسته های خدمتی و ...)

**استراتژی ۳-۵-۲:** افزایش دسترسی (پوشش سامانه سیب، افزایش خدمات در تیم سیار و ...)

**استراتژی ۳-۵-۳:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته های سلامت کودکان، برگزاری جلسات تحلیل شاخص و ...)

**استراتژی ۳-۵-۴:** استاندارد سازی (اجرای بسته های جدید خدمتی کودک سالم، مانا و احیاء پایه)

**استراتژی ۳-۵-۵:** پایش و ارزشیابی (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بیمارستان ها)

**استراتژی ۳-۵-۶:** پژوهش و تحقیقات (بررسی ASQ SE- ASQ3 و ...)

**ارزشیابی:** تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و یکساله و مقایسه آن با حد انتظار تعیین شده





## هدف کلی ۴: ارتقای سلامت نوجوانان (۱۸-۵ سال) و جوانان (۳۰-۱۸ سال)

**هدف کمی ۴-۱:** افزایش پوشش مراقبت دانش آموزان ۵ تا ۱۸ سال از ۸۴٪ (براساس سامانه سیب) در سال تحصیلی ۹۷-

۱۳۹۶ به ۹۶٪ در سال ۱۴۰۴ (به طور میانگین ۱.۵٪ در هر سال) و افزایش پوشش مراقبت نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال غیر دانش آموز به ۷۰٪ در سال ۱۴۰۴ (در صورت فراهم نمودن زیر ساخت ها و دسترسی واحدهای ارایه دهنده خدمت به سامانه سیب)

**استراتژی ۴-۱-۱:** آموزش و پژوهش (برگزاری کارگاه و جلسات آموزشی و دوره های غیر حضوری برای پرسنل بهداشتی، مراقبین بهداشتی مدارس، اولیاء و دانش آموزان، تهیه و توزیع بسته های آموزشی، آموزش کارکنان از طریق وب سایت، ارائه آموزش از طریق رسانه های گروهی، طراحی راهنمای مراقبت نوجوانان در سامانه سیب، اجرا و همکاری در انجام طرحهای پژوهشی، انجام نیازسنجی آموزشی و پژوهشی، طراحی و تدوین برنامه مداخله ای)

**استراتژی ۴-۱-۲:** هماهنگی (برگزاری کمیته های طرح سنجش نوآموزان بدو ورود به دبستان، کمیته های درون و برون بخشی ارتقاء سلامت مدارس و نوجوانان، انجام هماهنگی لازم جهت تأمین نیرو، تجهیزات مورد نیاز، تهیه و ارسال توافقنامه های مشترک، هماهنگی لازم جهت برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی، هماهنگی با ادارات مرتبط (بهبیستی، کمیته امداد و ....) جهت شناسایی نوجوانان غیر دانش آموز و انجام معاینات آنها)

**استراتژی ۴-۱-۳:** نظارت بر انجام معاینات غربالگری و پزشکی نوجوانان دانش آموز و غیر دانش آموز بر اساس چک لیست و ارسال پسخوراند، بازنگری و طراحی چک لیست پایش برنامه، پایش از طریق سامانه سیب و خود اظهاری، جمع بندی پایش ها به صورت ۶ ماهه و ارسال نتایج به سطوح محیطی و بالاتر، بررسی آمارها، تجزیه و تحلیل شاخص ها و ارائه بازخورد

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص های سالیانه ی معاینات دانش آموزان پایه های هدف، تعداد کمیته های درون و برون بخشی برگزار شده، تعداد کارگاه های آموزشی برگزار شده و...

**هدف کمی ۴-۲:** افزایش درصد مدارس مروج سلامت ستاره دار از ۸۱٪ در سال ۹۷-۱۳۹۶ به ۸۷٪ در سال ۱۴۰۴ (به طور

میانگین هر سال ۱٪) به شرط ثابت ماندن تعداد مدارس مروج سلامت و افزایش پوشش مدارس مروج ۵ ستاره از ۱۱٪ در سال ۹۷-۱۳۹۶ به ۲۰٪ در سال ۱۴۰۴ (به طور میانگین هر سال ۱٪)

**استراتژی ۴-۲-۱:** آموزش (برگزاری جلسات و کارگاه های آموزشی، بازنگری و تولید منابع و محتوای آموزشی، برگزاری همایش های تجلیل از فعالان مدارس مروج سلامت، اطلاع رسانی از طریق رسانه ها عمومی و ....، طراحی برنامه های مداخله ای در راستای ارتقاء اجزاء ۸ گانه مدارس مروج سلامت، برگزاری مسابقات، نمایشگاه ها و ...)

**استراتژی ۴-۲-۲:** هماهنگی (برگزاری کمیته های مدارس مروج سلامت، مکاتبه و پیگیری مراحل اجرای برنامه شامل جلسات توجیهی، انجام ممیزی داخلی و خارجی در شهرستان ها و...، هماهنگی لازم برای تهیه محتوای آموزشی جهت توزیع در سطح مدارس مروج سلامت، هماهنگی برای انجام مراقبتهای سلامت کارکنان مدارس مروج سلامت در قالب برنامه



میانسالان و جوانان، هماهنگی جهت تقدیر از فعالان، طرح موضوع در شورای سلامت و امنیت غذایی استان و شهرستان ها و ...

**استراتژی ۴-۲-۲:** پایش و ارزشیابی (بازنگری و طراحی چک لیست پایش، نظارت بر نحوه اجرای برنامه، نظارت بر نحوه تکمیل چک لیست های ممیزی داخلی و خارجی و ثبت در نرم افزار، انجام بازدید های مشترک در مدارس مروج سلامت، تهیه و ارائه لوح مدارس مروج سلامت به مدارس ستاره دار بر اساس امتیازات)

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص های سالیانه ی مدارس مروج سلامت از نرم افزار مربوطه، تعداد مدارس بازدید شده، تعداد کمیته مدارس مروج سلامت برگزار شده، تعداد همایش برگزار شده، تعداد لوح اهدا شده و ...

**هدف کمی ۴-۳:** اجرای طرح پیشگیری از مصدومیت های غیر عمد در دانش آموزان در ۱۰ درصد مدارس استان در راستای کاهش مرگ نوجوانان

**استراتژی ۴-۳-۱:** آموزش و پژوهش (برگزاری کارگاهها و جلسات آموزشی، تهیه و توزیع متون آموزشی، برگزاری مسابقات، برپایی نمایشگاه، کمپین ها و ...، اطلاع رسانی از طریق جراید، رسانه های عمومی و ...، انجام طرح های پژوهشی)

**استراتژی ۴-۳-۲:** هماهنگی (برگزاری کمیته های درون و برون بخشی، هماهنگی جهت اجرای برنامه، انجام مکاتبات، ابلاغ دستورالعملها و ...، هماهنگی برای اجرای برنامه مداخله ای تدوین شده بر اساس وضعیت موجود و پرو پوزال تهیه شده)

**استراتژی ۴-۳-۳:** پایش و ارزشیابی ( نظارت بر روند اجرای برنامه، پایش و ارزیابی برنامه مداخله ای تعیین شده بر اساس نتایج بدست آمده، تکمیل چک لیست و پرسشنامه ها، تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از اجرای برنامه، ارائه پسخوارند)

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص های موجود در پروپوزال (تعداد جلسات آموزشی و تعداد افراد آموزش دیده، درصد آگاهی، نگرش و عملکردها و ...)

**هدف کمی ۴-۴:** افزایش پوشش مراقبت جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال از ۳۷.۷٪ ( با میانگین ۱۳ خدمت) در سال ۱۳۹۶ به ۸۰ درصد در هر سال تا ۱۴۰۴ ( با توجه به انجام معاینات جوانان به صورت ۳ ساله هر سال می بایست ۳۰٪ جمعیت جوانان تحت پوشش مراقبت شوند).

**استراتژی ۴-۴-۱:** آموزش و پژوهش (برگزاری کارگاه های بسته خدمت جوانان، آموزش کارکنان از طریق وب سایت، ارائه مطالب آموزشی از طریق رسانه های گروهی، طراحی و تدوین برنامه مداخله ای، طراحی راهنمای مراقبت جوانان در سطح پزشک و غیر پزشک، انجام تحقیقات کاربردی در راستای ارتقاء سلامت جوانان)

**استراتژی ۴-۴-۲:** هماهنگی (هماهنگی برون و درون بخشی، برگزاری مستمر کمیته های ارتقای سلامت جوانان، هماهنگی با ادارات مرتبط جهت شناسایی و مراقبت جوانان در مراکز تجمعی، هماهنگی با وزارت به منظور رایزنی با وزارت علوم در جهت



در نظر گرفتن گواهی انجام مراقبت های بهداشتی دانشجویان به عنوان یکی از مدارک ثبت نامی در دانشگاه، هماهنگی جهت تامین ابزار و تجهیزات مورد نیاز معاینات، هماهنگی جهت تامین نیروی انسانی و ...)

**استراتژی ۴-۴-۳:** پایش و ارزشیابی (نظارت بر انجام معاینات جوانان، نحوه ارجاع و پیگیری ها، پایش مراکز ارائه دهنده خدمت و تکمیل چک لیست و ارسال پسخوراند به سطوح محیطی و بالاتر، پایش از طریق سامانه سیب و خوداظهاری، جمع بندی پایش ها به صورت ۶ ماهه و ارسال به سطوح محیطی و بالاتر، بررسی آمارها، تجزیه و تحلیل شاخصها و ارائه بازخورد)

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص ها از سامانه سیب و فرم های آماری، تجزیه و تحلیل و مقایسه با حد انتظار، تهیه و تدوین گزارش و ارسال به سطوح بالاتر و محیطی

**هدف کمی ۴-۵:** افزایش پوشش مراقبت دانشجویان بدو ورود به دانشگاه علوم پزشکی از ۹۸٪ در سال ۹۶ به ۹۹٪ در

سال ۱۴۰۴ (به طور میانگین هر سال ۰.۱۲٪)

**استراتژی ۴-۵-۱:** آموزش و پژوهش (برگزاری کارگاههای بسته خدمت جوانان، آموزش کارکنان از طریق وب سایت، ارائه مطالب آموزشی از طریق رسانه های گروهی، اجرا و همکاری در انجام طرحهای پژوهشی، طراحی و تدوین برنامه مداخله ای، انجام تحقیقات کاربردی در راستای ارتقاء سلامت جوانان)

**استراتژی ۴-۵-۲:** هماهنگی (هماهنگی برون و درون بخشی، برگزاری مستمر کمیته های ارتقای سلامت جوانان، هماهنگی با دانشگاهها برای مراقبت دانشجویان، هماهنگی با وزارت بهداشت به منظور رایزنی با وزارت علوم در جهت در نظر گرفتن گواهی انجام مراقبت های بهداشتی دانشجویان به عنوان یکی از مدارک ثبت نامی در دانشگاه، هماهنگی جهت تامین ابزار و تجهیزات مورد نیاز معاینات، هماهنگی جهت تامین نیروی انسانی)

**استراتژی ۴-۵-۳:** پایش و ارزشیابی (نظارت بر انجام معاینات دانشجویان، نحوه ارجاع و پیگیری ها، پایش مراکز ارائه دهنده خدمت و تکمیل چک لیست و ارسال پسخوراند به سطوح محیطی و بالاتر، پایش از طریق سامانه سیب (در صورت تفکیک) و خوداظهاری، جمع بندی پایش ها به صورت ۶ ماهه و ارسال به سطوح محیطی و بالاتر، بررسی آمارها، تجزیه و تحلیل شاخصها و ارائه بازخورد)

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص ها از سامانه سیب (در صورت تفکیک) و فرم های آماری، تجزیه و تحلیل و مقایسه با حد انتظار، تهیه و تدوین گزارش و ارسال به سطوح بالاتر و محیطی



**هدف کمی ۴-۶:** اجرای طرح پیشگیری از حوادث حمل و نقل و ارتقای آگاهی ۴۰ درصد جوانان تا سال ۱۴۰۴ (میانگین هر سال

۵ درصد)

**استراتژی ۴-۶-۱:** آموزش و پژوهش ( برگزاری کارگاهها و جلسات آموزشی براساس مدل shep، تهیه و توزیع متون آموزشی، برگزاری مسابقات، کمپین ها و ...، اطلاع رسانی از طریق جراید، رسانه های عمومی، صدا سیما و ...، انجام طرحهای پژوهشی)

**استراتژی ۴-۶-۲:** هماهنگی (برگزاری کمیته های درون و برون بخشی ارتقای سلامت جوانان، هماهنگی جهت اجرای برنامه، مکاتبات و ابلاغ دستورالعمل ها و ...)

**استراتژی ۴-۶-۳:** پایش و ارزشیابی (نظارت بر روند اجرای برنامه، تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از اجرای برنامه، ارائه پسخوارند) **ارزیابی و ارزشیابی:** تعداد جلسات و کارگاه های برگزار شده، پسماندهای تهیه شده، تعداد جوانان آموزش دیده، تعداد کمیته برگزار شده

## هدف کلی ۵: ارتقاء سلامت میانسالان

**هدف کمی ۵-۱:** کاهش میزان مرگ گروه سنی ۷۰-۳۰ سال از میزان ۲۸۶ در صد هزار در سال ۹۶ به میزان ۲۶۲.۵ در صد

هزار در پایان سال ۱۴۰۴ ( به مقدار ۲٪ در سال تا پایان سال ۱۳۹۹ و به میزان ۱٪ در سال از سال ۱۴۰۰ تا سال ۱۴۰۴ )

**استراتژی ۵-۱-۱:** آموزش (برگزاری کمپین هفته ملی سلامت مردان/ زنان، برگزاری کارگاه شیوه زندگی سالم، آموزش شیوه زندگی سالم به گروه هدف، توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت و ...)

**استراتژی ۵-۱-۲:** هماهنگی ( برگزاری کمیته مرگ زود هنگام گروه سنی ۷۰-۳۰ سال)

**استراتژی ۵-۱-۳:** نظارت (تدوین و تحلیل شاخص های مرگ، پایش و ارزشیابی سطوح محیطی در خصوص ثبت صحیح موارد مرگ بر اساس چک لیست مربوطه)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تدوین و تحلیل و ارسال گزارش پوشش مراقبت میانسال در پایان سال و مقایسه با حد انتظار تعیین شده، استخراج میزان مرگ گروه سنی ۷۰-۳۰ سال پایان سال و مقایسه با حد انتظار تعیین شده

**هدف کمی ۵-۲:** افزایش پوشش خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان از ۲۶٪ در سال ۹۶ به ۸۰٪ در سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۵-۲-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه خدمات نوین سلامت میانسالان، سلامت زنان در دوره یائسگی، شیوه زندگی سالم در میانسالان و ...، تهیه و چاپ و توزیع متون آموزشی، چاپ و توزیع بوکلت میانسالان)



**استراتژی ۵-۲-۲:** هماهنگی (برگزاری جلسات درون بخشی و برون بخشی با کلیه ادارات به منظور ارائه راهکارهای افزایش پوشش مراقبت)

**استراتژی ۵-۲-۳:** نظارت (پایش و ارزشیابی کارشناسان ستاد و ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت بر اساس چک لیست در طی سال - تنظیم برنامه بازدید- جمع بندی و تحلیل پایشها دو بار در سال - تدوین و تحلیل و ارسال گزارش ارائه خدمات ادغام یافته سلامت زنان و مردان میانسال شش ماهه )

**استراتژی ۵-۲-۴:** بازار یابی (تهیه و نصب بنر فراخوان و تبلیغ خدمات قابل ارائه ، استفاده از کانالهای مجازی، ارسال پیام کوتاه، چاپ فراخوان و تبلیغ خدمات قابل ارائه در نشریات محلی )

**ارزیابی و ارزشیابی:** تدوین و تحلیل و ارسال گزارش پوشش مراقبت میانسال در پایان سال و مقایسه با حد انتظار تعیین شده، استخراج میزان مرگ گروه سنی ۷۰-۳۰ سال پایان سال و مقایسه با حد انتظار تعیین شده

## هدف کلی ۶: ارتقاء سلامت سالمندان

**هدف کمی ۶-۱:** افزایش پوشش مراقبت سالمندان توسط غیر پزشک از ۳۱٪ در سال ۱۳۹۶ به ۷۰٪ در سال ۱۴۰۴ (به مقدار ۴٪ در سال)

**استراتژی ۶-۱-۱:** آموزش (برگزاری کمپین، برگزاری کارگاه، توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت در خصوص خدمات نوین سلامت سالمندان، تهیه و چاپ و توزیع متون آموزشی، چاپ و توزیع بوکلت و...)

**استراتژی ۶-۱-۲:** هماهنگی درون و برون بخشی (برگزاری جلسات درون بخشی و برون بخشی، برگزاری کمیته راهبردی سلامت سالمندان، کمیته مرگ و میر و...)

**استراتژی ۶-۱-۳:** پایش و ارزشیابی (تنظیم برنامه بازدید و اجرا در زمان مقرر، پایش کارشناسان ستاد و ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت بر اساس چک لیست، جمع بندی و تحلیل پایشها به صورت ۶ ماهه، محاسبه شاخص برنامه به صورت ۶ ماهه)

**استراتژی ۶-۱-۴:** بازاریابی اجتماعی (تهیه و نصب بنر فراخوان و تبلیغ خدمات قابل ارائه، استفاده از کانالهای مجازی، ارسال پیام کوتاه، چاپ فراخوان و تبلیغ خدمات قابل ارائه در نشریات محلی )

**استراتژی ۶-۱-۵:** پژوهش (انجام طرح های تحقیقاتی در راستای سلامت سالمندان )

**ارزیابی و ارزشیابی:** تدوین و تحلیل و ارسال گزارش ارائه خدمات ادغام یافته سلامت سالمندان در پایان سال و مقایسه با حد انتظار تعیین شده



## مدیریت سلامت محیط و کار

### هدف کلی: ارتقای سلامت محیط و کار

**هدف کمی ۱:** حفظ پوشش ۱۰۰ درصدی بازرسی و نظارت بهداشتی بر مراکز تهیه، توزیع، حمل و نقل و فروش مواد غذایی در هر فصل در پایان برنامه

**استراتژی ۱-۱:** آموزش (ارتقاء سطح آگاهی کارشناسان بهداشت محیط با برگزاری کارگاه های آموزشی، ابلاغ دستورالعملها و بخشنامه، تهیه پمفلت و رسانه و استفاده از فضای مجازی)

**استراتژی ۱-۲:** هماهنگی درون بخشی (برگزاری جلسه با مدیریتهای مختلف معاونت از جمله واحد بیماریها و ...، جلسات هم اندیشی با معاونت غذا و دارو و ...)

**استراتژی ۱-۳:** هماهنگی برون بخشی (برگزاری جلسات کارگروه سلامت شهرستان ها، برگزاری جلسات با اتاق اصناف و سایر ارگانهای ذیربط، پیگیری جهت رفع مشکلات از طریق مرکز سلامت محیط و کار، برگزاری جلسات علمی تخصصی با حضور افراد صاحب نظر)

**استراتژی ۱-۴:** برون سپاری (واگذاری صدور کارت بهداشت کارکنان مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی به بخش خصوصی)

**استراتژی ۱-۵:** بهبود استاندارد (تجهیز بازرسی به تجهیزات پرتابل، تبلت، لباس فرم مناسب، کیف بازرسی و ...، گسترش سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت محیط و کار)

**استراتژی ۱-۶:** پایش و نظارت (بازدید محیطی از وضعیت بهداشت محیطی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، بررسی شاخص های سامانه جامع بازرسی، ارزیابی همکاران با pretest و posttest در کارگاه ها)

**استراتژی ۱-۷:** نوع آوری (استفاده و ترویج ثبت فعالیت ها در قالب اندروید و استفاده از اپلیکیشن ها و نرم افزار ها در انجام فعالیت ها)

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی عملکرد در سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار، بررسی میزان فعالیت در طرح تشدید و بررسی میزان پاسخگویی به شکایات در سامانه ۱۹۰، پایش و نظارت از وضعیت بهداشت محیطی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، ارزیابی همکاران با pretest و posttest

**هدف کمی ۲:** ارتقاء سیستم نظارت بهداشت محیطی بر اماکن عمومی از ۶۶ درصد به ۸۰ درصد در هر فصل در پایان برنامه

**استراتژی ۱-۲:** آموزش (ارتقاء سطح آگاهی کارشناسان بهداشت محیط با برگزاری کارگاه های آموزشی، ابلاغ دستورالعملها و بخشنامه، تهیه پمفلت و رسانه و استفاده از فضای مجازی)



**استراتژی ۲-۲:** هماهنگی درون بخشی (برگزاری جلسه با مدیریتهای مختلف معاونت از جمله واحد بیماریها و ...، جلسات هم اندیشی با معاونت غذا و دارو و سایر معاونت ها)

**استراتژی ۳-۲:** هماهنگی برون بخشی (برگزاری جلسات کارگروه سلامت شهرستان ها، برگزاری جلسات و گشت های مشترک با تعزیرات و سایر ارگانهای ذیربط، پیگیری جهت رفع مشکلات از طریق مرکز سلامت محیط و کار، برگزاری جلسات علمی تخصصی با حضور افراد صاحب نظر)

**استراتژی ۴-۲:** برون سپاری (واگذاری صدور کارت بهداشت کارکنان اماکن عمومی به بخش خصوصی)

**استراتژی ۵-۲:** بهبود استاندارد (تجهیز بازرسین به تجهیزات پرتابل، تبلت، لباس فرم مناسب، کیف بازرسی و ...، گسترش سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت محیط و کار)

**استراتژی ۶-۲:** پایش و نظارت (بازدید از وضعیت بهداشت محیطی اماکن عمومی، بررسی شاخص های سامانه جامع بازرسی، ارزیابی همکاران با pretest و posttest در کارگاه ها)

**استراتژی ۷-۲:** نوع آوری (استفاده و ترویج ثبت فعالیت ها در قالب اندروید و استفاده از اپلیکیشن ها و نرم افزار ها در انجام فعالیت ها)

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی عملکرد در سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار بررسی میزان فعالیت در طرح تشدید و بررسی میزان پاسخگویی به شکایات در سامانه 190، پایش و نظارت از وضعیت بهداشت محیطی اماکن عمومی، ارزیابی همکاران با pretest و posttest

**هدف کمی ۳:** افزایش درصد پوشش نمونه برداری باکتریولوژیک سامانه های آبرسانی در مناطق روستایی استان از ۲۳.۷۲٪ به ۴۳.۷۵٪ و حفظ شاخص ۱۰۰٪ در مناطق شهری در پایان برنامه

**استراتژی ۱-۳:** آموزش ( برگزاری جلسات آموزشی برای کارشناسان ستادی شهرستانها در استان و برای بازرسین بهداشت محیط در شهرستانهای تابعه)

**استراتژی ۲-۳:** هماهنگی درون بخشی ( تدوین برنامه نمونه برداری جهت پوشش حداکثری نمونه برداری آب از کلیه سامانه های آبرسانی تحت پوشش )

**استراتژی ۳-۳:** پایش ( بررسی مستمر نمونه برداری های ثبت شده در سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش شاخص از سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار، بازدید از شهرستانهای تابعه



**هدف کمی ۴:** افزایش درصد پوشش سنجش کلرآزادباقی مانده سامانه های آبرسانی در مناطق روستایی استان از ۱۵.۵۳٪ به ۲۵٪ و حفظ شاخص ۱۰۰٪ در مناطق شهری در پایان برنامه

**استراتژی ۱-۴:** آموزش ( برگزاری جلسات آموزشی برای کارشناسان ستادی شهرستان ها در استان و برای بازرسین بهداشت محیط و بهورزان در شهرستانهای تابعه)

**استراتژی ۲-۴:** هماهنگی درون بخشی (تدوین برنامه نمونه برداری جهت پوشش حداکثری نمونه برداری آب از کلیه سامانه های آبرسانی تحت پوشش)

**استراتژی ۳-۴:** پایش ( بررسی مستمر کلرسنجی های ثبت شده در سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش شاخص از سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار، بازدید از شهرستانهای تابعه

**هدف کمی ۵:** ارتقاء و تجهیز آزمایشگاههای باکتریولوژیک آب در کلیه شهرستان های تابعه و اجرای سیستم مدیریت کنترل کیفیت در حداقل ۱۶٪ از آزمایشگاه های آب استان در پایان برنامه

**استراتژی ۱-۵:** هماهنگی درون بخشی (برگزاری جلسات با مسئولین در خصوص تخصیص اعتبار، پیگیری جهت تهیه زیر ساختهای اجرایی، تهیه نظامنامه کنترل کیفیت آزمایشگاه)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تهیه گزارش از اقدامات انجام شده، بازدید از آزمایشگاه و بررسی شرایط موجود و میزان ارتقاء وضعیت

**هدف کمی ۶:** ارتقا وضعیت بی خطر سازی پسماند بیمارستانی از ۹۳/۳۳ درصد به ۹۹ درصد در پایان برنامه

**استراتژی ۱-۶:** آموزش ارتقاء سطح آگاهی کارشناسان بهداشت محیط در خصوص ساماندهی مدیریت پسماندهای بیمارستانی با برگزاری کارگاه آموزشی، ابلاغ دستورالعملها و بخشنامه، تهیه پمفلت و رسانه

**استراتژی ۲-۶:** هماهنگی درون و برون بخشی (برگزاری جلسه با مدیریتهای معاونت نظیر واحد بیماریها و گسترش شبکه و سایر واحدها، برگزاری کمیته بهداشت محیط بیمارستان با حضور ریاست محترم دانشگاه و پیگیری جهت رفع مشکلات، برگزاری کمیته علمی تخصصی با حضور اعضاء هیات علمی دانشکده، برگزاری جلسه با محیط زیست و ارگانهای ذیربط)

**استراتژی ۳-۶:** برون سپاری

**استراتژی ۴-۶:** بهبود استاندارد خرید دستگاه اتوکلاو برای بیمارستانهای فاقد دستگاه، حمل پسماندهای عفونی توسط شرکتهای دارای مجوز از وزارت بهداشت

**استراتژی ۵-۶:** پایش و نظارت (بازدید از بیمارستانها و بررسی وضعیت موجود و ارسال پس خواند، ارزیابی همکاران با (posttest و pretest)





### استراتژی ۶-۶: نوع آوری

**ارزیابی و ارزشیابی:** پایش و نظارت وضعیت پسماندهای پزشکی، بازدید از بیمارستانها و بررسی وضعیت موجود و ارسال پس خوراند، ارزیابی همکاران با pretest و posttest، صدور مجوز و نظارت بر انعقاد قرارداد بیمارستان، امحاء 100 درصدی پسماندهای پزشکی، بررسی سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار و تعداد بازدید های ثبت شده در سامانه

### هدف کمی ۷: ارتقاء وضعیت دفع فاضلاب بیمارستانها از ۶۶/۶۶ درصد به ۸۸ درصد در پایان برنامه

**استراتژی ۱-۷:** ارتقاء سطح آگاهی کارشناسان بهداشت محیط در خصوص ساماندهی مدیریت فاضلاب پزشکی

**استراتژی ۲-۷:** برگزاری کارگاه آموزشی، ابلاغ دستورالعملها و بخشنامه و کمیته علمی تخصصی با حضور اعضای هیات علمی دانشکده

**استراتژی ۳-۷:** هماهنگی درون بخشی (برگزاری جلسه با مدیریتهای معاونت نظیر واحد بیماریها و گسترش شبکه و سایر واحدها)

**استراتژی ۴-۷:** هماهنگی برون بخشی (برگزاری کمیته بهداشت محیط بیمارستان با حضور ریاست محترم دانشگاه و پیگیری جهت رفع مشکلات، برگزاری کمیته علمی تخصصی با حضور اعضای هیات علمی دانشکده، برگزاری جلسه با محیط زیست، آب و فاضلاب شهری و...)

**استراتژی ۵-۷:** پایش و نظارت (بازدید از بیمارستانها و بررسی وضعیت موجود و ارسال پس خوراند، ارزیابی همکاران با pretest و posttest)

**استراتژی ۶-۷:** بهبود استاندارد (خرید پکیج فاضلاب بیمارستان)

**ارزیابی و ارزشیابی:** پایش و نظارت وضعیت پسماندهای پزشکی، بازدید از بیمارستانها و بررسی وضعیت موجود و ارسال پس خوراند، ارزیابی همکاران با pretest و posttest، بررسی سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار و تعداد بازدید های ثبت شده در سامانه، تطابق نتایج آزمایشات با استانداردهای مورد تایید محیط زیست، دفع بهداشتی فاضلاب بیمارستان

### هدف کمی ۸: حفاظت در برابر تشعشعات یونیزان و غیر یونیزان (رادون، مراکز پرتوپزشکی، پرتوهای فرابنفش خورشیدی،

ارتباطات الکترونیکی، فرکانسهای به شدت پایین) به میزان ۷۰ درصد در پایان برنامه

**استراتژی ۱-۸:** آموزش: آموزش گروههای هدف شامل (پرتوکاران و کارکنان بهداشت و درمان و عموم مردم) در خصوص مضرات مواجهه با اشعه های یونیزان و غیر یونیزان طبیعی و مصنوعی و راههای کنترل و حفاظت در برابر آن

**استراتژی ۲-۸:** بهبود استاندارد: خرید دستگاه دوزیمتر

**ارزیابی و ارزشیابی:** بازدید از مراکز دارای پرتو و نظارت بر اجرای ضوابط و قوانین مربوطه، انجام دوزیمتری و کنترل مراکز

پرتوساز



**هدف کمی ۹:** افزایش میزان پوشش بازرسی بهداشت حرفه ای کارگاه ها به میزان ۲ درصد در هر سال (افزایش درصد کارگاه

های بازرسی شده از ۸۳ درصد در پایان سال ۹۶ به ۱۰۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۴)

**استراتژی ۹-۱:** بهینه سازی بازرسی از کارگاه ها در ساعات اداری و غیر اداری بالاخص در کارگاه های دارای حداقل یک شغل سخت و زیان آور

**استراتژی ۹-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی ((تشکیل کمیته استانی انتصاب و استخدام بازرسان بهداشت حرفه ای در معاونت بهداشتی دانشگاه- فعالسازی شعبه رسیدگی به تخلفات بهداشتی کارفرمایان در شهرستان های استان - تشکیل شورای هماهنگی روز جهانی ایمنی و سلامت کار- تامین امکانات پشتیبانی برای بازرسان بهداشت حرفه ای شامل تامین اضافه کار، خودرو، تبلت، کیت های بازرسی بهداشت حرفه ای))

**استراتژی ۹-۳:** آموزش ((جلسات آموزشی برای بازرسان بهداشت حرفه ای در بدو خدمت و حین خدمت در زمینه قوانین و مقررات بهداشت حرفه ای با همکاری دادگستری استان، برگزاری همایش و سایر مراسم مرتبط با روز جهانی ایمنی و سلامت کار، تدوین مجموعه های آموزشی و اطلاع رسانی در روز جهانی ایمنی و سلامت کار))

**استراتژی ۹-۴:** استاندارد سازی با انجام بازرسی های ویژه جهت ثبت اطلاعات فنی و تخصصی بهداشت حرفه ای و تنظیم مستندات در رسیدگی به پرونده های مرجوعی از مراجع قانونی و قضایی با استفاده از کیت بازرسی بهداشت حرفه ای و ثبت اطلاعات ارزشیابی عوامل زیان آور محیط کار در سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت محیط و کار

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی روند تغییرات شاخص ها ((درصد کارگاههای بازرسی شده، درصد شاغلین بازرسی شده، درصد کارگاههای درجه یک و دو بازرسی شده، درصد بازرسی های انجام شده، درصد شاغلین بهره مند از خدمات اندازه گیری و کنترل عوامل زیان آور از بخش آماری سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت))، بازدید و پایش سطوح محیطی طبق چک لیست پایش فعالیت های بهداشت حرفه ای مراکز بهداشت، کنترل صورتجلسات هماهنگی روز جهانی ایمنی و بهداشت حرفه ای

**هدف کمی ۱۰:** افزایش درصد شاغلین معاینه شده به میزان ۳ درصد در هر سال و ارتقای آن از ۳۴ درصد در سال ۹۶ به

۶۳٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱۰-۱:** هماهنگی های درون بخشی (کمیته صدور مجوز برای پزشکان واجد شرایط )

**استراتژی ۱۰-۲:** برون سپاری (اعطای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی به پزشکان واجد شرایط بخش خصوصی مطابق دستورالعمل مربوطه)

**استراتژی ۱۰-۳:** آموزش و بازآموزی پزشکان طب کار و کارشناسان بهداشت حرفه ای

**استراتژی ۱۰-۴:** استاندارد سازی نحوه انجام معاینات سلامت شغلی مطابق دستورالعمل های ابلاغی مرکز سلامت

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی روند تغییرات شاخص (درصد شاغلین معاینه شده و درصد شاغلین در مواجهه با ریسک بالای بیماری های شغلی از سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت)، پایش و نظارت بر نحوه انجام معاینات سلامت شغلی توسط پزشکان دارای مجوز طبق چک لیست پایش طب کار، کنترل صورتجلسات برنامه طب کار توسط کارشناس مسئول برنامه بصورت فصلی



**هدف کمی ۱۱:** کاهش میزان مواجهه شاغلین با ریسک فاکتورهای ارگونومی در هر سال به میزان ۳ درصد و کاهش شاخص از

۴۹٪ در سال ۹۶ به ۲۴٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱۱-۱:** هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی (تدوین و ابلاغ برنامه عملیاتی ارگونومی به کلیه شبکه ها و صنایع تحت پوشش)

**استراتژی ۱۱-۲:** آموزش به گروههای هدف (کارشناسان بهداشت حرفه ای، کارفرمایان و کارگران)

**استراتژی ۱۱-۳:** استاندارد سازی ریسک فاکتورهای ارگونومی و نظارت بر نحوه انجام ارزیابی ها و بهسازی های انجام شده در محیط های کاری واجد ریسک فاکتورهای ارگونومیکی توسط کارشناسان بهداشت حرفه ای

**استراتژی ۱۱-۴:** برون سپاری انجام ارزیابی ها و کنترل های ارگونومی در صنایع و کارخانجات توسط شرکتهای خصوصی دارای مجوز از معاونت بهداشتی

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی روند تغییرات شاخص ((درصد شاغلین دارای ایستگاه کارنامناسب و وضعیت نامناسب بدن در حین کار، درصد کارگاههایی که ایستگاه کار و وضعیت نامناسب بدن در آنها کنترل گردیده، درصد شاغلینی که آموزش های ارگونومی را فراگرفته اند از سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت))، بازدید و پایش سطوح محیطی طبق چک لیست پایش فعالیت های بهداشت حرفه ای مراکز بهداشت

**هدف کمی ۱۲:** کاهش میزان مواجهه شاغلین با عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار در هر سال به میزان ۲٪ و رسیدن

شاخص از ۵۵٪ در سال ۹۶ به ۳۸٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱۲-۱:** هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی ((راه اندازی، توسعه و تجهیز آزمایشگاه عوامل شیمیایی-تهیه و تامین تجهیزات نمونه برداری عوامل شیمیایی- جلسات با اتحادیه های مرتبط، صنایع و معدن، مجمع امور صنفی و سازمان های مرتبط)

**استراتژی ۱۲-۲:** آموزش به گروههای هدف ((در زمینه روش های نمونه برداری مواد شیمیایی به بازرسان بهداشت حرفه ای و در زمینه نحوه استفاده MSDS و خطرات مواد شیمیایی به کارفرمایان و کارگران))

**استراتژی ۱۲-۳:** استاندارد سازی با تهیه و تدوین MSDS مواد شیمیایی و تهیه نرم افزارهای کاربردی

**استراتژی ۱۲-۴:** برون سپاری طراحی و اجرای سیستم های کنترلی و تهویه صنعتی از طریق بخش خصوصی برای کارگاه های دارای عامل زیان آور شیمیایی

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی روند تغییرات شاخص درصد شاغلین در مواجهه با عوامل شیمیایی زیان آور- درصد کارگاههایی که عوامل شیمیایی زیان آور در آنها کنترل گردیده از سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت)، بازدید و پایش سطوح محیطی طبق چک لیست پایش فعالیت های بهداشت حرفه ای مراکز بهداشت



**هدف کمی ۱۳:** کاهش میزان مواجهه شاغلین با صدای زیان آور محیط کار به میزان ۲ درصد در هر سال و رسیدن شاخص از ۲۷٪ در سال ۹۶ به ۱۱٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۱۳:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی ((تدوین برنامه عملیاتی کنترل صدا در محیط کار و ابلاغ آن به شبکه ها - شناسایی و ثبت کلیه کارگاههای دارای صدا و کارگاههای صداسنجی شده در سامانه بازرسی مرکز سلامت محیط و کار))

**استراتژی ۲-۱۳:** آموزش به گروههای هدف (کارشناسان بهداشت حرفه ای، کارگران و کارفرمایان)

**استراتژی ۳-۱۳:** استاندارد سازی محیط های کار جهت کاهش میزان مواجهه شاغلین در معرض صدای زیان آور به میزان حدود مجاز مواجهه شغلی

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی روند تغییرات شاخص ((درصد شاغلین در مواجهه با صدای زیان آور و درصد کارگاههایی که عامل زیان آور صدا در آنها کنترل گردیده از سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت)) ، بازدید و پایش مراکز بهداشت با چک لیست پایش فعالیت های بهداشت حرفه ای و کارگاهها و کارخانجات دارای صدای زیان آور

**هدف کمی ۱۴:** افزایش درصد کارگاههای دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای در هر سال به میزان ۳ درصد و ارتقای آن از ۶۴٪ در سال ۹۶ به ۸۳٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۱۴:** آموزش گروههای هدف برنامه (( برگزاری دوره های بازآموزی بهداشتیاران کار و مسئولین بهداشت حرفه ای کارخانجات حداقل در هر سال سه دوره برگزاری دوره های آموزشی تربیت بهرگر برای کارگاههای دارای بعد کارگری بین ۲۰ تا ۴۹ نفر کارگر در مراکز بهداشت شهرستان ها))

**استراتژی ۱-۱۴:** هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی (( شرکت در جلسات شورای هماهنگی بیمه شدگان استان و انجام بازدیدهای مشترک توسط کارشناسان سه ارگان از واحدهای مشمول تشکیلات بهداشت حرفه ای و پیگیری جذب فارغ التحصیلان بهداشت حرفه ای در کلیه کارگاههای بالای ۵۰ نفر شاغل و ایجاد خانه بهداشت کارگری و مرکز بهداشت کار در کلیه این واحدها ))

**ارزیابی و ارزشیابی:** بررسی روند تغییرات شاخص ((درصد کارگاه های دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای از سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت)) ، بازدید و پایش خانه ها و مراکز بهداشت کارگری فعال با چک لیست پایش و پایش کارخانجات مشمول تشکیلات ، کنترل صورتجلسات شورای هماهنگی خدمات بهداشتی بیمه شدگان استان



## گروه آموزش و ارتقای سلامت

### هدف کلی: ارتقای سلامت همه جانبه در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی

**هدف کمی ۱:** پوشش برنامه ملی خودمراقبتی فردی از ۳۷.۱۲ درصد جمعیت تحت پوشش در پایان سال ۱۳۹۷ به ۷۰ درصد

جمعیت تحت پوشش تا پایان سال ۱۴۰۶

**استراتژی ۱-۱:** آموزش (برگزاری کمپین خودمراقبتی، توزیع رسانه های آموزشی، آموزش خودمراقبتی به گروه هدف، برگزاری کارگاه های آموزشی ویژه کارکنان و گروه هدف، توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت و...)

**استراتژی ۱-۲:** هماهنگی (برگزاری جلسات درون و برون بخشی)

**استراتژی ۱-۳:** نظارت (تدوین و تحلیل شاخص، پایش و ارزشیابی سطوح محیطی براساس چک لیست مربوطه)

**استراتژی ۱-۴:** بازاریابی (تهیه و نصب بنر فراخوان و تبلیغ برنامه و خدمات، استفاده از کانال های مجازی، ارسال پیام کوتاه، چاپ فراخوان و تبلیغ خدمات قابل ارائه در نشریات محلی)

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص ها، تجزیه و تحلیل و مقایسه با حد انتظار، تهیه و تدوین گزارش و ارسال به سطوح بالاتر و محیطی

**هدف کمی ۲:** پوشش برنامه ملی خودمراقبتی سازمانی از ۲۵.۶۴ درصد جمعیت تحت پوشش در پایان سال ۱۳۹۷ به ۴۰ درصد

جمعیت تحت پوشش تا پایان سال ۱۴۰۶

**استراتژی ۱-۲:** آموزش (برگزاری کمپین خودمراقبتی، توزیع رسانه های آموزشی، آموزش خودمراقبتی به گروه هدف، برگزاری کارگاه های آموزشی ویژه کارکنان و گروه هدف، توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت و...)

**استراتژی ۲-۲:** هماهنگی (برگزاری جلسات درون و برون بخشی)

**استراتژی ۲-۳:** نظارت (تدوین و تحلیل شاخص، پایش و ارزشیابی سطوح محیطی براساس چک لیست مربوطه)

**استراتژی ۲-۴:** بازاریابی (تهیه و نصب بنر فراخوان و تبلیغ برنامه و خدمات، استفاده از کانال های مجازی، ارسال پیام کوتاه، چاپ فراخوان و تبلیغ خدمات قابل ارائه، لابی گری با ادارات و جوامع هدف)

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص ها، تجزیه و تحلیل و مقایسه با حد انتظار، تهیه و تدوین گزارش و ارسال به سطوح بالاتر و محیطی



**هدف کمی ۳:** پوشش برنامه ملی خودمراقبتی اجتماعی از ۲۹.۰۱ درصد جمعیت تحت پوشش در پایان سال ۱۳۹۷ به ۴۰ درصد

جمعیت تحت پوشش تا پایان سال ۱۴۰۶

**استراتژی ۱-۳:** آموزش (برگزاری کمپین خودمراقبتی، توزیع رسانه های آموزشی، آموزش خودمراقبتی به گروه هدف، برگزاری کارگاه های آموزشی ویژه کارکنان و گروه هدف، توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت و ...)

**استراتژی ۲-۳:** هماهنگی (برگزاری جلسات درون و برون بخشی)

**استراتژی ۳-۳:** نظارت (تدوین و تحلیل شاخص، پایش و ارزشیابی سطوح محیطی براساس چک لیست مربوطه)

**استراتژی ۴-۳:** بازاریابی (تهیه و نصب بنر فراخوان و تبلیغ برنامه و خدمات، استفاده از کانال های مجازی، ارسال پیام کوتاه،

چاپ فراخوان و تبلیغ خدمات قابل ارائه، لابی گری با ادارات و جوامع هدف)

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص ها، تجزیه و تحلیل و مقایسه با حد انتظار، تهیه و تدوین گزارش و ارسال به سطوح

بالتر و محیطی

**هدف کمی ۴:** پوشش برنامه ملی خودمراقبتی (گروههای خودیار) از ۶.۳۴ درصد جمعیت تحت پوشش در پایان سال ۱۳۹۷ به ۷

درصد جمعیت تحت پوشش تا پایان سال ۱۴۰۶

**استراتژی ۱-۴:** آموزش (برگزاری کمپین خودمراقبتی، توزیع رسانه های آموزشی، آموزش خودمراقبتی به گروه هدف، برگزاری کارگاه های آموزشی ویژه کارکنان و گروه هدف، توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت و ...)

**استراتژی ۲-۴:** هماهنگی (برگزاری جلسات درون و برون بخشی)

**استراتژی ۳-۴:** نظارت (تدوین و تحلیل شاخص، پایش و ارزشیابی سطوح محیطی بر اساس چک لیست مربوطه)

**استراتژی ۴-۴:** بازاریابی (تهیه و نصب بنر فراخوان و تبلیغ برنامه و خدمات، استفاده از کانال های مجازی، ارسال پیام کوتاه،

چاپ فراخوان و تبلیغ خدمات قابل ارائه، لابی گری با ادارات و جوامع هدف)

**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص ها، تجزیه و تحلیل و مقایسه با حد انتظار، تهیه و تدوین گزارش و ارسال به سطوح

بالتر و محیطی

**هدف کمی ۵:** افزایش سواد سلامت مردم از ۵۷ درصد در پایان سال ۱۳۹۵ به ۸۵ درصد تا پایان سال ۱۴۰۶

**استراتژی ۱-۵:** سنجش و ارزشیابی آغازین (سنجش سواد سلامت مردم طبق چک لیست مربوطه هر دو سال یک بار)

**استراتژی ۲-۵:** نیازسنجی سلامت (احصاء نیازها، تدوین و اجرای برنامه های مداخله ای بر اساس نیاز های احصاء شده)

**استراتژی ۳-۵:** آموزش (مدیریت کمپین های آموزشی، مدیریت رسانه های آموزشی تولید شده، آموزش سبک زندگی سالم

به گروه هدف، برگزاری کارگاه های آموزشی ویژه کارکنان و گروه هدف، توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت و ...)

**استراتژی ۴-۵:** هماهنگی (برگزاری جلسات درون و برون بخشی)



**استراتژی ۵-۵:** نظارت (تدوین و تحلیل شاخص، ارائه پسخوراند بر اساس آموزش های ثبت شده در سامانه آموزش گروهی)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص ها، تجزیه و تحلیل و مقایسه با حد انتظار، تهیه و تدوین گزارش و ارسال به سطوح بالاتر و محیطی

**هدف کمی ۶:** استقرار نظام جامع آموزش سلامت در مدارس از ۲۳.۳۳ درصد در سال ۱۳۹۷ به ۴۰ درصد در سال ۱۴۰۶

**استراتژی ۱-۶:** آموزش (تربیت سفیران سلامت دانش آموز، برگزاری کارگاه های آموزشی و توجیهی ویژه کارکنان بهداشت و معلمین، برگزاری جشنواره و همایش و...)  
**استراتژی ۲-۶:** هماهنگی (برگزاری جلسات درون و برون بخشی)  
**استراتژی ۳-۶:** نظارت (تدوین و تحلیل شاخص)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** استخراج شاخص ها، تجزیه و تحلیل و مقایسه با حد انتظار، تهیه و تدوین گزارش و ارسال به سطوح بالاتر و محیطی



## گروه بهبود تغذیه جامعه

### هدف کلی ۱: ارتقاء سلامت تغذیه ای کودکان

**هدف کمی ۱-۱:** کاهش میزان لاغری کودکان زیر ۶ سال از ۵.۱۴٪ در سال ۹۶ به ۳.۲٪ در پایان سال ۱۴۰۴

- استراتژی ۱-۱-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کمپین تغذیه کودک، تهیه و تدوین رسانه های آموزشی ...)
- استراتژی ۱-۱-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از کودکان زیر ۶ سال، کمیته استانی تامین یک وعده غذای گرم در روستامهد های استان، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)
- استراتژی ۱-۱-۳:** استاندارد سازی (اجرای تغذیه تکمیلی جدید، یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)
- استراتژی ۱-۱-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی کودکان، علل کم خونی در کودکان و ...)
- ارزیابی و ارزشیابی:** نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۲-۱:** کاهش میزان کوتاه قدی کودکان زیر ۶ سال از ۸.۸۱٪ در سال ۹۶ به ۸.۳٪ در پایان سال ۱۴۰۴

- استراتژی ۱-۲-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کمپین تغذیه کودک، تهیه و تدوین رسانه های آموزشی ...)
- استراتژی ۱-۲-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از کودکان زیر ۶ سال، کمیته استانی تامین یک وعده غذای گرم در روستامهد های استان، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)
- استراتژی ۱-۲-۳:** استاندارد سازی (اجرای تغذیه تکمیلی جدید، یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)
- استراتژی ۱-۲-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی کودکان، علل کم خونی در کودکان و ...)
- ارزیابی و ارزشیابی:** نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۳-۱:** کاهش میزان کم وزنی کودکان زیر ۶ سال از ۶.۴۱٪ در سال ۹۶ به ۴٪ در پایان سال ۱۴۰۴

- استراتژی ۱-۳-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کمپین تغذیه کودک، تهیه و تدوین رسانه های آموزشی ...)
- استراتژی ۱-۳-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از کودکان زیر ۶ سال، کمیته استانی تامین یک وعده غذای گرم در روستامهد های استان، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)
- استراتژی ۱-۳-۳:** استاندارد سازی (اجرای تغذیه تکمیلی جدید، یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)
- استراتژی ۱-۳-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی کودکان، علل کم خونی در کودکان و ...)





**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها )

**هدف کمی ۱-۴:** افزایش درصد کودکان بهبود یافته در برنامه حمایتی کودکان از ۴۶.۴۷٪ در سال ۹۶ به ۵۰٪ در پایان سال

۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۴-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کمیته تغذیه کودک، تهیه و تدوین رسانه های آموزشی .... )  
**استراتژی ۱-۴-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی ( برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از کودکان زیر ۶ سال، کمیته استانی تامین یک وعده غذای گرم در روستامهد های استان، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)  
**استراتژی ۱-۴-۳:** استاندارد سازی (اجرای تغذیه تکمیلی جدید، یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی )  
**استراتژی ۱-۴-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی کودکان، علل کم خونی در کودکان و ... )  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها )

## **هدف کلی ۲: ارتقاء سلامت تغذیه ای مادران**

**هدف کمی ۱-۲:** افزایش درصد وزن گیری مطلوب مادران باردار از طریق سبد غذایی از ۹۰.۷۸٪ در سال ۹۶ به ۹۵٪ در پایان

سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۲-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت ، پمفلت و ... برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت  
**استراتژی ۱-۲-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی ( برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از زنان باردار نیازمند با همکاری بنیاد علوی، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)  
**استراتژی ۱-۲-۳:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)  
**استراتژی ۱-۲-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل وزن گیری نامطلوب در مادران باردار، بررسی علل کم خونی در مادران باردار...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)



**هدف کمی ۲-۲:** کاهش شیوع کم وزنی در ابتدای بارداری از ۱۰.۸۴٪ در سال ۹۶ به ۹.۲٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۲-۲-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت

**استراتژی ۲-۲-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از زنان باردار نیازمند با همکاری بنیاد علوی، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)

**استراتژی ۲-۲-۳:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)

**استراتژی ۲-۲-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل وزن گیری نامطلوب در مادران باردار، بررسی علل کم خونی در مادران باردار...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۳-۲:** کاهش شیوع اضافه وزن در ابتدای بارداری از ۲۲.۷۹٪ در سال ۹۶ به ۲۱٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۲-۳-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت

**استراتژی ۲-۳-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از زنان باردار نیازمند با همکاری بنیاد علوی، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)

**استراتژی ۲-۳-۳:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)

**استراتژی ۲-۳-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل وزن گیری نامطلوب در مادران باردار، بررسی علل کم خونی در مادران باردار...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)



**هدف کمی ۲-۴:** کاهش شیوع چاقی در شروع بارداری از ۱۰.۰۵٪ در سال ۹۶ به ۹.۲٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۲-۴-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت

**استراتژی ۲-۴-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از زنان باردار نیازمند با همکاری بنیاد علوی، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)

**استراتژی ۲-۴-۳:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)

**استراتژی ۲-۴-۴:** پژوهش و تحقیقات: (بررسی علل وزن گیری نامطلوب در مادران باردار، بررسی علل کم خونی در مادران باردار...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۲-۵:** کاهش میزان کم خونی در مادران باردار از ۴.۳۶٪ در سال ۹۶ به ۴٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۲-۵-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت

**استراتژی ۲-۵-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی (برگزاری کمیته استانی برنامه حمایت تغذیه ای از زنان باردار نیازمند با همکاری بنیاد علوی، هماهنگی با هلال احمر و آستان قدس رضوی)

**استراتژی ۲-۵-۳:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)

**استراتژی ۲-۵-۴:** پژوهش و تحقیقات: (بررسی علل وزن گیری نامطلوب در مادران باردار، بررسی علل کم خونی در مادران باردار...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کلی ۳:** ارتقای سلامت تغذیه ای نوجوانان (۵-۱۸ سال)

**هدف کمی ۳-۱:** حفظ پوشش ۱۰۰٪ مکمل یاری آهن در دانش آموزان دختر متوسطه اول و دوم

**استراتژی ۳-۱-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای نوجوانان، والدین و مربیان مدارس و کارکنان بهداشتی)



**استراتژی ۳-۱-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی ( برگزاری کمیته استانی ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان دوره متوسطه از طریق آموزش تغذیه و مکمل یاری با آهن و ویتامین D)  
**استراتژی ۳-۱-۳:** استاندارد سازی ( تهیه و توزیع مکمل بین دانش آموزان)  
**استراتژی ۳-۱-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل پایین بودن پوشش مکمل یاری و...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** ( نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بر اساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های برنامه و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۳-۲:** حفظ پوشش ۱۰۰٪ مکملیاری ویتامین D در دانش آموزان دختر و پسر متوسطه اول و دوم

**استراتژی ۳-۲-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای نوجوانان، والدین و مربیان مدارس و کارکنان بهداشتی)  
**استراتژی ۳-۲-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی ( برگزاری کمیته استانی ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان دوره متوسطه از طریق آموزش تغذیه و مکمل یاری با آهن و ویتامین D)  
**استراتژی ۳-۲-۳:** استاندارد سازی (تهیه و توزیع مکمل بین دانش آموزان)  
**استراتژی ۳-۲-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل پایین بودن پوشش مکمل یاری و...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** ( نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بر اساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های برنامه و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۳-۳:** حفظ روند اضافه وزن و چاقی در دانش آموزان در حد ۱۲.۱۱٪

**استراتژی ۳-۳-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای نوجوانان، والدین و مربیان مدارس و کارکنان بهداشتی)  
**استراتژی ۳-۳-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی ( برگزاری کمیته استانی ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان با تاکید بر چاقی دانش آموزان)  
**استراتژی ۳-۳-۳:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)  
**استراتژی ۳-۳-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل چاقی و اضافه وزن در نوجوانان،...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** ( نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بر اساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)



**هدف کمی ۳-۴:** کاهش لاغری در نوجوانان از ۱۵.۶۷٪ در سال ۹۶ به ۱۴٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۳-۳-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای نوجوانان، والدین و مربیان مدارس و کارکنان بهداشتی

**استراتژی ۳-۳-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی ( برگزاری کمیته استانی ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان با تاکید بر لاغری دانش آموزان)

**استراتژی ۳-۳-۳:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی، تهیه و توزیع مکمل بین دانش آموزان، تهیه کیت ید سنج و محلول ها به صورت استانی)

**استراتژی ۳-۳-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل لاغری در نوجوانان،...)

**ارزشیابی:** (نظارت برسطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بر اساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۳-۵:** کاهش درصد کوتاه قدی در نوجوانان از ۵.۴۷٪ در سال ۹۶ به ۴.۸٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۳-۵-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای نوجوانان، والدین و مربیان مدارس و کارکنان بهداشتی

**استراتژی ۳-۵-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی ( برگزاری کمیته استانی ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان با تاکید بر کوتاه قدی دانش آموزان)

**استراتژی ۳-۵-۳:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)

**استراتژی ۳-۵-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل کوتاه قدی در نوجوانان،...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت برسطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بر اساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۳-۶:** حفظ میانه ید ادار دانش آموزان در محدوده ۱۰۰ میکروگرم در لیتر

**استراتژی ۳-۶-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای نوجوانان، والدین و مربیان مدارس و کارکنان بهداشتی

**استراتژی ۳-۶-۲:** هماهنگی های درون و برون بخشی ( برگزاری کمیته IDD)

**استراتژی ۳-۶-۳:** استاندارد سازی (تهیه کیت ید سنج و محلول ها به صورت استانی)



**استراتژی ۳-۶-۴:** پژوهش و تحقیقات (بررسی وضعیت دریافت ید در جامعه و علل موثر در آن)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بر اساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کلی ۴:** ارتقای سلامت تغذیه ای جوانان (۱۸ - ۳۰ سال)

**هدف کمی ۴-۱:** توقف روند افزایش اضافه وزن و چاقی در جوانان به میزان ۲۹٪

**استراتژی ۴-۱-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای جوانان و کارکنان بهداشتی)

**استراتژی ۴-۱-۱:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی)

**استراتژی ۴-۱-۱:** پایش و ارزشیابی (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**استراتژی ۴-۱-۱:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل چاقی و اضافه وزن در جوانان،...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بر اساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۴-۲:** کاهش لاغری در جوانان از ۱۲.۸۵٪ در سال ۹۶ به ۱۱.۲٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۴-۲-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای جوانان و کارکنان بهداشتی)

**استراتژی ۴-۲-۲:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی، نظارت بر توزیع مکمل ویتامین د بین جوانان)

**استراتژی ۴-۲-۲:** پایش و ارزشیابی (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**استراتژی ۴-۲-۳:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل لاغری در جوانان،...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، محیط شهرستان ها، بر اساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)



## هدف کلی ۵: ارتقاء سلامت تغذیه ای میانسالان

**هدف کمی ۵-۱:** توقف روند افزایش اضافه وزن و چاقی در میانسالان در ۵۵.۷۶٪

**استراتژی ۵-۱-۱:** آموزش (برگزاری کمپین تغذیه سالم، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای میانسالان و کارکنان بهداشتی)

**استراتژی ۵-۱-۲:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی، نظارت بر توزیع مکمل ویتامین د بین میانسالان)

**استراتژی ۵-۱-۳:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل چاقی و اضافه وزن در میانسالان...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۵-۲:** کاهش لاغری در میانسالان از ۴.۵٪ در سال ۹۶ به ۳.۵٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۵-۲-۱:** آموزش (برگزاری کمپین تغذیه سالم، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای میانسالان و کارکنان بهداشتی)

**استراتژی ۵-۲-۲:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی، نظارت بر توزیع مکمل ویتامین د بین میانسالان)

**استراتژی ۵-۲-۳:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل لاغری در میانسالان...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت بر سطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۵-۳:** کاهش چاقی شکمی در میانسالان از ۳۱.۹۵٪ در سال ۹۶ به ۲۴٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۵-۳-۱:** آموزش (برگزاری کمپین تغذیه سالم، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای میانسالان و کارکنان بهداشتی)

**استراتژی ۵-۳-۲:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی، نظارت بر توزیع مکمل ویتامین د بین میانسالان)



**استراتژی ۵-۳-۳:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل چاقی و اضافه وزن در میانسالان، بررسی علل سندروم متابولیک در میانسالان...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت برسطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

### **هدف کلی ۶:** ارتقاء سلامت تغذیه ای سالمندان

**هدف کمی ۶-۱:** توقف روند افزایش اضافه وزن و چاقی در سالمندان در ۲۶.۰۱٪

**استراتژی ۶-۱-۱:** آموزش (برگزاری کمپین تغذیه سالم، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای سالمندان و کارکنان بهداشتی)

**استراتژی ۶-۱-۲:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی، نظارت بر توزیع مکمل ویتامین د و کلسیم د بین سالمندان)

**استراتژی ۶-۱-۳:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل چاقی و اضافه وزن، سوء تغذیه در سالمندان...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت برسطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)

**هدف کمی ۶-۲:** کاهش لاغری در سالمندان از ۳.۹۷٪ در سال ۹۶ به ۳.۱٪ در پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۶-۲-۱:** آموزش (برگزاری کمپین تغذیه سالم، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی تهیه بنر، تراکت، پمفلت و... برای سالمندان و کارکنان بهداشتی)

**استراتژی ۶-۲-۲:** استاندارد سازی (یکسان سازی ابزار تن سنجی در واحدهای بهداشتی، نظارت بر توزیع مکمل ویتامین د و کلسیم د بین سالمندان)

**استراتژی ۶-۲-۳:** پژوهش و تحقیقات (بررسی علل سوء تغذیه در سالمندان...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (نظارت برسطوح محیطی شامل ستاد شهرستان ها، براساس چک لیست، تهیه و گزارش شاخص های شش ماهه و ۹ ماهه، یکساله و بررسی روند شاخص ها)





## گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

### اهداف کلی ۱ :

- ایجاد و حفظ پوشش مراقبتی برای افراد متاثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
- کاهش خشونت خانگی مجدد در افراد متاثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

**هدف کمی ۱-۱:** افزایش بیماریابی مراقبت و درمان اختلالات سلامت روان از ۱۲.۷ در هزار به ۶۰ در هزار بطور متوسط سالیانه ۶ درصد تا سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۱-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، تهیه پوستر، پمفلت و...)

**استراتژی ۱-۱-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی ( برگزاری کمیته دائمی سلامت روان ...)

**استراتژی ۱-۱-۳:** (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، آمار فصلی و...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (مقایسه شاخص های سالیانه با شاخص کشوری)

**هدف کمی ۲-۱:** افزایش سطح سواد سلامت روان و سلامت اجتماعی جمعیت عمومی میزان ۳۲٪ تا سال ۱۴۰۴ سالانه بطور متوسط ۴ درصد

**استراتژی ۲-۱-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، تهیه پوستر، پمفلت و...)

**استراتژی ۲-۱-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی ( برگزاری کمیته دائمی سلامت روان ...)

**استراتژی ۲-۱-۳:** (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، آمار فصلی و...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** ( اجرای طرح های تحقیقاتی استانی یا ملی )

**هدف کمی ۳-۱:** حفظ شاخص میزان اقدام به خودکشی به میزان ۱۰۹ در ۱۰۰ هزار نفر تا پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۳-۱-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، تهیه پوستر، پمفلت و...)

**استراتژی ۳-۱-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی ( برگزاری کمیته پیشگیری از خودکشی ...)

**استراتژی ۳-۱-۳:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، کنترل سامانه ثبت خودکشی، آمار فصلی و...)



**ارزیابی و ارزشیابی:** (مقایسه سالانه شاخص استانی با شاخص کشوری)

**هدف کلی ۲:** کاهش مرگ ناشی از خودکشی به میزان ۴۰٪ نسبت به سال پایه تا سال ۱۴۰۴

**هدف کمی ۱-۲:** حفظ شاخص میزان خودکشی منجر به فوت به خودکشی به میزان ۲۰۱ در ۱۰۰ هزار نفر تا پایان سال

سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۲-۱:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، تهیه پوستر، پمفلت و...)

**استراتژی ۲-۱-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (برگزاری کمیته پیشگیری از خودکشی و...)

**استراتژی ۳-۱-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، کنترل سامانه ثبت خودکشی، آمار فصلی

و...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (مقایسه سالانه شاخص مذکور با شاخص کشوری)

**هدف کمی ۲-۲:** افزایش پوشش آموزش برنامه های مهارتهای فرزند پروری و مهارتهای زندگی، به میزان ۳۲٪ گروه هدف تا

پایان برنامه (سالانه ۴٪ گروه هدف) تا سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۲-۲:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی خارج از مسیر ارجاع و داخل مسیر ارجاع)

**استراتژی ۲-۲-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل جلسه با ادارات همکار بهزیستی، آموزش و پرورش، ورزش

و جوانان و...)

**استراتژی ۳-۲-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، آمار فصلی، آمار عملکرد روانشناس و...)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (مقایسه سالانه شاخص استانی با شاخص کشوری)

**هدف کمی ۳-۲:** پوشش ۶۰ خدمات سرپائی برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شناسایی شده در نظام مراقبت های

بهداشتی اولیه تا پایان برنامه تا سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۳-۲:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، پوستر، پمفلت و...)



**استراتژی ۲-۳-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل کمیته دائمی سلامت روان، جلسات داخلی با مدیریت شبکه در خصوص تامین نیروی انسانی و منابع مالی، فضای فیزیکی،...)  
**استراتژی ۳-۳-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، آمار فصلی، آمار عملکرد روانشناس و..)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (از طریق اجرای طرح های تحقیقاتی)

**هدف کمی ۴-۲:** آموزش صد درصد کارشناسان سلامت روان شبکه ها در خصوص حمایت های روانی-اجتماعی در بلایا تا سال

۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۴-۲:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، پوستر، پمفلت و...)  
**استراتژی ۲-۴-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل کمیته حمایت های روانی اجتماعی در بلایا،...)  
**استراتژی ۳-۴-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست،...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور)

**هدف کمی ۵-۲:** پوشش ۶۰ درصدی خدمات پیشگیری از خشونت خانگی در قربانیان شناسایی شده (سالانه ۵ درصد) تا سال

۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۵-۲:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، پوستر، پمفلت و...)  
**استراتژی ۲-۵-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل جلسات پیشگیری از خشونت ...)  
**استراتژی ۳-۵-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست،...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور)

**هدف کمی ۶-۲:** پوشش ۵۰ درصدی جمعیت مناطق حاشیه ای شهرها در برنامه مداخلات سلامت اجتماعی با رویکرد اجتماع

محور تا سال ۱۴۰۴

**استراتژی ۱-۶-۲:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، پوستر، پمفلت و...)  
**استراتژی ۲-۶-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل کمیته محلی کمیته راهبری، جلسات و...)  
**استراتژی ۳-۶-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست،...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور)



**هدف کمی ۲-۷:** پوشش برنامه ملی خودمراقبتی سلامت روان از ۴۰٪ به میزان ۷۲ درصد جمعیت تحت پوشش تا سال ۱۴۰۴ (متوسط ۴ درصد سالانه)

استراتژی ۲-۷-۱: آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، پوستر، پمفلت و...)  
استراتژی ۲-۷-۲: هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل جلسات...)  
استراتژی ۲-۷-۳: پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، گزارش عملکرد روانشناس)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور)

**هدف کمی ۲-۸:** افزایش ۹۵٪ دسترسی به خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه تا سال ۱۴۰۶

استراتژی ۲-۸-۱: آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، پوستر، پمفلت و...)  
استراتژی ۲-۸-۲: هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل جلسات...)  
استراتژی ۲-۸-۳: پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، گزارش عملکرد روانشناس)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور)

**هدف کمی ۲-۹:** افزایش ۹۰٪ پوشش خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه تا سال ۱۴۰۴

استراتژی ۲-۹-۱: آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی، پوستر، پمفلت و...)  
استراتژی ۲-۹-۲: هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل جلسات...)  
استراتژی ۲-۹-۳: پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، گزارش عملکرد روانشناس)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور)

**هدف کمی ۲-۱۰:** افزایش ارتقاء مهارت های فرزند پروری نوجوان سالم برای والدین گروه سنی ۱۲-۱۷ سال در راستای کاهش اختلالات مصرف مواد به میزان ۳۴٪ تا سال ۱۴۰۴ (متوسط ۴٪ سالانه)

استراتژی ۲-۱۰-۱: آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی خارج از مسیر ارجاع و داخل مسیر ارجاع)



**استراتژی ۲-۱۰-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل جلسه با ادارات همکاربهبیستی، آموزش و پرورش، ورزش و جوانان، ...)

**استراتژی ۳-۱۰-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، کنترل سامانه سیب، آمار فصلی، آمار عملکرد روانشناس و..)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور)

**هدف کمی ۱۱-۲:** حفظ ۶۰٪ پوشش خدمات کاهش آسیب و درمان در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند

**استراتژی ۱-۱۱-۲:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی و...)

**استراتژی ۲-۱۱-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل جلسه با ادارات همکاربهبیستی، آموزش و پرورش، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، معاونت درمان، معاونت غذا و دارو، ... تنظیم قرارداد سالانه)  
**استراتژی ۳-۱۱-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، آمار فصلی،...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور و مقایسه با شاخص های کشوری)

**هدف کمی ۱۲-۲:** کاهش میزان شیوع ویروس اچ آی وی در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند به میزان کمتر از ۵ در ۱۰۰۰

**استراتژی ۱-۱۲-۲:** آموزش (برگزاری کارگاه، جلسه آموزشی ، و...)

**استراتژی ۲-۱۲-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (تشکیل جلسه با ادارات همکاربهبیستی، آموزش و پرورش، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، معاونت درمان، معاونت غذا و دارو، ... تنظیم قرارداد سالانه)  
**استراتژی ۳-۱۱-۲:** پایش و نظارت (با استفاده از چک لیست، آمار فصلی،...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** (محاسبه سالانه شاخص مذکور و مقایسه با شاخص های کشوری)



## گروه سلامت دهان و دندان

**هدف کلی:** ارتقای سطح سلامت دهان و دندان گروه های هدف با افزایش آگاهی و بهبود کمی و کیفی ارائه خدمات

**هدف کمی ۱:** ارتقای شاخص DMFT کودکان ۱۲ ساله از میزان ۱.۲۳ به ۱

**استراتژی ۱-۱:** آموزش و پژوهش (جلسات آموزشی و توجیهی جهت دندانپزشکان، بهورزان، مراقبین سلامت، معلمان، مراقبین بهداشت و دانش آموزان - برگزاری کارگاه - تهیه پوستر و پمفلت - اجرای طرح تحقیقاتی توسط شهرستان ها)

**استراتژی ۱-۲:** تامین تجهیزات (در اختیار گذاشتن وسایل مصرفی و تجهیزات مورد نیاز و همچنین بازسازی واحدهای تحت پوشش)

**استراتژی ۱-۳:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (هماهنگی با آموزش و پرورش جهت اجرای برنامه های ابلاغی وزارتخانه، هماهنگی با گروه های جهادی و در اختیار گذاشتن امکانات و وسایل جهت ارائه خدمات دندانپزشکی به گروه های هدف تحت پوشش، هماهنگی درون بخشی با گروه ها و واحدهای مرتبط)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست نظارتی، ارایه پسخوراند، گزارش گیری از سامانه، راستی آزمایی)

**هدف کمی ۲:** افزایش درصد کودکان ۱۲ ساله فاقد پوسیدگی دندان از ۴۵.۵٪ به ۹۰٪

**استراتژی ۲-۱:** آموزش و پژوهش (جلسات آموزشی جهت دندانپزشکان، بهورزان، مراقبین سلامت، معلمان، مراقبین بهداشت. آموزش صحیح نحوه مسواک زدن و استفاده از نخ دندان به دانش آموزان - تهیه پوستر و پمفلت)

**استراتژی ۲-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (هماهنگی با آموزش و پرورش، گروه های جهادی، گروه ها و واحدهای مرتبط)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تکمیل چک لیست نظارتی، ارایه پسخوراند، گزارش گیری از سامانه، راستی آزمایی)

**هدف کمی ۳:** ارتقای شاخص DMFT کودکان زیر ۶ سال از ۵.۸ به ۲

**استراتژی ۳-۱:** آموزش و پژوهش (جلسات آموزشی جهت دندانپزشکان، بهورزان، مراقبین سلامت، مربیان مهد کودک، مراقبین بهداشت - برگزاری کارگاه - تهیه پوستر و پمفلت)

**استراتژی ۳-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (آموزش و پرورش، مهد کودک ها، گروهها و واحدهای مرتبط)



**ارزیابی و ارزشیابی:** (تکمیل چک لیست نظارتی، ارایه پسخوراند، گزارش گیری از سامانه، راستی آزمایی)

**هدف جزئی ۴:** بالا بردن درصد مراقبت های مادران باردار و زنان شیرده از ۹۰٪ به ۹۸٪

**استراتژی ۴-۱:** آموزش و پژوهش (آموزش و ارتقاء سطح آگاهی مادران باردار و زنان شیرده، انجام طرح های تحقیقاتی و پژوهشی در زمینه ( پلاک ایندکس، DMFT، CPIIN)، غربال گری سالانه سرطان های دهان و دندان، آموزش صحیح استفاده از مسواک انگشتی به مادران - برگزاری کارگاه - تهیه پوستر و پمفلت)

**استراتژی ۴-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (گروه ها و واحدهای مرتبط)

**ارزیابی و ارزشیابی:** (تکمیل چک لیست نظارتی، ارایه پسخوراند، گزارش گیری از سامانه، راستی آزمایی)



## واحد مدیریت خطر بلایا و حوادث

**هدف کلی:** ارتقای توتن تاب آوری و توانمند سازی مردم، سازمان ها و جوامع برای مراقبت از سلامت خود در بلایا و مقابله با حوادث غیر مترقبه

**هدف جزئی ۱:** افزایش درصد خانوار های آموزش دیده برای آمادگی در برابر بلایا از ۳۱ درصد به ۶۰ درصد

**استراتژی ۱-۱:** آموزش نیروهای ستادی و محیطی (برگزاری کارگاه ها و آزمون ها، بارگذاری و به روز رسانی مطالب در سایت...)  
**استراتژی ۱-۲:** نظارت بر ارزیابی آمادگی خانوار در بلایا با استفاده از سامانه سیب، پایش محیطی، راستی آزمایی و ...  
**استراتژی ۱-۳:** نظارت بر آموزش آمادگی خانوار در بلایا با استفاده از مصاحبه با خدمت گیرنده، حضور در کلاس های آموزشی و ...

**ارزیابی و ارزشیابی:** پایش و ارزشیابی از طریق سامانه سیب، شاخص ها، آمار و مداخلات انجام شده، پایش های منظم از سطح محیطی و ... ، تدوین و ارسال گزارش برنامه (از نظر کمی و کیفی)

**هدف جزئی ۲:** افزایش سطح ایمنی منابع و تسهیلات بهداشتی در برابر بلایا از ۳ از ۱۰ به ۵ از ۱۰

**استراتژی ۲-۱:** آموزش نیروهای ستادی و محیطی از طریق کارگاه، مشارکت در برنامه و ...  
**استراتژی ۲-۲:** نظارت و برنامه ریزی (نظارت بر اجرای برنامه ارزیابی خطر و ایمنی واحدهای بهداشتی، برنامه ریزی جهت ارتقاء آمادگی عملکردی)  
**استراتژی ۲-۳:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (برگزاری کمیته و ...)  
**ارزیابی و ارزشیابی:** تدوین و ارسال گزارش، استخراج ذیج بلایا، تدوین برنامه مداخله ای مربوطه

**هدف جزئی ۳:** ارتقاء ایمنی سازه ای واحدهای بهداشتی از ۲۰.۲۱ به ۴۰ (با همکاری مدیریت شبکه و مدیریت منابع فیزیکی)

**استراتژی ۳-۱:** آموزش نیروهای ستادی و محیطی از طریق کارگاه، مشارکت در برنامه و ...  
**استراتژی ۳-۲:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (برگزاری کمیته ارتقاء ایمنی، هماهنگی با مدیریت منابع فیزیکی ...) و پیگیری و اجرای مصوبات کمیته  
**استراتژی ۳-۳:** هماهنگی و پیگیری جهت پوشش کامل بیمه منابع و تسهیلات بهداشتی  
**ارزیابی و ارزشیابی:** تدوین و ارسال گزارش، استخراج ذیج بلایا، تدوین برنامه مداخله ای مربوطه





**هدف جزئی ۴:** ارتقاء ایمنی غیر سازه ای واحدهای بهداشتی از ۴۵.۳۳ به ۶۰ (با همکاری مدیریت شبکه و مدیریت منابع

فیزیکی)

**استراتژی ۱-۴:** آموزش نیروهای ستادی و محیطی از طریق کارگاه، مشارکت در برنامه و ...

**استراتژی ۲-۴:** هماهنگی درون بخشی و برون بخشی (برگزاری کمیته ارتقاء ایمنی و ... و پیگیری و اجرای مصوبات کمیته،

هماهنگی و پیگیری جهت پوشش کامل بیمه منابع و تسهیلات بهداشتی)

**استراتژی ۳-۴:** نظارت بر اجرای برنامه های کاهش آسیب پذیری غیرسازه ای (SNS) و افزایش سطح ایمنی

**استراتژی ۴-۴:** اجرای تمرین و مانور جهت افزایش ظرفیت پاسخ و بازبایی با همکاری کلیه مدیریت ها و گروهها

**استراتژی ۵-۴:** پایش و ارزشیابی تمرین های برگزار شده و تهیه درس آموخته های تمرین و مخاطرات

**استراتژی ۶-۴:** تدوین و ارسال گزارش (تدوین و ارسال گزارش های تمرین جهت بهره برداری)

**ارزیابی و ارزشیابی:** تدوین و ارسال گزارش، استخراج ذیح بلایا، تدوین برنامه مداخله ای مربوطه

**هدف جزئی ۵:** ارتقاء پاسخ نظام سلامت در بلایا Emergency Operations Plan (EOP) در کلیه سطوح ارائه خدمات (

۲.۴ به ۲۰ درصد)

**استراتژی ۱-۵:** آموزش نیروهای ستادی و محیطی (کارگاهها، آزمون، گردهمایی و ...)

**استراتژی ۲-۵:** نظارت (نظارت بر تدوین برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا و بازبینی سالیانه)

**استراتژی ۳-۵:** هماهنگی های راهبردی با ذینفعان درون بخشی و بین بخشی (انعقاد تفاهم نامه، هماهنگی با معاونت درمان،

هلال احمر، آتش نشانی، کارگروه بهداشت و درمان، کارگروه سلامت و امنیت غذایی و ...)

**استراتژی ۴-۵:** برگزاری تمرین جهت افزایش ظرفیت پاسخ و بازبایی با همکاری کلیه مدیریت ها و گروهها

**استراتژی ۵-۵:** استقرار سامانه پشتیبانی مدیریت بلایا و پیگیری برای خرید و تجمیع لوازم و تجهیزات بر اساس استاندارد با

همکاری سایر واحد ها

**استراتژی ۶-۵:** پایش و ارزشیابی (پایش و ارزشیابی سامانه های پشتیبانی در سطح استان با همکاری کلیه مدیریت ها و

گروهها، پایش و ارزشیابی تمرین های برگزار شده و برنامه EOP و تدوین درس آموخته های تمرین و مخاطرات)

**استراتژی ۷-۵:** ارزیابی و گزارش (ارزیابی و گزارش درس آموخته های مخاطرات، تدوین و ارسال گزارش های تمرین جهت

بهره برداری)

**ارزیابی و ارزشیابی:** پایش و نظارت (نظارت بر اجرای نظام مراقبت بلایا (DSS) در کلیه سطوح با توجه به فراوانی حوادث و

سطح خطر بالای استان)



### در تدوین اهداف و برنامه ها هدف بر این است که :

- برنامه ها و فعالیت ها به تفکیک قبل، حین و بعد از انجام کار تدوین گردد.
- در پایان هر سال بروز رسانی برنامه انجام و با توجه به دستورالعمل و آیین نامه ها بروز رسانی شود.



# فصل ششم:

## ذینفعان بیرونی و درونی





## ذینفعان بیرونی حوزه معاونت بهداشت در برنامه استراتژیک

- 1 وزیر، معاونین مدیران کل و روسای ادارات تابعه مراکز معاونت های وزارت متبوع
- 2 اعضاء هیات امناء دانشگاه
- 3 آحاد مردم استان
- 4 اعضاء کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
- 5 مجمع خیرین سلامت استان
- 6 مدیر کل خدمات درمانی
- 7 استاندار ( معاونین استاندار ، مشاورین استاندار)
- 8 کمیته امداد امام (ره) استان
- 9 فرمانداران و بخشداران شهرستان ها
- 10 مدیر کل صدا و سیما
- 11 ائمه جمعه شهرستانها
- 12 سازمان های مردم نهاد ( دوستدار سلامت استان)
- 13 مدیر کل آموزش و پرورش استان
- 14 مدیر کل بهزیستی استان
- 15 کلینیک ها و پارکلینیک های بخش خصوصی
- 16 رئیس دانشگاه
- 17 نمایندگان مجلس استان
- 18 نیروهای نظامی، انتظامی استان
- 19 شورای پژوهشی دانشگاه
- 20 مدیران شبکه ها
- 21 شهرداران و اعضاء شورای اسلامی شهرها و دهیاران روستاها
- 22 روسای ادارت شهرستانها
- 23 رابطین سلامت ادارات
- 24 رئیس دادگستری استان
- 25 مدیران مسئول نشریات استان
- 26 روسا و مدیران مراکز درمانی دولتی غیر دانشگاهی و خصوصی و خیریه
- 27 نماینده ولی فقیه در استان
- 28 رئیس جمعیت هلال احمر استان
- 29 مدیر کل تامین اجتماعی
- 30 سازمان تبلیغات اسلامی
- 31 اعضاء هیات رئیسه



رئیس سازمان زندان ها	32
کلینیک ها و پاراکلینیک های تخصصی وابسته به دانشگاه	33
شوراهای حامی سلامت	34
نماینده خبرگان رهبری در استان	35
سازمان های دولتی و غیر دولتی حامی سلامت	36
رئیس اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی	37
مدیران و مسئولین فنی کارخانجات مواد غذایی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی استان	38
مدیر کل سازمان جهاد کشاورزی استان	39
مدیر کل محیط زیست استان	40
واحد های تحت پوشش حوزه معاونت تحقیقات و فن آوری	41
داروخانه های استان	42
اعضاء نظام پزشکی استان	43
رئیس سازمان بسیج سازندگی استان	44
سازمان ملی جوانان	45
واحد های تحت پوشش حوزه معاونت غذا و دارو	46
دیوان محاسبات	47
رئیس اداره کل تعزیرات استان	48
دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور	49
روسا و معاونین و کارکنان دانشکده های وابسته به به دانشکده ها	50
مدیر کل دامپزشکی استان	51
واحد های تحت پوشش حوزه معاونت آموزشی	52
مدیر شهرک های صنعتی استان	53
رئیس و پرسنل مراکز تحقیقاتی دانشگاه	54
اعضاء EOC دانشگاه	55
مدیر کل سازمان انتقال خون استان	56
مدیر کل سازمان صنایع و معادن استان	57
مجمع هماهنگی شوراهای اسلامی استان	58
رئیس و مدیران سازمان بازرسی استان	59
مدیران عامل استان	60
رئیس پزشکی قانونی استان	61
مجمع امور صنفی	62
مدیر کل اقتصاد و دارایی استان	63



سایر ادارات سطح استان	64
واحدهای حوزه زیر مجموعه معاونت توسعه	65
رئیس اداره بازرگانی استان	66
اعضاء CBI	67
سازمان میراث فرهنگی و گردشگری	68
روسای دانشگاه های دولتی و آزاد استان	69
رئیس و معاونین ذیحسابی دانشگاه	70
دانشجویان	71
واحد های تحت پوشش حوزه ریاست	72
مشاورین رئیس دانشگاه	73
نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه	74
روسا و مدیران بیمارستان ها و پزشکان و کارکنان و مراکز آموزشی و درمانی	75
مدیر کل تربیت بدنی	76
اعضاء کمیسیون تحول اداری	77
سازمان و حج اوقاف امور خیریه	78
واحد های تحت پوشش حوزه معاونت درمان	79
سازمان حمل و نقل و پایانه های استان	80
بسیج جامعه پزشکی	81
تشکل ها و کانون های دانشجویی	82
سازمان بهشت متقین	83
واحد های تحت پوشش حوزه معاونت دانشجویی فرهنگی	84
سفارت ژاپن در ایران	85



### ذینفعان درونی حوزه معاونت بهداشت در برنامه استراتژیک

- 1 مدیران معاونت بهداشتی ( اجرایی ، فنی)
- 2 کارکنان ستاد معاونت بهداشتی
- 3 معاونین بهداشت و کارکنان ستادی شهرستانها و واحد های زیرمجموعه
- 4 رابطین سلامت مردمی



**اولویت بندی ذینفعان بیرونی حوزه معاونت بهداشت با توجه به امتیاز کسب شده**

امتیاز	نمره دهی ۱-۵			عنوان	ردیف
	میزان قدرت و نفوذ ذینفع (گروه هدف / نفوذ سیاسی و اجتماعی / دامنه ی کاری و ...)	نیاز به مشارکت ذینفع در اجرای برنامه	منابع موجود ذینفع جهت کمک به سازمان (نیرو / منابع مالی / تجهیزات و ...)		
۱۸.۰۰	۹.۸۸	۴.۳۸	۳.۷۵	وزیر ، معاونین مدیران کل و روسای ادارات تابعه مراکز معاونت های وزارت متبوع	۱
۱۷.۸۸	۱۰.۰۴	۴.۰۰	۳.۸۳	اعضاء هیات امناء دانشگاه	۲
۱۷.۶۷	۱۰.۰۰	۳.۵۸	۴.۰۸	آحاد مردم استان	۳
۱۶.۰۰	۸.۸۸	۳.۶۷	۳.۴۶	اعضاء کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان	۴
۱۵.۹۰	۸.۸۸	۳.۵۷	۳.۴۶	مجمع خیرین سلامت استان	۵
۱۵.۷۹	۸.۸۳	۳.۵۰	۳.۴۶	مدیر کل خدمات درمانی	۶
۱۵.۶۳	۸.۶۰	۳.۸۱	۳.۲۱	استاندار ( معاونین استاندار ، مشاورین استاندار)	۷
۱۴.۷۵	۸.۱۳	۳.۲۹	۳.۳۳	کمیته امداد امام (ره) استان	۸
۱۴.۵۰	۷.۹۲	۳.۴۶	۳.۱۳	فرمانداران و بخشداران شهرستان ها	۹
۱۴.۴۶	۸.۱۳	۳.۲۱	۳.۱۳	مدیر کل صدا و سیما	۱۰
۱۴.۲۵	۷.۷۹	۳.۵۰	۲.۹۶	ائمه جمعه شهرستانها	۱۱
۱۴.۰۰	۷.۸۸	۲.۹۲	۳.۲۱	سازمان های مردم نهاد ( دوستدار سلامت استان)	۱۲
۱۳.۹۶	۷.۶۷	۳.۲۱	۳.۰۸	مدیر کل آموزش و پرورش استان	۱۳
۱۳.۸۸	۷.۵۴	۳.۱۷	۳.۱۷	مدیر کل بهزیستی استان	۱۴
۱۳.۵۸	۷.۶۷	۲.۹۲	۳.۰۰	کلینیک ها و پارکلینیک های بخش خصوصی	۱۵
۱۳.۵۰	۴.۵۸	۴.۵۸	۴.۳۳	رئیس دانشگاه	۱۶





امتیاز	میزان قدرت و نفوذ ذینفع (گروه هدف / نفوذ سیاسی و اجتماعی/دامنه ی کاری و ..)	نیاز به مشارکت ذینفع در اجرای برنامه	منابع موجود ذینفع جهت کمک به سازمان (نیرو/منابع مالی/ تجهیزات و ...)	عنوان	ردیف
۱۳.۳۳	۷.۳۳	۳.۳۳	۲.۶۷	نمایندگان مجلس استان	۱۷
۱۳.۲۹	۷.۳۸	۳.۰۰	۲.۹۲	نیروهای نظامی، انتظامی استان	۱۸
۱۳.۲۵	۷.۳۵	۲.۹۶	۲.۹۴	شورای پژوهشی دانشگاه	۱۹
۱۲.۹۸	۴.۲۴	۴.۲۴	۴.۵۰	مدیران شبکه ها	۲۰
۱۲.۹۶	۷.۲۵	۲.۹۲	۲.۷۹	شهرداران و اعضاء شورای اسلامی شهرها و دهیاران روستاها	۲۱
۱۲.۹۴	۷.۴۶	۲.۶۳	۲.۸۶	روسای ادارت شهرستانها	۲۲
۱۲.۹۲	۷.۳۸	۲.۴۲	۳.۱۳	رابطین سلامت ادارات	۲۳
۱۲.۹۲	۷.۰۸	۳.۲۵	۲.۵۸	رئیس دادگستری استان	۲۴
۱۲.۸۸	۷.۰۴	۳.۱۳	۲.۷۱	مدیران مسئول نشریات استان	۲۵
۱۲.۸۳	۷.۰۸	۲.۷۵	۳.۰۰	روسا و مدیران مراکز درمانی دولتی غیر دانشگاهی و خصوصی و خیریه	۲۶
۱۲.۷۵	۷.۰۰	۳.۱۷	۲.۵۸	نماینده ولی فقیه در استان	۲۷
۱۲.۵۴	۶.۸۸	۲.۸۸	۲.۷۹	رئیس جمعیت هلال احمر استان	۲۸
۱۲.۴۸	۶.۸۳	۲.۷۵	۲.۸۹	مدیر کل تامین اجتماعی	۲۹
۱۲.۴۶	۶.۸۸	۲.۹۶	۲.۶۳	سازمان تبلیغات اسلامی	۳۰
۱۲.۱۷	۴.۲۱	۴.۲۱	۳.۷۵	اعضاء هیات رئیسه	۳۱
۱۱.۹۶	۶.۸۳	۲.۵۴	۲.۵۸	رئیس سازمان زندان ها	۳۲
۱۱.۷۹	۶.۷۱	۲.۷۱	۲.۳۸	کلینیک ها و پاراکلینیک های تخصصی وابسته به دانشگاه	۳۳
۱۱.۷۹	۶.۷۱	۲.۶۷	۲.۴۲	شوراهای حامی سلامت	۳۴
۱۱.۷۵	۶.۴۲	۲.۹۲	۲.۴۲	نماینده خبرگان رهبری در استان	۳۵
۱۱.۶۷	۶.۵۸	۲.۶۷	۲.۴۲	سازمان های دولتی و غیر دولتی حامی سلامت	۳۶
۱۱.۶۳	۶.۴۲	۲.۷۱	۲.۵۰	رئیس اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی	۳۷



امتیاز	میزان قدرت و نفوذ ذینفع (گروه هدف / نفوذ سیاسی و اجتماعی/دامنه ی کاری و ..)	نیاز به مشارکت ذینفع در اجرای برنامه	منابع موجود ذینفع جهت کمک به سازمان (نیرو / منابع مالی / تجهیزات و ...)	عنوان	ردیف
۱۱.۵۸	۶.۵۰	۲.۵۰	۲.۵۸	مدیران و مسئولین فنی کارخانجات مواد غذایی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی استان	۳۸
۱۱.۵۰	۶.۶۳	۲.۴۶	۲.۴۲	مدیر کل سازمان جهاد کشاورزی استان	۳۹
۱۱.۴۲	۶.۳۸	۲.۵۴	۲.۵۰	مدیر کل محیط زیست استان	۴۰
۱۱.۳۸	۶.۲۱	۲.۵۰	۲.۶۷	واحد های تحت پوشش حوزه معاونت تحقیقات و فن آوری	۴۱
۱۱.۲۹	۶.۴۶	۲.۴۶	۲.۳۸	داروخانه های استان	۴۲
۱۱.۱۳	۶.۳۳	۲.۵۴	۲.۲۵	اعضاء نظام پزشکی استان	۴۳
۱۱.۱۳	۶.۲۹	۲.۵۴	۲.۲۹	رئیس سازمان بسیج سازندگی استان	۴۴
۱۱.۰۸	۶.۰۸	۲.۴۶	۲.۵۴	سازمان ملی جوانان	۴۵
۱۱.۰۰	۶.۰۰	۲.۴۲	۲.۵۸	واحد های تحت پوشش حوزه معاونت غذا و دارو	۴۶
۱۱.۰۰	۶.۲۱	۲.۷۹	۲.۰۰	دیوان محسبات	۴۷
۱۰.۹۶	۵.۸۸	۲.۸۳	۲.۲۵	رئیس اداره کل تعزیرات استان	۴۸
۱۰.۷۹	۶.۲۵	۲.۳۸	۲.۱۷	دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور	۴۹
۱۰.۷۱	۳.۵۸	۳.۵۸	۳.۵۴	روسا و معاونین و کارکنان دانشکده های وابسته به به دانشکده ها	۵۰
۱۰.۷۱	۶.۰۶	۲.۲۵	۲.۴۰	مدیر کل دامپزشکی استان	۵۱
۱۰.۵۸	۵.۹۲	۲.۵۰	۲.۱۷	واحد های تحت پوشش حوزه معاونت آموزشی	۵۲
۱۰.۵۸	۶.۱۳	۲.۲۵	۲.۲۱	مدیر شهرک های صنعتی استان	۵۳
۱۰.۵۰	۵.۷۱	۲.۲۵	۲.۵۴	رئیس و پرسنل مراکز تحقیقاتی دانشگاه	۵۴
۱۰.۵۰	۵.۷۵	۲.۴۶	۲.۲۹	اعضاء EOC دانشگاه	۵۵
۱۰.۵۰	۶.۰۰	۲.۲۵	۲.۲۵	مدیر کل سازمان انتقال خون استان	۵۶
۱۰.۳۸	۵.۶۷	۲.۴۲	۲.۲۹	مدیر کل سازمان صنایع و معادن استان	۵۷
۱۰.۳۳	۵.۷۱	۲.۵۸	۲.۰۴	مجمع هماهنگی شوراهای اسلامی استان	۵۸



ردیف	عنوان	منابع موجود ذینفع جهت کمک به سازمان (نیرو/منابع مالی/ تجهیزات و ...)	نیاز به مشارکت ذینفع در اجرای برنامه	میزان قدرت و نفوذ ذینفع (گروه هدف/ نفوذ سیاسی و اجتماعی/ دامنه ی کاری و ..)	امتیاز
۵۹	رئیس و مدیران سازمان بازرسی استان	۱.۹۲	۲.۵۰	۵.۸۳	۱۰.۲۵
۶۰	مدیران عامل استان	۲.۱۷	۲.۵۸	۵.۴۲	۱۰.۱۷
۶۱	رئیس پزشکی قانونی استان	۲.۱۷	۲.۱۳	۵.۷۹	۱۰.۰۸
۶۲	مجمع امور صنفی	۲.۰۰	۲.۳۳	۵.۷۵	۱۰.۰۸
۶۳	مدیر کل اقتصاد و دارایی استان	۲.۱۷	۲.۴۲	۵.۵۰	۱۰.۰۸
۶۴	سایر ادارات سطح استان	۲.۱۷	۲.۳۳	۵.۵۰	۱۰.۰۰
۶۵	واحدهای حوزه زیر مجموعه معاونت توسعه	۳.۲۱	۳.۲۹	۳.۲۹	۹.۷۹
۶۶	رئیس اداره بازرگانی استان	۲.۱۷	۲.۲۱	۵.۴۲	۹.۷۹
۶۷	اعضاء CBI	۲.۲۵	۱.۹۲	۵.۵۸	۹.۷۵
۶۸	سازمان میراث فرهنگی و گردشگری	۲.۰۰	۲.۲۵	۵.۴۲	۹.۶۷
۶۹	روسای دانشگاه های دولتی و آزاد استان	۲.۱۳	۲.۰۸	۵.۴۲	۹.۶۳
۷۰	رئیس و معاونین ذیحسابی دانشگاه	۳.۰۸	۳.۲۵	۳.۲۵	۹.۵۸
۷۱	دانشجویان	۲.۰۴	۲.۱۳	۵.۳۳	۹.۵۰
۷۲	واحد های تحت پوشش حوزه ریاست	۲.۹۶	۳.۲۱	۳.۲۱	۹.۳۸
۷۳	مشاورین رئیس دانشگاه	۲.۹۲	۳.۱۷	۳.۱۷	۹.۲۵
۷۴	نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه	۲.۵۴	۳.۳۳	۳.۳۳	۹.۲۱
۷۵	روسا و مدیران بیمارستان ها و پزشکان و کارکنان و مراکز آموزشی و درمانی	۳.۰۴	۳.۰۴	۳.۰۴	۹.۱۳
۷۶	مدیر کل تربیت بدنی	۱.۹۶	۲.۱۷	۴.۹۲	۹.۰۴
۷۷	اعضاء کمیسیون تحول اداری	۲.۹۲	۳.۰۴	۳.۰۴	۹.۰۰
۷۸	سازمان و حج اوقاف امور خیریه	۱.۸۸	۱.۹۲	۴.۹۶	۸.۷۵
۷۹	واحد های تحت پوشش حوزه معاونت درمان	۳.۰۴	۲.۸۳	۲.۸۳	۸.۷۱
۸۰	سازمان حمل و نقل و پایانه های استان	۱.۷۵	۱.۹۲	۴.۸۳	۸.۵۰



امتیاز	میزان قدرت و نفوذ ذینفع (گروه هدف / نفوذ سیاسی و اجتماعی/دامنه ی کاری و ..)	نیاز به مشارکت ذینفع در اجرای برنامه	منابع موجود ذینفع جهت کمک به سازمان (نیرو/منابع مالی/ تجهیزات و ...)	عنوان	ردیف
۸.۱۷	۲.۹۲	۲.۹۲	۲.۳۳	بسیج جامعه پزشکی	۸۱
۷.۴۲	۳.۹۶	۱.۷۹	۱.۶۷	تشکل ها و کانون های دانشجویی	۸۲
۷.۴۲	۴.۰۸	۱.۴۲	۱.۹۲	سازمان بهشت متقین	۸۳
۵.۵۴	۱.۸۳	۱.۸۳	۱.۸۸	واحد های تحت پوشش حوزه معاونت دانشجویی فرهنگی	۸۴
۵.۲۹	۳.۱۳	۱.۲۱	۰.۹۶	سفارت ژاپن در ایران	۸۵

۹۷۹.۲۲

جمع



**اولویت بندی ذینفعان درونی حوزه معاونت بهداشت با توجه به امتیاز کسب شده**

ردیف	عنوان	نمره دهی 1-5		
		منابع رمجو ذینفع جهت کمک به سازمان (نیرو/منابع مالی/ تجهیزات و ...)	نیاز به مشارکت ذینفع در اجرای برنامه	میزان قدرت و نفوذ ذینفع (گروه هدف/ نفوذ سیاسی و اجتماعی/دامنهی کاری و ..)
۱	مدیران معاونت بهداشتی (اجرایی ، فنی)	۳.۸۳	۳.۸۸	۹.۱۳
۲	کارکنان ستاد معاونت بهداشتی	۳.۹۶	۳.۶۳	۸.۴۶
۳	معاونین بهداشت و کارکنان ستادی شهرستانها و واحدهای زیرمجموعه	۳.۳۳	۳.۰۸	۹.۰۰
۴	رابطین سلامت مردمی	۲.۲۱	۱.۸۸	۵.۴۶

جمع ۵۷.۸۳



## منابع:

۱. مجموعه شاخص های موجود در معاونت بهداشتی دانشگاه
۲. پنل مدیریت اطلاعات معاونت بهداشتی دانشگاه
۳. مجموعه دستورالعمل های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



**ضمیمه:**