

به نام خدا

دستورالعمل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت

فاز دوم برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

نسخه صفر

۱۴۰۰

۳	.....	<u>مقدمه:</u>
۸	.....	<u>دستورالعمل اجرای مداخلات ارتقاء سلامت</u>
۸	.....	<u>۱-تشکیل تیم اجرای مداخلات ارتقاء سلامت در سطح مرکز خدمات جامع سلامت</u>
۹	.....	<u>۲-تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت)</u>
۱۰	.....	<u>۳-تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان (مرکز بهداشت شهرستان)</u>
۱۲	.....	<u>۴-تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان</u>
۱۴	.....	<u>۵. تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی</u>
۱۵	.....	<u>۶-بررسی اصلاح و تایید برنامه عملیاتی</u>
۱۶	.....	<u>۷-اجرای برنامه عملیاتی</u>
۱۶	.....	<u>۸-گزارش برنامه</u>
۱۷	.....	<u>آئین نامه فعالیت های برنامه مداخلات ارتقای سلامت</u>
	Error! Bookmark not defined.	<u>فرم های برنامه مداخلات ارتقای سلامت</u>
	Error! Bookmark not defined.	<u>گزارش پیشرفت برنامه مداخلات ارتقای سلامت در شهرستان</u>
	Error! Bookmark not defined.	<u>شاخص های برنامه مداخلات ارتقای سلامت</u>
	Error! Bookmark not defined.	<u>چک لیست های پایش برنامه مداخلات ارتقای سلامت</u>

مقدمه:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تیپولوژی میزان مشارکت و درگیری جامعه (Brager and Specht)

درجه مشارکت	اقدام شرکا	حالت توضیح دهنده
پایین	هیچ	سازمان به جامعه چیزی نمی‌گوید.
	اطلاعات دریافت می‌کنند.	سازمان برنامه‌ای طراحی می‌کند و آن را اعلام می‌کند. هدف از فراخوان جامعه، اطلاع‌رسانی به آن‌ها است. اطاعت جامعه مورد انتظار است.
	مشاورت می‌کنند.	سازمان سعی در ترویج یک برنامه و توسعه حمایت از آن برای تسهیل پذیرشش یا اخذ تأیید کافی برنامه توسط جامعه را دارد. بنابراین اطاعت اجرایی و اداری از برنامه مورد انتظار است

بالا	راهنمایی می‌کند.	سازمان برنامه‌ای را اعلام می‌کند و جویای نظرات جامعه درباره آن می‌شود. با این کار سازمان آماده می‌شود تنها در موارد کاملاً ضروری، برنامه‌اش را تعدیل کند.
	در برنامه‌ریزی مشارکت می‌کنند.	سازمان برنامه مقدماتی خود را برای تغییر ارایه می‌دهد و توصیه‌های مؤثر افراد را درباره برنامه می‌پذیرد.
	دارای مقام نمایندگی هستند.	سازمان مشکلی را تعیین و به جامعه اعلام می‌کند. محدودیت‌ها را تعریف می‌کند و از جامعه می‌خواهد که مجموعه‌ای از تصمیم‌هایی که می‌توان در برنامه اعمال نمود را اتخاذ کنند
	دارای کنترل هستند.	سازمان از جامعه می‌خواهد که مسایل را تعیین کنند و در مورد اهداف نهایی و اصلی برنامه تصمیم‌گیری کنند. چنین کاری به جامعه کمک می‌کند که در هر مرحله‌ای برای تحقق اهداف نهایی خود، حتی توسعه کنترل اجرایی‌اش بر برنامه اقدام نماید

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

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

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

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

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

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

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

دلایل بانک جهانی برای توسعه مشارکت مردمی

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

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

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

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

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

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

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

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

دستور العمل اجرای مداخلات ارتقاء سلامت

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*در صورتی که مشارکت فرماندار شهرستان در کارگروه مداخلات ارتقاء سلامت میسر نشد مدیر شبکه بهداشت و درمان به عنوان رییس کارگروه تعیین گردد.

شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان:

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

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

زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت شهرستان:

اعضای این زیرگروه شامل: مدیر شبکه بهداشت و درمان، رئیس مرکز بهداشت شهرستان (معاون بهداشتی)، کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت (دبیر) و کلیه مسئولین واحدهای فنی ستادی

* ابلاغ این اعضا توسط مدیر شبکه بهداشت و درمان صادر می‌گردد.

شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

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

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

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

۴- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ۱ استان (مرکز بهداشت ۱ استان / معاونت بهداشت ۱ استان): اعضای کارگروه عبارتند از: استاندار (به عنوان رئیس کارگروه)، رئیس دانشگاه، رئیس مرکز بهداشت استان / معاون بهداشتی (دبیر کارگروه)، مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت، رئیس شورای ائمه جمعه و جماعات استان، مدیرکل امور شهری و شوراهای اسلامی و مدیرکل امور روستایی و شوراهای اسلامی، نماینده سازمان‌های مردم نهاد و خیرین، فرمانده نیروهای نظامی و انتظامی، مدیرکل صدا و سیمای مرکز استان، مدیران کل آموزش و پرورش استان و سایر سازمان‌ها و نهادها برحسب نیاز.

شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان:

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

زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت استان:

اعضای این زیرگروه شامل: معاون بهداشت / رئیس مرکز بهداشت استان، معاون فنی، رئیس گروه آموزش و ارتقای سلامت (دبیر) و مدیران و روسای گروه‌های فنی

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

شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

- بررسی گزارش برنامه‌های مداخله‌ای تدوین شده در سطح مراکز بهداشت شهرستان

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

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

۵- تشکیل کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی

مداخلات ارتقای سلامت در سطح وزارت اقدامات زیر صورت گیرد:

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

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

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

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

شرح وظایف کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی:

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

زیرگروه فنی کارگروه مداخلات ارتقای سلامت ملی:

اعضای این زیرگروه شامل: معاون بهداشت، معاون اجرایی، مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت (دبیر)، مدیران مراکز / دفتر تخصصی معاونت بهداشت وزارت

* ابلاغ این اعضا توسط معاون بهداشت وزارت صادر می‌گردد.

شرح وظایف زیرگروه فنی شامل:

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

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

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

در این مرحله لازم است اقدامات زیر انجام گردد:

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

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

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

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

جهت تدوین برنامه عملیاتی مداخلات از راهنمای پیوست استفاده گردد.

۷- اجرای برنامه عملیاتی:

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

۸- گزارش برنامه:

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

۱- فرم گزارش دهی مداخلات ارتقای سلامت از شهرستان (جداول ۱ تا ۵) طبق زمان‌بندی به مرکز بهداشت استان ارسال گردد.

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

$$۱۰۰ \times = \text{درصد پیشرفت برنامه (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری)}$$

کل فعالیت‌های پیش بینی شده

۳- فرم گزارش پایانی متعاقباً ارسال خواهد شد.

آئین نامه فعالیت های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

۱- برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح کشوری هر ۲ سال یکبار در ۳ مرحله انجام می شود. ۳ ماه اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه، ۳ ماه برنامه ریزی برای مداخلات و یک سال و نیم اجرای مداخلات ارتقای سلامت. با توجه به شرایط موجود و تأثیر کووید ۱۹ بر روند اجرای برنامه تصمیم بر آن شد که سال ۱۴۰۱ مداخلات ارتقای سلامت انجام شود و ابتدای سال ۱۴۰۲ به صورت هماهنگ دور جدید برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت انجام گیرد.

۲- آغاز فرایند برنامه ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت با ارسال آخرین نسخه شیوه نامه مداخلات ارتقای سلامت و مجموعه پیوست آن به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

۳- معاون بهداشتی هر دانشگاه که به عنوان رئیس کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت آن دانشگاه نیز محسوب می شود نسبت به صدور ابلاغ برای اعضاء کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت دانشگاه (مطابق با ترکیب اعضاء مشخص شده دستورالعمل) و نیز صدور ابلاغ انتصاب معاونین بهداشتی شبکه های بهداشت و درمان تحت نظر خود به عنوان رئیس کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت شهرستان اقدام می نماید.

۴- معاون بهداشتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان نیز موظف به صدور ابلاغ انتصاب اعضاء کارگروه فنی مداخلات ارتقای سلامت شهرستان و انتصاب روسای مراکز بهداشتی درمانی به عنوان رئیس کارگروه مداخلات ارتقای سلامت مرکز بهداشتی درمانی تحت نظر ایشان می نماید.

۵- جلسات کارگروه مداخلات ارتقای سلامت هریک از سطوح با حضور حداقل دو سوم اعضاء رسمیت می یابد.

۶- در سطوح مختلف مسئول هدایت کارگروه مداخلات ارتقای سلامت رئیس تیم و مسئول برنامه ریزی و فراهم نمودن امکانات لازم جهت برگزاری جلسات و نیز دعوت اعضاء جهت شرکت در جلسات دبیر تیم است.

۷- حضور رئیس و دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف در کلیه جلسات الزامی است.

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

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

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

۱۱- یک نسخه از برنامه تدوین شده در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری و خانه‌های بهداشت به سطح بالاتر ارسال گردد. برنامه ارسال شده در سطح شهرستان بررسی و در صورت تایید سطح شهرستان به سطوح محیطی برای اجرای برنامه ارسال می‌گردد. (یک نسخه از برنامه تدوین شده اولیه و یک نسخه از برنامه ویرایش شده در واحدهای محیطی و نیز نسخه نهایی برنامه‌ها به تفکیک واحدهای محیطی در واحد آموزش سلامت شبکه به صورت فیزیکی و ترجیحاً فایل الکترونیک موجود باشد)

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