

چهارچوب مفهومی اقدامات سلامت خانواده در بلایا

اقدامات سلامت خانواده در زمان پاسخ به وقوع بلایا در سطح ستاد

۱. اعلام وضعیت آمادگی و تشکیل جلسه فوری با روسای ادارات
۲. تقسیم منطقه جغرافیایی وقوع بلایا و واگذاری مسئولیت پیگیری وضعیت هر منطقه به یک یا دو نفر و شرح اختیارات
۳. تشکیل تیم ارزیابی سریع منطقه
۴. دریافت گزارش ارزیابی اقدام برای تهیه برنامه عملیاتی دفتر و ادارات تابعه
۵. ارتباط مستمر با سطوح دانشگاهی و محیطی و دریافت گزارش های دانشگاه به تفکیک مناطق تقسیم شده
۶. بررسی چالشها و اقدامات پشتیبان (هماهنگی برای تأمین ملزومات- تجهیزات- نیروی انسانی)
۷. پیگیری وضعیت پشتیبانی
۸. هماهنگی: ارتباط با سایر ذی نفعان:
 - کسب اطلاعات
 - شرکت در جلسات هماهنگی
 - مشارکت در شناسایی گروه های آسیب پذیر جمعیت به تفکیک سن و جنس
 - کسب مداوم اطلاعات مورد نیاز از سایر حوزه های بهداشت (حوزه بیماریها، بهداشت محیط، روان، و....) و حوزه درمان
 - تقویت social worker
 - استفاده از ظرفیت خیرین سلامت، سازمان های غیر دولتی، نمایندگی های سازمان های بین المللی در ایران، انجمن سلامت خانواده
 - حمایت طلبی سازمان مدیریت بحران و سازمان های ذی نفع، شناسایی حوزه های پشتیبان اعم از دانشگاهی، سازمان های غیر دولتی و کمک رسان، داوطلبان، بررسی نحوه برخورداری از کمک های پشتیبان و طراحی برنامه عمل برای کمک رسانی
۹. نیازسنجی و پژوهش. تقویت حوزه های پژوهش در امر سلامت باروری در بلایا
۱۰. مدیریت اطلاعات: شناسایی و جمع آوری اطلاعات مربوط به وضعیت سازه ای و غیر سازه ای ارایه خدمات بهداشتی، بررسی نیازها و چالش ها، تهدیدها و فرصت ها، ثبت خدمات، ثبت اطلاعات و تهیه گزارشهای عملکردی و ارسال به سطوح بالاتر، تهیه مستندات(عکس، فیلم، گزارش، مکاتبات، صورتجلسات،) به تفکیک برنامه های سلامت، تهیه و تکمیل چک لیست های نظارتی
۱۱. ارزیابی مستمر نیازهای سلامتی: بررسی وضعیت آگاهی جمعیت، دسترسی به خدمات، برخورداری از امکانات سلامت باروری، نیازهای گروه های آسیب پذیر، کمبودها، چالش ها
۱۲. ضرورت استقرار یک نظام گزارش گیری فعال و مدنظر قرار دادن وضعیت سیر بیماری (Trend) بصورت روزانه.
۱۳. برقراری نظام مراقبت برای ثبت و گزارشدهی عوارض در گروه های سنی surveillance
۱۴. اجرای مداخلات بهداشتی بر مبنای اطلاعات حاصل از مراقبت عوارض

- فراهم نمودن امکان مراقبت و درمان سرپایی
- پیگیری و مراقبت بیماران
- ارجاع بیماران به سطوح تخصصی در صورت لزوم (درمان بستری و..)
- تجزیه و تحلیل داده ها و انتشار منظم نتایج آنها
- ثبت و گزارش کلیه بیماریهای مشمول گزارشدهی بصورت روزانه به ستاد

۱۵. اطلاع رسانی عمومی

۱۶. سامانه گزارش گیری سلامت باروری در بلایا

۱۷. سامانه هشدار سلامت باروری در بلایا

۱۸. ارزشیابی عملکرد

طراحی برنامه بازیابی متناسب با شرایط منطقه و جمعیت با تمرکز بر دو عامل زیر:

- ۱- تمرکز بر پیشگیری و کیفیت خدمت: اختصاص منابع به سمت بهبود خدمات مادر و کودک، دستیابی وسیع به مراقبت بارداری و پس از زایمان و اجرای یک نظام کشوری مراقبت نواقص تولد (سرویالانس)
- ۲- حمایت از نوآوری های آموزش عمومی و تنظیم خانواده: بهبود دستیابی به خدمات با کیفیت تنظیم خانواده و استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، آموزش پزشکان در موضوع نوزاد شناسی و مشاوره باروری، کمپین آموزش عمومی گسترده با هدف کاهش مصرف سیگار و الکل و سوء مصرف مواد در زنان باردار

نکته: به طور کلی عوارض شایع در زمان وقوع بلایا شامل: افزایش درخواست الکل و سوء مصرف مواد، PTSD، خشونت علیه زنان و دختران، کودک آزاری- آزار جنسی، همسر آزاری- HIV- بارداری و سوء مصرف مواد و الکل و خشونت- مشکلات ذهنی و روانی و والدینی- معلولیت ها، ACE(adverse childhood experience) اختلالات شایع زنان: عفونت دستگاه تناسلی، اختلالات قاعدگی، رضایت مندی از رابطه زناشویی و تمایل به باروری

فراوان ترین بیماریهایی که بعد از بروز بلایا رخ می دهند

- بیماریهای گوارشی
- بیماریهای منتقله توسط حشرات
- بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن در کودکان
- بیماریهای تنفسی حاد
- عامل ایجاد بیماری
- عدم دسترسی به آب و مواد غذایی سالم
- تراکم جمعیت
- جابجایی ناگهانی جمعیت

- انهدام سرویس های بهداشتی
- فقدان برنامه های بهداشت عمومی
- نداشتن پوشاک و سرپناه مناسب

فعال سازی نظام مراقبت نشانگان PTSD و خشونت و تکامل در کودکان، زنان و نوجوانان
آموزش سلامت جنسی

ظرفیت سازی : برگزاری دوره های آموزشی در سطح مدیران سلامت خانواده ، متخصصین زنان، ماماها، پزشکان عمومی و خانواده، پرسنل بهداشتی ارایه دهنده خدمت

- توجه به مخاطرات *Extensive*. این واژه در مقابل مخاطرات *Intensive* (مانند زلزله بم و ...) مطرح است و به مخاطراتی اشاره دارد که وقوع آنها نسبتا شایع است ولی شدت و آسیب آنها به اندازه مخاطرات *Intensive* نیست و چندان مورد توجه دوربین و رسانه ها قرار نمی گیرند.

تهیه بسته خدمت و بسته مستندات مبتنی بر:

- ۱- مادری ایمن: دسترسی به خدمات اولیه فوریت های مامایی در اردوگاه ها با رویکرد برقراری نظام ارجاع موثر برای دریافت خدمات جامع مامایی
- ۲- عفونت HIV و بیماریهای مقاربتی: انجام مداخلات شامل: تأمین خون سالم، رعایت احتیاطات بین المللی، آموزش مردم در مورد بیماریهای مقاربتی، توزیع کاندوم، ترویج پیشگیری دوگانه، حمایت در موارد خشونت جنسی علیه زنان، احترام به حقوق مبتلایان به عفونت HIV، تأمین خدمات تشخیص و درمان
- ۳- خدمات تنظیم خانواده: شواهد نشان می دهد که تصمیم گیری برای ابعاد خانواده در جمعیت جابجا شده با توجه به الزامات اجتماعی و اقتصادی، مشابه جمعیت هایی است که در کشمکش ها آسیب ندیده اند. ارایه خدمات با کیفیت تنظیم خانواده شامل ارایه دهندگان خدمت دوره دیده و نظام قابل اعتماد برای تأمین اقلام پیشگیری از بارداری، به زنان اجازه می دهد که بر وضعیت باروری خود کنترل بیشتری داشته باشند.
- ۴- خشونت علیه زنان: بازماندگان خشونت های جنسیتی نیاز به مشاوره، مراقبت طبی، ارجاع به خدمات قانونی دارند. برنامه کاهش سطح خشونت لازم است ارایه شود از طریق: تغییر نگرش اجتماعی نسبت به خشونت های جنسیتی، برنامه ریزی در مورد نقشه ساختمانی کمپ ها و توزیع خدمات و کالاهای اساسی با در نظر گرفتن شرایط زنان و تقویت میزان امنیت
- ۵- نوجوانان: فروپاشی هنجارهای اجتماعی، نبود نظارت والدین، کمبود امکانات آموزش و پرورش و فعالیت های خلاقانه، نااطمینانی از آینده موجب رفتارهای پر خطر از جمله رابطه جنسی محافظت نشده در نوجوانان می شود. همچنین این افراد به طور خاص در معرض تن دادن / اجبار رابطه جنسی هستند.

تهیه مستندات و درس آموخته ها

اجرای خدمات با کیفیت سلامت باروری در جوامع فرو پاشیده و شکننده مشکل است. وجود کارکنان دوره دیده و آشنا به حساسیت های فرهنگی، ملزومات و تجهیزات و زیر ساخت ها در این شرایط در مضیقه است. فعالیت بسیاری

از سازمان های دولتی و غیر دولتی و بین المللی برای ارایه خدمت به جمعیت آسیب دیده همپوشانی دارد. بودجه های کوتاه مدت، جابجایی سریع کارکنان و نااطمینانی جمعیت از آینده تداوم و ثبات خدمت را در معرض خطر قرار می دهد. تجارب به دست آمده از عرصه موجب شناسایی راهکارهای غلبه بر چالش ها می شود و به خلق ارایه خدمات موثر و با کیفیت سلامت باروری برای آسیب دیدگان کمک می کند.

درس آموخته ها عبارتند از:

الف) ضرورت وجود هماهنگ کننده سلامت باروری برای حمایت طلبی در موضوعات:

- گنجاندن خدمات بهداشت باروری در شروع فاز پاسخ
 - تأمین تجارب فنی و تخصص های مورد نیاز
 - هماهنگ کردن تلاشهای بین بخشی برای ممانعت از دوباره کاری ها
- ب) مدل واحد مراقبت سلامت باروری در همه موقعیت های بحرانی کاربرد ندارد. خدمات باید متناسب با نیازها و فرهنگ جمعیت آسیب دیده و مبتنی بر شواهد ایجاد شده در یک موقعیت بحرانی خاص باشد.
- ج) با توجه به وسعت نیازهای خدمات باروری در فازهای پیچیده فوریت ها و فراهمی طولانی مدت آن برای تثبیت فرآیندهای طبیعی و برگشت جمعیت به عدم وابستگی، لازم است خیرین و اهدا کنندگان مالی بیشتری شناسایی شود.
- د) مشارکت زنان و جوانان در طراحی و اجرای خدمات کمک می کند برنامه های سلامت باروری از بعد فرهنگی حساس باشد و به نیازهای مشاهده شده در جامعه پاسخ دهد.
- ه) در محدودیت منابع، مداخلات باید بر مبنای اهمیت مشکل، امکان پذیری مداخله و پذیرش فرهنگی اولویت بندی شود.
- و) استفاده از تجارب جوامع در حال توسعه به ایجاد استانداردهای فنی و ارایه خدمت با کیفیت تر کمک می کند.
- ز) همکاری با تسهیلات بهداشتی محلی و سازمان های غیر دولتی، به کارگیری مطالب آموزشی و فنی متناسب با جمعیت آسیب دیده، استخدام کارکنان بهداشتی از جمعیت آسیب دیده موجب ثبات می شود.
- ن) بهبود تدارکات و مکانیسم های تأمین مجدد ملزومات و تجهیزات از جمله اقلام پیشگیری از بارداری
- ک) حقوق اساسی همه افراد از جمله جمعیت آسیب دیده برای دریافت خدمات سلامت باروری باید شناسایی شود و در فوریت های پیچیده و دوران گذار پس از بحران، عملیاتی شود.

کمترین مداخلات

- تأمین تسهیلات بهداشتی و کارکنان: ماما و سایر کارکنان دوره دیده در زایمان همراه با تجهیزات کامل زایمان و ایجاد نظام ذخیره سازی
- شناسایی تسهیلات ارجاع: تعیین مقصد ارجاع خدمات مامایی، آموزش موارد ارجاع به جامعه، تثبیت مکانیسم های ارجاع و نقل و انتقال زنان باردار و عاملین زایمان از طریق افراد کلیدی جامعه
- آشنا کردن همه کارکنان آژانس های کمک رسان با دستورالعمل های تغذیه با شیر مادر در فوریت ها
- نظارت بر محل اسکان جمعیت آسیب دیده و توزیع مستقیم اقلام به منظور کاهش خطر GBV
- هشدار به کارکنان در مورد خطر GBV
- تأمین خدمات مشاوره و درمان

- تأمین اقلام پیشگیری از بارداری اورژانسی و اطلاعات استفاده از آن به پزشکان و پرستاران بالینی
- جمع آوری اطلاعات مربوط به قربانیان یا مظنونان خشونت جنسیتی و جنسی به عنوان بخشی از نظام اطلاعات بهداشتی در فوریت ها
- آموزش همه کارکنان بهداشتی و کارکنان غیر بهداشتی کمک رسان در موضوع احتیاط عمومی
- تأمین ملزومات محافظت از عفونت (صابون، پیش بند، عینک،)
- برقراری نظام دفع آلاینده ها و ضایعات یکبار مصرف بهداشتی و درمانی
- ایجاد دسترسی به کاندوم از طریق کانال های ارتباطی مناسب
- اطمینان از اینکه نوجوانان در گروه هدف قرار دارند
- آموزش جامعه برای دسترسی به کاندوم و نحوه استفاده آن
- تأمین خدمات پایه تنظیم خانواده مانند کاندوم و روشهای پیشگیری از بارداری ترکیبی برای ارایه دهندگان خدمت و پرستاران بالینی به منظور رفع نیازهای غیر مترقبه
- بررسی نیازهای حفاظتی دوران قاعدگی زنان. بدون رفع این نیاز، زنان و دختران قادر به دستیابی به خدمات بهداشتی و غذا و نخواهند بود.
- تأمین حداقل نیازهای تغذیه ای برای زنان باردار، کودکان زیر ۵ سال و سالمندان
- تخمین و تأمین جایگزین های شیر مادر برای کودکان یتیم

فهرست حداقل شاخص های سلامت باروری

1. Total Fertility rate

Total number of children a woman would have by the end of her reproductive period if she experienced the currently prevailing age-specific fertility rates throughout her childbearing life.

2. Contraceptive prevalence rate (any method)

Percentage of women of reproductive age who are using (or whose partner is using) a contraceptive method** at a particular point in time.*

** Contraceptive method includes female and male sterilisation, injectable and oral hormones, intrauterine devices, diaphragms, spermicides and condoms, natural family planning and lactational amenorrhoea where cited as a method.*

*** Women of reproductive age here refers to all women aged 15-49, who are at risk of pregnancy, i.e. sexually active women who are not infecund, pregnant or amenorrhoeic.*

3. Maternal Mortality Ratio

Annual number of maternal deaths per 100 000 live births.

4. Antenatal care coverage

Percentage of women attended, at least once during pregnancy, by skilled health personnel (excluding trained or untrained traditional birth attendants) for reasons relating to pregnancy.*

** Skilled health personnel refers to doctor (specialist or non-specialist), and/or persons with midwifery skills who can manage normal deliveries and diagnose or refer obstetric complications. Both trained and untrained TBAs are excluded.*

5. Births attended by skilled health personnel

Percentage of birth attended by skilled health personnel (excluding trained or untrained traditional birth attendants).*

** Skilled health personnel refers to doctor (specialist or non-specialist), and/or persons with midwifery skills who can manage normal deliveries and diagnose or refer obstetric complications. Both trained and untrained TBAs are excluded.*

6 Availability of basic essential obstetric care

Number of facilities with functioning basic essential obstetric care per 500 000 population.*

** Basic essential obstetric care should include parenteral antibiotics, oxytocics and sedatives for eclampsia, and the manual removal of placenta and retained products.*

7. Availability of comprehensive essential obstetric care

Number of facilities with functioning comprehensive essential obstetric care per 500 000 population.*

** Comprehensive essential obstetric care should include basic EOC plus surgery, anaesthesia and blood transfusion.*

8. Perinatal mortality rate

Number of perinatal deaths per 1000 total births.*

** Deaths occurring during late pregnancy (at 22 completed weeks gestation and over), during childbirth and up to seven completed days of life.*

9. Low birth weight prevalence

Percentage of live births that weigh less than 2500 g.

10. Positive syphilis serology prevalence in pregnant women

Percentage of pregnant women (15-24) attending antenatal clinics, whose blood has been screened for syphilis, with positive serology for syphilis.

11. Prevalence of anaemia in women

Percentage of women of reproductive age (15-49) screened for haemoglobin levels with levels below 110 g/l for pregnant women, and 120 g/l for non-pregnant women.

12. Percentage of obstetric and gynaecological admissions owing to abortion

Percentage of all cases admitted to service delivery points, providing in-patient obstetric and gynaecological services, which are due to abortion (spontaneous and induced, but excluding planned termination of pregnancy).

13. Reported prevalence of women with FGM

Percentage of women interviewed in a community survey, reporting themselves to have undergone FGM.

14. Prevalence of infertility in women

Percentage of women of reproductive age (15-49) at risk of pregnancy (not pregnant, sexually-active, non-contracepting and non-lactating) who report trying for a pregnancy for two years or more.

15. Reported incidence of urethritis in men

Percentage of men (15-49) interviewed in a community survey, reporting episodes of urethritis in the last 12 months.

16. HIV prevalence in pregnant women

Percentage of pregnant women (15-24) attending antenatal clinics, whose blood has been screened for HIV, who are sero-positive for HIV.

17. Knowledge of HIV-related prevention practices

The percentage of all respondents who correctly identify all three major ways of preventing the sexual transmission of HIV and who reject three major misconceptions about HIV transmission or prevention.

اقدامات سلامت خانواده در زمان پاسخ به وقوع بلایا در سطح صف

درس آموخته های زلزله کرمانشاه

۱- تعیین محدوده جغرافیایی وقوع زلزله و و طبقه بندی آن به تفکیک سه منطقه:

- ❖ آسیب دیده (منطقه ی تخریب شده)
- ❖ تحت آسیب (منطقه نزدیک یا حومه منطقه ی تخریب شده از بعد مسافت)
- ❖ بدون آسیب (منطقه بدون تخریب ولی در محدوده وقوع بلایا)

منطقه آسیب دیده

اهم تهدید ها

- آسیب های سازه ای و غیر سازه ای در سطح جامعه
- نبود دسترسی به سرپناه امن
- نبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و غذا
- نبود دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی
- ابتلا به بیماریهای واگیر
- آسیب های شدید روحی و روانی
- نبود دسترسی به اطلاعات دقیق جمعیتی

کارکردهای فاز پاسخ

الف) تایید وقوع فوریت: برگزاری جلسه فوری، تشکیل تیم اجرایی ستادی، تدوین/ مرور برنامه عملیاتی

ب) ارزیابی سریع: حضور تیم ستادی در منطقه و بررسی وضعیت موجود، شناسایی و جمع آوری اطلاعات مربوط به جمعیت به تفکیک مرد و زن، رده سنی، وضعیت عضویت در خانوار به تفکیک اقامت

پ) فرماندهی و کنترل: تشکیل جلسه در سطح منطقه، تهیه نقشه عملیاتی با توجه به اطلاعات سازه ای و غیر سازه ای، تقسیم منطقه به محدوده های با جمعیت مشخص (به عنوان یک واحد اجرایی/ عملیاتی) و تعیین یک تیم و مسئول تیم برای هر واحد اجرایی/ عملیاتی، تهیه لیست واحدهای اجرایی/ عملیاتی و تعیین شرح وظایف آن، تقسیم وظایف براساس برنامه عملیاتی، بررسی وضعیت دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، بازدید میدانی از واحدهای اجرایی/ عملیاتی و بررسی عملکرد، چالش ها، نیازها

ت) هماهنگی: ارتباط با سایر گروه های موجود در منطقه و کسب اطلاعات، شرکت در جلسات هماهنگی، مشارکت در شناسایی گروه های آسیب پذیر جمعیت به تفکیک سن و جنس، تأمین ملزومات- تجهیزات- نیروی انسانی، کسب مداوم اطلاعات مورد نیاز از سایر حوزه های بهداشت (حوزه بیماریها، بهداشت محیط، روان، و...) و حوزه درمان،

ث) مدیریت اطلاعات: شناسایی و جمع آوری اطلاعات مربوط به وضعیت سازه ای ارایه خدمات بهداشتی اعم از خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشتی، مراکز بهداشتی و ارایه خدمات درمانی اعم از بیمارستان ها، زایشگاه ها،

مطب ها، کلینیک ها به تفکیک دولتی و خصوصی، شناسایی و جمع آوری اطلاعات مربوط به وضعیت تجهیزاتی و دارویی در سازه های ارایه خدمات بهداشتی و ارایه خدمات درمانی به تفکیک دولتی و خصوصی، شناسایی و جمع آوری اطلاعات مربوط به وضعیت نیروی انسانی ارایه دهنده خدمات در سازه های ارایه خدمات بهداشتی و ارایه خدمات درمانی به تفکیک دولتی و خصوصی، اخذ اطلاعات مورد نیاز جمعیتی، تکمیل فرم ها و چک لیست های مورد نیاز، بررسی نیازها و چالش ها، تهدیدها و فرصت ها، ثبت خدمات، ثبت اطلاعات و تهیه گزارشهای عملکردی و ارسال به سطوح بالاتر، تهیه مستندات (عکس، فیلم، گزارش، مکاتبات، صورتجلسات،) به تفکیک واحدهای اجرایی/ عملیاتی، ارزیابی دپوی امکانات مورد نیاز

چ) ارتباطات: اطمینان از برقراری ارتباط با تیمهای اجرایی محیطی

چ) پشتیبانی: شناسایی حوزه های پشتیبان اعم از دانشگاهی، سازمان های غیر دولتی و کمک رسان، داوطلبان، بررسی نحوه برخورداری از کمک های پشتیبان و طراحی برنامه عمل برای کمک رسانی

ح) اطلاع رسانی: آگاه سازی جمعیت برای برخورداری از امکانات سلامت باروری

خ) ارزیابی مستمر نیازهای سلامتی: بررسی وضعیت آگاهی جمعیت، دسترسی به خدمات، برخورداری از امکانات سلامت باروری، نیازهای گروه های آسیب پذیر، کمبودها، چالش ها

د) تأمین خدمات سلامت باروری برای جمعیت اسکان یافته

منطقه تحت آسیب

اهم تهدیدها

- احتمال آسیب های سازه ای و غیر سازه ای
- کاهش امنیت
- کاهش دسترسی به آب آشامیدنی سالم و غذا
- کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی
- افزایش احتمال ابتلا به بیماریهای واگیر
- آسیب روحی و روانی
- احتمال وجود اطلاعات جمعیتی ناصحیح

کارکردهای فاز پاسخ

الف) ارزیابی سریع: حضور تیم ستادی در منطقه و بررسی وضعیت موجود

ب) فرماندهی و کنترل: تشکیل تیم اجرایی در سطح منطقه، تقسیم وظایف براساس برنامه عملیاتی، بررسی وضعیت دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، تهیه مستندات، شناسایی گروه های آسیب پذیر جمعیت به تفکیک سن و جنس،

پ) هماهنگی: تأمین ملزومات- تجهیزات- نیروی انسانی،

ت) مدیریت اطلاعات: اخذ اطلاعات مورد نیاز جمعیتی، تکمیل فرم ها و چک لیست های مورد نیاز، بررسی نیازها و چالش ها، تهدیدها و فرصت ها، ثبت خدمات

<p>ث) ارتباطات: اطمینان از برقراری ارتباط با تیمهای اجرایی محیطی</p> <p>ج) پشتیبانی: خدمات حمایتی</p> <p>چ) اطلاع رسانی: آگاه سازی جمعیت برای برخورداری از امکانات سلامت باروری</p> <p>ح) ارزیابی مستمر نیازهای سلامتی: بررسی وضعیت آگاهی جمعیت، دسترسی به خدمات، برخورداری از امکانات سلامت باروری، نیازهای گروه های آسیب پذیر، کمبودها، چالش ها</p> <p>خ) تأمین خدمات سلامت باروری برای جمعیت اسکان یافته</p>

منطقه بدون آسیب

اهم تهدیدها

- احتمال آسیب روحی و روانی
- اختلال در دستیابی به نیازهای اولیه

کارکردهای فاز پاسخ

- الف) فرماندهی و کنترل: ارزیابی وضعیت جمعیت منطقه از طریق حوزه های تحت پوشش،
- ب) پشتیبانی: خدمات حمایتی
- پ) ارزیابی مستمر نیازهای سلامتی: تداوم ارائه خدمات سلامت باروری

۲- توجه به مخاطرات نسبتاً شایع سلامت باروری

❖ پیامدهای جانبی ناکافی بودن خدمات سلامت باروری

- تروما
- عفونت های منتقله جنسی
- احتمال گسترش عفونت HIV
- حاملگی های ناخواسته و سقط های غیر ایمن
- مرگ مادر و نوزاد

❖ خطرات تهدید کننده سلامت

- آسیب پذیری و خشونت های جنسی در نوجوانان
- نبود دسترسی و نظارت بر خدمات اولیه پیشگیری از بارداری
- ضعف دستیابی به عامل زایمان دوره دیده و ماهر و خدمات جامع مامایی و زایمان
- بروز خشونت های مبتنی بر جنسیت شامل خشونت جنسی، خشونت خانگی، ازدواج اجباری، انگ اجتماعی و رانده شدن از جامعه، ابتلا به عفونت HIV

۳- پایش مستمر کفایت ظرفیت ها برای تداوم ارائه خدمات سلامت باروری

تکمیل اطلاعات چک لیست کارکردهای مدیریتی و عملکردهای خدمت، تهیه شاخص های عملکردی

Percentage of women of reproductive age (15-49 years) in the population;

- ☐ Crude birth rate;
- ☐ Percentage of women of reproductive age who use modern contraceptives;
- ☐ Percentage of sexually active men in the population;
- ☐ Percentage of sexually active men who use condoms;
- ☐ Percentage of women of reproductive age who use female condoms;
- ☐ Prevalence of sexual violence;
- ☐ Percentage of women using modern methods of contraception who use combined oral contraceptive pills;
- ☐ Percentage of women using modern methods of contraception who use injectable contraception;
- ☐ Percentage of all women who deliver who will give birth in a health centre;
- ☐ Percentage of women using modern methods of contraception who use and Intra Uterine Device (IUD);
- ☐ Pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion;
- ☐ Percentage of women who deliver who will need suturing of vaginal tears;
- ☐ Percentage of deliveries requiring a c-section.

۴- تحلیل ذی نفعان داخلی و خارجی برنامه سلامت باروری

تحلیل بر اساس معیارهای ذیل انجام می گیرد

الف) میزان علاقه به عملیاتی شدن براساس مقیاس ۱ تا ۵ (۱ به معنای حداقل علاقه و ۵ به معنای حداکثر علاقه)

ب) میزان تاثیرگذاری براساس مقیاس ۱ تا ۳ (۱ به معنای تاثیر جزئی و ۳ به معنای تاثیر زیاد)

ج) راه های بالقوه جلب رضایت ذینفع

جدول نمونه ماتریس تحلیل ذی نفعان

ذی نفعان داخلی ستاد دانشگاه/ ستاد شهرستان	میزان علاقه	میزان تاثیر گذاری	راه های جلب رضایت
کارشناس مادران	؟	؟	تعامل مثبت
گروه کودکان	؟	؟
.....

ذی نفعان خارجی ستاد دانشگاه/ ستاد شهرستان	میزان علاقه	میزان تاثیر گذاری	راه های جلب رضایت
واحد گسترش شبکه	؟	؟	تعامل مثبت
واحد آموزش سلامت	؟	؟
.....

۵- تحلیل SWOT عوامل موثر بر سامانه مدیریت برنامه سلامت باروری بر اساس تحلیل STEEP.V

بررسی میزان تأثیر و جهت روند (مثبت یا منفی)

- عوامل اجتماعی (تراکم جمعیت، آسیب پذیری سنی -جنسی، نقش سازمان های مردم نهاد، مشارکت مردمی و سرمایه اجتماعی، دانش جامعه درباره خطر بلایا، رسانه ها)
- عوامل فن آوری (فناوری اطلاعات و ارتباطات، تربیت نیروی انسانی ماهر و کارآمد، پتانسیل فراگیری از درس آموخته ها)
- عوامل محیطی/ بوم شناختی (وضعیت آسیب پذیری سازه ای و غیر سازه ای تسهیلات بهداشتی درمانی، بهداشت عمومی)
- عوامل اقتصادی (خدمات بیمه ای، وضعیت اقتصادی جامعه، تخصیص منابع مالی، توسعه غیر متوازن و Poor Urbanization)
- عوامل ارزشی (فرهنگ کار تیمی و نظم پذیری، فرهنگ تقدیر گرایانه، عدالت محوری تلقی امنیتی از اطلاعات سیاست توجه به پیش گیری همزمان با پاسخ به موقع و موثر)
- عوامل سیاسی (وضعیت مدیریت سلامت در بلایا، ساختار رایه خدمات سلامت، قانون گذاری روزآمد و ضمانت اجرایی برنامه ها، ثبات سیاسی - اجتماعی منطقه)

۶- مستند سازی

منابع:

گزارش های زلزله کرمانشاه

نقشه راه مدیریت کاهش خطر بلایا

Disaster Risk Management for Health Fact Sheets, Global Platform- May 2011