



کتاب حاضر به منظور به تصویر کشیدن گوشه ای از تلاش ها و خدمات همکاران صدیق بخش بهداشت تهیه شده است. بدون شک ذکر تمامی فعالیت ها در این مجمل نمی گنجد و این کتاب تنها اشاره ای به صدها برنامه و طرح های معاونت برای حفظ و ارتقای سلامت جامعه دارد. این مجموعه درصدد است همگام با سایر بخش های دانشگاه در راستای برنامه استراتژیک دانشگاه علاوه بر ارائه خدمات به جامعه تحت پوشش و کسب رضایت مشتریان خارجی باعث اعتلای نام دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در مقام یکی از دانشگاه های طراز اول کشور گردد. خدمات این مجموعه در سایه تلاش های شبانه روزی همکاران و با حمایت، پشتیبانی و نظارت عالیہ ریاست محترم دانشگاه میسر شده است که جا دارد تا ضمن تقدیر از این عزیزان، توفیق ایشان را از ایزد متعال مسئلت دارم.

با توجه به محدودیت زمانی در تهیه این مجموعه، ممکن است نقایصی در مطالب آن به چشم خورد که رهنمودهای خوانندگان گرامی می تواند تهیه کنندگان را در ارائه بهتر، یاری رسانند.

دکتر علی رمضانخانی

معاون امور بهداشتی دانشگاه

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی :

در سال ۱۳۳۸ دانشکده پزشکی فعالیت آکادمیک خود را در مجتمع دانشگاهی ملی با پذیرش ۱۴۲ دانشجو آغاز کرد. بعد ها در سال ۱۳۶۵ دانشکده پزشکی در یک برنامه ساماندهی با چند دانشکده مرتبط با علوم پزشکی ترکیب شد و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را به وجود آورد.

در حال حاضر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی یکی از اصلی ترین مراکز آموزش و تحقیقات تحصیلات تکمیلی دانشگاهی است که در بخش شمالی تهران در دامنه کوههای البرز واقع شده است. و تمام قابلیت های یک دانشگاه مورد تایید را دارا می باشد. دانشگاه شامل ۹ دانشکده، ۱۱ بیمارستان آموزشی، ۶ بیمارستان غیر آموزشی و بیش از ۳۰ مرکز تحقیقات در حوزه پزشکی می باشد که تمام موارد اساسی و کاربردی پزشکی و علوم دندانپزشکی، پرستاری و مطالعات مرتبط با حوزه سلامت را پوشش میدهد. در حال حاضر ۱۲۰۰ نفر هیئت علمی مسئولیت تدریس در ۱۷۲ رشته در مقاطع مختلف تحصیلی از کارشناسی تا دکترا را به عهده دارند. این دانشگاه از شهرت ملی و جهانی به خاطر قدرت بالای آموزشی تحصیلات تکمیلی و تحقیقات علمی و کاربردی در علوم پزشکی برخوردار می باشد. کسب رتبه اول آموزش پزشکی و رتبه دوم پژوهش کشور از افتخارات این دانشگاه می باشد.



اطلاعات عمومی

محدوده دانشگاه شهید بهشتی از شمال به استان مازندران، از جنوب به محدوده دانشگاه علوم پزشکی تهران، از خاور به استان سمنان و از باختر به محدوده دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد. این منطقه بین ۳۴ تا ۳۶/۵ درجه عرض شمالی و ۵۰ تا ۵۳ درجه طول خاوری واقع شده و با رشته کوه های البرز از استان های شمالی ایران جدا شده است. در ارتفاعات بالایی کوهستان البرز که دارای شیب نسبتاً تندی است، جمعیت اندکی ساکنند و شهرستان دماوند در این ارتفاعات واقع شده است . موقعیت آب و هوایی این محدوده چه در مناطق کوهستانی و چه در دشت ها موجب پوشش گیاهی از نوع نیمه صحرایی شده و دشت



کویر، رشته کوه های البرز و بادهای مرطوب و باران زای باختری سبب بروز آب و هوای متفاوت در آن شده است. هوای تهران در مناطق کوهستانی از نوع آب و هوای معتدل بوده و در دشت ها از نوع نیمه بارانی با ویژگی هایی است که بیش تر از موقعیت جغرافیایی آن ناشی می شود.



بر اساس آخرین آمار، جمعیت تحت پوشش دانشگاه ۵۰۵۳۸۶۸ نفر می باشد که ۴/۸۹۴/۱۹۹ نفر در مناطق شهری و ۱۵۹/۶۶۹ نفر در مناطق روستایی ساکن می باشند (لازم به ذکر است که ۱۹۶۲۳۵ نفر جمعیت غیرایرانی در شهر و ۳۹۸۸۸ نفر جمعیت غیرایرانی در روستا و ۱۱۲۰۷ نفر عشایر و ۲۶۶۷ نفر جمعیت سیاری در این جمعیت لحاظ شده است) مناطق تحت پوشش این معاونت مشتمل بر قسمتی از تهران بزرگ و شهرستان های ورامین، پاکدشت، دماوند، فیروزکوه و شمیرانات می باشد.

مناطق شهرداری تابعه به تفکیک شامل مناطق ۱ (مرکز بهداشت شمیرانات)، ۳ و ۴ و ۷ و ۸ (مرکز بهداشت شمال تهران)، ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و قسمتی از منطقه ۱۵ (مرکز بهداشت شرق تهران) و شهرستانهای دماوند (آبعلی، مهرآباد، ابرشویه، نادرود، جمع آبرود) پاکدشت (شریف آباد، کریم آباد، جمال آباد، حصارامیر، فرون آباد و فیلسان) ورامین، (بهنام سوخته جنوبی، عسگریه، بهنام عرب جنوبی، بهنام وسطی جنوبی، بهنام پازوکی جنوبی، بهنام وسطی شمالی، قشلاق جیتو و ولی آباد) و فیروزکوه، (حلبود، قزاقنجای، پشتکوه، شهرآباد و دوبلوک) و شمیرانات (رودبار قصران، لواسان بزرگ، لواسان کوچک) می باشد.

محدوده دانشگاه شهید بهشتی یکی از کانون های عمده صنایع کشور است. برابر آخرین آمارهای منتشره، ۴۰ درصد کل صنایع کشور در استان تهران قرار دارند که حدود ۱۵ درصد آن در این محدوده واقع شده است. که بیش تر این صنایع در امتداد سه محور باختری، جنوبی و خاوری متمرکز شده است. هم چنین ۴۴ درصد کارگران کارگاه های صنعتی کل کشور در استان تهران کار می کنند، که حدود ۱۵ درصد کارگران در این محدوده می باشند. یکی از ارکان اصلی اقتصادی صنایع ماشینی وابسته است که بیش تر آن ها به مونتاژ و تولید کالاهای مصرفی اشتغال دارند. توسعه این صنایع بیش تر در امتداد راه های ورودی به تهران به ویژه در مسیر تهران - دماوند، و شهرکهای صنعتی محدوده دانشگاه میباشد.

استان تهران و به تبع آن محدوده این دانشگاه یکی از مراکز مهم بازرگانی کشور است. مهم ترین صادرات و واردات از این استان صورت می گیرد و تقریباً نیمی از مردم استان به کار بازرگانی و خدماتی اشتغال دارند. اقلام صادراتی تهران به دیگر نقاط کشور معمولاً از فرآورده ها و تولیدات صنعتی است. این محدوده یکی از قطب های اصلی اقتصاد کشور است. تجمع کانون های عمده اقتصادی در این استان و موقعیت سیاسی - اداری و مرکزیت آن باعث شده است بخش عمده امکانات صنعتی و خدماتی در محدوده آن متمرکز شود. بخش کشاورزی نیز از جایگاهی چشم گیر در بافت اقتصادی آن برخوردار است اما در مقایسه با دیگر بخش ها، سهم ناچیز و اندکی را به خود اختصاص داده است. دلایل عمده محدودیت کشاورزی در استان ویژگی های طبیعی این منطقه است. کمی بارش، نزدیکی کویرها و بیابان ها، کمبود آب مورد نیاز کشاورزی و تبدیل زمین های کشاورزی به مناطق مسکونی و تولیدی - صنعتی از مهم ترین دلایل این رویکرد است. منطقه تهران را از نظر موقعیت طبیعی و کشاورزی به دو ناحیه می توان تقسیم کرد:

ناحیه کوهستانی معتدل که در بر گیرنده نواحی شمالی استان مانند فیروزکوه، دماوند، لواسانات، رودبار قصران، طالقان و بخش هایی از شمال ساوجبلاغ است، که به علت ناهمواری های شدید سطح زمین وضعیت نامساعد جوی و اقلیم سرد، مردم این ناحیه بیش تر به فعالیت های باغ داری و دامداری می پردازند. ناحیه دیگر شامل دشت ها و کوهپایه های جنوبی البرز است که ورامین در این ناحیه واقع شده است. این ناحیه برای کشاورزی مساعد است، اما در ناحیه هایی که در نزدیکی شوره زارها واقع شده اند، مشکلاتی در کار کشاورزی وجود دارد. از نواحی مهم کشاورزی استان تهران می توان به رودبار قصران در شمال خاوری تهران اشاره کرد که زمین های حاصلخیز و باغ های پر شمار دارد. لواسانات، در باختر شهرستان دماوند از دیگر نواحی کشاورزی تهران است که دارای زمین های حاصل خیز است. دره های این ناحیه نیز باغ های پر شمار دارد.

دره ها و دامنه های بلندی های البرز با مراتع سرسبز و غنی، موقعیتی مناسب برای فعالیت های دامداری دارند، دامداری هم در دشت ها و هم در نواحی کوهستانی و کوهپایه ای رواج دارد، ولی سهم آن در اقتصاد این منطقه ناچیز است. دامداری بیشتر به شیوه صنعتی رایج است و گاوداری های صنعتی بزرگ به همراه مراکز صنعتی پرورش طیور و تولید تخم مرغ و مرغ در این محدوده دایر هستند که انواع فرآورده های دامی و لبنی را تولید می کنند.

معاونت امور بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی دانشگاه از خرداد ماه سال ۱۳۷۳ به دنبال ادغام سازمان منطقه ای بهداشت و درمان و دانشگاه فعالیت خود را آغاز نمود تا وظیفه اصلی خود را در قالب مدیریت دانشگاه به صورت ایجاد پل ارتباطی بین جامعه و نیازهای بهداشتی و درمانی از یک طرف و نقش آموزش مبتنی بر جامعه در دانشگاه از سوی دیگر و انجام پژوهش های کاربردی به انجام رساند. پس از ادغام، به دلیل فراوانی و گستردگی گیرندگان و تنوع و ویژگیهای خدمات بهداشتی، همچنین سهولت ارائه خدمات ساختار تشکیلات و وظایف معاونت بهداشتی در قالب مرکز بهداشت استان طراحی و ابلاغ گردید.

معاونت بهداشت بر اساس شرح وظائف پیش بینی شده در سیستم بهداشتی (با مدیریت معاون امور بهداشتی) در قالب ۱۰ واحد ستادی به امر برنامه ریزی، هدایت، نظارت، سازماندهی و ارزشیابی برنامه ها در سطح مراکز بهداشت شهرستانها (باهماهنگی 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 سلامت 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 و نظارت و سازماندهی می گردد.

مسئولیت ها:

معاونت بهداشتی دانشگاه برای تحقق اهداف اصلی خود یعنی تامین دسترسی عادلانه جمعیت تحت پوشش به خدمات، افزایش مشارکت فعال مردم و توانمند سازی آنها در تامین سلامت خود، بهبود شاخص های بهداشتی و سلامت جامعه، و بهبود فرآیند مدیریت و ارتقاء موقعیت ملی و منطقه ای، علاوه بر ۱۳۰ برنامه کشوری برنامه های مقطعی و منطقه ای مسئولیت های زیر را به عهده دارد:

- ✚ کنترل و مراقبت بیماری های واگیر و غیرواگیر منطقه ای و تعیین الگوی اپیدمیولوژیک بیماری ها
- ✚ تدوین برنامه های بلند مدت و کوتاه مدت عملیاتی بر اساس سیاستهای کشوری و ابلاغ به کلیه مراکز و شبکه های بهداشت تحت پوشش
- ✚ مدیریت و برنامه ریزی مراقبت های کودکان، مادران باردار و شیرده و ارائه خدمات تنظیم خانواده
- ✚ مدیریت و برنامه ریزی خدمات بهداشت دهان و دندان
- ✚ نظارت و کنترل بهداشت محیط اماکن عمومی و تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، بهداشت آب، هوا و دفع بهداشتی زباله
- ✚ نظارت و کنترل عوامل زیان آور شغلی در محیط های شغلی
- ✚ توسعه آموزش سلامت و توانمند نمودن مردم در اتخاذ شیوه زندگی سالم
- ✚ تدارک و پشتیبانی فنی، اداری و مالی از مراکز بهداشت شهرستانهای تابعه
- ✚ برآورد، تهیه و تدارک دارو و مواد بیولوژیک و تجهیزات پزشکی مورد نیاز واحدهای تابعه
- ✚ نظارت و ارزشیابی کلیه خدمات بهداشتی در منطقه تحت پوشش
- ✚ برنامه ریزی و پیگیری برنامه های سلامت دانش آموزان و هماهنگی با آموزش و پرورش
- ✚ تدوین و پیگیری اجرای برنامه های سلامت روان در سطح جامعه
- ✚ مدیریت برنامه های بهبود تغذیه جامعه به منظور اصلاح عادات و سبب غذایی جامعه
- ✚ مدیریت اطلاعات و آمار در سیستم شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها
- ✚ عضویت و همکاری فعال با ۳۰ مرکز تحقیقات مستقر در حوزه دانشگاه در امر پژوهش های کاربردی سلامت
- ✚ مشارکت و همکاری در آموزش دانشجویان رشته ها و مقاطع مختلف دانشگاه
- ✚ آموزش بدو خدمت و ضمن خدمت کارکنان
- ✚ مشارکت در برنامه ریزی و اجرای پژوهش های کاربردی جهت شناسایی و رفع مشکلات بهداشتی منطقه
- ✚ جلب مشارکت مردمی، سازمان های خصوصی و غیر دولتی

✚ طرح گسترش و اصلاح واحدهای بهداشتی مطابق با تغییرات توزیع جمعیت و تامین دسترسی افراد جامعه به خدمات بهداشتی

از آنجا که عوامل بسیاری سبب تغییر حجم و نوع نیاز در جامعه می‌شود. مطلوب آنست که هر سازمان از چنان ساختار پویا و انعطاف‌پذیری برخوردار باشد که با دریافت پیام‌های تغییر از محیط، خود تغییر یابد و از این راه هماهنگی پیوسته‌ی خویش را با تغییرات محیط فراهم آورد. غالباً این گونه نیست و سازمان‌ها، بویژه در جامعه‌های سنتی، از این حالت فاصله‌ی بسیار دارند. ناگزیر میان نیازهای جامعه و خدماتی که قرار است سازمان‌ها مهیای ارائه‌ی آنها باشند فاصله می‌افتد و به همین دلیل نه گیرندگان خدمات و نه حتی خود سازمان از کاری که صورت می‌گیرد و خدماتی که ارائه می‌شود احساس رضایت نمی‌کنند. به سبب طبیعت اثرپذیر سلامت و خدمات مربوط به آن از خصوصیات دوران، پیشرفت دانش و تکنولوژی زمان، و عوامل گوناگون محیطی که به گذر سلامت مشهور شده است، تغییر نیازهای جامعه در این عرصه شتاب بیشتری دارد. ضروریست نظام سلامت از آمادگی، انعطاف پذیری و کارآمدی کافی برای برخورد با این تغییرات برخوردار باشد.

هدف اساسی نظام سلامت همانا تامین، حفظ و ارتقای سلامت است اما اهداف درونی دیگری نیز برای آن مطرح است. این اهداف به مسایلی مانند مشارکت عادلانه مردم در تامین هزینه‌های سلامت و نحوه پاسخ نظام سلامت به انتظارات مردم اشاره دارد به عبارتی نظام سلامت باید بتواند به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و در تنظیم مشارکت آنها در تولید، توزیع و مصرف خدمات رعایت عدالت بنماید.

نظام بهداشتی درمانی کشور برای سه سطح شهرستان، استان (که بعد ها تبدیل به دانشگاه علوم پزشکی گردید) و ملی طراحی شده است. این نظام، اصول و ضوابطی بنیانی برای گسترش واحدهای بهداشتی درمانی خود و ارائه خدمات مد نظر دارد که از همان آغاز تا کنون هم مورد عمل می باشد.

شبکه بهداشتی درمانی شهرستان، کوچکترین واحد مستقل این نظام را تشکیل می دهد که پس از استقرار و با استفاده از زنجیره ارتباط سطوح مختلف خود می تواند خدمات تعریف شده ای را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه دهد. به این منظور، برای هر شبکه بهداشت و درمان شهرستان ۳ سطح ارائه خدمت در نظر گرفته شده است.

سطح اول شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان را در روستاها، خانه های بهداشت و در شهرها، پایگاه های بهداشت تشکیل می دهند (البته در روستاهای دارای بیش از ۶ هزار نفر جمعیت به جای خانه بهداشت، از واحد پایگاه بهداشت روستایی استفاده می شود).

با توجه به وظایف و حجم خدمات، یک خانه بهداشت برای ارائه خدمات به هزار نفر جمعیت و یک پایگاه بهداشت شهری برای ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت طراحی شده است. در خانه های بهداشت دو نفر بهورز مرد و زن و در پایگاه های بهداشت شهری یک نفر ماما و سه نفر کاردان بهداشت خانواده و یک نفر کاردان مبارزه با بیماری ها (که وظایف بهداشت محیط و حرفه ای را نیز به عهده دارد) و یک نفر خدمتگزار انجام وظیفه می نمایند.

سطح دوم شبکه بهداشت و درمان را مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری تشکیل می دهند. وظایف اصلی این مراکز، پشتیبانی از خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تحت پوشش، نظارت بر فعالیت آن ها، قبول ارجاعات درمانی، (به دلیل وجود پزشک در این مراکز) و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است.

هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی برحسب جمعیت تحت پوشش خود، به طور متوسط ۵ خانه بهداشت یا جمعیتی حدود ۹ هزار نفر را پوشش می دهد.

در سطح سوم شبکه برحسب وظیفه ای که انجام می شود، دو نوع واحد وجود دارد شامل: مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان.

مسئولیت اصلی مرکز بهداشت شهرستان برنامه ریزی پشتیبانی فنی و تدارکاتی، کنترل ضوابط و مقررات بهداشتی درمانی، بررسی گزارشات آماری و نظارت بر فعالیت های واحدهای تحت پوشش (مراکز بهداشتی درمانی، خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشت، تسهیلات زایمانی، مراکز آموزش بهورزی، آزمایشگاه های مختلف و ...) می باشد.

بیمارستان شهرستان حداقل با تخصص های جراحی، داخلی، کودکان، زنان و زایمان، بیهوشی، رادیولوژی و آزمایشگاه و بابخش های بستری، پلی کلینیک های تخصصی و اورژانس اداره می شود و پشتیبانی فنی و قبول ارجاعات بیماران از مراکز بهداشتی درمانی را به عهده دارد.

معاونت بهداشتی دانشگاه با تحت پوشش قراردادن چهارشبکه بهداشت و درمان و سه مرکز بهداشت جمعا ۸۱ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۲۸۵ پایگاه بهداشتی و ۱۱۹ خانه بهداشت با تعداد ۱۵۵۷ نفر پرسنل فنی در مراکز بهداشت تابعه و ۷۲ نفر پرسنل فنی در معاونت بهداشتی انجام وظیفه می نمایند. در منطقه تحت پوشش با توجه به وسعت منطقه نکات قابل توجهی وجود داشته که در برنامه های سلامت باید بدان توجه نمود:

۱- ناهمگونی منطقه: در منطقه تحت پوشش خصوصا در مناطق شهری ناهمگونی بین مرکز بهداشت شمیرانات، شمال و شرق از نظر جنبه های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ملاحظه می شود و این امر در مناطق روستایی نیز بصورت مشخص وجود دارد.

۲- وجود مناطق خاص در منطقه تحت پوشش که با معضلات بهداشتی و جمعیتی و رفتارهای پرخطر مواجه می باشد از جمله مناطق بازار مولوی، که محل تبادلات کالای کل کشور می باشد از نظر بهداشت محیط دارای مشکلات زیادی می باشد.

۳- وجود جمعیت مهاجر در مناطق حاشیه ای و شهرستانهای تابعه به ویژه مهاجرین غیر ایرانی (۲۳۶۱۲۳ نفر) مشکلات خاصی را در این مناطق بوجود آورده است که از آن جمله به رفتارهای پرخطر و آسیبهای اجتماعی مانند بیکاری، فقر، اعتیاد به مواد مخدر و بالا بودن میزان بیماریهای واگیر در میان این افراد می توان اشاره نمود.

۴- تغییرات کلی در روند سلامت باعث افزایش شیوع بیماریهای غیر واگیر و پیامدهای آن در منطقه شده است.

۵- حضور تعداد ۷۴۰۱۴۸ نفر کارگر در کارخانجات و کارگاههای منطقه، بیش از ۸۲ هزار نفر شاغلین در اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و ۸۰۰ هزار نفر دانش آموز در مقاطع مختلف تحصیلی گستره عظیمی از نیازهای مختلف سلامت را مطرح می سازد. لذا ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کامل و با کیفیت مطلوب با همکاری مردم از طریق واحدهای بهداشتی درمانی (مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه های بهداشتی، خانه های بهداشت و ...) به تمامی اقشار جامعه با همکاری و مشارکت ارگانها، سازمانهای دولتی و غیر دولتی مرتبط از جمله اقدامات موثری است که در ارتقا سلامت جامعه (توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیر گذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم گیری در انتخاب رفتارهای بهداشتی برای به دست آوردن زندگی سالم) نقش بسزایی دارد.



آشنایی با واحدهای ستادی معاونت امور بهداشتی

واحد ارتباطات و آموزش سلامت

آموزش سلامت آن بخش از مراقبت های بهداشتی است که بر تاثیر عوامل رفتاری بر سلامت تکیه نموده و با مردمی آغاز می شود که سالم بوده و علاقمند به توسعه معیارهای سلامت فردی و اجتماعی هستند و به آنها در گسترش شیوه های زندگی موثر در حفظ و ارتقای سلامت کمک می کند.

آموزش سلامت هرچند وظیفه ای است برای تمام مراقبین سلامت، اما خود علمی است که ریشه در مجموعه ای از علوم تربیتی، رفتاری، روانشناسی، مردم شناسی، جامعه شناسی، ارتباطات، اطلاعات پزشکی و بهداشت داشته و متناسب با توسعه این علوم و گذر دوران، توسعه می یابد و بدون اتکای به شواهد و رعایت استاندارد های آموزش سلامت، نمی توان به تاثیر آن امیدی داشت و توسعه آموزش سلامت متکی بر شواهد و مبتنی بر جامعه نیازمند طراحی ساختاری منسجم، علمی و هماهنگ برای رهبری مداخلات آموزش سلامت در سطوح مختلف سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی می باشد تا رعایت استانداردهای آموزش سلامت را از طریق ارزشیابی خارجی مداخلات آموزش سلامت در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور رصد نماید، آموزش سلامت همگانی را با هدف توانمندسازی افراد و جوامع توسعه دهد و سرانجام فرصت های سلامت در ورای مرزهای سلامت را توسعه داده، هنجارهای سلامت را ترویج و سیاست های حامی سلامت را تسهیل نماید.

واحد ارتباطات و آموزش سلامت با رسالت توسعه، جهت گیری، هماهنگ سازی و تسهیل فعالیت های آموزش و ارتقای سلامت در منطقه تحت پوشش به منظور توانمندسازی مردم و جوامع در تامین، حفظ و ارتقای سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی انجام وظیفه می نماید.

برنامه های این واحد در قالب چهار مسئولیت زیرارائه می گردد:

✚ **مسئولیت آموزشی:** نظارت بر فرآیند طراحی آموزشی و تدوین استاندارد های تولید رسانه های آموزشی و نظارت بر فرآیند تولید و تهیه و تدوین استانداردهای ارزشیابی و نظارت بر مداخلات آموزشی.

✚ **مسئولیت ارتباطی:** توسعه ارتباط برون بخشی و بازاریابی اجتماعی و جذب و سازماندهی و توانمند سازی رابطین آموزشی سازمان ها. تهیه برنامه های مشارکتی در زمینه آموزش و ارتقای سلامت با صدا و سیما

✚ **مسئولیت اطلاعاتی:** جمع آوری و تحلیل و ارایه اطلاعات و گزارش ادواری در زمینه اطلاعات تخصصی به منظور طراحی مداخلات آموزش سلامت و به روز نمودن بانک اطلاعاتی و تهیه و تولید منابع آموزشی مورد نیاز و ارایه رویکرد های نوین آموزش سلامت به مشتریان و انجام پژوهش های کاربردی (کیفی و کمی) در زمینه رفتار های مرتبط با سلامت

✚ **مسئولیت تولید:** برنامه ریزی و تامین تجهیزات تولید رسانه و ایجاد بانک رسانه و هدایت و نظارت بر فرآیند تولید و انتشار و ارزشیابی مواد و رسانه های آموزشی، برنامه ریزی و تخصیص مواد آموزشی و رسانه های آموزش سلامت تولید شده، اطلاع رسانی در زمینه مواد آموزشی دریافت شده به متقاضیان.

خدمات این واحد توسط ۲۵ نفر نیروی ستادی و ۱۴۵ نفر نیروی محیطی (رابطین آموزشی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی) هدایت و ارائه می گردد.



پژوهشی در نظام سلامت (HSR)

نظام تحقیقات سلامت به عنوان بازویی برای مدیریت سیستم های بهداشتی وظیفه تامین اطلاعات کاربردی، جامع و به روز به منظور کمک به تصمیم گیری مبتنی بر شواهد را به عهده دارد. در این راستا واحد تحقیقات سلامت معاونت امور بهداشتی از اسفند سال ۱۳۸۴ کار خود را آغاز نمود. هدف از تشکیل این واحد، هدایت پژوهشگران و هدفمند نمودن پیمایش ها و استفاده کاربردی از نتایج تحقیقات در جهت بهبود مدیریت می باشد. با تشکیل شورای اجرایی HSR در دانشگاه و بررسی طرح های ارائه شده در حال حاضر ۷ طرح پژوهشی مورد تصویب قرار گرفته است. از جمله اقدامات این واحد میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

- ✚ تاسیس پایگاه تحقیقات جمعیت در مرکز بهداشتی درمانی دگمه چی
- ✚ همکاری در اجرای پژوهش های دانشجویی
- ✚ جمع آوری اطلاعات مربوط به فعالیت های پژوهشی کارکنان
- ✚ برگزاری کارگاه روش تحقیق برای مدیران و کارشناسان مسئول ستادی و روسای مراکز و شبکه ها
- ✚ همکاری در اجرای طرح های پژوهشی

جدول اهم فعاليتهاي واحد آموزش و ارتقای سلامت یکساله سال ۸۷-۸۶

روند	سال ۸۷	سال ۸۶	فعالیت آموزشی
+٪۱۱	۱۶۴	۱۴۸	تعداد کارگاههای برگزار شده
+٪۵۴/۵	۳۴	۲۲	تعداد سمینار یا همایش برگزار شده
+٪۴۵	۶۸	۴۷	تعداد برپایی غرفه و نمایشگاه
-٪۱۶/۵	۵۴۲۲۶	۶۴۹۹۴	تعداد جلسات هماهنگی درون بخشی
-٪۲/۸	۴۳۷۶۰	۴۵۰۵۲	تعداد جلسات هماهنگی برون بخشی
+٪۱	۴۸۱۴۹۵۹	۴۷۶۹۳۲۱	تعداد آموزش چهره به چهره
-٪۱/۶	۴۷۴۵۷	۴۸۲۶۹	تعداد جلسات آموزش گروهی
-٪۲۸	۱۰۶۰۵۰۲	۱۴۷۶۶۶۴	تعداد افراد آموزش دیده در آموزش گروهی
-٪۱۴	۸۸۶	۱۰۳۵	تعداد رسانه آموزشی تهیه شده
+٪۱۶/۸	۴۱۷۰۶۸	۳۵۷۰۸۵	تعداد صفحات تکثیر رسانه آموزشی
+٪۸۵	۶۱۷۰۳۳	۳۳۳۲۲۳	تعداد توزیع رسانه آموزشی
-٪۱۴/۳	۶۸۷	۸۰۲	تعداد مطالب تهیه شده جهت مطبوعات
+٪۹۰۰	۲۰	۲	تعداد تهیه برنامه رادیویی
+٪۱۷/۴	۲۷	۲۳	تعداد تهیه برنامه تلویزیونی

- برگزاری هفته های سلامت



سال ۱۳۸۶



سال ۱۳۸۷



سال ۱۳۸۸

- رتبه اول کشوری در ارزشیابی خارجی رسانه ها در جشنواره خورشید - ۱۳۸۳
- تهیه راهنمای طراحی دوره آموزشی: کارگاه کاربردی روش تحقیق کیفی در بهداشت؛ بحث گروهی متمرکز - ۱۳۸۰
- طراحی سه بسته آموزشی (اطلاعاتی، آموزشی و ارتباطات) کارگاه مهارت آموزی پیشگیری از ایدز و بیماری های مقاربتی و اجرای کارگاه های فوق
- طراحی بسته آموزشی تربیت مدرسان در خصوص پیشگیری از بیماری ایدز با محوریت شکل دادن رفتار سالم در دانش آموزان جهت پزشکان و معلمان مدارس آموزش و پرورش کل کشور - ۱۳۸۲
- تهیه و تنظیم کتاب و فیلم در خصوص معرفی واحدهای حوزه معاونت امور بهداشتی
- تدوین و چاپ گزارش نهایی دو طرح "بررسی الگوی مصرف سیگار دانش آموزان شهر تهران" و "بررسی آگاهی و نگرش دانش آموزان در مورد مصرف سیگار و برخی عوامل موثر آن"
- نیازسنجی آموزشی پست های سازمانی حوزه معاونت امور بهداشت
- تشکیل کمیته پژوهشی HSR در معاونت امور بهداشتی
- تشکیل شناسنامه آموزشی کارکنان بهداشتی
- برگزاری دوره های تربیت مربی بسیجی الگوی زندگی سالم



– بزرگداشت روز بهورز با حضور وزیر محترم بهداشت (سال ۱۳۸۷)



– اجلاس معاونین امور بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور – ۱۳۸۶



- طرح بسیج همگانی آموزش احیاء-۱۳۸۶



– راه اندازی سایت معاونت امور بهداشتی

http://www.sbm.ac.ir/SiteDirectory/Vice-ChancellorHealth/default.aspx - Windows Internet Explorer

http://www.sbm.ac.ir/SiteDirectory/Vice-ChancellorHealth/default.aspx

File Edit View Favorites Tools Help

http://www.sbm.ac.ir/SiteDirectory/Vice-Chancellor...

صفحه اصلی < معاونت بهداشت

معاونت بهداشت

گروه گسترش شبکه
گروه مبارزه با بیماریها
گروه بهداشت خانواده
گروه بهداشت محیط و
حرفه ای
واحد ارتباطات و آموزش
سلامت
واحد سلامت
نوجوانان، جوانان و
مدارس
واحد امور آزمایشگاهها
واحد آمار بهداشت
واحد امور دارویی
واحد بهداشت دهان و
دندان
مطالب آموزشی گروه
ها و واحدها

مستندات آموزشی
دستورالعملها، ضوابط و
بخش نامه ها
اسناد تصویری
پمفلت های بهداشتی
پوسترهای بهداشتی

اعلانات فوری و مهم.....
مناسبتی به مناسبت روز جهانی بهداشت در سال 2010 - موضوع : 12:33 2009/12/20 ب.ط
شهرنشینی و سلامت
by رابط معاونت بهداشت

1000CITIES
1000LIVES

« هزار شهر ، هزار زندگی »

در 17 آوریل 2010 (18 فروردین 1389)، سازمان جهانی بهداشت، روز جهانی بهداشت در سال 2010 تا موضوع شهرنشینی و سلامت جشن میگیرد. برنامه های روز جهانی بهداشت در سال 2010 تاکید بر سلامت در شهرها و نواحی شهری داشته و هدف.....

تقویم مناسبت های بهداشتی ماههای جاری.....

عنوان مناسبت بهداشتی	تاریخ مناسبت بهداشتی
روز خانواده	5 دی
روز دندانکار	6 دی
روز هوای پاک	29 دی
روز جهانی کمک به جذامیان	8 بهمن
هفته ملی مبارزه با سرطان	14-20 بهمن

http://www.sbm.ac.ir/SiteDirectory/Vice-ChancellorHealth/Lists/List4/AllItems.aspx

Local intranet 100%

start

http://www.sbm.ac.ir/...

EN 12:46 PM

راه اندازی سایت ارتقای کیفیت معاونت امور بهداشتی

Home - ارتقاء کیفیت - Windows Internet Explorer

http://www.sbm.ac.ir/SiteDirectory/Vice-ChancellorHealth/Quality/default.aspx

File Edit View Favorites Tools Help

Home - ارتقاء کیفیت

صفحه اصلی < معاونت بهداشت < ارتقاء کیفیت

ارتقاء کیفیت معاونت بهداشت

ارتقاء کیفیت

تاریخچه
اهداف سالانه
عملکرد سالانه
خلاصه فرایندهای ارتقاء
طرحهای ارتقاء کیفیت
نشریه
اعضای کمیته ارتقاء
کیفیت
تماس با ما

اخبار (برای مشاهده کل خبر، روی تیر کلیک نمایید)
برگزاری سومین جشنواره ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی 08:29 2009/01/17 ق.ط
درمانی
by رابط معاونت بهداشت
سومین جشنواره ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی روز سه شنبه (11/3/86) در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار شد.

لیست تحلیل فرایندها
انتشارنشریه بیمه روستایی و برشک خانواده
جریان فرایند قبل از ارتقاء
تدوین ممالات با استفاده از داده های نظام مراقبت عوامل
خطر بیماریهای غیر واگیر
ارتقاء خرجه ثبت و جمع اوری اطلاعات در واحد آمار
طرح احزابی آموزش غیر حضوری نیاز سنجی
مؤثر رسید آمار داروها، تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و
آزمایشگاهی
تامین به موقع اقلام تنظیم خانواده
پیوند بازدیدهای واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت شمال
تهران

Done

Local intranet 100%

start

Home - ارتقاء کیفیت - ...

ketabe 88

ketab tasis daneshga...

FA 12:49 PM

گروه تخصصی گسترش و هماهنگی امور شبکه ها

با پیروزی انقلاب اسلامی ضرورت تجدید نظر در ساختار کلی کشور به گونه ای که زمینه ایجاد تحول اساسی در حوزه های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نیز توسعه و تعمیم آموزش عالی و رشد و تربیت نیروی انسانی متخصص را فراهم آورد، احساس شد. (بندهای ۳، ۴، ۱۲ و ۱۳ از اصل ۳ قانون اساسی).

بدین ترتیب جریان تدوین و شکل گیری شبکه های بهداشتی درمانی کشور در بعد از انقلاب اسلامی را می توان به چهار دوره تقسیم کرد:

دوره اول: از اواسط سال ۱۳۵۸ شمسی تقریباً "بلافاصله بعد از تشکیل اولین دولت جمهوری اسلامی آغاز گردید. وزیر و معاونان جدید، به منظور شناخت تکالیف و ساختار وزارت بهداشتی و بهزیستی وقت، به بررسی برنامه ها و تشکیلات وزارت بهداشت پرداختند. وزیر و معاونانی که در این گروه شرکت داشتند عبارت بودند از آقایان دکتر هادی منافی (وزیر)، دکتر علیرضا مرنندی (معاون بهداشت)، دکتر محمد رضا کلانتر معتمدی (رئیس مجتمع آموزشی و پژوهشی، این مجتمع در واقع نقش معاونت آموزشی کنونی را به عهده داشت)، دکتر محمد علی فیاض بخش (معاون بهزیستی)، دکتر غلامحسین نیک نژاد (معاون امور دارو) و کمال مرتضوی (معاون اداری و مالی). گروه کثیری از صاحب نظران و سران بهداشت کشور نیز آنان را همراهی می کردند.

شورای معاونان پس از یک سال و اندی، در شهریور ماه ۱۳۵۹، به منظور سازماندهی جریان های برنامه ریزی داخل وزارتخانه، شورایی به نام «شورای بررسی برنامه ها و تشکیلات» ایجاد کرد. این شورا وظیفه داشت با همکاری گروه های تخصصی، برنامه ها و نهادهای گوناگون وزارت بهداشتی و بهزیستی را بررسی و نتیجه را به شورای معاونان گزارش کند. بدین منظور، این شورا چهار گروه کار تشکیل داد که عبارت بودند از: گروه بررسی وضع موجود، گروه بررسی سازمان و تشکیلات، گروه بررسی و برنامه ریزی خدمات بهداشتی و گروه بررسی و برنامه ریزی درمان هر یک از این گروه ها نیز دارای چندین کمیته بود. در این گروه ها تعداد کثیری از کارشناسان، خبرگان و استادان رشته های مختلف وزارت بهداشتی، سازمان بهزیستی، دانشکده بهداشت، انستیتو پاستور، انستیتو رازی، سازمان برنامه و بودجه، نظام پزشکی و شرکت می کردند. دوره اول قریب ۲۰ ماه طول کشید.

دوره دوم: زمانی است که به کار تدوین تفصیل وظایف، ضوابط، ارتباط واحدها، رده های مختلف نیروی انسانی مورد نیاز، خطوط اصلی تغییرهای ضرور در تربیت نیروهای انسانی و بالاخره تنظیم برخی از معیارها و استانداردها برای خدمات و واحدهای اجرایی گذشت.

با آنکه ادامه جنگ تحمیلی عراق با ایران و کشاندن شدن بمباران شهرها به پایتخت، موجب آشفته گی های اجتماعی، روانی و اداری فراوانی شده بود، کلیه ضابطه ها و روابطی که برای سازماندهی اجزای شبکه تدوین می گردید، جزء به جزء در جلسه شورای معاونان مطرح، بررسی و تصویب می شد.

تجربه برنامه های توسعه کلی اقتصادی - اجتماعی در قبل از انقلاب، نشان داده بود که برنامه ریزی های کلی اگر با توزیع جغرافیائی و تفصیلی منابع همراه نباشد، به احتمال قریب به یقین، در اثر اعمال نفوذها و روابط فردی، به تشدید نابرابریها خواهد انجامید. بدین جهت، در گزارش های این دوره "شهرستان" به عنوان مقیاس اداری - جغرافیائی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور پیشنهادی گردید. چند سال بعد، سازمانی جهانی بهداشت نیز بر مبنای تجربیات خود در سایر کشورهای جهان مقیاس شهرستان را برای برنامه ریزی های مختلف بهداشتی مورد تاکید قرارداد.

به موجب این گزارش ها تهیه طرح های تفصیلی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی به تفکیک شهرستان های کشور به صورت ضرورتی اجتناب ناپذیر احساس می شد. این کار مستلزم آگاهی کامل از وضعیت جغرافیائی، فرهنگی و ارتباطی مناطق روستائی هر شهرستان بود.

تدوین و تمرین گام های اجرایی این مرحله کارچندین ماه به طول انجامید. نتیجه کار این دوره مشخص شدن روش کار و فهرست اطلاعات مورد نیاز و الگوهائی بود که روند کار و روش تدوین جزوه های شهرستان را روشن می ساخت.

دوره سوم : با قصد دستیابی به آخرین اطلاعات منطبق با واقعیت های محلی آغاز شد . روش این کار فراخوانی کارکنانی بود که سابقه خدمت طولانی و شناخت دقیقی از مناطق روستائی شهرستان محل خدمت خود داشتند . تهیه طرح های اولیه و نسخه های خطی طرحهای گسترش واحدهای بهداشتی درمانی سرپائی به تفکیک هر شهرستان آماده گردید.

تقریباً همزمان با آماده شدن این طرح ها ، آقای دکتر علیرضا مرنندی به وزارت منصوب شد و آقای دکتر حسین ملک افصلی اردکانی استاد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران را به عنوان معاون بهداشت انتخاب کرد.

به عنوان خط مشی اجرایی طرح ها دو روش مورد بحث و بررسی قرار گرفت :

روش نخست ، انتخاب یک شهرستان به عنوان الگوی کار و پیاده کردن شبکه جامع در آن شهرستان بود .

روش دوم ، انتخاب یک شهرستان از هراستان و راه اندازی تدریجی واحدهای مورد نیاز آن شهرستان بود . به نظر می آمد که این روش بهتر می تواند حمایت نمایندگان همه استان های کشور در مجلس شورای اسلامی را برای اختصاص بودجه مورد نیاز این طرح جلب کند . در این روش ، با توجه به منابع قابل دسترس ، ایجاد خانه های بهداشت در اولویت اول ، و ایجاد مراکز بهداشت استان و شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری به ترتیب در مرحله دوم تا پنج قرار می گرفت .

به این ترتیب ، دوره سوم ، که از اردیبهشت ماه ۱۳۶۱ شروع شده بود، پس از سه تلاش بی وقفه در اسفند ماه سال ۱۳۶۳ پایان یافت.

دوره چهارم : از فروردین ماه سال ۱۳۶۴ آغاز می شود که با توجه به راه کار انتخابی تصمیم گرفته شد که ستادی مرکب از وزیر و سه معاون (بهداشت ، درمان و اداری مالی) همراه با تعدادی از مدیران و کارشناسان بهداشت تشکیل گردد. قرار شد دبیر خانه این ستاد تا پایان تکمیل واحد های بهداشتی کشور در معاونت بهداشتی مستقر شود. در دو سال اول ، این ستاد بطور منظم تشکیل می شد، ولی به جای ستاد پیش بینی شده اداره کل ستاد گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور تشکیل گردید و این سر آغازی بود برای شروع دوره چهارم که هنوز ادامه دارد و باشد که برقرار بماند.

در این راستا و بر اساس سیاست های دولت مبنی بر ضرورت توسعه آموزش پزشکی و تربیت نیروی انسانی کافی در زمینه پزشکی و پیراپزشکی و استفاده بهتر از تمام ظرفیت های درمانی کشور برای تربیت کادر مورد نیاز و تعمیم و توسعه بهداشت به عنوان یک اصل که پیشگیری مقدم بر درمان است، آموزش پزشکی از وزارت علوم جدا و با انحلال وزارت بهداشت و بهزیستی وقت در تاریخ ۱۳۶۴/۷/۹ و به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور رسیدن به اهداف پیش گفته و سایر وظایف و مسؤولیت های مندرج در قانون مزبور تشکیل شد.

نخستین تشکیلات وزارتخانه مزبور در سال ۱۳۶۷ توسط سازمان امور اداری و استخدامی کشور (سابق) تایید و ابلاغ شد که در آن زمان دارای ۲۴ سازمان منطقه ای بهداشت و درمان در سطح استان ها و ۳۰ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی در سطح کشور و ۶ سازمان وابسته بود. همچنین نمودار آن در اواسط سال ۱۳۷۰ مورد تجدید نظر قرار گرفت که متعاقب آن تشکیلات مربوط نیز ابلاغ شد.

در اجرای مصوبه شماره ۷۴۴۷/دش مورخ ۱۳۷۲/۱۲/۱۴ شورای عالی اداری مبنی بر ادغام دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و سازمان های منطقه ای بهداشت و درمان در یکدیگر، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تشکیل شد و تشکیلات حوزه ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مورد تجدید نظر قرار گرفت و اصلاحاتی در آن انجام شد:

تشکیلات دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مستقر در استان ها در سه تیپ و به ترتیب در قالب ۶، ۵ و ۴ معاونت مورد تجدید نظر قرار گرفت که ملاک عمل گروه بندی یادشده، به طور عمده وجهه ی آموزشی دانشگاه ها شامل تعداد دانشجویان شاغل به تحصیل، سطوح و مقاطع تحصیلی و تعداد رشته های تحصیلی، تعداد دانشکده ها و آموزشکده های تحت پوشش و ... بوده است.

یادآوری می‌شود که طرح جامع شبکه‌های بهداشت و درمان در سطح کشور به تأسی از ضوابط و استانداردهای ارایه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی طراحی شده و علاوه بر آن اصول زیر در سازماندهی آنها رعایت شده است:

دسترسی جغرافیایی، اقتصادی و فرهنگی همه مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشتی.

مقبولیت ارایه خدمات از دیدگاه مردم با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و محلی هر منطقه.

جامعیت خدمات (بهداشت مادر و کودک، بهداشت محیط و حرفه ای، مبارزه با بیماری‌ها، تنظیم خانواده و ...).

در نظر گرفتن مشارکت بیشتر مردم در زنجیره ارایه خدمات بهداشتی و درمانی.

ارایه خدمات با محوریت سلامت انسان و نقش آن در توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی.

ساز و کار طراحی تشکیلات متناسب برای انجام وظایف یاد شده به شرح زیر است:

خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، مراکز بهداشتی و درمانی شهری، پایگاه‌های بهداشتی، مراکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان.

مرکز بهداشت استان که به موجب تبصره ۴ ماده ۲ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان مسؤول برنامه ریزی، نظارت و ارزیابی برنامه‌های بهداشتی و اجرای برنامه‌های نمونه در سطح استان در چارچوب سیاست‌ها و خط مشی‌های وزارتخانه است، دارای اختیارات اداری و مالی و خدمات پشتیبانی بوده و در مرکز هر استان تشکیل می‌شود

چون در استان تهران سه دانشگاه علوم پزشکی قرار داشت تصمیم براین شد که مناطق جغرافیائی، پرسنل و سایر امکانات سازمان منطقه ای استان تهران بین این سه دانشگاه تقسیم گردد. براین اساس جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مناطق شهرداری ۱، ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۳، ۱۴ و بخشی از منطقه ۱۵ در محدوده دانشگاه شهید بهشتی انتخاب گردید. نظارت بر این مجموعه به عهده مرکز بهداشت استان گذاشته شد و رییس مرکز سمت معاون امور بهداشتی دانشگاه را عهده دار گردید. یکی از گروه‌های دیده شده در حوزه معاونت امور بهداشتی گروه گسترش شبکه ها میباشد که در ادامه مختصری از سوابق ایجاد آن تاکنون ارائه می گردد.

در ابتدای امر گروه گسترش شامل واحدهای ذیل بود :

آمار، داروئی، آموزش و بازآموزی نیروی انسانی، گسترش شبکه ها و امور بهورزی

به تبع تغییرات ایجاد شده ساختاری و برنامه های ادغام شده این گروه نیز از این قاعده مستثنی نبود و تغییراتی در واحدهای آن ایجاد شد، که در ذیل به آن اشاره میگردد.

- جداسدن واحد آمار از این گروه
- جداسدن واحد داروئی از این گروه
- اضافه شدن واحد جلب مشارکت مردمی
- اضافه شدن نشریه رابط سلامت
- اضافه شدن امور پرستاری
- اضافه شدن واحد بیمه روستائی و پزشک خانواده

در ادامه به معرفی اجمالی گروه گسترش در سال ۱۳۸۸ میپردازیم :

واحد گسترش با داشتن چارت سازمانی یک نفر مدیر گروه گسترش شبکه و با ماموریت گسترش واحدهای بهداشتی درمانی بر مبنای دفترچه طرح گسترش بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی را دنبال می نماید گروه گسترش شبکه که وظیفه اصلی آن تامین دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات بهداشتی، درمانی میباشد از نظر ساختاری شامل ۴ واحد بدین شرح است :

واحد گسترش شبکه و توسعه مدیریت - بیمه روستائی :

این واحد در سطح ستاد معاونت دارای یک کارشناس مسئول و دو نفر کارشناس بوده و در سطح مراکز تابعه دارای یک کارشناس مسئول می باشد. عمده ترین فعالیتهای این واحد به شرح ذیل می باشد :

بررسی وضعیت موجود و برآورد نیازهای مالی ، مواد ، تجهیزات و فضای فیزیکی و نحوه بهره برداری از آنها
بازنگری و طراحی طرحهای گسترش شبکه های تحت پوشش با هماهنگی مراکز تابعه
اقدام جهت توسعه و راه اندازی مراکز ارائه خدمات از طریق احداث فضای فیزیکی و تجهیز آن
بهبود استاندارد فضای فیزیکی و تجهیزاتی مراکز ارائه خدمات تحت پوشش
جمع آوری داده ها ، آنالیز اطلاعات و ارائه نتایج و شاخصها
مشارکت و برنامه ریزی در برنامه بیمه روستائی و پزشک خانواده
ارائه آئین نامه ها ، دستورالعملها ، متون آموزشی و مدولهای علمی آموزشی مورد نیاز پزشکان و ماماها تیم سلامت
تلاش در جهت افزایش بهره وری در مراکز ارائه خدمات
نظارت ، پایش و ارزشیابی از نحوه ارائه خدمات
تهیه و جمع آوری آخرین اطلاعات جمعیتی و تقسیمات کشوری که اثربخشی آن در سیستم نظام شبکه موثر می باشد
تهیه و جمع آوری و استخراج شاخصهای آخرین اطلاعات مورد نیاز در ساختار شبکه سلامت تحت برنامه DTARH

واحد تامین و توزیع نیروی انسانی :

این واحد در سطح ستاد معاونت دارای یک کارشناس مسئول و ۲ نفر کارشناس بوده و در سطح مراکز تابعه در واحد گسترش شبکه دارای یک نفر کارشناس است.

برآورد نیروی انسانی مورد نیاز مراکز تابعه براساس ضوابط طرح گسترش ، زمان سنجی خدمات و سرانه مراجعه
آموزش و بازآموزی نیروها بویژه در بدو خدمت
مدیریت اطلاعات نیروی انسانی از طریق ورود اطلاعات به برنامه نرم افزاری D.T و شناسنامه مراکز و نیز تجزیه و تحلیل اطلاعات می باشد .

نظارت بر فعالیتهای نیروی انسانی مراکز ارائه خدمات در قالب شرح وظایف مربوطه

واحد جلب مشارکتهای مردمی :

این واحد در سطح ستاد معاونت دارای یک کارشناس مسئول و یک نفر کارشناس بوده و در سطح مراکز تابعه در واحد گسترش شبکه دارای یک نفر کارشناس است . از جمله وظایف این واحد می توان به موارد زیر اشاره نمود:
جذب رابطان بهداشتی در سطح مراکز تابعه و نیز جلب مشارکت خیرین و NGO های مرتبط با سلامت
توانمندسازی رابطان و خانوارهای تحت پوشش
آموزش داوطلبان در قالب برنامه آموزش مشارکتی بزرگسالان
وضعیت مراکز دارای برنامه رابطان و نیز تعداد رابطان بهداشتی در قالب جداول پیوست بیان گردیده است .

واحد امور بهورزی:

این واحد نیز یکی از زیر مجموعه های گروه گسترش شبکه ها می باشد. ارائه خدمات بهداشت درمان اولیه در قالب نظام ارائه خدمات از ارکان اصلی نظام شبکه های بهداشت درمان کشور است. بهورزان در خانه های بهداشت ارائه خدمات به مردم روستا را

عهده دار می باشند. وظیفه امور بهورزی برنامه ریزی، آموزش، توانمندسازی و باز آموزی بهورزان شاغل، بررسی و پیگیری مسائل مربوط به مراکز آموزش بهورزی و همکاری در انتخاب و گزینش بهورزان مورد نیاز مناطق تابعه معاونت و در نهایت نظارت بر فعالیت مراکز آموزش بهورزی (جهت تربیت دانش آموزان بهورز)، تعیین اولویتهای آموزش بهورزان در طی سال، شناخت مشکلات امور بهورزی و خدمات خانه های بهداشت و حل مشکلات بر اساس مدیریت حل مشکل، جمع آوری و تجزیه و تحلیل شاخص های زیج حیاتی، پایش و نظارت بر اجرای بخشنامه ها، ضوابط و دستورالعمل ها در خانه های بهداشت می باشد.

از جمله برنامه هایی که اخیرا به گروه گسترش محول گردیده است میتوان به این موارد اشاره نمود:

برنامه داوطلبان سلامت: در سال ۱۳۶۹ وزارت بهداشت با انگیزه حل مشکلات بهداشتی حاشیه نشینان شهری و روستایی، اقدام به طراحی و اجرای برنامه داوطلبان سلامت تحت عنوان «رابطان بهداشت» در جنوب تهران و حاشیه شهرهای بزرگ کشور (تبریز، شیراز و اصفهان) نمود.

درواقع این برنامه در مناطقی شکل گرفت که شبکه بهداشت و درمان به دلیل گسترش بی رویه جمعیت شهری کمترین پوشش مراقبتهای بهداشتی را برای گروههای آسیب پذیر جامعه شهری داشت و این برنامه با توجه به موفقیت چشمگیری که به همراه داشت از سال ۱۳۷۲ در تمام نقاط شهری کشور به اجرا درآمد. در این راستا نیز این دانشگاه در همین سال اقدام به اجرای برنامه نمود (مرکز بهداشتی درمانی شهید احمدی). درحال حاضر نیز در حوزه تحت پوشش این معاونت، ۱۲۳ مرکز مجری برنامه می باشد.

نشریه رابط سلامت: با هدف ارتقاء سطح آگاهی و مهارتهای داوطلبان سلامت، فصلنامه رابط سلامت از سال ۷۷ به مدیر مسئولی آقای دکتر رمضانخانی در این معاونت منتشر گردید و از سال ۸۵ مجوز کشوری را دریافت کرده و انتشار آن بصورت کشوری شد. برنامه DTARH: با توجه به گسترش کمی قابل توجه در نظام شبکه بهداشت و درمان نیاز به وجود یک بانک اطلاعاتی صحیح بعنوان اساسی ترین ابزار مدیریتی احساس گردید. در این راستا مرکز توسعه شبکه با همکاری دانشگاه چهارمحال و بختیاری اقدام به تدوین این برنامه نرم افزاری نمودند. در این برنامه اطلاعات جمعیتی، پرسنلی، زیج و... به تفکیک مراکز وجود دارد. در سال ۱۳۷۸ نیز این دانشگاه اقدام به نصب این برنامه در واحدهای تابعه نمود و تا امروز نیز اطلاعات مفیدی از این برنامه در سطح مراکز و شبکه ها قابل استخراج می باشد.

برنامه پزشک خانواده: این برنامه براساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور افزایش اثر بخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور از سال ۸۴ در روستاها و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر کشور به اجرا در آمد از جمله اهداف مهم آن افزایش دسترسی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت می باشد در این راستا این معاونت نیز از سال ۸۴ اقدام به اجرای برنامه نمود و در حال حاضر نیز ۳۶ مرکز با جمعیت ۳۳۶۱۱۸ نفر تحت پوشش این برنامه می باشد.

تهیه، تدوین و بازنگری بسته های آموزشی بدو و حین خدمت پرسنل بهداشتی در سطوح مختلف: توسعه نیروی انسانی یکی از فعالیتهای عمده حوزه معاونت بهداشتی به منظور توانمندسازی کارکنان جهت ارتقای کمی و کیفی خدمات ارائه شده و جلب رضایت مشتری ها می باشد، جهت نیل به این خواسته مسئله آموزش از اولویت خاصی برخوردار است. آموزش نیروی انسانی در سه بعد صورت می گیرد: آموزش پایه، آموزش بدو خدمت و آموزش مداوم. گزارشات و بررسی ها نشان می دهد که آموزش بدو خدمت کارکنان در واحد های مختلف، برنامه منسجم و مدونی ندارد و در هر واحد بسته به شرایط موجود به روشهای مختلف صورت می گیرد؛ بنابراین از سال ۱۳۸۶ این معاونت با همکاری کلیه واحدهای ستادی اقدام به تدوین بسته های آموزشی نمود. که هر ساله نیز بازبینی می گردد.

برنامه آموزش دانش آموزان بهورزی در آموزشگاه بهورزی دماوند: در راستای تحقق اهداف نظام خدمات بهداشتی درمانی در کشور مراکز آموزش بهورزی با هدف بهره مند کردن خانه های بهداشت از بهورزان دارای مهارتهای کافی تاسیس می گردد. این هدف از طریق آموزش و تربیت بهورزان قبل از استخدام و انجام بازآموزیهای حین خدمت. نظارت و ارزشیابی در طول اجرای فعالیت تحقق می یابد. با توجه به اهمیت این موضوع این معاونت در سال ۱۳۸۶ اقدام به فعال نمودن آموزشگاه بهورزی دماوند و آموزش ۱۳ دانش آموز نمود.

برنامه HNIS : سیستم اطلاعات منابع ساختاری شبکه سلامت کشور موسوم به (HNIS) منطبق بر نظام جمع آوری و پردازش اطلاعات واحدهای شبکه های سلامت می باشد که با تلاش کارشناسان مرکز توسعه شبکه و شرکت امید دنیای پردازش طراحی شده است. نرم افزار (HNIS) از لحاظ فنی و ساختار کاربردی دارای مشخصه های خاصی می باشد، از جمله اینکه اطلاعات مربوطه پارامتریک است و بصورت رابطه ای ذخیره می شود که انعطاف پذیری خاصی به پردازش ها و گزارشات مطلوب مدیران واحد داده است. براین اساس این دانشگاه نیز از سال ۱۳۸۸ اقدام به نصب این برنامه در واحدهای تابعه نمود .

برنامه آموزش مجازی پزشکان خانواده : از آنجا که آموزش پزشکان خانواده اولویت وزارت متبوع تلقی می شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقای علمی پزشکان خانواده دوره های آموزش مداوم مجازی برای داوطلبان راه اندازی نمود. در این راستا نیز در سال ۱۳۸۸ این معاونت اقدام به ثبت نام پزشکان خانواده در سامانه نمود و در حال حاضر ۳۸ نفر از آنان در آزمونهای مربوطه شرکت نموده اند.

برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۵۰۰۰۰ نفر : این برنامه از ابتدای سال ۱۳۸۴ تاکنون، در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر در حال اجرا است. امروزه با گذشت حدود ۴ سال از اجرای این برنامه و سعی در جهت کاستن موانع اجرایی آن، زمان گسترش برنامه رسیده است که در مرحله اول گسترش به شهرهای زیر ۵۰۰۰۰ نفر مطرح می باشد. اجرای صحیح برنامه، مستلزم داشتن اطلاعات جامع درباره موضوع مورد هدف آن برنامه می باشد که در اینجا جمعیت و خانوار، هدف اجرای برنامه پزشک خانواده است. از این رو جهت اجرای هرچه بهتر این طرح و لزوم وجود اطلاعات جامع در مورد خانوارها و جمعیت تحت پوشش ، نیاز به سرشماری خانوارها در شهرهای زیر ۵۰۰۰۰ نفر میباشد . در حال حاضر سرشماری به اتمام رسیده است و داده ها در سامانه سلامت خدمات ایرانیان وارد میگردد.

اطلاعات مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی و پایگاهها سال ۸۷

نام واحد مرکز / شبکه	خانه بهداشت	تسهيلات زايمايانی	مرکز بهداشتی درمانی شهری		روستایی مرکز بهداشتی درمانی	پایگاه بهداشت		آموزشگاه فعال
			روزانه	شبانه		تپ A	تپ B	
مرکز بهداشت شمال	—	—	۲۱	—	—	۵	۷۵	—
مرکز بهداشت شرق	—	—	۲۳	—	—	۱۶	۶۲	—
مرکز بهداشت شمیرانات	۲۷	—	۱۲	۱	۲	۱۸	۲	—
شبکه بهداشت ورامین	۳۰	—	۱۰	۳	۴	۱۶	—	۱
شبکه بهداشت پاکدشت	۱۶	—	۵	۱	۲	۷	—	—
شبکه بهداشت دماوند	۲۷	—	۳	۲	۱	۱	—	۱
شبکه بهداشت فیروز کوه	۱۸	۲	—	۱	۴	۱	—	۱
جمع	۱۱۸	۲	۷۴	۸	۱۳	۶۴	۱۳۹	۳

تپ A: منظور نیرو و اقلام از طرف بهداشت تامین می شود ساختمان ممکن است ملکی یا استیجاری یا مربوط به واحد یا سازمان دیگر باشد .

تپ B: نیرو و محل پایگاه توسط سازمان یا اداره دیگری به غیر از دانشگاه تامین شده (مانند پایگاه مستقر در بیمارستان خصوصی) و اقلام و نظارت توسط حوزه بهداشت انجام شود

گروه تخصصی تغذیه ، بهداشت و تنظیم خانواده

این گروه از سه واحد امور جمعیت و تنظیم خانواده، واحد مادران، کودکان و سالمندان و واحد تغذیه تشکیل شده است:

واحد امور جمعیت و تنظیم خانواده دارای دو برنامه جمعیت و تنظیم خانواده می باشد. مهمترین هدف برنامه جمعیت شناخت ساختار سنی، جنسی جمعیت و حرکات آن در کشور و منطقه تحت پوشش و محاسبه شاخص های باروری برای برنامه ریزی مبتنی بر شواهد است.

در برنامه تنظیم خانواده هدف هماهنگی ساختار جمعیت با روند توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور از طریق ارائه خدمات تنظیم خانواده با کیفیت مناسب می باشد. در واقع برنامه اعتلای کیفی زندگی مردم را مد نظر دارد. اهمیت برنامه از آن جهت است که:

- ۱- بار بیماری های ناشی از عوارض باروری زنان (۱۹,۷ درصد) همچنان بالاست.
- ۲- نیاز شدید گروه های جمعیتی واقع در سنین باروری به استفاده از روش های موثر پیشگیری از بارداری با توجه به تغییر نگرش جامعه در مورد فرزند آوری، فاصله و تعداد آن.
- ۳- گروه کثیری از جمعیت کشور در سنین باروری قرار گرفته اند و نیاز به این برنامه دارند.
- ۴- نیاز شدید گروه های جمعیتی در سنین باروری به استفاده از روش های پیشگیری از بارداری موثر با توجه به تغییر نگرش جامعه در مورد فرزندآوری، فاصله تعداد آن.
- ۵- جلوگیری از بیماری های مقاربتی.
- ۶- جلوگیری از بارداری در گروه های پرخطر
- ۷- درمان نازایی (در آینده جزء برنامه ها خواهد بود)
- ۸- وضعیت شاخص های اصلی برنامه در آخرین تحقیق کشوری (IMES) در سال ۱۳۸۴ عبارت است از:
پوشش کل روش های تنظیم خانواده در منطقه تحت پوشش دانشگاه ۸۲,۳ درصد و در کل دانشگاه ۷۸,۹ درصد می باشد.

شاخص قابل توجه در برنامه سلامت مادران:

۱- مرگ مادران باردار یا MMR، این شاخص به صورت کشوری اندازه گیری میشود در سطح دانشگاهها فقط شمارش مرگ مادر صورت می گیرد (به دلیل مخرج کسر که قابل اندازه گیری نمی باشد). در سال ۱۳۶۵ هیچ نظام اندازه گیری این شاخص در کشور موجود نبود، در سال ۱۳۷۵ بررسی کشوری راموس که همزمان با سرشماری نفوس و مسکن صورت گرفت، میزان این شاخص را ۳۷/۴ در صدهزار تولد نشان داد که از آن پس تنها میزان اعلام شده رسمی همین مقدار سال ۱۳۷۵ است. بنابراین میزان شاخص در کشور در سال ۱۳۷۷ هم ۳۷/۴ در صدهزار است و این آمار در دانشگاه در دسترس نمی باشد. در سال ۱۳۸۷ تعداد مرگ مادران گزارش شده در حوزه دانشگاه ۷ مورد بوده است.

میزان مرگ مادران باردار یا MMR: تعداد مرگ مادران در اثر بارداری و عوارض ناشی از آن در دوران بارداری و ۴۲ روز پس از زایمان در صدهزار تولد می باشد.

فعالیت های برجسته به منظور کاهش شاخص:

از سال ۱۳۸۰ اجرای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به کلیه دانشگاه های کشور ابلاغ شد، به این معنی که در صورت وقوع مرگ مادر در هر منطقه ای از دانشگاه، باید کلیه مراکز بهداشت و بیمارستانها باید پرسنل سریعاً مورد را به ستاد وزارت بهداشت، درمان و بهداشت اطلاع دهند. پرسشنامه ای در مسیر مرگ مادر اعم از محلی که مراقبت

بارداری دریافت کرده، زایمان نموده و یا ... و به هرصورت فوت نموده، تکمیل میشود و سپس در کمیته ای در معاونت درمان بررسی شده و پس از آن در کمیته دانشگاهی با حضور رییس دانشگاه، مدیران گروههای آموزشی، معاونین بهداشت و درمان، آموزش و ... برگزار شده، علت مرگ مادر دقیقاً بررسی و سپس سطح مورد مداخله تعیین میگردد. در سال ۱۳۸۷ کمیته های درمان به تعداد ۴ و کمیته دانشگاهی به تعداد ۴ مورد برگزار گردید و علل مرگ مادران بررسی شد. از مصوبات کمیته های مذکور ارتقاء سطح آگاهی متخصصین زنان و زایمان، بیهوشی، اطفال و پزشکان عمومی در خصوص ترومبوآمبولی در بارداری و پس از زایمان بوده است که مطالب آموزشی با همکاری معاونت بهداشت و گروه زنان تهیه شده است و در حال بازنگری و اصلاح نهایی است که پس از تایید برای گروه هدف ارسال شود.

از دیگر مصوبات برگزاری دوره های آموزشی در خصوص نحوه مواجهه با مادران باردار معتاد به مصرف مواد مخدر بود (دو مورد مرگ مادران در سال ۸۷ با دلیل عوارض مستقیم و غیر مستقیم سوء مصرف مواد بود و پرسنل درمانی نحوه مواجهه با این مادران را نمی دانستند)، در این خصوص اولین سمینار سوء مصرف مواد و بارداری در سال پیش پیش بینی و در سالجاری برگزار گردید. گروه هدف ماماها، پرستاران، پزشکان عمومی، پزشکان متخصص زنان و زایمان، بیهوشی و اطفال بودند که در سمینار مذکور ۱۲۰ نفر به صورت رایگان شرکت نمودند.

از دیگر مصوبات اطلاع رسانی مرگ مادران در سطح وسیع به همه گروههای پزشکی بود که این کار به صورت منظم و ارسال گزارش موردی در سایت پورتال دانشگاه صورت می گیرد.

اقدامات بشمار دیگری نیز صورت گرفته که ذکر آنها طویل بوده و به اهم موارد اشاره گردید.

سایز شاخصهایی که در راستای سلامت مادران به آن توجه شده و اندازه گیری میشود از قبیل شاخص استمرار مراقبت بارداری، پس از زایمان و کامل بودن ارائه خدمات پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان، پوشش مراقبت پیش از بارداری در راستای کاهش مرگ مادران صورت می گیرد که توضیح و تشریح آن ها به زمان دیگر و جای دیگر موكول میگردد.

شاخص مرگ کودک

- سرمایه گذاری در زمینه بهداشت کودکان و مادران نه تنها مرتبط با حقوق بشر است، بلکه یک تصمیم اقتصادی خردمندانه و یکی از مطمئن ترین راهها جهت قرار گرفتن کشور در مسیر دستیابی به آینده ای بهتر می باشد.
- کاهش میزان مرگ و میر کودکان نیازمند دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با بهداشت است - کاهش فقر و گرسنگی (هدف اول)، بهبود وضعیت سلامت مادران (هدف پنجم)، مبارزه با ایدز - مالاریا و بیماریهای عمده (هدف ششم) و بهبود بهداشت در زمینه آب سالم و محیط (هدف هفتم)
- کاهش میزان مرگ و میر زیر پنج سال از ۷/۹ میلیون در سال ۲۰۰۶ به کمتر از ۵ میلیون در سال ۲۰۱۵ (ایران ۲۵ در هر هزار تولد زنده)
- دستیابی به این اهداف نیازمند اراده سیاسی، منابع و راهکارهای کارآمد خواهد بود

شاخص تغذیه

تعیین وضعیت شاخص های تن سنجی کودکان زیر ۶ سال و همچنین وضعیت دسترسی ایشان به خدمات بهداشتی - درمانی بعنوان یکی از مهم ترین شاخص های تعیین وضعیت امنیت غذایی یک منطقه محسوب می گردد و در تحلیل نیازهای مداخلاتی نظیر اجرای برنامه های حمایتی تغذیه ای و اولویت بندی نقاط در معرض نا امنی غذایی کاربرد ویژه ای دارد. همچنین با

شناسائی این نقاط می توان زمینه لازم جهت ارائه مداخلات هدفمند آتی نظیر ارتقاء پوشش و کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی، شناسایی و درمان رایگان کودکان مبتلا به سوء تغذیه و ارتقاء مشارکت های بخش های توسعه محلی را فراهم نمود .

شاخص های تن سنجی :

لاغری Wasting

کوتاه قدی Stunting

کم وزنی Underweight

گروه سنی	شاخص	شهر (تهران)	روستا (تهران)	کل کشور
کودکان ۲۳-۱۲ ماهه	لاغری	۶,۳٪	۵٪	۵٪
	کوتاه قدی	۱۱٪	۱۱٪	۱۵٪
	کم وزنی	۷,۵٪	۶٪	۷-۱۰٪
کودکان ۶ ساله	لاغری	۹٪	۶٪	۶,۵٪
	کوتاه قدی	۶٪	۱۵٪	۱۲٪
	کم وزنی	۴٪	۸٪	۸-۱۲٪

بررسی ملی تعیین وضعیت ریز مغذیها سال ۱۳۸۰

بررسی شاخص های تن سنجی کودکان زیر ۶ سال (۱۳۸۷)

نام منطقه	کم وزنی	کوتاه قدی	لاغری
دانشگاه شهید بهشتی	۶,۳٪	۸,۷٪	۸,۸٪
کشور	۸,۸٪	۹,۸٪	۷٪

مداخلات انجام شده جهت بهبود شاخص ها

اجرای طرح تامین یک وعده غذای گرم در روستامهدهای تحت پوشش با همکاری سازمان بهزیستی

برگزاری جلسات آموزشی جهت مربیان مهدکودکها

برگزاری جلسات آموزشی جهت والدین در روستامهدها

تقویت برنامه های آموزشی برون بخش (آموزش و پرورش ، نهضت سواد آموزی ، کمیته امداد ، شهرداری و فرهنگسراها

و

برگزاری کارگاههای آموزشی بهبود رشد و تغذیه کودکان در ستاد شهرستانها

تهیه رسانه های آموزشی جهت عموم مردم

برگزاری جلسات آموزشی در هسته های بهورزی

برگزاری جلسات آموزشی ویژه رابطین به منظور آموزش به عموم جامعه

برنامه بهداشت سالمندان با رویکرد بهبود شیوه زندگی سالم در سال ۸۷ در شبکه بهداشت پاکدشت و فیروزکوه به اجرا گذاشته شد. طی این برنامه که نسبت به سالهای قبل دستخوش تغییراتی شده فرمهای ۱۴ سواله که توسط اداره سالمندان طراحی شده، برای تعیین مشکلات سلامتی سالمندان ۶۹-۶۰ ساله تحت پوشش رابطین مورد استفاده قرار گرفت و مشکل اولای سلامتی در هر مرکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت تعیین و برنامه آموزشی ویژه هر مشکل اجرا شد.

برای اجرای هر چه بهتر کلاس های آموزشی سوالاتی در حیطه های مشکلات تغذیه ای، کم تحرکی، استخوانها و مفاصل و زندگی شاداب طراحی شده که در قالب ارزشیابی کلاسی (پیش آزمون و پس آزمون) به عمل می آید. محتوای درسی نیز معین است. کلیه مدرسین کلاسها کارگاه طراحی و مهندسی برنامه های آموزشی را طی کرده اند. سالمندان آموزش داده شده پس از ۲ ماه برای تعیین میزان اطلاعات ماندگار و پس از ۴ ماه برای تعیین میزان رفتار پایدار با پرسشنامه های مربوط مورد سنجش قرار می گیرند.

رویکرد دوم برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمندان است که از مهر ماه سال ۸۶ در این دانشگاه نهاده شده است اولین مراکز اجرای این برنامه مرکز بهداشتی درمانی رسول اکرم (ص) لواسان و خانه های بهداشت تابعه در حال اجراست. این برنامه دارای بوکلت چارت، فرم های مراقبت، ارجاع و پیگیری است که توسط اداره سالمندان طراحی شده. کلیه کارکنان مراکز یادشده پس از طی کارگاه مربوط و پس از فراخوان سالمندان منطقه اقدام به ارزیابی مراجعین سالمند نموده اند.

شاخص های تغذیه با شیر مادر			شهید بهشتی			کشور		
شهر	روستا	کل	شهر	روستا	کل	شهر	روستا	کل
۵۰	۹۳	۵۲/۹	۵۶	۵۸	۵۶/۸	درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۴ ماهگی		
۳۴,۵	۵۸	۳۵/۲	۲۷	۲۹	۲۷/۹	درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی		
۱۰,۲	۹,۹	۱۰/۲	۱۰,۶	۱۱	۱۰/۷	میانگین سن قطع شیردهی به کودکان (به ماه)		
-	-	۸۸/۲	-	-	۸۸	درصد تغذیه کودکان زیر ۲۴ ماه با شیر مادر در زمان بررسی		
-	-	۰/۶	-	-	۱۰/۴	درصد کودکان زیر ۲ سال که هرگز شیر مادر نخورده اند		
-	-	۲۵/۶	-	-	۱۵/۴	آگاهی مادر در مورد نحوه صحیح شیردهی		

عملکرد بیمارستانهای دوستدار کودک:

با توجه به پیگیری های بعمل آمده در طول سال تعداد بیمارستانهای دارای لوح دوستدار کودک از ۴۲ مورد در سال ۸۷ به ۴۳ مورد در سال ۸۸ افزایش خواهد داشت و بیمارستانهایی که امتیاز اقدامات دهگانه آنها زیر ۹۰ بوده از ۴ مورد به ۲ مورد کاهش یافته است. میانگین امتیاز اقدامات دهگانه در ۴۲ بیمارستان دوستدار کودک تحت پوشش دانشگاه به ۹۵/۲ رسیده که امتیاز بسیار بالایی است و همچنین با درخواست چاپ پوستر اقدامات دهگانه بیمارستانهای دوستدار کودک در جهت ارتقا اقدام اول و با برگزاری جلسه کارشناسی به منظور اجرای هرچه بهتر کلاسها و کارگاههای آموزشی و تنوع در نوع آموزشها و نمایش فیلم و ارائه آمار کشورهای پیشرفته در این جلسات به حل مشکل پائین بودن امتیازات ۳ و ۲ کمک نموده و ضمناً با هماهنگی های انجام شده با معاونت های درمان و اداره ارزشیابی مقرر شد که بیمارستانهای با امتیاز پایین بطور جدی تر مورد پیگیری تا حل مشکل قرار گیرند. در ضمن با تهیه یک چک لیست، به منظور بررسی میزان اجرای دستورالعمل شروع تغذیه با شیر مادر در

بیمارستانهای دوستدار کودک مقرر شد بطور متوسط از هر مرکز یا شبکه ۳-۲ بیمارستان مورد پایش مستمر قرار گیرد و در صورت نیاز این پایش در سالهای آتی به بقیه بیمارستانها تسریع یابد .

میانگین امتیاز اقدامات دهگانه در بیمارستانهای دوستدار کودک تحت پوشش

دانشگاههای کشور و دانشگاه شهید بهشتی در سال ۸۶

اقدام ۱	اقدام ۲	اقدام ۳	اقدام ۴	اقدام ۵	اقدام ۶	اقدام ۷	اقدام ۸	اقدام ۹	اقدام ۱۰	جمع ۱۰ اقدام
کشور ۸۶	٪۹۲	٪۸۸	٪۸۸	٪۸۸	٪۸۸	٪۹۴	٪۹۲	٪۸۳/۷	٪۹۷	٪۸۶
دانشگاه ۸۷	٪۸۳,۳	٪۸۳,۳	٪۸۸	٪۹۲,۸	٪۹۵,۲	٪۹۷,۶	٪۹۵,۲	٪۹۷,۶	٪۹۷,۶	٪۹۵,۲

منبع: ارزیابی مجدد از وضعیت بیمارستانهای دوستدار کودک

- نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه از نیمه دوم سال ۱۳۸۵ به صورت آزمایشی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور آغاز شد.
- اما تفکیک اطلاعات مرگهای خارج بیمارستانی در پائیز سال ۸۷ صورت گرفت.
- در دانشگاه شهید بهشتی اطلاعات مرگ کودک ۵۹-۱ ماهه از ۴ شبکه و ۳ مرکز بهداشت و ۵۹ بیمارستان خصوصی و دولتی تحت پوشش این مراکز جمع آوری شده است. در طی سال ۸۷ تعداد ۱۹۲ مورد مرگ در سایت مربوطه ثبت شده است که از این تعداد، ۱۷۰ مورد مرگ توسط پرسنل نامه های مربوطه، پرسشگری شده و ۱ اطلاعات آن توسط برنامه نرم افزاری جمع آوری شده است.
- سالانه در دنیا ۱۰۸۰۳۰۰۰ کودک زیر ۵ سال در اثر حادثه و بیماری جان خود را از دست میدهند.
- بیش از ۹۹ درصد این مرگ هادر کشورهای در حال توسعه رخ میدهد.
- بر اساس اهداف توسعه هزاره که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشور های جهان قرار گرفت، نسبت مرگ و میر کودکان در این کشور ها تا سال ۲۰۱۵ میلادی، باید ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یابد.
- UMR در کشورهای در حال توسعه ۸۹ و در کشورهای توسعه یافته ۷ در هر هزار تولد زنده است
- هنوز میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰ استان کشور از میانگین ملی بالاتر است.
- هیچ استانی به هدف مرگ کودکان زیر ۵ سال کمتر از ۲۰ در هزار نرسیده است.

برگزاری سمینار روز جهانی ترویج تغذیه با شیر مادر توسط دانشگاه علوم پزشکی در مرداد ماه سال ۱۳۸۷



واحد آمار و خدمات ماشینی

نگرش های نوین مدیریتی بر این امر واقف می باشد که سرعت تغییرات، پیچیدگی، رقابت سیل عظیم تولید و گردش اطلاعات در عصر حاضر سازمان را ملزم به نگرش مجدد در عملکرد ساختار و فعالیتهای خود می کند. اگر بپذیریم که اطلاعات وسیله و ابزار تعیین کننده تصمیم گیری نقطه اتکای استراتژیک است رساندن اطلاعات صحیح و به موقع به مدیران ارشد و میانی، اجرائی نیاز به ساماندهی داشته و باید رساندن اطلاعات به صورت عملکردی و تا حد ممکن جامع و خلاصه باشد. یکی از دلایل مهم وضعیت نابسامان اطلاعات و آمار در کشور فقدان یک نظام اطلاعات قوی و منسجم می باشد. در اختیار داشتن اطلاعات ضروری ابزار مدیریتی است در حال حاضر عدم وجود پوشش کامل سیستم شبکه در تمامی مناطق تحت پوشش و نیز عدم وجود نظام کارآمد جمع آوری، دسترسی و تحلیل اطلاعات مدیران و تصمیم گیران را در کلیه سطوح با مشکل مواجه نموده است مجموعه تحت پوشش این دانشگاه نیز از این موضوع مستثنی نبوده و نیاز به نظام جامع اطلاعات سلامت کاملاً ضروری است.

در بیان جایگاه آمار و اطلاعات می توان به چند نکته اشاره کرد:

✚ اطلاعات باید طبقه بندی گردد.

✚ جریان داده ها امکان تصمیم گیری های مطمئن را در یک سازمان بهم پیوسته فراهم می سازد.

✚ صحت داده ها از مهم ترین اجزاء نظام اطلاعاتی می باشد.

عملکردی بودن آمار می تواند در کارائی و اثربخشی سیستم موثر بوده و می تواند با تجزیه و تحلیل داده ها آگاهی مدیران را افزایش داده و در کارآمدسازی نظام اطلاعات موثر باشد. از جمله برنامه های این واحد می توان به موارد زیر اشاره نمود :

✚ برنامه کشوری ثبت موارد مرگ بر اساس گواهی فوت استاندارد: این برنامه از سال ۱۳۸۳ در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به اجرا درآمده است، در ابتدا ورود اطلاعات و گزارش گیری از موارد مرگ جمع آوری شده از شبکه ها به صورت متمرکز در معاونت انجام می شد و از سال ۱۳۸۴ با نصب نرم افزار در شبکه ها، داده ها به صورت CD به واحد آمار ارسال، و گزارشگیری در این واحد انجام می شود.

✚ ثبت مراجعین سرپائی: جمع آوری این اطلاعات از طریق فرم های کشوری صورت می پذیرد. از سال ۱۳۸۳ جمع آوری اطلاعات تحت نرم افزار طراحی شده در واحد آمار صورت می گیرد.

اصلاح فرم های آماری جاری: به منظور منطقی کردن و هدفمند نمودن نظام ثبت و جمع آوری داده ها طی هماهنگی های بعمل آمده مدیریت اطلاع رسانی دانشگاه و ادارات مرتبط در معاونت سلامت طرح استاندارد سازی فرم های آماری در دستور کار این واحد قرار گرفته است .

اهم فعالیتها :

- برنامه ریزی جهت یکسان سازی چک لیست خانه های بهداشت
- برنامه ریزی جهت رایانه ای کردن اطلاعات
- تدوین برنامه پنج ساله سلامت استان تهران
- برنامه ریزی جهت برنامه ارسالی از وزارتخانه تحت نرم افزار Access طبق برنامه IHA
- برنامه ریزی جهت برنامه کشوری ثبت مرگ و میر
- تهیه بسته آموزشی واحد آمار
- هماهنگی با کلیه واحدهای ستادی جهت کددارکردن فرم های آماری و حذف فرم های موازی در سیستم
- تهیه و تنظیم فرمهای بهداشتی سازمان مدیریت و برنامه ریزی .
- هماهنگی با معاونت پشتیبانی دانشگاه جهت ارسال اطلاعات هیئت امناء
- هماهنگی و جمع آوری اطلاعات از واحدهای ستادی جهت یکسان سازی برد سرپرست مراکز بهداشتی درمانی .
- طرح بررسی نحوه ارتقاء چرخه ثبت و جمع آوری اطلاعات در واحد آمار .
- طرح بررسی عملکرد پزشکان عمومی در زمینه ثبت صحیح "دفتر ثبت مراجعین به پزشک" .
- برآورد جمعیت شهری شهرستان و شهر تهران بر حسب ، جنس ، سن و منطقه سکونت براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ .
- برآورد جمعیت سرباری و سالمندان شهری شهرستان و شهر تهران براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ .
- رسم هرم سنی جمعیت تحت پوشش دانشگاه سال ۸۷ (شهری - روستایی - کل - کشوری) .
- جمع بندی ، تهیه و چاپ عملکرد مقایسه ای معاونت بهداشت سال ۸۶-۸۷ .
- تهیه گزارش تحلیلی از آمار مراجعین سرپایی (یکساله ۸۷-۸۶ و سه ماهه اول و سه ماهه دوم سال ۸۷)
- یکسان سازی برد اطلاعاتی مسئولین مراکز .
- یکسان سازی برد اطلاع رسانی واحد آمار .

جدول تقسیمات کشوری شهید بهشتی

شهرستان	تعداد بخش	تعداد شهر	تعداد دهستان	نام شهر	روستای دارای سکنه	روستای فاقد سکنه
تهران	۳	۳	۴	تهران - بومهن - پردیس	۵۹	۹
شمیرانات	۲	۳	۳	لواسان - فشم - تجریش	۹۷	۷۱
پاکدشت	۲	۲	۶	پاکدشت - شریف آباد	۹۴	۳۷
ورامین	۴	۴	۸	ورامین - پیشوا - جوادآباد - قرچک	۸۱	۱۱
دماوند	۲	۵	۵	کیلان - آبسرد - دماوند - رودهن - آبلعی	۱۵۳	۶۳
فیروزکوه	۲	۲	۵	فیروزکوه - ارجمند	۴۸۴	۱۹۱
جمع کل	۱۳	۱۹	۳۱			
کل استان	۳۵	۵۵	۱۰			

منبع: سرشماری عمومی نفوس و مسکن - مرکز آمار سال ۱۳۸۵.

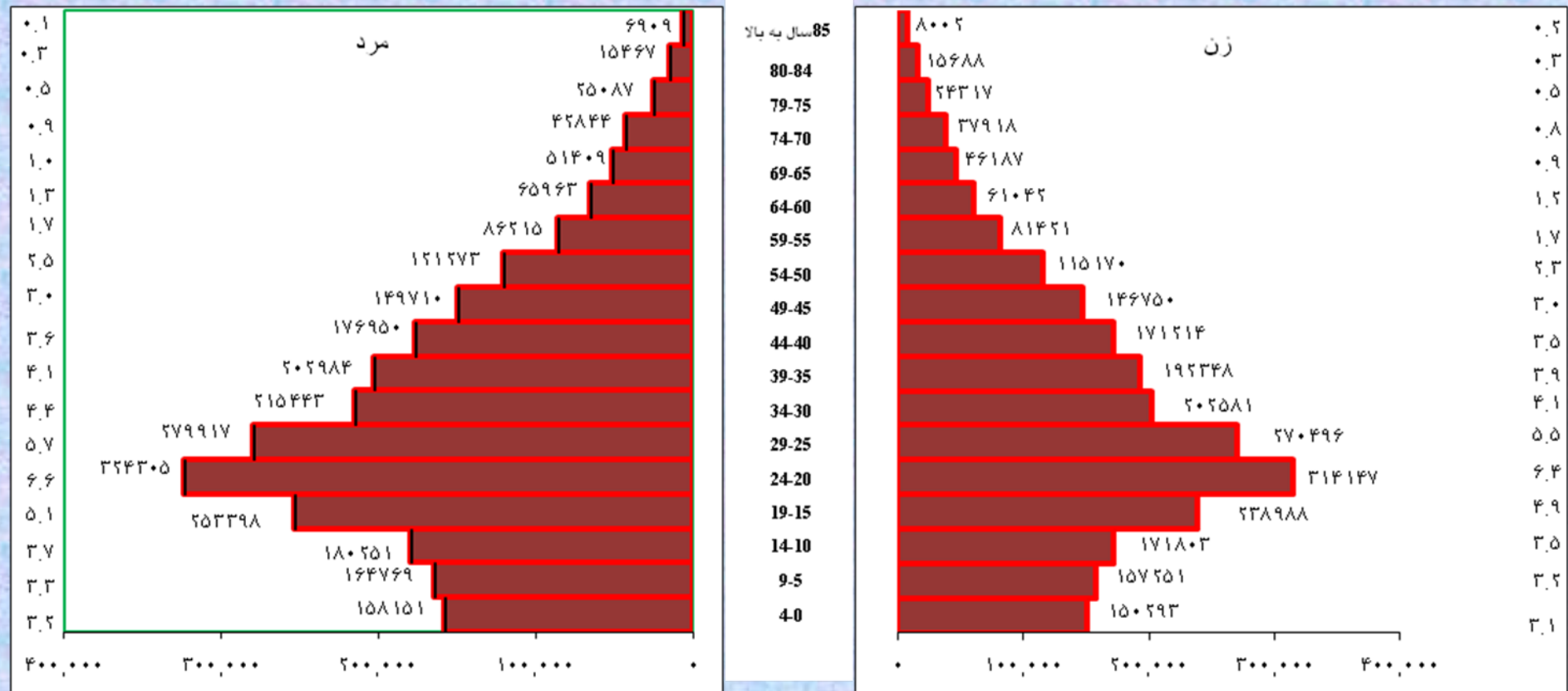
جدول برآورد جمعیت مناطق تحت پوشش دانشگاه شهید بهشتی شهری – روستایی سال ۱۳۸۸

سال ۸۸									شهرستان
روستایی			شهری			جمع			
زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	
۰	۰	۰	۹۶۸۰۶۵	۱۰۱۱۵۶۱	۱۹۷۹۶۲۶	۹۶۸۰۶۵	۱۰۱۱۵۶۱	۱۹۷۹۶۲۶	شمال
۰	۰	۰	۸۷۱۳۲۸	۹۱۰۴۷۸	۱۷۸۱۸۰۶	۸۷۱۳۲۸	۹۱۰۴۷۸	۱۷۸۱۸۰۶	شرق
۶۷۰۳	۸۱۴۸	۱۴۸۵۱	۱۱۳۶۰	۱۳۳۸۹	۲۴۷۴۹	۱۸۰۶۳	۲۱۵۳۷	۳۹۶۰۰	شمیرانات
۰	۰	۰	۲۰۴۳۹۹	۲۱۳۵۸۳	۴۱۷۹۸۲	۲۰۴۳۹۹	۲۱۵۳۸۳	۴۱۷۹۸۲	شمیرانات منطقه ۱ شهری
۱۱۲۰۱	۱۲۸۹۴	۲۴۰۹۵	۳۸۲۴۸	۴۱۳۴۹	۷۹۶۴۲	۴۹۴۴۹	۵۴۲۸۱	۱۰۳۷۳۷	دماوند
۴۷۵۰۹	۵۲۸۴۹	۱۰۰۳۵۸	۷۲۰۳۵	۷۷۳۸۷	۱۴۹۴۲۲	۱۱۹۵۴۴	۱۳۰۲۳۶	۲۴۹۷۸۰	پاکدشت
۹۰۷۶	۱۰۱۲۲	۱۹۱۹۸	۱۰۵۰۳	۱۰۲۲۵	۲۰۷۲۸	۱۹۵۷۹	۲۰۴۳۷	۳۹۹۲۶	فیروزکوه
۵۰۴۸۴	۵۵۷۶۲	۱۰۶۲۴۶	۲۲۹۶۶۹	۲۴۳۰۳۵	۴۷۲۷۰۴	۲۸۰۱۵۳	۲۹۸۷۹۷	۵۷۸۹۵۰	ورامین
۱۲۴۹۷۳	۱۳۹۷۷۵	۲۶۴۷۴۸	۲۴۰۵۶۰۷	۲۵۲۱۰۵۲	۴۹۲۶۶۵۹	۲۵۳۰۵۸۰	۲۶۶۰۸۲۷	۵۱۹۱۴۰۷	جمع کل
۶۷۰۳	۸۱۴۸	۱۴۸۵۱	۲۱۵۷۵۹	۲۲۶۹۷۲	۴۴۲۷۳۱	۲۲۲۴۶۲	۲۳۵۱۲۰	۴۵۷۵۸۲	جمع شهرستان شمیرانات + منطقه ۱ شهری

• بخشی از جمعیت منطقه ۱۵ تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران است .

منبع : سرشماری نفوس و مسکن سال ۸۵

هرم سنی جمعیت شهری دانشگاه شهید بهشتی سال ۸۸



منبع: نتایج سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ مرکز آمار
استخراج: واحد آمار معاونت بهداشتی

جدول اطلاعات واحدهای تابعه معاونت بهداشت در سال ۱۳۸۸

نام شهرستان	خانه بهداشت			مرکز روستائی			مرکز شهری			پایگاه بهداشتی (ضمیمه + غیر ضمیمه)		
	طبق طرح	موجود	کسری	طبق طرح	موجود	کسری	طبق طرح	موجود	کسری	طبق طرح	موجود	کسری
شمال	-	-	-	-	-	-	۲۵	۲۱	۴	۱۲۰	۱۱۳	۷
شرق	-	-	-	-	-	-	۲۳	۲۳	-	۱۱۰	۱۰۳	۷
شمیرانات	۲۳	*۲۴	-	۲	۲	-	۱۲	***۱۳	-	۳۸	۲۰	۱۸
ورامین	۳۹	۳۴	۵	۵	۵	-	۱۲	۱۳	-	۴۰	۲۹	۱۱
فیروزکوه	۱۸	۱۸	-	۴	۴	-	۱	۱	-	۲	۱	-
پاکدشت	۲۵	۱۶	۹	۳	۲	۱	۷	۶	۱	۲۰	۱۳	۷
دماوند	۲۶	*۲۷	-	۱	۱	-	۴	۴	-	۵	۶	-
جمع کل	۱۳۱	۱۱۹	۱۴	۱۵	۱۴	۱	۸۴	۸۱	۵	۳۳۵	۲۸۵	۵۰

جدول اطلاعات واحدهای شبانه روزی تابعه معاونت بهداشتی در سال ۱۳۸۸

نام شهرستان	شمال	شرق	شمیرانات	ورامین	فیروزکوه	پاکدشت	دماوند	جمع کل
نوع واحد								
درجه ۱ ***	۰	۰	۲	۱	۰	۱	۰	۴
درجه ۲ ****	۰	۰	۲	۱	۱	۰	۲	۶

*در شمیرانات و دماوند ۲ خانه بهداشت به دلیل شرایط منطقه خارج از طرح فعال می باشند.

**به علت شرایط خاص منطقه میگون ۱ مرکز خارج از طرح فعال است.

***درجه ۱: جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر

****درجه ۲: جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر

منبع: واحد گسترش شبکه ها

جدول مراجعات به واحدهای بهداشتی درمانی – معاونت بهداشتی

عنوان شاخص	سال ۸۷
مراجعات پزشکی به مراکز	۹۴۲۳۴۷
مراجعات دندانپزشکی	۱۳۳۵۵۶
مراجعات مامائی	۲۱۷۰۲۴۲
مراجعات به تزریقات	۲۶۳۰۲۴
مراجعات به پانسمان	۱۵۰۲۵
مراجعات به داروخانه	۷۲۱۶۳۷

جدول ده علت اول مرگ در سال ۸۷

ردیف	علت مرگ	تعداد مرگ روستائی سال ۸۷	تعداد مرگ شهری سال ۸۷	جمع
۱	بیماریهای قلبی و عروقی	۲۳۶	۴۴۰	۶۷۶
۲	سرطانها و تومورها	۴۵	۷۱	۱۱۶
۳	حوادث غیر عمدی	۳۲	۵۶	۸۸
۴	بیماریهای روانی و اختلال رفتاری	۳۹	۴۷	۸۶
۵	علائم و حالات بد تعریف شده	۲۸	۳۲	۶۰
۶	بیماریهای دستگاه تنفسی	۱۳	۳۵	۴۸
۷	بیماریهای دستگاه گوارش	۶	۲۱	۲۷
۸	بیماریهای دستگاه ادراری و تناسلی	۷	۱۶	۲۳
۹	بیماریهای غدد ، تغذیه و متابولیک	۸	۱۳	۲۱
۱۰	بیماریهای دوران حول تولد	۸	۹	۱۷
کل مرگ (در ده علت اول)		۴۲۲	۷۴۰	۱۱۶۲
کل مرگ شهری و روستایی با محاسبه ده علت اول		۱۲۴۳		

واحد بهداشت

دهان و دندان

واحد بهداشت دهان و دندان در راستای ارتقای سطح سلامت دهان و دندان جامعه تحت پوشش در قالب برنامه های پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان و درمان زودهنگام پوسیدگی های اولیه و بیماری لثه ، در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش و همچنین آموزش مردم در رده های مختلف سنی در محلهای قابل دسترس فعالیت می نماید .

رعایت بهداشت دهان و دندان در راستای حفظ دندانها و لثه سالم در سلامت عمومی افراد تاثیرگذار می باشد . پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان که شایعترین موارد آن پوسیدگی دندان و بیماری لثه است مقرون به صرفه می باشد . همچنین درمانهای زودهنگام پوسیدگیهای اولیه و بیماریهای لثه در افراد مستعد و آسیب پذیر جامعه از تحمیل هزینه های سنگین درمانی به مردم و دولت جلوگیری می نماید.

در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی ، دندانپزشکان شاغل به آموزش با اولویت گروه هدف ، ارائه خدمات کشیدن دندانهای عفونی ، ترمیم دندانهای پوسیده ، جرمگیری ، فیشورسیلانت ، فلوراید تراپی در مراکز ، آموزش به مراجعین واحد بهداشت خانواده ، بازدید از مدارس ، معاینه دهان و دندان دانش آموزان مدارس ، و بازدید از خانه بهداشت و پایش عملکرد بهورز می پردازند .

اهمیت برنامه های واحد بهداشت دهان و دندان :

دربرسی انجام شده توسط اداره سلامت دهان و دندان در سال ۸۲ و تعیین میزان DMFT ، dmft در کودکان ۳ ، ۶ ، ۹ ، ۱۲ ساله ایرانی کشور مشخص گشت توجه به پیشگیری از پوسیدگی دندانی در اولویت می باشد. هر کودک ایرانی ۳ ساله به طور متوسط حدود ۲ دندان پوسیده دارد که در سن ۶ سالگی به ۵ دندان پوسیده می رسد و هر کودک ۱۲ ساله ایرانی به طور متوسط حدود ۲ دندان پوسیده دائمی دارد .

دربرسی انجام شده توسط اداره سلامت دهان و دندان در سال ۸۰ و تعیین میزان CPI ، در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ ساله درصد جمعیت دارای پریودنشیوم سالم ۹٪ می باشد و در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله ۱/۴ درصد جمعیت دارای پریودنشیوم سالم می باشند و همچنین در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله ۱۰ درصد جمعیت نیازمند مراقبتهای تخصصی دندانپزشکی (جراحی لثه) می باشند . این درحالی است که در ۵۳٪ این افراد ، بیماری وارد مراحل پیشرفته خود شده است که ادامه آن موجب ازدست رفتن دندانها خواهد شد .

جدول وضعیت واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشت دهان و دندان – ۱۳۸۷

کل	فیروزکوه	دماوند	پاکدشت	ورامین	تفرق	شمال	تیمبرناز	مرکز بهداشت شهرستان / شبکه بهداشت و درمان	وضعیت مراکز بهداشتی درمانی
۹۵	۵	۷	۷	۱۷	۲۳	۲۱	۱۵	کل مراکز بهداشتی درمانی	
۷۱	۵	۷	۷	۸	۱۴	۲۰	۱۰	مراکز دارای واحد بهداشت دهان و دندان	
۴۸	۲	۵	۴	۶	۹	۱۴	۸	مراکز دارای واحد بهداشت دهان و دندان فعال	
۵۰	۱	۱	-	-	۷	۷	۷	رسمی	دندانپزشک
	۲	۴	۴	۴	۳	۷	۳	طرحی	





واحد امور داروئی

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 شامل انبارهای دارویی ستاد و مراکز، داروخانه های مراکز بهداشتی و درمانی، خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی باید مطابق با اصول صورت پذیرد. واحد امور دارویی خدمات تهیه، نگهداری و توزیع دارو، نظارت بر فعالیت های واحدهای ارائه دهند خدمات شامل ۷ واحد ستاد و ۵۶ داروخانه فعال ۶ داروخانه شبانه روزی و ۱ داروخانه پاره وقت (که توسط ۲۰ داروساز و ۵۶ تکنسین دارویی اداره می شود) و انبار دارویی معاونت و ۷ مرکز بهداشت تابعه و کلیه خانه های بهداشت و پایگاه ها را نظارت می نماید.

در این راستا برنامه ریزی به منظور نظارت دقیق بر کارکرد همه واحدهای ارائه دهنده دارواز جمله، انبار دارویی از جهت سفارش به موقع دارو، نظارت بر مراکز بهداشتی درمانی 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. از جمله برنامه های این واحد به موارد زیر می توان اشاره نمود:

- ✚ مطالعه و بررسی نیازهای دارویی و اقلام بهداشتی براساس وضعیت اپیدمیولوژیکی منطقه
- ✚ تدارک و توزیع دارو براساس پروتکل های درمانی مورد عمل، تعداد گروه های آسیب پذیر، بیماری های بومی و فصلی و دستورالعمل های ابلاغی
- ✚ همکاری درخصوص بررسی علمی نسخ استانی و مشارکت در تدوین الگوها و دستورالعمل های تجویز و مصرف منطقی دارو
- ✚ طراحی و برگزاری کارگاههای آموزشی به منظور ارتقاء کیفی تجویز و مصرف منطقی دارو

جدول شاخص های مقایسه ای واحد امور دارویی

دوره گزارش			فعالیت یا شاخص
سال ۸۷	سال ۷۷	سال ۶۵	
۲,۶۵	-	-	میانگین اقلام تجویزی

واحد بهداشت سلامت نوجوانان و مدارس

کودکان، نوجوانان و جوانان سرمایه های اصلی هر کشور برای دستیابی به توسعه ملی اجتماعی سیاسی، فرهنگی و محور اصلی برنامه های بهداشتی و درمانی و آموزشی بشمار می آیند چرا که آینده هر کشوری در دست کودکان، نوجوانان و جوانان کنونی خواهد بود، لذا سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی آنها با یافتن اختلالات جسمی، روانی اهنجاریهای اجتماعی و همچنین پیش گیری، درمان بموقع، متضمن سلامت و سعادت جامعه آینده بوده و از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

کشور ما ایران نیز با عنایت به اینکه یکی از جوانترین جمعیت های جهان را دارا می باشد، بطوریکه بیش از یک سوم جمعیت آن را گروه های سنی ۲۴ - ۶ سال تشکیل می دهد و اکثر قریب به اتفاق آنها نیز در حال تحصیل و در معرض مخاطرات جسمی، رفتاری و اجتماعی ویژه این سنین بوده و ارائه خدمات بهداشتی، ارتقاء آگاهی و دانش بهداشتی و تقویت رفتارهای مثبت بهداشتی از بروز بیشتر این مخاطرات جلوگیری می نماید.

بنابراین، آموزش و ارتقاء سلامتی آنها از مهمترین چالشهای برنامه های توسعه کشور است.

همچنین تامین، حفظ و ارتقاء تندرستی آنها برای سلامت خانواده و جامعه در حال و آینده اصلی مهم، اساسی و ضروری است و از طرفی دیگر، هم بستر مدرسه که دانش آموزان ساعات زیادی از عمر خود را در آن محیط می گذرانند بهترین و مناسبترین موقعیت برای ایجاد دانش، آگاهی و بهبود نگرش و عملکرد بهداشتی آنان بحساب می آید که بایستی درکنار توجه به سایر کودکان و نوجوانان غیر شاغل به تحصیل مد نظر قرار گرفته و در تدوین برنامه های توسعه بهداشتی و درمانی مورد عنایت و توجه ویژه ای قرار گیرد و به همین جهت و در کنار تمام فعالیتهای فعال نمودن خود دانش آموزان، والدین، مربیان و معلمان آنها در جهت سلامتی خود و جامعه در حال و آینده یکی از ضروری ترین مسائلی است که باید در برنامه های جاری نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بخش بهداشت، آموزش و پرورش و سایر ارگانهای ذیربط مورد عنایت و پیگیری قرار گیرد.

تعریف بهداشت مدارس :

بهداشت مدارس مجموعه فعالیتهای را شامل می شود که بصورت مستمر و پیوسته در سنین مدرسه (۶-۱۸ سال) در راستای تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان و اولیاء آنها انجام می گیرد و از طریق آن وضعیت سلامت جسمی، فکری، روانی، عاطفی و اجتماعی دانش آموزان، اولیاء آنها و فضای فیزیکی و روانی مدرسه نیز، بررسی، کنترل و اصلاح می شود. بهداشت مدارس در کشورهای مختلف :

توجه به ضرورت و اهمیت بهداشت مدارس در کشورهای مختلف جهان همزمان نبوده و از نظر تاریخی و کیفیت عمل از تنوع برخوردار است. شاید فرانسه اولین کشوری باشد که همراه با طرح آموزش علمی خود، یک ماده نیز به مسئله بهداشت مدارس اختصاص داد و در سال ۱۷۹۳ که این طرح را تصویب و یک نفر پزشک نیز به عنوان مسئول بهداشت مدارس آن انتخاب گردید. در کشور هلند، بهداری آموزشگاهها در سال ۱۸۶۸ با استخدام دو نفر پزشک پایه گذاری و شروع بکار کرد و سپس در سال ۱۹۰۱ با اعلام تعلیمات اجباری، شهرداری موظف به سازمان دهی اداره بهداری آموزشگاهها شد، در سال ۱۹۴۲ که اولین قانون مربوط به بهداشت مدارس به تصویب رسید این سازمان جوان به سرعت گسترش یافت به نحویکه حدود ۲۱۰ پزشک بصورت شبانه روزی به امور بهداشتی کودکانها و دبستانها رسیدگی کرده و تحت نظر شهرداریها فعالیت می نمایند. در ایالات متحده امریکا ویلیام الکوت (V.ALCOT) در سال ۱۸۲۹ راجع به مشخصات ساختمان مدارس مقاله ای نوشت و در این مورد نظرات تازه ای ابراز کرد. پس از وی هوراس من (HORACE MAN) در سال ۱۸۵۰ نیز تدریس مسائل شناخت اعضاء و فیزیولوژی بعضی از قسمتهای بدن انسان را به زبان ساده برای دانش آموزان ابتدائی توصیه کرده و مدتی نیز خود به آموزش این مطالب پرداخت.

در سال ۱۸۹۴ ساموئل دارگین (DARGIN) معاینات عمومی دانش آموزان را در مدارس شهر بوستون آغاز کرد که بدنبال آن با اجرای این برنامه در سال ۱۸۹۵ در شیکاگو و ۱۸۹۸ در مدارس نیویورک توجه کلی و فراگیر نسبت به بهداشت دانش آموزان در بیشتر ایالات متحده امریکا صورت گرفته و رسمیت یافت به نحوی که در سال ۱۹۸۳ حدود ۲۰۰۰۰ نفر کاردان آموزش

بهداشت به مراقبت بهداشتی دانش آموزان و تدریس مسائل بهداشتی مختلف در مدارس امریکا اشتغال داشته و به تدریج بر کم و کیف تعداد خدمات آنان افزوده شده است. در بعضی از ایالات، بهداشت مدارس زیر نظر شهرداری و در برخی دیگر وابسته به وزارت آموزش و پرورش اداره می‌شود و در ایالاتی نیز پزشکان عمومی بطور نیمه وقت به کار مراقبت بهداشتی دانش آموزان اشتغال دارند. در انگلستان آغاز کار بهداشت مدارس از سال ۱۹۰۷ و تحت نظارت ادارات آموزش محلی به وجود آمد و سپس با ایجاد سازمان عظیم بهداشت و طب عمومی یا ملی، بهداشت مدارس باز هم وابستگی خود را با آموزش و پرورش حفظ کرد و تنها ایجاد ارتباط بین بهداشت ملی و بهداری آموزشگاهها بود که مورد توجه مسئولین امور قرار گرفت. در آغاز کار، وظایف بهداری آموزشگاهها کشف نقایض عضوی دانش آموزانی بود که مشکلی در کار تحصیل داشتند. ولی بعداً این وظیفه توسعه یافته و تمام مسائلی را که به نحوی با سلامت و بهداشت جسمی کودکان در ارتباط بود، فراگرفت در این برنامه معاینه عمومی دانش آموزان توسط پزشک مخصوص بهداشت مدارس بعنوان کار مراقبتی آغاز می‌شود. به جز پزشک یک نفر کاردان یا پرستار بهداشتی مدرسه نیز همکاری می‌کند و با تکرار این معاینات و ثبت و ضبط نتایج آن در پرونده بهداشتی دانش آموزان این پرونده از اساسی‌ترین منابع مورد استناد به سوابق بهداشتی و درمانی وی قرار گرفته و به عنوان مآخذ موثق می‌تواند مورد استفاده افراد مختلفی که نیازمند به داشتن سوابق قبلی وی هستند قرارگیرد.

تاریخچه بهداشت مدارس در ایران :

توجه به بهداشت مدارس در ایران از سال ۱۲۹۳ شمسی شروع می‌شود که هیاتی متشکل از پزشکان ایرانی و اروپایی با تاسیس تشکیلاتی بنام مجلس حفظ الصحة برای مراقبت از بهداشت عمومی بوجود آوردند. در اواخر همین سال دکتر علی اکبر خان (اعتماد السلطنه) به سمت مفتش صحی مدارس منصوب شد. در سال ۱۳۰۴ شمسی صحیه مدارس به عنوان یک واحد مشخص به وزارت معارف معرفی و وابسته به آن گردید. این واحد دارای قسمتهای کحالی معاینات بهداشتی دانش آموزان و آموزش بهداشت بود. در سال ۱۳۱۵ صحیه مدارس بنام بهداری آموزشگاهها تغییر اسم یافت و در سال ۱۳۱۸ بهداری آموزشگاهها ضمیمه اداره کل دانشکده پزشکی و بیمارستانها شد. در سال ۱۳۲۰ دوباره به عنوان دفتر کل بهداری آموزشگاهها به تشکیلات وزارت معارف پیوست و پس از آن به اداره کل بهداری آموزشگاهها تغییر نام داد. اما این دگرگونیهای اسمی چیزی را بر محتوای خدماتی اش نیفزود و بویژه توجه به مسایل بهداشتی و مراقبتی دانش آموزان نیز تحت الشعاع آن قرار گرفت، چرا که از نیروی انسانی توانمند میان رده‌ای که بتواند پاسخگوی نیازهای بهداشتی دانش آموزان باشد تهی بود. در سال ۱۳۵۰ برای پر کردن این خلاء مدارس عالی بهداشت مدارس تاسیس شد این مدارس در چهار استان خراسان، اصفهان، آذربایجان شرقی، فارس و علاوه بر آنها در تهران ابتدا بصورت داوطلب و سپس از طریق کنکور عمومی با مقطع تحصیلی فوق دیپلم اقدام به پذیرش دانشجوی کرده و آموزش یافتگان خود را که غالباً دختر هم بودند به عنوان مربی بهداشت و باپست سازمانی مراقب بهداشت در اداره کل بهداری آموزشگاهها که به اداره کل بهداشت مدارس تغییر نام یافته بود پذیرفت. تعداد این نیروی میان رده‌بی که غالباً پس از فراغت از تحصیل جذب آموزش و پرورش شده بودند در تمام مملکت بالغ بر هفت هزار نفر می‌باشد.

در اردیبهشت ۱۳۵۸ همه آنها همراه با سایر پرسنل پزشکی و فنی اداره کل بهداشت مدارس از وزارت آموزش و پرورش منتزع و به وزارت بهداری ملحق شدند. در طی سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۶۳ این حرکت تازه با برنامه ریزیهای اصولی می‌رفت که ثبات و ثمر نزدیک شود و بهداشت مدارس در قالب و شکل علمی و اصولی خود مقام و منزلتی پیدا کند که متأسفانه در سال ۱۳۶۳ بدلیل تغییر در سیاستهای بهداشتی کشور که گسترش و ارتقاء خدمات بهداشتی برای کودکان زیر ۵ سال را در اولویت بیشتر نسبت به خدمات بهداشتی دانش آموزان قرار می‌داد از خدمات مراقبین بهداشت مدارس در کلینیک های مادر کودک استفاده شد و خدمات بهداشت مدارس به صورت حاشیه‌ای و لرزان جزو وظایف آنان شد. بدلیل مشکلاتی که در این مساله به بار آورد دوباره ۵-۶ سال بعد یعنی در پایان ۱۳۶۹ با پیگیری آموزش و پرورش و با توجه به طرح و تصویب موضوع در مجلس شورای اسلامی

اکثریت مراقبین بهداشت به وزارت آموزش و پرورش انتقال یافته و مجدداً تحت مدیریت مسئولین آموزش و پرورش به مشغول خدمت گردیدند. پس از این تغییر و تحولات نهایتاً در سال ۷۳ مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضمن برسیهایی که کردند، به این نتیجه رسیدند که بایستی فعالیتهای بهداشت مدارس در سطح استانها، شهرستانها با جدیت بیشتری مورد توجه قرار گیرد و تشکیلات مستقلی در داخل ستاد وزارت بهداشت و مراکز استانها و شهرستانها تولید مستقیم این امر را عهده دار و امور مربوطه را سیاست گذاری، برنامه ریزی و اجرا نماید، براین اساس دفتر بهداشت مدارس در اواخر سال ۷۲ در وزارت بهداشت تشکیل و به صورت مستقل امورات مربوطه را پیگیری نمود تا اواخر سال ۷۸ این وضعیت ادامه داشت تا اینکه در سال ۷۹ موضوع ادغام دفاتر بهداشت مدارس، دهان و دندان و آموزش بهداشت در اداره ای واحد یکی از مباحث مطرح در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و متأسفانه علی رغم سنخیت کاری این اجزاء باهم در اواخر همان سال بهداشت مدارس با بهداشت دهان و دندان به صورت عملی ادغام گردید و... در همان سال معاونین بهداشتیو مسئولین بهداشت مدارس دانشگاههای علوم پزشکی با احساس مسئولیت تمام عدم رضایت خود از این موضوع اثراثریان بار آنرا طی نشست ها و مکاتبات مختلف با مسئولین ارشد وزارت بهداشت درمیان گذاشته و پس از پیگیری های متعدد رضایت مسئولین ذیربط آن را جلب و ایشان قول دادند تا نسبت به تعیین جایگاه مستقل بهداشت مدارس در ساختار جدید وزارت بهداشت و تعمیق و ارتقاء آن تلاش نموده و موافقت مسئولین سازمان مدیریت و برنامه ریزی را در این خصوص جلب نمایند، و خوشبختانه به قول خود وفا نموده و در تشکیلات جدید ضمن توسعه ماموریتهای قبلی و پیش بینی ماموریت های جدید دفتر سلامت مدارس و جوانان را در اواخر سال ۸۰ جایگزین دفتر بهداشت مدارس و دهان و دندان قبلی نموده و هم اکنون این دفتر با ادارات و گروه های تخصصی مختلف (سلامت محیط مراکز آموزشی، جوانان و دانش آموزان، روان، دهان و دندان، پیشگیری از سوء مصرف مواد) ماموریتهای محوله را طراحی، برنامه ریزی می نماید. البته یاد آوری می نماید مسائل مربوط به بهداشت مدارس در وزارت آموزش و پرورش نیز مورد پیگیری قرار می گیرد در آن وزارتخانه با توجه به برنامه کلان سلامت مدارس با هماهنگی و همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه های بهداشت مدارس و جوانان توسط مراقبین بهداشتی در مدارس دارای مراقب بهداشت مورد پیگیری قرار می گیرد.

تاریخچه بهداشت مدارس در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی :

وضعیت بهداشت مدارس در سطح استان نیز به تبعیت از وضعیت کل کشور دستخوش نوسانات مختلفی بوده است و بعد از انقلاب با توجه به تغییر سیاستهای بهداشتی کشور و توجه بیشتر به سلامت و مراقبت کودکان زیر ۵ سال، تمام فعالیتهای بهداشتی به این جهت سوق داده شده اند و متأسفانه به سلامت مدارس و دانش آموزان آنطوریکه شایسته نظام مراقبتهای بهداشتی درمانی اولیه بوده کمتر عنایت شده است و این امر تحت الشعاع سایر برنامه ها قرار گرفته است، تا اینکه در اواخر سال ۷۲ با توجه به بررسیهای کارشناسان وزارت بهداشت مبنی بر عدم توجه جدی به سلامت دانش آموزان و مدارس در مدارس روستائی و فاقد مراقب بهداشت و حواشی شهرها، مقررگردید ضمن انفکاک برنامه های بهداشت مدارس از بهداشت خانواده، اداره مستقلی در سطوح ستادی اعم از سطح وزارت خانه، دانشگاههای علوم پزشکی و مراکز شهرستانها، تولید سیاست گذاری، برنامه ریزی و اجراء برنامه های بهداشت مدارس را عهده دارشوند. به دنبال این سیاست جدید، واحد بهداشت مدارس در حوزه معاونت های بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی شهید بهشتی در مهرماه ۷۳ ایجاد و پس از آن در مراکز بهداشت شهرستانها نیز واحد بهداشت مدارس مستقر گردید. بنابراین با توجه به مبانی کلی ارتقاء سلامت که عبارت از اجرای مسایلی غیر درمانی با تکیه بر عامل رفتارپذیری انسان و توانمند ساختن او در جهت ایجاد عادات مطلوب و فراهم کردن شرایط مناسب محیط زیستی است و این مهم هم در دو بستر بسیارمهم خانواده و مدرسه شکل گرفته و در جامعه نیز تثبیت می یابد و در این میان مدرسه باتوجه به مشخصات خاص خود دارای جایگاه ویژه و منحصر به فردی می باشد، در این راستا ضرورت شناخت و بکارگیری بهداشت مدارس و ارتقاء سلامت جمعیت دانش آموزی، نوجوانان و جوانان بعنوان یک حلقه مهم و استراتژیک در زنجیره حرکت بهداشت

و پیوسته به حلقه بنیادی و مقدم آن یعنی بهداشت و مراقبت کودکان زیر ۵ سال یک اولویت بسیار مهم سازمانهای متولی سلامت جامعه به شمار می آید. تا با اجرای یک سلسله خدماتی که نیازهای مهم بیولوژیکی، روانی و اجتماعی دانش آموزان را در بر گرفته و از این رهگذر می تواند ادامه حیات موثر و پیشرفت سالم کودک را تا سن بلوغ و مراحل بعدی رشد و تکامل تامین کند. به طوریکه در یکی از کمیته های یونسکو این مطلب یادآوری شده است که: اولین هدف از آموزش ابتدائی، بهبود رشد کودک، شکوفا نمودن استعدادهای وی و برقراری عادات بهداشتی مناسب و درست برای او می باشد. آموزش و یادگیری قلب تپنده و شریان حیاتی است برنامه های ارتقاء سلامت است و بین تندرستی و تعلیم و تربیت پیوند دیرینه ای وجود داشته و این دو از هم جدایی ناپذیر بوده و وجود معنی دار و هدفمند هر کدام مقوم دیگری بود و وابسته به یکدیگر هستند. برنامه های آموزشی و تربیتی زمانی موثر و کار آمد خواهند بود که شیوه های زیست بهتر، کاراتر و موثر را به فراگیران خود به ارمغان آورد که نتیجه آن سلامت فکر، جسم، روان، عاطفه و احساسات فرد دانش آموز و نوجوان بوده باشد به طوریکه او به تواند زندگی فرح بخشی را تجربه نماید. همین طور زمانی محتوای غنی تربیتی و آموزشی می تواند اثربخش و کارآمد بوده باشد که در محیطی سالم هم از بعد فیزیکی و هم از ابعاد روانی و عاطفی سالم و مطلوب بوده و توسط انسانهای سالم نیز عرضه شود.

فعالیت های انجام شده در واحد مدارس

همکاری در اجرای طرح تدوین برنامه عملیاتی برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله با همکاری وزارت بهداشت.

شرکت در جلسات UNFPA به منظور اجرای طرح تدوین برنامه عملیاتی برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله با همکاری وزارت بهداشت.

انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه در رابطه با طرح تدوین برنامه عملیاتی "برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله" با مسئولین و نمایندگان سازمانهای ذیل:

انجمن زنان و مامایی، دفتر اجتماعی وزارت کشور، اداره سلامت روان، اداره سو مصرف مواد، مرکز تحقیقات باروری و لیعصر، دبیرخانه تحقیقات کاربردی، فدراسیون آمادگی جسمانی، بسیج دانش آموزی، اداره غدد متابولیک، مرکز توسعه و گسترش شبکه، انجمن زندگی مثبت ایرانیان، معاونت اجتماعی وزارت کار، سازمان تربیت بدنی، انجمن تغذیه ایران، سازمان بهزیستی، وزارت آموزش و پرورش.

کلیه فعالیتهای مربوط به سایت جوان سالم (جذب یک پزشک و مصاحبه جهت عقد قرارداد- هماهنگی با وزارت بهداشت و UNFPA).

کلیه فعالیتهای مربوط به شیوه زندگی سالم از جمله برگزاری کارگاه شیوه زندگی سالم.

کلیه فعالیتهای مربوط به مدارس مروج سلامت.

همکاری در اجرای طرح تدوین برنامه عملیاتی برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله با همکاری وزارت بهداشت.

شرکت در جلسات UNFPA به منظور اجرای طرح تدوین برنامه عملیاتی برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله با همکاری وزارت بهداشت.

انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه در رابطه با طرح تدوین برنامه عملیاتی "برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله" با مسئولین و نمایندگان سازمانهای ذیل:

انجمن زنان و مامایی، دفتر اجتماعی وزارت کشور، اداره سلامت روان، اداره سو مصرف مواد، مرکز تحقیقات باروری و لیعصر، دبیرخانه تحقیقات کاربردی، فدراسیون آمادگی جسمانی، بسیج دانش آموزی، اداره غدد متابولیک، مرکز توسعه و گسترش شبکه،

انجمن زندگی مثبت ایرانیان، معاونت اجتماعی وزارت کار، سازمان تربیت بدنی، انجمن تغذیه ایران، سازمان بهزیستی، وزارت آموزش و پرورش.

کلیه فعالیتهای مربوط به سایت جوان سالم (جذب یک پزشک و مصاحبه جهت عقد قرارداد- هماهنگی با وزارت بهداشت و UNFPA).

کلیه فعالیتهای مربوط به شیوه زندگی سالم از جمله برگزاری کارگاه شیوه زندگی سالم.

کلیه فعالیتهای مربوط به مدارس مروج سلامت.

همکاری در اجرای طرح تدوین برنامه عملیاتی برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله با همکاری وزارت بهداشت.

شرکت در جلسات UNFPA به منظور اجرای طرح تدوین برنامه عملیاتی برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله با همکاری وزارت بهداشت.

انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه در رابطه با طرح تدوین برنامه عملیاتی "برنامه ریزی استراتژیک بهداشت باروری نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۵ ساله" با مسئولین و نمایندگان سازمانهای ذیل:

انجمن زنان و مامایی، دفتر اجتماعی وزارت کشور، اداره سلامت روان، اداره سو مصرف مواد، مرکز تحقیقات باروری ولیعصر، دبیرخانه تحقیقات کاربردی، فدراسیون آمادگی جسمانی، بسیج دانش آموزی، اداره غدد متابولیک، مرکز توسعه و گسترش شبکه، انجمن زندگی مثبت ایرانیان، معاونت اجتماعی وزارت کار، سازمان تربیت بدنی، انجمن تغذیه ایران، سازمان بهزیستی، وزارت آموزش و پرورش.

کلیه فعالیتهای مربوط به سایت جوان سالم (جذب یک پزشک و مصاحبه جهت عقد قرارداد- هماهنگی با وزارت بهداشت و UNFPA).

کلیه فعالیتهای مربوط به شیوه زندگی سالم از جمله برگزاری کارگاه شیوه زندگی سالم.

کلیه فعالیتهای مربوط به مدارس مروج سلامت.

جدول اهم فعاليتهاى واحد سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس

فعاليتها	سال ۸۷
معاینات دانش آموزان توسط پزشک	۱۳۸۳۱۱
معاینات دانش آموزان توسط دندانپزشک	۶۵۹۲۷
معاینات دانش آموزان توسط کاردان و کارشناس	۱۳۲۷۹۷
معاینات دانش آموزان توسط بهورز	۲۲۷۳۹
تعداد دانش آموزان واکسینه شده	۷۱۵۷۴
تعداد دانش آموزان آلوده به پدیکولوز درمان شده	۳۲۴۴
تعداد آموزش گیرندگان دانش آموز	۳۳۲۱۳۷
تعداد آموزش گیرندگان اولیاء	۱۴۵۴۰۱
تعداد آموزش گیرندگان معلمان و کارکنان	۱۷۴۰۲
تعداد جلسات هماهنگی های درون بخش	۳۹۰
تعداد جلسات هماهنگی های برون بخش	۲۳۳
تعداد هماهنگی های درون بخش	۱۸۰۳۶
تعداد هماهنگی های برون بخش	۱۴۱۶۶
تعداد بازدید از ستاد مراکز و شبکه ها	۳۸
تعداد بازدید از مراکز بهداشتی درمانی	۳۵۷
تعداد بازدید از خانه های بهداشت	۲۴۹
تعداد بازدید از مدارس	۱۱۲۱
تعداد دانش آموزان معاینه شده اول ابتدایی	۶۲۸۳۶
تعداد دانش آموزان معاینه شده سوم ابتدایی	۱۰۷۴
تعداد دانش آموزان معاینه شده اول راهنمایی	۷۳۳۱۱
تعداد دانش آموزان معاینه شده اول متوسطه	۱۹۳۰
تعداد بازدید مدارس از نظر بهداشت محیط	۳۶۸۹
تعداد کارت تندرستی صادر شده جهت مستخدمین	۲۲۴۹
تعداد بازدید انجام شده از بوفه های مدارس	۱۸۴۷





معاینات پزشکی - دندانپزشکی و ارزیابی مقدماتی دانش آموزان

واحد بهداشت محیط

خدمات بهداشت محیط به عنوان یک فعالیت منسجم دولتی در ایران سابقه ای حدود نیم قرن دارد. سازمان همکاری بهداشت در سال ۱۳۳۱ در ایران به وجود آمد. یکی از واحدهای فعال سازمان همکاری بهداشت، مهندسی بهداشت وابسته به وزارت بهداشت سابق بود. مهندسی بهداشت از سال ۱۳۲۲ تا ۱۳۳۵ به صورت تیمی مرکب از مهندسین کادر ستادی وزارتخانه شروع به فعالیت کرد. وظایف آنها علاوه بر تهیه دستورالعملها 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 و اجرای پروژه های تأمین آب آشامیدنی بود. طراحی پروژه های آب آشامیدنی با همکاری مهندسی مشاور لیج فیلد صورت می گرفت. در آذر ماه سال ۱۳۳۲ اولین دوره کمک مهندسی ایران با حضور ۵ نفر از شهرستان تبریز، ۵ نفر از تهران، ۵ نفر از شیراز، ۲ نفر از بابل و ۲ نفر از رشت در پاکدشت ورامین تشکیل گردید. از سال ۱۳۳۵ مهندسی بهداشت به صورت اداره کل درآمد و در مدت کوتاهی در بسیاری از استانهای کشور ادارات مهندسی بهداشت تشکیل و بدین ترتیب در مراکز استانهای کشور گسترش پیدا نمود. در سال ۱۳۴۰ مهندسی بهداشت با اداره ریشه کنی مالاریا ادغام گردید، ولی بنابر دلایلی ادامه فعالیت واحدهای ادغام یافته ممکن نگردید و در نتیجه اداره کل مهندسی بهداشت به صورت مستقل به کار خود ادامه داد.

در فاصله سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۴۰ به علت به وجود آمدن سازمانها و وزارتخانه هایی مرتبط با مسایل آب و برق تأمین آب شهری از وظایف اداره بهداشت منفک و به وزارت آب و برق سپرده شد و بر تأمین آب آشامیدنی و بهسازی محیط روستاها توسط اداره کل مهندسی بهداشت تأکید شد.

طی سالهای قبل از ۱۳۴۰ نیز تعداد زیادی از مهندسین رشته های مختلف جهت اخذ تخصص در زمینه مهندسی بهداشت و مدارک تحصیلی فوق لیسانس با استفاده از بورسهای بین المللی به خارج از کشور اعزام شدند.

با گسترش فعاليتها ضرورت توسعه نیروی انسانی در داخل کشور بیشتر احساس شده و در این راستا پیرو تشکیل دوره کمک مهندسی بهداشت و دوره کمک بهسازی از اوان تشکیل اداره مهندسی بهداشت به همت آقای دکتر فریس در پاکدشت ورامین اولین دوره بهسازی با پذیرش لیسانس های علوم (شیمی، زیست شناسی و...) در دانشکده بهداشت دانشگاه تهران آغاز فعالیت نمود. این دوره در سال ۱۳۴۵ تبدیل به دوره عالی بهسازی گردید که مدرک تحصیلی آن فوق لیسانس بود و فارغ التحصیلان دوره های مذکور در فعالیتهای بهداشت شهری اشتغال می یافتند و برای جبران کمبود نیروی انسانی مهندسی بهداشت، اولین دوره تخصصی مهندسی بهداشت با همت آقای مهندس محمد عصار مدیر کل مهندسی بهداشت وقت در دانشکده فنی دانشگاه تهران ایجاد شد. این دوره چند سال بیشتر ادامه فعالیت نداد و بدلیل مشکل تأمین اساتید تعطیل گردید.

اداره کل مهندسی بهداشت در سال ۱۳۴۴ شامل ادارات آب و فاضلاب، بهسازی (شهری و روستایی) هوا و محیط کار بود. عمده فعالیتهای واحدهای استانی در زمینه آب و فاضلاب تحت نظر مستقیم اداره کل بوده و کلیه پروژه ها توسط مهندسین اداره کل تهیه، نظارت و اجرا می شد.

نیروی انسانی مهندسی بهداشت در سال ۱۳۳۴ جمعا ۵۶۴ نفر شامل پرسنل زیر بود:

مهندسی بهداشت ۳۸ نفر، بهساز ۱۳ نفر، کمک مهندس بهداشت ۹۰ نفر، کمک بهساز ۸۰ نفر، لوله کش و تأسیساتی ۷۸ نفر، ماشین نویس ۲۰ نفر، آشپز و خدمتکار ۱۳ نفر.

از اتفاقات مهم برای اداره کل، تصویب قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی در سال ۱۳۴۶ بود که زمینه اجرای قانونمندی را برای کنترل بهداشتی مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی با استفاده از ماده ۱۳ فراهم نمود.

در سال ۱۳۴۶ تأمین آب آشامیدنی و بهسازی محیط روستاها از وزارت بهداشت به وزارت 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 وزارت کشاورزی و بعد به وزارت تعاون محول گشت و در سال ۱۳۵۶ با مصوبه ای وظایف یاد شده مجدداً به اداره کل بهداشت محیط اعاده شد و در سال ۱۳۵۸ مورد تأیید شورای انقلاب جمهوری اسلامی قرار گرفت.

در سال ۱۳۶۹ با گسترش فعالیتهای و به دلیل اقتصادی نبودن اجرای پروژه ها مسئولیت تأمین آب آشامیدنی در روستاها به 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، 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 و تفویض اختیار به دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی در آذر ۱۳۷۹ اداره کل بهداشت محیط و حرفه ای به مرکز سلامت محیط و کار تغییر نام یافت.

معاونت امور بهداشتی در سال ۱۳۷۲ از سازمان منطقه ای تفکیک گردید و واحد بهداشت محیط آن نیز از همان بدو فعالیت در معاونت بهداشت فعالیت داشته است. در ابتدا آقای مهندس پازوکی به عنوان کارشناس مسئول واحد بهداشت محیط و در ۱۵ سال اخیر نیز جناب آقای مهندس سیف به عنوان کارشناس مسئول واحد مشغول فعالیت بودند.

ویژگی ها و حساسیت مناطق تحت پوشش

در شرق تهران بازار بزرگ، بازار مولوی، بازار خیام، بازار حضرتی و بنکداری های مواد غذایی وجود دارد که در این بازارها تولیدات کارخانجات کشور همچنین کلیه محصولات کشاورزی به طور عمده فروشی عرضه گردیده و از این طریق مجدداً به کل کشور ارسال می گردد. این بازارها و مراکز عمده، گلوگاه های اصلی مواد غذایی کشور به حساب می آیند و چنانچه کنترل مواد غذایی در این گلوگاه کشوری به خوبی صورت گیرد حجم بسیار زیادی از گردش مواد غذایی غیر بهداشتی و غیر استاندارد در سطح کشور کم شده و در واقع کار کنترل مواد غذایی سایر استان ها بشدت کاهش خواهد یافت. بدیهی است برای کنترل چنین بازار بزرگی نیاز به وجود اکیپ های کارشناسی مجرب با امکانات و ابزار مورد نیاز می باشد و لازم است آزمایشگاه های مجهزی برای پاسخگویی به این نیاز وجود داشته باشد که در حال حاضر این منابع کافی نمی باشد.

در منطقه شمال و شمیرانات، وجود مراکز تفریحی همچون دربند، درکه، فشم، لواسانات رستوران ها و تالارهای بزرگ و هتل های مهم کشور که میزبان مهمان های داخلی و خارجی در مناسبت های مختلف می باشند حساسیت کاری بالاتری را نشان می دهند.



قبل از بهسازی



بعد از بهسازی



نمونه ای از یک کارگاه بهداشتی تهیه و توزیع مواد غذایی

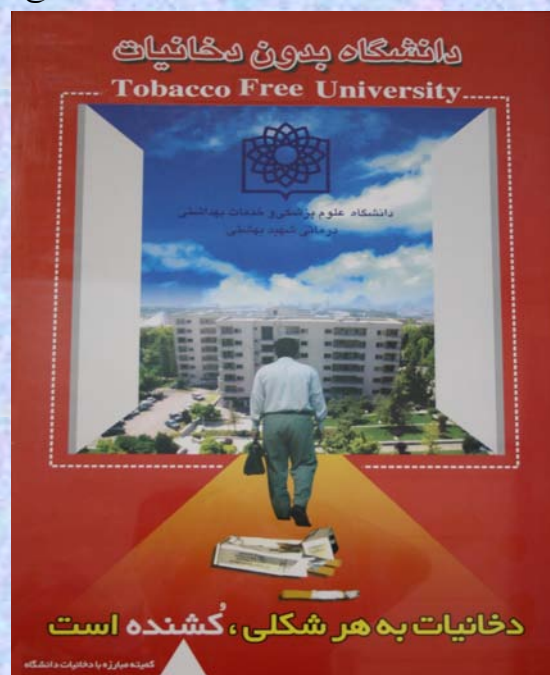


اجرای قانون ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی

اجرای طرح دانشگاه بدون دخانیات

با توجه به اینکه کنترل و مبارزه با دخانیات یکی از مسئولیت های بخش بهداشت میباشد این معاونت با اتکا به قوانین موجود و آئین نامه های داخلی طرح دانشگاه بدون دخانیات را تدوین و در هیئت رئیسه دانشگاه به تصویب رساند.

هدف اصلی این طرح کاهش و کنترل مصرف دخانیات در واحد های تحت پوشش دانشگاه است که از سال ۱۳۸۴ شروع شده و یا اجرای برنامه های آموزشی، اطلاع رسانی، افزایش مراکز مشاوره ترک دخانیات، هدایت و تشویق افراد داوطلب به ترک و استفاده از ابزارهای تشویق و تنبیه تاکنون موفق به پیشرفت چشمگیری بوده به گونه ای که در تمامی واحدهای تحت پوشش اعم از دانشکده ها، مراکز و شبکه های بهداشتی درمانی، مراکز اداری، بیمارستانهای زیر مجموعه دانشگاه ممنوعیت استعمال دخانیات کاملاً رعایت شده و تا کنون ۹۵ درصد از اهداف پیش بینی شده طرح حاصل شده است.



شاخصهای بهداشت محیط در سالهای ۶۵-۷۷-۸۷

شاخص	۶۵	۷۷	۸۷
درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند	-	۹۸/۸	۹۹/۵
درصد اماکن عمومی دارای معیار بهسازی و بهداشتی	-	۸۳/۸	۸۷/۷
درصد مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی دارای معیار بهسازی و بهداشتی	-	۸۷/۸	۸۹/۳
درصد بیمارستانهایی که جمع آوری زباله آنها مطلوب است	-	۶۷/۳	۸۳/۸

واحد بهداشت حرفه ای

در سال ۱۳۵۱ اولین دوره پذیرش دانشجو در رشته بهداشت صنعتی در دانشکده بهداشت فعلی که قبلاً بنام انستیتو عالی علوم بیمارستان بود انجام گرفت. در ایران تنها سازمان هواپیمائی ملی ایران و شرکت نفت دارای درمانگاه صنعتی بودند و پزشکان عمومی بعنوان پزشک بهداشت صنعتی در این دو صنعت مشغول فعالیت بودند. بعد از آن در صنایع ذوب آهن با استخدام کارشناس بهداشت صنعتی این رشته استقرار یافت و در سال ۱۳۵۶ وزارت کار اقدام به استخدام کارشناسان بهداشت حرفه ای در استانها بعنوان بازرس کار نمود. در سال ۱۳۵۹ در وزارت بهداشت، اداره ای تحت عنوان اداره کل خدمات ویژه تشکیل گردید و از این طریق در سازمانهای منطقه ای استان، دستور جذب کارشناسان بهداشت حرفه ای صورت گرفت. سال ۱۳۵۹ در تهران تعداد ۲۰ نفر از کارشناسان بهداشت حرفه ای استخدام شدند و در مناطق شمال - شرق - جنوب - غرب - کرج مشغول بکار گردیدند ولی ردیف های سازمان آنها در مناطق از تشکیلات اداره مالاریا بود. در سال ۱۳۶۳ هیچ گونه قوانین و دستورالعملی در زمینه بهداشت حرفه ای وجود نداشت و در همان سال وزارت بهداشت طی توافق نامه ای با وزارت کار، نسبت به انتقال بعضی از وظایف بازرسین کار به وزارت بهداشت اقدام نمود و این خود امیدی برای پیشرفت بهداشت حرفه ای بود. قانون کارتغیر کرد و حدود ۵۰ درصد قوانین کار اختصاص به وظایف کارشناسان بهداشت کار وزارت بهداشت گردید که تا کنون ادامه دارد.

هر ساله تعداد کارشناسان وزارت بهداشت اضافه گردید و بعد از انحلال اداره کل خدمات ویژه، اداره کل بهداشت حرفه ای تشکیل گردید و همزمان دانشگاهها اقدام به پذیرش بیشتر دانشجو در این رشته نمودند. بعد از انحلال سازمان منطقه ای، در استانها از جمله تهران به سه دانشگاه تقسیم گردید، ایران - تهران و شهید بهشتی که در سال انجام گرفت. بهداشت حرفه ای در سه دانشگاه بصورت های جداگانه شروع به فعالیت نمودند و در سال ۱۳۷۳ بعثت کمبود نیروی انسانی و عدم استخدام، از نیروهای طرحی استفاده شد. به مرور زمان جذب در این رشته رو به افزایش گذاشته شد و کارشناسان بهداشت حرفه ای علاوه بر جذب در معاونت های بهداشتی و مراکز تابعه، در صنایع تحت پوشش بصورت مشاور استخدام شدند، بطوریکه در معاونت بهداشتی شهید بهشتی و مناطق تحت پوشش از جمله شمیرانات - شمال - شرق سایر مناطق فاقد بهداشت حرفه ای بودند و مجموع کارشناسان بهداشت حرفه ای از کاردان تا کارشناس و کارشناس ارشد ۱۶ نفر بودند.

در سال ۱۳۷۵ آزمایشگاه بهداشت حرفه ای با همان نیروهای رسمی و تعدادی نیروهای طرحی در مرکز خواجه نظام شروع به فعالیت نمودند و بعد از آن در سال ۱۳۷۹ به بعد واحد بهداشت حرفه ای معاونت با تعداد ۶ کارشناس بهداشت حرفه ای ارشد فعالیت خود را ادامه داد درحالیکه مرکز شرق با ۱۴ نفر نیرو، شمال با ۱۰ نفر نیرو و شمیرانات با ۸ نفر نیرو، دماوند با ۲ نفر و فیروزکوه با یک نفر، ورامین با ۲ نفر نیرو و پاکدشت با ۲ نفر نیرو شروع به فعالیت نمودند.

در حال حاضر شهید بهشتی با دارا بودن ۸۸ نفر نیرو در معاونت و مراکز تحت پوشش مشغول به فعالیت می باشد. از این تعداد ۸۲ کارشناس بهداشت حرفه ای به تفکیک جدول ذیل در مراکز شمال - شرق - شمیرانات - دماوند - فیروزکوه - ورامین - پاکدشت مشغول بکار هستند.

در ستاد معاونت نیز ۵ کارشناس ارشد و یک کارشناس بهداشت حرفه ای نظارت بر این مراکز را عهده دار می باشند.

جدول اهم فعاليتهاى واحد بهداشت حرفه اى در سال ۸۷

ردیف	عنوان فعالیت	سال ۸۷
۱	تعداد کارگاه بازدیدشده	۶۸۱۰۱
۲	تعداد اختطاریه صادر شده	۴۴۲۴
۳	تعداد کارگاه دادگاهی شده	۱۴۶۴
۴	تعداد معاینات کارگری انجام شده	۴۱۲۹۸
۵	تعداد کارگاههای بهسازی شده	۱۱۲۱۱

* در زمینه بازدید سال ۸۷ مشابهت زیادی با سال ۸۶ دارد زیرا ترکیب نیروها از نظر کمی مشابه سال ۸۶ بوده است. در مورد معاینات کارگری با توجه به سیاست انجام معاینات برای تمامی کارگاههای بالای ۲۰ نفر افزایش چشمگیری را شاهد هستیم . بهسازی کارگاهها از روند رو به رشدی برخوردار است.

وضعیت نیروهای شاغل در مراکز تحت پوشش در سال ۸۷

نام مرکز	میانگین کل نیروها	میانگین نیروهای بازدید کننده	میانگین بازدید انجام گرفته هر کارشناس در روز *
شمال	۱۴	۸	۵/۵
شرق	۱۰	۸	۵/۵
دماوند	۱۰	۸	۴/۳
پاکدشت	۹	۷	۶/۵
فیروزکوه	۲	۱	۳/۵**
ورامین	۱۳	۱۱	۶/۷
شمیرانات	۱۰	۸	۵
جمع کل	۶۸	۵۱	۵/۶

* استاندارد بازدید برای هر کارشناس در هر روز ۶ بازدید می باشد.

** با توجه به تعداد کم کارگاه های شناسایی شده منطقه فیروزکوه (۲۵۰ کارگاه)، این کارگاه ها در طول سال سه بار بازدید شده اند بنابراین اگرچه از میانگین بازدید دانشگاه کمتر است اما قابل قبول می باشد.

گروه تخصصی پیشگیری ومبارزه با بیماری ها

توسعه اجتماعی، اقتصادی طی دو یا سه دهه اخیر و استقرار شبکه‌های بهداشت و درمان طی دو دهه اخیر در ایران، سبب بروز تغییرات عمده‌ای در شاخصهای جمعیتی و همه گیر شناسی کشور گردیده است. در کشور ما به دنبال تغییرات اجتماعی و اقتصادی طی ۳۰ تا ۴۰ سال اخیر:

- تغییرات ساختار سنی جمعیت
- تغییرات ترکیب سنی مرگ و میر
- تغییرات ترکیب علت مرگ و میر

پدید آمده است. چنین دگرگونیها در کنار بهبود فناوری و افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، نه تنها تغییر در ساختار سنی و ترکیب مرگ، بلکه همپای تغییر در زیرساختهای اجتماعی و بهداشتی، دگرگونی در ترکیب بروز بیماریها نیز پدیدار شده است. برتری مرگ و ابتلا به علت بیماریهای غیرواگیر در عین حضور پراکنده ولی بالقوه، کانونهای بیماریهای واگیر که این از مختصات Health Transition در کشورهای در حال توسعه با مشخصه‌های اجتماعی و اقتصادی روبه رشد است، مشاهده می گردد.

گروه تخصصی پیشگیری و مراقبت از بیماریها از ۲ واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر و پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیر واگیر تشکیل شده است .

۷۲

واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر

اهم وظائف و مسئولیت های این واحد عبارتند از :

✚ انجام مطالعات لازم در مورد بیماری های بومی منطقه و تعیین اولویت ها

✚ برنامه کشوری مبارزه با سل و استراتژی DOTS

✚ برنامه کشوری مبارزه با بیماری جذام

✚ برنامه کشوری مبارزه با بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

✚ برنامه کشوری مبارزه با بیماری مالاریا

✚ برنامه کشوری مبارزه با بیماری هپاتیت

✚ برنامه کشوری مبارزه با بیماری ایدز

✚ برنامه کشوری کاهش آسیب

✚ برنامه کشوری مبارزه با بیماریهای انگلی و روده ای

✚ برنامه کشوری مبارزه با بیماریهای آمیزشی (STI)

✚ برنامه کشوری مبارزه با بیماریهای مشترک بین انسان و حیوان

✚ کنترل عفونتهای بیمارستانی

✚ بهداشت زندانها

✚ مراقبت بیماریها در امور پناهندگان

✚ مقابله با اپیدمی ها

واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیر واگیر

امروزه اهمیت بیماریهای غیرواگیر برهمگان آشکار گردیده است. روند صعودی بروز و شیوع بیماریهای غیر واگیر در کنار سوانح و حوادث عمدتاً ناشی از شیوه‌های جدید زندگی یا به عبارت دیگر زندگی صنعتی، شهرنشینی و مدرنیسم می باشد . متأسفانه ماهیت بیماری های غیر واگیر به گونه ایست که افزایش بروز شیوع این بیماری ها طی مدت زمان نسبتاً زیادی رخ می دهد و بدلیل ارتباط مستقیم با شیوه زندگی و فرهنگ جوامع ، کنترل آنها به زمان بسیار بیشتری نیاز دارد.

واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر نیز به دو بخش بیماریهای واگیر و بیماریهای باز پدید و نوپدید تقسیم می شود . برنامه های پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و حوادث از سالها پیش در کشورمان تهیه شده و اکنون در حال اجرا می باشد. با توجه به توانایی های نظام سلامت در حال حاضر به منظور کنترل بیماریهای قلبی عروقی، دیابت، فشارخون، استئوپروز، سرطان، اسم، تالاسمی، هیپوتیروئیدی مادر زادی وسایر بیماریهای زنتیک مثل فنیل کتونوری و G6PD وسندرم داون برنامه ریزی هایی صورت گرفته است .

برنامه های زیرتوسط این واحد هدایت و نظارت می گردند:

✚ برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و فشار خون و ادغام آن در نظام شبکه های بهداشت و درمان

✚ برنامه کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

✚ برنامه کشوری پیشگیری از سوانح و حوادث درنظام شبکه های بهداشتی درمانی

✚ برنامه کشوری ثبت مصدومین در بیمارستانها

✚ برنامه کشوری جامعه ایمن

✚ برنامه کشوری ثبت سرطان

✚ برنامه ادغام بهداشت روان و اعتیاد درنظام شبکه های بهداشتی

✚ برنامه کشوری نظام ساماندهی معتادان سخت در دسترس

✚ طرح کشوری نظام مراقبت غیر واگیر

مراکز مشاوره بیماری های رفتاری

از آنجا که در سالهای اخیر رجعت بیماریهای بازپدید و ظهور بیماریهای نوپدید تصورات دنیای پزشکی و دستیابی به هدف بهداشت برای همه در سال ۲۰۰۰ را با تردید مواجه نموده است، رسالت تأمین سلامت جامعه تلاشی افزونتر ازسوی مجریان و متصدیان آن می طلبد و بدون شک ضمانت همه جانبه از برنامه های آموزشی، مراقبتی و حمایتی باید در دستور کار همه مسئولین و وظیفه اولی برای همه مجریان باشد.

یکی از اهداف مهم دست اندرکاران سلامت ایجاد آگاهی و نگرش صحیح نسبت به سلامت و بیماری در بین آحاد جامعه و سوق دادن آنها به سمت رفتارهایی است که موجب کاهش خطر ابتلا به بیماری ها شده و نهایتاً "سوق دادن جامعه و مردم به اجرای رفتارهای بهداشتی و کاهش خطر آلودگی با بیماری است و مسلماً" در این راستا رسالت معاونت سلامت وزارت بهداشت و حوزه های معاونت بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی کشور نیز بهبود و ارتقاء سطح زندگی کلیه بیماران می باشد.

از جمله بیماری هایی که از لحاظ رفتاری های اجتماعی، میزان شیوع، بروز در سنین فعال جامعه، هزینه مراقبتی فراوان و میزان کشندگی بالا مد نظر می باشد بیماریهای رفتاری هستند (بیماریهای رفتاری شامل عفونت HIV/AIDS، مصرف مواد مخدر تزریقی و عفونتهای منتقله از راه تماس جنسی (STI) می باشد که عوارض فردی اجتماعی بالایی داشته و همراه بودن این بیماریها منجر به افزایش خطر ابتلا به ایدز میباشد).

خطر بسیار مهم دیگر همبستگی شدید STI و عفونت HIV بوده در حالی که به علت نگرش و ذهنیات سوء حاکم در جامعه و بد نامی و ننگ ناشی از افشاء شدن بیماری تعداد زیادی از بیماران مبتلا به STI سعی می کنند وقوع آن را پنهان و از در خواست درمان علی الخصوص از بخش دولتی پرهیز نمایند و در نتیجه با اقدام به خود درمانی یا تاخیر در درمان منجر به بروزعوارض وخیم و عواقب پایدار جسمی و روانی بسیاری برای تعداد کثیری از زنان و مردانی که عمدتاً از جوان ترین (میانگین ۲۴-۱۵ سال) و کار آمد ترین افراد اجتماع می باشند می گردد.

مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری مراکزی هستند که قابلیت انجام خدمات آموزشی، مشاوره، پیشگیری، مراقبت و درمان گروه های پرخطر و افراد آلوده و بیمار و آموزش و مشاوره گروههای در معرض خطر و هدایت برنامه های آموزشی برای عموم مردم جامعه را داشته باشد. یک مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بهتر است کلیه ابعاد در نظر گرفته شده را پوشش دهد.

پس از ادغام برنامه های مراقبتی HIV/ AIDS در نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور ضمن آنکه کلیه مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت موظف به ارائه خدمات مرتبط در این خصوص هستند مراکز مذکور در هر شهرستان با عنوان مرکز بهداشتی درمانی مرجع مسئولیت ارائه خدمات تخصصی تر در این زمینه را بر عهده خواهند داشت.

گیرندگان خدمت در مراکز مشاوره:

❖ افراد HIV/AIDS

❖ خانواده افراد آلوده و یا بیمار

❖ داوطلبین اختیاری مشاوره

❖ مصرف کنندگان تزریقی مواد و/یا سابقه تماس جنسی پرخطر

❖ افراد با شکایت یا علامت بیماریهای آمیزشی

در این مرکز افراد یا بصورت داوطلبانه برای انجام مشاوره مراجعه می کنند و یا افرادی هستند که از قبل در این مرکز دارای پرونده می باشند.

فعالتهای کاهش آسیب به کلیه فعالیت های اطلاق می شود که منجر به کاهش انتقال ویروس می شود از جمله:

✚ توزیع کاندوم

✚ آموزش راههای انتقال

✚ دادن سرنگ به معتادان تزریقی

✚ دادن مواد ضد عفونی کننده به معتادین تزریقی

✚ ارائه داروهای خوراکی جایگزین (متادون) به معتادان تزریقی

✚ مشاوره در جهت تغییر روش مصرف مواد(تزریقی به خوراکی)

✚ پیگیری برای موارد عدم مراجعه

✚ مراقبت در منزل برای افرادی که قادر به مراجعه به مرکز نیستند و به درمان نیازمندند.

✚ مشاوره برای پذیرش فرد آلوده توسط خانواده

✚ انجام آزمایشات پاراکلینیک

✚ سایر خدمات مراقبت و درمان مطابق با دستورالعمل کشوری



آدرس مراکز مشاوره بیماری های رفتاری

مرکز بهداشت شمیوانات: میدان تجریش، ابتدای خیابان شریعتی، درمانگاه طالقانی، تلفن ۲۲۲۴۷۳۸۳
 مرکز بهداشت شمال تهران: خیابان رسالت، خیابان کرمان جنوبی، کوچه زرین قبایی درمانگاه دگمه چی، مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری دگمه چی. تلفن ۲۲۳۰۳۷۹۲
 مرکز بهداشت شرق تهران: خیابان دماوند، خیابان ایرانمهر، انتهای بولوار ابوحسین مرکز مشاوره بوعلی. تلفن ۳۳۳۳۷۰۰۰ و ۳۳۷۹۱۸۷۴

ورامین : روبروی شهرداری ورامین تلفن ۲۲۵-۲۹۱۰

برنامه نظام ساماندهی معتادان خیابانی سخت دسترس

اعتیاد به مواد مخدر بعنوان یکی از مشکلات بهداشتی ، پزشکی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است . اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری می باشد که باید از سه جنبه جسمی ، روانی ، اجتماعی مورد توجه قرارگیرد . در سال ۱۳۸۴ اولین مرکز DIC دانشگاه در محدوده مرکز بهداشت شرق تهران با همکاری NGO مبارزه با آسیب های رفتاری برای ۵۰ نفر از معتادین بی خانمان راه اندازی گردید . هدف از راه اندازی این مرکز کاهش مخاطرات بهداشتی ، اجتماعی و اقتصادی از سوء مصرف کنندگان مواد بیان گردیده است.

این مراکز بعنوان مکانی برای استراحت افراد بی خانمان و دارای سابقه رفتارهای پرخطر به جهت ارائه خدمات کاهش آسیب و کمک به اتصال این افراد به خدمات درمانی راه اندازی می شود . مرکز گذری مکانی است که مصرف کنندگان مواد می توانند به آن وارد شوند و در آنجا به استراحت بپردازند . در مرکز گذری ، حداقل لقمه نانی برای خوردن و حمامی برای استحمام یافت می شود . ضمناً در این مراکز خدمات کاهش آسیب مانند آموزش تزریق ایمن در روابط جنبه ایمن آموزش داده می شود .

باتوجه به گزارش عملکرد مراکز DIC از چند دانشگاه اداره سلامت روان معاونت سلامت با همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری تصمیم برگسترش این امر گرفته که باتوجه به مطالب فوق در حال حاضر ۴ مرکز DIC با تحت پوشش قرارداد ۴۰۰ نفر بیمار در داخل مراکز و ۲۰۰ بیمار در خارج از مراکز که جمعاً ۶۰۰ معتاد کارتن خواب و بی خانمان را تحت پوشش قرار داده است .

جدول اطلاعات مربوط به برنامه های ادغام شده در نظام مراقبت سلامت

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
طرح ادغام بهداشت دهان و دندان	بهداشت دهان و دندان	در این طرح نیروی های بهداشت خانواده ، بهورزان ، رابطین بهداشتی در آموزش و ارجاع گروه آسیب پذیر (گروه هدف دندانپزشکی) شامل خانمهای باردار ، کودکان زیر ۶ سال و کودکان ۶ تا ۱۲ سال به مراکز بهداشتی درمانی مشارکت دارند	۱۳۷۵
برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزی	بهداشت دهان و دندان	این برنامه از سه بخش مشتمل بر آموزش (دانش آموزان ، والدین و مربیان بهداشت مدارس) ، پیشگیری (استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید در مدارس و فیشورسیلنت) ، درمان (ارائه خدمات ترمیمی ، پالپاتومی ، کشیدن ریشه های عفونی با تخفیف ویژه در مراکز بهداشتی درمانی)، تشکیل شده است .	۱۳۷۷
طرح سلامت دهان و دندان کودکان مهد کودک	بهداشت دهان و دندان	این طرح از سه بخش مشتمل بر آموزش (مربیان مهد کودک ، والدین کودکان و کودکان) ، پیشگیری (استفاده از وارنیش فلوراید و معاینات دوره ای) ، درمان (ارائه خدمات ترمیمی ، پالپاتومی ، کشیدن ریشه های عفونی با تخفیف ویژه در مراکز بهداشتی درمانی)، تشکیل شده است .	۱۳۸۴
تهیه ، تدوین و بازنگری بسته های آموزشی بدو و حین خدمت پرسنل بهداشتی در سطوح مختلف	گسترش	توسعه نیروی انسانی یکی از فعالیتهای عمده حوزه معاونت بهداشتی به منظور توانمندسازی کارکنان جهت ارتقای کمی و کیفی خدمات ارائه شده و جلب رضایت مشتری ها می باشد ، جهت نیل به این خواسته مسئله آموزش از اولویت خاصی برخوردار است. آموزش نیروی انسانی در سه بعد صورت می گیرد: آموزش پایه ، آموزش بدو خدمت و آموزش مداوم . گزارشات و بررسی ها نشان می دهد که آموزش بدو خدمت کارکنان در واحدهای مختلف ، برنامه منسجم و مدونی ندارد و در هر واحد بسته به شرایط موجود به روشهای مختلف صورت می گیرد ؛ بنابراین این معاونت با همکاری کلیه واحدهای ستادی اقدام به تدوین بسته های آموزشی نمود. که هر ساله نیز بازبینی می گردد.	۱۳۸۶
برنامه پزشک خانواده	گسترش	این برنامه براساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور افزایش اثر بخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور از سال ۸۴ در روستاها و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر کشور به اجرا در آمد از جمله اهداف مهم آن افزایش دسترسی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت می باشد در این راستا این معاونت نیز از سال ۸۴ اقدام به اجرای برنامه نمود و در حال حاضر نیز ۳۶ مرکز با جمعیت ۳۳۶۱۱۸ نفر تحت پوشش این برنامه می باشد	۱۳۸۴

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
برنامه DTARH	گسترش	با توجه به گسترش کمی قابل توجه در نظام شبکه بهداشت و درمان نیاز به وجود یک بانک اطلاعاتی صحیح بعنوان اساسی ترین ابزار مدیریتی احساس گردید . در این راستا مرکز توسعه شبکه با همکاری دانشگاه چهارمحال و بختیاری اقدام به تدوین این برنامه نرم افزاری نمودند. در این برنامه اطلاعات جمعیتی ، پرسنلی ، زیج و...به تفکیک مراکز وجود دارد.	۱۳۷۸
برنامه داوطلبان سلامت	گسترش	در سال ۱۳۶۹ وزارت بهداشت با انگیزه حل مشکلات بهداشتی حاشیه نشینان شهری و روستایی ، اقدام به طراحی و اجرای برنامه داوطلبان سلامت تحت عنوان «رابطان بهداشت» در جنوب تهران و حاشیه شهرهای بزرگ کشور (تبریز ، شیراز و اصفهان) نمود . درواقع این برنامه در مناطقی شکل گرفت که شبکه بهداشت و درمان به دلیل گسترش بی رویه جمعیت شهری کمترین پوشش مراقبتهای بهداشتی را برای گروههای آسیب پذیر جامعه شهری داشت و این برنامه با توجه به موفقیت چشمگیری که به همراه داشت از سال ۱۳۷۲ در تمام نقاط شهری کشور به اجرا درآمد . در این راستا نیز این دانشگاه در همین سال اقدام به اجرای برنامه نمود (مرکز بهداشتی درمانی شهید احمدی). در حال حاضر نیز در حوزه تحت پوشش این معاونت، ۱۲۳ مرکز مجری برنامه می باشد	۱۳۷۲
نشریه رابط سلامت	گسترش	با هدف ارتقاء سطح آگاهی و مهارتهای داوطلبان سلامت ، فصلنامه رابط سلامت از سال ۷۷ به مدیر مسئولی آقای دکتر رمضانخانی در این معاونت منتشر گردید و از سال ۸۵ مجوز کشوری را دریافت کرده و انتشار آن بصورت کشوری شد .	۱۳۷۷
برنامه HNIS	گسترش	سیستم اطلاعات منابع ساختاری شبکه سلامت کشور موسوم به (HNIS) منطبق بر نظام جمع آوری و پردازش اطلاعات واحدهای شبکه های سلامت می باشد که با تلاش کارشناسان مرکز توسعه شبکه و شرکت امید دنیای پردازش طراحی شده است. نرم افزار (HNIS) از لحاظ فنی و ساختار کاربردی دارای مشخصه های خاصی می باشد، از جمله اینکه اطلاعات مربوطه پارامتریک است و بصورت رابطه ای ذخیره می شود که انعطاف پذیری خاصی به پردازش ها و گزارشات مطلوب مدیران واحد داده است.	۱۳۸۸

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
برنامه آموزش دانش آموزان بهورزی در آموزشگاه بهورزی دماوند	گسترش	در راستای تحقق اهداف نظام خدمات بهداشتی درمانی در کشور مراکز آموزش بهورزی با هدف بهره مند کردن خانه های بهداشت از بهورزان دارای مهارتهای کافی تاسیس می گردد . این هدف از طریق آموزش و تربیت بهورزان قبل از استخدام و انجام بازآموزیهای حین خدمت . نظارت و ارزشیابی در طول اجرای فعالیت تحقق می یابد . با توجه به اهمیت این موضوع این معاونت اقدام به فعال نمودن آموزشگاه بهورزی دماوند و آموزش ۱۳ دانش آموز نمود	۱۳۸۶
برنامه آموزش مجازی پزشکان خانواده	گسترش	از آنجا که آموزش پزشکان خانواده اولویت وزارت متبوع تلقی می شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقای علمی پزشکان خانواده دوره های آموزش مداوم مجازی برای داوطلبان راه اندازی نمود. در این راستا نیز این معاونت اقدام به ثبت نام پزشکان خانواده در سامانه نمود و در حال حاضر ۳۸ نفر از آنان در آزمونهای مربوطه شرکت نموده اند.	۱۳۸۸
برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۵۰۰۰۰ نفر	گسترش	این برنامه از ابتدای سال ۱۳۸۴ تاکنون، در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر در حال اجرا است. امروزه با گذشت حدود ۴ سال از اجرای این برنامه و سعی در جهت کاستن موانع اجرایی آن، زمان گسترش برنامه رسیده است که در مرحله اول گسترش به شهرهای زیر ۵۰۰۰۰ نفر مطرح می باشد. اجرای صحیح برنامه، مستلزم داشتن اطلاعات جامع درباره موضوع مورد هدف آن برنامه می باشد که در اینجا جمعیت و خانوار، هدف اجرای برنامه پزشک خانواده است. از این رو جهت اجرای هرچه بهتر این طرح و لزوم وجود اطلاعات جامع در مورد خانوارها و جمعیت تحت پوشش ، نیاز به سرشماری خانوارها در شهرهای زیر ۵۰۰۰۰ نفر میباشد . در حال حاضر سرشماری به اتمام رسیده است و داده ها در سامانه سلامت خدمات ایرانیان وارد میگردد.	۱۳۸۸

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
اجرای برنامه ثبت مرگ (قالب نرم افزار جدید)	آمار	برنامه ثبت مرگ از سال ۱۳۸۳ در محدوده دانشگاه (به استثنای شهر تهران) اجرا گردید. ورژنهای مختلف ارسالی از وزارت متبوع در سطح شبکه ها نصب و آموزشهای لازم به مسئولین آمار داده شد اطلاعات بر اساس فرم شماره ۱ در خانه های بهداشت و همچنین از بیمارستانها، ثبت احوال و پزشکی قانونی جمع آوری، سپس به شبکه ها ارسال و پس از ورود اطلاعات در معاونت بعد از یکپارچه شدن گزارش گیری انجام می شود. طبق این اطلاعات ده علت اول مرگ، جداول فراوانی ساده و نسبی مرگ و میر، گزارش متوفیان بر اساس منطقه سکونت، منابع گزارش، جنس و فراوانی نسبی مرگ و میر استخراج می گردد. در اجرای این برنامه شورای شهر، روستا و همچنین فرمانداری برای گزارشهای واصله از پزشکی قانونی همکاری داشتند. مشکلی که در برخی شهرستانها وجود دارد عدم همکاری پزشکی قانونی می باشد. با توجه با اجرای برنامه پزشک خانواده با صلاحدید معاون محترم بهداشتی، چون پزشکان سه شیفت در مراکز بهداشتی درمانی حضور دارند در کارگاههایی که توسط معاونت درمان برگزار می شود شرکت نموده تا موارد فوتی که اتفاق می افتد برای آنها گواهی فوت جدید صادر شود. در سال ۱۳۷۷ در استان بوشهر برای راه اندازی یک نظام ثبتی با استفاده از همه منابع ممکن آغاز شد و پس از اینکه در یک استان آزمون شده و اطلاعات بدست آمده از آن با منابع دیگر مورد مقایسه قرار گرفت و کار به سه استان دیگر گسترش پیدا کرد و در سال ۷۸ در چهار استان و سال ۷۹ ده استان، سال ۸۰ هجده استان و در سال ۸۲ در ۲۳ استان ادامه پیدا کرد و از سال ۱۳۸۳ به بعد کل کشور به استثنای شهر تهران (بهشت زهرا) انجام شده است.	۱۳۸۳
آزمایشگاه مرکزی	امور آزمایشگاهها	در مکان اهداء شده توسط واقف خانم زهرا همایون در انتهای خیابان آیت ... طالقانی قرار دارد این آزمایشگاه در سال ۸۳ پس از بازسازی کامل فضای داخلی در ۲ طبقه با مساحت هر طبقه ۱۳۰ متر شروع بکار کرده است در حال حاضر به عنوان یک آزمایشگاه مرجع و سطح ۴ آزمایشات بهداشتی فعالیت دارد و فعالیت های ذیل را انجام می دهد: ۱- کنترل کیفی خارجی آزمایشگاههای بهداشتی حوزه تحت پوشش ۲- غربالگری نوزادان شامل هیپوتیروئیدی - فنیل کتونوری - کمبود G6PD ۳- تست سرطان دهانه رحم (پاپ اسمیر) ۴- آزمایشات شیمیائی و میکروبی آب	۱۳۸۳

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
تهیه مدول های آموزشی تنظیم خانواده - خودآموزهای تنظیم خانواده	بهداشت خانواده	مدول های شش گانه در سطح بهورزان و کاردان ها و کارشناسان ارائه دهنده خدمت تهیه گردید. هدف از تهیه آن بالا بردن سطح دانش و آگاهی کارکنان جهت افزایش کیفیت خدمت تنظیم خانواده بوده است. این مدول ها بصورت خودآموز و با همکاری معاونت بهداشتی، انجمن تنظیم خانواده، صندوق جمعیت ملل متحد در ایران و وزارت متبوع تهیه گردیده است.	از سال ۱۳۷۸
بیمارستان های دوستدار کودک	بهداشت خانواده	تعداد ۴۳ بیمارستان دولتی و خصوصی دارای لوح بیمارستانهای دوستدار کودک بوده و از دستورالعملهای کشوری این نوع بیمارستانها تبعیت نموده و سالانه ۲ بار توسط مسئولین برنامه، مورد پایش و ارزیابی مجدد قرار می گیرند.	از سال ۱۳۷۱
راه اندازی مرکز NSV شهید جعفری	بهداشت خانواده	این مرکز اولین سانتر ارائه دهنده خدمت واکتومی با روش بدون تیغ جراحی در کشور بوده و بالاترین آمار عمل جراحی و تربیت پزشک را از بدو تشکیل داراست. در این مرکز بیش از ۳۰۰۰۰ عمل جراحی واکتومی به روش NSV و ۱۵۰۰ آموزش پزشکان را از سراسر کشور را آموزش داده است.	از سال ۱۳۷۳
اجرای طرح DHS	بهداشت خانواده	این بررسی در خصوص ویژگی های جمعیتی و بهداشتی کشورهاست و در بسیاری از کشورهای جهان اجرا می گردد. این بررسی در سال ۱۳۷۹ در کل کشور اجرا گردید. نتایج آن در سطح ملی بسیار با ارزش بوده و سبب برنامه ریزی کلان و کاربردی گردیده است.	در سال ۱۳۷۹ و اجرای مجدد در سال ۱۳۸۹
ادغام شدن مراقبت های کودک سالم	بهداشت خانواده	برنامه مراقبت کودک سالم به دنبال یافتن راهی برای جدا کردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یامستعد به بیماری است که هنوز نشانه های بیماری در آنها مستقر نشده است. در حقیقت هدف این برنامه غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا هشت سال و اجرای آن می باشد. مراقبت ادغام یافته به معنی پیشگیری از بیماری با استفاده از نشانه های بالینی ساده و درمان تجربی است. در این برنامه ارزیابی کودک از نظر وضعیت عمومی یا نشانه های خطر، زردی، تغذیه، وزن، قد، دورسر، بینایی، تکامل، واکسیناسیون، مصرف مکمل های دارویی، بهداشت دهان و دندان، ارتباط متقابل کودک و والدین و توصیه ها در خصوص پیشگیری از بروز حوادث و سوانح انجام می گردد. پس از ارزیابی کودک، طبقه بندی، درمان، پیگیری و مشاوره های لازم انجام می گیرد.	از سال ۱۳۸۳

۱۳۸۳-۱۳۸۶	در جهت گسترش و ایجاد بهبود دسترسی به خدمات تنظیم خانواده، مراکز ارائه دهنده خدمت وازکتومی در مراکز تحت پوشش دانشگاه شهید بهشتی در حال گسترش می باشد .	بهداشت خانواده	راه اندازی مرکز NSV) شهید نامجو وخواجه نظام الملک (
از سال ۱۳۷۶	مراکز مشاوره قبل از ازدواج که در حال حاضر به عنوان مراکز مشاوره حین ازدواج نامیده می گردند در ۹ مرکز تحت پوشش دانشگاه با هدف افزایش آگاهی زوجین در خصوص مسائل مهم چون روش های جلوگیری از بارداری، حاملگی پرخطر،در ازدواج انجام می پذیرد .	بهداشت خانواده	مشاوره قبل از ازدواج
۱۳۸۷	اولین مرکز خصوصی انجام عمل وازوواستومی(برگشت وازکتومی) در کشور توسط جناب دکتر محمدزاده، مربی ارشد وازکتومی و با همکاری متخصص ارولوژی افتتاح گردید.	بهداشت خانواده	مرکز خصوصی وازوواستومی
از سال ۱۳۸۱	برنامه آهن یاری دختران دانش آموز به عنوان یکی از راهبردهای عمده کاهش شیوع کم خونی و کمبود آهن در مقاطع تحصیلی راهنمایی و متوسطه در مدارس دخترانه اجرا می شود. در این برنامه علاوه بر توزیع یک قرص فرسولفات در هفته به مدت ۱۶ هفته در سال آموزش در زمینه تغذیه صحیح نیز به دانش آموزان داده ۹ می شود.	بهداشت خانواده	آهن یاری دانش آموزان دختر دبیرستانی
سال ۱۳۸۴ ، و مراحل استانی آن در سالهای ۸۵ و ۸۶ نیز ادامه یافت	نظام پایش و ارزشیابی خدمات بهداشت باروری از سوی دفتر سلامت خانواده و جمعیت ، اداره ارزشیابی طراحی و مرحله اول آن در سال ۸۲ و مرحله دوم آن به صورت کامل در سال ۸۴ در کلیه دانشگاهها در مراکز بهداشتی تابعه ، ستادی و استانی صورت گرفت و نتایج آن نیز استخراج و توزیع گردید	بهداشت خانواده	انجام IMES
سال ادغام برنامه ۸۱	مراقبت ادغام یافته به معنی تشخیص بیماری با استفاده از نشانه های بالینی ساده و درمان تجربی است. از حداقل نشانه های بالینی ممکن استفاده می شود. در این برنامه ارزیابی کودک از نظر وضعیت عمومی و نشانه های خطر (و یا احتمال وجود عفونت باکتریال در شیرخوار کم سن)، بیماری های شایع، سوء تغذیه، واکسیناسیون، مکمل های دارویی ، یافتن سایر مشکلات ، حوادث و سوانح انجام می گردد. پس از ارزیابی کودک، طبقه بندی ، درمان، پیگیری و مشاوره های لازم انجام می گیرد.	بهداشت خانواده	ادغام برنامه مراقبت های ادغام یافته مانا

میانسالان	بهداشت خانواده	این برنامه از ابتدا تا کنون دستخوش تغییراتی شده در ابتدا محدود به گرفتن نمونه پاپ اسمیر بوده از سال ۷۳ برنامه معاینات غربالگری پستان به آن افزوده شد از سال ۸۰ این برنامه بنا به کمبود تجهیزات برای پیگیری بیماران نیازمند اقدامات پاراکلینیکی و به صلاحدید مدیر کل سلامت جمعیت و خانواده وقت لغو گردید مجدداً در سال ۷۶ آغاز و در حال حاضر اجرا می گردد. برنامه پاپ اسمیر از سال ۸۰ غیر رایگان اعلام شد پس از یک دوره افول مجدداً فعال است .
سالمندان در نظام شبکه	بهداشت خانواده	این برنامه در حال حاضر در دو زیر گروه بهبود شیوه زندگی سالم و مراقبت های ادغام یافته سالمندان اجرا میشود در برنامه بهبود شیوه زندگی سالم سالمندان ۶۰ و ۶۵ ساله شناسایی شده در منطقه در خصوص تغذیه سالمندان که در سال ۸۸ بعنوان مشکل اولای سلامتی سالمندان شناخته و از طرف اداره سالمندان وزارت متبوع اعلام شده با روشهای آموزشی استاندارد آموزش داده میشوند و ارزشیابی های تشخیصی در مورد ایشان انجام می شود . در برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمندان طی فراخوان محلی در مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت بطور ادغام یافته (ارزیابی ، طبقه بندی ، درمان، پیگیری ، توصیه و ارجاع) مراقبت میگردند . در این دانشگاه از سال ۸۶ برنامه آغاز و به مرکز از یک مرکز بهداشتی درمانی و ۴ خانه بهداشت تابعه به ۶ مرکز بهداشتی درمانی تسری یافته است .
نظام مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران در نظام شبکه	بهداشت خانواده	این نظام که به استاندارد سازی خدمات مراقبتهای سلامت مادران پرداخته است ، بخشهای پیش از بارداری ، بارداری ، زایمان و پس از زایمان را دربرمی گیرد ، کلیه استانداردهایی که پرسنل بهداشتی درمانی یا همکاران در مطبها یا بخشهای خصوصی در خصوص ارائه خدمات به مادران باید رعایت نمایند در این پروتکل مشخص شده است ، از سال ۸۷ لغایت ۸۱ استانداردها در اداره سلامت مادران وزارت بهداشت مشخص شده از سال ۸۲ اجرای آزمایشی آن انجام شد و از سال ۸۵ به کلیه دانشگاهها ابلاغ گردید.
		از انتهای سال ۸۵ تا سال ۸۶ در دو شهرستان ورامین و شرق اجرا شد و در سال ۸۷ در کلیه مراکز بهداشتی و خانه های بهداشت تابعه نهاده شده است

مرگ مادر باردار	بهداشت خانواده	میزان مرگ و میر مادران باردار یا شاخص MMR شاخصی است که نشان دهنده توسعه کشورهاست به این منظور که در صورتی که شاخص مذکور در کشوری بالا باشد نشان دهنده آن است که وضعیت اجتماعی ، اقتصادی و... در آن کشور نامطلوب است ، لذا کاهش این شاخص از اهداف توسعه همه کشورهاست ، به منظور اندازه گیری این شاخص نظام مراقبت کشوری مرگ مادران باردار از سال ۱۳۸۰ تا کنون در حال اجراست . در این برنامه علل مرگ مادران باردار در کمیته های دانشگاهی بررسی علل مرگ مادر مشخص و سطوح مداخله تعیین میشوند ، سطوح مداخله باید مداخله مناسبی جهت کاهش هر مورد مرگ بررسی شده طراحی و اجرا نمایند .	از سال ۱۳۸۰ اجرای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به کلیه دانشگاههای کشور ابلاغ شد .
مرگ کودک ۱-۵۹ ماهه	بهداشت خانواده	بررسی مرگ مودک ۱-۵۹ ماهه در قالب نظام مراقبت سلامت کودکان از سال ۱۳۸۵ و در نیمه دوم سال ۱۳۸۷ بررسی مرگ کودک خارج بیمارستانی به تفکیک به معاونتهای بهداشتی ارجاع گردید که از اهداف برگزاری این کمیته های دانشگاهی و معاونت بهداشتی بررسی مرگها و پیشگیری از تکرار مرگهای مشابه در سطح کشور می باشد	۱۳۸۵
استریلیزاسیون	بهداشت خانواده	این معاونت برای اولین بار در کشور برنامه استریلیزاسیون اطاق مامایی را با برنامه ریزی مشخص در کلیه سطوح، تدوین برنامه آموزشی با بسته مربوطه و تهیه پوستر...و چک لیست پایش شروع نمود.	۱۳۸۳

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
اجرای طرح سنجش سلامت کودکان بدو ورود به دبستان	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس	معاینات پزشکی غربالگری نوآموزان بدو ورود به دبستان	۱۳۷۴
مدارس جامعه نگر	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس	ارتقاء سطح سلامت مدارس از طریق اجرای طرح مدارس جامعه نگر	۱۳۷۵
سایت جوان سالم	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس	افزایش اطلاع رسانی به جوانان از طریق اینترنت	۱۳۸۷
آهن یاری دانش آموزان دختر دبیرستانی و راهنمایی	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس	تجویز قرص آهن جهت دانش آموزان دختر دبیرستانی و راهنمایی	۱۳۸۱
آموزش به گروه هدف (دانش آموزان - اولیاء - معلمان و کارکنان مدارس)	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس	آموزش مسائل بهداشتی جهت دانش آموزان - اولیاء - معلمان و کارکنان مدارس	۱۳۵۸
معاینات دانش آموزی	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس	ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان از طریق معاینات و ارزیابی مقدماتی	۱۳۵۸
برنامه شیر مدرسه ایران (شما)	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس	بهبود وضعیت تغذیه دانش آموزان از طریق توزیع شیر در مقطع ابتدائی و راهنمایی	۱۳۸۳
بهداشت محیط مدارس	سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس	ارتقاء سطح سلامت محیط مدارس	۱۳۵۸

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
مرکز مثلثی-ترک دخانیات	بهداشت محیط	هدف از تشکیل این مراکز ارائه مشاوره به افراد داوطلب در زمینه ترک دخانیات است. اولین مرکز ترک دخانیات در مرکز بهداشت چیدر تأسیس گردید.	۱۳۷۸
جمع آوری زباله بیمارستانی	بهداشت محیط	هدف از اجرای این طرح تفکیک و جمع آوری بهداشتی زباله های عفونی در بیمارستانها به منظور کنترل عفونت می باشد.	۱۳۸۲
اجرای طرح بسیج نروزی	بهداشت محیط	توزیع و فروش مواد غذایی مخصوص عید نوروز از جمله انواع شیرینی و شکلات و همچنین افزایش سفرهای نروزی در این ماه و استفاده از رستورانها، تالارها و هتلها لزوم کنترل هرچه بیشتر در این ایام ضروری به نظر می رسد. این طرح همه ساله از اول اسفند تا ۱۵ فروردین سال بعد اجرا میگردد.	۱۳۷۷
ستاد بحران-بلاای طبیعی	بهداشت محیط	در این ستاد اقدامات لازم در زمان بروز بلا یا و بحران ارائه میگردد، تا در زمان وقوع بلا افراد آمادگی و شرایط لازم جهت مقابله با بحران را داشته باشند.	۱۳۸۱
مرکز مثلثی-ترک دخانیات	بهداشت محیط	هدف از تشکیل این مراکز ارائه مشاوره به افراد داوطلب در زمینه ترک دخانیات است. اولین مرکز ترک دخانیات در مرکز بهداشت چیدر تأسیس گردید.	۱۳۷۸
ادغام برنامه سلامت روان در PHC	مبارزه با بیماریها	این برنامه در شبکه های بهداشت ورامین، پاکدشت، دماوند و فیروزکوه و مرکز بهداشت شمیرانات در حال اجرا می باشد	۱۳۷۰
برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد	مبارزه با بیماریها	راه اندازی مراکز درمان سوء مصرف در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری در سه مرکز بوعلی شرق، دگمه چی شمال و شبکه بهداشت ورامین در حال اجرا می باشد.	۱۳۸۰
ساماندهی معتادان خیابانی	مبارزه با بیماریها	در پنج منطقه تحت پوشش دانشگاه در حال اجرا می باشد	۱۳۸۰
بیماری مالاریا	مبارزه با بیماریها	بیماری مالاریا این برنامه حدود پنجاه سال پیش از کل کشور در حال اجرا می باشد هنوز هم یکی از برنامه های مهم بیماریها و جزء بیماریهای قابل گزارش فوری می باشد	۱۳۳۸

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
برنامه مهارت های زندگی و فرزند پروری	مبارزه با بیماریها	در کلیه مراکز تحت پوشش معاونت در حال اجرا می باشد	۱۳۸۱
برنامه ثبت مواد و اقدام مرگ و میر ناشی از آن	مبارزه با بیماریها	به صور ثبت موارد فعالانه در کلیه مراکز بایگانی ها و بیمارستانها	۱۳۸۶
برنامه بهداشت روان شهری	مبارزه با بیماریها	در کلیه مراکز شهری تحت پوشش در حال اجرا می باشد	۱۳۸۷
طرح ادغام دیابت در نظام سلامت	مبارزه با بیماریها	بصورت یک برنامه کشوری آغاز گردید و مقرر شد کلیه جمعیت روستائی بالای ۳۰ سال مورد بررسی قرار گرفته و در صورت در معرض خطر بودن آزمایش FBS انجام گردد که در صورت آزمایش بالای ۱۲۶ میلی گرم درصد شخص بیماری گذاشته شده و تحت مراقبت ماهانه توسط بهورز و سه ماهانه توسط پزشک قرار بگیرند .	۱۳۸۳
برنامه کنترل بیماری فشار خون	مبارزه با بیماریها	بصورت یک برنامه در دل برنامه دیابت دیده شده است و در همان گروه سنی افرادی که فشار خون بالای ۱۴۰/۹۰ داشته باشند به عنوان بیمار تحت مراقبت قرار می گیرند .	۱۳۸۳
برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید	مبارزه با بیماریها	بصورت برنامه کشوری آغاز شده است کلیه متولدین زنده ۵-۳ روزه تحت نمونه گیری پاشنه پا برای تشخیص کم کاری تیروئید قرار می گیند تا با درمان بهنگام از ایجاد عقب ماندگی ذهنی جلوگیری شود .	۱۳۸۴
بیماری های روده ای (التور - تیفوئید - اسهال های خونی)	مبارزه با بیماریها	التور مراقبت فعال و تیفوئید و اسهال خونی مراقبت غیر فعال دارد در برنامه التور با نمونه برداری از موارد اسهال حاد آبکی لعاب برنجی در گروه هدف (نمونه سواپ رکتالی) بیماری وبا در جامعه تحت نظر می باشد و در صورتی که نمونه فرد مشکوک به وبا مثبت شود ، اطرافیان و محل زندگی از نظر ابتلاء به بیماری و بهداشت آب و مواد غذایی مورد بررسی قرار می گیرند خود فرد نیز درمان شده و اطلاعات او ثبت و گزارش فوری تلفنی می شود .	۱۳۷۷
ریشه کنی فلج اطفال	مبارزه با بیماریها	این برنامه در کشور از سال ۱۳۷۰ با بکارگیری استراتژی های مورد قبول سازمان جهانی بهداشت و سیاست های ملی کشور به اجرا گذاشته شده اولین بسیج ملی ایمن سازی بیماری در سال ۱۳۷۳ اجرا گردید . از سال ۱۳۷۹ تا کنون مورد تأیید شده ای از بیماری در منطقه تحت پوشش دانشگاه گزارش نگردید .	۱۳۷۰

موضوع	واحد مربوطه	شرح خلاصه	تاریخ ادغام در برنامه های معاونت
حذف سرخک	مبارزه با بیماریها	در حال حاضر نظام مراقبت این بیماری مبتنی بر نمونه گیری از کلیه موارد مشکوک و گزارش آن به مدیریت بیماریها در حال اجراست .	۱۳۸۲
برنامه پیشگیری از بتاتالاسمی ماژور	مبارزه با بیماریها	این برنامه با هدف پیشگیری از بروز بتالاسمی ماژور شروع گردید استراتژی اول این برنامه غربالگری داوطلبین ازدواج پیشگیری تولد بیمار بتاتالاسمی در والدین ازدواجی از سال ۷۶ و استراتژی دوم که پیشگیری از تولد در افرادی است که فرزند تالاسمی ماژور دارند و هدف پیشگیری از تولد فرزند تالاسمی ماژور جدید می باشد . قابل ذکر است که دانشگاه شهید بهشتی در برنامه پیشگیری از بتاتالاسمی ماژور در جشنواره کشوری رتبه برتر را کسب نمود .	۱۳۷۶
برنامه پیشگیری و کنترل فنیل کتونوری	مبارزه با بیماریها	برنامه پیشگیری در دو قسمت شامل ساماندهی خدمات بیماران مبتلا به PKU که با ساماندهی برنامه در مرکز پزشکی مفید در سال ۱۳۸۶ سال آغاز شد و قسمت دیگر غربالگری نوزادان از نظر PKU که از سه ماهه دوم سال ۱۳۸۶ آغاز گردید و تا کنون ادامه دارد .	۱۳۸۶
برنامه غربالگری نوزادان (G6PD)	مبارزه با بیماریها	این برنامه نیز از سال ۱۳۸۶ با محوریت برنامه ای شامل استانداردهای آزمایشگاهی G6PD و فرآیند ثبت و گزارش دهی شناسائی بیماران مبتلا به کمبود G6PD در دانشگاه شهید بهشتی شروع شده است و تا کنون ادامه دارد .	۱۳۸۶
برنامه ادغام سل در نظام شبکه (DOTS)	مبارزه با بیماریها	راهکار DOTS جهت مبارزه موثر با بیماری سل ، تمام دانشگاهها ملزم به اجرای این دستورالعمل شدند . اهداف اختصاصی این برنامه عبارتند از : بهبودی کامل حداقل ۸۵٪ موارد جدید مبتلا به سل ریوی با اسمیر مثبت ، کشف حداقل ۷۰٪ بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت	۱۳۷۵
برنامه پیشگیری و کنترل آنفلوآنزا	مبارزه با بیماریها	تحت عنوان آنفلوآنزای پرندگان در دانشگاهها مورد اجرا قرار گرفت و از ابتدای سال ۸۸ تحت عنوان آنفلوآنزای H1N1 در کلیه دانشگاهها برگزار گردید	۱۳۸۵