به نام خدا

شیوه‌نامه اجرایی محله ارتقادهنده سلامت (مردمی‌سازی محله سالم)

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

کارگروه آموزش، ارتباطات و مشارکت اجتماعی

بهمن 1402

Contents

[مقدمه: 3](#_Toc158211688)

[اسناد بالادستی: 8](#_Toc158211689)

[مفاهیم: 9](#_Toc158211690)

[اهداف: 17](#_Toc158211691)

[ساختار محله ارتقادهنده سلامت 18](#_Toc158211692)

[راهبردها، سیاستها: 18](#_Toc158211693)

[ارکان ستادی 20](#_Toc158211694)

[ارکان ستادی شهرستان: 23](#_Toc158211695)

[ارکان اجرایی محله ارتقادهنده سلامت 24](#_Toc158211696)

[1. هیئت امنا مرکز 24](#_Toc158211697)

[2. کانون فرهنگی اجتماعی سلامت 26](#_Toc158211698)

[پیوست‌ها: 38](#_Toc158211700)

[نحوه اقدام عملی برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله 38](#_Toc158211701)

[شیوه نظارت بر اجرای برنامه 46](#_Toc158211702)

[نقش و وظایف دست‌اندرکاران 49](#_Toc158211703)

[دستورالعمل تشکیل تیم اجرایی اولیه 51](#_Toc158211704)

[فرم شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله ارتقادهنده سلامت 53](#_Toc158211705)

[استانداردهای گروه های مردمی 71](#_Toc158211706)

[دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه در محله ارتقا دهنده سلامت 74](#_Toc158211707)

[دستورالعمل اجرایی برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت 90](#_Toc158211708)

[شاخص‌های محله ارتقا دهنده سلامت 111](#_Toc158211709)

# مقدمه:

**طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع** که از 17 سال قبل به نام طرح پزشکی خانواده در روستاها و شهرهای زیر 20 هزار نفر در حال اجرا بوده است به منظور ارتقای کیفیت زندگی و افزایش سطح سلامت مردم طراحی گردیده است و مشارکت مردم و سازمان ها برای دستیابی به این اهداف بخش جدایی ناپذیر طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع می باشد که در شهرهای بالای بیست هزار نفر این موضوع اهمیت بیشتری می یابد. برخورداری از بالاترین حد استانداردهای مطلوب و قابل حصول سلامت از بدیهی ترین حقوق مسلم هر انسانی است به استناد قانون اساسی تامین سلامت به عهده وزارت بهداشت و سایر بخش های توسعه می باشد اما تحقق این امر بدون درگیری آگاهانه ذینفعان امکان پذیر نمی باشد لذا در **کنفرانس بین المللی آلما آتای** (1978) مشارکت به عنوان بخش اساسی از سیاست های بهداشتی شناخته شده و از سوی دیگر در مکتوبات بین المللی « آموزش سلامت» را به عنوان نقطه آغاز فعالیت مشارکتی اعضای جوامع محلی در طراحی و تصمیم گیری برنامه های سلامت توصیه نمود و در **منشور اوتاوا** (1985) مفهوم جدید ارتقای سلامت را مطرح نمود و رویکرد جدید آموزش سلامت مبتنی بر مشارکت مردم طراحی گردید.

امروزه میزان مشارکت جوامع در برنامه‌های دولت‌ها یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی میزان توفیق و روند توسعه در جوامع محسوب شده و حکومت‌ها تلاش می‌نمایند هر چه بیشتر آحاد جامعه را در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای مداخلات مشارکت داده و با برنامه‌های خود آشنا نموده و از مردم در تامین امنیت سلامت کمک بگیرند . از طرفی بسیاری از برنامه‌ها و مداخلات در برنامه‌های جامع کشوری نیازمند ارتقای دانش عمومی تغییر باورها و نگرش‌ها ، توسعه و ارتقای رفتار و نهایتاً فرهنگ‌سازی عمومی است

جامعه سالم جامعه ایست که در آن برای همه افراد فرصت دسترسی برابر به کالاها و خدماتی که برای کارکرد تام و تمام یک شهروند ضروری است، به طور عادلانه وجود داشته باشد. پنج مؤلفه برای این منظور در نظر گرفته شده است که عبارتند از: ادغام اجتماعی؛ پذیرش اجتماعی؛ مشارکت اجتماعی؛ شکوفایی اجتماعی؛ و انسجام اجتماع، نیازمند به حرکتی عظیم در این راستا می باشیم . رکتی که بی شک دارای اهدافی بزرگ و نیازمند به برنامه جامع و مدون خواهد بود.

لذا اولویت مردمی‌سازی و مشارکتی شدن برنامه‌ها در حوزه بهداشت به عنوان یک ضرورت و نه یک انتخاب در اولویت‌های رویکردهای معاونت بهداشت و دفتر آموزش و ارتقای سلامت قرار گرفته است.

در مردمی‌سازی سلامت مطالعات متعدد بیانگر آن است که با آموزش بهداشت و اعتلای سواد سلامت و توسعه مهارت‌های زندگی، سلامت فرد و جامعه افزایش می‌یابد، خصوصاً زمانی که مردم مشارکت داشته باشند و به مشارکت به‌عنوان فرآیند نگاه شود و مردم در تمامی مراحل این فرآیند شریک باشند در رویکرد ارتقای سلامت، آموزش سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه و با هدف افزایش سلامت از طریق توسعه دانش و مهارت به منظور قادرسازی مردم برای اتخاذ انتخاب‌های آگاهانه در باره سلامت طراحی می‌شود.

در شکل گیر رفتارهای سالم و افزایش سواد سلامت آن چیز که به اندازه اقدامات آموزشی و بهبود نگرش در حیطه فردی مهم است، ایجاد محیط‌های حامی سلامتی است که فرد در آن زندگی می‌کند، کار می‌کند و به فعالیت‌های روزمره مشغول است. بعد از خانواده کوچک‌ترین واحد کلیدی اجتماعی، محله است و لذا محله‌های ارتقادهنده سلامت (حامی سلامت) جهت داشتن جامعه‌ای با رفتارهای بهداشتی یک ضرورت بهداشتی و امری اجتناب‌ناپذیر است که در 3 دهه گذشته در راستای افزایش سواد سلامت جامعه در نظام سلامت ایران (PHC) شکل گرفته است و نیازسنجی سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) تا برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت با تکیه بر مشارکت مردم و ظرفیت‌های سازمانی، اجتماعی محله را شامل می‌شود.

در کشور جمهوری اسلامی ایران در راستای جلب مشارکت مردم در برنامه‌های بهداشتی برنامه **«رابطان بهداشت»** از سال **1372** به اجرا درآمد نتایج چشمگیر و قابل توجه این طرح در افزایش آگاهی و تغییر رفتار بانوان به عنوان ستون و بنای هر خانواده موجب تشویق و حساس سازی مسوولین نظام سلامت و سایر ارگان ها و سازمان های توسعه جهت توسعه واستفاده گسترده تر از این استراژی گردید.

از سال 1394 دستورالعمل برنامه خود مراقبتی طی نامه شماره 303/11184مورخ 20/07/1394 به عنوان یکی از استراتژی های منتخب معاونت بهداشت در ترویج رفتارهای سالم و توسعه محیط های حامی سلامت به تمامی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ گردید. از سال 1400 در میانه بحران کوید 19 و نیاز به واکسیناسیون گسترده سریع و همچنین مقابله با شایعات آسیب زای فراوان و اینفودمی مرگ بار، برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی (RCCE) به عنوان برنامه ضروری شکل دهنده رفتار سالم و مشارکت مردمی در برخورد با شرایط اضطراری بهداشت توسط توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت ابلاغ گردید.

پیش از این به منظور توسعه فرهنگ سلامت و رفتارهای سالم در سطح جامعه طی نامه شماره ب3/3650 مورخ **2/07/1386** «نظام جامع جلب مشارکت جامعه در توسعه و تعمیق برنامه‌های نظام سلامت» به معاونت‌های بهداشت سراسر کشور توسط مدیرکل محترم دفتر ارتباطات و آموزش سلامت جهت اجرا ابلاغ گردید بود و در سال 22/05/1402 مجدداً نسخه بروز شده آن ابلاغ گردید.

در برنامه «سلامت خانواده و نظام ارجاع» دستیابی به عدالت در سلامت یک هدف اصلی است و تمام افراد و خانواده‌ها به ویژه اقشار آسیب‌پذیر و محروم در اولویت هستند و با توسعه برنامه‌های مشارکت اجتماعی از جمله داوطلبان سلامت، خودمراقبتی فردی و خانواده و محله ارتقادهنده سلامت می‌توان برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع محله محور را با مشارکت مردم و بین‌بخشی به نحو مؤثر اجرا نمود.

سلامت در همه ابعاد خود به شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد کرده، تحصیل و کار می‌کنند بستگی دارد و تمامی عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی و محیط‌زیست بر آن اثر می‌گذارند. حفظ سلامت از مهم‌ترین نیازهای جوامع انسانی است که مسوولیت آن هم بر عهده حکومت و هم بر عهده خود افراد است.

اصول 3، 29، 43 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می شناسد و دولت را مکلف کرده تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت های خود را جهت تامین ، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد بسیج کند.

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در سال ۲۰۰۸ گزارش نهایی خود را تحت عنوان، ترمیم شکاف: عدالت در سلامت به‌ واسطه اقدام عملی در رابطه با عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت منتشر کرد. این گزارش یادآور می‌شود: «عدالت اجتماعی با مرگ و زندگی رابطه مستقیم دارد و بر نحوه زندگی افراد، میزان احتمال ابتلا به بیماری و خطر مرگ زود هنگام تاثیرگذار است ... دستیابی به عدالت در برخورداری از سلامت طی یک نسل، امری امکان‌پذیر و اقدامی درست است و اکنون زمان مناسبی برای این کار است.

دستیابی به این هدف مستلزم رویکردی یکپارچه در جامعه است؛ بدین معنا که بخش‌های مختلف از قبیل بهداشتی، آموزشی، مسکن، کار، دادگستری، حمل و نقل، کشاورزی و محیط‌زیست، همگی باید برای بهبود شرایط همکاری کنند. برای آنکه این رویکرد موفقیت‌آمیز باشد، لازم است در سطح فردی، خانواده، جوامع و دستگاه‌های اجرایی، تغییراتی ایجاد شود که لازمه آن، اتخاذ راهبردهای زیست‌محیطی، اقتصادی و سیاستی به موازات تغییرات رفتاری در سطح فردی و اصلاحات ارایه خدمات بهداشتی است. علاوه بر این، ایجاد اتحاد، همبستگی و مشارکت بین گروه‌های مختلف، جوامع مدنی، سازمان و نهاد از لوازم تحقق این رویکرد است.

منظور ما از جامعه، گروهی از افراد است که در یک محل مشترک زندگی می‌کنند و تجربه یا علایق مشترک برخوردارند.

محله‌های شهری به عنوان کوچک‌ترین واحد سازمان فضایی شهر در پایداری شهری نقشی اساسی ایفا می‌کنند، به گونه‌ای که شکل‌گیری هویت محله‌ای، اقتصاد محلی، ایمنی، توسعه فضایی و کالبدی و تحکیم روابط اجتماعی با پایداری محله‌های شهری ارتباط می‌یابد.

منظور از سلامت محله رفاه همه اعضای آن در محله است. هرچه اعضای یک محله از وضعیت اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، نهادی و ارتباطی بهتری برخوردار باشند، آن محله از سلامت بیشتری برخوردار است.

ظرفیت جامعه به توانایی اعضای جامعه برای ایجاد تفاوت در طول زمان و در موضوعات مختلف اشاره دارد. ظرفیت چیزی یکبار مصرف نیست. مانند یادگیری دوچرخه‌سواری، این چیزی نیست که وقتی آن را تجربه کردید ناپدید شود، مثلاً وقتی دوچرخه‌سواری می‌کنیم، هر چه بیشتر تمرین کنیم بهتر می‌شویم.

در محله باید همکاری‌های ائتلافی صورت گیرد. **آنها، نهادهایی هستند که برای بهبود وضعیت محله کار می‌کنند. آن‌ها افراد را تشویق می‌کنند تا با همکاری یکدیگر تغییر مثبتی در محله ایجاد کنند.** برای مثال، در اقدامی برای بهبود وضعیت آموزش ممکن است کارکنان مدرسه، مربیان، کسبه، جوانان و افراد سالخورده همکاری کنند. زیرا چنین مشارکت‌هایی افراد را از همه طیف‌های مختلف محله گردهم می‌آورد و تلاش آن‌ها اغلب امکان بیشتری برای موفقیت فراهم می‌کند.

**مراقبت از سلامت محله و توسعه‌ آن‌ هم علم است و هم هنر**. این مراقبت بر مبنای تجارب کنشگران و صاحبان حرفه حاصل می‌شود که دائماً برای ایجاد نظام‌‌ها و اجرای برنامه‌ها‌ی معطوف به بهبود وضع زندگی و سلامت همگان در محله‌ها در تلاش‌اند و درس می‌آموزند. مراقبت از سلامت محله از طرف دیگر، موضوعی است که از اشتیاق به عدالت اجتماعی، برابری و انصاف سرچشمه می‌گیرد و باعث می‌شود افراد به صورت داوطلبانه و رایگان و یا با قبول دستمزدی اندک برای ایجاد محله‌ای حقیقتاً سالم کار کنند؛ محله‌ای که در آن نیاز‌های تمام شهروندان، فارغ از پیشینه یا اوضاع و احوالی که دارند، برآورده می‌شود.

**منظور از طراحی برنامه برای پرداختن به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت چیست؟**

بسیاری از جوامع با هدف بهبود سلامت شهروندان برنامه‌هایی را به اجرا می‌گذارند که منظور از آن‌ها عموما تغییر رفتارهای فردی به‌ واسطه فراهم آوردن فرصت و اطلاعاتی است که ترک اعتیاد به مواد مخدر یا دخانیات، ورزش بیش‌تر، مصرف غذاهای سالم‌تر، یا دسترسی به معاینات پزشکی برای انواع بیماری‌ها را تسهیل می‌کنند. هر چند این اقدامات مسلما نتایج خوبی به‌ بار می‌آورند، اما اغلب عوامل اجتماعی را که دست کم تا حدودی موجب وضعیت خوب یا بد بهداشتی می‌شوند، مدنظر قرار نمی‌دهند.

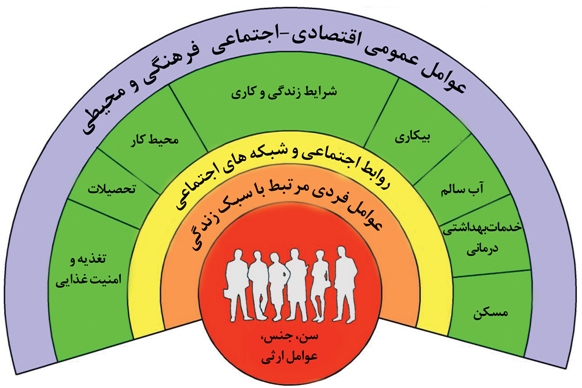
اگر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را به‌ خوبی نشانه رویم، قادریم جامعه‌ای سالم‌تر ایجاد کرده و کیفیت زندگی را برای همگان بهبود بخشیم.

نهادینه کردن این رویکرد علاوه بر افزایش مشارکت ساختارمند، آگاهانه و داوطلبانه مردم، نیازمند جلب همکاری سایر دستگاه‌ها و تقویت مسوولیت پذیری و پاسخگویی اجتماعی در قبال سلامت است.

چنین برنامه‌هایی فرایندی مشارکتی را به‌ خدمت می‌گیرند که تمام بخش‌های جامعه را شامل می‌شود. مشارکت همه افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها در تمام زمینه‌ها و بخش‌های جامعه به ایجاد اشراف یا حس تملک در جامعه منجر خواهد شد. وقتی که گروه‌های آسیب‌دیده در مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مشارکت کنند، برنامه می‌تواند نیازهای جامعه را به بهترین نحو برآورده سازد**.**

هدف‌گیری عوامل اجتماعی ریشه نابرابری‌ها را نشانه می‌گیرد. **عوامل اجتماعی مانند درآمد نابرابر، ریشه بسیاری از مشکلات در زمینه سلامت و توسعه هستند.** البته می‌توانید معلول‌های این نابرابری‌ها را رفع کنید، ولی اگر عوامل را ریشه‌کن نکنید، تلاش‌های شما تأثیر درازمدت نخواهند داشت.

تلاش برای رفع عوامل اجتماعی، به‌ واسطه ایجاد عدالت بیش‌تر منجر به تحولات اجتماعی خواهد شد. معلوم شده که عدالت بیش‌تر در جوامع، موجب عمر طولانی‌تر برای همگان شده و به‌ واسطه کاهش ناخشنودی و تقویت روابط اجتماعی به آرامش و ثبات بیش‌تر می‌انجامد.



جهت افزایش اثربخشی برنامه‌های آموزشی و شکل‌گیری رفتار سالم فردی و گروهی و در نتیجه تأمین عدالت در سلامت تأثیر بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت ضروری است، بدین منظور با توجه به تجربیات کسب شده از راه‌اندازی، استقرار و فعالیت محله‌های ارتقادهنده سلامت، کانون‌های سلامت محله، شورای ارتقای سلامت محله، شناسایی نقاط قوت و ضعف به منظور حفظ و ارتقای سرمایه‌های اجتماعی ایجاد شده ضروری است تا با مشارکت سازمان‌ها و نهادهای فعال در محله (بسیج – شهرداری –پایگاه / مرکز بهداشتی درمانی /خانه بهداشت – مدرسه – مساجد - سازمان‌های مردم‌نهاد – معتمدین و ائمه جماعات و...) ضمن اصلاح رویکردها، تغییرات ساختاری در نحوه اداره محله‌های ارتقادهنده سلامت، کانون‌های فرهنگی اجتماعی سلامت محله تشکیل شود.

# اسناد بالادستی:

**بند 2 ابلاغ سیاست های کلی سلامت مقام معظم رهبری:**

تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین و سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:

2-1 اولویت پیشگیری بر درمان

2-2 روز آمد نمودن برنامه های بهداشتی و درمانی

**بند 11 ابلاغ سیاست های کلی سلامت( مقام معظم رهبری):**

افزایش آگاهی، مسوولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

ابلاغ سیاست‌های کلی برنامه هفتم با اولویت پیشرفت اقتصادی توأم با عدالت:

بند 12 امور زیربنایی: ارتقاء نظام سلامت بر اساس سیاست های کلی سلامت

# مفاهیم:

**سلامت:**

در سال 1947 ، سازمان جهانی بهداشت (WHO) تعریف گسترده و جامعی از سلامت ارائه کرد که عبارت است از " حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماري یا ناتوانی." این یک تعریف جامع از سلامت است که کلیه عوامل مؤثر در سلامت انسان شامل رشد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادي به صورت فردي و اجتماعی را پوشش می دهد. این دیدگاه، به جاي طبقه بندي بیماري هایی که موجب ناخوشی یا مرگ می شوند، بر روي وضعیت و شرایط زندگی تأکید داشته و سلامتی را برابر با زندگی مولد و خلاق تلقی می نماید؛ و همچنین عوامل اقتصادي را به عنوان شاخص مهم در سلامت معرفی می کند. سلامتی یک حق اساسی بشر و هدف سلامت براي همه یک هدف مهم است. به طور عمده بهبود کیفیت زندگی و توسعه انسانی تنها از طریق همکاري بخش هاي مختلف و از طریق افراد جامعه، دولت و سازمان هاي بین المللی قابل دستیابی است. بدیهی است برخی عوامل مهم تأثیرگذار در وضع سلامت خارج از حوزه بخش بهداشت و درمان (وزارت بهداشت) است و درنتیجه سلامت با جدایی بخش بهداشت و درمان از سایر بخش ها تحقق نمی یابد. و بر این اساس دستیابی به هدف سلامت براي همه نیازمند دخالت و همکاري تمام بخش هاي اجتماعی، سیاسی و محیطی است

**سلامت براي همه:**

در سی‌امین مجمع سازمان جهانی بهداشت در سال 1997 ، طی قطعنامه 30.43تصمیم گرفته شد که هدف عمده و اصلی اجتماعی باید «دستیابی تمام مردم جهان تا سال 2000 به سطحی از سلامتی باشد که بتواند به آنها اجازه گذران زندگی مولد از نظر اجتماعی و اقتصادي را بدهد». اصل اساسی در استراتژي سلامت براي همه، پرداخت به مفهوم عدالت در سلامت یعنی ایجاد فرصت هاي برابر براي تمام مردم جهت دسترسی به سلامتی و بهداشت مناسب است. سلامت براي همه، توزیع عادلانه منابع بهداشتی در میان جمعیت است به طوري که همه مردم به منابع و خدمات موجود دسترسی داشته و در راستاي دستیابی به سلامت و بهداشت بیشتر قادر به استفاده از آنها باشند. سلامت براي همه بهبود شرایط را نه تنها در دسترسی به خدمات بهداشتی، بلکه در رابطه با فرصت هاي اجتماعی و اقتصادي، به دنبال خواهد داشت. به علت عدم کارایی و کمبودهایی در راهکارها و استراتژي هاي برنامه، هدف سلامت براي همه تا سال 2000 شکست خورد که نشانه کاستی هاي استراتژیک، کمرنگ بودن نقش جامعه، همکاري بین بخشی ضعیف، رویکرد توسعه اي از بالا به پایین و تمرکز بر سرمایه گذاري در زیرساخت هاي فیزیکی است در حالی که از ابعاد انسانی توسعه غفلت شده است. هدف سلامت براي همه، توسط یک بخش به تنهایی قابل دسترس نبوده و نیازمند رویکرد توسعه بخش هاي مختلف ناشی از مشارکت فعال در بین جوامع و سایر دست اندرکاران برنامه می باشد. این امر نیازمند بازنگري در سیاست ها، تغییر نگرش در استقاده از منابع موجود و اتخاذ مکانیسم هاي جدید است تا زمانی که از توزیع عادلانه تر خدمات بهداشتی - درمانی اطمینان حاصل شود.

**مراقبت‌های اولیه بهداشتی:**

مفهوم مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کنفرانس بین‌المللی در آلما آتا که در سال 1978 برگزار شد، به تصویب رسید و به عنوان یک استراتژي کلیدي براي دستیابی به هدف سلامت براي همه پذیرفته شد؛ و رهبران بهداشتی در سازمان جهانی بهداشت در این زمینه موافقت کردند که مراقبت‌های اولیه بهداشتی، می‌بایست بر اساس روش‌های عملی و نظریه علمی قابل قبول از نظر اجتماعی و تکنولوژي بنا شود که در دسترس همه جوامع بوده و با مشارکت کامل جامعه و با هزینه مقرون به صرفه در اختیار آنها قرار گیرد. در واقع مراقبت‌های اولیه بهداشتی یک بخش لاینفک از نظام سلامت ملی، در راستاي توسعه اجتماعی و اقتصادي جامعه بوده که مرحله اولیه از تماس افراد، خانواده و جامعه با سیستم بهداشت کشور است و تا آنجا که امکان دارد به نزدیک‌ترین مکان زندگی و کار مردم آورده می‌شود؛ و به منزله مرحله اولیه و اولین سطح از هر روند مراقبت‌های بهداشتی مداوم است.

رویکرد مراقبت اولیه بهداشتی مبتنی بر اصول ذیل است:

* حصول اطمینان از دسترسی برابر و همگانی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی؛
* به‌کارگیری روش‌های قابل قبول از نظر اجتماعی، فرهنگی و علمی؛
* ارائه مراقبت‌های بهداشتی در سراسر کشور با هزینه مقرون به صرفه؛
* ارتقای خودباوري و استفاده از روش‌های مقرون به صرفه و مورد اعتماد؛
* تشویق هماهنگی و همکاري بین‌بخشی در تمام سطوح؛
* تشویق به مشارکت کامل جامعه در برنامه‌ریزی و اجرا.

**ارتقاي سلامت**

اصول ارتقای سلامت مبتنی بر حقوق انسانی است در این دیدگاه مردم به‌عنوان مشارکت‌کنندگان فعال متخصصان و مردم به طور دوجانبه در فرایندهای توانمندسازی درگیر هستند. نقش متخصصان حمایت و فراهم‌ساختن گزینه‌ها جهت قادر ساختن مردم در راستای انتخاب آزادانه خود و آگاه ساختن آنان از تعیین‌کننده‌های سلامت و همچنین قادر ساختن مردم است در این مفهوم ارتقای سلامت شرایط مطلوبی در راستای هماهنگی بین تلاش‌های افراد، گروه‌ها و پیامدهای سلامتی ناشی از آن تلاش‌ها ایجاد می‌شود.

با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، ارتقای سطح سلامت عبارت است از روندي که براي فرد و جامعه امکان کنترل بهتر و بیشتر عوامل تأثیرگذار بر سلامت و نیز بهبود وضع سلامت محیط را ایجاد می‌نماید. منشور اوتاوا براي ارتقای سلامت که در سال 1986 به تصویب رسید، پنج عنصر از چارچوب استراتژیک خود را به شرح ذیل توصیف می‌نماید:

* ایجاد سیاست بهداشت عمومی؛
* ایجاد محیط‌های حمایت‌کننده؛
* تقویت اقدامات جامعه؛
* توسعه مهارت‌های شخصی؛
* دوباره تطبیق‌دادن و بازنگري خدمات بهداشتی و درمانی.

**مشارکت مردمی:**

مشارکت مردم در کانون اجتماعی فرهنگی سلامت «آگاهانه، داوطلبانه، مسئولانه و عادلانه» است.

**محله:**

در لغت‌نامه دهخدا محله این‌گونه معنی شده است: «کوی، برزن و یک قسمت از چندین قسمت شهر»

محله‌های شهری به‌عنوان کوچک‌ترین واحد سازمان فضایی شهر در پایداری شهری نقشی اساسی ایفا می‌کنند، به‌گونه‌ای که شکل‌گیری هویت محله‌ای، اقتصاد محلی، ایمنی، توسعه فضایی و کالبدی و تحکیم روابط اجتماعی با پایداری محله‌های شهری ارتباط می‌یابد.

**یا**

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

**جامعه:**

یک جامعه جمعیتی سازمان‌یافته از اشخاصی است که با هم در سرزمینی مشترک سکونت دارند به‌وسیلة همکاری در گروه‌ها نیازهای اجتماعی، ابتدایی و اصلی‌شان را تأمین می‌کنند و با مشارکت در فرهنگی مشترک به‌عنوان یک واحد اجتماعی متمایز شناخته می‌شود استمرار وجود روابط اجتماعی پیچیده، ترکیب متنوع، هویت جغرافیایی، فرهنگ مشترک از اشتراکات تعاریف مختلف از جامعه هستند.

**کانون:** تشکل جامعه‌محور محلیاست که در آن مردم باهدف ارتقای شاخص‌های کیفیت زندگی خود و جامعه محلی مشارکت می‌نمایند. ماهیت فعالیت این کانون‌ها غیرسیاسی، غیردولتی و داوطلبانه است.

**کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله:**

* سازوکاری ساختارمند برای مشارکت پایدار مردم، نهادها و جوامع محلی در ارتقای سلامت با لحاظ نمودن عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است.
* یک تشکل اجتماع‌محور محلی است که مردم و نمایندگان سازمان‌ها و نهادهای محلی در آن باهدف ارتقای سطح سلامت شهروندان و محله‌ها، بهبود فضای کسب و کار و وضعیت اقتصادی محله و ارتقای سرمایه‌های اجتماعی و روحیه نشاط و شادابی شهروندان فعالیت می‌کنند.
* ماهیت فعالیت این کانون‌ها غیرسیاسی است و انجام فعالیت‌های سیاسی در این کانون‌ها ممنوع است.

**شورای ارتقای سلامت محله:**

نماد مشارکت مردم و همکاری بین‌بخشی است که متشکل از نمایندگان بخش­های مردمی شامل رییس و دبیر کانون سلامت، نماینده داوطلبان سلامت محله، داوطلبان متخصص، نخبگان به همراه مسئولین و معتمدین تاثیر گذار محله از جمله: مدیران مدارس، آتش‌نشانی، کلانتری، نیروی انتظامی، ائمه جماعات، بسیج، خیرین، اساتید دانشگاه، نماینده شورای شهر یا روستا و...**در سطح محله** است.

خوشه‌بندی محله

پس از انجام سرشماری و شناسایی جمعیت تحت پوشش بر اساس نقشه ی محله جمعیت را به خوشه‌هایی تقسیم می‌کنیم تا کارکردن در آن آسان‌تر شود (طبق بلوک‌بندی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع). در خوشه‌ها می‌توان حداکثر ۱۰۰ خانوار وجود داشته باشد. به عنوان مثال اگر محله ما 20 هزار نفر جمعیت دارد و هر خانوار هم ۴ نفر باشد به 5۰۰۰ خانوار تقسیم می‌شود که اگر در هر خوشه۱۰۰ خانوار قرار گیرد ما 5۰ خوشه خواهیم داشت. یعنی ما نوعی سازماندهی کردیم و جمعیت ما از نظر وسعت و تعداد تقسیم‌بندی‌شده در خوشه‌ها مشخص شده است.

انتخاب سرخوشه

در این خوشه‌ها از بین افرادی که داوطلب شده‌اند با گفتگو و توجیه بیشتر و با ملاحظاتی، افراد باسواد کافی که مطلب را راحت‌تر درک کرده و اطلاعات را به جمعیت تحت پوشش خود در خوشه با موفقیت بیشتر منتقل کند به‌عنوان سرخوشه انتخاب می‌کنیم سرخوشه بر حسب منطقه، سوادی حداقل دوره اول متوسطه و از هر دو جنس زن و مرد باشند؛ بنابراین اگر ما 5۰ خوشه داشتیم 5۰ سرخوشه داریم میتوان در محله از این استفاده کنیم. در شهرهای بزرگ می توان از هر کوچه، یک نفر به عنوان سرخوشه انتخاب می شوند.

**نخبگان:**

منظور از نخبگان محلی افرادی هستند که دارای مهارت و توانمندی خاصی در زمینه‌های مختلف هنری، ورزشی، اقتصادی (کارآفرینی)، علمی، فرهنگی و... بوده و علاقه‌مند به همکاری داوطلبانه در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله باشد

**سفیر سلامت خانوار:**

سفیر سلامت عضوی از اعضای یک خانوار است که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد و به‌صورت داوطلبانه مسوولیت انتقال مطالب آموخته شده در حوزه سلامت و مراقبت فعال از سلامت خود و اعضای خانواده را بر عهده دارد

**داوطلب سلامت محله:**

فردی داوطلب است که از میان منطقه محل سکونت خود و از بین خانوارهای تحت پوشش هر پایگاه یا مرکز انتخاب می‌شود. داوطلب سلامت محله 5 تا ۲۰ خانوار را تحت پوشش دارد .

**مسئولیت‌های سلامت:**

سلامتی نه تنها یک کالا یا محصول قابل تهیه توسط هر فرد نیست، بلکه همچنین قابل خریداري و یا دستیابی به‌صورت فردي نیز نمی‌باشد. در حقیقت سلامت پیامد یک‌سری اقدامات مرتبط به یکدیگر است که توسط تمام دست‌اندرکاران بر عهده گرفته شده است؛ همچنین شامل کوشش‌های افراد، خانواده‌ها، جامعه و دولت و همچنین سازمان‌های بین‌المللی نیز است.

**مسئولیت‌های فردي:**

سلامتی یک حق اساسی انسانی است، اما همچنین به‌عنوان یک مسئولیت فردي نیز محسوب می‌گردد. چنانچه شخص خود در پی حفظ سلامتی خویش نباشد، هیچ دولت یا سازمانی نمی‌تواند سطح مناسبی از سلامت را تأمین نماید. مراقبت از خود، سلامتی را ارتقا می‌دهد از بیماری‌ها پیشگیري می‌نماید و ناخوشی‌ها را محدود می‌سازد. درصورتی‌که شخص آگاهی فنی و مهارت‌های موردنیاز را داشته باشد، بسیاري از فعالیت‌ها بدون کمک‌های حرفه‌ای نیز می‌توانند بر عهده گرفته شوند. به علت تغییرات در تمام بخش‌های زندگی و نیز تغییر در الگوهاي بیماري نیاز به کوشش‌های بیشتري در سطوح فرد و خانواده وجود دارد. مسئولیت فردي براي مراقبت از سلامت خود فرد عبارت‌اند از:

* توجه به بهداشت فردي و مراقبت هاي جسمی
* اتخاذ عادات و نیز شیوه‌های زندگی سالم از طریق رعایت دستورات ساده رفتارهاي سالم مرتبط با رژیم غذایی، خواب،
* ورزش، کنترل وزن، دخانیات، الکل و مواد مخدر؛
* اجراي روش‌های پیشگیري از بیماری‌ها از جمله ایمن‌سازی؛
* مشاوره با پزشک به‌منظور معاینات و غربالگری‌های دوره‌ای پزشکی؛
* اطلاع زودهنگام بیماری‌ها و پذیرش اقدامات درمانی؛
* بر عهده گرفتن و اجراي روش‌های پیشگیري از سرایت بیماري به دیگران؛
* استفاده از آب سالم و غذاي بهداشتی، از جمله تمام ریزمغذی‌ها و ترویج تغذیه کودکان با شیر مادر؛
* بهبود شرایط محیط و مسکن؛
* اتخاذ روش‌های محتاطانه در مقابل تمام عوامل خطر بالقوه.

**حمایت همه‌جانبه در ارتقا سلامت:**

مجموعه‌ای از روش‌ها برنامه‌ها و فعالیت‌هایی که برای بهبود سیاست‌ها در جهت منافع برنامه موردنظر طراحی و اجرا می‌شود و تلاش آن برای تغییر در سیاست‌های عمومی مرتبط با سلامت برای تأمین اهداف و منافع مورد نظر است. حمایت همه جانبه راهبردی برای ایجاد تغییر در خط‌مشی‌ها و سیاست‌های ارتقای سلامت با کمک افراد متخصص مسئول و یا سیاست‌گذاران سازمان‌ها و نهادها است که در این راهبرد از راهکارهای مختلف مانند ارتباطات و جلب مشارکت استفاده می‌شود در حمایت همه‌جانبه هیچ روش از قبل تعیین شده و واضحی وجود ندارد و با توجه به شرایط و موقعیت‌های مختلف و همچنین با توجه به نیازها و مهارت‌ها از روش‌های متفاوتی بهره خواهد برد.

**عدالت (هسته اصلی سلامت)**

عدالت در سلامت یکی از ارزش‌های اصلی و اهداف سیاست‌های بهداشتی است بهداشت و شاخص‌های سلامتی به طور نامنظم در گروه‌های جمعیتی توزیع شده‌اند بی‌عدالتی در سلامت به مفهوم تفاوت در وضعیت سلامت و تعیین‌کننده‌های آن است که ناعادلانه و اجتناب‌ناپذیر هستند بین گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی یا در حال رشد هستند یا به همان صورت باقی مانده‌اند.

در همین حال فرایندهای مربوط به جهانی‌شدن منجر به افزایش تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی در بین و در داخل کشورها شده و چالش بزرگتری در مبارزه با بی‌عدالتی در سلامت به وجود آورده است این امر بسیار مهم است که توجه داشته باشیم اهداف سیاست در اصلاح تعیین‌کننده‌های سلامت در گروه‌های مختلف جمعیت لزوما یکسان نیست یک توجه ویژه در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی بی‌عدالتی لازم است تا از بهبود وضعیت سلامت اطمینان حاصل شود با در نظر داشتن تأثیر سیاست‌های سایر بخش‌ها بر روی سلامت باید توجه ویژه‌ای به توزیع این تأثیرات در جامعه اعمال شود. البته باید دقت کرد که ممکن است در آن زمان توزیع تعیین‌کننده‌های سلامت در جامعه تغییر کند. به عنوان مثال، سلامت قلب و عروق که قبلا گروه‌های پردرآمد جامعه را بیشتر درگیر می‌کرد، اکنون یکی از نگرانی‌های فزاینده گروه‌های اقتصادی اجتماعی پایین‌تر نیز به‌حساب می‌آید.

**تعیین‌کننده‌های سلامت: (واسطه‌ای بین سلامت و سیاست)**

عواملی که بیشترین تأثیر را بر سلامت دارند، تعیین‌کننده‌های سلامت نامیده می‌شوند. سلامت حاصل بسیاری از عوامل از جمله عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی افراد، شیوه زندگی، محیط‌زیست، فرهنگ، ساختار اجتماعی و سیاست است. همان عوامل به طور معمول بسیاری از مسائل مربوط به‌سلامت و البته همه بیماری‌های اصلی را تحت تاثیر قرار می‌دهند البته قابل ذکر است که حتی تغییر شیوه زندگی افراد نیز در برخی شرایط فراتر از توانایی خود آنهاست و اغلب نیازمند سیاست‌های حمایتی است تا آن را به‌عنوان یک شیوه زندگی سالم مطرح سازد. در حالی که فعالیت‌های عمده بهداشت و درمان به‌صورت اقدامات درمانی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود ارتقای سلامت و پیشگیری باید از نگاه عوامل تعیین‌کننده سلامت برنامه‌ریزی شود؛ زیرا تاثیرات ناشی از سیاست‌ها، فعالیت‌ها و مداخلات سایر بخش‌ها بر روی سلامت از طریق همین عوامل صورت می‌گیرد تعیین‌کننده‌های سلامت می‌توانند به طور مستقیم و سریع از طریق سیاست‌ها و مداخلات در انواع ساختارهای سیاست‌گذاری تحت‌تأثیر قرار بگیرند معمولاً تغییرات در عوامل تعیین‌کننده سلامت بسیار سریع‌تر از تأثیرات آنها در سلامت خود را نشان می‌دهد؛ مانند تغییرات در محیط کار و محل زندگی افراد سیاست‌ها می‌توانند سلامت و عوامل تعیین‌کننده سلامت را به‌صورت مثبت یا منفی تغییر دهند. «سلامت در همه سیاست‌ها» یک راهبرد سیاسی افقی با پتانسیل بالا برای کمک به بهبود سلامت جامعه است این یک مکمل در کنار روش‌های شناخته شده بهداشت عمومی و خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» بیان می‌کند که هنگام برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در بین گزینه‌های سیاست‌های مختلف باید تاثیرات سلامتی ناشی از آنها را نیز در نظر داشت هدف نهایی ایجاد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد با ارزیابی و بحث در مورد وضعیت سلامت موجود و البته سیاست‌های پیشنهادی جایگزین است.

هسته اصلی «سلامت در همه سیاست‌ها» بررسی عوامل تعیین‌کننده به منظور ارتقای سلامت است که بیشتر از بخش بهداشت و درمان توسط سیاست‌های سایر بخش‌ها تحت تاثیر قرار می‌گیرد. «سلامت در همه سیاست‌ها» به عنوان یک رویکرد با هدف روشن‌شدن ارتباط بین سیاست‌ها و مداخلات و نیز عوامل تعیین‌کننده سلامت و تاثیرات آنها بر وضعیت سلامت جامعه برای تصمیم‌گیرندگان است.

**گروه‌های هدف خاص:**

گروه های هدف خاص مانند مهاجران افراد ،معلول کودکان زنان و سالمندان نیاز به همکاری بین بخشی و گاهی اوقات سیاستهای خاص دارند برای مثال در مورد ،زنان گرچه انتظار میرود زندگی طولانی تری نسبت به مردان داشته باشند. اما بسیاری از این سالهای اضافی در فقر سلامتی و انزوای اجتماعی سپری میشود و در یک وضعیت نامطلوب از عوامل تعیین کننده سلامت مثل درآمد بیکاری و فشار حاصل از نقشهای متعدد زندگی قرار دارند نمونه ای از سیاست ها در مورد سالمندان در زیر توضیح داده میشود

**سرمایه اجتماعی:**

فرایندها و شرایط بین افراد و سازمان‌ها که منجر به دستیابی به هدف سود متقابل اجتماعی می‌شود معمولا به وسیله ی چهار ساختار مرتبط با یکدیگر مشخص می‌شوند. اعتماد، انسجام، مشارکت مدنی و روابط متقابل

**سواد سلامت:**

سواد سلامت بیانگر دانش و توانمندی‌های فردی است که از طریق فعالیت‌های روزانه، تعاملات اجتماعی و در بین نسل‌ها انباشته می‌شود دانش و توانمندی‌های فردی توسط ساختارهای سازمانی و دردسترس‌بودن منابعی میانجیگری می‌شوند و افراد را قادر می‌سازند تا به اطلاع‌رسانی اطلاعات و خدمات دسترسی، آنها را درک و ارزیابی کرده و به‌گونه‌ای بکار ببرند که سلامت خوب و احساس خوب‌بودن خود و اطرافیانشان را ارتقا داده و حفظ کنند.

**فرهنگ سلامت:**

فرهنگ سلامت، فرهنگی است که بر خودمراقبتی و تقدم پیشگیری بر درمان و مجموعة باورها و رفتارهای سالم و مؤثر در این زمینه تأکید دارد و بسترهای لازم برای تحقق شرایط مناسب جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را فراهم می‌آورد.

# اهداف:

**ساماندهی و توسعه مشارکت‌های پایدار، آگاهانه و داوطلبانه شهروندان و سازمان‌ها و نهادهای اثرگذار در سلامت محله و توسعه انسانی**

1. جلب مشارکت ساختارمند، آگاهانه و داوطلبانه مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله
2. ارتقای سلامت و افزایش سطح سلامت همه‌جانبه (معنوی، اجتماعی، جسمی، روانی و عاطفی) ساکنان محله
3. ارتقای سطح سواد سلامت ساکنان محله
4. جلب مشارکت موثر، کارآمد، پویا و خلاق مردم در تحقق اهداف توسعه پایدار
5. تقویت شادابی و امید در مردم محله از طریق بهبود شرایط اجتماعی و محیطی و ترویج سبک زندگی سالم
6. سازماندهی و توانمندسازی مردم در پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی سلامت
7. مشارکت سازمان­دهی شده آحاد مردم در تصمیم­گیری و تصمیم­سازی حوزه سلامت در راستای حل مشکلات محله‌ها در مناطق شهری و روستایی
8. بسیج، هدایت و مدیریت ظرفیت‌های مردمی در حل مشکلات اولویت‌دار محله
9. تقویت روحیه خودباوری، اعتماد به نفس و احساس ارزشمند بودن مردم از طریق مشارکت در انجام کارهای داوطلبانه و خیرخواهانه
10. ایجاد تعامل و هم‌افزایی میان مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی
11. تعامل فعال میان مردم و کارکنان ارایه دهنده خدمت در پیگیری و اجرای مداخلات و برنامه­های سلامت­محور محله متبوع
12. تشکیل گروه‌های مردمی بر اساس ظرفیت و نیاز محله

# ساختار محله ارتقادهنده سلامت

## راهبردها، سیاست­ها:

**۲٫۱- راهبردها**

الف) آموزش، توانمندسازی و مشارکت فرد، خانواده و جامعه در تاب‌آوری محله محور و افزایش اعتماد و انسجام اجتماعی محلی

ب) بسط نیازسنجی، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت مشارکتی محله محور

ج) هم‌افزایی، همسویی و همکاری نهادهای دولتی و غیردولتی محله‌ای

۲٫۲**-** اهداف:

الف) افزایش نرخ مشارکت محله محور مردم به‌منظور ارتقای سلامت جامعه

ب) ترغیب ساکنان محله به مشارکت و حضور در فعالیت‌های فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر سلامت

پ) تقویت مشارکت شهروندان در شناخت نیازها و مسایل حوزه سلامت محله، تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری، پایش و اجرای فعالیت­ها و برنامه‌های محله محور

ت) ایفای نقش صحیح تمامی ذی‌نفعان به‌عنوان تسهیلگر، حامی، ناظر، هدایت‌کننده و راهبر در برنامه محله ارتقادهنده سلامت

ث) پیاده‌سازی مدیریت مشارکتی حوزه سلامت در محله به‌منظور افزایش سطح سلامت در همه ابعاد

ج) ترویج فرهنگ سلامت و سبک زندگی سالم

ساختار محله ارتقادهنده سلامت

**ارکان ستادی**

**ارکان ستادی ملی (سیاست‌گذاری برنامه‌ریزی و نظارت):**

1. کارگروه مشارکت اجتماعی در کمیته آموزش و فرهنگ‌سازی
2. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت

**ارکان ستادی دانشگاه/ دانشکده (ذیل قرارگاه سلامت خانواده):**

1. کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی
2. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت دانشگاه/دانشکده

**ارکان ستادی شهرستان:**

1. کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی
2. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت

**ارکان اجرایی در سطح محله‌ای:**

1. هیئت‌امنا محله (در مرکز خدمات جامع سلامت)
2. کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله (در پایگاه سلامت/ خانه بهداشت)

* شوراي ارتقای سلامت محله
* شبکه نخبگان محله
* گروه‌های مردمی سلامت

## ارکان ستادی

**ارکان ستادی ملی (سیاست‌گذاری برنامه‌ریزی و نظارت):**

1. کارگروه مشارکت اجتماعی در کمیته آموزش و فرهنگ‌سازی (با ابلاغ مقام عالی وزارت، مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت به‌عنوان رییس کمیته آموزش و فرهنگ‌سازی منصوب شده است.)
2. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت

**اعضای کارگروه مشارکت اجتماعی در کمیته آموزش و فرهنگ‌سازی**

* مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت
* مسئول برنامه مشارکت اجتماعی دفتر آموزش و ارتقای سلامت
* مسئول برنامه RCCE دفتر آموزش و ارتقای سلامت
* نماینده معاون مشارکت‌های اجتماعی سازمان امور اجتماعی وزارت کشور
* نماینده معاون امور فرهنگی اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
* نماینده معاون امور فرهنگی و توسعه ورزش همگانی وزارت ورزش و جوانان
* نماینده رییس مرکز مشارکت‌های مردمی و توسعه ظرفیت‌های اجتماعی و فرهنگی سازمان بهزیستی
* نماینده مدیرکل دفتر توانمندسازی خانواده و بانوان سازمان بهزیستی
* نماینده رییس سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور
* نماینده مجمع خیرین سلامت
* نماینده سازمان بسیج مستضعفین
* نماینده حوزه علمیه
* نماینده سازمان امور مساجد
* نماینده معاون تربیت‌بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش
* نماینده معاون پیشگیری بیمه سلامت

تبصره: در صورت نیاز امکان حضور سازمان‌ها/ نهادهای دیگر در جلسات کمیته به دعوت رییس کمیته وجود دارد

**دبیرخانه ملی مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت**

این دبیرخانه فرایندهای اجرایی استقرار و فعالیت نظام مدیریت محله‌ها را راهبری می‌نماید و در دفتر آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تشکیل می‌شود.

به منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدايت، راهبري و نظارت کلان؛ در موضوع مديريت محله ارتقادهنده سلامت در سطح ملی، دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت در ملی، تشكيل می‌شود كه كليه هماهنگی‌ها و امور اجرايي زيرمجموعه آن با دبيرخانه است.

**ارکان ستادی دانشگاه/دانشکده:**

1. کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی
2. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت دانشگاه/دانشکده

**کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی**

**اعضای کمیته شامل:**

* مدیرگروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه (رییس کمیته)
* کارشناس برنامه مشارکت اجتماعی گروه آموزش و ارتقای سلامت
* کارشناس برنامه RCCE گروه آموزش و ارتقای سلامت
* نماینده مردمی‌سازی استانداری/ فرمانداری
* نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل تعاون
* نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل ورزش همگانی وزارت ورزش و جوانان
* نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل توسعه ظرفیت‌های اجتماعی و فرهنگی سازمان بهزیستی
* نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل توانمندسازی خانواده و بانوان سازمان بهزیستی
* نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور
* نماینده مجمع خیرین سلامت
* نماینده تام‌الاختیار معاونت اجتماعی بسیج مستضعفین
* نماینده حوزه علمیه
* نماینده سازمان امور مساجد
* نماینده مشارکت اجتماعی اداره سلامت و تندرستی آموزش و پرورش
* نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل پیشگیری بیمه سلامت
* نماینده شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما
* نماینده وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

**تبصره: در مواردی که کمیته در مورد برنامه محله ارتقادهنده سلامت تشکیل جلسه می‌دهد، سازمان‌ها/ نهادهای زیر برای شرکت در کمیته دعوت گردند:**

* نماینده تام‌الاختیار جمعیت هلال‌احمر
* نماینده تام‌الاختیار آتش‌نشانی
* نماینده تام‌الاختیار مدیریت بحران
* رییس کمیسیون بهداشت و سلامت شورای شهر
* نماینده سمن‌های استان (از طرف استانداری معرفی شوند)
* نماینده تام‌الاختیار بهزیستی شهرستان
* نماینده تام‌الاختیار نیروی انتظامی

\* ابلاغ اعضاء توسط معاون بهداشت صادر می‌گردد.

**شرح وظایف کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی**

* فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و توانمندسازی در تبیین جایگاه و نقش برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع در حفظ و ارتقای سلامت جامعه
* بهره‌مندی از رسانه‌های ارتباط‌جمعی (شبکه‌های اجتماعی، صداوسیما استان، رسانه‌های مکتوب و...) در تبلیغات و جلب حمایت و مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده‌سازی و تداوم برنامه
* جلب حمایت ذی‌نفعان در اجرای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع محله محور
* مدیریت و هماهنگی اجرای فرایند نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت محله محور
* اجرا، نظارت، حمایت و پایش و ارزشیابی برنامه محله ارتقادهنده سلامت
* مدیریت برنامه RCCE در کنترل شرایط اضطراری بهداشت به شیوه محله محور و داده‌محور

**دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت دانشگاه/دانشکده**

این دبیرخانه فرایندهای اجرایی استقرار و فعالیت نظام مدیریت محله‌ها را راهبری می‌نماید و در گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشت دانشگاه، تشکیل شده است.

به‌منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدايت، راهبري و نظارت کلان؛ در موضوع مديريت محله در سطح دانشگاه/ دانشکده، دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت در دانشگاه/ دانشکده، تشكيل می‌شود كه كليه هماهنگی‌ها و امور اجرايي زيرمجموعه آن با دبيرخانه است.

## ارکان ستادی شهرستان:

1. کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی
2. دبیرخانه مشارکت اجتماعی **محله‌های ارتقادهنده سلامت**

**اعضا کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی و شرح وظایف آنها:**

اعضای این کمیته‌ها متناظر با کمیته‌های استانی تعیین و ابلاغ رئیس کمیته از طرف مدیر شبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان

**کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی**

* برنامه‌ریزی و اجرا و ارزشیابی برنامه ارتقای سواد سلامت
* هماهنگی با شوراهای شهر و روستا و بخشداری‌ها
* بهره‌گیری از ظرفیت سازمان‌های مردم نهاد (بهزیستی، سازمان ورزش و جوانان و فرمانداری)
* آگاه‌سازی جامعه و شناسایی طرح به مردم
* اجرا، نظارت، حمایت و پایش و ارزشیابی برنامه محله ارتقادهنده سلامت

**دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت در شهرستان**

این دبیرخانه فرایندهای اجرایی استقرار و فعالیت نظام مدیریت محله‌ها را راهبری می‌نماید و در واحد آموزش و ارتقای سلامت شهرستان، تشکیل شده است.

به‌منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدايت، راهبري و نظارت در موضوع مديريت محله ارتقادهنده سلامت، دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله‌های ارتقادهنده سلامت در شهرها، تشكيل می‌شود كه كليه هماهنگی‌ها و امور اجرايي زيرمجموعه آن با دبيرخانه است.

از وظایف دبیرخانه پیگیری ایجاد «شبکه محله‌های ارتقادهنده سلامت» است.

## ارکان اجرایی محله ارتقادهنده سلامت

### 1. هیئت امنا مرکز

در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهري، شهري روستایی و روستایی، هیئت امناي مرکز با ساختار، وظایف و گردش کار مشخص تشکیل می‌گردد.

به منظور انجام وظایف تعیین شده هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت شهر و خانه بهداشت در روستا بر اساس ظرفیت‌های مردمی و سازمانی فعال در محله، شورایی متشکل از اعضای ذیل تشکیل می‌گردد:

الف) رییس مرکز خدمات جامع سلامت: رییس هیئت امنا

ب) کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت: دبیر هیئت‌امنا

پ) نمایندگان ائمه جماعات مساجد (1 نفر).

ت) نماینده سمن‌های فعال (۱ نفر).

ث) نماینده گروه‌های جهادی (۱ نفر).

ج) نماینده هیئت مذهبی و قرآنی (۱ نفر).

چ) نمایندگان پایگاه‌های بسیج (1 نفر).

ح) نماینده خیریه‌ها (۱ نفر).

خ) نماینده مدارس (۱ نفر).

د) نماینده شهرداری/ دهیاری منطقه تحت پوشش (۱ نفر).

ذ) نماینده داوطلبان سلامت محله با تایید مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت (2 نفر)

ر) نماینده حوزه‌های علمیه فعال (۱ نفر).

ز) رابط شورای اسلامی شهر/ روستا (۱ نفر).

ژ) نماینده کلانتری (۱ نفر).

س) نماینده خانه هلال (1 نفر)

ش) نماینده نخبگان محله (1 نفر).

ترکیب اعضای اصلی هیئت‌امنا بر اساس ظرفیت‌ها و ویژگی‌های محله‌ها حداقل 10 می باشد.

ابلاغ رئیس و اعضای هیئت‌امنا از طرف مدیر شبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان صادر می‌شود.

**شرح وظایف هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت:**

* جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی، RCCE و حمایت از برنامه‌های سلامت عمومی
* آموزش سلامت در قالب برگزاري نشست‌ها و گردهمایی‌های برنامه‌های آموزشی به مردم و مسوولین منطقه
* هماهنگی با مسوولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت و رفع عوامل خطرزاي محیطی
* طرح مسایل و مشکلات سلامتی منطقه و یافتن راه‌حل‌های علمی و اجرایی براي آنها
* آموزش و اطلاع‌رسانی درمورد وظایف، برنامه‌های سلامت و خدمات قابل ارائه در پایگاه‌های سلامت و مرکز
* دریافت گزارش از اولویت‌های سلامت محله بر اساس نتایج نیازسنجی سلامت محله و برنامه مداخلات ارتقای سلامت تدوین شده هر سه ماه یکبار
* نظارت و رصد روند شناسایی ظرفیت‌ها، منابع و نقاط ضعف و قوت محله
* مدیریت بهینه منابع و هدایت آن‌ها به سمت پیاده‌سازی برنامه‌های اولویت‌دار سلامت محله
* ساماندهی، هم‌افزایی، همسویی و حل اختلاف‌نظر شوراهای ارتقای سلامت محله‌ها
* مطالبه‌گری از ادارات، سازمان‌ها و متولیان امر مرتبط
* پاسخ به درخواست منابع از طرف شوراهای ارتقای سلامت محله‌ها سلامت محله
* نظارت‌های هیئت‌امنا بر حسن اجرای برنامه‌های شوراهای ارتقای سلامت محله
* بسترسازي لازم به‌منظور تحقق شهر سالم از طريق ايجاد محله‌های ارتقادهنده سلامت

### 2. کانون فرهنگی اجتماعی سلامت

**کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله:**

جهت ارتقای سلامت محله‌ها با لحاظ نمودن عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت و به‌منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) و ارتقای سلامت یکتا (one health) در محله ضروری است از تمامی ظرفیت‌های محله بهره گرفت. «کانون‌های فرهنگی اجتماعی سلامت» دارای ساختار کاملاً مردمی است که متشکل از افراد ساكن محله که علاقه‌مند به مشاركت و همكاري در موضوعات مرتبط با سلامت و سبک زندگی سالم و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH) به‌صورت داوطلبانه و مردمي فعاليت می‌نمایند.

کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله از اركان اجرايي مديريت محله ارتقادهنده سلامت است كه در راستاي حساس‌سازی و ارتقاي سلامت ساكنان محله، شناسایی، گزارش و پاسخ اولیه به تهدیدات زیستی (community based surveillance) از طريق جلب مشارکت‌های مردمي، توسعه شبکه‌های اجتماعي و همكاري بین‌بخشی در سطح محله فعاليت می‌نماید. در این دستورالعمل کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله در سطح پایگاه سلامت و خانه بهداشت تشکیل می‌گردد.

**اهداف:**

* جلب مشارکت ساختارمند، آگاهانه و داوطلبانه مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله
* تقویت شادابی و امید در ساکنین محله از طریق بهبود شرایط اجتماعی و محیطی و ترویج سبک زندگی سالم ایرانی اسلامی
* ترویج فرهنگ سلامت و مشارکت اجتماعی
* سازماندهی و توانمندسازی مردم در پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی سلامت و افزایش سواد سلامت
* بسیج، هدایت و مدیریت ظرفیت‌های مردمی و مشارکت سازماندهی شده آحاد مردم در تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی حوزه سلامت در راستای حل مشکلات محله
* تقویت روحیه خودباوری، اعتمادبه‌نفس و ارزشمندبودن و احساس تعلق به محله در ساکنان از طریق مشارکت در انجام کارهای داوطلبانه و خیرخواهانه
* افزایش اعتماد و ایجاد تعامل و هم‌افزایی میان مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی
* تعامل فعال میان مردم و کارکنان ارایه دهنده خدمت در پیگیری و اجرا و نظارت بر مداخلات و برنامه‌های سلامت‌محور محله متبوع
* ساماندهی، آسیب‌شناسی و نیازسنجی سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت خانوارهای ساکن
* افزایش آمادگی، اعلام هشدار سریع، ساماندهی پاسخ و مداخلات افزایش تاب‌آوری محله در حوزه زیستی با رویکرد مردم‌محور
* ارتقاي مهارت‌های رفتاري شهروندان در پیشگیری و مواجهه با بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی و اجتماعي
* آموزش و مشاوره در راستاي تحكيم بنيان خانواده و جوانی جمعیت

**کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله**

کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله اولین واحد مشارکت ساختارمند مردم در بهداشت است که شامل «**شوراي ارتقای سلامت محله»، «شبکه نخبگان و داوطلبان»** و **گروه‌های مردمی است و** تحت نظارت هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت به‌صورت تعاملي، مشاركتي، شبکه‌ای و فعالیت‌های تيمي، به اجراي برنامه‌های محله محور از جمله برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع می‌پردازند. کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله در سطح پایگاه سلامت و خانه بهداشت تشکیل می‌گردد.

تمامی ساکنان یک محله از جمله: هنرمندان، بازنشستگان، دانشجویان، جهادگران سلامت، داوطلبان سلامت محله، داوطلبان متخصص، سفیران سلامت خانوار، اعضای جوامع مدنی، نخبگان، معتمدین، شورایاران، بسیجیان، فعالان سازمان‌های مردم‌نهاد، خیرین، اصناف و کارگران، کاندیدهای مناسبی جهت عضویت در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله هستند.

**مشارکت مردم در کانون‌های اجتماعی فرهنگی سلامت**

مشارکت مردم در کانون‌ها آگاهانه، داوطلبانه، مسوولانه و عادلانه است

**مشارکت آگاهانه:** مردم نسبت به دلیل حضور در کانون و نقش کانون‌ها در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت آگاهی دارند

**مشارکت داوطلبانه:** مردم بدون هیچ چشم داشتی و به‌صورت داوطلبانه در اجرای امور کانون مشارکت دارند

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

**مشارکت عادلانه:** حضور و مشارکت ساکنان محله در کانون برای تمامی آحاد جامعه یکسان است و هر شخص علاقه‌مندی می­تواند عضو کانون شود

* **وظایف:**

کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله در راستای افزایش سواد سلامت جامعه، ترویج فرهنگ و سبک زندگی سالم و ارتقای سلامت همه‌جانبه جامعه ذیل نظام جامع مشارکت اجتماعی در تحقق عدالت در سلامت معاونت بهداشت، وظایف زیر را بر عهده دارد:

1. جلب مشارکت مردم و همکاری‌های بین‌بخشی در فعالیت‌های مرتبط با سلامت
2. شناخت توانمندی‌های مردم و ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل محله
3. توانمندسازی مردم داوطلب همکاری در کانون اجتماعی فرهنگی سلامت با همکاری دانشگاه و نمایندگان دستگاه‌های مرتبط
4. پیشنهاد تشکیل گروه‌های مردمی زیر مجموعه کانون بر اساس ظرفیت و نیاز محله
5. نیازسنجی سلامت و تعیین مسائل اولویت‌دار محله
6. هدف­گذاری، تعیین مداخلات و تقسیم کار اقدامات محلی میان مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی
7. مدیریت شایعات و اطلاعات نادرست تأثیرگذار در شکل‌گیری رفتار سالم (مدیریت اینفودمی در شرایط اضطراری بهداشتی)
8. ایفای نقش محوری در ارتباطات استراتژیک سلامت (پویش، بسیج اجتماعی و ...)
9. مطرح نمودن اولویت‌های احصا شده توسط کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله در جلسات هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت و پیگیری اجرای مصوبات بر حسب مورد
10. تشکیل منظم جلسات شورای ارتقای سلامت محله، پیگیری و ارزشیابی مصوبات از طریق مشارکت‌های داوطلبانه و حمایت‌طلبی مسئولان در سطوح محله
11. تهیه و ارسال گزارش اقدامات کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله به شکل مستمر به مرکز خدمات جامع سلامت

**ارکان کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله شامل سه رکن اصلی است:**

#### 1) گروه های مردمی :

جهت آموزش سلامت به ساکنین محله توسط داوطلبان سلامت متخصص، داوطلب سلامت محله و سایر پتانسیل‌های موجود در راستای ارتقای سلامت یکتا (one health) در محله می‌توان از ظرفیت‌های مردمی بهره گرفت. «کانون‌ها» مجموعه‌ای تمام مردمی است متشکل از افراد ساكن محله، علاقه‌مند به مشاركت و همكاري در موضوعات مرتبط با سلامت، افزایش سواد سلامت، ترویج فرهنگ سلامت و سبک زندگی سالم كه در ذيل کارگروه سلامت شکل‌گرفته و به‌صورت داوطلبانه و مردمي فعاليت می‌نمایند.

افراد بر حسب نیازها، علایق و توانمندی‌های خود می‌توانند عضو کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله شوند و هر عضو کانون می‌تواند در یکی از گروه سنی (سالمندان – میانسالان - جوانان و نوجوانان - مادران و کودکان) یا گروه‌های بیماری یا آسیب‌های اولویت‌دار محله (واگیر و غیرواگیر) عضو شده و فعالیت نمایند.

تبصره: باتوجه به مقبولیت اجتماعی داوطلبان سلامت محله و آشنایی این افراد با نظام و رسالت نظام شبکه و توانمندی‌های کسب شده در زمینه آموزش و ارتباطات پیشنهاد می‌شود به تمامی داوطلبان سلامت محله در هر پایگاه یا خانه بهداشت فراخوان برای عضویت در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت داده شود.

**گروه‌های مردمی شامل موارد زیر است:**

* گروه‌های خودیار
* گروه‌های مهارت‌آموزی و توسعه انسانی
* گروه‌های جهادی

تبصره 1: هر یک از گروه های مردمی، بر اساس دستورالعمل اجرایی اختصاصی (نسخه 02 دستورالعمل خودمراقبتی فصل گروه های خودیار و داوطلبین سلامت و جلب مشارکت اجتماعی) راه اندازی و فعالیت های خود را انجام خواهند داد.

تبصره 2: هر یک از گروه های مردمی یک سرگروه خواهند داشت.

شرح وظایف سرگروه هر یک گروه‌های مردمی:

* شرکت در دوره‌های آموزشی پیش‌بینی‌شده
* خدمت به‌عنوان رابط گروه با دبیر کانون
* اطمینان از برگزاری جلسات گروه در مکان مناسب و قابل‌دسترس همراه با رعایت اصول اخلاقی
* برقراری ارتباط کوثر با اعضای گروه
* توسعه برنامه‌ها و زمان‌های جلسات با اعضای گروه
* اطمینان از اطلاع‌رسانی به اعضای گروه در خصوص برگزاری جلسات
* برنامه‌ریزی و اجرای دستور کار جلسه همراه با اعضای گروه
* ترغیب و ایجاد انگیزه در اعضای گروه برای مشارکت در بحث گروهی
* اطمینان از عملکرد گروه مطابق با استانداردهای مربوطه
* اطمینان از پیگیری مصوبات جلسات (در صورت داشتن مصوبه)
* تکمیل فرم گزارش جلسات گروه‌های مردمی و ارایه به دبیر کانون
* آموزش اطلاعات صحیح رفتار سالم در شرایط اضطراری بهداشتی و موضوعات اولویت‌دار سلامت محله به اعضای گروه

#### 2. شوراي ارتقای سلامت محله

الف. مسئول شوراي ارتقای سلامت محله یکی از کارکنان آموزش دیده شبکه بهداشت (به ترتیب اولویت پزشک خانواده یا کارشناس ناظر یا مراقب سلامت) به انتخاب مرکز خدمات جامع سلامت شهری است که می‌بایست هسته اوليه همکاری‌های بین‌بخشی نهادهاي دولتي و غیردولتی (از جمله سمن‌ها و...) را به‌منظور تشكيل **شوراي ارتقای سلامت محله** تشكيل دهد.

**توجه:** شورای ارتقای سلامت در سطح محله تشکیل می‌گردد، به‌شرط آنکه آن محله یک پایگاه سلامت داشته باشد. اگر محله‌ای پایگاه سلامت نداشت، تمام ساختار تدوین شده برای محله را خواهد داشت؛ ولی به‌صورت مشترک با محله کناری خود که پایگاه سلامت دارد، شورای ارتقای سلامت خواهد داشت؛ بنابراین ما در سطح شهر به‌ازای هر پایگاه سلامت یک شورای ارتقای سلامت محله خواهیم داشت.

ب. در محله، شوراي ارتقای سلامت محله با تركيب اعضاي ذيل تشكيل می‌شود:

* امام‌جماعت مساجد محله، 1 نفر؛
* مسئول پایگاه سلامت (تسهیلگر)
* نماینده پزشکان خانواده مستقر در محله
* افراد شاخص و معتمد محلي، 2 نفر؛
* داوطلب سلامت، 2 نفر؛
* نماینده سرخوشه‌ها، 1 نفر؛
* نخبگان سلامت محله، 1 نفر؛
* نماینده تشکل‌های مردمي، 1 نفر؛
* کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت، 1 نفر؛
* سازمان‌های دولتي همكار (آموزش‌وپرورش، بسيج، كلانتري، شهرداري ناحيه، بهزیستی و کمیته امداد و....)، 6 نفر؛

تبصره 1: از میان اعضای شورا یک نفر به انتخاب اعضا به عنوان رییس و یک نفر به عنوان دبیر شورا (ترجیحا یکی از داوطلبان سلامت فعال محله)، انتخاب می شود که وظیفه انجام مکاتبات، تنظیم صورت جلسات و پیگیری و اجرای آن را به عهده دارد.

تبصره 2: بر اساس نیازسنجی سلامت و آسیب شناسی محله نمایندگان سایر سازمان ها/نهادها به درخواست اعضای شورای ارتقای سلامت دعوت می شوند.

تبصره 3: رییس و دبیر کانون همان رییس و دبیر شورای ارتقای سلامت محله هستند.

**محورهاي فعاليت و مسئوليت شوراي ارتقای سلامت محله عبارت‌اند از:**

* راه‌اندازی و تشكيل منظم جلسات شوراي ارتقای سلامت محله؛
* شنود اجتماعی و تعیین مشكلات و مسائل مهم محله، برنامه‌ریزی مداخلات و اجرای مداخلات ارتقای سلامت؛ (دستورالعمل اجرایی در پیوست)
* تعامل و همكاري با هیئت‌امنا محله و سایر کارگروه‌ها جهت تسهيل كارها در سطح محله؛
* تعامل با مرکز خدمات جامع سلامت محله
* تشويق و ترغيب ساكنان و سرخوشه‌ها محله جهت مشاركت و همکاری‌های لازم؛
* حل مشكل محله از طريق ظرفیت‌های محله به‌ویژه شهروندان؛
* حمايت و هدايت كليه برنامه‌های ارتقای سلامت محله جهت اجرا در سطح محله
* مستندسازی پيشرفت مداخلات تصویب شده در سطح محله با استفاده از مشارکت مردم محله و ارسال گزارش فعالیت‌ها به‌صورت سه‌ماهه به هیئت‌امنا
* ارائه تجربيات موفق سایر محله‌ها در مشاركت مردم از طريق گردهمایی‌های ۶ ماهه در «شبکه محله‌های ارتقادهنده سلامت»
* مشارکت در ارتباطات استراتژیک سلامت و اطلاع‌رسانی
* همكاري با اعضاي کانون‌های سلامت‌محور در اجراي برنامه؛

تبصره: تدوين صورت‌جلسه ماهانه شوراي ارتقای سلامت محله به عهده دبیر شوراي ارتقای سلامت محله خواهد بود.

#### 3) شبکه نخبگان محلی

**منظور از نخبگان محلی افرادی هستند که دارای مهارت و توانمندی خاصی در زمینه‌های مختلف هنری، ورزشی، اقتصادی (کارآفرینی)، علمی، فرهنگی و... بوده و علاقه‌مند به همکاری داوطلبانه در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله باشد.**

**محورهاي اصلي فعاليت «شبکه نخبگان محلی شامل» محله:**

* كمك به اجرای نیازسنجی و بررسي وضعيت موجود خانوارهای محله؛
* شناسايي و ترغيب افراد علاقه‌مند جهت همكاري به عنوان رابط سلامت (خانواده، مدرسه، اصناف، مسجد، سالمند، اماكن ورزشي و تفريحي)؛
* ترویج فرهنگ داوطلبی و مسئولیت اجتماعی
* شناسايي ظرفیت‌ها، امكانات محله و كمك به اجرایی‌شدن مداخلات تعيين شده در محله با مشاركت داوطلبان سلامت؛
* تشويق و جلب همكاري و مشاركت مردم محله در برنامه‌های سلامت‌محور؛
* برگزاري برنامه‌های آموزشي براي داوطلبان سلامت و دبيران کانون‌های محله؛
* برقراري ارتباط و هماهنگي مستمر با شورای ارتقای سلامت و دبيران کانون‌های محله؛
* كمك به تدوين طرح‌های اجرايي با همكاري شورای ارتقای سلامت؛
* كمك در جهت جلب همكاري سازمان‌های دولتي و غيردولتي در زمينه اجراي برنامه‌های سلامت‌محور محله؛
* حضور فعال در دوره‌های آموزشي برگزار شده از طريق کارگروه سلامت؛
* ارتقاي سطح آگاهي دبيران کانون‌ها در زمينه برنامه‌های سلامت‌محور؛
* تهيه گزارش و مستندات از فعالیت‌های انجام شده و ارائه آن به شورای ارتقای سلامت؛
* اطلاع‌رسانی و شفاف‌سازی فعالیت‌ها براي مردم؛
* كمك به ارزيابي سالانه از روند برنامه‌های اجرا شده؛
* برگزاري جلسه سه ماهه با دبيران کانون‌های محله.

رییس کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله:

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

1. حمایت‌طلبی، هم‌افزایی و جلب مشارکت مردم، معتمدین و ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل مالی و انسانی محله
2. مطرح‌نمودن اولویت‌های احصا شده و نیاز به هماهنگی با مسوولین سطوح بالا در جلسات شورای ارتقای سلامت و پیگیری حل مشکلات مطرح شده حسب مورد
3. مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت
4. نظارت بر اطلاع‌رسانی مؤثر، مستمر، رضایت‌بخش و به موقع به ذینفعان و اعضای محله در خصوص نتیجه مداخلات انجام شده از طريق انواع ارتباطات شامل مكاتبات، پست الكترونيك، پيامك، تلفني
5. ارائه تجربيات موفق سایر محله‌ها در مشاركت مردم از طريق گردهمایی‌های سالانه
6. نظارت بر پیگیری و اطلاع‌رسانی اجرای مصوبات جلسات شورای ارتقای سلامت به اعضای کانون
7. نوآوری و پیشنهاد مداخلات اثربخش سلامت با استفاده از ظرفیت‌های محله
8. نظارت بر تهیه و ارسال گزارش اقدامات انجام شده در کانون به هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت
9. نظارت بر فرایند اجرایی کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله
10. مشارکت در خودارزیابی اقدامات شورای ارتقای سلامت محله

دبیر کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله:

دبیر کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله همان دبیر شورای ارتقای سلامت محله است. دبیر نقش هماهنگ‌کننده اقدامات کانون **با همکاری و تسهیلگری مسئول پایگاه در پایگاه‌های سلامت/ بهورز در خانه‌های بهداشت** به عهده دارند. دبیر توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله از طریق رای گیری برای مدت یکسال انتخاب می‌گردند.

وظایف دبیر کانون:

1. همکاری در حمایت‌طلبی، هم‌افزایی و جلب مشارکت مردم، معتمدین و ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل مالی و انسانی محله
2. هماهنگی برگزاری جلسات توانمندسازی مردمی در کانون
3. مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت
4. مستندسازی اقدامات انجام شده در کانون با استفاده از مشارکت مردم محله
5. اطلاع‌رسانی مؤثر، مستمر، رضایت‌بخش و به موقع به ذینفعان و اعضای محله در خصوص نتیجه مداخلات انجام شده از طريق انواع ارتباطات شامل مكاتبات، پست الكترونيك، پيامك، تلفني
6. پیگیری و اطلاع‌رسانی اجرای مصوبات جلسات شورای ارتقای سلامت به اعضای کانون
7. نوآوری و پیشنهاد مداخلات اثربخش سلامت با استفاده از ظرفیت‌های محله
8. تهیه و ارسال گزارش اقدامات انجام شده در کانون به هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت
9. مشارکت در خودارزیابی اقدامات شورای ارتقای سلامت محله

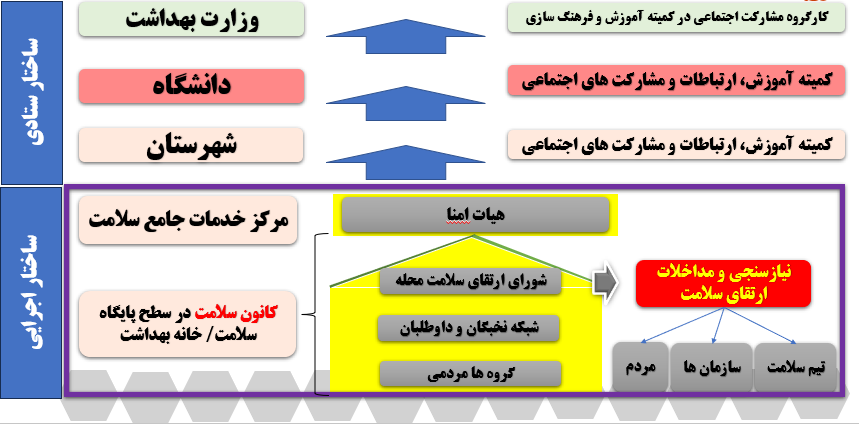
**سازوکار**

**مکان تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله**

این کانون با استفاده از ظرفیت‌های اماکن مرتبط به اعضای دولتی و غیردولتی شورای ارتقای سلامت محله از جمله سرای محله شهرداری، مسجد، حسینیه، پایگاه سلامت، خانه بهداشت و اماکن اهدا شده توسط افراد سرشناس و معتمد محله اهدا شده، تشکیل می‌شود.

**منابع مالی مورد نیاز:**

* برای رفع چالش‌ها و انجام مداخلات سلامت‌محور که رکن اساسی حل آن مداخله خارج از تکالیف سازمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی است با استفاده از منابع مالی دستگاه مرتبط انجام می‌شود.
* منابع فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز مثل اتاق، کامپیوتر و نرم­افزار­های لازم و بودجه مورد نیاز برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت با استفاده، از امکانات نهادهای دولتی و غیردولتی و ظرفیت‌های محلی از جمله شهرداری و شوراهای شهر و روستا و امکانات دانشگاه علوم پزشکی تامین می­گردد.
* در مورد پروژه‌هایی که با همکاری گروه‌های مردمی انجام می‌شود می‌توان از امکانات و ظرفیت‌های خیرین، شوراهای اسلامی شهر و روستا، سازمان‌های مردم‌نهاد و سازمان‌های بین‌المللی استفاده نمود.



هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت

**گروه های مردمی**

شبکه نخبگان محله

**کانون اجتماعی فرهنگی سلامت**

**شورای ارتقای سلامت محله**

(دبیر با رای گیری از بین اعضای شورا انتخاب می شود)

پیوست‌ها

# پیوست‌ها:

## نحوه اقدام عملی برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله

تشریح مراحل اقدام عملی برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله با تمرکز بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و فرایند توانمندسازی اجتماع‌محور (در سطح پایگاه‌های سلامت/ خانه بهداشت)

**1. تشكيل** **تیم اجرایی اولیه**

ابتدا برای اجرای این برنامه یکی از مراقبان سلامت/ بهورز آموزش‌دیده و دارای ظرفیت و مهارت مناسب برای تیم‌سازی، برقراری ارتباط و جلب مشارکت مردم و مسئولین محلی و ترجیحاً ساکن محله، با ابلاغ رییس مرکز بهداشت شهرستان (به پیشنهاد کارشناس ناظر و تایید کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان) به عنوان مجری محلی مشارکت اجتماعی و عامل پیاده‌سازی برنامه محله ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی اجتماع‌محور انتخاب می‌گردد. این مراقب سلامت/ بهورز در طول فرایند علاوه بر اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی داوطلبان و سفیران سلامت بر روند پیاده‌سازی برنامه در کانون شامل شورای ارتقای سلامت محله، شبکه نخبگان محله و گروه‌های مردم محلی نظارت خواهد داشت.

**در مرحله بعد مراقب سلامت/ بهورز بعد از ارزیابی سریع محله با همکاری داوطلبان سلامت محله و سفیران سلامت خانوار فعال تحت پوشش، ضمن معرفی برنامه به افراد کلیدی شناسایی شده با مشورت آنها لیستی از افراد محلی که می‌توانند به عنوان تیم اجرایی اولیه عهده‌دار اجرای مراحل بعدی برنامه باشند را تهیه می‌کند.** (فهرست این افراد در جداول مربوطه که نمونه آنها در زیر آمده است درج می‌گردد).

جدول اسامی افراد انتخاب شده به عنوان نمایندگان تیم اجرایی اولیه

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | سطح تحصیلات | تاریخ تولد | شماره تماس | محل امضا |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

محل امضا حاضران در جلسه

مراقب سلامت محله یک داوطلب سلامت محله یک فرد معتمد محله

در ادامه مراقب سلامت/ بهورز طی جلسه‌ای که از معتمدان محله هم در آن حضور دارند از بین شرکت‌کنندگان علاقه‌مند یک هسته مرکزی به عنوان تیم اجرایی اولیه به منظور به عهده گرفتن مسئولیت اجرای فرایند برنامه شکل گیرد.

این تیم اجرایی اولیه می‌بایست دارای ویژگی‌های ذیل باشد:

* حداقل تعداد اعضای پیشنهادی این تیم ۷ نفر باشد؛
* اعضای این تیم دارای ترکیب متنوع سنی، سواد، شغلی و جایگاه اجتماعی مختلف باشند؛
* اعضای این تیم داوطلب بوده و وقت لازم برای پیگیری و اجرای برنامه را داشته باشند (بتوانند یک نیم روز در هفته برای طرح وقت بگذارند).

**2. برگزاری کارگاه آموزشی اول**

در این مرحله برای نمایندگانی از تیم‌های اجرایی محله‌ها مورد نظر اولین دوره آموزشی برای آشنایی آنها با کلیات برنامه و نیز برخی از ابزارهای لازم برای توسعه محلی برگزار می‌گردد. سرفصل‌های کلی که در این دوره آموزش داده می‌شود عبارت‌اند از:

* فرایند توانمندسازی اجتماع‌محور و آشنایی با دستورالعمل اجرایی محله ارتقادهنده سلامت؛ شامل مباحث:
  + آشنایی با مفاهیم محله ارتقادهنده سلامت، هیئت‌امنا، کانون، شورای ارتقای سلامت محله، شبکه نخبگان محله و گروه‌های مردمی
  + آشنایی با مفاهیم گروه اجتماع محلی و محله گرایی و مشارکت محلی؛
  + مفاهیم تسهیلگری و تکنیک‌های تسهیلگری در گروه؛
  + روش‌های جلب اعتماد و بسیج اجتماعی؛
  + ارزیابی جامعه محلی و شناخت منابع مختلف آن؛
  + آشنایی با روش‌های تحلیل ذینفعان؛
  + تهیه برنامه اطلاع‌رسانی مناسب در محله
  + تهیه پروفایل ویژه خانوارهای ساکن محله
  + سازمان‌یابی و ایجاد یک سازمان محله محور

این دوره به صورت کارگاه آموزشی و به مدت 1 روز برگزار شده و شرکت‌کنندگان با ابزارهای مختلف مرتبط با موارد فوق ذکر آشنا شده و به کارگیری آنها را تمرین می‌کنند.

**3. تعریف و انجام اقدامات اعتمادساز**

اولین اقدام تیم اجرایی اولیه در محله قبل از معرفی خود جلب اعتماد مردم محله و سایر ذینفعان از طریق انجام برخی اقدامات عملی است. بر این اساس تیم اجرایی طی یک جلسه بر اساس نیازها و مشکلات مشهود محله از نقطه نظر خودشان یکسری برنامه‌ها و اقدامات به منظور رفع این مسائل تعریف خواهند نمود این اقدامات از سطح پیگیری یک مسأله و نیاز از نهادهای ذیربط تا انجام برنامه مشخص و بلندمدت می‌تواند متغیر باشد. در طی جلسات مذکور تیم اجرایی ضمن تعیین نوع اقدام و تقسیم کار بین خود جهت انجام اقدام و برنامه نیز می‌پردازد البته در تعریف این اقدامات باید دقت نمود که به مسائلی پرداخته شود که کم‌هزینه بوده و در مدت کوتاهی هم به نتیجه برسد. باید توجه داشت که اگر تیم اجرایی متشکل از افرادی باشد که از قبل بین مردم محله شناخته شده و مورد اعتماد باشند، بنا به تصمیم خود تیم اجرایی می‌توانند از این مرحله صرف نظر کنند.

**4. ارزیابی محله**

به موازات انجام اقدامات اعتمادساز تیم اجرایی اولیه بر طبق آموزش‌های فراگرفته در کارگاه‌های آموزشی، «تیم‌های مشاهده و مصاحبه» را از بین خود تشکیل داده و اقدام به شناسایی منابع مختلف محله (فیزیکی، انسانی، اجتماعی و سازمانی) می‌نماید در نقشه محله این منابع را نیز در آن جانمایی می‌کند. همچنین در این مرحله تیم اجرایی، جدول شناسایی ذینفعان را اعم از دولتی و غیردولتی تهیه کند. در انجام این مرحله تهیه نمودارها و جداول و نقشه محله بهتر است که بر روی کاغذهای بزرگ صورت گیرد تا قابل نمایش برای مردم محله و ذینفعان در آینده باشد. این اقدامات را می‌توان با استفاده از ظرفیت گروه‌های مردمی علاقمند (داوطلبان سلامت محله، داوطلبان متخصص، سفیران سلامت خانواده فعال...) انجام داد.

**5. تهیه شناسنامه محله**

هدف از تهیه شناسنامه محله:

* شناخت کلیات وضعیت سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت محله
* شناخت و بررسی پیشینه مداخلات قبلی در حوزه مشارکت و سلامت محله
* جمع‌آوری اطلاعات جمعیت محله
* شناسایی سازمان‌ها و نهادهای ذینفع و ذیربط (دولتی - عمومی) محلی
* شناسایی ساختارهای اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد، خیرین و مؤسسات خیریه، تسهیلگران منطقه‌ای، گروه‌های مردمی داوطلب فعال و ساکن در محله

در این بخش به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر درباره خانوارهای ساکن محله می‌توان بر اساس سرشماری برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع و پرونده‌های سلامت، اطلاعات سامانه سیب، اطلاعات سازمان‌ها و نهادهایی که در محله فعال هستند (مانند بسیج محله) و.....، پروفایل ساکنین محله تکمیل گردد.

**6. اطلاع رسانی برنامه محله ارتقا دهنده سلامت**

باید توجه داشت که این مرحله تا پایان فرایند استمرار داشته و همواره در مقاطع مختلف اجرای برنامه به منظور ارائه گزارش اقدامات و برنامه‌های پیش رو به مردم محله و ذینفعان دیگر اطلاع‌رسانی انجام می‌گردد. در این مرحله ابتدا تیم اجرایی اولیه طی جلسه‌ای یک برنامه اطلاع‌رسانی برای معرفی خود و برنامه‌ها تهیه می‌کند. این برنامه باید شامل سه رکن مربوطه به شرح ذیل باشد:

1. تعیین مخاطبان اعم از مردم محله و ذینفعان شناسایی شده در مرحله قبل
2. تدوین کردن پیام ویژه هر مخاطب به منظور اطلاع‌رسانی برنامه محله ارتقادهنده سلامت
3. تعیین روش انتقال پیام به هر مخاطب از قبیل جلسه عمومی، نامه و گزارش، بروشور و تراکت، مراسم و بازدید و....

البته تیم اجرایی اولیه در جلسه تهیه برنامه اطلاع‌رسانی باید برآورد هزینه آن و نیز تقسیم کار بین خود را جهت انجام این برنامه را هم داشته باشد. همچنین منابع خود را برای تداوم اطلاع‌رسانی در طول برنامه تقسیم نماید.

**7. سازمان دهی جامعه محلی**

در این مرحله، زمینه جهت توسعه فعالیت‌های تیم اجرایی اولیه و انسجام یافتن آن از طریق سازمان‌یابی فراهم شده است به این منظور فهرستی از افراد به شرح ذیل را استخراج خواهد شد:

* لیست افراد تحصیل‌کرده دانشگاهی با (ذکر) نوع مدرک و شماره تلفن
* لیست افراد شاغل در نهادهای دولتی و غیردولتی با ذکر نام نهاد و شماره تلفن
* لیست افراد فعال در گروه‌های اجتماعی با ذکر نام گروه و شماره تلفن
* لیست افراد دارای مهارت رسمی با ذکر نوع مهارت و شماره تلفن
* لیست افراد علاقه‌مند به مشارکت اجتماعی با ذکر نوع مشارکت و شماره تلفن
* لیست افراد معتمد در محله با ذکر تعداد آرای او و شماره تلفن فرد معتمد

تیم اجرایی اولیه می‌تواند این فهرست ها را به تفکیک هر بلوک هم تهیه کند. سپس با دعوت از افراد در یک جلسه عمومی، ضمن تشریح برنامه و ارائه گزارشی از عملکرد تا این مرحله، از آنها برای همکاری و ایجاد ائتلاف محلی با نام **«کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله»** دعوت می‌کند. افراد داوطلب و علاقه‌مند، مسئولین و معتمدین محلی برای ایجاد کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله می‌توانند با توجه به صلاحیت‌ها و مهارت‌ها در «شورای ارتقای سلامت محله»، «شبکه نخبگان محله» و «گروه‌های مردمی» عضو شوند.

در ادامه این سازمان محلی با تعریف ساختار سازمانی با حفظ اصول حاکم بر برنامه، تعریف روال انتخاب اعضای این ارکان و وظایف و روال برگزاری جلسات آنها و... به کانون هویت منسجم می‌دهد.

در صورت امکان می‌توان یک مکان به‌عنوان دفتر کانون را با توجه به ظرفیت‌های محلی تهیه کرد و یا از فضای پایگاه سلامت برای برگزار جلسات کانون استفاده کرد.

اعضا شورای ارتقای سلامت محله طبق دستورالعمل مشخص است و نمایندگانی از تیم اجرایی اولیه، «شبکه نخبگان محله» و گروه‌های مردمی و... در آن عضو هستند. (در بخش ساختار به آن اشاره شده است).

**8. برگزاری کارگاه آموزشی دوم**

در این مرحله برای اعضای شورای ارتقای سلامت محله دومین دوره آموزشی برای آشنایی آنها با روش‌های نیازسنجی و تعیین اولویت‌های محله برگزار می‌گردد. سرفصل‌های کلی که در این دوره آموزش داده می‌شود عبارت‌اند از:

* آشنایی با فرایند اجرایی نیازسنجی
* آشنایی با نیاز و انواع آن؛
* روش‌های ارزیابی سریع در نیازسنجی؛
* نیازسنجی از طریق بحث گروهی متمرکز؛
* آشنایی با تکنیک‌های اولویت‌بندی
* مهارت‌های ارتباطی

این دوره به صورت کارگاه آموزشی و به مدت 1 روز برگزار شده و شرکت‌کنندگان با ابزارهای مختلف مرتبط با موارد فوق ذکر آشنا شده و به کارگیری آنها را تمرین می‌کنند.

**9. انجام نیازسنجی و اولویت بندی**

دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت در پیوست این دستورالعمل ارایه شده است.

**10. برگزاری کارگاه آموزشی سوم**

در این مرحله برای اعضای شورای ارتقای سلامت محله، چهارمین دوره آموزشی برای آشنایی آنها با روش‌های برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت برگزار می‌گردد. سرفصل‌های کلی که در این دوره آموزش داده می‌شود عبارت‌اند از:

* آشنایی با چارچوب برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت

این دوره به صورت کارگاه آموزشی و به مدت 1 روز کامل برگزار شده و شرکت‌کنندگان روش نوشتن یک برنامه را تمرین می‌کنند.

**11. تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله**

در این مرحله اعضای شورای ارتقای سلامت محله بر اساس آموزش‌های داده شده اقدام به نوشتن برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله در خصوص اولویت‌های نیازها و مسائل محله می‌کنند در نوشتن این برنامه، شورای ارتقای سلامت محله در کانون دقت خواهد کرد که اولاً اهداف اختصاصی نوشته شده در برنامه دارای ویژگی‌های مورد نظر (SMART) باشند. ثانياً فعالیت‌ها و اقدامات اجرایی مربوطه به فرد مسئول و زمان‌بندی مربوطه آورده شده باشد. ثالثاً شامل یک چک‌لیست خاص خود برای پایش آن برنامه باشد. در ادامه برنامه تدوین شده در جلسه شورای ارتقای سلامت محله طرح و مورد بررسی قرار گرفته و به تصویب خواهد رسید.

دستورالعمل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت در پیوست این دستورالعمل ارایه شده است.

**12. اجرای مداخلات ارتقای سلامت محله**

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

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

**13. خودارزیابی**

این مرحله توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله بر طبق چک‌لیست (پیوست) بعد از اتمام اجرای برنامه‌های مداخلاتی انجام می‌گیرد.

**14. ارسال گزارش**

گزارش اقدامات انجام شده برای اطلاع‌رسانی به مردم محله و ذینفعان برنامه تهیه و از طرق ممکن آنها در جریان فعالیت‌ها و اقدامات قرار می‌گیرند.

همچنین تهیه و ارسال گزارش فصلی به هیئت‌امنای مرکز صورت گیرد

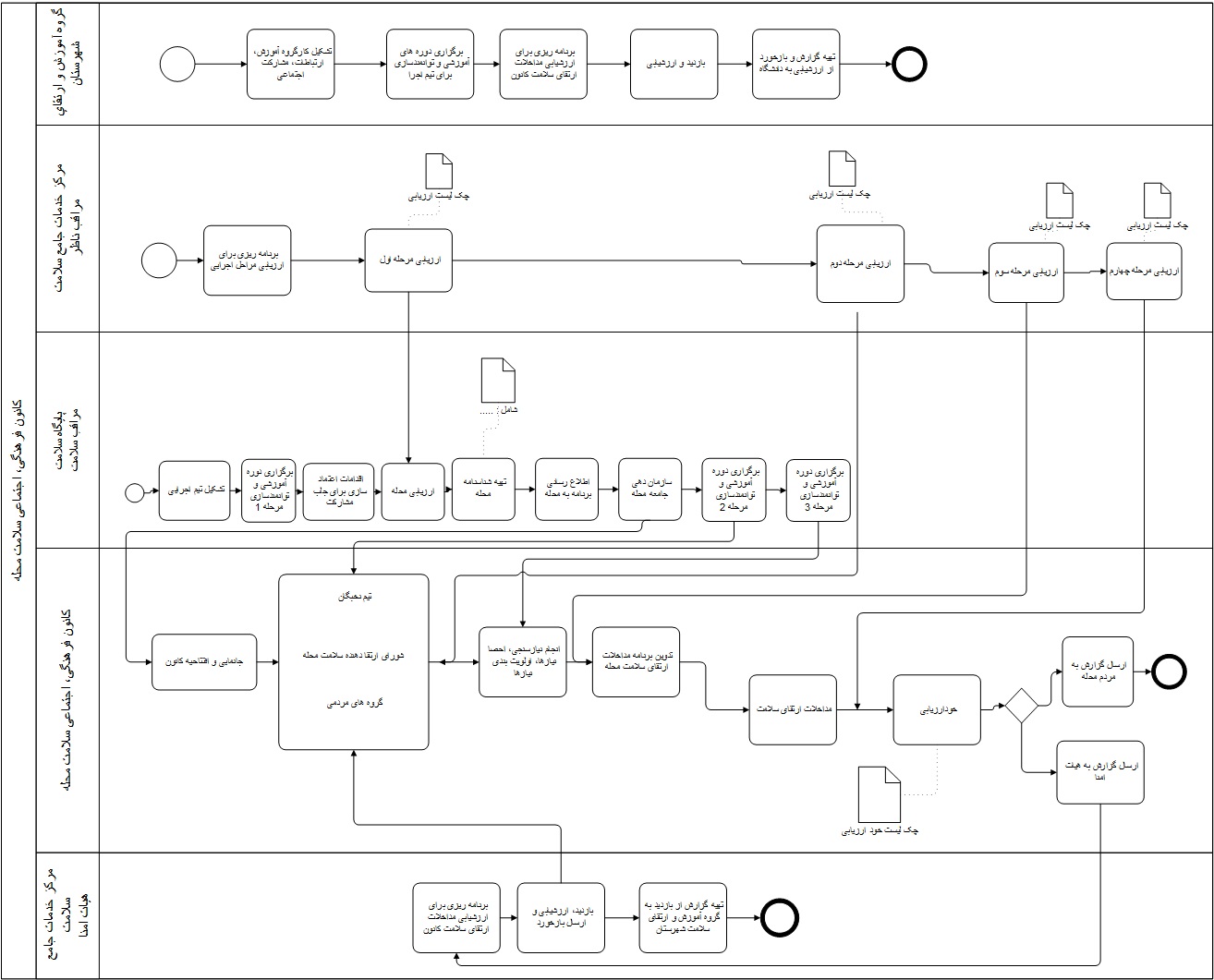
**15. ارزشیابی پایانی**

ارزشیابی پایانی توسط یک تیم شامل نمایندگانی از هیئت‌امنا، و کارگروه آموزش، ارتباطات و مشارکت اجتماعی سطح شهرستان بر اساس چک‌لیست (در بخش پیوست دستورالعمل) انجام می‌گیرد.

تبصره: در طی اجرای مراحل اقدام عملی برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله ضروری است پایش کلیه مراحل در 4 نوبت و خودارزیابی در یک نوبت شامل:

1. بعد از مرحله شماره 4 (ارزیابی محله) پایش توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
2. بعد از مرحله شماره 7 (سازمان دهی جامعه محلی) پایش توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
3. بعد از مرحله شماره 9 (انجام نیازسنجی و اولویت بندی) پایش توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
4. بعد از مرحله شماره 11 (تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله) پایش توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
5. بعد از مرحله شماره 12 (تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله) خودارزیابی توسط شورای ارتقای سلامت محله

فرایند اجرایی کانون‌های فرهنگ اجتماعی سلامت محله



## شیوه نظارت بر اجرای برنامه

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

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

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

ب: انجام بازدید و بررسی‌های محلی توسط کارشناس ناظر

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

چک‌لیست اجرای دستورالعمل به تفکیک هر مرحله اقدام عملی برای تشکیل کانون

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **مراحل پایش** | **مراحل اقدام عملی برای تشکیل کانون** | **مستندات پایش** | **مستندات انجام وجود دارد** | |
| **بله** | **خیر** |
|  | **مرحله 1 پایش** | تشكيل تیم اجرایی اولیه | گزارش ارزیابی محله و شناسایی افراد کلیدی |  |  |
| گزارش شناسایی و جذب افراد کلیدی و شناسایی داوطلبان برای عضویت در تیم اجرایی اولیه |  |  |
| صورت‌جلسه تشکیل تیم اجرایی اولیه |  |  |
| برگزاری کارگاه آموزشی اول | مستندات برگزاری کارگاه آموزشی |  |  |
| تعریف و انجام اقدامات اعتمادساز | صورت‌جلسات بررسی و تعیین اقدامات اعتمادسازی |  |  |
| گزارش اجرای اقدامات اعتمادسازی |  |  |
| ارزیابی محله | گزارش نتایج اطلاعات جمع آوری شده توسط تیم‌های مشاهده و مصاحبه |  |  |
| نقشه محله و جانمایی منابع |  |  |
| جدول شناسایی ذینفعان |  |  |
|  | **مرحله 2 پایش** | تهیه شناسنامه محله | گزارش نحوه انجام کار |  |  |
| نمونه شناسنامه تکمیل شده |  |  |
| اطلاع‌رسانی برنامه محله ارتقادهنده سلامت | برنامه اطلاع‌رسانی تهیه شده توسط تیم اجرایی (مخاطبان پیام، کانال اطلاع‌رسانی) |  |  |
| گزارش و عکس از جلسات عمومی برگزار شده |  |  |
| گزارش ارتباط با ذینفعان دولتی و یا بازدید آنها از محله |  |  |
| سازمان‌دهی جامعه محلی | گزارش تقسیم‌بندی محله به بخش‌های کوچکتر (بلوک‌بندی) |  |  |
| جداول استخراج شده از ظرفیت‌های انسانی محله شامل افراد تحصیل‌کرده شاغل در نهادها، دارای مهارت، فعال در گروه‌های اجتماعی، علاقه‌مند به همکاری در برنامه، معتمدان به تفکیک بلوک‌های تعیین شده |  |  |
| صورت‌جلسه تعیین مکان کانون فرهنگی اجتماعی محله |  |  |
| گزارش تجهیز مرکز و لیست اموال خریداری شده |  |  |
|  | **مرحله 3 پایش** | برگزاری کارگاه آموزشی دوم | مستندات برگزاری کارگاه آموزشی |  |  |
| انجام نیازسنجی و اولویت‌بندی | صورت‌جلسه انجام نیازسنجی |  |  |
| نمونه فرم بحث گروهی، مصاحبه پرسشنامه و... |  |  |
| گزارش انجام نیازسنجی و نتایج بدست آمده |  |  |
| گزارش جلسه اولویت‌بندی و نتایج بدست آمده |  |  |
|  | **مرحله 4 پایش** | برگزاری کارگاه آموزشی سوم | مستندات برگزاری کارگاه آموزشی |  |  |
| تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله | صورت‌جلسات جلسه تدوین برنامه‌های مداخله‌ای |  |  |
| نمونه فرم‌های تکمیل شده |  |  |
| نمونه برنامه‌های تدوین شده برای اولویت‌های تصویب شده اهداف اختصاصی، جدول مربوطه |  |  |
|  | **خودارزیابی** | اجرای مداخلات ارتقای سلامت محله | گزارش اجرای مداخلات انجام شده |  |  |
| گزارش ارزیابی فعالیت‌های اجرا شده بر اساس برنامه تهیه شده |  |  |

چک‌لیست امتیازدهی بر اساس پایش اقدامات راه‌اندازی و تشکیل کانون اجتماعی فرهنگی سلامت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | راهبرد عملیاتی | امتیاز در نظر گرفته شده  طبق بخش یک چارچوب و برنامه اقدام تشکیل و هدایت کانون اجتماعی فرهنگی سلامت | توضیحات |
| 1 | تشكيل تیم اجرایی اولیه | 7 امتیاز |  |
| 2 | برگزاری کارگاه آموزشی اول | 5 امتیاز |  |
| 3 | تعریف و انجام اقدامات اعتمادساز | 8 امتیاز |  |
| 4 | ارزیابی محله | 8 امتیاز |  |
| 5 | تهیه شناسنامه محله | 8 امتیاز |  |
| 6 | اطلاع‌رسانی برنامه محله ارتقادهنده سلامت | 7 امتیاز |  |
| 7 | سازمان‌دهی جامعه محلی | 8 امتیاز |  |
| 8 | برگزاری کارگاه آموزشی دوم | 5 امتیاز |  |
| 9 | انجام نیازسنجی و اولویت‌بندی | 9 امتیاز |  |
| 10 | برگزاری کارگاه آموزشی سوم | 5 امتیاز |  |
| 11 | تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله | 9 امتیاز |  |
| 12 | اجرای مداخلات ارتقای سلامت محله | 10 امتیاز |  |
| 13 | خودارزیابی | 5 امتیاز |  |
| 14 | ارسال گزارش | 6 امتیاز |  |
|  | جمع | 100 امتیاز |  |

## نقش و وظایف دست‌اندرکاران

در اجرای این دستورالعمل، افراد خاصی همواره به‌عنوان دست‌اندرکار وجود دارد که هر یک از آنها در طول مراحل مختلف اجرای دستورالعمل نقش‌های مختلفی را نیز بر عهده خواهند داشت. این افراد عبارتند از:

**الف. کارشناس** **آموزش و ارتقای سلامت شهرستان**

کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان که از ابتدا، کلاس‌های توجیهی در رابطه با دستورالعمل را گذرانده است، مسئولیت و وظایف ذیل را بر عهده خواهد داشت:

* تشکیل کارگروه آموزش و ارتباطات و مشارکت اجتماعی
* توانمندسازی اعضای کارگروه آموزش و ارتباطات و مشارکت اجتماعی، پرسنل ستاد شهرستان، پزشکان مراکز، پزشکان خانواده، مراقبان سلامت/ بهورزان
* ارتباط مستمر با مدیرگروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه/ دانشکده
* نظارت بر کار کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
* نظارت بر عملکرد هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت
* تهیه و ارسال گزارش‌های لازم به سطح دانشگاه/ دانشکده
* مشارکت در انجام ارزشیابی پایانی اقدامات انجام شده در کانون‌های فرهنگی اجتماعی سلامت محله

**ب. نماینده پزشکان خانواده:**

* شرکت در جلسات شورای ارتقای سلامت محله
* مشارکت در اجرای برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت
* گزارش تحلیل اپیدمیولوژیک بیماران ویزیت شده محله در شورای ارتقای سلامت محله

**رییس مرکز خدمات جامع سلامت**

* برگزاری جلسات هیئت‌امنا مرکز خدمات جامعه سلامت
* مشارکت در تدوین لیست اولویت‌های تیم سلامت شورای ارتقای سلامت کانون‌های تحت پوشش
* نظارت بر کل فرایند اجرایی برنامه
* مشارکت در انجام ارزشیابی پایانی اقدامات انجام شده در کانون‌های فرهنگی اجتماعی سلامت محله

**ب. مراقب سلامت**

* تشکل تیم اجرایی اولیه
* آموزش و انتقال مهارت‌ها به افراد تیم اجرایی اولیه در سطح محله هدف
* تسهیلگری کلیه مراحل راه‌اندازی، استقرار کانون
* تسهیلگری جلسات شورای ارتقای سلامت محله
* نظارت بر تهیه و ارسال گزارش

**ب. کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت:**

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

* هماهنگی جهت تشکیل و برگزاری جلسات هیئت‌امنا
* پایش مستمر فعالیت‌های کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله و استخراج نقاط قوت و ضعف و مشکلات پیش‌آمده
* ارتباط مستمر با کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان
* تهیه و ارسال گزارش‌های لازم به سطح بالاتر

**ج. اعضای تیم اجرایی** **اولیه**

این افراد که از بین داوطلبان و افراد معتمد و کلیدی محله‌ها انتخاب می‌شود مسئولیت اصلی پیاده‌سازی فرایند و فراگرفتن تکنیک‌های مرتبط با توسعه محله را بر عهده دارند. این افراد در مراحل بعدی می‌توانند در قالب یک نهاد محلی با عنوان شورای ارتقای سلامت محله سازمان یابند. وظایف عمده این تیم اجرایی اولیه عبارتند از:

1. شرکت اعضای تیم اجرایی اولیه محله در کارگاه‌های آموزشی برنامه
2. تهیه دستور کار و تشکیل مرتب جلسات هم‌فکری و برنامه‌ریزی
3. پیگیری اجرای مصوبات جلسات خود در راستای پیاده‌سازی فرایند برنامه.
4. تقسیم کار بین خود و جلب مشارکت از محله خود برای اجرای اقدامات و تمرین تکنیک‌های مربوطه
5. ارتباط مستمر با مراقب سلامت
6. راه‌اندازی و استقرار کانون
7. برقراری ارتباط با ذینفعان دیگر جامعه و شناساندن خود و برنامه به آنها
8. داشتن ارتباط مستمر با اهالی محله و اطلاع‌رسانی کارها و پیشرفت برنامه به آنها
9. تهیه و ارسال گزارش‌های لازم به سطح بالاتر

## دستورالعمل تشکیل تیم اجرایی اولیه

در راستای انجام طرح توانمندسازی اجتماع‌محور در محله، فعالیت‌های ذیل برای انجام مرحله تشکیل تیم اجرایی اولیه در محله‌ها هدف انجام می‌گردد

**گام اول**- مراقب سلامت برای انتخاب اعضای تیم اجرایی اولیه محله با همکار داوطلبان و سفیران سلامت، افراد را بر اساس میزان اهمیت و تأثیر آن در موفقیت برنامه نسبت به هم بررسی می‌کنند (با استفاده معیارهای ذیل):

* میزان وقتی که می‌تواند برای طرح بگذارد
* علاقه فردی و تعهد به همکاری در طرح
* میزان اعتماد و باور افراد کلیدی محله به آنها
* سطح سواد
* مهارت ارتباطی

**گام دوم –** مراقب سلامت با همکار داوطلبان سلامت طی مراجعه به محله هدف و مصاحبه با افراد کلیدی محله ضمن اطلاع‌رسانی و معرفی برنامه از هر فرد کلیدی لیستی از مردان و زنان فعال (۳) نفر در محله را تهیه می‌کند. خود افراد کلیدی هم در صورت تمایل و علاقه‌مندی می‌توانند جزو داوطلبان تیم اجرایی قرار گیرند. مراقب سلامت محله می‌تواند به تناسب افراد کلیدی دیگری را هم در این فهرست اضافه نماید:

* معتمدان محله
* ریش‌سفید محل
* معلمان و مدیران مدارس محله
* پزشک محله
* مسئولان هیئت مذهبی و هیئت‌امنای مساجد
* مسئول پایگاه مقاومت
* محله بسیج
* کسبه باسابقه محله
* هنرمندان و ورزشکاران
* و......

**گام سوم -** مراقب سلامت از بین لیست تهیه شده بر اساس برداشت خود از مصاحبه با افراد کلیدی و نیز موارد تکراری در لیست ارائه شده توسط آنها در هر محله حداقل 7 نفر را انتخاب می کند

**گام چهارم-** 7 نفر اول به عنوان نمایندگان تیم اجرایی اولیه تعیین میکند. بقیه داوطلبان هم به عنوان اعضای تیم اجرایی همکاری خواهند داشت.

جدول اسامی افراد انتخاب شده به عنوان نمایندگان تیم اجرایی اولیه

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | سطح تحصیلات | تاریخ تولد | شماره تماس | محل امضا |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

محل امضا حاضران در جلسه

مراقب سلامت محله یک داوطلب سلامت محله یک فرد معتمد محله

## فرم شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله ارتقادهنده سلامت

1. فرم شناسنامه محله

اطلاعات تیم سلامت

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی |  |
| 1 | پزشک خانواده |  |
| 2 | مراقب سلامت ناظر |  |
| 3 | مراقب سلامت |  |
| 4 | کارشناس بهداشت محیط مرکز خدمات جامع سلامت |  |
| 5 | کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت |  |

ظرفیت‌ها و پتانسیل‌ها

| فرم ظرفیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله | | |
| --- | --- | --- |
| ظرفیت | آمار (تعداد) /شاخص (درصد) | تعداد |
|  | درصد افراد بی‌سواد بالای شش سال |  |
| درصد افراد دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی |  |
| تعداد افراد با تحصیلات بالای لیسانس |  |
| تعداد خیرین |  |
| تعداد معتمد |  |
| تعداد دانش‌آموز / سفیر سلامت دانش‌آموز | .........../............... |
| تعداد دانشجو/ سفیر سلامت دانشجو | .........../............... |
| تعداد سفیر سلامت خانوار |  |
| تعداد داوطلب سلامت محله |  |
| تعداد داوطلب سلامت محله فعال |  |
| تعداد گروه خودیار |  |
| تعداد اعضای گروه خودیار |  |
| گروه‌های مهارت‌آموزی و توسعه انسانی |  |
| گروه‌های جهادی |  |
| تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن) |  |
| تعداد نخبگان |  |
| تعداد فعال محله |  |
| تعداد ورزشکاران زن |  |
| تعداد ورزشکاران مرد |  |
| تعداد هنرمندان زن |  |
| تعداد هنرمندان مرد |  |
| **فرهنگی و آموزشی** | مسجد |  |
| حسینیه |  |
| هیئت مذهبی |  |
| مدرسه به تفکیک ابتدایی........./ متوسطه اول... / متوسطه دوم... |  |
| حوزه علمیه |  |
| دانشگاه |  |
| کتابخانه |  |
| قرائت‌خانه |  |
| فرهنگسرا |  |
| سایر با ذکر نام |  |

| فرم ظرفیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله | | |
| --- | --- | --- |
| ظرفیت | آمار (تعداد) /شاخص (درصد) | تعداد |
| **انتظامی و امنیتی** | پلیس اجتماعی یا ایستگاه نیروی انتظامی/ کلانتری |  |
| پایگاه بسیج |  |
| **درمانی** | بیمارستان (تخصصی / فوق‌تخصصی / عمومی) |  |
| کلینیک (فوق‌تخصصی/ تخصصی/ عمومی) |  |
| درمانگاه |  |
| مرکز خدمات جامع سلامت |  |
| پایگاه بهداشتی |  |
| خانه بهداشت |  |
| مطب پزشک |  |
| دندانپزشکی |  |
| داروخانه |  |
| **عام‌المنفعه** | مرکز نیکوکاری |  |
| خانه امداد |  |
| خانه هلال |  |
| بهزیستی |  |
| تعداد ادارات دولتی موجود در محله |  |
| تعداد کارگاه‌های موجود در محله |  |
| تعداد کارخانه‌های موجود در محله |  |
| **تفریحی و ورزشی** | پارک و فضای سبز |  |
| باشگاه ورزشی/ ورزشگاه |  |
| **دسترسی به خدمات** | مجتمع اداری |  |
| دفتر خدمات دولتی |  |
| **بیمه** | تعداد افراد دارای بیمه درمانی |  |
| تعداد افراد دارای بیمه تکمیلی |  |
| **مسکن** | درصد خانوارهای مالک مسکن |  |
| تعداد خانه‌های اجاره یا رهن شده |  |
| تعداد خانه‌های خالی |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | عنوان | تعداد |
| افراد آسیب‌پذیر | تعداد خانوارهای بی سرست یا بدسرپرست یا معتاد و کارافتاده |  |
| تعداد بیماران مزمن (دیابت) |  |
| تعداد بیماران مزمن (فشارخون) |  |
| تعداد بیماران صعب‌العلاج (سرطان و...) |  |
| تعداد افراد معلول |  |
| تعداد بیمار مبتلا به اختلالات روانی |  |
| تعداد سالمندان بالای 65 سال |  |
| تعداد سالمندان تنها |  |

اعضای هیئت‌امنای مرکز خدمات جامع سلامت

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | اعضای هیئت‌امنای مرکز خدمات سلامت | نام و نام خانوادگی |
| 1 | رئیس مرکز خدمات جامع سلامت (رییس هیئت‌امنا) |  |
| 2 | کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت (دبیر هیئت‌امنا) |  |
| 3 | نمایندگان ائمه جماعات مساجد |  |
| 4 | نماینده سمن های فعال |  |
| 5 | نماینده گروه های جهادی |  |
| 6 | نماینده هیات مذهبی و قرآنی |  |
| 7 | نمایندگان پایگاه های بسیج |  |
| 8 | نماینده خیریه‌ها |  |
| 9 | نماینده مدارس |  |
| 10 | نماینده شهرداری/ دهیاری منطقه تحت پوشش |  |
| 11 | نماینده داوطلبان سلامت محله با تایید مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت |  |
| 12 | نماینده حوزه‌های علمیه فعال |  |
| 13 | رابط شورای اسلامی شهر/ روستا |  |
| 14 | نماینده کلانتری |  |
| 15 | نماینده خانه هلال |  |
| 16 | نماینده نخبگان محله |  |

اعضای شورای ارتقای سلامت پایگاه سلامت

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | اعضای شورای ارتقای سلامت پایگاه سلامت | نام و نام خانوادگی |
| 1 | امام‌جماعت مساجد محله |  |
| 2 | مسئول پایگاه سلامت (تسهیلگر) |  |
| 3 | نماینده پزشکان خانواده مستقر در محله |  |
| 4 | افراد شاخص و معتمد محلي |  |
| 5 | داوطلب سلامت |  |
| 6 | نماینده سرخوشه‌ها |  |
| 7 | نخبگان سلامت محله |  |
| 8 | نماینده تشکل‌های مردمي |  |
| 9 | کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت |  |
| 10 | آموزش و پرورش |  |
| 11 | بسيج |  |
| 12 | كلانتري |  |
| 13 | شهرداري ناحيه |  |
| 14 | بهزیستی |  |
| 15 | کمیته امداد |  |
| 16 | رئیس شورا |  |
| 17 | دبیر شورا |  |

انجام جلسات ماهیانه

لیست نخبگان محله

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نوع نخبگی (علمی/ فرهنگی/ هنری/ ورزشی/ اقتصادی و کارآفرینی و...)** | **شماره همراه** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

● منظور از نخبگان محلی افرادی هستند که دارای مهارت و توانمندی خاصی در زمینه‌های مختلف هنری، ورزشی، اقتصادی (کارآفرینی)، علمی، فرهنگی و... بوده و علاقه‌مند به همکاری داوطلبانه در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله باشد

**لیست داوطلبان سلامت فعال**

**لیست گروه‌های خودیار**

2. فرم شناسنامه خانوارهای محله

الف. كليات

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| شماره پرسشنامه | نام پرسشگر: | تاریخ تکمیل: |
| شهر | محله | بلوک |
| قدمت سکونت | مبدأ مهاجرت | نوع مالكيت: |
| نشانی | | تلفن |

ب. مشخصات اعضای خانوار (کنار نام پاسخ‌دهنده علامت \* بگذارید)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | موقعیت در خانواده | سن | وضعیت سواد |
| اعضای خانوار به ترتیب سرپرست همسر و فرزندان به ترتیب سن و سپس سایر اعضای خانوار وارد کنید. | 1. سرپرست 2. همسر 3. فرزند 4. عروس / داماد 5. پدر / مادر 6. خواهر / برادر 7. سایر | برای افراد کمتر از یک سال کد صفر درج شود | 1. بی‌سواد 2. ابتدایی 3. راهنمایی 4. دبیرستان 5. دیپلم 6. دانشجو 7. فوق دیپلم لیسانس 8. فوق لیسانس 9. دکترا |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

پ. مشخصات اعضای خانوار (کنار نام پاسخ دهنده علامت بگذارید)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | وضعیت تاهل | وضعیت فعالیت | عنوان شغلی |
| اعضای خانوار به ترتیب سرپرست همسر و فرزندان به ترتیب سن و سپس سایر اعضای خانوار وارد کنید. | 1. مجرد 2. متاهل 3. بیوه 4. مطلقه | 1. . شاغل 2. بیکار 3. بیکار جویای کار 4. محصل / دانشجو 5. بازنشسته/ از کار افتاده 6. سرباز 7. خانه‌دار 8. غیرشاغل دارای درآمد | 1. خوداشتغالی بدون کارگر 2. کارفرما دارای کارگر 3. کار در خانه 4. کارگر/ کارمند بخش دولتی 5. کارگر / کارمند بخش خصوصی 6. سایر |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ت. اطلاعات جانبی اعضای خانوار برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | رشته تحصیلی دانشگاهی | نام اداره/ شرکت محل کار | وسیله رفتن به سرکار |
| به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید. | عنوان رشته تحصیلی را قید نمایید | نام اداره سازمان و یا/شرکت کارخانه کارگاه محل اشتغال را قید نمایید. | 1. ماشین شخصی 2. تاکسی 3. اتوبوس 4. موتور دوچرخه 5. سرویس اداری 6. پیاده |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ث. اطلاعات جانبی اعضای خانوار برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | مهارت‌های خاص دیگر | عنوان مهارت | محل اخذ گواهی مهارت |
| به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید. | 1. هنری 2. ورزشی 3. فنی 4. کامپیوتر 5. زبان خارجی 6. فاقد مهارت | عنوان مشخص مهارت فرد را قید نمایید. | 1. بدون گواهی 2. سازمان دولتی 3. فنی و حرفه‌ای 4. مؤسسه خصوصی 5. سایر (ذکر شود) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ج. اطلاعات جانبی اعضای خانوار برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | منبع كسب اطلاعات | میزان وقت آزاد در هفته | نحوه گذران اوقات فراغت |
| به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید | 1. . تلویزیون 2. رادیو 3. روزنامه 4. اینترنت 5. مجله و کتاب 6. مراکز عمومی 7. سایر (ذکر شود) | 1. تمام روزهای هفته 2. چند روز در هفته 3. یک روز در هفته 4. چند ساعت در هفته 5. بدون وقت آزاد | 1. تماشای تلویزیون 2. ورزش و تفریح 3. کوچه و خیابان 4. تئاتر و سینما 5. گردش/ مسافرت 6. مطالعه 7. کافی‌نت /گیم‌نت 8. دید و بازدید آشنا 9. سایر (ذکر شود) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

چ. اطلاعات جانبی اعضای خانوار برای (افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | عضویت در گروه‌های اجتماعی | عنوان انجمن گروه | میزان فعالیت در انجمن |
| به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید. | 1. هیئت مذهبی 2. باشگاه ورزشی 3. سازمان غیردولتی 4. انجمن اولیا مربیان 5. پایگاه مقاومت بسیج 6. شورای محله 7. سایر (ذکر شود) | نام انجمن سازمان که عضو هستید را قید نمایید. | 1. تمام‌وقت 2. نیمه‌وقت 3. پاره‌وقت 4. به‌ندرت 5. غیرفعال |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ح. اطلاعات خارج خانوار (سرمایه اجتماعی)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نوع کمک گرفتن از همسایگان  بله (۱) - خیر (۲) - برخی مواقع (۳) | | گروه‌های فعال در محله  بله (۱) - خیر (۲) | |
| مراقبت از کودکان و منزل در هنگام سفر |  | هیئت مذهبی |  |
| رفع مشکلات ارائه خدمات عمومی |  | باشگاه ورزشی |  |
| حمل و نقل اثاثیه |  | سازمان غیر دولتی |  |
| پیدا کردن شغل |  | انجمن اولیا مربیان |  |
| انجام مراسم‌های خانوادگی |  | پایگاه مقاومت بسیج |  |
| پیگیری کار از نهادهای دولتی |  | شورای حل اختلاف |  |
| حل اختلاف خانوادگی |  | شورای محله |  |
| مراقبت‌های پزشکی |  | داوطلبان سلامت |  |
| مقابله با بلایای طبیعی و حوادث |  | صندوق قرض‌الحسنه |  |
| قرض گرفتن پول |  | صندوق‌های فامیلی |  |
| قرض گرفتن وسایل و مواد غذایی |  | سایر (ذکر کنید) |  |
| سایر (ذکر کنید) |  |  |  |

خ. اطلاعات خارج خانوار (سرمایه اجتماعی)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ارزیابی وفاق در محله  بله (۱) - خیر (۲) - تا حدی (۳) | | مراجعه به مسئولان  بله (۱) - خیر (۲) - چندبار (۳) | |
| صحبت به یک زبان |  | شورای شهر / شهرداری |  |
| متعلق بودن به یک قومیت |  | استانداری / فرمانداری |  |
| مهاجرت از یک شهر مشابه |  | نماینده مجلس |  |
| وضع اقتصادی یکسان |  | امام‌جمعه شهر |  |
| احساس امنیت خاطر از زندگی در محله |  | بهزیستی/ کمیته امداد |  |
| وجود اتحاد در محله . |  | سایر |  |
| حل دعوای همسایگی  بله) (۱) خیر (۲) - تاحدی (۳) | | مشارکت اجتماعی  بله (۱) - خير (٢) - تاحدی (۳) | |
| ریش‌سفیدان و معتمدان |  | مشارکت فکری |  |
| داوری همسایگان |  | حمایت از دیگران |  |
| شورای حل اختلاف |  | مشارکت مالی |  |
| امام‌جماعت مسجد |  | همکاری اجرایی |  |
| کلانتری و دادگاه |  | میزان وقت در هفته |  |

د. نام یک نفر معتمد محله خود و شماره تماس وی را بنویسید.

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

سرمایه اجتماعی محله

کسب و کار

مدارس

موسسات محلی

مجامع عمومی

مساجد

انجمن ها

استعدادهای فردی

پارک ها

کتابخانه

هنرمندان ها

ریش سفیدان

درآمد

افراد سرشناس

جوانان

گروه های فرهنگی

بیمارستان ها

دانشکده، آموزشکده

ترسیم سرمایه اجتماعی محله (Community Assets Map)

**بسمه‌تعالی**

**منشور اخلاقی اعضای کانون اجتماعی فرهنگی سلامت**

اینجانب فرزند با کد ملی عضو کانون فرهنگی اجتماعی سلامت در شهرستان باایمان به اراده حضرت حق‌تعالی و پایبندی به ارزش‌های اخلاقی و اسلامی، جهت حفظ منافع عموم و در راستای توسعه سلامت اجتماعی محله خود موازین اخلاقی زیر را پذیرفته و متعهد به آن می‌شوم:

1. جهت ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و تقویت شادابی و امید ساکنان محله بکوشم.
2. برای ارتقای الگوهای رفتاری، عملکردی و مهارتی. اخلاق برتر در سطح محله حداکثر تلاش خود را اعمال نمایم.
3. خود را به اصول مسوولیت پذیری، شفافیت، گزارش دهی، پاسخگویی، مشارکت فعال، رعایت حقوق دیگران و حفظ منافع عمومی و زیستی آحاد مردم پایبند نمایم.
4. عضویت در این کانون را کاملا اختیاری و خداپسندانه تلقی کرده و متعهد می گردم به دور از انتظارات شخصی ، صرفا جهت حفظ منافع عمومی و زیستی آحاد مردم محله فعالیت نمایم.
5. در صورتی که به هر دلیلی توانایی اجرای رسالت ها و تکالیف تعیین شده در کانون را در خود ندیدم، با نهایت تکریم و با هماهنگی سایر اعضای کانون از عضویت خود انصراف داده و تکلیف را به عهده دیگر اعضای کانون مذکور واگذار نمایم.
6. با حفظ صداقت وهمدلی و روحیه همکاری از موجودیت و پایداری کانون سلامت وتوسعه انسانی حراست نمایم.
7. به صورت فعال و آگاهانه وضعیت فرهنگی واجتماعی محله خود را رصد نموده وبا ارایه پیشنهادات وانتقادات منطقی همواره جهت ارتقای سطح سلامت محله خود تلاش نمایم.
8. از هر اقدامی که به صمیمیت و اعتماد متقابل اعضای کانون اجتماعی فرهنگی سلامت خدشه وارد نماید خودداری نمایم.
9. پوشش و شئونات رفتاری مناسب با شرع ، عرف و فرهنگ جامعه را رعایت نمایم.
10. با آگاهی کامل از ابعاد اجتماعی تشکل های اجتماع محور و فعالیت گروهی وبا احترام به نظرات و عقاید دیگر اعضا و به دور از هرگونه نگاه سیاسی به مسایل، سعه صدر، آرامش و خوش رویی را در برخورد با اعضای کانون و ساکنان محله در پیش گیرم.

نام نام خانوادگی : امضا تاریخ

**فرم اعلام آمادگی جهت عضویت داوطلبانه در کانون اجتماعی فرهنگی سلامت**

اینجانب متقاضی عضویت در کانون اجتماعی فرهنگی سلامت می باشم.

**محدوده جغرافیایی فعالیت:**

منطقه تحت پوشش دانشگاه: شهرستان : شهر /روستا مرکز خدمات جامع سلامت: پایگاه / خانه بهداشت :

آیا داوطلب سلامت محله /داوطلب متخصص می باشد - بلی - خیر

مشخصات فردی متقاضی:

کدملی : جنسیت : وضعیت تاهل: تاریخ تولد: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی : شغل: تلفن همراه: تلفن ثابت: آدرس ایمیل:

اطلاعات تخصصی :

ابتلا به بیماری : - دیابت -فشارخون -قلبی عروقی -چاقی - آسم وآلرژی معلولیت(نوع معلولیت ذکر شود)

استفاده از داروهای خاص دارد(نوع دارو ذکر شود) مبتلا به بیماری های دیگر می باشد( ذکر شود)

**زمینه های مورد علاقه جهت همکاری با کانون اجتماعی فرهنگی سلامت :**

**-ورزش وتفریحات سالم - آموزش و مهارت آموزی**

**-فناوری اطلاعات و فضای مجازی - فرهنگی و هنری**

**- مشاوره و روان شناسی - تغذیه سالم سایر با ذکر عنوان:**

**این فرم توسط داوطلب عضویت افتخاری در کانون بصورت کاملا داوطلبانه و آگاهانه تکمیل گردیده است و در محل کانون اجتماعی فرهنگی سلامت بایگانی می گردد.**

**نام نام خانوادگی دبیر کانون : امضا: تاریخ تکمیل فرم:**

## استانداردهای گروه های مردمی

فهرست استانداردهای گروه های مردمی به شرح زیر است:

1. افرادی که به‌عنوان سرگروه درگروه های مردمی خدمت می‌کنند برای سازمان‌دهی و هدایت موثر، باید دارای مهارت‌ها و ویژگی‌های زیر باشند:

این مهارت‌ها و ویژگی‌ها شامل:

* داشتن روحیه همکاری
* به حداکثر رساندن منافع مثبت عملکرد گروه های مردمی
* هدایت گروه با حداقل نظارت دبیر کانون
* دارای شخصیت جذاب، همدل و خوشامدگو
* شرکت در دوره‌های آموزشی پیش بینی شده
* توانایی در زمینه برقراری ارتباط موثر با اعضای گروه و هدایت فرایند کارگروهی
* تعهد به رسالت گروه های مردمی و تمایل به ایجاد تغییر در زندگی کسانی که عضو گروه هستند
* ایجاد انگیزه در اعضای گروه

2. گروه‌های مردمی می بایست منشور اخلاقی زیر را رعایت کنند:

* رازداری
* رعایت اصول اخلاقی
* برگزاری جلسات در مکان مناسب
* عدم ارایه مشاوره پزشکی
* عدم به اشتراک گذاشتن اقلام دارویی و پزشکی
  + **رازداری**

***سرگروه و اعضای گروه های مردمی راز دارباشند.***

* اطلاعات شخصی بیان‌شده در جلسه گروه های مردمی نباید در خارج از جلسه مطرح شوند. در صورتی که سرگروه تشخیص دهد عضوی از اعضا دارای مشکلی است که در معرض خطر آسیب جدی می باشد، باید موضوع را به تسهیل گر (مراقب سلامت/ بهورز) گروه اطلاع دهد.
* انتشار اطلاعات و عملکرد گروه (عکس‌ها یا فیلم‌های جلسات) باید با اجازه کتبی از اعضاء باشد.
* **رعایت اصول اخلاقی**

***سرگروه و اعضای گروه های مردمی اصول اخلاقی را رعایت کنند.***

درصورتی‌که یکی از اعضا گروه متعهد به انجام عملی به نفع گروه های مردمی می‌شود که با منافع شخصی او در تضاد باشد و یا با منافع سازمانی که در آن سازمان منافع یا وابستگی مالی دارد در تضاد باشد، آن عضو باید چنین مواردی را با اطلاعات مربوطه به‌محض آگاه شدن از آن اعلام کند، باید خودشان را از هرگونه مذاکرات مربوط حذف کنند و باید از شرکت در تصمیم‌گیری در ارتباط با این موضوع خودداری کنند. سرگروه /اعضای گروه موظفند به نظرات یکدیگر احترام بگذارند. از بکار بردن کلمات اهانت آمیز به قومیت ها و مذاهب مختلف بپرهیزند. از هر گونه شایعه سازی خودداری نمایند.

* **برگزاری جلسات در مکان مناسب**

**گروه‌های مردمی جلسات را در مکان‌های مناسب برگزار کنند.**

جلسات باید در مکان هماهنگ شده با دبیر کانون برگزار شود تا همه اعضا به آن دسترسی آسان داشته باشند. به‌طورکلی، به دلیل نگرانی‌های مربوط به مسئولیت و دسترسی، به‌هیچ‌عنوان جلسات گروه نباید در مکان‌های شخصی برگزار شوند.

* **عدم ارایه مشاوره پزشکی**

***سرگروه /اعضای گروه های مردمی نباید مشاوره پزشکی ارایه دهند.***

سرگروه /اعضای گروه در انجام وظیفه‌شان نباید مشاوره پزشکی ارائه دهند حتی اگر آن‌ها متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باشند. سرگروه و اعضا ممکن است اطلاعاتی در مورد تجارب شخصی، درمان و غیره به اشتراک‌گذارند، اما از تفسیرهای شخصی و مشاوره دادن خودداری می‌کنند.

به‌منظور مطمئن شدن از اینکه مشاوره توسط اعضای گروه داده نشده است، سرگروه رهنمودهای گروه را در تمام جلسات به اشتراک می‌گذارند، بر مباحث نظارت دارند و گروه را رهبری می‌کنند.

* **عدم به اشتراک گذاشتن اقلام دارویی و پزشکی**

***رهبر/اعضای گروه های مردمی* نباید فعالیتی در خصوص توصیه و به اشتراک‌گذاری یا مبادله هیچ نوع دارویی داشته باشند.**

رهبر/ اعضای گروه نمی‌توانند دارو یا مکملی را به اعضای گروه توصیه، میان آنها مبادله و یا به اشتراک‌گذارند. بنابراین، رهبران گروه نباید اجازه دهند هیچ نوع دارو و مکملی در طول جلسات گروه به اعضا توصیه و یا بین آنها توزیع شود.

3. گروه‌های مردمی باید داوطلبانه و رایگان باشند:

اگر یک گروه های مردمی از اعضا برای تأمین هزینه‌های جزئی درخواست کمک کند، این کمک‌ها نباید اجباری باشد.

4. گروه های مردمی باید از مشارکت افرادی که رفتارشان مخل روند گروه است جلوگیری کنند:

رهبر گروه های مردمی حق دارد از ورود هرکسی که مصرانه رفتارهایی را به نمایش می‌گذارد که مخل جلسات گروه است، اعضای دیگر را مورد آزار و اذیت قرار می‌دهند و یا از راه‌های دیگر موجب به خطر افتادن اعضای گروه و یا روند جلسه می‌شوند، جلوگیری کند. عضو مخل گروه می‌تواند در گروه‌های مردمی بسیار مخرب باشد، باعث صدمه زدن به افراد و کل گروه باشد و رهبر گروه با مشارکت دبیر کانون ممکن است تصمیم بگیرند که فرد مخل را از گروه حذف کند.

5. گروه‌های مردمی حق انتخاب موضوعات بحث برای جلسات گروه را دارند:

در گروه‌های مردمی شرکت‌کنندگان جلسات باید موضوعات بحث را به‌خوبی انتخاب کنند.

دستور جلسات ملاقات گروه های مردمی نباید با رسالت، یا اصول اخلاقی در تضاد باشد.

در صورتی که دستور جلسات یک گروه های مردمی خاصی به‌طور منظم و مداوم نشان‌دهنده خارج شدن فعالیت گروه از رسالت و مأموریت آن است، مراقب سلامت/ بهورز با تأمین نظر گروه آموزش و ارتقای سلامت شهرستان، این فرصت را دارد گروه را منحل کند.

6. ارتباط مؤسسات و سازمان‌های دیگر با گروه های مردمی صرفا از طریق دبیر کانون مدیریت ‌شود:

دبیر کانون مسوولیت دارد در صورت نیاز به نمایندگان مؤسسات و سازمان‌ها توضیح دهد که به‌طور مستقیم با گروه‌های مردمی تماس نگیرند. روابط با گروه‌های مردمی از طریق دبیر کانون اداره می‌شود.

## دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه در محله ارتقا دهنده سلامت

گام های اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه

نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح محله در کانون فرهنگی اجتماعی محله انجام می گیرد و پایگاه سلامت در اجرای آن نظارت و مشارکت می کنند.

**تعیین نیازها:**

در این مرحله، تعیین نیازها توسط شورای ارتقای سلامت محله و در سه لیست جداگانه تا حداکثر 10 عنوان، بشرح زیر انجام می شود:

1. تیم سلامت:

تیم سلامت با استفاده از پس خوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص ها، مبادرت به تعیین نیازهای سلامت پایگاه سلامت/ خانه بهداشت می کند. (طبق فرم شماره 2)

1. تیم مسوولین و معتمدین:

مسوولین و معتمدین محلی در جلسه ای با حضور مراقب سلامت، لیست نیازهای سلامت مد نظر خود را تنظیم می کنند. لازم به ذکر است که باید مراقب سلامت به آنها متذکر شود که این نیازها باید بر اساس فراوانی مراجعات مردم به آنها در خصوص مشکلات سلامتی، تعیین گردیده و فراوانی آنها را برای حداقل یک سال گذشته، با خود همراه داشته باشند. (طبق فرم شماره 4ب)

1. تیم سرخوشه ها:

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

* جمعیت زیر 20000 نفر تحت پوشش، 100 نفر در پایگاه سلامت
* بین 20000 تا 40000 نفر تحت پوشش، 150 نفر در پایگاه سلامت
* بالای 40000 نفر تحت پوشش ، 200 نفر در پایگاه سلامت
* جمعیت زیر 1000 نفر تحت پوشش، 40 تا 50 نفر در خانه بهداشت
* جمعیت بالای 1000 نفر تحت پوشش، 50 تا 70 نفر در خانه بهداشت

روش نمونه گیری به ترتیب اولویت، از طریق کد ملی فرم سرشماری، کدپستی، بصورت خوشه ای یا پرونده خانوار با در نظر گرفتن حجم نمونه مساوی در هر دو جنس و به تفکیک 4 گروه های سنی، زیر 18 سال، 19 تا 40 سال، 41 تا 60 سال و بالای 60 سال انجام گیرد.

سپس داوطلبان سلامت با مراجعه به این افراد نیازهای سلامتی آنها را لیست می کنند (طبق فرم شماره 4 الف) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنها تنظیم می کنند.

پرسشنامه برای استخراج اولویت های سلامت دارای 2 نوع سوال است، قسمت اول پرسشنامه در مورد نیاز و مشکلات سلامت قسمت دوم پرسشنامه، سوالاتی در مورد نیازهای SDH (تعیین کننده های اجتماعی سلامت) است.

**هماهنگی ثبت نیازها:**

در این مرحله لیست نیاز گروه های مردمی توسط تیم سلامت بررسی شده و با حضور تمامی اعضا، موارد مطرح شده با توافق طرفین و استفاده از فهرست استاندارد شده نیازها (پیوست شماره 3) اصلاح شده و یا موضوعات غیرمرتبط با سلامت حذف می گردد.

**اولویت بندی**

اولویت بندی اولیه:

* **تیم سلامت**: بر اساس فرم شماره 3 ، تیم سلامت اولویت بندی خود را مجزا انجام می دهد.
* **مسوولین و معتمدین محلی**: بر اساس فراوانی مشکلات سلامتی مردم که به اطلاع معتمدین و مسئولین محلی رسانده اند و نظر مسوولین و معتمدین محلی، با حضور و راهنمایی مراقب سلامت به عنوان تسهیل گر، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم شماره4ب)
* **سرخوشه ها**: این نیازها با نظارت مراقب سلامت، بر اساس فراوانی آنها اولویت بندی شده و در خصوص موارد با فراوانی مشابه، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم 4ج)

اولویت بندی نهایی:

برای تهیه فهرست نهایی نیازهای شورای ارتقای سلامت و اولویت بندی آن، با حضور تمامی اعضای تیم نیازسنجی سلامت، ابتدا سه لیست نیاز های اولویت بندی شده را کنار هم قرار داده می شود. سپس با توجه به لیستی که بیشترین تعداد اولویت ها را دارد، عدد آخرین اولویت این لیست، بعلاوه یک، بعنوان عدد ثابت در این اولویت بندی تعیین می شود. مثلا اگر لیست تیم سلامت 5 اولویت، تیم مسوولین محلی 7 اولویت و تیم مردمی یا سرخوشه ها 10 اولویت داشته باشد، بیشترین عدد مربوط به لیست آخر است و عدد ثابت (11) خواهد بود.

در این مرحله لیست تمامی نیازها در سه لیست را طبق فرم شماره 5 در یک لیست فهرست می شود. سپس شماره اولویت هر کدام از مشکلات و نیازها در لیست های مختلف، جلوی آن نوشته شده و با هم جمع می شود. در صورتی که مشکل یا نیازی در سایر لیستها نبود، به تعداد لیستی که در آن، نیاز مورد نظر وجود نداشت، عدد ثابت تعیین شده با عدد یا اعداد اولویتهای آن نیاز جمع می شود.

**ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان**

لیست اولویت بندی شده نیازهای شورای ارتقای سلامت محله به مرکز خدمات جامع سلامت و از مرکز به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. ( فرم شماره 6)

متن دعوتنامه جلسات اعضای شورای ارتقای سلامت محله

بسمه تعالی

شماره :

تاریخ :

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**مرکز بهداشت شهرستان .......................**

**عضو محترم شورای ارتقای سلامت محله.........................**

جناب آقای/ سرکار خانم............................

با سلام و احترام

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

با تشکر

.............

رئیس شورای ارتقای سلامت محله

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

فرم مشخصات اعضای شرکت کننده در جلسات شورای ارتقای سلامت محله

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

**فرم شماره 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام ونام خانوادگی** | **سمت** | | **شماره تماس** | | **امضاء** |
| **محلی** | **اداری** | **ثابت** | **همراه** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**فرم شماره 2**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**فرم تعیین نیاز های سلامت در تیم سلامت**

**نام شهرستان . ....................................... نام مرکز بهداشتی درمانی / مركز خدمات جامع سلامت ................ نام پایگاه سلامت/خانه بهداشت .................... تاریخ جلسه: ....................** **............................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اولویت** | **فهرست نیازهای سلامت منطقه** | | | | **منابع اخذ (استخراج ) نیاز** |
| 1 |  | | | |  |
| 2 |  | | | |  |
| 3 |  | | | |  |
| 4 |  | | | |  |
| 5 |  | | | |  |
| 6 |  | | | |  |
| 7 |  | | | |  |
| 8 |  | | | |  |
| 9 |  | | | |  |
| 10 |  | | | |  |
| 11 |  | | | |  |
| 12 |  | | | |  |
| 13 |  | | | |  |
| 14 |  | | | |  |
| 15 |  | | | |  |
| 16 |  | | | |  |
| 17 |  | | | |  |
| 18 |  | | | |  |
| 19 |  | | | |  |
| 20 |  | | | |  |
| **اعضای شرکت کننده** | | **سمت و امضاء** | **اعضای شرکت کننده** | **سمت و امضاء** | |
|  | |  |  |  | |

**دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست نیازهای سلامت درتیم سلامت**

* این فرم قبل از تشکیل جلسه شورای ارتقای سلامت محله درکلیه واحد های سطوح محیطی (پایگاه سلامت و خانه های بهداشت ) جهت استخراج مشکلات سلامت توسط هر یک از اعضای تیم تکمیل گردیده و سپس در جلسه تیم سلامت جمع بندی و اولویت بندی می گردد .
* درجدول نام واحد بهداشتی (پایگاه سلامت / خانه بهداشت) که تیم سلامت در آن تشکیل شده ثبت می گردد.
* درقسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه ازجمله روز/ ماه/سال ثبت خواهدشد.
* درستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامت به ترتیب اولویت ( با استفاده از فرم شماره 3) و بر اساس آمار و شاخصها توسط اعضای تیم سلامت مطرح می شود، نوشته خواهد شد .
* درستون منابع اخذ (استخراج) نیاز: شاخص یا شاخص ها مثلا ( درصد دفع غیر بهداشتی زباله / درصد افراد دارای فشارخون بالا و............ ) و درصورت نبود شاخص نظر کارشناسی / مشاهده / پسخوراند و ... ثبت خواهد شد .
* درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و درستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**فرم اولویت بندی مشکلات سلامت تیم سلامت**

**نام شهرستان . ............................................ .نام مرکز بهداشتی درمانی / مركز خدمات جامع سلامت......................................** **نام پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ................................. تاریخ جلسه ............................ جتج.......................................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **فهرست مشکلات سلامت** | **شاخص فعلی مشکل (برنامه)** | **تعیین میزان اولویت مشکل** | | | | | | | **رتبه مشکل** |
| **شیوع و فراوانی** | **شدت مشکل** | **فوریت**  **مداخله** | **امکان مداخله** | **اثربخشی**  **مداخله** |  | **جمع نمرات** |
| 5-1 | 5-1 | 5-1 | 5-1 | 5-1 | 5-1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**دستورالعمل تکمیل فرم اولویت بندی مشکلات سلامت تیم سلامت**

1. اين فرم توسط اعضاي تیم سلامت تكميل خواهد شد .
2. **در ستون ردیف:** از شماره يك تا بیست، بسته به تعداد مشكلات سلامت که به تصویب تیم سلامت واحد مربوطه رسیده ثبت مي گردد.
3. **در ستون لیست مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش :** اعضای تیم سلامت، فهرست مشکلات سلامت تعیین شده را لیست می کنند.
4. **در ستون شاخص فعلی مشکل:** باتوجه به مشکل سلامت لیست شده، در صورت داشتن شاخص، آخرین شاخص آن را ثبت می کنند.
5. **در ستون تعیین میزان اولویت مشکل :** مشکلات سلامت براساس معیارهای تعیین شده توسط تیم سلامت اولویت بندی می شوند . اعضای تیم سلامت باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتیب به کمترین تاثیر در بروز مشکل معیار نمره 1 ، در صورتیکه معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره 2 ، اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره 3 ، اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره 4 و اهمیت معیار مورد بررسی، خیلی زیاد باشد نمره 5 را به آن اختصاص می دهند همچنین اعضای تیم می توانند علاوه بر معیار های مندرج در این ستون ها از معیار های دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی نوشته وبراساس ستون های قبلی امتیاز دهد.
6. **در ستون جمع نمرات :** مجموع نمرات اعضا را در هر ردیف جمع بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می کنند .
7. **در ستون رتبه مشکل:** با توجه به جمع نمرات هریک از مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش، مشکل سلامتی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول و بقیه براساس آن با توجه به تعداد مشکلات سلامت لیست شده رتبه بندی و رتبه مربوطه هرمشکل در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد .

* در بالاي فرم شماره صفحه گذاشته شود زيرا ممكن است براي تكميل به دو صفحه از فرم مربوطه مورد نياز باشد. (حداکثر 20 مشکل)

**فرم شماره 4 الف**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..................**

**فرم پرسشگری از مشکلات سلامت مردم**

نام شهرستان . .................. نام مرکز بهداشتی درمانی / مركز خدمات جامع سلامت ................ نام پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ........................ تاریخ **:............................**

|  |
| --- |
| * + **شما خودتان چه مشکلات سلامتی دارید؟**      * + **در محل سکونت و زندگی (روستا / محله / شهر) شما چه مشکلات سلامتی وجود دارد؟**   + **به نظر شما چه شرایطی از نظر اجتماعی، سلامت شما را تهدید می کند؟(لطفا در حیطه های زیر اگر مشکلی هست بفرمایید:)**   + اشتغال   + سواد و فرهنگ (سطح سواد، زبان و لهجه رایج، اقلیت مذهبی و قومی، دسترسی به منابع معتبر سلامت، دسترسی به اینترنت)   + بیمه درمانی و دسترسی به خدمات مورد نیاز سلامتی   + مسکن و ملزومات زندگی (آب و برق و ... )   + محیط زیست (آلودگی هوا، نخاله های ساختمانی، مواد شیمیایی و صنعتی و ...)   + از نظر حمل و نقل   + تهیه غذا (دسترسی به مواد غذایی، هزینه تامین غذای سالم و...)   + آسیب های اجتماعی (اعتیاد، مصرف مشروبات الکلی، دزدی، ناامنی، مزاحمت و ...)   + مراقبت و تربیت کودکان   + امکانات رفاهی محله (کتابخانه، پارک، سالن ورزشی و ... )   **مشخصات دموگرافیک:**  سفیر سلامت هستید: بله خیر رابط سلامت هستید؟ بله خیر  جنس: زن مرد  سن: ......  میزان تحصیلات: بی سواد خواندن و نوشتن ابتدائی متوسطه دیپلم حوزوی  کاردان لیسانس فوق لیسانس دکترا  شغل: خانه دار دانش آموز/دانشجو بازنشسته کشاورز/دامدار بیکار سرباز آزاد سایر .......  زبان: .......  قومیت: .......  نوع بیمه: .......  نحوه دسترسی به اطلاعات پزشکی مورد نیاز:  پایگاه سلامت/ خانه بهداشت اینترنت تلویزیون سایر......... |

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**فرم تعیین نیاز های سلامت و اولویت بندی آنها در تیم مسوولین و معتمدین**

**نام شهرستان . ...................................... نام مرکز بهداشتی درمانی / مركز خدمات جامع سلامت ................ نام پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ................. تاریخ جلسه: ..................** **............................................................**

**فرم شماره 4 ب**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اولویت** | **فهرست نیازهای سلامت منطقه** | | | | **فراوانی** |
| 1 |  | | | |  |
| 2 |  | | | |  |
| 3 |  | | | |  |
| 4 |  | | | |  |
| 5 |  | | | |  |
| 6 |  | | | |  |
| 7 |  | | | |  |
| 8 |  | | | |  |
| 9 |  | | | |  |
| 10 |  | | | |  |
| 11 |  | | | |  |
| 12 |  | | | |  |
| 13 |  | | | |  |
| 14 |  | | | |  |
| 15 |  | | | |  |
| 16 |  | | | |  |
| 17 |  | | | |  |
| 18 |  | | | |  |
| 19 |  | | | |  |
| 20 |  | | | |  |
| **اعضای شرکت کننده** | | **سمت و امضاء** | **اعضای شرکت کننده** | **سمت و امضاء** | |
|  | |  |  |  | |

**فرم شماره 4 ج**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**فرم تعیین نیاز های سلامت و اولویت بندی آنها در تیم سرخوشه ها**

**نام شهرستان . ..................................... نام مرکز بهداشتی درمانی / مركز خدمات جامع سلامت .................. نام پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ................. تاریخ جلسه: ....................** **............................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اولویت** | **فهرست نیازهای سلامت منطقه** | | | | **فراوانی** |
| 1 |  | | | |  |
| 2 |  | | | |  |
| 3 |  | | | |  |
| 4 |  | | | |  |
| 5 |  | | | |  |
| 6 |  | | | |  |
| 7 |  | | | |  |
| 8 |  | | | |  |
| 9 |  | | | |  |
| 10 |  | | | |  |
| 11 |  | | | |  |
| 12 |  | | | |  |
| 13 |  | | | |  |
| 14 |  | | | |  |
| 15 |  | | | |  |
| 16 |  | | | |  |
| 17 |  | | | |  |
| 18 |  | | | |  |
| 19 |  | | | |  |
| 20 |  | | | |  |
| **اعضای شرکت کننده** | | **سمت و امضاء** | **اعضای شرکت کننده** | **سمت و امضاء** | |
|  | |  |  |  | |

**دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست و اولویت بندی نیازهای سلامت**

**در تیم مسوولین و معتمدین و تیم سرخوشه ها** (فرم 4 ب و ج)

* این فرم در زمان برگزاری جلسات آموزشی – توجیهی در اختیار اعضای تیم مسوولین و معتمدین و سرخوشه ها قرار داده می شود. آنها بر اساس مشکلات سلامتی که به آنها مراجعه شده و یا از مردم پرسشگری می کنند، فرم را تکمیل کرده و برای ارائه درجلسه شورای ارتا سلامت محله، همراه خود می آورند تا پس از یکسان سازی و هماهنگی آنها، توسط اعضای هر تیم جمع بندی و اولویت بندی شود.
* درقسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه ازجمله روز/ ماه/سال ثبت خواهدشد.
* درستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامتی که اهالی منطقه به آنها مراجعه داشته و یا ذکر کرده اند را به ترتیب اولویت ثبت می کنند.
* درستون فراوانی: در این ستون فراوانی مراجعات و یا تعداد اهالی منطقه که آن مشکل را مطرح کرده اند را می نویسند.
* درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و در ستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**فهرست و اولویت بندی مشکلات سلامت شورای ارتقای سلامت محله**

نام شهرستان . .................. نام مرکز بهداشتی درمانی / مركز خدمات جامع سلامت .................. نام پایگاه سلامت/ خانه بهداشت .................... تاریخ **جلسه:........................**

**فرم شماره 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **فهرست نیازهای سلامت** | | **رتبه اولویت در فهرست تیم** | | | | **جمع رتبه اولویت** | **اولویت نهایی** |
| **سلامت** | **مسوولین و معتمدین** | | **سرخوشه ها** |
| 1 |  | |  |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  |  | |  |  |  |
| 4 |  | |  |  | |  |  |  |
| 5 |  | |  |  | |  |  |  |
| 6 |  | |  |  | |  |  |  |
| 7 |  | |  |  | |  |  |  |
| 8 |  | |  |  | |  |  |  |
| 9 |  | |  |  | |  |  |  |
| 10 |  | |  |  | |  |  |  |
| 11 |  | |  |  | |  |  |  |
| 12 |  | |  |  | |  |  |  |
| 13 |  | |  |  | |  |  |  |
| 14 |  | |  |  | |  |  |  |
| 15 |  | |  |  | |  |  |  |
| 16 |  | |  |  | |  |  |  |
| 17 |  | |  |  | |  |  |  |
| 18 |  | |  |  | |  |  |  |
| 19 |  | |  |  | |  |  |  |
| 20 |  | |  |  | |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم سلامت | | نام و نام خانوادگی و امضای  نماینده تیم مسوولین و معتمدین | | | نام و نام خانوادگی و امضای نماینده سرخوشه ها | | | |

**فرم شماره 6**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................**

**فرم گزارش لیست مشکلات سلامت در سطوح محیطی**

**نام شهرستان . ....................................نام مرکز خدمات جامع سلامت....................................................... تاریخ** تنظیم ................................**.............................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رتبه**  **اولویت** | **مشکلات سلامت پایگاه سلامت/خانه بهداشت**  **.........................................** | **مشکلات سلامت پایگاه سلامت/خانه بهداشت**  **.........................................** | **مشکلات سلامت پایگاه سلامت/خانه بهداشت**  **.........................................** | **مشکلات سلامت پایگاه سلامت/خانه بهداشت**  **.........................................** | **مشکلات سلامت پایگاه سلامت/خانه بهداشت**  **.........................................** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

## دستورالعمل اجرایی برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت

برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت چیست؟

هدف کلی برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت، افزایش توانایی محله برای همکاری با یکدیگر برای تأثیرگذاری بر شرایط و نتایجی است که برای ساکنان آن مهم است.

از آنجایی که محله به سمت چشم انداز وسیع سلامت برای همه کار می کند، ایجاد شرایط حمایتی برای تغییر، نیازمند تلاش های همه جانبه در میان بخش های مختلف محله است. اینها شامل سازمان ها و نهاد های فعال در محله، نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی بهداشتی، جوامع مذهبی، مدارس و مشاغل، نخبگان، داوطلبان سلامت و ... می شود. نمایندگان هر بخش گرد هم می آیند تا یک ائتلاف اجتماعی (که ما در این دستورالعمل آن را شورای ارتقای سلامت محله می نامیم) تشکیل دهند. ائتلاف محله شما می‌تواند تلاش کند تا بر سطح سلامت مردم محله تأثیر بگذارد و برنامه‌ها، سیاست‌ها و شیوه‌هایی که می‌توانند ظرفیت محله را برای داشتن یک محیط سالم افزایش دهند را به کار گیرد.

یک ائتلاف اجتماعی کار خود را با ایجاد یک برنامه عملیاتی آغاز می کند. یک برنامه عملیاتی آنچه را که باید برای دستیابی به چشم انداز یک محله سالم اتفاق بیفتد، مشخص می کند. تغییرات مطلوب و فعالیت‌های پیشنهادی (مراحل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت)، جدول‌های زمانی و تعیین مسئولیت، نقشه راه دقیقی را برای همکاران ارائه می‌دهد تا دنبال کنند.

برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت چگونه به یک محله کمک می کند؟

صرف نظر از پیچیدگی مشکل موجود در محله شما، برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت به شما کمک می کند تا:

* تحلیل وضعیت موجود محله از موضوع اولویت دار محله و راه حل های بالقوه آن را مشخص کنید
* از مشارکت فراگیر و یکپارچه در سراسر بخش های اجتماعی محله در فرآیند برنامه ریزی با توجه به ساختار دستورالعمل اطمینان حاصل کنید.
* بر اساس منابع و نیازهای منحصربه‌فرد محله در مورد آنچه که می‌توان و باید انجام داد، اجماع ایجاد گردد.
* راههای مشخصی را در نظر بگیرید که اعضای کارگروه سلامت محله بتوانند از طریق آن اقدام کنند.

فهرست بالا توضیح می‌دهد که چگونه یک برنامه مداخلات ارتقای سلامت به بخش‌های محله و ساکنان آن کمک می‌کند تا برای دستیابی به یک چشم‌انداز مشترک با یکدیگر همکاری کنند. این دستورالعمل به هر مورد می‌پردازد و راهنمایی‌هایی را برای برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت شما در پیش رو ارائه می‌دهد.

چرا برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت مهم است؟

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

یک برنامه مداخلات ارتقای سلامت تضمین می کند که:

* هیچ جزئیاتی نادیده گرفته نمی شود
* مراحل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت پیشنهادی امکان پذیر و/یا واقع بینانه هستند
* همکاران به تعهدات خود عمل می کنند
* فعالیت های قابل اندازه گیری مستند و ارزشیابی می شوند

به طور کلی، برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت مهم است زیرا یک نقطه مرجع با یک خط زمانی دقیق و تعیین مسئولیت برای انجام وظایف در طول مسیر برنامه فراهم می کند.

یافته‌های تحقیقات در زمینه ارتقای سلامت محله نشان می‌دهد که تعدادی از عوامل وجود دارد که به نظر می‌رسد تأثیر مثبتی بر میزان سطح سلامت محله دارند - و یکی از آنها شامل برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت است:

* تجزیه و تحلیل اطلاعات در مورد مشکل، اهداف و عوامل مؤثر بر آنها
* تعریف ساختار محله و مکانیزم های عملیاتی
* توسعه یک چارچوب یا مدل به منظور ارتقای سلامت محله
* توسعه و استفاده از برنامه مداخلات ارتقای سلامت
* هماهنگی برای بسیج محله
* اجرای مداخلات موثر
* اطمینان از کمک فنی تیم سلامت
* مستندسازی پیشرفت و استفاده از بازخورد
* اهمیت دادن به نتایج
* تداوم کار

چه زمانی باید برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت در نظر گرفت؟

در حالت ایده آل، بعد از مشخص شدن مشکل اولویت دار محله، 3 ماه برای برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت و 18 ماه برای اجرای مداخلات ارتقای سلامت در نظر گرفت. هنگامی که یک برنامه برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت تولید می شود، باید به طور مکرر مورد بازبینی قرار گیرد (به عنوان مثال، هر سه ماه یک بار) تا بتوان آن را برای رفع نیازهای در حال تغییر محله تغییر داد.

مولفه های یک چارچوب برنامه مداخلات ارتقای سلامت چیست؟

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

اگر به فرآیند برنامه‌ریزی مداخلات ارتقای سلامت به‌عنوان مجموعه‌ای از گام‌های قابل مدیریت نگاه کنید، می‌توانید مسئولیت را بر عهده بگیرید و به ائتلاف محله خود کمک کنید تا با اطمینان از هر یک از آنها عبور کند.

دستورالعمل اجرای برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت در سطح محله

شرح وظایف شورای ارتقای سلامت محله

1 . برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت در شورای ارتقای سلامت محله

شرح وظایف شورای ارتقای سلامت محله به منظور برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت:

* برگزاری جلسات شورای ارتقای سلامت محله
* تدوین برنامه ارتقا سلامت شامل بخش‌های زیر:

1. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری) برای اولویت شماره 1
2. اولویت‌بندی علل رفتاری و انتخاب 3 علت رفتاری اولویت‌دار
3. اولویت‌بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری اولویت‌دار
4. تدوین اهداف کلی و اختصاصی
5. تدوین فعالیت‌های مرتبط با اهداف اختصاصی
6. ارسال برنامه تدوین شده به مرکز بهداشت شهرستان

* دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (طی بازه زمانی 3 ماهه برای انجام نیازسنجی)
* تشکیل جلسات شورای ارتقای سلامت محله جهت بررسی پیشرفت فعالیت‌ها با فاصله حداکثر 3 ماه
* پیگیری اجرای فعالیت‌های برنامه طبق زمان‌بندی برنامه (دبیر شورا)
* تهیه و ارسال گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت به هیئت امنا محله و مرکز خدمات جامع سلامت محله
* تهیه و ارسال گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت به هیئت امنا محله و مرکز بهداشت شهرستان
* ارسال فعالیت هایی که قابلیت اجرا در سطح محله ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهم‌نامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان

تدوین، بررسی، اصلاح و تایید برنامه عملیاتی:

در این مرحله لازم است اقدامات زیر انجام گردد:

1- شورای ارتقای سلامت محله، اقدام به تدوین برنامه عملیاتی مداخلات طبق فرم شماره 3 و 4 (شامل هدف کلی، اهداف اختصاصی، استراتژی و فعالیت‌ها) نمایند.

2-پس از تدوین برنامه عملیاتی، نسبت به ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان (واحد آموزش و ارتقای سلامت) جهت بررسی و اصلاح (توسط اعضاء زیر گروه فنی) اقدام گردد.

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

گزارش برنامه:

در این مرحله طبق فعالیت‌های تعیین شده در برنامه اعضای شورا و مسئولین انجام هر فعالیت ملزم به اجرای برنامه می باشد و دبیر شورا ملزم به پی گیری می‌باشند. در مدت زمان اجرای برنامه هر 2 ماه و حسب نیاز تعداد بیشتر، جلساتی با حضور اعضای شورا در خصوص بررسی روند پیشرفت برنامه، میزان دسترسی به اهداف و برطرف نمودن موانع احتمالی برگزار گردد و مستندات آن موجود باشد. **همچنین گزارشی از پیشرفت برنامه مداخلات ارتقاء سلامت در جلسات شورا ارائه و در صورت‌جلسات ثبت گردد.**

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

1. **فرم گزارش دهی مداخلات ارتقای سلامت طبق زمان‌بندی به هیئت امنای محله و مرکز بهداشت استان ارسال گردد.**
2. تعداد جلسات برگزار شده توسط شورا و درصد پیشرفت برنامه که مساوی است با تعداد فعالیت‌های اجرا شده نسبت به کل فعالیت های پیش بینی شده (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری) نیز مشخص گردد.

  تعداد فعالیت‌های اجرا شده

100 × = درصد پیشرفت برنامه (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری)

کل فعالیت‌های پیش بینی شده

نکات تکمیلی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

1. آغاز فرایند برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت با ارسال آخرین نسخه شیوه‌نامه محله ارتقا دهنده سلامت و مجموعه پیوست آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.
2. برنامه محله ارتقا دهنده سلامت در سطح کشوری هر 2 سال یک‌بار در 3 مرحله انجام می‌شود. 3 ماه اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه، 3 ماه برنامه‌ریزی برای مداخلات و یک سال و نیم اجرای مداخلات ارتقای سلامت.
3. جلسات شورای ارتقای سلامت محله هریک از سطوح با حضور حداقل دو سوم اعضاء رسمیت می‌یابد.
4. حضور رئیس و دبیر شورای ارتقای سلامت محله در کلیه جلسات الزامی است.
5. جلسات شورای ارتقای سلامت محله باید به‌گونه‌ای تشکیل شود که در پایان مهلت تعیین شده، مداخلات ارتقای سلامت انجام شود.
6. کلیه جلسات می‌بایست در قالب فرم‌های پیشنهادی صورت جلسه شده و توسط هریک از اعضاء حاضر در جلسه امضاء و در محل کار دبیر شورا نگهداری گردد.
7. تمام فرم‌ها و مستندات مورد استفاده در برنامه محله ارتقا دهنده سلامت می‌بایست در محل کار دبیر بایگانی گردد.
8. یک نسخه از برنامه تدوین شده در سطح شورا به هیئت امنا محله و مرکز بهداشت شهرستان ارسال و یک نسخه در محل کار دبیر شورا بایگانی گردد. برنامه ارسال شده در سطح شهرستان بررسی و در صورت تایید سطح شهرستان به شورای ارتقا سلامت محله برای اجرای برنامه ارسال می‌گردد.
9. هر یک از گروه‌های فنی در سطح شهرستان ضمن بررسی برنامه تدوین شده مواردی را که نیاز به اصلاح داشته یا میتوان به برنامه برای اجرا اضافه نمود در برنامه وارد می نمایند.
10. واحدهای ستادی در مرکز بهداشت شهرستان می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند و جهت دریافت تاییدیه برنامه مذکور را به ستاد معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده ارسال کنند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح شهرستان قابل پیگیری هستند.
11. واحدهای ستادی در معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح دانشگاه/دانشکده قابل پیگیری هستند.
12. دفاتر و مراکز وزارت بهداشت می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح وزارت قابل پیگیری هستند.

فرم‌های برنامه مداخلات ارتقای سلامت

**فرم شماره 1**

**تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت‌دار**

**استان:**

**شهر:**

**محله:**

|  |
| --- |
| **مشكل اولویت‌دار بر اساس نتایج نیازسنجی سلامت:** |
| **فهرست کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند: (بر اساس منابع علمی معتبر، نظر صاحب‌نظران و ...)**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ردیف** | **علل کلی** | **عوامل ایجادکننده** | **رفتاری** | **غیر رفتاری/**  **SDH** | | **1** |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | **2** |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | **3** |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

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

دستورالعمل تكميل فرم شماره 1 (تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت‌دار)

1. فرم شماره 1 جهت تعیین عوامل ایجاد کننده برای هر اولویت بهداشت و نیز تعیین علل رفتاری و غیر رفتاری به وجود آورنده مشکل است.
2. اين فرم توسط اعضاي شورای ارتقای سلامت محله تكميل خواهد شد.
3. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
4. با توجه به اینکه این مرحله نیاز به اعضایی با تجربه و آموزش دیده و داشتن اطلاعات علمی است لذا در این مرحله کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند می‌بایست بر اساس منابع علمی معتبر، نظر صاحب‌نظران و ... قبل از جلسه گردآوری و در جلسه مطرح گردد.
5. برای تکمیل فرم شماره 1 ابتدا عنوان اولویت بهداشت به دست آمده از مراحل نیازسنجی را وارد فرم کرده سپس نسبت به تعیین علل کلی و عوامل ایجاد کننده آن اولویت بهداشت اقدام می‌شود.
6. سپس تعیین می‌گردد که هر یک از عوامل ایجاد کننده، رفتاری است یا غیر رفتاری
7. علل رفتاری به عللی گویند که با افزایش آگاهی، نگرش و درنتیجه تغییر در رفتار مردم قابل‌حل هستند.
8. علل غیر رفتاری به عللی گویند که جدای از میزان آگاهی، نوع نگرش و نوع رفتار جامعه برای حل مشکل نیاز به ملزوماتی مانند تغییر قوانین و سیاست‌ها و یا فراهم نمودن وسایل، تجهیزات و تامین نیروی انسانی مورد نیاز جهت تغییر رفتار در سطح محله، منطقه و یا استان و یا کشور است.

**فرم شماره 2**

**فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده**

**استان: شهر: محله:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده رفتاری** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **عوامل ایجاد کننده رفتاری** | شدت  (5-1) | | شیوع و فراوانی  (5-1) | | فوریت مداخله  (5-1) | | | امکان مداخله  (5-1) | اثربخشی مداخله  (5-1) | | | سایر\* | جمع کل | | رتبه |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |
| **معیار امتیازدهی:** (1: بسیار کم،2: کم، 3: متوسط، 4: زیاد، 5: بسیار زیاد)  **شدت:** میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می‌کند. **شیوع:** نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است. **فوریت مداخله:** داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است. **اثربخشی مداخله:** میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است. **امکان مداخله:** انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان پذیر است. | | | | | | | | | | | | | | | |
| عناوین **عوامل ایجاد کننده رفتاری** اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:  1-  2-  3- | | | | | | | | | | | | | | | |
| اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت | | | | | | | | | | | | | | | |
| **عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت** | | شدت  (5-1) | | شیوع و فراوانی  (5-1) | | فوریت مداخله  (5-1) | امکان مداخله  (5-1) | | | اثربخشی مداخله  (5-1) | سایر\* | | | جمع کل | رتبه |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
| عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:  1-  2- | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*: اگر معیار دیگری برای اولویت‌بندی مناسب بود در ستون سایر ثبت شود. | | | | | | | | | | | | | | | |

دستورالعمل تكميل فرم شماره 2 (فرم اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده)

1. فرم شماره 2 به منظور اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده‌ای که از فرم شماره 1 به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت است.
2. اين فرم توسط اعضاي تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح پایگاه سلامت/ خانه بهداشت تكميل خواهد شد.
3. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
4. 3 عامل ایجاد کننده رفتاری اولویت‌دار و 2 عامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت باید در این فرم مشخص شود.
5. ابتدا عوامل ایجاد کننده‌ای که از فرم شماره 1 به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت در فرم وارد می‌شود.
6. سپس به هر یک از عوامل ایجاد کننده بر اساس معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله امتیازی داده می‌شود. امتیازی که به هر یک از معیارها داده می‌شود بین 1 الی 5 است (1: بسیار کم،2: کم، 3: متوسط، 4: زیاد، 5: بسیار زیاد).
7. منظور از معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله عبارت‌اند از:

* **شدت:** میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می‌کند
* **شیوع:** نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است
* **فوریت مداخله:** داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است.
* **اثربخشی مداخله:** میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است.
* **امکان مداخله:** انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان پذیر است.

1. با نظر اکثریت اعضای کارگروه اگر معیاری پیشنهاد شد که به معیارهای مذکور اضافه گردد، می‌توان یک معیار را در قسمت سایر به فرم اضافه کرد.
2. پس از امتیازدهی به معیارهای همه عوامل ایجاد کننده امتیازهای معیارهای هر عامل ایجاد کننده با هم جمع می‌شود و در ستون جمع کل نوشته می‌شود.
3. بر اساس امتیاز نوشته شده در جمع کل رتبه عامل ایجاد کننده مشخص می‌شود. بزرگترین عدد رتبه 1 و کوچکترین عدد رتبه آخر
4. 3 عامل ایجاد کننده رفتاری که بالاترین امتیاز را آورده‌اند و 2 عامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت که بالاترین امتیاز را آورده‌اند مشخص و در قسمت مربوطه نوشته می‌شوند.

* عناوین عوامل ایجاد کننده رفتاری اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت
* عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت

**فرم شماره 3**

**تدوين برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت**

**استان: شهر: محله:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مشکل اولویت‌دار:** | | | | | |
| **هدف کلی:** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 1):** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 2):** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 3):** | | | | | |
| **استراتژی: آموزش** | | | | | |
| **فعالیت‌های مرتبط با آموزش** | | | | | |
| **رئوس فعالیت‌ها** | **شماره هدف اختصاصی** | **مسئول اجرا** | **مسئول پیگیری** | **زمان اجرا** | **انجام شد** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

دستورالعمل تكميل فرم شماره 3

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

1. فرم شماره 3 به منظور تدوين برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
2. اين فرم توسط اعضاي شورای ارتقای سلامت محله تكميل خواهد شد
3. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
4. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
5. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:

* موضوع به صورت يك جمله مثبت خبري؛
* عدم استفاده از كلمات زائدي بدون نقش و باري در برنامه؛
* آزمون پذير مطرح شدن موضوع؛
* محدود بودن موضوع تحقيق (ماهيتي/زماني/مكاني/ جامعه آماري)

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

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

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

* معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.
* قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل ‌اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.
* دست‌یافتنی (Achievable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست نیافتنی باشد.
* واقع بینانه (Realistic): هدف باید دست یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.
* محدوده زمانی (Time-bound): بهتراست یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکن است تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.

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

1. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده **رفتاری**، **آموزش** است.
2. فعالیت‌های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.
3. برای هر هدف اختصاصی فعالیت‌های آموزشی مرتبط تدوین گردد، ضمن اینکه از کلیه روش‌های آموزش از جمله، آموزش گروهی، آموزش فردی (مشاوره)، برگزاری کمپین و رسانه‌های نوشتاری و غیر نوشتاری می‌توان در تدوین و انجام فعالیت‌ها استفاده نمود. مستندات آموزش‌های گروهی (عنوان آموزش، گروه مخاطب، تاریخ آموزش، روش آموزش، محل آموزش، رسانه کمک آموزشی، نتیجه پیش آزمون و پس آزمون) ثبت گردد.
4. وظیفه طراحی سوالات پیش آزمون و پس آزمون بر عهده واحد فنی است.
5. هر یک از فعالیت‌ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود
6. با توجه به شرایط، برآورد صحیح زمان لازم براي اجراي فعالیت بسیار مهم است.
7. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
8. در آخر پس از تنظیم فرم، رییس شورا سلامت محله، تاریخ تکمیل فرم (روز/ ماه/سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند و سپس برای تایید و اصلاح به همراه فرم شماره 4 به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.

**فرم شماره 4**

**تدوين مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی**

**استان: شهر: محله:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مشکل اولویت‌دار:** | | | | | |
| **هدف کلی:** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت 1):** | | | | | |
| **اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت 2):** | | | | | |
| **استراتژی: توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری، جلب حمایت همه‌جانبه** | | | | | |
| **فعالیت‌های مرتبط با استراتژی ........** | | | | | |
| **رئوس فعالیت‌ها** | **شماره هدف اختصاصی** | **مسئول اجرا** | **مسئول پیگیری** | **زمان اجرا** | **انجام شد** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

دستورالعمل تكميل فرم شماره 4

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

1. فرم شماره 4 به منظور تدوين برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
2. اين فرم توسط اعضاي شورای ارتقای سلامت محله تكميل خواهد شد
3. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
4. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
5. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:

* موضوع به صورت يك جمله مثبت خبري؛
* عدم استفاده از كلمات زائدي بدون نقش و باري در برنامه؛
* آزمون پذير مطرح شدن موضوع؛
* محدود بودن موضوع تحقيق (ماهيتي/زماني/مكاني/ جامعه آماري)

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

1. با توجه به اینکه دو عامل غیررفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل غیررفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت smart تنظیم شود

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

* معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.
* قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.
* دست یافتنی (Achievable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست نیافتنی باشد.
* واقع بینانه (Realistic): هدف باید دست یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.
* محدوده زمانی (Time-bound): بهتراست یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکنه تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.

1. مثال: تجهيز دو تا از پارک‌های سطح روستای نصرآباد به حداقل پنج وسیله ورزشی توسط گروه حامی سلامت ... تا پايان سال 1401
2. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده **غیر رفتاری**، استراتژی‌هایی است مانند **جلب حمایت همه‌جانبه از طریق تاثیر گذاری بر افراد کلیدی است و توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری که در تدوین فعالیت‌ها حتما به آن توجه شود.**
3. فعالیت‌های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.

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

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

1. هر یک فعالیت‌ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود
2. با توجه به شرایط، برآورد صحیح زمان لازم براي اجراي فعالیت بسیار مهم است.
3. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
4. در آخر پس از تنظیم فرم، رییس شورا سلامت محله، تاریخ تکمیل فرم (روز/ ماه/سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند و سپس برای تایید و اصلاح به همراه فرم شماره 3 به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.

صورت‌جلسه شورای ارتقای سلامت محله

**استان: شهر: محله:**

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

دستورالعمل تكميل فرم صورت‌جلسه شورای ارتقای سلامت محله

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

## شاخص‌های محله ارتقا دهنده سلامت

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سازمان‌دهی و جلب مشارکت جامعه برای سلامت و توسعه** | | | | |
| **ردیف** | **عنوان** | **انجام نشده** | **ناقص** | **کامل** |
| **1** | سرخوشه ها/داوطلبان از جامعه انتخاب شده و درخصوص فرایندهای نیازسنجی، اولویت بندی، جمع آوری داده، آماده سازی برنامه، پایش، ثبت و گزارش دهی آموزش دیده اند. |  |  |  |
| **2** | کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله تشکیل شده و وظایف و مسئولیت ها برای اعضا مشخص شده است. |  |  |  |
| **3** | مردم محله به صورت فعال در برنامه ریزی اجتماعی و بهداشتی نقش فعالی دارند و می توانند. |  |  |  |
| **4** | کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله، برنامه های ارتقادهنده سلامت را طراحی، اجرا، پایش و دستاوردها و چالش ها را ثبت کرده و راهکارهای محلی ارائه می کند. |  |  |  |
| **5** | کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله به دنبال ایجاد ارتباط با شرکای بالقوه برای توسعه محله خود می باشند. |  |  |  |
| **6** | گروه‌های مردمی تشکیل و در اجرای مداخلات ارتقای سلامت مشارکت می کنند. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **همکاری، مشارکت و حمایت طلبی بین بخشی** | | | | |
| **ردیف** | **عنوان** | **انجام نشده** | **ناقص** | **کامل** |
| **1** | اعضای شورای ارتقای سلامت محله از طرف بخش های مختلف معرفی شده اند. |  |  |  |
| **2** | شورای ارتقای سلامت محله در پایگاه سلامت و از نمایندگان مردم و سازمانهای مرتبط تشکیل شده است. صورتجلسه تمام جلسات ثبت و گزارش شده است. |  |  |  |
| **3** | رییس و دبیر برای شورای ارتقای سلامت محله انتخاب شده است. |  |  |  |
| **4** | امکانات فیزیکی و تسهیلات مناسب فراهم گردیده است. |  |  |  |
| **5** | اعضای تیم مسئولین و معتمدین در جلسات حضور مستمر داشته و پیشنهادات تخصصی خود را ارائه می کنند. |  |  |  |
| **6** | مشارکت کنندگان بالقوه، شناسایی شده و درراستای اجرای یک پروژه مشترک در محله سالم به کار گرفته شده اند. |  |  |  |
| **7** | نتایج موفق ثبت و منتشر می شوند. یک استراتژی جامع برای استفاده از فرهنگ محلی در راستای حمایت از برنامه محله ارتقادهنده سلامت به کار گرفته می‌شود. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **توسعه سلامت** | | | | |
| **ردیف** | **عنوان** | **انجام نشده** | **ناقص** | **کامل** |
| **1** | مردم محله درخصوص اولویت های سلامت و برنامه های مرتبط آموزش دیده اند. |  |  |  |
| **2** | کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله در کمپین مرتبط با سلامت به صورت فعال مشارکت دارند. |  |  |  |
| **3** | تمام افراد با ناتوانی جسمی شناسایی شده و حمایت های اجتماعی لازم از آنها به عمل می آید. |  |  |  |
| **4** | مناطق پرخطر در محله شناسایی شده و اقدامات لازم برای کاهش آسیب درآن مناطق صورت گرفته است. |  |  |  |
| **5** | محله سالم عاری از جرم و جنایت، خشونت علیه زنان، مردان و نژادهای مختلف می باشد. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله** | | | | |
| **ردیف** | **عنوان** | **انجام نشده** | **ناقص** | **کامل** |
| **1** | شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله ایجادشده و سرخوشه ها/داوطلبین و اعضای کمیته بین بخشی درخصوص جمع اوری، آنالیز و استفاده از اطلاعات کلیدی آموزش دیده اند. |  |  |  |
| **2** | اطلاعات کلیدی در شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله به نمایش گذاشته شده و در اختیار جامعه و سایر مراکز ذیربط قرارداده می شود. |  |  |  |
| **3** | اطلاعات کلیدی برای پایش و حمایت از برنامه مورد استفاده قرار می گیرد. |  |  |  |
| **4** | فرم ها، نتایج و اطلاعات ارزیابی اولیه در رابطه با برنامه های در دست اجرا به خوبی ثبت شده، به روز هستند و در دسترس کمیته ها قراردارند. |  |  |  |
| **5** | شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله به طور مرتب به روز رسانی می شود و برای برنامه ریزی و پایش مورد استفاده قرار می گیرد. |  |  |  |
| **6** | توسعه مهارت‌ها، آموزش شغلی و ظرفیت سازی علاقه مندی ها، مهارتها و تکنولوژی های محلی ارزیابی شده و ارتقا داده می شوند. |  |  |  |
| **7** | افراد خلاق شناسایی شده و ازآنها حمایت می شود. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **آمادگی و پاسخ در فوریت‌ها** | | | | |
| **ردیف** | **عنوان** | **انجام نشده** | **ناقص** | **کامل** |
| **1** | وقایع مخاطره آمیز و بحرانی که در 20 سال گذشته اتفاق افتاده شناسایی و اطلاعات مربوط به آن ثبت شده است. |  |  |  |
| **2** | یک کارگروه ارتباطات خطر تشکیل شده و وظایف به اعضا ابلاغ شده است. |  |  |  |
| **3** | پروفایل محله آماده شده و یک کپی از آن در خارج از محله نگهداری می شود. |  |  |  |
| **4** | سرخوشه ها/ داوطلبین در مورد برنامه های آمادگی و پیشگیری ارتباطات خطر آموزش دیده اند و درصورت نیاز می توانند کمک های اولیه را ارائه کنند. |  |  |  |
| **5** | یک برنامه ارتباطات خطر برای مدیریت بحران آماده شده و سازمان‌ها بر برنامه‌ها و بسیج منابع توافق کرده‌اند. جامعه نیز از برنامه آگاه است و افراد مسئول را می‌شناسند. |  |  |  |
| **6** | گروه‌های آسیب پذیر (مادران باردار، افراد ناتوان جسمی، بیماران مبتلا به بیماری مزمن، سالمندان، بیماران روانی و ...) شناسایی شده و اطلاعات آنها در اختیار سازمان‌های دخیل در مدیریت بحران قرارداده شده است. |  |  |  |
| **7** | لیست کانال های ارتباطی احصا شده است. |  |  |  |
| **8** | لیست ذینفوذان و معتمدین محلی احصا شده است. |  |  |  |
| **9** | سخنگوی رسمی برای شرایط بحرانی مشخص شده است. |  |  |  |
| **10** | تحلیل وضعیت موجود انجام شده است |  |  |  |
| **11** | سوالات پرتکرار مشخص و برای آن ها جواب تنظیم شده است |  |  |  |