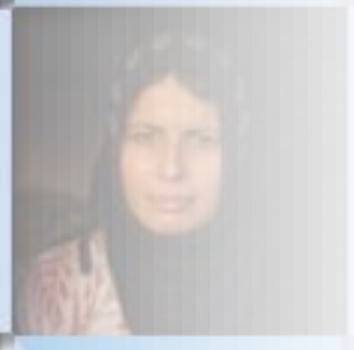



تقویت و ساماندهی مداخلات تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام شبکه

کارگاه آموزشی و مشورتی مهر ماه ۱۴۰۴- تهران

World Health Organization
Islamic Republic of Iran

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شیوه‌نامه اجرایی

مرحله اول؛
توانمندسازی و جلب مشارکت تیم کارشناسی معاونت بهداشت و تیم سلامت شبکه بهداشت و درمان

گام اول: تشکیل کمیته راهبردی در سطح معاونت بهداشت دانشگاه
گام دوم: تشکیل کمیته اجرایی در سطح شبکه بهداشت و درمان شهرستان و هیات امنا و شورای بهداشت در سطح مراکز خدمات جامع شهری و روستایی

مرحله دوم؛
تبیین وضعیت شاخص های سلامت و نابرابری های سلامت در سطح مناطق شهرستان/دانشگاه

گام سوم: تعیین سیمای (پروفایل) کامل شهرستان و تعیین شاخص های سلامت
گام چهارم: اولویت بندی شاخص‌های سلامت جهت سنجش نابرابری های سلامت در سطح شهرستان/دانشگاه
گام پنجم: سنجش وضعیت نابرابری های سلامت
گام ششم: تعیین و تحلیل بیشترین نابرابری ها در سطح شهرستان و تعیین شاخص های نیازمند ارتقاء

مرحله سوم؛
شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص‌های سلامت

گام هفتم: شناسایی تعیین کننده های اجتماعی با بیشترین سطح تاثیر برای شاخص های با بیشترین میزان نابرابری
گام هشتم: اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت

مرحله چهارم:
شناسایی و اولویت بندی مداخله های مرتبط با مدیریت و بهبود تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

گام نهم: طراحی مداخله برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین کننده های شناسایی شده
گام دهم: اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز جامع خدمات سلامت و شهرستان

مرحله پنجم:
اجرای مداخلات مرتبط با بهبود وضعیت SDH در سطح منطقه

مرحله ششم؛
پایش و ارزشیابی مداخله ها

مرحله هفتم؛
مستند سازی فرایند اجرای شیوه نامه و تهیه گزارش

اهداف شیوه نامه

هدف اصلی

- کاهش نابرابری سلامت از طریق شناسایی و مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در شبکه بهداشت و درمان شهرستان

اهداف فرعی

- طراحی ابزارهای اندازه‌گیری نابرابری‌های سلامت
- بررسی نابرابری‌های سلامت
- شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت موثر
- تعیین مداخلات اثرگذار
- آموزش و توانمندسازی
- جلب مشارکت جامعه
- ارزیابی و نظارت
- تقویت همکاری بین‌بخشی و درون بخشی
- تحقیق و توسعه

مرحله اول؛
تشکیل کمیته های راهبری
و اجرایی

گام اول: تشکیل کمیته راهبری در سطح معاونت بهداشت دانشگاه

- ترکیب کمیته راهبری در سطح دانشگاه:

  - رئیس کمیته: رئیس دانشگاه
  - جانشین رئیس کمیته: معاون بهداشت دانشگاه
  - دبیر کمیته: معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه یا مدیر توسعه شبکه معاونت بهداشت دانشگاه

- اعضای کمیته: این کمیته ترکیبی بین بخشی دارد و اعضای آن متشکل از معاونین دانشگاه، رئیس دبیرخانه ساغ دانشگاه، رئیس دبیرخانه، کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان (نماینده استاندار)، رئیس مرکز تحقیقات SDH دانشگاه رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت استان، رئیس شورای پیام گزاران سلامت استان، یک نفر از کارشناسان معاونت بهداشت دانشگاه ترجیحا از گروه توسعه شبکه می باشد.

گام اول: تشکیل کمیته راهبری در سطح معاونت بهداشت دانشگاه

- وظایف کمیته:

۱- تسلط بر شیوه نامه و ابلاغ آن به شبکه بهداشت و درمان شهرستان های تابعه.

۲- برگزاری جلسات با حضور مدیران شبکه بهداشت و درمان شهرستان های تابعه و توجیه آنها در خصوص چگونگی اجرا و دستیابی به اهداف شیوه نامه.

۳- تعیین شرح وظایف اعضای جلسه بر مبنای مراحل اجرایی شیوه نامه.

۴- برنامه ریزی برای اجرای شیوه نامه در سطح شهرستان و مراکز خدمات جامع سلامت.

۵- برگزاری جلسات توجیهی برای مدیران شبکه بهداشت و درمان شهرستان های تابعه و سایر ذینفشانی که جلب مشارکت ایشان برای اجرا و دستیابی به اهداف شیوه نامه مهم می باشد.

۶- آموزش، هدایت، پایش و نظارت بر اجرای کلیه مراحل شیوه نامه در سطح شهرستان های تابعه.

۷- تهیه درخواست پروپوزال (RFP) برای سفارش طرح های تحقیقاتی مورد نیاز برای تقویت برنامه از طریق شورای HSR معاونت بهداشت دانشگاه یا هر نهاد/گروه مورد پیشنهاد کمیته راهبری

گام دوم: تشکیل کمیته اجرایی در سطح شبکه بهداشت و درمان

- ترکیب کمیته اجرایی در سطح شهرستان:
  - رئیس کمیته: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان
  - دبیر کمیته: رییس مرکز بهداشت/معاون بهداشت شبکه یا کارشناس مسئول گسترش
- اعضای کمیته: این کمیته ترکیبی بین بخشی دارد و اعضای آن متشکل از مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان، معاون بهداشت شبکه. رئیس دبیرخانه ساغ دانشگاه، رئیس دبیرخانه کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان، رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان، رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت شهرستان، نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه، نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی شهرستان می باشد.

گام دوم: تشکیل کمیته اجرایی در سطح شبکه بهداشت و درمان

- وظایف کمیته اجرایی:

۱- تسلط بر شیوه نامه و مفاهیم و نکات فنی ارائه شده در آن.

۲- برنامه ریزی برای اجرای فعالیتها و مراحل شیوه نامه در سطح شهرستان

۳- احصاء شاخص‌های سلامت تعیین شده بر اساس نظام مراقبت بیماری های واگیر و غیرواگیر- سلامت روان و بیماری هایی که بیشترین ناتوانی، بیشترین مرگ و میر و بروز و شیوع را در شهرستان دارند.

۴- مشارکت فعال در شناسایی SDH مربوط به شاخص های سلامت دارای اولویت.

۵- تعیین و اولویت بندی مداخله های مناسب برای بهبود وضعیت SDH چالش برانگیز در استان و شاخص های سلامت دارای اولویت.

۶- هماهنگی برای اجرای مداخلات تعیین شده با مشارکت همه ذینقشان کلیدی

گام دوم: تشکیل تیم هیات امناء در سطح مرکز خدمات جامع سلامت

- ترکیب تیم هیات امنا در سطح مرکز خدمات جامع سلامت:
  - رئیس هیات امنا: رئیس مرکز (پزشک)
  - دبیر هیات امنا: کارشناس مراقب سلامت ناظر
- اعضای کمیته: این کمیته ترکیبی بین بخشی دارد و اعضای آن متشکل از رئیس مرکز خدمات جامع سلامت، یکی از اعضای شورای اسلامی شهر، شهردار ناحیه یا نماینده تام الاختیار، دبیر شورایاری محله، نماینده / نمایندگان مدارس / مراکز آموزشی و دانشگاهی تحت پوشش مرکز، یکی از مسئولین فنی پایگاه های سلامت تحت پوشش مرکز به انتخاب رئیس مرکز، نماینده سازمان های مردم نهاد، نماینده رابطین سلامت محله و نماینده سفیران سلامت خانواده

گام دوم: تشکیل تیم هیات امناء در سطح مرکز خدمات جامع سلامت

- وظایف تیم هیات امناء:

۱- تسلط بر شیوه نامه و مفاهیم و نکات فنی ارائه شده در آن.

۲- برنامه ریزی برای زمان بندی اجرای فعالیت ها و مراحل شیوه نامه در سطح مراکز جامع سلامت.

۳- احصاء شاخص‌های سلامت تعیین شده بر اساس نظام مراقبت بیماری های واگیر و غیرواگیر- سلامت روان و بیماری هایی که بیشترین ناتوانی، بیشترین مرگ و میر و بروز و شیوع را در مراکز جامع سلامت دارند.

۴- مشارکت فعال در شناسایی SDH مربوط به شاخص های سلامت دارای اولویت.

۵-تعیین و اولویت بندی مداخله های مناسب برای بهبود وضعیت SDH چالش برانگیز در مرکز خدمات جامع سلامت و شاخص های سلامت دارای اولویت

۶-هماهنگی برای اجرای مداخلات تعیین شده با مشارکت همه ذینقشان/ذینفعان کلیدی

۷-آموزش سلامت در قالب برگزاری نشست ها و گردهمایی های برنامه های آموزشی به مردم و مسئولین منطقه (حضوری / مجازی)

۸- هماهنگی با مسئولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت، رفع عوامل خطرزای محیطی و مبارزه با اپیدمی ها

۹-جلب مشارکت عموم در خود مراقبتی و حمایت از برنامه های سلامت عمومی

۱۰-آموزش و اطلاع رسانی در مورد وظایف، برنامه های سلامت و خدمات قابل ارایه در پایگاه های سلامت و مرکز

نکات کاربردی

- افراد و نمایندگان شرکت کننده در جلسات کمیته راهبری و اجرایی، به عنوان اعضای کمیته، باید بر اساس سابقه فعالیت در زمینه مراقبت‌های اولیه سلامت، تعیین کننده های اجتماعی سلامت، تجربه مدیریت و اجرای پروژه‌های سلامت مشارکتی انتخاب شوند.
- توصیه می‌شود برای تسهیل، تسریع و اجرای اثربخش شیوه نامه، در صورت اقدام به تعیین کمیته‌های فرعی تر با نظارت کمیته راهبری و اجرایی گردد.
- توصیه می‌شود در صورت لزوم از ساختارها و کارگروه‌های تعریف شده و نیز برنامه‌های جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند برنامه و سند همکاری‌های بین بخشی بهره گرفته شود.
- در صورتی که دانشگاه فاقد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بود، سایر مرکز تحقیقات با حیطه های کاری مشابه می توانند به عنوان شریک آکادمیک اجرای شیوه نامه در کمیته های راهبری و اجرایی دعوت شوند.

ذینقشان چه کسانی هستند؟

- ذینقشان کسانی هستند که می توانند روی یک فعالیت تاثیر داشته باشند و یا این‌که به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم تحت تاثیر آن فعالیت قرار بگیرند.
  ۱- ذینقشان سطح اول
  ۲- ذینقشان سطح دوم
  ۳- ذینقشان کلیدی
- برخی ذینقشان مرتبط با موضوع شیوه نامه حاضر :
  مردم
  تیم سلامت مرکز خدمات جامع سلامت
  کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان:
  کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده شهرستان
  هیات امناء مراکز خدمات جامع سلامت

ذینقشان چه کسانی هستند؟

- **تعریف و طبقه بندی**

شناسایی ذینقشان/ذینفعان: چه کسی هستند، چه کسی از سیاست حمایت می کند، چه کسی مخالف است

سطح: ملی، منطقه ایی، محلی

بخش: دولتی، نیمه دولتی، بین المللی و ...

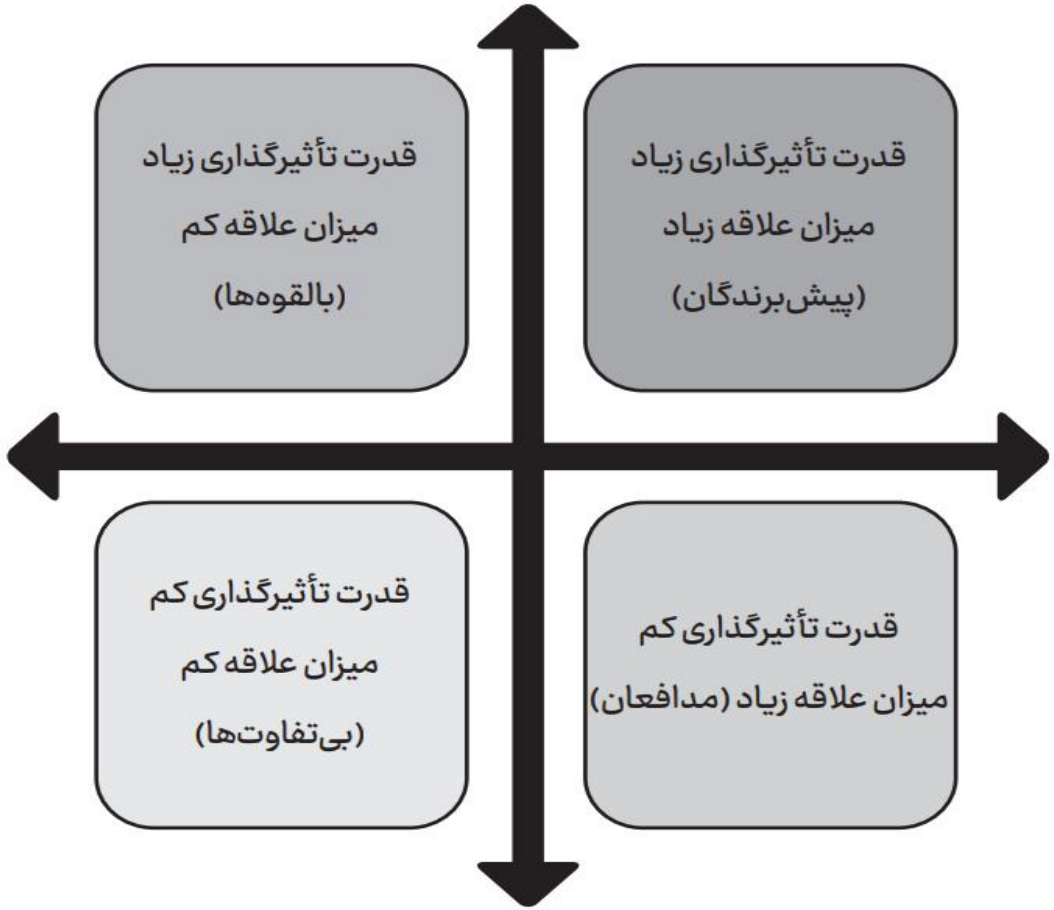
قدرت: سه طبقه پایین، متوسط و بالا دسته بندی می شوند

علاقمندی: به دسته های مالی, عقیدتی، سازمانی، انسان دوستی و ... تقسیم می شود.

فرصت ها: استفاده از فرصت برای تحت تاثیر قراردادن فرایند سیاست و ایجاد حمایت از سیاست

چالش ها: یک عمل که می تواند مشکل را برطرق و یا نفوذ در روند سیاست گذاری را توصیف کند.

ذینقشان چه کسانی هستند؟



مرحله دوم؛
تبیین وضعیت شاخص های
سلامت و نابرابری های سلامت

گام سوم: تهیه سیمای (پروفایل) کامل شهرستان و تعیین شاخص های سلامت

- جزییات پروفایل می‌تواند مواردی از قبیل اطلاعات کامل جغرافیایی، جمعیتی، سلامت و سایر حوزه های اجتماعی، اقتصادی، آموزش، محیط طبیعی، کار و اشتغال، زیر ساختهای شهری و مسکن می باشد.
- اطلاعات مورد نظر تا حد امکان به تفکیک کننده های مناسب از جمله شهر و روستا، منطقه و ناحیه بندی شهری و روستایی و همچنین تا سطح شبکه و جمعیت/منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت، جنسیت، سن و سایر تفکیک کننده های در دسترس تقسیم و با جزییات ارایه شوند.
- توصیه می شود در صورت امکان ارایه آمار و اطلاعات در دوره های زمانی انجام شده و روند تغییرات مشاهده شده در فرایند زمان بیان شود.
- به گروههای خاص جمعیتی آسیب پذیر و در معرض خطر و همچنین مخاطرات ویژه منطقه اشاره شود.
- فهرستی از شاخص های سلامت پیشنهاد شده است که در تهیه سیمای سلامت شهرستان قابل استفاده می باشند (پیوست شماره دو)؛
- برای تهیه سیمای سلامت شهرستان، بررسی منابع اطلاعاتی مختلف پیشنهاد می شود (پیوست شماره سه)؛
- جهت روایی و اعتبار داده ها، داده های جمع آوری شده با متولیان ثبت داده در سطح دانشگاه و سایر سازمانها مورد مشورت و بازبینی قرار گیرد.

گام سوم: تعیین شاخص‌های سلامت و وضعیت پروفایل سلامت در سطح شهرستان



اطلاعات جمعیتی



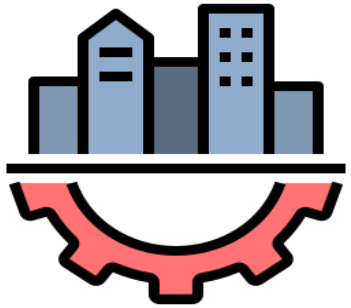
زیرساخت و وضعیت سلامت



سبک زندگی



وضعیت مسکن



زیرساخت شهری



ایمنی و امنیت



محیط زیست



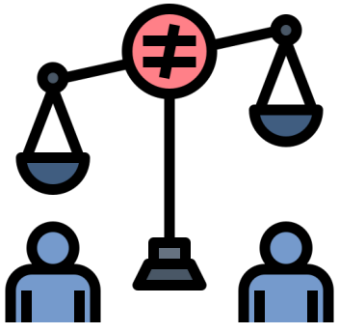
زیرساخت و وضعیت آموزشی و فرهنگی



اقتصادی– اجتماعی



فعالیت های مردمی



نابرابری ها در شهر

گام چهارم: اولویت بندی شاخص‌هایی جهت سنجش نابرابری های سلامت در سطح شهرستان– کدام شاخص‌ها؟

- گزینه اول: استفاده از پیوست دو (فهرست شاخص‌ها) برای اولویت‌بندی
- گزینه دوم: استفاده از اولویت‌بندی انجام شده پیوست چهار

پیوست شماره دو: نمونه‌ای از شاخص‌های سلامت

طبقه‌بندی شاخص‌ها	عنوان شاخص
شاخص بیماری‌های واگیر	پوشش MMR (۱) (٪)
	پوشش MMR (۲) (٪)
	پوشش واکسن پنج ظرفیتی (پنتا ۳) (٪)
	نرخ فلج سست حاد غیر فلج اطفال در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر زیر ۱۵ سال
	نرخ سالانه موارد بیماری رد شده به‌عنوان غیر سرخک و سرخچه در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر (>=۲)
	نرخ اطلاع‌رسانی سل در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر
	پوشش درمان سل (در میان بیماران گیرنده درمان) (٪)
	نرخ موفقیت درمان سل (در میان موارد تائید شده باکتریولوژیک جدید) (٪)
	کودکان و بزرگسالان تحت درمان دارویی ضدویروسی نسبت به تمامی کودکان و بزرگسالان مبتلا به HIV (٪)
	تعداد تخمینی موارد جدید ابتلا به ویروس HIV
	بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV که ویروس سرکوب شده دارند (٪)
شاخص‌های تغذیه	کودکان زیر پنج سال دچار کوتاهی قد (٪)
	کودکان زیر پنج سال دچار کمبود وزن (٪)
	کودکان زیر پنج سال دچار اضافه‌وزن (٪)
	شیوع اضافه‌وزن (۵ تا ۱۸ سال) (٪)
	شیوع چاقی (۵ تا ۱۸ سال) (٪)
شاخص‌های بهداشت دهان	کودکان ۱۲ ساله بدون پوسیدگی (٪) کودکان بدون دندان‌های دائمی پوسیده، ازدست‌رفته و پر شده
	DMFT میانگین تعداد دندان‌های دائمی پوسیده، ازدست‌رفته و پر شده در کودکان ۱۲ ساله
	درصد درمان‌های وارنیش فلورایدی
	درصد مسواک‌های انگشتی توزیع شده برای کودکان زیر ۲ سال
شاخص‌های سلامت جمعیت جوان، خانواده و مدرسه	درصد کم‌وزنی هنگام تولد در میان نوزادان (٪) (زیر ۲۵۰۰ گرم)
	تغذیه انحصاری با شیر مادر ۰ تا ۵ ماه (٪)
	تعداد زایمان‌ها با حضور فرد دوره دیده (٪)
	پوشش خدمات مراقبت‌های دوران بارداری (+۱ ویزیت)
	پوشش خدمات مراقبت‌های دوران بارداری (+۴ ویزیت)
شاخص‌های بیماری‌های غیرواگیر	اضافه‌وزن (+۱۸ سال) (٪)
	چاقی (+۱۸ سال) (٪)
	فشار خون بالا ۱۴۰ (mm/hg) سیستولیک و/یا ۹۰ (mm/hg) دیاستولیک و بیشتر (+۱۸ سال) (٪)
	مصرف تنباکو/دخانیات (+۱۸ سال) (٪)
	فعالیت فیزیکی ناکافی (کمتر از ۶۰۰ MET) (+۱۸ سال) (٪)
	دیابت با قند خون ناشتا (۲۵ سال و بیشتر) (٪)
	بروز سرطان در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر

طبقه‌بندی شاخص‌ها	عنوان شاخص
شاخص‌های سلامت روان	پوشش غربالگری سلامت روان (۱۵ تا ۵۹ ساله) (٪)
	پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد مخدر و دخانیات در جمعیت دارای پرونده سلامت الکترونیک فعال (۱۵ تا ۵۹ ساله) (٪)
	آموزش مهارت‌های فرزند پروری برای جمعیت عمومی هدف (به ازای هر متخصص سلامت روان در نظام خدمات اولیه) (٪)
	آموزش مهارت‌های زندگی برای جمعیت عمومی هدف (به ازای هر متخصص سلامت روان در نظام خدمات اولیه) (٪)
شاخص‌های بهداشت محیط	دسترسی به آب آشامیدنی سالم - شهری
	دسترسی به آب آشامیدنی سالم - روستایی
	دسترسی به سرویس بهداشتی - شهری
	نظارت و بررسی فعالیت‌های توسعه بهداشت و خدمات درمانی
	درصد پوشش بازرسی‌های مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
	درصد پوشش بازرسی‌ها از مکان‌های عمومی
	درصد مراکز / مؤسسات پزشکی دارای شرایط مناسب بهداشتی و حفاظتی در برابر اشعه
	میزان کل مصرف دخانیات در گروه سنی بالای ۱۸ سال
	میزان کل مصرف دخانیات در مردان بالای ۱۸ سال
	میزان کل مصرف دخانیات در زنان بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه قلیان در گروه سنی بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه قلیان در مردان بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه قلیان در زنان بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه سیگار در گروه سنی بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه سیگار در مردان بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه سیگار در زنان بالای ۱۸ سال
	دسترسی به آب آشامیدنی سالم در HCFs
	بهبود فاضلاب و سرویس بهداشتی در HCFها
	مدیریت پسماند در HCFs
	نظافت و نظافت محیطی در HCFs
	دسترسی به روشویی در HCFs
	درصد دانشگاه‌هایی که آزمایشگاه‌های آن‌ها حداقل ۷۰٪ یا بیشتر از الزامات سیستم مدیریت کیفیت را بر اساس چک فهرست‌های مصوب مربوطه اجرا کرده‌اند (٪)
	درصد دانشگاه‌های منتخب که دستورالعمل‌های شبکه آزمایشگاه‌های سلامت را پیاده‌سازی کرده‌اند (٪)

طبقه‌بندی شاخص‌ها	عنوان شاخص
شاخص‌های عدالت در سلامت؛ بخش سلامت	میزان مرگ نوزادان ۰ تا ۲۸ روزه در هزار تولد زنده
	میزان مرگ کودکان زیر یک سال در هزار تولد زنده
	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در هزار تولد زنده
	میزان مرگ مادران به دلیل حاملگی و عوارض آن در صد هزار تولد زنده
	میزان مرگ در گروه سنی ۶۹-۳۰ سال به‌دلیل چهار بیماری اصلی غیر واگیر (دیابت، قلبی و عروقی، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی)
	امید زندگی در بدو تولد
	میزان بروز دیابت
	نسبت بیماران دیابتیک که تحت مراقبت می‌باشند
	اثربخشی برنامه مراقبت دیابت
	نسبت بیماران فشارخون بالا که تحت مراقبت می‌باشند
	اثربخشی مراقبت از بیماران فشار خون بالا
	میزان بروز حوادث ترافیکی (داخل شهر، خارج شهر)
	میزان بروز حوادث غیر ترافیکی و غیر شغلی
	میزان بروز حوادث مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده
	میزان شیوع ده سرطان اول
	میزان شیوع اختلالات روانپزشکی به تفکیک نوع اختلال
	میزان شیوع علائم و نشانه‌های اختلالات روانپزشکی
	میزان شیوع موارد اقدام و فوت ناشی از خودکشی
	بروز و شیوع مصرف مواد در جمعیت ۱۲ سال به بالا
	میزان شیوع مصرف الکل در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال
	درصد مصرف‌کنندگانی از مواد که طبق پروتکل تحت درمان هستند
	میزان ماندگاری در برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد
	شیوع مصرف مواد دخانی در جمعیت ۱۲ سال و بالاتر
	شیوع اضافه‌وزن و یا چاقی در سنین ۱۸ ساله و بیشتر طبق تعریف
	تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا ۶ ماهگی
	نسبت تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد
	میزان فعالیت فیزیکی
	نرخ ناباروری
	درصد افراد ناباروری که از خدمات باروری بهره‌مند شده‌اند
	درصد بارداری‌های پرخطر

پیوست شماره چهار؛ شاخص‌های سلامت قابل ارتقاء در سطح کشور

ردیف	عنوان شاخص	تعریف	منبع داده‌ها	صورت شاخص		مخرج شاخص		ضریب	متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری
				کد گزارش	عنوان گزارش	کد گزارش	عنوان گزارش		
۱	اثربخشی برنامه مراقبت دیابت	درصد بیماران دیابتی ویزیت شده که هموگلوبین A۱C <۷، داشته‌اند.	سامانه مراقبتی پرونده الکترونیک سطح یک حوزه بهداشت - میب	۱۱۵۲۱۸	گزارش دوره‌ای دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر اداره دیابت، پره دیابت تعداد افراد دیابتی مراقبت شده توسط پزشک ازنظر میزان هموگلوبین A۱c (کد گزارش ۱۱۵۲۱۸) انتخاب کنترل مطلوب هموگلوبین A۱C) ۴ تا ۷ درصد) و تعیین بازه زمان و واحد	۱۱۵۲۴۵	گزارش دوره‌ای دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر اداره دیابت، پره دیابت تعداد افراد دیابتی مراقبت شده توسط پزشک فقط با نتیجه آزمایش A۱c (کد گزارش ۱۱۵۲۴۵) تعیین بازه زمان و واحد	*۱۰۰	سن، جنس، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا)
۲	درصد شیوع دیابت (بالای ۳۰ سال)	موارد کل بیمار دیابتی ثبت‌شده در جمعیت بالای ۳۰ سال	سامانه مراقبتی پرونده الکترونیک سطح یک حوزه بهداشت - میب	در قسمت ICD انتخاب E۱۰ و E۱۱	وقایع آمار بیماری‌های ثبت‌شده ورود کد E۱۰ و E۱۱ جداگانه در قسمت ICD و انتخاب بازه زمانی و انتخاب سن بالای ۳۰	۱۱۰۰۰۱	گزارش دوره‌ای دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر خطرسنجی دیابت و فشارخون جمعیت گروه هدف (کد گزارش ۱۱۰۰۰۱) انتخاب تمام گروه‌های سنی بالای ۳۰ سال و تعیین بازه زمان و واحد	*۱۰۰	سن، جنس، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا)

گام چهارم: اولویت بندی شاخص‌هایی جهت سنجش نابرابری های سلامت در سطح شهرستان– معیار های اولویت بندی

کیفیت شاخص	• شاخص مورد نظر مبانی نظری داشته ، نسبتا ساده و قابل فهم بوده و قابلیت تحلیل و تفسیر و امکان مقایسه داشته باشد. همچنین لازم است واقعه مهم مرتبط با سلامت را اندازه گیری نماید
قابلیت اعتماد	• در صورت تکرار محاسبات در شرایط یکسان، نتایج یکسان به دست آید. بدین معنی که لازم است نتایج محاسبات شاخص، قابل تکرار بوده و امکان دستکاری و اعمال سلیقه در محاسبه شاخص وجود نداشته باشد.
در دسترس بودن داده و تفکیک کننده ها	• داده های مورد نیاز محاسبه شاخص به راحتی و با اطمینان قابل استخراج باشند. شاخص ها و داده هایی ارجحیت دارند که در برنامه های جاری و سامانه های الکترونیک موجود قابل دستیابی باشند و نیازی به انجام پیمایش/مطالعه، بررسی های مقطعی و ... نباشد. داده های صورت و مخرج شاخص به تفکیک متغیرهایی مانند سن، جنس، منطقه، ملیت و ... در دسترس باشند و در صورت نیاز با مقادیر شاخص در واحدهای جمعیتی مختلف قابل مقایسه باشد (مانند میانگین کشوری، استانی، ...) این جمله پیتر دراکر را هم می توان اضافه کرد که « چیزی که نمی توانید اندازه بگیرید، نمی توانید مدیریت کنید».
اهمیت از نظر سلامت عمومی	شاخص مورد نظر از نظر سلامت عمومی حائز اهمیت بوده و جمعیت زیادی را در بر می گیرد(اثر اندازه). • همچنین شاخص مورد نظر با تعیین کننده های اجتماعی سلامت مرتبط باشد (اثر بر سلامت جمعیت). • شاخص های وقایع حیاتی و ابتلا (میزان های مرگ، بروز ، شیوع و ...) نمونه ای از شاخص های با اهمیت حوزه سلامت هستند و با تعیین کننده اجتماعی سلامت دسترسی به خدمات مرتبط هستند.

گام چهارم: اولویت بندی شاخص‌هایی جهت سنجش نابرابری های سلامت در سطح شهرستان– معیار های اولویت بندی

شکاف موجود/ حساس بودن به بی‌عدالتی	**شاخص نشانگر شکاف شدید/تفاوت بزرگ با اهداف ملی/بین المللی یا تفاوت در بین گروههای مختلف است، متغیر های زیادی بر شاخص نابرابری مورد نظر تاثیر می گذارد و روند تغییرات شکاف در گذر زمان معنی دار است.** معیار "حساس بودن به بی‌عدالتی" در اولویت‌بندی شاخص‌های سلامت به معنای توجه به نابرابری‌ها و تبعیض‌هایی است که می‌توانند بر دسترسی به خدمات سلامت و وضعیت سلامت جمعیت‌ها تأثیر بگذارند. این رویکرد به دنبال شناسایی و پرداختن به مسائل و چالش‌های خاص گروه‌های تحت‌فشار، حاشیه‌نشین یا آسیب‌پذیر در جامعه است. بعنوان نمونه با توجه به پوشش گسترده واکسن های بدو تولد در کشور می توان گفت دریافت این واکسن ها حساس به عدالت نمی باشند اما در مورد واکسن آنفلوآنزا این موضوع متفاوت می باشد زیرا این واکسن بطور رایگان ارایه نمی شود و فقط افراد دارای توان مالی قادر به دریافت آن می باشند. پس می توان گفت دریافت واکسن بدو تولد حساس به بی عدالتی نمی باشد اما دریافت واکسن آنفلوآنزا حساس به بی عدالتی است.
امکان انجام مداخله/ امکان تغییر شاخص	امکان انجام مداخلات در حوزه های سلامت، آموزش ، بهزیستی و سایر حوزه ها برای کاهش شکاف موجود و بهبود وضعیت شاخص وجود دارد. • آیا شاخص مورد بررسی قابل تغییر است؟ شواهدی در حد بالا برای امکان تغییر وجود دارد (بالا)، شواهدی در حد متوسط برای امکان تغییر وجود دارد (متوسط) ، شواهدی بسیار کم یا هیچ شواهدی برای امکان تغییر وجود ندارد (کم). • چقدر زمان نیاز است تا شاخص بهبود یابد؟

گام چهارم: اولویت بندی شاخص‌هایی جهت سنجش نابرابری های سلامت در سطح شهرستان– معیار های اولویت بندی

مقبولیت/ اقبال عمومی	موضوع مورد نظر و شاخص مرتبط از نظر دیدگاه عموم مردم با اهمیت است و میزان نابرابری مشاهده شده در شکاف موجود معنی دار است • معیار مقبولیت اجتماعی شاخص، به معنای ارزیابی و یک شاخص خاص چقدر توسط جامعه پذیرفته شده و مطلوب است و داده های مرتبط با آن گزارش می شود. در واقع، این معیار به ما کمک می‌کند تا از دید جامعه، آنچه که مهم و ضروری است را شناسایی کنیم. • همچنین آنچه که از نظر ایشان از منظر اجتماعی قبیح است و داده ای برای آن ثبت نمی شود، شناسایی می شود (مثل آمارهای مرتبط با معتادین، بیماری های جنسی و ...). • مداخلات و شاخص‌هایی که دارای مقبولیت اجتماعی بالایی هستند، بیشتر با موفقیت همراه می‌شوند و جامعه را به مشارکت در این مداخلات تشویق می‌کنند.

گام پنجم: سنجش وضعیت نابرابری های سلامت

۱- استخراج و جمع آوری داده ها با مشارکت فعال مراکز خدمات جامع سلامت و سایر ذینفعان برنامه و شاخصها انجام شود؛

۲- برای تعیین شاخصها از داده های معتبر در سطح شهرستان استفاده نمایید و آخرین سال سنجش شاخص، دوره زمانی سنجش، تفکیک کننده های شاخص را مشخص نمایید. در صورت امکان شاخصها را تا سطح مراکز جامع سلامت تفکیک کنید.

۳- هر کدام از شاخصها را حداقل برای بازه زمانی ۵ ساله استخراج و روند ۵ ساله را بیان کنید.

۴- برای استخراج شاخصها بررسی منابع اطلاعاتی مختلف پیشنهاد می شود (پیوست شماره سه)؛

۵- جهت روایی و اعتبار داده ها، داده های جمع آوری شده با متولیان ثبت داده در سطح دانشگاه مشورت و بازبینی داده ها و شاخصها انجام شود.

۶- صحت و اعتبار داده های جمع آوری شده و میزان شاخص ها را اداره ها و واحدهای متناظر در سطح معاونت دانشگاه و وزارت بهداشت و همچنین در صورت لزوم سایر سازمانهای ذینفع بررسی شود؛

۷- برای سنجش وضعیت نابرابری در هریک از شاخص های نهایی شده از روش‌های ساده و پیچیده نابرابری های سلامت استفاده شود (پیوست شماره پنج)؛

۸- وضعیت شاخص ها در سطح شهرستان با میانگین شاخص ها در سطح استان و کشور مقایسه شود (جدول ۵).

گام پنجم: سنجش وضعیت نابرابری های سلامت

نام شاخص	شهرستان ...					استان					کشور				
	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳
شاخص ۱															
شاخص ۲															
...															
شاخص N															

کار گروهی اول

۶۰ دقیقه

کار گروهی اول

- فهرست شاخص‌های ارائه شده در شیوه نامه ، پیوست سه و چهار را مطالعه کنید.
- در جدول ۱، شاخص اثربخشی درمان دیابت برای یک شهرستان فرضی امتیازدهی شده است. آن را با توضیحات (جدول ۲) مطالعه کنید.
- به دو شاخص ارائه شده در جدول ۱ امتیاز دهید.
- به پیوست چهار شیوه‌نامه مراجعه کنید، جدول شاخص را مطالعه کنید، سپس دو شاخص را با گفتگوی گروهی انتخاب کنید و امتیاز دهید.

شاخص /معیار	کیفیت شاخص	قابلیت اعتماد	در دسترس بودن داده	اهمیت از نظر سلامت عمومی	حساسیت به بی‌عدالتی	امکان انجام مداخله/ امکان بهبود شاخص	مقبولیت/ اقبال عمومی	جمع امتیاز شاخص	توضیح
شاخص ۱									
شاخص ۲									
شاخص ۳									
شاخص N									
❋**معیار امتیازدهی:** (۱: بسیار کم ،۲:کم، ۳: متوسط، ۴:زیاد، ۵:بسیار زیاد) ❋معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور ادبیات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می باشند.									

کار گروهی اول

۲- جدول اطلاعات ارایه شده شاخص اثربخشی دیابت را مطالعه کنید و تفکیک کننده های مربوط به آن را در جدول زیر درج نمایید.

ابعاد تحلیل شاخص	تفکیک کننده ها	میزان شاخص
شاخص استان/دانشگاه		
شاخص شهرستان		
جنسیت	زن	
	مرد	
مناطق جغرافیایی		
(به ترتیب نزولی)		
محل سکونت	شهر	
	روستا	
سطح اقتصادی-اجتماعی	پایین	
	متوسط	
	بالا	
سایر تفکیک کننده ها		

گام ششم: تعیین شاخص ها و مراکزی که نابرابری در سطح شهرستان در آنها بیشتر است

۱- ابتدا به سیمای سلامت شهرستان شامل مختصات جمعیتی و جغرافیایی شهرستان رجوع کنید؛

۲- تعداد نیروی انسانی (به تفکیک پزشک، دندانپزشک، مراقب سلامت و ...)، مراکز و بخش‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامت در سطح شهرستان را بررسی نمایید؛

۳- فعالیتهای یک و دو به شفاف شدن زیرساخت های شهرستان در جهت تحلیل و جمع بندی بهتر شاخص های سلامت کمک می کند؛

۴- تصمیم گیری در مورد بیشترین نابرابری ها در سطح شهرستان بر اساس نتایج فعالیت های گام های چهارم و پنجم انجام شود؛

۵- نتایج و جمع بندی تحلیل ها در جدولی مانند جدول ۶ و جدول ۷ انجام شود.

گام ششم: تعیین شاخص ها و مراکزی که نابرابری در سطح شهرستان در آنها بیشتر است

۶- جدول ۷ باید برای هر شاخص به صورت مجزا تکمیل شود.

۷- تصمیم گیری راجع به اینکه روی چه تعداد و کدامیک از شاخص ها و در سطح چه جمعیت و منطقه ای مداخله صورت گیرد (وارد مراحل بعدی شیوه نامه بشوند) بر اساس تصمیم کمیته اجرایی شهرستان و با در نظر گرفتن ملاحظاتی مانند: وضعیت وخامت و چالش های شناسایی شده و منابع اختصاص یافته و در دسترس شبکه بهداشت و درمان شهرستان.

۸- انتظار می رود در انتهای این گام، با نمره دهی، تحلیل و جمع بندی های انجام شده و بحث و تبادل نظر روی تحلیل ها در قالب جلسات کمیته اجرایی شهرستان، راجع به شاخص های قابل ارتقاء در سطح شهرستان و مناطق تحت پوشش تصمیم گیری شود.

گام ششم: تعیین شاخص ها و مراکزی که نابرابری در سطح شهرستان در آنها بیشتر است

عنوان شاخص ها	مراکز خدمات جامع سلامت			
	مرکز خدمات جامع سلامت ۱	مرکز خدمات جامع سلامت ۲	....	مرکز خدمات جامع سلامت N
شاخص ۱				
شاخص ۲				
...				
شاخص N				

ابعاد تحلیل شاخص	تفکیک کننده ها	میزان شاخص
جنسیت	زن	
	مرد	
مناطق جغرافیایی	مرکز خدمات جامع سلامت ۱	
	...	
	مرکز خدمات جامع سلامت N	
محل سکونت	شهر	
	روستا	
سطح اقتصادی-اجتماعی	سطح ۱	
	....	
	سطح N	
سایر تفکیک کننده ها		

جدول ۶

جدول ۷

مرحله سوم
شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص‌های سلامت

گام هفتم: شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت با بیشترین سطح تاثیر برای شاخص های با بیشترین نابرابری

۱- ***بررسی متون و مطالعات انجام شده*** (مثلا اگر شاخص "اثربخشی درمان دیابت" یکی از شاخص های هدف برای اعمال مداخله باشد، مطالعاتی که به شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شیوع دیابت پرداخته باشند، بررسی می شوند)

۲- ***اجرای پیمایش‌های محلی***: طراحی پرسشنامه‌های استاندارد برای شناسایی تعیین کننده ها(تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات، الکل، دسترسی به مراکز درمانی، سطح اقتصادی و ...).

۳- ***مصاحبه با بیماران یا خانواده های آنها***(مصاحبه فردی یا گروهی)

گام هفتم: شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت با بیشترین سطح تاثیر برای شاخص های با بیشترین نابرابری

۴- مصاحبه‌ها با ذی‌نفعان: گفتگو با پزشکان، مراقبان سلامت، و مدیران شبکه بهداشت برای شناسایی موانع درمان.

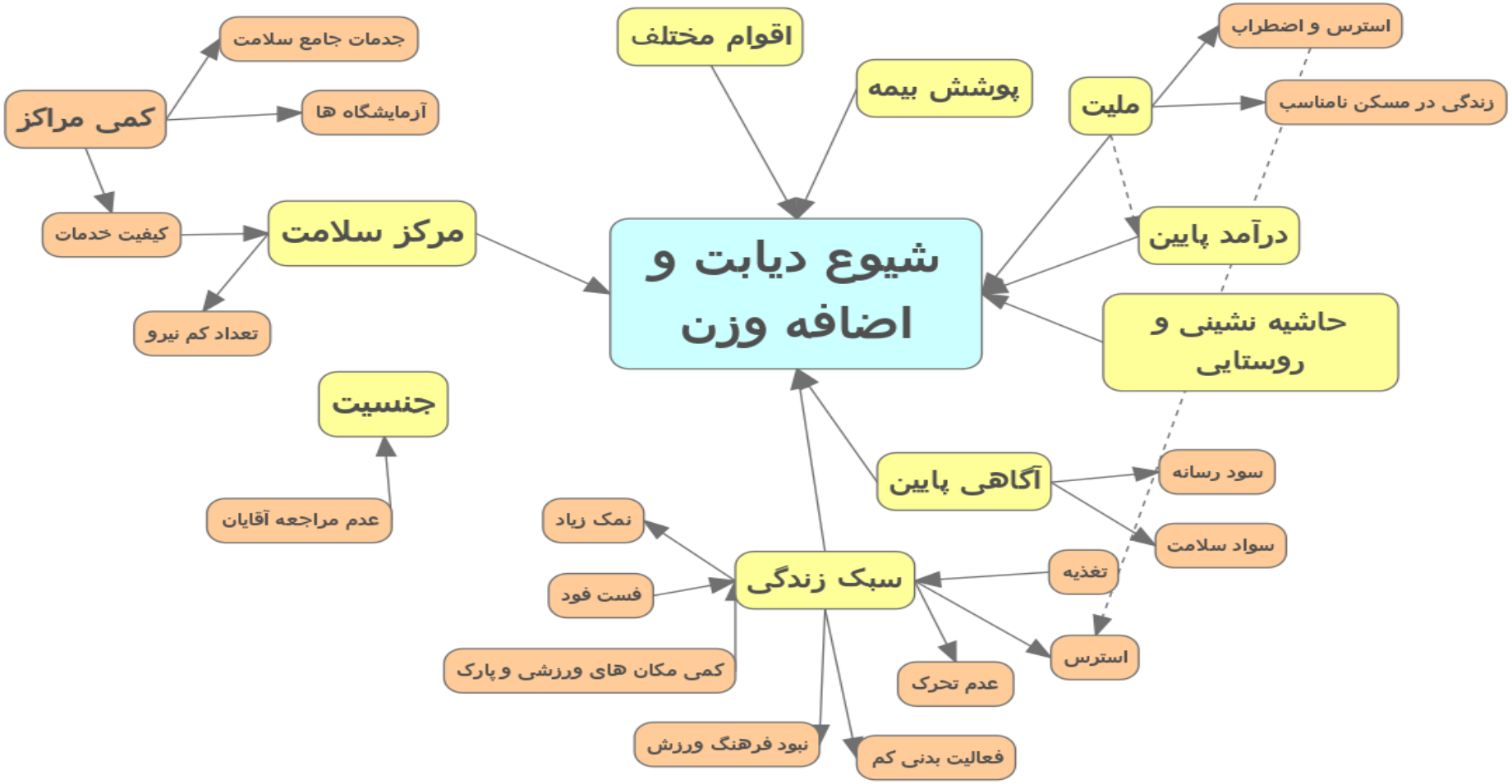
۵-ارزیابی محیطی: مشاهده و ثبت موانع محیطی (مثلاً نبود فروشگاه مواد غذایی سالم یا کمبود فضای مناسب فعالیت بدنی).

** انتظار می رود که در انتهای این گام تعیین کننده های اجتماعی موثر بر هریک از شاخص های اولویت دار سلامت در سطح شهرستان بر اساس فعالیت های بالا مشخص و جمع بندی شده باشند (جدول ۸).

گام هفتم: شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای شاخص های با بیشترین نابرابری (جمع‌بندی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر هریک از شاخص های اولویت دار سلامت)

عنوان شاخص ها	تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص ها
شاخص 1	-.... - ... - ...
شاخص 2	-.... - ... - ...
...	-.... - ... - ...
شاخص N	-.... - ... - ...

تصویر شماتیک تعیین کننده ها



کار گروهی دوم

۶۰ دقیقه

کار گروهی دوم

- فهرست تعیین کننده های پیشنهادی برای اثر بخشی برنامه مراقبت دیابت را در جدول ۴ مطالعه کنید. (با ارجاع به جدول ۲۱ شیوه نامه، صفحه ۹۱). آیا با تمام موارد پیشنهادی موافقید؟ با بحث گروهی یک یا دو مورد تعیین کننده دیگر به فهرست اضافه کنید. این تعیین‌کننده‌ها چگونه قابل طبقه‌بندی هستند و چه ابعادی را در برمی‌گیرند؟ در گروه گفتگو کنید.

- با استفاده از جدول ۴، تعیین کننده های فهرست شده را اولویت بندی / امتیازدهی کنید.

اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی شاخص اثر بخشی برنامه مراقبت دیابت					
معیار / تعیین کننده ها	تعداد جمعیت تحت تاثیر	تطابق زمانی	تکرار پذیری	امکان تغییر/ مداخله پذیر	جمع امتیاز تعیین کننده
تعیین کننده ۱: عادات/الگوی تغذیه ای					
تعیین کننده ۲: دسترسی به مراکز درمانی					
تعیین کننده ۳: حمایت اجتماعی/خانوادگی					
تعیین کننده ۴: میزان آگاهی بیمار از برنامه درمان					
تعیین کننده ۵: دسترسی به داروهای موثر					
تعیین کننده ۶: دسترسی به آزمایشگاه					
تعیین کننده ۷:					
تعیین کننده ۸:					
معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم ،۲:کم، ۳: متوسط، ۴:زیاد، ۵:بسیار زیاد) *معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور مستندات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می باشند.					

گام هشتم: اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی سلامت

جدول ۹؛ جدول امتیازدهی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به تفکیک شاخص‌های اولویت‌دار

اولویت‌بندی تعیین‌کننده‌های اجتماعی شاخص...					
معیار / تعیین‌کننده‌ها	تعداد جمعیت تحت تأثیر	تطابق زمانی	تکرارپذیری	امکان تغییر/ مداخله‌پذیر	جمع امتیاز تعیین‌کننده
تعیین‌کننده ۱					
تعیین‌کننده ۲					
تعیین‌کننده ۳					
...					
تعیین‌کننده N					
معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد)					
*معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور مستندات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می‌باشند.					

گام هشتم: اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی سلامت–معیارهای اولویت‌بندی

تعداد جمعیت تحت تاثیر	✓ "تعداد جمعیت" که تحت تاثیر عامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت مورد نظر می‌باشند چقدر است؟ ✓ آیا گروه های جمعیتی آسیب پذیر از این عامل بیشتر متاثر می شوند؟ هر چقدر که تعداد جمعیت بیشتر و افراد متاثر از گروه های آسیب پذیر باشند، امتیاز بیشتری به این معیار تعلق می گیرد.
تطابق زمانی **Temporal consideration**	آیا تعیین کننده مورد بحث، فقط در حال حاضر اهمیت دارد یا در آینده هم مهم خواهد بود؟ آیا اجرای مداخله برای آن اثر کوتاه مدت خواهد داشت یا بلند مدت؟
تکرارپذیری Replication	آیا ارتباط و تاثیر تعیین کننده مورد بحث بر پی آمد مورد هدف در منابع معتبر و متعدد ذکر شده است و مورد تایید است؟
امکان تغییر/ مداخله پذیر	بر اساس مستندات و شواهد علمی و با در نظر گرفتن شرایط موجود، تعیین کننده/متغیر مورد نظر قابل مداخله و تغییر در سطح اجرایی مورد نظر است.

فهرست مهمترین تعیین کننده های اجتماعی سلامت در کشور

تعییین کننده های اجتماعی سلامت	مصادیق و زیر مجموعه ها
سیاست های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور	فاکتورهای بین المللی، تحریم، فاکتورهای سیاسی، تعارض منافع، عدم اجرایی شدن سیاست ها، عدم وجود برنامه ها و سیاست های بلند مدت، سیستم اقتصادی، تورم عمومی، تورم بخش سلامت، ارزش های فرهنگی
بیکاری، شغل	بیکاری، پوشش بیمه ای ، مشاغل غیررسمی، امنیت شغلی، آسیب های شغلی
فقر و نابرابری درآمدی	سطح درآمد، ضریب جینی، فقر و مسکن، محرومیت اجتماعی
سطح تحصیلات	دسترسی آموزشی کیفیت آموزش، تحصیلات والدین
محرومیت جغرافیایی	شهرنشینی، نابرابری در مناطق جغرافیایی و استان ها، مرزنشینی، حاشیه نشینی
نظام سلامت	نابرابری در مشارکت مالی، هزینه های کمرشکن سلامت، هزینه های فقرزای سلامت، پرداخت از جیب بالا، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش خدمات سلامت، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش جمعیت بیمه شده، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش هزینه خدمات سلامت، نابرابری در دسترسی، بهرهمندی و توزیع خدمات سلامت، عدم توزیع عادلانه خدمات ، توزیع مناسب منابع انسانی بخش سلامت ، نا متوازن بودن تعداد و نسبت تختهای بیمارستانی، عدم توزیع برابر امکانات تخصصی سلامت
حوادث و سوانح ترافیکی	عوامل خطر مرتبط با فرد، شامل: سن و جنسیت، وضعیت اقتصادی، مصرف الکل ، سرعت بالا، عدم استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی، اختلال خواب و خستگی راننده ، استفاده از تلفن همراه ، دید ناکافی و عدم رویت کاربران. عوامل مرتبط با خودور یا وسایل نقلیه، شامل: عدم تناسب ابعادی و وزنی وسایط نقلیه تصادف کننده، استانداردهای ناکافی وسیله نقلیه، اندازه، شکل و رنگ خودرو و ایمنی آن شامل ترمز ، کیسه هوا و وسایل محافظتی عوامل محیطی، شامل: کیفیت راه ها، دسترسی به خدمات فوریت های پزشکی، نشانه های اخطار دهنده، قانونگذاری در خصوص ساختار حمل و نقل ترافیکی
ناامنی غذایی	سوء تغذیه، محرومیت، فقر، سوء تغذیه کودکان، مصرف غذای ناکافی، عادت های نادرست غذایی، بیماری های عفونی و انگلی، کمبود آب سالم و سطح پایین بهداشت محیط در برخی مناطق، بارداری های مکرر و کم فاصله، روش های نادرست تغذیه کودکان و زنان، فعالیت های بدنی محدود و ضایعات مواد غذایی
محیط زیست	آلودگی هوا، آلاینده ههای بیولوژیکی و شیمیایی، پدیده گرد و غبار، نابرابری های استفاده از آب سالم، نابرابری های محیطی، آلودگی صوتی، دسترسی به مناطق سبز و تفریحی، در دسترس نبودن سوخت پاک و استفاده از سوخت جامد، بیماری های شغلی
سرمایه اجتماعی/ سلامت اجتماعی	اعتماد، تعاون و احساس تعلق اجتماعی باعث نوعی نشاط و شادابی
تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی	فقر، سوء تغذیه، بیماری‌های عفونی در زنان باردار، نوزادان و کودکان، سموم محیطی، استرس، مواجهه با خشونت، خطرات روانی اجتماعی، مراقبت مختل، فقدان والدین، والدین بیمار، واگذاری و ترک، ناتوانی‌ها و تأخیرات تکاملی
گروه های آسیب پذیر	کودکان کار، پناهندگان ، کودکان/سالمندان، معلولان و ناتوانی های جسمی-ذهنی، زنان سرپرست خانوار
سبک زندگی	فرآیند اجتماعی شدن، تغذیه تحرک بدنی، استرس،مصرف دخانیات و کیفیت خواب، بهداشت، آداب و رسوم،کار، بازی ،سرگرمی، وقت گذرانی، روابط اجماعی، طرز تفکر، رفتار، احساسات و عواطف، طرز تلقی‌ها، ارزش‌ها
سلامت روان، سلامت معنوی	استرس، اضطراب، خودآگاهی، خودکشی، افسردگی، ناامیدی

مرحله چهارم؛
شناسایی و اولویت بندی
مداخله های مرتبط

گام نهم: طراحی مداخله برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین کننده های شناسایی شده

۱- بررسی بسته خدمات سلامت فعلی و برنامه‌های جاری حوزه بهداشت و یا سایر سازمان های ذینقش در بهبود وضعیت/ توزیع تعیین‌کننده‌های اجتماعی اولویت‌دار شناسایی شده و تقویت آنها؛

۲- انجام مطالعات کیفی: مصاحبه با گروه‌های متمرکز متشکل از جامعه هدف، ذینقشان و مراقبین سلامت می‌تواند در مورد عوامل موثر و تعیین کننده های مرتبط با شاخص مورد هدف و مداخلات مؤثر اطلاعات و شواهد مناسبی در اختیارتان قرار دهد؛

۳- بررسی مطالعات و مرور متون: مطالعه و بررسی برنامه‌های موفق در دیگر جوامع یا کشورها به عنوان الگویی برای شناسایی مداخلات مؤثر انجام شود؛

۴- برگزاری جلسات مدون کمیته راهبری و اجرایی در سطح شبکه و معاونت بهداشت دانشگاه: در این جلسات، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شناسایی شده و مداخلات مناسب آنها از نظر اجتماعی، اقتصادی، فردی، محیط زیست، سلامت، آموزشی مورد بحث و تبادل نظر صورت قرار می گیرد؛

۵- جلب مشارکت جامعه: ایجاد امکان مشاوره و همفکری با اعضای جامعه و سازمان‌های غیردولتی برای جمع‌آوری نظرات و ایده‌ها در مورد مداخلات ممکن به تفکیک هریک از تعیین کننده های اجتماعی سلامت؛

۶- از روش های اشاره شده در بالا به صورت ترکیبی استفاده شود تا مؤثرترین مداخلات بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح شهرستان و با در نظر گرفتن با بافتار و امکانات منطقه مورد نظر شناسایی شوند؛

۷- نتایج فعالیت های بالا در قالب جدولی مانند جدول ۱۱ جمع بندی و خلاصه شوند.

گام نهم: طراحی مداخله برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین کننده های شناسایی شده

ردیف	عنوان شاخص	تعیین کننده اجتماعی موثر بر آن شاخص	مداخله-۱	مداخله -۲	مداخله -۳	مداخله -۴	مداخله -۵
۱	اثر بخشی برنامه مراقبت درمان	۱ میزان آگاهی از برنامه درمان	۱-۱: اجرای برنامه خود مراقبتی	۱-۲:	۱-۳:	۱-۴:	
۲		۲	۲-۱:	۲-۲:	۲-۳:	۲-۴:	
...		۳	۳-۱:	۳-۲:	۳-۳:	۳-۴:	

گام دهم : اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان و دانشگاه

۱- فهرست اولویت بندی مداخله ها به تفکیک هریک از تعیین کننده های اجتماعی سلامت تهیه شود. (از جدول ۱۲ برای تهیه چک فهرست استفاده شود)؛

۲- هر مداخله با استفاده از معیارهای ذکر شده ارزیابی می شود؛

۳- به تفکیک هر مداخله، به هر معیار بر اساس تعاریف ارائه شده در جدول ۱۳، امتیازی بین ۱ تا ۵ تعلق می گیرد و جمع بندی و محاسبه میانگین امتیاز مداخله ها (جدول ۱۲) انجام می شود (لازم به ذکر است مداخله هایی که بالاترین امتیاز را داشته باشند (بالاترین میانگین امتیاز) در اولویت قرار می‌گیرند)

۴- این بررسی و اولویت بندی در جلسات کمیته اجرایی شهرستان انجام می شود؛

۵- در این جلسات فردی به عنوان دبیر جلسه مسئول هدایت جلسه، نظرخواهی از تک تک افراد و در نهایت جمع بندی اظهارات اعضای حاضر در جلسه می باشد؛

۶- تمامی محتوای جلسه‌ها ضبط و همچنین به صورت کتبی ثبت می گردد؛

۷- بررسی مداخلات موجود هم راستا با مداخلات SDH: بدین معنی که بهتر است مداخله های موجود که در حال حاضر در شبکه در حال اجرا می باشند مورد بررسی قرار گیرند تا از دوباره کاری پرهیز شود. بدیهی است در صورت وجود مداخله های مشابه می توان اقدام به بازبینی آنها نمود یا اینکه در صورت عدم اجرای موفقیت آمیز آن اقدام به بررسی علل مربوطه و رفع آنها کرد.

۸- تعداد مداخله های اولویت دار بر اساس اجماع نظر اعضای کمیته اجرایی شهرستان صورت می گیرد.

گام دهم : اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان و دانشگاه

اولویت بندی مداخله های تعیین کننده های اجتماعی سلامت									
معیار / مداخله ها	اثربخشی مداخله	زمان لازم برای رسیدن به نتیجه	امکان تامین منابع	امکان انجام مداخله	مطابقت با برنامه ها و سیاست های جاری	مقبولیت اجتماعی مداخله	امکان تکرار و ترویج مداخلات در سطوح دیگر	پایداری	جمع امتیاز شاخص
خود مراقبتی	4	3	5	5	5	4	4	4	34
مداخله ۲									
مداخله ۳									
...									
مداخله N									
		معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم ،۲:کم، ۳: متوسط، ۴:زیاد، ۵:بسیار زیاد) *معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور ادبیات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می باشند.							

گام دهم : اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان و دانشگاه

نام معیار	تعاریف و مفاهیم
اثربخشی مداخله	✓ اثربخشی مداخله به معنای وجود شواهد کافی دال بر توانایی آن مداخله در دستیابی به نتایج و اهداف مورد نظر است. به عبارت دیگر، اثربخشی نشان می‌دهد که آیا یک اقدام، برنامه یا رویکرد خاص می‌تواند بهبودهایی را در یک مسئله خاص ایجاد کند یا خیر. ✓ میزان موثر بودن مداخله در مرتفع نمودن شاخص مورد نظر و بهبود وضعیت عامل اجتماعی موثر بر سلامت مربوطه.
زمان لازم برای رسیدن به نتیجه	✓ مدت زمان پیش‌بینی‌شده برای تاثیرگذاری: برخی مداخلات ممکن است تأثیرات سریع‌تری داشته باشند، در حالی که دیگران ممکن است نیاز به زمان بیشتری برای نشان دادن نتایج داشته باشند. مداخلاتی که تأثیرات سریع‌تری دارند، در اولویت قرار گیرند. ✓ اگر یک مسأله به شدت فوری و بحرانی باشد، مداخلاتی که سریعتر می‌توانند به نتایج قابل مشاهده منجر شوند، معمولاً در اولویت قرار می‌گیرند. ✓ اگر مداخله‌ای سریعاً قابل اجرا باشد و منابع کافی برای آن وجود داشته باشد، این می‌تواند یک مزیت باشد. ✓ به طور کلی، زمان لازم برای رسیدن به نتیجه نه تنها به خود مداخله وابسته است، بلکه به زمینه، وضعیت فعلی و نیازهای جامعه نیز بسیار موثر است.
امکان تامین منابع	مواردی نظیر هزینه و منابع مالی، توان، ظرفیت تیم مداخله، همکاری بین بخشی سازمان ها. هر چقدر امکان تامین منابع برای اصلاح وضعیت آن تعیین کننده بیشتر باشد امتیاز بیشتری به آن تعلق می گیرد.

گام دهم : اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان و دانشگاه

نام معیار	تعاریف و مفاهیم
امکان انجام مداخله	انجام مداخله برای بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت بستگی به مواردی نظیر هزینه و منابع مالی، توان، ظرفیت تیم مداخله، همکاری بین بخشی سازمان ها و ... دارد.
مطابقت با برنامه ها و سیاست های جاری	✓ آیا اجرای این مداخله و دستورالعمل های مرتبط با آن در چارچوب قوانین و سیاست های بالادستی قرار دارد؟ ✓ این مداخله با چه سیاست ها و دستورالعمل هایی در تضاد است؟ ✓ این مداخله چقدر با سایر برنامه ها و اقدامات جاری هم خوانی دارد؟ و یا اینکه چنین مداخلاتی در برنامه های جاری پیش بینی شده است؟
مقبولیت توسط جامعه	✓ آیا در شرایط کنونی، این مداخله مورد پذیرش کامل جامعه (مردم و سایر ذینفشان)می باشد؟ ✓ چقدر اقبال عمومی برای اجرای این مداخله وجود دارد؟
امکان تکرار و ترویج مداخلات در سطوح دیگر	✓ آیا مداخله مورد نظر در شرایط دیگر (جغرافیا، جمعیت،...) نیز قابل اجرا است ؟ ✓ آیا می توان مداخلات انجام شده در جمعیت یا مکان محدود را به سطح وسیعتری توسعه داد؟
پایداری	✓ آیا تا زمان مورد نظر برای حصول نتیجه نهایی مکان تداوم تامین منابع فنی، انسانی، مالی، حمایتی به مدت مناسب و مورد نیاز وجود دارد؟

گام دهم : اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان و دانشگاه– انتخاب نهایی مداخلات

ابتدا تمام مداخلات پیشنهادی برای تمام تعیین کننده های شناسایی شده طبق جدول ۱۱، به جدول ۱۴ منتقل می کنیم. سپس امتیاز هر کدام از تعیین کننده ها و مداخلات را از جداول ۹ و ۱۲، استخراج و در جدول ۱۴ وارد می کنیم. اکنون حاصل ضرب امتیاز تعیین کننده و مداخله پیشنهادی تبدیل به امتیازی خواهد شد که برای تصمیم گیری نهایی مورد استفاده قرار می گیرد.

ردیف	تعیین کننده	امتیاز تعیین کننده (از جدول ۹)	مداخله پیشنهادی	امتیاز مداخله پیشنهادی(از جدول ۱۲)	نمره نهایی (مضرب)
۱	میزان آگاهی بیمار از برنامه درمان	18	برنامه خودمراقبتی دیابت	34	612
۲					
۳					

کار گروهی سوم

۹۵ دقیقه

کار گروهی سوم

- در حوزه شاخص منتخب گروه، ما بطور پیش فرض تعیین کننده «میزان آگاهی بیمار از برنامه درمان» را انتخاب کردیم و شما یک مورد دیگر را بر حسب امتیازات تعیین‌کننده‌های اجتماعی اولویت بندی شده در کار گروهی قبلی را انتخاب کنید
- چه مراحل و فعالیت‌هایی را برای شناسایی مداخلات اثربخش و مبتنی بر شواهد لازم می‌دانید؟ (با تاکید بر تقویت مداخلات مرتبط موجود در بسته های خدمات و سایر دستورالعمل های موجود نظام سلامت)
- ما چند مورد راهکار مداخله ای پیشنهادی برای تعیین کننده انتخابی در جدول ۵ اضافه کرده ایم. شما هم برای تعیین کننده ای که اضافه کرده اید ۲ یا ۳ مورد مداخله پیشنهادی با مشورت و توافق گروهی بنویسید.
- مداخلات پیشنهاد شده را به بحث بگذارید و مطابق معیارهای جدول ۶ امتیاز بندی کنید.
- با توجه به امتیازات جدول ۴ (اولویت‌بندی تعیین‌کننده‌های اجتماعی) و جدول ۶ (اولویت‌بندی مداخلات)، ماتریس تصمیم‌گیری (جدول ۷) را پر کنید.

عنوان شاخص	تعیین کننده اجتماعی موثر بر آن شاخص	مداخله-۱	مداخله -۲	مداخله -۳
اثر بخشی برنامه مراقبت دیابت	۱: میزان آگاهی بیمار از برنامه درمان	۱-۱: اجرای برنامه خودمراقبتی درمان دیابت بر اساس راهنمای سازمان جهانی بهداشت	۱-۲: آموزش ارائه دهندگان خدمت برای ارتباط موثر و آموزش بیماران	۱-۳:تشکیل گروههای همیار بیماران دیابتی و ارتباط گروه با برنامه رابطین
	۲	۲-۱	۲-۲	۲-۳
	۳	۳-۱	۳-۲	۳-۳

کار گروهی سوم

اولویت بندی مداخله های تعیین کننده های اجتماعی سلامت								
معیار / مداخله ها	اثربخشی مداخله	زمان لازم برای رسیدن به نتیجه	امکان تامین منابع	امکان انجام مداخله	مطابقت با برنامه ها و سیاست های جاری	پذیرش مداخله در جامعه	امکان تکرار و ترویج مداخلات در سطوح دیگر	پایداری	جمع امتیاز مداخله
مداخله ۱-۱: اجرای برنامه خودمراقبتی درمان دیابت بر اساس راهنمای سازمان جهانی بهداشت									
مداخله ۱-۲: آموزش ارایه دهندگان خدمت برای ارتباط موثر و آموزش بیماران									
مداخله ۱-۳:تشکیل گروههای همیار بیماران دیابتی و ارتباط گروه با برنامه رابطین									
مداخله ۱-۲									
مداخله ۲-۲									
مداخله ۳-۲									
			معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم ،۲:کم، ۳: متوسط، ۴:زیاد، ۵:بسیار زیاد) *معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور ادبیات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می باشند.						

کار گروهی سوم

تعیین کننده	امتیاز تعیین کننده (از جدول اولویت بندی)	مداخله پیشنهادی	امتیاز مداخله پیشنهادی(از جدول اولویت بندی)	نمره نهایی (مضرب)
۱		۱-۱		
۱		۱-۲		
۱		۱-۳		
۲		۲-۱		
۲		۲-۲		
۲		۲-۳		

مرحله پنجم؛
اجرای مداخلات مرتبط

اجرای مداخلات مرتبط

۱. ملاحظات زیر برای اجرای مداخله ها شفاف شوند:

- برای مداخله چه کسی مسئولیت را به عهده خواهد گرفت؟
- جمعیت هدف برای مداخله چه کسانی هستند؟ و حدودا چه تعدادی هستند؟
- آیا این مداخله به دست افراد کم برخودار نیز می‌رسد؟
- آیا مداخله‌کیفیت مورد قبول را دارد؟
- چه کسانی مداخله را ارائه می‌دهند؟
- سازمان‌های همکار کدامند؟
- چه منابعی برای پیاده کردن مداخله لازم است؟
- آیا می‌توان از منابع موجود به نحو متفاوتی برای اعمال تغییرات استفاده کرد؟
- آیا سایر منابعی که قبلا به آن‌ها دسترسی نبود اکنون در دسترس هستند؟

اجرای مداخلات مرتبط

۲- در حین اجرای مداخله لازم است موانع و خطرات در مقابل موفقیت پروژه و نحوه مدیریت آن‌ها مشخص شود؛

۳- باید دقت شود که هر مداخله متناظر با کدام هدف است؟ و کدام بخش از جمعیت هدف را پوشش می‌دهد؟

۴- فردی ناظر باید بر اجرای فعالیت ها، نظارت کند و هنگامی که جلسات پیشرفت کار برگزار می‌گردد گزارش پیشرفت و موانع موجود را جهت رفع موانع و ارائه راهکارهای مناسب به ذینقشان ارائه دهد؛ لازم به توضیح است در مورد مداخله هایی که دو یا چند سازمان متفاوت متولی اجرای مداخله می باشند هر سازمان می تواند فردی را بعنوان ناظر تعیین نماید.

۵- کاربرگی برای مشخص کردن کلیات مرتبط با هر مداخله جهت تسهیل امور اجرایی و نظارت بر پیشرفت مداخله تهیه شود (جدول ۱۵)؛

۶- از جدول ۶ (شاخص‌ها بر اساس مراکز خدمات جامع سلامت) برای مدیریت روند اجرایی و پایش مداخلات می توان بهره گرفت؛

۷- بهتر است برای هر مداخله برنامه عملیاتی تهیه و تدوین گردد تا جزئیات اجرایی در آن بهتر مشخص شود (جدول ۱۷).

اجرای مداخلات مرتبط

ردیف	مداخله	گروه هدف	محل اجرا	زمان بندی اجرایی												پایش روند اجرا		
				فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	شاخص اولیه	شاخص مورد نظر	نتیجه و علت
1																	
2																	
...																	

مرحله ششم؛
پایش و ارزشیابی مداخله ها

پایش و ارزشیابی مداخله ها

۱- تعیین اهداف: مشخص کردن اهداف و نتایج مورد نظر که مداخله باید به آنها دست یابد.

۲- جمع‌آوری داده‌ها: استفاده از روش‌های مختلف (مانند مطالعات تصادفی کنترل شده، نظرسنجی‌ها، مصاحبه‌ها و...) برای جمع‌آوری اطلاعات قبل و بعد از مداخله.

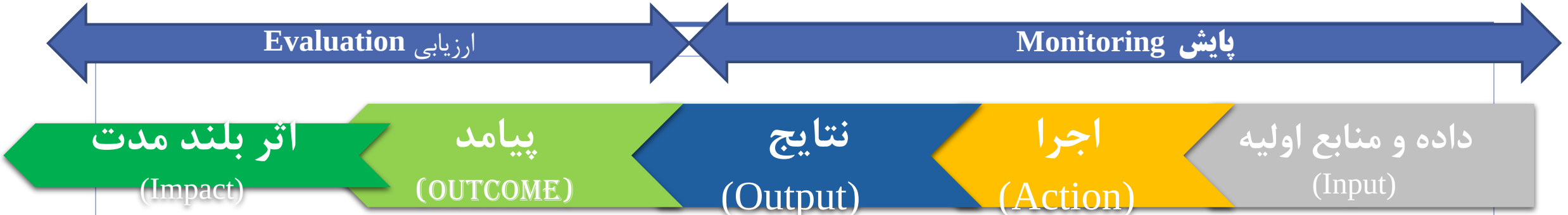
۳- مقایسه: بررسی تفاوت‌ها بین گروهی که مداخله را دریافت کرده‌اند و گروهی که این مداخله را دریافت نکرده‌اند (گروه کنترل).

۴- تحلیل تغییرات: بررسی تغییرات در نتایج مورد نظر و تشخیص اینکه این تغییرات ناشی از مداخله بوده است یا عوامل دیگر.

۵- استنتاج و گزارش: جمع‌بندی یافته‌ها و نتیجه‌گیری درباره اثربخشی مداخله، به‌همراه پیشنهادات برای بهبود برنامه یا سیاست‌های موجود.

۶- پیوست شماره هفت که در خصوص انواع روش های پایش و ارزشیابی مداخله ها، اثربخشی مداخله های سلامت و نحوه اجرای آنها می باشد مطالعه شود.

پایش و ارزشیابی مداخله ها–چارچوب منطقی برنامه



- منابع مالی پروژه
- منابع انسانی
- داده و اطلاعات موجود
- امکانات و تکنولوژی
- زمان کافی برای اجرای پروژه

- فعالیت‌هایی که با استفاده از داده و منابع اولیه باید انجام گرفته تا منجر به تولید محصولات و نتایج برنامه ریزی شده شوند.

مثل تشکیل کمیته‌ها و کارگروه‌ها، آموزش، خرید، تجهیز، تولید، کار با رسانه‌های جمعی و ...

- گروهی از افراد یا سازمان‌ها آموزش ها، تجهیزات و یا منابعی را دریافت می کنند.
- این خروجی ها در نتیجه ی اجرای فعالیت‌های تعریف شده در اختیار آن‌ها قرار گرفته شده.

زمان: حین اجرا

- سازمان‌ها یا افراد تغییر در رفتار یا بهبود عملکرد را تجربه می‌کنند.

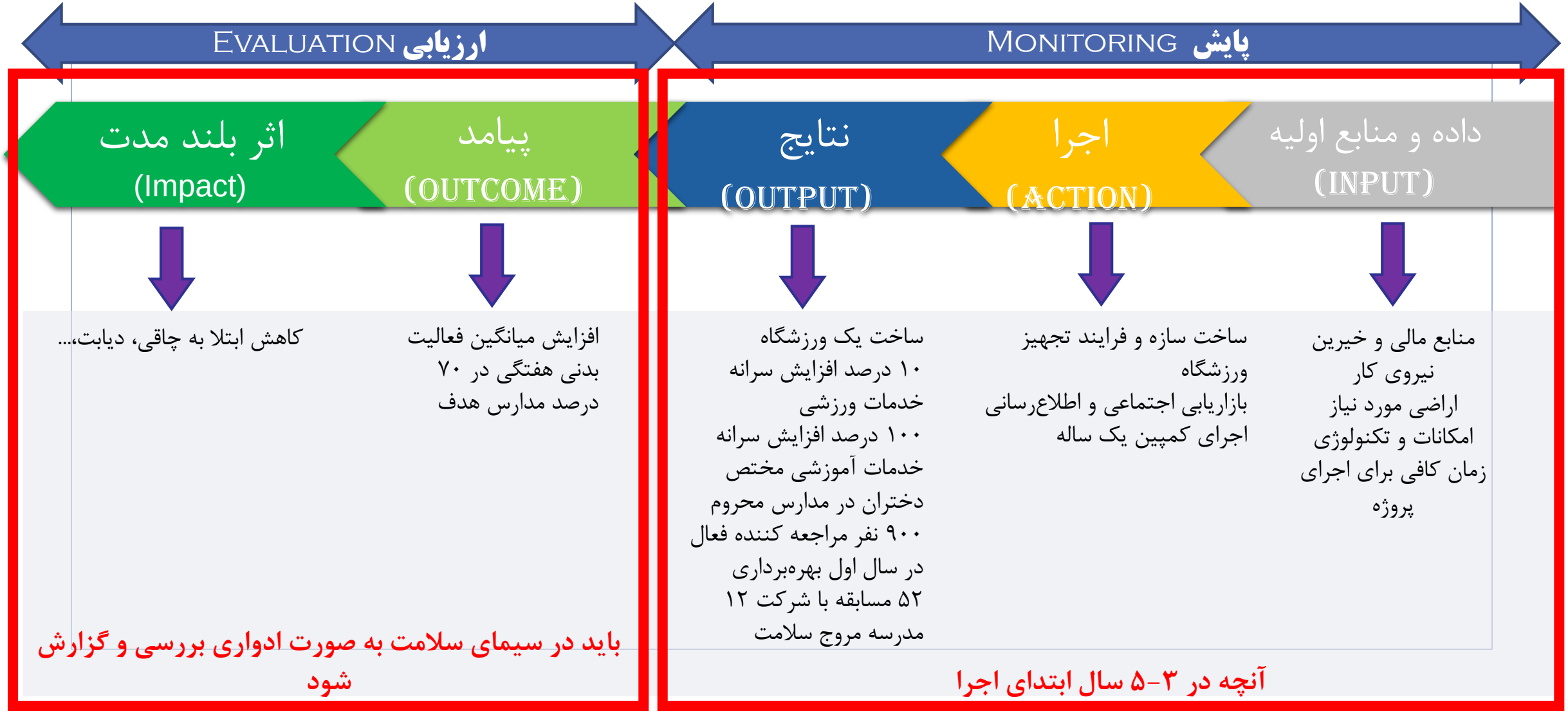
زمان: در حین اجرا یا تا چند سال پس از برنامه

- تاثیر و تغییرات در زندگی افراد را شامل می شود که شامل دانش، سلامت فردی یا جامعه، مهارت و ... می شود.
- این تاثیرات می‌توانند مثبت و یا منفی بوده که در گروه هدف قابل شناسایی می باشند

زمان: ۲-۵ سال بعد از اتمام اجرای برنامه

در هر مرحله متناسب با نوع فعالیت و الزامات جمع آوری داده و اطلاعات و همچنین مداخلات مدیریتی، گزارشات تهیه و تنظیم می گردد

پایش و ارزشیابی مداخله ها–چارچوب منطقی برنامه



مرحله هفتم؛
مستند سازی و گزارش

مستند سازی و گزارش

لازم است به نکات ذیل توجه شود:

۱- تعیین تیم و نقش اعضای تیم مستندساز در سطوح مختلف اجرا

۲- تعیین انواع و قالب محصولات دانشی قابل تولید (گزارش، راهنما، چک‌لیست و غیره)؛

۳- طراحی ساختار مستندات شامل مقدمه، اهداف، مراحل اجرا، و نتایج؛

۴- حضور فرد مسئول مستندسازی در تمامی جلسات و مراحل اجرای شیوه نامه؛

۵- ثبت تمامی فعالیتها و تصمیم گیری های مهم از اولین مرحله شروع اجرای شیوه نامه؛

۶- ارتباط و تعامل مستمر با تک تک افراد مسئول در اجرای شیوه نامه به منظور رفع ابهامات احتمالی و ثبت دقیق اطلاعات و مستندات؛

۷- استفاده از امکانات مناسب برای ضبط جلسات، تهیه عکس؛

۸- بررسی مستندات تهیه شده توسط افراد دخیل در اجرای فرایند به منظور اطمینان از ثبت تمامی اقدامات و اطلاعات مهم؛

۹- نگارش متن مستندات بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده؛

۱۰- استفاده از زبان ساده و قابل فهم برای تمامی ذینفعان؛

۱۱- تدوین و جمع بندی مستندات در قالب یک گزارش؛

۱۲- بررسی مستندات توسط تیم‌های مختلف؛

۱۳- نظارت بر اجرای صحیح و جمع‌آوری بازخوردها؛

۱۴- اصلاح و بهبود مستندات بر اساس بازخوردها؛

۱۵- توزیع مستندات و راهنماها به تمامی افراد مرتبط؛

۱۶- شناسایی نقاط قوت و ضعف و بهبود مستندات بر اساس تجربیات؛

۱۷- تعیین زمان‌بندی برای به‌روزرسانی مستندات؛

۱۸- اطمینان از دسترسی آسان به مستندات برای تمامی ذینفعان؛

۱۹- ارسال فایل مستندات به کمیته راهبری مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

نکات کاربردی

- تدوین برنامه مداخلات، یک فرصت برای ایجاد تعهد برای ذینفشان، و افزایش پایداری برنامه است و باید در ادوار مشخص با حضور همکاران برنامه فکر و تدوین شود.
- پایش باید از ابتدا برنامه‌ریزی و به طور ادواری گزارش شود. انتجام پایش و ارزیابی بدون گردآوری دوره‌ای داده‌ها، آموزش دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزی اولیه، بسیار هزینه و زمان بیشتری می‌برد.
- مستندسازی، علاوه بر ثبت مراحل و نتایج برنامه، تأثیر مستقیمی بر شفافیت، پاسخگویی و اعتماد سازی (میان ذینفشان و با جامعه هدف) دارد. از ابتدا برای آن برنامه‌ریزی کنید، تیم تشکیل دهید و زمان اختصاص دهید.

کار گروهی چهارم

۴۵ دقیقه

کار گروهی چهارم

- نمونه مداخله انتخاب شده و شاخص‌های پایش آن را در جدول ۸ مطالعه کنید. فعالیت‌های لازم برای اجرای این مداخله را (در دو سال اول اجرا) در جدول وارد کنید.
- برای یک مورد مداخلات اولویت دار از جدول ۷، فعالیت‌ها، مسئولیت‌ها، بازه زمانی، هزینه مورد نیاز، و منابع مالی موجود را مشخص کنید و برای پایش مرحله به مرحله آنها شاخص پایش بنویسید.
- چه مدارک و مستندات مناسبی می‌تواند برای گزارش‌دهی و مستندسازی این مداخلات مورد استفاده قرار بگیرد

کار گروهی چهارم

برنامه عملیاتی افزایش کیفیت مراقبت دیابت (۱۴۰۷-۱۴۰۵)																
مداخله/فعالیت	سازمان یا نهاد مجری	سازمان(ها) یا نهادهای همکار	سازمان یا نهاد ناظر	منابع مالی		زمانبندی اجرایی								پایش روند اجرا	
				موجود	مورد نیاز	ماه ۱- ۳	ماه ۴-۶	ماه ۷-۹	ماه ۱۰- ۱۲	ماه ۱۳- ۱۶	ماه ۱۷- ۱۸	ماه ۱۹- ۲۱	ماه ۲۱- ۲۴	نتیجه مورد نظر	شاخص اولیه و هدف
۱. آموزش ارائه دهندگان خدمت برای ارتباط موثر و آموزش بیماران	شبکه بهداشت شهرستان	مرکز خدمات جامع سلامت ۱ و ۲	دانشگاه علوم پزشکی	۵۰۰ میلیون ریال	۵۰۰ میلیون ریال									افزایش سواد سلامت و پیگیری درمان توسط بیمار	ورودی: پکیج آموزشی به‌روز و مبتنی بر نیاز (اولیه: صفر- هدف:۱) ورودی: تعداد مربیان آموزش دیده برای برگزاری دوره در مراکز (اولیه: ۰- هدف:۳۰) فرایند: تعداد دوره های برگزار شده برای ارائه‌دهندگان خدمات (اولیه:۰- هدف: ۳) فرایند: درصد ارائه‌دهندگان خدمات آموزش دیده به کل ارائه‌دهندگان خدمات مرکز- شرکت در تمام جلسات (اولیه:۰-هدف: ۱۰۰٪) خروجی: درصد ارائه دهندگان خدمات که طبق آزمون نهایی دوره، دانش آن‌ها درباره ارتباط مؤثر و آموزش بیمار برای مراقبت دیابت افزایش پیدا کرده‌است (اولیه: ۰- هدف: حداقل ۷۵٪) نتیجه: درصد پیگیری درمان/مراجعه برای آزمایش بعدی پس از اولین ویزیت (اولیه: ۳۵٪- هدف: حداقل ۶۰٪)
۱-۱															

کار گروهی پنجم

۴۵ دقیقه

کار گروهی پنجم

- با استفاده از جدول ۹، مشخص کنید که زمان لازم برای اجرای مراحل و گام‌های شیوه‌نامه در دانشگاه شما به چه صورت است؟
- در دانشگاه شما، چه ساختارها یا برنامه‌های فعالی برای همکاریهای بین بخشی و بین سازمانی، جلب مشارکت سایر سازمانها و مشارکت مردمی وجود دارد که می‌تواند فرصتی برای پرداختن به تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت باشد؟
- به نظر شما مهم‌ترین چالش‌ها برای اجرای این شیوه‌نامه در دانشگاه شما چیست و چه پیشنهادی برای رفع آن دارید؟
- در راستای استفاده از فرصت های موجود و رفع چالش‌های شناسایی شده، چه حمایتی از وزارت بهداشت و سازمان جهانی بهداشت نیاز دارید؟

کار گروهی پنجم

مرحله	ماه اول	ماه دوم	ماه سوم	ماه چهارم	ماه پنجم	ماه ششم	ماه هفتم	ماه هشتم	ماه نهم	ماه دهم	ماه یازدهم	ماه دوازدهم
مرحله اول؛ تشـکیل کمیته های راهبری و اجرایی در سـطح معاونت بهداشـت و شبکه های بهداشت و درمان شهرستان؛ جلب مشارکت آنان جهت اجرای شیوه نامه												
مرحله دوم؛ تعیین وضعیت شاخص های سلامت و نابرابری های سلامت در سطح مناطق شهرستان												
مرحله سوم؛ شناسایی تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر شاخص های سلامت												
مرحله چهارم: شناسایی و اولویت بندی مداخله های مرتبط با مدیریت و بهبود تعیین کننده های اجتماعی سلامت												
مرحله پنجم: اجرای مداخالت مرتبط با بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی در سطح منطقه												

کار گروهی پنجم

ساختارها و برنامه های فعلی (فرصت‌ها)	چالش‌های اصلی	حمایت مورد نیاز