



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مازندران
مرکز بهداشت استان

به نام خدا

محتوی آموزشی برنامه نیاز سنجی سلامت-گروه آموزش و ارتقای سلامت

عنوان برنامه: نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

گروه هدف: مراقب / بهورز

***انتظار می رود در پایان مطالعه محتوی بدانیم:**

- مراقب سلامت/ بهورز چگونگی انجام نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت را بداند.
- مراقب سلامت / بهورز نحوه استخراج نیاز مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت خود را بداند.
- مراقب سلامت / بهورز نحوه اجرای مداخلات مورد نیاز را بداند.
- مراقب سلامت / بهورز بتواند برنامه عملیاتی مخصوص به اولویت خود را تدوین کند.
- مراقب/ بهورز بتواند تعریفی از نیاز سنجی سلامت را ارائه دهد.
- مراقب/ بهورز بتواند تعریفی از ارتقای سلامت ارائه دهد.
- مراقب/ بهورز بتواند تعریفی از مداخلات ارتقای سلامت ارائه دهد.
- مراقب/ بهورز اصول نیاز سنجی را بداند.
- مراقب/ بهورز عوامل رفتاری و غیر رفتاری تعیین کننده نیاز در برنامه نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت را بداند.
- مراقب/ بهورز تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت در برنامه نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت را بداند.
- مراقب/ بهورز اعضای تیم سلامت در برنامه نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت را بداند.
- مراقب/ بهورز اعضای تیم مسئولین و معتمدین در برنامه نیاز سنجی و مداخلات ارتقای سلامت را بداند.

- مراقب/ بهورز نحوه‌ی اندازه‌گیری حجم نمونه و روش نمونه‌گیری برای تعیین نیاز در تیم سرخوشه‌ها را بداند.
- مراقب/ بهورز نحوه‌ی تکمیل فرم‌های مربوط به فاز ۱ و ۲ نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت را بداند.
- مراقب/ بهورز نحوه‌ی کار با نرم افزار نیازسنجی را بداند.
- مراقب/ بهورز تعداد اولویت نهائی هر خانه/ مرکز خدمات جامع سلامت در برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت را بداند.
- مراقب/ بهورز تعداد نهائی علل رفتاری/ غیر رفتاری تعیین کننده در نیاز را بداند.
- مراقب/ بهورز استراتژی مناسب علل رفتاری و غیر رفتاری در برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت را بداند.

***مقدمه:** (بیان اهمیت، وسعت مسئله، عوارض و پیامدهای عدم توجه، دستاوردهای برنامه)

ارتقای سلامت نیازمند مشارکت مردم است. مشارکت در ارتقای سلامت، فرآیندی است که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامتی شان را تعیین کنند؛ توجه نمایند که چگونه می‌توانند با این نیازها روبرو شوند؛ به طور گروهی در مورد اولویت هایشان تصمیم بگیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی مداخله کنند.

توسعه مشارکت مردم در فرآیند تأمین و ارتقای سلامت، نیازمند توجه ویژه به برنامه ریزی مبتنی بر نیازهای جامعه است که با تعیین نیازهای سلامت آغاز شده و با طراحی مداخلات مناسب اجرایی در خصوص علل رفتاری و غیر رفتاری آن نیازها با مشارکت مردم، ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان حوزه نظام سلامت تکمیل می‌گردد. از طرف دیگر برنامه نیازسنجی سلامت جامعه به مردم و دست اندرکاران نظام سلامت کمک می‌کند که به درک بهتری درباره نیازهای خود و جوامع شان برسند تا بتوانند در راستای برنامه خود مراقبتی اجتماعی، اقدامات مورد نیاز برای رسیدن به بالاترین سطح سلامت را انجام دهند.

در واقع، چگونگی طراحی و توفیق برنامه‌های تحول در حوزه بهداشت نیازمند تعیین دقیق نیازهای مردم با توجه به موارد زیر است:

- دخالت مستقیم مردم در تعیین نیازها و مداخله در رفع آن‌ها
- در نظر گرفتن واقعیت‌های زندگی روزانه مردم و کارهای جاری آن‌ها

- توجه به نگرش مردم و باورها و شیوه های زندگی آن ها
- لحاظ نمودن نظرات ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان
- نگرش و رضایتمندی مردم در خصوص برنامه های جاری حوزه بهداشت
- نیازهای مغفول مانده مردم در مجموعه برنامه های حوزه بهداشت

عوامل اجتماعی موثر بر سلامت یکی از ریشه های بی عدالتی در تامین سلامت افراد و اقشار جامعه است. وقتی صحبت از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت می شود عوامل فرهنگی، زیست محیطی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی مد نظر هستند. زمانی که برای حفظ و ارتقای سلامت جامعه برنامه ریزی می شود ضرورت دارد که نگاه همه جانبه و جامع به سلامت و عوامل موثر بر آن داشته باشیم و بدون شک در زمان نیازسنجی به عنوان یکی از گام های نخستین مدیریت و برنامه ریزی نیز توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اهمیت ویژه دارد. عوامل اجتماعی می توانند بطور مستقیم و غیرمستقیم با ایجاد خدشه در اعتماد مردم به خدمات دولت باعث اثراتی بر سلامت و برنامه های ارتقا سلامت گردد. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران با ارائه موفق مراقبت های اولیه سلامت به عنوان کلید دستیابی به اهداف سیاست "سلامت برای همه" افتخارات زیادی در راه ارتقا سلامت جامعه کسب نموده است و برای حفظ و اعتلای دست آوردها در گذر زمان و تغییر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، ضروری است که همچنان نگاه جامع به سلامت با توجه به این عوامل داشته باشد.

تامین عدالت در سلامت با بکارگیری اصول مراقبت های اولیه سلامت (PHC) یعنی تکنولوژی مناسب، مشارکت مردم و همکاری بین بخشی، تعهد سیاسی و اقدام همگان و مشارکت اجتماعی میسر می شود و در این مسیر تعیین و مد نظر قرار دادن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در برنامه ریزی مداخلات ارتقا سلامت در اولویت های کشوری و منطقه ای و به ویژه محله محور بسیار اساسی است.

ترویج سبک زندگی سالم و ارائه خدمات مقرون به صرفه سلامت به مردم زمانی منجر به بهبود شاخص های عدالت در سلامت می شود که شیوه تکامل ابتدای کودکی، شغل، حمایت های اجتماعی و ویژگی های سکونت افراد و اقشار مختلف نیز مد نظر برنامه ریزان قرار گرفته باشد. مشارکت مردم، صاحب نظران سلامت و مدیران محلی و منطقه ای در شکل گیری یک برنامه مداخلات جامع ارتقا سلامت نقش مهمی دارد و برنامه ریزان را کمک می نماید تا هر چه بیشتر بتوانند به تفاوت های مینیاتوری مولفه های اجتماعی خاص هر منطقه توجه نمایند. برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقا سلامت و خودمراقبتی های اجتماعی و سازمانی از مهمترین برنامه های ادغام یافته در نظام PHC جمهوری اسلامی می باشند که بطور دوره ای بروزرسانی و تقویت شده اند .

*** معرفی برنامه:**

نیازسنجی سلامت روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشت مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسائی شده و این مسائل برطبق معیارهائی که منجر به ارتقاء بهره وری شوند، اولویت بندی شده و جهت اجرا انتخاب می شوند .

علی رغم اهمیت نیازسنجی سلامت در استفاده بهینه از منابع متأسفانه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه انجام این مهم بر اساس مبانی علمی انجام نمی شود و بیشتر بر اساس سلیقه افراد با نفوذ و در رأس قدرت مانند متخصصین و کارکنان محلی یا بالاتر انجام میشود. در ایران نیز حلقه مفقوده نیازسنجی در نظام برنامه ریزی آموزش پزشکی و بهداشت ، به طور جدی نتایج برنامه های آموزشی را تهدید می کند. در صورتی که پیروی از یک طرح الگوی علمی مشخص باعث تسهیل و افزایش دقت و اعتبار نیازسنجی می شود اگرچه شناسایی نیازها و سنجش دقیق آنها برای افزایش و بهبود سطح کیفیت آموزش پزشکی و بهداشت امری ضروری و اساسی است اما طرح ریزی و اجرای پروژه های نیازسنجی در هر سطح مستلزم پیروی از یک طرح و الگوی عملی مشخص است، که برای رسیدن به آن باید بدانیم چگونه و با چه روشها و الگوهای می توان آن را مشخص نمود

با توجه به تجربه حدود بیست ساله برنامه در کشور، تصمیم گرفته شد تا دانشگاههای صاحب سبک در این زمینه شناسایی شده و طبق یک برنامه زمان بندی، مراحل اجرایی برنامه در فیلد هر یک از آن دانشگاهها برگزار شود تا ضمن برگزاری نشستهای کارشناسی، از فیلد آن دانشگاه، بازدید شده و مورد تحلیل قرار گیرد. در این راستا، ضمن بررسی برنامه نیازسنجی دانشگاه های مختلف و با عنایت به مستندات آنها، چهار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بوشهر، تبریز و شیراز به عنوان اعضای اولیه کمیته کشوری تدوین شیوه نامه نیازسنجی سلامت انتخاب شدند. سپس شیوه نامه های ابلاغی نیازسنجی سلامت جامعه در سال 1395 و شیوه نامه ابلاغی مداخلات ارتقاء سلامت، در تیر ماه 1401 ، مورد بازبینی قرار گرفت و با رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت ادغام شد و شیوه نامه "نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت با رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت" تهیه شد.

با توجه به رعایت ساختار شبکه، برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت به تفکیک سطوح شبکه برنامه ریزی شده است. در این برنامه بدلیل طراحی مداخله در هر دو جنبه عوامل رفتاری و غیررفتاری در سطوح محیطی روستایی، در هر خانه بهداشت حداقل دو اولویت و در مناطق شهری، بدلیل معضلات بسیار زیاد اجرایی و پیچیدگی نیازهای این مناطق، در هر مرکز خدمات جامع سلامت حداقل یک اولویت در نظر گرفته شده است. بدیهی است در خصوص مداخلات آموزشی می تواند برای سایر اولویت ها با نظر مرکز بهداشت

شهرستان برنامه ریزی انجام شود. وجه تمایز این برنامه از برنامه پیشین، تعیین اولویت های سطوح بالاتر بر اساس فهرست نیازهای سطوح محیطی است. در این مرحله نیازهایی که فراوانی بیشتری دارد جزو اولویت های سطوح بالاتر قرار می گیرد. از دیگر ویژگی های این برنامه این است سه راس مردم، مسئولین و معتمدین محلی و تیم سلامت در این برنامه در کنار هم و با هم نیازهای سلامت محله/ روستا را تعیین می نمایند. سپس با تاکید بر ظرفیت های محلی، جلب مشارکت مردم، همکاری مسئولین و معتمدین محلی و تسهیلگری تیم سلامت، مداخلات ارتقاء سلامت مناسب را برای برآورده ساختن نیازهای سلامت، طراحی، اجرا و ارزشیابی می کنند. این روش علاوه بر رفع نیازهای سلامت جامعه در سطح محلی/ روستا، منجر به توانمندسازی جوامع برای ارتقاء سلامت، خواهد شد. لازم به ذکر است بخشی از نیازهای سلامت احصا شده که در هر سطح امکان مداخله ندارند به سطوح بالاتر ارجاع داده می شوند. تقویم اجرایی برنامه نیازسنجی حداکثر 3 ماه پیش بینی شده و به دلیل زمان ببری مداخلات در خصوص علل غیررفتاری، فواصل اجرای هر دوره نیازسنجی دو سال است. این برنامه از سال 1395 در سطح دانشگاه مازندران اجرا و نیازسنجی تا سطح ستاد شهرستان انجام و اولویت ها استخراج و در سطح خانه بهداشت، مراکز خدمات جامع سلامت و ستاد شهرستان با توجه به عوامل رفتاری و غیر رفتاری، برنامه عملیاتی بر اساس نیازسنجی تدوین شده است. در سال 1401 این برنامه بر اساس دستورالعمل جدید ابلاغی در دستور کار قرار گرفت و مجددا اجرا شده است.

***فعالیت ها (به صورت پرسش و پاسخ):**

پرسش: نیازسنجی سلامت چیست؟

پاسخ: روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشت مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسائی شده و این مسائل برطبق معیارهایی که منجر به ارتقاء بهره وری شوند

پرسش: عوامل رفتاری در به وجود آمدن نیاز و مشکل را تعریف کنید؟

پاسخ: عوامل رفتاری عللی هستند که از رفتار افراد در معرض خطر نشات گرفته و باعث بوجود آمدن مشکل شده اند، برای رفع عوامل رفتاری، آموزش سلامت نقش اساسی دارد

پرسش: عوامل غیر رفتاری به وجود آمدن نیاز و مشکل را تعریف کنید؟

پاسخ: عوامل غیررفتاری ناشی از نبود امکانات، دسترسی، تجهیزات یا قوانین و مقررات است، برای رفع علل غیررفتاری تمرکز بر مداخلات غیرآموزشی موثر است

پرسش: منظور از تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت چیست؟

پاسخ: طیف وسیعی از مداخلات اجتماعی و محیطی که برای بهره‌مندی و محافظت از سیلانت مردم و کیفیت زندگی آنها از طریق پیشگیری از علل بیماری‌ها طراحی می‌گردد و تمرکز آن بر مراقبت و درمان است

پرسش: اصول نیازسنجی چیست؟

پاسخ: 1. اصل تداوم 2. اصل جامعیت 3. اصل مشارکت 4. اصل عینیت و اعتبار 5. اصل واقع‌بینی 6. اصل توجه نابرابر (اصل اولویت‌بندی) 7. اصل رعایت ملاحظات فرهنگی 8. آینده‌نگری

پرسش: اصل تداوم از اصول نیازسنجی را تعریف کنید؟

پاسخ: به دلیل تغییرات دائمی در محیط و در درون سازمان و نیز ضرورت اثر بخشی سازمان و برنامه‌های آن، یک سازمان به فرایند نیازسنجی به طور مداوم نیازمند است.

پرسش: اصل جامعیت از اصول نیازسنجی را تعریف کنید؟

پاسخ: به علت اهمیت و جایگاه اطلاعات حاصل از نیازسنجی در برنامه‌ریزی، لازم است اطلاعات جامعی شامل همه ابعاد و ارکان از جهات گوناگون و با استفاده از روش‌های مختلف گردآوری و تجزیه و تحلیل شود.

پرسش: چرا مشارکت از اصول نیازسنجی است؟

پاسخ: پیچیدگی موقعیت و جامعیت نیازسنجی، برخورداری از یک تیم نیازسنجی و مشارکت دست‌اندرکاران را ایجاب می‌کند.

پرسش: اصل عینیت و اعتبار از اصول نیازسنجی را تعریف کنید؟

پاسخ: این اصل ایجاب می‌کند که حتی الامکان از روش‌های عینی‌تر استفاده شود و داده‌ها از عینیت لازم برخوردار گردند.

پرسش: مراحل اجرای برنامه در سطوح شبکه چیست؟

پاسخ: با توجه به رعایت ساختار شبکه، برنامه‌ریزی‌سنجی و مداخلات ارتقای سلامت به تفکیک سطوح شبکه برنامه‌ریزی شده است. در این برنامه بدلیل طراحی مداخله در هر دو جنبه عوامل رفتاری و غیررفتاری در سطوح محیطی روستایی، در هر خانه بهداشت حداقل دو اولویت و در مناطق شهری، بدلیل معضلات بسیار زیاد اجرایی و پیچیدگی نیازهای این مناطق، در هر مرکز خدمات جامع سلامت حداقل یک اولویت در نظر گرفته شده است. بدیهی است در خصوص مداخلات آموزشی می‌تواند برای سایر اولویت‌ها با نظر مرکز بهداشت شهرستان برنامه‌ریزی انجام شود

پرسش: ساختار اجرایی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستایی را بیان کنید؟

پاسخ: شامل تشکیل گروه نیازسنجی سلامت، شرکت در دوره های توجیهی - آموزشی، تعیین نیازها، هماهنگی ثبت نیازها اولویت بندی و ارسال آنها به مرکز بهداشت شهرستان است

پرسش: وظایف و اعضای تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطوح محیطی روستایی را نام ببرید؟

پاسخ: برای انجام نیازسنجی سلامت در خانه بهداشت، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت تشکیل شده و از طرف پزشک مسوول مرکز، بعنوان رییس گروه نیازسنجی، برای آنها ابلاغ زده شود، بهورز، دبیر تیم بوده و برای به رسمیت رسیدن مصوبات آن حضور حداقل دو سوم از اعضا الزامی است.

پرسش: اعضای تیم سلامت نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح خانه بهداشت را نام ببرید؟

پاسخ: پزشک مرکز/ مسوول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، کاردان یا کارشناس ناظر، بهورزان شاغل

پرسش: اعضای تیم مسوولین و معتمدین محلی نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح خانه بهداشت چه کسانی هستند؟

پاسخ: دهیار، رئیس یا نماینده شورای اسلامی روستا، روحانی و مدیر مدرسه و

پرسش: تیم سرخوشه ها متشکل از چند نفر است؟

پاسخ: از 3 تا 5 نفر که با هماهنگی بهورز/ بهورزان خانه بهداشت تعیین می گردند

پرسش: در تیم سرخوشه ها، در صورت عدم امکان بکارگیری سرخوشه از چه افرادی به عنوان جایگزین در تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت می توان استفاده کرد؟

پاسخ: از رابطین بهداشت و سفیران سلامت می توان استفاده کرد

پرسش: نحوه تعیین سرخوشه ها چگونه است؟

پاسخ: ابتدا روستای اصلی و قمر بر اساس محدوده جغرافیایی، به 3 تا 5 خوشه تقسیم شده، سپس افراد با سواد و مورد وثوق آن خوشه، از طرف بهورز شناسایی می شود. پس از توجیه این افراد و قبول کردن وظیفه رابط نیازسنجی خوشه خود، بعنوان رابط آن خوشه عضو تیم خواهد شد.

پرسش: وظایف و اعضای تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطوح محیطی شهری را نام ببرید؟

پاسخ: برای انجام نیازسنجی سلامت در شهر، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت تشکیل شده و از طرف پزشک مرکز، بعنوان رییس تیم نیازسنجی، برای آنها ابلاغ زده شود: (یکی از کارشناسان مرکز، دبیر تیم است)

پرسش: اعضای تیم سلامت نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطوح محیطی شهری را نام ببرید؟

پاسخ: تیم سلامت شامل پزشک مرکز/ مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، رابط برنامه مداخلات ارتقای سلامت (یکی از مراقبین مرکز)، سرپرست/مسئول پایگاههای سلامت تحت پوشش، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، کارشناس یا کاردان سلامت محیط و مراقب سلامت ناظر.

پرسش: اعضای تیم سلامت مسئولین و معتمدین محلی تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطوح محیطی شهری را نام ببرید؟

پاسخ: تیم مسوولین محلی مانند نماینده ثابت منطقه/ناحیه شهرداری، نماینده شورایاری محله (در صورت وجود شورایاری) و انتخاب معتمدین از روحانیون مساجد، نماینده پایگاه بسیج محله، یک مدیر از هر مقاطع تحصیلی مدارس (دبستان و متوسطه اول و دوم به تفکیک دخترانه و پسرانه)، کلانتری، خیرین، سازمان های مردم نهاد (NGO)، نمایندگان صنوف

پرسش: اعضای تیم سلامت مسئولین و معتمدین محلی تیم سرخوشهها در برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطوح محیطی شهری را نام ببرید؟

پاسخ: تیم سرخوشه ها (انتخاب آنها بنا به صلاحدید دانشگاه از مراقبین سلامت پایگاهها، رابطین بهداشت، سفیران سلامت، رابطین سلامت محلات و NGOها) و همچنین سایر افرادی که حسب مشکل اولویتدار استخراج شده میتوانند در حل مشکل کمک کنند.

پرسش: دبیر برنامه مداخلات به انتخاب چه کسی انتخاب می شود؟

پاسخ: رییس تیم مداخلات.

پرسش: مسئولیت پیگیری اجرای مداخلات در پایگاه های تحت پوشش مرکز بر عهده چه کسی است؟

پاسخ: مسئول پایگاه

پرسش: در مرحله ی تعیین نیاز تیم سلامت نیاز های مورد نظر خود را در کدام فرم و حداکثر چند نیاز تکمیل می کند؟

پاسخ: فرم شماره 2 حداکثر 20 نیاز

پرسش: تیم سلامت نیاز های مورد نظر خود را در از چه طریقی تعیین می کنند؟

پاسخ: با استفاده از پرس خوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص ها، مبادرت به تعیین نیازهای سلامت خانه بهداشت می کند.

پرسش: در مرحله ی تعیین نیاز مسئول و معتمد نیاز های مورد نظر خود را در کدام فرم و حداکثر چند نیاز تکمیل می کند؟

پاسخ: فرم 4 ب

پرسش: تیم مسئولین و معتمدین محل نیاز های مورد نظر خود را از چه طریقی تعیین می کنند؟

پاسخ: بر اساس فراوانی مراجعات مردم به آنها در خصوص مشکلات سلامتی، تعیین گردیده و فراوانی آنها حداقل برای یک سال گذشته، باشد.

پرسش: برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها، اولین اقدام و وظیفه بهورز چیست؟

پاسخ: لیست اسامی یک نمونه تصادفی را تهیه و در اختیار سرخوشه ها قرار دهد

پرسش: سپس سرخوشه ها با مراجعه به افراد تحت پوشش محدوده جغرافیایی خود، نیازهای سلامتی را در کدام فرم را لیست میکنند؟

پاسخ: فرم شماره 4 الف) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنها و به ترتیب اولویت با کمک

بهورز در قالب یک لیست تنظیم می کنند. طبق فرم شماره 4 ج

پرسش: در مرحله ی تعیین نیاز تیم سرخوشه ها نیاز های مورد نظر خود را در کدام فرم و جمع بندی نهائی می کند؟

پاسخ: فرم 4 ج

پرسش: برای تعیین نیاز در تیم سرخوشه ها حجم نمونه مورد نیاز در روستای کمتر و بیشتر از 10000 نفر ، چند نفر است؟

پاسخ: حجم نمونه در روستای زیر 1000 نفر: 40-50 نفر

حجم نمونه در روستای بالای 1000 نفر: 50-70 نفر

پرسش: برای تعیین نیاز در تیم سرخوشه ها روش نمونه گیری چه گونه است؟

پاسخ: روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک از پرونده های خانوار با در نظر گرفتن حجم نمونه مساوی برای هر دو جنس و گروه های سنی در 4 گروه زیر 18سال، 19تا 40سال، 41تا 60 سال و بالای 60سال

پرسش: مرحله ی هماهنگی ثبت نیازها در نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت را شرح دهید؟

پاسخ: 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 اصلاح شده و یا موضوعات غیرمرتبط با سلامت حذف می گردد

پرسش: فرم شماره یک مربوط به چیست؟

پاسخ: مشخصات اعضا

پرسش: اولویت بندی نیاز در تیم سلامت در کدام فرم صورت می گیرد؟

پاسخ: فرم شماره 3

پرسش: اولویت بندی نیاز در تیم سلامت در کدام فرم صورت می گیرد؟

پاسخ: فرم شماره 4ب

پرسش: اولویت بندی نیاز در تیم سرخوشه ها در کدام فرم صورت می گیرد؟

پاسخ: فرم شماره 4ج

پرسش: مرحله ی ثبت و اولویت بندی نهائی نیاز چه گونه انجام می شود؟

پاسخ: با استفاده از نرم افزار نیازسنجی

پرسش: تفاوت تعیین نیاز در سطوح محیطی روستایی و شهری در کدام مرحله و تیم است؟

پاسخ: همانند سطوح محیطی روستایی است ، بجز در خصوص تیم سرخوشه

پرسش: برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها در سطوح محیط شهری حجم نمونه تصادفی چند نفر

است؟

پاسخ: ابتدا مسئولین مرکز 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
- بین 20000 تا 40000 نفر تحت پوشش، 150 نفر
- بالای 40000 نفر تحت پوشش، 200 نفر

پرسش: برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها در سطوح محیط شهری روش نمونه گیری چه گونه است؟

پاسخ: به ترتیب اولویت، از طریق کد ملی فرم سرشماری، کدپستی، بصورت خوشه ای یا پرونده خانوار با در نظر گرفتن حجم نمون 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.

پرسش: برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها در سطوح محیط شهری از کدام فرم استفاده می شود؟

پاسخ: فرم 4 الف

پرسش: آخرین مرحله از فاز اول نیازسنجی و مداخلات سلامت در سطوح میحیطی روستایی و شهری چیست؟ و قالب ارسالی چیست؟

پاسخ: ارسال فایل الکترونیک خروجی نرم افزار میازسنجی به مرکز بهداشت شهرستان.

پرسش: وظایف تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح مرکز خدمات جامع سلامت چیست:

پاسخ:

- برگزاری جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت
- تدوین برنامه ارتقا سلامت
- دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (طی بازه زمانی 3 ماهه برای انجام نیازسنجی)
- تشکیل جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیتها با فاصله حداکثر 2 ماه
- پیگیری اجرای فعالیتهای برنامه طبق زمانبندی برنامه (دبیر برنامه)
- تهیه و ارسال گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
- تهیه و ارسال گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
- ار سال فعالیت هایی که قابلیت اجرا در سطح مرکز خدمات جامع سلامت ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهمنامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان

پرسش: وظایف تیم مداخلات ارتقای سلامت در سطح خانه های بهداشت چیست:

پاسخ:

- تشکیل تیم مداخلات ارتقای سلامت
- تدوین برنامه ارتقای سلامت شامل بخشهای زیر:
- دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (طی بازه زمانی 3 ماهه برای انجام نیازسنجی)
- تشکیل جلسات تیم مداخلات ارتقای سلامت جهت بررسی پیشرفت فعالیتها با فاصله حداکثر 2 ماه
- پیگیری اجرای فعالیتهای پیش بینی شده در برنامه (دبیر برنامه)
- تهیه و ارسال گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
- تهیه و ارسال گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت به سطح بالاتر
- ارسال فعالیتهایی که قابلیت اجرا در سطح روستا (خانه بهداشت) ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهمنامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان

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

پاسخ: 1- فرم گزارش دهی مداخلات ارتقای سلامت از شهرستان استان ارسال گردد.

2- تعداد جلسات برگزار شده توسط تیم اجرای مداخله 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

پرسش: بازه ی زمانی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح کشوری چه گونه است؟

پاسخ: هر 2 سال یکبار در 3 مرحله انجام می شود. 3 ماه اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه، 3 ماه برنامه ریزی برای مداخلات و یک سال و نیم اجرای مداخلات ارتقای سلامت

پرسش: جلسات کارگروه مداخلات ارتقای سلامت هریک از سطوح با حضور چند در صد از اعضا رسمیت دارد؟

پاسخ: حداقل دو سوم اعضا رسمیت مییابد

پرسش: در سطوح مختلف مسئول هدایت کارگروه مداخلات ارتقای سلامت و مسئول برنامه ریزی و فراهم نمودن امکانات لازم جهت برگزاری جلسات و نیز دعوت اعضاء جهت شرکت در جلسات چه کسی است؟

پاسخ: رئیس تیم، دبیر تیم

پرسش: حضور چه کسانی در کارگروه مداخلات ارتقای سلامت الزامی است؟

پاسخ: حضور رئیس و دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت در سطوح مختلف در کلیه جلسات الزامی است

پرسش: بایگانی تمام فرم ها و مستندات مورد استفاده در برنامه مداخلات ارتقای سلامت میبایست در کجا انجام شود؟

پاسخ: محل کار دبیر در تمام سطوح

پرسش: مستندات برنامه عملیاتی تدوین شده در سطح مرکز خدمات جامع و خانه های بهداشت می بایست در کجا بایگانی شوند؟

پاسخ: یک نسخه از برنامه تدوین شده در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری و خانه های بهداشت به سطح بالاتر ارسال و یک نسخه دیگر در محل کار دبیر تیم مداخلات ارتقای سلامت بایگانی گردد. برنامه ارسال شده در سطح شهرستان بررسی و در صورت تایید سطح شهرستان به سطوح محیطی برای اجرای برنامه ارسال میگردد.

پرسش: در فاز دوم برنامه نیاز سنجی و ارتقای سلامت تیم مداخله و ارتقای سلامت برای تدوین برنامه عملیاتی از کدام فرم استفاده می کند؟

پاسخ: فرم 3 و 4

پرسش: تیم مداخله پس از تدوین برنامه عملیاتی، آن را به کدام واحد ارسال می کند؟

پاسخ: پس از تدوین برنامه عملیاتی، آن را به دبیر کارگروه مداخلات ارتقای سلامت (واحد آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت شهرستان) جهت بررسی و اصلاح (توسط اعضاء کارگروه در ستاد شهرستان) ارسال می کند.

پرسش: برنامه عملیاتی تدوین شده در سطوح محیطی در چه صورتی قابل اجرا است؟

پاسخ: پس از بررسی و اصلاح برنامه عملیاتی و ابلاغ آن از طرف مرکز بهداشت شهرستان به مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت، برنامه مداخلات قابل اجرا است.

پرسش: فرم صورتجلسه تیم مداخلات ارتقای سلامت چه زمانی تکمیل و در کجا نگهداری می شود؟

پاسخ: این فرم برای هر جلسه (با توجه به نیاز) که از شروع تا پایان مداخله ارتقای سلامت با حضور اعضاء تیم مداخله برگزار میگردد، تکمیل و در مرکز/خانه بهداشت نگهداری میشود.

پرسش: برای تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویتداراز کدام فرم استفاده می شود؟توسط چه کسانی تکمیل می گردد؟

پاسخ: فرم شماره یک، این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد.

پرسش: به منظور اولویت‌بندی عوامل ایجاد کننده رفتاری و غیر رفتاری از کدام فرم استفاده می شود؟ توسط چه کسانی تکمیل می گردد؟

پاسخ: فرم شماره 2، این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد.

پرسش: چند عامل ایجاد کننده رفتاری / غیر رفتاری تعیین کننده های اجتماعی سلامت از فرم شماره 2 باید استخراج شود؟

پاسخ: 3 علل رفتاری 2 غیر رفتاری

پرسش: فرم مربوط به تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت بر اساس عوامل رفتاری ایجاد کننده کدام است؟

پاسخ: فرم شماره 3

پرسش: در تدوین برنامه عملیاتی هدف کلی باید چه ویژگی هایی داشته باشد؟

پاسخ: موضوع به صورت یک جمله مثبت خبری، عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه، آزمون پذیر مطرح شدن موضوع، محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/ زمانی/ مکانی/ جامعه آماری)

پرسش: در تدوین برنامه عملیاتی هدف اختصاصی باید چه ویژگی هایی داشته باشد؟

پاسخ: 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.

پرسش: منظور از اصطلاح SMART در تدوین هدف اختصاصی چیست؟ آن را تعریف کنید؟

پاسخ: SMART متشکل شده از پنج کلمه - Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound

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

واقع بینانه (Realistic): هدف باید دست یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیتهای موجود باشد.

(Time-bound محدود زمانه): بهتر است یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکن است تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.

پرسش: استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده رفتاری، چیست؟

پاسخ: آموزش.

پرسش: استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری چیست؟

پاسخ: استراتژی هایی مانند جلب حمایت همه جانبه از طریق تاثیر گذاری بر افراد کلیدی و توانمندسازی، قادر سازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه گری که در تدوین فعالیت ها

*** طرح تمرین:**

در خانه بهداشت 1 بعد از انجام نیاز سنجی در فاز 1 کم تحرکی و چاقی به عنوان اولویت اول و پدیکلوز به عنوان اولویت دوم استخراج شده، فرم 2، 3 و 4 را کامل کنید

فرم شماره 2

فرم اولویت بندی عوامل ایجاد کننده

خانه بهداشت شماره 1

اولویت بندی عوامل ایجاد کننده رفتاری								
رتبه	جمع کل	سایر*	اثر بخشی مداخله (5-1)	امکان مداخله (5-1)	فوریت مداخله (5-1)	و شیوع فراوانی (5-1)	شدت (1-) (5)	عوامل ایجاد کننده رفتاری
2	22		5	3	5	4	5	مصرفست فودها
3	21		5	3	5	3	5	مصرف روغن و غذاهای سرخ کردنی
1	25		5	5	5	5	5	عدم تمایل به ورزش
<p>عناوین عوامل ایجاد کننده رفتاری اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:</p> <p>1- عدم تمایل به ورزش</p> <p>2- مصرف قست فودها</p> <p>3- مصرف روغن و غذاهای سرخ کردنی</p>								
اولویت بندی عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری								
رتبه	جمع کل	سایر*	اثر بخشی مداخله (5-1)	امکان مداخله (5-1)	فوریت مداخله (5-1)	و شیوع فراوانی (5-1)	شدت (1-) (5)	عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت
1	24		4	5	5	5	5	عدم وجود وسایل ورزشی
2	22		5	2	5	5	5	عدم وجود باشگاه مناسب در روستا
3	15		2	2	3	3	5	وراثت

عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:

1- عدم وجود وسایل ورزشی

2- عدم وجود باشگاه در روستا

فرم شماره 3

تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت

خانه بهداشت: شماره 1

عنوان مشکل اولویتدار: چاقی و اضافه وزن در روستای شماره 1					
هدف کلی: کاهش اضافه وزن و چاقی در جمعیت تحت پوشش					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 1): 10 درصد میانسالان خانه بهداشت با BMI >25 در خصوص چاقی و اضافه وزن تا پایان سال 1401 در 3 جلسه آموزشی شرکت کنند.					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 2): 10 درصد میانسالان خانه بهداشت در خصوص مصرف فست فود، عوارض آن و ارتباط آن با چاقی تا پایان سال 1401 در 3 جلسه آموزشی شرکت کنند.					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری 3): 10 درصد میانسالان خانه بهداشت در خصوص مصرف روغن و غذاهای سرخ کردنی و ارتباط آن با چاقی تا پایان سال 1401 در 3 جلسه آموزشی شرکت کنند.					
استراتژی: آموزش					
فعالیت‌های مرتبط با آموزش					
انجام شد	زمان اجرا	مسئول پیگیری	مسئول اجرا	هدف شماره اختصاصی	رئوس فعالیتها
		بهورز	کارشناس تغذیه	1	جلسه آموزشی
		بهورز	کارشناس تغذیه	2	جلسه آموزشی
		بهورز	کارشناس تغذیه	3	جلسه آموزشی
		بهورز	بهورز/کارشناس آموزش سلامت	1,2,3	تهیه و نصب بنر با موضوعات اضافه وزن و چاقی
		بهورز	بهورز/کارشناس آموزش سلامت	1,2,3	تراکت

فرم شماره 4

تدوین برنامه عملیاتی مداخلات ارتقای سلامت مبتنی بر نتایج نیازسنجی

خانه بهداشت شماره 1

عنوان مشکل اولویتدار: چاقی و اضافه وزن در روستای شماره 1
هدف کلی: کاهش اضافه وزن و چاقی در جمعیت تحت پوشش
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت): نصب حداقل 10 وسیله ورزشی همگانی در پارک روستا تا پایان سال 1401
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت): تاسیس یک باشگاه مخصوص بانوان روستا تا پایان سال 1401 نوسازی باشگاه و تهیه تجهیزات تا پایان سال 1401
استراتژی: جلب مشارکت جامعه، حمایت، جلب حمایت همه جانبه

فعالیتها

انجام شد	زمان اجرا	مسئول پیگیری	مسئول اجرا	هدف شماره اختصاصی	رئوس فعالیتها
		بهورز		1	هماهنگی با شورا خیرین، معتمدین و سمن ها جهت خریداری و تهیه وسایل ورزشی پارک
		بهورز		2	هماهنگی با شورا جهت تهیه زمین باشگاه
		بهورز		2	هماهنگی با خیرین، معتمدین و سمن ها جهت خریداری زمین باشگاه
		بهورز		2	هماهنگی با خیرین، معتمدین و سمن ها جهت ساخت باشگاه
		بهورز		2	هماهنگی با شورا و خیرین و سمن ها جهت خریداری وسایل ورزشی و نوسازی باشگاه

*منابع مورد استفاده:

نسخه 03 دستورالعمل نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

*برای مطالعه بیشتر:

نسخه 03 دستورالعمل نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

کلیپ آموزشی تهیه شده در خصوص کار با نرم افزار نیازسنجی موجود در سایت معاونت بهداشت مازندران

***کلید واژه:**

نیاز، نیازسنجی، نیازسنجی سلامت، عوامل رفتاری و عوامل غیر رفتاری، ارتقای سلامت، تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت، مداخلات ارتقای سلامت

***گرد آورنده:** سیده طه‌ورا یعقوبی باغلوبی