**نتایج نیازسنجی سلامت شهرستان .........................گروه کارشناسی ......................... مرکز بهداشتی درمانی .........................خانه بهداشت .......................... در سال .......**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان****مشکل سلامت****اولویت دار** | **علل انتخاب مشکل**  | **عوامل موثراولویت دار دربروز مشکل** | **مداخلات / راهکارهای اولویت دار برای حل مشکل سلامت** | **نوع مداخله** | **زمان اجرا** | **نتیجه / نتایج اقدامات** | **وضعیت شاخص درپایان برنامه (پس از مداخله)** | **علت / علل****عدم اجرا** | **اقدامات پیشنهادی برای تثبیت وارتقای برنامه در سالهای بعد** |
| آموزشی | غیر آموزشی | **شروع** | **پایان** |
|  |  | **شاخص یاشاخص های انتخاب موضوع**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **فعلی** | **وضعیت شاخص ها** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **هدف**  |

 نام ونام خانوادگی تکمیل کننده ..................................... سمت ................................... تاریخ ............................

**دستورالعمل تکمیل فرم نتایج نیازسنجی سلامت**

* **این فرم برای هرتیم سلامت شامل تیم های ( نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستان / گروههای کارشناسی مرکز بهداشت شهرستان / مراکز بهداشتی درمانی / خانه های بهداشت درطول سال دریک برگ بطور جداگانه تکمیل ودرپوشه نیازسنجی سلامت تیم مربوطه نگهداری می شود .**
* **در ستون عنوان مشکل سلامت اولویت دار از روی برگ شماره دو نیازسنجی سلامت ، مشکل سلامتی که بیشترین نمره را از نظر اعضای تیم سلامت کسب نموده عینا ثبت خواهد شد .**
* **درستون علل انتخاب مشکل درستون شاخص یا شاخص های انتخاب موضوع ازجمله ( شاخص برنامه/ نظر کارشناسی / نظر اعضای تیم / و ........) ، درخانه وضعیت فعلی شاخص مقدار فعلی شاخص یا شاخص ها ودرخانه وضعیت شاخص های هدف مقدار شاخص یا شاخص ها هدف بعداز انجام مداخلات ( اگر علل انتخاب شاخص یا شاخص ها باشد ) ثبت خواهد شد .**
* **درستون عوامل موثراولویت داردربروز مشکل از روی فرم شماره سه نیازسنجی سلامت درهر خانه یک عامل اولویت دار برحسب امتیاز کسب نموده (اولویت اول درخانه اول – اولویت دوم درخانه دوم واولویت سوم درخانه سوم ) ثبت خواهد شد .**
* **درستون مداخلات / راهکارهای اولویت دار برای حل مشکل سلامت ازروی فرم شماره چهار نیازسنجی مداخله / راهکار اولویت دار ، مداخله دارای اولویت اول هر عامل درستون مربوطه ثبت خواهد شد .**
* **درستون نوع مداخله ، از نظر آموزشی / غیر آموزشی مشخص وعلامت زده شود .**
* **درستون زمان اجرا ( شروع وپایان ) ازروی فرم های شماره پنج نیازسنجی سلامت(فرم برنامه ریزی مداخلات موثر برحل مشکلات اولویت دار سلامت) درخانه مربوطه ثبت خواهد شد.**
* **درستون نتیجه / نتایج اقدامات بعداز پایان زمان اجرا نتیجه / نتایج حاصل از اجرای مداخله مربوطه بطور تفصیلی ثبت خواهد شد .**
* **درستون علت / علل عدم اجرا بعداز پایان زمان اجرا اگر مداخله به هرعنوانی اجرانشود دلایل آن بطور تفصیلی ثبت خواهد شد.**
* **درستون وضعیت شاخص درپایان برنامه (پس از مداخله) مقدار شاخص پس از اجرای مداخلات که تیم به آن رسیده است ثبت خواهد شد .**
* **درستون اقدامات پیشنهادی برای تثبیت وارتقای برنامه در سالهای بعد نوع برنامه تیم سلامت ازجمله (ادامه برنامه برای ارتقای شاخص از وضعیت پایانی برنامه ، تدوین برنامه برای نگهداری شاخص دروضعیت پایانی برنامه ، ارجاع برنامه به هئیت امنای بخش وپیگیری آن ، قطع برنامه وادامه آن از طریق واحد مربوطه و ........ ) بطور تفصیلی ثبت خواهد شد .**
* **درزیر فرم نام ونام خانوادگی تکمیل کننده / سمت / تاریخ** **تکمیل کننده ثبت خواهد شد .**

**فرم شماره (1)**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز**

**معاونت بهداشتی - کروه کارشناسان آموزش وارتقای سلامت**

**مشخصات اعضای تیم سلامت**

**نام شهرستان................................................... گروه کارشناسی ................................................................... تاريخ تكميل ..........................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف**  | **نام ونام خانوادگی** | **میزان تحصیلات** | **رشته تحصیلی** | **سمت** | **محل کار** | **شماره تماس** | **امضاء** |
| **محلی** | **اداری**  | **در کمیته ارتقای سلامت**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **اعضای هیئت امنا :**

**1- دهیار 2- یک یا دو نفر نماینده شورای اسلامی روستا 3- مدیران مدارس منطقه 4- دونفر از معتمدین روستا 5- نماینده شورای حل اختلاف دادگستری 6- بهورز 7- مربی خانه بهداشت 8- پزشک روستا 9– روحانی منطقه 11- نماینده سایر بخش ها ( در صورت نیاز )**

* **وظایف هیئت امنا :**
1. **تشکیل مرتب و منظم جلسات در هر فصل یک جلسه با حضور حداقل 3/2 اعضا**
2. **طرح ، شناسایی و تهیه لیست مشکلات سلامت در منطقه تحت پوشش**
3. **بررسی و اولویت بندی مشکلات سلامت در منطقه تحت پوشش**
4. **بررسی و اولویت بندی عوامل موثر در مشکلات اولویت دار**
5. **شناسایی وانتخاب راه حل های مناسب برای حل عوامل اولویت دار در بروز مشکلات اولویت داربا توجه به امکانات ومنابع موجود در منطقه تحت پوشش و جلب همکاری و مشارکت مردم و سایر بخش هادر این زمینه**
6. **تهیه وتدوین برنامه اجرایی برای حل عوامل اولویت دار در بروز اولی ترین مشکل**
7. **اجرای برنامه ( با توجه به زمانبندی بعمل آمده )**
8. **کنترل روند اجرای برنامه**
9. **ارزشیابی نتایج حاصل**
10. **مستند سازی و گزارش فعالیت های انجام شده**
11. **تصمیم گیری برای تداوم یا اتمام برنامه**
* **سرپرست هیئت امنا :**

**دهیار یا رئیس شورای اسلامی روستا به انتخاب اعضا**

* + **دبیر هیئت امنا :**

 **پزشک تیم سلامت**

* **وظایف مسئول هیئت امنا :**
1. **تشکیل جلسات و مدیریت آن**
2. **پیگیری نحوه اجرای مصوبات جلسات**
3. **هدایت ورهبری اعضا در جهت اجرای برنامه ها و مصوبات کمیته**
* **وظایف دبیر هیئت امنا ::**
1. **توجیه وتبین ابعاد و عوامل تعیین کننده ( بیولوژیکی ، فردی و اجتماعی ) سلامت مبتنی بر آمار و ارقام شاخص هاس سلامت منطقه**
2. **تعیین زمان تشکیل جلسات**

 **3- دعوت از اعضای تیم سلامت**

 **4- تهیه وارسال صورت جلسات به مراجع ذیربط واعضای تیم سلامت**

 **5- تهیه گزارش از روند اجرای برنامه های تیم سلامت ومستند سازی آنها**

* **وظایف بهورز/ بهورزان :**

 **1- شرکت فعال ومستمر در جلسات**

 **2- همکاری وهماهنگی با مسئول ودبیر تیم سلامت در جهت تشکیل**

 **وپیگیری اجرای مصوبات تیم سلامت**

**فرم شماره (2)**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز**

**معاونت بهداشتی - کروه کارشناسان آموزش وارتقای سلامت**

**فرم بررسی ، تعیین و اولویت بندی مشکلات سلامت**

**نام شهرستان................................................... گروه کارشناسی ................................................................... تاريخ تكميل ..........................................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **لیست مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش**  | **شاخص فعلی مشکل (برنامه)** | **تعیین میزان اولویت مشکل**  | رتبه مشکل  |
| **شیوع و فراوانی** | **شدت مشکل** | **فوریت** **مداخله**  | **امکان مداخله**  | **اثربخشی****مداخله**  |  | **جمع نمرات** |
| **4-0** | **4-0** | **4-0** | **4-0** | **4-0** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 امضاء و نام ونام خانوادگي تكميل كننده .............................. امضاء و نام ونام خانوادگي تائيد كننده ..............................

**دستورالعمل تکمیل فرم شماره (2)**

1. اين فرم توسط اعضاي هیئت امنا در مراكز بهداشتي درماني و خانه هاي بهداشت تكميل خواهد شد .
2. در ستون اول (رديف) ، اعداد از شماره يك تا ...... بسته به تعداد مشكلات سلامت که به تصویب هیئت امنا واحد مربوطه رسیده ثبت مي گردد.
3. در ستون دوم هیئت امنا پس از شنیدن توضیحات پزشک ، مربی و بهورز خانه بهداشت و با توجه آمار وارقام و با روش بارش افكار به نظرشان هر چیزی که سلامت منطقه و افراد را با خطر مواجه می سازد را لیست می کنند.
4. در ستون سوم باتوجه به مشکل سلامت لیست شده شاخص فعلی مشکل را درمحل انجام نیازسنجی سلامت نوشته خواهد شد .
5. در ستون چهارم ، مشکلات سلامت براساس معیارها ی تعیین شده توسط هیئت امنا اولویت بندی می شود . اعضای هیئت امنا باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتیب به عدم قبول معیار نمره صفر ، در صورتیکه معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره 1 ، درصورتیکه اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره 2 در صورتیکه اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره 3 ودر صورتیکه اهمیت معیار مورد بررسی خیلی زیاد باشد نمره 4 را به آن اختصاص می دهند همچنین هیئت امنا می تواند علاوه بر معیار های مندرج در این ستون ها از معیار های دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی توسط اعضای تیم سلامت منطقه تعیین وبراساس سه ستون قبلی امتیاز دهد. در ادامه این ستون هیئت امنا مجموع نمرات اعضا را نسبت به هر معیار جمع بندی و جمع آن را در ستون بعدی درج می کند
6. در ستون پنجم با توجه به جمع امتیازات مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش رتبه بندی و مشکل سلامتی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول وبقیه 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 چند صفحه از فرم مربوطه مورد نياز باشد

**فرم شماره ( 3)**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز**

**معاونت بهداشتی - کروه کارشناسان آموزش وارتقای سلامت**

**فرم بررسی ، تعیین و اولویت بندی عوامل موثر بر مشکلات اولویت دار سلامت**

**نام شهرستان................................................... گروه کارشناسی ................................................................... تاريخ تكميل ..........................................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مشکل اولویت دار :** | **شاخص فعلی**  |  | **گروه / گروه های هدف** |  |
| **شاخص هدف** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عوامل موثر بر بروز مشکل**  | **تعیین میزان اولویت عوامل موثر بر بروز مشکل**  | **رتبه مشکل**  |
| **شیوع و فراوانی** | **شدت مشکل** | **فوریت** **مداخله**  | **امکان مداخله**  | **اثربخشی****مداخله**  |  | **جمع نمرات** |
| 4-0 | 4-0 | 4-0 | 4-0 | 4-0 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

امضاء و نام ونام خانوادگي تكميل كننده .............................. امضاء و نام ونام خانوادگي تائيد كننده ..............................

دستورالعمل تکمیل فرم شماره (3)

1. اين فرم توسط اعضاي هیئت امنا در مراكز بهداشتي درماني و خانه هاي بهداشت تکمیل خواهد شد.
2. در قسمت دوم بالای فرم عنوان مشکل سلامت اولویت دار که در فرم شماره 2 انتخاب شده ثبت ودر مقابل شاخص فعلی (ازفرم شماره 2 ) شاخص مشکل سلامت اولویت دار درج ودرقسمت شاخص هدف ( منظوز شاخصی که بعداز انجام مداخلات خواهیم رسید) نوشته خواهد شد گروه وگروههای هدف مشخصا گروه ویا گروههای نوشته می شود که بطور مستقیم با مشکل اولویت دار مواجه می باشند .

3-در ستون اول (رديف) ، اعداد از شماره يك تا ...... بسته به تعداد عوامل موثرکه موجب بروز مشکل اولویت دار شده توسط اعضای هیئت امنا لیست شده و با توجه به معیار های عوامل موثر را اولویت بندی می نمایند .باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتبب به عدم قبول معیار نمره صفر ، در صورتیکه معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره 1 ، درصورتیکه اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره 2 در صورتیکه اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره 3 ودر صورتیکه اهمیت معیار مورد بررسیس خیلی زیاد باشد نمره 4 را به آن اختصاص می دهند همچنین کمیته می تواند علاوه بر معیار های مندرج در این ستون ها از معیار های دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی آیتم های اولویت بندی توسط اعضای تیم سلامت منطقه تعیین وبراساس نمرات ستون قبلی امتیاز دهد. در ادامه این ستون کمیته مجموع نمرات اعضا را نسبت به هر معیار جمع بندی و جمع امتیازات آن را در ستون بعدی درج می گردد.

3- در ستون پنجم با توجه به جمع امتیازات عوامل موثر رتبه بندی و رتبه مربوطه هرعامل موثر در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد .

\* در بالاي فرم شماره صفحه گذاشته شود زيرا ممكن است براي تكميل به چند صفحه از فرم مربوطه مورد نياز باشد

* در بالاي فرم شماره صفحه گذاشته شود زيرا ممكن است براي تكميل به چند صفحه از فرم مربوطه مورد نياز باشد

**فرم شماره (4 )**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز**

**معاونت بهداشتی - کروه کارشناسان آموزش وارتقای سلامت**

**فرم بررسی ، تعیین و اولویت بندی مداخلات موثر بر حل مشکلات اولویت دار سلامت**

**نام شهرستان................................................... گروه کارشناسی ................................................................... تاريخ تكميل ..........................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عوامل اولویت دار موثر بربروز مشکل** | **راه حل و مداخلات مورد نیاز به تفکیک عوامل اولویت دار** | **گروه هدف** | **تعیین میزان اولویت مداخله**  | **رتبه راحل و مداخله**  |
| **قابل اجرا بودن**  | **هزینه اثربخشی** | **مقبولیت اجتما عی**  |  |  |  | **جمع نمرات** |
| **4-0** | **4-0** | **4-0** | **4-0** | **4-0** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

امضاء و نام ونام خانوادگي تكميل كننده .............................. امضاء و نام ونام خانوادگي تائيد كننده ..............................

**دستورالعمل تکمیل فرم شماره (4)**

 اين فرم توسط اعضاي هیئت امنا در مراكز بهداشتي درماني و خانه هاي بهداشت به شرح ذیل تکمیل خواهد شد.

1- در ستون اول (رديف) ، اعداد از شماره يك تا ...... بسته به تعداد راه حل ها ومداخلاتی که نسبت به عوامل موثر بر بروز مشکل اولویت دار مشكلات سلامت منطقه که به تصویب کمیته ارتقای سلامت واحد مربوطه رسیده ثبت مي گردد.

2- درستون دوم سه عامل موثراولویت دار که باعث بروز مشکل اولویت دار گردیده است ثبت و برای هر عامل موثر ثبت شده حداقل 4 راه حل ومورد مداخله ثبت می شود

3- در ستون سوم توسط اعضای تیم سلامت با توجه به معیار راه حل ها ومداخلات را اولویت بندی می نمایند .باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتبب به عدم قبول معیار نمره صفر ، در صورتیکه معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره 1 ، درصورتیکه اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره 2 در صورتیکه اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره 3 ودر صورتیکه اهمیت معیار مورد بررسی خیلی زیاد باشد نمره 4 را به آن اختصاص می دهند همچنین کمیته می تواند علاوه بر معیار های مندرج در این ستون ها از معیار های دیگری نیز استفاده کرده آن را ثبت در ستون خالی اولویت بندی آیتم های اولویت بندی توسط اعضای تیم سلامت منطقه تعیین وبراساس نمرات ستون قبلی امتیاز دهد. در ادامه این ستون کمیته مجموع نمرات اعضا را نسبت به هر معیار جمع بندی و جمع امتیازات آن را در ستون بعدی درج می گردد.

4- در ستون چهارم رتبه راهحل ومداخله مشخص می شود .

* + در قسمت دوم بالای فرم عنوان مشکل اولویت دار که در فرم شماره 2 ودر فرم شماره 3 عوامل موثر اولویت دار در بروز مشکل انتخاب شده است ثبت خواهد شد وبعد در مقابل گروه وگروههای هدف مشخصاگروه ویا گروههای نوشته می شود که بطور مستقیم یا غیر مستقیم با مشکل اولویت دار مواجه می باشند نوشتته خواهد شد.
	+ \* منظور از گروه هدف : گروه يا كساني هستند كه مستقيما با مشكل مواجه مي باشند ويا كساني هستند كه قدرت ايجاد تغيير را داشته و يا مانع تغيير هستند و شما مي خواهيد به اين گروه ياافراد دسترسي پيداكنيد و آنها را متقاعدنمائيد تا تغيير مورد نظر شمارا اعمال نمايند ویا گروه هدف گروه يا افرادي هستند كه مستقيما با مشكل مواجه نبوده ولي مي توانند در حل مشكل افراد ويا گروه هاي درگير مشكل موثر باشند و تصميم آنان را تحت تاثير قرار دهند ( مانند والدين دانش آموزان داراي مشكل – بزرگان خانواده – شوهر زنان – اولياي مدارس روحانيون – ريش سفيدان محل و.....)
* در بالاي فرم شماره صفحه گذاشته شود زيرا ممكن است براي تكميل به چند صفحه از فرم مربوطه مورد نياز باشد

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز**

**معاونت بهداشتی - کروه کارشناسان آموزش وارتقای سلامت**

**فرم برنامه ریزی مداخلات موثر بر حل مشکلات اولویت دار سلامت**

**نام شهرستان................................................... گروه کارشناسی ................................................................... تاريخ تكميل ..........................................**

**فرم شماره (5 )**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان مداخله اولویت دار** | **.................................................................................................................................................................................................................................................................................** |
| **ردیف** | **شرح فعالیت مورد انتظار**  | **گروه هدف**  | **محل** **اجرا** | **مجری**  | **زمان بندی اجرایی**  | **پایش روند اجرا**  |
| **اصلی**  | **همکاری کننده**  | **فروردین**  | **اردیبهشت** | **خرداد**  | **تیر**  | **مرداد**  | **شهریور**  | **مهر**  | **آبان** | **آذر**  | **دی**  | **بهمن**  | **اجر شد**  | **اجرا نشد**  | **نتیجه / علت**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**دستورالعمل تکمیل فرم شماره (5)**

اين فرم توسط اعضاي هیئت امنا در مراكز بهداشتي درماني و خانه هاي بهداشت به شرح ذیل تکمیل خواهد شد.

1-در ستون اول (رديف) ، اعداد از شماره يك تا ...... بسته به تعداد فعالیتهای است که نسبت به حل مشکل یا مداخله اولویت دار به تصویب کمیته ارتقای سلامت واحد مربوطه رسیده ثبت مي گردد.

2-در ستون دوم ، کمیته ارتقای سلامت ( هیئت امنا) لیست فعالیتهای که که در رابطه با راه حل یا مداخله در نظر گرفته شده ثبت می شود .

3- در ستون سوم ، گروه / یا گروههایی که مستقيما با مشكل مواجه یا هستند را مشخص می شوند. البته باید توجه کنند که گروه هدف می تواند به چند شکل با مشکل سلامت مرتبط باشد : 1- گروه یا گروههای هدفی که مستقیماَ در معرض عوارض مشکل هستند . 2- گروه یا گروههای هدفی که قدرت ايجاد تغيير را داشته و يا مانع تغيير هستند و کمیته ارتقای سلامت در صدد است تا به اين گروه يا افراد دسترسي پيداکرده و آنها را متقاعد سازد تا درجهت تغییر و حل مشکل بهداشتی نظرات کمیته و اقدامات بهداشتی مورد نیاز را اعمال نمايند 3- گروه يا افرادي هستند كه مستقيما با مشكل مواجه نبوده ولي مي توانند در حل مشكل افراد ويا گروه هاي درگير مشكل موثر باشند و تصميم آنان را تحت تاثير قرار دهند ( مانند والدين دانش آموزان داراي مشكل، بزرگان خانواده، شوهر زنان ، اولياي مدارس ، روحانيون ، ريش سفيدان محل و.....)

4- در ستون چهارم محلی که فعالیت مورد نظر می بایست در آنجا انجام شود ثبت می شود .

5- در ستون پنجم مجری که باید آن فعالیت را انجام دهد ثبت میگردد قابل ذکر است در ستون اصلی فرد یا گروهی که مستقیما مامور انجام وظیفه می باشد ودر ستون همکارکننده فرد یا گروهی یا همکارانی که می تواند در انجام فعالیت با مجری اصلی کمک کند ثبت می گردد..

6- در ستون ششم زمان بندی اجرای آن فعالیتت با همفکری اعضای تیم مشخص گردیده وثبت می شود .

 7- ستون هفتم روند پایش فعالیتی که ثبت شده مشخص می شود که آیا فعالیت انجام یافته پایش شده یا نه ؟ ودر ستون دیگر نتیجه پایش فعالیت ثبت می شود .

* در قسمت دوم بالای فرم عنوانمدخله یا راه حل اولویت دار ثبت می شود .
* در بالاي فرم شماره صفحه گذاشته شود زيرا ممكن است براي تكميل به چند صفحه از فرم مربوطه مورد نياز باشد

**نحوه تکمیل فرم برنامه ریزی مداخلات موثر بر حل مشکلات اولویت دار سلامت**

فرم های (5-1 ) نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستان در سال 1390 و صورت جلسات گروه کاری سلامت وامنیت غذای شهرستان درمورد نیازسنجی شهرستان

جدول وضعیت تشکیل کمیته سیاستگذاری نیازسنجی سلامت شهرستان ...................... درسال1390 **(باعلامت + و– مشخص شود** )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اعضای کمیته** | **فرماندار** | **معاون فرماندار** | **کارشناس امور شهری** | **کارشناس امور دهیاری** | **رئیس شورای شهرستان** | **رئیس شورای شهر** | **نماینده دهیاران** | **بخشدار** | **رئیس شبکه** | **معاون بهداشتی** | **کارشناس آموزش سلامت** |
| **وضعیت شرکت** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول وضعیت شرکت کارکنان بهداشتی وتیم سلامت درجلسه توجیهی نیازسنجی سلامت 1390

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پزشکان تیم سلامت** | **پزشکان شهری** | **مربیان ناظر خانه های بهداشت** | **کادر بهداشت خانواده** | **ماما های تیم سلامت** | **کادر بهداشت محیط** | **بهورزان** |
| **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول وضعیت تشکیل تیم سلامت قبل از تشکیل هیات امناء نیازسنجی سلامت 1390

|  |  |
| --- | --- |
| **مراکز بهداشتی درمانی فعال** | **خانه های بهداشت فعال درروستاهای بدون مرکز بهداشتی** |
| **شهری**  | **شهری و روستایی** | **روستایی**  | **تعداد**  | **تعداد تیم سلامت تشکیل شده** |
| **تعداد**  | **تعداد تیم سلامت تشکیل شده** | **تعداد**  | **تعداد تیم سلامت تشکیل شده**  | **تعداد**  | **تعداد تیم سلامت تشکیل شده** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول وضعیت شرکت اعضای هیات امناء درجلسه توجیهی نیازسنجی سلامت 1390

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **شهرداران / نماینده شهرداران**  | **شورای اسلامی شهرها** | **بخشداران** | **شورای اسلامی روستاها** | **دهیاران**  |
| **مورد انتظار**  | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** | **مورد انتظار** | **تعداد شرکت کننده** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی تکمیل کننده ..................................... نام ونام خانوادگی معاون بهداشتی .................................**

**تاریخ وامضاء تاریخ وامضاء**

**فرم جمع بندی وضعیت شرکت اعضاء درجلسه هیات امناء مرکز بهداشتی درمانی**..................... **شهرستان** ........**درسال** ...... **(باعلامت + و– مشخص شود** )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **نام واحد****اعضا** | **مرکز بهداشتی درمانی** | **خانه بهداشت****............** | **خانه بهداشت****............** | **خانه بهداشت****............** | **خانه بهداشت****............** | **خانه بهداشت****............** | **خانه بهداشت****............** | **خانه بهداشت****............** | **خانه بهداشت****............** |
| **پزشک** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مربی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بهورز**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ماما**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **شورا**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **دهیار** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **روحانی**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **اولیای مدارس**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نماینده معتمدین محل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **خیرین** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر باذکر نام** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی تکمیل کننده ....................... تاریخ تکمیل وامضاء ...............**

**فرم جمع بندی وضعیت شرکت اعضاء درجلسه هیات امناء مراکز بهداشتی درمانی شهری** **شهرستان ....................درسال .............. (باعلامت + و– مشخص شود** )

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **نام واحد** **اعضاء** | **مرکز بهداشتی درمانی شهری ................** | **مرکز بهداشتی درمانی شهری ................** | **مرکز بهداشتی درمانی شهری ................** | **مرکز بهداشتی درمانی شهری ................** | **مرکز بهداشتی درمانی شهری ................** | **مرکز بهداشتی درمانی شهری ................** |
| **رئیس مرکز بهداشتی درمانی**  |  |  |  |  |  |  |
| **شهردار/ نماینده شهردار** |  |  |  |  |  |  |
| **نماینده بخشداری** |  |  |  |  |  |  |
| **دونفر ازکارکنان مرکز**  |  |  |  |  |  |  |
| **نماینده شورای اسلامی شهر** |  |  |  |  |  |  |
| **نماینده منتخب رابطین**  |  |  |  |  |  |  |
| **اولیای مدارس** |  |  |  |  |  |  |
| **دونفرازمعتمدین محل** |  |  |  |  |  |  |
| **خیرین** |  |  |  |  |  |  |
| **سایر باذکر نام** |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی تکمیل کننده ....................... تاریخ تکمیل وامضاء ...............**

فرم جمع بندی مشکلات سلامت مرکز بهداشت شهرستان در سال

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مرکز بهداشت شهرستان** | **مشکلات سلامت گروه**  | **مشکلات سلامت گروه** | **مشکلات سلامت گروه** | **مشکلات سلامت گروه**  | **مشکلات سلامت گروه** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **مشکلات سلامت گروه** | **مشکلات سلامت گروه** | **مشکلات سلامت گروه** | **مشکلات سلامت گروه**  | **مشکلات سلامت گروه** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی تکمیل کننده: نام ونام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان**

فرم جمع بندی مشکلات سلامت مرکز بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان در سال

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشکلات سلامت مرکز بهداشتی درمانی** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** | **مشکلات سلامت خانه بهداشت** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی تکمیل کننده نام ونام خانوادگی رئیس مرکز بهداشتی درمانی**

****فرم جمع بندی نتایج اقدامات برنامه نیازسنجی سلامت گروه کارشناسی درسال 90****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان مشکل سلامت اولویت دار** | **عنوان مداخلات** | **نوع مداخله** | **اجرا شده** | **نتیجه اقدامات** | **علت عدم اجرا** |
| **آموزشی** | **غیر آموزشی** | **بلی** | **خیر** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**فرم جمع بندی نتایج اقدامات برنامه های نیازسنجی سلامت مرکز بهداشتی درمانی شهرستان در سال 90**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام مرکز/ خانه بهداشت** | **عنوان مشکل سلامت اولویت دار** | **عنوان مداخلات** | **نوع مداخله** | **اجرا شده** | **نتیجه اقدامات** | **علت عدم اجرا** |
| **آموزشي** | **غيرآموزشي** | **بلی** | **خیر** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی / امضاء تکمیل کننده: نام ونام خانوادگی / امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان**

**فرم جمع بندی نتایج اقدامات برنامه های نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستان در سال 90**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام مرکزبهداشت/ گروه کارشناسی** | **عنوان مشکل سلامت اولویت دار** | **عنوان مداخلات** | **نوع مداخله** | **اجرا شده** | **نتیجه اقدامات** | **علت عدم اجرا** |
| **آموزشي** | **غيرآموزشي** | **بلی** | **خیر** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی / امضاء تکمیل کننده: نام ونام خانوادگی / امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان**

**بسمه تعالی**

**صورت جلسه هیات امناء نیاز سنجی سلامت گروه کارشناسی .........................................**

 **شبکه بهداشت ودرمان شهرستان .............................. تاریخ تشکیل .....................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **شرح مباحث**  | **ارائه کننده** | **سمت** |
|  |  |  |
| **مصوبات جلسه**  | **مسئول اجرا**  | **زمان اجرا**  |
|  |  |  |
| **اعضای شرکت کننده**  | **سمت**  | **امضاء**  |
|  |  |  |

**بسمه تعالی**

**صورت جلسه هیات امناء نیاز سنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستان .........................................**

 **شبکه بهداشت ودرمان شهرستان .............................. تاریخ تشکیل .....................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **شرح مباحث**  | **ارائه کننده** | **سمت** |
|  |  |  |
| **مصوبات جلسه**  | **مسئول اجرا**  | **زمان اجرا**  |
|  |  |  |
| **اعضای شرکت کننده**  | **سمت**  | **امضاء**  |
|  |  |  |