





پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

گردآوری و تدوین:

دکتر داریوش ناصری نژاد

با همکاری و مساعدت:

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و مدیریت توسعه شبکه و ارتقای سلامت استان فارس

اسفند ماه ۱۳۹۷

کاربرد علم و دانش

در عمل برابر توانمندی است.

دکتر داریوش ناصری نژاد

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	شیوه های درست علمی برای انجام پایش و ارزشیابی
۱۳	مراحل استفاده از پایش، ارزیابی و ارزشیابی در تدوین یک برنامه هدفمند
۱۷	سطوح مختلف پایش و ارزشیابی از نظر سازمان بهداشت جهانی (WHO)
۱۸	روش آماری جهت انتخاب و تعیین واحدهای ارائه دهنده خدمات بمنظور پایش های مقطعی
۲۴	آشنائی مختصر با اهداف سازمان بهداشت جهانی (WHO)
۲۹	مراحل مختلف در جهت رسیدن به شاخص های عمده و اساسی سلامت
۳۱	شاخص های سلامت توصیه شده سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷) در سطح جهان
۳۸	دیگر شاخص های سلامت در سطح ملی (جمهوری اسلامی ایران)
۴۳	حدود مسئولیت واحدهای مختلف در حوزه وزارت بهداشت و درمان، در چگونگی و پایش و ارزشیابی از سطوح ارائه خدمات سلامت
۴۴	طرح پیشنهادی سیمای سلامت در سطح میانی و ستادی
۴۶	راهنمای کاربردی طراحی و توزیع سیمای سلامت در واحدهای مختلف و ...
۴۸	مجموعه شاخص های اساسی و پایه جهت درج در سیمای سلامت ...

چگونگی فرایند پایش در حوزه های مختلف معاونت بهداشت دانشگاه های علوم

پزشکی ۵۹

مراحل تدوین یک چک لیست استاندارد ۶۰

نمونه چک لیست پیشنهادی ۶۸

مقایسه ویژگی نظام اطلاعات و آمار کارآمد و ناکارآمد ۷۰

شرح عناوین انتخابی که در گروه بندی هفت گانه در یک لیست منظور خواهد شد ۷۱

انجام پایش های چند منظوره یا پایش به کمک کارشناسان چند پیشه ۹۱

منابع ۹۳

پیشگفتار:

هم اینک بزرگترین آرمان و تلاش مدیران و مسئولین اجرایی حوزه های مختلف وزارت بهداشت همانا ارتقاء کمی و کیفی ارائه خدمات بهداشتی استاندارد و در نهایت بهبود شاخص های سلامت می باشد .

در این راستا در طراحی برنامه های زیر بنایی ، بمنظور اطمینان از حصول نتایج درست و دقیق همه فعالیت های در دست اجرا ، همواره همه توان و کوشش برنامه ریزان و مسئولین در جهت انجام پایش های مستمر و در نهایت در جهت ارزشیابی های مقطعی متمرکز و تجلی می یابد .

از سوی دیگر چون خدمات سلامت در سطوح مختلف ارائه و عرضه می گردد و میزان انتظارات و بسته های خدمتی متفاوت بوده و در جهت تخصیصی شدن محدودیت یافته است، در ابتدا لازم است به این پرسش ها ، پاسخ های دقیق و منطقی داده شود:

- آیا هدف از انجام پایش مچ گیری، عیب جویی است یا هدف آن کشف نقاط ضعف برنامه و جستجوی راه حل عملی با مشارکت همه سطوح و حمایت های علمی و فنی کارکنان می باشد؟
- آیا در تدوین چک لیست از همکاری و هم فکری گروه های متخصص ، کارشناسان خبره و مشاورین بهره گیری شده است و یا اینکه بطور سلیقه ای تدوین و طراحی شده است ؟

• آیا به تعاریف علمی و تخصصی شاخص ها، پایش، ارزشیابی، ارزیابی و نظارت آشنایی داریم؟

• آیا چک لیست تدوین شده استاندارد بوده و همه عوامل قابل طرح در انجام پایش پیش بینی و مد نظر قرار گرفته است؟

• آیا ارزشیابی ادواری انجام یافته از اعتبار علمی برخوردار است؟

• آیا به شاخص های اساسی ارائه شده در سطح بین المللی و در سطح ملی آشنایی کامل داریم؟

• آیا بازتاب پایش بصورت پس خوراند، پس از ارسال به واحدها از نظر کمی و کیفی کارساز بوده و رضایت مندی کارکنان در بخش های محیطی را فراهم می سازد؟

• آیا روند انجام پایش های پی در پی از واحدهای تحت سرپرستی قابل اندازه گیری و ارزیابی است؟

• آیا انجام پایش های مستمر بطور علمی در ارتقاء و بهبود شاخص های سلامت موثر بوده است؟

• آیا روند بهبود ساختار برای همه مسئولین، مدیران و دیگر کارکنان ملموس است؟

بدین روی: این راهنمای آموزشی با عنایت بر مشکلات موجود و توصیه های کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و بهره گیری از نقطه نظر کارشناسان خبره برای

پاسخ دهی به همه سؤال های مطرح شده و دیگر مسائل قابل بحث طراحی شده است و راه حل های عملی و کاملاً کاربردی ارائه می نماید .

در پایان لازم میدانم از جناب آقای دکتر عبدالرسول همتی معاون محترم بهداشت ، جناب آقای دکتر سیروس وجدانیان معاون اجرایی و جناب آقای دکتر لولیا مدیر توسعه شبکه و ارتقای سلامت حوزه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت و درمان استان فارس به دلیل حمایت ها و تشویق ها و نیز فراهم نمودن شرایط ویژه برای چاپ این راهنما قدردانی و تشکر نمایم .

و نیز لازم می دانم از همکار برجسته جناب آقای دکتر علی تهمتن به دلیل انجام ویرایش علمی و ادبی تشکر و سپاسگزاری نمایم .

با امید رضایت مندی همه دست اندرکاران ارائه

خدمت در حوزه سلامت

دکتر داریوش ناصری نژاد

• شیوه های درست علمی برای انجام پایش و ارزشیابی:

در تدوین برنامه های اجرایی بمنظور تحقق اهداف سلامت، چگونه از شیوه های درست علمی برای انجام پایش و ارزشیابی و نیز از ابزار ارزشیابی بهره گیری می شود.

در ابتدا لازم است ۳ واژه کلیدی، پایش (Monitoring)، ارزشیابی (Evaluation) و ارزیابی (Assessment) را تعریف نمائیم، بدینسان جایگاه ویژه و کاربرد آن بدرستی تعیین خواهد شد.

با بهره جستن از تعاریف مختلف ارائه شده از طرف سازمان بهداشت جهانی (WHO) و کتب علمی و تخصصی اپیدمیولوژی در تدوین برنامه های عملیاتی، می توان به تعاریف زیر اشاره نمود.

۱- پایش (Monitoring)

نگاه مداوم و مستمر فنی و علمی به نحوه اجراء در تمامی مراحل مختلف یک فعالیت یا یک برنامه است.

بطور خلاصه پایش (Monitoring) یک اقدام مداوم و مستمر بمنظور اطمینان از استاندارد بودن همه فعالیت ها است. ابزار پایش چک لیست استاندارد می باشد.

واژه های کلیدی در پایش:

الف) فعالیت ها (Activities): که خود از ۶ سوال مهم تشکیل یافته است: چه فعالیتتی (What)، چگونه (How)، توسط چه کسی (Who)، در چه زمان (When)، در چه مکان (Where) و با چه هزینه و یا قیمتی (How much) که می بایست از صحت، دقت و کامل بودن در هنگام اجراء اطمینان حاصل نمود.

از این رو در تدوین برنامه عملیاتی به محض استفاده از واژه ی فعالیت ها (Activities) باید به ۶ سؤال مهم اشاره شده در فوق پاسخ کامل و بسیار دقیق داده شود.

ب) استاندارد (Standard): در واقع استاندارد عبارت از حداقل معیارهای قابل قبول و قابل اندازه گیری در یک محدوده ی زمانی است.

استاندارد دو ویژگی مهم در بر دارد:

۱- تابع قانون همه و یا هیچ است و این بدان معنی است که در صورت نقص و یا عدم اجراء یک مورد از چندین مورد قابل انتظار، این فعالیت استاندارد نبوده (مثال: اتومبیلی که در بالای ۱۰۰ کیلومتر سرعت قادر به ترمز درست نمی باشد، استاندارد نیست و یا: در ارائه یک خدمت، تمامی مراحل آن دقیقاً بمرحله اجراء درآمده است، لیکن آموزش به والدین حذف شده، در اینصورت این خدمت استاندارد نمی باشد).

۲- استانداردها در طول زمان ارتقا می یابند.

۲- ارزشیابی (Evaluation)

یک اقدام مقطعی است (در مرحله پایانی برنامه) که با بهره‌گیری از شاخص‌های اختصاصی (Indicators) فاصله تا هدف را تعیین می‌نماید.

شاخص (Indicator) یک معیار محاسباتی است که در سطح ملی و یا بین‌المللی تعریف شده و برای تغییراتی که بطور مستقیم و غیر مستقیم در اثربخشی^۱ Effectiveness و کارایی^۲ Efficiency و یا پیشرفت یک برنامه مؤثر است بکار می‌رود.

۳- ارزیابی (Assessment):

استفاده از ابزار و تجهیزات برای اندازه‌گیری‌های نسبتاً دقیق بمنظور دستیابی به یک قضاوت سریع در یک محدود زمان مشخصی است.

و یا: اندازه‌گیری یا سنجش به کمک ابزار و تجهیزات برای یک قضاوت فوری در مقایسه با یک استاندارد است.

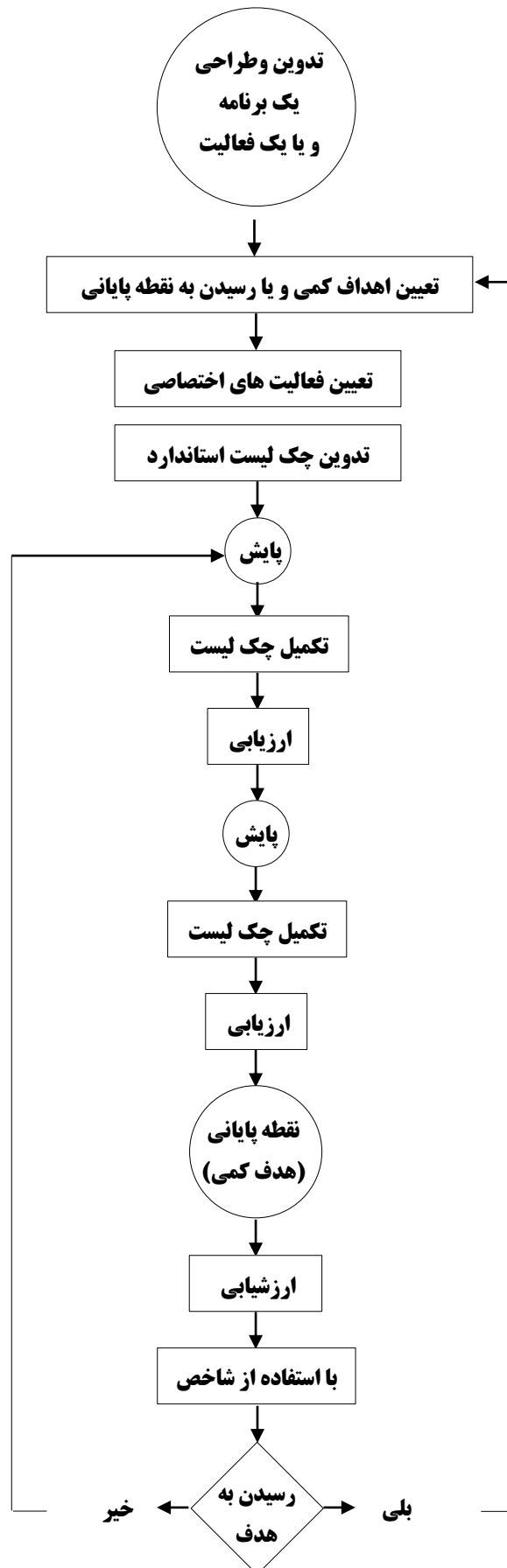
مثالی چند از ابزار و تجهیزات: ترازو، دستگاه فشارسنج، ترمومتر، یخچال، درجه‌تب، چک لیست، سل کانتر و تجهیزات اندازه‌گیری آزمایشگاهی و ... است.

^۱ Effectiveness: مقیاس از قبل تعیین شده برای اندازه‌گیری درجه دستیابی به هدف است.

^۲ Efficiency: مقیاس از قبل تعیین شده برای اندازه‌گیری درجه دستیابی به هدف براساس منابع مالی مورد استفاده است.

برای اطمینان از مسیر درست حرکت در برنامه ریزی و دستیابی به نقطه پایانی (اهداف کمی) راهی جز استفاده از پایش مستمر و استفاده از ابزار ارزیابی و نیز بهره جستن از شاخص های ارزشیابی برای تعیین فاصله تا هدف در دست نمی باشد.

مراحل استفاده از پایش، ارزیابی و ارزشیابی در تدوین یک برنامه هدفمند:



در طول اجرای یک برنامه، همواره از پایش، ارزیابی و در نهایت ارزشیابی در زمان های تعیین شده و بطور هماهنگ باید بهره جست.

اهمیت پایش در بالاترین سطح از معیار سه گانه (پایش، ارزیابی و ارزشیابی) در برنامه ریزی قرار دارد. چون کیفیت فعالیت ها را بطور استاندارد مورد توجه قرار می دهد و نیز تضمینی برای صحت اندازه گیری های دقیق در ارزیابی ها و ارزشیابی های انجام یافته است.

نظارت (Supervision): روشی است که با انجام مشاهده، تبادل نظر، حمایت و راهنمایی همواره از نحوه ی کارایی و شایستگی کارکنان اطمینان حاصل می کند.

توجه مهم: مفهوم نظارت نباید با تعریف استاندارد پایش اشتباه شود.

یادآوری:

میزان (Rate): یکی از شاخص های مهم در بخش سلامت است که کابردی فراوان دارد و بصورت یک کسر بیان می گردد، که مقادیر صورت همواره جزئی از مخرج محسوب می گردد:

$$Rate = \frac{A}{A + B + C} \times K$$

K یک ضریب می باشد و برحسب ۱۰۰۰، ۱۰،۰۰۰، ۱۰۰،۰۰۰ و یا ۱،۰۰۰،۰۰۰ بیان می گردد که حاصل و نتیجه کسر را به یک عدد قابل درک تبدیل می سازد. مثال موارد مرگ در جمعیت:

$$۱) Rate = \frac{3}{60.000} \times 1000 \Rightarrow 0/05 \text{ (۰/۰۵ در هزار): چندان قابل درک نیست}$$

$$۲) Rate = \frac{3}{60.000} \times 10.000 \Rightarrow 0/5 \text{ (۰/۵ در ده هزار): چندان قابل درک نیست}$$

$$۳) Rate = \frac{3}{60.000} \times 100.000 \Rightarrow 5 \text{ (۵ در صد هزار): اینک قابل درک است}$$

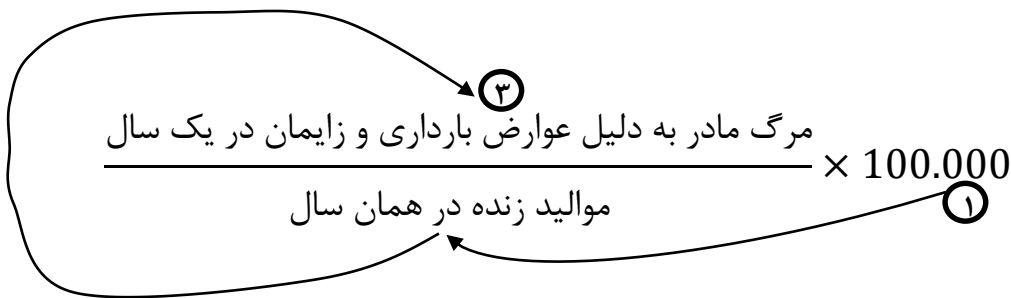
و به معنی ۵ مورد مرگ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر از جمعیت است.

نسبت (Ratio): یکی دیگر از شاخص های مهم اندازه گیری است. در این فرمول صورت کسر به هیچ وجه جزئی از مخرج نمی باشد. مانند نسبت استاد به دانشجو، مرد به زن، و یا نسبت مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان به موالید زنده

Meternal Mortality Ratio (MMR)

$$= \frac{\text{مرگ مادر به دلیل عوارض بارداری و زایمان}}{\text{موالید زنده}} \times 100.000$$

شرح تفسیر فرمول \Leftarrow بازاء ۱۰۰,۰۰۰ موالید زنده چند مورد مرگ مادر به دلیل عوارض بارداری و زایمان به وقوع پیوسته است.



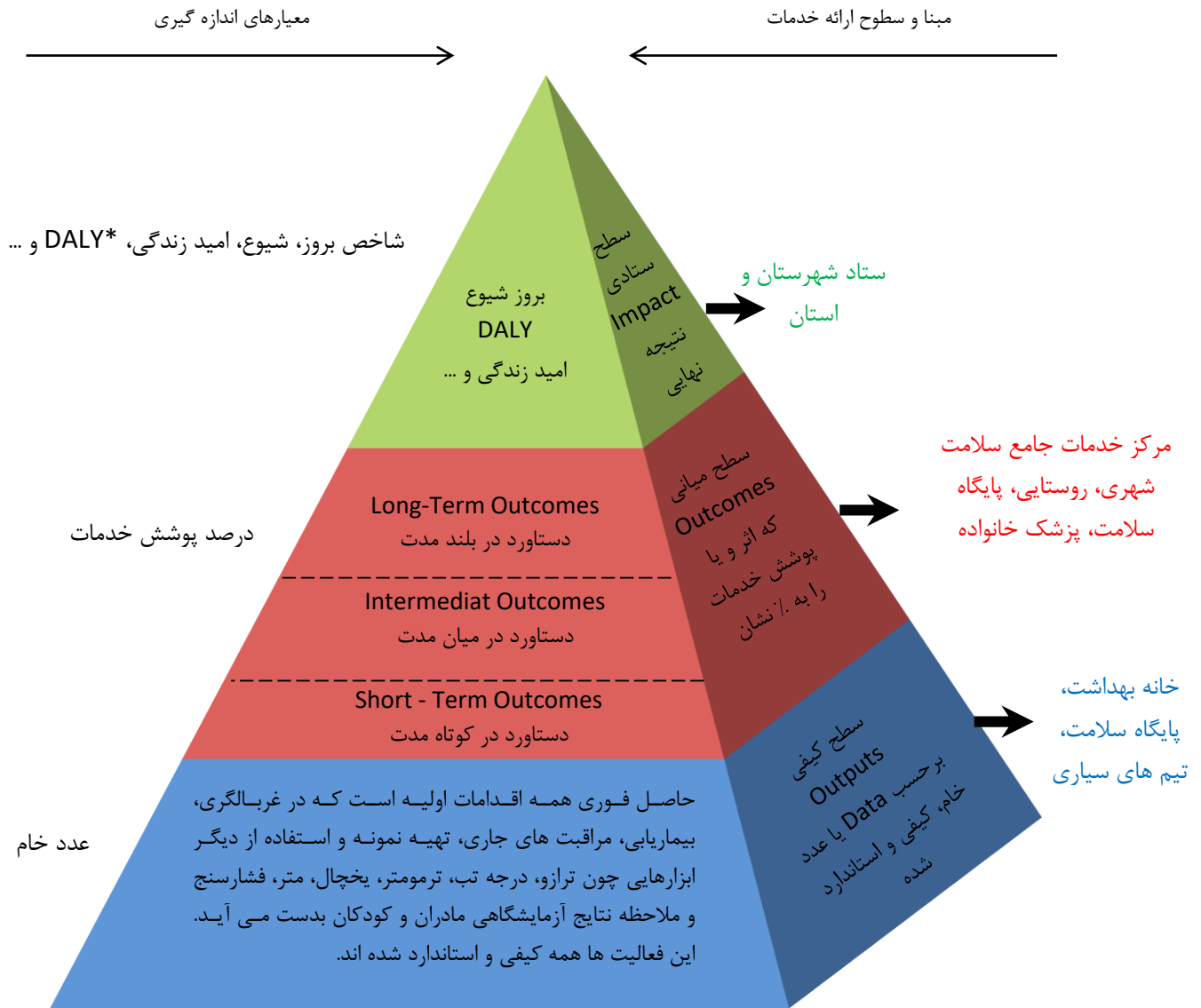
روش تحلیل فرمول:

به ازای ۱۰۰,۰۰۰ (۱) موالید زنده (۲) چند مورد مرگ مادر در یک سال بوقوع پیوسته است. (۳)

با شرح مطالب پیش گفت، این سوال همواره مطرح است که در سطح دانشگاه های علوم پزشکی و یا دانشکده ها چه گروهی از کارکنان، با کدام روش و چگونه مسئولیت دقیق انجام پایش، ارزیابی و ارزشیابی در سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت را بدرستی انجام خواهند داد؟

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

برای پاسخ به این سوال مهم به شرح توصیه شده سازمان بهداشت جهانی (WHO) مندرج در شکل زیر توجه فرمائید.



DALY* یا Disability Adjusted Life Years = سال های از دست رفته یک زندگی سالم در اثر مرگ زودرس و یا ناتوانی است. بدینسان DALY1 عبارت است از دست رفتن یک سال زندگی سالم بر اثر مرگ زودرس و یا از دست دادن یک زندگی سالم در اثر ناتوانی.

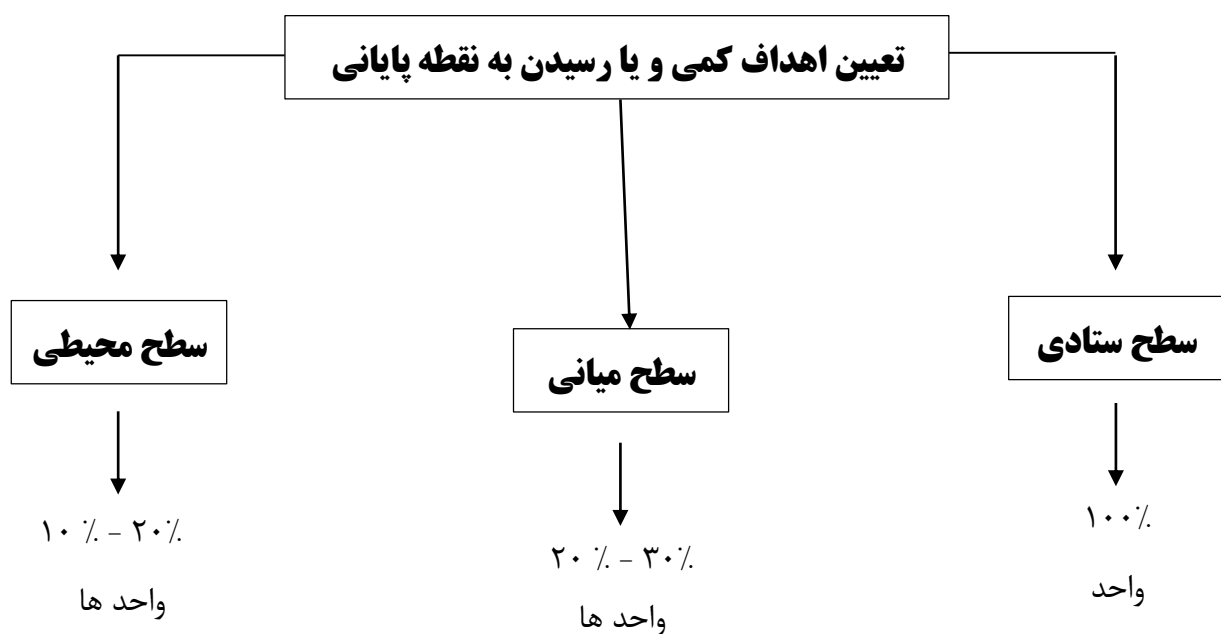
بخش دیگر سوال مرتبط با تعداد و نحوه پایش از واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت است.

توجه مهم:

به شکل زیر توجه فرمائید:

در سطوح محیطی یا جمعیت های محدود، محاسبه درصد پوشش خدمات و یا اندازه گیری شاخص ها، به هیچ وجه از نظر علم آمار منطقی و درست نمی باشد. زیرا اختلاف محاسبه را بشدت افزایش می دهد. بدینسان در جمعیت های بیش از ۳۰,۰۰۰ نفر محاسبه درصد پوشش خدمات و یا اندازه گیری شاخص ها منطقی خواهد بود.

بمنظور یک قضاوت جامع، چه تعداد از سطوح مختلف ارائه خدمات را باید تحت پایش قرار داد؟



تعداد نمونه انتخابی بر حسب روش آمار تصادفی و سیستماتیک

مثال در عمل: فرض کنید یک تیم سه نفره از کارشناسان ارشد در ستاد دانشگاه مایل است از شبکه بهداشت و درمان «ب» پایش استاندارد انجام دهد.

مفروضات شبکه بهداشت و درمان «ب»: در ستاد شهرستان مورد نظر ۱ نفر کارشناس مسئول و ۲ نفر کاردان مشغول به کار می باشند و در این شبکه ۱۴ واحد در سطح میانی و نیز ۲۸ واحد محیطی مستقر می باشند.

انتخاب واحدها: واحد ستادی به طور ۱۰۰٪ و کامل تحت پایش قرار خواهد گرفت.

(۳۰٪-۲۰٪) از واحدهای میانی = ۳-۴ مورد از ۱۴ واحد

(۲۰٪ - ۱۰٪) از واحدهای محیطی = ۳-۶ مورد از ۲۸ واحد

توجه مهم:

با احتساب کارایی یک روز بازدید برای یک نفر از حداکثر ۲ واحد، حداقل نیاز به ۲ روز ماموریت کاری است (بدون احتساب زمان رفت و برگشت).

بهترین روش برای انتخاب واحدها به منظور انجام پایش؛ استفاده از آمار

تصادفی به شیوه سیستماتیک «منظم» است، زیرا شانس گزینش برای

انتخاب هریک از آن ها، یکسان و مساوی است.

بعنوان نمونه: شما مایل هستید از ۲۸ واحد محیطی «خانه بهداشت» با انتخاب ۱۰-
 ۲۰ درصد از آن ها (۳-۶ واحد) بطور میانگین ۴ خانه بهداشت را بشیوه ی آمار
 تصادفی و سیستماتیک انتخاب نمائید:

گام اول: لیست نمودن تمامی ۲۸ خانه بهداشت از دورترین به نزدیک ترین

و یا بلعکس و یا بر حسب دهستان و یا بخش

گام دوم: تعیین فاصله نمونه گیری:

$$\text{فاصله نمونه گیری } = \frac{\text{تعداد کل واحدهای مورد نظر (موجود)}}{\text{حجم نمونه}} = \frac{28}{4} = 7$$

اگر نتیجه فاصله نمونه گیری به اعداد محاسبه گردید مثل ۷/۴ و یا ۶/۶ اعداد ۷ و ۶
 انتخاب خواهد شد.

گام سوم: انتخاب یک عدد در فاصله عدد یک و عدد ۷ به روش تصادفی «از اعداد
 سمت راست اسکناس و یا از جدول اعداد تصادفی»؛ بدیهی است صفر و اعداد بزرگ
 تر از ۷ در این انتخاب مردود خواهند شد.

در این مثال از روی عدد سمت راست اسکناس عدد ۵ بطور تصادفی انتخاب گردید:

$$\frac{5}{23} 6375065$$

گام چهارم: اولین خانه بهداشت در فهرست شماره ۵ قرار دارد.

گام پنجم: تعیین دومین خانه بهداشت

$$۱۲ \rightarrow ۷ + ۵ \rightarrow \text{فاصله نمونه گیری} + \text{اولین عدد تصادفی}$$

انتخاب دومین خانه بهداشت در لیست

گاه ششم: انتخاب سومین خانه بهداشت

$$۱۹ \rightarrow ۷ + ۱۲ \rightarrow \text{فاصله نمونه گیری} + \text{انتخاب شماره دومین نمونه}$$

تعیین سومین خانه بهداشت در لیست

گام هفتم: انتخاب چهارمین خانه بهداشت

$$۲۶ \rightarrow ۷ + ۱۹ \rightarrow \text{فاصله نمونه گیری} + \text{انتخاب شماره سومین نمونه}$$

انتخاب چهارمین خانه بهداشت در لیست

بدینسان از ۲۸ خانه بهداشت لیست شده، شماره های ۵، ۱۲، ۱۹ و ۲۶ برای پایش استاندارد انتخاب شده اند.

تمرین:

تعداد ۱۰-۲۰ درصد از ۱۴ واحد مستقر در سطح میانی، نمونه ها را به روش آمار تصادفی و به شیوه سیستماتیک «منظم» انتخاب نموده و موارد نقطه چین را تکمیل نمایید.

گام اول:

حجم نمونه ها → (۲۰٪ تا ۱۰٪) × (۱۴) تعداد کل واحدها → فهرست

کردن اسامی واحدهای محیطی از دور به نزدیک و یا برحسب دهستان و یا بخش

گام دوم:

..... فاصله نمونه گیری → $\frac{\text{تعداد کل واحدها.....}}{\text{حجم نمونه مورد نظر.....}}$

گام سوم: انتخاب یک عدد در فاصله بیشتر از صفر تا حداکثر در فاصله رقم عدد تصادفی (از روی اسکناس یا جدول اعداد تصادفی)

انتخاب نمونه اول → انتخاب عدد تصادفی → (گام چهارم

انتخاب نمونه دوم → فاصله نمونه گیری + اولین عدد تصادفی (گام پنجم

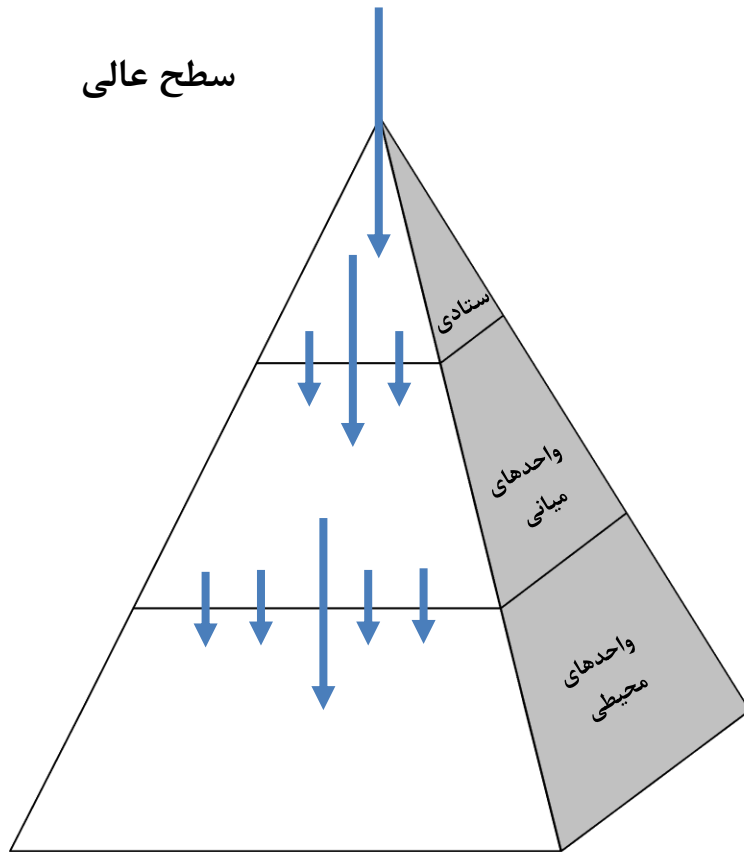
انتخاب نمونه سوم → فاصله نمونه گیری + نمونه دوم (گام ششم

انتخاب نمونه چهارم → فاصله نمونه گیری + نمونه سوم (گام هفتم

↓

و ادامه آن به همین ترتیب

روند چگونگی نسبت دفعات پایش استاندارد در سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت



آشنایی مختصر به اهداف سازمان بهداشت جهانی طی سال های ۱۹۸۰ تا ۲۰۳۰ (۱۴۰۹-۱۳۵۹ خورشیدی) در یک نگاه:

۱- سازمان بهداشت جهانی (WHO) طی سال های (۱۹۷۹-۱۹۸۰ میلادی) طرح مهم؛ مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) Primary Health Care را در سطح جهان مطرح نمود و هدف کلی خود را تحت عنوان؛ بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی عنوان نمود و اقدام های اساسی زیر را سرلوحه کار این برنامه قرار داد:

۱-۱- تأمین آب آشامیدنی سالم

۱-۲- دفع بهداشتی مدفوع

۱-۳- واکسیناسیون علیه ۶ بیماری (کزاز، دیفتیری، سیاه سرفه، فلج اطفال، سرخک و سل)

۱-۴- دسترسی به مراقبت های اولیه درمانی و تأمین حداقل ۲۰ قلم داروهای اساسی

۱-۵- پیشگیری از بیماری های شایع و بومی و نیز کنترل آن ها

۱-۶- آموزش جامعه

۱-۷- تغذیه مناسب

۱-۸- سلامت مادران و کودکان

که طی سال‌ها بعد برنامه‌های دیگر نیز از جمله بهداشت روان به این مجموعه اضافه گردید.

۲- در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۰ میلادی اهداف آرمانی دیگری برای ۱۵ سال آتی تا سال ۲۰۱۵ میلادی طراحی و به تصویب کشورهای عضو رسید و به نام؛ اهداف توسعه هزاره Millennium Development Goal (MDG) معرفی شد. در این برنامه هشت هدف کلی و اساسی مطرح و به شرح زیر مورد توجه قرار گرفت.

۲-۱- ریشه کنی فقر و گرسنگی

۲-۲- افزایش میزان مشارکت برای آموزش در سطح ابتدایی

۲-۳- حذف نابرابری‌های جنسیتی

۲-۴- کاهش مرگ و میر کودکان

۲-۵- ارتقاء سلامت مادران

۲-۶- مبارزه با AIDS/HIV، سل، مالاریا و دیگر بیماری‌های عفونی

۲-۷- حفاظت از محیط زیست

۲-۸- مشارکت جامعه برای توسعه

۳- طی سال‌های ۲۰۱۶-۲۰۱۵ اهداف آرمانی دیگر برای ۱۵ سال آینده یعنی تا سال ۲۰۳۰ میلادی به تصویب ۱۹۴ کشور عضو سازمان بهداشت جهانی (WHO) رسید و

به استمرار اهداف توسعه هزاره (SDG) Sustainable Development Goal

نام گذاری و معرفی شد، و به ۱۸ مورد به شرح زیر افزایش یافت.

۳-۱- پایان دادن به فقر در همه ابعاد و به هر شکل ممکن

۳-۲- پایان دادن به گرسنگی و ایجاد امنیت غذایی و بهبود تغذیه و استمرار در تولید

محصولات کشاورزی

۳-۳- اطمینان از سلامت زندگی و ارتقاء آن برای تمام گروه های سنی

۳-۴- اطمینان فراگیر و منصفانه تحصیل و ارتقاء آن در دراز مدت برای فرصت های

آموزشی برابر برای همگان

۳-۵- تحقق بخشیدن برابری جنسیتی و توانمند سازی تمامی زنان و دختران

۳-۶- اطمینان برای دسترسی و استمرار بخشیدن به مدیریت کنترل آب و سیستم

فاضلاب برای همه

۳-۷- اطمینان به منظور تهیه و استمرار دسترسی به انرژی پاک به شکل نوین و

مدرن برای همه

۳-۸- تقویت و ارتقای فراگیر رشد اقتصادی به طور مستمر و افزایش ثروت در جهت

بالابری تولیدات و محصولات مختلف و ایجاد مشاغل آبرومند

۳-۹- بهبود در ساختارهای زیربنایی و ارتقاء فراگیر و مستمر به سوی صنعتی شدن

همراه با نوآوری های جدید

۳-۱۰- کاهش نابرابری های محدود کننده در بین ملل مختلف در سطح جهان

۳-۱۱- ایجاد شهرهای جدید با توسعه هرچه بیشتر اماکن، در سطح گسترده و به

طور مستمر

۳-۱۲- اطمینان از چگونگی مصرف بهینه و پایداری طرح های تولیدی

۳-۱۳- فوریت بخشیدن و مبارزه با تغییرات اقلیمی و برخورد مناسب با آن

۳-۱۴- حفظ و حراست مستمر در نحوه درست استفاده از اقیانوس ها، دریاها و منابع

دریائی در جهت توسعه پایدار

۳-۱۵- حراست و اعاده و ارتقاء مستمر اکوسیستم در این کره خاکی، اداره و حفظ

جنگل ها، کویرزدائی، جلوگیری از فرسایش خاک، حفظ و حراست و جلوگیری از

انقراض گونه های مختلف گیاهان و جانوران.

۳-۱۶- افزایش مسالمت آمیز شرایط مناسب اجتماعی بصورت گسترده و تحقق

همبستگی و ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی به عدالت برای همه از طریق نهادها

و سازمان های پاسخگو

۳-۱۷- تحکیم و تقویت در جهت توانمندی و دوباره سازی یک زندگی مناسب و

مشارکت جهانی در برنامه های توسعه پایدار

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

و به طور خلاصه:



PHC

بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی → با هدف → در سال ۱۹۸۰-۱۹۷۹ میلادی (۱)
مراقبت اولیه بهداشتی

MDG

تحقق بخشیدن به ۸ هدف کلی تا سال ۲۰۱۵ میلادی → با هدف → در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۰ میلادی (۲)
اهداف توسعه هزاره

SDG

→ با هدف → در سال ۲۰۱۶-۲۰۱۵ میلادی (۳)
استمرار اهداف توسعه هزاره

دسترسی به ۱۷ هدف کلی تا سال ۲۰۳۰ میلادی که توسط ۱۹۴ کشور عضو WHO از جمله ایران به
تصویب رسیده است

براساس توصیه سازمان بهداشت جهانی (WHO) 100Core Health Indicators 2015-

WHO) مراحل توزیع و تفکیک و تدارک منابع و نیز مراحل رسیدن به شاخص های

عمده و اساسی سلامت را به شرح زیر مورد تاکید قرار داده است



← ادامه در صفحه بعد

^۱ - Gross Demostic Product

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت



شاخص های سلامت توصیه شده سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷ در سطح جهان، منطقه مدیترانه

شرقی (EMRO) و ایران

ردیف	شرح شاخص	نحوه محاسبه شاخص = تعریف شاخص	شاخص در سطح (سال گزارش)			توانایی انجام ارزشیابی در سطوح
			جهانی	EMRO	ایران	
			کشور	استان	شهرستان	
۱	امید زندگی در بدو تولد Life expectancy at birth (years)	متوسط سال هائی که انتظار می رود یک فرد از بدو تولد تا سالمندی زنده بماند: روش محاسبه از جداول طول عمر در هر گروه سنی (سلامت کامل مورد انتظار در تمامی سنین + سلامتی که در اثر اجرای برنامه های بهداشتی تحقق می یابد)	(۲۰۱۵) ۷۱/۴	(۲۰۱۵) ۶۸/۸	(۲۰۱۵) ۷۵/۵	* *
۲	امید زندگی سالم در بدو تولد Healthy life expectancy at birth (years)	سال هائی که انتظار می رود انسان با سلامت کامل بدون بیماری و یا معلولیت زندگی نماید	(۲۰۱۵) ۶۳/۱	(۲۰۱۵) ۶۰/۱	(۲۰۱۵) ۶۶/۱	* *
۳	نسبت مرگ و میر مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان به موالید زنده	تعداد مرگ و میر مادران به دلیل عوارض بارداری موالید زنده $\times 100.000$	(۲۰۱۵) ۲۱۶	(۲۰۱۵) ۱۶۶	(۲۰۱۵) ۲۵	* * *
۴	جمعیت	آخرین سرشماری عمومی + ماخذ WHO و بانک جهانی	(۲۰۱۵) به هزار	(۲۰۱۵) به هزار	(۲۰۱۵) به هزار	* * *

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

			۷۹۱۰۹	۶۴۳۷۸۴	۷۳۱۳۰۱۵	(WB)	
*	*	*	(۲۰۰۶) ۲۰۱۴ ۹۶	(۲۰۰۶) ۲۰۱۴ ۶۷	(۲۰۰۶) ۲۰۱۴ ۷۳	تعداد متولدین مراقبت شده بهداشتی توسط تیم سلامت در یک سال <hr/> تعداد کل متولدین در همان سال × 100	درصد متولدین مراقبت شده بهداشتی توسط تیم سلامت
*	*	*	(۲۰۱۵) ۱۵/۵	(۲۰۱۵) ۵۲	(۲۰۱۵) ۴۲/۵	تعداد مرگ و میر زیر پنج سال در یک سال <hr/> تعداد کل موالید زنده در همان سال × 1000	میزان مرگ و میر زیر پنج سال
*	*	*	(۲۰۱۵) ۹/۵	(۲۰۱۵) ۲۶/۶	(۲۰۱۵) ۱۹/۲	تعداد مرگ و میر نوزادان تا 28 روز اول زندگی در یک سال کل موالید زنده در همان سال × 1000	میزان مرگ و میر نوزادی
*	*	*	(۲۰۰۵) - (۲۰۱۵) ۶۸/۶	(۲۰۰۵) - (۲۰۱۵) ۵۸/۴	(۲۰۰۵) - (۲۰۱۵) ۷۶	کل زنان همسر دار واجد شرایط سلامت باروری که قادر به استفاده از وسایل مدرن پیشگیری اند در یک سال <hr/> جمعیت کل زنان همسر دار در همان سال × 100	درصد زنان همسر دار که از وسایل مدرن پیشگیری از حاملگی بهره می جویند
*	*	*	(۲۰۱۳) ۳۲/۱	(۲۰۱۳) ۱۹/۹	(۲۰۱۳) ۱۷/۴	تعداد مرگ و میر حوادث جاده ای در یک سال <hr/> جمعیت کل آن منطقه در همان سال × 100.000	میزان مرگ و میر ناشی از حوادث جاده ای
*	*	*	(۲۰۱۴) ۰/۱	(۲۰۱۴) ۰/۱	(۲۰۱۴) ۰/۵	تعداد عفونت های جدید در میان بانوان 14 - 49 سال در یک سال <hr/> به کل جمعیت غیر عفونی × 1000	عفونت HIV در میان بانوان ۱۴-۴۹ سال
*	*	*	(۲۰۱۵) ۱	(۲۰۱۵) ۰/۷	(۲۰۱۵) ۶/۳	مصرف الکل بر حسب لیتر در افراد بالای ۱۵ سال در یک سال در یک جمعیت مشخص	برآورد کلی سرانه مصرف الکل به لیتر

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

							در گروه سنی بیش از ۱۵ سال	
*	*	*	(۲۰۱۲) ۵/۳	(۲۰۱۲) ۴/۸	(۲۰۱۲) ۱۱/۴	تعداد مرگ و میر ناشی از خودکشی در یک سال <u>کل جمعیت در همان سال</u> $\times 100.000$	میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی	۱۲
*	*	*	(۲۰۱۲) ۱۷/۳	(۲۰۱۲) ۲۰/۸	(۲۰۱۲) ۱۹/۴	احتمال مرگ و میر ناشی از بیماری های قلب و عروق، سرطان، دیابت، بیماری های کلیوی و بیماری های مزمن ریوی در بین سنین ۳۰-۷۰ سال \times جمعیت کل گروه سنی ۳۰-۷۰ سال در همان سال 100	درصد احتمال مرگ و میر ناشسی از هریک از بیماری های قلب و عروق، سرطان، دیابت، بیماری های کلیوی و بیماری های مزمن ریوی بین ۳۰-۷۰	۱۳
*	*	*	(۲۰۱۴) ۹۹٪	(۲۰۱۴) ۸۳٪	(۲۰۱۴) ۸۲٪	تعداد کودکان زیر یکسال که سه نوبت واکسن هپاتیت B را دریافت کرده اند <u>جمعیت کل کودکان زیر یک سال</u> در همان سال $\times 100$	درصد کودکان زیر یک سال که سه نوبت واکسن هپاتیت B را دریافت کرده اند	۱۴
*	*	*	(۲۰۱۳) <۰/۱	(۲۰۱۳) ۲۰/۱	(۲۰۱۳) ۹۸/۶	تعداد موارد جدید مالاریا در یک سال <u>کل جمعیت در معرض خطر در</u> همان سال $\times 1000$	بروز مالاریا در جمعیت در معرض خطر	۱۵
*	*	*	(۲۰۱۴) ۲۲	(۲۰۱۴) ۱۱۷	(۲۰۱۴) ۱۳۳	موارد جدید سل در یک سال <u>کل جمعیت در همان سال</u> $\times 100.000$	بروز سل	۱۶

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

*	*	*	(۲۰۱۲) ۳۵/۳	(۲۰۱۲) ۵۹/۳	(۲۰۱۲) ۹۱/۷	تعداد مرگ و میر ناشی از استنشاق هوای آلوده در محیط خانواده در یک سال <u>کل جمعیت در</u> همان سال $\times 100.000$	میزان مرگ و میر ناشی از تنفس هوای آلوده در محیط خانواده	۱۷
*	*	*	(۲۰۱۲) ۰/۹	(۲۰۱۲) ۱۳/۱	(۲۰۱۲) ۱۲/۴	تعداد مرگ و میر ناشی از استفاده از مواد شوینده ناسالم و خطر آفرین <u>در یک سال</u> کل جمعیت در همان سال $\times 100.000$	میزان مرگ و میر ناشی از قرار گرفتن اشخاص در معرض مواد شوینده ناسالم و خطر آفرین	۱۸
*	*	*	(۲۰۱۲) ۲/۵	(۲۰۱۲) ۳/۵	(۲۰۱۲) ۲/۷	تعداد مرگ و میر ناشی از مسمومیت های غیر عمدی <u>در یک سال</u> کل جمعیت در همان سال $\times 100.000$	میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت های غیر عمدی	۱۹
*	*		(۲۰۱۵) مردان ۲۱/۵ زنان ۰/۷	در دسترس نیست	در دسترس نیست	انطباق و استاندارد کردن شیوع در گروه سنی و جنسی در مناطق مختلف (برای روش استاندارد کردن سن به کتاب های آمار زیستی مراجعه کنید)	سن استاندارد شده درصد شیوع سوء مصرف سیگار در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر	۲۰
*	*	*	۲۰۰۵) - (۲۰۱۳) ۲۳	۲۰۰۵) - (۲۰۱۳) ۱۸/۹	۲۰۰۵) - (۲۰۱۳) ۲۵	تعداد افراد جامعه که از مهارت حرفه ای سلامت برخوردارند <u>در یک سال</u> کل جمعیت در همان سال $\times 100.000$	مهارت کسب شده حرفه ای سلامت در جامعه	۲۱

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

*	*	*	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ ۴	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ ۹/۲	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ ۷/۴	تعداد کودکان زیر پنج سال با کوتاهی قد کمتر از دو انحراف انحراف معیار ($-2SD$) با توجه به رشد استاندارد WHO در یک سال <hr/> کل کودکان زیر پنج سال در همان سال $\times 100$	درصد شیوع کوتاهی قد (Stunting) در کودکان زیر پنج سال	۲۲
*	*	*	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ ۴	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ ۹/۲	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ ۷/۴	تعداد کودکان زیر پنج سال با محاسبه وزن به قد کمتر از 2 انحراف معیار ($< 2SD$) برحسب چارت رشد WHO در یک سال <hr/> کل کودکان زیر پنج سال در همان سال $\times 100$	درصد شیوع کاهش وزن در کودکان زیر پنج سال (Wasting)	۲ ۳
*	*	*	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ گزارش نشده و یا اطلاعات در دسترس نمی باشد	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ ۶/۹	۲۰۰۵) - (۲۰۱۵ ۶/۲	تعداد کودکان زیر پنج سال با محاسبه وزن به قدر بیشتر از 2 انحراف معیار ($> +2SD$) برحسب چارت WHO در یکسال <hr/> کل کودکان زیر پنج سال در همان دوره $\times 100$	درصد شیوع افزایش وزن (Over weight) در کودکان زیر پنج سال	۲۴
*	*	*	(۲۰۱۵) ۹۶	(۲۰۱۵) ۹۱	(۲۰۱۵) ۹۱	تعداد نفراتی که در یک منطقه جغرافیائی و طی یک سال از آب آشامیدنی سالم بهره مند اند <hr/> کل جمعیت در همان سال $\times 100$	درصد جمعیتی که از آب آشامیدنی سالم استفاده می نمایند	۲ ۵

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

*	*	*	(۲۰۱۵) ۹۰	(۲۰۱۵) ۷۸	(۲۰۱۵) ۶۸	تعداد جمعیتی که از سیستم دفع فاضلاب بهداشتی بهره مند اند در یک سال و در یک منطقه <hr/> کل جمعیت در همان سال و همان منطقه $\times 100$	درصد جمعیتی که به سیستم دفع فاضلاب بهداشتی دسترسی دارند	۲۶
*	*	*	(۲۰۱۴) >۹۵	(۲۰۱۴) ۷۱	(۲۰۱۴) ۵۷	تعداد جمعیتی که از سوخت پاک و قابل اعتماد بهره می جویند در یک سال <hr/> کل جمعیت در همان سال $\times 100$	درصد جمعیتی که از سوخت پاک و قابل اعتماد استفاده می نمایند	۲ ۷
*	*	*	(۲۰۱۴) ۴۱/۱	(۲۰۱۴) ۶۲/۹	(۲۰۱۴) ۳۸/۴	اندازه گیری ادواری تراکم ذرات ریز در مناطق شهری بر حسب میکروگرم <u>بر مترمکعب $\mu g/M^3$ در یک سال</u> کل جمعیت شهری در همان سال	میانگین سالانه تراکم ذرات ریز در مناطق شهری بر حسب میکروگرم بر مترمکعب $\mu g/M^3$	۲ ۸
*	*	*	۲۰۱۱) - (۲۰۱۵ ۰/۱	۲۰۱۱) - (۲۰۱۵ ۰/۲	۲۰۱۱) - (۲۰۱۵ ۰/۲	تعداد مرگ و میر ناشی از بلاایای طبیعی در یک منطقه و در یک دوره خاص <hr/> تعداد کل جمعیت همان منطقه و همان دوره خاص $\times 100.000$	متوسط میزان مرگ و میر هنگام بروز بلاایای طبیعی	۲۹
*	*	*	(۲۰۱۲) ۴/۸	(۲۰۱۲) ۶/۸	(۲۰۱۲) ۶/۷	تعداد موارد آدم کشی (قتل نفس) در یک دوره و جمعیت خاص <hr/> کل جمعیت در همان دوره $\times 100.000$	میزان بروز قتل نفس	۳۰

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

*	*	*	۲۰۱۱)	۲۰۱۱)	۲۰۱۱)	تعداد موارد مرگ و میر ناشی از برخوردهای شدید و تعارض های اجتماعی در یک دوره خاص	برآورد موارد مرگ و میرهای ناشی از برخوردهای شدید و تعارض های اجتماعی	۳۱
			-	-	-			
			(۲۰۱۵	(۲۰۱۵	(۲۰۱۵			
			۱/۰	۱۹/۵	۲			
						کل جمعیت در آن منطقه و همان دوره		
						× 100.000		

شاخص های دیگر در سطح ملی (جمهوری اسلامی ایران) که دارای اهمیت هستند:

ردیف	شرح شاخص	فرمول و تفسیر آن
۱	میزان خام تولد Crude Birth Rate	$\frac{\text{تعداد موالید زنده در یک سال و در یک منطقه}}{\text{کل جمعیت در همان سال و همان منطقه}} \times 1000$
۲	میزان خام مرگ Crude Death Rate	$\frac{\text{تعداد کل موارد مرگ و میر در تمام گروه سنی و جنسی در یک سال و یک منطقه}}{\text{کل جمعیت در همان سال و همان منطقه}} \times 1000$
۳	رشد طبیعی جمعیت Growth Rate	$\frac{\text{میزان خام مرگ} - \text{میزان خام تولد}}{10} \text{ (برحسب درصد بیان می شود)}$
۴	میزان باروری عمومی General Fertility Rate (GFR)	$\frac{\text{تعداد کل موالید زنده در یک دوره معین}}{\text{جمعیت گروه سنی زنان در سن باروری 10 - 49 سال}} \times 1000$ (بدین مفهوم؛ به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر از زنان در سن باروری اعم از همسر دار و بدون همسر چه تعداد موالید زنده خواهیم داشت)
۵	میزان باروری اختصاصی Specific Fertility Rate (SFR)	$\frac{\text{تعداد کل موالید زنده در یک سال در هر یک از گروه های سنی از زنان در سنین باروری}}{\text{کل جمعیت همان گروه سنی در سنین باروری}} \times 1000$ (بدین معنا؛ در هر ۱۰۰۰ نفر از هر گروه سنی در سنین باروری چه تعداد موالید زنده خواهیم داشت)
۶	میزان باروری کلی Total Fertility Rate (TFR)	$\frac{5}{1000} \times \text{حاصل جمع میزان های باروری اختصاصی در تمامی گروه های سنی مختلف (در ایران هفت گروه)}$

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

<p>تعداد نوزادان وزن شده در بدو تولد که وزن آنان کمتر از 2500 گرم می باشد</p> $\frac{\text{تعداد کل نوزادان وزن شده در بدو تولد}}{2500} \times 100$	<p>درصد سوء تغذیه در بدو تولد Low Birth Weight (LBW)</p>	<p>۷</p>
<p>تعداد کودکان زیر یک سال (از بدو تولد تا 11 ماه 29 روز) در یک دوره خاص</p> $\frac{\text{تعداد کودکان زیر یک سال (از بدو تولد تا 11 ماه 29 روز) در یک دوره خاص}}{\text{کل جمعیت در همان دوره}} \times 100$	<p>درصد گروه سنی زیر یک سال در جمعیت</p>	<p>۸</p>
<p>تعداد کودکان زیر پنج سال (از بدو تولد تا 4 سال و 11 ماه و 29 روز) در یک دوره خاص</p> $\frac{\text{تعداد کودکان زیر پنج سال (از بدو تولد تا 4 سال و 11 ماه و 29 روز) در یک دوره خاص}}{\text{کل جمعیت در همان سال و همان منطقه}} \times 100$	<p>درصد گروه سنی زیر پنج سال در جمعیت</p>	<p>۹</p>
<p>مجموع زنان همسر دار در تمامی گروه های سنی (10 - 49 سال) در یک دوره خاص</p> $\frac{\text{مجموع زنان همسر دار در تمامی گروه های سنی (10 - 49 سال) در یک دوره خاص}}{\text{کل جمعیت در همان دوره خاص}} \times 100$	<p>درصد زنان همسر دار (۴۹- ۱۰ ساله) به کل جمعیت</p>	<p>۱۰</p>
<p>تعداد متولدین مرده به دنیا آمده در یک دوره خاص (یک سال)</p> $\frac{\text{تعداد متولدین مرده به دنیا آمده در یک دوره خاص (یک سال)}}{\text{کل زایمان های انجام یافته در همان دوره خاص}} \times 100$	<p>مرده زایی</p>	<p>۱۱</p>
<p>مجموع تعداد زنان همسر دار در تمامی گروه های سنی (10 - 49 سال)</p> $\frac{\text{مجموع تعداد زنان همسر دار در تمامی گروه های سنی (10 - 49 سال)}}{\text{تعداد کل جمعیت زنان در گروه سنی (10 - 49 سال)}} \times 100$	<p>درصد زنان همسر دار در تمامی گروه سنی (۴- ۱۰ سال) به جمعیت کلی زنان در این</p>	<p>۱۲</p>

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	گروه سنی	
<p>جمعیت های گروه سنی صفر تا 14 سال + جمعیت های گروه 65 سال و بالاتر در یک دوره خاص</p> <hr/> <p>جمعیت های گروه سنی 15 تا 64 سال در همان دوره خاص</p> <p>$\times 100$</p>	نسبت سربازی	۱۳
<p>میزان تجدید نسل ناخالص</p> <p>Gross Reproduction Rate</p> <p>تعداد متولدین دختر - میزان باروری کلی (TFR) در یک دوره خاص</p> <hr/> <p>تعداد کل موالید زنده در همان دوره خاص</p> <p>$\times K$</p> <p>(متوسط تعداد دخترانی که هر زن در طول بارداری خود به دنیا می آورد که خود مولد زایش بعدی است)</p>	میزان تجدید نسل ناخالص	۱۴
<p>نسبت جنسیتی متولدین</p> <p>$\times 100$</p> <p>تعداد متولدین پسر</p> <hr/> <p>تعداد متولدین دختر</p> <p>(و این بدان معنی است که در مقابل ۱۰۰ متولد دختر چند نوزاد پسر متولد می شود)</p>	نسبت جنسیتی متولدین	۱۵
<p>نسبت جنسیتی مردان به زنان</p> <p>تعداد کل مردان در تمامی گروه های سنی (مجموع مردان) در یک دوره خاص</p> <hr/> <p>تعداد کل زنان در تمامی گروه های سنی (مجموع زنان) در همان دوره خاص</p> <p>$\times 100$</p>	نسبت جنسیتی مردان به زنان	۱۶
<p>درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال</p> <p>$\times 100$</p> <p>جمعیت گروه سنی زیر ۱۵ سال (از بدو تولد تا ۱۴ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز)</p> <hr/> <p>کل جمعیت در همان دوره خاص</p>	درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال	۱۷
<p>درصد گروه سنی بالاتر</p> <p>$\times 100$</p> <p>جمعیت گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر از آن در یک دوره خاص</p> <hr/> <p>کل جمعیت در همان دوره خاص</p>	درصد گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر	۱۸
<p>درصد زنان شوهردار</p> <p>$\times 100$</p> <p>جمعیت زنان شوهردار گروه سنی ۴۹ - ۱۰ سال بدون فرزند در یک دوره خاص</p> <hr/> <p>کل جمعیت گروه سنی زنان شوهردار ۴۹ - ۱۰ ساله</p>	درصد زنان شوهردار	۱۹

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	۱۰ سال بدون فرزند	
$\frac{\text{جمعیت زنان شوهردار گروه سنی } 49 - 10 \text{ سال دارای یک فرزند در دوره خاص}}{\text{کل جمعیت گروه سنی زنان شوهردار } 49 - 10 \text{ ساله در همان دوره خاص}} \times 100$	درصد زنان شوهردار ۴۹- ۱۰ ساله تک فرزند	۲۰
$\frac{\text{تعداد زایمان های به روش سزارین در بیمارستان در یک دوره خاص}}{\text{تعداد کل زایمان های انجام یافته در بیمارستان}} \times 100$	درصد زایمان های به روش سزارین	۲۱
$\frac{\text{تعداد مرگ و میر نوزادان تا 28 روز به علت نارسایی در یک دوره خاص}}{\text{تعداد کل موالید زنده در همان دوره}} \times 100$	درصد مرگ و میر نوزادان به علت نارسایی (Prematurit y) (تولد قبل از هفته ۳۷ حاملگی)	۲۲
$\frac{\text{تعداد کودکانی که از بدو تولد تا 6 ماهگی انحصاراً از شیر مادر تغذیه کرده اند در یک دوره خاص}}{\text{کل تعداد کودکان 6 ماهه در این دوره خاص}} \times 100$	درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی	۲۳
$\frac{\text{کل جمعیت به تفکیک شهری و روستایی و یا مجموع آن ها در دوره زمانی خاص}}{\text{کل خانوار در همان منطقه و همان دوره}}$	بعد خانوار	۲۴
$\frac{\text{کل جمعیت در یک محدوده جغرافیائی (معمولاً شهرستان و یا استان) به وسعت آن منطقه جغرافیائی به } Km^2}$	پراکنندگی جمعیت یا تراکم جمعیت	۲۵

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

<p>(بدیهی است هر چقدر پراکندگی جمعیت کمتر باشد ارائه خدمات سلامت مشکل تر خواهد بود (به علت پراکندگی جمعیت))</p>		
<p>تعداد جمعیت باسواد 6 ساله و سنین بالاتر در یک دوره خاص</p> $\frac{\text{تعداد جمعیت باسواد 6 ساله و سنین بالاتر در یک دوره خاص}}{\text{کل جمعیت 6 ساله و بیشتر از آن در همان دوره}} \times 100$	<p>میزان سواد در جمعیت بالای 6 سال (تعریف مرکز آمار ایران)</p>	<p>۲۶</p>
<p>تعداد معلولین بر حسب نوع معلولیت در یک دوره خاص</p> $\frac{\text{تعداد معلولین بر حسب نوع معلولیت در یک دوره خاص}}{\text{کل جمعیت معلول (جسمی و ذهنی) در همان دوره}} \times 1000$ <p>اولویت معلولیت های ایران: نابینایی، ناشنوایی، اختلال در گفتار و صدا، قطع دست، نقص دست، قطع پا، نقص تنه و اختلال های ذهنی</p>	<p>درصد معلولیت (جسمی و ذهنی)</p>	<p>۲۷</p>
<p>تعداد کل تخت های روانپزشکی در یک دوره خاص (استان و یا کشور)</p> $\frac{\text{تعداد کل تخت های روانپزشکی در یک دوره خاص (استان و یا کشور)}}{\text{کل جمعیت (استان و یا کشور)}} \times 10.000$	<p>تعداد کل تخت های روانپزشکی به جمعیت</p>	<p>۲۸</p>
<p>موارد جدید بیماری های عفونی مهم (بومی، منطقه ای، کشوری) در یک دوره خاص</p> $\frac{\text{موارد جدید بیماری های عفونی مهم (بومی، منطقه ای، کشوری) در یک دوره خاص}}{\text{کل جمعیت در معرض خطر در همان دوره}} \times 100.000$	<p>میزان بروز بیماری های عفونی مهم (بومی، منطقه ای، کشوری)</p>	<p>۲۹</p>
<p>تعداد مرگ و میر ناشی از بروز طغیان و یا اپیدمی بیماری عفونی در یک منطقه و یک دوره خاص</p> $\frac{\text{تعداد مرگ و میر ناشی از بروز طغیان و یا اپیدمی بیماری عفونی در یک منطقه و یک دوره خاص}}{\text{کل جمعیت در معرض خطر به آن طغیان و یا اپیدمی در همان دوره}} \times K$	<p>میزان مرگ و میر در اثر طغیان و یا اپیدمی بیماری های عفونی</p>	<p>۳۰</p>

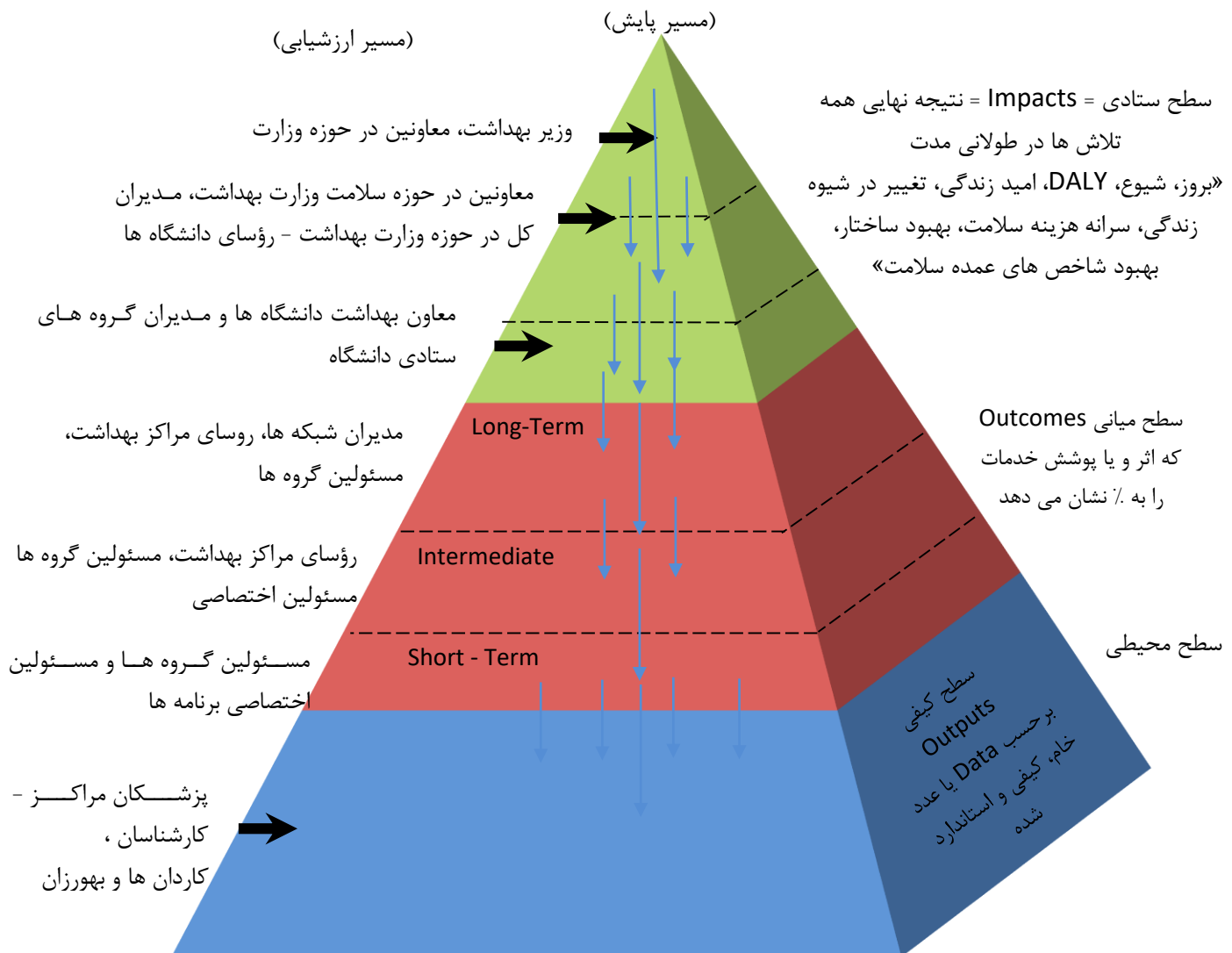
توجه مهم:

برای اطلاع از سایر شاخص ها در حوزه سلامت به انتشارات وزارت بهداشت مراجعه نمائید (شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران - چاپ اول ۱۳۸۸).

جمع بندی:

حدود مسئولیت واحدهای مختلف در حوزه وزارت بهداشت و درمان در چگونگی

پایش و ارزشیابی از سطوح ارائه خدمات سلامت



چگونه می توان روند شاخص های سلامت را طی چند سال در واحدهای مختلف و به سرعت مورد ارزشیابی قرار داد، بطوریکه برای خود و دیگر ناظرین در کمترین زمان ممکن قابل تحلیل بوده، از سادگی در عمل و قابلیت اجرا و ارزان بودن برخوردار باشد.



پاسخ: طرح پیشنهادی «سیمای سلامت» در سطح میانی و ستادی



کاربرد آن بسیار جامع و فراگیر است و نیز در صورت عدم حضور مسئولین در واحدها، در کوتاه ترین زمان ممکن و بسرعت برای ناظرین و بازدیدکنندگان گویا بوده و نیز مفاد آن برای دیگر کارشناسان قابل ارزشیابی است و تحلیل آن ساده خواهد بود.

این طرح و الگو برای تمامی کارکنان در سطوح مختلف به جز برای بهورزان در خانه های بهداشت که خود دارای زیج حیاتی اند، کاربرد علمی و فنی خواهد داشت.



** طرح پیشنهادی «سیمای سلامت» در سطح میانی و ستادی

نام واحد: شبکه شهرستان / دانشگاه / دانشکده طی سال های تا

ردیف	سال														شاخص های عمده و اساسی سلامت (دیدگاه جهانی، ملی، استانی و محلی)	
	۱۴۰۱		۱۴۰۰		۹۹		۹۸		۹۷		۹۶		۹۵			
۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	۳	۲	۱	
۲																
۳																
۴																

توجه مهم:

۱- ثبت شاخص های اساسی، حساس و عمده

۲- سال ۹۵ سال مبنا است.

۳- شاخص های کمتر از هدف مورد نظر با اعداد قرمز و شاخص های در حد هدف و بالاتر با رنگ آبی و یا مشکی قید خواهد شد.

۴- سیمای سلامت در سطح مدیران شبکه و روسای مرکز بهداشت شهرستان ها و مدیران گروه در ستاد استان، به جای تحلیل چهار ماهه، در هر ۶ ماه آنالیز می گردد.
(هر سال به دو ستون ۱ و ۲ تقسیم می گردد)

۵- آنالیز سیمای سلامت در سطح بالاتر از مدیران گروه در ستاد دانشگاه، سالیانه خواهد بود.

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

راهنمای کاربرد طرح پیشنهادی توزیع سیمای سلامت در واحدهای مختلف در سطوح محیطی،

میانی و ستادی برحسب محدودیت های ارائه خدمات و زمان انجام پایش و ارزشیابی

ردیف	نام واحد	نام گذاری محل نصب «سیمای سلامت»	زمان پایش و ارزشیابی در
۱	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی «پزشک مرکز و کاردان»	*دانا ۱	هر ۳ ماه یکبار
۲	مرکز خدمات جامع سلامت شهری «مدیر مسئول»	دانا ۲	هر ۳ ماه یکبار
۳	مسئولین مستقیم هر برنامه در مراکز خدمات جامع سلامت شهری	دانا ۳	هر ۳ ماه یکبار
۴	مسئولین مستقیم هر برنامه در واحد ستادی شهرستان ها	دانا ۴	هر ۳ ماه یکبار
۵	رئیس مرکز بهداشت شهرستان و مدیر شبکه	دانا ۵	هر ۴ ماه یکبار و یا هر ۶ ماه یکبار
۶	کارشناسان مسئول در	دانا ۶	هر ۴ ماه یکبار

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

و یا هر ۶ ماه یکبار		ستاد استان	
هر ۶ ماه یکبار	دانا ۷	مدیران گروه در واحد ستاد استان	۷
سالانه	دانا ۸	در حوزه های مختلف معاونت بهداشت استان	۸
سالانه	دانا ۹	ریاست دانشگاه	۹
<p>با عنایت به محدودیت های شاخص های عمده و اساسی مرتبط با هریک از سطوح ارائه خدمات: شاخص های مورد نظر را تعیین کنید.</p> <p>*دانا بر گرفته شده از دو حرف اول داریوش (دا) و دو حرف ناصری نژاد (نا) می باشد</p>			۱۰

مجموعه شاخص های اساسی و پایه (Core information) و نحوه گزینش آن جهت درج در سیمای سلامت در واحدهای مختلف در سطوح محیطی، میانی و ستادی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان و در سطح کشوری

چگونگی انتخاب و گزینش در واحدهای تابعه به منظور درج در سیمای سلامت									شرح شاخص های اساسی و پایه (برحسب سطح، Impacts, Outcomes, Outputs محل مرجع را خود تعیین کنید)	ردیف
رئیس دانشگاه	معاون بهداشت دانشگاه	معاون فنی معاونت بهداشت استان	مدیران گروه ستاد استان	کارشناسان مسئول ستاد استان	رئیس شبکه بهداشت و درمان	رئیس مرکز بهداشت	کارشناسان مسئول شهرستان	مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی		
									میزان مرگ و میر نوزادی به ازاء ۱۰۰۰ تولد زنده	۱
									میزان مرگ و میر زیر یک سال به ازاء ۱۰۰۰ تولد زنده	۲
									میزان مرگ و میر زیر پنج سال به ازاء ۱۰۰۰ تولد زنده	۳
									نسبت مرگ و میر مادران به علت عوارض بارداری و زایمان به ازاء ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده	۴
									میزان مرگ و میر نوزادی به علت نارسایی در ازاء ۱۰۰۰ تولد زنده	۵
									میزان مرگ و میر ناشی از بیماری قلب و عروق در بیماران بستری و یا تحت مراقبت	۶
									میزان مرگ و میر ناشی از حوادث جاده ای	۷
									میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی سالیانه به ازاء	۸

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

										۱۰۰,۰۰۰ نفر در جمعیت در معرض خطر	
										بروز مرگ و میر ناشی از حوادث غیر مترقبه و بلایا در ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر	۹
										میزان بروز مرگ و میر ناشی از طغیان و یا اپیدمی بیماری های واگیر در جمعیت در معرض خطر	۱۰
										میزان بروز مرگ و میر در کارگاه ها و کارخانجات به دلیل حوادث کار به ازاء ۱۰۰,۰۰۰ نفر	۱۱
										میزان بروز حوادث خانگی منجر به مرگ در کودکان زیر ۵ سال	۱۲
										میزان بروز مرگ و میر ناشی از CCHF در ۱۰,۰۰۰ مورد مثبت	۱۳
										میزان بروز مرگ ناشی از هار گزیدگی در ۱۰,۰۰۰ مورد حیوان گزیدگی	۱۴
										میزان بروز مرگ و میر ناشی از سل به ازاء ۱۰۰,۰۰۰ سل ریوی و غیر ریوی	۱۵
										بروز مرگ ناشی از اسهال در گروه سنی زیر ۱۵ سال	۱۶
										بروز مرگ و میر ناشی از اسهال در گروه سنی بالای ۱۵ سال	۱۷
										شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال	۱۸
										شیوع دیابت در افراد زیر ۳۰ سال	۱۹
										شیوع فشار خون بالا در افراد بالای ۳۰ سال	۲۰

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

										میزان خام موارد شناسائی شده سرطان جدید در یک سال در جمعیت در معرض خطر	۲۱
										شیوع اختلالات روانی در گروه سنی بالای ۱۵ سال	۲۲
										شیوع چاقی در گروه سنی بالای ۱۵ سال	۲۳
										بروز بیماری های شغلی ناتوان کننده دائمی در یک سال به ازاء ۱۰,۰۰۰ نفر شاغل	۲۴
										شیوع تالاسمی ماژور در گروه سنی زیر ۵ سال	۲۵
										شیوع HBSAg+ در گروه زنان باردار	۲۶
										شیوع HIV+ در گروه زنان باردار	۲۷
										شیوع HIV+ در کودکان زیر یک سال	۲۸
										شیوع صرع در گروه سنی ۱۰ سال	۲۹
										شیوع سوء مصرف مواد (الکل، دخانیات، مواد مخدر) در زنان باردار	۳۰
										درصد تغذیه با شیر مادر به طور انحصاری تا ۶ ماه (۵-۰ ماهگی)	۳۱
										شروع تغذیه نوزادان از شیر مادر در فاصله ۱ ساعت بعد از تولد	۳۲
										شیوع اختلالات بینائی در گروه سنی زیر ۱۵ سال	۳۳
										شیوع اختلالات شنوائی در گروه سنی زیر ۳۰ سال	۳۴
										شیوع اختلالات اسکلتی در گروه زیر ۱۵ سال	۳۵

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

										شیوع آنمی فقر آهن در گروه زیر ۱۵ سال	۳۶
										بروز سرخک تأیید شده آزمایشگاهی به ازاء ۱۰۰,۰۰۰ کودک واکسینه شده زیر یک سال	۳۷
										بروز جدید تب مالت در گروه سنی زیر ۱۵ سال	۳۸
										بروز جدید تب مالت در گروه سنی بالای ۱۵ سال	۳۹
										شیوع سالیانه سرطان پستان در جمعیت زنان بالای ۱۵ سال	۴۰
										شیوع سرطان دهانه رحم در جمعیت زنان	۴۱
										شیوع سالیانه سرطان ریه در جمعیت بالای ۱۵ سال	۴۲
										شیوع سرطان معده در جمعیت بالای ۱۵ سال	۴۳
										شیوع سرطان کولورکتال در جمعیت بالای ۱۵ سال	۴۴
										بروز سالک جلدی در جمعیت در معرض خطر	۴۵
										میزان بروز موارد جدید سل ریوی خلط مثبت در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر	۴۶
										شیوع هیپوتیروئیدی در گروه سنی زیر ۵ سال	۴۷
										شیوع فنیل کتونوریا در گروه سنی زیر ۵ سال	۴۸
										شیوع کمبود G6PD در کودکان زیر ۵ سال	۴۹
										شیوع سرطان دهانه رحم و سرویکس در گروه سنی بالای ۱۵ سال	۵۰
										شیوع اختلالات بیماری دهان و دندان در گروه سنی	۵۱

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

										زیر ۱۵ سال	
										شیوع لاغری در گروه سنی زیر ۱۵ سال و ۵ سال	۵۲
										شیوع کوتاهی قد در گروه سنی زیر ۱۵ سال و ۵ سال	۵۳
										شیوع سرطان پوست در گروه سنی بالای ۱۵ سال	۵۴
										شیوع افسردگی در گروه سنی بالای ۶۰ سال	۵۵
										بروز مالاریای بومی در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت	۵۶
										بروز مالاریای وارده به کل موارد جدید	۵۷
										شیوع آلودگی به شپش در جمعیت دانش آموزان دبستان	۵۸
										بروز بیماری های قابل پیشگیری با واکسن به جز سرخک در ۱۰۰,۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال	۵۹
										درصد زنان باردار در شرایط ویژه و اورژانسی که به موقع به مرکز تخصصی ارجاع شده اند	۶۰
										شیوع سقط در زنان باردار بازا ۱۰۰۰ بارداری	۶۱
										شیوع مرده زایی در زنان باردار بازا ۱۰۰۰ بارداری	۶۲
										درصد سزارین به کل زایمان های انجام شده در بیمارستان	۶۳
										درصد نوزادانی که در هنگام تولد از نظر کزاز ایمنی کامل دارند	۶۴
										شیوع زنان باردار با سابقه فشار خون	۶۵

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

										شیوع زنان باردار با سابقه دیابت	۶۶
										درصد زوجین که در برنامه آموزشی مهارت های زندگی حداقل ۲ جلسه شرکت کرده اند	۶۷
										شیوع چاقی در کودکان زیر ۵ سال	۶۸
										شیوع چاقی در زیر ۱۵ سال	۶۹
										درصد کودکان زیر ۱۵ سال که از نظر ویتامین D دچار کمبود اند	۷۰
										شیوع اختلالات روانی و رفتاری در کودکان زیر ۱۵ سال	۷۱
										میزان موفقیت کامل درمان سل	۷۲
										شیوع استئوپروز در گروه سنی بالای ۶۰ سال زن و مرد	۷۳
										شیوع عوامل زیان آور (از نظر فیزیکی، شیمیایی، ارگونومی) در کارگاه های تحت پوشش	۷۴
										شیوع اختلالات رشد در کودکان زیر ۵ سال	۷۵
										شیوع اختلالات رشد در کودکان زیر ۱۵ سال	۷۶
										درصد سوء تغذیه در بدو تولد LBW در ۱۰۰ موالید زنده	۷۷
										درصد مرگ نوزادی به علل صدمات زایمان در ۱۰۰۰ تولد زنده	۷۸
										درصد نوزادان غربالگری شده از نظر هیپوتیروئیدی به کل موالید زده	۷۹

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

										درصد غربالگری فنیل کتونوریا به کل موالید زنده	۸۰
										درصد غربالگری نوزادان از نظر G6PD به ازای ۱۰۰ تولد زده	۸۱
										درصد زردی نوزادی در ۱۰۰ تولد زنده	۸۲
										درصد مراقبت کامل مادران در زمان بارداری	۸۳
										درصد مراقبت کامل کودکان زیر یک سال	۸۴
										درصد مراقبت کامل کودکان در سال دوم زندگی	۸۵
										درصد مراقبت کامل دوران نوزادی	۸۶
										درصد مراقبت کامل پس از زایمان مادران	۸۷
										درصد انجام مشاوره بهداشت دوران بارداری (حداقل ۲ بار در طی بارداری)	۸۸
										درصد پوشش MMR در کودکان ۱۲-۱۳ ماهه	۸۹
										درصد پوشش هپاتیت نوبت سوم در کودکان زیر یک سال	۹۰
										درصد پوشش کامل ایمن سازی در ۱۲-۱۳ ماهگی	۹۱
										درصد زنان باردار که در دوران بارداری از مکمل های غذایی به طور کامل استفاده کرده اند	۹۲
										درصد خانوارهایی که از نمک ید دار استفاده کرده اند (در بررسی نمونه ای از خانوار)	۹۳
										شیوع آنمی فقر آهن در زنان باردار سه ماهه اول بارداری	۹۴

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

										درصد زنان باردار که تا پایان بارداری از اضافه وزن مطلوب برخوردار بوده اند	۹۵
										درصد زنان باردار که در شرایط ویژه قرار دارند و حداقل ۳ نوبت توسط پزشک ویزیت شده اند	۹۶
										شیوع اختلالات روانی شدید	۹۷
										درصد پوشش افرادی که دارای اختلالات شدید و خفیف روانی اند	۹۸
										تهیه تعداد نمونه خلط به ازاء ۱۰۰۰ جمعیت تحت پوشش در سال	۹۹
										مقدار نمک مصرفی = از جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته برحسب میزان سدیم کلراید در روز در هر فرد ≥ 18 سال برحسب گرم و براساس سن های استاندارد شده	۱۰۰
										شیوع خشونت علیه زنان و دختران در سنین ۱۵-۴۹ سال در اثر خشونت فیزیکی یا جنسی در ۱۲ ماه گذشته	۱۰۱
										درصد دسترسی به داروهای اساسی در مرکز و واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت «برحسب تعداد اقلام دارویی استاندارد در سطح ملی و یا جهانی»	۱۰۲
										درصد شکست درمان سل	۱۰۳
										درصد کودکان دوره دبستان که از نظر معاینات استاندارد سالیانه ویزیت شده اند	۱۰۴
										درصد بررسی شدگان گروه سنی بالای ۳۰ سال از نظر	۱۰۵

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

											ریسک فاکتورهای بیماری قلب و عروق	
											درصد بررسی شدگان گروه سنی بالای ۳۰ سال از نظر آزمایش پاراکلینیکی ویتامین C,D,E	۱۰۶
											درصد انجام معاینات بالینی و پاراکلینیکی از نظر پروستات در گروه ۳۰ سال به بالا	۱۰۷
											درصد انجام معاینات و آموزش به گروه زنان بالای ۱۵ سال در مورد معاینه پستان و تشخیص زودرس سرطان سینه	۱۰۸
											تشخیص آسم و COPD در گروه سنی بالای ۳۰ سال	۱۰۹
											درصد زنان باردار که طی دوران بارداری حداقل ۲ بار سونوگرافی شده اند	۱۱۰
											درصد زایمان های طبیعی در بیمارستان	۱۱۱
											درصد زایمان هایی که توسط فرد دوره ندیده انجام شده است	۱۱۲
											درصد زنان باردار که در سه ماهه اول بارداری آزمایش RH انجام داده اند	۱۱۳
											درصد مطلوبیت آب از نظر شیمیایی و میکروبی در مناطق شهری در یک سال	۱۱۴
											درصد مطلوبیت آب از نظر کلر سنجی و آزمایش میکروبی در مناطق روستایی	۱۱۵
											درصد دسترسی به توالت بهداشتی در مناطق روستایی و عشایری	۱۱۶

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

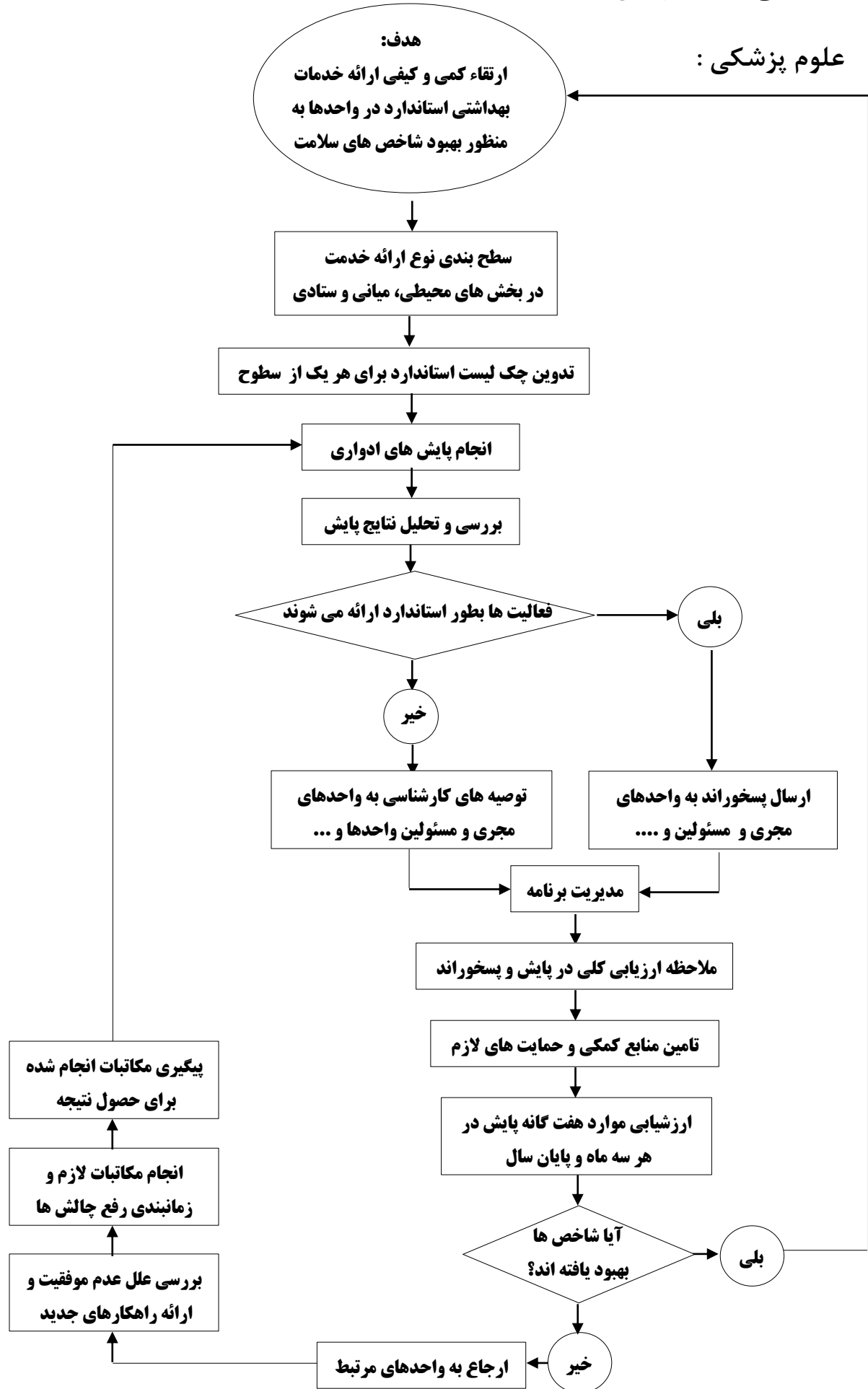
										درصد اماکن نامطلوب تعطیل شده به اماکن بازدید شده در یک سال	۱۱۷
										درصد دفن پسماندها و زباله در مناطق روستایی به روش استاندارد بهداشت محیط و رعایت قوانین زیست محیطی	۱۱۸
										درصد بیماران اعصاب روان که تحت نظر منظم پزشک قرار دارند	۱۱۹
										درصد بیماران اعصاب و روان که به طور کامل از داروهای تجویز شده استفاده می نمایند	۱۲۰
										درصد غیبت بیش از ۲ روز در کارگاه ها و کارخانجات به علت بیماری های شغلی	۱۲۱
										درصد مادرانی که BMI آنان زیر ۱۸/۵ می باشد و عوارض کمبود وزن دارند	۱۲۲
										درصد زنان همسر دار مشمول برنامه سلامت باروری که مشاوره پزشکی شده اند	۱۲۳
										درصد نمونه وزنی مواد غذایی معدوم شده فاسد به وزن کل مواد نمونه برداری شده	۱۲۴
										درصد بیمارستان هایی که دارای ضوابط استاندارد بهداشت محیط از نظر دفع زباله عفونی می باشند	۱۲۵
										درصد زوجین که در طول یک دوره یکساله به طور کامل از وسیله پیشگیری مطمئن از بارداری استفاده می نمایند	۱۲۶

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

										درصد سهم هزینه دولت به بخش بهداشت	۱۲۷
										درصد سهم استان از هزینه سلامت	۱۲۸
										متوسط هزینه سلامت برای یک نفر در سطح کشور	۱۲۹
										متوسط هزینه سلامت برای یک نفر در سطح استان	۱۳۰
										تعداد تخت های بیمارستانی - عمومی - تخصصی - روانی به ازاء ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت	۱۳۱
										دریافت کنندگان خدمات به ازاء ۱۰,۰۰۰ پزشک، دندانپزش، داروساز، پرستار، کارشناس و کاردان و ... دیگر واحدها	۱۳۲
										ارائه دهندگان خدمات به ازاء ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت (پزشک، دندانپزشک، داروساز، پرستار، ماما، کارشناس و کاردان)	۱۳۳
										و دیگر شاخص های WHO بویژه عوامل Suicide (خودکشی)	۱۳۴

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

چگونگی فرآیند پایش در حوزه های مختلف معاونت بهداشت دانشگاه های



مراحل تدوین یک چک لیست استاندارد (نمونه ی چک لیست پیشنهادی در

صفحه ۶۸ و ۶۹ آمده است)

هدف:

در کوتاه مدت اصلاح ساختار ارائه خدمات سلامت و در بلندمدت بهبود شاخص های

سلامت

۱- نکات اساسی در تدوین چک لیست استاندارد:

۱-۱- توسط تیم کارشناسی (با ترکیب مشاورین خبره، کارشناسان درگیر

برنامه، مسئولین مستقیم و مرتبط با موضوع و کارکنان محیطی که همواره

اعضاء کلیدی این تیم می باشند)

۱-۲- چک لیست های استاندارد باید برحسب سطوح ارائه خدمات، سطح بندی

شوند.

۱-۳- چک لیست های استاندارد برحسب گروه پایش کننده، باید تخصصی

باشد.

۱-۴- در هر سطح باید برحسب شرح وظایف و حدود مسئولیت کارکنان طراحی

شود.

۲- قبل از تدوین چک لیست استاندارد برای هر سطح و هریک از گروه های تخصصی

از کارکنان باید:

۲-۱- در هر سطح فرد مسئول ارائه خدمات را مشخص نمایید. (بهورز، کاردان،

کارشناس، پزشک)

۲-۲- شرح وظایف و حدود اختیارات را گردآوری کنید.

۲-۳- دستورالعمل، بخشنامه ها و کتابچه های راهنمای آموزشی مرتبط با این

افراد باید در دسترس قرار گیرد.

۲-۴- دوره های آموزشی آنان باید مدنظر قرار گیرد.

۳- میزان انتظارات از آنان را در جهت ارائه خدمات جامع سلامت با کمک تیم

کارشناسی لیست نمایید.

۴- لیست تمامی موارد مورد انتظار را در هفت گروه به شرح زیر تفکیک نمایید:

۴-۱- نیروی انسانی (ویژگی مورد نیاز، مدیریت و برنامه ریزی و...)

۴-۲- تجهیزات استاندارد (نوع و تعداد کالای مورد نیاز، نحوه نگهداری و ...)

۴-۳- سطح آگاهی (از بانک اطلاعات، شرح وظایف، دستورالعمل ها، بخشنامه

ها، کتابچه راهنما و دوره های کمک آموزشی اخیر)

۴-۴- سطح عملکرد (استاندارد بودن نوع فعالیت های عملی آنان)

۴-۵- انتقال دانش به جامعه و مشارکت جامعه در ارتقاء سلامت

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

۴-۶- ثبت دقیق، درست، بهنگام و کامل داده ها در سامانه نرم افزاری و در پرونده خانوار و فرم های آماری و وجود سامانه پیشگیری مطمئن برای پوشش خدمات در جامعه

۴-۷- گردآوری بموقع، طبقه بندی، تحلیل و اقدام در جهت بهبود ساختار (ارسال پس خوراند، برگزاری دوره های آموزشی، تأمین و تدارکات فنی، پایش های مستمر و...) و در نهایت بهبود شاخص های سلامت

۵- عنوان چک لیست:

بخش اول

۵-۱- نام دانشگاه / دانشکده

۵-۲- نام مرکز بهداشت استان / شهرستان

۵-۳- نام واحد پایش کننده

۵-۴- سطح پایش : محیطی، میانی یا ستادی

۵-۵- نام واحد تحت پایش

۵-۶- تاریخ پایش

۵-۷- پایش کننده (نام و نام خانوادگی و سمت)

۵-۸- دفعات بازدید قبلی از ابتدای سال

۵-۹- تاریخ آخرین بازدید (ممکن است بازدید های قید شده در سالهای قبل

انجام شده باشد)

بخش دوم

۵-۱۰- تاریخ ارسال پس خوراند (بازتاب پایش)

۵-۱۱- فاصله تاریخ پایش تا ارسال پس خوراند

۵-۱۲- واحدهای دریافت کننده نتایج پایش برای انجام اقدام های جبرانی

(حداقل برای ۶ مورد پایش بینی شود) از فرد پایش شده و در تمامی رده های

مختلف مسئولین در سطوح محیطی، میانی و ستادی

۶- چگونگی پایش:

۶-۱- دارای سر ستون های اختصاصی ردیف، موضوع پایش (برحسب موارد

هفت گانه)، موارد بررسی شده، انتظارات در پاسخ دهی، نتیجه پایش که خود

به سه ستون: استاندارد، غیراستاندارد و شرح موارد غیر استاندارد تقسیم

بندی شده اند.

۶-۲- در برابر هر سوال بازتاب آن به صورت پس خوراند در ۵ ستون: اقدام

جبرانی (استاندارد مورد نیاز)، مسئول مستقیم اقدام جبرانی، زمان لازم برای

اقدام، مسئول پیگیری تا حصول نتیجه و تاریخ گزارش نتیجه نهایی (واحد ستادی) مطرح شده است.

۷- ارزیابی:

۷-۱- درصد موارد پاسخ های استاندارد به کل موارد استاندارد و غیر استاندارد برای هر یک از گروه های هفت گانه (نیروی انسانی، تجهیزات استاندارد و ...) محاسبه می گردد.

۷-۲- درصد موارد استاندارد دوره فعلی و دوره قبلی (در صورت انجام بدون توجه به تاریخ ادوار گذشته) قید می شود (ارزیابی کمی)

۷-۳- رتبه بندی فعلی و رتبه بندی قبلی (ارزیابی کیفی)

۷-۴- شاخص رتبه بندی (برحسب عالی ترین کارایی در واحدها و ضعیف ترین کارایی در دیگر واحدها و یا با نظر گروه کارشناسی) پیش بینی می شود: به عنوان مثال

ضعیف = $54 \leq$ و متوسط = $74 - 55$ و خوب = $94 - 75$ ، عالی = $95 \geq$

و یا از دیگر گزینه ها مثل:

ضعیف = $53 \leq$ و متوسط = $69 - 54$ و خوب = $85 - 70$ ، عالی = $86 \geq$

۷-۵- بدین سان تک تک موارد هفت گانه و در نهایت از جمع کل موارد استاندارد و غیر استاندارد این پایش قابل ارزیابی و مقایسه با ادوار قبلی

خواهد بود، که روند ارتقاء و یا عدم ارتقاء و درجه تأثیر دو پایش به درستی قابل اندازه گیری است.

۸- برای آخرین توصیه ها و پیشنهادات کارشناسی گروه و یا فرد پایش کننده جایگاه اضافی در نظر گرفته شده است تا پایش از پویایی مطلوب تری برخوردار باشد.

۹- نظریه مسوول واحد در دو بخش، پایش قبلی و پایش فعلی نیز پایش بینی شده است. این دو ستون بیشتر برای مدیران ارشد قابل توجه است که مسوولین اجرایی را از نظر فنی و کارشناسی ارزیابی نمایند.

۱۰- ارزیابی کلی (نتیجه کلی هفت موضوع پایش برحسب استاندارد دوره فعلی - دوره قبلی و رتبه فعلی و رتبه قبلی و فاصله دو پایش به روز) برای مدیران در یک نگاه آمده است که نتایج پایش را به صورت کمی و کیفی ارزیابی نمایند.

۱۱- بخش کوچکی تحت عنوان توصیه مدیران جهت گروه پایش کننده و مسوولین واحدهای اجرایی پایش بینی شده (یک دیدگاه دو سویه)

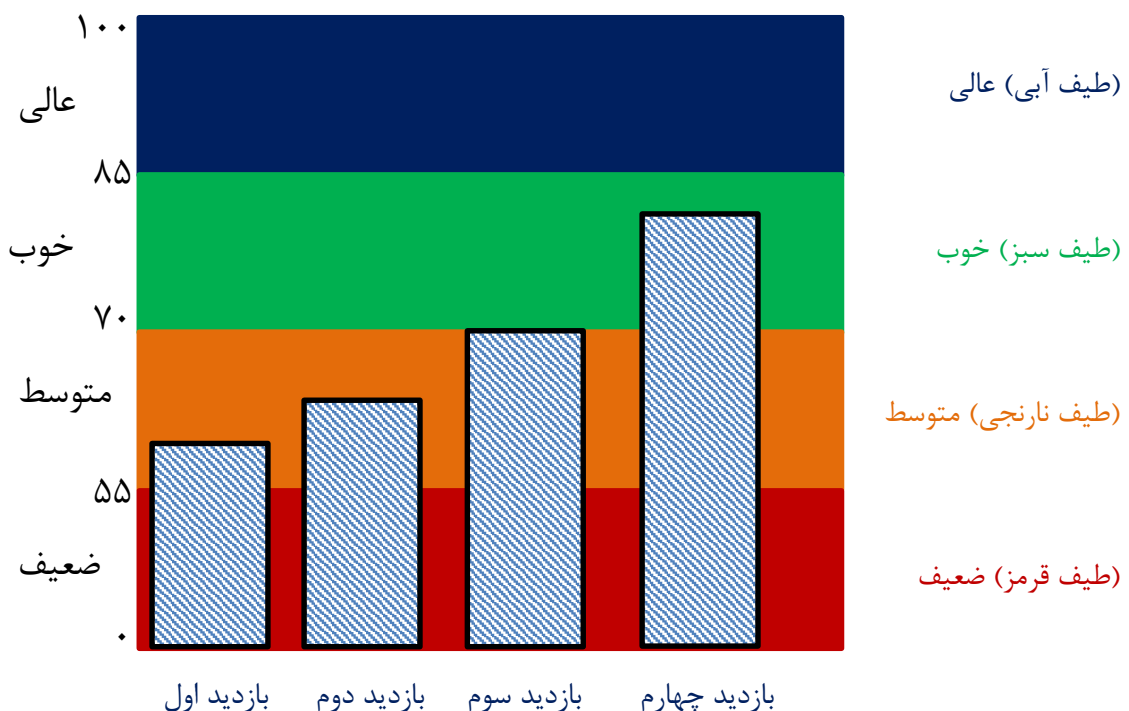
۱۲- فرم پایش استاندارد شده به در ادامه این بحث آمده است (در طی زمان آن را کامل تر کنید)

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

۱۳- همانطوریکه ملاحظه می گردد ۲ تا ۳ سؤال و یا بیشتر برای هر موضوع به صورت جدول شماره گذاری محل خالی در نظر گرفته شده و آن به دلیل امکان ارتقاء و مطرح شدن و جایگزین شدن سوال های جدید در طول زمان است.

۱۴- در صورت تمایل پس از چند مرتبه انجام پایش و تجربه لازم و اصلاح نهایی فرم، شما می توانید آن را به صورت نرم افزاری جهت انتقال سرعت در اطلاعات، تکمیل تر نمایید. (این الگو در شهرستان سپیدان با همکاری مدیر محترم شبکه آقای دکتر فرخ روز، رئیس مرکز بهداشت شهرستان آقای مهندس کریم که بسیار علاقمند بودند و همکاری صمیمانه خانم مهندس عباسی به صورت پایلوت اجراء گردید و نتایج آن بسیار درخشان بود)

۱۵- در پایان می توان نتایج انجام پایش های ادواری در واحدهای محیطی، میانی و ستادی را به صورت کمی و کیفی به شکل گراف در معرض نمایش قرار داد.



پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

این نمودار بیانگر بهبود ساختار و ارتقا فعالیت ها از نظر کمی و کیفی است. اگرچه به هدف (در سطح عالی) نایل نشده است، لیکن به نظر می رسد در حال گذر و ارتقا از مرحله متوسط به مرحله خوب است.

نمونه ی چک لیست پیشنهادی:

<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان استان</p> <p>مرکز بهداشت استان/ شهرستان:</p> <p>واحد پایش کننده: سطح پایش: محیطی □ میانی □ ستادی □ نام واحد تحت پایش:</p> <p>تاریخ انجام پایش: پایش کنندگان (نام، نام خانوادگی، سمت):</p> <p>دفعات بازدید قبلی از ابتدای سال:</p> <p>تاریخ آخرین بازدید:</p> <p>تاریخ ارسال بازتاب پایش (پسخوراند) فاصله تاریخ پایش تا ارسال بازتاب آن</p> <p>واحدهای دریافت کننده نتایج پایش برای انجام اقدام جبرانی: ۱- ۲- ۳-</p> <p>۴- ۵- ۶-</p>											
بازتاب پایش (پس خواند)					چگونگی انجام پایش						
تاریخ گزارش نتیجه نهایی (واحد ستادی)	مسئول پیگیری تا حصول نتیجه	زمان لازم برای اقدام	مسئول مستقیم اقدام جبرانی	(اقدام جبرانی) استاندارد مورد نیاز	نتیجه پایش			مورد بررسی شده	انتظارات (در پشت صفحه)	موضوع پایش	رتبه
					شرح مورد غیراستاندارد	استاندارد	غیر استاندارد				
								۱-۱	۱- حضور در محل کار	۱ نیروی انسانی	
								۱-۲	۲- لباس کار تمیز		
								۱-۳	۳- شرح وظایف		
								۱-۴	۴- وجود برنامه هفتگی		
								۱-۵	۵-		
								۱-۶	۶-		
<p>درصد موارد استاندارد به کل موارد استاندارد و غیر استاندارد = % دوره فعلی * رتبه فعلی</p> <p>= % دوره قبلی * رتبه قبلی</p>											
								۱-۲		۲ تجهیزات استاندارد	
								۲-۲			
								۲-۳			
								۲-۴			
<p>درصد موارد استاندارد به کل موارد استاندارد و غیر استاندارد = % دوره فعلی * رتبه فعلی</p> <p>= % دوره قبلی * رتبه قبلی</p>											
										۳	
										۴	
										۵	
										۶	
										۷ تحلیل آمار و ملاحظه	

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

درصد موارد استاندارد به کل موارد استاندارد و غیر استاندارد = بازدید فعلی رتبه بندی = در بازدید فعلی = بازدید قبلی رتبه بندی = در بازدید قبلی	ارزیابی				
* شاخص رتبه بندی : غیر قابل قبول = ۵۴ ≤ ، متوسط = ۷۴-۵۵ ، خوب = ۹۴-۷۵ ، عالی = ۹۵ ≥ آخرین توصیه ها و پیشنهادهای کارشناسی گروه پایش کننده :					
نظریه مسئول واحد: آیا نکات مورد اشاره در پس خوراند ارسالی در پایش قبلی مورد توجه واحدهای اجرایی و مسئولین قرار گرفته و اصلاح ساختار صورت پذیرفته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> با ذکر مثال					
زمان لازم برای حصول نتیجه نهایی	مسئول اجرا	پیشنهاد کارشناسی تکمیلی برای رفع موانع و مشکلات	نوع مشکل یا فعالیت فعلی	انتظارات	نظریه مسئول واحد در پایش فعلی
ارزیابی کلی پایش ویژه مدیران و مسئولین: درصد کل موارد استاندارد به کل موارد استاندارد و غیر استاندارد در هفت حیطه پایش % دوره فعلی: رتبه فعلی: % بازدید قبلی: رتبه قبلی: فاصله بازدید و پایش به روز:					
آخرین توصیه مدیران جهت گروه پایش شونده، پایش کننده و مسئولین واحدهای اجرایی:					

مقایسه ویژگی های نظام اطلاعات و آمار کارآمد و ناکارآمد

ردیف	ویژگی	نظام	
		کارآمد	ناکارآمد
۱	اصل و محور	شاخص	داده (آمار خام)
۲	جمع آوری داده ها	در حداقل نیاز	زیاد
۳	ارسال گزارش ها	حداقل تکرار	تکراری
۴	خلاصه بندی	در سطح پایین تر	در سطوح بالاتر
۵	توانایی برای ارزیابی و اعتبار اطلاعات	وجود دارد	وجود ندارد
۶	روش تحلیل	استفاده مناسب از تکنولوژی	وابسته به قضاوت فردی
۷	امکان تحلیل	هدفمند و آسان	به دلیل انبوه داده ها غیرممکن
۸	امکان بازتاب آن (پس خوراند) به سطح پایین تر	آسان و سریع	مشکل و کند
۹	برنامه ریزی از پیش طراحی شده برای مداخله و استفاده از داده ها	وجود دارد	وجود ندارد
۱۰	تصمیم گیری	در سطح پایین تر	در سطح بالاتر
۱۱	نتایج فوری حاصل از فعالیت ها	برای تصمیم گیری در سطح عملیاتی طراحی شده است	در سطح پایین تر نامحسوس است

شما خود، چگونگی روند نظام ثبت داده ها، نحوه گزارش دهی، جمع بندی، تحلیل و مداخله را در معرض قضاوت و اصلاح قرار دهید و ساختار سازمانی را بهبود بخشید.

شرح عناوین انتخابی که توسط گروه کارشناسان در یک چک لیست گزینش خواهد شد:

← سطح بندی ← انتظارات ← تدوین چک لیست		۱- نیروی انسانی
انتظارات	عناوین	ردیف
ملاحظه گواهی دوره آموزشی در بدو خدمت	قبل از شروع به کار، دوره آموزش مدون را گذرانیده است؟	۱-۱
ملاحظه چارت تشکیلاتی	تعداد نیروی انسانی با چارت تشکیلاتی منطبق است؟	۱-۲
ملاحظه نیروی انسانی و یا برگ مرخصی نامبرده	آیا نیروی انسانی در محل کار خود حاضر است؟	۱-۳
ملاحظه برنامه هفتگی (باتوجه به سطح بندی)	برنامه کار هفتگی مدون دارد؟	۱-۴
ملاحظه شرح وظایف در محل کار	شرح وظایف وی در محل کار نصب شده است؟	۱-۵
ملاحظه آرشیو پرونده کارکنان (ملاحظه آخرین حکم حقوقی + کارت مرخصی)	آیا آرشیوی از خلاصه پرونده خدمتی کارکنان در دسترس است؟	۱-۶
ملاحظه کارت شناسایی استاندارد صادر شده از سازمان	آیا وی دارای کارت شناسایی استاندارد است؟	۱-۷

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

مطبوع		
ملاحظه برنامه عملیاتی سالیانه	آیا برنامه عملیاتی به منظور انجام فعالیت های زمانبندی شده در سال جاری تدوین شده است؟	۱-۸
ملاحظه گواهی ۲ دوره آموزشی	آیا در طی دوازده ماه گذشته حداقل دو دوره آموزشی را طی نموده است؟	۱-۹
ملاحظه برنامه و نتیجه ارزشیابی از دوره آموزشی	آیا برنامه مدون آموزشی برای کارکنان تحت سرپرستی طی ۶ ماه گذشته به مرحله اجرا درآمده است؟	۱-۱۰
ملاحظه آرشيو مشخص در محل مناسب از آخرین کتابچه های راهنما و ...	آیا آرشيو از کتابچه های راهنما، دستورالعمل ها و بخشنامه ها در محل مناسب نگهداری می شود و دسترسی به آن ساده است؟	۱-۱۱
ملاحظه روپوش سفید تمیز یا لباس مناسب	آیا فرد مورد نظر از نظر پوشش (لباس فرم، روپوش) در شرایط مورد انتظار است؟	۱-۱۲
ملاحظه تمیزی محل کار و تجهیزات اختصاصی کاربر	نظافت و آراستگی و زیباسازی محل کار مناسب است؟	۱-۱۳
ملاحظه فرم نصب شده ساعات کار واحد در محل دید مراجعه کنندگان	آیا ساعات کار مرکز به طور دقیق مشخص شده و در محل دید مراجعه کنندگان است؟	۱-۱۴
ملاحظه آخرین حکم کارگزینی و تاریخ صدور	آیا کارکنان در طی ۶ ماه اول سال آخرین حکم کارگزینی خود را دریافت نموده اند؟	۱-۱۵
گفته کارکنان - بررسی عملی از سطح بالاتر	آیا کلیه مطالبات حقوقی (اعم از مأموریت، اضافه کار، کارانه) را حداقل بفاصله سه ماه از تاریخ اجراء دریافت نموده است؟	۱-۱۶
	و ...	۱-۱۷

۲- تجهیزات استاندارد		
۲-۱	فضای فیزیکی از نظر استانداردهای موجود (ابعاد - تعداد) مناسب است؟	برابر حداقل استاندارد مدون موجود ستاد گسترش
۲-۲	منابع آب، دستشویی و توالت، استاندارد و بهداشتی است؟	برابر حداقل استاندارد، منبع آب فلزی سالم و یا pvc سه جداره دستشویی تمیز و وجود صابون و یا مایع شوینده، توالت واجد شرایط، توری و هواکش، شیر آب و قابل شستشو و سنگ توالت سرامیک تمیز
۲-۳	تعداد صندلی، میز، کولر و بخاری و یا پنکه، تخت معاینه، پاراوان سالم، روشنایی مناسب و تعداد لامپ های مورد نیاز و ... برابر استاندارد است؟	برابر استاندارد ستاد گسترش و ملاحظه آن در محل
۲-۴	وسایل کمک آموزشی، وایت برد و ماژیک بطور سالم موجود است؟	برابر ملاحظات
۲-۵	تابلو اعلانات (بردهای آموزشی) وجود دارد؟	برابر ملاحظات
۲-۶	قفسه و یا کمد نگهداری کتابچه های راهنما، بخشنامه ها، دستورالعمل ها و بایگانی خلاصه پرونده کارکنان (کارمند) وجود دارد؟	برابر ملاحظات
۲-۷	کامپیوتر (رایانه) و تجهیزات مرتبط با آن وجود دارد و سالم است؟	برابر ملاحظات و بررسی عملی
۲-۸	فضای آموزشی مناسب برای آموزش و بازآموزی کاربران وجود دارد و از تعداد میز، صندلی، کولر، بخاری و روشنایی مناسب برخوردار است؟	برابر ملاحظات
۲-۹	فایل ویژه نگهداری پرونده خانوار و یا دفاتر به	برابر ملاحظات

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	طور منظم در دسترس می باشد؟	
برابر ملاحظات کارشناسی	تعداد فرم های استاندارد در ارتباط با هر فعالیت به طور اختصاصی موجود است؟	۲-۱۰
برابر ملاحظات کارشناسی	نقشه و کروکی محل، اطلاعات جمعیتی و آمار حیاتی وجود دارد؟	۲-۱۱
برابر ملاحظات کارشناسی	آیا دفاتر اختصاصی برحسب تعداد فعالیت های مختلف موجود است؟	۲-۱۲
برابر ملاحظات و استانداردهای موجود	تجهیزات استاندارد برای اندازه گیری های مختلف برحسب نوع فعالیت ها به صورت سالم در دسترس کاربر قرار دارند؟ (برحسب لیست استاندارد)	۲-۱۳
برحسب ملاحظات و انطباق با دستورالعمل ها	آیا پوستر اختصاصی و استاندارد شده برحسب هر گروه کارشناسی موجود است؟	۲-۱۴
برحسب کنترل و انطباق با دستورالعمل ها	آیا یخچال ویژه نگهداری مواد بیولوژیک و واکسن، استاندارد است؟	۲-۱۵
برحسب دستورالعمل حداقل سالیانه یکبار و ملاحظه فرم کالیبره در محل و امضاء کارشناس مربوطه و تاریخ کالیبراسیون	آیا تجهیزات مورد استفاده کالیبره شده اند؟ (فشارسنج، تب سنج، گوشی، اتوسکوپ، ترازو و ...)	۲-۱۶
برحسب دستورالعمل و ملاحظه در محل	آیا باطری و لوازم یدکی تجهیزات مورد استفاده روزانه، به اندازه کافی وجود دارد؟	۲-۱۷
برحسب دستورالعمل ها و نظارت کارشناسی	آیا تجهیزات مرتبط با نمونه برداری، ظروف، ملزومات نمونه گیری، کلدباکس، ایمن جعبه (safety box) به تعداد کافی، ترمومتر استاندارد و فرم ثبت دما، سرنگ و سر سوزن و ... برابر نیاز	۲-۱۸

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	موجود است؟	
برحسب دستورالعمل ها و نظارت کارشناس به طور عملی	آیا دارو و مکمل های غذایی و موارد مشابه برابر استاندارد گروه های کارشناسی موجود است؟	۲-۱۹
برحسب دستورالعمل ها و نظارت های عملی توسط گروه کارشناسی	آیا لیست اختصاصی بیماران برحسب گروه های کارشناسی در اختیار است؟	۲-۲۰
بر حسب دستورالعمل ها	آیا تابلو استاندارد برحسب دستورالعمل در جاده اصلی و فرعی وجود دارد؟	۲-۲۱
برحسب دستورالعمل های هر گروه کارشناسی	آیا در محل انبار مواد مصرفی حداقل برای ۴ ماه ذخیره شده است؟ (پنبه، الکل، پرکلرین، کیت های مربوطه، RDT، ...)	۲-۲۲
برحسب دستورالعمل ها و بازدید کارشناسی و انتظارات	آیا وسیله نقلیه استاندارد (آمبولانس، اتومبیل سواری، موتورسیکلت) برحسب استاندارد در محل وجود دارد؟	۲-۲۳
برحسب دستورالعمل ها و بازدید کارشناسی و انتظارات	آیا از تجهیزات، لوازم و وسیله نقلیه و ... در حد مطلوب و مناسب نگهداری می شود؟	۲-۲۴
برحسب استاندارد و دستورالعمل های کارشناسی	آیا تعداد اقلام دارویی و ترالی اورژانسی برحسب استاندارد است؟	۲-۲۵
برحسب نظارت های کارشناسی و دستورالعمل ها	آیا تجهیزات مرتبط با تزریقات و پانسمان، ساکشن و ... استاندارد بوده و آماده به کار است؟	۲-۲۶
برحسب ملاحظات در عمل	آیا درب و پنجره دارای توری سالم هستند؟	۲-۲۷
برحسب ملاحظه در عمل	آیا سطل زباله درب دار با کیسه پلاستیکی در محل وجود دارد و زباله عفونی از زباله معمولی	۲-۲۸

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	جدا است؟	
برحسب ملاحظه در عمل	آیا کپسول آتش نشانی به تعداد کافی و مناسب با تعداد اطاق ها و تاریخ انقضای مناسب وجود دارد؟	۲-۲۹
برحسب دستورالعمل های بهداشتی و ملاحظه در عمل	آیا آب خوری و منبع آن سالم است و به طور منظم منبع یکبار مصرف آن تعویض می گردد؟	۲-۳۰
برحسب ملاحظه و بررسی کارشناس	آیا تعداد مصرفی و موجود داروها با دفاتر و یا با نرم افزار و نسخ انطباق دارد؟	۲-۳۱
برحسب ملاحظه موافقت نامه ها و تعهدنامه ها در عمل	آیا تعمیرات مورد نیاز مرکز و یا واحد در صورت تایید انجام شده است؟	۲-۳۲
برحسب موافقت نامه ها، دستورالعمل ها و صورت هزینه ها بطور کارشناسی	آیا تنخواه گردان برای امور فوری و کارهای ساده در اختیار مسئول واحد می باشد؟	۲-۳۳
برحسب ملاحظه	آیا دفتر ویژه و یا سامانه ثبت حضور و غیاب کارکنان موجود است؟	۲-۳۴
برابر دستورالعمل و ملاحظه	آیا تجهیزات آزمایشگاهی در واحد برابر استاندارد است؟	۲-۳۵
برابر دستورالعمل و ملاحظه	آیا تجهیزات دندان پزشکی در واحد برابر استاندارد است؟	۲-۳۶
برابر دستورالعمل ها و ملاحظه آن	آیا تجهیزات واحد پذیرش استاندارد بوده و به روز است؟	۲-۳۷
برابر دستورالعمل ها و ملاحظه آن	آیا سیمای سلامت (پنل مدیریتی)، زیج حیاتی و ... وجود دارد؟	۲-۳۸
برحسب ملاحظه	آیا واحد مربوطه به تلفن ثابت مجهز می باشد؟	۲-۳۹
	... و	۲-۴۰

<p>حداقل ۲ سوال از آخرین دستورالعمل ها، بخشنامه ها، کتابچه های راهنما و یا کارگاه آموزشی انجام شده پرسیده شود.</p>	<p>آیا از مفاد اجرای آخرین دستورالعمل ها، کتابچه های راهنما و بخشنامه ها اطلاع دارد؟</p>	<p>۳-۱</p>
<p>برحسب توصیه ستاد مرکزی</p>	<p>آیا اولویت های بهداشتی منطقه خود را برحسب دستورالعمل ها و توصیه های ستاد مرکزی می تواند برشمرد؟</p>	<p>۳-۲</p>
<p>شاخص نسبت مرگ مادران، میزان مرگ نوزادان، مرگ زیر یک سال و زیر پنج سال و بروز بیماری های تحت برنامه</p>	<p>آیا می تواند شاخص های بسیار حساس حداقل سه مورد را با فرمول بیان نماید؟</p>	<p>۳-۳</p>
<p>برحسب سوال کارشناس و ارائه تعاریف درست</p>	<p>آیا می تواند یک یا دو موضوع مهم مرتبط با سلامتی را (کارت رشد)، گروه پرخطر و ارزیابی بیماران اسهالی و یا استفاده از RDT و موارد مشابه شاخص VVM را شرح دهد و یا در برخورد با بیمار مشکوک به هاری و سرخک و ... توضیح دهد؟</p>	<p>۳-۴</p>
<p>برحسب انتخاب کاشناس</p>	<p>آیا نحوه چیدمان و استفاده از تجهیزات و لوازم و نوع کاربری آن را می تواند شرح دهد؟</p>	<p>۳-۵</p>
<p>برحسب تعاریف استاندارد</p>	<p>آیا می تواند تعاریف اختصاصی طغیان، اپیدمی، سرخک، حذف مالاریا، ریشه کنی فلج اطفال و ... را بیان نماید؟</p>	<p>۳-۶</p>
<p>برحسب تعاریف</p>	<p>آیا می تواند برحسب آمار جمعیتی کل و کودکان</p>	<p>۳-۷</p>

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

استاندارد	زیر پنج سال تعداد نمونه التور را تعیین نماید؟	
برحسب تعاریف استاندارد	علائم بیماری های حاد (Hotcase)، سل و چگونگی تهیه خلط، آنفولانزای حاد و ... را می تواند شرح دهد؟	۳-۸
برحسب تعاریف استاندارد	آیا به سوال ها از آخرین دستورالعمل های اجرایی (مثل ایمنسازی، بهداشت روان، بهداشت حرفه ای، مدارس، تغذیه و ...) را می تواند پاسخ دهد؟	۳-۹
برحسب تعاریف استاندارد	رفتار پرخطر را به درستی شرح دهد و بیماری های مهم را ذکر نماید و راه پیشگیری آن ها را بیان نماید.	۳-۱۰
برحسب استانداردهای موجود و استماع آن	آشنایی به جمعیت تحت پوشش (ثابت، عشایر و اتباع بیگانه) را دارد و می تواند تحرک آنان را شرح دهد.	۳-۱۱
برحسب استانداردهای موجود و استماع آن	بتواند پوشش ایمنسازی کودکان زیر یک سال را پایش و ارزیابی نماید.	۳-۱۲
برحسب نظر کارشناسی و استماع آن	بتواند تاریخ انقضاء و شماره سریال را به درستی شرح دهد و با ماه های ایرانی انطباق دهد.	۳-۱۳
برحسب دستورالعمل ها و استماع آن	موارد ارجاع را به درستی شرح دهد و در مورد مادران پر خطر بتواند چگونگی پیگیری و ارجاع را به درستی بیان نماید.	۳-۱۴
برحسب دستورالعمل ها و استماع آن	آیا فرد به درستی می تواند میزان کلر مورد نیاز منابع آب به اشکال مختلف و با ظرفیت های پر و نیمه پر را به درستی محاسبه نماید؟	۳-۱۵
برحسب دستورالعمل و استماع آن	آیا به درستی از علل مرگ و میر کودکان زیر یکماه، زیر یک سال و زیر پنج سال اطلاع دارد؟	۳-۱۶
برحسب دستورالعمل و استماع آن	آیا به درستی قادر است پوسترهای استاندارد آموزشی و بوکت های آموزشی را شرح دهد؟	۳-۱۷
برحسب دستورالعمل	آیا از مشکلات عمده بهداشت محیط و سلامت	۳-۱۸

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

جامعه اطلاع دارد و آن ها را بر می شمرد؟	و استماع آن	
آیا پزشک، کاردان، بهورز و ... از مشکلات بهداشتی منطقه و مناطق همجوار اطلاع دارد؟	برحسب دستورالعمل و حساسیت مناطق همجوار	۳-۱۹
آیا از مفاد دستورالعمل پزشک خانواده در ارتباط با وظایف و اختیارات (پزشک، کارشناس، کاردان، بهورز) به درستی اطلاع دارد؟	برحسب دستورالعمل و استماع آن	۳-۲۰
آیا در مورد نحوه پرداخت دستمزد گروه همکار پزشک خانواده، اطلاعات وی منطبق بر دستورالعمل است؟	برحسب دستورالعمل و استماع آن	۳-۲۱
آیا می تواند حداقل ۶ مورد از وظایف گروه تخصصی (پزشک، کاردان، کارشناس) پزشک خانواده را برشمارد؟	برحسب دستورالعمل و استماع آن	۳-۲۲
آیا کارکنان (پزشک، کاردان، کارشناس، بهورز) ضوابط مربوط به ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخدهی مناسب در هنگام بحران را می تواند به درستی شرح دهد؟	برحسب دستورالعمل و استماع آن	۳-۲۳
از مطالب فنی آخرین فصل نامه بهورز و دیگر نشریات مشابه برحسب گروه تخصصی اطلاع دارد؟	انطباق با پاسخ نشریه و فصل نامه	۳-۲۴
آیا مراکز نمونه آموزشی در شهرستان ها تعیین شده اند؟ حداقل ۱-۲ مرکز (یک مرکز شهری، یک مرکز روستایی) برای پزشکان و کارشناسان در نظر گرفته شده است.	بررسی مورد	۳-۲۵
آیا برای کارآموزی و کارورزی گروه های جدید در مراکز نمونه آموزش (خانه بهداشت و یا پایگاه های سلامت)، محلی در نظر گرفته شده است؟	بررسی مورد	۳-۲۶
و ...		۳-۲۷
۴- سطح عملکرد		

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

ملاحظه گواهی شرکت در دوره	حداقل تعداد ۲ کارگاه آموزشی طی ۶ ماه گذشته برای کاربر برقرار شده است؟	۴-۱
ملاحظه مستندات	کاربر طی سه ماه گذشته حداقل یک دوره آموزشی برای کارکنان تحت سرپرستی خود به مرحله اجرا درآورده است (به جز بهورزان)	۴-۲
برحسب ملاحظات	به طور عملی بتواند از تجهیزات استاندارد (ترازو، RDT، ساکشن، دستگاه فشارخون) به درستی استفاده نماید و موارد فنی و اشکالات آن را تعیین نماید.	۴-۳
برحسب گروه کارشناسی	آیا کاربر می تواند فرم های اختصاصی و مختلف (برحسب گروه کارشناسی) را به درستی تکمیل نماید؟	۴-۴
ملاحظه فرم ویژه ارزشیابی دوره و محاسبه نتایج دوره	آیا کارگاه های انجام یافته برای پرسنل تحت سرپرستی مورد ارزشیابی قرار گرفته اند؟ (برحسب فرم ارزشیابی، پیش و پس آزمون)	۴-۵
ملاحظه مورد به مورد مستندات	آیا مستندات مربوط به پرونده خانوار به درستی تکمیل شده و به طور همزمان در دفاتر و یا سامانه ثبت شده است؟	۴-۶
ملاحظه مورد به مورد توسط کارشناس	آیا نحوه اندازه گیری مرتبط به هر گروه کارشناسی (نمونه گیری آب، شیمیایی و میکروبی، کلرسنجی، اندازه گیری قد، وزن و ...) به درستی انجام می گیرد؟	۴-۷
ملاحظه صورتجلسه ها	آیا جلسه مشارکت عمومی شورای سلامت طی ۶ ماه گذشته حداقل ۲ بار برگزار شده و صورتجلسه آن موجود است؟	۴-۸
محاسبه درصد ارجاع	درصد بیماران ارجاعی با مفاد دستورالعمل ها انطباق دارد؟	۴-۹
محاسبه و ملاحظه نسخ	تعداد اقلام دارویی نسخه شده برحسب دستورالعمل های ابلاغی است؟	۴-۱۰
برحسب دستورالعمل	تعداد موارد بیماران ارجاع شده با موارد پس	۴-۱۱

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

ها	خوراند داده شده سطح بالاتر منطبق است؟	
بررسی و ملاحظه دستورالعمل ها و مستندات	آیا نحوه ارجاع بیماران به سطح بالاتر برحسب موازین و دستورالعمل ها انجام یافته است؟	۴-۱۲
برحسب دستورالعمل ها و ملاحظات مستندات	آیا دفعات مراقبت و بیماریابی فعال و غیر فعال و نحوه پیگیری آن ها برحسب گروه های مختلف ستادی بدرستی انجام شده است؟	۴-۱۳
ملاحظه نحوه استریل با مراجعه به دستورالعمل	آیا نحوه استریل کردن وسایل و لوازم به طور استاندارد انجام می گیرد و از نوار تست استفاده می شود؟	۴-۱۴
ملاحظه مستندات	آیا پاسخ مکاتبات انجام یافته طی دو ماه گذشته برحسب تاریخ انقضاء به واحدها به موقع انجام شده است؟	۴-۱۵
ملاحظه مستندات	آیا بازتاب بازدیدهای انجام یافته حداکثر طی ۱۵ روز بعد به واحدهای پایش شونده ارسال شده است؟	۴-۱۶
ملاحظه مستندات	آیا نواقص اعلام شده در بازدیدهای قبلی که جزو وظایف کاربر بوده برطرف شده و این موضوع توسط گروه بعدی مورد توجه قرار گرفته است؟	۴-۱۷
ملاحظه مستندات	آیا پیگیری و اقدامات لازم دربخش عمرانی، تعمیراتی و یا ساخت و تأمین فضای فیزیکی مورد نیاز به صورت مستمر (به طور مستند) انجام شده است؟	۴-۱۸
ملاحظه مستندات	آیا درخواست خرید تجهیزات و لوازم اساسی به موقع بصورت کتبی انجام شده است؟	۴-۱۹
ملاحظه مستندات	آیا به درخواست های منطقی (با وجود اعتبار و تخصیص منابع) واحدهای تحت سرپرستی به موقع حداکثر طی یکماه پاسخ عملی داده شده است؟	۴-۲۰

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

ملاحظه مستندات	آیا ستاد شهرستان طی سه ماه گذشته از واحدهای تحت سرپرستی حداقل ۲ بازدید به عمل آورده است؟	۴-۲۱
ملاحظه مستندات	آیا موجودی داروها و اقلام دیگر از جمله مکمل ها در حد استاندارد است؟	۴-۲۲
ملاحظه مستندات، انطباق با دستورالعمل ها	آیا اماکن و کارگاه های تحت پوشش برحسب تعداد پیش بینی بازدید شده اند؟	۴-۲۳
ملاحظه مستندات، انطباق با دستورالعمل ها و دفاتر کارکرد	آیا تجهیزات لوازم اساسی آزمایشگاه، واحد دندانپزشکی در طی یک سال گذشته سالم و فعال بوده و مواد مصرفی در شرایط مناسب نگهداری می شود و تاریخ انقضای آنها سپری نشده است؟	۴-۲۴
ملاحظه دستورالعمل ها و مستندات	آیا بخشنامه ها، دستورالعمل ها، راهنمای آموزشی و کتابچه های راهنما به روز می باشد؟	۴-۲۵
ملاحظه مستندات	آیا مصوبات شورای بهداشتی مطابق استاندارد طی ۶ ماه پیگیری شده است؟	۴-۲۶
ملاحظه چک لیست و تاریخ تکمیل آن برابر دستورالعمل	آیا چک لیست وضعیت بهداشتی و بهسازی مرکز و یا خانه بهداشت به موقع و به طور استاندارد تکمیل شده است؟	۴-۲۷
ملاحظه تاریخ تکمیل و ارسال فرم و تاریخ رفع نواقص	آیا نواقص بهسازی مرکز و یا پایگاه سلامت حداکثر بعد از یک دوره ۶ ماهه برطرف شده است؟	۴-۲۸
ملاحظه مستندات	تعداد موارد ارجاع به پزشک در سطح بالاتر با تعداد پسخوراند بایگانی شده برابر می باشد؟	۴-۲۹
ملاحظه مستندات	در تمامی موارد ارجاع به سطح بالاتر فرم ارجاع ثبت شده است؟	۴-۳۰
بررسی مستندات	آیا بهورز و یا کاردان دستورات پزشکی را در فرم پیگیری قید نموده است؟	۴-۳۱

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

بررسی مستندات	آیا کارکنان طی ۶ ماه گذشته حداقل ۲ بار پایش شده اند؟	۴-۳۲
بررسی مستندات	آیا نتایج پایش به صورت کتبی کمتر از ۳۰ روز پس از ابلاغ منجر به اصلاح ساختار شده است؟	۴-۳۳
بررسی مستندات و اعلام نوع فعالیت و شاخص بهبود یافته	آیا پس از بازدیدهای کارشناسی و پایش های انجام یافته طی ۶ ماه گذشته تغییرات در جهت بهبود فعالیت ها و شاخص ها ملاحظه می گردد؟	۴-۳۴
بررسی مستندات	آیا کارگاه های آموزشی توسط سطوح بالاتر مورد ارزشیابی قرار گرفته است؟ (ستاد از مراکز و مراکز از پایگاه ها و خانه های بهداشت)	۴-۳۵
بررسی نحوه استفاده به طور عملی	آیا استفاده از سامانه سیب و یا دیگر نرم افزارها برای کاربر آسان و بدون مشکل است و اطلاعات ثبت شده به روز می باشد؟	۴-۳۶
بررسی مستندات	آیا علل عمده و اساسی مرگ و میرها در وقت مقرر حداکثر یک هفته از زمان وقوع از طرف سطح بالاتر مورد پیگیری و ارزیابی قرار گرفته است؟ (ستاد از مراکز، مرکز از پایگاه ها و خانه های بهداشت)	۴-۳۷
بررسی مستندات	آیا مراقبت ها در زمان های لازم و به دفعات مورد نیاز و به موقع انجام یافته است؟	۴-۳۸
	...	۴-۳۹
۵- انتقال سطح آگاهی به جامعه و مشارکت مردمی		
بررسی مستندات و دستورالعمل ها	آیا شورای بهداشت محل در وقت مقرر تشکیل شده است؟	۵-۱
بررسی مستندات	آیا پس از تشکیل شورای بهداشت پس از ۶ ماه تغییرات عملی در جهت بهبود سلامت اهالی ملاحظه می گردد؟	۵-۲
بررسی مستندات	آیا مشکلات محلی توسط کاربر به طور مستند شناسایی شده است؟	۵-۳

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

۵-۴	آیا مراجعه کنندگان به واحد ارائه دهنده خدمات سلامت در هنگام خروج از نتایج و پیامد خدمات بهداشتی بدرستی مطلع اند؟	بررسی از مراجعه کنندگان
۵-۵	آیا برنامه آموزش مدون برای جامعه طراحی شده است؟	بررسی مستندات
۵-۶	آیا برنامه آموزشی مدون برای جامعه در زمان های پیش بینی شده به مرحله اجراء درآمده است؟	بررسی مستندات
۵-۷	آیا در حین انجام مراقبت ها توسط کاربر آموزش لازم و کافی برابر استانداردها و دستورالعمل به مراجعه کنندگان داده می شود؟	ملاحظه شرایط ارائه خدمات
۵-۸	آیا مفاد پوستر و یا پمفلت مورد استفاده برای آموزش افراد جامعه، تحت بررسی فنی و کارشناسی قرار می گیرد و ارزشیابی می شوند؟	ملاحظه شرایط ارائه خدمت و نحوه آموزش کاربر با استفاده از پوستر و ...
۵-۹	آیا در جهت افزایش مشارکت مردم و دیگر نهادها همکاری برون بخشی طی ۴ ماه گذشته انجام شده است؟	ملاحظه صورتجلسه
۵-۱۰	آیا پس از ۳ ماه از تشکیل مشارکت برون بخشی عملاً در جهت بهبود و ارتقاء سطح سلامت جامعه اقدامی صورت پذیرفته است؟	بررسی مستندات و ملاحظه نتایج آن
۵-۱۱	آیا نتایج بازدید از اماکن طی ۶ ماه گذشته منجر به بهبود شاخص های سلامت اماکن شده است؟	بررسی مستندات و شاخص ها و معیارها
۵-۱۲	آیا مسئولین سطوح بالاتر در نشست های گروهی در جهت سلامت جامعه در واحدهای تابعه شرکت نموده اند؟ حداقل ۲ مورد مشارکت در ۶ ماه	بررسی مستندات
۵-۱۳	آیا مسئولین سطوح بالاتر نتایج آموزش جامعه را مورد ارزشیابی قرار داده اند؟	بررسی مستندات
۵-۱۴	آیا برنامه آموزش جامعه واحدهای تابعه توسط	بررسی مستندات

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	سطوح بالاتر مورد بررسی و تایید قرار گرفته است؟	
بررسی مستندات پیش و پس آزمون	آیا مدیر واحد از نحوه برگزاری و نتیجه جلسات آموزش و برنامه های آن در مرکز بهداشت شهرستان اطلاع دارد؟	۵-۱۵
بررسی مستندات	آیا حداقل سالی یک بار به طور مستند و کارشناسی از نحوه و نتایج ارتقاء سطح آگاهی جامعه ارزشیابی به عمل آمده است؟	۵-۱۶
بررسی مستندات	آیا تعداد جلسات آموزشی جامعه برابر با دستورالعمل ها است؟	۵-۱۷
بررسی مستندات	تعداد جلسات مشاوره برای گیرندگان خدمت برابر دستورالعمل ها انجام یافته است (برحسب گروه های تخصصی)؟	۵-۱۸
بررسی مستندات	آیا جلسات آموزشی برای دانش آموزان و دانشجویان برحسب موضوع و اهمیت آن برگزار می شود (برحسب گروه های تخصصی)؟	۵-۱۹
بررسی مستندات و صورت جلسه ها	آیا جلسات گروهی برای آموزش جامعه در محل واحدها برگزار می شود (حداقل ماهی ۱ بار)؟	۵-۲۰
بررسی مستندات	آیا گروه هدف به منظور انتقال دانش شناسایی شده است؟	۵-۲۱
بررسی مستندات	آیا مشارکت مردمی در جهت ایجاد، احداث، تعمیر و یا راه اندازی و موارد مشابه در طی یک سال گذشته تحقق یافته است؟	۵-۲۲
	...	۵-۲۳
توجه مهم: پیگیری مواردی که در بازدیدهای قبلی انجام یافته جز وظایف اصلی پایش کنندگان بعدی است.		
۶- ثبت به هنگام اطلاعات و داده ها		
بررسی مستندات	آیا آمارگیری خانوارها برحسب جدول زمان بندی	۶-۱

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	و به صورت خانه به خانه انجام یافته و کاردان ۱۰ درصد از خانوارها را به منظور صحت و دقت در آمارگیری، بررسی مجدد نموده است؟ (در فرم اختصاصی)	
بررسی زیج از نقطه نظر کارشناسی	آیا اعداد و ارقام زیج از نظر دقت و صحت توسط کاردان و گروه های کارشناسی مورد ارزیابی قرار گرفته است و موارد نقص برطرف شده است؟ (حداکثر یک ماه بعد از ثبت و آمارگیری)	۶-۲
بررسی سامانه و فرم ها	آیا به طور هم زمان اطلاعات در فرم های آماری و سامانه سیب ثبت شده و از این نظر انطباق وجود دارد؟	۶-۳
بررسی پرونده فرم و سامانه	آیا اطلاعات مربوط به فعالیت ها به طور هم زمان در پرونده خانوار و یا سامانه سیب منعکس می گردد؟	۶-۴
بررسی موردی	آیا در تکمیل فرم های آماری (گروه های تخصصی) کاربر مسلط می باشد؟	۶-۵
بررسی مورد	آیا پنل مدیریتی و یا سیمای سلامت حداکثر طی اردیبهشت ماه تکمیل شده و به روز است؟	۶-۶
بررسی مورد	آیا اطلاعات جمعیتی و شاخص های سلامت به درستی و بموقع حداکثر تا اردیبهشت ماه ثبت شده اند؟	۶-۷
بررسی مورد	آیا فرم های آماری (تخصصی) در زمان تعیین شده ارسال شده است؟	۶-۸
بررسی مورد	آیا تعداد فرم های منطبق با دستورالعمل ها تکمیل و ارسال شده است؟	۶-۹
بررسی مورد	آیا فرم های اختصاصی تکمیل شده و اقدامات به روز است؟	۶-۱۰
بررسی مورد	آیا شاخص های عمده سلامت حداقل برای مدت سه سال در محل کار کاربر قرار گرفته است (یا	۶-۱۱

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	داشبورد؟	
بررسی فرم مورد نظر	آیا فرم بررسی و پیگیری ارسال آمار از واحدهای تحت پوشش در سطح مراکز و ستاد شهرستان ها وجود دارد؟	۶-۱۲
بررسی مورد	آیا واحدهایی که در ارسال بموقع آمار و یا از نظر موارد نقص در آمار، کوتاهی نموده اند شناسایی شده اند؟	۶-۱۳
بررسی مورد	آیا در مورد نحوه تکمیل فرم و چگونگی ارسال به موقع و کامل بودن آمار برای کارکنان مورد نظر جلسات آموزشی برقرار نموده اند؟	۶-۱۴
بررسی مورد	آیا فرم های تکمیل شده یا موارد ثبت شده در پرونده خانوادار با سامانه و موارد دیگر همخوانی دارد؟	۶-۱۵
بررسی مورد	آیا تکمیل آمار به روش چوب خط با اعداد ثبت شده ماهیانه زیج و یا سامانه با اقدامات انجام شده همخوانی دارد؟	۶-۱۶
بررسی مورد	آیا فرم ثبت تجهیزات و لوازم تکمیل شده مستقر در واحد وجود دارد؟	۶-۱۷
بررسی مورد	فرم ثبت تجهیزات و لوازم واحد با موارد موجود همخوانی دارد؟	۶-۱۸
بررسی مورد	آیا در اورژانس ها موارد گزارش طغیان، اپیدمی، بلایا، مرگ و میر بیماری در گزارش دهی ها به روز است؟	۶-۱۹
بررسی مورد	آیا دفتر، فرم و یا جعبه پیگیری برای استمرار و انجام بموقع مراقبت ها در واحد وجود دارد؟	۶-۲۰
بررسی مورد	آیا فرم های آماری اختصاصی که در معرض دید باشد (برحسب گروه تخصصی) به موقع تکمیل شده و در معرض دید قرار دارد؟	۶-۲۱
بررسی مورد	آیا فرم جدول زمان بندی گانت در ستاد، سطح	۶-۲۲

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	میانی به منظور همزمان بودن مراقبت ها وجود دارد؟	
بررسی یکی چند از موارد	آیا اقدامات پیش بینی شده در جدول گانت با زمان اجراء مطابقت دارد؟	۶-۲۳
	...	۶-۲۴
۷- تحلیل داده ها به منظور ملاحظه و بهبود ساختار		
مشاهده و بررسی مورد مستندات	پس از بازدیدهای کارشناسی پسخوراند ارسال می گردد؟ حداکثر طی ۷ روز بعد از انجام مأموریت	۷-۱
بررسی مستندات و در عمل	آیا در ارسال پسخوراند موارد غیر استاندارد سلامت تعیین و زمان جبران آن توسط مسئول مربوطه تعیین شده است؟	۷-۲
بررسی مستندات و در عمل	آیا نقش ستاد در رفع مشکلات و موانع پس از انجام پایش به طور عملی اعمال شده است؟	۷-۳
بررسی مستندات و در عمل	آیا داده ها توسط واحد میانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است و گراف آمار و نمودار آن ترسیم شده و نتایج فعالیت ها به واحدهای تابعه ارسال شده است؟	۷-۴
بررسی مستندات و در عمل	آیا به طور منظم توسط ستاد حداقل طی هر سه ماه آمار دریافتی تجزیه و تحلیل شده، گراف و نمودار رسم شده و نتایج به واحدهای تابعه منعکس می گردد؟	۷-۵
بررسی مستندات و در عمل	آیا نتایج شاخص ها حداقل طی سه سال در واحدهای تخصصی در معرض دید (یا داشبورد) قرار دارد؟	۷-۶
بررسی مورد	آیا در صورت عدم بهبود شاخص، اقدام جبرانی از طرف ستاد و یا مرکز به مرحله اجراء درآمده است (در طی ۶ ماه گذشته)	۷-۷
بررسی موارد در عمل	آیا شاخص های استان با دیگر استان ها، شاخص شهرستان با دیگر شهرستان ها و شاخص مرکز	۷-۸

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	خدمات سلامت با دیگر مراکز مقایسه و تحلیل شده اند و در دسترس قرار دارند؟	
بررسی مورد	آیا اهم شاخص های سلامت برای تحلیل در سطوح مختلف ارائه خدمت، توسط ستاد تعیین و ابلاغ شده اند؟	۷-۹
بررسی مستندات پسخوراندها و مهارت کارکنان	آیا پس از ارسال پسخوراند به واحدهای محیطی، منجر به تغییر در سطح آگاهی و مهارت کارکنان شده است؟	۷-۱۰
بررسی موارد	آیا شاخص های عمده و اساسی در یک روند سه ساله رو به بهبود است؟	۷-۱۱
بررسی موارد	آیا نتایج بازدید از یک واحد در دو نوبت منجر به افزایش درصد استاندارد فعالیت ها از نظر کمی و کیفی شده است؟	۷-۱۲
بررسی صورتجلسه ها	آیا در جلسات گروهی توسط کارشناسان ستاد برای واحدهای تابعه به طور مقایسه ای در سطح شهرستان ها، استان ها و کشور فعالیت ها برحسب شاخص، مورد ارزشیابی قرار گرفته و در مورد کاستی ها اتخاذ تصمیم جدی گرفته شده است؟	۷-۱۳
بررسی نتایج	آیا ارزشیابی ادواری حداقل در سال یک بار از جامعه به منظور میزان رضایتمندی در مورد کیفیت ارائه خدمت انجام شده است؟	۷-۱۴
بررسی مورد	آیا کارگاه آموزشی در مورد نحوه تجزیه و تحلیل داده ها، تحلیل زیج و شاخص ها ... در سال گذشته انجام شده است؟ (حداقل سالی یک بار)	۷-۱۵
بررسی مورد	آیا کارکنان محیطی از نحوه انجام پایش و درجه تأثیر آن در رفع موانع و مشکلات محلی رضایت دارند؟ (بررسی تحقیقاتی) دوسوکور)	۷-۱۶
بررسی مورد	آیا به منظور حل مشکلات محلی حداقل طی ۲	۷-۱۷

پایش، ارزشیابی و ارزیابی در نظام سلامت

	سال گذشته طرح تحقیقاتی براساس حل مشکل در محل به مرحله اجراء درآمده است؟	
بررسی صورت جلسه ها، مصوبه ها و نتایج	آیا پزشکان و کاردان های مراکز در جهت تفسیر درست نتایج حاصل از شاخص ها با واحدهای تابعه و دیگر همکاران جلسات آموزشی داشته اند؟ (حداقل سالی ۲ بار)	۷-۱۸
بررسی وضعیت	آیا به طور مستمر آزمایشگاه به طور روزانه کنترل کیفی می شود و مستندات موجود است	۷-۱۹
بررسی وضعیت	آیا موانع و مشکلات کاربران مورد ارزیابی (سالیانه) قرار می گیرد و در رفع مواردی از آن اقدام اساسی و عملی انجام گرفته است؟	۷-۲۰
بررسی مورد	در واحدهای تابعه (ستاد، مرکز و پایگاه ها) شاخص های عمده و اساسی حداقل طی سه سال به صورت گراف و نمودار تهیه شده و در معرض دید قرار گرفته است؟	۷-۲۱
بررسی مورد	آیا در تحلیل اطلاعات برای واحدهای تابعه به اولویت های بهداشتی توجه شده است؟	۷-۲۲
بررسی مورد	آیا به طور سالیانه واحدهایی که براساس بهبود شاخص و کیفیت خدمات (استاندارد بودن مراقبت ها و فعالیت) شاخص بوده اند مورد تشویق کتبی قرار گرفته و نتایج به دیگر واحدها اعلام شده است؟	۷-۲۳
بررسی مورد	نتایج مشارکت جامعه و یا همکاران برون بخشی به طور سالیانه و در مقایسه ۳-۵ سال گذشته مورد ارزشیابی قرار گرفته است؟	۷-۲۴
بررسی مورد	در ارزشیابی سالیانه کدام یک از فعالیت ها طی روند سه ساله تغییر عمده نکرده و در این زمینه آیا برنامه و یا فعالیت جدیدی مطرح شده است؟	۷-۲۵
بررسی مورد	آیا بازدیدهای گروهی از مرکز نمونه آموزشی و یا شهرستان های نمونه به منظور تبادل نظر در جهت ارتقاء خدمات سلامت از طرف ستاد مرکزی برنامه ریزی و اجراء شده است؟ (حداقل سالی ۱ بار)	۷-۲۶

انجام پایش های چند منظوره یا پایش بکمک کارشناسان چند پیشه از

سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت

مزایا:

۱- انجام پایش های لحظه ای در تمامی ابعاد مختلف ارائه خدمات سلامت

۲- صرفه جویی در هزینه ها

۳- صرفه جویی در زمان

۴- سرعت در انتقال دانش و مهارت کارکنان مختلف به دلیل انجام بازتاب جامع

اطلاعات

۵- هماهنگی بیشتر در برنامه ریزی

۶- توجه کامل و دقت نظر فراوان و استفاده بهینه از زمان در انجام پایش به دلیل

محدودیت وجود تعداد پایش کنندگان (معمولاً ۱ نفر)

۷- توانمندی و کارایی بیشتر در کارکنان چند پیشه در جهت برنامه ریزی و اجراء

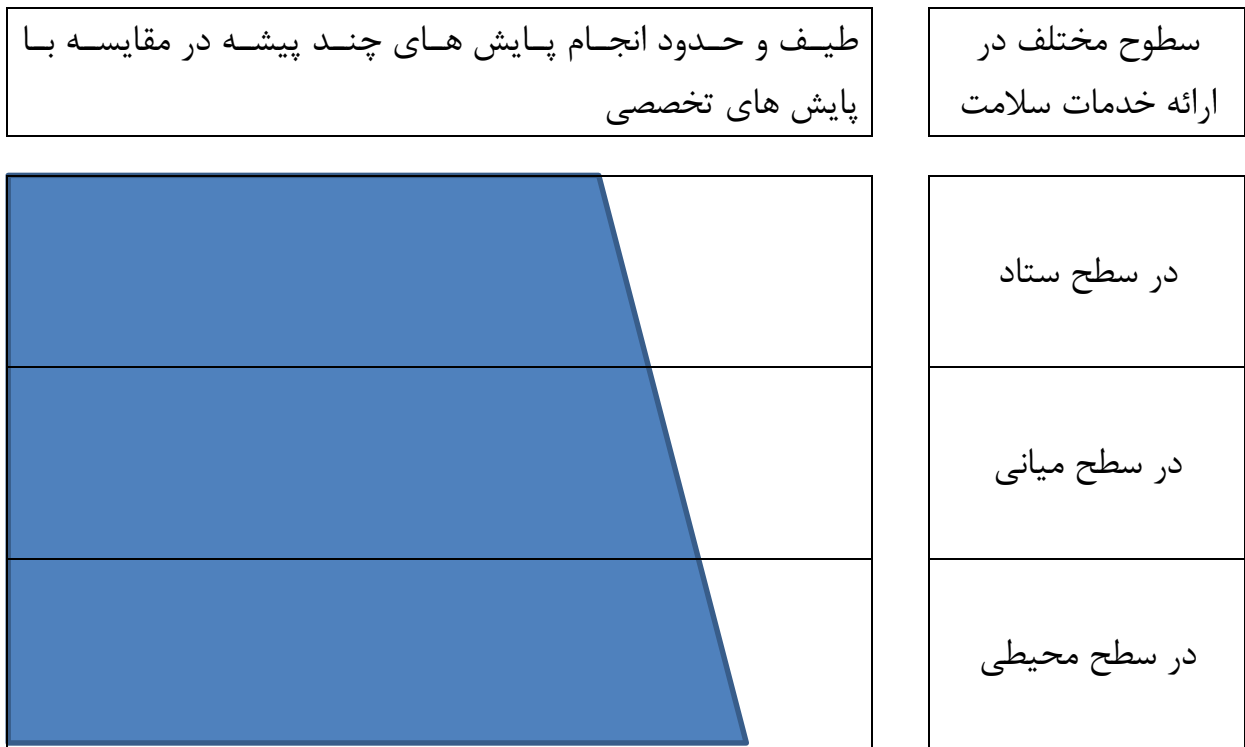
دقیق فعالیت ها بطور هماهنگ و هم سو

در صورت برگزاری کارگاه های عملی در جهت افزایش سطح دانش و مهارت

کارشناسان، می توان سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت را به صورت چند پیشه پایش

نمود.

طیف و حدود کارایی و میزان درجه تأثیر کارکنان چند پیشه بر عملکرد واحدهای محیطی در مقایسه با کارشناسانی که دیدگاه های آنان فقط تخصصی است.



طیف و کارایی پایش های چند پیشه

طیف و کارایی پایش های تخصصی

- ۱- داریوش ناصری نژاد (دکتر)، محمدحسین پور (دکتر)، تالیف - مدیریت سلامت ۱۳۹۶- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان
- ۲- داریوش ناصری نژاد (دکتر) - راهنمای آمار کاربردی برای تیم سلامت ۱۳۸۴ معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان
- ۳- داریوش ناصری نژاد (دکتر) - تالیف - راهنمای تدوین برنامه عملیاتی برای تیم سلامت در هفت گام ۱۳۸۵ معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان
- 4- Atlas of Health Country Profile 2016, WHO
- 5- Developing an Effective Evaluation Plan – 2011, CDC
- 6- Eastern Mediterranean Region Framework for Health information system and core indicators for monitoring health situation and Health system performance 2015, WHO
- 7- Monitoring and Evaluation System Strengthening Tool 2007, WHO
- 8- Monitoring Progress toward Universal Health Coverage at Country and global levels 2015, WHO
- 9- SDG 2016 World Health Statistics – 2017, WHO

10- Towards a monitoring framework with target and indicators 2016, WHO

11- 100 Care Health Indicators – 2015, WHO