

تألیف و تنظیم: دکتر بهزاد کرمی‌متین، دکتر فرید نجفی، دکتر محمدرضا نیکبخت، دکتر بهروز حمزه، دکتر ابراهیم شکیبا، الناز سلیمی.

با تشکر از همکاری:

معاونت بهداشتی و کارشناسان واحدها: دکتر رامین رضایی، دکتر بیژن کبودی، مهندس پرویز اردلان، دکتر ناهید خادمی، دکتر کیوان سلطانی، زهرا لقایی، کمال‌الدین جدیدیان، مهندس امیر کرمی، مهرانگیز جمشیدپور، مهندس نصراله قهوه‌ای، دکتر سعید سمیعی، دکتر اسداله محبی، الهه جهانیده، پروین محبوب، بدیعه پاکدین، فریبا سهرابی، دکتر فریبا شفیعی، اکرم روستایی شیردل، فریبا تیموری، نیلوفر حیدری، پروین اعظمی، پروین کرمی، بهناز کاملی، شهلا شاطرآبادی، فرید اردیخانی، الهه صادقی، شمسی سرمستی، الهام فتاحی، زینب طاها، عاطفه نیکجو، مجتبی سلیمی، علی عزیزی، صفی‌ار صحرایی، فریبا عزتی، ناهید برخوردار، مهرانگیز توکلی، سعدیه مروتی، فرزانه مرادی، اعظم گراوندی، سارا شاه‌آبادی، شیدا سپاهی، دکتر محمدرضا فرخی، عرفان طاهرپور، نوشین ایوانی، ماندانا پاکراه، سیروس قهرمانی، پگاه فرهادی، علیرضا اجرایی، مجید فرجی، مجید همتیان، سهیلا رستمی، فرشته یزدانی، افسانه حق‌مرادی، نظام‌الدین یزدان‌پرست، زهرا عطا‌فر، دکتر حسین بیگلری، دکتر طاهره دارابی‌نیا، دکتر معصومه معرف، دکتر ویدا صنیعی، محمدمهدی قاضی‌زاده، مراد مرادی، مرتضی عزیزی، خسرو آژنگ، کیوان خاصی، نسرين برخوردار، رضامرادحقیقیان، محمدرضا بیات، علی کما‌سی، پروانه صفایی‌پور، سیدایرج حسینی، کامران مؤمنی‌فر.

معاونت تحقیقات و فن‌آوری و کارشناسان واحدها: دکتر رضا خدارحمی، کوروش حمزه‌ای، فرح روشن‌پور، مرضیه اعلایی، فیض‌اله فروغی، مریم انتظار، مهندس امیرسالک، سیدجلال کاظمی، کتایون باوندپور، اکرم سلیمانی.

معاونت درمان و کارشناسان واحدها: دکتر تورج احمدی‌جویباری، دکتر حسین امیری، دکتر امیر جلالی، دکتر محمدرسلول زارعی، دکتر عبدالرحمن پرنه، شیرین زردویی‌گل‌عنبر، نسترن چراغی، حمیدرضا فرنی، شیوا بهمنش، محمود کاظمی، مصیب عرفانی، علی جمعه‌زاده، ساناز مجتهدی، محمد منتظری، نعمت... چقازردی، کورش احمدی، مسعود مرادی، پگاه میرزاپور، شیوا کاظمی، نسترن اعظمی، نوشین براغ، عباس مرادزاده، فرزانه میری، سارا بختیاری. صادقی، شفایی.

معاونت دارو و غذا: دکتر وریا رحیمی، دکتر امیر تحویلین.

معاونت دانشجویی - فرهنگی و کارشناسان واحدها: دکتر حمیدرضا اختری، دکتر غلامرضا روداب، بهمن الماسی، پرستو عباسپور، مرتضی کلهر، رسول قاسمی، عبدا.. گلچین، فرید عباسی.

معاونت توسعه‌ی مدیریت و منابع: دکتر ابراهیم شکیبا، میترا اسور، ذوالفقار غلامحسین پور، نامدار شکری، شهرام دمیا، مهدی محمدی

معاونت آموزشی: دکتر سیاوش وزیریان، دکتر حمیدرضا عمرانی، دکتر محمدرسلول خزاعی، دکتر فرحناز کهریزی، صفایی.

مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش پزشکی: دکتر سهیلا رشادت، دکتر ثریا سیابانی، دکتر نازنین رزازیان، دکتر گلاره حاتم، دکتر ناهید جلیلیان، دکتر امین جلیلیان، دکتر ماری عطایی، دکتر مسعود الفتی‌زاده، دکتر رکسانا پارساپور، فتحیه بهره‌بر، فرح روشن‌پور، ویدا سپاهی، مهرداد کرمی.

دانشکده دندانپزشکی: دکتر حمیدرضا مظفری، مهنوش خورشیدی.

بیمارستان امام رضا(ع): دکتر احمد فرامرز، دکتر شهرام بیده‌ندی.

مرکز فوریت‌های پزشکی: عبدالرحمان پرنا، محمدآرام خالصی

ویراستاران: الناز سلیمی، مریم شجری، امین کرمی‌متین

حروف چینی: الناز سلیمی

صفحه‌آرایی: بیتا آژرپور

و با تشکر از تمام عزیزانی که ما را در این امر یاری دادند: جعفر پورشجاعی، حسنا فرزادنیا، فرحناز فیض‌بشی‌پور.

پیشگفتار مجری طرح:

به یاری خداوند منان توفیق این را داشتیم که با تدوین سومین نگاره تحت عنوان «راهکارهای توسعه، پویایی سازمان، برنامه استراتژیک»، نگاهی کلی و بلندمدت به برنامه‌های کلان سازمان داشته باشیم که امیدواریم مورد توجه و استفاده کلیه ذینفعان سلامت قرار گیرد.

سألهاست که موضوع برنامه‌ریزی استراتژیک به عنوان یک الزام سازمانی در بخش دولتی و خصوصی مطرح گردیده و توجه مدیران ارشد سازمان‌های کشور را به خود جلب نموده، اما در بسیاری از بخش‌ها هنوز آنچنان که بایسته است به کار گرفته نشده و فقط به تدوین استراتژی منجر گردیده و در اجرا آنچنان که لازم است مورد عمل قرار نگرفته است. همان گونه که در نگاره اول نقشه جامع سلامت و بخش عمده این کتاب نیز آورده شده است، موضوع پویایی سازمان یکی از ارکان اصلی در توفیق سازمانی، جهت دستیابی به اهداف توسعه است. در سازمان‌های پویا، یادگیرنده و بالنده، واحدهای مختلف سازمان با ترسیم افق‌های پیش روی و گام‌های استوار، تصویر روشنی از آینده سازمان را ترسیم می‌کنند و در راستای تحقق آن گام برمی‌دارند؛ یکی از مهمترین اقدامات در این زمینه تدوین برنامه استراتژیک سازمان است. امروزه سازمان‌ها در جهت شناخت وضعیت واقعی خود (نقاط قوت و ضعف)، همچنین متناسب با محیط خارجی سازمان (فرصت و تهدید) و با تصمیم‌گیری علمی بر اساس آن، تلاش فراوان به کار می‌بندند و به روش‌های گوناگون اقدام به تدوین برنامه‌هایی برای به کارگیری نیروی انسانی و استفاده بهینه از منابع فارسی می‌نمایند. از مهمترین این روش‌ها استفاده از ماتریس SWOT است که در این نگاره نیز مورد توجه قرار گرفته است. گرچه به منظور تدوین دقیق‌تر استراتژی‌ها، وجود پایه‌های اطلاعات در قالب سیستم اطلاعات مدیریت در سازمان‌ها الزامی است؛ اما تدوین استراتژی‌ها با استفاده از مدل SWOT این امکان را فراهم می‌کند که مبتنی بر اطلاعات موجود و با استفاده از بارش افکار مدیران جهت‌گیری‌های نسبتاً صحیحی در برنامه‌های سازمان صورت پذیرد. لذا در این مکتوب با بهره‌گیری از دانش و اطلاعات مدیران در حوزه‌های مختلف دانشگاه اقدام به تدوین و اولویت‌بندی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدها گردیده و با همکاری و مساعدت مدیران در سطوح مختلف دانشگاه به تجزیه و تحلیل و تنظیم استراتژی‌های انتخابی آن‌ها پرداخته شده است. امید است در گام بعدی بتوانیم برنامه عملیاتی دانشگاه علوم پزشکی را مبتنی بر استراتژی‌های تدوین شده به تصویر کشیده و به نحو شایسته‌ای با استفاده از شاخص‌های کارآمد، آن را مورد ارزشیابی مداوم قرار داده و بهبود بخشیم. لازم به ذکر است که برنامه عملیاتی واحدها بر اساس نقشه جامع سلامت در راستای استراتژی‌های انتخابی توسط واحدهای ارائه خدمات تدوین و به صورت راهنمای کاربردی در دستور کار حوزه‌های مختلف دانشگاه قرار خواهد گرفت.

فصل اول : کلیات و تعاریف

مقدمه:

در تداوم نگارش نقشه جامع سلامت استان، شاید مهمترین موضوع، پویایی سازمان ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی در انجام خدمات مناسب در زمینه‌های مختلف، از جمله پیگیری سیاست‌های کلان در سطح کشور، هم راستایی اقدامات در جهت تحقق اهداف کلی و بکار بستن راهبردهای اساسی است که به صورت یکپارچه، هدف‌های والای نظام بهداشت و درمان را دنبال می‌کنند. دوم، به کار بستن بهترین راهکارها در جهت جلب مشارکت مردمی و همکاری بین‌بخشی است، به طوری که موضوع سلامت در برنامه زندگی اقشار مختلف جامعه و جزء لاینفک خدمات بخش‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی قرار می‌گیرد و سوم، تدوین برنامه استراتژیک در سازمان به گونه‌ای که بتواند افق‌های روشنی را برای آینده سازمان ترسیم کرده و حرکتی منسجم در بخش‌های مختلف سازمان ایجاد نموده و مسیر روشنی را پیش روی مدیران در سطوح مختلف سازمان بگشاید تا دستیابی به اهداف کلان سازمان با انجام برنامه‌های عملیاتی و از پیش تعیین شده در قالب برنامه راهبردی را میسر سازد. به همین خاطر در این نگاره به موضوع برنامه‌های بخش‌های مختلف سازمان پرداخته شده و با تعیین اهداف، شناسایی نقاط قوت و ضعف، تدوین راهکارها و مشخص کردن اهداف اختصاصی، پیوستگی منطقی بین مطالب حفظ شده، تا وضعیت دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه و واحدهای تابعه آن در مسیر ارائه خدمات بهتر مشخص گردد. برای این موضوع، رسالت، دورنما، اهداف، نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها، راهکارهای پیشنهادی، دستاوردها، چالش‌ها و برنامه‌های توسعه پیش‌بینی شده برای آینده در افق‌های یکساله، پنج ساله و افق ۱۴۰۴ آمده است. همچنین آنچه جهت انسجام این کتاب نیز بدان توجه گردیده است، معرفی برنامه استراتژیک بر اساس ماتریس SWOT و همچنین گام‌های مطرح شده در مدل برنامه‌ریزی براسون است.

از آنجا که هیچ نوشته‌ای عاری از ایراد نیست در این نگاره نیز تا حد ممکن سعی گردید که جامعیت مطالب حفظ شود. گرچه این نگاره برای ذکر بسیاری از مسائل مهم، جای خالی فراوان دارد؛ امید است در بازنگری‌های آتی مورد توجه بیشتر قرار گرفته و از اشکالات آن کاسته شود.

مقدمه‌ای بر نقشه جامع سلامت استان:

بشر از زمانیکه توانست نسبت به فردای خود اندیشه کند و با تدوین هدف‌های خویش در آینده تصویری از آینده را پیش‌بینی نماید، فرآیند برنامه‌ریزی را آغاز نمود. گرچه در سطح کشوری و آنهم به صورت اولویتی مهم توجه به برنامه‌ریزی در اتحاد جماهیر شوروی آغاز شد ولی امروزه طی نیم‌قرن اخیر به دلیل پیچیده‌تر شدن و توسعه سازمان‌ها برنامه‌ریزی به عنوان علمی همیشه پویا برای تمامی ملت‌ها مطرح است و در عرصه سازمان‌های مختلف روند تخصصی پیدا نموده است.

برنامه‌ریزی به عنوان مهمترین عامل در بهبود و توسعه سازمان‌ها محسوب می‌شود. بهره‌گیری از برنامه‌های منسجم و اصولی مبتنی بر دانش علمی، از مهم‌ترین اقداماتی است که در سازمان‌ها و جوامع بشری مطرح است. از آنجا که برنامه‌ریزی مهمترین رکن مدیریت است؛ تلاش در جهت برنامه‌ریزی، پایه‌ای‌ترین اقدام در مدیریت بهینه در سازمان‌ها به شمار می‌رود. چارچوب اساسی در برنامه‌ریزی را، برنامه استراتژیک تشکیل می‌دهد و به عنوان بنای مهمی برای توسعه سازمان محسوب می‌شود که می‌بایست مدیران در بستر آن، سازمان خود را هدایت نمایند.

امروزه سازمان‌ها با چالش‌های گسترده و عمیقی روبرو هستند و مرزهای سازمانی تعاریف جدیدی یافته‌اند. نگرش سیستم یک به شکل گسترده‌ای، سازمان‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. لذا ابعاد جدید در برنامه‌ریزی مطرح می‌شود که سازمان‌ها با توجه به ویژگی‌های خود می‌بایستی بدان بیانداشند. بخش بهداشت و درمان با توجه به اهداف و زمینه‌های متنوع خدمات آن و گستردگی واحدها، شاید بیش از دیگر بخش‌ها می‌بایست این مهم را دریابد.

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با تلاش در راستای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در منطقه وسیعی از غرب کشور و به عنوان قطب هفتم تشخیصی درمانی کشور، تدوین نقشه جامع به شکل علمی را سرلوحه کار خویش قرار داده تا بتواند در راستای آن، مسئولیت‌های خطیر خود را تحقق بخشد.[۱]

ایجاد سازمانی پویا:

فرآیند پویایی یا یادگیری سازمانی مبنایی است برای درک مفهوم یک سازمان پویا. **ویک و لئون**^۱ سازمان پویا را چنین سازمانی تعریف کرده‌اند: «به طور مستمر و از طریق خلق و پالایش قابلیت‌های مورد نیاز برای موفقیت‌های آینده، بهبود می‌یابد». **سنج**^۲ در تعریف سازمان پویا این چنین گفته: «سازمانی که پیوسته گسترش می‌یابد تا آینده‌اش را، خود بسازد» و **بورگینه**^۳: «سازمان‌های پویا باید بتوانند با محیط خود سازگار بشوند و کارکنان خود را برای سازگار شدن با این محیط نیز آموزش و پرورش بدهند».[۲]

طبیعت و دامنه برنامه‌های توسعه:

طرح‌های توسعه معمولاً از تعدادی برنامه‌های توسعه که سازماندهی و اداره آن‌ها به مؤسسات بخش عمومی است، تشکیل می‌یابد. حتی کشورهای فاقد طرح‌های کلان، دارای برنامه‌های متعددی هستند که به وسیله مؤسسات عمومی اداره می‌شوند. بنابراین برنامه‌های توسعه در اغلب کشورهای در حال توسعه، حتی آن‌هایی که برنامه‌ریزی کلان ندارند، دیده می‌شود. کشاورزی، صنعت، بهداشت، آموزش و مسکن بخش‌های مهم برنامه‌های توسعه در حال اجرا می‌باشند. برنامه تولید برنج در فیلیپین، برنامه کنترل جمعیت در اندونزی، برنامه برق‌رسانی به روستاها در هند، برنامه سوادآموزی بزرگسالان در تانزانیا و از این قبیل «برنامه‌های بخشی» تلقی می‌شوند. سازماندهی برنامه‌ها برای توسعه‌ی امکانات زیربنایی مانند جاده، مخابرات و دیگر تأسیسات عمومی امری متداول است. در بعضی کشورها،

^۱ - سال ۱۹۹۵

^۲ - سال ۱۹۹۰

^۳ - سال ۱۹۹۴

امکانات زیربنایی مورد نیاز توسعه صنایع کوچک ممکن است در قالب یک برنامه ایجاد نواحی صنعتی فراهم گردد. معمولاً اغلب کشورها، اجرای چنین برنامه‌هایی را به مؤسساتی که وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی تأسیس می‌کنند واگذار می‌کنند. [۳]

تعریف برنامه‌ریزی:

برنامه‌ریزی عبارتست از فرآیندی دارای مراحل مشخص و به هم پیوسته برای تولید یک خروجی منسجم در قالب سیستمی هماهنگ از تصمیمات. برنامه‌ریزی فکر کردن راجع به آینده یا کنترل آن نیست بلکه فرآیندی است که می‌تواند در انجام این امور مورد استفاده قرار گیرد. برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری در شکل معمول آن نیست بلکه از این طریق، مجموعه‌ای از تصمیمات هماهنگ اتخاذ می‌شود. برنامه‌ریزی می‌تواند برای زمان حال یا آینده انجام شود.

بر طبق این تعریف، تصمیم‌گیری‌های مقطعی و ناپیوسته و اتخاذ سیاست‌ها برای پیشبرد سازمان در زمان حال یا آینده برنامه‌ریزی نیستند. برنامه‌ریزی متکی بر انتخاب و مرتبط ساختن حقایق است. حقایق، مفاهیم واقعی، قابل آزمون و اندازه‌گیری هستند. دیدگاه‌ها، عقاید، احساسات و ارزش‌ها به عنوان حقایقی تلقی می‌شوند که فرآیند برنامه‌ریزی بر اساس آن‌ها سازمان داده می‌شود. همان طور که اشاره شد، برنامه‌ریزی صرفاً یک فرآیند تصمیم‌گیری نیست؛ بلکه فرآیندی شامل روشن ساختن و تعریف حقایق و تشخیص تفاوت بین آن‌هاست؛ یا به عبارتی گونه‌ای فرآیند ارزیابی است که در پایان آن، در انتخاب حقایق ارزیابی شده تصمیم‌گیری می‌شود.

برنامه بیانی روشن، مستند و مشروح از مقاصد و تصمیمات است. برنامه خروجی فرآیند برنامه‌ریزی است اما برنامه‌ریزی یک فرآیند پیوسته است که پیش از اتخاذ هر تصمیمی آغاز شده و پس از اجرای آن تصمیم ادامه یافته و برنامه‌ها تهیه و اجرا می‌گردند.

ویژگی‌های برنامه‌ریزی:

برنامه‌ریزی یک فرآیند ذهنی آگاهانه با خصوصیات زیر است:

- ۱- تشخیص یک نیاز یا انعکاس یک انگیزه
- ۲- جمع‌آوری اطلاعات
- ۳- مرتبط ساختن اطلاعات و عقاید
- ۴- تعریف اهداف
- ۵- تأمین مقدمات
- ۶- پیش‌بینی شرایط آینده
- ۷- ساخت زنجیره‌های متفاوتی از اقدامات مبتنی بر تصمیمات متوالی
- ۸- رتبه‌بندی و انتخاب گزینه‌ها
- ۹- تعریف سیاست‌ها
- ۱۰- تعریف معیارهای ابزار ارزیابی برنامه

انواع برنامه‌ریزی:

برنامه‌ریزی از جنبه ماهیت به برنامه‌ریزی فیزیکی، برنامه‌ریزی سازمانی، برنامه‌ریزی فرآیند، برنامه‌ریزی مالی، برنامه‌ریزی وظیفه‌ای و برنامه‌ریزی عمومی دسته‌بندی می‌شود. برنامه‌ریزی را از جنبه افق زمانی می‌توان در قالب برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت (برنامه‌ریزی عملیاتی و تاکتیکی)، برنامه‌ریزی میان‌مدت و برنامه‌ریزی بلندمدت نیز دسته‌بندی نمود.

برنامه‌ریزی استراتژیک:

بیشتر برنامه‌ریزی‌ها بر اساس دیدگاه عقلایی، دارای شکل «آرمان‌ها و اهداف، طرح‌ها و اقدامات، منابع مورد نیاز» می‌باشند. در این مدل‌ها، ابتدا آرمان‌ها و اهداف سازمان تبیین شده، سپس طرح‌ها و اقدامات لازم تعیین و در نهایت منابع مورد نیاز برای انجام برآورد می‌گردند. تغییر در شرایط محیط، سیاست‌ها، نگرش‌ها، دیدگاه‌ها، ساختارها، نظام‌ها و . . . عواملی هستند که بر آرمان‌ها و اهداف برنامه‌ریزی تأثیر گذاشته و در نهایت باعث تغییر برنامه می‌گردند. برنامه‌ریزی در شکل عقلایی فوق، ظرفیت و توانایی مقابله با چنین تغییراتی را نداشته و منجر به شکست می‌گردد. این شرایط موجب رشد این تفکر شد که در برنامه‌ریزی باید بتوان مطابق با تغییرات، جهت حرکت سازمان را تغییر داد و جهت و رفتار جدیدی را در پیش گرفت. این نگرش زمینه‌ساز ابداع برنامه‌ریزی استراتژیک شد. بر خلاف برنامه‌ریزی سنتی که در آن آرمان‌ها و اهداف تعیین می‌شوند؛ هدف برنامه‌ریزی استراتژیک، تبیین و تدوین استراتژی است. بسته به نوع، تنوع و ماهیت تغییرات موجود در محیط می‌توان ترکیبی از برنامه‌ریزی سنتی و برنامه‌ریزی استراتژیک را بکار برد.

تعاریف مختلف و متفاوتی از استراتژی ارائه شده است. در اینجا تعریفی ارائه می‌شود که بتواند مفهوم آن را در برنامه‌ریزی استراتژیک مشخص نماید. استراتژی برنامه، موضع، الگوی رفتاری، پرسپکتیو، سیاست یا تصمیمی است که سمت و سوی دیدگاه‌ها و جهت حرکت سازمان را نشان می‌دهد. استراتژی می‌تواند تحت سطوح سازمانی، وظایف و محدوده زمانی متفاوت تعریف شود.

برنامه‌ریزی استراتژیک گونه‌ای از برنامه‌ریزی است که در آن هدف، تعریف و تدوین استراتژی‌هاست. از آنجایی که استراتژی می‌تواند دارای عمر کوتاه یا بلند باشد، برنامه‌ریزی استراتژیک می‌تواند برنامه‌ریزی بلندمدت یا کوتاه‌مدت باشد اما متفاوت از آن‌هاست.

واژه «استراتژیک» معنی هر آنچه را به استراتژی مربوط باشد در بردارد. واژه «استراتژی» از کلمه یونانی «استراتگوس» گرفته شده است که به معنای رهبری است. برنامه‌ریزی استراتژیک کوششی است ساخت‌یافته برای اتخاذ تصمیم‌های اساسی و انجام اعمالی که ماهیت سازمان، نوع فعالیت‌ها و دلیل انجام آن فعالیت‌ها توسط سازمان را شکل داده و مسیر می‌بخشد. همان طور که استراتژی نظامی، پیروزی در جنگ است، برنامه‌ریزی استراتژیک نیز طرق انجام مأموریت‌های سازمان را دنبال می‌کند.

مزایای برنامه‌ریزی استراتژیک:

- قبل از پیش آمدن مشکلات احتمالی، از وقوع آن‌ها خبر می‌دهد.
- به علاقمند شدن مدیران به سازمان کمک می‌کند.
- تغییرات را مشخص کرده و شرایط عکس‌العمل در برابر تغییرات را فراهم می‌کند.
- هر نیازی را که برای تعریف مجدد سازمان ضروری است، تعیین می‌کند.
- برای دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده بستر مناسب ایجاد می‌کند.
- به مدیران کمک می‌کند که درک روشن‌تری از سازمان داشته باشند.
- شناخت فرصت‌های بازارهای آینده را آسان‌تر می‌سازد.
- دیدی هدفمند از مسائل مدیریت ارائه می‌دهد.
- قالبی برای بازنگری اجرای برنامه و کنترل فعالیت‌ها ارائه می‌دهد.
- به مدیران کمک می‌کند که تا در راستای اهداف تعیین شده تصمیمات اساسی را اتخاذ کنند.
- به نحو مؤثرتری زمان و منابع را به فرصت‌های تعیین شده تخصیص می‌دهد.
- هماهنگی در اجرای تاکتیک‌هایی که برنامه را به سرانجام می‌رساند بوجود می‌آورد.
- زمان و منابعی را که باید فدای تصحیح تصمیمات نادرست و بدون دید بلندمدت گردند، به حداقل می‌رساند.
- قالبی برای ارتباط داخلی بین کارکنان به وجود می‌آورد.
- ترتیب‌دهی اولویت‌ها را در قالب زمانی برنامه فراهم می‌آورد.
- مزیتی برای سازمان در مقابل رقیبان به دست می‌دهد.
- مبنایی برای تعیین مسئولیت افراد ارائه داده و به موجب آن افزایش انگیزش را باعث می‌شود.
- تفکر آینده‌نگر را تشویق می‌کند.
- برای داشتن یک روش هماهنگ، یکپارچه همراه با اشتیاق لازم از سوی افراد سازمان در برخورد با مسائل و فرصت‌ها، انگیزش ایجاد می‌کند.

ویژگی‌های برنامه‌ریزی استراتژیک:

فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک اساساً فرآیندی هماهنگ‌کننده بین منابع داخلی سازمان و فرصت‌های خارجی آن می‌باشد. هدف این فرآیند نگرستن از درون «پنجره استراتژیک» و تعیین فرصت‌هایی است که سازمان از آن‌ها سود می‌برد یا به آنها پاسخ می‌دهد. بنابراین فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک، یک فرآیند مدیریتی است شامل هماهنگی قابلیت‌های سازمان با فرصت‌های موجود. این فرصت‌ها در طول زمان تعیین شده و برای سرمایه‌گذاری یا عدم سرمایه‌گذاری منابع سازمان روی آن‌ها، مورد بررسی قرار می‌گیرند. حوزه‌ای که در آن تصمیمات استراتژیک اتخاذ می‌گردند شامل محیط عملیاتی سازمان، مأموریت سازمان و اهداف جامع سازمان می‌باشد. برنامه‌ریزی استراتژیک فرآیندی است که این عناصر را با یکدیگر در نظر گرفته و گزینش گزینه‌های استراتژیک سازگار با این سه عنصر را آسان می‌سازد و سپس این گزینه‌ها را بکار گرفته و ارزیابی می‌کند.

باید توجه داشت که هر فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک زمانی با ارزش است که به تصمیم‌گیرندگان اصلی کمک کند که به صورت استراتژیک فکر کرده و عمل کنند. برنامه‌ریزی استراتژیک به خودی خود هدف نیست بلکه تنها مجموعه‌ای از مفاهیم است که برای کمک به مدیران در تصمیم‌گیری استفاده می‌شود. می‌توان گفت که اگر استراتژیک فکر کردن و عمل کردن در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک به صورت عادت درآید، آنگاه فرآیند می‌تواند کنار گذاشته شود.

برنامه‌ریزی استراتژیک در بخش دولتی:

برنامه‌ریزی استراتژیک در بخش خصوصی، توسعه یافته است. تجارب اخیر مبین آن است که رویکردهای برنامه‌ریزی استراتژیک که در بخش خصوصی تدوین شده‌اند؛ می‌توانند به سازمان‌های عمومی و غیرانتفاعی و هم چنین جوامع و دیگر نهادها کمک نمایند تا با محیط‌های دستخوش تغییر، برخوردی مناسب داشته و به شیوه‌ای کارسازتر عمل کنند. البته این به آن معنا نیست که همه رویکردهای برنامه‌ریزی استراتژیک بخش خصوصی در بخش‌های عمومی و غیرانتفاعی به یک اندازه کاربرد داشته باشند.

برایسون مدل‌های برنامه‌ریزی استراتژیک را بررسی کرده و شرایط بکارگیری آن‌ها را در بخش‌های عمومی و غیرانتفاعی مورد تحلیل قرار می‌دهد و در نهایت خود رویکردی ارائه می‌دهد که در بخش‌های عمومی و غیرانتفاعی قابل کاربرد باشد.

مدل برایسون:

این مدل نتیجه بررسی خصوصیات مدل‌های قبلی و رفع نقاط ضعف آن‌ها برای کاربرد در سازمان‌های عمومی و غیرانتفاعی می‌باشد. این مدل شامل یک فرآیند پیوسته (مطابق با تعریف برنامه‌ریزی) و تکرارپذیر می‌باشد که پیش از اتخاذ هر تصمیمی آغاز شده و پس از اجرای آن تصمیم ادامه می‌یابد. در این جا این فرایند در قالب ده مرحله شرح داده می‌شود. از خصوصیات این فرآیند این است که نتایج حاصل از هر مرحله می‌تواند در بازنگری یا تکمیل مراحل پیش از آن مورد استفاده قرار گیرند.

مراحل فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک در مدل برایسون به شرح زیر می‌باشد:

توافق اولیه: در این مرحله ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک برای سازمان مورد برنامه‌ریزی، بررسی شده و آشنایی با این نوع برنامه‌ریزی حاصل می‌شود. سازمان‌ها، واحدها، گروه‌ها یا افرادی که باید در برنامه‌ریزی درگیر شوند مشخص گردیده و توجیه می‌شوند. مرحله‌ای که در برنامه‌ریزی باید انجام شوند شرح داده می‌شوند. روش انجام برنامه‌ریزی، زمانبندی انجام، آیین‌نامه‌های مورد نیاز برای جلسات و نحوه گزارش‌دهی مشخص می‌گردند. منابع و امکانات لازم تعیین می‌گردند.

تعیین وظایف: وظایف رسمی و غیررسمی سازمان «باید‌هایی» است که سازمان با آن‌ها روبروست. در این مرحله هدف این است که سازمان و افراد آن وظایفی را که از طرف مراجع ذیصلاح به آن‌ها محول شده است شناسایی نمایند. شاید این هدف به ظاهر خیلی روشن باشد ولی این واقعیت در بیشتر سازمان‌ها وجود دارد که بیشتر افراد اختیارات و وظایف سازمانی را که در آن مشغول بکارند نمی‌دانند و اساسنامه آن را حتی برای یک بار مطالعه

نکرده‌اند. از طرف دیگر وظایف محول شده به سازمان عموماً کلی بوده و تمام فضایی را که سازمان می‌تواند در آن فعالیت کند تعریف نمی‌کند. بنابراین ضروری است که با مطالعه وظایف مکتوب و مصوب سازمان اولاً با آن وظایف آشنا شد (که از این طریق بعضی از اختیارات و ذینفعان سازمان نیز شناسایی می‌گردند)، ثانیاً مواردی را که در حیطه اختیارات سازمان قرار می‌گیرند اما تا بحال کشف نشده‌اند، شناخت.

تحلیل ذینفعان: ذینفع فرد، گروه یا سازمانی است که می‌تواند بر نگرش، منابع یا خروجی‌های سازمان تأثیر گذارد و یا از خروجی‌های سازمان تأثیر پذیرد. تحلیل ذینفعان پیش درآمد ارزشمندی برای تنظیم بیانیه مأموریت سازمان است. تحلیل ذینفعان بسیار ضروری است، چرا که رمز موفقیت در بخش دولتی و غیرانتفاعی ارضای ذینفعان کلیدی سازمان است. اگر سازمان نداند که ذینفعانش چه کسانی هستند، چه معیارهایی برای قضاوت درباره سازمان به کار می‌برند و وضعیت عملکردی سازمان در قبال این معیارها چیست، به احتمال زیاد نخواهد توانست فعالیت‌هایی را که باید برای ارضای ذینفعان کلیدی خود انجام دهد، شناسایی کند.

تنظیم بیانیه مأموریت سازمان: مأموریت سازمان، جملات و عباراتی است که اهداف نهایی سازمان، فلسفه وجودی، ارزش‌های حاکم بر سازمان و نحوه پاسخگویی به نیاز ذینفعان را مشخص می‌کند. علاوه بر این موارد، اختلافات درون سازمانی را مرتفع ساخته و بستر بحث‌ها و فعالیت‌های سازنده و مؤثر را هموار می‌کند. توافق بر مأموریت سازمان، تمام فعالیت‌های آن را همسو می‌سازد و انگیزش و توجه ذینفعان سازمان خصوصاً کارکنان آن را افزایش می‌دهد.

شناخت محیط سازمان: اساس استراتژیک عمل کردن شناخت شرایط است. یک بازیکن موفق فوتبال علاوه بر اینکه از توانایی‌ها و وظایف هر یک از اعضای تیم خود آگاهی دارد، سعی می‌کند شرایط تیم مقابل و نقاط قوت و ضعف هر یک از افراد آن را دریابد و با داشتن این مأموریت در ذهن یعنی پیروز شدن در بازی، در هر لحظه بهترین حرکت را انجام دهد. برای اینکه یک سازمان نیز در رسیدن به مأموریت خود موفق گردد، باید شرایط حاکم بر خود را به خوبی شناسایی نماید. در این مرحله، محیط خارجی سازمان در قالب شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و تکنولوژیکی مورد بررسی قرار گرفته و نقاط قوت و ضعف آن‌ها برای سازمان تعیین می‌گردند. در راستای شناخت محیط سازمان، در این مرحله محیط داخلی نیز در قالب ورودی‌ها، خروجی‌ها، فرآیند و عملکرد سازمان مورد مطالعه قرار می‌گیرند.

تعیین موضوعات استراتژیک پیش روی سازمان: این مرحله قلب فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک است. موضوعات استراتژیک تصمیمات سیاسی و اساسی هستند که بر اختیارات، مأموریت، ارزش‌ها، محصول یا خدمات ارائه شده، مراجعان یا استفاده‌کنندگان، هزینه‌ها، تأمین منابع مالی، سازمان یا مدیریت تأثیر می‌گذارد. هدف این مرحله تعیین انتخاب‌هایی است که سازمان با آن‌ها مواجه است.

تعیین استراتژی‌ها: به منظور پرداختن به هر یک از موضوعات استراتژیک پیش روی سازمان، باید اقداماتی صورت گیرد که در قالب برنامه‌ها، اهداف، طرح‌ها و ... بیان می‌شوند. این اقدامات استراتژی نامیده می‌شوند. در واقع استراتژی عبارتست از قالبی از اهداف، سیاست‌ها، برنامه‌ها، فعالیت‌ها، تصمیمات یا تخصیص‌های منابع که مشخص

می‌کنند سازمان چیست، چه کاری انجام می‌دهد و چرا آن را انجام می‌دهد. استراتژی‌ها می‌توانند تحت سطوح سازمانی، وظایف و محدوده زمانی متفاوتی تعریف شوند.

شرح طرح‌ها و اقدامات: این مرحله می‌تواند در قالب مرحله قبل، مرحله تعیین استراتژی‌ها، انجام شود اما از آنجایی که کار برنامه‌ریزی استراتژیک با تعیین استراتژی‌ها به پایان می‌رسد و اجرای آن در قالب تعریف طرح‌ها و اقدامات و مدیریت استراتژیک برنامه تهیه شده انجام می‌شود؛ این تفکیک صورت گرفته است. به عبارت دیگر از این مرحله به بعد از مدل برایشون مربوط به اجرای برنامه و مدیریت استراتژیک می‌گردد. در این مرحله به منظور اجرای هر یک از استراتژی‌های انتخاب شده، تعدادی طرح و اقدام تعریف می‌گردد.

تنظیم دورنمای سازمانی برای آینده: در این مرحله، توصیفی از شرایط آینده سازمان در صورت بکارگیری استراتژی‌های تدوین شده و استفاده از تمام نیرو و منابع سازمان، ارائه می‌شود. این توصیف دورنمای موفقیت سازمان نامیده می‌شود که در آن شرحی از مأموریت، استراتژی‌های اساسی، معیارهای عملکرد، بعضی از قواعد تصمیم‌گیری مهم و استانداردهای اخلاقی مد نظر همه کارمندان ارائه می‌شود. در صورت تنظیم چنین دورنمایی، افراد سازمان خواهند دانست که چه انتظاری از آن‌ها می‌رود، پویایی و همسویی انگیزه و نیروی افراد در رسیدن به اهداف سازمان به وجود آمده و نیاز به نظارت مستقیم کاهش می‌یابد.

برنامه عملیاتی یکساله: در این مرحله با استفاده از اطلاعات تدوین شده در مرحله هشتم و بر اساس اولویت‌های تعیین شده توسط تصمیم‌گیران، یک برنامه عملیاتی تهیه شده و بر اساس آن مدیریت و کنترل طرح‌ها و اقدامات انجام می‌شود. [۴]

اصول برنامه‌ریزی جامع:

در اغلب روش‌های برنامه‌ریزی راهبردی چه در حیطه مدیریت استراتژیک و چه در طراحی برنامه‌های ارتقای سلامت چند گام اساسی و مشترک وجود دارد:

گام اول: تشکیل تیم با مشارکت ذینفعان

گام دوم: تعیین دورنما، رسالت و ارزش‌های سازمان

گام سوم: تحلیل (تعیین مشکلات و ریشه‌یابی عوامل، راه‌حل‌ها، تعیین ترجیحات و خواسته‌های ذینفعان)

گام چهارم: تعیین جهت‌گیری‌ها (اهداف، راهبردها و شاخص‌ها)

گام پنجم: مرحله اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری

گام ششم: تدوین استراتژی‌ها

گام هفتم: اجرای استراتژی‌ها در قالب برنامه‌های حائز اولویت

گام هشتم: ارزیابی استراتژیک

گام نهم: اصلاح برنامه‌ها در صورت نیاز

از طرفی در یک جمع‌بندی بر اساس اصل پارتو، علل و عوامل مؤثر در شکست برنامه‌ها به شرح زیر است:

← ۸۰٪ موارد به طراحی برنامه مربوط است:

- ۱- فرآیند نادرست:
 - ضعف در مدل تحلیل (ضعف شناسایی مشکل)
 - انتخاب غلط راهبردهای نادرست
 - واقع بینانه نبودن هدف‌های پیش‌بینی شده

۲- مشارکت ناقص:

- مقبولیت کم یا هیچ
- نهادینه نشدن کافی
- حمایت‌طلبی ناکافی برای تصویب

← ۲۰٪ موارد نیز به اجرای برنامه مربوط است:

- ۱- عملیاتی نشدن: نداشتن پول و نیروی انسانی کافی و معلوم نبودن زمان و پروژه‌ها
 - ۲- پایش نشدن: برنامه‌ها به پروژه‌های مشخص، شکسته نشده و پایش نمی‌شود.
 - ۳- ارزیابی نشدن: با ارزشیابی نکردن برنامه‌ها و طرح‌ها، تجربیات تلخ در برنامه‌های بعدی تکرار می‌شود. [۵]
- در برنامه استراتژیک (راهبردی) مبتنی بر کیفیت، رسالت، ارزش‌ها و اصول راهنما با تعدیل و اصلاح آن‌ها آغاز می‌شود و مدیران و کارکنان در همه سطوح سازمانی باید آن را درک کنند. برای نمونه بیان رسالت، هدف سازمان را ارائه می‌دهد و به سؤالات مربوط به هویت سازمان پاسخ می‌دهد.
- در هنگام ارزیابی برنامه استراتژیک بایستی به شش سؤال حیاتی زیر پاسخ داد.
- ۱- دورنما و رسالت چیست؟
 - ۲- اصول راهنما یا ارزش‌های ما برای تحقق دورنما و رسالت سازمان چیست؟
 - ۳- صاحبان منافع سازمان چه کسانی هستند؟
 - ۴- نیازها و انتظارات آن‌ها چیست؟
 - ۵- چه متغیرهایی در محیط خارجی وجود دارند که باید مورد توجه قرار گیرند؟
 - ۶- توانایی‌ها و ضعف‌های سازمانی چیستند؟
- دورنما:** دورنما تصویر روشنی از آینده سازمان، یعنی چیزی که سازمان در پایان اجرای برنامه استراتژیک خود می‌خواهد باشد، ارائه می‌دهد و مقصد نهایی اجرای یک برنامه استراتژیک را تعیین می‌کند. بنابراین جهت‌گیری آینده سازمان را نشان می‌دهد.
- اصول راهنما و ارزش‌ها:** می‌توانند راهنمای تصمیم‌گیری برای مدیران باشند. **والت امینی** بیان کرده است «اگر بدانید چه ارزش‌هایی دارید، تصمیم‌گیری آسان می‌شود.»

ذینفعان: کسانی که در سازمان منافع دارند، صاحبان منافع یا ذینفعان نام می‌گیرند که می‌توانند داخلی (کارکنان، مدیران و پزشکان) و یا خارجی (صاحبان منافع، بیماران و ...) باشند.

پس از شناسایی صاحبان منافع، گام بعدی، تعیین نیازها و انتظارات هر یک از آنهاست که روش‌های مختلفی برای شناسایی نیازها و انتظارات صاحبان منافع وجود دارد:

- ۱- انجام بررسی با ارسال پرسشنامه به هر یک از گروه‌های ذینفع
- ۲- انجام مصاحبه به روش گروهی با صاحبان منافع
- ۳- شرکت نماینده هر یک از صاحبان منافع در جلسات برنامه‌ریزی استراتژیک
- ۴- و ارجح‌ترین آن‌ها استفاده از ترکیبی از روش‌های فوق است.

در این نگاره در راستای تدوین برنامه‌های مربوط به هر کارگروه، پس از شناسایی ذینفعان و تشکیل تیم، با حضور نمایندگان آن‌ها به منظور فراهم کردن بستر مشارکت، همکاری، دریافت انتظارات و ایجاد تعهد در آنان، بهره گرفته شده است.

استراتژی به شکل امروز خود، دستاورد پس از جنگ جهانی دوم و حاصل مسیر تحول برنامه‌ریزی است. در اوایل دهه ۱۹۶۰، وزارت دفاع آمریکا مبانی برنامه‌ریزی استراتژیک را پایه‌گذاری کرد و دو سال پس از آن، یکی از استادان دانشگاه هاروارد، مفهوم استراتژی را به جهان کسب و کار وارد کرد. در دهه ۱۹۹۰ عصر جدید رویکردهای استراتژی با نظریات صاحب نظرانی مانند **هنری مینتزبرگ^۱** و **گری هامل^۲** آغاز شد.

همگان در این اندیشه که تفکر استراتژیک می‌تواند زیربنای مناسبی برای استراتژی‌های خلاق و اثربخش باشد اتفاق نظر دارند. یکی از صاحب نظران در این زمینه خانم **جین لیدکا** است. بر پایه نظریات او استراتژی خلاق، حاصل تفکر استراتژیک است و برنامه‌ریزی استراتژیک، تسهیل روند کار و پیاده‌سازی نتایج آن را بر عهده دارد. **لیدکا** برای تفکر استراتژیک، تسهیل روند کار و پیاده‌سازی نتایج آن را بر عهده دارد. **لیدکا** برای تفکر استراتژیک ۵ ویژگی قائل است:

- ۱- **نگرش سیستمیک:** تفکر استراتژیک بر مبنای این نوع نگرش شکل می‌گیرد. بدون نگرش سیستمیک، بهینه‌سازی امکان‌پذیر نیست.
- ۲- **تمرکز بر هدف:** تفکر استراتژیک، جهت‌گیری سازمان را مشخص می‌سازد.
- ۳- **فرصت‌جویی هوشمندانه:** در تفکر استراتژیک، کشف فرصت‌ها و بهره‌گیری از آن‌ها یک اصل مهم است.
- ۴- **تفکر در زمان:** تفکر استراتژیک، تفکری در طول زمان است که گذشته، حال و آینده را به هم پیوند می‌دهد. استراتژی نیز بین حال (وضع موجود) و آینده (وضع مطلوب) است. در تفکر استراتژیک باید آینده را بر اساس توانمندی‌های امروز خلق کرد.

^۱ - H.Mintzberg

^۲ - G.Hamel

۵- **فرضیه‌سازی:** حلقه وصل کننده بین خصوصیات خلاقانه و تحلیلی، تفکر استراتژیک است. این تلفیق از طریق فرضیه‌سازی (خلاقیت) و آزمون فرضیه (تحلیل) صورت می‌گیرد. رویکردهای یاد شده، هر یک ابعادی از مفاهیم استراتژی را روشن می‌سازند. استراتژی اثربخش نیز یک رویکرد تازه در دنیای استراتژی است که بر جوهره استراژی استوار است. [۶]

دیدگاه استراتژیک:

یکی از حقیقت‌های نگران کننده در زندگی کاری که بسیاری از سازمان‌ها گرایش شدید به آن دارند این است که؛ کارها را به همان گونه که هست ادامه دهند. اغلب نیاز به ظهور یک وضعیت نزدیک به بحران است، تا مدیریت بالا نظری فراتر از توجه سطحی به مدیریت استراتژیک کند. شاید بزرگترین مانع در راه اندیشه درباره به کارگیری استراتژی‌های نوین و پیاده کردن آن‌ها نیاز به اداره امور روزانه و جاری باشد. رویدادهای روزانه بسیاری از منظوره‌های خوب استراتژیک را کنار می‌زنند. تنها راهی که می‌توان مطمئن شد که چنین وضعی رخ ندهد آن است که روند توسعه استراتژی را در سازمان رسمیت بخشید. البته این به معنی آن نیست که در جلسه‌های برنامه‌ریزی، انبوهی از کاغذبازی و فرآیندهای ملال آور بی‌پایان را دنبال کنیم. همانا احساس چنین نیازی می‌تواند به آسانی ما را برآن دارد که سرانجام روزی یکایک ما ناچار می‌شویم که اندکی هم توجه خود را از کارهای یکنواخت روزانه دور کرده و به آینده سازمان بیندیشیم. جلسه برای دگرگونی آینده سازمان می‌تواند بنا بر میل شما غیررسمی گرفته شده و به سادگی برگزار شود، تنها چیزی که لازم دارد آن است که وقت برگزاری آن را تعیین نموده و استراتژی را مورد بررسی قرار دهید. [۷]

هفت اصل کلیدی:

هانس باندهولد و ماتس لیندگرین هفت اصل کلیدی در تفکر استراتژیک را چنین عنوان نموده‌اند:

اصل اول: تناقض‌اندیشی (اساساً مدیریت استراتژیک هنر مدیریت تناقض‌ها و جمع اعداد است).

اصل دوم: دیدمان‌اندیشی (اندیشیدن به چشم‌اندازهای وسیع‌تر)

اصل سوم: بداهه‌اندیشی (ایجاد انعطاف‌پذیری و حفظ سازمان با مدیریت عوامل قابل کنترل و غیرقابل کنترل)

اصل چهارم: زمان‌اندیشی (مدیریت زمان و گام‌های اساسی سازمان)

اصل پنجم: منابع‌اندیشی (اندیشیدن به عوامل درونی و بیرونی به گونه‌ای که سازمان را در مسیر توسعه قرار دهد).

اصل ششم: چرخه عمراندیشی (طراحی سناریویی برای برخورد با شرایط آشفستگی و ادامه حیات سازمانی)

اصل هفتم: سعی و خطااندیشی (اندیشیدن منطقی به آنچه به عنوان سعی و خطا در سازمان مطرح است). [۸]

ترتیب‌دهی دگرگونی استراتژیک:

بسیاری از سازمان‌ها نیاز به دگرگونی ریشه‌ای در زمینه استراتژی‌های موجود خود ندارند، ولی این احتمال وجود دارد که از همه امکانات بالقوه خود نتوانند بهره گیرند. حقیقت آن است که صرف ادامه بقاء یک شرکت به ما می‌گویند که بسیاری از کارهای خود را درست انجام می‌دهند؛ ولی فرق زیادی میان بقاء صرف و عملکرد برتر وجود

دارد و تنها به دلیل این که سازمان، امروزه پابرجاست؛ به معنی آن نیست که تا پنج سال آینده نیز بتواند دوام بیاورد. همچنین بایستی به پیشنهادهای ناشی از تحلیل‌گری استراتژیک که خواهان آن است که سازمان از وضعیت کنونی فرآورده/ بازار خود دور شود، محتاط بود. در مورد دشواری‌های استراتژیک ناشی از تنوع و گوناگونی صرفاً نیاز به دوباره‌اندیشی درباره هر گونه تحلیل‌گری داریم که ما را به این نتیجه رهنمون شود که بایستی موجود را رها کرده و به صنعت دیگری روی آوریم. ما انتظار داریم که افراد اندکی پذیرای این باشند که یک فرد «برونی» بتواند وارد صنعت آن‌ها شده و عملکرد برتری را نسبت به شرکت‌های آن‌ها ارائه کند. به هر روی، بسیاری از افراد این موضوع را عجیب تلقی نمی‌کنند که سازمان خود را به سوی صنعتی ناشناخته بکشانند (یا یک سازمان در صنعتی دیگر را خریداری یا اداره کنند) و انتظار داشته باشند که عملکردی بهتر را نسبت به صنعتی که داشته و در آن تجربه‌های فراوانی اندوخته، ارائه کنند. [۷]

درگام بعدی، تحلیل بسیار حائز اهمیت بوده و شناخت وضعیت سازمان و بسیاری متغیرهای محیطی چه آن‌ها که در راستای تحقق اهداف سازمان قرار دارند و چه آنان که سازمان را مورد تهدید قرار می‌دهند، محور اصلی در تدوین راهکارهای مناسب است؛ که البته برای این کار روش‌های متعددی در سازمان‌های مختلف توسط اندیشمندان پیشنهاد و به کار گرفته شده است. از آن جمله روش PEST^۱، روش SWOT^۲ و روش‌های دیگری نیز موجود است که در هر کدام اطلاعات در سطح وسیعی لازم است و تجزیه-تحلیل اطلاعات به شیوه‌ای خاص صورت می‌پذیرد. به طور مثال در روش PEST عوامل محیط کلی قابل تجزیه و تحلیل عبارتند از: عوامل محیط تکنولوژیکی، عوامل محیط فرهنگی-اجتماعی، عوامل محیط اقتصادی و عوامل محیط سیاسی-حقوقی که در جدول ذیل با تفصیل بیشتری آمده است.

^۱ -Political, Economic, Social, and Technological factors

^۲ -Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

جدول شماره ۱-۱: عوامل محیط کلی قابل تجزیه و تحلیل [۹]

پیش‌بینی آینده	وضعیت فعلی	عوامل محیطی کلی
		الف- عوامل محیط تکنولوژیکی ۱- ساختار و ویژگی‌های تکنولوژی دارا شده ۲- انتقال تکنولوژی و شرایط آن ۳- استفاده از انرژی و هزینه آن ۴- ماشینی شدن در صنایع و درجه خودکار شدن (اتوماسیون) ۵- درجه استفاده از کامپیوتر در صنایع ۶- نیروی بالقوه تغییر و توسعه تکنولوژی ۷- سرعت تغییر تکنولوژی و فرآیند آن ۸- فشردگی تحقیق- توسعه در حیطه فعالیت ۹- مقدار وجوه و حیطه‌های وجوه جدا شده برای تحقیق- توسعه ۱۰- تکنولوژی کالاهای جایگزین و نیروی بالقوه تغییر آن ۱۱- تکنولوژی عوامل تولید و نیروی بالقوه تغییر آن ۱۲- تکنولوژی عوامل تولید ۱۳- ظرفیت تحقیق- توسعه سازمان و قدرت آن ۱۴- ظرفیت تطبیق و اجرای نوآوری‌ها در مؤسسه ب. عوامل محیط فرهنگی- اجتماعی ۱- سطح رفاه عمومی کشور ۲- استاندارد زندگی عمومی و شرایط زندگی ۳- گروه‌های موجود و ویژگی‌های نیازها ۴- کیفیت حیات کاری ۵- دیدگاه جهانی جامعه و ارزش‌های آن‌ها ۶- ارزش‌های گروه‌های هدف مؤسسه ۷- دیدگاه جهانی کارکنان مؤسسه و ارزش‌های آن‌ها ۸- در این دیدگاه و ارزش‌ها تغییرات و سبب‌های آن ۹- ویژگی‌های ساختار جمعیتی کشور ۱۰- سطح فرهنگ و آموزش جامعه ۱۱- تغییرات در ساخت اجتماعی و دلایل آن ۱۲- سرعت افزایش جمعیت ۱۳- ساختار شهرنشینی و سرعت آن ۱۴- مشکلات عمومی جامعه

		پ. عوامل محیط اقتصادی ۱- ساختار درآمد ملی الف. درآمد ملی جامعه ب. نسبت افزایش سالانه در درآمد ملی پ. توزیع درآمد در بین طبقات اجتماعی ت. درآمد سرانه هر فرد ۲- رشد و پیشرفت اقتصادی الف. نسبت رشد اقتصادی ب. نسبت‌های اندوخته پ. میل تبدیل اندوخته‌ها به سرمایه‌گذاری ت. حیطه‌های تشویق سرمایه‌گذاری و نسبت‌های آن ث. هزینه‌های سرمایه‌گذاری بخش دولتی و خصوصی ج. طرح‌های توسعه ۳- استخدام و بیکاری الف. مردمی که می‌توانند کار کنند و ویژگی‌های آن‌ها ب. نسبت بیکاری پ. نسبت‌های افزایش و کاهش بیکاری ۴- سطح کلی قیمت‌ها و تغییرات ۵- میل‌های تورم و رکورد، ویژگی‌ها و سبب‌های آن ۶- تجارت خارجی و موازنه پرداخت‌ها الف. عوامل تأثیرکننده در موازنه پرداخت‌ها ب. شرایط واردات و صادرات و تشویق‌ها پ. موضوعات گمرکی ۷- دوره توسعه اقتصادی و نوسانات ۸- سیاست پولی و مالی دولت الف. تنظیم و ترتیبات مربوط به ارزش پول ب. حدود نرخ بهره پ. حجم نقدینگی ت. استفاده‌های وجوه و منابع ث. وظایف بانک مرکزی ۹- مالیات گرفته شده از فرد و مؤسسات ت. عوامل محیط سیاسی - حقوقی ۱- تنظیم و ترتیبات حقوقی مربوط به زندگی کاری الف. قانون کار
--	--	--

		ب. سندیگاه، اعتصاب، تعطیل کارخانه و مذاکرات جمعی پ. قانون بیمه‌های اجتماعی ت. بیمه بیکاری ث. دیگر تنظیم و ترتیبات حقوقی ۲- مالکیت، کنترل ابزار تولید، سیاست‌های معطوف به تولید و توزیع ۳- مداخله دولت در اقتصاد الف. حداقل دستمزد ب. سلامتی محیط زیست پ. اصول تبلیغات ت. حیطه‌های سرمایه‌گذاری ج. اجرا و عمل‌های تشویقی و وضعیت توسعه ۴- ترجیح‌های دولت درباره اقتصاد کل الف. باز شدن به خارج ب. آزادسازی ۵- سوگیری‌های سیاسی و عهدنامه‌های بین‌المللی ث. عوامل محیط طبیعی ۱- وضعیت خاک، هوا و ویژگی‌های آن ۲- شرایط اقلیمی
--	--	--

یکی دیگر از روش‌هایی که به طور متفاوت در ارزیابی، مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ روش شش عاملی INVEST^۱

است که از منظر دیگری، موضوع ارزیابی وضعیت سازمان را مورد توجه و بررسی قرار می‌دهد.

الگوی شش عامل INVEST:

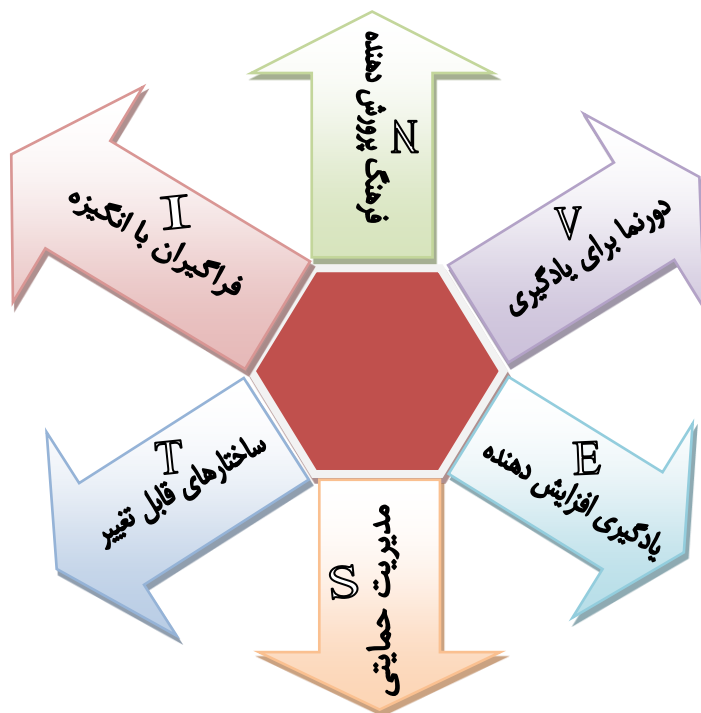
یک روش دیگر برای ارزیابی سازمان فراگیر، بسط دو بعد یاد شده (محیط/ ساختار و کارکنان) به شش بعد زیر

می‌باشد:

- فراگیران با انگیزه
- فرهنگ پرورش‌دهنده
- دورنمایی برای آینده
- یادگیری افزایش یافته (بهبود یافته)
- مدیریت حمایتی
- ساختارهای قابل تغییر

¹-I= Inspired Learners, N= Nurturing culture, V= Vision for the future, E= Enhanced Learning, S= Supportive Management, T= Transforming Structures

در این مدل ارزیابی هر یک از مواردی که زیر اجزای الگوی INVEST ارائه شده‌اند، در گروه‌های کاری و با استفاده از معیارهای موجود انجام می‌گیرد. [۱۰]



در تحلیل محیط به روش‌های مختلف، آنچه که مدنظر است شناخت مطلوب از وضعیت سازمان و محیط فراگیر آن است که در دو بخش محیط داخلی و محیط خارجی سازمان تعریف می‌شود. نمونه‌های ذکر شده قبلی روش‌هایی از بررسی و تحلیل محیط بودند و این در حالیکه روش‌های متعددی جهت بررسی وجود دارد. از روش‌های رایج تحلیل محیط سازمان، روش SWOT است که در این نگاره نیز مورد توجه قرار گرفته است و به دلیل آنکه با همین روش نسبت به تدوین استراتژی‌های دانشگاه علوم پزشکی اقدام گردیده از شرح آن خودداری می‌گردد.

نکاتی که مدیران برنامه می‌بایست درباره مدیریت استراتژیک به خاطر بسپارند:

۱- مدیریت استراتژیک مجموعه‌ای از اقدامات مدیران رده بالاست که چهارچوبی برای تصمیمات عملی فراهم نموده و اجرای موفقیت‌آمیز را تسهیل می‌کند.

۲- مدیران برنامه می‌بایست برای بکارگیری مدیریت استراتژیک ضمن حفظ آگاهی بر عوامل چهارگانه کلیدی شامل محیط خارجی، استراتژی، ساختار و فرآیند درونی برنامه، تأثیر بگذارند.

۳- از آنجا که این عوامل دارای ارتباط متقابل درونی هستند، هماهنگی و سازگاری آنان یک شرط قبلی برای پیشرفت برنامه است. مدیران اجرایی می‌بایست به تک تک این عوامل و ارتباطات متقابل درونی آنان اثر بگذارند.

- ۴- نقش حیاتی و کلیدی مدیران برنامه، تجزیه و تحلیل، تأثیرگذاری و هماهنگی این عوامل برای دستیابی به بهترین نتیجه است، منظور از ایجاد هماهنگی دستیابی به سازگاری بین عوامل چهارگانه می‌باشد.
- ۵- هرگاه محیط برنامه و یا اهداف آن‌ها تغییر پیدا کند، مدیریت می‌بایست عوامل را دوباره تنظیم نماید؛ ضمن اینکه باید توجه داشته باشد که هماهنگی، امری مهمتر بوده و وظیفه‌ای برای یکبار نیست. بنابراین مدیران برنامه به طور مداوم می‌بایست از تغییرات بین عوامل آگاه بوده و بر حسب ضرورت، هماهنگی‌های لازم را بوجود آورند. [۱۱]

سازمان‌ها در مسیر پویایی خود بیش از هر چیز تصویر مناسبی از آینده مطلوب را نیازمند هستند و ترسیم چنین مسیری نیازمند توجه ویژه به اطلاعات، آموزش عمیق به کیفیت در اقدامات، نتایج، استفاده از الگوی تجربه شده و موفق است. سازمان‌های بهداشتی درمانی نیز همانند دیگر سازمان‌های مرتبط با سلامت و سایر سازمان‌ها در بخش‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، نیازمند چنین مسیری هستند.

مفهوم استراتژی زاینده فضای رقابتی و محدودیت منابع است. انسان در جهانی پر از محدودیت زندگی می‌کند. صرف منابع محدود بر موضوعات غیراصلی، جریمه‌اش واگذاری میدان رقابتی به رقیبی است که منابع محدود خود را بر موضوعات اصلی متمرکز کرده است. موضوعاتی که نتیجه‌اش مزیت‌های بیشتری (نسبت به رقیب) را به همراه دارد. ماهیت استراتژی، تشخیص فرصت‌های اصلی و تمرکز منابع در جهت تحقق منابع نهفته در آن‌هاست. فلسفه استراتژی نشان می‌دهد که درون مایه اصلی استراتژی، فرصت‌ها هستند. بدون دستیابی به فرصت‌های استراتژیک، منافع استراتژیک به دست نمی‌آید.

تعریف استراتژی:

استراتژی چیست؟ **میتزبرگ** برای استراتژی ۵ معنی پیشنهاد می‌کند: طرح، تمهید، الگو، وضعیت و دیدگاه. مشاوران **مک‌کینزی** آن را عبارت درک ابعاد مختلف ساختار صنعت و مبانی رقابت در آن بیان می‌کنند. این تعاریف همگی درست هستند، فقط اگر فلسفه استراتژی را به همراه داشته باشند، یعنی بر درک و استفاده از فرصت‌ها استوار باشند. در واقع بدون درک فرصت‌های استراتژیک، استراتژی امری کاملاً بی‌ثمر است. فرصت‌ها درون مایه اصلی استراتژی‌اند و بدون آن هیچ نتیجه‌ای عاید نخواهد شد. در رویکرد استراتژی باید دائم به دنبال فرصت‌ها بود، فرصت‌هایی که برای سازمان منافع کثیری به همراه داشته باشد. [۶]

فرهنگ کیفیت:

در صورت لزوم باید یک تغییر فرهنگی ایجاد شود تا در پرتو آن دورنما، رسالت، ارزش‌ها و اهداف سازمانی توسط مدیران و کارکنان درک و درونی شود. هدف نهایی، تبدیل بیمارستان یا نظام بهداشتی به یک بیمارستان یا یک نظام بهداشتی است که وقف کیفیت می‌باشد؛ بیمارستانی که برنامه‌ریزی و ارتقای کیفیت جزئی از فعالیت‌های روزانه آن می‌باشد. این امر از چندین طریق میسر خواهد شد:

- تعهد مدیریت ارشد از طریق تخصیص منابع، ارائه الگوی رفتاری از رفتارهای مطلوب و پاداش، تقدیر از تلاش‌های ارتقای کیفیت.
- کاربردی کردن ارزش‌ها از طریق اجرای برنامه آمادگی و آموزش نحوه استفاده از ارزش‌ها در شرایط کاری روزانه
- آموزش اصول و ابزار ارتقای کیفیت، برخی از این ابزار عبارتند از: یک رویکرد منظم برای حل مشکل، تیم‌سازی، استفاده از آمار، نمودار جریان فرآیند و نمودار علت و معلول.
- توانمندسازی مدیران و کارکنان با دادن قدرت و اختیار جهت برخورد با مشکلات در پایین‌ترین سطح سازمانی از طریق تبادل اطلاعات و دریافت نقطه نظرات دیگران. [۱۲]

برنامه‌ریزی استراتژیک مبتنی بر کیفیت:

برنامه‌ریزی استراتژیک با دیدگاه کیفیت یعنی استخدام مفهوم کیفیت و مدیریت جامع کیفیت برای ایجاد تحولات بنیادی در یک سازمان به طوری که آن سازمان بتواند در پاسخگویی به نیازها و انتظارات مشتریان در یک موقعیت برتر قرار گیرد. برای کسانی که کیفیت را به درستی درک کرده‌اند امکان تصور جدایی برنامه‌ریزی استراتژیک از کیفیت و مدیریت جامع کیفیت وجود ندارد.

برنامه‌ریزی استراتژیک مبتنی بر کیفیت زمانی بهترین تأثیر را خواهد داشت که برنامه‌ریزی کیفیت به طور کامل با برنامه‌ریزی استراتژیک ادغام شود و چنین ادغامی زمانی به یک برنامه استراتژیک منجر خواهد شد که؛ علاوه بر شامل بودن هدف‌های کیفیت، فلسفه مدیریت جامع کیفیت را در تهیه دورنما، رسالت، ارزش‌ها، اهداف استراتژیک و برنامه‌های اجرایی مدنظر قرار دهد. برنامه استراتژیک تهیه شده، نسبت به تلاش‌های کیفیت و نیز فلسفه کیفیت که در همه اهداف سازمانی نهفته است، تعهد بلندمدت را نشان خواهد داد.

اصول اساسی برنامه‌ریزی استراتژیک مبتنی بر کیفیت، شامل استفاده از رویکرد سیستمیک و مشارکت کارکنان و مدیران همه سطوح سازمانی می‌باشد. فرآیند برنامه‌ریزی معمولاً دربرگیرنده ارزیابی اولیه نیازها و انتظارات صاحبان منافع، تعیین اهداف، پیش‌بینی اقدامات مشخصی برای برآوردن آن نیازها و انتظارات، اجرای تغییرات (اقدامات پیش‌بینی شده)، سنجش، پایش و ارتقای مستمر می‌باشد. بنابراین برنامه‌ریزی استراتژیک مبتنی بر کیفیت را می‌توان یک فرآیند سازمان‌شمول، منظم و مشتری محور برای دستیابی به اهداف کیفیت تعریف کرد.

شاید تا کنون مباحث کیفیت در سازمان‌های ایرانی بیش از هر چیز معطوف به رضایت مشتری و پاسخگویی منطقی به نیاز مشتریان بوده است، ولی هرگز در تدوین برنامه‌های استراتژیک نگاه کیفیت محور چندان مورد توجه نبوده است. اما این دو مقوله یعنی حرکت و پویایی سازمان بر اساس شناخت محیط داخلی و خارجی در قالب برنامه استراتژیک منعطف و کیفیت خدمات ارائه شده به مشتریان هرگز قابل تفکیک از یکدیگر نمی‌باشند.

از مؤلفه‌های اصلی و اساسی تکریم مشتریان رضایتمندی آنان از خدمات ارائه شده است و نظرسنجی از آن‌ها ابزار شناخت نقاط قوت و ضعف در زمینه پاسخ به نیازهای منطقی مشتریان به حساب می‌آید. استقرار سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها نیز از عواملی است که می‌تواند در رضایتمندی بیماران مؤثر باشد. در مطالعه‌ای که جهت

بررسی مقایسه‌ای رضایتمندی بیماران قبل و پس از استقرار سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان شهدای تأمین اجتماعی کرمانشاه سال ۱۳۸۵ انجام دادند نتایج زیر حاصل آمد: در برخی ابعاد نظیر میزان رضایت از نحوه ارائه خدمات و طرز برخورد کارکنان گر چه تغییراتی اتفاق افتاده است ولی چندان چشمگیر نیست و نشان می‌دهد که عوامل دیگری نیز هستند که با وجود تغییر در نحوه مدیریت خدمات در میزان رضایت تأثیر اساسی دارند. با توجه به نتایج پژوهش به نظر می‌رسد که جهت سنجش میزان رضایتمندی بیماران می‌بایست به صورت جامع‌تر و با توجه به ابعادی که تحت سیستم مدیریت کیفیت دستخوش تغییر و اصلاح می‌شوند، اقدام به ارزیابی رضایتمندی بیماران نمود. [۱۳]

از آنجا که مدیران و سرپرستان نقش اساسی در استقرار و هدایت سیستم مدیریت کیفیت را به عهده دارند به عنوان ذینفعان اصلی نقش محوری خواهند داشت. لذا آمادگی آن‌ها در این زمینه خود پایه‌ای‌ترین فاکتور در موفقیت حرکت پرشتاب مدیریت کیفیت و ارتقاء خدمات بیمارستانی به شمار می‌رود. در مطالعه‌ای که در جهت استقرار نظام مدیریت کیفیت در بیمارستان شهدای تأمین اجتماعی، نگرش مدیران و سرپرستان تأمین اجتماعی نسبت به استقرار سیستم و با هدف سنجش بینش مدیران و سرپرستان بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه صورت گرفت نتایج زیر حاصل شد: ۶۹٪ از مدیران و سرپرستان رعایت الزامات عمومی را در توسعه خدمات بیمارستان ضروری دانسته و بسترسازی لازم در جهت استقرار سیستم را در بعد الزامات عمومی مورد توجه داشتند و تنها ۲٪، الزامات عمومی را لازم نمی‌دانستند. همچنین ۶۱٪ از مدیران و سرپرستان تأمین اجتماعی مستندسازی را در استقرار مدیریت کیفیت و بهبود و توسعه خدمات ضروری می‌دانستند. در ارتباط با رعایت مسئولیت مدیریت نیز ۵۹٪ موافق و ۳٪ مخالف بودند و درخصوص مدیریت منابع نیز ۶۰٪ موافق و ۷٪ مخالف با رعایت آن بودند. همچنین استانداردهای محصول و ارائه خدمات را نیز ۷۵٪ ضروری دانسته و تنها ۵٪ آن را کم اهمیت می‌دانستند و همین طور ۷۵٪ بسترسازی جهت پایش و اندازه‌گیری را ضروری دانسته و ۴٪ آن را کم اهمیت می‌دانستند. گرچه موفقیت‌های استقرار سیستم‌های مدیریت در انواع سازمان‌ها مورد تأیید قرار گرفته است؛ ولی هنوز مدیران و سرپرستان ما باورهای لازم در خصوص جهت‌گیری راسخ در این زمینه را ندارند. [۱۴]

فصل دوم: سیاست‌های کشوری

مقدمه‌ای دال بر سیاست‌های کشوری:

کشورهای مختلف در سطح جهان با هر وضعیتی از نظر توسعه و رفاه اجتماعی و با داشتن هر گونه نظام ارائه خدمات اعم از بیمه بهداشتی، طب ملی و ... لازم است از سیاست‌های کلانی که در سطح عالی نظام سلامت تدوین می‌گردند، تبعیت کرده و به طور هماهنگ و یکپارچه در جهت تحقق آن سیاست‌ها اقدام نمایند. نقش دانشگاه‌ها در تدوین سیاست‌های کشوری بسیار حائز اهمیت بوده و در کشوری نظیر ایران اسلامی که تنوع در نیازهای بهداشتی و درمانی در مناطق مختلف جغرافیایی و سیاسی آن به چشم می‌خورد، نقش اطلاع‌رسانی، پیشنهادات مبنی بر پژوهش‌های علمی در منطقه تحت پوشش و مشارکت و مساعدت در اخذ تصمیمات کلان و سیاست‌ها در مدیریت خدمات بسیار مؤثر است. لذا در این بخش از کتاب با پرداختن به سیاست‌های بخش بهداشت در سطح کشور که در سطح وزارتخانه با همکاری متخصصین و مسئولین نظام سلامت و با همکاری دانشگاه‌ها تدوین گردیده‌اند، پرداخته می‌شود.

سیاست‌ها، راهبردها و اقدامات اصلی در نظام سلامت:

«راهبرد» در این متن به معنای خاص کلمه مورد استفاده قرار گرفته است که به معنای راه و روش دستیابی به اهداف میان‌مدت و دوره‌ای می‌باشد. اقدامات، به طور مشخص فعالیت‌هایی را مشخص می‌کند که در مقطعی از زمان بایستی انجام گیرد و شکل طولی‌مانند راهبردها ندارند. «الزامات» نیز شامل زیرساخت‌ها و قوانین مورد نیاز برای رسیدن به اهداف کلان نقشه است که باید برای تحقق اهداف این نقشه، توسط دولت و سایر سازمان‌ها و نهادهای خارج از نظام سلامت انجام پذیرد. این راهبردها و الزامات در سیاست‌هایی که برگرفته از چارچوب نظام ملی نوآوری توسط کارگروه‌های آینده‌نگاری نقشه جامع علمی سلامت کشور تهیه شده‌اند، پیشنهاد و جمع‌بندی شده‌اند.

این سیاست‌ها عبارتند از:

۱- توسعه سیاست‌گذاری، مدیریت و قوانین:

راهبردها:

- ۱- پایش توسعه فن‌آوری در کشورهای منطقه و کشورهای توسعه‌یافته برای مشخص کردن زمینه‌های توسعه دانش و اکتساب فن‌آوری.
- ۲- کاهش تصدی دولت، همراه با حضور کارآمد آن در قلمرو امور حاکمیتی با توجه به خصوصیات مقوله سلامت و اولویت‌دادن به بخش‌های خصوصی و غیردولتی به عنوان محرک اصلی رشد خدمات علم، فن‌آوری و نوآوری.
- ۳- واگذاری اختیارات قانونی لازم به دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی (استقلال دانشگاه‌ها) به منظور ایجاد انعطاف لازم در اجرای برنامه‌ها، افزایش کارآمدی، تسهیل و روان‌سازی فعالیت‌ها، (درموردی نظیر برنامه‌ریزی و راه‌اندازی رشته‌ها، جذب هیأت علمی و دانشجو) در چارچوب نظام‌های اعتباربخشی.

- ۴- افزایش بهره‌وری منابع انسانی مراکز آموزشی و پژوهشی و تمام وقت نمودن اعضای هیأت علمی و دانشگران از طریق تأمین رفاه آن‌ها.
- ۵- انتقال فن‌آوری‌های مورد نیاز نظام سلامت کشور توسط بدنه علمی دانشگاه‌ها و پژوهشگاه‌ها به عنوان واسطه انتقال.
- ۶- اصلاح قوانین و مقررات و همچنین مقررات‌زدایی (شامل قوانین و مقررات مالی، بازرگانی) در جهت تسهیل و حمایت از پژوهش، پژوهشگر و مراکز پژوهشی در طول فرآیند تبدیل ایده تا محصول در بخش‌های دولتی و خصوصی در حوزه سلامت.

اقدامات:

- ۱- ایجاد ساختار سیاست‌گذاری علم، فن‌آوری و نوآوری سلامت، برای تکمیل چرخه نوآوری ملی سلامت، شفافیت تخصیص منابع و یکپارچه کردن فرآیندهای نظارتی، ارزشیابی و اعتبارسنجی (این ساختار باید تمامی فرآیند ایده تا جامعه در سلامت را تعریف و تسهیل نماید).
- ۲- تدوین و اجرای برنامه بلندمدت توسعه علم، فن‌آوری و نوآوری سلامت در چارچوب نقشه علمی کشور، همراه با طرح آمایش علمی و فن‌آوری سلامت به منظور تعیین موقعیت خوشه‌ها و جغرافیای پارک‌های علم و فن‌آوری، طراحی راهکارهای اجرایی حمایت و پشتیبانی از برنامه و شیوه پایش پیشرفت آن.
- ۳- تهیه سندهای توسعه پنج، ده و بیست‌ساله اولویت‌های علم و فن‌آوری نظام سلامت و بازبینی حوزه‌های اولویت‌دار در هریک از برنامه‌ها براساس آینده‌نگاری.
- ۴- انجام مطالعات دوره‌ای ملی راهبردی برای نیازسنجی و تعیین اولویت برنامه‌های سلامتی.
- ۵- تأسیس صندوق حمایت از پژوهش و فن‌آوری سلامت کشور برای حمایت از فعالیت‌های پژوهشی در حوزه‌های اولویت‌دار.^۱
- ۶- ایجاد و توسعه شبکه‌های ملی دانش و نوآوری در هریک از حوزه‌های اولویت‌دار (شبکه‌سازی در لایه خلق و توسعه دانش و پژوهش)
- ۷- الزامی کردن ارزیابی فناوری‌های سلامت برای مداخله‌های سلامتی پیش از موافقت با خرید و یا حمایت بیمه‌ای در بهره‌برداری از آن.
- ۸- تدوین و اجرای نظام ملی اعتباربخشی، ارزشیابی و رتبه‌بندی واحدهای آموزشی برای اطمینان از رعایت استانداردها و ارتقای کیفیت آن‌ها و ...
- ۹- تعریف ساختار سازمانی برای مراکز فن‌آوری اطلاعات سلامت در تمامی سازمان‌ها.

^۱- این صندوق کلیه پژوهش‌گران کشور را به صورت یک شبکه مجازی تحت پوشش قرار می‌دهد و بر اساس برنامه مشخص در هر یک از حوزه‌های اولویت‌دار، فراخوان انجام پژوهش انجام خواهد داد و بر به کارگیری نتایج در این زمینه‌ها نظارت می‌کند. این صندوق موظف است تضمین کیفیت پژوهش‌ها را به نحوی که در تراز جهانی باشند مد نظر داشته باشد و فعالیت‌های خود را بر اساس برنامه‌های کلان ذکر شده در بند ۳ تدوین و گزارش‌های منظمی از فعالیت‌ها به مراجع ذیصلاح ارائه نماید. بخشی از فعالیت‌های مرکز، ارائه مشاوره به مجریان برای ارتقای کیفی پژوهش‌ها و بهره‌برداری از نتایج خواهد بود.

۲- بهبود تخصیص منابع مالی، تسهیل و افزایش سرمایه‌گذاری:**راهبردها:**

- ۱- افزایش سهم از منابع پژوهش‌های علمی و فن‌آورانه حوزه سلامت به یک سوم منابع پژوهش‌های کشور.
- ۲- تخصیص منابع مالی پژوهش به مراکز تولید دانش (دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و ...) بر اساس تقسیم کار ملی، خوشه‌های علم و فن‌آوری، کارآیی، عملکرد و درجه‌بندی دانشگاه‌ها.
- ۳- بسترسازی مناسب جهت توسعه و تسهیل در جذب کمک‌های مردمی و خیریه داخلی و خارجی، با بازبینی نقش دانشگاه‌ها در پاسخ‌گویی به نیازها و پاسخگویی و شفافیت نسبت به جامعه.
- ۴- بهینه‌سازی نظام‌های مدیریت مالی سلامت، اعم از هزینه‌کرد منابع، بیمه‌گذاری، قیمت‌گذاری خدمات و محصولات دانش‌بنیان با روش‌های نوین (نظیر ارزیابی فن‌آوری سلامت، اقتصاد دارویی و ...).
- ۵- استفاده از توان مالی و تجهیزاتی بخش غیردولتی برای توسعه پژوهش در کشور.
- ۶- آزادسازی استفاده از پژوهانه (گرن‌های پژوهشی) دانشگاه‌ها و سایر صندوق‌های حمایتی در حوزه اولویت‌ها برای همه اعضای هیأت علمی تمامی دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی و بین‌المللی داخل کشور، تمامی دانشجویان و دانش‌آموزان، بخش خصوصی و واحدهای تحقیق و توسعه‌ی به رسمیت شناخته شده فعال در داخل ایران.
- ۷- تسهیل استفاده بخش غیردولتی از فضا و امکانات بخش دولتی (شامل دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز پژوهشی) برای پژوهش و تولید بخش خصوصی.
- ۸- جلب حمایت صنعت بیمه از عوامل اجرایی پروژه‌های پژوهشی.
- ۹- حمایت مالی از ثبت پتنت.

اقدامات:

- ۱- راه‌اندازی صندوق‌های سرمایه خطرپذیر در حوزه‌های اولویت‌دار (که می‌تواند ذیل صندوق حمایت از پژوهش و فن‌آوری سلامت باشد) و ...
- ۲- ایجاد سامانه مدیریت علم و فن‌آوری مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات و مدیریت در سطح دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی.

۳- افزایش ظرفیت تولید دانش:**راهبردها:**

- ۱- تقویت علوم پایه سلامت، ژرف‌نگری و ژرف‌یابی برای گسترش مرزهای دانش و توسعه همکاری‌های بین‌رشته‌ای سلامت (پایه‌ای- کاربردی).
- ۲- توسعه مراکز تعالی پژوهش در دانشگاه‌های با تراز بالاتر^۱.
- ۳- تمرکز بر انتقال دانش از خارج به داخل برای تولید دانش در تراز جهانی.

^۱ -Centers of Excellence

- ۴- توسعه ظرفیت نظام مدیریت اطلاعات و دانش سلامت کشور (بستر پژوهش).
- ۵- تسهیل دسترسی به اطلاعات و ساماندهی به نظام آمار و اطلاعات علمی و پژوهشی دولتی و غیردولتی، شامل ایجاد نظام اطلاعات کارآمد در سطوح جمع‌آوری، ذخیره‌سازی، پردازش و اطلاع‌رسانی.
- ۶- تمرکز بر بخش پژوهشی دوره‌های تحصیلات تکمیلی، توسعه دوره‌های دکتری (Ph.D) بر پایه تحقیق و ...
- ۷- تسهیل دسترسی به بانک‌های اطلاعاتی معتبر و روزآمد در حوزه‌های اولویت‌دار علم و فن‌آوری سلامت (به ویژه مدیریت، سیاست‌گذاری، اقتصاد سلامت و ...).

اقدامات:

- ۱- تهیه دستورالعمل‌های پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های اولویت‌دار (بسته‌های استاندارد خدمات و راهنماهای بالینی) مبتنی بر شواهد^۱ بومی در سطوح مختلف ارایه خدمات.
- ۲- طراحی مطالعات طولی برای شناسایی و ارائه راه کارهای مناسب جهت کنترل و مشکلات سلامت با تأکید بر آسیب‌های اجتماعی، بیماری‌های غیرواگیر با ایجاد جامعه سالم.
- ۳- طراحی نظام جامع مراقبت از بیمارها و عوامل خطر با استفاده از فن‌آوری اطلاعات (با تأکید بر استفاده از نظام اطلاعات جغرافیایی، کنترل از راه دور و پیش‌بینی دراز مدت سلامت متعاقب تغییرات آب و هوایی).
- ۴- ایجاد آزمایشگاه‌های منطقه‌ای (برای خاورمیانه، آسیای میانه و...) برای شناسایی بیمارها و عوامل خطر و کنترل کیفی آزمایشگاه‌های ملی.
- ۵- توسعه مراکز خلق دانش در حوزه‌های اولویت‌دار نظام سلامت به صورت ۵۰٪ مورد نیاز در ۵ سال اول اجرای برنامه.
- ۶- استانداردسازی آزمایشگاه‌های پژوهشی و واحدهای آموزشی براساس الزامات بین‌المللی در ارایه خدمات.
- ۷- تشکیل مرکز خدمات مشاوره‌ای به پژوهشگران.
- ۸- تسهیل تشکیل مراکز پژوهشی - به‌ویژه خصوصی - در حوزه‌های اولویت‌دار، تأسیس سامانه شبکه ملی کارآزمایی بالینی.
- ۹- ایجاد بانک‌های اطلاعاتی (با قابلیت تسهیم اطلاعات) در حوزه‌های اولویت‌دار، مانند «ثبت و مراقبت بیمارها»، «توزیع تجهیزات پزشکی، فن‌آوری نانو، پزشکی مولکولی» و «بانک ژن، هرباریوم دارویی و زیست‌مندان دریایی».
- ۱۰- باز تعریف قطب‌های آموزشی، تفویض مأموریت‌های ملی با قطب‌های استاندارد و ارزشیابی‌های مستمر خارجی قطب‌ها.

¹ -Evidence based

۴- انتشار و به اشتراک گذاری دانش تولید شده:

راهنماها:

- ۱- تسهیل و تشویق راه اندازی شرکت های غیردولتی انتقال دانش و فن آوری (به خصوص در حیطه های اولویت دار) برای ترجمان دانش سلامت متناسب با نیازهای گروه های مخاطب و با استفاده از فن آوری اطلاعات و مهندسی دانش.
- ۲- تحول در انتشار دانش از طرق فعال و غیرفعال:
- حمایت از بخش غیردولتی برای فعالیت در زمینه انتشار دانش در نظام سلامت با تأکید بر جداسازی بخش تحریریه از انتشارات در مجلات علمی و تخصصی کردن حوزه انتشار.
- تسهیل و تشویق انتشار مجلات به صورت الکترونیک.
- حمایت از نشریات علمی تخصصی با همکاری انجمن های علمی برای درج در نمایه های بین المللی.
- تسهیل ترجمان دانش توسط مجلات علمی- پژوهشی با تهیه محتوای تصویری و یا صوتی برای انتقال یافته ها.
- ۳- ترویج و رعایت اخلاق انتشار، آگاهی رسانی و برخورد با موارد تقلب علمی.
- ۴- نهادینه کردن تولید دانش (اقتصادی، اجتماعی و ...) و ترویج تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در سطوح مختلف سیاست گذاری، مدیریت و ارائه خدمات با تولید دستورالعمل متناسب در هر سطح.
- ۵- یکپارچه سازی نظام طبقه بندی، حفظ و نگهداری موجودی دانش ملی در حوزه سلامت.

اقدامات:

- ۱- تهیه دستورالعمل مدیریت مبتنی بر شواهدبومی سلامت شهرستانی، استانی، ملی و بین المللی در سطوح مختلف پیشگیری برای برنامه های جاری نظام سلامت.
- ۲- ایجاد ۱۲۰ مجله تخصصی علمی- پژوهشی در حوزه های اولویت دار.
- ۳- ترغیب مجلات علوم پزشکی کشور به تسهیل انتقال دانش مانند تهیه محتوا، کاربردی نوشتاری، تولید صدا و یا تصویر برای انتقال محتوا.
- ۴- افزایش تعداد مجلات نمایه شده در نمایه نامه های معتبر به ۱۰۰ مورد.
- ۵- ایجاد ۲۰۰ شرکت تخصصی جهت برگزاری همایش ها.
- ۶- ترغیب اعضای هیأت علمی (امتیاز ارتقا)، ارائه دهندگان خدمات (امتیاز بازآموزی) و دانشجویان دوره های تحصیلات تکمیلی که از طریق وبلاگ گزارش طرح های پژوهشی، مقالات، روش های تدریس، تجربیات بالینی، درمانی، آموزشی و پژوهشی خود را با دیگران و به زبان فارسی به اشتراک می گذارند.
- ۷- تغییر ضوابط ارتقای اعضای هیأت علمی (از جمله استفاده کاربردی از نتایج پژوهش و فعالیت های پژوهشی جامعه محور).

۵- توسعه منابع انسانی:

راهبردها:

- ۱- گسترش عدالت آموزشی و ایجاد فرصت‌های برابر آموزشی مادام‌العمر برحسب جنسیت و طبقات اقتصادی و اجتماعی.
- ۲- بهبود وضعیت معیشتی و امکانات رفاهی اعضای هیأت علمی.
- ۳- شناسایی، جذب، حفظ، حمایت و هدایت استعدادهای درخشان و نخبگان و استفاده از توان و ظرفیت آنان در توسعه کشور.
- ۴- تقویت و یکپارچگی نظام آموزش پزشکی با ارائه خدمات از طریق تعامل مؤثر، که ضمن توسعه آموزش پزشکی مبتنی بر نیازهای جامعه به بازنگری حجمی و محتوایی برنامه‌های آموزشی و درسی بر پایه نیازهای سلامت ملی و منطقه‌ای به مشارکت فعالانه بخش ارایه خدمات پردازد.
- ۵- پاسخگویی سامانه آموزش پزشکی در زمینه توسعه نیروی انسانی مورد نیاز نظام ارائه خدمات سلامت با تمرکز ویژه بر ساختار خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده و حفظ انعطاف سامانه آموزش پزشکی برای پاسخگویی نیروی انسانی به اولویت‌های ملی و منطقه‌ای سلامت و برخورداری از دانش روز برای مواجهه با مشکلات سلامت.
- ۶- تقویت ارتباط بین علوم در زمینه‌های ارتباط علوم پایه و بالینی (ازجمله ادغام واحدهای علوم پایه به‌خصوص علوم زیستی در کوریکولوم^۱ پزشکی با تأکید بر کاربردهای بالینی آنها)، طب و داروهای سنتی، علوم سلامت با فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات و نیز پیوند مابین علوم اجتماعی و علوم انسانی با مفاهیم و عملکردهای نظام سلامت.
- ۷- ایجاد محیط آموزشی چند ظرفیتی (علمی، فرهنگی، پژوهشی).
- ۸- استقرار رویکردهای نوین آموزش پزشکی برای تحول در حافظه‌پروری و تمرکز بر روش یادگیری فعال، تقویت ظرفیت‌های فراشناختی شامل تفکر تحلیلی و نقادانه، روحیه پژوهش و ارتقای مهارت‌های انجام و انتشار یافته‌های مطالعات مروری نظام‌مند و فراتحلیل و ترجمان دانش در پژوهشگران.
- ۹- توسعه همکاری‌ها بین دانشگاه‌های داخل و خارج از کشور.
- ۱۰- گسترش حیطه‌های ارزیابی دانشجویان به توانمندی‌های محوری.
- ۱۱- تحول نظام آموزش پزشکی با سه رویکرد توانمندسازی (تمرکز بر یادگیری در مقابل صرف آموزش)، پوشش نیازهای ایران ۱۴۰۴ و ارایه خدمات آموزشی با اعتبار جهانی.
- ۱۲- استفاده از ظرفیت بخش غیردولتی و نهادهای علمی در انجام ارزیابی و اعتبارسنجی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی.
- ۱۳- ایجاد و توسعه رشته‌های کارآفرین و ثروت‌ساز در جهت تجاری‌سازی بخش آموزش.

^۱- واحد درسی

- ۱۴- ارتقای بهداشت روانی و جسمی دانشجویان.
- ۱۵- ایجاد تنوع در نظام پرداخت تسهیلات به دانشجویان.
- ۱۶- آموزش و بازآموزی نیروی انسانی در سطوح گوناگون، برای پاسخگویی به نیاز واحدهای مراقبتی و درمانی و سایر اجزای نظام سلامت و فراهم ساختن مهارت‌ها و تخصص‌های لازم.

اقدامات:

- ۱- طراحی و اجرای نظام‌نامه جامع تربیتی و نظام‌نامه تقویت مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی نظیر قانون‌گرایی، مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت جامعه، وجدان کاری، درست‌کاری، قناعت، پرهیز از اسراف، روحیه خودباوری، روحیه کار جمعی، ابتکار، خلاقیت و ارتقای کیفیت و بهره‌وری بر پایه اخلاق حرفه‌ای مبتنی بر تعالیم اسلامی در محیط‌های آموزشی.
- ۲- بازنگری نیروی انسانی دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی^۱.
- ۳- بازنگری در شیوه‌های جذب، ارزیابی و ملاک‌های ارتقای اعضای هیأت علمی متناسب با اهداف نظام سلامت
- ۴- استقرار تعالی خدمات بالینی در نظام آموزش بالینی.
- ۵- تحول در شیوه‌های پذیرش دانشجویان در علوم پزشکی.
- ۶- استقرار نظام تعیین علمی ظرفیت‌ها بر اساس کیفیت مورد انتظار دانشگاه‌ها و اختصاص آن برای حوزه‌های خدمات سلامت، نظام آموزشی، پژوهش و کارآفرینی و رشته‌ها در فواصل زمانی مشخص.
- ۷- تدوین و اجرای استانداردهای ملی آموزش پزشکی.
- ۸- استقرار نظام تعیین صلاحیت حرفه‌ای در مورد دانش‌آموختگان سلامت.
- ۹- بازبینی شیوه‌ها و نظام آموزشی برای تقویت یادگیری حرفه‌ای طول خدمت^۲ به جای دوره‌های معمول بازآموزی.
- ۱۰- تعیین انتظارات بیماران و جامعه از دانش‌آموختگان رشته‌های پزشکی و لحاظ کردن آن در آموزش پزشکی.
- ۱۱- توسعه رشته‌ها و مقاطع آموزشی در حوزه‌های اولویت‌دار نظام سلامت به میزان ۵۰٪، مورد نیاز بازه ۲۰ ساله در پنج سال اول برنامه.
- ۱۲- اختصاص ۷۰٪ از ظرفیت تحصیلات تکمیلی به حوزه‌های اولویت‌دار.
- ۱۳- طراحی بسته آموزشی پژوهش‌های بالینی و ادغام آن در برنامه آموزش پزشکی.
- ۱۴- برگزاری دوره‌های کوتاه‌مدت پیشرفته و تخصصی در حوزه‌های اولویت‌دار.
- ۱۵- ایجاد شبکه جامع الکترونیک آموزش و تصمیم‌گیری سلامت برای بهره‌برداری همگانی و گروه‌های ارائه‌کننده خدمت.
- ۱۶- تعیین جوایز ملی برای نوآوری میان‌رشته‌ای در جشنواره‌های ملی (مانند جشنواره رازی).
- ۱۷- ایجاد فرصت‌های مطالعاتی برای تمامی پژوهشگران به ازای هر ارتقای رتبه در حوزه‌های اولویت‌دار.

^۱- در ایران نسبت استاد به دانشجو حدود یک به نوزده است که باید به نسبت یک به ده برسد.

^۲- Continuous Professional Development

۶- تسهیل کارآفرینی:

راهِبردها:

- ۱- تطبیق رسالت و عملکرد دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی به نحوی که کارآفرینی به عنوان یکی از مأموریت‌های اصلی آن در کنار آموزش و پژوهش قرار گیرد.
- ۲- حمایت از تأسیس و توسعه مراکز رشد، شهرک‌ها و پارک‌های علمی و فن‌آوری سلامت.
- ۳- توسعه تسهیلات با بهره کم و حمایتی برای نوآوران سلامت کشور از طریق صندوق حمایت از پژوهش و فن‌آوری سلامت.
- ۴- تسهیل شکل‌گیری بنگاه‌های اقتصادی مشترک برای حمایت از پژوهش‌های خطرپذیر.
- ۵- حمایت از شکل‌گیری شرکت‌های زایشی از طریق انتقال مالکیت فکری، دانش فنی، استفاده از امکانات، تجهیزات، نیروی انسانی و از طریق اشتراک دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی با آن‌ها (بر اساس قراردادهای تعریف شده ضامن سود طرفین).
- ۶- حمایت از تولید محصولات دانش‌بنیان در حوزه آموزش پزشکی از قبیل نرم‌افزار، کتب مرجع بومی/ ملی، محتوای درسی الکترونیکی و نظایر آن.

اقدامات:

- ۱- اعلام سالانه فهرست اقلام وارداتی حوزه سلامت به مراکز کارآفرینی، رشد و پارک‌ها.
- ۲- ایجاد شهر دانش سلامت با هدف مرکزیت گردشگری-درمانی (طب توریسم)، بهره‌برداری اقتصادی از مزیت‌های رقابتی و هم‌افزایی فعالیت‌های مرتبط در یک محیط.
- ۳- ایجاد صندوق حمایت از کسب و کارهای کوچک و متوسط در حوزه‌های اولویت‌دار نظام سلامت.
- ۴- ایجاد ۶۰ مرکز رشد در حوزه‌های اولویت‌دار نظام سلامت.
- ۵- ایجاد ۴۰ پارک علم و فن‌آوری در حوزه‌های اولویت‌دار (حداقل دو پارک علم و فن‌آوری به ازای هریک از حوزه‌ها).
- ۶- ایجاد ۵۰ اندیشه‌گاه با حضور صنعت، دانشگاه و سیاست‌گذاران در حوزه‌های اولویت‌دار.
- ۷- ایجاد ۴۰ مرکز توسعه خدمات فن‌آوری در حوزه‌های اولویت‌دار.
- ۸- ایجاد ۵۰ شرکت پتنت‌خوانی.
- ۹- ارائه تسهیلات برای تأسیس ۱۰۰۰ شرکت نوپای خصوصی و زایشی در حوزه‌های اولویت‌دار.

۷- تسهیل و افزایش ظرفیت تولید کالا و خدمات سلامت:

راهِبردها:

- ۱- توسعه ظرفیت‌ها و شاخص‌های بین‌المللی دانشگاهی جهت ارتقای رتبه بین‌المللی در راستای زمینه‌سازی جذب متقاضیان خارجی و جلوگیری از خروج متقاضیان به خارج از کشور.
- ۲- توسعه استانداردهای ملی ایران برحسب کمیت و کیفیت در حد استانداردهای جهانی.
- ۳- اتصال تمامی مراکز ارایه خدمات سلامت از طریق فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات به شبکه ملی

- ۴- بهسازی و گسترش مراکز ارائه خدمات سلامت با تقویت پدافند غیرعامل.
- ۵- حمایت از تولید و صدور محصولات متکی بر فن‌آوری‌های بومی و سنتی.
- ۶- فراهم نمودن زمینه‌های لازم برای تحقق رقابت‌پذیری کالاها و خدمات کشور در سطح بازارهای داخلی و خارجی و ایجاد سازوکارهای مناسب برای رفع موانع توسعه صادرات.
- ۷- توسعه و ترویج اطلاع‌رسانی و بازاریابی علمی.
- ۸- تدوین استانداردهای ملی در حوزه‌های اولویت‌دار علم و فن‌آوری سلامت با پوشش ۹۰٪ محصولات و خدمات.
- ۹- ارتقای کیفیت در بیمارستان‌های دانشگاهی براساس استانداردهای جهانی و فرهنگ اسلامی - ایرانی و
- ۱۰- انجام پژوهش‌ها باهدف توزیع عادلانه منابع، تجهیزات و نیروی انسانی نظام سلامتی (سطح‌بندی و به‌روزرسانی شبکه).

اقدامات:

- ۱- راه‌اندازی دانشگاه مجازی سلامت و ارائه خدمات به زبان‌های فارسی، انگلیسی، عربی و روسی.
- ۲- طراحی نظام سطح‌بندی و ارجاع آزمایشگاه‌های کشور.
- ۳- برآورد هزینه‌های سلامتی و ریالی عوامل خطر عمده و بیماری‌های با بار بالا و سود حاصل از مداخله بر روی آن‌ها.
- ۴- انجام پژوهش درخصوص تحول شبکه سلامت کشور با رویکردهای سلامت‌نگر، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، عدالت، تقویت همکاری‌های بین‌بخشی و مبتنی بر نظام علم، فن‌آوری و نوآوری.
- ۵- طراحی ساختار کشف و تبیین فرآیند خطاهای پزشکی و عوارض ناخواسته دارویی.
- ۶- توسعه ۲۰ دانشگاه علوم پزشکی کشور با اعتبار بین‌المللی درحوزه آموزش و پژوهش.

۸- ارتقای هنجارها و فرهنگ عمومی:

راهنماها:

- ۱- التزام تهیه پیوست فرهنگی برای بهره‌برداری از علم و فن‌آوری سلامت.
- ۲- ایجاد تفکر مدیریت بر مبنای ارزش^۱ در جامعه.
- ۳- عمومی کردن فرهنگ نوآوری و افزایش درک اجتماعی نسبت به اهمیت توسعه علم و فن‌آوری از طریق رسانه‌های جمعی.
- ۴- تقویت وجدان کاری، انضباط اجتماعی، کارگروهي، روحیه کار و ابتکار، کارآفرینی، درستکاری، قناعت و اهتمام به بهبود کیفیت تولید.
- ۵- ارتقای سواد سلامت جامعه.
- ۶- اصلاح الگوی مصرف محصولات و خدمات سلامت.
- ۷- ترویج مطالعات علوم انسانی مورد نیاز برای آماده‌سازی زیرساخت‌های فکری آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت منطبق با فرهنگ بومی و دینی.

¹- Management by values

اقدامات:

- ۱- تدوین استانداردهای محل سکونت و محیط زندگی بر اساس جامعه ایمن و سالم (مانند استانداردهای هوا، نور، صدا، تصحیح محل‌های عبور متناسب با گروه‌های مسن و ناتوان وعدم وجود محل مخفی برای سوءمصرف مواد).
- ۲- تعیین الگوهای خودمراقبتی^۱ و مصرف منطقی دارو برای تمامی بیماری‌های اولویت‌دار و
- ۳- توانمندسازی مردم در شناسایی معضلات سلامتی و مداخله در سطح محلی. [۱۵]

۹- تسهیل و ایجاد ارتباطات

راهنماها:

- ۱- برقراری ارتباط مؤثر علمی پژوهشگران با یکدیگر با تمرکز بر حوزه‌های مختلف میان‌رشته‌ای مطرح در این نقشه و با ارایه‌کنندگان خدمات و مدیران.
- ۲- خوشه‌سازی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با سه رویکرد استفاده از ظرفیت‌های استانی، تقسیم کار ملی و ملاحظات جغرافیایی.
- ۳- شبکه‌سازی جهت استفاده از قابلیت‌ها و امکانات مراکز تخصصی (دولتی و غیردولتی).
- ۴- ایجاد فضای ارتباط نخبگان با دانشمندان ایرانی مقیم خارج.
- ۵- تعامل با مراکز و نهادهای بین‌المللی شامل، ایجاد پیمان‌های منطقه‌ای و یا عضویت در شبکه‌های همکاری بین‌المللی و ایجاد سازوکار جهت تسهیل تبادلات علمی و فن‌آورانه شامل، آموزش، تولید، انتقال و فروش و نیز جذب منابع مالی بین‌المللی.
- ۶- استفاده از فن‌آوری اطلاعات و شبکه جهت تسهیل ارتباطات و همکاری‌ها.

نتایج مورد انتظار از اجرای سیاست‌ها:

- ۱- مدیریت درست در اقتصاد با هدف کنترل نوسانات شدید شرایط کسب و کار به کاهش احتمال بیکاری و بهبود امنیت شغلی کارکنان می‌انجامد.
- ۲- محدود ساختن ساعت کار کارکنان در صورتی که با افزایش امنیت و رضایت شغلی آنان همراه باشد بر سلامت جسمی و روحی افراد اثر مثبت می‌گذارد.
- ۳- فراهم نمودن فرصت آموزش و افزایش مهارت کارجویان، احتمال به کارگیری آن‌ها را افزایش خواهد داد.
- ۴- افزایش مزایای بیکاری برای افراد بیکار به نسبت حقوق افراد شاغل می‌تواند اثرات محافظتی ایجاد نماید.
- ۵- وجود مؤسسات اعتباری مناسب ممکن است به کاهش بدهی کارکنان و تقویت شبکه‌های حمایتی اجتماعی از آنان منجر شود.
- ۶- سلامت و بهره‌وری در محیط کار ارتباط مستقیم با هم دارند. بهبود شرایط محیط کار سبب ارتقای سلامت نیروی کار می‌شود که خود به افزایش بهره‌وری و نهایتاً ایجاد محیط کار سالم‌تر و مولد می‌انجامد.

¹ -Self-care

۷- درگیر نمودن مناسب کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها برای تمامی کارکنان سطوح مختلف سازمان مفید است. برای تحقق این امر باید از ساز و کارهایی استفاده کرد که به کارکنان امکان تأثیرگذاری بر طراحی و بهبود شرایط محیط کار را بدهد.

۸- توجه مدیریت به اختصاص مشوق‌های مناسب از قبیل پول، جایگاه و شرایط شغلی و ایجاد اعتماد به نفس در کارکنان نقش مهمی در سلامتی کارکنان دارد. علاوه بر لزوم وجود زیرساخت‌های مؤثر و ابزارهای قانونی و نظارتی مناسب بر محیط‌های کاری، خدمات سلامتی ویژه محیط‌های کاری به منظور تشخیص مشکلات شغلی سلامت در مراحل اولیه آن‌ها، ضروری است.

اهداف کلی و راهبردی نظام سلامت:

← کارآمد کردن نظام آموزش عالی کشور

- ✓ ارتقای مستمر کیفیت آموزش با توجه به تحولات و فن‌آوری‌های نوین از طریق به کارگیری روش‌های نوین آموزش پزشکی در کشور
- ✓ توسعه خودآموزی و خودارزیابی دانشجویان
- ✓ انجام نیازسنجی آموزشی
- ✓ بازنگری برنامه‌های آموزشی
- ✓ برنامه‌ریزی راهبردی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- ✓ اعطای کیفیت آموزش در همه رده‌های گروه پزشکی متناسب با ضرورت‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی
- ✓ پشتیبانی از تعریف، تعیین و ارتقای کیفیت برنامه‌ها و مؤسسات آموزشی به منظور پاسخ به نیازهای کشور
- ✓ ارتقای کیفی آموزش دوره‌های کاردانی
- ✓ سوق دادن محتوای آموزش در مناطق مختلف به سوی نیازهای منطقه‌ای
- ✓ بازنگری در محتوای آموزش رشته‌های گروه پزشکی
- ✓ غنی‌سازی دروس علمی به منظور افزایش مهارت کاردان‌ها به طوری که بازار کار تمایل بیشتری برای جذب آن‌ها داشته باشد.
- ✓ اعتباربخشی آموزش پزشکی عمومی
- ✓ تعیین و شفاف‌سازی متولی آموزش پزشکی عمومی در حوزه ستادی و سطح دانشگاه‌ها
- ✓ استفاده از نظرات خبرگان به منظور قضاوت در مورد کیفیت برنامه آموزش پزشکی عمومی (شورای پزشکی عمومی)
- ✓ ارتقای کیفیت برنامه آموزش پزشکی عمومی و دانش‌آموختگان برنامه
- ✓ ارتقای جایگاه حرفه‌ای پزشک عمومی در جامعه
- ✓ ارتقای سطح اخلاق پزشکی و افزایش میزان دخالت پزشکان عمومی در حیطه‌های درمانی پیشرفته
- ✓ ارتقای منزلت بهبود نظام ارزشیابی و بازنگری برنامه‌های آموزشی بر اساس استاندارد برنامه
- ✓ مشخص نمودن مستمر نیازهای جامعه در مورد تمامی برنامه‌های آموزشی

- ✓ بهبود نظام انتخاب، ترتیب و تثبیت مدیریت‌ها و گسترش دامنه اختیارات در بخش آموزش
- ✓ توسعه انجمن‌های علمی
- ✓ آموزش مداوم فارغ‌التحصیلان جامعه پزشکی به منظور ارائه بهینه خدمات و کاهش خطایای پزشکی
- ✓ ارتقای سیستم آموزش پزشکی
- ✓ ارتقای سطح کیفی ارائه خدمات آموزشی در دانشکده‌های علوم پزشکی کشور
- ✓ اصلاح نظام تخصیص و هزینه اعتبارات و افزایش مستمر درآمدهای دانشگاه‌ها با تأکید بر استقلال مالی مراکز آموزش عالی
- ✓ اصلاح ساختار ستادی و دانشگاهی
- ← **تأمین منابع انسانی مورد نیاز**
- ✓ تربیت نیروی انسانی متخصص و مورد نیاز کشور
- ✓ افزایش توانمندی علمی اساتید و ارتقای مرتبه علمی این گروه به مرتبه دانشیاری و استادی
- ✓ افزایش نقش مراکز توسعه آموزش پزشکی در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری
- ✓ افزایش نقش مراکز توسعه در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری ارتقای مستمر رفاه اعضای هیأت علمی
- ✓ ارتقای مستمر رفاه اعضای هیأت علمی
- ✓ زمینه‌سازی حضور مؤثر اساتید در محیط‌های آموزشی
- ✓ تربیت منابع انسانی گروه پزشکی متناسب با نیاز برنامه‌های توسعه کشوری
- ✓ فراهم کردن زمینه آموزش نظری و عملی به تناسب نوع توانایی‌های مورد انتظار
- ✓ اصلاح نظام گزینش دانشجو
- ✓ بسترسازی مناسب جهت جذب دانش‌آموختگان گروه پزشکی در بخش بهداشت و درمان
- ✓ توانمندسازی کارکنان رده‌های گروه پزشکی و پیراپزشکی
- ✓ افزایش تعداد پذیرش کارکنان بهداشت و درمان در دوره‌های تکمیلی
- ✓ اصلاح معیارهای گزینش دانشجو متناسب با اهداف آموزشی رشته‌های تحصیلی
- ✓ نیاز دانشگاه‌ها جهت ارتقای سیستم آموزشی
- ✓ ارتقای سیستم آموزشی و پژوهشی دانشگاه‌ها
- ✓ توسعه رشته‌های تخصصی کشور
- ✓ روزآمد نمودن سیستم آموزش عالی متناسب با شاخه‌های علمی تخصصی عصر حاضر
- ✓ نیاز اقتصاد و صنعت به نیروی متخصص
- ✓ افزایش آمار هیأت علمی دانشگاه‌ها متناسب با تخصص مورد نیاز در هر رشته
- ✓ گسترش شاخه‌های علمی رشته‌های تخصصی
- ← **توسعه دسترسی به آموزش عالی**
- ✓ گسترش معقول و حساب شده آموزش علوم پزشکی با توجه به نیازهای کشور، در جهت افزایش کیفی

- ✓ تقویت سیستم اطلاع‌رسانی آموزش مداوم
- ✓ توزیع مناسب و سهولت شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم
- ← **حمایت ویژه از آموزش‌های مرتبط با فن‌آوری‌های نو و پیشرفته**
- ✓ دستیابی به فن‌آوری‌های جدید و استفاده از آن‌ها
- ✓ افزایش آگاهی داوطلبان از رشته‌های تحصیلی
- ✓ مشارکت فعال انجمن‌های علمی در برنامه‌ریزی امور آموزشی و پژوهشی
- ← **توسعه مرزهای دانش**
- ✓ توسعه کمی و کیفی قطب‌های علمی
- ✓ توسعه کمی و کیفی انجمن‌های علمی
- ✓ گسترش روابط علمی بین‌المللی با سایر کشورها در زمینه آموزش پزشکی
- ✓ ارتقای نگرش لازم در سیاست‌مداران کشور نسبت به توسعه ارتباطات علمی برون مرزی
- ✓ بهبود نظام ارتباطات درون مرزی دانشگاه‌های علوم پزشکی با تأکید بر کیفیت آموزش
- ✓ توانمندسازی مدیریت روابط بین‌الملل
- ✓ شناسایی شیوه‌های نوین آموزش پزشکی (بازنگری)
- ✓ توسعه رشته‌های تخصصی کشور
- ✓ معرفی سیستم آموزش مداوم در مناطق مختلف جهان به منظور دستیابی به جایگاه علمی آموزش مداوم معتبر در منطقه
- ✓ جلب منابع انسانی و مالی
- ← **بسترسازی علمی جهت دستیابی به اقتصاد متنوع و متکی بر منابع دانایی، آگاهی و سرمایه انسانی**
- ✓ افزایش منابع مالی فعالیت دانشکده‌های گروه پزشکی و دستیابی به روش‌های اقتصادی متنوع و متکی بر دانایی و سرمایه انسانی در سطح دانشکده‌ها
- ← **پشتیبانی از استعدادهای علمی، فنی، پژوهشی و تقویت روحیه کار و ابتکار، کارآفرینی و اهتمام به ارتقاء کیفیت تولید**
- ✓ حفظ و پرورش استعدادهای درخشان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- ✓ حفظ و جذب نخبگان علمی در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی (جلوگیری از فرار مغزها)
- ✓ بالا بردن توان علمی و فن‌آوری کشور
- ✓ هدایت استعدادهای به سمت اولویت‌های مورد نیاز کشور
- ✓ حمایت از ابداع روش‌ها و فن‌آوری‌های نوین آموزش پزشکی در دانشگاه‌های دولتی
- ← **تقویت نهضت نرم‌افزاری**
- ✓ افزایش دسترسی به اطلاعات و داده‌های دقیق و صحیح
- ✓ امکان اخذ گزارشات، تحلیل داده‌ها در راستای برنامه‌ریزی‌های آتی سیستم
- ✓ تصحیح فرایندها
- ✓ پاسخگویی به سیستم‌های اطلاعاتی و آماری خارج از سازمان [۱۵]

فصل سوم: مفاهیم سلامت

آشنایی با چند مفهوم بهداشت و سلامت:

عموماً برای مراقبت‌های بهداشتی سه سطح در نظر گرفته می‌شود:

الف: سطح اول مراقبت‌های بهداشتی:

به دنبال کنفرانس بین‌المللی آلماتا در شوروی سابق در سال ۱۹۷۸، رویکرد جدیدی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی به وجود آمد. این رویکرد مراقبت بهداشتی اولیه (PHC)^۱ نام گرفت که به معنای مراقبت‌های بهداشتی ضروری است که در دسترس همه افراد جهان قرار گرفته و در همه کشورها به عنوان کلید رسیدن به «بهداشت برای همه» شناخته شده است. در این سطح است که مراقبت‌های بهداشتی در متن نیازها و محدودیت‌های منطقه بیشترین تأثیر را خواهد داشت. در این بخش موضوع پیشگیری و بسترسازی در مقابله با رخدادن بیماریها و انجام اقدامات همه‌جانبه در راستای ارتقاء وضعیت سلامت نظیر افزایش مصونیت جامعه و ... را در برمی‌گیرد.

ب: سطح دوم مراقبت‌های بهداشتی:

در این سطح با مشکلات پیچیده‌تری برخورد می‌شود. بیماریابی و درمان بیماریها و اقدامات اساسی در کنترل بیماریها از آن جمله‌اند.

پ: سطح سوم مراقبت‌های بهداشتی:

کمی تخصصی‌تر از سطح دوم مراقبت‌های بهداشتی است و نیاز به تسهیلات خاص و کارکنان تخصصی دارد. این نوع مراقبت‌ها از طرف مؤسسات منطقه‌ای یا مرکزی مانند بیمارستان‌های دانشگاهی، بیمارستان‌های منطقه‌ای و بیمارستان‌های تخصصی ارائه می‌شود.

در بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماتا معروف است، اعلام گردید که در دهه‌های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت باید دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامتی (سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد. در سال ۱۹۷۸ نیز کنفرانس مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) تشکیل گردید و روش دستیابی به بهداشت برای همه، مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) معرفی شد. در ماه می سال ۱۹۷۹ استراتژی جهانی بهداشت برای همه، توسط سی و دومین اجلاس سازمان جهانی بهداشت مورد تصویب قرار گرفت و نمایندگان کشورهای عضو پذیرفتند که استراتژی‌های کشوری بهداشت برای همه را بر اساس مراقبت‌های اولیه بهداشتی تدوین و به مرحله عمل در آورند. در سال ۱۹۸۱ توسط سازمان جهانی بهداشت استراتژی جهانی HFA^۲ تکمیل شد.^۳

^۱ - Primary Health Care

^۲ - Health For All

^۳ - استراتژی جهانی یک چارچوب جهانی فراهم نموده که اجرای آن توسط همه کشورهای عضو، مناسب و برای تطابق با شرایط و نیازهای گوناگون کشورها به اندازه کافی قابل انعطاف بوده است. به دنبال این استراتژی، کشورهای عضو، هریک استراتژی دستیابی به HFA را برای خود تنظیم نمودند.

نکات کلیدی در زمینه هدف، اصول استراتژیک و شاخص‌های دستیابی به HFA:

بهداشت برای همه یک هدف واحد و محدود نیست، بلکه جریانی است که به بهبود مداوم سلامت مردم منجر می‌شود. بهداشت برای همه به این معنی نیست که در سال‌های آتی دیگر کسی بیمار و ناتوان نخواهد بود و گروه پزشکی، مراقبت‌های پزشکی را برای یکایک مردم جهان و ناخوشی‌های آنان تأمین خواهند کرد، بلکه بدان معناست که بهداشت پا می‌گیرد و در هر کجا که مردم زندگی و کار می‌کنند، خدمات بهداشتی در اختیار آنان خواهد بود و مردم امکانات بهتری برای رشد و رسیدن به کهنسالی سالم و فعال را خواهند داشت و افراد و خانواده‌ها به شیوه قابل قبول و متناسب با توان و مشارکت خود به مراقبت‌های اساسی بهداشت دسترسی خواهند یافت.

هدف بهداشت برای همه برپایه سیاست‌های زیر استوار است:

- ✓ بهداشت و تندرستی حق مسلم مردم است و تأمین آن یک هدف اجتماعی در سراسر جهان است.
- ✓ اختلاف موجود بین وضعیت بهداشتی مردم جهان، نگرانی مشترک تمام کشورهاست و باید به شدت کاهش یابد. بنابراین پایه و اساس استراتژی بهداشت برای همه، توزیع عادلانه امکانات بهداشتی در بین و در درون کشورها به تریبی که به دسترسی عموم مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خدمات پشتیبان آن بیانجامد می‌باشد.
- ✓ حق و وظیفه مردم است که به صورت فردی و گروهی در برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های بهداشتی خودشان نقش داشته باشند. بنابراین مشارکت فعال مردم در شکل دادن به آینده بهداشتی و اقتصادی جامعه از عوامل اساسی در تحقق استراتژی‌های بهداشت برای همه است.
- ✓ دولت‌ها در برابر بهداشت و تندرستی مردم که با فراهم نمودن امکانات اجتماعی و بهداشتی کافی امکان‌پذیر است، مسئولیت تام دارند. بنابراین برای تأمین بهداشت برای همه تنها تعهد وزارت بهداشت کافی نبوده و تعهد سیاسی دولت در سطح کلی ضرورت دارد.
- ✓ بهداشت و تندرستی باید به عنوان پایه و اساس توسعه اقتصادی و اجتماعی باشد. بنابراین تنها تلاش وزارت بهداشت در این زمینه کافی نبوده، هماهنگی و همکاری سایر بخش‌ها که با توسعه اقتصادی کشور ارتباط دارند، مانند بخش‌های کشاورزی، دامپروری، صنعت، مسکن، آموزش و پرورش، ارتباطات، کار و امور اجتماعی و رسانه‌های گروهی نیز ضرورت کامل دارد.
- ✓ همکاری فنی و اقتصادی بین کشورها در توسعه و اجرای استراتژی بهداشت برای همه نقش مؤثری دارد.
- ✓ اگر قرار باشد دولت‌ها، بهداشت برای همه را فراهم کنند باید در مسایل بهداشتی، متکی به خود بآیند ولی این به معنای لزوم خودکفایی در بهداشت نیست؛ زیرا برای تأمین و توسعه استراتژی‌های بهداشتی و فائق آمدن بر مشکلات، همکاری و مسئولیت بین‌المللی امری ضروری است.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی با مفاهیم و محتوای زیر کلید تحقق بهداشت برای همه است:

- ✓ مراقبت‌های بهداشتی درمانی نه فقط به صرفه و مؤثر، بلکه باید در حد استطاعت مردم و مورد قبول آنان باشد.

- ✓ مراقبت‌های بهداشتی درمانی باید به صورت عادلانه برای تمامی مردم فراهم آید و نه اینکه بیشترین خدمات برای درصد کمی از مردم تأمین و در مقابل گروه زیادی از حداقل مراقبت‌های بهداشتی درمانی محروم بمانند.
- ✓ افراد و جوامع باید در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی درمانی مشارکت داشته و بهداشت باید به عنوان بخشی از توسعه اقتصادی و اجتماعی تلقی گردد.
- ✓ واحدهای ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید خدمات پیشگیری، درمانی، توانبخشی و اعتلایی را به طور ادغام یافته ارائه نمایند.

شاخص‌های جهانی به منظور پایش و ارزشیابی بهداشت برای همه کشورها:

سیاست بهداشت برای همه باید در بالاترین سطح اداری در کشورها مورد تأیید باشد. به عنوان مثال مقامات تراز اول کشور در یک بیانیه رسمی، تعهد کشور را در مقابل بهداشت برای همه اعلام نموده و امکانات به مقدار کافی و عادلانه توزیع شود. مشارکت فعال مردم در برنامه‌ها تأمین گردد و ساختار مناسب همراه با مدیریت مناسب برای توسعه بهداشت کشور فراهم شده باشد.

- ۱- حداقل ۵٪ تولید ناخالص ملی (GNP)^۱ برای بهداشت صرف شود.
- ۲- تدابیر لازم به منظور جلب مشارکت مردم در اجرای استراتژی بهداشت برای همه اتخاذ و به مرحله اجرا درآمده باشد. به عبارتی دیگر شرایط لازم برای مطرح ساختن خواسته‌ها و نیازهای واقعی مردم فراهم آمده، سیاست عدم تمرکز در تصمیم‌گیری تحقق‌یافته و نمایندگان گروه‌ها و سازمان‌های مختلف چون سازمان زنان، گروه‌های صنفی و ... در برنامه‌های بهداشتی مشارکت داشته باشند.
- ۳- درصد قابل قبولی از بودجه بهداشتی کشور به مصرف خدمات بهداشتی محلی برسد. بدین معنی که به منظور ارائه مراقبت‌ها در اولین سطح تماس با جامعه (خانه بهداشت، مراکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری) مورد استفاده قرار گیرد.
- ۴- توزیع عادلانه منابع و امکانات بهداشتی برای مناطق شهری و روستایی انجام گرفته باشد.
- ۵- استراتژی بهداشت برای همه برای کشور تنظیم، تدوین و انتشار یافته و امکانات لازم برای اجرای برنامه فراهم شده باشد.
- ۶- آحاد جامعه به مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل موارد زیر دسترسی داشته باشند:
 - دسترسی به آب سالم در منزل یا در فاصله‌ای که با ۱۵ دقیقه راهپیمایی دسترسی به آن حاصل آید.
 - ایمن‌سازی کودکان برعلیه بیماری‌های واگیردار در دوران کودکی (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، هپاتیت، فلج اطفال و سل).
 - مراقبت بهداشتی درمانی در محل شامل دسترسی به حداقل ۲۰ قلم داروی اساسی با یک ساعت پیاده‌روی یا استفاده از وسیله نقلیه.

¹ -Gross National Products

- وجود کارکنان تعلیم دیده برای مراقبت از حاملگی، زایمان و مراقبت از اطفال تا حداقل یک سالگی.
 - ۷- وضعیت تغذیه کودکان که با معیارهای زیر سنجیده می شود:
 - حداقل ۹۰٪ نوزادان، وزنی بالای ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد داشته باشند.
 - حداقل ۹۰٪ کودکان از وزن مناسب برای سن برخوردار باشند.
 - ۸- کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به کمتر از ۵۰ در هزار.
 - ۹- افزایش امید به زندگی در بدو تولد به بیش از ۶۰ سال.
 - ۱۰- رسانیدن میزان باسودای برای زنان و مردان به بیش از ۷۰٪ کل افراد جامعه.
 - ۱۱- افزایش سرانه افراد جامعه از تولید ناخالص ملی به بیش از ۵۰۰ دلار در سال.
- لازم به ذکر است که این آمارها با توجه به وضعیت نامطلوب بهداشتی در کشورهایی که با مشکلات بهداشتی درگیر هستند تدوین گردیده و کشور ما سال هاست که از مقیاس های تدوین شده فوق گذر نموده و در برخی از آمارها با کشورهای توسعه یافته رقابت می کند.

مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC):

مراقبت های بهداشتی اولیه، مراقبت های بهداشتی اساسی می باشند که توسط نظام بهداشتی با یک روش عملی و علمی قابل قبول از نظر روش ها و تکنولوژی، قابل تحمل از نظر هزینه ها (برای جامعه و کشور) و با مشارکت کامل مردم و روحیه خود اتکایی به افراد و خانواده ها در سطح جامعه ارائه می گردد.

تعریف سازمان جهانی بهداشت از مراقبت های بهداشتی اولیه:

مراقبت های بهداشتی اولیه مراقبت های اصلی در زمینه بهداشت است که باید برای همه افراد و خانواده های جامعه قابل دسترس باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است. مراقبت های بهداشتی اولیه اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند می برد.

هدف از ارائه این مراقبت ها حفظ، نگهداری و ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه است و امروزه بر این نکته تأکید می شود که خدمات بهداشتی باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهد. برای مراقبت های بهداشتی اولیه وجوه فلسفی و استراتژیک به شرح زیر در نظر گرفته شده است:

۱- مراقبت های بهداشتی اولیه وجهی فلسفی دارد زیرا:

- بهداشت در تعریف، جامعیتی را در بر می گیرد که علاوه بر مراقبت های بهداشتی درمانی، آمیختگی و هماهنگی بخش اعظم اقتصادی - اجتماعی جامعه یعنی کشاورزی و دامپروری، نیرو، مسکن، کار، آموزش، ارتباطات و... را شامل می شود.
- متکی بر مشارکت مردم است و می خواهد نیازهای اساسی بهداشت را به تقاضا و طلب جامعه تبدیل کند.
- متضمن توزیع عادلانه منابع اجتماعی بین طبقات مردم به ویژه طبقات محروم جامعه است، چون می خواهد امکانات بهداشتی را تا حد ممکن به محل کار و زندگی مردم نزدیک کند.

۲- مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجهی استراتژیک دارد زیرا:

- سلامتی را به عنوان محور توسعه شناخته که همواره باید از اولویت در سرمایه‌گذاری‌های توسعه کلی جامعه برخوردار باشد.
- عرضه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولین سطح تماس جامعه با نظام بهداشتی کشور به صورت خدماتی هماهنگ و تلفیق یافته آغاز می‌شود و جامعیت خود را در سطوح بعدی تکامل می‌بخشد.
- مشارکت مردم را در کلیه مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت طلب می‌کند.
- با سطح‌بندی خدمات و از طریق نظام ارجاع و همچنین به‌کارگیری تکنولوژی مناسب و متناسب با سنت‌ها و امکانات محلی باعث می‌شود که این خدمات با کمترین بهایی که جوامع و دولت‌ها قادر به پرداخت آن هستند، در دسترس همگان قرار گیرد.
- برای وصول به هدف‌های خود نیازمند نظام بهداشتی مناسبی است که تأمین این هدف‌ها را ممکن سازد. چنین نظامی باید بانجام پژوهش‌های کاربردی به اصلاح خویش بپردازد و تغییرات ضروری را برای هر مرحله پذیرا باشد.

اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱:

به منظور تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه اصول زیر باید مورد توجه باشد:

- ۱- اصل هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی^۲: بهداشت به صورت مجرد وجود ندارد و تحت تأثیر ترکیبی از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی است که به صورت تنگاتنگ با یکدیگر در ارتباطند. بنابراین بخش‌های مختلف جامعه که بر سلامت افراد تأثیر دارند باید تلاشی هماهنگ داشته باشند.
- ۲- مشارکت مردم و اتکاء به خود^۳: بدون همکاری و علاقه مردم به تأمین و توسعه خدمات هیچ‌گونه موفقیتی برای آن پیش‌بینی نمی‌شود؛ این به عنوان بهداشت به وسیله مردم و قرار دادن سلامت مردم در دست خود آن‌ها توصیف شده است. بدین ترتیب بهداشت پدیده‌ای خودجوش است که باید انگیزه برخورداری از آن در مردم ایجاد گردد و علاوه بر بخش بهداشت، جامعه باید درگیر مراقبت از خود شده و در موارد زیر مشارکت داشته باشد:
 - ✓ ایجاد و نگهداری محیط بهداشتی
 - ✓ ابقاء فعالیت‌های بهداشتی پیشگیری و ارتقای
 - ✓ ارائه اطلاعات مربوط به خواست‌ها و نیازها به مسئولین سطح بالا
 - ✓ به انجام رسانیدن اولویت‌های مراقبت‌های بهداشتی و اداره بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها.

^۱ - Principles of Primary Health Care

^۲ - Inter-Sectoral Approach

^۳ - Community Participation

۳- روش‌های مناسب^۱: نه تنها در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بلکه در تمامی سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی باید از روش، ابزار، پرسنل، دارو، مواد و حتی سیستم اداری مناسب و منطبق با شرایط جامعه استفاده شود. در ارائه خدمات به مردم باید از روش‌هایی استفاده شود که با فرهنگ جامعه مطابقت داشته و از ابزار و پرسنلی استفاده گردد که با شرایط کار هماهنگ هستند. بنابراین فن‌آوری مناسب، ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت بهداشتی و هم بافت اقتصادی- اجتماعی کشور را در نظر بگیرد. این موضوع شامل در نظر داشتن ملاحظات زیر است:

- ✓ هزینه (هم هزینه‌های سرمایه‌ای و هم هزینه‌های جاری)
 - ✓ کارایی و کارسازی فن‌آوری برای مقابله با مشکلات بهداشتی
 - ✓ قابل پذیرش بودن رویکرد، هم برای جامعه هدف و هم از نظر ارائه کنندگان خدمات بهداشتی
 - ✓ قابل تحمل بودن رویکرد از جمله ظرفیت نگهداری تجهیزات
- به علاوه ارائه دهندگان خدمات در سطوح مختلف برای استفاده از مناسب‌ترین و هزینه- اثربخش‌ترین روش‌ها و ابزار باید آموزش لازم را دیده باشند.

۴- عدالت (برابری)^۲: منابع بهداشتی و خدمات مربوط به آن باید به صورت برابر در اختیار همه افراد جامعه قرار گیرد و مردم با نیازهای یکسان باید دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند. برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد.

- ۵- جامعیت خدمات: مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع براساس مداخلات زیر است:
- ✓ مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تأثیر می‌گذارد.
 - ✓ مداخلات پیشگیری‌کننده: این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماری‌ها یا برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است. [۱۶]

^۱ -Appropriate Methods

^۲ -Equity

فصل چهارم: درباره دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

معرفی دانشگاه^۱:

در این بخش از نگاره با توجه به اهمیت شناخت وضعیت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، به خصوص در ابعاد کلان، معرفی کلی از دانشگاه و واحدهای تابعه آن تا حد زیادی کمک کننده خواهد بود. به طور قطع در این اجمال، امکان تشریح کلیه بخش‌های دانشگاه امکان‌پذیر نخواهد بود و این بخش تنها می‌تواند تصویر روشنی از دانشگاه را فراهم کند.

در ادامه معرفی دانشگاه، به تشریح رسالت، دورنما، ارزش‌ها، اهداف کلان، اهم شاخص‌ها و ... جهت تدوین برنامه استراتژیک خواهیم پرداخت.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه در سال ۱۳۴۷ با مدرسه عالی پرستاری کار خود را آغاز کرد و سپس در سال ۱۳۵۴ با تبدیل شدن به دانشکده پزشکی در صدد خدمت رسانی به مردم خطه غرب کشور همت گماشت. دانشکده پزشکی پس از انقلاب شکوهمند اسلامی در سال ۱۳۶۴ با تبدیل شدن به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه قوام بیشتری گرفت و علاوه بر امر درمان، آموزش، پژوهش و نوآوری به تلاش برای پیشرفت علوم پزشکی و پیراپزشکی پرداخت. گذر از یک مرکز کوچک و سنتی آموزش به یک دانشگاه بزرگ و توانمند با توسعه در همه ابعاد انسانی، تکنولوژیک و ... راهی طولانی و پرتلاطم بوده، به طوری که امروزه شاهد سازمانی توانمند، هدفمند و پیچیده هستیم.

۱ - اطلاعات این بخش برگرفته از واحدهای معاونت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

این دانشگاه هم اکنون دارای هفت معاونت، شش دانشکده، هفت مرکز آموزشی درمانی در شهرستان کرمانشاه، ده بیمارستان و چهارده شبکه بهداشت و درمان در شهرستان‌های کرمانشاه شامل، اسلام‌آبادغرب، پاوه، ثلاث‌باباجانی، جوانرود، دالاهو، روانسر، سرپل‌ذهاب، سنقر، صحنه، قصرشیرین، کنگاور، گیلانغرب و هرسین می‌باشد؛ که براساس رسالت مدون و در راستای جهش اخیر علمی و تکنولوژی کشور، استراتژی و اقدامات شایسته‌ای جهت ایجاد جامعه سالم در محیطی سرشار از سلامت و بهداشت را به عمل آورده است که گوشه‌ای از آن به اختصار ذکر می‌گردد.

بیانیه رسالت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه:

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به منظور تأمین، حفظ، ارتقاء سلامت و توسعه فرهنگ بهداشتی مردم به ارائه خدمات بهداشتی درمانی و آموزش نیروی انسانی متخصص و توانمند پرداخته و توسعه آموزش و پژوهش و تولید علم را به عنوان زیرساخت ارائه خدمات پیشگیری در سطوح مختلف مد نظر دارد.

این دانشگاه به دلیل تلفیق آموزش و پژوهش با خدمات، در بستر جامعه، شرایط مساعدی را جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی و تأمین نیروی انسانی متخصص فراهم می‌کند و با توجه به جایگاه دانشگاه در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه، در نظر دارد درجهت ایفای نقش بیشتر در این جایگاه علمی و سایر زمینه‌ها توسعه لازم را ایجاد نماید و با استفاده از فن‌آوری روز و به کارگیری تجهیزات مناسب و توسعه روش‌ها و نیز بهره‌گیری از مشارکت کارکنان و سایر مشتریان در راستای ارتقاء کیفی خدمات تلاش نماید.

چشم‌انداز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه به عنوان یکی از سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات در تأمین سلامت مردم می‌خواهد بستری را فراهم کند تا در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی، فرهنگی و خدمات بهداشتی درمانی شاهد شکوفایی هر چه بیشتر بوده، به گونه‌ای که بتواند خود را در همه ابعاد به استانداردهای جهانی سلامت نزدیک نماید و از نظر تأمین نیازهای تخصصی منطقه نیز به خودکفایی برسد و زمینه لازم را برای دسترسی کامل، آسان و استفاده بهینه جامعه از خدمات مورد نیاز خود را فراهم کرده و به عنوان قطب علمی در کشور در راستای توسعه جامعه سالم، زمینه توسعه منطقه را در امور اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی فراهم نماید.

ارزش‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه:

- توجه به اقشار آسیب‌پذیر
- ارتقاء کیفیت خدمات
- تکریم ارباب رجوع و حفظ کرامت انسانی
- ایجاد جو دوستی و برادری بین کارکنان
- رعایت اخلاق پزشکی
- رضایتمندی کارکنان
- ایجاد امنیت شغلی بین کارکنان دانشگاه

- تکریم همراهان و خانواده‌های بیماران
- احترام به قوانین و ضوابط سازمانی
- احترام به افراد بدون توجه به قومیت، دین، فرهنگ و تفکر
- حساسیت نسبت به شیوه زندگی و علایق کاری افراد و مسئولیت‌های اجتماعی
- ارتقاء وجدان کاری

اهداف اصلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه:

- پرورش استعدادها از طریق آموزش و پژوهش علمی و ترویج علوم پزشکی و پیراپزشکی به منظور کمک به تجهیز و تأمین نیروی انسانی متخصص مورد نیاز کشور.
- ایجاد امکانات تحقیقی و پژوهشی به منظور شناخت عوامل بالقوه ناشناخته، در جهت افزایش توان علمی در رابطه با مسائل بهداشتی و درمانی.
- گسترش و تعمیم امکانات بهداشتی و درمانی در سطح جامعه از طریق سازمان‌ها، مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی تابعه.

وظایف اصلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه:

- آموزش دانشجویان در رشته‌های مختلف علوم پزشکی و پیراپزشکی، توسعه و تعمیم آموزشی پزشکی جامعه‌نگر.
- انجام تحقیقات علمی در زمینه‌های مختلف علوم پزشکی و پیراپزشکی بر حسب نیازهای بهداشتی، درمانی و اجتماعی کشور و منطقه.
- برقراری روابط دانشگاهی و مبادله استاد و دانشجو با دانشگاه‌های داخل و یا خارج از کشور از طریق قراردادهای فرهنگی و دانشگاهی.
- تشکیل سمینارها و کنفرانس‌های علمی و آموزشی.
- ترجمه و تألیف کتب و نشریات در زمینه‌های مختلف علوم پزشکی.
- نظارت و کوشش در اجرای دقیق سیاست کلی و خط‌مشی وزارت متبوع به منظور تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن از طریق کاربرد برنامه‌های بهداشتی به ویژه در زمینه بهداشت محیط و مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده و مدارس، آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت بهداشت اولیه خصوصاً «مادران و کودکان».
- نظارت بر اجرای درست طرح‌ها و برنامه‌های بهداشتی درمانی، اداری و مالی، ارزشیابی فعالیت‌ها و برنامه‌های اجراء شده و در دست اجرا در سطح استان.
- هدایت و ارشاد مسئولین برنامه‌ریزی در تهیه طرح‌ها و برنامه‌های واحدهای تابعه، تلفیق و هماهنگ کردن برنامه‌ها با عنایت به اولویت‌ها.

- نظارت بر انجام مطالعات و بررسی‌های جمعیتی و تجزیه آمارهای استخراجی در ارتباط با طرح‌ها و برنامه‌های بهداشتی، درمانی به منظور آگاهی از کمیت و کیفیت فعالیت‌ها در زمینه بهداشت، درمان و ...
 - فراهم‌آوردن تسهیلات لازم برای برخورداری ساکنین منطقه از خدمات در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و بهبود استانداردهای مورد عمل.
 - نظارت بر اجرای دقیق ضوابط مربوط به نگهداری، مصرف، انهدام مواد بیولوژیک، مخدر خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آزمایشگاهی، فرآورده‌های دارویی، تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی پزشکی توانبخشی و ...
 - نمایندگی قانونی دانشگاه در قبال اشخاص حقیقی و حقوقی و شرکت در کلیه مراجع قانونی با حق انتخاب وکیل.
- از دیدگاه مؤلفین تدوین راهکارهای دانشگاه در تعیین مسیر و رسیدن به اهداف دانشگاه در افق چشم‌انداز ۱۴۰۴ بسیار ضروری بوده؛ لذا در راستای تدوین استراتژی‌ها اقدام به شناخت نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها بر اساس مدل برایسون^۱ گردید و اهم راهکارهای سطح سازمان خصوصاً در زمینه‌های پژوهش، آموزش و توسعه خدمات تشخیصی، درمانی و ... با تبادل نظر در سطح عالی سازمان دانشگاه تعیین شد که در این قسمت راهکارهای اصلی تعیین شده آمده است، لازم به ذکر است که جهت‌گیری این استراتژی‌ها در همه ابعاد توسعه و گسترش خدمات، تنوع بخشیدن به خدمات، اقدامات مشترک و ادغام یافته و واگذاری بخش‌هایی از خدمات و یا حذف آن‌ها به دلیل عدم تطابق با اهداف سازمان مورد توجه قرار گرفته است. در این بخش به دلیل گستردگی عوامل چهارگانه که در جلسات متعدد مطرح گردیده، اولویت‌بندی صورت گرفته و موارد زیر نهایی گردید.

نقاط قوت:

- وجود نیروهای متخصص کارآمد
- وجود تجهیزات تخصصی سرمایه‌ای انحصاری
- وجود فضای فیزیکی مناسب
- یکی از هفت قطب درمانی کشور
- تنوع خدمات آموزشی، درمانی، پژوهشی و بهداشتی
- وجود مراکز علمی، آموزشی و پژوهشی
- راه‌اندازی بیمارستان ۵۳۰ تخت خوابی امام رضا(ع)
- شبکه‌های بهداشتی و درمانی نسبتاً کامل طبق طرح
- وجود قانون هیأت امانه در دانشگاه
- وجود درآمدهای اختصاصی نسبتاً مناسب در اکثر بیمارستان‌ها
- مطلوب بودن اکثر شاخص‌های بهداشتی
- دسترسی آسان به سیستم اطلاع رسانی

^۱ - Bryson Model

^۲ - نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت و تهدید

- تکمیل بودن پایگاه‌های اورژانس مطابق برنامه پنج ساله
- نهادینه شدن تحقیقات به طور نسبی
- داشتن نشریه‌های علمی پژوهشی و نشریه‌های خبری در دانشگاه
- تأسیس بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی محمد کرمانشاهی
- و بسیاری موارد دیگر از نقاط قوت دانشگاه محسوب می‌شوند.

نقاط ضعف:

- پایین بودن حقوق کارکنان
- کمبود انگیزه پرسنلی
- اعمال مدیریت غیرمشارکتی در واحدها
- کثرت نیروی انسانی غیرمتخصص
- عدم رعایت انضباط کاری توسط برخی از اعضای هیأت علمی
- عدم وجود مرکز آماری منسجم و روزآمد
- حضور درصد بالایی از اعضای هیأت علمی در بخش خصوصی
- پراکندگی واحدهای آموزشی درمانی
- کثرت زیاد کارکنان کم سواد
- کمبود درآمد اختصاصی برخی از بیمارستان‌ها
- توسعه ناهمگن ساختار سازمانی
- تعداد زیاد نیروهای شرکتی
- وجود آسیب‌های اجتماعی تهدید کننده کارکنان
- مستهلک بودن اکثر تجهیزات
- نداشتن امکانات رفاهی و تفریحی کارکنان
- قدمت ساختمان اکثر واحدها
- فرسودگی ناوگان حمل و نقل و عدم توان بخش خصوصی در تأمین نیازهای دانشگاه به شکل مطلوب
- قرارنگرفتن کارکنان در پست سازمانی خود
- نداشتن برنامه مدون توسعه منابع انسانی
- توزیع نامناسب تخت‌های بیمارستانی در سطح استان
- تک تخصصی بودن بسیاری از مراکز
- و بسیاری موارد دیگر از نقاط ضعف دانشگاه محسوب می‌شوند.

فرصت‌ها:

- دیدگاه مثبت وزارت متبوع نسبت به گسترش و ارتقاء خدمات در سطح کشور خصوصاً استان‌های نیازمند
- هماهنگی و حمایت مدیران در استان از سیاست‌های دانشگاه
- وجود نیروهای متخصص در سطح استان برای رفع نیاز دانشگاه
- حمایت سازمان‌های بین‌المللی
- وجود دیگر مراکز علمی در کنار دانشگاه
- وجود بودجه تحقیقاتی در سایر سازمان‌ها
- وجود مراکز صنعتی در استان
- وجود آثار تاریخی و تفریحی در استان
- همکاری مناسب رسانه‌های ارتباط جمعی
- موقعیت جغرافیایی استان
- پتانسیل توسعه اقتصادی - اجتماعی در ابعاد مختلف در استان
- تنوع گیاهان دارویی منطقه و امکان توسعه و بهره‌برداری از آن
- تجربیات سال‌های دفاع مقدس در برخورد با مشکلات در عرصه سلامت
- همجواری با کشورهای همسایه
- وجود افراد خیر در سطح استان
- و بسیاری موارد دیگر از جمله فرصت‌های دانشگاه محسوب می‌شوند.

تهدیدها:

- پائین بودن سطح تحصیلات در استان
- عدم تعادل در پذیرش دانشجو با نیازهای جامعه
- سهم پائین اعتبارات بهداشت و درمان از GDP^۱
- عدم تخصیص به موقع اعتبارات
- بالا بودن آمار آسیب‌های اجتماعی
- عدم تمایل متخصصین و اعضای هیأت علمی به حضور در استان به دلیل پائین بودن جاذبه‌های اشتغال در استان
- عدم تناسب درآمد در بخش خصوصی و دولتی
- وابسته بودن سیستم‌های درآمدزایی دانشگاه به سازمان‌های بیمه‌گر
- پائین بودن سطح درآمد در استان
- عدم توزیع عادلانه نیروهای متخصص از سوی وزارتخانه متبوع (وزارت بهداشت و درمان)

^۱ - Gross domestic product

- حمایت کم مراجع قانونی در پشتیبانی از برنامه‌های دانشگاه
- پائین بودن سهم مشارکت مردم در حل مشکلات اجتماعی
- عدم وجود مراکز اقتصادی و سرمایه‌گذاری مناسب
- بی‌ثباتی بازار کار و عدم اطمینان در جذب نیروهای فارغ‌التحصیل
- نوسان قیمت نفت و وابسته بودن درآمدها به آن
- گسترش بی‌رویه فعالیت‌های بخش خصوصی و ...
- کمبود مشارکت بین‌بخشی در زمینه‌های مختلف آموزش، پژوهش و ارائه خدمات و ...
- پائین بودن دانش بهداشتی مردم
- و بسیاری عوامل دیگر از تهدیدهای برنامه‌های دانشگاه محسوب می‌شوند.

راهبردهای دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در راستای توسعه خدمات و ارتقاء کیفیت:

- ایجاد فضای مناسب جهت توسعه مشاوره مدیران از طریق نیروهای متخصص دانشگاهی
- توسعه ارتباط بین اساتید و سازمان‌های بین‌المللی از طریق تقویت واحد روابط بین‌الملل
- گسترش تبادل علمی با استان‌های همجوار به کمک اعضاء هیأت علمی و تشکیل تیم‌های پژوهشی
- استفاده از بودجه تحقیقاتی سایر سازمان‌های موجود در استان
- توسعه تحقیقات کاربردی با استفاده از امکانات بخش صنعت در استان
- استفاده از مراکز صنعتی جهت آموزش دانشجویان
- ساماندهی پتانسیل‌های علمی و فرهنگی در دانشگاه جهت برگزاری هر چه بیشتر سمینار و کنگره‌های علمی ملی و بین‌المللی
- توسعه ارتباط دانشگاه با رسانه‌های ارتباط جمعی در سطح استان به منظور گسترش آموزش بهداشت و سلامت
- گسترش ارتباط در زمینه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کشورهای همجوار
- فراهم کردن زمینه‌های مشارکت اعضاء هیأت علمی در حل مسائل اقتصادی و اجتماعی استان
- گسترش تحقیقات دارویی با توجه به پتانسیل‌های موجود
- تقویت تجهیزات تخصصی سرمایه‌ای انحصاری
- توسعه تحقیقات کاربردی با استفاده از تجهیزات تخصصی سرمایه‌ای انحصاری
- توسعه ارائه خدمات تخصصی از طریق معرفی توانمندی‌های تخصصی دانشگاه به دلیل داشتن تجهیزات تخصصی انحصاری به استان‌های همجوار
- توسعه ارائه خدمات تخصصی به کشورهای همجوار
- توسعه فضاهای آموزشی، درمانی، تحقیقاتی و رفاهی
- ارتقاء سطح رفاهی کارکنان و اعضاء هیأت علمی

- حفظ و تقویت سطح خدمات تشخیصی درمانی
- توسعه ارتباط دانشگاه با رسانه‌های ارتباط جمعی به منظور معرفی خدمات تشخیصی دانشگاه
- فراهم کردن زمینه و کمک به توسعه و ایجاد مراکز داروسازی
- جذب بودجه‌های تحقیقاتی سایر سازمان‌ها در زمینه‌های خدمات آموزشی، درمانی، پژوهشی و بهداشتی
- توانمندسازی مدیران سطوح مختلف دانشگاه بر حسب نیاز
- تجهیز و تقویت مراکز آموزشی درمانی و پژوهشی به کمک وزارت متبوع، مدیران استان، نیروهای متخصص در سطح استان و حمایت سازمان‌های بین‌المللی
- فراهم نمودن بستر خدمات آموزشی درمانی به استان‌ها و کشورهای همجوار
- گسترش کامل شبکه‌های بهداشتی درمانی طبق طرح
- استفاده مناسب از قانون هیأت امناء جهت رفع نیازهای دانشگاه
- توسعه تجهیزات سرمایه‌ای با استفاده از درآمدهای اختصاصی مناسب اکثر بیمارستان‌ها و جلب حمایت وزارت متبوع و مدیران ارشد استان
- رفع نیازهای متخصصین مراکز از طریق درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها
- تقویت وب سایت و سیستم اطلاع‌رسانی از طریق حمایت وزارت متبوع و مدیران ارشد استان
- ارتقاء کیفیت خدمات اورژانس از طریق حمایت وزارتخانه متبوع، مدیران ارشد استان، وجود نیروهای متخصص در استان و حمایت سازمان‌های بین‌المللی
- ارتقاء آموزش و فرهنگ جامعه نسبت به خدمات اورژانس به کمک رسانه‌ها
- گسترش استفاده از بودجه تحقیقاتی سایر سازمان‌ها، مراکز علمی در زمینه‌های آموزشی و تحقیقاتی و جلب حمایت سازمان‌های بین‌المللی در این زمینه
- اطلاع‌رسانی مطلوب به وزارت متبوع، مدیران ارشد استان و نیروهای متخصص به کمک نشریه علمی پژوهشی و نشریه خبری
- تعادل در پذیرش دانشجو با انجام مطالعات علمی
- استقرار نظام بهینه جهت صرف اعتبارات موجود
- تقویت خدمات کمیته رفاهی دانشگاه در جهت ایجاد انگیزش در نیروهای متخصص و اعضاء هیأت علمی
- توسعه و تنوع امتیازات شغلی برای اعضاء هیأت علمی
- توسعه برنامه‌های متنوع آموزشی به کمک نیروهای متخصص در جهت توانمندسازی مردم
- راه‌اندازی خدمات درآمدزا با استفاده از فضاهای مازاد دانشگاه
- تأکید بر تخصیص به موقع اعتبارات با توجه به قطب بودن و ارائه خدمات به استان‌های همجوار

- گسترش تنوع خدمات درمانی به گروه‌های مختلف آسیب‌پذیر در سطح جامعه جهت جلوگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی
- ایجاد رشته‌های جدید و متنوع در جهت افزایش تعادل پذیرش دانشجو
- افزایش جاذبه‌های شغلی و افزایش توان و کارایی کارکنان با توسعه درآمدهای اختصاصی
- حرکت به سمت توسعه هر چه بیشتر درآمدهای اختصاصی و ساماندهی آن به منظور متکی نبودن به تخصیص به موقع اعتبارات
- تنوع در شیوه‌های اطلاع‌رسانی مناسب برای ایجاد جاذبه و جلب مشارکت مردم
- تقویت فاکتورهای مؤثر بر جذب نیروهای متخصص در استان
- تلاش در جهت افزایش حقوق و جلب رضایت کارکنان و حل مشکلات معیشتی آنان از طریق دیدگاه مثبت وزارتخانه و حمایت مدیران ارشد استان
- توسعه تحقیقات در سطح سایر سازمان‌ها و مراکز صنعتی در جهت افزایش درآمدزایی کارکنان دانشگاه
- استقرار مدیریت مشارکتی در کلیه واحدهای دانشگاه به کمک هماهنگی وزارت متبوع، متخصصین استان و مراکز علمی موجود
- فراهم کردن بستر جایگزینی نیروهای غیرمتخصص با متخصص موجود در سطح استان
- توانمند نمودن افراد غیرمتخصص، با کمک نیروهای متخصص در سطح استان و مراکز علمی
- توسعه خدمات کلینیک‌های ویژه جهت جذب نیروی بخش خصوصی به بخش دولتی
- استفاده از حمایت مدیران استان در جهت کاهش پراکندگی واحدها و متمرکز نمودن واحدهای مختلف دانشگاه در پردیس دانشگاه
- ادغام بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی به منظور کنترل هزینه‌ها و افزایش درآمد مراکز
- کاهش نیروهای خدماتی غیرمتخصص (شرکتی) از طریق اصلاح ساختار با هماهنگی وزارت متبوع و جلب حمایت مدیران استان
- برقراری شرایطی جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی در بین کارکنان به کمک حمایت مدیران ارشد استان
- اصلاح و بهبود تجهیزات
- استفاده از امکانات سایر سازمان‌ها در پیشبرد اهداف دانشگاه
- افزایش امکانات رفاهی و تفریحی کارکنان با حمایت‌های وزارت متبوع و مدیران ارشد استان و پتانسیل‌های موجود تاریخی و تفریحی استان
- مشارکت با بخش خصوصی در زمینه ارائه خدمات مختلف
- ادغام بخش‌های درمانی و برخی از بیمارستان‌ها به منظور تعدیل واحدهایی که زیان‌آور هستند
- تعدیل نیروی انسانی
- واگذاری بخش تخصصی به بخش خصوصی

- فروش مراکز و فضاهایی که هزینه‌های اضافی به دانشگاه تحمیل می‌کنند
- خرید خدمات پشتیبانی با واگذاری واحدهای خدماتی دانشگاه به بخش خصوصی
- کاهش اعضای هیأت علمی نیمه وقت

در نهایت:

در راستای تحقق استراتژی‌های انتخابی، دانشگاه علوم پزشکی خطمشی خود را بر سه محور اصلی پویایی سازمانی، همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردمی قرار داده است.

اهداف کلان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

- توسعه پژوهش کاربردی به‌طوری که تا ۵ سال آینده، رتبه پژوهشی دانشگاه بین ۶ دانشگاه برتر کشور قرار گیرد.
- توسعه بخش درمان در زمینه نیازهای تخصصی و فوق تخصصی در ۵ سال آینده به منظور ایجاد خودکفایی و ایجاد مرکزیت درمانی و تشخیصی در غرب کشور.
- توسعه خدمات بهداشتی به طوری که ۱۰۰٪ جمعیت استان در ۵ سال آینده تحت پوشش خدمات مطلوب بهداشتی درمانی قرار گرفته باشند.
- توسعه بخش دانشجویی فرهنگی در زمینه ایجاد امکانات رفاهی در ۵ سال آینده، به طوری که ضمن گذر از میانگین شاخص‌های رفاهی دانشگاه‌های کشور حداقل به میزان ۸۰٪ به استاندارد امکانات رفاهی دست یابد.
- توسعه بخش آموزش به طوری که در ۵ سال آینده بتواند در سطح بالاتر از میانگین پنج دانشگاه برتر از نظر شاخص‌های آموزشی در رشته‌های مختلف علوم پزشکی قرار گیرد.
- کاهش تصدی‌گری در بخش پشتیبانی به طوری که در ۵ سال آینده بالغ بر ۸۰٪ خدمات پشتیبانی شامل نقلیه، نظافتی، اداری و رفاهی از طریق بخش خصوصی انجام گیرد.

برجسته‌ترین توانمندی‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه:

- وجود کلیه رشته‌های تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- وجود رشته‌های فوق تخصص و بهره‌مندی از تعداد کثیری از پزشکان در مقطع فوق تخصصی و منحصر به فرد نظیر جراحی قلب و عروق، جراحی توراکیس، جراحی اطفال، جراحی ارولوژی اطفال و ... در کرمانشاه.
- فعالیت مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع) به عنوان بیمارستان قطب در منطقه غرب کشور با سه سال متوالی با درجه ارزشیابی یک عالی در کشور.
- فعالیت مرکز فوق تخصصی جراحی قلب و عروق امام علی(ع).
- فعالیت واحدهای رادیوتراپی، MRI^۱، سنگ‌شکن کلیه و آنژیوگرافی پریفرال (آئورت) در بخش دولتی به عنوان تنها مرکز دولتی در غرب کشور.
- فعالیت مرکز پیوند کلیه در کرمانشاه.

^۱ -Magnetic resonance imaging

- وجود تنها مرکز PND در غرب کشور جهت تشخیص موارد تالاسمی پیش از تولد.
- اجرای طرح آموزشی پرستاران شاغل در بخش‌های دیالیز به عنوان قطب آموزشی جهت پوشش غرب کشور
- فعالیت کم‌نظیر بخش دیالیز با سی و شش تخت فعال در مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع)
- اجرای مناسب برنامه‌ریزی نرم‌افزار آبی ویژه بیماران تالاسمی و انتصاب استان به عنوان یکی از پایلوت‌های ده‌گانه.

- فعالیت مرکز کاهش آسیب و سلامت جنسی و ترک اعتیاد زنان برای اولین بار در کشور و بسیاری موارد دیگر.

موفقیت‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه:

- کسب رتبه A با امتیاز ۸۰ در کارنامه دیالیز دانشگاه در سال ۱۳۸۶^۱.
- کسب رتبه سوم پژوهشی در سال ۱۳۸۷ در میان دانشگاه‌های تیپ ۲ کشور.
- کسب رتبه اول فعالیت‌های فرهنگی در بین دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ ۲ کشور در سال ۱۳۸۴.
- کسب رتبه برتر مرکز مشاوره دانشجویی در میان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در سال ۱۳۸۵.
- کسب رتبه اول در اولین جشنواره استانی روابط عمومی‌های برتر استان در سال ۱۳۸۷.
- ارتقای رتبه ورزشی از ۱۹ به ۱ در المپیاد ورزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در سال ۱۳۸۷.
- ارتقای رتبه دانشکده پزشکی از ۱۳ به ۱۱ در طرح رتبه‌بندی کشوری.

برخی دستاوردهای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه در سال ۸۸:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۸، شاهد توسعه در زمینه‌های گوناگون علمی، آموزشی، تحقیقی، بهداشتی درمانی و زیربنایی بوده است. تعدادی از این دستاوردها به شرح ذیل می‌باشد:

- ارتقاء به دانشگاه‌های تیپ یک کشور.
- آغاز فعالیت دانشکده دندانپزشکی با پذیرش ۳۷ دانشجو در این رشته.
- تشکیل هیأت ممیزه ارتقای اعضای هیأت علمی برای نخستین بار.
- اجرای بیش از ۲۰۰ پروژه عمرانی در زمینه سلامت.
- ارتقاء رتبه وب‌سایت دانشگاه از ۴۳ به ۱۱ در بین تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور.
- راه‌اندازی نخستین بخش IVF^۲ و ناباروری غرب کشور در کرمانشاه.
- راه‌اندازی آزمایشگاه بیوتروریسم غرب کشور در کرمانشاه.
- به روز کردن مطالبات پرسنلی و جلوگیری از کسورات درآمدهای دانشگاه.
- تأسیس دانشکده دندانپزشکی و پذیرش دانشجوی دکترای رشته دندانپزشکی.

^۱- در کشور، تنها ۵ دانشگاه موفق به کسب رتبه A گروه ۲ شده است.

- راه‌اندازی دو رشته جدید فیزیک پزشکی و ایمنی‌شناسی در مقطع کارشناسی ارشد.
- راه‌اندازی رشته پزشکی هسته‌ای در مقطع کارشناسی.
- اتصال دانشکده‌ها به شبکه دانشگاه جهت استفاده و یک‌پارچگی نرم‌افزار سیستم مدیریت آموزش و بسیاری موارد دیگر.

این دستاوردها زمانی ارزشمند هستند که در مقایسه با سایر دانشگاه‌های کشور که از وضعیت نسبتاً یکسان برخوردارند، ارزش‌های بالاتری را ایجاد کرده باشند؛ لذا مقایسه وضعیت موجود دانشگاه‌ها با سایر دانشگاه‌های کشور و حتی منطقه بین‌المللی به نحو مطلوب‌تری جایگاه اقدامات انجام شده در سطح دانشگاه را روشن می‌سازد.

برخی چالش‌های مهم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمانشاه:

- فعالیت اعضای هیأت علمی در بخش خصوصی.
- بالا بودن نرخ نیروهای غیرمتخصص نسبت به نیروهای فنی و متخصص.
- ضعف دانشگاه در استفاده از امکانات سایر سازمان‌های موجود در سطح استان به منظور تحقق اهداف آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی به دلیل کم‌توجهی سازمان‌های مختلف سطح استان به همکاری بین‌بخشی.
- فراهم نبودن جلب زمینه مشارکت بخش خصوصی جهت ارائه خدمات در راستای تحقق اهداف دانشگاه.
- پراکندگی نامناسب واحدهای درمانی در سطح شهر و افزایش هزینه‌های ناشی از آن.
- کمبود انگیزه پرسنلی.
- عدم دسترسی به آمار و اطلاعات دقیق جهت تصمیم‌گیری بهینه در سطح دانشگاه.

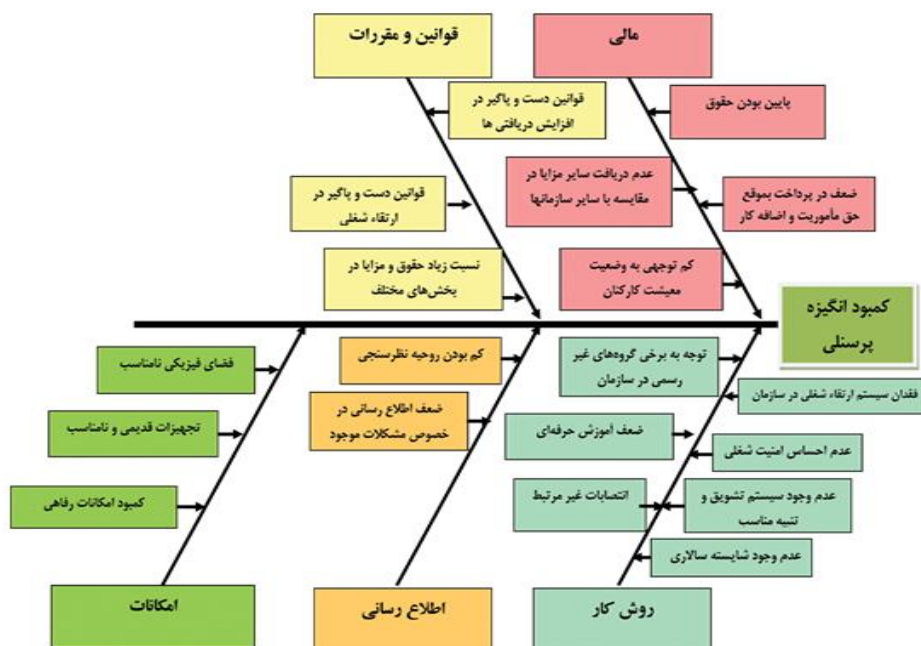
نمودار علت و معلولی^۱ و تحلیل برخی چالش‌های فوق:

تحلیل چالش‌ها به شکل علمی و تدوین راهکارهای مناسب در جهت اصلاح آن‌ها به عنوان گام‌های زیربنایی در توسعه بخش بهداشت و درمان و آموزش پزشکی محسوب گردیده و پرداختن به این مهم لازم است در سطوح کلان مورد توجه قرار گیرد.

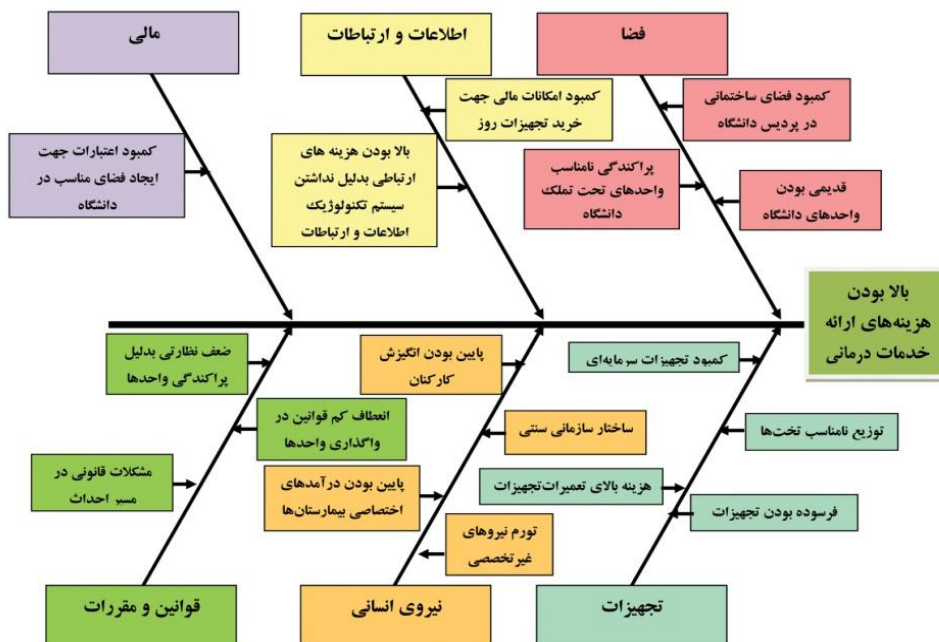
جهت تحلیل مشکلات یا عوامل مؤثر بر هر یک از چالش‌های پیش روی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با تشکیل جلساتی با حضور کارشناسان مرتبط و کارکنان اقدام به نظرسنجی گردید و دیدگاه آنان در زمینه‌های مذکور همگرا گردید؛ سپس با استفاده از نمودار علت و معلول، نتایج حاصل از نظرسنجی به تصویر درآمد. در ادامه چهار مورد از نمودارهای ذکر شده آمده است.

^۱- مدل استخوان ماهی

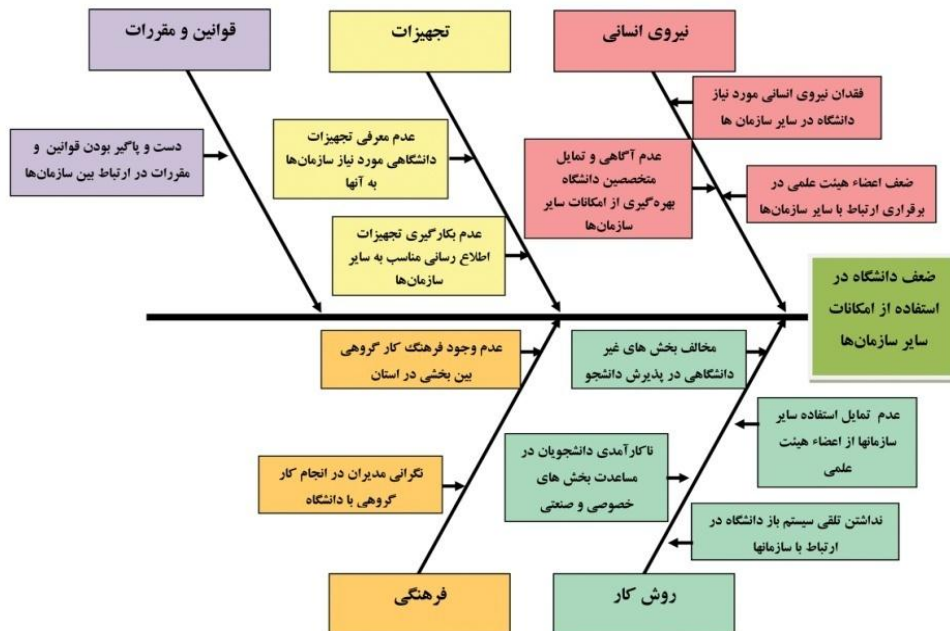
نمودار شماره ۴-۱: نمودار علت و معلولی عوامل مؤثر بر کمبود انگیزه پرسنلی مبتنی بر بارش افکار مدیران و نظرسنجی‌های انجام شده در سطح سازمان



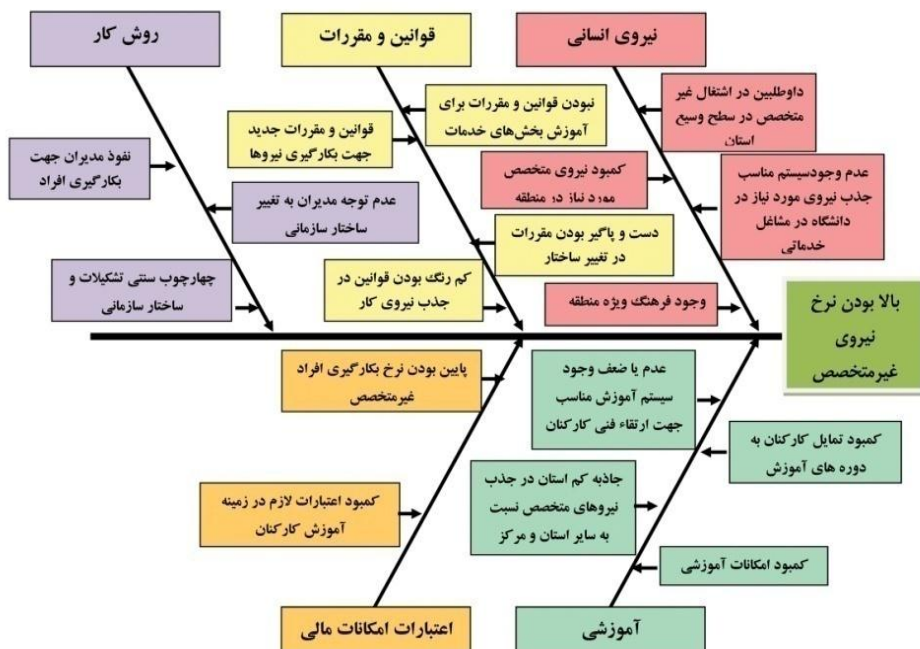
نمودار شماره ۴-۲: نمودار علت و معلولی عوامل مؤثر بر بالا بودن هزینه‌های تمام شده ارائه خدمات درمانی



نمودار شماره ۴-۳: نمودار علت و معلولی عوامل مؤثر بر ضعف دانشگاه در استفاده از امکانات سازمان‌ها مبتنی بر بارش افکار



نمودار شماره ۴-۴: نمودار علت و معلولی عوامل مؤثر بر بالا بودن نیروی غیرمتخصص در دانشگاه



موارد ذکر شده نمونه‌ای از بسیاری چالش‌های پیش روی دانشگاه بوده و بایستی اذعان داشت که پرداختن به چالش‌های اصلی دانشگاه در ارائه مطلوب خدمات که تعداد آن‌ها بسیار زیاد می‌تواند باشد، بسیار ضروری است.

راهکارهای حائز اولویت:

از بین راهکارهای مطرح شده توسط دانشگاه به منظور گسترش خدمات و ارتقاء آن و همچنین فراهم کردن زمینه‌های توسعه همه‌جانبه، از مهمترین مواردی که همراستایی جدی با اهداف دانشگاه دارند و لازم است به آن‌ها پرداخته شود، می‌توان موارد زیر را برشمرد:

- توسعه ارتباط با سازمان‌های بین‌المللی
- گسترش تبادل علمی با استان‌های همجوار
- توسعه بهره‌گیری از بودجه‌های تحقیقاتی سایر سازمان‌ها
- توسعه تحقیقات کاربردی با استفاده از امکانات بخش صنعت
- گسترش بیشتر سمینارها و کنگره‌های علمی
- توسعه ارتباط دانشگاه با رسانه‌های ارتباط جمعی
- توسعه ارتباط آموزشی، بهداشتی، درمانی و پژوهشی با کشورهای همجوار
- فراهم نمودن زمینه مشارکت اعضای هیأت علمی در حل مشکلات منطقه
- گسترش تحقیقات دارویی
- تقویت تجهیزات تخصصی
- توسعه فضاهای آموزشی، درمانی، تحقیقاتی و رفاهی
- ارتقاء سطح رفاهی کارکنان و اعضای هیأت علمی
- ارتقاء توانمندی مدیران سطوح مختلف دانشگاه
- گسترش کامل شبکه‌های بهداشتی درمانی
- ارتقاء کیفیت خدمات اورژانس
- توسعه و تنوع امتیازات شغلی برای اعضای هیأت علمی و کارکنان
- توسعه برنامه‌های آموزشی در جهت توانمندسازی مردم
- تقویت وب سایت و سیستم اطلاع‌رسانی
- ارتقاء درآمدزایی از طریق به کارگیری پتانسیل‌های ارائه خدمات در دانشگاه
- ایجاد رشته‌های جدید و متنوع آموزشی برحسب نیاز
- تقویت فاکتورهای مؤثر بر جذب نیروهای متخصص در استان
- فراهم کردن زمینه جایگزینی نیروهای متخصص به جای غیرمتخصص
- توسعه سیستم‌های مدیریت کیفیت
- اصلاح و بهبود تجهیزات
- توسعه مشارکت با بخش خصوصی در زمینه ارائه خدمات مختلف و بسیاری موارد دیگر.

ساختار تشکیلاتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه:

ساختار تشکیلاتی دانشگاه علوم پزشکی به گونه‌ای است که متناسب با نیازهای جامعه، معاونت‌های مختلف در آن شکل گرفته‌اند. در جهت تأمین نیروی انسانی متخصص، معاونت آموزشی دانشگاه و معاونت دانشجویی وظایف اصلی را به عهده دارند و با همکاری سایر معاونت‌های دانشگاه فعالیت‌های خود را تکمیل و به انجام می‌رسانند. در ارتباط با پژوهش و شناخت علمی، مشکلات بهداشتی و انجام پژوهش‌های بنیادین و کاربردی، معاونت پژوهشی شکل گرفته که با استفاده از نیروهای متخصص در دانشگاه نسبت به انجام تحقیقات علمی اقدام کرده و در ارتقاء وضعیت خدمات دانشگاه گام‌های اساسی را برمی‌دارد. در حوزه پیشگیری از بیماری‌ها در سطوح مختلف، گسترش فرهنگ بهداشتی و آموزش مردم، بهداشت خانواده و بهداشت شغلی و ارتقاء وضعیت بهداشت محیط و آماده‌سازی جامعه برای دستیابی به زندگی سالم، معاونت بهداشتی دانشگاه شکل گرفته و در زمینه درمان بیماران و ارائه خدمات در سطوح مختلف پیشگیری و فراهم کردن امکانات تشخیصی و درمانی برای بیماران و توسعه و ارتقاء کیفیت خدمات تشخیصی و درمان، معاونت درمان تلاش وافر نموده است. همچنین برای نظارت بر مصرف دارو، تأمین داروهای مورد نیاز، کیفیت و نظارت به تولید، توزیع و مصرف دارو و فراهم کردن امکان برخورداری مناسب از خدمات دارویی و همچنین نظارت به تولید، توزیع و کنترل مواد غذایی در ابعاد مختلف معاونت غذا و دارو شکل گرفته است و در حمایت و پشتیبانی مالی و اداری از معاونت‌های مختلف دانشگاه، معاونت توسعه و مدیریت منابع ایجاد شده است و رده‌های میانی و سرپرستی در دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز متناسب با نیازهای جامعه شکل گرفته‌اند و در غالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شامل مراکز بهداشت شهرستان‌ها و بیمارستان‌های شهرستان ایفای نقش می‌کنند؛ که شرح مبسوط این ساختار در ادامه خواهد آمد.

مقدمه‌ای بر آموزش و سلامت:

آموزش سلامت از تاریخچه‌ای دیرین برخوردار است و پرداختن به مشکلات مربوط به سلامت در طول تاریخ تحولات عظیمی را در برداشته است. از زمانی که بشر بیماری را حلول شیطان در بدن انسان پنداشت تا به امروز که در هر ثانیه اکتشافات فراوانی زندگی بشری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تغییر در دانش انسان‌ها در بعد سلامت قابل وصف نیست. اکنون دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی در اقصی نقاط جهان با جهشی باور نکردنی، پیوسته در تلاش برای توسعه دانش سلامت‌اند، رشد دانش پزشکی در نقاط مختلف جهان خصوصاً در کشورهای توسعه‌یافته در همه ابعاد، اعم از دانش تئوریک و بنیادین، همچنین توسعه خدمات، تکنولوژی و اختراع تجهیزات و ابزار مدرن همه را متحیر ساخته است. در این میان کشور ایران نیز در بهره‌گیری از دانش پزشکی و ارائه خدمات سلامت گام‌های بزرگی برداشته و تلاش وافری را به انجام رسانیده به طوری که تغییرات بسیار مطلوبی را در بسیاری شاخص‌های سلامت شاهد بوده‌ایم. یکی از ابعاد این توسعه در بخش سلامت مربوط به حوزه آموزش بوده است، گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی در سراسر کشور، تلاش بسیار ارزشمند دانشمندان ایرانی در عرصه‌های سلامت، خود تجربیات ارزشمندی را به تجربیات جهانی افزوده است. گام برداشتن در عرصه آموزش

پزشکی و تربیت نیروی انسانی متخصص در راستای تحقق سلامت و نجات جان انسان‌ها از اقدامات ارزشمند و مقدسی است که در سورة مبارکه مائده آیه ۳۲ چنین آمده است:

«مَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا»

هرکس انسانی را از مرگ رهایی بخشد، چنان است که گویی همه مردم را زنده کرده است.

توسعه هر چه بیشتر آموزش و تربیت کادر مجرب در خدمت‌رسانی به مردم با حمایت پژوهش و توسعه فن‌آوری، محور فعالیت دانشگاه‌های علوم پزشکی بوده و متولیان امور دانشگاه بایستی در پاسخگویی به مردم شریف کشورمان گام‌های مؤثری بردارند. لذا توسعه رشته‌های موردنیاز در عرصه سلامت، توسعه نیروی انسانی متخصص در بخش آموزش، توسعه تجهیزات، توسعه فضاها و امکانات آموزشی متناسب با نیاز، به عنوان هدف متعالی بخش آموزش مطرح می‌گردد.

آموزش در نظام سلامت:

محور اصلی در توسعه نظام سلامت آموزش است، آموزش در عرصه‌های تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد. آموزش بهداشت و شیوه زندگی در سطح سازمان‌ها و جوامع، آموزش در عرصه‌های شغلی و ... همه ارتباط تنگاتنگ با سلامت دارند. گسترش دانش بنیادین در زمینه‌های مختلف و تأثیر آن‌ها بر علوم پزشکی هر روز دستاوردهای جدیدی را در عرصه سلامت به همراه داشته، ضمن آنکه خود نیز شرایط و چالش‌های جدیدی را برای سلامت فراهم می‌کند. ادغام آموزش و ارائه خدمات در نظام بهداشت و درمان کشور اهمیت موضوع آموزش و نقش آن در سلامت را بیش از پیش نشان می‌دهد و با توجه به تغییرات بسیار سریع در دانش و تکنولوژی پزشکی و رشته‌های وابسته به آن لزوم به روز شدن و پویایی مستمر در آموزش سلامت را نشان می‌دهد.

از چالش‌های پیش روی نظام آموزشی کشور ما، نظام آموزش علوم پزشکی و مهمترین آن نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور می‌باشد؛ که بدون تغییر در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و ارتقای جایگاه پزشکان و نیروهای آموزش‌دیده در گروه علوم پزشکی، اجرای طرح‌های نو و پیاده‌سازی برنامه‌ها و نظام‌های استوار، ارزشمند و همراستا با اهداف نظام سلامت نظیر ارجاع، نمی‌توان شاهد تحول اساسی در آموزش علوم پزشکی کشور بود.

ادامه روند فعلی، به سبب اشباع بازارکار و ابهام در آینده شغلی و بی‌توجهی نظام دانشگاهی به کیفیت آموزش، موجب کاهش انگیزه اساتید برای ارائه آموزش کیفی و کاهش انگیزه دانشجویان برای تلاش و یادگیری خواهد شد. با افزایش تفاوت درآمد میان بخش دولتی و بخش خصوصی، اساتید دانشگاه انگیزه کمتری برای فعالیت آکادمیک خواهند داشت و اشباع بیش از پیش بازارکار و درآمدهای غیرواقعی پزشکان، روند مهاجرت پزشکان را از کشور سرعت خواهد بخشید. سایر مشکلات در آموزش پزشکی کشور به شرح زیر است:

۱- ضعف در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد علمی در سطح ملی برای نظام سلامت و آموزش پزشکی

در شرایط حاضر چندگانگی تصمیم‌گیرندگان و تأمین‌کنندگان مالی سلامت موجب گردیده است تا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جایگاه و اراده سیاسی لازم برای اعمال اصلاحات و تغییرات جدی در مدیریت و ارائه بهتر خدمات آموزشی و سلامت جامعه برخوردار نباشد. این نقصان در کشور مشکلات زیر را سبب گشته است:

❖ برهم خوردن نسبت نیروهای متخصص در مقابل نیروی عمومی

یکی از انتقادات جدی بر آموزش پزشکی، تربیت بیش از اندازه نیروهای با تخصص‌های بسیار بالا و کاهش میزان تربیت نیروهای با نگرش عمومی و کلان، به خصوص پزشکان خانواده است. هرچند طرح این انتقاد مخالف با ارزش و جایگاه تخصص در علوم پزشکی نیست، ولی به هم خوردن نسبت نیروها به مرور زمان منجر به کاهش نگرش همه‌جانبه و جامع به بیمار خواهد شد.

❖ تمرکز بیش از اندازه محتوای آموزشی بر درمان بیماری‌ها

بسیاری معتقدند که محتوای برنامه‌های آموزش پزشکی عمدتاً بر درمان بیماری‌ها متمرکز بوده و بنابراین، فارغ-التحصیلان اغلب «بیماری‌نگری» را به جای «سلامت‌نگری» مورد توجه قرار داده‌اند. در حالیکه سازمان جهانی بهداشت، مسئولیت نظام سلامت را در سطوح سه‌گانه پیشگیری، اعم از پیشگیری اولیه (بهداشت)، پیشگیری ثانویه (درمان) و پیشگیری ثالثیه (توانبخشی) می‌داند. به علاوه، بسیاری معتقدند که رسالت اساسی پزشک، ایفای نقش جدی در ارتقای سلامت انسان‌ها و حتی تلاش برای گسترش سبک زندگی سالم است.

❖ فقدان جایگاه جدی آموزش اخلاق پزشکی در برنامه‌های آموزشی

بسیاری از دست‌اندرکاران آموزش پزشکی در دنیا معتقدند که آموزش پزشکی، به ویژه در دهه‌های پایانی قرن بیستم، بیشتر جنبه تجارتي پیدا کرده و اصول پایه در اخلاق حرفه‌ای و پزشکی افت کرده و جای خود را به مقاصد اقتصادی داده است. این موضوع، به خصوص با توجه به گسترش فن‌آوری علم ژنتیک در قرن آینده، ممکن است فاجعه‌آفرین باشد که خود توجه جدی‌تری را طلب می‌کند.

❖ فقدان موضوع طب جایگزین در آموزش پزشکی

بعضی معتقدند که پزشکان فارغ‌التحصیل امروزی، هیچ‌گونه اطلاعاتی از طب جایگزین، طب سنتی، گیاهان دارویی و این‌گونه مباحث ندارند. در حالی که میلیون‌ها نفر، حتی در کشورهای غربی، از استفاده‌کنندگان طب جایگزین هستند. به علاوه، در برخی موارد نیز اثرات مثبت این طب به اثبات رسیده که این مهم، جایگاه طب جایگزین در آموزش پزشکی را طلب می‌کند.

❖ فقدان آموزش در زمینه‌های علوم اجتماعی و انسانی

انتقاد دیگر بر آموزش پزشکی آن است که برنامه‌های آموزشی عمدتاً در زمینه‌های بیولوژیک، کلینیک و علوم طبیعی متمرکز و در زمینه‌های علوم اجتماعی و انسانی دچار فقر است. بنابراین، برنامه‌های آموزش پزشکی باید ابعاد اجتماعی و رفتاری سلامت و بیماری را در برگیرد و نیز بخشی از آموزش پزشکی باید بر روابط انسانی، اخلاق، مهارت‌های ارتباطی و مدیریت بهداشت و درمان متمرکز شود.

❖ تمرکز بر آموزش بیمارستانی

نقطه ضعف دیگر در آموزش پزشکی این است که بخش عمده آموزش، محدود به آموزش در محیط بیمارستان‌ها می‌باشد. در حالی که بیماران اعزامی به بیمارستان‌ها، به خصوص بیمارستان‌های دانشگاهی، نمونه آماری مناسبی از بیماران موجود در جامعه نیستند و محیط آموزشی و کلاس درس دانشجوی نباید محدود به بیمارستان‌های دانشگاهی شود.

❖ فقدان آموزش بر روی بیماران مرحله آخر حیات

در حال حاضر، نحوه برخورد با بیماران در مرحله آخر حیات (مثل بیماران مبتلا به کانسر)، در آموزش پزشکی جایگاهی ندارد. این موضوع، به خصوص از این بعد مورد توجه است که باید در آموزش پزشکی علاوه بر جنبه‌های پزشکی و درمانی، به جنبه‌های انسانی نیز اهمیت داده شود. باید توجه کرد که پزشکی فقط یک علم بیولوژیک نیست، بلکه هنر برخورد با ابعاد انسانی و معنوی را نیز شامل می‌شود.

❖ نامتناسب بودن جایگاه اجتماعی و اشتغال دانش‌آموختگان و در نتیجه افت کیفیت آموزش و فرار مغزها

رشد فزاینده تعداد پزشکان در دهه ۷۰ در کشور به عللی همچون پذیرش بیش از تعداد برنامه‌ریزی شده، تأسیس تعداد زیادی دانشکده پزشکی در کشور در دهه ۶۰، بازگشت فارغ‌التحصیلان ایرانی خارج از کشور و کمبود ظرفیت به کارگیری فارغ‌التحصیلان جوان، همچنین توزیع نامناسب پزشکان در کشور سبب گشته تا تعداد زیادی از پزشکان جایگاه مناسب را پیدا نکرده و در نتیجه از کیفیت آموزش کاسته شود. همچنین فقدان تناسب بین تخصص‌گرایی و کلان‌نگری در آموزش پزشکی، موجب قطعه‌قطعه شدن مفاهیم جامع در سلامت و آموزش پزشکی شده به نحوی که برخی از دست‌اندرکاران آموزشی را دچار فقدان بینش جامع، کلان و کلی از سلامت نموده است.

❖ سرانه ناکافی آموزشی (فضای فیزیکی، اعضای هیأت علمی، مالی)

راهکار: واگذاری اختیار کامل به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تمرکز سیاست‌گذاری کلان آموزشی، ارائه خدمات سلامت و مالی همچنین کوچک‌سازی وزارت به ساختاری متشکل از خبرگان اعم از افراد با تجربه در زمینه‌های پزشکی، اجتماعی، اپیدمیولوژی، مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، اقتصاد سلامت و مدیریت مالی، ارزیابی و مدیریت تکنولوژی، آموزش پزشکی، آموزش بهداشت و متخصص بالینی و در نظر گرفتن مشوق‌های لازم برای خبرگان در سطح ملی، همچنین واگذاری کلیه امور اجرایی به دانشگاه‌ها و سیاست‌گذاری کلان و متمرکز.

۲- نارسایی ساختار سازمانی بخش سلامت و آموزش پزشکی در کشور

ابعاد ساختار سازمانی نظام سلامت اعم از ساختاری و محتوایی قابل نقد است. در ابعاد ساختاری دچار رسمیت‌گرایی زیاد و در نتیجه افت نوآوری و خلاقیت گردیده است. علی‌رغم تلاش‌های فراوان برای تمرکززدایی هنوز رویکرد متمرکز بر ساختار سلامت حاکم است.

راهکار: تشکیل هیأت بازنگری و تدوین ساختار سلامت و آموزش پزشکی کشور با حضور جمعی از خبرگان دانشگاهی و اجرایی، وزارتی، نمایندگان مردم، بخش خصوصی، حضور خبرگان دانشگاهی و نمایندگان بخش خصوصی به طور جدی توصیه می‌شود. برای شناخت استراتژیک از اولویت‌ها و چالش‌های موجود، کوچک‌سازی، ساده‌سازی و طراحی ساختار بر رویکرد ماتریسی و نیروی انسانی مورد نیاز با دانش و مهارت‌های مورد نیاز برنامه‌ریزی و مدیریت ملی، تدوین برنامه استراتژیک وزارت با دید بلندمدت اولین اقدام جامع در این راه خواهد بود. اگرچه برنامه‌نویسی استراتژیک چند سالی است در سیستم‌های سلامتی تجربه شده، ولی تحقق اهداف این برنامه‌ها منوط به کفایت علمی، دید تحلیلی جامع‌نگر و دقیق از وضع موجود و پیش‌بینی استراتژی‌ها و ابزارهای مدیریتی صحیح می‌باشد.

۳- چالش مدیریت منابع انسانی (اعضای هیأت علمی)

خوشبختانه بخش اعظم اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها در سطح بالایی از دانش و مهارت قرار دارند، که این به نوبه خود، مدیریت معقول‌تری را می‌طلبد. احساس تفاوت غیرعادلانه با گروه‌های کثیری از مشاغل، ضعف انگیزش‌های غیرمالی نظیر عوامل شغلی و محیط کار و مکانیزم‌های تشویق و ترغیب، اعضای هیأت علمی را با چالش انگیزشی مواجه ساخته است، اگر چه ایمان و انسان‌دوستی همواره پشتوانه خدمت‌رسانی در این بخش بوده است. همچنین متأسفانه توجه و ارزش‌گذاری ناکافی بر فعالیت‌های آموزشی اعضای هیأت علمی (درمقابل فعالیت‌های پژوهشی و درمانی) باعث افت انگیزه اعضای هیأت علمی گردیده است.

راهکار: افزایش انگیزش اعضای هیأت علمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی از طرق مختلف، مشخص نمودن لاین‌ها و Trackهای آموزشی و پژوهشی برای اعضای هیأت علمی.

۴- ضعف مدیریت فن‌آوری بخش آموزش پزشکی

فن‌آوری‌های آموزشی پس از نیروی انسانی، سرمایه‌های اصلی آموزش علوم پزشکی در کشور محسوب می‌شوند. فن‌آوری‌های نوین آموزشی در کشور توزیع مناسبی ندارند و سیاست واحدی بر ایجاد یا ورود فن‌آوری وجود ندارد. **راهکار:** به کارگیری ابزار ارزیابی فن‌آوری سلامت و بررسی همه‌جانبه فن‌آوری‌های نوظهور یا در حال استفاده برای کمینه کردن اشتباه در انتخاب و استفاده از فن‌آوری‌ها. از سوی دیگر پس از انتخاب مناسب فن‌آوری، نیاز به مدیریت صحیح فن‌آوری از بعد برنامه‌ریزی، تخصیص منابع و نگهداشت و آموزش نیروی کاربر داریم که نیازمند مداخلات لازم در ابعاد مدیریت تکنولوژی در سطح وزارت، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها می‌باشد.

۵- ضعف مدیریت دانش و اطلاعات سازمانی

یکی از مهمترین مشکلات ریشه‌ای نظام سلامت ایران و آموزش پزشکی در کشور، بهره‌مندی در کشور، بهره‌مندی کم از نظام یکپارچه اطلاعات مدیریت خدمات سلامت در سطوح سیاست‌گذاری و عملیاتی است. سیستم‌های یکپارچه اطلاعات مدیریت همه جزایر اطلاعاتی مربوط به حوزه‌های عملکرد یک سازمان را به طور منسجم و یکپارچه می‌بینند و امکان برنامه‌ریزی و پیش‌بینی آینده را برای یک سازمان میسر می‌سازند. **راهکار:** مدیریت دانش بیش از آنکه به ساماندهی و مستندسازی داده‌ها و اطلاعات سازمانی بیانید، به مستندسازی و تقویت دانش و مهارت افراد ماهر سازمان به عنوان گرانبهاترین سرمایه سازمان بها می‌دهد و برای این امر به طراحی انگیزش‌ها و روش‌های مدیریتی مثبت و ابزارهای مدیریت دانش^۱ در یک سازمان می‌پردازد تا سرمایه دانش سازمان اعم از اطلاعات سازمانی و دانش افراد خبره، مابین کارکنان و مدیران به گردش درآید.

۶- فقدان محتوای مناسب و منابع علمی ملی برای آموزش (Textbook)

اگرچه طی یک دهه گذشته منابع و کتب بسیار خوبی توسط دانشمندان پزشکی ایرانی تولید گشته است، اما علیرغم سابقه دیرینه علم پزشکی در کشور، متأسفانه هنوز منابع علمی معتبر داخلی^۲ تولید نشده است. این مشکل،

^۱ - Knowledge Mangement

^۲ - Textbook

خود ناشی از فقدان انگیزه دانشمندان ایرانی، حمایت ناکافی دولت و ارزش گذاری نامناسب به فعالیت های اعضای هیأت علمی دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

راهکار: حمایت هرچه بیشتر دولت از تولیدات علمی دانشمندان ایرانی و پیش بینی مشوق های لازم برای این گروه. [۱۵]

ارتباط شناخته شده میان آموزش و سلامت، شدید و دایمی است. این ارتباط در بسیاری از کشورها، در دوره های زمانی و در مورد دامنه های وسیع از سنجه های سلامتی مشاهده شده است. تفاوت های بین افراد بیشتر و کمتر تحصیل کرده بارز است. در سال ۱۹۹۹ میزان های مرگ منطبق شده شهروندان ایالات متحده در مردودین دبیرستانی که در سن ۲۵ تا ۶۴ سالگی قرار داشتند بیش از دو برابر آن هایی بود که تحصیلاتی در سطح کالج داشتند. هم اینک تأثیرات آموزش بر سلامت در بسیاری کشورها پایش می شود (ایالات متحده آن ها را به عنوان بخشی از هدف های **مردم سالم ۲۰۱۰** خود آورده است). کشورهایی مانند انگلستان هدف هایی برای کاهش تبعیض های سلامتی به ویژه از طریق آموزش یا عوامل مؤثر بر آموزش دارند. نتایج مطالعه ای مهم در مورد ارتباط آموزش و سلامت نشان داد که افراد دارای سطوح بالاتر تحصیلی به نسبت آنانی که کمتر آموزش دیده اند در یک دوره ۵ ساله ی همسان کمتر می میرند و میزان ابتلای آنان به بیماری های حاد و مزمن نیز کمتر است؛ تنها موارد استثنا سرطان ها، آبله مرغان و تب یونجه است. در مورد تب یونجه و سرطان ها این احتمال وجود دارد که آنانی که تحصیلات بیشتری دارند به دلیل آشنایی خود با این بیماریها بیشتر به پزشک مراجعه می کنند و لذا بیماری در آنان بیشتر تشخیص داده می شود. در مورد برخی سرطان ها تحصیلات بیشتر با درگیری بیشتری با عوامل خطر سرطان همراه است. (مثلاً سن بالاتر بارداری و سرطان پستان). افراد دارای تحصیلات بیشتر، وقتی به سرطان مبتلا می شوند به مدت طولانی تری عمر می کنند. این افراد کمتر به بیماری فشار خون، آمفیزم یا دیابت مبتلا می شوند. عملکردهای جسمی و روانی نیز در آنانی که بیشتر تحصیل می کنند بهتر است. این افراد کمتر اظهار می کنند که سلامت نامطلوبی دارند یا مبتلا به اضطراب یا افسردگی هستند. اینان همچنین ایام کمتری را به سبب بیماری در بستر می گذرانند یا غیبت از محل کار دارند.

با وجود اینکه قدرت ارتباط میان آموزش و سلامت در بیماری های گوناگون متفاوت، ولی در هر صورت این ارتباط بسیار زیاد است. هرچهار سال تحصیل بیشتر، مرگ و میر کودکان زیر پنج سال را ۱/۸٪، خطر بیماری قلبی را ۲/۱۶٪ و خطر دیابت را ۱/۳٪ کاهش می دهد. این امر همچنین اظهار سلامت متوسط یا نامطلوب توسط فرد را تا ۶٪، روزهای غیبت از محل کار به دلیل بیماری، به میزان ۲/۳ روز در سال کاهش می دهد. این تأثیرات احتمالاً با جنس و نژاد افراد تغییر نمی کند. علت این ارتباطها چند عاملی است. هرچند که به هر حال تا حدی ناشی از تفاوت رفتار در گروه های تحصیلی است. وضعیت رفتارهای پرخطر نیز به طور کلی در افرادی که بیشتر تحصیل کرده اند، بهتر است. به ازای هرچهار سال تحصیل بیشتر، ۱۱٪ از شیوع مصرف دخانیات، ۷ روز از مصرف نوشیدنی الکلی (با الگوی ≤ 5 نوشیدنی در روز)، در سال ۵٪ از شیوع چاقی و ۶٪ از شیوع مصرف مواد غیرقانونی کاسته می شود.

تحصیل بیشتر با ورزش بیشتر، برخورداری بیشتر از مراقبت پیشگیرانه (مثلاً ۷٪ بیشتر سابقه واکسن آنفوانزا)، ۱۰٪ ماموگرافی و پاپ اسمیر بیشتر و ۲/۴٪ کلونوسکوپی بیشتر در فرد توأم است. افراد تحصیل کرده‌تر در میان مبتلایان به بیماری‌های مزمن مثل مرض قند و فشارخون بیشتر احتمال دارد که بیماری خود را تحت کنترل درآورند. به علاوه، ۱۲٪ بیشتر از کمر بند ایمنی و ۱۰/۸٪ بیشتر از هشداردهنده دود در خانه استفاده می‌کنند. تمامی این یافته‌های رفتاری بسیار چشمگیر است.

قابل ذکر است که این رفتارهای بهداشتی تنها بخشی از تفاوت‌های سلامت را نشان می‌دهند. برای مثال مطالعه معروفی بر روی کارمندان انگلیسی در سال ۱۹۹۴ نشان داده که مصرف دخانیات، نوشیدن الکل و سایر رفتارهای خطرساز تنها ثلث تفاوت مرگ و میر در میان عامه کارکنان را توجیه می‌کند. هرچند این مطالعه بر تفاوت‌های تحصیلی متمرکز نبود، ولی نتایج مشابهی به دست آمد. تأثیر تحصیلات بر مرگ و میر در تحلیل داده‌ها تا ۳۰٪ با کنترل عواملی مثل ورزش کردن، مصرف دخانیات، استفاده از کمر بند ایمنی و اقدام به استفاده از خدمات پیشگیرانه کاهش یافت. ارتباط میان سلامت و آموزش در مقایسه بین جمعیت‌های کشورهای مختلف نیز نشان داده شده است. در مطالعه Barron-Lee با افزایش سطح تحصیل، امید به زندگی افزایش می‌یابد. این امر در کشورهای ناهمگونی بیشتر مشهود است. این ارتباط در داخل کشورهایی مثل کانادا، اروپای غربی و شرقی، روسیه و حتی کشورهای در حال توسعه مانند بنگلادش، کره و چین نیز نشان داده شده است. [۵]

بخش مهمی از سلامت مرتبط با آموزش ناشی از اجرای برنامه‌های سلامت مدارس است که سنین کودکان مدرسه‌ای را هدف قرار می‌دهند. وجود این گونه برنامه‌ها در سلامت دانش‌آموزان و نیز سلامت آتی آنان به عنوان نیروهای کار فعال جامعه نقش تعیین‌کننده دارد. برنامه‌های سلامت مدارس به صورت سنتی در سه حوزه آموزش سلامت، مراقبت‌های بهداشتی و سلامت محیط مدرسه ارائه می‌شوند. در سال ۱۹۸۷ Diane allensworth و Lloyd Kolb از مرکز کنترل و پیشگیری ایالات متحده مدل جدید برنامه‌ریزی سلامت مدرسه را با عنوان «برنامه هماهنگ یا جامع سلامت مدرسه» ارائه نمودند. این مدل هشت جزء اصلی را شامل شده است:

- ۱- آموزش بهداشت
- ۲- تربیت بدنی
- ۳- مراقبت‌های سلامت
- ۴- خدمات تغذیه
- ۵- ارتقای سلامت کارکنان
- ۶- محیط سالم مدرسه
- ۷- مشاوره و خدمات روان‌شناختی
- ۸- مداخلات والدین و جامعه

طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت مدارس، با هدف ایجاد تغییر مادام‌العمر در رفتارهای سلامتی کودکان و نوجوانان، با استفاده از نظام‌های اطلاعاتی ویژه سلامت مدارس، تنظیم و توسط این اطلاعات پایش و ارزشیابی می‌شوند. این مدل‌های گردآوری اطلاعات، عملاً ابزار مراقبت رفتارهای سالم و پرخطر در این سنین هستند. نظام مراقبت رفتارهای پرخطر جوانان^۱ مطالعات دوره‌ای رفتارهای سلامت کودکان در سن مدرسه^۲ و مطالعه جهانی مبتنی بر مدرسه سلامت‌مدار^۳ مهمترین نظام‌های اطلاعاتی‌اند. برخی کشورها و به ویژه انگلستان تلاش دارند نابرابری‌های سلامت را با آموزش و یا فاکتورهای وابسته به آن کاهش دهند. از افراد تحصیل کرده‌تر، ابتلای کمتر به شایع‌ترین بیماری‌های حاد و مزمن (مانند بیماری قلبی، سکته مغزی، فشار خون بالا، چربی خون بالا، آمفیزم، مرض قند، آسم یا زخم گوارشی) گزارش می‌شود. همچنین عملکردهای جسمی و روانی افراد بیشتر تحصیل کرده بهتر است. آنانی که با تحصیلات کمتر در منزل بستری می‌شوند، کمتر از محل کار غیبت و محدودیت‌های عملکردی کمتری دارند.

آن‌هایی که چهار سال بیشتر سنوات تحصیل در مدرسه دارند، ۲۳٪ کمتر سیگار می‌کشند و کمتر الکل مصرف می‌کنند، ۲۳٪ کمتر چاق می‌شوند و کمتر مواد غیرقانونی مصرف می‌کنند، بیشتر ورزش می‌کنند و بیشتر به استفاده از خدمات بهداشتی پیشگیرانه (مثل واکسن آنفلوآنزا، سائرواکسن‌ها و پاپ اسمیر) اقدام می‌کنند. بیماری تحصیل کرده‌ترهایی که مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل مرض قند و فشارخون هستند، به احتمال بیشتری تحت کنترل است. تحصیل کرده‌ها، بیشتر از کمربند ایمنی و هشداردهنده دود در منزل استفاده می‌کنند. ارتباط سطح آموزش مادران با سلامت کودک ثابت شده است.

تحقق اهداف چشم‌انداز بیست‌ساله کشور با تحقق نقشه جامع علمی کشور امکان‌پذیر خواهد بود. لازمه اجرایی شدن نقشه جامع علمی، تعریف کنشگران جدید می‌باشد. قبل و همراه با این توسعه کمی، لازم است که توسعه کیفی در نقش و عملکرد این کنشگران به وجود آید. در غیر اینصورت سرمایه‌های صرف‌شده به سرانجام نخواهند رسید. از جمله مهمترین الزامات برای توسعه کیفی کنشگران می‌توان به ارتقای نقش دانشگاه‌ها و استقلال عمل آن‌ها همراه با توسعه نظام اعتباربخشی، تخصیص بر مبنای عملکرد، حضور مؤثر و جدی اعضای هیأت علمی و سایر سرمایه‌های انسانی مرتبط با فن‌آوری و نوآوری (شامل محققین، پشتیبانان تحقیق، ارائه‌کنندگان آموزش) در حوزه سلامت، مشخص بودن ارتباط فعالیت‌ها با ارتقای سلامت آحاد مردم در این نهادها اشاره کرد.

آموزش عمومی از بسترهای مهم رشد و توسعه سلامت در جامعه است. آموزش عمومی کاملاً یک حق عمومی می‌باشد. مأموریت نظام آموزشی، تربیت نیروی انسانی عالم، توانمند و کارآمد، پاسخگوی نیازهای سلامت افراد و جامعه، پایبند به اخلاق حرفه‌ای و اجتماعی، متناسب با فرهنگ اسلامی- ایرانی و تلاشگر در زمینه نظریه‌پردازی، تولید علوم مفید و کارآفرینی در علوم پزشکی که به ارایه خدمات کیفی در سطوح مختلف نظام سلامت بپردازند می‌باشد. تحقق این منظور، نیازمند تحول نظام آموزشی کشور است. توجه به نخبگان سلامت کشور با مدیریت

^۱- Behavioral youth risk surveillance

^۲- Health Behavior in school- Aged children survey

^۳- Global school- Based school Health survey

صحیح سرمایه‌های انسانی شامل جذب، بهکارگیری و ارتقای بهره‌مندی از ظرفیت‌های آن‌ها، ایجاد و تجهیز محیط‌های آموزشی در همه ابعاد علمی، فرهنگی و پژوهشی، لازمه تحقق نقشه جامع علمی کشور است.

در نظام علم، فن‌آوری و نوآوری، دو دسته نیروی انسانی اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کنند: مدرسین و پژوهشگران. اما باید توجه داشت این گروه از افراد نوک پیکان سرمایه‌های انسانی هستند. در توسعه نیروی انسانی و حمایت از آن‌ها باید کل پیکان ارائه‌کننده آموزش و انجام‌دهنده پژوهش را مورد توجه قرار داد و لازم است تمامی کارکنان پشتیبان فرآیندهای آموزشی و پژوهشی مدنظر قرار گیرند.

یکی از تحول‌های اساسی در دانش کشور تقویت ارتباط میان رشته‌ای است. محورهای تمرکز میان رشته‌ای در حوزه سلامت می‌تواند دامنه وسیعی داشته و مشارکت و همکاری بین آن‌ها فضاهای جدیدی را خلق کرده و زمینه‌های رشد و همگام شدن با تغییرات را فراهم کند. مواردی از ارتباط میان رشته‌ها در زیر آمده است:

(الف) علوم پایه، بالینی، طب و داروهای سنتی

(ب) علوم سلامت، فن‌آوری اطلاعات، ارتباطات و ...

(پ) علوم اجتماعی و انسانی با مفاهیم و عملکردهای نظام سلامت [۱۵]

در دنباله معرفی دانشگاه علوم پزشکی، حوزه‌های مختلف خدمات این دانشگاه اعم از آموزشی، پژوهشی، درمانی، بهداشتی، فرهنگی دانشجویی و دارو و غذا مطرح می‌شوند که لازم است تشریح آن‌ها را با معرفی خدمات آموزشی دانشگاه و معرفی واحدهای ارائه خدمات آموزشی آغاز کنیم. آنچه در این نگاره لازم است به گونه‌ای مبسوط بدان بپردازیم، تشریح وضعیت حوزه آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی است.

آموزش در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه^۱:

معاونت آموزشی به عنوان رکن اصلی آموزش دانشگاه و با محوریت دانشجویان و اساتید عهده‌دار انجام و نظارت ستادی کلیه امور آموزشی دانشجویان، اساتید و دانش‌آموختگان می‌باشد که عمده‌ترین وظایف آن به شرح ذیل است:

- اداره کلیه امور آموزشی دانشگاه
- بررسی و اتخاذ تصمیم در خصوص مسائل آموزشی با کمک مسئولان و کارشناسان ذیربط
- نظارت بر حسن اجرای مقررات، آئین‌نامه‌ها و برنامه‌های آموزشی وزارت متبوع و دانشگاه
- نظارت بر حسن اجرای وظایف واحدهای تابعه اعم از دانشکده‌ها و مراکز آموزشی درمانی و ارزیابی جهت ارائه گزارش
- هدایت امور مربوط به توسعه دانشگاه در ابعاد آموزش
- نظارت بر برگزاری مطلوب دوره‌های آموزشی، بازآموزی و کارگاه‌های آموزشی
- ارزیابی عملکرد آموزشی دانشجویان و اعضای هیأت علمی و مدیران آموزشی واحدهای مختلف
- تدوین و پیشنهاد اصول اجرایی امور آموزش

۱ - اطلاعات برگرفته از معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

ستاد معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

- معاون آموزشی
- مدیریت امور آموزشی
- مدیریت دانشجویان شاهد و ایثارگر
- واحد تحصیلات تکمیلی
- امور هیأت علمی
- روابط بین الملل
- امور مالی، امور اداری و دبیرخانه
- مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
- دفتر آموزش مداوم

در تعیین وضعیت موجود شامل، نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها، آموزش دانشگاه در شناخت هر چه بیشتر این بخش می‌تواند مسیر روشن‌تری را پیش روی ما قرار دهد.

وضعیت موجود دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

۱- وجود هیأت ممیزه در سطح دانشگاه

۲- وجود ۶ دانشکده:

- پزشکی، پیراپزشکی، داروسازی، بهداشت، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی

۳- تعداد ۲۳۲ عضو هیأت علمی:

- ۵ نفر استاد، ۱۴۷ نفر استادیار، ۲۳ نفر دانشیار، ۵۷ نفر مربی
- اعضای هیأت علمی در دانشکده‌ها: دانشکده پزشکی (۱۶۱ نفر)، دانشکده داروسازی (۱۱ نفر)، دانشکده دندانپزشکی (۲ نفر)، دانشکده پرستاری مامایی (۲۲ نفر)، دانشکده بهداشت (۱۸ نفر)، دانشکده پیراپزشکی (۱۶ نفر)، مرکز تحقیقات بیولوژی پزشکی (۲ نفر).

۴- حدود ۴۰ هزار متر مربع فضای آموزشی دانشکده‌ها

- حدود ۱۲۰ هزار متر مربع فضای مراکز آموزشی درمانی
- وجود ۷ مرکز آموزشی درمانی: امام رضا (ع)، امام علی (ع)، امام خمینی (ره)، فارابی، طالقانی، معتضدی، دکتر محمد کرمانشاهی

۵- وجود ۳۲۰۴ دانشجو در ۶ مقطع:

- کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترای حرفه‌ای، تخصصی، فوق تخصصی
- ۱۰۳۸ دانشجو در دانشکده پزشکی، ۲۹۹ دانشجو در دانشکده داروسازی، ۶۶ دانشجو در دانشکده دندانپزشکی، ۵۲۵ دانشجو در دانشکده پرستاری - مامایی، ۶۶۰ دانشجو در دانشکده بهداشت و ۶۱۶ دانشجو در دانشکده پیراپزشکی.

۶- وجود ۴۶ رشته تحصیلی:

- ۲ رشته فوق تخصصی، ۱۲ رشته تخصصی، ۳ رشته دکترای حرفه‌ای، ۹ رشته کارشناسی ارشد، ۱۰ رشته کارشناسی، ۱۰ رشته کاردانی.

- رشته‌های فوق تخصصی:

- جراحی قلب و عروق، نفرولوژی کودکان.

- رشته‌های تخصصی:

- بیماری‌های داخلی، بیماری عفونی و گرمسیری، آسیب‌شناسی، جراحی کلیه و مجاری ادراری، بیماری‌های مغز و اعصاب، روانپزشکی، بیماری‌های کودکان، بیهوشی، رادیولوژی، بیماری‌های قلب و عروق، زنان و زایمان، جراحی عمومی.

- رشته‌های کارشناسی ارشد:

- میکروپزشکی، بیوشیمی بالینی، علوم تشریحی، فیزیک پزشکی، ایمونولوژی، پرستاری ویژه، بهداشت محیط، روان‌شناسی بالینی، مهندسی پزشکی.

- رشته‌های کارشناسی:

- مامایی، پرستاری، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، اتاق عمل، پزشکی هسته‌ای، هوشبری، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت عمومی، بهداشت محیط.

- رشته‌های کاردانی:

- فوریت‌های پزشکی، بهداشت حرفه‌ای، پزشکی هسته‌ای.

- دکترای حرفه‌ای:

- پزشکی عمومی، داروسازی، دندانپزشکی.

در ادامه با توجه به دریافت تصویر روشنی از اهداف، رسالت، دورنما و ... بخش آموزش این فرصت را خواهیم یافت تا هر چه بیشتر با برنامه‌های این بخش آشنا شویم.

رسالت معاونت آموزش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی با در اختیار داشتن کادر مجرب هیأت علمی متناسب با رشته‌های تخصصی پزشکی، داروسازی و رشته‌های وابسته، همچنین دارا بودن فضاهای آموزشی مناسب در دانشکده‌های مختلف و عرصه بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و با ساختار مناسبی متشکل از مدیریت آموزش، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، مدیریت آموزش مداوم و حوزه‌های مهم دانشگاهی در آموزش دانشجویان در رشته‌های مختلف تلاش نموده و قصد دارد افق روشنی را در عرصه آموزش پزشکی با سنجش نیازهای منطقه و تربیت نیروی کارآمد فراهم نماید تا پاسخگوی مناسبی به نیازهای واقعی جامعه باشد.

دورنمای معاونت آموزش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

معاونت آموزشی دانشگاه به عنوان سکان‌دار آموزش پزشکی در استان امیدوار است تا سال ۱۴۰۰ یکی از پنج دانشگاه سرآمد در سطح کشور بوده و به عنوان الگویی واقعی از توسعه آموزش پزشکی در غرب کشور بدرخشد.

ارزش‌های بنیادین معاونت آموزش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

- ۱- عدالت‌محوری
- ۲- دانش‌ورزی
- ۳- استقلال در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری
- ۴- سرعت در پاسخگویی
- ۵- دوراندیشی
- ۶- احترام به مشارکت گروهی
- ۷- تکریم نیروی انسانی
- ۸- رشد همه‌جانبه
- ۹- صمیمیت بین کارکنان
- ۱۰- اخلاق انسانی در خدمات آموزشی
- ۱۱- آموزش دانش‌محوری
- ۱۲- رشد و بالندگی اعضای هیأت علمی

اهداف اصلی معاونت آموزش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

- ۱- اصلاح ساختار سازمانی حوزه معاونت آموزشی دانشگاه
- ۲- توسعه فضاهای آموزشی
- ۳- دستیابی به استانداردهای آموزشی کشوری
- ۴- رشد و بالندگی اعضای هیأت علمی
- ۵- توسعه نیروی انسانی متخصص متناسب با گسترش رشته‌ها
- ۶- گسترش رشته‌های کارشناسی و تحصیلات تکمیلی متناسب با نیازهای جامعه
- ۷- ارزشیابی پویایی نظام آموزش
- ۸- ایجاد زمینه شکوفایی استعدادهای درخشان
- ۹- توسعه آموزش پزشکی جامعه‌نگر، طب سرپایی و درمانگاهی
- ۱۰- ایجاد و تقویت فن‌آوری اطلاعات
- ۱۱- توسعه تکنولوژی آموزشی متناسب با استانداردهای جهانی
- ۱۲- ارتقاء سطح همکاری و ارتباط ملی و بین‌المللی با کلیه مراکز آموزش علمی
- ۱۳- نوسازی و به‌روز نمودن تداوم نظام آموزشی

- ۱۴- فراهم کردن امکانات ارتقاء مرتبه علمی
 - ۱۵- توسعه کمی مراکز آموزشی و رشته‌های تخصصی
 - ۱۶- توسعه کیفی خدمات آموزشی
 - ۱۷- تأمین و گسترش خدمات ارائه شده به دانشجویان شاهد و ایثارگر
- برنامه‌های حائز اولویت معاونت آموزش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:**

- ۱- اصلاح ساختار سازمانی حوزه معاونت آموزشی دانشگاه
- اصلاح ساختار هیأت علمی و جذب نیروهای متخصص مورد نیاز
- اصلاح بدنه کارشناسی
- ۲- توسعه فضاهای آموزشی
- پیگیری فضای مناسب دانشکده‌ها
- پیگیری راه‌اندازی مراکز آموزشی درمانی جدید
- تکمیل پردیس دانشگاه
- شناسایی و تعیین استانداردهای فضای آموزشی
- ۳- دستیابی به استانداردهای آموزشی کشوری
- تعیین و شناسایی استانداردهای آموزش پزشکی
- دستیابی به میانگین مقادیر شاخص‌های استاندارد آموزش پزشکی در سطح کشور
- انجام ارزیابی مبتنی بر استاندارد در واحدهای آموزش دانشگاه
- ۴- فراهم کردن فرصت‌های رشد و بالندگی اعضای هیأت علمی
- ۵- توسعه نیروی انسانی متخصص متناسب با گسترش رشته‌ها
- ۶- گسترش رشته‌های کارشناسی و تحصیلات تکمیلی متناسب با نیازهای جامعه
- ۷- ارزشیابی پویایی نظام آموزش
- استقرار تیم کامل ارزیابی هیأت علمی
- ارزیابی کارشناسان آموزشی
- ارزیابی دوره‌های آموزشی
- ارزیابی درونی گروه‌های آموزشی
- ۸- توسعه آموزش پزشکی جامعه‌نگر، طب سرپایی و درمانگاهی
- گسترش بیشتر طرح آموزش پزشکی جامعه‌نگر در منطقه شهری و روستایی
- گسترش برنامه‌ریزی حضور اعضای هیأت علمی در عرصه آموزش پزشکی
- ۹- توسعه تکنولوژی آموزشی متناسب با استانداردهای جهانی

- تجهیز کلاس‌های درس به تکنولوژی مناسب به میزان ۱۰۰٪
- گسترش روش‌های جدید آموزشی از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی

استراتژی‌های انتخابی معاونت آموزشی:

- اصلاح ساختار سازمانی حوزه معاونت آموزشی دانشگاه
 - اصلاح ساختار هیأت علمی و جذب نیروهای متخصص مورد نیاز
 - اصلاح بدنه کارشناسی
 - توسعه فضاهای آموزشی
 - جمع‌بندی دانشکده‌ها در پردیس دانشگاه و ایجاد سایت آموزش یکپارچه
 - گسترش مراکز آموزشی درمانی جدید
 - دستیابی به استانداردهای فضای آموزشی
 - دستیابی به استانداردهای آموزشی کشوری
 - گسترش استانداردهای آموزش پزشکی به منظور تحقق خدمات کیفی آموزشی
 - گذر از میانگین مقادیر شاخص‌های استاندارد آموزش پزشکی در سطح کشور
 - انجام ارزیابی مبتنی بر استاندارد در واحدهای آموزش دانشگاه
 - رشد و بالندگی اعضای هیأت علمی
 - گسترش کارگاه‌های توانمندسازی اعضای هیأت علمی و دانشجویان
 - توسعه فرصت مطالعاتی داخلی و خارج کشور
 - فراهم کردن فرصت‌های ارتقاء برای اعضای هیأت علمی
 - توسعه نیروی انسانی متخصص متناسب با گسترش رشته‌ها
 - گسترش رشته‌های کارشناسی و تحصیلات تکمیلی متناسب با نیازهای جامعه
 - افزایش تعداد رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی
 - استقرار ارزشیابی همه‌جانبه و پویای نظام آموزشی
 - توسعه آموزش پزشکی جامعه‌نگر، طب سرپایی و درمانگاهی و پزشکی پاسخ‌گو
 - توسعه تکنولوژی آموزشی متناسب با استانداردهای جهانی
 - گسترش روش‌های جدید آموزشی از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی
- ### دستاوردهای معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:
- تأسیس رشته دندانپزشکی
 - ارتقاء دانشگاه به تیپ یک در مؤلفه‌های اصلی و تشکیل هیأت ممیزه دانشگاه
 - تأسیس رشته‌های فیزیک پزشکی و ایمنولوژی در مقطع کارشناسی ارشد

- اخذ مجوز راهاندازی مهندسی پزشکی در مقطع کارشناسی ارشد و پذیرش دانشجو از سال ۸۹
- تأسیس رشته پزشکی هسته‌ای در مقطع کارشناسی
- پیگیری راهاندازی واحد بین‌الملل دانشگاه در شهرستان صحنه
- ارزیابی غرفه دانشگاه با درجه عالی در دهمین همایش کشوری آموزش پزشکی در اردیبهشت ۸۸
- انتخاب یک فرایند آموزشی دانشگاه به عنوان فرآیند برتر کشور در جشنواره آموزشی شهید مطهری در اردیبهشت ۸۸
- کسب موافقت اولیه جهت راهاندازی بخش پیوند مغز استخوان از وزارت متبوع
- برگزاری همایش فوریت‌های پزشکی در بحران‌ها
- آموزشی نمودن بیمارستان معتضدی

اقدامات معاونت آموزشی در راستای تحقق حاکمیت بالینی:

- ایجاد داروخانه آموزشی به منظور افزایش توانمندی دانشجویان مقاطع بالای پزشکی در زمینه اطلاعات دارویی
- در راستای پزشکی پاسخگو
- برگزاری دوره‌های آموزشی نسخه‌نویسی برای دانشجویان پزشکی
- راهاندازی مرکز مهارت‌های بالینی و تجهیز آن به منظور گسترش توانمندی مهارت‌های پزشکی
- مکانیزه کردن سیستم ارزشیابی اساتید
- سنجش رضایت‌مندی دانشجویان از وضعیت آموزش در فیلدهای بالینی
- تقویت مرکز تحقیقات جمعیتی
- ایجاد کمیته ارزیابی درونی منطبق با استاندارد
- گسترش واحدهای EDO در کلیه مراکز آموزشی و بیمارستان رفرانس
- راهاندازی سیستم ارزیابی آزمون‌های برگزار شده در دانشگاه در رشته‌های مختلف و ...
- همکاری با حوزه معاونت درمان در راستای توسعه حاکمیت بالینی در مراکز ارائه خدمات آموزش درمانی
- راهاندازی دبیرخانه نقشه جامع علمی سلامت در راستای تدوین راهبردهای بلندمدت توسعه بخش آموزش

حوزه معاونت آموزشی در سال‌های ۸۶، ۸۷ و ۸۸:

تعداد دانشکده‌ها:

- در سال ۸۶: وجود ۴ دانشکده پزشکی، داروسازی، بهداشت، پرستاری مامایی.
- در سال ۸۷: وجود ۵ دانشکده پزشکی، داروسازی، بهداشت، پرستاری مامایی، پیراپزشکی.
- در سال ۸۸: وجود ۶ دانشکده پزشکی، داروسازی، بهداشت، پرستاری مامایی، پیراپزشکی، دندانپزشکی.

تعداد رشته‌های فوق تخصصی: دو رشته نفرولوژی کودکان، جراحی قلب و عروق.

تعداد رشته‌های تخصصی:

- در سال ۸۶: بیهوشی، داخلی، زنان و زایمان، کودکان، جراحی عمومی، جراحی کلیه، رادیولوژی، عفونی، پاتولوژی، بیماری‌های قلب و عروق.

در سال ۸۷ و ۸۸: به جز موارد ذکر شده در سال ۸۶، بیماری‌های مغز و اعصاب و روان پزشکی.

تعداد رشته‌های دکترای عمومی:

در سال ۸۶ و ۸۷: دو رشته پزشکی، داروسازی.

در سال ۸۸: پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی.

تعداد رشته‌های کارشناسی ارشد:

در سال ۸۶: دو رشته بیوشیمی بالینی، بافت شناسی.

در سال ۸۷: بیوشیمی بالینی، علوم تشریحی، بهداشت محیط، میکروب شناسی، پرستاری مراقبت‌های ویژه.

در سال ۸۸: فیزیک پزشکی، ایمنولوژی.

تعداد دانشجویان:

در سال ۸۶: تعداد ۲۹۵۴ نفر،

در سال ۸۷: تعداد ۳۲۹۷ نفر،

در سال ۸۸: تعداد ۳۰۷۲ نفر (حذف دوره‌های شبانه و کاردانی)،

در سال ۸۹: تعداد ۳۲۰۴ نفر.

تعداد اعضاء هیأت علمی:

در سال ۸۶: تعداد ۲۲۹ نفر،

در سال ۸۷: تعداد ۲۳۴ نفر،

در سال ۸۸: تعداد ۲۲۸ نفر^۱،

در سال ۸۹: تعداد ۲۳۲ نفر.

در جهت ارتقاء آموزش پزشکی استان لازم است مبتنی بر استراتژی‌های پیش‌بینی شده در زمینه تحصیلات تکمیلی، افزایش تعداد دانشجو در مقاطع تحصیلات تکمیلی، افزایش رشته‌ها، ارتقاء کیفیت آموزش، جذب اعضاء هیأت علمی مورد نیاز، توسعه تجهیزات و امکانات آموزشی و رشد رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی اقدام نمود.

❖ واحد تحصیلات تکمیلی

واحد تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، از سال ۱۳۷۰ با هدف ارتقای سطح آموزشی و علمی دانشگاه و به منظور تربیت نیروهای تخصصی کارآمد و همچنین ایجاد زمینه‌های مناسب جهت استفاده از توانایی‌ها و امکانات موجود استان تشکیل گردید. این واحد فعالیت خود را با راه‌اندازی و پذیرش دستیار در ۲ رشته تخصصی بالینی آغاز نمود.

با توجه به روند رو به رشد دانشگاه، فعالیت‌های این واحد با گسترش رشته‌های مختلف تحصیلات تکمیلی، مطابق با نیازهای جامعه ادامه یافته، به نحوی که در حال حاضر این دانشگاه در ۱۲ رشته تخصصی بالینی، دو رشته فوق تخصصی بالینی و پنج رشته کارشناسی ارشد علوم پایه، دستیار و دانشجو تربیت می‌نماید.

^۱ - بازنگشتگی تعدادی از اعضاء هیأت علمی

اقدامات انجام شده:

- راه اندازی رشته روانشناسی بالینی در مقطع کارشناسی ارشد و اخذ مجوز پذیرش ۴ نفر دانشجو در این مقطع.
- پذیرش اولین دوره دانشجویان رشته های فیزیک پزشکی و ایمنولوژی در مقطع کارشناسی ارشد.
- اخذ مجوز راه اندازی مهندسی پزشکی در مقطع کارشناسی ارشد و پذیرش دانشجو از سال ۸۹ و ...

جدول شماره ۴-۲: رشته های تحصیلات تکمیلی و تاریخ تأسیس آن در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

رشته	مقطع	سال تأسیس
کلیه کودکان	فوق تخصص	۱۳۷۴
جراحی قلب و عروق	فوق تخصص	۱۳۸۲
بیماری های داخلی	تخصص	۱۳۷۰
بیهوشی	تخصص	۱۳۷۰
بیماری های زنان و زایمان	تخصص	۱۳۷۱
بیماری های کودکان	تخصص	۱۳۷۱
بیماری های عفونی و گرمسیری	تخصص	۱۳۷۳
جراحی عمومی	تخصص	۱۳۷۱
جراحی کلیه و مجاری ادراری	تخصص	۱۳۷۱
رادیولوژی	تخصص	۱۳۷۱
آسیب شناسی	تخصص	۱۳۸۲
بیماری های قلب و عروق	تخصص	۱۳۸۵
روانپزشکی	تخصص	۱۳۸۶
بیماری های مغز و اعصاب	تخصص	۱۳۸۶
بیوشیمی	کارشناسی ارشد	۱۳۷۸
بافت شناسی	کارشناسی ارشد	۱۳۷۹
علوم تشریحی	کارشناسی ارشد	۱۳۸۶
پهداشت محیط	کارشناسی ارشد	۱۳۸۷
میکروپوشناسی	کارشناسی ارشد	۱۳۸۷
پرستاری مراقبت های ویژه	کارشناسی ارشد	۱۳۸۷
ایمنولوژی	کارشناسی ارشد	۱۳۸۸
فیزیک پزشکی	کارشناسی ارشد	۱۳۸۸

جدول شماره ۴-۳: دانش آموختگان مقطع فوق تخصص

رشته	مقطع	تعداد کل دانش آموختگان
کلیه کودکان	فوق تخصص	۱۱ نفر
جراحی قلب و عروق	فوق تخصص	۱ نفر
جمع		۱۲ نفر

جدول شماره ۴-۴: دانش‌آموختگان مقطع تخصص

رشته	مقطع	تعداد کل دانش‌آموختگان
بیماری‌های داخلی	تخصص	۴۶ نفر
بیهوشی	تخصص	۴۸ نفر
بیماری‌های زنان و زایمان	تخصص	۴۹ نفر
بیماری‌های کودکان	تخصص	۴۳ نفر
بیماری‌های عفونی	تخصص	۲۵ نفر
جراحی عمومی	تخصص	۳۸ نفر
جراحی کلیه	تخصص	۱۶ نفر
رادیولوژی	تخصص	۳۴ نفر
آسیب‌شناسی	تخصص	۲ نفر
بیماری‌های قلب و عروق	تخصص	—
روانپزشکی	تخصص	—
بیماری‌های مغز و اعصاب	تخصص	—
جمع		۳۰۱ نفر

جدول شماره ۴-۵: دانش‌آموختگان مقطع کارشناسی ارشد

رشته	مقطع	تعداد کل دانش‌آموختگان
بیوشیمی بالینی	کارشناسی ارشد	۱۱ نفر
بافت‌شناسی	کارشناسی ارشد	۱۰ نفر
علوم تشریحی	کارشناسی ارشد	—
جمع		۲۱ نفر

لازم به ذکر است که برخی رشته‌ها نظیر رشته آمار حیاتی، نیز به تأیید رسیده‌اند که در سال جاری راه‌اندازی می‌شوند و برخی رشته‌ها نیز مانند اپیدمیولوژی، تغذیه و ... نیز در حال پیگیری هستند.

جدول شماره ۴-۶: اعضای هیأت علمی گروه‌های آموزش بالینی

گروه	تعداد اعضای هیأت علمی	استاد	دانشیار	استادیار	مربی
داخلی	۱۶	—	—	۱۵	۱
بیهوشی	۱۲	—	—	۱۲	—
زنان	۹	—	—	۹	—
کودکان	۱۲	۱	۱	۱۰	—
عفونی	۵	—	۱	۴	—
جراحی کلیه	۶	—	۲	۳	۱
جراحی عمومی	۱۰	۱	۱	۸	—
رادیولوژی	۱۰	—	—	۱۰	—
بیماری‌های قلب و عروق	۱۱	—	۱	۱۰	—
روانپزشکی	۵	—	۲	۲	۱
بیماری‌های مغز و اعصاب	۵	—	—	۵	—
آسیب‌شناسی	۵	—	—	۵	—

جدول شماره ۴-۷: اعضای هیأت علمی گروه‌های آموزش علوم پایه

گروه	تعداد اعضای هیأت علمی	استاد	دانشیار	استادیار	مربی
علوم تشریحی	۵	—	۲	۱	۲
بیوشیمی	۷	۱	—	۶	—
بهداشت محیط	۶	—	۱	۴	۱
میکروب‌شناسی	۶	—	—	۵	۱
ایمنولوژی	۲	—	۱	۱	—
فیزیک پزشکی	۲	—	—	۲	—
پرستاری	۲۵	—	—	—	۲۵

اهم برنامه‌های واحد توسعه تحصیلات تکمیلی:

در جهت توسعه و رشد علمی دانشگاه و به منظور رفع نیاز جامعه به افراد متخصص، برنامه‌های ذیل به منظور ایجاد رشته‌های تحصیلات تکمیلی در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در دست اقدام می‌باشد.

- ۱- تأسیس رشته نوزادان در مقطع فوق تخصص
- ۲- تأسیس رشته ارتوپدی در مقطع تخصص
- ۳- تأسیس رشته جراحی مغز و اعصاب در مقطع تخصص
- ۴- تأسیس رشته بیوشیمی بالینی در مقطع Ph.D
- ۵- تأسیس رشته علوم تشریحی در مقطع Ph.D
- ۶- تأسیس رشته بیولوژی تولید مثل در مقطع Ph.D
- ۷- تأسیس رشته انگل‌شناسی در مقطع کارشناسی ارشد
- ۸- تأسیس رشته مامایی در مقطع کارشناسی ارشد
- ۹- تأسیس رشته روانشناسی در مقطع کارشناسی ارشد
- ۱۰- تأسیس رشته مهندسی پزشکی در مقطع کارشناسی ارشد

❖ واحد روابط بین‌الملل

واحد روابط بین‌الملل یکی از مهمترین واحدهای توسعه در بخش آموزش دانشگاه است که هدف آن گام برداشتن در راستای تحقق توسعه و انتقال تجربیات جهانی از طریق انجام امور مربوطه ذیل می‌باشد:

- بررسی درخواست‌های بورسیه‌های داخل مقطع Ph.D، مکاتبه با دانشکده‌ها، طرح در شورای آموزشی و شورای بورس، اخذ نظریه‌ی هیأت اجرایی جذب دانشگاه در خصوص تأیید صلاحیت عمومی متقاضی، مکاتبه با وزارت و اخذ نظریه‌ی شورای اجرایی بورس، صدور احکام بورسیه‌ها، پیگیری پرداخت مقرری بورسیه‌ها از طریق اخذ گزارش پیشرفت تحصیلی آنان از دانشگاه‌های مربوطه و واریز وجوه مربوطه از طریق وزارت متبوع
- مکاتبات فوق تخصصی

- مأموریت آموزشی اعضاء هیأت علمی داخل و خارج از کشور
- بورسیه‌های شاغلین به تحصیل در دانشگاه‌های خارج از کشور و پیگیری وضعیت تحصیلی آنان
- تشکیل شورای بورس و کمیته بررسی درخواست‌های بورسیه
- یادداشت تفاهم‌ها و امور میهمانان خارجی
- انجام مکاتبات لاتین شامل تنظیم‌نامه حمایت مالی بورسیه‌ها و تنظیم‌نامه‌های استعلام شده در خصوص اطلاعات مرتبط

❖ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی (EDC)^۱:

یکی از وظایف نظام آموزش عالی، بهبود کارآیی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی گروه پزشکی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه می‌باشد. تحقق این امر به عوامل متعددی از جمله افزایش توانمندی شغلی اعضای هیأت علمی بستگی دارد. افزون بر این، میزان پیشرفت دانش در بسیاری از رشته‌های دانشگاهی چنان سریع است که دانشگاه‌ها را با ضرورت توسعه مداوم رشته‌های علمی مربوطه و تجدید نظر در آن‌ها روبرو ساخته است. از این رو از ابتدای نیم قرن اخیر بعضی از دانشگاه‌های معتبر دنیا تدابیری در جهت ایجاد مراکز توسعه آموزش اندیشیده‌اند و طی سال‌های اخیر به دنبال تشکیل کارگاه توسعه کارآیی اعضای هیأت علمی^۲ بسیاری از کشورها به طور جدی مسأله را پیگیری و اقدام به تأسیس مراکز توسعه آموزش پزشکی^۳ نمودند.

اهداف تشکیل این مراکز عبارت بودند از:

- ۱- افزایش دانش اعضای هیأت علمی و فارغ التحصیلان مراکز آموزش عالی
 - ۲- افزایش مهارت در طراحی، روش‌ها و کاربردهای تحقیق
 - ۳- افزایش توان تدریس
 - ۴- افزایش توان مدیریت
 - ۵- افزایش توان خدمت به اجتماع
- ساختار مراکز توسعه در دانشگاه‌ها و مؤسسات مختلف بسته به سیاست‌های کلی حاکم بر آن‌ها متفاوت است. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، در فروردین ماه سال ۱۳۷۷ با راه‌اندازی واحدهای برنامه‌ریزی آموزشی و آموزش پزشکی جامعه‌نگر، ارزشیابی و نظارت، آموزش مداوم، آموزش اساتید و پژوهش در آموزش، شروع به کار نمود و در ادامه فعالیت، از سال ۱۳۸۵ واحد استعدادهای درخشان نیز در زیر مجموعه آن قرار گرفت.^۴

^۱ -Educational Development Center

^۲ - نوامبر ۱۹۸۴ - استرالیا

^۳ - Medical Educational Development Centers

^۴ - در تابستان ۱۳۸۷ واحد آموزش مداوم از آن منفک شد.



این مرکز به همت مسئولین وقت به عنوان یکی از ساختمان‌های مناسب در سطح کشور که دارای سالن ورکشاپ، اتاق‌ها و کارگاه‌های آموزشی می‌باشد؛ همگام با اهداف وزارت متبوع تشکیل و با هدف ارتقاء و تعالی سطح علمی و آموزشی و در نظر داشتن نیازهای ملی و بومی (در زمینه آموزش) به عنوان بازوی قوی علمی و مرکز تفکر معاونت آموزشی و همچنین مرکز تدوین سیاست‌های راهبردی آموزشی دانشگاه در زمینه وظیفه اصلی خود (برنامه‌ریزی درسی، آموزش اساتید، ارزشیابی، استعدادهای درخشان، پژوهش در آموزش) فعالیت می‌نماید.

مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی با استفاده از اساتید و کارشناسان علاقمند و مجرب و بهره‌گیری از فن‌آوری آموزشی مناسب و نوین، نظام آموزشی دانشگاه را در ارتقاء مستمر کیفیت آموزش و تربیت نیروی انسانی توانمند متناسب با استانداردهای ملی و بر اساس نیازهای جامعه هدایت می‌کند. کمیته‌های فعال مرکز که در راستای توسعه آموزش گام برداشته و هدف آن‌ها شناسایی نقاط ضعف و برنامه‌ریزی به منظور توسعه آموزش و ارتقاء علمی و همچنین تطبیق برنامه‌های آموزش با نیازهای واقعی جامعه است شامل پژوهش در آموزش، آموزش اساتید، ارزشیابی، برنامه‌ریزی آموزشی، توسعه آموزش پزشکی، شورای آموزش پزشکی جامعه‌نگرمی‌باشد.

در راستای تحقق اهداف آموزشی دانشگاه، مرکز EDC دانشگاه با به کارگیری روش مدیریت مشارکتی و ایجاد فرهنگ تفکر سیستمی در مرکز، اقدام به شناسایی وضعیت موجود خود نموده و نسبت به تدوین برنامه‌های آتی خود همسو با برنامه‌های دانشگاه و وزارت بهداشت و درمان اقدام نموده است. از آنجا که یکی از پایه‌های اصلی تحقق سلامت، توسعه آموزش تخصصی در زمینه بهداشت و درمان است و تربیت نیروی انسانی کارآمد نیز متناسب با نیازهای جامعه است، لذا مرکز EDC تمامی همت خود را در پیشبرد این هدف مقدس به کار گمارده و با هم‌اندیشی با صاحب‌نظران و به کارگیری اصول و مبانی آموزش پزشکی و دریافت اطلاعات مناسب از سطوح بالاتر اقدام به تصویر نمودن آینده آموزش پزشکی در استان کرمانشاه نموده تا بتواند سهم خویش را در تدوین هر چه بهتر نقشه جامع سلامت استان ایفا نماید. به همین خاطر در ادامه، اقدامات انجام شده تا کنون، دستاوردهای آموزشی و پژوهشی حاصل شده، چالش‌های پیش‌رو، اهداف، فرصت‌های استان، نقاط قوت-ضعف، راهکارها و برنامه‌های خود را در مسیر تحقق اهداف ۱۴۰۴ تشریح خواهد نمود.

اهداف کلی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی:

- ۱- دستیابی به حد مطلوب استانداردهای آموزشی ملی.
- ۲- ارزشیابی پویایی نظام آموزشی (ارزشیابی برنامه، اساتید و دانشجویان).
- ۳- ارتقای سطح علمی و توان پژوهشی اعضای هیأت علمی.

- ۴- ایجاد زمینه شکوفایی استعدادهای درخشان در قالب برنامه رسالت مدار.
- ۵- توسعه آموزش پزشکی جامعه‌نگر و طب سرپایی.
- ۶- حمایت و هدایت پژوهش‌های آموزشی جهت شناسایی و حل مشکلات آموزشی به طوری که کلیه تصمیمات مربوط به تحول آموزشی بر مبنای تحقیقات انجام شده صورت پذیرد.
- ۷- استقرار فن‌آوری اطلاعات در سیستم آموزشی دانشگاه به شکل جامع برای اجرای سیاست‌های تدوین شده آموزشی و دادن استقلال نسبی به آن‌ها.
- ۸- هدایت دفاتر EDO^۱ در دانشکده‌ها و مراکز آموزشی برای اجرای سیاست‌های تدوین شده آموزشی.
- ۹- ارتقاء سطح همکاری و ارتباط ملی و بین‌المللی با کلیه مراکز، سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با آموزش علوم پزشکی.
- ۱۰- ارتقاء مرتبه EDO در ارزیابی‌های کشوری.
- ۱۱- نوسازی مداوم نظام آموزشی مبتنی بر پیشرفت‌های تکنولوژی.

رسالت^۲ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی:

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی کرمانشاه به عنوان مرکز تفکر و تعالی آموزش دانشگاه با تدوین سیاست‌ها و راهبردهای آموزشی نقش علمی، اجرایی و مشاوره‌ای در توسعه آموزش و ارتقاء سلامت جامعه دارد. این مرکز با استفاده از اساتید و کارشناسان علاقمند و مجرب و بهره‌گیری از فن‌آوری آموزشی مناسب و نوین، نظام آموزشی دانشگاه را در ارتقاء مستمر کیفیت آموزشی و تربیت نیروی انسانی توانمند متناسب با استانداردهای ملی و بر اساس نیازهای جامعه هدایت می‌کند.

دورنمای^۳ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی:

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی کرمانشاه نهادی پویا است که برای دستیابی به استانداردهای مطلوب آموزش علوم پزشکی تلاش نموده و در نظر دارد با انجام تحقیقات کاربردی در زمینه‌های مرتبط، برنامه‌های آموزشی را در تربیت دانشجویان با بالاترین کیفیت هدایت نماید. این مرکز بر آن است تا با گسترش فن‌آوری آموزش الکترونیکی، اطلاع‌رسانی مناسب و توسعه ارتباطات داخلی و خارجی خود، الگویی قابل قبول ارائه نموده و به عنوان قطب مدیریت و برنامه‌ریزی آموزش علوم پزشکی در غرب کشور مطرح شود.

ارزش‌های^۴ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی:

- همدلی و مهرورزی
- ثبات و پایداری در اصول
- اخلاق‌مداری و عدالت‌محوری

^۱ -Educational Development Office

^۲ -Mission

^۳ -Vision

^۴ -Values

- پویایی و نوگرایی
- پرورش خلاقیت و استعدادها
- حاکمیت تفکر سیستمیک
- مدیریت مشارکتی و رهبری تیمی
- تصمیم‌گیری بر پایه پژوهش و نظر خبرگان
- استانداردگرایی
- مشتری محوری
- پاسخگویی به نیازهای جامعه
- نقش الگوئی اعضای هیأت علمی

دینفعان مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی:

- دانشجویان
- اعضای هیأت علمی دانشگاه
- پرسنل مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
- مسئولین EDO ها
- رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
- معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- ریاست دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

نقاط قوت^۱ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی (EDC):

- امکان بهره‌گیری از نیروی انسانی دانش‌آموخته و با تجربه
- وجود مسئولین و کارشناسان علاقمند به اهداف مرکز
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی و پژوهشی مختلف توسط نیروهای همکار مرکز در داخل و خارج دانشگاه
- وجود افراد با تجربه و توانا در ارزشیابی‌های درونی و بیرونی بخش‌های آموزشی
- وجود افراد با تجربه در تدوین طرح درس
- وجود امکانات سمعی و بصری مناسب
- استقلال مالی برای تصویب طرح‌های تحقیقاتی در زمینه آموزش
- امکان ارزیابی‌های درونی به عنوان طرح تحقیقاتی
- وجود فضای مستقل
- وجود سالن و محل مناسب برای کارگاه‌های آموزشی

¹-Strengths

- داشتن سالن پذیرایی مناسب
- فضای اداری و کاری نسبتاً مناسب
- وجود واحدهای کارشناسی مرتبط با اهداف مرکز
- بهره‌گیری از همکاری اعضای هیأت علمی دانشگاه در کمیته‌های مرکز
- وجود فرآیند آموزش پزشکی جامعه‌نگر در دانشگاه
- برقراری کارگاه‌های آموزشی مختلف مورد نیاز اساتید
- تصمیم‌گیری مشارکتی
- برقراری نظام ارزشیابی درونی و بیرونی
- فرآیندهای نیازسنجی آموزش اساتید
- توجه به نیازسنجی در طراحی برنامه‌های اجرایی
- استقبال از حضور دانشجویان برای مشارکت و همکاری در فعالیت‌های آن
- وجود کمیته‌های تخصصی برای هر واحد

نقاط ضعف^۱ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی (EDC):

- کمبود نیروی کارشناسی در بعضی از واحدها
- کمبود نیروی انسانی آگاه به علوم آموزشی
- کمبود کادر هیأت علمی ثابت در مرکز توسعه
- مأمور بودن اغلب نیروهای کارشناس
- عدم استقبال دانشجویان برای مشارکت در کارهای مرکز
- نداشتن کارپرداز مستقل
- عدم امکان جذب متخصص آموزش پزشکی توسط مرکز
- کمبود نیروی انسانی متخصص در زمینه زبان انگلیسی، کامپیوتر و آمار
- عدم وجود بانک اطلاعاتی فعالیت‌های مرکز
- نداشتن سایت فعال و به روز
- نداشتن بودجه مستقل
- مشخص نبودن منابع مالی مرکز مهارت‌های بالینی
- نداشتن پارکینگ مناسب در مرکز
- محدودیت‌های موجود در عرصه پزشکی جامعه‌نگر
- نداشتن چارت سازمانی

¹-Weaknesses

- نداشتن قدرت اجرایی برای تصمیمات اتخاذ شده در مرکز
 - ضعف در سیستم بازخورد برنامه‌های اجرا شده
 - عدم وجود برنامه ارزشیابی داخلی جهت بررسی عملکرد واحدهای مرکز
 - عدم موفقیت برنامه جلب مشارکت دانشجو
 - عدم وجود سیستم پاداش برای کارشناسان فعال مرکز (با توجه به وضعیت تحصیلی و وضعیت شغلی آن‌ها)
 - عدم هماهنگی بین کمیته‌های مرکز
 - همراهی نبودن پژوهش با برنامه‌های آموزشی
 - تأخیر در تهیه تجهیزات مورد نیاز مرکز
 - ضعف در بازنگری کوریکولوم آموزش پزشکی
 - عدم وجود سیستم بازخورد از دانشجو
 - عدم وجود سیستم مستمر برای تعامل با دانشجو، عضو هیأت علمی و مسئولین آموزش
 - عدم وجود راهکار تشویقی برای اغلب اعضای هیأت علمی همکار مرکز
 - کم بودن مزایای کارشناسان مرکز
 - معطوف شدن به اهداف کوتاه مدت
 - عدم نگرش مناسب به مسئله رتبه‌بندی در سطح دانشگاه و دانشکده‌ها
 - ضعف واحد در ایجاد روابط بین‌المللی و ارتباط با مراکز علمی در سطح دانشگاه و کشور
 - عدم وجود راهکارهای مناسب بازخورد به نظرات دانشجویان
 - کافی نبودن حمایت از برنامه‌های اجرایی
 - در حاشیه بودن مرکز توسعه و ناشناخته بودن آن برای مسئولین
 - نگرش منفی برخی از مسئولین نسبت به EDC
 - معطوف شدن به اهداف زودرس
- فرصت‌های^۱ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی (EDC):**
- علاقمندی تعدادی از اعضای هیأت علمی به مباحث آموزش پزشکی
 - وجود شبکه اینترنت کارا در دانشگاه
 - وجود امکانات مالی در استانداری و سایر جاها در جهت اهداف مرکز (تحقیقات آموزشی)
 - امکان استفاده از سالن‌های اجتماعات دانشگاه
 - وجود تعدادی کارشناس علاقمند به مسائل آموزش پزشکی در سطح دانشگاه
 - وجود کتابخانه مرکزی مناسب در جوار مرکز

¹-Opportunities

- حمایت‌های مالی دانشگاه از مرکز
- حمایت برخی از مسئولین از موضوعات آموزش پزشکی (طرح درس، ارزشیابی آموزش اساتید و ...)
- وجود مرکز کامپیوتر دانشکده پزشکی
- حمایت مالی مؤسسات جهانی از تحقیقات آموزشی
- وجود هماهنگی بین مدیران ارشد
- وجود لابراتوار زبان دانشکده پزشکی
- امکان ارتباط با بخش‌های آموزشی در سطح استان
- امکان ارتباط با بخش آموزشی در سطح کشور و جهان
- هم‌راستا بودن معیارهای رتبه‌بندی مرکز با اهداف مرکز

تهدیدهای^۱ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی (EDC):

- بی‌توجهی اساتید نسبت به مباحث آموزش پزشکی
- عدم وجود دستگاه تهیه پوستر در دانشگاه
- کم بودن حقوق پزشک عمومی در مرکز و در نتیجه عدم استقبال چنین افرادی برای اشتغال در مرکز
- عدم وجود انگیزه جهت همکاری با EDC در دانشجویان
- عدم آشنایی اعضای هیأت علمی و دانشجویان با اهداف و وظایف EDC
- مسئولیت چندگانه اعضای هیأت علمی در آموزش و پژوهش و اولویت درمان بر آموزش
- وجود طرح کارانه در مراکز آموزشی درمانی جهت درمان بیماران
- مدیریت سلیقه‌ای در برخی واحدها
- انتصاب بدون ضابطه برخی از مدیران
- بی‌توجهی به توانمندی‌های افراد جهت به کارگیری آنان در سطح دانشگاه
- عدم آشنایی مدیران با فرآیند آموزشی
- دشوار بودن نظارت بر آموزش بالینی
- عدم وجود انگیزه در اعضای هیأت علمی برای همکاری با مرکز توسعه
- اشکال در قوانین جذب، ارتقاء و تداوم همکاری اعضای هیأت علمی دانشگاه
- توجه ناکافی برخی از مدیران ارشد دانشگاه به رسالت و فعالیت‌های مرکز
- تمایل اعضای هیأت علمی با تجربه جهت رفتن به مراکز و دانشگاه‌های دیگر
- عدم تغییر رفتار اعضای هیأت علمی علی‌رغم آموزش‌های جاری در EDC
- عدم وجود انگیزه در دانشجویان

^۱-Threats

- عدم وجود انگیزه در اعضای هیأت علمی برای همکاری با مرکز توسعه
- اشکال در قوانین جذب، ارتقاء و تداوم همکاری اعضای هیأت علمی دانشگاه
- تغییر روش‌های سریع وزارتخانه
- عدم نگرش مناسب به مسئله رتبه‌بندی در سطح دانشگاه و دانشکده‌ها
- تمایل اعضای هیأت علمی با تجربه در مراکز و دانشگاه‌های دیگر
- عدم وجود سیستم چاپ در دانشگاه
- کم‌توجهی سازمان‌ها در حمایت مالی از مسائل آموزشی EDC
- نامناسب بودن فضای آموزشی و کارآموزی دانشجویان
- عدم وجود راهکار تشویقی برای اغلب اعضای هیأت علمی همکار مرکز
- نامناسب بودن امکانات رفاهی دانشجویان دوره‌های بالینی در مراکز آموزشی
- مسئولیت چندگانه اعضای هیأت علمی در آموزش و پژوهش و اولویت درمان بر آموزش
- کم بودن حقوق پزشک عمومی در مرکز و در نتیجه عدم استقبال چنین افرادی برای اشتغال در مرکز
- وجود طرح کارانه برای مراکز آموزشی درمانی
- مدیریت سلیقه‌ای در برخی واحدها
- انتصاب بدون ضابطه برخی از مدیران
- بی‌توجهی به توانمندی‌های افراد و به‌کارگیری آنان در سطح دانشگاه
- عدم آشنایی مدیران با فرآیند آموزشی
- عدم امکان نظارت بر آموزش بالینی
- عدم وجود راهکارهای مناسب بازخورد به نظرات دانشجویان
- کافی نبودن حمایت و پشتیبانی از برنامه‌های اجرایی مرکز از طرف مسئولین دانشگاه
- در حاشیه بودن مرکز توسعه و ناشناخته بودن آن برای برخی مسئولین
- نگرش منفی برخی از مسئولین نسبت به EDC

برنامه‌های حائز اولویت مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی(EDC):

- ۱- ارتقاء دانش اعضای هیأت علمی در مباحث آموزش پزشکی با بهره‌گیری نیروی انسانی دانش‌آموخته داخل و خارج دانشگاه
- ۲- افزایش نقش دانشجویان
- ۳- تقویت واحدها و ایجاد تعامل بین اعضای کمیته‌های مرکز
- ۴- توانمندسازی اعضای هیأت علمی و کارشناسان علاقمند به مسائل آموزش پزشکی جهت تدریس در کارگاه‌های آموزشی و پژوهشی

- ۵- تقویت کمیته پژوهشی جهت ارتقاء کمی و کیفی پژوهش‌های آموزشی با در نظر گرفتن موضوع دانش پژوهی آموزشی
- ۶- قراردادادن موضوعات دانش پژوهی آموزشی در اولویت‌های پژوهشی
- ۷- ساماندهی برنامه دانش پژوهی آموزشی در سطح دانشگاه
- ۸- پیروی از برنامه استراتژیک مرکز و استفاده از فرصت‌های پیش‌رومثل طرح دانش پژوهی
- ۹- طراحی راهکارهای مناسب برای شناساندن معیارهای رتبه‌بندی به کلیه اعضای هیأت علمی
- ۱۰- تقویت سیستم ارزشیابی برنامه‌های آموزشی دانشگاه
- ۱۱- استفاده از حمایت‌های دانشگاه جهت رفع مشکلات مرکز مهارت‌های بالینی
- ۱۲- تقویت عرصه پزشکی جامعه‌نگر با استفاده از حمایت‌های استانداری و دانشگاه با توجه به معیارهای رتبه‌بندی
- ۱۳- بازخورد نتایج مثبت و منفی رتبه‌بندی مرکز در قالب پاداش مالی به پرسنل شاغل در مرکز
- ۱۴- به کارگیری راهکارهای مناسب برای ارتقاء رتبه مرکز در رتبه‌بندی کشوری
- ۱۵- افزایش توانمندی اعضای هیأت علمی جهت تدوین طرح درس و طرح دوره
- ۱۶- تقویت نیروی انسانی با استفاده از راه‌های غیراستخدامی برای جذب همکاری کارشناسان سطح دانشگاه و اعضای هیأت علمی علاقمند
- ۱۷- به کارگیری نتایج طرح‌های تحقیقاتی
- ۱۸- تقویت کمی و کیفی ارزیابی‌های درونی و بیرونی
- ۱۹- ایجاد راهکار مناسب برای ایجاد تعامل بین EDC با اعضای هیأت علمی، دانشجویان و مسئولین
- ۲۰- به کارگیری کارشناسان علاقمند برای انجام بخشی از وظایف هیأت علمی
- ۲۱- طراحی راهکارهای مناسب نظارت آموزش توسط مرکز توسعه
- ۲۲- استفاده از آموزش راه دور جهت ارتقاء دانش آموزش پزشکی نیروی‌های انسانی مرتبط با مرکز
- ۲۳- حمایت از اعضای هیأت علمی علاقمند و کارشناسان برای ادامه تحصیل در رشته آموزش پزشکی
- ۲۴- به کارگیری امکانات EDC برای ایجاد امکان ارتقاء اعضای هیأت علمی و دانشجویان
- ۲۵- به کارگیری راهکارهای مناسب برای معرفی فعالیت‌های واحد EDC در سطح دانشگاه (روزآمد نمودن اطلاعات EDC در سایت دانشگاه)
- ۲۶- تلاش در جهت ایجاد هماهنگی و همکاری مدیران ارشد در جهت رساندن گروه‌های آموزشی به شرایط استاندارد ارائه شده در ارزیابی درونی
- ۲۷- تلاش در جهت استقلال و ارتقاء مرکز (پیگیری چارت مدیریت مرکز)
- اقدامات انجام شده در راستای برنامه‌های مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی(EDC):**
 - ۱- پیگیری راه‌اندازی مرکز تحقیقات آموزش
 - ۲- راه‌اندازی مجدد مجله توسعه آموزش پزشکی

- ۳- آشناکردن اعضای هیأت علمی با شیوه‌های نوین و کارآمد آموزش پزشکی در زمینه E.B.M^۱
- ۴- آشناکردن اعضای هیأت علمی با شیوه‌ها و ابزارهای ارزیابی و اعتباربخشی آموزش پزشکی در مقاطع مختلف (ادغام و آموزش سرپایی)
- ۵- توانمندسازی اعضای هیأت علمی در جهت استفاده از تکنولوژی نوین آموزشی
- ۶- ارزیابی آزمون‌های انجام شده از دانشجویان
- ۷- آموزش و پیگیری اجرای روش‌های نوین ارزشیابی
- ۸- نظارت بر انجام آزمون‌های تئوری و عملی
- ۹- تلاش در استانداردسازی ارزیابی‌های درونی بالینی و پایه
- ۱۰- ارتقاء کیفی آموزشی در مرکز مهارت‌های بالینی
- ۱۱- آشنا نمودن مسئولین EDO^۲ به وظایف محوله و تفویض اختیار به آن‌ها
- ۱۲- تلاش در جهت ارتقاء سطح کیفی آموزش بالینی
- ۱۳- بررسی و ارتقاء توانمندی هیأت علمی در تهیه و تدوین طرح درس
- ۱۴- ایجاد مکانیسم علمی و دقیق در انتخاب صحیح دانشجویان استعداد درخشان
- ۱۵- ایجاد امکان شرکت تمامی دانشجویان استعداد درخشان در کلاس زبان انگلیسی
- ۱۶- تلاش در جهت احقاق حق دانشجویان استعداد درخشان با اطلاع‌رسانی هر چه مطلوب‌تر
- ۱۷- استفاده از امکانات موجود در دانشگاه جهت ارتقاء سطح دانش و مهارت دانشجویان استعداد درخشان
- ۱۸- حمایت مالی از دانشجویان استعدادهای درخشان از محل اعتبارات اعطایی از وزارت متبوع و امکانات موجود در دانشگاه
- ۱۹- فراهم آوردن تسهیلات لازم جهت اعضای هیأت علمی واجد شرایط که فعالیت دانش‌پژوهی تأیید شده داشته باشند.
- ۲۰- تقویت کمیته پژوهش در آموزش
- ۲۱- توانمندسازی پژوهشگران در زمینه طرح‌های پژوهش در آموزش
- ۲۲- کارشناسی و تعیین تکلیف ۱۰٪ فعالیت‌های دانش پژوهی حداکثر تا ۳ ماه پس از دریافت و به‌کارگیری نتایج طرح‌های تحقیقاتی
- ۲۳- کمک به اعضای هیأت علمی برای طراحی فعالیت‌های دانش پژوهی با ایجاد سیستم هماهنگ و مکانیزه
- ۲۴- راه‌اندازی مرکز آموزش از راه دور

^۱ -Evidence- Based- Medicine

^۲ -Educational Development Office

عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر:



عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر از سال ۱۳۷۴ شروع به فعالیت نموده و شامل یک مرکز اصلی (ثامن‌الائمه)، سه مرکز بهداشتی درمانی شهری (فرهنگیان، زینبیه و ظفر) می‌باشد. مرکز اصلی که در ابتدا یک درمانگاه بهداشتی درمانی بود از اواخر سال ۱۳۷۴ با فعالیت چهار گروه آموزشی، جراحی عمومی، اطفال، زنان و زایمان و داخلی شروع به کار نمود. از فروردین سال ۱۳۷۵ پس از بررسی‌های مکرر و ارزیابی وضعیت موجود و نیازها و امکان فعالیت دیگر گروه‌های آموزشی، فعالیت‌های عرصه، توسعه بیشتری پیدا کرد؛ به گونه‌ای که از مهر ماه ۱۳۷۵ تعداد آن‌ها به ده گروه ذیل رسید: جراحی، اطفال، داخلی، قلب و عروق، عفونی، گوش و حلق و بینی، ارتوپدی، روانپزشکی، مغز و اعصاب، پوست.

طب جامعه‌نگر^۱ چیست؟

طب جامعه‌نگر آموزش پزشکی است که در تمام جنبه‌های عملیاتی خود اولویت مسایل بهداشتی کشور مربوط به خود را در نظر می‌گیرد و هدف آن تربیت پزشکان درجهت کمک به جامعه خود می‌باشد.

هدف آموزش پزشکی جامعه‌نگر بیشتر آموزش پزشکان سلامت‌گرا^۲ است، تا آموزش پزشکان بیمارنگر^۳.

آموزش در کلیه مراکز و مکان‌هایی که محل مراجعه مستقیم مردم و یا محل کار و زندگی آنان است، همان آموزش در جامعه است؛^۴ یعنی جامعه یک محیط آموزشی تلقی می‌شود و بسته به نحوه پراکندگی جمعیت، محیط آموزشی می‌تواند یک جامعه شهری یا روستایی باشد.

دلایل دانشگاه برای شکل‌گیری آموزش پزشکی جامعه‌نگر در کرمانشاه:

- این عرصه به عنوان یک زمینه بسیار مناسب برای اجرای طرح‌های پژوهشی و تحقیقاتی است.
- بکارگیری اصول پیشگیری در هر سه سطح در عرصه پزشکی جامعه‌نگر.
- هموار نمودن راه رسیدن به اهداف نهایی دانشگاه.
- امکانات کافی برای آموزش سرپایی.

اهداف آموزش پزشکی جامعه‌نگر:

آشنایی دانشجویان رشته‌های پزشکی، پرستاری مامایی، رشته‌های بهداشتی، با بیماری‌های رایج سرپایی و درمانگاهی و مشکلات بهداشتی درمانی مردم، به طوری که کارورز بتواند با استفاده از اطلاعات علمی قبلی و با

^۱ حرفه پزشکی در حال تغییر = Community Oriented Medical Education

^۲ Health Oriented Physician Education

^۳ Disease oriented physician education

^۴ Community Based Education

نگرش جامعه‌نگر عملاً در تصمیمات بهداشتی درمانی مراجعه‌کنندگان به واحدهای سرپایی و جمعیت تحت پوشش شرکت نماید.

دستاوردهای عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر:

- الف) شرکت در جشنواره آموزشی مطهری و کسب فرآیندهای برتر دانشگاهی
- فرآیند برتر دانشگاهی در سال ۱۳۸۷ تحت عنوان طرح درس کارورزان واحد کودکان و داخلی عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر
- فرآیند برتر دانشگاهی در سال ۱۳۸۷ تحت عنوان طرح درس کارورزی دانشجویان عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر
- فرآیند برتر دانشگاهی در سال ۱۳۸۸ تحت عنوان طرح‌های دفترچه عملی^۱ دانشجویان شرکت‌کننده در واحد اطفال عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر
- فرآیند برتر دانشگاهی در سال ۱۳۸۸ تحت عنوان برخورد با بیماران سرپایی اطفال
- ب) از دیگر دستاوردهای عرصه، ارتباط دانشجویان پزشکی با جمعیت تحت پوشش به صورت انتشار مطالب آموزشی بهداشتی به زبان عام فهم جهت اصلاح نگرش و ارتقاء دانش و آگاهی مردم تحت پوشش از طریق همکاری با مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت است.
- ج) اجرای طرح‌های تحقیقاتی در جمعیت تحت پوشش توسط اساتید و اعضای هیأت علمی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

چشم‌انداز عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر:

- شرط اصلی این است که برای جلب مشارکت مردم هرچه بیشتر به آن‌ها نزدیک شویم. اگر چه هم اکنون امکان تدوین برنامه‌های آموزشی بر اساس مراقبت و آموزش در جامعه به مفهوم واقعی خود شکل نگرفته است، امید است که بتوان از طریق چنین آموزشی به نتایج مفید زیر نائل شویم:
- افزایش حس مسئولیت دانشجو در برابر جامعه.
 - برقراری ارتباط میان نیازهای واقعی جامعه و آموخته‌ها.
 - برقراری ارتباط بین دانش نظری و عملی.
 - تقویت روحیه یادگیری فعال در برخورد با مسائل متنوع و جدید.
 - کمک به اصلاح نظام ارائه خدمات در کلیه سطوح.
 - ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی با حضور مستمر استاد و دانشجو.
 - تقویت نظام ارجاع علمی و عملی بیماران.
- موانع و مزایای عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر از دیدگاه سیاست‌گذاران، همکاران و مردم:**
- فقدان ثبات در سیاست‌گذاری‌های کلان وزارتخانه.

^۱ -log book

- فقدان جایگاه مشخص برای آموزش پزشکی جامعه‌نگر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
 - عدم وجود چارت سازمانی مدون.
 - مشخص نبودن اولویت‌های بهداشتی- درمانی.
 - عدم وجود امنیت شغلی پزشکان عمومی و در نتیجه عدم همکاری آن‌ها با سیستم پزشکی جامعه‌نگر.
 - عدم هماهنگی بین ارگان‌ها و دستگاه‌های مختلف در جهت تحقق اهداف آموزش پزشکی جامعه‌نگر (رسانه‌های عمومی- وزارتخانه‌های مختلف- ادارات و ...).
 - عدم وجود سیستم طب ملی (N.H.S)^۱
 - منافات طب خصوصی با پزشکی جامعه‌نگر
 - عدم وجود فرهنگ کار گروهی در سطح کشور
 - عدم مدیریت مشارکتی در مورد چنین دستورالعملی
 - عدم تعهد اجرایی مدیریت ارشد
 - عدم شناخت و نگرش در مورد سیستم جامعه‌نگر در بعضی از مسئولین
 - عدم انجام تبلیغات کافی برای شناساندن عرصه به مردم
 - کمبود نیروی انسانی آموزش دیده بر اساس دید پزشکی جامعه‌نگر
 - عدم شناخت و نگرش صحیح از سیستم آموزش پزشکی جامعه‌نگر و اهداف آن
 - فقدان انگیزه و همچنین عدم تأمین مالی اعضاء هیأت علمی
 - عدم توجه اغلب دانشجویان نسبت به اهداف و نحوه اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر
 - ناکافی بودن زمان آموزش در عرصه پزشکی جامعه‌نگر
 - عدم آشنایی مردم با عرصه پزشکی جامعه‌نگر
 - عدم همکاری مردم به علل ناشی از مسائل فرهنگی
 - کمبود وسایل و ابزارهای مورد نیاز و امکانات کافی برای اجرای طرح
 - عدم تخصیص بودجه مشخص و کافی
 - مشخص نبودن برنامه مدون در آموزش پزشکی جامعه‌نگر
 - وجود مقاومت در مقابل برنامه مشابه با هر نوع تغییر دیگری
 - نامشخص بودن اهداف آموزش پزشکی جامعه‌نگر در قالب یک چهارچوب و به صورت مدون در سطح وزارتخانه
 - غالب بودن روش سنتی نسبت به آموزش جامعه‌نگر
 - منطبق نبودن اهداف این روش با واقعیات جامعه و نیازهای بخش خدمت گیرنده
- فعالیت‌های واحد آموزش مداوم:**
- نیازسنجی در ارتباط با موضوعات تخصصی

^۱ - National Health Service

- برقراری ارتباط با گروه‌های آموزشی و تدوین برنامه‌های آموزش مداوم
- شناسایی روزآمد نیازهای آموزشی
- تهیه فهرست موضوعات آموزشی
- تعیین اولویت‌های برنامه‌های آموزشی

رتبه‌بندی دانشکده‌های پزشکی بر اساس معیارهای آموزشی: [۱۷]



نقشه جامع علمی کشور یکی از مهمترین و ضروری‌ترین ارکان پیشرفت کشورمان به شمار می‌رود. به‌طوری که همواره مورد تأکید بوده است و آن را یکی از وظایف اصلی مجامع دانشگاهی دانسته‌اند. ضرورت نظارت بر چنین حرکتی بر عهده سکانداران اصلی دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد. معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره بر آن بوده است تا با نظارت دقیق بر عملکرد دانشکده‌های پزشکی کشور و با به کارگیری آخرین الگوها و

روش‌های موجود در جهان، وضعیت این دانشکده‌ها را شناسایی و برای ارتقای کیفی آن‌ها برنامه‌ریزی کند.

یکی از این روش‌ها، رتبه‌بندی دانشکده‌های پزشکی است. با اجرای این طرح، ضمن شناسایی وضعیت موجود هر دانشکده، رقابت سازنده‌ای بین مراکز ایجاد شده و آن‌ها را در برنامه‌ریزی خود هدایت می‌کند. در این میان رتبه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در جداول ذیل به طور برجسته‌ای مشخص شده که امید است با توجه به تیپ یک شدن دانشگاه و اجرای طرح جامع علمی سلامت و دیگر برنامه‌های آتی با عنایت خداوند متعال این مهم روز به روز ارتقا یافته و شاهد رتبه برتر این استان باشیم.

جدول شماره ۴-۸: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در مجموع (۲۰ دانشکده اول) در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	کرمانشاه	۵۴/۸۶
۲	تهران	۷۴/۵۶	۱۳	بندرعباس	۵۴/۱۸
۳	شیراز	۷۲/۷۴	۱۴	اهواز	۵۳/۸۳
۴	شهیدبهشتی	۶۴/۸۳	۱۵	ساری	۵۳/۸۳
۵	اصفهان	۶۴/۶	۱۶	گرگان	۵۳/۴۴
۶	بقیه... (عج)	۶۲/۰۲	۱۷	سمنان	۵۳/۳۹
۷	همدان	۶۱/۰۱	۱۸	یزد	۵۳/۲۲
۸	مشهد	۶۰/۸۴	۱۹	زاهدان	۵۳/۰۰
۹	ارزش	۶۰/۴۹	۲۰	زنجان	۵۲/۸۶
۱۰	ایران	۵۹/۱	۲۱	قزوین	۵۲/۵۸
۱۱	تبریز	۵۵/۹۲			

جدول شماره ۴-۹: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار آموزشی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	ارتش	۶۵/۰۲
۲	شیراز	۷۹/۹۱	۱۳	زنجان	۶۴/۹۲
۳	تهران	۷۶/۷۶	۱۴	یزد	۶۴/۷۱
۴	شهیدبهشتی	۷۴/۱۴	۱۵	قزوین	۶۳/۷۲
۵	اصفهان	۷۳/۱۹	۱۶	شهرکرد	۶۳/۷۱
۶	ایران	۷۰/۶۳	۱۷	کرمانشاه	۶۳/۵۴
۷	همدان	۷۰/۱۹	۱۸	ساری	۶۲/۷۴
۸	بقیه... (عج)	۶۸/۹۶	۱۹	خرم‌آباد	۶۲/۶۹
۹	مشهد	۶۷/۴۶	۲۰	ارومیه	۶۱/۱۲
۱۰	تبریز	۶۵/۸۱	۲۱	بندرعباس	۶۱/۰۶
۱۱	گرگان	۶۵/۷۳			

جدول شماره ۴-۱۰: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار تعداد مطلق اعضای هیأت علمی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	رشت	۲۰/۷۲
۲	تهران	۹۹/۵۵	۱۳	همدان	۲۰/۴۶
۳	شهیدبهشتی	۷۷/۴۹	۱۴	یزد	۱۸/۷۵
۴	ایران	۵۱/۳۶	۱۵	اردبیل	۱۸/۲۸
۵	مشهد	۴۲/۲۶	۱۶	زاهدان	۱۷/۷۲
۶	تبریز	۴۱/۰۱	۱۷	کرمانشاه	۱۷/۵۳
۷	اصفهان	۳۹/۸۸	۱۸	ارتش	۱۷/۱۸
۸	شیراز	۳۷/۹۵	۱۹	ارومیه	۱۶/۹
۹	اهواز	۳۰/۵۲	۲۰	بقیه... (عج)	۱۶/۸۸
۱۰	کرمان	۲۶/۳۲	۲۱	ساری	۱۶/۷۶
۱۱	آزاد تهران	۲۱/۳۷			

جدول شماره ۴-۱۱: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار سرانه هیأت علمی به دانشجو در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	بابل	۳۰/۲۸
۲	شهیدبهشتی	۷۰/۵۴	۱۳	ارتش	۲۶/۰۹
۳	شیراز	۶۵/۸۲	۱۴	یزد	۲۶/۰۶
۴	بقیه... (عج)	۶۳/۲۶	۱۵	زاهدان	۲۵/۰۴
۵	مشهد	۶۰/۹	۱۶	اهواز	۲۴/۳۶
۶	تهران	۴۶/۶۶	۱۷	رشت	۲۳/۹۴
۷	کرمان	۴۴/۱	۱۸	ارومیه	۲۳/۰۴
۸	تبریز	۴۱/۷۸	۱۹	کرمانشاه	۲۲/۶۱
۹	ساری	۳۷/۲۱	۲۰	همدان	۲۱/۳۸
۱۰	ایران	۳۴/۹	۲۱	زنجان	۲۰/۹۴
۱۱	اصفهان	۳۲/۴۲			

جدول شماره ۴-۱۲: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار سرانه هیأت علمی به دانشجو در مقطع بالینی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	بابل	۳۵/۱۷
۲	شیراز	۸۰/۳۸	۱۳	یزد	۳۱/۸۱
۳	شهید بهشتی	۷۲/۲۷	۱۴	رشت	۳۱/۴۸
۴	مشهد	۶۷/۴۷	۱۵	زاهدان	۲۵/۸
۵	تبریز	۴۸/۳۴	۱۶	ارتش	۲۵/۲۱
۶	بقیه... (مع)	۴۶/۳۲	۱۷	کرمانشاه	۲۳/۸
۷	کرمان	۴۵/۲۲	۱۸	اهواز	۲۰/۷۱
۸	تهران	۴۱/۸۸	۱۹	کاشان	۱۹/۶
۹	ایران	۳۹/۷۹	۲۰	اردبیل	۱۸/۹۹
۱۰	ساری	۳۷/۳۶	۲۱	بیرجند	۱۶/۹۴
۱۱	اصفهان	۳۵/۳۳			

جدول شماره ۴-۱۳: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار سرانه‌های امکانات آموزشی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	بندرعباس	۶۰/۲۱
۲	اراک	۷۵/۰۱	۱۳	کاشان	۵۹/۳۴
۳	بقیه... (مع)	۷۳/۹	۱۴	همدان	۵۸/۷۹
۴	ارتش	۷۲/۲۶	۱۵	گرگان	۵۸/۲۲
۵	سندج	۷۱/۶۳	۱۶	شهرکرد	۵۷/۰۶
۶	خرم‌آباد	۶۷/۰۴	۱۷	رشت	۵۶/۹۴
۷	زاهدان	۶۶/۷۱	۱۸	ساری	۵۵/۸۷
۸	کرمان	۶۲/۳۵	۱۹	رفسنجان	۵۵/۲۹
۹	قزوین	۶۱/۲	۲۰	یاسوج	۵۴/۹
۱۰	کرمانشاه	۶۰/۸۹	۲۱	زنجان	۵۴/۵۲
۱۱	شیراز	۶۰/۳۸			

جدول شماره ۴-۱۴: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار سرانه تخت آموزشی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	قزوین	۶۶/۰۵
۲	سندج	۱۰۰	۱۳	زاهدان	۶۵/۹۱
۳	اراک	۹۸/۵۹	۱۴	زنجان	۶۴/۷۸
۴	ارتش	۸۷/۶۹	۱۵	گرگان	۶۱/۱
۴	بقیه... (مع)	۸۷/۶۹	۱۶	کرمانشاه	۶۰/۱۱
۶	شیراز	۷۱	۱۷	خرم‌آباد	۵۹/۶۹
۷	کرمان	۷۰/۸۶	۱۸	یاسوج	۵۹/۴۱
۸	بندرعباس	۷۰/۳	۱۹	ساری	۵۹/۱۲
۹	شهرکرد	۶۸/۴۶	۲۰	چهرم	۵۸/۷
۱۰	رشت	۶۷/۱۹	۲۱	همدان	۵۴/۴۶
۱۱	کاشان	۶۶/۲			

جدول شماره ۴-۱۵: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار چگونگی ارائه واحدهای درسی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	بندرعباس	۷۸/۷۲
۲	اصفهان	۸۸/۸۹	۱۳	شیراز	۷۸/۷۲
۳	تهران	۸۶/۶۹	۱۴	زنجان	۷۸/۲۱
۴	شهیدبهشتی	۸۲/۹۶	۱۵	ارتش	۷۸
۵	سنندج	۸۱/۰۴	۱۶	کرمانشاه	۷۷/۸۴
۶	سمنان	۸۰/۶۸	۱۷	ایران	۷۷/۳۸
۷	همدان	۸۰/۵۴	۱۸	کاشان	۷۵/۵۸
۸	مشهد	۸۰/۳۶	۱۹	ساری	۷۴/۴۱
۹	رفسنجان	۸۰/۳۱	۲۰	آزاد تهران	۷۳/۵۵
۱۰	قزوین	۷۹/۳۸	۲۱	ارومیه	۷۱/۳۹
۱۱	بقیه... (عج)	۷۸/۸۲			

جدول شماره ۴-۱۶: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار واحدهای کمک آموزشی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	اصفهان	۷۹/۵۹
۲	زاهدان	۹۴/۰۹	۱۳	سنندج	۷۷/۱۵
۳	سمنان	۸۷/۷۷	۱۴	ایلام	۷۶/۶۱
۴	فسا	۸۵/۷۴	۱۴	خرم‌آباد	۷۶/۶۱
۵	تهران	۸۲/۹۹	۱۴	زنجان	۷۶/۶۱
۶	ارتش	۸۱/۸۶	۱۷	بندرعباس	۷۴/۴۶
۷	بقیه... (عج)	۸۱/۸۶	۱۸	همدان	۷۲/۸۵
۸	اردبیل	۸۰/۳۷	۱۹	کرمان	۷۲/۳۱
۸	شهیدبهشتی	۸۰/۳۷	۲۰	بیرجند	۶۹/۰۹
۸	قزوین	۸۰/۳۷	۲۰	رفسنجان	۶۹/۰۹
۸	کرمانشاه	۸۰/۳۷	۲۰	شاهد	۶۹/۰۹

جدول شماره ۴-۱۷: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار آموزش درون بخشی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	مشهد	۷۷
۲	شیراز	۱۰۰	۸	یزد	۷۷
۳	گرگان	۹۱	۸	آزاد تهران	۷۷
۴	اهواز	۸۵/۱۷	۱۵	بابل	۷۶/۶۷
۵	رشت	۸۳/۳۳	۱۶	قزوین	۷۳
۵	همدان	۸۳/۳۳	۱۷	کرمانشاه	۶۹/۳۳
۷	ایران	۸۲/۵	۱۸	ارومیه	۶۸/۶۷
۸	اصفهان	۷۷	۱۹	زاهدان	۶۸/۳۳
۸	تبریز	۷۷	۲۰	ساری	۶۶/۶۷
۸	تهران	۷۷	۲۱	آزاد تبریز	۶۶/۱۷
۸	شهیدبهشتی	۷۷			

جدول شماره ۴-۱۸: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار مدیریت آموزش در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	اصفهان	۷۲/۵۶
۲	شیراز	۸۳/۸۲	۱۳	کرمانشاه	۷۲/۲۶
۳	آزادمشهد	۸۲/۵۴	۱۴	ارومیه	۷۱/۳۶
۴	ارتش	۸۱/۹۶	۱۵	شاهد	۷۱/۱۵
۵	همدان	۸۱/۹۳	۱۶	بندرعباس	۶۸/۸۶
۶	بقیه... (عج)	۸۰/۷۱	۱۷	آزادتهران	۶۷/۰۹
۷	اردبیل	۷۹/۲۱	۱۸	شهیدبهبشتی	۶۶/۲۸
۸	خرم‌آباد	۷۹/۰۳	۱۹	چهرم	۶۴/۲۲
۹	تهران	۷۸/۰۱	۲۰	قزوین	۶۳/۶۸
۱۰	فسا	۷۷/۶	۲۱	گرگان	۶۳/۰۸
۱۱	ایران	۷۳/۱۷			

جدول شماره ۴-۱۹: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار مدیریت آموزش / اعضای هیأت علمی در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	اردبیل	۶۳/۶۷
۲	شیراز	۸۶/۲۳	۱۳	ایران	۶۲/۵۸
۳	بقیه... (عج)	۸۴/۱۷	۱۴	سمنان	۶۱/۹۵
۴	آزادمشهد	۷۹/۳۸	۱۵	خرم‌آباد	۶۰/۷۷
۵	ارتش	۷۹/۲۱	۱۶	قزوین	۵۶/۴۵
۶	شهیدبهبشتی	۷۳/۴۴	۱۷	اراک	۵۶/۴۳
۷	ارومیه	۷۲/۹۳	۱۸	اصفهان	۵۳/۳۱
۸	کرمانشاه	۷۱/۷	۱۹	آزاد تهران	۵۰/۹۲
۹	همدان	۶۸/۲۸	۲۰	بندرعباس	۴۲/۰۳
۱۰	فسا	۶۷/۴۷	۲۱	چهرم	۴۱/۲۲
۱۱	تهران	۶۴/۹			

جدول شماره ۴-۲۰: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار برون‌ده در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	یزد	۷۹/۶۲
۲	مشهد	۹۲/۱۶	۱۳	بندرعباس	۷۸/۹۳
۳	شیراز	۸۸/۶۲	۱۴	آزادمشهد	۷۷/۶۱
۴	تهران	۸۶/۷	۱۵	فسا	۷۷/۱۶
۵	تبریز	۸۴/۱۱	۱۶	اردبیل	۷۷/۰۴
۶	ایران	۸۳/۱۶	۱۷	آزادیزد	۷۶/۹۷
۷	رشت	۸۱/۹۸	۱۸	بوشهر	۷۶/۶۲
۸	شهیدبهبشتی	۸۱/۳۶	۱۹	کرمانشاه	۷۶/۲۸
۹	اصفهان	۸۱/۲۵	۲۰	یاسوج	۷۴/۸۴
۱۰	چهرم	۸۰/۴۴	۲۱	کرمان	۷۴/۶۹
۱۱	شهرکرد	۸۰/۰۱			

جدول شماره ۴-۲۱: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار پذیرش دستیار در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	اردبیل	۸۱/۹۷
۲	مشهد	۹۹/۱۵	۱۳	یزد	۸۰/۵۴
۳	شیراز	۹۰/۳۲	۱۴	ساری	۷۹/۱۲
۴	بیرجند	۸۹/۱۶	۱۵	شهیدبهشتی	۷۹/۰۱
۵	ایران	۸۷/۳۷	۱۶	کرمانشاه	۷۷/۷۱
۶	تهران	۸۴/۹۴	۱۷	اصفهان	۷۷/۶۱
۷	چهرم	۸۴/۱۵	۱۸	آزادتهران	۷۷/۱۳
۸	فسا	۸۳/۷۳	۱۹	سنندج	۷۶/۷۵
۹	آزادیزد	۸۳/۷۲	۲۰	بقیه... (مع)	۷۶/۵
۱۰	تبریز	۸۳/۱۹	۲۱	بوشهر	۷۶/۱۳
۱۱	شهرکرد	۸۲/۵			

جدول شماره ۴-۲۲: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار آزمون جامع پیش‌کاروری در سال ۱۳۸۶

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	ایران	۹۰/۹۹
۲	تهران	۱۰۰	۱۳	ساری	۹۰/۵۷
۳	کاشان	۹۴/۷۴	۱۴	زنجان	۹۰/۳۵
۴	یزد	۹۴/۴۳	۱۵	تبریز	۸۹/۹۱
۵	همدان	۹۳/۳	۱۶	بیرجند	۸۹/۸۶
۶	شیراز	۹۳/۹۳	۱۷	آزادنجف‌آباد	۸۹/۷
۷	شهیدبهشتی	۹۲/۸۷	۱۸	اردبیل	۸۹/۶۴
۸	اصفهان	۹۲/۶۶	۱۹	کرمانشاه	۸۹/۶۱
۹	مشهد	۹۲/۴۷	۲۰	سنندج	۸۹/۴۷
۱۰	بنرعباس	۹۲	۲۱	فسا	۸۹/۴۷
۱۱	قزوین	۹۱/۳۱			

نتایج حاصل از مقایسه دانشکده‌های پزشکی با معیارهای مذکور، جایگاه دانشکده پزشکی دانشگاه را که از مهمترین ارکان آموزش پزشکی است تا حد زیادی نشان می‌دهد؛ گرچه بسیاری از معیارها بر اساس داده‌های خام و تحلیل نشده طراحی شده‌اند، به هر حال می‌توان به همین اطلاعات اولیه نیز توجه نمود. اما به منظور آنکه با همه ارکان آموزش در دانشگاه آشنا شده و کلیه بخش‌های مرتبط با فعالیت‌های آموزشی را به نحو شایسته‌تری بشناسیم در ادامه شرح کامل‌تری را به تفکیک واحدهای آموزشی دانشگاه آورده‌ایم.

دانشکده‌ها^۱:

دانشکده‌ها واحدهای اصلی ارائه خدمات بهداشتی درمانی هستند که لازم است متناسب با نیازهای بهداشتی درمانی کشور و منطقه به تربیت دانشجو همت گمارند. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه دارای شش دانشکده می‌باشد؛ دانشکده بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشکده دندانپزشکی و دانشکده داروسازی.

دانشکده پزشکی:



این دانشکده متولی اصلی آموزش پزشکی عمومی و دوره‌های تحصیلات تکمیلی و دستیاری است. اعضاء هیأت علمی علوم پایه در گروه‌های آموزشی آن و اعضاء هیأت علمی بالینی در گروه‌های آموزشی مراکز آموزشی درمانی مستقرند. کلاس‌های آموزشی دانشجویان در دوره‌های علوم پایه و فیزیوپاتولوژی و همچنین رشته‌های تحصیلات تکمیلی و علوم پایه در این دانشکده و دوره‌های کارآموزی، کارورزی و دستیاری در مراکز آموزشی درمانی برگزار می‌گردد.

رشته‌های تحصیلی:

جدول شماره ۴-۲۳: رشته‌های تحصیلی دانشکده پزشکی و مقاطع آن

رشته	مقطع	رشته	مقطع
پزشکی عمومی	دکتر	جراحی عمومی	تخصص (دستیاری)
علوم تشریحی	کارشناسی ارشد	جراحی کلیه و مجاری ادراری	تخصص (دستیاری)
بیوشیمی	کارشناسی ارشد	رادیولوژی	تخصص (دستیاری)
بافت شناسی	کارشناسی ارشد	آسیب شناسی	تخصص (دستیاری)
میکروبیولوژی	کارشناسی ارشد	بیماری‌های قلب و عروق	تخصص (دستیاری)
بیماری‌های داخلی	تخصص (دستیاری)	روانپزشکی	تخصص (دستیاری)
بیهوشی	تخصص (دستیاری)	بیماری‌های اعصاب	تخصص (دستیاری)
زنان و زایمان	تخصص (دستیاری)	جراحی قلب و عروق	فوق تخصص (دستیاری)
کودکان	تخصص (دستیاری)	کلیه کودکان	فوق تخصص (دستیاری)

این دانشکده با فضای فیزیکی ۱۴۰۰۰ مترمربع دارای آزمایشگاه‌های بیوشیمی، بافت‌شناسی، میکروب‌شناسی، فیزیولوژی، هورمون‌شناسی، قارچ‌شناسی، ایمنی‌شناسی، آزمایشگاه‌های تخصصی بیوشیمی - پروتئینی، فارماکولوژی، کشت سلولی، فیزیولوژی قلب، ایمنوشیمی و ژنتیک مولکولی است و گسترش آزمایشگاه‌های تخصصی را متناسب با تحولات روز مدنظر دارد. مرکز تحقیقاتی بیولوژی که از مراکز مصوب می‌باشد و همچنین مرکز تحقیقات باروری و ناباروری از جمله مراکز تحقیقاتی فعال دانشگاه بوده که در دانشکده پزشکی و وابسته به آن راه‌اندازی شده‌اند.

۱ - اطلاعات برگرفته از دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

دانشکده داروسازی:



دانشکده داروسازی کرمانشاه در سال ۱۳۸۱ تأسیس و از سال تحصیلی ۱۳۸۳-۱۳۸۲ شروع به فعالیت و پذیرش دانشجو کرد. در حال حاضر این دانشکده با گروه‌های آموزشی مصوب فارماسیوتیکس، شیمی دارویی، فارماکولوژی، سم‌شناسی و خدمات دارویی، فارماکونوزی و بیوتکنولوژی در حال فعالیت می‌باشد. این دانشکده مجهز به آزمایشگاه شیمی چند منظوره، آزمایشگاه شیمی تجزیه، آزمایشگاه آنالیز دستگاهی (تجهیزات

عمومی)، آزمایشگاه تحقیقات شیمی دارویی، آزمایشگاه داروسازی صنعتی، آزمایشگاه آموزشی فارماسیوتیکس (کنترل فیزیکیوشیمیایی)، آزمایشگاه آموزشی فارماکونوزی، آزمایشگاه سم‌شناسی- فارماکولوژی، آزمایشگاه LC/MS و آزمایشگاه تحقیقات فارماسیوتیکس می‌باشد. از نکات بسیار مهم در توسعه دانشکده، فراهم کردن زیرساخت‌ها نظیر فضا، تجهیزات، گسترش مراکز تحقیقاتی و فضاهای جانبی خصوصاً در مورد گیاهان دارویی است.

به منظور گسترش دسترسی به اطلاعات علمی بین‌المللی، توجه به نشریات لاتین و تجهیز کتابخانه این دانشکده به کتب لاتین روز، بسیار لازم است مورد توجه قرار گرفته و همچنین نیازمند حمایت هر چه بیشتر است. یکی از اساسی‌ترین زمینه‌های فعالیت مراکز علمی داروسازی، بخش گیاهان دارویی است که علاوه بر آموزش و فراگیری دانش موجود در زمینه گیاهان دارویی و احداث مراکز تحقیقات دارویی اهمیت ویژه‌ای داشته و زمینه رشد دانش داروسازی و همچنین بهره‌گیری از گیاهان شناخته شده و شناخته نشده موجود را در درمان بیماری‌ها و سایر کاربردهای پزشکی فراهم می‌کند. مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی در دانشکده داروسازی به همت اندیشمندان هیأت علمی راه‌اندازی و فعال گردیده است که با توجه به اهمیت استراتژیک این مرکز تحقیقات مختصری به اهداف و برنامه‌های آن اشاره می‌گردد.

برنامه استراتژیک مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی:

امروزه مهمترین کلید موفقیت سازمان‌ها، مدیریت همراه با برنامه‌ریزی منطقی است. در پرتو برنامه‌ریزی استراتژیک، جهت‌گیری آینده سازمان به درستی تبیین شده و با فراهم کردن زمینه مناسب برای تفکر استراتژیک در مدیران، باعث اتخاذ تصمیمات بر مبنای توسعه جامع و مستمر و در نهایت بصیرت در نواحی تحت کنترل سازمان و بهبود عملکردها خواهد شد.

چشم‌انداز مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی:

این مرکز کوشش می‌نماید تا با گسترش فعالیت‌های پژوهشی کاربردی مرتبط با خصوصیات فارماکولوژیک گیاهان دارویی بتواند الگوی مناسبی برای سایر مراکز تحقیقاتی باشد و در آینده به عنوان قطب تحقیقات فارماکولوژی گیاهان دارویی در کشور مطرح گردد.

مأموریت مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی:

گسترش پژوهش‌های علمی و شناخت دقیق‌تر خصوصیات فارماکولوژیک گیاهان دارویی و ارائه روش‌های بهینه کاربردهای بالینی آن‌ها.

نقاط قوت مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی:

- ۱- حمایت مسئولان ارشد دانشگاه به ویژه در معاونت پژوهشی
- ۲- داشتن هیأت علمی متخصص و توانمند در زمینه فارماکولوژی گیاهان دارویی
- ۳- علاقه و انگیزه اعضا برای فعالیت‌های پژوهشی در زمینه گیاهان دارویی.
- ۴- توانمندی در زمینه ارزیابی فعالیت‌های بیوشیمیایی گیاهان دارویی در گروه فارماکولوژی و مرکز تحقیقات فارماکولوژی گیاهان دارویی.
- ۵- وجود تجهیزات و امکانات آزمایشگاهی مرتبط.
- ۶- انجام پایان‌نامه‌های دانشجویان پزشکی عمومی و دانشجویان دکترای فارماکولوژی در زمینه‌های مختلف گیاهان دارویی.

نقاط ضعف مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی:

- ۱- کمبود منابع اقتصادی.
- ۲- زمان‌بر بودن دریافت تسهیلات.
- ۳- ناکافی بودن فضای فیزیکی کار تحقیقاتی.

فرصت‌های مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی:

- ۱- دسترسی به انواع گیاهان دارویی به دلیل مساعد بودن شرایط آب و هوایی منطقه.
- ۲- علاقمندی شرکت‌های دارویی به نتایج تحقیقات در زمینه گیاهان دارویی.

تهدیدهای مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی:

- ۱- وجود تحقیقات موازی در زمینه گیاهان دارویی به دلیل ضعف ارتباط بین‌بخشی مراکز آزمایشگاهی و مراکز مشابه در کشور و جهان.
- ۲- عدم توجه سازمان‌های بیمه‌گر به محصولات دارویی با منشأ گیاهی.

راهبردهای مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی:

- ۱- استفاده از گیاهان دارویی به عنوان منبع جایگزین به منظور کاستن یا رفع محدودیت‌های موجود در دارو درمانی بیماران.
- ۲- تلاش در ایجاد ارتباط و هماهنگی در تحقیقات فارماکولوژی گیاهان دارویی در سطح کشور.
- ۳- تبادل اطلاعات بین محققین جهت پرهیز از تحقیقات موازی و تکراری غیرضروری.
- ۴- همکاری علمی با مراکز تحقیقاتی و آموزشی سایر کشورها و سازمان‌های بین‌المللی با رعایت قوانین و مقررات کشور.
- ۵- انجام پژوهش‌های بنیادی- کاربردی در جهت تولید علم و کمک به تأمین نیازهای دارویی جامعه.
- ۶- ارائه دانش فنی به بخش صنایع دارویی و سایر مراکز علمی طبق مقررات و ضوابط.

- ۷- برقراری ارتباط هرچه بیشترین تحقیقات پایه و بالینی در زمینه دارو درمانی بیماران.
- ۸- ایجاد شرایط مناسب جهت تربیت نیروی انسانی محقق در زمینه فارماکولوژی پایه و بالینی
- ۹- اطلاع‌رسانی در زمینه فارماکولوژی گیاهان دارویی به جامعه پزشکی با گسترش دسترسی به فضای مجازی و انتشار کتب و مجلات مرتبط.

برنامه‌های مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی^۱:

- ۱- جمع‌آوری و ساماندهی تحقیقات گیاهان دارویی در دانشگاه علوم در جهت ایجاد فرمولاسیون‌های جدید فرآورده‌های گیاهی و ثبت اینفرمولاسیون.
- ۲- انتخاب مجموعه گیاهانی که امکان تبدیل به فرآورده‌های دارویی دارند.
- ۳- افزایش ارتباط بین مراکز و شرکت‌های دارویی جهت تولید فرمولاسیون‌های تهیه شده.
- ۴- اخذ مجوز جهت برگزاری دوره دکترای پژوهشی^۲ در مرکز تحقیقات فارماکولوژی گیاهان دارویی
- ۵- انتشار یک فصل‌نامه در زمینه تحقیقات فارماکولوژی گیاهان دارویی
- ۶- هدایت طرح‌ها و پایان‌نامه‌های دانشجویان علاقه‌مند به تحقیقات در جهت پژوهش‌های کاربردی در زمینه گیاهان دارویی
- ۷- افزایش بودجه مرکز، جهت تأمین منابع مالی پروژه‌های مرکز
- ۸- جمع‌آوری منابع جدید گیاهان دارویی و انتشار آن در غالب کتب تألیف و ترجمه
- ۹- تهیه، تنظیم، تصویب و اجرای طرح‌های پژوهشی در زمینه‌های مرتبط با اهداف مرکز
- ۱۰- تقویت کیفیت پژوهش در مرکز
- ۱۱- توسعه فضای فیزیکی و تجهیزات آزمایشگاهی
- ۱۲- جذب افراد تمام وقت برای مرکز
- ۱۳- نظارت و ارزیابی مستمر فعالیت‌های مرکز
- ۱۴- برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای اساتید، پزشکان و دانشجویان
- ۱۵- تقویت همکاری بین‌بخشی در داخل و خارج از کشور
- ۱۶- استفاده از تکنولوژی آموزش الکترونیک
- ۱۷- جذب نیروی انسانی برای فعالیت‌های مختلف مرکز
- ۱۸- توانمندسازی اعضا، همگام با پیشرفت‌های علمی دنیا
- ۱۹- شناسایی مستمر نیازهای تحقیقاتی کشور
- ۲۰- جهت‌گیری به سمت انجام پژوهش‌های مبتنی بر نیاز کشور

^۱ - برای پنج سال آینده

^۲ - Ph.D

دانشکده دندانپزشکی:



مجوز دانشکده دندانپزشکی در سال ۸۶ کسب و به استناد رأی صادره در یکصد و هشتاد و ششمین جلسه شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با تأسیس دانشکده در سال ۱۳۸۸ و پذیرش دانشجو موافقت به عمل آمد. با توجه به موقعیت جغرافیایی استان از نظر همجواری با استان‌های ایلام، کردستان، لرستان و کشور عراق این دانشکده بی‌شک یکی از دانشکده‌هایی است که پرچم‌دار ارتقاء سلامت دهان و دندان به‌خصوص مرز نشینان غرب کشور است. دانشکده اصلی با مساحت ۱۵۰۰۰ مترمربع در مجتمع پردیس دانشگاه در حال

احداث می‌باشد. در این دانشکده متخصصین دندانپزشکی در رشته‌های بیماری‌های دهان و دندان، تشخیص ارتودنسی، پروتز، اندودانتیکس و دندانپزشکان عمومی مشغول ارائه خدمت می‌باشند. کلینیک این دانشکده در حال حاضر ۲۰ یونیت فعال دارد و خدمات دندانپزشکی تخصصی و عمومی شامل ارتودنسی، پروتز، آندو، تشخیص بیماری‌های دهان و دندان، جرم‌گیری و ترمیم در ساعات اداری انجام می‌شود. این دانشکده برای اولین بار در سال ۱۳۸۸ از طریق آزمون سراسری ۲۰ نفر دانشجوی دکتری عمومی دندانپزشکی را پذیرفته است.

بخش عمده‌ای از بیماری‌های مختلف نظیر بیماری‌های دهان و لثه، بیماری‌های گوارشی و سایر بیماری‌ها به طور مستقیم و غیرمستقیم با بهداشت دهان و دندان سر و کار دارند، لذا با توجه به تخصصی شدن و گسترش رشته‌های مختلف دهان و دندان، جهت‌گیری دانشکده دندانپزشکی به گونه‌ای است که بتوان از شاخص‌های مطلوب دسترسی به خدمات از نظر زمان دریافت خدمات، دریافت خدمات باکیفیت و مورد نیاز، بهره‌مند گردیده و پوشش کافی خدمات برای جامعه را فراهم نماید. هدف از تأسیس دانشکده دندانپزشکی تربیت نیروی انسانی متخصص جهت پاسخگویی به نیازهای جامعه در زمینه‌های تخصصی دهان و دندان بوده و قصد خدمات رسانی در سطح استان‌های همجوار را نیز دارا می‌باشد و همچنین مایل به ساماندهی فعالیت در زمینه‌های پژوهشی و درمانی در سطح منطقه است.

قابلیت‌ها و پتانسیل‌های موجود در دانشکده دندانپزشکی کرمانشاه:

- وجود کلینیک دندانپزشکی با امکانات مناسب جهت ارائه خدمات تخصصی و عمومی در زمینه دندانپزشکی.
- وجود نیروی انسانی متخصص جهت ارائه خدمات درمانی در زمینه‌های تشخیص بیماری‌های دهان، جراحی فک و صورت، پروتزهای دندانی، اندودانتیکس و ارتودنسی.
- وجود کتابخانه تخصصی در زمینه دندانپزشکی.
- وجود فضای فیزیکی جهت احداث و توسعه دانشکده دندانپزشکی.
- وجود اعتبارات مناسب جهت گسترش و توسعه تجهیزات دندانپزشکی.

با توجه به جمعیت حدود یک میلیونی شهر کرمانشاه، تعداد یونیت‌های آموزشی مرکز دانشگاهی که ۱۵ مورد می‌باشد از نسبت بسیار نازلی برخوردار است که در برنامه توسعه پنج‌ساله دانشکده دندانپزشکی مقرر گردیده است که به ۲۰۰ یونیت ارتقاء یابد.^۱

دستاوردهای آموزشی و پژوهشی دانشکده دندانپزشکی کرمانشاه:

- پذیرش دانشجوی دندانپزشکی به تعداد ۳۴ نفر.
- جذب اساتید در کلیه رشته‌های تخصصی مورد نیاز.
- بهره‌گیری از بهترین تجهیزات روز در زمینه دندانپزشکی به خصوص در زمینه فانتوم، رادیولوژی و ایمپلنت.

رسالت دانشکده دندانپزشکی:

دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با بهره‌گیری از نیروهای متخصص و مجرب در زمینه‌های مختلف بهداشت دهان و دندان و همچنین تجهیزات مدرن دندانپزشکی، ضمن تربیت نیروی انسانی متخصص در مقطع دکترای دندانپزشکی، گسترش رشته‌های تخصصی دندانپزشکی و شناخت نیازهای منطقه به خدمات دهان و دندان، در تأمین نیروی انسانی مورد نیاز منطقه و کشور تلاش نموده و در اعتلای فرهنگ بهداشت دهان و دندان در سطح جامعه و سازمان‌ها سعی می‌ورزد. به طوری که بستر انجام پژوهش‌های علمی در زمینه مشکلات دهان و دندان در سطح جامعه را فراهم نموده و در راستای خودکفایی استان در بحث سلامت نقش خود را به خوبی ایفا نماید.

دورنمای دانشکده دندانپزشکی کرمانشاه:

دانشکده دندانپزشکی قصد دارد در پانزده سال آتی، ضمن پذیرش دستیار در کلیه رشته‌های تخصصی و گسترش بخش‌های تخصصی در دانشکده به عنوان قطب دندانپزشکی غرب کشور، ارائه خدمات به استان‌های همجوار در زمینه‌های تخصصی مورد نیاز را مدنظر قرار داده و با گسترش ارتباطات بین‌المللی در زمینه آموزش، پژوهش و درمان، جایگاه علمی قابل قبولی در کشور اخذ نماید.

اهداف دانشکده دندانپزشکی کرمانشاه:

- تقویت بنیه مالی از طریق منابع داخلی و خارجی و گسترش درآمدهای اختصاصی.
- فراهم نمودن زمینه‌های توسعه منابع انسانی با تصویب و گسترش چارت سازمانی.
- احداث فضای آموزشی و پژوهشی مناسب جهت تربیت دانشجویان در پردیس دانشگاه.
- تأمین کلیه تجهیزات تخصصی مورد نیاز جهت فعالیت‌های آموزشی و درمانی.
- تقویت منابع کتابخانه‌ای و اطلاع‌رسانی از طریق ایجاد سایت کتابخانه الکترونیک و اطلاع‌رسانی.
- فراهم نمودن زمینه مناسب جهت انجام طرح‌های پژوهشی و کاربردی با تشکیل مرکز تحقیقات دندانپزشکی.
- ایجاد فضای درمانی مناسب جهت ارائه خدمات درمانی در سطح محلی و منطقه‌ای با گسترش کلینیک و بخش‌های تخصصی و گسترش یونیت‌های ارائه خدمت.
- سازماندهی فعالیت‌های آموزش مداوم جهت اعضای هیأت علمی و کارکنان و دندانپزشکان استان.

^۱- شاخص DMFT (Decayed-Missing-Filled Teeth) (دندان‌های پوسیده، کشیده شده و پر شده) در سطح شهر کرمانشاه برابر ۲ بوده که در برنامه پنج‌ساله قرار است مقداری کاهش پیدا کند.

فرصت‌های موجود در استان در خصوص ارتقاء دانشکده دندانپزشکی کرمانشاه:

- وجود بیمارستان امام رضا(ع) جهت تأسیس بخش بیمارستانی دندانپزشکی.
- وجود فرودگاه بین‌المللی برای تشکیل کنگره‌های بین‌المللی در زمینه دندانپزشکی.
- مرکزیت ۴ استان غرب کشور جهت ارائه خدمات آموزشی- پژوهشی و درمانی دندانپزشکی.
- همجواری و مرز مشترک طولانی با کشور عراق و امکان برقراری ارتباطات علمی، پژوهشی و درمانی.
- حمایت‌های مسئولین عالی استان در تقویت دانشکده دندانپزشکی.
- حمایت‌های دانشگاه وزارت بهداشت در زمینه برگزاری آموزش‌های پیشرفته کوتاه مدت دندانپزشکی.

چالش‌های پیش‌روی دانشکده دندانپزشکی کرمانشاه:

- عدم وجود فضای مناسب جهت ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی به دلیل اینکه دانشکده دندانپزشکی در حال احداث می‌باشد.
- مشکل بودن جذب نیروی انسانی در تخصص‌های مورد نیاز.
- عدم وجود بخش‌های پشتیبان خدمات دندانپزشکی در دانشکده اعم از پاراکلینیکی و
- کمبود نیروی انسانی کارشناس در قسمت‌های اداری و
- کمبود برخی از تجهیزات تخصصی- درمانی.
- عدم وجود اعتبار مالی کافی جهت احداث دانشکده.
- آشنایی ناکافی مردم با خدمات درمانی- آموزشی و پژوهشی دانشکده دندانپزشکی.
- عدم پوشش خدمات بیمه‌ای جهت ارائه خدمات دندانپزشکی.
- عدم وجود چارت سازمانی.
- بالا بودن هزینه‌های دندانپزشکی در دریافت خدمات توسط مردم.
- کمبود نیروی انسانی متخصص در سطح استان.

راهکارهای دانشکده دندانپزشکی کرمانشاه:

- توسعه فضاهای آموزشی، پژوهشی درمانی.
- فراهم کردن شرایط مناسب جهت جذب نیروهای تخصصی مورد نیاز.
- گسترش تجهیزات سرمایه‌ای متناسب با نیاز و استانداردهای جهانی.
- گسترش اطلاع‌رسانی و خدمات کتابخانه‌ای.
- گسترش همکاری بین‌بخشی با دانشکده‌های مختلف در سطح استان.
- توسعه آگاهی‌آحاد مختلف جامعه از خدمات و اهداف دانشکده دندانپزشکی از طریق رسانه‌های عمومی.
- گسترش خدمات جانبی درآمدزا در جهت افزایش درآمد اختصاصی به منظور توسعه دانشکده دندانپزشکی.
- گسترش ارتباطات بیمه‌ای و تدوین راهکارهای مناسب ارائه خدمات بیمه به افراد جامعه.

دانشکده پرستاری - مامایی:



دانشکده پرستاری - مامایی کرمانشاه یکی از قدیمی‌ترین و اولین دانشکده‌های پرستاری ایران می‌باشد که فعالیت خود را در سال ۱۳۴۴ با عنوان آموزشگاه عالی پرستاری ۲۵ شهریور آغاز نمود. پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی در سال ۱۳۵۷، به آموزشگاه پرستاری ۱۷ شهریور تغییر نام داد و از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۶۴ به عنوان مجتمع آموزشی و پژوهشی کرمانشاه به فعالیت خود ادامه داد. از سال ۱۳۶۴ تا ۱۳۸۶ به عنوان دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی شناخته شد، در سال ۱۳۸۶ گروه‌های پیراپزشکی از دانشکده پرستاری و مامایی جدا و تحت عنوان

دانشکده پیراپزشکی به طور مستقل شروع به کار نمود. هم‌اکنون دانشکده پرستاری و مامایی در رشته‌های پرستاری و مامایی در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری به امر تربیت دانشجویان مشغول به فعالیت می‌باشد. با توجه به اینکه سهم قابل توجهی از خدمات مراکز بهداشتی درمانی را در نظام سلامت، فارغ‌التحصیلان این دانشکده‌ها به خود اختصاص می‌دهند؛ این ضرورت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته و علاوه بر آنکه فارغ‌التحصیلان می‌بایست متناسب با نیازهای جامعه تربیت شده و تعادل لازم در تربیت نیروی انسانی مورد نیاز جامعه و پذیرش دانشگاه‌ها ایجاد گردد. لازم است هم در دوره آموزشی و هم پس از فارغ‌التحصیلی، آموزش دانشجویان بسیار مورد توجه قرار گیرند تا در زنجیره درمان، بتوانند به نحو مطلوبی نقش خود را ایفا نمایند.

فضای فیزیکی و امکانات دانشکده پرستاری - مامایی و پیراپزشکی:

دانشکده پیراپزشکی و دانشکده پرستاری مامایی در فضای مشترکی به وسعت ۵۰۰۰۰ مترمربع با ۱۲۰۰۰ مترمربع زیربنا، ۸۰۰۰ مترمربع فضای سبز و ۸۰۰۰ مترمربع فضای پشتیبانی قرار گرفته‌اند و دارای امکانات ذیل می‌باشد:

- آزمایشگاه میکروب‌شناسی و انگل‌شناسی
- آزمایشگاه ایمنی‌شناسی و خون‌شناسی
- آزمایشگاه شیمی و بیوشیمی تحقیقاتی

جهت امور پژوهشی، آزمایشگاهی و دروس شیمی و بیوشیمی، مرکز مهارت‌های بالینی^۱ در فضای حدود ۴۲۰ مترمربع در سه اتاق مجزای مهارت‌های پرستاری، فوریت‌ها و بیهوشی، ژنیکولوژی نیز تجهیز می‌باشد.

^۱- Skill Lab

رشته‌های تحصیلی دانشکده پرستاری - مامایی کرمانشاه:

جدول شماره ۴-۲۴: رشته‌های تحصیلی دانشکده پرستاری و مامایی و مقطع آن

نام رشته	مقطع	نام رشته	مقطع
مامایی	کارشناسی پیوسته	پرستاری	کارشناسی ناپیوسته
مامایی	کارشناسی ناپیوسته	پرستاری	کارشناسی ارشد
پرستاری	کارشناسی پیوسته		

پرستاری از بیماران علاوه بر اینکه اساسی‌ترین بخش خدمات درمانی را به خود اختصاص می‌دهد، دامنه ارائه خدمات این بخش روز به روز در حال گسترش بیشتر است؛ حتی حوزه فعالیت‌های آنان از بیمارستان‌ها به داخل خانواده‌ها نیز توسعه یافته است، اما با این همه تفصیل توجه به صنف شغلی که خدمات شایانی را به عهده دارد به شکل سازمان یافته در راستای توسعه شغلی و تأمین حقوق و حمایت‌های درون حرفه‌ای و بین‌بخشی و گسترش دانش حرفه‌ای آنان صورت نگرفته است. تشکیل اتحادیه صنفی برای شناساندن جایگاه پرستاری و تعریف ارتباط و حقوق بخش پرستاری در میان سایر حرفه‌های پزشکی و جامعه ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهشی در این راستا توسط محققین صورت گرفته است که نتایج حاصل از این مطالعه نشان داده اهمیت آن از نظر پرستاران شاغل قویاً مطرح است و به نظر آنان جایگاه پرستاری با تشکیل اتحادیه تقویت می‌شود. لذا پیشنهاد می‌گردد با انجام تحقیقات وسیع‌تر در این زمینه و در ارتباط با شناسایی زمینه‌های کمک کننده به تشکیل اتحادیه پرستاری مسیر چنین تشکل ارزشمندی را برای پرستاران فراهم نموده و با نگرش استراتژیک در چارچوب سیستم ارائه خدمات به این امر توجه نمایند. [۱۸]

دانشکده پیراپزشکی:



در سال ۱۳۴۴ آموزشگاه عالی پرستاری ۲۵ شهریور و در سال ۱۳۵۱ آموزشگاه مامایی بیستون کرمانشاه تأسیس گردید و در سال ۱۳۵۷ به آموزشگاه عالی پرستاری ۱۷ شهریور تغییر نام داد. در سال ۱۳۵۳ مجتمع آموزشی پژوهشی کرمانشاه تأسیس و به پذیرش دانشجو در رشته‌های علوم آزمایشگاهی، بهداشت عمومی، بهداشت مدارس اقدام نمود. در سال ۱۳۶۰ رشته‌های پرستاری و مامایی نیز به دیگر رشته‌های مجتمع آموزشی پژوهشی اضافه

گردید. در سال ۱۳۶۴ دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی به طور رسمی با رشته‌های کاردانی و کارشناسی پرستاری، مامایی و کاردانی علوم آزمایشگاهی، کاردانی بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها شروع به فعالیت نمود. در سال‌های ۱۳۷۰، ۱۳۷۲ و ۱۳۷۴ رشته‌های کاردانی اتاق عمل، هوشبری، رادیولوژی به دیگر رشته‌ها اضافه گردید. در سال ۱۳۷۶ دانشکده بهداشت تأسیس و دانشکده پرستاری،

مامایی و پیراپزشکی به صورت مستقل فعالیت نمود. در سال ۱۳۸۲ رشته پزشکی هسته‌ای و در سال ۱۳۸۵ رشته فوریت‌های پزشکی نیز اضافه شد. در آذرماه ۱۳۸۶ دانشکده پیراپزشکی ازدانشکده پرستاری، مامایی تفکیک و به صورت مستقل آغاز به کارکرد.

رشته‌های دانشکده پیراپزشکی:

جدول شماره ۴-۲۵: رشته‌های دانشکده پیراپزشکی و مقاطع آن

نام رشته	مقطع			نام رشته	مقطع		
	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی		کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی
	کارشناسی	پایه	پایه		کارشناسی	پایه	پایه
هوشبری	*	*	*	پزشکی هسته‌ای	*	*	*
رادیولوژی	*	*	*	فوریت‌های پزشکی	*	*	*
علوم آزمایشگاهی	*	*	*	هوشبری	*	*	*
اتاق عمل	*	*	*	اتاق عمل	*	*	*

دانشکده بهداشت:



دانشکده بهداشت در سال ۱۳۷۶ با فعالیت ۴ گروه آموزشی تأسیس گردید و در حال حاضر در مقاطع تحصیلی ذیل فعالیت می‌نماید. این دانشکده در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ موفق به اخذ پذیرش دانشجو در مقطع کارشناسی ارشد بهداشت محیط گردیده است.

رشته‌های تحصیلی دانشکده بهداشت:

جدول شماره ۴-۲۶: رشته‌های دانشکده بهداشت و مقاطع آن

رشته	مقطع
بهداشت محیط	کارشناسی ارشد
بهداشت محیط	کارشناسی ناپیوسته
بهداشت محیط	کارشناسی پیوسته
بهداشت عمومی	کارشناسی پیوسته
بهداشت عمومی	کارشناسی ناپیوسته
بهداشت حرفه‌ای	کارشناسی ناپیوسته
بهداشت حرفه‌ای	کارشناسی

گروه‌های آموزشی:

در حال حاضر گروه‌های آموزشی بهداشت عمومی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، آمار و اپیدمیولوژی، تغذیه و بهداشت مواد غذایی در حال فعالیت می‌باشند؛ تأسیس رشته‌های مختلف در مقطع تحصیلات تکمیلی، علوم بهداشتی در تغذیه، آموزش بهداشت، بهداشت حرفه‌ای، اپیدمیولوژی و آمار حیاتی نیز در دستور کار دانشکده قرار دارد.

کارگاه نصب و راهاندازی موتور تلمبه، کارگاه نقشه‌کشی، آزمایشگاه شیمی، آزمایشگاه میکروبیولوژی، آزمایشگاه تحقیقاتی بهداشت محیط، آزمایشگاه مواد زائد جامد، آزمایشگاه بهداشت حرفه‌ای، آزمایشگاه تحقیقاتی سموم آفت‌کش، تغذیه، پسماندها و آزمایشگاه هیدرولیک از جمله امکانات فنی موجود دانشکده‌اند. دانشکده بهداشت در راستای تحقق اهداف استراتژیک دانشگاه، رسالت و دورنمای خود را تعیین و ارزش‌های زیر را محور فعالیت خود قرار داده است.

رسالت دانشکده بهداشت:

این دانشکده قصد دارد با همکاری اساتید توانمند و مجرب در عرصه‌های آموزشی و پژوهشی و توسعه کمی و کیفی گروه‌های آموزشی، آزمایشگاه‌های تخصصی، مراکز تحقیقاتی و توسعه روش‌های نوین در دو بعد آموزشی و پژوهشی خدمات خود را در سطح استان و کشور به انجام رساند و ضمن تربیت دانشجویان توانمند جهت تأمین نیروهای عرصه بهداشت، با انجام پژوهش‌های علمی گام‌های مؤثری در شناخت مشکلات بهداشتی و دستیابی به راه‌حل‌های اساسی در حل مسائل استان و کشور بردارد.

دورنمای دانشکده بهداشت:

این دانشکده تلاش می‌کند تا در ۵ سال آینده به عنوان معتبرترین مرکز آموزشی و پژوهشی در زمینه بهداشت در غرب کشور خود را معرفی نموده و به جایگاه ارزشمندی در بین مراکز آموزشی و پژوهشی داخل و خارج کشور دست یابد.

ارزش‌های دانشکده بهداشت:

- شایسته سالاری
- آرمان‌گرایی
- سلامت محوری
- توسعه کیفی
- توجه ویژه به اساتید و کارکنان
- اخلاق‌گرایی
- ارزش‌گذاری نسبت به زمان
- توسعه پژوهشی
- بالندگی سازمانی

استراتژی‌های انتخابی:

- گسترش چارت سازمانی و توسعه گروه‌های آموزشی
- جذب نیروهای متخصص و توانمند هیأت علمی
- توسعه رشته‌های تحصیلات تکمیلی
- توسعه آزمایشگاه‌ها و تجهیزات آزمایشگاهی
- استفاده از مشارکت اعضاء هیأت علمی و کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها و برقراری مدیریت مشارکتی

- توسعه رشته‌های جدید متناسب با نیاز جامعه
- فراهم کردن فضای مناسب آموزشی
- کمک به شکل‌گیری و تقویت مراکز و آزمایشگاه‌های تحقیقاتی دانشکده
- گسترش امکانات رفاهی برای اعضاء هیأت علمی و کارکنان
- واگذاری خدمات عمومی و اداری به بخش خصوصی
- گسترش تعامل با بخش صنعت
- ایجاد واحدهای درآمدزا در راستای تقویت دانشکده
- توسعه برگزاری سمینارها، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی
- توسعه همکاری آموزشی پژوهشی با سایر سازمان‌ها
- گسترش ارتباطات علمی بین‌المللی
- ایجاد نشریه علمی دانشکده بهداشت
- گسترش دسترسی به خدمات الکترونیکی
- تقویت منابع علمی
- گسترش تعامل بین گروه‌های علمی با انجام تحقیقات مشترک

کتابخانه مرکزی و اسناد:

از دیگر مراکزی که پشتیبان آموزش دانشگاه بوده و نقش محوری دارد، کتابخانه مرکزی و مرکز اسناد است. این کتابخانه از مجهزترین کتابخانه‌های پزشکی در غرب کشور بوده و شرایط آسانی را جهت استفاده دانشجویان گروه‌های مختلف، کارکنان و اساتید دانشگاه از جدیدترین منابع علمی فراهم آورده است. این مرکز علاوه بر فعالیت‌های اصلی خود، با برگزاری کارگاه‌های جانبی آموزش، نظارت و هدایت سایر کتابخانه‌های دانشگاه در سطح استان، شرایط ارائه خدمات کیفی و یکپارچه را در سطح واحدهای دانشگاه فراهم می‌کند.

کتابخانه مرکزی و مرکز اسناد در سال ۱۳۶۵ با هدف خرید و گردآوری منابع اطلاعاتی (کتاب، نشریات ادواری و اسناد) تأسیس شده و زیر نظر معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه اداره می‌گردد.

واحدهای مختلف کتابخانه:

- ۱- واحد فهرستنویسی و آماده‌سازی
- ۲- مخزن کتب
- ۳- واحد نشریات ادواری
- ۴- پایگاه عرضه اطلاعات
- ۵- مدیریت فنی شبکه
- ۶- واحد انتشارات
- ۷- سالن مطالعه

جدول شماره ۴-۲۷: مشخصات کتابخانه مرکزی دانشگاه

ردیف	عنوان	تعداد
۱	تعداد کتاب فارسی	۶۷۴۳۳
۲	تعداد کتاب لاتین	۳۱۸۵۲
۳	تعداد کامپیوتر متصل به شبکه در واحد رایانه کتابخانه مرکزی	۳۸
۴	تعداد بانک‌های اطلاعاتی	۳۴ عدد
۵	تعداد نشریات چاپی فارسی جاری	۷۵ عنوان
۶	تعداد نشریات چاپی لاتین جاری	۴۵ عنوان
۷	مساحت	۲۵۰۰ مترمربع
۸	تعداد کتاب‌های الکترونیکی	۴۷۴
۹	تعداد ژورنال‌های الکترونیکی	۵۰۶۰

همراستا با توسعه آموزش پزشکی، توسعه مراکز تحقیقاتی نیز از اقدامات مهم در تحقق اهداف نقشه جامع علمی سلامت است. رشد متوازن علم و فن‌آوری مهمترین عامل در توسعه همه‌جانبه و پایدار است. لذا در بخش سلامت نیز توجه به توسعه مراکز تحقیقاتی حائز اهمیت بوده و به همین خاطر دانشگاه‌ها اقدام به این امر را به طرق مختلف انجام داده‌اند. گرچه این حوزه فعالیت به بخش دیگری از تشکیلات دانشگاه یعنی معاونت تحقیقات و فن‌آوری مرتبط است اما جداسازی دو مقوله آموزش و پژوهش عملاً امکان‌پذیر نیست و توسعه در هر دو بخش در خصوص همراستایی و هماهنگی جزء الزامات است. نیاز جامعه به توسعه علمی و توسعه پژوهشی بیش از هر نیاز دیگری بوده و برای پاسخگو بودن توسعه مراکز تحقیقاتی و نیز امکان تخصیص منابع بر اساس عملکرد، پیشنهاد شده است که خوشه‌های علمی و فن‌آوری مراکز تحقیقاتی با زمینه‌های مشترک و در حوزه‌های مختلف علوم پایه، بالینی، مدیریتی و ... در قالب پژوهشگاه‌ها تشکیل شود. در کنار آن‌ها نیز مرکز رشد و انتقال دانش، به کاربردی کردن نتیجه فعالیت‌ها می‌پردازند. الزام مهم در کنار این توسعه‌ها ضرورت شفافیت در عملکرد است. برای تحقق این امر، در هریک از این پژوهشگاه‌ها صندوق سرمایه‌گذاری تلقی شده و متناسب با عملکرد خود در جهت ارتقای سلامت و تحقق اهداف چشم‌انداز، از منابع بهره‌مند می‌گردند.

در هر یک از حوزه‌های اولویت‌دار، بایستی برنامه توسعه علم، فن‌آوری و نوآوری (از جمله اولویت‌های پژوهشی و گسترش برنامه‌های آموزشی) بر اساس اهداف چشم‌انداز بیست‌ساله کشور باشد. به عبارت دیگر، اعم از این که حوزه اولویت‌دار «ارتقای سلامت» و یا «ریز فن‌آوری» باشد، بایستی ارتباط هر یک از برنامه‌ها با چشم‌انداز مشخص گردد. برای تکمیل نهادهای نظام علم، فن‌آوری و نوآوری، پیشنهادهایی شده است، یکی از پیشنهادها مهم در این زمینه در سطح ملی، در نظر گرفتن نهاد ارائه‌دهنده پژوهانه (صندوق حمایت پژوهش و فن‌آوری سلامت) است که مبتنی بر نیازهای کشور، منابع را به برنامه‌های پیشنهاد شده اختصاص می‌دهند. به موازات این نهاد، لازم است نهاد مستقلی برای پایش و ارزشیابی این نظام وجود داشته باشد. قسمتی از زنجیره ایده تا محصول و پذیرش آن در جامعه که در حوزه سلامت باید مورد توجه قرار گیرد، بهره‌برداری از دانش و فن‌آوری می‌باشد. لازم است ضمن توجه متوازن به کل زنجیره، شیوه‌های حمایت و تقویت بهره‌برداری جامعه از علم و تولید فن‌آوری مورد توجه ویژه قرار گیرد. جهت‌گیری‌های کلی که برای دستیابی به اهداف کلان و راهبردی نقشه جامع علمی سلامت پیشنهاد شده‌اند، عبارتند از:

- ۱- اولویت دادن به علم و فن آوری پاسخگو به نیازهای سلامت جامعه.
- ۲- حضور مؤثر در عرصه بین الملل.
- ۳- تکمیل چرخه نوآوری.
- ۴- صیانت از منابع، شفافیت و پاسخ گویی.
- ۵- تحول نظام آموزش سلامت.
- ۶- تبدیل گفتمان علمی به گفتمان مسلط جامعه.

❖ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه^۱:

مقدمه:

بر اساس سیاست‌های کلان کشور، سیاست‌گذاری در عرصه «تحقیقات مرتبط با سلامت»، در صدر اهداف معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است. در همین راستا ارزشیابی عملکرد پژوهشی دانشگاه مسئولیت خطیری است که هر ساله با بهره‌گیری از همکاری و مساعدت ارزشمند رؤسا، معاونین و مدیران پژوهش و کارشناسان ارزشیابی که در ستاد معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت که با استفاده از نتایج مطالعات و شاخص‌های جهانی طراحی گردیده مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

با استعانت از الطاف بیکران حق تعالی، واحدهای مختلف حوزه معاونت تحقیقات دانشگاه، توفیقی در جهت پویایی و پیشرفت نتایج ارزشیابی از عملکرد پژوهشی دانشگاه حاصل و نتایج ارزشیابی از رتبه ششم در سال ۸۵ به رتبه سوم در سال ۸۶ ارتقاء یافته است. ارزشیابی از عملکرد پژوهشی دانشگاه در چهار محور حاکمیت و رهبری (۳۵۵/۴ امتیاز)، توانمندسازی (۱۰۰ امتیاز)، تولید دانش (۱۹۰۳/۷۳ امتیاز)، کمیته تحقیقات دانشجویی (۲۵ امتیاز) و در مجموع با اکتساب ۲۳۸۴/۱۳ امتیاز در بین ۱۹ دانشگاه تیپ دو، رتبه سوم را کسب نموده است، همچنین مرکز تحقیقات بیولوژی پزشکی با اکتساب ۹۵۱/۶ امتیاز در بین ۱۹ مرکز تحقیقاتی بیومدیkal فاقد بودجه مستقل پژوهشی در سراسر کشور رتبه سوم را کسب نموده است. در سال ۸۷ علی‌رغم افزایش امتیاز پژوهشی دانشگاه به دلیل تغییر سیاست معاونت تحقیقات در رتبه‌بندی دانشگاه‌ها، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه رتبه ششم را بدست آورد. امید است در سال‌های آتی با همکاری کلیه مسئولین، توفیقی در جهت پویایی ارزشیابی عملکرد پژوهشی دانشگاه و اکتساب رتبه مناسب‌تر در سطح کشور حاصل آید.

بیانیه رسالت^۲ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به منظور ایجاد شرایط مناسب برای انجام پژوهش‌های پایه، بالینی و کاربردی مبتنی بر نیازهای منطقه در دانشگاه سازمان یافته است. این معاونت وظیفه خود می‌داند که در جهت ارتقاء سطح بهداشت و رفاه گام برداشته و بستر مناسبی جهت نهادینه کردن امر پژوهش و انجام تحقیقات در کلیه واحدها توسط محققین هیأت علمی و غیرعلمی و دانشجویان را فراهم نماید.

به منظور تحقق این رسالت:

- گسترش روابط بین‌الملل و بین دانشگاهی،
- تقویت سیستم آمار و اطلاع‌رسانی،
- فراهم کردن زمینه نشر متون علمی،
- دستیابی به آخرین دستاوردهای علمی جهان با استفاده از تکنولوژی نوین،
- اشاعه فرهنگ نوآوری و ایجاد نگرش پژوهشی در ذینفعان،

۱ - اطلاعات برگرفته از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

- تسهیل فرآیند تصویب و اجرای طرح‌های پژوهشی مورد نظر می‌باشد.

دورنمای^۱ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

معاونت پژوهشی به عنوان واحد سازمان‌دهنده پژوهش دانشگاه، الگویی کارآمد برای تربیت پژوهشگران توانمند و تولید علم در منطقه بوده و قصد دارد در دهه آینده به عنوان قطب پژوهشی در غرب کشور باشد و زمینه‌های حل مشکلات و مسایل مربوطه به سلامت جامعه را با ارتقاء کیفیت و کمیت پژوهش‌ها فراهم، و به استانداردهای پژوهشی جهانی دست یابد.

ارزش‌های^۲ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه:

- حفظ و ارتقای هویت اسلامی ملی در دانشگاه.
- ارتقای معرفت دینی.
- عدالت در ابعاد مختلف پژوهش (پژوهش در خدمت مردم).
- تکریم ذینفعان امر پژوهش.
- رعایت استانداردهای پژوهشی.
- توجه به مشکلات اساسی جامعه و جهت‌گیری به سمت آن.
- بها دادن به خلاقیت و نوآوری.
- پژوهش در خدمت سلامت.
- توسعه فرهنگ پژوهش و بردن آن به کلیه سطوح جامعه.
- توجه به علوم پایه و نظریه‌پردازی.

دستاوردهای معاونت تحقیقات و فن‌آوری:

- افزایش تعداد مقالات ایندکس شده داخلی و خارجی از ۱۱۵ به ۲۷۵
 - افزایش تعداد خلاصه مقالات همایش‌های خارجی از ۴۵ به ۸۹
 - افزایش خلاصه مقالات همایش‌های داخلی از ۲۲۹ به ۷۴۳.
 - انتشار مجله بهبود و مجله انگلیسی زبان JIVR.
 - چاپ ۲ عنوان کتاب.
 - افزایش میزان شرکت در همایش‌های خارج از کشور از ۳۲ مورد در سال ۱۳۸۴ به ۶۴ مورد در سال ۸۷
- توانمندی‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در زمینه پژوهش:**
- وجود دانشکده داروسازی برای انجام تحقیقات مختلف دارویی.

^۱ - Vision

^۲ - Values

- وجود مرکز تحقیقات بیولوژی پزشکی به عنوان واحدی برای انجام پژوهش در زمینه‌های پروتئومیکس، تولید آنتی‌بادی‌های اختصاص منوکلونال و پلی‌کلونال، آنژیوژنز، سلول‌های بنیادی، ژنتیک مولکولی بیماری‌های هموگلوبین و فیزیولوژی قلب.
 - وجود مرکز تحقیقات باروری و ناباروری به عنوان واحدی برای انجام تحقیقات پایه و بالینی در زمینه باروری و ناباروری، سقط، ناهنجاری‌های جنسی و سلول‌های بنیادی.
 - وجود برنامه‌های حمایتی معاونت تحقیقات و فن‌آوری در قالب اعطای گزنت پژوهشی، برنامه تحقیق تابستانی، امکان شرکت در کارگاه‌های خارج از کشور و پرداخت تشویقی‌های پژوهشی.
 - وجود واحد رشد به منظور کمک به پژوهشگران دانشگاه برای تهیه و چاپ مقاله.
 - وجود پژوهشگران توانمند در رشته‌های مختلف.
 - وجود دانشجویان تحصیلات تکمیلی بالینی در رشته‌های مختلف تخصصی و فوق تخصصی.
 - وجود دانشجویان تحصیلات تکمیلی کارشناسی ارشد در رشته‌های بیوشیمی، بافت‌شناسی، ایمنی‌شناسی، پرستاری، بهداشت محیط.
 - وجود دو مجله علمی پژوهشی بهبود (فارسی) و Journal of Injury and Violence (انگلیسی).
 - تکمیل چرخه مالکیت فکری برای ثبت Patent و امکان حمایت از تحقیقات دارای پتانسیل تولید صنعتی و تجاری.
 - وجود باند اینترنت با پهنای ۲۰ مگابایت برای انجام جستجوهای علمی و پژوهشی در اینترنت.
 - وجود کتابخانه مرکزی و مرکز اسناد دانشگاه و پتانسیل‌های آن.
- اهداف^۱ کلان معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تا پایان سال ۱۳۹۴:**
- ۱- دستیابی به حد نصاب تولید ۴۰۰ مقاله ISI یا PubMed در هر سال^۲.
 - ۲- جذب ۱۶۰ پژوهشگر و پشتیبان پژوهش تا سال ۱۳۹۴.
 - ۳- ایجاد ۹ مرکز پژوهشی، ۳ پژوهشکده و ۱ پژوهشگاه.
 - ۴- تأسیس یک مرکز رشد واحدهای فن‌آور.
 - ۵- تلاش در جهت تحقق اهداف وزارت در راستای:
 - دستیابی به سهم ۲٪ از بازار جهانی محصولات و خدمات در حوزه سلامت و ارائه ۳ الگوی الهام‌بخش در مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت.
 - دستیابی به سهم ۸۵٪ از بازار داخلی محصولات حوزه سلامت.
 - سرمایه‌گذاری یک سوم بودجه پژوهش برای حمایت از نهادهای غیردولتی فعال در حوزه سلامت (شامل مراکز رشد، شرکت‌های زایشی، شرکت‌های انتقال دانش و فن‌آوری و مراکز ارزیابی فن‌آوری زیستی).
 - ۶- دستیابی به حد نصاب ثبت ۵ مورد پتنت در سال.

^۱ - Gols

^۲ - این رکورد در سال ۱۳۹۰ تعداد ۱۲۰ مقاله در نظر گرفته شده است.

استراتژی‌های انتخابی هدف ۱:

- گسترش تعامل با دانشکده‌ها در زمینه پژوهش نظیر انعقاد و تفاهم‌نامه و ...
- افزایش انگیزه و توان علمی و حمایت از اعضای هیأت علمی و کارشناسان دانشگاه در توسعه کمی و کیفی پژوهش.
- تقویت نشر و واحد انتشارات دانشگاه در راستای گسترش عملکرد کمی و کیفی اعضای هیأت علمی و کارشناسان در ارائه کار پژوهشی.

استراتژی‌های انتخابی هدف ۲:

- تقویت پژوهش در واحدهای محیطی دانشگاه.

استراتژی‌های انتخابی هدف ۳:

- توسعه تخصصی فعالیت‌های پژوهشی با تأسیس و ساماندهی مراکز تحقیقاتی تخصصی.
- تلاش در جهت هم‌گروی و هم‌افزایی علمی- پژوهشی اعضای هیأت علمی در تعمیق پتانسیل‌های پژوهشی دانشگاه.
- تعامل سازنده با وزارت بهداشت در اخذ موافقت اصولی و تصویب وزارتی مراکز تحقیقاتی جدید.
- گسترش علمی، کمی و کیفی مراکز پژوهشی همگرا و مصوب در راستای تشکیل پژوهشکده.

استراتژی‌های انتخابی هدف ۴:

- گسترش زیرساخت‌ها جهت راه‌اندازی مرکز رشد.
- توسعه تعامل با هیأت امناء وزارت متبوع در راستای تأسیس و تحقق اهداف مرکز رشد.
- جلب حمایت استانی از تأسیس شرکت‌های دانش بنیان در سطح دانشگاه.

استراتژی‌های انتخابی هدف ۵:

- گسترش همکاری پژوهشی با بخش صنعت و نیز تعمیم آن به سطح جامعه.
- حمایت از راه‌اندازی و توسعه واحد مالکیت فکری دانشگاه.
- تعامل با صندوق حمایت از پژوهشگران معاونت علمی و فن‌آوری ریاست جمهوری.
- جذب حمایت مادی و معنوی خیرین علاقمند به پژوهش.

استراتژی‌های انتخابی هدف ۶:

- تعامل بیشتر با بنیاد نخبگان استان و کشور.
- حمایت از مخترعین و مبتکرین سطح دانشگاه و استان از طریق کمک به ثبت اختراع و تجاری‌سازی محصولات و خدمات.

اهداف اختصاصی در راستای هدف ۱:

- ۱- انعقاد قراردادهای جداگانه با دانشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی تا پایان شهریور ماه سال ۹۰ و درخواست برنامه راهبردی آن‌ها در این زمینه.
- ۲- راه‌اندازی دومین ژورنال انگلیسی زبان دانشگاه تا پایان سال ۹۱.

- ۳- افزایش شمارگان ژورنال‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به تعداد ۶ تا پایان سال ۹۴.
- ۴- افزایش پاداش چاپ مقاله به بیش از دو برابر تا پایان شهریور ۹۰.
- ۵- افزایش تعداد دانشجویان Ph.D و سایر دانشجویان تحصیلات تکمیلی به میزان ۲ برابر تا پایان برنامه.
- ۶- افزایش تعداد مقالات ترجمه شده واحد رشد به میزان ۴ برابر حال حاضر.
- ۷- افزایش‌پهنای باند اینترنت دانشگاه به میزان ۴ برابر حال حاضر.
- ۸- نمایه شدن تمامی مجلات علمی پژوهشی دانشگاه در ISI یا سایر نمایه‌های معتبر سطح یک و تا پایان سال ۹۱ سالیانه یک نشریه.
- ۹- افزایش تفویض اختیار مالی تصویب طرح‌های پژوهشی به دانشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی به میزان ۲ برابر حال حاضر تا پایان سال ۹۰.
- ۱۰- تعیین سهم بودجه تحقیقاتی سالیانه برای دانشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی با توجه به میزان تولید مقاله در هر دانشکده و مرکز تحقیقاتی.
- ۱۱- تأسیس واحد علم‌سنجی تا پایان شهریور ۱۳۹۰.
- ۱۲- برقراری سیستم پایش فعالیت‌های پژوهشی اعضای هیأت علمی تا پایان شهریور ۱۳۹۰.
- ۱۳- تدوین آیین‌نامه جامع چگونگی تصویب و دفاع از پایان‌نامه‌ها با تأکید بر تولید دانش (با همکاری معاونت آموزشی دانشگاه) تا پایان شهریور ۹۰.
- ۱۴- برقراری سیستم‌پایای VPN تا پایان سال ۱۳۹۰.
- ۱۵- تدوین دستورالعمل جذب پژوهشگران غیر هیأت علمی تا پایان سال ۹۰.
- ۱۶- برگزاری کارگاه‌های پژوهشی برای اعضای غیرهیأت علمی مستعد و علاقمند به صورت فلوشیپ سالیانه ۲ بار تا پایان سال ۹۴.
- ۱۷- توسعه واحد رشد دانشگاه جهت همکاری بامجلات دانشگاه علاوه بر کمک به اعضای هیأت علمی در چاپ مقالات.
- ۱۸- توسعه تسهیلات مربوط به منتورشیپ جهت تسریع در تولید و چاپ مقالات اعضای هیأت علمی.

اهداف اختصاصی در راستای هدف ۲:

- ۱- جذب سالیانه ۳۵ پژوهشگر و پشتیبان پژوهش تا پایان سال ۹۴.
- ۲- برگزاری کارگاه آموزشی در زمینه پژوهش به صورت فلوشیپ پژوهشی در هر سال برای اعضای هیأت علمی و پشتیبانان پژوهش.
- ۳- اعزام سالیانه حداقل ۶ نفر از پژوهشگران و یا اعضای هیأت علمی به کارگاه‌ها و دوره‌های علمی کوتاه مدت خارج از کشور.

اهداف اختصاصی در راستای هدف ۳:

- ۱- شناسایی و ایجاد همگرایی بین اعضاء هیأت علمی واجد شرایط و دارای تخصص و فعالیت‌های پژوهشی همسو تا پایان سال ۹۱.
- ۲- تأسیس مراکز تحقیقاتی جدید به تعداد ۹ مرکز تا پایان سال ۹۴، به صورت سالیانه ۲ مرکز.
- ۳- تأسیس اولین پژوهشکده وابسته به دانشگاه تا پایان سال ۹۰.
- ۴- تأسیس پژوهشکده دوم دانشگاه تا پایان سال ۹۲.
- ۵- تأسیس پژوهشکده سوم دانشگاه تا پایان سال ۹۳.
- ۶- تأسیس یک پژوهشگاه تا پایان سال ۹۴.

اهداف اختصاصی در راستای هدف ۴:

- ۱- انجام یک طرح تحقیقاتی جهت امکان‌سنجی تأسیس مرکز رشد در دانشگاه تا پایان آبان ماه سال ۹۰.
- ۲- تدوین اساسنامه، شیوه‌نامه، فرم‌ها و ملزومات تأسیس مرکز رشد تا پایان آذر ۹۰.
- ۳- تهیه Business plan استان کرمانشاه تا پایان سال ۹۰.
- ۴- تصویب اساسنامه مرکز رشد در هیأت امضاء دانشگاه تا پایان دی ماه سال ۹۰.
- ۵- تهیه مکان مناسب جهت استقرار مرکز رشد تا پایان بهمن‌سال ۹۰.
- ۶- اخذ مجوز تأسیس مرکز رشد تا پایان سال ۹۰.

اهداف اختصاصی در راستای هدف ۵:

- ۱- تشکیل شورای ارتباط با صنعت تا پایان سال ۹۰.
- ۲- تهیه بانک اطلاعات شرکت‌ها و صنایع مرتبط با سلامت و بهداشت و درمان، مستقر در استان تا پایان سال ۹۰.
- ۳- نیازسنجی پژوهشی صنایع تا پایان سال ۹۱.
- ۴- تأسیس صندوق حمایت از پژوهشگران در دانشگاه تا پایان سال ۹۳.
- ۵- جذب سالانه حداقل یک دانشجوی Ph.D. by research (از صنایع استان).
- ۶- تأسیس مجمع خیرین پژوهش تا پایان سال ۹۱.
- ۷- برگزاری یک همایش سالیانه مشترک با صنایع از سال ۹۱.

اهداف اختصاصی در راستای هدف ۶:

- ۱- تدوین دستورالعمل برای تأییدیه علمی اختراعات تا پایان سال ۹۰.
- ۲- ایجاد بانک اطلاعاتی از مخترعان و مبتکران استان تا پایان سال ۹۱.
- ۳- تدوین آیین‌نامه grant patent تا پایان سال ۹۱.
- ۴- شناسایی و جذب مخترعین سطح استان.
- ۵- برگزاری همایش کشوری یا استانی مالکیت فکری تا پایان سال ۹۱.

۶- حرکت در راستای ثبت بین‌المللی یک مورد اختراع تا پایان سال ۹۱.

راهکارهای حائز اولویت:

- ارتقاء کمی و کیفی پژوهش‌های پایه بالینی و کاربردی در جهت حفظ سلامت جامعه و کمک به تولید علم.
- نهادینه کردن امر پژوهش در سطوح مختلف دانشگاه.
- توسعه تحقیقات مبتنی بر نیاز جامعه.
- توسعه پژوهش‌های مشارکتی با مردم، صنعت و سایر سازمان‌ها.
- گسترش روابط بین‌الملل و بین دانشگاهی.
- توسعه زمینه‌های استراتژی انگیزه کلیه ذینفعان پژوهش.
- توسعه استفاده از نتایج تحقیقات.
- توانمندسازی مراکز تحقیقاتی.
- ارتقاء شبکه اطلاع‌رسانی.
- توسعه کمی و کیفی نشر دانشگاه.
- توسعه کتابخانه الکترونیکی.

شاخص‌ها:

در بررسی وضعیت موجود پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی برخی از شاخص‌های قابل اندازه‌گیری در حوزه‌های مختلف فعالیت معاونت پژوهشی در زیر آمده است:

جدول شماره ۴-۲۸: شاخص‌های امور بین‌الملل معاونت تحقیقات و فناوری

عنوان شاخص	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵
تعداد مراکز تحقیقاتی با موافقت اصولی	۲	۱	۱	۱
تعداد مراکز تحقیقاتی با موافقت قطعی	۱	۱	۱	۱
تعداد موارد استفاده از فرصت‌های مطالعاتی خارج از کشور	۲	۰	۰	۱
تعداد موارد استفاده از فرصت‌های انتقال تکنولوژی از خارج به داخل کشور	۰	۰	۰	۰
تعداد موارد شرکت در همایش‌های خارج از کشور	۱۲	۱۶	۱۴	۱۷
تعداد موارد شرکت در کارگاه‌های خارج از کشور	۰	۰	۰	۰
تعداد مقالات ارائه شده در همایش‌های خارج از کشور	۱۵	۲۲	۱۷	۲۳
تعداد همایش‌های برگزار شده کشوری	۲	۱	۰	۰
تعداد همایش‌های برگزار شده بین‌المللی	۰	۰	۰	۰
تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده استانی	۲۶	۰	۰	۰
تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده کشوری	۰	۰	۰	۰
تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده بین‌المللی	۰	۰	۰	۰
تعداد پژوهشکده	۰	۰	۰	۰
تعداد پژوهشگاه	۰	۰	۰	۰

جدول شماره ۴-۲۹: واحد امور بین الملل و بین دانشگاهی معاونت تحقیقات و فن آوری

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	یکسال بعد	۵ سال بعد	۱۰ سال بعد
تعداد مراکز تحقیقاتی با موافقت اصولی	۱۰۰٪ تعداد مراکز تحقیقاتی مصوب داخلی تعداد کل اعضای هیأت علمی	۲		۳	۶	۱۰
تعداد مراکز تحقیقاتی با موافقت قطعی	۱۰۰٪ تعداد مراکز تحقیقاتی مصوب وزارتی تعداد کل اعضای هیأت علمی	۱		۱	۳	۹
تعداد موارد استفاده از فرصت‌های مطالعاتی خارج از کشور	۱۰۰٪ تعداد موارد استفاده از فرصت‌های مطالعاتی تعداد کل اعضای هیأت علمی	۲		۳	۶	۲۰
تعداد موارد استفاده از فرصت‌های انتقال تکنولوژی از خارج به داخل کشور	۱۰۰٪ تعداد موارد استفاده از فرصت‌های انتقال تکنولوژی تعداد کل اعضای هیأت علمی	-		۱	۴	۶
تعداد موارد شرکت در همایش‌های خارج از کشور	۱۰۰٪ تعداد موارد شرکت در همایش‌های خارجی تعداد کل اعضای هیأت علمی	۱۳		۲۰	۴۰	۶۰
تعداد موارد شرکت در کارگاه‌های خارج از کشور	۱۰۰٪ تعداد موارد شرکت در کارگاه‌های خارجی تعداد کل اعضای هیأت علمی	-		۱	۵	۱۰
تعداد مقالات ارائه شده در همایش‌های خارج از کشور	۱۰۰٪ تعداد مقالات ارائه شده در همایش‌های خارجی تعداد کل اعضای هیأت علمی	۱۵		۲۵	۴۷	۷۰
تعداد همایش‌های برگزار شده کشوری	۱۰۰٪ تعداد همایش‌های برگزار شده کشوری تعداد کل اعضای هیأت علمی	۲		۴	۸	۱۲
تعداد همایش‌های برگزار شده بین‌المللی	۱۰۰٪ تعداد همایش‌های برگزار شده بین‌المللی تعداد کل اعضای هیأت علمی	-		۱	۲	۲
تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده استانی	۱۰۰٪ تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده تعداد کل اعضای هیأت علمی	۲۶		۳۰	۳۰	۳۰
تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده کشوری	۱۰۰٪ تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده تعداد کل اعضای هیأت علمی	-		۱	۲	۴
تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده بین‌المللی	۱۰۰٪ تعداد کارگاه‌های پژوهشی برگزار شده بین‌المللی تعداد کل اعضای هیأت علمی	-		۰	۱	۲
تعداد پژوهشکده		-		۰	۲	۳
تعداد پژوهشگاه		-		۰	۰	۱

جدول شماره ۴-۳۰: معاونت تحقیقات و فن‌آوری

ردیف	عنوان شاخص	واحد اندازه‌گیری	سال پایه	سال‌های برنامه پنجم				
			۱۳۸۸ (برآورد)	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
۱	تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب	طرح	۱۲۵	۱۴۸	۱۷۵	۲۰۷	۲۱۵	۲۲۵
۲	تعداد همایش‌های کشوری و بین‌المللی	همایش	۱	۲	۲	۲	۲	۳
۳	تعداد هیأت علمی	نفر	۲۲۶	۲۴۲	۲۵۹	۲۷۷	۲۹۷	۳۱۰
۴	نسبت تألیفات و مقالات چاپ شده در نشریات ملی، داخلی و خارجی به تعداد اعضای هیأت علمی	درصد	۸۸	۹۷	۱۰۷	۱۱۸	۱۳۰	۱۴۳

جدول شماره ۴-۳۱: کتاب‌های چاپ شده زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی طی سال ۱۳۷۷ الی سال ۱۳۸۸

ردیف	سال چاپ	تألیف	ترجمه	تدوین
۱	۱۳۷۷	-	۱	-
۲	۱۳۷۸	-	-	-
۳	۱۳۷۹	-	-	-
۴	۱۳۸۰	-	۱	-
۵	۱۳۸۱	-	-	-
۶	۱۳۸۲	۵	۵	-
۷	۱۳۸۳	۲	۳	-
۸	۱۳۸۴	-	۳	-
۹	۱۳۸۵	۳	۳	-
۱۰	۱۳۸۶	۱	۲	-
۱۱	۱۳۸۷	۳	۶	۲
۱۲	۱۳۸۸	۱	۳	-

جدول شماره ۴-۳۲: مقالات چاپ شده زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی طی سال ۱۳۸۳ الی سال ۱۳۸۸

ردیف	شاخص	مقیاس	سال ۸۳	سال ۸۴	سال ۸۵	سال ۸۶	سال ۸۷	سال ۸۸	یکسال بعد	پنج سال بعد	ده سال بعد
۱	تعداد کل مقالات	تعداد	۵۴	۶۲	۸۴	۱۱۳	۱۴۸	۱۶۷	۱۹۰	۳۱۰	۵۵۰
۲	مقالات ISI ^۱	تعداد	۱۵	۱۷	۱۴	۳۳	۴۳	۴۹	۶۰	۱۲۰	۲۵۰
۳	مقالات خارجی	تعداد	۱۸	۲۲	۲۲	۴۴	۶۵	۷۴	۸۵	۱۵۵	۳۰۰
۴	مقالات داخلی	تعداد	۳۶	۴۰	۶۰	۶۹	۸۳	۹۳	۱۰۵	۱۵۵	۲۵۰
۵	مقالات ارائه شده در کنگره‌های داخلی	تعداد	۱۲۸	۱۱۷	۲۴۱	۲۵۹	۲۵۳	۲۶۵	۲۸۵	۴۰۰	۶۰۰
۶	امتیاز خام	عدد	۸۴	۱۰۱۰	۱۵۸۶	۲۳۷۹	۲۷۶۱	۳۲۰۰	۳۸۰۰	۶۰۰۰	۹۰۰۰

^۱-Information Sciences Institute

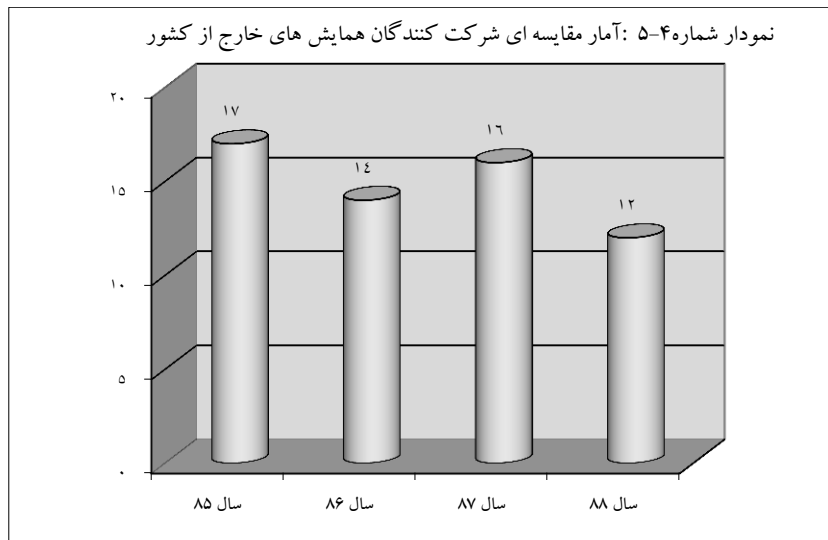
جدول شماره ۴-۳۳: طرح‌های پژوهشی انجام شده زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی طی سال ۱۳۸۳ الی سال ۱۳۸۸

ردیف	عنوان شاخص	نحوه محاسبه	سال ۸۳	سال ۸۴	سال ۸۵	سال ۸۶	سال ۸۷	سال ۸۸	وضعیت مطلوب	یکسال بعد	۵ سال بعد	۱۰ سال بعد
۱	تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب	شمارش تعداد	۵۹	۸۹	۶۳	۵۴	۱۱۸	۱۱۷		۱۵۰	۲۲۵	۳۰۰
۲	تعداد پایان‌نامه‌های پژوهشی مصوب	شمارش تعداد	۴۹	۳۵	۵۰	۵۳	۴۴	۵۷		۶۰	۱۰۰	۱۳۰
۳	تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب HSR	شمارش تعداد	۰	۰	۰	۰	۰	۳		۱۰	۲۰	۴۰
۴	تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب ارتباط با صنعت	شمارش تعداد	۰	۰	۱	۵	۷	۲		۱۰	۲۰	۴۰
۵	تعداد گرنت‌های اعطاء شده	شمارش تعداد	۰	۰	۰	۰	۰	۹		۱۰	۲۰	۳۰
۶	تعداد اعضای هیات علمی دارای شاخص H برابر ۵ و بالاتر	شمارش تعداد	۰	۰	۰	۳	۳	۴		۷	۱۲	۲۰
۷	تعداد صندوق‌های پژوهشی غیر دولتی	شمارش تعداد	۰	۰	۰	۰	۰	۰		۱	۳	۱۰
۸	تعداد اعضای هیات علمی دارای شاخص H برابر ۵ و بالاتر/کل اعضای هیات علمی	تعداد اعضای هیات علمی دارای شاخص H برابر ۵ و بالاتر/کل اعضای هیات علمی	۰	۰	۰	۱/۳۱ %	۱/۲۷ %	۱/۷۶ %		۱/۹ %	۲/۸ %	۳/۲ %
۹	تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب/کل اعضای هیات علمی	تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب/کل اعضای هیات علمی	۲۸/۰۹ %	۴۱/۵۹ %	۲۹/۱۶ %	۲۳/۵۸ %	۵۰ %	۵۱/۷۶ %		۵۲ %	۵۹ %	۶۳ %
۱۰	تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب ارتباط با صنعت/کل طرح‌های مصوب	تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب ارتباط با صنعت/کل طرح‌های مصوب	۰	۰	۱/۵۸ %	۹/۲۵ %	۵/۹۳ %	۱/۷ %		۸/۵ %	۱۷ %	۳۳ %
۱۱	بودجه طرح‌های تحقیقاتی مصوب ارتباط با صنعت/کل بودجه طرح‌های مصوب	بودجه طرح‌های تحقیقاتی مصوب ارتباط با صنعت/کل بودجه طرح‌های مصوب	۰	۰	۰/۹۹ %	۱۷/۷۵ %	۲۲/۵۶ %	۱۲/۳ %		۲۱ %	۳۷ %	۴۲ %
۱۲	تعداد گرنت‌های اعطاء شده/تعداد اعضای هیات علمی	تعداد گرنت‌های اعطاء شده/تعداد اعضای هیات علمی	۰	۰	۰	۰	۰	۳/۹۸ %		۴ %	۶ %	۸ %

جدول شماره ۴-۳۴: عناوین شاخص‌های واحد انتشارات

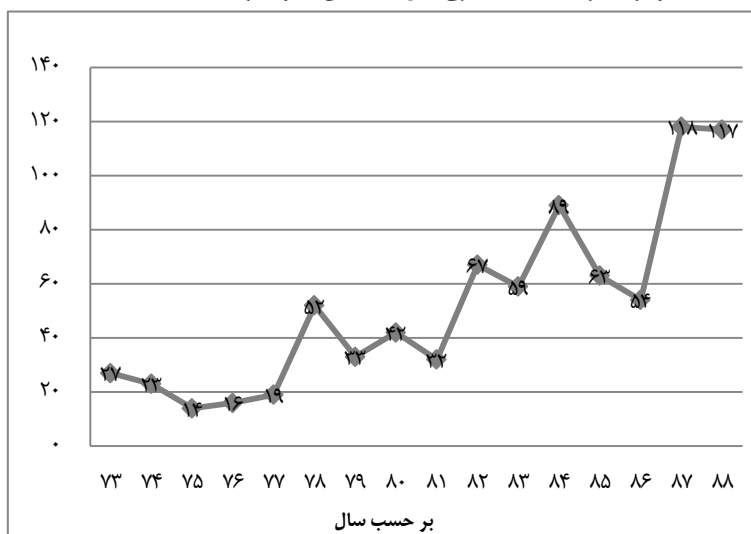
عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود (سال ۸۸)	یکسال	۵ سال	۱۰ سال
تعداد تألیفات	تعداد	۱	۲	۱۰	۲۰
تعداد ترجمه	تعداد	۳	۳	۵	۱۰
تعداد تدوین	تعداد	۰	۲	۵	۱۰
تعداد مجلات علمی پژوهشی	تعداد	۱	۲	۴	۶
تعداد مجلات درجه ۱	تعداد	—	۱	۲	۴

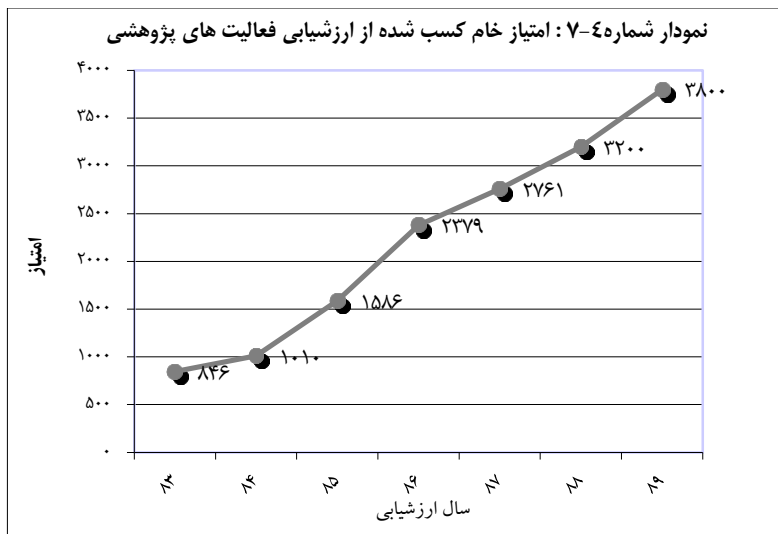
برای روشن تر شدن وضعیت موجود حوزه پژوهش در دانشگاه و همچنین کمک به برنامه‌ریزی صحیح در این بخش روند توضیحات برخی شاخص‌های مهم در پژوهش در زیر آمده است:



همان‌گونه که نمودار شماره (۴-۵) نشان می‌دهد، روند شرکت در همایش‌های علمی خارج از کشور از سال ۸۵ تا کنون روند رو به کاهش را نشان می‌دهد. باید اذعان داشت که حضور در مجامع بین‌المللی علمی از جمله همایش‌های علمی یکی از نکات مثبت در تبادل نظرات و کسب تجربیات دیگر کشورها در زمینه‌های علمی است که لازم است بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

نمودار شماره ۴-۶: تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب از سال ۷۳ تا ۸۸





در راستای همکاری بین بخشی و تعامل صحیح پژوهش گران دانشگاه با بخش های مختلف در سطح استان و کشور، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه فراهم کردن تسهیلات برای اعضاء هیأت علمی و کارشناسان خود را جهت انجام پژوهش در امور سایر سازمان ها مورد توجه قرار داده است.

جدول شماره ۴-۳۵: اسامی سازمان ها و شرکتهایی که جهت انجام طرح های تحقیقاتی مشترک، با واریز اعتبار، طرح هایی را پشتیبانی مالی نموده اند.

ردیف	اسامی سازمان ها و شرکتهای
۱	شرکت مهندسی پارس کنسولت
۲	شرکت آب و فاضلاب استان
۳	شرکت پالایش نفت استان
۴	ستاد فن آوری راهبردی سلول های بنیادی
۵	شبکه تحقیقات علوم دارویی
۶	معاونت سلامت وزارت بهداشت
۷	سازمان آموزش و پرورش استان

در راستای هدفمند نمودن پژوهش در سطح استان و ایفای نقش معاونت پژوهش به عنوان یکی از هسته‌های اصلی در تدوین راهبردهای علمی و دقیق در دستیابی به اهداف سلامت از طریق شناسایی علمی مشکلات، دستیابی به راه‌حل‌های علمی و شناخت پتانسیل‌های استان به کمک پژوهش‌های بنیادین و کاربردی، معاونت پژوهشی اقدام به تدوین اولویت‌های پژوهشی نموده تا به درستی از امکانات و منابع موجود استان استفاده نموده و به بهترین وجه پژوهشگران را در مسیر نیازهای اصلی جامعه قرار دهد. لذا در این بخش ابتدا به اولویت‌های پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی و واحدهای تابعه پرداخته می‌شود، سپس اولویت‌های سایر سازمان‌های استان که با بخش سلامت تنگاتنگ در ارتباط هستند مطرح خواهد شد.

اولویت‌های تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

- ۱- طرح‌های مداخله‌ای در زمینه پیشگیری و درمان بیماری‌های شایع استان
- ۲- طرح‌های چندمرکزی داخل و خارج از کشور
- ۳- طرح‌های تولیدی
- ۴- طرح‌هایی که حداقل ۳۰٪ از بودجه آن‌ها از بخش خصوصی و یا سازمان‌های دیگر تأمین می‌شود.
- ۵- طرح‌هایی که کل یا قسمتی از اعتبار آن از منابع خارج از کشور تأمین می‌گردد.
- ۶- مطالعات اجتماعی به منظور توسعه پایدار و عدالت اجتماعی
- ۷- طرح‌های مداخله‌ای یا تحلیلی در مورد بهداشت روان، تغذیه، سلامت و بهداشت محیط
- ۸- طرح‌های علوم پایه، بنیادی، سایتوژنیک و مولکولی
- ۹- طرح‌های مبتنی بر اقتصاد بهداشت، منابع انسانی و ایجاد سیستم‌های اطلاعات پایدار و قابل اعتماد در نظام سلامت
- ۱۰- طرح‌های در زمینه اولویت‌های EMRO^۱ که به عنوان مشکل بهداشتی در استان وجود دارد.
- ۱۱- مطالعات مداخله‌ای و تحلیلی در مورد راه‌های کاهش مرگ و میر و تغذیه نوزادان
- ۱۲- بررسی ارزیابی عملکرد مراکز آموزشی، بهداشتی و درمانی در سطح استان کرمانشاه
- ۱۳- مطالعه در زمینه سلول‌های بنیادی
- ۱۴- مطالعات تحقیقاتی مرتبط با ارتقای کیفیت و حاکمیت خدمات بالینی

اولویت‌های تحقیقاتی گروه‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اولویت‌های تحقیقاتی گروه داخلی

- ۱- مقایسه اثر آزیتوپرین ۱۵۰ و سیکلوسپورین ۲۵۰ در درمان یونئیت‌های التهابی ایدیوپاتیک در بیماران روماتولوژی
- ۲- بررسی شاخص‌های جرم بدن در کودکان و نوجوانان
- ۳- مطالعات مداخله‌ای یا تحلیلی در زمینه سندرم روده تحریک‌پذیر

¹ -East Mediteranean Region

- ۴- مطالعات مداخله‌ای در زمینه روش‌های مختلف درمانی در دیس‌پپسی
- ۵- اپیدمیولوژی سندرم متابولیک در استان
- ۶- مقایسه هزینه اثربخشی درمان بیماری آرتریت روماتوئید با آنتی‌بادی‌های مونوکلونال نسبت به شیوه‌های رایج درمانی

اولیت‌های تحقیقاتی گروه میکروبیولوژی

بخش قارچ‌شناسی:

- ۱- بررسی روش‌های ایمن‌سازی در برابر عفونت‌های قارچی پوستی
- ۲- بررسی و شناسایی عفونت‌های قارچی فرصت طلب

بخش انگل‌شناسی:

- ۱- بررسی روش‌های تشخیص سرولوژیک و مولکولی انواع پروتوزوآها
- ۲- بررسی روش‌های تشخیص آلودگی‌های کرمی مهم منطقه (کیست هیداتیک، فاسیولا، دیکروسلیوم و ...)

بخش میکروب‌شناسی:

- ۱- بررسی اپیدمیولوژی مولکولی عفونت‌های بیمارستانی و مقاومت آنتی‌میکروبیال آن‌ها
- ۲- بررسی اپیدمیولوژی مولکولی و مقاومت دارویی مایکوباکتریوم، بروسلا، ویبریو و عفونت‌های تناسلی
- ۳- بررسی ارزش تشخیصی روش‌های مولکولی در تشخیص مننژیت
- ۴- بررسی اپیدمیولوژی و روش‌های شناسایی آنفلوآنزای پرندگان
- ۵- شناسایی انواع مقاومت‌های دارویی در بروسلوزیس به روش کمی
- ۶- شناسایی انواع مقاومت‌های دارویی در توبرکلوزیس به روش کمی
- ۷- بررسی اپیدمیولوژیکی و شناسایی انواع مقاومت دارویی لیستریوزیس
- ۸- تعیین مقاومت دارویی باکتری‌های شایع به روش کمی
- ۹- تعیین مقاومت دارویی H.Pylori^۱ به روش کمی
- ۱۰- شناسایی اثرات ضد میکروبی عصاره‌های گیاهی

بخش ایمنولوژی:

- ۱- اپیوئید و ایمنی (تأثیر اپیوئیدها، آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌های اپیوئیدی بر عملکرد سیستم ایمنی و دفاع در مقابل عوامل پاتوژن)

^۱- هلیکوباکتر پیلوری باکتری است که در معده باعث زخم اثنی عشر می‌شود.

اولویت‌های تحقیقاتی گروه فیزیولوژی - فارماکولوژی

بخش فیزیولوژی:

- ۱- بررسی تأثیر عوامل دارویی و گیاهی بر عملکرد قلبی و مقاومت آن در برابر ایسکمی در مدل قلب مجزا شده موش
صحرائی از جمله موارد مورد بررسی:
الف) اسیدآمینه سیستئین
ب) هوموسیستئین
ج) دیازپام
د) استامینوفن
ه) عصاره گیاه *Falcaria vulgaris*
ی) عصاره گیاه موسیر و سیر
- ۲- بررسی فاکتورهای مؤثر بر فرآیندهای یادگیری و حافظه فضایی با استفاده از ماز آبی موریس و سایر مازهای
بررسی‌های یادگیری و حافظه شامل:
الف) بررسی اثرات روش‌های مختلف تجویز مرفین بر فرآیندهای مذکور
ب) بهبود فرآیندهای مذکور با استفاده از برخی گیاهان دارویی نظیر گل شقایق، زعفران و ...
ج) بررسی اثرات برخی از داروهای بیهوشی نظیر کتامین بر فرآیندهای مذکور
- ۳- شناسایی عوامل پیشگیری و یا بهبود بیماری آلزایمر با استفاده از مواد مؤثر موجود در برخی گیاهان دارویی یا
دستکاری‌های فیزیولوژیک و فارماکولوژیک
- ۴- کاربرد تکنیک ترجیح مکانی شرطی شده (CPP) ناشی از مورفین، نیکوتین در مدل‌های حیوانی
- ۵- بررسی‌های الکتروفیزیولوژیک عملکرد سیناپسی در برش‌های مغزی زنده توسط Field potential recording و
سایر بساط‌های مشابه و بررسی عوامل مختلف فیزیولوژی و فارماکولوژیک در این رابطه
- ۶- بررسی مدل حیوانی صرع و فاکتورهای مؤثر بر آن با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و الکتروفیزیولوژی

بخش فارماکولوژی:

- ۱- شناسایی و مقایسه عوامل فارماکولوژیک در درمان اعتیاد در مدل‌های حیوانی
- ۲- شناسایی میزان انواع اسیدهای چرب در روغن‌های مختلف
- ۳- شناسایی یا فرمولاسیون داروهای طبیعی (گیاهی) و بررسی اثرات آن‌ها در مدل‌های حیوانی و انسانی
- ۴- سنتز داروهای جدید
- ۵- مطالعه و مقایسه کیفیت داروهای تولید ایران
- ۶- نقش اسیدهای چرب مختلف بر ایجاد بیماری‌هایی مانند سرطان و دیابت در مدل‌های حیوانی

اولویت‌های تحقیقاتی گروه زنان

- ۱- تعیین تأثیر مراقبت‌های بارداری در جلوگیری از عوارض در مادر، جنین و نوزاد

- ۲- اپیدمیولوژی، اتیولوژی و راه‌های پیشگیری در حاملگی‌های پرخطر
- ۳- تعیین شیوع، عوامل و راه‌های پیش‌گیری از خونریزی‌های پس از زایمان
- ۴- مقایسه روش‌های مختلف Family planning
- ۵- روش‌های ترویج زایمان طبیعی
- ۶- بررسی نتایج زایمان طبیعی پس از سزارین‌های قبلی
- ۷- بررسی اثرات زایمان‌های بدون درد در تشویق به زایمان طبیعی
- ۸- بررسی علل و راهکارهای کاهش عوارض حین زایمان
- ۹- بررسی علل سقط و مقایسه روش‌های مختلف در کاهش آن
- ۱۰- بررسی و شناخت علل شکم حاد در خانم‌های حامله و اثرات آن بر مادر و جنین

اولویت‌های تحقیقاتی گروه بیوشیمی

- ۱- شناخت پلی‌مورفیسم ژنتیکی در بیماری‌های قلبی و عروقی یا دیابتی
- ۲- بررسی ریسک فاکتورهای ژنتیکی و ارتباط آن‌ها با پارامترهای مختلف بیوشیمیایی در بیماری‌های قلبی و عروقی
- ۳- ارتباط ریسک فاکتورهای ژنتیکی با نوع و شدت آسیب‌های قلبی عروقی
- ۴- نقش اکسیدانته‌ها و رادیکال‌های آزاد در پاتولوژی بیماری‌های قلبی عروقی
- ۵- نقش سیستم‌های آنتی‌اکسیدانی آنزیمی و غیرآنزیمی در محافظت بیماری‌های مختلف
- ۶- نقش تغییرات عناصر کمیاب نظیر Se, Cu, Zn و ... در بیماری‌های مختلف
- ۷- بررسی ریسک فاکتورهای ژنتیکی بیماری دمانس
- ۸- تغییرات پارامترهای آنزیمی و بیوشیمیایی در بیماری دمانس
- ۹- تعیین نوع موتاسیون و تغییرات فاکتورهای بیوشیمیایی در بیماری‌های خونی
- ۱۰- تعیین نوع پلی‌مورفیسم ژنتیکی در بروز ترومبوزها
- ۱۱- شناخت پلی‌مورفیسم ژنتیکی در انواع سرطان‌ها
- ۱۲- تعیین نوع موتاسیون و ژنوتایپ‌های انواع سرطان‌ها
- ۱۳- بررسی ارتباط فاکتورهای بیوشیمیایی مؤثر در سرطان‌های مختلف

اولویت‌های تحقیقاتی گروه نورولوژی

- ۱- تعیین شیوع، اتیولوژی و عوامل زمینه‌ای ایجاد ترومبوز سینوس وریدی مغزی
- ۲- بررسی عوارض درمانی و پیش‌آگهی در بیماران MS^۱
- ۳- نقش درمانی دارویی و غیر دارویی در کنترل انواع صرع
- ۴- طرح‌های مداخله‌ای یا تحلیلی در زمینه سردرد و CVA^۲

^۱ - Multiple Sclerosises

^۲ - Cerebra Vascular Accident

- ۵- عوارض نرولوژیک ناشی از مصرف مواد نیروزاو مواد مخدر
- ۶- انجام طرح‌های مداخله‌ای در زمینه انواع دمانس
- ۷- مقایسه هزینه اثربخشی استفاده از اینترفرون^۱ B₁a با B₁b₁ در درمان بیماران مبتلا به بیماری MS

اولویت‌های تحقیقاتی گروه روانپزشکی

- ۱- بررسی انگیزه شروع مصرف، ترک مصرف و بازگشت مجدد به مواد در معتادان
- ۲- طرح‌های مداخله‌ای و تحلیلی در زمینه پیشگیری و درمان خودکشی، خودسوزی، خشونت، اعتیاد، آسیب‌های اجتماعی، مشکلات خانوادگی، اختلال رفتاری کودکان و شب‌اداری
- ۳- مطالعات مداخله‌ای و تحلیلی در زمینه اختلالات خواب

اولویت‌های تحقیقاتی گروه فیزیک پزشکی

- ۱- بررسی در زمینه اندازه‌گیری میزان مواد رادیواکتیو در آب و خاک و هوای هر منطقه و اثرات زیست‌محیطی آن‌ها
- ۲- دزیمتری از محیط‌های پرتوپزشکی از قبیل بخش‌های پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی و رادیوگرافی (فلوئورسکوپی، آنژیوگرافی، CT و ...) و مقایسه با استانداردها
- ۳- بررسی‌های اندازه‌گیری در بیماران (تشخیصی و درمانی) در مراکز پرتوپزشکی
- ۴- بررسی‌های کنترل کیفیت دستگاه‌های پرتوزا در مراکز پرتوپزشکی
- ۵- بررسی‌هایی درباره موارد استفاده غیرضروری از پرتوها و مواد رادیواکتیویته در تشخیص و درمان‌های پزشکی و ضرورت واقعی استفاده از آن‌ها (Risk VS . Benefit)
- ۶- ارائه روش‌های جدید در بررسی کنترل کیفی دستگاه‌های شتاب‌دهنده خطی پزشکی
- ۷- شبیه‌سازی به روش مونت کارلو قسمت‌های مختلف دستگاه شتاب‌دهنده خطی پزشکی به منظور محاسبه دقیق پارامترهای مختلف درمانی در رادیوتراپی
- ۸- بررسی حفاظت پرتوی بخش رادیوتراپی از جنبه نوترونی و فوتونی
- ۹- ارائه تکنیک‌های جدید در درمان تومورهای بدخیم به روش پرتودرمانی
- ۱۰- بررسی مدل‌های مطالعاتی گردش خون و قلب و عروق

اولویت‌های تحقیقاتی گروه اطفال

- ۱- بررسی‌های اتیولوژیک در مورد تشنج‌ها، آرتریت، خونریزی گوارشی، عفونت در بیماران نقص‌ایمنی و سنگ‌های ادراری
- ۲- بررسی اثر ایمنوگلوبین در کاهش مرگ و میر در عفونت‌ها
- ۳- بررسی اپیدمیولوژیک آسفیکسی، انسدادهای مادرزادی، بیماری‌های انگلی و ویروس، سوءتغذیه در کودکان، بهداشت دهان و دندان، عقب‌ماندگی‌های ذهنی
- ۴- بررسی موتاسیون‌های تالاسمی در کرمانشاه، اندکس‌های CBC و الکتروفورز والدین آن‌ها

^۱- ماده‌ای که سلول‌های آلوده به ویروس ترشح می‌کنند.

- ۵- تعیین الگوی مقاومت دارویی در بیماری‌های شایع در کودکان به روش کمی و مولکولی
- ۶- بررسی مقاومت دارویی و علل شکست درمان و تشخیص مولکولی و ژنوتیپینگ^۱ در بیماری‌های سل، هپاتیت‌ها و بروسلا در کودکان
- ۷- بررسی تأثیر عوامل مرتبط با شاخص‌های رشدی در کودکان
- ۸- بررسی‌های تحلیلی در مورد بلوغ کودکان، ایدز، تغذیه کودکان، اسهال و آسم
- ۹- طرح‌های تحلیلی در زمینه واکسیناسیون
- ۱۰- بررسی اتیولوژیک و مداخله‌ای مسمومیت در کودکان
- ۱۱- بررسی عوامل مرتبط با عفونت‌های مادرزادی و روش‌های تشخیصی
- ۱۲- تعیین آستانه^۲ درمانی برای کنترل خونریزی بیماران هموفیلی

اولویت‌های تحقیقاتی گروه آمارزیستی

- ۱- بررسی اپیدمیولوژیک بیماری‌های شایع در استان
- ۲- تحلیل بقای بیماران در روش‌های مختلف درمانی
- ۳- مطالعات ارزش تشخیصی برای روش‌های جدید
- ۴- کاربرد روش‌های پیشرفته آماری در تحلیل پژوهش‌های علوم پزشکی
- ۵- مطالعات آماری و مدل‌سازی در زمینه سلامت
- ۶- طراحی نرم‌افزارهای آماری و پژوهشی سلامت
- ۷- بررسی هزینه اثربخشی روش‌های رایج بهداشتی درمانی
- ۸- بررسی‌های متدولوژی در پژوهش‌های بهداشتی

اولویت‌های تحقیقاتی گروه پوست

- ۱- بررسی مداخله‌ای و تحلیلی در زمینه عفونت‌های قارچی سطحی و عمقی پوست، مو و بیماری‌های سایکوسوماتیک (مثل آکنه، خارش نورمادرماتیت)
- ۲- مطالعات تحلیلی در سرطان‌های پوستی (Scc^۳، Bcc^۴ ملانوم)
- ۳- اپیدمیولوژی، اتیولوژی و مطالعات تحلیلی و مداخله‌ای درماتیت‌ها
- ۴- مقایسه هزینه اثربخشی درمان بیماری پسوریازیس با آنتی‌بادی‌های مونوکلونال^۵ نسبت به شیوه‌های رایج درمانی

^۱- تعیین نوع ژن سلول بر اساس ساختمان DNA یا RNA

^۲-Threshold

^۳-Squamous Cell Carcinoma (سرطان سلول‌های سنگ فرشی)

^۴-Basal Cell Carcinoma (سرطان سلول‌های زیر پوست)

^۵- پادتن یک ظرفیتی

اولویت‌های تحقیقاتی گروه علوم تشریحی

- ۱- مطالعات مداخله‌ای و تحلیلی در زمینه تولید مثل در مدل‌های حیوانی
- ۲- بررسی تأثیر عوامل تراژون در مدل‌های حیوانی
- ۳- شناسایی و کاربرد روش‌های جدید مطالعات بافت شناسی

اولویت‌های تحقیقاتی گروه جراحی عمومی

- ۱- مقایسه روش‌های لاپاراسکوپ و لاپاراتومی در زمینه تشخیص و درمان بیماریها
- ۲- مقایسه روش‌های توراکتومی و توراکوسکوپ در زمینه تشخیص و درمان بیماریها
- ۳- مطالعات تحلیلی یا مداخله‌ای در درمان انواژیناسیون، اولسرپتیک و مولتی تروما

اولویت‌های تحقیقاتی گروه قلب

- ۱- بررسی سطح زندگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی اعم از تغذیه، ورزش، تغییرات رفتاری و ...
- ۲- مطالعات مداخله‌ای یا تحلیلی در مورد پیشگیری و درمان بیماری‌های عروق کرونر
- ۳- بررسی اثربخشی درمان‌های جراحی و طبی در درمان بیماران عروق کرونر

اولویت‌های تحقیقاتی گروه بیهوشی

- ۱- بررسی و مقایسه عوارض بیهوشی در بیهوشی عمومی و موضعی
- ۲- بررسی اثربخشی تکنیک‌های جدید بی‌دردی در اعمال جراحی
- ۳- مقایسه روش‌های تهویه ریوی و تأثیرات بالینی آن‌ها
- ۴- بررسی شیوع عفونت‌های بیمارستانی در بخش مراقبت‌های ویژه
- ۵- مقایسه روش‌های مختلف بیهوشی در تروما و جراحی قلب و ریه
- ۶- بررسی عوامل مؤثر در ریکاوری و بیهوشی
- ۷- بررسی تأثیرات و عوارض بالینی انواع بیهوشی
- ۸- بررسی تأثیر و عوارض داروهای جدید بیهوشی
- ۹- بررسی اثربخشی بی‌حسی موضعی با ترکیب داروهای دیگر
- ۱۰- بررسی تأثیر داروهای بیهوشی بر فیزیولوژی مغز
- ۱۱- بررسی اثرات زیانبار داروهای بیهوشی بر تیم جراحی
- ۱۲- بررسی بالینی روش‌های مسمومیت‌زدایی در معتادان و مسمومین
- ۱۳- بررسی روش‌های مختلف سدینتاسیون^۱، آنالژزی^۲ در اعمال جراحی
- ۱۴- بررسی تأثیر داروهای بیهوشی وریدی با هدایت BIS

^۱- سرعت رسوب گلوبولی (ESR)

^۲- بیهوشی یا بی‌حسی موضعی (Analgesic)

۱۵- بررسی بالینی بیهوشی Target-control

۱۶- بررسی نتایج و عوارض بیهوشی خارج از اتاق عمل در اقدامات تشخیصی و درمانی

۱۷- بررسی عوارض بالینی در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

اولویت‌های تحقیقاتی گروه پرستاری

۱- مقایسه روش‌های مختلف آموزش بالینی پرستاری

۲- مطالعات تحلیلی در روش‌های مختلف آموزش به بیماران

۳- کارآزمایی بالینی و الگوهای مراقبتی در پرستاری

اولویت‌های تحقیقاتی گروه مامایی

۱- مطالعات تحلیلی در زمینه مشکلات آموزشی بالینی، تئوری و انواع روش‌های ارزشیابی پیشرفت تحصیلی

۲- مطالعات تحلیلی در زمینه سلامت مادر و جنین، تنظیم خانواده، سقط جنین، یائسگی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کانسر

اولویت‌های تحقیقاتی گروه پرتوشناسی تشخیصی

۱- ارزیابی کنترل کیفی در مراکز رادیولوژی

اولویت‌های تحقیقاتی گروه اتاق عمل

۱- بررسی مقایسه‌ای روش‌های مختلف کنترل عفونت در اتاق عمل

۲- بررسی مقایسه‌ای کارایی استفاده از محلول‌های مختلف در اسکراب جراحی

۳- بررسی کیفیت وسایل و تجهیزات اتاق عمل

۴- بررسی میزان رعایت استانداردهای اتاق عمل

اولویت‌های تحقیقاتی گروه هوشبری

۱- مطالعات تحلیلی در مورد تکنیک‌های مختلف هوشبری، لوله‌گذاری تراشه و استانداردهای بیهوشی و هوشبری در تروما

۲- بررسی میزان رعایت اصول ایمنی در خصوص بیماری‌های مسری از طریق تنفس یا بیماری‌های خونی

۳- بررسی تأثیر کیفیت مشاوره‌های قبل از عمل بر عوارض بیهوشی

۴- بررسی مقایسه‌ای روش‌های مختلف بیهوشی در اعمال جراحی

۵- بررسی نحوه کنترل کیفیت دستگاه‌های بیهوشی در اتاق عمل

۶- بررسی مقایسه‌ای تأثیر داروهای مختلف در پیامدهای انواع بیهوشی

۷- بررسی ارزش تشخیصی معیارهای لوله‌گذاری مشکل^۱

۸- بررسی مقایسه‌ای روش‌های کنترل درد پس از عمل جراحی

^۱- تراشه

اولویت‌های تحقیقاتی گروه علوم آزمایشگاه

- ۱- بررسی اپیدمیولوژیک در زمینه آلودگی‌های ویروسی و انگلی در پرسنل آزمایشگاه
- ۲- بررسی ارزش تشخیصی تست‌های آزمایشگاهی در استان
- ۳- بررسی اپیدمیولوژیک آنمی‌ها در کرمانشاه
- ۴- بررسی میزان شیوع کریپتوسپوریدیم در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کرمانشاه
- ۵- بررسی راه‌های کاهش فقر آهن در زنان حامله

اولویت‌های تحقیقاتی گروه چشم

- ۱- کارآزمایی بالینی در انواع روش‌های جراحی بیماری‌های رتینی - استرابیسم و گلوکوم و سگمان قدامی
- ۲- مطالعات تحلیلی در زمینه تشخیص زود هنگام، پیشگیری و درمان تبلی چشم در استان
- ۳- مطالعات تحلیلی در زمینه ترومای چشم و عوارض چشمی انواع داروها

اولویت‌های تحقیقاتی گروه اورولوژی

- ۱- غربالگری تومور مثانه در جمعیت‌های با ریسک بالای ابتلا به کانسر مثانه
- ۲- ارزیابی اثرات درمان دارویی سنگ‌های ادراری کلیه و ارزیابی متابولک آن‌ها
- ۳- بررسی سایتوزنتیک بیماران با TCC^۱ تشخیص داده شده در سن پایین
- ۴- بررسی علل Erectile Dysfunction^۲

اولویت‌های تحقیقاتی گروه پاتولوژی

- ۱- مطالعات جهت تشخیص یا پروگنوستیک^۳ با استفاده از مارکرهای IHC^۴ یا PCR^۵
- ۲- استفاده از مدل‌های مولکولی در تشخیص انواع بیماری‌ها
- ۳- بررسی ارزش تشخیصی مارکرهای IHC یا روش PCR در تشخیص بیماری‌های مختلف
- ۴- بررسی ارزش مارکرهای IHC یا روش PCR در پیش‌آگاهی بیماری‌های مختلف

اولویت‌های تحقیقاتی گروه داخلی

- ۱- مقایسه اثر آزیتوپرین ۱۵۰ و سیکلوسپورین ۲۵۰ در درمان یونئیت‌های التهابی ایدیوپاتیک^۶ در بیماران روماتولوژی^۷
- ۲- بررسی شاخص‌های جرم بدن^۸ در کودکان و نوجوانان
- ۳- مطالعات مداخله‌ای یا تحلیلی در زمینه سندرم روده تحریک‌پذیر

^۱- Transitional Cell Carcinoma

^۲- عمل قابل نموظ

^۳- پنج عامل پروگنوستیک: درگیری غدد لنفاوی- اندازه تومور- گرید هیستولوژی تومور- تهاجم عروقی لنفاتیک- وضعیت گیرنده استروژنی- پروژسترونی

^۴-Immono Hysto Chemistroy

^۵-Polymerase Chain Reaction

^۶- بدون علت

^۷- التهاب مفاصل

^۸-BMI

- ۴- مطالعات مداخله‌ای در زمینه روش‌های مختلف درمانی در دیس‌پسی^۱
- ۵- اپیدمیولوژی سندرم متابولیک در استان
- ۶- مقایسه هزینه‌های بخشی درمان بیماری آرتریت روماتوئید با آنتی‌بادی‌های مونوکلونال^۲ نسبت به شیوه‌های رایج درمانی

اولویت‌های تحقیقاتی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی

- ۱- بررسی میزان تطابق فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی و حرف وابسته با نیازهای جامعه
- ۲- بررسی عوامل زیست‌محیطی مؤثر بر سلامت جوامع شهری و روستایی استان کرمانشاه
- ۳- مطالعه سلامت و بیماری بر مبنای اطلاعات جغرافیایی^۳ در استان کرمانشاه
- ۴- ارزشیابی سیستم‌های بهداشتی
- ۵- بررسی بار بیماری‌های مرتبط با آب در استان کرمانشاه
- ۶- بررسی ساختار سنی و نسبت جنسی جمعیت نیم قرن در استان کرمانشاه و چشم‌اندازی به امید به زندگی جمعیت استان (از ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵)
- ۷- بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (دیابت، MS و...)
- ۸- بررسی هزینه- اثربخشی اجزاء مختلف سیستم بهداشتی درمانی

اولویت‌های تحقیقاتی سایر گروه‌ها

- ۱- کارآزمایی بالینی در زمینه اثرات درمانی گیاهان دارویی
- ۲- مطالعات تحلیلی یا مداخله‌ای در مورد طب سوزنی و حجامت

اولویت‌های تحقیقاتی دانشکده بهداشت

بهداشت عمومی:

- ۱- سنجش شاخص‌های ارتقاء کیفی در مدیریت کیفیت خدمات بهداشتی درمانی
- ۲- بررسی استانداردها و انحرافات خدمات بهداشتی درمانی
- ۳- بررسی راهکارهای مؤثر بر ارتقاء رضایتمندی از خدمات بهداشتی درمانی
- ۴- تعیین تأثیر مدل‌های تعالی سازمانی در واحدهای ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی
- ۵- تعیین عوامل مؤثر بر کارایی و اثربخشی خدمات بهداشتی درمانی
- ۶- بررسی دسترسی شغلی کارکنان سازمان‌های مختلف سطح استان
- ۷- بررسی بهداشت روانی محیط کار
- ۸- بررسی مدیریت بحران، شناسایی مشکلات و راهکارها
- ۹- بررسی فنوتیپ‌بندی‌پایان و چونندگان حائز اهمیت پزشکی در استان

^۱- دیس‌پسی مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های غیراختصاصی گوارشی است که اغلب، موجبات ناراحتی طولانی بیماران را فراهم می‌آورد.

^۲- پادتن تک ظرفیتی

- ۱۰- شناسایی بندپایان ناقل بیماری‌های مختلف در استان کرمانشاه
- ۱۱- بررسی الگوی مقاومت بندپایان حائز اهمیت پزشکی نسبت به سموم حشره‌کش
- ۱۲- تعیین اکولوژی بندپایان حائز اهمیت پزشکی
- ۱۳- تعیین بقایای سموم مختلف شامل حشره‌کش‌ها، علف‌کش‌ها و ...، در محیط زیست و فرآورده‌های نباتی و دامی
- ۱۴- اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع، نوپدید و بازپدید در استان
- ۱۵- بررسی تأثیر کاربرد مدل‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت بر سبک زندگی سالم
- ۱۶- ارزیابی تأثیر رسانه‌ها در ارتقاء کیفی شیوه زندگی سالم
- ۱۷- بررسی نیازسنجی آموزشی در زمینه‌های مختلف بهداشتی
- ۱۸- راهکارهای اصلاح سیستم ارجاع در سیستم بهداشت
- ۱۹- بررسی اثربخشی برنامه‌های جمعیت و تنظیم خانواده در استان کرمانشاه
- ۲۰- بررسی علل بیماری‌های رفتاری در دانش‌آموزان مدارس کرمانشاه
- ۲۱- بررسی هزینه اثربخشی خدمات بهداشتی درمانی
- ۲۲- بررسی مقایسه‌ای کارایی روش‌های مختلف آموزش بهداشت
- ۲۳- بررسی میزان زیست فراهمی آهن و فولیک اسید در نان‌های غنی شده با این ریزمغذی‌ها

بهداشت حرفه‌ای:

- ۲۴- بررسی مسائل و مشکلات ارگونومی در محیط‌های کاری و جامعه
- ۲۵- بررسی بیماری‌های شغلی در محیط‌های کاری
- ۲۶- بررسی عوامل زیان‌آور فیزیکی و زیست محیطی در محیط‌های کاری و جامعه
- ۲۷- بررسی ایمنی و حوادث در محیط‌های کار و جامعه
- ۲۸- بررسی آلودگی‌های هوای محیط‌های کار و جامعه و راهکارهای کنترل آن
- ۲۹- بررسی سم‌شناسی آلاینده‌های شیمیایی محیط‌های کاری و جامعه
- ۳۰- بررسی مقایسه‌ای روش‌های مختلف آموزش بهداشت حرفه‌ای بر ایمنی مشاغل

بهداشت محیط:

- ۳۱- روندتغییرات کیفیت منابع آب استان بر اثر آلاینده‌های مختلف
- ۳۲- بررسی روش‌های ارتقاء کیفیت تصفیه فاضلاب در سطح استان
- ۳۳- بررسی روند تغییرات کیفیت هوای شهر کرمانشاه
- ۳۴- بررسی اپیدمیولوژیک بیماری‌های منتقله از طریق آب و غذا در استان
- ۳۵- بررسی وضعیت بهداشت محیط و ایمنی مدارس و اماکن سطح استان
- ۳۶- ارزیابی اثرات صنایع بزرگ بر محیط زیست

۳۷- بررسی اثرات باقیمانده سموم آفت کش بر منابع آب، غذا و

اولویت‌های تحقیقاتی دانشکده داروسازی

- ۱- کاربرد فارماکولوژیک ترکیبات گیاهی در مطالعات حیوانی و انسانی
- ۲- بررسی انواع سموم در مواد غذایی مختلف
- ۳- کنترل کیفی داروهای تولید داخل با استفاده از سنجش سطح درمانی آن‌ها
- ۴- مطالعات کیفیت روغن‌های حیوانی، گیاهی و مایع
- ۵- بررسی میزان مواد غذایی^۱ در مواد غذایی مختلف
- ۶- بررسی میزان مصرف مواد مغذی سمی در جمعیت استان کرمانشاه
- ۷- فرمولاسیون داروها
- ۸- فرمولاسیون سیستم‌های نوین دارورسانی
- ۹- بررسی پارامترهای فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک داروها و بررسی فراهمی زیستی اشکال مختلف دارویی
- ۱۰- تجویز مصرف منطقی داروها و مقوله‌های مرتبط با داروسازی جامعه‌نگر
- ۱۱- نانو تکنولوژی و نانوبیوتکنولوژی در داروسازی
- ۱۲- کنترل فیزیکوشیمیایی داروها و طراحی روش‌های آنالیزدستگاهی
- ۱۳- کنترل میکروبی داروها
- ۱۴- ارزیابی اثر داروها با استفاده از مدل‌های حیوانی و تکنیک کشت سلولی
- ۱۵- پایش دوز درمانی^۲
- ۱۶- معرفی روش‌های نوین برای سنتز ترکیبات آلی و دارویی
- ۱۷- معرفی واکنش‌گرهای جدید برای سنتز ترکیبات آلی و دارویی
- ۱۸- سنتز ترکیبات دارویی جدید دارای خواص بیولوژیکی (آنتی‌اکسیدانت، ضدباکتری، ضدقارچ، ضدتومور، ضدسل، مهار کننده آنزیم، کاهنده چربی خون، ضددرد، ضدالتهاب و....)
- ۱۹- سنتز ترکیبات دارویی جدید حاصل فلزوبررسی اثرات ضدسرطانی آن‌ها
- ۲۰- کاربرد فن‌آوری نانو در پزشکی و ساخت نانوبیوسنسورها
- ۲۱- معرفی روش‌های نوین در کروماتوگرافی برای آنالیز داروها در نمونه‌های بیولوژیکی
- ۲۲- توسعه روش‌های نوین الکتروشیمی در داروسازی جهت آنالیز و مطالعه ترکیبات دارویی و مطالعات پزشکی
- ۲۳- توسعه روش‌های نوین در علوم مرتبط با DNA و پروتئین جهت مطالعات جهش‌های ژنتیکی
- ۲۴- توسعه روش‌های اسپکتروسکوپی در داروسازی

^۱ -Nutrien

^۲ -Monitoring DoseTherapeutic

- ۲۵- بررسی گیاهان دارویی و مواد مؤثر و نیز ضدقارچی، میکروبی، آنتی اکسیدانت و...
- ۲۶- ساخت سنسورهای پتانسیومتری برای بررسی و آنالیز داروها
- ۲۷- کاربردهای پیشرفته ریاضی و برنامه نویسی در داروسازی و مدل سازی
- ۲۸- مدل سازی ریاضی برای داروها در محیط بیولوژیک به صورت تئوری و تجربی
- ۲۹- بررسی فیزیکوشیمیایی میان کنش داروها با پروتئین های حامل و هدف
- ۳۰- استفاده از سیکلودکسترین ها و پروتئین درسیستم های دارورسانی
- ۳۱- مطالعه اثرترکیبات طبیعی و صناعی بر مهار تجمع پروتئین ها
- ۳۲- سنتز و بررسی مهارکنندگان آنزیمی و آنالیز کینتیک مهار
- ۳۳- بررسی پدیده های بیوشیمیایی حین رگ زائی و مهار آن
- ۳۴- توسعه روش های تئوری درمیان کنش های پروتئین-پروتئین و لیگاند-پروتئین در کنار پژوهش های تجربی و آزمایشگاهی
- ۳۵- بررسی ترکیبات شیمیایی گیاهان دارویی و سایر مواد طبیعی
- ۳۶- بررسی آزمایشگاهی و بالینی اثرات دارویی و درمانی گیاهان دارویی و سایر مواد طبیعی
- ۳۷- تهیه مواد اولیه طبیعی به منظور انجام برخی تحقیقات دیگر
- ۳۸- تهیه مواد اولیه دارویی طبیعی جهت تولید دارو
- ۳۹- ارائه فرمولاسیون های دارویی
- ۴۰- تأثیر عوامل محیطی و کشت بر روی محتوای شیمیایی و مواد مؤثره گیاهان دارویی
- ۴۱- مطالعه تطبیقی چگونگی اختصاص یارانه دارویی در ایران و کشورهای منتخب (ترکیه، عربستان، مالزی و یونان) و ارائه مدل کشوری اختصاص یارانه بر اساس شاخص های عدالت
- ۴۲- تعیین اولویت های تولید و R&D^۱ در صنایع دارویی کشور

^۱ - Research and Development

اولویت‌های تحقیقاتی مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اولویت‌های تحقیقاتی مرکز تحقیقات بیولوژی پزشکی

- ۱- همبستگی زیستی و فراهمی زیستی داروها
- ۲- مطالعه پروفایل اسیدهای چرب موجود در روغن‌ها و کره‌ها
- ۳- تأثیر اسیدهای چرب اشباع و غیراشباع بر بیان مولکول‌های چسبان سلول‌های اندوتلیال عروق
- ۴- مطالعه ژنتیک مولکولی بیماری‌های هموگلوبین
- ۵- بررسی عوامل تأثیرگذار بر فیزیولوژی قلب
- ۶- جداسازی ترکیبات گیاهی القاء‌کننده یا مهارکننده فرآیند رگ‌زایی و بررسی مکانیسم اثر آن‌ها
- ۷- جداسازی و تخلیص پروتئین‌ها و پپتیدهای دارویی و کاربردی
- ۸- جداسازی و کشت اولیه انواع سلول‌ها و بررسی عوامل دخیل در فیزیولوژی و فیزیوپاتولوژی سلول
- ۹- مطالعه و تکوین روش‌های مولکولی در تشخیص بیماری‌های عفونی و غیرعفونی

اولویت‌های تحقیقاتی مرکز تحقیقات باروری و ناباروری

کشت بافت و سلول:

- ۱- شناسایی عوامل دارویی مهارکننده و تسریع کننده رگ‌زایی
- ۲- شناسایی عوامل گیاهی مهارکننده و تسریع رگ‌زایی
- ۳- شناسایی اثرات داروهای جدید و ترکیبات گیاهی بر بافت‌های مختلف بدن در محیط کشت
- ۴- شناسایی عوامل مؤثر بر سیستم‌های هم‌کشتی^۱

مدل‌های حیوانی:

- ۱- شناسایی اثرات جانبی داروهای جدید بر ساختار سلولی و بافت‌ها در بدن حیوان
- ۲- شناسایی اثرات جانبی عصاره‌های گیاهی و ترکیبات طبیعی آن‌ها بر ساختار سلولی و بافت‌ها در بدن حیوان
- ۳- شناسایی اثرات جانبی و تراتوژنی داروهای جدید و ترکیبات طبیعی گیاهی بر روند تکامل جنین در حیوانات آزمایشگاهی

فولیکول‌زایی:

- ۱- شناسایی تأثیر عوامل دارویی و اثرات جانبی آن‌ها بر فرآیند فولیکول‌زایی در حیوانات آزمایشگاهی
- ۲- شناسایی تأثیر عصاره‌های گیاهی و ترکیبات طبیعی مؤثر بر فرآیند فولیکول‌زایی در حیوانات آزمایشگاهی
- ۳- بررسی و مقایسه اثر عوامل محرک تخمک‌گذاری بر تخمدان و اثر جانبی آن‌ها بر ساختار بافتی رحم و لوله رحم

اسپرمتوزنز:

- ۱- بررسی تأثیر داروهای جدید بر اسپرمتوزنز در مدل‌های حیوانی
- ۲- بررسی و شناسایی ترکیبات گیاهی مؤثر بر اسپرمتوزنز در مدل‌های حیوانی

¹ - Coculture

- ۳- شناسایی عوامل مضر طبیعی بر اسپرماتوژنز در مدل‌های حیوانی
- ۴- شناسایی اثر داروها، ترکیبات طبیعی و مضر بر فعالیت و ساختار اسپرم در محیط کشت

ناباروری:

- ۱- بررسی اثر سقط‌زایی عصاره‌های گیاهی و طبیعی در حیوانات آزمایشگاهی
- ۲- بررسی اثر سقط‌زایی داروهای جدید در مدل‌های حیوانی
- ۳- شناسایی عوامل مؤثر بر لانه‌گزینی

اولویت‌های تحقیقاتی مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی

- ۱- مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد آنفلونزای پرندگان، عفونت‌های بیمارستانی، بیماری‌های دهان و دندان، بیماری‌های نقص ایمنی مادرزادی، بروسلا در حیوانات اهلی، عفونت‌های شایع ویروسی در استان، استئومیلیت، آرتریت عفونی، مننژیت و بیماری‌های تنفسی در استان
- ۲- پژوهش‌های تحلیلی در زمینه‌های انواع هپاتیت‌ها (A.B.C.D.E)، عفونت‌های تنفسی، STD^۱، عفونت‌های فرصت‌طلب در افراد با نقص ایمنی، HIV^۲، بروسلا، سل، تیفوئید، گاستروانتریت
- ۳- بررسی مقاومت دارویی به روش‌های کمی و مولکولی جدید در مورد عفونت‌های بیمارستانی، بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های انگلی، STD، بروسلا، سل و تیفوئید.
- ۴- مطالعات مداخله‌ای و تحلیل‌درمان هپاتیت‌ها، بروسلا، سل، تیفوئید و گاستروانتریت
- ۵- ارزیابی پاسخ ایمنی به واکسن‌های مختلف
- ۶- بررسی ژنوتیپینگ در مورد هپاتیت، بروسلا و سل
- ۷- مطالعات اپیدمیولوژیک، تحلیلی و مداخله‌ای در مورد HIV

اولویت‌های تحقیقاتی مرکز تحقیقات بیماری‌های کبد و هپاتیت

- ۱- کارآزمایی بالینی در زمینه درمان هپاتیت‌های ویرال
- ۲- بررسی نتایج در درمان هپاتیت‌های ویرال در گروه‌های پرخطر
- ۳- کارآزمایی بالینی در زمینه درمان‌های مکمل در هپاتیت‌های ویرال
- ۴- ژنوتایپینگ و تعیین سویه‌های غالب هپاتیت‌های B و C و دلتا

اولویت‌های تحقیقاتی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی

- ۱- نیازسنجی و اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی درمانی در بلوک‌های منطقه تحت پوشش مرکز
- ۲- مقایسه روش‌های مختلف مداخله در رفع مشکلات بهداشتی درمانی در منطقه تحت پوشش
- ۳- بررسی علل گرایش به اعتیاد و پایین آمدن سن ابتلا به آن
- ۴- تعیین دلایل معضل بیکاری

^۱ - Sexually Transmitted Diseases

^۲ - Human Immuno deficiency Virus

- ۵- بررسی علل خشونت جوانان، مزاحمت جوانان، اراذل و اوباش
- ۶- بررسی بهبود کیفیت نان در نانوائی‌ها
- ۷- بررسی راهکارهای مناسب جمع‌آوری زباله
- ۸- مطالعه مشکل کم‌فشاری، قطع آب و فرسودگی لوله‌ها
- ۹- بررسی تنگناهای مشکل مسکن، کرایه خانه، وضعیت مالک
- ۱۰- بررسی رفع مشکلات ناشی از آلودگی صوتی موتورسواران
- ۱۱- بررسی رفع موانع و مشکلات ازدواج جوانان
- ۱۲- بررسی راهکارهای جلب مشارکت مردم در نظافت معابر عمومی
- ۱۳- مطالعه ضابطه‌مندکردن حفظ امنیت شبانه
- ۱۴- بررسی دلایل فقر
- ۱۵- بررسی وضعیت مکان‌های آموزشی و ورزشی
- ۱۶- جلب مشارکت جامعه در متناسب‌سازی نمای محلات
- ۱۷- بررسی راهکارهای رفع مشکل فساد اجتماعی و خانه‌های فساد
- ۱۸- بررسی علل عدم علاقه به تحصیل در جوانان
- ۱۹- مطالعه و بررسی علل تراکم جمعیت
- ۲۰- بررسی وضعیت و راهکارهای اصلاح خانواده‌های بد سرپرست
- ۲۱- بررسی آفات و موانع ارتقاء فرهنگی جامعه
- ۲۲- بررسی علل پایین آمدن سطح آموزش و کم‌کاری معلمان
- ۲۳- بررسی میزان آگاهی والدین در برخورد با فرزندان
- ۲۴- بررسی وضعیت تحکیم خانواده و علل طلاق
- ۲۵- بررسی علل عدم پاسخ‌گویی سازمان‌ها مخصوصاً شهرداری

اولویت‌های تحقیقاتی مرکز تحقیقات پستان

- ۱- مقایسه هزینه اثربخشی درمان سرطان سینه با آنتی‌بادی‌های مونوکلونال نسبت به شیوه‌های رایج درمانی

اولویت‌های تحقیقاتی کمیته پژوهشی دانشجویان

- ۱- بررسی خواص بیولوژیک و فارماکولوژیک گیاهان دارویی منطقه
- ۲- بررسی وضعیت شاخص‌های سلامت دانشجویان
- ۳- مطالعات مداخله‌ای در زمینه سوءمصرف مواد
- ۴- مطالعات مداخله‌ای در زمینه عفونت‌های بیمارستانی و ویروس‌های هپاتیت، ایدز و عفونت‌های شایع منطقه
- ۵- مطالعات در زمینه تأثیر روش‌های طب سنتی در درمان بیماری‌ها

اولویت‌های تحقیقاتی معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اولویت‌های تحقیقاتی معاونت امور درمان

دفتر پرستاری:

- ۱- بررسی میزان رعایت استانداردهای مراقبت پرستاری در بیمارستان‌های دانشگاهی
- ۲- بررسی وضعیت رعایت اخلاق در پرستاری
- ۳- بررسی میزان رضایتمندی مراجعین در بخش‌های بیمارستانی
- ۴- بررسی مقایسه‌ای رضایت شغلی کارکنان در بخش‌های مختلف بیمارستان
- ۵- بررسی وضعیت خدمات درمانی ارائه شده به مصدومین ترومایی استان

واحد نظارت و ارزشیابی:

- ۶- بررسی رضایتمندی مراجعین از خدمات ارائه شده به آنان در بیمارستان‌های دانشگاهی
- ۷- بررسی مقایسه‌ای وضعیت محاسبه و برآوردهای خدمات ارائه شده در مراکز دانشگاهی و خصوصی با هزینه‌های دریافتی
- ۸- بررسی وضعیت آمادگی پرسنل فوریت‌های پزشکی در مداخلات و حوادث غیرمترقبه
- ۹- بررسی مقایسه‌ای وضعیت کنترل کیفیت بخش درمانی مراکز دانشگاهی با مراکز غیر دانشگاهی
- ۱۰- بررسی تأثیر کاربرد اصول مدیریت کیفیت جامعه بر میزان هزینه- سود مراکز درمانی
- ۱۱- بررسی تأثیر بودجه‌بندی بخش‌های مختلف درمانی بر هزینه- سود سالیانه مراکز درمانی
- ۱۲- بررسی وضعیت شاخص‌های سلامت پرسنل بهداشتی درمانی

دفتر مامایی:

- ۱۳- بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار در مورد استفاده از روش‌های زایمان بی‌درد و مقایسه روش‌های مختلف زایمان بدون درد
- ۱۴- بررسی کیفیت رعایت دستورالعمل ایمنی استاندارد پیشگیری از بیماری‌های قابل انتقال از طریق خون و ترشحات در بخش زایمان
- ۱۵- بررسی شیوع و علل مؤثر بر تولد نوزادان نارس در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه
- ۱۶- بررسی نیازهای آموزشی (آگاهی و عملکرد) پرسنل مامایی، شاغل در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه در مورد اقدامات لازم در زمینه احیاء نوزاد
- ۱۷- بررسی میزان آگاهی و نگرش دختران نوجوان در مورد علائم بلوغ
- ۱۸- بررسی عوامل مؤثر در مرگ مادری در استان کرمانشاه
- ۱۹- بررسی مقایسه‌ای روند مرگ و میر مادران باردار استان کرمانشاه با سایر مناطق
- ۲۰- بررسی کیفی علل و روش‌های انجام سقط‌های غیرقانونی در کرمانشاه

- ۲۱- بررسی علل درخواست سقط درمانی در زنان باردار مراجعه کننده به پزشک قانونی شهر کرمانشاه
- ۲۲- بررسی میزان آگاهی ماماهاى شاغل در دانشگاه از تخلف‌هاى حرفه‌ای، مراجع رسیدگی و پیگردجرایم مرتبط شغلی
- ۲۳- بررسی کیفیت انجام مراقبت‌ها در بخش بعد از زایمان در بیمارستان‌های استان کرمانشاه
- اداره امور آزمایشگاه‌های تشخیص طبی:**
- ۲۴- مقایسه میزان استانداردهای ایمنی و بهداشت محیط کار در مراکز آزمایشگاهی بیمارستانی بخش‌های دولتی و خصوصی استان کرمانشاه
- ۲۵- مقایسه میزان رضایتمندی مراجعین و پزشکان از عملکرد آزمایشگاه‌های دولتی و خصوصی
- ۲۶- مقایسه کیفیت جواب‌دهی سیستم‌های مختلف سل کانتر در آزمایشگاه‌های بخش‌های دولتی و خصوصی کرمانشاه
- ۲۷- مقایسه کیفیت جواب‌دهی سیستم‌های اتو آنالایزور بیوشیمی در آزمایشگاه‌ها
- ۲۸- مقایسه عوامل خطا در مرحله پره آنالیتیکال در آزمایشگاه‌های کرمانشاه
- اولویت‌های تحقیقاتی معاونت غذا و دارو**
- ۱- مقایسه الگوهای تجویز دارو در نسخ پزشکان در مراکز دانشگاهی و خصوصی
 - ۲- مقایسه فراوانی تجویز آنتی‌بیوتیک‌های تزریقی و خوراکی در مراکز درمانی
 - ۳- بررسی میزان عوارض دارویی و اثرات آن بر سلامت بیماران
 - ۴- ارزیابی سمینارها و کارگاه‌های آموزشی از نظر اثر بر الگوی تجویز داروها
 - ۵- مطالعات پژوهشی کاربردی تعیین عوامل و شاخص‌های ایمنی دارو و دارو درمانی در بیمارستان‌ها
 - ۶- اندازه‌گیری آفات توکسین در مواد غذایی نظیر شیر و فرآورده‌های لبنی، بادام زمینی، پسته و ...
 - ۷- بررسی میزان پاتولین^۱ در سیب و آب سیب‌های عرضه شده به بازار
 - ۸- اندازه‌گیری باقیمانده سموم در قارچ‌های خوراکی
 - ۹- بررسی ایزومرهای سیس و ترانس در روغن‌های خوراکی
 - ۱۰- بررسی و تحقیق در مورد بیماری‌های ناشی از مواد غذایی در انسان در استان کرمانشاه
 - ۱۱- کنترل کیفی مواد غذایی از نظر میزان سموم و مواد مؤثر در آن
 - ۱۲- بررسی وضعیت زنجیره تأمین و توزیع داروهای مراقبتی و پروتکلی نظام سلامت کشور و ارائه الگوی بهینه
 - ۱۳- طراحی و اجرای الگوی بازبینی فهرست دارویی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در راستای ارتقاء تجویز و مصرف منطقی دارو
 - ۱۴- ارزشیابی سامانه نظارت بر داروهای خاص و ارائه الگوی بهینه برای آن
 - ۱۵- بررسی علل و عوامل تجویز داروهای خارج از فهرست دارویی ایران
 - ۱۶- بررسی و اصلاح نظام توزیع دارو در بزرگان
 - ۱۷- تحلیل وضعیت و بررسی راهکارهای ارتقاء کیفیت ارائه خدمات دارویی در داروخانه‌های استان

^۱- سمی است که توسط گونه‌های متفاوت قارچی تولید می‌شود.

۱۸- بررسی علل تجویز غیرمنطقی دارو توسط پزشکان به خصوص آنتی بیوتیک‌ها، کورتیکواستروئیدها و داروهای تزریقی و ارائه پیشنهادات اصلاحی

اولویت‌های تحقیقاتی معاونت امور بهداشتی

- ۱- بررسی راه‌های کاهش رفتارخسونت‌آمیز در دانش‌آموزان در مقاطع مختلف
- ۲- بررسی میزان مهارت زندگی در زنان و مردان استان کرمانشاه
- ۳- بررسی میزان نگرش و عملکرد زنان در بهداشت مواد غذایی
- ۴- کاربرد مدل اعتقادبهداشتی در آموزش مادران باردار و ارائه مدل مناسب
- ۵- بررسی تأثیر آموزش بهداشت با استفاده از مدل اعتقادبهداشتی در انتخاب زایمان طبیعی
- ۶- بررسی وضعیت گذراندن اوقات فراغت در جوانان و نوجوانان استان کرمانشاه
- ۷- تعیین گونه‌های عقرب و مار در سراسر کشور
- ۸- تعیین نقاط پرخطر و حادثه‌خیز سواحل رودخانه‌ها و دریاچه‌های استان
- ۹- بررسی اثرمداخله‌ای آموزش در مدارس جهت کاهش آسیب‌های ناشی از حوادث چهارشنبه سوری
- ۱۰- بررسی نظام مراقبت حوادث در مدارس استان با اولویت مناطق محروم
- ۱۱- بررسی راهکارهای ایجاد نظام مراقبت حوادث در استان
- ۱۲- تعیین بار حوادث در شهرهای مجری برنامه جامعه ایمن و تعیین نسبت آن به کل کشور
- ۱۳- بررسی تأثیر مداخلات انجام شده بر کاهش حوادث در تمام گروه‌ها
- ۱۴- بررسی تأثیر برنامه جامعه ایمن بر استفاده از کلاه ایمنی در میان موتورسواران
- ۱۵- تعیین الگوی رفتارهای ایمن در برگزاری مراسم چهارشنبه سوری
- ۱۶- تعیین الگوی پیشگیری از سوختگی با توجه ویژه به مناطق سردسیر و کوهستانی کشور
- ۱۷- تعیین علل عدم پیروی رانندگان از قوانین راهنمایی و رانندگی
- ۱۸- تعیین علل سوءتغذیه در کودکان زیر ۵ سال استان
- ۱۹- بررسی شیوع علل چاقی در کودکان
- ۲۰- تعیین میزان شیوع رفتارهای زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی عروقی در استان
- ۲۱- بررسی الگوی تغذیه با تأکید بر تنوع و تعادل غذا در خانواده‌های شهری و روستایی استان
- ۲۲- بررسی نحوه تأثیرگذاری تبلیغات رسانه‌ها بر سلامت در استان
- ۲۳- بررسی علت افزایش میزان بروز موارد بیماری‌های مشترک بین انسان و دام مانند بروسلوز در استان
- ۲۴- بررسی مواردسل مقاوم به درمان MDR_TB استان طی ۵ سال گذشته
- ۲۵- تدوین ویژگی‌های فرآورده‌های غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی فاقد استاندارد ملی
- ۲۶- بررسی علل مصرف بی‌رویه الکل و مواد مخدر در جامعه

اولویت‌های تحقیقاتی معاونت پشتیبانی

- ۱- بررسی راهکارهای جذب نیروی انسانی متخصص در استان
- ۲- بررسی نیازهای آموزشی حرفه‌ای کارکنان
- ۳- بررسی موانع و مشکلات اجرایی در آموزش کارکنان
- ۴- تأثیر ساماندهی بانک اطلاعاتی دانشگاه بر ارتقاء فرآیند
- ۵- بررسی راهکارهای افزایش بهره‌وری نیروی انسانی
- ۶- بررسی راهکارهای افزایش انگیزش در کارکنان
- ۷- بررسی میزان موفقیت و اگذاری امور خدماتی، بهداشتی درمانی به بخش خصوصی

اولویت‌های تحقیقاتی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی

- ۱- بررسی راهکارهای بهبود آموزش پزشکی در مقاطع مختلف تحصیلی
- ۲- بررسی ارزیابی عملکرد و مهارت‌های بالینی دانشجویان بالینی
- ۳- اعتبارسنجی برنامه‌های آموزش بالینی
- ۴- راهکارهای بهبود رعایت اخلاق پزشکی در بالین بیماران
- ۵- بررسی نیازهای آموزشی مقاطع مختلف تحصیلی و مقایسه آن با سرفصل‌های ارائه شده توسط وزارتخانه
- ۶- بررسی تأثیر اجرای کارگاه‌های آموزشی بر عملکرد اعضای هیأت علمی

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه‌های بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان صحنه

- ۱- بررسی اثرات زیست‌محیطی پس‌مانده‌های عفونی مراکز بهداشتی درمانی
- ۲- بررسی خطرات ناشی از فضولات حیوانی در مناطق روستایی
- ۳- بررسی خطرات زیست محیطی سگ‌های ولگرد در سطح شهر و روستا
- ۴- بررسی چگونگی ایجاد انگیزش در کارکنان برای رسیدن به اهداف سازمانی
- ۵- بررسی راه‌های شیوع عفونت‌های بیمارستانی و جلوگیری از آن
- ۶- راهکارهای ارتقاء کیفیت CPR^۱ در استان و شهرستان
- ۷- بررسی خطاهای گزارش‌نویسی پرونده‌های درمانی و علل ایجاد آن
- ۸- بررسی علل خودکشی در شهرستان و راه‌های کاربردی برای پایین آوردن آن

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان سنقر

- ۱- بررسی وضعیت پیگیری مراقبت‌های قلبی در بیماران CCU بعد از ترخیص
- ۲- بررسی علل تروما و نحوه ارجاع به مراکز مجهزتر

^۱ - Cardio Pulmonary Resuscitation

- ۳- بررسی میزان مرگ و میر نوزاد در مراکز روستایی
- ۴- بررسی علل بالا بودن پره اکلامپسی در مرکز هفت‌آشیان
- ۵- بررسی علل افزایش مردودی و افت تحصیلی در مقاطع ابتدایی و راهنمایی پسران در سطح روستاها
- ۶- بررسی علل عدم مصرف مکمل‌ها در کودکان زیر ۲ سال در روستا
- ۷- بررسی راه‌کارهای کاهش میزان مرگ و میر در کودکان زیر ۵ سال
- ۸- بررسی میزان و علل FTT^۱ در سنقر
- ۹- بررسی علل مرگ و میر نوزادان نارس
- ۱۰- بررسی اپیدمیولوژی اعتیاد در سنقر
- ۱۱- طرح‌های تحلیلی در زمینه راهکارهای کاهش میزان خودکشی
- ۱۲- طرح‌های تحلیلی در زمینه راهکارهای کاهش تب مالت
- ۱۳- بررسی میزان خشونت علیه زنان در شهرستان سنقر و روستاها
- ۱۴- بررسی شیوع سرطان معده در سنقر

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان هرسین

- ۱- بررسی علل خودکشی و اعتیاد در شهرستان هرسین
- ۲- بررسی علل عدم مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم‌خانواده در شهرستان هرسین
- ۳- بررسی علل عدم تمایل نیروهای متخصص برای خدمت در این شهرستان
- ۴- بررسی علل تقاضای بیش از حد دانشگاه علوم پزشکی برای انتقال نیروهای شبکه‌ها و حتی برخورد با مدیران شبکه در صورت عدم موافقت

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان اسلام‌آباد

- ۱- بررسی میزان عملکرد پرستاران در جداسازی بیماران از تهویه مکانیکی در شهرستان اسلام‌آباد غرب
- ۲- بررسی تأثیر مدیریت بهره‌وری در جهت کاهش هزینه‌های ثابت و متغیر و جلوگیری از دوباره‌کاری و پرت‌ها در شهرستان اسلام‌آباد غرب
- ۳- بررسی علل عفونت‌های بیمارستانی و روش‌های کاهش آن در شهرستان اسلام‌آباد غرب
- ۴- بررسی الگوی محلی مصرف مواد غذایی و ارتباط آن بادیابت غیروابسته به انسولین در شهرستان اسلام‌آباد غرب
- ۵- بررسی وضعیت جمع‌آوری، حمل و نقل و دفع زباله در سطح شهرستان اسلام‌آباد غرب

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان کنگاور

- ۱- طرح‌های مداخله‌ای در زمینه تب مالت در شهرستان کنگاور
- ۲- بررسی علت عدم شناسایی بیماران مبتلا به TB بر اساس میزان مورد انتظار در شهرستان کنگاور
- ۳- بررسی علت افزایش موارد مثبت باقی‌ماندن خلط بیماران اسمیر مثبت ریه در پایان ماه دوم و سوم علی‌رغم درمان طبق دستورالعمل کشوری در شهرستان کنگاور

^۱ - Failure To Thriue (سندرم سوءتغذیه کودکان)

- ۴- بررسی شناخت و راهکار جهت کاهش موارد تروما و تصادفات جاده‌ای در شهرستان کنگاور
- ۵- بررسی معضل اعتیاد و رواج مواد مخدر گوناگون در قشر جوان در شهرستان کنگاور
- ۶- بررسی علل عدم مشارکت مردان در تنظیم خانواده در شهرستان کنگاور

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان گیلان غرب

- ۱- بررسی درخصوص علل وانگیزه‌های آمار بسیار بالای اقدام به خودسوزی در شهرستان‌های غربی استان از جمله گیلان غرب طی سنوات اخیر
- ۲- بررسی میزان علل تمایل جوانان به رفتارهای پرخطر در شهرستان گیلان غرب
- ۳- بررسی راه‌های ارتقاء میزان مشارکت مردم در برنامه‌های حوزه سلامت در شهرستان گیلان غرب

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان جوانرود

- ۱- بهبود نحوه ارزشیابی سالیانه پرسنل شبکه از وضعیت فعلی به وضعیت دقیق‌تر در شهرستان جوانرود
- ۲- راهکارهای افزایش انگیزه کارمندان و کارگران شاغل به خدمت شبکه در شهرستان جوانرود
- ۳- مقایسه شاخص بهداشتی مرتبط با رابطین در مناطق دارای رابط و فاقد رابط در شهرستان جوانرود
- ۴- علل تغییر اپیدمیولوژیک مصرف سیگار و قلیان و مواد مخدر در شهرستان جوانرود
- ۵- مطالعات تحلیلی و مداخله‌ای در مورد بیماری‌های منتقل شده از آب آشامیدنی در شهرستان جوانرود
- ۶- بررسی اثربخشی درمان سل به روش DOTS^۱ و شکست آن در شهرستان جوانرود
- ۷- بررسی رابطه سبک زندگی با ابتلا به فشارخون و دیابت در شهرستان جوانرود
- ۸- بررسی علت شکست برنامه استفاده از کلر مادر در بین خانواده‌های روستایی در شهرستان جوانرود
- ۹- بررسی راه‌های بهسازی محیط زیست روستائیان در زمینه دفع صحیح زباله و فضولات حیوانی خانوار در شهرستان جوانرود
- ۱۰- بررسی علل عدم تفکیک زباله‌ها در مراکز درمانی خصوصی و دولتی در شهرستان جوانرود
- ۱۱- سنجش و اصلاح شاخص‌های بهداشت حرفه‌ای محیط کار در کارگاه‌های مجتمع کارگاهی جوانرود
- ۱۲- تأثیر انجام معاینات شغلی (دوره‌ای) در شاغلین کارگاه‌های تحت پوشش بر بهداشت و سلامتی شاغلین در شهرستان جوانرود
- ۱۳- انجام پژوهش‌های تحلیلی و مداخله‌ای در مورد پایین بودن مشارکت مردان در امر تنظیم خانواده در شهرستان جوانرود
- ۱۴- بررسی وضعیت سطح مشارکت مردم در طرح بیمه روستایی و عدم رعایت سیستم ارجاع در شهرستان جوانرود
- ۱۵- بررسی شیوع و درمان آلودگی پدیکلوز در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهرستان جوانرود در سال ۸۵
- ۱۶- بررسی میزان شدت جراحات ناشی از حوادث وسایل نقلیه در شهرستان جوانرود

^۱ - Directly Observed Treatment Short

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان ثلاث باباجانی

- ۱- بررسی میزان شیوع حاملگی ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن در شهرستان ثلاث و اثرات آن بر کیفیت زندگی مادران در شهرستان ثلاث
- ۲- بررسی سبک و کیفیت زندگی مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ثلاث
- ۳- بررسی تأثیر مدل اعتقاد بهداشتی بر خودآزمایی معاینه پستان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ثلاث
- ۴- بررسی اثر مداخله‌ی آموزشی به شیوه بحث گروهی در بهبود عملکرد زنان در مصرف روغن مایع در شهرستان ثلاث
- ۵- بررسی اثر مداخله‌ی آموزشی بر بهبود آگاهی گزارش و عملکرد دانش‌آموزان دختر سطح راهنمایی نسبت به کم خونی فقر آهن و بلوغ در شهرستان ثلاث
- ۶- بررسی راه‌های بهسازی محیط زیست روستائیان در زمینه دفع صحیح زباله و فضولات حیوانی خانوار در شهرستان ثلاث
- ۷- بررسی مقایسه‌ای اپیدمیولوژی سل در منطقه اورامانات و عوامل مؤثر بر آن در شهرستان ثلاث
- ۸- بررسی وضعیت جزام در کانون‌های قدیمی منطقه در شهرستان ثلاث

اولویت‌های تحقیقاتی شبکه بهداشت و درمان کرمانشاه

- ۱- پژوهش‌های تحلیلی و مداخله‌ای در زمینه اعتیاد، HIV و ایدز، خودکشی، سل، سوانح و حوادث ترافیکی و خانگی، انواع هیپاتیت، بیماری‌های مشترک انسان و دام، تالاسمی ماژور و پراکندگی ژن تالاسمی مینور در جامعه تحت پوشش، بیماری‌های قلب و عروق، دیابت نوع ۲، بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های شایع روانی
- ۲- بررسی راه‌های افزایش مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده
- ۳- بررسی کنترل عوامل زبان‌آور محیط کار و ارائه طرح‌های کنترل
- ۴- بررسی نقش رسانه‌ها در پیشبرد مسائل آموزشی سلامت
- ۵- بررسی وضعیت بوفه‌های مدارس
- ۶- مطالعات تحلیلی در زمینه بلوغ و مسائل بهداشت روان در دانش‌آموزان
- ۷- بررسی راهکارهای تبدیل آگاهی به رفتار بهداشتی

اولویت‌های تحقیقاتی سایر سازمان‌های استان کرمانشاه در ارتباط با سلامت:

اولویت‌های تحقیقاتی شرکت غله و خدمات بازرگانی

- ۱- بررسی اثربخشی غنی‌سازی آرد با عناصر کمیاب و مفید (روی، کلسیم، ...)

اولویت‌های تحقیقاتی بانک رفاه کارگران

- ۱- بررسی وضعیت سلامت در کارکنان ادارات مختلف

اولویت‌های تحقیقاتی اداره کل زندان‌های استان کرمانشاه

- ۱- بررسی فراوانی اعتیاد به مواد مخدر، علل و عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی زمینه‌ساز آن

- ۲- بررسی تغییرات الگوی مصرف مواد در بین معتادان و ارتباط آن با بیماری‌های نوپدید و بازپدید و راه‌های پیشگیری و ارائه راهکار قابل اجرا در جهت کاهش آن
- ۳- بررسی نقش بهداشت روانی در مقابله با اعتیاد و علل سوءمصرف مواد مخدر
- ۴- ارزیابی عملکرد مرکز بازپروری معتادین و مقایسه نتایج MMPI^۱ در مصرف کنندگان مواد و افراد تحت درمان
- ۵- بررسی فحشاء و عوامل زمینه‌ساز آن، بررسی عوامل گرایش جوانان به مفاسد اجتماعی، کودکان خیابانی، زنان و دختران فراری
- ۶- بررسی شیوع مصرف اکستازی و داروهای روان گردان
- ۷- بررسی شیوع بیماری‌های عفونی، پوستی و تنفسی در بین زندانیان
- ۸- بررسی همه‌گیرشناسی افکار خودکشی، اقدام به آن، عوامل زمینه‌ساز و آشکار ساز خودکشی در بین زندانیان
- ۹- بررسی مشکلات فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی ناشی از بیکاری و ارتباط آن با ارتکاب جرم
- ۱۰- بررسی وضعیت بهداشت عمومی زندان‌ها و ارائه راهکارهای مناسب جهت ارتقاء وضعیت موجود
- ۱۱- بررسی راه‌های جلوگیری از ورود مواد مخدر به زندان

اولویت‌های تحقیقاتی اداره کل حمل و نقل و پایانه‌های استان

- ۱- بررسی تأثیر مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده‌ای در کاهش بهداشت روانی خانواده‌های به جای مانده از اینگونه حوادث
- ۲- علل گرایش رانندگان به استفاده از مواد مخدر و تأثیر آن در افزایش تصادفات جاده‌ای
- ۳- نقش اختلال خواب رانندگان در کاهش بهداشت روانی و افزایش تصادفات جاده‌ای
- ۴- علل بروز پدیده کمردرد در میان رانندگان
- ۵- راهکارهای افزایش بهداشت محیط در ترمینال‌های بار و مسافر و اماکن بین‌راهی
- ۶- تدوین سرفصل‌های آموزشی در ارتقاء دانش، بهداشت محیط، بهداشت مشاغل و بهداشت روانی رانندگان

اولویت‌های تحقیقاتی نیروی مقاومت بسیج

- ۱- بررسی مشکلات روانی سربازان و شناخت علل آن در راهکارهای پیشگیری از آن
- ۲- بررسی فراوانی مصرف بی‌رویه داروهای تقویتی و نیروزا و چگونگی عرضه آن در استان
- ۳- بررسی راه‌های عرضه داروهای نیروزا و داروهای تقویتی بدون مجوز و نسخه پزشکی در مراکز ورزشی
- ۴- بررسی علت فروش آشکار و علنی سلاح سرد در ورودی شهر در معابر عمومی
- ۵- بررسی راهکارهای پیشگیری از حمل سلاح سرد و استفاده از آن در درگیری‌ها
- ۶- بررسی وضعیت مراکز فروش پرندگان زیستی و خانگی در استان
- ۷- بررسی راهکارهای ساماندهی و نحوه اشتغال کارگران ساختمانی در استان
- ۸- مقایسه دفع صحیح فاضلاب و معابر سطحی با استانداردهای استان

^۱ -Minnesota Multiphasic Personality Inventory

- ۹- بررسی راهکارهای افزایش استفاده از تفریحات سالم
- ۱۰- بررسی و شناسایی تالاب‌های اطراف شهر و شناسایی فصل مهاجرت پرندگان به صورت سالانه و به کارگیری تدابیر لازم جهت ممانعت از انتشار بیماری‌های ویروسی در نقل و انتقال آن توسط پرندگان مهاجر
- ۱۱- بررسی راه‌های ممانعت از انتقال بیماری‌های پوستی و واگیردار توسط پول خرد و اسکناس
- ۱۲- بررسی علل افزایش آمار طلاق در استان
- ۱۳- بررسی راه‌های ارتقاء دانش همسرگزینی
- ۱۴- بررسی نقش خانواده در ترک اعتیاد عضوی از خانواده
- ۱۵- بررسی افزایش راهکارهای التزام به رفتار بهداشتی در کارکنان نانویی‌های استان
- ۱۶- بررسی میزان ذبح غیربهداشتی و راهکارهای پیشگیری از آن در استان

اولویت‌های تحقیقاتی جمعیت هلال احمر

- ۱- پروژه‌های مروری و تطبیقی در علوم سوانح و امداد و نجات کشور و سایر نقاط جهان
- ۲- بررسی سوانح و حوادث طبیعی و غیر طبیعی در ایران و جهان
- ۳- بررسی تجهیزات، پشتیبانی و مدیریت منابع در امداد پزشکی
- ۴- مدیریت بحران و پاسخ‌گویی به سوانح مبتنی بر جامعه (CBR)^۱
- ۵- بررسی حوادث ناشی از مواد خطرناک HAZMAT^۲
- ۶- بررسی حمایت روانی در بلایا
- ۷- ارزیابی آموزش‌های انجام شده امدادی و فوریت‌های پزشکی از طریق شعب جمعیت هلال احمر
- ۸- بررسی وضعیت به کارگیری دانش‌آموختگان مدیریت امداد سوانح (جمعیت هلال احمر) در عملیات امدادی
- ۹- بررسی مشارکت‌های مردمی و داوطلبانه در زمان قبل، حین و بعد از حادثه
- ۱۰- بررسی میزان اثربخشی و کارآمدی خدمات حمایتی بر وضعیت زندگی اقشار مورد حمایت
- ۱۱- بررسی چگونگی درمان مسدومان حوادث سوختگی، مسمومیت، آلودگی هسته‌ای، شیمیایی و میکروبی، آلودگی آب، گزش بندپایان و خزندگان، مین، آوار، سقوط از بلندی، تصادفات، مواد خطرناک و گازگرفتگی به وسیله حیوانات وحشی
- ۱۲- بررسی آسیب‌های شایع پزشکی به دنبال حوادث و سوانح (اقدامات حمایتی و پیشرفته)
- ۱۳- بررسی مقایسه‌ای جراحی‌های سرپایی حوادث
- ۱۴- بررسی تریاژ در بیمارستان‌های صحرایی
- ۱۵- بررسی مدیکوپتر و انتقال هوایی در ایران
- ۱۶- بررسی تله مدیسین در استان و ایران
- ۱۷- نیازسنجی خدمات توانبخشی به مسدومین حوادث طبیعی و غیرطبیعی

^۱- Community Based Rehabilitation

^۲- Hazardous Materials

- ۱۸- بررسی علت و انواع آسیب‌ها و ضایعات عضوی به دنبال وقوع حوادث طبیعی به خصوص زلزله و راه‌های تدبیر آن
- ۱۹- ارزیابی نحوه ارائه خدمات توانبخشی توسط جمعیت هلال‌احمر
- ۲۰- بررسی میزان آشنایی رضایتمندی مردم از خدمات توانبخشی جمعیت هلال‌احمر و راه‌های افزایش آن
- ۲۱- پژوهش مروری و تطبیقی در کشور و سایر نقاط جهان در زمینه بهداشت
- ۲۲- ارزیابی سریع نیازهای بهداشتی در جمعیت آسیب‌دیده از بلایا
- ۲۳- همه‌گیرشناسی بیماری‌های شایع، واکسیناسیون و ... در حوادث طبیعی و غیرطبیعی
- ۲۴- بررسی فوریت‌های بهداشتی در بلایا و بسته خدمتی مدیریت بیماری‌ها در شرایط بحرانی
- ۲۵- بررسی بهداشت باروری در بلایا
- ۲۶- بررسی بهداشت محیط در حوادث غیرمترقبه (سرویس‌های بهداشتی، آب، هوا، دفع بهداشتی زباله‌ها و فاضلاب، تدفین اجساد و احشام، آلودگی‌زدایی، گندزدایی، مبارزه با بندپایان، حشرات و ...)
- ۲۷- بررسی وضعیت بهداشتی در اردوگاه‌ها
- ۲۸- بررسی فوریت‌های بهداشت روانی
- ۲۹- بررسی تغذیه و امنیت غذایی در بلایا، روش‌های مختلف نگهداری مواد غذایی در بحران
- ۳۰- بررسی وضعیت تغذیه‌ای در اردوگاه‌ها
- ۳۱- بررسی ایمن‌زیستی در حوادث غیرمترقبه (عوامل زیست‌محیطی و ...)
- ۳۲- بررسی سبک زندگی^۱ و کیفیت زندگی در بلایا و اردوگاه‌ها
- ۳۳- بررسی میزان کاربرد نتایج طرح‌های تحقیقاتی در سازمان‌های تابعه جمعیت هلال‌احمر
- ۳۴- بررسی نقش فن‌آوری و تکنولوژی در درمان، در شرایط اضطراری و بحران

اولویت‌های تحقیقاتی مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

- ۱- بررسی علل زمان‌های تلف شده در امدادسانی به مجروحین و حوادث
- ۲- بررسی علت‌های تماس با اورژانس
- ۳- بررسی راهکارهای ایجاد تسریع در امدادسانی در حوادث ترافیکی

اولویت‌های تحقیقاتی حفاظت محیط زیست

- ۱- بررسی مشکلات محیط زیستی مشترک ایران و عراق در مناطق مرزی
- ۲- ارزیابی مخاطرات محیط زیستی فلزات سنگین و رسوبات رودخانه قره‌سو
- ۳- بررسی اثرات زیست‌محیطی استفاده از پساب در شهرهای مختلف در قالب پروژه‌های مجزا
- ۴- تعیین فلورمیکروبی رودخانه‌های استان

اولویت‌های تحقیقاتی ثبت احوال استان

- ۱- بررسی علل دیربختی وقایع حیاتی از قبیل ولادت و فوت
- ۲- بررسی علل ابطال و صدور اسناد سجلی

^۱- Life style

رتبه‌بندی دانشکده‌های پزشکی بر اساس معیارهای پژوهشی:

در راستای ایجاد رقابت و توسعه پژوهش در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به اندازه‌گیری شاخص‌های مرتبط با پژوهش در دانشکده‌های پزشکی و مقایسه آن‌ها نموده و بر اساس نتایج آن، دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌ها را رتبه‌بندی می‌نماید. تدوین این معیارها و ایجاد رقابت بین دانشگاهی می‌تواند زمینه‌های رشد فعالیت دانشگاه‌ها خصوصاً دانشکده‌های پزشکی را فراهم کرده و بالطبع آن بسیاری از مشکلات حوزه سلامت از طریق پژوهش‌های انجام شده در این مراکز آموزشی و پژوهشی مورد بررسی قرار می‌گیرد. [۱۷]

جدول شماره ۴-۳۶: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار مراکز تحقیقاتی

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	فسا	۳۱/۶۴
۲	شیراز	۵۲/۲۴	۱۳	همدان	۳۰/۴۱
۳	تهران	۵۱/۶۲	۱۴	قزوین	۲۹/۹۱
۴	ارتش	۴۷/۰۳	۱۵	بوشهر	۲۸/۶۳
۵	بقیه... (ص)	۳۹/۸۶	۱۶	رشت	۲۸/۲۲
۶	ایران	۳۵/۹۹	۱۷	سمنان	۲۸/۰۳
۷	بندرعباس	۳۴/۸۴	۱۸	کرمانشاه	۲۷/۵۵
۸	کرمان	۳۴/۰۵	۱۹	گرگان	۲۶/۷۵
۹	اصفهان	۳۳/۱۸	۲۰	شهیدبهشتی	۲۶/۳۱
۱۰	مشهد	۳۳/۱۳	۲۱	ارومیه	۲۵/۹۴
۱۱	بابل	۳۲			

جدول شماره ۴-۳۷: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار مراکز تحقیقاتی مصوب

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	ساری	۸/۷۳
۲	تهران	۶۴/۲۲	۱۳	مشهد	۷/۹۹
۳	اصفهان	۴۵/۹۸	۱۴	اهواز	۷/۰۹
۴	ایران	۴۴/۴۶	۱۵	یزد	۶/۳۲
۵	کرمان	۴۱/۸۳	۱۶	سمنان	۴/۶۱
۶	شهیدبهشتی	۳۵/۴	۱۷	بندرعباس	۳/۵
۷	شیراز	۳۲/۶۱	۱۸	کاشان	۲/۵۶
۸	تبریز	۱۷/۴۳	۱۹	کرمانشاه	۲/۲۶
۹	رشت	۱۴/۴۱	۲۰	سندج	۲/۱۸
۱۰	بقیه... (ص)	۱۰/۵۹	۲۰	شهرکرد	۲/۱۸
۱۱	زاهدان	۱۰/۳۷			

جدول شماره ۴-۳۸: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار مراکز تحقیقاتی غیرمصوب

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۲	بابل	۲۲/۰۵
۲	ارثش	۵۹/۵۲	۱۳	بقیه... (بج)	۲۱/۵۶
۳	شیراز	۵۳/۵۸	۱۴	فسا	۲۱/۳۸
۴	بندرعباس	۴۵/۶۲	۱۵	تهران	۲۰/۸۶
۵	بوشهر	۳۶/۴۱	۱۶	سمنان	۱۹/۹۶
۶	کرمانشاه	۳۰/۶۹	۱۷	اراک	۱۴/۸۲
۷	مشهد	۲۹/۳۲	۱۸	ارومیه	۱۳/۳۳
۸	همدان	۲۷/۸۵	۱۹	کرمان	۱۳/۲۳
۹	قزوین	۲۷/۶۱	۲۰	ساری	۸/۹۳
۱۰	رشت	۲۳/۷۴	۲۱	زاهدان	۸/۸۷
۱۱	گرگان	۲۲/۲			

جدول شماره ۴-۳۹: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار مجلات

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۱۴	بندرعباس	۲/۹۴
۲	تهران	۱۰۰	۱۴	بیرجند	۲/۹۴
۳	شیراز	۳۴/۹۹	۱۴	خرم‌آباد	۲/۹۴
۴	شهیدبهشتی	۱۸/۸۱	۱۴	رشت	۲/۹۴
۵	مشهد	۱۶/۴۱	۱۴	رفسنجان	۲/۹۴
۶	ایران	۱۱/۷۴	۱۴	زاهدان	۲/۹۴
۷	اصفهان	۷/۶۱	۱۴	زنجان	۲/۹۴
۸	بقیه... (بج)	۵/۸۷	۱۴	سمنان	۲/۹۴
۸	تبریز	۵/۸۷	۱۴	سندج	۲/۹۴
۱۰	یزد	۵/۲۷	۱۴	شهرکرد	۲/۹۴
۱۱	بابل	۳/۵۳	۱۴	قزوین	۲/۹۴
۱۱	ساری	۳/۵۳	۱۴	کاشان	۲/۹۴
۱۱	شاهد	۳/۵۳	۱۴	کرمان	۲/۹۴
۱۴	اراک	۲/۹۴	۱۴	کرمانشاه	۲/۹۴
۱۴	ارثش	۲/۹۴	۱۴	گرگان	۲/۹۴
۱۴	اردبیل	۲/۹۴	۱۴	همدان	۲/۹۴
۱۴	ارومیه	۲/۹۴	۱۴	یاسوج	۲/۹۴
۱۴	اهواز	۲/۹۴	۱۴	آزادتهران	۲/۹۴
۱۴	ایلام	۲/۹۴			

معاونت بهداشتی

پیام معاونت بهداشتی^۱:

«سلامتی عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و معلولیت». در سال‌های اخیر این تعریف گسترش یافته است تا توانایی داشتن «زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی» را نیز در خود جای دهد. در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت تأکید شده است که حق بنیادین هر انسان است که از «بالاترین سطح استاندارد سلامتی» برخوردار باشد. این بدان معناست که دولت‌ها مسئول تأمین سلامت همه مردم هستند. امروزه مردم انتظار کیفیت زندگی بالاتری دارند، به همین دلیل دولت‌ها در سرتاسر جهان تلاش می‌کنند تا کیفیت زندگی مردم را با کاهش بیماری و مرگ‌ومیر، فراهم کردن مراقبت‌های بهداشتی اولیه و افزایش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی ارتقاء بخشند. از آن‌جا که بهداشت تحت تأثیر عواملی چون غذای کافی، مسکن مناسب، سبک زندگی، حفاظت علیه خطرات محیطی و بیماری‌های واگیر است و پزشکی تنها دانش مؤثر در بهداشت و رفاه جامعه نیست و نیروی بالقوه همکاری‌های بین‌بخشی برای سلامت جامعه روبه‌روز بیشتر نمایان می‌شود، پیشگامان بهداشت از محدوده تنگ مراقبت‌های پزشکی پا فراتر گذاشته‌اند.

رسالت معاونت بهداشتی:

رسالت معاونت بهداشتی، حفظ و ارتقاء سطح سلامت، بالابردن امید به زندگی برای تمامی آحاد جامعه از طریق کاهش بیماری‌ها و بهبود شیوه زندگی، همراه با تأمین و توزیع نیروی انسانی کارآمد، تربیت بهورزان و افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی در جامعه و با الگو گرفتن از ارزش‌های دینی و حفظ دستاوردهای ملی، توجه به کرامت انسانی، تأکید بر عدالت اجتماعی و رضایتمندی مشتریان ضمن شناخت آداب، رسوم، سنن و فرهنگ‌های جامعه‌می-باشد و محور اصلی اقدامات خود را بر توانمندسازی مردم در تحقق رسالت فوق قرار داده است.

اهداف کلان معاونت بهداشتی:

- آماده‌سازی زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری ارائه خدمات بهداشتی درمانی به منظور دسترسی آسان تمامی جمعیت استان اعم از شهری، روستایی و عشایری به خدمات بهداشتی درمانی با کمیت و کیفیت مناسب
- ارائه خدمت به گروه‌های آسیب‌پذیر شامل کودکان زیر ۶ سال، زنان باردار و شیرده، زنان تحت پوشش برنامه‌های فاصله‌گذاری و سالمندان
- برنامه‌ریزی سلامت محور و ارائه خدمات به نوجوانان و جوانان ۲۵-۶ ساله در راستای ارتقای کیفیت زندگی این گروه سنی با تأکید بر اقدامات پیشگیرانه منطبق با فرهنگ جامعه، متناسب با جنسیت و مشارکت همه‌جانبه ایشان
- بهبود شاخص‌های بهداشتی، اصلاح و بهبود شیوه زندگی مردم، افزایش امید به زندگی، کاهش موارد ابتلا به مرگ و میر (کاهش بار بیماری)

۱ - اطلاعات برگرفته از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

- ارائه خدمت به گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از طریق کنترل عواملی از محیط زندگی که به گونه‌ای بر روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان تأثیرگذار می‌باشند.
- ارائه خدمات بهداشتی به شاغلین و کارگران در بخش‌های مختلف از قبیل خدمات، صنعت، کشاورزی، معدن و نیز صیانت از نیروی کار.
- ارائه خدمات در جهت پیشگیری و کاهش بیماری‌های دهان و دندان به گروه‌های هدف و عموم جامعه
- توانمندسازی جامعه در شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و ارائه الگوهایی در زمینه شیوه زندگی سالم در کاهش بیماری‌ها و مرگ و میر و ایجاد زندگی با نشاط برای افراد جامعه
- استقرار خدمات نظارتی و پشتیبانی مورد نیاز برای کنترل بیماری‌ها، اپیدمی‌ها و افزایش کیفیت خدمات آزمایشگاهی
- ارائه و تأمین خدمات دارویی به شبکه‌ها

دستاوردهای مهم معاونت بهداشتی:

- ۱- راه‌اندازی واحدهای بهداشتی درمانی پیش‌بینی شده در طرح و گسترش شبکه‌ها تا حدود ۹۵٪
- ۲- جذب و توزیع نیروی انسانی مورد نیاز واحدهای فعال تا حدود ۸۰٪
- ۳- احداث و نوسازی ساختمان جهت واحدهای بهداشتی درمانی تا حدود ۸۰٪
- ۴- تأمین و بهبود استاندارد تجهیزات فنی و اداری واحدهای فعال تا حدود ۷۰٪
- ۵- اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به ۱۰۰٪
- ۶- شروع و تداوم بانک‌های اطلاعاتی (NHIS^۱، سامانه سلامت ایرانیان و ...) در همه شهرستان‌های تابعه
- ۷- سرشماری و آماده‌سازی اطلاعات پایه، بانک‌های اطلاعاتی در همه شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر
- ۸- پذیرش و جذب بهورز به میزان ۹۰٪ مورد نیاز
- ۹- جذب، آموزش و استفاده از همکاری رابطین سلامت ۱۰۰٪^۲
- ۱۰- دارا بودن شناسنامه سلامت در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی به میزان ۱۰۰٪، دانش‌آموزان مقطع راهنمایی به میزان ۸۵٪ و دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان به میزان ۶۵٪
- ۱۱- کاهش شیوع پدیکلوزیس در دانش‌آموزان روستایی از ۷٪ در سال ۱۳۸۳ به ۲/۱٪ در سال ۱۳۸۸
- ۱۲- پایلوت اجرای طرح ارزیابی شناسنامه سلامت دانشجو
- ۱۳- ارتقاء شاخص مراکز تهیه، توزیع، فروش و نگهداری مواد غذایی دارای معیار بهداشتی در مناطق شهری از ۶۷٪ در سال ۱۳۷۸ به ۸۵٪ در سال ۱۳۸۸ و کسب رتبه دوم کشوری در سال ۱۳۸۵

^۱ -National Health Information System

^۲ - جذب، آموزش و استفاده از همکاری رابطین سلامت به میزان ۱۰۶۰۵۱ خانوار تحت پوشش رابطین در استان و ۴۷۲۱۷۲ جمعیت تحت پوشش برنامه رابطین در استان که بسته به توانایی رابطین جمعیت دارد.

- ۱۴- ارتقاء شاخص مراکز تهیه، توزیع، فروش و نگهداری مواد غذایی دارای معیار بهداشتی در مناطق روستایی از ۴۱٪ در سال ۱۳۷۸ به ۶۶٪ در سال ۱۳۸۸ و کسب رتبه چهارم کشوری در سال ۱۳۸۵
- ۱۵- ارتقاء شاخص اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی در مناطق شهری از ۷۰٪ در سال ۱۳۷۸ به ۸۶٪ در سال ۱۳۸۸ و کسب رتبه یازدهم کشوری در سال ۱۳۸۵
- ۱۶- ارتقاء شاخص اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی در مناطق روستایی از ۳۴٪ در سال ۱۳۷۸ به ۵۵٪ در سال ۱۳۸۸ و کسب رتبه سوم کشوری در سال ۱۳۸۵
- ۱۷- ارتقاء شاخص مطلوبیت باکتریولوژیک آب آشامیدنی روستایی از ۵۶٪ در سال ۱۳۷۸ به ۷۶/۳٪ در سال ۱۳۸۸
- ۱۸- ارتقاء شاخص دسترسی خانوارهای روستایی به شبکه عمومی آب آشامیدنی از ۷۲٪ در سال ۱۳۷۸ به ۹۱/۸٪ در سال ۱۳۸۸
- ۱۹- ارتقاء شاخص دسترسی خانوارهای روستایی به شبکه عمومی و منابع بهسازی آب آشامیدنی از ۸۱٪ در سال ۱۳۷۸ به ۹۶/۸٪ در سال ۱۳۸۸
- ۲۰- کاهش درصد خانوارهایی که از کلر مادر استفاده می کنند از ۳۳٪ در سال ۱۳۷۸ به ۱۵٪ در سال ۱۳۸۸
- ۲۱- ارتقاء شاخص دسترسی خانوارهای روستایی به توالی بهداشتی از ۵۳٪ در سال ۱۳۷۸ به ۶۷/۳٪ در سال ۱۳۸۸
- ۲۲- ارتقاء شاخص خانوارها با دفع بهداشتی زباله از ۳۸٪ در سال ۱۳۷۸ به ۶۵/۲٪ در سال ۱۳۸۸
- ۲۳- ارتقاء شاخص خانوارها با دفع بهداشتی فضولات حیوانی از ۳۳٪ در سال ۱۳۷۸ به ۷۳٪ در سال ۱۳۸۸
- ۲۴- ارتقاء شاخص مراکز کاربرد پرتوهای یون ساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب از ۸۰٪ در سال ۱۳۷۸ به ۱۰۰٪ در سال ۱۳۸۸
- ۲۵- ارتقاء شاخص مراکز کاربرد پرتوهای یون ساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب از ۷۵٪ در سال ۱۳۷۸ به ۹۸٪ در سال ۱۳۸۸
- ۲۶- اجرای برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان در شهرستان پاوه از سال ۱۳۸۶
- ۲۷- تحت پوشش قراردادن ۸۴/۸٪ سالمندان در شهرستان پاوه از سال ۱۳۸۶ تا سال ۱۳۸۸
- ۲۸- اجرای برنامه بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی از سال ۱۳۸۷ در دو شهرستان روانسر و کنگاور
- ۲۹- ارتقاء شهرستان های پایلوت برنامه بهبود شیوه از دو شهرستان به شش شهرستان در سال ۱۳۸۹
- ۳۰- کاهش درصد کموزنی متوسط و شدید در کودکان زیر ۶ سال از ۹/۶٪ به ۵٪
- ۳۱- کاهش کوتاه قدی متوسط و شدید در کودکان زیر ۶ سال از ۱۴٪ به ۵٪
- ۳۲- کاهش درصد شیوع گواتر از ۵۷/۵٪ به ۱۰/۸٪
- ۳۳- ارتقاء الگوی صحیح مصرف روغن (کاهش مصرف روغن جامد نباتی از ۹۰٪ به ۸۰٪)
- ۳۴- افزایش پوشش برنامه آموزش تغذیه و آهن یاری دختران دانش آموز در کلیه مدارس راهنمایی و دبیرستان های سطح استان
- ۳۵- افزایش پوشش برنامه حمایتی بهبود تغذیه کودکان زیر ۶ سال در ۱۴ شهرستان

- ۳۶- راه‌اندازی مرکز مشاوره تغذیه در سه شهرستان
- ۳۷- افزایش پوشش تنظیم خانواده در استان از میزان ۴۹/۶٪ در سال ۱۳۷۱ به میزان ۷۴/۵٪ در سال ۱۳۸۷
- ۳۸- کاهش رشد طبیعی جمعیت در استان از میزان ۲/۱٪ در سال ۱۳۷۱ به میزان ۰/۹۴٪ در سال ۱۳۸۷
- ۳۹- کاهش میزان خام‌موالید از ۲۵/۸٪ در سال ۱۳۷۱ به میزان ۱۴/۵٪ در سال ۱۳۸۷
- ۴۰- کاهش میزان باروری کلی از ۴/۲٪ در سال ۱۳۷۱ به ۱/۶۵٪ در سال ۱۳۸۷
- ۴۱- برگزاری دوره‌های آموزشی وازکتومی به روش وازکتومی جهت انجام عمل جراحی بستن لوله مردان جهت پزشکان عمومی و راه‌اندازی ۳ مرکز NSV
- ۴۲- تدوین برنامه استراتژیک، پیشگیری و کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی برای اولین بار در کشور و پیشنهاد اجرای آن از طرف وزارت بهداشت در ۸ استان کشور
- ۴۳- تدوین برنامه استراتژیک کاهش مرگ و میر ناشی از خودکشی برای اولین بار در کشور و تأیید آن توسط مسئولین
- ۴۴- راه‌اندازی مرکز سلامت اجتماعی زنان برای اولین بار در غرب کشور به صورت پایلوت
- ۴۵- ارتقاء و حفظ پوشش ایمن‌سازی (۱۰۰٪) در گروه‌های مختلف سنی
- ۴۶- پوشش ۱۰۰ درصدی غربالگری کم‌کاری تیروئید در نوزادان ۵-۳ روزه
- ۴۷- اجرای برنامه جامعه ایمن در شهرستان سنقر از سال ۱۳۸۶ و کاندیدا شدن شهرستان جهت پیوستن به شبکه جهانی جامعه ایمن در سال ۱۳۸۹
- ۴۸- راه‌اندازی مرکز آزمایشگاه رفرانس آنفلوانزا در منطقه غرب
- ۴۹- راه‌اندازی مرکز PND با همت مرکز مدیریت بیماریها
- ۵۰- راه‌اندازی کلینیک سلامتی در استان به صورت پایلوت کشوری
- ۵۱- راه‌اندازی ۲ مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در استان
- ۵۲- راه‌اندازی ۳ مرکز کاهش آسیب رفتارهای پرخطر در مردان
- ۵۳- اجرای طرح سلامت در محیط کار برای اولین بار در کشور
- ۵۴- راه‌اندازی مرکز زنجیره سرد معاونت بهداشتی
- ۵۵- راه‌اندازی مرکز مشاوره قبل از ازدواج در کلیه شهرستان‌های استان به تعداد ۱۸ مرکز
- ۵۶- کاهش میزان مرگ و میر مادران در طی ۵ سال گذشته به میزان ۵۰٪ در سطح استان با انجام و پیگیری مداخلات مؤثر
- ۵۷- راه‌اندازی مرکز زایمان فیزیولوژیک در بیمارستان معتضدی
- ۵۸- راه‌اندازی مرکز سرویس‌دهی تخصصی به مادران پرخطر در بیمارستان امام رضا(ع)
- ۵۹- دوستدار مادر شدن ۳ بیمارستان در سطح استان «معتضدی، بیستون و امام رضا(ع)»
- ۶۰- اجرای موفق برنامهٔ مراقبت ادغام یافته مادران در سطح استان به میزان ۱۰۰٪ از سال ۱۳۸۶ تاکنون
- ۶۱- تقویت امکان دسترسی مطلوب و انجام مشاوره‌های به موقع با مادران پرخطر در مرکز ریفرال امام رضا(ع)

- ۶۲- وجود نیروی متخصص زنان در تمام بیمارستان‌های استان
- ۶۳- استقرار پایگاه بهداشتی در بیمارستان‌های سطح استان به میزان ۵۷٪ جهت پیگیری مادران باردار ارجاع شده به بیمارستان
- ۶۴- کاهش یا رایگان نمودن هزینه‌های درمانی- بیمارستانی مادران باردار بی‌بضاعت به میزان ۱۰۰٪
- ۶۵- افزایش درصد زایمان ایمن و انجام زایمان در بیمارستان از سال ۸۳ تا سال ۸۷ به میزان ۲٪
- ۶۶- توسعه دسترسی به میزان ۱۰۰٪ به بیمارستان یا تسهیلات زایمانی طبق چارت
- ۶۷- راه‌اندازی کلاس‌های دوران بارداری (از هفته ۲۰ بارداری) به منظور آشنایی با روند زایمان طبیعی، ورزش‌های ریلکسیشن جهت کاهش درد در هنگام زایمان، آموزش تکنیک‌های زایمان طبیعی در سه بیمارستان شهرستان کرمانشاه (معتضدی، امام حسین (ع) و بیستون)
- ۶۸- کاهش ۵۰ درصدی میزان مرگ مادر در طی سه سال گذشته
- برجسته‌ترین توانمندی‌های معاونت بهداشتی:**
- پوشش ۱۰۰٪ واکسیناسیون کودکان و نوزادان [(ب. ث. ژ)، پولیو ۳، ثلاث و هپاتیت ۳]
 - پوشش ۹۵٪ برنامه تنظیم خانواده زوج ناقلین تالاسمی
 - پوشش ۹۰٪ برنامه هیپوتیروئیدی نوزادان در استان
 - پوشش ۹۵٪ بهداشت روان
 - پوشش ۹۵٪ غربالگری دیابت در افراد بالای ۳۰ سال در مناطق روستایی
 - افزایش ۲۸٪ پوشش برنامه ثبت موارد سرطان در استان
 - راه‌اندازی ۳۰ خانه بهداشت جدید
 - راه‌اندازی ۲ مرکز بهداشتی درمانی روستایی
 - راه‌اندازی ۲ مرکز بهداشت شهرستان
 - افزایش تعداد رابطان بهداشت روستایی از ۶۰ به ۴۲۰ نفر
 - افزایش تعداد رابطان بهداشت شهری به ۱۱۶۷ نفر
 - جذب و جلب همکاری ۱۳۰ داوطلب متخصص و رابط ادارات
 - راه‌اندازی مرکز کاهش آسیب و سلامت جنسی و ترک اعتیاد زنان برای اولین بار در کشور
 - راه‌اندازی مرکز کاهش آسیب (DIC)^۱ و تیم‌های سیار^۲ و مرکز نگهداری متادون (MMT)^۳ جهت معنادین تزریقی در استان

^۱-Drop In Center^۲-Reach Out^۳-Metadon Maintenance Therapy

حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه از واحدهای مختلف تشکیل شده که هر یک اهداف خاصی را به دنبال می‌کند که به شرح زیر آمده است:

• واحد آموزش و سلامت معاونت بهداشتی

مقدمه:

سلامتی به عنوان یک حق، از بزرگ‌ترین نعمت‌های خداوند است. اما تلقی مردم از سلامت متغیر و نامشخص است. در گذشته عدم بیماری را مصادف با سلامت می‌دانستند اما از آنجا که کیفیت زندگی بشر با فن‌آوری تغییر کرده و امروزه زندگی چیزی فراتر از زنده ماندن تعریف می‌شود، مفهوم سلامتی نیز ارتقاء یافته و سازمان جهانی بهداشت سلامت را به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و حتی معنوی تعریف می‌کند. بر این اساس، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به دنبال قالب و ساختاری هستند که بتوانند از طریق آن به مفهوم سلامت با تمامی ابعادش دست یابند. قالبی که از آن به عنوان ارتقای سلامت یاد می‌شود.

در این رویکرد، سلامت امری است که تنها وظیفه و هدف‌بخش سلامت نیست بلکه هدف نهایی تمامی بخش‌های توسعه و محور همه تلاش‌ها و برنامه‌های مختلف دولت است و همه افراد اعم از تصمیم‌گیران، سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، مدیران و تمامی مردم می‌بایست کلیه اقداماتشان بر محور سلامت فرد و جامعه قرار گیرد و تأثیر تصمیم یا اقدام خود را بر سلامت خود و جامعه ارزیابی نمایند.

در این رویکرد، ارتقای سلامت به معنای توانمندسازی افراد برای شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح برای انتخاب رفتار سالم و در نهایت رعایت الگوی زندگی سالم می‌باشد. اعلامیه انقلابی آلماتا در سال ۱۹۷۸ که به عنوان نقطه عطفی در تاریخ مراقبت‌های بهداشتی و آموزش سلامت باقی مانده است، برای آموزش سلامت جایگاه بسیار مهمی در «ترویج اعتماد به نفس فردی و اجتماعی و توانمندسازی مردم به منظور مشارکت تام در ارتقای سلامت و ارائه مراقبت‌های بهداشتی» قائل است. بنابراین برای ارتقای سلامت باید به تقویت آموزش سلامت پرداخت. دستیابی به اهداف ارتقای سلامت تنها زمانی امکان‌پذیر است که آموزش سلامت، ایفای نقش نماید.

برای توسعه‌ی آموزش سلامت باید به مسایل گوناگونی توجه نمود:

آموزش سلامت نیازمند اتخاذ سیاست‌های جدید و هماهنگ با اصول ارتقای سلامت و همچنین توسعه منابع انسانی ماهر است، منابعی که امکان آموزش سلامت در راستای تأمین و ارتقای سلامت کشور را فراهم سازند. آموزش سلامت نیازمند توجه به مناسب‌ترین فن‌آوری‌ها و الگوهای آموزشی است، تکنولوژی و الگوی مناسبی که مشارکت مردم و مسئولیت‌پذیری برای سلامت، اعتماد به نفس و توانایی‌های مردم را افزایش دهد. همچنین تقویت رویکرد چندبخشی و افزایش هماهنگی درون‌بخشی و فعالیت‌های جلب حمایت همه‌جانبه از آموزش سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت است و توجه بیشتر به پایش و ارزیابی، یکی از نیازمندی‌های آموزش سلامت است. علاوه براین، توسعه و تقویت آموزش سلامت برای تأمین و ارتقای سلامت مردم، نیازمند توجه جدی مدیران بخش سلامت و برنامه‌ریزان برنامه چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور به «آموزش سلامت» است.

برنامه‌ای که پیش رو دارید به عنوان اولین برنامه استراتژیک واحد آموزش سلامت، حرکتی است علمی به سوی آینده‌ای بهتر برای آموزش سلامت که امید است با حمایت همه جانبه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و پشتیبان فراوان کارشناسان آموزش سلامت این حوزه انجام پذیرد.

رسالت واحد آموزش سلامت:

این واحد با استفاده از توانائی‌ها و امکانات موجود، وظیفه خود می‌داند که با توانمندسازی جامعه در شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و ارائه الگوهایی در زمینه شیوه زندگی سالم در کاهش بیماری‌ها، مرگ و میر و ایجاد زندگی با نشاط برای افراد نقش اساسی ایفاء نماید و همواره می‌کوشد تا با مدیریت صحیح برنامه‌های آموزشی مورد نیاز، تعهد خود را به جامعه، گیرندگان خدمت، کارکنان، دولت و سایر ذینفعان به گونه‌ای انجام دهد که منجر به افزایش دانش و سواد بهداشتی به منظور تغییر نگرش و رفتار برای ارتقاء کیفیت زندگی افراد گردد.

واحد آموزش سلامت اعتقاد دارد، نیروی انسانی با ارزش‌ترین منبع سازمان است و بدین منظور افزایش دانش و مهارت افراد را در اولویت قرار داده و با توانمندسازی کارکنان و حفظ حرمت، بستری را برای جلب مشارکت در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی‌ها فراهم می‌کند و به طور مستمر تلاش می‌کند تا مشارکت مؤثر تمام بخش‌های توسعه (ادارات، ارگان‌ها و سازمان‌های مرتبط) در استان را جهت طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های سلامت جلب کرده و به ایجاد ارتباط صحیح درون و بین‌بخشی اقدام نماید و همواره در راستای سیاست‌ها و استراتژی‌های کلان وزارت متبوع حرکت کند.

دورنمای واحد آموزش سلامت:

واحد آموزش سلامت برآن است که با بهره‌گیری از دانش، امکانات موجود، همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردمی، موجبات ارتقای سطح سلامت جامعه و مردم را به گونه‌ای فراهم آورد که از نظر شاخص‌های سلامتی رتبه اول را در استان‌های غرب کشور داشته باشد.

ارزش‌های واحد آموزش سلامت:

- ۱- توجه جدی به انتظارات و توقعات مشتری‌ها و پاسخ‌دادن به نیازهای آنان در اسرع وقت و با حداکثر دقت با حفظ کرامت انسانی
- ۲- رعایت عدالت بهداشتی با تأکید بر دسترسی برابر مردم به خدمات آموزشی با رعایت نوع دوستی و مهرورزی
- ۳- توجه به تحقیقات کاربردی جهت رفع مشکلات بهداشتی
- ۴- بهبود مستمر کیفیت فرآیند آموزشی
- ۵- توانمندسازی و حفظ انگیزه درکارکنان

هدف کلی واحد آموزش سلامت:

افزایش کیفیت زندگی و سال‌های زندگی توأم با سلامتی از طریق ترویج شیوه زندگی سالم در جامعه.

اهداف اختصاصی واحد آموزش سلامت:

- ۱- بهبود دانش و مهارت کلیه کارشناسان آموزش سلامت در زمینه مهارت‌های عمومی و تخصصی آموزش سلامت تا پایان سال ۹۱ به میزان ۴۰٪ نسبت به وضعیت موجود
- ۲- بهبود برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های بسیج اطلاع‌رسانی جهت ارتقای برنامه‌های آموزش سلامت تا پایان سال ۹۱ به میزان ۵۰٪ نسبت به وضعیت موجود
- ۳- افزایش آگاهی و مهارت‌های عمومی مراقبت از خود و بهبود شیوه زندگی سالم در گروه‌های هدف خاص تا پایان سال ۹۱ به میزان ۴۰٪ نسبت به وضعیت موجود
- ۴- بهبود روابط درون‌بخشی با واحدهای مرتبط آموزش سلامت به میزان ۵۰٪ نسبت به وضعیت موجود تا سال ۹۰
- ۵- بهبود روابط برون‌بخشی و جلب مشارکت سایر بخش‌های مرتبط با سلامت، در برنامه‌های آموزش سلامت به میزان ۵۰٪ وضعیت موجود
- ۶- افزایش تعداد طرح‌های تحقیقاتی در زمینه آموزش سلامت به میزان ۳۰٪ نسبت به وضعیت موجود تا سال ۹۱
- ۷- ارتقاء وضعیت سیستم ارزیابی و ارزشیابی برنامه‌ها و فعالیت‌های آموزش سلامت به میزان ۵۰٪ نسبت به وضعیت موجود تا سال ۹۱
- ۸- ارتقاء وضعیت تشویق در اجرای برنامه‌های آموزش سلامت به میزان ۵۰٪ نسبت به وضعیت موجود تا سال ۹۱
- ۹- بهبود وضعیت بازاریابی اجتماعی برای آموزش سلامت به میزان ۳۰٪ نسبت به وضعیت موجود تا سال ۹۱
- ۱۰- ایجاد نظام جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و توزیع اطلاعات معتبر آموزش سلامت و تحلیل آن در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی تا پایان سال ۹۱

S: نقاط قوت واحد آموزش سلامت

- ۱- علاقمند بودن نیروها
- ۲- جوان بودن اکثر کارشناسان آموزش بهداشت
- ۳- ایجاد بستری مناسب جهت اجرای برنامه‌های آموزشی و پژوهشی
- ۴- در ارتباط بودن فعالیت‌های واحد آموزش با سایر واحدها

W: نقاط ضعف واحد آموزش سلامت:

- ۱- نبود اعتبار در واحد
- ۲- نداشتن تجهیزات و امکانات مناسب
- ۳- عدم برنامه‌ریزی برای توانمند نمودن نیروها
- ۴- دیدگاه غلط نسبت به واحد آموزش بهداشت
- ۵- منسجم نبودن برنامه‌های واحد آموزش بهداشت
- ۶- نبود شرح وظایف مشخص و روشن

۷- کمبود نیروی انسانی

۸- عدم دسترسی به منابع علمی جدید و حتی ساده‌ترین وسایل کمک آموزشی

۹- عدم وجود استاندارد و شاخص‌ها

O: نقاط فرصت واحد آموزش سلامت

۱- حمایت مدیر اداره ارتباطات در جهت ارتقاء واحد

۲- وجود برنامه‌های توانمندسازی کارشناسان آموزش از طرف وزارتخانه

۳- بالا بودن نرخ باسوادی (۹۷٪ جمعیت زیر ۴۰ سال باسواد هستند)

۴- پخش برنامه‌های آموزش سلامت از طریق رسانه‌ها و سایت‌های سلامت

۵- حمایت مدیران ارشد برای توانمند نمودن نیروها

۶- حمایت مسئولین از برنامه‌های تحقیقاتی آموزش سلامت

T: نقاط تهدید واحد آموزش سلامت

۱- تداخل شرح وظایف با واحدهای دیگر در سطح وزارتخانه

۲- تفکر عدم لزوم واحد آموزش بهداشت در مدیران وزارتخانه

۳- عدم تخصیص بودجه و ردیف خاص به واحد آموزش از وزارتخانه

۴- عدم وجود پست‌های کارشناس آموزش بهداشت به اندازه کافی در تشکیلات مصوب کشوری

نگاهی به برخی شاخص‌های مهم واحد آموزش سلامت:

نسبت کارشناسان آموزش سلامت آموزش دیده در زمینه موضوعات تخصصی آموزش سلامت:

$$\frac{\text{تعداد کارشناسان آموزش سلامت آموزش دیده در زمینه موضوعات تخصصی آموزش سلامت}}{\text{تعداد کل کارشناسان آموزش سلامت استان}} \times 1000$$

نسبت موارد اجرای بسیج اطلاع‌رسانی برنامه‌های آموزش سلامت در زمینه بهبود شیوه زندگی سالم:

$$\frac{\text{تعداد بسیج‌های اطلاع‌رسانی برنامه‌های آموزش سلامت در سال}}{\text{تعداد کل برنامه‌های آموزش سلامت در همان سال}} \times 100$$

درصد اجرای کارگاه‌های آموزشی مهارت زندگی و بهبود شیوه زندگی سالم برگزار شده در گروه‌های هدف خاص:

$$\frac{\text{تعداد کارگاه‌های آموزشی مهارت زندگی و بهبود شیوه زندگی سالم جهت گروه‌های هدف خاص اجرا شده}}{\text{تعداد کارگاه‌های آموزشی مهارت زندگی و بهبود شیوه زندگی سالم جهت گروه‌های هدف خاص پیش‌بینی شده}} \times 100$$

نسبت برنامه‌های اجرا شده در محیط‌های حامی سلامت (بسیج، فرهنگ‌سراها، حوزه‌های علمیه و نهضت سواد آموزی):

$$\frac{\text{تعداد برنامه‌های اجرا شده در محیط حامی سلامت}}{\text{تعداد برنامه‌های پیش‌بینی شده جهت محیط‌های حامی سلامت}} \times 100$$

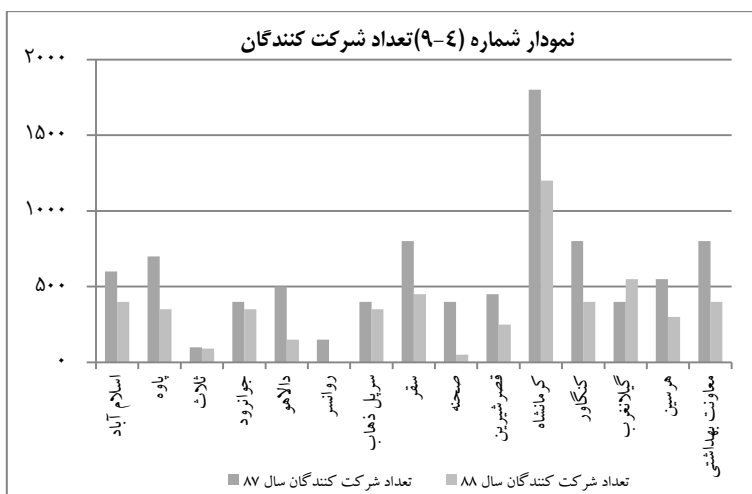
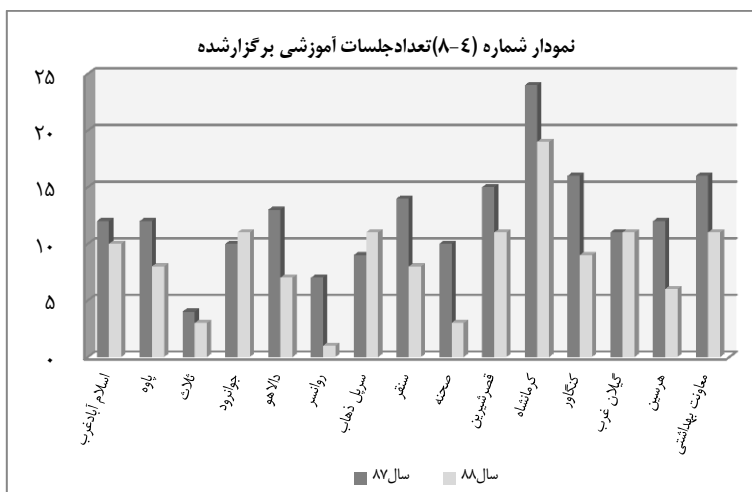
نسبت کمیته‌های تخصصی و جلسات هماهنگی برگزار شده:

$$\frac{\text{تعداد کمیته‌های تخصصی و جلسات هماهنگی برگزار شده}}{\text{تعداد کمیته‌های تخصصی و جلسات هماهنگی پیش‌بینی شده}} \times 100$$

درصد پایش و ارزشیابی‌های برنامه و فعالیت‌های آموزش سلامت انجام شده در سال:

تعداد پایش و ارزشیابی‌های برنامه و فعالیت‌های آموزش سلامت انجام شده در سال
 $\times 100$
 تعداد کل پایش و ارزشیابی‌های برنامه و فعالیت‌های آموزش سلامت پیش‌بینی شده در سال

کلیه این شاخص‌ها در جهت شناسایی میزان پیشرفت برنامه‌های واحد آموزش سلامت طرح‌ریزی گردیده‌اند.



جدول شماره ۴-۴: وضعیت شاخص‌های ارزیابی واحد آموزش بهداشت

ردیف	عنوان شاخص	وضعیت موجود		پیش‌بینی		
		سال ۱۳۸۸	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۹۴	سال ۱۴۰۰	سال
۱	درصد کارشناسان آموزش سلامت آموزش دیده در زمینه موضوعات تخصصی آموزش سلامت	۶۰	۷۲	۹۵	۱۰۰	
۲	درصد اجرای بسیج اطلاع‌رسانی برنامه‌های آموزش سلامت در زمینه بهبود شیوه زندگی سالم	۴۰	۴۸	۹۳	۱۰۰	
۳	درصد کارگاه‌های آموزشی خود مراقبتی و بهبود شیوه زندگی سالم در گروه‌های هدف خاص	۳۰	۵۰	۹۴	۱۰۰	
۴	نسبت برنامه‌های اجرا شده در محیط‌های حامی سلامت	۲۵	۴۷	۹۲	۱۰۰	
۵	نسبت کمیته‌های تخصصی و جلسات هماهنگی برگزار شده	۵۰	۶۵	۹۵	۱۰۰	
۶	تعداد پژوهش‌های کاربردی آموزش سلامت انجام شده در سال	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
۷	نسبت پایش و ارزشیابی‌های برنامه و فعالیت‌های آموزش سلامت انجام شده در سال	۸۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	

محورهای اصلی واحد آموزش سلامت:

- جلب حمایت همه‌جانبه (مدیران و سایر بخش‌های درگیر جهت اجرای مؤثر برنامه‌ها)
- هماهنگی برون‌بخشی
- انجام پایش و ارزیابی‌های دوره‌ای جهت تعیین میزان پیشرفت برنامه‌ها

شرح مختصری بر برنامه‌های حائز اولویت در واحد آموزش سلامت:*** عنوان طرح اول: بهبود شیوهی زندگی سالم****شرح تفصیلی طرح:**

شیوه زندگی شهری و مدرن، از جنبه‌های گوناگون، با موجودی به نام انسان طبیعی در تعارض و ناهماهنگی است. انسان که خود جزئی از طبیعت است، طی دویست سال گذشته، محیط و شرایط زیست خود را که مدت‌هاست با آن سازگار شده، به شدت تغییر داده است. به طور قطع هدف این تغییر و دگرگونی‌ها به خدمت‌گرفتن علوم جدید برای آسایش، سلامتی و ارتقای سطوح مختلف کیفی زندگی بوده است. بهداشت و سلامت شهروندان به گونه‌ای عام و در کلانشهرها به گونه‌ای خاص هزینه‌هایی به مراتب سنگین‌تر بر دوش جوامع در حال توسعه گذاشته است. برای دستیابی به وضعیت بهتر سلامت افراد و جامعه، اتخاذ شیوه‌های زندگی سالم و رفتارهای مثبت بهداشتی از ضروریات محسوب می‌گردند، بنابراین آموزش و ایجاد انگیزه در مردم در جهت تغییر دیدگاه‌ها، رفتارها و عادات از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است که از طریق اقدام در حیطه‌های زیر قابل حصول می‌باشد:

- تغذیه و رژیم غذایی سالم
- فعالیت جسمی مناسب
- کنترل دخانیات

- پیشگیری از سوانح، حوادث و ...

با مداخله آموزشی و بسیج اطلاع‌رسانی در زمینه‌های فوق‌الذکر می‌توان شیوه زندگی سالم را در جامعه ترویج نمود. بی‌شک، دادن اطلاعات و آگاهی از طرق مختلف به آحاد جامعه می‌تواند در بهبود و ارتقای سطح سلامت مردم بسیار مفید و مؤثر باشد.

سازمان‌های درگیر طرح بهبود شیوه زندگی سالم:

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مسئول اجرای طرح مذکور است، ولی این امر تحقق نمی‌یابد مگر آنکه سایر سازمان‌های ذیربط نیز مشارکت لازم را در این زمینه به انجام رسانند؛ مانند، آموزش و پرورش، صدا و سیما و سایر رسانه‌های گروهی- محلی، بسیج و حوزه‌های علمیه، سازمان تربیت بدنی، نیروی انتظامی، کمیته امداد، سازمان بهزیستی، هلال‌احمر، اداره‌ی بازرگانی، راهنمایی و رانندگی، فرمانداری و استانداریو

زمان اجرای طرح مذکور در سه دوره یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: شناسایی گروه‌های هدف در معرض خطر و بررسی وضعیت موجود از نظر کیفیت زندگی آنان و انجام نیازسنجی آموزشی در خصوص موضوعات مرتبط با بهبود شیوه زندگی

پنج ساله: انجام آموزش‌های مستمر به طرق مختلف بر اساس ویژگی‌های مخاطبان برنامه

ده ساله: بهبود مشهود در شیوه زندگی آحاد جامعه

نتایج مورد انتظار طرح مذکور:

- اصلاح رفتارهای پرخطر
- ارتقاء سطح سلامت جامعه از طریق کاهش میزان ابتلا به بیماری‌های واگیر و غیرواگیر
- بهبود شیوه زندگی افراد جامعه و ارتقای سطح سلامت مردم

هدف کلی طرح بهبود شیوه زندگی سالم:

افزایش کیفیت زندگی و سال‌های زندگی توأم با سلامتی

اهداف اختصاصی:

- ۱- ترویج شیوه زندگی سالم و فعالیت‌های جسمانی به‌خصوص در میان گروه‌های پرخطر به میزان ۱۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۸۹
- ۲- افزایش آگاهی گروه هدف در خصوص تأثیرات فعالیت فیزیکی بر تندرستی به میزان ۱۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۸۹
- ۳- افزایش فعالیت بدنی در گروه هدف برنامه به میزان ۱۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۸۹
- ۴- افزایش آگاهی دانش‌آموزان درخصوص نقش خوردن صبحانه در تندرستی و یادگیری به میزان ۱۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۸۹

- ۵- افزایش آگاهی دانش‌آموزان در خصوص فواید خوردن سبزیجات و میوه‌جات در تأمین رشد و سلامت به میزان ۱۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۸۹
- ۶- افزایش آگاهی نوجوانان در زمینه مضرات استعمال سیگار به میزان ۱۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۸۹
- ۷- افزایش آگاهی نگرش و مهارت نوجوانان در زمینه مهارت قاطعیت و نه گفتن به میزان ۱۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۸۹

اهداف اختصاصی پنج ساله طرح مذکور:

- ۱- ترویج شیوه زندگی سالم و فعالیت‌های جسمانی به خصوص در میان گروه‌های پرخطر به میزان ۳۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۹۴
- ۲- افزایش آگاهی گروه هدف در خصوص تأثیرات فعالیت فیزیکی بر تندرستی به میزان ۳۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۹۴
- ۳- افزایش فعالیت بدنی در گروه هدف برنامه به میزان ۳۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۹۴
- ۴- افزایش آگاهی دانش‌آموزان در خصوص نقش خوردن صبحانه در تندرستی و یادگیری به میزان ۳۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۹۴
- ۵- افزایش آگاهی دانش‌آموزان در خصوص فواید خوردن سبزیجات و میوه‌جات در تأمین رشد و سلامت به میزان ۳۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۹۴
- ۶- افزایش آگاهی نوجوانان در زمینه مضرات استعمال سیگار به میزان ۳۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۹۴
- ۷- افزایش آگاهی نگرش و مهارت نوجوانان در زمینه مهارت قاطعیت و نه گفتن به میزان ۳۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۹۴

اهداف اختصاصی بیست ساله طرح مذکور:

- ۱- ترویج شیوه زندگی سالم و فعالیت‌های جسمانی به خصوص در میان گروه‌های پرخطر به میزان ۷۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۱۴۱۰
- ۲- افزایش آگاهی گروه هدف در خصوص تأثیرات فعالیت فیزیکی بر تندرستی به میزان ۷۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۱۴۱۰
- ۳- افزایش فعالیت بدنی در گروه هدف برنامه به میزان ۷۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۱۴۱۰
- ۴- افزایش آگاهی دانش‌آموزان در خصوص نقش خوردن صبحانه در تندرستی و یادگیری به میزان ۷۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۱۴۱۰
- ۵- افزایش آگاهی دانش‌آموزان در خصوص فواید خوردن سبزیجات و میوه‌جات در تأمین رشد و سلامت به میزان ۷۰٪ در صد وضعیت موجود تا پایان سال ۱۴۱۰
- ۶- افزایش آگاهی نوجوانان در زمینه مضرات استعمال سیگار به میزان ۷۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۱۴۱۰

۷- افزایش آگاهی نگرش و مهارت نوجوانان در زمینه مهارت قاطعیت و نه گفتن به میزان ۷۰٪ وضعیت موجود تا پایان سال ۱۴۱۰

شاخص‌های ارزیابی طرح مذکور بر اساس اهداف اختصاصی طرح:

- (۱) درصد افراد آموزش دیده در خصوص ترویج شیوه زندگی سالم و فعالیت‌های جسمانی =

$$\frac{\text{تعداد افراد آموزش دیده در خصوص ترویج شیوه زندگی سالم و فعالیت‌های جسمانی}}{\text{تعداد کل افراد در معرض خطر}} \times 100$$
- (۲) نسبت ارتقای آگاهی گروه هدف در خصوص تأثیرات فعالیت فیزیکی بر تندرستی =

$$\frac{\text{میانگین نمرات آگاهی کسب شده در خصوص تأثیرات فعالیت فیزیکی بر تندرستی بعد از آموزش}}{\text{میانگین نمرات آگاهی کسب شده در خصوص تأثیرات فعالیت فیزیکی بر تندرستی قبل از آموزش}}$$
- (۳) میزان انجام فعالیت‌های بدنی بعد از آموزش در گروه هدف =

$$\frac{\text{تعداد افراد آموزش دیده‌ای که به طور مستمر فعالیت بدنی دارند}}{\text{کل افراد آموزش دیده}} \times 100$$
- (۴) نسبت ارتقای آگاهی گروه هدف در خصوص نقش خوردن صبحانه در تندرستی و یادگیری =

$$\frac{\text{میانگین نمرات آگاهی کسب شده در خصوص نقش خوردن صبحانه در تندرستی و یادگیری بعد از آموزش}}{\text{میانگین نمرات آگاهی کسب شده در خصوص نقش خوردن صبحانه در تندرستی و یادگیری قبل از آموزش}}$$
- (۵) نسبت ارتقای آگاهی گروه هدف در خصوص فواید خوردن سبزیجات و میوه‌جات در تأمین رشد و سلامت =

$$\frac{\text{میانگین نمرات آگاهی کسب شده در خصوص فواید خوردن سبزیجات و میوه‌جات در تأمین رشد و سلامت بعد از آموزش}}{\text{میانگین نمرات آگاهی کسب شده در خصوص فواید خوردن سبزیجات و میوه‌جات در تأمین رشد و سلامت قبل از آموزش}}$$
- (۶) نسبت ارتقای آگاهی گروه هدف در خصوص مضرات استعمال سیگار =

$$\frac{\text{میانگین نمرات آگاهی کسب شده در خصوص مضرات استعمال سیگار بعد از آموزش}}{\text{میانگین نمرات آگاهی کسب شده در خصوص مضرات استعمال سیگار قبل از آموزش}}$$
- (۷) نسبت ارتقای نگرش و مهارت گروه هدف در خصوص مهارت قاطعیت و نه گفتن =

$$\frac{\text{میانگین نمرات نگرش و انجام مهارت در خصوص مهارت قاطعیت و نه گفتن بعد از آموزش}}{\text{میانگین نمرات نگرش و انجام مهارت در خصوص مهارت قاطعیت و نه گفتن قبل از آموزش}}$$

پیشنهادهای اصلاحی در طرح مذکور:

- مطرح نمودن جنبه‌های شیوه زندگی سالم در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جهت جلب حمایت برون‌بخشی
- تأمین منابع مالی مورد نیاز جهت اجرای مداخلات آموزشی

* عنوان طرح دوم: شبکه یاوران بسیجی سلامت

شرح تفصیلی طرح:

در راستای توسعه و تقویت محیط‌های حامی سلامت به ویژه نیروی مقاومت بسیج به خاطر سابقه درخشان و جایگاه مردمی بودن آن در کلیه عرصه‌های دفاعی، فرهنگی، اجتماعی و ...، در سال ۸۵ تفاهم‌نامه‌ای بین سازمان

بسیج سازندگی و معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منعقد گردید که به دنبال اجرایی نمودن مفاد تفاهم‌نامه، اهم اقدامات انجام گرفته در سال ۸۷ به شرح ذیل می‌باشد:

- در سال ۸۷، ۵۲ حوزه‌منتخب نیروی مقاومت بسیج سراسر کشور با توجه با معیارهای تعیین شده در کمیته کشوری، شناسایی شده و قابلیت آن را خواهد داشت تا پایان سال ۸۸، ۲۰۸ نفر داوطلب سلامت بسیجی در سه سطح حوزه‌های منتخب تحت پوشش برنامه‌های آموزش و ارتقای سلامت قرار گیرند.
- کمیته علمی برنامه آموزش و ارتقای سلامت در نیروی مقاومت بسیج با مشارکت نمایندگان سازمان بسیج سازندگی و نماینده دانشگاه علوم پزشکی تشکیل گردید.
- ۳۸ مصوبه در جلسات کمیته کشوری، جهت اجرا به کمیته‌های شهرستانی ابلاغ گردید.
- آیین‌نامه اجرایی استقرار شبکه سلامت یاران بسیج برای مداخلات آموزش سلامت در ۵۲ حوزه منتخب، در کمیته کشوری تدوین و جهت اجرا به کمیته‌های استانی ابلاغ گردید.

نقش دانشگاه در طرح شبکه یاوران بسیجی سلامت:

- ۱- مشارکت در تشکیل کمیته مشترک سیاست‌گذاری در سطح ستاد و تعیین اولویت‌های طرح و برنامه‌ریزی در سطح استان‌ها.
- ۲- مشارکت در تدوین دستورالعمل اجرایی و برنامه تفصیلی طرح در استان‌ها.
- ۳- تأمین اساتید، کارشناسان و مربیان برنامه‌های آموزشی.
- ۴- مشارکت در تأمین منابع مالی و تدارکاتی مورد لزوم برای اجرای برنامه‌های آموزشی (تولیدات آموزشی، محل برگزاری، پذیرایی برنامه‌های آموزش، ایاب و ذهاب، اسکان، خرید هدایا و حق‌الزحمه) در قالب قراردادهای فیما بین.
- ۵- برگزاری دوره‌ها و جلسات آموزشی مداوم برای گروه‌های هدف و مربیان بسیجی.
- ۶- صدور و ارائه گواهی مشترک پایان دوره و اعتباربخشی به آن، برای شرکت‌کنندگان در دوره‌های آموزشی تربیت مربی.
- ۷- پایش، نظارت و ارزشیابی برنامه‌ها به طور مشترک.
- ۸- همکاری در تهیه و ارسال گزارشات مکتوب عملکردی کمیته‌ها.

نقش نیروی مقاومت بسیج:

- ۱- مشارکت در تشکیل کمیته مشترک سیاست‌گذاری در سطح ستاد و تعیین اولویت‌های طرح‌ریزی در سطح استان‌ها.
- ۲- مشارکت در تدوین دستورالعمل اجرایی و برنامه تفصیلی طرح در استان‌ها.
- ۳- همکاری در تهیه منابع آموزشی و تدارکاتی مورد لزوم برای اجرای برنامه‌های آموزش (تولیدات آموزشی، محل برگزاری و پذیرایی برنامه‌های آموزشی، اسکان، ایاب و ذهاب خرید هدایا و...) در قالب قراردادهای فیما بین.
- ۴- مشارکت و همکاری در برگزاری دوره‌ها و جلسات آموزشی برای گروه‌های هدف.
- ۵- مشارکت و همکاری در بسیج اطلاع‌رسانی.
- ۶- پایش، نظارت و ارزشیابی برنامه‌ها به طور مشترک.
- ۷- همکاری در تهیه و ارسال گزارشات مکتوب عملکردی.

زمان اجرای طرح: تا پایان سال ۸۹

نتایج مورد انتظار: بهبود و اصلاح باورها و نگرش‌های گروه‌های هدف مردمی در خصوص توسعه رفتارهای سالم

و محدود نمودن رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت

شاخص ارزیابی:

- تعداد دوره آموزشی برگزار شده
- تعداد نفرات آموزش دیده
- میزان ارتقاء سطح آگاهی افراد آموزش دیده

استراتژی‌های واحد آموزش سلامت:

- ۱- توانمندسازی کارشناسان آموزش سلامت در زمینه‌های تخصصی آموزش سلامت
- ۲- برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های بسیج اطلاع‌رسانی در جهت حساس‌سازی جامعه
- ۳- توانمندسازی مردم در زمینه مراقبت از خود و بهبود شیوه زندگی سالم
- ۴- توسعه روابط درون‌بخشی و برون‌بخشی
- ۵- توسعه تحقیقات و پژوهش‌های کاربردی در زمینه آموزش سلامت
- ۶- ارزیابی و ارزشیابی صحیح و مناسب از برنامه‌ها و فعالیت‌های آموزش سلامت
- ۷- استقرار نظام تشویق در توسعه آموزش سلامت
- ۸- بازاریابی اجتماعی برای آموزش سلامت
- ۹- توسعه نظام جمع‌آوری اطلاعات و پردازش داده‌های آموزش سلامت
- ۱۰- جلب حمایت مالی برون‌بخشی برای توسعه آموزش سلامت

• گروه طرح و گسترش معاونت بهداشتی

مقدمه:

طرح راهاندازی شبکه‌های بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۴ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. در استان کرمانشاه، در ابتدا در شهرستان اسلام‌آباد غرب به عنوان پایلوت شروع و به تدریج بقیه شهرستان‌ها هم در قالب شبکه بهداشت و درمان شروع به فعالیت نمودند.

از همان ابتدای راهاندازی نظام شبکه و باتوجه به محتوای خدمات قابل ارائه در راستای اعلامیه آلماتو نیز اجزاء PHC، ضرورت ایجاد مرکز یا واحدی که راهاندازی، هماهنگی و انسجام سایر واحدها را برعهده بگیرد، محرز شد. پراکندگی جغرافیایی روستاها، نیاز به تربیت کارکنانی با توانائی‌های ویژه جهت خدمت در دورترین روستاها (بهورزان)، تجهیزات و ساختمان مناسب، تعیین بسته خدمتی قابل ارائه، پشتیبانی‌های فنی و اداری و ... موجب شکل‌گیری و تقویت واحدهای طرح و گسترش در مراکز بهداشت استان و شهرستان‌ها شد. آموزش ماماها و روستایی و همچنین برنامه داوطلبین سلامت (رابطین بهداشتی) بعدها به شرح وظایف این واحدها اضافه گردید.

پس از حدود سه دهه فعالیت شبکه‌های بهداشت و درمان، برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی انقلاب جدیدی را در نظام سلامت ایجاد کرد. این برنامه‌ریزی نیز برپایه زیرساخت‌های شبکه بهداشت و درمان و بامحوریت و مدیریت واحدهای طرح و گسترش طراحی و اجرا گردید که موجب جذب اعتبارات قابل توجه، ساماندهی نسبی نظام ارجاع، نوسازی تجهیزات واحدها، جذب و به‌کارگیری پزشکان و ماماها و به طور کلی بهبود کمی و کیفی ارائه خدمات بهداشتی درمانی شد.

در ابتدای سال ۱۳۹۰، ۱۴ شهرستان با ۶۶۱ خانه بهداشت، ۶۲ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۶۶ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۲۴ پایگاه بهداشت شهری و ۱۰ مرکز آموزش بهورزی جمعیتی بالغ بر ۱۹۰۰۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند. همچنین طبق آخرین آمار در برنامه رابطین حدود ۱۳۴۵ نفر رابط بهداشت شهری، ۱۴۴۱ نفر رابط بهداشت روستایی و ۳۸۲ نفر رابط متخصص مشغول فعالیت بوده و ۱۱۷۰ نفر بهورز زن و مرد در خانه‌های بهداشت مشغول انجام وظیفه می‌باشند.

رسالت واحد طرح و گسترش:

آماده‌سازی زیرساخت‌های مورد نیاز ارائه خدمات بهداشتی درمانی، از جمله طراحی و تصویب طرح‌های گسترش و تشکیلات سازمانی مربوطه، تربیت نیروی بهورزی، آموزش و بازآموزی بهورزان، جذب و آموزش رابطین بهداشتی، هماهنگی بین واحدهای ارائه دهنده خدمت، تهیه زمین و پیگیری احداث و تعمیرات فضای فیزیکی، تأمین و جایگزینی تجهیزات فنی و اداری و ... به منظور دسترسی مناسب تمامی جمعیت استان اعم از شهری، روستایی و عشایری به خدمات بهداشتی درمانی با کمیت و کیفیت مناسب، رسالت گروه طرح و گسترش می‌باشد.

چشم‌انداز واحد طرح و گسترش:

نگاهی به شاخص‌های سلامت در کشور نشان دهنده موفقیت ارائه خدمات در قالب نظام شبکه است. بدیهی است تغییر سیمای سلامت، نیازمند اصلاح مستمر نظام شبکه جهت پاسخگویی به نیازهای جدید در حوزه سلامت است.

در دورنمای شبکه‌های بهداشتی درمانی ایجاد زیرساخت‌های جدیدی همانند ارائه خدمات بر پایه فن‌آوری‌های جدید مانند بانک‌های اطلاعاتی و پرونده سلامت الکترونیک، پیش‌بینی و در حال تکمیل می‌باشد. همچنین توسعه برنامه پزشک خانواده در شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر، اصلاح و تقویت نظام ارجاع از ضروریات نظام شبکه در دهه آینده می‌باشد.

دستاوردهای واحد طرح و گسترش:

نظام شبکه در دوران حدود سه ده فعالیت، منشاء خدمات ارزنده‌ای در حوزه سلامت شده است که از آن جمله می‌توان به کاهش قابل توجه مرگ و میر کودکان و مادران، کاهش رشد جمعیت، افزایش امید به زندگی و ... اشاره نمود.

هدف کلی واحد طرح و گسترش:

راه‌اندازی و پشتیبانی‌های فنی و اداری از شبکه‌های بهداشتی درمانی

اهداف اختصاصی واحد طرح و گسترش:

- ۱- راه‌اندازی بقیه واحدهای پیش‌بینی شده در طرح توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی به میزان ۱۰۰٪ تا سال ۱۳۹۴
- ۲- جذب و توزیع نیروی انسانی براساس تشکیلات شبکه‌ها به میزان ۱۰۰٪ تا سال ۱۳۹۴
- ۳- تکمیل و نوسازی فضای فیزیکی واحدها به میزان ۹۵٪ تا سال ۱۳۹۴
- ۴- تأمین و بهبود استاندارد تجهیزات فنی و اداری واحدها به میزان ۹۵٪ تا سال ۱۳۹۴
- ۵- اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر به میزان ۱۰۰٪ تا سال ۱۳۹۴
- ۶- تکمیل اطلاعات بانک‌های اطلاعاتی پیش‌بینی شده به میزان ۱۰۰٪ تا سال ۱۳۹۴
- ۷- تکمیل بهورزان مورد نیاز خانه‌های بهداشت به میزان ۱۰۰٪ تا سال ۱۳۹۴
- ۸- جذب و آموزش رابطین سلامت به میزان ۱۰۰٪ تا سال ۱۳۹۴

گزارشی از شاخص‌های مهم واحد طرح و گسترش:

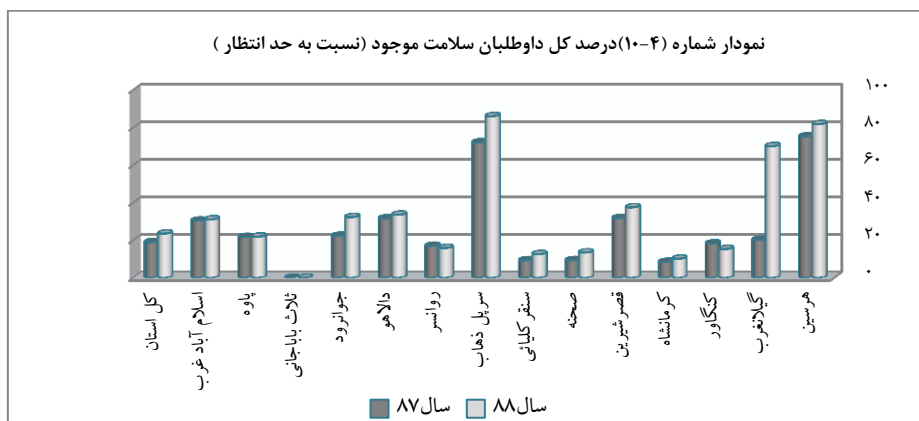
جدول شماره ۴-۴۱: عنوان شاخص‌های واحد طرح و گسترش

ردیف	عنوان شاخص	وضعیت موجود			پیش‌بینی	
		سال ۱۳۸۸	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۹۴	سال ۱۴۰۰	سال
۱	تکمیل واحدهای بهداشتی درمانی پیش‌بینی شده در طرح و گسترش شبکه‌ها	۹۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	سال
۲	تکمیل کارکنان مورد نیاز واحدهای فعال	۸۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	سال
۳	احداث و نوسازی ساختمان جهت واحدهای بهداشتی درمانی	۸۰٪	۹۰٪	۹۵٪	۹۸٪	سال
۴	تأمین و بهبود استاندارد تجهیزات فنی و اداری واحدهای فعال	۷۰٪	۹۰٪	۹۵٪	۹۸٪	سال
۵	تکمیل پوشش برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر	۷۵٪	۸۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	سال
۶	تکمیل بانک‌های اطلاعاتی IHNS، سامانه سلامت ایرانیان و ... جهت همه شهرستان‌های تابعه	شروع از ابتدای سال ۱۳۸۸	۸۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	سال
۷	تکمیل بهورزان مورد نیازهای خانه‌های بهداشت	۹۰٪	۹۲٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	سال

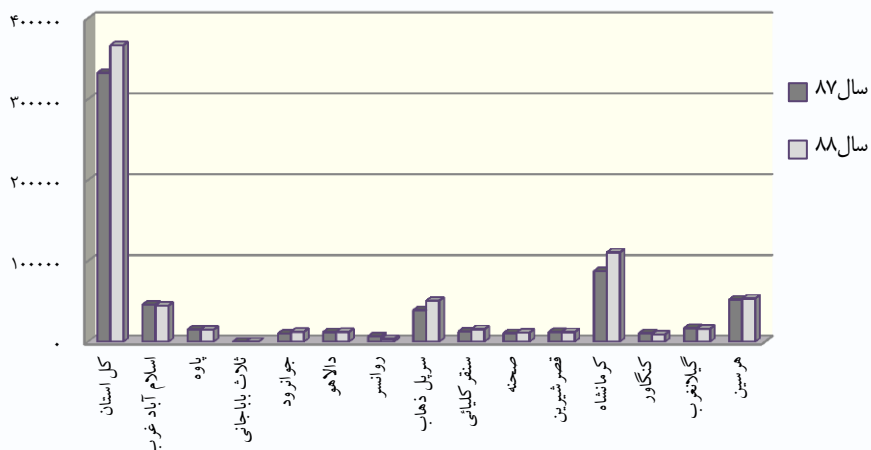
جدول شماره ۴۲: واحدهای بهداشتی و درمانی معاونت بهداشتی در ابتدای سال ۹۰

شهرستان	تعداد خانه بهداشت		تعداد مرکز بهداشتی و درمانی روستایی		تعداد پایگاه بهداشتی شهری مستقل		تعداد مرکز بهداشتی و درمانی شهری		تسهیلات زایمانی		مرکز آموزش بهورزی	
	طبق طرح	فعال	طبق طرح	فعال	طبق طرح	فعال	طبق طرح	فعال	طبق طرح	فعال	طبق طرح	فعال
کل استان	۶۳۳	۶۶۱	۶۷	۶۲	۴۸	۲۴	۶۹	۶۶	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰
اسلام‌آباد غرب	۶۰	۵۸	۵	۵	۵	۵	۴	۴	۱	۱	۱	۱
پاوه	۲۶	۲۵	۴	۳	۰	۰	۵	۵	۲	۲	۱	۱
ثلاث باباجانی	۴۱	۴۰	۴	۴	۰	۰	۲	۲	۱	۱	۰	۰
جوانرود	۲۸	۲۸	۳	۳	۰	۰	۳	۳	۰	۰	۱	۱
دالاهو	۳۹	۴۰	۳	۳	۰	۰	۳	۳	۲	۲	۰	۰
روانسر	۳۵	۳۴	۲	۲	۰	۰	۳	۳	۱	۱	۰	۰
سرپل ذهاب	۴۲	۴۲	۶	۵	۱	۱	۲	۲	۰	۰	۱	۱
سنقر کلیانی	۸۰	۸۲	۹	۹	۳	۳	۳	۳	۰	۰	۱	۱
صحنه	۴۹	۵۰	۵	۴	۱	۱	۳	۳	۱	۱	۱	۱
قصر شیرین	۸	۸	۱	۱	۰	۰	۳	۳	۰	۰	۱	۰
کرمانشاه	۱۵۱	۱۴۸	۱۵	۱۴	۳۲	۹	۲۹	۲۶	۳	۳	۱	۱
کنگاور	۳۰	۳۳	۳	۳	۲	۲	۳	۳	۰	۰	۱	۱
گیلان غرب	۴۲	۴۱	۴	۴	۱	۱	۲	۲	۱	۱	۱	۱
هرسین	۳۲	۳۲	۳	۲	۳	۲	۴	۴	۱	۰	۱	۱

* همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، واحدهای بهداشتی درمانی معاونت بهداشتی هم‌اکنون نسبت به طرح گسترش مدون دارای نواقصی هستند که در برنامه‌های سال‌های آتی تکمیل کردن شبکه در دستور کار قرار گرفته و مقرر گردیده تا سال ۱۳۹۵ به حدود ۱۰۰٪ اهداف طرح دست یابند.



نمودار شماره (۴-۱۱) جمعیت تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت



جدول شماره ۴-۴: درصد داوطلبان سلامت موجود و جمعیت تحت پوشش

شهرستان	درصد کل داوطلبان سلامت موجود (نسبت به حدانتظار)		جمعیت تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت	
	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸
کل استان	۱۹	۲۴	۳۳۲۵۱۶	۳۶۵۴۹
اسلام‌آباد غرب	۳۰	۳۱	۴۵۹۹۸	۴۴۶۵۵
پاوه	۲۲	۲۲	۱۵۲۵۹	۱۵۱۰۹
ثلاث باباجانی	۰	۰	۰	۰
جوانرود	۲۲	۳۲	۱۰۱۶۷	۱۲۳۶۶
دالاهو	۳۲	۳۴	۱۱۹۰۳	۱۲۱۷۶
روانسر	۱۷	۱۶	۶۸۷۸	۳۵۲۰
سرپل ذهاب	۷۲	۸۶	۳۹۱۳۶	۵۰۷۷۹
سنقر کلیانی	۹	۱۳	۱۲۷۶۹	۱۵۵۷۶
صحنه	۹	۱۴	۱۰۸۲۳	۱۱۳۲۷
قصر شیرین	۳۲	۳۸	۱۲۲۰۰	۱۲۰۲۰
کرمانشاه	۸	۱۰	۸۷۳۳۵	۱۱۰۴۷۱
کنگاور	۱۸	۱۵	۱۰۷۰۵	۸۹۶۰
گیلانغرب	۲۰	۷۰	۱۷۰۰۵	۱۶۰۱۰
هرسین	۷۵	۸۲	۵۲۳۳۸	۵۳۵۸۰

طرح‌های پیشنهادی:

* عنوان طرح: راه‌اندازی بقیه واحدها و تداوم فعالیت واحدهای پیش‌بینی شده در طرح توسعه شبکه-های بهداشتی

شرح تفصیلی طرح مذکور:

جهت ارائه خدمت، اولین و مهمترین اقدام راه‌اندازی واحد مرتبط (خانه بهداشت، مرکز بهداشتی و درمانی و...) می‌باشد. این واحدها در طرح توسعه شبکه‌ها پیش‌بینی و پس از ایجاد تشکیلات و تأمین منابع جهت خرید تجهیزات، فراهم نمودن فضای فیزیکی و جذب نیروی انسانی به ارائه خدمت مشغول می‌شوند.

سازمان‌های درگیر در طرح راه‌اندازی واحدها:

نهاد ریاست جمهوری (تأیید طرح‌ها و تشکیلات مورد نیاز)، مجلس شورای اسلامی (تأیید بودجه در قالب بودجه سالانه)، استانداری (اختصاص سهم اعتبارات عمرانی)، وزارت بهداشت (بررسی و تأیید طرح‌ها و تشکیلات، تعیین سهم دانشگاه از اعتبارات کشوری، مجوز راه‌اندازی و ...)، اداره آب، برق و مخارات.

زمان اجرای طرح در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴۰۴ در طرح مذکور:

یک ساله: پیشنهاد و اخذ مجوز طرح‌های توسعه

پنج ساله: تعیین اولویت‌های راه‌اندازی، اخذ مجوز راه‌اندازی، جذب نیروی انسانی و اعتبارات راه‌اندازی، فراهم نمودن فضای فیزیکی (استیجاری یا ملکی) و درنهایت راه‌اندازی واحد بهداشتی درمانی
۱۰ ساله: تداوم فعالیت واحدهای بهداشتی درمانی و در صورت لزوم اصلاحات مورد نیاز

انتظارات دانشگاه از طرح مذکور:

- فعالیت واحد بهداشتی درمانی مطابق بسته‌های خدمتی ابلاغی از سوی وزارت متبوع جهت دستیابی به اهداف پیش‌بینی شده
- تأمین مالی برنامه
- حمایت مسئولین استان و همکاری سازمان‌های همکار در اجرای طرح

شاخص‌های ارزیابی طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴۰۴:

جدول شماره ۴-۴۴: شاخص واحدهای فعال

ردیف	شاخص‌ها	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله (۸۹)	هدف پنج ساله (۹۴)	هدف ده ساله	هدف ۱۴۰۴
۱	درصد واحدهای فعال به واحدهای پیش-بینی شده در طرح در مقاطع مختلف پیش‌بینی شده (شهر)	۸۳/۸٪	۱۰۰٪	۸۴٪	۹۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۲	درصد واحدهای فعال به واحدهای پیش-بینی شده در طرح در مقاطع مختلف پیش‌بینی شده (روستا)	۵۹/۹٪	۱۰۰٪	۹۷٪	۹۸٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

* عنوان طرح: برنامه پزشک خانواده

شرح تفصیلی:

تغییر در نیازهای سلامت و شیوه‌های ارائه خدمت، در انتها به اصلاح سیستم‌های بهداشتی درمانی منجر می‌شود. پس از گذشت سال‌ها از فعالیت شبکه‌های بهداشتی درمانی، روش‌های ارائه خدمت جوابگوی تغییرات صورت گرفته نبود. لذا از ابتدای سال ۱۳۸۴ برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر شروع گردید. در این برنامه منابع مالی براساس سرانه جمعیتی دارای دفترچه بیمه روستایی از سوی اداره کل بیمه خدمات درمانی در اختیار دانشگاه و در نهایت شبکه‌ها قرار گرفته و مطابق بسته خدمتی مورد قبول وزارتخانه‌های رفاه و بهداشت و درمان خدمات ارائه می‌گردد. پزشکان و ماماهاى طرف قرارداد در این برنامه به صورت قراردادی جذب و بسته به میزان ضریب عملکرد و رضایت کاری حق‌الزحمه دریافت می‌کنند. در استان کرمانشاه بالغ بر ۷۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش برنامه قرار دارند.

نتایج مورد انتظار از طرح برنامه پزشک خانواده:

ارائه خدمت مطابق بسته پیش‌بینی شده و دستورالعمل مربوطه با توجه به تفاهم‌نامه وزارتخانه‌های رفاه و بهداشت و درمان

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

- ۱- دانشگاه علوم پزشکی از طریق تأمین پزشک و ماما و سایر اعضای تیم سلامت، تأمین فضای فیزیکی، ارائه خدمات دارویی، پاراکلینیکی و ...
- ۲- اداره کل بیمه خدمات درمانی جهت تأمین منابع مالی و نظارت بر برنامه
- ۳- سازمان‌های نظام پزشکی و ... جهت معرفی پزشکان داوطلب
- ۴- استانداری و فرمانداری‌ها جهت حمایت از برنامه

زمان اجرای طرح در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴۰۴ در طرح مذکور:

یکساله: جذب باقیمانده پزشکان مورد نیاز

پنج ساله: پوشش شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر و تأمین پزشک بر اساس استانداردهای برنامه، جذب حداکثر منابع و به حداقل رساندن کسورات، اصلاح و تقویت نظام ارجاع

ده ساله: تداوم اجرای برنامه، بهبود کیفیت ارائه خدمات، اصلاح برنامه (در صورت نیاز)

شاخص‌های ارزیابی در طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴۰۴:

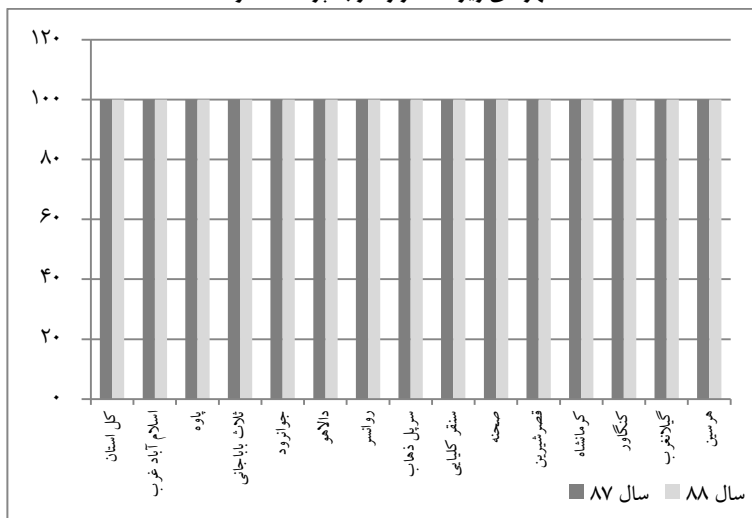
جدول شماره ۴-۵: شاخص پزشک خانواده

ردیف	شاخص‌ها	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله (۸۹)	هدف پنج ساله (۹۴)	هدف ده ساله	هدف ۱۴۰۴
۱	درصد پزشک خانواده موجود به پزشک مورد نیاز	۶۷/۵	۱۰۰	۷۰	۸۰	۹۰	۱۰۰

برنامه‌های حائز اولویت جهت دستیابی به اهداف فوق:

- ۱- فعال نمودن بقیه واحدهای پیش‌بینی شده طبق طرح و توسعه شبکه‌ها
 - ۲- کسب مجوز استخدام و جذب نیروی انسانی مورد نیاز واحدها
 - ۳- جذب اعتبار جهت احداث و نوسازی فضاهای فیزیکی از منابع استانی و ملی
 - ۴- جذب اعتبار جهت تأمین و جایگزینی تجهیزات فنی و اداری از منابع استانی و ملی
 - ۵- جذب اعضاء تیم سلامت و منابع مرتبط جهت توسعه برنامه پزشک خانواده
 - ۶- آموزش نیروی انسانی و تأمین سخت‌افزار و نرم‌افزار بانک‌های اطلاعاتی
 - ۷- جذب و آموزش بهورزان براساس طرح‌های توسعه شبکه
 - ۸- توانمندسازی و افزایش مهارت‌های ارتباطی داوطلبان سلامت و افزایش تعداد آن‌ها
- برخی شاخص‌های مهم در برنامه پزشک خانواده:

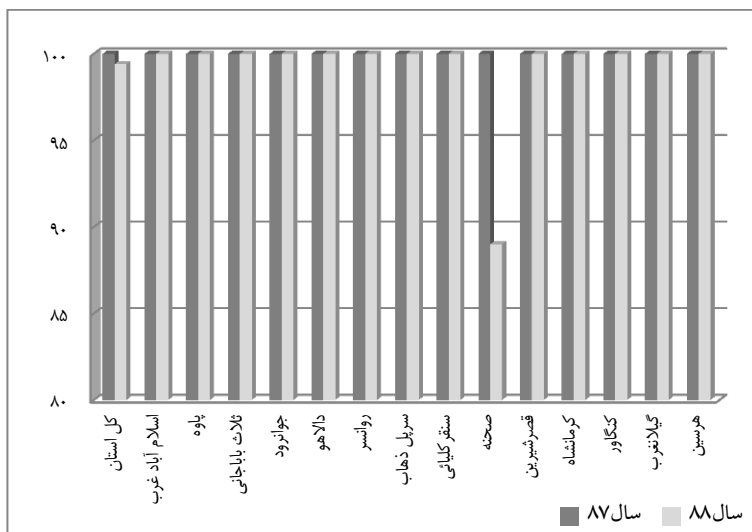
نمودار شماره ۴-۱۲: درصد دسترسی جمعیت در مناطق شهری در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به پزشک خانواده



جدول شماره ۴-۴۶: وضعیت پزشک موجود و مورد نیاز در برنامه پزشک خانواده در شهرستان‌های تابعه استان کرمانشاه در پایان سال ۸۸ و ۱۳۸۷

ردیف	نام شهرستان	تعداد پزشک مورد نیاز		تعداد پزشک موجود در سال ۱۳۸۷		تعداد پزشک موجود در سال ۱۳۸۸	
		مرکز شهری روستایی	مرکز روستایی	مرکز شهری روستایی	مرکز روستایی	مرکز شهری روستایی	مرکز روستایی
۱	اسلام‌آباد غرب	۸	۱۰	۸	۸	۸	۷
۲	پاوه	۸	۲	۸	۲	۷	۲
۳	نژاد	۴	۷	۳	۴	۳	۴
۴	جوانرود	۲	۶	۲	۳	۲	۳
۵	دالاهو	۷	۵	۵	۳	۵	۴
۶	روانسر	۸	۶	۷	۳	۷	۳
۷	سنقر	۴	۱۴	۳	۵	۳	۸
۸	سرپل ذهاب	۵	۱۱	۳	۱۰	۴	۷
۹	صحنه	۴	۱۱	۴	۹	۳	۸
۱۰	قصر شیرین	۷	۰	۴	۰	۵	۰
۱۱	کرمانشاه	۱۰	۴۰	۱۰	۳۳	۱۰	۳۴
۱۲	کنگاور	۴	۸	۲	۵	۲	۵
۱۳	گیلانغرب	۱۱	۸	۶	۵	۷	۵
۱۴	هرسین	۸	۴	۶	۳	۶	۳
جمع		۹۰	۱۳۲	۷۱	۹۳	۷۲	۹۳
		۲۲۲		۱۶۴		۱۶۵	

نمودار شماره ۴-۱۳: درصد دسترسی جمعیت در مناطق روستایی به پزشک خانواده



• گروه سلامت خانواده و جمعیت معاونت بهداشتی:

❖ واحد سلامت مادران

یکی از ارکان مهم خدمات بهداشتی، ارائه خدمات مناسب به مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از آن می-باشد. هدف از مراقبت‌های بهداشتی در این دوران این است که هر مادری با هر وضعیتی در هر سطحی از نیاز به خدمات به واحدهای ارائه دهنده خدمات مراجعه نموده و خدمت کارآمد و اثربخش دریافت نماید.

رسالت واحد سلامت مادران:

کاهش بار بیماری‌های ناشی از بارداری، زایمان و پس از آن (در مادران تا ۴۲ روز پس از زایمان و در نوزادان تا ۷ روز بعد از تولد).

ارزش‌های واحد سلامت مادران:

مهرورزی، عدالت محوری، رازداری، سرعت در پاسخ‌گویی، مشتری مداری، تکریم ارباب رجوع، سلامت‌محور، رعایت اخلاق پزشکی، رعایت منشور اخلاقی، مشارکت زنان در برنامه‌های سلامت، امید به زندگی بالاتر، احترام اجتماعی، تأمین اجتماعی، مشارکت خانواده و سلامتی، امکان دسترسی نزدیک

چشم‌انداز واحد سلامت مادران:

واحدسلامت‌مادران، طبق تعهد ایران در اجلاس هزاره برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره در پیشرفت سلامت مادران قصد دارد در راستای کاهش نسبت مرگ مادران تا سال ۱۳۹۵ به میزان ۷۵٪ نسبت به همین میزان در سال ۱۳۷۰ گام بردارد^۱.

دستاوردهای واحد سلامت مادران:

- ۱- کاهش میزان مرگ و میر مادران در طی ۵ سال گذشته به میزان ۵۰٪ در سطح استان با انجام و پیگیری مداخلات مؤثر
- ۲- راه‌اندازی مرکز زایمان فیزیولوژیک در بیمارستان معتضدی
- ۳- راه‌اندازی مرکز سرویس‌دهی تخصصی به مادران پرخطر در بیمارستان امام رضا(ع)
- ۴- دوستدار مادر شدن ۳ بیمارستان در سطح استان (معتضدی-امام رضا(ع)- بیستون)
- ۵- اجرای موفق برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته مادران در سطح استان به میزان ۱۰۰٪ از سال ۱۳۸۶
- ۶- تقویت امکان دسترسی مطلوب و انجام مشاوره‌های به موقع بامادران پرخطر در مرکز ریفرال بیمارستان امام‌رضاع(ع)
- ۷- وجود نیروی متخصص زنان در تمام بیمارستان‌های استان
- ۸- استقرار پایگاه بهداشتی در بیمارستان‌های سطح استان جهت پیگیری مادران باردار ارجاع شده به بیمارستان^۲
- ۹- کاهش یا رایگان نمودن هزینه‌های درمانی- بیمارستانی مادران باردار بی‌بضاعت به میزان ۱۰۰٪

^۱ - قابل ذکر است که میزان مرگ و میر مادری (Maternal Mortality Rate) MMR در سال ۱۳۷۰ حدود ۷۰ تا ۹۰ در صد هزار تولد زنده بوده است که این واحد قصد دارد با انجام مداخلات مؤثر این میزان را تا سال ۱۳۹۵ به حدود ۲۰ در صد هزار تولد زنده برساند.

^۲ - (۵۷٪)

- ۱۰- افزایش درصد زایمان ایمن و انجام زایمان در بیمارستان از سال ۸۳ تا سال ۸۷ به میزان ۲٪
- ۱۱- توسعه دسترسی به میزان ۱۰۰٪ به بیمارستان یا تسهیلات زایمانی طبق چارت
- ۱۲- راهاندازی کلاس‌های دوران بارداری (از هفته ۲۰ بارداری) به منظور آشنایی با روند زایمان طبیعی، ورزش‌های ریلکسیشن جهت کاهش درد در هنگام زایمان، آموزش تکنیک‌های زایمان طبیعی در سه بیمارستان شهرستان کرمانشاه (معتضدی، امام حسین(ع) و بیستون)

هدف کلی واحد سلامت مادران:

کاهش مرگ و میر مادران باردار در اثر عوارض بارداری و زایمان

اهداف اختصاصی واحد سلامت مادران:

- ۱- کاهش میزان مرگ مادری^۱ تا سال ۱۳۹۵ به میزان ۲۵ در صد هزار تولد زنده (از میزان ۲۹/۹٪ در سال ۸۸ به ۲۸٪ تا سال ۸۹ و ۲۵ در صد هزار تولد زنده تا سال ۱۳۹۴)
- ۲- افزایش درصد زایمان به طریق بهداشتی (از ۹۸/۸۹٪ در سال ۱۳۸۸ به ۹۹/۲٪ تا سال ۱۳۸۹ و ۹۹/۴٪ تا سال ۱۳۹۴)
- ۳- کاهش درصد زایمان به روش سزارین (از ۴۴/۲٪ در سال ۱۳۸۸ به ۴۳/۵٪ تا سال ۱۳۸۹ و ۴۲٪ تا سال ۱۳۹۴)
- ۴- کاهش درصد زایمان در سنین مخاطره‌آمیز زیر ۱۸ سال (از ۱۰/۸٪ در سال ۱۳۸۸ به ۱۰/۵٪ تا سال ۱۳۸۹ و ۱۰٪ تا سال ۱۳۹۴)
- ۵- کاهش درصد زایمان در سنین مخاطره‌آمیز بالای ۳۵ سال (از ۱۳/۶٪ در سال ۱۳۸۸ به ۱۳/۳٪ تا سال ۱۳۸۹ و ۱۳٪ تا سال ۱۳۹۴)

راهکارهای واحد سلامت مادران:

- توسعه آموزش و اطلاع‌رسانی
- توسعه سیستم گزارش‌دهی
- جلب همکاری‌های درون و بین‌بخشی
- توسعه نظام پایش و ارزشیابی

برنامه‌های حائز اولویت واحد سلامت مادران:

- ۱- ارتقاء کیفی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته مادران در سطح استان^۲
- ۲- کاهش مشکلات مؤثر بر سلامت مادران در حاشیه‌نشینان شهر کرمانشاه^۳

^۱ -MMR

^۲ - برنامه‌اجرایی

^۳ - برنامه پیشنهادی

گزارشی از شاخص‌های مهم واحد سلامت مادران:^۱

۱- میزان مرگ مادری (MMR):

جدول شماره ۴-۴۷: میزان مرگ مادری در صد هزار تولد زنده

سال	کشور	استان
۸۴	۲۳/۸	۳۴/۵
۸۵	۲۱/۷	۲۰
۸۶	۲۴/۷	۱۷
۸۷	۲۰/۹	۱۵

۲- درصد زایمان به طریق بهداشتی:

جدول شماره ۴-۴۸: درصد زایمان به طریق بهداشتی

سال	کشور	استان
۸۴	۹۲/۳	۹۶/۴
۸۵	۸۵/۹	۹۷
۸۶	۹۳/۱۳	۹۸/۱۱
۸۷	-----*	۹۸/۸۹

۳- درصد زایمان به روش سزارین:

جدول شماره ۴-۴۹: درصد زایمان به روش سزارین

سال	کشور	استان
۸۴	۴۲/۳	۴۱/۱
۸۵	-----*	۳۹/۸
۸۶	-----*	۴۲/۸
۸۷	۵۱/۴۷	۴۴/۲

۴- درصد زایمان در سنین مخاطره آمیز (زیر ۱۸ سال):

جدول شماره ۴-۵۰: درصد زایمان در سنین مخاطره آمیز (زیر ۱۸ سال)

سال	کشور	استان
۸۴	-----*	۱۰/۶
۸۵	-----*	۱۰/۲
۸۶	۱۱/۳۶	۱۰
۸۷	۱۱/۴۳	۱۰/۰۸

۵- درصد زایمان در سنین مخاطره آمیز (بالای ۳۵ سال):

جدول شماره ۴-۵۱: درصد زایمان در سنین مخاطره آمیز (بالای ۳۵ سال)

سال	کشور	استان
۸۴	-----*	۱۲/۴
۸۵	-----*	۱۳/۳
۸۶	۱۰/۴۵	۱۴
۸۷	۱۰/۵۲	۱۳/۶۲

جدول شماره ۴-۵۲: مقایسه میزان مرگ و میر ناشی از عوارض بارداری و زایمان طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۴ در صد هزار تولد زنده در استان و کشور

سال	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
استان	۴۷/۸	۳۳/۹	۴۷	۳۸	۳۴/۵	۲۰	۱۷	۱۵	۳۹/۹
کشور	۳۸/۷	۳۷/۴	۲۸/۳	۲۴/۱	۲۳/۸	۲۱/۷	۲۴/۷	۲۰/۹	۲۵/۵

^۱ - منبع: زیج حیاتی استان کرمانشاه

طرح‌های پیشنهادی واحد سلامت مادران:

* عنوان طرح: کاهش مشکلات مؤثر بر سلامت مادران در حاشیه‌نشینان شهر کرمانشاه
شرح تفصیلی:

مرگ مادران باردار جزء شاخص‌های مهم توسعه بوده و همواره مورد توجه قرار می‌گیرد. گام‌های اولیه این برنامه به منظور کاهش مرگ و میر مادران باردار در حاشیه شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۸ در معاونت بهداشتی بنا گزارد شده. یکی از پیامدهای اصلی رشد جمعیت، مهاجرت روستاییان به شهرها و سکونت در حاشیه شهر و در نهایت زاغه‌نشینی است. عوامل زیادی در مرگ و میر مادران باردار در این‌گونه مناطق دخیل است که می‌توان به چند مورد آن اشاره نمود: ترجیح جنسی، احترام اجتماعی، بیسوادی، فقر اقتصادی، عدم دسترسی آسان به مراکز بهداشتی و پایین بودن سطح بهداشت باروری و ... در مجموع عوامل فوق‌الذکر باعث می‌شود اجرای برنامه تنظیم خانواده و به دنبال آن مراقبت‌های زنان باردار با استقبال کمی روبرو شود و در نتیجه باروری در سطح بالا قرار گیرد.

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما، شهرداری، کمیته امداد و ...

زمان اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ۱۰ ساله:

یک ساله: مشخص نمودن نیازهای تجهیزاتی - پرسنلی، آگاهی و مهارت پرسنل و حذف نواقص موجود مطابق چک‌لیست استاندارد و همچنین حذف عوامل مؤثر قابل پیشگیری در مرگ مادران
پنج ساله: جاری نمودن نظام مراقبت‌های ادغام‌یافته مادران
ده ساله: کاهش مرگ و میر مادران و عدم وقوع مرگ مادران به دلیل عوامل قابل پیشگیری که در سال‌های قبل علت مرگ بوده‌اند.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

کاهش مرگ و میر مادران باردار

شاخص‌های ارزیابی طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ۱۰ ساله:

جدول شماره ۴-۵۳: شاخص مرگ و میر مادران

ردیف	شاخص‌ها	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله (۸۹)	هدف پنج ساله (۹۴)	هدف ده ساله
۱	درصد مرگ‌های بیمارستانی	٪۹۰	٪۹۶	٪۹۱	٪۹۴	٪۹۶
۲	درصد مرگ‌های خارج بیمارستانی	٪۱۰	٪۴	٪۹	٪۶	٪۴
۳	میزان مرگ مادران (MMR)	٪۲۹/۹	زیر ٪۲۰	٪۲۷	٪۲۲	٪۱۹

❖ واحد سلامت نوزادان

هدف کلی از اجرای کلیه برنامه‌های نوزادی:

کاهش مرگ و میر نوزادان قبل و پس از تولد می‌باشد و جهت دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرگ و میر نوزادی باید تک رقمی گردد.

عنوان برنامه: احیای نوزادان

هدف کلی:

ارتقاء سلامت و کاهش مرگ و میر نوزادان

اهداف اختصاصی:

- ارتقاء مهارت پزشکان و پرسنل مرتبط در اجرای موفق برنامه
- ارتقاء دانش پزشکان و پرسنل
- ارتقاء مراقبت‌های پری‌ناتال

شرح تفصیلی طرح:

در راستای افزایش ارتقاء سلامت نوزادان، واحد سلامت نوزادان متولی اجرای برنامه‌هایی با هدف احیای نوزاد از بدو تولد توسط افراد ماهر و مجرب شده است. طبق برنامه مدون بسته خدمتی، مربی کشوری طبق یک دوره آموزش آبشاری، ملزم به آموزش مربیان دانشگاهی و به ترتیب مربیان بیمارستانی و کلیه پرسنل مرتبط با نوزاد می‌باشد. تا بدین ترتیب کلیه افرادی که از ابتدای تولد نوزاد با او در ارتباط می‌باشند، در امر احیای نوزاد، ورزیده و متبحر شوند.

سهم و نقش دانشگاه:

معاونت امور درمان متولی اجرای آموزش‌های دوره‌ای احیای نوزادان در استان می‌باشد. در ابتدای اجرای طرح، ۴ بیمارستان در سطح استان به عنوان مراکز پایلوت در نظر گرفته شدند که شامل بیمارستان‌های امام رضا (ع)، معتمدی، حضرت معصومه (س) و امام خمینی (ره) اسلام‌آباد غرب می‌باشد. پس از ابلاغ وزارت در سال گذشته، در تمام مراکزی که به نحوی با نوزاد (بخش‌های زایمان و نوزادان) مرتبط هستند، لازم‌الاجرا گردید و مربیان بیمارستانی مراکز آموزش دیدند.

انتظارات دانشگاه:

بر اساس برنامه مدون وزارت مبتوع، طی آموزش آبشاری، کلیه پزشکان و پرسنل مرتبط با نوزاد، دوره کارگاه احیای نوزدان را گذرانده و موفق به اخذ گواهی مربوطه می‌شوند.

نقش سایر سازمان‌ها:

- ارتقاء مراقبت‌های پری‌ناتال تحت نظر معاونت امور بهداشتی می‌باشد.^۱
- افزایش اعتبار مراکز، توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع جهت تجهیز مراکز به وسایل مورد نیاز

^۱ - با شناسایی و جلوگیری از زایمان‌های زودرس و نوزادان نیاز به احیا، درصد قابل توجهی از نوزادان دارای مشکل کاهش می‌یابد.

– افزایش پست‌های سازمانی نیروی انسانی مامایی و پرستاری توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع

مشکلات و معایب طرح برنامه احیای نوزادان:

- عدم هماهنگی برنامه وزارت متبوع با قوانین صدور گواهی‌های مرکز آموزش مداوم جهت برگزاری کارگاه‌ها طبق برنامه مدون این مرکز و صدور گواهی جهت اعضای شرکت کننده.
- عدم هماهنگی زمانی اجرای برنامه آموزشی مذکور و برنامه‌های مرکز مهارت بالینی که کارگاه در آن مکان تشکیل می‌گردد.
- عدم وجود اعتبار و هزینه جهت تهیه مولاژ احیای نوزادان و تجهیزات مربوطه جهت کارگاه‌ها و عدم امکان استفاده از مولاژهای مرکز مهارت بالینی طبق دستور ریاست آن مرکز.

راهکارها:

افزایش اعتبار و بودجه بیمارستان‌ها برای خرید مولاژ، جهت سرعت بخشیدن به آموزش آشنایی توسط مربیان بیمارستانی

عنوان طرح: نظام مراقبت مرگ پری‌ناتال (IPMSS)^۱

هدف کلی:

ارتقاء سلامت و کاهش مرگ و میر نوزادان

اهداف اختصاصی:

- ارتقاء مراقبت‌های قبل، حین و پس از بارداری
- شناسایی علل مادری و نوزادی مؤثر در مرگ نوزادی

شرح تفصیلی طرح:

در راستای افزایش و ارتقاء سلامت نوزادان و ارتقاء مراقبت‌های پری‌ناتال، واحد سلامت نوزادان وزارت متبوع، متولی اجرای برنامه‌ای به نام نظام مراقبت مرگ پری‌ناتال شده است که شامل ثبت تمام موارد مرگ‌های جنینی و نوزادی از هفته ۲۲ بارداری تا ۳۰ روز پس از تولد می‌باشد. پس از ابلاغ دستورالعمل وزارتی به مراکز، ابتدا در هر مرکز یک نفر به عنوان مسئول برنامه به معاونت درمان معرفی و سپس فرم‌های کاغذی مربوطه پس از برگزاری کلاس توجیهی جهت اعضای کمیته نظام مراقبت مرگ پری‌ناتال در مراکز تابعه توزیع می‌گردد. اطلاعات ثبت شده در فرم‌ها باید به صورت فایل Access در نرم‌افزار مربوطه ذخیره و جهت ارسال به ستاد معاونت درمان و وزارت متبوع، ماهانه ارسال شود. با کمک اطلاعات بدست آمده از نرم‌افزار مذکور تمام موارد مرگ‌های داخل رحمی و نوزادی ثبت شده و با توجه به نتایج حاصله از داده‌های نرم‌افزاری و تجزیه تحلیل آن‌ها می‌توان در جهت افزایش ارتقای سلامت مادر و نوزاد گام برداشت. این برنامه از ابتدای سال ۸۸ اجرایی شده است.

^۱ - International Perinatal & Neonatal Mortality Surveillance System

سهم و نقش دانشگاه:

معاونت امور درمان متولی انجام این برنامه در دانشگاه است که هر ماهه اطلاعات ارسالی از مراکز را به سایت portal وزارت متبوع، ارسال می‌نماید.

انتظارات دانشگاه:

با ثبت دقیق تمام موارد مرگ پری‌ناتال و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل و با بدست آوردن آماری از وضعیت موجود، می‌توان در کاهش مرگ‌های پری‌ناتال و افزایش سلامت نوزادان برنامه‌ریزی نمود.

سهم و نقش سایر سازمان‌ها:

افزایش مراقبت‌های پری‌ناتال (تحت نظر معاونت امور بهداشتی) با هدف تشخیص و درمان موارد زایمان زودرس و تشخیص زودرس بیماری‌های زمینه‌ای، منجر به مرگ داخلی رحمی جنین و سبب کاهش میزان مرگ و میر نوزادان خواهد شد.

معایب و مشکلات نظام مراقبت مرگ پری‌ناتال:

به علت عدم تجهیز مراکز به کامپیوترهای قابل استفاده و متصل به اینترنت، امکان ارسال اطلاعات و داده‌ها از طریق اینترنت به ستاد و یا مستقیماً به وزارت متبوع مقدور نمی‌باشد و با توجه به مشکلات ارسال و رایت CDها از مراکز به ستاد گاه‌به‌گاه ارسال اطلاعات به وزارتخانه با تأخیر صورت می‌گیرد.

راهکارها:

- افزایش اعتبار و بودجه مراکز جهت مجهز نمودن کامپیوترهای مناسب و اتصال به اینترنت و دسترسی بدون مشکل مسئولان نظام ثبت مراقبت، به اینترنت جهت ارسال داده‌ها به ستاد یا حتی به وزارت متبوع.

عنوان طرح: برنامه مراقبت از نوزاد سالم

هدف کلی:

ارتقا سلامت و کاهش مرگ و میر نوزادان

اهداف اختصاصی:

- ارتقاء مراقبت‌های نوزادی
- ترویج تغذیه با شیر مادر و افزایش ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد
- ارتقاء مهارت پزشکان و پرسنل مرتبط در اجرای موفق برنامه

شرح تفصیلی طرح:

در راستای افزایش ارتقا سلامت نوزدان، واحد سلامت نوزادان وزارت متبوع، متولی اجرای برنامه‌ای جهت مراقبت از نوزاد سالم از بدو تولد تا زمان انتقال به بخش بعد از زایمان و نیز تا زمان ترخیص از بیمارستان می‌باشد. در این برنامه نوزادان بدحال، دارای دیسترس تنفسی، مکونیوم و ... از طرح خارج می‌شوند. نوزاد بدون مشکل با سن حاملگی ترم و علائم حیاتی پایدار و آپگار بالا، بلافاصله پس از خروج و تولد بر روی شکم مادر قرار گرفته، بدن به جز

دست‌ها خشک شده و به او فرصت داده می‌شود تا به مدت یک ساعت فرایند خزیدن به سوی نیپل^۱ را انجام دهد و پس از یافتن نیپل، مکیدن موفق شیر را داشته باشد. پس از این مدت علایم حیاتی، وزن، واکسیناسیون و ... ثبت شده و نوزاد در حالی که در آغوش مادر و بر روی سینه وی قرار دارد به بخش بعد از زایمان منتقل می‌شود. در تمام این مدت مسئول و عامل مراقبت از نوزاد، آموزش‌های مربوط به شیردهی، مراقبت از نوزاد و ... را به مادر آموزش می‌دهد.

سهم و نقش دانشگاه:

معاونت امور درمان به عنوان متولی برنامه دردانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد و بیمارستان معتضدی به عنوان مرکز اجرای آزمایشی طرح انتخاب شده است.

انتظارات دانشگاه:

اجرای برنامه حداقل در نیمی از بیمارستان‌های تابعه و اجرای برنامه در بیمارستان معتضدی در تمام طول شیفت‌ها

سهم و نقش سایر سازمان‌ها:

- ارتقاء آگاهی مادران باردار از طریق آموزش‌های دوران بارداری تحت نظر معاونت امور بهداشتی
- افزایش پست‌های سازمانی مامایی در مراکز مربوطه، توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع

مشکلات و معایب طرح:

کم بودن نیروی انسانی در مراکز با توجه به وقت‌گیر بودن اجرای طرح^۲

- ۱- عنوان طرح: برنامه مراقبت مادرانه کانگورویی (مراقبت آغوشی مادر و نوزاد) KMC^۳
- هدف کلی:

ارتقا سلامت و کاهش مرگ و میر نوزادان

اهداف اختصاصی:

- ارتقا مهارت پزشکان و پرسنل مرتبط در اجرای موفق برنامه
- کاهش نیاز به دستگاه‌های پیشرفته مراقبت از نوزادان نارس و در نتیجه کاهش بودجه تحمیلی به سیستم درمان
- ارتقاء دانش والدین در مراقبت از نوزادان نارس
- ارتقاء مراقبت‌های پری‌ناتال

شرح تفصیلی طرح:

در راستای افزایش ارتقاء سلامت نوزدان، واحد سلامت نوزادان وزارت متبوع، متولی اجرای برنامه‌ای به نام مراقبت مادرانه کانگورویی می‌باشد که هدف از اجرای آن افزایش کارایی مراقبت از نوزادان نارس، افزایش سرعت

^۱ - Breast Crawl

^۲ - هم اکنون به علت کم بودن نیروی انسانی، اجرای طرح مذکور در بیمارستان معتضدی فقط در شیفت صبح انجام می‌گیرد.

^۳ - Kangaroo Mother Care

بهبودی آنان و ترخیص زود هنگام از بیمارستان می‌باشد. در این طرح نوزاد نارس مستقیماً بر روی سینه مادر قرار گرفته و با لباس و پوشش مخصوص، محکم نگهداشته می‌شود تا از گرمای بدن وی به عنوان انکوباتور استفاده نماید. در این مدت نیز می‌تواند از شیر مادر مستقیماً تغذیه نماید.

تماس پوست به پوست مادر و نوزاد علاوه بر مزایای رشته عاطفی که جهت نوزاد در بردارد، باعث افزایش اعتماد به نفس و رضایتمندی مادر از مراقبت نوزادش می‌گردد. با بکارگیری این روش صرفه‌جویی در هزینه‌های بیمارستان و پرسنلی نیز ایجاد می‌شود.

سهم و نقش دانشگاه:

با توجه به عملیاتی نشدن برنامه ازسوی وزارت متبوع، درحال حاضر معاونت درمان نقش آموزش پرسنل و آشناسازی آنان با این طرح را ایفا می‌کند؛ به طوری که سال گذشته یک دوره آموزشی با شرکت مدرسان وزارت متبوع جهت پرسنل و پزشکان برقرار نمود و در برنامه‌های آتی و در بازدید از مراکز به انجام KMC و آموزش مجدد به پرسنل می‌پردازد.

انتظارات دانشگاه:

افزایش پرسنل و ارتقاء آگاهی آنان به طوری که پس از عملیاتی شدن برنامه، بتوان با موفقیت برنامه را اجرا نمود.

سهم سایر سازمان‌ها:

ارتقا آگاهی مادران درمراقبت‌های پری‌ناتال تحت نظر معاونت امور بهداشتی

پیشنهادهای اصلاح طرح:

با توجه به نقش آموزش در موفقیت اجرای طرح و توجه مادران جهت آن، افزایش نیروی‌های انسانی درمراکز بهداشتی و درمانی پیشنهاد می‌گردد.

۲- عنوان طرح: برنامه سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال

هدف کلی:

ارتقا خدمات ارائه شده به مادران باردار و نوزادان در راستای کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان

اهداف اختصاصی

- گسترش امکان دسترسی مادر و نوزاد به خدمات تشخیصی و درمانی
- ارائه خدمات متناسب با مشکلات مادر و نوزاد
- افزایش تعداد نیروی انسانی جهت ارائه خدمت در بخش‌های نوزادی و زایشگاه‌ها
- ارتقاء امکانات و تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمت به مادر و نوزاد
- استفاده بهینه از منابع و امکانات جهت ارتقای کیفیت خدمات
- بهینه‌سازی فضای فیزیکی موجود در بیمارستان‌ها جهت مادران باردار و نوزادان

شرح تفصیلی طرح:

در راستای ارتقاء خدمات ارائه شده به مادران باردار و نوزادان، واحد سلامت نوزادان وزارت متبوع، متولی اجرای برنامه‌ای به نام برنامه سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال می‌باشد که هدف از اجرای آن افزایش ارائه خدمت به مادران باردار و نوزادان در راستای شناسایی عوامل خطر در بارداری و پیگیری بارداری‌های پرخطر جهت مشاوره یا ارجاع به سطوح بالاتر، تثبیت وضعیت مادر و نوزاد جهت انتقال، پیگیری و مراقبت‌های پس از زایمان جهت مادر و نوزاد است. در این برنامه مراکز تابعه با توجه به جمعیت، مولید و نحوه ارائه خدمت به سه سطح تقسیم شده‌اند که در سطح سه بالاترین ارائه خدمت را برای مادر و نوزاد خواهد داشت.

سهم و نقش دانشگاه:

با توجه به ابلاغ اجرای برنامه از سوی وزارت، در حال حاضر معاونت درمان در حال بررسی موانع و مشکلات موجود در راه اجرای برنامه بوده و اهمیت اجرای طرح را در تمامی سطوح با کمک کارگروه‌های دانشگاهی و بازدیدهای این کارگروه (شامل اعضای ستادی و متخصصین زنان و اطفال) از سطوح مختلف در مراکز تأکید نموده است.

انتظارات دانشگاه:

- افزایش تعداد پرسنل و ارتقاء تجهیزات موجود در مراکز جهت اجرای موفق برنامه
- همکاری مراکز در اجرای صحیح برنامه با توجه به سطح تعریف شده برای آن مرکز

سهم سایر سازمان‌ها:

- ارتقاء آگاهی مادران و پرسنل در مراقبت‌های پری‌ناتال جهت تشخیص و ارجاع به موقع به سطوح بالاتر تحت نظر معاونت امور بهداشتی
- تجهیز امکانات مراکز جهت ارائه خدمت در تمام مراکز تحت نظر معاونت توسعه
- افزایش چارت سازمانی و تأمین نیروی انسانی ماما و پرستار جهت ارائه مناسب خدمت تحت نظر معاونت توسعه

پیشنهادات اصلاح طرح:

- بکارگیری نیروی انسانی و تجهیزات در مراکز طبق تعاریف مربوطه، بکارگیری استانداردهای فضای فیزیکی جهت بیمارستان‌های جدید الاحداث
- افزایش حدود اختیارات مراکز سطوح یک و دو

❖ واحد سلامت کودکان

رسالت واحد سلامت کودکان:

تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت کودکان، کاهش بار بیماریها و میزان مرگ و میر و بهبود تغذیه آنان از طریق ارائه خدمات بهداشتی درمانی

چشم انداز واحد سلامت کودکان:

واحد سلامت کودکان قصد دارد از نظر شاخص های کودکان در منطقه غرب سرآمد و در ۱۰ سال آینده بهترین وضعیت بهداشتی را در سطح کشور دارا باشد.

دستاوردهای مهم واحد سلامت کودکان:

- ۱- کاهش میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از میزان ۶۳/۴ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به میزان ۲۱/۳۱ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۸
- ۲- راه اندازی مرکز مشاوره شیردهی در کلینیک فوق تخصصی دانشگاه (مهدیه) از سال ۱۳۸۷
- ۳- راه اندازی مرکز سرویس دهی تخصصی به کودکان دچار اختلال رشد در مرکز حاج دایی از سال ۱۳۷۷
- ۴- دوستدار کودک شدن ۹۴٪ بیمارستان های سطح استان^۱
- ۵- اجرای برنامه جدید مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال از سال ۱۳۸۲ به بعد در ۱۰۰٪ شهرستان ها
- ۶- اجرای برنامه جدید مراقبت های ادغام یافته کودک سالم از سال ۱۳۸۶ به بعد در ۱۰۰٪ شهرستان ها
- ۷- اجرای برنامه جدید حوادث مانا (سوختگی و مسمومیت) از سال ۱۳۹۰ به بعد در ۱۰۰٪ شهرستان ها
- ۸- بهبود سیستم بهداشتی (تجهیزات، دارو، آمار، اطلاعات و ...)
- ۹- ارتقاء وضعیت آموزش های برون بخشی به میزان ۷۳٪
- ۱۰- بهبود عملکرد خانواده و جامعه

اهداف کلی واحد سلامت کودکان:

ارتقاء سطح سلامت کودکان زیر ۸ سال

اهداف اختصاصی واحد سلامت کودکان:

- ۱- کاهش مرگ و میر نوزادان از میزان ۱۴/۱ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۸ به میزان ۷ در هزار تولد زنده در سال ۱۴۰۴
- ۲- کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال از میزان ۱۸/۴۱ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۸ به میزان برآورد ۸ در هزار تولد زنده در سال ۱۴۰۴
- ۳- کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از میزان ۲۱/۳۱ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۸ به میزان برآورد ۱۰ در هزار تولد زنده در سال ۱۴۰۴

^۱ - از ۱۶ بیمارستان موجود، ۱۵ بیمارستان لوح دوستدار کودک دریافت نموده اند.

راهکارهای واحد سلامت کودکان:

- ۱- توسعه آموزش و اطلاع رسانی در زمینه برنامه کودکان به اقشار مختلف متناسب با برنامه
- ۲- جلب مشارکت مردمی در حمایت های مالی، اجرای برنامه ها
- ۳- توسعه نظام اطلاعات در مدیریت سلامت کودکان
- ۴- جلب همکاری های درون بخشی و بین بخشی
- ۵- توسعه نظام پایش و ارزشیابی برنامه سلامت کودکان
- ۶- توسعه کمی و کیفی خدمات در حوزه سلامت کودکان

برنامه های حائز اولویت واحد سلامت کودکان:

- ۱- ترویج تغذیه با شیر مادر
- ۲- اجرای برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم (WCC)^۱
- ۳- اجرای برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک بیمار (مانا)
- ۴- اجرای برنامه حوادث مانا (سوختگی و مسمومیت)
- ۵- اجرای برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه

گزارشی از شاخص های مهم واحد سلامت کودکان:

جدول شماره ۴-۵۴: میزان مرگ و میر کودکان در صد هزار تولد زنده

ردیف	شاخص‌ها	وضعیت موجود		هدف یک ساله (۸۹)	هدف پنج ساله (۹۴)	هدف ۱۴۰۴
		استانی (۸۸)				
۱	میزان مرگ و میر نوزادان	۱۴/۰۱		۱۳/۳۷	۱۳/۱	۷
۲	میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال	۱۸/۴۱		۱۷/۷۷	۱۴	۸
۳	میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	۲۱/۳۱		۲۰/۶۷	۲۰	۱۰

طرح های پیشنهادی واحد سلامت کودکان:

* عنوان طرح: نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه با مشارکت معاونت درمان (همکاری بین بخشی)

شرح تفصیلی:

مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه جز شاخص های مهم توسعه بوده و همواره مورد توجه قرار می گیرد. این برنامه به منظور کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در سال ۱۳۸۶ از وزارت خانه ابلاغ شد. به محض اینکه مرگ کودکی رخ می دهد، چک لیستی توسط بیمارستان یا مرکز درمانی که کودک به آن مراجعه نموده تکمیل شده و از طریق بررسی در کمیته تخصصی و با استفاده از افراد متخصص عوامل و مشکلات موجود که مؤثر بر مرگ بوده استخراج و برنامه مداخله جهت رفع موانع و پیشگیری از مرگ های مشابه نوشته و اجرا می شود. در صورت نیاز، مداخلات در سطوح بالا و پایین تر اعمال می شود. در خصوص مرگ های خارج بیمارستانی نیز همین روند توسط مراکز بهداشتی درمانی و ستاد شهرستان ها طی می شود.

¹ - Well Child Care

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

سازمان صدا و سیما و رسانه‌ها می‌توانند نقش مؤثر و مهمی در آموزش و ارتقاء آگاهی جامعه ایفا نمایند.

اهداف طرح در سه مقطع یک، پنج و ۱۰ ساله:

یک ساله: جاری نمودن نظام ثبت و گزارش‌دهی (ایجاد پوشش ۱۰۰٪ در مرگ‌های بیمارستان و بالای ۹۵٪ در مرگ‌های خارج بیمارستانی) و انجام بررسی (تکمیل پرسشنامه) در بیش از ۹۵٪ موارد گزارش شده ارتقاء کمی و کیفی تشکیل کمیته‌های بررسی و تلاش در جهت تغییر الگوی مرگ خارج بیمارستانی به مرگ‌های بیمارستانی.

پنج ساله: تکمیل چک‌لیست استاندارد خودارزیابی بخش کودکان و اورژانس، مشخص نمودن نیازهای تجهیزاتی، پرسنلی، آگاهی و مهارت پرسنل و حذف نواقص موجود مطابق چک لیست استاندارد، حذف عوامل مؤثر قابل پیشگیری در مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه.

ده ساله: کاهش مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه و عدم وقوع مرگ کودکان به دلیل عوامل قابل پیشگیری

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

کاهش مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

شاخص‌های ارزیابی در طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ۱۰ ساله:

درصد مرگ‌های بیمارستانی^۱ در سال ۱۳۸۸، ۶۸٪ بود که هدف این است که به بالای ۹۰٪ برسد. ضمناً درصد مرگ‌های خارج بیمارستانی ۳۲٪ در سال ۱۳۸۸، می‌باشد.

* عنوان طرح: مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم^۲ (wcc)

شرح تفصیلی:

برنامه مراقبت کودک سالم به دنبال یافتن راهی برای جدا کردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد بیماری است که هنوز نشانه‌های بیماری در آن‌ها مستقر نشده است. در حقیقت، هدف این برنامه طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا هشت سال و اجرای آن می‌باشد. در برنامه مراقبت کودک سالم، تمام کودکان کمتر از هشت سال که به واحد بهداشتی آورده می‌شوند، از نظر وضعیت عمومی، تغذیه، وزن، قد، دور سر، دهان و دندان، بینایی، تکامل، واکسیناسیون، مکمل‌های دارویی و آزمایشات ارزیابی می‌شوند. اجرای مراقبت در برنامه کودک سالم شامل موارد زیر است:

- معاینه بالینی
- تست‌های آزمایشگاهی
- آموزش و مشاوره

^۱ - درصد مرگ‌های بیمارستان شاخصی است دوسویه که از طرفی با افزایش مرگ و میر بیمارستان میزان دسترسی به خدمات بیمارستانی را نشان می‌دهد، پس نسبت مرگ‌های بیمارستان به خارج بیمارستانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اما از طرفی میزان مرگ‌ها در کل می‌بایستی رو به کاهش داشته باشد تا شاخص ارائه خدمات مناسب و وضعیت سلامت را نشان دهد. میزان مرگ‌های ۱ تا ۵۹ ماهه (زیر ۵ سال) از اهمیت بالایی برخوردار است و از شاخص مهم در نشان دادن توسعه بهداشتی درمانی کشور است.

^۲ - راهنمای مراقبت ادغام یافته کودک سالم برای دو سطح پزشک و غیر پزشک به اجرا درآمده است.

- واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی
- پیشگیری از حوادث و سوانح
- رابطه متقابل کودک و والدین

سه‌م سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

صدا و سیما در انجام آموزش‌های لازم و آشنایی خانواده‌ها با طرح می‌تواند مؤثر واقع شود.

هدف طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: جایگزینی و به کارگیری دفتر جدید مراقبت اطفال و کلیه فرم‌های جدید مورد استفاده در برنامه
پنج ساله: تکمیل چک لیست پایش و نظارت برنامه، مشخص نمودن نیازهای تجهیزاتی و دارویی، بهبود آگاهی
 و مهارت کارکنان، بهبود عملکرد مراقبین کودک
ده ساله: کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال

نتایج مورد انتظار:

وضعیت مطلوب از نظر کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال در مقایسه با کشورهای توسعه یافته

* **عنوان طرح سوم: مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا)**

شرح تفصیلی:

مانا برنامه‌های مختلف کودکان را با یکدیگر ترکیب نموده و مهمترین و شایعترین علل مراجعه و مرگ و میر کودکان را در برگرفته و تشخیص و درمان صحیح بیماریها را بر اساس نشانه‌های موجود امکان‌پذیر می‌سازد. مانا حاوی اصول راهنما برای آموزش به مادران است تا خانواده‌ها در بهبودی کودک خود مشارکت نموده و با اجرای صحیح اقدامات پیشگیری از جمله تغذیه صحیح کودک، انجام به موقع واکسیناسیون و ... از ابتلا و یا شدت بیماری وی جلوگیری کنند. مانا یک استراتژی است نه یک برنامه به طوری که برنامه‌های موجود مراقبت از کودکان زیر ۵ سال را هماهنگ نموده و با این هماهنگی، کیفیت ارائه خدمات را افزایش داده و اثر بخشی مراقبت‌ها را بالا می‌برد و هزینه‌های خدمات را کاهش می‌دهد. راهنمای مراقبت ادغام یافته کودک بیمار برای دو سطح پزشک و غیر پزشک به اجرا درآمده است.

هدف طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: اجرای برنامه سوختگی و مسمومیت در کودکان (مجموعه تکمیلی مانا) در کلیه شهرستان‌های تابعه و
 جایگزینی و به کارگیری کلیه فرم‌های جدید مورد استفاده در برنامه
پنج ساله: تکمیل چک لیست پایش و نظارت برنامه، مشخص نمودن نیازهای تجهیزاتی و دارویی، بهبود آگاهی و
 مهارت کارکنان، بهبود عملکرد مراقبین کودک
ده ساله: کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور: کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال

❖ واحد سلامت سالمندان

رسالت واحد سلامت سالمندان:

رسالت این واحد کاهش بار بیماری‌های اولویت‌دار و قابل پیشگیری سالمندان از طریق طراحی برنامه‌های بهداشتی در راستای تعهدهای ملی و بین‌المللی است.

چشم‌انداز واحد سلامت سالمندان:

با توجه به اجلاس سران که با موضوع سالمندان در مادرید در سال ۲۰۰۲ تشکیل گردیده است، کشور ایران متعهد اقداماتی به شرح ذیل تا سال ۲۰۲۱ می‌باشد:

- ۱- از بین بردن تبعیض سنی و غفلت در مورد سالمندان
- ۲- ارتقاء عزت اجتماعی سالمندان
- ۳- ایجاد جامعه‌ای برای تمام سنین
- ۴- قرار دادن موضوع سالمندی در دستور کار توسعه
- ۵- استفاده از تجربیات سالمندان برای آینده‌ای بهتر
- ۶- امکان دادن ادامه کار به سالمندان تا زمانی که توانایی و میل به کار دارند.
- ۷- فراهم آوردن شرایط سهولت و افزایش دسترسی سالمندان به خدمات اجتماعی

دورنمای دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در این زمینه:

این دانشگاه در راستای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی سالمندان به منظور بهره‌مندی آنان از کیفیت زندگی بهتر در جنبه‌های مختلف به خصوص در دوران سالم‌خوردگی، تلاش دارد در جهت ارائه خدمت به سالمندان در کل کشور کماکان مقام اول را داشته باشد.

دستاوردهای واحد سلامت سالمندان:

- ۱- اجرای برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان در شهرستان پاوه از سال ۱۳۸۶
- ۲- تحت پوشش قرار دادن ۸/۸۴٪ سالمندان در شهرستان پاوه از سال ۱۳۸۶ تا سال ۱۳۸۸
- ۳- اجرای برنامه بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی از سال ۱۳۸۷ در دو شهرستان روانسر و کنگاور
- ۴- ارتقاء برنامه بهبود شیوه در شهرستان‌های پایلوت، از دو شهرستان به شش شهرستان در سال ۱۳۸۹

هدف کلی واحد سلامت سالمندان:

- ۱- کاهش بار بیماری‌های شایع در دوران سالمندی
- ۲- بهبود شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی

اهداف اختصاصی واحد سلامت سالمندان:

- ۱- افزایش درصد مربیان آموزش دیده به میزان ۱۰۰٪ در سال ۱۳۹۰

۲- ارتقای کیفیت آموزش مربیان مطابق با استانداردهای موجود در پایش و ارزشیابی برنامه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی (بر اساس اجرای استانداردهای فرآیند آموزش در حین آموزش) از ۹۹٪ در سال ۱۳۸۹ به ۱۰۰٪ در سال ۱۳۹۰

- ۳- افزایش درصد سالمندان آموزش دیده در زمینه بهبود تغذیه از ۹۸/۹٪ در سال ۱۳۸۹ به ۱۰۰٪ در سال ۱۳۹۰
- ۴- افزایش درصد سالمندان دارای دانش ماندگار در زمینه بهبود تغذیه از ۹۲/۴٪ در سال ۱۳۸۹ به ۹۴٪ در سال ۱۳۹۰
- ۵- افزایش درصد سالمندان دارای رفتار نسبتاً پایدار در زمینه بهبود تغذیه از ۹۱/۹٪ در سال ۱۳۸۹ به ۹۳٪ در سال ۱۳۹۰

راهکارهای واحد سلامت سالمندان:

- ۱- آموزش و اطلاع رسانی به گروه هدف
- ۲- تقویت سیستم پیگیری
- ۳- تقویت سیستم ارجاع
- ۴- حمایت در زمینه ارائه خدمات و مشاوره
- ۵- تقویت نظام بررسی و مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده‌ها

برنامه‌های حائز اولویت در واحد سلامت سالمندان:^۱

- ۱- ارتقاء برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان در سطح استان
- ۲- ارتقاء برنامه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی در سطح استان

گزارشی از شاخص‌های مهم واحد سلامت سالمندان:

سیر طبیعی تغییرات سنی در جامعه استان رو به سالمندی است و در آینده نزدیک، مسائل و مشکلات بهداشتی جامعه از الگوی سنی تبعیت نموده و نیاز به برنامه‌ریزی خدماتی متفاوت خواهد داشت.

یکی از شاخص‌های دموگرافی هر جامعه ضریب سالمندی است که نشان‌دهنده ساختار سنی هر جامعه بوده و عبارت است از: تعداد افراد بالای ۶۰ سال تقسیم بر زیر ۱۵ سال، ضرب در صد. شاخص سالمندی نشان‌دهنده افزایش نسبی تعداد سالمندان است که خود بیانگر وضعیت خوب خدمات بهداشتی-درمانی آن جامعه است. این شاخص در حقیقت نسبت تعداد نفرات دو انتهای توزیع سنی جمعیت را نشان می‌دهد. همچنین این نسبت یکی از شاخص‌های توسعه جامعه نیز به حساب می‌آید.

جدول شماره ۴-۵۵: وضعیت فعلی درصد سالمندی و شاخص سالمندی برنامه سالمندان استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۳ تا سال ۱۳۸۸^۲

ردیف	موضوع	درصد سالمندی و شاخص سالمندی				
		۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴
۱	درصد جمعیت سالمند	۷/۸	۸/۲	۸/۳۹	۸/۵۴	۸/۲۵
۲	شاخص سالمندی	۲۶/۹	۲۹/۸	۳۰/۱۹	۳۵/۳۲	۳۵/۵۶

۱- هر دو برنامه اجرایی می‌باشد.

۲- منبع: زیج حیاتی

جدول شماره ۴-۵۶: شاخص‌های برنامه سالمندان به تفکیک شهرستان‌ها در سال ۱۳۸۸

شهرستان	شاخص سالمندی	درصد سالمندی
اسلام‌آباد غرب	۴۰/۷۶	۹/۰۳
پاوه	۲۸/۷۴	۸/۴۸
جوانرود	۲۵/۴۱	۷/۲۵
سرپل‌ذهاب	۳۹/۸۹	۷/۳۴
سنقر	۳۷/۵۳	۸/۹۲
صحنه	۴۳/۸۲	۱۰/۳۳
قصر شیرین	۶۰/۰۲	۱۱/۳۹
کرمانشاه	۳۷/۹	۷/۳۴
کنگاور	۴۲/۳۷	۹/۳۶
گیلان‌غرب	۴۳/۴۹	۸/۳۴
هرسین	۳۷/۰۵	۷/۲۷
ثلاث باباجانی	۲۰/۹۳	۶/۵۴
روانسر	۴۳/۶۷	۸/۹۵
دالاهو	۴۱/۰۷	۹/۶۸
استان	۳۵/۸۰	۸/۴۶

طرح‌های پیشنهادی واحد سلامت سالمندان:

* عنوان طرح اول: اجرای طرح بهبود تغذیه سالمندان

شرح تفصیلی طرح:

دردوره سالمندی شخص ممکن است به دلیل محدودیت‌های مربوط به تغییرات پیری برای برآورده کردن نیازهای اساسی به کمک دیگران نیاز داشته باشد. در این راستا آموزش بهداشت و شیوه زندگی سالم به سالمندان و افراد خانواده آنان امر مهمی است که می‌تواند بسیاری از مشکلات ناشی از تغییرات پیری را کنترل و یا به تعویق انداخته و سلامتی سالمندان را حفظ نماید.

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

استانداری، صدا و سیما، کمیته امداد، بهزیستی، بازنشستگی، شهرداری، سازمان تربیت بدنی.

سازمان‌های درگیر در طرح:

استانداری (پیگیری مصوبات جلسات کمیسیون نظارت بر ساماندهی سالمندان)، صدا و سیما (فراخوان سالمندان گروه سنی تعیین شده در شهرستان‌های مجری طرح، مصاحبه با افراد متخصص و صاحب نظر، ارائه برنامه‌های آموزشی)، بهزیستی، کمیته امداد، بازنشستگی (اعلام آمار سالمندان گروه هدف تحت پوشش و همکاری به منظور آموزش شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی با مراکز بهداشت شهرستان‌ها)، شهرداری (ایجاد تسهیلاتی به منظور استفاده سالمندان از امکانات ورزشی پارک‌ها و توسعه تسهیلات موجود)، سازمان تربیت بدنی (ایجاد تسهیلات رایگان جهت سالمندان به منظور استفاده از سالن‌های ورزشی سطح شهر)، آموزش و پرورش (همکاری به منظور تأمین فضای آموزشی جهت برگزاری کلاس‌های آموزشی سالمندان در فصل تابستان)، سایر ادارات و ارگان‌ها (مشارکت در تأمین اعتبار جهت چاپ مجموعه‌های آموزشی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی)

هدف از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و هدف ۱۴۰۴:

یک ساله: شناسایی سالمندان گروه هدف، فراخوان سالمندان به مراکز بهداشتی درمانی، برگزاری کلاس‌های آموزشی در زمینه بهبود تغذیه، بررسی دانش ماندگار و رفتار نسبتاً پایدار سالمندان

پنج ساله: تعمیم موارد ذکر شده (شناسایی، فراخوان، آموزش، بررسی دانش و رفتار سالمندان) از شهرستان‌های پایلوت به کل استان

ده ساله: اصلاح رفتارهای تغذیه‌ای در سالمندان

هدف ۱۴۰۴: اصلاح رفتارهای تغذیه‌ای در سالمندان

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- بهبود رفتارهای تغذیه‌ای و ارتقاء سلامت سالمندان
- اطلاع از وضعیت موجود آگاهی و سلامت سالمندان در منطقه
- همکاری و جلب مشارکت سایر بخش‌های توسعه در افزایش درصد سالمندان آموزش دیده
- مطرح شدن طرح در کارگروه استانداری
- همکاری با مراکز بهداشت شهرستان‌ها در ارائه آموزش‌ها

شاخص‌های ارزیابی در طرح مذکور در سه مقطع یک، ۵ و ده ساله:

جدول شماره ۴-۵۷: درصد افراد آموزش دیده در سطح استان

ردیف	شاخص	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ده ساله
۱	درصد سالمندان آموزش دیده در زمینه بهبود تغذیه	رشد ۷٪	رشد ۱۵٪	رشد ۳۰٪
۲	درصد سالمندان دارای دانش ماندگار در زمینه بهبود تغذیه	رشد ۷٪	رشد ۱۵٪	رشد ۳۰٪
۳	درصد سالمندان دارای رفتار نسبتاً پایدار در زمینه بهبود تغذیه	رشد ۷٪	رشد ۱۵٪	رشد ۳۰٪

* عنوان طرح دوم: اجرای طرح مراقبت سالمندان

شرح تفصیلی طرح:

مراقبت‌های ادغام‌یافته به مفهوم استفاده از عوامل خطر، نشانه‌های بالینی ساده ادغام‌یافته در سطح استفاده کننده از خدمت و اقدامات تشخیصی مورد نیاز به منظور تشخیص و درمان بیماری است. در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه‌های بالینی ممکن برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع، استفاده شده است. عوامل خطر، نشانه‌ها، علایم بالینی، اقدام تشخیصی، درمان، موارد ارجاع و پیگیری‌های موجود که در این مراقبت‌ها به کار گرفته شده است؛ بهره گرفته از برنامه‌های کشوری، منابع تخصصی طب سالمندی و همچنین استفاده از نظرات کارشناسی و اساتید مرتبط با بیماری‌هایی است که فاقد اداره متولی در مرکز مدیریت بیماری‌هاست. در این مدل، درمان و در کل توصیه‌های مورد نیاز برای سالمند بر اساس طبقه‌بندی است و سعی شده که این طبقه‌بندی‌ها تا حد ممکن به تشخیص دقیق بیماری‌ها نزدیک باشند.

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی، استانداری، صدا و سیما، کمیته امداد، بهزیستی، بازنشستگی، شهرداری و سازمان تربیت بدنی

سهیم سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

استانداری (پیگیری مصوبات جلسات کمیسیون نظارت بر ساماندهی سالمندان)، صدا و سیما (فراخوان سالمندان گروه سنی تعیین شده در شهرستان‌های مجری طرح، مصاحبه با افراد متخصص و صاحب نظر)، بهزیستی و کمیته امداد و بازنشستگی (اعلام آمار سالمندان گروه هدف تحت پوشش، همکاری به منظور انجام مراقبت سالمندان)، شهرداری (ایجاد تسهیلاتی به منظور استفاده سالمندان از امکانات ورزشی پارک‌ها و توسعه تسهیلات موجود)، سازمان تربیت بدنی (ایجاد تسهیلات رایگان جهت سالمندان به منظور استفاده از سالن‌های ورزشی سطح شهر)، آموزش و پرورش (همکاری به منظور آموزش دانش‌آموزان درخصوص تکریم و جایگاه سالمندان)، سایر ادارات و ارگان‌ها (مشارکت در تأمین اعتبار جهت چاپ مجموعه‌های آموزشی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی)

هدف اجرای طرح در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و هدف ۱۴۰۴:

یک ساله: شناسایی سالمندان گروه هدف، فراخوان سالمندان به مراکز بهداشتی درمانی، انجام مراقبت‌ها
پنج ساله: تعمیم موارد ذکر شده (شناسایی، فراخوان و انجام مراقبت‌ها) از شهرستان‌های پایلوت به کل استان
ده ساله: کاهش بار بیماری‌های شایع در دوران سالمندی به میزان ۱۰٪ در پنج سال و ۳۰٪ در ۱۰ سال آینده

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مراقبت سالمندان:

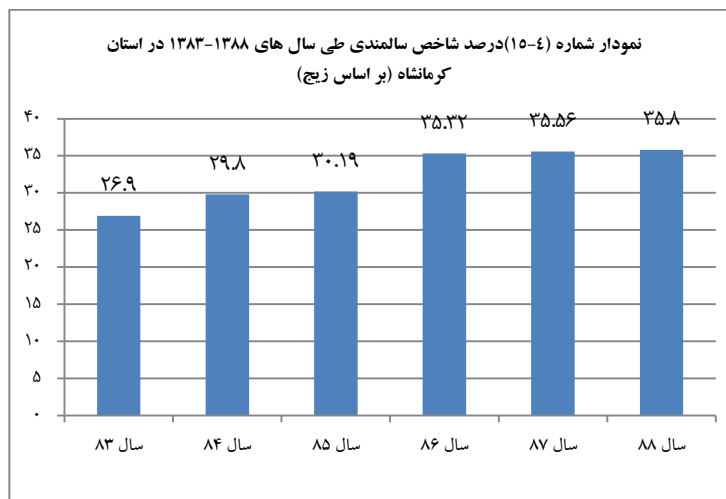
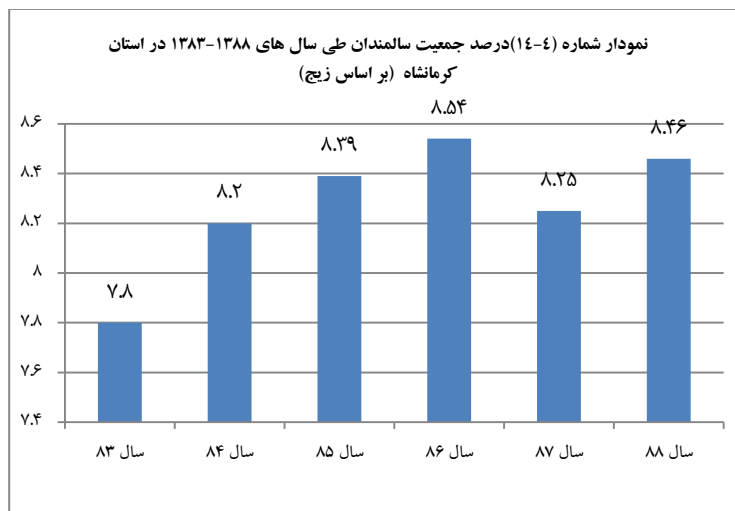
- اطلاع از وضعیت موجود سلامت سالمندان در منطقه
- همکاری و جلب مشارکت سایر بخش‌های توسعه در افزایش درصد سالمندان مراقبت شده
- مطرح شدن طرح در کارگروه استانداری
- همکاری با مراکز بهداشت شهرستان‌ها در ارائه مراقبت‌های ادغام یافته

شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۵۸: شاخص طرح مراقبت از سالمندان

ردیف	شاخص	وضعیت موجود (۱۳۸۸)	هدف پنج ساله	هدف ده ساله
۱	درصد سالمندی	۸/۴۶	۸/۸	۹/۳
۲	شاخص سالمندی	۳۵/۸۰	۴۳/۶	۵۱/۰۵

برخی شاخص‌های مهم واحد سلامت سالمندان:



برنامه ارتقاء سلامت سالمندان:

جدول شماره ۴-۵۹: برنامه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی

کلاس‌های آموزشی شیوه زندگی سالم گروه سنی		درصد سالمند آموزش دیده		درصد سالمند با اطلاعات ماندگار		درصد سالمند با رفتار نسبتاً پایدار	
		سال ۸۸ و ۸۹		سال ۸۸ و ۸۹		سال ۸۸ و ۸۹	
شهر	روستا	۸۴/۹۹	۹۹/۳	۷۱/۹۱	۹۳/۹	۹۴/۸۶	۹۰/۶
	کل	۸۱/۵۱	۸۹/۹	۷۲/۷۳	۹۲/۴	۹۴/۳۹	۹۱/۹
	شهر	۷۰/۴۳	۹۷/۸	۷۵/۹۲	۸۷/۱	۹۲/۶۸	۹۶/۸
	روستا	۸۴/۹۹	۹۹/۳	۷۱/۹۱	۹۳/۹	۹۴/۸۶	۹۰/۶

❖ واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

برنامه تنظیم خانواده شامل ارائه همگانی خدمات با کیفیت، کم هزینه و قابل قبول به نیازمندان و متقاضیان خدمت است تا گیرندگان خدمت بتوانند به هدف‌های تولید مثل خود و پیشگیری از وقوع حاملگی‌های ناخواسته و پرخطر از دیدگاه تنظیم خانواده، سقط‌های غیرایمن، وقوع بیماری، معلولیت و مرگ دستیابی داشته باشند. برای اثربخشی این برنامه‌ها، بهبود کیفیت اطلاع‌رسانی، آموزش، ارتباطات، مشاوره و خدمات، افزایش مشارکت و سهم مسئولیت مردان در انجام واقعی تنظیم خانواده ضروری است.

رسالت واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

برنامه تنظیم خانواده شامل ارائه همگانی خدمات با کیفیت، کم هزینه و قابل قبول به نیازمندان و متقاضیان خدمت است تا گیرندگان خدمت بتوانند به هدف‌های تولید مثل خود و پیشگیری از وقوع حاملگی‌های ناخواسته و پرخطر از دیدگاه تنظیم خانواده، سقط‌های غیرایمن، وقوع بیماری، معلولیت و مرگ دستیابی داشته باشند. برای اثربخشی این برنامه‌ها، بهبود کیفیت اطلاع‌رسانی، آموزش، ارتباطات، مشاوره و خدمات، افزایش مشارکت و سهم مسئولیت مردان در انجام واقعی تنظیم خانواده ضروری است. همچنین کاهش حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده و پرخطر از دیدگاه تنظیم خانواده و هماهنگی‌های لازم بین‌بخشی جهت اجرای تعهدهای ملی و بین‌المللی جزء رسالت‌های این واحد است.

چشم‌انداز واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش‌های برنامه‌ریزی شده و مدبرانه و با استفاده از منابع موجود، سلامت باروری افراد تأمین گردد و موارد بارداری‌های ناخواسته و پرخطر مشاهده نشود.

دستاوردهای واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

- ۱- افزایش پوشش تنظیم خانواده در استان از میزان ۴۹/۶٪ در سال ۱۳۷۱ به میزان ۷۴/۵٪ در سال ۱۳۸۷
- ۲- کاهش رشد طبیعی جمعیت در استان از میزان ۲/۱ در سال ۱۳۷۱ به میزان ۰/۹۴ در سال ۱۳۸۷
- ۳- کاهش میزان خام موالید از میزان ۲۵/۸ در سال ۱۳۷۱ به میزان ۱۴/۵ در سال ۱۳۸۷
- ۴- کاهش میزان باروری کلی از میزان ۴/۲ در سال ۱۳۷۱ به میزان ۱/۶۵ در سال ۱۳۸۷
- ۵- میزان باروری عمومی از میزان ۱۳۱ در سال ۱۳۷۱ به میزان ۴۹/۴۹ در سال ۱۳۸۷
- ۶- برگزاری دوره‌های آموزشی وازکتومی به روش NSV^۱ جهت پزشکان عمومی و راه‌اندازی ۳ مرکز وازکتومی جهت انجام عمل جراحی بستن لوله مردان
- ۷- راه‌اندازی مراکز مشاوره قبل از ازدواج در کلیه شهرستان‌های استان به تعداد ۱۸ مرکز

هدف کلی واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

کاهش درصد بارداری‌های پرخطر و ناخواسته در استان

^۱ - No- Scalpe Vasectomy

اهداف اختصاصی واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

- ۱- افزایش میزان پوشش تنظیم خانواده از ۷۴/۵٪ در سال ۱۳۸۷ به ۷۹٪ در سال ۱۴۰۴
- ۲- افزایش میزان استفاده از روش‌های طولانی اثر از ۱۹/۶٪ در سال ۱۳۸۷ به ۲۵٪ در سال ۱۴۰۴

راهکارهای واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

- ۱- توسعه آموزش و اطلاع‌رسانی در زمینه برنامه تنظیم خانواده به اقشار مختلف جامعه متناسب با برنامه
- ۲- جلب مشارکت مردمی در حمایت‌های مالی، اجرای برنامه‌ها و هماهنگی در جهت تحقق اهداف سلامت تنظیم خانواده
- ۳- توسعه نظام اطلاعات در مدیریت سلامت تنظیم خانواده
- ۴- جلب همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی
- ۵- توسعه نظام پایش و ارزشیابی برنامه تنظیم خانواده
- ۶- توسعه کمی و کیفی خدمات در حوزه تنظیم خانواده

برنامه‌های حائز اولویت در واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

- ۱- آموزش همگانی مسائل بهداشت باروری
- ۲- آموزش و جلب مشارکت مردان
- ۳- کاهش بارداری‌های ناخواسته
- ۴- کاهش بارداری‌های پرخطر

گزارشی از شاخص‌های مهم و پیش‌بینی آتی در واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

جدول شماره ۴-۶۰: شاخص‌های برنامه تنظیم خانواده در سطح استان

عنوان شاخص	وضعیت موجود		شاخص یکساله (۸۹)	شاخص پنج ساله (۹۴)	شاخص ده ساله (۱۴۰۰)
	استانی ۸۷	کشوری ۸۶			
رشد طبیعی جمعیت	۰/۹۴	۱/۳	۰/۹۴	۰/۹	۸/۵
میزان خام موالید	۱۴/۵	۱۷/۷۲	۱۴/۵	۱۴	۱۳/۵
میزان باروری کلی	۱/۶۵	۱/۹	۱/۶۵	۱/۴	۱
میزان باروری عمومی	۴۹/۴۹	۶۱/۹۱	۴۹/۴۹	۴۹	۴۸
میزان پوشش تنظیم خانواده	۷۹	۶۸	۸۰	۸۲	۸۵
درصد حاملگی‌های ناخواسته (IMES) ^۱	۱۵/۸	۱۸/۶	۱۵/۸	۱۵	۱۳
درصد زنان ^۲ Unmet need	۷/۴	۵/۹	۷/۴	۶/۵	۵

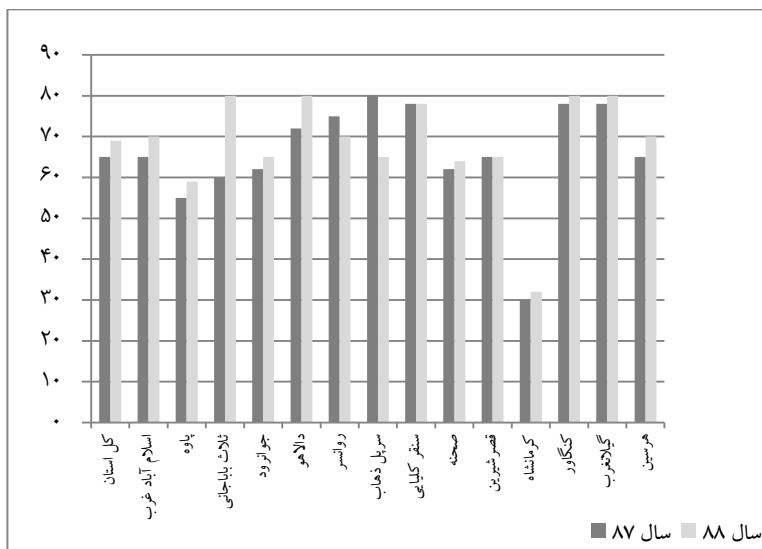
^۱ - Integrated Monitoring and Evaluation System^۲ - درصد زنانی که از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند.

جدول شماره ۴-۶۱: پوشش تنظیم خانواده به تفکیک استفاده و شهرستان در سال‌های ۸۷ و ۸۸

شهرستان	درصد پوشش قرص‌های پیشگیری		درصد پوشش IUD		درصد پوشش کاندوم		درصد پوشش آمپول تزریقی		درصد پوشش واکتومی		درصد پوشش توبکتومی		درصد پوشش تنظیم خانواده (روش‌های مدرن)	
	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷
کل استان	۲۰	۲۰/۳	۶/۱	۸/۵	۵/۴	۶	۴	۴/۶	۰/۳	۰/۴	۱۳	۱۸/۸	۷۹	۸۰
اسلام آباد غرب	۲۷/۸	۲۵/۵	۲/۹	۴/۵	۷	۷/۶۸	۴/۴	۵	۰/۴	۰/۴	۲۲	۲۲/۲	۶۵/۸	۷۲/۷۷
پاوه	۱۷/۸	۱۵/۸۹	۱۴/۵	۱۴/۸	۶/۹	۸/۱	۲/۸	۵/۴۲	۰/۵	۰/۵	۱۱/۵	۱۱/۳	۵۵/۱	۵۷/۳
ثلاث باباجانی	۱۸/۱	۲۲/۶۶	۹/۲	۱۰/۶	۲/۵	۳/۷۱	۱۷/۵	۱۹/۸	۰/۴	۰/۴	۱۱/۵	۱۵/۷	۵۹/۳	۷۷/۴
جوانرود	۲۱	۲۰/۲۷	۱۴	۱۴/۳	۴/۶	۵/۳	۸/۶	۱۰/۴۷	۰/۵	۰/۵	۱۳/۵	۱۳/۸	۶۲/۵	۶۴/۶۴
دالاهو	۳۰/۳	۲۸/۷۲	۳/۸	۵/۷	۷/۲	۸/۱	۸/۲	۹/۹۸	۰/۳	۰/۳	۲۳/۳	۲۳/۴	۷۳/۴	۷۷/۶
روانسر	۲۶	۲۵	۱۴/۵	۱۲/۸	۵/۵	۵/۴۸	۴/۱	۴/۴۵	۰/۳	۰/۳	۱۸/۵	۱۸	۷۳/۹	۷۳
سرپل ذهاب	۳۲/۴	۲۸/۳۳	۲۸/۳۳	۱۸/۳	۹/۷۵	۶	۷/۴۱	۵/۳	۵/۶	۰/۱	۱۶/۴	۱۵/۷	۷۸/۷	۶۶/۱
ستقر کلیائی	۳۷/۹	۲۶/۰۸	۶/۳	۸	۵	۵/۳	۸/۱	۸/۲۷	۰/۹	۱	۲۸/۸	۲۸/۳	۷۷/۲	۷۶/۶
صحنه	۲۸/۵	۲۵/۴۷	۳/۹	۴/۳	۴/۷	۵/۵	۰/۷	۴/۸	۰/۷	۱	۲۲/۶	۲۲/۳	۶۱/۳	۶۲/۳۷
قصر شیرین	۲۶/۸	۲۲/۷	۵/۳	۵/۸۹	۱۱/۲	۱۱/۷	۵/۱	۶/۲	۰/۷	۰/۷	۱۶/۹	۱۶/۹۱	۶۶/۴	۶۶/۸۷
کرمانشاه	۱۴/۳	۱۳/۱	۳/۸	۴/۴	۵	۵/۵	۲/۶	۲/۹	۰/۲	۰/۳۷	۷	۷/۴	۳۳/۱	۳۴/۹
کنگاور	۲۸/۷	۲۶/۸	۷/۳	۸/۵	۸/۵	۹/۱	۴/۵	۵/۶	۱/۵	۱/۷	۲۵/۴	۲۶	۷۶/۲	۷۸/۹
گیلان غرب	۳۵/۶	۳۲/۲	۲/۹	۲/۸۳	۶	۶/۶	۵/۸	۵/۷	۰/۳	۰/۳	۲۴/۴	۲۵/۳۲	۷۵/۳	۷۹/۷۹
هرسین	۳۲/۴	۳۱/۴	۱۲/۳	۱۲/۹	۴/۴	۵/۲	۳/۷	۵	۰/۲	۰/۲	۱۴/۸	۱۷/۰۵	۶۹	۷۳

نمودار شماره ۴-۱۶: درصد پوشش تنظیم خانواده (روش‌های مدرن)

در استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸



طرح‌های پیشنهادی در واحد جمعیت و تنظیم خانواده:

* عنوان طرح: کاهش درصد بارداری‌های پرخطر و ناخواسته در استان کرمانشاه

شرح تفصیلی طرح:

- برنامه‌ریزی و تلاش در زمینه افزایش میزان استفاده از روش‌های طولانی اثر پیشگیری از بارداری در استان
- برنامه‌ریزی و تلاش در زمینه افزایش میزان پوشش تنظیم خانواده در زنان دارای شرایط در معرض خطر در استان
- برنامه‌ریزی و تلاش در زمینه افزایش میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در مردان در استان

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، استانداری، صدا و سیما، آموزش و پرورش، مجامع دینی و مذهبی، کمیته امداد امام(ره)، بهزیستی و

سهام سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

مشارکت در تأمین منابع و امکانات، مشارکت در آموزش خطرات بارداری‌های پرخطر و ناخواسته به مردم

هدف اجرای طرح در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و هدف ۱۴۰۴:

یک ساله: ایجاد زمینه‌های همکاری و جلب مشارکت سازمان‌های درگیر

پنج ساله: همگانی نمودن آموزش‌ها و اقدامات و تلاش در زمینه کاهش ۵۰٪ از بارداری‌های پرخطر و ناخواسته

ده ساله: استمرار فعالیت‌ها و تلاش در زمینه کاهش ۷۰٪ از بارداری‌های ناخواسته و پرخطر

هدف ۱۴۰۴: تثبیت برنامه‌های آموزشی و ارائه خدمات تنظیم خانواده به‌طوری که حاملگی‌های پرخطر و

ناخواسته به حداقل مقادیر کشوری برسد.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- بهبود شاخص‌های باروری به خصوص در نقاط مشکل‌دار استان
- اطلاع از وضعیت موجود سلامت و باروری در منطقه ضمن تحلیل علل و جلب مشارکت سایر بخش‌های توسعه در اشاعه آموزش‌ها و ارائه خدمات.

شاخص‌های ارزیابی در طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۶۲: شاخص باروری

شاخص	وضع موجود	یک سال	پنج ساله	ده ساله
میزان باروری کلی	۱/۶۵٪	۱/۶۵٪	۱/۴٪	۱٪
میزان خام مولید	۱۴/۵٪	۱۴/۵٪	۱۴٪	۱۳/۵٪
میزان باردای ناخواسته	۱۵/۸٪	۱۵/۷٪	۱۵٪	۱۴٪
میزان پوشش زنان در معرض خطر	۸۵٪	۸۷٪	۹۰٪	۹۵٪

دستاوردهای مهم سلامت مادران و کودکان در سطح استان کرمانشاه:

بارداری‌های ناخواسته:

چشم‌انداز برنامه تنظیم خانواده، فرزنددار شدن آگاهانه و مسئولانه و با برنامه بودن همه بارداری‌ها است. برنامه تنظیم خانواده در طی سال‌های اجرا باعث بهبود قابل توجه شاخص بارداری‌های ناخواسته شده است. متوسط کشوری شاخص بارداری در ابتدای برنامه تنظیم خانواده ۳۷٪ بوده است. این میزان بر اساس آخرین اطلاعات به ۱۸/۶٪ کاهش یافته است. علی‌رغم بهبود بارداری ناخواسته، این میزان هنوز بسیار بالا بوده و نیازمند فعالیت‌های فراوان برای بهبود هرچه بیشتر است. این شاخص نشان می‌دهد که در حال حاضر حدود یک تولد از هر پنج تولد، حاصل بارداری‌های ناخواسته است. بارداری ناخواسته عوارض جسمی و روحی زیادی برای مادر و کودک ایجاد می‌نماید و تقاضای غیرقانونی و غیرشرعی درخواست سقط را نیز به دنبال دارد.

بارداری پرخطر:

زنان در معرض خطر از دیدگاه سلامت باروری زنانی هستند که به دلیل شرایط خاص جسمی و روحی، حاملگی برای آنان خطرناک محسوب می‌شود و این شرایط شامل موارد زیر است:

- سن کمتر از ۲۰ و بالای ۳۵ سال
- داشتن سه فرزند و بیشتر
- داشتن فاصله سنی کمتر از ۳ سال بین بارداری‌ها
- ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای، کم‌خونی و ناهنجاری

چشم‌انداز برنامه تنظیم خانواده به حداقل رساندن میزان بارداری‌های پرخطر است. بارداری‌های پرخطر از عوامل بسیار مهمی است که یک مادر را در معرض خطر مورتالیتی‌ها و موربیدیتی‌های ناشی از بارداری‌ها و زایمان‌ها قرار می‌دهد. اطلاعات حاصل از نظام مراقبت مرگ مادری نشان می‌دهد که ۷۷٪ موارد مرگ مادر در سال ۱۳۸۱ از موارد بارداری‌های پرخطر بوده است. این میزان در سال ۱۳۸۵ به ۶۱٪ کاهش یافته است. بدیهی است که تقویت فعالیت‌های تنظیم خانواده در این جمعیت‌ها، بهبود هر چه بیشتر این میزان را در پی خواهد داشت.

درصد بارداری‌های پرخطر در استان کرمانشاه:

بارداری‌های پرخطر طبیعتاً عوارضی را نیز به دنبال خواهد داشت که موجب مرگ و میر مادران خواهد شد. آمار ذیل حکایت از وضعیت نامطلوب بهداشتی و روند نامناسب تنظیم خانواده طی سال‌های ۸۸-۸۵ در استان دارد. آنچه انتظار می‌رود کاهش بارداری در سنین پرخطر است که متأسفانه آمار حاکی از رشد این مسأله است.

جدول شماره ۴-۶۳: سنین پر خطر بارداری

سنین پرخطر	سال ۸۵	سال ۸۸
بارداری زیر ۱۸ سال	۶/۲٪	۹/۱٪
بارداری بیش از ۳۵	۲/۹٪	۱۰/۵٪

در زیر مقایسه‌ای خواهیم داشت از میزان مرگ و میر مادران در استان و کشور:

جدول شماره ۴-۶۴: مقایسه میزان مرگ و میر مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان طی ۱۲ ساله در صد هزار تولد زنده در مناطق روستایی استان کرمانشاه و کشور (از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۸۸)

کشور	استان	سال
۳۵/۹	۴۸/۳	۷۵
۴۵/۷	۵۱/۴	۷۶
۳۶/۶	۵۳/۶	۷۷
۳۴	۵۷/۸	۷۸
۳۵	۳۴/۷	۷۹
۳۸/۷	۴۷/۸	۸۰
۳۲/۴	۲۲/۹	۸۱
-	۷۹	۸۲
۳۱/۹	۴۶/۱	۸۳
۲۴	۳۴/۵	۸۴
۳۴/۸	۱۰	۸۵
۲۴/۵۸	۰	۸۶
۲۱	۱۰	۸۷
-	۲۱/۱	۸۸

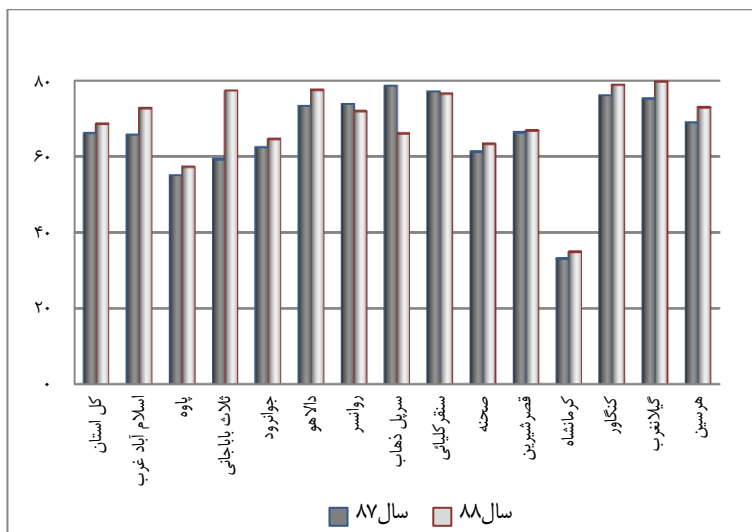
میزان نیاز برآورد نشده:

نیاز برآورد نشده در تنظیم خانواده به مفهوم شاخص زوج‌هایی است که علی‌رغم عدم تمایل به بارداری، از هیچ یک از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند. بدین ترتیب کاهش میزان نیاز برآورد نشده بر هر دو شاخص بارداری‌های ناخواسته و بارداری‌های پرخطر تأثیر خواهد گذاشت. این شاخص در سال ۱۳۸۴ در استان کرمانشاه، معادل ۷/۵٪ بوده است که نسبت به کشور (۵/۹٪) دارای وضعیت نامطلوب‌تری می‌باشد.

پوشش روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری:

این پوشش در سال ۱۳۷۹ معادل ۵۶٪ بوده است که در سال ۱۳۸۴ به میزانی معادل ۵۹/۷٪ افزایش یافته است. افزایش پوشش روش‌های مدرن به ۶۵٪ سبب خواهد شد که از میزان روش‌های غیرمطمئن کاسته شده و به سهم روش‌های مطمئن افزوده گردد. این شاخص سبب کاهش بارداری‌های ناخواسته و پرخطر شده و شاخص‌های سلامت خانواده را به دنبال خواهد داشت. لازم به ذکر است که این پوشش در روستاها دارای وضعیت مطلوب‌تری می‌باشد و حدود ۷۹٪ در استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۷ ثبت گردیده است.

نمودار شماره ۴-۱۷: درصد پوشش تنظیم خانواده (روش های مدرن) در مناطق روستایی استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸



نسبت زایمان های ایمن:

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱ در سال ۲۰۰۸، درصد زایمان های انجام شده به وسیله پرسنل ماهر در فاصله سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۶، ۹۷٪ بوده است. درصد سزارین های انجام شده به کل زایمان ها در این گزارش ذکر نشده، لیکن بر اساس آمار مرکز سلامت خانواده و جمعیت در سال ۱۳۸۷ میزان سزارین در کل کشور حدود ۴۰٪ و در شهرهای بزرگ، بالاتر از ۷۰٪ می باشد [۵].

نگاهی به چند شاخص مهم در جهان، کشور و مقایسه آن با آمار استان کرمانشاه^۲:

جدول شماره ۴-۶۵: شاخص مهم زایمان در جهان، ایران، کرمانشاه

شاخص	وضعیت جهان	وضعیت کشوری ۱۳۸۷	وضعیت استانی ۱۳۸۸	هدف برنامه چهارم توسعه	روند تغییر
رشد جمعیت (درصد)	۱/۷ (کشورهای در حال توسعه در سال ۱۹۹۸)	۱/۳۳	۱/۰۲	مشخص نشده است	-
میزان مولید (دهزار تولد زنده)	۲۵ (کشورهای در حال توسعه در سال ۱۹۹۸)	۱۸/۲۳	۱۵/۰۲	مشخص نشده است	-
باروری کلی (نفر)	۳ (کشورهای در حال توسعه در سال ۱۹۹۸)	۱/۹۸	۱/۶۴	مشخص نشده است	-
باروری عمومی (نفر)	-	۶۴/۴۳	۵۱/۷	مشخص نشده است	-
پوشش روش های مدرن (درصد)	۵۶٪ (کشورهای در حال توسعه در سال ۱۹۹۸)	۶۹/۹۸	۸۰/۸	۶۰	مثبت
درصد حاملگی ناخواسته (درصد)	-	۱۸/۶	۱۵/۸	۱۰	-
UN MET NEED (درصد)	-	۵/۹	۷/۴	۵	-

^۱ WHO -

^۲ منبع: زیج حیاتی، آمار استانی، نتایج بررسی IMES، دورنمایی از شاخص های بهداشتی جهان در سال ۲۰۰۰ دانشگاه فارس

نگاهی به مشکلات بهداشتی استان در برنامه سلامت باروری:

- بالا بودن درصد حاملگی ناخواسته نسبت به هدف برنامه چهارم^۱
- بالا بودن درصد UN MET NEED نسبت به وضعیت کشور و هدف برنامه چهارم توسعه^۲
- روند نامطلوب برخی از شاخص‌های باروری در بعضی از مناطق استان

اهداف برنامه سلامت باروری در سال ۱۳۸۹ بر اساس اولویت‌بندی:

- افزایش میزان پوشش زنان در معرض خطر و دارای شرایط ویژه
- کاهش حاملگی ناخواسته
- کاهش میزان UN MET NEED

❖ واحد بهبود تغذیه جامعه:

رسالت واحد بهبود تغذیه جامعه:

- این واحد قصد دارد با بکارگیری متخصصین تغذیه و گسترش برنامه‌های آموزشی شرایط زیر را فراهم آورد:
- کمک به بهبود کیفیت زندگی و امنیت غذایی مردم از طریق ارتقاء سطح دسترسی فیزیکی، اقتصادی
- افزایش سطح سواد و فرهنگ تغذیه‌ای و کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه با استفاده از تمهیداتی از قبیل اطلاع‌رسانی و آموزش
- مشارکت در تدوین سیاست‌های نوین در عرصه غذا و تغذیه، تحقیق، پایش و اقدامات پیشگیری و درمانی

چشم انداز واحد بهبود تغذیه جامعه:

چشم‌انداز برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و امنیت غذایی در سطح استان با داشتن افرادی تصمیم‌گیرنده و با سواد از نظر تغذیه‌ای دارای انگیزه، دانش، مهارت و اراده در انتخاب جانشین‌های غذایی مناسب است. این واحد قصد دارد با کاهش مشکلات تغذیه‌ای اعم از کم‌خوری، پرخوری و کمبود ریزمغذی‌ها، مردمی سالم و پویا برای فعالیت در عرصه‌های علمی و فن‌آوری که همواره در جهت توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی استان گام برمی‌دارند داشته باشد و در ۱۰ سال آتی از بالاترین شاخص‌های تغذیه‌ای در کشور برخوردار باشد.

دستاوردهای واحد بهبود تغذیه جامعه:

- کاهش درصد کم وزنی متوسط و شدید در کودکان زیر ۶ سال از ۹/۶٪ در سال ۱۳۷۸ به ۴/۵٪ در سال ۱۳۸۳
- کاهش کوتاه قدی متوسط و شدید در کودکان زیر ۶ سال از ۱۴٪ در سال ۱۳۷۸ به ۳/۹٪ در سال ۱۳۸۳
- کاهش لاغری متوسط و شدید در کودکان زیر ۶ سال از ۳/۷٪ در سال ۱۳۷۸ به ۳٪ در سال ۱۳۸۳
- کاهش درصد شیوع گواتر از ۵۷/۵٪ در سال ۱۳۶۸ به ۱۰/۸٪ در سال ۱۳۸۶
- ارتقاء الگوی صحیح مصرف روغن (کاهش مصرف روغن جامد نباتی از ۹۰٪ به ۵۰٪)

۱- در برنامه چهارم هدف در درصد حاملگی‌های ناخواسته ۱۰٪ است، در حالی که در استان کرمانشاه ۱۵/۸٪ می‌باشد.

۲- در برنامه چهارم هدف در UN MET NEED ۵۰٪ است در حالی که در استان کرمانشاه ۷۴٪ می‌باشد.

- افزایش پوشش برنامه آموزش تغذیه و آهن‌یاری دختران دانش‌آموز در کلیه مدارس راهنمایی و دبیرستان‌های دخترانه سطح استان
- افزایش پوشش برنامه حمایتی بهبود تغذیه کودکان زیر ۶ سال در ۱۴ شهرستان
- راه‌اندازی مرکز مشاوره تغذیه در سه شهرستان
- ارتقاء وضعیت اطلاع‌رسانی در زمینه الگوی تغذیه صحیح

هدف کلی واحد بهبود تغذیه جامعه:

ارتقاء وضعیت تغذیه کلیه اقشار جامعه

اهداف اختصاصی واحد بهبود تغذیه جامعه:

- کاهش درصد شیوع گواتر به ۶٪ در سال ۱۴۰۴
- حفظ و ارتقاء پوشش مصرف نمک یددار به نحوی که بیش از ۹۰٪ خانوارها در سال ۱۳۹۱ از نمک تصفیه شده یددار استفاده کنند.
- کاهش مصرف روغن جامد نباتی از ۵۰٪ به ۱۰٪ در سال ۱۴۰۴
- افزایش آگاهی‌های تغذیه‌ای افراد جامعه در مورد اصول تغذیه صحیح

راهکارهای واحد بهبود تغذیه جامعه:

- ۱- توسعه آموزش و اطلاع‌رسانی در زمینه برنامه‌های بهبود تغذیه به اقشار مختلف جامعه
- ۲- جلب مشارکت مردم در فعالیتهای آموزشی و اجرای برنامه‌ها و هماهنگی در جهت تحقق اهداف برنامه بهبود تغذیه
- ۳- جلب همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی در راستای تأمین سلامت تغذیه‌ای
- ۴- توسعه نیروی انسانی و تجهیزات تخصصی در حوزه برنامه‌های بهبود تغذیه در معاونت بهداشتی
- ۵- توسعه نظام اطلاعات در مدیریت سلامت
- ۶- راه‌اندازی مراکز مشاوره تغذیه
- ۷- بررسی وضعیت موجود و تحقیق

برنامه‌های حائز اولویت در واحد بهبود تغذیه جامعه:

- ۱- برنامه آموزش تغذیه و آهن‌یاری دختران دانش‌آموز
- ۲- برنامه‌های حمایتی بهبود تغذیه کودکان زیر ۶ سال
- ۳- برنامه ارتقاء الگوی صحیح مصرف روغن

طرح‌های پیشنهادی در واحد بهبود تغذیه جامعه:

* عنوان طرح: ارتقاء سطح سلامت دانش‌آموزان دختر از طریق آموزش تغذیه و آهن‌یاری هفتگی

شرح تفصیلی طرح:

توسعه و رشد کشورها بیش از هر چیزی به نیروی انسانی ماهر و توانمند وابسته است، نسلی که توانمندی کار فکری و جسمی را داشته باشد، برای داشتن چنین نسلی بیش از هر چیز می‌بایست بر روی تغذیه صحیح کودکان و

دانش‌آموزان سرمایه‌گذاری کرد و با توجه به حضور دانش‌آموزان در مدارس و امکان دسترسی آسان به آن‌ها فرصت مناسبی است، برای ایجاد فرهنگ تغذیه‌ای مناسب و پیشگیری از کمبود ریزمغذی‌های شایع با اعمال برنامه‌های تغذیه‌ای و مکمل‌یاری.

اداره بهبود تغذیه معاونت بهداشتی وزارت متبوع در سال ۱۳۸۲ دستورالعمل طرح آموزش تغذیه و آهن‌یاری دختران دانش‌آموزان دبیرستانی را تدوین و جهت اجرا شدن آن به صورت پایلوت در یک شهرستان ابلاغ نمود که از سال ۸۲ به بعد به تدریج بر تعداد شهرستان‌های تحت پوشش طرح اضافه گردید. در حال حاضر کلیه دبیرستان‌ها و مدارس راهنمایی دخترانه ۱۴ شهرستان تابعه تحت پوشش این طرح می‌باشند.

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی مسئول اجرای طرح، تهیه مواد و بسته‌های آموزشی، اجرای برنامه‌ها، تأمین امکانات مورد نیاز جهت آهن‌یاری دانش‌آموزان دختر و سایر اقدامات مورد نیاز در اجرای طرح می‌باشد. سازمان آموزش و پرورش نیز با تأمین فضاهای آموزشی مناسب، کمک به ارزیابی و پیشگیری نتایج اجرای طرح و همکاری در تأمین منابع مالی، مشارکت خود را به انجام می‌رساند.

هدف و اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: تعیین شهرستان‌های منتخب جهت اجرای طرح و آموزش کارشناسان تغذیه و بهداشت خانواده، هماهنگی با سازمان آموزش و پرورش

پنج ساله: آموزش معلمان و مدیران مدارس، تهیه و تدارک قرص‌های فروسولفات، تهیه و تدوین منابع آموزشی و اجرای برنامه‌ها در حداقل ۴۰٪ مدارس

ده ساله: افزایش پوشش طرح در سطح کلیه دبیرستان‌ها و مدارس راهنمایی دخترانه

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- ارتقاء سطح سلامت دانش‌آموزان
- پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقر آهن در دختران
- افزایش توانمندی و کارایی و در نهایت نسلی سالم
- ارتقاء سطح سلامت تغذیه‌ای دانش‌آموزان دختر، پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقر آهن

شاخص‌های ارزیابی از طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۶۶: شاخص دانش‌آموزان تحت پوشش طرح

ردیف	شاخص	یک ساله	پنج ساله	ده ساله
۱	درصد دانش‌آموزان دبیرستانی تحت پوشش طرح	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۲	درصد دانش‌آموزان مدارس راهنمایی تحت پوشش طرح	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۳	درصد دبیرستان‌های تحت پوشش طرح	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۵	درصد مدارس راهنمایی تحت پوشش طرح	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

* عنوان طرح: طرح حمایتی بهبود تغذیه و رشد کودکان زیر ۶ سال

شرح تفصیلی طرح:

سوءتغذیه به صورت کم وزنی - لاغری و کوتاه قدی و کمبود ریزمغذی‌ها در کودکان زیر ۶ سال به عنوان یک مشکل عمده مطرح است. ۴ عامل اصلی در بروز سوءتغذیه کودکان نقش دارند که عبارتند از فقر، کمبود مواد غذایی در محل، ناآگاهی تغذیه‌ای و ابتلا به بیماریها.

وزارت بهداشت و درمان در جهت کنترل سوءتغذیه کودکان با برنامه مراقبت و پایش رشد کودکان از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی، پیشگیری و کنترل بیماریها، سالم‌سازی محیط و آموزش مادران بخش قابل ملاحظه‌ای از موارد اختلال رشد کودکان را کنترل نموده است؛ اما رفع سوءتغذیه در آن دسته از کودکانی که به دلیل فقر دچارافت رشد می‌شوند، از عهده بخش بهداشت خارج است. لذا کمیته امداد امام(ره) در این بین همکار و همراهی مناسب جهت تأثیرگذاری بر چرخه فقر و سوءتغذیه است و در این راستا اداره بهبود تغذیه جامعه در سال ۱۳۸۴ دستورالعمل برنامه حمایتی بهبود تغذیه کودکان زیر ۶ سال را تدوین و جهت اجرا در یک شهرستان منتخب استان ارسال نمود که در ابتدا طرح مذکور در شهرستان هرسین به مورد اجرا گذاشته و سپس به کل استان تعمیم داده شد و در حال حاضر حدود ۱۵۰۰ کودک در ۱۴ شهرستان تابعه استان تحت پوشش این برنامه قرار گرفته‌اند.

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

کمیته امداد امام خمینی(ره) که باحمایت‌های مالی و پیگیری وضعیت خانواده‌ها و همکاری با مراکز بهداشت شهرستان‌ها نقش ارزشمند خود را ایفا می‌نماید.

زمان اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: آموزش کارشناسان و کاردان‌های بهداشت خانواده و تغذیه، هماهنگی با کمیته امداد

پنج ساله: تدوین لیست سید غذایی، برگزاری جلسات هماهنگی و آموزشی با کارکنان کمیته امداد، ارزشیابی وضعیت بهبودی کودکان در دوره‌های ۶ ماهه برای کلیه کودکان شناسایی شده آسیب‌پذیر

ده ساله: افزایش درصد بهبودی کودکان تحت پوشش برنامه به بالاتر از ۹۰٪ و شناسایی ۱۰۰٪ کودکان نیازمندو بهبود تغذیه‌آنان

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- بهبود وضعیت تغذیه حداقل ۵۰٪ کودکان خانوارهای نیازمند تحت پوشش برنامه
- کاهش شیوع سوءتغذیه پروتئین - انرژی در کودکان زیر ۶ سال

شاخص‌های ارزیابی در طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۶۷: شاخص کودکان تحت پوشش طرح مذکور

ردیف	شاخص	یک سال (۶ ماهه اول ۸۹)	پنج ساله	ده ساله
۱	تعداد کودکان تحت پوشش برنامه	۱۵۰۰	۳۰۰۰	۳۰۰۰
۲	درصد بهبودی کودکان تحت پوشش برنامه	۳۰٪	۵۰٪	بیش از ۵۰٪
۳	درصد کودکان فوت شده تحت پوشش برنامه	۰/۶٪	کمتر از ۰/۳٪	کمتر از ۰/۳٪
۵	درصد مادران آموزش دیده	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

* عنوان طرح: ارتقاء الگوی صحیح مصرف روغن

شرح تفصیلی طرح:

میزان و نوع چربی دریافتی در سطح جامعه از عوامل خطرآفرین سلامتی می‌باشد. بر اساس شواهد موجود، مصرف بی‌رویه انواع چربی‌های اشباع و نیز عدم توجه به کاربرد صحیح انواع روغن‌ها در هنگام طبخ و مصرف، از جمله عوامل مؤثر بر بروز انواع بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی عروقی، چاقی، فشار خون بالا، انواع سرطان‌ها می‌باشند. همچنین میزان بالای اسیدهای چرب ترانس که ارتباط مستقیم با بروز بیماری‌های قلب عروقی دارد از دیگر معضلات موجود در خصوص روغن‌های اشباع می‌باشد. چنانچه نشان داده شده است که کاهش ۲٪ در میزان اسیدهای چرب ترانس سبب کاهش ۲۵٪ در بروز بیماری‌های قلبی عروقی می‌شود.

سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی، صدا و سیما، بازرگانی، اداره تعاونی و روستایی، آموزش و پرورش، اداره استاندارد و تحقیقات صنعتی، کمیته امداد امام(ره)، جهاد کشاورزی، نهضت سوادآموزی، نیروهای نظامی و انتظامی، سازمان بهزیستی، شرکت ملی نفت.

سهم سازمان‌های درگیر در طرح مذکور:

در بخش آموزش، کنترل و نظارت بر تهیه و واردات روغن، تأمین نیازمندی خانوارهای در معرض خطر، آموزش در سطوح مختلف، اقدامات زیربنایی و در بخش کشاورزی، برخورد قانونی و انتظامی با مشکلات، نقش اساسی و قاطع دارند؛ لذا دانشگاه علوم پزشکی با همکاری صدا و سیما، آموزش و پرورش و نهضت سوادآموزی در تدارک و برگزاری برنامه‌های آموزشی در سازمان‌های بازرگانی، جهاد کشاورزی، استاندارد و تحقیقات صنعتی و نیروی انتظامی می‌باشد و سایر سازمان‌های ذکر شده نیز در کنترل، نظارت و حمایت از برنامه‌ها نقش اساسی دارند.

زمان اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: تعیین الگوی مصرف روغن در سطح خانوارها و تکمیل چک لیست ویژه مراکز تهیه و طبخ غذا در ادارات دولتی

پنج ساله: آموزش جامعه، آموزش کارکنان سایر ادارات، آموزش کارکنان بهداشتی و درمانی و هماهنگی با ادارات

ده ساله: ارتقاء الگوی صحیح مصرف روغن

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

ارتقاء الگوی صحیح مصرف روغن و همچنین کاهش بیماری‌های مرتبط به خصوص بیماری‌های قلبی عروقی

شاخص‌های ارزیابی در طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ۱۰ ساله:

جدول شماره ۴-۶۸: شاخص کاهش درصد مصرف روغن نباتی

ردیف	شاخص	یک سال	پنج ساله	ده ساله
۱	کاهش درصد مصرف روغن جامد نباتی	۲۰٪	۷۰٪	۹۰٪
۲	درصد مصرف روغن مایع معمولی و روغن مایع مخصوص سرخ کردنی	۲۰٪	۷۰٪	۹۰٪

• گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

مقدمه:

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها در زمینه چگونگی الگوی توزیع بیماری‌های شایع استان از نظر اتیولوژی، توزیع مکانی، توزیع زمانی، توزیع انسانی و به خصوص بار بیماری^۱ و عوامل مؤثر در آن بررسی و مطالعه نموده و بدین‌وسیله جایگاه اپیدمیولوژیک آن‌ها را در چارچوب قیاس منطقه‌ای و ناحیه‌ای از نظر اسپورادیک، آندمیک، طغیان^۲ و اپیدمیک بودن تبیین و تبیین می‌نماید، تابتواند به عنوان عضوی از ساختار اجرایی مرکز بهداشت استان به عنوان یک ارگان سازمانی مسئول در قبال سلامت آحاد جامعه هماهنگ و همپا با سایر اعضا و دیگر بخش‌های مؤثر در بهداشت و با بهره‌گیری از توان تخصصی خود در تحقق اهداف بهداشتی کشور به نحو شایسته ایفای نقش کند.

رسالت گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

بهبود شاخص‌های بهداشتی، کاهش بار بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی و اصلاح شیوه زندگی

چشم‌انداز گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

حذف و ریشه‌کنی بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن مثل سرخک، فلج اطفال، مالاریا و جذام، کنترل بیماری‌های مشترک بین دام و انسان، اصلاح شیوه زندگی و کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر جهت رسیدن به بالاترین شاخص-های بهداشتی در سطح کشور در ده سال آتی.

دستاوردهای گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

- ۱- تدوین برنامه استراتژیک، پیشگیری و کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی برای اولین بار در کشور و پیشنهاد اجرای آن از طرف وزارت بهداشت در ۸ استان کشور
- ۲- تدوین برنامه استراتژیک کاهش مرگ و میر ناشی از خودکشی برای اولین بار در کشور و تأیید آن توسط مسئولین
- ۳- راه‌اندازی مرکز سلامت اجتماعی زنان برای اولین بار در غرب کشور به صورت پایلوت
- ۴- ارتقاء و حفظ پوشش ایمن‌سازی (۱۰۰٪) در گروه‌های مختلف سنی
- ۵- پوشش ۱۰۰٪ غربالگری کم‌کاری تیروئید در نوزادان ۵-۳ روزه
- ۶- اجرای برنامه جامعه ایمن در شهرستان سنقر از سال ۱۳۸۶ و کاندیدا شدن شهرستان جهت پیوستن به شبکه جهانی جامعه ایمن در سال ۱۳۸۹
- ۷- راه‌اندازی مرکز آزمایشگاه رفرانس آنفلوانزا در منطقه غرب
- ۸- راه‌اندازی مرکز PND^۳ با همت مرکز مدیریت بیماریها
- ۹- راه‌اندازی کلینیک سلامتی در استان به صورت پایلوت کشوری
- ۱۰- راه‌اندازی ۲ مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در استان
- ۱۱- راه‌اندازی ۳ مرکز کاهش آسیب رفتارهای پرخطر در مردان

^۱ - Burden of Disease

^۲ - Out Break

^۳ - Pre Natal Diagnosis

۱۲- اجرای طرح سلامت در محیط کار برای اولین بار در کشور

۱۳- راهاندازی مرکز زنجیره سرد معاونت بهداشتی

اهداف کلی گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

ارتقاء سطح سلامت جامعه در همه گروه‌های سنی (کاهش بار بیماریها)

اهداف اختصاصی گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

- ۱- کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی
- ۲- کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها
- ۳- کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های رفتاری
- ۴- کاهش مرگ و میر ناشی از خودکشی
- ۵- کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر (فشارخون بالا- کم تحرکی- تغذیه نامناسب و ...)
- ۶- کاهش میزان بروز ناشی از بیماری‌های مشترک بین انسان و حیوان
- ۷- حفظ و ارتقاء پوشش واکسیناسیون در کودکان زیر ۶ سال
- ۸- کاهش ابتلا و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های منتقله از آب و غذا
- ۹- افزایش پوشش غربالگری نوزادان در جهت تشخیص به موقع کم‌کاری تیروئید
- ۱۰- افزایش شناسایی، مراقبت و درمان بیماران مبتلا به سل ریوی
- ۱۱- افزایش پوشش برنامه‌های بهداشت روان در جامعه شهری
- ۱۲- کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث (خانگی- محیط کار- ترافیکی)
- ۱۳- افزایش پوشش خدمات بهداشتی و درمانی در عشایر
- ۱۴- افزایش دسترسی به خدمات کاهش آسیب جهت افراد دارای رفتارهای پرخطر

راهکارهای گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

- آموزش و اطلاع‌رسانی
- غربالگری و شناسایی بیماران
- مراقبت و درمان
- اقدامات کاهش آسیب
- حمایت از گروه‌های آسیب پذیر
- برقراری و توسعه نظام مراقبت بیماریها

برنامه‌های حایز اولویت گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

- بیماری‌های قلبی عروقی
- برنامه سوانح و حوادث بیماری‌های رفتاری و اعتیاد
- بیماری‌های مشترک بین انسان و دام
- برنامه استراتژیک کاهش مرگ و میر ناشی از خودکشی

گزارشی از شاخص‌های مهم گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها:

جدول شماره ۴-۶۹: گزارشی از شاخص‌های مهم گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

ردیف	عنوان شاخص	وضعیت موجود			پیش بینی		
		سال ۱۳۸۸	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۴	سال ۱۴۰۰	
۱	میزان خودکشی در ۱۰۰ هزار نفر	از وزارتخانه اعلام نشده	قابل پیش‌بینی نمی‌باشد				
۲	میزان مرگ به علت بیماری‌های قلبی و عروقی در ۱۰۰ هزار نفر	۲۰۰	۱۷۵	۱۵۰	۱۰۰		
۳	شناسایی بیماران مسلول در صد هزار نفر	۱۵	۱۵	۱۲	۱۰		
۴	میزان بروز جذام در ۱۰۰ هزار نفر	۰/۲	۰/۲	۰/۱	۰/۱		
۵	پوشش واکسیناسیون در کودکان زیر ۶ سال	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰		
۶	مراقبت از زوج ناقل‌های تالاسمی	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰		
۷	درصد نوزادان غربالگری شده در جهت تشخیص کم کاری مادرزادی نوزادان	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰		
۸	میزان بروز تب مالت در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت	۴۳/۴	۳۸	۲۰	۱۵		
۹	میزان بروز سوانح و حوادث در استان در ۱۰۰ هزار نفر	۸۵۰	۷۵۰	۵۰۰	۳۰۰		

بیماری‌های واگیر در کشورهای در حال توسعه هنوز مشکل اصلی در نظام سلامت محسوب می‌شوند. با پیشرفت تکنولوژی، افزایش سطح بهداشت و مراقبت و خصوصاً افزایش آگاهی و رشد نگرش بهداشتی در بین آحاد مختلف جامعه، بیماری‌های واگیر رو به کاهش نهاده و تغییر در الگوی بیماری‌های شایع اتفاق می‌افتد. نتیجه ارتقاء وضعیت بهداشتی و کاهش بیماری‌های واگیر می‌تواند افزایش امید به زندگی، رشد جمعیت سالخورده و به طبع آن افزایش بیماری‌های غیرواگیر و مشکلات مربوط به سالخوردگی جمعیت باشد. لذا در مراکز بهداشتی درمانی حرکت دو سویه در کنترل و اجرای برنامه‌های بهداشتی در زمینه بیماری‌های واگیر و غیرواگیر در حال اجراست که خود از جایگاه بسیار ویژه‌ای برخوردار است. در هر یک از واحدهای فوق با کمک کارشناسان مربوطه تعریف، اقدامات و برنامه‌های واحد در قالب برنامه استراتژیک جهت مقابله با هر یک از بیماریها طرح‌ریزی و در سطح جامعه به اجرا درمی‌آید.

❖ واحديماری های واگیر

○ بیماری های مشترک انسان و حیوان

طرح های پیشنهادی در واحديماری های واگیر:

* عنوان طرح: کنترل و کاهش بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان

شرح تفصیلی طرح:

بیماری های قابل انتقال یکی از معضلات بهداشتی در جمعیت به خصوص جمعیت روستایی به علت ارتباط شغلی با دام و فرآورده های دامی می باشد. این بیماریها شامل بروسلوز، سیاه زخم، کیست هیداتیک، هاری، تب های خونریزی دهنده و ... بوده که مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با تدوین دستورالعمل ها و پروتکل های کشوری قصد کنترل و کاهش این بیماریها را دارد که در قالب برنامه های آموزشی فراگیر و شناسایی بیماران و عوامل ایجاد کننده بیماری و قطع زنجیره انتقال با همکاری سایر سازمان های ذیربط می باشد.

سازمان های درگیر در اجرای طرح:

دانشگاه علوم پزشکی، وزارت کشور، نیروی انتظامی، سازمان دامپزشکی، صدا و سیما و ...

هدف از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: شناسایی کانون های آلوده دامی، اجرای برنامه حذف دام های آلوده، اجرای برنامه فراگیر واکسیناسیون دام ها توسط سازمان دامپزشکی به عنوان متولی این مهم، آموزش تمامی سطوح بهداشتی در جهت ارتقاء آگاهی و انتقال به جمعیت تحت پوشش، شناسایی بیماران، پیگیری و نظارت بر درمان بر اساس دستورالعمل های مصوب کشوری توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی.

پنج ساله: استمرار آموزش در جهت ارتقاء آگاهی های عمومی، نگهداری و تکمیل واکسیناسیون دام ها
ده ساله: استمرار در اجرای برنامه های ذکر شده و هماهنگ نمودن این برنامه ها با توجه به زمان و مکان در سطح جامعه و جمعیت تحت پوشش، به طوری که به بالاترین حد کنترل بیماری های مشترک رسیده و کمترین آمار ابتلاء را در سطح کشور داشته باشیم.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- کنترل و کاهش محسوس بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان در سطح جامعه
- میزان بروز بیماریها در حد قابل انتظار کشوری

شاخص های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله:

جدول شماره ۴-۷: شاخص شناسایی موارد بیماری با تقویت سیستم گزارش دهی

شاخص	یک ساله (۸۸)	شش ساله (۸۹)	پنج ساله	ده ساله
۱. شناسایی موارد بیماری با تقویت سیستم گزارش دهی، سعی در درمان کامل موارد بیماری براساس دستورالعمل های کشوری	۸۴۰	۴۴۷	کاهش موارد ابتلاء انسانی، کاهش موارد بیماری در دام ها با توجه به فعالیت های واکسیناسیون و حذف موارد آلوده به میزان ۳۰٪	کنترل بیماری و قرار گرفتن در حد میانگین و مورد انتظار کشوری در حد ۲۰٪

با توجه به اینکه هم‌اکنون میانگین کشوری استان‌های با آلودگی متوسط (میزان بروز ۲۳-۱۲٪) می‌باشد و استان کرمانشاه با حدود ۴۳/۴ درصد هزار در سال ۸۸ جزء استان‌های با آلودگی بسیار بالا می‌باشد و در شش ماهه سال ۸۹ این میزان به ۲۳/۱ درصد هزار کاهش یافته، لذا سعی بر این است که با هماهنگی اداره دامپزشکی با برنامه حذف کانون‌های آلوده در کنترل و کاهش بیماری اقدام شود.

○ بیماری‌های منتقله از طریق آب و مواد غذایی:

* عنوان طرح: کنترل بیماری‌های منتقله از آب و غذا شامل، طغیان‌های آب و غذا، التور، تیفوئید، دیسانتري، بوتولیسم، فاسیولا و ...

شرح تفصیلی طرح:

بیماری‌های منتقله از آب و غذا بیماری‌هایی هستند که از خوردن و آشامیدن غذا یا نوشیدنی آلوده ناشی می‌شوند. طغیان در واقع یک افزایش غیرقابل توجه تعداد بیماران است که در داخل یک جمعیت معین و در زمان و مکان معین رخ می‌دهد. بیماری در تمام گروه‌های سنی و جنسی رخ می‌دهد و از لحاظ فصلی در تمام فصول سال به‌خصوص فصول گرم اتفاق می‌افتد. راه انتقال در تمام موارد گوارشی و دهانی است. افزایش مسافرت‌ها و افزایش مصرف غذا در بیرون از منزل و استفاده از غذاهای طبخ شده، شیوع این بیماری‌ها را افزایش داده و به یک مشکل بهداشتی عمده تبدیل کرده است. آموزش، پیگیری طغیان‌ها و بیماران، بیماریابی، درمان و وجود سیستم ثبت و گزارش‌دهی از اهمیت اساسی برخوردار است.

سه‌م دانشگاه علوم پزشکی در اجرای طرح مذکور:

- برقراری سیستم ثبت و گزارش‌دهی (سیستم نظام مراقبت)
- تهیه و تدارک تجهیزات بیماریابی، تشخیصی و درمانی
- هماهنگی درون و بین‌بخشی
- سیستم نظارت بر آب و مواد غذایی

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

استانداری، اداره آب و فاضلاب شهری و روستایی، جهادکشاورزی، شهرداری، آموزش و پرورش، نظارت بر توزیع مواد غذایی که با هماهنگی با سایر ادارات، تأمین و نظارت بر آب آشامیدنی سالم، آموزش و حمایت همه‌جانبه مسئولین استان، برنامه به خوبی قابل اجرا است.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- کنترل بیماری‌های مورد نظر
- کاهش ابتلا و مرگ و میر بیماری‌های مذکور
- کاهش هزینه ناشی از بیماری‌های موردنظر
- مشارکت جدی سایر سازمان‌ها
- تهیه و تدارک لازم جهت اجرای طرح

شاخص‌های ارزیابی در اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و بیست ساله:

جدول شماره ۴-۷۱: شاخص درصد بیماری‌های التور

ردیف	شاخص	یک سال	پنج ساله	ده ساله
۱	درصد بیماری‌های التور	۵۸٪	۷۰٪	۸۰٪
۲	ثبت و گزارش‌دهی طغیان‌ها آب و غذا	۱۰٪	۵۰٪	۱۰۰٪

○ بیماری‌های قابل پیشگیری از طریق واکسن:

* عنوان طرح اول: حفظ پوشش بالای ۹۵٪ ایمن‌سازی گروه‌های هدف

شرح تفصیلی طرح:

با توجه به زیرساخت‌های ایجاد شده طی سالیان متمادی در سیستم بهداشتی، ایمن‌سازی از کارآئی و اثربخشی بالایی در پیشگیری از بیماری‌ها برخوردار گردیده است. بنابراین هر گونه غفلت در زمینه واکسیناسیون، بروز طغیان‌ها، افزایش ابتلاء و مرگ و میر در جوامع انسانی را در پی داشته و تمام تلاش‌های انجام شده در گذشته را تهدید خواهد کرد. در نتیجه، به منظور حفظ شاخص‌های تندرستی، می‌توان گسترش ایمن‌سازی را از اولویت‌های مهم فعالیت‌های بهداشتی به شمار آورد.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- ریشه‌کنی، حذف و کنترل بیماری‌های هدف در برنامه ایمن‌سازی
- حفظ پوشش ۹۵٪ واکسیناسیون برای جمعیت هدف
- افزایش آگاهی عمومی در خصوص ایمن‌سازی (۱۰۰٪ خانم‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره قبل از ازدواج و ۵۰٪ دانش‌آموزان دبیرستانی دختر)
- بهبود وضعیت گزارش‌دهی عوارض ایمن‌سازی (ارسال به موقع و کامل ۱۰۰٪ فرم‌های بررسی عوارض)
- ارتقاء آگاهی ۱۰۰٪ کارکنان مرتبط در زمینه ایمن‌سازی و زنجیره سرد

شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۷۲: شاخص درصد ایمن‌سازی گروه‌های هدف

ردیف	شاخص	یک سال	پنج ساله	ده ساله
۱	درصد BCG	۱۰۰	>۹۵	>۹۵
۲	درصد OPV3	۱۰۰	>۹۵	>۹۵
۳	درصد DPT3	۱۰۰	>۹۵	>۹۵
۴	درصد HBV3	۱۰۰	>۹۵	>۹۵
۵	درصد سرخک (MMR)	۱۰۰	>۹۵	>۹۵
۶	درصد dt	۳۳٪	~۱۰٪	~۱۰٪

شاخص فوق به منظور ارزیابی عملکرد طراحی شده و انتظار می‌رود در طول زمان با بهبود روش ثبت سابقه واکسیناسیون خانم‌ها، درصد پوشش dt مادران سالانه به حدود ۱۰٪ کاهش یابد.

نگاهی به برخی شاخص‌های ایمن‌سازی:

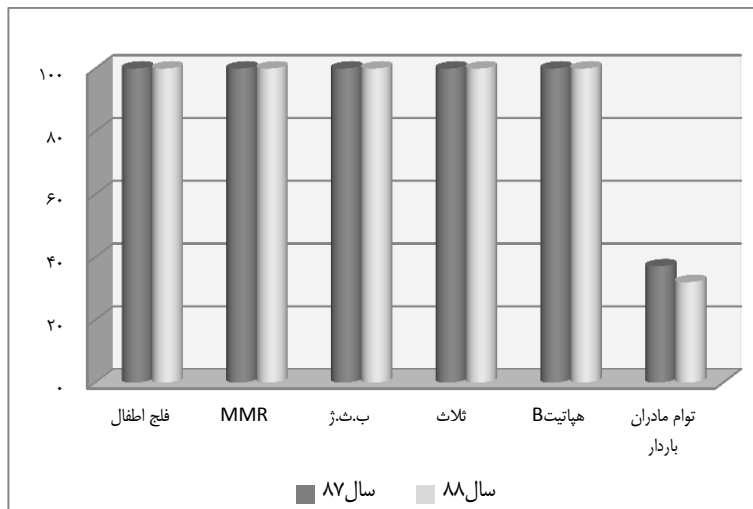
جدول شماره ۴-۷۳: تعداد موارد ایمن‌سازی در استان کرمانشاه

شهرستان	فلج اطفال (پولیو)		MMR		ب.ث.ز (سل)		(ثلاث)	
	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸
استان	۱۷۶۹۵۱	۱۷۶۶۶۶	۸۰۷۷۶	۹۱۵۲۴	۳۱۸۳۷	۳۱۷۷۷	۱۴۶۴۷۰	۱۴۵۹۰۷
اسلام‌آباد غرب	۱۲۴۰۱	۱۳۹۹۶	۵۸۷۳	۸۸۸۴	۲۹۴۸	۳۰۹۴	۱۰۴۴۷	۱۰۸۶۹
پاوه	۴۹۱۲	۴۹۹۱	۲۱۴۶	۲۵۱۸	۷۰۲	۷۷۵	۴۲۰۷	۴۲۱۴
ثلاث باباجانی	۳۴۲۸	۳۵۴۹	۱۴۵۶	۱۶۴۹	۲۸۸	۲۶۹	۳۱۵۳	۳۲۶۵
جوانرود	۷۴۹۳	۷۷۱۷	۲۹۸۳	۳۷۷۳	۱۸۹۴	۲۱۱۵	۵۶۴۲	۵۵۵۴
دالاهو	۲۸۶۳	۳۷۹۱	۱۳۶۷	۲۶۷۳	۶۲	۶۲	۲۷۹۹	۲۷۲۳
روانسر	۳۵۵۵	۳۶۸۹	۱۸۶۲	۱۹۴۸	۲۲۴	۱۶۴	۳۳۵۳	۳۵۴۱
سرپل‌ذهاب	۸۹۱۹	۸۴۶۴	۳۳۰۱	۳۶۷۳	۱۲۷۰	۱۵۵۸	۷۷۳۷	۶۸۸۶
سنقر	۸۸۰	۸۹۵۷	۳۸۳۶	۴۲۷۶	۱۶۷۰	۱۶۳۹	۷۲۵۱	۷۴۳۲
صحنه	۶۸۸۳	۶۲۶۳	۳۵۳۳	۳۵۵۰	۸۱۷	۸۱۶	۶۱۴۵	۵۵۷۳
قصر شیرین	۱۹۹۶	۲۲۳۸	۸۵۴	۹۷۴	۲۳۹	۳۰۶	۱۷۵۴	۱۷۸۹
کرمانشاه	۹۳۴۳۷	۹۳۱۹۱	۴۴۱۷۶	۴۷۰۰۸	۱۹۱۹۵	۱۸۲۴۶	۷۵۱۴۷	۷۵۴۴۷
کنگاور	۸۲۳۲	۸۱۰۱	۳۷۲۲	۴۰۴۳	۱۲۹۹	۱۲۹۰	۶۹۳۰	۶۸۱۴
گیلان غرب	۴۵۲۹	۴۲۴۵	۲۰۲۰	۲۲۴۷	۳۹۰	۳۸۲	۴۱۶۹	۳۸۸۹
هرسین	۸۴۲۳	۸۴۷۴	۳۶۴۷	۴۳۱۸	۸۳۹	۱۰۶۱	۷۷۳۶	۷۹۱۱

ادامه جدول شماره ۴-۷۳: تعداد موارد ایمن‌سازی در استان کرمانشاه

شهرستان	توأم بزرگسالان		مثنویت		هیپاتیت B	
	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸
استان	۱۲۷۱۵۶	۱۱۱۲۸۷	۲۲۹۷۲	۲۴۶۸۱	۱۱۱۲۸۵	۱۷۲۹۹۲
اسلام‌آباد غرب	۱۰۳۲۱	۸۴۱۳	۲۴۲۴	۲۴۲۳	۷۹۰۵	۱۲۴۸۳
پاوه	۴۱۰۲	۲۵۷۱	۳۹۴	۲۳۷	۳۲۲۶	۴۸۴۶
ثلاث باباجانی	۱۹۰۱	۱۶۶۵	۶۹	۱۰۷	۱۷۰۸	۴۰۸۶
جوانرود	۳۱۸۸	۳۰۱۷	۶۷۷	۷۷۴	۴۶۳۷	۷۴۱۰
دالاهو	۲۶۹۴	۲۳۸۶	۳۰۰	۲۷۸	۱۲۴۹	۳۱۳۲
روانسر	۲۰۹۵	۱۷۳۰	۴۱۲	۳۸۱	۱۹۱۲	۳۶۷۴
سرپل‌ذهاب	۷۴۹۴	۷۹۱۲	۱۰۶۲	۹۹۶	۵۶۳۴	۹۲۷۴
سنقر	۵۸۴۰	۶۶۱۹	۱۳۲۲	۱۳۲۸	۱۱۲۶۶	۱۱۵۷۳
صحنه	۵۸۲۲	۳۹۲۶	۷۶۳	۸۰۹	۳۶۰۱	۵۷۹۸
قصر شیرین	۱۲۹۳	۱۲۶۳	۲۱۷	۲۶۶	۱۳۰۹	۲۱۸۶
کرمانشاه	۶۷۰۶۶	۵۷۶۳۲	۱۳۶۲۲	۱۴۳۸۷	۵۵۹۰۷	۸۶۹۵۴
کنگاور	۵۱۰۰	۵۳۶۵	۱۰۸۴	۹۹۲	۵۹۰۶	۸۱۹۹
گیلان غرب	۵۲۹۸	۴۵۰۷	۰	۶۷۸	۲۶۱۶	۴۹۷۶
هرسین	۴۹۴۲	۴۳۸۱	۷۲۶	۱۰۱۶	۴۵۰۹	۸۴۰۱

نمودار شماره ۴-۱۸: درصد پوشش ایمن‌سازی در کودکان زیر ۶ سال و مادران باردار در استان کرمانشاه



* عنوان طرح دوم: حذف سرخک، سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی

شرح تفصیلی طرح:

به دنبال موفقیت‌آمیز بودن برنامه ریشه‌کنی پولیو و باعنایت به دست‌آوردهای حاصله، یکی دیگر از بیماری‌های واگیر مورد هدف که مورد حذف و ریشه‌کنی قرار گرفت -بعد از واکسیناسیون سراسری سال ۱۳۸۲- بر علیه سرخک و سرخچه بوده است. میزان بروز سرخک بسیار محدود و از حدود ۱۲ در صد هزار به ۱/۶ درصد هزار رسیده، لذا برای دستیابی به هدف حذف سرخک، ویژگی‌های زیر مورد نیاز است که باید مورد توجه جدی قرار بگیرد:

- پوشش مطلوب واکسیناسیون
- اجرای عملیات واکسیناسیون ایمن‌سازی تکمیلی در گروه‌های پرخطر
- تقویت نظام مراقبت (شناسائی سریع موارد مشکوک، تشخیص آزمایشگاهی)، بررسی و پاسخ‌دهی سریع به همه-گیری‌های ناگهانی بیماری
- بهبود نظام مراقبت بالینی سرخک به خصوص تجویز ویتامین A و درمان عوارض سرخک

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، بهداشت و درمان، نیروهای مسلح، زندان‌ها، سازمان آموزش و پرورش، بهزیستی، اداره امور عشایر، کمیته امداد امام خمینی (ره) نیز از سازمان‌های همکار در طرح هستند. آنچه سازمان‌های دیگر به انجام می‌رسانند، کمک به تأمین منابع مورد نیاز آموزش و آماده‌سازی جامعه و ضمناً اجرا در مواردی است که برنامه‌های واکسیناسیون از برنامه روتین فراتر و به صورت ویژه به اجرا درمی‌آید.

هدف اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک پنج و ده ساله:

یک ساله: تدوین برنامه منظم جهت حذف سرخک، سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی با همکاری و مشارکت سازمان‌های ذیربط و انجام آموزش‌های لازم.

پنج ساله: در پایان ۳ سال گردش، ویروس وحشی محدود و نظام مراقبت قادر باشد موارد وارده را فوراً کشف و تحت بررسی قرار دهد.

ده ساله: حذف بیماری‌های مذکور.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- اطلاعات مراقبت باید نشان‌دهنده عدم شواهد انتقال ویروس داخلی سرخک در یک دوره زمانی (حداقل ۳ سال متوالی) از زمانیکه سیستم مراقبت جهت دریافت تأیید فعال (حفظ) شده، باشد.
- با همکاری لازم در بستر مناسب برای دستیابی به اهداف از طریق سایر سازمان‌ها و حمایت‌های همه‌جانبه در زمینه تأمین واکسن مورد نیاز
- کمک در اجرای برنامه‌ها

شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۷۴: شاخص حذف موارد حذف سرخک، سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی

ردیف	شاخص	یک سال	پنج ساله	ده ساله
۱	نسبت موارد تأیید قطعی به کل موارد مظنون	۰	حذف کامل موارد	حذف کامل موارد
۲	متوسط فاصله زمانی بین بروز راش و گزارش مورد بیماری برای موارد تأیید شده	۰	حذف کامل موارد	حذف کامل موارد
۳	تعداد موارد تأیید شده بالینی و آزمایشگاهی بیماری	۰	حذف کامل موارد	حذف کامل موارد
۴	تعداد موارد وارده	۰	حذف کامل موارد	حذف کامل موارد
۵	میزان بروز کمتر از یک مورد بیماری تأیید شده در یک میلیون نفر جمعیت	۰	حذف کامل موارد	حذف کامل موارد
۶	میزان بیماری‌های در حداقل ۲ مورد در یکصد هزار نفر انجام شده باشد.	۱	حذف کامل موارد	حذف کامل موارد
۷	از حداقل ۸۰٪ موارد مشکوک نمونه کافی تهیه شده باشد.	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۸	حداقل در ۸۰٪ طغیان‌ها کمتر از ۱۰ مورد سرخک وجود داشته باشد.	۰	حذف کامل موارد	حذف کامل موارد

○ آسیب‌های اجتماعی و سلامت:

در مناطق مختلف کشور و حتی جهان، آسیب‌های اجتماعی متعددی به شکل‌های گوناگون به چشم می‌خورند که هر یک متناسب با ویژگی‌های فرهنگی، قومی، اقتصادی، خاص هر یک از مناطق هستند. لذا در برخورد با آسیب‌های اجتماعی، اولویت با آسیب‌هایی است که دامنه گسترده‌تری داشته، عمق مخاطرات آن بیشتر بوده و احتمال گسترش آن بیشتر است و از طرفی دارای آثار چندجانبه در شکل‌گیری مخاطرات سلامت است.

اعتیاد، از آسیب‌های اجتماعی جدی استان بوده و خود به تنهایی یکی از محوری‌ترین مشکلات بهداشتی و سلامت به شمار می‌رود و آنچه در اینجا نیاز به بحث دارد، اعتیاد به مواد مخدر است.

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از مهمترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه بشری محسوب می‌شود و این در حالی است که همه ساله، میلیون‌ها دلار در کشور صرف مبارزه با مواد مخدر می‌شود. نگرشی که در سال‌های اخیر در کشورهای مختلف به منظور بالا بردن اثربخشی مداخلات مطرح می‌شود، بر مبنای مشارکتی بودن مداخلات است که موفقیت برنامه‌ها را در شناسایی خصوصیات و شرایط بومی، استخراج بهترین مداخلات ممکن با استفاده از نظرات ذینفعان و اجرای این مداخلات با استفاده از خود

مردم می‌داند. برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد به عنوان یکی از راه‌های پذیرفته شده در کاهش بار اعتیاد، سال‌هاست که در برخی کشورها و چند سالی است که در کشور ما، مورد تأیید قرار گرفته و اجرایی‌شود. با وجود شروع خوب و علمی برنامه، به دلیل محدودیت منابع و وسعت مشکل در کشور ما، که بنا بر گزارش سال ۲۰۰۲، سازمان ملل در رأس کشورهای دنیا از نظر شیوع اعتیاد به مواد افیونی قرار دارد، هنوز نتوانسته پوشش مطلوب را در جمعیت تحت-خطر ایجاد نماید. اجرای این برنامه به روش مشارکتی، می‌تواند گامی در جهت کاهش هزینه‌ها، نفوذ و گسترش برنامه در جمعیت مورد نظر و کاهش بار اجرایی در سیستم دولتی که با نیروی موجود پاسخگوی نیاز این مقوله نمی‌باشد، در نظر گرفته شود. لیکن اجرای برنامه‌های کاهش آسیب به روش مشارکتی، نیازمند موافقت و همکاری رده‌های مختلف جمعیتی از جمله سیاست‌گذاران رده‌های بالا در این موضوع حساس می‌باشد.

در این باره، در خصوص مشارکت مردم در زمینه سیاست‌های کاهش آسیب ناشی از اعتیاد به ثبت نظرات سیاست‌گذاران پرداخته شده و مصاحبه با نمایندگان سازمان‌های دولتی، وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی و خصوصی انجام پذیرفته است. سوالات مصاحبه بر اساس اهداف مطالعه طراحی شده و موارد زیر را پوشش می‌دهد:

- مفاهیم اعتیاد
 - کاهش آسیب و مشارکت مردم از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان
 - شناسایی نقش، علاقه و قدرت مراکز مورد مطالعه در روند کاهش آسیب
 - موانع اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در کشور
- در این مطالعه با نمایندگان سازمان‌های بین‌المللی، ملی و همچنین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی مرتبط جهت اخذ سیاست‌ها و استراتژی‌های آن‌ها مصاحبه گردید و نظرات پزشکان، محققان و سازمان‌های غیردولتی مرتبط با امر اعتیاد اعمال گردید.

جدول شماره ۴-۷۵: سازمان‌های درگیر در طرح مطالعاتی مذکور

سازمان‌های بین‌المللی	EMRO-UNAIDS-UNODC
سازمان‌های ملی	ستاد مبارزه با مواد مخدر، قوه قضائیه، نیروی انتظامی (پلیس مبارزه با مواد مخدر)، معاونت اجتماعی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، مجلس
وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی	وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، دانشکده توانبخشی، سازمان زندان‌ها
پزشکان و محققان مرتبط با امر اعتیاد	پزشکان متخصص امر اعتیاد، مراکز تحقیقاتی مرتبط، انجمن ایدز ایران
سپاه حائری	مراکز DIC و NGO ^۲ های مرتبط

در این مطالعه مشخص شد که مقوله کاهش آسیب به عنوان یکی از راه‌های اصلی کاهش بار اعتیاد در سال‌های اخیر به طور جدی از سوی مسئولین مورد توجه قرار گرفته است و خوشبختانه با وجود مقاومت‌های اولیه با شروع آن، هم اکنون بستر مناسب برای گسترش آن از منظر اکثر سیاست‌گذاران وجود دارد که زمینه را برای همکاری هر چه بیشتر میان آن‌ها فراهم می‌کند. نکته‌ای که در این بررسی مکرراً به آن اشاره شد، نبودن زیرساخت‌های قانونی و اجرائی در سطح کلان برای این تعامل است که تا حدی میزان همکاری بین‌بخشی را کاهش می‌دهد؛ البته اقداماتی

¹ - Drop In Center

² - Non Government Organization

در جهت بهبود آن در دست اجراست، اما با این حال، نیاز به زمینه‌سازی وسیع فرهنگی در میان مردم وجود دارد تا مشارکت حداکثری افراد برای مداخله در این مقوله که یکی از تابوهای اجتماعی است فراهم گردد، که این خود نیاز به صرف زمان و هزینه و منابع مختلف خواهد داشت. [۱۹]

○ بیماری‌های رفتاری، ایدز، هپاتیت B, C:

* عنوان طرح: پیشگیری و کنترل HIV/AIDS (در گروه‌های در معرض خطر به کمتر از ۵٪ و در جمعیت عمومی در حد ۱-۰٪)

شرح تفصیلی طرح:

با گذشت سه ده از شناخت این بیماری، تعداد بیماران به ۳۳ میلیون نفر رسیده و برآورد می‌شود تاکنون ۲۵ میلیون نفر مرگ در اثر این بیماری در جهان وجود داشته باشد. تعداد این بیماران در ایران در سال ۱۳۶۶ که اولین مورد بیماری از طریق خون و فرآورده‌های خونی آلوده شده بود، تا سال ۱۳۷۳ به ۳۸۰ مورد (موج اول) و بعد از آن با غربالگری‌هایی که در زندان‌های کشور انجام گرفت، مشخص گردید که تعداد زیادی از معتادین تزریقی از طریق تزریق مشترک آلوده شده‌اند. با اقدامات مداخله‌ای و ایجاد مراکز مشاوره تعداد افراد شناسایی شده به بیش از ۳۰۰۰ نفر هم رسید که اکثراً از این گروه هستند. هم اکنون تعداد بیماران شناسایی شده در ایران ۲۱۸۹۰ نفر هستند که از این میزان در استان کرمانشاه ۲۹۲۹ نفر تا اول مهر ماه سال ۸۹ گزارش شده است.

در حالی که برای پیشگیری از این بیماری اقدامات چشم‌گیری به عمل آمده و تا حدودی بیماری به کنترل درآمده ولی نگرانی شعله‌ور شدن آن به خصوص از طریق تماس جنسی از بین نرفته و احتمال می‌رود همانند سال‌های ۷۵ و ۷۶ که اولین موارد انتقال از طریق تزریق مشترک شناسایی شد، این موضوع همچنان ادامه داشته باشد. با این اوصاف، متأسفانه اقدام جدی و همه‌جانبه در زمینه کنترل انجام و شیوع بیماری به طور جدی انجام نگرفته است. و شک نمی‌رود که این وضعیت مجدداً برای تن‌فروش‌ها و کسانی که تماس جنسی غیرایمن دارند اتفاق بیافتد! زیرا هنوز آنچنان که بایسته است به این گروه آسیب‌پذیر در معرض خطر توجه چندانی نشده است.

لذا برنامه‌ریزی و اقدام عملی همه جانبه نیاز می‌باشد. در این راستا برای رسیدن به هدف فوق عمل کردن و متعهد شدن به برنامه استراتژیک کشوری و استانی حائز اهمیت است زیرا که سهم هر سازمان در آن کاملاً مشخص است. برنامه استراتژیک بر اساس سه سطح کلی، پیشگیری اولیه^۱، ثانویه^۲ و سطح سوم^۳ طراحی شده و شامل موارد زیر می‌باشد:

راهکارهای انتخابی در طرح مذکور:

۱- آموزش و اطلاع‌رسانی

۲- تأمین سلامت خون

^۱ - پیشگیری از ابتلا به بیماری

^۲ - پیشگیری از گسترش بیماری، شامل مراقبت و درمان

^۳ - پیشگیری از عوارض گوناگون بیماری

- ۳- برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده‌ها
- ۴- تقویت نظام پیشگیری از انتقال ویروس در مراکز ارائه خدمت^۱
- ۵- مشاوره افراد در معرض خطر و آزمایش داوطلبانه در گروه‌های پرخطر (VCT)^۲
- ۶- کاهش آسیب^۳
- ۷- مراقبت و درمان بیماری‌های مقاربتی STI^۴
- ۸- مشاوره، مراقبت و درمان موارد آلوده به HIV و خانواده آن‌ها
- ۹- حمایت از بیماران و افراد در معرض خطر
- ۱۰- تقویت زیرساخت‌های لازم

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح:

دانشگاه مسئول اجرای طرح بوده و اکثر سازمان‌ها و نهادهای مدنی کشور و استان درگیر هستند.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

بروز HIV در گروه‌های در معرض خطر به کمتر از ۵٪ و در جمعیت عمومی که زنان باردار مشخصه آن می‌باشد در حد صفر تا کمتر از ۱٪ باشد.

شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و بیست ساله:

بروز سالانه از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۸ به نصف برسد و در ادامه برنامه در سال ۹۴ با یک چهارم و در سال ۱۴۰۴ بروز موارد بیماری به صفر برسد.

وضعیت بیماری HIV/AIDS در استان کرمانشاه:

بر اساس آخرین آمار گزارش^۵ شده، مجموعاً ۳۱۱۸ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در استان شناسایی شده‌اند که ۲۹۰۷ مورد آنان رامردان و ۲۱۱ مورد آنان رازنان تشکیل می‌دهند و تاکنون ۷۱۷ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده و ۱۰۲۱ نفر از افراد مبتلا فوت کرده‌اند.

جدول شماره ۴-۷: موارد شناسایی شده HIV/AIDS در استان

جنس	تعداد	درصد
مرد	۲۹۰۷	۹۳/۲۴٪
زن	۲۱۱	۶/۷۶٪
جمع	۳۱۱۸	۱۰۰

^۱ - Standard Precaution

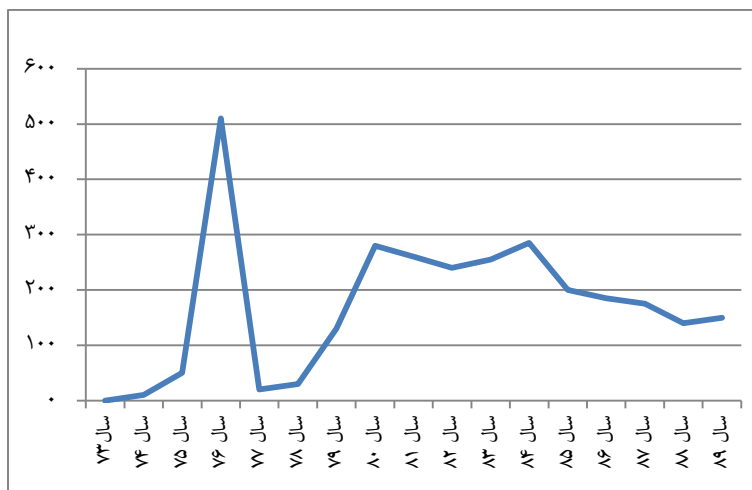
^۲ - Voluntary Council Test (مرکز مشاوره داوطلبانه)

^۳ - Harm Reduction

^۴ - Sexually Transmitted Infection

^۵ - آمار مربوط به اول مهر ماه سال ۱۳۹۰ می‌باشد.

نمودار شماره ۴-۱۹: موارد شناسایی شده HIV/AIDS استان در سال‌های ۷۳-۸۹



تا اواخر سال ۷۵ و اوایل سال ۷۶ تعداد موارد HIV به صورت موردی بوده و در سال ۷۵ طبق توصیه سازمان‌های جهانی، کارشناسان امور، اقدام به دیده‌وری HIV در پایگاه دیده‌وری زندان‌های استان نموده که این افزایش تعداد مربوط به دیده‌وری بوده و در زندان‌های استان گزارش شده است.

جدول شماره ۴-۷۷: راه‌های احتمالی آلودگی موارد HIV مثبت استان کرمانشاه^۱

درصد	تعداد	راه احتمالی آلودگی
۹۰	۲۶۳۷	اعتیاد تزریقی
۵/۴	۱۵۹	راه آمیزشی
۰/۴	۱۳	مادر به کودک
۰/۱	۳	تزریق خون، فرآورده‌ها و فاکتورهای خونی و انعقادی
۰/۲	۵	ابزار آلوده و برنده پوست
۰	۰	پیوند بافت آلوده
۳/۸	۱۱۲	نامشخص
۱۰۰	۲۹۳۹	جمع

جدول شماره ۴-۷۸: اماکن شناسایی موارد HIV مثبت استان کرمانشاه

درصد	مکان
۳۰/۶	زندان و بازپروری
۱۴/۳	ارجاع از مراکز تخصصی
۱/۹	دنور سازمان انتقال خون
۰/۷	سایر استان‌های کشور
۵۲/۵	مرکز مشاوره (داوطلب اختیاری مشاوره)
۱۰۰	جمع کل

^۱- این آمار از مهر ماه ۷۹ تا تاریخ ۸۹/۷/۱ می‌باشد.

بیماری ایدز در جهان به عنوان یک مشکل بین المللی شناخته شده است. از طرفی مهمترین شیوه مقابله با بیماری که تنها محور مؤثر در کنترل بیماری ایدز به شمار می‌رود، آموزش و فرهنگ سازی است. لذا ارائه آموزش و فرهنگ سازی از کارکنان بهداشتی که پرچمداران نهضت انتقال آگاهی و دانش، اصلاح نگرش و رفتار مرتبط با سلامتی در جامعه هستند، آغاز می‌شود. در بسیاری از اوقات مهمترین مانع در پیشبرد اهداف یک برنامه عدم تعهد کافی به دلیل ناآگاهی یا آگاهی کم، نگرش نامناسب و در نهایت عملکرد کارکنان ارائه خدمات است. با توجه به اینکه بیماری ایدز از جمله بیماری‌های اساسی است که مبارزه با آن، نهضت فرهنگی اجتماعی را می‌طلبد؛ لذا پرداختن به آن از دیدگاه کارکنان نیز بسیار حائز اهمیت است.

امروز بیماری ایدز به عنوان یک مشکل بهداشتی جهانی، جوامع مختلف با ویژگی‌های متفاوت اقتصادی، اجتماعی را تهدید می‌کند. از آن جا که کشور ما نیز از این بحران مستثنی نیست و به دلیل توجه همه‌جانبه سازمان‌های بین‌المللی بهداشتی که دولت‌ها را به این مخاطره بزرگ به عنوان اولویت بهداشتی، گوشزد می‌کند، اهمیت آن هر چه بیشتر نمایان می‌شود. در پژوهشی که با هدف سنجش آگاهی و نگرش دانشجویان رشته‌های بهداشتی که سربازان خط مقدم در برخورد با این مشکل هستند، نسبت به بیماری ایدز انجام گرفت؛ یافته‌های بررسی نشان داد که وضعیت نگرش و آگاهی آنان ۶۶/۹ درصد مطلوب بود، که حاکی از درک اهمیت موضوع در بین دانشجویان بهداشت بوده است. همچنین رابطه آماری بین رشته تحصیلی و میزان آگاهی و نگرش نشان داد که با $p=0/006$ رابطه به صورت معنی‌دار است.

اهمیت موضوع ایدز در ایران و خصوصاً جوانان که پتانسیل توسعه کشور محسوب می‌شوند بسیار بالا بوده و لذا نتایج پژوهش نشان داد که اجرای برنامه‌های آموزشی جهت بالا بردن سطح آگاهی و نگرش دانشجویان به طوری که بتواند منجر به عملکرد مناسب در بین آنان شود الزامی است. خصوصاً در بین سایر اقشار جامعه که به مقوله بهداشت آشنایی کافی ندارند، این امر ضروری‌تر به نظر می‌رسد. در حال حاضر رفتار اجتماعی مبتنی بر سلامت درخصوص بیماری‌های بسیاری از جمله ایدز سرلوحه فعالیت بهداشتی در جوامع مختلف است. [۲۰]

✓ سل

برنامه ملی کنترل سل: بخشنامه ادغام برنامه کنترل و مراقبت سل در نظام شبکه در سال ۱۳۶۹ از سوی اداره کل مبارزه با بیماریها صادر و به کلیه استان‌های کشور ابلاغ شد؛ سپس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۵ بنا بر توصیه‌های بین‌المللی و نیز پیشنهاد کمیته فنی کشوری وقت، طی بخشنامه‌ای ضمن ارائه راهبرد DOTS^۱ جهت مبارزه مؤثر با بیماری سل، کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی کشور را ملزوم به اجرای آن نمود و همچنین نقش و مسئولیت اجرایی سه سطح مرکزی، میانی و محیطی جهت اجرای مؤثر و موفق برنامه مبارزه با سل را مشخص کرد و با معرفی راهبرد DOTS در جهان، استراتژی مبارزه با سل در کشور ما نیز مورد بازنگری قرار گرفت و با این راهبرد جدید منطبق گردید.

^۱ - Direct Observation Treatment Short

استان کرمانشاه طی بررسی‌های انجام شده در سال ۱۳۸۳ جزء استان‌های با بروز کمتر از ۵ درصد هزار نفر جمعیت شناخته شده است. [۲۱] لازم به ذکر است که شناسایی بیماران مسلول در صد هزار نفر در سال ۱۳۸۹ در این استان ۱۵ مورد بوده است که پیش‌بینی می‌گردد تا سال ۱۳۹۴ به ۱۲ مورد برسد.^۱

✓ جذام

بیماری جذام از بیماری‌های بومی کشورمان ایران است که به دلیل ایجاد معلولیت ماندگار، افزایش بار بیماری و کاهش سلامت جامعه در زمره بیماری‌های با اولویت بالا در سطح جهانی قرار دارد. لذا از ابتدای دهه ۶۰ همچون سایر بیماری‌های نظام مراقبت، در سیستم بهداشتی کشورمان ادغام گردیده است.

در حال حاضر در ایران، شیوع بیماری جذام بسیار کاهش یافته و سال‌هاست این کشور، وارد مرحله حذف بیماری گردیده است. به طوری که در سال ۱۳۷۱ با میزان شیوع ۰/۴ در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت وارد مرحله حذف بیماری در سطح کشوری و به ترتیب در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ وارد مرحله حذف در سطح استانی و شهرستانی گردیده است. استان کرمانشاه نیز طبق بررسی‌های انجام شده در سال ۱۳۸۶ جزء استان‌های با میزان شیوع ۰/۰۱-۰/۰۳ در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت می‌باشد. لازم به ذکر است میزان بروز جذام در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۱۳۸۹ در این استان، برابر ۰/۲ بوده است که پیش‌بینی می‌گردد تا سال ۱۳۹۴ به ۰/۱ برسد. [۲۲]

جدول شماره ۴-۷۹: آمار جذام از سال‌های ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۸۹^۲

سال	تعداد مبتلایان	سال	تعداد مبتلایان
سال ۱۳۷۸	۱۱ نفر	سال ۱۳۸۴	۶ نفر
سال ۱۳۷۹	۵ نفر	سال ۱۳۸۵	۴ نفر
سال ۱۳۸۰	۸ نفر	سال ۱۳۸۶	۶ نفر
سال ۱۳۸۱	۴ نفر	سال ۱۳۸۷	۶ نفر
سال ۱۳۸۲	۱۱ نفر	سال ۱۳۸۸	۲ نفر
سال ۱۳۸۳	۵ نفر	سال ۱۳۸۹	۶ نفر

✓ آنفلوانزا^۳:

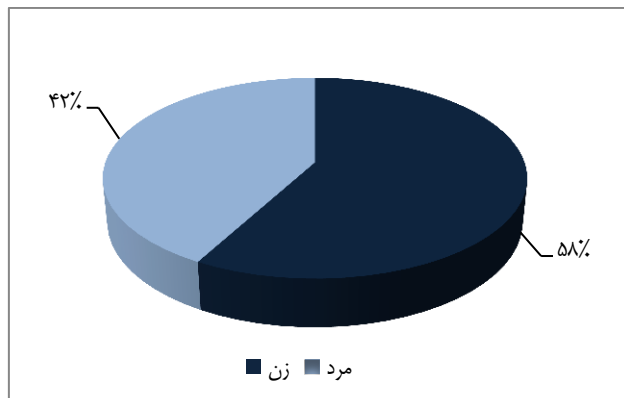
مراقبت آنفلوانزا برای گزارش به موقع و ارزیابی گونه‌های جدید یا زیرگونه‌های جدید ویروس آنفلوانزا صورت می‌گیرد. همچنین گزارش سریع مشخصات ویروس برای تهیه واکسن آن سالیانه انجام گرفته که خود می‌تواند بیماری را در گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه کاهش دهد. هدف کلی مراقبت آنفلوانزا، آمادگی مقابله با وقوع اپیدمی‌ها و پاندمی احتمالی و کاهش موارد ابتلاء و عوارض ناشی از آن است.

^۱ - اطلاعات برگرفته از واحد بیماری‌های معاونت بهداشتی می‌باشد.

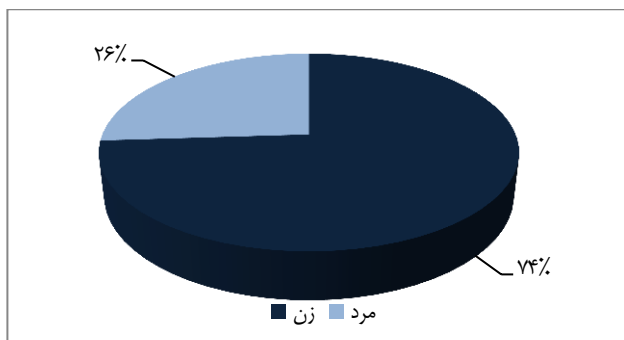
^۲ - اطلاعات برگرفته از واحد بیماری‌های معاونت بهداشتی می‌باشد.

^۳ - اطلاعات برگرفته از واحد بیماری‌های معاونت بهداشتی می‌باشد.

نمودار شماره ۴-۲۰: درصد موارد مشکوک به آنفلوآنزای نوع A در استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۸ به تفکیک زن و مرد



نمودار شماره ۴-۲۱: درصد موارد مثبت آنفلوآنزای نوع A در استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۸ به تفکیک زن و مرد

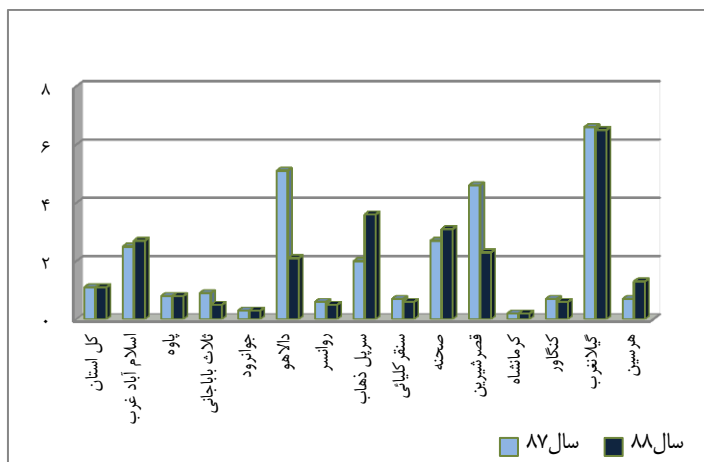


✓ مالاریا: ۱

با توجه به اهمیت مبارزه با مالاریا، این مهم باعث گردیده تا کاهش ۵۰٪ موارد بیماری‌ها تا سال ۲۰۱۵ به عنوان یکی از اهداف مهم توسعه هزاره (هدف شماره ۶) توسط سازمان ملل اعلام گردد. با نظریه اینکه از سال ۱۳۸۱ مورد انتقال محلی در استان کرمانشاه وجود نداشته و از سال ۸۱ موارد انگشت شماری که به استان وارد شده‌اند شناسایی شده و از سال ۱۳۸۸ نیز مورد مالاریای وارده به مراکز بهداشتی اعلام نگردیده است و در افق ۱۴۰۴ برنامه حذف انتقال ملی محلی مالاریا در کل کشور مدنظر قرار گرفته است، برنامه مدنظر معاونت بهداشتی در خصوص بیماری مالاریا، فراهم نمودن شرایط بیماریابی اکتیو در سطح استان و از بین بردن شرایط انتقال بیماری با ارائه آموزش همگانی در جهت آگاهی مردم، شناسایی و درمان موارد احتمالی وارده بیماری می‌باشد.

^۱ - اطلاعات برگرفته از واحد بیماری‌های معاونت بهداشتی می‌باشد.

نمودار شماره ۴-۲۲: درصد لام گرفته شده در جمعیت شهرستان‌های استان کرمانشاه



همان‌طور که از جدول فوق پیداست، بیشترین موارد لام گرفته شده مربوط به گیلانغرب و کمترین آن کرمانشاه می‌باشد.

❖ واحد بیماری‌های غیرواگیر

○ بیماری‌های قلب و عروق:

* عنوان طرح: برنامه استراتژیک کاهش میزان مرگ و میر عوارض ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی

در استان کرمانشاه

شرح تفصیلی طرح:

امروزه بیماری‌های غیرواگیر به علت پدیده نوسازی جوامع، پیشرفت فن‌آوری، تراکم جمعیت در مناطق شهری، تغییر سبک و شیوه زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب، شیوع گسترده‌ای پیدا نموده‌اند. در ابتدای قرن بیستم ۱۰٪ کل موارد مرگ و میر به علت بیماری‌های قلبی و عروقی و در انتهای قرن، به ۲۵٪ افزایش یافت و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ میلادی بیش از ۳۵ تا ۶۰٪ موارد مرگ و میر را شامل شود.

طبق گزارش بررسی سیمای مرگ در کشور و طبق گزارش واحد آمار استان کرمانشاه، شایعترین علت مرگ و میر در کشور و استان کرمانشاه بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد. میزان مرگ و میر از بیماری‌های قلبی عروقی در سال ۱۳۸۷ در استان کرمانشاه، ۲۲/۵۷ در ده هزار نفر بوده است. انتظار می‌رود با توجه به عوامل خطر در جامعه این ارقام همچنان سیر صعودی داشته باشد مگر اینکه مداخلاتی مبتنی بر جوامع در استان به صورت وسیع انجام گیرد. این مداخله با انجام استراتژی‌های ۹ گانه در برنامه استان انجام می‌گردد.

S1: آموزش و اطلاع‌رسانی در خصوص بیماری‌های قلبی - عروقی

S2: افزایش میزان فعالیت‌های بدنی افراد جامعه

S3: کاهش مصرف دخانیات

- S4: ترویج تغذیه مناسب در سطح جامعه
- S5: مراقبت و درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای
- S6: مراقبت و درمان بیماران مبتلا به C.V.D¹
- S7: تقویت نظام بررسی و مراقبت اپیدمیولوژیک
- S8: تقویت زیرساخت‌های لازم (انسانی- مالی- مدیریتی) در زمینه اجرای برنامه استراتژیک قلب و عروق
- S9: انجام پژوهش‌های کاربردی در این زمینه

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی و ناتوانی‌های متعاقب آن و اصلاح شیوه زندگی افراد جامعه با مداخله در نظام مراقبت غیرواگیر بیماری‌های قلبی و عروقی
- کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی، تربیت بدنی، دادگستری، شهرداری، سازمان‌های غیردولتی، آموزش و پرورش، هلال احمر، نماینده اصناف و

سهم سایر سازمان‌های درگیر:

کلیه سازمان‌ها در سطح وسیعی سهم مشارکتی دارند؛ به طوری که گسترش فضاهای ورزشی و آموزشی در بخش تربیت بدنی و شهرداری، مسائل حقوقی مربوط به غذا و دارو، مواد افزودنی و ... در سازمان دادگستری و نیروی انتظامی و بسیاری حمایت‌های آموزشی از طریق آموزش و پرورش و نقش‌آفرینی در سایر حوزه‌های مرتبط با سلامت قلب از طریق اصناف و ... صورت می‌گیرد.

زمان اجرای طرح در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

عملکرد این طرح با رویکرد سه سطح پیشگیری (اطلاع رسانی، شناسایی افراد در معرض خطر، مراقبت و درمان بیماران) صورت می‌پذیرد و در نهایت منجر به کاهش میزان مرگ و کاهش ناتوانی می‌گردد.

○ تالاسمی

* عنوان طرح: پیشگیری از بروز تالاسمی ماژور

شرح تفصیلی طرح:

به منظور پیشگیری از تولد بیمار تالاسمی ماژور از سال ۷۶ با غربالگری از داوطلبین ازدواج، زوجین ناقل تالاسمی شناسایی و با مشاوره ویژه از نظر تالاسمی، در ابتدا راهنمایی و هدایت زوجین ناقل جهت انصراف از ازدواج با هم صورت می‌گرفت؛ ولی پس از توسعه فن‌آوری ژنتیک و حضور متخصصین ژنتیک در کشور از سال ۸۱ با راهنمایی و

¹ - Cardio Vascular Disease

مشاوره جهت انجام آزمایشات ژنتیک، تشخیص جنین مبتلا به تالاسمی ماژور و سپس سقط با مجوز پزشکی قانونی از تولد بیمار جدید تالاسمی ماژور پیشگیری می‌شود.

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی، آزمایشگاه ژنتیک، اداره ثبت احوال، دفاتر عقد و ازدواج، دانشگاه‌ها و آموزش و پرورش.

سه‌م سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

در قسمت آموزش و فرهنگ‌سازی، کنترل و کمک به ارجاع موارد، انجام آزمایشات و گزارش آن‌ها

هدف از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴۰۴:

یک ساله: غربالگری و مشاوره زوجین ناقل تالاسمی

پنج ساله: آموزش صددرصد جمعیت درآستانه ازدواج و ارتقاء آگاهی جوانان جهت پیشگیری از تولد بیمار تالاسمی

ده ساله: آموزش کل جمعیت تحت پوشش و ارتقاء آگاهی جامعه درخصوص راه‌های پیشگیری از تولد بیمار تالاسمی

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- کاهش بروز تولد بیمار تالاسمی و به صفر رساندن بروز و تولد بیماری
- پیشگیری از بروز بیماران تالاسمی ماژور در حد ۱۰۰٪

شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۸: اهداف پیشگیری از بروز تالاسمی ماژور

ردیف	شاخص	یک سال	پنج ساله	ده ساله
۱	میزان پوشش و غربالگری داوطلبین ازدواج	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۲	میزان پوشش و مراقبت زوجین ناقل تالاسمی در خصوص استفاده از خدمات تنظیم خانواده	۹۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۳	میزان افزایش آگاهی جمعیت تحت پوشش در خصوص بیماری تالاسمی نسبت به جمعیت آموزش دیده	۵۰٪	۹۵٪	۱۰۰٪
۴	میزان پوشش معرفی زوجین ناقل به آزمایشگاه ژنتیک تالاسمی	۹۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

○ غربالگری دیابت و فشارخون بالا:

برنامه غربالگری دیابت و فشارخون بالا از سال ۱۳۸۴ جهت سنین ۳۰ ساله و بیشتر در ساکنین روستا انجام شد. غربالگری بعدی در سال ۱۳۸۷ انجام گردید. این غربالگری می‌بایستی در سال ۹۰ انجام می‌گرفت که وزارتخانه تغییراتی در زمان غربالگری داد و تنها این برنامه را در ۵ شهر کشور (کرج، تبریز، مشهد، اصفهان، شیراز) به صورت پایلوت در نظر گرفت. غربالگری‌های بعدی منوط به دستور وزارتخانه می‌باشد. در این غربالگری قندخون ناشتا در دو نوبت و BMI^۱ و BP^۲ اندازه‌گیری و پس از بیماریابی، سیستم ارجاع در سه سطح در بیماران انجام می‌شود.

^۱ - Body Mass Index

^۲ - Blood pressure

○ جامعه ایمن و پیشگیری از حوادث:

* عنوان طرح: اجرای طرح جامعه ایمن به منظور پیشگیری از حداقل ۲۵٪ کلیه حوادث در هر ۵ سال در شهرستان عضو جامعه ایمن

شرح برنامه:

- ۱- برنامه ریزی و هماهنگی برون بخشی و درون بخشی و تشکیل کمیته اصلی جامعه ایمن به ریاست فرمانداری و مسئولین کلیه ادارات ذیربط در امر پیشگیری از حوادث در سطح شهرستان
- ۲- بررسی حوادث ثبت شده در بیمارستان و اولویت بندی بروز حوادث و مداخله جهت پیشگیری از کلیه حوادث در شهرستان و در نهایت رسیدن به شاخص های مورد نظر WHO جهت پیوستن به جامعه ایمن جهانی

سازمان های درگیر در اجرای طرح مذکور:

فرمانداری، پلیس راه، راهنمایی و رانندگی، شهرداری، آموزش و پرورش، هلال احمر، منابع طبیعی، راه و ترابری در قسمت آموزش و پیشگیری نقش اساسی دارند.

هدف از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: آموزش اهداف طرح و تشکیل کمیته اصلی جامعه ایمن به ریاست فرمانداری و دبیری شبکه بهداشت و درمان و شرکت کلیه ادارات ذیربط جهت همکاری در پیشگیری از حوادث
پنج ساله: کاهش ۲۵٪ کلیه حوادث

ده ساله: حفظ شرایط ۵ ساله و ارتقاء ایمنی در شهرستان و کاهش بیش از ۲۵٪ کلیه حوادث

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- ارتقاء آگاهی جامعه جهت رعایت شرایط ایمنی به منظور پیشگیری از کلیه حوادث
- کاهش کلیه حوادث در شهرستان
- پیشگیری از بروز حداقل ۲۵٪ کلیه حوادث در ۵ سال اول اجرای طرح

شاخص های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۸۱: شاخص جامعه ایمن و پیشگیری از حوادث

ردیف	شاخص	یک سال	پنج ساله	ده ساله
۱	افزایش آگاهی کلیه مسئولین ادارات و مردم در سال اول و تشکیل کمیته جامعه ایمن	۹۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۲	کاهش ۲۵٪ کلیه حوادث در ۵ سال اول	۵٪	۲۵٪	۴۰٪
۳	ارتقاء آگاهی جامعه ایمن به میزان ۱۰۰٪ و کاهش بیش از ۲۰٪ حوادث در ۱۰ سال اول	۲۰٪	۷۵٪	۱۰۰٪

* عنوان طرح: پیشگیری از حوادث خانگی در جمعیت روستایی

شرح تفصیلی طرح:

از سال ۷۴ طرح پیشگیری از حوادث خانگی با طراحی چک لیست شرایط خطر ساز در منازل روستایی، تهیه و کلیه خانوارهای روستایی تک به تک براساس چک لیست، تحت مراقبت و آموزش به منظور پیشگیری از هر گونه

حادثه خانگی قرار گرفتند و شرایط خطر ساز شناسایی و جهت برقراری شرایط ایمن، آموزش و پیگیری مداوم و کنترل به صورت هر سه ماه یکبار انجام گرفت که با اقدامات انجام شده، اطلاعات جمعیت روستایی به نحو چشمگیری افزایش یافت و شرایط خطر ساز بهبود یافتند.

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

فرمانداری، آموزش و پرورش و ...

هدف از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: آموزش چک لیست رعایت شرایط ایمنی در منازل روستایی جهت ۱۰۰٪ روستائیان تحت پوشش برنامه
پنج ساله: ارتقاء آگاهی جمعیت تحت پوشش به نحو مطلوب در خصوص خطرات ناشی از حوادث خانگی و بکارگیری آن در منازل روستایی به طوری که موجب کاهش ۲۵٪ حوادث احتمالی شود.
ده ساله: مشخص نمودن و اولویت‌بندی بیشترین حادثه و مداخله جهت پیشگیری و کاهش محسوس در حوادث به میزان بیش از ۳۰٪

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- ارتقاء آگاهی جمعیت روستایی و رعایت شرایط ایمنی منزل جهت پیشگیری از بروز حوادث خانگی
- پیشگیری از حوادث خانگی در جمعیت روستایی تحت پوشش به میزان حداقل ۲۵٪

شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

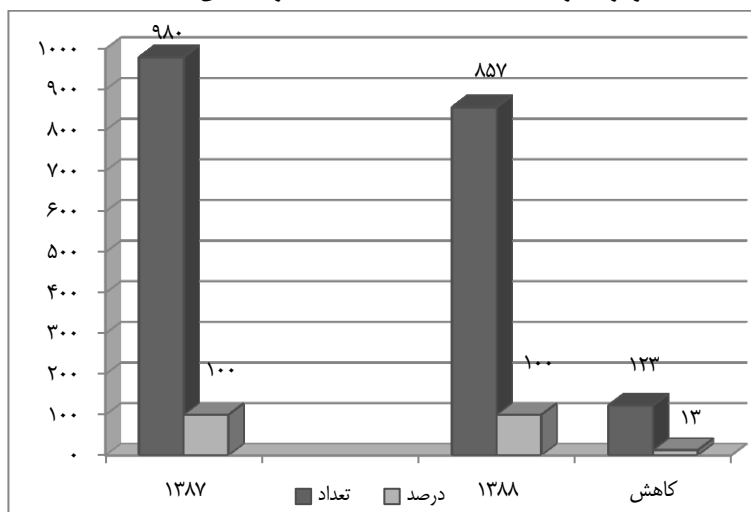
جدول شماره ۴-۸۲: پیشگیری از حوادث خانگی در جمعیت روستایی

ردیف	شاخص	یک سال	پنج ساله	ده ساله
۱	شاخص یک ساله آموزش چک لیست ایمنی در کلیه خانوارها	۸۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۲	شاخص پنج ساله رعایت شرایط ایمنی جهت پیشگیری از حداقل ۲۵٪ حوادث خانگی	۵٪	۲۵٪	۴۰٪
	شاخص ۱۰ ساله پیشگیری بالای ۲۵٪ از حوادث خانگی	۵٪	۲۵٪	۴۰٪

مقایسه تعداد تصادفات ۱۳۸۷-۱۳۸۸:

یکی از مشکلات اساسی بهداشتی که به طور عمده در رتبه دوم در بین مخاطرات سلامت در آمارها خود را نشان می‌دهد، تصادف است لذا میزان تصادفات اتفاق افتاده شاخص مناسبی از وضعیت بهداشتی جامعه خواهد بود.

نمودار شماره ۴-۲۳: مقایسه تعداد تصادفات در سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۸



○ برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید:

کم کاری مادرزادی تیروئید نتیجه کاهش در سنتز هورمون تیروئید و یا نقصان فعالیت گیرنده‌های هورمون تیروئید است. شایع‌ترین علت آن اختلال در تکامل یا رشد نسبی غده تیروئید یا اختلال در جایگزینی نامناسب تیروئید در دوران جنینی است. کمبود هورمون تیروئید در شیرخوار باعث عقب افتادگی ذهنی می‌شود مگر اینکه تشخیص و درمان مناسب در اوایل زندگی نوزاد شروع شود.

روند اجرای برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید در استان کرمانشاه:

جدول شماره ۴-۸۳: برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید

شاخص	وضعیت برنامه در سال ۱۳۸۵	وضعیت برنامه در سال ۱۳۸۶	وضعیت برنامه در سال ۱۳۸۷	وضعیت برنامه در سال ۱۳۸۸
تعداد نوزادان غربالگری شده	۱۵۳۸۷	۲۷۸۵۶	۲۸۲۸۲	۳۰۲۶۵
درصد پوشش برنامه	۴۸ درصد	۸۶ درصد	۹۴ درصد	۱۰۰ درصد
تعداد بیماران شناسایی شده	۳۴	۵۵	۶۵	۵۵
پوشش مراقبت و درمان	۹۸ درصد	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد

برنامه بهداشت روان در استان کرمانشاه:

○ بهداشت روان

یکی از مشکلات اساسی در حوزه بهداشت روان در استان، آمار نسبتاً بالای اقدام به خودکشی است که شاخص بسیار مهمی در تعیین وضعیت بهداشت روانی جامعه است. در راستای کاهش میزان بروز خودکشی در سطح کشور برنامه پیشگیری از خودکشی مطرح گردیده است.

هدف کلی واحد بهداشت روان:

فراهم آوردن خدمات اساسی بهداشت روانی قابل دستیابی برای همه گروه‌های محروم و آسیب‌پذیر

اهداف اختصاصی واحد بهداشت روان:

- ۱- خدماتی: ارائه خدمات مشاوره، خدمات درمانی و توانبخشی به طرق مختلف
- ۲- آموزشی: ارائه آموزش‌های لازم در جهت کنترل و مقابله با بیماری‌های روانی در زمینه بهداشت روانی و برنامه‌های اجرایی پیشنهاد شده توسط وزارت متبوع و ارائه آموزش‌های بهداشت روانی به صورت ادغام یافته از طریق مراکز آموزش کاردانان، کارشناسان و پزشکان.
- ۳- پژوهشی: پژوهش در زمینه‌های بهداشت روانی
- ۴- طرح و برنامه‌ریزی بهداشتی: در جهت بیماریابی، کنترل و مقابله با مشکلات و بیماری‌های روانی

گروه‌های آسیب‌پذیر:

بیماران و معلولین روانی، عقب‌ماندگی ذهنی، بیماران صرعی، سالمندان، معتادین به مواد مخدر، بیکاران، نیازمندان اقتصادی، کودکان و نوجوانان، زنان باردار، جداسده و داغ دیده، افراد بی‌سرپرست، زندانیان و مهاجرین به ترتیب از گروه‌های آسیب‌پذیر و جمعیت‌های هدف در برنامه‌های بهداشت روانی می‌باشند.

چالش‌های پیش‌روی بهداشت روان:

- ۱- کمبود نیروی انسانی متخصص بهداشت روان (روانپزشک و روانشناس)
- ۲- کمبود اعتبارات و بودجه
- ۳- مشکلات مالی و اقتصادی بیماران روانی
- ۴- مشکلات فرهنگی جامعه و عدم پذیرش بیماران روانی
- ۵- عدم امکانات لازم در خصوص نگهداری بیماران روانی مزمن و معلول

برنامه استراتژیک سلامت بهداشت روان:

- ۱- استراتژی بیماریابی
- ۲- استراتژی درمان
- ۳- استراتژی آموزشی و اطلاع‌رسانی
- ۴- استراتژی تبلیغاتی

۵- هماهنگی با سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام(ره)

۶- هماهنگی با مراکز تخصصی و ارجاع بیماران

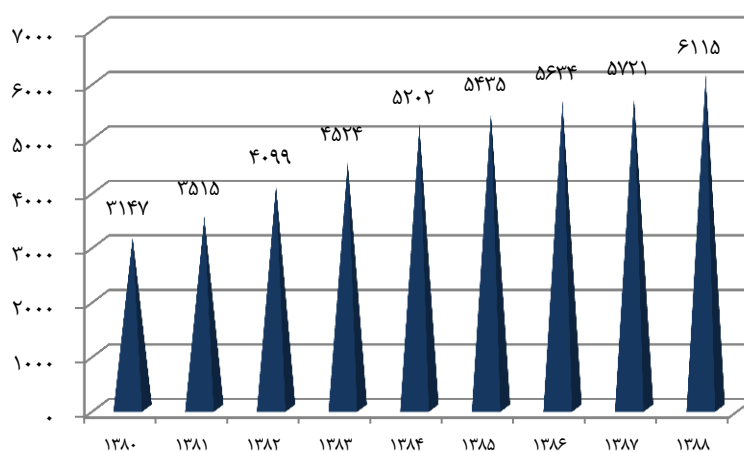
دستاوردهای بهداشت روان:

۱- شناسایی و مراقبت بیماران روانی استان

۲- آموزش به منظور تغییر نگرش نسبت به بیماری‌های روانی و پذیرش این‌گونه بیماران در خانواده و جامعه و انگ‌زدایی از بیماری‌های روانی

روند بیماری‌های روانی:

نمودار شماره ۴-۲۴: روند بیماری‌های روانی شناسایی شده در مناطق روستایی از سال ۱۳۸۰ الی ۱۳۸۸



شاخص‌های ارزیابی بیماری‌های روانی شناسایی شده:

مجموع بیماران روانی شدید، خفیف مصروع، و عقب مانده ذهنی شناسایی شده مناطق روستایی استان
 $\times 1000$
 کل جمعیت روستایی استان

* عنوان طرح: ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه

شرح تفصیلی طرح:

این طرح در سال ۱۳۶۸ در مناطق روستایی شهرستان سنقر با شناسایی بیماران روانی توسط بهورزان آغاز گردید و کلیه خانوارهای روستایی مورد ارزیابی قرار گرفته و کلیه بیماران روانی تحت پوشش طرح شناسایی شدند. در حال حاضر ۱۰٪ جمعیت روستایی استان تحت پوشش طرح قرار گرفته است. اهمیت ادغام برنامه در مراقبت بهداشتی اولیه به این دلیل است که پایه‌های اجرای PHC در مشارکت مردم، همکاری بین‌بخشی و عدالت در سلامت نهفته است. قطعاً ادغام برنامه بهداشت روان نیز می‌تواند دسترسی یکسان و عدالت در دریافت خدمات و همچنین جلب مشارکت مردم در شناسایی بیماران در غالب PHC و نیز همکاری سایر سازمان‌های اجتماعی را در بهتر شدن برنامه بهداشت روان ایجاد کند.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- شناسایی، پیگیری و مراقبت بیماران روانی به میزان ۱۰۰٪
- تغییر و اصلاح نگرش افراد جامعه نسبت به بیماری‌های روانی

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

مراکز بهداشت شهرستان‌های استان، صدا و سیما، سازمان بهزیستی، کمیته امداد

سه‌م سایر سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

همکاری در معرفی و شناسایی موارد به معاونت بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی تابعه و مساعدت در پیگیری درمان و حمایت‌های جانبی

هدف اجرای طرح در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: شناسایی و آموزش بیماران روانی

پنج ساله: آموزش جمعیت عمومی و ارتقاء آگاهی جمعیت تحت پوشش و پیگیری و مراقبت بیماران روانی

ده ساله: کاهش ضرر و زیان ناشی از بیماری‌های روانی در ابعاد فکری، خانوادگی و اجتماعی از طریق شناسایی کامل بیماریابی روانی و کنترل و درمان آن‌ها

برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی

* **عنوان طرح:** برنامه استراتژیک پیشگیری و کاهش میزان بروز خودکشی در استان کرمانشاه طی سال

۱۳۸۹-۱۳۹۱

شرح تفصیلی طرح:

تهیه و تدوین این برنامه به درخواست استانداری استان کرمانشاه بر اساس روند رو به افزایش میزان بروز خودکشی در استان از سال ۱۳۸۶ انجام گردید. طراحی این برنامه در ۳ گروه جمعیتی، شامل افراد پرخطر، در معرض آسیب و عموم مردم صورت پذیرفت که دارای یک هدف کلی با عنوان پیشگیری و کاهش میزان بروز خودکشی در استان کرمانشاه بوده (از ۱۲ در صدهزار نفر به کمتر از ۱۰ در صدهزار نفر)^۱ و دارای ۹ هدف اختصاصی با عناوین ذیل می‌باشد:

- ۱- افزایش دانش و آگاهی مردم و کارکنان سازمان‌ها در زمینه مهارت‌های زندگی و آموزه‌های مذهبی
- ۲- شناسایی افراد داوطلب و نیازمند مشاوره
- ۳- شناسایی، مشاوره، مراقبت و درمان افراد دارای اختلالات روانی
- ۴- مشاوره، مراقبت و درمان بیماران جسمی خاص
- ۵- مشاوره، مراقبت و درمان افراد و خانواده‌های دارای سابقه خودکشی
- ۶- تحت پوشش قرار دادن معتادین نیازمند به خدمات مشاوره‌ای - درمانی

^۱- نزدیک شدن به میانگین کشوری

۷- افزایش میزان دسترسی به خدمات آموزشی - مشاوره‌ای و حمایتی در گروه‌های آسیب‌پذیر

۸- کاهش دسترسی به مواد خطرناک

۹- تقویت زیرساخت‌های لازم برای تسهیل در اجرای برنامه

استراتژی‌های طرح:

- استراتژی آموزشی
 - استراتژی غربالگری و شناسایی
 - استراتژی مشاوره
 - استراتژی درمان
 - و همچنین استراتژی تقویت زیرساخت‌ها که انجام پذیرفت.
- سطوح پیشگیری در قالب محورهای زیر به مرحله اجرا در خواهد آمد: آموزش، مشاوره، غربالگری و شناسایی، مراقبت و درمان، تقویت زیرساخت‌های لازم
- سطوح پیشگیری و تمامی فعالیت‌ها در ۲ سطح استانی و شهرستانی سازماندهی خواهد شد:
- (الف) سطح استانی:** شامل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی استان، کمیته‌های فنی استانی و هسته‌های درون بخشی استان می‌باشد.

(ب) سطح شهرستانی: شامل ستاد اجرایی شهرستانی و هسته‌های درون بخشی شهرستانی می‌باشد.

در نهایت تعیین شاخص‌های نهایی^۱ برنامه، ساختار پایش و ارزشیابی نیز تدوین گردیده تا بر اساس آن، نحوه اجرای برنامه و میزان پیشرفت آن مورد بررسی قرار گیرد.

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

استانداری، سازمان آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، دفتر امور بانوان، سازمان آموزش و پرورش، سازمان امور جوانان، سازمان امور زندان‌ها، ارتش جمهوری اسلامی، سازمان تبلیغات اسلامی، دانشگاه رازی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه پیام نور، سازمان صدا و سیما، استان، کمیته امداد امام خمینی(ره) و فرهنگ و ارشاد اسلامی. در اجرای برنامه لازم است همه سازمان‌ها در عرصه پیشگیری از طریق آموزش، ایجاد هسته‌های مشاوره، ایجاد زیرساخت‌های فرهنگی و ... تمامی مساعی خود را به کار گیرند. سهم هر یک از سازمان‌های مذکور بر اساس برنامه‌های ابلاغی مربوطه (آموزش، شناسایی، مشاوره، مراقبت، حمایت و تقویت زیرساخت‌ها) می‌باشد.

هدف از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: تشکیل کمیته‌های فنی آموزش و اطلاع رسانی، مراقبت و درمان، مددکاری و توانمندسازی، پایش و ارزشیابی، تعیین شرح وظایف هر یک از کمیته‌ها و همچنین تربیت مربی و تهیه متون علمی جهت اجرای برنامه می‌باشد.

¹ - Out come

پنج ساله: آموزش مهارت‌های زندگی و آموزه‌های مذهبی به ۸۰٪ از دانش‌آموزان و معلمان، ۸۰٪ دانشجویان و اساتید، ۸۰٪ سربازان و پرسنل نظامی و انتظامی، ۴۰٪ زنان خانه‌دار، ۵۰٪ سالمندان، ۸۰٪ اقدام‌کنندگان به خودکشی و خانواده‌های آنان، ۱۰٪ از مخاطبین صدا و سیما، ۱۰۰٪ پرسنل بهداشتی درمانی، ۱۰۰٪ پرسنل رسانه‌ها، همچنین فراهم نمودن امکان دسترسی ۲۰٪ افراد داوطلب و نیازمند مشاوره به خدمات مشاوره‌ای در استان، غربالگری و شناسایی ۶۰٪ افراد دارای اختلالات روانی مستعد خودکشی، انجام مشاوره با ۴۰٪ از بیماران جسمی خاص مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی، شناسایی ۶۰٪ افراد دارای سابقه خودکشی از طریق مراکز بهداشتی-درمانی، فراهم نمودن امکان دسترسی به خدمات، کاهش آسیب از طریق راه‌اندازی ۱۴ مراکز MMT^۱، ۳ مرکز DIC^۲، ۳ مرکز TC^۳، راه‌اندازی ۶ تیم سیار امداد رسان، راه‌اندازی ۳ واحد درمان با داروهای آگونیست، انجام مشاوره با ۳۰٪ از زنان سرپرست خانوار، انجام مشاوره با ۱۰۰٪ از زندانیان تا پایان برنامه، آموزش ۴۰٪ والدین دانش‌آموزان شهری، ۸۰٪ از والدین روستایی، ۳۰٪ عموم جامعه در رابطه با شناخت مواد خطرناک، تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و گزارش‌دهی و ایجاد ساختار اجرایی - نظارتی جهت اجرا در طول برنامه و جلب حمایت مدیران تا پایان برنامه.

ده ساله: انتظار می‌رود آمار خودکشی استان از میانگین کشوری به طور چشمگیری پایین‌تر آمده و الگوی مناسبی جهت معرفی در سطح کشوری و بین‌المللی باشد.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- پیشگیری و کاهش میزان بروز خودکشی در استان کرمانشاه از ۱۲ در صدهزار نفر به کمتر از ۱۰ در صدهزار نفر (نزدیک شدن به میانگین کشوری) طی سال‌های ۱۳۸۹ تا سال ۱۳۹۱ و کاهش سالیانه این میزان حداقل ۱٪ به ازاء هر سال

- همیاری سازمان‌های مرتبط با موضوع و انجام فعالیت‌های مشترک در راستای دستیابی به هدف

○ بهداشت روان و خودکشی:^۴

واژه خودکشی یا Suicide از ریشه لاتین Sui به معنای «خود» و cide به معنای «کشتن» است و اصطلاحاً «خود را کشتن» یا «خودکشی» معنا می‌دهد.

بر اساس تعریف مورد توافق جهانی، خودکشی عبارت است از اقدامی که شخص با دانش کامل در مورد نتایج مرگبار آن به عمل می‌آورد و به زندگی خود خاتمه می‌دهد.

یافته‌های بدست آمده از سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که حوادث جاده‌ای، جنگ، خودکشی، آتش‌سوزی و خشونت جملگی در شمار ۱۰ علت اصلی مرگ قرار دارند. در این میان طبق گزارش WHO خودکشی نه تنها علت اصلی مرگ‌های خشونت‌بار در تمام دنیاست، بلکه علت اصلی مرگ در بیماران با مشکلات روحی- روانی نیز هست

^۱ -Methadon Maintenance Therapy

^۲ -Drop In Center

^۳ -Triangle Community

^۴ - مطالب این قسمت برگرفته از اطلاعات واحد بیماری‌های معاونت بهداشتی می‌باشد.

«به طور خلاصه بیش از ۱/۴ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ (تقریباً ۱/۶٪ تمام مرگ و میرهای جهان در آن سال) مرتکب خودکشی شده‌اند».

به همین دلیل در سال ۱۹۹۰، WHO خودکشی را به عنوان موضوع مهم و برجسته سلامت عمومی تعیین کرده و رهنمودهایی برای کشورهای عضو، به منظور رشد و تحقق استراتژی‌های جامع و هماهنگ ملی و بین‌المللی ارائه کرده است. سازمان ملل متحد نیز خودکشی را به عنوان اولویت عمده تعیین کرده است، این سازمان معتقد است در اکثر موارد خودکشی قابل پیشگیری است و تمرکز ملی بر رفتار و تاریخچه زندگی قربانیان ضروری است.

وضعیت خودکشی در جهان:

سازمان جهانی بهداشت علی‌رغم آن که به صورت رسمی عدد ۴۰۰/۰۰۰ خودکشی در سال را ارائه می‌دهد، اما اعتقاد دارد که با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی- فرهنگی و به خصوص با توجه به نگرش‌های مذهبی در مناطق گوناگون جهان بین ۲۰ تا ۱۰۰٪ خودکشی‌ها گزارش نمی‌شوند. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از ۲۰ تا ۵۰ میلیون اقدام به خودکشی و بیش از ۱ میلیون مرگ ناشی از خودکشی اتفاق می‌افتد که این رقم بیش از مجموع مرگ ناشی از جنگ و دیگرکشی است. به طور متوسط هر ۲۰ ثانیه، یک خودکشی و هر ۱ تا ۲ ثانیه یک اقدام به خودکشی روی می‌دهد.

وضعیت خودکشی در ایران:

بررسی‌ها در ایران نشان داده است که خودکشی اولین علت مرگ در زنان ۶۴ - ۱۵ ساله و دومین علت مرگ بعد از حوادث ترافیکی در دختران ۱۴ - ۶ ساله بوده است و استان‌های پیش‌تاز در زمینه خودکشی، کرمانشاه ۲۹، ایلام ۲۴ و کهگیلویه ۱۹ در صدهزار نفر بوده و روش غالب در این خودکشی‌ها، خودسوزی بوده است.

بر اساس آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می‌افتد. طبق این آمار نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۵ به ۱ و گاه ۴/۵ به ۱ است. آمارهای بدست آمده در سیمای مرگ و میر در ۱۸ استان کشور در سال ۱۳۸۱ بیانگر آن است که بالاترین میزان بروز خودکشی در ایران به ترتیب در استان‌های ایلام، کرمانشاه، همدان و کرمان بوده و کمترین میزان بروز در استان‌های زنجان، یزد، سمنان و اصفهان می‌باشد.

وضعیت خودکشی در استان کرمانشاه:

آمارهای بدست آمده در استان نشان می‌دهد که خودکشی جزء ده علت اول مرگ و میر در استان می‌باشد و طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ استان کرمانشاه از نظر خودکشی رتبه‌های ۶ و ۷ را در ایران داشته است. میزان بروز خودکشی در ایران ۶/۲ درصدهزار نفر است در حالیکه میزان بروز آن در استان کرمانشاه ۱۲/۹ در صدهزار نفر می‌باشد. مهمترین روش خودکشی در تمام سال‌های مورد بررسی خودسوزی، حلق آویز کردن و مسمومیت با سم و قرص بوده است.

○ برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد:

مصرف مواد، پدیده‌ای است که به اشکال مختلف در مناطق مختلف جهان تأثیرات نامطلوبی را به سلامت جامعه می‌گذارد، این پدیده به شکل مستقیم بر مصرف کنندگان و به اشکال مختلفی (غیرمستقیم) سایر افراد جامعه را نیز تهدید می‌کند، لذا سال‌هاست در کشورهای پیشرفته تمهیداتی را برای کاهش خطرات شیوه مصرف مواد در نظر گرفته‌اند. استان کرمانشاه نیز در این خصوص طرح‌هایی را انجام داده که به اختصار به موردی از آن اشاره می‌کنیم.

* عنوان طرح: خدمات کاهش آسیب به معتادان دارای رفتار پرخطر و سخت دسترس^۱

شرح تفصیلی طرح:

برنامه‌های کاهش آسیب دسته‌ای از معتادان و افراد مصرف کننده مواد مخدر را که در حال حاضر توانایی و یا تمایلی به ترک ندارند و یا معتادانی که رفتارهای پرخطر خویش نظیر تزریق مشترک و رفتار جنسی ناامن را ادامه می‌دهند، تحت پوشش این خدمات قرار می‌گیرند.

انتظارات دانشگاه علوم پزشکی از اجرای طرح مذکور:

آنچه که موفقیت طرح را بیشتر تضمین می‌کند ابتدا مشارکت مردم، خانواده‌های معتادین و خصوصاً خود آنان و سازمان‌های ذیربط است. انتظار می‌رود با فراهم کردن امکانات مورد نیاز این دسته از افراد و حمایت از آنان به تدریج بتوان اثرات مطلوب بهداشتی دیگری نیز بر آنان گذاشت و سیر نامطلوب بهداشتی به کارگیری روش‌های نامناسب مصرف مواد را به سمت مصرف کنترل شده و در نهایت ایجاد گرایش به سمت پاک شدن مصرف دارو کشاند. همچنین حفظ و نگهداری مراکز مذکور و ارتقاء کمیت و کیفیت خدمات مورد نظر جزء انتظارات دانشگاه می‌باشد.

سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

بسته به اعتبارات ستاد مبارزه با مواد مخدر با توجه به هزینه‌بر بودن برنامه، فرصت‌های تقویت اجرای برنامه متفاوت خواهد بود. سازمان بهزیستی و دانشگاه علوم پزشکی متولیان اصلی برنامه‌اند. گرچه در این راستا سازمان‌های مردم نهاد و مجامع محلی، رسانه‌ها و سازمان‌های آموزشی و پژوهشی نیز می‌توانند گام‌های مؤثری در حمایت برنامه به عهده داشته باشند.

مهمترین اقدامات در موفقیت برنامه فوق‌الذکر:

- تخصیص اعتبارات ردیف ۱۰۱۰۳۴
- فراهم کردن بسته‌های آموزشی مورد نیاز
- تهیه امکانات لازم و بهداشتی
- مهیا نمودن فرصت‌های ارتباط

هدف از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴۰۴:

- یک ساله: شناسایی افراد در معرض خطر و جلب همکاری و تهیه شناسنامه برای آنان
- پنج ساله: انجام آموزش‌های لازم و شکل‌دهی رفتار پیشگیرانه از مخاطرات در افراد

^۱- دسترسی به این معتادان سخت است.

ده ساله: کاهش مصرف مواد به میزان حداقل ۵۰٪ در موارد مورد بررسی

۱۴۰۴: رسیدن به شاخصی پائین تر از شاخص های کشوری

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- ✓ افزایش آگاهی مصرف کنندگان موادمخدر
- ✓ افزایش آگاهی خانواده این افراد
- ✓ ارتباط میان گروه های خودیاری
- ✓ کاهش شیوع بیماری های خونی هپاتیت B و C و HIV در معتادان تزریقی مراجعه کننده و خانواده هایشان
- ✓ آموزش نحوه تزریق بهداشتی و ارائه سرنگ به گروه معتادان تزریقی
- ✓ کاهش تزریق و نیز تزریق مشترک در سوء مصرف کنندگان تزریقی مراجعه کننده
- ✓ افزایش رفتارهای جنسی سالم در معتادان
- ✓ ارجاع به مراکز درمانی
- ✓ انجام مصاحبه های انگیزشی برای مراجعان
- ✓ تأمین بهداشت جسمی (در حد امکان)
- ✓ ارجاع به کلینیک های مثلثی جهت انجام تست هپاتیت، ایدز و شناسایی افراد HIV^+ در صورت مثبت بودن آزمایش

○ مهارت های زندگی

به طور کلی مهارت های زندگی عبارتند از: توانایی هایی که منجر به ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه، غنای روابط انسانی، افزایش سلامت و رفتارهای سلامتی در سطح جامعه می گردند. مهارت های زندگی، هم به صورت یک راهکار ارتقای سلامت روانی و هم به صورت ابزاری در پیشگیری از آسیب های روانی- اجتماعی مبتلا به جامعه نظیر اعتیاد، خشونت های خانگی و اجتماعی، آزار کودکان، خودکشی، ایدز و موارد مشابه قابل استفاده است. به طور کلی مهارت های زندگی ابزاری قوی در دست متولیان بهداشت روانی جامعه در جهت توانمندسازی جوانان در ابعاد روانی- اجتماعی است. این مهارت ها به افراد کمک می کنند تا مثبت عمل کرده و هم خودشان و هم جامعه را از آسیب های روانی- اجتماعی حفظ کرده و سطح بهداشت روانی خویش و جامعه را ارتقاء بخشند. [۲۳]

گروه بهداشت محیط معاونت بهداشتی :

مقدمه:

مهندسی بهداشت از سال ۱۳۳۱ تا سال ۱۳۳۵ غالباً به صورت تیمی مرکب از مهندسين کادر ستادی وزارتخانه در نقاط مختلف کشور فعالیت داشته‌اند. وظایف آن‌ها علاوه بر تهیه دستوالعمل‌ها و فرم‌هایی در زمینه مراکز تهیه و توزیع، فروش مواد غذایی، اماکن عمومی، مبارزه با حشرات و جوندگان، دفع فضولات جامد، بهسازی منابع آب، طراحی نقشه‌های تپ و اجرای پروژه‌های تأمین آب آشامیدنی بود. از سال ۱۳۳۵ مهندسی بهداشت به صورت اداره کل درآمد و در مدت کوتاهی در بسیاری از استان‌های کشور ادارات مهندسی بهداشت ایجاد شدند. بعد از انقلاب، دامنه فعالیت مهندسی بهداشت با اجرای پروژه‌های تأمین آب آشامیدنی روستاها و عملیات بهسازی محیط توسعه قابل ملاحظه‌ای یافت، ولی با توجه به اهمیت و گسترش سایر فعالیت‌های بهداشت محیطی و همچنین برای هماهنگ کردن تشکیلات بهداشت محیط با شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور در سال ۱۳۶۹ مسئولیت تأمین آب آشامیدنی روستاها به سازمان جهاد سازندگی واگذار گردید و بدین وسیله زمینه ادغام فعالیت‌های بهداشت محیط در شبکه فراهم شد. در سال ۱۳۷۴ برای تعدیل نیروی انسانی و کاهش ابعاد تشکیلات در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دو اداره کل بهداشت محیط و اداره کل بهداشت حرفه‌ای ادغام یافتند. همراستا با آن گروه تخصصی سلامت محیط و حرفه‌ای در معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیز مشغول به فعالیت شدند.

رسالت گروه بهداشت محیط:

نظارت بر اجرای مطلوب قوانین، معیارها، ضوابط و بازخورد برای حفظ و ارتقای ایمنی مواد غذایی، بهسازی اماکن عمومی، بهداشت مراکز درمانی و بیمارستان‌ها، ایمنی پرتوها، کنترل ناقلان و مدیریت پسماند، ممنوعیت استعمال دخانیات، کنترل عوامل محیطی مؤثر بر سلامت، تأمین موازین بهداشت محیط در روستاها و ارائه خدمات در شرایط فوریت‌ها، تعیین اولویت‌ها و نظارت بر پروژه‌های استانی مرتبط با سلامت محیط.

چشم‌انداز گروه بهداشت محیط:

گروه بهداشت محیط قصد دارد در شاخص‌های سلامت محیط در غرب کشور رتبه اول را داشته باشد، محور اصلی فعالیت‌ها در این راستا تقویت مشارکت‌های بین‌بخشی، توسعه فعالیت‌های تصدی در بخش خصوصی، بهره‌گیری از توان علمی کارشناسان مجرب ستادی و سطوح اجرایی، استفاده از فن‌آوری مناسب و متناسب با ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی استان می‌باشد.

دستاوردهای گروه بهداشت محیط:

- ارتقاء شاخص مراکز تهیه، توزیع، فروش و نگهداری مواد غذایی دارای معیار بهداشتی در مناطق شهری از ۶۷٪ در سال ۱۳۷۸ به ۸۴/۱۹٪ در سال ۱۳۸۸ و کسب رتبه دوم کشوری در سال ۱۳۸۵.
- ارتقاء شاخص مراکز تهیه، توزیع، فروش و نگهداری مواد غذایی دارای معیار بهداشتی در مناطق روستایی از ۴۱٪ در سال ۱۳۷۸ به ۶۶/۳٪ در سال ۱۳۸۸ و کسب رتبه چهارم کشوری در سال ۱۳۸۵.

- ارتقاء مراکز مشاوره ترک دخانیات از ۲ مورد در سال ۱۳۷۹ به ۱۵ مورد در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی در مناطق شهری از ۷۰٪ در سال ۱۳۷۸ به ۸۶٪ در سال ۱۳۸۸ و کسب رتبه یازدهم کشوری در سال ۱۳۸۵.
- ارتقاء شاخص اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی در مناطق روستایی از ۳۴٪ در سال ۱۳۷۸ به ۵۴/۷٪ در سال ۱۳۸۸ و کسب رتبه سوم کشوری در سال ۱۳۸۵.
- ارتقاء شاخص مطلوبیت باکتریولوژی آب آشامیدنی روستایی از ۵۶٪ در سال ۱۳۷۸ به ۸۰/۶٪ در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص دسترسی خانوارهای روستایی به شبکه عمومی آب آشامیدنی از ۷۲٪ در سال ۱۳۷۸ به ۹۱/۸٪ در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص دسترسی خانوارهای روستایی به شبکه عمومی و منابع بهسازی آب آشامیدنی از ۸۱٪ در سال ۱۳۷۸ به ۹۶/۸٪ در سال ۱۳۸۸.
- کاهش درصد خانوارهایی که از کلر مادر استفاده می‌کنند از ۳۳٪ در سال ۱۳۷۸ به ۱۵/۳٪ در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص دسترسی خانوارهای روستایی به توالی بهداشتی از ۵۳٪ در سال ۱۳۷۸ به ۶۷/۳٪ در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص خانوارهای با دفع بهداشتی زباله از ۳۸٪ در سال ۱۳۷۸ به ۶۵/۲٪ در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص خانوارهای با دفع بهداشتی فضولات حیوانی از ۳۳٪ در سال ۱۳۷۸ به ۷۳/۳٪ در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص مراکز کاربرد پرتوهای یون‌ساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب از ۸۰٪ در سال ۱۳۷۸ به ۱۰۰٪ در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص مراکز کاربرد پرتوهای یون‌ساز در پزشکی دارای شرایط بهداشتی مطلوب از ۷۵٪ در سال ۱۳۷۸ به ۹۸٪ در سال ۱۳۸۸.
- ارتقاء شاخص فاضلاب، آشپزخانه، رختشوی‌خانه، زباله بیمارستان‌ها به ترتیب ۳۶٪، ۸۴٪، ۴۴٪، ۴۶٪ در سال ۱۳۷۸ به ۹۰/۴٪، ۹۳/۴٪، ۸۵/۸٪، ۹۰٪ در سال ۱۳۸۸.
- تجهیز بیمارستان‌های دولتی شهرستان کرمانشاه و اسلام‌آباد غرب، کنگاور، جوانرود به سیستم غیرسوز احماء زباله‌های عفونی ۱۳۸۸-۸۹.
- راه‌اندازی اولین مرکز مشاوره ترک دخانیات در شهرستان کرمانشاه در سال ۸۰-۱۳۷۹ و توسعه مراکز مشاوره و تجهیز به ۱۵ مورد تا سال ۱۳۸۸.

هدف کلی گروه بهداشت محیط در سال ۱۳۸۹:

نظارت بر تأمین امنیت و سلامت آب و مواد غذایی و حفظ سلامت انسان و محیط زیست

اهداف اختصاصی گروه بهداشت محیط در سال ۱۳۸۹:

- افزایش تعداد آزمایشات باکتریولوژی آب آشامیدنی مطلوب روستایی به میزان سالیانه ۱٪.
- افزایش تعداد آزمایشات باکتریولوژی آب آشامیدنی مطلوب شهری به میزان سالیانه ۱٪.
- افزایش نسبت کلرسنجی روستایی به میزان سالیانه ۱٪.

- افزایش نسبت کلرسنجی شهری به میزان سالیانه ۱٪.
- رشد سالیانه دسترسی خانوارهای روستایی به آب سالم به میزان سالیانه ۱٪.
- حفظ کنترل شیمیایی منابع آب شهری به میزان سالیانه ۱٪.
- رشد نسبت مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی دارای معیار بهداشتی در مناطق روستایی به میزان سالیانه ۱٪.
- رشد نسبت اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی در مناطق شهری به میزان سالیانه ۱٪.
- رشد نسبت اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی در مناطق روستایی به میزان سالیانه ۱٪.
- افزایش نسبت دفع بهداشتی زباله توسط خانوارهای روستایی به میزان سالیانه ۱٪.
- افزایش شاخص‌های بهداشت محیط بیمارستان‌ها (فاضلاب، زباله، آشپزخانه، رختشویخانه) به میزان سالیانه ۱٪.
- حفظ دستاورد شاخص‌های بهداشتی و حفاظتی در مراکز پرتو پزشکی.
- رشد نسبت خانوارهای بهره‌مند از توالی بهداشتی به میزان سالیانه ۱٪.
- جلب مشارکت مسئولین استانداری در اخذ اعتبار به منظور افزایش تعداد سیستم‌های غیرسوز امحاء زباله‌های عفونی
- گسترش آموزش نیروهای بهداشت محیط در بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی، ضمن توسعه خدمات نظارتی و جلب مشارکت مسئولین.

استراتژی‌های لازم جهت دستیابی به اهداف مذکور در گروه بهداشت محیط:

- ۱- جلب مشارکت بین‌بخشی با سازمان‌های آب و فاضلاب روستایی و شهری، سازمان‌بازرگانی و مجامع امورصنعتی، سازمان دامپزشکی، محیط زیست، نظام پزشکی، ادارات ذیربط در قالب کارگروه‌های سلامت و امنیت مواد غذایی، کارگروه‌های مدیریت پسماند و کارگروه دخانیات با همکاری معاونت‌های دانشگاه شامل معاونت درمان، غذا و دارو و ...
- ۲- توسعه و تجهیز ابزار و وسایل آزمایشگاهی
- ۳- توسعه کمی و کیفی نظارت مداوم بر شبکه‌های آب شرب شهری و روستایی
- ۴- توسعه و بکارگیری نیروی انسانی مورد نیاز
- ۵- ارتقاء فرهنگ بهداشتی متصدیان مراکزتهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی
- ۶- ارتقاء فرهنگ بهداشتی در بین خانوارهای روستایی
- ۷- جلب مشارکت مردمی در زمینه مصرف آب سالم
- ۸- گسترش آموزش در سطح شهر و روستا
- ۹- توسعه خدمات نظارتی و کاهش فاصله خدمات
- ۱۰- جلب مشارکت مردم از طریق شوراهای محلی و افراد ذی‌نفوذ
- ۱۱- به‌کارگیری مکانیسم‌های تشویقی در مقابل انجام اقدامات بهداشتی و ارتقاء معیارهای بهداشت محیط برای خانوارها

۱۲- تجهیز بیمارستان‌های دولتی شهرستان کرمانشاه، اسلام‌آباد غرب، جوانرود، کنگاور به سیستم قیروسوز احماء در سال ۸۹-۱۳۸۸

۱۳- توسعه و تجهیز مراکز مشاوره ترک دخانیات در سطح شهرستان‌های استان

۱۴- به‌کارگیری نیروهای مردمی در اجرا و نظارت بر پروژه‌های بهسازی محیط

برنامه‌های اصلی کلان و حائز اولویت در گروه بهداشت محیط:

- بهداشت و ایمنی مواد غذایی
- بهداشت محیط بیمارستان‌ها و مرکز بهداشتی درمانی
- بهداشت محیط اماکن عمومی (زندان‌ها، مساجد، مدارس و ...)
- بهداشت آب
- ممنوعیت استعمال دخانیات با تأکید بر قلیان
- بهداشت هوا (in door – out door)^۱
- بهداشت پسماندها شهری
- بهداشت عوامل بیولوژیکی و کنترل ناقلین بیماریها
- بهداشت محیط روستا
- بهداشت کاربری انرژی‌های هسته‌ای و امواج الکترومغناطیس (بهداشت پرتو ها)
- بهداشت محیط در شرایط اضطراری فوریت‌های سلامت محیط (EOC)^۲

گزارشی از شاخص‌های مهم گروه بهداشت محیط:

جدول شماره ۴-۸۴: شاخص‌های مهم گروه بهداشت محیط و مقادیر هر شاخص به تفکیک اهداف یک، پنج و ده ساله

عنوان شاخص	وضعیت موجود (۱۳۸۸)	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ده ساله
مطلوبیت باکتریولوژیک آب آشامیدنی روستایی	۷۶/۳	۷۷/۳	۷۹/۳	۸۳
مطلوبیت باکتریولوژیک آب آشامیدنی شهری	۹۷/۲	۹۸/۲	۹۹	۱۰۰
مطلوبیت کلرسنجی روستایی	۸۴/۳	۸۵/۳	۸۷/۳	۹۰
مطلوبیت کلرسنجی شهری	۹۸/۶	۹۹/۶	۱۰۰	۱۰۰
دسترسی خانوارهای روستایی به شبکه عمومی و منابع بهسازی شده	۹۶/۸	۹۷/۸	۹۹	۱۰۰
انجام آزمایشات شیمیایی منابع آب شهری	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
مراکز تهیه و فروش مواد غذایی دارای معیار بهداشتی شهری	۸۴/۹	۸۵/۹	۸۷/۵	۹۱
مراکز تهیه و فروش مواد غذایی دارای معیار بهداشتی روستایی	۶۶/۳	۶۷/۳	۶۹/۳	۷۴/۳
اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی شهری	۸۶	۸۷	۸۹	۹۲/۴
اماکن عمومی دارای معیار بهداشتی روستایی	۵۴/۷	۵۵/۷	۵۷/۷	۸۲
خانوارهای بهره‌مند از توالت بهداشتی	۶۷/۳	۶۸/۳	۷۰/۳	۸۰/۹

^۱ - داخل و خارج

^۲ - Emergency Operational Center

۸۳/۸	۷۶/۳	۷۴/۳	۷۳/۳	خانوارهای روستایی که فصولات دامی را به صورت بهداشتی دفع می کنند
۷۸/۷	۶۸/۲	۶۶/۲	۶۵/۲	خانوارهای روستایی که زیاله را به صورت بهداشتی دفع می کنند
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	مراکز کاربرد پرتوهای یون ساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	پوشش نمونه برداری آب شرب شهری و روستایی براساس جمعیت
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	مراکز کاربرد پرتوهای یون ساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	بیمارستان های برخوردار از آب آشامیدنی
۱۰۰	۹۳	۹۱	۹۰	بیمارستان های دارای سیستم جمع آوری زیاله مطلوب
۱۰۰	۹۳/۴	۹۱/۴	۹۰/۴	بیمارستان های دارای سیستم جمع آوری و دفع بهداشتی فاضلاب
۱۰۰	۸۸/۸	۸۶/۸	۸۵/۸	بیمارستان های دارای رختشوی خانه بهداشتی
۱۰۰	۹۶/۶	۹۴/۴	۹۳/۴	بیمارستان های دارای آشپزخانه بهداشتی
۱۰۰	۸۶	۸۴	۸۳	مراکز بهداشتی درمانی که از نظر بهداشت محیط دارای شرایط مطلوبی باشند (شهری)
۱۰۰	۸۹	۸۷	۸۶	مراکز بهداشتی درمانی که از نظر بهداشت محیط دارای شرایط مطلوب می باشند (روستایی)

○ واحد بهداشت آب و فاضلاب

از دیگر برنامه های معاونت بهداشتی، بهداشت آب است که نقش بسیار بارزی در سلامت جامعه داشته و می تواند عاملی در انتقال بیماری های اسهالی بوده و زمینه های بسیاری از بیماری های گوارشی و بیماری های دیگر را فراهم نماید. در زیر به طرح های پیشنهادی این واحد می پردازیم:

* عنوان طرح: بهداشت آب

هدف بهداشت آب:

نظارت بر وضعیت بهداشتی آب شهرها و روستاهای تحت پوشش و حفظ و ارتقاء شرایط موجود از طریق همکاری های بین بخشی با ادارات ذیربط

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- حفظ سلامت مردم منطقه تحت پوشش از طریق تأمین آب سالم با مشارکت سازمان های ذیربط
- دسترسی کلیه خانوارهای شهری و روستایی به آب سالم
- کنترل بهداشتی آب آشامیدنی ۱۰۰٪ ساکنین شهری و روستایی
- کاهش ابتلا به بیماری های منتقله توسط آب

سازمان های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

شرکت آب و فاضلاب شهری و روستایی، شرکت آب منطقه ای غرب. تأمین آب سالم از وظایف سازمان آب منطقه ای بوده، لذا فقط تأمین آب هدف برنامه نیست، بلکه کنترل و نظارت بر آن نیز به عهده سازمان های ذکر شده بوده و نظارت بهداشتی در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه است.

هدف برنامه مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

انجام برنامه مذکور به صورت مستمر و دائمی می باشد و رکن اصلی آن بر پایه نظارت، بازرسی و پایش مداوم شبکه های آبرسانی شهری و روستایی قرار می گیرد.

شاخص‌های ارزیابی در برنامه مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

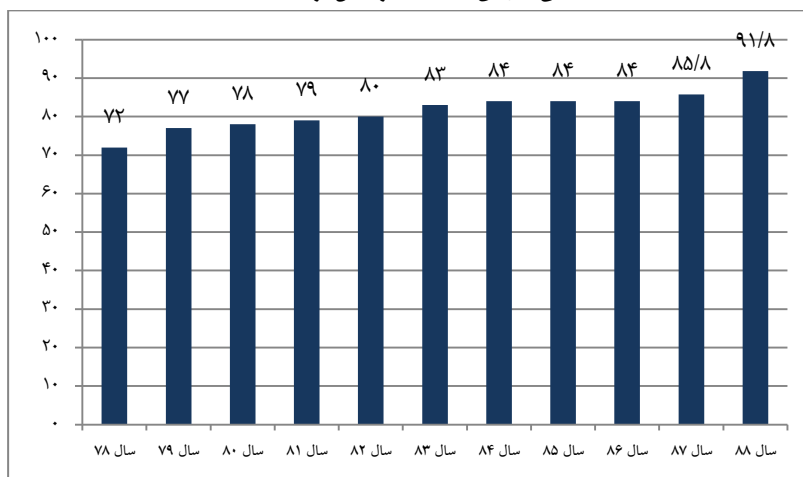
جدول شماره ۴-۸۵: شاخص‌های بهداشت آب

ردیف	شاخص	سال ۱۳۸۸	پنج ساله	ده ساله
۱	درصد مطلوبیت میکروبی آب شهری (فرم‌های ۱۱-۱۰-۹/۶)	۹۷/۱٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۲	درصد مطلوبیت میکروبی آب روستایی (فرم‌های ۱۱-۱۰-۹/۶)	۷۳/۷٪	۸۰٪	۹۰٪
۳	درصد دسترسی خانوارهای روستایی به شبکه عمومی و منابع بهسازی شده	۹۶/۸٪	۹۸٪	۱۰۰٪
۴	درصد دسترسی خانوارهای روستایی به شبکه لوله‌کشی آب	۹۱/۸٪	۹۳٪	۹۸٪
۵	درصد مطلوبیت کلرستنجی روستایی (فرم‌های ۱۱-۱۰-۹/۶)	۸۴/۱٪	۸۶٪	۹۳٪
۶	درصد مطلوبیت کلرستنجی شهری (فرم‌های ۱۱-۱۰-۹/۶)	۹۸/۶٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

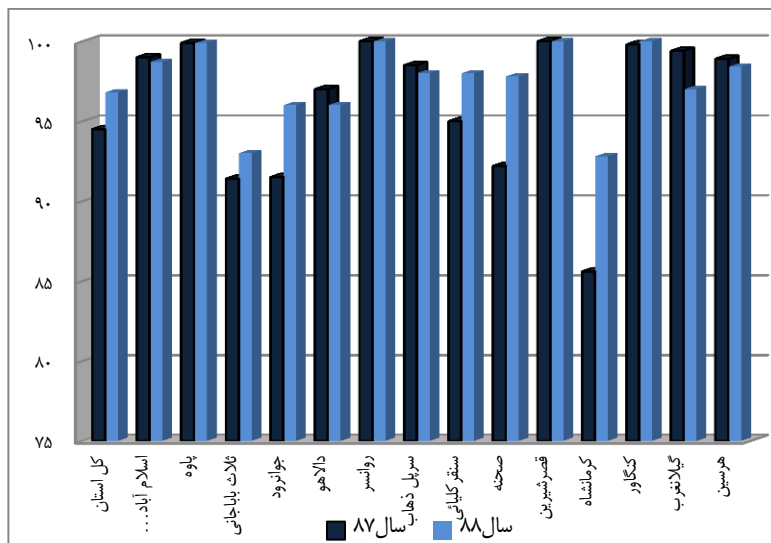
راهکارهای پیشبرد برنامه مذکور:

- ۱- توجه به آموزش همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشتی به منظور تغییر نگرش‌ها و تثبیت رفتارهای مناسب بهداشتی
- ۲- برگزاری جلسات کارگروه‌های سلامت و امنیت مواد غذایی به منظور ارتقاء تعاملات بین‌بخشی با سازمان‌های درگیر در بهداشت آب و ایجاد یکپارچگی در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی
- ۳- تأمین زیر ساخت‌ها و تجهیزات شامل:
 - گسترش امکانات و تجهیزات نظارت و پایش مداوم و انجام نمونه‌برداری
 - تکمیل تجهیزات آزمایشگاهی در زمینه آزمایشات میکروبیولوژیک، شیمیایی و فیزیکی
- ۴- تأمین نیروی انسانی مورد نیاز در بخش نظارت
- ۵- توسعه منابع مالی: به منظور تقویت فعالیت‌ها و افزایش انگیزه پرسنل

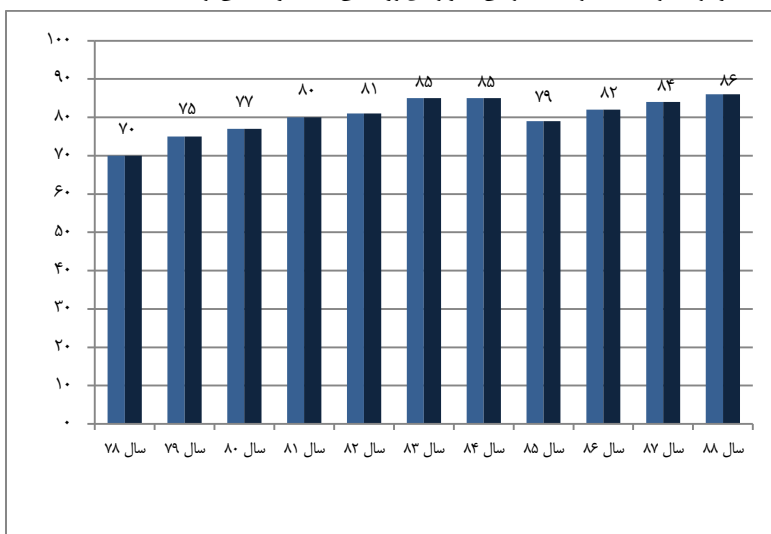
در زیر روند میزان دسترسی خانوارهای روستایی به آب لوله‌کشی در استان کرمانشاه طی ۱۰ سال آمده است:

نمودار شماره ۴-۲۵: روند تغییرات میزان دسترسی خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی برخوردار می‌باشند طی سال‌های ۸۸-۱۳۷۷ در استان کرمانشاه^۱^۱ - منبع: گزارشات واحد بهداشت محیط مرکز بهداشت استان

جدول شماره ۴-۳۶: روند تغییرات میزان دسترسی خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی برخوردار می‌باشند.
به تفکیک شهرستان‌های تابعه استان کرمانشاه



نمودار شماره ۴-۳۷: درصد دسترسی خانوارهای روستایی به آب لوله کشی از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸



علت کاهش درصد دسترسی خانوارهای بعضی از شهرستان‌ها به آب آشامیدنی در نمودار فوق، به علت پدیده خشکسالی آب آشامیدنی برخی از روستاهاست که آب تأمین شده از طریق شبکه بوده و یا آب قطع گردیده و تأمین آب روستا از طریق شبکه خارج و یا از طریق تانکر بوده است.

○ واحد بهداشت مواد غذایی

از دیگر واحدهای گروه بهداشت محیط مرکز بهداشت استان بوده که نقش اساسی در پیشگیری از گسترش بیماریها داشته و دامنه گسترده‌ای از خدمات بهداشتی را طلب می‌کند. این بخش نیازمند جلب همکاری بین‌بخشی بسیاری از سازمان‌های مرتبط در استان بوده و می‌بایست به طور جدی مورد حمایت قرار گیرد. در زیر به طرح‌های پیشنهادی این واحد می‌پردازیم.

* عنوان برنامه: بهداشت و ایمنی مواد غذایی در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی^۱

شرح تفصیلی طرح:

برنامه بهداشت مواد غذایی عبارت است از، به کارگیری کلیه موازینی که رعایت آن‌ها در تولید، فرآیند، نگهداری و عرضه مواد غذایی ضروری است تا ماده غذایی سالم و با کیفیت بهداشتی بدست مصرف کننده برسد. لذا با توجه به گسترش روز افزون مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و تعدد مشاغل و مواد غذایی عرضه شده لزوم توجه به ایمنی و بهداشت مواد غذایی بیش از پیش مورد توجه قرار می‌گیرد. بهداشت مواد غذایی از جنبه‌های مختلفی حائز اهمیت است که به طور خلاصه می‌توان به تأمین سلامت مواد غذایی و تأمین سلامت مصرف کننده اشاره داشت. در بسیاری از کشورها موارد متعددی از بیماریها دیده می‌شود که در نتیجه عدم رعایت بهداشت مواد غذایی و عرضه نامطلوب در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی به وقوع پیوسته و این امر علاوه بر اینکه افراد جامعه را درگیر مشکلات بهداشتی نموده، هزینه‌های اقتصادی فراوانی را نیز به دولت‌ها تحمیل می‌نماید. رسیدن به اهداف ایمنی و بهداشت مواد غذایی در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی محقق نمی‌شود مگر آنکه در سیستم‌های کنترل مواد غذایی، نیروهای نظارتی از توانایی علمی، عملی و برنامه‌ریزی لازم در خصوص بهداشت مواد غذایی برخوردار باشند.

نتایج مورد انتظار:

- ارتقاء بهداشت فردی، محیط، ابزار و تجهیزات مورد استفاده در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی
- دستیابی به بهداشت و ایمنی مواد غذایی مطلوب در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی
- کنترل بهداشتی ۱۰۰٪ مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی
- کاهش بیماری‌های ناشی از مصرف غذاهای غیربهداشتی اعم از مسمومیت‌ها، بیماری‌های گوارش و سایر بیماری‌های مرتبط

سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

این مسئولیت فقط در سایه همکاری سایر سازمان‌های مرتبط نظیر سازمان بازرگانی، مجمع امور صنفی، نیروی انتظامی، سازمان قضایی، شهرداری‌ها و ... امکان‌پذیر است. در بحث واردات و صادرات مواد غذایی کنترل‌های لازم با

^۱- این برنامه از برنامه‌های بسیار مهم در حوزه بهداشتی است.

همکاری سازمان بازرگانی صورت می‌گیرد. ایجاد اقدام‌هایی در زمینه تأمین بهداشت مواد غذایی نیز در این زمینه مؤثر خواهد بود. نیروی انتظامی در پشتیبانی و حمایت از قوانین و اجرای مقررات بهداشتی و مراجع قضایی در اجرای مسایل حقوقی همکاری‌های لازم را خواهند داشت.

زمان و هدف اجرای برنامه مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

برنامه مذکور به صورت مستمر و دائمی و رکن اصلی آن بر پایه نظارت و بازرسی می‌باشد.

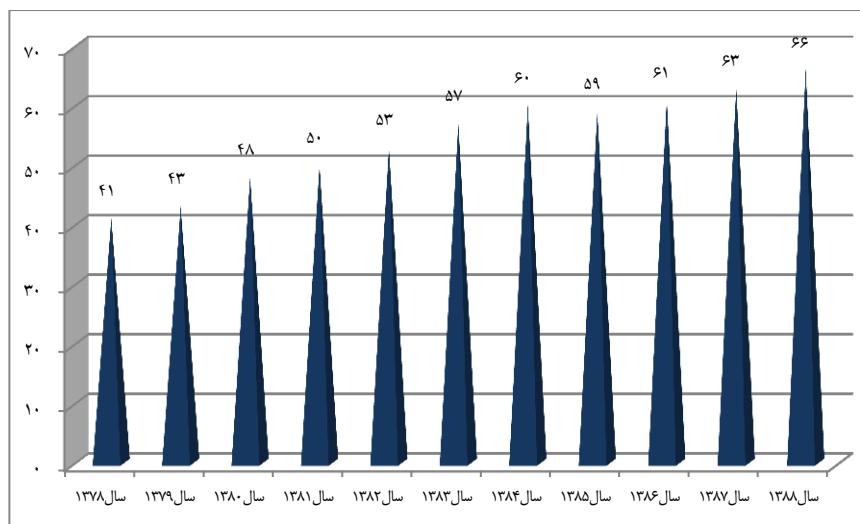
شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۸۶: بهداشت و ایمنی مواد غذایی در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی

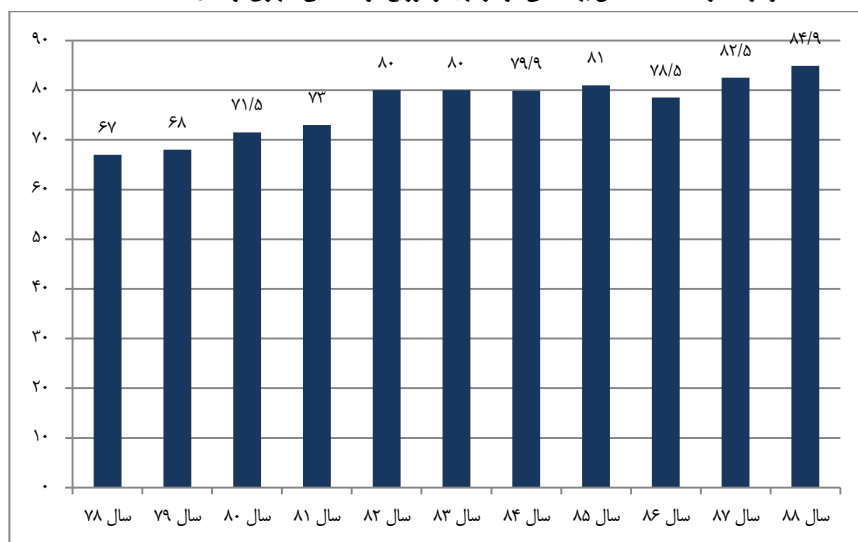
ردیف	شاخص	یک ساله (۸۹)	پنج ساله (۱۳۹۴)	ده ساله (۱۴۰۴)
۱	درصد ارتقاء شاخص مراکز تهیه، توزیع، فروش و نگهداری مواد غذایی در مناطق شهری که به طور سیستماتیک تحت پوشش قرار گیرند.	%۸۵	%۸۹/۵	%۹۰
۲	درصد ارتقاء شاخص مراکز تهیه، توزیع، فروش و نگهداری مواد غذایی در مناطق روستایی که به طور سیستماتیک تحت پوشش قرار گیرند.	%۶۷/۳	%۶۹/۳	%۷۲/۳

بهداشت مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی:

نمودار شماره ۴-۲۸: درصد مراکز بهداشتی تهیه و توزیع مواد غذایی روستایی کرمانشاه از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸



نمودار شماره ۴-۲۹: شاخص بهداشتی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی شهری از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸



جدول شماره ۴-۸۷: فراوانی فعالیت‌های انجام شده در خصوص مراکز تهیه، توزیع مواد غذایی به تفکیک شهرستان‌های تابعه

استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۸

شهرستان	سال	موارد بازدید شده		تعداد مراکز و اماکن بهداشتی شده		مقدار مواد غذایی فاسد کشف و معدوم شده		کارت معاینه بهداشتی صادر شده		تعداد موارد کلرسنجی شده مراکز توزیع و تهیه مواد غذایی		تعداد آزمایش میکروبی آب آشامیدنی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی	
		۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷
استان		۲۴۹۰۳۷	۲۴۴۱۷۴	۱۱۲۶	۹۱۲	۴۹۸۱۶	۸۷۰۳۰	۳۸۸۷۲	۴۰۱۲۶	۹۵۱۵۰۷	۶۰۰۳۵۶	۱۱۷۲۴	۱۰۳۲۱
اسلام‌آبادغرب		۱۹۵۶۹	۲۰۳۲۱	۶۳	۷۵	۵۱۳۲	۱۰۱۶۰	۴۰۶۲	۴۱۸۴	۳۱۹۰۰۵	۵۶۷۵۸	۸۲۵	۸۹۵
پاوه		۱۱۴۷۶	۱۰۴۰۵	۳۵	۲۵	۱۳۰۰	۲۰۷۶	۷۵۹	۹۵۳	۱۷۹۰۳	۲۵۲۵۵	۴۸۸	۴۶۷
ثلاث		۲۹۰۰	۵۴۰۶	۸	۱۵	۳۲۶۲	۶۴۰۰	۲۵۴	۲۲۲	۱۱۲۱۲۰	۲۰۵۴۱	۵۱۸	۲۶۶
جوانرود		۸۴۲۲	۷۷۰۱	۱۸	۲۲	۳۰۰	۳۵۲۵	۱۳۳۱	۱۳۷۸	۱۸۹۳۱	۳۱۱۳۳	۳۳۱	۳۴۱
دالاهو		۶۰۲۷	۵۸۸۵	۱۴	۲۰	۸۷۵	۸۱۰	۸۵۱	۷۸۹	۲۰۲۶۹	۲۲۴۲۵	۸۷۱	۶۸۳
روانسر		۶۶۵۹	۷۱۲۷	۲	۵	۶۸	۱۶۶	۵۴۵	۶۴۲	۷۰۲۵۶	۴۷۳۹۳	۴۸۸	۴۲۰
سرپل‌ذهاب		۱۰۰۵۵	۱۱۰۴۵	۴۵	۴۸	۲۴۱۲	۵۵۵۵	۱۷۱۲	۱۶۲۹	۶۷۱۲۷	۵۸۹۱۴	۵۶۱	۶۵۰
سنقر		۳۵۷۷۰	۳۵۱۵۱	۳۰	۲۶	۲۲۱۶	۴۵۱۴	۱۴۱۳	۲۴۸۸	۷۳۷۶۶	۷۱۲۱۵	۷۹۳	۱۰۵۴
صحنه		۵۸۴۷	۶۷۸۰	۳۹	۳۵	۴۴۸۴	۶۴۵۱	۱۰۰۴	۱۱۶۶	۶۶۳۱۶	۷۴۱۵۵	۴۰۳	۵۵۶
قصر شیرین		۴۱۰۵	۳۳۵۶	۳۷۹	۱۸۹	۸۸۵۷	۳۶۸۵	۵۷۷	۱۸۴۳	۱۶۰۰۴	۱۵۰۳۶	۱۸۶	۱۱۳
کرمانشاه		۸۹۸۷۰	۸۶۳۰	۳۸۷	۳۹۵	۷۲۳۸	۲۸۲۷۱	۳۱۷۶۸	۲۰۸۲۲	۹۸۹۶۷	۸۵۹۱۴	۴۰۷۶	۲۸۴۱
کنگاور		۱۶۱۶۷	۱۱۹۲۵	۵	۴۰	۱۰۲۲۹	۴۱۳۶	۱۷۹۷	۱۷۹۹	۳۹۶۰۳	۲۵۷۸۰	۵۹۶	۵۹۲
گیلان‌غرب		۱۵۴۰۱	۱۵۳۹۰	-	۰	۳۱۳	۵۴۴۹	۱۵۴۰	۱۳۲۲	۷۱۴۱۳	۱۱۲۷۶	۹۲۴	۸۷۲
هرسین		۱۶۷۶۹	۱۶۹۵۲	۲۴	۱۷	۳۱۳۰	۵۷۲۲	۱۳۵۹	۹۸۹	۶۹۷۹۰	۵۴۶۵۱	۶۶۴	۵۷۱

○ واحد بهداشت اماکن عمومی

گسترش برخی از بیماریها با تراکم و میزان تماس افراد با یکدیگر در ارتباط می‌باشد. لذا توجه به نکات بهداشتی در چنین مراکزی بسیار حائز اهمیت می‌باشد، لازم به ذکر است که برخی بیماری‌های خطرناک که مشکل بهداشتی امروز جامعه جهانی هستند (بیماری ایدز، سل، آنفلوآنزا، بیماری انگلی و قارچی و ...) نیز از این دسته‌اند. در زیر به طرح‌های پیشنهادی این واحد می‌پردازیم:

* عنوان برنامه: بهداشت محیط اماکن عمومی^۱

شرح تفصیلی برنامه:

بهداشت اماکن عمومی از جنبه‌های مختلفی حائز اهمیت است و نظارت بر وضعیت بهداشتی این اماکن جزء برنامه‌های بسیار مهم گروه سلامت محیط مرکز بهداشت استان می‌باشد و در این راستا همواره سعی گردیده، بهبود شرایط اماکن عمومی از طریق همکاری‌های بین‌بخشی با ادارات ذیربط در جهت ارتقاء سلامت جامعه فراهم گردد.

سهم دانشگاه در اجرای برنامه مذکور:

مسئول اجرای برنامه نظارت بر رعایت موازین بهداشتی در اماکن عمومی، حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی است اما همان‌گونه که در سایر برنامه‌ها ذکر گردید؛ این اقدامات فقط در سایه همکاری بین‌بخشی اثربخش خواهد بود، به خصوص مشارکت مردم، می‌بایست به طور جدی مورد توجه قرار گیرد.

نتایج مورد انتظار از اجرای برنامه مذکور:

- ارتقاء بهداشت فردی، محیط، ابزار و تجهیزات مورد استفاده در اماکن عمومی (زندان‌ها، مساجد، مدارس و ...)
- کاهش موارد بیماری‌های واگیر که زمینه انتشار آن در اماکن موجود است.
- جلوگیری از وقوع بیماری‌های مسری شایع

دستیابی به وضعیت مطلوب بهداشت فردی، محیط، ابزار و تجهیزات مورد استفاده در اماکن عمومی.

سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

شهرداری، آموزش و پرورش، سازمان تبلیغات اسلامی، سازمان زندان‌ها، نیروهای مسلح، سازمان اماکن، مجامع امور صنفی، نیروی انتظامی، مراجع قضایی و ...

شاخص‌های ارزیابی در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۸۸: بهداشت محیط اماکن عمومی

ردیف	شاخص	سال ۸۸	پنج ساله	ده ساله
۱	درصد اماکن عمومی بهداشتی در مناطق شهری	٪۸۶	٪۹۰/۵	٪۹۶
۲	درصد اماکن عمومی بهداشتی در مناطق روستایی	٪۶۲	٪۶۶	٪۷۲

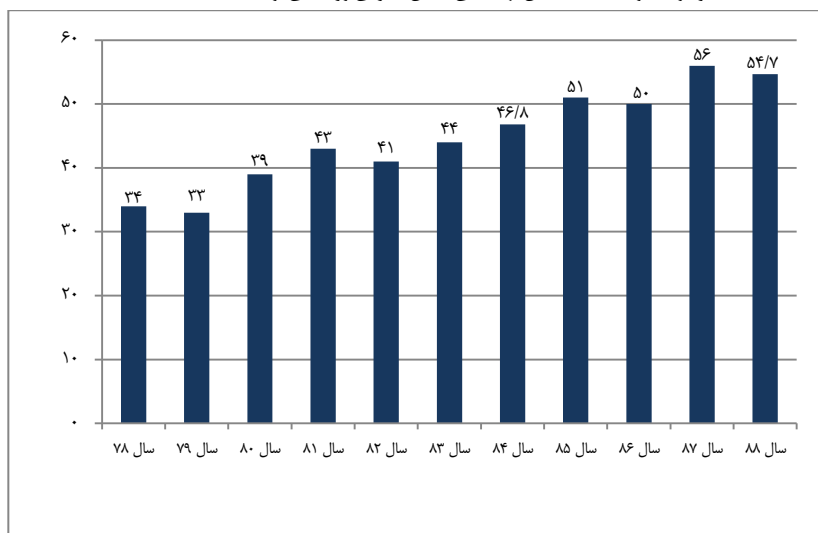
^۱ - اماکن عمومی عبارتند از: اماکن مترکه و زیارتگاه‌ها، زائرسراها، هتل‌ها، متل‌ها، مسافرخانه‌ها، پانسیون‌ها، آسایشگاه‌های سالمندان، آرایشگاه‌ها، حمام‌ها، حمام‌های سونا، استخرهای شنا، سینماها، پارک‌ها، مراکز تفریحی سالم، باشگاه‌های ورزشی، ترمینال‌های وسایل حمل و نقل عمومی و مسافرتی، توالت‌های عمومی، گورستان‌ها و ...

راهکارهای پیشبرد برنامه مذکور و برنامه بهداشت و ایمنی مواد غذایی:

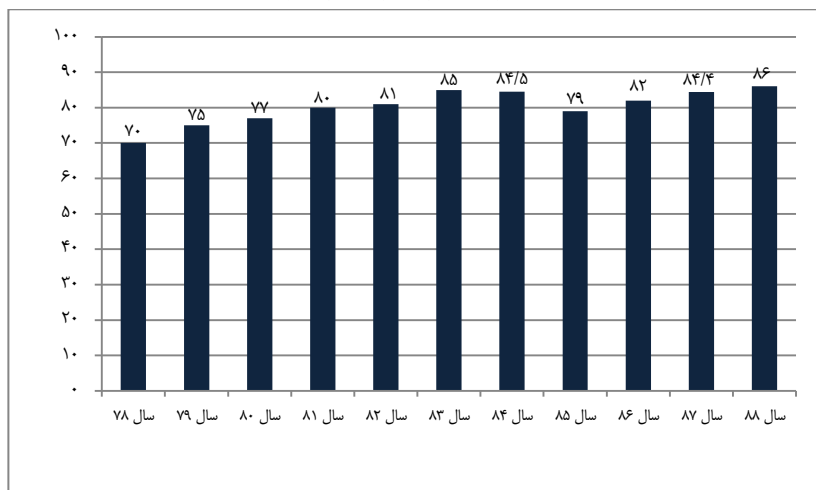
- ۱- توجه به آموزش همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشتی به منظور تغییر نگرش‌ها و تثبیت رفتارهای مناسب بهداشتی
- ۲- برگزاری کارگروه‌های سلامت و امنیت مواد غذایی به منظور ارتقاء تعاملات بین‌بخشی با سازمان‌های درگیر در خصوص اماکن عمومی
- ۳- اجرای دقیق قوانین و توجه ویژه قضات نسبت به تخلفات بهداشتی در اماکن عمومی
- ۴- تأمین زیرساخت‌ها و تجهیزات لازم جهت نظارت و رسیدگی به شکایات مرتبط در اسرع وقت
- ۵- تأمین نیروی انسانی شامل:
 - توزیع عادلانه و کافی بازرسین بهداشت محیط نسبت به حجم فعالیت‌ها و وظایف محوله به طوری که در هر مرکز بهداشتی درمانی استان حداقل یک بازرس بهداشت محیط مستقر گردد.
 - اصلاح عناوین پست‌های کاردان و کارشناس بهداشتی زن و مرد به طوری که وظایف سازمانی شفاف و مشخص گردد.
 - جذب نیروهای کاردان و کارشناس بهداشت محیط
- ۶- تأمین منابع مالی به منظور تقویت فعالیت‌ها و افزایش انگیزه پرسنل

برخی شاخص‌های مهم در واحد بهداشت اماکن عمومی:

نمودار شماره ۴-۳: شاخص بهداشتی اماکن عمومی روستایی از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸



نمودار شماره ۴-۳۱: شاخص بهداشتی اماکن عمومی شهری از سال ۷۸ تا ۸۸



○ واحد بهسازی محیط

برنامه بهسازی محیط روستا از دیگر برنامه‌های جاری گروه بهداشت محیط در حوزه معاونت بهداشتی بوده و اهمیت ویژه‌ای در تأمین محیط سالم برای زندگی اهالی روستا داشته که در پیشگیری از بیماری‌های متعددی نقش اساسی دارد. در زیر به طرح‌های پیشنهادی این واحد می‌پردازیم.

* عنوان برنامه اول: برنامه بهسازی محیط روستا

هدف برنامه:

این برنامه در سال ۱۳۷۷ آغاز گردیده و در زمینه کاهش بیماری‌ها، تأمین بهداشت محیط روستا و دسترسی خانوارهای روستایی به توالی بهداشتی فعالیت می‌کند، هدف از این برنامه ارتقاء شرایط موجود می‌باشد.

سهم سازمان‌ها در اجرای برنامه مذکور:

در این برنامه سهم مشارکت مردمی، بخش اصلی برنامه است. سازمان‌هایی نظیر دهرداری، سازمان بازیافت، نیروی انتظامی و ... نقش اساسی در موفقیت برنامه را دارند.

نتایج مورد انتظار از اجرای برنامه مذکور:

- کاهش بیماری‌ها، تأمین بهداشت محیط روستا و دسترسی خانوارهای روستایی به توالی بهداشتی
- ارتقای وضعیت موجود
- ارتقاء سطح سلامت خانوارهای روستایی که می‌تواند سهم مهمی در بخش کشاورزی و نهایتاً افزایش بهره‌وری را داشته باشد.

سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

علاوه بر دانشگاه علوم پزشکی، هر یک از سازمان‌ها نقش خود را با طرح موضوع در کارگروه سلامت مربوطه ایفا می‌کنند. به طور مثال سازمان آب و فاضلاب روستایی در بهداشت آب و دفع صحیح فاضلاب، سازمان بازیافت در

دفع صحیح زباله، سازمان جهاد کشاورزی در آموزش، تأمین و تهیه کود کشاورزی، نحوه نگهداری محصولات و همچنین سازمان‌های مردم نهاد در جلب مشارکت مردم جهت همکاری در اجرای برنامه نقش دارند. دهداری‌ها، نیروی انتظامی، انجمن روستا و سازمان مسکن نیز در اجرای برنامه نقش بسزایی دارند.

شاخص‌های مورد ارزیابی در برنامه مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۸۹: شاخص دسترسی به توالت‌های بهداشتی

ردیف	شاخص	یک سال	پنج ساله	ده ساله
۱	دسترسی به توالت‌های بهداشتی	٪۶۸/۲	٪۷۵/۲	٪۸۳

راهکارهای پیشبرد برنامه مذکور:

- تشکیل یک کارگروه خاص و انتقال این شرح وظیفه به بنیاد مسکن و تخصیص اعتبارات ویژه می‌تواند بسیار مؤثر باشد.
- بنیاد مسکن در راستای توسعه محیط روستا، اصلاح بناها و مسکن محل زندگی روستائیان، بیش از هر سازمان دیگری می‌تواند نقش مؤثری در ایجاد محیط سالم برای روستائیان داشته باشد.

* عنوان برنامه دوم:

برنامه شهر سالم با ابتکارات جامعه محور (CBI)^۱ و رویکرد نیازهای اساسی توسعه (BDN)^۲

شرح تفصیلی برنامه:

این برنامه در توسعه مناطق نیازمند به حمایت، در ابعاد مختلف کمک خواهد کرد تا بتوانند از وضعیت مطلوب بهداشتی در محیط زندگی خود برخوردار باشند و از رشد شاخص‌های توسعه شهری بهره‌مند گردند. ابتکارات جامعه محور، برنامه‌های شهر سالم، روستای سالم و توانمندسازی زنان را شامل می‌شود. نیازهای اساسی توسعه، رویکرد اقتصادی- اجتماعی است. این فرآیندی است که با هدف دسترسی به زندگی با کیفیت بهتر و بهبود وضعیت شاخص‌های سلامت انجام می‌شود. در این برنامه مردم خود مجری برنامه‌های توسعه هستند و تمام افراد در شناسایی و حل مشکلات نقش دارند و دولت تنها نقش حامی و تسهیل‌گر و مشاوره در برنامه‌ریزی را به عهده دارد. در برنامه شهر سالم بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی شهرنشینی از طریق اصلاح شرایط زندگی مردم از قبیل خانه، مدرسه، محل کار و ... که مردم در آن زندگی می‌کنند، تأمین می‌شود.

سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

به تناسب برنامه مورد اجرا و مشارکت قطعی مردم، کلیه سازمان‌ها با ایجاد زیرساخت‌های لازم جهت اجرای هر چه بهتر پروژه عمل می‌کنند؛ مانند، استانداری، آموزش و پرورش، بهزیستی، شرکت‌های آب و فاضلاب شهری و روستایی، شهرداری، نیروی انتظامی، پلیس راهنمایی و رانندگی و ...

هدف از اجرای برنامه مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: پی‌ریزی زیرساخت‌های لازم با تشکیل کارگروه‌ها با سازمان‌های ذیربط و انجام آموزش عمومی

پنج ساله: دستیابی به شاخص‌های شهر سالم در منطقه پایلوت شهری و روستایی

^۱ - Community Based Initiatives Services

^۲ - Basic Development Needs

ده ساله: تعمیم پروژه شهر سالم به دیگر مناطق شهری مورد نیاز برای توسعه برنامه

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

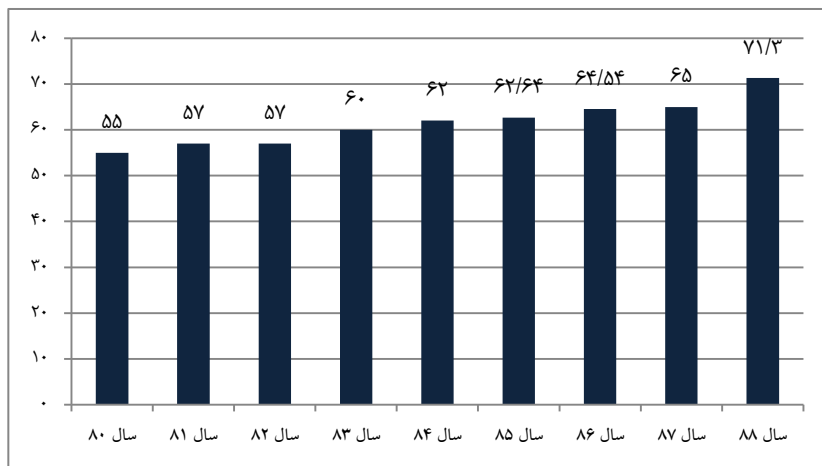
- توانمندسازی جوامع محلی به منظور ارتقاء سلامت جامعه و دسترسی به زندگی با کیفیت بهتر از طریق تأمین نیازهای اساسی مردم
- ترویج رفتارهای منطبق بر سلامت
- دستیابی به جامعه عاری از دخانیات
- گسترش فرهنگ تغذیه سالم
- فراهم نمودن شرایط رانندگی سالم
- ایجاد و توسعه مدارس سالم
- فراهم کردن شرایط جامعه ایمن و ...

راهکارهای پیشبرد برنامه مذکور:

- توجه به آموزش همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشتی به خصوص زنان و گروه‌های آسیب‌پذیر به منظور تغییر نگرش‌ها و تثبیت رفتارهای مناسب بهداشتی
- برگزاری جلسات با ارگان‌های درگیر برنامه به منظور ارتقاء تعاملات بین‌بخشی با سایر سازمان‌های درگیر در برنامه جهت حل مشکلات موجود
- تأمین منابع مالی به منظور تقویت فعالیت‌ها و افزایش انگیزه پرسنل

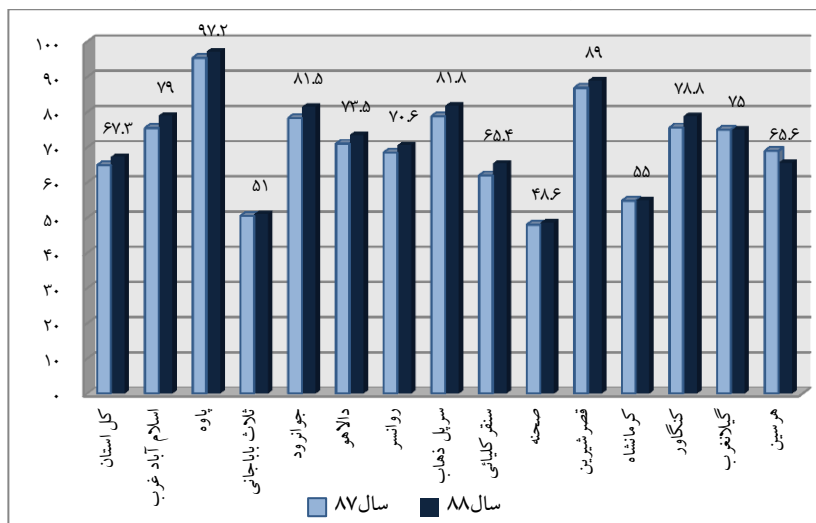
برخی شاخص‌های مهم در واحد بهسازی محیط:

نمودار شماره ۴-۳۲: روند تغییرات درصد خانوارهایی که از توالیت بهداشتی استفاده می‌کنند طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۰^۱



^۱- در ارتقاء شاخص توالیت بهداشتی و روستایی تخصیص اعتبارات استانی و حمایت مسئولین استان ضرورت تام دارد، زیرا ۷۰٪ هزینه‌ها توسط مشارکت مردمی و ۳۰٪ از طریق اعتبارات دولتی تأمین می‌شود.

نمودار شماره ۴-۳۳: درصد خانوارهای روستایی دارای توالد بهداشتی در سال ۸۷ و ۸۸ به تفکیک شهرستان‌های تابعه استان کرمانشاه



بهداشت پرتوها:

بحث فیزیک پرتوها در امر سلامت، حفاظت انسان، نسل‌های آینده و محیط در برابر اثرات سوء پرتوها با به کارگیری تجهیزات فنی لازم و انتخاب روش مناسب کار به منظور جلوگیری از پرتوگیری غیرمجاز و رعایت کلیه نکات بهداشتی محیط کار جهت حفظ سلامتی بیماران، همراه بیمار و پرتوکاران در مراکز پرتوپزشکی می‌باشد. پرتوها کلاً به ۲ دسته پرتوهای یون‌ساز (پرتو ایکس، گاما، آلفا و ...) و پرتوهای غیر یون‌ساز (پرتوهای مادون قرمز، ماوراء بنفش و ...) تقسیم می‌شوند.

دامنه فعالیت‌های بهداشت پرتوها شامل بازرسی‌ها و انجام دزیمتری لازم در زمینه حفاظت مراکز پرتوپزشکی در خصوص استفاده صحیح از پرتو و دستگاه‌های مولد آن، حفاظت ساختمانی مراکز پرتوپزشکی در مورد جلوگیری از نشت پرتو به خارج از محل دستگاه‌ها با انجام سرب‌کوبی دیوارها، درب‌ها، پنجره‌ها و ایجاد لایه‌های مناسب و استفاده از پاراوان‌های سربی، حفاظت فردی در خصوص حفاظت پرتوکاران، بیماران و همراه بیمار با استفاده از وسایل حفاظت فردی مانند روپوش سربی، پیش‌بند سربی، دستکش سربی، تیروئید بند، حفاظ گناده‌ها، عینک سربی و ...، انجام آزمایش و معاینات لازم دوره‌ای پرتوکاران و استفاده آنان از دزیمترهای فردی می‌باشد.

مراکز پرتوپزشکی شامل کلیه مراکزی می‌باشد که به نحوی از دستگاه‌های مولد پرتو در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌ها فعالیت دارند؛ مانند، مراکز رادیولوژی، مراکز سی‌تی‌اسکن، مراکز فلوروسکپی، مراکز ماموگرافی، مراکز پزشکی هسته‌ای، مراکز پرتو درمانی، مراکز دانشیته سنجی استخوان و

وضعیت بهداشت پرتوها در استان کرمانشاه دارای وضعیت مناسب و مطلوبی است. شاخص‌های آن در مقایسه با شاخص‌های کشوری دارای رتبه اول می‌باشد. وضعیت مقایسه شاخص‌ها در استان و شهرستان‌ها به تفکیک، طبق جداول زیر می‌باشد.

جدول شماره ۴-۹۰: وضعیت شاخص‌ها و مقایسه آن با میانگین شاخص کشوری^۱ تا سال ۱۳۸۸

نام شاخص حفاظتی			نام شاخص بهداشتی	
مراکز کاربرد پرتوهای یون‌ساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب			مراکز کاربرد پرتوهای یون‌ساز در پزشکی دارای شرایط بهداشتی مطلوب	
میانگین درصد شاخص در کشور	۸۸٪		میانگین درصد شاخص در کشور	-
میانگین درصد شاخص در استان	۹۹٪		میانگین درصد شاخص در استان	۹۸٪
میانگین درصد شاخص حفاظتی در شهرستان‌ها			میانگین درصد شاخص بهداشتی در شهرستان‌ها	
نام شهرستان	درصد	رتبه بین شهرستان‌ها	نام شهرستان	درصد
اسلام‌آبادغرب	۹۹٪	۱	اسلام‌آبادغرب	۹۵٪
پاوه	۹۹٪	۱	پاوه	۹۴٪
ثلاث‌باباجانی	۹۹٪	۱	ثلاث‌باباجانی	۹۵٪
جوانرود	۹۹٪	۱	جوانرود	۱۰۰٪
روانسر	۹۹٪	۱	روانسر	۹۵٪
سرپل‌ذهاب	۹۹٪	۱	سرپل‌ذهاب	۱۰۰٪
سنقر	۹۹٪	۱	سنقر	۱۰۰٪
صحنه	۹۹٪	۱	صحنه	۹۵٪
قصر شیرین	۹۹٪	۱	قصر شیرین	۱۰۰٪
کرمانشاه	۹۹٪	۱	کرمانشاه	۹۸٪
کنگاور	۹۹٪	۱	کنگاور	۱۰۰٪
دالاهو	۹۹٪	۱	دالاهو	۹۵٪
گیلان‌غرب	۹۹٪	۱	گیلان‌غرب	۱۰۰٪
هرسین	۹۹٪	۱	هرسین	۱۰۰٪

با عنایت به اینکه کلیه مراکز پرتوپزشکی طبق دستورالعمل‌ها، مقررات و استانداردهای مربوطه از وزارت بهداشت و امور حفاظت در برابر اشعه سازمان انرژی اتمی ایران احداث می‌شوند، در حال حاضر عوامل تهدید کننده‌ای برای جامعه در سطح استان مشاهده نمی‌گردد.

اهداف کلی برنامه بهداشت پرتوها در استان کرمانشاه:

تأمین و حفظ سلامت انسان و محیط در برابر اثرات بیولوژیکی پرتوها و کاهش این اثرات

اهداف اختصاصی برنامه بهداشت پرتوها در استان کرمانشاه:

- ارتقاء شرایط حفاظتی و بهداشتی در کلیه مراکز پرتوپزشکی و در نتیجه ارتقاء شاخص مربوطه
- ارتقاء برنامه کنترل کیفی در صد درصد مراکز استفاده کننده از پرتوهای یون‌ساز
- حساس‌سازی پرتوکاران در مراکز و در نتیجه دستیابی به اهمیت رعایت مسائل حفاظتی و بهداشتی در کلیه مراکز و کاهش یا حذف اثرات سوء پرتوها بر جامعه

^۱ - مراکز کاربرد پرتوهای یون‌ساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب در استان دارای رتبه بین دانشگاهی «یک» می‌باشد.

راهبردهای اهداف اختصاصی برنامه بهداشت پرتوها در استان کرمانشاه:

- توسعه بازرسی‌ها و دزیمتری از کلیه مراکز پرتوپزشکی از نظر حفاظت لازم و اصولی در برابر پرتوها
- پیگیری تجهیز کلیه مراکز پرتوپزشکی به وسایل حفاظتی مناسب
- نظارت کامل بر رعایت مسائل حفاظتی ساختمان مراکز
- کنترل کیفی دستگاه‌های مولد پرتو
- ارتقاء آگاهی‌های پرتوکاران در مراکز کاربردی و ...
- عمده فعالیت‌های مربوطه در ارتباط با برنامه فوق:**
- تهیه جزوات و مقالات آموزشی
- پیگیری لازم در زمینه استفاده از وسایل حفاظت فردی و استفاده پرتوکاران از دزیمترهای فردی نظیر فیلم بج^۱
- پیگیری انجام آزمایش و معاینات لازم دوره‌ای پرتوکاران
- استفاده صحیح بیماران و همراه بیمار در زمینه استفاده از وسایل حفاظت فردی و ...
- عمده‌ترین پژوهش‌هایی که در زمینه بهداشت پرتوها در استان انجام شده:**
- بررسی وضعیت موجود مراکز پرتوپزشکی در سطح استان و مقایسه آن با استانداردها
- عمده‌ترین چالش‌های پیش‌روی برنامه بهداشت پرتوها در استان:**
- کمبود نیروی انسانی متخصص و با تجربه
- کمبود اعتبارات مالی در زمینه تهیه وسایل و تجهیزات لازم جهت سنجش پرتوها
- کمبود امکانات به منظور بازدیدهای مستمر از کلیه مراکز در سطح استان
- دستاوردهای مهم در برنامه بهداشت پرتوها در استان:**
- اجرای برنامه کنترل کیفی در کلیه مراکز در طی سال ۱۳۸۹
- پیگیری لازم جهت تبدیل دستگاه‌های مولد پرتو به سیستم‌های جدید DR^۲
- انتخاب مسئول فیزیک بهداشت برای هر مرکز پرتوپزشکی و صدور مجوز کار با اشعه برای مراکز

افق برنامه مذکور تا سال ۱۴۰۴:

- ارتقاء کیفی برنامه در زمینه حفاظت و مسائل بهداشتی مراکز
 - ارتقاء سطح علمی پرتوکاران و مردم و حفظ دستاوردها و تثبیت آن
- وضعیت آماری تعداد مراکز پرتوپزشکی در سطح استان در جدول شماره ۴-۸۹ آمده است. مسائل حقوقی بهداشت پرتوها نیز بر اساس مقررات سازمان انرژی اتمی ایران و قانون حفاظت در برابر اشعه، مصوب مجلس شورای اسلامی می‌باشد. آخرین دستورالعمل‌ها هم مشتمل بر ۱۹۸ ماده توسط وزارت بهداشت تهیه و تدوین گردیده است. در طی

^۱ - یک نوع دزیمتر فردی است برای سنجش پرتوگیری افراد پرتوکار.

^۲ - دستگاه‌های رادیوگرافی جدید دیجیتال (طی سال جاری حدود ۶ مرکز پرتوپزشکی موفق به اجرای آن شده‌اند که در این زمینه، حذف سیستم تاریک‌خانه و ارتقاء کیفیت کلیشه‌ها در زمینه تشخیص می‌باشد).

سال جاری هم یک برنامه نرم‌افزاری برای کلیه مراکز پرتو پزشکی براساس دستورالعمل‌ها و استانداردها توسط معاونت بهداشتی استان کرمانشاه تهیه و تدوین شده است.

جدول شماره ۴-۹۱: آمار مراکز پرتوپزشکی در استان کرمانشاه

ردیف	نوع مراکز		تعداد کل
	الف : مراکز یون‌ساز		
۱-	مراکز رادیولوژی		۵۵
۲-	مراکز دندانپزشکی	پانورکس ^۱	۱۵
		پری اِبتیکال ^۲	۱۲۱
۳-	مراکز پزشکی هسته‌ای (تصویربرداری)		۲
۴-	مراکز پزشکی هسته‌ای (آزمایشگاهی)		۱۱
۵-	مراکز رادیوتراپی		۱
۶-	مراکز ماموگرافی ^۳		۷
۷-	مراکز سنگ شکن کلیه		۲
۸-	مراکز سیتی اسکن کلیه		۶
۹-	مراکز فلورسکی		۱
۱۰-	مراکز آنژیوگرافی ^۴		۳
۱۱-	مراکز Pacemaker		۱
۱۲-	مراکز دانشپسته سنجی استخوان		۱
۱۳-	الف - C-arm اتاق عمل		۷
	ب- مراکز غیر یون‌ساز		-
۱۴-	مراکز سونوگرافی		۴۵
۱۵-	مراکز MRI ^۵		۴
	تعداد کل		۲۸۲

حجم بالای مراکز پرتونگاری در سطح استان به طور حتم، امکانات، نیروی انسانی و تجهیزات بیشتری را به همراه مدیریت صحیح منابع طلب می‌کند.

○ مدیریت مواد زائد جامد

با تصویب قانون شوراها و شروع به کار شوراهای اسلامی شهر و روستا از سال ۷۷ و تشکیل دهیاری‌ها در وزارت کشور، وظیفه جمع‌آوری، دفع زباله و فضولات حیوانی در روستاها به دهیاری‌ها واگذار گردید. دهیار از اهالی همان روستا و توسط شورای اسلامی روستا انتخاب می‌گردد، دهیاری زیرمجموعه بخشداری‌ها می‌باشد و از آنجا که بخشداری و فرمانداری جزء تشکیلات استانداری و وزارت کشور می‌باشند، بنابراین بودجه و اعتبار مورد نیاز دهیاری‌ها جهت انجام امور عمرانی و بهداشتی روستاها از طریق این ارگان‌ها صورت می‌گیرد. نقش بهورزان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی که زیر مجموعه معاونت بهداشتی می‌باشند، نظارت بر نحوه دفع صحیح زباله و فضولات حیوانی و آموزش بهداشت است.

^۱ - برای رادیوگرافی تک دندان استفاده می‌شود.

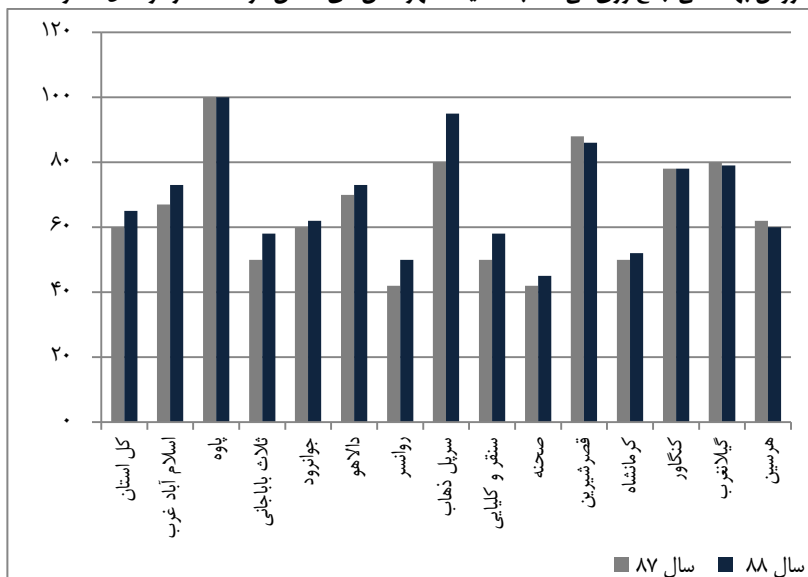
^۲ - رادیوگرافی تمام فک

^۳ - رادیوگرافی از نسج نرم است.

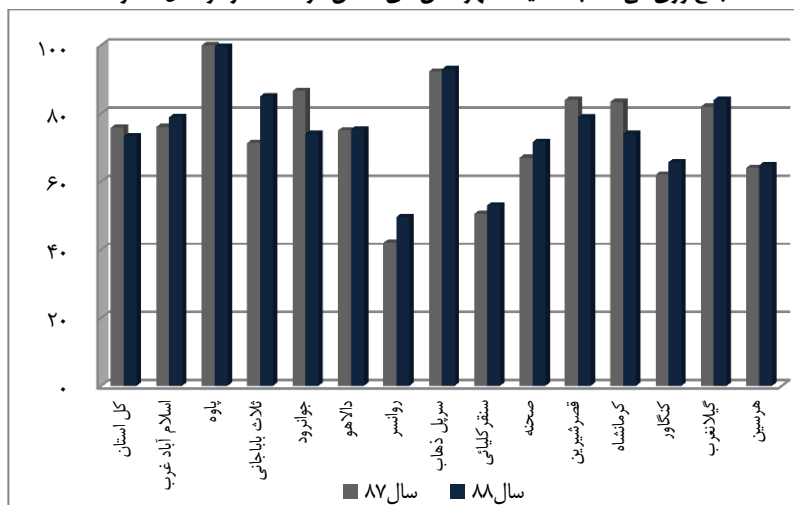
^۴ - مجموعه عملیات رادیوگرافی و فلورسکوپي از جریان خون است.

^۵ - یک نوع فلورسکوپي است.

نمودار شماره ۴-۳: مقایسه تغییرات ۱۰ ساله درصد خانوارهای روستایی که زباله را به روش بهداشتی جمع‌آوری می‌کنند به تفکیک شهرستان‌های استان کرمانشاه در دو سال ۸۷ و ۸۸



نمودار شماره ۴-۳: مقایسه تغییرات ۱۰ ساله درصد خانوارهای روستایی که فضولات حیوانی را به روش بهداشتی جمع‌آوری می‌کنند به تفکیک شهرستان‌های استان کرمانشاه در دو سال ۸۷ و ۸۸



○ توسعه مراکز مشاوره و ترک دخانیات

اولین مرکز مشاوره ترک دخانیات در سال ۷۹ در مرکز حاج دایی شهرستان کرمانشاه راه‌اندازی گردید و توسعه این مرکز در سال ۸۱-۸۰ در مرکز بهداشتی درمانی ثامن‌الائمه شهرستان کرمانشاه، شهرستان هرسین و شهرستان کنگاور انجام گردید.

در سال ۸۷-۱۳۸۶ طی نامه‌ای با توجه به پیشبرد اهداف در مراکز مشاوره مذکور، اقدام به توسعه در ۱۴ شهرستان شدو در حال حاضر کلیه شهرستان‌ها، دارای مرکز مشاوره ترک دخانیات بوده و در بعضی از شهرستان‌های مذکور به علت عدم وجود پزشک، مرکز مشاوره فقط یکی از اهداف پیشگیری از استعمال دخانیات را پی‌گیری می‌نماید.

اهداف راه‌اندازی مراکز مشاوره ترک دخانیات:

- هدف اول، پیشگیری است که با انجام و تشکیل کلاس‌های آموزشی جهت گروه‌های هدف مورد نظر انجام می‌گیرد.
- هدف دوم، ترک دخانیات با تشکیل کلاس‌های ترک دخانیات می‌باشد.^۱

عنوان برنامه: برنامه کنترل و پیشگیری از استعمال دخانیات

هدف برنامه: به منظور حفظ سلامت و حقوق آحاد جامعه و جلوگیری از آثار مرگ‌بار استنشاق تحمیلی دود سیگار و سایر فرآورده‌های دخانی در سلامتی جوانان، نوجوانان و سایر اقشار پیشگیری؛ ممنوعیت و محدودیت‌های جدی در عرصه ورزش و مصرف دخانیات مدنظر می‌باشد و مراکز مشاوره دخانیات با دو هدف پیشگیری و ترک به صورت آموزش و درمان انجام وظیفه می‌نمایند.

سازمان‌های درگیر طرح: سازمان بهزیستی، معاونت سیاسی امنیتی استانداری، اداره دخانیات، نیروی انتظامی، معاونت بهداشتی

○ بهداشت محیط مراکز بهداشتی درمانی

* **عنوان برنامه:** بهداشت محیط بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی

هدف برنامه:

نظارت بروضعیت بهداشتی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهرستان‌های تحت پوشش و حفظ و ارتقاء شرایط موجود از طریق همکاری‌های بین‌بخشی با ادارات ذیربط

سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

شرکت آب و فاضلاب، سازمان حفاظت محیط زیست، نظام پزشکی، واحد بهداشت محیط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، گروه ارزشیابی دانشگاه علوم پزشکی.

سهام سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

در اجرای برنامه‌های بهسازی، شرایط محیطی اعم از دفع بهداشتی زباله، فاضلاب و ایجاد فضای سالم و همچنین نظارت بر وضعیت بهداشتی و ارائه توصیه‌های بهداشتی در زمینه فاضلاب و ایجاد فضای سالم سازمان‌های

^۱ - به علت کمبود پزشک در بعضی از شهرستان‌ها هدف دوم یا توسط کارشناسان مرکز مشاوره انجام می‌گردد و یا اینکه اصلاً انجام نمی‌گیرد.

ذکر شده نقش اساسی دارند و نظارت بر وضعیت بهداشتی، ارائه توصیه‌های بهداشتی و برخورد با مشکلات بهداشتی از طریق حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی صورت می‌گیرد.

زمان و هدف برنامه مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

انجام برنامه مذکور به صورت مستمر و دائمی می‌باشد و رکن اصلی آن بر پایه نظارت، بازرسی و پایش مداوم بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی می‌باشد.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- حفظ سلامت کارکنان این مراکز، بهبودی حال بیماران و در نهایت حفظ سلامت جامعه
- حفظ سلامت مردم منطقه تحت پوشش
- کاهش آلودگی محیطی در بیمارستان‌ها و ایجاد فضای تمیز و آرامش بخش
- کاهش عفونت‌های بیمارستانی به طور غیرمستقیم
- جلوگیری از گسترش آلودگی‌های خطرناک میکروبی و شیمیایی به محیط
- جلوگیری از انتشار آلودگی‌های رادیواکتیو و ...

شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۹۲: شاخص بهداشت محیط بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی

ردیف	شاخص	سال ۱۳۸۸	پنج ساله	ده ساله
۱	درصد بیمارستان‌های برخوردار از آب آشامیدنی سالم	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
۲	درصد بیمارستان‌های دارای سیستم جمع‌آوری زباله مطلوب	٪۹۰	٪۹۵	٪۱۰۰
۳	درصد بیمارستان‌های دارای سیستم جمع‌آوری و دفع بهداشتی فاضلاب	٪۹۰	٪۹۱	٪۱۰۰
۴	درصد بیمارستان‌های دارای رختشوی‌خانه بهداشتی	٪۸۶	٪۹۱	٪۱۰۰
۵	درصد بیمارستان‌های دارای آشپزخانه بهداشتی	٪۹۳	٪۹۱	٪۱۰۰
۶	درصد مراکز بهداشتی درمانی که از نظر بهداشت محیط دارای شرایط مطلوب می‌باشند (شهری).	٪۸۶	٪۹۱	٪۱۰۰
۷	درصد مراکز بهداشتی درمانی که از نظر بهداشت محیط دارای شرایط مطلوب می‌باشند (روستایی).	٪۸۶	٪۹۱	٪۱۰۰

راهکارهای پیشبرد برنامه مذکور:

- ۱- توجه به آموزش همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشتی به منظور تغییر نگرش‌ها و تثبیت رفتارهای مناسب بهداشتی
- ۲- برگزاری کارگروه‌های مدیریت پسماند و جلسات به منظور ارتقاء تعاملات بین‌بخشی با سازمان‌های درگیر در برنامه
- ۳- جلب حمایت استانداری جهت تجهیز نمودن کلیه بیمارستان‌های استان به سیستم غیرسوز احما زباله
- ۴- اجرای دقیق قوانین و توجه ویژه قضات نسبت به تخلفات بهداشت مواد غذایی در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی
- ۵- تأمین زیرساخت‌ها و تجهیزات شامل:
 - اختصاص ردیف اعتباری در هر بیمارستان جهت رفع نواقص بهداشتی هر مرکز
 - تهیه تجهیزات مورد نیاز جهت چک وضعیت (نمونه‌برداری غذا و آب مورد مصرف بیمارستان‌ها) و تهیه تجهیزات جهت نیل به اهداف

بیمارستان‌ها یکی از مهمترین مراکز در ارتباط با آلودگی محیطی بوده که با توجه به اقدامات بهداشتی در این مراکز از ابعاد مختلف مورد توجه می‌باشند. دفع بهداشتی فاضلاب و زباله‌های بیمارستانی، تهویه، نور، فضای سبز، بهداشت آب، رعایت نکات بهداشتی به ویژه در خصوص وسایل، ابزار، بهداشت کارکنان و ... از اهمیت بسیار ویژه‌ای برخوردار است. همچنین البسه نقش بسیار مهمی در سلامت بیمار، ایمنی کارکنان، انتشار عفونت و غیره دارد. در این راستا طی مطالعه‌ای، ۱۲ بیمارستان در کرمانشاه مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص گردیده است که وضعیت البسه بیمارستانی از دیدگاه بهداشت محیط مطلوب نبوده و ضمن آن که نیروی انسانی شاغل در این مراکز نیاز به آموزش تخصصی دارند تا رعایت نکات بهداشتی در این بخش صورت پذیرد؛ همچنین در خصوص ماشین‌های لباسشویی میزان لنژ (لباس) مورد نیاز بیمارستان، چگونگی تعویض لنژ، نحوه انتقال البسه و ... لازم است آموزش و اقدامات لازم صورت پذیرد. لذا به نظر می‌رسد که بهداشت محیط بیمارستان‌ها از جنبه‌های مختلف قابل بررسی است و نیز تدوین برنامه‌های اصلاحی ارائه برنامه کشوری بهداشت محیط بیمارستان‌ها در جهت ارتقای وضعیت بهداشت محیط بیمارستان‌ها نیز نیاز به پایش و بررسی مستمر و جدی خواهد داشت. [۲۴]

○ برنامه بهداشت محیط در شرایط اضطراری

با توجه به اینکه استان کرمانشاه در منطقه کوهستانی غرب کشور و نقطه مرزی قرار گرفته و هر از چند گاهی با مشکلات مربوط به بلایای طبیعی و بحران‌های مختلف روبرو است، لذا داشتن برنامه‌های بهداشتی در شرایط اضطراری خصوصاً برنامه بهداشت محیط که بخش عمده‌ای از مراقبت‌های بهداشتی در شرایط اضطراری را تشکیل می‌دهد، برای آن بسیار ضروری است. اما در این میان جای برنامه‌های فوری در برخورد با مشکلات بهداشتی محیطی که در هر زمان امکان رخداد دارند بسیار ضروری‌تر است. در این بخش مشارکت مردم نقش اساسی در هر چه بهتر برگزار شدن این برنامه‌ها دارد.

* عنوان برنامه: ستاد فوریت‌های سلامت محیط و کار

شرح تفصیلی برنامه:

نظارت و کنترل دائم بر مسایل و مشکلات بهداشتی جامعه و رسیدگی و پیگیری مشاهدات غیربهداشتی مردم از طریق تلفن سانترال ۰۹۶۷۸ و استانی^۱.

نتایج موردانتظار از اجرای طرح مذکور:

- جلوگیری از مخاطرات سلامت مردم در شرایط اضطراری
- ارتقاء سطح سلامت جامعه و کاستن معضلات بهداشتی
- جلوگیری از مخاطرات محیطی قبل از این که شدت پیدا کند و یا اثرات جدی به جای بگذارد.
- فراهم کردن شرایط همکاری و مشارکت مردمی

^۱ - شماره‌های واحد پیگیری معاونت بهداشتی کرمانشاه: ۷۲۵۷۸۰۱ - ۷۲۵۷۸۰۲

سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

متناسب با مخاطرات بهداشتی اضطراری، سازمان‌های مختلف درگیر در برنامه می‌شوند. به طور مثال مشکلات مربوط به آب، مربوط به سازمان آب منطقه‌ای و سازمان آب و فاضلاب، مشکلات مربوط به آلودگی‌های دامی، مربوط به سازمان دامپزشکی، آلودگی محیط شهری، مربوط به سازمان شهرداری و ... می‌باشد و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه نیز در این میان نقش اساسی در نظارت بهداشتی بر وضعیت موجود و خدمات دارد.

سهیم سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

به دلیل آنکه دانشگاه بیش از همه نقش نظارتی دارد، نقش اجرایی برنامه‌های اصلاحی عمدتاً به عهده سایر سازمان‌های ذیربط است.

شاخص‌های مورد ارزیابی در اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۹۳: شاخص پیگیری شکوائیه‌ها

ردیف	شاخص	سال ۱۳۸۸	پنج ساله	ده ساله
۱	نسبت شکوائیه‌های پیگیری شده	۵۰٪	۸۰٪	۱۰۰٪
۲	نسبت شکوائیه‌های منجر به نتایج مطلوب	۳۰٪	۷۰٪	۹۰٪

پیشنهادهای اصلاحی در اجرای طرح مذکور:

تشکیل یک کارگروه متشکل از معاونت بهداشتی، فرمانداری، استانداری، مقامات قضایی، انتظامی، شهرداری، دامپزشکی، بازرگانی و مجمع امور صنفی در جهت حمایت، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر طرح مذکور.

○ برنامه بهداشت هوا

در سال‌های اخیر علاوه بر آلودگی هوای استان به آلاینده‌های صنعتی و آلودگی ناشی از وسایط نقلیه، یکی از مهمترین مشکلات هوا مربوط به گرد و خاک منتقله از صحراهای کشور عراق می‌باشد که به طور جدی نیازمند مطالعه، پیگیری و انجام اقدامات اصلاحی در مبدأ تولید گرد و خاک است.

هدف از اجرای برنامه مذکور:

نظارت بر وضعیت بهداشتی هوای خارج (outdoor) و مصرف سوخت جامد در روستاهای تحت پوشش (indoor) و بهبود شرایط از طریق همکاری‌های بین‌بخشی با ادارات ذیربط

سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی ناظر اجرای برنامه هوای خارج (outdoor) و مسئول اجرای برنامه بررسی مصرف سوخت جامد در روستاهای تحت پوشش (indoor) می‌باشد. سازمان حفاظت محیط زیست، ستاد حوادث غیرمترقبه استانداری، سازمان هواشناسی، صدا و سیما و ... نیز در تأمین اعتبارات و اقدامات اجرایی در خصوص کاهش آلودگی و همکاری در برنامه‌های حمایتی نقش دارند. خصوصاً سازمان هواشناسی در اندازه‌گیری و اعلام آلودگی و ارائه گزارشات دقیق و به موقع نقش اساسی دارد.

زمان و هدف از اجرای برنامه مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴۰۴:

انجام برنامه مذکور به صورت مستمر و دائمی می‌باشد و رکن اصلی آن برپایه نظارت مداوم سازمان حفاظت محیط زیست بر وضعیت آلودگی هوا از طریق سنجش آلاینده‌های هوا و گزارش به معاونت بهداشتی استان می‌باشد. از طرفی طرح بررسی مصرف سوخت جامد در روستاهای تحت پوشش (indoor) در حال اجرا می‌باشد.

یک ساله: کاهش مصرف سوخت جامد در سطح روستا در حد قبل تحمل

پنج ساله: کاهش آلودگی هوای شهرهای استان به میزان قابل قبول

ده ساله: برطرف کردن آلودگی‌های گرد و غبار و کاهش مصرف سوخت جامد

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

- ارتقاء سطح آگاهی افراد در خصوص انجام اقدامات لازم در مورد شرایط نامطلوب هوا و ارتقاء سلامت زنان و کودکان روستایی در مناطقی که هنوز از سوخت جامد استفاده می‌کنند.
- حفظ سلامت مردم منطقه تحت پوشش

شاخص‌های ارزیابی در اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

جدول شماره ۴-۹۴: شاخص بهداشت هوا

ردیف	شاخص	سال ۱۳۸۸	پنج ساله	ده ساله
۱	نسبت خانوارهایی که از سوخت سالم استفاده می‌کنند.	٪۹۹/۶	٪۱۰۰	٪۱۰۰

راهکارهای پیشبرد برنامه مذکور:

- ۱- توجه به آموزش همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشت هوا به خصوص افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر به منظور تغییر نگرش‌ها و تثبیت رفتارهای مناسب بهداشتی
- ۲- برگزاری جلسات با ارگان‌های درگیر برنامه به منظور ارتقاء تعاملات بین‌بخشی با سایر سازمان‌های درگیر در برنامه بهداشت هوا
- ۳- تأمین زیرساخت‌ها و تجهیزات شامل:
 - اختصاص امکانات بیشتر جهت نظارت و پایش مداوم
 - تکمیل تجهیزات آزمایشگاهی و ایستگاه‌های سنجش

• گروه بهداشت حرفه‌ای

مقدمه:

بهداشت حرفه‌ای علمی است از بهداشت که با مسائل بهداشتی و درمانی افرادی که به کار گمارده می‌شوند سر و کار دارد و هدف آن «ارتقاء و تأمین عالی‌ترین درجه ممکن وضع جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان همه مشاغل، جلوگیری از بیماریها و حوادث شغلی، انتخاب کارگر و یا کارمند برای محیط و شغلی که از لحاظ جسمی و روانی قدرت انجام آن را دارد و یا به طور اختصار تطبیق کار با انسان و در صورت عدم امکان این امر، تطبیق انسان با کار است».

واحد بهداشت حرفه‌ای با استقرار در کلیه مراکز ستاد شهرستان‌ها، مراکز بهداشت شهری و مراکز بهداشت روستایی اقدام به بازرسی و نظارت بر کنترل و حذف عوامل زیان‌آور در واحدهای کارگری با هدف پیشگیری از ابتلا کارگران به بیماری‌های شغلی و در نهایت ارتقاء سطح سلامت جامعه با محوریت توسعه پایدار اقدام نموده است. به طور کلی مطابق با برنامه‌های کشوری، فعالیت‌های بهداشت حرفه‌ای در دو مقوله تبیین می‌گردد:

- ۱- شناسایی، اندازه‌گیری، ارزشیابی و کنترل یا حذف عوامل زیان‌آور محیط کار (پیشگیری اولیه)
- ۲- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شاغلین در قالب معاینات ادواری شاغلین (پیشگیری ثانویه)

رسالت گروه بهداشت حرفه‌ای:

صیانت از نیروی کار و پیشگیری از ابتلاء کارگران به بیماری‌های شغلی از طریق نظارت به شرایط کار و کارگر در بخش‌های مختلف از قبیل: خدمات، صنعت، کشاورزی، معدن و نیز صیانت از نیروی کار

ارزش‌های گروه بهداشت حرفه‌ای:

- عدالت محوری، توسعه، ارائه خدمات رایگان
- توجه به حقوق کارگران از بعد سلامت
- پاسخگویی به نیاز بهداشتی کارگران
- انسان دوستی
- جدیت در انجام امور بهداشتی کارگران
- تکریم کارگران

دورنمای گروه بهداشت حرفه‌ای:

دستیابی به اهداف بهداشت حرفه‌ای و اخذ بهترین وضعیت در غرب کشور تا سال ۱۴۰۴

دست‌آورد مهم گروه بهداشت حرفه‌ای:

وضعیت شاخص‌های بهداشت حرفه‌ای استان درمقایسه با شاخص‌های کشوری از موقعیت نسبتاً مطلوبی برخوردار است.

اهداف گروه بهداشت حرفه‌ای:

- نظارت درجهت کاهش و حذف عوامل زیان‌آور محیط کار
- نظارت درجهت پیشگیری از بیماری‌های ناشی از کار
- نظارت درجهت ارتقاء سطح سلامت کارگران و شاغلین در صنایع استان

شاخص‌های مهم در بهداشت حرفه‌ای و پیش‌بینی سال‌های آتی:

برخی شاخص‌های مهم مربوط به بیماری‌های شغلی و ارگونومیک، از مسائل بسیار مهم است که در دستور کار حوزه معاونت بهداشتی، گروه تخصصی بهداشت حرفه‌ای قرار دارد تا با طرح موضوع در جلسات و تدوین دستورالعمل پیشنهادی، با تعامل وزارت بهداشت و سازمان‌های همکار در سطح استان اقدام نماید. به طوری که اطلاعات و داده‌ها می‌بایست به صورت یکپارچه در سطح کشور سازماندهی گردد و نیز در سطح کل استان‌ها مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

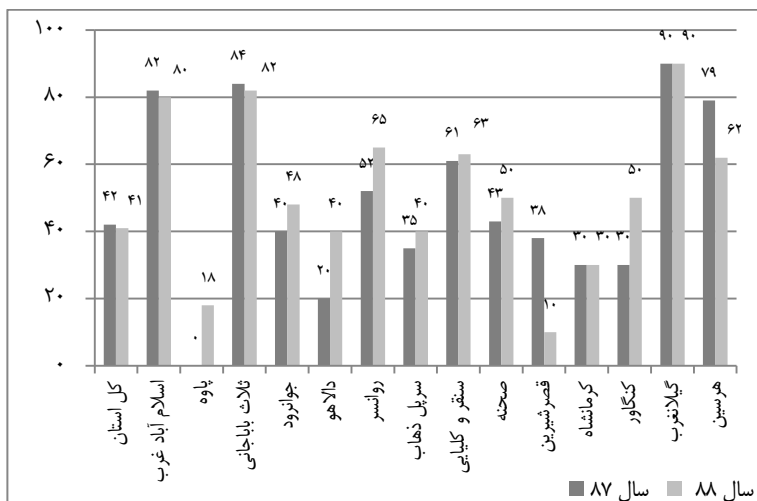
جدول شماره ۴-۹۵: شاخص‌های مهم در بهداشت حرفه‌ای

ردیف	عنوان شاخص	وضعیت موجود			پیش‌بینی	
		سال ۱۳۸۸	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۹۴	سال ۱۴۰۰	
۱	درصد کارگاه‌های دارای عوامل زیان‌آور صدا	۱۹/۴	۱۹	۱۸/۶	۱۸/۲	
۲	درصد شاغلین در معرض عوامل زیان‌آور صدا	۱۹/۹	۱۹/۵	۱۹/۱	۱۸/۷	
۳	درصد کارگاه‌های دارای عوامل زیان‌آور گرد و غبار	۱۵/۴	۱۵	۱۴/۶	۱۴/۲	
۴	درصد شاغلین در معرض عوامل زیان‌آور گرد و غبار	۳۴/۹	۳۴/۵	۳۴/۱	۳۳/۷	
۵	درصد کارگاه‌های دارای عوامل زیان‌آور گاز و بخار	۱۲/۵	۱۲/۱	۱۱/۷	۱۱/۳	
۶	درصد شاغلین در معرض عوامل زیان‌آور گاز و بخار	۳۳/۲	۳۲/۸	۳۲/۴	۳۲	
۷	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان‌آور دود و دمه	۱۱	۱۰/۸	۱۰/۶	۱۰/۴	
۸	درصد شاغلین در معرض عامل زیان‌آور دود و دمه	۷/۹	۷/۷	۷/۵	۷/۳	
۹	درصد کارگاه‌های تحت پوشش	۹۹/۶	۹۹/۶۵	۹۹/۷	۹۹/۷۵	
۱۰	درصد شاغلین تحت پوشش	۹۶/۹	۹۷/۵	۹۸	۹۸/۵	
۱۱	درصد شاغلین تحت پوشش معاینات ادواری کارگری	۴۴/۷	۴۵	۵۰	۵۵	
۱۲	درصد کارگاه‌های دارای عوامل زیان‌آور	۲۳/۷	۲۳	۲۱	۱۹	
۱۳	درصد شاغلین در معرض عوامل زیان‌آور	۳۴/۹	۳۰	۲۵	۲۰	

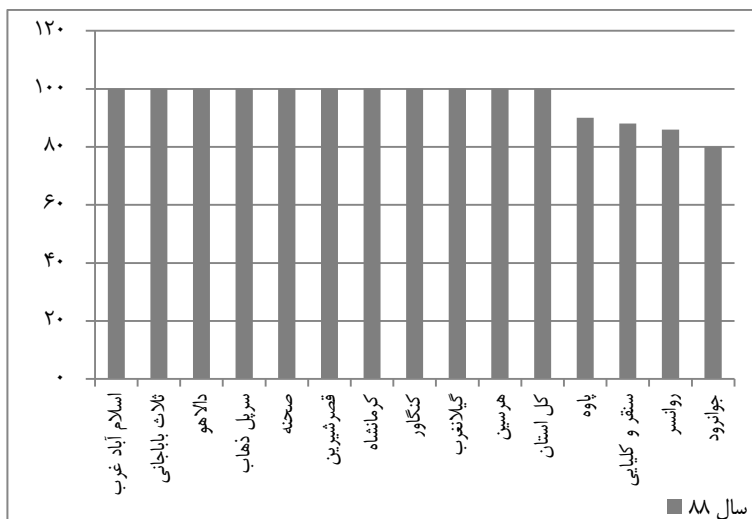
جدول شماره ۴-۹۶: درصد کارگاه‌ها و شغلین تحت پوشش معاینات کارگری و شغلین شناسایی شده بر حسب شهرستان‌های استان کرمانشاه

شهرستان	درصد شغلین شناسایی شده	
	سال ۸۷	سال ۸۸
کل استان	۹۶/۵٪	۹۶/۹٪
اسلام‌آباد غرب	۱۰۰٪	۱۰۰٪
پاوه	۱۰۰٪	۹۷/۳٪
ثلاث باباجانی	۱۰۰٪	۱۰۰٪
جوانرود	۹۵٪	۹۳/۶٪
دالاهو	۱۰۰٪	۱۰۰٪
روانسر	۹۷٪	۸۶/۹٪
سرپل‌ذهاب	۱۰۰٪	۱۰۰٪
سنقر کلیایی	۹۲/۸٪	۸۹/۳٪
صحنه	۱۰۰٪	۱۰۰٪
قصر شیرین	۱۰۰٪	۱۰۰٪
کرمانشاه	۱۰۰٪	۱۰۰٪
کنگاور	۹۳.۲	۱۰۰٪
گیلان‌غرب	۱۰۰٪	۱۰۰٪
هرسین	۱۰۰٪	۱۰۰٪

نمودار شماره ۴-۳۶: درصد شغلین معاینه کارگری



نمودار شماره ۴-۳۷: درصد کارگاه‌های تحت پوشش سال ۸۸



انجام معاینات اختصاصی استراتژی‌های انتخابی گروه بهداشت حرفه‌ای:

- توسعه کمی و کیفی نظارت بر محیط‌های کاری
- گسترش تجهیزات در جهت شناسایی عوامل زیان‌آور محیط کار
- توسعه نیروی انسانی متخصص و مجرب
- آموزش کارشناسان بهداشت حرفه‌ای، کارگران صنایع و کارفرمایان در جهت تحقق سلامت حرفه‌ای
- تأمین منابع مالی لازم

لزوم برنامه‌ریزی در مورد برخی مسائل بهداشتی که از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند:

- برنامه حذف آربست
- برنامه حذف و کنترل سیلیس و سیلیکوزیس
- برنامه کنترل صدا
- برنامه ساماندهی روشنایی محیط کار
- برنامه ارگونومی در محیط کار
- برنامه بهداشت کشاورزی

برنامه‌های حائز اولویت در گروه بهداشت حرفه‌ای:

- ۱- آموزش مداوم و مستمر به کارگران، کارفرمایان و شاغلین، به صورت چهره به چهره و گروهی
- ۲- بازدید و پایش مستمر و مکرر از واحدهای کاری در بخش‌های گوناگون (خدمات، صنعت و ...) به منظور تأمین شرایط کاری مناسب
- ۳- معاینات ادواری جهت کارگران و شاغلین به منظور پیشگیری از بروز بیماری‌های شغلی

اما آنچه در این مکتوب مورد تأکید قرار می گیرد، انجام پژوهش‌های کاربردی در زمینه بهداشت حرفه‌ای در سازمان‌ها و صنایع مختلف استان است که تصویر روشنی را جهت پیشبرد هر چه بهتر برنامه‌ها فراهم نماید. زیرا آنچه ضروری به نظر می‌رسد آنست که ابتدا صاحبان صنایع، مدیران و کارکنان اهمیت توجه به بهداشت حرفه‌ای و استقرار سیستم‌های مدیریت ایمنی صنعتی و بهداشت حرفه‌ای را دریافته باشند.

ارزیابی مدیریت ایمنی و بهداشت شغلی از مهمترین وظایف مدیران و مسئولین بهداشت حرفه‌ای در کارخانه‌ها است. خسارت ناشی از حوادث محیط کار و اثرات سوء آن در روحیه کارگران پارامتر مهمی در راندمان و بهره‌وری است. مدیریت کارا و مؤثر مسئولیت‌های ایمنی و بهداشت حرفه‌ای در سازمان و کاهش ریسک حوادث و غیبت کارکنان در اثر صدمه و بیماری، همچنین تطبیق با مقررات و استانداردهای موجود را به عهده داشته است. از آنجا که توجه به این مهم در کارخانجات استان چندان جدی به نظر نمی‌رسد، بدین خاطر، مطالعه‌ای در این زمینه صورت گرفته و نتایج حاکی از آن بود که از مجموع شاخص‌های استانداردسازی که ۱۱ مورد بودند، فقط دو مورد از نظر سیستم مدیریت OHSAS در وضعیت مناسب قرار داشت و ۸ مورد در وضعیت متوسط و ۲ مورد در وضعیت نامناسب قرار داشت. لذا چنین استنباط می‌شود که ایجاد زمینه‌های لازم و استقرار الزامات استانداردسازی در زمینه مدیریت ایمنی کارخانه‌ها و مراکز صنعتی، جهت ارتقاء کیفیت و بهره‌وری الزامی است.

جهت‌گیری مدیران و اهداف استراتژیک در خصوص استقرار سیستم‌های مدیریتی خصوصاً OHSAS در سازمان‌ها نقش بسیار حیاتی در اعتلاء و توسعه آن‌ها دارد. طی مطالعه‌ای در بیمارستان ۵۱۵ تختخوابی امام رضا (ع) در کرمانشاه با هدف بررسی امکان استقرار سیستم OHSAS انجام گرفت، محققین دریافته‌اند که در ارتباط با رهبری و تعهد، وضعیت امکان استقرار بسیار مطلوب بود به طوری که ۱۰۰٪ مدیران ارشد نظر کاملاً موافق داشتند و نیز در ارتباط با، خطمشی و اهداف راهبردی، سازماندهی منابع و مستندسازی، ارزیابی و مدیریت خطر، طرح‌ریزی سیستم، اجرا، پایش و نیز ممیزی و بازنگری - اصول هفتگانه OHSAS- از وضعیت خوبی برخوردار بودند و شرایط اولیه جهت استقرار سیستم فراهم است و به نظر می‌رسد اقدامات گسیخته، اما ارزشمندی در این خصوص از قبل در این مرکز صورت گرفته است. پژوهشگران با ارائه مدلی مبتنی بر اصول ۷ گانه HSE لزوم اجرای مدل را مطرح نمودند. لذا با این تفاسیر تدوین برنامه استراتژیک در سطح کشوری جهت استقرار سیستم‌های ایمنی و بهداشت حرفه‌ای در بیمارستان‌های دانشگاهی و سایر مراکز وابسته به آن نیز امری مهم و بسیار ضروری به نظر می‌رسد. [۲۵]

• واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

مقدمه:

اولین اقدام در زمینه بهداشت مدرسه، توجه به نحوه ساختمان و محیط مدرسه بوده است. ویلیام الکوت^۱ در سال ۱۸۲۹ در مقاله خود مشخصات ساختمان مدرسه را تشریح کرد. هوراس من^۲ در سال ۱۸۳۷ مطلب جالبی راجع به بهداشت محیط مدرسه ارائه نمود و در سال ۱۸۵۰ نیز درس فیزیولوژی را به صورت ساده برای اولین بار در دوره ابتدایی تدریس کرد. هدف از تدریس درس فیزیولوژی، این بود که اعضای بدن و وظایف آن‌ها را به دانش‌آموزان بشناساند.

در سال ۱۸۹۰ درس فیزیولوژی و محیط زیست در ۴۰ ایالت آمریکا به صورت قانونی به مرحله اجرا درآمد. در سال ۱۸۹۴ بعد از یک همه‌گیری خطرناک در آمریکا، سامویل دارگین^۳ معاینات در مدرسه را در شهر بوستن به مرحله اجرا درآورد. با این برنامه دانش‌آموزان در مدرسه تحت مراقبت پزشک قرار گرفتند. سپس این برنامه در سال ۱۸۹۵ در شیکاگو و در سال ۱۸۹۸ در نیویورک به مرحله اجرا درآمد.

در سال ۱۹۰۴ آلفرد بینه و تئودور سیمون دلایل عقب‌افتادگی تحصیلی دانش‌آموزان پاریس را با انجام آزمون‌های روانی برای اولین بار مورد بررسی قرار دادند. باید با قاطعیت اذعان داشت که در حال حاضر برنامه بهداشت مدارس یکی از مهمترین و اساسی‌ترین برنامه‌ها در سراسر جهان است.

تحولات در نظام واحد سلامت مدارس کشور:

از سال ۱۲۹۰ شمسی، مدارس جدیدی در ایران تأسیس گردید. همزمان با تأسیس و گسترش این مدارس در سال ۱۳۱۴ سازمانی به نام صحنه مدارس در وزارت معارف آن زمان به وجود آمد. در همان سال اولین ساختمان صحنه مدارس در تهران افتتاح گردید که هنوز سر درب این مدرسه در خیابان ناصرخسرو و جنب مدرسه دارالفنون وجود دارد. در سال ۱۳۱۵ نام صحنه مدارس به بهداری آموزشگاه‌ها تغییر یافت. در سال ۱۳۲۰ دوباره به عنوان دفتر کل بهداری آموزشگاه‌ها به تشکیلات وزارت معارف پیوست و پس از آن به اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها تغییر نام داد. در سال ۱۳۲۶ بار دیگر بهداری آموزشگاه‌ها از دانشکده پزشکی مجزا و ضمیمه وزارت فرهنگ گردید. وظایف بهداری آموزشگاه‌ها شامل؛ خدمات بهداشتی درمانی، رسیدگی و صدور مرخصی‌های استعلاجی کارکنان وزارت فرهنگ بود. در سال ۱۳۴۸ اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها به وجود آمد و وظایف مربوط به خدمات درمانی این اداره کل حذف گردید.

در سال ۱۳۵۰ برای اولین بار دوره دوساله آموزشی مراقبین بهداشت که اولین هسته برای ارائه خدمات بهداشتی در مدارس هستند، تشکیل گردید و تا سال ۱۳۵۷ حدود ۷۰۰۰ مراقب بهداشت تربیت، در مدارس مشغول به کار شدند. در اسفند ماه سال ۱۳۵۷ اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها با تغییر نام به اداره کل بهداشت مدارس از وزارت آموزش و پرورش جدا و ضمیمه وزارت بهداری شد. این اداره کل در وزارت بهداری نیز دست خوش تغییر فراوانی

^۱ - Alcott

^۲ - Horacmann

^۳ - Dargin

شدو در سال ۱۳۷۳ بعد از انتقال مراقبین بهداشت به آموزش و پرورش، بهداشت مدارس از اداره کل بهداشت خانواده مجزا گردید و به صورت اداره مستقل در وزارت بهداشت و درمان فعالیت نمود. در سال ۱۳۷۹ با تصمیم معاون بهداشتی وزارت بهداشت و درمان، بهداشت مدارس ضمیمه واحد بهداشت دهان و دندان گردید. پس از آن در سال ۱۳۸۲ به اداره سلامت روانی، اجتماعی پیوست و در حال حاضر فعالیت‌های سلامت مدارس بخشی از فعالیت‌های اداره کل سلامت خانواده، جمعیت و مدارس را تشکیل می‌دهد. وظایف خدمات سلامت مدارس چندجانبه و برحسب اولویت‌های محلی، گوناگون و متنوع است. هر جا منابع کافی باشد، می‌توان خدمات سلامت مدارس را گسترش داد. در حال حاضر بخشی از خدمات سلامت مدارس از جمله معاینات دانش‌آموزان و تشخیص زودرس به موقع معایب و اختلالات جسمی و روانی آن‌ها با توجه به رشد و تکامل و تشخیص زودرس اختلالات بینایی و شنوایی و... بر عهده کاردان‌ها و کارشناسان مراکز بهداشتی‌درمانی وابسته به شبکه‌های بهداشت و درمان است. از سال ۱۳۸۴ واحد بهداشت مدارس به واحد سلامت جوانان و مدارس و از سال ۱۳۸۶ به واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس تغییر نام یافت.

اسناد حامی برنامه سلامت مدارس کشور:

در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایران، مواد ۵۲، ۸۴ و ۸۶ مربوط به بهداشت و تغذیه مدارس است که بستر قانونی مناسبی برای ارتقاء سلامت دانش‌آموزان کشور مهیا می‌کند. در این راستا، اجرای اصول مندرج در فصل دوم قانون اساسی (حقوق ملت)، سند برنامه جامع ساماندهی امور جوانان، تکلیف قانونی ماده ۱۵۷ برنامه سوم توسعه و برنامه ساماندهی امور جوانان ماده ۱۱۲ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایران نیز مؤید مطالب فوق است.

بخش‌های بزرگی از برنامه چهارم توسعه به طور عملی تنها با حضور و تمرکز پرنسل جوان قابلیت اجرا و اثربخشی پیدا می‌کند. به ویژه مواد ۸۵-۸۶-۹۵-۹۸ قانون برنامه چهارم متوجه مباحثی است که ارتباط تنگاتنگی با امور جوانان دارند.

رسالت واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بر خود لازم می‌داند با شناخت دقیق عوامل مؤثر بر سلامت نوجوانان و جوانان در برنامه‌ریزی‌های خرد و کلان استان تأثیر گذاشته، اثرات نامطلوب عوامل مخاطره‌آمیز بر سلامت جامعه را به حداقل برساند.

این واحد بر آن است مدرسه‌ای ترسیم نماید که دانش‌آموزان آن سوای جنس، سن، اقامت در شهر، روستا یا چادر، فرصت‌های عادلانه‌ای برای برخورداری از خدمات سلامت نوجوانان و مدارس داشته باشند و این محقق نمی‌گردد مگر اینکه سلامت به عنوان هدفی برتر در جامعه قرار گیرد و کلیه سازمان‌های مرتبط با گروه کودک و نوجوان، همچنین سازمان‌های مردم نهاد با محوریت نوجوانان و جوانان از طریق مشارکتی آگاهانه در جهت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت تلاش نمایند.

ارزش‌های واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

- توجه به جامعه جوان در برنامه‌های سلامت
- برابری دسترسی به خدمات سلامت، به دور از تبعیض در جنس دانش‌آموزان، فرهنگ مناطق و یا موقعیت جغرافیایی مدرسه

چشم‌انداز واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس در پی این مهم است که تا سال ۱۳۹۴، ۲۵٪ مدارس مناطق شهری استان را به مدارس مروج سلامت تبدیل کند و این رقم را تا ۵ سال پس از آن به ۶۰٪ مدارس شهری و ۲۵٪ مدارس روستایی ارتقاء دهد و در شاخص‌های سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس در غرب کشور رتبه اول و در کشور سرآمد باشد.

دستاوردهای واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

- ۱۰۰٪ دانش‌آموزان مقطع ابتدایی و ۸۵٪ دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و ۶۵٪ دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان دارای شناسنامه سلامت دانش‌آموز هستند.
- کاهش شیوع پدیکلوزیس در دانش‌آموزان روستایی از ۷٪ در سال ۱۳۸۳ به ۲/۱٪ در سال ۱۳۸۸.
- اجرای طرح ارزیابی شناسنامه سلامت دانشجویان جدیدالورود.
- شناسایی اختلالات جسمی - روانی شایع در گروه کودک و نوجوان (۶-۱۹ سال) و اطلاع‌رسانی به والدین در مورد سلامت فرزندانشان ضمن پی‌گیری درمان تا حصول نتیجه.

هدف کلی واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

حفظ و ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان استان کرمانشاه

اهداف اختصاصی واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

- کاهش موارد بیماری‌های واگیر در دانش‌آموزان از ۲/۹٪ ابتلاء به پدیکلوز در سال ۱۳۸۷ به ۱٪ در سال ۱۳۹۵
- کاهش موارد بیماری‌های غیرواگیر در دانش‌آموزان از ۳۰٪ ابتلا به پوسیدگی دندان در سال ۱۳۸۷ به ۱۶٪ در سال ۱۴۰۰
- افزایش درصد معاینات پزشکی دانش‌آموزان پایه‌های اول از ۷۰٪ در سال ۱۳۸۸ به ۹۰٪ در سال ۱۳۹۵
- افزایش درصد معاینات پزشکی دانشجویان ورودی از صفر درصد در سال ۱۳۸۷ به ۴۰٪ در سال ۱۴۰۰
- افزایش آگاهی دانش‌آموزان در مورد مهارت‌های زندگی، بهبود وضعیت سلامت محیط مدارس به نحوی که این گروه ۸۵٪ اطلاعات لازم را در موارد مذکور داشته باشند.
- توسعه تحقیقات و پژوهش در زمینه سلامت نوجوانان و جوانان به میزان حداقل یک پژوهش در هر سال تحصیلی
- تربیت بهداشتی ۲۰۰۰ نوجوان داوطلب سلامت جامعه در هر سال تحصیلی از سال ۱۳۸۸ به مدت ۵ سال

راهکارهای واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

- آموزش و توانمندسازی نوجوانان، جوانان در راستای تربیت بهداشتی آنان
- افزایش پوشش کمی و کیفی مراقبت سلامت نوجوانان و جوانان
- جلب مشارکت فعال دانش‌آموزان، معلمان و والدین در حفظ و ارتقاء سطح سلامت مدارس

- توسعه و اجرای طرح مدارس مروج سلامت
 - توسعه و اجرای برنامه‌های آموزشی در راستای ارتقاء دانش و توانمندسازی دانش‌آموزان درخصوص بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی در کلیه مدارس استان حداقل یکبار در سال ۸۹
 - ترویج فرهنگ خود مراقبتی^۱ در نوجوانان و جوانان
 - توسعه و اجرای برنامه مراقبت و معاینات پزشکی دانش‌آموزان
 - تشکیل گروه‌های بهداشتی با همکاری دانش‌آموزان، معلمان و والدین
- در ذیل به برخی طرح‌های واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس می‌پردازیم:
- * عنوان طرح: ارزیابی سلامت دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه**

شرح تفصیلی طرح:

با پیوستن گروه جوان به واحد سلامت مدارس در سال ۱۳۸۷، گروه سنی تحت پوشش این واحد از ۶ تا ۱۹ سال به ۶ تا ۲۵ سال تغییر یافت. در راستای تشکیل و تکمیل سند سلامت جوانان (شناسنامه سلامت دانش‌آموز) طرح ارزیابی سلامت دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه مورد توجه قرار گرفت. در استان کرمانشاه قریب ۱۰۰۰۰۰ دانشجو در دانشگاه‌های رازی، علوم پزشکی، پیام نور، آزاد اسلامی و سایر دانشگاه‌ها مشغول تحصیل هستند. نظر به اینکه ۵۵٪ دانشجویان غیربومی بوده و در خوابگاه و خانه دانشجویی مستقر هستند، توجه ویژه‌ای به سلامت این گروه آسیب‌پذیر، ضروری به نظر می‌رسد.

سهم سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با همکاری و هماهنگی کلیه مراکز آموزش عالی در سطح استان در زمینه پرداخت تهیه شناسنامه سلامت و هزینه‌های آزمایشگاهی، اختصاص مکان مناسب برای معاینات دانشجویان و هماهنگی جهت تکمیل پوشش بیمه درمانی دانشجویان و ترویج اهمیت انجام آزمایشات و بررسی وضعیت سلامت دانشجویان دخالت دارند.

هدف اجرای طرح در سه مقطع یک، پنج و ده ساله:

یک ساله: پوشش ۲۰٪ شناسنامه سلامت دانشجویان بدو ورود

پنج ساله: پوشش ۵۰٪ شناسنامه سلامت دانشجویان بدو ورود به انضمام پیگیری درمان دانشجویان بیمار تا حصول نتیجه

ده ساله: پوشش ۸۰٪ شناسنامه سلامت دانشجویان بدو ورود به انضمام پیگیری درمان دانشجویان بیمار تا حصول نتیجه به اضافه مشارکت در راه‌اندازی کلینیک تخصصی ویژه جوانان

¹ - Self Care

نتایج موردانتظار از اجرای طرح مذکور:

- ارزیابی سلامت جسمی روانی صد در صد دانشجویان جدیدالورود
- شناسایی به موقع و کاهش اختلالات جسمی روانی دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه

* عنوان طرح دوم: مدارس مروج سلامت

شرح تفصیلی طرح:

در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ تعداد ۲۲ آموزشگاه در استان کرمانشاه تحت پوشش طرح مدارس مروج سلامت قرار گرفتند. در این طرح که با مشارکت سازمان آموزش و پرورش و انجمن‌های اولیاء و مدارس به اجرا درآمده است، مدارس منتخب بر اساس چک لیست مربوطه مورد ارزیابی، از نظر سلامت محیط، سلامت دانش‌آموزان و سلامت کارکنان قرار گرفته و پس از اخذ امتیازات لازم ستاره دریافت می‌کنند. حداقل امتیاز برای کسب یک ستاره ۵۵ امتیاز و حداکثر امتیاز ۱۰۰ می‌باشد که به مدرسه نشان ۵ ستاره اعطا می‌گردد.

سهام سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

وزارت آموزش و پرورش بسترسازی نموده و واحد تجهیز و نوسازی این سازمان در راستای دستیابی به اهداف مدارس مروج سلامت و اقداماتشان توسط مدارس مشارکت می‌کند. همچنین دانش‌آموزان در ممیزی داخلی مدرسه مشارکت دارند.

زمان و هدف اجرای طرح در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴۰۴:

یک ساله: از ۲۲ مدرسه مجری طرح، حداقل ۱۰ مدرسه نشان یک ستاره دریافت کنند.

پنج ساله: ۱۵٪ مدارس استان تحت پوشش طرح قرار گیرند که حداقل ۳۰٪ آنان یک ستاره و ۲۰٪ آنان دو ستاره به بالا داشته باشند.

ده ساله: ۲۵٪ مدارس استان تحت پوشش طرح قرار گیرند که از این تعداد حداقل ۱۰٪ دارای سه ستاره به بالا باشند.

نتایج موردانتظار از اجرای طرح مذکور:

- بهبود وضعیت بهداشت محیط مدارس مجری طرح به میزان ۵۰٪ قبل از اجرای آن
- بهبود وضعیت سلامت جسمی دانش‌آموزان به میزان ۲۰٪ قبل از اجرای طرح

شاخص‌های ارزیابی از اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و ۱۴+۱:

جدول شماره ۴-۹۷: شاخص ارزیابی سلامت دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه

ردیف	عنوان شاخص	وضعیت موجود		پیش بینی		
		سال ۱۳۸۸	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۹۴	سال ۱۴۰۰	
۱	درصد دانشجویان دارای شناسنامه سلامت	۱۰	۲۰	۵۰	۸۰	
۲	درصد اختلالات شناسایی شده در دانشجویان (بینایی، شنوایی، دهان و دندان، رفتاری، داخلی، اندام‌ها، پوست و مو، سبک زندگی)		۴	شناسایی ۱۰۰٪ اختلالات موجود	شناسایی ۱۰۰٪ اختلالات موجود	
۳	درصد پیگیری درمان دانشجویان		۰	پیگیری ۱۰۰٪ موارد اختلال	پیگیری ۱۰۰٪ موارد اختلال	
۴	درصد درمان دانشجویان بیمار		۰	درمان ۱۰۰٪ دانشجویان بیمار	درمان ۱۰۰٪ دانشجویان بیمار	

برخی شاخص‌های مهم واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس:

جدول شماره ۴-۹۸: درصد معاینات دانش‌آموزان پایه اول ابتدایی استان کرمانشاه در سال تحصیلی ۸۸-۸۹

معاینات پزشکی						معاینات مقدماتی					
روستا			شهر			روستا			شهر		
کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

جدول شماره ۴-۹۹: درصد معاینات دانش‌آموزان پایه اول راهنمایی استان کرمانشاه در سال تحصیلی ۸۸-۸۹

معاینات پزشکی						معاینات مقدماتی					
روستا			شهر			روستا			شهر		
کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر
۹۷/۷	۹۶/۵	۹۹	۹۰/۵	۸۶	۹۵/۲	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۶/۸	۹۴/۵	۹۹/۲

جدول شماره ۴-۱۰۰: درصد معاینات دانش‌آموزان پایه اول متوسطه استان کرمانشاه در سال تحصیلی ۸۸-۸۹

معاینات پزشکی						معاینات مقدماتی					
روستا			شهر			روستا			شهر		
کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر	کل	پسر	دختر
۹۷/۸	۹۵/۷	۱۰۰	۷۴/۷	۶۹/۴	۸۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۳/۷	۸۸/۲	۹۹/۳

جدول شماره ۴-۱۰۱: فراوانی معاینات انجام شده در مقاطع اول ابتدایی، اول راهنمایی و اول دبیرستان به تفکیک محل سکونت

و جنس در سال ۱۳۸۹

شهرستان	درصد دانش‌آموزان معاینه شده مقطع اول ابتدایی				درصد دانش‌آموزان معاینه شده مقطع اول راهنمایی				درصد دانش‌آموزان معاینه شده مقطع اول دبیرستان			
	روستا		شهر		روستا		شهر		روستا		شهر	
	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر
کل استان	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
اسلام‌آباد غرب	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
پاوه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
ثلاث باباجانی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
جوانرود	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
دالاهو	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
روانسر	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
سرپل ذهاب	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
سنقر کلیائی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
صحنه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
قصرشیرین	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
کرمانشاه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
کنگاور	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
گیلان غرب	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
هرسین	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

*شهرستان قصرشیرین فاقد دبیرستان در سطح روستاست.

• واحد بهداشت دهان و دندان

رسالت واحد بهداشت دهان و دندان:

استفاده از توانائی‌ها و امکانات موجود، در جهت ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان افراد جامعه در سطوح محیطی با بهره‌گیری از برنامه‌ها و طرح‌های تدوین شده و نیز ارائه خدمات در جهت پیشگیری و کاهش بیماری‌های دهان و دندان به گروه‌های هدف و عموم جامعه.

دورنمای واحد بهداشت دهان و دندان:

- افزایش آگاهی عموم افراد جامعه در خصوص سلامت دهان و دندان
- ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان به طوری که در پنج سال آتی در مقایسه با شاخص‌های سلامت دهان و دندان بالاتر از متوسط مقادیر کشوری قرار گرفته باشد.

اهداف واحد بهداشت دهان و دندان:

بهبود شاخص‌های سلامت دهان و دندان (کاهش پوسیدگی و بیماری لثه) و کاهش بیماری‌های دهان و دندان

اهم برنامه‌های انتخابی واحد بهداشت دهان و دندان:

- ۱- توسعه آموزش همگانی از طریق رسانه‌های ملی (رادیو، تلویزیون، روزنامه و ...)

- ۲- توزیع دهان شویه سدیم فلوراید ۰/۲٪ در مدارس ابتدایی و استفاده از آن به صورت هفته‌ای یک بار
- ۳- توزیع خمیردندان، مسواک و نخ دندان در بین دانش‌آموزان مناطق محروم
- ۴- انجام فیشورسیلانت در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در جهت کاهش میزان پوسیدگی دندان
- ۵- انجام فلورایدتراپی در مهدهای کودک
- ۶- انجام معاینات دوره‌ای جهت دانش‌آموزان مقطع ابتدایی و کودکان در مهدهای کودک و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی (دولتی - خصوصی) در صورت لزوم

استراتژی‌های واحد سلامت دهان و دندان:

- افزایش آگاهی کارکنان بهداشتی
- آموزش مدیران و معلمان آموزش و پرورش و مربیان مهدهای کودک در سازمان بهزیستی
- آموزش همگانی به افراد جامعه
- اجرای برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان در گروه‌های هدف (کودکان زیر ۶ سال، ۶ تا ۱۲ سال، مادران باردار و شیرده)
- افزایش دسترسی به خدمات دندانپزشکی

دستاوردهای واحد بهداشت دهان و دندان:

جدول شماره ۴-۱۰۲: دستاوردهای واحد بهداشت و دندان در سال ۸۷ و ۸۸

عنوان	آموزش		معاینه		کشیدن دندان		ترمیم دندان	
سال شهرستان	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸
استان	۱۳۴۸۷۸	۱۴۶۵۶۳	۳۴۹۳۸	۴۲۹۴۶	۷۳۹۲۸	۹۸۸۰۱	۵۷۷۷	۸۹۵۹
اسلام آباد	۱۰۹۹۹	۱۱۱۲۵	۴۸۶۹	۳۶۶۹	۵۹۹۹	۶۱۷۲	۳۳۱	۴۸۰
پاوه	۳۶۴۸	۴۲۵۹	۹۶۳	۸۲۵	۳۹۳۸	۳۷۵۸	۷۸۱	۹۹۳
ثلث	۳۸۸۸	۳۷۸۲	۴۵۳	۲۴۰	۴۲۹	۱۷۷۳	۲	۱۴۹
جوانرود	۵۷۸۴	۵۹۶۷	۲۳۴۱	۲۵۲۰	۵۶۷۶	۸۴۹۹	۴۳	۱۷۹
دالاهو	۳۱۹۲	۲۵۶۷	۱۰۲۸	۵۸۳	۳۷۳۰	۵۴۲۴	۰	۱۱۰
روانسر	۳۲۸۸	۳۴۸۸	۲۹۳۴	۳۳۹۴	۸۰۹۸	۵۴۹۳	۶۳	۰
سرپل ذهاب	۶۸۸۷	۶۹۷۵	۱۶۵۹	۱۸۳۸	۵۶۸۱	۶۱۲۵	۷۵	۲۰
سنقر	۷۳۹۲	۷۵۳۷	۱۶۲۶	۱۸۶۲	۲۵۲۵	۴۹۲۸	۴۸	۱۳
صحنه	۵۷۱۲	۵۸۲۱	۲۳۵۰	۲۲۴۷	۵۹۰۳	۶۷۸۶	۰	۳۲
قصر شیرین	۱۴۶۴	۱۸۷۵	۱۷۲۸	۱۲۹۲	۲۲۰۲	۱۸۶۸	۱۷۳	۱۴۶
کرمانشاه	۷۲۶۲۴	۷۵۲۴۶	۱۴۹۷۷	۱۷۸۱۵	۲۸۷۳۷	۳۶۰۰۴	۴۲۶۱	۶۶۱۵
کنگاور	۵۹۵۲	۶۲۱۱	۲۸۰۵	۱۱۱۱	۲۲۵۸	۲۹۷۹	۱۱۴	۱۰۵
گیلان غرب	۳۹۱۲	۲۷۶۵	۸۶۰۲	۲۷۶۰	۷۷۹۲	۵۰۳۲	۵۲	۰
هرسین	۷۸۴۸	۷۹۴۵	۸۹۲	۱۷۹۰	۳۰۳۴	۳۹۶۰	۸۰	۱۱۷

ادامه جدول شماره ۴-۱۰۲: دستاوردهای واحد بهداشت و دندان در سال ۸۷ و ۸۸

عنوان	رادیو گرافی		فیشر سیالنت		فلوراید ترابی		جرم گیری	
سال شهرستان	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸
استان	۶۱۹۳	۷۷۴۶	۴۶۹۵	۱۱۶۳	۱۷۴۶	۷۰۷۶	۶۵۱	۸۵۵
اسلام آباد	۳۷	۱۰۶	۱۱۱۲	۲۱۸	۲۵۰	۳۲۷	۲۵۷	۳۳۲
پاوه	۲۹۹۱	۳۶۶۹	۱۱۶۷	۵۹	۱۴۳	۱۷۰۳	۱۲۵	۵۱۹
ثلث	۵۹	۱۲۸	۰	۶	۲۱	۰	۰	۰
جوانرود	۴	۰	۱۷۷	۷	۵۰	۱۱۲۸	۰	۰
دالاهو	۲۷	۵۲	۰	۱۰	۸	۰	۰	۰
روانسر	۱۰	۰	۱۴۱۸	۵۹	۳	۷۸۵	۰	۰
سرپل ذهاب	۴۶۴	۴۴۶	۰	۱۹	۴۵	۶۸۹	۰	۰
سنقر	۸۰	۱۲۶	۱۴	۱۷	۳	۰	۰	۰
صحنه	۰	۰	۰	۲۱	۳۹	۶	۰	۰
قصر شیرین	۱۱۰۸	۱۶۸	۱۷۵	۱۵	۴۷	۲۲۲	۰	۴
کرمانشاه	۱۴۱۳	۳۰۵۱	۶۳۲	۷۳۲	۱۰۹۶	۲۱۰	۱۶۹	۰
کنگاور	۶	۰	۱۹۷	۰	۰	۱۹۹۶	۰	۰
گیلان غرب	۱۴۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
هرسین	۰	۰	۰	۳۲	۴۱	۰	۰	۰

شاخص‌های مهم واحد سلامت دهان و دندان:

جدول شماره ۴-۱۰۳: شاخص مهم سلامت دهان و دندان

ردیف	عنوان شاخص	وضعیت موجود			پیش بینی	
		سال ۱۳۸۸	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۹۴	سال ۱۴۰۰	
۱	dmft ^۱ (شاخص پوسیدگی، کشیدن و ترمیم دندان‌های شیری) در کودکان ۶ ساله	۴	۳/۹	۲/۵	۱	
۲	DMFT ^۲ (شاخص پوسیدگی، کشیدن و ترمیم دندان‌های دایمی) در کودکان ۹ ساله	۱/۵	۱/۲	۰/۵	۰	
۳	DMFT (شاخص پوسیدگی، کشیدن و ترمیم دندان‌های دایمی) در کودکان ۱۲ ساله	۲	۱/۹	۱	۰/۵	
۴	CPI ^۳ (شاخص بیماری‌های لثه) ۱۵ تا ۱۹ ساله	۱	۱	۰/۵	۰	
۵	CPI (شاخص بیماری‌های لثه) ۳۵ تا ۴۵ ساله	۲	۲	۱/۵	۰	

سازمان‌های درگیر طرح در واحد سلامت دهان و دندان:

دانشگاه علوم پزشکی، سازمان آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی، صدا و سیما و رسانه‌ها، سازمان آب منطقه‌ای و ...

پیشنهادهای واحد سلامت دهان و دندان:

- اصلاح املاح آب‌های آشامیدنی با همکاری بین‌بخشی با سازمان آب منطقه‌ای استان
- تقویت فلوراید آب‌های آشامیدنی بسته‌بندی شده در سطح استان

^۱ - decayed missing filled teeth^۲ - Decayed Missing Filled Teeth^۳ - Community Periodontal Index

وضعیت و ضرورت احداث شبکه‌های بهداشت و درمان استان کرمانشاه^۱:

مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه:

دارای ۱۴۸ خانه بهداشت، ۱۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۹ پایگاه بهداشت شهری، ۲۶ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۳ مرکز تسهیلات زایمانی و ۱ مرکز آموزش بهورزی است که طبق طرح با راه‌اندازی ۳ خانه بهداشت، ۲ مرکز روستایی، ۲۳ پایگاه بهداشت شهری و ۳ مرکز شهری به وضعیت مطلوب خواهد رسید.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلام‌آباد غرب:

دارای ۵ پایگاه بهداشتی شهری، ۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۵۸ خانه بهداشت، ۱ مرکز تسهیلات زایمانی و ۱ مرکز آموزش بهورزی می‌باشد که بر اساس طرح گسترش شبکه‌ها ضرورت دارد ۱ خانه بهداشت دیگر احداث گردد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان گیلانغرب:

دارای ۴۱ خانه بهداشت، ۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۲ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۲ پایگاه بهداشتی شهری، ۱ مرکز تسهیلات زایمانی و ۱ مرکز آموزش بهورزی می‌باشد که برای رسیدن به وضعیت مطلوب، راه‌اندازی ۱ خانه بهداشت دیگر ضرورت دارد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان قصرشیرین:

دارای ۸ خانه بهداشت، ۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری می‌باشد که تا رسیدن به وضعیت مطلوب بر اساس طرح، ۱ مرکز آموزش بهورزی ضرورت دارد راه‌اندازی شود.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگاور:

دارای ۳۳ خانه بهداشت، ۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۲ پایگاه بهداشت شهری و ۱ مرکز آموزش بهورزی می‌باشد که بر اساس طرح در وضعیت مطلوبی می‌باشد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان صحنه:

دارای ۵۰ خانه بهداشت، ۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۱ پایگاه بهداشتی شهری، ۱ مرکز تسهیلات زایمانی و ۱ مرکز آموزش بهورزی است که بر اساس طرح گسترش شبکه‌ها، تا رسیدن به وضعیت مطلوب ضرورت دارد ۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی دیگر راه‌اندازی گردد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان سرپل‌ذهاب:

دارای ۴۲ خانه بهداشت، ۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۲ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۱ پایگاه بهداشتی شهری و ۱ مرکز آموزش بهورزی می‌باشد که بر اساس طرح، تنها با راه‌اندازی ۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، به وضعیت مطلوب خواهد رسید.

۱ - اطلاعات برگرفته از واحد طرح و گسترش معاونت بهداشتی می‌باشد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان هرسین:

دارای ۳۲ خانه بهداشت، ۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۲ پایگاه بهداشتی شهری و ۱ مرکز آموزش بهورزی است که برای رسیدن به وضعیت مطلوب بر طبق طرح، ضرورت دارد ۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۱ مرکز تسهیلات زایمانی و ۱ پایگاه بهداشت شهری راه اندازی گردد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان سنقر:

دارای ۸۲ خانه بهداشت، ۹ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۳ پایگاه بهداشت شهری و ۱ مرکز آموزش بهورزی می باشد که بر اساس طرح در وضعیت مطلوبی می باشد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان روانسر:

دارای ۳۴ خانه بهداشت، ۲ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱ مرکز تسهیلات زایمانی می باشد که بر اساس طرح برای رسیدن به وضعیت مطلوب، راه اندازی ۲ خانه بهداشت دیگر ضروری است.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان جوانرود:

دارای ۲۸ خانه بهداشت، ۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱ مرکز آموزش بهورزی می باشد که بر اساس طرح در وضعیت مطلوبی می باشد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان پاوه:

دارای ۲۵ خانه بهداشت، ۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۲ مرکز تسهیلات زایمانی و ۱ مرکز آموزش بهورزی می باشد که با راه اندازی ۱ خانه بهداشت و ۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی دیگر این شهرستان طبق طرح به وضعیت مطلوب خواهد رسید.

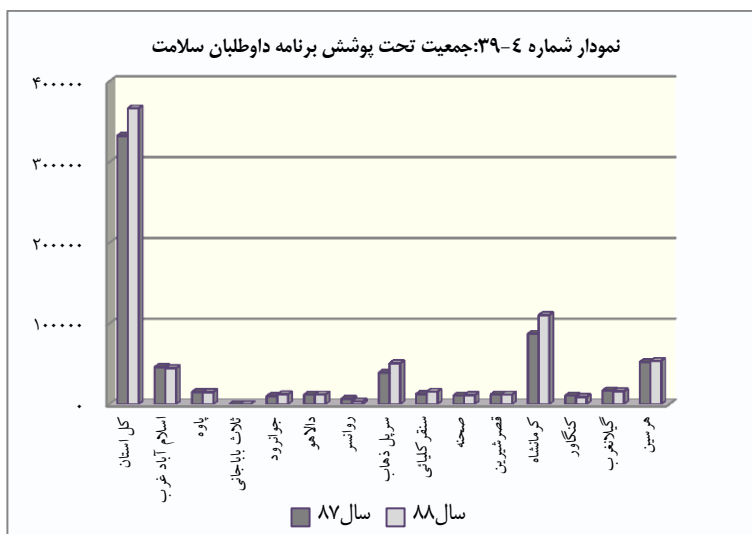
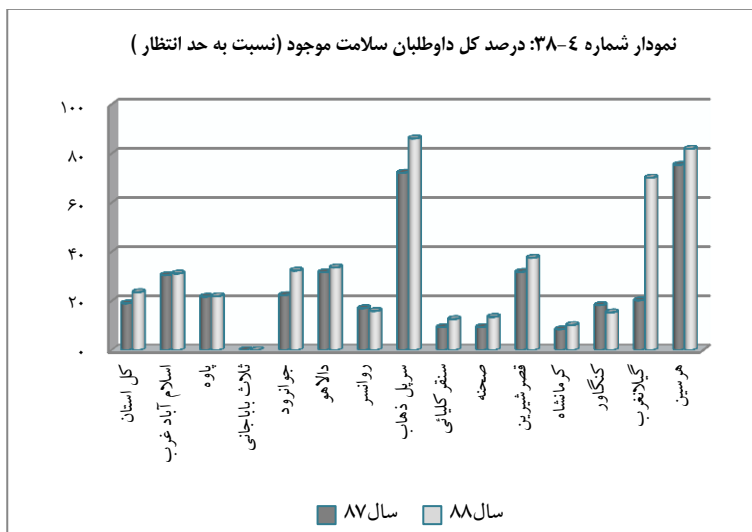
شبکه بهداشت و درمان شهرستان ثلاث باباجانی:

دارای ۴۰ خانه بهداشت، ۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۲ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱ مرکز تسهیلات زایمان می باشد و طبق طرح تا رسیدن به وضعیت مطلوب، راه اندازی ۱ خانه بهداشت ضرورت دارد.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان دالاهو:

دارای ۴۰ خانه بهداشت، ۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۲ مرکز تسهیلات زایمانی می باشد. این شهرستان بر اساس طرح در وضعیت مطلوبی می باشد.

شایخص‌های عملکردی شبکه‌های بهداشتی درمانی:



جدول شماره ۴-۱۰: درصد داوطلبان سلامت موجود و جمعیت تحت پوشش

شهرستان	درصد کل داوطلبان سلامت موجود (نسبت به حدانتظار)		جمعیت تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت	
	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۷	سال ۸۸
کل استان	۱۹	۲۴	۳۳۵۱۶	۳۶۵۴۹
اسلام‌آباد غرب	۳۰	۳۱	۴۵۹۹۸	۴۴۶۵۵
پاوه	۲۲	۲۲	۱۵۲۵۹	۱۵۱۰۹
ثلاث باباجانی*	۰	۰	۰	۰
جوانرود	۲۲	۳۲	۱۰۱۶۷	۱۲۳۶۶
دالاهو	۳۲	۳۴	۱۱۹۰۳	۱۲۱۷۶
روانسر	۱۷	۱۶	۶۸۷۸	۳۵۲۰
سرپل‌ذهاب	۷۲	۸۶	۳۹۱۳۶	۵۰۷۷۹
سنقر کلیائی	۹	۱۳	۱۲۷۶۹	۱۵۵۷۶
صحنه	۹	۱۴	۱۰۸۲۳	۱۱۳۲۷
قصرشیرین	۳۲	۳۸	۱۲۲۰۰	۱۲۰۲۰
کرمانشاه	۸	۱۰	۸۷۳۳۵	۱۱۰۴۷۱
کنگاور	۱۸	۱۵	۱۰۷۰۵	۸۹۶۰
گیلان غرب	۲۰	۷۰	۱۷۰۰۵	۱۶۰۱۰
هرسین	۷۵	۸۲	۵۲۳۳۸	۵۳۵۸۰

* اطلاعات در دسترس نبود.

معاونت درمان

رسالت معاونت درمان^۱:

معاونت امور درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به عنوان یکی از قطب‌های هفت‌گانه خدمات تشخیصی و درمانی کشور با نقش محوری درمان منطقه غرب و با بهره‌گیری از توان و ظرفیت کلیه نیروهای متخصص علمی و دیگر پرسنل حرفه‌ای در حوزه درمان و با استفاده و به کارگیری همه منابع و پتانسیل‌های موجود و در اختیار، اعم از تجهیزات مدرن و پیشرفته پزشکی و دستیابی به تکنولوژی کارآمد روز و شیوه‌های نوین مدیریتی با شناسایی صحیح اولویت‌های سلامت در استان، ارائه خدمات گسترده در سطوح مختلف پیشگیری- متناسب با نیازها و تقاضای واقعی جامعه- را بر عهده داشته به طوری که ضمن تعامل و مشارکت همه‌جانبه و افزایش همکاری‌های بین‌بخشی با دیگر سازمان‌های مرتبط در حوزه سلامت نظیر، سازمان‌های بیمه‌گر، بهزیستی، هلال‌احمر، نظام پزشکی و ... زمینه‌های مناسب در گسترش عدالت و توسعه خدمات تشخیصی و درمانی به ویژه در مناطق کمتر برخوردار را با اهتمام در دستیابی به ارائه خدمات درمانی و فوریت‌های پزشکی مطلوب را همواره فراهم و موجبات جلب و افزایش کلیه ذینفعان گردد، به طوری که همواره محور اصلی ارائه خدمات خاص و منحصر به فرد به مراجعه‌کنندگان استان‌های همجوار و کشورهای همسایه واقع گردیده و سبب حفظ و ارتقاء شاخص‌های سلامت در کشور می‌باشد.

ارزش‌های معاونت درمان:

- عدالت‌محوری
- مشتری‌مداری
- دسترسی آسان به خدمات
- رضایت‌مندی
- عدم تحمیل هزینه اضافی به بیمار
- رعایت منشور حقوق بیمار
- ارتقاء کیفیت خدمات
- احترام به اعتقادات و باورهای دینی و فرهنگی
- رعایت اخلاق پزشکی
- تشخیص صحیح و به موقع
- پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری
- پایبندی به ارزش، اصول و کرامات انسانی
- کاهش ریسک و مخاطرات
- ارتقاء سطح علمی پرسنل

۱ - اطلاعات برگرفته از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

- فرآیند مداری

چشم‌انداز معاونت درمان:

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بر آن است تا با استفاده از تمام ظرفیت‌های موجود و ممکن ضمن به‌کارگیری روش‌های نوین مدیریتی مبتنی بر تغییرات تکنولوژی و با در نظر داشتن تغییر الگوی بار بیماریها در ۱۰ سال آینده جزء ۳ دانشگاه برتر کشور در حوزه خدمات تشخیصی و درمانی باشد.

هدف کلی معاونت درمان:

گسترش و توسعه خدمات درمانی مطلوب، متناسب با طرح سطح‌بندی خدمات تشخیصی و درمانی کشور

اهداف اختصاصی معاونت درمان:

- ۱- بهره‌برداری از بیمارستان جدیدالاحداث فوق تخصصی دکتر محمد کرمانشاهی با ۱۱۰ تخت بستری در سال ۱۳۸۹
- ۲- بهره‌برداری از فاز ۲ مرکز آموزشی درمانی امام علی(ع) با ۸۰ تخت بستری در سال ۱۳۸۹
- ۳- بهره‌برداری از بیمارستان جدید ۱۰۰ تخت خوابی سنقر در سال ۱۳۸۹
- ۴- بهره‌برداری از بیمارستان جدید کنگاور با ۶۰ تخت بستری در سال ۱۳۸۹
- ۵- بهره‌برداری از بیمارستان جدید صحنه با ۳۲ تخت بستری در سال ۱۳۹۰
- ۶- بهره‌برداری از بیمارستان جدید پاوه با ۵۰ تخت بیمارستانی در سال ۱۳۹۱
- ۷- بهره‌برداری از فاز ۲ بیمارستان اسلام‌آباد غرب با ۱۰۰ تخت بستری در سال ۱۳۹۱
- ۸- بهبود ساختار فضای فیزیکی اورژانس بیمارستان‌ها شامل:
 - بهره‌برداری از تروما سنتز اسلام‌آباد در سال ۱۳۸۹
 - اصلاح و توسعه فضای فیزیکی بیمارستان فارابی در سال ۱۳۸۹
 - اصلاح و توسعه فضای فیزیکی بیمارستان امام رضا(ع) در سال ۱۳۸۹
 - اصلاح و توسعه فضای فیزیکی بیمارستان کنگاور در سال ۱۳۹۰
 - اصلاح و توسعه فضای فیزیکی بیمارستان امام علی(ع) در سال ۱۳۹۰
- ۹- توسعه و گسترش اتاق‌های عمل شامل:
 - بهره‌برداری از مرکز جدیدالاحداث بخش اعمال جراحی بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۹۰
 - راه‌اندازی اتاق عمل چهارم جراحی قلب بیمارستان امام علی(ع)
 - ۱۰- توسعه و گسترش بخش‌های مراقبت ویژه شامل:
 - تبدیل بخش Post CCU مرکز آموزش درمانی امام علی(ع) به ۱۶ تخت CCU در سال ۱۳۸۹
 - راه‌اندازی ۲ تخت ICU در مرکز آموزش درمانی معتضدی در سال ۱۳۸۹
 - راه‌اندازی ۱ تخت ICU و ۳ تخت CCU در شهرستان سرپل ذهاب در سال ۱۳۸۹
 - راه‌اندازی ۲ تخت NICU در شهرستان کنگاور در سال ۱۳۹۰

- راهاندازی ۲ تخت NICU در شهرستان جوانرود در سال ۱۳۹۰
- راهاندازی ۲ تخت NICU در شهرستان سنقر در سال ۱۳۹۰
- راهاندازی ۱ تخت ICU و ۳ تخت CCU در شهرستان پاوه در سال ۱۳۹۰
- راهاندازی ۱ تخت ICU و ۳ تخت CCU در شهرستان صحنه در سال ۱۳۹۰
- ۱۱- توسعه بخش‌های تشخیصی و درمانی شامل:
 - راهاندازی بخش سی تی اسکن در شهرستان اسلام‌آباد غرب در سال ۱۳۸۹
 - راهاندازی بخش سی تی اسکن در شهرستان کنگاور در سال ۱۳۸۹
 - راهاندازی بخش سی تی اسکن در شهرستان جوانرود در سال ۱۳۹۰
 - راهاندازی بخش سی تی اسکن در شهرستان سنقر در سال ۱۳۹۰
 - راهاندازی واحد سوم آنژیوگرافی قلب در مرکز آموزشی درمانی امام علی(ع) در سال ۱۳۹۰
 - راهاندازی واحد دوم رادیوتراپی در مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع) در سال ۱۳۹۰
 - راهاندازی بخش سی تی اسکن در بیمارستان دکتر محمد کرمانشاهی در سال ۱۳۹۱
 - راهاندازی بخش MRI در بیمارستان دکتر محمد کرمانشاهی در سال ۱۳۹۱
- ۱۲- توسعه بخش‌های همودیالیز شامل:
 - راهاندازی ۲ تخت همودیالیز در شهرستان قصرشیرین در سال ۱۳۸۹
 - راهاندازی ۲ تخت همودیالیز در شهرستان روانسر در سال ۱۳۹۰
 - راهاندازی ۲ تخت همودیالیز در شهرستان دالاهو در سال ۱۳۹۰
 - راهاندازی ۲ تخت همودیالیز در شهرستان ثلاث باباجانی در سال ۱۳۹۰
 - راهاندازی ۲ تخت همودیالیز اطفال در مرکز دکتر محمد کرمانشاهی در سال ۱۳۹۰
- ۱۳- ارائه خدمات درمانی در شهرهای فاقد بیمارستان شامل:
 - احداث بیمارستان در شهرستان ثلاث باباجانی در سال ۱۳۹۲
 - احداث بیمارستان در شهرستان روانسر در سال ۱۳۹۳
 - احداث بیمارستان در شهرستان دالاهو در سال ۱۳۹۳
- ۱۴- بهره‌برداری از بیمارستان ۵۴۰ تخت خوابی آموزش درمانی در سال ۱۳۹۳
- ۱۵- بازسازی و نوسازی کامل بیمارستان‌های فعال شامل:
 - بیمارستان طالقانی، امام علی(ع)، فارابی، امام رضا(ع) در شهر کرمانشاه و کلیه بیمارستان‌های شهرستان‌های تابعه
- ۱۶- توسعه ظرفیت تخت‌های بستری در شهرستان‌های تابعه شامل:
 - احداث فاز ۲ بیمارستان جوانرود با ۵۰ تخت بستری در سال ۱۳۹۲
 - راهاندازی تخت‌های جدید بستری در بیمارستان‌های گیلان غرب و هرسین هریک با ظرفیت ۳۰ تخت در سال ۱۳۹۰

- تکمیل فاز ۲ بیمارستان سرپل ذهاب با ۵۰ تخت بستری در سال ۱۳۹۱
- افزایش سالانه ۱۰٪ به تعداد متخصصین شاغل در شهرستان‌های تابعه

استراتژی‌های انتخابی معاونت درمان:

- ارتقای کمی و کیفی خدمات دارویی، غذایی، آرایشی و بهداشتی از طریق بهبود مستمر فرآیندهای کاری، استانداردها و آموزش
- افزایش آگاهی جامعه و اطلاع‌رسانی در خصوص فرهنگ صحیح مصرف دارو و غذا
- بهینه‌سازی تخت‌های بستری تخصصی بیمارستان‌ها با ادغام و جابجایی مراکز دارای ضریب اشتغال تخت کمتر از ۵۰٪ و زیان‌آور
- توانمندسازی بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها تا ارتقای شاخص‌های کیفی اورژانس و افزایش سطح رضایتمندی مراجعہ‌کنندگان
- تقویت مراکز بلوک استان بر اساس طرح سطح‌بندی خدمات تشخیصی درمانی کشور و ایجاد مراکز بلوک جدید
- ارتقای کیفیت خدمات اورژانس (خارج از کشور) از طریق حمایت وزارتخانه متبوع، مدیران ارشد اورژانس، وجود نیروهای متخصص در استان، اصلاح ناوگان حمل و نقل اورژانس استان و حمایت سازمان‌های بین‌المللی
- توسعه تحقیقات کاربردی با استفاده از تجهیزات تخصصی سرمایه‌ای انحصاری
- کاهش میزان مرگ و عوارض مادران و نوزادان با افزایش میزان ایمنی زایمان، ترویج زایمان طبیعی، استفاده از خط‌مشی و سیاست‌های وزاتی و جهانی در این زمینه و امکانات منطقه‌ای به میزان ۲۵٪ در سال
- جلب رضایت مددجویان و حل مشکلات درمانی آنان از طریق ایجاد دیدگاه مثبت نزد کارکنان بیمارستان‌ها و مدیران ارشد سازمان
- ارتقای دانش و مهارت‌های حرفه‌ای کادر درمان از طریق ایجاد فرصت‌های آموزشی، تحقیقاتی و استانداردسازی

دستاوردهای معاونت درمان:

- راه‌اندازی مرکز آموزش و درمانی ۵۱۵ تخت‌خوابی امام رضا(ع) به عنوان بزرگترین بیمارستان منطقه غرب و شمال غرب کشور
- راه‌اندازی بیمارستان جدیدالتأسیس گیلان غرب
- راه‌اندازی و بهره‌برداری از بیمارستان جدیدالتأسیس سرپل ذهاب
- بهره‌برداری از بخش رادیوتراپی بیمارستان امام رضا(ع)
- بهره‌برداری از دستگاه دوم آنژیوگرافی قلب در مرکز امام علی(ع)
- افتتاح واحد بازتوانی قلب EECF و الکتروفیزیولوژی مرکز امام علی(ع)
- بهره‌برداری از ۱۶ تخت ICU عمومی و ۸ تخت ICU جراحی توراکیس در مرکز امام رضا(ع)
- افزایش ۸ تخت NICU جدید در مرکز امام رضا(ع)

- افزایش ۲ بخش بستری قلب مردان و زنان با ظرفیت ۵۰ تخت به تخت‌های فعال مرکز امام علی(ع)
 - بهره‌برداری از ۱۲ تخت ICU در مرکز فارابی
 - راه‌اندازی و بهره‌برداری از ۲ تخت ICU و ۴ تخت CCU در شهرستان سنقر
 - راه‌اندازی و بهره‌برداری از ۲ تخت ICU و ۴ تخت CCU در شهرستان هرسین
 - راه‌اندازی و بهره‌برداری از ۲ تخت ICU و ۴ تخت CCU در شهرستان جوانرود
 - راه‌اندازی و بهره‌برداری از ۴ تخت NICU در شهرستان اسلام‌آباد غرب
 - آغاز احداث مراکز درمان بستر در شهرهای جدیدالتأسیس استان شامل ثلاث باباجانی، دالاهو و روانسر
 - راه‌اندازی بزرگترین بخش دیالیز کشور با ظرفیت ۴۰ دستگاه ماشین همودیالیز در مرکز امام رضا(ع)
 - آغاز احداث بیمارستان ۲۴ تختخوابی شهرستان کنگاور
 - ایجاد بخش‌های جدید دیالیز در شهرهای صحنه، هرسین و سرپل‌ذهاب
 - بهره‌برداری از ۴۸ مرکز MMT دولتی و خصوصی
 - بهره‌برداری از ۹ پایگاه فوریت‌های پزشکی جاده‌ای
 - راه‌اندازی ۷۴ تخت دیگر به بیمارستان امام علی(ع) و ۱۶ تخت ICU جراحی قلب
- معاونت درمان نیز مانند سایر معاونت‌ها دارای واحدهایی می‌باشد که در ذیل به شرح واحدها و اهم شاخص‌ها و برنامه‌های آن‌ها خواهیم پرداخت.

• اداره نظارت بر امور درمان:

○ واحداً رزشیایی مؤسسات پزشکی:

هدف کلی واحداً رزشیایی مؤسسات پزشکی:

ارتقاء کیفیت خدمات در مطب‌ها و مؤسسات بخش خصوصی

اهداف جزئی:

- رعایت دقیق ضوابط و مقررات مربوط به حداقل زمان ویزیت بیمار در مطب‌ها تا سال ۱۳۹۱
 - نصب منشور حقوق بیمار در کلیه مطب‌ها تا پایان سال ۱۳۸۹
 - جلوگیری از فعالیت متصدیان تزریقات و پانسمان فاقد صلاحیت در مطب‌ها تا سال ۱۳۹۱
 - اجرای برنامه بازآموزی جهت کلیه متصدیان تزریقات و پانسمان تا پایان سال ۱۳۸۹
 - ساماندهی شاغلین حرفه عینک‌سازی تا پایان سال ۱۳۸۹
 - تعطیلی کلیه مراکز ارائه خدمات غیرمجاز دندانپزشکی تا پایان سال ۱۳۹۰
 - استانداردسازی کلیه تابلوها و سرنسخته‌های پزشکی تا پایان سال ۱۳۹۱
- مراجع قانونی مورد استفاده در نظارت بر موارد فوق در راستای نظارت بر امور درمان واحد ارزشیابی مؤسسات پزشکی بر اساس مستندات قانونی مشروحه زیر ملاک عمل قرار می‌گیرد:

- مجموعه قوانین و ضوابط مطبها
- منشور حقوق بیمار وزارت بهداشت
- آئین نامه های تأسیس مؤسسه ساخت و فروش عینک
- قانون تعزیرات حقوقی
- قانون تعزیرات سازمان نظام پزشکی
- واحد نظارت بر امور درمان بستری:

هدف کلی:

ارتقاء سطح سلامت مردم

اهداف اختصاصی:

- کاهش میزان مرگ و میر
 - افزایش میزان دسترسی به خدمات تشخیصی و درمانی
 - کاهش میزان سزارین
 - افزایش رضایت مندی مراجعہ کنندگان
 - افزایش میزان تخت های مراقبت ویژه نسبت به کل تخت های بستری
- به منظور تشریح موضوع خدمات درمانی، برخی شاخص های مهم در عملکرد بیمارستانی مانند خدمات اورژانسی مورد توجه قرار گرفته است. این بخش نشان دهنده وضعیت مراجعات سرپایی خصوصاً جهت دریافت خدمات فوریتی است که در ذیل آمده است.

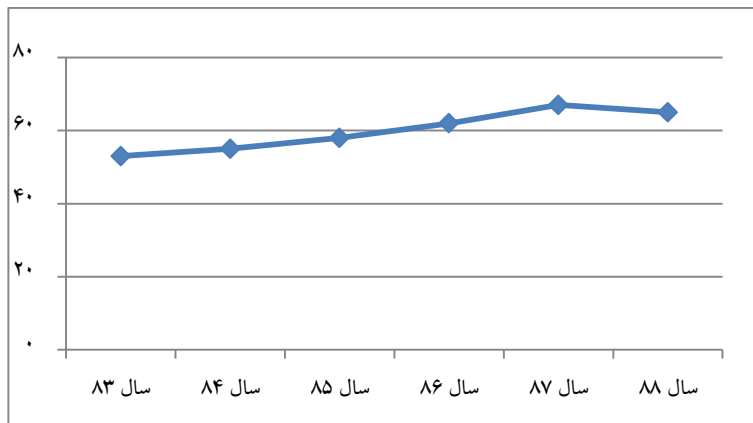
عنوان شاخص:

جدول شماره ۴-۱۰۵: درجه ارزشیابی بیمارستان ها و بخش های مراقبت ویژه کرمانشاه

عنوان	درجه یک عالی	درجه یک	درجه دو	درجه سه	درجه چهار
بیمارستان	۱	۳	۱۱	۷	۱
بخش ICU	-	۷	۱	-	-
بخش CCU	-	۳	۳	-	-
بخش PICU	-	۱	-	-	-
بخش NICU	-	۳	-	-	-
جمع کل	۱	۱۷	۱۵	۷	۱

همان گونه که در جدول شماره ۴-۱۰۴ آمده است، در بین بیمارستان های استان فقط یک بیمارستان از درجه یک عالی برخوردار بوده و اکثر بخش های ICU، CCU، PICU و NICU از درجه یک برخوردارند.

نمودار شماره ۴-۴۰: تغییرات ضریب اشتغال تخت بیمارستانی (سال ۸۳ لغایت ۸۸)



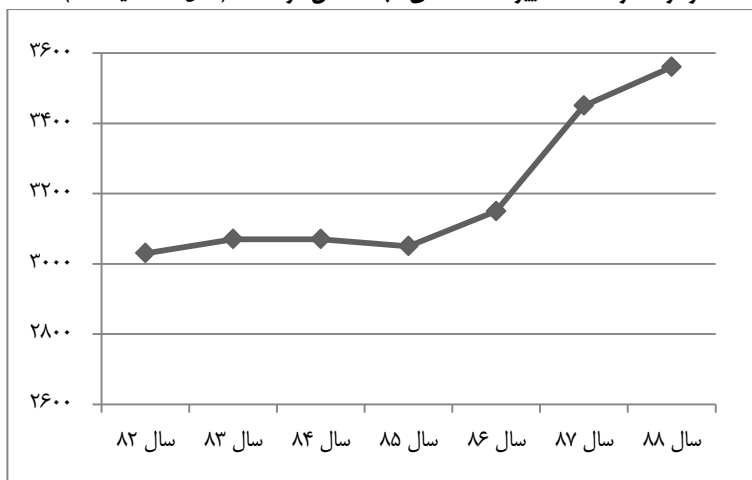
نمودار فوق نشان می‌دهد که میانگین درصد اشتغال تخت طی سال‌های ۸۳ تا ۸۸ تغییراتی در محدوده ۵۴ تا ۶۵٪ را نشان می‌دهد و از آنجا که گردش عملیات بیمارستانی از طریق شاخص‌های مهمی نظیر درصد اشتغال تخت، هزینه تخت/روز و ... مورد سنجش قرار می‌گیرد، این آمار حکایت از استفاده نسبتاً ناکارآمد از بخش‌های بیمارستانی داشته و ازدحام بیمار و مراجعه‌کنندگان و زمان انتظار برای دریافت خدمات آنان نیز چندان مطلوب نیست، لذا اصلاح در فرآیندهای مدیریتی و به خصوص اصلاح فرآیندهای خدمات بیمارستانی از مهمترین مسایلی است که بایستی در این زمینه مورد توجه قرار گیرد. به نظر می‌رسد که دلایل متعددی در عدم استفاده بهینه از منابع بیمارستانی مؤثر باشند نظیر:

- ۱- عدم توزیع مناسب تخت‌ها در بخش‌های مختلف تخصصی ارائه خدمات
- ۲- انحصاری شدن تخت‌های بیمارستانی توسط متخصصین
- ۳- ارجاع بیماران به بخش خصوصی
- ۴- باور خدمت‌گیرندگان به کیفیت در بخش خصوصی
- ۵- تمایل برخی از پزشکان به انجام اعمال جراحی در بخش خصوصی
- ۶- کمبود انگیزه پرسنل در ماه
- ۷- کمبود دسترسی به دلیل عدم استقرار مناسب برخی بیمارستان‌ها
- ۸- کمبود حضور پزشکان متخصص در بیمارستان‌های دولتی
- ۹- کیفیت پایین خدمات و ...

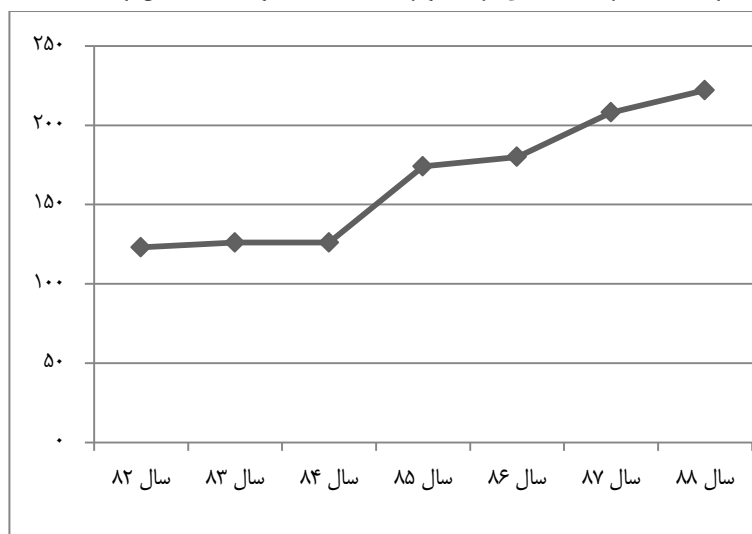
ضریب اشتغال تخت بیمارستان‌ها از شاخص مهم بهره‌وری در بیمارستان است. معمولاً بیمارستان‌های با ضریب اشتغال تخت بیمارستان، ضمن تحمل هزینه‌های ثابت بیمارستانی به ازاء تخت‌های موجود فعال خود در بازگشت سرمایه‌گذاری و هزینه‌های انجام شده کاهش نشان داده و در اداره امور بیمارستانی و ارائه خدمات کیفی ناتوان می-

گردند. لذا تدوین راهکارهای اساسی در این زمینه ضرورت دارد که در بخش استراتژی‌های انتخابی معاونت درمان دیده شده است.

نمودار شماره ۴-۴۱: تغییرات تخت‌های ثابت استان کرمانشاه (سال ۸۳ لغایت ۸۸)

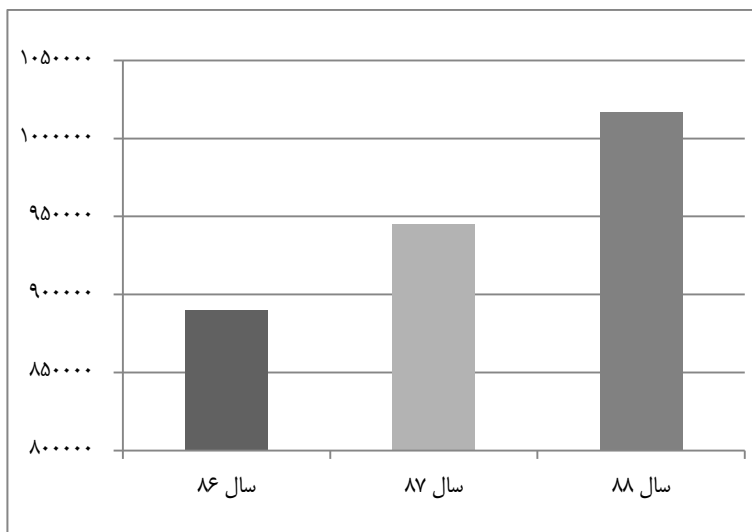


نمودار شماره ۴-۴۲: تغییرات تخت‌های مراقبت ویژه (NICU، ICU و CCU) استان از سال ۸۲ لغایت ۸۸



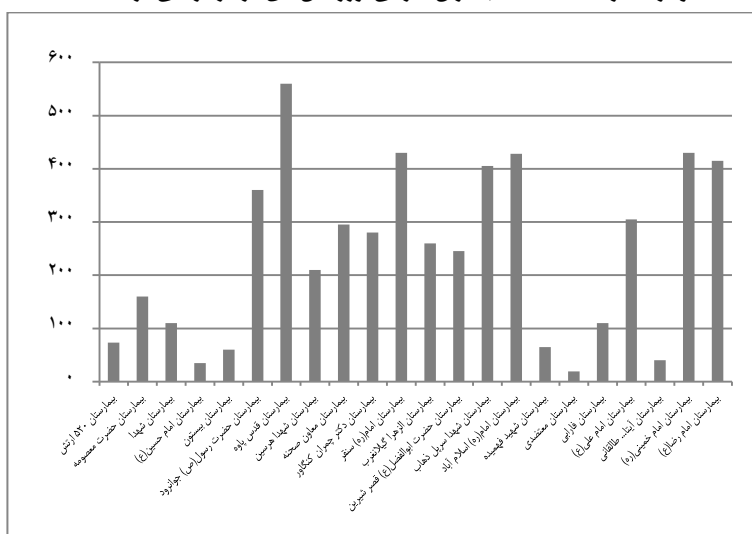
نمودارهای فوق نشان می‌دهند که میزان رشد نسبتاً مطلوبی متناسب با نیاز جامعه در تعداد تخت‌های ثابت و تخت‌های مراقبت ویژه در استان در سال ۱۳۸۳ تا کنون انجام شده است.

نمودار شماره ۴-۴۳: تعداد کل مراجعین به اورژانس‌های استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸



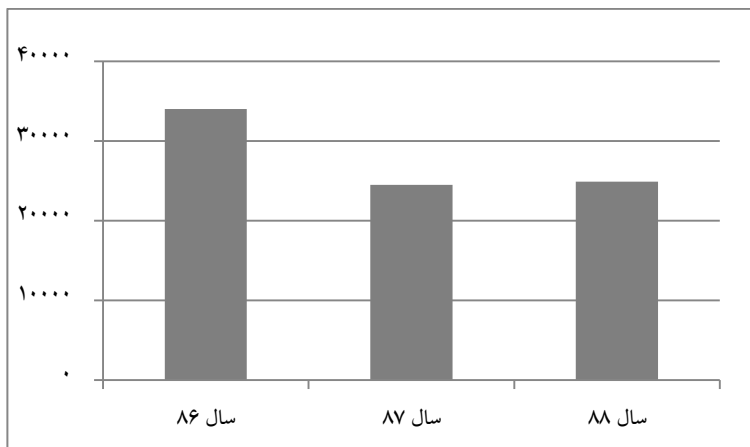
تعداد مراجعین به اورژانس در هر سیستم بهداشتی نشان‌دهنده گرایش بیماران به دریافت خدمات پزشکی به موقع، دسترسی مناسب‌تر به خدمات، توسعه فرهنگی جامعه در دریافت خدمات، حساسیت نسبت به مخاطرات سلامت، عملکرد مناسب خدمات پیش‌بیمارستانی، فوریت‌ها، ارجاع مناسب بیماران از طریق پزشکان خارج از بیمارستان، اعتماد جامعه به خدمات بیمارستانی، عملکرد مناسب بخش‌های اورژانس و استفاده بهتر از تخت‌های اورژانس و ... بوده، لذا نمودار فوق بیانگر ارتقاء خدمات اورژانس است؛ ضمن آنکه احداث مراکز در منطقه مناسب و قابل دسترس در مرکز استان نیز به این توسعه کمک نموده است.

نمودار شماره ۴-۴۴: تعداد بیماران اعزامی اورژانس‌های مراکز درمانی در سال ۱۳۸۸



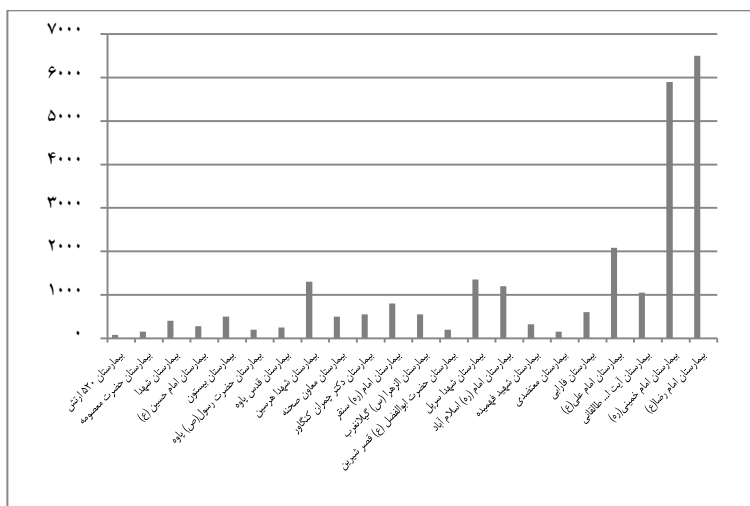
نمودار فوق بیانگر عدم توازن در اعزام بیماران از اورژانس مراکز درمانی است که یکی از علل آن می‌تواند عدم توازن در توانمندی و تجهیز اورژانس‌های بیمارستان‌های فوق‌الذکر باشد که این امر جای تعمق داشته و در صورت وجود چنین شرایطی راهکار مطلوب متناسب با نیاز جامعه در منطقه تحت پوشش مرکز درمانی را طلب می‌کند.

نمودار شماره ۴-۵: تعداد ترک با رضایت شخصی اورژانس‌های استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸



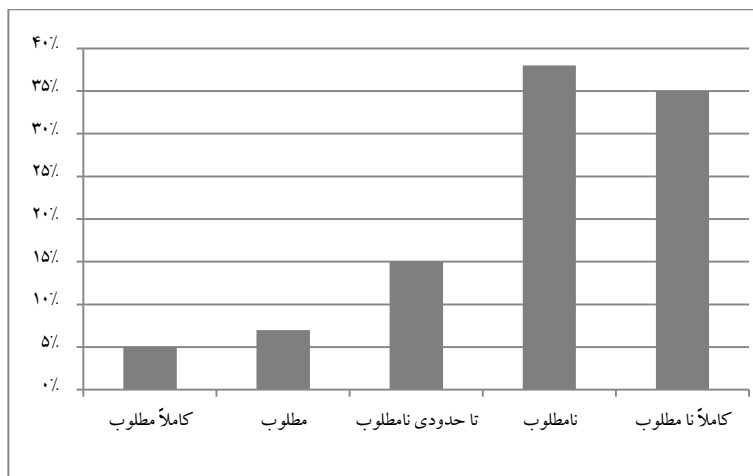
شاخص ترک بیمارستان با رضایت شخصی نیز بیانگر احساس عدم مطلوبیت خدمات از طرف گیرندگان خدمات را نشان می‌دهد و کاهش میزان ترک، بیانگر کارآیی بالاتر و تأمین بیشتر رضایت مشتری است. خوشبختانه در طی سه سال گذشته این میزان ترک با رضایت شخص، رو به کاهش گذاشته و فرآیند دریافت خدمات به دلیل کاهش ترک بیماران، از روند مناسب‌تری برخوردار گردیده است. در این شاخص عواملی نظیر نحوه برخورد کارکنان بیمارستان، مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات، توجه و همراهی با بیمار، تکریم مراجعین به بیمارستان، حضور پزشک، عدم ازدحام و فضای مناسب جهت استراحت بیمار بسیار حائز اهمیت است.

نمودار شماره ۴-۶: تعداد ترک با رضایت شخصی مراجعین اورژانس در سال ۱۳۸۸



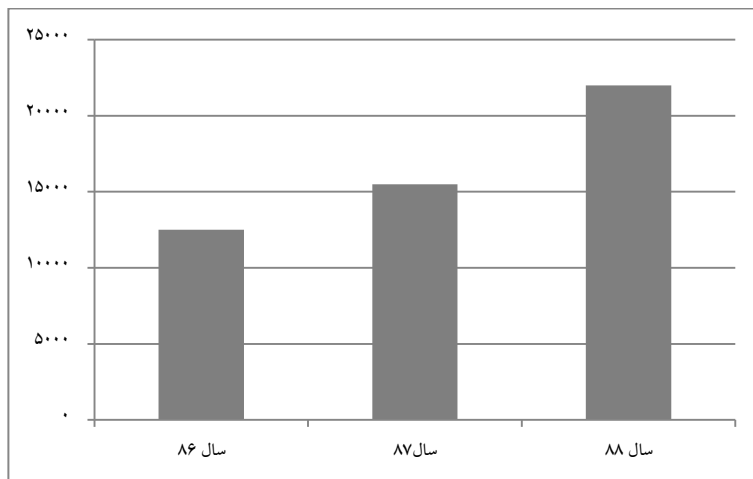
نمودار شماره ۴۷- میزان رضایتمندی مراجعین به اورژانس‌های استان کرمانشاه، حاصله از طریق

صندوق‌های تریاژ در سال ۸۸

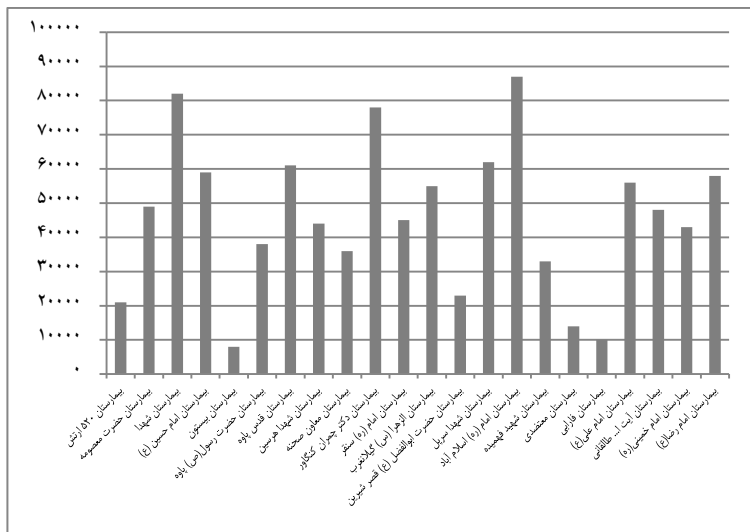


شاخص میزان رضایتمندی از خدمات، از شاخص‌های سنجش اثربخشی است. یکی از مهمترین بخش‌های بیمارستانی که امروزه بسیار مورد توجه است و اقدامات فوری برای بیماران در این بخش ساماندهی می‌شود، بخش اورژانس است. متأسفانه میزان رضایتمندی مراجعین به اورژانس‌های استان کرمانشاه طی مطالعه انجام شده از وضعیت نامطلوبی برخوردار است به طوری که فقط حدود ۱۲٪ از مراجعین ابراز رضایت مطلوب و کاملاً مطلوب از خدمات داشته‌اند و حدود ۷۰٪ از مراجعین ناراضی بوده‌اند. اگرچه ماهیت خدمات و فوریت ارائه خدمات و وضعیت بیمار در هنگام مراجعه به اورژانس نسبت به سایر بخش‌ها متفاوت است و تا حدی در نظرات آن‌ها تورش ایجاد می‌کند، اما به هر حال نشانگر بسیار مناسبی در جهت درک این موضوع است که اورژانس بیمارستانی در استان نیازمند تحول و تدوین راهکارهای اساسی در جهت ارتقاء است. (نمودار شماره ۴-۴۷)

نمودار شماره ۴۸- آمار بیماران تصادفی مراجعه کننده به مراکز درمانی در سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸



نمودار شماره ۴-۹: تعداد کل مراجعین اورژانس‌های بیمارستان‌های استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۸



جدول شماره ۴-۱۰۶: اهم شاخص‌های دفتر پرستاری

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
تعداد مرگ و میر اورژانس	تعداد مرگ‌های اتفاق افتاده در اورژانس به کل مراجعین	۷ هزارم درصد	*	*	*	*
نسبت CPRهای موفق به کل CPRها	نسبت احیاء موفق مرکز به کل CPRها	۳۵٪	*	*	*	*
زمان اولین ویزیت در اورژانس		فوری ۸/۱ دقیقه سریع ۲/۴ دقیقه سرپایی ۴/۲ دقیقه	*	*	کمتر از ۱ دقیقه	*
زمان ترخیص		فوری ۹۵ دقیقه سریع ۱۰۴ دقیقه سرپایی ۵۵ دقیقه	*	*	*	*
تعداد عفونت‌های بیمارستانی	درصد (بیمار به کل بیماران)	۵۴ صدم درصد	۵ تا ۱۰ درصد	۱ تا ۱/۵ درصد	۴ تا ۶ درصد	۵ تا ۱۰ درصد
تعداد رضایت شخصی‌های بیمارستان		۴۵/۲ درصد	*	*	کمتر از ۱ درصد	*
مدت زمان انجام آزمایشات فوری		۴۴ دقیقه	۲۰ دقیقه	۳۰ دقیقه	۲۰ دقیقه	حفظ شرایط
مدت زمان انجام سایر آزمایشات		۷۰ دقیقه	۶۰ دقیقه	۶۰ دقیقه	۶۰ دقیقه	حفظ شرایط
مدت زمان آماده‌سازی گرافی بیمار		فوری ۱۵ دقیقه سرپایی ۲۰ دقیقه	۱۰ دقیقه	۱۲ دقیقه	۱۰ دقیقه	حفظ شرایط
مدت زمان تهیه خون بیمار در اورژانس		*	۱۰ دقیقه داخل بیمارستان دقیقه خارج از بیمارستان	*	*	*
میزان ساعت بازآموزی کادر پرستاری	نفر ساعت آموزشی (تعداد نفرات ضربدر ساعات آموزشی)	نفر ۲۵۷۶۲ ساعت	نفر ۵۷۰۰۰ ساعت	نفر ۳۰۰۰۰ ساعت	نفر ۲۸۵۰۰۰ ساعت	نفر ۴۲۷۵۰۰۰ ساعت
میزان آموزش نیروهای تخصصی کادر پرستاری در بخش‌های ویژه	(تعداد نفرات ضربدر ساعات آموزشی)	نفر ۴۸۰۰ ساعت	نفر ۳۰۰۰۰ ساعت	نفر ۱۲۰۰۰ ساعت	نفر ۶۰۰۰۰ ساعت	نفر ۱۸۰۰۰۰ ساعت
اولین اقدام درمانی در اورژانس		فوری ۲/۲ دقیقه سریع ۱/۳ دقیقه سرپایی ۶ دقیقه	*	*	*	*
زمان گرفتن EKG در اورژانس		۹/۳ دقیقه	*	*	*	*

*تعریف نشده است.

○ واحد صدور پروانه‌ها

اهداف کلی واحد صدور پروانه‌ها:

- رضایتمندی مراجعین کسب مجوز مؤسسه پزشکی با صدور به موقع پروانه کسب و کار
- تسریع در روند صدور پروانه‌ها
- قانونمند نمودن مؤسسات پزشکی
- اشتغال‌زایی

اهداف اختصاصی واحد صدور پرونده:

- پوشش کلیه نقاط شهر توسط مؤسسات پزشکی.
- ایجاد رقابت توسط مؤسسات پزشکی جهت ارتقاء سطح کیفی خدمات ارائه شده به طوری که ۱۰۰٪ از مؤسسات پزشکی از شرایط استاندارد برخوردار شوند.
- تسریع در روند صدور مجوز.
- تهیه نرم‌افزار طراحی شده از زمان درخواست تا صدور مجوز جهت تسریع در کار.
- در اختیار گذاشتن کلمه عبور به مؤسساتی که قادر به صدور مجوز می‌شوند جهت تکمیل اطلاعات بعدی مؤسسه و اعلام گزارش عملکرد.

شاخص‌های واحد صدور پروانه‌ها:

جدول شماره ۴-۱۰۷: شاخص‌های واحد صدور پروانه

ردیف	عنوان شاخص	وضعیت موجود			پیش‌بینی	
		سال ۱۳۸۸	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۹۴	سال ۱۴۰۰	
۱	متوسط زمان اخذ مجوز جهت مؤسسات پزشکی بر اساس نوع مؤسسه	۹ تا ۲۴ ماه	۲ تا ۲۴ ماه	-----	-----	
۲	نسبت مؤسسات پزشکی که در محل مناسب احداث شده‌اند	متوسط	متوسط	خوب ^۱	عالی	
۳	نسبت مؤسسات پزشکی دارای مجوز	۱۰۰٪	حفظ شود	حفظ شود	حفظ شود ^۲	

○ واحد فن‌آوری اطلاعات سلامت

توسعه فن‌آوری اطلاعات در بیمارستان‌ها در دهه اخیر در کشور بسیار مورد توجه قرار گرفته و بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه نیز به طور نسبی در این عرصه دست به اقداماتی زده‌اند که ظاهراً توفیق چندانی در بر نداشته است و آثار آن نیز در ارائه خدمات بررسی نگردیده است. گاهی این اقدامات متوقف شد و یا به کندی بسیار پیش رفته و مورد کم‌توجهی قرار گرفته است. در مطالعه‌ای به منظور بررسی وضعیت بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه از نظر توسعه فن‌آوری اطلاعات و فاکتورهای بستر ساز در استقرار IT صورت گرفت، نتایج این گونه حاصل شد که از مجموع تمام بیمارستان‌های واقع در استان، تنها ۲ بیمارستان با حدود ۱۰۰ تخت فعال با حدود ۷۰٪

^۱- در صورت احداث شهرک سلامت

^۲- به غیر از موارد خلاف ساخت و فروش عینک طبی توسط شهرداری پروانه صادر نمی‌شود.

اشغال تخت از وضعیت نسبتاً مطلوب‌تری از نظر فاکتورهای زمینه‌ساز استقرار سیستم‌های IT برخوردار بودند که هر دوی این بیمارستان‌ها تخصصی بودند. همچنین در کلیه بیمارستان‌ها کارکنان در زمینه MIS و سایر سیستم‌های فن‌آوری اطلاعات آموزشی دریافت نکرده بودند و در ۲ بیمارستان که سیستم HIS به کار گرفته شده بود کارکنان برخی از آموزش‌های لازم را دیده بودند. لازم به ذکر است که هیچ یک از بیمارستان‌ها از سیستم اطلاعات جامعی برخوردار نبودند. کلیه بیمارستان‌ها فاقد سیستم Paper Less بودند و آموزش کافی در این زمینه نداشتند. در نهایت محققین نتیجه گرفتند که وضع نامطلوب فن‌آوری اطلاعات در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی حکایت از بی‌نظمی و عدم آشنایی و توجه به سیستم‌های اطلاعات، پراکنده کاری در مکانیزه کردن سیستم ارائه خدمات دارد. [۲۶]

استقرار سیستم IT مطلوب در مراکز از جمله بیمارستان‌ها، نیازمند همکاری جدی کارکنان بخش‌های مختلف است. لذا توجه به کارکنان، خصوصاً مشاغلی که بیشترین تعداد نیروی انسانی را به خود اختصاص می‌دهند و در سیستم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بیشترین داده‌ها را تولید می‌کنند، از ضرورت بسیار بالایی برخوردارند. به طور مثال در بیمارستان‌ها پرستاران نقش اساسی در ارائه خدمات و نیز تولید داده‌ها دارند.

از آنجا که خدمات پرستاری به عنوان بنیادی‌ترین خدمات بیمارستانی بخش عمده‌ای از خدمات درمانی را در برمی‌گیرد و نقش اطلاعات دقیق، به موقع و مدیریت شده در کیفیت و توسعه خدمات پرستاری انکارناپذیر است و همچنین توسعه فن‌آوری اطلاعات موجب تحول اساسی و ارتقاء خدمات این بخش گردیده است، توجه ویژه به پرستاران و نگرش آن‌ها نسبت به استقرار مدیریت سیستم اطلاعات در بیمارستان بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

در مطالعه‌ای که به منظور بررسی دیدگاه پرستاران در خصوص استقرار مدیریت و فن‌آوری اطلاعات در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۸۴ انجام دادند، نتایج نشان داد که در بعد مدیریت ۶۸/۵٪ از افراد مورد مطالعه عدم آگاهی مدیران در مورد سیستم و پیشرفت‌های آن و همچنین ضعف در عملکرد مدیریت در پویایی سازمان جهت استقرار در سیستم‌های اطلاعات را منفی توسعه IT می‌دانند و ۳۹/۳٪ عدم آموزش کارکنان، نداشتن انگیزه و مقاومت در مقابل تغییر را مانع استقرار IT ذکر کرده‌اند و ۵۶٪ از آنان عدم مدیریت صحیح تکنولوژی (از نظر محدودیت، تغییر، هزینه و کمبود منابع مالی) را مانع اصلی تقلی نمودند و ۲۶٪ نقصان در مدیریت صحیح عرضه‌کنندگان را عامل مهم برشمردند. بنابراین سیستم‌های IT بیمارستان‌ها در زمینه تصمیم‌گیری بهینه، کاهش انحرافات، ارتقاء کیفیت خدمات و رضایت مشتریان می‌تواند تأثیر مطلوب داشته باشند. [۲۷]

نگاهی به شرح وظایف واحد فن‌آوری اطلاعات سلامت:

- نظارت بر حسن اجرای فعالیت‌های مربوط به اداره مدارک پزشکی و ارائه راهکارهای مناسب.
- نیازسنجی و هماهنگی برنامه‌های آموزشی جهت ارتقاء سطح علمی رؤسا و کارکنان اداره مدارک پزشکی.
- تهیه و تنظیم بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به اداره مدارک پزشکی و ارائه به واحدهای ستادی و اجرایی به منظور حسن اجرای موارد مذکور.

- ارائه نظرات کارشناسی و برآورد نیروی انسانی موردنیاز اداره مدارک پزشکی واحدهای تابعه و معرفی فارغ التحصیلان رشته مدارک پزشکی جهت انجام طرح لایحه نیروی انسانی.
- ارائه نقطه نظرات کارشناسی در خصوص اصلاح مشکلات و نواقص موجود در زیرسیستم‌های مربوط به اداره مدارک پزشکی در برنامه نرم‌افزاری بیمارستانی.
- ارائه نظرات کارشناسی در خصوص مکانیزه نمودن سیستم‌های اطلاعاتی پزشکی به منظور ایجاد سرعت در انجام امور و کاستن مداخلات احتمالی.
- کسب آخرین دستاوردها و پیشرفت‌های علمی و تخصصی در خصوص اداره مدارک پزشکی از طریق ارتباط با مراکز دانشگاهی و انجمن علمی مدارک پزشکی و عملیاتی نمودن آن در مراکز درمانی.
- پاسخ به مکاتبات مرتبط.
- ارزشیابی سالیانه بخش مدارک پزشکی مراکز و بیمارستان‌ها.
- بررسی، جمع‌بندی، تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری.

اهداف کلی واحدفن‌آوری اطلاعات سلامت:

- ارتقاء کیفیت بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های تابعه
- ارتقاء سیستم اطلاع‌رسانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی
- ارتقاء دانش توانمندی و مهارت کلیه کارکنان بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های تابعه

اهداف اختصاصی واحدفن‌آوری اطلاعات سلامت:

- ۱- ارتقاء کیفیت مستندات پرونده‌های پزشکی در سطح استاندارد در ۵۰٪ از بیمارستان‌های استان تا سال ۱۳۹۳ در کلیه بیمارستان‌ها
- ۲- ایجاد سیستم شماره‌گذاری واحد در ۵۰٪ از بیمارستان‌های استان تا سال ۱۳۹۳
- ۳- ایجاد سیستم هماهنگ‌سازی بازایی اطلاعات پزشکی در ۷۰٪ از بیمارستان‌ها تا سال ۱۳۹۳
- ۴- استانداردسازی ارزیابی نظارت بر بخش مدارک پزشکی تا سال ۱۳۹۰
- ۵- ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بخش پذیرش مدارک پزشکی بیمارستان‌ها از طریق آموزش نحوه پذیرش تا پایان سال ۱۳۹۰
- ۶- ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌ها از طریق آموزش کدگذاری تشخیص‌ها و اعمال و اقدامات درمانی بر اساس کتاب بین‌المللی ICD-10 تا پایان سال ۱۳۹۰
- ۷- ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌ها در خصوص جنبه‌های قانونی مدارک پزشکی تا پایان سال ۱۳۹۱
- ۸- ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌ها در خصوص آمار و نرم‌افزارهای آماری موجود تا پایان سال ۱۳۹۱

۹- ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌ها در خصوص اصول بایگانی و سیستم‌های شماره‌دهی تا پایان سال ۱۳۹۲

۱۰- ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌ها در خصوص اصطلاحات پزشکی و اختصارات تا پایان سال ۱۳۹۲

۱۱- ایجاد سیستم مکانیزه جمع‌بندی و تعادل اطلاعات آماری تا پایان سال ۱۳۹۰

۱۲- ایجاد بانک اطلاعات پزشکان با همکاری سایر سازمان‌ها و معاونت‌های مرتبط تا پایان سال ۱۳۹۳

راهکارهای پیشبرد برنامه واحد آمار و مدارک پزشکی:

۱- تشکیل شورای مرکزی مدارک پزشکی در سطح دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تا پایان سال ۱۳۸۹

۲- تشکیل کمیته‌ای جهت بررسی مستندات پرونده‌های بستری بیمارستان‌ها و ارتقاء آن در سطح دانشگاه علوم پزشکی تا پایان سال ۱۳۸۹

۳- نظارت بر کمیته‌های مدارک پزشکی بیمارستان‌ها توسط شورای مرکزی مدارک پزشکی و هدایت و پشتیبانی از تصمیمات کمیته‌ها از ابتدای سال ۱۳۹۰

۴- بررسی فرم‌های اصلی مدارک پزشکی توسط کمیته بررسی مستندات و مشخص کردن نقاط ضعف و قوت آن‌ها تا پایان سال ۱۳۹۰

۵- تعیین استانداردهای تکمیل هر فرم مدارک پزشکی به صورت مجزا تا پایان سال ۱۳۹۰

۶- تهیه دستورالعمل نحوه ارزیابی فرم‌های مدارک پزشکی تا پایان سال ۱۳۹۰

۷- بررسی مستندات پروانه‌های هر بیمارستان طی برنامه زمانبندی شده بر اساس دستورالعمل ارزیابی و استانداردهای تهیه شده

۸- ابلاغ راهکارهای کمیته بررسی مستندات برای هر بیمارستان از طریق شورای مرکزی مدارک پزشکی و حمایت از اجرای آن

۹- ارتقاء و ارزیابی مستمر وضعیت کیفی مستندات پرونده‌های بستری بیمارستان‌ها

۱۰- بررسی سیستم شماره‌دهی بیمارستان‌های تابعه و مشخص نمودن وضعیت آن‌ها تا پایان سال ۱۳۸۹

۱۱- ایجاد سیستم شماره‌دهی واحد با حمایت شورای مرکزی مدارک پزشکی در ۵۰٪ بیمارستان‌ها تا پایان سال ۱۳۹۳ و در ۱۰۰٪ آن‌ها تا پایان سال ۱۳۹۹

۱۲- بررسی وضعیت بازایی اطلاعات پرونده بستری در بیمارستان‌ها تا پایان سال ۱۳۸۹

۱۳- ایجاد روش بازایی مناسب اطلاعات پرونده بستری در بیمارستان در ۷۰٪ از بیمارستان‌ها تا پایان سال ۱۳۹۳ و در ۱۰۰٪ بیمارستان‌ها تا پایان سال ۱۳۹۹

۱۴- تهیه چک لیست استاندارد نظارت بر بخش مدارک پزشکی و دستورالعمل نحوه ارزیابی تا پایان سال ۱۳۹۰

۱۵- تهیه مطالب و جزوات آموزشی و برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی نحوه پذیرش، کدگذاری بر اساس ICD-10، جنبه‌های قانونی مدارک پزشکی، آمار و نرم‌افزارهای موجود آماری، اصول بایگانی و سیستم‌های

شماره‌دهی اصطلاحات پزشکی و اختصارات جهت ۶۰٪ از کارکنان تا پایان سال ۱۳۹۳ و ۱۰۰٪ کارکنان تا پایان سال ۱۳۹۹

- ۱۶- بررسی نرم‌افزارهای فرم‌های آماری موجود و پیگیری تهیه کارآترین نرم‌افزار تا پایان سال ۱۳۸۹
- ۱۷- ایجاد سیستم شبکه‌ای اینترنت در بخش مدارک پزشکی کلیه بیمارستان‌های دانشگاهی و تعامل جهت ایجاد این سیستم در مراکز غیردانشگاهی تا پایان سال ۱۳۹۰
- ۱۸- تعامل با سازمان‌های مرتبط از جمله سازمان نظام پزشکی و پزشکی قانونی و معاونت بهداشتی، دانشجویی، آموزشی، پژوهشی و دارو و غذا در جهت ایجاد بانک اطلاعات پزشکان و جلب همکاری آنان تا پایان سال ۱۳۸۹
- ۱۹- طراحی و برنامه‌ریزی چگونگی تهیه بانک اطلاعات پزشکان با همکاری سازمان‌ها و معاونت‌های مرتبط تا پایان سال ۱۳۹۰

۲۰- ایجاد بانک اطلاعات پزشکان تا پایان سال ۱۳۹۳

در ذیل به برخی طرح‌های واحد آمار و مدارک پزشکی اشاره می‌گردد:

* عنوان طرح اول: تشکیل شورای مرکزی مدارک پزشکی

تشریح طرح:

ایجاد شورایی در حوزه ریاست دانشگاه به نام شورای مرکزی مدارک پزشکی که زیر نظر ریاست دانشگاه و با سیاست‌های شورای عالی مدارک پزشکی در وزارتخانه فعالیت می‌نماید. این شورا وظیفه دارد که مشکلات مدارک پزشکی استان را بررسی و تا حد امکان رفع نماید. همچنین کمیته مدارک پزشکی بیمارستان‌ها تحت نظارت این شورا فعالیت می‌نماید و نتایج این کمیته‌ها در شورا بررسی و پشتیبانی می‌گردد.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

ایجاد مرجعی جهت بررسی کیفی مستندات پرونده با قدرت اجرایی جهت رفع نقایص بهبود کیفیت بخش مدارک پزشکی، ایجاد منبع قوی از مستندات پرونده جهت تحقیقات و آموزش و ادامه معالجات بیمار، کاهش کسورات بیمه، افزایش رضایتمندی کارکنان و ارباب رجوع.

سهم و نقش سازمان‌ها در اجرای طرح مذکور:

سازمان پزشکی قانونی در مسائل قانونی و حقوقی پرونده‌ها دخیل بوده و می‌تواند با ارتباط و تعامل با این سازمان مشکلاتی که در این زمینه وجود دارد را حل نماید. سازمان نظام پزشکی در راستای مسائل قانونی با پزشکان و پیراپزشکان در زمینه مندرجات پرونده‌های پزشکی نقش مهمی ایفا خواهد نمود.

دانشگاه علوم پزشکی در تشکیل شورای مرکزی مدارک پزشکی نقش اصلی را دارد و با ایجاد این شورا می‌تواند اهرم اجرایی قوی در جهت رفع مشکلات بخش مدارک پزشکی ایجاد نماید. دانشکده پزشکی و پیراپزشکی نیز با آموزش به دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها و پیراپزشکان مرتبط، در مستندات پرونده می‌توانند نقش مهمی ایفا

نمایند. این طرح پیشنهادی می‌تواند زمینه مساعدی جهت حل بسیاری از مشکلات قانونی در حوزه سلامت را مرتفع نماید.

* عنوان طرح دوم: ایجاد سیستم مکانیزه جمع‌آوری، تجزیه تحلیل و انتقال اطلاعات آماری

تشریح طرح:

ایجاد سیستم مکانیزه‌ای که به صورت شبکه‌ای داخلی (اینترانت) با کلیه بیمارستان‌ها مرتبط می‌باشد و اطلاعات به طور مرتب بین واحد آمار معاونت و واحدهای آمار بیمارستان‌ها در حال تبادل و رد و بدل باشد. جمع‌بندی و تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز از طریق نرم‌افزار این برنامه ایجاد می‌شود تا در کوتاه‌ترین زمان ممکن اطلاعات مورد نیاز در دسترس قرار گیرد.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

با استفاده از این برنامه، انتقال اطلاعات در کوتاه‌ترین زمان ممکن انجام شده، حجم مکاتبات اداری کم، هزینه‌ها کاهش می‌یابد و رضایت‌مندی کارکنان و سازمان‌های نیازمند به این اطلاعات افزایش می‌یابد. از دوباره‌کاری و موازیکاری پرهیز و منجر به صرفه‌جویی در وقت می‌گردد. افزایش کیفیت اطلاعات و استفاده بهینه از آمار و اطلاعات صحیح نیز از مزایای دیگر این طرح است.

سهم و نقش سازمان‌های همکار در اجرای طرح مذکور:

دانشگاه با پشتیبانی و حمایت از این طرح منجر به ارتقاء وضعیت اطلاع‌رسانی می‌گردد و بسیاری از مشکلات ناشی از کمبود اطلاعات این واحد مرتفع می‌گردد.

سازمان‌هایی که به هر شکلی نیازمند اطلاعات آماری این حوزه هستند با استفاده از این طرح از مزایای استفاده از اطلاعات صحیح و به موقع بهره‌مند خواهند شد. از سازمان‌هایی که می‌توانند در این طرح مشارکت نمایند، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی و ستاد بحران استان است.

* عنوان طرح سوم: ایجاد بانک اطلاعات پزشکان

تشریح طرح:

ایجاد بانک الکترونیک که نام و نام خانوادگی، شماره نظام پزشکی، نوع تخصص پزشک، محل کار و سایر مشخصات مورد نیاز پزشکان عمومی، متخصصین، داروسازان و دندانپزشکان در آن وارد و به روز می‌گردد. بانک اطلاعات پزشکان، دسترسی به پزشکان مورد نیاز در مواقع لزوم و نیز توزیع آن‌ها در سطح بیمارستان‌ها و همچنین برنامه‌ریزی جهت آموزش‌های دوره‌ای، مداوم و مشارکت دادن آن‌ها بنا به نیاز در تصمیم‌گیری و نظارت بر نحوه ارائه خدمات پزشکی بسیار حائز اهمیت و کمک‌کننده است.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

ایجاد منبعی به روز از تغییرات و جابجایی پزشکان، کاهش حجم مکاتبات اداری، انتقال اطلاعات در کوتاه‌ترین زمان ممکن، کاهش هزینه‌ها، افزایش کیفیت اطلاعات و استفاده از آمار صحیح.

سهم و نقش سازمان‌های همکار در اجرای طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی مجری طرح بوده و این مهم را با همکاری سازمان‌های نظام پزشکی، بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، مراکز درمانی نیروهای مسلح و دیگر سازمان‌های مرتبط انجام می‌دهد. با همکاری و تعامل با سازمان نظام پزشکی می‌توان اطلاعات پزشکان را جمع‌آوری کرد؛ چرا که با توجه به اینکه پزشکان همه دارای شماره نظام پزشکی می‌باشند، اطلاعات آن‌ها در این سازمان موجود می‌باشد.

دستیابی به اطلاعات آماری صحیح و به روز پزشکان در محاسبات آماری، تجزیه و تحلیل‌های مرتبط برای تمامی معاونت‌های دانشگاه حیاتی است. حوزه ریاست دانشگاه نیز جهت بسیاری از تصمیم‌گیری‌های خود نیازمند اطلاعات پزشکان است. با پشتیبانی از این طرح بسیاری از مشکلات در این زمینه مرتفع می‌گردد. معاونت‌های بهداشتی، آموزشی، دارو و غذا نیز همکاری لازم را با معاونت درمان می‌نمایند.

برخی شاخص‌های مهم واحد مدارک پزشکی و پیش‌بینی‌های آتی:

جدول شماره ۴-۱۰۸: شاخص مهم واحد مدارک پزشکی

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
اندکس تخت فعال به ۱۰۰۰ نفر جمعیت	$1000 * \frac{\text{تعداد تخت فعال}}{\text{جمعیت منطقه}}$	۱/۳	۱/۵	۱/۳۲	۱/۳۸	۱/۵
ضریب اشغال تخت فعال	$100 * \frac{\text{تخت روز اشغالی}}{\text{متوسط تخت فعال}}$	۶۳/۶۴٪	۸۰٪	۶۴٪	۶۸٪	۷۰٪
متوسط اقامت بیمار	$\frac{\text{تخت روز اشغالی}}{\text{تعداد مرخص شده + تعداد فوت شده}}$	۲/۶۶	۲/۵-۳	۲/۶۲	۲/۵۷	۲/۵
نسبت تخت ویژه به کل تخت‌های فعال	$\frac{\text{تعداد تخت‌های ویژه}}{\text{کل تخت‌های فعال}}$	۸/۹٪	۱۵٪	۹٪	۱۲٪	۱۴٪
نسبت پزشک متخصص به ازاء هر ۱۰ هزار نفر جمعیت	$10000 * \frac{\text{تعداد پزشکان متخصص}}{\text{جمعیت منطقه}}$	۲/۳	۲/۵	۲/۳۵	۲/۴	۲/۵
درصد مرگ و میر بیمارستانی به کل مراجعین	$1000 * \frac{\text{تعداد مرگ بیمارستانی}}{\text{کل مراجعین به بیمارستان}}$	۰/۱۶	-----	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۱۵
درصد مرگ و میر بیمارستانی به کل بستری‌شدگان	$1000 * \frac{\text{تعداد مرگ بیمارستانی}}{\text{کل مرگ‌های بیمارستانی}}$	۱/۵۳	-----	۱/۰۱	۱	۱
نسبت بیمار به دستگاه همودیالیز	$\frac{\text{تعداد بیماران}}{\text{تعداد دستگاه همودیالیز}}$	۵/۱۴	۴	۴/۶	۴/۲	۴

جدول شماره ۴-۱۰۹: شاخص های مهم مدارک پزشکی

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یکساله	هدف ۵ ساله	هدف ۴-۱۴ ساله
ارتقاء کیفیت مستندات پرونده- های پزشکی بیمارستان ها	تعداد بیمارستان هایی که پرونده های دارای کیفیت در حد استاندارد دارند کل بیمارستان ها	در حال حاضر نمی توان بیمارستانی را مشخص کرد که از هر نظر کیفیت مستنداتش در حد استاندارد باشد.	مستندات پرونده- های بیمارستان- های تابعه در حد استاندارد باشد.	زمینه سازی و جلب مشارکت و حمایت مسئولین در جهت تشکیل شورای مرکزی مدارک پزشکی	تشکیل شورای مرکزی مدارک پزشکی و ارتقاء کیفیت مستندات پرونده های پزشکی در ۴۰٪ از بیمارستان ها	ارتقاء کیفیت مستندات در ۷۰٪ از بیمارستان ها
استقرار و ارتقاء سیستم شماره- گذاری واحد در بیمارستان ها	تعداد بیمارستان های دارای سیستم شماره گذاری واحد کل بیمارستان ها	۲۰٪ از بیمارستان ها در حال حاضر دارای سیستم شماره گذاری واحد هستند.	کلیه بیمارستان ها دارای سیستم شماره گذاری واحد باشند.		ایجاد سیستم شماره- گذاری واحد در ۴۰٪ از بیمارستان ها	ایجاد سیستم شماره گذاری واحد در ۸۰٪ بیمارستان ها
استقرار سیستم مکانیزه جمع بندی و تبادل اطلاعات آماری	وجود ندارد	وجود ندارد	ایجاد سیستم مکانیزه جمع- بندی و تبادل اطلاعات آماری	ایجاد سیستم مکانیزه جمع آوری و تبادل اطلاعات آماری در معاونت	ارتقاء این سیستم و ایجاد شبکه داخلی برای اتصال به مراکز مرتبط در سطح بیمارستان ها	ارتقاء بیشتر این سیستم
ایجاد بانک اطلاعات پزشکان	وجود ندارد	وجود ندارد	ایجاد بانک اطلاعات پزشکان	رایزنی و تبادل با سازمان های مرتبط و معاونت ها در جهت ایجاد این بانک و جمع آوری اطلاعات پایه	ایجاد بانک اطلاعات پزشکان	ارتقاء بانک اطلاعات پزشکان
ارتقاء آگاهی و توانمندی کارکنان بخش مدارک پزشکی	تعداد کارکنان آموزش دیده در زمینه های مختلف مدارک پزشکی کل کارکنان	۲۰٪ از کارکنان در این خصوص آموزش دیده اند.	کلیه کارکنان در این خصوص آموزش ببینند.	۴۰٪ از کارکنان آموزش ببینند.	۶۰٪ از کارکنان آموزش ببینند.	۱۰۰٪ از کارکنان آموزش ببینند.

○ واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد

واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد به شکل منسجم از سال ۱۳۸۴ در حوزه معاونت درمان شکل گرفت.

شرح وظایف واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد:

- نظارت بر نحوه درمان سوء مصرف مواد.
- راه اندازی مراکز درمان سوء مصرف مواد.
- آموزش پزشکان، روان شناسان برای فعالیت در این مرکز.
- برخورد قانونی با افراد متخلف و تشویق مراکز قانونمند و کارکنان درستکار.
- ارتباط با تمامی دانشگاه ها و وزارتخانه برای تبادل اطلاعات.
- ارائه خدمت به بیماران در راستای درمان به تناسب توانایی مالی بیماران.
- ارائه خدمات روانشناسی به بیماران.

هدف اصلی واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد:

- مراقبت و درمان سم زدایی بیماران سوء مصرف کننده مواد و مشاوره روانشناختی.
- مراقبت و درمان نگهدارنده بیماران سوء مصرف کننده مواد و مشاوره روانشناختی.

اهداف اختصاصی واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد:

- فراهم آوردن امکان دسترسی به خدمات درمان اعتیاد از طریق راه اندازی مراکز ترک MMT.
- دستیابی به پوشش درمان برای معتادان.
- دستیابی به پوشش درمان برای معتادان مبتلا به بیماری های عفونی منجمله HIV.
- دستیابی به پوشش درمان برای معتادان خیابانی رها شده و پرخطر خیابانی.
- دستیابی به پوشش درمان برای معتادان تزریقی و پرخطر و درمان جایگزین.
- دستیابی به پوشش درمان برای معتادان زندانی در داخل زندان.

برنامه های حائز اولویت واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد:

- هماهنگی بین سازمان های دانشگاه علوم پزشکی، بهزیستی، اداره زندان ها، نیروی انتظامی، سازمان فنی و حرفه ای و ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره کار و امور اجتماعی
- شناسایی معتادان
- فراهم آوردن زمینه اشتغال
- شناسایی خانواده های پرخطر
- آموزش و اطلاع رسانی به خانواده معتادان و پرسنل اداری درگیر موضوع
- مشاوره
- آزمایشات تشخیصی

چالش های واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد:

- حمایت های مالی ناکافی از طرف وزارتخانه و ستاد مبارزه با مواد مخدر
- بالا بودن آمار سوء مصرف کنندگان مواد
- تنوع مواد و روانگردان ها
- ناکافی بودن علم درمان اعتیاد
- ایجاد وابستگی بیماران به درمان داروی مخدر

دستاوردهای واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد:

- پرورش نیروهای متخصص
- انجام تحقیقات در واحد نظارت بر درمان سوء مصرف مواد
- جلب همکاری صمیمانه مسئولین دانشگاه و سازمان های درگیر
- واحد رسیدگی به شکایات

اهداف اصلی:

- تسریع در رسیدگی و پاسخگویی به شکایت

- ارتقاء روند کیفی و رسیدگی و پاسخگویی به شکایات

اهداف اختصاصی:

- راهاندازی سیستم پیام‌گیر واحد رسیدگی به شکایات معاونت درمان تا پایان سال ۱۳۸۹.
- تهیه و تنظیم منشور حقوق پزشک و نصب آن در مکان‌های مناسب از جمله مطب پزشکان و مراکز درمانی.
- نصب منشور حقوق بیماران در مراکز و بیمارستان‌ها و مؤسسات پزشکی.
- برگزاری جلسات با مسئولین رسیدگی به شکایات مراکز بیمارستان‌ها به منظور کارشناسی اولیه شکایات و ارسال شکایات به همراه مستندات به معاونت درمان.

شاخص‌های واحد رسیدگی به شکایات:

جدول شماره ۴-۱۱۰: شاخص‌های واحد رسیدگی به شکایات

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یکساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
وضعیت راهاندازی سیستم پیام‌گیر	وضعیت برنامه‌ریزی و ایجاد ساختار جهت راه-اندازی سیستم پیام‌گیر کلیه برنامه‌ریزی‌های ایجاد بسترهای لازم جهت راهاندازی سیستم	۳۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
وضعیت نصب منشور حقوق بیماران در مطب پزشکان	تعداد مطب‌های دارای منشور حقوق (نصب شده) تعداد کل مطب سطح شهر کرمانشاه	۲٪	۱۰۰٪	۴۰٪	۶۰٪	۱۰۰٪
وضعیت نصب منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	تعداد مراکز بیمارستان‌هایی که منشور حقوق بیماران را نصب کرده‌اند تعداد کل بیمارستان‌های سطح کرمانشاه	۷۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
وضعیت آموزش کارشناسان رسیدگی به شکایات نظارت بر درمان	تعداد کلاس‌های برگزار شده تعداد کلاس‌های مورد نیاز (۱۳ کلاس)	۰	۱۰۰٪	۸۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

واحد تعرفه و بیمه‌گیری

اهداف اصلی واحد تعرفه و بیمه‌گیری:

- بهبود و ارتقاء وضعیت مالی مراکز از طریق کاهش میزان کسورات و جذب به موقع مطالبات
- توانمندسازی کارشناسان بیمارستانی جهت کنترل و نظارت بر واحدهای درآمد مراکز و بیمارستان‌ها
- توانمندسازی مراکز به منظور جمع‌آوری و ارسال به موقع اسناد مالی به سازمان‌های بیمه‌گر

اهداف اختصاصی واحد تعرفه و بیمه‌گیری:

- به‌کارگیری نیروهای متخصص و متعهد در واحدهای درآمد مراکز
- تهیه و جمع‌آوری قوانین و مقررات بیمه‌ای در قالب کتاب و CD جهت بهره‌برداری واحدهای درآمد مراکز
- به‌کارگیری حداقل یک نفر به عنوان کارشناس امور تعرفه و بیمه‌گیری در واحد درآمد هر مرکز
- ارائه آموزش‌های مداوم و مستمر

- افزایش تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر به منظور رسیدگی به موقع اسناد مراکز توسط نماینده‌های مقیم بیمارستانی و مستقر در ستاد آن‌ها
- برگزاری جلسات مستمر و منظم با مسئولین واحدهای درآمد و کارشناسان بیمارستانی به منظور ارائه راه‌حل‌های ارسال به موقع اسناد
- ارتقاء راه‌اندازی سیستم HIS^۱

برخی شاخص‌های مهم واحد تعرفه و بیمه‌گیری:

جدول شماره ۴-۱۱۱: شاخص‌های مهم واحد تعرفه و بیمه‌گیری

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یکساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
وضعیت نیروهای متخصص موجود در واحدهای درآمد مرکز	$\frac{\text{تعداد کارشناسان شاغل}}{\text{تعداد پرسنل شاغل در واحد درآمد مراکز}}$	۶٪	۳۰٪	۱۰٪	۲۰٪	۳۰٪
وضعیت مراکز در به کارگیری کارشناس امور تعرفه و بیمه‌گری شاغل در واحد درآمد مراکز	$\frac{\text{تعداد کارشناسان امور بیمه و تعرفه‌گری شاغل در واحد درآمد مراکز}}{\text{تعداد واحدهای درآمد کل مراکز}}$	۳۰٪	۱۰۰٪	۷۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
وضعیت سیستم HIS مراکز دانشگاهی	$\frac{\text{تعداد مراکزی که HIS فعال دارند}}{\text{تعداد کل مراکز دانشگاهی}}$	۱۰/۸٪	۱۰۰٪	۳۰٪	۷۰٪	۱۰۰٪

○ دفتر مامایی

رسالت دفتر مامایی:

بررسی خدمات متصور شده برای ماما در هر یک از سطوح مختلف نظام سلامت در گستره بهداشت باروری و مشارکت در فراهم ساختن الزامات جهت محقق شدن انتظارات نظام سلامت از ماما

اهداف کلی دفتر مامایی:

- ارتقای سطح سلامت مادران
- ارتقای سطح سلامت نوزادان
- ارتقای کیفیت خدمات مامایی

اهداف اختصاصی دفتر مامایی:

- ۱- ارتقای سطح سلامت مادران با افزایش میزان ایمنی زایمان (طبیعی و سزارین) و پیشگیری از صدمات احتمالی در جهت تأمین بیشتر سلامتی مادر.
- ۲- شناسایی عوامل مؤثر بر مرگ و میر مادران و نوزادان در مراکز درمانی استان به منظور اتخاذ تدابیر پیشگیری کننده.
- ۳- افزایش پوشش نظارتی بر مراکز درمانی خصوصی و دولتی استان و دفاتر کار مامایی و مطب متخصصین زنان.

^۱ - Health Information System

- ۴- افزایش توان علمی پرسنل شاغل در مراکز با برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت.
- ۵- افزایش توان سیستم مدیریتی حاکم بر بلوک زایمان با استفاده از روش‌های ارتقای مستمر کیفیت.
- ۶- ساماندهی خدمات به مادران و نوزادان با اجرای طرح سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال در مراکز.
- ۷- تشکیل ستاد هدایت مادران جهت اطلاع‌رسانی، پیگیری و درمان مادران باردار پرخطر.
- ۸- افزایش میزان آگاهی مادران درخصوص مراقبت‌ها و خدمات درمانی دولتی و خصوصی جهت افزایش تعامل جامعه در رابطه با حفظ سلامتی خود.
- ۹- افزایش میزان آگاهی مادران درخصوص انتخاب روش زایمان ایمن در جهت کاهش میزان سزارین و افزایش زایمان فیزیولوژیک.
- ۱۰- افزایش حساسیت پرسنل درخصوص شناسایی، پیگیری و درمان مادران باردار پرخطر به منظور کاهش مرگ و میر مادران باردار.
- ۱۱- تقویت توان کارشناسی کارشناسان مسئول زایشگاه با برگزاری جلسات دوره‌ای مسئولین زایشگاه‌ها.
- ۱۲- افزایش میزان تعامل و حضور پزشکان با تخصص‌های مختلف در بیمارستان‌ها در راستای پیگیری مادران باردار پرخطر در جهت کاهش مرگ مادران باردار.
- ۱۳- ارتقای سطح سلامت نوزادان با افزایش سطح آگاهی پرسنل ذیربط شاغل در مراکز با اجرای کارگاه‌های آشنایی احیای نوزادان، تغذیه با شیر مادر و مشاوره شیردهی.
- ۱۴- اجرای برنامه نوزاد سالم در جهت ارتقای سلامت نوزادان.
- ۱۵- تأمین نیروی انسانی ماما در بیمارستان‌ها براساس استانداردهای پرسنلی موجود.
- ۱۶- ایجاد تسهیلات جهت اعزام مادران باردار پرخطر به تهران و تأمین داروها و تجهیزات مورد نیاز آنان.

راهکارهای پیشبرد برنامه در دفترمامایی:

- افزایش پوشش مراقبت‌های دوران بارداری.
- توسعه مشاوره‌های پیش از بارداری.
- توسعه شناسایی و پیگیری مادران باردار پرخطر.
- توسعه و بهبود نظام کشوری مراقبت مرگ مادری.
- بهبود برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران در جهت ارتقای سلامت مادران.
- افزایش میزان زایمان در بیمارستان (کاهش زایمان‌های غیربهداشتی در منزل).
- کاهش میزان سزارین با بررسی میزان و علل سزارین در مراکز دولتی و خصوصی استان و اعلام نتایج به مراکز ضمن تأکید مدیریت بر انجام سزارین بدون اندیکاسیون علمی.
- افزایش آگاهی مادران از طریق آموزش و تبلیغات و برگزاری همایش مادران باردار.

- بهبود عملکرد و مهارت کارکنان و نگهداری وضعیت موجود در زمینه خدمات پیش از بارداری، بارداری، حین و پس از زایمان.
- افزایش میزان زایمان فیزیولوژیک و راهاندازی بیمارستان‌های دوستدار مادر.
- افزایش آگاهی عمومی مادران از طریق آموزش زایمان فیزیولوژیک در کلاس‌های آمادگی دوران بارداری.
- ارتقای سطح خدمات ارائه شده به مادران و نوزادان با اجرای طرح سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال.
- کاهش میزان مرگ مادران باردار با حساس‌زایی پزشکان و پرسنل.
- کاهش میزان مادران باردار پرخطر با انجام مشاوره‌های پیش از بارداری.
- اصلاح چارت سازمانی نیروهای مامایی در ستاد و مراکز درمانی طبق استانداردهای موجود.
- پیگیری مستمر آمادگی پرسنل و تجهیزات در هر بازدید نظارتی کمی و کیفی مراکز.

استراتژی‌های انتخابی در دفتر مامایی:

- ترویج زایمان طبیعی
- ترویج تغذیه با شیر مادر
- توسعه و اجرای برنامه نوزاد سالم
- توسعه و اجرای برنامه نظام مراقبت مرگ پری‌ناتال
- توسعه و اجرای برنامه احیای نوزادان
- توسعه و اجرای طرح KMC^۱
- توسعه و اجرای طرح سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال
- ارتقای سطح آگاهی پرسنل
- تغییر نگرش و رفتار پرسنل
- ارتقای عملکرد کیفی پرسنل
- به روز نمودن اطلاعات پرسنل
- هماهنگ نمودن پرسنل با اطلاعات جدید
- ارتقای سطح آگاهی مادران
- ارتقاء نگرش و رفتار مادران

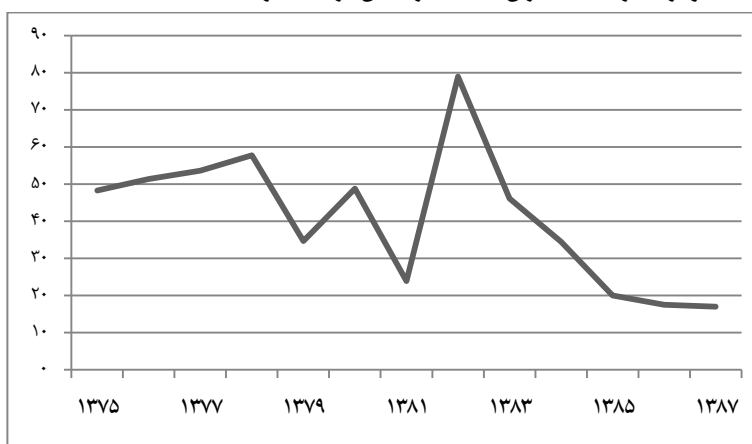
^۱ - Kangaroo Mother Care

دورنمای مورد انتظار در دفترمایی:

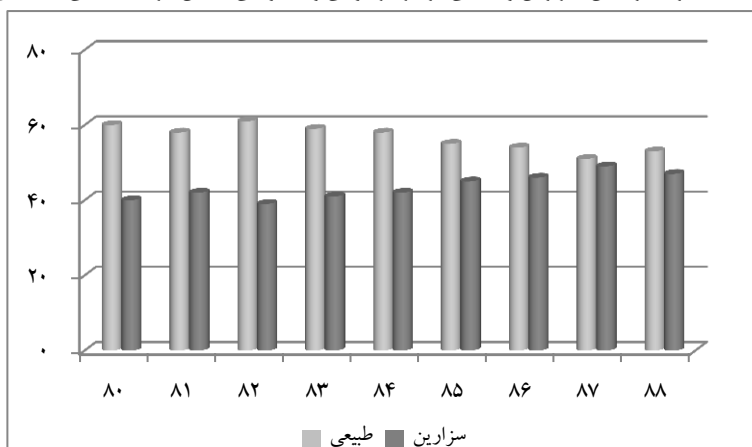
جدول شماره ۴-۱۱۲: درصد موارد انتظار سزارین طی ده سال آینده

سال	درصد مورد انتظار سزارین
۱۳۸۹	۴۲
۱۳۹۰	۳۷
۱۳۹۱	۳۲
۱۳۹۲	۳۷
۱۳۹۳	۲۲
۱۳۹۴	۱۷
۱۳۹۵	۱۵
۱۳۹۶	۱۵
۱۳۹۷	۱۵
۱۳۹۸	۱۵
۱۳۹۹	۱۵

نمودار شماره ۴-۵۰: میزان MMR در استان کرمانشاه از سال ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۸۷



نمودار شماره ۴-۵۱: درصد زایمان سزارین و طبیعی در مراکز دولتی و خصوصی استان کرمانشاه طی سال‌های ۸۸ - ۸۰



همان گونه که نمودار فوق نشان می‌دهد نسبت زایمان‌های سزارین به طبیعی طی سال‌های ۸۰ تا ۸۷ رو به رشد بوده و نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب است و ناشی از عوامل متعددی است که می‌بایستی به طور جدی نسبت به حل مسائل و افزایش آگاهی جامعه و مدیریت صحیح این بخش از خدمات، راهکارهای مناسب در ارتقاء وضعیت مطلوب زایمان اندیشید.

شاخص‌های دفتر مامایی معاونت درمان:

جدول شماره ۴-۱۱۳: شاخص‌های دفتر مامایی

ردیف	عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود (۸۹)	سال ۹۰	وضعیت مطلوب	هدف یکساله	هدف ۵ ساله	هدف ۱۴۰۴
۱	مرگ مادر باردار	میزان مرگ مادران در اثر بارداری و زایمان و عوارض آن‌ها در هر صد هزار تولد زنده	۱۷/۵ درصد هزار تولد زنده ^۱	۲۰ درصد هزار تولد زنده ^۲	۱۸-۲۲ درصد هزار تولد زنده	۱۸٪	۲۵٪	۱۸-۲۲ درصد هزار تولد زنده
۲	میزان سزارین	تعداد سزارین‌های انجام شده در کل زایمان‌ها ۱۰۰×	۴۶/۶۴	۴۶/۲۰	۱۰-۱۵ درصد زایمان‌ها	کاهش ۵٪	کاهش ۲۵٪	۱۰-۱۵٪ زایمان‌ها
۳	میزان ای‌زیاتومی	تعداد موارد ای‌زیاتومی در زایمان‌های شکم اول	۷۰٪	۷۰٪	۳۰٪	کاهش ۵ درصدی نسبت به سال قبل	کاهش ۲۵٪	۳۰٪
۴	میزان زایمان فیزیولوژیک	میزان زایمان‌های فیزیولوژیک نسبت به کل زایمان‌های طبیعی	۵٪	۵٪	۷۰٪	افزایش ۵ درصدی نسبت به سال گذشته	۵۰٪	۷۰٪ زایمان‌های طبیعی
۵	راه‌اندازی بیمارستان دوستدار مادر	بیمارستان‌های دوستدار مادر نسبت به کل مراکز دارای زایشگاه	۱ به ۱۵	۱ به ۱۵	۱۵ به ۱۵	۴ به ۱۵	۱۵ به ۱۵	۱۵ به ۱۵

- اجرای برنامه مراقبت از نوزاد سالم که هم اکنون در یک بیمارستان به صورت پایلوت اجرا می‌گردد.
- اجرای برنامه احیای نوزادان که به صورت آموزش‌های آبخاری در حال اجرا می‌باشد و تا پایان سال ۹۰ به صورت صددرصدی انجام می‌شود.
- اجرای طرح سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال که باید تا پایان سال ۹۰ کلیه مراکز طبق استانداردهای تدوین شده خدمات آن‌ها سطح‌بندی گردد.

^۱- بر اساس آمار سال ۸۷

^۲- بر اساس آمار سال ۸۹

○ واحد پیوند و بیماری‌های خاص:

طرح‌های پیشنهادی واحد پیوند و بیماری‌های خاص:

* عنوان طرح اول: سرشماری دقیق و جامع بیماران مبتلا به اختلالات خونریزی‌دهنده

شرح تفصیلی طرح:

در حال حاضر آمار دقیق از بیماران مبتلا به اختلالات خونریزی‌دهنده (هموفیلی) در دسترس نیست. این یک مشکل جهانی است به طوری که شعار فدراسیون هموفیلی جهانی نیز می‌باشد. در این طرح که با هماهنگی بانک خون، مرکز جامع هموفیلی ایران واقع در تهران و دانشگاه‌های سراسر کشور انجام می‌شود، بیماران مبتلا به ترتیب معاینه، اطلاعات آن‌ها جمع‌آوری و جهت انجام آزمایش، طبق پروتکل به مراکز آزمایشگاهی جامع و سایر مراکز معتبر و مشخص شده، از جمله بانک خون ارجاع داده می‌شوند.

سهم سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی در ارزیابی، غربالگری، معرفی به بانک خون استان و وارد نمودن اطلاعات در نرم‌افزار مربوطه فعالیت نموده و عضو فعال این طرح می‌باشد. علاوه بر دانشگاه، بانک خون استان نیز فعالیت داشته و آزمایشات مورد نیاز را انجام می‌دهد. کانون هموفیلی استان نیز در شناسایی بیماران، هماهنگی و همکاری با دانشگاه علوم پزشکی اقدام نموده و حمایت‌های خویش را در زمینه‌های جمع‌آوری اطلاعات، مالی-مردمی، حمایت‌های جانی از بیمار هموفیلی و ... به انجام می‌رساند.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

انتظار می‌رود تا پایان سال اول بیش از ۹۵٪ بیماران سرشماری شوند و تا پایان برنامه پنج ساله ضمن شناسایی آنان، ۹۵٪ دارای شناسنامه و پرونده منظم و تحت کنترل سیستم بهداشتی باشند.

شاخص‌های ارزیابی در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و هدف ۱۴۰۴:

جدول شماره ۴-۱۱۴: شاخص نسبت بیماران

ردیف	شاخص	یک ساله	پنج ساله	ده ساله
۱	نسبت افراد سرشماری شده به کل بیماران	۹۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۲	نسبت افراد دارای شناسنامه به کل بیماران	۲۵٪	۸۰٪	۱۰۰٪
۳	نسبت افراد آموزش دیده در زمینه مراقبت بیماری	۲۵٪	۸۰٪	۱۰۰٪

استراتژی‌های دستیابی به اهداف فوق از اجرای طرح مذکور:

- توسعه آموزش در سطح جامعه جهت شناسایی هرچه بهتر بیماران
- توسعه امکانات و خدمات برای بیماران دولتی
- گسترش تعامل بین‌بخشی با انجمن هموفیلی و سازمان انتقال خون
- گسترش اعتبارات مالی جهت حمایت از این افراد

*** عنوان برنامه دوم: طرح درمان آهن‌زدایی اوسورال^۱ در بیماران مبتلا به تالاسمی**
شرح تفصیلی طرح:

در این طرح بیماران واجد شرایط مبتلا به تالاسمی (بیماران بالای ۲ سال) در هر دو جنس طبق بررسی و ارزیابی پزشک معالج بر این درمان قرار گرفته و به طور مرتب پایش می‌گردند. هدف اصلی طرح، ارتقاء سطح سلامت بیماران تالاسمی و بهبود کیفیت درمان می‌باشد.

سه‌م سازمان‌های درگیر در اجرای طرح مذکور:

دانشگاه علوم پزشکی به عنوان یک فیلد فعال در این طرح مشارکت دارد. شرکت پخش رازی که زیرمجموعه شرکت دارویی اسوه است به عنوان تهیه‌کننده و توزیع‌کننده اوسورال فعالیت دارد.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

انتظار می‌رود که حداقل بیش از ۸۰٪ بیماران تحت درمان، به خوبی با انجام این برنامه تحت کنترل قرار گیرند.

شاخص‌های ارزیابی در اجرای طرح مذکور در سه مقطع یک، پنج، ده ساله و هدف ۱۴۰۴:

جدول شماره ۴-۱۱۵: شاخص‌های ارزیابی طرح درمان آهن‌زدایی اوسورال^۲ در بیماران مبتلا به تالاسمی

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف ۵ ساله	هدف ۱۴۰۴
میزان توسعه بخش‌های همودیالیز شهرستان‌های تابعه	درصد میزان پیشرفت	۹۵٪	۱۰۰٪	۹۵٪	۹۸٪	۱۰۰٪
میزان ارتقاء سیستم RO ^۳ بخش‌های همودیالیز استان	درصد میزان پیشرفت	۹۰٪	۱۰۰٪	۹۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
میزان بیماران دیالیزی سرشماری شده به صورت جامع و کامل	میزان بیماران دیالیزی سرشماری شده استان کل بیماران دیالیزی استان	۹۰٪	۱۰۰٪	۹۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
میزان بیماران MS سر شمری شده به صورت جامع	میزان بیماران MS سرشماری شده کل بیماران MS استان	۹۰٪	۱۰۰٪	۹۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
میزان ارائه خدمات بیماران تالاسمی در مرکز جامع بیماران خاص	میزان ارائه خدمات بیماران تالاسمی در مرکز جامع بیماران خاص کل خدمات ارائه شده به این بیماران	۹۰٪	۱۰۰٪	۹۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
وضعیت راه‌اندازی مرکز دندانپزشکی بیماران خاص در مرکز شهید فهمیده	درصد میزان پیشرفت	۲۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
میزان ارائه خدمات مشاوره‌های تخصصی بیماران تالاسمی طبق بسته خدمتی	میزان مشاوره‌های تخصصی در حال انجام بیماران تالاسمی طبق بسته‌های کل مشاوره‌های انجام شده جهت بیماران نیازمند مشاوره	۸۵٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
میزان ارائه خدمات به بیماران تالاسمی طبق بسته خدمتی در سطح استان	میزان ارائه خدمات به بیماران تالاسمی طبق بسته خدمتی در مرکز شهید فهمیده کل خدمات ارائه شده به آنان	۸۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

^۱ - آهن‌زدایی

^۲ - آهن‌زدایی

^۳ - دستگاه همراه دیالیز

استراتژی‌های پیشبرد برنامه مذکور:

- جلب مشارکت کارخانجات داروسازی در راستای درمان مناسب بیماران تالاسمی
- گسترش بخش‌های همودیالیز در شهرستان‌های تابعه
- ارتقاء سیستم همودیالیز در استان
- راه‌اندازی مرکز دندانپزشکی بیماران خاص
- توسعه مشاوره‌های درمانی تخصصی

در مواردی مشابه نیز برنامه‌های اجرایی منظم طرح‌ریزی گردیده است از جمله:

- بیمارینارسابی مزمن کلیوی
- دیالیز
- پیوند کلیه
- بیماری اسکروز مولتیپل
- بیماری هموفیلی
- پیوند اعضا و نسج
- واحد بیمه‌گری و تعرفه خدمات پزشکی

○ دفتر امور پرستاری

○ هدف کلی دفتر امور پرستاری:

ارتقاء سطح سلامت و ارائه خدمات بالینی به بیماران در حیطه‌های گوناگون با حفظ ارزش‌های انسانی بیماران و پرسنل درمانی

اهداف اختصاصی دفتر امور پرستاری:

۱. ارتقاء سطح ارائه خدمات بالینی به بیماران بخش اورژانس.
۲. ارتقاء سطح ارائه خدمات بالینی به بیماران بخش‌های ویژه.
۳. توانمندسازی مدیران خدمات پرستاری و کادر درمانی.
۴. رعایت اصول طرح انطباق موازین شرعی در بیمارستان‌ها.
۵. تقویت و بهینه‌سازی کمیته‌های مختلف بیمارستانی.
۶. نظارت و کنترل مستمر بر نحوه ارائه خدمات بالینی همگام با استانداردهای پرستاری در بیمارستان‌ها.
۷. تدوین برنامه‌های استراتژیک مقابله با بحران در بیمارستان‌ها با همکاری سایر واحدهای حوزه معاونت امور درمان.
۸. تلاش در جهت افزایش میزان رضایتمندی کادر درمانی.

۹. ارائه طرح‌های پژوهشی کاربردی و انجام مداخلات مورد نیاز برای افزایش سطح رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستان‌ها.
۱۰. تشکیل تیم‌های آموزش به بیمار به منظور ارتقاء سطح سلامت و آموزش مراقبت از خود^۱.
۱۱. تدوین استراتژی‌های مورد نیاز برای کنترل عفونت‌های بیمارستانی و بیماری‌های واگیر (نوپدید- باز پدید).
۱۲. ارتقاء سطح خدمات ارائه شده به کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در راستای برنامه کشوری نظام مراقبت از مرگ کودکان زیر ۵ سال.
۱۳. ارتقاء دانش و مهارت‌های کادر درمانی شاغل در بیمارستان‌ها.
- ۱- ارتقاء سطح ارائه خدمات بالینی به بیماران بخش اورژانس:

 - ✓ بازدید و کنترل نحوه ارائه خدمات بالینی به بیماران بخش اورژانس بر اساس استانداردها و بازخورد بازدیدها به مراکز درمانی
 - ✓ تلاش در به کارگیری نیروی انسانی مجرب و توانمند در بخش‌های اورژانس
 - ✓ کنترل دارو و تجهیزات بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها
 - ✓ برگزاری دوره‌های آموزشی مناسب برای کادر شاغل در بخش اورژانس
 - ✓ توجه به برنامه‌ریزی پرسنلی براساس استانداردها و همچنین طرح انطباق و ایام خاص
 - ✓ تهیه نظرسنجی از نحوه ارائه خدمات بالینی به بیماران بخش اورژانس و بازخورد آن به مراکز درمانی
 - ✓ کنترل زمان‌سنجی انجام اقدامات درمانی در بخش‌های اورژانس و تلاش درجهت بهتر نمودن این زمان‌ها
 - ✓ اجرای تریاژ در مراکز درمانی
 - ✓ فعال نمودن کمیته‌های بحران در مراکز درمانی
 - ✓ استقرار سیستم ارتقاء رسیدگی به شکایات در اورژانس‌ها
 - ✓ گرفتن آمار CPR مراکز و تجزیه و تحلیل آماری و بازخورد به مراکز مربوطه
 - ✓ گرفتن آمار ۱۲ گانه اورژانس‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها و بازخورد به مراکز مربوطه
 - ✓ بررسی میزان آمادگی اعضاء کد ۹۹
 - ✓ بررسی وضعیت اعزام‌های انجام شده بین بیمارستانی
 - ✓ تهیه نظرسنجی از رضایتمندی پرسنل شاغل در اورژانس‌ها
 - ۲- ارتقاء سطح ارائه خدمات بالینی به بیماران بخش‌های ویژه:

 - ✓ ارائه مدل‌های مراقبتی جدید از بیماران بخش‌های ویژه
 - ✓ کنترل، نظارت و بررسی عملکرد پرسنل بخش‌های ویژه با استفاده از چک لیست‌های مورد نیاز
 - ✓ به کارگیری نیروهای توانمند و دوره دیده در بخش‌های ویژه

¹ - Self Care

- ✓ برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی بخش‌های ویژه برای توانمندسازی پرسنل پرستاری
- ✓ همکاری و فراهم نمودن تمهیدات لازم برای اعزام پرستاران شاغل در سمینارها و دوره‌های آموزشی خارج استان
- ✓ تهیه فیلم‌های آموزشی با همکاری واحد سمعی بصری برای ارتقاء دانش و مهارت‌های کادر درمانی شاغل در بخش‌های ویژه
- ✓ کنترل و نظارت نسبت استاندارد پرستار به بیمار برای ارائه بیشتر خدمات بالینی و افزایش رضایتمندی بیماران
- ۳- توانمندسازی مدیران خدمات پرستاری و کادر درمانی:
 - ✓ انجام نیازسنجی آموزشی برای ارائه به مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی جهت تدوین دوره‌های آموزشی مورد نیاز کادر درمانی
 - ✓ برگزاری کارگاه‌های مورد نیاز مدیران پرستاری جهت تقویت بنیه علمی و مدیریتی آنان با همکاری وزارت تابعه و مرکز مطالعات دانشگاه
 - ✓ تهیه تمهیدات لازم برای شرکت مدیران خدمات پرستاری و کادر درمانی در سمینارها و کارگاه‌های خارج از استان
 - ✓ برنامه‌ریزی جهت بازدید مدیران پرستاری از دانشگاه‌های خارج از استان
 - ✓ تهیه کتب، مجلات علمی و سی‌دی‌های آموزشی برای مطالعه پرسنل درمانی در اوقات فراغت در بیمارستان‌ها
 - ✓ نظارت و کنترل نحوه برگزاری دوره‌های آموزشی و سمینارهای درون‌بخشی توسط سوپروایزرهای آموزشی با بازخورد مورد نیاز
- ۴- رعایت اصول طرح انطباق موازین شرعی در بیمارستان‌ها:
 - ✓ کنترل و نظارت بر نحوه تقسیم نیروی درمانی در بخش‌ها براساس طرح انطباق
 - ✓ مطالعه و بررسی گزارشات کمیته طرح انطباق بیمارستان‌ها و کمک در رفع مشکلات مطروحه
 - ✓ انجام کارپژوهشی در زمینه نحوه رعایت اصول انطباق در بیمارستان‌های تابعه و بررسی موانع آن
 - ✓ بازدید از بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها در خصوص رعایت طرح انطباق جهت بیماران و موجود بودن ملزومات مورد نیاز آن در برخی از بخش‌ها
- ۵- تقویت و بهینه‌سازی کمیته‌های مختلف بیمارستانی:
 - ✓ بررسی و مطالعه گزارشات کمیته‌های مختلف بیمارستانی و همکاری در جهت رفع مشکلات احتمالی
 - ✓ اولویت‌بندی نمودن کمیته‌ها از نظر اهمیت آنان در بیمارستان با تأکید بر ضرورت اجرای مصوبات کمیته‌ها
 - ✓ کنترل و نظارت بر نحوه تشکیل کمیته‌ها با انجام بازدیدهای مورد نیاز و بررسی گزارشات مکتوب و مصوبات اجرائی
 - ✓ فراهم نمودن تمهیدات مورد نیاز برای تشکیل جلسات کمیته‌های بیمارستانی و عملی نمودن مصوبات کمیته‌ها
- ۶- نظارت و پایش مستمر بر نحوه ارائه خدمات بالینی همگام با استانداردهای پرستاری در بیمارستان‌ها:
 - ✓ بازدیدهای روزانه و شبانه جهت انجام بررسی‌های مورد نیاز از نحوه ارائه خدمات بالینی به بیماران

- ✓ تهیه چک لیست‌های استاندارد شده برای انجام صحیح پرونده‌های مراقبتی و ارائه آن به مدیران پرستاری بیمارستان‌ها جهت اجراء
- ✓ کنترل نحوه ارائه خدمات بالینی با ارسال بازخورد آن با هدف اصلاح مشکلات
- ✓ تقسیم نیروهای رسمی و طراحی طبق نیاز واقعی بیمارستان‌ها
- ✓ تشکیل جلسه ماهانه با مدیران خدمات پرستاری به منظور تدوین برنامه‌ها، بررسی مشکلات مطروحه و اعلام اهداف و انتظارات دفتر پرستاری از مراکز در راستای برنامه‌های معاونت محترم امور درمان
- ✓ ارسال کتب و جزوات مورد نیاز به بیمارستان‌ها در جهت ارائه آخرین الگوی مراقبتی از بیماران
- ✓ تشویق و قدردانی از پرسنل کوشایی که در ارائه خدمات بالینی به بیماران تلاش وافر داشته‌اند.
- ۷- تدوین برنامه‌های استراتژیک مقابله با بحران در بیمارستان‌ها همگام با سایر واحدهای حوزه معاونت درمان:
- ✓ همکاری در تهیه تدوین استراتژی حوزه معاونت درمان و شرح وظایف گروه‌های هدف با توجه به قطب چهارم بودن استان
- ✓ تشکیل کمیته بحران در بیمارستان‌ها با همکاری مدیران خدمات پرستاری
- ✓ طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی در زمینه مقابله با بحران در بیمارستان‌ها به منظور آمادگی پرسنل درمانی در مواقع ضروری
- ✓ بازدید از دانشگاه‌های مادر که در زمینه بحران اقدامات مهمی را طراحی و اجراء نموده‌اند
- ✓ ارسال جزوات و سی‌دی‌های آموزشی در زمینه مراقبت‌های درمانی مورد نیاز در بیمارستان‌ها
- ✓ انجام مانورهای عملیاتی برای سنجش میزان آمادگی پرسنل در برابر حوادث غیرمترقبه
- ✓ نظارت بر نحوه آمادگی تجهیزات و ملزومات مورد نیاز برای تقویت کمیته بحران بیمارستانی
- ۸- تلاش در جهت افزایش میزان رضایتمندی کادر درمانی:
- ✓ برگزاری جشن روز پرستار و تقدیر از پرستاران نمونه بیمارستان‌ها
- ✓ برگزاری مسابقات علمی- فرهنگی با دادن جوایز به افراد برتر
- ✓ همکاری با واحد امور فرهنگی حوزه معاونت دانشجویی جهت تشکیل و شرکت پرسنل پرستاری در اردوهای فرهنگی
- ✓ بررسی مشکلات کادر درمانی با حضور در بیمارستان‌ها
- ✓ انعکاس و پیگیری مشکلات برون سازمانی پرسنل درمانی (مانند ساعت کار- افزایش حقوق- صعوبت کاری- کارانه و...) به دفتر امور پرستاری وزارت تابعه و سایر ارگان‌های ذیربط
- ✓ انجام رضایت‌سنجی پرسنل درمانی بیمارستان‌ها به صورت ۶ ماه یکبار از تمامی مراکز و آنالیز اطلاعات موجود
- ✓ ارسال بازخورد رضایت‌سنجی پرسنل به بیمارستان‌ها و ارائه پیشنهاد یا مداخله در جهت حل مشکلات درون سازمانی
- ۹- ارائه طرح‌های پژوهشی کاربردی و انجام مداخلات مورد نیاز برای افزایش سطح میزان رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستان‌ها:

- ✓ برگزاری کارگاه‌های روش تحقیق جهت آشنایی پرسنل پرستاری با اصول تحقیق با همکاری مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
- ✓ نظارت بر نحوه فعالیت سوپروایزرهای آموزشی در خصوص فراهم نمودن تمهیدات لازم برای ارائه طرح‌های پژوهشی از سوی پرسنل درمانی در بیمارستان‌ها
- ✓ تشکیل جلسات ضروری با سوپروایزرهای آموزشی بیمارستان‌ها برای بررسی مشکلات و موانع پژوهش در مراکز تابعه
- ✓ نظارت بر فعالیت کمیته پژوهشی بیمارستانی
- ✓ ارائه طرح‌های پژوهشی از سوی اعضاء دفتر پرستاری استان با اولویت‌بندی نمودن طرح‌ها و ارائه نتایج آن به مسئولین ویا ارائه مقاله در سمینارهای داخل و خارج استان
- ✓ همکاری با سایر واحدهای دانشگاهی به منظور ارائه طرح‌های پژوهشی مورد نیاز
- ✓ ۱۰- تشکیل تیم‌های آموزش به بیمار به منظور ارتقاء سطح سلامت و آموزش مراقبت از خود:
- ✓ برگزاری جلسات با مدیران و سوپروایزرهای آموزشی بیمارستان‌ها به منظور تعیین اهداف آموزش، تدوین خط-مشی و سایر برنامه‌های مورد نیاز
- ✓ تعیین نیازهای آموزشی بیماران در کلیه بیمارستان‌ها از طریق سوپروایزرهای آموزشی و رابطین آموزشی بخش‌ها
- ✓ کنترل، نظارت و بازدید از نحوه اجرای آموزش به بیمار در بیمارستان‌ها توسط کادر درمانی
- ✓ بازدید از بیمارستان‌های دانشگاهی خارج استان که در زمینه آموزش به بیمار موفق بوده‌اند
- ✓ ارسال جزوات کتب و سی‌دی‌های آموزش در زمینه نحوه اجرای آموزش به بیمار
- ✓ ارائه الگوی جدید و مناسب در بیمارستان‌ها از نحوه اجرای آموزش به بیمار
- ✓ ۱۱- تدوین استراتژی‌های مورد نیاز برای کنترل عفونت‌های بیمارستانی و سایر بیماری‌های واگیر (نوپدید- بازپدید):
- ✓ تشکیل جلسات مورد نیاز و همکاری با مدیران، سرپرستاران و پرستاران کنترل عفونت در مورد اهمیت بیماری و تدوین برنامه‌ها و تجهیزات مورد نیاز در مواقع بروز بیماری‌های عفونی در بیمارستان‌ها
- ✓ بررسی گزارشات کمیته کنترل عفونت بیمارستانی مراکز تابعه
- ✓ کنترل و نظارت بر نحوه فعالیت پرستار کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بیمارستان‌ها با استفاده از چک لیست موجود
- ✓ اعزام پرستار کنترل عفونت و سایر پرسنل درمانی به کارگاه‌های آموزشی خارج استان و سمینارهای آموزشی به منظور بالابردن سطح دانش و مهارت‌های آنان
- ✓ همکاری با مرکز بهداشت استان برای اجرای برنامه‌ها و استراتژی‌های مورد انتظار در بیمارستان‌ها
- ✓ ارسال کتب، جزوات و سی‌دی‌های آموزشی در زمینه بیماری‌های واگیر و عفونی
- ✓ پایش و نظارت بر نحوه ارائه خدمات بالینی به بیماران بخش‌های عفونی و بیماران ایزوله در بیمارستان‌ها

۱۲- ارتقاء سطح خدمات ارائه شده به کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در راستای برنامه کشوری نظام مراقبت از مرگ کودکان زیر ۵ سال

✓ برگزاری کلاس‌های آموزشی درخصوص برنامه مذکور در راستای اهداف برنامه کشوری جهت مدیران و رابطین بیمارستان‌ها

- ✓ نظارت و پایش عملکرد کمیته‌های مرگ و میر کودکان بیمارستان‌ها
- ✓ ارسال مداخلات مورد نیاز برنامه مذکور به سطوح وزارتی جهت رفع مشکلات مورد نیاز
- ✓ بازدید و پایش بخش‌های کودکان و اورژانس بیمارستان‌ها توسط چک لیست مربوطه
- ✓ پیگیری اجرای مصوبات کمیته‌های بیمارستانی ارجاع شده به سطوح بالاتر
- ✓ بررسی علل مرگ و میر بیمارستان‌ها با حضور اعضای کمیته مذکور در حوزه معاونت درمان و رفع مشکلات احتمالی
- ✓ ارتقاء سطح آگاهی خانواده‌ها درخصوص بیماری‌های شایع و حوادث منجر به فوت کودکان ۱ تا ۵۹ از طریق تهیه پمفلت‌های آموزشی در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و برنامه‌های صدا و سیما استان

- ✓ نظارت و پایش مطب‌های متخصصین کودکان در سطح استان
- ۱۳- ارتقاء دانش و مهارت‌های کادر درمانی شاغل در بیمارستان‌ها
- ✓ تعیین نیازهای آموزشی کادر درمانی برای برنامه‌ریزی آموزشی
- ✓ مشارکت دادن سوپروایزهای آموزشی جهت تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی در بیمارستان‌ها
- ✓ ارسال کتب، نشریات و سی‌دی‌های آموزشی به بیمارستان‌ها
- ✓ پایش و نظارت بر نحوه عملکرد سوپروایزر آموزشی بیمارستان‌ها
- ✓ برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در سطح بیمارستان‌ها
- ✓ ایجاد تسهیلات مورد نیاز برای شرکت پرسنل درمانی در سمینارها و دوره‌های آموزشی خارج استان

○ اداره تجهیزات پزشکی

هدف کلی واحد تجهیزات پزشکی:

- توسعه تجهیزات مراکز درمانی در استان، رفع نواقص و پیش‌بینی نیازهای آتی
- تهیه مناسب‌ترین تجهیزات پزشکی متناسب با نیاز جامعه خدمت‌گیرندگان
- مشاوره به مراکز درمانی در زمینه حفظ، نگهداری و استانداردسازی تجهیزات پزشکی
- ایجاد سیستم کنترل تجهیزات پزشکی در دانشگاه
- آموزش و پیگیری نحوه استفاده از دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی

اهداف اختصاصی واحد تجهیزات پزشکی:

- توسعه تجهیزات پزشکی مراکز درمانی متناسب با نیاز هر مرکز
- انتخاب و تهیه مناسب‌ترین تجهیزات جهت مراکز ارائه خدمات

- پیگیری و نصب، آموزش، نحوه نگهداری و خدمات مربوط به تجهیزات
- برنامه‌ریزی جهت اصلاح تجهیزات دارای مشکل و حذف تجهیزات فرسوده
- جایگزینی تجهیزات فرسوده با تجهیزات مدرن و به روز
- ایجاد شناسنامه تجهیزات کل مراکز درمان استان
- نظارت بر نحوه استفاده از تجهیزات پزشکی
- ایجاد سیستم کالیبراسیون تجهیزات پزشکی
- ارائه آموزش و مشاوره به کارکنان تجهیزات پزشکی مراکز و ...

راهکارهای پیشبرد برنامه اداره تجهیزات پزشکی:

- توسعه سیستم اطلاعات تجهیزات پزشکی در حوزه معاونت درمان
- گسترش دانش مسئولین تجهیزات پزشکی کلیه مراکز درمانی
- توسعه آموزش کاربران تجهیزات پزشکی
- ساماندهی خرید تجهیزات و ایجاد بانک اطلاعاتی در راستای خرید تجهیزات پزشکی
- بهینه‌کاوی^۱ در زمینه تجهیزات پزشکی

* عنوان طرح: راه‌اندازی آزمایشگاه کالیبراسیون

تشریح طرح:

کالیبراسیون فرآیندی دوره‌ای است که باید نسبت به انجام آن در دوره‌های معین اقدام نمود. بدینترتیب که در دوره‌های مشخصی، دستگاه کالیبره شده و روی آن برچسب مخصوصیکه شامل تاریخ کالیبره و تاریخ انقضای کالیبراسیون می‌باشد و مهمور به مهر آزمایشگاه کالیبراسیون است، زده می‌شود. پس از آن باید از به کار گرفتن دستگاه‌های فاقد این برچسب یا دستگاه‌هایی که از تاریخ انقضای کالیبراسیون آن‌ها گذشته است، خودداری شود. کالیبراسیون عبارتست از مقایسه یک دستگاه اندازه‌گیری با یک استاندارد و تعیین میزانخطای این وسیله نسبت به آن و در صورت لزوم تنظیم دستگاه در مقایسه با استانداردهای مربوطه که می‌تواند در بسیاری از فرآیندهای بیمارستانی نقش عمده‌ای ایفا کند و ابعاد مختلف مرتبط با تجهیزات پزشکی از جمله تعمیرات، نظارت و بازرسی را متحول سازد.

با توجه به دلایل فوق و فقدان آزمایشگاه کالیبراسیون در غرب کشور و همچنین دورنمای تدوین شده مبنی بر اینکه در ۱۰ سال آینده جزء ۳ دانشگاه برتر کشور در حوزه خدمات تشخیصی و درمانی باشیم، این اداره در نظر دارد با راه‌اندازی آزمایشگاه کالیبراسیون مجهز و تحت پوشش قرار دادن استان‌های مجاور، ضمن تبدیل شدن به قطب کالیبراسیون غرب کشور، گامی بلند در جهت توسعه خدمات آزمایشگاهی مورد نظر بردارد.

¹ - Benchmarking

مهمترین اهداف پروژه کالیبراسیون:

- ۱- کاهش هزینه تعمیرات اتفاقی به دلیل نظارت بر عملکرد دستگاه
- ۲- افزایش عمر تجهیزات پزشکی
- ۳- کاهش مواد، قطعات و ملزومات مصرفی
- ۴- جلوگیری از مراجعات متعدد بیمار به مراکز درمانی به منظور کسب اطمینان از صحت آزمایش‌ها
- ۵- ارائه پاسخ صحیح به آزمایشات پاراکلینیکی و تأمین دقت اطلاعات مربوط به بیمار
- ۶- تأثیر بر درمان صحیح بیماران

نقش دانشگاه و سایر سازمان‌ها در اجرای طرح مذکور:

در راستای تحقق این طرح، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با همکاری سایر دانشگاه‌های استان همجوار و جذب اعتبارات مورد نیاز و حمایت‌های لازم از وزارت متبوع و مسئولین استان می‌تواند مرکز رفانس بسیار مطلوبی در این راستا دایر نماید.

بالا بردن این طرح، دانشگاه می‌تواند انتظار داشته باشد که علاوه بر بالا رفتن سطح دانشگاه در بیندانشگاه‌های کل کشور، هزینه‌های بخش تجهیزات پزشکی نیز به صورت قابل توجهی کاهش یابد. از طرفی سایر دانشگاه‌ها در استان‌های همجوار نیز از فواید کالیبراسیون بهره‌مند گردند.

با عنایت به هزینه بالای راه‌اندازی آزمایشگاه کالیبراسیون در مراکز دولتی و لزوم مشارکت مالی سایر مراکز و دانشگاه‌های همجوار از جنبه‌های تأمین نیروی انسانی و مالی، لزوم مشارکت مراکز فوق، جدی و ضروری به نظر می‌رسد. در این میان مسئولین استان نیز لازم است از اعتبارات استانی، طرح مذکور را مورد حمایت قرار دهند.

* عنوان طرح: تبدیل واحد تجهیزات پزشکی دانشگاه به مدیریت تجهیزات پزشکی

تشریح طرح:

لازم است با توجه به وسعت عملیات واحد تجهیزات پزشکی در دانشگاه‌های بزرگ نظیر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که مسیر رو به رشد سریعی را نیز در نظر دارد، مدیریت تجهیزات پزشکی راه‌اندازی شود و با توجه به سرمایه‌های کلان این بخش لازم است به درستی مدیریت شده و به بهره‌وری برسد.

از آنجا که بسیاری از تجهیزات پزشکی سنگین در بیمارستان‌ها احتیاج به استقرار و نصب در فضای فیزیکی بیمارستان دارند، لذا مکان انتخابی برای نصب در کاربرد، حفظ و نگهداشت دستگاه بسیار مؤثر می‌باشد. از طرفی بخش عمده سرمایه‌های بیمارستانی تجهیزات هستند که عدم مدیریت صحیح آن‌ها موجب خسارات جبران‌ناپذیر به سیستم بهداشتی درمانی می‌شود. موضوع تهیه تجهیزات، نصب، راه‌اندازی، نگهداری و خدمات پشتیبانی از دستگاه و بسیاری مسایل پیچیده در این بخش اهمیت واحد تجهیزات پزشکی را بیشتر نمایان می‌کند. با توجه به موارد فوق و همچنین تیپ ۱ شدن دانشگاه، تشکیل مدیریت تجهیزات پزشکی کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

از این رو اداره تجهیزات پزشکی در نظر دارد با تبدیل شدن به مدیریت تجهیزات پزشکی، ضمن برخورداری از استقلال مورد نیاز بتواند با تکمیل کادر کارشناسی خود بخش‌های مختلفی را خود هدایت نماید که همگی آن‌ها می‌توانند گام‌های مؤثری در جهت رسیدن به دورنمای مورد نظر بردارند. از جمله می‌توان به ایجاد واحد آموزش، تحقیقات و توسعه زیر نظر این مدیریت اشاره کرد که به واسطه آن می‌توان علاوه بر بالا بردن سطح آگاهی کاربران تجهیزات پزشکی از تمامی کاربردهای یک دستگاه، روند شناساندن تکنولوژی‌های جدید به متخصصین امر را تسریع کرده و بیمارستان‌های استان را به سمت تجهیز شدن با تکنولوژی برتر روز دنیا پیش برد؛ که این امر باعث می‌گردد دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به عنوان مرکز رفرانس در غرب کشور مطرح شود.

نتایج مورد انتظار از اجرای طرح مذکور:

با اجرا شدن این طرح، دانشگاه می‌تواند انتظار داشته باشد کلیه فعالیت‌های مربوط به تجهیزات پزشکی به صورت گسترده تحت نظارت مدیریتی منسجم با نظم، کارایی و هماهنگی بیش از گذشته فعالیت‌های خود را به نحو مطلوب انجام دهد. در این راستا دانشگاه می‌تواند به استقرار سیستم‌های ارتقاء کیفیت نظیر ISO^۱ پرداخته و شرایط بهتری را جهت مدیریت منظم و پویایی این بخش فراهم آورد.

نقش و سهم سازمان‌های همکار در اجرای طرح مذکور:

اداره تجهیزات پزشکی که در واقع نقطه عطفی برای فعالیت‌های این اداره نیز می‌باشد، می‌تواند نقش اساسی در تحقق این هدف ایفا نماید.

همچنین انتظار می‌رود مدیریت نیروی انسانی و مرکز تحولات اداری وزارت متبوع از طرح در راستای ایجاد مدیریت تجهیزات پزشکی در دانشگاه‌ها حمایت لازم را به عمل آورده و در جهت تبدیل واحدهای تجهیزات پزشکی به مدیریت تجهیزات پزشکی همکاری لازم را به عمل آورند.

* عنوان طرح: مدیریت تجهیزات مصرفی و نیمه مصرفی

تشریح طرح:

با توجه به اهمیت ارائه تجهیزات مصرفی و نیمه مصرفی با شرایط مناسب به بیماران نیازمند به این امکانات و تسهیل در این مورد و همچنین جلوگیری از سودجویی احتمالی، دانشگاه علوم پزشکی به عنوان حامی بیماران و به طور خاص اداره تجهیزات پزشکی، موظف است که در این امر به حمایت از حقوق بیماران پرداخته و با برنامه‌ریزی‌های مناسب، دسترسی آسان و همچنین جلوگیری از سرگردانی و رعایت حقوق بیماران را تحقق بخشد. در این خصوص این اداره در نظر دارد فرآیند تهیه تجهیزات مصرفی را رعایت نموده و به ساماندهی تجهیزات ذکر شده پرداخته تا به اهداف خود که اصلی‌ترین آن حمایت از بیماران نیازمند به خدمات می‌باشد برسد.

^۱- International Standardization Organization

در اجرای این طرح با ایجاد مکان مشخص در همه بیمارستان‌ها تمامی تجهیزات مصرفی و نیمه‌مصرفی به صورت مستقیم و بدون واسطه تحت نظارت مستقیم اداره تجهیزات پزشکی به دریافت کنندگان خدمات ارائه شده و بدین طریق اهداف اجرای طرح تحقق می‌یابد.

نقش و سهم سازمان‌های همکار در اجرای طرح مذکور:

در راستای تحقق این طرح، دانشگاه می‌تواند در جهت تأمین منابع مالی و انسانی مورد نیاز و همچنین تخصیص مکان‌های مناسب جهت ارائه این تجهیزات به صورت کامل در هر بیمارستان و نیز حمایت‌های لازم حقوقی جهت برداشتن موانع احتمالی موجود، نقش مؤثری را در به نتیجه رسیدن این طرح ایفا کند. اداره تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، اداره گمرک، سازمان بازرسی و امور اصناف همه لازم است دانشگاه را به طور جدی یاری نمایند.

با اجرا شدن این طرح دانشگاه می‌تواند اطمینان داشته باشد که تجهیزات مصرفی و نیمه‌مصرفی به صورت کامل ساماندهی گشته و مشکلاتی که در گذشته در زمینه این تجهیزات با آن دست به گریبان بوده است تا حد ممکن حل شده و این اداره می‌تواند به عنوان الگویی برای دانشگاه‌های دیگر در سطح کشور مطرح گردد.

با توجه به اینکه در حال حاضر این طرح برای تعداد محدودی از کاشتنی‌ها در سطح بیمارستان‌های شهر در حال اجرا می‌باشد، پیگیری این امر و گسترش آن تا ارائه تمامی تجهیزات مصرفی و نیمه‌مصرفی در محل بیمارستان‌ها جهت رسیدن به اهداف فوق مفید بوده و به شکل یک ضرورت خود را نشان می‌دهد.

اهداف کلی مدیریت تجهیزات مصرفی و نیمه‌مصرفی:

۱- گسترش ارتقاء خدمات‌رسانی به مشتریان نظام سلامت و جلب رضایت متخصصین امر با خریداری و استقرار تجهیزات پادمدرن و کم‌خطر

۲- پیاده‌سازی الگوی مدیریت نگهداشت در کلیه مراکز و مؤسسات درمانی

اهداف اختصاصی مدیریت تجهیزات پزشکی:

- ۱- تبدیل واحد تجهیزات پزشکی دانشگاه به مدیریت تجهیزات پزشکی
- ۲- راه‌اندازی واحد IT^۱ و بانک اطلاعاتی تجهیزات پزشکی تا پایان سال ۱۳۹۱
- ۳- راه‌اندازی و تدوین راهنمای خرید تجهیزات مورد نیاز تا پایان سال ۱۳۹۱
- ۴- در نظر گرفتن استانداردهای معتبر جهت تجهیزات پاد مدرن در هنگام خرید تا پایان سال ۱۳۸۹
- ۵- پیش‌بینی و خریداری تجهیزات پاد Back up بر اساس استانداردهای موجود
- ۶- تعیین و معرفی کارشناس خبره‌ی ثابت جهت اخذ نظریه کارشناسی در کلیه حوزه‌ها با پیشنهاد معاون درمان و ابلاغ ریاست دانشگاه
- ۷- تدوین مکانیسم نحوه پرداخت بدهی‌های مالی به شرکت‌های فروشنده و ارائه‌کننده خدمات پس از فروش همراه با پیاده‌سازی جدول زمان‌بندی مناسب جهت جلوگیری از هر گونه اخلاف در ارائه خدمات پشتیبانی تجهیزات پاد تا پایان سال ۱۳۹۱

¹ -Information Technology

- ۸- تأمین تجهیزات بی‌خطر ساز پسماندهای عفونی در کلیه مراکز درمانی جهت اجرای بهینه مدیریت پسماند تا پایان سال ۱۳۹۲
- ۹- پیاده‌سازی استانداردهای مورد نیاز در بخش‌های CSR در راستای کنترل عفونت تا پایان سال ۱۳۸۹
- ۱۰- تأمین تجهیزات متناسب بر اساس استانداردهای موجود در همه بخش‌ها تا پایان سال ۱۳۹۱
- ۱۱- راه‌اندازی واحد نظارت بر اصناف و تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی استان جهت جلوگیری از گران‌فروشی و قاچاق تا پایان سال ۱۳۹۱
- ۱۲- واحد رسیدگی و پاسخ‌گویی به شکایات تجهیزات پاد تا پایان سال ۱۳۹۱
- ۱۳- سیاست‌گذاری، پیش‌بینی و توزیع اعتبارات تجهیزات پاد تا پایان سال ۱۳۹۱
- ۱۴- ایجاد مراکز ارائه کلیات تجهیزات پزشکی مصرفی و نیمه مصرفی در کلیه مراکز درمانی دانشگاه جهت جلوگیری از سرگردانی و اجحاف حقوق بیماران تا پایان سال ۱۳۹۱
- ۱۵- راه‌اندازی آزمایشگاه کالیراسیون تا پایان سال ۱۳۹۲
- ۱۶- استخدام و به کارگیری کارشناس تجهیزات پزشکی مقیم در کلیه مراکز درمانی دانشگاه با در نظر گرفتن استانداردهای موجود تا پایان سال ۱۳۹۲
- ۱۷- تدوین پروتکل اداره خدمات پشتیبانی تجهیزات پاد و عقد قراردادهای مربوط به شرکت‌های نمایندگی تا پایان سال ۱۳۹۲
- ۱۸- عقد قرارداد نگهداری و سرویس برای تجهیزات مهم با کاربردهای خاص تا پایان سال ۱۳۹۲
- ۱۹- چیدمان درست تجهیزات پاد تا پایان سال ۱۳۹۲
- ۲۰- پیش‌بینی استقرار تجهیزات حفاظتی و ایمنی جهت تجهیزات پاد حساس تا پایان سال ۱۳۹۲

جدول شماره ۴-۱۱۶: شاخص‌های ارزیابی عملکرد اداره تجهیزات پزشکی مبتنی بر اهداف کوتاه مدت و بلند مدت:

ردیف	عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یکساله	هدف ۵ ساله	هدف ۱۴۰۴
۱	نسبت کالیبراسیون انجام شده	دستگاه های کالیبره کل دستگاه ها	۰٪	۱۰۰٪	۲۰٪	۸۰٪	۹۹٪
۲	نسبت تجهیزات متناسب بر اساس استانداردهای موجود در همه بخش ها	تعداد موجودی تعداد استاندارد	۶۰٪	۱۰۰٪	۷۰٪	۹۰٪	۹۹٪
۳	نسبت تأمین تجهیزات بی خطر ساز پسماندهای عفونی مراکز درمانی	مراکز دارای بی خطر ساز کل مراکز	۵۰٪	۱۰۰٪	۶۰٪	۸۵٪	۹۹٪
۴	نسبت ساماندهی تجهیزات مصرفی و نیمه مصرفی	تجهیزات مصرفی و نیمه مصرفی ساماندهی شده کل تجهیزات مصرفی و نیمه مصرفی	۲۰٪	۱۰۰٪	۴۰٪	۶۰٪	۹۹٪
۵	نسبت تجهیزات پزشکی ثبت شده در بانک اطلاعات	تجهیزات ثبت شده کل تجهیزات	۴۰٪	۱۰۰٪	۸۰٪	۹۹٪	۹۹٪
۶	نسبت استاندارد سازی بخش CSR	بخش های CSR استاندارد سازی شده کل بخش های CSR	۴۰٪	۱۰۰٪	۵۰٪	۷۰٪	۹۹٪

گزارشی از شاخص های مهم اداره امور آزمایشگاه ها:

جدول شماره ۴-۱۱۷: شاخص اداره امور آزمایشگاه ها

ردیف	عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
۱	میزان استقرار الزامات استاندارد سازی در خصوص مستند سازی، ایمنی و بهداشت (مرحله اول)، فضا و تأسیسات، کارکنان (مرحله دوم)	درصد پیشرفت الزامات استاندارد سازی در آزمایشگاه های تحت پوشش	۱۰۰٪	۴۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۲	نسبت اخذ لوح کیفیت در آزمایشگاه های دولتی و غیردولتی تحت پوشش	تعداد آزمایشگاه های واجد لوح کیفیت در استان تعداد کل آزمایشگاه های تحت پوشش	۱۰۰٪	۰٪	۱۰٪	۱۰۰٪
۳	میزان نظارت و پایش آزمایشگاه های دولتی و غیردولتی استان	آزمایشگاه های پایش شده در سال ۱۳۸۸ تعداد کل آزمایشگاه های تحت پوشش	۲۰۰٪	۸۰٪	۱۰۰٪	۲۰۰٪
۴	نسبت فضاهای مستقل در آزمایشگاه های بانک خون بیمارستان های استان	تعداد آزمایشگاه های با فضای کاری مستقل تعداد کل آزمایشگاه های بانک خون بیمارستانی	۱۰۰٪	۸۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
۵	میزان تجهیز و ارتقای آزمایشگاه های بانک خون بیمارستان های استان	تعداد آزمایشگاه های مجهز بانک خون بیمارستانی تعداد کل آزمایشگاه های بانک خون بیمارستانی	۱۰۰٪	۹۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

ادامه جدول شماره ۴-۱۱۷: شاخص اداره امور آزمایشگاه‌ها

ردیف	عنوان شاخص	نحوه محاسبه وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
۶	اجرای برنامه کنترل کیفی خارجی در استان از طریق ارسال نمونه‌های مجهول به آزمایشگاه‌های تحت پوشش و آنالیز نتایج	تعداد نمونه‌های ارسال شده در سال تعداد آزمایشگاه‌های تحت پوشش	۱۰۰۰	۲۵۰	۷۰۰	۱۰۰۰
۷	میزان خدمات کنترل کیفی خارجی به استان‌های همجوار پس از اخذ مجوز از آزمایشگاه مرجع سلامت	تعداد نمونه‌های ارسال شده از استان - های همجوار با بخش میکروبیولوژی	۱۰۰۰	.	۵۰۰	۱۰۰۰
۸	میزان تجهیز و ارتقاء بخش میکروب شناسی آزمایشگاه‌ها	تعداد آزمایشگاه‌های مجهز با فضای کاری مستقل و استاندارد تعداد کل آزمایشگاه‌های تحت پوشش	٪۱۰۰	٪۶۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
۹	نسبت مراکز آزمایشگاهی دارای مسئول فنی جهت مراکز آموزشی	تعداد آزمایشگاه‌های بیمارستانی واجد مسئول فنی پروانه‌دار تعداد کل آزمایشگاه‌های بیمارستان‌ها	٪۱۰۰	٪۵۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
۱۰	میزان مجهز نمودن آزمایشگاه‌های حوزه درمان به تجهیزات مربوط به کنترل کیفی ابزار پایه (تاکومتر، کندانومتر و ترمومتر کالبره و ...)	تعداد آزمایشگاه‌های مجهز به تجهیزات کنترل کیفی تعداد کل آزمایشگاه‌های تحت پوشش	٪۱۰۰	٪۵۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
۱۱	میزان آموزش سیستم مدیریت کیفیت به تمامی سوپروایزرها و مسئولین فنی آزمایشگاه‌های سطح استان	تعداد سوپروایزرها و مسئولین فنی آموزش دیده تعداد کل سوپروایزرها و مسئولین فنی	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
۱۲	میزان تجهیز آزمایشگاه‌های بیمارستانی به سیستم‌های اتوماسیون، ارتقاء و افزایش دستگاه‌های پشتیبان مراکز	تعداد آزمایشگاه‌های مجهز به تجهیزات اتوماتیک و پشتیبان تعداد کل آزمایشگاه‌های بیمارستان‌ها	٪۱۰۰	٪۸۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
۱۳	نسبت آزمایشات انجام شده پیوند توسط دانشگاه	تعداد آزمایشات انجام شده جهت پیوند اعضا و مغز استخوان در دانشگاه علوم پزشکی تعداد کل آزمایشات پیوند انجام شده در استان	٪۱۰۰	٪۲۰	٪۸۰	٪۱۰۰
۱۴	نسبت تجهیز آزمایشگاه‌های تشخیص اعتیاد دانشگاه	نسبت آزمایشات مخدر قابل انجام توسط دانشگاه کل آزمایشات مواد مخدر مورد نیاز	٪۱۰۰	٪۱۰	٪۵۰	٪۱۰۰
۱۵	ارتقاء و بهبود فضای فیزیکی و نوسازی آزمایشگاه مرکزی رفرانس استان شامل (پذیرش و جوابدهی، سرویس‌های بهداشتی، نمونه‌گیری، سالن انتظار بیماران، فضاهای فنی، اداری و پشتیبانی) به منظور افزایش رضایتمندی مراجعین	متر مربع فضای فیزیکی نوسازی و بهسازی شده کل زیر بنای آزمایشگاه مرکزی رفرانس	٪۱۰۰	٪۴۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
۱۶	متوسط زمان انتظار پذیرش و نمونه‌گیری مراجعین به آزمایشگاه مرکزی رفرانس	متوسط مدت زمان انتظار برای انجام پذیرش و نمونه‌گیری	۱۵ دقیقه	۱ ساعت	۳۰ دقیقه	۱۵ دقیقه
۱۷	متوسط زمان جوابدهی آزمایشات بخش - های هورمون‌شناسی و ایمنولوژی مراجعین به آزمایشگاه مرکزی رفرانس	متوسط زمان جوابدهی در سال ۱۳۸۸ معادل ۱۵ روز	۱ روز	۷ روز	۳ روز	۱ روز

ادامه جدول شماره ۴-۱۱۷: شاخص اداره امور آزمایشگاهها

ردیف	عنوان شاخص	نحوه محاسبه وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
۱۸	متوسط زمان جوابدهی آزمایشات بخش کمی مراجعین به آزمایشگاه مرکزی رفرانس PCR	زمان جوابدهی در سال ۱۳۸۸ معادل ۴۵ روز	۴ روز	۲۰ روز	۷ روز	۴ روز
۱۹	متوسط زمان جوابدهی آزمایشات بخش کیفی مراجعین به آزمایشگاه مرکزی رفرانس PCR	زمان جوابدهی در سال ۱۳۸۸ معادل ۳۰ روز	۳ روز	۱۵ روز	۷ روز	۳ روز
۲۰	متوسط زمان جوابدهی تشخیص پیش از تولد مراجعین به آزمایشگاه مرکزی رفرانس	زمان جوابدهی در سال ۱۳۸۸ معادل ۴۵ روز	۷ روز	۲۵ روز	۱۰ روز	۷ روز
۲۱	متوسط زمان جوابدهی ژنتیک کربونایپ مراجعین به آزمایشگاه مرکزی رفرانس	زمان جوابدهی در سال ۱۳۸۸ معادل ۹۰ روز	۲۱ روز	۴۵ روز	۳۰ روز	۲۱ روز
۲۲	درصد آزمایشات بالینی، ژنتیک، سلولی مولکولی و آسیب شناسی تشریحی ارجاع شده به خارج استان	تعداد آزمایشات ارجاعی تعداد کل آزمایشات	٪۰	٪۸	٪۳	٪۰
۲۳	نسبت آزمایشات DNA Sequencer در داخل استان	تعداد آزمایشات انجام شده با دستگاه در سال ۱۳۸۸ در حوزه درمان تعداد کل آزمایشات ارسال شده به خارج از استان	٪۱۰۰	٪۷	٪۵۰	٪۱۰۰
۲۴	میزان برنامه های آموزشی و بازآموزی کارکنان فنی آزمایشگاه های سطح استان	نفر ساعت آموزش انجام گرفته در سال ۱۳۸۸ تعداد کل نفر ساعت آموزش مورد نیاز	٪۱۰۰	٪۵۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰

○ مرکز مدیریت فوریت های پزشکی:

هدف اصلی مرکز مدیریت فوریت های پزشکی:

ارائه خدمات اولیه درمانی و فوریت های پزشکی قبل از رسیدن بیمار به بیمارستان و انتقال بیماران نیازمند به خدمات بیمارستانی در بهترین شرایط و جلوگیری از مخاطرات تهدیدکننده بیماران در فوریت ها و پاسخگویی به نیازهای افراد جامعه در سطح استان به طور عادلانه در کمترین زمان و با بیشترین کیفیت خدمات

اهداف اختصاصی مرکز مدیریت فوریت های پزشکی:

- تأمین نیروی انسانی ماهر و آموزش دیده جهت کلیه پایگاه های استان تا پایان برنامه پنجم توسعه
- تبدیل آمبولانس های تیپ B به تیپ C تا پایان برنامه پنجم توسعه
- دستیابی به زمان رسیدن بر بالین بیمار در مناطق شهری کمتر از ۸ دقیقه و در مناطق جاده ای کمتر از ۱۵ دقیقه (حداقل در ۸۰٪ مأموریت ها)
- احداث پایگاه فوریت های پزشکی در کلیه محورها و جاده های اصلی و فرعی استان به فاصله حداکثر ۴۰ کیلومتر و یا زمان حضور بر بالین بیمار حداکثر تا ۱۵ دقیقه
- آموزش همگانی احیاء قلبی- ریوی پایه جهت گروه های هدف تا ۱۰ سال آتی
- راه اندازی سیستم اتوماسیون اورژانس در واحد ارتباطات مرکز تا پایان سال ۱۳۸۹
- راه اندازی و تجهیز ۱۳ مرکز پیام جهت مراکز شهرستان تا پایان سال ۱۳۸۹

- طراحی و تجهیز تیم‌های واکنش سریع در موانع بحران در کارگروه تخصصی بهداشت درمان دانشگاه به میزان حداقل ۴ تیم تا ۵ سال آتی
- فعال نمودن سیستم موتورلانس در شهر کرمانشاه تا ۵ دستگاه تا پایان سال ۱۳۹۱
- نصب سه دستگاه تکرارکننده بی‌سیم در سایت‌های مخابراتی استان تا پایان سال ۱۳۸۹
- احداث و تجهیز انبار بحران در مرکز تا پایان سال ۱۳۹۴
- احداث جایگاه سوخت‌گیری با ظرفیت ۲۰۰۰۰ لیتر جهت سوخت‌گیری در شرایط اضطراری تا پایان سال ۱۳۹۲
- وجود یک دستگاه آمبولانس پشتیبان به ازای هر سه دستگاه آمبولانس تا پایان برنامه پنجم توسعه
- واگذاری ۵۰٪ پایگاه‌ها به بخش خصوصی تا پایان سال ۱۴۰۴
- احداث ۳۸ پایگاه فوریت‌های پزشکی در راه‌های فرعی و روستائی تا پایان برنامه پنجم توسعه
- اجرای برنامه‌های آموزشی و فرهنگ‌سازی عمومی در راستای خدمات فوریت‌های پزشکی
- تجهیز ۵٪ از آمبولانس‌ها به MICU از طریق صدا و سیما حداقل دو برنامه در سال
- خرید یک دستگاه اتوبوس آمبولانس جهت استان تا پایان سال ۱۳۸۹
- اجرای پروژه تحقیقاتی تبیین ملزومات کمیته پدافند غیرعامل با همکاری سایر واحدهای همکار تا پایان سال ۱۳۹۱

راهکارهای انتخابی مرکز مدیریت فوریت‌های پزشکی:

- توسعه تجهیز مراکز ارائه خدمات فوریت پزشکی
- توسعه فرهنگ عمومی در راستای خدمات فوریت پزشکی
- مکانیزه کردن سیستم‌های اداری و توسعه ارتباطات سازمانی
- ارتقاء وضعیت مرکز از نظر نیروی انسانی متخصص و مجرب

شاخص های مهم مرکز مدیریت فوریت های پزشکی:

جدول شماره ۴-۱۱۸: شاخص مرکز فوریت های پزشکی

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف ۵ ساله	هدف ۱۴۰۴
تعداد پست های سازمانی مورد نیاز	تعداد ردیف های مصوب	۲۲۰ پست سازمانی	۱۴۲۰ پست سازمانی	تحقق ۱۰٪	تحقق ۴۰٪	تحقق ۱۰۰٪
تبدیل و تجهیز آمبولانس های تیپ B به تیپ C تا پایان برنامه پنجم توسعه	تعداد آمبولانس های تیپ C خریداری شده تعداد آمبولانس های تیپ B موجود	۲۰ دستگاه	۱۰۰ دستگاه	۵ دستگاه جدید	۲۰ دستگاه	۷۰ دستگاه
میانگین زمانی حضور عوامل اورژانس	بر حسب دقیقه از زمان تماس یا ۱۱۵	کمتر از ۸ دقیقه و در جاده کمتر از ۱۵ دقیقه	کمتر از ۸ دقیقه و در جاده کمتر از ۱۵ دقیقه	در شهر کمتر از ۷/۵ دقیقه و در جاده کمتر از ۱۴ دقیقه	در شهر کمتر از ۷ دقیقه و در جاده کمتر از ۱۳ دقیقه	در شهر کمتر از ۷ دقیقه و در جاده کمتر از ۱۲ دقیقه
تعداد پایگاه فعال	شمارش پایگاه های ارائه خدمات تجهیز شده	۴۰ پایگاه	۹۴ پایگاه	۱۵ پایگاه جدید	۳۹ پایگاه جدید	۵۰ پایگاه جدید
میزان آموزش همگانی احیاء قلبی- ریوی پایه جهت گروه های هدف	درصد نیروهای آموزش دیده به کل جمعیت گروه های هدف	۷۵٪	۱۰۰٪	۱۵٪	۵۵٪	۱۰۰٪
میزان پیشرفت راه اندازی سیستم اتوماسیون اورژانس مرکز	درصد پیشرفت برنامه	۰٪	۱۰۰٪ پیشرفت	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
راه اندازی و تجهیز مراکز پیام- رسانی در شهرستان تابع	تعداد مراکز تجهیز شده	۶ مرکز	۱۳ مرکز	۱۳ مرکز	مطابق نیاز	مطابق نیاز
راه اندازی تیم واکنش سریع جهت حضور در مواقع بحران	تعداد تیم واکنش سریع	۰٪	۴ تیم	یک تیم (۲۵٪)	۳ تیم (۷۵٪)	۴ تیم (۱۰۰٪)
تجهیز موتورولانس	تعداد دستگاه موتور سیکلت تجهیز شده در اختیار	۰٪	۵ دستگاه	۲ دستگاه	۳ دستگاه	۵ دستگاه
نصب و راه اندازی دستگاه های تکرار کننده ساعت های مخابراتی	تعداد دستگاه تکرار کننده بی سیم	یک دستگاه	۴ دستگاه	۲ دستگاه	۴ دستگاه	مطابق نیاز
احداث سوله جهت مواقع بحران در مرکز مدیریت و حوادث و فوریت های پزشکی در مساحتی بالغ بر ۱۰۰۰ متر زیر بنا	میزان پیشرفت برنامه	فاقد سوله	یک باب ساختمان	۱۰٪ پیشرفت	۱۰۰٪ پیشرفت	توسعه مطابق نیاز
احداث جایگاه سوخت گیری در مرکز فوریت های پزشکی با ظرفیت ۲۰۰۰۰ لیتر جهت سوخت گیری آمبولانس ها در شرایط بحران	میزان پیشرفت برنامه	-----	وضع ذخیره سازی	۱۰٪ پیشرفت	۱۰۰٪ پیشرفت	۱۰۰٪ پیشرفت
تعداد آمبولانس های پشتیبان	تعداد آمبولانس هایی که به ازاء هر ۳ آمبولانس پیش بینی شده است.	دودستگاه	۳۰ دستگاه	۱۰ دستگاه	۳۰ دستگاه	۳۰ دستگاه
تعداد پایگاه های واگذار شده به بخش خصوصی	تعداد	۱۰ پایگاه	۴۷ پایگاه	۱۵ پایگاه	۳۰ پایگاه	۴۷ پایگاه
تعداد برنامه های آموزشی و فرهنگ سازی عمومی در راستای ارائه خدمات فوریت های پزشکی از طریق صدا و سیما تا پایان برنامه توسعه	تعداد برنامه آموزشی	یک برنامه در سال	۲ برنامه در سال	۲ برنامه	۱۰ برنامه	۲۸ برنامه
تعداد پروژه تحقیقاتی و ملزومات کمیته پدافند غیر عامل با همکاری سایر واحدهای دانشگاه	تعداد پروژه اتمام یافته	اتمام فاز اول پروژه مذکور	اتمام فاز چهارم پروژه مذکور	اتمام فاز دوم پروژه مذکور	اتمام فاز چهارم پروژه مذکور	توسعه بر حسب نیاز
فعال نمودن سیستم اورژانس هوایی با همکاری هواپیمای یا هلال احمر	فروند بالگرد فعال	فاقد بالگرد	یک فروند بالگرد	یک فروند بالگرد	مطابق نیاز آتی	مطابق نیاز آتی

دفتر حاکمیت بالینی:

استراتژی دفتر حاکمیت بالینی:

استقرار و اجرای برنامه حاکمیت بالینی در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف دفتر حاکمیت بالینی:

- تشکیل کمیته دانشگاهی حاکمیت بالینی و راه‌اندازی دفتر حاکمیت بالینی دانشگاه در حوزه درمان تا پایان تیر ماه ۱۳۸۹
- تشکیل کمیته حاکمیت بالینی در کلیه بیمارستان‌ها و راه‌اندازی واحد حاکمیت بالینی در کلیه بیمارستان‌ها در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۹
- تعیین و معرفی یک نفر کارشناس مسئول حاکمیت بالینی در کلیه بیمارستان‌ها در سال ۱۳۸۹
- برگزاری دوره‌های آموزشی جهت حداقل ۵۰٪ پرسنل شاغل در بیمارستان‌ها تا پایان سال ۱۳۸۹
- تعیین و معرفی یک نفر مسئول رسیدگی به شکایت در کلیه بیمارستان‌ها در سال ۱۳۸۹
- تهیه فلوچارت رسیدگی به شکایت در کلیه بیمارستان‌ها و نصب در مکان‌های عمومی بیمارستان جهت آشنایی مراجعه‌کنندگان در سال ۱۳۸۹
- استفاده از فرم‌های رسیدگی به شکایات جهت کلیه واحدها و بخش‌ها در سال ۱۳۸۹
- انتخاب حداقل ۵ موضوع جهت ممیزی بالینی در کلیه بیمارستان‌ها در سال ۱۳۸۹ و شش ماهه اول سال ۱۳۹۰
- تهیه حداقل دو موضوع اثربخشی بالینی جهت اجرای هماهنگ در مراکز آموزشی درمانی کرمانشاه و یک موضوع در بیمارستان‌های شهرستان‌ها تا پایان سال ۱۳۸۹
- تهیه نظام جمع‌آوری خطاهای پزشکی در سال ۱۳۸۹
- استقرار نظام جمع‌آوری خطاهای پزشکی تا پایان بهار ۹۰ در کلیه بیمارستان‌ها
- استقرار نظام گزارش خطا به صورت اختیاری در شش ماهه اول سال ۹۰ تقریباً جهت ۳۰-۲۵٪ پرسنل
- استفاده از سیستم اینترنتی جهت گزارش خطا به صورت اختیاری حداقل توسط ۵٪ از پزشکان و پرسنل تا پایان سال ۱۳۹۰
- راه‌اندازی نشریه حاکمیت بالینی و سایت اختصاصی دفتر حاکمیت بالینی در سال ۱۳۹۰
- تشکیل تیم ارزیابان جشنواره حاکمیت بالینی در شش ماهه اول سال ۱۳۹۰
- برگزاری دوره‌های آموزشی و تشکیل تیم RCA در کلیه بیمارستان‌ها در شش ماهه اول سال ۱۳۹۰

معاونت دارو و غذا:

رسالت معاونت دارو و غذا^۱:

معاونت دارو و غذای دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با حضور کادر مجرب و علمی در زمینه دارو و غذا و با استفاده از تجهیزات مدرن در زمینه انجام آزمایشات کنترل مواد غذایی، دارویی، آرایشی و بهداشتی، قصد دارد ضمن تقویت این معاونت در تمامی ابعاد اعم از کادر فنی و تجهیزات، فضا و روش‌ها با نظارت و کنترل دقیق بر فرآورده‌های غذایی و دارویی و تجهیزات مصرفی پزشکی در سطح استان در جهت ارتقاء و تضمین کیفیت خدمات گام برداشته و با ایجاد هماهنگی و تعامل با صنایع غذایی دارویی، زمینه‌های توسعه خدمات صنعت غذا و دارویی استان را فراهم نموده و در اجرای برنامه‌های مؤثر در ارتقاء فرهنگ آرایشی بهداشتی تجویز دارو توسط پزشکان و ارائه خدمات دارویی در داروخانه‌ها و بیمارستان‌ها و همچنین گسترش دانش غذایی دارویی و فرهنگ مصرف در سطح جامعه اهتمام ورزد.

اهم فعالیت‌های معاونت دارو و غذا:

- ۱- نظارت و اعلام مقررات مربوط به تأسیس مراکز تولید، توزیع و نگهداری مواد دارویی، غذائی آرایشی و بهداشتی
- ۲- بررسی و تنظیم مدارک با توجه به ضوابط مربوط به تأسیس مراکز تولید و توزیع مواد دارویی و غذائی، آرایشی و بهداشتی و ارسال آن به واحدهای ذیربط در ستاد وزارتخانه جهت رسیدگی و طرح موضوع در کمیسیون‌های قانونی
- ۳- نظارت و اعلام ضوابط مربوط به ایمنی، تأثیر بسته‌بندی، برچسب‌گذاری و تبلیغات محصولات غذائی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی
- ۴- بررسی در زمینه بهبود روش‌های نگهداری، عرضه و فروش محصولات دارویی، آشامیدنی، بهداشتی و نظارت بر حسن اجرای امور
- ۵- جمع‌آوری، نگهداری، بررسی اطلاعات، آمار و مدارک مربوط به محصولات دارویی، خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی
- ۶- نظارت بر نحوه اجرای دقیق تولیدکنندگان محصولات در مورد ضوابط و استانداردهای تعیین شده برای مواد افزودنی کمکی و همچنین استعمال رنگ‌های مجاز، مواد بسته‌بندی و اعمال کنترل مداوم محصولات از لحاظ صلاحیت کمی و کیفی
- ۷- نظارت بر اجرای ضوابط و مقررات درمورد آزمایشگاه‌های کنترل مواد غذائی دارویی و بهداشتی
- ۸- نظارت بر روش کار مؤسسات تولیدی و توزیع مواد دارویی، خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی در سطح استان
- ۹- نظارت بر امور دارویی داروخانه‌های استان
- ۱۰- کنترل و ارزشیابی فعالیت‌های آزمایشگاه‌های دارویی، غذائی و بهداشتی در استان
- ۱۱- کنترل موجودی دارو، با توجه به نیاز مصرف واحدهای درمانی
- ۱۲- نظارت بر درخواست و موجودی دارو و اعمال نظارت فنی در مورد داروی تاریخ‌دار
- ۱۳- نظارت بر نحوه نگهداری داروهای خاص و مواد اعتیادآور و حسن اجرای امور

۱ - اطلاعات برگرفته از معاونت دارو و غذای کرمانشاه می‌باشد.

۱۴- نظارت بر نحوه گردآوری آمار مصرف داروهای مختلف در طی سال، جهت بررسی بیماری‌های منطقه‌ای و عمومی و گزارش به گروه‌های تحقیقی برای تحقیق علل شیوع بیماریها در ارتباط با پیشگیری‌های لازم

اهداف اختصاصی معاونت دارو و غذا:

- ۱- ارتقاء سطح کیفی خدمات دارویی و جلوگیری از تجویز و مصرف بی‌رویه دارو
- ۲- کمک به برنامه‌ریزی بهداشتی درمانی و دارویی
- ۳- کاهش منطقی و پیش‌گیری از هزینه‌های غیرضروری
- ۴- ارائه الگوی صحیح، تجویز و مصرف منطقی دارو و خدمات دارویی
- ۵- ارتقاء فرهنگ عامه در جهت افزایش آگاهی‌های بهداشتی درمانی، دارویی و غذایی
- ۶- استفاده از اطلاعات موجود در زمینه‌های آموزشی و پژوهشی
- ۷- ارتقاء سطح دسترسی جامعه به خدمات دارویی مطابق با زنجیره توزیع
- ۸- پیشگیری از وقوع عوارض ناخواسته و کاهش مرگ و میر ناشی از عوارض و مشکلات دارویی
- ۹- تعیین و ارتقاء جایگاه داروسازی در حلقه درمان
- ۱۰- سالم‌سازی مواد اولیه مصرفی در تولید مواد غذایی و آرایشی بهداشتی
- ۱۱- تأمین و تضمین سلامت محصولات غذا و دارو
- ۱۲- آموزش و ارتقاء فرهنگ مصرف غذایی، آرایشی و بهداشتی
- ۱۳- گسترش تجهیزات آزمایشگاهی و کنترل مواد غذایی
- ۱۴- ارتقاء فرآیندهای کنترل کیفیت بر اساس آخرین استانداردهای ملی و بین‌المللی
- ۱۵- ارائه روش‌های جدید و دقیق در جهت شناسایی تقلب در محصولات غذایی

دورنمای معاونت دارو و غذا:

معاونت دارو و غذای دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با تکیه بر تجارب ارزشمند کارکنان و توسعه در فضا و تجهیزات و روش‌های خود همت دارد تا در سال ۱۴۰۴ در همه ابعاد خدمات خود جزء سه دانشگاه برتر در سطح کشور باشد.

ارزش‌های بنیادین معاونت دارو و غذا:

- عدالت محوری
- شایسته سالاری
- تکریم ارباب رجوع
- اخلاق انسانی در ارائه خدمات
- مکانیزه کردن ارائه خدمات
- پاسخگویی سریع
- قانون‌مداری

- تضمین سلامت جامعه
- انسان دوستی
- امانت داری
- ارتقاء سطح علمی کارکنان
- صمیمیت و همکاری بین بخشی
- صرفه جویی
- رضایت کارکنان

دستاوردهای معاونت دارو و غذا:

- تجهیز آزمایشگاه به پیشرفته ترین دستگاه های آنالیز مواد غذایی و دارویی
- افزایش تعداد آزمایشات انجام شده از ۵۸۸۵ در سال ۱۳۸۴ به ۱۰۳۱۶ مورد در سال ۱۳۸۷
- افزایش تعداد مسئولین فنی و دانشجویان آموزش دیده از ۱۰۵ به ۱۵۷
- افزایش تعداد پروانه های بهداشتی صادر شده از ۱۸۱ به ۳۶۰
- افزایش تعداد کل نمونه برداری از ۳۰۰ به ۳۳۹
- افزایش گواهی های بهداشت صادره جهت صادرات از صفر به ۲۰۷
- افزایش معرفی محققان به مراجع قضایی از ۳۹ به ۷۸
- افزایش توقیف اقلام غذایی، آرایشی و بهداشتی قاچاق از ۳۰۷۰۸ کیلوگرم به ۹۰۱۷۳ کیلوگرم
- افزایش انهدام لوازم آرایشی و بهداشتی قاچاق از ۱۹۷۷۲ به ۲۲۲۶۰ کیلوگرم

○ مدیریت نظارت بر مواد غذایی و آشامیدنی:

موفقیت ها و عملکردهای شاخص مدیریت نظارت بر مواد غذایی ۸۸ (دستاوردها):

- در حال حاضر با تأیید صلاحیت علمی و عملی مدیریت نظارت بر مواد غذایی و دریافت نمره قابل قبول در پایش های مستمر اداره کل نظارت بر مواد غذایی، تفویض اختیار صدور کلیه پروانه های بهداشتی (بهره برداری، مسئول فنی، ساخت، استفاده از ظرفیت خالی و ...) به معاونت دارو و غذا واگذار و کلیه پروانه های مذکور در استان صادر می گردد که گام بلندی در راستای تسهیل امور و جلب رضایت صاحبان صنایع و ارباب رجوع محسوب می گردد.
- تفویض اختیار صدور مجوز گشایش
- تفویض اختیار صدور مجوز ترخیص مواد اولیه، کلیه مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی ثبت شده
- صدور گواهی بهداشت جهت صادرات مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی به خارج از کشور
- تشکیل کمیته فنی صدور پروانه های بهداشتی به صورت هفتگی

- ساماندهی کارگاه‌های تولیدی محصولات سنتی استان (نان خرمایی، برنجی و ...) با صدور بیش از ۳۶ فقره شناسه نظارت جهت ۱۹ کارگاه
- برگزاری همایش روز جهانی غذا و اعطای لوح افتخار به ۹ واحد نمونه و برتر استان و لوح افتخار به ۷ نفر از مسئولین فنی نمونه استان با حضور استاندار و نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی و ایجاد فرصتی برای صاحبان صنایع جهت طرح مشکلات خود در حضور ایشان
- برگزاری سه دوره آموزشی جهت کارشناسان مدیریت‌های مختلف معاونت، کارشناسان کنترل مواد غذایی شبکه‌ها، تأثیر ظروف بر مواد غذایی، زبان تخصصی در صنایع غذایی بهداشت مواد غذایی و دوره آموزش تجزیه و تحلیل خطر در کره حیوانی جهت کارشناسان ۱۲ استان و کارشناسان معاونت دارو و غذا
- چاپ ۶ مورد پمفلت در جهت آموزش و ارتقاء فرهنگ بهداشتی عموم
- گزارشی از برخی شاخص‌های مهم واحد مدیریت نظارت بر مواد غذایی و آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی

○ مدیریت نظارت بر دارو و مواد مخدر

استراتژی‌های مدیریت نظارت بر دارو و مواد مخدر:

- جهت‌گیری جهت تشکیل تعاونی‌های داروسازی و کمک و حمایت آنان در زمینه تأمین کارخانجات داروسازی در استان متناسب با نیازهای دارویی
- تأمین مزایا و امکانات لازم جهت ایجاد جاذبه در بخش دولتی برای جذب داروسازان
- تقویت کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو
- اتوماسیون نسخ تجویزی پزشکان و ارتباط مکانیزه با داروخانه‌ها
- تقویت آموزش دارویی به سطوح مختلف جامعه
- تقویت همکاری بین‌بخشی با سازمان‌های مرتبط (نیروی انتظامی، پست، فرودگاهی، ترمینال‌ها) در زمینه کنترل ورود و خروج دارو جهت جلوگیری از داروهای غیرقانونی و ...
- تقویت تعامل با سازمان‌های حقوقی جهت کنترل داروهای قاچاقی
- جهت‌گیری جهت تشکیل کارگروه کنترل داروهای قاچاق، پایانه‌ها، نیروی انتظامی، قوه قضاییه، فرمانداری، بهداشت و درمان و ...
- گسترش مجوزهای داروخانه در نقاط مختلف جهت افزایش دسترسی در شهر کرمانشاه با هماهنگی نظام پزشکی، بیمه همگانی و تأمین اجتماعی

جدول شماره ۴-۱۱۹: شاخص‌های مدیریت نظارت بر دارو و مواد مخدر

عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
تعداد داروساز	تعداد	۲۳۰	۲۶۰	۲۳۵	۲۶۰	۳۰۰
تعداد کارخانجات داروسازی	تعداد	۱	۳	۱	۲	۳
تعداد داروخانه‌ها	تعداد	۱۹۰	۲۱۰	۲۱۰	۲۳۰	۲۵۰
تعداد شرکت‌های توزیع دارویی	تعداد	۱۳	۱۳	۱۳	۱۵	۲۰
تعداد داروساز در بخش دولتی	تعداد	۲۲	۴۰	۲۷	۴۵	۶۰
نسبت داروخانه به جمعیت	تعداد	$\frac{۱۹۰}{۱۸۰۰۰۰}$	$\frac{۱}{۷۰۰۰}$	$\frac{۱}{۹۵۰۰}$	$\frac{۱}{۸۵۰۰}$	$\frac{۱}{۷۰۰۰}$
تعداد شناسنامه نظارت	تعداد	۱۹	۱۲۰	۲۵	۸۰	۱۲۰
تعداد واحدهای دارای شناسنامه به کل	تعداد	$\frac{۱۹}{۱۲۰}$	۱	$\frac{۲۵}{۱۲۰}$	$\frac{۸}{۱۲۰}$	$\frac{۱۲۰}{۱۲۰}$
تعداد کارشناسان غذا و دارو	تعداد	۲۵	۳۶	۲۷	۳۰	۳۵
تعداد بازرس کارشناس غذا	تعداد	۱۳۰۷	۲۰۰۰	۱۵۰۰	۱۷۵۰	۲۰۰۰
تعداد بازرس کارکنان دارویی	تعداد	۹۸۳	۱۲۰۰	۱۳۰۰	۱۶۰۰	۱۸۰۰
مقدار مواد غذایی توقیف شده	کیلوگرم	۱۰۱۱۴۹	۵۰۰۰۰۰	۸۵۰۰۰	۷۰۰۰	۵۰۰۰
تعداد پروانه‌های صادره تأمین دارویی	تعداد	۲۰۰	۲۵۰	۲۶۰	۳۰۰	۴۰۰
تعداد مراکز MMT	تعداد	۶۰	۶۲	۷۰	۷۵	۸۰
تعداد نمونه آزمایش شده سالم	تعداد	$\frac{۱۸}{۴۲۱}$	$\frac{۹۰۰}{۴۲۰}$	$\frac{۶}{۴۲۰}$	$\frac{۶}{۴۰۰}$	$\frac{۶}{۴۲۰}$

○ مدیریت آزمایشگاه کنترل مواد غذایی

استراتژی‌های آزمایشگاه کنترل مواد غذایی:

- ارتقاء سطح علمی کارشناسان آزمایشگاه
- گسترش آزمایشات انجام شده روی مواد غذایی به میزان ۱۰۰٪ مورد نیاز
- توسعه تجهیزات و دانش فنی جهت ایجاد پوشش ۱۰۰٪ آزمایشات مورد نیاز
- توسعه آزمایشگاه‌های همکار در جهت کنترل و نظارت بر مواد غذایی

○ واحد شیمی مواد غذایی و بسته‌بندی:

جدول شماره ۴-۱۲۰: شاخص‌های واحد شیمی مواد غذایی و بسته‌بندی

عنوان شاخص	وضعیت موجود (سال ۸۸)	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
تعداد نمونه‌های ارسالی به آزمایشگاه کنترل مواد غذایی	۲۲۴۸	۲۱۰۰	۱۵۰۰	۱۰۰۰
تعداد آزمایش‌های انجام شده روی نمونه‌ها	۹۰۱۶	۹۰۳۰	۶۷۵۰	۴۶۰۰
نسبت تعداد آزمایشات انجام شده به تعداد نمونه‌ها	$\frac{۴}{۰۱}$	$\frac{۴}{۳}$	$\frac{۴}{۵}$	$\frac{۴}{۶}$
تعداد سوابق‌های تدوین شده در آزمایشگاه	۸۵	۱۱۶	۲۵۰	۴۰۰
تعداد بازرسی‌های انجام شده از آزمایشگاه‌های تحت پوشش	۱۱۰	۱۳۰	۱۷۵	۲۵۰
نسبت تعداد پرسنل متخصص آموزش دیده به کل پرسنل	$\frac{۰}{۸۱}$	$\frac{۰}{۸۲}$	$\frac{۰}{۹۵}$	$\frac{۰}{۸۵}$

معاونت دارو و اهداف آن:

مصرف دارو به عنوان یک مقوله مهم در اقتصاد بهداشت و درمان مطرح است و همچنین آنکه مصرف بی‌رویه دارو نسبت معکوس با توسعه سلامت و بهداشت جامعه دارد. زیرا الگوی مصارف داروها تابع منطقی و مشخصی از نیاز نیست؛ بلکه فرهنگ بهداشتی، آموزش پزشکی و نظارت و هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی در سطح سلامت و شیوه زندگی و نحوه دسترسی به دارو و بسیاری عوامل دیگر در الگوی مصرف مؤثرند. انتظار می‌رود که در بخش‌های مختلف اعم از خصوصی و دولتی اهرم‌های نظارتی به صورت سیستمیک بتواند شرایطی را در جهت نظم بخشیدن به مصرف دارو و هدایت آن به سمت مصرف بهینه فراهم آورند. در مطالعه‌ای که به منظور الگوی ارزیابی مصرف دارو، ضرورت کنترل و بهره‌وری بیمارستان امام رضا در کرمانشاه انجام گردیده؛ با مدل حاضر سه رکن اساسی در ارزیابی مورد توجه قرار گرفته که شاخص‌های مورد نظر بر محور این ارکان در ارزیابی مصرف دارو اطلاعات ارزشمندی را فراهم می‌نماید. این سه رکن عبارتند از: میانگین مصرف (میانگین عددی، میانگین ریالی)، سهم مصرف (سهم عددی، سهم ریالی) و سرانه مصرف (سرانه عددی و سرانه ریالی) در مصرف داروهای متفاوت، بخش‌های مختلف و بیماران مختلف و نتایج حاصل از بکارگیری چک‌لیست نهایی و ارزیابی انجام شد؛ نشان داد که میانگین مصرف داروها در انواع دارو و در بخش‌های مختلف بیمارستان و در بین بیماران مختلف، اختلاف چشمگیری را نشان می‌دهد. همچنین میانگین ریالی آن‌ها نیز این امر را تأیید نمود. این اطلاعات در تصمیم‌گیری و اقدام پزشکان و مسئولین بیمارستان بسیار می‌تواند حائز اهمیت باشد. از طرفی سهم داروها نیز نمایشگر تفاوت‌های بسیار در سهم داروهای متفاوت برحسب بخش و بیمار بوده است. سرانه مصرف بیماران نیز نتایج نسبتاً مشابهی را نشان داد که متأسفانه میزان مصرف بالایی را نشان داده و مصرف برخی داروها نیز بیش از داروهای دیگر مطرح می‌شود. [۲۸]

دستیابی به اهداف سلامت نیازمند قدم‌های مؤثر در استفاده بهینه از منابع است و دارو به عنوان ضروری‌ترین منبع در درمان و سلامت بیماران آنچنان که می‌بایست مورد توجه قرار نگرفته و مصرف آن انحراف زیادی را در مقایسه با نیاز واقعی جامعه نشان می‌دهد و شاید بتوان گفت که بیشترین هزینه‌های از دست‌رفته در خدمات بهداشتی درمانی مربوط به مصرف داروهای غیرضروری و یا استفاده بی‌رویه است.

در مطالعه‌ای که به منظور بررسی مصرف دارو با استفاده از شاخص‌های ارزیابی سیستمیک در بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه کرمانشاه صورت پذیرفت، نتایج زیر حاصل شده است: میانگین عددی و ریالی مصرف دارو تقریباً یکسان بود. وضعیت مصرف بر حسب دسته‌های دارویی تفاوت چشمگیری را نشان می‌داد. همچنین در بین داروهای تزریقی نیز اختلاف مصرف چشم‌گیر بود. همچنین مصرف دارو در بخش‌های مختلف نیز اختلافات قابل توجهی را نشان می‌داد و نیز مشخص گردید که بیشترین هزینه‌های دارویی مربوط به اشکال تزریقی و خصوصاً فرآورده‌های ایمنولوژیک تزریقی است [۲۹]. لذا تدوین استراتژی‌های مطلوب در جهت پیشبرد اهداف معاونت درمان، بیمارستان‌ها و دیگر مراکز بهداشتی درمانی استان از ضرورت تام برخوردار خواهد بود. بنابراین در این بخش لازم است ضمن

تعیین و معرفی اهداف واحدهای مختلف مرتبط با بخش دارو و درمان در دانشگاه علوم پزشکی و تشریح فعالیت‌های آنان، نسبت به معرفی شاخص‌های مهم اقدام گردد.

اهداف مراکز اطلاع‌رسانی و سموم:

- پاسخ به سؤالات عموم مردم و گروه پزشکی
- آموزش در مصرف بهینه دارو و جلوگیری از رواج مصرف بی‌رویه آن‌ها در سطح عموم مردم
- جمع‌آوری مشکلات خاص دارویی از قبیل مواد اولیه، فرمولاسیون و بسته‌بندی و همچنین عوارض آن‌ها و پیشنهاد راه‌حل
- همکاری با گروه پزشکی در تجویز داروها و جلوگیری از اشتباهات نسخه‌نویسی
- کسب نظرات پزشکان در مورد دارو، اثربخشی آن‌ها و پیشنهاد قرارگرفتن داروهای جدید در لیست داروهای رسمی کشور
- ارائه اطلاعات لازم و اولیه به مسمومین، همراهان و کادر پزشکی در پیشگیری از عوارض سوءناشی از مسمومیت‌ها
- سازماندهی به امر فارماکوویژیالانس و توکسیکویژیالانس در سطح کشوری
- آموزش گروه‌های پزشکی در زمینه‌های مختلف دارو و سموم
- برگزاری دوره‌های علمی آموزشی اطلاع‌رسانی علمی
- گسترش مراکز اطلاع‌رسانی دارویی و سموم در سطح کشور
- جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل یافته‌های مراکز اطلاعات دارویی و سموم
- همکاری با مجامع بین‌المللی و مراکز اطلاعات دارویی و سموم در سطح جهان

اهداف عمده مرکز ثبت عوارض دارویی یا ADR :

- شناسایی سریع عوارض و تداخل‌های ناخواسته دارویی که تاکنون شناخته نشده‌اند.
- تشخیص افزایش میزان وقوع عوارض ناخواسته شناخته شده.
- شناسایی ریسک فاکتورها و مکانیسم‌هایی که عوارض ناخواسته دارویی تحت آن شرایط رخ می‌دهند.
- تخمین جنبه‌های کمی زیان‌های ناشی از مصرف داروها.
- تحلیل و انتشار اطلاعات مورد نیاز در تجویز داروها و مقررات دارویی.
- پیشگیری از وقوع عوارض ناخواسته و کاهش مرگ و میر ناشی از عوارض و مشکلات دارویی.

گروه نظارت بر تجویز و مصرف دارو:

گروه نظارت بر تجویز و مصرف دارو، چهار واحد کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو (RUD)، مرکز اطلاع‌رسانی دارویی و سموم (DPIC)، ثبت و گزارش عوارض دارویی (ADR) و کمیته راهبردی داروسازی بیمارستانی (ACHP) را شامل می‌شود.

اهداف کلی کاربردی کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو:

- ارتقای سطح کیفی خدمات پزشکی و جلوگیری از تجویز و مصرف غیرمنطقی و بی‌رویه دارو
- کمک به برنامه‌ریزی‌های بهداشتی، درمانی و دارویی
- استفاده از اطلاعات حاصل از بررسی نسخ در زمینه‌های آموزشی و پژوهشی
- کاهش منطقی و پیشگیری از هزینه‌های غیرضروری
- ارائه الگوی صحیح تجویز و مصرف منطقی دارو و خدمات پزشکی
- ارتقای فرهنگ عامه در جهت افزایش آگاهی‌های بهداشتی، درمانی و دارویی

خلاصه فعالیت‌های واحد نظارت بر تجویز و مصرف دارو در سال ۱۳۸۸:

- ۱- ثبت و پردازش نسخ بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی و بیمه روستاییان
- ۲- ثبت و پردازش نسخ استان‌های کردستان و ایلام و ارسال گزارش‌های مربوطه به معاونت‌های غذا و دارو استان‌های مذکور
- ۳- ارسال فیدبک حاصل از پردازش نسخ به پزشکان و سازمان‌های بیمه‌گر
- ۴- نیازسنجی آموزشی بر اساس داده‌های حاصل از پردازش نسخ و برنامه‌ریزی آموزش عمومی و تخصصی
- ۵- برگزاری ۸ مورد همایش و سمینار آموزشی برای پزشکان، داروسازان، پرستاران و دارویاران با همکاری واحدهای مختلف دانشگاه
- ۶- برگزاری دو نوبت کارگاه آموزشی داروسازی بیمارستانی برای داروسازان قطب پنجم دارویی کشور شامل استان‌های کرمانشاه، ایلام، کردستان، همدان و لرستان
- ۷- برگزاری کارگاه آموزشی برای مربیان بهداشت مدارس استان کرمانشاه با همکاری آموزش و پرورش
- ۸- ارائه طرح تحقیقاتی به صورت پایان‌نامه دانشجویی در مورد بررسی تجویز و مصرف دارو در مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع) با همکاری دانشکده داروسازی
- ۹- انتخاب و معرفی پزشکان نمونه به همایش ملی تجویز و مصرف منطقی دارو در اصفهان و همچنین اولین جشنواره ملی کودک و مصرف منطقی دارو در شیراز
- ۱۰- کسب عنوان کمیته برتر و دریافت لوح تقدیر از دست وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اولین همایش کشوری RUD در اصفهان
- ۱۱- تهیه دو قسمت از مجموعه انیمیشن آموزشی «سالم بمانیم» با عنوان‌های «مصرف خودسرانه دارو» و «استفاده از داروهای نیروزا»
- ۱۲- ضبط برنامه‌های ترکیبی مرکب از برنامه مستند، مطالب کارشناسی و نمایش جهت آموزش بزرگسالان با همکاری سیمای مرکز زاگرس
- ۱۳- اهدای ۱۰۵۰۰ جلد کتاب قصه کودکان طی مراسم نمادین در دبستان مفید به آموزش و پرورش با پوشش خبری استانی و سراسری

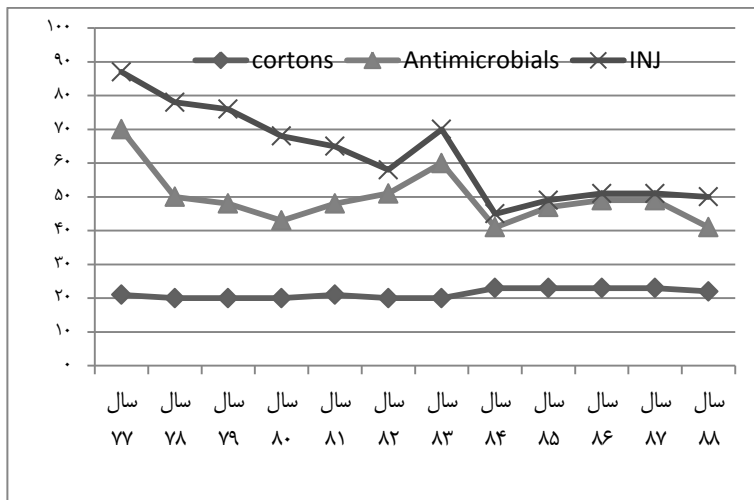
- ۱۴- ارائه خدمات و اطلاع‌رسانی از طریق سایت معاونت دارو و غذا
- ۱۵- شرکت در نمایشگاه هفته سلامت با احداث غرفه، توزیع کتاب و پمفلت، برپایی غرفه معرفی داروهای قاچاق و خارج از فهرست رسمی کشور
- ۱۶- طراحی و چاپ بسته‌های آموزشی عمومی و تخصصی (پمفلت راهنمای مسافirin نوروزی، پوستر لزوم خوانا بودن نسخه دارویی، پازل آموزشی کودکان، پمفلت پیشگیری از مسمومیت‌های دارویی و مسمومیت غذایی، پیشگیری از مارگزیدگی و گزش حشرات و ...)
- ۱۷- برنامه‌ریزی و انجام مقدمات، فراخوان و اطلاع‌رسانی نخستین دوسالانه کاریکاتور تجویز و مصرف منطقی دارو به صورت کشوری
- ۱۸- تهیه و توزیع نقاب تلی و اجرای مسابقه پاسخ به سؤال با اهدای جوایز در همایش پیاده‌روی خانوادگی (۲۰۰۰ عدد نقاب با درج شعارهای مربوط به شعارهای مصرف منطقی دارو)
- ۱۹- مصاحبه‌های خبری و گزارش کارشناسی در برنامه‌های مختلف صدا و سیمای استان و حضور در برنامه زنده رادیوی شهر و شهروند کرمانشاه
- ۲۰- چاپ مطالب آموزشی در روزنامه‌های استان در هفته پیشگیری از مسمومیت‌ها (نسیم غرب و صفر غرب با پوشش استان‌های غرب کشور)
- ۲۱- پاسخ‌گویی به سؤالات علمی تماس‌گیرندگان با مرکز اطلاع‌رسانی دارویی و سموم ۴۴۹ مورد
- ۲۲- جمع‌آوری و ارسال فرم‌های زرد ثبت و گزارش عوارض دارویی به مرکز کشوری ADR
- جدول شماره ۴-۱۲۱: آمار شاخص‌های حاصل از پردازش نسخ در کمیته تجویز و مصرف

منطقی دارو به تفکیک فصل در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸

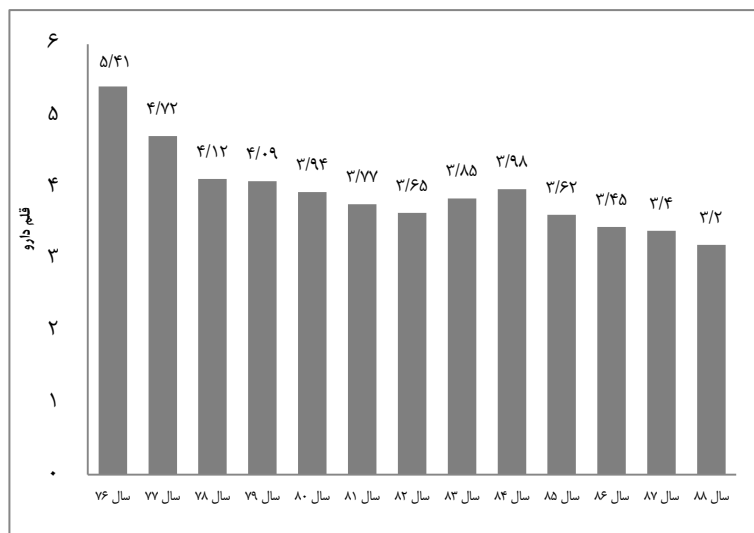
شاخص‌های بررسی نسخ						فصل/ سال
درصد بیماران دریافت کننده داروی تزریقی		درصد بیماران دریافت کننده آنتی میکروبیال		میانگین تعداد اقلام دارویی در نسخه		
۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۷	
۴۵	۵۰	۵۲	۵۴	۳/۲۵	۳/۵۰	بهار
۴۱	۴۵	۴۶	۴۸	۳/۰۵	۳/۳۱	تابستان
۴۵	۴۶	۵۷	۵۶	۳/۳۳	۳/۳۸	پاییز
۳۹	۴۵	۵۳	۵۵	۳/۱۳	۳/۳۱	زمستان
۴۳	۴۶	۵۲	۵۳	۳/۲۰	۳/۳۷	کل سال

مقادیر فوق نشان‌دهنده کاهش در میانگین اقلام دارویی از سال ۸۷ به ۸۸ بوده که بیانگر تأثیر برنامه‌های اجرا شده است.

نمودار شماره ۴-۵۱: آمار شاخص‌های تجویز دارو بر حسب درصد بیماران دریافت کننده استان کرمانشاه
از سال ۱۳۷۷ لغایت ۱۳۸۸



نمودار شماره ۴-۵۲: میانگین تعداد اقلام دارویی نسخ پزشکان استان کرمانشاه از سال ۷۶ تا سال ۸۸



نمودار فوق بیانگر آن است که میانگین تعداد اقلام دارویی نسخ پزشکان استان از سال ۷۶ تا ۸۸ سیر نزولی داشته، لذا حرکت به سمت هدفمند شدن درمان را تا حدی نوید می‌دهد و حاکی از مؤثر بودن برنامه‌ها و اقدامات انجام شده در راستای رسیدن به هدف بوده است.

جدول شماره ۴-۱۲۲: آمار شاخص‌های حاصل از پردازش نسخ در کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو به تفکیک شهرستان

در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸

شهرستان	شاخص					
	میانگین تعداد اقلام دارویی در نسخه		درصد بیماران دریافت کننده آنتی میکروبیال		درصد بیماران دریافت کننده داروی تزریقی	
	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۸
کرمانشاه	۳/۳۷	۳/۳۱	۵۰	۵۰	۴۳	۴۳
اسلام‌آباد غرب	۳/۶۴	۳/۵۲	۵۴	۵۳	۴۹	۴۷
صحنه	۳/۱۷	۳/۱۴	۵۹	۵۶	۵۱	۵۲
هرسین	۳/۷۴	۳/۴۵	۶۲	۶۳	۵۸	۵۰
کنگاور	۳/۴۷	۳/۲۵	۵۹	۵۹	۵۵	۵۱
سنقر	۳/۵۷	۳/۱۰	۵۹	۵۳	۵۰	۳۸
جوانرود	۳/۲۶	۳/۱۴	۶۰	۵۷	۴۳	۳۹
پاوه	۳/۱۶	۲/۹۷	۵۹	۵۸	۴۴	۴۱
گیلان‌غرب	۳/۲۸	۳/۴۱	۵۹	۶۱	۶۲	۶۷
دالاهو	۳/۶۲	۳/۲۷	۶۰	۵۴	۵۱	۴۴
سرپل‌ذهاب	۳/۶۶	۳/۲۶	۶۰	۵۷	۶۰	۵۳
روانسر	۲/۹۰	۲/۵۵	۵۹	۵۵	۴۲	۳۷
قصرشیرین	۳/۲۰	۲/۸۳	۶۱	۶۰	۵۴	۴۸
ثلاث باباجانی	۳/۶۵	۳/۳۵	۶۵	۶۵	۶۸	۶۷
کل استان	۳/۳۷	۳/۲۰	۵۳	۵۲	۴۶	۴۳

جدول شماره ۴-۱۲۳: شاخص‌ها

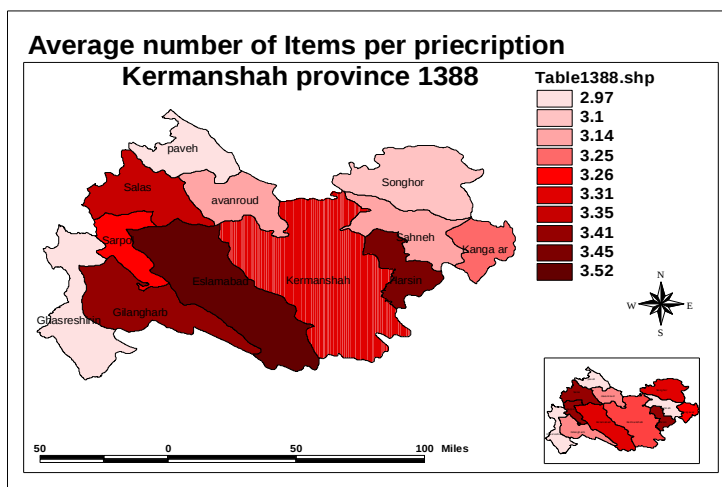
عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
نسبت کارشناسان متخصص به کل کارشناسان		۱۴/۶۰	۳۰/۶۰	۱۷/۶۰	۲۴/۶۰	۳۰/۶۰
میانگین تعداد اقلام دارویی در هر نسخه	فوق لیسانس کل کارکنان	۳/۲۰	۳	۳/۱۵	۳/۱	۳
درصد بیماران دریافت کننده داروی آنتی میکروبیال	تعداد بیماران مصرف کننده آنتی بیوتیک کل	۵۲٪	۴۲/۵٪	۵۰٪	۴۵٪	۴۲/۵٪
درصد بیماران دریافت کننده اشکال دارویی تزریقی		۴۲٪	۲۵٪	۳۵٪	۳۰٪	۲۵٪
درصد بیماران دریافت کننده کورتیکواستروئید		۲۴٪	۱۰٪	۲۲٪	۱۸٪	۱۵٪
تعداد برنامه‌های آموزش تخصصی برای پزشکان داروساز		۹	۱۲	۱۰	۱۲	۱۲
تعداد مداخلات آموزش برای سطح جامعه		۷	۱۲	۱۰	۱۱	۱۲

داروخانه‌های استان

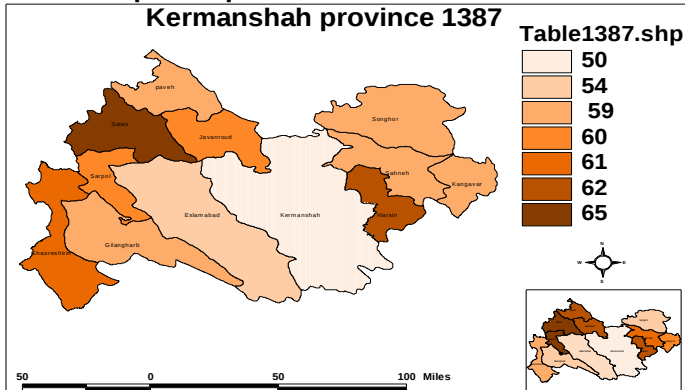
جدول شماره ۴-۱۲۴: فعالیت امور داروخانه‌ها در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸

ردیف	فعالیت	سه ماهه اول		سه ماهه دوم		سه ماهه سوم		سه ماهه چهارم		جمع	
		۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸	۸۷	۸۸
۱	تشکیل جلسه کمیسیون قانونی ماده بیست امور داروخانه‌ها	۱	۲	۳	۲	۳	۳	۳	۳	۹	۱۱
۲	تکمیل پرونده و صدور پروانه تأسیس داروخانه‌ها	۴	۸	۹	۱۳	۷	۵	۵	۱۰	۲۵	۳۶
۳	تکمیل پرونده و دریافت مجوز تأسیس داروخانه			۱۳		۵	۵	۴		۲۲	۵
۴	تکمیل پرونده و صدور پروانه مسئولیت فنی		۲۷	۲	۲۹	۱	۲۶	۱	۲۴	۴	۱۰۶
۵	تکمیل پرونده و درخواست ابطال مجوز داروخانه	۱	۲	۱	۱	۱	۳	۱	۳	۴	۸
۶	امتیازبندی و تکمیل فرم نوبت‌بندی متقاضیان تأسیس داروخانه	۶	۱۳			۵	۶	۴	۲۳	۲۲	۳۵
۷	تکمیل پرونده و تمدید اعتبار پروانه‌های مسئولین فنی داروخانه‌ها به استاد گواهی نهایی بازآموزی	۱				۲		۲۴		۲۶	۱
۸	تکمیل پرونده و بررسی صلاحیت و صدور گواهی صلاحیت فنی	۳	۱	۷	۳	۲	۹	۱	۳	۱۳	۱۶
۹	تکمیل پرونده و تغییر محل داروخانه	۲	۳	۴	۲	۳	۳	۲	۴	۱۱	۱۲
۱۰	طرح موضوع تخلف داروخانه‌ها در کمیسیون ماده ۲۰	۲	۲	۴		۲	۶	۴۷		۵۵	۸
۱۱	ابطال مجوز و پروانه‌ها تأسیس و مسئولیت فنی		۱	۲	۱	۱	۳	۱	۳	۴	۸

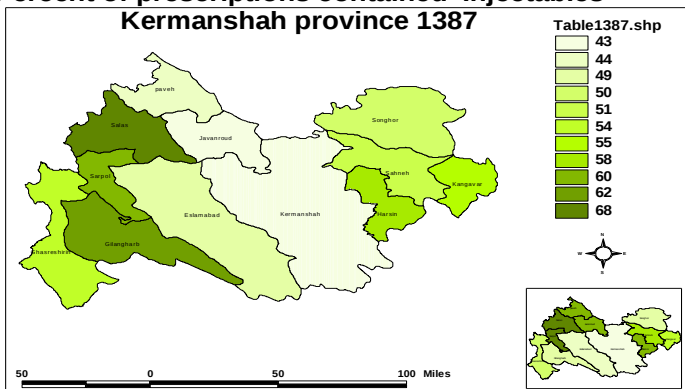
جدول فوق نشان می‌دهد که با توسعه نظارت بر امور داروخانه‌ها، میزان تخلفات کاهش مطلوبی داشته است.



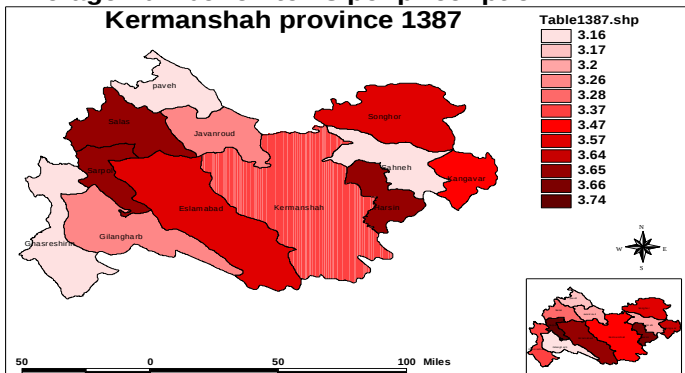
Percent of prescriptions contained Antimicrobials Kermanshah province 1387



Percent of prescriptions contained Injectables Kermanshah province 1387



Average number of Items per prescription Kermanshah province 1387



معاونت دانشجویی:

تاریخچه معاونت دانشجویی، فرهنگی^۱:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه در سال ۱۳۴۷ با عنوان مدرسه عالی پرستاری با پنج معاونت کار خود را آغاز نمود. در سال ۱۳۶۶ معاونت اداری، مالی و دانشجویی تشکیل گردید که خدمات دانشجویی در آن حوزه انجام می‌شد. در سال ۱۳۷۰ با توجه به گسترش فعالیت‌ها و لزوم انجام فعالیت‌های فرهنگی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، دو معاونت با عناوین معاونت دانشجویی و معاونت فرهنگی ایجاد گردید که در سال ۱۳۷۵ این دو ادغام و با نام معاونت دانشجویی، فرهنگی به فعالیت خود ادامه داد. در معاونت دانشجویی فرهنگی، مدیریت فرهنگی شامل واحدهای اداره امور فرهنگی، فوق‌برنامه و اداره تربیت بدنی، مدیریت دانشجویی شامل گروه رفاه و تعاون، اداره تغذیه، اداره امور خوابگاه‌ها، مرکز بهداشت درمان و مشاوره دانشجویی، کمیته انضباطی و ستاد شاهد و ایثارگر، حسابداری و اداره امور عمومی مشغول به کار بوده‌اند. در سال ۱۳۸۵ با جدا شدن واحدهای ستاد شاهد و ایثارگر (ادامه فعالیت در معاونت آموزشی) و مرکز بهداشت و درمان (ادامه فعالیت در معاونت درمان) و مستقل شدن اداره مشاوره دانشجویی در حوزه معاونت دانشجویی، فرهنگی سایر واحدها به فعالیت خود ادامه داده‌اند. در سال ۱۳۸۷ بنا به نظر معاونت وقت و احساس نیاز، واحدهای رایانه و حراست نیز به این مجموعه اضافه شد و هم‌اکنون در حال انجام فعالیت و خدمات رسانی به دانشجویان و کارمندان در کلیه زمینه‌های مرتبط می‌باشد.

اهداف معاونت دانشجویی فرهنگی:

- واگذاری ۱۰٪ امور خدماتی به بخش خصوصی در حوزه‌های معاونت دانشجویی فرهنگی تا پایان سال ۱۳۹۴.
- مکانیزه کردن کلیه امور مربوط به خدمات دانشجویی تا پایان سال ۱۳۹۴.
- جایگزین کردن نیروهای غیرمتخصص کلیه پست‌های کارشناسی با نیروهای متخصص (با تحصیلات دانشگاهی) تا پایان سال ۱۳۹۴.
- شرکت دادن بیش از ۳۰٪ از کارکنان و دانشجویان در حداقل یک رشته ورزشی تا پایان سال ۱۳۹۴.
- پوشش ۱۰۰٪ دانشجویان در بهره‌گیری از مشاوره حوزه معاونت دانشجویی تا پایان سال ۱۳۹۰.
- برخورداری ۱۰۰٪ دانشجویان از امکانات ورزشی تا پایان سال ۱۳۹۲.
- شرکت دادن حداقل ۷۰٪ دانشجویان در کمیته‌های فرهنگی تا پایان سال ۱۳۹۴.
- پوشش ۱۰۰٪ دانشجویان در بهره‌گیری از مشاوره حوزه معاونت دانشجویی تا پایان سال ۱۳۹۴.

استراتژی‌های معاونت دانشجویی فرهنگی:

- توسعه خوابگاه‌های دانشجویی در پردیس دانشگاه با فضای استاندارد
- ارتقاء ناوگان حمل و نقل
- ارتقاء کیفیت تغذیه

- توسعه تورهای مناسب مسافرتی جهت فراهم نمودن نیازهای تفریحی دانشجویان
- فضاسازی به منظور توسعه تشکلهای دانشجویی
- گسترش دورههای آموزشی به منظور تقویت پتانسیلهای هنری دانشجویان
- توسعه زمینه فعالیت‌های مذهبی
- توسعه امکانات ورزشی

دستاوردهای معاونت دانشجویی، فرهنگی:

- تجهیز خوابگاه‌ها به وسایل رفاهی (یخچال، تلفن داخلی، اینترنت، کتابخانه، سالن مطالعه، سالن ورزشی و ...)
 - افزایش متراژ فضای ورزشی روباز به ۴۷۰۰ مترمربع
 - راه‌اندازی سیستم مکانیزه در سلف سرویس مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 - تکمیل و تجهیز مجتمع خوابگاهی بوستان
 - راه‌اندازی و تجهیز سلف سرویس دانشکده پیراپزشکی
 - ساخت و گسترش انبار مرکزی معاونت دانشجویی و فرهنگی
 - خرید دو دستگاه اتوبوس ولوو جدید و سه دستگاه اتوبوس داخل شهری
 - اسکان ۱۰٪ دانشجویان پسر و دختر روزانه متقاضی خوابگاه
 - افزایش فعالیت‌های دینی در دانشگاه از ۲۰۵ مورد در سال ۱۳۸۴ به ۳۹۴ در سال ۱۳۸۷
 - افزایش فعالیت‌های اجتماعی در دانشگاه از ۱۹۴ مورد به ۶۱۰ در سال ۱۳۸۷
 - افزایش فعالیت‌های هنری از ۶۰۷ مورد به ۱۱۱۸۰ مورد
 - افزایش فعالیت‌های سیاحتی از ۶۵ مورد به ۸۳ مورد
 - افزایش تعداد رشته‌های ورزشی دانشجویان به ۱۹ مورد
 - ارائه خدمات مشاوره‌ای به ۱۳۹۲ نفر از دانشجویان
 - اجرای ۷۰ کارگاه آموزشی مهارت‌های زندگی با تأکید بر پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی
 - برگزاری ۲۲ دوره نشست دانشجویی و تشکیل هسته‌های مشاوره پیشرفت تحصیلی در دانشکده‌ها
- اهم شاخص‌های معاونت دانشجویی در واحدهای تابعه که عملکرد این معاونت را به خوبی روشن می‌سازند در قالب جداول مندرج آمده است.

○ اداره خوابگاه

جدول شماره ۴-۱۲۵: شاخص سرانه خوابگاه‌ها

ردیف	عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
۱	سرانه فیزیکی خوابگاه	مساحت کل خوابگاه تقسیم بر تعداد ساکنین خوابگاه	۱۰/۰۳	۱۵	۱—	از ۱۰/۰۳ به ۱۲	از ۱۲ به ۱۵
	سرانه فضای اتاق خوابگاهی	مساحت اتاق‌ها بر تعداد ساکنین	۴/۱۲	۵	—	از ۴/۱۲ به ۴/۵	از ۴/۱۲ به ۴/۵

○ اداره تغذیه

جدول شماره ۴-۱۲۶: شاخص تغذیه دانشجویی

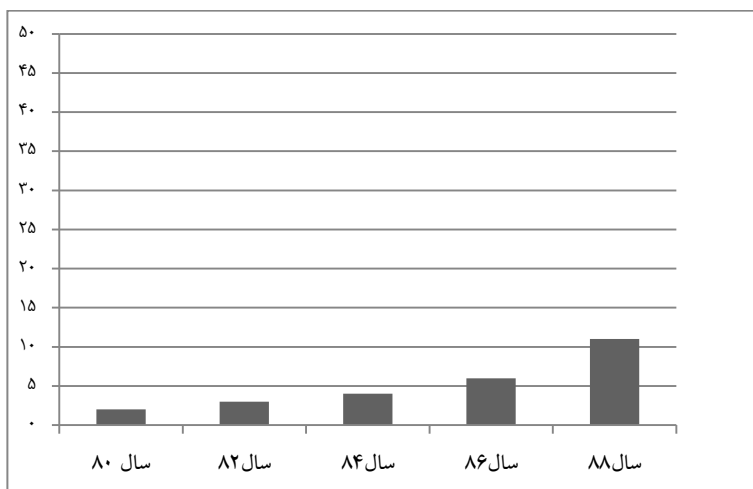
ردیف	عنوان شاخص	نحوه محاسبه	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب	هدف یک ساله	هدف پنج ساله	هدف ۱۴۰۴
۱	سرانه فضای غذاخوری‌های دانشجویی	مساحت غذاخوری‌های دانشجویی دانشگاه تقسیم بر تعداد کل دانشجویان	٪۹۳	٪۷ متر مربع	۱ متر مربع	توسعه مطابق نیاز بر حسب استاندارد	توسعه مطابق نیاز بر حسب استاندارد
۲	سرانه فضای آشپزخانه دانشجویی	کل مساحت آشپزخانه‌های دانشجویی موجود در دانشگاه تقسیم بر تعداد دانشجویان	٪۱۴	٪۳ مترمربع	افزایش تا ٪۱۹	افزایش تا ٪۲	٪۳

○ اداره مشاوره دانشجویی

اقدامات اداره مشاوره در هشت سال اخیر

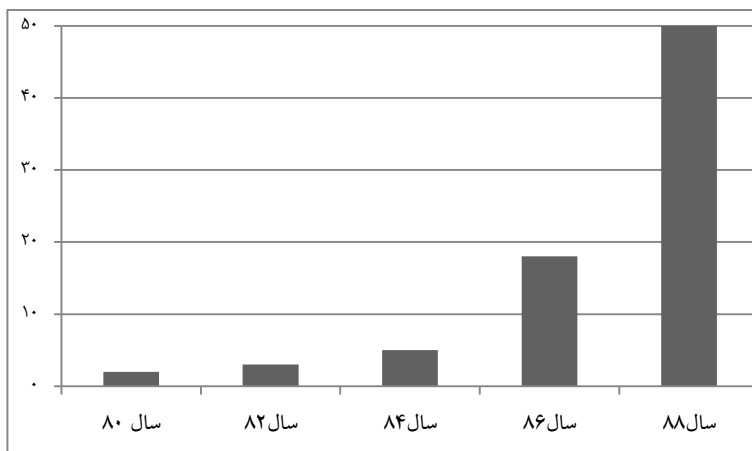
نمودار شماره ۴-۵۳: به کارگیری نیروهای تخصصی روان پزشکی و کارشناس ارشد

جهت دفاتر مشاوره ستاد، خوابگاه‌ها، دانشکده‌ها و فعال‌سازی هسته‌های پیشرفت تحصیلی دانشکده‌ها

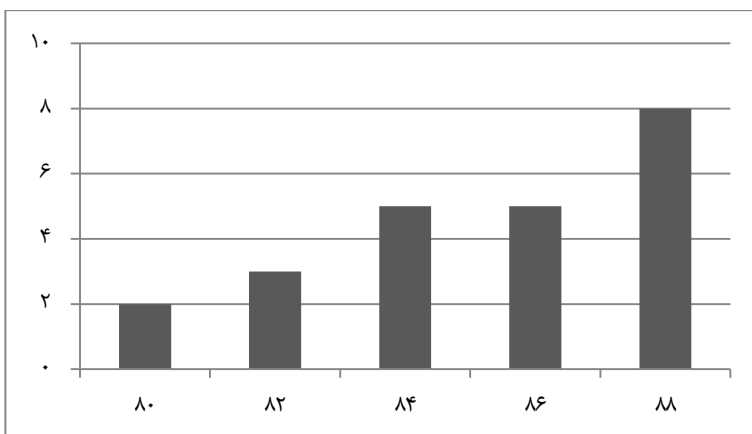


۱- تعریف نشده است.

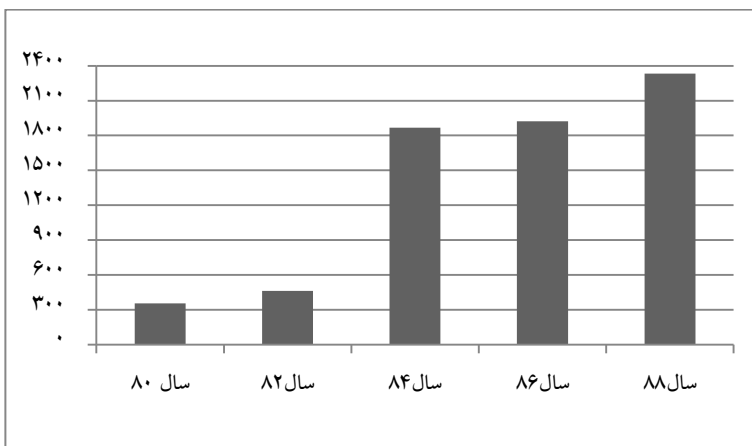
نمودار شماره ۴- ۵۴: برگزاری سمینارها و نشست های آموزشی کارگاه های آموزشی جهت دانشجویان



نمودار شماره ۴- ۵۵: فعال سازی دفاتر مشاوره در خوابگاه ها و دانشکده ها و ستاد



نمودار شماره ۴- ۵۶: تعداد مراجعین به دفاتر مشاوره در سطح دانشکده ها و خوابگاه ها



در این بخش گزارشی از رتبه‌بندی دانشکده‌های پزشکی سراسر کشور از نظر شاخص‌های مختلف مرتبط با اهداف معاونت دانشجویی خواهد آمد. نتایج نشان می‌دهند که دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (دانشکده پزشکی) از نظر معیارهای مختلف جای فراوان برای رشد و توسعه دارد.

رتبه‌بندی دانشکده‌های پزشکی بر اساس معیارهای امکانات و تجهیزات:

جدول شماره ۴-۱۲۷: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار تجهیزات و امکانات

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	شهیدبهشتی	۵۸/۸	۱۵	کرمان	۴۹/۵۸
۲	تهران	۷۲/۶۸	۹	مشهد	۵۸/۳۵	۱۶	ایران	۴۸/۹۴
۳	شیراز	۷۱/۷	۱۰	کرمانشاه	۵۳/۰۹	۱۷	بیرجند	۴۸/۶۵
۴	ارتش	۶۸/۶۷	۱۱	اهواز	۵۱/۳۶	۱۸	سمنان	۴۸/۶
۵	اصفهان	۶۳/۴۱	۱۲	گرگان	۵۰/۶۷	۱۹	ساری	۴۸/۴۶
۶	همدان	۶۰/۸۹	۱۳	تبریز	۵۰/۳۷	۲۰	زاهدان	۴۸/۴۴
۷	بقیه... (بج)	۸۵/۸۵	۱۴	بندرعباس	۴۹/۶۲	۲۱	بابل	۴۸/۱۸

جدول شماره ۴-۱۲۸: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار تجهیزات و امکانات آموزشی و پژوهشی

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	بقیه... (بج)	۵۹/۵	۱۵	زاهدان	۴۹/۸۸
۲	تهران	۷۳/۱۸	۹	کرمانشاه	۵۶/۹۱	۱۶	بابل	۴۹/۵۶
۳	ارتش	۷۱/۶۴	۱۰	بندرعباس	۵۳/۹۷	۱۷	بیرجند	۴۹/۵۱
۴	شیراز	۶۷/۶۲	۱۱	شهیدبهشتی	۵۳/۹۳	۱۸	اهواز	۴۷/۵۸
۵	همدان	۶۴/۷۶	۱۲	سمنان	۵۳/۲۱	۱۹	خرم‌آباد	۴۵/۲
۶	مشهد	۶۰/۹۱	۱۳	گرگان	۵۱/۹۸	۲۰	ساری	۴۴/۲۱
۷	اصفهان	۵۹/۷۴	۱۴	آزاد مشهد	۵۰/۴۹	۲۱	قزوین	۴۳/۵۷

جدول شماره ۴-۱۲۹: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار کتابخانه‌ها

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	بندرعباس	۶۱/۶۴	۱۵	بقیه... (بج)	۵۶/۴۲
۲	همدان	۸۲/۷	۹	گرگان	۶۰/۸۵	۱۶	شهیدبهشتی	۵۴/۷۴
۳	تهران	۷۶/۴۷	۱۰	آزاد مشهد	۶۰/۸۱	۱۷	اهواز	۵۳/۷۱
۴	شیراز	۶۵/۶۸	۱۱	بیرجند	۶۰/۳۳	۱۸	کاشان	۵۳/۳۶
۵	مشهد	۶۳/۹۶	۱۲	کرمانشاه	۶۰/۱۸	۱۹	خرم‌آباد	۵۳/۲
۶	ارتش	۶۳/۳۴	۱۳	زاهدان	۵۹/۰۷	۲۰	فسا	۵۲/۳۲
۷	اصفهان	۶۲/۸۸	۱۴	سمنان	۵۶/۷۲	۲۱	بابل	۴۸/۶۷

جدول شماره ۴-۱۳۰: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار سمعی-بصری و تکثیر

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	بندرعباس	۴۹/۹۲	۱۵	ارومیه	۴۲/۲۹
۲	ارتش	۸۳/۴۹	۹	کرمانشاه	۴۹/۴۶	۱۶	سمنان	۴۲/۰۸
۳	مشهد	۷۶/۷۹	۱۰	بابل	۴۸/۹۶	۱۷	قزوین	۴۱/۱۴
۴	بقیه... (بج)	۵۷/۵۲	۱۱	گرگان	۴۶/۲۲	۱۸	همدان	۳۹/۷۶
۵	شیراز	۵۵/۶۶	۱۲	اهواز	۴۲/۳۳	۱۹	رفسنجان	۳۹/۵۶
۶	تهران	۵۱/۳۸	۱۳	شهیدبهشتی	۴۲/۷۸	۲۰	اراک	۳۸/۷۸
۷	اصفهان	۵۰/۸	۱۴	شهرکرد	۴۲/۶۶	۲۱	زنجان	۳۸/۰۲

جدول شماره ۴-۱۳۱: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار خدمات رایانه‌ای

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	کرمانشاه	۵۷/۲۳	۱۵	زاهدان	۴۷/۴۳
۲	تهران	۸۴/۶۴	۹	ایران	۵۶/۴۸	۱۶	تبریز	۴۷/۰۷
۳	شیراز	۸۰/۱۷	۱۰	ساری	۵۶/۴۱	۱۷	قزوین	۴۵/۶۹
۴	ارتش	۷۶/۳۷	۱۱	سمنان	۵۵/۹۶	۱۸	بوشهر	۴۵/۳۶
۵	بقیه... (بج)	۶۶/۲۴	۱۲	همدان	۵۴/۰۴	۱۹	بیرجند	۴۵/۳۳
۶	اصفهان	۶۱/۴۲	۱۳	بابل	۵۱/۵۳	۲۰	آزاد مشهد	۴۴/۵۷
۷	شهیدبهشتی	۶۱/۲۴	۱۴	سنندج	۴۸/۲۶	۲۱	بندرعباس	۴۴/۲۲

جدول شماره ۴-۱۳۲: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار پابویون

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	شیراز	۷۰/۳۷	۱۵	گرگان	۶۶/۸۵
۲	همدان	۸۳/۷۶	۹	رفسنجان	۶۹/۶۶	۱۶	رشت	۶۵/۵۱
۳	ارتش	۷۷/۸۵	۱۰	ساری	۶۹/۶۲	۱۷	کرمان	۶۲/۴۱
۴	فسا	۷۵/۱۹	۱۱	بقیه... (بج)	۶۸/۴۳	۱۸	اراک	۶۲/۳۱
۵	زاهدان	۷۳/۵	۱۲	بندرعباس	۶۸/۳۸	۱۹	بابل	۶۱/۷۷
۶	کاشان	۷۲/۸۹	۱۳	سنندج	۶۸/۳۶	۲۰	اصفهان	۶۰/۷۸
۷	کرمانشاه	۷۱/۲	۱۴	زنجان	۶۷/۷	۲۱	چهرم	۵۸/۸۹

جدول شماره ۴-۱۳۳: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار خوابگاه‌های مجری

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	آزاد اردبیل	۷۰/۴۸	۱۵	ساری	۶۶/۱۶
۲	اراک	۸۰/۷۸	۹	بندرعباس	۷۰/۱۹	۱۶	خرم‌آباد	۶۶
۳	شیراز	۷۶/۴۴	۱۰	بیرجند	۷۰/۰۶	۱۷	ایلام	۶۵/۹۵
۴	فسا	۷۵/۶	۱۱	بقیه... (بج)	۶۹/۷	۱۸	سمنان	۶۵/۶۸
۵	تبریز	۷۵/۲۶	۱۲	رشت	۶۸/۹	۱۹	شهیدبهشتی	۶۵/۴
۶	رفسنجان	۷۲/۸۳	۱۳	کرمانشاه	۶۶/۶۸	۲۰	همدان	۶۴/۸
۷	آزادنجف‌آباد	۷۱/۱۴	۱۴	چهرم	۶۶/۳۳	۲۱	زنجان	۶۴/۶۴

جدول شماره ۴-۱۳۴: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار خوابگاه‌های متأهلی

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	ارومیه	۴۰/۱۹	۱۵	رشت	۳۵/۳۳
۲	شاهد	۸۶/۰۷	۹	تهران	۳۹/۴۸	۱۶	بیرجند	۳۳/۹۱
۳	بقیه... (بج)	۸۰/۶۸	۱۰	کرمان	۳۹/۳۷	۱۷	قزوین	۳۳/۱۶
۴	همدان	۵۸/۹۸	۱۱	ایران	۳۸/۶۳	۱۸	سنندج	۳۱/۸۴
۵	تبریز	۵۸/۷۸	۱۲	شهرکرد	۳۸/۳۷	۱۹	سمنان	۲۸/۸۷
۶	شیراز	۴۹/۱۹	۱۳	کرمانشاه	۳۷/۷۹	۲۰	بوشهر	۲۸/۶۹
۷	شهیدبهشتی	۴۸/۲	۱۴	فسا	۳۵/۹۸	۲۱	ارتش	۲۶/۸۹

جدول شماره ۴-۱۳۵: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار خدمات درمانی دانشجویان

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۷	تبریز	۶۹/۳	۱۴	زاهدان	۴۶/۲
۲	ارتش	۹۳/۱۸	۷	چهرم	۶۹/۳	۱۴	فسا	۴۶/۲
۳	اصفهان	۸۶/۳۶	۷	شهرکرد	۶۹/۳	۱۴	قزوین	۴۶/۲
۳	آزاد تنکابن	۸۶/۳۶	۱۱	آزاد نجف‌آباد	۵۶/۴۳	۱۴	کرمانشاه	۴۶/۲
۵	آزاد اردبیل	۷۶/۹	۱۲	بندرعباس	۵۳/۰۲	۱۴	آزادتهران	۴۶/۲
۶	شیراز	۷۶/۱۲	۱۳	تهران	۴۶/۹۸	۱۴	آزادمشهد	۴۶/۲
۷	بقیه... (بع)	۶۹/۳	۱۴	بوشهر	۴۶/۲	۲۱	کرمان	۴۰/۱۶

جدول شماره ۴-۱۳۶: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار تربیت بدنی

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	بیرجند	۵۲/۳۹	۱۵	ایران	۴۳/۸۶
۲	تهران	۷۴/۲۵	۹	کاشان	۵۱/۰۱	۱۶	آزاد یزد	۴۱/۳۹
۳	شیراز	۷۱/۳۱	۱۰	قزوین	۵۰/۸۴	۱۷	اراک	۴۱/۳۵
۴	بقیه... (بع)	۵۵/۹۱	۱۱	شهرکرد	۴۸/۲۹	۱۸	یزد	۴۱/۱۸
۵	ارتش	۵۳/۰۷	۱۲	اصفهان	۴۶/۹۲	۱۹	اهواز	۴۰/۶۸
۶	ارومیه	۵۲/۹۸	۱۳	رفسنجان	۴۶/۸۴	۲۰	کرمانشاه	۳۹/۸۷
۷	ساری	۵۲/۸۹	۱۴	مشهد	۴۶/۴۹	۲۱	کرمان	۳۹/۵۱

جدول شماره ۴-۱۳۷: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار امور فرهنگی و فوق برنامه

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	تهران	۶۴/۰۵	۱۵	یزد	۶۱/۸۲
۲	ارتش	۸۸/۸۳	۹	بیرجند	۶۳/۵۴	۱۶	تبریز	۶۰/۷۵
۳	شیراز	۷۶/۶۸	۱۰	بابل	۶۳/۳۷	۱۷	چهرم	۶۰/۳۷
۴	کرمانشاه	۷۵/۹۶	۱۱	شهیدبهبشتی	۶۲/۹	۱۸	ایلام	۶۰/۱۷
۵	قزوین	۶۷/۳۴	۱۲	اردبیل	۶۲/۶۷	۱۹	سنندج	۵۹/۸
۶	کرمان	۶۶/۴۶	۱۳	ارومیه	۶۲/۱۱	۲۰	ساری	۵۹/۶۸
۷	گرگان	۶۵/۲۳	۱۴	آزاد مشهد	۶۲/۰۹	۲۱	رشت	۵۹/۳

جدول شماره ۴-۱۳۸: نتایج مقایسه دانشکده‌ها در معیار تجهیزات و امکانات فیزیکی

رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز	رتبه	نام دانشکده	امتیاز
۱	برتر	۱۰۰	۸	ایران	۶۷/۱۸	۱۵	آزادتهران	۵۰/۹۴
۲	تهران	۸۳/۰۳	۹	تبریز	۶۰/۵۲	۱۶	رشت	۵۰/۸۶
۳	اصفهان	۸۱/۵۹	۱۰	کرمان	۶۰/۰۶	۱۷	آزادتبریز	۴۹/۶۸
۴	شیراز	۸۰/۳۹	۱۱	ارتش	۵۸/۶۳	۱۸	گرگان	۴۸/۹۲
۵	شهیدبهبشتی	۷۷/۰۱	۱۲	ارومیه	۵۶/۳۴	۱۹	بقیه... (بع)	۴۸/۸۳
۶	مشهد	۷۲/۴۳	۱۳	همدان	۵۲/۸۸	۲۰	کرمانشاه	۴۵/۸۶
۷	اهواز	۶۷/۵۳	۱۴	ساری	۵۱/۱۲	۲۱	زاهدان	۴۳/۹۷

❖ معاونت توسعه مدیریت و منابع^۱:

رسالت معاونت توسعه مدیریت و منابع:

معاونت توسعه مدیریت و منابع در جهت نیل به اهداف متعالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه در راستای چشم‌انداز بیست ساله و سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران در جهت بهتر انجام دادن وظایف و مسئولیت‌های خود نهایت تلاش را می‌نماید.

چشم‌انداز معاونت توسعه مدیریت و منابع:

معاونت توسعه مدیریت و منابع بهترین پشتیبان مأموریت‌ها و فعالیت‌های دانشگاه در زمینه تأمین منابع، توزیع عادلانه و نظارت به موقع و اصلاحات هدفمند می‌باشد و قصد دارد که به گونه‌ای عمل نماید که دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه برترین رتبه در تمامی زمینه‌های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی را کسب و در ده سال آینده به عنوان قطب علمی غرب کشور محسوب گردیده و دامنه خدماتش را در استان‌های همجوار و کشورهای همسایه گسترش دهد.

ارزش‌های بنیادین معاونت توسعه مدیریت و منابع:

- ۱- قانون‌مداری
- ۲- کارآیی
- ۳- اثربخشی
- ۴- پاسخگو بودن
- ۵- حفظ کرامت انسانی
- ۶- رعایت عدالت اجتماعی
- ۷- مشتری‌محوری
- ۸- اعتماد

استراتژی‌های انتخابی معاونت توسعه مدیریت و منابع:

استراتژی ۱- ساماندهی امور نیروی انسانی دانشگاه

- اصلاح نحوه جذب نیروهای شرکتی، قراردادی و ... در واحدهای تابعه در سال ۱۳۸۹
- تدوین و به روزرسانی آمار و اطلاعات پرسنلی دانشگاه به طور ماهیانه
- تسریع در صدور احکام پرسنل (حداکثر ۱۵ روز پس از دریافت مستندات)

استراتژی ۲- توانمندسازی مدیران و کارکنان دانشگاه

- ✓ تدوین و ابلاغ شرح وظیفه کلیه پرسنل دانشگاه حداکثر تا پایان سال ۱۳۸۹
- ✓ تدوین برنامه آموزشی سالانه پرسنل دانشگاه حداکثر تا پایان مرداد سال ۱۳۸۹

✓ ۱ - اطلاعات برگرفته از معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

✓ تدوین و ابلاغ نمودار فلوچارت سازمانی واحدهای تحت پوشش حداکثر تا پایان سال ۱۳۸۹

✓ تهیه شناسنامه آموزشی کارکنان

استراتژی ۳- ارتقاء انگیزه نیروی انسانی دانشگاه

✓ مطالعه اولیه سطح انگیزه و عوامل مؤثر بر انگیزه کارکنان

✓ بهبود امور رفاهی کارکنان در سال ۱۳۸۹

استراتژی ۴- استقرار سیستم رضایتمندی ارباب رجوع

✓ ارتقاء کیفیت حداقل دوفراآیند در هر مدیریت

✓ تسریع در امور جاری دانشگاه

✓ اجرای طرح تکریم ارباب رجوع در حوزه‌های تحت پوشش

استراتژی ۵- ساماندهی نظام بودجه‌ریزی دانشگاه

✓ تخصیص اعتبار به واحدهای تابعه براساس برنامه

✓ کنترل هزینه‌ها و نظارت بعد از انجام هزینه‌ها

استراتژی ۶- واگذاری برخی از امور خدمات پشتیبانی به بخش خصوصی

✓ واگذاری نگهداری و تعمیرات تأسیسات خوابگاه‌ها و بیمارستان‌ها

استراتژی ۷- ساماندهی دارایی منقول و غیرمنقول دانشگاه

✓ تدوین شناسنامه اموال غیرمنقول تا پایان ۱۳۸۹

✓ تدوین آمار و اطلاعات اموال منقول (ماشین‌آلات و تجهیزات) تا پایان شهریور سال ۱۳۸۹

استراتژی ۸- ساماندهی فضاهای فیزیکی دانشگاه

✓ تعیین وضعیت موجود تأسیسات زیربنایی و فضاهای فیزیکی دانشگاه و سرانه فضاها به تفکیک تا پایان شهریور

سال ۱۳۸۹

✓ تدوین سالیانه برنامه نگهداری، تعمیرات، احداث تأسیسات زیربنایی فضاهای فیزیکی حداکثر تا پایان شهریور

سال ۱۳۸۹

استراتژی ۹- مکانیزه نمودن واحدهای تحت پوشش

✓ اتوماسیون حضور و غیاب پرسنل کلیه واحدهای تابعه تا پایان سال ۱۳۸۹

✓ اتوماسیون واحد تدارکات تا پایان سال ۱۳۸۹

✓ مکانیزه نمودن انبار

استراتژی ۱۰- بهینه‌سازی سیستم درآمد و هزینه (کاهش هزینه، افزایش درآمد)

✓ برنامه‌ریزی برای کاهش هزینه‌های جاری دانشگاه به میزان حداقل ۵٪

استراتژی ۱۱- استقرار شایسته‌سالاری در دانشگاه

✓ اجرای آئین‌نامه مربوط به پست‌های مدیریتی

✓ تدوین بانک اطلاعاتی مدیران

استراتژی ۱۲- اصلاح ساختار سازمانی واحدهای تابعه برحسب نیاز

✓ تغییر و اصلاح پست‌های سازمانی دانشگاه

استراتژی ۱۳- افزایش مشارکت قانونمند مردم

✓ تدوین راهکارهای مناسب جهت جذب کمک‌های مردمی

دستاوردهای معاونت توسعه مدیریت و منابع:

- جذب ۳۲ نفر عضو هیأت علمی، ۷۷ پزشک و ۱۵۶۰ نفر کارمند
- جذب ۲۰۰۸ نفر نیروی طرحی
- اخذ مجوز استخدام ۱۶۱۸ نفر
- واگذاری امور نقلیه، سرویس ایاب و ذهاب، مهد کودک و انتشارات ستاد دانشگاه به بخش خصوصی
- خرید تجهیزات پزشکی مصرفی واحدهای تابعه دانشگاه به صورت متمرکز برای اولین بار
- احداث ۲۴ خانه بهداشت
- احداث ۱۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری
- بهره‌برداری و تجهیز بیمارستان ۵۱۵ تختخوابی امام رضا(ع)
- احداث بیمارستان الزهراء گیلان غرب
- احداث مرکز بهداشت شماره یک جوانرود
- تکمیل فضای داخلی مسجد دانشگاه
- بهسازی فضای فیزیک مرکز بیماری‌های رفتاری
- ادامه عملیات تکمیلی بیمارستان امام علی(ع)
- راه‌اندازی کلینیک تخصصی دندانپزشکی
- راه‌اندازی کلینیک مهدیه
- راه‌اندازی آزمایشگاه ایبوم در شهرک حافظیه
- تجهیز و راه‌اندازی بیمارستان شهدای سرپل‌ذهاب
- پیگیری پروژه‌های بیمارستانی تحت نظر وزارت مسکن و شهرسازی در شهرستان‌های اسلام‌آباد غرب، پاوه، دالاهو و روانسر
- مرمت، تعمیرات اساسی و تبدیل فضای بیمارستانی چهارمین شهید محراب به دو دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی
- تعمیرات اساسی بیمارستان‌های سطح استان
- ادامه عملیات اجرایی خوابگاه دانشجویی ۲۴۰ نفره دختران
- تجهیز و راه‌اندازی بیمارستان شهدای هرسین

- احداث و تجهیز اتاق‌های عمل بیمارستان آیت‌ا... طالقانی
- احداث بیمارستان ۳۲ تختخوابی معاون صحنه
- احداث و تجهیز ۱۵ پایگاه فوریت‌های پزشکی
- احداث آزمایشگاه غذا و دارو به مساحت ۲۹۶۰ مترمربع
- ادامه تعمیرات اساسی ۲۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی از محل اعتبارات PIU
- خرید و نصب ۲ دستگاه زباله‌سوز
- ادامه احداث مرکز درمان بستر شهرستان ثلاث
- ادامه احداث ۲۶ باب منزل متخصصین در شهرستان‌های تابعه
- پیگیری احداث مرکز تروماستنز اسلام‌آباد غرب (در دست مناقصه)
- آماده‌سازی طرح توسعه پردیس، دانشگاه در منطقه سرخه‌لیژه

بیمارستان‌ها:

بیمارستان یکی از نهادهای مهم ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی است که با امکانات و تسهیلات ویژه خود در باز گرداندن سلامت جسمی- روانی افراد بیمار، جامعه، تحقیقات پزشکی و آموزش نیروی ماهر مورد نیاز بخش بهداشت و درمان نقش اساسی ایفا می‌کند. [۳۰]

بیمارستان مهمترین مؤسسه بهداشتی درمانی به شمار می‌آید، چرا که بازوی مهم ارائه خدمات بهداشتی درمانی و اولین سطح ارجاع، با قلمرو مسئولیت‌های مشخص است. سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان‌ها را در سطح شهرستان، مهمترین عامل موفقیت در حصول بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ می‌شمارد. دکتر تالردر سال ۱۹۸۱ طی کنفرانس در کراچی می‌گوید: نظام بهداشتی متکی بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی نمی‌تواند موجودیت یابد مگر با پیوند خوردن به شبکه‌ای از بیمارستان‌ها. بیمارستان‌ها باید یکی از پرچم‌داران اصلی حرکت‌های امید بخش تهورآمیز تاریخ بشریت یعنی جنبش بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ باشند. [۳۱]

بسیاری از مسایل بغرنج و پیچیده مدیریت امروز را که دارای متغیرهای متعددی هستند، دیگر نمی‌توان با روش‌های نظری و استفاده از تدابیر و تجربیات شخصی حل کرد، لذا باید به طریق منظم و سیستماتیک ابتدا اطلاعات جامع، جمع‌آوری و شناخت کاملی از آن حاصل بشود، سپس با ایجاد و برقراری نوعی رابطه بین عوامل ذیربط، وسعت آن مورد بررسی قرار گیرد. در یک سیستم مانند بیمارستان که اجزای کلیه زیرسیستم‌های آن با یکدیگر و با عوامل خارجی در تعامل هستند، هر جزء یا زیرسیستم باید با توجه به کل نظام مورد بررسی قرار گیرد و بهینه‌سازی هر یک از اجزاء و عناصر سیستم باید در نهایت به بهینه‌سازی کل نظام منجر شود. [۳۲]

رضایت بیمار محور اصلی ارائه خدمات درمانی است، در واقع زمانی رضایت بیمار حاصل می‌شود که خدمات با اثربخشی مطلوب ارائه شده باشند و عکس‌العمل بیمار با دریافت خدمات گویای خشنودی و پیام‌آور کسب سلامتی

است؛ پس مهمترین شاخص اثربخشی و کیفیت خدمات بیمارستانی همان معیار ارزیابی محوری و نهایی یعنی رضایتمندی بیمار است.

علاوه بر شاخص‌های مرسوله در بررسی کارایی خدمات بیمارستانی نظیر درصد اشغال تخت، هزینه تخت روز، متوسط اقامت بیمار و میزان گردش تخت، نسبت‌های پرسنلی، نسبت‌های خدمات ارائه شده و نسبت هزینه‌ها از معیارهای مهمی هستند که در مدیریت بیمارستان قابل طرح و بررسی‌اند. [۳۰]

بهبود ارتقاء کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها یکی از ارکان عمده در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به حساب آمده و از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه به وظایف و نقش بیمارستان‌ها و ارزشیابی عواملی که ممکن است در میزان کیفیت و کمیت خدمات مؤثر باشند، می‌تواند در پویایی هر چه بیشتر بیمارستان‌ها نیز مؤثر واقع شود. ارزشیابی، یکی از جنبه‌های مهم در فرآیند فعالیت آموزشی و خدماتی است و این امکان را فراهم می‌سازد تا بر اساس نتایج آن نقاط قوت، ضعف را مشخص نموده و با تقویت جنبه‌های مثبت و رفع نقص‌ها در ایجاد تحول و اصلاح گردش کارها گام‌های مناسبی برداشته شود.

ارزیابی کارایی و اثربخشی به طور منظم می‌تواند در شناخت صحیح از وضعیت عملکردی بیمارستان‌ها و ارتقاء کیفیت خدمات، نقش اساسی داشته باشد تا بیمارستان‌ها بتوانند خود را با تغییرات صحیح اجتماعی، اقتصادی و... هماهنگ سازند. از این رو چاره‌اندیشی درباره آینده بیمارستان از اولویت خاصی برخوردار است و دگرگونی انقلابی در ارائه امور بیمارستانی کشور در راستای تحقق اهداف و آرمان‌های توسعه ملی ضروری است. [۳۳]

معیارهای اثربخشی، از اهداف عملیاتی و وظایف سازمان استخراج می‌شود. اثربخشی سازمان را می‌توان با مقایسه فعالیت‌های انجام شده و برنامه‌ریزی شده برای نیل به اهداف سازمان مورد بررسی قرار داد. به عبارت دیگر تا چه اندازه سازمان توانسته است در تحقق اهداف برنامه‌ریزی شده موفق شود. [۳۴]

دیوید گاروین هشت مقوله یا بعد حیاتی را پیشنهاد می‌کند که برای آنالیز استراتژیک اثربخشی سازمان‌ها به عنوان چهارچوب عمل می‌کند؛ این عوامل عبارتند از: عملکرد، ویژگی‌ها، قابلیت اطمینان، همناختی، دوام، خدمات رسانی، زیبایی شناختی و پذیرش کیفیت.

عملکرد: در بخش خدمات عمدتاً به معنای سرویس سریع و به موقع است.

ویژگی‌ها: در برگیرنده نمایه‌های عینی و قابل اندازه‌گیری، نیازهای عینی افراد و نه پیش‌داوری‌ها بوده و بر قضاوت‌های کیفی اثر می‌گذارند.

اطمینان: نیز بعدی از کیفیت بازتابی است از احتمال خرابی و یا سوءعملکرد کالا، اطمینان به ویژه موقعی اهمیت می‌یابد که هزینه‌های از کار افتادگی و یا تعمیرات افزایش یابد.

همناختی: طرح یک کالا یا خدمت، مشخصات و عملکرد آن با استانداردهای مربوط را اصطلاحاً همناختی تعریف می‌کنند.

دوام: دوام یا دیرپایی به مفهوم میزان استفاده‌ای است که شخص از کالا می‌کند. قبل از آنکه از بین برود یا جایگزین شود.

خدمات رسانی: بعد ششم کیفیت خدمات رسانی است که مترادف سرعت، رفتار مؤدبانه، رقابت و سهولت تعمیر و نگهداری است.

زیبایی شناختی: بعد زیبایی شناختی با معیارهای ذهنی مرتبط و با مقوله عملکرد متفاوت است.

کیفیت پذیرفته شده: سطحی از کیفیت خدمات است که به عنوان استاندارد تعیین می‌شود. [۳۵]

لذا پرداختن به جنبه‌های مذکور در ارائه خدمات بیمارستانی در ارتقاء کیفی خدمات بسیار مؤثر بوده و می‌بایستی با تدوین برنامه استراتژیک و عملیاتی مناسب برای کلیه بیمارستان‌های استان در راستای تحقق توسعه خدمات بیمارستانی و رسیدن به چشم‌انداز ۱۴۰۴ گام برداشت. در ادامه مختصری در خصوص بیمارستان‌های شهر کرمانشاه آمده است.

مرکز آموزشی درمانی امام علی(ع):



این بیمارستان مرکز اصلی داخلی و جراحی قلب و عروق غرب کشور است که علاوه بر پذیرش بیماران سطح استان، پذیرش بیماران استان‌های همجوار و کشور عراق را به عهده داشته و مرکز آموزش داخلی و جراحی قلب و عروق دانشجویان رشته‌های پزشکی، پیراپزشکی، دستیاران رشته‌های تخصصی قلب و رشته فوق تخصصی جراحی قلب استان و سایر استان‌های همجوار نیز می‌باشد. این مرکز در سال ۱۳۷۸ به عنوان اولین مرکز جراحی قلب و آنژیوگرافی دانشگاه

علوم پزشکی کرمانشاه آغاز به کار کرده و با ارتقای کمی و کیفی خدمات تشخیصی و درمانی در طی سال‌های اخیر به عنوان بزرگترین مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی منطقه غرب کشور خدمات تخصصی و منحصر به فرد را در زمینه قلب و عروق ارائه می‌دهد.

مشخصات مرکز:

مساحت زیربنا: ۹۷۶۴ متر مربع در چهار طبقه

فضای پشتیبانی: ۱۳۷۵ متر مربع

فضای درمانی: ۷۴۲۰ متر مربع

فضای آموزشی: ۶۰ متر مربع

وضعیت تخت‌ها: مصوب ۱۵۰ تخت، فعال ۱۵۵ تخت

ضریب اشغال تخت در سال ۸۶: ۷۲ درصد



ضریب اشغال تخت در شش ماهه اول ۸۷:۶۵ درصد

امکانات آموزشی:

- ✓ یک کلاس درس، یک آمفی تئاتر و امکانات مناسب سمعی و بصری و اینترنت
- ✓ کتابخانه‌ای با ۱۱۶۳ جلد کتاب فارسی و ۸۱۸ جلد کتاب لاتین
- ✓ داشتن اشتراک ۶ عنوان مجله فارسی و ۲ عنوان مجله لاتین

بخش‌های تخصصی:

۱۴ تخت در اورژانس، ۲۸ تخت در بخش داخلی مردان، ۳۲ تخت در بخش زنان، ۱۳ تخت CCU، ۱۷ تخت Post CCU

بخش‌های فوق تخصص:

۱۱ تخت در ICU، ۲۰ تخت در جراحی قلب مردان، ۱۶ تختدر جراحی قلب زنان، ۴ تخت در بخش اطفال

واحدهای پاراکلینیک:

داروخانه، آزمایشگاه، پیس‌میکر، آنژیوگرافی، الکتروکاردیوگرافی، اکوکاردیوگرافی، تست ورزش، رادیولوژی، هولتر مانیتورینگ، بازتوانی

معرفی اورژانس مرکز:

اورژانس این مرکز با ۲۵۰ مترمربع زیر بنا دارای ۳ دستگاه آمبولانس، ۱۲ تخت بستری، مجهز به سیستم مانیتورینگ ۶ کاناله سانترال، ۴ تخت تحت نظر، یک نفر پزشک فوق تخصص و ۱۵ نفر پزشک عمومی و رزیدنت داخلی قلب و ۳۴ نفر پرستار می‌باشد.

واحد پیشگیری و بازتوانی قلبی:

این واحد به عنوان سومین مرکز بازتوانی کشور از سال ۱۳۸۰ آموزش چگونگی پیشگیری، پیگیری و بازتوانی بیماران قلبی را به عهده دارد و دارای تیم کامل شامل پزشک، پرستار، فیزیوتراپ، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه است. همچنین درمان بیماران با آنژین پایدار و یا نارسایی قلب با دستگاه پیشرفته EECF در این واحد انجام می‌شود.

رسالت^۱ مرکز آموزشی درمانی امام علی(ع):

✓ مرکز تحقیقاتی، آموزشی و درمانی قلب و عروق امام علی(ع) به منظور تأمین سلامتی در زمینه بیماری‌های قلب و عروق و تدوین برنامه‌های پیشگیری، درمان، تحقیقات، آموزشی و بازتوانی در استان کرمانشاه احداث شده است.

¹ -Mission Statement

✓ این مرکز در جهت تأمین سلامتی قلب افراد در تمامی سنین کودکی، بزرگسالی خدمت می‌کند و با تلاش بر پایه دانش، تحقیق، نوآوری و تدبیر علمی تمامی پرسنل و نیز آشنایی با علم تکنولوژی روز نقش پیشگیری، آموزشی و تدوین سلامت قلب را عهده‌دار می‌باشد.

✓ از سوی دیگر نظر به اینکه تنها مرکز فوق تخصصی قلب در بین استان‌های همجوار می‌باشد، خود را ملزم می‌داند در جهت ارتقاء دانش‌های تخصصی و دسترسی به تکنولوژی روز و توسعه در تمامی زمینه‌های حرفه‌ای و توجه به مشکلات بیماران گام بردارد. برای رسیدن به این اهداف، این مرکز برنامه‌هایی را که در ادامه آمده، سرلوحه کار خود قرار می‌دهد.

چشم‌انداز^۱ مرکز آموزشی درمانی قلب و عروق امام علی(ع):

✓ مرکز تحقیقاتی آموزشی درمانی امام علی(ع) بر اساس رسالت تدوین شده خود را متعهد می‌داند که در جهت ارتقاء کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده، توسعه در زمینه‌های مختلف و ارائه برنامه‌های مالی مناسب اقداماتی را تدوین نماید تا موجبات سلامتی بیماران را فراهم آورد.

✓ این مرکز به لحاظ ارتباط مستمر با مددجویان و ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و پیشگیری به آنان، با تکیه بر منابع انسانی توانمند خود کوشش می‌نماید که با گسترش سطح اطلاع‌رسانی و آموزش در زمینه‌های پیشگیری، درمان، بهداشت و بازتوانی به آحاد جامعه و به خصوص مددجویان مراجعه‌کننده به این مرکز، ایجاد نظم منطقی و ارائه سرویس‌های مناسب مبتنی بر اصل رضایت و مورد تقاضای مشتریان خود بتواند الگوی مناسبی برای سایر مراکز باشد. این مرکز می‌کوشد با توسعه ارتباطات با سایر مراکز آموزشی درمانی دانشگاه‌ها و سایر ارگان‌های دولتی و مراکز علمی دنیا، دستاوردها و اطلاعات خود را همگام با پیشرفت‌های علمی دنیا تکامل بخشیده و از سوی دیگر در جهت علمی نمودن مدیریت‌ها در سطوح بخش‌ها، واحدها و دادن آموزش و آگاهی به کلیه کارکنان، کیفیت خدمات خود را روز به روز بهبود بخشد.

✓ این مرکز در تدارک محیطی است که در آن محور فعالیت‌های پرسنل خود را بر پایه ارزش‌گذاری به جایگاه رفیع و ارزشمند آحاد پرسنل خود و ایجاد جو تفاهم، همفکری و صمیمیت در بین آنان از یک طرف زمینه بروز همفکری، مشارکت در کل مسائل و مشکلات بر اساس ایمان، علاقه به کار و بروز خلاقیت و ابتکار را فراهم نموده و از سوی دیگر بر پایه تحقیقات کاربردی در تمامی واحدهای تابعه، کار خود را بر اساس آن ارتقاء دهد و روز به روز نیازهای منطقی را شناسایی و کمیت و کیفیت کار خود را ارتقاء دهد. لذا یکی از محورهای برنامه خود را ایجاد جو آرامش، آسایش، تفاهم و همکاری بین سرمایه‌های اصلی و ارزشمند خود یعنی نیروی انسانی دانسته و پرچم‌دار تحول را همین نیروی ارزشمند انسانی می‌داند و در این جهت بر آن است که روزه روز این جو اعتماد، مشارکت و اشتیاق را بهبود بخشد.

¹- Vision Statement

مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع):



بیمارستان ۵۱۵ تختخوابی امام رضا(ع) کرمانشاه بزرگترین، مجهزترین و مدرن‌ترین مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی منطقه غرب و شمال غرب کشور است. این مرکز همواره جدیدترین و علمی‌ترین روش‌های آموزشی، درمانی، توانبخشی، تشخیصی و پژوهشی را متناسب با نیازها و انتظارات مشتریان و در راستای ارتقاء سلامت جامعه ارائه می‌دهد که با تکیه بر تجربه و دانش نیروهای کارآمد مجرب، متعهد و مدیریت بر منابع در تشخیص و پیش‌بینی نیازها متناسب با شرایط ایجاد

شده پیش‌گام بوده و مفتخر به تکریم ارزش انسان و کرامت والای اوست.

این مرکز به عنوان اصلی‌ترین بیمارستان جنرال استان و دانشگاه، آموزش دانشجویان از دوره‌های کارآموزی تا فوق تخصص را به عهده دارد که با زیربنای مفید ۶۵۰۰۰ مترمربع متشکل از ده طبقه فضای درمانی می‌باشد. این مرکز دارای ۲۰۲۴۷ مترمربع فضای پشتیبانی، ۲۱۲۱ مترمربع فضای آموزشی و ۳۴۴۱۱ مترمربع، ۵۱۵ تخت مصوب، ۵۴۵ تخت فعال و میانگین ضریب اشغال تخت ۷۵ درصد می‌باشد.

ارزش‌های حاکم بر مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع):

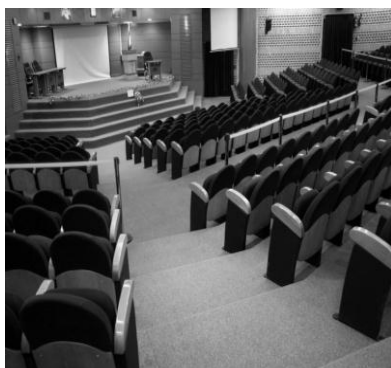
- عدالت محوری
- مشتری مداری
- شایسته سالاری
- مشارکت طلبی
- تعهد و دانش‌ورزی
- همدلی و همکاری
- انضباط اجتماعی

بخش‌ها و تخت‌های مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع):

جدول شماره ۴-۱۳۹: بخش‌های مختلف بیمارستان امام رضا(ع) و تعداد تخت‌ها

نام بخش	تخت	نام بخش	تخت
عفونی	۳۰	ارولوژی ۱	۴۰
داخلی ۱	۴۰	داخلی ۲	۴۰
PCCU	۳۲	CCU	۸
آنکولوژی	۸	ENT	۴۰
جراحی عمومی	۴۰	جراحی ۲	۴۰
ICU ۱ و ۲	۱۶	اطفال ۱	۲۶
اطفال ۲	۳۵	PICU	۶
زنان	۴۰	جراحی زنان	۴۰
NICU	۳۲	ICU توراکس	۸
پیوند	۱۲	اورژانس	۳۷
نرسری	۶	دیالیز	۳۴
ارولوژی ۲	۱۲	ریکاوری	۳۲

امکانات آموزشی و کمک آموزشی مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع):



- ۳ کلاس آموزشی ۲۰۰-۱۰۰-۵۰ نفره در سطح سوم و چهارم بیمارستان
- کلاس‌های ۵۰ نفره در کلیه سطوح
- آمفی‌تئاتر با ظرفیت ۴۰۰ نفر
- سالن مهارت‌های بالینی با ظرفیت ۲۰ نفر
- کتابخانه‌ای با مساحت ۷۰۳ متر مربع و دارای امکانات ذیل:
 - ۱- کتاب فارسی: ۲۶۴۰ جلد
 - ۲- کتاب لاتین: ۲۹۰۰ جلد
 - ۳- اشتراک مجله فارسی: بیش از ۵۰ عنوان
 - ۴- اشتراک مجله لاتین: بیش از ۵۰ عنوان
 - ۵- پایان‌نامه‌های عمومی و تخصصی در رشته‌های مختلف: بیش از ۲۰۰ عنوان
 - ۶- کتاب الکترونیکی: ۲۵۰ عنوان
 - ۱۶ ایستگاه اینترنت با سرعت ۵۲۰ گیگا بایت
 - امکانات کامل سمعی و بصری در آمفی‌تئاتر و کلاس‌های آموزشی
 - سیستم تلویزیون مدار بسته با قابلیت پخش کلیپ‌های آموزشی
 - سیستم سمعی و بصری با قابلیت تولید کلیپ‌های آموزشی تخصصی و عمومی
 - لابراتوار آموزشی مهارت‌های بالینی همراه با مولاژها و مانکن‌های آموزشی
 - دفتر توسعه پژوهش با حضور کارشناس ارشد آمار و کارشناس ارشد تحقیقات

- آموزش ضمن خدمت با حضور کارشناس ارشدهای آموزش ضمن خدمت.



واحدهای پاراکلینیک و تصویربرداری مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع):

آزمایشگاه، رادیولوژی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی، پزشکی هسته‌ای، ماموگرافی، سونوگرافی، پیس مکر، تست ورزش، ام.آر.ای، اکو، هولترمانیتورینگ، سنگ شکن

واحدهای درمانگاه مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع):

اورولوژی، کلونوسکوپی، عفونی، نورولوژی، اپتومتری، داخلی و غدد، ادیومتری، گوش و حلق و بینی، اطفال، هماتولوژی، زنان و زایمان، شیمی درمانی، برونکوسکوپی، آندوسکوپی، آنکولوژی و خون، چشم و لیزر، جراحی عمومی، مغز و اعصاب، ریه و اسپیرومتری، واکسیناسیون

مشخصات اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع):

- اورژانس تروما ۱۲ تخت
- اورژانس داخلی ۱۰ تخت
- اورژانس اطفال ۶ تخت
- اورژانس بستری بحران ۱۲ تخت
- اورژانس بستری عمومی ۱۶ تخت
- کادر پزشک عمومی (اسکرین) ۲۶ نفر
- کارشناس پرستاری ۵۵ نفر
- کمک پرستار در هر نوبت کاری ۵ نفر
- خدمات در هر نوبت کاری ۴ نفر

دستیاران مقیم اورژانس:

دستیار مقیم اورژانس دارای ۴ واحد اطفال، زنان و زایمان، داخلی، جراحی عمومی است. این مرکز همچنین دارای واحدهای احیاء، رادیولوژی، سیستم Tube – Trensportation جهت انتقال نمونه‌ها به آزمایشگاه می‌باشد.



کتابخانه بیمارستان امام رضا(ع):

جدول شماره ۴-۱۴۰: کتابخانه بیمارستان امام رضا(ع)



ردیف	عنوان	تعداد
۱	تعداد کتاب فارسی	۶۳۲۲
۲	تعداد کتاب لاتین	۴۵۷۷
۳	پهنای باند	۱ مگابایت
۴	مساحت کتابخانه	۶۰۰ متر
۵	کامپیوتر متصل به شبکه	۳۰ دستگاه
۶	پایگاه عرضه اطلاعات	دارد

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره):

این بیمارستان یکی از مراکز مهم جنرال دانشگاه است که به طور ویژه دارای اورژانس، بخش سوختگی و مسمومیت‌ها است و آموزش دانشجویان علوم پزشکی و پزشکی در بخش‌های چشم، گوش و حلق و بینی و مسمومیت‌ها در آن انجام می‌شود.

مشخصات مرکز:

سال احداث: ۱۳۵۸

مساحت عرصه: ۲۷۷۰۲

مساحت زیر بنا: ۱۲۰۰۰

فضای پشتیبانی: ۲۴۳۳ متر مربع

فضای درمانی: ۴۰۴۰ متر مربع

فضای آموزشی: ۳۵۰ متر مربع

نوع اسکلت: اسکلت فلزی

وضعیت تخت‌های مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره):

تعداد تخت ثابت (مصوب): ۲۲۰

تعداد تخت فعال: ۲۰۰

ضریب اشغال تخت: ۵۵ درصد

تعداد بخش‌های بالینی: ۹

تعداد درمانگاه: ۶



بخش‌های مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره):

- داخلی ۲۷ تخت
- جراحی عمومی ۱۶ تخت
- گوش و حلق و بینی ۳۵ تخت
- چشم ۳۵ تخت
- سوختگی ۳۳ تخت
- مراقبت‌های ویژه ۹ تخت
- عفونی ۱۹ تخت
- اورژانس داخلی ۱ ۱۲ تخت
- اورژانس داخلی ۲ ۱۴ تخت

امکانات آموزشی مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره):

سالن آمفی تئاتر، کتابخانه، اینترنت

واحدهای پاراکلینیک مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره):

آزمایشگاه، سونوگرافی، پاتولوژی، سی‌تی‌اسکن، آنژیوگرافی چشم، آندوسکوپی، رادیولوژی، دیالیز

درمانگاه‌های مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره):

داخلی، عمومی چشم، عفونی، تخصصی چشم (لیزر)، جراحی عمومی، گوش و حلق و بینی، ترمیمی، بیهوشی، سوختگی

مشخصات اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره):

اورژانس‌های مسمومیت و سوختگی در سطح استان و منطقه منحصر به این مرکز می‌باشد و دارای بخش‌های تخصصی مسمومیت، سوختگی، چشم، گوش و حلق و بینی، داخلی و جراحی است.

تخت‌های مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره):

- اورژانس سرپائی ۱۰ تخت
- اورژانس بستری مسمومیت ۱۴ تخت
- اورژانس بستری داخلی ۱۲ تخت
- ایزوله ۲ تخت

جدول شماره ۴-۱۴۱: کتابخانه بیمارستان امام خمینی (ره)

ردیف	عنوان	تعداد
۱	تعداد کتاب فارسی	۴۹۰۵
۲	تعداد کتاب لاتین	۳۱۰۰
۳	تعداد کامپیوتر	۵ دستگاه
۴	مساحت کتابخانه	۱۰۰ متر
۵	کامپیوتر شبکه	۱ دستگاه
۶	پایگاه عرضه اطلاعات	دارد

مرکز آموزشی درمانی طالقانی:



بیمارستان طالقانی یکی از مراکز مهم درمانی در سطح استان و منطقه غرب می باشد که با دار بودن ۲۲۸ تخت فعال و کادر پزشکی متخصص و پرسنل مجرب، ارائه خدمات درمانی در سطح تخصصی و فوق تخصصی به بیماران را بر عهده دارد. این بیمارستان در سال ۱۳۵۲ به عنوان یک بیمارستان دولتی تأسیس شد و فعالیت های خود را آغاز نمود. مساحت کل زمین آن ۴۴۷۶۲، مساحت فضای آزاد آن ۲۲۵۰۹، مساحت کل زیر بنا، ۲۴۰۹۴ می باشد. در حال حاضر نیز علاوه بر ارائه خدمات درمانی در سطح تخصصی و فوق تخصصی مرکزیت تروما در سوانح را در منطقه غرب کشور بر عهده دارد.

یکی از افتخارات مهم این مرکز، ارائه خدمات اورژانسی و درمانی به رزمندگان و سلحشوران سگهای حق علیه باطل در طول هشت سال دفاع مقدس بوده است. به طوریکه کلیه مجروحان مناطق جنگی غرب کشور و زخمی شدگان بمباران شهرها توسط کادر بهداشتی و درمانی این بیمارستان سرویس دهی شده اند. مهمترین فعالیت های بخش های کلینیکی و پاراکلینیکی بیمارستان طالقانی را می توان در موارد ذیل خلاصه کرد:

فعالیتهای کلینیکی مرکز آموزشی درمانی طالقانی:

الف- بخش های بالینی بیمارستان طالقانی دارای ۹ بخش بستری و دو اتاق عمل و دو ICU می باشد.

- بخش های ارتوپدی: ۷۷ تخت فعال
- بخش جراحی مغزو اعصاب: ۳۸ تخت فعال
- بخش انکولوژی: ۳۴ تخت فعال
- بخش جراحی مردان: ۲۴ تخت فعال
- بخش جراحی زنان: ۱۵ تخت فعال
- بخش ICU یک: ۱۳ تخت فعال
- بخش ICU دو: ۱۰ تخت فعال
- اورژانس با ۱۰ تخت بستری زنان و ۶ تخت بستری مردان

ویژگی های مرکز آموزشی درمانی طالقانی:

الف- تروما سنتر:

این بخش مجهز به امکانات لازم و اتاق عمل مجزا بوده و سرویس دهی به بیماران نیازمند مراقبت های فوری پزشکی را به عهده دارد و در کلیه ساعات شبانه روز آمادگی پذیرش بیماران مصدوم اعم از تصادفی، سوانح و... را دارد.

ب - بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)

ICU یک و ICU دو مجموعاً با ۲۳ تخت فعال به منظور پذیرش بیمارانی که زندگی آن‌ها در معرض خطر جدی قرار گرفته و نیازمند مراقبت ویژه می‌باشند، با کادر پزشکی و پرستاری مجرب، مراقبت از این بیماران را تا حصول بهبودی رضایت بخش و ارتقاء سطح هوشیاری و سلامت عهده‌دار می‌باشد.

ج - اورژانس

اورژانس بیمارستان طالقانی در کلیه ساعات شبانه روز آمادگی پذیرش بیماران مصدوم اعم از تصادفی، سوانح و... را دارد. این بخش مجهز به امکانات لازم و اطاق عمل مجزا بوده و سرویس‌دهی به بیمارانی که نیازمند مراقبت‌های فوری پزشکی هستند با ۱۰ تخت زنان و ۶ تخت مردان را به عهده دارد. همچنین در اطاق عمل اورژانس اقدامات اولیه در مورد زخم‌ها نظیر پانسمان یا سوچور زخم انجام می‌گردد.

بخش‌های پاراکلینیکی مرکز آموزشی درمانی طالقانی:

الف - آزمایشگاه

آزمایشگاه بیمارستان طالقانی با داشتن پرسنل مجرب و کارشناس در رشته علوم آزمایشگاهی و همچنین تجهیزات و دستگاه‌های پیشرفته آماده ارائه خدمات آزمایشگاهی در موارد ذیل می‌باشد:

آزمایشات هماتولوژی، سرولوژی، میکروب‌شناسی، بیوشیمی خون و بیوشیمی ادرار. آزمایشگاه این مرکز به پیشرفته‌ترین دستگاه‌های آزمایشگاهی مجهز است.

ب - مرکز تحقیقات پاتولوژی و مبارزه با سرطان:

این مرکز در واقع به منزله یک آزمایشگاه تخصصی آسیب‌شناسی می‌باشد که با بررسی نمونه‌های بیوپسی شده از بافت‌های بدن (به ویژه کبد، کلیه و مغز و استخوان) و بررسی مایعات بدن پس از انجام سیتولوژی در خصوص بافت‌های نمونه‌برداری شده و غدد سرطانی (از لحاظ خوش خیم یا بدخیم بودن)، تشخیص نهائی را به منظور انتخاب روش درمانی مناسب برای بیمار ارائه می‌دهد.

ج - بخش طب تصویری

بخش طب تصویری بیمارستان طالقانی یک بخش تخصصی می‌باشد که یکی از مجهزترین و کامل‌ترین بخش‌های تصویربرداری محسوب می‌شود. خدمات تشخیصی که از طریق این بخش ارائه می‌شود شامل: سی‌تی اسکن، سونوگرافی، ماموگرافی و گرافی‌های رنگی و ساده می‌باشد، که این اقدامات تحت نظر پزشکان متخصص در زمینه رادیولوژی ارائه می‌گردد.

د - کلینیک دیابت

این کلینیک به سرپرستی فوق تخصص غدد ریز و متابولیسم اداره می‌شود و شامل واحدهای آموزش به بیماران دیابتی و ویزیت این بیماران است و مشاوره‌های رژیم درمانی توسط کارشناسان تغذیه ارائه می‌شود و همچنین در این واحد یک آزمایشگاه مجزای تخصصی جهت ارائه خدمات آزمایشگاهی ویژه و سریع به بیماران دیابتی وجود دارد.

هـ- دفتر مشاوره تغذیه رژیم درمانی:

در این واحد یکی از کارشناسان مجرب تغذیه انجام مشاوره‌های تغذیه و رژیم درمانی جهت مراجعین سرپائی و همچنین بیماران بستری را به عهده دارد.

و- درمانگاه

درمانگاه بیمارستان طالقانی دارای بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی می‌باشد که در موارد زیر آماده ارائه خدمات به بیماران می‌باشد:

آندوسکوپی، کلوناسکوپی، اسکروتراپی، برونسکوپی، بیوپسی پلور، تزریق خون، شیمی درمانی، پانسمان و گچ‌گیری، فیزیوتراپی، دندانپزشکی

علاوه بر موارد فوق، ویزیت بیماران توسط متخصصین این مرکز بر اساس برنامه زمان‌بندی شده در طول هفته انجام می‌پذیرد.

مرکز آموزشی درمانی معتضدی:

این بیمارستان مرکز تخصصی گروه آموزشی زنان و زایمان است، که کارآموزی و آموزش کارورزی دانشجویان پزشکی مربوط به بخش‌های زنان و زایمان، دستیاران زنان و زایمان و سایر دانشجویان علوم پزشکی به خصوص دانشجویان مامائی در این مرکز انجام می‌شود.

مشخصات مرکز:

موقوفه مرحوم حاج برار معتضدی در سال ۱۳۳۳

مساحت کل زمین: ۶۰۰۰ متر مربع

زیر بنای ساختمان اصلی: ۶۶۰۰ متر مربع

طبقه تأسیساتی: ۴۰۰ متر مربع

تعداد طبقات: ۳ طبقه

تعداد تخت مصوب: ۸۰ تخت

تعداد تخت فعال: ۸۹ تخت

درصد اشغال تخت:

سال ۸۴: ۸۱/۲ درصد

سال ۸۵: ۶۷ درصد

سال ۸۶: ۵۴ درصد



امکانات آموزشی مرکز آموزشی درمانی معتضدی:

- تعداد کلاس درس و آمفی تئاتر: ۱
- کتابخانه‌ای با فضای ۸۵ مترمربع و خط اینترنت دانشگاه
- امکانات سمعی و بصری جهت برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های مشاوره شیردهی و احیاء نوزاد
- فضا و امکانات مناسب آموزشی در رابطه با آموزش عملی به پرسنل جهت کلاس‌های زایمان در آب و زایمان بی درد

بخش‌های بستری مرکز آموزشی درمانی معتضدی:

- تخصصی نوزادان ۱۹ تخت
- جراحی زنان و زایمان ۵۲ تخت

بخش‌های درمانگاهی مرکز آموزشی درمانی معتضدی:

درمانگاه پستان، درمانگاه زنان و زایمان

بخش‌های پاراکلینکی و تصویربرداری مرکز آموزشی درمانی معتضدی:

آزمایشگاه پاتولوژی، آزمایشگاه طبی، رادیولوژی، سونوگرافی، ماموگرافی

مرکز آموزشی درمانی فارابی:



- تاریخ طراحی ساخت: ۱۳۵۳
- تاریخ شروع ساخت: ۱۳۵۴
- تاریخ پایان ساخت: ۱۳۵۷
- تاریخ بهره‌برداری: ۱۳۶۰
- میزان مساحت کل: ۱۲۰ هزار مترمربع
- میزان مساحت زیربنا: ۱۷۶۶۰ مترمربع
- تعداد تخت ثابت: ۲۵۰ تخت
- تعداد تخت فعال: ۲۰۸ تخت
- ضریب اشغال تخت: ۱۰۰ درصد
- نوع مالکیت: دولتی
- نوع فعالیت: آموزشی درمانی
- درجه ارزشیابی: درجه (۲)

این مرکز ابتدا با نام بیمارستان سینا و با دو بخش عفونی و ریوی در سال ۱۳۶۰ به بهره‌برداری رسید. در سال ۱۳۶۲ بیمارستان سینا منتقل شد و بیمارستان فارابی با دو بخش روانپزشکی زنان و مردان رسماً به عنوان مرکز روانپزشکی استان فعالیت خود را آغاز نمود. در سال ۱۳۶۷ دو بخش دیگر روانپزشکی مردان و زنان، یک بخش نورولوژی و

بخش اورژانس اضافه گردید. در حال حاضر مرکز فارابی با دارا بودن ۷ بخش بستری شامل ۴ بخش روانپزشکی یک بخش نورولوژی دو بخش ICU، بخش اورژانس، واحدهای پاراکلینیک شامل آزمایشگاه، رادیولوژی، طب فیزیکی و توانبخشی، نوار مغز و واحدهای درمانگاهی شامل درمانگاه تخصصی نورولوژی و روانپزشکی، درمانگاه ترک اعتیاد، درمانگاه الکتروشوک مغزی به عنوان مرکز تخصصی اعصاب و روان استان کرمانشاه با کادر تخصصی مجرب با هدف درمان بیماران و تلاش برای بازگرداندن آن‌ها به جامعه سالم، به مبتلایان به بیماری‌های سیستم عصبی و بیماران روان این استان و استان‌های همجوار خدمات درمانی ارزنده‌ای ارائه می‌نماید.

امکانات آموزشی بیمارستان فارابی:

- آمفی تئاتر
- ۳ کلاس درس
- کتابخانه و اینترنت
- امکانات سمعی بصری

تخت‌های بیمارستان فارابی:

- مصوب: ۲۵۰ تخت
- فعال: ۲۰۸ تخت
- ضریب اشغال تخت: ۱۰۰ درصد
- بخش‌های تخصصی:
- نورولوژی: ۴۰ تخت
- روانپزشکی: ۱۴۰ تخت
- ICU: ۱۴ تخت

اورژانس: دارای ۱۴ تخت و ۴ نفر پزشک عمومی

واحدهای پاراکلینیک: آزمایشگاه، رادیولوژی، CT scan

کتابخانه بیمارستان فارابی:

جدول شماره ۴-۱۴۲: کتابخانه بیمارستان فارابی

ردیف	عنوان	تعداد
۱	تعداد کتاب فارسی	۵۳۹۹
۲	تعداد کتاب لاتین	۱۹۵۰
۳	تعداد کامپیوتر	۷ دستگاه
۴	مساحت کتابخانه	۱۵۰ متر
۵	پهنای باند	۳۵۶ مگابایت
۶	پایگاه عرضه اطلاعات	دارد



تاریخ طراحی ساخت:	۱۳۵۳
تاریخ شروع ساخت:	۱۳۵۴
تاریخ پایان ساخت:	۱۳۵۷
تاریخ بهره‌برداری:	۱۳۶۰
میزان مساحت کل:	۱۲۰ هزار مترمربع
میزان مساحت زیربنا:	۱۷۶۶۰ مترمربع
تعداد تخت ثابت:	۲۵۰ تخت
تعداد تخت فعال:	۲۰۸ تخت
ضریب اشغال تخت:	۱۰۰ درصد
نوع مالکیت:	دولتی
نوع فعالیت:	آموزشی درمانی
درجه ارزشیابی:	درجه (۲)

در نهایت اشاره به استراتژی‌های کلان دانشگاه در همه بخش‌ها (معاونت‌ها) می‌تواند جهت‌گیری دانشگاه علوم پزشکی را تا حدی روشن نماید به همین خاطر عمده‌ترین راهکارهای انتخابی در زیر عنوان می‌گردد:

راهکارهای انتخابی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

- تقویت بهینه علمی و پژوهشی اعضای هیأت علمی و کارکنان
- گسترش ارتباط با صنعت به منظور فضا سازی برای اعضای هیأت علمی جهت انجام تحقیقات کاربردی در صنایع استان
- توسعه مراکز تحقیقاتی در سطح دانشگاه به منظور انجام تحقیقات کاربردی
- ارتقاء کیفیت مجله علمی پژوهشی
- استفاده از بودجه تحقیقاتی سایر سازمان‌های موجود در استان
- تقویت کمیته‌های پژوهشی دانشجویان
- توسعه رشته‌های تخصصی تکمیلی
- توسعه رشته‌های تحصیلات تکمیلی (فوق لیسانس در رشته‌های مختلف علوم پزشکی)
- ایجاد تعادل در پذیرش دانشجو در رشته‌های مختلف با توجه به پتانسیل‌های موجود در دانشگاه و نیازهای جامعه
- تقویت توان علمی اعضای هیأت علمی از طریق فراهم کردن بورس‌های تحصیلی
- برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی در زمینه فنون و روش‌های
- آموزش نوین برای ۱۰۰٪ اعضای هیأت علمی
- ایجاد و تقویت فن‌آوری اطلاعات به منظور دسترسی به آخرین دستاوردهای علمی و تسریع ارتباط

- برقراری ارتباط با سایر سازمان‌ها جهت ایجاد تیم مشترک به منظور انجام تحقیقات کاربری
- توسعه رشته‌های علوم پزشکی مورد نیاز جهت تقویت آموزش پزشکی
- تقویت منابع کتابخانه‌ای الکترونیکی
- تقویت مرکز توسعه مطالعات و آموزش پزشکی از طریق ایجاد کمیته‌های تخصصی پژوهش در آموزش در کلیه رشته‌های علوم پزشکی
- توسعه تجهیزات آموزشی
- تکمیل ۱۰٪ شبکه‌های بهداشتی درمانی طبق طرح
- ایجاد پایگاه‌های جمعیتی در سطح شهرستان‌های استان
- گسترش استفاده از توان بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی
- ارتقاء توان تخصصی کارکنان بخش بهداشتی از طریق ایجاد فرصت‌های آموزشی و برقراری دوره‌های تکمیلی
- ایجاد و تقویت فن‌آوری اطلاعات به منظور گسترش ارتباطات و ارتقاء کیفیت خدمات
- گسترش ارتباط بخش بهداشت با سازمان‌های بین‌المللی
- توسعه فضاها و تجهیزات بهداشتی به منظور ارتقاء ارائه خدمات

ضمانت‌های اجرایی و راهبردی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

- رهبری برنامه توسط وزیر محترم بهداشت و درمان
- جلب همکاری و مشارکت و هماهنگی کلیه معاونت‌های وزارتخانه و مدیران ارشد
- صدور احکام مسئولین طراحی نقشه جامع سلامت استان‌ها توسط وزیر محترم بهداشت
- تأمین بودجه مورد نیاز از طرف وزارت
- تقویت ستاد طراحی نقشه جامع سلامت در وزارتخانه
- ایجاد وبسایت طرح جامع سلامت برای کلیه دانشگاه‌ها
- ایجاد تشکیلات واحد برنامه‌ریزی و ارزیابی نقشه جامع سلامت به صورت مدون

پیشنهاد آخر:

تشکیل شورای سیاست‌گذاری سلامت و دبیرخانه نقشه جامع علمی سلامت استان

تشکیلات:

- ۱- **شورای سیاست‌گذاری (مجمع):** متشکل از استان‌دار به عنوان رییس شورا، ریاست دانشگاه علوم پزشکی، رؤسای دانشگاه‌های استان (عضو)، رؤسا و مدیران کلیه سازمان‌های استان (عضو)، مدیران سازمان‌های مردمی (عضو)
- ۲- **دبیرخانه نقشه جامع سلامت متشکل از بخش‌های زیر:**
 - الف- دبیر علمی نقشه جامع سلامت

ب- واحد اطلاعات، آمار و پژوهش در سه بخش واحد مشارکت مردمی، همکاری‌های بین بخشی، واحد آنالیز داده‌های سلامت با همکاری اعضاء زیر:

- متخصص آموزش بهداشت
 - متخصص آمار حیاتی و مدارک پزشکی (فن‌آوری اطلاعات بهداشتی)
 - متخصص مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
 - متخصص اپیدمیولوژیست
 - متخصص عفونی
 - متخصص کامپیوتر
 - متخصص اقتصاد بهداشت و دعوت از سایر متخصصین مورد نیاز در صورت لزوم
- ج- کمیته‌های کارشناسی در ابعاد مختلف سلامت (شکل‌گیری کمیته‌ها بر اساس اولویت‌های بهداشتی استان صورت می‌گیرد).
- ح- محل استقرار دبیرخانه: حوزه معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی