



# پایش خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان

تهیه شده در :

اداره سلامت میانسالان

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس



اداره سلامت میانسالان  
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

زیر نظر :

معاونت بهداشت

بهار 1397

## پایش خدمات سلامت میانسالان

در همه روشهای پایش خدمات بهداشتی میزان تحقق استانداردهای ارائه خدمت از طریق نظارت مدیران یا خود ارزیابی مورد بررسی قرار می گیرد. منطقی است که سطوح مختلف ارائه خدمت و سطوح مختلف مدیریت خدمات در پایش برنامه مد نظر قرار گیرند. همچنین در پایش برنامه بر اساس مدل زنجیره ای برنامه های سلامت، لازم است درونداد، برون داد، فرایندهای خدمت و پشتیبان مورد بررسی قرار گیرند.

کارکنان ارائه دهنده خدمات باید همیشه آمادگی پایش برنامه توسط مسئولین را داشته باشند. مسئولین ستادی از سطوح بالاتر در پایش خدمات سلامت میانسالان، موارد زیر را مورد توجه قرار می دهند:

- **پایش مدیریت برنامه در ستاد و مرکز ارائه خدمات:** از نظر اطلاعات جمعیتی (جمعیت هدف و جمعیت تحت پوشش و خدمات انجام شده، نیروی انسانی، فضای فیزیکی از نظر کمی و کیفی، امکانات و تجهیزات، روشهای فراخوان گروه هدف، خدمات ارائه شده، آموزشهای انجام شده، بررسی موارد پایش سطوح بالاتر از مرکز و...) مورد بررسی قرار می گیرد. در هر پایش یک نسخه از فرمهای تکمیل شده پایش با نظر کارکنان تکمیل و مشکلات مدیریت و پشتیبانی خدمات استخراج شده و برای حل مشکلات برنامه ریزی لازم صورت می گیرد.

- **پایش ارائه خدمت بر اساس مصاحبه با گیرنده خدمات و ارائه دهنده خدمات و مشاهده خدمت:** در این بخش نحوه ارائه خدمت و بطور غیر مستقیم دانش و مهارت کارکنان بهداشتی در خصوص چگونگی ارائه خدمات، مورد ارزیابی قرار می گیرد. در هر یک از موارد پایش، چک لیست پایش برای هر یک از ارائه دهندگان خدمات شامل بهورز/ مراقب سلامت، ماما و پزشک بر اساس استانداردهای تعریف شده خدمات تکمیل می شود. مشکلات موجود در فرایند ارائه خدمات مورد ارزیابی قرار گرفته و به کمک کارکنان راه حل مشکل، تعیین و اجرای آن مورد پیگیری قرار می گیرد. بسیار پسندیده خواهد بود اگر زمان ارائه خدمت نیز در حین مشاهده خدمت در هر بازدید مورد توجه قرار گیرد، تا مدیران بتوانند با تحلیل زمان ارائه خدمت، به ارتقای فرایند ارائه خدمت کمک نمایند. همچنین پایشگران در همه موارد ارائه خدمات، رعایت اصول مشاوره و رعایت تناسب فرهنگی و زبان و کلام ارائه دهنده خدمت، رعایت احترام، حفظ حقوق مراجعه کننده و به طور کلی نحوه برقراری ارتباط با گیرنده خدمت را مورد توجه قرار دهند تا اهمیت آن برای ارائه دهنده خدمت روشن گردد. ضمن آنکه در برخی خدمات نحوه برقراری ارتباط از اهمیت بیشتری برخوردار است.

- **پایش ارائه خدمت براساس مشاهده مدارک ثبت خدمات:** در هر بار پایش برنامه، ثبت خدمات (کاغذی یا الکترونیک) برای حد اقل یک گیرنده خدمت، به صورت تصادفی انتخاب شده و از نظر انجام ثبت، درستی ثبت، محل ثبت، هم خوانی اطلاعات مختلف و... مورد ارزیابی قرار می گیرد. مشکلات موجود در ثبت خدمات مورد ارزیابی قرار گرفته و به کمک کارکنان راه حل مشکل، تعیین و اجرای آن مورد پیگیری قرار می گیرد.

- **خود ارزیابی اعضای تیم سلامت:** اعضای تیم سلامت می توانند با استفاده از ابزار خود ارزیابی زیر، بطور مستمر فعالیتهای خود را ارزیابی نموده و در جهت ارتقای فرایند خدمات کوشش نمایند. چک لیست خود ارزیابی به صورت اختیاری توسط هر ارائه دهنده خدمت تکمیل و در صورت نیاز به مداخله سطوح بالاتر، نیازهای شناسایی شده به سطح بالاتر اعلام می گردد. همچنین لازم است مجموعه چک لیستها در اختیار ارائه دهندگان خدمات قرار گیرد تا بتوانند نقاط ضعف خود را با توجه به چک لیستها شناسایی نموده و درجهت رفع آن تلاش نمایند.

- **چک لیست‌ها:** پایش‌های اختصاصی برنامه سلامت میانسالان در چارچوب چک لیست‌های زیر صورت می گیرد:

**چک لیست مدیران سطوح مختلف برای پایش برنامه سلامت میانسالان در سطح ستاد دانشگاه، شهرستان و واحد ارایه خدمت :** این چک لیست به صورت خلاصه تهیه شده و به طور مختصر وضعیت اجرای برنامه را پایش می کند. مدیران می توانند در همه موارد حضورشان در سطوح پایین تر از آن استفاده نمایند. در این چک لیست تسلط مدیر مورد پایش به شاخص‌های سلامت میانسالان و تحلیل آن در سطح مربوطه ، پوشش خدمات زیرگروه‌های مختلف میانسالان در سطح مربوطه و تحلیل آن، میزان پیشرفت برنامه عملیاتی سلامت میانسالان بر اساس جدول گانت، وضعیت جذب و هزینه کرد اعتبارات ابلاغی و مشکلات و موانع و اقدامات انجام شده برای رفع آنها مد نظر قرار گرفته است. این چک لیست می تواند توسط مدیران در همه سطوح (معاونت محترم بهداشت، مدیر کل و معاونین دفتر سلامت خانواده و مدیرگروه سلامت خانواده دانشگاه و کارشناس مسئول سلامت خانواده شهرستان) در پایش‌های گروهی یا انفرادی مورد استفاده قرار گیرد. قابل ذکر است که مدیران نیز برحسب مورد می توانند از سایر چک لیست‌های اختصاصی برنامه استفاده نمایند.

**چک لیست های پایش ستاد دانشگاه ۱۰ سوال (۱۰ امتیاز)** توسط رئیس و کارشناسان اداره سلامت میانسالان

**چک لیست های پایش ستاد شهرستان ۱۰ سوال (۱۰ امتیاز)** توسط رئیس و کارشناسان اداره سلامت میانسالان یا کارشناس سلامت میانسالان دانشگاه/ دانشکده

**چک لیست مدیریت و پشتیبانی ستادی برنامه در واحد ارائه خدمت ( مرکز/ پایگاه/ خانه)** شامل ۱۰ سوال (۱۰ امتیاز) توسط رئیس و کارشناسان اداره سلامت میانسالان یا کارشناس سلامت میانسالان دانشگاه/ دانشکده یا کارشناس سلامت میانسالان شهرستان

**چک لیست خدمات بهورز/ مراقب سلامت** شامل ۲۰ سوال (۲۰ امتیاز ) توسط رئیس و کارشناسان اداره سلامت میانسالان یا کارشناس سلامت میانسالان دانشگاه/ دانشکده یا کارشناس سلامت میانسالان شهرستان

**چک لیست ویژه خدمات مامایی** شامل ۱۰ سوال ( ۱۰ امتیاز) توسط رئیس و کارشناسان اداره سلامت میانسالان یا کارشناس سلامت میانسالان دانشگاه/ دانشکده یا کارشناس سلامت میانسالان شهرستان

**چک لیست پزشک** شامل ۱۰سوال ( ۱۰ امتیاز) توسط رئیس و کارشناسان اداره سلامت میانسالان یا کارشناس سلامت میانسالان دانشگاه/ دانشکده یا کارشناس سلامت میانسالان شهرستان

**چک لیست‌های تکمیلی :** چک لیست‌های تکمیلی شامل : خودارزیابی کارکنان (پیوست شماره ۱) ، غربالگری سرطان پستان ( پیوست شماره ۲) ، غربالگری سرطان سرویکس ( پیوست شماره ۳) ، استریلیزاسیون اتاق مامایی ( پیوست شماره ۴) می باشند که بر حسب نیاز برای تکمیل آن تصمیم گیری و اقدام می شود. این چک لیست‌ها در بخش پیوست قرار داده شده اند.

در هر چک لیست ستون اول شامل سوالات ، ستون دوم شامل حداقل استاندارد ( بایدها) برای دریافت امتیاز ۱، و ستون بعد محل ثبت امتیاز می باشد. ممکن است سوالی مورد نداشته باشد که خط تیره می گیرد و در محاسبه نهایی امتیازات حذف می گردد. ستون آخر مربوط به نقاط قوت و ضعف و مداخله پیشنهادی می باشد.

-**امتیاز دهی:** امتیاز پایش در مورد همه فرم‌های پایش به صورتی است که اجزای هر عنوان مورد پایش امتیاز ۱ یا صفر یا مورد ندارد را به خود اختصاص می دهند و در بررسی نهایی امتیاز هر حیطه نیز با عدد یک یا کمتر از یک توصیف می شود. امتیاز ۱ حد اکثر امتیاز برای هر سوال می باشد . مجموعه امتیازات هر یک از ارائه دهندگان خدمات یا سطوح ستادی به صورت زیر تفسیر می شود:

| امتیاز                                                         | تفسیر امتیاز | اقدام                                                                           |
|----------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ۷۹- ۷۰ درصد امتیاز حداقل استاندارد                             | حد اقل       | رفع فوری مشکلات برای ارتقای خدمات، توانمند سازی کارکنان و اصلاح فرایندها        |
| ۸۹- ۸۰ درصد امتیاز حداقل استاندارد                             | متوسط        | لزوم اجرای مداخلات لازم در حیطه های مشکل دار با برنامه زمان بندی شده برای ارائه |
| ۱۰۰- ۹۰ درصد امتیاز (۱-۰/۹) حداقل استاندارد                    | خوب          | خدمات با کیفیت هرچه بهتر و کسب حد اکثر امتیاز                                   |
| رعایت بالاتر از حد اقل استانداردها در بیش از ۷۰ درصد موارد     | بسیار خوب    | تشویق از طرف معاونت بهداشتی دانشگاه                                             |
| رعایت سقف استانداردهای همه خدمات و اقدامات مفید ابتکاری و خلاق | عالی         | تشویق از طرف مدیرکل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس                                |

بدیهی است در محاسبه درصد امتیاز، امتیاز سوالات غیر مرتبط از مجموع امتیاز سوالات هر چک لیست و امتیاز موضوعات غیر مرتبط یا پایش نشده از مجموع امتیازات فرم گزارش / بازخورد پایش کسر شده و سپس درصد محاسبه می گردد.

#### -فرم جمع بندی و بازخورد پایش :

خلاصه اطلاعات هر دوره پایش به صورت جمع بندی شده در این فرم ثبت شده و ابزار گزارش موردی پایش، بازخورد پایش و پیگیری مشکلات پایش را فراهم می کند. در این فرم همه سطوح پایش شده در نظر گرفته شده است. بدین ترتیب برای همه سطوح پایشگر نیز قابل استفاده است، با این تفاوت که اگر بازدید از سطحی به هر دلیل صورت نگرفته است ، ردیف مربوطه تکمیل نخواهد شد. به عنوان مثال کارشناس شهرستان ردیف دانشگاه را تکمیل نخواهد کرد یا اگر کارشناس دانشگاهی در یک دوره بازدید خود به هر دلیل فقط از مرکز جامع سلامت بازدید نموده است فقط اطلاعات مربوط به همان سطح را ثبت نموده و به سطح بالاتر گزارش و به سطح بازدید شده بازخورد می دهد.

همچنین در صورتی که بازدید کننده از بیشتر از یک شهرستان یا بیش از یک واحد ارائه خدمت را بازدید نموده است ، برای هر یک از شهرستانها یا هر یک از واحدهای ارائه خدمت، فرم جمع بندی جداگانه تکمیل و به صورت بازخورد رسمی ( با شماره نامه اداری ) ارسال می نماید.

در صورتی که پایشگر بیش از یک ارائه دهنده خدمت اعم از بهورز یا مراقب یا ماما یا پزشک را مورد پایش قرار داده است برای هریک از گروهها میانگین امتیازات را محاسبه و ثبت نموده و بازخورد واحدی را برای واحد ارائه دهنده خدمت ارسال می نماید. بدیهی است در ستون نقاط قوت و ضعف ، موارد شناسایی شده در خصوص هریک از ارائه دهندگان خدمات نیز ثبت می شود.

-فرم جمع بندی و گزارش مجموعه پایشها : تکمیل این فرم برای ارسال گزارش پایشهای انجام شده به سطوح بالاتر به صورت ادواری و اعلام موارد نیازمند مداخله به سطح بالاتر و برنامه ریزی مداخلات ضرورت دارد. همچنین این فرم، مستند ضروری برای ثبت در سامانه برنامه عملیاتی می باشد که به صورت دوره ای برای بارگذاری در سامانه مورد استفاده قرار می گیرد. این فرم را می توان برای گزارش شهرستان به دانشگاه و گزارش دانشگاه به اداره سلامت میانسالان مورد استفاده قرار داد. بدیهی است تعداد ردیفهای این فرم و فضای خانه های مربوط به مطالب نوشتاری متناسب با نیاز قابل افزایش است.

-تواتر زمانی پایش: با توجه به امکانات استان و شهرستان مجری ممکن است تفاوتی داشته باشد، اما انتظار می رود در هر ماه ، هر مدیر یا کارشناس ستادی حد اقل یک شهرستان و هر مدیر یا کارشناس شهرستان حد اقل یک مرکز ارائه خدمات را بازدید نماید بطوری که در طول یک سال کلیه شهرستانها و مراکز ارائه خدمات توسط کارشناسان سطوح مختلف، حد اقل یک بار برای برنامه سلامت میانسالان مورد بازدید قرار گرفته باشند. اجرای ۷۰ درصد برنامه پایش فوق حد اقل قابل قبول است

## چک لیست پایش مدیریت ستادی خدمات سلامت میانسالان در دانشگاه /دانشکده

| دانشگاه / دانشکده .....                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | تاریخ بازدید..... |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|
| موضوع پایش                                                                                                                                | حد اقل استاندارد لازم (بایدها)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | امتیاز            | توضیحات/ نقاط قوت / مشکلات |
| ۱. وجود اطلاعات برنامه و تحلیل آنها شامل: جمعیت زیر گروههای هدف، و شاخصهای اختصاصی برنامه و تحلیل آنها                                    | نصب یا دسترسی سریع به اطلاعات اصلی برنامه در کامپیوتر، وجود شاخصهای پوشش خدمات ، تحلیل مهمترین موارد مطلوب یا نیازمند مداخله و برنامه مداخله توسط مدیر/ کارشناس                                                                                                                                                                          |                   |                            |
| ۲. آیا مدیر/ کارشناس ستادی به استخراج شاخصها و گزارشها و فرایند ثبت اطلاعات در پرونده الکترونیک مسلط است؟                                 | استخراج شاخصهای اصلی برنامه از داشبورد مدیریتی در کامپیوتر شخصی به تفکیک مناطق تحت پوشش ، تسلط به کنترل اطلاعات شهرستانهای تحت پوشش توسط مدیر/ کارشناس                                                                                                                                                                                   |                   |                            |
| ۳. آیا برنامه عملیاتی قابل قبولی برای اجرای خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان در دانشگاه وجود دارد؟                                       | برنامه موجود باشد و حداقل موارد ستاره دار زیر در برنامه وجود داشته باشد: هدف گذاری بر مبنای تحلیل وضعیت موجود شاخصهای پوشش و تندرستی * دانشگاه ، برنامه آموزشی * ، بر آورد تامین تجهیزات، هماهنگی درون بخشی و برون بخشی و ارجاعات ، برنامه پایش و نظارت *، جدول گانت ، پیشرفت برنامه به میزان حد اقل ۷۰ درصد با توجه به جدول زمان بندی * |                   |                            |
| ۴. چند درصد مدیران و کارشناسان ستادی بهداشت خانواده شهرستانها، برای برنامه سلامت میانسالان توسط گروه سلامت خانواده معاونت آموزش دیده اند؟ | همه (صد درصد) مدیران و کارشناسان بهداشت خانواده در شهرستانهای مجری برنامه که در یک سال گذشته مشغول به کار بوده اند، حداقل یک دوره آموزشی یا باز آموزی برنامه سلامت میانسالان را گذرانده باشند.                                                                                                                                           |                   |                            |
| ۵. چند درصد شهرستانهای تحت پوشش دانشگاه، برنامه آموزشی سلامت میانسالان برای پزشک را برگزار کرده اند؟                                      | همه (صد درصد) شهرستانهای مجری برنامه با هماهنگی سایر واحدها ، حد اقل یک دوره آموزشی یا باز آموزی برنامه سلامت میانسالان برای پزشکان را طی یک سال گذشته برگزار کرده باشند. (رویت مستندات: امتیاز باز آموزی، گواهی، برنامه)                                                                                                                |                   |                            |
| ۶. چند درصد شهرستانهای تحت پوشش دانشگاه ، برنامه آموزشی سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی ویژه ما را برگزار کرده اند؟            | همه (صد درصد) شهرستانهای مجری برنامه حد اقل یک دوره آموزشی یا باز آموزی برنامه سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی را برای ما ما ها طی یک سال گذشته برگزار کرده باشند. (رویت مستندات)                                                                                                                                             |                   |                            |
| ۷. چند درصد شهرستانهای تحت پوشش دانشگاه، برنامه آموزشی سلامت میانسالان را برای بهورزان/ مراقبین سلامت برگزار کرده اند ؟                   | همه (صد درصد) شهرستانهای مجری برنامه، حد اقل یک دوره آموزشی یا باز آموزی برنامه سلامت میانسالان را برای بهورزان و مراقبین سلامت مناطق مجری برنامه طی یک سال گذشته برگزار کرده باشند. (رویت مستندات)                                                                                                                                      |                   |                            |
| ۸. آیا پوشش خدمات سلامت میانسالان برای مردان و زنان وزیر گروههای جمعیتی برنامه ها مناسب است؟                                              | پوشش خدمات برای زنان و مردان میانسال و پوشش برنامه سلامت زنان در دوران یائسگی با ۷۰ درصد حد انتظار تطبیق داشته باشد (اطلاعات سامانه )                                                                                                                                                                                                    |                   |                            |
| ۹. چند شهرستان/ مرکز و پایگاه در بازه زمانی مورد نظر پایش شده اند؟                                                                        | بر اساس فرم جمع بندی پایش) حد اقل ۷۰ درصد موارد پیش بینی شده در برنامه پایش ( هر کارشناس یا مسئول یک مورد پایش در هر ماه ) اجرا شده باشد و اقدامات پیشنهاد شده برای رفع مشکلات پیگیری شده باشند.                                                                                                                                         |                   |                            |
| ۱۰. مشارکت مدیر گروه در برنامه های آموزشی، پایش و برنامه ریزی عملیاتی و هماهنگی درون بخشی و برون بخشی چگونه است؟                          | تدریس در برنامه آموزشی مدیران شهرستانها ، ثبت در بازخورد پایش به عنوان پایشگر ، اطلاع از مهمترین برنامه های پیش بینی شده در برنامه عملیاتی، حضور در مهمترین جلسات مربوط به هماهنگی درون و برون بخشی                                                                                                                                      |                   |                            |
| جمع امتیاز                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                            |

### چک لیست پایش مدیریت ستادی خدمات سلامت میانسالان در شهرستان

دانشگاه..... مرکز بهداشت شهرستان ..... تاریخ بازدید..... پایشگر / پایشگران.....

| موضوع پایش                                                                                                                      | حد اقل استاندارد لازم (بایدها)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | امتیاز | توضیحات/ نقاط قوت / مشکلات |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|
| ۱. وجود اطلاعات برنامه و تحلیل آنها شامل: جمعیت زیر گروههای هدف، و شاخصهای اختصاصی برنامه و تحلیل انها                          | نصب یا دسترسی سریع به اطلاعات اصلی برنامه در کامپیوتر، وجود شاخصهای پوشش خدمات ، تحلیل مهمترین موارد مطلوب یا نیازمند مداخله و برنامه مداخله توسط مدیر/ کارشناس                                                                                                                                                                      |        |                            |
| ۲.آیا مدیر/ کارشناس ستادی به استخراج شاخصها و گزارشها و فرایند ثبت اطلاعات در پرونده الکترونیک مسلط است؟                        | استخراج شاخصهای اصلی برنامه از داشبورد مدیریتی در کامپیوتر شخصی به تفکیک مناطق تحت پوشش ، تسلط به کنترل اطلاعات شهرستانهای تحت پوشش توسط مدیر/ کارشناس                                                                                                                                                                               |        |                            |
| ۳. آیا برنامه عملیاتی قابل قبولی برای اجرای خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان در دانشگاه وجود دارد؟                             | برنامه موجود باشد و حداقل موارد ستاره دار زیر در برنامه وجود داشته باشد: هدف گذاری بر مبنای تحلیل وضعیت موجود شاخصهای پوشش و تندرستی* دانشگاه ، برنامه آموزشی* ، بر آورد تامین تجهیزات، هماهنگی درون بخشی و برون بخشی و ارجاعات ، برنامه پایش و نظارت*، جدول گانت ، پیشرفت برنامه به میزان حد اقل ۷۰ درصد با توجه به جدول زمان بندی* |        |                            |
| ۴. درصد مدیران و کارشناسان ستادی آموزش دیده از گروه بهداشت خانواده شهرستان مورد بازدید توسط استان                               | مسئول واحد سلامت خانواده و کارشناس برنامه سلامت میانسالان شهرستان مورد بازدید که در یک سال گذشته مشغول به کار بوده اند، حد اقل یک دوره آموزشی یا باز آموزی برنامه سلامت میانسالان برگزار شده توسط گروه سلامت خانواده استان را گذرانده باشند.                                                                                         |        |                            |
| ۵. درصد پزشکان آموزش دیده برای برنامه میانسالان توسط واحد سلامت خانواده شهرستان مورد بازدید                                     | با هماهنگی سایر واحدها ، همه پزشکانی که در یک سال گذشته در مناطق مجری برنامه مشغول به کار بوده اند، حد اقل یک دوره آموزشی یا بازآموزی برنامه سلامت میانسالان را گذرانده باشند                                                                                                                                                        |        |                            |
| ۶.درصد ماماها ی آموزش دیده( تئوری و عملی) برنامه میانسالان میانسالان توسط شهرستانهای تحت پوشش                                   | همه ماماها ی مناطق مجری برنامه که در یک سال گذشته مشغول به کار بوده اند، حد اقل یک دوره آموزشی بخش سلامت زنان در دوره باروری و یائسگی را گذرانده باشند(رویت مستندات)                                                                                                                                                                 |        |                            |
| ۷. درصد بهورزان/ مراقبین سلامت آموزش دیده برای برنامه توسط شهرستانهای تحت پوشش                                                  | همه بهورزان و مراقبین سلامت مناطق مجری برنامه که در یک سال گذشته مشغول به کار بوده اند - حداقل یک دوره آموزشی یا بازآموزی برنامه سلامت میانسالان را گذرانده باشند                                                                                                                                                                    |        |                            |
| ۸.نحوه ثبت خدمات در مناطقی که دسترسی به پرونده الکترونیک وجود ندارد ( نقاط کور یا عدم وجود کامپیوتر شخصی برای ارائه دهنده خدمت) | در ۱۰۰ درصد مناطق تحت پوشش امکان تشکیل پرونده الکترونیک وجود داشته باشد ( ۱۰۰ درصد واحدهای ارائه دهنده خدمت اینترنت در اختیار داشته باشند و ۱۰۰ درصد ارائه دهندگان خدمات کامپیوتر داشته باشند) یا در غیر این صورت مسئولین سلامت خانواده شرایط لازم برای ثبت صحیح خدمت در مناطق مذکور را فراهم کرده باشند.                            |        |                            |
| ۹.آیا پوشش خدمات سلامت میانسالان برای مردان و زنان مناسب است؟                                                                   | پوشش خدمات برای زنان و مردان با ۷۰ درصد حد انتظار تطبیق داشته باشد (اطلاعات سامانه )                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                            |
| ۱۰. چند مرکز و پایگاه تحت پوشش شهرستان مورد بازدید در بازه زمانی مورد نظر پایش شده اند؟                                         | بر اساس فرم جمع بندی پایش حد اقل ۷۰ درصد موارد پیش بینی شده در برنامه پایش ( هر کارشناس یا مسئول یک مورد پایش در هر ماه ) اجرا شده باشد . و حد اقل در یکی از موارد پایش، اقدامات پیشنهاد شده برای رفع مشکلات مورد پیگیری قرار گرفته باشد.                                                                                            |        |                            |
| جمع امتیاز                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                            |

## چک لیست پایش مدیریت و پشتیبانی ستادی اجرای بسته خدمات سلامت میانسالان در محل ارائه خدمت (مرکز / پایگاه سلامت / خانه بهداشت)

..... دانشگاه..... مرکز بهداشت شهرستان ..... مرکز ارائه خدمات ..... تاریخ بازدید..... پایشگر/پایشگران.....

| موضوع پایش                                                                                                                                             | حد اقل استاندارد لازم( بایدها)                                                                                                                                                                                                                                                                        | امتیاز | نقاط قوت/ مشکلات |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|
| ۱. آیا امکانات تشکیل پرونده الکترونیک و ثبت صحیح اطلاعات سلامت مراجعین فراهم شده است؟                                                                  | همه موارد زیر موجود باشد یا راه دیگری برای ثبت اطلاعات سلامت پیش بینی شده باشد:<br>- اتصال به اینترنت<br>- کامپیوتر به تعداد ارائه دهندگان خدمات                                                                                                                                                      |        |                  |
| ۲. آیا تجهیزات و وسایل لازم برای ارائه خدمات سلامت میانسالان در اختیار بهورز / مراقب سلامت و ماما قرار گرفته است؟                                      | موارد زیر برای واحد ارائه دهنده خدمتی که واجد شرایط است، موجود باشد:<br>- فشارسنج سالم<br>- ترازو و قدسنج بزرگسال<br>- وجود کیت تست فیت متناسب با جمعیت هدف<br>- تخت ژنیکولوژی در اتاق مامایی<br>- وجود امکانات غربالگری سرطان دهانه رحم ( لام، فیکساتور، اسپکولوم ، اسپاچولا، دستکش ) در اتاق مامایی |        |                  |
| ۳. آیا امکانات مناسب برای استریلیزاسیون وسایل اتاق مامایی فراهم شده است؟                                                                               | موارد زیر برای واحد ارائه دهنده خدمتی که واجد شرایط است، موجود باشد:<br>- وجود اتوکلاو یا فور یا وسایل یک بار مصرف یا امکان استفاده از وسایل استریلیزاسیون در مراکز دیگر<br>- کالبراسیون منظم اتوکلاو (مشاهده ثبت آخرین گزارش کالبراسیون)                                                             |        |                  |
| ۴. آیا امکان انجام آزمایش رایگان قند خون و چربی خون فراهم شده است؟                                                                                     | - امکان انجام آزمایش رایگان قند و کلسترول در مناطق دارای آزمایشگاه                                                                                                                                                                                                                                    |        |                  |
| ۵. آیا مکملها و داروهای لازم برای ارائه خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان در اختیار بهورز / مراقب سلامت قرار گرفته است؟                                | - وجود مکمل مگادوز ویتامین د به اندازه مصرف ۳ ماه یا مدت زمان پیش بینی شده                                                                                                                                                                                                                            |        |                  |
| ۶. آیا وضعیت فضای فیزیکی از نظر وسعت، محرمانگی، نظافت، مطلوب است؟                                                                                      | حد اقل نظافت و محیط محرمانه برای معاینات خاص مورد تایید باشد                                                                                                                                                                                                                                          |        |                  |
| ۷. آیا نگهداری و دفع مواد آلوده به صورت بهداشتی انجام می شود؟                                                                                          | فرایند دفع زباله عفونی از نظر استفاده از safety box و فرایند تحویل زباله مورد تایید باشد محل مناسب برای جمع آوری نمونه فیت و سایر نمونه های الوده فراهم باشد                                                                                                                                          |        |                  |
| ۸. آیا امکانات ارجاع تخصصی ، پیش بینی شده و برای هریک از موارد ضروری محل ارجاع مشخص شده است؟                                                           | اعلام محل ارجاع به طور رسمی به ارائه دهندگان خدمات صورت گرفته باشد                                                                                                                                                                                                                                    |        |                  |
| ۹. آیا همه کارکنان واحد مورد بازدید در طول یک سال گذشته برای خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان دوره آموزشی / باز آموزی گذرانده اند؟                    | کلیه ارائه دهندگان خدمات که در یک سال گزاشته مشغول به کار بوده اند، حد اقل یک دوره آموزشی یا بازآموزی در یک سال گذشته گذرانده باشند                                                                                                                                                                   |        |                  |
| ۱۰. آیا منابع اطلاع رسانی و متون آموزشی لازم برای ارائه خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان در اختیار بهورز / مراقب سلامت ، ماما و پزشک قرار گرفته است ؟ | - بوکلهای خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان<br>- آخرین بخشنامه ها و نامه های ارسالی از ستاد در دسترس ارائه دهنده خدمت باشد                                                                                                                                                                            |        |                  |
|                                                                                                                                                        | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                  |

## چک لیست پایش ارائه دهنده خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان در مرکز / پایگاه سلامت / خانه بهداشت

..... دانشگاه ..... مرکز بهداشت شهرستان ..... واحدا ارائه خدمات ..... تاریخ بازدید..... پایشگر / پایشگران.....

| حیطه                       | موضوع پایش                                                                                                                                                                                                             | حد اقل استاندارد لازم (بایدها)                                                                                                                                                                                                                          | امتیاز | نقاط قوت / مشکلات |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| اطلاعات و شاخصهای برنامه   | ۱. آیا اطلاعات جمعیتی ۵۹-۳۰ سال و زیرگروههای آن و شاخص پوشش خدمات در دسترس موجود است و ارائه دهنده خدمت قادر به تحلیل آن می باشد؟                                                                                      | - نصب در تابلو یا دسترسی سریع به اطلاعات اصلی برنامه در کامپیوتر<br>- وجود شاخصهای پوشش خدمات                                                                                                                                                           |        |                   |
|                            | ۲. پوشش خدمات : آیا میانگین تعداد میانسالان و زیرگروههای آن که در هر روز کاری ، خدمات ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان را دریافت کرده اند، در مقایسه با سایر گروههای سنی و هدف پوشش برنامه مطلوب است؟ (سامانه)          | هر مراقب سلامت، به طور متوسط روزانه حد اقل برای یک فرد میانسال ارزیابی دوره ای سلامت انجام داده باشد (سامانه)                                                                                                                                           |        |                   |
|                            | ۳. آیا بهورزان/ مراقبین سلامت از شاخصهای تندرستی گروه هدف تحت پوشش خدمات سلامت میانسالان اطلاع دارند؟                                                                                                                  | تعداد مبتلایان به عوامل خطر ( حد اقل چاقی و فعالیت بدنی نا مطلوب ) و مبتلایان به بیماری (حداقل غربال مثبت سلامت روانی و فشارخون بالا ) در جمعیت تحت پوشش خود را بتواند از سامانه استخراج و نحوه پیگیری و مراقبت ممتد به آنان را بیان کند.               |        |                   |
|                            | ۴. آیا بهورز / مراقب سلامت به وضعیت مرگ و میر ۷۰-۳۰ سال در جمعیت تحت پوشش خود حساس است؟                                                                                                                                | تعداد و علل مرگ ۷۰-۳۰ سال در جمعیت تحت پوشش خود را بداند و پرونده موارد مرگ ناشی از سکنه قلبی ، دیابت و سرطان پستان را بررسی و نتیجه گیری کرده باشد                                                                                                     |        |                   |
| اطلاع از خدمات             | ۶. آیا مراقب سلامت / بهورز از خدماتی که در یک مراقبت دوره ای کامل باید به میانسالان ارائه دهد اطلاع دارد؟                                                                                                              | حد اقل خدمات اصلی زیر را نام ببرد: تن سنجی، ارزیابی تغذیه ، بررسی فعالیت جسمانی، وضعیت مصرف دخانیات ، غربالگری سلامت روانی ، اندازه گیری فشارخون و خطر سنجی قلبی عروقی                                                                                  |        |                   |
| نحوه ارائه خدمات فعال      | ۵. آیا فراخوان و پیگیری فعال برای ارزیابی دوره ای و مراقبت ممتد به نحو مناسبی صورت می گیرد؟                                                                                                                            | لیست افراد میانسال نیازمند فراخوان یا پیگیری را در یک روز تصادفی بررسی کنید. ، در ۷۰ درصد موارد تا حد اکثر یک ماه بعد از فراخوان یا پیگیری، مراجعه صورت گرفته یا دلیل عدم مراجعه مشخص شده باشد.                                                         |        |                   |
| ارائه و ثبت خدمات          | ۷. خدمات یک فرد ۵۹-۳۰ سال را به صورت تصادفی انتخاب و بررسی نمایید که آیا ثبت اطلاعات و نتیجه گیریها ، اقدامات و ارجاعات ، بازخورد ارجاعات و پیگیری و مراقبت ممتد به درستی انجام شده و علت و زمان مراجعه بعدی مشخص است؟ | حداقل موارد زیر به درستی انجام و در سامانه ثبت شده باشد :<br>* حد اقل خدمات تن سنجی ، تغذیه و فعالیت بدنی به درستی انجام و ثبت شده و اقدامات و ارجاعات و پیگیری ها به درستی صورت گرفته باشد.                                                            |        |                   |
| ارجاعات در ارزیابی دوره ای | ۸. مراقب سلامت / بهورز برای تکمیل چه خدماتی مراجعه کننده را به ماما ، کارشناس تغذیه، کارشناس روانشناس، پزشک ارجاع می دهد ؟ برای چه اقدامی؟                                                                             | - بیان حد اقل ۳ خدمت ستاره دار از خدمات زیر در مورد ارجاع به پزشک بیان کند :<br>* پارکیو مثبت ، خطر بیشتر از ۲۰ درصد حوادث قلبی عروقی برای تجویز دارو ،<br>* بررسی سلامت روانی افراد غربال مثبت، * تشخیص دیابت و فشارخون بالا در افراد غربال مثبت، چاقی |        |                   |
|                            |                                                                                                                                                                                                                        | - حد اقل موارد زیر را در مورد ارجاع به ماما بیان و آن را روی سامانه نشان دهد: تهیه نمونه پاپ اسمیر، معاینه پستان                                                                                                                                        |        |                   |
|                            |                                                                                                                                                                                                                        | - حد اقل یک مورد از موارد ذکر شده در جدول ارجاعات به کارشناس تغذیه را ازبوکلت سلامت میانسالان مطرح کند مانند: افراد دارای اضافه وزن و دور کمر بالای ۹۰ و امتیاز ۷ تا ۱۲ الگوی تغذیه در صورت عدم تاثیر مداخله پس از یک دوره ۳ ماهه                       |        |                   |



|                                                |  |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                      |
|------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                |  | - حد اقل مورد زیر را در خصوص ارجاع به روانشناس بیان کند: غربال مثبت استعمال دخانیات                                                                                                                       |                                                                                                      |
|                                                |  | - آخرین موارد ارجاع شده به هریک از کارشناسان تغذیه، روان، ماما و پزشک و نتیجه ارجاع را بیان و در سامانه نشان دهد.                                                                                         | ۹. آیا مراقب سلامت/ بهورز به بازخورد ارجاعات به طور منظم توجه و اقدامات لازم را انجام می دهد؟        |
| دانش و مهارت ارائه کننده خدمات سلامت میانسالان |  | گوشت ۳- ۲ واحد روزانه ، حبوبات و مغزهای گیاهی: روزانه ۱ واحد، لبنیات: ۳-۲ واحد روزانه :- معادلها طبق پروتکل ضمیمه                                                                                         | ۱۰. سهم روزانه لازم از گروه گوشت، گروه حبوبات و مغزها و گروه شیر و لبنیات و معادلها را توضیح دهد.    |
|                                                |  | مطلوب یا نامطلوب بودن فعالیت بدنی را روی یک نمونه مثال با بیش از یک نوع فعالیت بدنی محاسبه کند                                                                                                            | ۱۱. فعالیت بدنی مطلوب و نحوه محاسبه برای تعیین مطلوب یا نامطلوب بودن فعالیت بدنی را توضیح دهد        |
|                                                |  | فرایند را برای یک مراجعه کننده میانسال یا نقش وی به درستی انجام دهد.                                                                                                                                      | ۱۲. غربالگری سلامت روانی و اقدامات بعدی آن را به درستی انجام دهد.                                    |
|                                                |  | طبیعی= کمتر از ۱۰۰ ، اختلال قند خون ناشتا = مساوی یا بیشتر از ۱۰۰ و کمتر از ۱۲۶ ، دیابت = دو نوبت قند پلاسمای ناشتا ۱۲۶ و بیشتر                                                                           | ۱۳. اندازه طبیعی، پره دیابتی و دیابتی قندخون ناشتا را بیان کند.                                      |
|                                                |  | به درستی اندازه گیری نموده و مورد غربال مثبت را به درستی تعیین کند.                                                                                                                                       | ۱۴. نحوه اندازه گیری فشارخون را مشاهده کنید. و موارد غربال مثبت برای ارجاع به پزشک کدامند.           |
|                                                |  | همه افراد ۴۰ سال و بالاتر و افراد ۴۰-۳۰ سال دارای یک عامل خطر                                                                                                                                             | ۱۵. برای چه افرادی باید خطر سنجی حوادث قلبی عروقی انجام شود؟                                         |
|                                                |  | افراد دارای خطر کمتر از ۱۰ درصد بیمار یا مشکوک به بیماری باید به پزشک ارجاع شوند. سایر افراد بر حسب عوامل خطر باید برنامه شیوه زندگی سالم را آموزش ببینند..                                               | ۱۶. برای افراد دارای خطر کمتر از ۱۰ درصد سالم و بیمار چه اقدامی باید انجام شود؟                      |
|                                                |  | - انفارکتوس حاد قلبی یا مداخله برای بازکردن عروق قلبی یا مرگ ناگهانی پدر یا سایر اعضای مذکر درجه یک خانواده قبل از ۵۵ سالگی یا مرگ ناگهانی مادر یا سایر اعضای درجه یک <u>مونث</u> خانواده قبل از ۶۵ سالگی | ۱۷. منظور از سابقه خانوادگی بیماری به عنوان عامل خطر بیماری قلبی عروقی چیست؟                         |
| نظر گیرنده خدمت                                |  | طبق پروتکل ضمیمه ( در واحدهایی که این تست انجام نمی شود، این سوال مورد ندارد)                                                                                                                             | ۱۸. نحوه انجام تست فیت و تفسیر نتیجه آن را توضیح داده یا آن را به درستی انجام داده و تفسیر کند.      |
|                                                |  | حداقل دو خدمت از خدمات مراقب خود و در صورتی که زن است، دو خدمت از مامای مربوطه را نام ببرد.                                                                                                               | ۱۹. در مراجعات اخیر چه خدماتی از مراقب سلامت و در صورتی که زن است چه خدماتی از ماما دریافت کرده است؟ |
|                                                |  | مراجعه کننده از اقدام بعدی که باید انجام دهد و زمان آن اطلاع داشته باشد.                                                                                                                                  | ۲۰. دفعه بعد در چه تاریخی و برای چه کاری مراجعه خواهد کرد؟                                           |
| جمع امتیاز                                     |  |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                      |

**امتیاز:** در صورتی که حد اقل ها رعایت می شود به موضوع پایش، امتیاز ۱ و در غیر این صورت امتیاز صفر تعلق می گیرد. اگر سوال برای مرکز مورد ندارد خط تیره گذاشته می شود. جمع امتیاز کامل ۲۰ خواهد بود . این در صورتی است که "مورد ندارد" برای موضوعات پایش وجود نداشته باشد. در ستون توضیحات، دلایل برای "مورد ندارد" یا برای امتیاز کمتر از ۱ نوشته شده ، راه حل ارائه و در پایش بعدی پیگیری می شود.

## سهم روزانه و معادلهای سه گروه غذایی:

شیر و لبنیات: روزانه ۲-۳ واحد: یک لیوان شیر یا ماست = ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی (یک و نیم قوطی کبریت) = یک چهارم لیوان کشک = ۲ لیوان دوغ = یک و نیم لیوان بستنی ساده  
گوشت و تخم مرغ: روزانه ۲-۳ واحد: ۶۰ گرم انواع گوشت (دوتکه خورشتی متوسط معادل دو قوطی کبریت) = نصف ران یا یک سوم سینه مرغ = یک تکه ماهی به اندازه کف دست = دو تخم مرغ  
حبوبات و مغزهای گیاهی: روزانه ۱ واحد: نصف لیوان حبوبات پخته، یک سوم لیوان انواع مغزها مانند گردو، پسته، فندق، بادام و ...

## خطر سنجی:

گام ۱: اگر فرد مبتلا به دیابت است از جدول مربوط به دیابت استفاده کنید. اگر مراجعه کننده سابقه ابتلا به دیابت نداشته باشد، پس از دریافت نتیجه آزمایش جدید، ارزیابی خطر شود  
گام ۲: بر اساس جنسیت فرد ستون مرد یا زن را انتخاب کنید.

گام ۳: هر یک از ستون های مرد و زن شامل دو قسمت هستند، یکی برای مصرف کننده دخانیات و دیگری برای افراد غیر مصرف کننده، ستون مناسب را انتخاب کنید.

گام ۴: روی محور عمودی گروه سنی را انتخاب کنید (اگر سن بین ۵۹-۵۰ باشد سن ۵۰ و اگر بین ۶۹-۶۰ باشد سن ۶۰ و برای گروه سنی ۴۹-۴۰ سال سن ۴۰ سال را انتخاب کنید)

گام ۵: داخل گروه سنی انتخاب شده با استفاده از نتایج اندازه گیری فشارخون و کلسترول که در ارزیابی نوبت اول بدست آمده است نزدیکترین مربع که فشار خون سیستولی و سطح کلسترول یکدیگر را قطع می کنند را پیدا کنید. رنگ این مربع میزان خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی را مشخص می کند.

گام ۶: بر اساس رنگ مربع میزان خطر مشخص می شود. فعالیت های پیشنهاد شده به ازای میزان خطر را در مورد هر یک از گروههای خطر انجام دهید.

**اقدام پزشک:** یکی از مهم ترین وظایف بهورز/ مراقب سلامت پیگیری نمودن مصرف منظم داروهایی است که توسط پزشک برای بیماران تجویز شده است. برای افراد در معرض خطر، در صورت نداشتن منع مصرف داروهای زیر، با توجه به میزان خطر سکنه های قلبی و مغزی درمان دارویی توسط پزشک تجویز می گردد:

- **تجویز آسپرین روزانه ۸۰ میلی گرم برای بیماران دارای سابقه سکته قلبی و مغزی ایسکمیک و غیر خونریزی دهنده و افراد دیابتی بالای ۵۰ سال دارای حداقل یک عامل خطر دیگر بیماری قلبی عروقی** (سابقه خانوادگی، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی، مصرف دخانیات، بیماری مزمن کلیوی)

- **تجویز استاتین ها برای افراد با خطر قلبی عروقی ۳۰٪ و بالاتر و افراد دیابتی ۴۰ سال و بالاتر با هر درصدی از خطر بیماری قلبی عروقی و مبتلایان به اختلالات لیپید**

- **تجویز کاهنده های فشارخون مانند تیازیدها برای فشار خون ۱۶۰/۱۰۰ و بالاتر بدون در نظر گرفتن درصد خطر حوادث قلبی عروقی و فشار خون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر در افراد دیابتی بدون در نظر گرفتن**

درصد خطر حوادث قلبی عروقی و فشار خون ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ دارای خطر حوادث قلبی عروقی ۲۰٪ و بالاتر و فشار خون ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ با خطر حوادث قلبی عروقی کمتر از ۲۰٪ پس

## از یک دوره اصلاح شیوه زندگی

## روش انجام FIT:

بخش اول این آزمایش توسط خود مراجعه کننده است. در ابتدا فرد درب ظرف شیشه ای را باز می کند و سپس قسمت میله متصل به در ظرف را ۳ بار داخل مدفوع قرار می دهد و دوباره آن را به جای خود برگردانده و بر روی ظرف می بندد. و ظرف را چند بار تکان می دهد و تحویل ارائه دهنده خدمت می دهد. بهورز / مراقب سلامت، قسمت زائده سر ظرف شیشه ای را می شکند و از مایع داخل ظرف ۲ قطره بر روی کیت می چکاند. بعد از ۵ دقیقه باید کیت مورد نظر را بررسی کند. در صورتی که بعد از ۱۰ دقیقه بررسی شود هیچ ارزشی نخواهد داشت. نتایج کیت یکی از ۳ حالت زیر است: اگر علامت به صورت ۲ خط کنار حروف C و T باشد یعنی نتیجه تست مثبت است. در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف C باشد یعنی نتیجه تست منفی است. در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف T باشد یعنی نتیجه تست نامعتبر است و باید تست مجدد انجام شود. پیگیری و مراقبت بیماران: بر اساس دستورالعمل برای مراجعه کنندگان ضمن تشکیل فرم مراقبت، پیگیری های دوره ای انجام شود.

## غربالگری سلامت روان: موارد زیر قبل از انجام آزمون باید برای مراجعه کننده توضیح داده شود:

«این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می شود.» «پاسخ گویی باز و صادقانه شما به ما در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می کند.» سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سوالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سوال می توانید بگویید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.» امتیاز محاسبه و افراد دارای امتیاز ۱۰ و بالاتر برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع می شوند.

### چک لیست شماره ۳- چک لیست پایش خدمات ماما در پایگاه/ مرکز جامع سلامت برای اجرای بسته خدمات سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی

دانشگاه..... مرکز بهداشت شهرستان ..... مرکز ارائه خدمات ..... تاریخ بازدید..... پیشگر/ پایشگران.....

| موضوع پایش                                                                                                                                                                                                        | حد اقل استاندارد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | امتیاز | توضیحات/ نقاط قوت / مشکلات |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|
| ۱. آیا ماما از جمعیت هدف برنامه یائسگی، غربالگری سرطان دهانه رحم و تشخیص زود هنگام سرطان پستان به طور صحیح استفاده می کند؟                                                                                        | جمعیت زنان ۴۵-۵۹ سال و جمعیت زنان ۳۰-۴۹ سال و جمعیت زنان ۷۰-۳۰ سال در دسترس بوده و در برنامه ریزی برای ارائه خدمات از آن استفاده کند.                                                                                                                                                                                                 |        |                            |
| ۲. آیا از شاخصهای تندرستی زنان تحت پوشش خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان اطلاع دارد؟                                                                                                                             | حد اقل موارد ستاره دار زیر را بداند: تعداد افراد غربالگری شده و افراد شناسایی شده مبتلا به پیش بدخیمی و بدخیمی سرویکس * و پستان* در یک سال گذشته ،تعداد زنان مبتلا به عفونت آمیزشی تحت پیگیری* ، تعداد افراد تحت پیگیری مبتلا به خونریزی غیرطبیعی ، تعداد افراد تحت پیگیری مبتلا به اختلال عملکرد جنسی، تعداد زنان در معرض همسر آزاری |        |                            |
| ۳. آیا ماما از خدماتی که باید به زنان میانسال ارائه دهد، اطلاع دارد ؟                                                                                                                                             | بیان همه خدمات زیر: بررسی عفونت آمیزشی، اختلال عملکرد جنسی، یائسگی ، خونریزی غیر طبیعی، غربالگری سرطان سرویکس، معاینه پستان و آموزش همزمان خود آزمایی پستانها ، آموزش کگل و پیگیری از پرولاپس احشای لگنی                                                                                                                              |        |                            |
| ۴. علائم عفونتهای آمیزشی و عوامل خطر و درمان آنها را به درستی توضیح دهد.                                                                                                                                          | درمان دارویی، آموزش و مشاوره و آزمایشهای لازم برای کلامیدیا و گونوکوک را به درستی توضیح دهد.                                                                                                                                                                                                                                          |        |                            |
| ۵. آیا ماما معاینه پستان را به درستی توضیح و انجام می دهد و خودآزمایی را همزمان آموزش می دهد. ( مشاهده یا سوال کنید.)                                                                                             | از چک لیست غربالگری سرطان پستان (ضمیمه) حد اقل همه موارد زیر را به درستی انجام دهد: برخورد محترمانه، درستی لمس پستانها، معاینه نشست و خوابیده، لمس زیر بغل و فوق ترقوه، آموزش هم زمان خود آزمایی، آموزش علائم مشکوک به مراجعه کننده                                                                                                   |        |                            |
| ۶. آیا ماما از مشخصات توده پستانی مشکوک به بدخیمی و توده خوش خیم در معاینه و تصویربرداری اطلاع دارد؟                                                                                                              | تفاوت توده خوش خیم و بدخیم و پاسخ ماموگرافی بر اساس Birad را بیان کند                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                            |
| ۷. آیا ماما از نحوه تهیه نمونه اچ پی وی و پاپ اسمیر و پاسخ آنها از نظر تایپ های پرخطر اچ پی وی و موارد طبیعی و مشکوک به بدخیمی در پاپ اسمیر اطلاع دارد؟                                                           | نحوه استفاده از سیتوبراش و کیت ویژه اچ پی وی و تهیه نمونه پاپ اسمیر به روش conventional و پاسخ طبیعی و مشکوک آنها را توضیح دهد.                                                                                                                                                                                                       |        |                            |
| ۸. علائم و روش برخورد با اختلال وازوموتور در دوران یائسگی را به درستی توضیح دهد.                                                                                                                                  | علائم و روش درمان گام به گام اختلال وازوموتور و اندیکاسیونهای هورمون درمانی برای کنترل علائم آن در زنان میانسال را به درستی توضیح دهد                                                                                                                                                                                                 |        |                            |
| ۹. خدمات یک زن ۴۵-۵۹ سال را به صورت تصادفی انتخاب و بررسی نمایید که آیا ثبت اطلاعات و نتیجه گیریها و ارجاعات ، آزمایشها ، بازخورد ارجاعات و پیگیری مراقبتها به درستی انجام شده و علت و زمان مراجعه بعدی مشخص است؟ | حداقل همه موارد زیر به درستی انجام و ثبت شده باشد : همه خدمات غیر وابسته به آزمایشگاه انجام شده باشد ، تاریخ مراجعه بعدی و اقدامات بعدی به درستی معین شده باشد، پاسخ پاراکلینیک به درستی ثبت شده باشد، موارد ارجاع به پزشک و پیگیری بازخوردها به درستی انجام شده باشد                                                                 |        |                            |
| ۱۰. آیا زنان میانسال مراجعه کننده به مراقب سلامت در یک روز کاری ( انتخاب تصادفی) ، به واحدمامایی نیز مراجعه نموده و خدمات لازم را دریافت کرده اند؟                                                                | تطبیق موارد بررسی شده با زنانی که توسط مراقب سلامت ، ارزیابی دوره ای شده اند و در سامانه به ثبت رسیده است.                                                                                                                                                                                                                            |        |                            |
| جمع امتیاز                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                            |

به پروتکلهای استاندارد برای پایش کامل خدمات ماما و پروتکل پایش اتاق مامایی در بخش پیوست توجه کنید.

## سوال ۴: درمان عفونتهای آمیزشی

مدیریت بیمار مبتلا به گونوکوک و کلامیدیا شامل موارد زیر است:

- **درمان دارویی** درمان انتحایی گنوره : سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم عضلانی تک دوز همراه با آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک دوز ( ازیترومایسین کلامیدیا را پوشش می دهد) یا سایر درمانها بر اساس پروتکل کشوری سال ۹۶ مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
  - **آموزش و مشاوره** برای پرهیز از رفتار پرخطر جنسی وتوصیه به استفاده از کاندوم و ارائه آن، تهیه نمونه اچ پی وی در زنان واجد شرایط ،
  - **انجام آزمایش داوطلبانه ایدز** بویژه در افراد پر خطر،
  - **تهیه نمونه وی دی آر دی ال** در صورت وجود زخم مشکوک، درمان دارویی و ارزیابی مجدد پس از یک هفته ،
  - پیگیری همسران و موارد تماس جنسی مبتلایان به بیماریهای آمیزشی
  - ارجاع به پزشک در صورت پیشرفت بیماری و پیگیری مواردی که به درمان پاسخ نداده اند از نظر سایر ضایعات و بدخیمی های ژنیتال
  - **ارجاع** فرد به پزشک برای درمان فرد و درمان شریک جنسی توسط پزشک در صورت لزوم
  - ارجاع به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری یا مرکز جامع سلامت جهت بررسی ابتلا به اچ آی وی یا عدم بهبودی علیرغم درمان یا شک به وجود بدخیمی یا پاسخ پاراکلینیک مبتنی بر بدخیمی یا اچ پی وی یا پاپ اسمیر غیرطبیعی یا نتیجه اچ آی وی مثبت
- احتیاطات لازم در تزریق سفتریاکسون
۱. تجویز منطقی دارو: تجویز دارو فقط برای موارد دارای اندیکاسیون و با توجه به تداخلات دارویی توسط پزشک صورت گیرد. در صورت عدم وجود امکانات تزریق یا اطمینان پزشک از درمان کامل خوراکی توسط مراجعه کننده از درمانهای خوراکی ذکر شده در پروتکل کشوری استفاده شود. در هر حال انتخاب پروتکل درمانی برای عفونت شانکروید یا گونوکوکی بر اساس پروتکلهای پیشنهادی کشوری به عهده پزشک می باشد.
  ۲. توجه به عوارض دارو و سابقه حساسیتهای قبلی فرد: حساسیت قبلی نسبت به سفتریاکسون یا سایر سفالوسپورین ها ( مانند سفالکسین ، سفیکسیم ، سفتازیدیم ، سفازولین) و... یا پنی سیلین هامورد توجه قرار گیرد. مصرف سفتریاکسون در بیماران با سابقه حساسیت به سفتریاکسون یا سایر سفالوسپورین ها ممنوع می باشد .
  ۳. فراهم بودن شرایط لازم برای حفظ ایمنی بیمار در زمان تزریق دارو: تزریق دارو در مراکز درمانی مجهز و توسط افراد حرفه ای مجرب و مانند هر آنتی بیوتیک تزریقی دیگری تحت نظر پزشک صورت گیرد.
  ۴. با توجه به اینکه نوع تزریق در نظر گرفته شده، برای درمان عفونت گونوکوکی، تزریق عضلانی می باشد، لازم است پودر آنتی بیوتیک داخل ویال ها درحلال مناسب آن کاملاً حل شده و به صورت عمقی و در عضلات بزرگ بدن صورت گیرد.

## سوال ۶: معاینه پستان غیرطبیعی (مشکوک به بدخیمی) :

- تغییر شکل ظاهری به صورت: ایجاد کشیدگی و عدم قرینگی پستان ها.
- ایجاد تغییرات پوستی ماندگار به صورت هر یک از موارد زیر :
- زخم ماندگار عمیق، تخریب نسجی و و فرو رفتگی و کشش غیر معمول، اگزمای نوک پستان بیش از یک ماه، التهاب موضعی یا عمومی پستان، پوست پرتقالی، قرمزی، پوسته پوسته شدن، زخم های سفت، نامنظم و ثابت ، پوسته پوسته شدن یا فرورفتگی نوک پستان در ماههای اخیر،
- ترشح نوک پستان با یکی از ویژگیهای زیر: که از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی ( بدون تحریک و دستکاری) و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سרוزی یا خونی باشد
- وجود توده غیرطبیعی در پستان یا زیر بغل که یکی از مشخصات زیر را داشته باشد: توده سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه با گذشت زمان، توده پستان یا زیر بغل

سایر موارد غیر طبیعی در معاینه : در برخی موارد در معاینه یا پاراکلینیک یافته ای وجود دارد که موارد فوق یعنی علائم احتمالی یا مشکوک به سرطان پستان درباره آن

صدق نمی کند و تشخیص های دیگری مطرح می باشد. در این موارد فرد باید برای بررسی تکمیلی و اقدامات لازم به پزشک ارجاع گردد. این موارد عبارتند از :

- درد پستان ( در دوره های مختلف سیکل قاعدگی یا همراه با مصرف داروهای هورمونی، یا همراه با اختلالات خلقی و روان تنی ) معمولاً نشانه بدخیمی نیست
  - توکسیدگی قدیمی نیپل
  - توده غیر چسبنده، نرم، با حدود مشخص
  - کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری
  - ترشح شیر یا ترشح رنگی بویژه زرد، قهوه ای و سبز یا ترشح دوطرفه یا ترشح غیر خود بخودی
- همچنین برخی موارد گزارش شده در تصویر برداری حاکی از توده بدخیم یا مشکوک به بدخیمی نمی باشد مانند BIRAD دو در گزارش ماموگرافی که حاکی از وجود توده خوش خیم است.
- گزارش ماموگرافی:**

| گروه بندی نتایج ماموگرافی بر اساس سیستم BIRAD =Breast Imaging Reporting and Data System |                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BIRAD صفر                                                                               | ارزیابی ناقص است و اقدامات تشخیصی بیشتر مورد نیاز است.                                                 |
| BIRAD یک                                                                                | پستان‌ها نمای طبیعی وعادی دارند.                                                                       |
| BIRAD دو                                                                                | ماموگرام موید توده‌های خوش خیم است.                                                                    |
| BIRAD سه                                                                                | ناحیه احتمالاً خوش خیم ، نیازمند پیگیری با بررسی رادیوگرافی هر ۶ ماه تا یکسال ، دقت در معاینات کلینیکی |
| BIRAD چهار                                                                              | توصیه به انجام بیوپسی برای رد بدخیمی                                                                   |
| BIRAD پنج                                                                               | احتمال بدخیمی، لزوم انجام بیوپسی                                                                       |

**سوال ۷: HPV DNA test :** طبیعی( منفی) اقدام بعدی در غربالگری بعدی- مثبت از نظر ۱۶ و ۱۸ ارجاع به سطح تخصصی- مثبت از نظر سایر موارد به جز ۱۶ و ۱۸ با نتیجه پاپ اسمیر طبیعی یا نامناسب یا ناکافی انجام تست اج پی وی و پاپ اسمیر تا یک سال بعد

- پاپ اسمیرمشکوک : AGUS, ASCUS, دیس پلازی، نئو پلازی، LSIL, HSIL, CIN

## چک لیست پایش پزشک برای خدمات سلامت میانسالان

..... دانشگاه..... مرکز بهداشت شهرستان ..... مرکز ارائه خدمات ..... تاریخ بازدید..... پایشگر/ پایشگران.....

| موضوع پایش                                                                                                                  | حد اقل استاندارد لازم( بایدها)                                                                                                                                                                                                                                                             | امتیاز | توضیحات |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
| ۱. آیا پزشک از اطلاعات جمعیتی و شاخصهای تندرستی میانسالان منطقه اطلاع دارد ؟                                                | اطلاعات در معرض دید پزشک باشد و بتواند مشکلات منطقه را تحلیل و مداخلات پیش بینی شده را ارائه کند.                                                                                                                                                                                          |        |         |
| ۲. پزشک چه مواردی را به روانشناس یا کارشناس تغذیه ارجاع می دهد؟                                                             | حد اقل یک خدمت برای هریک ذکر شود. به عنوان مثال: همه افراد ارجاع شده غربال مثبت سلامت روان به پزشک پس از دریافت خدمات پزشک به روانشناس ارجاع می شوند. و کلیه بیماران مبتلا به فشارخون، دیابت، دیس لیپیدمی، چاقی و لاغری پس از دریافت خدمات پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع می شوند.            |        |         |
| ۳. چه افرادی از طرف مراقب سلامت باید به پزشک ارجاع شوند؟                                                                    | حد اقل موارد زیر را بیان کند : افراد بیمار و افراد پارکیو مثبت برای فعالیت بدنی، اقراا مبتلا به چاقی، افراد غربال مثبت فشارخون و قندخون بالا، افراد غربال مثبت اختلال سلامت روان                                                                                                           |        |         |
| ۴. فعالیت بدنی مناسب برای افراد مبتلا به دیابت چیست و چه احتیاطاتی لازم است؟                                                | اصلی ترین احتیاطات مانند افزایش دریافت کالری پیش از ورزش، توجه به علائم هیپوگلیسمی ، اجتناب از ورزش در زمان حداکثر تاثیر انسولین، رعایت بهداشت پا، انواع ورزش در رتینوپاتی دیابتی بیان شود.                                                                                                |        |         |
| ۵. اقدام تشخیصی برای افراد غربال مثبت از نظر قند خون و فشارخون چیست؟                                                        | دیابت : دو نوبت قند خون ناشتای ۱۲۶ و بالاتر<br>فشارخون بالا : فشارخون ۹۰/ ۱۴۰ و بالاتر در دفعات مختلف تا جایی که پزشک به تشخیص برسد                                                                                                                                                        |        |         |
| ۶. در چه مواردی از فشارخون بالا درمان دارویی آغاز می شود و با چه دارویی ؟                                                   | تجویز کاهنده های فشارخون مانند تیزاید ها در فشار خون ۱۶۰/۱۰۰ و بالاتر ، افراد دیابتی مبتلا به فشار خون ۹۰/ ۱۴۰ و بالاتر ، فشار خون ۹۰/ ۱۴۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ + خطر حوادث قلبی عروقی ۲۰٪ و بالاتر ، فشار خون ۹۰/ ۱۴۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ با خطر حوادث قلبی عروقی کمتر از ۲۰٪ پس از یک دوره اصلاح شیوه زندگی |        |         |
| ۷. طبق پروتکل کشوری، برای چه افرادی اتورواستاتین و برای چه افرادی آسپیرین با هدف پیشگیرانه تجویز می شود؟                    | <b>اتورواستاتین:</b> خطر حوادث قلبی ۳۰ درصد و بالاتر، دیابتی ۴۰ سال و بالاتر، اختلال لیپید<br><b>آسپیرین:</b> خطر بالای ۳۰ درصد، سکتة قلبی یا مغزی غیر خونریزی دهنده، بالای ۵۰ سال دیابتی+ یک عامل خطر دیگر                                                                                |        |         |
| ۸. پزشک برای افراد غربال مثبت از نظر سلامت روان در چه صورتی تشخیص افسردگی اساسی می دهد و درمان را با چه دارویی شروع می کند؟ | - وجود دوعلامت از علائم کلیدی و ۳ مورد از سایر جنبه های افسردگی به مدت حداقل دوهفته پس از رد افسردگی به علت سوگ و رد اختلال دو قطبی<br>- شروع درمان با داروهای ضد افسردگی(مهارکنندههای انتخابی بازجذب سروتونین SSRIها)                                                                     |        |         |
| ۹. روش درمانی برای ترک دخانیات در افراد ارجاع شده به پزشک چیست؟                                                             | حد اقل یک دارو و یک جایگزین نیکوتین را نام برده و احتیاط های دارویی، منع مصرف، عوارض، دوز دارو، نحوه استفاده و نوع در دسترس آن برای ترک دخانیات را توضیح دهد.                                                                                                                              |        |         |
| ۱۰. خدمات یک فرد ۵۹ - ۳۰ سال را به صورت تصادفی در سامانه انتخاب و بررسی نمایید که آیا خدمات پزشک کامل است؟                  | حداقل موارد زیر به درستی انجام و ثبت شده باشد : دریافت و بازخورد ارجاعات ، ارجاعات لازم به روانشناس و کارشناس تغذیه ، آزمایشها (حد اقل قندخون و کلسترول)و تشخیص و مراقبت ممتد                                                                                                              |        |         |
| <b>امتیاز</b>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |         |

در صورتی که حد اقل ها رعایت می شود به موضوع پایش، امتیاز ۱ و در غیر این صورت امتیاز صفر تعلق می گیرد. اگر سوال برای پزشک مرکز مورد ندارد خط تیره گذاشته می شود. برای سوالاتی که پاسخ مورد ندارد یا امتیاز صفر دریافت کرده اند توضیح و راه حل ارائه می شود. در صورتی که هر یک از اجزای حد اقل استاندارد مورد ندارد، از ارزیابی حذف شود.

#### سوال ۴: احتیاطات لازم برای ورزش در دیابتی ها:

- افزایش تدریجی مدت و شدت ورزش
- کنترل قند خون در حین تمرین و ۳۰ دقیقه پس از تمرین
- نوشیدن مایعات نسبتاً فراوان
- گنجاندن یک وعده غذا ۳-۱ ساعت قبل از ورزش و افزایش دریافت کالری دریافتی ۱۵-۱۰ درصد تا ۲۴ ساعت
- اگر ورزش شدید یا بیشتر از ۳۰ دقیقه باشد دوز انسولین در زمان ورزش تقریباً ۱ تا ۲ واحد کاهش یابد
- اجتناب از ورزش در زمان حد اکثر تاثیر انسولین
- تزریق انسولین در محلی غیر از اندام های در حال ورزش
- فاصله ثابت ورزش با تزریق انسولین و وعده غذایی
- توجه به پیشگیری از افت قند خون
- آموزش علائم هیپوگلیسمی
- همراه داشتن کربوهیدرات سریع الجذب مثل شکلات
- همراه داشتن کارت شناسایی دیابتی
- تمرینات ترجیحاً همراه با یک دوست انجام شود
- ۳۰-۱۵ گرم کربوهیدرات سریع الجذب هر ۳۰ دقیقه میل شود
- کربوهیدرات آهسته جذب بلافاصله پس از ورزش خورده شود
- آموزش درد و علائم آنژین صدری
- استفاده از کفش و جوراب مناسب و توجه به بهداشت مناسب پاها

در مبتلایان به رتینوپاتی دیابتی از ورزشهایی که فشارچشم را بالا می برند باید پرهیز کرد

#### سوال ۷: تجویز آسپیرین روزانه ۸۰ میلی گرم برای:

- بیماران دارای سابقه سکته قلبی و مغزی ایسکمیک و غیر خونریزی دهنده
- افراد دیابتی بالای ۵۰ سال دارای حداقل یک عامل خطر دیگر بیماری قلبی عروقی(سابقه خانوادگی، فشارخون بالا، دیس لیپیدمی، مصرف دخانیات، بیماری مزمن کلیوی)

#### تجویز استاتین ها:

- افراد با خطر قلبی عروقی ۳۰٪ و بالاتر
- افراد دیابتی ۴۰ سال و بالاتر با هر درصدی از خطر بیماری قلبی عروقی
- مبتلایان به اختلالات لیپید برابر پروتکل کشوری

#### تجویز کاهنده های فشارخون مانند تیازیدها:

- فشار خون ۱۶۰/۱۰۰ و بالاتر بدون در نظر گرفتن درصد خطر حوادث قلبی عروقی
- فشار خون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر در افراد دیابتی بدون در نظر گرفتن درصد خطر حوادث قلبی عروقی
- فشار خون ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ + خطر حوادث قلبی عروقی ۲۰٪ و بالاتر
- فشار خون ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ با خطر حوادث قلبی عروقی کمتر از ۲۰٪ پس از یک دوره اصلاح شیوه زندگی

**سوال ۸:** وجود دوعلامت از علائم کلیدی زیر به مدت حداقل دوهفته: خلق افسرده در بیشتر اوقات روز، از دست دادن احساس لذت وعلاقه در فعالیت های لذت بخش، کاهش انرژی یا به آسانی خسته شدن با توجه

به شرح حال + وجود حداقل ۳ مورد از سایر جنبه های افسردگی به شرح زیر در طی دو هفته گذشته: کاهش تمرکز و توجه، کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس، احساس گناه و بی ارزش بودن، بدبینی نسبت به آینده،

افکار آسیب و خودکشی، اختلال خواب، اختلال اشتها مشکل در انجام وظایف روزمره ، خانوادگی یا فعالیت‌های اجتماعی

پس از رد افسردگی به علت سوگ و اختلال دو قطبی

**سوال ۹:**

| نام دارو/جایگزین نیکوتین*                                                            | احتیاط های دارویی/ منع مصرف                                                                                                                                                                                                                                                      | عوارض                                                            | دوز دارو                                                                                                                                                                                                                                     | نحوه استفاده                                                      | نوع در دسترس                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| آدامس نیکوتین<br>2 میلی گرم یا 4 میلی گرم                                            | توجه در موارد استفاده از دندان مصنوعی (چسبیدن به دندان مصنوعی)<br>اجتناب از خوردن و نوشیدن 15 دقیقه قبل و یا حین مصرف و مصرف اشتباهی                                                                                                                                             | مزه ترش در دهان<br>سوء هاضمه<br>سکسکه، دل درد،<br>سوزش گلو، تهوع | یک آدامس هر 1 تا 2 ساعت (6 تا 15 آدامس در روز)<br>در موارد مصرف 1 تا 24 سیگار در روز = آدامس 2 میلی گرمی<br>در موارد مصرف بالای 25 سیگار در روز و یا تنباکوی جویدنی = آدامس 4 میلی گرمی                                                      | تا 12 هفته یا تا هر زمان که لازم بود                              | نوع ژل نیکورتن Nicorette<br>(بدون نسخه پزشک)                  |
| برچسب نیکوتین                                                                        | در موارد ابتلا به اگزما یا شدید و پموریا یس مصرف نشود                                                                                                                                                                                                                            | واکنش پوستی<br>موضعی<br>بی خوابی                                 | یک برچسب در روز<br>مصرف 10 سیگار در روز = برچسب 21 میلی گرم به مدت 4 هفته، سپس 14 میلی گرم 2 تا 4 هفته، سپس 7 میلی گرم 2 تا 4 هفته<br>مصرف کم تر از 10 سیگار در روز = برچسب 14 میلی گرم 4 هفته، سپس 7 میلی گرم 4 هفته                        | 8 تا 12 هفته                                                      | نوع ژل نیکوترول (بدون نسخه پزشک)<br>نیکوترول (بدون نسخه پزشک) |
| افشانه نیکوتین                                                                       | احتمال خارش دهان و گلو که با مصرف دارو بهتر می‌شود                                                                                                                                                                                                                               | خارش و سوزش دهان و حلق                                           | 6 تا 16 بار در روز<br>هر کارتریج برای 80 بار استفاده<br>می توان یک کارتریج نصفه را برای روز بعد نیز استفاده کرد                                                                                                                              | تا 6 ماه<br>در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (tapering)   | افشانه نیکوترول Nicotrol inhaler<br>(فقط با نسخه پزشک)        |
| اسپری بینی نیکوتین                                                                   | برای بیماران آسمی مناسب نیست<br>احتمال خارش و سوزش بینی (با مصرف بهتر می شود)،<br>احتمال بروز وابستگی                                                                                                                                                                            | سوزش بینی                                                        | یک دوز معادل یک پاف در بینی<br>1 تا 2 دوز هر ساعت (8 تا 40 دوز هر روز)<br>استنشاق نشود                                                                                                                                                       | 3 تا 6 ماه<br>در پایان دوره باید دوز با کم شدن قطع شود (Tapering) | اسپری نیکوترول Nicotrol NS<br>(فقط با نسخه پزشک)              |
| آب نبات نیکوتین<br>2 میلی گرم و 4 میلی گرم                                           | اجتناب از خوردن و آشامیدن 15 دقیقه قبل و حین مصرف<br>هر بار یک عدد<br>حداکثر 20 عدد در روز                                                                                                                                                                                       | سکسکه<br>سرفه<br>سوزش سر دل                                      | مصرف اولین سیگار کم تر از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، 2 میلی گرم<br>مصرف اولین سیگار بیش از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، 4 میلی گرم<br>1 تا 6 هفته اول: هر 1 تا 2 ساعت - 7 تا 9 هفته بعد: هر 2 تا 4 ساعت -<br>10 تا 12 هفته بعد: هر 4 تا 8 ساعت | 3 تا 6 ماه                                                        | بدون نسخه پزشک<br>نام ژل نیک commit                           |
| درمان ترکیبی:<br>برچسب+بوپروپیون<br>برچسب + آدامس<br>برچسب + آب نبات+ افشانه نیکوتین | در حال حاضر فقط ترکیب برچسب + بوپروپیون از نظر FDA تایید شده است.<br>به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.                                                                                                                                                                      | عوارض هر دارو<br>در جداول بالا نوشته شده است.                    | به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.                                                                                                                                                                                                       | به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.                            | به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.                        |
| بوپروپیون هسته رهش 150<br>Bupropion SR                                               | مصرف اخیر مونوآمین اکسیداز (MAO inhibitor) ،<br>استفاده از بوپروپیون به هر شکل ، سابقه تشنج و صرع،<br>سابقه اختلالات گوارشی، توجه به احتمال خودکشی و<br>مصرف داروهای ضدافسردگی<br>مصرف دارو در افراد زیر 18 سال، مصرف هم زمان<br>سایر داروهای ضد تشنج، حاملگی و شیردهی نیز ممنوع | بی خوابی<br>خشکی دهان<br>لرزش<br>اضطراب<br>یبوست<br>سرگیجه       | 150 میلی گرم هر روز صبح به مدت سه روز سپس 150 میلی گرم دو بار در روز                                                                                                                                                                         | 7 تا 12 هفته                                                      |                                                               |
| وارنیکلین<br>varenicline                                                             | در بیماران با نارسایی کلیه، تحت دیالیز، بیماری روانی<br>شدید، مواردی از خلق افسرده، بی قراری، تغییرات<br>رفتاری، گزارش افکار خودکشی و خودکشی با احتیاط<br>مصرف شود.                                                                                                              | تهوع<br>بی خوابی<br>خواب های روشن،<br>واضح و عجیب                | روز های اول تا سوم: 0/5 میلی گرم هر صبح<br>روز های 4 تا 5 : 0/5 میلی گرم دوبار در روز<br>از روز هشتم تا پایان درمان: 1 میلی گرم دوبار در روز                                                                                                 | یک هفته قبل از تاریخ ترک شروع شود.<br>3 تا 6 ماه درمان            | فقط با نسخه پزشک<br>Chantix                                   |



### فرم جمع بندی پایش ( گزارش بازدید / باز خورد بازدید) خدمات سلامت میانسالان

..... دانشگاه/دانشکده ..... مرکز بهداشت شهرستان ..... مرکز / پایگاه / خانه .....

| موضوع پایش                                                                                                                                             | امتیاز کامل | امتیاز کسب شده | درصد | توضیحات | نقاط قوت و موارد نیازمند تشویق | نقاط ضعف و موارد نیازمند ارتقا | پیشنهادهای |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|------|---------|--------------------------------|--------------------------------|------------|
| چک لیست پایش مدیریت ستادی خدمات سلامت میانسالان در دانشگاه                                                                                             | ۱۰          |                |      |         |                                |                                |            |
| چک لیست پایش مدیریت ستادی خدمات سلامت میانسالان در شهرستان                                                                                             | ۱۰          |                |      |         |                                |                                |            |
| چک لیست پایش مدیریت و پشتیبانی ستادی اجرای بسته خدمات سلامت میانسالان در محل ارائه خدمت (مرکز / پایگاه سلامت /خانه بهداشت)                             | ۱۰          |                |      |         |                                |                                |            |
| چک لیست پایش مراقب سلامت / بهورز برای اجرای بسته خدمات سلامت میانسالان پایگاه سلامت و خانه بهداشت ( میانگین امتیاز مراقبین /بهورزان پایش شده)          | ۲۰          |                |      |         |                                |                                |            |
| چک لیست پایش خدمات ماما در پایگاه / مرکز جامع سلامت برای اجرای بسته خدمات سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی ( میانگین امتیاز ماماها پایش شده) | ۱۰          |                |      |         |                                |                                |            |
| چک لیست پایش پزشک برای اجرای بسته خدمات سلامت میانسالان در واحد ارائه خدمت (میانگین امتیاز پزشکان پایش شده)                                            | ۱۰          |                |      |         |                                |                                |            |
| جمع امتیاز                                                                                                                                             | ۷۰          |                |      |         |                                |                                |            |

نام و نام خانوادگی پایشگر / پایشگران : ..... تاریخ بازدید .....

## روش تکمیل:

خلاصه اطلاعات هر دوره پایش از چک لیستهای شماره ۱ تا ۶ استخراج شده و به صورت جمع بندی شده در این فرم ثبت و برای گزارش به سطح بالاتر و ارائه بازخورد پایش و پیگیری مشکلات مورد استفاده قرار می گیرد.

اگر بازدید از سطحی به هر دلیل صورت نگرفته است، ردیف مربوطه تکمیل نخواهد شد. در چنین مواردی برای محاسبه امتیاز نهایی و در صد آن ، امتیاز موضوع پایش نشده از مجموع امتیازات حذف خواهد شد. ( مورد ندارد)

به عنوان مثال کارشناس شهرستان، ردیف دانشگاه را تکمیل نخواهد کرد و امتیاز آن ردیف را از مجموع امتیازها کسر و به جای ۷۰ امتیاز ۶۰ به عنوان امتیاز کامل در نظر گرفته شده و درصد امتیاز به دست آمده از ۶۰ محاسبه و در ردیف آخر ثبت می شود.

یا اگر کارشناس دانشگاهی در یک دوره بازدید خود به هر دلیل فقط چک لیست ۲ و ۳ را بررسی نموده است، فقط اطلاعات مربوط به همان چک لیستها را ثبت نموده و به سطح بالاتر گزارش و به سطح بازدید شده بازخورد می دهد. در این حالت اگر امتیاز کسب شده مراقب سلامت ۱۴ و امتیاز ماما ۸ باشد ، امتیاز پایش انجام شده از مرکز ۲۲ از ۳۰ یعنی ۷۳ درصد خواهد بود که در ردیف آخر ثبت می شود.

همین درصد را می توان برای هریک از ردیفها نیز محاسبه نموده و بازخورد داد. در این موارد نیز ممکن است برخی سوالات چک لیست مربوطه موضوعیت نداشته باشد. در آن صورت از مجموع امتیازات چک لیست حذف خواهد شد.

در صورتی که پایشگر بیش از یک ارائه دهنده خدمت اعم از بهورز یا مراقب یا ماما یا پزشک را مورد پایش قرار داده است برای هریک از گروههای ارائه دهنده خدمت، میانگین امتیازات را محاسبه و ثبت نموده و بازخورد واحدی را برای واحد ارائه دهنده خدمت ارسال می نماید. بدیهی است در ستون نقاط قوت و ضعف ، موارد شناسایی شده در خصوص هریک از ارائه دهندگان خدمات را می توان ثبت نمود.

در صورتی که نقاط قوت چشمگیری وجود داشته باشد یا ارائه دهنده خدمت سقف استانداردها را رعایت کرده باشد، درجات مختلف تشویق برای او در نظر گرفته خواهد شد.

همچنین در صورتی که بازدید کننده بیشتر از یک شهرستان یا بیش از یک واحد ارائه خدمت را بازدید نموده است ، برای هر یک از شهرستانها یا هر یک از واحدهای ارائه خدمت، فرم جمع بندی جداگانه تکمیل و به صورت بازخورد رسمی ( با شماره نامه اداری) برای آن واحد ارسال می نماید. اما گزارش پایشهای انجام شده به سطح بالاتر در یک فرم واحد ( فرم گزارش پایش) ارائه خواهد شد.

**گزارش پایشهای انجام شده از خدمات سلامت میانسالان در واحدهای تحت پوشش دانشگاه.....**

**سه ماهه .... سال ..... تعداد شهرستانهای تحت پوشش .....**

| ردیف | شهرستان | واحد مورد بازدید | نام پایشگر / پایشگران | سمت | تاریخ بازدید | شماره نامه بازخورد ارسالی به شهرستان |
|------|---------|------------------|-----------------------|-----|--------------|--------------------------------------|
|      |         |                  |                       |     |              |                                      |
|      |         |                  |                       |     |              |                                      |
|      |         |                  |                       |     |              |                                      |
|      |         |                  |                       |     |              |                                      |
|      |         |                  |                       |     |              |                                      |
|      |         |                  |                       |     |              |                                      |
| جمع  |         |                  |                       |     |              |                                      |

**جمع بندی نتایج به دست آمده از پایش خدمات سلامت میانسالان در واحدهای تحت پوشش دانشگاه در ... ماهه .... سال ...**

| موضوعات جمع بندی شده                                         | تعداد موارد پایش شده | نقاط قوت | موارد نیازمند ارتقا | اقدامات پیش بینی شده | مداخلات انجام شده | نتیجه مداخلات |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|----------|---------------------|----------------------|-------------------|---------------|
| چک لیست پایش مدیریت ستادی در شهرستان                         |                      |          |                     |                      |                   |               |
| چک لیست پایش مدیریت ستاد در مرکز / پایگاه سلامت /خانه بهداشت |                      |          |                     |                      |                   |               |
| چک لیست پایش مراقب سلامت / بهورز                             |                      |          |                     |                      |                   |               |
| چک لیست پایش خدمات ماما                                      |                      |          |                     |                      |                   |               |
| چک لیست پایش پزشک                                            |                      |          |                     |                      |                   |               |

**فرم گزارش و جمع بندی نتایج مجموعه پایشها :** تکمیل این فرم برای ارسال گزارش پایشهای انجام شده به سطوح بالاتر به صورت ادواری و اعلام موارد نیازمند مداخله به سطح بالاتر و برنامه ریزی مداخلات ضرورت دارد. همچنین این فرم، مستند ضروری برای ثبت در سامانه برنامه عملیاتی می باشد که به صورت دوره ای برای بارگذاری در سامانه مورد استفاده قرار می گیرد. این فرم را می توان برای گزارش شهرستان به دانشگاه و گزارش دانشگاه به اداره سلامت میانسالان مورد استفاده قرار داد. بدیهی است تعداد ردیفهای این فرم و فضای خانه های مربوط به مطالب نوشتاری متناسب با نیاز قابل افزایش است. منظور از واحد مورد پایش، ستاد، مرکز جامع سلامت ، پایگاه سلامت و خانه بهداشت می باشد. همچنین حد انتظار انجام پایش برای هر کارشناس یا مسئول ستادی حد اقل یک پایش در ماه می باشد.

پیوست

## خود ارزیابی اعضای تیم سلامت

اعضای تیم سلامت می توانند با استفاده از ابزار خود ارزیابی زیر، بطور مستمر فعالیتهای خود را ارزیابی نموده و در جهت ارتقای فرایند خدمات کوشش نمایند. بدیهی است در هر دوره خود ارزیابی ممکن است مواردی وجود داشته باشند که برای ارتقای آنها مداخله سطوح بالاتر ضرورت داشته باشد (۲۰ درصد موارد). در چنین حالتی کارکنان موظف هستند که با هماهنگی مسئول مرکز مراتب را به اطلاع مرکز بهداشت رسانده و در جهت رفع مشکل برای ارتقای مستمر خدمات با همکاری مسئولین مربوطه برنامه ریزی نمایند.

پاسخ به سوالات چک لیست فوق می تواند تا حدود زیادی مشکلات را برای ارائه دهنده خدمت روشن و توانمندیهای برنامه ریزی شده او را از طریق برخورد فعال با مشکلات در جهت ارتقای خدمات افزایش دهد. انتظار می رود ارائه دهندگان خدمات، پس از هر بار خود ارزیابی، نتیجه آن را مورد توجه قرار داده و برای رفع مشکلات فردی و سازمانی اقدام نمایند، تا زمانی که نتیجه ارزیابی در همه موارد مطلوب باشد.

### پیوست ۱- چک لیست خود ارزیابی برای کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت میانسالان در تیم سلامت

| ردیف | سوال                                                                                                                    | پاسخ | ثبت مشکل و اقدام |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------|
| ۱    | فضای فیزیکی که در اختیار من هست برای ارائه خدمات سلامت میانسالان مناسب است.                                             |      |                  |
| ۲    | تجهیزات و لوازمی که برای ارائه خدمات در اختیار دارم سالم، مناسب و کافی هستند.                                           |      |                  |
| ۳    | مواد آموزشی که در اختیارم هست نیاز مرا برای ارائه خدمات رفع می کند.                                                     |      |                  |
| ۴    | اطلاعات من برای ارائه خدمات کافی است.                                                                                   |      |                  |
| ۵    | مهارتهایی که آموخته ام برای ارائه خدمات کافی است.                                                                       |      |                  |
| ۶    | برای مواجه نشدن با کمبود وقت برای وظایفی که در مرکز به عهده دارم برنامه ریزی و زمان بندی می کنم.                        |      |                  |
| ۷    | تناسب لازم بین گروههای سنی و جنسی مختلف برای خدماتی که باید به آنان ارائه دهم، برقرار می کنم تا از هیچ گروهی غفلت نکنم. |      |                  |
| ۸    | برای ترویج برنامه سلامت میانسالان و جلب مشتری از امکانات مختلف به نحو احسن استفاده می کنم.                              |      |                  |
| ۹    | خدمات سلامت میانسالان را مطابق با استانداردهای آموخته شده ارائه می دهم.                                                 |      |                  |
| ۱۰   | به آموزشهایی که به مراجعه کننده ارائه می کنم تسلط کافی دارم.                                                            |      |                  |
| ۱۱   | به ثبت خدمات در فرمها ( سامانه ) و تهیه گزارش فعالیتهای خود تسلط کافی دارم.                                             |      |                  |
| ۱۲   | خدمات پیگیری مشکلات سلامت گروه هدف را در حد امکان دنبال می کنم.                                                         |      |                  |
| ۱۳   | سعی می کنم دانش و مهارت خود را از طریق خود آموزی افزایش دهم.                                                            |      |                  |
| ۱۴   | همفکری، همکاری، تبادل تجربه، دانش و مهارت برای ارائه خدمات بین من و سایر همکارانم وجود دارد.                            |      |                  |
| ۱۵   | مشکلات ارائه خدمات و راه حلهای پیشنهادی را به مسئول مرکز یا ناظرین شهرستان منعکس و با آنان برای حل مشکل همکاری می کنم.  |      |                  |

## غربالگری سرطان پستان

چک لیست کامل ( سقف استاندارد) برای غربالگری سرطان پستان به شرح زیر می باشد. ماما باید حد اقل، همه موارد ستاره دار زیر (بایدها) را به درستی انجام دهد تا امتیاز ۱ در چک لیست ماما را دریافت کند. در صورتی که پایشگر زمان کافی برای پایش کامل در اختیار داشته باشد و ارائه دهنده خدمت سایر موارد را نیز به درستی انجام دهد، امتیاز تشویقی خواهد داشت.

| پیوست ۲-چک لیست تکمیلی خدمت غربالگری سرطان پستان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱. آیا ارائه دهنده خدمت شرایط مقدماتی انجام معاینه را رعایت می کند؟ با مراجعه کننده با احترام و مهربانی خوش آمد گویی می کند. شرایط اتاق معاینه از نظر نور، درجه حرارت و حفظ راحتی و محرمانگی فرد مناسب است( محل معاینه باید دارای در قابل قفل کردن بوده و محیط معاینه طوری باشد که فرد احساس امنیت نماید).                                                                                                                                                                              |
| ۲. آیا قبل از انجام معاینه در مورد لزوم معاینه پستان و اهداف آن به مراجعه کننده توضیح کافی و مناسب ارائه داده از او برای معاینه اجازه می گیرد؟* ساده و بدون درد بودن معاینه ، قابلیت درمان کامل در صورت تشخیص بموقع ، عدم تحمل هزینه گزاف درمانی در صورت تشخیص بموقع ، بی ضرر بودن اقدامات تشخیصی از جمله ماموگرافی                                                                                                                                                                     |
| ۳. آیا شرایط فرد را برای انجام غربالگری (سن ۷۰-۳۰ سال- فاصله از غربالگری قبلی - زمان آخرین قاعدگی : بعد از قاعدگی و قبل از اوولاسیون) مشخص می کند؟ بهترین زمان برای معاینه پستان (۲ الی ۳ روز پس از قطع خونریزی عادت ماهانه است . همه خانم ها باید از سن ۲۰ سالگی شروع به انجام خود آزمایی پستان کنند و از سن ۳۰ سالگی علاوه بر خود آزمایی، برای معاینات دوره ای مراجعه کنند. در دوران یائسگی ، حاملگی و شیردهی معاینه را در روز اول هر ماه یا هر روز دلخواه دیگر می توانند انجام دهند. |
| ۴. آیا شرح حال مراجعه کننده را برای موارد غیر طبیعی به درستی سوال می کند و به سایر عوامل خطر در تاریخچه باروری فرد توجه می کند؟ سابقه خانوادگی مثبت (دست کم دو فامیل با سرطان در یک سمت فامیل با هر سنی که حد اقل یکی از آنها سرطان پستان باشد) یا دست کم یک فامیل با سرطان تخمدان در یک سمت فامیل با هر سنی یا یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان یا هر سرطان دیگری در سن زیر ۵۰ سال یا یک مرد مبتلا به سرطان پستان در فامیل درجه یک یا دو*                                     |
| سایر عوامل خطر : اگر زایمان نکرده باشد ،اگر اولین زایمان او بعد از ۳۰ سالگی باشد. اگر اولین قاعدگی او قبل از ۱۲ سالگی رخ داده باشد. اگر بعد از سن ۵۵ سالگی یائسه شده باشد. اگر بعد از یائسگی چاق شده باشد. اگر سابقه برخی از بیماریهای خوش خیم پستان را داشته باشد. اگر سابقه تابش اشعه زیاد به قفسه سینه را داشته باشد. سابقه ابتلای قبلی به سرطان در سایر قسمت های بدن مانند سرطان تخمدان ، رحم ،روده بزرگ و ... را داشته باشد.                                                       |
| ۵. آیا ارائه دهنده خدمت نمای ظاهری پستان ها (اندازه ، قرینگی) را در حالی که مراجعه کننده روی تخت نشسته و بازوها در کنارش است، بررسی و بین دو پستان مقایسه می کند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ۶. آیا گام قبلی را در وضعیتهای مختلف برای مراجعه کننده تکرار می کند؟ ( دستانش را بالای سرش گرفته ، دستانش را پشت سرش گره کرده و به جلو فشار می دهد، دستانش را به کمرش زده و آرنج ها و شانه هایش را جلو آورده )                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ۷. آیا ارائه دهنده خدمت بررسی های ذیل را در هر دو پستان انجام می دهد؟ بررسی نیپل ها و پوست پستان (پوست پرتقالی، اریتم، قرمزی، زخم، پوسته پوسته شدن، فرورفتگی)، بررسی ارئول و ترشح از نوک پستان (خودبخودی، سרוزی، خونی، چرکی، یک یا دوطرفه، یک یا چند مجرا)*                                                                                                                                                                                                                             |
| ۸. آیا زیربغل و سوپراکلاویکولار (فوق ترقوه) را از نظر غدد لنفاوی یا حساسیت به لمس برای هر دو طرف بررسی می کند؟*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ۹. آیا با نرمه ۲ تا ۳ انگشت در حالی که شست باز است با یکی از الگوهای دایره ای ، خطی یا شعاعی منطقه پستان راست ( از زیر کلاویکل(ترقوه) تا زیر چین پستان و از حاشیه خارجی استرنوم تا خط اگزیلاری (زیر بغل)) را از نظر توده یا حساسیت به درستی برای هر دو طرف بررسی می کند؟*                                                                                                                                                                                                               |
| ۱۰. آیا معاینه را در هر دو وضعیت نشسته و خوابیده انجام می دهد؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ۱۱. آیا نتایج معاینه را برای مراجعه کننده توضیح میدهد؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ۱۲. آیا حین معاینه مراحل SBE (خود آزمایی پستان) را به مراجعه کننده آموزش می دهد؟*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ۱۳. آیا برای مراجعه کننده توضیح می دهد که به چه نشانه هایی باید توجه و برای بررسی آن مراجعه کند؟*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ۱۴. آیا نتیجه اقدامات پاراکلینیک قبلی مراجعه کننده را بررسی و بر اساس آن اقدام می کند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ۱۵. آیا ارجاع به سطح تخصصی را به درستی انجام می دهد یا بیان می کند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## غربالگری سرطان دهانه رحم

در زنان ۴۹-۳۰ ساله به شرط گذشت سه سال از اولین تماس جنسی هر ۱۰ سال یک بار غربالگری انجام می شود. ابتدا بیمار برروی تخت معاینه خوابانده شده و آماده نمونه برداری می شود. از یک اسپکولوم یک بار مصرف یا استریل برای مشاهده دهانه رحم استفاده می شود.

چک لیست کامل ( سقف استاندارد) برای غربالگری سرطان سرویکس به شرح زیر می باشد. ماما باید حد اقل، همه موارد ستاره دار ( بایدها) را به درستی انجام دهد تا امتیاز ۱ را دریافت کند. در صورتی که پایشگر زمان کافی برای پایش کامل در اختیار داشته باشد و ارائه دهنده خدمت سایر موارد را نیز به درستی انجام دهد، امتیاز تشویقی خواهد داشت.

| پیوست ۳- چک لیست تکمیلی غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس و معاینه واژینال زنان میانسال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱. آیا ارائه دهنده خدمت با مراجعه کننده با احترام و مهربانی خوش آمد گویی و در مورد لزوم و اهمیت غربالگری سرطان سرویکس به مراجعه کننده توضیح کافی و مناسب ارائه و به سوالات مراجعه کننده پاسخ داده و از او برای معاینه اجازه می گیرد؟*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ۲. آیا درمورد روش انجام کار توضیح کافی ارائه و به سوالات مراجعه کننده پاسخ می دهد؟ (خطرناک نبودن تهیه نمونه، زمان کوتاه انجام آن، احساس ناراحتی اندک، احتمال لکه بینی خفیف بعد از انجام تست )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۳. آیا فرد مورد نظر واجد شرایط غربالگری سرطان سرویکس می باشد؟ (سن- فاصله زمانی با غربالگری قبلی- گذشت سه سال از اولین ارتباط جنسی ارتباط جنسی )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ۴. آیا پیش از تهیه نمونه ، مراجعه کننده را از نظر شرایط تهیه نمونه بررسی می کند؟ (دوره خونریزی عادت ماهیانه ،فعالیت جنسی، شستشوی واژینال، استفاده از تامپون، کرم های واژینال و دارو)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ۵. آیا در خصوص شرح حال و علائم سرطان سرویکس سوال و اقدام لازم را انجام می دهد ؟ ( تشخیص زودهنگام)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ۶. آیا پاسخ آزمایشهای قبلی را بررسی و به مراجعه کننده بازخورد می دهد؟*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ۷. آیا از وجود امکانات استریل یا یکبار مصرف برای انجام غربالگری مطمئن می شود؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۸. آیا در حین معاینه به نشانه ها و یافته ها ی خود توجه کرده و اقدامات لازم را انجام می دهد؟ عفونت آمیزشی، خونریزی غیر طبیعی علائم یائسگی، شلی عضلات کف لگن، وجود توده در معاینه دودستی و...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۹. آیا در حین معاینه در خصوص تمرین گگل آموزش لازم را ارائه می دهد؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ۱۰. آیا درج مشخصات بر روی نمونه به درستی و با وضوح انجام می شود؟ ثبت نام ، کد ملی یا شماره خانوار ، بارکد اچ پی وی *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ۱۱. آیا نمونه پاپ اسمیر به درستی تهیه می شود؟ پس از گذاشتن اسپکولوم و مشاهده دهانه رحم توسط اسپاچولا از محل Transformation zone با حرکت چرخشی 360 درجه، نمونه برداشته می شود .نمونه گرفته شده بر روی لام شیشه ای کشیده و توسط فیکساتور ثابت می گردد.*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ۱۲. آیا نمونه اچ پی وی را به درستی تهیه می کند؟ بلافاصله بعد از تهیه نمونه پاپ اسمیر ( در صورتی که امکان انجام اچ پی وی فراهم باشد) اطراف ناحیه اتصال سنگفرشی -ستونی Transformation zone با سیتو براش به صورت دورانی خراشیده می شود .سپس برس را خارج کرده و در درون مایع ویال با حرکت چرخشی شستشو می دهد. سر برس در داخل ویال حاوی ماده محافظ شکسته و در ویال گذاشته می شود.*                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۱۳. آیا از فرایند نگهداری و ارسال نمونه به آزمایشگاه و زمان انجام آن اطلاع دارد و در این مورد توضیحات لازم را به مراجعه کتنده ارائه می دهد؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۱۴. چه کسانی را به سطح تخصصی ارجاع می دهد؟* شرح حال غیر طبیعی ( سابقه سرطان یا ضایعات پیش بدخیم دهانه رحم) شامل هر یک موارد زیر:<br>سابقه کولپوسکوپی ، جراحی ، رادیوتراپی ،شیمی درمانی ، معاینه غیر طبیعی شامل : توده شکمی یا لگنی یا زخم و برجستگی سرویکس یا هرگونه ضایعه مشکوک به بدخیمی در ولو، واژن ، سرویکس، رحم و آدنکسها در معاینه ، پاپ اسمیر غیر طبیعی(دیس پلازی، نئوپلازی) 2 (ASCUS / LSIL/ AGUS / HSIL) بدون اچ پی وی یا با اچ پی وی منفی یا اچ پی وی مثبت ، اچ پی وی مثبت + پاپ اسمیر غیر طبیعی / ASCUS / HSIL / LSIL/ AGUS در غربالگری، خونریزی واژینال همراه با اچ آر تی یا تاموکسیفن یا پس از یائسگی قطعی |
| ۱۵. آیا نتیجه اقدامات سطح تخصصی برای افراد ارجاع شده را پیگیری می کند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



**پیوست ۴ – چک لیست اصول استریلیزاسیون اتاق معاینه مامایی مرکز خدمات جامع سلامت**

..... دانشگاه ..... مرکز بهداشت شهرستان ..... مرکز ارائه خدمات ..... تاریخ بازدید.....

| عنوان فعالیت                   |                                                                                                                          |  |  |  | تاریخ بازدید اول | تاریخ بازدید دوم |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------|------------------|
|                                |                                                                                                                          |  |  |  | بلی              | خیر              |
|                                |                                                                                                                          |  |  |  | بلی              | خیر              |
| رنگ و سفیدی                    | ۱. آیا پرسنل از روپوش فرم سفید و تمیز استفاده کرده اند؟                                                                  |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۲. آیا پرسنل بر علیه بیماری هایاتیت واکسینه شده اند ؟                                                                    |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۳. آیا پرسنل دوره کنترل عفونت و استریلیزاسیون را گذرانده اند؟                                                            |  |  |  |                  |                  |
| رنگ و سفیدی                    | ۴. آیا اتاق تمیز و منظم بوده و وسایل اضافی در آن وجود ندارد و عاری از گرد و غبار است؟                                    |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۵. آیا روی تخت ژنیکولوژی ، کف اتاق ، دیوار یا پاراوان عاری از لکه های خون یا ترشحات است؟                                 |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۶. آیا در اتاق هواکش ویا پنجره جهت تهویه هوا وجود دارد؟                                                                  |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۷. آیا فضای اتاق معاینه از امنیت لازم برخوردار است؟ (عدم دیداز بیرون و محفوظ بودن پنجره ها )                             |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۸. آیا در اتاق سینک جهت شستن وسایل وجود دارد؟                                                                            |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۹. آیا کاشی اطراف دستشویی(در صورتیکه کل اتاق کاشی نباشد) وجود دارد؟                                                      |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۰. آیا صابون مایع و ظرف مخصوص آن در دستشویی هاوجود دارد؟                                                                |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۱. آیا سطل در فاصله مناسب(۵۰-۳۰ سانتیمتری) از تخت ژنیکولوژی قرار دارد؟                                                  |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۲. آیا لگن وسایل مصرفی درمحل مناسب(۵۰-۳۰ سانتیمتری تخت ژنیکولوژی) قرار دارد؟                                            |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۳. آیا دستگاه فور در محل مناسب( ۳۰-۲۵سانتیمتری بالاتر از سطح زمین)قرار گرفته است؟                                       |  |  |  |                  |                  |
| وجود وسایل و تجهیزات مورد نیاز | ۱۴. آیا سطل زباله دربدار پدال دار سالم در اتاق موجود است ؟ ( در صورت استفاده از اسپکولوم یکبار مصرف دوسطل مورد نیاز است) |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۵. آیا درون سطل ، کیسه زباله موجود است؟                                                                                 |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۶. آیا safety box جهت سر سوزن های مصرف شده در محل وجود دارد؟                                                            |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۷. آیا لگن پایه دار تمیز و بدون جرم در اتاق معاینه وجود دارد؟                                                           |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۸. آیا برس ، پیشبند و دستکش جهت شستشوی وسایل وجود دارد؟                                                                 |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۱۹. آیا اسپکولوم یکبار مصرف وجود دارد؟                                                                                   |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۲۰. آیا دستگاه استریلیزاسیون سالم در مرکز(فور- اتوکلاو) موجود است؟                                                       |  |  |  |                  |                  |
|                                | ۲۱. آیا تست مخصوص دستگاه استریلیزاسیون(فور- اتوکلاو) در مرکز موجود است؟                                                  |  |  |  |                  |                  |

|                                            |                                                                                                                                                                                       |                     |     |  |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|--|
| وضعیت لوازم مورد استفاده                   | ۲۲. آیا وسایل پاپ اسمیر (لام-سواپ-اسپاچولا-فیکساتور) موجود است؟                                                                                                                       |                     |     |  |
|                                            | ۲۳. آیا اسپیکولوم فلزی سالم موجود است؟                                                                                                                                                |                     |     |  |
|                                            | ۲۴. آیا بیکس سالم موجود است؟                                                                                                                                                          |                     |     |  |
|                                            | ۲۵. آیا مواد شوینده و دترجنت به اندازه کافی در مرکز (پودر رختشویی، وایتکس، ساوِلن، بتادین و الکل) موجود است؟                                                                          |                     |     |  |
|                                            | ۲۶. آیا جار و چیتل سالم موجود است؟                                                                                                                                                    |                     |     |  |
|                                            | ۲۷. آیا دستورالعمل کار با دستگاه بر روی دیواره دستگاه استریلیزاسیون موجود است؟                                                                                                        |                     |     |  |
|                                            | ۲۸. آیا پوشش بر روی تخت ژنیکولوژی موجود است؟                                                                                                                                          |                     |     |  |
|                                            | ۲۹. آیا شستن دستشویی روزانه با محلول دترجنت (وایتکس) انجام می شود؟                                                                                                                    |                     |     |  |
| نظافت واحد عملکرد مسئول                    | ۳۰. آیا نظافت و ضد عفونی کف اتاق به صورت روزانه انجام می شود؟                                                                                                                         |                     |     |  |
|                                            | ۳۱. آیا دفع زباله های مرکز بعنوان زباله های بیمارستانی به روش صحیح (در کیسه های مخصوص) روزانه انجام می شود؟                                                                           |                     |     |  |
| شستشوی وسایل                               | ۳۲. آیا safety box به صورت در بسته به محل نگهداری زباله ها انتقال می یابد؟                                                                                                            |                     |     |  |
|                                            | ۳۳. آیا وسایل مصرف شده قبل از شستشو داخل لگن حاوی محلول غوطه ور شده است؟                                                                                                              |                     |     |  |
|                                            | ۳۴. آیا وسایل قبل از استریل کردن بابر سشسته و خشک می شود؟                                                                                                                             |                     |     |  |
| در صورت استفاده از فور موارد زیر تکمیل شود |                                                                                                                                                                                       |                     |     |  |
| تعداد فور سالم:                            |                                                                                                                                                                                       |                     |     |  |
| کنترل فور                                  | ۳۵. آیا لبه های وسایل (مثل پنسها یا چیتل فورسپس...) در داخل فور باز است؟                                                                                                              |                     |     |  |
|                                            | ۳۶. آیا وسایل با فاصله از جدار فور ۷-۵ سانتی متری از فور قرار داده شده است؟                                                                                                           |                     |     |  |
|                                            | ۳۷. آیا دیش درب دار و بیکس ها بادر ب باز قرار داده شده است؟ ( مشاهده پگ ها و یا پرسش از پرسنل )                                                                                       |                     |     |  |
|                                            | ۳۸. آیا درجه حرارت فور روی ۱۷۰ درجه بمدت ۱ ساعت و یا ۱۶۰ درجه بمدت ۲ ساعت رعایت شده است؟                                                                                              |                     |     |  |
|                                            | ۳۹. آیا وسایل استریل شده با چیتل استریل از داخل فور به داخل بیکسها و دیش های درب دار انتقال داده میشود؟ چیتل فورسپس جهت برداشتن گاز و سایر موادی است که در داخل بیکس نگهداری می شوند. |                     |     |  |
|                                            | ۴۰. آیا کلیه منافذ بیکسها و دیشهای درب دار بلافاصله بعد از خروج از فور بسته می شود؟ ( مشاهده بسته بودن دریچه و درب ها)                                                                |                     |     |  |
|                                            | در صورت استفاده از اتوکلاو موارد زیر تکمیل شود                                                                                                                                        | تعداد اتوکلاو سالم: |     |  |
| اتوکلاو                                    | ۴۱. آیا پگ ها بصورت مناسب در اتوکلاو ( بدون ازدحام زیاد پگ ها و یا شل بودن آنها) قرار داده شده است؟                                                                                   |                     |     |  |
|                                            | ۴۲. آیا درجه حرارت اتوکلاو ۱۲۱ درجه و فشار ۱۰۶ کیلو پاسکال به مدت ۲۰ دقیقه برای وسایل پیچیده نشده و ۳۰ دقیقه برای پیچیده شده رعایت شده؟                                               |                     |     |  |
|                                            | ۴۳. آیا پگ های استریل شده هنگام خروج از اتوکلاو خشک هستند؟ ( مشاهده پگ ها و یا پرسش از پرسنل )                                                                                        |                     |     |  |
|                                            | امتیاز                                                                                                                                                                                | اول                 | دوم |  |

بهرتر است حد اقل سالانه یک بار اتاق خدمات مامایی در مراکز از نظر رعایت اصول استریلیزاسیون مورد بازدید قرار گیرد.

سوالات مشترک: ۳۴ امتیاز مرکز دارای فور: ۳ امتیاز- هر آیتیم نیم امتیاز  
جمع کل امتیاز در مراکزی که هم فور و هم اتوکلاو استفاده می شود : ۴۰ امتیاز