

راهنمای اجرای جامعه ایمن

تاریخچه جامعه ایمن	
اهمیت اجرایی برنامه جامعه ایمن	
شاخصهای جامعه ایمن	
تعریف حادثه	
انواع حوادث	
اهداف اجرای برنامه جامعه ایمن	
فلوچارت نحوه اجرای شاخص شماره ۱	
مراحل اجرای شاخص شماره ۱	
توجیه بالاترین مقام منطقه	
طرح موضوع در شورای سلامت و امنیت غذایی	
تصویب تشکیل کمیته	
تعیین ساختار کمیته	
تشکیل جلسات	
ارزیابی فعالیت کمیته	
فلوچارت نحوه اجرای شاخص شماره ۲	
نحوه اجرای شاخص شماره ۲	
مراحل برنامه ریزی	
توافق اولیه	
شناسایی و تحلیل ذینفعان	
تعیین عوامل درونی و بیرونی تاثیر گذار بر برنامه	
تعیین موضوعات حیاتی و کلیدی در رابطه با برنامه	
تعیین راهکارها	
شرح اهداف و اقدامات	
فلوچارت نحوه اجرای شاخص شماره ۳	
تعیین گروهها و موقعیتهای در معرض خطر بالا	
طراحی مداخله و تنظیم برنامه عملیاتی جهت هریک از اولویتهای اجرا	
فلوچارت نحوه اجرای شاخص شماره ۴	
نحوه اجرای شاخص شماره ۴	
تعریف استاندارد WHO از مراقبت	
دلایل اهمیت مراقبت	

انواع مراقبت
ویژگیهای یک نظام خوب مراقبت
مراحل طراحی و ساخت یک نظام مراقبت
جدول مجموعه حداقل داده های مرکزی برای انواع آسیب
جدول حداقل داده های اختیاری مرکزی برای انواع آسیب
برخی داده های تکمیلی برای حادثه ناشی از تردد
فلوچارت نحوه اجرای شاخص شماره ۵
نحوه اجرای شاخص شماره ۵
تعاریف واهداف
حیطه انجام پایش و ارزشیابی
نکات مهم در پایش و ارزشیابی برنامه
معرفی ابزاری جهت پایش و ارزشیابی
برخی شاخصهای پیشنهادی پایش برنامه
برخی شاخصهای پیشنهادی ارزشیابی برنامه

مقدمه:

بروز حادثه به صورت یک واقعیت تاریخی با زندگی بشر عجین شده است. گذر زمان نتوانسته است این مشکل را از بین ببرد بلکه به تناسب تغییرات پیش آمده در زمینه های علمی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی در جامعه بشری شکل حادثه و عوامل بروز آن، تغییر یافته است.

اجرای برنامه های پیشگیرانه از حوادث، در سطح وسیع، به عنوان دومین عامل مرگ و میر و اولین عامل بار بیماریها در ایران یک ضرورت اولویت دار است.

وقوع سالیانه، نزدیک به شش میلیون مرگ در جهان و دهها برابر مجروح و معلول و میلیاردها ریال خسارت مالی به خانواده ها و جامعه تنها بخشی از زیانهای مستقیم حوادث می باشد. آمارها نشان می دهد که، سهم عمده ای (۹۰ درصد) از حوادث مربوط به کشورهای با درآمد کم و یا متوسط می باشد. این روند به ویژه در سالهای اخیر بارزتر شده است. بخشی از این اختلاف آماری، میان کشورهای توسعه یافته در مقایسه با کشورهای در حال توسعه حاصل هماهنگی های بین بخشی و برنامه ریزی های علمی و انجام مداخلات پیشگیرانه در سطح جامعه و با مشارکت وسیع مردم و گروههای مردمی می باشد.

. دقت در تجارب جوامع موفق روشن می نماید که ارتباط بارزی بین میزان مشارکت جامعه و موفقیت برنامه های پیشگیرانه حوادث، به دلیل چند عاملی بودن آن وجود دارد. در جوامع مختلف مدلها و شیوه های متفاوتی جهت اجرای برنامه های پیشگیرانه حوادث اعم از عمدی و غیر عمدی بکار گرفته می شود.

مدل جامعه ایمن، با سابقه ای بیش از بیست سال بعنوان الگویی موفق و مورد تایید سازمان جهانی بهداشت و باهدف پیشگیری از حوادث و کاهش آسیبها و ارتقای ایمنی، از سوی موسسه کارولینسکای سوئد بعنوان مرکز همکاری سازمان جهانی بهداشت در زمینه ارتقاء ایمنی، پیشنهاد و در کشورهای مختلفی تجربه شده است.

اساس این مدل مبتنی بر شاخصهای شش گانه ای است که از سوی موسسه کارولینسکا معرفی شده است. البته، با توجه به تفاوتهایی که در ساختارهای سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در کشورهای مختلف وجود دارد، مسلماً روشهای اجرا در جوامع مختلف، متفاوت خواهد بود.

گردآوری این مجموعه با هدف معرفی هرچه بهتر مدل جامعه ایمن، منطبق با شرایط بومی در ایران صورت گرفته است. و تا حد امکان سعی نموده ایم، این مجموعه را مبتنی بر ساختارهای کشورمان و بر اساس تجربیاتی که طی سالهای اخیر از اجرای برنامه در استان فارس کسب کرده ایم تدوین نماییم.

لازم به ذکر است که این مجموعه بر مبنای ایجاد جامعه ایمن در سطح شهرستان طراحی شده است، لیکن هر جامعه ای بر اساس توانمندیهای علمی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، فنی و سیاسی می تواند در قالب این الگو

برنامه های متنوعی برای تشکیل واستقرارمدل جامعه ایمن و پایداری ایمنی در جامعه مورد نظرطراحی و اجرا نماید.

امید است این مجموعه بتواند در کشور ما ایران،مخصوصا با وجود تعالیم ناب اسلام وفرهنگ کهن در کنار سایر مدلها و تجربیات بعنوان یک الگوی کاربردی، جهت اجرای برنامه های پیشگیری از حوادث و طراحی مداخلات بمنظور ارتقای فرهنگ ایمنی جامعه و کاهش آسیبها و عوارض آن مورد استفاده قرار گیرد.

از کلیه عزیزانی که در اجرای برنامه های جامعه ایمن و کسب این تجربه ما را یاری داده اند سپاسگزاری می نمایم و آرزو داریم در آینده ای نزدیک،شاهد کاهش قربانیان ناشی از حوادث باشیم. و بتوانیم در سطح جهانی اعلام نمایم که مشارکت همگانی و همکاری بین بخشی همه جانبه عامل موفقیت کشور جمهوری اسلامی ایران در دستیابی به اهداف جامعه ایمن بوده است.

در پایان از عزیزانی که کمبود ها و ایرادات و اشکالات این مجموعه را به ما یاد آوری می نمایند تشکر وقدردانی می نمایم.

فصل اول

معرفی برنامه جامعه ایمن، تعاریف و اهداف

اهداف

- ۱- آشنایی با تاریخچه جامعه ایمن
- ۲- آشنایی با اهمیت اجرای برنامه جامعه ایمن
- ۳- آشنایی با شاخص های جامعه ایمن
- ۴- آشنایی با انواع حوادث و تعریف حادثه و مصدومیت
- ۵- آشنایی با اهداف اجرای برنامه جامعه ایمن

تاریخچه جامعه ایمن :

بر اساس بیانیه سازمان جهانی بهداشت در آلماتای قزاقستان در سال ۱۹۸۱ تحت عنوان ((سلامت برای همه^۱ تا سال ۲۰۰۰ میلادی))، مقرر گردید که سطوح مختلف پیشگیری از آسیب ها در رؤس برنامه های بهداشت و درمان تمام جوامع بشری قرار گیرد.

در این راستا در سال ۱۹۸۹ میلادی از سوی دانشگاه کارولینسکا ی سوئد ، الگوی پیشگیری از حوادث در قالب مدل جامعه ایمن ارائه گردید که به عنوان الگویی مناسب از سوی سازمان جهانی بهداشت پذیرفته شد و دانشگاه کارولینسکا به عنوان مرکز همکاری سازمان جهانی بهداشت در امر پیشگیری از حوادث عهده دار راهبردی این حرکت در سطح جهان شد.

الگوی پیشگیری از حوادث مبتنی بر همکاری بین بخشی و مشارکت کلیه بخشهای توسعه به ویژه نهادهایی است که در زمینه تامین ایمنی مردم فعالیت می کنند این مدل در ابتدا برای شهرهای کوچک به کار گرفته شد لیکن پس از گذشت زمان، مشخص گردید که در شهرهای پر جمعیت و بزرگ نیز کار برد دارد .

در این مدل شاخصهایی برای یک جامعه ایمن منظور شده است که بر اساس این شاخصها وبا رسیدن به آنها جامعه مورد نظر محقق شده و در صورت تائید کارشناسان مرکز همکاری WHO آن جامعه میتواند به شبکه جهانی جامعه ایمن پیوندد .

اولین شهری که توانست به شاخصهای مطلوب و در حد انتظار سازمان جهانی بهداشت برسد شهرستان کوچکی به نام لید کوپینگ^۲ در سوئد بود سپس کشورها یکی پس از دیگری مجری برنامه جامعه ایمن شدند . در حال حاضر بیش از ۲۰۰ شهر^۳ در دنیا توانسته اند به این شاخصها دست یابند و عضو رسمی این شبکه شوند که از کشور ایران ۱۰ شهر و چندین منطقه از تهران نیز در این لیست قرار دارد.

1-Health for all

2-Lidköping Country: **Sweden**, Number of inhabitants: **38,000**, Programme started year: **1983-1984**

3-http://www.phs.ki.se/csp/who_safe_communities_network_en.htm (accessed on day/ month/ 2011)

اهمیت اجرای برنامه جامعه ایمن

در مورد کنترل و پیشگیری از حوادث، هرگز نسخه یکسانی برای جوامع وجود ندارد ولی آنچه که برای همه جوامع به صورت یکسان قابل طرح است سیاستها و راهبردهای اصلی و کلی است، که در این بین اتخاذ روشهایی که مشارکت بیشتری را در بین مردم سازمانهای مختلف بکار گیرد اهمیت ویژه ای دارد.

با توجه به اینکه حوادث دارای علل پیچیده و چند گانه ای هستند لذا پیشگیری از آن نیازمند مشارکت کلیه گروهها و سازمانها می باشد و هیچگاه یک سازمان به تنهایی وبدون مشارکت دیگران نمی تواند در پیشگیری از حوادث به موفقیت قابل توجه و پایدار دست یابد.

بنابراین الگوی جامعه ایمن به عنوان یک الگوی مشارکت حد اکثری به خوبی می تواند اهداف پیشگیری از آسیبها و ارتقای ایمنی را تامین نماید .

شاخصهای جامعه ایمن

۱. ایجاد تشکیلاتی بر اساس مشارکت و همکاری بین بخشی که هر کدام از بخشها مسوولیت اجرای برنامه جامعه ایمن را در حوزه خود قبول کنند.

۲. وجود برنامه های مستمر و دراز مدت که هر دو جنس، تمامی سنین و کلیه محیط ها و موقعیت ها را تحت پوشش قرار دهد.

۳. وجود برنامه هایی که گروه ها و محیط های پر مخاطره را هدف قرار داده و در صدد ارتقای ایمنی در گروهها و اقشار آسیب پذیر باشد.

۴- داشتن برنامه هایی که تعداد موارد و علت های مصدومیت را ثبت و مستندسازی نمایند.

۵. وجود یک نظام ارزشیابی جهت بررسی و ارزیابی برنامه ها، مراحل آنها و تاثیر تغییراتی که انجام شده است.

۶. شرکت مداوم و به موقع در شبکه ملی و بین المللی جامعه ایمن.

نتایج حاصل از اجرای برنامه پیشگیری از حوادث در قالب مدل جامعه ایمن:

-ترویج رویکرد برنامه های گروهی در سطح جامعه

-ایجاد مدیریت واحد در سطح منطقه، جهت پیشگیری از حوادث

- ایجاد وحدت رویه در برنامه ها و جلوگیری از دوباره کاری و موازی کاری

- افزایش ضمانت اجرایی برنامه ها

- تقویت فعالیتها با استفاده از پتانسیل و همیاری چند سازمان
- ایجاد زمینه جهت بررسی دقیقتر علل وقوع حوادث و طراحی راهکار به صورت گروهی
- ایجاد زمینه جهت ارزیابی و نظارت بر عملکرد پیشگیری از حوادث در سطح منطقه
- ایجاد زمینه جهت فعالیت و مشارکت گروههای مردمی
- مطرح شدن در سطح شبکه بین المللی و استفاده از توان و تجربیات سایر شهرهای عضو در سطح جهان
- فراهم نمودن امکان بسیج منابع و هماهنگی در استفاده درست آنها

فصل دوم

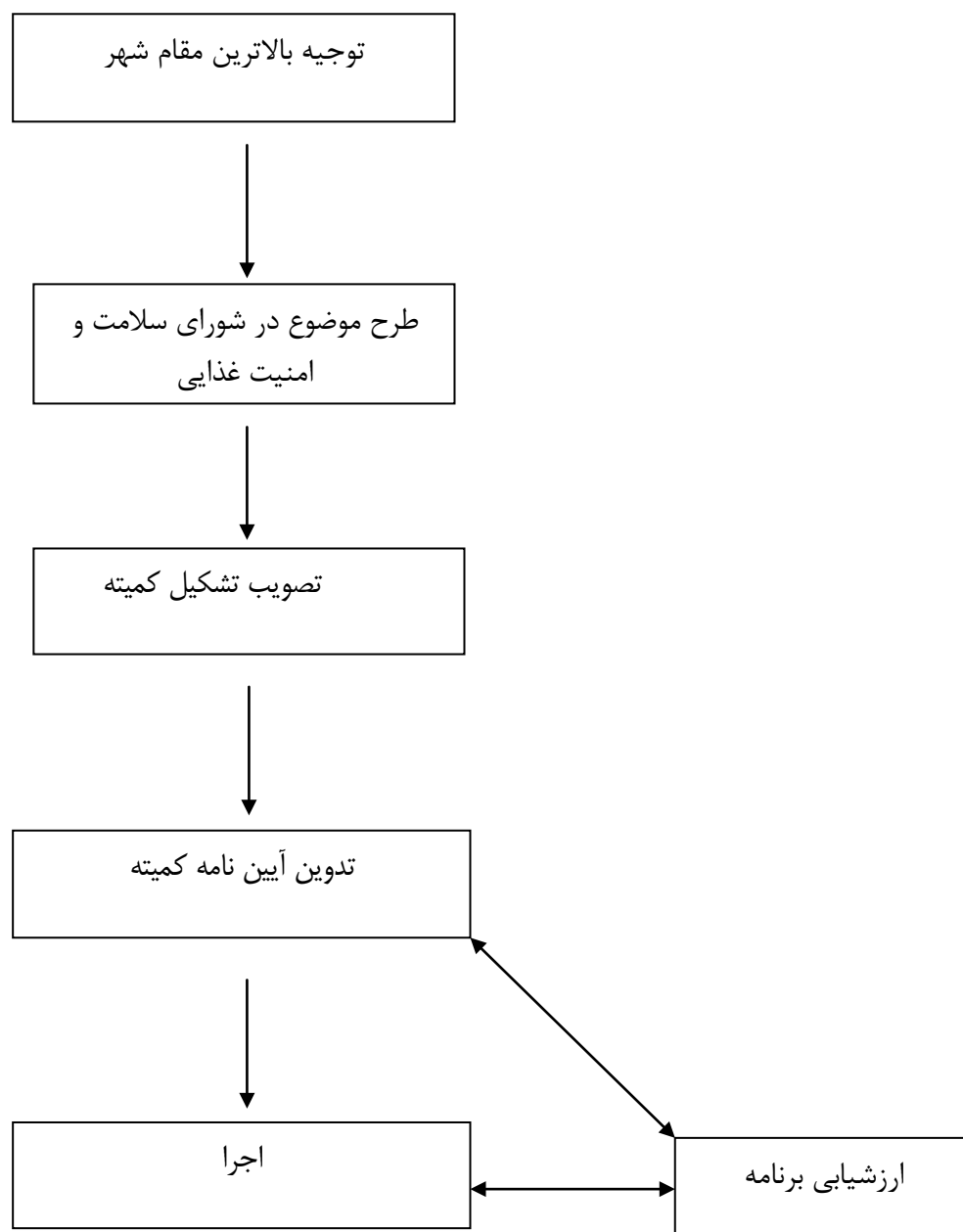
شاخص یک جامعه ایمن

ایجاد تشکیلاتی بر اساس مشارکت و همکاری بین بخشی که هر کدام از بخشها مسئولیت جامعه ایمن را در حوزه مسئولیت خود قبول کنند .

اهداف

- آشنایی با نحوه اجرای شاخص شماره ۱
- آشنایی با مراحل تشکیل کمیته جامعه ایمن
- آشنایی با اعضاء و زیر کمیته های جامعه ایمن
- آشنایی با شرح وظایف و اختیارات کمیته جامعه ایمن
- آشنایی با نحوه تشکیل جلسات کمیته جامعه ایمن

فلوچارت نحوه اجرای شاخص ۱ :



مراحل اجرای شاخص ۱:

۱- توجیه بالاترین مقام شهر :

با توجه به اینکه موفقیت در بحث پیشگیری از حوادث مستلزم مشارکت کلیه ارگانهای ذیربط و ذینفع می باشد، بنابراین حمایت بالاترین مقام هر منطقه باعث تقویت مشارکت، حضور مؤثر اعضاء و ایجاد ضمانت اجرایی بیشتر جهت پیشبرد برنامه ها می گردد .

نکات زیر در توجیه مسئولین باید مورد توجه قرار گیرد :

- تشریح اهمیت موضوع با کمک آمار و ارقام؛ تشریح عوارض ناشی از حوادث؛ تشریح بار مالی ناشی از حوادث؛ تشریح لزوم مشارکت در امر پیشگیری از حوادث

۲- طرح موضوع در شورای سلامت و امنیت غذایی شهرستان :

شورای سلامت به عنوان یک شورای مصوب در سطح استان و شهرستان که جایگاه آن در بین سایر ادارات نهادینه شده و از سوی دیگر در راستای ارتقاء سلامت جامعه فعالیت می کند، محل مناسبی جهت طرح موضوع و توجیه افراد باشد.

۳- تصویب تشکیل کمیته:

هنگام طرح موضوع در شورای سلامت در ابتدا، فلسفه وجودی کمیته به رای گذاشته شود و نگرش اعضاء به عنوان افرادی که قرار است در آینده در این کمیته حضور و فعالیت نمایند به چالش کشیده شود فایده این کار اینست که تشکیل کمیته بنا به تشخیص ضرورت و تایید آگاهانه افراد خواهد بود و مشارکت در برنامه ها را تا حدود زیادی تضمین می نماید.

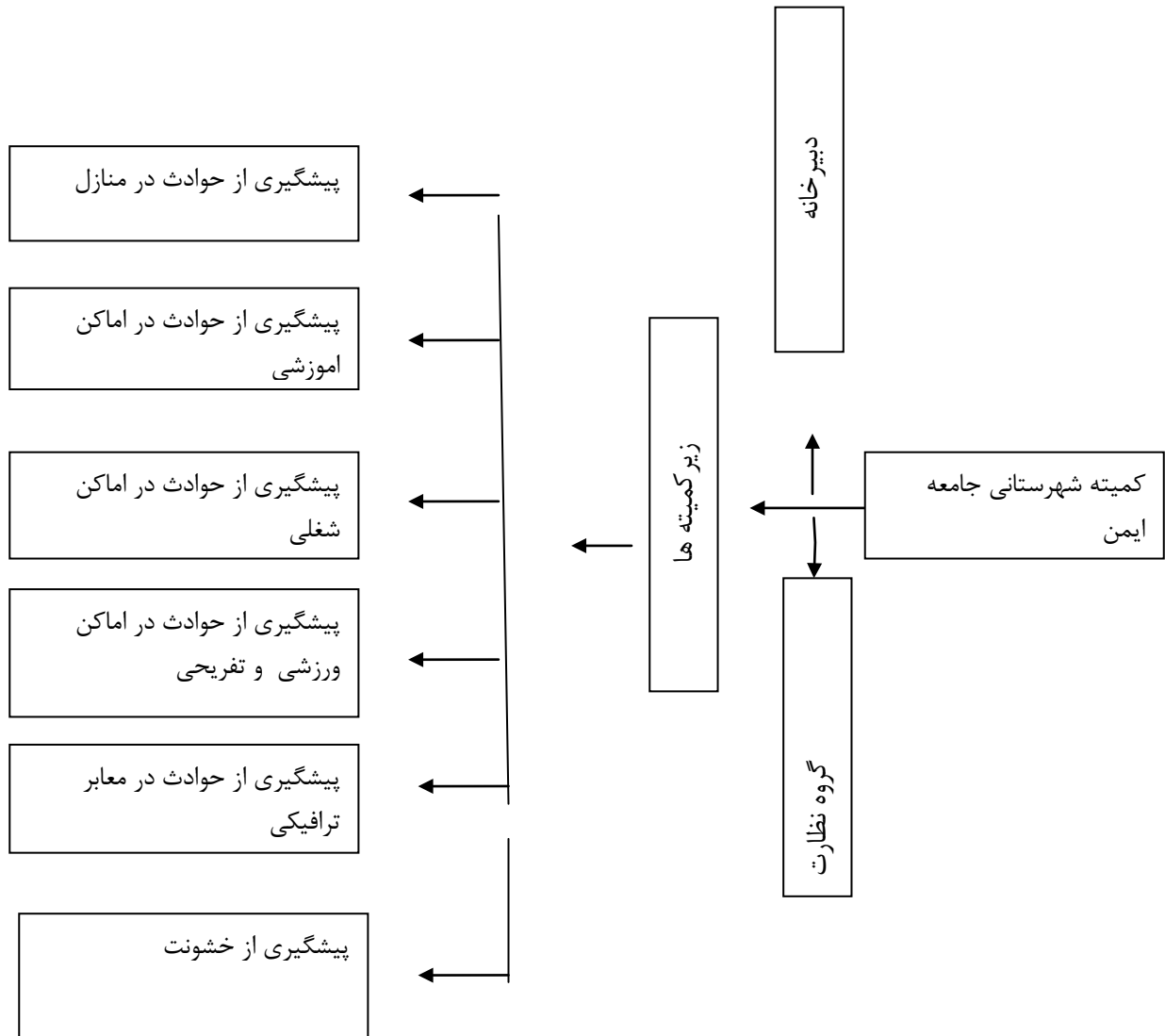
۴- تدوین آیین نامه کمیته :

۴-۱- تعیین اعضاء :

تعیین اعضاء از بین مسوولین یا نمایندگان ادارات ذیربط، رسانه ها، گروههای مردمی علاقمند و ... انجام می گیرد.

بعضی از اعضاء به صورت عضو دائم انتخاب می شوند و برخی دیگر فقط بنا به ضرورت دعوت خواهند شد. همچنین با توجه به اهمیت مسأله، فرماندار و یا معاون ایشان به عنوان رییس کمیته تعیین میگردد. دبیر کمیته نیز با توافق اعضاء انتخاب میشود سپس رییس کمیته جهت کلیه اعضاء، ابلاغ صادر نموده و کمیته، رسماً فعالیت خود را آغاز می نماید.

چارت پیشنهادی تشکیلات جامعه ایمن



توضیح: زیر کمیته های تعیین شده میبایست علاوه بر ایمنی فیزیکی محیط در حیطه ارتقاء ایمنی ساکنان یا افرادی که در آن محیط تردد یا اشتغال دارند نیز برنامه ریزی نمایند. لازم به ذکر است که باتوجه به وضعیت آسیبهها در هر منطقه تغییر در الگوی فوق می تواند ایجاد شود

۳-۴- تعیین حدود اختیارات و شرح وظایف کمیته :

حدود اختیارات و شرح وظایف کمیته جامعه ایمن در سطح شهرستان به شرح زیر می باشد، البته لازمست کلیه موارد زیر به نظر و تأیید و به تصویب کمیته شهرستان برسد .

۳-۴-۱- حدود اختیارات:

- * سیاستگزاری و برنامه ریزی در کلیه امور مرتبط با بحث ایمنی و آسیبها شامل :
- برنامه ریزی جهت ارتقاء ایمنی کلیه محیطها
- اولویت بندی برنامه های اجرائی با توجه به شرایط منطقه
- نظارت و ارزیابی کلیه برنامه های مرتبط با ایمنی در منطقه تحت پوشش
- نیازسنجی و برنامه ریزی آموزشی جهت گروههای مختلف
- تشکیل کارگاهها، سمینارها و کنفرانس های مرتبط با بحث ایمنی و پیشگیری از آسیبها
- برقراری ارتباط با محافل علمی در سطح ملی و بین المللی
- اجرای برنامه های پژوهشی در سطح منطقه

۳-۴-۲- شرح وظایف رئیس کمیته:

- جلب مشارکت اعضاء
- صدور ابلاغ جهت کلیه اعضاء
- حضور فعال در کلیه جلسات کمیته
- پیگیری مصوبات و نظارت بر روند اجرائی فعالیتها
- تصمیم گیری نهایی در مورد دستور کار جلسات
- تعیین اولویتهای اجرایی با هماهنگی و مشارکت اعضاء
- بررسی و گزارش آمار و ارقام واصله از دبیرخانه
- تعیین گروه ارزیاب
- بررسی گزارش گروه ارزیاب
- پیگیری تامین اعتبارات مورد نیاز برنامه

۳-۳-۴- شرح وظایف دبیرخانه کمیته:

- تعیین زمان و مکان جلسات

- تهیه دعوتنامه جهت اعضا

- تشکیل جلسات

- تنظیم صورتجلسات

- هماهنگی بین اعضا

- ابلاغ شرح وظایف تعیین شده در کمیته به اعضا

- پیگیری و جمع آوری آمار از ارگانهای ذیربط

- آنالیز آمار

- تهیه گزارش تفصیلی از آمارهای دریافت شده

- تهیه گزارش تفصیلی از عملکرد کمیته به صورت سالیانه

- تنظیم دستور کار جلسات با هماهنگی اعضا و زیر نظر رئیس کمیته

- ارائه گزارش گروه ارزیاب به رئیس کمیته

- تنظیم نهایی برنامه عملیاتی

- اطلاع رسانی عمومی از طریق : سایت اینترنتی، تهیه نشریه و ...

- برقراری ارتباط و ارسال گزارش به محافل علمی داخلی و خارجی (از جمله مرکز همکاری سازمان جهانی

بهداشت در پیشبرد اهداف جوامع ایمن)

۳-۴-۴- شرح وظایف اعضای کمیته جامعه ایمن :

- حضور به موقع و مستمر در جلسات کمیته

- اجرای مصوبات و پس خورندهای ارسالی از دبیرخانه

- مشارکت در تدوین برنامه عملیاتی

- مشارکت در تعیین اولویتهای اجرایی شهرستان

- ارائه آمارهای مرتبط به دبیرخانه

- ارائه گزارش عملکرد و روند اجرای برنامه به دبیرخانه

- ارائه پیشنهاد جهت ارتقاء کیفی فعالیتهای کمیته

- انجام پژوهش های مرتبط با حوزه فعالیت

- جلب مشارکت مردمی

- تامین اعتبار برنامه های عملیاتی حوزه مدیریت

- همکاری با گروه های ناظر

۵- تشکیل جلسات

۵-۱- برنامه ریزی تشکیل جلسات :

بهتر است برنامه زمانبندی شامل تاریخ، روز و ساعت تشکیل کلیه جلسات تا پایان سال تعیین و به اعضاء ابلاغ گردد. در صورت تشکیل زیر کمیته ها پیشنهاد می گردد جلسات کمیته مرکزی هر سه ماه یکبار و جلسات هر یک از زیر کمیته ها دو ماه یکبار تشکیل گردد. (برنامه تشکیل جلسات از اختیارات کمیته است که می تواند با توجه به برنامه های کاری تدوین خواهد شد).

توجه ۱: جلسات فوق العاده در صورت تشخیص کمیته تشکیل خواهد گردید.

توجه ۲: در صورت نیاز به حضور اعضاء موقت در جلسه، با دعوت نامه کتبی در زمان مناسب انجام می شود.

۵-۲- تعیین دستور کار جلسات :

دستور کار جلسات را می توان برای یکسال، شش ماه، یک فصل و یا یکماه آتی طراحی نمود. در هر حال دستور کار جلسات باید چند ویژگی زیر را داشته باشد:

۱- در بر گیرنده کلیه شاخصهای جامعه ایمن باشد؛

۲- انعطاف پذیر باشد؛

۳- اولویت بندی در انتخاب دستور کار جلسات رعایت شود؛

۴- افراط در تخصیص وقت جلسات به یک موضوع انجام نگیرد.

برخی از دستورات کار پیشنهادی جلسات:

عنوان دستور کار جلسه	توضیحات
۱- تعیین ساختار کمیته	تعیین زیر کمیته ها، تقسیم وظایف، تعیین فواصل تشکیل جلسات
۲- تدوین برنامه عملیاتی	تعیین تیم یا تیمهای برنامه ریزی، تعیین خط مشی کلی فعالیت تیم، نحوه پایش و گزارش دهی برنامه عملیاتی و ...
۳- تعیین گروههای و محیطهای در معرض خطر بالا	شناسایی گروههای پرخطر و برنامه ریزی جهت این گروهها
۴- ارتقاء کمی و کیفی ثبت آمار	تعیین آمارهای مورد نیاز، منابع آماری، نحوه جمع آوری و گزارش دهی آمار
۵- تعیین ساختار ارزیابی برنامه ها	انتخاب گروه ارزیاب، تعیین نحوه فعالیت، نحوه ارزیابی، گزارش دهی و ...
۷- گزارش آمار و اطلاعات	به منظور آگاهی کلیه اعضاء از وضعیت موجود و ارتقاء سطح تصمیم گیریها
۸- برنامه ریزی آموزشی	تعیین روش نیازسنجی، تعیین گروههای هدف، تعیین محتوا، روش و ابزار آموزشی
۹- برنامه ریزی پژوهشی	تعیین اولویتهای پژوهشی، نحوه اجرای پژوهش و ...

توضیح:

- بهتر است موارد فوق در ابتدای کار کمیته به منظور تعیین ساختار اجرایی کمیته مطرح شود.
- سایر دستور کار جلسات را می توان از تجزیه و تحلیل آمار و اطلاعات کسب نمود. به طور مثال اگر در تحلیل اطلاعات مشخص شود که تصادف موتورسوار بالاترین میزان بروز را دارد، پیشگیری از تصادف موتورسواران می تواند به عنوان یک دستور کار جلسه مطرح شود.

۶- ارزیابی فعالیت کمیته :

ارزیابی عملکرد کمیته اصلی و زیر کمیته ها هر از چند وقت یکبار (ترجیحا فصلی) با همکاری دبیرخانه و گروه ناظر و زیر نظر رییس کمیته انجام میگیرد. گروه ناظر توسط رییس کمیته و از بین افراد معتمد و آشنا با برنامه انتخاب میگردند در ارزیابی باید: وضعیت تشکیل جلسات، حضور افراد، اجرای مصوبات در فیلد، پایداری و استمرار برنامه ها و.... بررسی شود.

(جهت کسب اطلاعات بیشتر به فصل ۶ مراجعه شود.)

فصل سوم

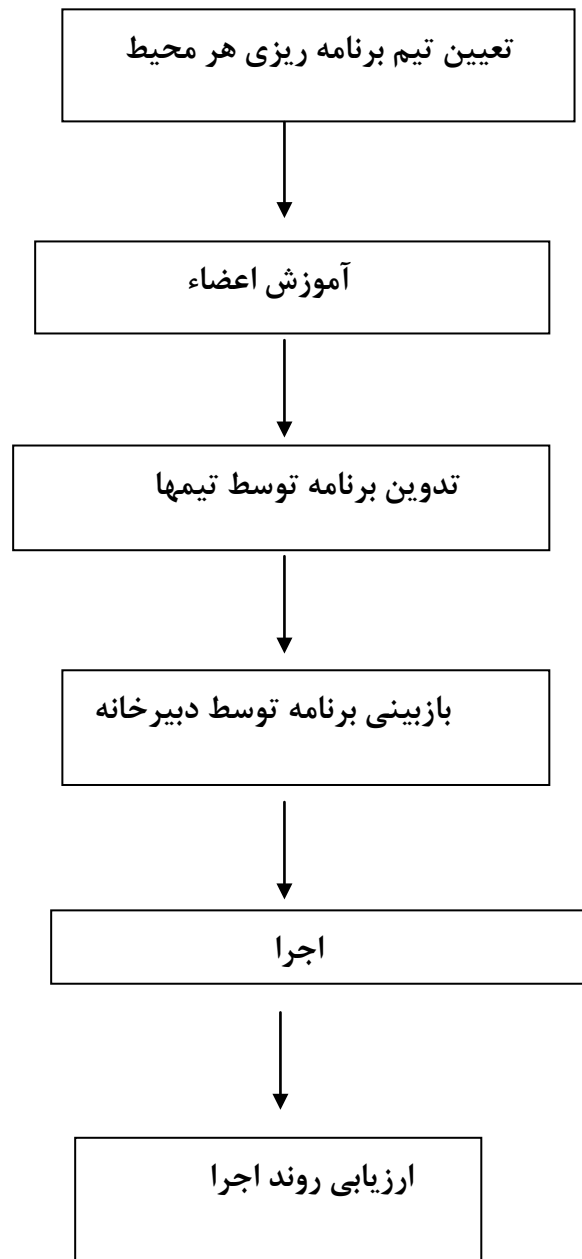
شاخص ۲ جامعه ایمن

وجود برنامه مستمر و دراز مدت که هر دو جنس تمامی سنین و تمامی محیط ها با همه شرایط را تحت پوشش قرار دهد.

اهداف

آشنایی با فلوچارت نحوه اجرای شاخص شماره ۲
آشنایی با مراحل برنامه ریزی

فلوچارت نحوه اجرای شاخص شماره ۲ جامعه ایمن



۱- تعیین تیم های تدوین برنامه:

با توجه به اینکه در ارتقاء ایمنی هر محیط، سازمانهای مختلفی نقش دارند لذا ابتدا باید تیم مسئول تدوین برنامه جهت پیشگیری از حوادث در هر محیط، تعیین شود. محیطهای پیشنهادی شامل: اماکن آموزشی (مدارس، مهد کودک، و....) اماکن تفریحی، اماکن ورزشی، معابر ترافیکی، اماکن شغلی، منازل و اماکن عمومی است. به طور مثال تیم ارتقاء ایمنی مدارس می تواند شامل این اعضا باشد: ادارات آموزش و پرورش، شهرداری، راه و ترابری، سازمان حمل و نقل و پایانه ها، برق، گاز، آب، مرکز بهداشت

۲- آموزش اعضاء:

پس از تعیین تیمها نمایندگانی از سازمانها انتخاب و در زمینه نحوه تدوین برنامه دوره های آموزشی و بازآموزی لازم را با هماهنگی دبیرخانه طی می کنند.

۳- تدوین برنامه:

با توجه به پتانسیل، نقاط قوت، نقاط ضعف و سایر عوامل تاثیر گذار بر برنامه، اهداف و راهکارها با توافق اعضاء تیم تعیین و شرح فعالیت هایی که توسط هر اداره انجام خواهد پذیرفت مشخص می گردد. (توضیحات مربوط به نحوه تدوین برنامه در قسمت بعد ارائه شده است)

۴- بازبینی برنامه توسط دبیر خانه:

برنامه های تهیه شده جهت بازبینی و رفع نقص به دبیرخانه ارائه میگردد و دبیر خانه با هماهنگی رئیس کمیته برنامه ها را باز بینی و به تیمها پسخوراند می دهند.

۵- اجرا:

وظایف تعیین شده جهت هر سازمان بر اساس جدول گانت انجام میگردد.

۶- ارزیابی روند اجرا:

ارزیابی برنامه توسط گروه ارزیاب، با همکاری دبیرخانه انجام و نتایج حاصله شامل میزان پیشرفت، نقاط قوت و ضعف و... در جلسات کمیته ارائه می گردد.

مراحل برنامه ریزی

۱- توافق اولیه:

در این مرحله مذاکرات لازم با ارگانهایی که جهت تدوین برنامه مربوط به یک محیط انتخاب شدند انجام میگردد. اهمیت مساله تشریح و توافقات اولیه در مورد کلیات تدوین برنامه صورت می پذیرد.

۲- تعیین وظایف:

در این مرحله حیطه کلی وظایفی که هر کمیته در راه رسیدن به اهداف برنامه باید مد نظر قرار دهد و همچنین مواردی که در حیطه اختیارات کمیته قرار می گیرد و تا به حال شناسایی نشده اند نیز تعیین می گردد.

۳- شناسایی و تحلیل ذینفعان:

منظور از ذینفعان گروه یا سازمانی است که می تواند بر منابع و خروجی کمیته تاثیر بگذارد بدون شناسایی ذینفعان، شناسایی خدمات مورد نیاز و تقاضای آنها نیز غیر ممکن خواهد بود. ذینفعان از مردم عادی کوچه و بازار تا مقامات عالی رتبه را می تواند شامل گردد.

۴- تعیین عوامل درونی و بیرونی تاثیر گذار بر برنامه:

زمانی می توانیم برنامه مناسبی بنویسیم که بدانیم چه نقاط قوت و ضعفی در منطقه در رابطه با آن برنامه وجود دارد مثلا چند نفر نیروی انسانی، چه میزان منابع مالی، چه میزان زمان و یا چه امکاناتی از نظر مدیریتی و منابع فیزیکی وجود دارد. همچنین شناسایی عواملی از بیرون که می تواند در راه رسیدن به اهداف برنامه کمک کند و یا مانع آن شود نیز مهم است مثلا داشتن قوانین مناسب کمک کننده است ولی وجود روند دست و پا گیر اجرای قانون مانع کار است. لازم به ذکر است که موارد فوق در تعیین نوع و ماهیت اهدافی که هر کمیته تعیین می کند اهمیت دارد.

۵- تعیین موضوعات حیاتی و کلیدی در رابطه با برنامه:

این مرحله قلب برنامه ریزی بلند مدت است. موضوعات کلیدی و حیاتی که کمیته می بایست در راستای رسیدن به اهداف برنامه آنها را تعیین کند. با توجه به چند مورد اول مشخص می شود. مثلا برای کنترل سوانح و حوادث جاده ای نقاط کلیدی می تواند اعمال جدی تر قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی باشد.

۶- تعیین راهکارها:

به منظور پرداختن به هریک از موضوعات کلیدی و حیاتی باید اقداماتی در قالب برنامه و طرح انجام شود. این اقدامات را راهکار می گویند. راهکارها در حقیقت مسیرهایی هستند که از طریق آنها به هدف خواهیم رسید. راهکارها باید به روش بارش افکار و با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل تعیین کرد. توجه داشته باشید که راهکارهای انتخابی باید مؤثر، عملی و مورد پذیرش جامعه و سیاستگذاران باشد. همچنین امکان تأمین منابع را نیز باید مدنظر قرار داد.

۷- شرح اهداف و اقدامات:

وقتی راهکارها تعیین شدند برای اجرای آنها باید طرح و برنامه نوشته شود. این مرحله در واقع همان است که به آن برنامه عملیاتی کوتاه مدت نیز می گوئیم و خود شامل تعیین اهداف اختصاصی و تعیین فعالیت‌هایی است که می تواند ما را در رسیدن به آن اهداف اختصاصی کمک کند و در نهایت باید ابزار سنجش (شاخص های) موفقیت یا عدم موفقیت برنامه را تعیین کنیم

۷-۱- تعیین اهداف اختصاصی :

اهداف عملیاتی بیانی مشخص از اقداماتی هستند که برای دستیابی به اهداف کلی سازمان باید انجام شود و زیربنای فعالیتها در برنامه عملیاتی را تشکیل می دهند. همچنین ضمن اینکه نتایج برنامه را مشخص می کند مبنایی برای ارزشیابی ارائه می دهد. هدف اختصاصی باید پنج ویژگی زیر را داشته باشد (SMART باشد) :

- موضوع و گروه هدف مشخص باشد (Specific)؛
- قابل اندازه گیری باشد (Measurable)؛
- قابل دسترسی باشد (Achievable)؛
- واقع گرایانه باشد (Realistic)؛

• BRAIN STORMING

- محدود به زمان باشد (Time Bound)؛

بطور مثال : ارتقاء ایمنی مدارس به میزان ۲۰ درصد از سال ۹۰ تا ۹۳ در شهرستان شیراز

۷-۲- تعیین فعالیتها :

در این مرحله بایدهائی که هر سازمان باید در راه رسیدن به اهداف برنامه انجام دهد (و در واقع وظایف رسمی و غیر رسمی سازمانها است) تعیین می شود. در این مرحله ضمن مطالعه وظایف مکتوب و مصوب سازمان مواردی که در حیطه اختیارات سازمان قرار می گیرد و تا به حال شناسایی نشده اند اضافه می گردد. به ازاء هر استراتژی یک یا چند فعالیت باید تعریف شود. در هر فعالیت باید زمان، مکان، ابزار و مواد مورد نیاز، روش اجرا و نیروی انسانی شاغل در فرایند تعریف شود.

۷-۳- پایش و ارزشیابی برنامه :

پایش اطلاعاتی را برای مقایسه اجرای فعالیتها با استانداردها و معیارها فراهم می سازد و به دنبال آن برای رفع نواقص برنامه ریزی انجام می گیرد. لذا می بایست در فواصل زمانی مشخص مثلا هر سال یکبار اهدافی که برای مقاطع زمانی آینده تعیین کرده ایم بازنگری شود و با توجه به میزان موفقیت خود در مقطع زمانی قبلی اهداف تعدیل گردد.

بطور مثال : در برنامه های آموزشی یکی از ابزار پایش Pretest و Post test می باشد.

توضیحات:

۱- در برنامه ای که جهت هر محیط تدوین می شود علاوه بر ارتقاء ایمنی فیزیکی هر محیط باید افرادی که در آن محیط حضور یا تردد دارند نیز مد نظر قرار گیرند به طور مثال تنها نصب کپسول آتش نشانی شرط ایجاد ایمنی نیست بلکه آموزش افراد جهت استفاده از کپسول و فراتر از آن آموزش پیشگیری از حریق لازم می باشد.

۲- بررسی وضعیت موجود جزء مهمی در تدوین برنامه عملیاتی است پیشنهاد می گردد قبل از تدوین برنامه ارزیابی اولیه درمورد وضعیت ایمنی محیطها از طریق چک لیست و با تاکید بر نقاط ضعف، قوت، فرصت ها و تهدیدها

و یا مطالعه آگاهی، نگرش و عملکرد

در زمینه های مختلف انجام پذیرد و سپس مداخلات بر اساس آنها طراحی گردد.

SWOT ANALYSIS
KAP study

فصل چهارم

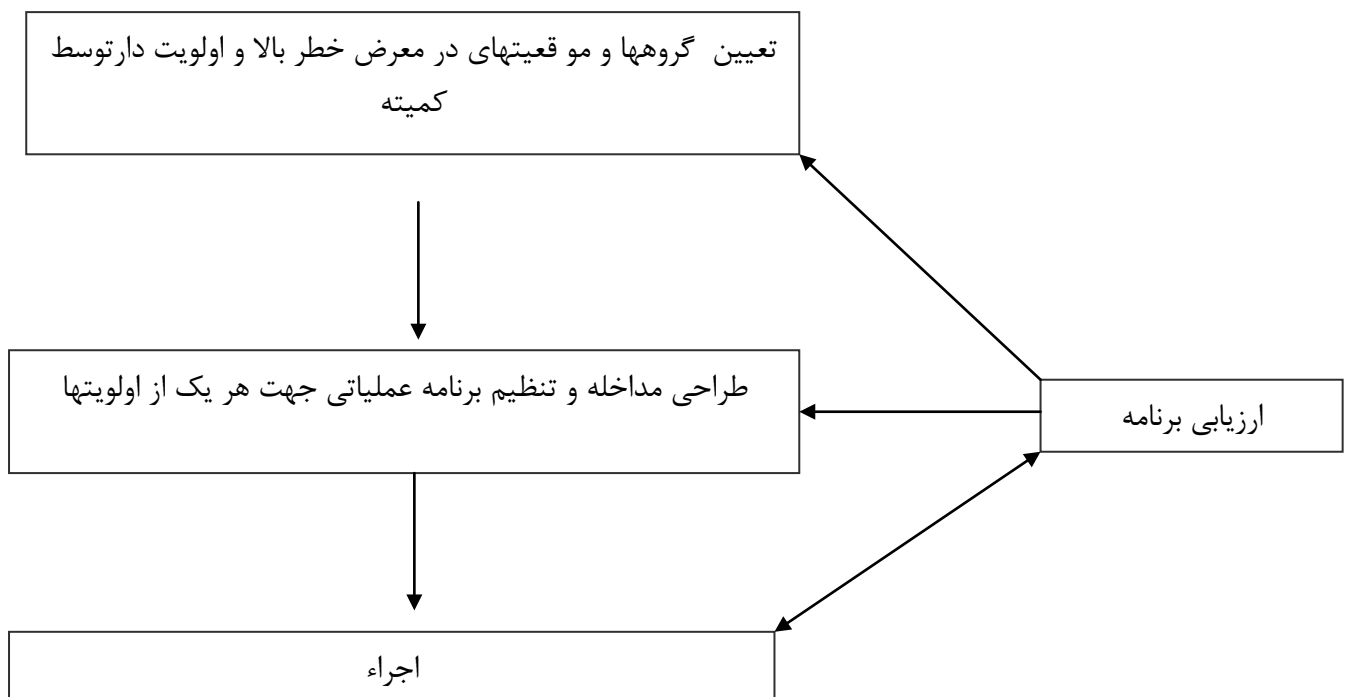
شاخص ۳ جامعه ایمن

وجود برنامه هایی که هدفش ارتقاء ایمنی گروهها و محیط های در معرض خطر بالا باشد.

اهداف

آشنایی با نحوه اجرای شاخص شماره ۳
آشنایی با روشهای شناسایی گروههای در معرض خطر بالا

فلوچارت نحوه اجرای شاخص ۳ :



۱- تعیین گروهها و موقعیتهای در معرض خطر بالا و اولویت دار توسط کمیته:

قبل از آشنایی با نحوه تعیین گروههای در معرض خطر لازمست برخی اصطلاحات توضیح داده شوند که در ذیل به آنها می پردازیم:

تعریف خطر: احتمال ایجاد یک پیامد نامطلوب یا عواملی که این احتمال را افزایش می دهد.

تعریف گروه در معرض خطر بالا: یعنی افرادی که به دلیل رفتارها، نگرش ها و یا موقعیتی که در آن قرار می گیرند بیشتر از سایرین در معرض حوادث هستند.

عوامل ایجاد کننده خطر: مواجهه محیطی، رفتار انسانی، شرایط جسمی و...

ملاک های انتخاب گروه یا موقعیت در معرض خطر بالا:

۱-۱- میزان بروز حادثه:

در این روش حوادثی که بیشترین میزان بروز را دارند و یا محیطهایی که بیشترین حوادث در آنها رخ میدهد به عنوان اولویت مطرح می شود.

مثال: اگر آمار یک منطقه نشان داد که بیشترین میزان بروز حوادث مربوط به گروه موتور سواران است این گروه به

عنوان گروه در معرض خطر بالا، باید مورد توجه قرار گیرد. البته لازمست بررسی دقیقتر در مورد علل و

کاربرانی که در بین موتورسواران در معرض خطر بیشتری هستند انجام گیرد و مداخلات لازم جهت این

گروه اعمال شود، یا اگر میزان بروز حادثه در یک قسمت از معابر اختلاف قابل توجهی با سایر مناطق داشت

آن نقطه به عنوان یک نقطه حادثه خیز باید بررسی شود.

۱-۲- شدت حوادث و عوارض ناشی از آن:

بعضی مواقع فراوانی یک نوع حادثه در مقایسه با سایر حوادث کمتر است ولی عوارض و تبعات شدیدی مانند معلولیت، مرگ و یا عوارض روانی، اقتصادی و اجتماعی شدیدی بر جای می‌گذارد در این موارد می‌توان بجای فراوانی معیارهای دیگری مانند میزان مورتالیتی یا موربیدیتی را ملاک اولویت بندی در نظر گرفت .

مثال: مسمومیت با منواکسید کربن یا کودک آزاری که به دلیل عوارض بلند مدتی که بر جسم و روح کودک و آینده اجتماع به جای می‌گذارد اهمیت بیشتری دارد و می‌تواند به عنوان یک اولویت مطرح شود .

۳-۱- اختلاف قابل توجه آماری با سایر مناطق:

گاهی تحلیل وضعیت حوادث در یک منطقه به تنهایی تصویری در مورد اولویت ها و گروههای در معرض خطر آن منطقه در اختیار ما قرار نمی‌دهد. در این موارد لازمست تا از آمار مقایسه ای (مقایسه آمار گروهها و محیطهای مختلف یک منطقه با میانگین شهرستان، استان و کشور) استفاده نماییم. در صورتیکه اختلاف قابل توجهی در آمار مشاهده شد، لازمست بررسی انجام گیرد و با نظر کمیته جامعه ایمن موضوع، به عنوان اولویت تعیین گردد. به طور مثال در یک منطقه میزان بروز برق گرفتگی در رده هشتم کلیه حوادث قرار دارد لیکن در بررسی حوادث آن شهرستان این مساله، به عنوان یک اولویت مطرح نمی‌شود اما در مقایسه با وضعیت استان مشاهده میشود که اختلاف قابل توجهی با میزان بروز برق گرفتگی در سطح استان وجود دارد که لازمست موضوع بررسی و علل و افراد در معرض خطر شناسایی شوند.

۴-۱- مقایسه آمار در دوره های مختلف :

این دوره می‌تواند سال، فصل، ماه و یا حتی هفته باشد. در مقایسه می‌توان یک دوره زمانی مشخص با دوره مشابه در سالهای قبل یا دو دوره متوالی را بررسی نمود مانند مقایسه آمار حوادث ترافیکی تعطیلات نوروز طی دو سال متوالی.

هر نوع تغییر قابل توجه در میزان بروز، ترکیب سنی، جنسی، محل و منطقه حادثه می‌تواند به عنوان یک مسئله مورد بررسی و اولویت دار در کمیته باشد.

۵-۱- مقایسه با شاخص استاندارد :

در صورتیکه طی بازدید ایمنی از محیطها یا بررسی میزانها اختلاف قابل توجهی با استانداردهای ملی و بین المللی مشاهده شد لازمست علت بررسی و تحلیل شود و در صورت تایید کمیته با بررسی سایر جوانب، آن مساله میتواند به عنوان یک اولویت مطرح شود.

توجه: لازم به ذکر است که دارا بودن شرایط فوق جهت انتخاب یک اولویت شرط لازم است ولی کافی نیست. چرا که ممکن است یک حادثه جزء اولویتهای یک منطقه انتخاب شود ولی امکان طراحی مداخلات موثر در آن مقطع زمانی وجود نداشته باشد بنابراین در انتخاب یک اولویت علاوه بر موارد فوق باید شرایط زیر را نیز مد نظر قرار داد:

امکان اجرای مداخله وجود داشته باشد.

- اجرای مداخله به نسبت آسان باشد.
- ارزان و مقرون به صرفه باشد.
- مورد قبول جامعه باشد.
- مورد توافق اعضاء کمیته باشد.
- اثر بخشی بالایی داشته باشد.

۲- طراحی مداخله و تنظیم برنامه عملیاتی جهت هر یک از اولویتهای:

پس از تعیین اولویت لازم است کلیه سازمانهای مرتبط با آن موضوع، جهت طراحی مداخله همکاری نموده و برنامه واحدی را طراحی نمایند. نحوه تدوین برنامه بر اساس **مطالب فصل ۳** می باشد.

۳- اجراء:

اجرای برنامه باید توسط اعضاء بر اساس برنامه عملیاتی تدوین شده، طبق جدول زمانبندی صورت پذیرد.

۴- ارزیابی روند اجراء:

ارزیابی روند اجراء، بر اساس مطالب فصل ۶ صورت گیرد.

فصل پنجم

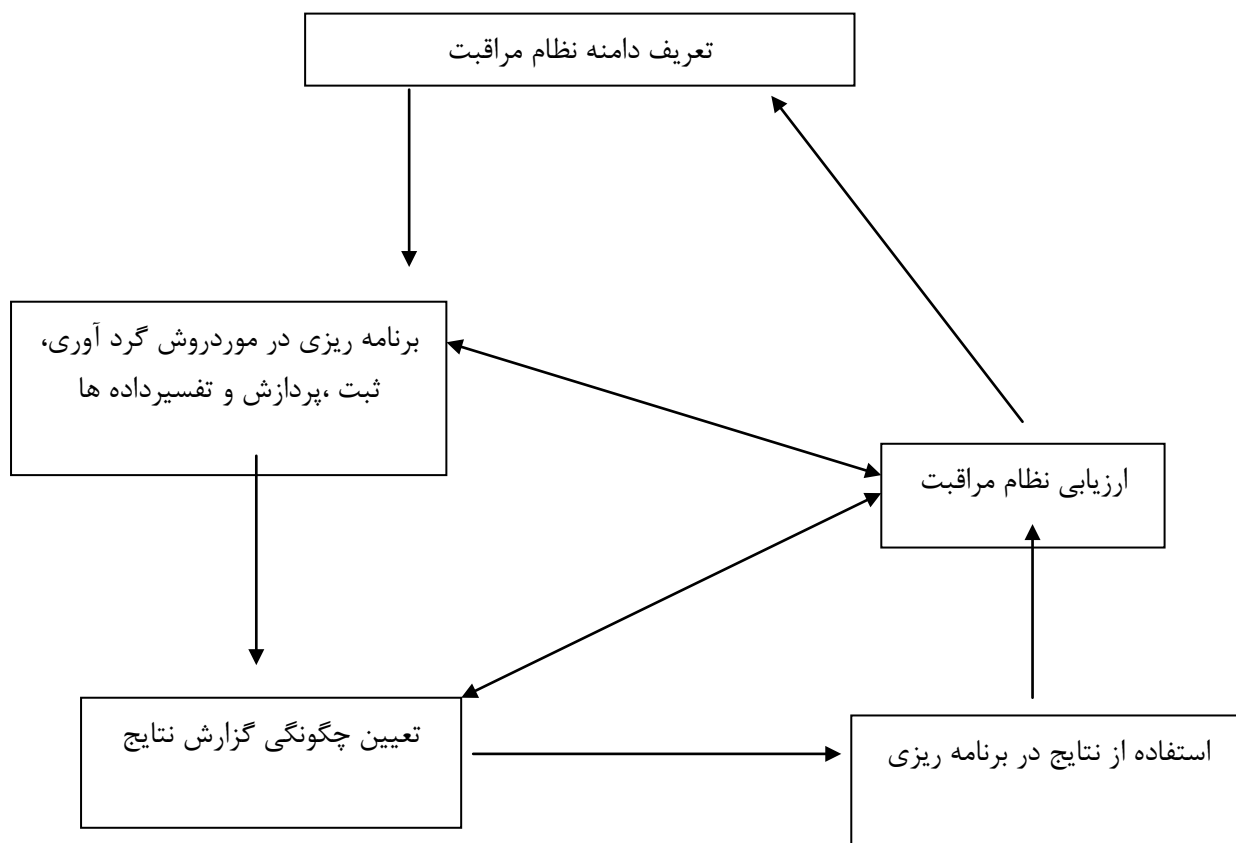
شاخص ۴ جامعه ایمن

برنامه هایی که تعداد موارد و علت مصدومیت را ثبت و مستند سازی کند

اهداف

آشنایی با نحوه اجرای شاخص شماره ۴
آشنایی با تعریف مراقبت، دلایل اهمیت مراقبت و انواع مراقبت
آشنایی با ویژگیهای نظام مراقبت
آشنایی با مراحل طراحی و ساخت یک نظام مراقبت

فلو چارت نحوه اجرای شاخص شماره ۴



۱- تعریف دامنه نظام مراقبت:

ایده ال اینست که در برنامه جامعه ایمن یک نظام مراقبت فراگیر که کلیه آسیبها را در بر گیرد طراحی شود ولی در صورت محدود بودن منابع بهتر است "حداقل داده های مرکزی" برای کل آسیبها و "اطلاعات تکمیلی" جهت حوادثی که به عنوان اولویت تعیین شده است جمع آوری گردد. تصمیم گیری در مورد این موضوع به عهده کمیته جامعه ایمن و با توجه به پتانسیل و منابع موجود می باشد.

۲- تعیین روش گرد آوری، ثبت و پردازش و تفسیر داده ها:

با توجه به اینکه منابع آماری متفاوتی جهت گرد آوری آمار حوادث وجود دارد لذا باید نوع داده در هر یک از مراکز جمع آوری آمار، نحوه ثبت، مسوول پردازش، فرایند و زمان جمع آوری آمار و همچنین مسوول نهایی گرد آوری و تجزیه و تحلیل آمار از هر یک از منابع آماری، توسط کمیته تعیین شود.

۳- برنامه ریزی در مورد شیوه گزارش نتایج :

بعد از اینکه اطلاعات مرتب و تحلیل شدند، لازم است نتایج مراقبت در قالب گزارش تهیه و به مبادی ذیربط ارائه گردد. نوع گزارش، با توجه به هدف و مخاطب می تواند کلی یا بر اساس جزئیات باشد. مسوول، زمان و روش گزارش دهی توسط کمیته تعیین میگردد. لازم به ذکر است، با توجه به لزوم آگاهی کلیه ذینفعان گزارشات باید از طریق رسانه های محلی، سایت، کتابچه، تراکت به گروههای مختلف ارائه گردد.

۴- کاربرد نتایج در طراحی مداخله:

تمام اقدام های قبلی مراقبت برای این هدف انجام می گیرد . روند جلسات کمیته باید طوری طراحی شود که گزارشات آماری در کمیته ارائه و طراحی مداخله و تدوین برنامه بر اساس آن صورت پذیرد.

۵- ارزیابی نظام مراقبت:

یک نظام مراقبت باید پاسخگویی تغییر نیاز ها و شرایط باشد اگر تغییرات در نظام چنان باشد که تمام اطلاعات جدید مورد نیاز را فراهم نکند یا اطلاعاتی را فراهم کند که مورد نیاز نباشد لازمست، تطابق (کاهش، افزایش، یا تغییر ساختار) صورت گیرد. بنابراین مکانیزمهای ارزیابی و تطابق مداوم در داخل نظام، توسط کمیته و بر اساس موارد ذکر شده در **فصل ۶**، در مرحله طراحی باید انجام گیرد.

برخی تعاریف، واژه ها و روش طراحی و ساخت یک نظام مراقبت:

تعریف استاندارد WHO از مراقبت:

مراقبت عبارتست از گردآوری نظام یافته و مداوم اطلاعات و تجزیه و تحلیل و تفسیر داده های ضروری برای برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات بهداشتی و اطلاع رسانی به افرادی که آگاهی از این داده ها برای آنها ضروری است.

آخرین حلقه از زنجیره مراقبت، استفاده از این داده ها در اقدامات پیشگیری و کنترل است.

دلایل اهمیت مراقبت

- وضعیت آسیبها از یک منطقه به منطقه دیگر متفاوت است.
- وضعیت آسیبها در برابر شرایط مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ... تغییر می کند.
- طراحی مداخلات پیشگیری بدون اطلاعات معتبر، غیر ممکن است.

انواع مراقبت:

مراقبت فعال:

در مراقبت فعال شخص آسیب دیده جستجو و شناسایی شده، با اشخاص آسیب دیده مصاحبه شده و این امر پیگیری می شود. به طور معمول مراقبت فعال نیازمند هزینه های زیاد انسانی و منابع مالی است.

مراقبت غیرفعال:

در مراقبت غیرفعال، اطلاعات مربوط در زمان انجام وظایف غیرمعمول گردآوری می شود. به عبارتی تولید داده ها، لزوماً عملکرد اولیه نظام دارنده داده ها نیست اما می توان از اطلاعات وارد شده برای کسب اطلاعات درباره آسیبها استفاده کرد. مراقبت غیرفعال به طور معمول هزینه کمتری دارد.

ویژگیهای یک نظام خوب مراقبت :

سادگی، انعطاف پذیری، مقبولیت، قابل اطمینان بودن، کارایی، استمرار فعالیت و به روز بودن

مراحل طراحی و ساخت یک نظام مراقبت:

در این بخش جزئیات مراحل ضروری برای طراحی و ساخت یک نظام مراقبت از آسیبها به صورت خلاصه شرح داده شده است لازم به ذکر است که تعیین چارچوب کلی کار و بانظر کمیته اعمال میگردد لکن مواردی که در این قسمت توضیح داده خواهد شد بخش تخصصی یک نظام مراقبت است که توسط افراد صاحب نظر در هر سازمان طی جلسات هم اندیشی طراحی میگردد.

۱- تعریف اهداف نظام مراقبت:

در شروع کار باید هدف از نظام مراقبت آسیب تعیین شود. از جمله اهداف می تواند موارد زیر باشد: شناسایی گروهها و موقعیتهای پرخطر؛ تعیین جنبه های مختلف هر آسیب؛ فراهم آوردن داده های ضروری برای تصمیم گیری مدیریتی؛ ایجاد ابزاری جهت پایش و ارزشیابی برنامه.

۲- تعریف یک مورد :

یک حادثه منفرد ممکن است افراد زیادی را مجروح نماید. همچنین ممکن است باعث مراجعه بیش از یک بار فرد آسیب دیده به بیمارستان، مطب و سایر مراکز درمانی شود. به هر حال آنچه را که شما "یک مورد" تعریف می کنید به اهداف نظام مراقبتی بستگی دارد:

الف) اگر هدف، پایش بار تحمیل شده ناشی از حوادث به سیستم سلامت باشد، "تعریف یک مورد" شامل هر گونه مراجعه فرد آسیب دیده ، به سیستم سلامت اعم از ویزیت اولیه یا مجدد است.

به طور مثال اگر فرد مصدوم حادثه ترافیکی دو بار به بیمارستان مراجعه نماید او را دوبار می شمیریم.

ب) اگر هدف، پایش بروز انواع مختلف آسیب باشد، "تعریف یک مورد" شامل هر نوع حادثه ای است که منجر به مراجعه فرد برای اولین بار شده است. این فرد در مراجعه مجدد بعنوان مورد جدید ثبت نمی گردد ولی اگر همزمان دچار چند مورد آسیب شده باشد به ازای هر آسیب یکبار ثبت می شود. به طور مثال اگر شخصی در طی یک حادثه دچار سوختگی و شکستگی شود، دو مورد به حساب می آید.

ج) اگر هدف پایش میزان بروز مصدومیت (آسیب شخص) باشد، "تعریف یک مورد" شامل هر فرد مصدوم مراجعه کننده به سیستم سلامت برای بار نخست می باشد. فرد در مراجعات مجدد بعنوان مورد جدید ثبت نمی گردد. اگر این فرد همزمان دچار چند آسیب شده باشد یکبار شمرده می شود.

۳- تعیین منابع داده ها :

مؤسسات متفرقه ای وجود دارد که برای گردآوری داده های مربوط به آسیبها اقدام می کنند و هر کدام نسبت به جمع آوری اطلاعات خام با توجه به اهداف مؤسسه تلاش می کنند اما به دلیل عدم وجود تعاریف استاندارد و رده بندی مناسب و یکسان تناقض بین تعداد آمار مؤسسات مختلف وجود دارد. به هر حال شما باید از طریق کمیته در جهت اصلاح مشکلات موجود در این زمینه اقدام کنید و بدانید که همیشه اقتصادی تر خواهد بود اگر با استفاده از آنچه داریم، نظام خود را بسازیم.

معرفی برخی منابع مناسب داده ها:

آسیبهای مرگبار: گزارش سازمان پزشکی قانونی، مراکز درمانی، واحد ستاد گسترش شبکه ها (نظام ثبت مرگ)
آسیبهای شدید غیرمرگبار: مراکز درمانی-پزشکی قانونی-اورژانس
آسیبهای سطحی: مراکز بهداشتی-درمانی، خانه بهداشت
حوادث ترافیکی: پلیس راهنمایی-رانندگی، شرکتهای بیمه، سازمان حمل و نقل و پایانه ها، اورژانس-هلال احمر
حوادث شغلی: شرکتهای بیمه، اداره کار و امور اجتماعی-سازمان تامین اجتماعی
آسیبهای معلولیت زا: مراکز درمانی، مراکز توانبخشی، بهزیستی، NGO های مرتبط
آسیبهای ورزشی: شرکتهای بیمه - سازمان ورزش- مراکز درمانی
خسوفتها: پزشکی قانونی- دادگستری- بهزیستی- پلیس

۴- ارزیابی منابع موجود:

در ارزیابی منابع به سؤالات زیر پاسخ دهید:

۱- آیا کارکنان و تجهیزات موجود برای انجام مراقبت کارآیی لازم را دارند؟

۲- آیا به کارکنان و ملزومات بیشتری نیازمندیم؟

- ۳- اگر نتوانیم بر کارکنان و تجهیزات بیفزاییم چگونه با امکانات قبلی خود کار را انجام خواهید داد؟
- ۴- آیا کارکنان برای اجرای مصاحبه های حساس، مهارت لازم را دارند؟ (خشونت، خودکشی و ...)
- ۵- آگاه کردن و بکارگیری افراد علاقمند :

مرحله بعد توجیه و جلب مشارکت تمام مؤسساتی است که به عنوان علاقمندان بالقوه در نظام مراقبت خود در نظر گرفته اید و همچنین ایجاد ضمانت اجرایی از طریق مسئولین شهرستان در راستای همکاری این مؤسسات با کمیته جامعه ایمن .

۶- تعریف داده های مورد نیاز:

نوع داده های مورد نیاز برای گردآوری به اولویتهای شما و همچنین به منابع موجود بستگی دارد. تقسیم بندی داده ها در نظام مراقبت شامل دو گروه داده های مرکزی و داده های تکمیلی می باشد. هر یک از این گروههای اصلی داده ها را می توان به داده های حداقل و اختیاری تقسیم کرد.

۱-۶- داده های مرکزی :

داده هایی هستند که صرفنظر از ویژگیها و شرایط رخداد یا عوامل یا دلایل سبب ساز تمام انواع آسیبها در یک نظام مراقبت گردآوری می شوند و شامل دو دسته:

الف) مجموعه حداقل داده های مرکزی:

شامل حداقل یا کمترین میزان داده هایی است که در یک نظام مراقبت برای تمام آسیبها گردآوری می شود و به طور معمول شامل : ۱- مشخصات مصدوم که ممکن است بجای نام و نام خانوادگی فرد آسیب دیده از شماره انحصاری مثلا کد ملی استفاده شود که امکان حذف دوباره شماریهها را میسر می کند.

۲- سن؛ ۳- جنس؛ ۴- شغل؛ ۵- قصد (عمدی و غیر عمدی)؛ ۶- مکان؛ ۷- ماهیت فعالیت یا پیشامد در حال وقوع در زمان رخداد حادثه (کار-آموزش-ورزش-مسافرت-...)؛ ۸- مکانیزم یا علت (حادثه ناشی از تردد)؛ ۹- ماهیت آسیب. ۱۰- عضو آسیب دیده

موارد فوق مجموعه داده های بین المللی استاندارد است که برای مقایسه بین کشورها توصیه می شود.

ب) مجموعه داده های اختیاری مرکزی :

شامل داده هایی است که در یک نظام مراقبت به گردآوری آنها نیاز ضروری وجود ندارد. در شرایط خاص بر حسب وضعیت اپیدمیولوژیک یا تصمیم کمیته در مورد یک آسیب خاص می توان از آنها استفاده کرد. داده های اختیاری ممکن است شامل اطلاعات درباره موارد زیر باشد : ۱- نژاد یا قومیت آسیب دیده؛ ۲- علت خارجی آسیب؛ ۳- تاریخ آسیب؛ ۴- زمان آسیب؛ ۵- محل سکونت فرد؛ ۶- شدت آسیب؛ ۷- پیامد آسیب وضعیت فرد آسیب دیده (بستری، ترخیص و ...).

۲-۶- داده های تکمیلی برای انواع خاصی از آسیب:

از داده های تکمیلی یا اضافی برای انواع خاصی از آسیب در حادثه های ناشی از تردد، ضرب و شتم شدید و آزارهای جنسی و ... که در یک نظام مراقبت ممکن است به دلایلی نیاز به گردآوری آنها باشد استفاده می گردد.

الف) مجموعه حداقل داده های تکمیلی:

این مجموعه داده ها کمترین یا حداقل میزان داده های اضافی است که در یک نظام مراقبت ممکن است در خصوص نوع خاصی از آسیبها گردآوری شود. به طور مثال اگر حوادث ترافیکی موضوع مورد نظر باشد گردآوری اطلاعات در مورد شرایط جوی به هنگام بروز حادثه نوعی داده تکمیلی است.

ب) مجموعه داده های اختیاری تکمیلی:

این مجموعه اطلاعاتی است که گردآوری آنها در نظام مراقبت از آسیب امری ضروری نیست اما اگر دلایل لازم برای گردآوری و پردازش آنها در نظام موجود باشد لازمست در این خصوص اقدام شود. به عنوان مثال در مورد حوادث ترافیکی علاوه بر حداقل اطلاعات مذکور اطلاعات بسیار جزئی در مورد رنگ و مدل خودرو نیز ممکن است جمع آوری شود.

پیشنهاد می شود که شالوده نظام مراقبت چنین باشد:

الف) کار خود را با مجموعه حداقل داده های مرکزی آغاز نماید.

*ب) ضرورت چند مجموعه حداقل داده های تکمیلی را در نظر بگیرید و روی اساسی ترین یا مهمترین بر طبق نظر کمیته توافق نمائید به عبارت دیگر چند آسیب را به عنوان اصلی ترین عوامل مرگ و میر یا بستری در بیمارستان ها در نظر گرفته و داده های تکمیلی مربوط به آن را گردآوری نمائید).

ج) ضرورت مجموعه حداکثر داده های مرکزی را در نظر بگیرید. به اهداف ، اولویتهای و محدودیتهای خود توجه خاص داشته باشید و سپس ،اطلاعات را بر اساس اولویتهای خود اضافه نمائید.

د) با توجه به اولویتهای و محدودیتهای خود ضرورت مجموعه حداکثر داده های تکمیلی را در نظر بگیرید.

۷- گردآوری داده ها :

پس از تصمیم گیری درخصوص نوع داده ها باید درباره روش گردآوری داده ها نیز تصمیم گیری کرد. روش گردآوری داده ها شامل:

۱- انتخاب بهترین مکانها برای مراقبت از آسیب: مکان باید از نظر وجود امکانات و منابع و توانایی افراد همکار در برنامه بررسی شوند.

۲- طراحی فرمهای گردآوری داده ها: فرم را به گونه ای طراحی کنید که درک و تکمیل آن آسان باشد، از عبارتهایی مانند سایر موارد یا نامشخص کمتر استفاده شود، از نظر متخصصان و افراد با تجربه استفاده نمایید، در صورت نیاز به کدگذاری به جای حروف و علائم از اعداد استفاده نمائید.

۳- تصمیم گیری و انتخاب افرادی که باید فرم را تکمیل نمایند: از طریق مذاکره و بحث با مسئولین واحد مورد نظر و بهترین فرد و مؤثرترین و قابل قبول ترین روش جهت ثبت را بررسی و انتخاب نمائید. مراقب باشید تا دوباره کاری در سیستم اتفاق نیفتد.

۸- برقراری یک نظام پردازش داده ها:

پردازش به دو صورت دستی و الکترونیکی می باشد. پردازش دستی آسان و ارزان است اما امکان اشتباه بیشتر است. در پردازش الکترونیکی می توان نرم افزار ویژه تهیه کرد و یا می توان از نرم افزارهایی مانند SPSS, EPI Info, STATA و . . . استفاده نمود.

۹- طراحی و انتشار گزارش داده ها:

به طور کلی تهیه و انتشار حداقل فصلی گزارشها ضروری است. در هر حال به هنگام تصمیم گیری درباره طراحی گزارش و میزان تناوب و تولید آن باید نظر کمیته را جویا شد.

در گزارش باید سیمای حداقل داده های مرکزی مربوط به تمام آسیبها ارائه شود. علاوه بر گزارشهای اصلی ممکن است در سطوح بالاتر نیز گزارشهایی لازم باشد. گزارشها بهتر است به صورت مقایسه ای با مناطق دیگر و فصول یا سالهای قبل همان منطقه تهیه شود. انتشار گزارش باعث حساس سازی، جلب مشارکت و بیان اهمیت آسیب جهت مردم و مسئولین می گردد.

*به مرکز جمع آوری داده ها نیز پس خوراند بدهید

۱۰- آموزش کارکنان و فعال سازی نظام مراقبت:

برای تقویت تعهدات افراد درگیر در برنامه و انجام آموزش و بازآموزی تمام افراد مداخله کننده ضروری است.

۱۱- پایش و ارزشیابی:

پس از راه اندازی سیستم مراقبت بایستی همواره و به طور مداوم پایش پس از طی یک دوره معین (سه ماهه یا شش ماهه) و ارزشیابی (بر اساس برنامه عملیاتی) شود تا در صورت بروز مشکل آنرا کشف و خیلی سریع اصلاح گردد. فرد یا افرادی جهت انجام پایش و ارزشیابی تعیین شود. جهت انجام پایش این افراد باید نحوه ثبت توسط مسئول مربوطه را از طریق مشاهده و مصاحبه با مصدومین تکمیل یک پرسشنامه و مقایسه با پرسشنامه تکمیل شده توسط مسئول ثبت و همچنین بررسی محیط، پایش نماید در ارزیابی باید توانائی سیستم در شناسائی موارد آسیب، ثبت و رده بندی صحیح داده ها، سهولت استفاده از فرمها و نظام پردازش داده ها، ارتباط داده ها و مفید بودن داده های تهیه شده در نظام برای کاربران نهایی، توانائی کارکنان و وجود ابزار لازم و شرایط ثبت بررسی و امتیاز دهی گردد.

مثال: ارزیابی گذشته نگر یک نظام ثبت حوادث در بیمارستان:

برای ارزیابی گذشته نگر یک نظام ثبت اقدامات زیر را انجام دهید:

۱- حداقل یک روز کاری و یک روز تعطیل هفته را در یک دوره به طور تصادفی انتخاب کنید (دوره ممکن است یک هفته یا یک ماه باشد).

۲- تعداد موارد پذیرش شده (بستری و سرپائی) در این دو روز را از بیمارستان دریافت نمائید. موارد زیر را استخراج نمائید:

A - تعداد کل بیماران پذیرش شده؛

B - تعداد کل مصدومین؛

C - تعداد موارد مصدومینی که در آن روز بیمارستان گزارش نموده است

D - تعداد مواردیکه به عنوان آسیب گزارش شده ولی آسیب نبوده است؛

E - تعداد داده هایی که ناقص گزارش شده اند؛

سپس شاخصهای زیر را استخراج نمائید :

B-C = تفاوت بین تعداد آسیب واقعی و تعداد گزارش شده (نشان دهنده کم شماری و بیش شماری)

$$100 \times \frac{C}{B}$$

درصد گزارش آمار مصدومین

$$100 \times \frac{E}{C}$$

درصد آمارهایی که ناقص گزارش شده اند

$$100 \times \frac{C}{C+D}$$

درصد ارزش اخباری نظام مراقبت که مطلوب است ۱۰۰ درصد باشد اگر ۹۵ درصد باشد

C + D

دنبال اشتباهات قابل ملاحظه در نظام مراقبت باشید.

$$100 \times \frac{B}{A}$$

درصد مراجعینی که دچار مصدومیت شده اند

مجموعه حداقل داده های مرکزی برای انواع آسیب دو مورد اضافه شود

عنوان	توضیح
سن	<p>۱- ثبت دقیق سن</p> <p>۲- تعریف گروههای سنی با فواصل ۵ سال یا بیشتر</p> <p>۳- تعریف گروههای سنی بر اساس کودک و نوجوان، جوان، میانسال و سالمند</p> <p>* بهترین روش ثبت سن حقیقی فرد است (شماره ۱)</p>

جنسیت	مرد، زن
قصد	غیر عمدی، خودازاری، دیگر آزاری، مداخلات قانونی، عملیات جنگی، حوادث غیر مترقبه، سایر، نامشخص
مکان	منزل، مدرسه، اماکن تفریحی، اماکن عمومی، اماکن شغلی، معابر ترافیکی، (خیابان، درون شهر و روستا، جاده بین شهری، جاده روستائی، بزرگراه داخل شهر، بزرگراه خارج شهر و سایر)
ماهیت فعالیت (زمانیکه آسیب دیدید به انجام چه کاری مشغول بودید)	کار، تحصیل، تفریح، ورزش، مسافرت، استراحت، سایر، نامشخص
مکانیزم (آسیب چگونه به شما وارد شد)	حوادث مرتبط با حمل و نقل، قرار گرفتن در معرض : نیروهای مکانیکی بیجان، جاندار، جریان الکتریکی، اشعه، تغییرات شدید فشار و دمای هوا، حرارت و مواد داغ، مواد سمی، گیاهان سمی، جانوران زهری، حوادث تهدید کننده تنفس، غوطه ور شدن در آب، عوارض پزشکی و...
ماهیت آسیب	زخم سطحی، زخم باز، شکستگی، دررفتگی، کشیدگی، جابجایی، آسیب عصبی، آسیب عروقی، آسیب داخلی، له شدگی، سوختگی، مسمومیت، قطع عضو، سایر

مجموعه حداقل داده های اختیاری مرکزی برای انواع آسیب

نژاد یا قومیت	سیاه، سفید و ... ترک، لر، بلوچ، عرب، فارس و ...
علت خارجی آسیب	بر اساس کدهای طبقه بندی بین المللی بیماریها و آسیب ها ICD-10
تاریخ آسیب	روز، ماه، سال
زمان آسیب	ساعت و دقیقه
محل سکونت فرد آسیب دیده	استان، شهر/روستا، محله، پلاک، ...
شدت آسیب	عدم آسیب، آسیب سطحی (ضربیدگی، کوفتگی، بریدگی)، آسیب متوسط (شکستگی، ...)، آسیب شدید (خونریزی داخلی، پارگی اندام و ...)
مصرف مواد محرک روان	مشروبات الکلی، مواد اعتیادآور غیرالکلی
وضع فرد آسیب دیده	درمان و بستری، درمان و ترخیص، مرگ، معلولیت،
عضو آسیب دیده	سر و گردن، صورت، توراخس، شکم، کمر، لگن، اندام فوقانی، اندام تحتانی، سایر، نامشخص

جدول زیر برخی داده های تکمیلی در حوادث حمل و نقل را نشان می دهد.

برخی داده های تکمیلی در حوادث حمل و نقل

حوادث مرتبط با حمل و نقل	چگونگی تردد	عابر پیاده، دوچرخه، موتورسیکلت، خودرو، وانت، کامیون، اتوبوس، قطار، هواپیما و ...
	وضعیت شخص آسیب دیده	عابر، راننده، سرنشین، سایر
	فرد آسیب دیده با چه چیزی برخورد کرده	عابر، دوچرخه، وسیله نقلیه موتوری، اشیاء ثابت، انحراف از جاده، وارونگی و چپ شدن
	نوع جاده	بزرگراه، آزاد راه، خاکی - دو طرفه

افراد کمک کننده در انتقال مجروحین	گروه آموزش دیده، خود فرد، پلیس، افراد عادی
زمان رسیدن گروه امداد (پلیس - آتش نشانی - اورژانس)	بر اساس دقیقه
نحوه انتقال فرد به اولین مرکز درمانی	آمبولانس، سایر
زمان طی شده در انتقال مجروحین	کمتر از ۱۰ دقیقه، ۲۰-۱۱ دقیقه، ۳۰-۲۱ دقیقه، ۶۰-۳۱ دقیقه، ۱۲۰-۶۱ دقیقه، بیشتر از ۱۲۰ دقیقه
مکان مرگ	هنگام حادثه، در راه انتقال، در مرکز درمانی، در فاصله یک ماه از رخداد آسیب، سایر

فصل ششم

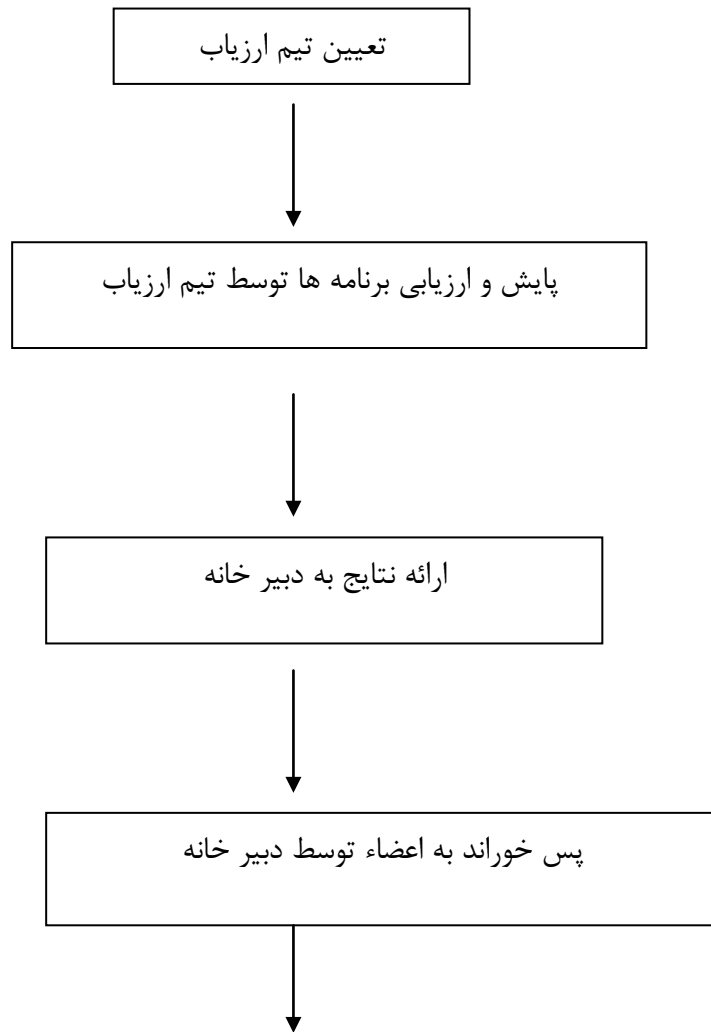
شاخص ۵ جامعه ایمن

وجود یک نظام ارزشیابی جهت بررسی و ارزیابی برنامه ها، مراحل آنها و تأثیر تغییراتی که انجام شده است

اهداف

آشنایی با نحوه اجرای شاخص شماره ۵
آشنایی با تعریف پایش، کنترل و ارزشیابی
آشنایی با اهداف و حیطه پایش و ارزشیابی
آشنایی با مواردیکه در پایش و ارزشیابی باید در نظر قرار گیرد
آشنایی با برخی شاخصهای پایش و ارزشیابی در جامعه ایمن

فلوچارت نحوه اجرای شاخص شماره ۵ جامعه ایمن



رفع نواقص و مشکلات توسط اعضا



ارائه گزارش رفع نقص توسط اعضا به دبیرخانه
به دبیرخانه

توضیح: لازم است کمیته استانی بر عملکرد کمیته های شهرستانی نیز نظارت داشته باشند.

تعیین تیم ارزیاب :

به منظور اطمینان از اجرای درست برنامه و برای اینکه تعیین کنیم که برنامه مؤثر بوده و توانسته مسئله را حل

کند یا از شدت وسعت آن بکاهد لازمست پایش و ارزشیابی صورت گیرد. این قسمت مهمترین جزء برنامه است. بدین منظور تیمی متشکل از نمایندگان ادارات و سازمانهای عضو کمیته با نظر دبیر کمیته و موافقت اعضا بعنوان تیم ارزیاب انتخاب می گردد.

پس از صدور ابلاغ، تقسیم وظایف در تیم انجام و طی یک برنامه زمانی مشخص، تیم شروع به فعالیت می نمایند.

ارائه نتایج به دبیرخانه :

تیم ارزیاب پس از هر بار بررسی، باید نتایج را جهت جمع بندی و طرح موضوع در کمیته به دبیرخانه ارائه دهد.

پس خوراند به اعضا توسط دبیرخانه :

طبق تصمیم گیری رئیس کمیته پسخوراند به اداراتی که مشکلاتی در زمینه اجرا داشته اند ارائه و مهلتی جهت رفع مشکلات داده شود .

ارائه گزارش رفع نقص توسط اعضا به دبیرخانه:

اعضاء پس از دریافت پسخوراند باید براساس مهلت زمانی تعیین شده نسبت به رفع نواقص اقدام نمایند. در صورتیکه مانع جدی در راستای اجرای یک برنامه وجود دارد باید به دبیرخانه گزارش داده شود تا در صورت لزوم جهت بحث و بررسی در کمیته مطرح گردد.

در صورتیکه نواقص و مشکلات توسط ادارات ذیربط حل و فصل گردد. لازمست گزارش به صورت مکتوب به دبیرخانه ارائه گردد و دبیرخانه نیز موظف است گروه ناظر را در جریان قرار دهد.

تعاریف و اهداف:

تعریف پایش:

پایش نظارت و سنجش و ثبت نحوه فعالیتها به منظور کنترل برنامه است و در حقیقت پایش تعیین میزان انطباق فعالیتها با طراحی برنامه ها می باشد.

تعریف کنترل:

کنترل فرایند، اطمینان از اجرای برنامه ها و اصلاح انحرافات به منظور دستیابی به اهداف معین است به عبارت دیگر پس از پایش باید اصلاحات مورد نیاز در راستای اهداف انجام گیرد.

ارزشیابی:

ارزشیابی اثربخشی یا میزان دستیابی به نتایج مطلوب را بررسی می کند و در حقیقت آخرین مرحله برنامه ریزی است که در آن نتیجه برنامه مورد ارزشیابی و قضاوت قرار می گیرد.

برخی از مواردیکه در پایش یک برنامه مدنظر قرار می گیرد:

ج زمان: آیا پیشرفت کارها طبق جدول زمانی پیش بینی شده می باشد؟

ج - نیروی انسانی: آیا نیروی انسانی مورد نیاز تأمین شده است؟ آیا مهارت لازم را دارند؟

- ج - منابع : آیا تأمین و هزینه نمودن منابع مالی طبق برنامه پیش بینی شده می باشد؟
- ۴- منابع اطلاعاتی: آیا اطلاعات مورد نیاز به موقع فراهم شده است؟
- ۵- مشارکت افراد و گروهها: آیا مشارکت افراد و گروهها طبق انتظارات ما می باشد؟
- ۶- رعایت ضوابط و مقررات: آیا فعالیتهای و وظایف بر طبق مقررات انجام می گیرد؟
- ۷- حفظ استانداردهای کاری: آیا روشهای انجام کار طبق استانداردهای معین صورت می گیرد؟
- ۸- برقراری ارتباط: آیا ارتباطات ضروری بین افراد مختلف به منظور هماهنگی در اجرای فعالیتهای انجام می شود؟
- ۹- مطلوبیت نتایج: آیا نتایج به دست آمده در مرحله مطلوبیت لازم را داراست؟
- ۱۰- به هنگام بودن تصمیم گیری: آیا تصمیمات اتخاذ شده به موقع و مناسب بوده است؟
- ۱۱- رضایت مردم: آیا مردم از نتایج به دست آمده رضایت دارند؟
- ج - فناوری: آیا وسایل و مواد لازم از نظر نوع، تعداد و کاربری کافی و مناسب بود ؟
- ج - تطابق: آیا فعالیتهای با سیاستهای کلی منطقه و کشور هماهنگی دارد؟

برخی از مواردیکه در ارزشیابی یک برنامه مدنظر قرار می گیرد :

- آیا به نتایج مورد انتظار دست یافته ایم؟

- آیا این نتایج مؤثر و مطلوب بوده؟

- آیا نتایج توانسته از شدت و وسعت آسیب کم کند؟

معمولاً ارزشیابی طی مراحل زیر انجام می گیرد:

ج -سنجش (اندازه گیری) نتایج به دست آمده :

البته باید توجه نمود که ابزار و شاخصهای اندازه گیری باید همانهایی باشند که قبل از اجرای برنامه مسئله را با آنها اندازه گیری نموده بودیم .

ج -مقایسه نتایج به دست آمده:

در این مرحله نتایج بدست آمده را با وضعیت قبلی یا وضعیت شاهد (قبل از مداخله) مقایسه می کنیم.

ج -قضاوت در مورد نتایج به دست آمده:

در این مرحله در مورد اینکه کدام یک از ارزشهای حاصله راضی کننده بوده و آیا برنامه به گونه ای انجام شده که توانسته از وسعت و شدت مسئله بکاهد قضاوت می شود.

۴- تحلیل علل شکست احتمالی برنامه:

اگر برنامه در اجرا موفق نبوده و یا به طور دلخواه پیشرفت نداشته و به اهداف خود نرسیده است باید دلایل شکست بررسی شود

۵- تصمیم‌گیری:

در این مرحله نتایج حاصل از ارزشیابی بر این تصمیم می‌انجامد که آیا برنامه باید متوقف شود یا ادامه یابد؟
ابزار پایش و ارزشیابی:

شاخص‌ها به طور کلی به عنوان متغیرهایی که کمک به سنجش تغییرات بطور مستقیم یا غیرمستقیم مینمایند تعریف میشوند. شاخص داده‌های خام را به اطلاعات قابل استفاده تبدیل میکنند و جهت تشریح موفقیت و سنجش تغییرات در طول زمان استفاده میشوند.

برخی شاخصهای پیشنهادی پایش برنامه جامعه ایمن :

عنوان شاخص	نحوه محاسبه شاخص
درصد تشکیل جلسات کمیته جامعه ایمن	$\frac{\text{تعداد جلسات تشکیل شده}}{\text{تعداد جلسات پیش بینی شده}} \times 100$
درصد حضور مدعوین در جلسات کمیته جامعه ایمن	$\frac{\text{تعداد مدعوینی که در جلسه حضور داشتند}}{\text{تعداد کل مدعوین}} \times 100$
درصد اجرای مصوبات کمیته جامعه ایمن	$\frac{\text{تعداد مصوبات اجرا شده}}{\text{تعداد کل مصوبات}} \times 100$
درصد اجرای برنامه عملیاتی بر اساس جدول گانت	$\frac{\text{تعداد برنامه های اجرا شده در محدوده زمانی مشخص جلسات}}{\text{تعداد برنامه های پیش بینی شده}} \times 100$

برخی شاخصهای ارزشیابی برنامه جامعه ایمن :

لازم به ذکر است که بررسی روند شاخصهای زیر در طول زمان میتواند نمایانگر تاثیر مداخلات باشد.

الف) شاخصهای ابتلا و مرگ و میر :

عنوان شاخص	نحوه محاسبه شاخص
میزان بروز مصدومیت ناشی از حادثه معین یا مجموعه ای از حوادث	$\frac{\text{تعداد موارد مصدومیت ناشی از حادثه معین یا مجموعه ای از حوادث}}{10^n} \times 10^n$ متوسط جمعیت
میزان بروز اختصاصی سنی، جنسی ناشی از حادثه معین یا مجموعه ای از حوادث	$\frac{\text{تعداد مصدومیت ناشی از حادثه معین یا مجموعه ای از حوادث در گروه سنی، جنسی}}{10^n} \times 10^n$ متوسط جمعیت همان گروه سنی، جنسی
میزان بروز اختصاصی بر حسب محل یا منطقه ناشی از حادثه معین یا مجموعه ای از حوادث	$\frac{\text{تعداد مصدومیت ناشی از حادثه معین یا مجموعه ای از حوادث در محل یا منطقه خاص}}{10^n} \times 10^n$ متوسط جمعیت
میزان بروز مرگ و میر ناشی از حوادث	$\frac{\text{تعداد مرگهای ناشی از انواع حوادث}}{n}$ متوسط جمعیت
میزان کشندگی حوادث	$\frac{\text{تعداد مرگهای ناشی از حوادث در طول سال}}{\text{تعداد کل مصدومین در طول سال}} \times 10^n$

ب) شاخصهای ناتوانی :

عنوان شاخص	نحوه محاسبه شاخص
میزان بروز معلولیت ناشی از حوادث	$\frac{\text{تعداد معلولیت جدید ناشی از حوادث در طول سال}}{10^n} \times 10^n$ متوسط جمعیت سال

توجه :

شاخصهای فوق را می توان به صورت اختصاصی نیز محاسبه نمود. یعنی به منظور ارزیابی مداخلات انجام شده در هر یک از گروههای سنی، جنسی و هر یک از محلها (مدارس، منازل، معابر ترافیکی و ...) میزان شاخصهای ابتلا، مرگ و میر و ناتوانی را در هر قسمت محاسبه نمود.

ج) شاخصهای ایمنی محیطی:

عنوان شاخص	نحوه محاسبه شاخص
------------	------------------

$100 \times \frac{\text{از کسب شده از چک لیست بررسی وضعیت ایمنی هر محیط}}{\text{کل امتیاز چک لیست}}$	درصد ایمنی اماکن مختلف (مدارس، مهد کودکها، پارکها و...)
--	--

فصل هفتم

شاخص شماره ۶: حضور مستمر و به موقع در شبکه ملی و بین المللی جامعه ایمن

شناسایی مراکز فعال ملی و بین المللی جامعه ایمن و برقراری تعامل و ارتباط با آنها و استفاده از تجارب و پژوهشهای انجام گرفته و حضور در همایشها و کنفرانسهای علمی از راههای تحقق این شاخص است .

فصل هشتم

سایر برنامه های حمایتی در برنامه جامعه ایمن

اهداف:

آشنایی با مفهوم مشارکت جامعه

اشنایی با نحوه جلب مشارکت و توانمند سازی مردم در برنامه جامعه ایمن

اشنایی با مستند سازی در برنامه جامعه ایمن

اشنایی با فرمهای پیشنهادی در برنامه جامعه ایمن

مفهوم مشارکت جامعه:

یکی از اهداف ارتقاء سلامت، توانمندسازی شهروندان برای قادر سازی آنها به درک اطلاعات و انتخاب گزینه های سلامتی است که با آنها روبرو می شود و نیز برای قادر سازی آنها به تصمیم گیری صحیح می باشد. برنامه های ارتقاء سلامت نباید مردم را به بازی بگیرد، تحت فشار قرار دهد یا مجبور کند بلکه باید مشکلات مؤثر شهروندان و محلات شهر را برای اتخاذ تغییرات آگاهانه، داوطلبانه و رضایت مندانه جلب کند تنها در این صورت است که دستیابی به اهداف غائی سلامت رخ خواهد داد. در حال حاضر بسیاری از برنامه ها به عنوان فرایندهایی از بالا به پایین و غیرمشارکتی تعریف می شوند و شهروندان را درگیر فعالیتهایی می سازند که توسط دیگران تعریف شده اند حتی

اگر چنین فعالیتهایی به طور کامل مطابق با نیازهای بیان شده توسط آنها نباشد. در ذیل جدول براگرد و اسپیج سطوح مختلف مشارکت مردم را نشان می دهد.

درجه	اقدام شهروندان (شرکا)	سازمان (مجری)
مشارکت 	شهروندان اقدامی نمی کنند.	سازمان به شهروندان چیزی نمی گوید.
	شهروندان اطلاعات دریافت می کنند.	سازمان برنامه ای طراحی می کند و آن را اعلام می کند. هدف از فراخوان شهروندان، اطلاع رسانی به آنها می باشد و اطاعت شهروندان مورد انتظار است.
	شهروندان مشورت می کنند.	سازمان سعی در ترویج یک برنامه و توسعه حمایت از آن برای تسهیل پذیرش آن یا تأیید برنامه توسط شهروندان دارد بنابراین اطاعت اجرایی و اداری از برنامه مورد انتظار می باشد.
	شهروندان راهنمایی می کنند.	سازمان برنامه ای را اعلام می کند و جویای نظرات شهروندان درباره آن می شود. با این کار سازمان آماده می شود تنها در موارد کاملاً ضروری برنامه اش را تعدیل کند.
	شهروندان در برنامه ریزی مشارکت می کنند.	سازمان برنامه مقدماتی خود را برای تغییر ارائه می دهد و توصیه های مؤثر شهروندان را درباره برنامه می پذیرد .
	شهروندان دارای مقام نمایندگی هستند.	سازمان مشکلی را تعیین و به شهروندان اعلام می کند. محدودیت ها را تعریف می کند و از شهروندان می خواهد که مجموعه ای از تصمیماتی که می توان در برنامه اعمال نمود را اتخاذ کنند .
	شهروندان دارای کنترل هستند.	سازمان از شهروندان می خواهد که مسایل را تعیین کنند و در مورد اهداف نهایی و اصلی برنامه تصمیم گیری کنند. چنین کاری به شهروندان کمک می کند که در هر مرحله ای برای تحقق اهداف نهایی خود، حتی توسعه کنترل اجرایی اشان بر برنامه اقدام نمایند .
بالا		

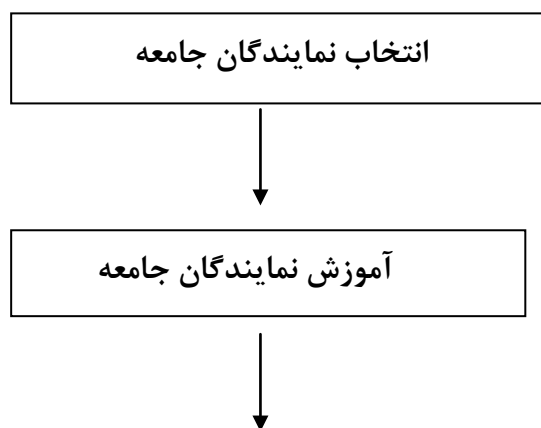
نتایج حاصل از مشارکت جامعه:

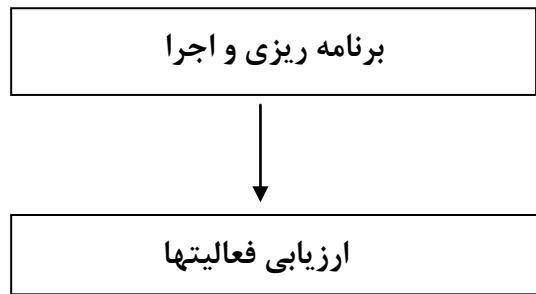
با توجه به مطالب ذکر شده می توان گفت که دخالت دادن مردم در تصمیم گیریها میتواند نتایج زیر را در بر داشته باشد:

- توانمند سازی جامعه از طریق در گیر نمودن آنها در برنامه های اجتماعی
- افزایش حس مالکیت در برنامه های اجتماعی ودر نتیجه مشارکت بیشتر در اجرای وظایف شهروندی
- پایداری برنامه به دلیل استقرار همزمان مدیریت مردم و دولت(مدیریت پایین به بالا و بالا به پایین)

- افزایش احساس خود باوری و خود اتکایی در سطح جامعه
- دستیابی راحت تر به نیازهای واقعی مردم وانطباق مداخلات با ظرفیتهای جامعه
- کاهش هزینه های دولت

فلوچارت نحوه جلب مشارکت و توانمند سازی مردم در برنامه جامعه ایمن





۱- انتخاب نمایندگان از بین مردم:

در مرحله اول لازمست به منظور ایجاد زمینه حضور مردم در برنامه نمایندگانی از جامعه انتخاب شوند انتخاب این افرادی تواند با همکاری واحد جلب مشارکت مردمی مستقر در مراکز بهداشت شهرستانهاگروههای مردم نهاد و شورای شهر زیر نظر کمیته جامعه ایمن انجام می گیرد. این افراد باید حداقل شرایط زیر را داشته باشند: داوطلب باشند، ساکن منطقه بوده، مورد قبول و اعتماد مردم، دارای روابط اجتماعی بالا و ترجیحاً سابقه فعالیت در برنامه های مشارکتی را داشته باشند.

۲ - آموزش نمایندگان:

پس از انتخاب افراد، آموزش و توجیه آنها با هدف آشنا سازی با مفهوم برنامه، فلسفه، رویکرد، اهداف و اهمیت مشارکت مردم از طریق دبیرخانه کمیته جامعه ایمن صورت خواهد پذیرفت.

۳- برنامه ریزی و اجرا:

برنامه ریزی در مورد شرح وظایف و شیوه عملکرد نمایندگان با تعامل و توافق دبیرخانه و نمایندگان انجام میگردد. مهمترین شرح وظایفی که می توان برای این افراد در نظر گرفت شامل: برقراری ارتباط با مردم، اطلاع رسانی و آشناسازی مردم با برنامه، نظر سنجی از مردم، شناسایی ظرفیتهای، امکانات و مشکلات منطقه و اولویت بندی آن، نیازسنجی آموزشی، شناسایی نقاط حادثه خیز و پرخطر، شناسایی نیروی انسانی ماهر و جلب همکاری آنها در برنامه ها و در نهایت و از همه مهمتر، تصمیم گیری در مورد نیازها، اولویتهای و شیوه اجرای مداخلات با همکاری و حضور فعال مردم منطقه تحت پوشش است.

۴- ارزیابی برنامه: بر اساس مطالب فصل ۶ توسط دبیرخانه با همکاری نمایندگان مردم صورت خواهد پذیرفت.

توضیح:

-تعامل کامل بین نمایندگان و دبیرخانه و حضور یک نماینده منتخب در جلسات از ضروریات استمرار و موفقیت برنامه است.

-نیاز سنجی، اولویت بندی و سایر برنامه ها باید به صورت علمی و تحت نظارت افراد صاحب نظر باشد.

مستند سازی :

مستند سازی در حقیقت فرایند جمع آوری اطلاعات به صورت مستمر و منظم به منظور برنامه ریزی بهتر می باشد. این موضوع در برنامه جامعه ایمن اهمیت ویژه ای دارد و روند ارزشیابی برنامه را تسهیل می کند و میتواند به ترویج برنامه و جلب مشارکت عمومی کمک نماید.

در ذیل برخی از مواردیکه در برنامه جامعه ایمن لازمست مستند سازی شود شرح داده شده است:

- عکس قبل و بعد از اعمال مداخلات در محیط ها

- عکس و گزارش برنامه های اجرایی و آموزشی

- صورتجلسات

- مستندات آماری

- گزارش نظارتها

تاریخ:	مکان برگزاری جلسه:
--------	--------------------

- گزارش بازدیدها

- مستندات مربوط به تحقیقات

- چک لیستهای تکمیل شده

- نمونه فرمها و نشریات

دستور کار جلسه:

۱-

۲-

۳-

ردیف	مصوبات	تعداد مصوبات	تعداد مدعوین
------	--------	--------------	--------------

مصوبات

ردیف	عنوان مصوبه	مسوول پیگیری	مهلت پیگیری
۱-			
۲-			
۳-			
۴-			
۵-			
۶-			
۷-			
۸-			
۹-			
۱۰-			

تعداد ادارات مدعو:

تعداد حاضرین:

تعداد غائبین:

تاریخ، زمان و مکان جلسه بعد:

صور تجلسه کمیته جامعه ایمن

غائبین	حاضرین در جلسه	کل مدعوین	اجرا نشده	در دست اقدام	اجرا شده بعد از موعد مقرر	اجرا شده در موعد مقرر	کل مصوبات	عنوان زیر کمیته	تاریخ تشکیل جلسه	

تعداد جلسات پیش بینی شده :

تعداد جلسات برگزار شده :

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده

امضاء

منابع:

www.who.int/violence_injury_prevention

نقوی، محسن- همه گیر شناسی آسیبهای ناشی از علل خارجی حوادث - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی -
سال ۱۳۸۳

مغیثی، علیرضا- جامعه ایمن- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- سال ۱۳۸۲

زارع، محمد- راهکارهای محلی و ملی برای پیشگیری از حوادث و آسیبها- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی -
سال ۱۳۸۳

نقوی، محسن، همه گیر شناسی آسیبهای ناشی از علل خارجی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۱

بهشتیان، مریم- ابتکارات جامعه محور (CBI)- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- سال ۱۳۸۸

امیر خانی، محمد امیر و همکاران- راهنمای توانمندسازی شهروندان و محلات شهر برای ارتقا سلامت- وزارت
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۷

زارع، محمد- راهنمای مراقبت از آسیبها- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- سال ۱۳۸۲

سعید، آصف زاده - ده گام پژوهش در سیستمهای بهداشتی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- سال ۱۳۸۱

دستورالعمل کشوری جامعه ایمن- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- سال ۱۳۸۳

گزارش جهانی who حوادث ترافیکی ۲۰۰۴

Guideline for conducting community surveys on injuries and violence, Sethi
WHO& Centers for Disease and Prevention Atlanta USA 2005