



بیت

# پودہ کالا

بن لاش

بیت

تہ پذیرم آنچہ کہ آفت و زخم میرم

دسیری

تہ پذیرم آنچہ کہ آفت و زخم میرم

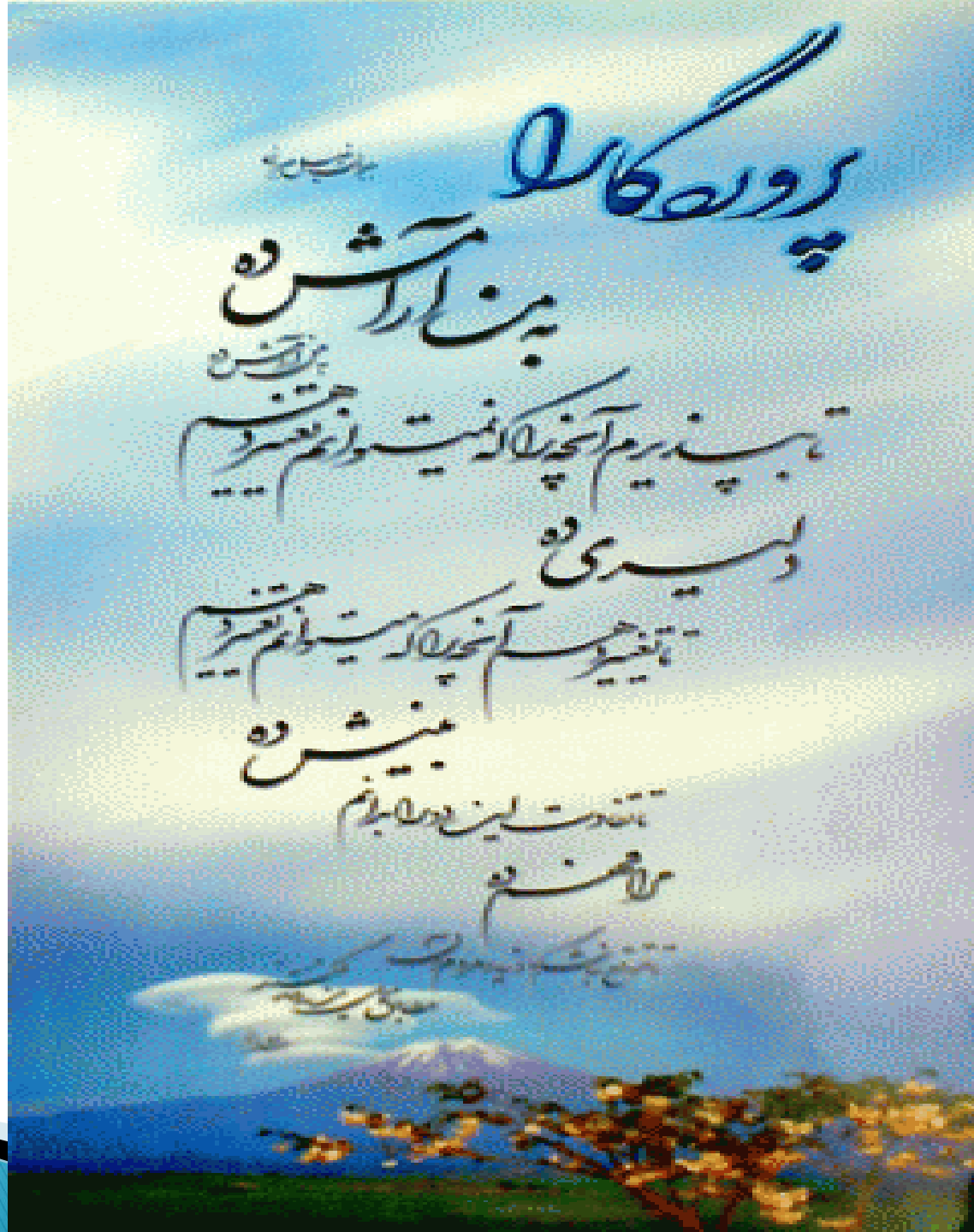
میش

تندست لین دودہ بزم

مرا مہنم

تہ پذیرم آنچہ کہ آفت و زخم میرم

سین



# نوجوانان دنیا

- در دنیا از هر ۶ نفر یک نفر نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله است (حدود ۱.۲ میلیارد نفر)
- در سال ۲۰۱۲ حدود ۱.۳ میلیون نوجوان از بین رفتند که علت اغلب مرگ ها عوامل قابل پیشگیری و قابل درمان بودند
- علت عمده مرگ در این سن سوانح و حوادث جاده ای بوده است ( ۳۳۰ مرگ در روز )
- از دیگر علل شایع HIV، خودکشی و عفونتهای دستگاه تنفس تحتانی و خشونت های بین فردی بوده است
- شروع نیمی از بیماریهای روانی در بزرگسالی تا سن ۱۴ سالگی است که عمدتاً در آن سنین شناسایی و درمان نشده اند

گروه سنی	جمعیت	درصد	۵-۱۴ سال	۵-۱۹ سال	۵-۲۴ سال	۵-۲۹ سال
۵-۹	۵۵۰۹۰۵۷	۷/۸	۱۷/۳ درصد	۲۹/۷ درصد	۴۲/۵ درصد	۵۲/۷ درصد
۱۰-۱۴	۶۷۰۸۵۹۴	۹/۵				
۱۵-۱۹	۸۷۲۶۷۶۱	۱۲/۴				
۲۰-۲۴	۹۰۱۱۴۲۲	۱۲/۸				
۲۵-۲۹	۷۲۲۴۹۵۲	۱۰/۲				
جمعیت کل کشور	۷۰۴۹۵۷۸۲					

برآورد جمعیت ۶ تا ۱۸ سال کل کشور به تفکیک سن و جنس و مناطق شهری و روستایی و غیر ساکن در سال ۱۳۹۳  
 گزارش مرکز آمار ایران

نقاط روستایی و غیر ساکن (به هزار)			نقاط شهری (به هزار)			جمع (به هزار)			سن
زن	مرد	مردوزن	زن	مرد	مردوزن	زن	مرد	مردوزن	
720	753	1,473	1,586	1,671	3,256	2,306	2,423	4,729	سال 6-9
815	854	1,670	1,906	1,992	3,898	2,722	2,846	5,568	سال ۱۰-۱۴
695	733	1,429	1,556	1,616	3,172	2,252	2,350	4,602	15-18 سال
2,230	2,340	4,572	5,049	5,279	10,327	7,280	7,619	14,900	18-6 سال

## محاسبه تعداد نوجوانان غیر دانش آموز

<b>براساس اطلاعات دریافتی از واحد نوجوانان و مدارس وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش</b>	<b>براساس اطلاعات دریافتی از مرکز آمار ایران و وزارت آموزش و پرورش</b>
۲۳۳۲۰۶۵	۱۶۰۶۲۱۷

## اهمیت پرداختن به سلامت نوجوانان و جوانان

- \* بیش از ۱/۳ جمعیت کشور
- \* وجود امکان اصلاح رفتار در این گروه سنی
- \* امکان اصلاح رفتار و شیوه زندگی در جامعه
- \* هزینه اثر بخش بودن مداخلات
- \* امکان حفظ و ارتقای سلامتی نیروی مولد جامعه

# ۷ حیطه رفتار پرخطر در نوجوانان و جوانان

- ۱- رفتارهای تغذیه ای ناسالم
- ۲- کم تحرکی
- ۳- مصرف دخانیات
- ۴- اختلالات سلامت روان
- ۵- رفتار جنسی پرخطر
- ۶- صدمات غیر عمدی و خشونت
- ۷- مصرف الکل و مواد مخدر



# حاملگی و زایمان های زودرس



- نزدیک به ۱۶ میلیون دختر ۱۵ تا ۱۹ ساله هر سال زایمان می کنند که این ۱۱ درصد کل زایمان ها در سال است .
- اکثر حاملگی های نوجوانان در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد .
- ریسک مرگ و میر ناشی از بارداری و عوارض آن در سنین نوجوانی بیشتر است . قوانینی که برای ازدواج در سنین پایین محدودیت وضع کند و دسترسی آسانتر به روشهای پیشگیری از بارداری همه راههایی است که می تواند حاملگی در این سنین را کاهش دهد .

# سوء تغذیه



- بسیاری از دختران و پسران در کشورهای در حال توسعه از سوء تغذیه رنج می برند و این موضوع آنها را به بیماریها و مرگ زودرس مستعد می کند و برعکس این وضعیت اضافه وزن و چاقی ابعاد دیگری از اختلالات تغذیه ای است که از مشکلات عمده سلامتی می باشد و هم در کشورهای پردرآمد و هم در کشورهای فقیر در حال افزایش است.
- تغذیه کافی و سالم به همراه تحرک بدنی عاداتی هستند که برای رسیدن به یک وضعیت سلامتی مناسب در بزرگسالی زیربنایی می باشند

# سلامت روان



- حداقل ۲۰ درصد از افراد جوان بعضی از اختلالات روانی مثل افسردگی، اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد، اقدام به خودکشی و با اختلالات خوردن را تجربه کرده اند.
- در صورتیکه اگر یک سیستم بهداشتی و خدمات مشاوره ای در خصوص مشکلات مربوط به دوران نوجوانی در دسترس باشد و پاسخگوی مشکلات این دوران باشد می توان سلامت روان نوجوانان را ارتقاء داد .

# استعمال دخانیات



- استعمال دخانیات در اغلب نقاط دنیا از دوران نوجوانی شروع می شود. امروزه بیش از ۱۵۰ میلیون نوجوان به نوعی استعمال دخانیات دارند و این رقم روز به روز در سراسر دنیا افزایش می یابد.
- قدغن کردن تبلیغات دخانیات، افزایش قیمت محصولات دخانی، وضع قوانین برای منع استعمال دخانیات عواملی هستند که باعث کاهش مصرف دخانیات می شوند.



# مصرف الکل



- در جوانان بسیاری از کشورها استعمال افراطی الکل روبه افزایش است که باعث کاهش کنترل فرد بر رفتار خود و افزایش رفتارهای پرخطر می شود . مصرف افراطی الکل علت اولیه بسیاری از آسیب ها از جمله تصادفات جاده ای و یا خشونتها و همچنین مرگ زودرس می باشد . کنترل و نظارت بر دستیابی به الکل یک راهکار مناسب برای جلوگیری از مصرف بی رویه الکل توسط جوانان و کاهش مصرف است . قدغن کردن تبلیغات الکل می تواند فشار همسالان را جهت مصرف الکل کاهش می دهد.

# خشونت



- خودکشی دومین علت مرگ در سنین ۱۵-۱۹ سال می باشد که به دنبال خشونت در جوامع و خانواده ها می باشد .

- ارتقاءارتباطات بین والدین و فرزندان از همان روزهای اول زندگی ، رشد مهارتهای فرزندپروری ومهارتهای زندگی، کاهش دست یابی به الکل و مواد کشنده مثل اسلحه گرم همه عواملی هستند که می توانند از خشونت ها پیشگیری نماید .نوجوانان قربانی خشونت ، نیاز بیشتری به رسیدگی دارند .

# سوانح و حوادث جاده ای



- آسیب های غیر عمدی یک علت عمده مرگ و میر و معلولیت در نوجوانان است و آسیب های ناشی از تصادفات جاده ای، غرق شدگی و سوختگی از شایعترین انواع می باشند. طبق آمار میزان این آسیب ها در کشورهای در حال توسعه و همچنین خانواده های فقیر بیشتر است. فعالیتهای جوامع جهت ارتقاء ایمنی جاده ها ( مثل وضع قوانین ایمنی جاده ها البته اگر به خوبی اجرا شود) و آموزش همگانی خصوصا به افراد جوان در خصوص پیشگیری از غرق شدگی، سقوط و یا سوختگی همه عواملی هستند که می توانند بروز حوادث را کاهش دهند.



# پاسخ های سازمان جهانی بهداشت



- بسیاری از چالش های سلامت نوجوانان بسیار به هم مربوط است و با مداخله موفقیت آمیز در یک مورد می توان آثار مثبت آن را در سایر موارد نیز مشاهده کرد . سازمان جهانی بهداشت کشورها را به طرق زیر پشتیبانی می کند :
- جمع آوری ، آنالیز و به کار گیری داده های سلامت نوجوانان به منظور حمایت و تایید سیاستگزاری ها
- توسعه حمایت های مبتنی بر شواهد و برنامه هایی که سلامت نوجوانان را ارتقا دهد
- افزایش دسترسی و استفاده نوجوانان از خدمات بهداشتی
- تقویت مشارکتها از طریق آموزش ها و مدیا ها جهت بهبود سلامتی نوجوانان



بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت شیوع (درصد) برخی از ریسک فاکتورهای مهم مرتبط با بیماری‌های مزمن در ایران، منطقه مدیترانه شرقی و جهان در سال 2008

جهان*			منطقه مدیترانه شرقی			ایران			ریسک فاکتورهای رفتاری و متابولیک
کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	
30.9	33.9	27.9	41.9	47.6	36.4	37	47	27.1	فعالیت فیزیکی ناکافی در سنین 15 سال و بالاتر (استاندارد شده بر اساس سن)
12.1	14	10	18.7	24.5	13	21.6	29.5	13.6	چاقی ( $BMI \geq 30$ ) (استاندارد شده بر اساس سن)
34.5	35.5	33.8	46	50.5	41.7	55	61	48.8	اضافه وزن ( $BMI \geq 25$ ) (استاندارد شده بر اساس سن)



## کاسپین ( Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Non-communicable disease)

با توجه به تداوم رفتارها و عوامل خطرزای مرتبط با بیماری ها از دوران کودکی و نوجوانی تا سنین بزرگسالی، تدوین یک نظام مراقبت جهت پایش موارد فوق می تواند داده های مبتنی بر شواهد در اختیار مسئولین و سیاستگذاران در امر بهداشت و سلامت قرار داده این نظام همچنین قادر خواهد بود روند رفتارها و عوامل خطرزا در طول زمان را ثبت نماید و زمینه ای برای فعالیتهای جهت دار برای پیشگیری ابتدائی و اولیه از بیماریهای غیرواگیر در سطح کشور فراهم آورد. در حال حاضر، برنامه های سازمان جهانی بهداشت در راستای برقراری نظام مراقبت سلامت دانش آموزان در بسیاری از کشورها و از جمله کشورهای منطقه در بسیاری از کشورها و از جمله کشورهای منطقه EMRO در حال اجراست. مطالعه ی حاضر با استناد به این برنامه بین المللی به مورد اجرا در آمده است.

## Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Non-communicable disease 4)

درصد	جمعیت به تفکیک مقطع تحصیلی
43.2	ابتدایی
27.3	راهنمایی
29.5	متوسطه

- ۱۳۴۸۶ دانش آموز
- ۵۰.۸ درصد پسر
- ۴۹.۸ دختر

## نمایه توده بدنی (BMI) دانش آموزان مورد بررسی براساس معیار WHO

درصد	فراوانی	
12	1621	کم وزن (لاغر)
56/5	8830	طبیعی
9/5	1287	اضافه وزن
11/7	1584	چاق
98/8	13322	جمع کل (بدون احتساب Missing ها)
1/2	164	Missing

# میزان شیوع چاقی شکمی

• ۱۹ درصد در کل جمعیت مطالعه

• به تفکیک منطقه

-در مناطق شهری ۲۱

-در مناطق روستایی ۱۲.۷

• به تفکیک جنس

-پسران ۲۰.۲ درصد

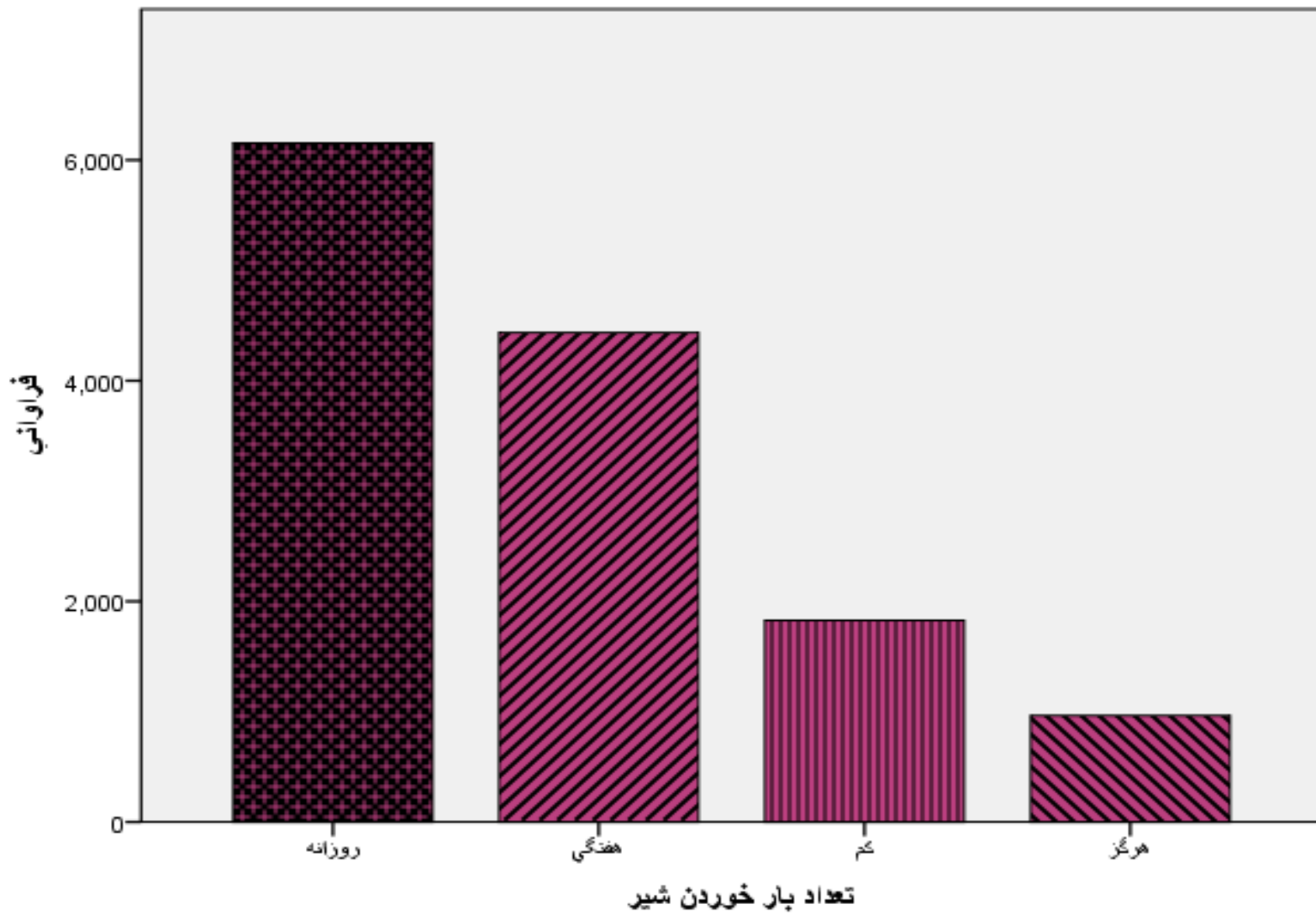
- دختران ۱۷.۶ درصد

\* به تفکیک منطقه

-در مقاطع تحصیلی ابتدایی ۱۸

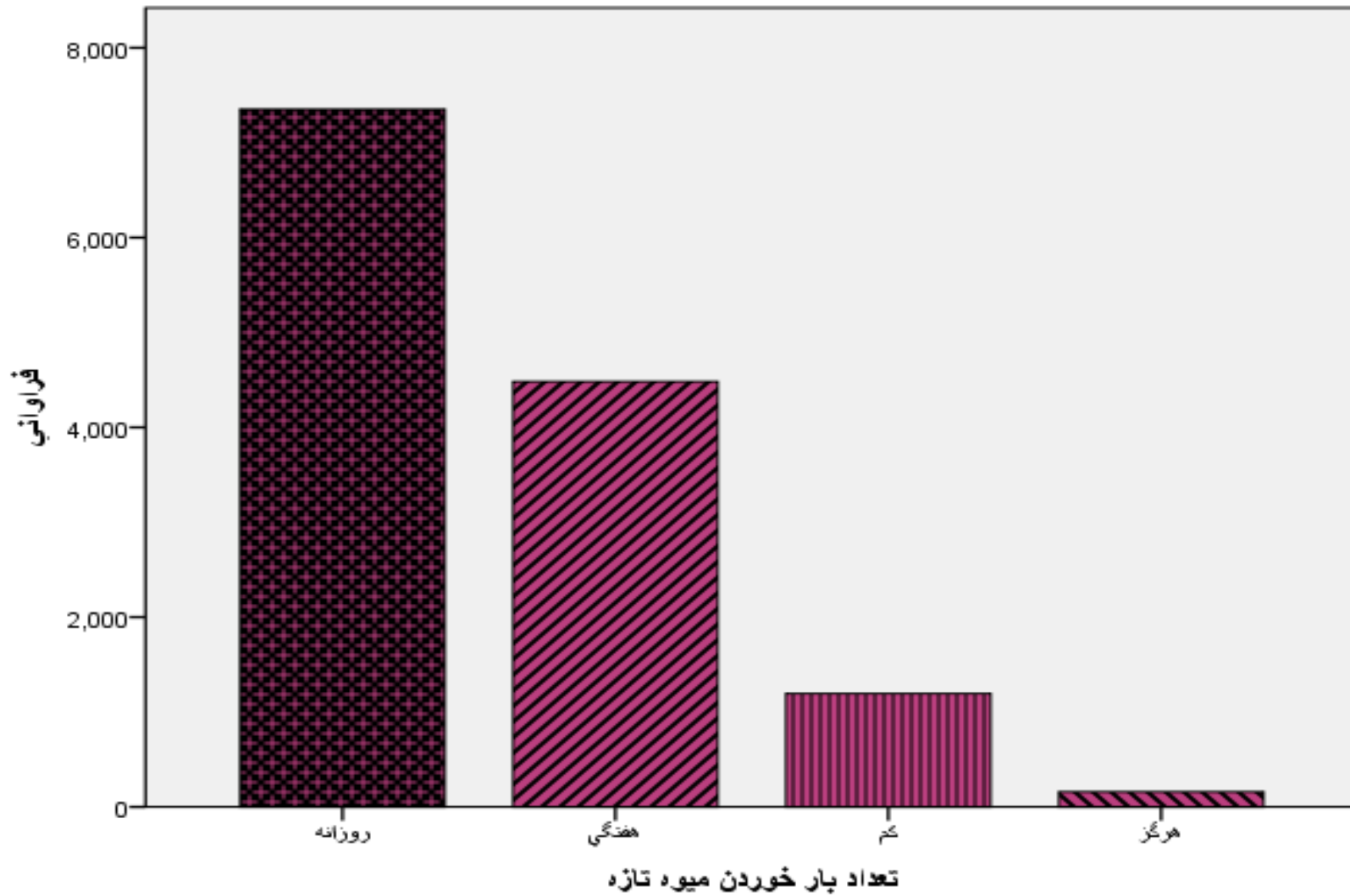
-در مقطع تحصیلی متوسطه اول ۲۰.۶

- در مقطع متوسطه دوم ۱۸.۵



درصد	تعداد بار مصرف پفک و چیپس و چوب شور
12.5	روزانه
38.5	هفتگی
37.1	به ندرت
13.6	هرگز

# فراوانی انواع پاسخ به سوال "تعداد بار مصرف میوه تازه"





جدول درصد فراوانی دانش آموزان مقاطع مختلف تحصیلی که در 7 روز هفته 30 دقیقه فعالیت بدنی داشته اند .

درصد دانش آموزان	مقطع تحصیلی
21.9	دانش آموزان ابتدایی
15.6	دانش آموزان راهنمایی ( متوسطه اول)
14.4	دانش آموزان دبیرستانی ( متوسطه دوم ) (

درصد فراوانی دانش آموزان مقاطع مختلف تحصیلی که در هیچ روز از ایام هفته حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی نداشته اند

مقطع تحصیلی	درصد دانش آموزان
دانش آموزان ابتدایی	5.4
دانش آموزان راهنمایی (متوسطه اول)	9.2
دانش آموزان دبیرستانی (متوسطه دوم)	13.3

درصد فراوانی پاسخ دانش آموزان در مقاطع مختلف به سؤال "هرروز غالبا" حدود چند ساعت در اوقات آزاد خود تلویزیون ( ویا ویدئو ) نگاه می کنید ؟ در روزهایی که به مدرسه می روید؟ "

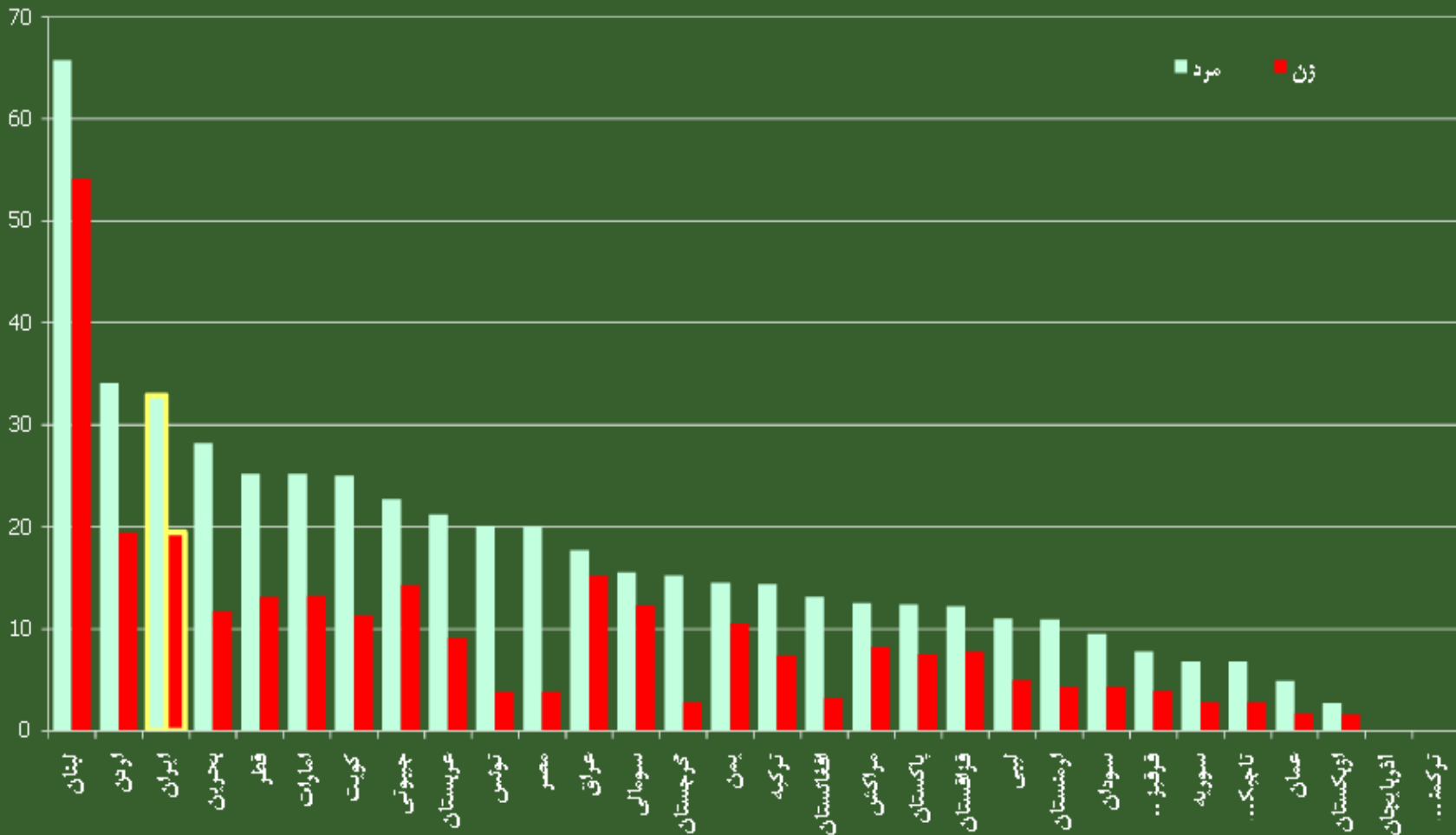
در صد دانش آموزان	مقدار زمان صرف شده هنگام نشستن پای تلویزیون یا ویدئو ( کامپیوتر )
3/5 درصد	اصلا"
17/6 درصد	یک ساعت در روز
24 درصد	دو ساعت در روز
22/6 درصد	سه ساعت در روز
30/4 درصد	چهار ساعت در روز یا بیشتر

در پاسخ به این سؤال که " آیا در مدرسه شما  
بطور مرتب کلاس ورزش تشکیل می شود ؟  
"

مقطع تحصیلی	درصد دانش آموزان
دانش آموزان ابتدایی	۹/۳
دانش آموزان راهنمایی ( متوسطه اول)	۱۷
دانش آموزان دبیرستانی ( متوسطه دوم ) (	۳۲/۱

# شیوع استفاده از هر شکل دفانیات در افراد 13 تا 15 سال (درصد)

Zoom Out



● **۵.۹** درصد بچه ها دخانیات مصرف کرده اند

● **زمانی که اولین بار ماده دخانی مصرف کردید  
چند سال داشتید؟**

● میانگین آن در مناطق شهری **11.98** سال و در  
مناطق روستایی **10.58** گزارش شد.

● این عدد در پسران **۱۱.۹** و دختران **۱۱.۴** سال  
محاسبه گردید.

# آیا در حال حاضر مواد دخانی مصرف می کنید؟

درصد	فراوانی	
2.6	349	بلی
93.7	12638	خیر
96.3	12990	جمع کل (بدون احتساب Missing ها)
3.7	499	Missing

## ضرورت اجرای برنامه بهداشت مدارس

- کثرت و انبوهی جمعیت در برگیرنده خدمات
- آسیب پذیری افراد تحت پوشش برنامه
- اهمیت آموزش بهداشت در مدارس
- آمادگی و پذیرش بیشتر دانش آموزان برای یادگیری
- در دسترس بودن عوامل آموزشی به حد کافی
- سهولت عرضه خدمات و اجرای بهتر برنامه با حضور موظف دانش آموزان
- بسط و تعمیم مسائل آموزشی از راه ارتباط دانش آموز با اعضاء خانواده
- سرعت بخشیدن به جریان حرکت جامعه آینده با آگاهی و تقویت باورهای دانش آموزان



# برنامه های سلامت نوجوانان و مدارس

- معاینات دوره ای دانش آموزان

پرونده الکترونیک مدرسه

- مدارس مروج سلامت

- غربالگری فصلی پدیکلوز در مدارس ابتدایی و متوسطه اول

- واکسیناسیون توام در متوسطه اول

- آموزش بلوغ و باروری

- آموزش سلامت در مدارس

- پیشگیری از سوانح و حوادث در مدارس - ایمنی مدارس

- پیشگیری از رفتارهای پر خطر در دانش آموزان (طرح تحرک بدنی، بوفه سالم و طرح کاسپین)

هدف کلی: تامین، حفظ و ارتقا سلامت گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال

اهداف اختصاصی:

۱. افزایش پوشش و ارتقا کیفیت ارائه خدمات سلامت به گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال به منظور:

شناسایی به موقع اختلالات جسمی و روانی در گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال و انجام مداخلات لازم به

منظور کاهش بار بیماری ها و اختلالات در این گروه سنی

شناسایی عوامل خطر محیطی موثر بر سلامت گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال و انجام مداخلات لازم به

منظور رفع آن ها

۲. ارتقاء سطح آگاهی گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال در ابعاد مختلف سلامت به منظور کاهش عادات و

رفتارهای تهدید کننده سلامت فردی و اجتماعی

# معاینات دانش آموزی

- شناسنامه سلامت دانش آموز شامل اطلاعات مشخصات فردی و خانوادگی و وضعیت ایمن سازی است و بعد در دو مرحله توسط کارشناسان بهداشتی و پزشک مورد ارزیابی مقدماتی و تکمیلی قرار می گیرند.
  - این معاینات شامل پایش رشد دانش آموز و رسم نمودارهای مربوط به پایش رشد و نمایه توده بدنی می باشد . همچنین وضعیت بینایی و شنوایی ( توسط بینایی سنج و شنوایی سنج) -اختلال گفتاری، اوتیسم، آمادگی تحصیلی ( توسط نیروهای متخصص )، معاینه جلدی ( رشک و شپش )، معاینه دهان و دندان ، اختلالات رفتاری و بررسی بیماریهای نیازمند مراقبت ویژه می باشد.
- معاینات پزشک عمومی نیز شامل : بررسی وضعیت عمومی (آنمی، سیانوز و گال ) پوست و مو، غدد، چشم، گوش و حلق و بینی، ستون فقرات و اندام ، شکم، قلب و عروق ، قفسه سینه، ریه ، معاینه ادراری -تناسلی، سایکولوژی ، نورولوژی و بررسی روند بلوغ و اندازه گیری فشارخون می باشد.
- این ارزیابی ها در پایگاههای سنجش و مراکز بهداشتی - درمانی انجام می شود.**

# مدارس مروج سلامت

امروزه سرمایه گذاری بر روی سلامت جوانان و نوجوانان در محیط های آموزشی به عنوان یکی از مهمترین مداخلات نظام های سلامت مطرح بوده به نحوی که این مهم در قالب یک برنامه فراگیر به نام "مدارس مروج سلامت" (HPS) در حوزه ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) توصیه شده است.



مدارس مروج سلامت



برسئله

## توافقنامه

امروزه سلامت مردم یکی از چالش های عمده کشورهاست. تغییر در شیوه زندگی و نابودی محیط زیست همه را تحت تاثیر قرار داده است. بیماری هایی مانند سرطان، بیماری های قلبی، دیابت و ایدز در حال افزایش هستند. بسیاری از این بیماری ها و اختلالات از طریق آموزش، ارتقای سلامت و اقدام های حمایتی قابل پیشگیری است. کودکان و نوجوانانی که با آموزش کافی، رژیم غذایی متعادل، مکان سالم و امن برای بازی و تفریح و حمایت عاطفی برای رشد شخصیتی، تکامل می یابند برای مواجه با چالش های آینده زندگی آماده تر هستند. یک جوان آگاه و مطلع، عزت نفس بالایی دارد. این جوان از سیگار، مواد مخدر و الکل دوری می جوید و توانایی حل مسئله را در شرایط دشوار زندگی داراست. باید اطمینان حاصل شود که کودکان فرصت و حمایت کافی برای پرورش رفتار سالم در محیط های حامی سلامت را دارند. دانش آموزشی که شیوه زندگی سالم را می آموزند به احتمال زیاد در طول زندگی خود به آن پایبند خواهند بود و این چیزی است که در مدارس مروج سلامت مورد توجه است، توانمند شدن، قابلیت تصمیم گیری و انتخاب درست. بر این اساس توافقنامه راهبرد مشترک به منظور استقرار برنامه تا پایان برنامه پنجم توسعه به شرح ذیل تبیین می گردد.

۱. تدوین آیین نامه مدارس مجری طرح و ضوابط اعطای نشان به مدارس برگزیده
۲. همکاری دو وزارتخانه در ارزشیابی مدارس مجری برنامه مروج سلامت به منظور ارتقای برنامه در راستای کشوری نمودن برنامه
۳. همکاری و تبادل نظر در زمینه برآورده نمودن نیازهای آموزشی و پژوهشی نوجوانان و جوانان
۴. همکاری در زمینه بازمینی و تهیه و تدوین محتوای آموزشی دانش آموزان، والدین و کارکنان در برنامه مدرسه مروج سلامت
۵. نظارت بر اجرای مطلوب برنامه
۶. ارتقای کمی و کیفی شبکه داوطلبان سلامت دانش آموزان
۷. تلاش به منظور جلب حمایت مادی و معنوی سایر نهادها و وزارتخانه ها
۸. ارزیابی استان ها و تقدیر از استان های فعال توسط کمیته کشوری
۹. توسعه برنامه مدارس مروج سلامت در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان
۱۰. ارتقای کمی و کیفی پرونده سلامت مدارس
۱۱. ارتقای مهارتهای کارکنان در دو حوزه بهداشت و درمان و آموزش و پرورش در برنامه مدارس مروج سلامت
۱۲. ارتقای مهارتها و توانمند سازی دانش آموزان در برنامه مدارس مروج سلامت
۱۳. پی گیری مفاد تفاهم نامه منعقد شده در سال ۸۸
۱۴. ارتقای برنامه معاینات دانش آموزان
۱۵. استقرار نظام مراقبت پیشگیری از رفتارهای پرخطر در مدارس
۱۶. تدوین مداخلات به هنگام در پیشگیری از رفتارهای پرخطر در مدارس

دکتر حسین بابایی  
وزیر آموزش و پرورش

دکتر مهدی حسینی  
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

# برنامه مدارس مروج سلامت

اجزای ۸ گانه این برنامه عبارتند از:

1. خدمات سلامت روان و مشاوره ای در مدارس و پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز
2. بهبود تغذیه در مدارس
3. تمرک فیزیکی و فعالیت بدنی در مدارس
4. ارایه خدمات بالینی در مدارس
5. سلامت محیط در مدارس
6. برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس
7. مشارکت والدین و جامعه در برنامه ریزی ارتقای سلامت در مدارس
8. سلامت کارکنان مدرسه

# تاریخچه

- WHO - سال ۱۹۹۵ میلادی - برنامه جامع سلامت مدارس
- WHO - سال ۲۰۰۱ میلادی - مراقبت مدرسه محور
- WHO (EMRO) - سال ۲۰۰۵ میلادی - مدارس مروج سلامت در منطقه مدیترانه شرقی
- هم اکنون مدارس مروج سلامت در تمام کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت - منطقه مدیترانه شرقی به جز افغانستان و لیبی اجرا می شود .
- **بحرین:** از ۱۱ مدرسه شروع کرد و به ۵۰ مدرسه گسترش داد
- **مصر:** از یک مدرسه و سپس ۲۰ مدرسه و به تدریج تا ۲۰۰ مدرسه گسترش داده است .
- **ایران:** از سال ۱۳۸۸ در ۳ دانشگاه علوم پزشکی شروع شد و در سال ۱۳۸۹ در سراسر کشور و با ۷۰۰ مدرسه ادامه یافت و در سال ۱۳۹۰ به ۱۲۵۰۰ مدرسه گسترش یافت .

## انتظارات از دانشگاه ها در خصوص بازنگری برنامه

همکاری با تیم ارزشیابی و بازنگری برنامه به سرپرستی مشاور ملی و

### بین المللی در:

- جمع آوری و بررسی داده های مدارس مجری برنامه
- جمع آوری بررسی ها، پایان نامه ها و ... مرتبط با برنامه
- جمع آوری و بررسی کلیه مدارک و مستندات برنامه از ابتدا تا کنون
- بازدید از ۳۰٪ مدارس تعیین شده برای ارزشیابی و ارزیابی نحوه ی اجرای برنامه از طریق تکمیل مجدد چک لیست ها
- شناسایی مزایا، معایب، تهدید ها و فرصت های برنامه
- تهیه پیش نویس برنامه استراتژیک و برنامه عملیاتی تحت نظارت و راهنمایی مشاور



- **تشکیل** جلسه و بررسی پیش نویس تهیه شده توسط تیم مسئولین اجرایی، مشاور داخلی، ذینفعان برنامه و نهایی سازی آن تحت نظارت مشاور بین المللی
- **بازنگری** دستورالعمل اجرایی برنامه و اصلاح چک لیست ها ( توسط مسئولین اجرایی و مشاور) توسط تیم مسئولین اجرایی، مشاور داخلی، ذینفعان برنامه و نهایی سازی آن تحت نظارت مشاور بین المللی
- **اجرای** برنامه بازنگری شده در ۳۰٪ مدارس مجری برنامه ( توسط مسئولین ستاد کشوری، دانشگاهی و استانی)
- **ارزیابی** نحوه ی اجرای برنامه بازنگری شده و جمع آوری داده ها ( توسط مسئولین برنامه)
- **گسترش** برنامه و ارتقای کمی مدارس مروج سلامت در صورت تایید اثربخش بودن آن ( توسط مسئولین برنامه)

# برنامه پیشگیری از رفتارهای پرفطر نوجوانان

- سازمان جهانی بهداشت عواملی که سلامتی کودکان و نوجوانان را به مخاطره می اندازد را در ۷ میطه رفتاری پر فطر تقسیم بندی کرده، که عبارتند از: مصرف دفانیات، رفتار های تغذیه ای ناسالم، کم تحرکی، رفتار های مرتبط با صدمات غیر عمدی و فشنونت، مصرف الکل و سوء مصرف مواد، رفتار جنسی پر فطر، و اختلالات سلامت روان.
- بررسی دو سالانه رفتارهای مرتبط با سلامت (رفتارهای پر فطر) در دانش آموزان (مطالعه کاسپین)
- اداره سلامت نوجوانان و مدارس با توجه به شرایط منطقه ای، پیشنهاد سازمان های بین المللی و دفتر سیاستگذاری سلامت، تدوین چارچوب مداخلات در زمینه فعالیت بدنی مناسب را آغاز کرده است.

هدف کلی: ارتقای فعالیت بدنی نوجوانان

هدف اختصاصی: تدوین چارچوب اجرایی جهت افزایش فعالیت بدنی دانش آموزان

# برنامه مراقبت مرگ نوجوانان

- با توجه به آمار سیمای مرگ کشور (سال ۸۹-۸۵)، ۵ علت اول مرگ گروه هدف عبارتند از:
  - ۱- حوادث (در گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال حوادث مربوط به حمل و نقل ۳۳/۲۲ درصد و در گروه سنی ۱۵ تا ۴۵ سال ۲۷/۸۵ درصد از کل را به خود اختصاص داده است)
  - ۲- سرطان ۳- ناهنجاری های مادرزادی ۴- لوسمی ۵- بیماری های دستگاه تنفس
- با توجه به رتبه اول علل مرگ در گروه هدف، مداخلات در دو سطح طراحی شده است:
  - \* در سطح دانشگاه ها: هر یک از دانشگاه ها بر اساس رتبه علل مرگ در دانشگاه خود اقدام خواهند کرد.
  - \* در سطح ستاد: ۱- برنامه پیشگیری از سوانح و حوادث با آموزش نکات ایمنی و انجام مداخلات لازم و ۲- به منظور جلوگیری از موربیدیتی ناشی از سوانح و حوادث، برنامه آموزش کمک های اولیه در حوادث و آموزش امیاء اولیه قلبی عروقی در دستور کار قرار گرفته است.

## مراقبت بیماری های نوجوانان

- یافته های حاصل از بررسی دو سالانه رفتارهای مرتبط با سلامت (رفتارهای پرخطر) در دانش آموزان نشان داد که ۹/۲۳ درصد از نوجوانان مورد بررسی جزء گروه در معرض خطر هستند (از نظر وجود سابقه بیماری های غیر واگیر مثل: هیپرتانسیون، دیس لیپیدمی، دیابت، چاقی، استئوپوروز، سکتة زودرس، مرگ ناگهانی و بیماری های بدخیم، در افراد خانواده).
- نتایج حاصل از مراقبت های دوره ای: درصد ابتلا به پدیکلوزیس در پایه های اول دوره های تحصیلی در کشور: ۱/۰۳۲ درصد و درصد فراوانی دانش آموزان نیازمند مراقبت ویژه (مبتلا به صرع، دیابت، آسم و ...) در پایه های اول دوره های تحصیلی کشور ۱/۲ درصد می باشد.
- با توجه به اهمیت بیماری های غیر واگیر، اداره سلامت نوجوانان و مدارس برای این گروه، شناسنامه سلامتی را طراحی و تدوین کرده است که علاوه بر فرم هایی که اطلاعات سلامت فرد در آن ثبت می گردد حاوی توصیه ها و مطالب آموزشی خود مراقبتی مرتبط با بیماری فرد می باشد.

# تاریخچه بهداشت مدارس در ایران

- سال ۱۲۹۰ هجری شمسی: مکتب خانه های قدیم ← مدارس جدید
- سال ۱۲۹۹ هجری شمسی: تشکیل مجلس حفظ الصحه مدارس
- سال ۱۳۰۴ هجری شمسی: تشکیل سازمان صحیه مدارس
- سال ۱۳۱۴ هجری شمسی: صحیه مدارس به عنوان یک واحد مشخص وابسته به وزارت معارف شد که دارای قسمتهای معاینات چشم دانش آموزان و آموزش بهداشت بوده است .
- سال ۱۳۱۵ هجری شمسی: صحیه مدارس ← بهداری آموزشگاه ها
- سال ۱۳۱۶ هجری شمسی : بهداری آموزشگاه ها به دانشکده پزشکی تهران وابسته شد
- سال ۱۳۱۸ هجری شمسی : از دانشکده پزشکی تهران منتزع و به وزارت فرهنگ وقت وابسته شد
- سال ۱۳۵۰ هجری شمسی: تاسیس اول آموزشگاه عالی بهداشت مدارس در دانشگاه تهران و تربیت ۵۰۰۰ مربی بهداشت مدارس
- سال ۱۳۵۷ هجری شمسی : مصوبه هیات وزیران و انتقال امور بهداشت آموزشگاه های کشور از وزارت فرهنگ به وزارت بهداری و بهزیستی وقت و تشکیل اداره کل بهداشت مدارس
- سال ۱۳۶۰ هجری شمسی: ادغام در اداره کل بهداشت مادرو کودک وزارت بهداری
- سال ۱۳۶۹ هجری شمسی : تاسیس اداره کل تغذیه و هماهنگی بهداشت مدارس در آموزش و پرورش و انتقال مراقبین به وزارت آموزش و پرورش

پس از گذشت

۲۵ سال.....



کسی نغمه خود خواند و از سخن رود!

همینند ما است!  
صحن بیکت

زندگی

صحن بیکت است!

باز نغمه مردم  
بسیارند بیاد!



When we wake up in the morning, we have two simple choices.  
Go back to sleep and dream, or wake up and chase those dreams.

Choice is yours...



**Thanks for your  
attention**

