



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

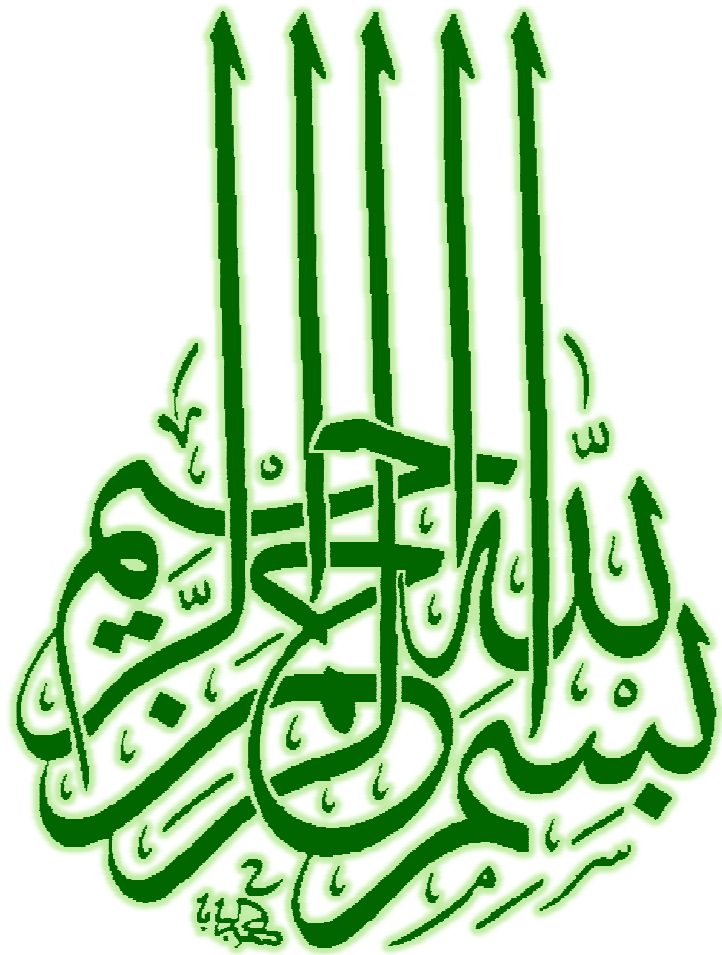
## دستور العمل اجرایی

**بیماریابی، پیشگیری و درمان بیماری سل با مشارکت**

**داوطلبان سلامت**

(براساس کتاب آشنایی با سل از مجموعه آموزشی داوطلبان سلامت محلات)

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر (اداره کنترل سل و جذام) / مرکز مدیریت شبکه (واحد مشارکت های مردمی)



**تهیه و تدوین:**

**دکتر مهشید ناصحی : رئیس اداره کنترل سل و جذام**

**دکتر سعید شرفی : کارشناس ارشد اداره کنترل سل**

**میترا توحیدی : کارشناس ارشد واحد مشارکت های مردمی**

**مریم فراهانی : کارشناس اداره کنترل سل**

**سهیلا طالقانی**

**زیر نظر:**

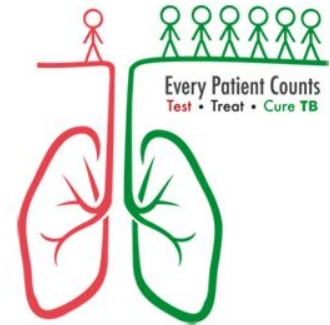
**دکتر محمد مهدی گویا : رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر**

**دکتر ناصر کلانتری : رئیس مرکز مدیریت شبکه**



## TB is Curable

هیچ مسلولی نباید از خدمات  
تشخیصی درمانی محروم بماند.



### دستور العمل اجرایی

## بیماریابی، پیشگیری و درمان بیماری سل با مشارکت داوطلبان سلامت

(براساس کتاب آشنایی با سل از مجموعه آموزشی داوطلبان سلامت محلات)

### نام مرکز / اداره:

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر (اداره کنترل سل و جذام) و

مرکز مدیریت شبکه (واحد مشارکت های مردمی)

**مقدمه و بیان مسئله:** یکی از مهمترین راهکارهای مبارزه و کنترل بیماری سل اطلاع رسانی و آموزش عموم مردم در زمینه علائم، راههای انتقال، اقدامات پیشگیری از بیماری و تشخیص و درمان به موقع و صحیح بیماران می باشد. براساس نتایج تحقیقات، آموزش چهره به چهره و آموزش در بین گروه های همسان، موثرترین روش برای اطلاع رسانی مطالب بهداشتی به عموم جامعه بوده و برگزاری جلسات متعدد و کم جمعیت که افراد در حین جلسات به بحث و تبادل نظر و انتقال تجربیات پرداخته و در ضمن مباحث، نکات آموزشی به آن ها ارائه شود اثر بخش تر می باشد؛ لذا در این راستا توقع می رود که معاون محترم بهداشتی با همکاری کارشناسان ذیربط از طریق تشکیل جلسات و کارگاه های آموزشی، گرد آوری اطلاعات و تهیه پسخوراند های لازم جهت ارزیابی برنامه، به این مهم نائل آیند.

## تعریف واژه :

**داوطلبان سلامت محلات :** اشخاصی هستند که جزء خانوارهای تحت پوشش هر مرکز/پایگاه/خانه بهداشت ارائه دهنده خدمت می باشند و بصورت داوطلبانه در جهت ارتقای سلامت خود، خانواده و محله خود با نظام سلامت همکاری می کنند.

**داوطلبان متخصص :** اشخاصی هستند که از سازمان ها، نهادها و ارگان های موثر در توسعه (نهیض سواد آموزی، کمیته امداد امام خمینی، شهرداری، جهاد کشاورزی، تربیت بدنی، آتش نشانی و...) بصورت داوطلبانه و سازماندهی شده در راستای توانمند سازی جامعه برای زندگی سالم و مولد با نظام سلامت همکاری می کنند.

### جدول زمان بندی طرح مداخله ای بیماریابی، پیشگیری و درمان بیماری سل با مشارکت داوطلبان سلامت

| ردیف | نوع فعالیت                                | هدف                                                                | مسئول اجرا                                                                      | زمان اجرا               |
|------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| ۱    | تشکیل جلسه با<br>معاون محترم بهداشتی      | توجیه و جلب حمایت از برنامه                                        | همهانگ کننده سل دانشگاه با<br>همکاری کارشناس دانشگاهی برنامه<br>مشارکتهای مردمی | نیمه اول بهمن<br>ماه ۹۳ |
| ۲    | برگزاری کارگاه آموزشی یک روزه             | تربیت مربی از کارشناسان رده<br>شهرستانی داوطلبان سلامت             | کارشناس دانشگاهی برنامه<br>مشارکتهای مردمی با همکاری<br>همهانگ کننده سل دانشگاه | نیمه اول بهمن<br>ماه ۹۳ |
| ۳    | برگزاری کارگاه آموزشی یک روزه             | تربیت مربی در بین داوطلبان<br>متخصص استانی                         | کارشناس دانشگاهی برنامه<br>مشارکتهای مردمی با همکاری<br>همهانگ کننده سل دانشگاه | نیمه اول بهمن<br>ماه ۹۳ |
| ۴    | تشکیل جلسه با رئیس مرکز بهداشت<br>شهرستان | توجیه و جلب حمایت از برنامه                                        | همهانگ کننده سل شهرستان با<br>همکاری کارشناس شهرستانی برنامه<br>مشارکتهای مردمی | نیمه دوم بهمن<br>ماه ۹۳ |
| ۵    | برگزاری کارگاه آموزشی یک روزه             | افزایش آگاهی و حساس سازی<br>مربیان داوطلبان سلامت به این<br>بیماری | کارشناس شهرستانی برنامه<br>مشارکتهای مردمی با همکاری<br>همهانگ کننده سل شهرستان | نیمه دوم بهمن<br>ماه ۹۳ |

|                           |                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                                                                   |    |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| نیمه دوم بهمن<br>ماه ۹۳   | کارشناس شهرستانی برنامه<br>مشارکتهای مردمی با همکاری<br>هماهنگ کننده سل شهرستان                       | افزایش دانش و حساس سازی<br>داوطلبان متخصص در سطح<br>شهرستان در زمینه بیماری سل            | برگزاری کارگاه آموزشی یک روزه                                                                                                     | ۶  |
| بهمن ۹۳ لغایت<br>اسفند ۹۴ | کارشناس دانشگاهی برنامه<br>مشارکتهای مردمی با همکاری<br>هماهنگ کننده سل دانشگاه                       | ارزیابی و جمع آوری شاخص<br>های مداخله                                                     | پیگیری برگزاری جلسات آموزشی در<br>سطح دانشگاه                                                                                     | ۷  |
| بهمن ۹۳ لغایت<br>اسفند ۹۴ | کارشناس شهرستانی برنامه<br>مشارکتهای مردمی با همکاری<br>هماهنگ کننده سل شهرستان                       | ارزیابی و جمع آوری شاخص<br>های مداخله                                                     | پیگیری برگزاری جلسات آموزشی در<br>سطح شهرستان                                                                                     | ۸  |
| بهمن ۹۳ لغایت<br>اسفند ۹۴ | مریبان داوطلبان سلامت                                                                                 | افزایش دانش و آگاهی عامه<br>مردم و داوطلبان سلامت محلات                                   | برگزاری جلسات آموزشی به صورت<br>مستقیم در مراکز و پایگاه های<br>بهداشتی درمانی                                                    | ۹  |
| بهمن ۹۳ لغایت<br>اسفند ۹۴ | هماهنگ کننده سل دانشگاه با<br>همکاری کارشناسان برنامه<br>مشارکتهای مردمی در سطوح<br>دانشگاه و شهرستان | ارزشیابی مداخله                                                                           | پایش و ارزشیابی اجرای برنامه به<br>صورت آبخاری                                                                                    | ۱۰ |
| بهمن ۹۳ لغایت<br>اسفند ۹۴ | مریبان داوطلبان سلامت در مراکز و<br>پایگاه ها و کارشناس شهرستانی<br>برنامه مشارکتهای مردمی            | ارزشیابی برنامه                                                                           | تهیه گزارشات اجرایی برنامه در مراکز و<br>پایگاه های ارائه دهنده خدمت و سطح<br>شهرستان (مطابق دستورالعمل) و<br>ارسال به سطح بالاتر | ۱۱ |
| بهمن ۹۳ لغایت<br>اسفند ۹۴ | کارشناس دانشگاهی برنامه<br>مشارکتهای مردمی با همکاری<br>هماهنگ کننده سل دانشگاه                       | تهیه و گزارش نتایج به صورت<br>فصلی به مرکز مدیریت<br>بیماریهای واگیر و مرکز توسعه<br>شبکه | بررسی، جمع بندی و ارسال گزارشات<br>اجرایی برنامه                                                                                  | ۱۲ |

**فرم شماره ۱:**

**فرم گزارش ماهیانه بیماریابی سل توسط داوطلبان سلامت**

**ماه : سال :**

| ردیف | نام و نام خانوادگی<br>بیمار مشکوک | شماره پرونده<br>خانوار | تلفن ثابت /<br>همراه | تاریخ معرفی به<br>خانه بهداشت /<br>پایگاه / مرکز |
|------|-----------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|
| ۱    |                                   |                        |                      |                                                  |
| ۲    |                                   |                        |                      |                                                  |
| ۳    |                                   |                        |                      |                                                  |

تعداد افراد آموزش دیده توسط داوطلب سلامت در زمینه بیماری سل:

تعداد جلسات برگزار شده توسط داوطلب سلامت در زمینه بیماری سل:

نام ، نام خانوادگی و امضاء داوطلب : تاریخ:

**فرم شماره ۱:**

**فرم گزارش ماهیانه بیماریابی سل توسط داوطلبان سلامت**

**ماه : سال :**

| ردیف | نام و نام خانوادگی<br>بیمار مشکوک | شماره پرونده<br>خانوار | تلفن ثابت /<br>همراه | تاریخ معرفی به<br>خانه بهداشت /<br>پایگاه / مرکز |
|------|-----------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|
| ۱    |                                   |                        |                      |                                                  |
| ۲    |                                   |                        |                      |                                                  |
| ۳    |                                   |                        |                      |                                                  |

تعداد افراد آموزش دیده توسط داوطلب سلامت در زمینه بیماری سل:

تعداد جلسات برگزار شده توسط داوطلب سلامت در زمینه بیماری سل:

نام ، نام خانوادگی و امضاء داوطلب : تاریخ:

**فرم شماره ۱:**

**فرم گزارش ماهیانه بیماریابی سل توسط داوطلبان سلامت**

**ماه : سال :**

| ردیف | نام و نام خانوادگی<br>بیمار مشکوک | شماره پرونده<br>خانوار | تلفن ثابت /<br>همراه | تاریخ معرفی به<br>خانه بهداشت /<br>پایگاه / مرکز |
|------|-----------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|
| ۱    |                                   |                        |                      |                                                  |
| ۲    |                                   |                        |                      |                                                  |
| ۳    |                                   |                        |                      |                                                  |

تعداد افراد آموزش دیده توسط داوطلب سلامت در زمینه بیماری سل:

تعداد جلسات برگزار شده توسط داوطلب سلامت در زمینه بیماری سل:

نام ، نام خانوادگی و امضاء داوطلب : تاریخ:

**فرم شماره ۱:**

**فرم گزارش ماهیانه بیماریابی سل توسط داوطلبان سلامت**

**ماه : سال :**

| ردیف | نام و نام خانوادگی<br>بیمار مشکوک | شماره پرونده<br>خانوار | تلفن ثابت /<br>همراه | تاریخ معرفی به<br>خانه بهداشت /<br>پایگاه / مرکز |
|------|-----------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|
| ۱    |                                   |                        |                      |                                                  |
| ۲    |                                   |                        |                      |                                                  |
| ۳    |                                   |                        |                      |                                                  |

تعداد افراد آموزش دیده توسط داوطلب سلامت در زمینه بیماری سل:

تعداد جلسات برگزار شده توسط داوطلب سلامت در زمینه بیماری سل:

نام ، نام خانوادگی و امضاء داوطلب : تاریخ:

### **دستور العمل تکمیل فرم شماره ۱:**

این فرم به منظور جمع آوری داده های افرادی که توسط داوطلبان سلامت به عنوان موارد مشکوک به سل شناسایی و معرفی می شوند، مورد استفاده قرار می گیرد. ضروری است که داوطلب سلامت این فرم را به صورت ماهیانه تکمیل و به مسئول داوطلبان سلامت در پایگاه بهداشتی و یا به بهورز در خانه بهداشت تحویل نماید. (لازم به ذکر است که این فرم ها باید به مدت یکسال در پرونده کاری هر داوطلب سلامت نگهداری شوند).



• **دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۲ الف : (سطح خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی ضمیمه و غیر ضمیمه)**

- در قسمت بالای فرم نام خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی (ضمیمه یا غیر ضمیمه) و سه ماهه (اول، دوم، سوم و چهارم) و سال درج گردد.
- ستون شماره ۱: نام و نام خانوادگی داوطلبان سلامت را که در زمینه برنامه کنترل سل مداخله و مشارکت داشته اند را ذکر نمایید.
- ستون شماره ۲: تعداد افراد مشکوک به سل معرفی شده توسط داوطلب نوشته می شود (از جمع اطلاعات ثبت شده در فرم های شماره ۱).
- ستون شماره ۳: تعداد افراد مشکوک به سل معرفی شده توسط داوطلب که به خانه بهداشت و یا پایگاه بهداشتی مراجعه کرده اند نوشته می شود.
- ستون شماره ۴: تعداد موارد قطعی مبتلا به سل تشخیص داده شده (بر اساس تعریف مندرج در راهنمای کشوری برنامه کنترل سل) از بین افراد مشکوک معرفی شده توسط داوطلب نوشته می شود.
- ستون شماره ۵: تعداد بیماران مبتلا به سلی که زیر نظر داوطلب تحت درمان سل قرار دارند نوشته می شود.
- ستون شماره ۶: تعداد بیماران مسلولی که در این سه ماهه، درمان خود را تحت نظارت داوطلبان، با موفقیت به پایان رسانده اند (بر اساس تعریف راهنمای کشور برنامه کنترل سل) نوشته می شود.
- ستون شماره ۷: تعداد جلسات برگزار شده توسط داوطلب در زمینه بیماری سل نوشته می شود.
- ستون شماره ۸: تعداد افرادی که توسط داوطلب در جلسات آموزش فردی یا گروهی در زمینه بیماری سل آموزش دیده اند، نوشته می شود.
- در ردیف جمع جدول فوق، در هر ستون حاصل جمع اعداد مندرج در همان ستون قید می شود.
- در قسمت پایین فرم شماره ۲ الف جمع تعداد جلسات برگزار شده جهت داوطلبان سلامت و تعداد داوطلبانی که کل کتاب آشنایی با سل را آموزش دیده اند نوشته می شود.



|     |                                                                    |
|-----|--------------------------------------------------------------------|
| ۱   | ردیف<br>نام خانه بهداشت /<br>پایگاه بهداشتی<br>(ضمیمه ، غیر ضمیمه) |
|     |                                                                    |
|     |                                                                    |
|     |                                                                    |
|     |                                                                    |
|     |                                                                    |
|     |                                                                    |
|     |                                                                    |
|     |                                                                    |
|     |                                                                    |
| جمع |                                                                    |

• **دستور العمل تکمیل فرم شماره ۲ ب : (سطح مرکز بهداشتی درمانی)**

- در قسمت بالای فرم نام مرکز بهداشتی درمانی، سه ماهه (اول، دوم، سوم و چهارم) و سال درج گردد.
  - در ستون شماره ۱: نام خانه های بهداشت و یا پایگاه های تحت پوشش هر مرکز نوشته می شود.
  - در ستون شماره ۲: تعداد داوطلبان سلامت آن خانه بهداشت و یا پایگاه بهداشتی که در برنامه کنترل سل مداخله و مشارکت داشته اند نوشته می شود.
  - ستون های شماره ۳ ، ۴ ، ۵ ، ۶ ، ۷ ، ۸ و ۹ همانند ستون های مشابه فرم ۲ الف تکمیل گردیده و به صورت فصلی به سطح شهرستان ارسال می گردد.
- لازم به ذکر است که فرم ۲ ب پس از تکمیل و امضای مربی داوطلبان سلامت و کاردان /کارشناس مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشتی درمانی، به امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی رسیده و به صورت فصلی به سطح شهرستان ارسال می گردد.



• **دستور العمل تکمیل فرم شماره ۲ ج : (سطح شهرستان)**

- در قسمت بالای فرم نام دانشگاه / دانشکده ، نام شهرستان، سه ماهه (اول، دوم، سوم و چهارم ) و سال درج می گردد.
- در ستون شماره ۱: نام مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش هر شهرستان نوشته می شود.
- در ستون شماره ۲: تعداد داوطلبان سلامت هر مرکز (قید شده در فرم ۲ ب) که در هر فصل در برنامه کنترل بیماری سل مشارکت داشته اند نوشته شده و ستون های شماره ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹ این جدول نیز با استفاده از ردیف جمع خانه های مشابه فرم شماره ۲ ب تکمیل می گردد.
- لازم به ذکر است این فرم به همراه فرم شماره ۳ بصورت فصلی تکمیل و پس از امضای کارشناس مشارکت های مردمی شهرستان و هماهنگ کننده سل شهرستان، به امضای رئیس مرکز بهداشت شهرستان رسیده و به صورت فصلی به سطح دانشگاه / دانشکده ارسال می گردد.



• **دستور العمل تکمیل فرم شماره ۲ د: (سطح دانشگاه / دانشکده)**

- در قسمت بالای فرم نام دانشگاه / دانشکده، سه ماهه (اول، دوم، سوم و چهارم) و سال درج می گردد.
- در ستون شماره ۱: نام شهرستانهای تحت پوشش هر دانشگاه / دانشکده نوشته می شود.
- در ستون شماره ۲: تعداد داوطلبان سلامت هر دانشگاه / دانشکده (قید شده در فرم ۲ ج) که در هر فصل در برنامه کنترل بیماری سل مشارکت داشته اند نوشته می شود.
- ستون های شماره ۳ ، ۴ ، ۵ ، ۶ ، ۷ ، ۸ و ۹ این جدول با استفاده از ردیف جمع خانه های مشابه فرم شماره ۲ ج تکمیل می گردد.

لازم به ذکر است این فرم باید به همراه فرم شماره ۳ بصورت فصلی تکمیل و پس از امضای کارشناس مشارکت های مردمی و هماهنگ کننده سل دانشگاه / دانشکده، به امضای معاون بهداشتی رسیده و تا بیستمین روز از اولین ماه هر فصل از طریق اتوماسیون اداری اداری به سطح کشوری (هر دو مرکز مدیریت شبکه و مدیریت بیماریهای واگیر) ارسال گردد.

**فرم شماره ۳: فرم گزارش شاخص های فعالیت ها و اقدامات انجام شده در زمینه پیشگیری، بیماریابی و درمان سل**

**توسط داوطلبان سلامت**

□ دانشگاه / دانشکده: سه ماهه: سال: □ شهرستان:

| ردیف | عنوان شاخص                                                                                                  | کمیت شاخص |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ۱    | کارگاه های برگزار شده در زمینه سل                                                                           | تعداد     |
| ۲    | کارشناسان مشارکت مردمی تربیت شده (در زمینه سل) *مخصوص سطح دانشگاه*                                          | تعداد     |
| ۳    | مربیان داوطلبان تربیت شده در سطح مراکز و پایگاه های ارائه دهنده خدمت (در زمینه سل)                          | تعداد     |
| ۴    | جلسات برگزار شده مرتبط با بیماری سل جهت داوطلبان سلامت                                                      | تعداد     |
| ۵    | داوطلبان سلامت آموزش دیده (کل کتاب آشنایی با سل ویژه داوطلبان سلامت)                                        | تعداد     |
| ۶    | جلسات برگزار شده توسط داوطلبان سلامت در زمینه سل                                                            | تعداد     |
| ۷    | افراد آموزش دیده توسط داوطلبان سلامت در زمینه سل                                                            | تعداد     |
| ۸    | موارد مشکوک به سل معرفی شده توسط داوطلبان سلامت                                                             | تعداد     |
| ۹    | بیماران مبتلا به سل شناسائی شده توسط داوطلبان سلامت                                                         | تعداد     |
| ۱۰   | بیماران مبتلا به سل که تحت درمان با نظارت داوطلبان سلامت (DOTS) می باشند                                    | تعداد     |
| ۱۱   | بیماران مبتلا به سل که در این سه ماهه و تحت نظارت داوطلبان سلامت درمان خود را با موفقیت به پایان رسانده اند | تعداد     |
| ۱۲   | میزان ارتقاء آگاهی و نگرش داوطلبان سلامت در زمینه بیماری سل                                                 | درصد      |

نام ، نام خانوادگی و امضاء کارشناس شهرستانی / دانشگاهی برنامه مشارکتهای مردمی:

نام ، نام خانوادگی و امضاء هماهنگ کننده سل شهرستان / دانشگاه:

نام ، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان / دانشگاه:

• **دستور العمل تکمیل فرم شماره ۳ : (شاخص های فعالیت ها و اقدامات انجام شده)**

**نکته: این فرم در دو سطح شهرستانی و دانشگاهی تکمیل و به سطح بالاتر منعکس می گردد. و علامت زدن مربع کنار نام دانشگاه یا شهرستان، مشخص می کند که این فرم مربوط به چه سطحی است**

- در قسمت بالای فرم پس از تعیین سطح فرم، نام دانشگاه / دانشکده یا شهرستان، سه ماهه (اول، دوم، سوم و چهارم) و سال درج می گردد
- در ردیف شماره ۱: تعداد کارگاه های آموزشی برگزار شده در زمینه بیماری سل نوشته می شود. لازم به ذکر است که این تعداد در هنگام تکمیل فرم در سطح دانشگاه، حاصل جمع تعداد کارگاه های شهرستانی و دانشگاهی خواهد بود.
- در ردیف شماره ۲: \* این شاخص منحصر در سطح دانشگاه / دانشکده براساس تعداد افراد شرکت کننده در کارگاه های سطح دانشگاه / دانشکده تکمیل می گردد.
- در ردیف شماره ۳: تعداد مربیان داوطلبان سلامتی که در سطح شهرستان / دانشگاه در زمینه آموزش، بیماریابی و درمان سل آموزش دیده اند ، نوشته می شود.
- در ردیف شماره ۴ : تعداد جلسات برگزار شده جهت داوطلبان سلامت در زمینه آموزش، بیماریابی و درمان سل نوشته می شود.
- در ردیف شماره ۵ : تعداد داوطلبان سلامت محلات و متخصص که کل کتاب آشنایی با سل ویژه داوطلبان سلامت را آموزش دیده اند (جمع کل تعداد داوطلبان آموزش دیده) نوشته می شود.
- در ردیف شماره ۶ : تعداد جلسات برگزار شده توسط داوطلبان سلامت در زمینه بیماری سل (جمع کل تعداد جلسات) نوشته شود.
- در ردیف شماره ۷ : تعداد افراد آموزش دیده توسط داوطلبان در زمینه بیماری سل (جمع تعداد افراد آموزش دیده در زمینه آموزش ، بیماریابی و درمان سل) نوشته شود.
- در ردیف شماره ۸ : تعداد کل موارد مشکوک به بیماری سل معرفی شده توسط داوطلبان سلامت نوشته می شود.

- در ردیف شماره ۹ : تعداد کل بیماران مبتلا به سل شناسایی شده توسط داوطلبان سلامت نوشته می شود
- در ردیف شماره ۱۰: تعداد کل بیماران مبتلا به سلی که با نظارت و همکاری داوطلبان سلامت تحت درمان داروهای ضد سل می باشند نوشته می شود.
- در ردیف شماره ۱۱ : تعداد کل بیماران مبتلا به سلی که در آن مقطع و تحت نظارت و همکاری داوطلبان سلامت درمان خود را با موفقیت به اتمام رسانده اند، نوشته می شود
- در ردیف شماره ۱۲: درصد ارتقای آگاهی و نگرش داوطلبان سلامت در زمینه بیماری سل بصورت سالانه و از یکی از دو طریق زیر اندازه گیری و گزارش می شود:
  - بررسی پرسشنامه های پس از آموزش تکمیل شده توسط داوطلبان سلامت حوزه تحت پوشش که در طول سال جمع آوری شده اند
  - طراحی و انجام پیمایش در این خصوص

## ارزیابی و ارزشیابی:

در این زمینه ضروری است که مربی جهت ارزیابی و ارزشیابی دانش، نگرش و رفتار داوطلبان سلامت شرکت کننده در کلاس های آموزشی و همچنین خانوارهای تحت پوشش داوطلبان سلامت، از سئوالاتی که در صفحات ۴۰ الی ۴۳ کوریکولوم آموزشی آشنایی با سل ویژه داوطلبان سلامت محلات گنجانده شده است (پرسش های قبل از آموزش Pre-Test و بعد از آموزش Post-Test) استفاده نموده و نتایج برنامه های آموزشی و ارتقای سلامت خود را ارزیابی نماید.

- ضروری است جهت تمامی کارشناسان و مربیانی که دوره آموزشی سل را دیده اند گواهی گذراندن دوره با امضای معاون بهداشتی صادر گردد و ترجیحا برای این آموزش ها کد آموزشی گذراندن دوره از معاونت آموزشی دانشگاه دریافت گردد.
- همچنین ضروری است لیست حضور و غیاب شرکت کنندگان در جلسات آموزشی تکمیل گردد. این لیست باید شامل نام و نام خانوادگی افراد شرکت کننده، سن، جنس، سطح سواد، شماره تماس، امضاء، تاریخ و نام و سمت فرد آموزش دهنده باشد.
- ضمنا می بایست از همکاری و تلاش کارشناسان، مربیان و داوطلبانی که به طور فعال و اثر بخش در امر بیماریابی و درمان افراد مبتلا به سل فعالیت می نمایند به نحو مقتضی تقدیر و تشکر به عمل آید.

**\*و کلام آخر اینکه ، به جهت سهولت و یکسان سازی در گزارش دهی اطلاعات از کلیه سطوح تابعه دانشگاه های سراسر کشور، فرم های شماره ۲ ( الف / ب / ج / د ) و فرم شماره ۳ علاوه بر طراحی در نرم افزار Word ، در برنامه Excel نیز طراحی شده اند که پیوست این دستورالعمل می باشند.**

**بدیهی است توقع می رود که همکاران محترم به صورت هماهنگ در کل کشور از فرمت Excel جهت ارسال اطلاعات به سطوح بالاتر استفاده نمایند.**

با آرزوی سلامتی و توفیق روز افزون