**مقررات بهداشتی بین المللی (2005)**

**ابزار ارزیابی مشترک بیرونی**



**ویرایش سوم**

**ابزار ارزیابی مشترک بیرونی: مقررات بهداشتی بین­المللی (2005)، ویرایش سوم**

**ISBN 978-92-4-005198-0 (نسخه الکترونیکی)**

**ISBN 978-92-4-005199-7 (نسخه چاپی)**

© سازمان بهداشت جهانی 2022

فهرست مطالب

[اختصارات 3](#_Toc196738484)

[پیشگفتار 6](#_Toc196738485)

[ابزار ارزیابی کشور 12](#_Toc196738486)

[P1. ابزار حقوقی 12](#_Toc196738487)

[P2 تامین مالی 16](#_Toc196738488)

[P3.هماهنگی IHR، عملکردهای مسؤل ملی اجرای IHR و جلب مشارکت 20](#_Toc196738489)

[P4. مقاومت ضد میکروبی (AMR) 27](#_Toc196738490)

[P5. بیماری مشترک بین انسان و حیوان 35](#_Toc196738491)

[P6. ایمنی مواد غذایی 40](#_Toc196738492)

[P7. ایمنی زیستی و امنیت زیستی 43](#_Toc196738493)

[P.8. ایمن سازی 48](#_Toc196738494)

[D.1. سیستم آزمایشگاه ملی 52](#_Toc196738495)

[D2. نظام مراقبت (Surveillance) 58](#_Toc196738496)

[D3. منابع انسانی 62](#_Toc196738497)

[R1. مدیریت اورژانس بهداشتی 68](#_Toc196738498)

[R2. ایجاد ارتباط بین نهادهای بهداشت‌عمومی و امنیتی 77](#_Toc196738499)

[R3. ارائه خدمات بهداشتی 79](#_Toc196738500)

[R4. پیشگیری و کنترل عفونت 83](#_Toc196738501)

[R5. برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی 87](#_Toc196738502)

[PoE: مبادی مرزی (نقاط ورود) و سلامت مرزی 92](#_Toc196738503)

## اختصارات

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ترجمه** | **مخفف** | **اصطلاح** |
| بررسی پس از اقدام | AAR | After Action Review |
| مقاومت ضد میکروبی | AMR | Antimicrobial resistance |
| شبکه آزمایشگاه‌های زیست دوزسنجی برای پرتودهی اضطراری | BioDoseNet | Biodosimetry Network of Laboratories for Radiation Emergencies |
| مراقبت مبتی بر جامعه | CBS | Community based surveillance |
| آموزش حرفه‌ای مداوم | CPE | Continuing professional education |
| مراقبت مبتنی بر واقعه | EBS | Event-based surveillance |
| تیم پزشکی اضطراری | EMT | Emergency medical team |
| مرکز عملیات اورژانس | EOC | Emergency operations centre |
| ارزیابی کیفیت خارجی | EQA | External quality assessment |
| سازمان خوارو بار و کشاورزی ملل متحد | FAO | Food and Agriculture Organization of the United Nations |
| برنامه آموزش اپیدمیولوژی میدانی | FETP | Field Epidemiology Training Programme |
| طرح اقدام جهانی | GAP | Global Action Plan |
| سیستم مراقبت جهانی مقاومت ضد میکروبی | GLASS | Global Antimicrobial Resistance Surveillance System |
| عفونت اکتسابی از سیتم سلامت | HCAI | Health care acquired infection |
| امکانات مراقبت‌های بهداشتی | HCF | Health care facilities |
| ویروس نقص ایمنی انسانی | HIV | Human immunodeficiency virus |
| آژانس بین‌المللی انرژی اتمی | IAEA | International Atomic Energy Agency |
| بررسی درون‌اقدامی | IAR | Intra-Action Review |
| مراقبت مبتنی بر شاخص | IBS | Indicator-based surveillance |
| مقررات بین‌المللی بهداشت | IHR | International Health Regulations |
| سیستم مدیریت حادثه | IMS | Incident management system |
| شبکه بین‌المللی مقامات ایمنی غذا | INFOSAN | International Food Safety Authorities Network |
| سازمان بین‌المللی پلیس جنایی | INTERPOL | International Criminal Police Organization |
| سازمان استاندارد بین‌المللی | ISO | International Organization for Standardization |
| فناوری اطلاعات | IT | Information technology |
| ارزیابی خارجی مشترک | JEE | Joint External Evaluation |
| ارگانیسم مقاوم به چند دارو | MDRO | Multidrug resistant organism |
| واکسن حاوی سرخک | MCV | Measles-containing vaccine |
| تفاهم نامه | MoU | Memorandum of understanding |
| طرح اقدام ملی برای امنیت سلامت | NAPHS | National Action Plan for Health Security |
| مرکز هماهنگی ملی | NCC | National Coordinating Centre |
| نقطه کانونی ملی | NFP | National Focal Point |
| سازمان غیر دولتی | NGO | Nongovernmental organization |
| سازمان جهانی بهداشت دامH | OIE | World Organisation for Animal Health |
| واکنش زنجیره‌ای پلیمراز | PCR | Polymerase chain reaction |
| وضعیت اضطراری بهداشت عمومی با اهمیت بین‌المللی | PHEIC | Public health emergency of international concern |
| مرکز عملیات اضطرار بهداشت عمومی | PHEOC | Public health emergency operations centre |
| مدیریت وضعیت اضطراری بهداشت عمومی | PHEM | Public health emergency management |
| نقطه ورود | PoE | Point of entry |
| تجهیزات حفاظت فردی | PPE | Personal protective equipment |
| عملکرد سیستم دامپزشکی | PVS | Performance of Veterinary Services |
| تحقیق و توسعه | R&D | Research and development |
| شبکه پاسخ و امداد | RANET | Response and Assistance Network |
| ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی | RCCE | Risk communication and community engagement |
| شبکه آمادگی و امداد پزشکی برای اضطرارهای پرتوئی | REMPAN | Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network |
| تیم واکنش سریع | RRT | Rapid response team |
| روش اجرایی استاندارد | SOP | Standard operating procedure |
| قوت­ها، ضعف­ها، فرصتها و تهدیدها | SWOT | Strengths, weaknesses, opportunities, threats |
| بررسی خود ارزیابی کشورهای سه‌جانبه در مورد مقاومت ضد میکروبی | TrACCS | Tripartite AMR Country Self-Assessment Survey |
| بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن | VPD | Vaccine-preventable disease |
| سامانه اطلاعاتی جهانی سلامت دام | WAHIS | World Animal Health Information System |
| آب، فاضلاب و بهداشت | WASH | Water, sanitation and hygiene |
| مجمع جهانی بهداشت | WHA | World Health Assembly |
| سازمان بهداشت جهانی | WHO | World Health Organization |

## پیشگفتار

**مقررات بهداشتی بین المللی (2005)**

در می 2005، پنجاه و هشتمین مجمع جهانی بهداشت، مقررات بهداشتی بین المللی (IHR (2005))، که از این پس "IHR" یا " مقررات" نامیده ‌می‌شود) را تصویب کرد که در 15 ژوئن 2007 لازم الاجرا شد. طبق این مقررات، تمام کشورها موظف به ایجاد ظرفیتهای کلیدی بهداشت ‌عمومی می باشند. ظرفیت‌های کلیدی IHR در ماده 5 این مقررات شامل" ظرفیت شناسایی، ارزیابی خطر، اطلاع­رسانی اولیه و گزارش رخدادهای بهداشتی" و در ماده 13 شامل " ظرفیت پاسخ­دهی سریع و موثر به خطرات بهداشت ‌عمومی و وضعیت اضطراری بهداشتی بین المللی" تعریف شده­اند. کشورهای عضو و مدیر کل سازمان بهداشت جهانی (WHO) نیز موظف هستند سالانه در مورد اجرای این مقررات به مجمع جهانی بهداشت گزارش دهند (ماده 54 و قطعنامه WHA61.2).

برای حمایت از کشورها در ارزیابی ظرفیت‌های اصلی IHR و تسهیل وظایف گزارش­دهی سالانه آنها، دبیرخانه IHR به میزبانی سازمان بهداشت جهانی چارچوب نظارت و ارزیابی IHR (IHRMEF) را توسعه داد. این چارچوب شامل ابزار گزارش­دهی سالانه کشورهای عضو (SPAR) برای گزارش­دهی اجباری سالانه و سه مولفه­ی داوطلبانه، از جمله ارزیابی مشترک بیرونی (JEE) ، برای ارزیابی و آزمایش ظرفیت‌های اصلی IHR است.

ارزیابی‌های بیرونی توسط کمیته بازنگری IHR توصیه شده‌اند تا «از خودارزیابی‌های انحصاری به رویکردهایی تغییر یابند که ترکیبی از خودارزیابی، بررسی همتایان و ارزیابی‌های بیرونی با مشارکت ترکیبی از کارشناسان داخلی و مستقل را شامل شود. این رویکردهای تکمیلی و اضافی باید، جنبه‌های راهبردی و عملیاتی اجرا IHR، مانند نیاز به تعهد سیاسی در سطح بالا و مشارکت کل دولت/چندبخشی را در نظر بگیرند». این توصیه همچنین توسط کمیته بازنگری نقش IHR در شیوع و پاسخ به ابولا در توصیه چهارم خود مبنی بر «معرفی و ترویج ارزیابی خارجی ظرفیت‌های اصلی» مورد تاکید بیشتر قرار گرفت.

دبیرخانه بر اساس ابزار موجود WHO و راهبرد‌های منطقه‌ای مختلف و ابتکارات دیگر، مانند دستور کار برنامه امنیت سلامت جهانی و سازمان جهانی بهداشت دام (OIE)، عملکرد خدمات دامپزشکی (PVS)، ابزار JEE را توسعه داد که اولین نسخه آن در فوریه 2016 منتشر شد.

پیرو تجربیات و درس آموخته­ها از فوریت‌های بهداشت‌ عمومی؛ پیشنهادهای بهبود از دفاتر منطقه‌ایWHO، رهبری حوزه فنی در دفترWHO و توصیه‌های کارشناسان خارجی که در مأموریت‌های JEE شرکت کرده‌ بودند، و همچنین کشورهای عضو، نسخه اصلاح‌شده ابزار JEE در سال 2018 توسط دبیرخانه منتشر شد.

در سال 2020، کمیته بازبینی IHR و کمیته نظارت و مشاوره مستقل برای برنامه فوریت‌های بهداشتی WHO نیاز به بازنگری ابزار IHRMEF از جمله JEE را بر اساس درس آموخته­های پاندمی COVID-19 به طور رسمی اعلام کردند. در سال 2021، در یک جلسه مشورتی درس‌آموخته‌های حاصل از پاندمی COVID-19 را برای ابزار IHRMEF بررسی و توصیه‌هایی برای بهبود JEE ارائه کرد. متعاقباً، یک کارگروه فنی متشکل از کارشناسان جهانی از WHO، موسسات شریک و همکاران اصلی و کشورهای عضو تشکیل شد تا ابزار JEE را بر اساس توصیه‌های جلسه مشاوره فنی بررسی و بازنگری کند. دبیرخانه WHO ظرف مدت یک ماه سومین ویرایش JEE را منتشر نمود.

**خلاصه تغییرات گنجانده شده در ویرایش سوم JEE**

مهمترین تغییرات ویرایش سوم ابزار JEE شامل موارد زیر میباشد:

تفکیک حوزه فنی P1 .قوانین ملی، سیاست‌گذاری و تأمین مالی به دو حوزه فنی مجزا ( P1. ابزارهای قانونی و P2. تأمین مالی);

حذف حوزه فنی قبلی با عنوان D3. گزارش‌دهی و انتقال شاخص‌های آن به حوزه فنی P3. هماهنگی IHR، فوکال پوینت IHR و مشارکت اجتماعی؛ و ادغام دو حوزه فنی قبلی (R1. آمادگی اضطراری و.R2 مرکز عملیات اضطراری) در یک منطقه واحد به نام. R1 تحت عنوان مدیریت فوریت‌های بهداشتی. خلاصه‌ای دقیق از تغییرات بین ویرایش دوم و سوم ابزار JEE در پیوست ۲ ارائه شده است.

پاندمی کووید-۱۹ دامنه نابرابری‌های بهداشتی در سطح جهانی را آشکار ساخت. ویرایش سوم با گنجاندن ملاحظات عدالت محور در حوزه‌های فنی مختلف از طریق سوالات تخصصی به شناسایی حمایت‌های مورد نیاز جمعیت‌های آسیب‌پذیر، از جمله از طریق گردآوری داده‌ها و گزارش‌دهی، می‌پردازد. این رویکرد امکان تبادل اطلاعات فنی سازنده‌تر را هم در سطح کشور و هم با ارزیابان خارجی JEE درباره این موضوع و تلاقی آن با سایر ظرفیت‌های مرتبط فراهم می‌سازد.

**هدف از JEE**

هدف از ارزیابی بیرونی، اندازه­گیری وضعیت اختصاصی و پیشرفت کشورها در توسعه ظرفیت­های لازم برای پیشگیری، شناسایی و واکنش سریع به تهدیدات بهداشت ‌عمومی، طبیعی، عمدی یا تصادفی می باشد. ارزیابی اولیه به عنوان **خط پایه‌ای** از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های کشور عمل می‌کند، و ارزیابی‌های بعدی **پیشرفت‌های حاصل و پایداری بهبودها** را مشخص می‌نمایند.

JEE‌ها دارای چند ویژگی مهم از جمله مشارکت داوطلبانه کشور؛ رویکرد چند بخشی توسط تیم‌های خارجی و کشور میزبان؛ شفافیت **شفافیت و اشتراک‌گذاری آزاد داده‌ها و اطلاعات** و انتشار عمومی گزارش‌ها هستند.

JEE بستری مشترک برای جمع­آوری اطلاعات و داده‌های کشورها فراهم می‌کند. این امر به کشورها امکان می‌دهد تا فوری‌ترین نیازهای سیستم امنیت بهداشتی خود را شناسایی کنند، اولویت‌ها را برای ارتقای آمادگی، آمادگی عملیاتی[[1]](#footnote-1)، پاسخ و اقدام تعیین نمایند و با اهدا کنندگان منابع مالی فعلی و آتی و همچنین شرکاء از جمله سازمان‌های وابسته به سازمان ملل متحد، سازمان‌های غیردولتی محلی و بین‌المللی به منظور تخصیص مؤثر منابع تعامل داشته باشند. شفافیت ظرفیت‌ها یک عنصر با اهمیت درجذب موفق و هدایت منابع به حوزه­هایی است که بیشترین نیاز به ارتقاء را دارند. علاوه بر این، اولویت‌های JEE و تدوین برنامه عملی ملی چندساله می‌تواند به تضمین آمادگی عملیاتی کشورهای دارای نیازهای فوری (مانند مناطق بسیار آسیب‌پذیر با منابع محدود) کمک نماید.

ابزار JEE از فرآیند ارزیابی بیرونی پشتیبانی می‌کند که شامل توسعه توصیه‌ها در ۱۹ حوزه فنی می‌شود. همچنین JEE می‌تواند به عنوان سازوکاری برای اعتبارسنجی نتایج ابزار ارزیابی آمادگی کشور (SPAR) مورد استفاده قرار گیرد.

**فرآیند JEE داوطلبانه**

* نخستین مرحله از ارزیابی بیرونی، انجام ارزیابی درونی با استفاده از ابزار (پرسشنامه) ارزیابی مشترک بیرونی و راهنمای اجرای کشوری می­باشد. سپس اطلاعات حاصل از این خود ارزیابی که تمامی 19 ظرفیت مورد نظر در ابزار را پوشش می‌دهد، به تیم خارجی JEE متشکل از متخصصان بین­المللی ارائه می­گردد[[2]](#footnote-2). مرور داده‌های ارزیابی داخلی، برای اعضا تیم بین­المللی درک اولیه در مورد توانمندی‌های پایه کشور در زمینه امنیت سلامت را شکل می­دهد. سپس، تیم JEE جهت بررسی تخصصی بیشتر داده‌های خودارزیابی، بازدیدهای ساختاریافته از مراکز و شرکت در جلسات سازماندهی شده توسط کشور میزبان، به کشور مورد ارزیابی سفر می‌کنند. **سایر منابع داده برای ارزیابی خارجی شامل گزارش‌های حاصل از ارزیابی‌ها و بررسی‌های مرتبط دیگر می‌شود، از جمله** مانند آنچه که توسط سازمان جهانی بهداشت دام انجام می­شود. یعنی ارزشیابی عملکرد نظام و خدمات دامپزشکی ، **ارزیابی‌های کاهش خطر بلایا و**  سایر گزارش‌های معتبر بین‌المللی. این منابع مکمل، به تیم ارزیابی کمک می‌کنند تا تصویری جامع‌تر و دقیق‌تر از سطح آمادگی کشور در مواجهه با تهدیدات سلامت عمومی ترسیم نمایند.

در پایان فرایند ارزیابی، تیم JEE گزارشی از یافته‌ها تهیه می‌کند که شامل **وضعیت هر یک از شاخص‌های 19 ظرفیت ارزیابی شده**، شکاف­های شناسایی شده، فرصت‌ها و چالش‌های توسعه ظرفیت می‌باشد. پیش‌نویس گزارش با کشور میزبان به اشتراک گذاشته می‌شود تا یافته‌ها مورد بررسی بیشتر قرار گیرد. سپس گزارش نهایی JEE تکمیل و در وب‌سایت سازمان جهانی بهداشت منتشر می‌شود[[3]](#footnote-3). رویکرد JEE تسهیل تبادل بهترین روش‌ها، ارتقاء پاسخگویی بین‌المللی، مشارکت ذی‌نفعان (از جمله سیاست‌گذاران، رهبران، کارکنان فنی و غیره) و اطلاع‌رسانی و هدایت اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) در کشور میزبان و در سطح بین‌المللی[[4]](#footnote-4) را امکان‌پذیر می‌سازد. ارزیابی JEE باید هر چهار تا پنج سال تکرار شود.

**چهارچوب JEE**

هر شاخص در ابزار JEE دارای ویژگی‌هایی است که سطوح مختلف ظرفیت را منعکس می‌کند. این ویژگی‌ها با امتیازهایی از «۱» (نشان‌دهنده عدم اجرای شاخص) تا «۵» (نشان‌دهنده اجرای کامل، آزمایش، بازبینی و تمرین شاخص بوده و حاکی از سطح پایدار توانمندی کشور در آن شاخص است) مشخص می‌شوند. برای هر شاخص، کشور مورد نظر بر اساس ارزیابی مشترک از وضعیت فعلی اجرا، یک امتیاز واحد دریافت می‌کند. پرسش‌های حوزه فنی به ارزیابان کمک می‌کنند تا امتیاز مناسب را تعیین کنندمقیاس اندازه گیری اکثر شاخص‌ها کیفی و توصیفی است. از کشور میزبان درخواست می‌شود برای پاسخ خود، مستندات و دلایل پاسخ را ارائه نماید. مستندات و پاسخ‌ها توسط تیم ارزیاب بین­المللی مرور شده و با کارشناسان فنی کشور میزبان به‌صورت همتا به همتا و با رویکرد مبتنی بر اجماع مورد بحث قرار می‌گیرندگزارش نهایی توصیفی بوده و شامل امتیازها و توضیحاتی است که ظرفیت‌های موجود، شکاف‌ها، چالش‌ها و توصیه‌هایی برای تقویت ظرفیت‌های مرتبط را مستند می‌کند. یافته‌های کلیدی به‌صورت سه تا پنج اقدام اولویت‌دار برای هر یک از ۱۹ حوزه فنی ارائه می‌شوند.

**سیستم امتیازدهی بر مبنای کدهای رنگی (Color Scoring System)**

علیرغم اینکه بین ظرفیتهای مختلف مندرج در پرسشنامه ارزیابی مشترک بیرونی تاحدی همپوشانی وجود دارد، ولی طی فرآیند ارزشیابی هر ظرفیت بطورجداگانه درنظر گرفته ‌می‌شود. سیستم تعیین میزان پیشرفت یا نمره­دهی برمبنای کدهای رنگی به شرح زیر است:

1. بدون ظرفیت:

هیچ یک از مؤلفه‌های شاخص مورد بررسی وجود ندارد.



کد رنگ: قرمز

1. ظرفیت محدود:

 مؤلفه‌های مختلف شاخص مورد بررسی درحال ایجاد شدن هستند، بعضی مؤلفه ایجاد شده و در حال انجام هستند و ایجاد سایر مؤلفه‌های شاخص آغاز شده است.

کد رنگ: نارنجی

1. ظرفیت توسعه یافته

کلیه مولفه‌های یک ظرفیت ایجاد شده‌اند اما استمرار آنها تضمین نشده و دچار مشکل است. (به عنوان مثال از طریق گنجاندن در برنامه عملیاتی بخش سلامت ملی با منبع تأمین مالی مطمئن).



کد رنگ: زرد

1. ظرفیت مشهود:

نه تنها کلیه مولفه‌های مختلف یک شاخص ایجاد شده و انجام آنها برای چند سال متوالی نیز استمرار یافته، بلکه وجود آنها را در برنامه ملی نظام سلامت و تخصیص بودجه پایدار مشهود است.



کد رنگ: سبز روشن

1. ظرفیت پایدار:

کلیه موءلفه‌های مختلف شاخص مورد بررسی، در حال اجرا بوده و برای چند سال استمرار داشته است وحتی کشور میزبان درحال حمایت از سایرکشورها برای انجام این ظرفیت است. این سطح بالاترین دستاورد درایجاد شاخص‌های ظرفیتهای کلیدی IHR است.

کد رنگ: سبز

نکته:

1- کشورها تنها زمانی می‌توانند به سطح بالاتر ارتقا یابند که **تمامی** شاخص‌های سطح فعلی را به طور کامل محقق کرده باشند.به عنوان مثال برای دستیابی به سطح ظرفیت "مشهود"، لازم است کشور قبلاً کلیه مولفه‌های توصیف شده برای آن شاخص در سطح ظرفیت "توسعه یافته" را احراز نموده باشد.

2- کلیه پاسخها باید توسط مدارک مستند پشتیبانی شود.

**سؤالات زمینه­ای (Contextual Questions):**

سوالاتی  **درباره یا مرتبط با شرایطی هستند که بستر زمینه‌ای حوزه‌های فنی مورد نظر را تشکیل می‌دهند**

**سؤالات فنی (Technical Question):**

این سوالات مستقیماً با شاخص­ها و ویژگی­های**حوزه‌های فنی مرتبط هستند و به کشور و تیم ارزیابی خارجی امکان می‌دهند تا دستاوردها را بر اساس ویژگی‌های مشخص ارزیابی کنند**

**مستندات و شواهد احراز شاخص‌های هر ظرفیت**

بعضی پاسخ‌ها به سوالات زمینه‌ای و فنی نیازمند ارائه مستنداتی است که به عنوان شواهدی برای ارزیابی سطح دستیابی به شاخص‌ها و حوزه‌های فنی خاص عمل می‌کنندتوجه کنید که در بعضی از ظرفیت‌ها مستندات ویژه برای شاخص­های آن ظرفیت مورد نیاز می باشد.

## ابزار ارزیابی کشور

## P1. ابزار حقوقی

**اهداف:** تهیه و تدوینسازوکارهای قانونی کافی برای کشورهای عضو به منظور حمایت و امکان اجرای تمامی تعهدات و حقوق ناشی از مقررات بهداشتی بین المللی (IHR). توسعه یا اصلاح ابزار قانونی جدید در برخی از کشورهای عضو برای اجرای بهتر مقررات. در مواردی که مستندات قانونی جدید یا اصلاح شده به طور خاص تحت سیستم حقوقی یک کشور عضو ضروری نباشد، آن کشور می­تواند برخی از قوانین، مقررات یا سایر مستندات حقوقی موجود را بازنگری کند تا اجرای مقررات به شیوه‌ای کارآمدتر، مؤثرتر و سودمندتر تسهیل شود.

**سنجه‌ ارزیابی**: مستندات قانونی موجود از جمله قوانین اساسی، قوانین، احکام، فرامین، مقررات، الزامات اداری و یا سایر مستندات دولتی که اثبات شده­اند برای حمایت از اجرای مقررات بهداشتی بین المللی (IHR) در بخش‌های مرتبط کافی هستند.

**اثر مطلوب**: مستندات قانونی در تمام بخش‌های مربوطه برای حمایت از اجرای IHR از جمله توسعه و حفظ ظرفیت‌های اصلی موجود باشند.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P1.1. ابزار حقوقی[[5]](#footnote-5)** | **یک سطح را انتخاب کنید** |
| سطح 1 | کشور نقشه برداری حقوقی[[6]](#footnote-6) مستندات قانونی مرتبط با اجرای مقررات بهداشتی بین المللی (IHR) را انجام نداده است. |  |
| سطح 2 | کشور نقشه­برداری مستندات قانونی با اجرای مقررات بهداشتی بین­المللی ( (IHRرا در سطوح ملی و استانی انجام داده و در صورت لزوم مستند کرده است. |  |
| سطح 3 | کشور یک تحلیل حقوقی[[7]](#footnote-7) (نقشه‌برداری و ارزیابی حقوقی[[8]](#footnote-8)) انجام داده و کاستی‌های موجود در بخش سلامت را شناسایی و بررسی نموده است. همچنین، در سطح ملی و استانی (در صورت لزوم)، ابزار حقوقی لازم برای اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی را تدوین و/ یا بازنگری کرده است. |  |
| سطح 4 | کشور یک تحلیل حقوقی (نقشه‌برداری و ارزیابی حقوقی) انجام داده و کاستی‌ها را در تمامی بخش‌ها و سطوح مختلف دولت شناسایی[[9]](#footnote-9) و بررسی کرده است. همچنین، ابزار حقوقی لازم برای اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) در سطح ملی و استانی (در صورت لزوم) تدوین و/ یا بازنگری شده‌اند. |  |
| سطح 5 | کشور یک تحلیل حقوقی (نقشه‌برداری و ارزیابی حقوقی) انجام داده و کاستی‌ها را در تمامی بخش‌ها و سطوح دولتی شناسایی و بررسی کرده است. همچنین، ابزار حقوقی لازم برای اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) در تمامی بخش‌ها و سطوح دولتی تدوین و/ یا بازنگری شده‌اند که به‌طور منظم از طریق نظارت حقوقی[[10]](#footnote-10) ارزیابی می‌شوند و بر اساس درس‌آموخته‌های حاصل از رویدادهای واقعی و تمرینات[[11]](#footnote-11) ارتقاء می­یابند (حسب مورد). |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P1.2. برابری و عدالت جنسیتی در شرایط اضطراری سلامت** | **یک سطح را انتخاب کنید** |
| سطح 1 | هیچ ارزیابی نظام­مندی از شکاف‌های جنسیتی[[12]](#footnote-12) درهیچ یک از ظرفیت‌های مقررات بهداشتی بین‌المللی انجام نشده است. |  |
| سطح 2 | ارزیابی نظام‌مند[[13]](#footnote-13) شکاف‌های جنسیتی حداقل در یکی از ظرفیت‌های IHR انجام شده است. |  |
| سطح 3 | یک برنامه عملیاتی[[14]](#footnote-14) برای رسیدگی به شکاف‌های جنسیتی با اولویت بالا[[15]](#footnote-15) در حداقل یکی از ظرفیت‌های IHR شناسایی ، تدوین و در برنامه‌های سالانه گنجانده شده است |  |
| سطح 4 | برنامه (های) عملیاتی تدوین شده برای رسیدگی به حداقل یک ظرفیت IHR، تامین مالی شده و در حال اجرا است، و مکانیسم‌هایی برای پایش، ارزیابی و گزارش­دهی پیش­بینی شده است |  |
| سطح 5 | تحلیل نظام­مند جنسیتی از ظرفیت‌های IHR انجام می‌شود و برنامه‌های عملیاتی برای رفع شکاف‌ها و نابرابری‌های جنسیتی در حداقل سه حوزه از ظرفیت‌های IHR تدوین، تأمین اعتبار و اجرایی می‌گردد. همچنین مکانیسم‌هایی برای پایش، ارزیابی و گزارش‌دهی این اقدامات پیش‌بینی شده است. |  |

**سؤالات زمینه­ای**

1. چگونه مستندات قانونی در سطح ملی تدوین، بازنگری و اجرا می‌شوند؟
2. چگونه مستندات قانونی در سطح استانی کشور تدوین، بازنگری و اجرا می‌شوند؟
3. چگونه ابزارها و سیاست‌های حقوقی سطح ملی با سطح میانی پاسخ سلامت عمومی ارتباط می‌یابند
4. آیا مستندات قانونی فعلی، هماهنگی و همکاری بین‌بخشی را در شرایط اضطرار بهداشت‌ عمومی را تصریح و تسهیل می‌کند؟
5. آیا مسئولین در سراسر بخش‌های مرتبط از مستندات قانونی مربوطه که اجرای IHR را پشتیبانی ‌می‌کنند، آگاه هستند؟
6. آیا منابع قانونی و مشاوران برای راهنمایی در اجرای IHR و مدیریت شرایط اضطراری بهداشتی در دسترس هستند؟
7. مستندات قانونی چقدر به موضوع عدالت و برابری پرداخته اند؟
8. نابرابری در سلامت چگونه با نابرابری جنسیتی در کشور مرتبط است؟
9. ظرفیت‌های موجود IHR چگونه به دلیل نابرابری‌های جنسیتی محدود شده و یا با چالش مواجه می‌شوند؟
10. آیا دیدگاه‌های جنسیتی مختلف در اجرای IHR و مدیریت شرایط اضطراری بهداشتی در نظر گرفته می‌شوند؟

**سوالات فنی**[[16]](#footnote-16)

**P1.1 ابزار حقوقی**

1. آیا کشور ظرفیت انجام نقشه برداری قانونی در سطوح ملی و استانی برای شناسایی نیازها جهت بازنگری و/ یا توسعه ابزار جدید را دارد؟
2. آیا مستندات قانونی در مورد چگونگی اعلام 1) وضعیت اضطراری بهداشتی،2) آمادگی و آماده باش عملیاتی و برنامه­­ریزی برای پاسخ، 3) و اقدامات بازیابی توسط مراجع قانونی موجود می باشد؟
3. آیا ابزار قانونی برای اطمینان از مشارکت جوامع، جامعه مدنی، سازمان‌ها و شبکه‌های اجتماعی و پزشکان بخش خصوصی برای تشخیص زود هنگام و گزارش فوری رویدادهای غیرعادی بهداشت‌ عمومی در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجود دارد؟
4. آیا نقشه­برداری از ابزارها و سیاست­های قانونی و سایر ابزارهای دولتی در سطوح ملی و استانی جهت پاسخگویی به بهداشت ‌عمومی انجام شده است، تا نیازهای بازنگری و/ یا تدوین ابزار جدید برای تسهیل اجرای کامل مقررات بهداشتی بین المللی (IHR) به طور ملی و سایر عملکردهای منتخب سلامت عمومی شناسایی شود؟ (شواهد ارائه شود)
5. آیا ارزیابی حقوقی برای تکمیل بازنگری عملکردی برای بررسی اثربخشی ابزار حقوقی، تحلیل شکاف‌های درون نظام حقوقی کشور انجام شده است؟ (شواهد ارائه شود).
6. آیا ارزیابی قانونی برای کمک به اصلاح و بازنگری ابزار قانونی موجود در تلاش برای آزمایش و ارزیابی منظم ابزار قانونی (مثلاً از طریق تمرین شبیه‌سازی یا ارزیابی به عنوان بخشی از برنامه‌ریزی آمادگی اضطراری) انجام شده است؟ (مستندات مرتبط ارائه شود)
7. آیا ابزار حقوقی، رویکرد «تمام دولت» و «تمام جامعه» را در تمام سطوح دولتی برای آمادگی و پاسخ به وضعیت‌های اضطراری سلامت عمومی ارائه می‌دهند
8. آیا ابزار قانونی کشور در حال حاضر هماهنگی چند بخشی و هماهنگی در سطوح ملی، استانی و محلی دولت را تشویق و حمایت می‌کند؟ (شواهد ارائه شود)
9. آیا ابزار قانونی اختیار تصمیم­گیری را به روشنی تعیین تکلیف کرده­اند و مقامات کلیدی دولتی را در مواقع اضطراری بهداشت‌ عمومی و برای آمادگی شناسایی می‌کنند، و از چابکی و انعطاف‌پذیری لازم در تصمیم‌گیری ها برخوردارند، که می‌تواند شامل تفویض اختیار در دولت یا سازمان‌های حرفه‌ای غیردولتی باشد؟.
10. آیا ابزار قانونی، هماهنگی و همکاری را در سطح ملی- بین­المللی در هنگام اضطرار بهداشت ‌عمومی تسهیل می‌کند؟
11. کشور چه الزامات اداری برای اجرای این مستندات و سیاست‌های حقوقی شناسایی کرده است؟
12. آیا ابزار قانونی تدابیری برای ارتقای شفافیت و پاسخگویی دولت فراهم می‌کنند؟
13. آیا مستندات قانونی تدابیری را برای حفاظت از جمعیت آسیب­پذیر و در معرض خطر در طول شرایط اضطراری بهداشت ‌عمومی فراهم می‌کنند؟

**P1.2. برابری جنسیتی در فوریت‌های بهداشتی**

1. مستندات حقوقی چقدر به عدالت می­پردازند؟
2. آیا سازوکار‌ها و ابزاری برای جمع‌آوری، گزارش‌دهی و انتشار داده‌های تفکیکی بر اساس جنسیت، سن، تحصیلات، درآمد/ وضعیت اقتصادی، قومیت، موقعیت جغرافیایی، ناتوانی و/ یا سایر متغیرها، با توجه به شرایط اضطراری بهداشتی در بین ظرفیت‌های IHR وجود دارد؟ (مثلاً آیا سازوکار‌های نظارتی شامل تفکیک جنسیتی در تمام سطوح جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها می‌شود؟) آیا شکاف‌های جنسیتی و برابری در جمع‌آوری داده، مدیریت، تحلیل و استفاده از داده‌ها برای یک یا چند ظرفیت IHR ارزیابی شده است؟ (به عنوان مثال، تجزیه و تحلیل نسبت‌های جنسیتی در نیروی کار بهداشتی، از جمله نقش‌های تصمیم­گیری؛ تجزیه و تحلیل اینکه چه کسانی از دام‌ها مراقبت می‌کنند، و اینکه آیا نقش‌های جنسیتی به آنها اجازه می‌دهد به اطلاعات و خدمات برای پیشگیری از بیماری‌های مشترک بین انسان و دام دسترسی داشته باشند؛ پوشش ایمن­سازی بر حسب جنسیت، و غیره) تا چه اندازه شاخص‌های نظارت و ارزیابی، حمایت­طلبی و ارتباطات در سراسر ظرفیت‌های متفاوت جنسیتی را در بین ظرفیت‌های IHR منعکس می‌کند؟ (به عنوان مثال، شاخص مدنظر میزان مواجهه با خطر را در بین افراد با هویت‌های جنسی متفاوت اندازه‌گیری می‌کند، نقش‌های متفاوت آن‌ها را در جوامعی که در آن زندگی می‌کنند لحاظ کرده است؛ بیانیه‌های مطبوعاتی و اطلاعیه‌های عمومی شامل داده‌های تفکیک شده بر اساس جنسیت می‌باشند، و غیره).
3. آیا برنامه عملیاتی برای یک یا چند ظرفیت IHR تدوین شده که به وضوح اقدامات اجرایی مشخصی از تحلیل جنسیتی و برابری برای تقویت آمادگی و پاسخ استفاده کرده و اقدامات مشخصی برای اجرا تعیین کرده باشد؟ (به عنوان مثال: طراحی هدفمند پیام‌های ارتباطات خطر برای دستیابی به گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر، از جمله هویت‌های جنسیتی خاص؛ نمونه­گیری آزمایشگاهی که دسترسی گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر و افراد با هویت‌های جنسیتی متنوع را ممکن سازد؛ قدامات برای کاهش شکاف دستمزد جنسیتی ؛ آموزش کارکنان زن بخش سلامت برای متوازن‌سازی فهرست‌های استقرار در مواقع اضطراری؛ برنامه عملیاتی برای ارائه مراقبت‌های ضروری سلامت باروری در شرایط بحرانی؛ برنامه ملی پاسخ واکسیناسیون گسترده در برابر طغیان بیماری‌های قابل‌پیشگیری با واکسن (VPD) که موانع دسترسی و پذیرش واکسن برای گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر را مورد توجه قرار دهد و توزیع و اجرای عادلانه واکسیناسیون را تضمین کند؛ مکانیسم‌هایی برای کاهش مواجهه با خطر در آسیب‌پذیرترین گروه‌ها/ حرفه‌ها/ رده‌ها؛ تهیه تجهیزات حفاظت فردی (PPE) برای پرسنل پزشکی که متناسب با تنوع اندام‌ها طراحی شده‌اند؛ کمپین‌های هدفمند برای پیشگیری از بیماری‌های مشترک انسان و دام که نقش‌های جنسیتی مختلف در آن­ها لحاظ شده باشد ؛ و غیره).
4. آیا این برنامه‌های عملیاتی با شواهدی از چگونگی اجرا و مکانیسم‌های نظارتی مشخص شده دارای برآورد هزینه و تأمین مالی هستند؟ آیا گزارش‌هایی که اطلاعات دقیقی در مورد تغییرات ناشی از اجرای این برنامه‌های اقدام ارائه می‌دهند، تدوین شده است (مانند افزایش نسبت گروه‌های جمعیتی آسیب‌پذیر تحت پوشش؛ کاهش نابرابری‌های جنسیتی در دسترسی به خدمات بهداشتی؛ افزایش برابری جنسیتی در نقش‌های تصمیم‌گیری در چارچوب ظرفیت‌های IHR؛ و غیره)؟

**مستندات یا مدارک برای سطح ظرفیت:**

* شرایط اضطراری، آمادگی عملیاتی و برنامه‌ریزی پاسخ، و اقدامات بازیابی با سیاست‌ها/ مقررات، بخشی خاص را تشریح می‌کنند (سازوکارهای قانونی مرتبط با کنترل بیماری‌ها، مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) و غیره از جمله قوانینی که الزامات قانونی برای آمادگی در شرایط اضطراری، آمادگی عملیاتی و برنامه‌ریزی پاسخ، و اقدامات بازیابی با سیاست‌ها/ مقررات بخشی خاص را تشریح می‌کنند.)
* نقشه­برداری قانونی، ارزیابی قانونی یا گزارش‌های ارزیابی مستندات حقوقی.
* هر گونه سند قانونی دیگر مربوط به خطرات بیولوژیکی، شیمیایی و رادیولوژیکی از بخشهای مربوطه.
* ارزیابی‌ها و سایر تحقیقات مبتنی بر شواهد که نابرابری‌های جنسیتی در حوزه‌های ظرفیت‌هایIHR را توسط دولت و شرکای خارجی از جمله سازمان‌های جامعه مدنی ثبت ‌می‌کنند.
* برنامه(های) عملیاتی و راهبردهای توسعه یافته برای پیشگیری و رسیدگی به نابرابری‌های جنسیتی در حوزه­های مرتبط با ظرفیت‌های اصلی حقوق بشر.
* تخصیص بودجه به راهبرد‌ها و/ یا فعالیت‌هایی که به طور خاص با هدف رسیدگی به نابرابری‌های جنسیتی انجام ‌می‌شود.
* گزارشهای سازمانهای جامعه مدنی، وزارت امور اجتماعی/ وزارت امور زنان و خانواده (یا دیگر سازوکارهای دولتی و غیر دولتی برای برابری جنسیتی موجود در کشور).

## P2 تامین مالی

**اهداف:** کشورهای عضو بودجه کافی برای اجرای IHR را از طریق بودجه ملی یا منابع دیگر، را تامین و تضمین ‌می‌کنند. کشور به منابع مالی برای اجرای معمول ظرفیت‌های IHR دسترسی دارد و منابع مالی قابل دسترسی به موقع و توزیع برای آمادگی و پاسخگویی به شرایط اضطراری بهداشت‌ عمومی، در دسترس است.

**شاخص ارزیابی:** منابع مالی کافی برای اجرای کارآمد و مؤثر مقررات بهداشتی بین‌المللی و پاسخ به همه شرایط اضطراری سلامت عمومی فراهم است.

**اثر مطلوب**: منابع مالی در تمام بخش‌های مربوطه موجود است و سیستم‌های مدیریت مالی عمومی، اجرای IHR از جمله توسعه و نگهداری ظرفیت اصلی و همچنین پاسخ به سلامت عمومی را امکان‌پذیر می‌سازد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P2.1. منابع مالی[[17]](#footnote-17) برای اجرای IHR** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | در حال حاضر، هیچ برنامه‌ریزی مالی، ردیف بودجه‌ای یا تخصیص بودجه‌ای برای تأمین مالی اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) وجود ندارد. منابع مالی مورد نیاز برای اجرای این مقررات و برنامه‌های ملی، صرفاً از طریق دیگر منابع مالی به جز بودجه کشوری [[18]](#footnote-18)‌ تأمین می‌شود که مکانیسم پاسخگویی مشخصی برای آن‌ها پیش‌بینی نشده است. |  |
| سطح 2 | برنامه‌ریزی مالی محدود به تخصیص بودجه در سطح ملی یا تأمین مالی خارجی[[19]](#footnote-19) قابل توجه است که برای برخی از وزارتخانه‌ها و بخش‌های مرتبط[[20]](#footnote-20) و وزارتخانه‌های مربوطه جهت پشتیبانی از اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) در سطح ملی صورت می‌گیرد. |  |
| سطح 3 | برنامه‌ریزی مالی بر اساس برآورد نیازهای منابع صورت می‌گیرد و تخصیص بودجه و/ یا تأمین مالی خارجی قابل‌توجهی برای وزارتخانه‌ها و بخش‌های مرتبط در نظر گرفته شده است تا از اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) در سطح ملی حمایت شود. با این حال، سازوکارهای نظارتی و پاسخگویی موجود محدود هستند. |  |
| سطح 4 | برنامه‌ریزی مالی با اولویت‌های ملی همسو است. تخصیص بودجه کافی برای وزارتخانه‌ها و بخش‌های مرتبط به منظور پشتیبانی از اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) در سطوح ملی، استانی و محیطی فراهم می‌باشد. تأمین مالی خارجی عمدتاً برای هزینه‌های سرمایه­گذاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. بودجه به صورت قابل پیش‌بینی، انعطاف‌پذیر و به موقع در سطوح ملی، استانی و محیطی بین کلیه وزارتخانه‌ها یا بخش‌های مرتبط توزیع می‌شود و مکانیسم‌های نظارت و پاسخگویی نیز در این زمینه پیش‌بینی شده‌است. |  |
| سطح 5 | برنامه‌ریزی مالی با اولویت‌های ملی همسو است. تخصیص بودجه کافی برای تمام وزارتخانه‌ها و بخش‌های مرتبط به منظور پشتیبانی از اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی در سطوح ملی، استانی و محیطی و ارائه‌دهندگان خدمات در نظر گرفته شده است. بودجه به صورت کامل، قابل پیش‌بینی، انعطاف‌پذیر و به موقع توزیع می‌شود. بودجه بر اساس اهداف، خروجی‌ها پیامدهای مورد انتظار تحت نظارت می­باشد و مکانیسم‌های پاسخگویی در هر سطح، برای استفاده­ی شفاف و مؤثر از منابع مالی وجود دارد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P.2.2منابع مالی برای پاسخ به فوریت‌های بهداشت‌عمومی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | منابع مالی برای پاسخگویی به فوریت‌های بهداشت‌عمومی شناسایی، احصاء و برنامه­ریزی نشده است. بودجه‌ها به صورت موردی در شرایط اضطراری بهداشت‌ عمومی تخصیص یافته و توزیع ‌می‌شود. |  |
| سطح 2 | یک مکانیسم پیش‌بینی شده یا موجود برای منابع مالی عمومی اضطراری جهت دریافت، توزیع و استفاده از منابع مالی در پاسخ به شرایط اضطراری سلامت عمومی وجود دارد، اما شیوه‌های فعال‌سازی و تخصیص منابع، پیچیده و نابهنگام است. |  |
| سطح 3 | سازوکار اضطراری منابع مالی عمومی برای پاسخگویی به فوریت‌های بهداشت‌عمومی، برای بسیج فوری در زمان نیاز، در سطوح ملی و استانی برای تمامی بخش‌های مرتبط، پیش از وقوع فوریت بهداشت‌ عمومی، شناسایی/ مشخص شده است و دستورالعمل­های اجرایی امکان فعال‌سازی سریع و توزیع را فراهم می‌کنند. |  |
| سطح 4 | سازوکار منابع مالی عمومی اضطراری برای پاسخگویی به فوریت‌های بهداشت‌عمومی در سطوح ملی، استانی و محلی بهداشت عمومی برقرار است و امکان توزیع و اجرای به‌موقع بودجه‌ها توسط تمامی بخش‌های مرتبط در وضعیت اضطراری بهداشت عمومی ا فراهم می‌­باشد.. |  |
| سطح 5 | سازوکار منابع مالی عمومی اضطراری برای پاسخگویی به فوریت‌های بهداشت ‌عمومی در سطوح ملی، استانی و محلی بهداشت‌ عمومی با یک ذخیره اضطراری مناسبایجاد شده است و امکان اجرای به‌موقع بودجه توسط تمامی بخش‌های مرتبط را طی وضعیت اضطراری بهداشت‌ عمومی فراهم می‌کند. |  |

**سوالات فنی**

**P2.1. تامین مالی برای اجرای IHR**

1. کدام طرح کشوری (در صورت وجود) برای حفظ و/ یا تقویت ظرفیت‌های اصلی مورد نیاز برای انطباق با مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) وجود دارد (مانند طرح بخش سلامت ملی، طرح اقدام ملی برای امنیت سلامت (NAHPHS) یا دیگر طرح‌ها)؟ آیا این طرح به‌روز می­باشد و آیا بودجه آن به‌طور کامل تأمین شده است؟ این طرح مربوط به چه دوره ( بازه ) زمانی می­باشد؟
2. سازوکارهایی که در وزارت بهداشت و به طور کلی در دولت برای توسعه، بازنگری، و تصویب بودجه برای اجرای ظرفیت‌های اصلی مورد نیاز برای انطباق با IHR، از جمله فوکال پوینتIHF (NFP) مورد استفاده قرار می‌گیرند، کدامند؟ بودجه‌ها تا چه مدت در آینده تامین می‌شوند؟ این بودجه‌ها هر چند وقت یک بار به روز ‌می‌شوند و مسئولان برنامه­ریزی مالی و بودجه چه کسانی هستند؟ چگونه وزارتخانه‌های مربوطه در مذاکرات بودجه شرکت ‌می‌کنند یا درخواست دریافت بودجه را مطرح می­کنند؟
3. کشور چگونه هماهنگی برنامه‌ریزی بودجه و توسعه را میان وزارتخانه‌ها و ادارات ذیربط تضمین می‌کند؟ بودجه چگونه با اولویت‌های ملی، منطقه‌ای و جهانی برای اجرای ظرفیت‌های اصلی مورد نیاز تحت مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) هم‌راستا می‌شود؟ آیا یک نهاد ملی، بخش‌های مختلف را در اجرای فعالیت‌های مرتبط با IHR و توزیع و اجرای مالی آن‌ها هماهنگ می‌کند؟
4. چه نسبتی از بودجه ملی سلامت به فعالیت‌های مرتبط با مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) یا امنیت سلامت اختصاص دارد؟ دولت چگونه منابع مالی داخلی را برای تقویت یا حفظ ظرفیت‌های مرتبط با IHR بسیج می‌کند؟
5. چه ردیف‌های بودجه‌ای در وزارتخانه‌های مرتبط با هر یک از حوزه‌های فنی مرتبط هستند؟ بودجه تخصیص‌یافته چقدر است و این بودجه چه بازه زمانی را در بر می‌گیرد؟
6. بودجه‌های تخصیص‌یافته چگونه با نیازهای منابع (شامل وزارتخانه‌ها/ بخش‌های مرتبط و مناطق خاص) که در برنامه‌های ملی مرتبط با مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) و/ یا امنیت سلامت شناسایی شده‌اند، مقایسه می‌شوند؟ محدودیت‌های احتمالی تأمین مالی چیست؟
7. آیا در زمان پاسخ به یک وضعیت اضطراری بهداشت‌ عمومی، نظارت لحظه ‌به ‌لحظه انجام می‌شود که تغییرات نیازهای منابع را به نهادهای هماهنگ کننده توزیع مالی در بین بخش­ها و مناطق خاص اطلاع دهد؟
8. در تخصیص و توزیع منابع طی پاسخ به وضعیت اضطراری بهداشت‌ عمومی، چه توجهی به جمعیت‌های در معرض خطر و آسیب‌پذیر معطوف می‌شود؟
9. چه نسبتی از بودجه تخصیص‌یافته از منابع دولتی داخلی تأمین می‌شود؟ چه نسبتی از بودجه تخصیص‌یافته از منابع اهداکنندگان است؟ آیا تأمین مالی اهداکنندگان بیشتر از مجموع تأمین مالی داخلی برای این موارد است؟
10. هزینه‌های مستمر برای تقویت یا تثبیت ظرفیت‌های مرتبط با مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) چگونه تأمین می‌شوند؟ آیا این هزینه‌ها عمدتاً از منابع دولتی داخلی یا منابع خارجی تأمین می‌گردند؟
11. آیا تدوین و ساختار بودجه از انعطاف‌پذیری در هزینه‌ها پشتیبانی می‌کند و بودجه‌ها را نسبت به نیازهای بخش‌ها پاسخگوتر می‌سازد؟ در صورت وجود، فرآیندهای خارج از بودجه (مانند تخصیص مکمل یا تأمین مالی اضطراری) که به سازمان‌ها اجازه می‌دهند در مواقع نیاز، مانند وضعیت اضطراری بهداشت ‌عمومی یا برنامه ویژه‌ای که نیازمند تأمین مالی فراتر از بودجه اولیه است، بودجه اضافی دریافت کنند، کدام می باشند؟
12. فعالیت‌های مرتبط با IHR در سطح استانی چگونه تأمین مالی می‌شوند؟ اگر بودجه‌های جداگانه‌ای در سطح استانی تدوین شود، مسئولین این بودجه‌ها چه کسانی هستند و چه سازوکارها یا رهنمودهایی برای همسویی میان بودجه‌های ملی و استانی مختلف که به‌طور خاص برای اجرای ظرفیت‌های اصلی مورد نیاز برای انطباق با IHR هدف‌گذاری شده‌اند، وجود دارد؟
13. چه سازوکارهایی برای جلب تأمین مالی از بخش خصوصی (داخلی یا بین‌المللی) به منظور تقویت یا حفظ ظرفیت‌های مرتبط با IHR وجود دارد؟
14. آیا تفاهم نامه (MoU) یا توافق‌نامه‌های دیگری با شرکا برای تأمین مالی ظرفیت‌های مرتبط با IHR وجود دارد؟ اگر بله، این توافق‌نامه‌ها برای چه فعالیت‌هایی است و نسبت تأمین مالی از شرکا برای کارکردهای مرتبط با IHR چقدر است؟
15. آیا توزیع به‌موقع بودجه برای تمامی وزارتخانه‌ها یا بخش‌های مرتبط به منظور اجرای فعالیت‌هایی برای تقویت و تثبیت ظرفیت‌های IHR در همه سطوح سیستم (ملی و استانی) صورت می‌گیرد؟ آیا در دریافت بودجه تاخیر وجود دارد؟ اگر چنین است، علل این تأخیرها چیست؟ آیا این تأخیرها اجرای فعالیت‌ها را مختل می‌کنند؟
16. آیا گزارشاتی از کم یا بیش هزینه کرد منابع مالی وجود دارد؟ چه اقداماتی برای رفع مشکلات ناشی از کم‌هزینه یا بیش‌هزینه شدن بودجه در نظر گرفته شده است؟
17. چه سازوکارهایی برای نظارت و ارزیابی عملکرد مالی وجود دارد؟ چه سازوکارهایی برای شفافیت و پاسخگویی بودجه در نظر گرفته شده است؟ آیا گزارش‌دهی هزینه‌ها برای اجرای IHR در حوزه سلامت و وزارتخانه‌های مرتبط جامع، به‌موقع و برای عموم مردم در دسترس است؟
18. آیا این بودجه‌ها اجرای کامل ظرفیت‌های IHR، از جمله عملکرد بهینه فوکال پوینتIHR، را تضمین می‌کنند؟ اگر خیر، موانع یا گلوگاه‌های شناخته شده (مانند شکاف‌های تأمین مالی، اجرا و غیره) کدامند؟ اطلاعات مالی برای اجرای IHR چگونه برای نظارت، ارزیابی و بهبود توسعه و اجرای سیاست‌ها استفاده می‌شود؟

**P2.2. منابع مالی برای پاسخ اضطراری بهداشت‌عمومی**

1. منابع در بخش عمومی هنگام وقوع یک وضعیت اضطراری بهداشت‌عمومی چگونه مدیریت می‌شوند؟ منابع ارائه‌شده توسط شرکای خارجی چگونه بسیج و توزیع می‌گردند؟
2. آیا سازوکاری وجود دارد که امکان توزیع به‌موقع منابع را برای آمادگی عملیاتی و پاسخگویی به وضعیت اضطراری بهداشت‌عمومی فراهم کند؟
3. هنگام وقوع یک وضعیت اضطراری بهداشت‌ عمومی، آیا کشور می‌داند که فوراً از کجا می‌تواند به منابع مالی مورد نیاز برای پاسخ به این وضعیت دسترسی پیدا کند؟
4. آیا کشور توافقی با سازوکارهای تأمین مالی اضطراری چندجانبه برقرار کرده است؟
5. آیا نهادی عمومی متولی جمع‌آوری منابع برای زمان وقوع وضعیت اضطراری بهداشت‌ عمومی وجود دارد؟ این نهاد چگونه منابع خارجی را جمع‌آوری و هماهنگ می‌کند؟ آخرین باری که این اتفاق افتاد را توصیف کنید.
6. آیا هر وزارتخانه یا نهاد عمومی مرتبط، تخصیص بودجه‌ای برای فعالیت‌های مرتبط با پاسخگویی به وضعیت‌های اضطراری بهداشت‌ عمومی در اختیار دارد؟
7. آیا سازوکارهای استثنایی وجود دارند که امکان توزیع و اجرای سریع بودجه‌های تخصیص‌یافته برای وضعیت‌های اضطراری بهداشت‌ عمومی را فراهم کنند به‌گونه‌ای که بتوان به‌سرعت نیروی انسانی را استخدام کرد، تجهیزات، ملزومات و کالاها را تهیه نمود، توزیع نیروی انسانی و کالاها را بسیج کرد و سایر مداخلات ضروری پاسخ به شرایط اضطراری را در صورت نیاز انجام داد؟
8. آیا سازوکارهای مستثنائی که اجازه دهند بودجه به بخش خصوصی یا نهادهای غیردولتی بازتخصیص یابد، وجود دارند ؟
9. کشور چگونه هماهنگی و تخصیص بودجه مرتبط با پاسخ به وضعیت‌های اضطراری بهداشت‌ عمومی را تضمین می‌کند؟ آیا مرجع ملی‌ وجود دارد که نظارت بر تخصیص، اجرا و پایش مالی در پاسخ به وضعیت اضطراری بهداشت‌ عمومی را بر عهده داشته باشد، مداخلات بخش‌های درگیر در پاسخ را هماهنگ کند و بودجه‌های مرتبط با این موارد را اجرا و گزارش دهد؟
10. آیا در زمان پاسخ به وضعیت اضطراری بهداشت‌عمومی، پایش فوری انجام می‌شود که نیازهای متغیر منابع را به نهادهایی که توزیع مالی بین بخش‌ها، سطوح و مناطق جغرافیایی کشور را هماهنگ می‌کنند، اطلاع دهد؟
11. در تخصیص و توزیع منابع طی پاسخ به وضعیت اضطراری بهداشت ‌عمومی، چه توجهی به جمعیت‌های در معرض خطر و آسیب‌پذیر می‌شود؟
12. آیا دستورالعمل­هایی وجود دارند که امکان بازتوزیع سریع بودجه و منابع بین بخش‌ها، سطوح یا مناطق جغرافیایی کشور را با تغییر نیازها برای پاسخ به وضعیت اضطراری بهداشت‌ عمومی در طول زمان فراهم کنند؟

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* بودجه ملی
* **وجوه تأمین‌شده از منابع خارجی** چارچوب‌های هزینه‌های میان مدت، برنامه‌های توسعه میان مدت
* قوانین، مقررات، سیاست‌ها و برنامه‌های مالی مرتبط با کنترل بیماری، IHR و غیره
* گزارش‌های ارزیابی یا ارزیابی قوانین، مقررات، سیاست‌ها یا طرح‌ها
* هرگونه قانون، مقررات و/ یا سیاست‌های مربوط به مخاطرات بیولوژیکی، شیمیایی و رادیولوژی از بخش‌های مربوطه.

## P3.هماهنگی IHR، عملکردهای قوکال پوینت **[[21]](#footnote-21)**IHR و جلب مشارکت **[[22]](#footnote-22)**

**اهداف:** اتخاذ رویکردی چندبخشی و چندرشته‌ای از طریق مشارکت‌های ملی، زمینه‌ساز ایجاد سامانه‌های هشدار و پاسخ‌گویی کارآمد و به‌موقع به‌منظور اجرای مؤثر «مقررات بین‌المللی بهداشت» (IHR) است. هماهنگی منابع ملی، از جمله راه‌اندازی پایدار یک "فوکال پوینت ملی IHR" با عملکرد مستمر و دسترسی دائمی، به‌عنوان یکی از الزامات کلیدی IHR، ضروری است. کشورهای عضو موظف‌اند اطلاعات تماس فوکال پوینت ملی IHR را در اختیار سازمان جهانی بهداشت (WHO) قرار داده، آن را به‌طور مداوم به‌روزرسانی کرده و سالانه تأیید کنند. همچنین، گزارش‌دهی به‌موقع و دقیق بیماری‌های قابل گزارش، از جمله رویدادهای بالقوه دارای اهمیت برای بهداشت عمومی، طبق الزامات WHO و انتقال مستمر اطلاعات به سازمان خواربار و کشاورزی (FAO) و سازمان جهانی بهداشت دام (OIE) نیز الزامی است. برنامه‌ریزی و توسعه ظرفیت‌ها از طریق اقدامات ترویجی حمایتی می­شود تا پشتیبانی در سطح عتای برای اجرای IHR تضمین شود.

**نحوه اندازه گیری**: 1- ایجاد سازوکاری چندبخشی و چندرشته‌ای کارآمد برای هماهنگی و یکپارچه‌سازی بخش‌های مرتبط در اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) و پاسخگویی به هرگونه رویداد بهداشت ‌عمومی. 2- راه­اندازی سامانه­ای برای گزارش رویدادهای بالقوه بهداشت ‌عمومی دارای اهمیت بین‌المللی، به سازمان بهداشت جهانی (WHO) و پاسخ­گویی به نیازهای سایر سامانه‌های رسمی گزارش‌دهی مانند سامانه اطلاعات بهداشت جهانی دام (WAHIS). 3- برنامه‌ریزی و تلاش‌های مستمر برای توسعه ظرفیت همراه با ایجاد و تقویت سازوکارهای مؤثر ترویجی برای اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR). 4- ارزیابی منظم سازوکاری مذکور از طریق تمرین‌های شبیه‌سازی و و به‌روزرسانی متعاقب دستورالعمل‌ها و رویه‌های اجرایی..**اثر مطلوب:** ایجاد مکانیسمی چندبخشی، چندرشته‌ای و هماهنگ برای تسهیل شناسایی، ارزیابی و پاسخ به هرگونه رویداد یا خطر بهداشت عمومی.فوکال پوینت IHR در هرزمانی در دسترس می باشد تا با مرکز ارتباطات IHR در دفتر منطقه­ای سازمان جهانی بهداشت و سایربخشها و ذینفعان مرتبط IHR در داخل کشور ارتباط برقرار کند. فوکال پوینت ملی IHR، نماینده OIE و فوکال پوینت سامانه WAHIS به مجموعه‌ای از شیوه‌های برتر، رویه‌های نمونه، قالب‌های گزارش‌دهی و منابع آموزشی دسترسی خواهند داشت تا امکان اعلام سریع (ظرف ۲۴ ساعت) رویدادهایی که می‌توانند وضعیت اضطراری بهداشت عمومی با اهمیت بین‌المللی (PHEIC) محسوب شوند، به WHO و گزارش بیماری‌های فهرست‌شده به OIE را فراهم کنند و همچنین توان پاسخ‌گویی سریع (ظرف ۲۴ تا ۴۸ ساعت) به ارتباطات این سازمان‌ها را داشته باشند. برخورداری از حمایت سطح بالا برای اجرای موثر مقررات IHR نیز از آثار مطلوب این سازوکار می باشد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P3.1 توابع نقطه کانونی ملی IHR کارکردهای رابط اصلی ملی مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR)** | **یک سطح انتخاب شود** |
|
| سطح 1 | شرایط مرجعی که نقش‌ها و مسئولیت‌های فوکال پوینت ملی IHR را تشریح می­کند، وجود ندارد یا در حال توسعه نیست و توسط فردی ارائه می‌شود که کاملاً با عملکردهای اجباری NFP تحت IHR آشنا است، اما اختیار، ظرفیت و منابع برای انجام مؤثر این وظایف، از جمله در دسترس بودن شبانه‌روزی را ندارد. |  |
| سطح 2 | فوکال پوینت ملی IHR به عنوان یک مرکز تعیین شده فعال است و دارای یک سیستم افسر وظیفه است تا دسترسی دائمی برای ارتباطات فوری با سازمان جهانی بهداشت (WHO) تضمین شود، اما ابزارها و ترتیبات قانونی، هنجاری و نهادی، از جمله شرایط مرجع نقش‌ها و مسئولیت‌ها برای برقراری ارتباط مؤثر با تمام سطوح و بخش‌های مربوطه در ساختار اداریی کشور کافی نیست. |  |
| سطح 3 | فوکال پوینت ملی IHR ، یک مرکز تعیین ‌شده است با مأموریت قانونی و دولتی واضح می باشد، با شرح وظایفی که نقش‌ها و مسئولیت‌ها را توصیف می‌کند، که به خوبی سازمان یافته می باشد، که دارای شرایط مرجع مشخصی برای توصیف نقش‌ها و مسئولیت‌ها بوده و به‌طور کافی سازمان‌دهی شده، منابع لازم را در اختیار دارد و همواره برای ارتباط با WHO در دسترس استاما همکاری و ارتباطات بین‌بخشی برای تجمیع اطلاعات نظارتی یا دریافت تائید از سایر بخش‌های داخلی کافی نیست. |  |
| سطح4 | فوکال پوینت ملی IHR مرکزی است که به خوبی سازمان‌دهی شده، دارای منابع کافی است و و در درون ساختار دولتی در موقعیتی مناسب قرار گرفته است.، این مرکز از سطوحی از اختیار و ترتیبات و ابزار نهادی کاست ترتیبات و ابزارهای نهادی برخوردار است که دسترسی به منابع اطلاعاتی مرتبط و سطوح تصمیم‌گیری در نظام ملی پایش و پاسخ‌دهی را ممکن می‌سازد. |  |
| سطح 5 | فوکال پوینت ملی IHR، مرکزی است که به‌صورت مناسب سازمان‌دهی، جایگاه‌یابی، آموزش‌دیده و تجهیز شده است و دارای سطوح کافی از اختیار، کانال‌های ارتباطی کارآمد و همچنین منابع اداری، انسانی، فناوری و مالی است تا به‌طور هدفمند با تمامی بخش‌های مرتبط تعامل داشته باشد و وظایف خود را مطابق با مفاد IHR اجرا کند. عملکرد آن به‌صورت منظم تمرین، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی می‌شود و اقداماتی برای تقویت و تثبیت ظرفیت‌های آن انجام شده است. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P3.2. سازوکارهای هماهنگی چندبخشی[[23]](#footnote-23)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | سازوکارهای هماهنگی چندبخشی برای اجرای IHR وجود ندارد یا در حال ایجاد و ارتقاء نیست. فعالیت‌های هماهنگی چندبخشی به‌صورت موردی و غیرمنظم انجام می‌شود. |  |
| سطح 2 | سازوکارهای هماهنگی چندبخشی برای اجرای IHR تدوین شده‌اند اما به طور رسمی اعلام و ابلاغ نشده­اند. فعالیت‌های هماهنگی چندبخشی به‌صورت موردی انجام می‌شوند. |  |
| سطح 3 | سازوکارهای هماهنگی چندبخشی برای اجرای IHR برقرار شده، و اعلام و ابلاغ گردیده است و در سطح ملی در حال اجرا هستند. |  |
| سطح 4 | سازوکارهای هماهنگی چندبخشی برای اجرای IHR برقرار شده، و اعلام و ابلاغ گردیده است و در سطوح ملی و استانی در حال اجرا هستند. |  |
| سطح 5 | سازوکارهای هماهنگی چندبخشی برای اجرای IHR در تمامی سطوح در حال اجرا است و به‌صورت منظم تمرین، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی می‌شود. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P3.3. برنامه­ریزی راهبردی برای IHR، آمادگی یا امنیت سلامت** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح1 | طرح اقدام ملی برای IHR، آمادگی یا امنیت سلامت[[24]](#footnote-24) در دسترس نیست یا در حال تدوین است. |  |
| سطح 2 | برنامه اقدام ملی برای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR)، آمادگی یا امنیت سلامت تدوین شده است، اما در حال اجرا نیست. |  |
| سطح 3 | برنامه اقدام ملی برای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR)، آمادگی یا امنیت سلامت تدوین و در حال اجراست، اما پایش یا به‌روزرسانی منظمی برای فعالیت‌ها وجود ندارد. تصمیم‌گیرندگان در سطح دولت و/ یا نهادهای قانونگذاری در سطح ملی به صورت موردی نسبت به مقررات بهداشتی بین‌المللی و/ یا امنیت سلامت حساس‌[[25]](#footnote-25) شده‌اند. |  |
| سطح 4 | برنامه اقدام ملی برای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR)، آمادگی یا امنیت سلامت اجرا شده است. فعالیت‌ها چند بخشی بوده و در دو سال گذشته پایش و به‌روزرسانی شده است این برنامه و فعالیت‌های مربوطه بر اساس ارزیابی‌های ظرفیت، از جمله ارزیابی مشترک خارجی (JEE) یا ابزار خودارزیابی SPAR، به‌روزرسانی می‌شوند. تصمیم‌گیرندگان در سطوح دولتی و/یا قانون‌گذاری در سطح ملی نسبت به مقررات IHR، برنامه ملی مرتبط و موضوعات مربوط به امنیت سلامت آگاه‌سازی شده و به‌طور نظام‌مند درگیر این فرآیندها هستند. |  |
| سطح 5 | برنامه اقدام ملی برای IHR، آمادگی یا امنیت سلامت اجرا می­شود. فعالیتها بر اساس ارزیابی خطر، تمرین‌ها (مانند تمرین شبیه سازی (SimEx[[26]](#footnote-26))) و درس آموخته‌های رویدادهای واقعی ( مانند گزارشهای بررسی درون کشوری ([[27]](#footnote-27)IARs) یا گزارشهای بررسی پس از اقدام ([[28]](#footnote-28)AARs)) حداقل سالانه پایش و به‌روزرسانی می­شوند. تصمیم‌گیران در دولت و/ یا نهادهای قانون‌گذاری در سطح ملی و استانی نسبت به مقررات بهداشتی بین­المللی (IHR)، برنامه ملی مرتبط با آن و مسائل امنیت سلامت حساس شده و به‌صورت نظام‌مند با مداخلات در حال مشارکت می­باشند. |  |

**پرسش‌های زمینه‌ای**

۱. این کشور چگونه با وزارتخانه‌ها، نهادهای دولتی و سایر بخش‌های مرتبط برای مدیریت شرایط اضطراری سلامت (پیش از وقوع، حین وقوع و پس از آن) هماهنگی می‌کند؟   
۲. چه اقداماتی برای تقویت وظایف و عملکرد فوکال پوینت ملی (NFP) انجام شده است؟  
۳. برنامه‌های واکنش به شرایط اضطراری سلامت، از جمله برنامه‌های اقدام ملی، چگونه تدوین و اجرا می‌شوند تا ظرفیت‌های IHR تقویت شوند؟  
۴. آیا راهبردی ملی برای ترویج، تقویت و توسعه ظرفیت‌های IHR وجود دارد؟

**سوالات فنی**

**P3.1. عملکردهای فوکال پوینت IHR**

1. منابع، ساختار و تخصص
   1. ساختار سازمانی مرکز/ دفتر NFP را توصیف کنید.
   2. شرح وظایف و مسئولیت‌های روزانه NFP چیست؟
   3. آیا سیستم افسر کشیک برای اطمینان از دسترسی همیشگی (۲۴ ساعته در تمام روزهای سال) به فوکال پوینت ملی (NFP) جهت برقراری ارتباطات فوری با سازمان جهانی بهداشت (WHO) در کشور شما وجود دارد؟
   4. آیا مرکز/ دفتر NFP از نظر منابع اداری، انسانی، فناوری و مالی به طور کافی برای انجام وظایف ارتباطی NFP تجهیز شده است؟
   5. آیا مرکز/ دفتر NFP ظرفیت لازم برای تجمیع اطلاعات نظارتی از تمام بخش‌ها/ نهادهای مرتبط دولتی را دارد؟
   6. آیا NFP تخصص لازم را برای بحث در مورد یک رویداد قابل گزارش با نقطه تماس IHR سازمان بهداشت جهانی را دارد؟
   7. آیا برنامه­ای در حال اجرا در NFP برای پشتیبانی از آموزش مداوم و یادگیری کارکنان شاغل در NFP وجود دارد؟
2. ارتباط سازمانی
   1. جایگاه مرکز/ دفتر NFP را در ساختار دولتی ملی شرح دهید.
   2. آیا جایگاه مرکز/ دفتر NFP، دسترسی به منابع اطلاعاتی مرتبط و سطح تصمیم گیری، از جمله مقامات ارشد دولتی در سیستم نظارت و پاسخ ملی را تضمین ‌می‌کند؟
   3. چه رویه‌های عملیاتی و ترتیبات کاری برای انتقال اطلاعات دریافتی از سازمان جهانی بهداشت (WHO) به بخش‌های مرتبط در ساختار اداری کشور و همچنین برای تجمیع بازخوردها از این بخش‌ها به‌صورت به‌موقع، از جمله نهادهای ملی خارج از حوزه سلامت نظیر حوزه‌های بیماری‌های زئونوز، بیماری‌های ناشی از غذا، مخاطرات شیمیایی و پرتو-هسته‌ای، در نظر گرفته شده است؟
   4. آیا NFP به طور منظم با سایر بخش‌ها برای ارزیابی خطر و اطلاع‌رسانی در مورد رویدادهای ملی سلامت عمومی و هر رویدادی با اهمیت بالقوه سلامت عمومی، صرف نظر از منبع، در تعامل است؟
   5. چه روال اداری داخلی، قبل از اطلاع­رسانی یک رویداد به WHO دنبال ‌می‌شود؟
   6. از زمان آغاز فرآیند ارزیابی یک رویداد بهداشت عمومی تا زمانی که آن رویداد به‌عنوان قابل گزارش تشخیص داده شده و اطلاع‌رسانی صورت می‌گیرد، معمولاً چه مدت زمان صرف می‌شود؟
3. تا چه اندازه مشکلات در انتقال اطلاعات میان NFP و سایر بخش‌های دولتی، چالش کسب تأیید بین‌بخشی و ارائه به‌موقع گزارش به WHO را تشدید می‌کند؟آخرین تمرین (یا رویداد واقعی) که سیستم‌های کشور را برای شناسایی و گزارش یک رویداد به WHO مورد آزمون قرار داد، چگونه بوده است؟ لطفاً شرح دهید. اختیارات قانونی و دولتی
   1. آیا قوانین یا ترتیبات اداری موجود، این امکان را برای فوکال پوینت ملی (NFP) فراهم می‌سازد که مجوز رسمی، از جمله از مقامات عالی‌رتبه دولتی، برای انجام ارتباطات فوری با سازمان جهانی بهداشت (WHO) در چارچوب‌های زمانی تعیین‌شده توسط مقررات بین‌المللی بهداشت (IHR) دریافت کند؟آیا NFP از اختیار قانونی برای دسترسی به تمامی منابع اطلاعاتی مرتبط و تصمیم‌گیرندگان، از جمله وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی در بخش‌های مرتبط خارج از حوزه سلامت برخوردار است؟
   2. آیا عملکردهای NFP با سیاست‌های اجرایی دولت هماهنگ و یکپارچه شده است؟
4. آیا فوکال پوینت ملی مقررات بین‌المللی بهداشت تدابیری برای تضمین مشارکت همه افراد جامعه (از جمله نمایندگی از نظر جنسیت، قومیت، مذهبی و سایر گروه‌های اجتماعی) در میان کارکنان خود اتخاذ کرده است؟

**P3.2. مکانیسم‌های هماهنگی چند بخشی**

1. آیا اعضای کلیدی فوکال پوینت ملی IHR قادر به برقراری ارتباط مؤثر، کتبی یا شفاهی، با سازمان بهداشت جهانی و سایر کارشناسان بین‌المللی برای اهداف گزارش‌دهی هستند؟
2. آیا فهرست تماس به‌روز شده‌ای، شامل تمامی اعضای فوکال پوینت ملی مقررات بهداشتی بین‌المللی وجود دارد؟
3. آیا سازوکارهایی برای تضمین اتخاذ رویکرد " تمام دولت" در نظر گرفته شده است؟
4. -------
5. آیا مثالهایی از هماهنگی مؤثر میان وزارتخانه‌های ذی‌ربط در مورد رویدادهایی که ممکن است یک رویداد بهداشت‌ عمومی یا خطر ملی یا بین‌المللی را تشکیل دهند، وجود دارد؟
6. آیا دستورالعمل‌ها یا روش‌های اجرایی استاندارد (SOPs) برای هماهنگی بین مرکز تماس ملی IHR و سایر نهادهای مرتبط در دسترس است؟
7. آیا سازوکارهای عملیاتی برای همکاری چندبخشی شامل خدمات بالینی، واحدهای مراقبت سلامت دام و انسان، واحدهای ارتباطی و آزمایشگاه‌ها ، ایجاد شده است؟
8. آیا تبادل اطلاعات به‌موقع و نظام‌مند میان دفاتر ملی، استانی و محیطی، واحدهای مراقبت دام، آزمایشگاه‌ها، واحدهای مراقبت سلامت انسان و سایر بخش‌های مرتبط در مورد خطرات بالقوه زئونوتیک و رویدادهای زئونوتیک فوری یا نوپدید وجود دارد؟
9. آیا سازوکار عملی برای همکاری چندبخشی با سایر بخش‌های مرتبط به منظور تسریع در اقدامات آمادگی عملیاتی هدفمند برای تهدیدات قریب‌الوقوع وجود دارد؟
10. آیا سازوکار عملی برای همکاری چندبخشی با سایر بخش‌های مرتبط برای سایر مخاطرات مرتبط با مقررات بهداشتی بین‌المللی، مانند بخش‌های شیمیایی و پرتوزا، وجود دارد؟
11. آیا سازوکار هماهنگی برای شناسایی و پاسخ به رویدادهای عمدی و/ یا تصادفی که به عنوان مثال در تجمعات انبوه رخ می‌دهند، وجود دارد؟
12. آیا سازوکار هماهنگی و ارتباط چندبخشی و چندرشته‌ای به‌روز شده است و به طور منظم آزمایش می‌شود؟
13. آیا برنامه‌های عملیاتی برای گنجاندن درس‌ آموخته­ها از سازوکارهای هماهنگی و ارتباط چندبخشی/ چندرشته‌ای تدوین شده‌اند؟
14. آیا به‌روزرسانی‌های اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی با سایر بخش‌های مرتبط به اشتراک گذاشته می‌شود؟

**P3.3. برنامه ریزی استراتژیک برای IHR آمادگی یا امنیت سلامت**

1. آیا کشور برنامه‌ها و مکانیسم‌هایی برای هماهنگی توسعه و اجرای اقدامات چندبخشی، برای آمادگی در برابر شرایط اضطراری دارد؟
   1. آیا برنامه‌ها و مکانیزم‌های ملی برای هماهنگی آمادگی اضطراری دارای رویکردی جامع و فراگیر (whole-of-society) بوده و تمامی بخش‌های مرتبط را در بر می‌گیرد؟
   2. آیا بخش سلامت دارای برنامه­ای چند مخاطره­ای برای هماهنگی اقدامات آمادگی اضطراری است که در طرح چند بخشی ادغام شده باشد؟ آیا آمادگی اضطراری در برنامه‌های تقویت مدیریت ملی شرایط اضطراری و کاهش بلایا گنجانده شده است؟
   3. آیا برنامه ملی شامل موارد زیر است:
   4. ارزیابی راهبردی خطرهای اضطراری، با در نظر گرفتن رویدادهای برنامه­ریزی شده، مانند تجمعات انبوه
   5. ارزیابی ظرفیت‌ها و نقشه­برداری منابع،
   6. برنامه­ریزی برای پاسخگویی به شرایط اضطراری چند مخاطره­ای، ( برای سوالات خاص به بخش زیر مراجعه کنید)،
   7. برنامه ریزی اقتضایی برای مخاطرات خاص یا سناریوهای دارای خطر،
   8. برنامه‌هایی برای توسعه ظرفیت‌های پاسخگویی اضطراری، از جمله مراکز عملیات اضطراری (EOCs)،
   9. برنامه برای توسعه ظرفیت‌های افزایش توان عملیاتی
   10. برنامه برای تداوم کسب و کار در شرایط اضطرار
   11. آموزش، و
   12. انجام تمرینات و شبیه سازی‌های عملیاتی
   13. آیا این طرح آمادگی اضطراری برای مخاطرات مرتبط با مقررات بهداشتی بین‌المللی، از جمله آن‌هایی که پتانسیل ایجاد وضعیت اضطراری بهداشت‌عمومی بین‌المللی را دارند، را پوشش می‌دهد؟ آیا این طرح آمادگی اضطراری برای همه انواع مخاطراتی که کشور با آن مواجه است را در بر می‌گیرد؟
   14. آیا این طرح به موارد زیر پرداخته است:1) فرآیندهایی برای هدایت تصمیم‌گیری در مورد تجمعات انبوه و اقدامات لازم برای کاهش خطرات مرتبط با چنین رویدادهایی؟ 2) تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌هایی برای سازمان‌دهی تجمعات انبوه (مانند اقدامات محدودکننده برای کنترل و مدیریت رویدادها، دستورالعمل‌های عملیاتی استاندارد برای تصمیم‌گیری درباره برگزاری یا عدم برگزاری رویدادها)؟ 3) اتخاذ رویکردهای مشورتی و شفاف به‌منظور اطلاع‌رسانی به تصمیم‌گیری‌ها درباره تجمعات انبوه که برای همه ذی‌نفعان مرتبط، صریح و در دسترس و قابل مشارکت باشد، ؟ 4) سازوکار بازخورد برای اصلاح سیاست‌ها و شیوه نامه­های اداری مربوط به تجمعات انبوه بر اساس درس‌ آموخته‌ها و بهترین مداخلات شناسایی‌شده است؟
   15. آیا این طرح به‌طور واضح نقش‌ها و مسئولیت‌های آمادگی اضطراری را به واحدهای دولتی مشخص در تمامی بخش‌های مرتبط و مبادی مرزی (PoEs) اختصاص داده است؟
   16. آیا برنامه‌هایی برای تقویت آمادگی اضطراری در سطوح پاسخگویی استانی و مراقبت بهداشتی اولیه (PHC) وجود دارد؟
   17. آیا منابع انسانی اختصاصی و بودجه منظم برای اقدامات آمادگی اضطراری توسط بخش‌های بهداشت‌ عمومی، سلامت دام و سایر بخش‌های مرتبط تأمین شده است؟ آیا منابع انسانی در مورد نقش‌ها و مسئولیت‌های خود توجیه شده و آموزش دیده‌اند؟
   18. طرح ملی چه زمانی تدوین شده است؟ آخرین به‌روزرسانی آن چه زمانی انجام شده است؟
2. آیا کشور دارای برنامه‌های پاسخ اضطراری چندبخشی و چندمخاطره ای است؟
   1. آیا برنامه ملی پاسخ اضطراری بهداشتی دارای رویکرد جامع ‌چند مخاطره­ای با مشارکت همه بخش‌های مرتبط جامعه است؟ این برنامه چه زمانی تدوین شده است؟ آخرین به‌روزرسانی این برنامه چه زمانی انجام شده است؟
   2. آیا برنامه پاسخ اضطراری بخش سلامت در برنامه چندبخشی ادغام شده است؟
   3. آیا برنامه پاسخ چندبخشی و ‌چند مخاطره­ای ملی بر اساس ارزیابی راهبردی خطر اضطراری، ارزیابی ظرفیت‌ها و نقشه نگاری منابع تدوین شده است؟
   4. آیا برنامه پاسخ به شرایط اضطراری، مخاطرات مرتبط با مقررات بهداشتی بین‌المللی از جمله مخاطراتی که توانایی ایجاد شرایط اضطراری بهداشت ‌عمومی با اهمیت بین‌المللی (PHEIC) را دارند، را شامل می‌شود، ؟ آیا برنامه پاسخگویی به انواع شرایط اضطراری که کشور با آن مواجه است، می‌پردازد؟
   5. آیا برنامه‌های اضطراری برای خطرات با اولویت بالا/ رویدادهای خاص تدوین شده است؟ آیا آنها بر اساس ارزیابی راهبردی خطر و نقشه برداری منابع تهیه شده اند؟
   6. آیا برنامه شامل روش‌های اجرایی استاندارد (SOPs) برای فعال‌سازی و اجرای برنامه در تمامی وظایف مدیریتی و فنی کلیدی در بخش‌های مرتبط (مانند سلامت، مدیریت شرایط اضطراری، سلامت دام، مواد شیمیایی، پرتوها و رویدادهای تجمعی) است؟ آیا بودجه‌های اضطراری یا احتمالی به صورت آماده و در دسترس وجود دارد تا از واکنش‌های بخش سلامت عمومی، سلامت دام و سایر بخش‌های مرتبط حمایت کنند؟
   7. آیا این برنامه منابع موجود (مانند نیروی انسانی، تجهیزات، تاسیسات) را در مقایسه با نیازها در شرایط عادی، اضطرارهای حاد و بحران‌های بلندمدت تحلیل می‌کند؟
   8. آیا برنامه پاسخ اضطراری چندبخشی و چندخطری ملی شامل برنامه افزایش ظرفیت پاسخ (surge plan) برای گسترش عملیات واکنش است؟
   9. مکانیسم رسیدگی به کمبود منابع چیست؟ آیا این برنامه شامل برنامه‌های عملیاتی استاندارد برای اعزام ظرفیت­های افزایش یافته است؟
   10. آیا ظرفیت افزایش یافته برای پاسخگویی به شرایط اضطراری، از جمله شرایط اضطراری بهداشت ‌عمومی با اهمیت ملی و بین المللی، در دسترس است؟
   11. آیا برنامه‌های واکنش اضطراری چند مخاطره­ای در سطوح استانی و محیطی وجود دارد؟
   12. آیا برنامه ملی پاسخ اضطراری، دستورالعمل‌ها و برنامه‌هایی را برای جابه جایی یا بسیج منابع از سطوح ملی و استانی جهت حمایت از پاسخ در سطح اولیه بهداشت‌ عمومی توضیح م­ دهد؟ آن رویه‌ها و برنامه‌ها چیست؟
   13. آیا برنامه ملی پاسخ اضطراری شامل تدارکات است؟ چه منابعی برای تدارکات در دسترس است؟
   14. آیا برنامه ملی پاسخ در یک رویداد واقعی اجرا شده یا از طریق یک تمرین شبیه­سازی شده (SimEx) در چارچوب یک رویکرد جامع مورد آزمایش قرار گرفته است؟ آخرین باری که استفاده شده چه زمانی بوده است؟ آیا برنامه دارای یک بازبینی پس از اقدام (AAR) یا شکل دیگری از ارزیابی به روزرسانی شده است؟
   15. آیا برنامه‌های واکنش چند مخاطره­ای در سطح استانی و محیطی در یک رویداد واقعی اجرا شده‌اند یا در یک تمرین شبیه سازی (SimEx) آزمایش شده‌اند؟ آخرین باری که ا این برنامه‌ها مورد استفاده قرار گرفتند، چه زمانی بوده است؟ آیا برنامه‌ها در نتیجه یک بازبینی پس از اقدام (AAR) یا ارزیابی دیگر به روزرسانی شده­اند؟
   16. آیا برنامه‌های اضطراری ملی در یک رویداد واقعی اجرا شده­اند یا در تمرین شبیه­سازی شده آزمایش شده­اند؟ آخرین باری که چنین طرح‌های اضطراری آزمایش شدند چه زمانی بود؟ آیا این برنامه‌ها در نتیجه یک AAR یا سایر انواع ارزیابی، به روز شدند؟
   17. یافته‌های کلیدی یک بازبینی پس از اقدام (AAR) در ارزیابی‌های عملیات پاسخ اضطراری یا تجزیه و تحلیل SWOT (نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها، تهدیدها) چیست؟

3. آیا استراتژی جلب مشارکت (advocacy) برای اجرای IHR وجود دارد؟ اگر بله،

* 1. آیا استراتژی جلب مشارکت در همه سطوح سیستم بهداشتی سلامت اعلام و ابلاغ شده است؟
  2. آیا استراتژی جلب مشارکت کل دولت و شرکا و ذی ­نفعان جامعه را لحاظ کرده و در برمی­گیرد؟
  3. استراتژی جلب مشارکت چگونه اعلام و ابلاغ ‌می‌شود و از چه کانال‌هایی برای انتشار آن استفاده ‌می‌شود؟
  4. آیا سازوکار نظارت و ارزیابی برای سنجش میزان اجرای استراتژی جلب مشارکت وجود دارد؟
  5. آخرین دفعه­ای که استراتژی جلب مشارکت آزمایش، بررسی و به روز شده است، چه زمانی است؟ اگر خیر،
  6. آیا برنامه­ای برای توسعه استراتژی حمایت طلبی وجود دارد؟
  7. فعالیت‌های جلب مشارکت برای اجرای IHR چگونه انجام ‌می‌شود؟
  8. سایر ذینفعان مرتبط چگونه می­توانند به اطلاعات IHR دسترسی داشته باشند؟

1. اگر یک استراتژی جلب مشارکت در حال توسعه است، آیا موارد زیر را در برمی‌گیرد؟
2. آیا با رویکرد کل نگر به جامعه در حال توسعه و ارتقا می­باشد ؟
3. آیا برنامه­ای برای انتشار و بهبود و ارتقای مواد آموزشی دارد؟
4. آیا برنامه­ای برای آزمایش و بازبینی پیش­نویس این استراتژی وجود دارد؟

**مستندات یا شواهد مربوط به سطح توانایی:**

• گزارش‌های مسیر PVS سازمان جهانی بهداشت دام (OIE)؛

• گزارش‌های ارائه‌شده به نهادهای حکمرانی سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مورد اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) (مانند گزارش‌های هیئت اجرایی و مجمع جهانی بهداشت)؛

• قوانین، پروتکل‌ها یا سایر سیاست‌های مرتبط با گزارش‌دهی به سازمان جهانی بهداشت؛

• هرگونه طرح‌های تدوین‌شده یا سایر شواهدی که پاسخ به رویدادهای احتمالی بیولوژیکی، شیمیایی و پرتویی را پوشش می‌دهد؛

• پیوست 2 مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) سازمان جهانی بهداشت؛

• قانون سلامت دامهای خشکی­زی و کد سلامت سازمان جهانی بهداشت دام (OIE) – بخش 1؛

• گزارش‌های IHR به مجمع جهانی بهداشت؛

• قوانین، پروتکل‌ها یا سایر سیاست‌های مرتبط با گزارش‌دهی به سازمان جهانی بهداشت و سازمان جهانی بهداشت دام؛

• گزارش‌های سیستم اطلاعات بهداشت جهانی دام (WAHIS).

**مراجع:**

* Annex 2 of the International Health Regulations (2005). World Health Organization [website] (https:/ / www.who.int/ publications/ m/ item/ annex-2-of-the-international-healthregulations-(2005), accessed 16 March 2022).
* Terrestrial animal health code (2017). Volume 1. General provisions. World Organisation for Animal Health [website] (https:/ / www.oie.int/ en/ what-we-do/ standards/ codes-andmanuals/ terrestrial-code-online-access/ , accessed 23 March 2022).

## P4. مقاومت ضد میکروبی (AMR)[[29]](#footnote-29)

**هدف**: ایجاد یک سیستم عملکردی برای پاسخ ملی به مقابله با مقاومت ضد میکروبی (AMR) با رویکرد « سلامت واحد»، شامل:

الف. کار چندبخشی که انسان‌ها، دامها، غذا، گیاهان و محیط زیست (در آب، خاک و هوا) را در بر می­گیرد. این شامل توسعه و اجرای یک برنامه اقدام ملی برای مقابله باAMR، مطابق با برنامه اقدام جهانی (GAP) در مورد AMR است.

ب. ظرفیت نظام مراقبت برای AMR و مصرف داروهای ضد میکروبی در سطح ملی، با پیروی و استفاده از سیستم‌های مورد توافق بین‌المللی مانند سیستم جهانی نظارت بر AMR سازمان جهانی بهداشت [[30]](#footnote-30)(GLASS) و پایگاه داده جهانی سازمان بهداشت جهانی دام در مورد مصرف داروهای ضد میکروبی در دامها.

ج. پیشگیری از AMR در مراکز بهداشتی-درمانی، تولید غذا و جامعه، از طریق اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت.

د. اطمینان از مصرف مناسب داروهای ضد میکروبی‌، از جمله تضمین کیفیت داروهای موجود، حفظ درمان‌های موجود و دسترسی به داروهای ضد میکروبی‌مناسب در زمان نیاز، در کنار کاهش استفاده نامناسب از این داروها، امری حیاتی است.

همچنین، JEE باید پاسخ خودارزیابی کشور به نظرسنجی جهانی پایش AMR را ا بازبینی و تأیید کند.

**معیار سنجش**: 1-تدوین و انتشار برنامه عمل ملی چندبخشی برای مقابله با مقاومت ضد میکروبی (AMR): برنامه عملیاتی جامع ملی با مشارکت بخشهای مختلف تهیه و به صورت عمومی اعلام و ابلاغ شده است. 2- اجرای برنامه عملیاتی ملی/برنامه‌های بخشی مربوط به مقاومت ضد میکروبی، همراه با پایش و گزارش‌دهی سالانه پیشرفت: اجرای برنامه‌های مصوب با نظارت مستمر و ارائه گزارش‌های سالانه از پیشرفت­های حاصل شده (شامل گزارش دهی در سطح بین­المللی).

**اثر مطلوب:** اقدام قاطع و جامع برای پیشگیری از شکل­گیری و گسترش مقاومت ضد میکروبی (AMR) که تهدیدی جدی و رو به رشد برای کنترل بیماری‌ها و امنیت سلامت محسوب می‌شود. کشورها مطابق با برنامه اقدام جهانی (GAP)، آگاهی از مخاطرات مقاومت ضد میکروبی و چگونگی مقابله با آن را افزایش خواهند داد؛ ظرفیت نظام مراقبت و آزمایشگاهی را تقویت خواهند کرد؛ فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت را بهبود خواهند بخشید؛ دسترسی بی‌وقفه به داروهای ضد میکروبی ضروری با کیفیت را تضمین خواهند کرد؛ استفاده مناسب از ضد میکروب‌ها را در پزشکی، دامپزشکی، تولید مواد غذایی و سایر حوزه‌های مرتبط تعیین و ترویج خواهند نمود؛ و از اقدامات حمایتی برای تسهیل توسعه و استفاده مناسب از عوامل ضد میکروبی جدید، واکسن‌ها و ابزار تشخیصی پشتیبانی خواهند کرد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P4.1. هماهنگی چند بخشی[[31]](#footnote-31) در مورد AMR** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ برنامه اقدام ملی چندبخشی برای مقاومت ضد میکروبی (AMR) وجود ندارد و هیچ مکانیسم رسمی حکمرانی یا هماهنگی چندبخشی در مورد مقاومت ضد میکروبی تعریف نشده است.. |  |
| سطح 2 | طرح ملی چندبخشی اقدام برای مقابله با مقاومت ضدمیکروبی در حال تدوین است؛ مکانیسم هماهنگی چندبخشی با تولیت یا راهبری دولت ایجاد شده است. |  |
| سطح 3 | طرح ملی چندبخشی اقدام برای مقابله با مقاومت ضدمیکروبی تدوین شده است؛ مکانیسم هماهنگی چندبخشی با شرح وظایف مشخص و جلسات منظم، فعالانه در حال اجرا است. |  |
| سطح 4 | برنامه اقدام ملی چندبخشی برای AMR به تصویب رسیده و با اهداف برنامه اقدام جهانی (GAP) همسو است؛ یک برنامه عملیاتی دارای بودجه مشخص در حال اجرا می‌باشد. |  |
| سطح 5 | برنامه اقدام ملی چندبخشی مقاومت ضد میکروبی (AMR) منابع مالی را شناسایی کرده، در حال اجراست و نظام پایش برای آن وجود دارد و به‌صورت منظم به‌روزرسانی و ارزیابی می‌شود. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P4.2. نظارت بر AMR[[32]](#footnote-32) [[33]](#footnote-33)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | ظرفیت اندک یا عدم وجود ظرفیت برای تولید، تجمیع و گزارش‌دهی داده‌ها (آزمون‌های حساسیت به آنتی‌بیوتیک و داده‌های بالینی و اپیدمیولوژیک همراه) |  |
| سطح 2 | داده‌های مقاومت ضد میکروبی (AMR) برای عوامل بیماریزای شایع[[34]](#footnote-34)، در بیماران بستری و سرپایی و بیماران جامعه‌محور جمع­آوری می­شوند اما ممکن است روش استانداردی برای جمع‌آوری داده‌ها به کار گرفته نشود و فاقد هماهنگی ملی و/یا مدیریت کیفیت باشد. |  |
| سطح 3 | داده‌های مقاومت ضد میکروبی (AMR) برای عوامل بیماری‌زای شایع در سطح ملی جمع‌آوری می­شوند، اما فاقد هماهنگی و استانداردسازی ملی هستند.. |  |
| سطح 4 | در کشور یک سیستم نظارتی استاندارد ملی برای مقاومت ضد میکروبی (AMR) وجود دارد که داده‌های مربوط به پاتوژن‌های شایع در بیماران بستری و سرپایی را جمع‌آوری می‌کند. این سیستم شامل شبکه‌ای تثبیت‌شده از پایگاه‌های نظارتی، یک آزمایشگاه مرجع ملی مشخص برای AMR و یک مرکز هماهنگ‌کننده ملی (NCC) است که گزارش‌های مربوط به مقاومت ضد میکروبی را تهیه و منتشر می کند. |  |
| سطح 5 | داده‌های نظام ملی پایش مقاومت ضد میکروبی (AMR) تجزیه و تحلیل، تفسیر و گزارش می‌شوند و همراه با داده‌های مصرف و/یا استفاده از ضد میکروب‌ها در بخش سلامت انسان ارائه می‌گردند. همچنین تلاش می‌شود تا تحلیل داده‌های مشابه در بخش‌های مختلف (سلامت انسان، سلامت دام و کشاورزی) انجام پذیرد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P4.3. پیشگیری از ارگانیسم مقاوم به چند دارو (MDRO)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | پاتوژن‌های اولویت‌دار مقاوم چنددارویی MDRO از نظر فنوتیپی و ژنوتیپی توسط مراجع ملی شناسایی نشده‌اند و هیچ‌گونه شناسایی از این پاتوژن‌ها صورت نمی‌گیرد. |  |
| سطح 2 | راهبرد یا دستورالعمل ملی برای مهار باکتری‌های مقاوم به چنددارو (MDRO) وجود دارد و شامل غربالگری کلونیزاسیون برای پاتوژن‌های اولویت‌دار MDRO (فنوتیپ‌ها و ژنوتیپ‌ها) می‌شود که توسط مرجع ملی شناسایی شده‌اند. برخی از مراکز بهداشتی-درمانی قادر به تشخیص پاتوژن‌های اولویت‌دار MDRO بر اساس داده‌های آزمایشگاهی هستند. |  |
| سطح 3 | مراکز بهداشتی منتخب، امکان تأیید فنوتیپی میکروارگانیسم‌های مقاوم به چنددارو (MDRO) را دارند. این مراکز در صورت شناسایی عوامل بیماری‌زای اولویت‌دار MDRO، سطوح ملی را مطلع می‌سازند |  |
| سطح 4 | تمامی مراکز بهداشتی-درمانی[[35]](#footnote-35) به تأیید فنوتیپ باکتری‌های مقاوم به چنددارو (MDRO) دسترسی دارند. این مراکز در صورت شناسایی پاتوژن‌های اولویت‌دار MDRO، در بازه زمانی مناسبسطوح ملی را مطلع می‌کنند. پاسخ‌ها در سطح ملی ردیابی و پشتیبانی می‌شوند. |  |
| سطح 5 | یک سامانه عملیاتی برای ارتباط سریع، پیگیری، تأیید و اطلاع‌رسانی موارد شناسایی‌شده یا اولویت‌دار MDRO در بیمارستان‌ها و به سطوح ملی وجود دارد.. تمام بیمارستان‌ها قادرند اقدامات واکنشی به پاتوژن‌های اولویت‌دار MDRO را به‌موقع آغاز کنند. مراکز درمانی به‌طور منظم داده‌های مرتبط با MDRO را به شبکه‌های ارجاع محلی منتقل می‌کنند تا اقدامات پیشگیرانه/کنترلی را تسهیل نمایند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P4.4. استفاده بهینه از داروهای ضد میکروبی در سلامت انسان** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | نبود سیاست مشخص و یا ضعف سیاست‌ها و/یا مقررات ملی در زمینه استفاده مناسب، دسترسی، کیفیت و مصرف آنتی‌میکروب‌ها در بخش سلامت انسان |  |
| سطح 2 | سیاست‌هاو مقررات ملی در راستای ترویج استفاده مناسب از داروهای ضدمیکروبی و اجرای برنامه‌های مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک (stewardship) برای محیط جامعه و مراکز درمانی تدوین شده‌اند. |  |
| سطح 3 | راهنماهای استفاده مناسب از داروهای ضد میکروبی در دسترس هستند و برنامه‌های نظارت بر مصرف ضد میکروبها[[36]](#footnote-36) (Antimicrobial Stewardship Programs) در برخی از مراکز بهداشتی درماتی در حال اجرا می باشد.  طبقه بندی دسترسی، نظارت و ذخیره [[37]](#footnote-37)(AWaRe) برای آنتی بیوتیکها در فهرست ملی داروهای ضروری لحاظ شده است. |  |
| سطح 4 | راهنماها و روش‌های اجرایی برای استفاده مناسب از ضد‌میکروب‌ها در مراکز بهداشتی-درمانی سراسر کشور اجرا می‌شود. برنامه‌های نظارتی مدیریت مقاومت ضد‌میکروبی (AMR) در تمامی مراکز درمانی بزرگ فعال هستند. پایش مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها بر اساس طبقه‌بندی AWaRe آنتی‌بیوتیک‌ها انجام می‌گیرد. |  |
| سطح 5 | دستورالعمل‌های بهینه‌سازی مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها برای تمامی سندرم‌های اصلی بالینی پیاده‌سازی شده است و داده‌های مربوط به مصرف به‌صورت نظام‌مند به تجویزکنندگان بازخورد داده می‌شود.  طبقه‌بندی AWaRe به‌طور کامل در راهبردهای مدیریت مصرف داروهای ضدمیکروبی ادغام شده است. پایش ملی قوی از مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در حال انجام است. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P4.5. استفاده بهینه از داروهای ضد میکروبی در سلامت حیوانات و کشاورزی[[38]](#footnote-38)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ سیاست یا قانون ملی در مورد کیفیت، ایمنی و اثربخشی محصولات ضد میکروبی و آفت­کش‌های ضد میکروبی، یا نحوه توزیع، فروش یا استفاده از آنها در بخش­های دیگر وجود ندارد. |  |
| سطح 2 | قوانین ملی برخی از جنبه‌های تولید داخلی، واردات، مجوز بازاریابی، کنترل ایمنی، کیفیت و اثربخشی، و توزیع محصولات ضد میکروبی و/یا آفت­کش‌های ضد میکروبی را پوشش می­دهند. |  |
| سطح 3 | قوانین ملی تمامی جنبه‌های تولید داخلی، واردات، مجوز بازاریابی، کنترل ایمنی، کیفیت و اثربخشی، و توزیع محصولات ضد میکروبی و/یا آفت کش­های ضد میکروبی را پوشش می­دهند. |  |
| سطح 4 | چارچوب نظارتی ملی برای محصولات ضد میکروبی و/یا آفت­کش‌های ضد میکروبی، تمامی عناصر مندرج در استانداردهای بین­المللی مرتبط با استفاده مسئولانه و محتاطانه از عوامل ضد میکروبیا (مانند مقررات حیوانات زمینی و آبی­زی OIE، Codex Alimentarius ) را بر اساس گونه‌های حیوانی، نوع/گونه گیاهی و/یا بخش تولیدی را شامل می­شود. |  |
| سطح 5 | فرآیندهای نظارتی و کنترلی برای اطمینان از رعایت قوانین مربوط به استفاده از محصولات ضد میکروبی و/یا آفت کش‌های ضد میکروبی اجرا می­شوند. |  |

**سوالات فنی**

**P4.1. هماهنگی چند بخشی موثر در زمینه AMR و برنامه ملی اقدام**

1. همکاری چند­بخشی در زمینه AMR چگونه سازماندهی ‌می‌شود؟ آیا سازوکاری برای هماهنگی چندبخشی در زمینه AMR با شرح وظایف مشخص و سازو کارهای گزارش دهی/پاسخگویی وجود دارد؟ این جلسات چند بار تشکیل شده است و چه کسانی در جلسات شرکت ‌می‌کنند؟
2. وضعیت برنامه اقدام ملی در زمینه AMR چگونه است؟ آیا به صورت رسمی تایید شده است؟ آیا چندین برنامه مجزا وجود دارد یا یک برنامه یکپارچه تدوین شده است؟ آیا بخش‌های غذا، کشاورزی و محیط زیست در کنار بخش‌های سلامت انسانی و دامپزشکی در آن نماینده دارند؟
3. آیا برنامه اقدام ملی حوزه‌های اصلی تعیین‌شده در برنامه اقدام جهانی (GAP) درباره مقاومت میکروبی به ویژه افزایش آگاهی، آموزش و توانمند­سازی در مورد AMR، نظارت بر مقاومت و مصرف، پیشگیری از عفونت‌ها و بهینه­سازی استفاده از داروهای ضد میکروبی در بخش‌های انسانی و دامپزشکی/کشاورزی را در نظر گرفته است؟
4. آیا برنامه اقدام ملی دارای یک برنامه عملیاتی دارای بودجه مشخص است؟؟ بودجه برای فعالیت‌های برنامه­ریزی شده چگونه سازماندهی ‌می‌شود؟ آیا سرمایه گذاری/ بودجه کافی برای حمایت از اجرای برنامه وجود دارد؟
5. آیا پیشرفت به سوی اهداف/مقاصد تعیین شده در برنامه تاکنون مورد پایش قرار گرفته است؟ آیا پیشرفتی در جهت اجرا حاصل شده است؟ آیا موانع و/یا چالش‌هایی جرای برنامه اقدام ملی شناسایی شده است؟
6. این برنامه چگونه نقش‌ها و مسئولیت‌های حوزه‌های قضایی و سطوح مختلف دولت را تشخیص می­دهد؟

**P4.2. نظارت AMR**

1. ظرفیت آزمایشگاه برای تشخیص، جداسازی و شناسایی ارگانیسم‌های مقاوم به عوامل ضد میکروبی از انسان، دام، غذا و محیط زیست چقدر است؟
2. آیا برنامه/سیستم ملی برای نظام مراقبت (سورویلانس) عفونت‌های ناشی از پاتوژن‌های مقاوم به عوامل ضد میکروبی وجود دارد؟ آیا پایش بر سیستم مراقبت به منظور اطلاع­رسانی به روز رسانی‌ها و بررسی‌های منظم طرح انجام ‌می‌شود؟
3. چه تعداد بیمارستان (درصد از تعداد کل بیمارستان‌ها) مکان‌هایی برای نظام مراقبت (سورویلانس) عفونت‌های ناشی از پاتوژن‌های مقاوم به عوامل ضد میکروبی در بین انسان‌ها هستند؟ کدام نمونه‌ها، پاتوژن‌ها و عوامل ضد­میکروبی‌ها را پوشش می‌دهند؟ این موضوع چگونه با برنامه تقویت نظارت در بیمارستان‌ها مقایسه ‌می‌شود؟ آیا داده‌های مخرج کسر (مانند تعداد بیماران مبتلا به یک بیماری یا سندرم خاص، تعداد بیماران با نمونه‌گیری) جمع‌آوری می‌شوند؟
4. چگونه نظام مراقبت (سورویلانس) در جامعه و در محیط‌های سرپایی(بیمارستان‌های سرپایی) برقرار خواهد شد/ چه مواردی در حال حاضر وجود دارد؟
5. چند مزرعه (درصد از تعداد کل مزارع) با دام، مکان‌های دیده­بان برای مراقبت عفونت‌های ناشی از پاتوژن‌های مقاوم به عوامل ضد میکروبی در دام‌ها هستند؟
   1. چه گونه‌های جانوری تحت پوشش مراقبت AMR هستند؟
   2. چه گونه‌های باکتریایی مشترک بین انسان و دام تحت پوشش مراقبت AMR قرار می گیرند؟
   3. چه پاتوژن‌های دامپزشکی تحت پوشش مراقبت AMR هستند؟
   4. مراقبت AMR در زنجیره غذایی کجا انجام ‌می‌شود؟ در مزارع، حیوانات ذبح شده، مراکز خرده­فروشی گوشت ؟
   5. طرح نمونه­گیری را شرح دهید.
      1. تعداد مکان‌های نمونه برداری شده و نحوه انتخاب آنها، مانند تعداد مزارع (به طور تصادفی انتخاب شده، انتخاب هدفمند، نمونه مناسب، سرشماری)؛ تعداد کشتارگاه‌ها (چگونه انتخاب ‌می‌شوند؟) تعداد موسسات خرده فروشی؛ تعداد / نوع آزمایشگاه‌های بالینی شرکت کننده.
      2. تعداد و انواع ایزوله‌ها چگونه تعیین شد؟
6. آیا حداقل یک آزمایشگاه مرجع ملی برای AMR وجود دارد؟ آیا این آزمایشگاه به خوبی عمل ‌می‌کند و سایت‌های مراقبتی را پشتیبانی ‌می‌کند؟ آیا به طور معمول آزمایش‌های تاییدی یا تکمیلی را روی ایزوله‌های ارجاع شده انجام می دهد؟
7. آیا آزمایشگاه مرجع ملی از کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌های تشخیص دامپزشکی و منابع محیطی (یعنی آب، خاک، پساب) نمونه دریافت ‌می‌کند؟
8. چه گزارش‌هایی در مورد سطوح مقاومت در پاتوژن‌های مربوط به تولید غذای دامی و انسان در دسترس است؟ آیا گزارش‌های ملی در مورد تأثیر / بار AMR در دسترس است؟ اگر گزارش‌های معمول در دسترس نیست، چه مطالعاتی انجام شده یا در حال انجام است؟
9. آیا NCC که گزارش‌هایی در مورد سطوح مقاومت ارائه ‌می‌کند، تأسیس شده است ؟
10. چه نوع گزارش‌هایی تولید ‌می‌شود؟ چه کسی این گزارش‌ها را دریافت ‌می‌کند؟ آیا گزارشات به GLASS ارسال ‌می‌شود؟ آیا گزارش‌ها برای سایر ذینفعان (مانند FAO، OIE) قابل دسترسی است؟
11. آیا مراقبت AMR داده‌های سلامت انسان و دام را یکپارچه می‌کند؟
12. داده‌های گزارش‌شده مقاومت ضد میکروبی (AMR) تا چه حد نمایانگر جامعه و مناطق جغرافیایی و محیط‌های مختلف هستند؟
13. چگونه از داده‌های مراقبت AMR استفاده شده است؟ آیا این داده‌ها توسط سیاستگذاران ملی مورد توجه قرار گرفته است؟ آیا دستورالعمل‌های درمانی محلی یا ملی تغییر کرده اند؟ آیا بر اساس داده‌های مراقبتی، سیاست‌های داوطلبانه یا قانونی اعمال شده است؟
14. آیا استفاده و/یا مصرف عوامل ضد میکروبی برای انسان‌ها، دامها و محصولات غذایی پایش ‌می‌شود؟ اگر بله، چگونه؟
15. آیا کشور داده‌هایی را در مورد عوامل ضد میکروبی مورد استفاده در دامها به پایگاه داده جهانی OIE ارائه می دهد؟
16. آیا **پایشی برای آلودگی ناشی از پاتوژن‌های مقاوم که از طریق پساب‌ها منتشر می‌شوند، وجود دارد؟**  
    **در چه سطوحی (مانند: منابع** صنعتی داروسازی، درمانگاه‌ها، مراکز تغذیه فشرده دام یا سایت‌های دامداری) پایش پساب‌ها انجام می‌شود؟
17. آیا در برنامه اقدام ملی به صنعت تولید دارو توجه شده است؟ اگر بله، چگونه؟

**P4.3. پیشگیری از انتقال MDRO در مراکز بهداشتی درمانی**

1. آیا تعریف استاندارد شده­ای از MDRO در کشور توسط همه مراکز بهداشتی و درمانی مورد استفاده می باشد؟ اگر بله، توضیح دهید.
2. آیا پنل‌های استاندارد آنتی بیوتیک برای آزمایش آسپارتات آمینوترانسفراز و گزارش برای تشخیص MDRO در مراکز مراقبت بهداشتی وجود دارد؟ اگر بله، توضیح دهید.
3. هنگامی که یک طغیان احتمالی MDRO شناسایی ‌می‌شود، از کدام استراتژی‌های مهار در مراکز بهداشتی درمانی استفاده ‌می‌شود؟
4. آیا دخالت مقامات ملی و آزمایشگاه مرجع ملی برای کمک به رویدادهای مرتبط با MDRO وجود دارد؟
5. آیا دستورالعمل یا راهنما در زمینه تشخیص، گزارش، ارزیابی ریسک و پایش بهنگام مقاومت‌های جدید و نوپدید در کشور موجود است؟
6. آیا امکانات مراقبت بهداشتی (آزمایشگاه‌هایی که به مراکز خدمات رسانی ‌می‌کنند) ظرفیت شناسایی یافته‌های غیر معمول، غیرمنتظره و از نظر بالینی و/یا اپیدمیولوژیکی مهم شامل انحرافات از مقاومت‌های پیش بینی شده در ترکیبات خاص باکتری- دارو ‌؟ الگوهای مقاومتی که قبلاً گزارش نشده یا تا به امروز به ندرت گزارش شده­اند؟ "فنوتیپ‌های استثنایی" از پیش تعریف شده مطابق با قوانین خبره؟ را دارند؟
7. آیا آزمایشگاه(های) تخصصی منتخب که آزمایش‌های تاییدی را برای یافته‌های غیرعادی ارائه کند، وجود دارد ؟
8. آیا راهبردهای پیشگیری و کنترل عفونت (IPC) در مراکز بهداشتی-درمانی به منظور پیشگیری و کنترل عفونت یا کلونیزاسیون با میکروارگانیسم‌های مقاوم به چنددارو (MDRO) اجرا می‌شوند؟ آیا این راهبردها شامل رعایت بهداشت دست هستند؟ آیا مراقبت فعال (به‌ویژه برای انتروباکتریاسه‌های مقاوم به کارباپنم و سایر MDROهای با اولویت بالا) انجام می­شود؟ ایا تمهیدات احتیاطی تماسی وجود دارد؟ آیا ایزولاسیون بیماران (جداسازی در اتاق تک ‌نفره یا گروه‌بندی) انجام می­شود؟ آیا پاک‌سازی محیطی انجام می­شود؟
9. اگر نظام مراقبت (سورویلانس) مبتنی بر کشت برای بیمار بدون علائم با MDRO توصیه یا انجام می­شود، آیا شاخص‌هایی بر اساس اپیدمیولوژی محلی، ارزیابی خطر و ملاحظات منابع تعریف شده است؟ آیا جمعیت بیمارانی که باید برای چنین مراقبتی در نظر گرفته شوند به طور شفاف تعریف شده­اند؟

**P4.4. استفاده بهینه از داروهای ضد میکروبی در سلامت انسان**

1. آیا دستورالعمل ملی در مورد استفاده مناسب از آنتی بیوتیک‌ها در انسان وجود دارد؟
   1. آیا مناسب بودن استفاده از آنتی بیوتیک‌ها بررسی شده است؟ آیا مطالعاتی در این زمینه، مانند بررسی کیفیت نسخه‌نویسی، برنامه‌ریزی شده‌اند؟
   2. آیا یک سازوکار یا کمیته ملی برای انتخاب آنتی بیوتیک‌های توصیه شده وجود دارد؟
   3. آیا دستورالعمل‌های آنتی بیوتیک بر اساس آنتی بیوگرام‌های ملی/محلی وجود دارد و آیا به طور منظم به­روز ‌می‌شوند؟ مثال بزنید.
   4. چه تعداد مرکز بر پایبندی به راهنمایی‌های ملی در خصوص مصرف مناسب آنتی‌بیوتیک‌ها نظارت یا ممیزی انجام می‌دهند؟ آیا آخرین دستورالعمل‌ها در دوره‌های آموزش پیش از خدمت و دوره‌های آموزش حین خدمت گنجانده شده است؟
2. آیا برای مصرف آنتی بیوتیک در انسان نسخه لازم است؟ چه شواهدی وجود دارد که این الزام در بخش‌های دولتی و خصوصی به طور عملی رعایت ‌می‌شود؟
3. آیا برنامه یا سیاست ملی برای نظارت بر مصرف داروهای ضد میکروبی وجود دارد؟ این برنامه تا چه حدی اجرا شده است؟
4. چه تدابیری (به عنوان مثال، اقدام در مورد انبارها) برای اطمینان از دسترسی به داروهای ضد میکروبی برای آن دسته از انسان‌هایی که به آنها نیاز دارند، وجود دارد؟
5. آیا آزمون کنترل کیفیت داروهای ضد میکروبی انجام شده است؟ آیا مکانیسم یا اقداماتی برای شناسایی داروهای ضد میکروبی غیر استاندارد، دارای برچسب نادرست، تقلبی و جعلی وجود دارد؟ آیا برای محصولات تقلبی/غیر استاندارد مجازات‌هایی وجود دارد و آیا این مجازات‌ها اجرا ‌می‌شود؟
6. آیا طبقه‌بندی AWaRe در فهرست داروهای ضروری ملی، دارونامه و/یا خط‌ مشی‌ها و یا سیاست‌ها و برنامه‌های نظارت بر مصرف داروهای ضد میکروبی گنجانده شده است؟

**P4.5. بهینه­سازی استفاده از داروهای ضد میکروبی در سلامت انسان و دامها و کشاورزی**

1. سیاست‌ها و مقررات ملی مربوط به مصرف مناسب، دسترسی و کیفیت عوامل ضد میکروبی برای مصرف انسانی و دامی چیست؟
2. آیا دستورالعمل ملی برای مصرف مناسب آنتی بیوتیک‌ها در انسان وجود دارد؟
   1. آیا مطالعاتی در مورد مناسب بودن مصرف آنتی بیوتیک‌ها انجام شده است؟ آیا مطالعاتی در زمینه کیفیت نسخه‌نویسی برنامه‌ریزی شده‌اند؟
   2. آیا یک ساز و کار ملی یا کمیته­ای برای انتخاب آنتی بیوتیک‌های توصیه شده وجود دارد؟
   3. آیا راهنمایی برای مصرف آنتی بیوتیک‌ها بر اساس آنتی بیوگرام‌های ملی/محلی وجود دارد؟ مثال بزنید.
   4. چند مرکز بر رعایت دستورالعمل ملی در مورد مصرف مناسب آنتی بیوتیک‌ها نظارت دارند یا آن را ممیزی ‌می‌کنند؟
   5. آیا آخرین دستورالعمل‌ها در دوره‌های آموزش پیش از خدمت و دوره‌های آموزش حین خدمت گنجانده شده است؟
3. آیا برای مصرف آنتی بیوتیک‌ها در انسان نسخه لازم است؟ چه شواهدی وجود دارد که این الزام در عمل در بخش‌های دولتی و خصوصی رعایت ‌می‌شود؟
4. آیا برنامه ملی برای نظارت بر ضد میکروبی در بخش بیمارستان وجود دارد؟ این برنامه تا چه حدی اجرا شده است؟
5. چه تدابیری (مانند اقدام در مورد کمبود موجودی ) برای اطمینان از دسترسی به داروهای ضد میکروبی برای آن دسته از انسان‌ها/دامهایی که به آنها نیاز دارند، وجود دارد؟
6. آیا برای استفاده دارو‌های ضد میکروبی در دامها (زمینی، آبزیان، صنعت خوراک دام) نسخه لازم است؟ چه زمانی نسخه لازم نیست؟ در عمل چه اتفاقی می­افتد؟ آیا کشاورزان به دامپزشکان و سایر متخصصانی که می­توانند یک داروی ضد میکروبی را توصیه/مجوز کنند دسترسی دارند؟
7. آیا برنامه‌ای برای تقویت استفاده محتاطانه یا نظارت بر مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در دامها وجود دارد؟ اگر چنین است، چه کسانی مشارکت دارند و چگونه پایش می‌شود؟ آیا این برنامه با دستورالعمل‌های Codex وOIE سازگار است؟ آیا دستورالعمل‌هایی برای استفاده محتاطانه تهیه شده‌اند؟
8. سیاست ملی در مورد استفاده از داروهای ضد میکروبی برای ترویج رشد دامها چیست؟ گام‌های بعدی در مورد آن‌ها چیست؟
9. آیا نظامی برای آزمایش کیفیت داروهای ضدمیکروبی وجود دارد؟ آیا سازوکاری یا فعالیت‌هایی برای شناسایی داروهای ضد میکروبی‌های غیر استاندارد، جعلی، برچسب نادرست و تقلبی وجود دارد؟ آیا برای محصولات تقلبی/غیر استاندارد مجازات‌هایی وجود دارد و آیا این مجازات‌ها اجرا ‌می‌شود؟

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* برنامه اقدام ملی برای AMR و/یا طرح‌هایی برای تشخیص/گزارش­دهی AMR، نظارت بر AMR، نظارت بر مصرف و استفاده داروهای ضد میکروبی، برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت( IPC) در تأسیسات بهداشتی انسانی، پیشگیری از عفونت و بهبود مدیریت دامداری در تولید محصولات غذاییو برنامه‌هایی برای بهبود استفاده و کیفیت داروهای ضد میکروبی (مانند برنامه‌های نظارت بر دارو‌های ضد میکروبی).
* نظارت و ارزیابی پیشرفت اجرای برنامه(های) اقدام ملی و طرحهای مرتبط.
* پاسخ کشور به پایش جهانی مقاومت داروهای ضد میکروبی (AMR)
* گزارش‌های مسیر OIE PVS (ارزیابی عملکرد دامپزشکی).
* صورتجلسات یا خروجی‌های کمیته یا گروه هماهنگی چند بخشی.
  + 1. نسخه‌ای از گزارش‌هایی که موارد زیر را اندازه‌گیری می‌کنند: نسبت پاتوژن‌های مقاوم به دارو در بین نمونه‌ها یا ایزوله‌ها.
    2. نتایج حاصل از مشارکت در دورهای ارزیابی کیفیت خارجی بین المللی (EQA) آزمایشگاه مرجع ملی؛
    3. بروز عفونت‌های ناشی از پاتوژن‌های AMR در مکان‌های دیده­بان (جامعه و بیمارستان)؛
    4. میزان مصرف داروهای ضد میکروبی یا مطالعات مربوط به استفاده از آن‌ها (در انسان و دامها از جمله داروی خوراکی دامهای – خشکی­زی و آبزی)
    5. نسبت مراکزی که به شیوه‌های مطلوب کنترل عفونت (IPC) از جمله رعایت بهداشت دست (در صورت معلوم بودن) پایبند هستند؛
    6. برنامه‌های اجباری تضمین کیفیت مزرعه که شامل نظارت بر استفاده داروهای ضد میکروبی و اطلاعات نظارتی است؛
    7. در دسترس بودن داروهای ضد میکروبی (موجودی درانبارها)، لوازم بهداشتی و آب، فاضلاب و بهداشت (WASH) در مراکز بهداشتی؛ و
    8. درصد آنتی بیوتیک‌های که به‌درستی تجویز شده‌اند (در صورت انجام بررسی).
  + مستندسازی فرآیند بازبینی، از جمله نهادها یا بخش‌های مشارکت کننده.

**مراجع**

* + FAO, OIE and WHO. 2021. Monitoring global progress on antimicrobial resistance: Tripartite AMR Country Self-Assessment Survey (TrACSS) 2019–2020. Rome. ([https://www.fao.org/](https://www.fao.org/documents/card/en/c/cb3690en/) [documents/card/en/c/cb3690en/](https://www.fao.org/documents/card/en/c/cb3690en/), accessed in 15 July 2021).
  + AMR: A manual for developing national action plans. Geneva: World Health Organization, Food and Agricultural Organization of the United Nations and the World Organisation for Animal Health; 2016 ([https://www.who.int/publications/i/item/antimicrobial-resistance-a-](https://www.who.int/publications/i/item/antimicrobial-resistance-a-manual-for-developing-national-action-plans) [manual-for-developing-national-action-plans](https://www.who.int/publications/i/item/antimicrobial-resistance-a-manual-for-developing-national-action-plans), accessed 1 February 2021).
  + WHO Global Database for the Tripartite AMR Country Self-Assessment Survey (TrACSS). [website] Geneva: World Health Organization, Food and Agricultural Organization of the United Nations and the World Organisation for Animal Health; 2021 ([https://amrcountryprogress.](https://amrcountryprogress.org/) [org/](https://amrcountryprogress.org/), accessed 23 November 2021).
  + Tackling AMR together. Working paper 1.0: Multisectoral coordination. Geneva: World Health Organization; 2018 ([https://www.who.int/publications/i/item/tackling-antimicrobial-](https://www.who.int/publications/i/item/tackling-antimicrobial-resistance-together-working-paper-1.0-multisectoral-coordination) [resistance-together-working-paper-1.0-multisectoral-coordination](https://www.who.int/publications/i/item/tackling-antimicrobial-resistance-together-working-paper-1.0-multisectoral-coordination), accessed 23 November 2021).
  + Turning plans into action for AMR. Working paper 2.0: implementation and coordination. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/publications/i/item/turning-](https://www.who.int/publications/i/item/turning-plans-into-action-for-antimicrobial-resistance-(-amr)-working-paper-2.0-implementation-and-coordination) [plans-into-action-for-antimicrobial-resistance-(-amr)-working-paper-2.0-implementation-](https://www.who.int/publications/i/item/turning-plans-into-action-for-antimicrobial-resistance-(-amr)-working-paper-2.0-implementation-and-coordination) [and-coordination](https://www.who.int/publications/i/item/turning-plans-into-action-for-antimicrobial-resistance-(-amr)-working-paper-2.0-implementation-and-coordination), accessed 23 November 2021).
  + WHO costing and budgeting tool for national action plans on antimicrobrial resistance. Geneva: World Health Organization; 2021 ([https://who.int/teams/surveillance-prevention-](https://who.int/teams/surveillance-prevention-control-AMR/who-amr-costing-and-budgeting-tool) [control-AMR/who-amr-costing-and-budgeting-tool](https://who.int/teams/surveillance-prevention-control-AMR/who-amr-costing-and-budgeting-tool), accessed 24 November 2021).
  + Sharing FAO tools for veterinary laboratory assessment. [website] FAO. ([https://www.fao.](https://www.fao.org/ag/againfo/programmes/en/empres/news_231216b.html) [org/ag/againfo/programmes/en/empres/news\_231216b.html](https://www.fao.org/ag/againfo/programmes/en/empres/news_231216b.html), accessed 16 March 2022).
  + National AMR surveillance systems and participation in the GLASS: A guide to planning, implementation and monitoring and evaluation. World Health Organization; 2016 ([http://](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251554/1/WHO-DGO-AMR-2016.4-eng.pdf) [apps.who.int/iris/bitstream/10665/251554/1/WHO-DGO-AMR-2016.4-eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251554/1/WHO-DGO-AMR-2016.4-eng.pdf), accessed 16 March 2022).
  + OIE data collection template. Paris: World Organisation for Animal Health; 2017 ([http://www.](http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Our_scientific_expertise/docs/pdf/AMR/A_AMUse_Template_Final_2017.xls) [oie.int/fileadmin/Home/eng/Our\_scientific\_expertise/docs/pdf/AMR/A\_AMUse\_Template\_](http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Our_scientific_expertise/docs/pdf/AMR/A_AMUse_Template_Final_2017.xls) [Final\_2017.xls](http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Our_scientific_expertise/docs/pdf/AMR/A_AMUse_Template_Final_2017.xls), accessed 16 March 2022).
  + OIE standards and recommendations [factsheet]. Paris: World Organisation for Animal Health; 2016 (<https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/>, accessed 23 March 2022).
  + WHO Global action planon antimicrobial resistance Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193736/1/9789241509763_eng.pd>, accessed 16 March 2022).
  + National Reference Laboratory: the primary function within the AMR surveillance system is to promote good microbiological laboratory practices, including adapting and disseminating microbiological methods, standards and protocols and to facilitate collaboration on all laboratory matters relating to AMR. For sample terms of reference see GLASS guide (GLASS: guide to uploading aggregated AMR data. Geneva: World Health Organization; 2016 [http://](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251740/1/WHO-DGO-AMR-2016.7-eng.pdf) [apps.who.int/iris/bitstream/10665/251740/1/WHO-DGO-AMR-2016.7-eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251740/1/WHO-DGO-AMR-2016.7-eng.pdf), accessed 16 March 2022).
* NCC for AMR: an institution that has been designated by the national authorities to oversee the development and functioning of the national AMR surveillance system. The NCC will need a structure for surveillance coordination and data management and collaborate closely with both the National Reference Laboratory and surveillance sites. See GLASS guide (GLASS. Guide to uploading aggregated AMR data. Geneva: World Health Organization; 2016. [http://](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251740/1/WHO-DGO-AMR-2016.7-eng.pdf) [apps.who.int/iris/bitstream/10665/251740/1/WHO-DGO-AMR-2016.7-eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251740/1/WHO-DGO-AMR-2016.7-eng.pdf), accessed 16 March 2022).
* GLASS guidance for national reference laboratories. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010581>, accessed 23 November 2021).
* GLASS methodology for surveillance of national antimicrobial consumption. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240012639>, accessed 23 November 2021).
* Antimicrobial stewardship programmes in health care facilities in low- and middle-income countries. A practical toolkit. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.](https://www.who.int/publications/i/item/9789241515481) [int/publications/i/item/9789241515481](https://www.who.int/publications/i/item/9789241515481), accessed 23 November 2021).
* WHO policy guidance on integrated antimicrobial stewardship activities. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025530>, accessed 23 November 2021).
* WHO AWaRe antibiotic categorization. Geneva; World Health Organization; 2021 ([https://](https://aware.essentialmeds.org/groups) [aware.essentialmeds.org/groups](https://aware.essentialmeds.org/groups), 23 November 2021).

## P5. بیماری مشترک بین انسان و حیوان

**هدف:** سازوکار‌ها، سیاست‌ها، سیستم‌ها و عملکردهای چند بخشی، چند رشته‌ای کاربردی برای به حداقل رساندن انتقال بیماری‌های مشترک بین انسان[[39]](#footnote-39) و دام از حیوانات به جمعیت‌های انسانی وجود دارد.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:** 1- توافق بین بخش‌های سلامت حیوانات[[40]](#footnote-40) و سلامت عمومی بر روی فهرست مشترکی از بیماری‌ها/عوامل بیماری‌زای مشترک که بیشترین نگرانی را از منظر سلامت عمومی ملی دارند. 2- وجود ظرفیت‌های عملکردی در بخش‌های سلامت حیوانات و سلامت عمومی و همچنین همکاری، هماهنگی و ارتباط بین آن‌ها، به گونه‌ای که سطح رضایت‌بخشی از آمادگی، شناسایی، ارزیابی و ظرفیت‌های پاسخ‌دهی نسبت به بیماری‌های مشترک را تضمین نماید**.** برای نمرات کامل، قابلیت‌ها باید به‌صورت جداگانه در بخش‌های سلامت انسانی و سلامت حیوانات (حیوانات خانگی، دام‌ها و حیات وحش) ارزیابی شوند و سازوکارهایی برای برنامه‌ریزی مشترک منظم، تبادل اطلاعات، همکاری، ارتباط و توسعه سیاست‌های مشترک با رویکرد سلامت واحد وجود داشته باشد. نمره نهایی باید بر اساس پایین‌ترین نمره بین بخش‌های سلامت انسانی و سلامت حیوانات تعیین شود.

**اثر مطلوب:** نظام‌های سلامت حیوانات، سلامت عمومی و سلامت محیط زیست به‌صورت عملکردی، هم به‌صورت مستقل و هم از طریق سازوکارهای مستند هماهنگی و چارچوب‌های عملیاتی، با استفاده از رویکرد سلامت واحد و بر اساس استانداردها، رهنمودها و بهترین شیوه‌های بین‌المللی، به‌صورت مشارکتی عمل می‌کنند تا انتقال بیماری‌های مشترک به جمعیت‌های انسانی را به حداقل برسانند.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P5.1. مراقبت بیماری‌های مشترک بین انسان و دام[[41]](#footnote-41)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | فهرست توافق‌شده‌ای از بیماری‌های مشترک اولویت‌دار وجود ندارد. اگرچه ظرفیت‌های نظارتی برای بیماری‌های مشترک موجود است، اما بین بخش‌های سلامت حیوانات، سلامت عمومی و محیط زیست هماهنگی وجود نداشته و تبادل اطلاعات به صورت موردی انجام می‌شود. |  |
| سطح 2 | فهرستی از بیماری‌های مشترک اولویت‌دار بین بخش‌های سلامت حیوانات، سلامت عمومی و محیط زیست مورد توافق قرار گرفته است. هماهنگی فعالیت‌های مراقبتی بین این بخش‌ها غیررسمی بوده و تنها به چند بیماری محدود می‌شود. تبادل اطلاعات به صورت نظام‌مند نیست. |  |
| سطح 3 | هماهنگی فعالیت‌های مراقبتی برای بیماری‌های مشترک اولویت‌دار نوپدید و بومی بین بخش‌های سلامت حیوانات، سلامت عمومی و محیط زیست در سطح ملی به طور رسمی در حال فعالیت می باشد. این هماهنگی، تبادل اطلاعات و ارزیابی مشترک مخاطرات را با رویکرد سلامت واحد تضمین می‌کند. |  |
| سطح 4 | سیستم‌های مراقبتی چندبخشی برای بیماری‌های مشترک اولویت‌دار نوپدید و بومی در سطح ملی استقرار یافته و سازوکارهای رسمی هماهنگی بین بخش‌های سلامت حیوانات، سلامت عمومی و محیط زیست در سطوح استانی نیز ایجاد شده است. این سازوکارها امکان پوشش مراقبتی تمامی مناطق را فراهم می‌کنند. |  |
| سطح 5 | مراقبت هماهنگ بر بیماری‌های مشترک اولویت‌دار و نوپدید بین بخش‌های سلامت حیوانات، سلامت عمومی و محیط زیست به‌صورت منظم (سالانه) مورد آزمایش، ارزیابی، بازبینی و بهبود قرار می‌گیرد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P 5.2. پاسخ به بیماری‌های مشترک بین انسان و دام[[42]](#footnote-42)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | اگرچه مکانیسم‌هایی برای پاسخ به برخی بیماری‌ها یا عوامل بیماری‌زای خاص وجود دارد، اما هیچ گونه هماهنگی سازمان‌یافته‌ای بین بخش‌های سلامت حیوانات، سلامت عمومی و محیط زیست در مورد بیماری‌های مشترک انسان و حیوان برقرار نشده است. |  |
| سطح 2 | سیاست، راهبرد و/یا برنامه ملی چندبخشی برای پاسخ به رویدادهای بیماری‌های مشترک تدوین و مستندسازی شده است. برنامه ریزی اقتضایی چندبخشی با رویکرد «سلامت واحد» برای مهم‌ترین بیماری‌های مشترک بومی و همه‌گیر توسعه یافته‌اند. |  |
| سطح 3 | یک مکانیسم عملیاتی چندبخشی برای پاسخ هماهنگ به طغیان بیماری‌های مشترک بومی، نوپدید یا بازپدید توسط بخش‌های سلامت انسان، سلامت حیوانات و محیط زیست وجود دارد. |  |
| سطح 4 | چندین تجربه پاسخ به رویدادهای بیماری‌های مشترک، به‌موقع‌بودن[[43]](#footnote-43) و کارایی مکانیسم عملیاتی چندبخشی را تأیید می‌کند. این مکانیسم شامل تعریف واضح نقش‌ها، مسئولیت‌ها و شیوه نامه اجرایی بین بخش‌های مسئول حیوانات خانگی، حیات وحش، سلامت انسان و سایر بخش‌های مرتبط[[44]](#footnote-44) است. |  |
| سطح 5 | مکانیسم عملیاتی چندبخشی برای پاسخ به طغیان بیماری‌های مشترک بومی، نوپدید یا بازپدید به‌طور منظم از طریق تمرین‌ها و/یا رویدادهای واقعی آزمایش شده و بر این اساس تنظیم می‌شود. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P5.3. شیوه‌های بهداشتی تولید حیوانات[[45]](#footnote-45)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | تلاش‌های نظام‌مند برای بهبود شیوه‌های بهداشتی مطلوب در پرورش حیوانات خشکی‌زی و آبزی و تولید فرآورده‌های دامی[[46]](#footnote-46) به‌صورت فعال ترویج نمی‌شود یا در حداقل سطح ممکن انجام می­گیرد. |  |
| سطح 2 | برخی فعالیت‌ها برای توسعه و ترویج شیوه‌های بهداشتی مطلوب در پرورش حیوانات و تولید فرآورده‌های دامی وجود دارد که خطر انتقال بیماری‌های مشترک را محدود می‌کند. |  |
| سطح 3 | برنامه ملی برای شیوه‌های مطلوب پرورش حیوانات و تولید فرآورده‌های دامی، شامل شیوه‌های بهداشتی، بر اساس استانداردهای بین‌المللی (مانند مقررات خشکی­زی و آبزی سازمان جهانی بهداشت حیوانات و استانداردهای کدکس alimentarius)[[47]](#footnote-47) تدوین و اجرا شده است. دستورالعمل‌های ملی برای شیوه‌های تولید مطلوب توسعه یافته، اعلام، توزیع و برای اجرا از سطح مزرعه محلی تا تجارت فرآورده‌های دامی تنظیم شده‌اند که خطر انتقال بیماری‌های مشترک را محدود می‌کنند. |  |
| سطح 4 | اجرای سراسری برنامه ملی برای شیوه‌های مطلوب پرورش حیوانات و تولید فرآورده‌های دامی، شامل شیوه‌های بهداشتی در تمامی زنجیره‌های ارزش اصلی حیوانات تضمین شده و از انتقال بیماری‌های مشترک پیشگیری می‌کند. |  |
| سطح 5 | بازرسی، ارزیابی و پایش دوره‌ای شیوه‌های پرورش دام و تولید فرآورده‌های دامی در زنجیره‌های ارزش اصلی تولید انجام می‌شود و پایبندی به دستورالعمل‌های ملی به‌طور مستمر مورد بررسی قرار می‌گیرد. |  |

**سوالات زمینه‌ای**

1. کدام بیماری‌های مشترک بین انسان و دام بیشترین نگرانی را برای سلامت عمومی در کشور ایجاد می‌کنند و آیا این ارزیابی توسط بخش‌های مختلف مشترک است؟
   1. از چه فرآیندی برای تهیه فهرست بیماری‌های مشترک بین انسان و دام که بیشترین نگرانی سلامت عمومی را به خود اختصاص داده است، استفاده شد؟
   2. آیا این فرآیند شامل همه ذینفعان مربوطه، از جمله بهداشت حیوانات، محیط زیست و سایر بخش‌های مربوطه ‌می‌شود؟
2. آیا سیاست رسمی برای همکاری بین بخش‌ها برای مدیریت بیماری‌های مشترک بین انسان و دام در کشور وجود دارد؟ اگر چنین است، چگونه سازماندهی/ رهبری/ اداره ‌می‌شود؟
3. آیا کمیته ملی هماهنگی چند بخشی برای یک یا چند بیماری مشترک بین انسان و دام وجود دارد و آیا این کمیته جلسات منظمی برگزار ‌می‌کند؟ اگر بله، کدام نهاد پیشرو است؟
4. آیا سازوکاری برای انجام ارزیابی مشترک خطر در هنگام بروز بیماری مشترک بین انسان و دام وجود دارد؟
5. آیا طی دو سال گذشته، یک رویداد واقعی رخ داده است یا SimEx برای تمرین و آزمایش مهارت‌ها و ظرفیت‌های هماهنگی کارکنان بهداشت‌عمومی در بخش‌های انسانی و حیوانی برای بررسی و پاسخ به یک رویداد مشترک بین انسان و دام انجام شده است؟ مهم ترین درس‌هایی که از رویداد بیماری مشترک انسان و دام یا SimEx آموخته شده چیست؟
6. بیماری‌های مشترک بین انسان و دام را که سیاست‌های پیشگیری و/یا کنترلی با هدف کاهش طغیان آنها در جمعیت انسانی وجود دارد، فهرست کنید؟
   1. پیشرفت در اجرای این سیاست‌ها را شرح دهید.
   2. آیا برنامه ای برای رسیدگی به عواملی وجود دارد که ممکن است از گزارش بیماری مشترک بین انسان و دام جلوگیری کند (ممکن است عدم آگاهی از تعهدات گزارش دهی، عدم پرداخت غرامت برای حیوانات نابود شده، تهدید انگ اجتماعی باشد)؟
7. آیا ماموریت ارزیابی PVS OIE یا تجزیه و تحلیل شکاف PVS وجود داشته است؟ اگر بله، چه سالی برگزار شده است؟
8. آیا کارگاه آموزشی ملی مرتبط کننده ی IHR-PVS یا سایر کارگاه‌های مرتبط با سلامت واحد (One Health) که شامل وزارتخانه‌های مربوطه است، وجود داشته است؟ اگر چنین است، ذکر کنید که کدام (ها).

**سوالات فنی**

**P5.1. مراقبت بیماری‌های مشترک بین انسان و دام**

1. سیستم/ سازوکاری که به وسیله آن فعالیت‌های مراقبتی به طور همزمان توسط بخش‌های بهداشت حیوانات و سلامت انسان برنامه ریزی و اجرا ‌می‌شود، را شرح دهید.
2. آیا کشور فهرست مورد توافقی از بیماری‌های مشترک بین انسان و دام دارد؟
3. آیا کشور سیستم مراقبتی بر روی جمعیت‌های حیوانی مربوطه برای این بیماری‌های مشترک بین انسان و دام دارد؟
4. آیا کشور سیستم مراقبت انسانی برای این بیماری‌ها دارد؟
5. مشارکت‌های بین وزارتخانه‌های بهداشت و کشاورزی و سایرآژانس‌های مرتبط از جمله متخصصان زیست‌شناسی، دانشگاه‌ها، متخصصان حیات‌وحش و گروه‌های محیطی را در ارتباط با تشخیص و واکنش بیماری‌های مشترک انسان و دام شرح دهید.
   1. آیا گزارش‌های آگاهی از موقعیت یا گزارش‌های طغیان احتمالی بیماری بین آژانس‌ها به اشتراک گذاشته می‌شود؟
   2. آیا ارزیابی ریسک به طور مشترک انجام ‌می‌شود (به عنوان مثال، با استفاده از ابزار سه جانبه ارزیابی ریسک مشترک)؟
6. آیا آزمایشگاه‌های بهداشت‌عمومی و آزمایشگاه‌های بهداشت حیوانات با یکدیگر در ارتباط می باشند؟
   1. آیا فرآیندی برای به اشتراک گذاری جدایه‌های خاص یا خطرناک بین آزمایشگاه‌های بهداشت‌عمومی و سلامت حیوانات وجود دارد؟
   2. آیا فرآیندی برای به اشتراک گذاری نمونه‌های بیولوژیکی بین آزمایشگاه‌های بهداشت‌عمومی و سلامت حیوانات وجود دارد؟
   3. آیا فرآیندی برای به اشتراک گذاری گزارش‌های آزمایشگاهی یا هشدارها بین آزمایشگاه‌های بهداشت‌عمومی و سلامت حیوانات وجود دارد؟
   4. آیا این گزارش‌ها به طور منظم به اشتراک گذاشته می‌شوند یا فقط زمانی که بیماری‌های مشترک بین انسان و دام شناسایی یا مشکوک می‌شوند؟
7. تبادل گزارش‌های اپیدمیولوژیک را شرح دهید.
   1. تبادل اطلاعات در مورد مشکوک و موارد تایید شده بیماری‌های مشترک بین انسان و دام چقدر سازماندهی شده است؟
   2. آیا گزارش‌های اپیدمیولوژیک مشترک و/یا گزارش‌های ارزیابی خطر به طور مشترک با متخصصان بهداشت و/یا در دسترس عموم به اشتراک گذاشته شده‌اند؟

**P5.2. پاسخ به بیماری‌های مشترک بین انسان و دام**

1. خط مشی، راهبرد یا طرحی برای پاسخگویی به رویدادهای مشترک بین انسان و دام در کشور در بخش سلامت دامها و بهداشت ‌عمومی را شرح دهید.
   1. آیا برنامه یا راهبرد مشترکی بین بخش‌های سلامت انسان و دام (از جمله حیات وحش) برای مدیریت رویدادهای مشترک بین انسان و دام وجود دارد؟
   2. آیا تفاهم نامه یا توافقنامه مشابهی بین بخش‌های مربوطه برای مدیریت رخداد‌های مشترک بین انسان و دام وجود دارد؟
2. نحوه مدیریت آخرین رویدادهای مشترک بین انسان و دام را شرح دهید، برای مثال:
   1. چگونه اطلاعات بین بخش‌ها به اشتراک گذاشته شد؟
   2. هر چند وقت یک بار بخش‌ها در سطح فنی با هم جلسه مشترک برگزار می­کنند؟
   3. آیا بررسی طغیان بیماری به طور مشترک انجام شد، و فعالیت‌های واکنش به طور مشترک تعریف شد؟
   4. آیا گزارش‌هایی وجود دارد که این هماهنگی را در طول آخرین رویدادهای مشترک بین انسان و دام نشان دهد؟
3. آیا سازوکاری برای فعال کردن تیم‌های واکنش بین سازمانی در صورت طغیان مشکوک مشترک بین انسان و دام وجود دارد؟
4. نقش و مسئولیت بخش‌های سلامت انسان و دامها (از جمله حیات وحش) را در طول این رویدادهای مشترک بین انسان و دام شرح دهید.
5. آیا کشور ظرفیت پاسخگویی به موقع به وقایع مشترک بین انسان و دام را دارد؟ در حال حاضر به موقع بودن چیست؟
6. آیا کشور برنامه آمادگی برای مقابله با بیماری‌های مشترک نوپدید یا بازپدید بین انسان و دام ، از جمله بیماریهای ناشناخته با سازوکاز تأیید شده را دارد؟
7. آیا تمرین‌های شبیه‌سازی شده (SimEx) برای آزمایش بخشی از سامانه پاسخ یا کل آن انجام می‌شود؟ آیا بررسی‌های پس از اقدام (AARs)، پس از وقوع رخدادهای زئونوزی برای اصلاح و بهینه‌سازی پاسخ‌ها انجام می‌گیرد؟

**P5.3. شیوه‌های بهداشتی تولید حیوانات**

1. آیا شیوه‌های پرورش حیوانات از توصیه‌های بین‌المللی در مورد استانداردهای بهداشتی و رفاه حیوانات پیروی می‌کنند؟  
   الف. سطح رعایت این استانداردها در هر یک از سیستم‌های اصلی تولید چقدر است؟  
   ب. سطح آگاهی و پایبندی متخصصین و عموم مردم به این استانداردها چگونه است؟
2. آخرین نمونه رویدادهای انتقال بیماری از حیوانات اهلی، خانگی یا وحشی به انسان چه بوده است؟  
   الف. آیا این رویدادها با سیستم‌های خاص پرورش یا سایر عوامل تسهیل‌کننده در زنجیره ارزش حیوانات و فرآورده‌های دامی مرتبط بوده‌اند؟  
   ب. چه گروه‌هایی از مردم به‌طور خاص به دلیل فعالیت‌های حرفه‌ای یا رفتاری خود، بیشتر در معرض خطر چنین رویدادهایی قرار دارند؟
3. آیا مقررات واضح و مورد احترامی در مورد بازاریابی و بازارهای حیوانات زنده و اقدامات مرتبط برای کاهش خطر مواجهه با عوامل بیماری‌زای مشترک در هنگام فروش، ذبح و حذف حیوانات یا مایعات بدن، تنفس یا فضولات حیوانات (که لزوماً شامل مخاطرات ناشی از غذا نیستند) وجود دارد؟
4. آیا سیستم شناسایی حیوانات و فرآورده‌های دامی قادر به بررسی ریشه‌ای منشأ رویدادهای مشترک مرتبط با زنجیره ارزش دامها و فرآورده‌های دامی است؟  
   الف. آیا ردیابی در مورد حیوانات وحشی پرورش‌یافته نیز تضمین شده است؟  
   ب. آیا شواهدی از تجارت غیرقانونی حیات وحش برای حیوانات خانگی یا غذا وجود دارد؟  
   ج. چه اطلاعاتی درباره زنجیره ارزش کامل (یعنی طیف کامل فعالیت‌های مورد نیاز برای رساندن یک محصول یا خدمت از مرحله طراحی تا مصرف نهایی) وجود دارد؟

**مستندات یا مدارک برای سطح توانمندی:**

* قوانین، مقررات و مستندات سیاست‌های اجرایی پوشش‌دهنده سلامت دامها به‌طور کلی و بیماری‌های مشترک بین انسان و دام به‌طور خاص؛
* تفاهم نامه‌های موجود یا سایر توافق‌نامه‌های مشابه بین وزارت بهداشت، مراجع دامپزشکی و سایر ذینفعان مرتبط (از جمله بخش خصوصی) در زمینه پایش و کنترل بیماری‌های مشترک؛
* فهرست توافق‌شده عوامل بیماری‌زای مشترک با اولویت در حوزه سلامت عمومی؛
* توصیف مکانیسم‌های موجود پایش، ارزیابی خطر و کنترل بیماری‌های مشترک؛
* گزارش‌های وضعیت بیماری‌ها در سطح ملی، بولتن‌های منظم پایش و گزارش‌های ارزیابی خطر؛
* فهرست آزمایشگاه‌های مرجع تخصصی بیماری‌های مشترک انسان و دام.
* گزارش‌های مربوط به شبیه‌سازی تمرینی (SimEx) یا بررسی‌های بعد از اقدام (AARs) بیماری‌های مشترک انسان و دام.؛
* گزارش مأموریت مسیر ارزیابی OIE PVS ؛
* گزارش‌های حاصل از کارگاه‌های ملی پیونددهنده مقررات بین‌المللی سلامت (IHR) و مسیر PVS.

**مراجع:**

* OIE PVS Pathway mission reports. World Organisation for Animal Health [website]. ([https://](https://www.woah.org/en/what-we-offer/improving-veterinary-services/pvs-pathway/) [www.woah.org/en/what-we-offer/improving-veterinary-services/pvs-pathway/](https://www.woah.org/en/what-we-offer/improving-veterinary-services/pvs-pathway/), accessed 16 March 2022).
* Handbook for the assessment of capacities at the human–animal interface. Geneva: World Health Organization; 2017. ([https://www.who.int/publications/i/item/handbook-for-the-](https://www.who.int/publications/i/item/handbook-for-the-assessment-of-capacities-at-the-human-animal-interface-2nd-ed) [assessment-of-capacities-at-the-human-animal-interface-2nd-ed](https://www.who.int/publications/i/item/handbook-for-the-assessment-of-capacities-at-the-human-animal-interface-2nd-ed), accessed 16 March 2022). This document highlights the synergies and complementarities between the JEE and the OIE PVS Pathway reports and provides concrete information regarding the national veterinary services’ contribution to specific JEE capacities.
* The Tripartite Zoonoses Guide has been jointly developed by the FAO, OIE, and WHO to support countries in taking a multisectoral, One Health approach to address zoonotic diseases. It provides principles, best practices and options to assist countries in achieving sustainable and functional collaboration at the human-animal-environment interface. ([https://www.](https://www.who.int/initiatives/tripartite-zoonosis-guide) [who.int/initiatives/tripartite-zoonosis-guide](https://www.who.int/initiatives/tripartite-zoonosis-guide), accessed 16 March 2022).

## P6. ایمنی مواد غذایی

**هدف:** یک نظام کارآمدبرای نظام مراقبت ( سورویلانس) و پاسخ به بیماری‌های منتقله از غذا و مخاطرات یا رویدادهای آلودگی غذایی با ارتباطات وجود دارد که با ارتباط و و همکاری مؤثر بین تمامی بخش‌های مسئول ایمنی غذا ایجاد شده است.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:** ۱. وجود مراقبت مبتنی بر شاخص­ها (IBS) یا مراقبت مبتنی بر رویداد (EBS) همراه با تحلیل‌های آزمایشگاهی پشتیبان برای تشخیص و تعیین علت‌بیماری‌های منتقله از غذا یا منشأ رویدادهای آلودگی، و بررسی خطرات موجود در غذاهایی که با موارد بیماری، طغیان یا رویدادها مرتبط هستند. ۲. وجود یک برنامه ملی اضطراری ایمنی غذا.۳. وجود نقطه تماس اضطراری شبکه بین‌المللی مقامات ایمنی غذا (INFOSAN) و رابط اصلی OIE در زمینه ایمنی غذا در تولیدات دامی، با یک سازوکار هماهنگی مرکزی.

**اثر مطلوب:** شناسایی به‌هنگام و پاسخ مؤثر به رویدادهای بالقوه مرتبط با غذا در همکاری با سایر بخش‌های مسئول ایمنی غذا.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P6.1. پایش بیماری‌ها و آلودگی‌های منتقله از غذا** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچگونه نظام مراقبتی ( سورویلانس ) وجود ندارد، یا سیستم بسیار محدودی برای بیماری‌های ناشی از غذا یا پایش آلودگی مواد غذایی (شیمیایی و میکروبیولوژیکی) وجود دارد. |  |
| سطح 2 | کشور دارای نظام مراقبت ( سورویلانس ) مبتنی بر رویداد (EBS) یا مبتنی بر شاخص (IBS) است که برای رصد و شناسایی بیماری­های منتقله از غذا (طغیان یا آلودگی) طراحی شده‌ است.. |  |
| سطح 3 | سیستم‌های IBS یا EBS شامل تحلیل‌های آزمایشگاهی برای تعیین علت‌ بیماری‌های منتقله از غذا یا منشأ رویدادهای آلودگی بوده و قادر به بررسی مخاطرات مواد غذایی مرتبط با موارد، طغیان‌ها یا رویدادها هستند. |  |
| سطح 4 | کشور دارای ظرفیت انجام ارزیابی‌های سریع خطر برای رویدادهای حاد ناشی از غذا در سطوح ملی و استانی است. |  |
| سطح 5 | کشور دارای یک سیستم پایش یکپارچه است که تبادل اطلاعات را از کل زنجیره غذایی به‌موقع و نظام‌مند فراهم می‌سازد تا درک بهتری از خطرات و راهکارهای کاهش آن‌ها حاصل شود |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P6.2. پاسخگویی و مدیریت شرایط اضطراری ایمنی مواد غذایی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | سازوکار مدیریت و یا پاسخ اضطراری امنیت غذایی وجود ندارد یا این که با محدودیت کارکرد مواجه می باشد. |  |
| سطح 2 | کشور دارای یک برنامه ملی اضطراری ایمنی مواد غذایی است که در آن شرایط اضطراری ایمنی مواد غذایی تعریف شده‌اند تا به عنوان محرکی برای فعال‌سازی پاسخ مناسب عمل کنند. |  |
| سطح 3 | کشور دارای یک برنامه ملی اضطراری ایمنی مواد غذایی و یک نقطه تماس اضطراری اختصاصی شبکه بین‌المللی مقامات ایمنی غذا (INFOSAN) است. همچنین مکانیسم هماهنگی مرکزی وجود دارد که تمام بخش‌های مرتبط را در بر دارد و سازوکارهای اجرایی لازم برای واکنش در برابر شرایط اضطراری غذایی به‌صورت عملیاتی برقرار هستند. |  |
| سطح 4 | راهبردها و دستورالعمل‌هایی برای ارتباط با شرکا، ذینفعان، عموم مردم و سازمان‌های بین‌المللی تدوین شده است. |  |
| سطح 5 | برنامه پاسخ به شرایط اضطراری ایمنی مواد غذایی که مبتنی بر چارچوب تحلیل خطر طراحی شده است و پس از وقوع یک وضعیت اضطراری مورد آزمایش و/یا بازبینی **قرار می‌گیرد.** |  |

**یادداشت‌ها:**

ابزار PVS دارای دو صلاحیت حیاتی در مورد ایمنی مواد غذایی CC II-7 A (تنظیم، بازرسی (شامل ممیزی)، مجوز و نظارت بر کارخانجات تولید و فرآوری مواد غذایی با منشاء دامی)، II-7 B (بازرسی قبل و بعد از کشتار در تأسیسات کشتارگاه و اماکن مرتبط) است که می‌تواند اطلاعات مربوطه را در مورد ظرفیت کشور برای انجام نظام مراقبت پاتوژن­های منتقله از مواد غذایی فراهم سازد.

**سوالات فنی**

**P6.1. پایش بیماری‌های منتقله از غذا و آلودگی‌های غذایی**

۱. آیا کشور دارای یک نظام پایش و مراقبت ( سورویلانس ) که بیماری‌های اولویت‌دار منتقله از غذا و همچنین مخاطرات اولویت‌دار (شیمیایی و میکروبیولوژیکی) را پوشش می‌دهد، می­باشد؟

۲. آیا کشور دارای **تعریف مورد (Case Definitions)** برای هر یک از بیماری‌های منتقله از مواد غذایی قابل گزارش اجباری می­باشد؟۳. آیا کارکنان بخش سلامت و بازرسان بهداشت/غذا در زمینه گزارش رویدادهای مرتبط با بیماری‌های منتقله از غذا (طغیان بیماری یا وقایع آلودگی) آموزش دیده‌اند؟

۴. آیا در سطح ملی و استانی، تیمی وجود دارد که بتواند به سرعت رویدادهای مرتبط با بیماری‌های منتقله از غذا را مورد ارزیابی فنی قرار دهد؟

۵. آیا افرادی که برای مشارکت در تیم‌های پاسخ به طغیان یا رویدادها شناسایی شده‌اند، برای انجام تحقیقات مربوط به طغیان بیماری‌های منتقله از غذا آموزش دیده‌اند؟

۶. آیا تیم‌های پاسخ به طغیان، آموزش دیده‌اند تا در طول طغیان بیماری‌های منتقله از غذا، نمونه‌های مناسب را جمع‌آوری و به آزمایشگاه منتقل کنند تا عامل شناسایی شود؟

۷. آیا کشور دارای فهرست به‌روز شده‌ای از آزمایشگاه‌هایی است که می‌توانند در طول طغیان بیماری‌های منتقله از غذا یا وقایع آلودگی، آزمایش‌های لازم را انجام دهند؟

۸. آیا نمایندگان ایمنی غذا و سایر آزمایشگاه‌های داخل کشور (مانند آزمایشگاه‌های سلامت دامها، در صورت لزوم) به طور معمول بخشی از تیم پاسخ به طغیان هستند؟

۹. آیا کارکنان نظام مراقبت و پاسخ، نقاط تماس مربوط اصلی به ایمنی غذا، سلامت دامها و آزمایشگاه‌های کلیدی را که برای آزمایش نمونه‌های بالینی و/یا غذایی جمع‌آوری شده در طول یک رویداد مورد نیاز هستند، می‌شناسند؟

۱۰. آیا یک سازوکار مؤثر (رسمی یا غیررسمی) برای تبادل سریع اطلاعات در طول تحقیقات مربوط به طغیان یا رویدادهای مشکوک به بیماری‌های منتقله از غذا بین تمامی ذی‌نفعان/بخش‌های مرتبط وجود دارد؟

**P6.2. پاسخگویی و مدیریت شرایط اضطراری ایمنی مواد غذایی**

1. آیا کشور برنامه‌ای که شیوه نامه­‌های پاسخ به موارد اضطراری ایمنی مواد غذایی را مستند کرده باشد، دارد؟
2. آیا این برنامه شامل تعاریف مورد توافق برای آستانه‌های پاسخ به موارد اضطراری ایمنی مواد غذایی است؟
3. آیا به هماهنگی ملی (مرکزی) اشاره دارد؟
4. آیا نقش‌ها و مسئولیت‌های مشخصی تعیین شده‌اند؟
5. آیا شیوه نامه­های ارتباطات تدوین شده‌اند؟
6. آیا این برنامه با مشارکت کامل تمام بخش‌ها و ذینفعان مرتبط به صورت مشارکتی تدوین، بهبود و ارتقاء یافته است؟
7. آیا تمام شرکاء کلیدی و ذینفعان درگیر از نقش‌های خود و رویه‌های پاسخ مورد انتظار در هنگام بحران/وضعیت اضطراری ایمنی مواد غذایی به خوبی آگاه هستند؟
8. آیا تمام ذینفعان مهم (شامل تصمیم‌گیران، سیاست‌گذاران، رهبران و کارکنان فنی) به‌طور کامل در مورد شیوه نامه­های پاسخ توجیه شده‌اند؟
9. آیا مکانیسم ملی برای جمع‌آوری و اشتراک اطلاعات مرتبط جهت ارزیابی جامع (مانند شبکه‌های ملی یا منطقه‌ای اشتراک اطلاعات) وجود دارد؟
10. آیا نقطه تماس اضطراری INFOSAN فعال است؟ آیا رابط اصلی INFOSAN فعال هستند؟ آیا رابط اصلی ملی OIE در زمینه ایمنی مواد غذایی تولیدات دامی فعال هستند؟
11. آیا مکانیسم هماهنگی (مانند تیم هماهنگی چند سازمانی) با شرح وظایف مشخص برای تسهیل ارتباط بین سطوح مرکزی و محیطی پاسخ سلامت عمومی وجود دارد؟
12. آیا این مکانیسم شامل بخش‌های سلامت عمومی، بازرسی مواد غذایی، دامپزشکی، آزمایشگاه‌های رسمی، گمرک و قرنطینه و کشاورزی می‌شود؟
13. آیا سایر بخش‌های مرتبط مانند گردشگری، وزارت امنیت ملی و خدمات محیط زیست نیز درگیر هستند؟
14. آیا نقش‌ها و مسئولیت‌های تمام شرکای تیم هماهنگی به‌صورت شفاف تعیین شده است؟
15. آیا ذینفعان کلیدی از اصول و شیوه‌های سیستم‌های ارتباطی و کنترل در صورت وقوع بحران یا وضعیت اضطراری ایمنی مواد غذایی آگاه هستند؟
16. آیا فهرستی از تمام اطلاعات تماس ضروری برای ارتباط با شرکاء (دولت‌های محلی و خارجی، سازمان‌های بین‌المللی، صنعت) به‌روز و به‌راحتی در دسترس است؟
17. آیا کشور به‌صورت منظم فعالیت‌هایی را برای آماده‌سازی ارتباطات مؤثر جهت پاسخ‌گویی به وضعیت‌های اضطراری ایمنی مواد غذایی انجام می‌دهد؟
18. آیا تمرین‌های دوره‌ای شبیه‌سازی شده (SimEx) برای آزمایش برنامه پاسخ اضطراری انجام می‌شود؟
19. آیا گزارش‌های بازبینی از ارزیابی‌های اضطراری گذشته با در نظر گرفتن موارد زیر وجود دارد؟
20. تناسب فعالیت‌های پاسخ‌گویی؛
21. اثربخشی اقدامات جمع‌آوری یا فراخوانی محصولات؛
22. شیوه­نامه­‌های قانونی برای انجام اقدامات قانونی در دسترس بازرسان وجود دارد (جلوگیری از تولید و توزیع محصولات غذایی)؛
23. ظرفیت خدمات تحلیلی؛
24. ظرفیت کلی خدمات بازرسی و آزمایشگاه‌ها برای گزارش‌دهی به مکانیسم هماهنگی مرکزی؛
25. ابزار ارتباطی؛ منابع کافی (پرسنل، تجهیزات تحلیلی و غیره) و ظرفیت‌ها (نیازهای آموزشی اضافی).

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* فهرستی از بیماری‌های اولیت­دار منتقله از غذا و مخاطرات غذایی اولویت­دار (شیمیایی و میکروبیولوژیکی)؛
* راهنمایی در مورد بیماری‌های ناشی از مواد غذایی اولویت­دار و تعاریف موردی آنها؛
* گزارش ملی بر اساس گزارش‌های محلی جمع آوری شده برای ارزیابی سریع خطر؛
* مواد آموزشی، گزارش‌ها و گواهی‌ها؛
* مصاحبه با بازرسان بهداشتی/غذایی؛
* قرارداد‌های جمع‌آوری/آزمایش نمونه‌های بالینی و نمونه‌های غذا برای همه بیماری‌های غذایی اولویت دار و خطرات ناشی از غذا
* پروتکل‌های گزارش­دهی داده‌ها برای همه بیماری‌های منتقله از غذا و مخاطرات غذایی الویت­دار.
* فهرست آزمایشگاه‌های تماس (مراکز همکار)؛
* پرسشنامه‌های مربوط به پاتوژن‌های منتقله از غذا و مخاطرات غذایی الویت­دار.
* پایگاه داده مراقبت یکپارچه زنجیره غذایی ؛
* گزارش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها؛
* نسخه‌هایی از گزارشات منظم نظام مراقبت ؛
* مستنداتی که تعریف وضعیت اضطراری ایمنی مواد غذایی را در سطح ملی ارائه می­دهند.
* مصاحبه با شرکاء / ذینفعان کلیدی درباره میزان آگاهی آن‌ها از مسئولیت­های خود و روش‌های پاسخگویی؛
* سوابق تبادل اطلاعات و ارتباط با شبکه‌های بین­المللی، منطقه­ای و ملی مرتبط؛
* فهرست به روز شده از اطلاعات تماس شرکاء.
* فهرست‌های مستند و به روز شده از منابع خارجی احتمالی (شامل متخصصان یا کارشناسان خبره)؛
* هرگونه مستندات، گزارش یا سوابق مربوط به ایجاد، اجرا و فعالیت‌های جاری مکانیزم‌های هماهنگی؛
* فهرست تمام اطلاعات تماس ضروری (دولت‌های محلی و خارجی، سازمان‌های بین­المللی، صنایع)؛
* الگوهای اطلاع­رسانی درباره حوادث؛
* نمونه اطلاعیه‌های مطبوعاتی؛
* اطلاعیه‌های فراخوان و جمع­آوری محصولات.
* پرسش و پاسخ‌های از پیش آماده شده؛
* گزارش‌هایی درباره SimEx برای پیش آزمون برنامه واکنش اضطراری.
* سوابق بازخوردهای دریافت شده از بررسی‌های اضطراری گذشته؛
* گزارش دهی TracSS

## P7. ایمنی زیستی و امنیت زیستی

**هدف**: استقرار نظام ملی ایمنی زیستی[[48]](#footnote-48) و امنیت زیستی[[49]](#footnote-49) فراگیر و چندبخشی در سطح دولت که در آن عوامل زیستی پرخطر[[50]](#footnote-50) حداقل در تعداد محدودی از مراکز بر اساس کارکرد بهینه[[51]](#footnote-51) شناسایی، نگهداری، حفاظت و پایش ‌شوند؛ آموزش مدیریت خطر ‌زیستی و برنامه‌های ترویجی برای ترویج فرهنگ مسئولیت­پذیری و پاسخگو بودن مشترک[[52]](#footnote-52) انجام ‌گیرد؛ خطرات دوگانه کاهش ‌یابد؛ تهدیدات ناشی از گسترش و استفاده عمدی عوامل زیستی مهار شود؛ انتقال ایمن عوامل زیستی تضمین ‌گردد و قوانین ملی امنیت و ایمنی زیستی ، مجوزدهی آزمایشگاه‌ها و اقدامات کنترل عوامل بیماری‌زا به‌صورت مناسب وضع شوند.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:**۱. وجود چارچوب ملی برای ایمنی زیستی و امنیت زیستی، کلکسیون‌های سویه‌ها و آزمایشگاه‌های با سطح ایمنی بالا که شامل شناسایی و ذخیره‌سازی کلکسیون‌های سویه­های بومی و ملی در حداقل تعدادی از مراکز در تمامی بخش‌ها می­باشد.  
۲. وجود نظام‌های مراقبتی و پایش جامع.

**اثر مطلوب**: اجرای یک برنامه نظارتی ملی جامع، پایدار و قانونی برای ایمنی زیستی و امنیت زیستی که شامل استفاده ایمن و مطمئن، ذخیره‌سازی، دفع و مهار عوامل زیستی موجود در آزمایشگاه‌ها و حداقل تعدادی از مراکز نگهداری در سطح کشور می‌شود و کلیه تأسیسات تحقیقاتی، تشخیصی و زیست‌فناوری در تمامی بخش‌ها[[53]](#footnote-53) را در بر می‌گیرد. یک گروه از متخصصان مدیریت خطر‌ زیستی که دارای مهارت‌های لازم برای آموزش دیگران هستند در مؤسسات مربوطه خود مستقر می‌شوند. روش‌های مدیریت خطر ‌زیستی تقویت‌شده و پایدار با استفاده از سرفصلهای آموزشی مشترک استقرار می‌یابند. روش‌های تشخیص سریع و بدون انجام کشت به‌عنوان بخشی از مدیریت خطر‌زیستی ترویج می‌شوند. انتقال ایمن و مطابق با مقررات مواد عفونی نیز بر اساس قوانین ملی و بین‌المللی به‌صورت مناسب در نظر گرفته می‌شود.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P7.1. وجود یک نظام فراگیر ایمنی زیستی و امنیت زیستی در سطح دولت برای تأسیسات انسانی، دامی و کشاورزی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | عناصر یک رویکرد ارزیابی جامع مبتنی بر ریسک در سیستم ملی ایمنی زیستی و امنیت زیستی، از جمله ابزارهای سیاست‌گذاری و تأمین مالی مناسب، وجود ندارد. |  |
| سطح 2 | برخی از عناصر (نه همه) یک سیستم جامع ایمنی زیستی و امنیت زیستی در کشور مستقر شده است.   i - فرآیند نظارت و توسعه سوابق و فهرست به‌روز از عوامل بیماری‌زا در تأسیسات ذخیره‌سازی یا پردازش عوامل بیماری‌زا و سموم خطرناک و محتوای آنها آغاز شده است. ii -در حال توسعه چارچوب نظارتی ملی جامع ایمنی زیستی و امنیت زیستی برای تنظیم مالکیت و استفاده از آنها است (اما هنوز نهایی نشده است). |  |
| سطح 3 | یک سیستم ملی جامع ایمنی زیستی و امنیت زیستی در کشور مستقر شده است.  i - در حال نهایی کردن فرآیند پایش فعال و نگهداری سوابق و فهرست به‌روز عوامل بیماری‌زا در تأسیسات ذخیره‌سازی یا پردازش عوامل بیولوژیک با پیامد بالا است. ii - در حال نهایی کردن توسعه چارچوب ملی جامع ایمنی زیستی و امنیت زیستی مبتنی بر ارزیابی ریسک برای تنظیم مالکیت و استفاده از عوامل پرخطر است. iii - در حال نهایی کردن توسعه و اجرای اقدامات کنترل ریسک، روش‌های عملیاتی و سیستم‌های گزارش‌دهی شکست مهار عوامل خطرناک می‌باشد. iv - فرآیند تجمیع عوامل پرخطر در حداقل تعداد مراکز ممکن آغاز شده است. v - استقرار ابزارها و منابع برای پشتیبانی از روش‌های تشخیصی که نیاز به کشت عوامل پرخطر ندارند، شروع شده است. vi - برنامه‌های مدیریت حوادث، اضطراری و پاسخ در حال راه‌اندازی است. روش‌های پایه­ای برای مدیریت ایمن، ضدعفونی و امحای پسماندهای عفونی وجود دارد. |  |
| سطح 4 | سیستم ایمنی و امنیت زیستی بهبود، ارتقا و توسعه یافته است، اما پایدار نیست.  i- این سیستم فعالانه در حال پایش و نگهداری سوابق و فهرست به‌روز عوامل بیماری‌زا در مراکز ذخیره‌سازی یا پردازش عوامل بیماری‌زا و سموم خطرناک است.  ii- چارچوب نظارتی ملی جامع ایمنی و امنیت زیستی را اجرا می­کند. iii- در حال اجرای چارچوب نظارتی ملی برای تنظیم مالکیت و استفاده از عوامل پرخطر است. iv- در حال اجرای اقدامات کنترل ریسک، روش‌های عملیاتی و سیستم‌های گزارش‌دهی شکست اولیه درمهار است. v- در حال تکمیل فرآیند تجمیع عوامل پرخطر در حداقل ممکن از مراکز است. vi- از روش‌های تشخیصی که نیاز به کشت عوامل بیولوژیک پرخطر ندارند، استفاده می‌کند. vii- برنامه‌های **پاسخ‌دهی اضطراری را به‌صورت عملیاتی اجرا می‌کند**. viii- روش‌های مدیریت پسماند که شامل ابزارهای نوک‌تیز، پسماندهای آلوده، پسماندهای شیمیایی و پسماندهای عمومی غیرخطرناک **با مستندسازی کامل انجام می‌شود**. |  |
| سطح 5 | یک سیستم پایدار چندبخشی ایمنی و امنیت زیستی (شامل امنیت اطلاعات) مستقر شده است. وزارتخانه‌ها بودجه و حمایت سیاسی کافی برای سیستم ملی جامع ایمنی و امنیت زیستی، از جمله نگهداری تأسیسات و تجهیزات و همچنین بازنگری و به‌روزرسانی دوره‌ای چارچوب ملی و اثربخشی آن را فراهم کرده‌اند. روش‌های کامل ضدعفونی، استریلیزاسیون و مدیریت پسماند در حال اجرا می باشد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P.7.2. آموزش و اجرای اصول ایمنی و امنیت زیستی در کلیه بخش‌های مرتبط (شامل حوزه‌های انسانی، دامی و کشاورزی)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ برنامه‌ای برای آموزش ایمنی و امنیت زیستی وجود ندارد و هیچ طرحی در این زمینه تدوین نشده است. |  |
| سطح 2 | کشور نیازسنجی آموزشی را انجام داده و شکاف‌های موجود در آموزش ایمنی و امنیت زیستی را شناسایی کرده است، اما هنوز برنامه آموزشی جامعی که متناسب با نقش‌ها و مسئولیت‌های شغلی باشد اجرا نکرده است. غالبا کمبود اطلاعات در میان کارکنان آزمایشگاه‌ها درباره بهترین روش‌های بین‌المللی ایمنی و امنیت زیستی برای انجام کار به شیوه‌ای ایمن، مطمئن و مسئولانه گزارش شده است. کشور هنوز برنامه‌های آموزشی دانشگاهی پایدار متناسب با ریسک‌های ارزیابی‌شده، از جمله آموزش افرادی که با عوامل پرخطر کار می‌کنند یا آنها را نگهداری می‌کنند، ندارد. |  |
| سطح 3 | کشور برنامه‌های آموزشی متناسب با ریسک‌های ارزیابی‌شده، نقش‌ها و مسئولیت‌های کارکنان را تدوین کرده و اجرای آن را آغاز نموده است. کشور برنامه‌های آموزشی ویژه‌ای در اکثر مراکزی که عوامل پرخطر را نگهداری می‌کنند یا با آنها کار می‌کنند، دارد. آموزش ایمنی و امنیت زیستی به برخی کارکنان- اما نه همه - مراکزی که با عوامل پرخطر سروکار دارند ارائه شده است. کشور در حال بهبود و ارتقای برنامه‌های آموزشی دانشگاهی پایدار متناسب با ریسک‌های ارزیابی‌شده، از جمله آموزش افرادی که با عوامل پرخطر کار می‌کنند، می‌باشد. تمام آموزش‌ها متناسب با نقش و مسئولیت‌های شغلی طراحی شده است. |  |
| سطح 4 | کشور برنامه‌های آموزشی را در تمام مراکز و برای تمام کارکنان متناسب با ریسک‌های ارزیابی‌شده، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، از جمله مراکزی که با عوامل پرخطر سروکار دارند، اجرا کرده است. کشور برنامه‌های آموزشی دانشگاهی متناسب با ریسک‌های ارزیابی‌شده را دارد که شامل **مؤسساتی برای آموزش افرادی می‌شود که با عوامل پرخطر کار می‌کنند یا آن‌ها را نگهداری می‌کنند.** |  |
| سطح 5 | کشور برنامه‌های آموزشی پیوسته را در برنامه‌های درسی دانشگاه‌ها برای آموزش پیش از خدمت و برنامه‌های آموزش مداوم گنجانده است. شایستگی کارکنان ارزیابی می‌شود و تمرین‌های دوره‌ای انجام می‌گیرد. کشور بودجه و ظرفیت لازم برای تداوم تمام موارد فوق را دارد. بررسی نیازسنجی آموزشی به صورت دوره‌ای انجام می‌شود و آموزش‌های جدید در حوزه‌های نیاز شناسایی‌شده، برگزار می‌گردد. آموزش روش‌های پاسخ به شرایط اضطراری به صورت دوره‌ای ارائه می‌شود. |  |

**سوالات فنی**

**P7.1. نظام ایمنی و امنیت زیستی فراگیر دولتی برای تمامی بخش‌ها (شامل تأسیسات انسانی، دامی و کشاورزی) برقرار است**

* 1. آیا پایش فعال و به‌روزرسانی سوابق و فهرست عوامل زیستی پرخطر در تأسیسات نگهداری یا فرآوری این عوامل وجود دارد؟  
     الف) آیا کشور فهرست به‌روز شده از محل و تأسیسات نگهداری عوامل پرخطر دارد؟

i. آیا مجموعه‌های عوامل پرخطر شناسایی شده‌اند؟

ii. چه کتابچه­های راهنمایی به کشورهایی که سیستم‌ها و قوانین پشتیبان برای الزام به نگهداری سوابق عوامل پرخطر را ندارند، ارائه می‌شود؟

iii. آیا فهرست توافق‌شده‌ای از "عوامل پرخطر" برای این پرسش وجود دارد؟

iv. هر چند وقت یکبار مراکز موظف به به‌روزرسانی این سوابق هستند؟

* 1. آیا چارچوب جامع مقررات ملی ایمنی و امنیت زیستی در حال اجراست؟

1. آیا کشور قوانین و/یا مقررات امنیت زیستی را دارد؟ آیا در حال اجرا هستند؟
2. آیا کشور قوانین و/یا مقررات ایمنی زیستی را دارد؟ آیا در حال اجرا هستند؟
3. موارد زیر را از قوانین، مقررات یا چارچوب‌های ملی امنیت و ایمنی زیستی کشور توضیح دهید:

i. این اطلاعات چگونه با آزمایشگاه‌های سطوح استانی در کشور به اشتراک گذاشته می‌شود؟

ii. آیا مقررات و/یا دستورالعمل‌های امنیت زیستی توسط آزمایشگاه‌های کشور رعایت می‌شوند؟ وضعیت ایمنی زیستی چگونه است؟

iii. فعالیت‌های پایش امنیت و ایمنی زیستی را شرح دهید.

iv. آیا ارزیابی امنیت زیستی توسط شخص ثالث در تأسیسات آزمایشگاهی ملی انجام شده است؟ آیا ارزیابی ایمنی زیستی نیز انجام شده است؟

* + زمان انجام ارزیابی؟
  + آیا توصیه‌های اصلاحی این ارزیابی‌ها اجرا شده‌ است؟

v. چه آزمایشگاهی نیاز به مجوز یا تأییدیه قانونی برای نگهداری عوامل پرخطر خاص در کشور دارد؟

vi. آیا شرایط مجوز/الزامات ایمنی و امنیتی مشترکی برای تمام آزمایشگاه‌های مجوزدار وجود دارد؟ در صورت وجود، این شرایط کدامند؟

vii. چگونه انطباق با شرایط مجوزدهی پایش می‌شود؟

viii. آیا بودجه کافی برای پشتیبانی از برنامه‌ها/ابتکارات ایمنی و امنیت زیستی و نظارت و اجرای آن در سطح وزارتخانه و مؤسسات وجود دارد؟

ix. آیا مکانیسمی برای نظارت بر تحقیقات دو منظوره و کد رفتار مسئولانه برای دانشمندان وجود دارد؟

* 1. آیا اقدامات صدور مجوز آزمایشگاه و کنترل پاتوژن‌ها (شامل الزامات حفاظت فیزیکی، شیوه‌های عملیاتی و سیستم‌های گزارشدهی نقص) در حال اجراست؟

1. امنیت فیزیکی:
2. آیا اقدامات امنیتی مناسب برای به حداقل رساندن امحاء، انتقال و جابه­جایی نامناسب یا انتشار نامناسب عوامل زیستی (مانند سرقت، زلزله، سیل) وجود دارد؟
3. امنیت اطلاعات:
   * 1. آیا دسترسی به اطلاعات حساس (مانند فهرست عوامل و سموم) توسط سیاست‌ها و شیوه نامه­‌های مناسب کنترل می‌شود؟
4. امنیت حمل‌ونقل:

i. آیا شیوه­نامه­‌هایی برای حمل‌ونقل ایمن نمونه‌ها، کشت‌ها و مواد آلوده وجود دارد و رعایت می‌شود؟

ii. آیا قوانین ملی برای حمل مواد خطرناک، از جمله مواد عفونی وجود دارد؟

1. امنیت پرسنل:

i. آیا مکانیسمی برای تعیین پرسنل مجاز به دسترسی به عوامل پرخطر وجود دارد؟

ii. آیا شواهدی از اجرای صحیح این مکانیسم وجود دارد؟

1. شیوه‌های ایمنی و امنیت زیستی در مراکز نگهداری یا کار با عوامل با پیامد بالا:

i. آیا برنامه‌های مدیریت ایمنی و امنیت زیستی اختصاصی برای هر سایت (مرکز) به‌همراه مستندات پشتیبان (مانند راهنماها، روش‌های اجرایی استاندارد (SOP)، دستورالعمل‌های شغلی، و سوابق) در دسترس هستند که شامل ایمنی زیستی، امنیت زیستی، برنامه‌های واکنش به حوادث و برنامه‌های اضطراری (مانند انفجار، آتش‌سوزی، سیل، تماس کارکنان با عوامل خطرناک، تصادف یا بیماری، و نشت‌های عمده) باشند؟

ii. آیا نقش‌ها و مسئولیت‌های مربوط به مدیریت ایمنی و امنیت زیستی مشخص، اعلام و ابلاغ شده است؟

iii. آیا ریسک‌های ایمنی و امنیت زیستی ارزیابی و دسته‌بندی شده‌اند؟

iv. آیا اقدامات کنترلی در یک برنامه عملیاتی توصیف شده‌اند؟

v. آیا مکانیزم‌هایی برای اطمینان از این وجود دارد که کارکنان: از صلاحیت و شایستگی لازم برخوردارند (مطابق با بهترین رویه‌ها در مدیریت منابع انسانی، مانند تأیید سوابق تحصیلی و شغلی و ارزیابی‌های دوره‌ای عملکرد)، دوره‌های آموزشی یا برنامه‌های مربی‌گری را با موفقیت گذرانده‌اند، و توانایی کار مستقل بدون نظارت مستقیم را دارند؟

1. آیا سیستم ممیزی آزمایشگاه‌ها وجود دارد؟

i. در صورت وجود، آیا ممیزی‌ها به‌صورت منظم انجام می‌شود؟

ii. کدام سازمان این ممیزی‌ها را انجام می‌دهد؟ دولتی یا خارجی؟

iii. آیا ممیزی توسط مرجع ملی یا مسئول ایمنی زیستی محلی انجام می‌شود؟

iv. کدام آزمایشگاه‌ها مشمول این ممیزی‌ها هستند؟

1. آیا آزمایشگاه‌ها بهترین شیوه‌های ایمنی و امنیت زیستی را اجرا می‌کنند؟ چگونه؟
2. آیا آزمایشگاه‌های ملی دارای طبقه‌بندی‌های مرتبط دیگر (مانند مراکز همکار/مرجع FAO/OIE/WHO ) هستند؟
   1. آیا عوامل پرخطر در حداقل تعداد مراکز ممکن متمرکز شده‌اند؟  
      ا) آیا کشور تمرکز محل‌های نگهداری عوامل پرخطر را بررسی کرده است؟ در صورت منفی بودن، آیا این تجمیع در آینده مورد بررسی قرار خواهد گرفت؟  
      ب) آیا مجموعه‌های عوامل پرخطر در حداقل مراکز ممکن متمرکز شده‌اند؟
   2. آیا از روش‌های تشخیصی که نیاز به کشت عوامل پرخطر را حذف می‌کنند استفاده می‌شود؟
   3. آیا مکانیسم‌های نظارت و اجرا وجود دارد و وزارتخانه‌ها بودجه کافی برای سیستم ملی ایمنی و امنیت زیستی تأمین کرده‌اند؟  
      ا) آیا مکانیسم‌هایی برای نظارت، اجرا و انتساب مسئولیت در قوانین ایمنی و امنیت زیستی وجود دارد؟  
      ب) آیا کشور بودجه این فعالیت‌ها را دارد؟ آیا منبع بودجه پایدار است؟
   4. آیا تأسیسات جدید با تعهد بلندمدت منابع برای عملیات و نگهداری برنامه‌ریزی شده و قبل از آغاز به کار به‌صورت رسمی تأیید می‌شوند؟
   5. آیا کابینت­‌های ایمنی زیستی به‌صورت محلی سرویس می‌شوند؟
   6. آیا منابع ملی کافی (بودجه و انسانی) برای نگهداری مناسب و به‌موقع تأسیسات و تجهیزات وجود دارد؟
   7. آیا سیاست مدیریت پسماند در سطح ملی وجود دارد و آیا به‌صورت محلی اجرا می‌شود؟
   8. آیا تأسیسات تجهیزات حفاظت فردی (PPE) کافی بر اساس ارزیابی ریسک محلی دارد؟
   9. آیا چارچوبی برای مستندسازی، گزارش­دهی، بررسی و رسیدگی به حوادث در سطح تأسیسات و ملی وجود دارد؟
   10. آیا مقررات ملی به‌روز برای حمل مواد عفونی (رده‌های A وB) وجود دارد؟
3. در صورت وجود، آیا حمل و نقل و جابه­جایی مواد عفونی طبق پروتکل انجام می­شود؟
4. آیا مسئولان حمل نمونه‌ها به برنامه آموزشی حمل مواد عفونی دسترسی دارند؟ آیا این آموزش‌ها مطابق مقررات سازمان ملل است؟
   1. آیا پرسنل آزمایشگاه در تمام مراکز دسترسی برابر به خدمات سلامت شغلی دارند؟
   2. آیا سیاست واکسیناسیون خاصی (پروفیلاکسی پیش از مواجهه) برای پرسنل آزمایشگاه (مانند هپاتیت B و سایر بیماری‌های مرتبط) وجود دارد؟
   3. آیا درمان پروفیلاکسی پس از مواجهه برای کارکنان آزمایشگاه در تمام سطوح ارائه می‌شود؟
   4. آیا عفونت‌ها و حوادث مرتبط با آزمایشگاه گزارش می‌شود؟
5. به چه کسی گزارش می‌شود؟
6. آیا چکیده­ی گزارش مقدماتی از وضعیت کشور وجود دارد؟

**P7.2. آموزش و شیوه‌های ایمنی و امنیت زیستی در تمام بخش‌های مرتبط (از جمله انسان، دامی و کشاورزی)**

۱. آیا کشور برنامه‌های آموزشی در تمامی مراکز، از جمله مراکزی که با عوامل پرخطر کار می‌کنند یا آنها را نگهداری می‌کنند، دارد؟  
آیا آموزش ایمنی و امنیت زیستی در تمامی مراکز، از جمله مراکز نگهداری یا کار با عوامل پرخطر، اجرا می‌شود؟ وضعیت آموزش ایمنی زیستی چگونه است؟

۲. آیا به کارکنان تمامی مراکز، از جمله مراکز نگهداری یا کار با عوامل پرخطر، آموزش ایمنی و امنیت زیستی ارائه شده است؟  
الف) آیا کشور ارزیابی نیازهای آموزشی در زمینه ایمنی و امنیت زیستی انجام می‌دهد؟ اگر بله، با چه تناوبی؟  
ب) کارکنان با چه تناوبی در مورد شیوه­نامه­‌های ایمنی زیستی آموزش می‌بینند؟ در مورد رویه‌های امنیت زیستی چطور؟  
ج) کارکنان با چه تناوبی در مورد شیوه­نامه­‌های ایمنی زیستی مورد آزمون یا تمرین قرار می‌گیرند؟ در مورد شیوه­نامه­‌های امنیت زیستی چطور؟  
د) این تمرین‌ها چگونه پایش و ارزیابی می‌شوند؟  
ه) آیا در این تمرین‌ها فرآیندی برای مستندسازی موفقیت‌ها و حوزه‌های نیازمند بهبود لحاظ شده است؟  
و) آیا برنامه‌های اقدام اصلاحی وجود دارد؟

۳. آیا کشور برنامه‌های آموزشی مداوم در مؤسسات آموزشی، از جمله مؤسساتی که افرادی را که با عوامل پرخطر کار می‌کنند، آموزش می‌دهند، دارد؟  
آیا مؤسسات آموزشی کشور برنامه‌های آموزش ایمنی زیستی، از جمله آموزش برای کار با عوامل پرخطر را دارند؟

۴. آیا کشور بودجه و ظرفیت لازم برای تداوم آموزش ایمنی و امنیت زیستی را دارد؟

۵. سیستم ملی چگونه دسترسی به ارائه‌دهندگان حمل‌ونقل برای جابه­جایی ملی و بین‌المللی مواد عفونی را تضمین می‌کند؟

۶. آیا برای تمامی کارکنان آزمایشگاه‌ها آموزش بدو خدمت و دوره‌های بازآموزی در زمینه ایمنی و امنیت زیستی وجود دارد؟

۷. آیا مکانیسمی برای تضمین و پایش صلاحیت کارکنان و استانداردهای آموزشی در تمامی آزمایشگاه‌ها وجود دارد؟

**مستندات یا شواهد برای سطح توانمندی:**

* مستندسازی مجموعه عوامل پرخطر موجود در کشور؛
* تدوین، تصویب و اجرای قوانین ملی مرتبط با ایمنی و امنیت زیستی؛
* تأمین، آموزش مستمر و استقرار مسئولان ایمنی زیستی در تمام آزمایشگاه‌های دارای پتانسیل کار با عوامل پرخطر و انجام آزمایش‌های پرریسک؛
* تدوین سند خط ‌مشی مدیریت خطر‌ زیستی یا ایمنی زیستی در تأسیسات به صورت مکتوب که امضا شده و سالانه بازنگری می‌شود؛
* گزارش مأموریت ارزیابی PVS (عملکرد خدمات دامپزشکی) یا گزارش تحلیل کاستی‌های کشور توسط سازمان جهانی بهداشت دام (OIE) (همچنین رجوع شود به بخش "پیشگیری - بیماری‌های مشترک")؛
* گزارش مأموریت آزمایشگاهی PVS کشور توسط سازمان جهانی بهداشت دام (OIE).

## P.8. ایمن سازی

**هدف:** استقرار یک سامانه ملی توزیع واکسن با پوشش سراسری، توزیع مؤثر، دسترسی آسان برای جمعیت‌های حاشیه‌نشین، زنجیره سرمایشی مناسب و کنترل کیفیت مستمر است که قابلیت پاسخگویی به تهدیدات بیماری‌های جدید را داشته باشد.

**شاخص اندازه‌گیری:** پوشش ۹۰ تا ۹۵ درصدی جمعیت کودکان ۱۲ ماهه کشور با حداقل یک دوز واکسن حاوی سرخک (MCV) که از طریق پایش‌های پوشش واکسیناسیون یا داده‌های اداری اثبات شده باشد.

**اثر مطلوب :** ایمنی مؤثر از طریق دستیابی و حفظ پوشش واکسیناسیون علیه سرخک و سایر بیماری‌های همه­گیر قابل پیشگیری با واکسن (VPDs) که قابلیت ایجاد پاندمی دارند. تأکید بر واکسیناسیون سرخک به این دلیل است که به‌عنوان شاخص نماینده برای پوشش کلی واکسیناسیون علیه VPDs به‌طور گسترده شناخته شده است. کشورها همچنین جمعیت‌های در معرض خطر سایر VPDs مهم ملی (مانند وبا، آنسفالیت ژاپنی، مننژیت مننگوکوکی، تیفوئید یا تب زرد) را شناسایی و تحت پوشش واکسیناسیون قرار خواهند داد. بیماری‌های مشترک از حیوان به انسان، مانند سیاه‌زخم و‌ هاری نیز در این برنامه گنجانده شده‌اند.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P8.1. پوشش واکسن (سرخک) به عنوان بخشی از برنامه ملی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | کمتر از ۵۰٪ از جمعیت کودکان ۱۲ ماهه کشور حداقل یک دُز واکسن سرخک (MCV) را دریافت کرده‌اند که این میزان بر اساس پیمایش‌های پوشش واکسیناسیون یا آمار رسمی اعلام شده مورد تایید می­باشد. برنامه‌ای برای بهبود پوشش واکسیناسیون، از جمله اجرای ایمن­سازی تکمیلی در حال اجرا می‌باشد. |  |
| سطح 2 | ۵۰ تا ۶۹٪ از جمعیت کودکان ۱۲ ماهه کشور حداقل یک دُز واکسن سرخک (MCV) را دریافت کرده‌اند که این میزان بر اساس پیمایش‌های پوشش واکسیناسیون یا آمار رسمی اعلام شده مورد تایید می­باشد. برنامه‌ای برای دستیابی به پوشش ۹۰٪ در طی پنج سال آینده، شامل ایمن سازی تکمیلی در حال اجرا می‌باشد. |  |
| سطح 3 | ۷۰ تا ۸۹٪ از جمعیت کودکان ۱۲ ماهه کشور حداقل یک دُز واکسن سرخک (MCV) را دریافت کرده‌اند که این میزان بر اساس پیمایش‌های پوشش واکسیناسیون یا آمار رسمی اعلام شده مورد تایید می­باشد. برنامه‌ای برای دستیابی به پوشش ۹۵٪ جمعیت در طی سه سال آینده در حال اجرا می‌باشد. |  |
| سطح 4 | ۹۰٪ از جمعیت کودکان ۱۲ ماهه کشور حداقل یک دُز واکسن سرخک (MCV) را دریافت کرده‌اند و روند پیشرفت، برنامه‌ها و ظرفیت‌های لازم برای دستیابی به پوشش ۹۵٪ کودکان تا سال ۲۰۳۰ در حال اجرا می‌باشد. بیش از ۹۰٪ از واحدهای استانی (شهرستان‌ها/ استان‌ها) تحت پوشش کامل قرار گرفته‌اند. |  |
| سطح 5 | ۹۵٪ از جمعیت کودکان ۱۲ ماهه کشور حداقل یک دُز واکسن سرخک (MCV) را دریافت کرده‌اند که این میزان بر اساس پیمایش‌های پوشش واکسیناسیون یا آمار رسمی اعلام شده مورد تایید می­باشد؛ یا ۹۰٪ از جمعیت کودکان ۱۲ ماهه کشور حداقل یک دُز واکسن سرخک را دریافت کرده‌اند و روند پیشرفت، برنامه‌ها و ظرفیت‌های لازم برای دستیابی به پوشش ۹۵٪ تا سال ۲۰۳۰ در حال اجرا می‌باشد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P8.2. دسترسی و توزیع ملی واکسن** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ برنامه‌ای برای توزیع سراسری واکسن در کشور وجود ندارد و هیچ طرحی برای ارائه واکسن به جمعیت‌های هدف در سراسر کشور تدوین نشده است.  تأمین و پیش‌بینی ناکافی واکسن منجر به کمبودهای مکرر در سطح کشوری و منطقه‌ای می‌شود. |  |
| سطح 2 | اجرای سامانه زنجیره سرد (Cold chain) برای توزیع واکسن آغاز شده است، اما در کمتر از ۴۰٪ مناطق کشور موجود است، یا توزیع واکسن (با حفظ زنجیره سرد) به کمتر از ۴۰٪ جمعیت هدف در کشور ارائه می‌شود.  تأمین و پیش‌بینی ناکافی واکسن منجر به کمبودهای مکرر در سطح کشوری و منطقه‌ای می‌شود. |  |
| سطح 3 | برنامه‌ی اجرایی برای حفظ زنجیره سرد توزیع واکسن آغاز شده است، اما در کمتر از ۴۰٪ مناطق کشور موجود است، یا توزیع واکسن (با حفظ زنجیره سرد) در کمتر از ۴۰٪ جمعیت هدف در کشور عرضه می‌شود. تأمین و پیش‌بینی واکسن منجر به کمبودهای موردی در سطح مرکزی و منطقه‌ای می‌شود. تأمین و پیش‌بینی واکسن منجر به عدم کمبود در سطح کشوری و کمبودهای موردی در سطح منطقه‌ای می‌شود. |  |
| سطح 4 | توزیع واکسن (با حفظ زنجیره سرد) در ۶۰-۷۹٪ مناطق کشور موجود است، یا توزیع واکسن (با حفظ زنجیره سرد) به ۶۰-۷۹٪ جمعیت هدف در کشور ارائه می‌شود.  تأمین و پیش‌بینی کارآمد واکسن، موجودی جهانی را در نظر می‌گیرد و منجر به عدم کمبود در سطح کشوری و کمبودهای نادر در سطح منطقه‌ای (که تحت کنترل هستند) می‌شود. |  |
| سطح 5 | تحویل واکسن (با حفظ زنجیره سرد) در **بیش از ۸۰ درصد مناطق** کشور فعال است، یا **بیش از ۸۰ درصد از جمعیت هدف** کشور به تحویل واکسن دسترسی دارد. سیستم‌هایی برای دسترسی به جمعیت‌های حاشیه‌نشین با استفاده از روش‌های فرهنگی مناسب وجود دارد. توزیع واکسن از طریق کمپین ملی واکسیناسیون یا تمرین عملیاتی آزمایش شده است. تأمین و پیش‌بینی موثر واکسن منجر به عدم بروز کمبود واکسن می‌شود. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **P8.3. واکسیناسیون انبوه برای اپیدمی‌های VPDs[[54]](#footnote-54)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | برنامه ملی برای پاسخ واکسیناسیون همگانی در برابر طغیان بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن (VPDs)، شامل دستورالعمل‌های ملی برای تاییدیه نظارتی و تهیه واکسن‌های جدید و آزمایشی‌[[55]](#footnote-55)، وجود ندارد یا در حال توسعه است. |  |
| سطح 2 | برنامه ملی برای پاسخ واکسیناسیون همگانی در برابر طغیان بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن (VPDs)، شامل دستورالعمل‌های مقرراتی ملی برای تأیید و تامین واکسن‌های جدید و آزمایشی، تدوین شده است. |  |
| سطح 3 | برنامه ملی برای پاسخ واکسیناسیون همگانی در برابر طغیان بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن (VPDs)، شامل دستورالعمل‌های ملی برای تایید و تامین واکسن‌های جدید و آزمایشی، و رویه‌های عملیاتی استاندارد (SOPs) مرتبط، در سطح ملی اعلام، ابلاغ و اجرا شده است. |  |
| سطح 4 | برنامه ملی برای پاسخ واکسیناسیون همگانی در برابر طغیان بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن (VPDs)، شامل دستورالعمل‌های ملی برای تایید و تامین واکسن‌های جدید و آزمایشی، و رویه‌های عملیاتی استاندارد (SOPs) مرتبط، در تمام سطوح (ملی، استانی و محلی) منتشر و اجرا شده است. |  |
| سطح 5 | برنامه ملی و رویه‌های عملیاتی استاندارد (SOPs) مرتبط برای پاسخ واکسیناسیون همگانی در برابر حداقل یک همه‌گیری بیماری قابل پیشگیری با واکسن (VPDs) در کشور به کار گرفته شده است؛ دستورالعمل‌های مقرراتی ملی برای تأیید و تامین واکسن‌های جدید و آزمایشی در یک رویداد واقعی یا تمرین شبیه‌سازی (SimEx) مورد استفاده قرار گرفته‌اند و برنامه و SOPها به‌طور منظم ارزیابی، آزمایش و به‌روزرسانی می‌شوند |  |

**سوالات زمینه­ای**

1. توضیح دهید که آیا واکسیناسیون‌های ملی مهم دیگری فراتر از برنامه اقدام واکسن سازمان جهانی بهداشت (مانند وبا، آنسفالیت ژاپنی، بیماری مننگوکوکی، حصبه و تب زرد) در کشور وجود دارد یا خیر.
2. آیا بینش و آگاهی عمومی درباره موضوع واکسیناسیون پایش ‌می‌شود؟ آیا کمپین‌های واکسیناسیون به مسائل مربوط به

بینش و آگاهی عمومی می پردازد؟ آیا پیام‌ها متناسب با گروه­های مختلف انتخاب می­شوند ‌؟ آیا موانع پذیرش واکسن بررسی ‌می‌شوند؟

**سوالات فنی**

**P8.1. پوشش واکسن (سرخک) به عنوان بخشی از برنامه ملی**

1. آیا کشور دارای یک برنامه یا طرح ملی ایمن­سازی است؟
   1. کدام بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن هایی تحت پوشش این برنامه یا طرح هستند؟
   2. میزان هدف پوشش واکسیناسیون برای هر یک از این واکسن‌ها را فهرست کنید.
   3. آیا برنامه ملی اقدام واکسن کشور با برنامه جهانی اقدام واکسن سازمان جهانی بهداشت مطابقت دارد؟
   4. آیا برنامه ملی اقدام واکسن، بیماری‌های مشترک بین انسان و دام را که در سطح ملی مهم هستند، در نظر می گیرند؟
   5. آیا واکسیناسیون اجباری است یا داوطلبانه؟
2. چه برنامه‌ها یا مشوق‌هایی برای تشویق/حمایت از واکسیناسیون رایج وجود دارد؟
3. چه عواملی مانع واکسیناسیون رایج ‌می‌شود؟
4. سیستم‌های مورد استفاده برای پایش پوشش واکسن را شرح دهید.
   1. آیا درصد پوشش واکسن حاوی آنتی­ژن سرخک و دیفتری، کزاز و سیاه سرفه برای جمعیت اندازه­گیری و رصد ‌می‌شود؟
   2. کدام دفاتر یا نهادها در پایش پوشش واکسیناسیون کشوری دخیل هستند؟
   3. پوشش واکسیناسیون هر چند وقت یکبار اندازه­گیری ‌می‌شود؟
   4. منبع و کیفیت داده‌های مورد استفاده به عنوان مخرج در برآوردهای پوشش چیست؟
   5. چه سیستم‌هایی برای پایش کیفیت داده‌های پوشش واکسیناسیون در نظر گرفته شده است؟
5. آیا حمایت خاصی (مالی و نیروی انسانی) برای جمع آوری/گزارش­دهی داده‌ها وجود دارد؟

**P8.2. دسترسی و تحویل ملی واکسن**

1. توضیح دهید که چگونه سیستم‌های ملی برقراری و تداوم زنجیره سرد پایدار را برای تحویل واکسن در سراسر کشور تضمین ‌می‌کنند.
2. چه ساختار و مکانیسم‌هایی برای تضمین تامین پایدار واکسن به منظور اجرای موفقیت آمیز برنامه وجود دارد؟
3. اطمینان از لحاظ نمودن سطوح ذخایر جهانی واکسن در ارزیابی‌های مربوط به ذخایر داخلی.
4. چه راهبردهایی برای حمایت از توزیع و تزریق عادلانه واکسن‌ها، با توجه ویژه به جمعیت‌های حاشیه­نشین و آسیب پذیر در نظر گرفته شده است؟
5. آیا حمایت خاصی (مالی و نیروی انسانی) برای تحویل واکسن‌ها وجود دارد؟

**P8.3. واکسیناسیون گسترده برای اپیدمی‌های VPD با واکسن**

1. آیا مرجع مقررات داروئی ملی دارای سیاست تائید سریع برای محصولات دارویی جدید می‌باشد؟
2. آیا سیاست ملی تسریع‌شده برای تأیید محصولات دارویی جدید، شامل مجوز استفاده اضطراری از واکسن‌های آزمایشی در همه‌گیری‌های ناشی از عوامل بیماری‌زای نوپدید می‌شود؟
3. چه عواملی باعث جلوگیری یا ایجاد مانع در ارائه واکسن‌های جدید و آزمایشی ‌می‌شود؟
4. سیستم‌های مورد استفاده برای نظارت بر پوشش و ایمنی واکسن‌های جدید و آزمایشی را شرح دهید.
   1. کدام ادارات یا سازمان‌ها مسئول نظارت بر پوشش واکسیناسیون در کشور هستند؟
   2. آیا ادارات یا سازمان‌ها مسئول نظارت بر پوشش واکسیناسیون درکشور هستند؟
   3. چه سیستم‌هایی برای نظارت بر کیفیت پوشش و ایمنی واکسن وجود دارد؟
   4. سیستم نظارتی مورد استفاده برای پایش پوشش و ایمنی واکسیناسیون، چگونه جمعیت‌های آسیب‌پذیر را به شکلی ایمن در بر می‌گیرد؟
5. آیا حمایت خاصی (مالی و نیروی انسانی) برای جمع آوری/گزارش­دهی داده‌های پوشش و ایمنی واکسن وجود دارد؟
6. توضیح دهید که چگونه سیستم‌های ملی برقراری و تداوم زنجیره سرد برای تحویل واکسن در سراسر کشور را تضمین ‌می‌کنند.
7. چه ساختارها و مکانیسم‌هایی برای تضمین تامین پایدار واکسن به منظور اجرای موفقیت آمیز برنامه وجود دارد؟
8. تأیید کنید که ذخایر جهانی واکسن هنگام برنامه ریزی برای کمپین(های) واکسیناسیون ملی در نظر گرفته ‌می‌شود.
9. آخرین کمپین(های) واکسیناسیون ملی یا هر تمرین عملیاتی اخیر مربوط به توزیع و/یا تزریق واکسن که در کشور انجام شده است را شرح دهید.
10. چه راهبرد‌هایی برای حمایت از توزیع و تزریق عادلانه واکسن‌ها با توجه ویژه به جمعیت‌های آسیب پذیر در نظر گرفته شده است ؟

**مراجع:**

* The Expanded Programme on Immunization. World Health Organization [website] ([https://](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization) [www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization) [immunization](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization), accessed 22 March 2022).
* WHO measles and polio eradication programmes.
* Global Vaccine Action Plan 2011–2020. World Health Organization [website] ([http://www.](http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/) [who.int/immunization/global\_vaccine\_action\_plan/en/](http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/), accessed 16 March 2022).
* Global measles and rubella – Strategic plan 2012–2020. Geneva: World Health Organiza- tion; 2012 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44855/1/9789241503396_eng.pdf>,

accessed 16 March 2022).

## D.1. سیستم آزمایشگاه ملی

## [[56]](#footnote-56)[[57]](#footnote-57)[[58]](#footnote-58)[[59]](#footnote-59)[[60]](#footnote-60)

**هدف**: انجام مراقیت با استفاده از یک سامانه‌ی آزمایشگاهی ملی، شامل تمام بخش‌های[[61]](#footnote-61) مرتبط، به‌ویژه بخش‌های سلامت انسان و دام است تا به‌کارگیری موثر روش‌های تشخیصی مدرن[[62]](#footnote-62) **در محل (Point-of-Care) و آزمایشگاه‌ محور** را فراهم کند.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:** ۱. وجود **نظام آزمایشگاهی سراسری در کشور** که توانایی انجام آزمایش‌های تشخیصی بر روی نمونه‌های به‌درستی شناسایی‌شده و جمع‌آوری‌شده را داشته باشد، به‌گونه‌ای که این نمونه‌ها **به‌صورت ایمن و مطمئن به آزمایشگاه‌های دارای اعتبار** از **حداقل ۸۰٪ از سطوح میانی یا مناطق کشور** منتقل شوند.. ۲. وجود استانداردهای ملی کیفیت آزمایشگاهی و سامانه‌ی صدور مجوز برای آزمایشگاه‌ها.

**اثر مطلوب :** بهره‌برداری مؤثر از یک سامانه‌ی آزمایشگاهی سراسری، شامل تمام بخش‌های مرتبط که توانایی شناسایی و توصیف ایمن و دقیق عوامل بیماری‌زای عامل بیماری‌های همه‌گیر و تهدیدهای شیمیایی، از جمله تهدیدهای شناخته‌شده و ناشناخته از تمام مناطق کشور را داشته باشد. گسترش استقرار، به‌کارگیری و پشتیبانی گسترده آزمون‌ها یا تجهیزات تشخیصی مدرن، ایمن، مطمئن، مقرون ‌به‌صرفه و مناسب در سراسر کشور تضمین گردد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D1.1. سیستم ارجاع و حمل و نقل نمونه** | **یک سطح انتخاب شود** |
| R4.3 | هیچ سیستم مشخصی برای انتقال نمونه‌ها از سطوح استانی/ محیطی به آزمایشگاه‌های ملی وجود ندارد؛ تنها امکان انتقال به صورت موردی [[63]](#footnote-63)(ad hoc)فراهم است. |  |
| سطح 2 | ارجاع و انتقال نمونه‌ها برای برخی از بیماری‌های اولویت‌دار[[64]](#footnote-64) سازماندهی[[65]](#footnote-65) شده است اما ممکن است به مناطق خاصی محدود باشد یا در سطوح استانی و کشوری با محدودیت مواجه شود. |  |
| سطح 3 | ارجاع و انتقال نمونه‌ها برای تشخیص و/یا تأیید اکثر بیماری‌های اولویت‌دار از سطح استانی به سطح ملی سازماندهی شده است. |  |
| سطح 4 | ارجاع و انتقال نمونه‌ها به صورت نظام‌مند برای تشخیص و/یا تأیید تمامی بیماری‌های اولویت‌دار در تمام سطوح سازماندهی شده است. |  |
| سطح 5 | سیستم‌های پایدار ارجاع و انتقال نمونه‌ها که به‌صورت منظم مورد بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی قرار می‌گیرند، برای تمامی انواع نمونه‌ها[[66]](#footnote-66) و درخواست‌های مربوط به تشخیص، تأیید و توصیف نمونه‌ها با پوشش کامل در تمام سطوح وجود دارد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D1.2. سیستم کیفیت آزمایشگاه[[67]](#footnote-67)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | استانداردهای کیفیت آزمایشگاه در سطح ملی موجود نیست یا در حال توسعه می‌باشد. |  |
| سطح 2 | استانداردهای کیفیت ملی تدوین شده‌اند اما اجرایی نشده‌اند. |  |
| سطح 3 | استانداردهای کیفیت ملی تدوین و در سطح ملی اجرایی شده‌اند. اقدامات و مداخلات شامل صدور مجوز برای آزمایشگاه‌ها مطابق با استانداردهای کیفیت ملی انجام می‌شود. |  |
| سطح 4 | استانداردهای کیفیت ملی تدوین شده و در سطوح ملی و استانی در حال اجرا هستند. فعالیت‌ها شامل صدور مجوز اجباری آزمایشگاه‌ها **مطابق با الزامات پایه کیفیت یا استانداردهای ملی آزمایشگاهی** است |  |
| سطح 5 | استانداردهای کیفیت ملی در تمام سطوح اجرا می‌شوند، از جمله صدور مجوز اجباری تمام آزمایشگاه‌ها مطابق با استانداردهای بین‌المللی کیفیت. این استانداردها به‌صورت مستمر اعمال، بازبینی، ارزیابی و در صورت لزوم به‌روزرسانی می‌شوند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D1.3. ظرفیت آزمایش آزمایشگاه[[68]](#footnote-68)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | سیستم آزمایشگاهی می­تواند یک یا دو روش آزمایشی مانند تست تشخیصی سریع (آنتی­ژن و آنتی بادی) و خدمات میکروسکوپی برای تشخیص پاتوژن را پشتیبانی کند. |  |
| سطح 2 | سیستم آزمایشگاهی می‌تواند روش‌های آزمایشی از جمله آزمایش‌های سرولوژیکی ((مانند ایمونواسی آنزیمی برای آنتی‌ژن و آنتی‌بادی)) را پشتیبانی کند و فرآیند تضمین کیفیت در حال انجام است. |  |
| سطح 3 | سیستم آزمایشگاهی می‌تواند آزمایش تقویت اسید نوکلئیک ( آزمایشات مولکولی)، کشت باکتریایی با تست حساسیت ضد میکروبی را با فرآیند تضمین کیفیت انجام دهد و به ظرفیت توالی‌یابی دسترسی داشته باشد (یا دارد). |  |
| سطح 4 | سیستم آزمایشگاهی می­تواند آزمایش تقویت اسید نوکلئیک( آزمایشات مولکولی)، کشت باکتریایی با تست حساسیت ضد میکروبی را با فرآیند تضمین کیفیت انجام دهد و دارای برخی از ظرفیت توالی­یابی اولیه است و کشور توانایی آزمایش برای همه بیماری‌های بومی و بیماری‌های اولویت دار خود را دارد. |  |
| سطح 5 | سیستم آزمایشگاهی می‌تواند آزمایش‌هایی را انجام دهد که در ظرفیت‌های قبلی توضیح داده شد و به توالی‌یابی کل ژنوم[[69]](#footnote-69) برای شناسایی پاتوژن‌های ناشناخته و با پیامد بالا دسترسی دارد و به کشت ویروسی دسترسی دارد. شبکه‌های آزمایشگاهی پیکربندی شده برای پشتیبانی از کلیه خدمات تشخیصی[[70]](#footnote-70) که به صورت یکپارچه[[71]](#footnote-71)، پایدار با حداکثر پوشش جمعیتی فعالیت می‌کنند ، و به طور منظم اعمال، بررسی، ارزیابی و به‌روزرسانی می‌شوند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D1.4. شبکه ملی تشخیصی موثر** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | راهبرد‌های تشخیص آزمایشگاهی ویژه سطوح مختلف [[72]](#footnote-72) در دسترس نیستند یا در دست توسعه هستند. |  |
| سطح 2 | راهبردهای تشخیص آزمایشگاهی ویژه سطوح مختلف توسعه یافته است. |  |
| سطح 3 | راهبردهای تشخیص آزمایشگاهی ویژه سطوح مختلف وجود دارد، اما به طور کامل اجرا نشده است. |  |
| سطح 4 | راهبردهای تشخیص آزمایشگاهی ویژه سطوح مختلف در سطح ملی در حال اجراست. |  |
| سطح 5 | راهبردهای تشخیص آزمایشگاهی ویژه سطوح مختلف در سطوح ملی، استانی و اولیه سلامت عمومی در حال اجراست و به طور منظم (در صورت نیاز) مورد تمرین، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی قرار می‌گیرد. |  |

**سوالات زمینه ای**

1. بیماری‌های اولویت دار کشور کدام هستند و تشخیص آزمایشگاهی کدام یک در کشور قابل انجام می باشد؟
2. ساختار سیستم آزمایشگاهی، از جمله تعداد آزمایشگاه‌ها را در سطوح محیطی، استانی، منطقه ای و کشوری شرح دهید.
   1. چند آزمایشگاه مرجع و برای کدام عوامل میکروبی وجود دارد؟
   2. آیا پزشکان محلی به طور رایج از سیستم آزمایشگاهی استفاده می­کنند؟ آیا دستورالعمل‌های ملی برای پزشکان در مورد نحوه انجام آزمایشات میکروبیولوژیکی در سندرم‌های خاص، مانند پنومونی شدید، اسهال شدید یا مننژیت مشکوک وجود دارد؟
   3. چه سیستم‌هایی برای ارسال نتایج آزمایشگاهی به پزشکان وجود دارد؟ این کار چقدر طول می کشد؟
   4. چند درصد از جمعیت به خدمات آزمایشگاهی برای بیماری اولویت­دار دسترسی دارند؟
   5. آیا کتابچه راهنمای گزارش­دهی داده‌های آزمایشگاهی،گزارش داده‌های جمعیت شناختی مانند جنس، سن، تحصیلات، درآمد/وضعیت اقتصادی، قومیت، موقعیت جغرافیایی و ناتوانی را الزامی نموده است؟ چه اطلاعات جمعیتی گزارش شده است؟
3. آیا آزمایشگاه‌های ملی اعتبار سنجی شده­اند ( دارای اعتبارنامه هستند)؟
   1. اگر بله، با چه استانداردی؟
   2. آیا دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های مربوط به سیستم مدیریت کیفیت توسط آزمایشگاه‌های بهداشت ‌عمومی و دامها اجرا و مورد استفاده قرار می‌گیرند؟
   3. آیا نهاد ملی وجود دارد که بر کنترل‌ کیفیت داخلی و طرح‌های ارزیابی کیفیت خارجی (EQA) آزمایشگاه‌های بهداشت ‌عمومی در همه سطوح نظارت کند؟
   4. آیا همه آزمایشگاه‌ها برای آزمایش‌هایی که برای تشخیص هر یک از بیماری‌های اولویت دار انجام می­دهند در برنامه EQA ثبت نام ‌می‌کنند؟
4. چگونه داده‌های آزمایشگاهی در مورد بیماری‌های مشترک بین آزمایشگاه‌های بهداشت انسان و دام به اشتراک گذاشته ‌می‌شود؟ آیا این دو سیستم داده قابلیت همکاری دارند؟ (به سوالات مرتبط درprevent zoonotic diseases مراجعه کنید.)
5. آیا تجهیزات حفاظت فردی (PPE ) برای کارکنان آزمایشگاه موجود است؟
   1. چگونه در دسترس بودن تجهیزات حفاظت فردی برای آزمایشگاه‌ها رصد و گزارش ‌می‌شود؟
   2. روش‌های آموزشی برای استفاده از تجهیزات حفاظت فردی در آزمایشگاه‌های ملی را شرح دهید.
6. چه آموزش‌های ایمنی /امنیت زیستی برایکارکنان آزمایشگاه فراهم می­باشد؟ (به سؤالات فنی مرتبط درbiosecurity/biosafety مراجعه کنید.)

**سوالات فنی**

**D1.1. سیستم ارجاع و حمل و نقل نمونه**

1. آیا شبکه ارجاع نمونه­ها برای هر یک از آزمایش‌های لازم برای شناسایی و تأیید عوامل ایجاد کننده 10 بیماری اولویت‌دار مستندسازی شده است؟
2. آیا شواهدی دال بر عملکرد موثر سیستم ارجاع نمونه موجود است؟ به عنوان مثال، داده‌های مربوط به تعداد ایزوله‌ها/نمونه‌های ارسال شده به آزمایشگاه مرجع ملی برای بیماری(های) کلیدی در هر 100000 جمعیت.
3. سیستم حمل و نقل نمونه از سطوح استانی و منطقه­ای به آزمایشگاه‌های مرجع و آزمایشگاه‌های ملی را شرح دهید.
   1. آیا روش‌های اجرایی استاندارد برای جمع­آوری، بسته­بندی و حمل و نقل نمونه وجود دارد؟
   2. آیا حمل و نقل نمونه (مانند قرارداد با پیک­ها) توسط وزارت بهداشت یا شرکای آن پشتیبانی ‌می‌شود؟
   3. آیا سیستم حمل و نقل از جمله موتور سیکلت، اداره پست و پیک‌های ویژه برای همه نمونه‌ها (مثلاً لکه‌های خونی خشک شده و مدفوع) استفاده ‌می‌شود؟
   4. آیا امکان ارسال فوری نمونه‌های با اولویت بالا (مثلاً مشکوک به نمونه‌های تب خونریزی دهنده ویروسی) وجود دارد؟
   5. آیا سامانه‌ای برای **رهگیری و مستندسازی ارسال و دریافت نمونه‌ها** برقرار است؟ آیا آموزشهایی برای آزمایشگاه‌ها برای استفاده از این سیستم وجود دارد؟
   6. آیا دستورالعمل‌هایی برای زمان­بندی و مدت زمان حمل و نقل وجود دارد؟
   7. آیا پروتکلهای مکتوب برای این فرایند وجود دارد و اگر بله، آیا آزمایشگاه‌ها از آن مطلع هستند و از آن استفاده ‌می‌کنند؟
4. آیا سیستمی برای انتقال داده‌های آزمایشگاهی و نتایج مرتبط با نمونه‌ها وجود دارد؟
5. آیا کشور میزبان در یک شبکه آزمایشگاهی منطقه­ای (بین المللی) مشارکت دارد؟
6. آیا شبکه ارجاع/حمل نمونه‌ها با تأمین مالی داخلی، پایدار است؟ آیا کشور فرآیند/شیوه نامه و سیستم‌های اداری و نظارتی تسریع شده‌ای برای انتقال نمونه به آزمایشگاه‌های خارج از کشور دارد؟

**D1.2. سیستم کیفیت آزمایشگاه**

1. آیا نهاد ملی مسئول صدور مجوز برای آزمایشگاه‌ها وجود دارد؟
2. آیا نهاد ملی متولی بازرسی آزمایشگاهی وجود دارد ؟ اگر بله، سازوکار بازرسی (تکرار، رویه‌ها، تحریم‌ها و غیره) را توضیح دهید.
3. آیا یک نهاد ملی مسئول صدور گواهینامه آزمایشگاهی (به عنوان مثال، با استفاده از استاندارد ISO 9001 ) وجود دارد؟ اگر بله، نام ببرید.
4. آیا نهاد ملی مسئول اعتبار سنجی آزمایشگاه (به عنوان مثال، با استفاده از استاندارد ISO 15189 ) وجود دارد؟
5. اگر بله، نام ببرید.
6. اگر نه، آیا آزمایشگاه‌ها از خدمات نهادهای اعتباربخشی ملی/منطقه ای خارجی استفاده ‌می‌کنند؟
7. آیا برخی از آزمایشگاه‌ها برای آزمایش‌های بیماری خاص توسط سازمان جهانی بهداشت (به عنوان مثال، فلج اطفال، سرخک، تعیین ژنوتیپ HIV) اعتبارنامه دریافت کرده­اندُ ؟
8. تعداد آزمایشگاه‌هایی را که دارای گواهی یا اعتبارنامه هستند، مشخص کنید و ذکر نمایید مطابق با چه استانداردی اعتباردهی شده‌اند.
9. آیا سند ملی خاصی که مراحل ثبت وسایل تشخیص آزمایشگاهی برون تنی (یعنی کیت‌ها و معرف‌ها) را توضیح دهد، وجود دارد؟
10. آیا مرجع ملی نظارتی مسئول صلاحیت یا ثبت وسایل تشخیص آزمایشگاهی برون تنی است؟ اگر بله، خلاصه­ای از سازوکار‌های صلاحیت یا ثبت نام را ارائه دهید.
11. علاوه بر بازرسی، صدور گواهینامه یا اعتباربخشی که در بالا ذکر شد، آیا نظارت دیگری سازماندهی شده است؟ اگر بله یا جزئی، طرح و رویه‌های نظارت را شرح دهید (مثلاً برنامه‌های کنترل یا نظارت بر سل).
12. آیا چک لیست‌ها یا روش‌های نظارت استاندارد وجود دارد؟
13. هنگام نظارت، آیا آزمایشگاه‌ها پس از هر بازدید نظارتی، گزارشی دریافت ‌می‌کنند؟
14. آیا شاخص‌هایی برای اندازه­گیری پیشرفت در کیفیت تست‌های آزمایشگاهی وجود دارد؟ اگر بله، این شاخص‌ها را فهرست کنید.
15. آیا کشور برنامه ملی ارزیابی کیفیت خارجی (شامل آزمون مهارت یا بازبینی مجدد) در حوزه‌های زیر را دارا می‌باشد؟
    1. باکتری شناسی،
    2. ویروس شناسی،
    3. سرولوژی،
    4. انگل شناسی،
    5. بیوشیمی،
    6. هماتولوژی،
    7. آسیب شناسی تشریحی،
    8. سیتوژنتیک،
    9. انتقال خون
16. برنامه(های)/سازمان ملی ارزیابی کیفیت خارجی (EQA) را توصیف کنید؛ برای هر مورد اطلاعات زیر را ارائه دهید: نام برنامه، شخص یا اشخاص مسئول تماس، و شرح برنامه به‌صورت آنلاین.
    1. در صورت وجود، آیا شرکت در برنامه(های) ملی EQA برای آزمایشگاه‌های دولتی اجباری است؟
    2. در صورت وجود، آیا شرکت در برنامه(های) ملی EQA برای آزمایشگاه‌های خصوصی اجباری است؟
    3. درصد آزمایشگاه‌های دولتی شرکت کننده در برنامه(های) ملی EQA چقدر است؟
    4. درصد آزمایشگاه‌های خصوصی شرکت کننده در برنامه(های) ملی EQA چقدر است؟
    5. آیا آیا اقدامات اصلاحی در صورت ضعیف بودن نتایج ارزیابی انجام می‌گیرد؟

**D1.3. روش‌های ظرفیت تست آزمایشگاهی**

1. آیا مجموعه‌ای از الگوریتم‌های تشخیصی ملی برای آزمونهای آزمایشگاه­ها در مورد بیماری‌های اولویت‌دار که با استانداردهای بین‌المللی (یعنی دستورالعمل‌های WHO) هم راستا باشند، وجود دارد ؟
2. چه تعداد از بیماری‌های اولویت دار به طور موثر در سراسر شبکه آزمایشگاهی سطحی آزمایش ‌می‌شوند؟
   1. در مورد آزمایش‌هایی که در حال حاضر قابل انجام نیستند ، آیا برنامه‌ها و زمان بندی‌هایی برای کسب این ظرفیت در یک سال آینده وجود دارد؟
3. آیا توافق نامه‌های رسمی با آزمایشگاه‌های خارج از کشور برای انجام تست‌های تخصصی که در داخل کشور قابل انجام نیستند، وجود دارد؟ ؟
4. آیا کشور پروتکل‌ها مورد استفاده برای هر آزمایش را به‌طور رسمی انتخاب کرده است؟
5. آیا کشور سازوکارهایی برای تامین تجهیزات دارد؟
6. آیا آزمایشگاه‌ها برنامه‌های سیستم مدیریت کیفیت/تضمین کیفیت/کنترل کیفیت را برای اطمینان از کیفیت این آزمایش‌ها دارند؟
7. آیا آزمایشگاه‌ها بر اساس سطح فعالیت خود در شبکه‌ی آزمایشگاه‌های چندسطحی، تجهیزات لازم را برای پشتیبانی از آزمون‌های مربوط به بیماری‌های اولویت‌دار را در اختیار دارند؟
8. آیا قراردادهای تعمیر و نگهداری برای تجهیزات کلیدی وجود دارد و آیا تعمیر و نگهداری پیشگیرانه به طور منظم اجرا ‌می‌شود؟
9. آیا آزمایشگاه‌های ملی برای کنترل کیفیت، نمونه‌هایی را به آزمایشگاه‌های مرجع بین­المللی ارسال ‌می‌کنند؟
10. آیا در کشور فرآیندهایی برای تولید و/یا تهیه محیط‌های کشت و معرف‌های لازم جهت انجام آزمایش‌های مربوط به بیماری‌های اولویت‌دار وجود دارد؟

**D1.4. شبکه ملی تشخیصی موثر**

1. آیا کشور دارای راهبرد‌هایی برای انجام آزمایش­های تشخیصی در محل مراقب/مزرعه محور می‌باشد؟
   1. آن تست‌ها چیست و در چه سطوحی موجود است؟
   2. آیا این آزمایشات بیماری‌های اولویت­دار کشور را پوشش می­دهد؟
   3. اگر نه، آیا کشور در حال توسعه آن‌ها می‌باشد؟
2. آیا کشور راهبرد‌هایی برای تشخیص‌های سطحی خاص ایجاد کرده است؟ اگر نه، آیا کشور در حال توسعه این راهبرد‌ها می­باشد؟
3. آیا طرح و/یا سازوکاری برای بهبود دسترسی به آزمایش­های نقطه مراقبت در مراکز بالینی سراسر کشور وجود دارد؟ این برنامه چگونه موانع دسترسی به این خدمات را به ویژه برای جمعیت‌های محروم حاشیه نشین و آسیب پذیر برطرف ‌می‌کند؟
4. آیا وزارتخانه‌های بهداشت/کشاورزی یا سایر وزارتخانه‌های ذیربط، دارای فرآیندهای داخلی برای تولید یا تهیه محیط‌های کشت و معرف‌های مورد نیاز جهت انجام آزمون‌های اصلی آزمایشگاهی هستند؟
5. آیا کشور آزمایشات مولکولی و سرولوژیکی پیشرفته را برای نمونه‌های ارجاع شده و برای تأیید/تأیید مجدد تشخیص انجام می دهد؟
6. آیا کشور سیستم/فرآیندی برای انتقال داده‌ها از آزمایشگاه‌های مرجع ملی به مؤسسه ملی بهداشت ‌عمومی یا سازمان مشابه دارد؟

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* برنامه راهبردی آزمایشگاه ملی که شبکه آزمایشگاهی لایه‌بندی‌شده را تعریف می‌کند
* سیاست آزمایشگاهی ملی
* فهرست مستند 10 بیماری اولویت­دار و سه سندرم اصلی برای بهبود هدفمند پیشگیری، تشخیص و پاسخ.
* گواهینامه‌های اعتباربخشی برای آزمایشگاه‌های ملی و/یا نتایج ارزیابی کیفیت خارجی برای آزمایش‌های اصلی در شش ماه گذشته ؛
* مسیرهای ارجاع نمونه مستند برای تشخیص/تأیید 10 بیماری اولویت­دار.
* برنامه­ای برای انتقال ایمن نمونه‌ها در سراسر کشور؛
* همه ابزارها، استانداردها و راهنماهای مرتبط با سازمان بهداشت جهانی دام باید ارجاع داده شوند.

**مراجع**

* International Health Regulations: What gets measured gets done (includes listing of the 10 core tests). Centers for Disease Control and Prevention [website] ([https://www.cdc.gov/](https://www.cdc.gov/globalhealth/security/actionpackages/national_laboratory.htm) [globalhealth/security/actionpackages/national\_laboratory.htm](https://www.cdc.gov/globalhealth/security/actionpackages/national_laboratory.htm)).
* Laboratory assessment tool. World Health Organization [website] (WHO/HSE/GCR/ LYO/2012.2, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70874>, accessed 16 March 2022).
* All OIE relevant tools and standards. World Organisation for Animal Health [website] ([https://](https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/) [www.oie.int/en/what-we-do/standards/](https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/), accessed 23 March 2022).

## D2. نظام مراقبت (Surveillance)

**هدف:** (۱) تقویت سیستم‌های مراقبتی هشدار زودهنگام که قادر به شناسایی رویدادهای دارای اهمیت برای سلامت عمومی و امنیت سلامت باشند؛ (۲) بهبود ارتباطات و همکاری‌های بین‌بخشی و بین سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ­دهی سلامت عمومی در زمینه مراقبت و نظارت بر رویدادهای با اهمیت سلامت عمومی؛ و (۳) ارتقاء ظرفیت سطوح ملی و استانی در تحلیل داده‌ها. این امر می‌تواند شامل داده‌های اپیدمیولوژیک، بالینی، آزمایشگاهی، آزمون‌های محیط زیستی، ایمنی و کیفیت محصولات، و داده‌های بیوانفورماتیک باشد؛ و پیشرفت در تحقق الزامات ظرفیت‌های اصلی نظارت مطابق با مقررات بهداشتی بین‌المللی **(IHR).شاخص‌های اندازه‌گیری:** (1) مراقبت[[73]](#footnote-73) بیماری‌های همه‌گیر دارای اولویت مطابق با استانداردهای بین‌المللی انجام می­شود.. (2) تحلیل و گزارش‌دهی منظم داده‌های نظام مراقیت انجام می­شود..

**اثر مطلوب:** (1) استقرار یک سیستم مراقبت سلامت عمومی کارآمد[[74]](#footnote-74) که قادر به شناسایی رویدادهای بالقوه نگران‌کننده برای سلامت عمومی و امنیت سلامت[[75]](#footnote-75) باشد. (2) تقویت ظرفیت سطوح ملی و استانی در تحلیل داده­ها و ایجاد ارتباط داده‌­ای درون و بین سطوح مختلف سیستم تقویت‌شده هشدار زودهنگام مراقبتی[[76]](#footnote-76).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D2.1. عملکرد هشدار زودهنگام نظام مراقبت** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | راهبرد ملی، راهنماها و/یا روش‌های اجرایی استانداردبرای مراقبت ( سورویلانس ) در دسترس نیستند یا در دست توسعه هستند. |  |
| سطح 2 | راهبرد ملی، راهنماها و/یا روش‌های اجرایی استانداردبرای مراقبت ( سورویلانس ) تدوین شده است اما اجرا نشده است. سیستم مراقبت ( سورویلانس ) کار ‌می‌کند، اما فاقد گزارش سیستماتیک فوری یا گزارش هفتگی رویدادها و/یا داده‌ها است. |  |
| سطح 3 | راهبرد ملی، راهنماها و/یا روش‌های اجرایی استانداردبرای مراقبت ( سورویلانس ) تدوین شده و در سطح ملی در حال اجرا می­باشد. سیستم مراقبت ( سورویلانس ) گزارش فوری و هفتگی رویدادها و/یا داده‌ها را با نتایج آزمایشگاهی یکپارچه ارائه ‌می‌کند. |  |
| سطح 4 | راهبرد ملی، دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی استانداردبرای مراقبت ( سورویلانس ) تدوین شده و در سطوح ملی و استانی در حال اجرا می‌باشد. سامانه­ی مراقبت ( سورویلانس )، گزارش‌دهی فوری و هفتگی رویدادها و/یا داده‌ها را با یکپارچه‌سازی نتایج آزمایشگاهی و همچنین ارتباط بین سیستم‌های مراقبت ( سورویلانس ) مبتنی بر رویداد (EBS) و مراقبت ( سورویلانس ) مبتنی بر شاخص (IBS) ارائه می‌کند. |  |
| سطح 5 | راهبرد ملی، راهنماها و/یا روش‌های اجرایی استانداردبرای مراقبت ( سورویلانس ) بر ای همه مخاطرات که همه بخش‌ها را به هم مرتبط می‌کند، در سطوح ملی، استانی ​​و محیطی بهداشت ‌عمومی[[77]](#footnote-77) تدوین و اجرا شده است. و این سیستم (در صورت لزوم)، به طور منظم بازبینی، ارزیابی و به­روزرسانی به می­شود، پیشرفت مستمر در تمامی سطوح کشور با تمام اجزای مرتبط با یک سیستم مراقبت ( سورویلانس ) ملی حاصل شده است |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D 2.2. تایید و بررسی رویداد[[78]](#footnote-78)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ روش، فرآیند یا سازوکار مشخصی برای تأیید و بررسی رویداد شناسایی شده وجود ندارد ویا در حال توسعه است |  |
| سطح 2 | روش، فرآیند یا سازوکارهای مربوط به تأیید و بررسی رویداد شناسایی شده تدوین شده است  اما اجرا نشده است |  |
| سطح 3 | روش، فرآیند یا سازوکارهای تأیید و بررسی رویداد شناسایی شده در سطح ملی، سطح استانی توسعه یافته و در حال اجرا می­باشد. |  |
| سطح 4 | روش، فرآیند یا سازوکار‌های برای راستی‌آزمایی، بررسی و ارزیابی خطر ‌رویدادهای شناسایی‌شده توسعه یافته و در سطوح ملی و استانی با مشارکت پرسنل آموزش‌دیده از بخش‌های مختلف در حال اجرا می­باشد.. |  |
| سطح 5 | روش، فرآیند یا سازوکار‌هایی برای تأیید، بررسی و ارزیابی خطر رویدادهای شناسایی‌شده در سطوح ملی، استانی ​​و محیطی بهداشت ‌عمومی، با مشارکت پرسنل آموزش‌دیده از بخش‌های مختلف به طور منظم ،تمرین (در صورت لزوم)، بازنگری، ارزیابی و به‌روزرسانی می‌شود. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D2.3. تجزیه و تحلیل[[79]](#footnote-79) و به اشتراک­گذاری اطلاعات** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | داده‌های مراقبت به صورت پراکنده دریافت شده و در مورد برخی بیماری‌های با اولویت یا رویدادهای غیرمعمول، اغلب با تأخیر، تجزیه و تحلیل می‌شوند. |  |
| سطح 2 | داده‌های مراقبت به صورت منظم (هفتگی و/یا ماهانه) دریافت می‌شوند. یک تیم موقتی، تحلیل اولیه‌ای از داده‌ها انجام می‌دهد. |  |
| سطح 3 | داده‌های مراقبت به صورت منظم دریافت شده و در مورد برخی بیماری‌های با اولویت یا رویدادهای غیرمعمول، اغلب با تأخیر، تجزیه و تحلیل می‌شوند. داده‌ها بین بخش‌های مختلف به اشتراک گذاشته می‌شوند. |  |
| سطح 4 | داده‌های مراقبت به صورت منظم دریافت و تجزیه و تحلیل می‌شوند. بولتن‌های اپیدمیولوژیک تهیه شده و به صورت منظم در سطح بخش‌های مختلف و بین‌المللی منتشر می‌گردد. داده‌ها به صورت منظم بین بخش‌های مختلف و در سطح بین‌المللی به اشتراک گذاشته می‌شوند. |  |
| سطح 5 | تجزیه و تحلیل داده‌های مراقبت انجام شده و بولتن‌های اپیدمیولوژیک به صورت منظم در سطح بخش‌های مختلف و بین‌المللی تهیه و منتشر می‌شوند. یک سامانه الکترونیکی و تیم تخصصی، مدیریت داده‌ها و تهیه بولتن‌های اپیدمیولوژیک را پشتیبانی می‌کنند. داده‌ها به صورت منظم بین بخش‌های مختلف و در سطح بین‌المللی به اشتراک گذاشته می‌شوند. ظرفیت لازم برای انجام تحلیل‌های پیشرفته داده‌ها فراهم شده است. |  |

**سوالات زمینه­ای**

1. آیا کشور فهرستی از بیماری‌های اولویت­دار اخطار کردنی دارد؟
2. آیا مراقبت ( سورویلانس ) بیماری‌های عفونی در یک سیستم مراقبت ملی همه­ی بیماریها انجام می­شود یا برای هر بیماری سامانه جداگانه‌ای وجود دارد؟
3. داده‌های آزمایشگاه‌ها چگونه وارد سیستم مراقبت ( سورویلانس ) ‌می‌شود؟
4. کشور چگونه از ابزار الکترونیکی برای بیماری‌های اخطارکردنی برای سلامت انسان و دامها استفاده ‌می‌کند؟
5. اگر سیستم (ابزار) الکترونیکی در کشور وجود ندارد، آیا برنامه­ای برای توسعه در آینده وجود دارد؟
6. آیا داده‌های این سیستم‌ها بین بخش‌ها (به عنوان مثال، One Health) به اشتراک گذاشته ‌می‌شود یا مستقل است؟
7. آیا راهنمای گزارش­دهی نظام مراقبتی نیازمند گزارش داده‌های جمعیت­شناختی مانند جنس، سن، تحصیلات، درآمد/وضعیت اقتصادی، قومیت، موقعیت جغرافیایی و ناتوانی است؟ چه اطلاعات جمعیتی گزارش شده است؟

**سوالات فنی**

**D2.1. عملکرد نظارت هشدار زودهنگام**

1. سیستم مراقبت ( سورویلانس ) هشدار اولیه و اهداف آن داخل کشور را شرح دهید.
   1. منابع مورد استفاده سیستم‌های هشدار زودهنگام و سازوکار‌های جمع آوری اطلاعات را شرح دهید.
   2. آیا سیستم مراقبت هشدار زودهنگام در هر سطح استانی یا محیطی وجود دارد؟
   3. انواع، ذینفعان و تعداد سایت‌هایی که در سیستم مراقبت ( سورویلانس ) هشدار زود‌هنگام شرکت ‌می‌کنند را شرح دهید.
   4. آیا ابزار دیجیتال برای هشدار زودهنگام در دسترس هستند؟
   5. آیا سیستم مراقبت ( سورویلانس ) هشدار اولیه از گزارش الکترونیکی استفاده ‌می‌کند؟
2. آیا سیستم مراقبت ( سورویلانس ) هشدار اولیه شامل موارد زیر است؟
   1. اجزای **مراقبت مبتنی بر رویداد (EBS)**، **مراقبت مبتنی بر شاخص (IBS)** و **مراقبت مبتنی بر جامعه (CBS)**
      1. آیا **مراقبت مبتنی بر رویداد** و **مراقبت مبتنی بر شاخص** به خوبی در تمام سطوح مدیریت یکپارچه شده است؟
      2. آیا **مراقبت مبتنی بر رویداد** منابع متعددی (به عنوان مثال، مراقبت بر رسانه، جامعه، مراکز تماس، امکانات بهداشتی) را شامل ‌می‌شود ؟
   2. مشارکت ذینفعان جامعه (به عنوان مثال، رؤسای محلی، رهبران مذهبی، داوطلبان، و غیره)
   3. فهرست بیماری‌های اولویت­دار، شرایط، سندرم‌ها و تعاریف موردی.
      1. آیا فهرست شامل رویدادهایی از سایر بخش‌ها (مثلاً مرگ دامها) ‌ هم می­باشد؟
      2. آیا کشور آستانه‌هایی را برای بیماری‌های مهم شناسایی کرده است؟
3. آیا سیستم مراقبت هشدار زودهنگام حداقل از 80 درصد واحدهای گزارش­دهنده به طور کامل و به موقع گزارش دریافت می­کنند؟
4. آیا سیستم مراقبت ( سورویلانس ) هشدار زودهنگام در همه سطوح دارای دفترچه ثبت هشدار/مدیریت هشدار می­باشد؟
5. سیستم‌ها/تلاش‌های انجام شده جهت اعتبارسنجی داده‌ها و تضمین کیفیت را شرح دهید.
6. گزارش‌های اپیدمیولوژیک و مکانیسم‌های بازخوردی که توسط نظام مراقبت هشدار زودهنگام تولید می‌شوند را توصیف کنید. آیا این گزارش‌ها شامل تحلیل روندهای جمعیت‌شناختی، مواجهه‌ها و پیامدها به منظور شناسایی گروه‌های پرخطر می‌شوند؟ آیا این گزارش‌ها توسط تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت عمومی مورد استفاده قرار می‌گیرند؟ آیا این گزارش‌ها با سایر وزارتخانه‌های کشور نیز به اشتراک گذاشته می‌شوند؟
7. آیا سازوکار پایش و ارزیابی منظم برای عملکرد هشدار اولیه سیستم مراقبت وجود دارد؟

**D2.2. تایید و بررسی رویداد**

1. نحوه تأیید رویدادهای طغیان بیماری مشکوک در هر سطح را شرح دهید.
2. نحوه بررسی رویدادهای طغیان بیماری مشکوک در هر سطح را شرح دهید.
3. نحوه مدیریت داده‌های رویدادهای طغیان بیماری مشکوک در هر سطح را شرح دهید.
4. آیا کارکنان اختصاصی و آموزش دیده از چندین بخش برای تأیید رویدادها در دسترس هستند؟
5. آیا راهنما/دستورالعمل اجرایی استاندارد و کارکنان آموزش دیده چند رشته­ای برای تحقیقات طغیان وجود دارد؟
6. آیا کتابچه راهنما و روشی برای ارزیابی خطر‌ در همه سطوح وجود دارد؟
7. آیا کارشناسان موضوعی از بخش‌های مختلف برای پشتیبانی از تأیید و ارزیابی خطر ‌رویدادها در دسترس هستند؟
8. اطلاعات ارزیابی خطر‌ چگونه و برای چه کسانی منتشر ‌می‌شود؟

**D2.3. تجزیه و تحلیل و به اشتراک­گذاری اطلاعات**

1. نحوه تجزیه و تحلیل داده‌های مراقبت ( سورویلانس) را شرح دهید. آیا تحلیل روندهای جمعیت­شناسی، مواجهه و پیامد برای شناسایی گروه‌های در معرض خطر وجود دارد؟
   1. آیا تحلیل پیشرفته­ای از داده‌های مراقبت ( سورویلانس) (به عنوان مثال، مکانی، مدل­سازی، سری زمانی و غیره) وجود دارد؟
2. آیا کارکنان مراقبت‌های بهداشتی آموزش دیده برای تجزیه و تحلیل در سطوح ملی و استانی ​​وجود دارند؟
3. آیا سازوکاری برای پیوند داده‌های اپیدمیولوژیک و آزمایشگاهی وجود دارد؟
4. آیا ظرفیتی برای انجام ارزیابی خطر در سطوح ملی، استانی ​​و/یا پاسخ بهداشت‌ عمومی اولیه وجود دارد؟
5. اطلاعات ارزیابی خطر چگونه و برای چه کسانی منتشر ‌می‌شود؟
6. آیا سازوکار کشوری برای یکپارچه­سازی داده‌های گزارش مورد بالینی و داده‌های آزمایشگاه‌ی میکروبیولوژیکی بالینی یا مرجع وجود دارد؟
7. گزارش‌ها هر چند وقت یک بار منتشر، اعلام و ابلاغ ‌می‌شوند؟
   1. آیا به صورت منظم هر هفته یا ماهانه یا سالانه منتشر ‌می‌شود؟
   2. تحلیل را چه کسی و در چه سطحی انجام می­دهد؟
   3. آیا کشور بولتن اپیدمیولوژیک تولید و منتشر می‌کند؟ اگر پاسخ مثبت است، فراوانی انتشار آن چه میزان است؟
   4. آیا به اشتراک­گذاری منظم اطلاعات با مردم وجود دارد؟
8. آیا ابزار الکترونیکی از استانداردهای تبادل داده پیروی ‌می‌کند؟
   1. آیا به اشتراک­گذاری اطلاعات با سایر بخش‌ها در داخل کشور وجود دارد؟
   2. آیا به اشتراک­گذاری اطلاعات با سایر کشورها و سازمان‌های بین­المللی وجود دارد؟

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* نمونه‌هایی از گزارش‌های مراقبت ( سورویلانس) که توسط تصمیم گیرندگان بهداشت ‌عمومی در کشورها استفاده ‌می‌شود.
* برنامه‌هایی برای تقویت سیستم مراقبت هشدار اولیه از جمله **مراقبت مبتنی بر رویداد (EBS)**، **مراقبت مبتنی بر شاخص (IBS)** و **مراقبت مبتنی بر جامعه (CBS)**
* گزارش‌های OIE (WAHIS)؛
* پایگاه‌های اطلاعاتی و فرم‌های نظارت

**مراجع**

* Early detection, assessment and response to acute public health events: Implementation of early warning and response with a focus on event-based surveillance. Interim version. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112667/](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112667/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4_eng.pdf) [WHO\_HSE\_GCR\_LYO\_2014.4\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112667/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4_eng.pdf), accessed 16 March 2022).
* International Health Regulations (2005). 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241580410>, accessed 16 March 2022); includes lists of disease that have “demonstrated ability to cause serious public health impact“.
* Terrestrial animal health code (2017). Volume 1. General provisions. World Organisation for Animal Health [website] ([https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/codes-and-](https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/codes-and-manuals/terrestrial-code-online-access/) [manuals/terrestrial-code-online-access/](https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/codes-and-manuals/terrestrial-code-online-access/), accessed 22 March 2022).
* Manual of diagnostic tests and vaccines for terrestrial animals (2017). World Organisation for Animal Health [website] ([https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/codes-and-](https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/codes-and-manuals/terrestrial-manual-online-access/) [manuals/terrestrial-manual-online-access/](https://www.oie.int/en/what-we-do/standards/codes-and-manuals/terrestrial-manual-online-access/), accessed 22 March 2022).

## D3. منابع انسانی

**هدف:** داشتن نیروی انسانی ماهر و شایسته در حوزه سلامت برای مراقبت و پاسخگویی پایدار و عملیاتی بهداشت‌ عمومی در تمام سطوح نظام سلامت و اجرای مؤثر مقررات بهداشتی بین المللی ( IHR) در کشورهای عضو. این نیروی انسانی شامل پرستاران و ماماها، پزشکان، متخصصان بهداشت ‌عمومی و محیط زیست، دانشمندان علوم اجتماعی، متخصصان ارتباطات، سلامت شغلی، دانشمندان/تکنسین‌های آزمایشگاهی، متخصصان آمار زیستی، متخصصان فناوری اطلاعات (IT)، تکنسین‌های زیست‌پزشکی، اپیدمیولوژیست‌ها و سایرین می‌باشند. در بخش دامپزشکی نیز نیروی کار متناظری شامل دامپزشکان، متخصصان سلامت دامها، پیرادامپزشکان، اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصان فناوری اطلاعات و دیگران وجود داشته باشد. تراکم توصیه‌شده پزشکان، پرستاران و ماماها به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت برای ارائه خدمات روزانه عملیاتی ۴.۴۵ به علاوه ۳۰ درصد ظرفیت اضطرار است. هدف بهینه برای مراقبت، یک اپیدمیولوژیست آموزش‌دیده (میدانی) یا معادل آن به ازای هر ۲۰۰۰۰۰ نفر جمعیت است که بتواند به صورت نظام‌مند همکاری نموده و شایستگی‌های اصلی مرتبط با IHR و استانداردهای عملکرد دامپزشکی (OIE PVS) را محقق سازد. همچنین به یک اپیدمیولوژیست آموزش‌دیده برای هر تیم پاسخ سریع نیاز است.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:** (۱) وجود نیروی انسانی کارآمد آموزش‌دیده در بخش سلامت که شامل پرستاران و ماماها، پزشکان، متخصصان بهداشت ‌عمومی و محیط زیست، دانشمندان علوم اجتماعی، دانشمندان/تکنسین‌های آزمایشگاهی، متخصصان آمار زیستی، متخصصان فناوری اطلاعات و تکنسین‌های زیست‌پزشکی می‌شوند. (۲) وجود نیروی انسانی کارآمد متناظر در بخش دامپزشکی شامل دامپزشکان، پیرادامپزشکان، متخصصان سلامت دامها، اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصان فناوری اطلاعات و سایرین. (۳) وجود راهبرد و برنامه‌های چندبخشی برای نیروی کار اضطرار در شرایط بحران.

**اثر مطلوب :** انجام فعالیت‌های پیشگیری، شناسایی و پاسخ (از جمله ارتقای سلامت، ایمنی و امنیت سلامت شغلی، و مراقبت مناسب از آسیب‌دیدگان) به صورت مؤثر و پایدار توسط نیروی کار چندبخشی کاملاً شایسته، هماهنگ، ارزیابی‌شده و **با تخصص‌های متنوع** انجام می‌پذیرد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D3.1. راهبرد نیروی انسانی چند بخشی[[80]](#footnote-80)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ راهبرد مشخصی برای توسعه نیروی انسانی سلامت چندبخشی وجود ندارد[[81]](#footnote-81). ارزیابی سیاست‌ها، برنامه‌ها، طرح‌ها و نیازهای سرمایه‌گذاری لازم برای نیروی انسانی هنوز تکمیل نشده است. |  |
| سطح 2 | کشور ارزیابی‌ای از پیامدها و نیازهای نیروی انسانی برای اجرای سیاست‌ها، راهبردها، طرح‌ها و برنامه‌های سلامت به‌منظور تضمین پشتیبانی و سرمایه‌گذاری پایدار و بهینه‌سازی به‌کارگیری نیروی انسانی در بخش‌های عمومی و خصوصی انجام داده است. یک راهبرد برای توسعه نیروی انسانی سلامت وجود دارد، اما شامل همه­ی بخش‌های مرتبط و رده‌های تخصصی حرفه‌ای سلامت عمومی (مانند اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصان ارتباطات خطر، دانشمندان علوم اجتماعی، متخصصان فناوری اطلاعات، کارشناسان حقوق/سیاست‌گذاری، دامپزشکان/متخصصان دام و طیور، و کارکنان سلامت جامعه) را شامل نمی‌شود. |  |
| سطح 3 | یک راهبرد چندبخشی نیروی انسانی سلامت که همه بخش‌های مرتبط و رده‌های تخصصی حرفه‌ای سلامت عمومی را شامل می‌شود، وجود دارد، اما به‌صورت منظم پایش، به‌روزرسانی یا به‌طور یکنواخت اجرا نمی‌شود. |  |
| سطح 4 | یک راهبرد چندبخشی نیروی انسانی سلامت که همه بخش‌های مرتبط و رده‌های تخصصی حرفه‌ای سلامت عمومی را شامل می‌شود، به‌طور کامل اجرا شده و به صورت سالانه بازبینی، رصد و و گزارش‌دهی می‌شود. |  |
| سطح 5 | کشور قادر است راهبرد ملی چندبخشی نیروی انسانی سلامت را اندازه‌گیری، پایش و به‌صورت منظم گزارش کند. این راهبرد دارای یک ردیف بودجه داخلی کافی و پایدار برای توسعه مناسب نیروی انسانی و جبران کاهش ناشی **از فرسایش نیروی انسانی** است. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D3.2. منابع انسانی برای اجرای IHR** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | کشور فاقد منابع انسانی مناسب[[82]](#footnote-82) در بخش‌های مرتبط برای شناسایی، ارزیابی، اطلاع رسانی، گزارش­دهی و پاسخ به رویدادها طبق مقررات IHR می­باشد. |  |
| سطح 2 | منابع انسانی مناسب در برخی از بخش‌های مربوطه در سطح ملی برای شناسایی، ارزیابی، اطلاع‌رسانی، گزارش­دهی و پاسخگویی به رویدادها بر اساس مقررات حقوق بین‌الملل بهداشتی در دسترس هستند. |  |
| سطح 3 | منابع انسانی مناسب در تمامی بخش‌های مربوطه در سطوح ملی و استانی برای شناسایی، ارزیابی، اطلاع رسانی، گزارش­دهی و پاسخگویی به رویدادها طبق مقررات IHR در دسترس هستند. |  |
| سطح 4 | منابع انسانی بر اساس نیاز در تمام بخش‌های مربوطه در سطوح ملی، استانی ​​و محیطی بهداشت ‌عمومی برای شناسایی، ارزیابی، اطلاع‌رسانی، گزارش­دهی و پاسخ به رویدادها بر اساس مقررات حقوق بین‌الملل بهداشتی در دسترس هستند. |  |
| سطح 5 | کشور سیاست‌ها یا رویه‌های مستندی برای منابع انسانی مناسب پایدار در تمام بخش‌های مربوطه برای شناسایی، ارزیابی، اطلاع‌رسانی، گزارش­دهی و پاسخ به رویدادها بر اساس مفاد قوانین بین‌المللی بهداشتی دارد. این سیاست‌ها به‌صورت منظم **اجرا، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی** می‌شوند، و کشور در حد توان ممکن، **در برنامه‌ریزی و توسعه منابع انسانی IHR به سایر کشورها کمک می‌کند.** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D3.3. آموزش نیروی انسانی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | آموزش‌های موردی یا غیررسمی در کشور موجود است. هیچ برنامه آموزشی چندبخشی رسمی مبتنی بر شایستگی وجود ندارد. |  |
| سطح 2 | شایستگی‌های مورد نیاز نیروی انسانی ترسیم شده و با راهبرد نیروی انسانی سلامت همسو شده‌اند. برنامه‌های آموزشی موردی مبتنی بر شایستگی برای برخی از حرفه‌ها، رده‌ها یا بخش‌ها از طریق اقدامات بیماری‌محور یا هدفمند اجرا می‌شود. |  |
| سطح 3 | برنامه‌ها و استانداردهای منظم و روتین آموزش مبتنی بر شایستگی، از جمله رویکرد « سلامت واحد»، برای برخی از حرفه‌ها، رده‌ها یا بخش‌ها[[83]](#footnote-83) در سطح ملی موجود است. علاوه بر این، یک سطح از برنامه آموزش اپیدمیولوژی میدانی (FETP) [[84]](#footnote-84)(مقدماتی، متوسط یا پیشرفته) یا برنامه آموزشی معادل در اپیدمیولوژی کاربردی در کشور یا در کشوری دیگر از طریق توافقنامه‌های موجود اجرا می‌شود. |  |
| سطح 4 | برنامه‌ها و استانداردهای منظم و روتین آموزش مبتنی بر شایستگی، شامل رویکرد « سلامت واحد»، برای تمامی حرفه‌ها، رده‌ها و بخش‌ها در سطوح ملی و استانی در دسترس است. علاوه بر این، دو سطح از برنامه آموزش اپیدمیولوژی میدانی (FETP) (مقدماتی، متوسط و/یا پیشرفته) یا برنامه(های) آموزشی معادل در اپیدمیولوژی کاربردی در کشور یا در کشوری دیگر از طریق توافقنامه‌های موجود در حال اجرا است. |  |
| سطح 5 | تمامی برنامه‌های آموزش مبتنی بر شایستگی با استفاده از استانداردهای شایستگی مورد تأیید ملی یا بین‌المللی (در صورت وجود) اجرا می‌شوند. کشور به‌صورت روزمره شایستگی‌های مورد نیاز و نحوه اجرای برنامه‌های آموزشی و نتایج حاصل را پایش و ارزیابی کرده و در صورت لزوم به‌روزرسانی می‌کند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **D3.4. افزایش ظرفیت نیروی انسانی در طول یک رویداد بهداشت‌ عمومی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | یک برنامه راهبردی ملی چندبخشی[[85]](#footnote-85) برای افزایش نیروی انسانی در شرایط اضطراری وجود ندارد یا در حال حال تدوین است. |  |
| سطح 2 | کشور یک تحلیل شکاف از نیروی انسانی سلامت مورد نیاز برای شرایط اضطراری انجام داده است و یک برنامه راهبردی ملی چندبخشی برای افزایش نیروی انسانی در شرایط اضطراری تدوین شده است . ر این راهبرد شامل **تأمین نیرو، تهیه فهرست، آمادگی و آموزش نیروی انسانی** برای انجام وظایف مربوطه در **سطح ملی** است و **شامل کارکنان دولتی و شرکای غیردولتی (در صورت وجود)** می‌باشد. |  |
| سطح 3 | کشور یک تحلیل شکاف از نیروی انسانی مورد نیاز در تمامی بخش‌ها برای شرایط اضطراری انجام داده است و یک برنامه راهبردی ملی چندبخشی برای افزایش نیروی انسانی در شرایط اضطراری تدوین شده و این راهبرد شامل **رویه‌های تأمین نیرو، فهرست‌سازی، آمادگی و آموزش نیروی انسانی** برای انجام وظایف در **سطح ملی** بوده و کارکنان دولتی و شرکای غیردولتی را در بر می‌گیرد. |  |
| سطح 4 | یک برنامه راهبردی ملی چندبخشی برای افزایش ظرفیت نیروی انسانی در شرایط اضطراری اجرا میشود تا وظایف مربوطه را در سطوح ملی و استانی انجام دهد. این برنامه شامل رویه‌هایی برای استخدام، فهرست نویسی، آماده سازی و آموزش نیروی انسانی است تا ظرفیت کافی برای اعزام و پذیرش پرسنل چندرشته­ای در داخل کشور (انتقال منابع) فراهم شود. این برنامه نیروی انسانی بخش دولتی و غیردولتی (در صورت لزوم) را نیز در بر می‌گیرد. |  |
| سطح 5 | یک برنامه راهبردی ملی چندبخشی برای افزایش ظرفیت نیروی انسانی در شرایط اضطراری اجرا می‌شود تا وظایف محوله در سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ بهداشت‌ عمومی را انجام دهد. این برنامه شامل رویه‌هایی برای استخدام، فهرست­نویسی، آماده­سازی و آموزش نیروی انسانی است تا ظرفیت کافی برای اعزام و پذیرش پرسنل چندرشته‌ای در داخل کشور (انتقال منابع) فراهم شود. نیروی کار بخش دولتی و غیردولتی (در صورت لزوم) نیز در این برنامه گنجانده شده و سالانه مورد تمرین، بازبینی، ارزیابی و به­روزرسانی قرار می‌گیرد. همچنین ممکن است همکاری‌های بین­المللی برای کمک به پاسخگویی در شرایط اضطراری را فراهم کند. |  |

**سوالات فنی**

**D3.1. راهبرد نیروی انسانی چند بخشی**

1. آیا راهبردی برای اطمینان از وجود نیروی انسانی و منابع انسانی مناسب برای بخش بهداشت وجود دارد؟ آیا این طیف وسیعی از وظایف و خدمات (دولتی و خصوصی) در بخش سلامت (پیشگیری/تشخیص و پاسخ، مراقبت و توانبخشی) را پوشش می­دهد؟
2. توضیح دهید که چه مسیرهای شغلی در راهبرد نیروی انسانی گنجانده شده است (مانند اپیدمیولوژیست‌ها، دامپزشکان، دستیاران آزمایشگاه و متخصصان، پزشکان، پرستاران)؟
   1. آیا کارکنان بهداشت جامعه بخشی از نیروی انسانی رسمی بهداشت هستند؟
   2. آیا شرح شغلی برای مسیرهای شغلی مختلف و موقعیت‌های موجود در آنها (مانند ارزیابی عملکرد، استانداردهای شایستگی، نردبان شغلی) وجود دارد؟
3. آیا فرسایش نیروی انسانی یک نگرانی برای سیستم بهداشت‌ عمومی ملی است (ممکن است به دلیل پیری کارکنان، خروج کارکنان یا دلایل دیگر ایجاد شود)؟
   1. علل اصلی فرسایش نیروی انسانی چیست؟ آیا تفاوت‌هایی در فرسایش نیروی انسانی بر اساس ویژگی‌های جمعیت­شناختی پرسنل (مانند جنس، سن، تحصیلات، درآمد/وضعیت اقتصادی، منشاء قومی، موقعیت جغرافیایی، ناتوانی) وجود دارد؟
   2. میانگین سال‌هایی که پرسنل بهداشت ‌عمومی در فهرست کارکنان وزارتخانه و/یا موسسات ملی حضور داشته‌اند چقدر است؟
   3. آیا مشوق‌هایی برای حفظ نیروی انسانی موجود در سلامت عمومی کشور وجود دارد؟
      1. تلاشهای انجام شده برای حفظ نیروی انسانی بهداشت ‌عمومی را شرح دهید.
      2. آیا مشوق‌های خاصی برای هر تخصص نیروی انسانی (از جمله پزشکان، پرستاران، دامپزشکان، دستیاران آزمایشگاه، آمار زیستی و متخصصان، یا متخصصان بهداشت دامها) وجود دارد؟
4. راهبرد نیروی انسانی چگونه اجرا و پیگیری ‌می‌شود؟
   1. در صورت وجود، یک کپی از راهبرد ارائه دهید.
   2. در صورت موجود بودن، یک کپی از گزارش پیگیری راهبرد نیروی انسانی ارائه دهید.
5. آیا این راهبرد به ایمنی و بهداشت شغلی در مراکز بهداشتی درمانی می پردازد؟
   1. اگر بله، سطح پوشش ایمنی و بهداشت حرفه­ای در سیستم‌های بهداشت ‌عمومی چگونه است؟
   2. اگر نه، ایمنی و بهداشت شغلی در مراکز بهداشتی درمانی چگونه مورد توجه قرار می­گیرد؟
6. تامین مالی نیروی انسانی ملی بهداشت ‌عمومی کشور چگونه است؟
7. آیا پُست‌های شغلی برای رده‌های مختلف موجود، تأمین مالی شده و پر شده‌اند؟
8. آیا راهبرد نیروی انسانی جداگانه­ای برای منابع انسانی برای بخش بهداشت دامها وجود دارد؟
9. آیا برنامه آموزشی برای به­روزرسانی نیروی انسانی با سیاست‌ها و راهبرد‌ها وجود دارد؟

**D3.2. منابع انسانی برای اجرای IHR**

1. ظرفیت منابع انسانی موجود در کشور را شرح دهید.
   1. ظرفیت موجود اپیدمیولوژیست‌ها، پزشکان، آمار زیستی، متخصصان سیستم‌های اطلاعاتی، دامپزشکان، دانشمندان علوم اجتماعی، تکنسین‌ها/متخصصان آزمایشگاه و سایر پرسنل بهداشت ‌عمومی در سطوح مختلف نظام سلامت (محلی، استانی ​​و ملی) چقدر است؟
   2. این ظرفیت‌ها (فقط در سطح ملی یا پایین­تر) تا چه حد موجود است؟
   3. آیا هر سطح محیطی و/یا استانی ​​ظرفیتی برای اپیدمیولوژی، مدیریت مورد، خدمات آزمایشگاهی و سایر موارد دارد؟
2. نحوه تشکیل گروه‌های کاری چند رشته­ای و برقراری ارتباط با سایر بازیگران (در سطوح ملی، استانی و پیرامونی) را شرح دهید.
   1. توضیح دهید که چگونه نیروهای ویژه چند رشته­ای تشکیل می­شوند و با سایر ذینفعان (در سطوح ملی، استانی و پیرامونی) ارتباط برقرار می­کنند.
   2. در مورد در دسترس بودن، و توزیع (مثلاً موقعیت جغرافیایی، سطوح مراقبت)، و جمعیت­شناختی (مانند جنس، سن، تحصیلات، درآمد/وضعیت اقتصادی، منشاء قومی، موقعیت جغرافیایی، ناتوانی و غیره) ظرفیت‌های منابع انسانی فردی را مورد بحث قرار دهید:
      1. اپیدمیولوژیست‌ها (از جمله اپیدمیولوژی میدانی کوتاه مدت و بلند مدت)،
      2. پزشکان و دستیاران بالینی،
      3. پرستاران،
      4. متخصصان و تکنسین‌های آزمایشگاهی،
      5. متخصصان و دستیاران اطلاعات،
      6. دانشمندان علوم اجتماعی،
      7. دامپزشکان، تکنسین‌های دامپزشکی و دامپزشکی،
      8. سایر پرسنل مرتبط (به عنوان مثال، کارکنان بهداشت جامعه و داوطلبان).
3. نحوه ارتباط متخصصان در سطوح بهداشت‌ عمومی ملی، استانی ​​و محیطی را به طور منظم شرح دهید. آیا ارتباطات استاندارد گزارش­دهی بین این سطوح وجود دارد؟
4. نحوه ارتباط متخصصان در سطوح ملی، استانی ​​و محلی در طول طغیان یک بیماری عفونی را شرح دهید. آیا ارتباطات استاندارد گزارش‌دهی بین این سطوح در هنگام طغیان‌ها وجود دارد؟
5. چه تعداد اپیدمیولوژیست آموزش دیده برای حمایت از تحقیقات در سراسر کشور در دسترس هستند؟ آیا معیار ساده­ای از تعداد اپیدمیولوژیست‌ها در واحد کل جمعیت وجود دارد که ممکن است به تمایز سطوح کیفی کمک کند - برای مثال: کمتر از 1 در هر 500000 در سطوح ظرفیت 1 یا 2. 1 در 200000 تا 5000000 در سطح ظرفیت 3؛ یا بیش از 1 در 200000 در سطوح ظرفیت 4 یا 5.
6. آیا کشور رویه‌هایی را برای افزایش این متخصصان ایجاد کرده است؟
7. آیا هر سطح استانی/منطقه (یا سایر بخش‌های اداری مشابه) ظرفیت اپیدمیولوژی میدانی دارد؟
8. آیا کشور پایگاه داده منابع انسانی دارد؟ اگر بله، پایگاه داده چگونه نگهداری و به روز ‌می‌شود؟
9. هر برنامه‌ای را برای رفع کمبود کارکنان بهداشتی در مناطق روستایی، دورافتاده و محروم توضیح دهید.

**D3.3. آموزش نیروی انسانی**

1. آیا برنامه‌های آموزش حرفه‌ای مداوم (CPE) از جمله آمادگی و کنترل طغیان بیماری برای افسران بهداشت ‌عمومی، افسران مراقبت، پرستاران، ماماها، پزشکان عمومی، دامپزشکان و دامپزشکان پیرادامپزشکی وجود دارد؟
2. کدام حرفه‌ها/ کادرها آموزش‌های ویژه‌ای را در زمینه آمادگی و واکنش در برابر طغیان بیماری‌های عفونی دیده­اند؟
3. هر گونه برنامه آموزشی کوتاه مدت و بلند مدتی را که برای کمک به گسترش تعداد متخصصان بهداشت ‌عمومی واجد شرایط در داخل کشور در دسترس است، توضیح دهید، به عنوان مثال:
   1. پزشکان (بهداشت‌ع مومی و/یا مراقبت‌های بالینی)،
   2. پرستاران (بهداشت ‌عمومی و/یا مراقبت‌های بالینی)،
   3. دامپزشکان (بهداشت‌ عمومی، کشاورزی و/یا خصوصی) و دامپزشکی،
   4. آمار زیستی،
   5. سایر کارشناسان بهداشت‌ عمومی / کارشناسان مراقبت،
   6. دستیاران و متخصصان آزمایشگاه،
   7. فعالان حرفه­ای حوزه‌ دام/ متخصصان دامپروری
4. برنامه‌ها و موسسات/ نهادهای حرفه­ای مسئول CPE و/یا آموزش‌ها یا ظرفیت آنها را در ارائه آموزش توضیح دهید. بودجه آنها چگونه تامین ‌می‌شود؟
5. آیا آموزش مربوط به برنامه­ریزی اضطراری، مدیریت شرایط اضطراری یا ارتباطات خطر وجود دارد؟
6. آیا تمرینی وجود دارد که شامل تمرینات مشترک برای تیم‌های چند رشته­ای باشد؟ اگر بله، به طور خلاصه توضیح دهید (منظم/در صورت تقاضا).
7. آیا بر اساس ابزارها و سیاست‌های قانونی موجود، آموزش‌هایی درباره نقش مسئولان مربوطه تدوین و اجرا شده است؟
8. آیا کشور دارای نیروی حقوقی آموزش‌دیده در زمینه حقوق سلامت عمومی، از جمله آمادگی قانونی برای شرایط اضطراری سلامت عمومی است؟
9. آیا توسعه و آموزش‌های حرفه­ای برای نیروی انسانی حقوقی در مورد قانون بهداشت‌ عمومی در سطوح ملی، استانی ​​و محلی در دسترس است؟ اگر آموزش‌ها در دسترس است، آیا این آموزش‌ها شامل آموزش آمادگی قانونی فوریت‌های بهداشت‌ عمومی ‌می‌شود؟
10. چگونه آموزش‌های فعلی به نیروی انسانی حقوقی در سطح ملی، استانی ​​و محلی ارتقا می­یابد؟
11. چالش‌های عمده در توسعه آموزش برای نیروی انسانی حقوقی در مورد قانون بهداشت‌ عمومی و آمادگی قانونی فوریت‌های بهداشت‌ عمومی چیست؟ کشور چه فرصت‌ها و منابعی (مالی و غیره) برای مقابله با این چالش‌ها دارد؟

**D3.4. افزایش ظرفیت نیروی انسانی در طول یک رویداد بهداشت ‌عمومی**

1. آیا کشور سیاستی برای افزایش ظرفیت نیروی انسانی در پاسخ به وضعیت‌های اضطراری سلامت عمومی دارد؟ آیا این سیاست مواردی مانند رفاه کارکنان، از جمله پرداخت اضافه­کاری، بیمه و غیره را پوشش می‌دهد؟
2. آیا کشور برنامه‌ای برای افزایش ظرفیت نیروی انسانی در پاسخ به وضعیت‌های اضطراری سلامت عمومی دارد؟ آیا رویه‌ها و مواد آموزشی برای آموزش کارکنان اضافی تدوین شده است؟
3. آیا سیستم افزایش ظرفیت نیروی انسانی، بخش‌های دیگر (شیمیایی، پرتویی، سلامت دامها) را نیز شامل می‌شود یا برای آنها سیستم‌های جداگانه‌ای وجود دارد؟

**مستندات یا شواهد برای سطح توانایی:**

* نمونه برنامه درسی دوره آموزشی میدانی اپیدمیولوژی مورد استفاده در کشور؛
* تعداد فارغ‌التحصیلان به تفکیک سال، و در صورت دسترسی، جایگاه شغلی پس از اتمام دوره آموزشی
* برنامه یا راهبرد منابع انسانی سلامت عمومی (در صورت وجود) و جدیدترین نسخه تدوین‌شده یا اجراشده آن گزارش‌های سالانه مبتنی بر راهبرد نیروی انسانی؛
* برنامه­ریزی و در دسترس بودن منابع؛
* شرایط مرجع/شرایط شغلی تیم‌های واکنش سریع استانی/منطقه­ای؛
* شرح شغل/شرایط مسئول سلامت عمومی استانی/شهرستانی در حوزه آمادگی برای مقابله با طغیان بیماری
* بودجه منابع انسانی برای سلامت (بخش سلامت حیوانات و انسان)، کمک‌های اهداکنندگان؛
* شرح سیستم اطلاعات مدیریت منابع انسانی؛
* فهرست متغیرهای مورد استفاده و داده‌های سیستم‌های اطلاعات منابع انسانی، در صورت وجود؛
* پست و لیست کارکنان، در صورت وجود؛ جابه­جایی کارکنان و تعداد کارکنان شرکت­کنندگان در دوره آموزش ضمن خدمت و مستندات زیر در مورد آموزش:
  + گزارش‌های سالانه بر اساس راهبرد نیروی انسانی،
  + لیست آموزش‌های ضمن خدمت موجود در کشور،
  + فهرست موسسات آموزشی ملی / ارگان‌های حرفه­ای / دانشکده‌های بهداشت‌ عمومی / پرستاری / مامایی / دامپزشکی / دانشکده‌های پزشکی / دانشگاه‌هایی که دوره‌های آموزشی ضمن خدمت ارائه می­دهند،
  + تعداد فارغ التحصیلان/کارآموزان در سال،
  + برنامه CPE و لیست دوره (در صورت وجود)،
  + لیست دوره‌های آموزشی برای متخصصانی که برنامه‌های CPE ندارند،
  + شواهد آموزش در مورد مسائل مربوط به بهداشت، ایمنی و امنیت شغلی.

## R1. مدیریت اورژانس بهداشتی

**هدف:** تمرکز این ظرفیت بر مدیریت فوریت‌های سلامت و سیستم‌هایی است که نظام‌هایی برای آماده‌سازی و پاسخ‌ عملیاتی به هرگونه رویداد سلامت عمومی، از جمله فوریت‌ها، مطابق با الزامات همه­ی مخاطرات مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) فراهم می‌سازد. اطمینان از وجود برنامه‌های مبتنی بر خطر ‌برای آماده‌سازی و پاسخ‌ عملیاتی به فوریت‌ها، ساختارهای مدیریتی قوی فوریت‌ها و بسیج منابع در طول فوریت‌ها، برای پاسخ به‌موقع به فوریت‌های سلامت عمومی حیاتی است.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:** 1. وجود ارزیابی‌های راهبردی ملی چند مخاطره­ای فوریت‌ها (پروفایل‌های خطر) و نقشه‌برداری منابع.  
۲. وجود ارزیابی آمادگی برای فوریت‌ها. ۳. تدوین برنامه‌ها و شیوه­نامه­‌های ملی مرکز عملیات اضطراری سلامت**[[86]](#footnote-86)** (EOC)   
۴. ایجاد سازوکار هماهنگی پاسخ به فوریت‌ها یا سیستم مدیریت حادثه. 5. شواهدی از حداقل یک پاسخ به فوریت سلامت عمومی در سال گذشته که نشان دهد کشور مطابق با پروتکل‌های ملی یا بین‌المللی مکتوب، اقدام به ارسال یا دریافت تجهیزات و پرسنل پزشکی کرده است.  
۶. وجود سیستم/سازوکار مدیریت پشتیبانی و زنجیره تأمین در فوریت‌ها.۷. وجود سیاست‌ها و رویه‌ها برای تحقیق، توسعه و نوآوری در زمینه آمادگی و پاسخ به فوریت‌ها.

**اثر مطلوب:** بازیگران چندبخشی در سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ سلامت عمومی، با یکدیگر هماهنگی خوبی دارند و درک مشترکی از خطرهای اولویت‌دار دارند و آماده اجرای عملیات پاسخ به فوریت‌ها برای طغیان بیماری‌ها و سایر فوریت‌ها به‌صورت به‌موقع، مؤثر و کارآمد هستند. کشورها دارای فرآیندهای قانونی  **و مقرراتی لازم برای اعزام و دریافت سریع نیروهای سلامت، تجهیزات پزشکی، پشتیبانی و منابع در داخل کشور یا فرامرزی** هستند.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R1.1. ارزیابی خطر اضطراری[[87]](#footnote-87) و آمادگی[[88]](#footnote-88)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ پروفایل ملی مخاطرات همه‌جانبه­ای مبتنی بر ارزیابی چندخطری وجود ندارد یا در پنج سال گذشته به‌روزرسانی نشده است و هیچ سازوکار رسمی برای ارزیابی آمادگی در برابر شرایط احتمالی اضطراری سلامت عمومی وجود ندارد. |  |
| سطح 2 | پروفایل ملی مخاطرات همه‌جانبه­ای مبتنی بر ارزیابی چندخطری و ارزیابی ظرفیت/آمادگی برای شرایط احتمالی اضطراری سلامت عمومی که در پنج سال گذشته انجام شده است، تدوین شده و اولویت‌ها در آن مشخص شده‌اند. |  |
| سطح 3 | ارزیابی ظرفیت/آمادگی برای شرایط احتمالی اضطراری سلامت عمومی در دو سال گذشته انجام شده و پروفایل ملی مخاطرات همه‌جانبه مبتنی بر ارزیابی چندخطری که در دو سال گذشته انجام تدوین شده و اولویت‌ها در آن شناسایی شده‌اند. |  |
| سطح 4 | پروفایل‌های خطر همه‌مخاطره‌ای **در سطح ملی و میانی** بر اساس ارزیابی‌های چندمخاطره‌ای **که طی دو سال اخیر انجام شده‌اند**، تدوین شده‌اند و در آن‌ها **اولویت‌ها شناسایی شده‌اند**. (و) طرح‌های آمادگی و/یا واکنش اضطراری**[[89]](#footnote-89)** به‌صورت کافی تأمین منابع شده و در دو سال گذشته در سطوح استانی اجرا شده‌اند. |  |
| سطح 5 | پروفایل‌های خطر همه‌مخاطره‌ای **در سطوح ملی و میانی** بر اساس ارزیابی‌های چندبخشی چندمخاطره‌ای تدوین شده‌اند و **برنامه‌های آمادگی نیز در دست اجرا هستند**. این اسناد به‌صورت **سالانه بازبینی و به‌روزرسانی می‌شوند** تا تهدیدات نوظهور را پوشش دهند و **به‌طور منظم بین بخش‌ها به اشتراک گذاشته می‌شوند.** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R1.2 مرکز عملیات اورژانس بهداشت‌ عمومی (PHEOC) [[90]](#footnote-90)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | مرکز عملیات پاسخ به شرایط اضطراری سلامت عمومی (PHEOC) در سطح ملی شناسایی نشده و هیچ راهنمای عملیاتی برای آن وجود ندارد. |  |
| سطح 2 | یک مرکز ملی PHEOC در یک محل دائمی یا موقت مشخص تأسیس شده است (و) راهنمای عملیاتی ملی PHEOC با محتوای پایه تدوین شده است[[91]](#footnote-91) (و)  کارکنان مسئول انجام وظایف اصلی سیستم مدیریت حادثه (IMS) در مرکز ملی PHEOC شناسایی شده‌اند. |  |
| سطح 3 | یک مرکز ملی PHEOC در یک محل دائمی یا موقت مشخص تأسیس شده است (و)  راهنمای عملیاتی ملی PHEOC با محتوای کامل تدوین شده است (و)  کارکنان شناسایی‌شده برای انجام وظایف اصلی IMS در مرکز ملی PHEOC بر اساس شایستگی‌های مدیریت شرایط اضطراری سلامت عمومی (PHEM) آموزش دیده‌اند.[[92]](#footnote-92) |  |
| سطح 4 | یک مرکز ملی PHEOC در یک محل دائمی مشخص تأسیس شده و راهنمای عملیاتی مرتبط با محتوای کامل موجود است (و)  بودجه عملیاتی برای پرسنل اصلی، عملیات روزانه و نگهداری مرکز ملی PHEOC تعیین شده است (و)  مرکز ملی PHEOC قادر است ظرف ۱۲۰ دقیقه پس از دریافت هشدار اولیه یا اطلاعات دیگر درباره وضعیت اضطراری که نیاز به فعال‌سازی PHEOC دارد، پاسخ هماهنگ را فعال کند[[93]](#footnote-93) (و)  مراکز PHEOC در سطوح استانی تأسیس شده‌اند، راهنمای‌های عملیاتی مربوطه با محتوای کامل موجود است و کارکنان شناسایی‌شده برای انجام وظایف اصلی IMS بر اساس شایستگی‌های PHEM آموزش دیده‌اند. |  |
| سطح 5 | فرآیند فعال‌سازی[[94]](#footnote-94)، عملیات و غیرفعال‌سازی مراکز PHEOC در تمام سطوح آزمایش شده و راهنمای‌های عملیاتی PHEOC (به همراه برنامه‌ها و رویه‌های استاندارد عملیاتی مرتبط) سالانه به‌روزرسانی می‌شوند (و) مراکز ملی و استانی PHEOC دارای کارکنان ذخیره آموزش‌دیده هستند که برای پشتیبانی از عملیات PHEOC در شیفت‌های متعدد و دوره‌های طولانی‌مدت شناسایی شده‌اند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سطح | R1.3. مدیریت واکنش فوریت‌های بهداشتی**[[95]](#footnote-95)** | یک سطح انتخاب شود |
| سطح 1 | یک سامانه ی مدیریت رویدادهای بین‌بخشی [[96]](#footnote-96)(IMS) یکپارچه با مرکز عملیات اضطراری بهداشت ‌عمومی ملی [[97]](#footnote-97)(PHEOC) یا ساختار معادل آن، وجود ندارد یا در حال توسعه ا |  |
| سطح 2 | یک سامانه مدیریت رویدادهای بین‌بخشی (IMS) یکپارچه با مرکز عملیات اضطراری بهداشت ‌عمومی ملی (PHEOC) یا ساختار معادل آن، توسعه یافته اما عملیاتی نیست. |  |
| سطح 3 | یک سامانه مدیریت رویدادهای بین‌بخشی (IMS) یکپارچه با مرکز عملیات اضطراری بهداشت‌عمومی ملی (PHEOC) یا ساختار معادل آن، در سطح ملی مستقر و عملیاتی است. |  |
| سطح 4 | یک سامانه مدیریت رویدادهای بین‌بخشی (IMS) یکپارچه با مرکز عملیات اضطراری بهداشت ‌عمومی ملی (PHEOC) یا ساختار معادل آن، در سطح ملی مستقر و عملیاتی بوده و قادر به پشتیبانی از سطوح استانی است. |  |
| سطح 5 | سیستم مدیریت حادثه (IMS) با مرکز عملیات پاسخ به شرایط اضطراری سلامت عمومی (PHEOC) ملی یا ساختاری معادل آن یکپارچه شده است , در سطح ملی مستقر و عملیاتی بوده و قادر به پشتیبانی از سطوح استانی و محیطی سلامت عمومی می‌باشد. این سیستم مورد تمرین، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی قرار گرفته و ارتقاء آن بر اساس تمرینات شبیه‌سازی (SimExs) و درس‌آموخته‌های ناشی از رویدادهای واقعی مانند گزارش‌های بررسی میان ‌اقدامی (IARs) یا گزارش‌های بررسی پس از اقدام (AARs) صورت می‌گیرد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R1.4. فعال­سازی و هماهنگی پرسنل و تیم‌های بهداشتی در شرایط اضطراری بهداشت ‌عمومی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ طرحی برای افزایش ظرفیت پرسنلی ملی[[98]](#footnote-98) تدوین نشده یا در دست توسعه نیست. |  |
| سطح 2 | برنامه­های ملی تدوین شده­اند و در آن سیستم‌هایی برای پیش‌از اعزام، اعزام و پس‌از اعزام پرسنل و تیم‌های واکنش سریع مشخص شده است، این برنامه­ها شامل اعزام و دریافت پرسنل در شرایط اضطراری سلامت عمومی می­باشند و شامل توسعه طرح‌هایی برای تیم‌های مدیریت اضطراری (EMT[[99]](#footnote-99)) و تیم‌های واکنش سریع (RRTs) برای پاسخ ملی می‌شود. |  |
| سطح 3 | **برنامه‌های سطح ملی و میانی تدوین شده‌اند** که در آن‌ها سامانه‌ای برای **پیش‌اعزام، اعزام و پس‌اعزام نیروی انسانی اضطراری** از جمله سازوکارهای **اعزام و دریافت نیروی انسانی و تیم‌ها در فوریت‌های سلامت عمومی** تعریف شده است. این شامل توسعه طرح‌هایی برای تیم‌های مدیریت اضطراری (EMTs) و تیم‌های واکنش سریع (RRTs) نیز می­باشد. |  |
| سطح 4 | تمرین‌های شبیه‌سازی (Table Top) برای آزمودن فرآیند تصمیم‌گیری و پروتکل‌های اعزام پرسنل واکنش سریع و همچنین ارسال و دریافت پرسنل و تیم‌های سلامت از کشورهای دیگر در شرایط اضطراری سلامت عمومی انجام شده است. همچنین آموزش و تجهیزات لازم برای تیم‌های مدیریت اضطراری (EMTs) و تیم‌های واکنش سریع (RRTs) فراهم می‌باشد. |  |
| سطح 5 | تمرین‌های شبیه‌سازی دور میزی (Table Top) برای آزمودن فرآیند تصمیم‌گیری و پروتکل‌های اعزام پرسنل واکنش سریع و همچنین اعزام و دریافت پرسنل و تیم‌های سلامت از کشورهای دیگر در شرایط اضطراری سلامت عمومی انجام شده است. همچنین آموزش و تجهیزات لازم برای تیم‌های مدیریت اضطراری (EMTs) و تیم‌های واکنش سریع (RRTs) فراهم می‌باشد.  کشور در یک مشارکت منطقه‌ای/بین‌المللی حضور دارد یا توافق رسمی با کشور دیگر یا سازمان بین‌المللی دارد که معیارها و رویه‌های اعزام و دریافت پرسنل واکنش سریع را مشخص می‌کند و در طول سال گذشته در یک تمرین یا عملیات پاسخ شرکت کرده است. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R1.5. پشتبانی اضطراری و مدیریت زنجیره تامین[[100]](#footnote-100)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | سیستم/مکانیسم مدیریت پشتیبانی و زنجیره تأمین در شرایط اضطراری در حال توسعه بوده و/یا قادر به ارائه پشتیبانی کافی در مواقع اضطراری سلامت نمی‌باشد. |  |
| سطح 2 | سیستم/مکانیسم مدیریت پشتیبانی و زنجیره تأمین در شرایط اضطراری توسعه یافته است، اما قادر به ارائه پشتیبانی کافی در مواقع اضطراری سلامت[[101]](#footnote-101) نمی‌باشد. |  |
| سطح 3 | سیستم/مکانیسم مدیریت پشتیبانی و زنجیره تأمین در شرایط اضطراری توسعه یافته و قادر به ارائه پشتیبانی کافی در مواقع اضطراری سلامت در سطح ملی می‌باشد. |  |
| سطح 4 | سیستم/مکانیسم مدیریت پشتیبانی و زنجیره تأمین در شرایط اضطراری توسعه یافته و قادر به ارائه پشتیبانی کافی در مواقع اضطراری سلامت در سطوح ملی و استانی می‌باشد. |  |
| سطح 5 | سیستم/مکانیسم مدیریت پشتیبانی و زنجیره تأمین در شرایط اضطراری در سطوح ملی، استانی و محیطی خدمات سلامت عمومی پیاده‌سازی شده و به‌صورت منظم تمرین، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی می‌شود. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R1.6. تحقیق، توسعه و نوآوری[[102]](#footnote-102) [[103]](#footnote-103)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | فعالیت‌های تحقیق و توسعه (عملیاتی و اجرایی) شامل تصویب پروژه­های تحقیقاتی به صورت موردی و غیرنظام‌مند انجام می‌شود. |  |
| سطح 2 | یک برنامه یا چارچوب عملیاتی برای فوریت‌های بهداشتی از جمله مکانیسم‌هایی برای هدایت تحقیق و توسعه، بازبینی مقرراتی برای آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری در حال تدوین می‌باشد. همچنین، بودجه‌ای ملی (از سوی نهادهای دولتی یا خصوصی) برای انجام تحقیق و توسعه (R&D) وجود دارد و کشور قادر به تسهیل و انجام بازبینی‌های مقرراتی است[[104]](#footnote-104). |  |
| سطح 3 | یک برنامه یا چارچوب عملیاتی برای فوریت‌های بهداشتی که شامل مکانیسم‌ها و رویه‌هایی برای تحقیق و توسعه، بازبینی مقرراتی برای آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری بوده اجرا می‌شود و نهادهای مرتبط (داخلی و/یا خارجی) برای پشتیبانی از پژوهش‌ها در آن مشخص شده‌اند. |  |
| سطح 4 | یک برنامه یا چارچوب عملیاتی برای فوریت‌های بهداشتی دارای منابع و شبکه‌های اختصاصی برای تحقیق و توسعه است (و) نهادهای مرتبط در حوزه‌های پژوهشی اولویت‌دار فعالیت می‌کنند، یافته‌های تحقیق، توسعه و نوآوری و کاربرد آن‌ها در آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری را مستند و منتشر می‌نمایند. |  |
| سطح 5 | تولید نظام‌مند راهکارهای مبتنی بر شواهد از طریق تحقیق و توسعه برای ارتقای آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری به صورت مستمر در جریان است که توسط یک یا چند پروژه[[105]](#footnote-105) پژوهشی تکمیل‌شده یا در حال انجام تأیید می‌شود (و) به‌کارگیری شواهد حاصل از تحقیق، توسعه و نوآوری در آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری مستند و منتشر شده است. |  |

**سوالات فنی**

**R1.1. ارزیابی خطر و آمادگی اضطراری**

۱. آیا کشور دارای پروفایل ملی خطرات اضطراری بر پایه ارزیابی‌های راهبردی چندخطری است؟  
الف. آخرین ارزیابی راهبردی ملی چندخطری چه زمانی انجام شده است؟ کدام بخش‌ها[[106]](#footnote-106) در این ارزیابی مشارکت داشته‌اند؟  
ب. یافته‌های اصلی ارزیابی راهبردی ملی خطرات اضطراری چه هستند؟  
پ. آیا ارزیابی‌های راهبردی خطر توسط تمام بخش‌ها انجام می‌شود؟ آیا ارزیابی‌های راهبردی خطر بخش سلامت در ارزیابی‌های چندبخشی ملی مشارکت داده می‌شوند؟  
ت. آیا ارزیابی‌های راهبردی خطر در سطوح استانی و محیطی بهداشت‌ عمومی انجام می‌شود؟ چه نسبتی از نهادهای استانی یا محیطی ارزیابی خطر را انجام داده‌اند؟  
ث. آیا نقشه‌برداری خطر و ارزیابی آسیب‌پذیری در سطح جامعه انجام می‌شود؟  
ج. آیا ظرفیتی برای پایش خطرات اولویت‌دار یا خطرات نوپدید وجود دارد؟ پروفایل‌های ملی خطرات اضطراری با چه فراوانی بازبینی و به‌روزرسانی می‌شوند تا تهدیدات نوپدید یا تغییرات خطرات را پوشش دهند؟  
چ. پروفایل‌های ملی خطر و منابع چگونه بین بخش‌ها به اشتراک گذاشته می‌شوند؟ آیا از ظرفیت‌های فناوری اطلاعات برای پشتیبانی از در دسترس بودن، دسترسی، تحلیل، به‌روزرسانی، گزارش‌دهی و اشتراک‌گذاری ارزیابی‌های خطر استفاده می‌شود؟  
ح. آیا از ارزیابی‌های راهبردی خطر به عنوان مبنایی برای اقدامات آمادگی اضطراری استفاده می‌شود؟

۲. آیا مکانیسم رسمی برای ارزیابی آمادگی در برابر فوریت‌های احتمالی بهداشت‌ عمومی مانند چک ‌لیست ارزیابی آمادگی تأییدشده توسط سازمان جهانی بهداشت یا تمرین‌های شبیه‌سازی و مانور وجود دارد؟   
الف. آیا این مکانیسم تمام ذینفعان مرتبط از بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی در تمام سطوح را شامل می‌شود؟  
ب. آیا ارزیابی آمادگی به‌اندازه کافی از نظر بودجه، پشتیبانی، منابع انسانی و زیرساخت‌های موقت تأمین شده است؟

۳. آیا کشور ارزیابی آمادگی در برابر فوریت‌های احتمالی بهداشت ‌عمومی را انجام داده و برنامه(های) آمادگی را تدوین کرده است؟ یا به بیان دیگر برنامه‌های پاسخ اضطراری آگاه‌ساز را توسعه داده است؟ یا مداخلات عملیاتی اولویت‌دار و هدفمند برای آمادگی را شناسایی کرده تا برنامه پاسخ اضطراری را با محرک‌های مشخص برای فعال‌سازی/افزایش مقیاس اقدامات آمادگی/پاسخ آگاه سازد؟  
الف. آخرین ارزیابی آمادگی ملی چه زمانی انجام شده است؟  
ب. آیا ارزیابی در تمام سطوح ذینفعان در سطوح ملی، استانی و محیطی بهداشت ‌عمومی انجام شده است؟  
پ. یافته‌های ارزیابی آمادگی چیست و چگونه با ذینفعان به اشتراک گذاشته می‌شود؟  
ت. آیا از یافته‌های ارزیابی آمادگی به عنوان مبنایی برای به‌روزرسانی برنامه‌های پاسخ اضطراری و آگاه‌سازی برنامه‌ها و مکانیسم‌های هماهنگی برای فوریت‌های چندبخشی چندخطری استفاده می‌شود؟  
ث. آیا کشور دارای چک ‌لیست و مکانیسم ارزیابی آمادگی جامعه است تا ارزیابی آمادگی جامعه را انجام دهد؟

**R1.2. مرکز عملیات اورژانس بهداشت‌عمومی**

**۱**. مرکز عملیات اضطراری سلامت (EOC) در سطح ملی را توصیف نمایید (این سوالات باید پاسخ داده شوند چه EOC دائمی، موقت یا مجازی وجود داشته باشد).  
الف. در صورت وجود EOC اختصاصی (فیزیکی)، **نقشه داخلی مرکز و تجهیزات موجود** را شرح دهید.  
ب. ظرفیت کلی پرسنل برای EOC چقدر است؟ آیا برنامه‌ای برای اسکان پرسنل اضافی در صورت لزوم وجود دارد؟  
ج. آیا منبع برق قابل اطمینان و پایدار برای EOC وجود دارد؟  
د. آیا ساختار ارتباطات قابل اطمینانی برای EOC وجود دارد؟ آیا این ساختار شامل اینترنت، ایمیل و قابلیت‌های تلفنی می‌شود؟  
ه. آیا سازمان قادر است شرکت‌کنندگان از وزارتخانه‌ها و سازمان‌های تمام بخش‌های مرتبط و سایر شرکای ملی و چندملیتی را در صورت لزوم گرد هم آورد؟

۲. برنامه‌ها و رویه‌های اجرایی استاندارد (SOPs) موجود برای EOC را توصیف نمایید.  
الف. آیا برنامه‌ها و رویه‌ها مبتنی بر سیستم مدیریت حادثه (IMS) هستند؟ آیا شامل عملکردها و منابع زیر می‌شوند:

* فرماندهی حادثه،
* عملیات،
* برنامه‌ریزی،
* پشتیبانی،
* امور مالی.  
  ب. در مواقع اضطراری ملی، چه کسی مدیریت حادثه را در EOC بر عهده دارد؟  
  ج. آیا رویه‌ای برای تصمیم‌گیری در EOC وجود دارد؟  
  د. آیا برنامه EOC سلامت ملی، نقش‌هایی برای علوم سلامت عمومی (اپیدمیولوژی، تخصص‌های پزشکی و موضوعی دیگر)، ارتباطات عمومی و ارتباط با شرکا در نظر گرفته است؟  
  ه. این رویه‌ها هر چند وقت یک‌بار به‌روزرسانی می‌شوند؟ آخرین بار چه زمانی به‌روزرسانی شده‌اند؟  
  و. سوابق و رویه‌های EOC چگونه حفظ و توزیع می‌شوند؟

۳. چه مدت پس از دریافت هشدار اولیه یا اطلاعات، فعال‌سازی EOC انجام می‌شود؟  
الف. EOC در پنج سال گذشته چند بار فعال‌سازی شده است؟

۴. آیا EOCهای سلامت استانی , وجود دارند و آیا کارکنان آن‌ها در حوزه **مدیریت بحران و SOPهای مرتبط آموزش دیده‌اند؟**

۵. تمرین‌ها برای آزمایش فعال‌سازی EOC ملی و شبکه‌بندی با EOCهای استانی و چندبخشی هر چند وقت یک‌بار انجام می‌شود؟ آخرین بار چه زمانی این کار انجام شد؟

۶. نقش‌های تعیین‌شده برای پرسنل در عملکردهای EOC را توصیف نمایید. آیا توصیف نقش‌ها و ابزار کمکی شغلی برای موقعیت‌های عملکردی EOC ملی وجود دارد؟

۷. نحوه آموزش پرسنل برای نقش آن‌ها در EOCها را توصیف نمایید.  
الف. آیا برنامه آموزشی برای پرسنل EOC وجود دارد؟  
ب. پرسنل اضافی EOC چگونه شناسایی می‌شوند؟ آیا آموزش‌هایی برای پرسنل اضافی EOC پیش از پاسخگویی وجود دارد؟ آیا آموزش «درست به موقع» موجود است؟

۸. آیا EOC از فرم‌ها و قالب‌های استاندارد برای مدیریت داده/اطلاعات، گزارش‌دهی، ارائه خلاصه گزارش و غیره استفاده می‌کند؟

۹. در دسترس بودن/انتشار گزارش‌های آگاهی وضعیتی از EOC سلامت برای گروه‌های مختلف هدف را توصیف نمایید.

**R1.3. مدیریت پاسخ اضطراری بهداشتی**

1. آیا IMS برای فوریت‌های بهداشتی وجود دارد؟

2. آیا IMS با یک PHEOC ملی یکپارچه شده است، یا ساختار معادل آن در سطح ملی وجود دارد و عملیاتی است و می­تواند از سطوح استانی ​​و محیطی بهداشت‌ عمومی پشتیبانی کند؟

3. آیا ‌SOP‌های مربوط به مدیریت حوادث برای موارد اضطراری بهداشتی وجود دارد؟

4. آیا IMS از طریق تمرین‌ها و درس آموخته‌ها از رویدادهای واقعی (مانند SimEx، IARs یا AAR) بازبینی و/یا آزمایش شده و بهبود می‌یابد؟

**R1.4. فعال­سازی و هماهنگی پرسنل بهداشتی در شرایط اضطراری سلامت ‌عمومی**

1. آیا کشور برنامه ای که رویه‌ها و تصمیم گیری‌های مربوط به اعزام و پذیرش پرسنل بهداشتی در شرایط اضطراری بهداشت‌ عمومی را مشخص کند، دارد؟

الف آیا این طرح به نگرانی‌های مراقبت ( سورویلانس) و صدور مجوز در مورد درخواست/‌‌‌‌ پذیرش و دریافت پرسنل بهداشتی از یک منبع بین­المللی پاسخ می‌دهد؟

ب آیا این طرح معیارها و استانداردهای آموزشی برای پرسنل بهداشتی که در هنگام اورژانس بهداشت‌ عمومی اعزام یا دریافت خواهند شد را مشخص ‌می‌کند؟

ج آیا این طرح به نگرانی‌های مربوط به مسئولیت استفاده از پرسنل پزشکی در طول اعزام بین­المللی می‌پردازد؟

د آیا **ایمنی و سلامت کارکنان** سلامت در اعزام‌های ملی یا بین‌المللی در برنامه لحاظ شده است؟

ه. آیا **نگرانی‌های مالی و بودجه‌ای** مربوط به کارکنان سلامت در مأموریت‌های ملی یا بین‌المللی در برنامه گنجانده شده‌اند؟

و. آیا سایر بخش‌ها (به عنوان مثال، مقامات امنیتی، بهداشت دامها) در برنامه‌های اعزام/پذیرش پرسنل در مواقع اضطراری لحاظ شده‌اند؟

2. آیا کشور برنامه‌‌ای برای جهت‌دهی جهت افزایش نیروی انسانی برای پاسخگویی به فوریت‌های بهداشت ‌عمومی دارد؟

الف. آیا روش‌ها و مواد آموزشی در راستای نیروی انسانی جایگزین توسعه یافته است؟

ب. آیا در این برنامه به **ترکیب جنسیتی نیروی انسانی جایگزین** به‌ویژه در سِمَت‌های مدیریتی و تصمیم‌گیری توجه شده است؟

3. آیا سیستم افزایش ظرفیت پرسنل شامل سایر بخش‌ها (مواد شیمیایی، تشعشعات، بهداشت دامها) هم می­شود یا سیستم‌های جداگانه­ای برای آنها وجود دارد؟

4. آیا کشور **طی یک سال گذشته، برنامه اعزام کارکنان سلامت (Surge Plan) را تمرین کرده است؟** در صورت مثبت بودن، **شرح تمرین و نتایج آن** را ارائه دهید.

5. آیا این کشور بخشی از توافقنامه‌های استقرار پرسنل منطقه‌ای/بین‌المللی، مانند شبکه جهانی هشدار و واکنش به طغیان WHO (WHO Global Outbreak Alert and Response) است؟ اگر بله، توضیح دهید.

الف. آیا سیاست‌ها و منابعی برای اطمینان از اینکه موسسات و شبکه‌های فنی می‌توانند شرکای فعال در شبکه جهانی هشدار طغیان و واکنش باشند وجود دارند؟ اگر بله، توضیح دهید.

ب. آیا کشور دارای برنامه **آمادگی همه‌گیری یا دیگر برنامه‌های اضطراری** است که به اعزام نیرو اشاره کرده باشد؟ (شرح دهید)

6. آیا کشور به طور فعال در طرح EMT (تیم‌های مدیریت فوریت پزشکی) شرکت ‌می‌کند، اصول راهنما و حداقل استانداردهای EMT را پذیرفته و استفاده ‌می‌کند؟

الف. آیا کشور نقاط کانونی EMT را در سطوح سیاسی و عملیاتی تعیین کرده است؟

ب. آیا کشور در رویدادهای آموزشی EMT یا نشست‌های منطقه­ای/جهانی شرکت کرده است؟

ج. آیا کشور در سطح منطقه­ای یا جهانی نقش فعالی در EMT ایفا کرده است، به عنوان مثال،

آیا نقش رئیس یا نایب رئیس منطقه­ای را بر عهده گرفته است؟ آیا اعضایی را برای گروه‌های کاری فنی EMT پیشنهاد کرده است؟ آیا کشور کارشناسانی را به عنوان راهنما در اختیار EMT قرار می­دهد؟

د. آیا کشور دارای EMT طبقه­بندی شده WHO برای استقرار بین­المللی است؟

ه. آیا کشور دارای سیستم تضمین کیفیت یا اعتباربخشی برای EMT‌های قابل استقرار در سطح ملی است؟

f. آیا کشور مجموعه­ای از مقررات و هنجارها برای حمایت از توسعه EMT‌ و سازوکاری برای هماهنگی آنها دارد؟

**R1.5. پشتیبانی اضطراری و مدیریت زنجیره تامین**

1. آیا کشور برنامه‌ای که رویه‌ها و تصمیم‌گیری‌های مربوط به ارسال و دریافت تجهیزات متقابل پزشکی در شرایط اضطراری بهداشت ‌عمومی را مشخص کند، دارد؟

الف آیا این طرح به نگرانی‌های مراقبت ( سورویلانس) مربوط به درخواست/پذیرش و دریافت دارو یا دستگاه از یک منبع بین­المللی پاسخ می­دهد؟

ب. آیا این طرح به نگرانی‌های پشتیبانی مربوط به ارسال، دریافت و توزیع اقدامات متقابل پزشکی در طول شرایط اضطراری بهداشت‌ عمومی می‌پردازد؟

ج آیا این طرح به نگرانی‌های امنیتی مربوط به ارسال/دریافت/توزیع اقدامات متقابل پزشکی در هنگام کمبود می‌پردازد؟

2. آیا کشور در سال گذشته برنامه‌هایی را برای ارسال یا دریافت اقدامات متقابل پزشکی انجام داده است؟

الف اگر بله، تمرین و نتایج خاص را شرح دهید.

3. آیا کشور ذخیره­ای از اقدامات متقابل پزشکی برای استفاده ملی در شرایط اضطراری بهداشت‌ عمومی دارد؟

الف آیا کشور ظرفیت تولید آنتی­بیوتیک، واکسن، لوازم/تجهیزات آزمایشگاهی یا موارد دیگر را دارد؟

ب آیا این شامل اقدامات متقابل برای استفاده در بخش‌های دیگر (مانند PPE برای معدوم کردن دامها) می‌شود؟

ج اگر کشور ذخایر دارویی و تجهیزاتی دارد، **برای چند بیمار و چه مدت کافی هستند؟**

د آیا بودجه سالانه­ای برای ذخیره­سازی در دسترس است؟

4. آیا کشور توافق­نامه‌هایی با تولیدکنندگان یا توزیع­کنندگان **برای تهیه تجهیزات پزشکی در شرایط اضطراری است؟**

اگر بله، توضیح دهید.

5. آیا کشور بخشی از قراردادهای تدارکاتی منطقه­ای/بین­المللی برای اقدام متقابل است؟ اگر بله، توضیح دهید.

6. آیا کشور بخشی از توافقنامه‌های اشتراک­گذاری اقدامات متقابل منطقه­ای/بین­المللی است؟ اگر بله، توضیح دهید.

7. آیا کشور بخشی از توافقنامه‌های توزیع کننده اقدام متقابل منطقه­ای/بین­المللی است؟ اگر بله، توضیح دهید.

8. آیا منابع / کارکنان اختصاصی برای لجستیک مربوط به تحویل و دریافت اقدامات متقابل شناسایی شده است؟

9. آیا منابع / کارکنان اختصاصی برای پیگیری و توزیع اقدامات متقابل شناسایی شده است؟

10. آیا کشور طرحی برای آمادگی همه گیری دارد که به اقدامات متقابل بپردازد؟ اگر بله، توضیح دهید.

11. آیا کشور برنامه، رویه یا مقررات قانونی برای تهیه اقدامات متقابل حیوانی دارد؟ اگر بله، توضیح دهید.

12. آیا کشور برنامه، رویه یا مقررات قانونی برای توزیع اقدامات متقابل حیوانی دارد؟ اگر بله، توضیح دهید.

**R1.6. تحقیق، توسعه و نوآوری**

1. آیا یک چارچوب راهبردی ملی برای تحقیقات عملیاتی در موارد اضطراری بهداشتی وجود دارد؟

2. آیا این چارچوب شامل تحقیقات آمادگی اضطراری ‌می‌شود؟

3. آیا کشور مؤسساتی با ظرفیت تحقیقاتی (یعنی در داخل یا خارج از کشور) برای مؤلفه‌های مختلف واکنش اضطراری مانند قانون و سیاست، مدیریت پرونده، تشخیص آزمایشگاهی، واکسن‌ها و غیره برای رسیدگی به اولویت‌های پژوهشی شناسایی کرده است؟

1. آیا کشور منابع و شبکه‌های اختصاصی برای تحقیق، توسعه و نوآوری دارد؟
2. آیا کشور ترتیبی برای مستندسازی و انتشار یافته‌های پژوهشی، توسعه و نوآوری و کاربرد آن‌ها در آمادگی و واکنش در شرایط اضطراری، به عنوان مثال، انتشار در مجلات معتبر داشته است؟
3. آیا کشور کارکنان آموزش دیده برای تحقیق و نظام مراقبت ( سورویلانس) دارد؟
4. آیا برای توسعه منابع انسانی در حوزه تحقیقات و نظام مراقبت، برنامه‌ای تدوین شده است؟

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* برنامه‌های EOC و فهرست تجهیزات موجود؛
* برنامه‌های آموزشی کارکنان عملیاتی در شرایط اضطراری؛
* برنامه تمرینی، شامل ارزیابی و طرح اقدام اصلاحی، در صورت وجود؛
* طرح فعال­سازی برای واکنش اضطراری، مانند فهرست کارکنان عملیات اضطراری و نقش آنها.

**مراجع:**

* + Public Health Emergency Operations Centre Network (EOC-NET). World Health Organization [website] (<https://www.who.int/groups/eoc-net>, accessed 1 March 2022).
  + Sendai Framework indicators. Prevention Web [website] ([https://www.preventionweb.net/](https://www.preventionweb.net/sendai-framework/sendai-framework-indicators) [sendai-framework/sendai-framework-indicators](https://www.preventionweb.net/sendai-framework/sendai-framework-indicators), accessed 1 March 2022).
  + The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. Geneva: United Nations Office of Disaster Risk Reduction; 2015 ([https://www.preventionweb.net/files/43291\_](https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf) [sendaiframeworkfordrren.pdf](https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf), accessed 1 March 2022).
  + Classification and minimum standards for emergency medical teams. Geneva: World Health Organization; 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ([https://extranet.who.int/emt/](https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications) [guidelines-and-publications](https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications), accessed 16 March 2016).
  + Management of limb injuries during disasters and conflicts. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/_A%20Field%20Guide.pdf>, accessed 1 March 2022).

RESPOND

* + Emergency medical teams. World Health Organization [website] ([https://www.who.int/](https://www.who.int/emergencies/partners/emergency-medical-teams) [emergencies/partners/emergency-medical-teams](https://www.who.int/emergencies/partners/emergency-medical-teams), accessed 1 March 2022).
  + A strategic framework for emergency preparedness. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/a-strategic-framework-for-emergency-preparedness>, accessed 1 March 2022).
  + Interagency Standing Committee (IASC) Emergency Response Preparedness Guidelines July 2015 – addresses Risk Analysis and Monitoring Minimum Preparedness Actions, Advanced Preparedness Actions and Contingency Planning. ([https://interagencystandingcommittee.](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_emergency_response_preparedness_guidelines_july_2015_draft_for_field_testing.pdf) [org/system/files/iasc\_emergency\_response\_preparedness\_guidelines\_july\_2015\_draft\_for\_](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_emergency_response_preparedness_guidelines_july_2015_draft_for_field_testing.pdf) [field\_testing.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_emergency_response_preparedness_guidelines_july_2015_draft_for_field_testing.pdf), accessed 1 March 2022).

## R2. ایجاد ارتباط بین نهادهای بهداشت‌ عمومی و امنیتی

**هدف**: کشور پاسخ سریع و چندبخشی به هر رویداد با منشأ مشکوک یا تأیید شده­ی عمدی را ارائه می­دهد، این پاسخ باید شامل **توانایی پیوند دادن سیستم‌های بهداشت عمومی و نیروهای انتظامی/امنیتی** و فراهم کردن کمک‌های به­موقع بین‌المللی باشد.

**شاخص اندازه گیری**: مستنداتی از حداقل یک پاسخ در سال گذشته که به طور مؤثر بخش بهداشت ‌عمومی و نیروهای قانونی را به هم مرتبط کرده باشد، یا یک تمرین یا شبیه­ سازی رسمی با مشارکت رهبری هر دو نهاد ذکر شده.

**اثر مطلوب:** توسعه و اجرای یک تفاهم­نامه یا چارچوب مشابه که نقشها، مسئولیتها و تجربه­های موفق را برای اشتراک اطلاعات مرتبط بین کارکنان مناسب بهداشت انسانی و دامی، اجرای قانون و دفاع مشخص می‌کند، و اعتبارسنجی این تفاهم نامه از طریق تمرین‌ها و شبیه­سازی‌های دوره­ای. کشورها سیستم‌های الگویی را توسعه و اجرا خواهند کرد تا بتوانند تحقیقات اپیدمیولوژیک و جنایی مشترک را برای شناسایی و پاسخ به حوادث عمدی بیولوژیکی، شیمیایی یا رادیولوژیکی انجام دهند و پشتیبانی کنند. این اقدامات با همکاری کشورهای عضو کنوانسیونهای سلاحهای بیولوژیکی و سمی، سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد (FAO)، آژانس بین المللی انرژی اتمی (IAEA)، سازمان بین­المللی پلیس جنایی (INTERPOL)، OIE، سازمان منع سلاحهای شیمیایی، مکانیسم دبیرکل سازمان ملل برای بررسی ادعای استفاده از سلاحهای شیمیایی و بیولوژیکی، سازمان جهانی بهداشت (WHO) و سایر سازمانهای منطقه­ای و بین­المللی مرتبط صورت خواهد گرفت.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R1.2. مقامات بهداشت‌ عمومی و امنیتی (مانند نیروهای انتظامی، مرزبانی، گمرک) در طول یک رویداد زیستی مشکوک یا تأییدشده مشارکت دارند.** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچگونه قانون، ارتباط، پروتکل، تفاهم­نامه یا موافقت­نامه‌ای بین مقامات بهداشت ‌عمومی، بهداشت دامی، ایمنی پرتویی، ایمنی شیمیایی و امنیت برای مقابله با تمام مخاطرات وجود ندارد. |  |
| سطح 2 | نقاط تماس و موارد اعلام اخطار و اشتراک اطلاعات بین مقامات بهداشت ‌عمومی، بهداشت حیوانی، ایمنی پرتویی، ایمنی شیمیایی و امنیت برای مقابله با تمام مخاطرات شناسایی و به اشتراک گذاشته شده‌اند. |  |
| سطح 3 | یک تفاهم­نامه یا موافقت­نامه‌ها/پروتکل‌ها که حداقل شامل نقش‌ها، مسئولیت‌ها، رویه‌های استاندارد عملیاتی و اطلاعات قابل اشتراک‌گذاری است، بین بهداشت‌ عمومی و مقامات ذی‌ربط در سطح کشور وجود دارد و به‌صورت رسمی برای مقابله با تمام مخاطرات پذیرفته شده است. |  |
| سطح 4 | حداقل یک پاسخگویی به وضعیت اضطراری بهداشت ‌عمومی یا تمرین در سال گذشته وجود داشته است و شامل اشتراک‌گذاری اطلاعات با مقامات امنیتی با استفاده از تفاهم­نامه رسمی یا سایر موافقت نامه‌ها/پروتکل‌های مرتبط با تمام مخاطرات بوده است. مقامات بهداشت‌ عمومی و امنیتی در یک برنامه آموزشی مشترک شرکت می‌کنند تا با مفاد تفاهم نامه یا سایر موافقت­نامه‌های مرتبط با تمام مخاطرات آشنا شده، آن‌ها را تمرین و نهادینه کنند. |  |
| سطح 5 | مقامات بهداشت‌ عمومی و امنیتی به‌صورت منظم و با استفاده از تفاهم­نامه رسمی یا موافقت نامه‌ها/پروتکل‌ها، گزارش‌ها، اطلاعات مربوط به رویدادهای مورد توجه مشترک را در سطوح ملی، استانی و محیطی بهداشت‌ عمومی مبادله می‌کنند. |  |

**سوالات فنی**

**R2.1. نهادهای بهداشت‌ عمومی و مقامات امنیتی (مانند اجرای قانون، مرزبانی، گمرک) در طول یک رویداد مشکوک یا تأییدشده بیولوژیک، شیمیایی یا رادیولوژیک با یکدیگر مرتبط هستند.**

1. آیا در سطح ملی تفاهم­نامه یا توافق‌نامه‌ای بین نهادهای بهداشت ‌عمومی و مقامات امنیتی وجود دارد؟
   * الف) اگر بله، کدام سازمان‌های امنیتی تحت پوشش این تفاهم­نامه یا توافق‌نامه قرار می‌گیرند؟ (نیروی انتظامی، مرزبانی، گمرک، بازرسی ایمنی مواد غذایی، ایمنی رادیولوژیک و ایمنی شیمیایی)
   * ب) اگر خیر، آیا تفاهم­نامه یا توافق‌نامه‌ای بین بهداشت‌ عمومی و بخش دیگری (مانند کشاورزی، دفاع، امور خارجه) وجود دارد که بتوان از آن به عنوان الگویی برای تسهیل اشتراک‌گذاری اطلاعات و همکاری در مواقع اضطراری استفاده کرد؟ آیا در سطوح استانی و/یا اولیه پاسخگویی بهداشت ‌عمومی، توافقنامه­هایی بین بهداشت‌ عمومی و مقامات امنیتی وجود دارد؟
2. آیا آموزش‌های مشترکی (در سطح استانی یا ملی) برای مقامات بهداشت‌عمومی و امنیتی در زمینه‌های مرتبط با اشتراک‌گذاری اطلاعات و تحقیقات/پاسخ‌های مشترک برگزار شده است؟
3. آیا رویه‌های استاندارد عملیاتی (SOP) یا توافق‌هایی برای هماهنگی پاسخ مشترک به موارد اضطراری بهداشت‌ عمومی و سایر موارد در اماکن رسمی مانند مبادی ورزی (PoE) وجود دارد که در آن‌ها هم بهداشت‌ عمومی و هم مقامات امنیتی مسئولیت‌های ایمنی و امنیت سلامت را بر عهده دارند؟
4. آیا SOPها یا توافق‌هایی برای ارزیابی خطر مشترک در رویدادهای با اهمیت بهداشت ‌عمومی و امنیتی وجود دارد؟
5. آیا قوانینی وجود دارد که به دولت اجازه دهد فردی را که خطری برای بهداشت ‌عمومی محسوب می‌شود، بازداشت یا قرنطینه کند؟
6. رویدادهای بالقوه بیولوژیک، شیمیایی و رادیولوژیک احتمالا عمدی، چگونه در کشور شناسایی می‌شوند؟ هرگونه برنامه‌ای که برای پاسخ به این رویدادها تدوین شده است را ذکر کنید.
7. آیا مکانیسمی عملی برای همکاری و تبادل اطلاعات به‌موقع و نظام‌مند بین بهداشت‌ عمومی و سازمان‌های اجرای قانون در موارد عمدی و/یا غیرعمدی وجود دارد؟
8. آیا کارشناسان سلامت عمومی در پاسخ به حوادث مرتبط با کنوانسیون تسلیحات زیستی و سمی مشارکت دارند؟ آیا کشور در سال گذشته در تمرین، شبیه‌سازی یا پاسخی مشارکت داشته که رهبری آن بر عهده هر دو نهاد بهداشت‌ عمومی و امنیتی بوده است؟
   * الف) اگر بله، این تمرین، شبیه‌سازی یا پاسخ را شرح دهید.
   * ب) هرگونه اقدام اصلاحی که برای بهبود هماهنگی بین سازمان بهداشت‌ عمومی و مقامات امنیتی توصیه شده است را توضیح دهید.
9. آیا گزارش‌ها به‌طور منظم بین بهداشت ‌عمومی و مقامات امنیتی در کشور به اشتراک گذاشته می‌شود؟ آیا مکانیسمی برای تسهیل و تقویت گزارش‌دهی منظم وجود دارد؟
   * الف) چه نوع گزارش‌هایی به‌طور منظم از نهادهای بهداشت‌ عمومی به مقامات امنیتی ارسال می‌شود؟
   * ب. چه نوع گزارش‌هایی به‌صورت منظم از سوی مراجع امنیتی به نظام سلامت عمومی ارائه می‌شود؟
   * ج. گزارش‌های اطلاعاتی با چه فراوانی به اشتراک گذاشته می‌شوند؟
10. آیا یک برنامه آموزشی مشترک ویژه کشور برای آموزش نهادهای سلامت عمومی و اجرای قانون در زمینه تحقیقات مشترک وجود دارد؟
11. ارتباط دولت با اینترپل را شرح دهید. کدام وزارتخانه مسئول تعامل با اینترپل است؟

**مستندات یا مدارک برای سطح توانمندی:**

* رویه­های اجرایی استاندارد (SOPs) یا برنامه‌های واکنش به شرایط اضطراری که شامل مراجع امنیتی می‌شوند؛
* گزارش‌های اطلاعاتی که به‌صورت منظم با مراجع امنیتی به‌اشتراک گذاشته می‌شوند.

**مراجع**

* WHO-OIE operational framework for good governance at the human-animal interface: Bridging WHO and OIE tools for the assessment of national capacities. WHO and OIE; 2014 ([https://www.who.int/publications/i/item/who-oie-operational-framework-for-good-](https://www.who.int/publications/i/item/who-oie-operational-framework-for-good-governance-at-the-human-animal-interface) [governance-at-the-human-animal-interface](https://www.who.int/publications/i/item/who-oie-operational-framework-for-good-governance-at-the-human-animal-interface), accessed 2 March 2022).
* Terrestrial animal health code. Chapter 3.4 Veterinary legislation. World Organisation for Animal Health; 2016 ([https://www.woah.org/fileadmin/Home/eng/Health\_standards/](https://www.woah.org/fileadmin/Home/eng/Health_standards/tahc/2016/en_chapitre_vet_legislation.htm) [tahc/2016/en\_chapitre\_vet\_legislation.htm](https://www.woah.org/fileadmin/Home/eng/Health_standards/tahc/2016/en_chapitre_vet_legislation.htm), accessed 2 March 2022).
* Convention on the prohibition of the development, production, stockpiling and use of chemical weapons and on their destruction. The Hague: Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons (<https://www.opcw.org/fileadmin/OPCW/CWC/CWC_en.pdf>, accessed 2 March 2022).
* Treaty on the non-proliferation of nuclear weapons. IAEA [information circular] INFCIRC/140,22 April 1970 (<https://www.iaea.org/sites/default/files/publications/documents/infcircs/1970/infcirc140.pdf>, accessed 2 March 2022).

## R3. ارائه خدمات بهداشتی

**اهداف: ایجاد نظام­های سلامت ملی** تاب­آور **و مقاوم** برای کمک به کشورها در **پیشگیری، شناسایی، پاسخ و بهبود** پس از رویدادهای سلامت عمومی؛ به‌گونه‌ای که عملکردهای حیاتی نظام سلامت از جمله **تداوم ارائه خدمات سلامت ضروری در تمامی سطوح** حفظ شود. به‌ویژه در شرایط اضطراری، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای مدیریت موارد مرتبط با رویداد و همچنین خدمات معمول بهداشتی به یک اندازه اهمیت دارند. علاوه بر این، اطمینان از حداقل اختلال در استفاده از خدمات سلامت قبل، حین و پس از شرایط اضطراری و در بسترهای مختلف درون یک کشور نیز جنبه‌ای حیاتی از یک نظام سلامت تاب‌آور محسوب می‌شود.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:**

1. شواهدی از اجرای شیوه­نامه‌های مدیریت بالینی برای رویدادهای ناشی از تهدیدات تحت پوشش مقررات بهداشت بین‌المللی (IHR).

2. سودمند بودن و استفاده بهینه از خدمات سلامت، حتی در شرایط اضطراری

3. تضمین تداوم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اساسی در شرایط اضطراری.

**اثر مطلوب:** نظام‌های سلامت تاب‌آوری که قادر به ارئه خدمات مراقبت‌های بالینی مرتبط با شرایط اضطراری و خدمت­رسانی بهینه بهداشتی و در عین حال **عملکردهای اساسی نظام سلامت** مانند ارائه خدمات ضروری را در زمان بحران نیز **تداوم بخشد**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سطح | R3.1. مدیریت موارد | یک سطح انتخاب شود |
| سطح 1 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار[[107]](#footnote-107)موجود نیستند یا در حال تدوین هستند. |  |
| سطح 2 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار تدوین شده‌اند اما در حال اجرا نیستند.[[108]](#footnote-108) |  |
| سطح 3 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار تدوین شده‌اند و در سطح ملی در حال اجرا هستند. |  |
| سطح 4 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار تدوین شده‌اند و در سطوح ملی و استانی در حال اجرا هستند. |  |
| سطح 5 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار در تمام سطوح اجرا می‌شوند و به طور منظم (در صورت لزوم) تمرین، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی می‌گردند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سطح | R3.2. به کارگیری خدمات سلامت[[109]](#footnote-109) | یک سطح انتخاب شود |
| سطح 1 | سطح بسیار پایین استفاده از خدمات (تعداد مراجعات به بخش سرپایی کمتر از یک مراجعه به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) |  |
| سطح 2 | سطح پایین استفاده از خدمات (تعداد مراجعات به بخش سرپایی 2˂X≤1 مراجعه به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) |  |
| سطح 3 | سطح رضایت‌بخش استفاده از خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی سطح سوم (تخصصی/فوق‌تخصص) در مقیاس ملی (تعداد مراجعات به بخش سرپایی2≤ مراجعه یا بیشتر به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) وجود دارد. |  |
| سطح 4 | سطح قوی بهره‌برداری از خدمات در تمامی مراکز بهداشتی-درمانی سطح دوم و سوم در سطوح استانی و ملی و در بافت‌های جغرافیایی مختلف (تعداد مراجعات به بخش سرپایی ۳≤ مراجعه یا بیشتر به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) وجود دارد. |  |
| سطح 5 | سطح قوی بهره‌برداری از خدمات در تمامی مراکز بهداشتی-درمانی سطح اول، دوم و سوم در سطوح ملی، استانی و محیطی بهداشت ‌عمومی و در بافت‌های جغرافیایی مختلف (تعداد مراجعات به بخش سرپایی ۳≤ مراجعه یا بیشتر به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) وجود دارد و اطلاعات مربوط به بهره‌برداری از خدمات به‌طور منظم مورد بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی قرار می‌گیرد تا مبنای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی قرار گیرد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سطح | R3.3. تداوم خدمات بهداشتی ضروری (EHS) | یک سطح انتخاب شود |
| سطح 1 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS) تعریف نشده است و هیچ برنامه یا دستورالعملی برای تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری وجود ندارد. |  |
| سطح 2 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS) تعریف شده است، اما برنامه‌ها/دستورالعمل‌های مربوط به تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری تدوین نشده است. |  |
| سطح 3 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS) و برنامه‌ها/دستورالعمل‌های تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری تدوین شده است و مکانیسم‌های نظارت بر تداوم خدمات در سطح ملی وجود دارد. |  |
| سطح 4 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS) و برنامه‌ها/دستورالعمل‌های تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری تدوین شده است و مکانیسم‌های نظارت بر تداوم خدمات در سطح ملی و استانی وجود دارد. |  |
| سطح 5 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS)، برنامه‌ها/دستورالعمل‌های تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری، و مکانیسم‌های نظارت بر تداوم خدمات مبتنی بر دستورالعمل‌های موجود تعریف شده و در سطوح ملی، استانی و محیطی نظام سلامت عمومی فعال هستند. این برنامه‌ها اجرا، بازبینی، ارزیابی و به­روزرسانی می­شوند و بهبودهای حاصل از تمرینهای شبیه­سازی شده و درس آموخته‌های رویدادهای واقعی (مانند گزارشهای بین ارزیابی (IARs) یا گزارشهای پس از اقدام (AARs)) در آنها اعمال شده است. |  |

**سوالات زمینه­ای**

1. آیا برنامه بخش سلامت و برنامه‌های ملی آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری (یا معادل آن‌ها) به صورت صریح تداوم EHS (از جمله خدمات جمعیت‌محور) را در طول شرایط اضطراری در نظر گرفته‌اند؟
2. آیا اخیراً ارزیابی‌هایی از مراکز بهداشتی-درمانی (یا معادل آن) انجام شده است و در چه زمانی صورت گرفته‌اند؟
3. آیا ابزار استراتژیک برای ارزیابی ریسک‌ها، یا تحلیل آسیب‌پذیری و نقشه‌برداری ریسک جهت تهیه فهرست اولویت‌بندی شده موقعیت بحرانی انجام و استفاده شده است؟
4. آیا سازوکار یکپارچه یا هماهنگی وجود دارد که اطمینان حاصل کند نظام اطلاعات سلامت (شامل داده‌های پایش بیماری‌ها، ارائه خدمات و میزان استفاده از خدمات) به‌گونه‌ای طراحی شده است که جریان داده‌ها و گزارش‌دهی با کیفیت و منظم از سطح مراکز درمانی (اعم از دولتی و خصوصی) تا سطح ملی انجام شود، به‌طوری‌که سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌های مؤثر در حوزه سلامت را پشتیبانی کند؟

**سوالات فنی**

**R3.1. مدیریت موارد**

1. آیا دستورالعمل‌های ملی بالینی که خیراً توسعه یا به‌روزرسانی شده‌ باشد، برای مدیریت موارد وجود دارد؟

الف. آخرین بار چه زمانی به‌روزرسانی شده یا توسعه یافته‌اند؟

ب. محدوده این دستورالعمل‌ها چیست؟ – آیا برخی یا تمام شرایط اولویت‌دار ملی را پوشش می‌دهند؟ آیا تمام مخاطرات مطابق با IHR (2005) را شامل می‌شوند؟

1. این برنامه‌ها/دستورالعمل‌ها در کدام سطوح ارائه خدمات سلامت (ملی، استانی و محیطی) موجود است؟
2. آیا خدمات سلامت ویژه مدیریت موارد در مراکز درمانی سطح ملی (مانند بیمارستان‌های سطح سوم و/یا چهارم) موجود است؟  
   الف. آیا این موارد در سیاست/برنامه‌ریزی مرتبط (مانند بسته خدمات ضروری، برنامه استراتژیک بخش سلامت، برنامه‌ریزی منابع سازمانی یا موارد مشابه) مستند شده‌اند؟

ب. آیا نقشه‌برداری از منابع مورد نیاز (و موجود) برای مدیریت موارد شرایط اضطراری اولویت‌دار در سطوح مختلف (ملی، استانی و مراکز درمانی) انجام شده است؟

1. آیا پروتکل‌های ارجاع مدیریت موارد برای هر سطح از ارائه خدمات وجود دارد؟

الف. آیا این موارد در دستورالعمل‌های ملی مدیریت موارد گنجانده شده‌اند؟

ب. آیا این پروتکل‌ها برای مراکز سلامت و کارکنان آن‌ها (از جمله آموزش) در هر سطح از مراقبت در دسترس می­باشد؟

ج. آیا فکر می‌کنید این سیستم‌های ارجاع به درستی عمل می­کنند؟

* + آیا الزامات لازم برای عملکرد سیستم ارجاع (مانند لجستیک، حمل‌ونقل، منابع، ارتباطات، تأمین مالی) فراهم هستند؟
  + آیا عملکرد این پروتکل‌ها به‌صورت روتین از طریق تمرین‌های شبیه‌سازی شده (SimEx) آزمایش می‌شود؟

1. آیا این خدمات در مراکز درمانی سطح منطقه‌ای/ناحیه‌ای (ثانویه) نیز موجود است؟
2. آیا این خدمات در مراکز درمانی سطح اولیه (مراکز بهداشت، خانه‌های سلامت، درمانگاه‌های شهری و روستایی) نیز در دسترس هستند؟

**R3.2. بهره‌برداری از خدمات سلامت ضروری (EHS)**

1. آیا یک مرجع مسئول و مکانیسم عملکردی اختصاصی برای نظارت بر عملکرد نظام‌های سلامت، از جمله استفاده از خدمات در شرایط اضطراری و غیراضطراری وجود دارد؟

الف. آیا سیستمی برای ارزیابی، ردیابی و نظارت بر اعتماد عمومی به نظام سلامت (مانند مداخلات سلامت عمومی) به‌منظور اطلاع‌رسانی برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا وجود دارد؟

ب. در شرایط اضطراری، چگونه از این داده‌ها برای نظارت بر اختلالات در ارائه خدمات ضروری استفاده می‌شود و چگونه این داده‌ها به تلاش‌های پاسخ‌دهی و برنامه‌ریزی‌های دیگر کمک می‌کنند؟

1. آیا سیستم اطلاعات مدیریت سلامت معمول/نرم‌افزار اطلاعات سلامت منطقه‌ای یا سایر سیستم‌های مدیریت اطلاعات سلامت موجود، بهره‌برداری از خدمات را پایش می‌کنند؟

الف. این داده‌ها چگونه تحلیل و به مراجع ملی یا استانی مسئول و سیاست‌گذاران گزارش می‌شوند؟

ب. این داده‌ها چگونه تفکیک می‌شوند؟ (جغرافیایی، جنسیتی، درآمدی، حوزه تحت پوشش، شهری/روستایی، مراکز خصوصی/دولتی و غیره)

1. آیا یک سیستم سنجش ملی برای تأسیسات/ارائه‌دهندگان خدمات یا سایر سیستم‌های ارزیابی بیرونی ملی برای تضمین کیفیت خدمات و اعتماد عمومی جهت تداوم بهره‌برداری از خدمات در شرایط اضطراری وجود دارد؟

الف. آیا سیستمی (مانند مجموعه‌ای از استانداردهای ملی، مرجع اختصاصی، بودجه، قوانین) برای صدور مجوز و اعتباربندی مراکز بهداشتی از جمله ارائه‌دهندگان خدمات خصوصی وجود دارد؟

**R3.3. تداوم خدمات سلامت ضروری (EHS)**

1. آیا یک بسته ضروری خدمات (یا معادل آن) در سطح ملی تعریف شده و در دسترس است؟

الف. کدام خدمات به‌عنوان EHS تعیین شده‌اند؟

1. آیا برنامه بخش سلامت و برنامه‌های ملی آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری (یا معادل آن‌ها) به‌صورت صریح تداوم EHS (از جمله خدمات مبتنی بر جمعیت) را در شرایط اضطراری در نظر گرفته‌اند؟
2. آیا یک برنامه/راهنما برای تداوم خدمات سلامت ضروری یا بخش اختصاصی در سایر برنامه‌های عملیات/مدیریت اضطراری وجود دارد؟  
   الف. از چه راهکارهایی برای تضمین دسترسی به مراقبت برای جمعیت‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر استفاده می‌شود؟  
   ب. آیا برنامه پاسخ، به پیامدهای ناخواسته و ناعادلانه اقدامات سیاستی (مانند تعطیلی‌ها، محدودیت‌های تردد) را، به‌ویژه برای گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر (مانند خشونت مبتنی بر جنسیت و خشونت خانگی)، یکپارچه کرده است؟
3. آیا یک برنامه عملیاتی مرکز فرماندهی اضطراری (EOC) (یا معادل آن)، اقتباس‌شده از برنامه آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری، در زمان‌های اضطراری فعال می‌شود؟

الف. آیا برای نظارت و اجرای آن، بودجه و منابع (خط بودجه مشخص، عملکرد مسئول، ساختار/مکانیسم) در نظر گرفته شده است؟  
ب. آیا برنامه و پروتکل EOC و فعال‌سازی آن به‌صورت صریح به نمایندگی و مشارکت نقاط کانونی نظام‌های سلامت اشاره دارد تا نظارت، بودجه‌ریزی و پایش EHS را تضمین کند؟

1. چه سیستم‌هایی برای تضمین پایش مستمر تداوم EHS به‌صورت معمول و در شرایط اضطراری وجود دارد؟  
   الف. آیا این مکانیسم‌ها در برنامه‌ها/راهنماهای تداوم خدمات شناسایی و مستند شده‌اند؟
2. هرچند وقت یکبار عملکرد برنامه‌ها/راهنماها و سیستم‌های موجود از طریق تمرین‌های شبیه‌سازی (SimExs) و بررسی‌های پس از رویداد، آزمایش و بازنگری می‌شود؟

الف. آیا این فعالیت‌ها در سطوح ملی، استانی و محیطی سلامت عمومی انجام می‌شود؟

ب. چگونه مشارکت چندبخشی و چندرشته‌ای با حضور تمام ذینفعان مربوطه در طول SimExs و بررسی‌های پس از رویداد تضمین می‌شود؟

پ. چگونه یافته‌های حاصل از این تمرین‌ها و بررسی‌های پس از رویداد، فرآیند بهبود از جمله بازنگری و به‌روزرسانی برنامه‌ها را هدایت می‌کنند؟

## R4. پیشگیری و کنترل عفونت

ا**هداف:** ایجاد برنامه‌های قوی و مؤثر پیشگیری و کنترل عفونت (IPC) به‌گونه‌ای که امکان ارائه ایمن خدمات بهداشتی و خدمات ضروری را فراهم کند و از بروز و گسترش عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (HCAIs) پیشگیری نماید. در گام نخست، ضروری است که حداقل الزامات IPC در سطح ملی و مراکز درمانی برقرار شود و سپس به‌تدریج به سمت تحقق کامل تمامی الزامات مطابق با توصیه‌های مؤلفه‌های اصلی IPC سازمان جهانی بهداشت حرکت کرد.

شاخص‌های اندازه گیری:

1. راهبرد ملی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت تدوین و ابلاغ شده است
2. اجرای برنامه‌های ملی پیشگیری و کنترل عفونت، همراه با پایش و گزارش‌دهی عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (HCAIs).
3. استانداردهای ملی و منابع لازم برای مراکز درمانی ایمن ایجاد شده است.

**اثر مطلوب :** پیشگیری از عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (HCAIs) و جلوگیری از ظهور و گسترش مقاومت ضد میکروبی (AMR)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R4.1. برنامه‌های IPC** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | یک برنامه‌ی ملی فعال[[110]](#footnote-110) [[111]](#footnote-111) نظارت و پیشگیری از عفونت (IPC) یا طرح عملیاتی مطابق با حداقل الزامات سازمان جهانی بهداشت[[112]](#footnote-112) (WHO) موجود نیست یا در حال توسعه است. |  |
| سطح 2 | یک برنامه یا طرح عملیاتی ملی فعال برای کنترل عفونت (IPC) مطابق با حداقل الزامات سازمان جهانی بهداشت وجود دارد، اما به­طور کامل اجرا نشده است. راهنماها/استانداردهای ملی IPC تدوین شده‌اند، اما به طور کامل پیاده‌سازی نشده­اند. |  |
| سطح 3 | یک برنامه ملی فعال IPC وجود دارد و یک طرح عملیاتی ملی IPC مطابق با حداقل الزامات WHO در دسترس است که شامل نقش IPC در طغیان بیماریها و همه گیریها می­شود. راهنماها/استانداردهای ملی IPC برای مراقبتهای بهداشتی تدوین و توزیع شده‌اند. برخی از مراکز بهداشتی، راهنماها را با استفاده از راهبردهای چندوجهی[[113]](#footnote-113) (مانند آموزش کارکنان بهداشتی، پایش و بازخورد) اجرا می­کنند. |  |
| سطح 4 | یک برنامه ملی فعال IPC مطابق با دستورالعمل‌های مؤلفه‌های اصلی IPC سازمان جهانی بهداشت[[114]](#footnote-114) وجود دارد و اجرای طرح عملیاتی ملی IPC و راهنماها را در سطح کشور با استفاده از راهبردهای چندوجهی (شامل آموزش کارکنان بهداشتی و نظام پایش و بازخورد) رهبری می‌کند. برنامه ملی IPC به طور فعال در برنامه‌ریزی برای طغیان بیماریها و همه­گیری‌ها در نظام بهداشتی مشارکت دارد. بیش از ۷۵٪ مراکز بهداشتی، حداقل الزامات WHO را برای برنامه‌های IPC، راهنماها، آموزش و پایش/بازخورد رعایت می­کنند. |  |
| سطح 5 | برنامه‌های IPC در سطح ملی و مراکز بهداشتی مطابق با مؤلفه‌های اصلی IPC سازمان جهانی بهداشت طراحی و اجرا شد­ه­اند و انطباق و اثربخشی آنها (در صورت لزوم) بررسی، ارزیابی و منتشر شده یا در دسترس قرار گرفته است. طرحها و راهنماها به طور منظم بر اساس پایش و بازخورد به روزرسانی می­شوند. برنامه‌های IPC در سطوح ملی، استانی و محلی به­طور فعال هماهنگ شده و در برنامه­ریزی برای طغیان بیماریها و همه گیریها در نظام بهداشتی مشارکت دارند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R4.2. مراقبت HCAI** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | هیچ برنامه ملی پایش عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت (HCAIs) یا برنامه استراتژیک ملی برای پایش این عفونت‌ها، شامل پاتوژن‌های مقاوم به داروهای ضد‌میکروبی و/یا مستعد همه‌گیری، وجود ندارد یا در دست تدوین نیست. |  |
| سطح 2 | یک برنامه استراتژیک ملی برای پایش عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت (شامل پاتوژن‌های مقاوم به داروهای ضد‌میکروبی و/یا مستعد همه‌گیری) وجود دارد، اما اجرایی نشده است. |  |
| سطح 3 | یک برنامه استراتژیک ملی برای پایش عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت (شامل پاتوژن‌های مقاوم به داروهای ضد‌میکروبی و/یا مستعد همه‌گیری) وجود دارد و از طریق یک برنامه و سیستم ملی برای جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و بازخورد اجرا می‌شود. برخی از مراکز بهداشتی-درمانی سطح دوم و سوم با توان ایجاد همه­گیری و پاندمی عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت (مطابق با تعاریف فوق) را انجام داده و بازخوردهای به‌موقع و منظمی به مدیریت ارشد و کارکنان سلامت ارائه می‌دهند. |  |
| سطح 4 | یک برنامه استراتژیک ملی برای پایش عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت (شامل پاتوژن‌های مقاوم به داروهای ضد‌میکروبی و/یا با توان ایجاد همه گیری و پاندمی ) وجود دارد و در تمامی مراکز بهداشتی-درمانی سطح دوم و سوم در سطح کشور، مطابق با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در مورد مؤلفه‌های اصلی پیشگیری و کنترل عفونت (IPC)، از طریق یک سیستم ملی اجرا می‌شود. گزارش‌های منظم برای ارائه بازخورد در دسترس هستند. |  |
| سطح 5 | یک برنامه استراتژیک ملی برای پایش عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت (شامل پاتوژن‌های مقاوم به داروهای ضد‌میکروبی و/یا مستعد همه‌گیری) وجود دارد و در تمامی مراکز بهداشتی-درمانی سطح دوم و سوم در سطح کشور، مطابق با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در مورد مؤلفه‌های اصلی پیشگیری و کنترل عفونت (IPC)، از طریق یک برنامه و سیستم ملی اجرا می‌شود. داده‌ها به‌صورت مستمر و به‌موقع به اشتراک گذاشته شده و برای اطلاع‌رسانی اقدامات پیشگیرانه مورد استفاده قرار می‌گیرند. کیفیت و تأثیر سیستم به‌طور منظم ارزیابی شده و اقدامات بهبودی متناسب با آن انجام می‌شود. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R4.3. محیط امن در مراکز بهداشتی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | استانداردها و منابع ملی برای محیط ایمن[[115]](#footnote-115) (مانند آب، بهداشت و سلامت (WASH)، غربالگری، مناطق ایزوله و خدمات استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی-درمانی[[116]](#footnote-116)) شامل زیرساخت‌های مناسب، مواد و تجهیزات برای پیشگیری و کنترل عفونت (IPC)، و همچنین استانداردهای کاهش ازدحام و بهینه‌سازی سطح نیروی انسانی در مراکز بهداشتی-درمانی، موجود نیست یا در حال تدوین است. |  |
| سطح 2 | استانداردها و منابع ملی برای محیط ایمن (مانند WASH، غربالگری، مناطق ایزوله و خدمات استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی-درمانی) شامل زیرساخت‌های مناسب، مواد و تجهیزات برای IPC، و همچنین استانداردهای کاهش ازدحام و بهینه‌سازی سطح نیروی انسانی در مراکز بهداشتی-درمانی، مطابق با حداقل الزامات سازمان جهانی بهداشت (WHO) وجود دارد، اما از طریق یک برنامه ملی به‌طور کامل اجرایی نشده‌اند. |  |
| سطح 3 | استانداردها و منابع ملی برای محیط ایمن (مانند WASH، غربالگری، مناطق ایزوله و خدمات استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی-درمانی) شامل زیرساخت‌های مناسب، مواد و تجهیزات برای IPC، و همچنین استانداردهای کاهش ازدحام و بهینه‌سازی سطح نیروی انسانی در مراکز بهداشتی-درمانی، مطابق با حداقل الزامات WHO وجود دارد و در برخی مراکز بهداشتی-درمانی در سطح ملی مطابق با برنامه ملی اجرا شده‌ است. |  |
| سطح 4 | استانداردها و منابع ملی برای محیط ایمن (مانند WASH، غربالگری، مناطق ایزوله و خدمات استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی-درمانی) شامل زیرساخت‌های مناسب، مواد و تجهیزات برای IPC، و همچنین استانداردهای کاهش ازدحام و بهینه‌سازی سطح نیروی انسانی در مراکز بهداشتی-درمانی، مطابق با حداقل الزامات WHO در سطح ملی و استانی (استانی/منطقه‌ای) مطابق با برنامه ملی اجرا شده‌اند. |  |
| سطح 5 | استانداردها و منابع ملی برای محیط ایمن (مانند WASH، غربالگری، مناطق ایزوله و خدمات استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی-درمانی) شامل زیرساخت‌های مناسب، مواد و تجهیزات برای IPC، و همچنین استانداردهای کاهش ازدحام و بهینه‌سازی سطح نیروی انسانی در مراکز بهداشتی-درمانی، مطابق با حداقل الزامات WHO در سطح ملی و استانی (استانی/منطقه‌ای) مطابق با برنامه ملی اجرا شده‌اند و به‌صورت منظم (در صورت لزوم) تمرین، پایش می‌شوند و اقدامات بهبودی متناسب انجام می‌گیرد. |  |

**R4.1. برنامه‌های IPC**

1. آیا برنامه‌ی ملی برای پیشگیری و کنترل عفونت (IPC) در مراکز بهداشتی-درمانی وجود دارد؟ این برنامه هر چند وقت یک‌بار به‌روزرسانی و بازبینی می‌شود؟
2. چه تعداد از مراکز بهداشتی-درمانی برنامه‌های محلی IPC را تدوین کرده‌اند؟ آیا این برنامه‌ها مبتنی بر شواهد هستند؟ آیا یافته‌های حاصل از پایش و ارزیابی اقدامات IPC در تدوین برنامه‌های IPC مورد استفاده قرار گرفته‌اند؟
3. کدام یک از مؤلفه‌های اصلی برنامه‌های IPC در برنامه‌های ملی و سطح مراکز بهداشتی-درمانی گنجانده شده‌اند؟  
   الف. آیا برنامه‌های IPC شامل دستورالعمل‌ها و شیوه نامه هایی برای اقدامات احتیاطی استاندارد و مبتنی بر راه‌های انتقال هستند؟ اگر نه، این موارد در کجا مورد توجه قرار گرفته‌اند؟
4. آیا تمام بیمارستان‌ها دستورالعمل‌های IPC را همراه با پایش روتین و ارائه بازخورد در مورد عملکردهای بهداشتی-درمانی مطابق با استانداردهای IPC اجرا می‌کنند؟ آیا در سطح مرکز، یک تیم IPC یا فوکال پوینت فعال وجود دارد؟
5. آیا تمام برنامه‌های درسی آموزش حرفه‌ای بهداشت و درمان پیش از خدمت، ماژولی مربوط به IPC را شامل می‌شوند؟
6. آیا در تمام مراکز مراقبت‌های ویژه سطح دوم و سوم، فوکال پوینت آموزش‌دیده‌ای IPC تعیین شده‌اند؟
7. آیا میزان رعایت بهداشت دست در سطح ملی اندازه‌گیری می‌شود و بازخورد به‌صورت روتین ارائه می‌گردد؟ آیا پایشی برای اطمینان از تأمین تجهیزات پیشگیرانه و محلول‌های الکلی ضدعفونی‌کننده‌ی دست وجود دارد؟
8. چه سیستم‌هایی در سطح ملی یا استانی برای پایش منظم عملکردهای بهداشتی-درمانی مطابق با معیارهای استاندارد IPC و انتشار نتایج وجود دارند؟
9. آیا برنامه‌ی ملی مراقبت ( سورویلانس) برای عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (HAIs) وجود دارد؟ چگونه داده‌های مربوط به HAIs در سیاست‌گذاری برای پیشگیری از مقاومت ضد میکروبی مورد استفاده قرار می‌گیرند؟

**R4.2. نظارت HCAI**

1. آیا برنامه ملی پایش عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت (HCAI) توسط دولت و مقامات ملی تدوین و حمایت (شامل حمایت مالی) شده است؟
2. آیا یک سیستم ملی برای پایش HCAI به منظور حمایت از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و بازخورد وجود دارد؟ آیا یافته‌های HCAI برای اطلاع‌رسانی به مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت (HCFs) و برنامه‌های اقدام ملی استفاده می‌شود؟
3. آیا برنامه ملی پایش HCAI توسط پرسنل آموزش‌دیده پشتیبانی می‌شود؟
4. آیا از تعاریف استاندارد و روش‌های مناسب برای انجام پایش HCAI استفاده می‌شود؟
5. آیا پشتیبانی آزمایشگاهی با کیفیت مناسب برای حمایت از پایش HCAI وجود دارد؟
6. آیا برنامه ملی پایش HCAI از داده‌ها برای ارائه بازخورد و اطلاع‌رسانی در جهت بازبینی و به‌روزرسانی منظم برنامه‌ها استفاده می‌کند؟
7. آیا کنترل کیفیت و ارزیابی برنامه پایش HCAI انجام می‌شود؟
8. چند بیمارستان (درصدی از کل بیمارستان‌ها) قادر به انجام پایش HCAI از جمله عفونت‌های ناشی از پاتوژن‌های مقاوم به داروهای ضد‌میکروبی در انسان هستند (یا خواهند بود)؟
9. آیا برنامه پایش HCAI ارتباطی با سایر سیستم‌های پایش، سیستم‌های اطلاعات سلامت و شبکه‌های ملی دارد؟

**R4.3. محیط امن در مراکز بهداشتی**

1. آیا استانداردها، دستورالعمل‌ها یا رویه‌های مربوط به محیط ایمن در مراکز بهداشتی-درمانی به تمامی این مراکز ابلاغ شده است؟
2. آیا تمام مراکز بهداشتی-درمانی به آب سالم دسترسی دارند؟ چه میزان پیشرفت در جهت تضمین دسترسی به امکانات آب، بهداشت و سلامت (WASH) در مراکز بهداشتی-درمانی و جوامع محلی حاصل شده است؟
3. آیا ارزیابی آب، بهداشت و سلامت (WASH) در ارزیابی‌های ایمنی و عملکرد مراکز بهداشتی-درمانی برای شرایط اضطراری گنجانده شده است؟
4. آیا تمام مراکز بهداشتی-درمانی به آب سالم دسترسی دارند؟ چه میزان پیشرفت در جهت تضمین دسترسی به امکانات آب، بهداشت و سلامت (WASH) در مراکز بهداشتی-درمانی و جوامع محلی حاصل شده است؟
5. آیا تمام مراکز بهداشتی-درمانی دارای بخش‌های ایزوله هستند؟
6. آیا تمام مراکز بهداشتی-درمانی خدمات استریلیزاسیون دارند؟
7. آیا برنامه‌ای در سطح ملی، استانی یا مرکز بهداشتی-درمانی برای آموزش مداوم حرفه‌ای کارکنان بهداشت و درمان وجود دارد که اصول راهنمای کلیدی برای محیط ایمن در مراکز بهداشتی-درمانی را شامل شود؟
8. آیا آموزش مداوم حرفه‌ای شامل موارد زیر است:

الف. آب، بهداشت و سلامت (WASH) در مراکز بهداشتی-درمانی؟

ب. ایزوله کردن بیماران در مراکز بهداشتی-درمانی؟

ج. خدمات استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی-درمانی؟

**مراجع:**

* Guidelines on core components of IPC programmes at the national and acute health care facility. Geneva: World Health Organization; 2016 ([https://apps.who.int/iris/](https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730) [handle/10665/251730](https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730), accessed 2 March 2022).
* WHO minimum requirements for IPC programmes for more information: [https://www.who.](https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945) [int/publications/i/item/9789241516945](https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945), accessed 2 March 2022.
* Essential environmental health standards in health care. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547239>, accessed 2 March 2022).

## R5. برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی

**هدف**: دولت‌های عضو از ظرفیت‌های چندسطحی، چندبخشی و چندوجهی ارتباطات خطر و مشارکت جامعه (RCCE) برای مقابله با شرایط اضطراری سلامت عمومی استفاده ‌کنند. تبادل اطلاعات، توصیه‌ها و نظرات به‌صورت فوری در طول رویدادهای غیرمعمول و پیش‌بینی نشده و شرایط اضطراری، به‌منظور اتخاذ تصمیمات آگاهانه برای کاهش پیامد تهدیدات و انجام اقدامات محافظتی و پیشگیرانه، ضروری است. این امر شامل ترکیبی از راهبردهای ارتباطی و مشارکتی، از جمله ارتباطات رسانه‌ای و فضای مجازی، کمپین‌های آگاهی‌بخش عمومی، ترویج سلامت، بسیج اجتماعی، مشارکت ذی‌نفعان، مشارکت جامعه و مدیریت اطلاعات نادرست(انفودمیک) می‌شود.

شاخص­های اندازه­گیری:

1. برنامه‌ها، هماهنگی‌ها و سازوکارهای رسمی برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی (RCCE) دولت، از جمله مکانیسم‌های هماهنگی، استقرار یافته‌اند.
2. شواهدی دال بر عملکرد کارآمد و اثربخش ارتباطات عمومی، از جمله جنبه‌های مرتبط با مدیریت اطلاعات نادرست(اینفودمی)، و همچنین مشارکت سیستماتیک واحدهای ارتباطات خطر با جمعیت‌ها در سطح جامعه در شرایط اضطراری وجود دارد.
3. وجود برنامه‌های رسمی مدیریت اینفودمی، همراه با ترتیبات و سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات درباره برداشت‌ها، رفتارهای پرخطر و اطلاعات نادرست به منظور تحلیل نگرانی‌ها و ترس‌های عمومی.

**اثر مطلوب :** نهادهای مسئول به طور فعال به نگرانی‌های عمومی گوش داده، پاسخ داده و از طریق رسانه‌ها، فضای مجازی، کمپینهای آگاه­سازی عمومی، ترویج سلامت، بسیج اجتماعی و مشارکت ذینفعان، با جامعه به طور مؤثر تعامل و ارتباط برقرار می­کنند. نتیجه مطلوب ارتباطات مؤثر خطر، کاهش اثرات منفی بالقوه مخاطرات سلامت قبل، حین و پس از شرایط اضطراری سلامت عمومی یا رویدادهای غیرمعمول می­باشد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R5.1. سیستم RCCE برای مواقع اضطراری** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | مکانیسم‌های[[117]](#footnote-117) مربوط به عملکردها[[118]](#footnote-118)و منابع[[119]](#footnote-119) ارتباطات خطر و مشارکت جامعه (RCCE) شامل جنبه‌های مرتبط با مدیریت اینفودمی، بینش‌های رفتاری و فرهنگی، در حال توسعه هستند؛ اجرا و هماهنگی فعالیت‌های RCCE به صورت موردی انجام می‌شود. |  |
| سطح 2 | مکانیسم‌های عملکردها و منابع RCCE شامل جنبه‌های مرتبط با مدیریت اینفودمی، بینش‌های رفتاری و فرهنگی، ایجاد شده‌اند و هماهنگی فعالیت‌ها به صورت منظم انجام می‌شود. |  |
| سطح 3 | کارکردهای ملی RCCE ایجاد و در حال اجرا هستند، همچنین جنبه‌های مرتبط با مدیریت اینفودمی، بینش‌های رفتاری و فرهنگی در نظر گرفته شده‌اند. منابع انسانی و مالی اختصاصی وجود دارد، اما این منابع ناکافی هستند. هماهنگی چندبخشی با حوزه‌های فنی متعدد در جریان است، اما محدود می‌باشد. |  |
| سطح 4 | سیستم‌های ملی RCCE به طور کامل عملیاتی هستند و هماهنگی یکپارچه‌ای بین تمام حوزه‌های فنی کلیدی وجود دارد. RCCE دارای تعداد کافی پرسنل و داوطلب ماهر و/یا آموزش‌دیده و منابع مالی کافی است. برنامه‌های ملی چندخطری و چندبخشی RCCE حداقل هر ۲۴ ماه یک‌بار بازبینی می‌شوند. RCCE دارای ترتیباتی برای گسترش عملیات است که توسط یک تمرین شبیه‌سازی (SimEx) یا در طی یک وضعیت اضطراری واقعی بهداشتی آزمایش شده است. شواهد و داده‌های جمع‌آوری شده از بررسی فعالیت‌های RCCE برای اندازه‌گیری، ارزیابی، یادگیری و بهبود مستمد در مداخلات RCCE استفاده می‌شوند. |  |
| سطح 5 | سیستم‌ها و منابع RCCE در تمام سطوح و بخش‌های مرتبط، از جمله مداخلات آمادگی و پاسخ تحت رهبری جامعه، عملیاتی هستند. سیستم‌ها و منابع RCCE به طور کامل در سیستم‌های پاسخ به وضعیت اضطراری ادغام شده‌اند. سطح ملی با سطوح استانی و محلی همکاری کرده و از آن‌ها حمایت می‌کند تا از داده‌های اجتماعی-رفتاری و اپیدمیولوژیک ملی و محلی برای ارتباطات خطر متناسب با جوامع محلی استفاده کنند. شواهد و داده‌های جمع‌آوری شده به صورت سیستماتیک برای اندازه‌گیری، ارزیابی، یادگیری و بهبود مستمر مداخلات RCCE مورد استفاده قرار می‌گیرند[[120]](#footnote-120). |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R5.2. ارتباط ریسک** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | مکانیسم‌های ارتباط عمومی، از جمله جنبه‌های مرتبط با مدیریت اینفودمی، در حال توسعه بوده یا به صورت موردی[[121]](#footnote-121) توسط متخصصان غیرحرفه‌ای اجرا می‌شوند که تقریباً به طور انحصاری بر رسانه‌های سنتی تمرکز دارند. |  |
| سطح 2 | مکانیسم‌های ارتباط عمومی، از جمله مدیریت اینفودمی، طراحی شده‌اند اما به طور کامل اجرا نشده و شکاف‌های قابل توجهی[[122]](#footnote-122) وجود دارد. این فرآیندها توسط متخصصانی انجام می‌شود که حضور حداقلی در فضای آنلاین و رسانه‌های اجتماعی دارند. |  |
| سطح 3 | طرح‌ها، سیاست‌ها و رویه‌های ارتباطات خطر تعریف شده‌اند. عملکرد ارتباطات خطر در ساختار پاسخ به شرایط اضطراری گنجانده شده و سخنگویان آموزش‌دیده در این حوزه منصوب شده‌اند. مدیریت اینفودمی و تحلیل بینش‌ها به صورت روتین انجام می‌شود. همچنین تحلیل‌هایی از مخاطبان هدف بر اساس زبان، منابع اطلاعاتی معتبر و کانال‌های ارتباطی ترجیحی جهت طراحی مداخلات ارتباطات خطر صورت می‌گیرد. |  |
| سطح 4 | ارتباطات برنامه‌ریزی‌شده با اقدامات پیش‌دستانه از طریق کانال‌های متنوع (مانند خطوط تلفنی، سیستم‌های شکایت، رصد اجتماعی) انجام می‌شود. رسانه‌های آنلاین و آفلاین روزانه پایش شده و بازخوردها، بینش‌ها و داده‌ها برای تنظیم و بهبود راهبردهای ارتباطات خطر استفاده می‌شوند. مدیریت قوی اینفودمی با استفاده از مکانیسم‌های جستجو در منابع آنلاین و/یا آفلاین برای شکل‌دهی به پیام‌ها و راهبردها وجود دارد. همچنین هماهنگی راهبردها و پیام‌های ارتباطات خطر بین بخش‌ها و سطوح مختلف دولت برقرار است. |  |
| سطح 5 | فعالیت‌های ارتباطات خطر با رویکرد تمام‌دولتی و مشارکت تمام بازیگران، از جمله شرکای بین‌المللی و ملی، رسانه‌ها و افراد تأثیرگذار[[123]](#footnote-123)، اجرا می‌شوند. ارتباطات به‌صورت به‌موقع[[124]](#footnote-124)، قابل دسترس و قابل درک از طریق کانال‌های آنلاین و آفلاین انجام می‌شود. شواهد و داده‌های گردآوری‌شده از طریق سنجش و ارزیابی به‌صورت نظام‌مند برای یادگیری مستمر و بهبود مداخلات ارتباطات، مشارکت جامعه و توانمندسازی (RCCE) استفاده می‌شوند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R5.3. مشارکت جامعه** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | مکانیسم‌های مشارکت جامعه در شرایط اضطراری سلامت عمومی، از جمله راهنماها و/یا رویه‌های عملیاتی استاندارد (SOPs)، در حال توسعه هستند. فعالیت‌های مشارکت جامعه[[125]](#footnote-125) عمدتاً به اشتراک‌گذاری یک‌طرفه اطلاعات محدود شده و منحصر به برنامه‌های کنترل بیماری‌هاست – مانند سلامت مادر و کودک، مالاریا، سل، اچ‌آی‌وی/ایدز، فلج اطفال و بیماری‌های گرمسیری فراموش شده. تلاش‌های مشارکت جامعه به صورت نظام‌مند با پاسخ‌های اضطراری مرتبط نیستند[[126]](#footnote-126). |  |
| سطح 2 | مکانیسم‌های نظام‌مند مشارکت جامعه در شرایط اضطراری سلامت عمومی، از جمله راهنماها و/یا رویه‌های عملیاتی استاندارد، تدوین شده‌اند. فعالیت‌های مشارکت جامعه شامل برخی از اشکال مشارکت مردمی است، از جمله مشورت با جامعه و جمع‌آوری بازخورد آن‌ها در مورد تصمیمات و اقدامات. |  |
| سطح 3 | جامعه به‌صورت فعال در پاسخ‌دهی به شرایط اضطراری مشارکت داشته و در طراحی ابتکارات پاسخ‌دهی سهیم است. ذینفعان، از جمله رهبران جامعه، سازمان‌های مذهبی و جامعه مدنی، شناسایی شده‌اند اما تنها به صورت موردی درگیر می‌شوند. مکانیسم‌های رسمی یا غیررسمی جمع‌آوری بازخورد جامعه، مانند خطوط تلفنی و تحقیقات اجتماعی-رفتاری، ایجاد شده و برای اطلاع‌رسانی پاسخ‌های اضطراری مورد استفاده قرار می‌گیرند. سازوکارهای هماهنگی مشارکت جامعه در سطوح ملی، استانی و محلی وجود دارد. |  |
| سطح 4 | جامعه به‌صورت فعال در پاسخ‌دهی به شرایط اضطراری مشارکت داشته و در طراحی ابتکارات پاسخ‌دهی سهیم است. ذینفعان، از جمله رهبران جامعه، سازمان‌های مذهبی و جامعه مدنی، شناسایی و به‌صورت نظام‌مند درگیر می‌شوند. پاسخ‌دهندگان اضطراری آموزش دیده‌اند و مکانیسم‌های ذخیره ظرفیت برای مشارکت جامعه موجود و عملیاتی است. جمع‌آوری و تحلیل بازخورد جامعه و داده‌های اجتماعی-رفتاری در سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ سلامت عمومی به صورت موردی انجام می‌شود. |  |
| سطح 5 | جوامع به عنوان شرکای فعال در پاسخ به شرایط اضطراری مشارکت داشته و در برنامه‌ریزی، طراحی و اجرای مداخلات نقش دارند. جمع‌آوری و تحلیل نظام‌مند بازخوردهای جامعه، داده‌های رفتاری-اجتماعی و بینش‌های اینفودمیک در سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ سلامت عمومی انجام می‌شود[[127]](#footnote-127). شواهد گردآوری شده از تحلیل داده‌ها به صورت نظام‌مند برای بهبود مستمر مشارکت جامعه در پاسخ به شرایط اضطراری سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. |  |

**سوالات فنی**

**R5.1. سیستم‌های RCCE برای مواقع اضطراری**

1. آیا راهبرد ارتباطی وجود دارد که به صورت پیشگیرانه به طیف متنوعی از رسانه‌ها (مانند روزنامه‌ها، رادیو، تلویزیون، رسانه‌های اجتماعی، اینترنت) دسترسی داشته باشد تا پیام‌های ارتباطی را برای مخاطبان خاص هدف‌گیری کند؟
2. آیا راهبرد مدیریت انفودمیک وجود دارد که به دنبال منابع داده و مشارکت‌های متنوع درون‌سازمانی و برون‌سازمانی از مراجع بهداشتی باشد تا بینش‌های جامع‌تری را هماهنگ و توسعه دهد؟
3. آیا در برنامه پاسخ ملی کشور، وظیفه‌ای برای ارتباطات خطر، مشارکت جامعه و توانمندسازی (RCCE) تعریف شده است؟
4. آیا در برنامه پاسخ ملی کشور، وظیفه‌ای برای مدیریت انفودمیک در نظر گرفته شده است؟
5. آیا نقش‌ها و مسئولیت‌های کارکنان RCCE در یک برنامه پاسخ مشخص شده است؟
6. آیا نقش‌ها و مسئولیت‌های کارکنان مدیریت انفودمیک در یک برنامه پاسخ تعریف شده است؟
7. کدام نهادها/سازمان‌های دولتی مسئولیت اصلی ارتباطات خطر را برای انواع مختلف و سطوح متفاوت اضطراری بر عهده دارند؟
8. جایگاه وظایف مدیریت انفودمیک کجاست و منابع داده‌ای که در اختیار دارند از کجا تأمین می‌شود؟
9. آیا نیروهای ارتباطی یا ارگان‌های دولتی وجود دارند که در مواقع اضطراری به نیازهای اطلاعاتی عمومی پاسخ دهند؟
10. آیا آموزش‌هایی برای مقابله با مخاطرات محلی به پرسنل ارتباطات ریسک ارائه می‌شود؟
11. آیا پرسنل دائمی یا موقت جهت مدیریت انفودمیک و ارتباطات، مشارکت جامعه و توانمندسازی (RCCE) در مواقع اضطراری وجود دارند؟
12. آیا بهبودهایی در زمینه نیروی انسانی، سکوها، دسترسی به داده‌ها، توافق‌نامه‌های مشارکتی، منابع مالی یا سایر عوامل می‌توان اعمال کرد تا مدیریت انفودمیک و ارتباطات با عموم و شرکا در مواقع اضطراری ارتقاء یابد؟
13. آیا برنامه‌های مدیریت انفودمیک و/یا ارتباطات، توافق‌نامه‌ها و/یا دستورالعمل‌های استاندارد عملیاتی (SOPs) مشترکی بین سایر نهادهای پاسخ‌دهی مانند ایمنی عمومی، اجرای قانون، بیمارستان‌ها، مدیریت بحران، صلیب سرخ و هلال احمر و/یا ارگان‌های دولتی مانند وزارتخانه‌های دفاع، کشاورزی و غذا/دارو وجود دارد؟
14. آیا یک ردیف بودجه اختصاصی برای مدیریت انفودمیک و پرسنل ارتباطات، مواد، فناوری‌ها و فعالیت‌های مرتبط با مواقع اضطراری وجود دارد؟
15. آیا برنامه‌ها حداقل سالی یک بار مورد آزمایش قرار می‌گیرند؟

**R5.2. برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی**

1. آیا مکانیسم‌هایی برای هماهنگی ارتباط میان ذینفعان داخلی، ملی، بین‌المللی (مانند بیمارستان‌ها، جامعه مدنی، بخش خصوصی) و سازمان‌های پاسخگو در مواقع اضطراری وجود دارد؟
2. آیا برداشت‌ها، پرسش‌ها، نگرانی‌ها، خلأهای اطلاعاتی، باورهای بی‌اساس، رفتارهای بهداشتی و اطلاعات نادرست بهداشتی که مردم با آن مواجه می‌شوند، مورد پایش قرار می‌گیرند؟
3. آیا روش‌هایی برای پرداختن به پرسش‌ها، نگرانی‌ها، خلأهای اطلاعاتی و رفتارهای ناسالم یا تصحیح اطلاعات نادرست بهداشتی وجود دارد، و آیا این روش‌ها از نظر اثربخشی ارزیابی می‌شوند؟
4. آیا فرآیندی برای استفاده از تحلیل‌های پایش رسانه و فضای مجازی به‌منظور شناسایی اولویت‌ها در مقابله مؤثر با اطلاعات نادرست بهداشتی وجود دارد؟
5. آیا یک استراتژی ارتباطی وجود دارد که در مواقع اضطراری با شناسایی و تقسیم‌بندی جمعیت‌های هدف، از جمله گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر، و رفع موانع دسترسی به اطلاعات، اجرا می‌شود؟
6. آیا روش‌های مشخصی برای ارائه اطلاعات به شیوه‌هایی که هویت‌ها، نگرانی‌ها و عوامل عزت‌افزا برای گروه‌های مختلف مردم را در نظر می‌گیرند، تعیین شده است؟
7. آیا اجرای ارتباطات، تاکتیک‌های مربوط به شیوه، سبک، لحن، حضور و تعامل با مخاطبان هدف را مدنظر قرار می‌دهد؟
8. آیا پیام‌های بهداشت ‌عمومی قبل از استفاده، با جمعیت هدف آزمایش می‌شوند؟ آیا این پیام‌ها با توجه به نیازهای اطلاعاتی جامعه هدف (جغرافیایی یا غیره) تطبیق داده می‌شوند تا در زمان مناسب و با قالب مناسب (رسانه، ژانر، سرعت ارائه) با توجه ویژه به موانع پیش‌روی گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر منتشر شوند، ؟
9. آیا مواردی وجود داشته است که سازمان‌های ذینفع یا شریک، اطلاعات را با تأخیر یا به‌صورت متناقض منتشر کرده باشند؟
10. آیا مواردی از تأخیر در انتشار اطلاعات به دلیل عدم توافق بین شرکای کلیدی در مواقع اضطراری رخ داده است؟
11. آیا تیم ارتباطات اختصاصی برای رسانه و شبکه‌های اجتماعی وجود دارد؟
12. آیا یک سخنگوی رسانه‌ای تعیین شده است؟
13. آیا تحقیقات رسانه‌ای برای تعیین اینکه پیام به مخاطبان هدف می‌رسد، انجام می‌شود؟
14. آیا فرآیند سریعی برای تأیید محصولات رسانه‌ای و شبکه‌های اجتماعی شامل بررسی علمی وجود دارد؟
15. آیا تمرینی برای آزمایش هماهنگی ارتباطی با سازمان‌های شرکا انجام شده است؟
16. آیا ارزیابی عملکرد بخش ارتباطات در مواقع اضطراری گذشته صورت گرفته است؟

**R5.3. مشارکت جامعه**

1. آیا تیمی ویژه برای بسیج اجتماعی، ارتقای سلامت یا مشارکت جامعه که به طور اختصاصی برای پاسخگویی در شرایط اضطراری استفاده شود، وجود دارد ؟
2. آیا تیم اختصاصی بسیج اجتماعی، ارتقای سلامت یا مشارکت جامعه در پاسخگویی کلی به شرایط اضطراری ادغام شده است؟
3. آیا تیم اختصاصی بسیج اجتماعی، ارتقای سلامت یا مشارکت جامعه دارای سازوکارهایی برای دسترسی به جمعیتهای آسیب‌دیده یا در معرض خطر در طول شرایط اضطراری سلامت در تمام سطوح (ملی، استانی و اولیه بهداشت‌عمومی) است؟
4. آیا یک بررسی پایه برای ارائه اطلاعات درباره خطرات جمعیت یا توانایی مقاومت در برابر پنج خطر اصلی (مانند نقشه‌برداری زبان‌ها، شرایط زندگی، اعمال مذهبی/فرهنگی، کانال‌های ارتباطی مورد اعتماد، تأثیرگذاران)[[128]](#footnote-128) انجام شده است؟
5. آیا بسیج اجتماعی، ارتقای سلامت یا مشارکت جامعه در برنامه پاسخ ملی گنجانده شده است؟
6. آیا اعضای تیم اختصاصی مشارکت جامعه، از جمله داوطلبان و ظرفیت‌های اضافی، به طور منظم به آموزش دسترسی دارند؟
7. آیا یک حلقه بازخورد مستمر و فعال بین جمعیت‌های در معرض خطر یا آسیب‌دیده و نهادهای پاسخگو، شامل اقدامات گسترده و نمایندگی متمرکز بر گروه‌های حاشیه‌نشین یا آسیب‌پذیر وجود دارد؟
8. آیا عملکرد مشارکت جامعه به صورت راهبردی مدیریت، توسعه و بهره‌برداری می‌شود و آیا نحوه انجام مشارکت جامعه به صورت معمول و همچنین در شرایط اضطراری در گذشته مورد توجه قرار گرفته است؟
9. آیا سیستمی برای تبادل بازخورد با جوامع خاص، به ویژه جوامع آسیب‌پذیر وجود دارد؟
10. آیا عملکرد مشارکت جامعه، قدرت، شکل و کیفیت مشارکت با جوامع هدف را قبل، حین و پس از شرایط اضطراری اندازه‌گیری می‌کند؟
11. آیا عملکردهای مشارکت جامعه از بینش‌های اطلاع‌رسانی (اینفودمیک) برای بهبود یا اصلاح راهبردهای خود استفاده می‌کنند؟
12. آیا اعتماد جامعه سنجیده شده و بهبود می‌یابد؟
13. آیا بینش‌های اجتماعی-رفتاری درباره جوامع تولید می­شوند و برای مدیریت اینفودمیک و بهبود برنامه‌ریزی مشارکت جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

**مدارک اضافی:**

الف. استراتژی بخش رسانه، برنامه‌های گسترش مشارکت جامعه، برنامه‌های پاسخ رسانه‌ای  
ب. چارت سازمانی  
پ. برنامه‌های کارکنان ارتباطات خطر در مواقع اضطراری، برنامه‌ی ظرفیت افزایی  
ت. نمونه بودجه پاسخ اضطراری و برنامه بودجه بلندمدت  
ث. مکانیسم به‌اشتراک‌گذاری تغییرات برنامه  
ج. داده‌های خط تلفن سلامت عمومی (مثلاً پرسش‌های مرتبط از سوی مردم)  
چ. پیمایش‌های دانش، نگرش و عملکرد  
ح. گزارش‌های دانشمندان علوم اجتماعی و انسان‌شناسان مشارکت‌کننده در پاسخ  
خ. پایش رسانه‌های اجتماعی  
د. صورت‌جلسات هماهنگی با شرکا  
ذ. گزارش‌های پاسخ  
ر. گزارش‌های خبری در مواقع اضطراری گذشته  
ز. برنامه‌های هماهنگی ارتباطی با نهادهای خارجی  
ژ. گزارش‌های پس از ‌اقدام از تمرین‌ها یا پاسخ‌های اضطراری  
س. برنامه پاسخ توافقی و برنامه بودجه هماهنگ ‌شده برای ارتباطات اضطراری  
ش. پروتکل‌ها و انتشارات تحقیقات ارتباطی (رسمی/غیررسمی)  
ص. نمونه‌های اطلاعات نادرست و روش‌های مدیریت آنها  
ض. پیمایش‌های پایه و نقشه‌های داده اجتماعی مرتبط با افزایش خطر برای پنج خطر اصلی  
ط. ارزیابی‌های خطر که به محتمل‌ترین تهدیدات سلامت عمومی محلی می‌پردازند  
ظ. برنامه گسترش مشارکت جامعه

**خطرات مرتبط با مقررات بین‌المللی بهداشت (IHR) و نقاط ورودی و سلامت مرزی**

PoE: مبادی ورودی و سلامت مرزی

**اهداف:** کشورهای عضو، ظرفیت‌های اصلی را در فرودگاه‌ها و بنادر بین‌المللی تعیین و حفظ می‌کنند (و در صورت توجیه به دلایل بهداشت‌ عمومی، ممکن است کشورهای عضو گذرگاه‌های زمینی را نیز تعیین نمایند) که اقدامات خاص بهداشت ‌عمومی مورد نیاز برای مدیریت طیفی از مخاطرات بهداشت ‌عمومی را اجرا ‌کنند.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:**

۱. یک برنامه اضطراری بهداشت‌ عمومی برای تمام‌ مخاطرات در مبادی ورودی تعیین‌شده[[129]](#footnote-129)(PoE) توسعه یافته و فعال باشد.  
۲. یک فرآیند ملی چندبخشی برای تعیین اتخاذ اقدامات مرتبط با سفرهای بین‌المللی توسعه یافته و فعال باشد.  
۳. ظرفیت‌های اصلی مندرج در پیوست ۱B از IHR با عنوان «۱. در تمام اوقات» با رویکرد همه‌مخاطره‌ای و چندبخشی توسعه یافته و فعال باشد.

**اثر مطلوب :** شناسایی به‌موقع و پاسخ مؤثر به هرگونه مخاطره بالقوه که در PoE‌ها رخ می‌دهد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **PoE1. نیازمندی‌های اساسی ظرفیت در تمام زمان‌ها برای نقاط ورود و خروج (فرودگاه‌ها، بنادر و گذرگاه‌های زمینی)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | ارزیابی ریسک استراتژیک برای تعیین مبادی مرزی (PoEs) به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از ارزیابی ریسک ملی انجام نشده است. |  |
| سطح 2 | برخی از مبادی مرزی تعیین‌شده، برخی از ظرفیت‌های اصلی روتین[[130]](#footnote-130) را بر اساس ارزیابی ریسک استراتژیک مرتبط تکمیل‌شده اجرا می‌کنند. |  |
| سطح 3 | برخی از مبادی مرزی تعیین‌شده، تمام ظرفیت‌های اصلی روتین را اجرا می‌کنند و این مبادی مرزی در سیستم مراقبت (سورویلانس) ملی برای مخاطرات زیستی/همه‌ مخاطرات (مانند مراقبت ( سورویلانس) رویدادمحور و هشدار زودهنگام) ادغام شده‌اند. |  |
| سطح 4 | تمام مبادی مرزی تعیین‌شده، ظرفیت‌های اصلی روتین را با رویکرد همه‌مخاطره‌ای و چندبخشی اجرا می‌کنند که در سیستم نظارت ملی ادغام شده است. سایر مبادی مرزی نیز در سیستم نظارت ملی ادغام شده‌اند |  |
| سطح 5 | ظرفیت‌های اصلی روتین اجراشده در تمام مبادی مرزی تعیین‌شده، به‌طور منظم تمرین، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی می‌شوند و اقدامات لازم برای بهبود ظرفیت انجام می‌گیرد |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **PoE2. پاسخ سلامت عمومی در مبادی مرزی** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | نقاط ورود تعیین شده بر اساس ارزیابی ریسک استراتژیک، در حال تدوین یک برنامه اضطراری چندبخشی بهداشت‌عمومی برای مواقع بحران هستند[[131]](#footnote-131). |  |
| سطح 2 | برخی از نقاط ورود تعیین شده (PoEs)، برنامه اضطراری چندبخشی بهداشت‌عمومی را برای رویدادهای ناشی از مخاطرات زیستی تدوین کرده­اند. |  |
| سطح 3 | تمامی نقاط ورود تعیین شده، برنامه‌های اضطراری چندبخشی بهداشت‌عمومی برای رویدادهای ناشی از مخاطرات زیستی را تدوین کرده و آنها را در سیستمهای مراقبت ملی و برنامه‌های پاسخ به اضطراری ادغام نموده اند[[132]](#footnote-132). همچنین، برخی از نقاط ورود غیرتعیین شده نیز در سیستم مراقبت ( سورویلانس) ملی یکپارچه شده اند[[133]](#footnote-133). |  |
| سطح 4 | تمامی نقاط ورود تعیین شده، برنامه‌های اضطراری چندبخشی بهداشت‌عمومی برای رویدادهای ناشی از تمامی مخاطرات را تدوین کرده و آنها را در برنامه‌های ملی پاسخ به اضطراری ادغام نموده اند. علاوه بر این، برنامه ریزی اضطراری در برخی از نقاط ورود غیرتعیین شده نیز انجام می­شود. |  |
| سطح 5 | تمامی برنامه‌های اضطراری بهداشت‌عمومی نقاط ورود تعیین شده برای رویدادهای ناشی از تمامی مخاطرات، به طور منظم تمرین، بازبینی، ارزیابی و به روزرسانی میشوند. همچنین، برخی از نقاط ورود غیرتعیین شده، برنامه‌های اضطراری چندبخشی بهداشت‌عمومی برای رویدادهای ناشی از تمامی مخاطرات را تدوین کرده و آنها را در برنامه‌های ملی پاسخ به اضطراری ادغام نموده اند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سطح | **PoE3. رویکرد مبتنی بر ریسک برای اقدامات مرتبط با سفرهای بین‌المللی[[134]](#footnote-134)** | **یک سطح انتخاب شود** |
| سطح 1 | سازوکار ملی چندبخشی برای اجرای رویکردهای مبتنی بر ریسک در برنامه ریزی راهبردی اقدامات مرتبط با سفرهای بین المللی (شامل پیشگیری، شناسایی/تحقیق، پاسخ و بازیابی) در حال تدوین است. |  |
| سطح 2 | یک راهبرد ملی چندبخشی برای اقدامات مرتبط با سفرهای بین­المللی مبتنی بر رویکرد ریسک‌محور تدوین شده و مسئولیت‌های مربوطه شناسایی و تخصیص یافته است. |  |
| سطح 3 | دستورالعمل‌ها و رویه‌های عملیاتی استاندارد (SOPs) برای تسهیل اجرای راهبرد اقدامات مرتبط با سفرهای بین المللی تدوین شده‌اند. کشور دارای ظرفیت‌ها/ترتیبات لازم برای تنظیم و اجرای راهبرد ملی چندبخشی اقدامات مرتبط با سفرهای بین المللی است. |  |
| سطح 4 | کشور دارای ظرفیت‌ها/ترتیبات لازم برای اجرا، تعدیل و تطبیق اقدامات مرتبط با سفرهای بین­المللی متناسب با سطح ریسک و همچنین اجرای راهبرد ملی چندبخشی اقدامات مرتبط با سفرهای بین­المللی است. |  |
| سطح 5 | کشور حداقل یک بررسی، تمرین یا ارزیابی (از طریق یک رویداد واقعی یا شبیه‌سازی) در سطح ملی و/یا استانی برای آزمون راهبرد ملی چندبخشی اقدامات مرتبط با سفرهای بین­المللی انجام داده و بر این اساس راهبرد را به‌روزرسانی کرده است[[135]](#footnote-135). |  |

**سوالات متنی**

1. چند نقطه‌ی ورودی (PoE) تعیین شده است؟
2. در چند نقطه‌ی ورودی، کارکنان بهداشتی یا سلامت عمومی مستقر هستند یا به‌صورت فوری در دسترس می‌باشند؟
3. آیا ارزیابی راهبردی ریسک برای تعیین مبادی مرزی بر اساس معیارهای ذکرشده در «ابزار ارزیابی سازمان جهانی بهداشت برای الزامات ظرفیت‌های اصلی در فرودگاه‌ها، بنادر و گذرگاه‌های زمینی تعیین‌شده» انجام شده است؟
4. آیا قوانین و/یا سیاست‌های کافی برای ارائه خدمات بهداشتی به مسافران بیمار و پاسخ به رویدادهای بهداشت‌ عمومی در مبادی مرزی کشور وجود دارد؟128 این سوال را به حوزه فنی قوانین ملی، سیاست‌گذاری و مالی مرتبط سازید.
5. آیا برنامه‌های ملی آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری شامل بخش‌های مرتبط با سلامت مرزی/مبادی مرزی هستند؟ اگر چنین است، آیا برنامه‌های اضطراری سلامت عمومی مبادی مرزی، همسو با برنامه‌های ملی مرتبط تدوین شده‌اند؟
6. آیا کشور ارزیابی‌های سلامت عمومی را در برخی یا تمام مبادی مرزی غیرتعیین‌شده‌ی خود انجام داده است تا مشخص کند چه ظرفیت‌های سلامت عمومی در هر نقطه مورد نیاز است؟ این ظرفیت‌ها ممکن است بسته به نوع نقطه‌ی ورودی، موقعیت جغرافیایی آن، حجم مسافران، منابع در دسترس، مخاطرات شناخته‌شده‌ی سلامت عمومی در جمعیت‌های عبوری از آن نقطه و غیره متفاوت باشند.

**سوالات فنی**

**PoE1. الزامات ظرفیت‌های اصلی در همه‌ی اوقات برای مبادی مرزی**

1. آیا مبادی مرزی تعیین‌شده به خدمات پزشکی مناسب از جمله امکانات تشخیصی برای ارزیابی و مراقبت سریع از مسافران بیمار، با پرسنل، تجهیزات و محل کافی دسترسی دارند؟ (رجوع شود به IHR (2005), Annex 1B, 1a)
2. آیا این مبادی مرزی دسترسی مطمئن به تجهیزات و پرسنل جهت انتقال مسافران بیمار به مراکز درمانی مناسب را دارند؟
3. آیا مبادی مرزی تعیین‌شده دارای رویه‌های چندبخشی مکتوب برای شناسایی، اطلاع‌رسانی و واکنش به مسافران بیمار و کارکنان مبادی مرزی هستند؟
4. آیا این مبادی مرزی برنامه‌های بازرسی را برای اطمینان از محیط ایمن در تأسیسات مبادی مرزی اجرا می‌کنند؟
5. آیا شواهدی از کنترل ناقلین و مخازن بیماری در داخل و اطراف مبادی مرزی وجود دارد؟ ((IHR (2005), Annex 1b, آیا برنامه‌های خاصی برای این منظور وجود دارد؟
6. آیا مبادی مرزی تعیین‌شده ظرفیت اعمال اقدامات توصیه‌شده برای ضدعفونی، سم‌پاشی، مبارزه با موش و جوندگان، گندزدایی یا سایر روش‌های درمانی برای بار، محموله، کانتینرها، وسایل نقلیه، کالاها یا مرسولات پستی را دارند؟ (از جمله در صورت لزوم، در مکان‌های ویژه‌ای که برای این منظور تجهیز شده‌اند).
7. آیا کشور پرسنل آموزش‌دیده برای بازرسی وسایل نقلیه در مبادی مرزی تعیین‌شده دارد؟ (IHR (2005), Annex 1b, Art. 1c). در صورت عدم وجود، آیا مکانیسمی برای تأمین آنها از خارج وجود دارد؟
8. آیا مبادی مرزی تعیین‌شده در سیستم مراقبت ( سورویلانس) ملی ادغام شده‌اند؟
9. آیا کشور در دو سال گذشته اثربخشی این ظرفیت‌های اصلی در مبادی مرزی را از طریق تمرین‌ها (شبیه‌سازی، مانور، عملیاتی و غیره) یا در یک رویداد واقعی ارزیابی کرده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، آیا نتایج با ذینفعان مرتبط به‌اشتراک گذاشته شده و به‌طور منظم به‌روزرسانی می‌شوند؟

**PoE2. پاسخ بهداشت‌عمومی در PoEs**

1. آیا کشور فعالیت‌های مربوط به نقاط ورود (مانند تشخیص زودهنگام، ارزیابی، اعلام و گزارش رویدادها) را در برنامه‌های ملی پاسخ به شرایط اضطراری ادغام کرده است؟
2. آیا برنامه اضطراری بهداشت‌عمومی هر نقطه ورود تعیین‌شده، با برنامه کلی واکنش به شرایط اضطراری نقاط ورود یکپارچه شده است؟  
   الف. آیا برنامه اضطراری بهداشت‌عمومی هر نقطه ورود، تمام بخش‌ها و خدمات مرتبط در آن نقطه (مانند امور مهاجرت، حمل‌ونقل، امنیت و رسانه) را شامل می‌شود؟  
   ب. آیا برنامه‌های اضطراری بهداشت‌عمومی تمام نقاط ورود به تمام ذی‌نفعان مرتبط، از جمله مقامات ملی، ابلاغ شده است؟  
   ج. آیا این برنامه‌ها تدوین و به تمام ذی‌نفعان ابلاغ شده است؟
3. آیا نقاط ورود تعیین‌شده، ظرفیت اعمال اقدامات بهداشتی توصیه‌شده مرتبط با مسافران را دارند (مانند سیستم ارجاع ایمن و انتقال مسافران بیمار به مراکز درمانی مناسب، همراه با تفاهم نامه‌ها، دستورالعمل‌های استاندارد، پرسنل آموزش‌دیده، تجهیزات و تبادل منظم اطلاعات بین نقاط ورود، مراجع بهداشتی و مراکز درمانی برای تمام نقاط ورود تعیین‌شده)؟
4. آیا برنامه‌های پاسخ اضطراری بهداشت‌عمومی نقاط ورود تعیین‌شده در دو سال گذشته مورد آزمایش قرار گرفته‌اند (از طریق تمرین‌های شبیه‌سازی، مانورها، یا در یک رویداد واقعی)؟ در صورت مثبت بودن، آیا نتایج با ذی‌نفعان مرتبط به اشتراک گذاشته شده و به‌طور منظم به‌روزرسانی می‌شوند؟

**PoE3. رویکرد مبتنی بر ریسک در تدابیر مرتبط با سفرهای بین المللی**

1. آیا آیا کشور دارای فرآیند ملی چندبخشی با مکانیسم‌های مشخص است که تمام بخش‌های مرتبط (مانند بهداشت، حمل‌ونقل، مهاجرت، گمرک) را درگیر می‌کند تا تصمیمات سیاستی در مورد اقدامات مرتبط با سفرهای بین‌المللی برای پاسخ به رویدادهای بهداشت‌عمومی (مانند غربالگری خروج/ورود، ردیابی تماس، آزمایش، قرنطینه) اتخاذ شود؟
2. آیا کشور به‌صورت منظم ارزیابی ریسک انجام می‌دهد تا اطمینان حاصل کند که چنین تصمیماتی درباره اقدامات مرتبط با سفرهای بین‌المللی متناسب با ریسک بهداشت‌عمومی است؟

الف. آیا سیستم‌ها و کارکنانی وجود دارند که داده‌های مربوط به مسافران یا تحرک جمعیت را در سطوح ملی، استانی، محلی و/یا مبادی مرزی جمع‌آوری، مدیریت، تحلیل، تفسیر و بر اساس آنها اقدام کنند تا مناطق پرخطر از نظر گسترش بیماری‌های مسری شناسایی شوند؟  
ب. آیا اطلاعات جمع‌آوری‌شده توسط کارکنان مبادی مرزی درباره ترافیک بین‌المللی مرتبط با رویدادهای بهداشت‌عمومی که در مبادی مرزی، مراکز درمانی محلی، از طریق سیستم‌های مراقبت ( سورویلانس) مبتنی بر جامعه (CBS) یا سایر مکانیسم‌ها شناسایی شده‌اند، وجود دارد؟

1. در زمینه مرزهای زمینی، آیا اطلاعات مربوط به تحرک جمعیت جمع‌آوری می‌شود و آیا توافقنامه‌ها و/یا رویه‌های عملیاتی با یک یا چند کشور همسایه برای رسمیت بخشیدن به تبادل اطلاعات و انتظارات ارتباطی فرامرزی توسعه یافته است؟
2. آیا مکانیسم‌ها و ابزار خاصی مانند دستورالعمل‌ها و رویه‌های استاندارد عملیاتی (SOPs) برای اجرای اقدامات مرتبط با سفرهای بین‌المللی تدوین شده است؟
3. آیا فرآیند ملی چندبخشی، اعمال اقدامات را در سطوح ملی، استانی و محلی در نظر می‌گیرد؟
4. آیا کشور اثربخشی اقدامات مرتبط با سفرهای بین‌المللی را که برای پاسخ به رویدادهای بهداشت‌عمومی اجرا شده‌اند، ارزیابی کرده است؟ در صورت مثبت بودن، آیا این ارزیابی با ذینفعان مرتبط به‌اشتراک گذاشته می‌شود و به‌صورت منظم به‌روزرسانی می‌شود؟

**مستندات یا مدارک برای سطح توانمندی:**

* فهرست تمام مبادی مرزی (PoEs) در کشور، از جمله نقاطی که تحت مقررات IHR (2005) تعیین شده‌اند؛
* دستورالعمل‌های عملیاتی استاندارد (SOP) موجود برای شناسایی، اطلاع‌رسانی و پاسخ به مسافران بیمار و کارکنان مبادی مرزی در نقاط تعیین‌شده، از جمله رویه‌های تدوین‌شده برای کارکنان مبادی مرزی، مراکز بهداشتی-درمانی و ادارات بهداشت محلی؛
* برنامه‌های اضطراری موجود برای هر نقطه ورودی تعیین‌شده؛
* راهنماهای ملی و سطح نقطه ورودی، دستورالعمل‌های عملیاتی استاندارد، بودجه‌ها و برنامه‌های نیروی انسانی که به‌طور مستند، به‌روزرسانی و آزموده شده‌اند تا تمام ابزار فنی و عملیاتی مرتبط با مبادی مرزی را منعکس کنند و در اختیار تمام بخش‌های ذی‌ربط قرار گرفته‌اند، از جمله برای:
  + شناسایی، گزارش‌دهی و پاسخ به رویدادهای مرتبط با سفر و حمل‌ونقل؛
  + اقدامات بهداشت‌عمومی که ممکن است در مبادی مرزی اعمال شوند و توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده‌اند (مانند غربالگری خروج/ورود، جداسازی، قرنطینه، ردیابی تماس)؛
  + اعمال سایر اقدامات بهداشت‌عمومی که ممکن است بر سفر و حمل‌ونقل بین‌المللی تأثیر بگذارند، از جمله تعطیلی مرزها، الزامات قرنطینه و/یا آزمایش و غیره.
* مستندات موجود برای تمام راهنمایی‌های فنی و عملیاتی مرتبط با مبادی مرزی – Annex 1B,1e- برای ارائه بهترین برنامه عملیاتی ممکن و پرسنل آموزش‌دیده به منظور کنترل ناقلین و مخازن بیماری در مبادی مرزی و مجاور آنها
* مستندات موجود در مورد راهنماهای ملی و دستورالعمل‌های عملیاتی استاندارد که به‌طور منظم به‌روزرسانی و آزموده شده‌اند تا تمام ابزار فنی و عملیاتی مرتبط با مبادی مرزی را منعکس کنند و در اختیار تمام بخش‌های ذی‌ربط قرار گرفته‌اند، از جمله اعمال اقدامات توصیه‌شده برای ضدعفونی، سم‌پاشی، گندزدایی یا سایر روش‌های درمانی برای بار، محموله، کانتینرها، وسایل نقلیه، کالاها یا مرسولات پستی، در صورت لزوم، در مکان‌های ویژه‌ای که برای این منظور تعیین و تجهیز شده‌اند، مطابق تعریف IHR (2005)، پیوست IB، بخش 2.
* مستندات مربوط به:
  + جمع‌آوری نظام‌مند داده‌های مربوط به رویدادهای بهداشت‌عمومی در مبادی مرزی با استفاده از ابزار استاندارد؛
  + تحلیل و انتشار داده‌های مربوط به رویدادهای بهداشت‌عمومی در مبادی مرزی؛
  + فهرست به‌روز شرایط اولویت‌دار برای اطلاع‌رسانی؛
  + روندهای داده‌های پایه؛
  + آستانه‌های هشدار و اقدام به‌موقع (مطابق با استانداردهای ملی)، گزارش‌دهی (با استفاده از فرمت‌ها و ابزار استاندارد گزارش‌دهی)، و ارائه بازخورد به‌موقع و منظم در مورد داده‌ها و روندهای مراقبت ( سورویلانس) به ذی‌نفعان مرتبط با استفاده از فرمت‌های استاندارد بازخورد (مانند بولتن‌های اپیدمیولوژیک، خلاصه‌های الکترونیکی، خبرنامه‌ها، گزارش‌های مراقبت ( سورویلانس)).
* مستنداتی دال بر دریافت منظم یافته‌های مبادی مرزی توسط واحد نظارت ملی موجود است.

**مراجع:**

* Preparedness and response for a nuclear or radiological emergency. Jointly sponsored by the FAO, IAEA, ICAO, ILO, IMO, INTERPOL, OECD/NEA, PAHO, CTBTO, UNEP, OCHA, WHO,

WMO. General Safety Requirements Part 7. Vienna: International Atomic Energy Agency; 2015 (<http://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/P_1708_web.pdf>, accessed 16

March 2022).

* IAEA safety glossary. Terminology used in nuclear safety and radiation protection 2007 edition. Vienna: International Atomic Energy Agency; 2009 ([http://www-pub.iaea.org/MTCD/](http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub1290_web.pdf) [publications/PDF/Pub1290\_web.pdf](http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub1290_web.pdf), accessed 16 March 2022).

1. آمادگی برای پاسخ فوری (آمادگی عملیاتی) اشاره به تعریف اجلاس سازمان ملل در سال 2017 دارد و منظور مسیر سریع مجهز کردن کشور به ظرفیتهای ویژه ای است که برای پاسخ دهی به فوریت خاص ازجمله مخاطرات قریب الوقوع ضروری می باشند، ایجاد آمادگی عملیاتی به موازات ارتقای ظرفیتهای نظام برای پاسخدهی به کلیه مخاطرات انجام ‌می‌شود. [↑](#footnote-ref-1)
2. IHR: joint external evaluation. Roster of experts process and overview. WHO/WHE/CPI/2017.63. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259604/1/WHO-WHE-CPI-2017.63-eng.pdf, accessed 06 December 2022). [↑](#footnote-ref-2)
3. IHR: joint external evaluation: Mission reports. [website] https://www.who.int/emergencies/operations/international-healthregulations-monitoring-evaluation-framework/joint-external-evaluations, accessed on 23 March 2022). [↑](#footnote-ref-3)
4. In the WHO African Region, IHR implementation is within the context of Integrated Disease Surveillance and Response

   Strategy and in the Asia Pacific (South-East Asia Region and Western Pacific Region), IHR implementation is in the context of the Asia-Pacific Strategy for Emerging Diseases. [↑](#footnote-ref-4)
5. اسناد قانونی: اقداماتی که توسط سطوح ملی یا میانی دولت وضع و اجرا شده و از نظر قانونی لازم الاجرا هستند. انواع اسناد قانونی بسته به نظام حقوقی کشور متفاوت است. (به عنوان مثال، قوانین اساسی، قوانین، مقررات، فرامین، مقررات، الزامات اداری و موافقت نامه‌های بین المللی قابل اجرا). [↑](#footnote-ref-5)
6. نقشه‌برداری قانونی به بررسی (و مقایسه) ابزارهای قانونی مربوطه موجود در یک زمینه بزرگتر به منظور درک چارچوب‌های قانونی کشور برای پیشگیری، آمادگی و واکنش به شرایط اضطراری بهداشت‌عمومی کمک می‌کند. چنین نقشه‌برداری، نگاهی به ابزارهای قانونی در سراسر حوزه‌های قضایی و/یا بررسی ابزارهای حقوقی در یک حوزه قضایی برای درک چگونگی رسیدگی به خطرات بهداشت‌عمومی ارائه می‌کند. نقشه برداری حقوقی شامل بررسی و مستندسازی وجود مراجع قانونی، آنچه آن مراجع انجام می‌دهند یا ارائه می‌دهند و آنچه ارائه نمی‌دهند، می‌باشد. نقشه برداری قانونی یک فعالیت عینی است. این فرآیند قصد ندارد اثربخشی ابزارهای قانونی را ارزیابی کند و شکاف‌های آن را نیز تجزیه و تحلیل کند. در چارچوب این شاخص، نقشه‌برداری قانونی از توسعه، اجرا، و تقویت آمادگی و واکنش به خطرات بهداشت‌عمومی حمایت و تسهیل می‌کند (مطابق با ماده 1 IHR (2005))، احتمال وقوع رویدادی که ممکن است بر سلامت جمعیت انسانی تأثیر منفی بگذارد، با تأکید بر رویدادی که ممکن است در سطح بین‌المللی گسترش یابد یا خطری جدی و مستقیم ایجاد کند. [↑](#footnote-ref-6)
7. تحلیل حقوقی: فرآیندی است که از بررسی حقوقی، ارزیابی حقوقی و پایش حقوقی است.که از اضافی است [↑](#footnote-ref-7)
8. رزیابی ارزیابی حقوقی: یک بررسی کاربردی برای ارزیابی اثربخشی اسناد قانونی است که با در نظر گرفتن شکاف‌های موجود در نظام حقوقی کشور و شرایط ملی انجام می‌شود. نتایج این ارزیابی به اصلاح و بازبینی اسناد قانونی موجود کمک می‌کند همچنین، ارزیابی‌ها می‌توانند شامل تمرین‌های شبیه‌سازی به عنوان بخشی از برنامه‌ریزی گسترده تر برای آمادگی اضطراری باشند.

   این امر باید در سطوح ملی، میانی استانی ​​و اولیه پاسخ بهداشت‌عمومی و متناسب با ساختار کشور باشد. [↑](#footnote-ref-8)
9. این امر باید در سطوح ملی، میانی ​​و اولیه پاسخ بهداشت‌عمومی و متناسب با ساختار کشور باشد. [↑](#footnote-ref-9)
10. پایش حقوقی به معنای پیگیری تغییرات در اسناد قانونی در طول زمان است. [↑](#footnote-ref-10)
11. برای راهنمایی بیشتر، به اهداف پکیج بسته آمادگی قانونی امنیت جهانی بهداشت مراجعه کنید. این اطلاعات در وب نیازی به وب نیست سایت آمادگی قانونی – دستور کار امنتیت جهانی بهداشت در دسترس است: (<https://ghsagenda.org/>). [↑](#footnote-ref-11)
12. برای تعریف "شکاف‌های جنسیتی" به واژه نامه مراجعه کنید. [↑](#footnote-ref-12)
13. برای تعریف "ارزیابی سیستماتیک جنسیتی" به واژه نامه مراجعه کنید.

    برای راهنمایی بیشتر به سند زیر مراجعه کنید؛ WHO (2011). Gender mainstreaming for health managers: A practical approach. Participant’s Notes. (https://www.who.int/publications/i/item/9789241501057, accessed 16 March 2022). [↑](#footnote-ref-13)
14. برای تعریف "برنامه عملیاتی جنسیتی" به واژه نامه مراجعه کنید. [↑](#footnote-ref-14)
15. برای تعریف "شکاف‌های جنسیتی با الویت بالا" به واژه نامه مراجعه کنید. [↑](#footnote-ref-15)
16. این سؤالات باید توسط مشاوران حقوقی یا حقوقی یا کارشناسان وزارت بهداشت یا سایر ادارات دولتی مرتبط / نقاط کانونی IHR ملی پاسخ داده شود. لطفا برای دیدن مدارک مربوطه بخواهید. [↑](#footnote-ref-16)
17. منابع مالی، به منابع برنامه ریزی شده، تخصیص یافته، توزیع شده و اجرا شده بر روی فعالیت‌ها و مداخلات اطلاق ‌می‌شود. [↑](#footnote-ref-17)
18. Extrabudgetary به معنای: تراکنش‌های مالی، اغلب با ترتیبات بانکی و نهادی جداگانه، که در قانون بودجه سالانه دولت لحاظ نشده است. [↑](#footnote-ref-18)
19. تامین مالی خارجی: تامین مالی از منابع غیر داخلی در راستای اجرای ظرفیت‌های IHR. [↑](#footnote-ref-19)
20. بخش‌های مربوطه عبارتند از سلامت انسان، سلامت حیوانات، کشاورزی، مدیریت بلایای طبیعی، ایمنی غذا، دام، شیلات، تجارت، حمل‌ونقل بین‌المللی/نقاط ورودی (PoFs)، خدمات اضطراری، محیط‌زیست، مالی، ایمنی شیمیایی، ایمنی تشعشعات، کار، آموزش، امور خارجی، جامعه مدنی، و سایر بخش‌ها. [↑](#footnote-ref-20)
21. راهنمای فوکال پوینت اجرای IHR را ببینید: Designation/establishment of National IHR Focal Points (([https://www.who.int/](https://www.who.int/publications/m/item/designation-establishment-of-national-ihr-focal-points) [publications/m/item/designation-establishment-of-national-ihr-focal-points](https://www.who.int/publications/m/item/designation-establishment-of-national-ihr-focal-points), accessed 16 April 2022). [↑](#footnote-ref-21)
22. حمایت از توسعه ترکیبی از اقدامات اجتماعی است که برای به دست آوردن تعهد سیاسی، حمایت از سیاست، پذیرش اجتماعی و حمایت سیستمی برای یک هدف یا برنامه خاص طراحی شده است. این شامل جمع آوری و ساختاردهی اطلاعات در یک پرونده متقاعد کننده است. انتقال پرونده به تصمیم گیرندگان و سایر حامیان بالقوه، از جمله مردم، از طریق کانال‌های مختلف بین فردی و رسانه ای؛ و اقدامات تحریک کننده توسط نهادهای اجتماعی، سهامداران و سیاست گذاران در حمایت از هدف یا برنامه (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70051/HED\_92.4\_eng.pdf, accessed 1 December 2021) [↑](#footnote-ref-22)
23. سازوکار‌های هماهنگی چند بخشی شامل چارچوب‌های راهبردی، دستورالعمل‌ها، رویه‌ها و رویه‌های عملیاتی استاندارد (SOP) و برنامه‌ها می‌شود. [↑](#footnote-ref-23)
24. انواع مختلفی از برنامه‌ها وجود دارد، مانند برنامه ای برای هماهنگی اقدامات آمادگی اضطراری، که شامل برنامه‌های واکنش اضطراری چندبخشی، برنامه‌های آمادگی و/یا اضطراری و برنامه‌های پشتیبانی و برنامه‌های تداوم کسب‌وکار برای خطرات یا سناریوهای خطر خاص است. این برنامه‌ها باید چندبخشی، چند رشته ای و قابل تعامل و همکاری باشند. این برنامه‌ها باید به یک برنامه خاص مرتبط با خطر مانند رویدادهای شیمیایی یا اضطراری‌های تابش پیوسته باشند. باید یک برنامه واکنش به رویداد شیمیایی/تابش وجود داشته باشد که روندها، نقش‌ها، مسئولیت‌ها و الزامات را برای اطمینان از واکنش مناسب به انتشار مواد شیمیایی با هدف به حداقل رساندن تأثیر انتشار بر سلامت انسان و محیط‌زیست اطمینان حاصل شود. [↑](#footnote-ref-24)
25. Sensitized: در سطح کشور، حمایت از طریق مجموعه‌ای از مداخلات هماهنگ، از جمله آگاهی بخشی، به‌طور کلی تلاش می‌کند تا اطمینان حاصل شود که دولت‌های ملی به طور جدی به IHR و برنامه‌های عملیاتی ملی IHR متعهد باقی بمانند و منابع لازم را برای این اهداف بسیج کنند. [↑](#footnote-ref-25)
26. A SimEx can help develop, assess and test functional capabilities of emergency systems, procedures and mechanisms to be able to respond to outbreaks or public health emergencies. See definition of “SimEx” in the Glossary (for further information see https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-WHE-CPI-2017.10, accessed 3 November 2021). [↑](#footnote-ref-26)
27. See definition of “Intra-Action Review or IAR” in the Glossary (for further information see https://apps.who.int/iris/handle/10665/341029, accessed 3 November 2021). [↑](#footnote-ref-27)
28. An After Action Review or AAR provides an opportunity to review the functional capacity of public health and emergencyresponse systems and to identify practical areas for continued improvement. See definition of “AAR” in the Glossary (for further information see https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-CPI-2019.4, accessed 3 November 2021). [↑](#footnote-ref-28)
29. از آنجای که AMR باید به عنوان یک مسئله چند بخشی مورد توجه قرار گیرد، اولین ویژگی (4.1) درباره پیشرفت با هماهنگی چند بخشی، از جمله توسعه و اجرای یک برنامه اقدام ملی AMR پرسش ‌می‌کند. به منظور مدیریت پذیرکردن ارزیابی و رتبه‌بندی، ویژگی‌های امتیازدهی بر جنبه‌های منتخب پاسخ به AMR تمرکز دارند: نظارت بر مقاومت (P4.2)، پیشگیری از ارگانیسم‌های مقاوم به چند دارو MDROs )P4.3)، استفاده بهینه از داروهای ضد میکروبی در سلامت انسان (P4.4)، و استفاده بهینه از داروهای ضد میکروبی در سلامت حیوانات (P4.5.5). ارزیابی ظرفیت‌های کنترل AMR باید دو بار برای ویژگی 4.2 تکمیل شود، زیرا ظرفیت‌ها باید به طور جداگانه در بخش سلامت انسان و بخش تولید غذای حیوانی (زمینی و آبی) ارزیابی شوند. پیشرفت در پیشگیری و کنترل عفونت که یکی دیگر از جنبه‌های مهم پاسخ به AMR است به طور جداگانه در بخش R4 امتیاز دهی ‌می‌شوند. پیشرفت در رسیدگی به سایر جنبه‌های پاسخ به AMR (از جمله سایر بخش‌ها) نیز ممکن است در طول JEE در نظر گرفته شود، اما این جنبه‌ها به طور مشخص امتیاز دهی ن‌می‌شوند. در مواردی که چندین معیار برای یک امتیاز وجود دارد، انتظار می رود که کشور تمامی این معیارها و همچنین معیارهای امتیازات پایین تر را داشته باشد. امتیاز نهایی باید بر اساس پایین ترین امتیاز برای بخش‌های سلامت انسانی و حیوانی تعیین شود. در بخش سلامت انسانی، ارزیابی باید مقاومت باکتریایی به آنتی بیوتیک‌ها را بررسی کند. مقاومت ویروسی، سایر پاتوژن‌های غیر باکتریایی و مقاومت ناقلین خارج از محدوده هستند، مگر اینکه در سیاست‌ها، استانداردها یا دستورالعمل‌های ملی گنجانده شوند. سیستم‌های ردیابی مقاومت انسانی در برابر سل از طریق برنامه‌های سل مدیریت می‌شوند. برای جنبه‌های تولید مواد غذایی، تمامی عوامل ضد میکروبی در نظر گرفته ‌می‌شوند. [↑](#footnote-ref-29)
30. 2 GLASS یک تلاش مشترک برای استانداردسازی نظارت AMR با حمایت از تقویت دانش از طریق نظارت و تحقیق و ادامه پر کردن شکاف‌های دانش با هدف اطلاع‌رسانی به استراتژی‌ها در همه سطوح است. [↑](#footnote-ref-30)
31. چندبخشی رویکرد سلامت یکپارجه (به واژه نامه مراجعه کنید) را نشان می دهد که حداقل جنبه‌های ایمنی انسان، حیوان، محصولات کشاورزی و مواد غذایی را نشان می دهد. [↑](#footnote-ref-31)
32. این ارزیابی بر نظارت بر سطوح AMR در بخش سلامت انسان و تولید غذای حیوانی متمرکز است. نظارت/ پایش استفاده از ضد میکروبی در انسان و حیوانات بخشی از رتبه بندی نیست. در حالی که این نظارت برای برنامه‌های اقدام ملی AMR مهم است، اما آنها توسط ارزیابی‌های دیگر پوشش داده ‌می‌شوند. (به نظرسنجی سه جانبه خود ارزیابی کشور AMR (TrACSS)، اطلس فائو و شاخص‌های PVS مراجعه کنید). [↑](#footnote-ref-32)
33. شامل گزارش به GLASS-EAR (گزارش‌دهی مقاومت ضد میکروبی در حال ظهور) در مورد تشخیص زودهنگام گزارش AMR [↑](#footnote-ref-33)
34. پاتوژن‌هایی که در حال حاضر در GLASS-AMR گنجانده شده اند عبارتند از: اسینتوباکتر، E. coli، کلبسیلا پنومونیه، نایسریا گونوره، گونه‌های سالمونلا، شیگلا، استافیلوکوکوس اورئوس و استرپتوکوک پنومونیه. [↑](#footnote-ref-34)
35. مراکز کوچکتر ممکن است به ظرفیت‌های آزمایشی مستقل نیاز نداشته باشند اما به سیستم‌های ارجاعی نیاز داشته باشند. [↑](#footnote-ref-35)
36. شیوه‌های برنامه‌های مدیریت مصرف آنتی بیوتیک ممکن است شامل موارد زیر باشد: دسترسی بدون وقفه به داروهای با کیفیت برای درمان عفونت‌های باکتریایی. اندازه گیری میزان مصرف استفاده از ضد میکروبی؛ دسترسی به کشت‌های میکروبی و آنتی بیوگرام‌ها برای تصمیم گیری بالینی. به روز رسانی منظم آنتی بیوگرام‌های محلی و تجزیه و تحلیل ژنتیکی برای راهنمایی درمان. و ممیزی با بازخورد به تجویزکنندگان آنتی بیوتیک برای تشویق استفاده مناسب. در مراقبت‌های بهداشتی، این برنامه‌ها اغلب به عنوان برنامه‌های نظارت ضد میکروبی شناخته ‌می‌شوند. [↑](#footnote-ref-36)
37. طبقه‌بندی AWaRe یک ابزار برای حمایت از تلاش‌های مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک در سطوح محلی، ملی و جهانی است، آنتی‌بیوتیک‌ها در این سیستم به سه گروه دسترسی، مراقبت تقسیم بندی ‌می‌شوند.این طبقه بندی تاثیر انواع مختلف آنتی‌بیوتیک‌ها را بر AMR درنظر میگیرد تا بر اهمیت استفاده مناسب از آنها تأکید دارند. [↑](#footnote-ref-37)
38. برای بخش‌های تولید غذای حیوانی، تمرکز ویژگی P4.5 بر پیشگیری از عفونت است که پرورش خوب را ترویج ‌می‌کند و هدف آن کاهش استفاده از مواد ضد میکروبی در حیوانات پرورشی و تولید غذا است. برنامه‌های پیشگیری از عفونت/ پرورش خوب در بخش‌های تولید غذای حیوانی شامل ارتقای بهداشت مزرعه، برنامه واکسیناسیون، اقدامات ایمنی زیستی، تغذیه مناسب و آب تمیز و نگهداری حیوانات بیمار برای جلوگیری از انتقال باکتری‌های مقاوم به انسان و سایر حیوانات است. ارزیابی باید مقاومت باکتریایی به آنتی بیوتیک‌ها را بررسی کند. مقاومت ویروسی، سایر پاتوژن‌های غیر باکتریایی و ناقلین خارج از محدوده هستند، مگر اینکه در سیاست‌ها، استانداردها یا دستورالعمل‌های ملی ادغام شوند. سیستم‌های ردیابی مقاومت سل انسانی از طریق برنامه‌های سل مدیریت می‌شوند. [↑](#footnote-ref-38)
39. Zoonotic diseases are infections or diseases that are transmissible between animals and humans. [↑](#footnote-ref-39)
40. بخش بهداشت حیوانات شامل مقامات مربوطه مسئول حیوانات همراه، دام و حیوانات وحشی است. با توجه به موارد بعدی، برخی از فعالیت‌ها ممکن است تا حدی توسط ذینفعان خارج از خدمات دامپزشکی تضمین شود (به عنوان مثال، تحت اختیار خدمات محیط زیست) اما همچنان تحت اختیار آنها برای مدیریت بیماری‌های مشترک بین انسان و دام باشد. [↑](#footnote-ref-40)
41. ارتباطات بین وزارتخانه‌های بهداشت و کشاورزی و متخصصان حیات وحش برای ترویج اشتراک گذاری اطلاعات و داده‌ها باید کارآمد باشد و همچنین در سطوح پاسخ بهداشت‌عمومی منطقه ای و اولیه وجود داشته باشد. [↑](#footnote-ref-41)
42. این شاخص به ظرفیت ملی برای شناسایی، ارزیابی و پاسخ به رویدادهای بیماری‌های مشترک انسان و دام اشاره دارد و شامل توجه به ظرفیت بخش سلامت حیوانات و سلامت انسان و همچنین همکاری و سازوکار هماهنگی بین آنها ‌می‌شود. [↑](#footnote-ref-42)
43. به موقع بودن توسط هر کشوری قضاوت و تعیین می‌شود و در اینجا به عنوان زمان بین تشخیص یک رویداد و پاسخ به آن اشاره می‌شود. [↑](#footnote-ref-43)
44. بخش‌های مرتبط: حداقل، وزارتخانه‌ها یا سازمان‌هایی که کلید حوزه فنی هستند و ممکن است شامل سلامت انسان، سلامت حیوانات، محیط زیست، ایمنی غذا، مالی، تجارت/ بنادر ورودی، ایمنی شیمیایی، ایمنی تشعشعات، امنیت، دفاع، بخش خصوصی، نهادهای نظارتی، رسانه‌ها و غیره باشند. انجمن‌های مدنی، مانند سهامداران خصوصی (از صنعت، انجمن‌های پزشکی، انجمن‌های کشاورزان) و دانشگاه‌های مسئول جنبه‌های حوزه فنی (اما نه کلیدی) ممکن است در صورت لزوم شامل شوند. [↑](#footnote-ref-44)
45. در این شاخص، وزارت کشاورزی به آن وزارتخانه یا سازمانی اطلاق می‌شود که مسئول بهداشت و تولید دام است. وزارت کشاورزی (یا سایر آژانس‌های مربوطه) می تواند توصیف دقیقی از جمعیت شناسی حیوانات در داخل کشور و در هر واحد اداری ارائه کند. همچنین می‌توانید اطلاعات را در گزارش‌های OIE PVS Pathway در دسترس قرار دهید. مدیر ارشد دامپزشکی حیواناتی که در این ارزیابی مورد توجه قرار می‌گیرند شامل دام و همچنین گونه‌های وحشی پرورشی و پرورش حیواناتی است که به عنوان حیوان خانگی فروخته می‌شوند. [↑](#footnote-ref-45)
46. این به همه انواع محصولات از حیوانات پرورش یافته اشاره دارد. برای محصولات مرتبط با مواد غذایی، می توان به شاخص P 6.3 اشاره کرد: اقدامات ایمنی/مدیریت و بهداشت مواد غذایی در فرآوری مواد غذایی. مطابقت با استانداردهای کدهای زمینی و آبی OIE و Codex Alimentarius در گزارش‌های OIE PVS Pathway بررسی ‌می‌شود. [↑](#footnote-ref-46)
47. Compliance with the standards of the OIE Terrestrial and Aquatic Codes and Codex Alimentarius are reviewed in the OIE PVS Pathway reports. [↑](#footnote-ref-47)
48. Laboratory biosafety describes the containment principles, technologies and practices that are implemented to prevent unintentional exposure to pathogens and toxins, or their accidental release. WHO Laboratory biosafety manual, 4th edition (LBM4) (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011311>, accessed 16 March 2022). [↑](#footnote-ref-48)
49. Laboratory biosecurity describes the protection, control and accountability for valuable biological materials within laboratories as well as information related to these materials and dual-use research, in order to prevent their unauthorized access, loss, theft, misuse, diversion or intentional release. [↑](#footnote-ref-49)
50. Dangerous pathogens and toxins – The informal Australia Group provides a list of human and animal pathogens and toxins for export control (<http://www.australiagroup.net/en/human_animal_pathogens.html>, accessed 16 March 2022). [↑](#footnote-ref-50)
51. It is suggested that minimal/best practice would follow the WHO Laboratory biosafety manual. 2020 ([https://www.who.int/](https://www.who.int/publications/i/item/9789240011311) [publications/i/item/9789240011311](https://www.who.int/publications/i/item/9789240011311), accessed March 16 2022). [↑](#footnote-ref-51)
52. Responsible life sciences research for global health security: a guidance document. WHO/HSE/GAR/BDP/2010.2. Geneva: World Health Organization; 2010 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSE-GAR-BDP-2010.2>, accessed 16 March 2022). [↑](#footnote-ref-52)
53. در هر دو بخش انسان و دام [↑](#footnote-ref-53)
54. واکسیناسیون گسترده برای اپیدمی‌های VPD بر اساس مفهوم ایمنی گروهی است. زمانی که بخش بالایی از یک جمعیت واکسینه شوند، انتقال بیماری از فرد به فرد با احاطه کردن فرد مبتلا با افراد واکسینه شده قطع ‌می‌شود. [↑](#footnote-ref-54)
55. تحت فهرست استفاده اضطراری، یک واکسن جدید از طریق مراحل توسعه، تولید و آزمایش‌های بالینی تاسیس شده عبور ‌می‌کند و نشان داده می‌شود که ایمن، موثراست و مطابق با استانداردهای تولید است، داده‌ها باید توسط نهاد‌های نظارتی ارزیابی شوند تا استفاده از آن مجاز شود. [↑](#footnote-ref-55)
56. سیستم آزمایشگاهی ملی یک جامعه مشترک از آزمایشگاه‌های بالینی، آزمایشگاه‌های بهداشت‌عمومی و بسیاری از شرکای فردی است که آزمایش‌ها را آغاز می‌کنند و/یا از نتایج آزمایش استفاده می‌کنند.[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846799/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846799/pdf/phr125s20018.pdf) [pdf/phr125s20018.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846799/pdf/phr125s20018.pdf)، مشاهده شده در 24 نوامبر 2017). همین امر در مورد سیستم آزمایشگاه ملی دامپزشکی نیز صدق ‌می‌کند. [↑](#footnote-ref-56)
57. برای نمرات کامل، قابلیت‌ها باید به طور جداگانه در بخش سلامت انسان و حیوان (دام، حیوان همراه و حیات وحش) ارزیابی شوند و سازوکار‌هایی برای برنامه‌ریزی مشترک منظم، اشتراک‌گذاری اطلاعات، همکاری، ارتباطات و توسعه خط مشی مشترک در رویکرد یک سلامت باید وجود داشته باشد. امتیاز نهایی باید بر اساس کمترین امتیاز برای بخش سلامت انسان و دام باشد. [↑](#footnote-ref-57)
58. این شاخصها به ظرفیت آزمایشگاه ملی کشور اشاره دارد. [↑](#footnote-ref-58)
59. ین حوزه فنی را با سایر حوزه‌های فنی که به ظرفیت آزمایشگاهی نیاز دارند (مانند نظارت، بیماری مشترک بین انسان‌ها، ایمنی مواد غذایی، AMR) مرتبط کنید. [↑](#footnote-ref-59)
60. 5. سیستم ملی آزمایشگاهی باید شامل موارد زیر باشد:

    توانایی انجام آزمایشهای تشخیصی در مورد بیماری‌های اولویت دار؛

    توانایی حمل و نقل ایمن و سریع نمونه‌ها از 80 درصد یا بیشتر سطوح/مناطق متوسط ​​به امکانات آزمایشگاهی ملی برای تشخیصهای پیشرفته؛

    توانایی انجام تستهای تشخیصی سطح بالا در آزمایشگاه‌های ملی یا داشتن توافق نامه با شبکه‌های منطقه ای برای اطمینان از در دسترس بودن آزمایش؛

    توانایی آزمایش حساسیت ضد میکروبی برای پاتوژنهای اولویت دار در سلامت انسان و در تولید غذای حیوانات. [↑](#footnote-ref-60)
61. بخش‌های مربوطه شامل بخش‌های خصوصی و دولتی، مانند تمام سطوح سیستم مراقبت‌های بهداشتی (ملی، متوسط ​​و جامعه/بهداشت‌عمومی اولیه) است. سازمان‌های مردم نهاد؛ بخش‌ها/فعالیت‌های سایر بخش‌هایی که بر سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند، مانند وزارتخانه‌های کشاورزی (مرجع کنترل قرنطینه و حرکت، مقررات واردات/صادرات، تأمین مالی تشخیص و کنترل بیماری‌ها، بیماری‌های مشترک بین انسان‌ها، آزمایشگاه‌های دامپزشکی و غیره)، حمل‌ونقل (سیاست‌های حمل‌ونقل، هوانوردی غیرنظامی، بنادر و حمل‌ونقل دریایی)، تجارت و/یا صنعت (حفاظت از مواد غذایی و کنترل کیفیت)، استانداردهای تجارت خارجی (کنترل ایمنی و کیفیت)، کنترل تجارت خارجی دفاع، خزانه داری یا امور مالی (گمرک)، محیط زیست، داخلی، بهداشت، گردشگری. سلامتی؛ دفتر خانه؛ رسانه؛ و نهادهای نظارتی [↑](#footnote-ref-61)
62. روش‌های نوین مولکولی و سلولی که قادر به شناسایی سریع و دقیق پاتوژن‌ها به شیوه‌ای کم‌هزینه و مقرون به صرفه هستند. [↑](#footnote-ref-62)
63. سیستم حمل و نقل موقت: بدون SOP در مورد نحوه انتقال نمونه. [↑](#footnote-ref-63)
64. بیماری‌های اولویت دار بر اساس اپیدمیولوژی محلی و همانطور که در دستورالعمل‌های نظارت ملی برای اولویت تعریف شده است.

    بیماری‌ها و/یا بیماری‌های قابل اطلاع؛ آنها شامل بیماری‌های مستعد اپیدمی، بیماری‌های در نظر گرفته شده برای ریشه کنی/حذف و بیماری‌های دارای اهمیت بهداشت‌عمومی هستند [↑](#footnote-ref-64)
65. این یک رویه سازمان یافته یا ایجاد شده در داخل یا خارج از کشور است. برخی از کشورهای جزیره ای ممکن است به سیستمی در سطح کشور نیاز نداشته باشند و می توانند به آزمایشگاه‌های منطقه ای یا بین المللی دسترسی داشته باشند. [↑](#footnote-ref-65)
66. نمونه معمولی شامل خون، ادرار، بزاق، خلط، مدفوع و سایر مایعات و بافت‌های بدن است. [↑](#footnote-ref-66)
67. In conformity with national quality standards based on the quality assurance system of the country. See: WHO manual for organizing a national external quality assessment programme for health laboratories and other testing sites. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250117/9789241549677-eng.pdf>, accessed 1 April 2018). [↑](#footnote-ref-67)
68. به ظرفیت‌های آزمایش آزمایشگاهی موجود در داخل کشور (از جمله آزمایشگاه‌های تحقیقاتی و آزمایشگاه‌های خصوصی) برای پشتیبانی از نظارت و پاسخ اطلاق می‌شود. یا از طریق مکانیسم‌های ارجاع به آزمایشگاه‌های مرجع مرکزی یا بین المللی تعیین شده (به عنوان مثال، مراکز همکار WHO) در دسترس هستند. [↑](#footnote-ref-68)
69. Access to whole genome sequencing could be through international collaboration including WHO collaborating centres [↑](#footnote-ref-69)
70. این ممکن است شامل توالی یابی کل ژنومی باشد و دسترسی به توالی یابی کل ژنوم ممکن است از طریق همکاری بین المللی از جمله مراکز همکار WHO باشد. [↑](#footnote-ref-70)
71. بین بخش سلامت انسان، حیوانات و محیط زیست. [↑](#footnote-ref-71)
72. لایه خاص – سطوح مختلف اداری مانند آزمایشگاه‌های مرجع در سطح ملی، آزمایشگاه‌های تاسیسات سطح متوسط ​​و اولیه بهداشت‌عمومی [↑](#footnote-ref-72)
73. برای هدف این سند، نظارت به عنوان جمع‌آوری مداوم، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها برای اهداف بهداشت‌عمومی و انتشار به موقع اطلاعات بهداشت‌عمومی برای ارزیابی و پاسخ بهداشت‌عمومی در صورت لزوم تعریف می‌شود. نظارت در مواقع اضطراری [وب سایت]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/emergencies/surveillance>, accessed 16 March 2022).. سیستم نظارتی باید شامل موارد زیر باشد:

    توانایی انجام نظارت برای بیماری‌های مستعد اپیدمی اولویت دار؛

    توانایی ارائه گزارش‌ها و داده‌ها به تصمیم گیرندگان سلامت عمومی در سطح بالا در کشور و بازخورد به سطوح پایین تر اجرای برنامه‌های کنترل.

    ارتباط با آزمایشگاه و سایر سیستم‌های اطلاعاتی برای ارائه یک نمایندگی نظارت کامل. [↑](#footnote-ref-73)
74. نظارت قوی از شناسایی به موقع ظهور پاتوژن‌های نسبتاً نادر یا قبلاً توصیف نشده در کشورهای خاص پشتیبانی ‌می‌کند. [↑](#footnote-ref-74)
75. نظارت قوی از شناسایی به موقع ظهور پاتوژن‌های نسبتاً نادر یا قبلاً توصیف نشده در کشورهای خاص پشتیبانی ‌می‌کند. [↑](#footnote-ref-75)
76. هر کشوری باید یک «خطر بالقوه برای سلامت عمومی» تعریف کند، نقشه‌برداری خطر را انجام دهد و بیماری‌های دارای اولویت را شناسایی کند. [↑](#footnote-ref-76)
77. در سطح اولیه، مشارکت جامعه را می توان از طریق نظارت مبتنی بر جامعه (CBS) به دست آورد. EBS بخش کلیدی نظارت سندرمی و CBS است. [↑](#footnote-ref-77)
78. تحقیقات شامل ردیابی تماس برای شناسایی تمام مخاطبین بالقوه و افراد آسیب دیده است. [↑](#footnote-ref-78)
79. تمام داده‌های نظارتی به طور سیستماتیک برای تصمیم گیری و انتشار آگاهانه تجزیه و تحلیل ‌می‌شوند. [↑](#footnote-ref-79)
80. شاخصD3.1 به ظرفیت نیروی کار بهداشت‌عمومی چند بخشی برای کشور اشاره دارد. این شامل ارائه دهندگان خدمات مراقبت‌های اولیه ‌می‌شود. [↑](#footnote-ref-80)
81. توسعه نیروی کار یک عنصر فرابخشی است و اجرای IHR به نیروی کار قوی بهداشت‌عمومی، در دسترس بودن اپیدمیولوژیست‌های کافی و آموزش دیده، متخصصان علوم اجتماعی، آزمایشگاه‌ها و متخصصان بهداشت‌عمومی و همچنین ظرفیت کارکنان پزشکی و پرستاری برای مدیریت صحیح افراد آسیب دیده و رسیدگی به شرایط اضطراری بستگی دارد. بسته به کشور، این نیروها می توانند در بخش دولتی و/یا خصوصی باشند. [↑](#footnote-ref-81)
82. منابع انسانی مناسب ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، کارکنان بهداشتی مبتنی بر جامعه، پزشکان، سم‌شناسان، دامپزشکان، کارشناسان ایمنی مواد غذایی، پرتودرمانی، اپیدمیولوژیست‌های میدانی، متخصصان ارتباط خطر، کارشناسان آزمایشگاهی، کارشناسان بهداشت‌عمومی، کارشناسان حقوقی/سیاست‌گذاری، مقامات واحد منابع انسانی یا بخش ملی برای توزیع و توسعه سلامت عمومی، برنامه‌ریزی، نقشه‌برداری و توسعه سلامت عمومی، و غیره، طبق عملکرد، استانداردهای کشور و نیازها تعریف شده است. [↑](#footnote-ref-82)
83. [↑](#footnote-ref-83)
84. بخشهای مرتبط، از جمله سلامت انسان، سلامت حیوانات، کشاورزی، مدیریت بلایای طبیعی، ایمنی غذا، دام، شیلات، تجارت، حمل‌ونقل بین‌المللی/PoFs، خدمات اضطراری، محیط زیست، مالی، ایمنی شیمیایی، ایمنی تشعشعات، کار، آموزش، امور خارجه، جامعه مدنی و سایر بخش‌ها.

    3. برنامه آموزش اپیدمیولوژی میدانی (FETP): واژه نامه را بررسی کنید. آموزش در سطح پایه برای کارکنان بهداشت محلی است و شامل ساعات محدود کلاس درس است که به صورت یک تکلیف میدانی سه تا پنج ماهه در محل کار به منظور ایجاد ظرفیت در انجام تشخیص به موقع شیوع بیماری، پاسخ بهداشت‌عمومی و نظارت بر سلامت عمومی پراکنده شده است. آموزش سطح متوسط ​​FETP برای اپیدمیولوژیست‌های سطح ناحیه/منطقه/ایالت است و شامل ساعات کلاس درس محدودی است که به‌عنوان یک تکلیف میدانی شش تا نه ماهه در محل کار به منظور ایجاد ظرفیت در انجام تحقیقات شیوع، مطالعات اپیدمیولوژیک برنامه‌ریزی‌شده، و تحلیل‌ها و ارزیابی‌های نظارت بر سلامت عمومی پراکنده می‌شود. آموزش سطح پیشرفته FETP برای اپیدمیولوژیست‌های پیشرفته است و شامل ساعات محدود کلاس درس است که در طول 24 ماه تکالیف میدانی راهنمایی شده برای ایجاد ظرفیت در تحقیقات شیوع بیماری، مطالعات اپیدمیولوژیک برنامه‌ریزی شده، تحلیل‌ها و ارزیابی‌های نظارت بر سلامت عمومی، ارتباطات علمی، و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد برای توسعه برنامه ریزی موثر بر سلامت عمومی متمرکز است. متخصصان بهداشت حیوانات می توانند در این آموزش‌های FETP شرکت کنند. [↑](#footnote-ref-84)
85. یک طرح راهبردی ملی چندبخشی افزایش نیروی کار در مواقع اضطراری شامل تجزیه و تحلیل شکاف برای نیروی کار فزاینده مورد نیاز در همه بخش‌ها برای مواقع اضطراری (به عنوان مثال، امنیت، سلامت انسان، سلامت حیوانات، محیط‌زیست) است و دارای یک طرح نیروی کار افزایشی است، با سیستم‌هایی برای شناسایی و استخدام نیروی کار مورد نیاز با برنامه‌هایی برای توسعه شایستگی‌ها، از جمله رویه‌ها. [↑](#footnote-ref-85)
86. EOC: EOC‌های ملی سلامت با EOC‌های بهداشتی در سطوح متوسط ​​و اولیه بهداشت‌عمومی مرتبط هستند و با EOC‌ها در سایر بخش‌ها از جمله با اداره ملی مدیریت بلایای طبیعی قابل همکاری هستند. [↑](#footnote-ref-86)
87. پروفایل‌های خطر اضطراری سلامت، باید بر اساس ارزیابی ریسک اضطراری سلامت چندبخشی و multi hazard راهبردی بوده و به طور منظم به روز شود. [↑](#footnote-ref-87)
88. این، شامل ارزیابی چک لیست آمادگی توصیه شده توسط WHO و/یا SimEx و/یا تمرینات می باشد. [↑](#footnote-ref-88)
89. برنامه‌های اضطراری برای سناریوهای خطرات خاص، اقداماتی را که باید در مرحله اول شرایط اضطراری انجام شود و همچنین اقداماتی را که باید فوراً آغاز شود تا اطمینان حاصل شود که 1) کشورها می توانند تأثیر این خطرات شناسایی شده را کاهش دهند و همچنین 2) کشورها سیستم‌ها، رویه‌ها و منابعی برای واکنش سریع در صورت بروز این خطرات در اختیار دارند، تعریف و سازماندهی کنند. طرح‌های اضطراری با تمام طرح‌های واکنش اضطراری خطرات مرتبط هستند و نیاز به آزمایش (برای اعتبار سنجی) دارند. ریسک‌های اولویت‌دار باید پایش شوند تا بتوان آن را با توجه به تکامل ریسک‌هایی که به آن‌ها رسیدگی می‌کنند، تعدیل کرد. (منابع کافی: بودجه، تدارکات، منابع انسانی، زیرساخت‌های موقت برای اجرای طرح موجود است. a. برنامه‌های EOC و SOP عناصر کلیدی ساختاری و عملیاتی را توصیف ‌می‌کنند؛ فرم‌ها و الگوهای مدیریت داده‌های EOC، گزارش دهی و توجیهی؛ شرح نقش و کمک‌های شغلی برای موقعیت‌های عملکردی EOC (از جمله مدیریت حادثه یا فرماندهی، عملیات، برنامه‌ریزی، تدارکات و مالی) و منابع شامل سیستم‌های اطلاعاتی برای اتصال تصمیم‌گیرندگان بهداشت‌عمومی به منابع داده مناسب . b. تجهیزات ارتباطی؛ و c. کارکنانی که آموزش دیده و قادر به هماهنگی واکنش اضطراری هستند. [↑](#footnote-ref-89)
90. برنامه‌های ملی سلامت EOC برای کارکردهایی از جمله علوم بهداشت‌عمومی (اپیدمیولوژی، تخصص پزشکی و سایر موضوعات)، ارتباطات عمومی و ارتباط با شریک وجود دارد. [↑](#footnote-ref-90)
91. یک کتابچه راهنمای PHEOC (که به عنوان کتابچه راهنمای PHEOC، راهنمای PHEOC یا طرح PHEOC نیز نامیده ‌می‌شود) در "چارچوب WHO برای یک PHEOC" توضیح داده شده است. برای هدف این شاخص، یک کتابچه راهنمای PHEOC با محتوای اساسی به شرح ساختار، عملکردها و رویه‌های لازم برای عملکرد PHEOC اشاره دارد. این شامل فرم‌ها، توضیحات نقش و SOP‌های لازم برای فعال‌سازی، عملکرد و غیرفعال کردن PHEOC است. یک کتابچه راهنمای PHEOC با محتوای کامل به افزودن مجموعه کاملی از طرح‌ها، SOPها و توضیحات اجزای اصلی PHEOC همانطور که در «چارچوب WHO برای PHEOC» توضیح داده شده است اشاره دارد. (توجه داشته باشید که طرح‌ها و رویه‌های مختلف ممکن است مستقیماً در کتاب راهنما گنجانده شوند یا به عنوان اسناد جداگانه در کتاب راهنما ارجاع داده شوند). [↑](#footnote-ref-91)
92. PHEM competencies are identified in the “WHO’s Framework for a PHEOC”. [↑](#footnote-ref-92)
93. فعال‌سازی ظرف 120 دقیقه پس از دریافت هشدار اولیه یا سایر اطلاعات اضطراری که نیاز به فعال‌سازی PHEOC دارد، به این صورت تعریف می‌شود، زمانی شروع می‌شود که ارزیابی ریسک تکمیل شده باشدو محرک های تعیین شده برای فعال‌سازی را شناسایی می‌کند (یا تصمیم اجرایی برای فعال‌سازی گرفته می‌شود)، و زمانی پایان می‌یابد که دستور فعال‌سازی (به صورت کتبی، الکترونیکی، تلفنی یا هر وسیله دیگری) صادر شده است، یک مدیر حادثه منصوب شده است، و کارکنان منتخب IMS (شخصی یا مجازی) برای دریافت راهنمایی اولیه از مدیر حادثه، جمع می‌شوند. [↑](#footnote-ref-93)
94. برای هدف این شاخص، فعال‌سازی‌هایی برای پاسخگویی به فوریت‌های بهداشت‌عمومی واقعی ممکن است به جای تمرین‌ها در نظر گرفته شود. [↑](#footnote-ref-94)
95. اینها شامل نهادهایی مانند نقاط تماس، EOC‌ها یا کمیته‌های پاسخ برای هماهنگی بازیگران و منابع بخش بهداشت در پاسخ به شرایط اضطراری و هماهنگی پاسخ بخش بهداشت با سایر بخش‌ها ‌می‌شود. سازوکار‌های هماهنگی ممکن است از IMS برای انجام عملکرد هماهنگی استفاده کنند. [↑](#footnote-ref-95)
96. به تعریف “Incident management system”یا (or incident command system) در واژه نامه مراجعه کنید [↑](#footnote-ref-96)
97. به تعریف "EOC" در واژه نامه مراجعه کنید. [↑](#footnote-ref-97)
98. افزایش ظرفیت، به عنوان توانایی افزایش (یا حفظ) منابع در شرایط اضطراری تعریف ‌می‌شود. زمانی که ظرفیت‌های عملیاتی معمول برای مقابله، با افزایش تقاضا برای منابع در مواقع اضطراری ناکافی باشد، اغلب به سرعت به کار گرفته ‌می‌شود. منابع شامل پرسنل، تجهیزات، تدارکات، امور مالی و غیره است. یک طرح افزایشی برای افزایش مقیاس عملیات واکنش باید در برنامه‌های ملی واکنش چند بخشی چندگانه گنجانده شود. [↑](#footnote-ref-98)
99. تیم‌های مدیریت اضطراری EMT‌ها متشکل از متخصصان بهداشتی هستند که مراقبت‌های بالینی مستقیم را به جمعیت‌های آسیب دیده از شیوع، بلایا و شرایط اضطراری به عنوان ظرفیتی برای حمایت از سیستم بهداشتی محلی ارائه می دهند. آنها می توانند تیم‌های غیرنظامی یا نظامی یا غیر دولتی بوده و شامل پرسنل ملی و بین المللی باشند. [↑](#footnote-ref-99)
100. سیستم و سازوکار زنجیره تامین و لجستیک اضطراری (Emergency logistics and supply chain) شامل ظرفیت خرید، ذخیره و تحویل محصولات ضروری و مواد لازم برای پاسخگویی (کیت‌های اضطراری، تجهیزات حفاظتی، تشخیص، مواد مصرفی پزشکی، درمان، داروها و تجهیزات زیست پزشکی) در هر جایی که ممکن است به مقدار کافی و به موقع نیاز باشد. همچنین مواد، ظرفیتها و فرآیندهایی را که امکان استقرار و اجرای پاسخ از جمله زیرساخت‌های فوریتهای پزشکی، حمل و نقل، دفاتر اورژانس و مخابرات را فراهم ‌می‌کند، جمع آوری و سازماندهی ‌می‌کند. [↑](#footnote-ref-100)
101. سیستم/ سازوکار مدیریت زنجیره تامین و لجستیک اضطراری ممکن است شامل یک سیستم نظارتی قوی باشد که امکان استفاده اضطراری و توزیع داروهای جدید توسعه یافته یا جدید، تشخیص و سایر مواد را فراهم ‌می‌کند. [↑](#footnote-ref-101)
102. تحقیق و توسعه فعالیتهایی هستند که بر نوآوری دانش، محصولات و خدمات جدید یا بهبود یافته از طریق کار سیستماتیک و روشمند تمرکز ‌می‌کنند. [↑](#footnote-ref-102)
103. نوآوری سلامت به توسعه سیاست‌ها، سیستم‌ها، محصولات و فن‌آوری‌ها و خدمات و روش‌های ارائه خدمات جدید یا بهبود یافته سلامت اشاره دارد که با تمرکز ویژه بر نیازهای جمعیت‌های آسیب‌پذیر، سلامت مردم را بهبود می‌بخشد.<https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/health-innovation-for-impact>، مشاهده شده در 22 فوریه 2022). [↑](#footnote-ref-103)
104. بررسی نظارتی به تأیید شروع و انجام بازبینی دوره ای تحقیقات زیست پزشکی در مورد افراد انسانی اشاره دارد. هدف اصلی چنین بازبینی تضمین حمایت از حقوق و رفاه افراد انسانی است

     (Institute of Medicine (US) Roundtable on Research and Development of Drugs, Biologics, and Medical Devices; Davis JR, Nolan VP, Woodcock J, et al., editors. Assuring Data Quality and Validity in Clinical Trials for Regulatory Decision-Making: Workshop Report. Washington (DC): National Academies Press (US); 1999. FDA Regulatory Review. Available from: [https://](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224583/) [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224583/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224583/), accessed 16 March 2022) [↑](#footnote-ref-104)
105. دامنه تحقیقات شامل اما نه محدود به داروها، مواد بیولوژیکی، تجهیزات پزشکی، تحقیقات رفتاری و عملیاتی است. [↑](#footnote-ref-105)
106. بخش‌های مرتبط، از جمله سلامت انسان، سلامت حیوانات، کشاورزی، مدیریت بلایای طبیعی، ایمنی غذا، دام، شیلات، تجارت، حمل‌ونقل بین‌المللی/PoFs، خدمات اضطراری، محیط زیست، مالی، ایمنی شیمیایی، ایمنی تشعشعات، کار، آموزش، امور خارجه، جامعه مدنی و سایر بخش‌ها. [↑](#footnote-ref-106)
107. اینها باید شامل SOPها با فهرستی از مراکز مراقبت بهداشتی ارجاعی تعیین شده، روش‌های ارجاع، تریاژ میدانی، حمل و نقل ایمن و دستورالعمل‌های مدیریت پرونده برای درمان آسیب شناسی‌های ناشی از رویدادهای موجود در فهرست ملی رویدادهای بهداشتی اولویت دار (مانند بیماری‌های مستعد ایجاداپیدمی، تروما، رویدادهای شیمیایی، اورژانس‌های تشعشع و غیره) باشد. [↑](#footnote-ref-107)
108. اجرای دستورالعمل‌ها شامل انتشار، جهت دهی و آموزش کارکنان بهداشتی در مورد دستورالعمل‌ها و انطباق/استفاده از دستورالعمل‌ها در عمل است. [↑](#footnote-ref-108)
109. مراجعات سرپایی به ازای هر نفر در سال اندازه گیری ‌می‌شود. تا یک نقطه خاص، زمانی که به عنوان مثال، موانع برای ارائه خدمات برداشته یا به حداقل برسد، نرخ بهره‌برداری افزایش می‌یابد. این شاخص می تواند به عنوان معیاری برای تعیین سطح اختلالات در خدمات بهداشتی در طول شرایط اضطراری با توجه به تغییرات در نرخ بهره برداری از خدمات مشابه در همان زمان/فصل استفاده شود. منبع مرجع برای شاخص استفاده از خدمات سلامت – فهرست مرجع جهانی 100 شاخص سلامت اصلی (به علاوه SDGs مرتبط با سلامت) ([https://apps.who.int/](https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951) [iris/handle/10665/259951](https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951), accessed 3 November 2021). [↑](#footnote-ref-109)
110. "فعال" به عنوان یک برنامه کاربردی با برنامه‌های کاری و بودجه سالانه تعریف ‌می‌شود. [↑](#footnote-ref-110)
111. برنامه‌های IPC باید اهداف مشخصی بر اساس اپیدمیولوژی و اولویت‌های محلی بر اساس ارزیابی خطر داشته باشند، و عملکردها و فعالیت‌های تعریف‌شده‌ای داشته باشند که با پیشگیری از عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (HAIs) و AMR در مراقبت‌های بهداشتی همسو هستند و به آن کمک می‌کنند. آنها همچنین باید شامل متخصصان IPC اختصاصی و آموزش دیده باشند. برای اطلاعات بیشتر به دستورالعمل‌های WHO در مورد اجزای اصلی برنامه‌های IPC در سطح مرکز مراقبت‌های بهداشتی ملی و حاد مراجعه کنید. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>, accessed 16 March 2022).). [↑](#footnote-ref-111)
112. حداقل الزامات IPC حداقل استانداردهای شناسایی شده توسط WHO و ذینفعان کلیدی IPC و نمایندگان کشور است که باید در سطح ملی و مراکز بهداشتی برای ارائه حداقل حفاظت و ایمنی برای بیماران، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و بازدیدکنندگان بر اساس توصیه‌های WHO در مورد اجزای اصلی برنامه‌های IPC وجود داشته باشد. وجود این الزامات نقطه شروع اولیه برای ساختن عناصر حیاتی اضافی از اجزای اصلی IPC بر اساس یک رویکرد گام به گام بر اساس ارزیابی‌های موقعیت محلی است. برای اطلاعات بیشتر، به حداقل الزامات WHO برای برنامه‌های IPC مراجعه کنید (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>, accessed 3 November 2021) و ابزار ارزیابی حداقل الزامات برای برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت ([https://www.who.int/publications/m/item/assessment-tool-of-the-minimum-requirements-for-infection-prevention-](https://www.who.int/publications/m/item/assessment-tool-of-the-minimum-requirements-for-infection-prevention-and-control-programmes-at-the-national-level) [and-control-programmes-at-the-national-level](https://www.who.int/publications/m/item/assessment-tool-of-the-minimum-requirements-for-infection-prevention-and-control-programmes-at-the-national-level), accessed 26 November 2021). [↑](#footnote-ref-112)
113. یک راهبرد چندوجهی شامل چندین جزء یا عنصر (سه یا بیشتر، معمولاً پنج) است که به صورت یکپارچه با هدف بهبود یک نتیجه و تغییر رفتار اجرا می‌شوند. این شامل ابزارهایی مانند بسته‌ها و چک لیست‌ها است که توسط تیم‌های چند رشته ای که شرایط محلی را در نظر می گیرند، ایجاد شده است. پنج عنصر متداول عبارتند از: (1) تغییر سیستم (در دسترس بودن زیرساخت‌ها و منابع مناسب برای فعال کردن شیوه‌های خوب IPC). (2) آموزش و آموزش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و بازیگران کلیدی (به عنوان مثال، مدیران)؛ (iii) نظارت بر زیرساخت‌ها، شیوه‌ها، فرآیندها، نتایج و ارائه بازخورد داده‌ها. (IV) یادآوری در محل کار/ارتباطات؛ و (v) تغییر فرهنگ در ایجاد یا تقویت جو ایمنی (برای اطلاعات بیشتر رجوع کنید به: [https://www.who.int/publications/m/](https://www.who.int/publications/m/item/who-multimodal-improvement-strategy) [item/who-multimodal-improvement-strategy](https://www.who.int/publications/m/item/who-multimodal-improvement-strategy), accessed 16 March 2022). [↑](#footnote-ref-113)
114. این دستورالعمل‌ها برای ارائه توصیه‌های مبتنی بر شواهد و اجماع کارشناسان در مورد مؤلفه‌های اصلی برنامه‌های IPC هستند که باید در سطح ملی و تأسیساتی برای جلوگیری از HCAI و مبارزه با AMR از طریق اقدامات خوب IPC وجود داشته باشند. آنها در نظر گرفته شده اند تا چارچوبی عملی، مؤثر و قابل قبول برای توسعه یا تقویت برنامه‌های IPC ارائه دهند. [↑](#footnote-ref-114)
115. به تعریف " Safe environment " در واژه نامه مراجعه کنید. [↑](#footnote-ref-115)
116. For global standards on WASH in health care facilities refer to: Adams J, Bartram J, Chartier Y. Essential environmental health standards in health care. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43767>, accessed 16 March 2022). WASH in health care facilities should include national WASH policy and standards, operational strategy, and facility guidelines, education and training programmes, and surveillance, monitoring and audit, and maintenance of essential WASH services (see WHO website: [https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-](https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health) [↑](#footnote-ref-116)
117. سازوکارها شامل طرح‌ها، SOPها، دستورالعمل‌ها، سیاست‌ها و رویه‌هایی مانند طرح‌های multi hazard و چندبخشی برای هماهنگی عملکردهای RCCE می‌شوند. ترتیبات رسمی دولت، از جمله سیاست‌ها و رویه‌ها، برای به اشتراک گذاری داده‌ها و هماهنگی مدیریت اطلاعات و عملکردهای RCCE و همچنین ترتیبی برای افزایش مقیاس در مواقع اضطراری؛ فرآیندهای تضمین کیفیت برای محصولات ارتباطی؛ و ادغام RCCE در EOC یا IMS. [↑](#footnote-ref-117)
118. کارکردها شامل آموزش پرسنل RCCE، ارتباط با سایر بخش‌ها، ارتباط شفاف و اولیه/منظم با مخاطبان هدف از طریق رسانه‌های مرسوم (چاپ و پخش)، نظارت بر رسانه‌های آنلاین و آفلاین برای شکل دادن به پیام‌ها و راهبرد‌ها تجزیه و تحلیل مخاطبان هدف بر اساس گوش دادن به جامعه آنلاین و آفلاین برای اطلاع رسانی طراحی ارتباطات، مداخلات و بهبودهای برنامه ا است. [↑](#footnote-ref-118)
119. منابع عبارتند از، امور مالی؛ کارکنان ماهر (به عنوان مثال، حداقل یک متخصص ارتباطات خطر در تیم واکنش اضطراری، تعداد کافی کارکنان واجد شرایط، یک سخنگوی آموزش دیده) و ترتیبات افزایش نیروی کار. تجهیزات و مواد (مانند اطلاعات، آموزش و ارتباطات (IEC)). بسترهای ارتباطی برای هماهنگی عملکردهای RCCE. [↑](#footnote-ref-119)
120. طرح ملی چند مخاطره ای و چندبخشی RCCE حداقل هر 24 ماه یکبار بررسی ‌می‌شود. شواهد و داده‌های جمع آوری شده به طور منظم برای اندازه گیری، ارزیابی، یادگیری و بهبود مستمر در مداخلات RCCE استفاده ‌می‌شود. پاسخ به نگرانی‌ها، پرسش‌ها و سردرگمی در جوامع به طور فعال پیش‌بینی می‌شود، به آن پرداخته می‌شود و آسیب‌های احتمالی ناشی از اینفودمیک به‌موقع و در مکان مناسب به طور موثر کاهش می‌یابد. [↑](#footnote-ref-120)
121. کار به رسانه‌های معمولی محدود ‌می‌شود. هیچ متخصص ارتباط خطر در تیم ملی IMS (سیستم مدیریت حوادث) یا EOC(مرکز عملیات اورژانس) وجود ندارد. هیچ تمرکزی روی پرداختن به حجم عظیم اطلاعات از جمله اطلاعات نادرست/نادرست وجود ندارد (به عنوان مثال، هیچ فعالیت شنیداری اجتماعی برای ضبط مکالمات آنلاین یا آفلاین از جمعیت، یا راهبرد‌های پیشگیرانه برای افزایش انعطاف‌پذیری در برابر بیماری‌های اطلاعاتی یا اطلاعات غلط بهداشتی). [↑](#footnote-ref-121)
122. شکاف‌ها ممکن است شامل اجرای محدود بهترین شیوه‌ها و فعالیت‌های گوش دادن به جامعه برای اطلاع رسانی در طراحی راهبرد ارتباط باشد. ارتباط‌دهنده‌های خطر آموزش دیده در مواقع اضطراری به عنوان افزایش ظرفیت کارکنان خدمت می‌کنند و منابع لازم برای انجام روابط رسانه‌ای و حفظ حضور آنلاین اولیه را دارند. فعالیت مدیریت اطلاعات کمی وجود دارد، از طریق فعالیت‌های گوش دادن اجتماعی که چند منبع آنلاین یا آفلاین را ردیابی ‌می‌کند و خطر را منتشر ‌می‌کند. [↑](#footnote-ref-122)
123. هماهنگی RCCE شامل کل دولت و بخش‌ها ‌می‌شود. شرکای بین المللی و ملی هماهنگی از طریق کانال‌های ارتباطی آنلاین و آفلاین به روشی دقیق، به موقع و قابل درک تسهیل ‌می‌شود. ارتباط ریسک شامل فرهنگ یادگیری و همکاری با محققان علوم اجتماعی است. یک تیم بین رشته ای به طور معمول از فعالیت‌های گوش دادن به جامعه آنلاین و آفلاین برای انجام تجزیه و تحلیل‌های یکپارچه برای طراحی مناسب ارتباطات، مداخلات و بهبودهای برنامه ای استفاده ‌می‌کند. [↑](#footnote-ref-123)
124. اطلاعات ارائه شده در مورد وضعیت اضطراری باید به روز، به موقع و شامل واکنش دولت و توصیه‌های بهداشتی باشد. یک تیم مدیریت اطلاعاتی اختصاصی یا بینش رفتاری به RCCE و سایر اجزای واکنش اضطراری متصل است. [↑](#footnote-ref-124)
125. فعالیت‌های جامعه شامل ایجاد کانال‌های ارتباطی متناوب دو طرفه بازخورد جامعه (به عنوان مثال، خط تلفن، سیستم‌های شکایت، گوش دادن اجتماعی) است. جمع آوری داده‌ها از منابع کمی و کیفی از جمله تحقیقات اجتماعی-رفتاری جمعیت‌های آسیب دیده و در معرض خطر. تجزیه و تحلیل و ادغام داده‌های رفتاری-اجتماعی و اپیدمیولوژیک برای اطلاع از تصمیم‌گیری (مثلاً اعتماد به واکسن یا توزیع واکسن). آموزش منظم بسیج اجتماعی و تیم‌های مشارکت اجتماعی از جمله داوطلبان؛ افزایش و عملیاتی سازی ظرفیت‌های افزایشی؛ نقشه برداری از ذینفعان، مشارکت و فعال سازی ذینفعان در سطوح ملی و میانی از جمله تأثیرگذاران جامعه مانند نظرات و رهبران مذهبی، جامعه مدنی و سازمان‌های مبتنی بر جامعه به عنوان بخشی از سیستم واکنش اضطراری؛ توسعه مواد IEC؛ و جلسات توجیهی و آموزش تیم‌های بسیج اجتماعی و مشارکت اجتماعی از جمله داوطلبان. [↑](#footnote-ref-125)
126. مشارکت جامعه ممکن است توسط نهادهای غیردولتی در مورد موضوعات بهداشتی خاص انجام شود، اما به طور سیستماتیک با سیستم بهداشت دولتی مرتبط نیستند. برخی از ذینفعان کلیدی به صورت محلی شناسایی ‌می‌شوند. سازمان‌های جامعه مدنی به سازوکار‌های واکنش اضطراری در سطح دولتی متصل نیستند. [↑](#footnote-ref-126)
127. تصمیمات پاسخ با تحقیقات رفتاری-اجتماعی کیفی و کمی انجام ‌می‌شود. داده‌های رفتاری اجتماعی و داده‌های اپیدمیولوژیک به روشی یکپارچه و برابر برای اطلاع‌رسانی در تصمیم‌گیری استفاده می‌شوند. پاسخ به نگرانی‌ها، پرسش‌ها و سردرگمی در جوامع به طور فعال پیش‌بینی می‌شود و به آن پرداخته می‌شود و اثربخشی پاسخ نظارت و ارزیابی می‌شود. [↑](#footnote-ref-127)
128. Influencer: one who exerts influence – a person who inspires or guides the actions of others (Influencer. Merriam-Webster. com Dictionary, Merriam-Webster (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/influencer>, accessed 2 March 2022). [↑](#footnote-ref-128)
129. «نقطه ورود» به معنای گذرگاهی برای ورود یا خروج بین‌المللی مسافران، چمدان‌ها، محموله‌ها، کانتینرها، وسایل نقلیه، کالاها و بسته‌های پستی و همچنین آژانس‌ها و مناطقی است که در هنگام ورود یا خروج به آنها خدمات ارائه می‌دهند (IHR (2005)). [↑](#footnote-ref-129)
130. الزامات معمول ظرفیت اصلی شامل ارزیابی و مراقبت‌های پزشکی، کارکنان و تجهیزات است. تجهیزات و پرسنل برای حمل و نقل مسافران بیمار؛ پرسنل آموزش دیده برای بازرسی وسایل نقلیه؛ تضمین یک محیط امن (مانند آب، غذا، زباله)؛ و کارکنان آموزش دیده و برنامه ای برای کنترل بردار، همانطور که در پیوست 1B آمده است. [↑](#footnote-ref-130)
131. طرح اضطراری بهداشت‌عمومی PoF (IHR (2005)) برای رویدادهای بهداشت‌عمومی، از جمله PHEIC بالقوه. برنامه باید ظرفیت‌های عملکردی را همانطور که در پیوست 1B.2 تعیین شده است در نظر بگیرد. [↑](#footnote-ref-131)
132. مطابق با هر گونه قرارداد بین المللی قابل اجرا. [↑](#footnote-ref-132)
133. Coordinated public health surveillance between PoEs and national health surveillance systems: advising principles. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/144805>, accessed 2 August 2021). [↑](#footnote-ref-133)
134. از نظر این سند، اقدامات مرتبط با سفر بین‌المللی به اقدامات بهداشتی اطلاق می‌شود که برای مسافران، چمدان‌ها، کانتینرها، وسایل حمل‌ونقل یا کالاها اعمال می‌شود، مانند اعمال غربالگری، قرنطینه یا ایزوله، یا قطع موقت ترافیک بین‌المللی، به منظور جلوگیری از گسترش احتمالی عفونت یا آلودگی. [↑](#footnote-ref-134)
135. یک فرآیند چند بخشی برای تعیین اتخاذ تدابیر مرتبط با سفرهای بین‌المللی به شیوه‌ای مبتنی بر ریسک، شامل مکانیسم‌هایی برای انجام ارزیابی‌های ریسک و اجرای اقدامات کاهش خطر در سطوح ملی، میانی و محلی، از جمله در محل PoE، برای پیشگیری، کشف/تحقیق، واکنش و بازیابی است که ممکن است از طریق برنامه‌های ملی، دستورالعمل‌ها و SOPها عملیاتی شود. [↑](#footnote-ref-135)