

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۴ / گفتار ۱۶ / دکتر رضا لباف قاسمی

مهمترین برنامه‌های کشوری مبارزه با بیماری‌های واگیر

فهرست مطالب

۱۳۶۳.....	اهداف درس
۱۳۶۳.....	مبارزه با سیاه زخم
۱۳۶۶.....	مبارزه با CCHF
۱۳۶۸.....	مبارزه با ایدز
۱۳۷۱.....	مبارزه با وبای التور
۱۳۷۳.....	مبارزه با مالاریا
۱۳۷۶.....	مبارزه با هیپاتیت‌های B و C
۱۳۷۸.....	گسترش ایمن سازی
۱۳۸۰.....	مراقبت فلج شل حاد - مبارزه با فلج اطفال
۱۳۸۲.....	حذف بیماری کزار
۱۳۸۳.....	حذف بیماری سرخک
۱۳۸۵.....	مبارزه با بیماری‌های دیفتری و سیاه سرفه
۱۳۸۷.....	مبارزه با بیماری تب مالت
۱۳۸۹.....	مبارزه با هاری
۱۳۹۱.....	مبارزه با بیماری لیشمانیوز جلدی (سالک)
۱۳۹۳.....	پیشگیری و کنترل سل
۱۳۹۶.....	حذف جذام

مهمترین برنامه‌های کشوری مبارزه با بیماری‌های واگیر

دکتر رضا لباف قاسمی

حوزه معاونت سلامت وزارت بهداشت

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- به معرفی اجمالی برنامه‌های کشوری مبارزه با بیماری‌های واگیر، پردازد
- سابقه برنامه‌های موجود را شرح دهد
- اهداف کلی و اختصاصی برنامه‌ها را لیست نماید
- شاخص‌های عمده برنامه‌ها را بیان کند
- وضعیت فعلی برنامه‌ها را شرح دهد
- اهداف اصلی ادامه برنامه‌ها را توضیح دهد

مقدمه

امروزه علیرغم گذار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها به علت تغییر شرایط زندگی از جمله شهرنشینی و صنعتی شدن و اهمیت یافتن بیماری‌های قلبی عروقی و سایر بیماری‌های ناشی از تجدد (مدرنیسم) هنوز بیماری‌های واگیر و عفونی، یکی از مهمترین بیماری‌های تهدید کننده سلامت جوامع بشری به ویژه جهان سوم است و حتی در کشورهای پیشرفته هم اگر برنامه‌های دقیق و مدوئی برای مبارزه با این بیماری‌ها وجود نداشته باشد امکان بازپدیدی آنها بسیار زیاد خواهد بود. به همین جهت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر حسب اولویت با توجه به معیارهای شیوع، بروز، شدت بیماری، مرگ و میر یا کُشندگی و همچنین امکان پیشگیری برای تعدادی از آنها برنامه‌های مدوئی مبارزه را تدوین نموده است که در سرتاسر کشور به اجرا گذاشته می‌شود. در این مختصر به تعدادی از این برنامه‌ها در قالب عنوان برنامه، سابقه، اهداف، شاخص‌ها، وضعیت فعلی، روند آن در ۵ سال اخیر و ادامه برنامه، اشاره می‌شود.

۱ - عنوان برنامه: مبارزه با سیاه زخم

۲ - سابقه برنامه

در بخش دامپزشکی بدلیل کشندگی بسیار بالای بیماری سیاه زخم در دام، بیماری از اولویت خاصی برخوردار است، پراکندگی و تک‌گیر بودن بیماری در انسان و اینکه از سال ۱۳۶۰ تاکنون بروز بیماری از ۰/۵ در صد هزار نفر افزایش نداشته و حتی در استان‌هایی که بیشترین موارد را داشته‌اند از ۳ مورد در صد هزار نفر، تجاوز نکرده است. از سال ۱۳۷۵ برنامه کنترل بیماری با هماهنگی ارگان‌های ذیربط تدوین گردید که حوزه اجرایی آن تمام مناطق آلوده کشور را شامل می‌شود.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

حفظ وضع موجود بیماری در کشور

اهداف اختصاصی

- تقویت و گسترش هماهنگی بین بخشی
- شناسایی مختصات اپیدمیولوژیکی بیماری
- آموزش جامعه و جلب مشارکت مردم در مورد راه های انتقال و پیشگیری بیماری
- آموزش کارکنان بهداشتی
- تقویت نظام پایش، ارزشیابی و مراقبت برنامه.

۴ - شاخص های عمده برنامه

میزان بروز بیماری در انسان

۵ - وضعیت فعلی برنامه

در حال حاضر با توجه به اطلاعات موجود (سال ۱۳۸۱) میزان بروز بیماری ۰/۴ درصد هزار نفر می‌باشد (۲۰۳ نفر در کل کشور) بیشترین آلودگی در استان‌های زنجان و چهار محال و بختیاری است.

نقاط قوت و فرصت‌ها

ارتقاء سیستم مراقبت و گزارش دهی، افزایش آگاهی کارکنان بهداشتی و جامعه، کنترل بیماری در دام به عنوان یکی از اولویتهای بخش دامپزشکی، افزایش هماهنگی بین بخشی خصوصا با دامپزشکی

نقاط ضعف و تهدیدات

عدم همکاری و هماهنگی کامل بخش خصوصی در خصوص گزارش دهی بیماری، نبود پست‌های قرنطینه دامی بطور کامل به منظور نظارت بر ورود و خروج دام و فرآورده‌های آن در مرزهای کشور، عدم هماهنگی بین استان‌های مرزی با کشورهای همسایه در برنامه ریزی مشترک

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

در سال ۷۶، ۲۶۷ مورد (میزان بروز ۰/۴۴ درصد هزار نفر)
 در سال ۷۷، ۲۲۰ مورد (میزان بروز ۰/۳۶ درصد هزار نفر)
 در سال ۷۸، ۲۰۳ مورد (میزان بروز ۰/۳۳ درصد هزار نفر)
 در سال ۷۹، ۲۹۰ مورد (میزان بروز ۰/۴۶ درصد هزار نفر)
 در سال ۸۰، ۲۶۹ مورد (میزان بروز ۰/۴۱ درصد هزار نفر) می‌باشد

۷- ادامه برنامه

- با توجه به روند بیماری در انسان و اولویّت کنترل بیماری در دام در سازمان دامپزشکی به عنوان یک فرصت، برنامه مبارزه با سیاه زخم همچنان ادامه دارد.
- اولویّت برنامه و اجرای آن در سطوح مختلف محیطی و میانی وارتقاء هماهنگی بین بخشی می‌توان به محقق شدن شاخص‌های برنامه در آینده کمک نماید.
- با ایجاد سیستم پایش و ارزشیابی، برنامه مورد بازبینی قرار گرفته تا بتوان نقاط ضعف و تهدیدها را به نقاط قوت و فرصت‌ها تبدیل نمود.
- با توجه به میزان بروز بیماری در کشور پس از کنترل بیماری نهایتاً با تمهیدات لازم و هماهنگی بیشتر از طریق پژوهش، می‌توان به حذف این بیماری در کشور اقدام نمود.

۱ - عنوان برنامه: مبارزه با CCHF (Crimean-Congo Hemorrhagic Fever)

۲ - سابقه برنامه

هر چند بیماری، مربوط به حیوانات می شود ولی موارد تک گیر و همه گیری های ناگهانی این بیماری، انسان ها را نیز گرفتار می کند. انتشار جغرافیایی ویروس عامل ایجاد کننده بیماری مشابه ناقل آن یعنی کنه بسیار گسترده است. کارکنان بهداشتی در مناطق بومی بایستی از وجود بیماری آگاه بوده و اقدامات کنترلی صحیحی علیه عفونت برای محافظت خود از خطر ابتلای به عفونت بیمارستانی بعمل آورند. از سال ۷۸ موارد بیماری به صورت پراکنده از استان های چهار محال و بختیاری، آذربایجان غربی و خوزستان گزارش شد و در سال ۷۹ و ۸۰ همچنان از اغلب استان های کشور موارد مزنون گزارش شد.

لذا بدلیل اهمیت بیماری لزوم یک برنامه برای کنترل آن احساس شده که حوزه اجرایی آن تمام کشور می باشد.

۳ - اهداف برنامه

کشف به موقع موارد CCHF و مراقبت

اهداف اختصاصی

- تقویت و گسترش هماهنگی بین بخشی.
- شناخت مختصات اپیدمیولوژیکی بیماری.
- تعیین میزان وفور ناقل بیماری.
- آموزش کارکنان بهداشتی و درمانی در مورد راه های انتقال و پیشگیری.
- آموزش جامعه.
- تقویت نظام پایش ارزشیابی و مراقبت برنامه (گزارش دهی) *

۴ - شاخص های عمده برنامه

بروز موارد مزنون - محتمل و قطعی

۵ - وضعیت فعلی برنامه

بروز موارد مثبت قطعی از سال ۷۸ تاکنون از استان های سیستان و بلوچستان، اصفهان، گلستان، فارس، آذربایجان غربی، چهار محال و بختیاری، خوزستان، یزد، لرستان و کردستان گزارش شده است.

نقاط قوت و فرصت ها

وجود سیستم شبکه و ارتقاء سیستم مراقبت و گزارش دهی، همکاری تمامی مسئولین دانشگاه ها

هماهنگی بسیار مطلوب بخش دامپزشکی - راه اندازی مرکز تشخیص بیماری در کشور

نقاط ضعف و تهدیدها

وجود ابهامات در مورد راه‌های پیشگیری و کنترل بیماری به دلیل جدید بودن و اینکه قبلاً هیچ برنامه‌ای نداشته است. - عدم آشنایی کامل جامعه در مورد راه‌های انتقال و پیشگیری بیماری.

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

بیماری از سال ۷۸ در کشور گزارش شده است که موارد مثبت قطعی آن در سال ۷۸، ۴ مورد، سال ۷۹، ۲۳ مورد، سال ۸۰، ۶۲ مورد و در سال ۸۱، ۱۰۱ مورد می‌باشد.

۷- ادامه برنامه

با توجه به روند رو به افزایش بیماری از سال ۷۸ تاکنون برنامه کنترل و کشف موارد جدید بیماری همچنان ادامه دارد.

۱ - عنوان برنامه : مبارزه با ایدز

۲ - بیان مسئله

به دلیل پتانسیل همه‌گیری زایی بالا و مرگ و میر و در سنین پایین و آثار مخرب اجتماعی اقتصادی یک اولویت محسوب می‌شود.

۳ - سابقه برنامه

برنامه در سال ۱۳۶۶ بدنبال گزارش اولین مورد هموفیلی با تشکیل کمیته کشوری ایدز برقرار شد. در سال ۱۳۷۵ بدنبال اولین اپیدمی در بین معتادین تزریقی برنامه‌های مراقبت اپیدمیولوژیک به شکل پایگاه‌های دیده‌ور گسترش پیدا کرد. در سال ۸۱ بازبینی مجدد برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی صورت گرفت.

۴ - اهداف برنامه

اهداف کلی تا سال ۲۰۰۵

- تقویت عوامل حفاظتی و پیشگیرانه در سطوح فردی و اجتماعی به ویژه در میان جوانان .
- کاهش تعداد افراد در معرض خطر بیماری‌های مقاربتی و ایدز.
- حصول اطمینان از اینکه همه افراد آلوده از وضعیت خود مطلع بوده و به خدمات مراقبتی و حمایتی فراگیر و جامع دسترسی دارند.

۵ - شاخص‌های عمده برنامه

- ۱ - شاخص‌های فراوانی و میرایی، بروز شیوع و مرگ و میر.
 - ۲ - شاخص‌های مرتبط با آگاهی عمومی و گروه‌های در معرض خطر، میزان آگاهی پرسنل رده‌های مختلف بهداشتی درمانی.
- میزان آگاهی جامعه.
 - میزان آگاهی دانش آموزان.
 - میزان آگاهی دانشجویان.
 - سایر شاخص‌های مرتبط توسط کمیته پایش و ارزشیابی در دست تدوین است.

۶ - وضعیت فعلی برنامه

نقاط قوت

- ابراز تمایل سازمان‌های غیردولتی (N.G.O) متعدد در امر آموزش و اطلاع رسانی.
- همکاری سازمان زندان‌ها.

- استفاده از نیروهای انسانی فعال در شبکه‌ها و نظام مراقبت بهداشتی اولیه (خدمات ادغام یافته) *
- استفاده از حمایت کامل سیاسی مسئولین کلیدی نظام و از حمایت اقتصادی مسئولین ذیربط.
- قبول فرابخشی بودن و فراملی بودن برنامه‌های مقابله با ایدز از سوی مسئولین مختلف بخش‌های توسعه.
- انجام بسیج‌های ملی (نمونه مشارکت مردمی) *

فرصت‌ها

- جلب حمایت سایر اعضاء دولت و مجلس در رابطه با اولویت داشتن مسئله.
- استفاده از مشاورین بخش‌های بهداشت در امر مشاوره پیشگیر و درمانی ایدز.
- استفاده از مشاورین وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فن آوری، معاونت‌های دانشجویی و مشاوران وزارت بهداشت، وزارت علوم، دانشگاه آزاد اسلامی در مشاوره‌های زیربنایی و اولیه.
- استفاده از مشاورین فعال در بخش‌های نظامی و انتظامی در مشاوره‌های پیشگیر.
- استفاده از مشاورین سازمان انتقال خون و بهزیستی در امر مشاوره‌های زیربنایی و اولیه.
- حمایت‌های سازمان‌های بین‌المللی.

نقاط ضعف

- کمبود نیروی انسانی مشاور - کمبود ساختار و فضای فعالیت مشاوران علیرغم تصویب اهمیت مشاور در برنامه سوم توسعه.
- ایدز با سایر بیماری‌های اجتماعی نظیر بیماری‌های آمیزشی اعتیاد و اعتیاد تزریقی، سل رابطه متقابل دارد و موجب اپیدمی مجدد سل هم خواهد بود.
- تمایل اندک سازمان‌های خیریه به حمایت از این بیماران.
- ایدز با جمعیت (ساختار و حرکات) اثر متقابل دارد.
- موانع فرهنگی در ارائه آموزش‌های باز.
- آموزش پذیری نامناسب عمده افراد در معرض خطر (معتادین تزریقی) *
- عدم دسترسی به گروه‌های در معرض خطر عمده (فواحش و معتادین) *
- افزایش رفتارهای پر خطر جنسی و اعتیاد تزریقی در جامعه.

۷- روند برنامه در ۸ سال اخیر

سال	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۸۰	۸۱
ایدز	۱۴	۳۴	۳۳	۲۹	۲۶	۶۹	۸۴	۲۷۵
آلودگی	۲۱	۲۷۰	۷۵۱	۱۸۹	۴۲۰	۴۲۹	۱۲۹۸	۱۱۶۶

۸ - ادامه برنامه

- برنامه مقابله با ایدز حداقل تا ۲۰ سال آینده تداوم خواهد داشت حتی اگر درمان قطعی و واکسنی برای آن پیدا شود این زمان برای کنترل یا حذف، ادامه خواهد داشت .
- برنامه های سلامت خون و سلامت رفتار و احتیاطات همه جانبه در سراسر کشور انجام می شود (۲۸ استان، ۳۹ دانشگاه و ۲۷۸ شبکه) .
- برنامه های ویژه و کاربردی جوانان، معتادان، بیماران آمیزشی، مسافرت های طولانی و بی دلیل و یا با وقفه در نقاط اولویت دار.

قسمتی از پیام معاونت سلامت وقت در مورد برنامه ملی مبارزه با HIV/AIDS در سال ۱۳۸۱

- آموزش عمومی مردم به هر طریق ممکن، اعم از حضوری یا رسانه ای، جمعی یا فردی
- آموزش خصوصی برای گروه های در معرض خطر با بهره گیری از همه توان آموزشی
- تحت پوشش قرار دادن افراد مبتلا و در معرض خطر و بویژه خانواده های مبتلایان، با بهره گیری از مراکز مشاوره بیماری های رفتاری
- کلیه واحدهای بهداشتی درمانی اعم از سرپایی و بستری مکلف هستند مراجعین آلوده به HIV را که به دلایل مختلف به آن مراکز مراجعه می کنند با رعایت ضوابط احتیاطات همه جانبه، پذیرش و تحت درمان قرار دهند. بدیهی است تخلف از پذیرش این بیماران به دلیل ایجاد مخاطرات اجتماعی، خلاف قانون بوده و موجب پیگرد قانونی خواهد شد.
- هیچ مرکز سرپایی و یا بستری اختصاصی برای درمان بیماری های مختلف در این بیماران (دندانپزشکی، جراحی، آندوسکوپی و . . .) نباید تاسیس یا دائر شود و این امر از نظر علمی و اجرایی، مردود بوده و تنها رعایت احتیاطات همه جانبه، الزامی است.
- دائر کردن بخش بیماری های عفونی در دانشگاه هایی که فاقد آند و آماده سازی اینگونه بخش ها در مراکز دانشگاهی که واجد آن می باشند.
- فراهم کردن زمینه های اطلاع رسانی برای عموم مردم بوسیله مسئولین و متخصصین دانشگاهی، از طریق رسانه های سراسری و محلی
- حمایت همه جانبه اجتماعی و فرهنگی از افراد آلوده به ویروس ایدز و جلوگیری از طرد اجتماعی و منزوی شدن آنان
- تولید کار مولد برای قشری که جویای آنند و به همین دلیل از ازدواج به موقع و تشکیل زندگی سالم، محروم گشته اند
- آماده کردن دانشجویان عزیز به منظور ارائه آموزش های لازم از طریق رسانه های گروهی، مدارس، مساجد و امثال آن

۱- عنوان برنامه: مبارزه با وبای التور

۲- سابقه برنامه

- بیماری التور از شیوع نسبتاً قابل ملاحظه‌ای در کشورهای در حال توسعه برخوردار بوده و همه‌گیری‌هایی نیز در کشور جمهوری اسلامی ایران بروز کرده است و در حال حاضر نیز استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و خوزستان در وضعیت خاص آندمیستی قرار دارند و به طور معمول این همه‌گیری‌ها هر چند سال یکبار در سطح کشور حادث می‌شود.
- برنامه عملیاتی التور با توجه به وضعیت آب و هوایی متنوع ایران در یک زمان معین، در تمام فصول ممکن است ولی بیشترین موارد بیماری از اوایل تابستان تا اواخر آذر ماه، حادث می‌گردد.
- حوزه اجرایی برنامه کل کشور می‌باشد (با توجه ویژه به استان‌های مذکور در قسمت الف)
- واحدهای درگیر برنامه از نظر برون بخشی شامل شوراهای بهداشت استان و شهرستان، سازمان آبفای روستایی و شهری و از نظر درون بخشی شامل اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، اداره کل بهداشت محیط و حرفه‌ای، اداره تغذیه و معاونت درمان می‌باشد.

۳- اهداف برنامه

الف: اهداف کلی

ارتقاء سطح بهداشت عمومی جامعه و برآورد مشکلات بهداشتی (اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی).

ب: اهداف اختصاصی

اجرای برنامه کنترل در حد غیر قابل اهمیت از نظر اپیدمیولوژیک و کاهش موارد مرگ و میر به کمتر از ۱٪، ارتقاء سطح آموزش جامعه از طریق بهره‌گیری از کلیه امکانات سمعی و بصری، فراهم نمودن امکانات دفع بهداشتی فاضلاب‌ها و مهمتر از آن دسترسی واقعی افراد بخصوص روستایی به آب آشامیدنی سالم، بازآموزی پزشکان در زمینه پیشگیری از طریق نمونه برداری موارد اسهال حاد آبکی و درمان خوراکی با O.R.S و ایجاد باور در سیستم‌های بهداشتی در خصوص کارآمد بودن نظام مراقبت.

۴- شاخص‌های عمده برنامه

- کاهش موارد ابتلاء
- کاهش هزینه

۵ - وضعیت فعلی برنامه

شاخص کاهش موارد مرگ و میر تاکنون زیر ۱٪ می باشد و کاهش موارد ابتلاء نیز وجود داشته است. با توجه به میزان همه گیری در دو استان سیستان و بلوچستان و کرمان در سال ۱۳۸۱ در حال حاضر وضع بیماری از شرایط مناسبی برخوردار است. تلاش در برنامه اجرایی نظام مراقبت می تواند روند جلوگیری از همه گیری های احتمالی را تسریع بخشد. آنچه را بعنوان تهدیدهای جدی می توان در نظر گرفت عبارتند از: فقر فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی، ورود و خروج اتباع بیگانه (بخصوص افغانی) از مرزهای مربوطه بدون کنترل و نظارت، کمبود منابع آب آشامیدنی سالم و سیستم های فاضلاب (بسته)، سوء تغذیه (به طوریکه دو استان مذکور رتبه های اول و دوم را دارند) و عدم نظارت مستمر، عدم هماهنگی درون بخشی و نیز برون بخشی، از چالش های قابل طرح است. موقعیت جغرافیایی خاص مناطق درگیر (بخصوص سیستان و بلوچستان) ناشی از همجواری با کشورهایی که انواع بیماری های واگیر را در خود می پروراند از جمله مشکلات و بلکه معضل اساسی می باشد.

۶ - روند برنامه در ۵ سال اخیر

در سال ۱۳۷۷ تعداد موارد التور ۹۸۹۷ و تعداد مرگ و میر ۱۰۹ نفر
در سال ۱۳۷۸ تعداد موارد التور ۱۲۴۷ و تعداد مرگ و میر ۲۱ نفر
در سال ۱۳۷۹ تعداد موارد التور ۳۴۵ و تعداد مرگ و میر ۳ نفر
در سال ۱۳۸۰ تعداد موارد التور ۱۰۵ و تعداد مرگ و میر ۱ نفر
در سال ۱۳۸۱ تعداد موارد التور ۱۱۸ و تعداد مرگ و میر ۱ نفر
که در مجموع شاهد روند نزولی بروز بیماری بوده ایم.

۷ - ادامه برنامه

- از نظر زمانی برنامه از شروع برنامه پنج ساله سوم لغایت شروع برنامه پنج ساله چهارم کشور می باشد.
- با توجه به شرایط فعلی (سال ۱۳۸۱) مقدار کمی شاخص ها یعنی کاهش موارد ابتلاء (با توجه به آمار بند ۱۰) و کاهش موارد مرگ و میر و حتی کاهش هزینه ها محقق گردیده است.
- برنامه با توجه به شرایط موجود در کشور، نیاز مبرم به نظارت قوی در جهت حسن اجرای نظام مراقبت دارد و بازبینی خاصی نیاز ندارد.
- از اقدامات عمده در آینده می توان به تقویت هر چه بیشتر نظام مراقبت (مادی و معنوی)، ترغیب بخش درمان به تهیه نمونه های اسهال حاد آبکی، ایجاد امکانات آزمایشگاهی در خصوص آزمایش آب از نظر کلر و از همه مهمتر در دسترس قرار گرفتن آب آشامیدنی سالم به خصوص در مناطق روستایی اشاره کرد.

۱ - عنوان برنامه: مبارزه با مالاریا

۲ - سابقه برنامه

برنامه مبارزه با مالاریا نزدیک به ۵۰ سال سابقه دارد، قبل از شروع برنامه نزدیک به یک سوّم جمعیت کشور هر ساله به مالاریا مبتلا می‌شدند و قریب به ۳۰٪ علت مرگ و میرها را مالاریا تشکیل می‌داد اکنون موارد ابتلا به بیماری از چند میلیون در سال طی سال‌های قبل از شروع برنامه به کمتر از بیست هزار نفر در سال رسیده است.

۳ - اهداف برنامه

اهداف کلی

پیشگیری و کنترل بیماری مالاریا از نظر ابتلاء و مرگ و میر

اهداف اختصاصی

- کاهش مرگ و میر ناشی از مالاریا به کمتر از پنج نفر در سال.
- کاهش ابتلاء به مالاریا به کمتر از ۱۳۰۰۰ نفر در سال ۱۳۸۲.
- کاهش بروز انگلی سالیانه از ۲۹ به ۲۰ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت.
- افزایش دسترسی مردم به امکانات آزمایشگاهی تشخیص مالاریا به میزان ۹۵٪ در سراسر کشور.

۴ - شاخص‌های عمده برنامه

از بین شاخص‌های کنترل مالاریا سه شاخص زیر همه ساله برای کل کشور و برای استان‌های درگیر محاسبه و اعلام می‌شود.

- API یا بروز انگلی سالیانه.
- ABER نسبت لام خون تهیه شده به جمعیت تحت برنامه.
- SPR نسبت لام مثبت به کل لام‌های تهیه شده.

۵ - وضعیت فعلی برنامه

حدود ۶۰٪ موارد مثبت مالاریا در سه استان جنوب شرقی سیستان و بلوچستان، هرمزگان و قسمت گرمسیری استان کرمان رخ می‌دهد که عمدتاً انتقال محلی است. بقیه موارد در سراسر کشور به صورت وارده از مناطق آلوده گزارش می‌شود، وضعیت فعلی برنامه از نظر بروز انگلی سالیانه، بر اساس آمار و اطلاعات ۲۹ در یکصد هزار در سال ۱۳۸۰ بوده است که انتظار می‌رود این رقم در سال ۸۲ به حدود ۲۰ در یکصد هزار نفر

کاهش یابد.

میزان بروز مالاریا در ایران طی سالهای ۸۱-۱۳۷۷

سال	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱
میزان بروز	۵۳	۳۷	۳۱	۲۹	۲۴

نقاط قوت برنامه

- وجود شبکه های بهداشتی درمانی.
- وجود استراتژی ها و تجارب غنی مبارزه با مالاریا.
- برخورداری از حمایت های نسبی دولتی در تامین تجهیزات و امکانات مورد نیاز برنامه.
- وجود نظام گزارش دهی و مراقبت نسبتا مطلوب مالاریا.
- وجود ظرفیت های آموزش محلی.

فرصت ها

- وجود پتانسیل همکاری با سایر بخش ها.
- حمایت های بین المللی.
- وجود تعهد سیاسی و حمایت دولت.
- تحولات اقتصادی.
- روند رو به رشد توسعه یافتگی.

تهدیدات برنامه

- ضعف مشارکت و همکاری کشورهای همجوار در کنترل مالاریا.
- تحولات سیاسی منطقه و بی ثباتی وضعیت کشورهای همجوار.
- فقر و توسعه نیافتگی در پاره ای از نقاط کشور.
- شرایط بد آب و هوایی در پاره ای از نقاط کشور.
- جابجایی های جمعیتی.

نقاط ضعف برنامه

- جابجایی مکرر نیروهای کلیدی مالاریا.
- عدم تکافوی منابع مالی.

- کمبود و توزیع نامناسب امکانات.
- پوشش ناکافی شبکه.
- عدم انگیزه کافی در کارکنان.
- ضعف تحقیقات کاربردی.

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

در پنج سال اخیر روند بیماری مالاریا سیر کاهشی طی کرده است و از حدود ۶۳ مورد در یکصد هزار به ۲۹ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت کشور رسیده است این روند کاهشی علاوه بر ادامه برنامه و تخصیص اعتبار و گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی از برنامه‌های توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور نیز متأثر بوده است.

۷- ادامه برنامه

به منظور حفظ و نگهداری وضع موجود و کاهش بیشتر موارد ابتلاء، ادامه برنامه ضرورت کامل دارد چرا که مناطق پاک شده بدلیل رفت و آمد بیماران از مناطق آلوده و کشورهای آلوده همجوار همیشه در معرض بروز اپیدمی‌های مالاریا قرار دارند.

در صورت اجرای برنامه پنج ساله سوّم به طور کامل تهیه تدارکات مورد نیاز و همکاری‌های بین بخشی، امید می رود که شاخص‌ها محقق گردد.

با توجه به تحقیقات مورد نیاز جهت بهبود برنامه و توصیه‌های جدید سازمان بهداشت جهانی در آینده ممکن است نیاز به بازبینی برنامه وجود داشته باشد.

۱ - عنوان برنامه : مبارزه با هپاتیت های B و C

۲ - سابقه برنامه

هپاتیت ها یکی از علل عمده سرطان کبد و مرگ زودرس در سراسر جهان هستند. ایمن سازی بر علیه هپاتیت B از سال ۱۳۷۲ در سراسر کشور آغاز شد. برنامه مراقبت این بیماری که از سال ۷۴ آغاز شده بود در سال ۱۳۷۷ کامپیوتریزه شد و در این زمان سیستم گزارش دهی در دست بازنگری است.

مراقبت اپیدمیولوژیک HCV در بندهای معتادین ۵ استان انجام می گیرد که شیوع بسیار بالایی از این آلودگی را نشان داده درمان هپاتیت های مزمن که از سال های ۷۳-۷۴ در مراکز دانشگاهی آغاز شده بود وسعت بیشتری گرفته و از طرف وزارت بهداشت نیز درمان بیماران حمایت می شود.

۳ - اهداف برنامه

- کاهش میزان شیوع هپاتیت B در کل جامعه.
- کاهش میزان بروز هپاتیت B در کل جامعه.
- کاهش میزان بروز هپاتیت C در گروه های در معرض خطر (معتادین، بیماران هموفیلی و دیالیزی)
- کاهش مرگ و میر ناشی از هپاتیت های مزمن.

۴ - شاخص های عمده برنامه

- میزان بروز هپاتیت حاد
- میزان شیوع آلودگی به ویروس هپاتیت B
- میزان مرگ و میر ناشی از هپاتیت B
- میزان بروز و شیوع هپاتیت C
- میزان مرگ و میر ناشی از هپاتیت C

۵ - وضعیت فعلی برنامه

کمیته علمی و فنی محکمی پیدا نموده و دستورالعمل ها تجدید نظر شده و کارگاه های آموزشی کشوری ارائه می شود. بسیج اطلاع رسانی وسیعی در دو سال متوالی با همکاری صدا و سیما و فرهنگستان علوم پزشکی انجمن حمایت از بیماران کبدی در سطح کشور انجام شد.

نقاط قوت

- استفاده از خدمات ادغام یافته

- برگزاری بسیج‌های اطلاع رسانی وسیع
- واکسیناسیون هپاتیت B

فرصت‌ها

وجود چند NGO و خیریه فعال در زمینه ارائه خدمات به بیماران

نقاط ضعف

- حساس سازی بیش از حد منجر به طرد افراد آلوده از جامعه شده است.
- فقدان مطالعات کافی برای برنامه ریزی‌های ضروری

تهدیدها

- پیدا شدن ویروس‌های مقاوم به درمان هپاتیت B .
- گسترش روزافزون اعتیاد تزریقی و فقدان آموزش پذیری مناسب در بین معتادین تزریقی به افزایش آمار هپاتیت C دامن می‌زند.
- افزایش شیوع رفتارهای پر خطر جنسی در بین جوانان.

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

برنامه ارزشمند مناسبی موجود است و در آینده نیز رو به رشد خواهد بود زمان توقف برنامه در اوایل برنامه دوّم بوده است. لیکن در سال ۱۳۷۷ بهبود نسبی حاصل شد که همچنان و با سرعت بهتری ادامه دارد.

روند موارد گزارش شده هپاتیت‌های B و C به مرکز مدیریت بیماری‌ها، سالهای ۸۱-۱۳۷۶

سال	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱
هپاتیت B	۵۱۰۰	۴۰۰۰	۳۵۰۰	۵۸۰۷	۹۲۴۴	۱۰۳۵۱
هپاتیت C	۷۳	۱۴۴	۲۰۰	۲۹۱	۱۲۵۱	۱۳۰۷

۱ - عنوان برنامه: گسترش ایمن سازی (EPI)

۲ - سابقه برنامه

طبق تعهدات جمهوری اسلامی ایران در کنفرانس آلماتا مبنی بر دستیابی به پوشش مناسب واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال برنامه گسترش ایمن سازی در ایران از سال ۱۳۶۳ با هدف ایجاد مصونیت فعال در کودکان در برابر بیماری های قابل پیشگیری با واکسن شامل دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، سل و فلج اطفال آغاز شد. این بیماری ها بدلیل ایجاد معلولیت ها و مرگ و میر فراوان در کودکان زیر ۵ سال انتخاب شده و از ویژگی تمامی آنها وجود راه مطمئن پیشگیری از طریق تزریق واکسن است. از طرف دیگر از سال ۱۳۷۲ واکسیناسیون هپاتیت B نیز به برنامه اضافه شد.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

کاهش ابتلا و میزان مرگ و میر بیماری های قابل پیشگیری با واکسن .

اهداف اختصاصی

- افزایش پوشش واکسیناسیون بر مبنای مراقبت از بیماری ها.
- کاهش میزان معلولیت های ناشی از بیماری های قابل پیشگیری با واکسن.
- کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های قابل پیشگیری با واکسن.
- شکستن زنجیره انتقال بیماری های قابل پیشگیری با واکسن با ایجاد مصونیت در کودکان زیر پنج سال.

۴ - شاخص های عمده برنامه

- پوشش واکسیناسیون ثلاث نوبت سوم کودکان زیر یک سال.
- پوشش واکسیناسیون پولیو نوبت سوم کودکان زیر یک سال.
- پوشش واکسیناسیون سرخک کودکان زیر یک سال.
- پوشش واکسیناسیون هپاتیت نوبت سوم کودکان زیر یک سال.
- پوشش واکسیناسیون ب ث ژ کودکان زیر یک سال.
- پوشش واکسیناسیون زنان باردار.

۵ - وضعیت فعلی برنامه

در حال حاضر پوشش واکسن های پولیو نوبت سوم، ثلاث سوم و سرخک در حدود ۹۵٪ و واکسن هپاتیت نوبت سوم حدود ۹۳٪، ب ث ژ حدود ۹۲٪ و واکسن توام زنان باردار حدود ۵۰٪ است.

از نقاط قوت سیستم، وجود شبکه‌های بهداشتی درمانی و دسترسی به نقاط دور دست کشور است ضمناً وجود زنجیره سرما و امکان تهیه واکسن مورد نیاز با کیفیت مناسب پیشبرد این برنامه را عملی ساخته است. از طرف دیگر کمبود نیروی انسانی، عدم انجام نظارت دوره‌ای مناسب، بدلیل کمبود خود رو و نداشتن امکانات کافی برای انجام مطلوب مراقبت به عنوان نقطه ضعف برنامه است. البته هنوز در برخی نقاط دور افتاده مشکل فرهنگی مردم نیز از موانع پوشش مناسب ایمن سازی محسوب می‌شود.

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

پوشش واکسیناسیون کودکان زیر یکسال در سطح کشور، سال‌های ۸۱-۱۳۷۷

۱۳۸۱	۱۳۸۰	۱۳۷۹	۱۳۷۸	۱۳۷۷	واکسن
۱۰۰	%۹۵	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	۱- پولیو
۹۹	%۹۵	%۱۰۰	%۹۹	%۱۰۰	۲- ثلاث ۳
۱۰۰	%۹۶	%۱۰۰	%۹۸	%۱۰۰	۳- سرخک
۹۹	%۹۳	%۹۹	%۹۵	%۹۴	۴- هپاتیت ۳
۱۰۰	%۹۲	%۹۹	%۹۵	%۹۹	۵- ب ب ث ژ
			%۴۷	%۵۲	۶- توام زنان باردار

۷- ادامه برنامه

- بدلیل عدم دسترسی به نقاط دور دست و مشکلات فرهنگی مردم هنوز پوشش‌های جاری، متأسفانه کافی نیست و این نقاط می‌تواند به عنوان کانون بیماری، ایجاد همه‌گیری نماید. لذا با توجه به برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت با انجام برنامه‌های پوشش همگانی (Mass campaign) در نظر است این نقصان پوشش مرتفع گردد.
- شاخص‌های برنامه در حد مطلوب و پیش بینی شده است ضمناً با توجه به امکانات موجود و شرایط فعلی و براساس مصوبات کمیته کشوری ایمن سازی واکسن MMR از سال‌های آینده در برنامه روتین قرار گرفته و تغییراتی نیز در برنامه انجام واکسیناسیون آن صورت پذیرد.
- ادامه برنامه واکسیناسیون کودکان زیر یکسال و گروه‌های هدف .

۱ - عنوان برنامه: مراقبت فلج شل حاد - مبارزه با فلج اطفال

۲ - سابقه برنامه

از سال ۱۳۷۳ به منظور ریشه کنی بیماری فلج اطفال، اقدام به برگزاری روزهای ملی فلج اطفال، برگزاری ایمن سازی تکمیلی - مراقبت فلج شل حاد، ایمن سازی در پاسخ به بروز موارد گردید که کماکان ادامه دارد.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

ریشه کنی فلج اطفال .

اهداف اختصاصی

- پوشش ایمن سازی کودکان زیر پنج سال نسبت به بیماری پولیو.
- حذف موارد بروز بیماری پولیو.
- حذف ویروس وحشی پولیو از محیط.

۴ - شاخص های عمده برنامه

- کشف موارد فلج شل حاد (به هنگام و کامل) .
- کاهش موارد فلج اطفال تایید شده به صفر.
- دستیابی به شاخص های حداقل برنامه مراقبت.

۵ - وضعیت فعلی برنامه

- در حال حاضر مورد فلج اطفال تایید شده در کشور وجود ندارد.
- مراقبت کماکان با شدت و جدیت تمام صورت می گیرد.
- عملیات واکسیناسیون روتین - تکمیلی (لکه گیری) ادامه دارد.

از نقاط قوت برنامه مشارکت نیروهای بسیجی و مردمی در روزهای ملی است و از نقاط ضعف برنامه وجود کودکان غیر واکسینه در مناطق صعب العبور است که می توانند کانون بیماری باشند.

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

سال	کل موارد فلج شل حاد	موارد پولیو
۱۹۹۷	۴۰۸	۱۳
۱۹۹۸	۳۴۵	۴
۱۹۹۹	۲۹۴	۳
۲۰۰۰	۳۰۸	۳
۲۰۰۱	۳۴۹	۰
۲۰۰۲	۳۹۹	۰

۷- ادامه برنامه

- مراقبت موارد فلج شل حاد همچنان باید ادامه داشته باشد.
- پوشش ایمن سازی باید در سطح فعلی حفظ گردد.
- عملیات ایمن سازی تکمیلی (Mopping-up) باید همچنان هر ساله در ۴ نوبت برگزار گردد.

۱ - عنوان برنامه: حذف بیماری کزاز نوزادی

۲ - سابقه برنامه

با توجه به خطیر بودن بیماری در علل مرگ و میر نوزادان، برنامه حذف کزاز نوزادی در سالهای اخیر به عنوان اولویت اجرایی در برنامه های ایمن سازی قرار گرفته شد.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

حذف کزاز نوزادی در کشور.

اهداف اختصاصی

- افزایش پوشش واکسیناسیون توام زنان ۱۵-۴۵ ساله.
- کاهش میزان ابتلای نوزادان.
- کاهش میزان مرگ و میر نوزادان.

۴ - شاخص های عمده برنامه

میزان بروز در هر یکصد هزار تولد زنده .

۵ - وضعیت فعلی برنامه

در حال حاضر با توجه به پوشش واکسیناسیون مناسب و انجام واکسیناسیون دانش آموزان دوره متوسطه باعث قوت برنامه گردیده است. واز طرفی با کمبود نیروی انسانی برای نظارت برنامه دچار ضعف می باشد.

۶ - روند برنامه در ۵ سال اخیر

سال	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱
تعداد موارد	14	14	11	9	6

۷ - ادامه برنامه

- ارتقای پوشش واکسیناسیون زنان ۱۵-۴۹ ساله طبق برنامه ایمن سازی کشوری.
- آموزش همگانی در جهت مشارکت مردمی.
- ادامه ایمن سازی دانش آموزان دختر دوره متوسطه.

۱ - عنوان برنامه: حذف بیماری سرخک

۲ - سابقه برنامه

بیماری سرخک به عنوان مسئله بهداشتی کشور از دیدگاه ابتلاء و عوارض و نیز از دیدگاه مرگ و میر نقش مهمی در برنامه‌های سیستم مراقبت از بیماری‌ها به عهده دارد. بعلاوه با توجه به شرایط موجود کشور از نظر پوشش ایمن سازی و برنامه‌های سیستم مراقبت امکان دستیابی به حذف بیماری را میسر ساخته است.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

حذف بیماری سرخک .

اهداف اختصاصی

- افزایش پوشش ایمن سازی بیماری سرخک.
- شکستن زنجیره انتقال بیماری.

۴ - شاخص‌های عمده برنامه

- به هنگام بودن گزارش‌های موارد
- به هنگام بودن نمونه گیری سرم
- به هنگام بودن پاسخ آزمایشگاه
- به هنگام بودن واکنش نسبت به موارد.

۵ - وضعیت فعلی برنامه

در حال حاضر برنامه در مرحله حذف بیماری سرخک قرار دارد و باتوجه به وجود پوشش مناسب ایمن سازی بر علیه بیماری سرخک و انجام واکسیناسیون همگانی به عنوان نقطه قوت برنامه است.

۶ - روند برنامه در ۵ سال اخیر

با توجه به گزارش دهی سیستم محیطی و موارد موجود، بیماری در مرحله پیشگیری از طغیان بیماری قرار گرفته است. آنچه که لازم به ذکر است افزایش موارد مشکوک و مبتلا به سرخک در گروه‌های سنی بالغین جوان است که ضرورت انجام بسیج همگانی واکسیناسیون گروه‌های در معرض خطر را ایجاب می‌کند.

در ۵ سال اخیر روند در سال ۷۴ تعداد ۲۷۹ مورد، ۷۵ تعداد ۲۳۵۸ مورد، ۷۶ تعداد ۴۴۸۵ مورد، ۷۷ تعداد

۲۸۶۹ مورد در سال ۷۸ تعداد ۴۳۴۳ مورد در سال ۷۹، ۱۱۰۱۲ مورد و در سال ۸۰، ۷۷۹۵ مورد مشکوک به سرخک وجود داشته است.

۷- ادامه برنامه

انجام Mass Campaign با واکسن MR کلیه افراد ۹ ماهه تا ۲۰ ساله در سال ۱۳۸۱ طبق تعهدات جمهوری اسلامی ایران به سازمان جهانی بهداشت. (این برنامه با موفقیت در سال ۱۳۸۲ اجرا شد و کلیه افراد تا سنین ۲۵-۵ ساله تحت پوشش قرار گرفتند).

واکسیناسیون MR (سرخک - سرخجه) : در افراد ۲۵-۵ ساله

با هدف حذف سندرم سرخجه مادرزادی و سرخک در سراسر کشور

از ۱۵ آذرماه ۸۲ تا ۱۰ دی ماه ۸۲



۱- عنوان برنامه: مبارزه با بیماری‌های دیفتری و سیاه سرفه

۲- سابقه برنامه

بیماری‌های دیفتری و سیاه سرفه خصوصا در سنین کمتر از یک سال می‌تواند سبب موارد زیادی ناخوشی و مرگ شود و این در حالیست که پوشش واکسیناسیون فعلی (حدود ۹۵٪) می‌تواند به نحو مطلوبی باعث کاهش ابتلاء و مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها گردد.

۳- اهداف برنامه

هدف کلی

کنترل بیماری‌های دیفتری و سیاه سرفه .

اهداف اختصاصی

- افزایش سطح ایمن سازی کودکان زیر پنج سال نسبت به این بیماری‌ها.
- کاهش میزان ابتلاء.
- کاهش میزان معلولیت‌های این بیماری‌ها.
- کاهش میزان مرگ و میر این بیماری‌ها.

۴- شاخص‌های عمده برنامه

میزان بروز در ۱۰۰۰۰۰ نفر.

۵- وضعیت فعلی برنامه

در حال حاضر با توجه به پوشش حدود ۹۵٪ ثلاث نوبت سوّم و اقدامات انجام شده، شرایط مطلوبی بوجود آمده است. شرایط موجود واکسیناسیون همگانی و وجود یک سیستم گزارش دهی از نقاط قوت برنامه است ولی پوشش ناکامل کودکان زیر پنج سال بخصوص در مناطق دور افتاده می‌تواند کانون همه‌گیری بیماری گردند.

اشکالاتی که در ارتباط با گزارش دهی مراکز درمانی دولتی و خصوصی وجود دارد باعث ضعف برنامه گردیده است.

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

سال	تعداد موارد محتمل دیفتری	تعداد مورد مشکوک به سیاه سرفه
۷۷	۱۱	۱۵
۷۸	۱۵	۳۰
۷۹	۲۰	۱۰۳
۸۰	۱۲	۹۷
۸۱	۹	۳۲

۷- ادامه برنامه

- تقویت نظام مراقبت بیماری های دیفتری و سیاه سرفه.
- ارتقاء پوشش ایمن سازی کودکان زیر یک سال.
- آموزش همگانی در جهت مشارکت مردمی.
- ادامه ایمن سازی دانش آموزان دوره متوسط و مشمولین نظام وظیفه.

۱ - عنوان برنامه: مبارزه با بیماری تب مالت

۲ - سابقه برنامه

بیماری در سطح کشور شیوع فراوان و پراکنده‌ای دارد. بدلیل خسارات اقتصادی فراوان دام و انسان اهمیت مبارزه با این بیماری قابل توجه می‌باشد. علیرغم تلاش‌های وسیع در مبارزه با این بیماری و کاهش چشمگیر آن از سال ۱۳۶۸ تاکنون (۱۷۰ درصد هزار نفر به ۲۵ درصد هزار در سال ۱۳۸۰) هنوز به عنوان یک معضل بهداشتی با شیوع بالا در اکثر استان‌های کشور مطرح است که لزوم برنامه عملیاتی کاملاً محسوس می‌باشد.

بیماری از سالیان قبل مورد نظر بوده است لذا از سال ۱۳۷۵ ضمن هماهنگی با بخش‌های مرتبط، برنامه مبارزه با آن تدوین گردید که حوزه اجرایی آن تمام کشور می‌باشد.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

کاهش میزان بروز بیماری تب مالت در کشور.

اهداف اختصاصی

- تقویت و گسترش هماهنگی بین بخشی.
- شناسایی مختصات اپیدمیولوژیکی بیماری.
- آموزش جامعه و جلب مشارکت در مورد راه‌های انتقال و پیشگیری بیماری.
- آموزش کارکنان بهداشتی.
- تقویت نظام پایش، ارزشیابی و مراقبت برنامه.
- هماهنگی جهت تقویت آزمایشگاه‌ها جهت انجام آزمایش‌های استاندارد تشخیص بیماری.

۴ - شاخص‌های عمده برنامه

میزان بروز بیماری در انسان .

۵ - وضعیت فعلی برنامه

در حال حاضر با توجه به اطلاعات موجود سال ۱۳۸۰ میزان بروز بیماری ۲۴ درصد هزار نفر میباشد (۱۶۰۰۰ نفر در کل کشور) بیشترین میزان آلودگی در استان‌های زنجان، اردبیل و همدان است.

نقاط قوت و فرصتها

ارتقاء سیستم مراقبت و گزارش دهی، افزایش آگاهی کارکنان بهداشتی و جامعه، کاهش بروز بیماری طی ۱۰ سال گذشته، افزایش هماهنگی بین بخشی خصوصا دامپزشکی، کنترل بیماری در دام (واکسیناسیون بره و بزغاله و گوساله و کشتار دامهای مبتلا).

نقاط ضعف و تهدیدات

عدم همکاری و هماهنگی کامل بخش خصوصی در گزارش دهی بیماری، درمان و تشخیص بیماری

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

- در سال ۷۶، ۲۵۲۱۹ مورد (میزان بروز ۴۱/۵ در صد هزار نفر)
- در سال ۷۷، ۱۹۱۹۸ مورد (میزان بروز ۳۱/۲ در صد هزار نفر)
- در سال ۷۸، ۱۵۰۲۲ مورد (میزان بروز ۲۴ در صد هزار نفر)
- در سال ۷۹، ۱۵۱۸۸ مورد (میزان بروز ۲۴ در صد هزار نفر)
- در سال ۸۰، ۱۶۴۷۱ مورد (میزان بروز ۲۵ در صد هزار نفر) می باشد

۷- ادامه برنامه

- برنامه مبارزه با بیماری بدلیل موفقیت‌های سالهای اخیر و روند نزولی آن همچنان ادامه دارد.
- با توجه به کاهش بروز آن در کشور طی سالهای اخیر هنوز یکی از بیماری‌های عفونی با شیوع بالا در کشور و حتی منطقه EMRO می باشد لذا اولویت اجرای دقیق برنامه در سطوح مختلف محیطی و میانی و ارتقاء هماهنگی بین بخشی می تواند در محقق شدن شاخص‌های برنامه در آینده پاسخگو باشد.
- با ایجاد سیستم پایش و ارزشیابی برنامه مورد بازبینی قرار خواهد گرفت تا بتوان نقاط ضعف و تهدیدها را به نقاط قوت و فرصتها تبدیل نمود.
- با توجه به میزان بروز بالای بیماری در کشور ادامه فعالیتها با تاکید راهکارهای موجود برای کنترل بیماری و همچنین اجرای طرحهای تحقیقی برای شناخت ابهامات موجود در آینده تاکید می گردد.

۱ - عنوان برنامه: مبارزه با بیماری هاری

۲ - سابقه برنامه

بیماری هاری به عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان در سطح کشور، مطرح است. این بیماری عمدتاً گوشتخواران وحشی و اهلی و در درجه بعد سایر حیوانات را گرفتار نموده، انسان نیز در صورت در معرض گزش قرار گرفتن یا تماس با حیوانات هار، مبتلا به بیماری می‌گردد. اهمیت آن به دلایل درجه کشندگی صددرصد در انسان و همچنین خسارات اقتصادی هنگفتی که جهت خرید سرم و واکسن ضد هاری جهت درمان پیشگیری موارد حیوان گزیده می‌شود و همچنین خسارات ناشی از تلفات حیوانی می‌باشد. این برنامه از سالیان پیش در کشور، اجرا شده که به صورت برنامه مدون از سال ۷۱ اقدامات لازم از قبیل آموزش نیروی انسانی و جامعه را به منظور برقراری سیستم مراقبتی جهت کشف به موقع موارد حیوان گزیدگی و درمان پیشگیری به موقع آن‌ها و همچنین برقراری هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف از قبیل وزارت کشور، سازمان دامپزشکی، محیط زیست و ... را در دست اجرا دارد. این برنامه در طول سال و در سطح کشور در سطوح مختلف شبکه اجرا می‌شود.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

کنترل بیماری هاری در انسان .

اهداف اختصاصی

کاهش بروز حیوان گزیدگی، کاهش بروز هاری و رساندن آن به صفر، افزایش آگاهی پرسنل بهداشتی درمانی، افزایش آگاهی مردم، افزایش هماهنگی بین بخشی .

۴ - شاخص‌های عمده برنامه

- میزان بروز حیوان گزیدگی در انسان.
- میزان بروز هاری در انسان (تعداد فوت ناشی از بیماری هاری) .
- نسبت تعداد موارد هاری انسانی به تعداد موارد حیوان گزیدگی.

۵ - وضعیت فعلی برنامه

براساس آخرین اطلاعات استخراج شده در سال ۱۳۸۰ میزان بروز حیوان گزیدگی ۱۳۵/۸ در صد هزار نفر جمعیت بوده حدود (۸۹۰۰۰ مورد) که باتوجه به مراقبت و کشف به موقع موارد و درمان پیشگیری آن‌ها تنها ۲ مورد فوت ناشی از هاری از آن‌ها گزارش شده است. ضمناً بیشترین درصد حیوان گزیدگی در انسان توسط سگ

(۸۶٪) می باشد.

نقاط قوت و فرصتها

بهبود سیستم مراقبت و کشف به موقع موارد حیوان گزیده، درمان پیشگیری به موقع موارد حیوان گزیده، تشکیل ستاد اتلاف سگ های ولگرد و اقدام لازم توسط وزارت کشور.

نقاط ضعف و تهدیدات

پایین بودن سطح آگاهی مردم و بعضی از پرسنل فنی، فرابخشی بودن اقدامات کنترلی که بایستی توسط وزارتخانه های کشور و جهاد سازندگی انجام شود (اتلاف سگ های ولگرد، واکسیناسیون سگ های صاحب دار و گله).

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

در طول ۵ ساله اخیر میزان بروز حیوان گزیدگی از ۱۰۹ در صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۷۶ به ۸/۱۳۵ در صد هزار جمعیت در سال ۱۳۸۰ افزایش یافته که از این موارد، تعداد مرگ از بیماری هاری از ۱۳ مورد در سال ۱۳۷۶ به ۲ مورد در سال ۱۳۸۰ کاهش یافته است، که نشان دهنده بهبود سیستم مراقبت در کشف به موقع موارد حیوان گزیدگی و درمان پیشگیری آنها می باشد. ضمناً تعداد موارد مرگ ناشی از هاری در سال ۱۳۸۱ بالغ بر ۷ مورد بوده است.

۷- ادامه برنامه

این برنامه با توجه به اهمیت آن از بعد انسانی با افزایش آگاهی مردم و بهبود سیستم مراقبت در سال های آینده ادامه خواهد داشت. که به لحاظ حجم زیاد موارد حیوان گزیدگی، لزوم اقدامات جدی توسط سایر ارگان ها از جمله اتلاف سگ های ولگرد توسط وزارت کشور و سازمان های ذیربط و همچنین طرح شناسایی سگ های صاحب دار و گله و واکسینه نمودن آنها علیه هاری توسط سازمان دامپزشکی می بایستی مورد تاکید و بازبینی مجدد قرار گیرد.

اقدامات مهم در آینده شامل

بهبود سیستم مراقبت، کشف به موقع موارد حیوان گزیده و درمان پیگیری آنها، بالا بردن سطح آگاهی مردم و بخصوص دانش آموزان و گروه های در معرض خطر، تجهیز اتاق درمان پیشگیری و آموزش پرسنل فنی.

۱ - عنوان برنامه: مبارزه با بیماری لیشمانیوز جلدی (سالک)

۲ - سابقه برنامه

این بیماری به دلیل شیوع و پراکندگی فراوان در سطح کشور و هم وجود کانون‌های قدیمی بیماری از هر دو نوع آن یعنی "خشک یا شهری" و "مرطوب یا روستایی" و ضایعات فراوانی که از نظر جسمی بر ظاهر افراد گذاشته و آسیب‌های روانی که ایجاد می‌نماید و علاوه بر آن به سبب ایجاد عفونت‌های ثانویه، عدم پاسخ به درمان و ایجاد تغییر شکل در اعضاء از درصدی از موارد، درمان طولانی پرعارضه و دردناک آن و بار مالی قابل توجه آن از نظر درمان دارای اهمیت بسیاری است قبلاً عملیات اجرایی در کانون‌ها به صورت پراکنده اجرا می‌شده ولی به صورت مدون از سال ۱۳۷۵ به استان‌ها ابلاغ گردیده است. حوزه اجرایی برنامه در کلیه کانون‌های آلوده می‌باشد. آموزش بهداشت، بهداشت محیط، منابع طبیعی، وزارت کشور، (شهرداری‌ها) حفاظت محیط زیست، ایستگاه‌های تحقیقاتی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، وزارت جهاد کشاورزی.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

کاهش میزان بروز بیماری لیشمانیوز جلدی (سالک) تا حد کنترل.

اهداف اختصاصی

- شناسایی ۱۰۰٪ کانون‌های آلوده به لیشمانیوز جلدی (روستایی و شهری)
- کاهش سالیانه موارد مبتلایان .
- ارتقاء آگاهی بالغین در پیشگیری و حفاظت فردی در جمعیت در معرض خطر
- کشف سریع بیماران و درمان سریع آنها علی‌الخصوص در نوع شهری .

۴ - شاخص‌های عمده برنامه

- افزایش هماهنگی بین بخشی .
- میزان بروز بیماری (سالیانه) در انسان .

۵ - وضعیت فعلی برنامه

براساس آخرین اطلاعات مستخرجه در سال ۱۳۸۰ میزان بروز بیماری براساس مراقبت پاسیو و گزارش‌های استانی ۲۲/۲۹ مورد در صد هزار نفر جمعیت بوده (۱۴۵۰۵ مورد) است که همچنان بدنبال روند ده ساله بیماری قرار دارد نقاط قوت برنامه وجود یک سیستم مراقبت پاسیو واکنش سریع به وقوع طغیان‌های محلی در صورت بروز می‌باشد و کلیه موارد محوله به بخش بهداشت نظیر کشف بیماری، تشخیص، درمان آموزش

بهداشت و کمک به ارتقاء جلب همکاری های بین بخشی بخوبی صورت می گیرد.

نقاط ضعف

عدم انجام وظایف محوله در سایر ارگان ها نظیر شهرداری در جمع آوری و دفع مستمر و صحیح زباله، اقدامات کویرزدایی بدون هماهنگی با بخش بهداشت توسط منابع طبیعی، افزایش حاشیه شهرها بدون ارزیابی صحیح قبلی و ۰۰۰ می باشد.

۶- روند برنامه در ۵ سال اخیر

روند بیماری در ۵ ساله اخیر علیرغم اقدامات انجام شده در کانون های مختلف کشور مانند مبارزه با جوندگان، سمپاشی های کانونی (مبارزه با ناقل بالغ) آموزش جامعه و بیماریابی و کشف موارد ولی متأسفانه میزان بروز بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ مورد در صد هزار نفر جمعیت نوسان داشته است و بعد از هر یک یا دو سال کاهش، مجدداً یک افزایش را برای مدت یک تا دو سال نشان می دهد که به نظر می رسد بدلیل تغییرات جغرافیایی و مسایل اکولوژیک مربوط به ناقل و جوندگان مخزن و عدم اقدامات بنیادی زیست محیطی بوده و به علت نبود استمرار اقدامات کنترلی که خود در گرو همکاری های موثر بین بخشی است می باشد.

۷- ادامه برنامه

این برنامه با توجه به اهمیت کنترل بیماری و نظر به افزایش کانون های انتشار بیماری علیرغم ثابت ماندن میزان بروز و روند بیماری هم چنان اقدامات کنترلی شناخته شده ادامه خواهد یافت در ضمن انجام اقدامات قبلی و تلاش برای استمرار آن، اقدامات جدید نظیر استفاده از پشه بند آغشته به حشره کش، داروهای جدید نظیر پماد پارومومایسین و اوره و همچنین شناسایی کانون های بیماری از نظر نوع (شهری یا روستایی) و تکمیل نقشه پراکنندگی انواع بیماری به کمک پایگاه های تحقیقاتی، ارتقاء سطح آگاهی جامعه در معرض خطر از ابتلاء به بیماری، و انجام تحقیقات مقطعی در دست اجرا خواهد بود. امید است در صورت تقویت هماهنگی بین بخشی و انجام وظایف اساسی ارگان ذیربط نظیر شهرداری ها در " نظافت محیط زیست " منابع طبیعی در مبارزه با جوندگان و رعایت در برنامه کویرزدایی و ۰۰۰ میزان بروز کاهش یابد. در صورت نتایج مثبت تحقیقات در روی داروهای جدید و یا راه های جدید کنترل امکان تجدید نظر در برنامه در سالهای آتی وجود دارد. اقدامات عمده شامل تقویت هماهنگی بین بهداشت و ارگان های ذیربط در کنترل بیماری - ارتقاء سطح آگاهی عموم جامعه، و استفاده از وسایل جدید حفاظت تشخیصی نظیر پشه بند بهداشتی می باشد.

۱ - عنوان برنامه: پیشگیری و کنترل سل (National tuberculosis program)

۲ - سابقه برنامه

سل به عنوان یکی از معضلات بهداشت و درمان همه کشورهای جهان محسوب می‌شود. در حال حاضر یک سوّم جمعیت دنیا آلوده به این میکروب بوده و سالانه حدود نه میلیون مورد جدید سل به جمع مسلولین افزوده می‌شود (که بیشتر از ۹۵٪ آن‌ها در کشورهای در حال توسعه عارض می‌شود) و البته هر ساله حدود سه میلیون نفر بر اثر ابتلاء به این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. به هر حال هنوز بیماری سل به عنوان اولین عامل مرگ و میر جوانان و بالغین، خانم‌های در سن باروری و نیز مبتلایان به ایدز در جهان مطرح می‌باشد که مسلماً پیدایش و روند رو به فزونی میزان بروز نوع "مقاوم" به درمان بیماری سل بر وسعت و عظمت این معضل به شدت می‌افزاید. لذا سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ بیماری سل را به عنوان یک اورژانس جهانی معرفی کرده و جهت مقابله با آن دو راهکار ادغام سل در نظام شبکه و اجرای DOTS را در قالب برنامه ملی مبارزه با سل معرفی نمود. ایران که از کشورهای با شیوع متوسط دنیا محسوب می‌شود (۵۵-۵۰ درصد هزار نفر جمعیت) اجرای این برنامه را از سال ۱۳۷۵ آغاز کرد.

۳ - اهداف برنامه

اهداف کلی

- کاهش مرگ و میر، ابتلاء و انتقال بیماری.
- پیشگیری از بروز موارد سل ریوی مقاوم به درمان (شاخص - MDR مقاومت چند دارویی).

اهداف اختصاصی

- دستیابی به میزان بهبودی حداقل ۸۵٪ در مبتلایان به سل ریوی خلط مثبت جدید تا پایان سال ۱۳۸۰ (چون این شاخص همواره ۱۲ ماه بعد از تشخیص بیماری قابل محاسبه می‌گردد).
- شناسایی حداقل ۴۵٪ موارد از ۱۰۰٪ بروز سل ریوی خلط مثبت مورد انتظار تا پایان سال ۱۳۸۱.

۴ - شاخص‌های عمده برنامه

شاخص‌های مازور

- وجود Manual کشوری.
- پوشش .

- میزان بهبودی و میزان موفقیت برنامه (DOTS).
- میزان بیماریابی.

شاخص های مینور

- نسبت سل ریوی اسمیر مثبت به کل موارد سل ریوی ثبت شده در یک زمان مشخص.
- نسبت موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت به موارد جدید سل ریوی اسمیر منفی و سل خارج ریوی.
- میزان منفی شدن اسمیر خلط در ماه های ۲ و ۳ بعد از شروع درمان (برای موارد جدید اسمیر مثبت).

۵ - وضعیت فعلی برنامه

میزان بیماریابی موارد سل ریوی اسمیر مثبت ۴۳/۵٪، میزان بهبودی و موفقیت برنامه به ترتیب ۸۱/۲ و ۸۵ بوده و خوشبختانه کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل برای اولین بار در سال ۸۱ چاپ و در همان سال توزیع شده است. اگرچه در زمینه میزان موفقیت درمان به حد تعیین شده رسیده ایم اما در مورد میزان بیماریابی فاصله ما با هدف زیاد است که مشکلات و موانع عدیده ای به شرح ذیل سبب این عدم کامیابی شده است:

- پوشش ناکافی نظام شبکه.
- ارتباط با بخش های تشخیص و درمان واقع در خارج از نظام شبکه.
- استفاده از نیروهای موقت و غیر استخدامی برای هدایت برنامه ها در کلیه سطوح نظام و عدم امکان استخدام آن دسته از این نیروها که کارآیی خود را در پیشبرد برنامه ها به اثبات رسانده اند.
- عدم وجود آزمایشگاه رفرانس سل کشوری که مسئولیت هدایت، نظارت، آموزش و کنترل کیفی را در آزمایشگاه های سل محیطی بر عهده دارد.
- نپرداختن به سل و استراتژی DOTS در قالب کوریکولوم درسی دانشجویان.
- عدم تخصیص حق سختی کار برای پرسنل آزمایشگاهی سل.
- تفاوت کاهش میانی دریافتی پزشکان بخش بهداشت و درمان.
- کمبود پرسنل، وسیله نقلیه و پوشش شبکه که روی پیگیری اطرافیان تاثیر سوء دارد.

۶ - روند برنامه در ۵ سال اخیر

سال	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱
میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت	۸/۶	۸/۷	۹	۸/۷	۸/۲
میزان بروز کل موارد سل	۱۹/۳	۱۹/۵	۱۹/۹	۱۸/۴	۱۷/۷

با مقایسه ارقام جدول با Target کمی تعیین شده در زمینه میزان بهبودی نسبت سل ریوی اسمیر مثبت به کل سل ریوی و نسبت اسمیر مثبت به مجموع اسمیر منفی و خارج ریوی به اهداف تعیین شده رسیده ایم اما در

زمینه بیماریابی فاصله زیادی داریم.

۷- ادامه برنامه

تلاش جهت

- دستیابی به میزان‌های بیماریابی ۵۵٪، ۶۵٪ و ۷۰٪ به ترتیب تا سال ۸۲، ۸۳، ۸۴ (اگر چه می‌دانیم که سرعت حرکت کند است اما با توجه به موانع و مشکلات موجود کوتاه کردن زمان دستیابی به اهداف منطقی و عملی به نظر نمی‌رسد).
- حصول اطمینان از ارقام تعیین شده برای شاخص‌های فوق از طریق تقویت برنامه‌های نظارتی در کلیه سطوح با تاکید خاص بر ارائه پس‌خوراند و پیگیری نتیجه.
- راه اندازی آزمایشگاه رفرانس کشوری سل که جزء لاینفک برنامه ملی مبارزه با سل می‌باشد.
- اجرای منظم کنترل کیفی.
- ادغام برنامه کنترل سل در کوریکولوم درسی دانشجویان پزشکی.
- تامین امکانات حفاظت و ایمنی و نیز احقاق حق صعوبت کار برای کارکنان آزمایشگاهی سل.
- ایجاد هماهنگی بیشتر با بخش خصوصی - سازمان تامین اجتماعی، نیروی نظامی و انتظامی.
- مرتفع ساختن مشکلات مقطعی موجود در زمینه تهیه داروهای خط دوم و تامین هزینه بیماری بویژه موارد مقاوم به درمان.
- انجام پژوهش‌های کاربردی.

۱ - عنوان برنامه: حذف جذام

۲ - سابقه برنامه

بیماری جذام یکی از بیماریهای اندمیک کشور است که تعداد موارد جدید آن به دنبال استفاده گسترده از روش درمان چنددارویی (MDT) از سال ۱۳۶۴ رو به کاهش گذاشته است.

مجمع جهانی بهداشت از سال ۱۹۹۱ میلادی "حذف جذام را به عنوان یک مشکل بهداشتی تا سال ۲۰۰۰ میلادی" از اهداف خود قرار داد اما بدلیل اینکه تعدادی از کشورها نتوانستند تا سال ۲۰۰۰ به این هدف دست یابند برنامه حذف جذام تا سال ۲۰۰۵ میلادی تمدید گردید. کشور ما نیز از سال ۱۳۷۰ فعالیت خود را در جهت دستیابی به مرحله حذف بیماری متمرکز نمود و طبق آخرین اطلاعات موجود در اداره کل در سال ۱۳۷۱ به این هدف در سطح کشوری نائل گشت و این فعالیتها همچنان ادامه داشت به طوری که در حال حاضر در مرحله حذف بیماری در سطح شهرستانی قرار داریم.

۳ - اهداف برنامه

هدف کلی

حفظ مرحله حذف بیماری در سطح شهرستانی .

اهداف اختصاصی

- بهبود وضعیت بیماریابی جهت حصول اطمینان بیشتر از دستیابی به مرحله حذف بیماری در سطح شهرستانی و حتی سطوح کوچکتر محیطی از طریق:
 - الف - انجام فعالیتهای LEC (در مناطق اندمیک و دسترس سیستم بهداشتی کشور، در هر سال ۳-۴ استان.
 - ب - انجام فعالیتهای SAPEL (در مناطق غیر اندمیک و دور از دسترس سیستم بهداشتی کشور، در هر سال ۳ استان).
- ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بهداشتی درمانی، بیماران مجذوم و عموم جامعه .
- کاهش بروز معلولیت درجه دو در موارد جدید بیماری به کمتر از ۱۵٪ تا پایان سال ۸۱ .

۴ - شاخص های عمده برنامه

شاخص برنامه حذف

میزان شیوع بیماری به کمتر از یک مورد در ده هزار نفر جمعیت .

شاخص پایش پیشرفت برنامه

- میزان شیوع به کمتر از یک مورد در ده هزار نفر جمعیت.
- میزان پوشش MDT (به میزان ۱۰۰٪).
- درصد معلولیت درجه دو در موارد جدید بیماری (که وضعیت مطلوب دستیابی به کمتر از ده درصد می‌باشد).
- میزان کشف موارد در صد هزار نفر جمعیت.
- تعداد موارد عود در سال.

۵ - وضعیت فعلی برنامه

میزان شیوع جذام در حال حاضر ۰/۰۳ در ده هزار نفر جمعیت و میزان کشف موارد ۰/۱۳ در صد هزار نفر جمعیت می‌باشد. با ادغام فعالیت‌های حذف در سیستم بهداشتی کشور و افزایش آگاهی کارکنان بهداشتی درمانی این نتایج مطلوب به دست آمده است که این خود تشخیص زودرس و بهبود بیماریابی کاهش عوارض بیماری و معلولیت‌های دائمی (در سال ۱۳۷۹، ۲۶٪ از موارد جدید دارای معلولیت درجه دو بودند) را نیز در برداشته است.

مشکلاتی در مسیر اجرایی برنامه حذف جذام وجود داشته و دارد که عبارتند از

- کمبود نیروی انسانی در سطح استان‌ها
- نگرش منفی مردم به بیماری جذام و داغ اجتماعی ناشی از آن
- فقدان یا نقصان هماهنگی مراکز علمی و پژوهشی با اداره کل
- کامل نبودن پوشش نظام شبکه و در نتیجه نگرانی ناشی از عدم کشف کلیه موارد موجود بویژه دور از دسترس سیستم بهداشتی کشور.

۶ - روند برنامه در ۵ سال اخیر

در سال ۱۳۷۴ با میزان شیوع ۰/۱۲ در ده هزار نفر جمعیت در مرحله حذف در سطح کشوری .
 در سال ۱۳۷۵ با میزان شیوع ۰/۱۲ در ده هزار نفر جمعیت در مرحله حذف در سطح استانی .
 در سال ۱۳۷۶ با میزان شیوع ۰/۱۲ در ده هزار نفر جمعیت در مرحله حذف در سطح شهرستانی .
 در سال ۱۳۷۷ با میزان شیوع ۰/۱۱ در ده هزار نفر جمعیت و در سال ۱۳۷۸ با میزان شیوع ۰/۲ در ده هزار نفر .
 جمعیت به دلیل وارد نمودن آمار بیماریانی که تحت پوشش منوترابی با داپسون بوده‌اند اندکی افزایش در شیوع بیماری داشته‌ایم با حفظ مرحله حذف در سطح شهرستانی .
 در سال ۱۳۷۹ با میزان شیوع ۰/۱۱ در ده هزار نفر جمعیت با حفظ مرحله حذف در سطح شهرستانی .
 در سال ۱۳۸۰ با میزان شیوع ۰/۰۶ در ده هزار نفر جمعیت با حفظ مرحله حذف در سطح شهرستانی .

در سال ۱۳۸۱ با میزان شیوع ۰.۳٪ در ده هزار نفر جمعیت

۷- ادامه برنامه

حفظ وضعیت موجود (مرحله حذف بیماری) با حصول اطمینان بیشتر از طریق انجام فعالیت های زیر:

- الف - بهبود وضعیت بیماریابی، با :
۱ - انجام فعالیت های SAPEL (Special Action Projects for the Elimination of Leprosy) و (Leprosy Elimination Campaigns) در برخی مناطق اندمیک و دور از دسترس سیستم بهداشتی کشور،
۲ - ارتقاء سطح آگاهی پرسنل بهداشتی درمانی و عموم جامعه، که می تواند با تشخیص زودرس بیماری و مراجعه به موقع بیماران به سیستم بهداشتی کشور باعث کاهش بروز عوارض بیماری و معلولیت های دائمی گردد.
- ب - ارائه و تقویت برنامه های آموزشی و بازآموزی برای گروه های هدف پرسنل بهداشتی درمانی (اعم از پرسنل بهداشتی و آزمایشگاهی) از طریق ترجمه، چاپ و تکثیر جزوات و پوسترهای آموزشی و برگزاری کارگاه های آموزشی در سطوح محیطی بیماران همچنین عامه مردم از طریق تهیه پوستر و نیز رسانه های جمعی
- ج - توانبخشی مجذومین بهبود یافته دارای معلولیت از طریق اجرای طرح CBR توسط سازمان بهزیستی کشور.

منابع

- 1) WHO, Recommended Surveillance Standards, WHO / CDS / CSR / ISR / 99.2.
 - 2) Guidelines for the Safe Transport of Infectious Substances and Diagnostic Specimens, WHO, 1999.
 - 3) A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem, WHO / Lep / 95.1.
- ۴ - راهنمای کشوری مبارزه با سل، مصوب کمیته فنی کشوری مبارزه با سل، ۱۳۸۱.
- ۵ - همه گیری مالاریا، تشخیص و کنترل، پیش بینی و پیشگیری، مرکز مدیریت بیماری ها، ترجمه دکتر سیدمحمد عمرانی (WHO)، سال ۱۳۸۰.
- ۶ - ارزیابی تاثیر درمانی داروهای ضد مالاریا، مرکز مدیریت بیماری ها، دکتر وطن دوست، دکتر زارع، سال ۱۳۸۰.

7) Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance, WHO / CHS / HIS / 992

۸- راهنمای کشف و کنترل همه‌گیری‌های وبا، سال ۱۳۷۹، مرکز مدیریت بیماری‌ها (دستورالعمل WHO).

۹- راهنمای تدابیر بالینی در عفونت‌های آمیزشی، سال ۱۳۸۱، مرکز مدیریت بیماری‌ها (دستورالعمل WHO).

۱۰- همه‌گیری‌های شیگلا دیسانتری تیپ I (دستورالعمل WHO)، سال ۱۳۸۰، مرکز مدیریت بیماری‌ها.

۱۱- روش‌های آزمایشگاهی مورد استفاده در تشخیص همه‌گیری‌های وبا و اسهال خونی، سال ۱۳۸۱، دستورالعمل WHO).

12) Field Guide, for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication, WHO / EPI / GEN / 95.1.**13) Integrated Human and Animal Brucellosis Surveillance, WHO, 1997.**

۱۴- راهنمای کشوری مبارزه با تب مالت، هاری، لیشمانیوز، سال ۱۳۸۱، مرکز مدیریت بیماری‌ها.

15) WHO, Recommendation, on Rabies Post-exposure Treatment and the Correct Technique of Intradermal Immunization Against Rabies, WHO / EMC / ZOO / 96.6.

۱۶- اکبری، محمد اسماعیل، مقدمه کتاب جنبه‌های پزشکی، بهداشتی، و اجتماعی HIV/AIDS، حاتمی، حسین و همکاران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، انتشارات طاق بستان، سال ۱۳۸۲.