

کودکان، نوجوانان و جوانان سرمایه های اصلی هر کشور برای دست یابی به توسعه ملی اجتماعی سیاسی، فرهنگی و محور اصلی برنامه های بهداشتی و درمانی و آموزشی بشمار می آیند چرا که آینده هر کشوری در دست کودکان، نوجوانان و جوانان کنونی خواهد بود، لذا سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی آنها با یافتن اختلالات جسمی، روانی ناهنجاریهای اجتماعی و همچنین پیش گیری، درمان بموقع، متضمن سلامت و سعادت جامعه آینده بوده و از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

کشور ما ایران نیز با عنایت به اینکه یکی از جوانترین جمعیت های جهان را دارا می باشد، بطوریکه بیش از یک سوم جمعیت آن را گروه های سنی ۲۴ - ۶ سال تشکیل می دهد و اکثر قریب به اتفاق آنها نیز در حال تحصیل و در معرض مخاطرات جسمی، رفتاری و اجتماعی ویژه این سنین بوده و ارائه خدمات بهداشتی، ارتقاء آگاهی و دانش بهداشتی و تقویت رفتارهای مثبت بهداشتی از بروز بیشتر این مخاطرات جلوگیری می نماید.

بنابراین، آموزش و ارتقاء سلامتی آنها از مهمترین چالشهای برنامه های توسعه کشور است .

همچنین تامین، حفظ و ارتقاء تندرستی آنها برای سلامت خانواده و جامعه در حال و آینده اصلی مهم، اساسی و ضروری است و از طرفی دیگر، هم بستر مدرسه که دانش آموزان ساعات زیادی از عمر خود را در آن محیط می گذرانند بهترین و مناسبترین موقعیت برای ایجاد دانش، آگاهی و بهبود نگرش و عملکرد بهداشتی آنان بحساب می آید که بایستی در کنار توجه به سایر کودکان و نوجوانان غیر شاغل به تحصیل مد نظر قرار گرفته و در تدوین برنامه های توسعه بهداشتی و درمانی مورد عنایت و توجه ویژه ای قرار گیرد و به همین جهت و در کنار تمام فعالیتها، فعال نمودن خود دانش آموزان، والدین، مربیان و معلمان آنها در جهت سلامتی خود و جامعه در حال و آینده یکی از ضروری ترین مسائلی است که باید در برنامه های جاری نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بخش بهداشت، آموزش و پرورش و سایر ارگانهای ذیربط مورد عنایت و پیگیری قرار گیرد.

تعریف بهداشت مدارس :

بهداشت مدارس مجموعه فعالیتهای را شامل می‌شود که بصورت مستمر و پیوسته در سنین مدرسه (۱۸-۶ سال) در راستای تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان و اولیاء آنها انجام می‌گیرد و از طریق آن وضعیت سلامت جسمی، فکری، روانی، عاطفی و اجتماعی دانش آموزان، اولیاء آنها و فضای فیزیکی و روانی مدرسه نیز، بررسی، کنترل و اصلاح می‌شود.

بهداشت مدارس در کشورهای مختلف :

توجه به ضرورت و اهمیت بهداشت مدارس در کشورهای مختلف جهان همزمان نبوده واز نظر تاریخی و کیفیت عمل از تنوع برخوردار است. شاید فرانسه اولین کشوری باشد که همراه باطرح آموزش علمی خود، یک‌ماده نیز به مسئله بهداشت مدارس اختصاص داد و در سال ۱۷۹۳ که این طرح را تصویب و یک نفر پزشک نیز به عنوان مسئول بهداشت مدارس آن انتخاب گردید.

در کشور هلند، بهداری آموزشگاهها در سال ۱۸۶۸ با استخدام دو نفر پزشک پایه گذاری و شروع بکار کرد و سپس در سال ۱۹۰۱ با اعلام تعلیمات اجباری، شهرداری موظف به سازمان دهی اداره بهداری آموزشگاهها شد، در سال ۱۹۴۲ که اولین قانون مربوط به بهداشت مدارس به تصویب رسید این سازمان جوان به سرعت گسترش یافت به نحویکه حدود ۲۱۰ پزشک بصورت شبانه روزی به امور بهداشتی کودکانها و دبستانها رسیدگی کرده و تحت نظر شهرداریها فعالیت می نمایند.

در ایالات متحده امریکا ویلیام الکوت (V.ALCOT) در سال ۱۸۲۹ راجع به مشخصات ساختمان مدارس مقاله‌ای نوشت و در این مورد نظرات تازه‌ای ابراز کرد. پس از وی هوراس من (HORACE MAN) در سال ۱۸۵۰ نیز تدریس مسائل شناخت اعضاء و فیزیولوژی بعضی از قسمتهای بدن انسان را به زبان ساده برای دانش آموزان ابتدائی توصیه کرده و مدتی نیز خود به آموزش این مطالب پرداخت.

در سال ۱۸۹۴ ساموئل دارگین (DARGIN) معاینات عمومی دانش آموزان را در مدارس شهر بوستون آغاز کرد که بدنبال آن با اجرای این برنامه در سال ۱۸۹۵ در شیگاگو و ۱۸۹۸ در مدارس نیویورک توجه کلی و فراگیر نسبت به بهداشت دانش آموزان در بیشتر ایالات متحده امریکا صورت گرفته و رسمیت یافت به نحوی که در سال ۱۹۸۳ حدود ۲۰۰۰۰ نفر کاردان آموزش بهداشت به

مراقبت بهداشتی دانش آموزان و تدریس مسائل بهداشتی مختلف در مدارس امریکا اشتغال داشته و به تدریج بر کم و کیف تعداد خدمات آنان افزوده شده است. در بعضی از ایالات، بهداشت مدارس زیر نظر شهرداری و در برخی دیگر وابسته به وزارت آموزش و پرورش اداره می‌شود و در ایالاتی نیز پزشکان عمومی بطور نیمه وقت به کار مراقبت بهداشتی دانش آموزان اشتغال دارند. در انگلستان آغاز کار بهداشت مدارس از سال ۱۹۰۷ و تحت نظارت ادارات آموزش محلی به وجود آمد و سپس با ایجاد سازمان عظیم بهداشت و طب عمومی یا ملی، بهداشت مدارس باز هم وابستگی خود را با آموزش و پرورش حفظ کرد و تنها ایجاد ارتباط بین بهداشت ملی و بهداری آموزشگاهها بود که مورد توجه مسئولین امور قرار گرفت. در آغاز کار، وظایف بهداری آموزشگاهها کشف نقایض عضوی دانش آموزانی بود که مشکلی در کار تحصیل داشتند. ولی بعداً این وظیفه توسعه یافته و تمام مسائلی را که به نحوی با سلامت و بهداشت جسمی کودکان در ارتباط بود، فراگرفت در این برنامه معاینه عمومی دانش آموزان توسط پزشک مخصوص بهداشت مدارس بعنوان کار مراقبتی آغاز می‌شود. به جز پزشک یک نفر کاردان یا پرستار بهداشتی مدرسه نیز همکاری می‌کند و با تکرار این معاینات و ثبت و ضبط نتایج آن در پرونده بهداشتی دانش آموزان این پرونده از اساسی‌ترین منابع مورد استناد به سوابق بهداشتی و درمانی وی قرار گرفته و به عنوان ماخذ موثقی می‌تواند مورد استفاده افراد مختلفی که نیازمند به داشتن سوابق قبلی وی هستند قرار گیرد.

تاریخچه بهداشت مدارس در ایران :

توجه به بهداشت مدارس در ایران از سال ۱۲۹۳ شمسی شروع می‌شود که هیاتی متشکل از پزشکان ایرانی و اروپایی با تاسیس تشکیلاتی بنام مجلس حفظ الصحه برای مراقبت از بهداشت عمومی بوجود آوردند. در اواخر همین سال دکتر علی اکبر خان (اعتماد السلطنه) به سمت مفتش صحی مدارس منصوب شد. در سال ۱۳۰۴ شمسی صحیه مدارس به عنوان یک واحد مشخص به وزارت معارف معرفی و وابسته به آن گردید. این واحد دارای قسمتهای کحالی معاینات بهداشتی دانش آموزان و آموزش بهداشت بود. در سال ۱۳۱۵ صحیه مدارس بنام بهداری آموزشگاهها تغییر اسم یافت و در سال ۱۳۱۸ بهداری آموزشگاهها ضمیمه اداره کل دانشکده

پزشکی و بیمارستانها شد. در سال ۱۳۲۰ دوباره به عنوان دفتر کل بهداری آموزشگاهها به تشکیلات وزارت معارف پیوست و پس از آن به اداره کل بهداری آموزشگاهها تغییر نام داد. اما این دگرگونیهای اسمی چیزی را بر محتوای خدماتی اش نیفزود و بویژه توجه به مسایل بهداشتی و مراقبتی دانش آموزان نیز تحت الشعاع آن قرار گرفت، چرا که از نیروی انسانی توانمند میان ردهای که بتواند پاسخگوی نیازهای بهداشتی دانش آموزان باشد تهی بود. در سال ۱۳۵۰ برای پر کردن این خلاء مدارس عالی بهداشت مدارس تاسیس شد این مدارس در چهار استان خراسان، اصفهان، آذربایجان شرقی، فارس و علاوه بر آنها در تهران ابتدا بصورت داوطلب و سپس از طریق کنکور عمومی با مقطع تحصیلی فوق دیپلم اقدام به پذیرش دانشجویی کرده و آموزش یافتگان خود را که غالباً " دختر هم بودند به عنوان مربی بهداشت و باپست سازمانی مراقب بهداشت در اداره کل بهداری آموزشگاهها که به اداره کل بهداشت مدارس تغییر نام یافته بود پذیرفت. تعداد این نیروی میان رده‌یی که غالباً " پس از فراغت از تحصیل جذب آموزش و پرورش شده بودند در تمام مملکت بالغ بر هفت هزار نفر می‌باشد.

در اردیبهشت ۱۳۵۸ همه آنها همراه با سایر پرسنل پزشکی و فنی اداره کل بهداشت مدارس از وزارت آموزش و پرورش منتزع و به وزارت بهداری ملحق شدند. در طی سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۶۳ این حرکت تازه با برنامه ریزیهای اصولی می‌رفت که ثبات و ثمر نزدیک شود و بهداشت مدارس در قالب و شکل علمی و اصولی خود مقام و منزلتی پیدا کند که متأسفانه در سال ۱۳۶۳ بدلیل تغییر در سیاستهای بهداشتی کشور که گسترش و ارتقاء خدمات بهداشتی برای کودکان زیر ۵ سال را در اولویت بیشتر نسبت به خدمات بهداشتی دانش آموزان قرار می‌داد از خدمات مراقبین بهداشت مدارس در کلینیک های مادر کودک استفاده شد و خدمات بهداشت مدارس به صورت حاشیه‌ای و لرزان جزو وظایف آنان شد. بدلیل مشکلاتی که در این مساله به بار آورد دوباره ۶- ۵ سال بعد یعنی در پایان ۱۳۶۹ با پیگیری آموزش و پرورش و با توجه به طرح و تصویب موضوع در مجلس شورای اسلامی اکثریت مراقبین بهداشت به وزارت آموزش و پرورش انتقال یافته و مجدداً تحت مدیریت مسئولین آموزش و پرورش به مشغول خدمت گردیدند. پس از این تغییر و تحولات نهایتاً در سال ۷۳ مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضمن برسیهایی که کردند، به این نتیجه

رسیدند که بایستی فعالیتهای بهداشت مدارس در سطح استانها ، شهرستانها با جدیت بیشتری مورد توجه قرار گیرد و تشکیلات مستقلی در داخل ستاد وزارت بهداشت و مراکز استانها و شهرستانها تولید مستقیم این امر را عهده دار و امور مربوطه را سیاست گذاری ، برنامه ریزی و اجرا نماید ، براین اساس دفتر بهداشت مدارس در اواخر سال ۷۲ در وزارت بهداشت تشکیل و به صورت مستقل امورات مربوطه را پیگیری نمود تا اواخر سال ۷۸ این وضعیت ادامه داشت تا اینکه در سال ۷۹ موضوع ادغام دفاتر بهداشت مدارس ، دهان و دندان و آموزش بهداشت در اداره ای واحد یکی از مباحث مطرح در سطح وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و متأسفانه علی رغم سنخیت کاری این اجزاء باهم در اواخر همان سال بهداشت مدارس با بهداشت دهان و دندان به صورت عملی ادغام گردید و.... در همان سال معاونین بهداشتی و مسئولین بهداشت مدارس دانشگاهها ی علوم پزشکی با احساس مسئولیت تمام عدم رضایت خود از این موضوع اثرات زیان بار آنرا طی نشست ها و مکاتبات مختلف با مسئولین ارشد وزارت بهداشت درمیان گذاشته و پس از پیگیری های متعدد رضایت مسئولین ذریبط آن را جلب و ایشان قول دادند تا نسبت به تعیین جایگاه مستقل بهداشت مدارس در ساختار جدید وزارت بهداشت و تعمیق وارتقاء آن تلاش نموده و موافقت مسئولین سازمان مدیریت و برنامه ریزی را در این خصوص جلب نمایند، و خوشبختانه به قول خود وفا نموده و در تشکیلات جدید ضمن توسعه ماموریتهای قبلی و پیش بینی ماموریت های جدید دفتر سلامت مدارس وجوانان را در اواخر سال ۸۰ جایگزین دفتر بهداشت مدارس ودهان و دندان قبلی نموده و هم اکنون این دفتر با ادارات و گروه های تخصصی مختلف (سلامت محیط مراکز آموزشی ، جوانان و دانش آموزان ، روان ، دهان و دندان ، پیشگیری از سوء مصرف مواد) ماموریتهای محوله را طراحی ، برنامه ریزی می نماید . البته یاد آوری می نماید مسائل مربوط به بهداشت مدارس در وزارت آموزش و پرورش نیز مورد پیگیری قرار می گیرد در آن وزارتخانه با توجه به برنامه کلان سلامت مدارس با هماهنگی و همکاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی برنامه های بهداشت مدارس وجوانان توسط مراقبین بهداشتی در مدارس دارای مراقب بهداشت مورد پیگیری قرار می گیرد.

تاریخچه بهداشت مدارس در استان آذر بایجان شرقی :

وضعیت بهداشت مدارس در سطح استان نیز به تبعیت از وضعیت کل کشور دستخوش نوسانات مختلفی بوده است و بعد از انقلاب با توجه به تغییر سیاستهای بهداشتی کشور و توجه بیشتر به سلامت و مراقبت کودکان زیر ۵ سال، تمام فعالیتهای این جهت سوق داده شده اند و متأسفانه به سلامت مدراس و دانش آموزان آنطوریکه شایسته نظام مراقبتهای بهداشتی درمانی اولیه بوده کمتر عنایت شده است و این امر تحت الشعاع سایر برنامه ها قرار گرفته است، تا اینکه در اواخر سال ۷۲ با توجه به بررسیهای کارشناسان وزارت بهداشت مبنی بر عدم توجه جدی به سلامت دانش آموزان و مدارس در مدارس روستائی و فاقد مراقب بهداشت و حواشی شهرها، مقرر گردید ضمن انفکاک برنامه های بهداشت مدارس از بهداشت خانواده، اداره مستقلی در سطوح ستادی اعم از سطح وزارت خانه، دانشگاههای علوم پزشکی و مراکز شهرستانها، تولید سیاست گذاری، برنامه ریزی و اجراء برنامه های بهداشت مدارس را عهده دار شوند. به دنبال این سیاست جدید، واحد بهداشت مدارس در حوزه معاونت های بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی تبریز در مهرماه ۷۳ ایجاد و پس از آن در مراکز بهداشت شهرستانها نیز واحد بهداشت مدارس مستقر گردید. بنابراین با توجه به مبانی کلی ارتقاء سلامت که عبارت از اجرای مسایلی غیر درمانی با تکیه بر عامل رفتارپذیری انسان و توانمند ساختن او در جهت ایجاد عادات مطلوب و فراهم کردن شرایط مناسب محیط زیستی است و این مهم هم در دو بستر بسیارمهم خانواده و مدرسه شکل گرفته و در جامعه نیز تثبیت می یابد و در این میان مدرسه باتوجه به مشخصات خاص خود دارای جایگاه ویژه و منحصر به فردی می باشد، در این راستا ضرورت شناخت و بکارگیری بهداشت مدارس و ارتقاء سلامت جمعیت دانش آموزی، نوجوانان و جوانان بعنوان یک حلقه مهم و استراتژیک در زنجیره حرکت بهداشت و پیوسته به حلقه بنیادی و مقدم آن یعنی بهداشت و مراقبت کودکان زیر ۵ سال یک اولویت بسیار مهم سازمانهای متولی سلامت جامعه به شمار می آید. تا با اجرای یک سلسله خدماتی که نیازهای مهم بیولوژیکی، روانی و اجتماعی دانش آموزان را در بر گرفته و از این رهگذر می تواند ادامه حیات موثر و پیشرفت سالم کودک را تا سن بلوغ و مراحل بعدی رشد و تکامل تامین کند. به طوریکه در یکی از کمیته های یونسکو این مطلب یادآوری شده است که: اولین هدف از آموزش ابتدائی، بهبود رشد کودک، شکوفا نمودن استعدادهای وی و برقراری عادات بهداشتی مناسب

و درست برای او می‌باشد. آموزش و یادگیری قلب تپنده و شریان حیاتی است برنامه های ارتقاء سلامت است و بین تندرستی و تعلیم و تربیت پیوند دیرینه ای وجود داشته و این دو از هم جدایی ناپذیر بوده و وجود معنی دار و هدفمند هر کدام مقوم دیگری بود و وابسته به یکدیگر هستند. برنامه های آموزشی و تربیتی زمانی موثر و کار آمد خواهند بود که شیوه های زیست بهتر ، کارا تر و موثر را به فراگیران خود به ارمغان آورد که نتیجه آن سلامت فکر ، جسم ، روان ، عاطفه و احساسات فرد دانش آموز و نوجوان بوده باشد به طوریکه او به تواند زندگی فرح بخشی را تجربه نماید . همین طور زمانی محتوای غنی تربیتی و آموزشی می تواند اثربخش و کارآمد بوده باشد که در محیطی سالم هم از بعد فیزیکی و هم از ابعاد روانی و عاطفی سالم و مطلوب بوده و توسط انسانهای سالم نیز عرضه شود.

اهداف:

نوجوانان و جوانان سرمایه های اصلی هر کشور برای دست یابی به توسعه پایدار ملی ، اجتماعی و محور اصلی برنامه های بهداشتی ، لذا توجه به سلامت جسمی ، روانی و اجتماعی آنها ، شناسائی و پیشگیری از اختلالات جسمی ، .درمانی و آموزشی بشمارمی آیند روانی و ناهنجاریهای اجتماعی و همچنین انجام مداخلات درمانی به موقع ، متضمن سلامت و سعادت جامعه آینده بوده و از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بدین منظور سیستم بهداشتی اقداماتی را جهت محقق نمودن این مهم انجام میدهد . مجموعه اقداماتی که به منظور تشخیص و تامین به موقع نیازهای بهداشتی و درمانی گروه سنی ۲۹- ۵ سال در قالب بسته های خدمتی و دستورالعملهای وزارتی پیش بینی ، تدارک ، سازماندهی و ارائه می گردد

: (گروه سنی ۱۸- ۵ سال (نوجوانان

۱. غربالگری نوجوانان توسط پزشک و غیرپزشک
۲. ارزیابی بلوغ نوجوانان توسط پزشک و آموزش سلامت بلوغ توسط ماما
۳. آموزش نوجوانان در خصوص تحرک بدنی در راستای ارتقای فعالیت فیزیکی در نوجوانان
- ۴.
۵. تحلیل علتی مرگ و میر نوجوانان
۶. تکمیل مراحل پروژه C4D
۷. آموزش گروه سنی ۱۸ - ۵ سال ، والدین، اولیا و پرسنل مدارس
۸. پیشگیری از سوانح و حوادث در مدارس و دانش آموزان
۹. پیگیری واکسیناسیون این گروه سنی و واکسیناسیون فرهنگیان
۱۰. پیگیری انجام پروتکل‌های بهداشتی در بازگشایی مدارس
۱۱. پیگیری دانش آموزان نیازمند مراقبت ویژه
۱۲. طراحی، اجرا ، پشتیبانی و مدیریت برنامه های سلامت نوجوانان مبتنی بر زنجیره فرآیند (Outcome - Impact Input - Process - out pot - Effect) در سطوح مختلف ستادی و محیطی

: (گروه سنی ۲۹-۱۸ سال)جوانان

۱. غربالگری جوانان توسط پزشک و غیرپزشک
۲. آموزش برنامه های ازدواج سالم و پایدار
۳. اجرای برنامه آموزشی حوادث ترافیکی (sheep model)
۴. اجرای برنامه آموزشی رفتارهای مخاطره آمیز در ۷ محور (فعالیت فیزیکی مناسب، الگوی تغذیه سالم ، پیشگیری از اعتیاد و سوء مصرف مواد (محرک، مخدر و الکل)، پیشگیری مصرف مواد دخانی، پیشگیری از رفتارهای خشونت آمیز، پیشگیری از اجاز ای وی / ایدز و رفتارهای مخاطره آمیز جنسی، پیشگیری از کووید ، مهارتهای ارتباطی و زندگی)
۵. برگزاری هفته جوان وهفته ازدواج
۶. مراقبتهای مرکز سلامت دانشجویان علوم پزشکی (استانی)
۷. تحلیل علتی مرگ ومیر جوانان
۸. پیگیری واکسیناسیون این گروه سنی
۹. پیگیری انجام پروتگلهای بهداشتی در بازگشایی دانشگاهها
۱۰. طراحی، اجرا ، پشتیبانی و مدیریت برنامه های سلامت جوانان مبتنی برزنجیره فرآیند (- Input - Impact - Outcome
Effect - out pot - Process -) در سطوح مختلف ستادی و محیطی

وظایف و ماموریت مورد عمل حوزه مدیریت سلامت جوانان و مدارس

- ۱- اخذ برنامه ها از استان و بومی سازی آن در شهرستان
- ۲- جمع آوری و تجزیه وتحلیل شاخص های برنامه های نوجوانان و جوانان و مدارس به منظور تعیین نیازها و اولویت ها وتحلیل وبرنامه ریزی در راستای ارتقاءآن
- ۳- تدوین برنامه عملیاتی و شاخصهای برنامه های جاری و ابلاغ به مراکز
- ۴- شرکت در جلسات آموزشی، وینارها و کارگاههای برگزار شده در استان

- ۵- تهیه، تدوین و ارائه متون آموزشی در زمینه کاری و هماهنگی جهت تکثیر و توزیع آنها
- ۶- ایجاد هماهنگی بین واحدهای کارشناسی ارایه کننده خدمات بهداشتی درمانی (بهداشت محیط، مراقبت بیماریها، بهداشت روان، تغذیه و ...) و آموزش و پرورش و دانشگاهها
- ۷- هماهنگی و همکاری با اداره کل آموزش و پرورش و سایر ادارات مرتبط
- ۸- طراحی و تشکیل کمیته های فنی و تخصصی مورد نیاز به منظور بهره گیری از تجارب کارشناسان و متخصصین (درون و برون بخشی) در جهت ارتقاء و تقویت پشتوانه کارشناسی برنامه ها
- ۹- پیگیری تامین منابع مالی و تجهیزاتی و توزیع آن در بین مراکز
- ۱۰- پایش و ارزشیابی مستمر و مداوم فعالیت های برنامه های واحد
- ۱۱- برنامه ریزی و هماهنگی جهت اجرای برنامه مدارس مروج سلامت
- ۱۲- جمع آوری، تحلیل اطلاعات آماری و عملکرد برنامه های واحد در سطوح مختلف (ستاد و محیط)
- ۱۳- شرکت در جلسات بین بخشی
- ۱۴- تهیه گزارش عملکرد فعالیتهای برنامه سلامت نوجوانان و جوانان و ارائه به معاون بهداشتی ورئیس شبکه و ارسال به استان
- ۱۵- برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی در ارتباط با شاخص های بهداشتی
- ۱۷- تدوین و امضای توافق با مراکز در راستای دستیابی به شاخصهای مورد نظر
- ۱۸- مشارکت در آموزش پزشکان و مراقبین و بهورزان جهت توجیه برنامه های سلامت نوجوانان و جوانان
- ۱۹- ابلاغ پروتکلها و دستورالعملهای اجرایی به مراکز
- ۲۵- اطلاع از وضعیت جمعیت (تعداد نوجوانان دانش آموز و غیر دانش آموز، جوانان دانشجو و غیر دانشجو، تعداد مدارس و دانشگاهها و یادگانها) و بررسی وضعیت موجود سلامت جسمی، روانی، اجتماعی