



برنامه ها و شاخص های مورد انتظار حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد برای سال ۱۳۹۸

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
اسفند ۱۳۹۷

مهمترین شاخص ها در هر برنامه:

برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد موارد مثبت در افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده اند. شاخص مورد انتظار: ۱۷٪
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده اند. شاخص مورد انتظار: ۴۰٪
- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می باشند. شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

برنامه آموزش مهارت های زندگی و مهارت های فرزند پروری

- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند: شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند: شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه پیشگیری از خودکشی

- میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
- میزان فوت ناشی از خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش

برنامه خودمراقبتی در سلامت روان

- تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت خانواده شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱ تا ۲ جلسه در ماه (هر جلسه ۲ ساعت برای ۳۰ تا ۴۰ نفر) ۵۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایا

- پوشش جمعیت آسیب دیده از کل جمعیت غربال شده که پس از حادثه، خدمات حمایت های روانی - اجتماعی را مطابق پروتکل دریافت کرده اند. شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

برنامه پیشگیری از همسر آزاری

- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
 - با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.

- درصد افراد متأثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند
(شاخص مورد انتظار: ۵۰٪)
○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود.

برنامه پیشگیری از کودک آزاری

- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪)
○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می‌شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک-آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
- درصد افراد متأثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند
(شاخص مورد انتظار: ۵۰٪)
○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد

- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیزست آستانه پایین که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
○ در حال حاضر ۳۰ درصد خدمات مستمر دریافت می‌کنند که باید به ۵۰ درصد برسد.
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نماید (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
○ در حال حاضر خدمات مستمر حداقل برای ۶۰ درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می‌گردد.

برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیا، الکل و مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال، که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل که از نظر غربالگری تکمیلی مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد
- درصد موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط و بالای اختلالات مصرف مواد و الکل که تحت پوشش ۲ جلسه مداخله روانشناختی کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۵۰ درصد
- درصد گروه هدف واجد شرایط^۱ که حداقل تحت پوشش ۲ جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد

برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من)

- پوشش آموزش مهارت های فرزندپروری (۱۷ - ۱۲ سال نوجوان سالم) در دانشگاه؛ ۸۴۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

اداره سلامت روان



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع
روانپزشکی در نظام مراقبت های
بهداشتی اولیه



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی

از آنجاکه مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با عنایت به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز ۱۴۰۴، ابلاغ مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلی سلامت، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، امور اداری اصل ۴۴ قانون اساسی و ... به عنوان اولویت برنامه‌های وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۲ در دستور کار معاونت بهداشت قرار گرفت است. بر اساس وظایف تعریف شده در دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد و با توجه به اهمیت سلامت روان جامعه این دفتر در سال ۱۳۹۳ همگام با اهداف ۱۳ گانه معاونت بهداشت در طرح تحول نظام سلامت اقدام به بازبینی و طراحی مجدد برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی (ادغام سلامت روان) نموده است.

طبق آمارهای جهانی اختلالات روانپزشکی و عصبی ۲۸ درصد از سال‌های عمر که به نوعی با ناتوانی طی می‌شود را به خود اختصاص می‌دهد. به عنوان مثال اختلال افسردگی یک قطبی به تنهایی مسئول بیش از یک‌سال از هر ده سال عمری است که در جهان با ناتوانی طی می‌شود.

مدیریت بهداشت روان در ایران دوره‌های مختلفی طی کرده است، ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از اواسط دهه ۱۳۶۰ اجرا شده و مراحل دوره آزمایشی برنامه (۱۳۶۹-۱۳۶۷)، دوره گسترش برنامه (۱۳۷۰-۱۳۸۵) و دوره ادغام در برنامه پزشک خانواده (۱۳۸۶ تا کنون) را پشت سر گذاشته است؛ اکنون بر اساس آخرین پیمایش ملی در سال ۱۳۹۰ و طی اعلام گزارش از سالهای ۸۹ تا ۹۰ در ایران ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ساکن کشور دچار یک اختلال روانپزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی هستند که بیشتر در گروه‌های زنان، ساکنین مناطق شهری، افراد بیکار، افراد با تحصیلات کمتر و افراد دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین را شامل می‌شدند. همین نیاز مبرم برای پیشگیری و مراقبت؛ که از سالهای عمر تعدیل شده با ناتوانی جلوگیری خواهد کرد نیاز به برنامه ریزی منسجم در مدیریت اختلالات روانپزشکی با رویکرد پیشگیری و آموزش‌های خود مراقبتی را ایجاب می‌کند. برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی در اداره سلامت روان سعی داشته با ایجاد ساز و کار غربالگری و تشخیص به‌هنگام همچنین ارجاع به موقع در کنار پیگیری روند درمان، دسترسی به دریافت خدمات را تسهیل کند.

هم اکنون این برنامه با هدف شناسایی به موقع اختلالات شایع روانپزشکی و عصب‌شناسی با اولویت موارد با شیوع بالاتر اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوز/ دوقطبی، صرع، عقب ماندگی ذهنی و اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان ضمن غربالگری تحت پوشش قرار می‌دهد. نکته قابل تاکید در این برنامه ورود کارشناس سلامت روان (روانشناس) به اعضای تیم سلامت است که ارائه آموزش‌های روانشناختی را به صورت حرفه‌ای بر عهده خواهد داشت.

اهداف کلی برنامه در کشور:

افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به هنگام و درمان اختلالات شایع روانپزشکی
افزایش پوشش مراقبت برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی

اهداف اختصاصی برنامه:

- نود در صد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که دوره آموزشی استاندارد «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را در طول دوره خدمت گذرانده باشند.
- صد در صد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه دوره بازآموزی حضوری/ غیر حضوری «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
- صد در صد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.

- هشتاد درصد کارشناسان سلامت روان سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد درصد بهورزان سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد درصد افرادی که پرونده فعال الکترونیک سلامت دارند غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.
- هفده درصد (بطور متوسط) شناسایی موارد غربال مثبت سلامت روان بر اساس ابزار استاندارد در جمعیت غربالگری شده
- تشخیص چهل درصد (بطور متوسط) اختلال روانپزشکی توسط پزشک در جمعیت غربال مثبت سلامت روان
- مراقبت هفتاد درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک توسط کارشناس سلامت روان
- هشتاد درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به اختلال روانپزشکی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه پوشش مراقبتی دریافت کنند.
- پنجاه درصد افرادی که طی ۱۲ ماه قبل از ارزیابی، مبتلا به اختلال روانپزشکی بوده‌اند؛ از خدمات درمانی - بخش خصوصی و دولتی - بهره‌مند شوند. (براساس نتایج پیمایش ملی)

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۸

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: ۹۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که در دوره‌های آموزشی بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۹۰٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد موارد مثبت در افراد (۱۵ تا ۶۰ سال) که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۱۷٪
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۴۰٪
- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می-باشند. شاخص مورد انتظار: ۷۰٪
- درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی که در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات مراقبتی دریافت می‌کنند. شاخص مورد انتظار: ۸۰٪ افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی که تحت پوشش هستند.

^۱. بر اساس گزارش سامانه سیب منظور از جمعیت دارای پرونده الکترونیک فعال جمعیت بالای ۵ سال که مراقبت‌های مربوط به گروه سنی مرتبط را به صورت کامل + به صورت ناقص دریافت نموده‌اند.

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۸

- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۹۰٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد موارد مثبت در افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۱۷٪
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۴۰٪
- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می‌باشند. شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۸

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد موارد مثبت در افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۱۷٪
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۴۰٪
- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می‌باشند. شاخص مورد انتظار: ۷۰٪



برنامه آموزش مهارت های زندگی
و

مهارت های فرزندپروری



مهارت های زندگی توانائی های برای سازگاری و رفتار مثبت هستند که فرد را قادر می سازند بطور موثری با نیازها و تغییرات زندگی روزانه مواجهه شوند (WHO زیر چاپ). بخصوص مهارت های زندگی گروهی از توانائی ها و مهارت های بین فردی هستند که به افراد کمک می کند بتوانند تصمیماتشان را شکل دهند. مشکلات را حل کنند، بطور نقادانه و خلاقانه فکر کنند ، ارتباط موثر داشته باشند، ارتباط سالمی بسازند ، عدم تاکید بر دیگران مقابله مناسب و مدیریت زندگی بطور سازنده و سالم . (world Bank and pcd WHO/HQ, ۲۰۰۳). هرچند در طی دوران تحصیلی نوجوانان چیزهای زیادی یاد می گیرند و در طی آن نیازها و مشکلات متعدد مواجهه می شوند که در چارچوب برنامه آموزشی درسی می باشد. ولیکن آموزش مهارت های زندگی می تواند یک جزء اصلی ارتقاء سلامت محسوب گردد. مهارت های زندگی با رویکرد قراردادی آموزش سلامت و دیگر مداخلات اجتماعی در مدارس متفاوت است. برنامه های آموزشی کلاسیک یک فرآیند یادگیری متمرکز به دانش آموز و تعیین مهارت جدید در محیط حمایتی کلاس می باشد. این رویکرد برنامه های آموزشی را تقویت می کند. یادگیری مهارتها ممکن است به عنوان یک پکیج کاری جهت ارتقاء سلامتی و یادگیری در مدرسه یا ممکن است به عنوان راهی برای ترکیب آنها و یا تقویت آنها به کار گرفته شود (CBS Publication ۲۰۰۵). یادگیری مهارتها در یک زمینه وسیعی می تواند آموزش داده شود مثلاً یادگیری تصمیم گیری مرتبط با جاده سلامتی ، دوست یابی ، تکالیف مدرسه ، سیگار ، رفتار مربوط به ایدز و غیره . یادگیری مهارتها با این روش یک مهارت تقویتی مثبت مداومی می تواند باشد که هر درسی که یاد گرفته می شود اساس یادگیری درس بعدی خواهد بود. بدین ترتیب یادگیری مهارتها در تمام دوران به صورت مارپیچی ادامه می یابد.

تحقیق نشان داده است که آموزش مهارت های مبتنی بر سلامت سبک زندگی را ارتقاء می دهد و رفتارهای ریسکی را کاهش می دهد. یک متاآنالیز از ۲۰۷ برنامه پیشگیری مدرسه ای مبتنی بر مواد منجر به پیشگیری ۹ دسته از مشکلات گردیده است (جک، تی جونز ۲۰۰۲).

اهداف کلی برنامه در کشور:

- پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد افراد غربال منفی واجد شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت های زندگی، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
- ۸۰٪ گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های زندگی دریافت نمایند .
- صد درصد کارشناسان سلامت روان سالانه در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت شرکت نمایند
- صد درصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۸

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود، که در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت شرکت می نمایند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (معادل ۹۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۸

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (معادل ۹۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۸

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (معادل ۹۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

سلامت روان کودکان و نوجوانان بخشی اساسی از سلامت و رفاه عمومی است. هر اقدام جدی برای بهبود بهداشت روان کودکان مستلزم ارزیابی کیفیت تربیت کودک و روابط خانوادگی آنهاست. کیفیت روابط والدین و فرزندان، از عوامل تعیین کننده ی سازگاری است. نحوه ی تعامل والدین با کودک و جو روانی- عاطفی حاکم بر خانواده، خصوصیات شخصیتی و رفتاری کودک را شکل می دهد. روابط نادرست کودک با والدین، عدم توجه به فعالیت ها و پیشرفت ها، فقدان توجه به حقوق و احساسات کودک منابع موثری در رشد نارسا و ناسازگاری فردی می باشد. شیوه های گوناگون فرزندپروری در میان کودکان و نوجوانان رفتارهای متفاوتی به وجود می آورد. منظور از شیوه های فرزندپروری، روش هایی است که والدین برای کنترل فرزندان خود در پیش می گیرند.

شواهد قوی وجود دارد که نشان می دهد روش تربیتی کودک و عوامل خطر مرتبط با خانواده در ایجاد اختلال سلوک در کودکان نقش دارد. (Sanders 2004)

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد سبک تربیتی والدین یک عامل مهم پیش بینی کننده سوء رفتار با کودکان و همچنین عامل اساسی در انتقال و تداوم کودک آزاری از نسلی به نسل دیگر است. (Ateah 2005, Dixon 2005, Slack ۲۰۰۴)

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد که آموزش مهارت های فرزندپروری موجب بهبود رفتار والدین، کاهش سوء رفتار با کودکان (کودک آزاری)، تغییرات مثبت در درک والدین از رفتارهای خود، کاهش افسردگی و استرس مادران؛ افزایش رضایت والدین و کاهش تعارض والدین در مورد روش تربیت کودکان می شود. (Gottlieb, 2004; Barlow, 2000; Patterson, ۱۹۸۲; Taylor & Biglan, 1998;)

اهداف کلی برنامه در کشور:

- پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری کودکان
- ارتقاء روابط والد و کودک
- توانمند سازی والدین

اهداف اختصاصی برنامه:

- صددرصد افراد غربال منفی واجد شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد.
- ۸۰٪ گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت نمایند.
- صددرصد کارشناسان سلامت روان سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۸

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت شرکت می نمایند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (معادل ۶۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۸

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (معادل ۶۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۸

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (معادل ۶۰ نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه پیشگیری از خودکشی



مقدمه:

خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی مثل مشکلات مالی، مشکلات اجتماعی، ناامیدی اجتماعی، ناپایداری شغلی می توانند باعث ایجاد خلق افسرده و افکار خودکشی شوند. در سبب شناسی خودکشی، اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده های بعدی، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند.

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد، اما از طرفی خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، اما خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. بر اساس سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۶، ۴۶۲۵ (چهار هزار و ششصد و بیست و پنج) نفر به دلیل اقدام به خودکشی در کشور فوت نموده اند که معادل ۵/۸ فوت به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می باشد. این میزان کمتر از عدد ۱۰٫۶ فوت ناشی از خودکشی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت جهان می باشد. میزان فوت ناشی از خودکشی در جهان در ۵۰ سال گذشته حدود ۶۰ درصد افزایش نشان داده است که کشور ما هم از این روند افزایشی مستثنی نیست.

سازمان بهداشت جهانی، سه راهبرد مؤثر را برای پیشگیری از خودکشی توصیه می نماید، که عبارتند از شناسایی و درمان به موقع اختلالات روانپزشکی، کاهش دسترسی به روش های اقدام به خودکشی، ثبت مسئولانه موارد اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، همزمان با گزارش مسئولانه در رسانه ها. ارزیابی تدابیر پیشگیرانه خودکشی، اغلب بر اساس آمار موجود در نظام ثبت خودکشی است و تا زمانی که آمار نظام ثبت نشانی از اثربخشی برنامه های پیشگیری نداشته باشد، باید در مورد نحوه اجرای صحیح این برنامه ها تردید نمود و به دنبال رفع چالش های مربوط به آن بود. ثبت آمار اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، فرآیندی پیچیده و چند سطحی است که نیاز به تعامل پزشکی قانونی، مراکز بهداشتی دولتی، بیمارستان های دولتی و همچنین بیمارستان های بخش خصوصی است و افراد زیادی را در سطوح مختلف درگیر می نماید.

اهداف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

- کاهش میزان اقدام به خودکشی در کشور
- کاهش میزان فوت ناشی از اقدام به خودکشی در کشور

اهداف اختصاصی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

- صد در صد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند (در قالب دوره های آموزش راهنمای درمان اختلالات روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی / توسط روانپزشک / حداقل ۴ ساعت)
- صد در صد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد در صد کارشناسان مراقب سلامت حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان حوزه معاونت بهداشت هر سه سال، در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد در صد موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در منطقه تحت پوشش دانشگاه در هر فصل، تا پایان اولین ماه فصل بعد در سامانه ثبت خودکشی وزارت بهداشت ثبت گردند.

- برگزاری حداقل یک کارگاه آموزشی "مدیریت انعکاس اخبار مربوط به خودکشی" در سال برای اصحاب رسانه های محلی سمعی/بصری، چاپی/غیرچاپی مجازی/غیرمجازی فعال در منطقه تحت پوشش توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده.
- صد در صد موارد غربال مثبت دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس مراقب سلامت حداقل یک مرتبه توسط پزشک ویزیت شوند.
- صد در صد مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان، حداقل یک مرتبه توسط پزشک ویزیت شوند.
- صد در صد مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان، مداخلات روانشناختی بر اساس پروتکل ابلاغ شده را دریافت نمایند.

شاخص های برنامه در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده در سال ۱۳۹۸

- درصد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند (در قالب دوره های آموزش راهنمای درمان اختلالات روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی / توسط روانپزشک / حداقل ۴ ساعت):
○ شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
- درصد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت که هر سه سال حداقل یک مرتبه در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند (در قالب دوره های آموزش راهنمای درمان اختلالات روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی / توسط روانپزشک / حداقل ۴ ساعت):
○ شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
- درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت که هر سه سال حداقل یک مرتبه در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در منطقه تحت پوشش دانشگاه که در هر فصل، تا پایان اولین ماه فصل بعد در سامانه ثبت خودکشی وزارت بهداشت ثبت گردند.
- تعداد کارگاه آموزشی "مدیریت انعکاس اخبار مربوط به خودکشی" برگزار شده در سال برای اصحاب رسانه های محلی سمعی/بصری، چاپی/غیرچاپی مجازی/غیرمجازی فعال در منطقه تحت پوشش توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده.
- میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
- میزان فوت ناشی از خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش

شاخص های برنامه در مرکز بهداشت شهرستان در سال ۱۳۹۸

- درصد کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت که حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد کارشناسان مراقب سلامت مرکز بهداشت شهرستان که حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت مرکز بهداشت شهرستان که هر سه سال حداقل یک مرتبه در دوره های بازآموزی حضوری/ غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
- درصد بهورزان مرکز بهداشت شهرستان که هر سه سال حداقل یک مرتبه در دوره های بازآموزی حضوری/ غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

شاخص های برنامه در مرکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۳۹۸

- درصد موارد غربال مثبت دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس مراقب سلامت که حداقل یک مرتبه توسط پزشک ویزیت شده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۶۰٪
- درصد مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان که حداقل یک مرتبه توسط پزشک ویزیت شده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان که مداخلات روانشناختی بر اساس پروتکل ابلاغ شده را دریافت نموده اند.
○ شاخص مورد انتظار: ۸۰٪



برنامه خود مراقبتی در سلامت روان



مقدمه:

سلامت یکی از مهم‌ترین نعمت‌هایی است که هر انسانی می‌تواند از آن بهره‌مند باشد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و نداشتن معلولیت نیست. با این وجود افراد زیادی هستند که از این نعمت برخوردار نیستند و برای بازگرداندن سلامتی یا حفظ وضعیت فعلی‌شان به مراقبت نیازمندند. بیماری‌ها و اختلال‌های روانی هرچند در تمام تاریخ بشری وجود داشته است اما در سال‌های گذشته با توجه بیشتر به این حیطه تعداد افرادی که به این اختلال‌ها مبتلا هستند، بیشتر شناسایی و به‌موقع درمان می‌شوند. علاوه بر این با انجام برخی اصول ساده خودمراقبتی می‌توان احتمال بروز این بیماری‌ها را در افراد جامعه کاهش داد.

درمان اختلال‌های روان‌پزشکی معمولاً به وسیله بستری در بیمارستان و درمان‌های دارویی و غیردارویی انجام می‌شود؛ اما این روش‌ها معمولاً پرهزینه هستند و به نتیجه مطلوب نیز نمی‌رسند. یکی از دلایل نداشتن اثر کافی درمان‌ها بر روی بیماری‌های روان‌پزشکی ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده آن‌ها و همچنین عدم مشارکت به‌موقع و مناسب خانواده‌های این بیماران و سایر افراد جامعه در فرآیند مراقبت است. اختلال‌های روانی به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده‌شان سبب می‌شوند که فرد مبتلا نتواند از خودش مراقبت کند و از طرفی برخورد با بیماری‌های روان‌پزشکی در خانواده‌ها متفاوت از بیماری‌های جسمی است؛ این امر به دلیل کمبود آگاهی، نگرش منفی، انگ اجتماعی و ناتوانی در ارائه مراقبت‌های مؤثر است.

در سال‌های گذشته خودمراقبتی و توانمندسازی افراد، خانواده‌ها و جامعه برای مراقبت از خود در سطح جهانی مورد توجه قرار گرفته است و به‌خصوص بر روی بیماری‌های روان‌پزشکی و مهارت‌های روان‌شناختی تمرکز زیادی شده است. امروزه در چندین کشور جهان رویکرد بستری کردن تنها در موارد خیلی شدید مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر مراقبت افراد توسط خود و نزدیکانشان و توانمندسازی آنان تکیه شده است. در ایران نیز همین رویکرد مورد توجه ویژه قرار گرفته است که طرح خودمراقبتی در سلامت روان یکی از اقدامات انجام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای آن می‌باشد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش سواد سلامت روان

اهداف اختصاصی برنامه

- ۱۰۰٪ کارشناسان سلامت روان در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- ۱۰۰٪ کارشناسان مراقب سلامت در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- ۱۰۰٪ مربیان آموزش بهورزی در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- ۱۰۰٪ بهورزان در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- ۱۰۰٪ سفیران سلامت در طی ۳ سال تحت آموزش حضوری/غیر حضوری خودمراقبتی در سلامت روان قرار گیرند
- ۱۰۰٪ کارشناسان مسئول برنامه خود مراقبتی شاغل در واحد گسترش شبکه در ستاد دانشگاه و شهرستان در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- افزایش سواد سلامت روان جامعه تحت پوشش برنامه به میزان ۲۰ درصد نسبت به سال پایه (ارزشیابی هر ۵ سال به صورت پیمایش ملی)

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۹۸

- درصد کارشناسان سلامت روان دانشگاه که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز جدید الورد که در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۸۰٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خودمراقبتی شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان مسئول برنامه خود مراقبتی شاغل در واحد گسترش شبکه در ستاد دانشگاه و شهرستان که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۹۸

- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز جدید الورد که در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۸۰٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خودمراقبتی شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

شاخص های برنامه در سطح مرکز در سال ۹۸

تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت خانواده شاخص مورد انتظار:
برگزاری متوسط ۱ تا ۲ جلسه در ماه (هر جلسه ۲ ساعت برای ۳۰ تا ۴۰ نفر) ۵۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس
سلامت روان



برنامه حمایت های روانی
اجتماعی در بلایا و حوادث غیر
مترقبه



مقدمه:

خدمات حمایت های روانی اجتماعی یکی از مهمترین و ضروری ترین خدمات حوزه سلامت است که براساس پروتکل کشوری حمایت های روانی اجتماعی طی مراحل مختلفی پس از حادثه به افراد آسیب دیده ارائه می شود. این خدمات از روزهای اول پس از حادثه تا یک دوره شش ماهه الی یکساله در منطقه و سپس در مراکز خدمات جامع سلامت ادامه می یابد.

مراحل مختلف واکنش های روانی و رفتاری پس از حوادث و بلایا:

به طور معمول به دنبال بحران هایی همچون سیل و زلزله، افراد از مراحل مختلفی عبور می کنند که عبارتند از:

۱- **اثر یا ضربه:** این مرحله طی چند دقیقه اول پس از سانحه رخ می دهد. طی این دقایق افراد دچار رعب و وحشت می شوند، گاه نیز حالت هایی همچون بهت زدگی و درماندگی مشاهده می گردد. در این مرحله افراد قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. این حالت معمولاً گذرا و کوتاه مدت است و در اکثر موارد قبل از رسیدن نیروهای کمکی پایان می یابد. باقی ماندن در این مرحله، نیازمند مداخله فوری است.

۲- **قهرمان گرایی:** در ساعات اولیه رخ می دهد. مردم سعی می کنند به کمک هم کاری انجام دهند و افراد احساس مسئولیت می کنند، به طور داوطلبانه در امداد رسانی شرکت می نمایند. به این ترتیب تا قبل از رسیدن نیروهای کمکی بسیاری از کارها را خود افراد بازمانده انجام می دهند. نکته مهم در مورد این مرحله این است که تحریک پذیری افراد طی این مرحله بسیار بالاست و در عین حال درجات بالایی از گذشت و فداکاری را از خود نشان می دهند. مسئله دیگر نیاز به ایجاد هماهنگی و رهبری با هدف افزایش تأثیر فعالیت های داوطلبانه است.

۳- **امیدواری و فراموشی غم:** یک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروز می کند. این مرحله با رسیدن نیروهای کمکی و آغاز توزیع کمک ها آغاز می گردد. توزیع کمک ها در پیدایش تعادل روانی، کاهش اختلالات شدید عاطفی و حس خشم و انتقام جویی موثر هستند.

۴- **روبرویی با واقعیت ها:** این مرحله حدود ۲ تا ۳ ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز می شود، یعنی زمانی که اکثر نیروهای امداد از منطقه خارج می شوند. در این مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت ها و جبران ناپذیری بخش بزرگی از خسارات می گردند. در این مرحله بازماندگان نیازمند حمایت های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، افسرده و مضطرب می گردند و احساس تنهایی شدیدی می کنند. ایجاد روحیه امید و اعتماد و دقت در توزیع عادلانه هر گونه امکانات در این مرحله از اهمیت بسیاری برخوردار است.

۵- **تجدید سازمان:** بین ۶ ماه تا یکسال پس از فاجعه رخ می دهد. بازماندگان شروع به بازسازی روانی و از سر گرفتن زندگی روز مره خود می کنند. افراد به این نتیجه می رسند که بازسازی زندگی با اتکا بر توانایی های خود آن ها امکان پذیر است.

در طبقه بندی حوادث و بلایای طبیعی فاکتورهایی ذیل موثر و قابل تعمق است:

(الف) قلمرو تاثیر حادثه (Scope of the impact): از نظر جغرافیایی و تعداد افراد درگیر شده

(ب) سرعت وقوع حادثه (Speed of the onset): ناگهانی، تدریجی، خزنده یا مزمن

(ج) طول مدت اثر حادثه (Duration of the impact): مثلاً حملات تکراری (پس لرزه ها)

(د) آمادگی اجتماعی (Social preparedness of the community)

(ه) محیطی یا مرکزی بودن بلا (peripheral vs central) در رابطه با موقعیت جغرافیایی

اهداف کلی برنامه

- پیشگیری از عوارض روانی اجتماعی ناشی از حوادث غیر مترقبه

اهداف اختصاصی برنامه

- کاهش شیوع و پیشگیری از پیشرفت و تشدید عوارض روانی در حوادث غیر مترقبه
- افزایش توان انطباق و آماده سازی بازماندگان
- تقویت مهارت های اجتماعی بازماندگان و کمک به جامعه برای سازماندهی مجدد و بازسازی جامعه

شاخص های مورد انتظار ستاد دانشگاه:

- آموزش کارشناس مسئول سلامت روان ستاد شهرستان ها (هر سه سال یک بار شامل کارشناسانی است که قبلا آموزش کامل دریافت کرده اند) شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ (کارشناسان جدیدالورود قبل از ورود به فیلد در دوره آموزش کلی شرکت می کنند.)
- آموزش پزشکانی عمومی (هر سال یک بار برای پزشکانی که قبلا آموزش دیده اند) شاخص مورد انتظار: ۳۰٪ پزشکان جدیدالورود قبل از ورود به فیلد آموزش می گیرند.
- آموزش مربیان آموزشگاه های بهورز شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- آموزش امداد گران (گروه های امداد و نجات هلال احمر، آتشنشان ها، فوریت های اورژانس) شاخص مورد انتظار: ۵۰٪ (موضوع آموزش کمک های اولیه روانشناختی)
- آموزش کارشناسان مراکز هسته مشاوره آموزش و پرورش شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- پوشش جمعیت آسیب دیده از کل جمعیت غربال شده که پس از حادثه، خدمات حمایت های روانی - اجتماعی را مطابق پروتکل دریافت کرده اند. شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

شاخص های مورد انتظار در شهرستان:

- آموزش کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت (هر سه سال یک بار برای کارشناسان ثابت). شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- آموزش کارشناسان مراقب سلامت و بهورز توسط کارشناس سلامت روان شهرستان (کارگاه ۴ ساعته توجیهی هر سال یک بار) شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- پوشش جمعیت آسیب دیده از کل جمعیت غربال شده که پس از حادثه، خدمات حمایت های روانی - اجتماعی را مطابق پروتکل دریافت کرده اند. شاخص مورد انتظار: ۷۰٪



برنامه پیشگیری از کودک
آزاری



مقدمه:

برنامه پیشگیری از کودک آزاری با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد کودک آزاری و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورها می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد. گروه هدف این برنامه کلیه کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در صورت تمایل به شرکت در برنامه می باشد.

این برنامه به منظور تدوین مداخلات لازم و جامعه محور گامی موثر در جهت پیشگیری، کاهش و کنترل انواع رفتارهای خشونت آمیز برداشته و از این طریق موجبات ارتقاء و بهبود سلامت جسمی، روانی- اجتماعی افراد جامعه را فراهم می آورد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ایجاد و حفظ پوشش مراقبتی برای افراد متاثر از کودک آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
- کاهش خشونت خانگی مجدد در افراد متاثر از کودک آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صددرصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) شرکت نمایند.
- صددرصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری اولیه کودک آزاری در مورد آنها انجام شود.
- صددرصد افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه مثبت شدند غربالگری تکمیلی در مورد آنها انجام شود.
- صد درصد موارد غیر فوری که در غربالگری تکمیلی مثبت شده اند در صورت رضایت والدین تحت پوشش مراقبت قرار گیرند.
- صددرصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط موجود قانونی برای حفظ جان کودک اقدام شود و کلیه اقدامات ثبت شود.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۸

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد "پیشگیری از کودک آزاری" را گذرانده باشند (شاخص مورد انتظار ۵۰٪)
- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی پیشگیری از کودک آزاری شرکت نموده‌اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از کودک آزاری شرکت نموده اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد غربالگری اولیه کودک آزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه کودک آزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
 - با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می‌شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک-آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
- درصد افراد متأثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده‌اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده‌اند (شاخص مورد انتظار ۵۰٪)
 - با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود
- درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام شده و کلیه اقدامات ثبت شده باشد (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
 - با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۸:

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از کودک آزاری شرکت نموده اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد غربالگری اولیه کودک آزاری در افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه کودک آزاری در آنها مثبت شده اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می‌شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک‌آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.

• درصد افراد متأثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده‌اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده‌اند
(شاخص مورد انتظار ۵۰٪)

○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود

▪ درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام و کلیه اقدامات ثبت شده باشد (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۸:

▪ درصد غربالگری اولیه کودک آزاری افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

▪ درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه کودک آزاری در مورد آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)

• درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

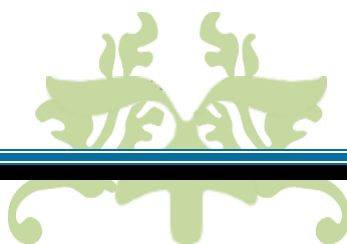
○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می‌شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک-آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.

• درصد افراد متأثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده‌اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده‌اند
(شاخص مورد انتظار ۵۰٪)

○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود

▪ درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام و کلیه اقدامات ثبت شده باشد (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود



مقدمه

این برنامه با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد همسرآزاری و همچنین توانمندسازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد. گروه هدف این برنامه کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که حداقل یک بار ازدواج کرده اند و مرتکبین خشونت در صورت تمایل به شرکت در برنامه هستند.

این برنامه با هدف تدوین مداخلات لازم و جامعه محور گامی موثر در جهت پیشگیری، کاهش و کنترل انواع رفتارهای خشونت آمیز برداشته و از این طریق موجبات ارتقاء و بهبود سلامت جسمی، روانی- اجتماعی افراد جامعه را فراهم می آورد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ایجاد و حفظ پوشش مراقبتی برای افراد متأثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
- کاهش خشونت خانگی مجدد در افراد متأثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/غیرحضور) برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در طول خدمت در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/غیرحضور) برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری همسرآزاری در مورد آنها انجام شود.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه مثبت شدند غربالگری تکمیلی در مورد آنها انجام شود.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که در غربالگری تکمیلی مثبت شده اند در صورت رضایت شخصی تحت پوشش مراقبت قرار گیرند.

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۸:

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد "پیشگیری از همسرآزاری" را گذرانده باشند (شاخص مورد انتظار ۵۰٪)
- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی پیشگیری از همسر آزاری شرکت نموده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از همسرآزاری شرکت نموده اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
 - با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
- درصد افراد متأثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار ۵۰٪)
 - با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی شود.

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۸:

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از همسرآزاری شرکت نموده اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد غربالگری تکمیلی گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
 - با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
- درصد افراد متأثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار ۵۰٪)
 - با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی شود.

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۸:

- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

▪ درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)

▪ درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می‌شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسر-آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.

• درصد افراد متأثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار ۵۰٪)

○ با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی‌شود.

اداره سوء مصرف مواد



برنامه کاهش آسیب مصرف مواد



مقدمه:

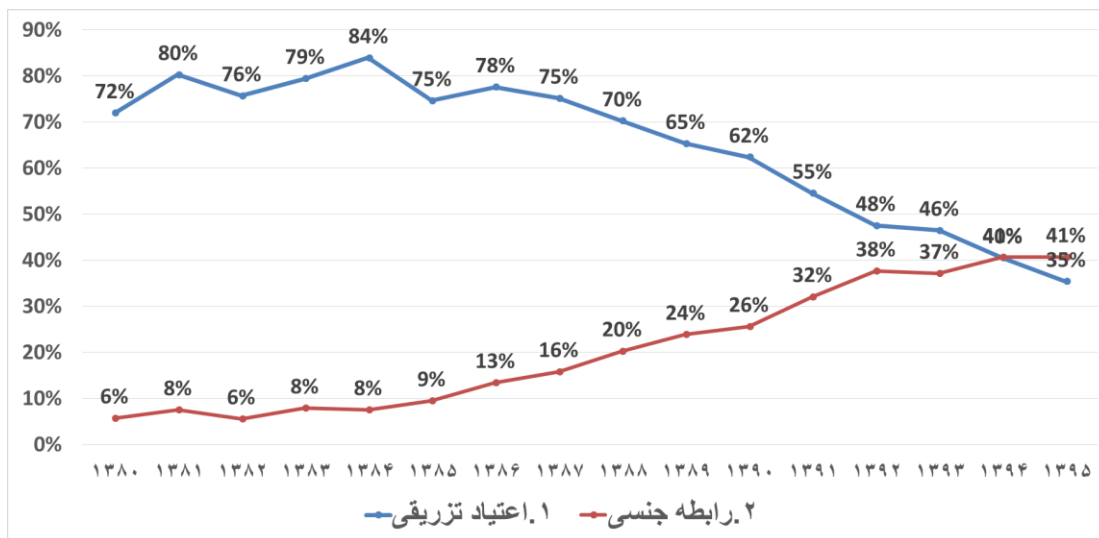
برنامه کاهش آسیب مصرف مواد شامل برنامه ها و مداخلاتی است که با هدف اولیه کاهش عواقب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی متعاقب مصرف مواد مخدر و محرک صورت می گیرد و الزاماً با کاهش مصرف مواد همراه نیست. فرد مصرف کننده، خانواده های آنان و بقیه افراد اجتماع از برنامه های کاهش آسیب بهره مند می گردند.

در ارائه برنامه های کاهش آسیب در کشور که مبتنی بر سیاست ها و واقعیتهای موجود کشور، این واقعیت که فرد مصرف کننده تصمیم دارد به مصرف مواد به صورت تزریقی یا غیرتزریقی ادامه دهد، مورد پذیرش قرار میگیرد. بدیهی است که این به معنای تأیید ادامه مصرف مواد به هیچ روشی نمی باشد. همچنین با فرد مصرف کننده تزریقی مانند یک انسان و با احترام برخورد می شود و انتظار می رود که فرد مصرف کننده تزریقی مانند هر شهروند دارای حقوق و محدودیت های قانونی رفتار نماید. بنابراین مصرف کننده مواد نیز مسئول رفتارهای خویش می باشد. برنامه سرنگ و سوزن در مقابل خدمات پرهیزمدار یا درمان نگهدارنده نبوده و نیست. این برنامه تلاش دارد تا گستره خدمات مرتبط با سلامتی مصرف کنندگان مواد را هرچه بیشتر گسترش داده و از این مسیر گام مهمی در حفظ و ارتقاء سلامت جامعه بردارد. همچنان که مصرف مواد و مصرف تزریقی مواد محدود به شهر های بزرگ نمی باشد، گستره خدمات سرنگ و سوزن نیز فقط در مناطق شهری کشور نبوده و کلیه مناطق شهری و روستایی باید از این خدمات استفاده کنند. بدیهی است رعایت اصل مقرون به صرفگی باید در پیاده سازی و ارائه خدمات در هر منطقه مد نظر باشد.

جدی ترین و شایعترین عارضه بالقوه اختلالات مصرف مواد، بیماریهای منتقله از راه تزریق مشترک (HIV و برخی هپاتیت های ویروسی است). در راستای کاهش عواقب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد، وزارت بهداشت با همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور نسبت به راه اندازی مراکز ارائه خدمات کاهش آسیب اقدام نموده است. نتیجه اجرای برنامه های کاهش آسیب، کاهش سیر پیشرونده و فاجعه بار HIV از راه تزریق مشترک بوده است بطوریکه سهم اعتیاد تزریقی در بروز موارد جدید HIV از حدود ۸۰ درصد در سالهای شروع برنامه (۱۳۸۱) به ۳۲ درصد در شش ماهه اول سال ۱۳۹۶ رسیده است.

امید است با ارتقاء برنامه های کاهش آسیب در بین مصرف کنندگان تزریقی، شیوع اچ آی وی در این گروه را که در حال حاضر ۱۳/۸ (مشخص شده در آخرین مطالعه BSS) می باشد، باز هم کاهش دهیم. در مطالعه ماقبل آخر در این گروه شیوع

اچ آی وی ۱۵ درصد هست که خود حاکی از برنامه های موفق در این حوزه می باشد ولی نکته قابل توجه افزایش برنامه های شناسایی ویروس اچ آی وی هست که مساله تقویت سیستم موجود را بیش از پیش می طلبد.



سیر انتقال ویروس اچ آی وی از راه رابطه جنسی و اعتیاد تزریقی

وضعیت موجود پوشش مراکز کاهش آسیب

ارائه خدمات کاهش آسیب شامل برنامه‌های تحویل و تعویض سرنگ و سوزن، مراقبت از زخم و ارائه خدمات بهداشتی اولیه به همراه مشاوره و آموزش توسط پرسنل بهداشتی، گروه همسالان (افراد مورد وثوق در میان اطرافیان و دوستان) و سایر داوطلبان می‌باشند. این خدمات در مراکز گذری کاهش آسیب (Drop-in centers) ارائه می‌گردند. مراکز گذری مراکزی با محیطی ایمن و دوستانه هستند که در آنها خدمات مرتبط با تزریق ایمن‌تر مواد و همچنین خدمات مرتبط با اصلاح دیگر رفتارهای پرخطر برای گروه‌های هدف ارائه می‌گردد. این مراکز در محلی ثابت مستقر می‌شوند و می‌توانند تیم‌های امداد رسانی سیار نیز داشته باشند.

خدمت ارائه شده توسط این مراکز شامل در اختیار قرار دادن وسایل استریل تزریق، کاندوم و بروشورهای آموزشی اغلب توسط گروه همسالان یا سایر داوطلبان در خود مراکز گذری و یا توسط تیم‌های سیار وابسته به آن مراکز می‌باشد. هم اکنون و با توجه به ادغام خدمات کاهش آسیب اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، این مراکز پذیرای بیماران ارجاع شده از مراکز خدمات جامع سلامت (از سوی پزشک عمومی) می‌باشند.

بسته کامل خدمات کاهش آسیب در مصرف کنندگان تزریقی مواد (سازمان جهانی بهداشت-۲۰۰۹):

برنامه سرنگ و سوزن (NSP)

درمان نگهدارنده با متادون (MMT)

تست اچ آی وی و مشاوره (HTC)

درمان عفونت‌های رترو ویروسی (ART)

پیشگیری و درمان عفونت‌های منتقله از راه جنسی

برنامه‌های سلامت جنسی برای افرادی که مواد را تزریق می‌کنند و برای شرکای جنسی آنها

اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطات (IEC) برای کسانی که مواد را تزریق می‌کنند و شرکای جنسی آنها

۱. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت‌های ویروسی

۲. پیشگیری، تشخیص و درمان سل

۳. پیشگیری و درمان بیش مصرفی (Over Dose)

لازم به توضیح است که تمامی ۱۰ خدمت فوق‌الذکر در حال حاضر بعلت کمبود بودجه‌ها و منابع موجود انجام نمی‌شود ولی خدمت ۱، ۲، ۳، ۶، ۷ در این مراکز انجام و بقیه موارد به صورت غربالگری علامتی سل، بیماری‌های آمیزشی ارجاع به

مراکز مشاوره بیماری های رفتاری برای درمان اچ آی وی انجام می پذیرد که در صورت تامین منابع میتوان بقیه خدمات را در این مراکز ادغام نمود.

نگاهی به افزایش کمی مراکز کاهش آسیب حاکی از افزایش پوشش مراجعین به این مراکز را نشان می دهد، به صورتی که در سال ۹۴، ۴۵۰۱ نفر از خدمات کاهش آسیب در ۸۸ مرکز کاهش آسیب و ۱۲۹ تیم سیار وابسته به این مراکز استفاده نمودند، که با توجه به این که ۱۸۳۴۴ نفر از جمعیت مذکور، از افرادی هستند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند، شاهد پوشش ۹ درصدی (بر اساس تخمین ۲۰۰ هزار نفری جمعیت افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند). از برنامه های سرنگ و سوزن در این گروه می باشیم و با عنایت به این که تنها ۲۸۰۲ نفر از این افراد در واحدهای ضمیمه وابسته به این مراکز از خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین استفاده می کنند، پوشش یک درصدی نیز به برنامه کاهش آسیب اضافه شدند. در سال های ۹۵ و ۹۶ نیز این پوشش ده درصدی باقی مانده است، اگرچه با راه اندازی واحدهای ضمیمه ارائه داروی آگونیست آستانه پایین موفق به افزایش کمی تعداد افراد تحت درمان شده ایم (جدول صفحه بعد پوشش برنامه- های سرنگ و سوزن و درمان را به صورت مجزا برای سال های ۹۶ و ۹۸ نشان می دهد).

راه پیش رو:

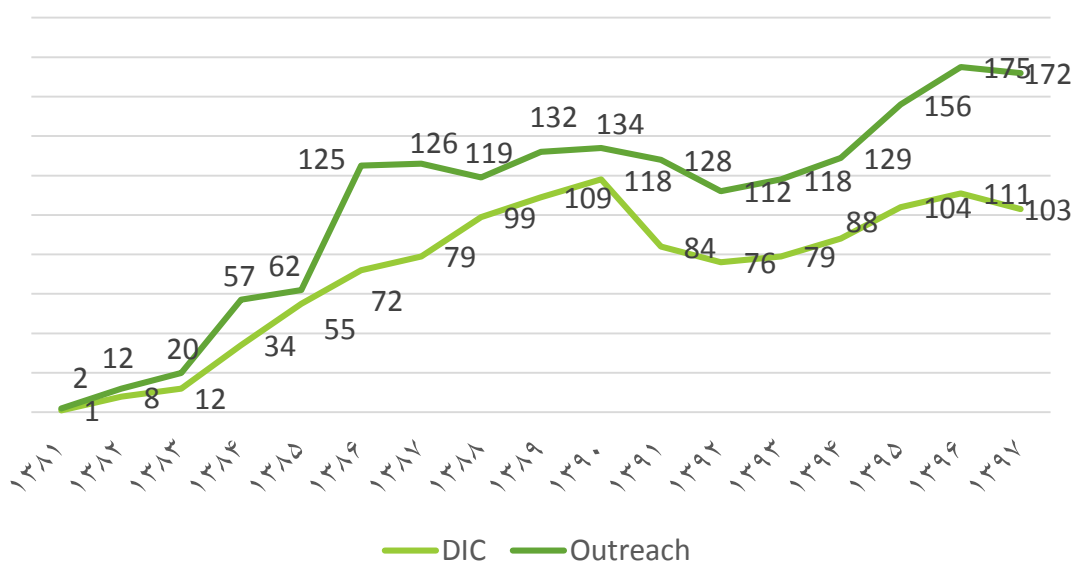
از آنجا که براساس مصوبات جلسه یکصد و سی چهار ستاد مبارزه با مواد مخدر و همچنین جلسات مشترک معاون محترم بهداشت و مسئولین ستاد مبارزه با مواد مخدر موظف به افزایش صد در صدی ظرفیت های برنامه کاهش آسیب می باشیم، پیش بینی شده است که در سال ۹۸ و تامین بودجه ها، پوشش برنامه سرنگ و سوزن سالیانه ۳۷۵۰ نفر افزایش یابد. که این افزایش هم به صورت افزایش ظرفیت در مراکز موجود و هم افزایش تعداد مراکز ثابت و سیار و تیم های سیار انجام خواهد گرفت. لازم به توضیح است که در حال حاضر ۶۰ درصد از افراد دریافت کننده برنامه سرنگ و سوزن، خدمات را به صورت مستمر دریافت می کنند و هدف در این شاخص برای سال ۹۸ افزایش این شاخص به ۷۵ درصد بیماران و براساس تعاریف موجود می باشد.

افزایش مراکز کاهش آسیب و بودجه های مربوطه

مجموع پوشش افراد تزریقی در برنامه های کاهش آسیب	تعداد افراد تزریقی دریافت کننده داروهای آگونیستدر واحد ضمیمه مراکز(درصد پوشش افراد تزریقی که داروی آگونیست دریافت می کنند)	تعداد افراد تزریقدیافت کننده برنامه سرنگ و سوزن(درصد پوشش افراد تزریقی که خدمات سرنگ و سوزن را دریافت می کنند)	تعداد افراد مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب	ردیف
۱۸۸۵۰ (۱۰ درصد)	۳۶۰۰ (۲ درصد)	۱۵۲۵۰ (۸ درصد)	۵۰۲۵۸	سال ۹۶
۲۷۵۰۰ (۱۵ درصد)	۸۵۰۰ (۵ درصد)	۱۹۰۰۰ (۱۰ درصد)	---	سال ۹۷

ردیف	بودجه تامین شده برای	بودجه تامین شده برای	بودجه تامین شده از	بودجه تامین شده	جمع کل بودجه
------	----------------------	----------------------	--------------------	-----------------	--------------

تعداد مراکز گذری و تیم های سیار



همانطور که نمودار بالا نشان می‌دهد از سال ۹۲ تا کنون به افزایش کمی و کیفی ارائه خدمات کاهش آسیب در مناطق پرخطر و حاشیه نشین در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور دست یافته‌ایم. به طوری که در سال جاری ۱۱۱ مرکز کاهش آسیب و ۱۷۵ تیم سیار وابسته به ارائه خدمات مرتبط در ۴۵ دانشگاه علوم پزشکی می‌پردازد. لازم به ذکر است در سال جاری البته بودجه مراکز گذری از محل اعتبارات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، معاونت بهداشت و وزارت کشور تامین گردیده است. در جدول ذیل بودجه‌های مراکز کاهش آسیب در سه سال گذشته ارائه گردیده است.

سال	مراکز کاهش آسیب از دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (میلیون ریال)	تیم های سیار دوم از دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (میلیون ریال)	معاونت بهداشت وزارت متبوع (میلیون ریال)	از وزارت کشور (میلیون ریال)	های کاهش آسیب (میلیون ریال)
سال ۹۴	۵۹۵۴۰	۴۸۰۰	۲۳۰۰۰	-----	۸۷۳۴۰
سال ۹۵	۵۲۰۰۰	۱۰۲۰۰	۲۳۵۰۰	۲۴۳۰۰	۱۱۰۰۰۰
سال ۹۶	۷۴۴۰۰	۱۲۷۵۰	۲۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	۱۲۷۱۵۰

جدول تامین منابع مالی مراکز کاهش آسیب

پایش و ارزشیابی کاهش آسیب مصرف مواد

اهداف کلی برنامه در کشور:

افزایش پوشش خدمات کاهش آسیب و درمان در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند کاهش میزان شیوع ویروس اچ آی وی در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند (ملاک مطالعات کشوری BSS- مطالعات سرولوژیک رفتاری).

اهداف اختصاصی برنامه:

- **هشتاد در صد** پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صد در صد** پزشکان شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **هشتاد در صد** پزشکان شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری / غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صد در صد** پرسنل شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **هشتاد در صد** پرسنل شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری / غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **حداقل ۷۵٪** مراجعین به مراکز کاهش آسیب خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می نمایند. (دریافت خدمات حداقل یک بار در هفته مد نظر می باشد)
- **حداقل ۵۰٪** مراجعین به مراکز کاهش آسیب خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین را به صورت مستمر دریافت می نمایند. (تعریف مستمر: بیمار تزریقی که به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته است؛ می تواند در این مدت یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع قطع درمان داشته باشد)
- **صد در صد** خدمات کاهش آسیب ارائه شده در مراکز کاهش آسیب، تیم های سیار و مراکز سیار کاهش آسیب در پورتال وزارتخانه به صورت فصلی ثبت گردد.
- **صد در صد** خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین ارائه شده در سامانه آیداتیس ثبت گردد.

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۹۸

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیر حضوری کاهش آسیب شرکت گذراند. **شاخص مورد انتظار: ۸۰٪**
- درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت کرده اند. **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪**

- درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۸۰٪
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: ۸۰٪
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: ۲۰۰ عدد و بالاتر
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال. شاخص مورد انتظار: ۲۰۰ عدد و بالاتر
- ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب درپورتال وزارتخانه تا دهم اولین ماه فصل بعد. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در سامانه آیداتیس. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیسست آستانه پایین که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

○ در حال حاضر ۳۰ درصد خدمات مستمر دریافت می‌کنند که باید به ۵۰ درصد برسد.

- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند. (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

○ در حال حاضر خدمات مستمر حداقل برای ۶۰ درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می‌گردد.

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان سال ۹۸

- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال گذشته. شاخص مورد انتظار: ۲۰۰ عدد و بالاتر
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال. شاخص مورد انتظار: ۱۲۰ عدد و بالاتر
- ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب درپورتال وزارتخانه تا دهم اولین ماه فصل بعد. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در سامانه آیداتیس. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیسست آستانه پایین که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- در حال حاضر ۳۰ درصد خدمات مستمر دریافت می‌کنند که باید به ۵۰ درصد برسد.
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
- در حال حاضر خدمات مستمر حداقل برای ۶۰ درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می‌گردد.

شاخص های برنامه در سطح مرکز سال ۹۸

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین دریافت کنندگان خدمات مرکز کاهش (غیر از واحد ضمیمه ارائه دهنده داروی متادون آستانه پایین): شاخص مورد انتظار: ۶۰ درصد و بالاتر
- ❖ حداقل پرونده تشکیل شده هر مرکز گذری باید در طی یکسال حداقل برای ۱۵۰ نفر غیر تکراری (از افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.
- ❖ هر مرکز سیار باید در طی یکسال حداقل برای ۲۰۰ نفر غیر تکراری (از افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.
- ❖ هر تیم سیار باید در طی یکسال حداقل برای ۶۰ نفر غیر تکراری (از افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته توسط پرسنل مرکز آموزش های تزریق کم خطر مواد، رفتار جنسی سالم، پیشگیری از Over dose، مخاطرات مصرف مواد محرک، پیشگیری، انتقال و شناسایی ویروس اچ آی وی را دریافت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۹۰٪
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب دریکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: ۲۰۰ عدد و بالاتر
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: ۱۲۰ عدد و بالاتر
- درصد مصرف کنندگان تزریقی در مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته مورد غربالگری ویروس اچ آی وی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۸۰٪
- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونست آستانه پایین. شاخص مورد انتظار: ۷۰٪
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونست آستانه پایین که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: ۷۵٪



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف
دخانیات، الکل و مواد در نظام
مراقبت‌های اولیه



بر اساس آخرین آمار تأیید شده ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۰، شیوع اعتیاد (وابستگی) به مواد غیرقانونی در جمعیت سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، ۶۵/۲٪ معادل ۱/۳۲۵ میلیون نفر گزارش شد. بر اساس گزارش سازمان پزشکی روزانه ۸ نفر در اثر اعتیاد به مواد غیرقانونی (شامل الکل) جان خود را از دست می‌دهند.

در مطالعه بار بیماری‌ها وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲، وابستگی به مصرف مواد پس از حوادث ترافیکی، بلایای طبیعی، بیماری‌های ایسکمیک قلبی و افسردگی، جایگاه پنجم بار بیماری‌ها و البته در جمعیت مردان، پس از حوادث و بلایا، بالاترین مقدار بار بیماری‌ها را دارد.

در مطالعه ملی بار بیماری‌ها سال ۱۳۸۹، بار بیماری و عوامل خطر مصرف سیگار، مواد و الکل به ترتیب در جایگاه-های پنجم، دهم و دوازدهم به لحاظ دخالت عوامل خطر در بار بیماری‌های کشور قرار گرفتند. مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۵ در مقایسه با سال ۱۹۹۰، روند افزایش بار بیماری‌های قابل انتساب به مصرف مواد دخانی، الکل و مواد را نشان می‌دهد. این روند ضرورت توجه بیش از پیش به مداخلات اختلالات مصرف مواد را در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما را گوشزد می‌نماید.

با توجه به مشکلات موجود (موارد مذکور) و نیازهای جامعه در حوزه‌های پیشگیری از اعتیاد، که بیشترین حجم این مشکلات و نیازها در مناطق شهری، بویژه در مناطق حاشیه است و به دلیل عدم وجود نظام شبکه در شهر، نبود نیروی پرسنلی متخصص مرتبط (کارشناس سلامت روان) در ساختار تشکیلاتی، کمبود مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت، متمرکز بودن خدمات سلامت در مناطق روستائی نسبت به مناطق شهری، پائین بودن سطح سواد سلامت روان در جامعه و... ضرورت اجرای برنامه‌های پیشگیرانه از اختلالات روانپزشکی، پیشگیری از اعتیاد، افزایش دسترسی به خدمات و افزایش جمعیت تحت پوشش برنامه سلامت روان، شناسائی بیماران و ارتقای خدمات کمی و کیفی برنامه‌های این حوزه و... بدون اجرای طرح تحول سلامت امکان پذیر نبود. بنابراین طرح تحول سلامت فرصتی بود برای ادغام تمام برنامه‌های مرتبط با سلامت روان بویژه پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه، و بدون تردید با ساختار قبلی پرداختن به این موارد و مفاهیم در حوزه سلامت روان امکان پذیر نبود.

مطالعات جهانی نشان می‌دهد که در برنامه‌های پیشگیری اولیه از مصرف مواد حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به مصرف مواد تحت برنامه غربالگری باعث می‌شود از گرایش به مصرف و وابستگی به سیگار الکل و مواد در افراد جلوگیری شود. لذا از نیمه سال ۱۳۹۲، ادغام برنامه در طرح تحول نظام سلامت در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مورد توجه قرار گرفت. اولین گام ظرفیت سازی مناسب با بازنگری و تدوین فرم‌ها، دستورالعمل‌ها، متون و منابع آموزشی تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و پزشک)، برگزاری کارگاه‌های آموزشی، جذب و توانمندسازی نیروی انسانی موردنیاز و استقرار برنامه در ساختار الکترونیکی سامانه سبب جهت ارتقا نظام ثبت و گزارش گیری و ارزشیابی خدمات بود که با هدف ارایه خدمات استاندارد ارزیابی تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد اجرا قرار گرفت. بر این اساس، از اواسط سال ۱۳۹۴ با شروع برنامه تحول نظام سلامت در مناطق حاشیه ی شهرهای بزرگ و شهرهای کوچک با حداقل ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرایی شد. همچنین از ابتدای سال ۱۳۹۶ با ابلاغ دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی- نسخه ۱۸ توسعه برنامه در مراکز روستائی کشور در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در دستور کار قرار گرفت.

لذا هم اکنون این برنامه با هدف پوشش دهی خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در گروه سنی زیر ۶۰ سال و مادران باردار به شکل ادغام یافته در نظام مراقبت‌های اولیه در یک روند توسعه ای، با تلاش مستمر جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات و ظرفیت سازی مناسب در مراکز بهداشتی درمانی کل کشور در حال انجام است، و با توجه به روند ارتقای برنامه و تلفیق برنامه دخانیات، در سال ۱۳۹۸ نسخه جدید منابع آموزشی و دستورالعمل اجرایی برنامه، کارگاه‌های آموزشی مرتبط و اصلاح و تکمیل فرایند ثبت خدمت در سامانه الکترونیک سلامت انجام خواهد یافت و لذا روند آموزش آشنایی نیروهای درگیر در تیم سلامت و اجرای نسخه جدید برنامه مورد توجه و حمایت قرار گیرد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش دسترسی به خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه
- افزایش پوشش خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه

اهداف اختصاصی برنامه:

- نود درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره آموزشی استاندارد « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را در طول خدمت گذرانده باشند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره استاندارد آموزش بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- هشتاد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» هر سه سال یکبار شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان هر سه سال یکبار در دوره استاندارد آموزشی/ بازآموزی « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- صد درصد افراد واجد شرایط دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت^۱ از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گیرند.
- سی درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد غربالگری تکمیلی اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد برای آن ها انجام گیرد.

۱- افرادی که در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال قرار داشته و در سال اخیر حداقل یک مراقبت بهداشتی دوره ای در پرونده آن ها ثبت شده است .

- پنجاه درصد از موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد تحت پوشش دو جلسه مداخله روانشناختی کوتاه قرار گیرند.
- سی درصد از موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد تحت پوشش حداقل دو جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه قرار گیرند.
- صد درصد افراد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد پیشگیری، کاهش آسیب و درمان اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل تحت پوشش قرار گیرند.

شاخص‌های برنامه در سطح ستاد دانشگاه - سال ۱۳۹۸

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که ۱ نوبت دوره آموزشی حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » را در طول دوره خدمت خود گذرانده باشند.

شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد

- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که در دوره‌ی استاندارد آموزشی بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزانی که هر سه سال یکبار در دوره‌ی آموزشی/ بازآموزی « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد
- درصد مواردی^۱ که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفته اند.^۲ شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد

- درصد مواردی^۳ که تحت پوشش ۲ جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۵۰ درصد

- درصد مواردی^۴ که تحت پوشش حداقل ۲ جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد

- درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

شاخص‌های برنامه در سطح شهرستان - سال ۱۳۹۸

۱. مخرج این شاخص تعداد افرادی از گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال که در سال جاری حداقل یک مراقبت بهداشتی را دریافت کرده اند.
۲. این شاخص به نسبت تعداد مراکزی که نیروی کارشناس روان به آن تخصیص داده شده است محاسبه می گردد.
۳. مخرج این شاخص تعداد مواردی می باشند که نتیجه غربالگری تکمیلی آنها، سطوح خطر متوسط مصرف الکل یا مواد، و یا خطر بالای مصرف دخانیات و یا مصرف تزریقی مواد را نشان می دهد.
۴. مخرج این شاخص تعداد مواردی می باشند که نتیجه غربالگری تکمیلی آنها خطر بالای مصرف دخانیات و یا در پیگیری دوم پس از غربالگری مجدد تکمیلی سطوح خطر متوسط مصرف الکل یا مواد را نشان می دهد.

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که ۱ نوبت دوره آموزشی حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » را در طول دوره خدمت خود گذرانده باشند.

شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد

- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که در دوره ی استاندارد آموزشی بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزانی که هر سه سال یکبار در دوره ی آموزشی/ بازآموزی « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد
- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت و در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار:

۱۰۰ درصد

- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد
- درصد موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط و بالای اختلالات مصرف مواد و الکل که تحت پوشش ۲ جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۵۰ درصد
- درصد گروه هدف تحت پوشش حداقل ۲ جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد
- درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

شاخص های برنامه در سطح مرکز - سال ۱۳۹۸

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که ۱ نوبت دوره آموزشی حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » را در طول دوره خدمت خود گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد
- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که در دوره ی استاندارد آموزشی بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزانی که سه سال یکبار در دوره ی آموزشی/ بازآموزی « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد
- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت و در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد
- درصد موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط و بالای اختلالات مصرف مواد و الکل که تحت پوشش ۲ جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۵۰ درصد
- درصد گروه هدف تحت پوشش حداقل ۲ جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد
- درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد



برنامه آموزش مهارت‌های فرزندپروری
(نوجوان سالم)



برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (۱۲-۱۷ سال)

مقدمه

همه والدین خواهان بزرگ کردن فرزندانی تندرست و نیک رفتار هستند. با گذر از کودکی به نوجوانی دغدغه های والدین در مورد رفتار فرزندان دو چندان شده و بیش از پیش به نگرانی بدل می شود. مادران و پدران در جستجوی راهکارهایی بر می آیند که نوجوانان را به سلامت از مخاطرات این دوران گذر دهند. پژوهش های بسیاری نشان داده است خانواده به دلایل متعدد مهمترین محیط برای پیشگیری از مشکلات رفتاری از جمله سوء مصرف مواد است. والدین موثرترین افراد زندگی نوجوانان بوده و از ابتدای زندگی مهمترین الگوی رفتاری فرزندان محسوب می شوند. از دیگر سو مطالعات علمی به یقین نشان داده است بهترین زمان برای پیشگیری اولیه از مصرف مواد کودکی و نوجوانی، یعنی سال های زندگی فرد در کنار والدین است. پژوهش های متعدد اثبات کرده است اگر پیشگیری از طریق خانواده باعث به تعویق افتادن اولین تجربه سیگار یا هر ماده دیگری باشد یا به عبارت دیگر خانواده ها فرزندانشان را بدون تجربه مواد به هجده سالگی برسانند، شانس ایجاد مشکلات جدی سوء مصرف مواد و اعتیاد در سال های بعدی زندگی کاهش می یابد.

مهارت هایی که در این برنامه از آن تحت عنوان «مهارت های فرزندپروری پیشگیرانه» یاد می کنیم مهارت هایی است که صرف نظر از جنبه پیشگیری از اعتیاد، بطور عام به استحکام و ثبات خانواده، ارتباط مناسب اعضای خانواده با یکدیگر و رشد و تکامل سالم فرزندان می انجامد. بد نیست در اهمیت پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد در دوران کودکی و نوجوانی به این نکته هم اشاره کنیم که برخی پژوهش ها نشان داده است مصرف مواد در این دوران می تواند بر مغز فرد که هنوز دوره رشد و تکامل آن کامل نشده است تاثیراتی برگشت ناپذیر بگذارد.

برخی والدین در دوره نوجوانی تاثیر دوستان را مهمتر از نقش پدر و مادر در نظر می گیرند، بدون این که بخواهیم نقش مهم همسالان را کتمان کنیم، باید بگوییم که اکثر پژوهش های دنیا نشان می دهند که والدین در دوره نوجوانی هم قوی ترین الگوی فرزندان خود هستند و بیشترین نفوذ را بر آنها دارند. حتی پدر و مادر در صورت داشتن مهارت های فرزندپروری می توانند در تقویت تاثیر مثبت دوستان و جلوگیری از تاثیر منفی احتمالی نقش تعیین کننده ای داشته باشند. این حقیقت مسئولیت پدر و مادر را در ایجاد شرایط مناسب و سالم برای فرزندان افزایش می دهد. به همین دلایل است که اکثر برنامه های جدید پیشگیری دنیا مبتنی بر خانواده و والدین است، در واقع والدین می توانند به شیوه های متعددی به رشد مثبت نوجوان کمک کنند و آنها را از سوء مصرف مواد باز دارند.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ارتقای مهارت های فرزند پروری والدین گروه سنی ۱۲-۱۷ سال در راستای کاهش اختلالات مصرف مواد

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد کارشناسان سلامت روان در دوره های آموزشی/بازآموزی مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) شرکت نمایند

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۸

- درصد کارشناسان سلامت روان که سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) بدو خدمت شرکت می نمایند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف، داخل مرکز و خارج از مرکز؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج از مرکز ۷۰ نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۸۴۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۸

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف، داخل مرکز و خارج از مرکز؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج از مرکز ۷۰ نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۸۴۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۸

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری

متوسط ۱۶ نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه

- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف، داخل مرکز و خارج

از مرکز: شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج از مرکز ۷۰ نفر در

ماه)

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛

شاخص مورد انتظار: ۸۴۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان