



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



جمهوری اسلامی ایران
سازمان آموزش عالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



معاونت بهداشت

برنامه‌ها و شاخص‌های مورد انتظار
حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد
سال ۱۴۰۲

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 دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از افرادی که حداقل یک خدمت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
 - شاخص مورد انتظار: ۱۲٪
- درصد موارد تشخیص^۱ اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
 - شاخص مورد انتظار: ۹۰٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت

برنامه آموزش مهارت های زندگی و مهارت های فرزند پروری

- تعداد افراد در گروه‌های هدف که آموزش مهارت‌های زندگی دریافت کرده اند
 - شاخص مورد انتظار: ۷۷۰ 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: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه پیشگیری از خودکشی

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی ویزیت شده توسط پزشکان عمومی که حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت ارجاع شده اند و حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۳۰٪

^۱ در این شاخص، صورت کسر از موارد تشخیص اختلال روانپزشکی است؛ که از مسیر ارجاع بهورز، ماما/مراقب سلامت و پس از تکمیل شرح حال اولیه توسط پزشک، ثبت شده‌اند.

برنامه خودمراقبتی در سلامت روان

- تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت
- شاخص مورد انتظار: برگزاری ۱ جلسه حضوری در ماه (متوسط هر جلسه ۲ ساعت برای ۱۰ تا ۱۵ نفر) متوسط ۵۳۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایا

- درصد پوشش افراد در معرض بحران که خدمات حمایت های روانی اجتماعی را از سوی کارشناس سلامت روان دریافت کرده اند.
- شاخص مورد انتظار ۷۰٪

برنامه پیشگیری از همسر آزاری

- میزان غربالگری اولیه همسر آزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند
- شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسر آزاری در آنها مثبت شده است
- شاخص مورد انتظار ۵۰٪

برنامه پیشگیری و مراقبت از بد رفتاری با کودک

- میزان غربالگری اولیه بد رفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند
- شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بد رفتاری با کودک در آنها مثبت شده است
- شاخص مورد انتظار ۴۰٪

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونیست آستانه پایین در مراکز کاهش آسیب تحت پوشش
- شاخص مورد انتظار: ۷۰٪
- درصد مراجعین به مراکز که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن و ...) به صورت مستمر دریافت می نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
- شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

- 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٪

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

- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت^۲ (توسط کارشناس مراقب سلامت/ ماما /بهورز)
○ شاخص مورد انتظار:
- ۸۵٪ از مراجعه کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.
- درصد شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات در جمعیت تحت پوشش غربالگری اولیه (توسط کارشناس مراقب سلامت/ ماما /بهورز)
○ شاخص مورد انتظار : ۷ درصد از موارد تحت پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات
- درصد افراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط^۳ که تحت پوشش جلسه اول مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند. (توسط کارشناس سلامت روان)
○ شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد موارد واجد شرایط
- درصد افراد دارای تشخیص اختلال مصرف اختلال مصرف مواد، الکل و دخانیات از مجموع مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها تکمیل شده است (توسط پزشک)
○ شاخص مورد انتظار: ۵ درصد واجد شرح حال روانپزشکی

برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من)

- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (۱۷ - ۱۲ سال) دریافت کرده اند؛
○ شاخص مورد انتظار: ۵۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه آموزش تقویت بنیان خانواده

- تعداد دوره های برگزار شده جهت گروه هدف (۱۴-۱۰ سال) به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده
○ شاخص مورد انتظار: برگزاری حداقل ۵ دوره آموزش برای ۱۰ خانواده در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

^۲. پرونده فعال الکترونیک سلامت به معنای پرونده ی فردی است که در یکی از واحدها یا مراکز بهداشتی برای دریافت حداقل یکی از مراقبت های گروه های سنی در سال جاری مراجعه کرده است، لذا امکان دسترسی به آن فرد برای ارایه مراقبت غربالگری اولیه فراهم شده است.

^۳. افراد واجد شرایط دریافت مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوجارت خدمت شامل موارد شناسایی شده در غربالگری تکمیلی به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند.

^۴. خانواده شامل حداقل یک والد و یک نوجوان است.

برنامه آموزش خانواده توانا فقط در دانشگاه‌های دوره دیده

- تعداد دوره های برگزار شده جهت گروه هدف (۱۴-۱۰ سال) به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده
- شاخص مورد انتظار: برگزاری حداقل ۶ دوره آموزش برای ۱۰ خانواده^۵ در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل دبیرخانه ملی

- تعداد تحقق مصوبات مرتبط با سرفصل های آسیب اجتماعی شامل پیشگیری از خودکشی - فساد جنسی - طلاق - اعتیاد
- شاخص های مورد انتظار: یک گزارش قابل ارائه به شورای اجتماعی کشور در خصوص کاهش موثر آسیب اجتماعی در یک یا چند نقطه متمرکز به عنوان تجربه موفق (Best Practice) طی ۹ ماه
-

برنامه تحول و تقسیم کار بین دانشگاهی سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

- درصد انطباق پیشرفت اجرای پروژه تحولی پذیرفته شده توسط دانشگاه/دانشکده (هر دانشگاه/دانشکده یک پروژه)
- شاخص مورد انتظار: ۹۵ درصد انطباق پیشرفت پروژه با جدول زمان بندی اعلام شده از طرف دانشگاه /دانشکده ومورد توافق اداره تحول
- میزان انطباق کیفی خروجی مراحل مختلف پروژه با سیاست های اداره تحول
- شاخص مورد انتظار: ۸۰ درصد انطباق کیفی با سیاست ها و اهداف پروژه

^۵. خانواده شامل حداقل یک والد و یک نوجوان است.

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 روانی، 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.

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 (۱۳۸۵-۱۳۷۰) و دوره ادغام در برنامه پزشک خانواده (۱۳۸۶ تا کنون) را پشت سر گذاشته است؛ اکنون بر اساس آخرین پیمایش ملی در سال ۱۳۹۹ ارزیابی شیوع اختلال روانپزشکی در ایران ۲۹/۷ درصد گزارش شده که این عدد در مقایسه با پیمایش‌های گذشته با ابزار سنجش مشابه (GHQ-۲۸) ۶/۵ درصد نسبت به سال ۱۳۹۳ و حدود ۱۰ درصد نسبت به سال ۱۳۷۸ در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر افزایش یافته است.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به هنگام و درمان اختلالات شایع روانپزشکی
- افزایش پوشش مراقبتی برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی (با تاکید بر گروه‌های در اولویت خدمت مانند کودک و نوجوان و مادران باردار)
- بازتدوین بسته‌های خدمت با هدف بومی سازی مطابق با هدف ارتقاء در سبک زندگی ایرانی - اسلامی

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در طی ۶ ماه اول خدمت دوره آموزشی استاندارد^۶ «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را به صورت غیرحضوری / حضوری گذرانده باشند.
- نود درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه دوره بازآموزی^۷ 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 طی ۳ ماه اول در دوره‌های آموزشی حضوری / غیرحضوری بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان در دوره‌های بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/مراقب سلامت در دوره‌های آموزشی بدو خدمت حضوری / غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی (شامل آموزش نحوه پرسشگری، ارتباط با مراجع، غربالگری اورژانس و فلوچارت ارجاع) شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/مراقب سلامت در بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
- صد درصد افرادی که برای دریافت مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی خود به مراکز/ پایگاه‌های سلامت مراجعه حضوری (بهورز، ماما/مراقب سلامت) نموده‌اند؛ غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.
- پنجاه درصد از افراد غربال مثبت که توسط پزشک ویزیت شده‌اند؛ تشخیص هر یک از اختلالات شایع روانپزشکی را خواهند گرفت.
- نود درصد افراد که توسط پزشک تشخیص اختلال افسردگی و اضطراب دریافت می‌کنند؛ تحت پوشش خدمات آموزش روانشناختی توسط روانشناس قرار خواهند گرفت.

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۲

- تدوین و تولید محتوای آموزشی چند رسانه‌ای غربالگری سلامت روان بهورز، ماما/مراقب سلامت
- تدوین و تولید محتوای آموزشی چند رسانه‌ای بسته‌های خدمتی آموزش روانشناختی کارشناس سلامت روان
- بازتدوین محتوای بسته خدمت با هدف ارتقاء سبک زندگی ایرانی - اسلامی

۶. با توجه به مستندات آموزش استاندارد ۲۵ ساعت توسط روانپزشک بر اساس آخرین نسخه کریکولوم؛ آموزش ضروری پزشکان شاغل (در بدو خدمت) ۶ ساعت و از مباحث مربوط به مداخله و درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی و خودکشی خواهد بود.

۷. در ارائه دوره‌های بازآموزی با توجه به تشکیل زیرساخت‌های لازم آموزش غیرحضوری بنا به تشخیص گروه سلامت روان به شرط جلب مشارکت حداکثری افراد در فرآیند آموزش و ارزیابی سطح دانش از شرکت کنندگان، بلامانع است.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۲

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی ۶ ماه اول خدمت دوره آموزشی استاندارد «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را به صورت غیرحضور / حضوری گذرانده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی ۶ ماه اول خدمت دوره آموزشی ضروری بدو خدمت را به صورت غیرحضور / حضوری گذرانده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که طی ۶ ماه ابتدای جذب در دوره‌های آموزشی استاندارد بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی به صورت حضوری شرکت نموده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که طی ۶ ماه ابتدای جذب در دوره‌های آموزشی ضروری^۸ بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی به صورت حضوری شرکت نموده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان ماما/مراقب سلامت و بهورز که در دوره‌های آموزشی حضوری / غیرحضور مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی شرکت نموده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد دریافت بازآموزی^۹ تیم سلامت (کارشناسان سلامت روان - بهورز، ماما/مراقب سلامت - پزشک^{۱۰}) در دوره‌های آموزشی غیرحضور^{۱۱} محتوی برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی (غربالگری، شرح حال روانپزشکی / روانشناختی، محتوی مداخله و درمان) شرکت نموده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از افرادی که به مراکز خدمات جامع سلامت برای تکمیل پرونده خانوار مراجعه داشته‌اند

^۸ دوره‌های آموزشی ضروری و استاندارد بدو خدمت کارشناس سلامت روان طی مکاتبه رسمی برای همکاران دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی ارسال خواهد شد.

^۹ دوره‌های بازآموزی رسمی برای پزشک و بهورز، ماما/مراقب سلامت هر ۳ سال یکبار است و همچنین همکاران غیرپزشک به صورت جاری از آموزش روانشناس در حوزه ارزیابی اولیه مطابق شرح وظایف کارشناس سلامت روان بهره‌مند خواهد بود.

^{۱۰} شاخص مورد انتظار بازآموزی پزشکان با توجه به احتمال بالای جا به جایی همکاران پزشک و یا اتمام دوره طرح نیروی انسانی ۹۰ درصد جمعیت شاغل (استان/شهرستان) در نظر گرفته شده است.

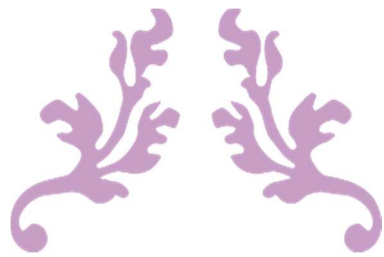
^{۱۱} در ارائه دوره‌های بازآموزی در صورت وجود زیرساخت اولویت با ارائه خدمات آموزشی غیر حضوری است و در صورت عدم امکان، اجرای حضوری (با رعایت ملاحظات و پروتکل‌های همه‌گیری) بلا مانع خواهد بود.

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۲

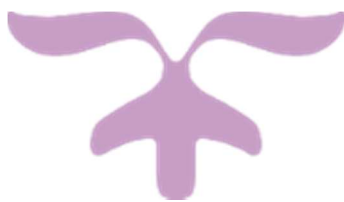
- درصد دریافت بازآموزی تیم سلامت (کارشناسان سلامت روان - بهورز، ماما/مراقب سلامت - پزشک) که سه سال یکبار در دوره‌های غیر حضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از افرادی که به مراکز خدمات جامع سلامت برای تکمیل پرونده خانوار مراجعه داشته‌اند

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۲

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از افرادی که به مراکز خدمات جامع سلامت برای تکمیل پرونده خانوار مراجعه داشته‌اند



برنامه آموزش مهارت های زندگی و
مهارت های فرزندپروری



مقدمه

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).

(فاتا و همکاران ۲۰۰۶) مهارت های زندگی را رویکردی مبتنی بر تغییر یا فرمول سازی رفتاری دانستند که به موجب آن تعادل بین دانش ، دیدگاه و مهارت در نظر گرفته می شود. حوزه مهارت های زندگی مجموعه ای از توانایی های ذهنی است که شرایط سازگار مثبتی را فراهم می کند و فرد را قادر می سازد مسئولیت های اجتماعی خود را بدون آسیب رساندن به خود بپذیرد (متین و احمدی ، ۱۳۹۸). در واقع ، هدف از آموزش مهارت های زندگی افزایش توانایی های ذهنی اجتماعی و در نهایت جلوگیری از رفتارهای مضر در سلامتی و ارتقا بهداشت روانی افراد است (مرادی ، باصری ، ۲۰۱۸) از این برنامه به منظور کمک به مردم برای درک بهتر خود و داشتن روابط مناسب و موثر بین فردی ، کنترل عاطفی و مدیریت بهتر موقعیت های استرس زا و حل مشکلات مردم استفاده می گردد. (اسماعیلی نصب، ملک محمدی . ۲۰۱۱) آموزش مهارت های زندگی می تواند سازگاری دانش آموزان را افزایش داده و تکنیک های موثری برای افزایش سرمایه روانشناختی ارائه دهد (زهرا ربانی. ۲۰۱۹)

سرمایه روانشناسی بر وظایفی متمرکز است که منجر به رفاه مردم ، تربیت افراد مثبت ، تقویت جوامع و برابری اجتماعی می شود. روانشناسان مثبت نگر دید خوش بینانه و امیدوارکننده نسبت به ماهیت انسان دارند. زیرا آنها به توسعه قابلیت ها ، تکامل انسان و تقویت ظرفیت های انسانی اعتقاد دارند (Bitmis and Ergeneli. ۲۰۱۵). بنابراین ، سرمایه روانشناختی یک عنصر ترکیبی و متشکل از چهار بخش شناختی یعنی خوش بینی ، تحمل ، امید و خودکارآمدی است (لی و چو ، ۲۰۱۶). خوش بینی نوعی سبک تفسیری است که وقایع مثبت را به دلایل ثابت ، شخصی و جامع مرتبط می کند و وقایع منفی را به دلایل بیرونی ، همزمانی و شرایط خاص نسبت می دهد (نیومن ، نیلسون ، اسمیت و هرست ، ۲۰۱۸).

اهداف کلی برنامه در کشور:

- پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری
- توانمند سازی گروه های هدف برنامه

اهداف اختصاصی برنامه:

- صددرصد افراد غربال منفی واجد شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت های زندگی، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
- صددرصد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های زندگی دریافت نمایند .

- صد درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت حضوری / غیر حضوری 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 ۱۴۰۲

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود، که در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت حضوری / غیرحضوری 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 (بطور متوسط معادل ۶۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۷۷۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۲

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی.
 - شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۶۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۷۷۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۲

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

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
- شاخص مورد انتظار: ۷۷۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه آموزش مهارت های فرزند پروری (۲-۱۲ سال)

مقدمه

سلامت روان کودک و نوجوان قسمت اصلی بهداشت عمومی است و هر کوششی در جهت بهبود سلامت روان کودک نیاز به ارزیابی مهارت های فرزندپروری و تعاملات خانوادگی دارد. آموزش والدین مثبت یک برنامه مداخله ای مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی است و هدف اصلی آن جلوگیری از مشکلات رفتاری، عاطفی و رشد در کودکان با افزایش اطلاعات، مهارت ها و اعتماد به نفس والدین است. می توان از آموزش مهارت های والدین به عنوان رویکردی مناسب برای بهبود سلامت روان مادران و بهبود روش های مربیگری آنها در مورد فرزندان استفاده کرد. بدین صورت که آموزش مهارت های فرزندپروری باعث تقویت پیوند والدینی، کم شدن استرس ادراک شده والدین و بالا رفتن کیفیت زندگی مادران می گردد. علاوه بر این، این می تواند یک روش موثر در ارتقا رفتار خوب و کاهش رفتار بد برای کودکان باشد. (غریبی و شیدایی، ۲۰۱۶)

شواهد قوی وجود دارد که نشان می دهد سطح عزت نفس کودکان پس از ۸ جلسه آموزش به طور قابل توجهی افزایش می یابد. (آجلیچی و برجعلی ۲۰۱۱)

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد آموزش مهارتهای فرزندپروری از سوء رفتار با کودکان پیشگیری می نماید (chen,chan.۲۰۱۵).

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد آموزش و آگاهی والدین از نحوه برخورد صحیح با کودک ۴-۶ خود و کسب آگاهی از موثرترین شیوه های فرزندپروری (روش مقتدرانه) و برخورد مناسب با کودک، نه تنها می تواند مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد؛ بلکه در اثر آرامش روان آنان فرصت بهتری برای رشد و یادگیری در اختیار آنان قرار خواهد گرفت (یارمحمدیان و قادری، ۱۳۹۰)

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

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.
- صد در صد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت نمایند.
- صددرصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت حضوری / غیر حضوری شرکت نمایند

- صد درصد 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 ۱۴۰۲

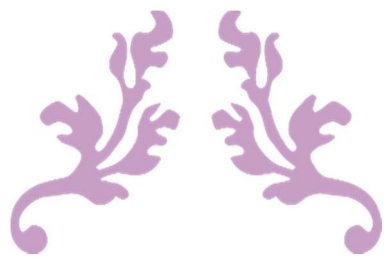
- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت حضوری / غیر حضوری شرکت می نمایند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری حضوری / غیرحضوری شرکت نمایند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
 - شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۶۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
 - شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
 - شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۲

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
 - شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۶۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
 - شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
 - شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۲

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
 - شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۶۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
 - شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
 - شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی



خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی 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 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، 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، لیکن خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است.

هدف کلان برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی، کاهش میزان اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در جمعیت عمومی است که از طریق اجرای فعالیت هایی هماهنگ از طریق دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و با محوریت پیشگیری از طریق آموزش و توانمندسازی و افزایش ظرفیت پاسخ دهی نظام سلامت و تلاش فعالانه در جهت تقویت همکاری های بین بخشی در این زمینه صورت می پذیرد.

برنامه پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت در ایران در سال ۱۳۷۹ با راهبرد تشخیص و درمان افسردگی در چهار دانشگاه علوم پزشکی شروع و در سال ۱۳۸۶ با ارتقاء توانمندی نظام سلامت، برنامه بازبینی شده به صورت آزمایشی به اجرا در آمد. نتایج اجرای آزمایشی این برنامه منجر به طراحی برنامه جامع پیشگیری از خودکشی در کشور گردید. در طی این سال ها، برنامه کشوری ثبت اقدام و فوت ناشی از خودکشی در سیستم پورتال وزارت بهداشت هم طراحی شده و به مرحله اجرا درآمد.

در حال حاضر، بر اساس فلوجارت های ابلاغ شده برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی، از هر فرد مراجعه کننده به خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت که در غربالگری اولیه، دارای دیسترس روانشناختی شناخته شده باشد، در مورد افکار خودکشی پرسیده می شود که در صورت نیاز، ارجاع به پزشک صورت بگیرد. هدف از این فرآیند، کاهش میزان اقدام به خودکشی به عنوان مهم ترین پیش گویی کننده فوت بعدی ناشی از خودکشی است. همچنین، تلاش برای شناسایی و درمان به موقع اختلال روانپزشکی نیز در نهایت منجر به کاهش اقدامات خواهد شد.

همچنین، بر اساس این برنامه، حوزه معاونت بهداشت موظف به جمع آوری، تجمیع و ثبت کلیه موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در سامانه ثبت رفتارهای خودکشی وزارت بهداشت می باشند. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به عنوان حوزه ستادی مسئول ثبت رفتارهای خودکشی بر این روند نظارت کامل داشته و آمار را به صورت ماهیانه رصد می کند و در مواقع و بر حسب مورد، مداخله می نماید. برنامه های آموزشی برای کارکنان سطوح مختلف ارائه دهنده خدمات اعم از بهورزان مستقر در خانه های بهداشت روستایی، کارشناسان مراقب سلامت مستقر در پایگاه های سلامت شهری، کارشناسان سلامت روان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت، پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت و همچنین مراکز بهداشتی درمانی روستایی برای مدیریت موارد شناسایی شده دارای افکار خودکشی و یا سابقه اقدام به خودکشی به صورت سالیانه انجام می شود. این آموزش ها در قالب آموزش در کارگاه های کشوری سالیانه و تداوم آنها به شکل کارگاه هایی در سطوح استان ها و شهرستان ها و نظارت بر فرآیندهای آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

از نیمه دوم سال ۱۳۹۵، فرآیند مداخله و پیگیری فعال افراد اقدام کننده به خودکشی که به بیمارستان مراجعه نموده اند و نجات یافته اند، طراحی شده و از ابتدای سال ۱۳۹۶ در چهار استان آذربایجان غربی، ایلام، کرمانشاه و لرستان به مرحله اجرای آزمایشی درآمده است و در ارزشیابی بعمل آمده، نتایج خوبی در پی داشته است. در این برنامه، کارکنان بیمارستانی حوزه سلامت نیز تحت آموزش قرار گرفته و علاوه بر بهبود ثبت موارد اقدام به خودکشی، برای پیگیری موارد شناسایی شده اختلالات روانپزشکی و ارجاع موارد نیازمند به درمان به سطح تخصصی نیز اقداماتی صورت گرفت که در جمع بندی نتایج اجرای طرح فوق می توان گفت میزان خودکشی مجدد در گروهی از افراد اقدام کننده به خودکشی که همکاری کامل (پاسخ به تلفن و همکاری برای مراجعه حضوری جهت دریافت چهار جلسه مداخله مختصر روانشناختی) پس از ارجاع از بیمارستان به مرکز خدمات جامع سلامت داشته اند، به میزان معناداری پایین تر بوده است. این نتیجه می تواند نشان دهنده موثر بودن مداخله باشد.

خاطر نشان می شود برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال حاضر در مناطق تحت پوشش تمامی ۶۳ دانشگاه و دانشکده های علوم پزشکی سراسر کشور در حال اجرا می باشد. این برنامه پیرو تصویب در جلسه ۱۴۲ شورای اجتماعی کشور، در تیرماه ۱۴۰۱ به کلیه دستگاه های ذینفع ابلاغ شده است. همچنین در آبان ماه ۱۴۰۱، مجدداً توسط معاونین بهداشت و درمان وزارت بهداشت به روسای کلیه دانشگاه ها ابلاغ شده است. همچنین سازمان امور اجتماعی، استناداران را موظف نموده تا با محوریت دانشگاه های علوم پزشکی استان نسبت به تهیه برش استانی برنامه خود تا پایان سال ۱۴۰۱ اقدام نمایند.

اهداف کلان برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

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

اهداف استراتژیک برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی:

۱. افزایش روایی داده های مربوط به رفتارهای خودکشی (شامل افزایش دقت و صحت ثبت داده های مربوط به خودکشی در سامانه معاونت بهداشت، ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های خودکشی مربوط به خدمت گیرندگان اورژانس و مراجعه کنندگان به بیمارستان ها، ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های مربوط به فوت ناشی از خودکشی ادارات کل پزشکی قانونی استان ها، ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های مربوط به خودکشی سایر دستگاه های پوشش دهنده گروه های هدف در معرض خطر خودکشی
۲. توانمندسازی جمعیت عمومی و افزایش آگاهی پیرامون خودکشی (شامل افزایش آگاهی و کاهش انگ پیرامون خودکشی در میان سیاست گذاران و مسئولین اجرایی، توانمندسازی جمعیت عمومی در حوزه خودمراقبتی در سلامت روان و پیشگیری از خودکشی، افزایش تاب آوری در گروه های در معرض خطر خودکشی (نوجوانان، جوانان، زنان، مبتلایان به اختلالات روانپزشکی)

۳. ارتقاء کمی و کیفی خدمات ارائه شده به افراد در معرض خطر و اقدام کننده به خودکشی (شامل ارتقاء فرایندهای شناسایی، مراقبت و مدیریت بالینی افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، بهبود خدمات تخصصی روانپزشکی در بیمارستان ها به افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی، ساماندهی فرآیندهای شناسایی، مدیریت و ارجاع افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی در گروه های هدف تحت پوشش سایر دستگاه ها، ساماندهی مداخلات پیشگیری از خودکشی در مکان های عمومی، ساماندهی خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی)

۴. ساماندهی اخبار و محتواهای انتشار یافته مرتبط با خودکشی در رسانه ها و محصولات فرهنگی (شامل استانداردهای انعکاس اخبار و محتواهای انتشار یافته مرتبط با خودکشی در رسانه های رسمی، کاهش موارد غیراستاندارد اخبار و محتواهای انتشار یافته مرتبط با خودکشی در رسانه های رسمی، کاهش دسترسی به اخبار و مطالب غیرمجاز پیرامون رفتارهای خودکشی در فضای مجازی و شبکه های اجتماعی)

۵. کاهش میزان دسترسی به روش های شایع و مهلک خودکشی (شامل کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با سموم، کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با دارو ها و متادون، کاهش میزان فوت خودکشی در مکان های عمومی، افزایش پژوهش های کاربردی در زمینه خودکشی،

۶. افزایش اجرای طرح های پژوهشی در حوزه در حوزه پیشگیری از خودکشی با مشارکت سایر دستگاه ها

اهداف اختصاصی عملیاتی حوزه معاونت بهداشت در برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی:

- صد در صد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری/غیرحضوری و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند (آموزش توسط روانپزشک/ حداقل ۴ ساعت)
- صد در صد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری/غیرحضوری و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد در صد کارشناسان مراقب سلامت حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان حوزه معاونت بهداشت هر سه سال، در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری 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 دو جلسه کار گروه سلامت و امنیت غذایی استان با موضوع پیشگیری از خودکشی در یک سال توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی واقع در مراکز استان (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند).

- برگزاری حداقل یک کارگاه آموزشی مدیریت انعکاس اخبار خودکشی در یک سال توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی واقع در مراکز استان (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند).
- افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان/ کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) حداقل یک بار توسط پزشک عمومی ویزیت شوند.
- افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده و ویزیت شده توسط پزشکان عمومی، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نمایند.
- افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت مربوطه ارجاع شده اند، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نمایند.
- اعضای درجه یک خانواده افراد فوت شده ناشی از خودکشی (بازماندگان خودکشی) که شناسایی شده اند، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی توسط کارشناسان سلامت روان را دریافت نمایند.

شاخص های برنامه در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده در سال ۱۴۰۲

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

نحوه احصاء: دریافت داده ها از سامانه معاونت بهداشت

- شاخص مورد انتظار: میزان اقدام به خودکشی در منطقه تحت پوشش نسبت به سال قبل بتواند ۲ درصد کاهش داشته باشد. به طور مثال اگر میزان فوت ۱۰۰ درصد هزار باشد، با ۲ درصد کاهش، به ۹۸ درصد هزار برسد.

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

نحوه احصاء: دریافت داده ها از اداره کل پزشکی قانونی استان

- شاخص مورد انتظار: میزان فوت ناشی از خودکشی در منطقه تحت پوشش نسبت به سال قبل بتواند ۲ درصد کاهش داشته باشد. این شاخص بر اساس چشم انداز کشوری و هدف کمی ۱۰ درصد کاهش در عرض ۵ سال (۱۴۰۲ تا ۱۴۰۵) در نظر گرفته شده است. به طور مثال اگر میزان فوت در سال ۱۴۰۰، ۵۰،۰ درصد هزار باشد، با ۲ درصد کاهش در سال ۱۴۰۲، به ۴۹،۹ درصد هزار برسد.

- درصد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری/غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند (آموزش اختلال افسردگی و پیشگیری از خودکشی توسط روانپزشک/ حداقل ۴ ساعت):

- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای جدیدالورود

- درصد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت که هر سال در دوره های بازآموزی حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند (آموزش اختلال افسردگی و پیشگیری از خودکشی توسط روانپزشک/ حداقل ۴ ساعت):

○ شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم

- درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزش حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای جدید

- درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت که هر سال در دوره های بازآموزی حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای شاغل در سیستم

- تعداد کارگاه آموزشی مدیریت انعکاس اخبار خودکشی برگزار شده در یک سال برای مدیران رسانه های رسمی و فعال در منطقه تحت پوشش توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های واقع در مرکز استان (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند.)

○ شاخص مورد انتظار: حداقل یک کارگاه در سال

- تعداد جلسات برگزار شده کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان با موضوع پیشگیری از خودکشی توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی واقع در مراکز استان (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند.)

○ شاخص مورد انتظار: حداقل دو جلسه در سال

شاخص های برنامه در مراکز بهداشت شهرستان در سال ۱۴۰۲

- در صد کارشناسان مراقب سلامت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده باشند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای جدیدالورود

- در صد بهورزان تحت پوشش معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده باشند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای جدیدالورود

- درصد کارشناسان مراقب سلامت مستقر در پایگاه های سلامت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان که در یک سال در خصوص شناسایی بیماران دارای اختلال افسردگی و پیشگیری از خودکشی در جمعیت عمومی مورد بازآموزی قرار گرفته اند (توسط کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان/ حداقل ۴ ساعت):

○ شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم

- درصد بهورزان مستقر در خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان که در یک سال در خصوص شناسایی بیماران دارای اختلال افسردگی و پیشگیری از خودکشی در جمعیت عمومی مورد بازآموزی قرار گرفته اند (توسط کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان/ حداقل ۴ ساعت):

○ شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم

شاخص های برنامه در مراکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۴۰۲

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان/ کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) که حداقل یک بار توسط پزشک ویزیت شده باشند.*

○ شاخص مورد انتظار: ۸۰٪

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی ویزیت شده توسط پزشکان عمومی که حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.*

○ شاخص مورد انتظار: ۶۰٪

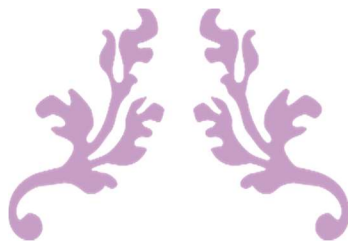
- درصد افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت ارجاع شده اند و حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.*

○ شاخص مورد انتظار: ۳۰٪

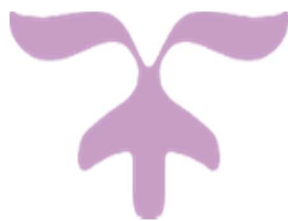
- درصد افراد فوت شده ناشی از خودکشی که اعضای درجه یک خانواده آنها هر یک حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی توسط کارشناسان سلامت روان را دریافت نموده باشند.*

○ شاخص مورد انتظار: ۲۰٪

- * توجه: با توجه به اینکه چهار شاخص آخر برنامه پیشگیری از خودکشی که با ستاره علامت گذاری شده اند، به تازگی در قالب برنامه عملیاتی گنجانده می شوند، همکاران محترم تلاش نمایند داده های مربوط به شاخص های فوق را با دقت جمع آوری و ثبت نموده و به شاخص های مورد انتظار دست یابند.



برنامه خود مراقبتی در سلامت روان و مصرف



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:

- ارتقاء سواد سلامت روان

اهداف اختصاصی برنامه :

- صددرصد کارشناسان سلامت روان سالانه در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان بدو خدمت شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان مراقب سلامت سالانه در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان بدو خدمت شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان مراقب سلامت هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند

- صددرصد مربیان آموزش بهورزی سالانه در دوره های آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان بدو خدمت شرکت نمایند
- صددرصد مربیان آموزش بهورزی هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند
- صددرصد بهورزان سالانه در دوره های آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان بدو خدمت شرکت نمایند
- صددرصد بهورزان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان آموزش سلامت سالانه در دوره های آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان بدو خدمت شرکت نمایند
- برگزاری ۱ جلسه آموزشی براساس نسبت استاندارد روانشناس به سفیر سلامت در هر ماه (متوسط ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان)

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۲

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

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۲

- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز جدید الورود که در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان ش حضوری شرکت نموده اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۸۰٪

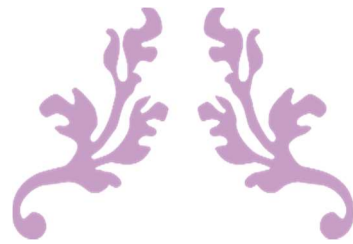
- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خودمراقبتی در سلامت روان حضوری شرکت نموده اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

شاخص های برنامه در سطح مرکز در سال ۱۴۰۲

تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت

- شاخص مورد انتظار: برگزاری ۱ جلسه حضوری در ماه (هر جلسه ۲ ساعت برای ۱۰ تا ۱۵ نفر) متوسط ۵۳۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در
حوادث و بلایای غیر مترقبه



مقدمه

خدمات حمایت‌های روانی اجتماعی یکی از مهمترین و ضروری‌ترین خدمات حوزه سلامت است که براساس پروتکل کشوری حمایت‌های روانی اجتماعی طی مراحل مختلفی پس از حادثه به افراد آسیب دیده ارائه می‌شود. 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 می‌یابد.

مراحل مختلف واکنش‌های روانی و رفتاری پس از حوادث و بلایا

به طور معمول به دنبال بحران‌هایی همچون سیل و زلزله، افراد از مراحل مختلفی عبور می‌کنند که عبارتند از:

۱- اثر یا ضربه: این مرحله طی چند دقیقه اول پس از سانحه رخ می‌دهد. طی این دقایق افراد دچار رعب و وحشت می‌شوند، گاه نیز حالت‌هایی همچون بهت زدگی و درماندگی مشاهده می‌گردد. 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 می‌یابد. باقی‌ماندن در این مرحله، نیازمند مداخله فوری است.

۲- قهرمان‌گرایی: در ساعات اولیه رخ می‌دهد. مردم سعی می‌کنند به کمک هم کاری انجام دهند و افراد احساس مسئولیت می‌کنند، به طور داوطلبانه در امداد رسانی شرکت می‌نمایند. به این ترتیب تا قبل از رسیدن نیروهای کمکی بسیاری از کارها را خود افراد بازمانده انجام می‌دهند. 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 می‌دهند. مسئله دیگر نیاز به ایجاد هماهنگی و رهبری با هدف افزایش تأثیر فعالیت‌های داوطلبانه است.

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

۴- روبرویی با واقعیت‌ها: این مرحله حدود ۲ تا ۳ ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز می‌شود، یعنی زمانی که اکثر نیروهای امداد از منطقه خارج می‌شوند. در این مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت‌ها و جبران ناپذیری بخش بزرگی از خسارات می‌گردند. در این مرحله بازماندگان نیازمند حمایت‌های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می‌دهند، افسرده و مضطرب می‌گردند و احساس تنهایی شدیدی می‌کنند. 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 یک سال پس از فاجعه رخ می‌دهد. بازماندگان شروع به بازسازی روانی و از سر گرفتن زندگی روزمره خود می‌کنند. افراد به این نتیجه می‌رسند که بازسازی زندگی با اتکا بر توانایی‌های خود آن‌ها 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): مثلا 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 ستاد دانشگاه:

- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که قبل از شروع به کار در حوزه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه آموزش دیده اند.

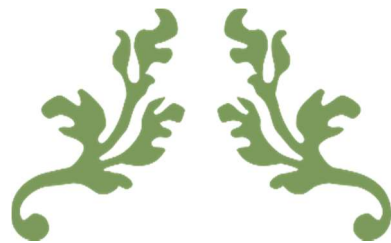
○ شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪

- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت که در سال ۱۴۰۲ دوره بازآموزی حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه را گذرانده اند.

- درصد پوشش افراد در معرض بحران که خدمات حمایت های روانی اجتماعی را از سوی کارشناس سلامت روان دریافت کرده اند .

○ شاخص مورد انتظار ۷۰٪

اداره سلامت اجتماعی



برنامه پیشگیری و مراقبت از
بدرفتاری با کودک



مقدمه:

برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد بدرفتاری با کودک 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 آزار دیده و شاهد خشونت خانگی و والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی می باشد.

این برنامه به منظور پیشگیری، کاهش و کنترل خشونت فیزیکی و روانی (کودک شاهد خشونت خانگی) در کودکان تدوین و اجرا گردیده است.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ایجاد پوشش مراقبتی برای کودکان مورد بدرفتاری خانگی و شاهد خشونت خانگی، شناسایی شده در نظام مراقبتیهای بهداشتی اولیه
- کاهش خشونت خانگی مجدد در کودکان مورد بدرفتاری خانگی و شاهد خشونت خانگی، شناسایی شده در نظام مراقبتیهای بهداشتی اولیه

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتیهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضور/ غیرحضور) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صددرصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتیهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/ غیر حضور) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد به نظام مراقبتیهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضور/ غیرحضور) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتیهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/ غیرحضور) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتیهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضور/ غیرحضور) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتیهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/ غیر حضور) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صددرصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک 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 موارد غیر فوری که در غربالگری تکمیلی مثبت شده اند در صورت رضایت والدین تحت پوشش مراقبت قرار گیرند.
- صد درصد 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 ۱۴۰۲

- میزان پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که طی سال اول خدمت دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" را گذرانده باشند
 - شاخص مورد انتظار ۸۰٪
- میزان کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" شرکت نموده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان کارشناسان مراقب سلامت/بهورز که در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" شرکت نموده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است
 - شاخص مورد انتظار ۴۰٪

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۲:

- میزان کارشناسان مراقب سلامت/بهورز که در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" شرکت نموده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪

- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است

○ شاخص مورد انتظار ۴۰٪

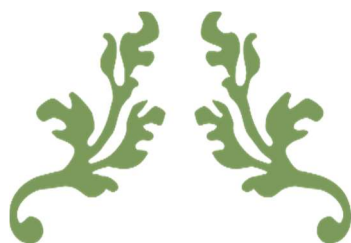
شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۲:

- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند

○ شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪

- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است

○ شاخص مورد انتظار ۴۰٪



برنامه پیشگیری از همسرآزاری



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 باشد. 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 به منظور پیشگیری، کاهش و کنترل خشونت فیزیکی در زنان متاهل تدوین و اجرا گردیده است.

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 فیزیکی 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 در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" 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 همسرآزاری" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود به نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) "برنامه پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه پیشگیری از همسرآزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیر حضوری) برنامه پیشگیری از همسرآزاری 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.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۲:

- میزان پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی سال اول خدمت، دوره‌های آموزشی (حضوری/غیر حضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" را گذرانده باشند
 - شاخص مورد انتظار ۸۰٪
- میزان کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی سال اول خدمت، در دوره‌های آموزشی (حضوری/غیر حضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نموده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان کارشناسان مراقب سلامت/بهورز که در طی سال اول خدمت، در دوره‌های آموزشی (حضوری/غیر حضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نموده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است
 - شاخص مورد انتظار ۵۰٪

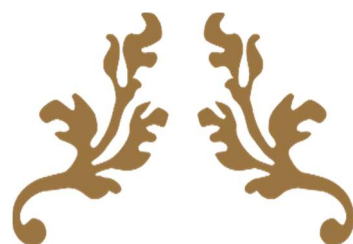
شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۲:

- میزان کارشناسان مراقب سلامت/بهورز که در طی سال اول خدمت، در دوره‌های آموزشی (حضوری/غیر حضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نموده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است
 - شاخص مورد انتظار ۵۰٪

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۲:

- میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند
 - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است
 - شاخص مورد انتظار ۵۰٪

اداره پیشگیری و کاهش آسیب مصرف مواد، الکل و دخانیات



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 واقعیت های 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، بیماری های 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 ۱۶ درصد در سال ۱۴۰۱ رسیده است.

با ارتقاء برنامه های کاهش آسیب در بین مصرف کنندگان تزریقی، شیوع اچ آی وی در این گروه را که در حال حاضر زیر ۵ درصد می باشد، این در حالی است که در مطالعه ماقبل آخر در این گروه شیوع اچ آی وی ۱۴/۸ 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.

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 ثابت کاهش آسیب (Drop-in centers)، مراکز سیار کاهش آسیب (Mobile Center)، تیم سیار وابسته به مراکز کاهش آسیب و ضمیمه مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می‌گردد. مراکز گذری ثابت یا سیار، 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.

خدمت ارائه شده توسط این مراکز شامل در اختیار قرار دادن وسایل استریل تزریق و بروشورهای آموزشی اغلب توسط گروه همسالان یا سایر داوطلبان در خود مراکز گذری، مراکز سیار کاهش آسیب، یا توسط تیم‌های سیار وابسته به آن مراکز و تیم‌های سیار متصل به مراکز خدمات جامع سلامت می‌باشد. هم‌اکنون و با توجه به پایلوت 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):

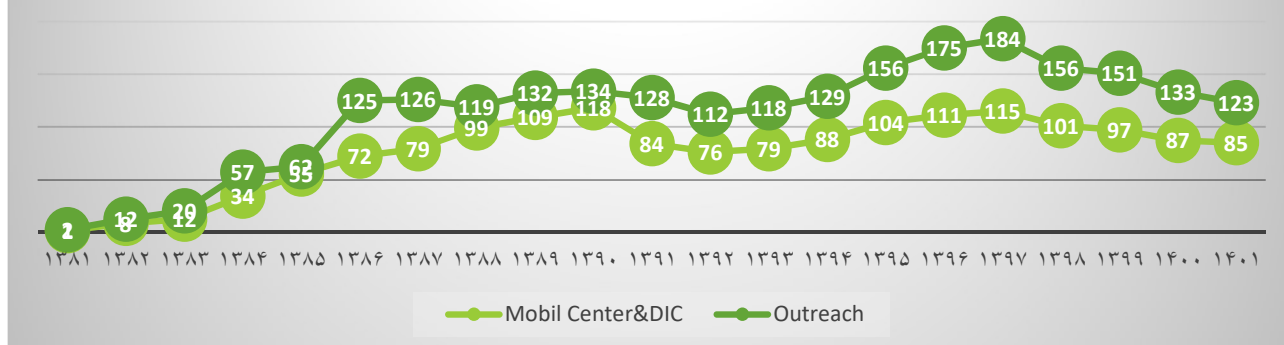
- ۱- برنامه سرنگ و سوزن (NSP)
۲. درمان نگهدارنده با متادون (MT)
۳. تست اچ آی وی و مشاوره (HTC)
۴. درمان عفونت‌های رترو ویروسی (ART)
۵. اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطات (IEC) برای کسانی که مواد را تزریق می‌کنند و شرکای جنسی آنها
۶. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت‌های ویروسی
۷. پیشگیری، تشخیص و درمان سل
۸. پیشگیری و درمان بیش مصرفی (Over Dose)

لازم به توضیح است که تمامی ۹ خدمت فوق‌الذکر در حال حاضر بعلت کمبود بودجه‌ها و منابع موجود انجام نمی‌شود ولی خدمت ۱،۲،۳،۶ در این مراکز انجام و بقیه موارد به صورت غربالگری علامتی سل، بیماری‌های آمیزشی ارجاع به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری برای درمان اچ آی وی انجام می‌پذیرد.

براساس آخرین آمارهای ارائه خدمات کاهش آسیب مصرف مواد در سال ۱۴۰۱، ۱۸۳۱۹ نفر تزریقی در زیرساخت‌های کاهش آسیب خدمات سرنگ و سوزن یا خدمات متادون دریافت می‌کنند که نشان از پوشش ۲۰ درصدی (بر اساس تخمین ۹۰ هزار نفری جمعیت افرادی که مواد را به صورت تزریقی در سه ماه اخیر مصرف می‌کنند) می‌باشد.

تعداد زیرساخت‌های کاهش آسیب مصرف مواد

تعداد مراکز گذری، موبایل سنتر و تیم های سیار



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 می‌کنند کاهش میزان شیوع ویروس اچ آی وی در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند (ملاک مطالعات کشوری BSS- مطالعات سرولوژیک رفتاری).

اهداف اختصاصی برنامه:

- **هشتاد درصد** پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صد درصد** پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صد درصد** پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صد درصد** پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صد درصد** پرسنل غیرپزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صد درصد** پرسنل غیرپزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره‌های بازآموزی حضوری / غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **حداقل ۷۵٪** مراجعین به مراکز، خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند. (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 می‌نمایند. (تعریف مستمر: بیمار تزریقی که به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته است؛ می‌تواند 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 ۱۴۰۲

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/ غیر حضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند.
 - **شاخص مورد انتظار: ۸۰٪**
- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند.
 - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪**
- درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند.
 - **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: ۱۰۰٪**
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند.
 - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪**
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یکبار در دوره‌های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند.
 - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪**
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته.
 - **شاخص مورد انتظار: ۳۶۰ 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 پی‌آپی 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 و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند. (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
 - شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان سال ۱۴۰۲

- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال گذشته.
 - شاخص مورد انتظار: ۳۶۰ 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 پی‌آپی 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 و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
 - شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

شاخص های برنامه در سطح مرکز سال ۱۴۰۱

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین دریافت کنندگان خدمات مرکز کاهش آسیب (غیر از واحد ضمیمه ارائه دهنده داروی متادون آستانه پایین):

○ شاخص مورد انتظار: ۶۰ درصد و بالاتر ۱۲

- 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 نموده‌اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۹۰٪

- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته.

○ شاخص مورد انتظار: ۳۶۰ عدد و بالاتر

- درصد مصرف کنندگان تزریقی در مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته مورد غربالگری ویروس اچ آی وی قرار گرفته‌اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۸۰٪

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونیست آستانه پایین در مراکز کاهش آسیب تحت پوشش.

○ شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

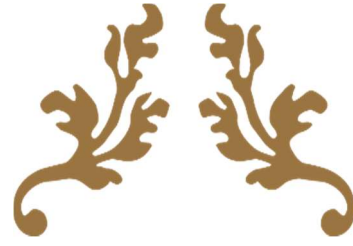
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش واحد آگونیست آستانه پایین در مرکز کاهش آسیب که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پی‌آپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند).

○ شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

- درصد مراجعین به مرکز 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٪

۱۲. هر مرکز گذری کاهش آسیب باید حداقل در طی یکسال برای ۱۵۰ نفر غیر تکراری پرونده تشکیل داده (۶۰ درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) و امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید. هر مرکز سیار (موبایل سنتر) باید در طی یکسال حداقل برای ۲۰۰ نفر غیر تکراری (۶۰ درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید. هر تیم سیار باید در طی یکسال حداقل برای ۶۰ نفر غیر تکراری (۶۰ درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.



برنامج تشخيص و مراقبة اختلالات
مصرف مواد، الكل و دخانيات



مقدمه:

با توجه به روند افزایش بار بیماری‌های قابل انتساب به مصرف مواد دخانی، الکل و مواد، توجه بیش از پیش به مداخلات پیشگیری و مراقبت درمانی ضرورت می‌یابد.

بر این اساس طرح تحول سلامت فرصت مناسبی برای ارتقای خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد و کوشش جهت دستیابی به اهداف ذیل این برنامه در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی بوده است.

- ظرفیت‌سازی و حمایت مستمر از ارائه خدمات اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی
- ایجاد دسترسی عادلانه برای مراقبت‌های پیشگیری و درمان اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد
- حساس‌سازی جمعیت عمومی نسبت به عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد
- افزایش سواد سلامت جامعه با اهداف پیشگیرانه
- غربالگری، شناسایی، ارائه مراقبت‌های روانشناختی، خدمات درمان دارویی اختلال مصرف دخانیات و ارجاع به مراکز تخصصی درمان مصرف الکل و مواد
- ارائه آموزش‌های پیشگیرانه و مراقبتی موردنیاز خانواده‌های بیماران

نکته مورد توجه در سالهای اخیر آن است که بر اساس آخرین گزارش دبیرخانه کنترل دخانیات وزارت بهداشت که در سال ۹۵ انجام شده است، ۱۰/۱ درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کنند که بر اساس تفکیک جنسیتی تقریباً ۲۰ درصد از مردان و ۰/۹ درصد از زنان مصرف‌کننده انواع مشتقات تنباکو می‌باشند. همچنین در این گزارش آمده است، ۱۴/۲ درصد از جمعیت ۱۸ تا ۶۴ سال بصورت روزانه یا تفننی مصرف‌کننده انواع محصولات دخانی مانند سیگار، پیپ و حتی قلیان می‌باشند، که بر اساس تفکیک جنسیتی ۲۵ درصد از مردان و ۴ درصد از زنان انواع دخانیات مصرف می‌کنند. نکته قابل تامل، رشد نرخ شیوع مصرف مواد دخانی در گروه زنان است، به طوری که طبق مستندات آماری در سال ۱۳۹۰، ۳/۷ درصد زنان مصرف‌کننده انواع محصولات دخانیات بودند که متأسفانه این آمار در سال ۹۵ به ۴ درصد رسیده است. علاوه بر این، بر اساس این گزارش میزان مصرف انواع تنباکو در گروه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۹۵، نسبت به سال ۸۶ دو برابر رشد داشته است. چنانکه مصرف سیگار در بین پسران ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۹۵، ۴/۸ درصد و میزان مصرف قلیان ۷/۳ درصد بوده و این رقم در بین دختران ۴/۳ درصد تخمین زده شده است. با توجه به مستندات آماری پیشگفت، در سالهای اخیر با افزایش مصرف دخانیات در گروه‌های سنی نوجوان و جوان بطورکلی و جمعیت زنان بطور خاص مواجه هستیم که با توجه به اهمیت آن در تامین سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد جامعه، به عنوان عامل خطر جدی در گرایش به مصرف الکل و مواد، اولویت مداخلات پیشگیرانه در حوزه کنترل و درمان اختلال مصرف دخانیات در نظام بهداشتی کشور را برجسته می‌کند.

بر اساس مقایسه آخرین گزارش‌های آماری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور احصا شده از سامانه سیب، در بازه‌های زمانی ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ (منطبق با جدول آماری ذیل) روند دستیابی به شاخص‌ها مورد انتظار بدلیلی چون شیوع بیماری کووید-۱۹ مطلوب نبوده است و نهایتاً اگرچه در سال ۱۴۰۱ روند مثبتی شروع شده است اما نیاز به بکارگیری همت وافی و کافی همکاران جهت ارتقا کمی و بویژه کیفی خدمات هم‌چنان دیده می‌شود. علاوه بر آن بر اساس نتایج پایش‌های

حضور می‌تواند با کیفیت، ارتقای نظام پایش و ارزیابی و افزایش سواد سلامت جامعه مورد انتظار است.

توجه: برخی راهبردهای اجرایی جهت ارتقای خدمات در ذیل ارائه شده و توجه به آنها مورد تاکید و در برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۲ گزارشی از اقدامات انجام گرفته در راستای موارد مذکور مورد مطالبه قرار خواهد گرفت. در واقع، علاوه بر گزارش آماری، در تنظیم گزارش تحلیلی و پایش‌های ضروری جهت ارزیابی پیشرفت برنامه، این مقولات و فعالیت‌های دانشگاهی مرتبط مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

۱- تلاش برای بهینه‌سازی مدیریت منابع و ساختار فیزیکی ارائه خدمات

- تامین حفظ حریم شخصی مراجعین در غربالگری‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد: با توجه به استیگمای موجود در خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و نیاز به محرمانگی اطلاعات مرتبط حفظ حریم شخصی مراجعین حین انجام غربالگری‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، تامین ساختار فیزیکی مناسب برای تحقق این امر ضروری است. قابل درک است که در شرایط کنونی با توجه به محدودیت‌های ناشی از شرایط دوران شیوع بیماری کووید-۱۹ بخشی از فضای منابع و فضای فیزیکی برخی مراکز به این امر اختصاص یافته است، اما حداقل راهبرد عملی تغییر و تنظیم چیدمان مبلمان اداری در اتاق مراقبین سلامت در جهت افزایش فاصله بین میزهای کاری و پیش‌بینی صندلی اختصاصی مراجع در کنار هر میز است، به صورتی که طبق پروتکل غربالگری، مراجع امکان مشاهده سوالات غربالگری در مانیتور را نداشته باشد و پرسش‌ها با تن صدای ملایم در جهت تامین حریم خصوصی مراجعین پرسیده شود. همچنین در این راستا، اتخاذ تدابیر لازم برای انجام غربالگری‌های این حوزه، بدون حضور همراه مراجع بسیار اهمیت دارد.
- تامین فضای مناسب برای خدمات آموزش گروهی مراجعین: با توجه به تخصیص بخشی از فضای مراکز به خدمات حوزه مدیریت بیماری کووید-۱۹ و فقدان فضای مناسب برای ارائه آموزش‌های گروهی این حوزه، پیشنهاد این حوزه استفاده از سایر فضاهای عمومی در اختیار (و نهایتاً در جهت اهداف و تکالیف کمیته پیشگیری اولیه از اعتیاد، جلب مشارکت سایر دستگاه‌های عضو شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر از جمله شهرداری، آموزش و پرورش و ... برای کمک به تامین فضای آموزشی مورد نیاز است.

۲- بهینه‌سازی مدیریت نیروی انسانی:

- متناسب‌سازی اعضای تیم سلامت مراکز شهری و روستایی با استانداردهای جمعیتی: اگرچه فقدان نیروی پزشکی و عملکرد ضعیف آنان در مراکز شهری و کمبود روانشناس در مناطق شهری و روستایی بر اجرای برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد تاثیر مستقیم داشته است و نیاز به راهبردی مدیریتی و حمایت‌طلبی کلان دانشگاهی و نیز گاهی در سطوح وزارتی دارد، اما مدیریت نیروهای موجود از جهت حضور فیزیکی به موقع و منظم و ارائه خدمات با کیفیت، و نیز استفاده از اهرم‌های انگیزشی معنوی و مادی و پرهیز از رفتارهای تبعیض‌آمیز و ایجاد فرصت‌های رشد ... همگی مقوله‌های با اهمیتی هستند

که باید در مسیر شکوفایی دانش و مهارت حرفه ای و افزایش حس تعهد و انگیزش کارکنان مورد توجه و دقت قرار گیرد.

- ارتقای کمی و کیفی برنامه های توانمندسازی ارایه کنندگان خدمات: در حوزه خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد و توانمندسازی اعضای تیم سلامت اعم از کارشناسان مراقب سلامت، سلامت روان و پزشک، توجه به منطبق سازی محتوای آموزشی با استاندارد های خدمات مندرج در دستورالعمل ها و راهنماهای ابلاغی ضروری است. همچنین تشکیل جلسات فصلی بازآموزی، نیازسنجی آموزشی کارشناسان سلامت روان و برگزاری جلسات حضوری و گروهی مجازی اشتراک گذاری تجارب موفق و چالشهای اجرایی برنامه برای اعضای تیم سلامت می تواند در ارتقای توانمندی و کیفیت خدمات موثر واقع گردد. همچنین آموزش کارشناس مراقب سلامت خانواده و سلامت روان به منظور تسلط بر محتوای خدمات و شیوه ی ثبت و محاسبه دقیق شاخص های عملکردی از سامانه های الکترونیک ، نحوه ی ثبت و ارجاع موارد مثبت غربالگری ها و پیگیری ها طبق دستورالعمل برنامه ضروری است.

۳- مشارکت طلبی درون و بین سازمانی جهت کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ: حمایت طلبی از سایر معاونت ها و دستگاه های عضو شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان، کمیته های مرتبط در حوزه ی استانداری و نیز موسسات خیریه و انجمن های غیردولتی جهت اتخاذ راهبردها و مداخلات موثر کاهش عوامل خطر محیطی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی موثر بر سلامت روانی- اجتماعی و مصرف مواد بویژه در مناطق حاشیه ای و پرخطر (دسترسی بالا به مواد و شیوع انواع آسیب های اجتماعی) و نیز اقدام موثر بر ارتقای راهبردهای موثر بر افزایش عوامل محافظ سلامت روان و اجتماعی افراد جامعه از جمله دسترسی به امکانات درمانی، آموزشی، فرهنگی، تفریحی و ورزشی مورد تاکید و انتظار است.

۴- بهینه سازی راهبردهای مدیریت فنی برنامه :

- ارتقای شیوه ی تدوین و ابلاغ برنامه عملیاتی سالانه : لازم است این برنامه یک قالب زمانی و اجرایی مدونی مبتنی بر سیاستها، برنامه ها و شاخص های ابلاغی از سطح وزارتی و دانشگاهی داشته باشد، همچنین، با اتخاذ یک دیدگاه جامع علمی، با تلفیق آنها با نیازسنجی و مپینگ عوامل خطر محیطی به تدوین و اجرای مداخلات موثر پرداخته شود.

- ارتقای مقبولیت خدمات از طریق بازاریابی اجتماعی خدمات: با توجه به ضرورت افزایش مقبولیت خدمات این حوزه لازم است نیازهای مغفول مانده افراد جامعه در حوزه سلامت روان و اجتماعی به تقاضای فعال و مطالبه شخص تبدیل شود. در این راستا بر اساس منابع علمی، آموزش های همگانی با هدف ارتقای سواد

سلامت جامعه و تغییر نگرش و اصلاح باورهای غلط در خصوص ماهیت و انواع بیمار های روانپزشکی (اعم از اختلالات مصرف مواد و...)، علل، علائم و عوارض آن ها و شیوه ی درمان دارویی و غیردارویی آن، آسیب های اجتماعی و پیامدهای اختلالات روانپزشکی و مصرف دخانیات؛ الکل و مواد می تواند به عنوان یک راهکار ارزشمند مورد توجه قرار گیرد. در کنار معرفی خدمات این حوزه، اطلاع رسانی خدمات بهداشتی و درمانی و آشنایی با تیم سلامت و توجه به ظرفیت های موجود در برنامه خودمراقبتی به شیوه تعاملی و بحث و گفتگو و مسئله محور (نه سخنرانی صرف) به عنوان یک اولویت در جلب مشارکت مراجعین در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه بسیار حائز اهمیت است.

- **ارتقای نظام پایش و نظارت مستمر خدمات :** لازم است پایش و نظارت مستمر و دقیق سطوح مختلف ستادی و محیطی با هدف رصد فصلی شاخص های کمی و کیفی ارائه خدمات و گزارش های تحلیلی بر روند پیشرفت برنامه و پیگیری بازخورد ها و اقدامات ذیل آن مدنظر قرار گیرد. در نهایت، بدیهی است گزارش های آماری مبتنی بر اهداف و شاخص های برنامه، نشانگر میزان مطلوبیت عملکرد مشترک مدیریت ستادی دانشگاه و شهرستان و تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت/ ماما/ بهورز، پزشک و کارشناس سلامت روان) می باشد. از آنجا که مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و کارشناس مسئول سلامت روان در حوزه ی ستادی شهرستان و نهایتا کارشناس سلامت روان در مراکز ارائه خدمت به عنوان نیروی تخصصی این حوزه، موظف به پیگیری و رصد مستمر روند شاخص ها و کیفیت ارائه خدمات هستند، انتظار می رود، در راستای تکالیف مدیریتی و نظارتی خود برنامه مدونی جهت پایش مستمر مراکز و واحدها بهداشتی، ارزیابی کیفی خدمات و تحلیل گزارش های آماری (در بازه های زمانی سالانه و شش ماهه، سه ماهه و یک ماهه که بر اساس سطوح ستادی دانشگاه، شهرستان و مراکز و واحدهای ارائه کننده خدمت به ترتیب تعریف می گردد) بپردازند. همچنین تشکیل جلسات مشورتی و فنی با کارشناسان ستادی و محیطی با هدف تحلیل روند پیشرفت و نقاط قوت و ضعف خدمات مدنظر قرار گیرد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ارتقای کمی و کیفی خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه

اهداف اختصاصی برنامه در سال ۱۴۰۲:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره آموزشی بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» گذرانده باشند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، هر سه سال یکبار دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره آموزش بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره ی 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 شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره آموزش بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل هر سه سال یکبار در دوره ی استاندارد آموزشی/ بازآموزی حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- هشتاد و پنج درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال در سال جاری تحت پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات قرار گیرند^{۱۳}.
- شناسایی هفت درصد از موارد غربال مثبت غربال اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات از مجموع جمعیت تحت پوشش غربالگری اولیه
- چهل درصد موارد غربال مثبت غربال اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرارگیرند.
- نود درصد افراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط^{۱۴}، تحت پوشش مداخله مختصر روانشناختی قرارگیرند.
- چهل درصد افراد واجد سطح خطر بالای مصرف دخانیات، تحت پوشش مداخله شناختی رفتاری قرارگیرند.

۱. پرونده فعال الکترونیک سلامت به معنای پرونده ی فردی است که در یکی از واحدها یا مراکز بهداشتی برای دریافت حداقل یکی از مراقبت های گروه های سنی در سال جاری مراجعه کرده است، لذا امکان دسترسی به آن فرد برای ارایه مراقبت غربالگری اولیه فراهم شده است.

۱۴. افراد واجد شرایط دریافت ۲ جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوجارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند.

- صد درصد موارد متقاضی^{۱۰} آموزش در مورد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل که تحت مشاوره و راهنمایی قرار بگیرند.
- پنج درصد از کل مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها توسط پزشک تکمیل تشخیص اختلال مصرف مواد، الکل و دخانیات دریافت کنند.

شاخص‌های برنامه در سطح ستاد دانشگاه/ شهرستان/ مرکز - سال ۱۴۰۲

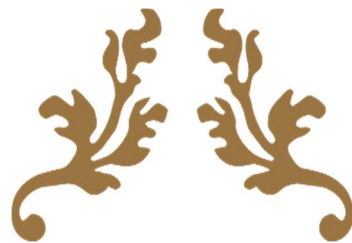
- درصد پزشکان عمومی جدیدالورود در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، که دوره آموزشی بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، که هر سه سال یکبار دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، که دوره آموزش بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، که دوره ی استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان جدیدالورود در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، که دوره آموزشی بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» گذرانده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، که هر سه سال یکبار در دوره ی استاندارد آموزشی/ بازآموزی حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

^{۱۰} موارد نیازمند شامل اعضاء خانواده، دوستان و یا آشنایانی هستند که متقاضی دریافت آموزش و راهنمایی جهت کمک و نحوه برخورد با فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل می‌باشند.

- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات از جمعیت دریافت کننده حداقل یک مراقبت از مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی
 - شاخص مورد انتظار: ۸۵ درصد از مراجعه‌کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده‌اند.
- درصد شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰ درصد
- درصد موارد غربال اولیه مثبت مصرف مواد، الکل و دخانیات که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفتند. (توسط کارشناس سلامت روان)
 - شاخص مورد انتظار: ۴۰ درصد
- درصد افراد مصرف‌کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط^{۱۶} که تحت پوشش جلسه اول مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند. (توسط کارشناس سلامت روان)
 - شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد
- درصد افراد دارای سطح خطر بالای مصرف دخانیات که مداخله روانشناختی را دریافت نموده‌اند. (توسط کارشناس سلامت روان)
 - شاخص مورد انتظار: ۴۰ درصد
- درصد موارد نیازمند^{۱۷} خدمات آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف‌کننده دخانیات، مواد و الکل که تحت پوشش خدمت مربوطه قرار گرفته‌اند (توسط کارشناس سلامت روان)
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد افراد دارای تشخیص اختلال مصرف اختلال مصرف مواد، الکل و دخانیات از مجموع مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها تکمیل شده است (توسط پزشک)
 - شاخص مورد انتظار: ۵ درصد

^{۱۶} افراد واجد شرایط دریافت مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوجارت خدمت شامل موارد شناسایی شده در غربالگری تکمیلی به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می‌باشند.

^{۱۷} موارد نیازمند شامل اعضاء خانواده، دوستان و یا آشنایانی هستند که متقاضی دریافت آموزش و راهنمایی جهت کمک و نحوه برخورد با فرد مصرف‌کننده دخانیات، مواد و الکل می‌باشند.



برنامه پیشگیری از اختلالات مصرف مواد



مقدمه

همه والدین خواهان بزرگ کردن فرزندان تندرست و نیک رفتار هستند. با گذر از کودکی به نوجوانی دغدغه‌های والدین در مورد رفتار فرزندان دو چندان شده و بیش از پیش به نگرانی بدل می‌شود. مادران و پدران در جستجوی راهکارهایی بر می‌آیند که نوجوانان را به سلامت از مخاطرات این دوران گذر دهند. پژوهش‌های 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 می‌شوند. از دیگر سو مطالعات علمی به یقین نشان داده است بهترین زمان برای پیشگیری اولیه از مصرف مواد کودکی و نوجوانی، یعنی سال‌های زندگی فرد در کنار والدین است. پژوهش‌های متعدد اثبات کرده است اگر پیشگیری از طریق خانواده باعث به تعویق افتادن اولین تجربه‌ی سیگار یا هر ماده دیگری باشد یا به عبارت دیگر خانواده‌ها فرزندان را بدون تجربه مواد به هجده سالگی برسانند، شانس ایجاد مشکلات جدی سوء مصرف مواد و اعتیاد در سال‌های بعدی زندگی کاهش می‌یابد. مهارت‌هایی که در این برنامه از آن تحت عنوان «مهارت‌های فرزندپروری پیشگیرانه» یاد می‌کنیم مهارت‌هایی 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 می‌انجامد. بد نیست در اهمیت پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد در دوران کودکی و نوجوانی به این نکته هم اشاره کنیم که برخی پژوهش‌ها نشان داده است مصرف مواد در این دوران می‌تواند 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 می‌گیرند، بدون این که بخواهیم نقش مهم همسالان را کتمان کنیم، باید بگوییم که اکثر پژوهش‌های دنیا نشان می‌دهند که والدین در دوره نوجوانی هم قوی‌ترین الگوی فرزندان خود هستند و بیشترین نفوذ را بر آنها دارند. حتی پدر و مادر در صورت داشتن مهارت‌های فرزندپروری می‌توانند در تقویت تاثیر مثبت دوستان و جلوگیری از تاثیر منفی احتمالی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشند. این حقیقت مسئولیت پدر و مادر را در ایجاد شرایط مناسب و سالم برای فرزندان افزایش می‌دهد. به همین دلایل است که اکثر برنامه‌های جدید پیشگیری دنیا مبتنی بر خانواده و والدین است، در واقع والدین می‌توانند به شیوه‌های متعددی به رشد مثبت نوجوان کمک کنند و آنها را از سوء مصرف مواد باز دارند.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ارتقای مهارت‌های فرزند پروری والدین گروه سنی ۱۷-۱۰ سال در راستای کاهش اختلالات مصرف مواد

اهداف اختصاصی برنامه:

- صددرصد والدین گروه سنی ۱۷-۱۲ سال واجد شرایط دریافت آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من)، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
- صددرصد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من) دریافت نمایند .
- صددرصد کارشناسان سلامت روان در بدو خدمت در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.
- صددرصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.
- سی درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت در دوره های آموزشی استاندارد تقویت بنیان خانواده به طور حضوری شرکت نمایند.

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه، شهرستان و مرکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۴۰۲

- درصد کارشناسان سلامت روان بدو خدمت که در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند؛

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت 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: آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حداقل ۲۰ نفر به صورت انفرادی، در ماه

- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف؛

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۳ کارگاه در ماه (۲۵ نفر در ماه)

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

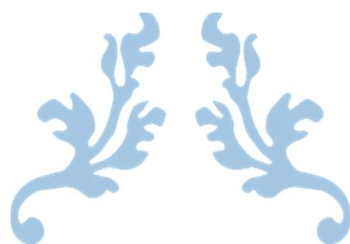
○ شاخص مورد انتظار: ۵۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

- تعداد دوره های برگزار شده تقویت بنیان خانواده جهت گروه هدف (۱۴-۱۰ سال) به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری حداقل ۵ دوره آموزش استاندارد، برای ۱۰ خانواده در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

- تعداد دوره های برگزار شده خانواده توانا جهت گروه هدف (۱۴-۱۰ سال) در دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی، شیراز، مشهد، کرمان، بندر عباس، زاهدان، لرستان و اهواز به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری حداقل ۶ دوره آموزش برای ۱۰ خانواده در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده



برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل
دبیرخانه ملی



برنامه پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی ذیل دبیرخانه ملی

ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، تحت تأثیر مثبت یا منفی تعیین‌کننده‌های مختلفی هستند. به‌هرحال، از آنجایی‌که آسیب‌های اجتماعی به دلایل متعدد به وجود می‌آیند و در نهایت هزینه‌های گزاف و عوارض نامطلوب فراوانی از جنبه‌های مختلف، به فرد، جامعه و دولت تحمیل می‌کنند، لذا ضرورت توجه و پرداختن به این موضوع برای شناخت عوامل، پیامدها و راه‌های پیشگیری از آن پررنگ می‌شود، پس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی نظام سلامت وظیفه دارد با رصد دائم تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی، سلامت را مطالبه تمهیدات اجرایی آن را در حد امکان فراهم آورد.

از سوی دیگر تنوع و گستردگی آسیب‌های اجتماعی، هرگونه اقدام به‌منظور پیشگیری آن‌ها را در جهت بهبود سلامت جامعه، منوط به اولویت‌بندی آن‌ها می‌کند. علاوه بر آن، برخی افراد یا گروه‌های اجتماعی بیش از سایر گروه‌ها و افراد در معرض پیامدها و آثار سوء آسیب‌های اجتماعی بوده و می‌بایست این جمعیت‌های در معرض آسیب‌های اجتماعی در اولویت پوشش قرار گیرند. بنابراین، تعیین اولویت در ارائه راه حل آسیب‌های اجتماعی باید مدنظر قرار گیرد. لذا در تبیین و ارائه راه‌حل برای آسیب‌های اجتماعی، شایسته است با رتبه‌بندی آسیب‌های اجتماعی، آسیب‌های پراهمیت‌تر و بیشتر تأثیرگذار بر سایر آسیب‌ها در کانون توجه قرار گیرند. از این‌رو باید تلاش کرد تا آسیب‌های اجتماعی در چارچوب نظام مندی به‌عنوان یک مشکل چندبعدی و پیچیده موردتوجه قرار گیرند. سبب

اهداف کلی برنامه در کشور:

- دستیابی به اهداف برنامه‌های کشوری کاهش آسیب‌های اجتماعی - منطبق بر طرح تقسیم کار ملی - در مواردی که وزارت بهداشت به عنوان دستگاه اصلی تعیین شده است.

اهداف اختصاصی برنامه در کشور:

- کاهش آسیب اجتماعی مبتنی بر یکی سرفصل‌های خودکشی - فساد جنسی - طلاق - اعتیاد بر اساس نیازسنجی بومی - منطقه‌ای در یک یا چند نقطه متمرکز
- استفاده از توان مداخله‌ای دانشگاه‌ها / دانشکده‌های سراسر کشور در ارائه پیشنهادهای کاربردی در سطح ملی و در جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه‌ها/ دانشکده‌ها در سال ۱۴۰۱:

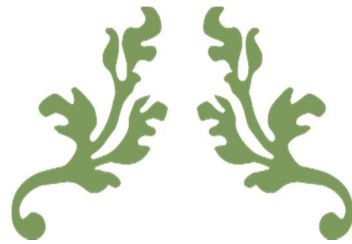
- تعداد جلسات برگزار شده (براساس شیوه نامه ابلاغی) مرتبط با سرفصل‌های آسیب اجتماعی شامل پیشگیری از خودکشی - فساد جنسی - طلاق - اعتیاد

○ شاخص مورد انتظار: جلسات هر ۳ ماه یکبار

- تعداد تحقق مصوبات مرتبط با سرفصل‌های آسیب اجتماعی شامل پیشگیری از خودکشی - فساد جنسی - طلاق - اعتیاد

○ شاخص‌های مورد انتظار:

- تحقق ۵۰ درصد مصوبات سه ماه پس از تصویب
- تحقق ۸۰ درصد مصوبات شش ماه پس از تصویب
- یک گزارش قابل ارائه به شورای اجتماعی کشور در خصوص کاهش موثر آسیب اجتماعی در یک یا چند نقطه متمرکز به عنوان تجربه موفق (Best Practice) طی ۹ ماه
- پیش نویس مصوبه‌ی مبتنی بر تجربه موفق دانشگاه برای ارائه به شورای اجتماعی کشور



برنامه تحول و تقسیم کار بین دانشگاهی سلامت
روان، اجتماعی و اعتیاد



برنامه تحول و تقسیم کار بین دانشگاهی سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

مقدمه

سلامت و بهداشت روانی - اجتماعی، مساله‌ای مهم و بنیادین در عرصه‌ی سلامت است و اهتمام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه، می‌تواند نقش موثری در تامین این عرصه از بهداشت و سلامت را به دنبال داشته باشد. با چنین چشم‌انداز بلندی، برنامه پنج ساله‌ی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد معاونت بهداشت، نمی‌تواند فارغ از تحول ساختاری و محتوایی نگاشته شود. این برنامه بر اساس ساختار موجود و کنونی نوشته شده است و به اهم برنامه‌ها پرداخته است. در صورت هرگونه تغییری در ساختار طبیعتاً برنامه با توجه به ایجاد بخش‌های جدید، به روزرسانی خواهد شد.

طبیعتاً استمرار و تقویت برنامه‌های ادغام یافته در حوزه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ادامه‌دادن فرآیندهای جاری قبلی، مانع تحول نیست و بخشی از آن محسوب می‌شود. بنابراین برنامه با این پیش فرض که برنامه‌های موفق سابق باید استمرار، تقویت و ارتقاء یابد تدوین شده است.

اجرای برنامه پنج ساله از طریق تقسیم کار ملی، مبتنی بر مشارکت فعال گروه‌های سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد هر یک از دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور در انتخاب، طراحی عملیات و اجرای یکی از بندهای برنامه در سطح دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور به عنوان مأموریت ویژه‌ی گروه و دانشگاه با استفاده از ظرفیت علمی موجود در منطقه اعم از اعضای هیات علمی آموزش عالی و وزارت بهداشت به عنوان قطب آن برنامه صورت خواهد پذیرفت.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- اجرای برنامه تحول تقسیم کار بین دانشگاهی، مبتنی بر مشارکت فعال گروه‌های سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد هر یک از دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور

اهداف اختصاصی برنامه:

- استفاده از ظرفیت دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی در برنامه‌ریزی، تدوین و اجرای برنامه‌های ملی در راستای سیاست‌های اداره تحول
- حفظ استقلال علمی - عملیاتی دانشکده‌های علوم پزشکی و هم‌افزایی دانشگاه‌های مادر در مدیریت حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد ملی

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشکده/ دانشگاه در سال ۱۴۰۲

- درصد انطباق پیشرفت اجرای پروژه تحولی پذیرفته شده توسط دانشگاه/دانشکده (هر دانشگاه/دانشکده یک پروژه)
 - شاخص مورد انتظار: ۹۵ درصد انطباق پیشرفت پروژه با جدول زمان‌بندی اعلام شده از طرف دانشگاه / دانشگاه و مورد توافق اداره تحول
 - میزان انطباق کیفی خروجی مراحل مختلف پروژه با سیاست‌های اداره تحول
 - شاخص مورد انتظار: ۸۰ درصد انطباق کیفی با سیاست‌ها و اهداف پروژه