جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

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

برنامه‌ها و شاخص‌های مورد انتظار حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد ۱۴۰۳

مهمترین شاخص‌ها در برنامه‌های دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

شاخص آموزش (اختصاصی ۱۴۰۳)

- درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی غیر حضوری مولفه های خطر و مولفه های محافظت کننده سلامت روانی ـ اجتماعی[1]
  - **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)
- میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده در آزمون کتبی[2] بسته‌های ارتقاء سلامت روانی ـ اجتماعی.
  - **شاخص مورد انتظار**: دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد
- درصد روانشناسانی که از هر دانشگاه/دانشکده به عنوان ۳ برابر ظرفیت انتخاب مربی بسته‌ها (۲۳۰ نفر) پذیرفته شده‌اند به تعداد روانشناسان محیطی و ستادی دانشگاه / دانشکده[3]
  - **شاخص مورد انتظار**: دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس مقایسه تعداد افراد پذیرفته شده سه برابر ظرفیت روانشناسان، نسبت به تعداد کل روانشناسان شاغل در دانشگاه/دانشکده رتبه بندی خواهند شد.
- درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در آموزش خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

شاخص عملکردی روانشناس

آموزش گروهی توسط روانشناس

- درصد پوشش آموزشهای گروهی در جمعیت عمومی توسط روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری دو جلسه در هر هفته با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

---

[1] . بسته‌های ارتقا سلامت روانی ـ اجتماعی شامل: «بسته تسهیل مراحل رشد کودکی»، «بسته تسهیل مراحل رشد نوجوانی»، «بسته تسهیل مراحل رشد میانسالی»، «بسته خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ»، «بسته انگیزش و امید»، «بسته مهارت‌های »تنظیم هیجان»، «بسته سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ»، «بسته تقویت مهارت‌های شناختی»، «بسته خودمراقبتی روانی ـ اجتماعی» و «بسته هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ»

۲ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

[3] . سهمیه دانشگاه مجری آموزش برای حل تعارض منافع از این تعداد کسر خواهد شد و اختصاص بدون آزمون خواهد داشت.

آموزش فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌های مربوط به مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که آموزش فردی بسته‌ی مربوط را دریافت کرده اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت جلسات آموزش فردی مربوطه را دریافت کرده باشند.

شاخص جذب روانشناس

- درصد روانشناسان واجد امتیاز قبولی کاربرگ صلاحیت عمومی و تخصصی در کمیته ارزیابی گروه سلامت روان دانشگاه/دانشکده
  - **شاخص مورد انتظار:۱۰۰ درصد روانشناسان شاغل در سراج**
- درصد جذب روانشناس در سهمیه روستایی دانشگاه / دانشکده[۱]
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد روانشناسان روستایی
- درصد روانشناسانی که کاربرگ صلاحیت عمومی و تخصصی برای آن‌ها تکمیل شده است.
  - **شاخص مورد انتظار:** در سال پایه (۱۴۰۳) ۵۰ درصد روانشناسان شاغل در مراکز خدمات بهداشتی
- نسبت تعداد روانشناس شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت به جمعیت تحت پوشش دانشگاه
  - **شاخص مورد انتظار:** یک روانشناس به ازای هر ۲۰ هزار نفر [۲]
- نسبت تعداد روانشناس شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت به جمعیت تحت پوشش دانشگاه
  - **شاخص مورد انتظار:** یک روانشناس به ازای هر ۴۰ هزار نفر

اداره سلامت روان

- 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 مراقبت 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 مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی(سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

---

۱. بر اساس ابلاغ سهمیه تخصیص یافته جذب روانشناس روستایی هر دانشگاه/ دانشکده توسط ستاد وزارتخانه ـ دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۲ . آخرین نسخه برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع

- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تنظیم هیجان توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (مهارت‌های تنظیم هیجان) را دریافت کرده باشند.

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت های شناختی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت‌های شناختی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تقویت مهارت‌های شناختی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تقویت مهارت‌های شناختی) را دریافت کرده باشند

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تسهیل مراحل رشد کودکی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد کودکی) را دریافت کرده باشند.

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تسهیل مراحل رشد نوجوانی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد نوجوانی) را دریافت کرده باشند.

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تسهیل مراحل رشد میانسالی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، یک جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد کودکی) را دریافت کرده باشند.

- آموزش گروهی خودمراقبتی روانی – اجتماعی به حداقل ۱۰۰ سفیر سلامت در سال در چهار کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری یک جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

- درصد روانشناسان دانشگاه/دانشکده که دوره‌های توانمندسازی مداخلات روانی ـ اجتماعی (بدو ورود / حین خدمت) در بلایا را طی یک سال دریافت کرده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ روانشناسان ستادی و محیطی دانشگاه/دانشکده

- درصد پوشش خدمات تخصصی سلامت روانی – اجتماعی (بر اساس شاخص های مندرج در ماه سنج) در جمعیت تحت پوشش مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۹۰ درصدی حد انتظار شاخص های مندرج در ماه سنج

- درصد تحقق شاخص‌های[1] موضوع عملکرد «دبیرخانه همکاری‌های بین بخشی» و «خانه مشارکت مردم»
  - **شاخص مورد انتظار:** تحقق ۱۵ درصد مداخلات مورد نیاز مبتنی بر آرمان‌ها و برنامه‌های مردم پایه و بین بخشی ارتقادهنده عوامل محافظت کننده و کاهش دهنده عوامل خطر سلامت روانی ـ اجتماعی

اداره سلامت اجتماعی

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت خانواده سالم و منسجم توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، چهار جلسه آموزش فردی (خانواده سالم و منسجم) را دریافت کرده باشند.

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) را دریافت کرده باشند.

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

[1]. پیوست پنج شیوه نامه اجرایی مراکز سراج (سلامت روانی ـ اجتماعی) مکاتبه ۳۰۰/۱۰۱۸ مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، چهار جلسه آموزش فردی (سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) را دریافت کرده باشند.

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
- صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت انگیزش و امید توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، سه جلسه آموزش فردی (انگیزش و امید) را دریافت کرده باشند.

اداره پیشگیری از اعتیاد

- درصد مراجعین مصرف کننده فعال تزریقی مواد به مرکز کاهش آسیب که خدمات سرنگ و سوزن را به صورت مستمر دریافت می‌نماید.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۵٪
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیست 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 صورت تمهید نرم افزار الکترونیک)

- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰٪ از مراجعه کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.
- درصد موارد غربال اولیه مثبت مصرف مواد، الکل و دخانیات که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفتند. (توسط کارشناس مراقب/ بهورز)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۶۰ درصد

- درصد افراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط[1] که تحت پوشش دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند.(توسط کارشناس سلامت روان)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۵۰ درصد
- درصد افراد دارای تشخیص اختلال مصرف دخانیات از مجموع مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها تکمیل شده است (توسط پزشک)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰ درصد

کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

- درصد تحقق مصوبات مرتبط با سرفصل‌های آسیب اجتماعی به تفکیک پیشگیری از خودکشی، الکل و اعتیاد
  - **شاخص‌های مورد انتظار :**
    - پیگیری ۱۰۰ درصد مصوبات پس از تصویب (مستندات مکاتبات پیگیری)
    - تحقق ٦٠درصد مصوبات پس از تصویب تا پایان سال (تعداد صورتجلسات منجر به نتیجه)

ایفای نقش ملی دانشگاه/دانشکده در ارتقای سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

- میزان مشارکت دانشگاه/دانشکده در ایفای نقش ملی
  - **شاخص مورد انتظار:** اعلام همکاری / پذیرش مسئولیت ۱۰۰ درصد دانشگاه‌ها / دانشکده‌های بر اساس مکاتبه تقسیم کار ملی دفتر

بهداشت روان محیط و رسانه

- تعداد کارگاه آموزشی مدیریت انعکاس اخبار خودکشی برگزار شده در یک سال برای مدیران رسانه‌های رسمی و فعال در منطقه تحت پوشش توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های واقع در مرکز استان (این شاخص مختص دانشگاه‌های واقع در مرکز استان و **مطابق با استراتژی ۴ برنامه پیشگیری از رفتارهای خودکشی** می‌باشد و سایر دانشگاه‌ها / 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

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

اداره سلامت روان

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

برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روان

از آنجاکه ماموریت 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 ٤٤ قانون اساسی و ... به عنوان اولویت برنامه‌های وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۲ در دستور کار معاونت بهداشت قرار گرفت است.

اکنون پس از ٦ سال از اجرای برنامه با هدف پویایی و افزایش کارآیی و اثربخشی خدمات بر اساس رصد داده‌ها این دفتر بازبینی فرآیند ارائه خدمات سلامت در برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روان (ادغام سلامت روان) را به انجام رسانده و به این ترتیب مسیر ارائه خدمات تیم سلامت از مراقب سلامت (برای غربالگری اولیه) به روانشناس (برای غربالگری تکمیلی)و سپس پزشک(برای تشخیص و ارجاع) در نظر گرفته شده است. موارد اورژانس روانپزشکی یعنی خودکشی کماکان مستقیم از بهورز، ماما/مراقب سلامت به پزشک ارجاع می‌شود و در مراکزی که روانشناس حضور ندارد کمافی السابق افراد غربال مثبت اولیه مستقیم به پزشک ارجاع خواهند شد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به هنگام و درمان اختلالات شایع روان
- افزایش پوشش مراقبتی برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روان

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در طی ٦ ماه اول خدمت، دوره آموزشی استاندارد[1] «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[2] حضوری/ غیر حضوری «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
- صد در صد روانشناسان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه طی ۳ ماه اول در دوره‌های آموزشی حضوری / غیرحضوری بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روان شرکت نمایند.
- صد درصد روانشناسان در دوره‌های بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روان شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/ مراقب‌سلامت در دوره‌های آموزشی بدو خدمت حضوری / غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی (شامل آموزش نحوه پرسشگری، ارتباط با مراجع، غربالگری اورژانس و فلوچارت ارجاع)[3] شرکت نمایند.

---

۱ . با توجه به مستندات آموزش استاندارد ۲۵ ساعت توسط روانپزشک بر اساس آخرین نسخه کریکولوم؛ آموزش ضروری پزشکان شاغل (در بدو خدمت) ٦ ساعت و از مباحث مربوط به مداخله و درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی و خودکشی خواهد بود.

۲ . 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.

۳ . مصوبات مکاتبه ۲۳۷۸/۳۰۰د مورخ ۲٦/۰۳/۱٤۰۳ موضوع اجرایی نمودن اقدامات تحولی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

- صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/ مراقب‌سلامت بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روان را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
- صد درصد افرادی که برای دریـافت مراقبت‌های دوره‌ای گـروه سنی خود به مراکز/ پایگاه‌های سلامت مراجعه حضوری (بهورز، ماما/مراقب سلامت) نموده‌اند، غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.
- هشتاد درصد از افراد غربال مثبت تکمیلی که توسط پزشک ویزیت شده‌اند، تشخیص هر یک از اختلالات شایع روان 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

- تدوین و تولید محتوای آموزشی غربالگری سلامت روان بهورز، ماما/مراقب سلامت
- تدوین و تولید محتوای آموزشی بسته‌های خدمتی آموزش روانشناس
- بازتدوین محتوای بسته خدمت با هدف ارتقاء سبک زندگی ایرانی ـ اسلامی
- ابلاغ بسته‌های خدمت روانشناس ـ بهورز، ماما/مراقب سلامت ـ پزشک

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی ٦ ماه اول خدمت دوره آموزشی استاندارد «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را به صورت غیرحضوری / حضوری گذرانده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪
- درصد روانشناسان جدید الورود که طی ۳ ماه ابتدای جذب در دوره‌های آموزشی استاندارد بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روان به صورت حضوری / حضوری شرکت نموده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪
- درصد کارشناسان ماما/مراقب سلامت و بهورز که در دوره‌های آموزشی حضوری/غیرحضوری غربالگری اولیه و مسیر روند داده(فلوچارت سلامت روان[1]) گروه‌های سنی شرکت نموده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار :** ۱۰۰٪
- درصد شرکت تیم سلامت (روانشناسان ـ بهورز، ماما/مراقب سلامت ـ پزشک) در دوره‌های بازآموزی غیرحضوری محتوای برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روان (غربالگری، شرح حال سلامت روان ، محتوای مداخله و درمان).
  - **شاخص مورد انتظار :** ۱۰۰٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گـروه سنی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.
- درصد غربالگری اولیه مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۲٪

[1] . مصوبات مکاتبه ۲۳۷۸/۳۰۰د مورخ ۲۶/۰۳/۱٤۰۳ موضوع اجرایی نمودن اقدامات تحولی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

- درصد موارد تشخیص[1] اختلال روان توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۰ درصد موارد ارجاع شده**

- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانی شایع توسط روانشناس از مسیر ارجاع پزشک
  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۰ ٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

- درصد شرکت تیم سلامت (روانشناسان ـ بهورز، ماما/مراقب سلامت ـ پزشک) در دوره‌های بازآموزی غیرحضوری محتوای برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روان(غربالگری، شرح حال سلامت روان ، محتوای مداخله و درمان).
  - **شاخص مورد انتظار : ۱۰۰٪**

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد غربالگری اولیه مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۲٪**

- درصد موارد تشخیص اختلال روان توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۰ درصد موارد ارجاع شده**

- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانی شایع توسط روانشناس از مسیر ارجاع پزشک
  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۰ ٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد غربالگری اولیه مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۲٪**

- درصد موارد تشخیص اختلال روان توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۰ درصد موارد ارجاع شده**

- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانی شایع توسط روانشناس از مسیر ارجاع پزشک
  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۰ ٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان

---

[1] . در این شاخص(در تمام موارد تکرار) صورت کسر از موارد تشخیص اختلال روان است که از مسیر ارجاع بهورز، ماما/ مراقب سلامت و پس از غربالگری تکمیلی یا تکمیل شرح حال اولیه توسط پزشک ثبت شده‌اند.

برنامه مهارت‌های تنظیم هیجان

برنامه مهارت‌های تنظیم هیجان

معرفی برنامه

برنامه مهارت‌های تنظیم هیجان برنامه‌ای است که از یک پرسش توسط بهورز/مراقبت سلامت آغاز و در صورت مثبت بودن پاسخ به سوال مربوطه، خدمت تخصصی آن به صورت فردی به مراجعه کننده ارایه می شود. اطلاع رسانی در خصوص وجود این آموزش‌ها به مراجعه کنندگان توسط بهورز/مراقب سلامت ارایه شده و روانشناسان آموزش‌های گروهی را بر اساس تقویم سالانه منظم به جمعیت عمومی ارایه می‌دهند.

اهمیت برنامه

سلامت روان یک بعد اساسی از ابعاد سلامتی است. اگرچه راه‌های بسیاری برای ارزیابی سلامت روانی، خارج از اینکه افراد اختلال داشته باشند یا نداشته باشند، وجود دارد اما جامعه پزشکی اغلب بر وجود یا عدم وجود علائم تکیه می‌کنند. تحقیقات نشان داده است که ارزیابی و ارتقای تنظیم هیجانی یکی از راه‌های تشویق افراد به انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت روان است (مِنفی و همکاران، ۲۰۲۲).

تنظیم هیجانات یا مدیریت احساسات که کنترل یا تنظیم عواطف نیز نامیده می‌شود در حقیقت توانایی متعادل کردن احساس و یا اعمال کنترل بر وضعیت عاطفی و بر احساسات خود است که این امر مستلزم نظارت آگاهانه است و با مهارتها و تکنیکهای مختلفی امکان پذیر است(انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۸). راهبردهای مختلفی برای تنظیم هیجان استفاده می شود که افراد ممکن است برای درگیر شدن با تجربیات عاطفی و پاسخ به آنها استفاده کنند (گراس، ۲۰۱۳).

یادگیری این مهارت درمانیِ مهم برای همه مخصوصاً برای افرادی است که پاسخ‌های هیجانی بیشتری دارند یا در کنارآمدن با احساسات خود مشکل دارند، بسیار لازم است. از طریق این فرآیند، افراد مدت یا شدت احساسات خود را تغییر می دهند تا به بهترین شکل به چالش های محیطی پاسخ دهند (آلدائو و پلات، ۲۰۱۸). ارزیابی و تشویق اقدامات برای بهبود تنظیم هیجانی و کمک به مردم و مراجعان برای افزایش آگاهی و تحمل واکنش هیجانی می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش خطر رسیدن علائم به سطوح بالینی بسیار مفید باشد (منفی، ۲۰۲۲). علاوه بر این، تنظیم هیجان مستقیماً با رفاه شخصی و توانایی هدایت مؤثر در دنیای اجتماعی مرتبط است. این توانایی نه تنها در فرآیندهای درون فردی همانند سرکوب، که حتی در جنبه‌های رشدی، اجتماعی و فرهنگی نیز واجد اهمیت است و ما به عنوان یک موجود اجتماعی، میتوانیم از آن بهره ببریم (بارتل و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان در عملکرد روزانه دارای اهمیت است و با طیف گسترده ای از اختلالات روانی، هیجانی و استرس در ارتباط است (کرینگ و اسلون، ۲۰۰۹) به طور نمونه تنظیم هیجان نقش مهمی در کاهش استرس و افسردگی دارد (دومارادزکا و فاجکوفسک، ۲۰۱۸).

شواهد گوناگون نشان می‌دهد که با تنظیم بهتر هیجانات و عواطف، شاهد افزایش تاب‌آوری، سلامت جسمی بهتر، عملکرد بهتر ذهن، ارتباطات بهتر، افزایش شادی و احساس مثبت و همدلی، تمرکز و تصمیم گیری موفقتر، تجربیات مثبت هیجانی، افزلیش خودباوری و استراتژیهای مقابله ای بهتر می گردد (آثیر ماساروه و نوگا کوهن، ۲۰۲۳؛ شاتر و مارگولین، ۲۰۱۹؛ مورلی و همکاران، ۲۰۱۵؛ موریس و همکاران، ۲۰۱۵). پس به طور کلی، ارائه ابزارهایی برای تنظیم هیجان و نحوه پاسخگویی عاطفی به بیماران تأثیر مستقیمی بر بهزیستی و همچنین کاهش علائم سلامت روان خواهد داشت (مِنفی، ۲۰۲۲).

در این برنامه تلاش بر این است تا با ارتقای سواد هیجانی، آموزش مهارتهای کلی در زمینه تنظیم عواطف و احساسات و در نهایت با تفصیل مباحث مهمی چون مدیریت استرس، موجب تنظیم هیجان بهتر و ارتقای سلامت روان و کاهش علائم و احتمال مشکلات روانی گردد.

اهداف کلی برنامه در کشور

- پیشگیری از اختلالات روان، مشکلات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی مرتبط
- کاهش و کنترل مولفه‌های خطر اختلالات روان و آسیب های اجتماعی از طریق افزایش مهارت تنظیم هیجان
- پیشگیری از آسیب پذیری اجتماعی افراد به دلیل فقدان مهارت تنظیم هیجان
- ارتقاء روابط بین فردی

اهداف اختصاصی برنامه

- **غربالگری جمعیت عمومی**

✓ **هدف**: غربالگری مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (در خصوص تنظیم هیجان)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

- **ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس**:

✓ **هدف**: صددرصد افراد غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی(سوال ویژه ی تنظیم هیجان) برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه ی آموزش فردی تنظیم هیجان به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس**:

✓ **هدف: هفتاد درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر تحت پوشش غربالگری تکمیلی روانشناس قرارگیرند.**

✓ **هدف**: صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه ی تنظیم هیجان) برای دریافت بسته تنظیم هیجان از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی مهارت های تنظیم هیجان ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس**:

✓ **هدف**: صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تنظیم هیجان توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس**:

✓ **هدف**: برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی مهارت‌های تنظیم هیجان هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**

✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه مهارت-های تنظیم هیجان شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت(پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه را مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره های آموزشی مهارت‌های تنظیم هیجان بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه مهارت‌های تنظیم هیجان حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی مهارت‌های تنظیم هیجان
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی مهارت‌های تنظیم هیجان
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی مهارت‌های تنظیم هیجان(رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاهها
  - **شاخص مورد انتظار:** دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تنظیم هیجان در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار:** ٪۲۳ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه ی تنظیم هیجان) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تنظیم هیجان توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (مهارتهای تنظیم هیجان) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی مهارت‌های تنظیم هیجان به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در دوازده کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری سه جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی مهارت‌های تنظیم هیجان

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی مهارت‌های تنظیم هیجان بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

---

[1] . با توجه به این که بسته آموزش عمومی مهارت‌های تنظیم هیجان، برای ۶ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۳ ساعت را به صورت سه جلسه‌ی ۲ ساعته (۶ساعت متوالی یا سه جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- از ۱٤۰٤ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه مهارت‌های تنظیم هیجان حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

- **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱٤۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تنظیم هیجان در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار**: ٪۲۳ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تنظیم هیجان توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (مهارت‌های تنظیم هیجان) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی مهارت‌های تنظیم هیجان به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در دوازده کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس

[1] . با توجه به این که بسته آموزش عمومی مهارت‌های تنظیم هیجان، برای ٦ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۳ ساعت را به صورت سه جلسه‌ی ۲ ساعته (٦ساعت متوالی یا سه جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- **شاخص مورد انتظار**: برگزاری سه جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس به ازای هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی مهارت‌های تنظیم هیجان

- **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

- **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی مهارت‌های تنظیم هیجان بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

- **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه مهارت‌های تنظیم هیجان حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

- **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تنظیم هیجان در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار**: ٪۲۳ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درص درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد
- د موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تنظیم هیجان) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افرادی با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تنظیم هیجان توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (مهارت‌های تنظیم هیجان) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی مهارت‌های تنظیم هیجان به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[1] . با توجه به این که بسته آموزش عمومی مهارت‌های تنظیم هیجان، برای ٦ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۳ ساعت را به صورت سه جلسه‌ی ۲ ساعته (٦ساعت متوالی یا سه جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه تقویت مهارت‌های شناختی

برنامه تقویت مهارت‌های شناختی

معرفی برنامه

برنامه تقویت «مهارت‌های شناختی» مشتمل بر بسته‌ای با همین عنوان است که علاوه بر اطلاع رسانی عمومی آموزش‌های آن توسط بهورز/مراقب سلامت، خدمت مرتبط با آن به افراد واجد شرایط گروه هدف[1] ارائه می‌شود؛ همچنین آموزش‌های گروهی و ارائه مداخله فردی با هدف تقویت مهارت‌های شناختی توسط روانشناس انجام خواهد گرفت.

یکی از مولفه‌های با اهمیت و دارای نقش موثر در رفتارها و عملکردهای تاثیر پذیر از بهداشت روانی، کارکردهای شناختی است. روان شناسان شناختی در سال‌های اخیر روی این موضوع تمرکز دارند که انسان‌ها چگونه می‌توانند با تقویت مهارت‌های شناختی، تفکر بهتر و کارآمدتری داشته باشند؟ این بسته با محتوی مرتبط با تقویت این مهارت‌های توسط روانشناس به صورت فردی و گروهی ارائه خواهد داد.

اهمیت برنامه

عالی‌ترین و پیچیده ترین نوع رفتار هدفمند و هوشمندانه را در انسان‌ها می‌توان مشاهده کرد. تحقیقات نشان داده‌اند که اگر انسان‌ها به هنگام تصمیم گیری و حل مسأله از روشهایی استفاده کنند که با نظام شناختی انسان سازگاری بیشتری دارند و برای آن مناسب‌تر هستند، می‌توانند «شناخت» خود را تقویت کنند. هر فرد با توانایی تفکر انتزاعی، قادرند اهداف بلند مدتی برای خود تعریف نمایند و شیوه‌های خاصی از زندگی را برای دستیابی به این اهداف طراحی کنند (گنجی، ۲۰۱۶).

اغلب رویکردهای علمی روانشناختی به نوعی مکانیزم‌های شناختی و عقلانیت را مبنای سلامت و تحول سالم انسان معرفی کرده‌اند (جانبزرگی و نوری، ۲۱۰۵). آگاهی نسبت به منابع ارزشمند درونی انسان و استفاده صحیح از آن‌ها، موفقیت، سلامت و سعادت ما را در زندگی تضمین می‌کند. این منابع را می‌توان به دو دسته اساسی تفکیک کرد. منابعی که ذاتی هستند و به طور فطری در درون ما نهاده شده‌اند و منابعی که اکتسابی هستند و با یادگیری حاصل می‌شوند. دانش این دو منبع، برای انسجام درونی، به همدیگر منتقل می‌شود. بر اساس منابع معتبر علمی، «شناخت» به عنوان یک ساختار بنیادین، معرفی شده است. اغلب خطوط تحول انسان، مانند تحول عاطفی، اخلاقی، اجتماعی و حتی معنوی تابع تحول شناختی انسان است. به عبارت دیگر تعادل در ابعاد وجودی‌انسان، تابع تعادل شناختی است (برمانکی بابایی، خوشال، ۲۰۱۷). انسان، بصورت فطری دارای تعادل و سازگاری اولیه بوده و همه اجزاء و ابعاد وجودی او، سازگار و هدفمند است. در مرکز این سیستم، یک هدایتگر درونی فطری و خداسو وجود دارد که پس از فعال شدن به دنبال حفظ بقای سیستم و ارتقای آن به سمت تکامل انسان است. از این جهت انسان، دارای یک نظام ارزشیابی و تشخیصگری دقیقی است تا مختصات او را در رابطه با هدف در هر لحظه به وی نشان دهد. پس امکانات درونی انسان به گونه‌ای است که برای تکامل و شکوفایی تمام استعدادهایش، هیچ چیزی کم ندارد و در صورت خروج از این تعادل و سازمان یافتگی، امکان بازگشت به تعادل در احوال مختلف برای او وجود دارد (جانبزرگی، ۲۰۱۸). وقتی به ساختار روانی انسان می‌نگریم، در می‌یابیم که *تشخیصگر درونی*، از بهترین و مهم ترین مؤلفۀهای وجود بشر و هسته اصلی سیستم روانشناسی است (نهج البلاغه). وجود و اهمیت این ساختار درونی به طور مستقیم و غیر مستقیم در معتبرترین الگوهای علمی روانشناختی در جهان و منابع معتبر دینی تصریح شده است. بر اساس رویکردهای روانشناسی معنوی (پارگامنت؛ ۲۰۱۱، ریچارد و برجین، ۲۰۰۵) و حتی برخی رویکردهای غیر معنوی ، انسان به طور ذاتی در درون خود، هسته شناختی ماهر و قدرتمندی دارد که گرایش اصلی او به سمت درستی، پاکی و تقدس است. در دیدگاه مبتنی بر وحی، عقل انسان، خداسو و فطری است و در تشخیص نیک و بد ماهر است و اگر در انسان فعال بماند، وی را به مبدأ و غایت عمل (معاد) خودش هشیار می‌کند (ساکتالان و گوپتا، ۲۰۱۴). این قوه عقلانی توانایی تشخیص درست از نادرست را دارد و با مکانیزم دائمی انتخاب گری، به فرد کمک می کند تا عملش را بین مبدأ و معـاد تنظیم کند و سلامت روانشنـاختی خود را تضمین کند (المصطفی و التهاکیک). به عبارت دیگر، یکی از

[1] . غربال اولیه توسط بهورز، ماما/مراقب سلامت و غربال تکمیلی توسط روانشناس

خاصیت‌های عقل انسان این است که در مسیر هدف مثل مسیر یاب عمل کرده و هر لحظه فاصله فرد را با هدف خود نشان می‌دهد و وی را به انگیزه های اولیه و غائی خود هشیار نگه می‌دارد. در واقع مهمترین منبع درونی ما، نظام شناختی بنیادین و هسته‌ای است. این تشخیصگردرونی از راه حواس، داده‌های بیرونی را با داده‌های درونی تحلیل و پردازش کرده و راه درست را برای تصمیم گیری به صورت شهودی در اختیار انسان قرار می‌دهد. هشیاری و فعال سازی این ساختار پویا بصورت آگاهانه، می‌تواند به انسان در ایجاد قوی ترین و کم خطاترین فرایند تصمیم‌گیری، یاری دهد. از سویی قدرت و مهارت آن در کمک به ما برای تشخیص صحیح، استدلال، حل مسأله، تفکر صحیح و تصمیم‌گیری مناسب، فوق العاده و جالب توجه است (جانبزرگی و نوری، ۲۰۱۵). پژوهش های بسیاری تأثیر محوری فعالسازی تشخیصگر درونی را در ایجاد تعادل و تعالی روانشناختی نشان داده اند. از سویی تجربه بالینی نشان داده است فعالسازی این ابزار قدرتمند درونی و رفع موانع تشخیصگر درونی، موجب تقویت مهارت های شناختی مؤثر، تفکر کارآمد و سلامت روان می‌شود. یافته های بسیاری نشان می‌دهد که آسیب‌های شناختی از فرایند تا محتوا «مانند مهارت‌های شناختی ضعیف و افکار آسیب‌زا» از عوامل خطر سیستم روان‌شناسی هستند و بسیاری از اختلالات روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند. از سویی تقویت مهارت‌های شناختی مؤثر مانند *مدیریت توجه و هشیاری، انعطاف‌پذیری شناختی، استدلال و قضاوت منطقی، حل مسأله کارآمد، تصمیم‌گیری صحیح، تفکر منسجم، انتقادی، خلاق و شکل دهی به محتوای افکار و باورهای صحیح و کارآمد* از مکانیزم‌های محوری و اساسی برای سلامت روانشناختی و کیفیت زندگی است.

در همین راستا شواهد نشان می‌دهد در دیدگاه آسیب‌شناسی روانی، شیوه‌ای که افراد درباره خود و دنیای اطرافشان فکر می‌کنند، تفاوت عمده‌ای در سطح آسیب‌پذیری آن‌ها به استرس، اضطراب و افسردگی ایجاد می‌کند (وارنر، ۲۰۰۰). بر اساس دیدگاه شناختی بک، شناخت‌های نادرستی که تحریف شناختی نامیده می‌شوند، شامل ایده‌ها و افکار نادرستی است که به تفکر منفی و تداوم عواطف منفی منجر می‌شود. بسیاری از تحریف‌های شناختی نقش عمده‌ای در ایجاد افسردگی دارند (بک، اپستاین و هاریسون، ۱۹۸۳). یکی از تحریف‌های شناختی مهم، تفکر قطعی‌نگری است که این نوع تفکر به عنوان ایجادکننده انعطاف‌ناپذیری شناختی، یکی از عوامل اصلی برای افسردگی و دیگر ناسازگاری‌های روانی است (ویشار و بک، ۱۹۹۲).

همچنین یافته‌های پژوهش شریفی و همکاران، نشان داد که احساس تنهایی رابطه مثبت و معنی‌داری با تفکر قطعی‌نگر بین سالمندان دارد؛ به این معنی که هر چقدر سالمندان با احتمال بالاتری رویدادها و اتفاقات را بصورت قطعی پیش‌بینی کنند، بیشتر مستعد فرورفتن در احساسات تنهایی و افسردگی هستند (شریفی و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش پورسردار ۲۰۱۳ نیز نشان داد که متغیر تفکر خوش‌بینی به واسطه افزایش سطح سلامت روانی، رضایت از زندگی را در پی دارد. به بیان دیگر خوش‌بینی با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را رقم می‌زند (پورسردار و همکاران، ۲۰۱۳). سبک ارزیابی شناختی مثبت، تمایل به ارزیابی موقعیت‌های بالقوه تهدید کننده به روشی مثبت است و به عنوان یک مکانیسم تاب آوری کلیدی و هدف بالقوه برای رویکردهای پیشگیرانه محسوب می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد، ارزیابی مجدد شناختی مثبت رابطه بین عوامل استرس زا و پیامدهای منفی را تعدیل خواهد کرد (ریپنهاسن و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعه مروری بر نتایج چندین کارآزمایی تصادفی‌سازی وکنترل‌شده نشان داد که CBT در بهبود مشکلات روانی (به عنوان مثال، اختلال اضطراب، اختلال کمبود توجه، حساسیت بیش از حد، پرخوری عصبی، افسردگی، هیپوکندریازیس)، شرایط فیزیکی (به عنوان مثال، سندرم خستگی مزمن، فیبرومیالژیا، سندرم روده تحریک پذیر، سرطان پستان) و مشکلات رفتاری (مانند رفتارهای ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد مخدر، قمار، اضافه وزن، سیگار کشیدن) مؤثر است (ناکائو، شیروتسوکی و ساگایا، ۲۰۲۱). از سویی برخی پژوهش ها نشان می‌دهد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت محیطی و بهبود روابط اجتماعی می‌شود (فخری، ۲۰۱۸). همچنین آموزش شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ارتقای سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر موثر بود (پور محسنی و اسلامی، ۲۰۱۷). در پژوهش فرمانی ۲۰۲۳ نیز، تقویت مهارت‌های شناختی بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر واقع شد (فرمانی، پورشهریار، نجاتی و شکری، ۲۰۲۳). تحقیقات زیادی نیز در خصوص ارتباط مسائل مربوط با حل مسأله و اختلالات روان‌شناختی انجام گرفته که می‌توان به

مطالعات چندی اشاره کرد، از جمله: ارتباط معناداری بین مهارت حل مسأله ضعیف با افسردگی (بل و زوریلا ، ۲۰۰۹؛ نزو و همکاران، ۲۰۱۰)، اعتیاد (جافی و زوریلا، ۲۰۰۸)، اضطراب منتشر (لادوسر و همکاران، ۱۹۹۸) و اختلال شخصیت (مک موران و همکاران، ۲۰۰۹) وجود دارد. در مقابل دانش‌آموزانی که خود را کارآمدتر می‌دانند، از راهبردهای شناختی و فراشناختی بیشتری برخوردارند و در حل مسأله موفق ترند.

از مؤلفه‌های مهم دیگر انعطاف پذیری شناختی است که اثرات مثبتی روی توان فرد در مقابله با استرس‌زاهای درونی و بیرونی و نیز اثرات مثبتی روی رفاه و آسایش افراد در محیط تعاملی خانواده دارد (کوئستن، شرودت و فورد، ۲۰۰۹)، نقشی کلیدی در شکل گیری و تحول توانمندی‌های مختلف در افراد ایفاء می‌کند (مارتین، استاجر و آندرسون، ۲۰۱۱). افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالایی دارند، مشکلات و موقعیت‌های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و تحمل تعارض در آنها بیشتر است، اما افرادی که انعطاف‌پذیری کمتری دارند، به سختی می‌توانند یادگیری‌های قبلی آسیب‌زای خود را فراموش کنند و این پافشاری به سازگاری آنها با شرایط جدید آسیب می‌رساند (کاربونلا و تیمپانو، ۲۰۱۶). درنتیجه توانایی تفکر انعطاف‌پذیر موجب گشودگی به تجارب جدید شده و همبستگی منفی معنادار با اختلالهای روانشناختی دارد (اسکندری و پوهی نیا، ۲۰۱۶). در پژوهش ولی‌زاده و همکاران۲۰۲۰ نیز، درمان شناختی رفتاری موجب افزایش انعطاف پذیری شناختی زندانیان شد (ولی زاده، مکوندی، بخشی پور و حافظی، ۲۰۲۰). در پژوهش امین خندقی۲۰۱۱، رابطه معنادار تفکر انتقادی و سلامت روان بدست آمد و در پژوهش سلیمانی۲۰۱۱ (امین خندقی و پاک مهر، ۲۰۱۱)، رابطه مثبت و معنادار خلاقیت با تفکر انتقادی و شادکامی بدست آمد. در این پژوهش‌ها، دانشجویانی که روی مسائل خود تفکر و تمرکز مناسب دارند با موقعیت‌های مختلف بهتر سازگار شده و سلامت روان بهتری دارند و آن ها که افکار تحریف شده دارند احساس کنترل کمتری بر مسائل خود داشته و سلامت روان پایین تری دارند.

اهداف کلی برنامه در کشور

- پیشگیری از اختلالات شایع روان، مشکلات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی مرتبط
- کاهش و کنترل مولفه‌های خطر اختلالات روان و آسیب های اجتماعی از طریق افزایش تقویت مهارت‌های شناختی
- پیشگیری از ابتلا به اختلالات شایع روان افراد به دلیل فقدان مهارت‌های شناختی

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

- **غربالگری جمعیت عمومی**
  - ✓ **هدف:** غربالگری مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (در خصوص تقویت مهارت‌های شناختی)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

- **ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس:**
  - ✓ **هدف:** صددرصد افراد غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت‌های شناختی) برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه ی آموزش فردی تقویت مهارت‌های شناختی به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف: هفتاد درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر تحت پوشش غربالگری تکمیلی روانشناس قرارگیرند.**

- ✓ **هدف**: صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت‌های شناختی) برای دریافت بسته مذکور از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی تقویت مهارت های شناختی ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس**:
  - ✓ **هدف**: صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌ی تقویت مهارت‌های شناختی توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس**:
  - ✓ **هدف**: برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی تقویت مهارت‌های شناختی هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**
  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه تقویت مهارت‌های شناختی شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونددداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ **هدف**: صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی تقویت مهارت‌های شناختی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).
  - ✓ **هدف**: صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تقویت مهارت‌های شناختی حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی تقویت مهارت‌های شناختی
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی تقویت مهارت‌های شناختی
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی تقویت مهارت‌های شناختی (رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها
  - **شاخص مورد انتظار**: دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تقویت مهارت‌های شناختی در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار**: ٪۲۳ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت‌های شناختی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت های شناختی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت‌های شناختی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تقویت مهارت‌های شناختی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تقویت مهارت‌های شناختی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تقویت مهارت‌های شناختی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

[1]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی تقویت مهارت‌های شناختی، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه‌ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی تقویت مهارت‌های شناختی

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رویدداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره‌های آموزشی تقویت مهارت‌های شناختی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه تقویت مهارت‌های شناختی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تقویت مهارت‌های شناختی در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار:** ٪۲۳ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت‌های شناختی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت های شناختی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت‌های شناختی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش تقویت مهارت های شناختی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تقویت مهارت های شناختی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تقویت مهارت های شناختی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[1]
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی تقویت مهارت‌های شناختی

  - **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در روندداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی تقویت مهارت های شناختی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪(در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

[1]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی تقویت مهارت‌های شناختی، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه‌ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می‌توانند تکراری یا جدید باشند.

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تقویت مهارت های شناختی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

- **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه ای خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تقویت مهارت‌های شناختی در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت های شناختی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت های شناختی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تقویت مهارت‌های شناختی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش تقویت مهارت های شناختی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (مهارت‌های تنظیم هیجان) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تقویت مهارت های شناختی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[1]
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[1] با توجه به این که بسته آموزش عمومی تقویت مهارت‌های شناختی، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه ی ۲ ساعته(٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه تسهیل مراحل رشد کودکی

برنامه تسهیل مراحل رشد

معرفی برنامه

محتوی این برنامه بر اساس دوره‌های مختلف رشدی (٤ دوره اصلی) شامل بارداری (بارداری و پیش از آن)، تولد تا پیش دبستان (تا ٦ سالگی)، دوره دبستان (تا پیش از بلوغ) تقسیم می‌شود؛ که این بسته متمرکز بر دو دوره اول با رویکرد تربیتی مناسب، مبانی، راهبردها، مهارت‌ها و چالش‌های فرزندپروری از ابتدا تا انتهای نوجوانی را توسط روانشناس به صورت کاربردی برای والدین ارائه می‌کند.

مخاطب این برنامه که در دو بسته‌ی تسهیل مراحل رشد (کودکی) والدین هستند که علاوه بر اطلاع رسانی عمومی آموزش‌های آن توسط بهورز/مراقب سلامت خدمت مرتبط با آن به افراد واجد شرایط گروه هدف[1] ارائه می‌شود؛ همچنین مهارت‌های والدگری بنا به نیاز والدین و کودکان و با هدف پیشگیری در جلسات مداخله فردی و آموزش‌های گروهی و ارائه توسط روانشناس انجام خواهد گرفت.

اهمیت برنامه

تربیت فرزند در دوره‌های مختلف، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های والدین است (نوویانتی، سورمن و نورایسلامی، ۲۰۲۳). شناخت اقتضائات رشدی، توان‌ها و اهداف رشدی در هر دوره به والدین کمک می‌کند تا راهبردهای تربیت فرزند را به کارگیرند، با توجه به این‌که اقتضائات و اهداف رشدی در هر دوره متفاوت است، بدیهی است اصول و راهبردهای تربیت هم در هر دوره تفاوت‌هایی دارد. گستره‌ی عمر معمولاً به سه دوره رشدی عمده تقسیم می‌شود؛ رشد کودکی، رشد نوجوانی و رشد بزرگسالی. اولین و آخرین دوره نیز به دوره‌های کوتاه‌تری تقسیم می‌شوند. رشد کودک شامل دوره پیش‌از تولد، شیرخواری، کودکی اولیه و کودکی میانه است (رایس، ۱۳۸۷). با توجه به اینکه تعریف از انسان و ابعاد او در رویکردهای مختلف روانشناسی متفاوت است، بدیهی است مقاصد و اهدافی که برای شکوفایی انسان مشخص می‌شود نیز تفاوت خواهد داشت به این ترتیب فرهنگ های مختلف رفتارهای فرزندپروری متفاوتی را توسعه می دهند (بنسید، ۲۰۲۱). برای مثال، در رویکردهای رفتاری، عامل اصلی شکل‌دهی رفتار دو مولفه تنبیه و پاداش است که از طرف محیط به فرد وارد شده و رفتار او را شکل می‌دهد. در این رویکرد انسان لوح نانوشته ای است که پس از تولد از خود چیزی نداشته و محیط، والدین و اطرافیان، رفتار کودک را شکل می‌دهند. بر همین اساس در بسته‌هایی که مبتنی بر اصول رفتاری صرف نوشته شده است، عمده راهبردهای تربیتی متمرکز بر روش‌ها و تکنیک‌هایی است که به تقویت مثبت یا منفی رفتار و شکل دهی آن یا تنبیه و بازدارندگی آن می‌پردازد (باربر و هورمون، ۲۰۰۲). از طرف دیگر در نظر داشتن انسان به عنوان موجودی دو بعدی (مادی و غیرمادی) که در حین تولد براساس فطرتی پاک، و خودآورده ای است که موجب درکی از خوب و بد می‌شود و از همه مهم‌تر دارای قدرت تفکر، تعقل و انتخاب‌گری است، سبکی متمایز از سبک‌های دیگر که چنین نگاهی به انسان ندارند، خواهد داشت. بنابراین توجه به ملاحظات فرهنگی در آموزش فرزندپروری از اهمیتی اساسی برخوردار است؛ هم از نظر چگونگی کاربردی سازی اصول و هم از نظر تناسب اصول با مبانی فرهنگی آن جامعه. چارچوبهای نظری متعددی از نظریه‌پردازان برای فرزندپروری ارائه شده است که در استفاده از آن‌ها باید ابتدا میزان تناسب و هماهنگی مبانی آن‌ها را با فرهنگ جامعه هدف مورد ارزیابی قرار داد و سپس بعد از بازبینی برای جامعه هدف مورد استفاده قرار داد. هم‌چنین علاوه بر استفاده از چارچوبهای نظری که هماهنگی با فرهنگ جامعه هدف دارند، استفاده از منابع بومی نیز باید مورد توجه باشد. در سال‌های اخیر پژوهشگران متعددی در زمینه فرزندپروری با رویکردهای بومی تالیفاتی را منتشر کرده‌اند که از مبانی نظری متناسب با فرهنگ ایرانی–اسلامی، سبک‌ها، راهبردها و تکنیک‌های فرزندپروری را استخراج کرده‌اند (برای مثال اخوت، ۱۳۹۷؛ اخوت و فیاض، ۱۳۹٤؛ باقری، ۱٤۰۱؛ عباسی ولدی، ۱۳۹٦؛ کریمی، ۱۳۹٦). امروزه در نظر داشتن فرهنگ جوامع در فرزندپروری در دنیا مورد توجه و تاکید زیادی قرار گرفته است (لنسفورد، ۲۰۲۲). فرزندپروی در دنیا

[1]. غربال اولیه توسط بهورز، ماما/مراقب سلامت و غربال تکمیلی توسط روانشناس

شامل جنبه‌های مختلف رفتار، مراقبت فیزیکی، تقویت شناختی، گرمی، کنترل و نظارت و قوانین می‌شود که در فرهنگ‌های مختلف اشکال متفاوتی را به خود می‌گیرند (لنسفورد، ۲۰۲۲). در خارج از کشور ایران نیز روانشناسان مسلمان پژوهش های متعددی را در خصوص سبک فرزندپروری بر اساس مبانی فرهنگی مثل فرهنگ اسلامی منتشر کرده اند (بنسید، ۲۰۲۱؛ زوررفر، ۲۰۲۱) و در این راستا برخی از پژوهشگران از عبارت فرزندپروری معنوی برای خانواده‌های مسلمان استفاده کرده‌اند (بنسید، ۲۰۲۱).

شیوه فرزندپروری بر رشد و تحول کودک، شکوفایی استعدادهای او و در نتیجه سلامت جامعه تاثیر دارد (نوماگوچی و میلکی، ۲۰۲۰). سلامت روان دوران کودکی از شیوه‌های فرزندپروری والدین جدا نیست (فدیلاه، ۲۰۲۰). در واقع رفتارهای والدین و شیوه‌های تعاملی آن‌ها بر متغیرهای مهم سلامت روان مثل خوش‌بینی، امیدواری و پیشرفت تحصیلی تاثیر دارد (کاکایی و احمدی، ۱۳۹۷) از طرف دیگر بسیاری از آسیب‌ها و رشد و تحول کودک، اختلالات دوران نیز ریشه در شیوه فرزندپروری در کودکی دارد (هاشمی، درتاج، سعدی‌پور و حسن‌زاده، ۱۳۹۸). در میان همه دوره‌های رشدی برخی مثل ۷ سال اول زندگی مهم‌ترند و شیوه‌های فرزندپروری در این دوران تاثیرات عمیق و ماندگاری بر شکل‌گیری شخصیت و ابعاد مختلف رشد و تحول فرزندان برجای می‌گذارد (اخوت و فیاض، ۱۳۹۵). مطالعاتی طولی نیز در تایید این موضوع، نشان‌دهنده این است که اثرات فرزندپروری در سال‌های بعدی خود را در وضعیت سلامت روان و انواع اختلالات نشان می‌دهد. برای مثال مطالعات نشان دهنده این هستند که فرزندپروری مثبت والدین (با درنظر داشتن راهبردهایی مثل صمیمیت و عشق بین والدین و فرزند و اقتدار والدینی) بر بهزیستی عاطفی فرزندان اثرات مثبتی را بر جای می‌گذارد، همچنین منجر به کاهش خطر ابتلا به اختلالات روانشناختی، افسردگی، رفتارهای پرخوری و رفتارهای پرخطرجنسی در آینده می‌شود (چن، ۲۰۱۹). با توجه به اهمیت فرزند پروری یا به عبارت دیگر تسهیل مراحل رشد از یک طرف و همچنین لزوم توجه به مولفه‌های فرهنگی (باورها، آداب، سنت‌ها، دین و مذهب)، ضرورت تدوین بسته‌های تسهیل مراحل رشد در کودکی و نوجوانی با توجه به دو اصل مذکور مشخص می‌شود. طراحی و آموزش بسته‌های فرزندپروری که علاوه بر جداسازی دقیق دوره‌های مختلف رشدی، به مولفه‌های فرهنگی توجه داشته و با زبان ساده راهبردهای فرزندپروری را به مخاطبان مختلف با فرهنگ‌ها و آداب و رسوم متفاوت آموزش می‌دهد، از ضروریات است.

اهداف کلی برنامه در کشور

- توانمند سازی والدین با هدف ارتقاء روابط والدین و کودک
- پیشگیری از اختلالت شایع روان و مشکلات رفتاری کودکان
- ارتقاء روابط والدین و کودک
- توانمندسازی والدین در مهارت‌های والدگری

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

- **غربالگری جمعیت عمومی**

✓ **هدف:** غربالگری مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (در خصوص تسهیل مراحل رشد کودکی)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

- **ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس:**

✓ **هدف:** صددرصد افراد غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه ی آموزش فردی تسهیل مراحل رشد کودکی به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف: هفتاد درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر تحت پوشش غربالگری تکمیلی روانشناس قرارگیرند.**
  - ✓ **هدف:** صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) برای دریافت بسته مذکور از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف:** صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف:** برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**
  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه تسهیل مراحل رشد کودکی شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رویدداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی تسهیل مراحل رشد کودکی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).
  - ✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد کودکی حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی (رتبه بندی دانشگاه/دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

- **شاخص مورد انتظار**: دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد کودکی در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار**: ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تسهیل مراحل رشد کودکی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد کودکی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد کودکی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[1]
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[1] با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد کودکی، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه‌ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رویدداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره‌های آموزشی تسهیل مراحل رشد کودکی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد کودکی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد کودکی در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی

  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) به روانشناس

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش تسهیل مراحل رشد کودکی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد کودکی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد کودکی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی

  - **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره‌های آموزشی تسهیل مراحل رشد کودکی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

[1]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد کودکی ، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه‌ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد کودکی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

- **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه ای خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد کودکی در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد کودکی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش تسهیل مراحل رشد کودکی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (مهارت‌های تنظیم هیجان) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد کودکی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[1]
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[1] با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد کودکی، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه ی ۲ ساعته(٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه تسهیل مراحل رشد نوجوانی

برنامه تسهیل مراحل رشد نوجوانی

معرفی برنامه

در این بسته بر اساس دوره‌های مختلف رشدی ۲ دوره دبستان (تا پیش از بلوغ) و دوره نوجوانی (تا ۲۱ سالگی) است ازآنجاییکه غنی شدن دانش تربیتی، در هر دوره‌ای از زندگی فرزند آموزش‌های متفاوتی را می‌طلبد؛ روانشناس با هدف آموزش مهارت‌های والدگری به وسیله ارائه رویکرد تربیتی مناسب راهبردها، مهارت‌ها و چالش‌های فرزندپروری را با رویکردی مناسب، به صورت کاربردی برای والدین ارائه می‌دهد.

علاوه بر این اطلاع رسانی عمومی آموزش‌های آن توسط بهورز/مراقب سلامت، خدمت مرتبط با آن به افراد واجد شرایط گروه هدف[1] ارائه می‌شود؛ همچنین آموزش‌های گروهی و با هدف ارتقاء مهارت‌های والدگری در حوزه تسهیل مراحل رشد توسط روانشناس انجام خواهد گرفت.

اهمیت برنامه

والدین برای برقراری ارتباط صحیح با فرزند خود در سنین دبستان و از نوجوانی تا ۲۱ سالگی نیاز به مهارت هایی دارند که سیستم بهداشتی باید برای کسب این مهارت ها به والدین کمک کند تا در طی مراحل رشد نوجوان خود نقش صحیح ایفا کنند. نوجوانی مرحله‌ای از رشد فیزیکی و روانی انسان است که بین کودکی و بزرگسالی است. طول مدت آن برحسب فرهنگ‌ها و محیط‌های مختلف متفاوت است. در حقیقت دوره نوجوانی حدفاصل بین کودکی و جوانی یا دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و این انتقال در تمامی زمینه‌های رفتاری، اخلاقی، عاطفی و اجتماعی صورت می‌گیرد و فرد خواستار تغییر حالات و خلق‌وخوی کودکانه است. این مرحله، همراه با تغییرات جسمی، اجتماعی و روان‌شناختی است. در این دوره رشد جسمانی نوجوان کامل شده و از نظر شناختی نیز رشد کرده و در پایان از نظر عاطفی نیز باثبات‌تر می‌گردد. در اواخر این دوره و برای ورود به جوانی، نوجوان باید بتواند تصمیمات مهمی در مورد زندگی خود بگیرد و به ایدئولوژی و خط مشی ثابتی در زندگی رسیده باشد. قادر به انتخاب‌های مهم خود بر طبق معیارهای واقع‌گرایانه باشد. اگر والدین مهارت کافی برخورد صحیح با نوجوان خود نداشته باشند نمی توانند از نوجوان در مقابل تهدید های احتمالی مراقبت کنند و در طی مسیر رشد همراه نوجوان خود و حامی و هدایتگر خوبی برای وی باشند.

این بخش از برنامه با توجه به ویژگی های مختلف فرزندان دبستانی و فرزند از نوجوانی تا ۲۱ سالگی و تفاوت در مهارت های ارتباطی والدین، به تفکیک مهارت های لازم به والدین آموزش می دهد.

اهداف کلی برنامه در کشور

- توانمند سازی والدین با هدف ارتقاء روابط والدین و نوجوان
- پیشگیری از اختلالات شایع روان و مشکلات و آسیب‌های اجتماعی نوجوانان
- ارتقاء روابط والدیدن و نوجوانان
- ارتقاء مهارت‌های والدگری

[1] . غربال اولیه توسط بهورز، ماما/مراقب سلامت و غربال تکمیلی توسط روانشناس

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

- **غربالگری جمعیت عمومی**

✓ **هدف:** غربالگری مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (در خصوص تسهیل مراحل رشد نوجوانی)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

- **ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس:**

✓ **هدف:** صددرصد افراد غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه ی آموزش فردی تسهیل مراحل رشد نوجوانی به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) برای دریافت بسته تسهیل مراحل رشد نوجوانی از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**

✓ **ویژه ۱۴۰۳**

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه تسهیل مراحل رشد نوجوانی شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

✓ **ویژه ۱۴۰۳**

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی تسهیل مراحل رشد نوجوانی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد نوجوانی حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی (رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها
  - **شاخص مورد انتظار**: دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد نوجوانی در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار**: ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تسهیل مراحل رشد نوجوانی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد نوجوانی) را دریافت کرده باشند.

---

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد نوجوانی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی

  - **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی تسهیل مراحل رشد نوجوانی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد نوجوانی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد نوجوانی در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار**: ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

[1] با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد نوجوانی، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه‌ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه۸ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش تسهیل مراحل رشد نوجوانی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد نوجوانی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد نوجوانی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره [1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

[1] با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد نوجوانی، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه‌ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی تسهیل مراحل رشد نوجوانی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد نوجوانی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه ای خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد نوجوانی در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد نوجوانی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش تسهیل مراحل رشد نوجوانی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد نوجوانی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- **آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد نوجوانی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس**
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس



[1] با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد نوجوانی، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه ی ۲ ساعته(٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه تسهیل مراحل رشد میانسالی



برنامه تسهیل مراحل رشد میانسالی

معرفی برنامه

برنامه تقویت « تسهیل مراحل رشد میانسالی» مشتمل بر بسته‌ای با همین عنوان است که علاوه بر اطلاع رسانی عمومی آموزش‌های آن توسط بهورز/مراقب سلامت، خدمت مرتبط با آن به افراد واجد شرایط گروه هدف[1] ارائه می‌شود؛ و روانشناس منظور افزایش آگاهی و آموزش رفتارهای سلامت محورِ مولدترین و مؤثرترین قشرِ جامعه، یعنی میانسالان آموزش‌های گروهی و ارائه مداخله فردی با هدف ارائه خدمات اختصاصی برای رشد سلامت روان این گروه سنی عده دار خواهد بود.

اهمیت برنامه

با توجه به اهمیت جایگاه میانسالان در جامعه، پرداختن به موضوعات سلامت روان آنان می‌تواند در زمرهٔ اولویت‌های اقدامات کاربردی قرار بگیرد. به این ترتیب، با رشد فردی میانسالان، تداوم و پیشرفت جامعه میسر می‌شود. پیشینهٔ پژوهش‌های کاربردی وزارت بهداشت و آموزش پزشکی در حوزهٔ سلامت روان نشان می‌دهد، تا سال ۱۴۰۲، محتوای کاربردی برای رشد سلامت روان میانسالان ارائه نشده است (آل یاران، فیاض و مصلحی، ۱۴۰۲، بوالهری و همکاران، ۱۳۹۵). افراد در سنین میانسالی علاوه بر اینکه فعال‌ترین و اصلی‌ترین نیروی مولد و سازندهٔ جامعه هستند، حداقل یک تا سه نقش اجتماعی دیگر مانند والد بودن، همسر بودن و فرزند بودن را بر عهده دارند. این نقش‌ها سبب می‌شوند یک فرد میانسال، در کنار خود تنظیمی و خود مدیریتی، موظف به تأمین نیازهای دیگران نیز باشد، یا به عبارتی، هدایت نسل بعد و مراقبت از نسل قبل، بر عهدهٔ میانسالان است (باتاچاریا، ۲۰۲۱، پالکینن، ۲۰۱۷ و روسو، ۲۰۱۸). بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO) پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۴۰–۲۰۵۰ میلادی، حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت ایران، یعنی تقریباً یک چهارم جمعیت، بالای ۶۰ سال سن داشته باشند. این جمعیت میانسالانی هستند که در آستانهٔ سالمندی قرار دارند. سلامت کلی و رشد فردی این گروه، سبب می شود جامعه، سالمندی سالم‌تر و موفق‌تری داشته باشد (صلحی، پیروزه و زنجاری، ۲۰۲۲). سازمان بهداشت جهانی، پیر شدن جمعیت جهان را یکی دیگر از چالش‌های حوزهٔ سلامتی ذکر می‌کند. امروزه حدود ۱۲.۳ درصد از جمعیت جهان ۶۰ ساله و بزرگتر از آن هستند. تا سال ۲۰۵۰، این تعداد حدود ۲۲ درصد خواهد شد. اگر چه، عمر طولانی‌تر به دلیلِ تغذیهٔ بهتر، بهداشت بیشتر، مراقبت های سلامتی، آموزشی بهتر و رفاه اقتصادی اتفاق افتاده، اما، افزایش جمعیت سالمندان چالش‌های اجتماعی و اقتصادی به همراه دارد. سیاست‌های صحیح می‌تواند افراد، خانواده و جامعه را برای مقابله با این چالش‌ها و بهره‌مندی از مزایای آن آماده و مجهز کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۴). کسب شادی و سلامتی در زندگی، اهدافی فراگیر هستند. رسیدن به چنین اهدافی در طول عمر نیازمند خودسازی و زمینه‌های اجتماعی است (بیانچی، ۲۰۱۱). تا به حال، کانون اکثر تحقیقات و مداخلات حوزهٔ رشد، کودکان، نوجوانان و جوانان بوده‌اند و میانسالان و سالمندان کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. ظرفیت خودشکوفایی و خود بهبودی میانسالان و سالمندان کمک می‌کند تا سیستم‌های بهداشتی و سلامت روان بتوانند از طریق ابزارهای خودیاری به دستاوردهای مهمی در حوزهٔ شادی و سلامتی عمومی و اجتماعی نایل شوند. سازمان بهداشت جهانی، بهزیستی را داشتن حالت مثبتی مانند سلامتی وکاردانی و ابتکار در زندگی روزمره، داشتن زندگی با کیفیت و توانایی مشارکت و کمک کردن و ایجاد معنا و هدف می‌داند. این حالت‌های مثبت موجب انعطاف‌پذیری، آمادگی پشت سر گذاشتن موفقیت آمیز چالش‌ها و بالا رفتن ظرفیت عمل فرد و جمع (جامعه) خواهد شد. به عبارت دیگر، امروزه، دیگر بهزیستی را امری فردی نمی‌دانند، بلکه، به تأثیر فرد بر جامعه و تأثیر جامعه بر فرد آگاه شده‌اند. به همین دلیل، گسترش عمومیِ مهارت‌های خودیاری و آگاهی می‌تواند موجب رشد توأمان بهزیستی فرد و جامعه بشود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۴).

بر طبق چارچوب جهانیِ سازمان بهداشت جهانی، ایجاد بهزیستی عمومی با استفاده از رویکرد ارتقای سلامت، توزیع عادلانهٔ سلامت، خدمات پیشگیرانه و نظارت بر بهزیستی هدفی دست یافتنی است. برای رسیدن به این مهم، می‌توان از مهارت‌های خودیاری برای

[1]. غربال اولیه توسط بهورز، ماما/مراقب سلامت و غربال تکمیلی توسط روانشناس

رشد و خود شکوفایی و به تبع آن، بهزیستی استفاده کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲٤). صندوق جمعیت سازمان ملل متحد ، میانگین طول عمر جهانی از حدود ٦٤ سال در اوایل دهه ۱۹۹۰ به ۷۱ سال در سال ۲۰۲۱ افزایش یافته است. تا سال ۲۰۵۰، جمعیت در کشورهای توسعه نیافته، دو برابر خواهد شد و حدود ٦٨ درصد جمعیت جهان شهرنشین خواهند شد. افزایش جمعیت و سرعت رشد شهر نشینی، چالش ها و فرصت هایی را به همراه دارد. از جمله چالش ها این است که تعداد افراد بیشتری به دلیل فقر در حاشیهٔ شهرها زندگی خواهند کرد. آنها دسترسی کمتری به مراقبت‌های بهداشتی و آموزشی خواهند داشت. لذا، لزوم گسترش مهارت‌های خودیاری در حوزه‌های سلامت روان، از منظر آینده‌نگری، ضروری به نظر می‌رسد (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۲٤). با توجه به ضرورت‌های ذکر شده و در جهت نیل به خودیاری و ارتقای بهزیستی میانسالان، بستهٔ تسهیل مراحل رشد میانسالی تدوین شد.

اهداف کلی برنامه در کشور

- پیشگیری از اختلالات روان و آسیبهای اجتماعی مرتبط
- کاهش و کنترل مولفه های خطر اختلالات روان و آسیب های اجتماعی از طریق افزایش تسهیل مراحل رشد میانسالی (مهارت‌های خودیاری ویژه گروه سنی)
- پیشگیری از آسیب پذیری اجتماعی افراد به دلیل فقدان مهارت تسهیل مراحل رشد میانسالی
- ارتقاء روابط بین فردی در جامعه
- افزایش کارآمدی میانسالان از طریق آگاهی و آموزش رفتارهای سلامت محور

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

- **غربالگری جمعیت عمومی**

✓ **هدف:** غربالگری مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (در خصوص تسهیل مراحل رشد میانسالی)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

- **ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس:**

✓ **هدف:** صددرصد افراد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه‌ی آموزش فردی تسهیل مراحل رشد میانسالی به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) برای دریافت بسته تسهیل مراحل رشد میانسالی از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف:** برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**
  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه تسهیل مراحل رشد میانسالی شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

- ✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی تسهیل مراحل رشد میانسالی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).
- ✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد میانسالی حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی (رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها
  - **شاخص مورد انتظار:** دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد میانسالی در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت تسهیل مراحل رشد میانسالی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، یک جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد میانسالی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد میانسالی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در چهار کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری یک جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی

- **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

[1]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد میانسالی، برای ۲ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۲ ساعت را به صورت یک دو جلسه‌ی ۲ ساعته (۲ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رویدداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی تسهیل مراحل رشد میانسالی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد میانسالی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد میانسالی در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافتکرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش تسهیل مراحل رشد میانسالی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، یک جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد میانسالی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد میانسالی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در چهار کارگاه حداقل ۲۵ نفره [1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری یک جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی

شاخص مورد انتظار: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در روندداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی تسهیل مراحل رشد میانسالی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه تسهیل مراحل رشد میانسالی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

[1] . با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد میانسالی، برای ۲ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۲ ساعت را به صورت یک دو جلسه ی ۲ ساعته (۲ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- درصد غربالگری اولیه ای خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص تسهیل مراحل رشد میانسالی در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار**: ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی تسهیل مراحل رشد میانسالی) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش تسهیل مراحل رشد میانسالی توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، یک جلسه آموزش فردی (تسهیل مراحل رشد میانسالی) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی تسهیل مراحل رشد میانسالی به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در چهار کارگاه حداقل ۲۵ نفره [1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری یک جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[1]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی تسهیل مراحل رشد میانسالی، برای ۲ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۲ ساعت را به صورت یک دو جلسه‌ی ۲ ساعته (۲ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی

مقدمه:

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 روان، اختلال افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده های بعدی، اختلالات مرتبط با مصرف مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند. خودکشی به طور کلی در جهان دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲٤ سال است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش، اما از طرفی خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می‌شود؛ 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 ۱۳۸٦ 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 فلوچارت 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 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، روانشناسان 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 می‌باشد.

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 ۱۳۹٦در 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 داشته‌اند، 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 ٦٣ دانشگاه و دانشکده های علوم پزشکی سراسر کشور در حال اجرا می باشد. این برنامه پیرو تصویب در جلسه ١٤٢ شورای اجتماعی کشور، در تیرماه ١٤٠١ به کلیه دستگاه های ذینفع ابلاغ شده است. همچنین در آبان ماه ١٤٠١، مجددا توسط معاونین بهداشت و درمان وزارت بهداشت به روسای کلیه دانشگاه ها ابلاغ شده است.

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:

١. 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)

٢. 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 روانی ـ اجتماعی و پیشگیری از خودکشی، افزایش تاب آوری در گروه‌های در معرض خطر خودکشی (نوجوانان، جوانان، زنان، مبتلایان به اختلالات روان)

٣. ارتقاء کمی و کیفی خدمات ارئه 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)

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

٥. 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 داروها و متادون، کاهش میزان فوت خودکشی در مکان های عمومی، افزایش پژوهش های کاربردی در زمینه خودکشی)

٦. افزایش اجرای طرح های پژوهشی در حوزه در حوزه پیشگیری از خودکشی با مشارکت سایر دستگاه‌ها

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 دوره‌های 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 ٤ ساعت)
- صد در صد روانشناسان حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره‌های 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 پیشگیری 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/ روانشناسان (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 روانشناس را دریافت نمایند. (در صورت وجود سراج در آنجا پرونده تشکیل و پیگیری شود)
- 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 روانشناس را دریافت نمایند. . (در صورت وجود سراج در آنجا پرونده تشکیل و پیگیری شود)
- 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 روانشناسان را دریافت نمایند.

شاخص‌های برنامه در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده در سال ۱۴۰۳

- 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 درصدهزار باشد، با ۲ درصد کاهش، به ۹۸ درصدهزار 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، ۵.۰ درصدهزار باشد، با ۲درصد کاهش در سال ۱۴۰۲، به ۴.۹ درصدهزار 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 ٤ 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 ٤ ساعت):
  - **شاخص مورد انتظار:** ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم

شاخص‌های برنامه در مراکز بهداشت شهرستان در سال ۱۴۰۳

- 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 ٤ ساعت)
  - **شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم**

- درصد بهورزان مستقر در خانه‌های 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 گرفته‌اند (توسط کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان/ حداقل ٤ ساعت)
  - **شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم**

شاخص‌های برنامه در مراکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۴۰۳

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان/ روانشناسان (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 روانشناس را دریافت نموده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۶۰ ٪

- درصد پیگیری موارد اقدام کننده به خودکشی ارجاع از بیمارستان توسط روانشناس[۱]
  - **شاخص مورد انتظار**: ۳۰ ٪ مداخله توسط روانشناس مرکز
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰٪ موارد به سراج ارجاع شوند

- 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 روانشناسان را دریافت نموده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۲۰ ٪

[۱] . ترخیص شده از بیمارستان (با خلاصه پرونده بیمارستان شامل اطلاعات هویتی و شماره تماس) شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت ارجاع شده‌اند و حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط روانشناس را دریافت نموده باشند.

برنامه خود مراقبتی روانی ـ اجتماعی

برنامه خودمراقبتی روانی ـ اجتماعی

معرفی برنامه

برنامه خودمراقبتی روانی ـ اجتماعی برنامه‌ای است که خدمت تخصصی آن به صورت فردی به سفیران سلامت مراجعه کننده ارایه می‌شود. خودمراقبتی به عملکردی اطلاق می شود که افراد نقش فعالی در حفاظت از بهزیستی و شادی خود به ویژه در دوره های پراسترس دارند (رایگل و همکاران، ۲۰۲۱) و این شامل طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها و شیوه‌هایی است که افراد ممکن است برای ارتقای سلامت، مدیریت استرس و افزایش کیفیت زندگی خود انجام دهند که شامل فعالیت‌های بدنی (ورزش و تغذیه مناسب)، فعالیت‌های ذهنی (مدیریت استرس و جستجوی حمایت اجتماعی) و مدیریت پزشکی (رعایت رژیم های دارویی) می‌تواند باشد (بایلایس، ۲۰۰۳).

اطلاع رسانی در خصوص وجود این آموزش‌ها به مراجعه کنندگان توسط بهورز/مراقب سلامت ارایه شده و روانشناس آموزش-های گروهی را بر اساس تقویم سالانه منظم به جمعیت عمومی ارایه خواهد داد.

اهمیت برنامه

هر انسانی، به طور ذاتی توان و استعداد مراقبت از خود را داراست و و افراد می توانند با کسب آگاهی های لازم و مسئولانه به مراقبت پیشگیرانه از خود در سطوح مختلف بپردازند. مراقبت از خود به معنای عملی است که در آن شخص از خود به عنوان یک منبع استفاده کرده و به طور مستقل از دیگران از سلامت خودش مراقبت می‌کند (رفیعی فر، عطارزاده و احمد زاده، ۱۳۸٤).

تحقیقات نشان می‌دهد **خود مراقبتی** اقدامات وفعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می‌شود و جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی است؛ بنابراین اندکی تسهیل در روند اجرای خودمراقبتی، می‌تواند وضعیت بهداشتی اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد (رفیعی فر، عطارزاده و احمد زاده، ۱۳۸٤). برآوردها نشان می‌دهد که ٦٥ تا ٨٥ درصد تمام مراقبت ها از نوع خودمراقبتی است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت شواهدی وجود دارد که نشان می دهد خودمراقبتی می تواند باعث ۷ درصد صرفه جویی مالی شود و در بیماریهای مزمن، میتواند ٤٠ درصد کاهش مراجعه به پزشکان عمومی و ٥٠ درصد کاهش در بستری بیمارستانی را در پی داشته باشد. بر اساس شواهدعلمی خود مراقبتی منجر به ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، استفاده منطقی از خدمات و کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود (جلالی ندوشن و همکاران، ١٤٠١).

تعاریف جدید سلامت و تاکیدسازمان بهداشت جهانی بر بعد روانی و اجتماعی سلامت نشان می‌دهد که امروزه دیگر سلامت، تنها به فقدان بیماری جسمی محدود نبوده؛ بلکه راهی است پویا با درجات نامتناهی و ابعاد گسترده که از نیازهای اولیه جسمانی و فیزیولوژیک آغاز شده و تا والاترین ابعاد خودشکوفایی و رشد و تعالی روحی و معنوی را در بر می‌گیرد.

امروزه اختلالات روانی به عنوان بارزترین چالش حال حاضر سلامت جهانی و عامل اصلی رشد عوارض و ناتوانی‌های ناشی از عدم سلامتی در جهان به شمار می‌رود. آمارها نشان می‌دهد اختلالات روانی در سال ۲۰۱٦ بیش از یک میلیارد نفر را در سطح جهان درگیر کرده است. مطالعه نوربالا و همکاران در سال ١٤٠٢ شیوع اختلالات روانی در کشور را ۲۹.۷ درصد گزارش کرده است (نوربالا، ۲۰۲۰). مشکلات روانشناختی علاوه بر تاثیر مستقیم بر کارکرد و هیجانات فرد، بر سلامت جسمی مردم نیز تاثیر غیرقابل انکاری دارد. شناخت بیماری‌های روحی روانی و همچنین اطلاع از راهکارهای روانشناختی پیشگیری از مشکلات روانی علاوه بر اینکه نوعی خودمراقبتی روانی محسوب می شود، باعث مراقبت صحیح از سلامت جسمی و شادابی و نشاط اجتماعی نیز می گردد (جلالی ندوشن و همکاران، ١٤٠١). مراقبت از خود در برابر بیماری‌های روزافزون روانپزشکی و همچنین تامین و اعتلای سلامت روانی جامعه مستلزم کسب آگاهی و مهارت در تنظیم هیجان و مدیریت استرس می‌باشد. با در نظر گرفتن این مساله، قسمت مهمی از مباحث کتاب حاضر به نحوه تنظیم و مدیریت هیجان و استرس و تاب آوری اختصاص داده شده است. همچنین

امروزه با گسترش روانشناسی مثبت، دیدگاه در مورد اختلال ها، از چارچوب پزشکی و مدل تک عاملی خارج شده و پژوهشگران بر این باورند که بهتر اســت علل ایجاد و افزایش اختلال‌های روانی را در ســبک های زندگی معیوب و کیفیت پایین زندگی افراد جســتجو کرد و در درمان باید به دنبال اصــلاح و تغییر در کیفیت زندگی، گســترش توانمندی ها و فضــیلت های فردی و ایجاد رضـایت از زندگی و بهزیسـتی در افراد و جوامع بود (رایان، ۲۰۰۲). در این راسـتا برای خودمراقبتی بهتر مفاهیمی مثل شـکرگزاری، همدلی و شــفقت به خود در این بســته آموزش داده شــده اســت. برای خودمراقبتی لازم هســت که فرد پس از کســب دانش و خودکارآمدی، مهارت‌های لازم برای ارزیابی وضــــعیت تصمیم گیری و اقدام را کسب نماید . مهمترین این مهارت‌ها عبارتند از مهارت تصمیم گیری و حل مسأله، خود آگــاهی، مهــارت های ارتباطی و.... این مهارت‌ها کــاملاً اکتســابی و آموختــنی هستند و راه کسب آنها علاوه برتجارب زندگی و محیط خانوادگی هــر فــرد، از طریــق برنامــه‌های مدون و مشخص آموزش مهارت‌های زندگی می باشد (رفیعی فر، عطارزاده و احمد زاده، ۱۳۸٤). که در این بسته آموزشی برخی مفاهیم مهم و بنیادی برای اعتلای این مهارت ها گنجانده شــده اســت تا مردم بتوانند با آگاهی از آنها و کســب مهارت های لازم گامهای موثری در مراقبت از ســلامت روانی و حتی جســمی خود بردارند. طبیعی اسـت که برای خودمراقبتی در سـلامت روان نیاز به انگ زدایی از بیماری‌های روانی به عنوان مهمترین مانع دریافت خدمات درمانی (جلالی ندوشـن و همکاران، ۱٤۰۱) می‌باشـد و انتظار می‌رود ورود غیر مسـتقیم و پیشـگیرانه این بسته به موضوعات و مشکلات روانشناختی در کنار آموزش‌های مفید مربیان محترم، بتواند به این مهم کمک نماید.

اهداف کلی برنامه در کشور

- ارتقا سواد سلامت روان در جامعه
- پیشگیری از اختلالات روان، مشکلات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی مرتبط به دلیل فقدان مهارت خودمراقبتی روانی – اجتماعی

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

- **آموزش گروهی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف:** برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی خودمراقبتی روانی – اجتماعی هر سه ماه یکبار یک دوره کامل برای سفیران سلامت

- **آموزش تیم سلامت**
  - ✓ ویژه ۱٤۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه خودمراقبتی روانی – اجتماعی شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ ویژه ۱٤۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی روانی – اجتماعی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱٤۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خودمراقبتی روانی - اجتماعی حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی خودمراقبتی روانی – اجتماعی به روز شده
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی خودمراقبتی روانی - اجتماعی
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی خودمراقبتی روانی - اجتماعی (رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها
  - **شاخص مورد انتظار:** دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی خودمراقبتی روانی - اجتماعی به حداقل ۱۰۰ سفیر سلامت در سال در چهار کارگاه حداقل ۲۵ نفره[2] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری یک جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی خودمراقبتی روانی - اجتماعی

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رویدداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی روانی - اجتماعی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

---

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

۲ . با توجه به این که بسته آموزش عمومی خودمراقبتی روانی ـ اجتماعی، برای ۲ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۲ ساعت را به صورت یک جلسه‌ی ۲ ساعته (۲ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- از ۱٤۰٤ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه خودمراقبتی روانی - اجتماعی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰٪ (در سال ۱٤۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی خودمراقبتی روانی - اجتماعی به حداقل ۱۰۰ سفیر سلامت در سال در چهار کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[۱]
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری یک جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱٤۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی خودمراقبتی روانی - اجتماعی

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱٤۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱٤۰٤ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی روانی - اجتماعی بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰٪ (در سال ۱٤۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱٤۰٤ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خودمراقبتی روانی - اجتماعی حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰٪ (در سال ۱٤۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

---

[۱]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی خودمراقبتی روانی ـ اجتماعی، برای ۲ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۲ ساعت را به صورت یک جلسه ی ۲ ساعته(۲ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی خودمراقبتی روانی – اجتماعی به حداقل ۱۰۰ سفیر سلامت در سال در چهار کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[۱]
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری یک جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[۱]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی خودمراقبتی روانی ـ اجتماعی، برای ۲ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۲ ساعت را به صورت یک جلسه ی ۲ ساعته(۲ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث و بلایای غیر مترقبه

مقدمه

خدمات حمایت‌های 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 معمولا گذرا و کوتاه مدت است و در اکثر موارد قبل از رسیدن نیروهای کمکی پایان می یابد. باقی‌ماندن در این مرحله، نیازمند مداخله فوری است.

۲- **قهرمان گرایی**: در ساعات اولیه رخ می‌دهد. مردم سعی می‌کنند به کمک هم کاری انجام دهند و افراد احساس مسئولیت می کنند، 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 می دهند. 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.

٤- **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 می‌شوند. در این مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت‌ها و جبران ناپذیری بخش بزرگی از خسارات می گردند. در این مرحله بازماندگان نیازمند حمایت‌های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می‌دهند، افسرده و مضطرب می گردند 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.

٥- **تجدید سازمان**: بین ٦ ماه تا یک سال پس از فاجعه رخ می دهد. بازماندگان شروع به بازسازی روانی و از سر گرفتن زندگی روزمره 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): 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 ـ 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 مهارت‌های اجتماعی بازماندگان و کمک به جامعه برای سازماندهی مجدد و بازسازی جامعه

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه:

- درصد روانشناسان دانشگاه/دانشکده که دوره‌های توانمندسازی مداخلات روانی ـ اجتماعی (بدو ورود / حین خدمت) در بلایا را طی یک سال دریافت کرده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ روانشناسان ستادی و محیطی دانشگاه/دانشکده

- درصد جمعیت دریافت کننده خدمات تخصصی حمایت روانی ـ اجتماعی در بلایا
  - **شاخص مورد انتظار**: ۸۰ ٪ افراد در محدوده آسیب

- میزان پوشش جلسات (فردی/گروهی) مداخله در سوگ برای جمعیت آسیب دیده
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ جمعیت شناسایی شده در آسیب

- میزان غربالگری اولیه در جمعیت آسیب دیده (تا پایان سه هفته اول از حادثه /سانحه)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ جمعیت در محدوده اسیب از لحظه ورود تیم سلامت روان تا سه هفته اول از زمان حادثه / سانحه

مراکز سراج

مراکز ارائه خدمات سلامت روانی ـ اجتماعی «سراج»

مقدمه

پیمایش ملی سلامت روان، حاکی از آن است که تقریبا دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره مند نمی‌شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز فاقد کیفیت مطلوب هستند؛ همینطور مشخص گردید که اختلالات روانی هزینه قابل ملاحظه‌ای را به خانواده تحمیل می‌کنند؛ به طوری که برای یک بیمار روان تا بیش از ۳۰ درصد درآمد سرانه خانواده در طی یک سال هزینه می گردد. آخرین مطالعه بار بیماری ها در کشور نیز مشخص نمود که بیماری‌های روانی در مقایسه با سایر بیماری ها، مهمترین عامل ناتوانی در سنین ۱۰ تا ٤۰ سالگی هستند. به منظور رفع مشکلات شناسایی شده در این پیمایش، مراکز سراج با هدف ایجاد الگوی ملی تامین خدمات پیشگیری، درمان و بازتوانی در بعد سلامت روان طراحی واجرا گردید.

هدف این طرح ارائه خدمات سلامت روانی ـ اجتماعی بهره مندی عادلانه مردم از خدمات سلامت روانی و مراقبت های اجتماعی از طریق دانشگاه های علوم پزشکی است تا با افزایش سواد سلامت روان، اتخاذ رفتارهای روانی و اجتماعی پیشگیرانه و حفاظت مالی بیماران، شیوع اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی کاهش یابد.

ارکان اساسی مراکز سراج، ۱- خانه مشارکت مردم و ۲ -دبیرخانه بین بخشی سلامت روانی – اجتماعی می‌باشد. خانه مشارکت در دل مناطق محروم و با محوریت معتمدین محل تشکیل می گردد. دبیرخانه بین بخشی نیز در فرمانداری ها و به منظور هماهنگی اقدامات بین بخشی به منظور ارتقای سلامت روان جامعه تشکیل می‌گردد. با بهره مندی از ظرفیت این دو رکن اساسی، حکمرانی مردم و همکاری دستگاه‌های اجرایی در ارتقای سلامت روانی- اجتماعی منطقه محقق می‌گردد.

اهداف کلی برنامه در کشور

- ارتقاء شاخص های سلامت روانی اجتماعی از طریق جامعیت بخشیدن به خدمات سلامت روانی – اجتماعی در کشور

اهداف اختصاصی برنامه

۱. کاهش عوامل خطر بروز اختلالات روان و مشکلات روانی – اجتماعی جمعیت تحت پوشش
۲. تقویت عوامل محافظت کننده سلامت روانی - اجتماعی در جمعیت تحت پوشش
۳. جلب و تقویت حمایت همه جانبه و مشارکت سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیر دولتی تقویت همکارهای بین بخشی، مشارکت مردم و تشکل‌های مردم نهاد
٤. آموزش و توانمند سازی و نظارت بر تیم سلامت پایه
۵. ارائه خدمات مراقبت پس از ترخیص (ویزیت در منزل، خدمات درمانی و مراقبتی پیگیرانه پس از ترخیص توسط تیم تخصصی شامل پزشک ، روانشناس بالینی)
٦. ارائه خدمات کاردرمانی و افزایش مهارت‌های حرفه ای متناسب با اختلال مراجعین
۷. ارائه خدمات مددکاری اجتماعی
۸. پیگیری و مراقبت فعال از طریق پیگیری تلفنی (پیگیری مستمر بیماران روان پس از ترخیص)
۹. بهبود سبک زندگی و ارتقای عوامل محافظت کننده سلامت روانی – اجتماعی
۱۰. افزایش حمایت‌های اجتماعی از افراد و خانواده‌های دارای آسیب اجتماعی و اختلالات روانی
۱۱. ایجاد و تقویت دسترسی به خدمات تخصصی (مراقبت‌های تشخیصی درمانی روانپزشک)
۱۲. تغییر و اصلاح نگرش مردم در زمینه مشکلات سلامت روان و انگ زدایی از اختلالات روان
۱۳. ارتقای سواد سلامت روان جامعه و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
۱٤. خدمات مراقبت مشارکتی مبتنی بر ارجاع از طریق بخش خصوصی و دولتی (مداخلات سلامت روان مشارکت محور توسط تیم پزشک، روانپزشک، روان شناس و مددکار اجتماعی).
۱۵. تدارک و ارائه خدمات توانبخشی و بازتوانی بیماران دارای اختلالات روانی شدید

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارتخانه

- تعداد پایش‌های انجام شده به ازای هر مرکز از زمان صدور مجوز تا فعالیت عملیاتی مرکز
- تعداد افتتاح‌های جدید تا رسیدن به حد انتظار یک مرکز به ازای هر ۲۵۰ هزار نفر
- آموزش‌های برگزار شده

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشکده/ دانشگاه

- درصد مراکز خدمات جامع سلامت متصل به سراج
- درصد پوشش خدمات تخصصی سلامت روانی – اجتماعی (بر اساس شاخص های مندرج در ماه سنج) در جمعیت تحت پوشش مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۹۰ درصدی حد انتظار شاخص های مندرج در ماه سنج
- نسبت بیماران پذیرش شده در سراج به موارد ارجاع شده از مراکز خدمات جامع سلامت
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۱۰۰ درصد بیماران ارجاع شده از سطح پایه
- درصد بیمارانی که پس از بهره مندی از خدمات تخصصی سراج به مجدد به سطح پایه ارجاع شده اند
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۸۰ درصد بیماران ارجاع شده از سطح پایه
- درصد موارد مداخلات موثر اجتماعی توسط مددکار به پرونده های مددکاری در مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: گزارش مداخله بیش از ۵۰ درصد پرونده‌ها
- تعداد مراجعین ارجاع شده از سایر دستگاه‌ها به ازای هر مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: پذیرش حداکثر ۱۰ مورد از کمیته بین بخشی بصورت ماهانه
- درصد تحقق شاخص‌های[1] موضوع عملکرد «دبیرخانه همکاری های بین بخشی» و «خانه مشارکت مردم»
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۱۵ درصد مداخلات مورد نیاز مبتنی بر آرمان‌ها و برنامه‌های مردم پایه و بین بخشی ارتقادهنده عوامل محافظت کننده و کاهش دهنده عوامل خطر سلامت روانی ـ اجتماعی

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

- درصد پوشش خدمات تخصصی سلامت روانی – اجتماعی[2] در جمعیت تحت پوشش مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۹۰ درصدی حد انتظار شاخص های مندرج در ماه سنج
- نسبت بیماران پذیرش شده در سراج به موارد ارجاع شده از مراکز خدمات جامع سلامت
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۱۰۰ درصد بیماران ارجاع شده از سطح پایه
- درصد بیمارانی که پس از بهره مندی از خدمات تخصصی سراج به مجدد به سطح پایه ارجاع شده اند
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۸۰ درصد بیماران ارجاع شده از سطح پایه
- درصد موارد مداخلات موثر اجتماعی توسط مددکار به پرونده های مددکاری در مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: گزارش مداخله بیش از ۵۰ درصد پرونده‌ها

---

[1] . پیوست پنج شیوه نامه اجرایی مراکز سراج (سلامت روانی ـ اجتماعی) مکاتبه ۳۰۰/۱۰۱۸ مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

[2] و ۲ . بر اساس شاخص های مندرج در ماه سنج

- تعداد مراجعین ارجاع شده از سایر دستگاه‌ها به ازای هر مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: پذیرش حداقل ۱۰درصد از موارد ارجاعی سراج از کمیته بین بخشی بصورت ماهانه
- درصد تحقق شاخص‌های موضوع عملکرد «دبیرخانه همکاری های بین بخشی» و «خانه مشارکت مردم»
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۱۵ درصد مداخلات مورد نیاز مبتنی بر آرمان‌ها و برنامه‌های مردم پایه و بین بخشی ارتقادهنده عوامل محافظت کننده و کاهش دهنده عوامل خطر سلامت روانی ـ اجتماعی (در هر مولفه حداقل ۱۰درصد پیشرفت نسبت به وضعیت پایه هنگام افتتاح سراج)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز سراج

- درصد پوشش خدمات تخصصی سلامت روانی – اجتماعی[۱] در جمعیت تحت پوشش مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۹۰ درصدی حد انتظار شاخص های مندرج در ماه سنج
- نسبت بیماران پذیرش شده در سراج به موارد ارجاع شده از مراکز خدمات جامع سلامت
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۱۰۰ درصد بیماران ارجاع شده از سطح پایه
- درصد بیمارانی که پس از بهره‌مندی از خدمات تخصصی سراج به مجدد به سطح پایه ارجاع شده اند
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۸۰ درصد بیماران ارجاع شده از سطح پایه
- درصد موارد مداخلات موثر اجتماعی توسط مددکار به پرونده‌های مددکاری در مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: گزارش مداخله در حداقل ۵۰ درصد پرونده‌های موجود مراکز سراج
- تعداد مراجعین ارجاع شده از سایر دستگاه‌ها به ازای هر مرکز سراج
  - **شاخص مورد انتظار**: پذیرش حداقل ۱۰درصد از موارد ارجاعی سراج از کمیته بین بخشی بصورت ماهانه
- درصد تحقق شاخص‌های[۲] موضوع عملکرد «دبیرخانه همکاری‌های بین بخشی» و «خانه مشارکت مردم»
  - **شاخص مورد انتظار**: تحقق ۱۵ درصد مداخلات مورد نیاز مبتنی بر آرمان‌ها و برنامه‌های مردم پایه و بین بخشی ارتقادهنده عوامل محافظت کننده و کاهش دهنده عوامل خطر سلامت روانی ـ اجتماعی
- ارجاع موارد حل نشده به دبیرخانه اقدام بین بخشی یا خانه مشارکت مردم در سلامت
  - **حد انتظار**: ارجاع حداقل ۲۵درصد موارد مراجعین برای حل مساله اجتماعی به این دو واحد
- تحقق آرمان‌های دبیرخانه اقدام بین بخشی و خانه مشارکت مردم
  - **حد انتظار**: اجرای حداقل ۱۲ مورد (از هر مولفه یک مورد) مداخله‌ی اجتماعی موثر در شاخص‌های پیوست ۵ و تحقق آنها (هر ماه یک مورد)

[۲] . پیوست پنج شیوه نامه اجرایی مراکز سراج (سلامت روانی ـ اجتماعی) مکاتبه ۳۰۰/۱۰۱۸ مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

اداره سلامت اجتماعی

برنامه خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ

برنامه خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ

معرفی برنامه

برنامه تقویت «خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ» مشتمل بر بسته‌ای با همین عنوان است که علاوه بر اطلاع رسانی عمومی آموزش‌های آن توسط بهورز/مراقب سلامت، خدمت مرتبط با آن به افراد واجد شرایط گروه هدف[1] ارائه می‌شود؛ خانواده، بعنوان یک شبکه تعهد متقابل، نهاد مقدسی که اساس و ارکان هر جامعه ای بر آن قرار دارد، کوچک ترین نهاداجتماعی است که وظیفه مهم آن رشد و پرورش فرزندان است و به همین دلیل، مفهوم خانواده با آرامش، گرمی، صمیمیت و رشد همراه شده است (احمدی۱۳۹۹). در این بسته آموزش‌های گروهی و ارائه مداخله فردی با هدف افزایش عوامل محافظت کننده و کاهش عوامل خطرساز در بین اعضای خانواده و در مواجهه با آسیب های روانی و اجتماعی (وچلر و هکر، ۱۴۰۲، خدادادی سنگده، کلایی و گوهری، ۱۳۹۹) توسط روانشناس ارائه خواهد شد.

اهمیت برنامه

در حوزه آسیب شناسی روانی و اجتماعی وقتی نابهنجاری های روانی-اجتماعی، نابسامانی‌ها، اختلالات و کژکارکردی‌ها را در حیات فردی، خانوادگی و اجتماعی مورد مطالعه قرار می‌دهیم، به این نتیجه می‌رسیم که این کژکارکردی‌ها علل و عوامل و ریشه‌هایی دارد. ریشه‌های آن در بسترهای که فرد در آن رشد می‌کند قابل جست و جو است، قطعاً یک محیط آلوده که در آن بسترهای آسیب زا وجود دارد بر شکل‌گیری شخصیت فردی که در آن محیط زندگی می‌کند تأثیر گذار خواهد بود. خانواده زمانی می تواند به عنوان یک سیستم پویا عمل کند که بین اعضای آن اختلاف، تعارض و ناسازگاری وجود نداشته باشد. زیرا، ناسازگاری های درون خانواده و به خصوص اختلافات والدین با یک دیگر، از اقتدار هر یک از آنان در مدیریت خانواده و پرورش فرزندان می‌کاهد (فست و همکاران، ۲۰۲۱). در چنین شرایطی، نه نیاز به انضباط و نه نیاز به محبت و ارتباط تأمین نمی شود. علاوه بر این، فضای امن خانواده به عنوان محیطی آرام بخش به محیطی پرتنش که استرس و اضطراب زا است تبدیل می شود. طبیعی است که والدین با یکدیگر اختلاف داشته باشند ولی این طبیعی نیست که ناسازگاری های آنان تبدیل به فضایی ناامن و خشن شود (کلایی، خدادادی و گوهری، ۱۳۹۷). این در حالی است که گاهی اوقات، به دنبال ناتوانی والدین در حل اختلافات، محیط خانواده تبدیل به محیطی پر از خشونت می شود. خشونت والدین نسبت به یکدیگر و گاه نسبت به فرزندان، علاوه بر این که به فرزندان می آموزد که پرخاشگری و خشونت می تواند راه حل مناسبی برای مسائل بین فردی باشد بلکه استرسی بر استرس های دیگر می افزاید که چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم از طریق ایجاد خلق و عاطفه منفی زمینه را برای آسیب های روانی اجتماعی آماده می‌کند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۰؛ مینوچین، ۱۹۷٤).اگر بستر خانواده دچار بدکارکردی شده و روابط بین اعضای خانواده اعم از رابطه زن-شوهری(زناشویی)؛ پدر ـ مادری (والدینی) و خواهر ـ برادری(همشیران) مختل شده باشد باید عوامل آن مورد بررسی قرار گیرد تا خانواده از رسالت های اصلی خود دور نشود چرا که سلامت یک جامعه در گروه خانواده سالم است. .چنانکه مطرح شد، ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج الگوی زندگی اسلامی- ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی، جزو سیاست‌های کلی «سلامت» کشور می‌باشد (بند ۳ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغیه مقام معظم رهبری،۱۳۹۳)

[1] . غربال اولیه توسط بهورز، ماما/مراقب سلامت و غربال تکمیلی توسط روانشناس

اهداف کلی برنامه در کشور

- پیشگیری از اختلالات روان، مشکلات رفتاری و آسیبهای اجتماعی در جهت ارتقاء مهارت‌های ارتباطی موثر بین زوجین و اعضای خانواده
- توانمندسازی و آگاهی بخشی با هدف ارتقای سلامت خانواده محور مبتنی بر فرهنگ ایرانی ـ اسلامی
- کاهش و کنترل مولفه های خطر اختلالات روان و آسیب های اجتماعی از طریق آموزش‌های بسته خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

- **غربالگری جمعیت عمومی**

✓ **هدف:** غربالگری مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (در خصوص خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

- **ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس:**

✓ **هدف:** صددرصد افراد غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه‌ی آموزش فردی بسته مذکور به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (خانواده سالم و منسجم) برای دریافت بسته مذکور از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌ی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**

✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونددداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ (رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها
  - **شاخص مورد انتظار:** دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص خانواده سالم و منسجم در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد

---

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت خانواده سالم و منسجم توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، چهار جلسه آموزش فردی (خانواده سالم و منسجم) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی خانواده سالم و منسجم به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در شانزده کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری چهار جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رویدادهای (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی خانواده سالم و منسجم بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

---

[1]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ، برای ۸ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۸ ساعت را به صورت چهار جلسه‌ی ۲ ساعته (۸ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خانواده سالم و منسجم حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

- **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص خانواده سالم و منسجم در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش خانواده سالم و منسجم توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، چهار جلسه آموزش فردی (خانواده سالم و منسجم) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی خانواده سالم و منسجم به حداقل ۱۰۰ نفر در سال درشانزده کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس

[1] . . با توجه به این که بسته آموزش عمومی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ، برای ۸ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۸ ساعت را به صورت چهار جلسه ی ۲ ساعته (۸ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- **شاخص مورد انتظار**: برگزاری چهار جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ

- **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

- **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی خانواده سالم و منسجم بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

- **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خانواده سالم و منسجم حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

- **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه ای خطر سلامت روانی–اجتماعی در خصوص خانواده سالم و منسجم در جمعیت دریافت کننده مراقبت–های دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)

- **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده

- **شاخص مورد انتظار**: ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) به روانشناس

- **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی خانواده سالم و منسجم) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش خانواده سالم و منسجم توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (خانواده سالم و منسجم) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی خانواده سالم و منسجم به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در شانزده کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری چهار جلسه چهار ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[1] . . با توجه به این که بسته آموزش عمومی خانواده سالم و منسجم مبتنی بر فرهنگ، برای ۸ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۸ ساعت را به صورت چهار جلسه ی ۲ ساعته (۸ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه هویت‌یابی سالم مبتنی بر فرهنگ

برنامه هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ

معرفی برنامه

بر اساس راهبردهای مدیریتی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۴۰۲ و با توجه به نیازهای جامعه قرار بر تدوین بسته‌هایی کاربردی و به روز بر اساس ویژگی‌های زیست بوم ایرانی ـــ اسلامی در حوزه‌های مختلف گرفته شده است؛ یکی از مسائل مهم مطرح شده هویت سالم بر مبنای فرهنگ بوده است. در این بسته علاوه بر این اطلاع رسانی عمومی آموزش‌های آن توسط بهورز/مراقب سلامت، خدمت مرتبط با آن به افراد واجد شرایط گروه هدف[۱] ارائه شده و آموزش‌های گروهی و با هدف تسهیل مراحل هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ ایرانی ـــ اسلامی توسط روانشناس انجام خواهد گرفت.

اهمیت برنامه

هویت[۲] را می‌توان یکی از پیچیده‌ترین موضوعات در حوزه علوم اجتماعی و انسانی دانست که از دیدگاه‌های متفاوت و گاه متعارضی در روان‌شناسی و جامعه‌شناسی مورد بررسی قرار گرفته است. در واقع فهم و درک هویت در پاسخ به این سؤال که من که هستم یا این که ما که هستیم از زوایای متفاوتی توسط اندیشمندان مختلف ارائه شده است. با این وجود شاید بتوان در یک تقسیم‌بندی اولیه میان هویت به عنوان مسئله‌ای فردی که بیشتر در روان‌شناسی به آن پرداخته می‌شود و هویت به عنوان مسئله‌ای جمعی که بیشتر در جامعه‌شناسی مورد بررسی قرار می‌گیرد تمایز قائل شد (جاودانی مقدم، محسنی، ۱۴۰۰).

هویت فردی یا شخصی همان دانشی است که فرد از شخصیت خود دارد که شامل اهداف، ارزش‌ها (مارسیا[۳]، ۱۹۶۶؛ واترمن[۴]، ۱۹۹۳)؛ اعتقادات مذهبی و معنوی (مک‌دونالد[۵]، ۲۰۱۱)، استانداردهایی برای رفتار و تصمیم‌گیری (هاردی[۶]، ۲۰۰۵؛ اتکینز[۷]، ۲۰۰۵)؛ اعتماد به نفس و عزت نفس است (کرنیس، لاکی، هپنر[۸]، ۲۰۰۸) داشتن اول شخص قوی به معنای توانایی درک خود به عنوان «شخص» یا «من» فارغ از هر اسم و توصیف، خودآگاهی است که سبب تمایز از دیگران می‌شود. (نجیمی، اسمعیلی، نعیمی، ۱۳۹۸)، به تعبیری هویت به احساس ما از اینکه چه کسی هستیم به‌عنوان افراد و به عنوان اعضای گروه‌های اجتماعی اشاره دارد. هویت ما صرفاً ساخته خود ما نیست و در پاسخ به عوامل داخلی و خارجی رشد می‌کند تا حدودی، هر یک از ما هویتی را انتخاب می‌کنیم، البته برخی از انواع هویت نظیر هویت قومی نیز توسط عوامل خارج از کنترل ما شکل می‌گیرند (شولتز،۱۳۹۲). در کل هویت مفهومی پویا و پیچیده است و در طول زمان تغییر می‌کند. اریکسون[۹] (۱۹۶۸) مهم‌ترین هدف دوران نوجوانی را تشکیل و رشد هویت شخصی و متمایز از دیگران می داند. بر اساس نظریه اریکسون اگر هویت شخصی نوجوان در طی زمان و بر اساس تجربیات حاصل از برخورد صحیح اجتماعی به تدریج ایجاد شود و او بتواند خود را بشناسد و از دیگران جدا سازد تعادل روانی وی تضمین می‌شود ولی اگر سرخوردگی و عدم اعتماد جایگزین اعتماد شده و نوجوان به جای تماس با مردم گوشه گیر و منزوی شود و رکود جای تحرک را بگیرد و به جای

---

[۱] . غربال اولیه توسط بهورز، ماما/مراقب سلامت و غربال تکمیلی توسط روانشناس

[۲] Identity

[۳] Marcia JE

[۴] Waterman AS

[۵] MacDonald DA

[۶] Hardy SA

[۷] Atkins R

[۸] Kernis MH, Lakey CE, Heppner WL

[۹] Erikson EH

خودآگاهی و تشکیل هویت مثبت دچار ابهام در نقش خود شود هماهنگی و تعادل روانی وی به هم می‌خورد (سبحانی نیا، ۱۳۹۲). گرچه «هویت» نه در نوجوانی آغاز می‌شود و نه خاتمه می‌یابد؛ اما در مرحله نوجوانی به اوج خود می‌رسد. اریکسون معتقد است که تلاش روانی – اجتماعی از دوره نوجوانی به بعد، شکل بحران هویت به خود می‌گیرد. البته بحران نباید به صورت تهدید یا فاجعه در نظر گرفته شود، بلکه نقطه عطفی در زندگی است که می‌تواند شخصیت را تقویت یا تضعیف کند. وی معتقد است در این دوره نوجوان باید با بحران «هویت خود» مواجه شود و آن را حل کند. اگر نوجوان به خوبی بتواند بحران هویت را حل نماید، هویتش انسجام می‌یابد. کسب هویت سالم منجر به احساس راحتی و سلامت می‌گردد وقتی شخصی به هویت قابل اعتماد دست یافته باشد، در تن خود، خود را در خانه خود احساس می‌کند و می‌داند در چه جهتی پیش برود (شولتز،۱٤۰۰؛ شارف، ۱۳۹٦). هویت سالم در زندگی افراد نقش حیاتی دارد و به عنوان قطب نمای عقلانی، اخلاقی، راهنمای انتخاب‌ها و اعمال فرد است و سبب یکپارچگی می‌شود. فرد را قادر می‌سازد تا برای زندگی‌اش برنامه‌ریزی کند و به آن جهت ببخشد (نجیمی، اسمعیلی، نعیمی، ۱۳۹۸)؛ از این رو یافتن هویت سالم می تواند نشان دهنده سلامت روانی بیشتر باشد (ان جی ، تاونسند، میلر، جول، گرنیر ۱، ۲۰۱۹)؛ بر خلاف افرادی که هویت سالم دارند، نوجوانانی که هویت آشفته دارند نمی‌توانند به اهداف تحصیلی و شغلی خود برسند و از روال عادی زندگی دور می‌شوند. سردرگمی هویت در نوجوانان،آسیب پذیری آنها را افزایش می‌دهد (شارف،۱۳۹٦؛ شولتز، ۱٤۰۰). اگر چه مسائل هویتی/پریشانی هویت به‌خودی‌خود در DSM-٥ بررسی نشده است؛ اما مسئله هویت در اختلالات شخصیت به عنوان فاکتور مهمی در نظر گرفته می‌شود (یونگ و سندمن، کرسک، ۲ ۲۰۱۹)؛ یکی از اختلالاتی که مسائل هویت در آن بسیار مشهود است، شخصیت مرزی است (ان جی و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهشگران معتقدند که برخی از شایع‌ترین وضعیت‌های روانی که هویت آشفته به وجود می‌آورد شامل: افسردگی، اضطراب، سوءاستفاده از مواد، روان‌پریشی و اختلالات خوردن است (اشرا، بار، استاپل، ماراتوس۳ ،۲۰۲۱، ورشورن٤، ۲۰۱۸). علائم هویت آشفته به اشکال مختلفی از قبیل: نداشتن هدف، احساس بی‌ارزشی، انتقاد از خود، خود بیزاری، تحقیر خود، عزت‌نفس پایین، تصور این که مورد پسند جمع نیست، خودآزاری، داشتن خلق‌وخوی ضعیف، احساس عدم تناسب با همسالان، خانواده، جامعه خود را نشان می‌دهد (شولتز،۱۳۹۲، اشرا و همکاران ۲۰۲۱)، (کوته[٥] ۲۰۱۸) معتقد است که تقریبا بین ۸ تا ۱۲ درصد نوجوانان و جوانان هویت آشفته دارند، (سلگی و پیرخائفی ، ۱٤۰۰) در پژوهش خود در دانشجویان دختر ۹/۸ درصد و در دانشجویان پسر ۱۱/۹ درصد آشفتگی هویت را نشان دادند، یعنی به طور تقریبی از هر ۱۰ نوجوان و جوان یک نفر گرفتار هویت آشفته است، با توجه به نقش مهم نوجوانان و جوانان در رشد و توسعه کشورها پرداختن به این مسئله امری ضروری است.

اهداف کلی برنامه در کشور

- ارتقا سواد سلامت روانی ـ اجتماعی در گروه هدف کودک و نوجوانی
- پیشگیری از اختلالات روان، مشکلات رفتاری برای کودکان و نوجوانان در معرض چالش‌های هویت یابی
- کاهش و کنترل مولفه های خطر اختلالات روان و آسیب های اجتماعی از طریق افزایش هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ
- پیشگیری از آسیب پذیری اجتماعی افراد به دلیل فقدان مهارت هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ

---

[۱]. Ng, F., Townsend, M. L., Miller, C. E., Jewell, M., & Grenyer, B

[۲] .Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G

[۳]. Ashra, H., Barnes, C., Stupple, E., & Maratos, F. A

[٤]. Verschueren

[٥]. Côté, J., E

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

غربالگری جمعیت عمومی

- **هدف**: غربالگری مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (در خصوص هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس:

- **هدف**: صددرصد افراد غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه ی آموزش فردی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف**: صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) برای دریافت بسته هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف**: صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس:**
  - ✓ **هدف**: برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**
  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ **هدف**: صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ (رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها
  - **شاخص مورد انتظار:** دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

---

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[۱]
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ

  - **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

---

[۱]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه‌ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه۸ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[1] با توجه به این که بسته آموزش عمومی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ ، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه ی ۲ ساعته(٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رویدداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه ای خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در هشت کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری دو جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[1] با توجه به این که بسته آموزش عمومی هویت یابی سالم مبتنی بر فرهنگ، برای ٤ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٤ ساعت را به صورت دو جلسه ی ۲ ساعته(٤ ساعت متوالی یا دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی

سالم مبتنی بر فرهنگ

برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ

معرفی برنامه

برنامه تقویت «سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ» مشتمل بر بسته‌ای با همین عنوان است که علاوه بر اطلاع رسانی عمومی آموزش‌های آن توسط بهورز/مراقب سلامت، خدمت مرتبط با آن به افراد واجد شرایط گروه هدف[1] ارائه شده آموزش‌های گروهی و ارائه مداخله فردی در راستای دستیابی به سلامت و بهداشت روان افراد در جامعه توسط روانشناس انجام خواهد گرفت.

اهمیت برنامه

سبک زندگی شامل روشی است که فرد برای تغذیه، ورزش، استراحت، بازی، کار، انجام کارها به طور کلی و در واقع زندگی خود دارد. سبک زندگی همچنین الگوهای روابط اجتماعی، اوقات فراغت، خودانگاره، ارزش‌ها و نگرش‌های فرد را منعکس می‌کند. یک سبک زندگی خاص، انتخاب‌های هشیار و ناهشیار فرد را برای یک نوع رفتار خاص نشان می‌دهد (ریپال، ۲۰۱۲). با وجود شواهد رو به رشد در مورد آثار درمانی و پیشگیری کننده رفتارهای سبک زندگی، شیوع سبک زندگی ناسالم بالاست (ون وینبرگ و همکاران، ۲۰۰۸). سیگار کشیدن، کم‌تحرکی، تغذیه ناسالم، چاقی و سایر رفتارهای سبک زندگی با ایجاد بیماری‌هایی مانند سرطان، بیماری قلبی، سکته و دیابت رابطه دارند (لاپز و همکاران، ۲۰۰۶). بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های قلبی، سکته و دیابت و بسیاری از اختلالات روانی، همگی به طور مستقیم با سبک زندگی مرتبط‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸). با وجود این که بسیاری از بیماران مبتلا به مشکلات عضلانی-اسکلتی به پزشک مراجعه می‌کنند، عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی می‌تواند وضعیت آنها را پیچیده‌تر کند (گزارش سلامت جهانی، ۲۰۱۰). بار جهانی شرایط مرتبط با سبک زندگی، یعنی بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های مغزی ـــ عروقی، مشکلات مرتبط با سیگار کشیدن، دیابت نوع دو، چاقی و سرطان رو به افزایش است. این شرایط مسئول ۶۰ درصد همه مرگ و میرها در تمام جهان هستند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵). شیوع بالای رفتارهای ناسالم و بیماری‌های مزمن، منجر به افزایش توجه دولت‌ها به سبک زندگی سالم شده است (آلین و همکاران، ۲۰۰۴). شواهد نشان می‌دهد که می‌توان با اصلاح مؤلفه‌های مربوط به سبک زندگی مانند مثل تغذیه سالم، فعالیت جسمی منظم و اجتناب از محصولات دخانیات، حداقل از ۸۰ درصد از موارد بیماری قلبی زودرس، سکته و دیابت نوع دو و حداقل ۴۰ درصد از موارد سرطان پیشگیری کرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲). داشتن سبک زندگی سالم روی سلامت قلبی – عروقی نیز مؤثر است (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۳). سبک زندگی سالم می‌تواند از بار بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع دو، بیماری قلبی، بیماری کلیه و بیماری انسداد مزمن ریه بکاهد یا از آن پیشگیری کند (کینگ و همکاران، ۲۰۰۹) و بر سلامت و طول عمر مردان و زنان اثر دارد (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس نتایج یک فراتحلیل، تبعیت از سبک زندگی سالم با خطر کمتر مرگ و میر رابطه دارد. در مقایسه با افرادی که سبک زندگی ناسالم دارند، کسانی که چهار یا بیش از چهار مورد رفتار سالم دارند، تا ٦٦ درصد احتمال مرگ کمتری دارند (لوف و ولک، ۲۰۱۲).

توصیه‌های اجلاس جهانی تحقیقات سبک زندگی در سال ۲۰۲۰ حاکی از آن بود که سلامت روانی با مؤلفه‌های سبک زندگی سالم و کیفیت کلی زندگی بسیار مرتبط است (واداواتز و همکاران، ۲۰۲۰). توجه به مسائل روان‌شناختی وقتی بیش‌تر اهمیت پیدا می‌کند که بدانیم که اختلالات روانی مانند اختلال افسردگی اساسی اغلب با مشکلات جدی و مزمن جسمانی مانند دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی همپوشانی دارند و بار این بیماری‌ها را بیش‌تر می‌کنند (هاگز و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌های در حال گسترشی نشان داده‌اند که مداخلات سبک زندگی، ابزاری مؤثر برای مدیریت بیماری‌های روانی هستند و می‌توانند سلامت روانی، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی را افزایش دهند. این مداخلات می‌توانند طول عمر افراد مبتلا به بیماری روانی را که از جمعیت عمومی کمتر است، بیش‌تر کنند (منگر، ۲۰۱۹). اخیراً، مطالعه‌ای که مروری وسیع بر پژوهش‌های مرتبط با سبک زندگی داشت نیز نشان داد که استفاده از فعالیت

[1]. غربال اولیه توسط بهورز، ماما/مراقب سلامت و غربال تکمیلی توسط روانشناس

بدنی می‌تواند در پیشگیری اولیه و درمان بالینی طیفی از اختلالات روانی مؤثر باشد؛ استعمال دخانیات به عنوان عاملی علی در شروع بیماری‌های روانی رایج و شدید نقش دارد؛ و خواب ضعیف یک عامل خطر برای بیماری‌های روانی است (فیرت و همکاران، ۲۰۲۰). از جمله متغیرهای مهم در سبک زندگی روانی–اجتماعی فرد، کیفیت روابط اوست. یک پژوهش مروری بسیار گسترده نشان داده است که روابط اجتماعی مختلف بر سلامت روانی افراد در موقعیت‌های مطلوب و نامطلوب اثر می‌گذارد. مداخلات مبتنی بر روابط اجتماعی بر ارتقاء سلامت روانی افراد اثر می‌گذارند (اندرسن و همکاران، ۲۰۲۱). سرویس سلامت ملی انگستان (NHS) نیز مداخلات مربوط به سبک زندگی را پوشش می‌دهد (سرویس سلامت ملی انگستان، الف۲۰۲٤). این خدمات شامل مواردی مانند بهبود روابط، فعالیت جسمانی، یادگیری مهارت‌های جدید، انجام کارهای خیر داوطلبانه و زندگی در لحظه را در برمی‌گیرند (سرویس سلامت ملی انگستان، ب۲۰۲٤).

در کل، از آنجا که رفتارهای سبک زندگی ناسالم شایع هستند (ون وینبرگ و همکاران، ۲۰۰۸) و بخش اعظمی از رهنمودهای پزشکی مربوط به تغییرات سبک زندگی، به عنوان اولین خط درمان است (ریپال، ۲۰۱۲)، موضوع سبک زندگی اهمیت ویژه‌ای دارد و در مطالعات مختلف اثرات مثبت فراوانی نظیر کاستن از بار بیماری و پیشگیری از بیماری‌های قلبی (کینگ و همکاران، ۲۰۰۹)؛ افزایش طول عمر (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۰) و خطر کمتر مرگ و میر ناشی از همه علل (لوف و ولک، ۲۰۱۲) برای داشتن سبک زندگی سالم ذکر شده است. همچنین، در همه جای جهان، افراد و گروه‌های متعلق به طبقات اجتماعی پایین‌تر بیش‌تر تحت تأثیر مشکلات روانی قرار می‌گیرند و دسترسی کم‌تری نیز به حمایت‌های مرتبط با سبک زندگی سالم دارند (میر، ۲۰۱٤). این افراد بیش‌تر از سایر گروه‌ها نیز به مراکز مربوط به وزارت بهداشت مراجعه می‌کنند. در نتیجه، در کنار توجه به سبک زندگی که برای عموم جامعه مفید است، توجه به سبک زندگی این گروه‌ها و تلاش برای ارتقاء آن از اهمیت مضاعفی برخوردار است. در نتیجه، طراحی بسته‌های آموزشی مبتنی بر سبک زندگی کارآمد اهمیت بالایی دارد. ضمن این که مداخلات پیشگیرانه ارزش زیادی دارند و تا حد زیادی از هزینه‌های درمانی می‌کاهند.

اهداف کلی برنامه در کشور

- اصلاح سبک زندگی روانی ـ اجتماعی مبتنی بر فرهنگ جامعه
- پیشگیری از اختلالات روان و آسیب های اجتماعی
- کاهش و کنترل مولفه های خطر اختلالات روان و آسیب های اجتماعی از طریق اجرای برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ ایرانی ـ اسلامی
- پیشگیری از آسیب پذیری اجتماعی افراد به دلیل فقدان آگاهی و مهارت‌های سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم
- ارتقاء روابط بین فردی

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

- **غربالگری جمعیت عمومی**

هدف: غربالگری مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (در خصوص سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

- **ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس:**

هدف: صددرصد افراد غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ

برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه ی آموزش فردی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس:**

هدف: صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ

) برای دریافت بسته سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی مذکور ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس:**

هدف: صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ

- ✓ توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس:**

هدف: برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ

- ✓ هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**

- ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ

شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

- ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

هدف: صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

هدف: صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ

- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ
- (رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها
  - **شاخص مورد انتظار**: دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی در خصوص سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ

- در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار**: ٪۲۳ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد
- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، چهار جلسه آموزش فردی (سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) را دریافت کرده باشند.

---

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در شانزده کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[۱]
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری چهار جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

ویژه ۱۴۰۳

- درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌های ارتقاء سلامت روانی–اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

ویژه ۱۴۰۳

- درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

از ۱۴۰۴ به بعد

- درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره‌های آموزشی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

از ۱۴۰۴ به بعد

- درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی در خصوص سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی(حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

---

[۱]. با توجه به این که بسته آموزش سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ، برای ۸ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۸ ساعت را به صورت چهار جلسه‌ی ۲ ساعته (۸ ساعت متوالی یا چهار جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، دو جلسه آموزش فردی (سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در شانزده کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[۱]
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری چهار جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسا

[۱]. با توجه به این که بسته آموزش سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ، برای ۸ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۸ ساعت را به صورت چهار جلسه‌ی ۲ ساعته (۸ ساعت متوالی یا چهار جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌های ارتقاء سلامت روانی–اجتماعی

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه ای خطر سلامت روانی–اجتماعی در خصوص سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی برنامه سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، چهار جلسه آموزش فردی (سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

آموزش گروهی سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در شانزده کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[۱]

- **شاخص مورد انتظار**: برگزاری چهار جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[۱]. با توجه به این که بسته آموزش سبک زندگی روانی ـ اجتماعی سالم مبتنی بر فرهنگ، برای ۸ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ۸ ساعت را به صورت چهار جلسه‌ی ۲ ساعته (۸ ساعت متوالی یا چهار جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می توانند تکراری یا جدید باشند.

برنامه انگیزش و امید

برنامه انگیزش و امید

معرفی برنامه

برنامه مهارت‌های انگیزش و امید مشتمل بر بسته انگیزش و امید است که علاوه بر اطلاع رسانی عمومی آموزش‌های این بسته‌ها توسط بهورز/مراقب سلامت و ارائه خدمت به افراد واجد شرایط گروه هدف[1]، آموزش‌های گروهی و ارائه مداخله فردی بسته‌ی مذکور توسط روانشناس انجام خواهد شد.

مطالعات نشان داده است که ارائه مجموعه‌ای از دانش‌ها و مهارت‌ها برای شناخت انگیزه، امید، اراده و کسب مهارت‌های اصلی به منظور تقویت انگیزه‌هـای مثبت، کسب نگاه امیدوارانه به افراد در افزایش اراده جامعه موثر است و موجب دانش‌افزایی و بازشدن پنجره‌های جدید به روی افراد خواهد شد. مهارت‌هایی که آنها را در تعریف درست اهداف و چشم‌انداز برای زندگی خود و تلاش بیشتر برای تحقق اهداف کمک می‌کند.

این بسته آموزشی با چنین رویکردی به ارائه خدمت می‌پردازد و به دنبال ارتقای سواد عمومی و مهارت‌های انگیزشی و نگاه مثبت افراد است که با بهره گیری از باورها و مهارت‌های مبتنی بر «با اراده بودن» شکل گرفته و افراد جامعه می‌تواند با خوشبینی و پشتکار بیشتری به سمت اهداف و چشم اندازهایشان حرکت کنند.

اهمیت برنامه

انگیزه به رفتارهای انسان هدف یا جهت می‌دهد و در سطوح مختلف خودآگاه یا ناخودآگاه عمل می‌کند. آنها اغلب به دو دسته تقسیم می‌شوند: انگیزه‌های اولیه یا زیستی (فیزیولوژیکی یا ارگانیک) همانند گرسنگی، تشنگی و نیاز به خواب و انگیزه های ثانویه یا شخصی و اجتماعی همانند وابستگی، رقابت، و منافع و اهداف فردی. همچنین بر طبق یک معیار دیگر، به انگیزه های درونی و بیرونی (همانند تشویق و پاداش) تقسیم می‌شوند. انگیزه می‌تواند به اهداف و موضوعات مختلفی بازگردد و مثلا تمایل یک فرد برای انجام تلاش فیزیکی یا ذهنی برای دستیابی به یک هدف یا نتیجه را انگیزه کار تعریف می‌کنند. انگیزه داشتن و انگیزه بخشی دو مهارت خیلی مهم هستند و به عنوان مثال عمل یا فرآیند تشویق دیگران به تلاش برای تعقیب یک هدف گروهی یا سازمانی و به صورت کلی توانایی ایجاد انگیزه در پیروان، یک کارکرد مهم رهبری است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۸).

انگیزه و مهارت‌های انگیزشی نقش عمده‌ای در ارتقای سلامت روان دارند؛ زیرا تاب‌آوری، خودتنظیمی، انتخاب‌های سبک زندگی سالم و رضایت کلی از زندگی را تقویت می‌کنند. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا به طور مؤثری با چالش‌های زندگی مقابله کنند و احساس بهزیستی داشته باشند. به صورت کلی، انگیزه یک عامل تعیین کننده کلیدی در نتایج درمانِ روانی–اجتماعی است و بنابراین به طور فزاینده‌ای به عنوان یک هدف مهم برای مداخلات رفتاری شناخته می‌شود (مدالیا و ساپرستاین، ۲۰۱۱). همچنین انگیزه مثبت زمینه را بـرای زندگی و فعالیت مسئـولانه و پر بهره فراهـم می‌کند و عملکرد افراد را افزایش چشمگیری می‌دهد (رادو، ۲۰۲۳). مشابه انگیزه مثبت، موضوع مهم امید نیز قابل طرح است. در حالت امیدواری، انتظار داریم که تجربیات مثبتی داشته باشیم یا یک موقعیت بالقوه تهدید کننده یا منفی محقق نشود یا نهایتا به وضعیت مطلوبی تبدیل شود. در طی رسیدن به اهداف، این اراده است که به عنوان ظرفیت یا استعداد به ما یاری می‌رساند تا در مواجهه با سختی های مسیر و مشکلات درونی و بیرونی، به مسیر ادامه دهیم (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۸).

امید در روانشناسی به روشهای مختلف تعریف و مشخص شده است؛ از جمله به عنوان یک قدرت شخصیت، یک احساس و یا بخشی از انگیزه که برای دستیابی به هدف حیاتی است. همچنین امید فرآیند و مکانیزمی است که مقابله با مشکلات و شرایط دشواری همانند از دست دادن، بیماری و سایر استرس‌های مهم را تسهیل می‌کند و با خوشبینی همراه است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۸)

[1]. غربال اولیه توسط بهورز، ماما/مراقب سلامت و غربال تکمیلی توسط روانشناس

تحقیقات نشان داده‌اند ذهنیت مثبت و خوش‌بینی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب مرتبط است. همچنین حفظ انگیزه می‌تواند به مقابله با الگوهای فکری منفی ـ که به مشکلات سلامت روانی منجر می‌شوند ـ کمک کند.

امید و خوشبینی موجب ارتقای سلامت روان می‌گردند (لارانجیرا و کوئریدو، ۲۰۲۲) و خطرات اختلالات حادی همانند خودکشی را نیز کاهش می‌دهند. سازمان بهداشت جهانی از سال ۲۰۲۱ برنامه‌ای برای مواجهه با خودکشی در سطح جهان با عنوان «ایجاد امید در عمل» تعریف کرد تا با امیدبخشی، موجب کاهش خودکشی گردد. در ایده مرکزی این برنامه به افرادی که افکار خودکشی را تجربه می‌کردند، این پیام را رسانده می‌شد که *امید وجود دارد و ما به شما اهمیت می‌دهیم و می‌خواهیم از شما حمایت کنیم و مهم نیست که اقدامات ما چقدر بزرگ یا کوچک است، اما مهم است که برای کسانی که در حال مبارزه با خودکشی هستند، امید ایجاد کند* (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۳).

اهداف کلی برنامه در کشور

- پیشگیری از اختلالات روان، مشکلات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی مرتبط
- کاهش و کنترل مولفه‌های خطر اختلالات روان و آسیب‌های اجتماعی از طریق افزایش انگیزش و امید در جامعه
- پیشگیری از آسیب پذیری اجتماعی افراد به دلیل فقدان انگیزش و امید
- مداخله مختصر انگیزشی در افراد در معرض آسیب‌ها و اختلالات روان خصوصا طیف اختلالات خلقی

اهداف اختصاصی، شاخص و حدانتظار برنامه

- **غربالگری جمعیت عمومی**

✓ **هدف:** غربالگری مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (در خصوص انگیزش و امید)، برای صد در صد مراجعه کنندگان به نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی انجام شده باشد.

- **ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس:**

✓ **هدف:** صددرصد افراد غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) برای اجرای غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی و ارایه ی آموزش فردی انگیزش و امید به روانشناس ارجاع شده باشند.

- **ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** صد در صد **افراد** ارجاع شده به روانشناس با غربال مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) برای دریافت بسته انگیزش و امید از منظر نیاز به آموزش بسته‌ی انگیزش و امید ارزیابی تکمیلی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) شده باشند.

- **مداخله فردی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** صد در صد افراد با تشخیص نیازمند آموزش بسته‌ی انگیزش و امید توسط روانشناس در ارزیابی(غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، آموزش فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.

- **آموزش گروهی توسط روانشناس:**

✓ **هدف:** برگزاری کامل دوره آموزش گروهی (داخل/خارج مرکز) مبتنی بر بسته‌ی انگیزش و امید هر سه ماه یکبار یک دوره کامل

- **آموزش تیم سلامت**
  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد روانشناسان ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی برنامه انگیزش و امید شرکت کرده و برنامه را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

  - ✓ ویژه ۱۴۰۳

هدف: صددرصد تیم سلامت (پزشک، روانشناس، مراقب سلامت/ماما و بهورز) ارائـه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در رونددداده (فلوچارت) را **به صورت مستقیم یا توسط مربیان دارای گواهی** فراگرفته باشند.

- ✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان جدیدالورود، سالانه در دوره‌های آموزشی انگیزش و امید بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).
- ✓ **هدف:** صددرصد روانشناسان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه مهارت‌های تنظیم هیجان حضوری/غیرحضوری شرکت نمایند. (در سال ۱۴۰۳ این هدف محاسبه نمی‌شود).

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ بسته‌ی انگیزش و امید
- برنامه‌ریزی آموزشی بسته‌ی انگیزش و امید
- ابلاغ میانگین نمره روانشناسان دانشگاه/دانشکده ها در آزمون کتبی[1] بسته‌ی انگیزش و امید (رتبه بندی دانشگاه/ دانشکده) و مقایسه دانشگاه‌ها
  - **شاخص مورد انتظار:** دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس میانگین نمره‌های کسب شده روانشناسان در آزمون رتبه بندی خواهند شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص انگیزش و امید در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه‌های سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) به روانشناس

۱ . این آزمون در سال ۱۴۰۳ صرفا یکبار و به صورت سراسری در کشور برگزار خواهد شد.

- **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط روانشناس قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد

- درصد موارد مثبت مولفه های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش مهارت انگیزش و امید توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار**: ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، سه جلسه آموزش فردی (انگیزش و امید) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی انگیزش و امید به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در دوازده کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس به ازای هر روانشناس[1]
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری سه جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی انگیزش و امید

  - **شاخص مورد انتظار**: ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در روندداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار**: ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

[1]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی انگیزش و امید، برای ٦ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٦ ساعت را به صورت سه جلسه‌ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا سه دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می‌توانند تکراری یا جدید باشند.

- از ۱٤۰٤ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره های آموزشی انگیزش و امید بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱٤۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱٤۰٤ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه انگیزش و امید حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱٤۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه مولفه های خطر سلامت روانی–اجتماعی در خصوص انگیزش و امید در جمعیت دریافت کننده مراقبتهای دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده سلامت روانی اجتماعی
  - **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی–اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش انگیزش و امید توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی)، که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، سه جلسه آموزش فردی (انگیزش و امید) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی انگیزش و امید به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در دوازده کارگاه حداقل ۲۵ نفره[1] به ازای هر روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری سه جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

آموزش تیم سلامت

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت روان ستاد دانشگاه / دانشکده و روانشناسان محیطی شرکت کننده در دوره‌های آموزشی بسته‌ی انگیزش و امید

  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۵٪ روانشناسان شاغل در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شهرستان (پیمانی، رسمی، قراردادی، خرید خدمت، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...)

- ویژه ۱۴۰۳

درصد اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت/ماما و بهورز) که در بازآموزی خدمات این برنامه مطابق با بسته آموزشی اختصاصی و مسیر ارجاع در روندداده (فلوچارت) شرکت کرده‌اند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ اعضای تیم سلامت ارائه دهنده خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسان جدیدالورودی که سالانه در دوره‌های آموزشی انگیزش و امید بدو خدمت حضوری/غیرحضوری برگزار شده توسط ستاد/مربیان دارای گواهی مربی گری از ستاد شرکت کرده باشند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود).

- از ۱۴۰۴ به بعد

درصد روانشناسانی که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه انگیزش و امید حضوری/غیرحضوری **توسط مربیان دارای گواهی** شرکت نمایند.

  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ (در سال ۱۴۰۳ این شاخص محاسبه نمی‌شود)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت

غربالگری جمعیت عمومی

- درصد غربالگری اولیه ای خطر سلامت روانی-اجتماعی در خصوص انگیزش و امید در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره ای گروههای سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک مراقبت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.

- درصد موارد غربال مثبت اولیه در جمعیت غربال شده

[1]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی انگیزش و امید، برای ٦ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٦ ساعت را به صورت سه جلسه ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا سه دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می‌توانند تکراری یا جدید باشند.

- **شاخص مورد انتظار:** ۲۳٪ در سال اول اجرای برنامه

ارجاع از مراقب/بهورز به روانشناس

- درصد موارد غربال مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) به روانشناس
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

ارزیابی تکمیلی توسط روانشناس

- درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد موارد مثبت مولفه‌های خطر سلامت روانی-اجتماعی (سوال ویژه‌ی انگیزش و امید) در جمعیت مراجعه کننده به روانشناس غربالگری تکمیلی شده‌اند.

مداخله فردی توسط روانشناس

- درصد افراد با تشخیص نیازمند آموزش انگیزش و امید توسط روانشناس در ارزیابی (غربالگری تکمیلی/مصاحبه روانشناختی) که مداخله فردی بسته‌ی مذکور را دریافت کرده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۰ درصد موارد ارزیابی تکمیلی مثبت، سه جلسه آموزش فردی (مهارت‌های انگیزش و امید) را دریافت کرده باشند.

آموزش گروهی توسط روانشناس

- آموزش گروهی انگیزش و امید به حداقل ۱۰۰ نفر در سال در دوازده کارگاه حداقل ۲۵ نفره به ازای هر روانشناس[۱]
  - **شاخص مورد انتظار:** برگزاری سه جلسه دو ساعته در هر فصل با حضور حداقل ۲۵ نفر در هر یک از جلسات توسط هر روانشناس

[۱]. با توجه به این که بسته آموزش عمومی مهارت‌های انگیزش و امید، برای ٦ ساعت تنظیم شده است، روانشناس مکلف است در هر فصل این ٦ ساعت را به صورت سه جلسه ی ۲ ساعته (٤ ساعت متوالی یا سه دو جلسه دو ساعته ناپیوسته و در زمان‌های مختلف) هر یک برای حداقل ۲۵ نفر برگزار کند. شرکت کنندگان می‌توانند تکراری یا جدید باشند.

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 مخدّر 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 می‌گردند.

در ارائه برنامه‌های کاهش آسیب در کشور که مبتنی بر سیاست‌ها 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 نمی‌باشد. همچنین با فرد مصرف کننده تزریقی مانند یک انسان و با احترام برخورد می‌شود و انتظار می‌رود که فرد مصرف کننده تزریقی مانند هر شهروند دارای حقوق ومحدودیت های قانونی رفتار نماید. بنابراین مصرف کننده مواد نیز مسئول رفتارهای خویش می‌باشد. برنامه سرنگ و سوزن در مقابل خدمات پرهیزمدار یا درمان نگهدارنده نبوده و نیست. این برنامه تلاش دارد تاگستره 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 شهرهای بزرگ نمی‌باشد، 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 ۷۵ درصد دهه هشتاد به ۱۰/۳ درصد در سال ۱۴۰۲ رسیده است. شیوع اچ آی وی در این گروه 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 بوده است.،

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 سایرداوطلبان می‌باشند. این خدمات در مراکز گذری ثابت کاهش آسیب (Drop-in centers)، مراکز سیار کاهش آسیب (Mobile Center) و تیم سیار وابسته به مراکز کاهش آسیب 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 می‌باشد.

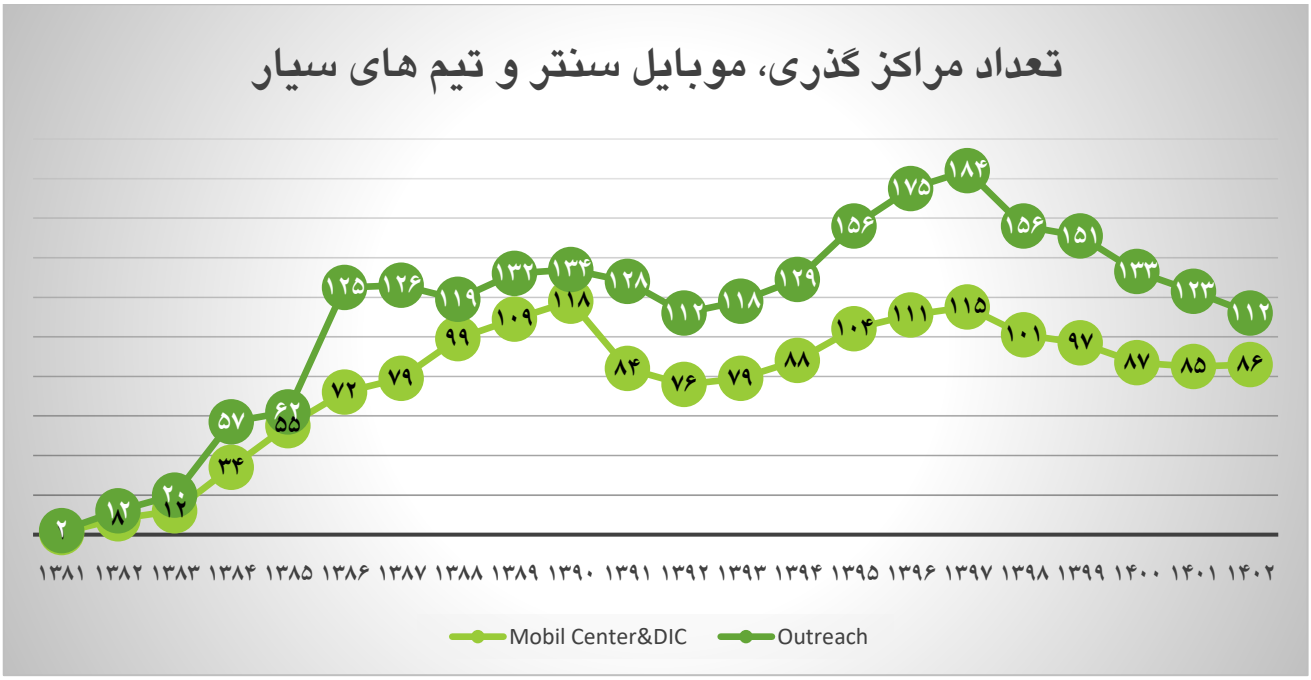
بسته کامل خدمات کاهش آسیب در مصرف کنندگان تزریقی مواد(سازمان جهانی بهداشت-۲۰۰۹):

۱. برنامه سرنگ و سوزن (NSP)
۲. درمان نگهدارنده با متادون (MMT)
۳. تست اچ آی وی و مشاوره (HTC)

٤. درمان عفونت های رترو ویروسی (ART)
٥. اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطات (IEC) برای کسانی که مواد را تزریق می کنند و شرکای جنسی آنها
٦. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت های ویروسی
٧. پیشگیری، تشخیص و درمان سل
٨. پیشگیری و درمان بیش مصرفی (Over Dose)

برای غربالگری علامتی سل، درمان اچ آی وی، هپاتیت های ویروسی و سل افراد به سایر مراکز ارجاع می شوند.

براساس آخرین آمارهای ارائه خدمات کاهش آسیب مصرف مواد در سال هزار و چهارصد و دو ۱۷۰۳۲ نفر تزریقی در زیرساخت-های کاهش آسیب خدمات سرنگ و سوزن یا خدمات متادون دریافت می کنند که نشان از پوشش ۱۹ درصدی (بر اساس تخمین ۹۰ هزار نفری جمعیت افرادی که مواد را به صورت تزریقی در سه ماه اخیر مصرف می‌کنند) می باشد.



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 سرولووژیک رفتاری).

اهداف اختصاصی برنامه:

- صددرصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- صددرصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.

- صددرصد پرسنل غیرپزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- صددرصد 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 ... .)[1] 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) **(در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)**
- 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 سالانه ثبت گردد.
- صد در صد خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین ثبت و گزارش گردد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

- 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 سالانه تمام خدمات کاهش آسیب درپورتال وزارتخانه
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ ٪

[1] . در خصوص توزیع اقلام پیشگیری مکاتبه شماره ۳۱۰/٦٦١٥د مورخ ۱٤۰۲/۰٤/۲٤ ملاک عمل است.

- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیست 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). (در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)
  - شاخص مورد انتظار: ۵۰ ٪

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

در خصوص توزیع اقلام پیشگیری مکاتبه شماره ۳۱۰/۶۶۱۵د مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۴ ملاک عمل است.

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان

- 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 سالانه کلیه خدمات کاهش آسیب درپورتال وزارتخانه
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیست 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) (در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)
  - شاخص مورد انتظار: ۵۰ ٪

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

در خصوص توزیع اقلام پیشگیری مکاتبه شماره ۳۱۰/۶۶۱۵د مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۴ ملاک عمل است.

شاخص های برنامه در سطح مرکز، تیم سیار و مرکز سیار کاهش آسیب[1]

- 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[2]

[1] . Mobail center

- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته توسط پرسنل مرکز آموزش های تزریق کم خطر مواد، ، 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 دریکسال 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 قرارگرفته‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰ ٪

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونیست آستانه پایین.
  - **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 پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). (در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۵۰ ٪

- درصد مراجعین به مرکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نماید (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
  - **شاخص مورد انتظار:** ۷۵٪

در خصوص توزیع اقلام پیشگیری مکاتبه شماره ۳۱۰/۶۶۱۵د مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۴ ملاک عمل است.

برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات

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 می یابد.

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 مراقبت های اولیه بهداشتی بوده است.

- ظرفیت‌سازی و حمایت مستمر از ارایه خدمات اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی
- ایجاد دسترسی عادلانه برای مراقبت‌های پیشگیری و درمان اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد
- حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد
- افزایش سواد سلامت جامعه با اهداف پیشگیرانه
- غربالگری، شناسایی، ارایه مراقبت های روانشناختی، خدمات درمان دارویی اختلال مصرف دخانیات و ارجاع به مراکز تخصصی درمان مصرف الکل و مواد
- ارایه آموزش های 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 تقریبا۲۰ درصد از مردان و ۰/۹ درصد از زنان مصرف کننده انواع مشتقات تنباکو می‌باشند. همچنین در این گزارش آمده است، ۱٤/۲ درصد از جمعیت ۱۸ تا ٦٤ سال بصورت روزانه یا تفننی مصرف کننده انواع محصولات دخانی مانند سیگار، پیپ و حتی قلیان می باشند، که بر اساس تفکیک جنسیتی ۲۵ درصد از مردان و ٤ 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 مصرف کننده انواع محصولات دخانیات بودند که متأسفانه این آمار در سال ۹۵ به ٤ 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 ۸٦ دو برابر رشد داشته است. چنانکه مصرف سیگار در بین پسران ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۹۵، ٤/۸ درصد و میزان مصرف قلیان ۷/۳ درصد بوده و این رقم در بین دختران٤/۳ درصد تخمین زده شده است. همچنین، منطبق با آخرین گزارش آماری عوامل خطر بیماری های غیرواگیردر مطالعهاستپس (۱٤۰۰)، شیوع مصرف سیگار در حال حاضر معادل ۹/۳ درصد و شیوع مصرف مواد دخانی ٤ /۱۹ درصد ازجمعیت ۱۸ سال و بالاتر می باشد. از سوی دیگر، بر اساس آخرین راهنمای سازمان جهانی بهداشت در مداخلات ترک دخانیات (۲۰۲٤)، مطالعات بین المللی نشان می دهد، ٦۰ درصد مصرف کنندگان دخانیات تمایل به ترک آن دارند.

با توجه به مستندات آماری پیشگفت، علی رغم تغییر کم شیوع کلی مصرف دخانیات در کشور، در سالهای اخیر با افزایش مصرف دخانیات در گروه های سنی نوجوان و جوان و جمعیت زنان بطور خاص مواجه هستیم که با توجه به اهمیت آن در تامین سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد جامعه، و به عنوان عامل خطر جدی در گرایش به مصرف الکل و مواد، اولویت مداخلات پیشگیرانه در و درمان اختلال مصرف دخانیات در نظام بهداشتی کشور را برجسته می کند. بر این اساس شاخص های مربوط به حوزه ی دخانیات در شرح وظایف تیم سلامت در سال جاری مورد توجه و تاکید ویژه قرار گرفته است.

بر اساس داده های آماری خدمات در سال ۱٤۰۱ و ۱٤۰۲، روند نسبتا افزایشی در درصد پوشش غربالگری اولیه (حدود ۸۰ درصد) و درصد شناسایی موارد مثبت (تقریبا ۸ درصد)دیده می شود.،اما نیاز به بکارگیری همت وافی و کافی جهت ارتقا دانش و مهارت تیم سلامت با استفاده از ظرفیت ارزشمند مدیاهای آموزش مجازی مداخلات پیشگیرانه و درمانی ارایه شده در سال ۱٤۰۲ هم چنان دیده می شود. علاوه بر آن بر اساس نتایج پایش های حضوری تاکید می شود، نیاز جدی به ظرفیت سازی مطلوبتری از منابع

انسانی و فیزیکی، ارایه خدمات با کیفیت، ارتقای نظام پایش ونظارت و افزایش سواد سلامت جامعه و اتطلاع رسانی نسبت به خدمات موجود مورد انتظار است.

توجه: برخی راهبردهای اجرایی جهت ارتقای خدمات در ذیل ارایه شده و توجه به آنها مورد تاکید و در برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۳ 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 پایش های حضوری جهت ارزیابی پیشرفت برنامه، فعالیت های دانشگاهی مرتبط مورد بررسی قرار می گیرند.

۱- **تلاش برای بهینه سازی مدیریت منابع و ساختار فیزیکی ارایه خدمات**

- **تامین حفظ حریم شخصی مراجعین در غربالگری های 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 غربالگری های حوزه سلامت روانی ، اجتماعی و اعتیاد، تامین ساختار فیزیکی مناسب برای تحقق این امر ضروری است در شرایط محدودیت های موجود، حداقل راهبردهای عملی و در دسترس توجه به تغییر چیدمان مبلمان اداری در اتاق مراقبین سلامت در جهت افزایش فاصله بین میزهای کاری و پیش بینی صندلی اختصاصی مراجع در کنار هر میز است، به صورتی که طبق پروتکل غربالگری، مراجع امکان مشاهده سوالات غربالگری در مانیتور را داشته باشد و پرسش ها با تن صدای ملایم در جهت تامین حریم خصوصی مراجعین پرسیده شود. همچنین در این راستا، اتخاذ تدابیر لازم برای انجام غربالگری های این حوزه، بدون حضور همراه مراجع بسیار اهمیت دارد.
- **تامین فضای مناسب برای خدمات آموزش گروهی مراجعین**: با توجه فقدان فضای مناسب برای ارایه آموزش های گروهی ، پیشنهاد این حوزه استفاده از سایر فضاهای عمومی و مجازی در اختیار و نهایتا در جهت اهداف و تکالیف کمیته پیشگیری اولیه از اعتیاد، جلب مشارکت سایر دستگاه های عضو شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر از جمله شهرداری، آموزش و پرورش و ... برای کمک به تامین فضای آموزشی و نیز به اشتراک گذاری منایع آموزشی در اختیار از جمله مدیاهای آموزش مجازی پیشگفت و نیز کیوآرکد ارایه شده از مجموع محتواهای آموزشی این برنامه مورد تاکید است.

۲- **بهینه سازی مدیریت نیروی انسانی**:

- **متناسب سازی اعضای تیم سلامت مراکز شهری و روستایی با استانداردهای جمعیتی**: اگرچه فقدان نیروی پزشک و عملکرد ضعیف آنان در مراکز شهری و کمبود روانشناس در مناطق شهری و روستایی بر اجرای برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد تاثیر مستقیم داشته است و نیاز به راهبردی مدیریتی و حمایت طلبی کلان دانشگاهی و نیز گاها در سطوح وزارتی دارد، اما مدیریت نیروهای موجود از جهت حضور فیزیکی به موقع و منظم و ارایه خدمات با کیفیت، و نیز استفاده از اهرم های انگیزشی معنوی و مادی و پرهیز از رفتارهای تبعیض آمیز و ایجاد فرصت های رشد ... همگی مقوله های 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 روانشناسان و برگزاری جلسات حضوری و گروهای 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.

٤- **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 روانی_اجتماعی 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 ارایه 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 روانشناس) می باشد. از آنجا که مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و کارشناس مسئول سلامت روان در حوزه ی ستادی شهرستان و نهایتا روانشناس در مراکز ارایه خدمت به عنوان نیروی تخصصی این حوزه، موظف به پیگیری و رصد مستمر روند شاخص ها و کیفیت ارایه 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 ارایه 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 ۱۴۰۳:

- 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 روانشناسان 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 روانشناسان 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 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[۱].
- سی درصد موارد مثبت غربال اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات از مجموع جمعیت تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرارگیرند.
- نود درصد افراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا موادِ واجد شرایط[۲]، حداقل یک جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرارگیرند.
- صد درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل تحت پوشش قرار گیرند.

شاخص‌های برنامه در سطح ستاد دانشگاه/ شهرستان/ مرکز – سال ۱۴۰۳

- 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» گذرانده باشند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰درصد

---

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.

۲. افراد واجد شرایط دریافت یک جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوچارت 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.

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های 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 مراقبت های 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:** ۱۰۰درصد

- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های 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 مراقبت های 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:** ۱۰۰درصد

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل در نظام مراقبت های 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

- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۸۰٪ از مراجعه کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه سنی۱۵ تا ۵۹ ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.

- درصد موارد غربال اولیه مثبت مصرف مواد، الکل و دخانیات که تحت پوشش غربالگری تکمیلی توسط مراقب/ بهورز قرار گرفتند.
  - **شاخص مورد انتظار:** ۳۰ درصد
- درصدافراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط[۱] که تحت پوشش حداقل یک جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند.(توسط کارشناس سلامت روان)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۹۰ درصد
- درصد موارد نیازمند[۲] آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل که تحت پوشش خدمت مربوطه قرار گرفته‌اند (توسط کارشناس سلامت روان)
  - **شاخص مورد انتظار:** ۱۰۰ درصد

---

[۱] . افراد واجد شرایط دریافت یک جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوچارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند.

[۲] . 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.

برنامه تقویت بنیان خانواده

(پیشگیری از اختلالات مصرف مواد)

مقدمه

همه والدین خواهان بزرگ کردن فرزندانی 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 سوءمصرف مواد و سایر رفتارهای پرخطر 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 فرزندانشان را بدون تجربه مواد به هجده سالگی برسانند، شانس ایجاد مشکلات جدی سوء مصرف مواد و اعتیاد در سال‌های بعدی زندگی کاهش می‌یابد.

این بسته آموزشی در سال ۱۴۰۲ مورد باز بینی و اصلاح قرار گرفته است. پس ازآموزش بسته بازنگری شده شاخص‌های ذیل مورد توجه قرار گیرد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ارتقای مهارت‌های فرزند پروری والدین گروه سنی ۱۶-۱۳ سال در راستای کاهش اختلالات مصرف مواد

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه، شهرستان و مرکزخدمات جامع سلامت در سال ۱۴۰۳

- تعداد دوره های ۱۱ جلسه‌ای (۷ جلسه اصلی و ٤ جلسه تقویتی) برگزارشده تقویت بنیان خانواده بومی و جهت گروه هدف (۱۶-۱۳ سال) به ازاء هر ۳ روانشناس آموزش دیده در دانشگاه / دانشکده
  - **شاخص مورد انتظار**: برگزاری یک دوره ۱۱ جلسه‌ای (۷ جلسه اصلی و ٤ جلسه تقویتی) آموزش برای ۲۰ خانواده در سال به ازاء هر۳ روانشناس آموزش دیده بر اساس نسخه بومی و بروز شده ۱۴۰۳

کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

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 تعیین کننده‌های مختلفی هستند. زآنجایی‌که آسیب‌های اجتماعی به دلایل متعدد به وجود می‌آیند و درنهایت هزینه‌های گزاف و عوارض نامطلوب فراوانی از جنبه‌های مختلف، به فرد، جامعه و دولت تحمیل می‌کنند و پرداختن به این موضوع برای شناخت عوامل، پیامدها و راه‌های پیشگیری از آن حائز اهمیت خواهد بود.

از سوی دیگر تنوع و گستردگی آسیب‌های اجتماعی، هرگونه اقدام به‌منظور پیشگیری آن‌ها را در جهت بهبود سلامت جامعه، منوط به اولویت‌بندی در حوزه آسیب و گروه‌های در معرض خطر می‌باشد.

مسئله آسیب‌های اجتماعی یکی از دغدغه های مهم و اساسی همه مسئولان دلسوز نظام بوده که پیشگیری، کنترل و کاهش آنها نیازمند هم اندیشی و هم فکری با کلیه اندیشمندان، مدیران اجرایی و فعالان اجتماعی است؛ 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.

به‌دنبال طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با محوریت سازمان امور اجتماعی کشور (سال ۱۳۹۵) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز در کنار سایر ارگان‌ها عهده دار بخشی از اقدامات مربوط به کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی شد. در این خصوص برای همکاری و هماهنگی بین دستگاه‌های ذینفع در کشور و انسجام بخشی به فعالیت‌های مربوطه در حوزه تولی گری وزارت بهداشت، به دستور مقام عالی وزارت و معاون بهداشت مسئولیت دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت ابلاغ گردید.

همزمان با ابلاغ مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به عنوان «دبیر ستاد و مسئول دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد» از سوی معاونت بهداشت، دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی ضمن تعامل با سازمان امور اجتماعی وزارت کشور، اعتبار تخصیص یافته برنامه جامع پیشگیری از آسیب های اجتماعی (کنترل و کاهش اعتیاد، پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی، توسعه ملی خدمات سلامت روانی- اجتماعی (سراج)، کاهش خودکشی،کاهش طلاق وحاشیه نشینی) طبق تفاهم نامه منعقد شده فیمابین معاونت بهداشت وزارت متبوع و سازمان امور اجتماعی کشور سالانه به حوزه‌های مرتبط ابلاغ می شود.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- دست‌یابی به اهداف برنامه‌های کشوری کاهش آسیب‌های اجتماعی ـ منطبق بر طرح تقسیم کار ملی ـ در مواردی که وزارت بهداشت به عنوان دستگاه اصلی و همکار تعیین شده است.
- استفاده بهینه از ظرفیت های موجود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان های تحت پوشش جهت پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در تعامل با سازمان امور اجتماعی کشور

اهداف اختصاصی برنامه در کشور:

- کاهش آسیب اجتماعی مبتنی بر سرفصل‌های خودکشی، الکل ـ طلاق، اعتیاد، مفاسد اخلاقی و حاشیه نشینی[1]
- استفاده از توان مداخله‌ای دانشگاه‌ها / دانشکده‌های سراسر کشور در ارائه پیشنهادهای کاربردی در سطح ملی و در جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی

[1] . از مجموعه آسیب های اجتماعی سرفصل‌های شامل کنترل و کاهش آسیب اجتماعی خودکشی، الکل و اعتیاد جز اولویت های مداخله در گروه سلامت روان دانشگاه خواهد بود.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه‌ها/ دانشکده‌ها:

- تعداد جلسات برگزارشده مرتبط با عناوین کنترل و کاهش خودکشی (افکار و اقدام)، پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی و کاهش آسیب اعتیاد
  - **شاخص مورد انتظار** : جلسات هر ۳ ماه یکبار منطبق با عناوین ابلاغی

- درصد تحقق مصوبات مرتبط با سرفصل‌های آسیب اجتماعی به تفکیک پیشگیری از خودکشی، الکل و اعتیاد
  - **شاخص‌های مورد انتظار** :
    - پیگیری ۱۰۰ درصد مصوبات پس از تصویب (مستندات مکاتبات پیگیری)
    - تحقق ۶۰درصد مصوبات پس از تصویب تا پایان سال (تعداد صورتجلسات منجر به نتیجه)

ایفای نقش ملی
دانشگاه/دانشکده در ارتقای
سلامت روان، اجتماعی و
اعتیاد

برنامه ایفای نقش ملی ارتقای سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

مقدمه

سلامت و بهداشت روانی ـ اجتماعی و اعتیاد، 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، تحول در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، نمی‌تواند فارغ از تحول ساختاری و محتوایی محقق گردد.

بی شک، اجرای برنامه‌های تحولی که پاسخگو و جبران‌کننده‌ی نیازهای گسترده‌ی کشور در این زمینه باشد، بدون مشارکت فعال دانشگاه‌های علوم پزشکی و صرفا با اکتفا به نیروی فنی ستاد، امکان پذیر نخواهد بود. علاوه بر این توان فنی و اجرایی متنوع و غنی دانشگاه‌ها، این فرصت را فراروی مدیریت ستادی قرار می‌دهد تا با طراحی یک تقسیم کار دانشگاهی، نسبت به نیازهای بیشتری در سطح کشور پاسخگو باشد.

هم اکنون بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی در موقعیت‌های مختلف به اقداماتی از قبیل طراحی پوستر، استند، بروشور، پمفلت، کتابچه های آموزشی و نیز محتوای مجازی برای ارتقای سواد سلامت روان می‌پردازند که غالبا از نظر استانداردهای علمی و گرافیکی در رده‌ی خوب و متوسط قابل دسته بندی هستند. در حالیکه در تقسیم کار ملی، هر یک از دانشگاه‌ها بر اساس بالاترین ظرفیت علمی و اجرایی خود، متولی یکی از برنامه‌ها خواهد بود و سایر دانشگاه‌ها با حفظ مالکیت معنوی دانشگاه متولی، به بازنشر آن محصولات اقدام می‌کنند. بنابراین بیشترین کیفیت در خروجی‌ها مورد انتظار خواهد بود.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- اجرای برنامه نظام نوین خدمات سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، 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 اجرای ـ فنی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- حفظ استقلال علمی ـ عملیاتی دانشکده‌های علوم پزشکی
- هم‌افزایی و تعامل دانشگاه‌ها/دانشکده‌های در مدیریت حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارتخانه

- میزان اعتبار سنجی[1] پیشرفت کمی و کیفی پروژه تقسیم کار ملی
  - **شاخص مورد انتظار:** گزارش ۱۰۰ درصد پروژه‌های منتخب در نظام نامه تقسیم کار ملی

[1] . اعتبار سنجی پروژه‌های دانشگاهی پس از ارزیابی فرایند اجرای پروژه و تایید کیفی محتوی منطبق با اهداف سیاستگذاری شده منجرب به تخصیص اعتبارات مرحله‌ای به دانشگاه‌ها / دانشکده‌های مجری خواهد شد.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشکده/ دانشگاه

- میزان مشارکت دانشگاه/دانشکده در ایفای نقش ملی
  - **شاخص مورد انتظار**: اعلام همکاری / پذیرش مسئولیت ۱۰۰ درصد دانشگاه‌ها / دانشکده‌های بر اساس مکاتبه تقسیم کار ملی دفتر

- درصد انطباق پیشرفت اجرای پروژه پذیرفته شده توسط دانشگاه/دانشکده (هر دانشگاه/دانشکده یک پروژه)
  - **شاخص مورد انتظار**: گزارش پیشرفت تکمیلی پروژه‌ی منتخب با جدول زمان‌بندی اعلام شده از طرف دانشگاه / دانشکده

بهداشت روان محیط و رسانه

برنامه بهداشت روان محیط در رسانه

مقدمه

«بهداشت روان محیط و رسانه» مقدمه‌ای برای محافظت اجتماعی از سلامت روانی-اجتماعی افراد در مقابل مولفه های خطر در سطح محیط زندگی و رسانه ای است. امروزه یکی از محیطهای موثری که سلامت روانی اجتماعی را دستخوش آسیب می کند رسانه[1] است. پژوهش های متعدد علمی در ادوار مختلف تاثیر بی بدیل تماشای رفتار همچون خودکشی، مصرف الکل، دخانیات و مواد مخدر را بر اساس اصل یادگیری مشاهده ای بر رفتار بروز داده شده در جامعه نشان داده است. طبق پژوهش های انجام گرفته تماشای مصرف الکل در رسانه ها بر نگرش و تصمیم گیری افراد تاثیر گذار است و از آنجایی که افراد خود را با افراد مشهور همانند سازی می‌کنند و این افراد را الگوی خود قرار می‌دهند، استفاده از مشروبات الکلی نزد آنان عادی سازی می‌شود (المور و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابر نظریه یادگیری اجتماعی، رفتار دیگران منابع اطلاعاتی هستند که افراد می توانند بر اساس آنها الگوی رفتار خود را تنظیم و شبیه سازی کنند. اخیرا مطالعاتی راجع به قرار گرفتن در معرض صحنه های سیگار کشیدن در رسانه و شروع سیگار کشیدن در جوانان صورت گرفته است؛ به گونه ای که پژوهش سونیا (دال سین و همکاران،۲۰۱۲) در دانشگاه میشیگان نشان داد که از آنجایی که جوانان سهم قابل توجهی از وقت خود را صرف رسانه می‌کنند، مشاهده صحنه های سیگار کشیدن در فیلم ها با نگرش ها و رفتارهای مربوط به شروع سیگار کشیدن در آنان همراه است.

همانند سازی با فرد متوفی یا همان اثر ورتر ممکن است زمانی اتفاق بیفتد که خودکشی های گزارش شده مربوط به افراد با موقعیت اجتماعی بالا باشد و مخاطبان نحوه مرگ خود را با افرد مشهور و هنرمند همانند سازی کنند و زندگی خود را مانند آنها به اتمام رسانند. براساس پژوهش های انجام شده زمانی که روش خودکشی افراد مشهور توسط رسانه گزارش شد باعث افزایش ۳۰ ٪ خودکشی در جمعیت عمومی با روش مشابه خودکشی با افراد مشهور یافت شد (پیرکیس و همکاران،۲۰۲۰).

لذا رسانه می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در ارتقا و یا کاهش سطح بهداشت و امنیت روان در محیط ایفا کند.

وجود ساختاری که بتواند آثار و تولیدات رسانه‌ای کشور را با اولویت سنجی تولیدات فیلم و سریال مورد ارزیابی اولیه قرار دهد امری ضروری بوده و این مهم در این مقطع زمانی به سبب نامشخص بودن ابعاد «جُرم فرهنگی» بیش از پیش اهمیت می‌یابد. از آنجا که «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» تنها متولی رسمی و قانونی امر «سلامت و بهداشت» در جامعه می‌باشد و می‌تواند ساختار قانونی مناسبی را به منظور «بهداشت روان محیط و رسانه» در حوزه تولیدات عرضه شده در «عرصه رسانه ای کشور» در نمودار سازمانی خود جای دهد. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد با تشکیل گروه «بهداشت روان محیط و رسانه» به عنوان مرجع تشخیص با هدف تامین بهداشت روان در محیط و رسانه این مهم را در حوزه تخصصی خود آغاز کرده است.

به منظور ساماندهی امور مرتبط با «بهداشت روانی محیط و رسانه» مبتنی بر «سیاست‌های کلی سلامت» و در راستای تحقق و پیگیری مفاد مصرح در ماده ۳ این ابلاغیه که دلالت بر «ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی» می‌نماید و با عنایت بر بند دوم از ماده نخست این ابلاغیه که دلالت بر «آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه» می‌نماید و همچنین در راستای «سیاست‌های کلی برنامه پنج‌ساله هفتم» ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری حفظه الله و مبتنی بر مفاد مندرج در بند ۱۸ از فصل سوم این ابلاغیه که دلالت بر «ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی به ویژه اعتیاد، حاشیه‌نشینی، طلاق و فساد بر اساس شاخص‌های معتبر و بهره‌گیری حداکثری از مشارکت مردم و با زمان‌بندی متناسب» می‌نماید و همچنین با

---

۱ . تولیدات نمایشی، تبلیغی، رسانه‌های سمعی بصری، تولیدات رسانه‌ای مکتوب، تولیدات تبلیغاتی، تولیدات آموزشی و سرگرمی، نرم افزارها و ابزارهای مرتبط با رایانه سپهر (فضای مجازی)، تبلیغات بصری و شهری

عنایت بر مفاد مندرج در بند ۱۹ از فصل چهارم این ابلاغیه که دلالت بر «برقراری حاکمیت ملی و صیانت از ارزش‌های ایرانی ـ اسلامی در فضای مجازی با تکمیل و توسعه شبکه ملی اطلاعات و تأمین محتوا و خدمات متناسب و ارتقاء قدرت سایبری در تراز قدرت‌های جهانی با تأکید بر مقاوم‌سازی و امنیت زیرساخت‌های حیاتی و کلان داده کشور» این گروه تازه تاسیس اقدامات بنیادین خود از جمله تدوین شیوه نامه اجرایی و نگارش استانداردهای علمی را مبتنی بر شواهد علمی و تجارب بین المللی و داخلی آغاز نموده است.

اهداف کلی برنامه در کشور

- تحلیل کیفیت محصولات فرهنگی، رسانه‌ای، کانون‌های اجتماعی، اماکن عمومی، محتوای رایانه سپهر (فضای مجازی) با هدف تامین سلامت روان محیط و رسانه
- تدوین استانداردهای بهداشت روان مطابق با قوانین بالادستی و تکالیف وزارت بهداشت در نهادینه شدن سبک زندگی ایرانی ـ اسلامی
- استفاده از ظرفیت مشارکت مردمی در حوزه های نظارتی از طریق آگاه سازی جامعه نسبت به حقوق و مسئولیت های فردی، خانوادگی و اجتماعی و استانداردهای بهداشت روان محیطی و رسانه ای

اهداف اختصاصی برنامه:

- پایش مستمر بهداشت روان محیط در عرصه‌های رسانه‌ای و بالاخص تولیدات فیلم و سریال و محتوای رایانه سپهر (فضای مجازی)
- طراحی و ثبت نشان «بهداشت روان» برای اعتبار بخشی به محصولات فرهنگی ـ رسانه‌ای استاندارد
- پیشنهاد لایحه قانونی مصادیق جرم انگاری فرهنگی و مجازات‌های بازدارنده منجمله اصلاحیه ماده ۶۸۸ قانون مجازات اسلامی و اصلاح تعریف مصادیق کالاهای آسیب رسان به سلامت عمومی[1] موضوع ماده ۴۸ قانون برنامه هفتم توسعه

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت:

- تشکیل دبیرخانه جشنواره «بهداشت روان جامعه و رسانه»
  - **شاخص مورد انتظار**: تدوین آئین نامه جشنواره و طراحی ساختار و شرح وظایف کمیته‌های اجرای، فنی و بین المللی
- طراحی و اجرای کارزار گروه هدف هنرمندان حوزه رسانه و هنر برای «نشان بهداشت روان»
  - **شاخص مورد انتظار** : تدوین دستورالعمل و تشکیل بانک اطلاعاتی و تولید محصول
- 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 دانشگاه‌های واقع در مرکز استان و **مطابق با استراتژی ۴ برنامه پیشگیری از رفتارهای خودکشی** می‌باشد و سایر دانشگاه‌ها / 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

۱ . مانند: نمایش استفاده از دخانیات در سریال های نمایش خانگی و...