جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

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

برنامه ها و شاخص های مورد انتظار
حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
برای سال ۱۴۰۱

مهمترین شاخص ها در هر برنامه:

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

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک خدمت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.**
- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۲٪**
- درصد موارد تشخیص[1] اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۵۰ ٪**
- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
  - **شاخص مورد انتظار:۹۰٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت**

برنامه آموزش مهارت های زندگی و مهار ت های فرزند پروری

- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

برنامه پیشگیری از خودکشی

- میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
  - نحوه احصاء: استخراج داده ها از سامانه معاونت بهداشت
- 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

برنامه خودمراقبتی در سلامت روان

- تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری ۱ جلسه حضوری در ماه (متوسط هر جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعت برای۱۰تا۱۵نفر) متوسط ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایا

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

- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که قبل از شروع به کار در حوزه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه اموزش دیده اند.
  - **شاخص مورد انتظار ۱۰۰ ٪**

- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت که در سال ۱۴۰۱ دوره بازآموزی حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه را گذرانده اند.
  - **شاخص مورد انتظار ۵۰ ٪**

- درصد پوشش خانواده های متوفیان ناشی از کووید-۱۹ که از خدمات مشاوره سوگ بهرمند شده اند.
  - **شاخص مورد انتظار ۷۰ ٪**

برنامه پیشگیری از همسر آزاری

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

برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک

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

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد

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

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

- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ 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 قرار گرفتند. (توسط کارشناس مراقب/ بهورز)
  - **شاخص مورد انتظار: ۶۰ درصد**
- درصدافراد 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**

برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من)

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

برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل دبیرخانه ملی

- درصد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که کارگروه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی را طبق شیوه نامه ابلاغ شده، تشکیل دهند[۲].
  - **شاخص مورد انتظار : ۱۰۰ ٪**
- درصد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که گزارش‌های پیشرفت فصلی در خصوص برنامه‌هایی که وزارت بهداشت براساس طرح تقسیم کار ملی (رفتارهای پرخطر خودکشی و سلامت روان، HIV ایدز و مسائل محیط های دانشگاهی) به عنوان دستگاه اصلی تعیین شده است را ارسال نمایند. (هر فصل یک گزارش از هر سه برنامه)
  - **شاخص مورد انتظار : ۱۰۰ ٪**

---

[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.

[۲]– ابلاغ کلیه اعضاء کار گروه منطبق بر شیوه نامه صادر شده و جلسات براساس زمانبندی قید شده در شیوه نامه، تشکیل شده است. در ضمن تا زمان ارزیابی برنامه باید کلیه صورتجلسات به دبیرخانه ستاد ارسال شده باشد.

اداره سلامت روان

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

برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی

از آنجاکه 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.

بر اساس وظایف تعریف شده در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و با توجه به اهمیت سلامت روان جامعه این دفتر در سال ۱۳۹۳ همگام با اهداف ۱۳ گانه معاونت بهداشت در طرح تحول نظام سلامت اقدام به بازبینی و طراحی مجدد برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی (ادغام سلامت روان) نموده است.

مدیریت بهداشت روان در ایران دوره‌های مختلفی طی کرده است، ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از اواسط دهه ۱۳٦۰ اجرا شده و مراحل دوره آزمایشی برنامه(۱۳٦۹– ۱۳٦۷)، دوره گسترش برنامه (۱۳۸۵–۱۳۷۰) و دوره ادغام در برنامه پزشک خانواده (۱۳۸٦ تا کنون) را پشت سر گذاشته است؛ اکنون بر اساس آخرین پیمایش ملی در سال ۱۳۹۹ ارزیابی شیوع اختلال روانپزشکی در ایران ۲۹/۷ درصد گزارش شده که این عدد در مقایسه با پیمایش‌های گذشته با ابزار سنجش مشابه (GHQ-28) ٦/٥ درصد نسبت به سال ۱۳۹۳ و حدود ۱۰ درصد نسبت به سال ۱۳۷۸ در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر افزایش یافته است. با توجه به اینکه مطالعه حاضر در سال شروع پاندمی کووید ۱۹ به سرانجام رسید آسیب شناسی‌های ناشی از موج پاندمی در جهان و به تبع آن ایران نشان می‌دهد تجربه ابتلا به کرونا در افراد، تاثیر مستقیمی بر شیوع و بروز اختلال‌های روانپزشکی خواهد گذاشت؛ نتایج پیمایش در مورد افراد مورد مطالعه‌ای که از ابتدای همه گیری کرونا (۱۲ ماه گذشته) به بیماری مبتلا شده اند نشان داد ٤۰ درصد این افراد مشکوک به اختلال روانپزشکی و این عدد در مورد افرادی که یکی از اعضای خانواده و بستگان نزدیک مبتلا به کرونا بوده‌اند ۳۵/۹ درصد گزارش شده. تحلیل نتایج نشان می‌دهد ابتلا به بیماری و یا مسئولیت مراقبت از اعضای خانواده به یک اندازه احتمال ابتلا به اختلال روانپزشکی در افراد را افزایش خواهد داد. برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی در اداره سلامت روان سعی دارد با ایجاد ساز و کار غربالگری و تشخیص به‌هنگام همچنین ارجاع به موقع در کنار پیگیری روند درمان، دسترسی به دریافت خدمات را تسهیل کند.

هم اکنون این برنامه با هدف شناسایی به موقع اختلالات شایع روانپزشکی و عصب‌شناسی با اولویت موارد با شیوع بالاتر اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوز/ دوقطبی، صرع، ناتوانی ذهنی و اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان ضمن بررسی سابقه ابتلا به بیماری و غربالگری تحت پوشش قرار می‌دهد و کارشناس سلامت‌روان (روانشناس) آموزش دیده ارائه آموزش‌های روانشناختی را به صورت حرفه‌ای بر عهده خواهد داشت. نکته قابل تاکید در برنامه‌های سال جاری همزمان با ویرایش آخرین نسخه مراقبت از مادران باردار اهمیت ارائه خدمات حوزه سلامت روان و افزایش دفعات غربالگری توسط بهورز و ماما مراقب و همچنین ارزیابی افسردگی پس از زایمان با ابزار ادینبرگ و الزام تکمیل شرح‌حال روانپزشکی در اولین مراقبت توسط پزشک است.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به هنگام و درمان اختلالات شایع روانپزشکی
- افزایش پوشش مراقبتی برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی (با تاکید بر گروه‌های آسیب پذیر مانند مادران باردار و افراد درگیر تبعات بیماری کووید ۱۹)

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در طی ٦ ماه اول خدمت دوره آموزشی استاندارد[۱] «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[۲] حضوری/ غیر حضوری «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
- صد در صد کارشناسان سلامت‌روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه طی ۳ ماه اول در دوره‌های آموزشی حضوری / غیرحضوری بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت‌روان در دوره‌های بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی 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) شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/ مراقب‌سلامت در بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد درصد افرادی که برای دریـافت مراقبت‌های دوره‌ای گـروه سنی (حداقل یک مراقبت) خود به مراکز/ پایگاه‌های سلامت مراجعه حضوری نموده‌اند؛ غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.
- دوازده درصد از افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند؛ غربال مثبت شناخته خواهند شد.
- پنجاه درصد از افراد غربال مثبت که توسط پزشک ویزیت شده‌اند؛ تشخیص هر یک از اختلالات شایع روانپزشکی را خواهند گرفت.
- نود درصد افراد که توسط پزشک تشخیص اختلال افسردگی و اضطراب دریافت می‌کنند؛ تحت پوشش خدمات آموزش روانشناختی توسط روانشناس دقرار خواهند گرفت.

---

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

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.

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۱

- تدوین و تولید محتوای آموزشی چند رسانه‌ای غربالگری سلامت روان بهورز، ماما/مراقب سلامت
- تدوین و تولید محتوای آموزشی چند رسانه‌ای بسته‌های خدمتی آموزش روانشناختی کارشناس سلامت روان

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۱

- 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 کارشناسان سلامت‌روان جدید الورود که طی ۳ ماه ابتدای جذب در دوره‌های آموزشی استاندارد بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی به صورت حضوری / غیرحضوری شرکت نموده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪**
- درصد کارشناسان ماما/مراقب سلامت و بهورز که در دوره‌های آموزشی حضوری / غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی شرکت نموده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار : ۱۰۰٪**
- درصد دریافت بازآموزی تیم سلامت (کارشناسان سلامت روان ـ بهورز، ماما/مراقب سلامت ـ پزشک[۱]) در دوره‌های آموزشی غیرحضوری[۲] محتوی برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی (غربالگری، شرح حال روانپزشکی / روانشناختی، محتوی مداخله و درمان) شرکت نموده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار : ۱۰۰٪**
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪ از افرادی که حداقل یک خدمت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.**
- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۲٪**
- درصد ویزیت موارد غربال مثبت افسردگی پس از زایمان توسط پزشک
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪ موارد مثبت ارجاع شده به پزشک**
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی[۳] توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۵۰ ٪**
- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک

---

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

[۲]. در ارائه دوره‌های بازآموزی در صورت وجود زیرساخت اولویت با ارائه خدمات آموزشی غیر حضوری است و در صورت عدم امکان، اجرای حضوری (با رعایت ملاحظات و پروتکل‌های همه‌گیری) بلامانع خواهد بود.

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

- شاخص مورد انتظار:۹۰٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۱

- درصد دریافت بازآموزی تیم سلامت (کارشناسان سلامت روان ـ بهورز، ماما/مراقب‌سلامت ـ پزشک) که سه سال یکبار در دوره‌های غیر حضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند.
  - شاخص مورد انتظار : ۱۰۰ ٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪ موارد مراجعه کننده به مراکز
- درصد تشخیص[1] اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
  - شاخص مورد انتظار: ۵۰ ٪
- 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 مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
  - شاخص مورد انتظار:۹۰٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۱

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪ موارد مراجعه کننده به مراکز
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
  - شاخص مورد انتظار: ۵۰ ٪
- 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 مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
  - شاخص مورد انتظار:۹۰٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان

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

برنامه آموزش مهارت های زندگی و

مهارت‌های فرزندپروری

برنامه آموزش مهارت های زندگی

مقدمه

مهارت های زندگی توانائی های برای سازگاری و رفتار مثبت هستند که فرد را قادر می سازند بطور موثری با نیازها و تغییرات زندگی روزانه مواجهه شوند (WHO زیر چاپ).

(فاتا و همکاران ۲۰۰۶)مهارت های زندگی را رویکردی مبتنی بر تغییر یا فرمول سازی رفتاری دانستند که به موجب آن تعادل بین دانش ، دیدگاه و مهارت در نظر گرفته می شود. حوزه مهارت های زندگی مجموعه ای از توانایی های ذهنی است که شرایط سازگار مثبتی را فراهم می کند و فرد را قادر می سازد مسئولیت های اجتماعی خود را بدون آسیب رساندن به خود بپذیرد (متین و احمدی ، ۱۳۹۸). در واقع ، هدف از آموزش مهارت های زندگی افزایش توانایی های ذهنی اجتماعی و در نهایت جلوگیری از رفتارهای مضر در سلامتی و ارتقا بهداشت روانی افراد است (مرادی ، باصری ، ۲۰۱۸)

از این برنامه به منظور کمک به مردم برای درک بهتر خود و داشتن روابط مناسب و موثر بین فردی ، کنترل عاطفی و مدیریت بهتر موقعیت های استرس زا و حل مشکلات مردم استفاده می گردد. (اسماعیلی نصب، ملک محمدی . ۲۰۱۱)

آموزش مهارت های زندگی می تواند سازگاری دانش آموزان را افزایش داده و تکنیک های موثری برای افزایش سرمایه روانشناختی ارائه دهد (زهرا ربانی.۲۰۱۹)

سرمایه روانشناسی بر وظایفی متمرکز است که منجر به رفاه مردم ، تربیت افراد مثبت ، تقویت جوامع و برابری اجتماعی می شود. روانشناسان مثبت نگر دید خوش بینانه و امیدوارکننده نسبت به ماهیت انسان دارند. زیرا آنها به توسعه قابلیت ها ، تکامل انسان و تقویت ظرفیت های انسانی اعتقاد دارند (Bitmis and Ergeneli.2015). بنابراین ، سرمایه روانشناختی یک عنصر ترکیبی و متشکل از چهار بخش شناختی یعنی خوش بینی ، تحمل ، امید و خودکارآمدی است (لی و چو ، ۲۰۱۶). خوش بینی نوعی سبک تفسیری است که وقایع مثبت را به دلایل ثابت ، شخصی و جامع مرتبط می کند و وقایع منفی را به دلایل بیرونی ، همزمانی و شرایط خاص نسبت می دهد (نیومن ، نیلسون ، اسمیت و هرست ، ۲۰۱۸).

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

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

- صددر صد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های زندگی دریافت نمایند .
- صددرصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت حضوری / غیر حضوری شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۱

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود، که در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪**
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪**
- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۱۵ نفر در ماه)**
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۱

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۱۵ نفر در ماه)**

تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.

- **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۱

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۱۵ نفر در ماه)**
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

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

مقدمه

سلامت روان کودک و نوجوان قسمت اصلی بهداشت عمومی است و هر کوششی در جهت بهبود سلامت روان کودک نیاز به ارزیابی مهارت های فرزندپروری و تعاملات خانوادگی دارد. آموزش والدین مثبت یک برنامه مداخله ای مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی است و هدف اصلی آن جلوگیری از مشکلات رفتاری ، عاطفی و رشد در کودکان با افزایش اطلاعات ، مهارت ها و اعتماد به نفس والدین است. می توان از آموزش مهارت های والدین به عنوان رویکردی مناسب برای بهبود سلامت روان مادران و بهبود روش های مربیگری آنها در مورد فرزندان استفاده کرد. بدین صورت که آموزش مهارت های فرزندپروری باعث تقویت پیوند والدینی، کم شدن استرس ادراک شده والدین و بالا رفتن کیفیت زندگی مادران می گردد. علاوه بر این ، این می تواند یک روش موثر در ارتقا رفتار خوب و کاهش رفتار بد برای کودکان باشد. (غریبی و شیدایی. ۲۰۱٦)

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

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد آموزش مهارتهای فرزندپروری از سوء رفتار با کودکان پیشگیری می نماید (chen,chan.2015).

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد آموزش و آگاهی والدین از نحوه برخورد صحیح با کودک ٤-٦خود و کسب آگاهی از موثرترین شیوه های فرزندپروری (روش مقتدرانه) و برخورد مناسب با کودک، نه تنها می تواند مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد؛ بلکه در اثر آرامش روان آنان فرصت بهتری برای رشد و یادگیری در اختیار آنان قرار خواهد گرفت (یارمحمدیان و قادری . ۱۳۹۰)

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صددرصد افراد غربال منفی واجد شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
- صد در صد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت نمایند .
- صددرصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت حضوری / غیر حضوری شرکت نمایند

- صددرصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۱

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت حضوری / غیر حضوری شرکت می نمایند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪**
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪**
- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۱۵ نفر در ماه)**
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۱

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۱۵ نفر در ماه)**
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۱

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۱۵ نفر در ماه)**

تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.

- **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

برنامه پیشگیری از خودکشی

مقدمه:

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

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲٤ سال در جهان است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد، اما خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، اما خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. بر اساس اعلام رسمی سازمان پزشکی قانونی کشور، ٦٢٤٤ (شش هزار و دویست و چهل و سه) نفر از مرگ های غیرطبیعی در سال ۱٤۰۰ متوفیات مشکوک به خودکشی گزارش شده اند. این معادل ۷,٤۳ فوت به ازای هر صد هزار نفر جمعیت ایران در همان سال می باشد. این میزان همچنان کمتر از عدد ۹,٤۸ فوت ناشی از خودکشی به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در جهان می باشد.

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

اهداف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

- صد در صد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری/غیرحضوری و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند (آموزش توسط روانپزشک/ حداقل ٤ ساعت)
- صد در صد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری/غیرحضوری و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.

- صد در صد کارشناسان مراقب سلامت حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری 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/ کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) حداقل یک بار توسط پزشک عمومی ویزیت شوند.
- افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده و ویزیت شده توسط پزشکان عمومی، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نمایند.
- افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت مربوطه ارجاع شده اند، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نمایند.
- اعضای درجه یک خانواده افراد فوت شده ناشی از خودکشی (بازماندگان خودکشی) که شناسایی شده اند، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی توسط کارشناسان سلامت روان را دریافت نمایند.

شاخص‌های برنامه در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده در سال ۱۴۰۱

- 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 (۱۴۰۱ 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 ۱۴۰۱، 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
- درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزش حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪ نیروهای جدید
- درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت که هر سال در دوره های بازآموزی حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای شاغل در سیستم
- تعداد کارگاه آموزشی مدیریت انعکاس اخبار خودکشی برگزار شده در یک سال برای مدیران رسانه های رسمی و فعال در منطقه تحت پوشش توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های واقع در مرکز استان (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند.)
  - شاخص مورد انتظار: حداقل یک کارگاه در سال
- تعداد جلسات برگزار شده کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان با موضوع پیشگیری از خودکشی توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی واقع در مراکز استان. (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند.)
  - شاخص مورد انتظار: حداقل دو جلسه در سال

شاخص‌های برنامه در مرکز بهداشت شهرستان در سال ۱۴۰۱

- 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 خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان که در یک سال در خصوص شناسایی بیماران دارای اختلال افسردگی و پیشگیری از خودکشی در جمعیت عمومی مورد بازآموزی قرار گرفته اند (توسط کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان/ حداقل ٤ ساعت):
  - شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم

شاخص‌های برنامه در مرکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۴۰۱

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان/ کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) که حداقل یک بار توسط پزشک ویزیت شده باشند.*
- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی ویزیت شده توسط پزشکان عمومی که حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.*
- درصد افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت ارجاع شده اند و حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.*
- درصد افراد فوت شده ناشی از خودکشی که اعضای درجه یک خانواده آنها هر یک حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی توسط کارشناسان سلامت روان را دریافت نمایند.*

*** توجه: با توجه به اینکه چهار شاخص آخر برنامه پیشگیری از خودکشی که با ستاره علامت گذاری شده اند، برای اولین بار در قالب برنامه عملیاتی گنجانده می شوند، لذا در سال جاری حد انتظار برای آنها در نظر گرفته نشده است. همکاران محترم تلاش نمایند داده های مربوط به شاخص های فوق را با دقت جمع آوری و ثبت نمایند تا امکان تعیین حد انتظار در سال های آینده فراهم شود.**

برنامه خود مراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد

مقدمه:

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

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

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

مطابق با برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۰ و گزارشات ارسالی دانشگاه های علوم پزشکی کشور ۹۴٪ روانشناس ، ۵۵٪ کارشناس آموزش سلامت، ۷۰٪ مربیان بهورزی، ۲۶٪ سفیران سلامت و ۷۰٪ مراقبین سلامت و بهورزان آموزش دیده اند (با توجه به شیوع بیماری کرونا دو گروه هدف مراقبین سلامت و بهورزان به صورت مجازی آموزش دیدند و آمار این دو گروه به صورت یکجا جمع آوری شده است.)

براساس جمعبندی گزارشات تا پایان سال ۱۴۰۰ شاخص آموزش سفیران سلامت به ازاء استاندارد روانشناس به صورت میانگین ۲۳٪ در کشور تحقق یافته است.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ارتقاء سواد سلامت روان

اهداف اختصاصی برنامه :

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

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۱

- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود که در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد شرکت نموده اند.
    - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪

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

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۱

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

شاخص های برنامه در سطح مرکز در سال ۱۴۰۱

تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت

- شاخص مورد انتظار: برگزاری ۱ جلسه حضوری در ماه (متوسط هر جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعت برای ۱۰ تا ۱۵نفر) متوسط ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث و بلایای غیر مترقبه

مقدمه

خدمات حمایت های روانی اجتماعی یکی از مهمترین و ضروری ترین خدمات حوزه سلامت است که براساس پروتکل کشوری حمایت های روانی اجتماعی طی مراحل مختلفی پس از حادثه به افراد آسیب دیده ارائه می شود.

این خدمات از روزهای اول پس از حادثه تا یک دوره شش ماهه الی یکساله در منطقه و سپس در مراکز خدمات جامع سلامت ادامه می یابد.

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

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

۱- **اثر یا ضربه**: این مرحله طی چند دقیقه اول پس از سانحه رخ می دهد. طی این دقایق افراد دچار رعب و وحشت می شوند، گاه نیز حالت هایی همچون بهت زدگی و درماندگی مشاهده می گردد. در این مرحله افراد قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. این حالت 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 می دهد. مردم سعی می کنند به کمک هم کاری انجام دهند و افراد احساس مسئولیت می کنند، به طور داوطلبانه در امداد رسانی شرکت 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 می کند. 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 می شوند. 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 می دهند، افسرده و مضطرب می گردند و احساس تنهایی شدیدی می کنند. ایجاد روحیه امید و اعتماد و دقت در توزیع عادلانه هر گونه امکانات در این مرحله از اهمیت بسیاری برخوردار است.

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 اجتماعی ناشی از حوادث غیر مترقبه

اهداف اختصاصی برنامه

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

شاخص های ستاد دانشگاه:

- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که قبل از شروع به کار در حوزه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه اموزش دیده اند.
  - شاخص مورد انتظار ۱۰۰ ٪
- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت که در سال ۱۴۰۱ دوره بازآموزی حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه را گذرانده اند.
  - شاخص مورد انتظار ۵۰ ٪
- درصد پوشش خانواده های متوفیان ناشی از کووید-۱۹ که از خدمات مشاوره سوگ بهرمند شده اند.
  - شاخص مورد انتظار ۷۰ ٪

اداره سلامت اجتماعی

برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک

مقدمه:

برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد بدرفتاری با کودک و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورها می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد.

گروه هدف این برنامه کلیه کودکان آزار دیده و شاهد خشونت خانگی و والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی می باشد.

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صددرصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیر حضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود به نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی(حضوری/غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صددرصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در مورد آنها انجام شود.

- صددرصد افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه مثبت شدند غربالگری تکمیلی در مورد آنها انجام شود.
- صد درصد موارد غیر فوری که در غربالگری تکمیلی مثبت شده اند در صورت رضایت والدین تحت پوشش مراقبت قرار گیرند.
- صددرصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط موجود قانونی برای حفظ جان کودک اقدام شود و کلیه اقدامات ثبت شود.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۱

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

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۱:

- میزان کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" شرکت نموده اند
  - **شاخص مورد انتظار ۱۰۰ ٪**
- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند
  - **شاخص مورد انتظار ۱۰۰ ٪**
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است
  - **شاخص مورد انتظار ۴۰٪**

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۱:

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

برنامه پیشگیری از همسرآزاری

مقدمه

این برنامه با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد همسرآزاری و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد.

گروه هدف این برنامه کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که حداقل یک بار ازدواج کرده اند و مرتکبین خشونت در صورت تمایل به شرکت در برنامه هستند.

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نمایند.
- صددرصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود به نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) "برنامه پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیرحضوری) برنامه پیشگیری از همسرآزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) برنامه پیشگیری از همسرآزاری شرکت نمایند.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری همسرآزاری در مورد آنها انجام شود.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه مثبت شدند غربالگری تکمیلی در مورد آنها انجام شود.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که در غربالگری تکمیلی مثبت شده اند در صورت رضایت شخصی تحت پوشش مراقبت قرار گیرند.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۱:

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

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۱:

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

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۱:

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

اداره پیشگیری و درمان مصرف مواد و کاهش آسیب اعتیاد

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 شهر های 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 ۸۰ درصد در سالهای شروع برنامه (۱۳۸۱) به ۳۳ درصد در سال ۹۹ رسیده است.

با ارتقاء برنامه های کاهش آسیب در بین مصرف کنندگان تزریقی، شیوع اچ آی وی در این گروه را که در حال حاضر زیر ۵ درصد می باشد، این در حالی است که در مطالعه ماقبل آخر در این گروه شیوع اچ آی وی ۱٤/۸ درصد هست که خود حاکی از برنامه های موفق در این حوزه می باشد ولی نکته قابل توجه افزایش برنامه های شناسایی ویروس اچ آی وی هست که مساله تقویت سیستم موجود را بیش از بیش می طلبد.

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

وضعیت موجود پوشش مراکز کاهش آسیب

ارائه خدمات کاهش آسیب شامل برنامه‌های تحویل و تعویض سرنگ و سوزن، مراقبت از زخم و ارائه خدمات بهداشتی اولیه به همراه مشاوره و آموزش توسط پرسنل بهداشتی، گروه همسالان (افراد مورد وثوق در میان اطرافیان و دوستان) و سایرداوطلبان می‌باشند. این خدمات در مراکز گذری ثابت کاهش آسیب(Drop-in centers)، مراکز سیار کاهش آسیب(Mobile Center) ، تیم سیار وابسته به مراکز کاهش آسیب و ضمیمه مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می‌گردد. مراکز گذری ثابت یا سیار، مراکزی با محیطی ایمن و دوستانه هستند که در آنها خدمات مرتبط با تزریق ایمن‌تر مواد و همچنین خدمات مرتبط با اصلاح دیگر رفتارهای پرخطر برای گروه‌های هدف ارائه میگردد.

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

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

برنامه سرنگ و سوزن (NSP)

درمان نگهدارنده با متادون (MMT)

تست اچ آی وی و مشاوره (HTC)

درمان عفونت های رترو ویروسی (ART)

پیشگیری و درمان عفونت های منتقله از راه جنسی

برنامه های سلامت جنسی برای افرادی که مواد را تزریق می کنند و برای شرکای جنسی آنها

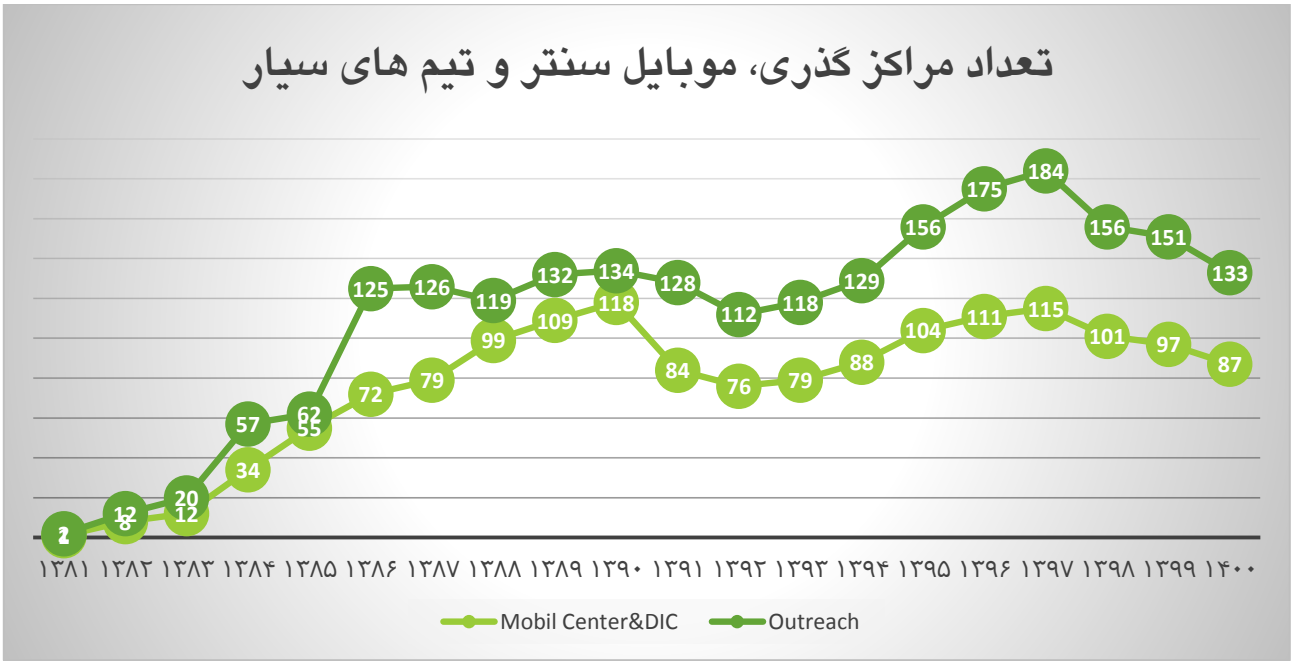
اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطات (I EC) برای کسانی که مواد را تزریق می کنند و شرکای جنسی آنها

۱. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت های ویروسی
۲. پیشگیری، تشخیص و درمان سل
۳. پیشگیری و درمان بیش مصرفی (Over Dose)

لازم به توضیح است که تمامی ۱۰ خدمت فوق الذکر در حال حاضر بعلت کمبود بودجه ها و منابع موجود انجام نمی شود ولی خدمت ۱،۲،۳،۶،۷ در این مراکز انجام و بقیه موارد به صورت غربالگری علامتی سل، بیماری های آمیزشی ارجاع به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری برای درمان اچ اِی وی انجام می پذیرد که در صورت تامین منابع میتوان بقیه خدمات را در این مراکز ادغام نمود.

براساس آخرین آمارهای ارائه خدمات کاهش آسیب مصرف مواد در سال ۱۴۰۰، ۲۰۲۰۶ نفر تزریقی در زیرساخت-های کاهش آسیب خدمات سرنگ و سوزن یا خدمات متادون دریافت می کنند که نشان از پوشش ۲۲ درصدی (بر

اساس تخمین ۹۰ هزار نفری جمعیت افرادی که مواد را به صورت تزریقی در سه ماه اخیر مصرف می‌کنند) می باشد.
از برنامه های سرنگ و سوزن در این گروه می باشیم و با عنایت به این که تنها ۲۸۰۲ نفر از این افـراد در واحدهای



پایش و ارزشیابی کاهش آسیب مصرف مواد

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

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

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۱

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/ غیر حضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۸۰٪**
- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪**
- درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۰۰ ٪**
- درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪**
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۰۰ ٪**
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یکبار در دوره‌های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۰۰ ٪**

- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته.
  - **شاخص مورد انتظار:۳۶۰ عدد و بالاتر**
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۲۰عدد و بالاتر**
- ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب درپورتال وزارتخانه تا دهم اولین ماه فصل بعد.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۰۰ ٪**
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در سامانه آیداتیس.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۰۰ ٪**
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با 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 ٪**
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ... .) به صورت مستمر دریافت می نماید. (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
  - **شاخص مورد انتظار: ۷۵ ٪**

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان سال ۱۴۰۱

- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال گذشته.
  - **شاخص مورد انتظار:۳۶۰عددوبالاتر**
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۲۰عدد و بالاتر**
- ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب درپورتال وزارتخانه تا دهم اولین ماه فصل بعد.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۰۰٪**
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در سامانه آیداتیس.
  - **شاخص مورد انتظار:۱۰۰٪**
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با 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 ٪**
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ... .) به صورت مستمر دریافت می‌نماید (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
  - **شاخص مورد انتظار: ۷۵٪**

شاخص های برنامه در سطح مرکز سال ۱۴۰۱

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین دریافت کنندگان خدمات مرکز کاهش آسیب (غیر از واحد ضمیمه ارائه دهنده داروی متادون آستانه پایین):
  - شاخص مورد انتظار: ۶۰ درصد و بالاتر[۱]
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته توسط پرسنل مرکز آموزش های تزریق کم خطر مواد، رفتار جنسی سالم، پیشگیری از Over dose، مخاطرات مصرف مواد محرک، پیشگیری، انتقال و شناسایی ویروس اچ آی وی را دریافت نموده‌اند.
  - شاخص مورد انتظار: ۹۰ ٪
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب دریکسال گذشته.
  - شاخص مورد انتظار: ۳۶۰ عدد و بالاتر
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته.
  - شاخص مورد انتظار: ۱۲۰عدد 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).
  - شاخص مورد انتظار: ۵۰ ٪
- درصد مراجعین به مرکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نماید (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
  - شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

---

[۱]. هر مرکز گذری کاهش آسیب باید حداقل در طی یکسال برای ۱۵۰ نفر غیر تکراری پرونده تشکیل داده (۶۰ درصد از افراد مذکورمی بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند) و امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید. هر مرکز سیار (موبایل سنتر) باید درطی یکسال حداقل برای ۲۰۰ نفر غیر تکراری (۶۰ درصد از افراد مذکورمی بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید. هر تیم سیار باید درطی یکسال حداقل برای ۶۰ نفر غیر تکراری (۶۰ درصد از افراد مذکورمی بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.

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

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.

با توجه به مستندات آماری پیشگفت، در سالهای اخیر با افزایش مصرف دخانیات در گروه های سنی نوجوان و جوان بطورکلی و جمعیت زنان بطور خاص مواجه هستیم که با توجه به اهمیت آن در تامین سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد جامعه، به عنوان عامل خطر جدی در گرایش به مصرف الکل و مواد، اولویت مداخلات پیشگیرانه در حوزه کنترل و درمان اختلال مصرف دخانیات در نظام بهداشتی کشور را برجسته می کند.

بر اساس مقایسه آخرین گزارش های آماری دانشگاه های علوم پزشکی کشور احصا شده از سامانه سیب، در بازه های زمانی ۱۳۹۹ و ۱٤۰۰ (منطبق با جدول آماری ذیل) روند دستیابی به شاخص ها مورد انتظار از پیشرفت نسبی اندکی برخوردار بوده است و آنچه اهداف و شاخص های برنامه عملیاتی سال ۱٤۰۰ ، بدلایلی چون شیوع بیماری کووید -۱۹ امکان تحقق مطلوبی نیافته است و تلاش بیشتری جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات از طریق ظرفیت سازی مناسب منابع

انسانی و فیزیکی، توانمند سازی تیم سلامت، افزایش سواد سلامت جامعه و ارتقای نظام پایش و ارزیابی خدمات مورد انتظار است.

بطور خاص در برنامه عملیاتی سال گذشته، تاکید بر شاخص های اختصاصی دخانیات در همین راستا صورت گرفته بود، اما بر اساس گزارش آماری ٦٠ دانشگاه علوم پزشکی برگرفته از نظام ثبت الکترونیک خدمات در سامانه سیب که در جدول صفحه ی بعد قابل مشاهده است، گذشته از ضعف های سامانه ی الکترونیک در استخراج داده های تفکیکی انواع مواد وشاخص های فرایندی و صرفنظر از مطلوبیت و رشد نسبی شاخص سطح پوشش غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد، در خصوص درصد شاخص شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه، پیشرفت چندانی نسبت به سال ۱۳۹۹ مشاهده نمی شود.

در این مورد ارزیابی کیفیت اجرای غربالگری اولیه مبتنی بر دستورالعمل و استفاده از تکنیک های بهینه سازی محیطی، بطور مثال افزایش حفظ حریم خصوصی مراجعین با توجه به نحوه ی چیدمان مبلمان اتاق کاری، تنظیم میزان نزدیکی و فاصله و جهت صندلی مورد استفاده مراجع با ارایه کننده خدمت و نیز تمهیدات دیگری چون عدم پذیرش همراهان مراجع در زمان غربالگری ضروری می باشد.

از سوی دیگر توانمندی حرفه ای کارشناسان مراقب سلامت/ماما/ بهورز با استفاده از آموزش آن ها در خصوص توجیه دقیق اهمیت این مراقبت و نقش ارزشمند غربالگری در شناسایی زودرس بیماران و آموزش های پیشگیرانه (مندرج در لینک های مربوطه در سامانه ها) و ارتقای مهارتهای کارشناس مراقب سلامت / ماما/ بهورز در برقراری ارتباط موثر، جلب اعتماد و مشارکت مراجع، شناسایی نیازهای اولویت دار مراجع در حوزه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و در نهایت استفاده از بالاترین عنصر انگیزشی مراجع برای هدایت و افزایش مشارکت او در دریافت خدمات تکمیلی از کارشناس سلامت روان، نکات کلیدی و مهمی در توانمندسازی کارشناسان مراقب سلامت/ماما/ بهورز و حتی پزشکان نظام سلامت در ارجاع موارد مشکوک به مصرف به کارشناس مراقب یا روانشناس مرکز است.

در شاخص های نشانگر عملکرد روانشناس، درصد موارد شناسایی خطر متوسط و بالا ی مصرف دخانیات و انواع مواد در سال ١٤٠٠ و نیز مقایسه آن با گزارش های آماری سال ۱۳۹۹ (مطابق جدول آماری صفحه بعد) روند مطلوبی مشاهده نمی شود، حال آنکه انتظار می رفت، شناسایی مصرف کنندگان دخانیات با توجه به استیگمای کمتر آن و شاخص های اختصاصی تعریف شده روند افزایشی بهتری داشته باشد.

اما در خصوص شاخص های عملکرد کارشناس سلامت روان در ارایه مداخلات روانشناختی مختصر و شناختی رفتاری کوتاه (BI- CBI)، اگرچه پیشرفت نسبی مطلوبی در حوزه دخانیات دیده می شود، اما در جلسات مداخلات روانشناختی (BI- CBI)، ریزش و کاهش آماری بسیار چشمگیری دیده می شود. البته نوسانات انگیزشی خدمت گیرندگان و بیماران در این خصوص تا حدی قابل توجیه است، اما مطالعات علمی و نیز نتایج مطالعه کیفی مقبولیت اجتماعی خدمات اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در نظام بهداشتی (۱۳۹۹) بطور اختصاصی نشان می دهد، ارتقای کیفیت ارایه خدمات روانشناختی و نگرش کل گرایانه به مسایل بیمار اعم از اختلالات روان و اجتماعی و نهایتا توانمندی حرفه ای کارشناس سلامت روان در شناسایی و مدیریت نیازهای بیماران و نیز تعهد به اجرای دستورالعمل پیگیری (مندرج در دستورالعمل فلوچارت خدمات، راهنمای در سامانه سیب و نیز کتابچه های راهنمای خدمات این حوزه) می تواند نقش بسیارموثری در حفظ انگیزش بیماران و ارتقای شاخص های ماندگاری در درمان ایفا کند.

گزارش آماری ۶۰ دانشگاه علوم پزشکی کشور – منبع: سامانه سیب		
	۱۳۹۹	۱۴۰۰
جمعیتی که حداقل یکی از خدمت های گروه سنی خود را توسط غیرپزشک را دریافت کرده اند	۱۵،۲۴۳،۸۰۰	۱۳،۸۰۰،۹۰۵
تعداد افراد ارزیابی شده در غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل	۱۰،۷۲۶،۵۹۴	۱۰،۵۳۳،۵۰۲
تعداد افراد با غربال مثبت در غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل	۴۹۸۶۵۶	۵۴۶۳۳۶
تعداد کل موارد تحت پوشش غربالگری تکمیلی مصرف دخانیات، مواد و الکل	۲۵۶۴۰۰	۱۸۸۷۹۵
تعداد موارد شناسایی شده با خطر متوسط مصرف دخانیات، مواد و الکل	۴۹۶۶۲	۶۷۶۱۹
تعداد موارد شناسایی شده با خطر بالای مصرف دخانیات، مواد و الکل	۵۶۶۵	۷۷۰۳
تعداد افراد شناسایی شده با خطر متوسط مصرف دخانیات	۴۵،۱۶۱	۳۷۶۶۶
تعداد افراد شناسایی شده با خطر بالا مصرف دخانیات	۲۰۲۲	۱۴۹۰
تعداد افراد شناسایی شده با خطر متوسط مصرف مواد	۹۰۰۰	۱۱۷۷۵
تعداد افراد شناسایی شده با خطر بالا مصرف مواد	۴۱۳۵	۳۳۷۲
تعداد افراد شناسایی شده با خطر متوسط مصرف الکل	۲۳۴۰	۳۱۱۲
تعداد افراد شناسایی شده با خطر بالا مصرف الکل	۷۴۸	۳۹۸

نتیجه گیری: بر این اساس انتظار می رود با هدف ارتقای کمی و کیفی خدمات سال ۱۴۰۱، همکاران محترم از اولین گام های ارایه خدمات غربالگری اولیه کارشناس مراقب سلامت/ ماما/ بهورز و غربالگری تکمیلی و مداخلات روانشناختی، تا نقش فرصت طلبانه پزشک و نیز اقدام تشخیصی و درمانی پزشک و پیگیری های کارشناس مراقب در فرایند درمان توجه و تعهد لازم داشته باشند. در این میان، لازم است به پایش و نظارت مستمر و اثربخش در شناسایی به هنگام نقاط قوت، فرصت ها، محدودیت ها و ضعف های موجود در فرایند اجرایی برنامه توجه ویژه ای شود و با حمایت طلبی قوی از سطوح بالا و همتراز در مدیریت دانشگاهی و ستاد وزارتی به رفع چالشهای موجود اهتمام جدی صورت گیرد.

در نهایت، بدیهی است گزارش های آماری مبتنی بر اهداف و شاخص های برنامه، نشانگر میزان مطلوبیت عملکرد مشترک مدیریت ستادی و شهرستانی برنامه با تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت/ ماما/ بهورز، پزشک و کارشناس سلامت روان) می باشد. از آنجا که مدیران محترم گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، کارشناس مسئول سلامت روان در حوزه ی ستادی شهرستان و نهایتا کارشناس سلامت روان 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. در این خصوص ارایه راهکارهای موثری چون تقویت همکاری های تیمی، برنامه های آموزشی و توانمندسازی تیم سلامت و بکارگیری نظام انگیزشی مناسب می تواند، در کانون توجه قرار گیرد. بر این اساس در گزارش های شش ماهه برنامه در سامانه برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۱، ارایه گزارش مدونی از مکاتبات اداری و مستندات مربوط به روند پایش و نظارت کیفی خدمات در بازه های زمانی تعریف شده مورد انتظار است.

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:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره آموزشی بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری« برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» گذرانده باشند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، هر سه سال یکبار دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره آموزش بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره ی استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» هر سه سال یکبار شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره آموزش بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل هر سه سال یکبار در دوره ی استاندارد آموزشی/ بازآموزی حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- صددرصد 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].
- شصت درصد موارد غربال مثبت غربال اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گیرند.
- پنجاه درصد افراد مصرف کننده دخانیات،الکل و یا موادِ واجد شرایط[۲]، دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی دریافت نمایند.
- سی درصد از افراد دارای سطح خطر بالای مصرف دخانیات، چهار جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه را دریافت نمایند.
- صد درصد موارد نیازمند[۳] آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل تحت پوشش قرار گیرند.
- ده درصد تشخیص اختلال مصرف دخانیات از کل مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها توسط پزشک تکمیل شده است.

---

۲. افراد واجد شرایط دریافت ۲ 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.

۳. 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.

شاخص‌های برنامه در سطح ستاد دانشگاه/ شهرستان/ مرکز

- درصد پزشکان عمومی 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 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: ۱۰۰٪ 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 قرار گرفتند. (توسط کارشناس مراقب/ بهورز)
  - **شاخص مورد انتظار: ۶۰ درصد**

درصدافراد 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 سطح خطر بالای مصرف دخانیات که چهار جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه را دریافت نموده اند.(توسط کارشناس سلامت روان)

- **شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد**

- درصد موارد نیازمند[2] 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**

- 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**

شاخص‌های برنامه در سطح شهرستان/ مرکز

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان جدیدالورود 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 ۱۰۰درصد**

- 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 سنی۱۵ تا ۵۹ ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.**

---

[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.

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

- درصد 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**
- درصدافراد 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 سطح خطر بالای مصرف دخانیات که چهار جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه را دریافت نموده اند.(توسط کارشناس سلامت روان)
    - **شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد**
- درصد موارد نیازمند[2] 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**
- 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**

---

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.
2. 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 آموزش مهارت‌های فرزندپروری ۱۷-۱۲سال

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 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.

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

برخی والدین در دوره نوجوانی تاثیر دوستان را مهمتر از نقش پدر و مادر در نظر می‌گیرند، بدون این که بخواهیم نقش مهم همسالان را کتمان کنیم، باید بگوییم که اکثر پژوهش‌های دنیا نشان می‌دهند که والدین در دوره نوجوانی هم قوی‌ترین الگوی فرزندان خود هستند و بیشترین نفوذ را بر آنها دارند. حتی پدر و مادر در صورت داشتن مهارت های فرزندپروری می‌توانند در تقویت تاثیر مثبت دوستان و جلوگیری از تاثیر منفی احتمالی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشند. این حقیقت مسئولیت پدر و مادر را در ایجاد شرایط مناسب و سالم برای فرزندانتان افزایش می‌دهد. به همین دلایل است که اکثر برنامه‌هایِ جدید پیشگیری دنیا مبتنی بر خانواده و والدین است، در واقع والدین می‌توانند به شیوه‌های متعددی به رشد مثبتِ نوجوان کمک کنند و آنها را از سوء مصرف مواد باز دارند.

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صددرصد والدین گروه سنی ۱۷-۱۲ سال واجد شرایط دریافت آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من)، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
- صددرصد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من) دریافت نمایند .(با در نظر گرفتن شرایط پاندمی کرونا)
- صددرصد کارشناسان سلامت روان در بدو خدمت دردوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.
- صددرصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۱

- درصد کارشناسان سلامت روان بدو خدمت که در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪**
- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ ٪**
- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف.
  - **شاخص مورد انتظار: آموزش مهارت فرزندپروری(نوجوان سالم) حداقل ۲۰ نفر به صورت انفرادی، در ماه**
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف ؛
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۳ کارگاه در ماه (۲۵ نفر در ماه) درصورت زرد و آبی بودن از نظر کووید-۱۹ با رعایت پروتکل‌های بهداشتی بر اساس مصوبه ۵۲ جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۲۰**

در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.

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

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۱

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۲۰ نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه**
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف ؛
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۳ کارگاه در ماه (۲۵ نفر در ماه)درصورت آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل‌های بهداشتی**

در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.

- مجموع تعداد افراددر گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۵۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۱

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف.
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۲۰ نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه**
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف ؛
  - **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۳ کارگاه در ماه (۲۵ نفر در ماه)درصورت زرد و آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل‌های بهداشتی بر اساس مصوبه ۵۲ جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۲۰**

در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.

- مجموع تعداد افراددر گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛
  - **شاخص مورد انتظار: ۵۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل دبیرخانه ملی

برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی

مقدمه :

امروزه تمام کشورهای دنیا، سلامتی را به‌عنوان کانون تمام برنامه‌های توسعه اجتماعی موردتوجه قرار می‌دهند. ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، تحت تأثیر مثبت یا منفی تعیین کننده‌های مختلفی هستند که سهم اثر عوامل محیطی، شامل محیط فیزیکی و اجتماعی و اقتصادی در آن‌ها، حدود ۵۰ درصد است. به‌هرحال، ازآنجایی‌که 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، لذا ضرورت توجه و پرداختن به این موضوع برای شناخت عوامل، پیامدها و راه‌های پیشگیری از آن پررنگ می‌شود، پس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی نظام سلامت وظیفه دارد با رصد دائم تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی، سلامت را مطالبه کند.

از سوی دیگر تنوع و گستردگی آسیب‌های اجتماعی، هرگونه اقدام به‌منظور پیشگیری آن‌ها را در جهت بهبود سلامت جامعه، منوط به اولویت‌بندی آن‌ها می‌کند. علاوه بر آن، برخی افراد یا گروه‌های اجتماعی بیش از سایر گروه‌ها و افراد در معرض پیامدها و آثار سوء آسیب‌های اجتماعی بوده و می‌بایست این جمعیت‌های در معرض آسیب‌های اجتماعی در اولویت پوشش خود قرار گیرند. بنابراین، تعیین اولویت در ارائه راه حل آسیب‌های اجتماعی باید مدنظر قرار گیرد. آسیب‌های اجتماعی اگرچه همگی ساختاری هستند و نشات گرفته از نظام اجتماعی ناکارآمد به شمار می‌آیند، اما بر روند بروز، تقویت و تضعیف یکدیگر نیز تأثیر دارند. 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. ازاین‌رو باید تلاش کرد تا آسیب‌های اجتماعی در چارچوب نظام مندی به‌عنوان یک مشکل چندبعدی و پیچیده پروبلماتیک[1] موردتوجه قرار گیرند.

[1] Problematic

اهداف کلی برنامه در کشور:

- دست‌یابی به اهداف برنامه های کشوری کاهش آسیب‌های اجتماعی- منطبق بر طرح تقسیم کار ملی- مواردی‌که وزارت بهداشت به عنوان دستگاه اصلی تعیین شده است.

اهداف اختصاصی برنامه در کشور:

- صد در صد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، کارگروه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی را طبق شیوه نامه ابلاغ شده، تشکیل دهند[1].
- صددرصد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که گزارش‌های پیشرفت فصلی در خصوص برنامه‌هایی که وزارت بهداشت براساس طرح تقسیم کار ملی (رفتارهای پرخطر خودکشی و سلامت روان، HIV ایدز و مسائل محیط های دانشگاهی) به عنوان دستگاه اصلی تعیین شده است را ارسال نمایند. (هر فصل یک گزارش از هر سه برنامه)
- **شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه ها/ دانشکده ها در سال ۱۴۰۱:**
- درصد دانشگاه های علوم پزشکی کشور که کارگروه های پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی را تشکیل داده اند (براساس شیوه نامه ابلاغی)
    - **شاخص مورد انتظار : ۱۰۰ ٪**
- درصد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که گزارش‌های پیشرفت فصلی در خصوص برنامه‌هایی که وزارت بهداشت براساس طرح تقسیم کار ملی (رفتارهای پرخطر خودکشی و سلامت روان، HIV ایدز و مسائل محیط های دانشگاهی) به عنوان دستگاه اصلی تعیین شده است، ارسال کرده اند.
    - **شاخص مورد انتظار : ۱۰۰ ٪**

[1]- ابلاغ کلیه اعضاء کار گروه منطبق بر شیوه نامه صادر شده و جلسات براساس زمانبندی قید شده در شیوه نامه، تشکیل شده است. در ضمن تا زمان ارزیابی برنامه باید کلیه صورتجلسات به دبیرخانه ستاد ارسال شده باشد.