



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

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

اسفند 1396

مهمترین شاخص ها در هر برنامه:

برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت. شاخص مورد انتظار: 100٪
- درصد موارد مثبت در افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند. شاخص مورد انتظار: 17٪
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند. شاخص

مورد انتظار: 40٪

- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می‌باشند. شاخص

مورد انتظار: 70٪

برنامه آموزش مهارت های زندگی و مهارت های فرزند پروری

- پوشش آموزش مهارت های زندگی در دانشگاه؛ 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان
- پوشش آموزش مهارت های فرزندپروری (12 - 2 سال) در دانشگاه؛ 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت

روان

برنامه پیشگیری از خودکشی

- درصد موارد اقدام به خودکشی که از مراکز بهداشتی و درمانی به کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت معرفی شده اند و در طول سال گذشته پیگیری فعال* شده اند. شاخص مورد انتظار: 50 درصد موارد باید دارای پرونده

پیگیری فعال باشند

- ثبت فصلی موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در منطقه تحت پوشش دانشگاه تا پایان اولین ماه

فصل بعد؛ شاخص مورد انتظار: 100 درصد

برنامه خودمراقبتی در سلامت روان

- درصد سفیران سلامت تحت پوشش خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت که محتوی

آموزشی را در یک جلسه توجیهی دریافت کرده اند. شاخص مورد انتظار: 35٪

- درصد سفیران سلامت تحت پوشش خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت که حداقل در یک جلسه حضوری پرسش و پاسخ خودمراقبتی سلامت روان شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: 25٪

برنامه حمایت های روان - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا

- درصد مناطق آسیب دیده که پس وقوع حادثه براساس پروتوکل کشوری از خدمات و حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه بهره مند شده اند. شاخص مورد انتظار: 100٪

برنامه پیشگیری از همسر آزاری

- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار 50٪)
- درصد افراد متأثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار 50)

برنامه پیشگیری از کودک آزاری

- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار 100٪)
- درصد افراد متأثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد:

- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیزست آستانه پایین که حداقل به مدت 180 روز به طور مستمر دریافت دارو داشته اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). شاخص مورد انتظار: 50٪

○ در حال حاضر 30 درصد خدمات مستمر دریافت می کنند که باید به 50 درصد برسد.

- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: 60٪

○ **در حال حاضر خدمات مستمر حداقل برای 45 درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می‌گردد.**

برنامه ادغام خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب مصرف مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی 15 تا 59 سال، که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 100 درصد

- درصد موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط و بالای اختلالات مصرف مواد و الکل که تحت پوشش 2 جلسه مداخله روانشناختی کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 50 درصد

- درصد گروه هدف تحت پوشش حداقل 2 جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار:

40 درصد

برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من)

- پوشش آموزش مهارت های فرزندپروری (17 - 12 سال نوجوان سالم) در دانشگاه؛ 1200 نفر در سال به ازاء هر

کارشناس سلامت روان

اداره سلامت روان



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع
روانپزشکی



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی

از آنجا که مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با عنایت به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز 1404، ابلاغ مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلی سلامت، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، امور اداری اصل 44 قانون اساسی و ... به عنوان اولویت برنامه‌های وزارت بهداشت از سال 1392 در دستور کار معاونت بهداشت قرار گرفت است.

بر اساس وظایف تعریف شده در دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد و با توجه به اهمیت سلامت روان جامعه این دفتر در سال 1393 همگام با اهداف 13 گانه معاونت بهداشت در طرح تحول نظام سلامت اقدام به بازبینی و طراحی مجدد برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی (ادغام سلامت روان) نموده است.

طبق آمارهای جهانی اختلالات روانپزشکی و عصبی 28 درصد از سال‌های عمر که به نوعی با ناتوانی طی می‌شود را به خود اختصاص می‌دهد. به عنوان مثال اختلال افسردگی یک قطبی به تنهایی مسئول بیش از یکسال از هر ده سال عمری است که در جهان با ناتوانی طی می‌شود.

مدیریت بهداشت روان در ایراندوره‌های مختلفی طی کرده است، ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از اواسط دهه 1360 اجرا شده و مراحل دوره آزمایشی برنامه (1369-1367)، دوره گسترش برنامه (1385-1370) و دوره ادغام در برنامه پزشک خانواده (1386 تا کنون) را پشت سر گذاشته است؛ اکنون بر اساس آخرین پیمایش ملی در سال 1390 و طی اعلام گزارش از سالهای 89 تا 90 در ایران 23/6 درصد از افراد 15 تا 64 ساله ساکن کشور دچار یک اختلال روانپزشکی در 12 ماه قبل از بررسی هستند که بیشتر در گروه های زنان، ساکنین مناطق شهری، افراد بیکار، افراد با تحصیلات کمتر و افراد دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین را شامل می‌شدند. همین نیاز مبرم برای پیشگیری و مراقبت؛ که از سالهای عمر تعدیل شده با ناتوانی جلوگیری خواهد کرد نیاز به برنامه ریزی منسجم در مدیریت اختلالات روانپزشکی با رویکرد پیشگیری و آموزش‌های خود مراقبتی را ایجاب می‌کند. برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی در اداره سلامت روان سعی داشته با ایجاد ساز و کار غربالگری و تشخیص به‌هنگام همچنین ارجاع به موقع در کنار پیگیری روند درمان، دسترسی به دریافت خدمات را تسهیل کند.

هم اکنون این برنامه با هدف شناسایی به موقع اختلالات شایع روانپزشکی و عصب‌شناسی با اولویت موارد با شیوع بالاتر اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوز/دوقطبی، صرع، عقب ماندگی ذهنی و اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان ضمن غربالگری تحت پوشش قرار می‌دهد.

نکته قابل تاکید در این برنامه ورود کارشناس سلامت روان (روانشناس) به اعضای تیم سلامت است که ارائه آموزش های روانشناختی را به صورت حرفه‌ای بر عهده خواهد داشت.

اهداف کلی برنامه در کشور:

افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به هنگام و درمان اختلالات شایع روانپزشکی

افزایش پوشش مراقبت برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی

اهداف اختصاصی برنامه:

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

- صد درصد افرادی که پرونده فعال الکترونیک سلامت ۱ دارند غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.
- هفده درصد (بطور متوسط) شناسایی موارد غربال مثبت سلامت روان بر اساس ابزار استاندارد در جمعیت غربالگری شده
- تشخیص چهل درصد (بطور متوسط) اختلال روانپزشکی توسط پزشک در جمعیت غربال مثبت سلامت روان
- مراقبت هفتاد درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک توسط کارشناس سلامت روان
- هشتاد درصد بیماران شناسائی شده مبتلا به اختلال روانپزشکی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه پوشش مراقبتی دریافت کنند.
- پنجاه درصد افرادی که طی 12 ماه قبل از ارزیابی، مبتلا به اختلال روانپزشکی بوده‌اند؛ از خدمات درمانی - بخش خصوصی و دولتی - بهره‌مند شوند. (براساس نتایج پیمایش ملی)

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1397

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 90٪
- درصد کارشناسان سلامت‌روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در دوره‌های آموزشی بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: 100٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت که سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: 90٪
- درصد بهورزانی که سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: 90٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت‌روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت. شاخص مورد انتظار: 100٪
- درصد موارد مثبت در افرادی که غربالگری اولیه سلامت‌روان شده‌اند. شاخص مورد انتظار: 17٪

¹. منظور از پرونده فعال الکترونیک پرونده فردی است که ارزیابی اولیه گروه سنی برای او انجام شده باشد.

- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.

شاخص مورد انتظار: 40%

- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می‌باشند.

شاخص مورد انتظار: 70%

- درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی که در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات

مراقبتی دریافت می‌کنند. شاخص مورد انتظار: 80% افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی که تحت پوشش هستند.

- پنجاه درصد افرادی که طی 12 ماه قبل از ارزیابی، مبتلا به اختلال روانپزشکی بوده‌اند؛ از خدمات درمانی - بخش

خصوصی و دولتی - بهره‌مند شوند. شاخص مورد انتظار: 50% (براساس نتایج پیمایش ملی در صورت عملیاتی

شدن و اجرا در سال 1397)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1397

- درصد کارشناسان مراقب سلامت که سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/ بازآموزی برنامه تشخیص و درمان

اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: 90%.

- درصد بهورزانی که سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/ بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع

روانپزشکی شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: 90%.

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت. شاخص مورد انتظار: 100%

- درصد موارد مثبت در افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند. شاخص مورد انتظار: 17%.

- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.

شاخص مورد انتظار: 40%

- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می‌باشند.

شاخص مورد انتظار: 70%

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1397

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت. شاخص مورد انتظار: 100٪
- درصد موارد مثبت در افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند. شاخص مورد انتظار: 17٪
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.

شاخص مورد انتظار: 40٪

- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می‌باشند.

شاخص مورد انتظار: 70٪



برنامه آموزش مهارت های زندگی
و
مهارت های فرزندپروری



مهارت های زندگی توانائی های برای سازگاری و رفتار مثبت هستند که فرد را قادر می سازند بطور موثری با نیازها و تغییرات زندگی روزانه مواجهه شوند (WHO زیر چاپ). بخصوص مهارت های زندگی گروهی از توانائی ها و مهارت های بین فردی هستند که به افراد کمک می کند بتوانند تصمیماتشان را شکل دهند. مشکلات را حل کنند، بطور نقادانه و خلاقانه فکر کنند، ارتباط موثر داشته باشند، ارتباط سالمی بسازند، عدم تاکید بر دیگران مقابله مناسب و مدیریت زندگی بطور سازنده و سالم. (WHO/HQ, world Bank and pcd2003). هرچند در طی دوران تحصیلی نوجوانان چیزهای زیادی یاد می گیرند و در طی آن نیازها و مشکلات متعدد مواجهه می شوند که درچارچوب برنامه آموزشی درسی می باشد. ولیکن آموزش مهارت های زندگی می تواند یک جزء اصلی ارتقاء سلامت محسوب گردد. مهارت های زندگی با رویکرد قراردادی آموزش سلامت و دیگر مداخلات اجتماعی در مدارس متفاوت است. برنامه های آموزشی کلاسیک یک فرآیند یادگیری متمرکز به دانش آموز و تعیین مهارت جدید در محیط حمایتی کلاس می باشد. این رویکرد برنامه های آموزشی را تقویت می کند. یادگیری مهارتها ممکن است بعنوان یک پکیج کاری جهت ارتقاء سلامتی و یادگیری در مدرسه یا ممکن است بعنوان راهی برای ترکیب آنها و یا تقویت آنها بکار گرفته شود (CBS Publication2005). یادگیری مهارتها در یک زمینه وسیعی می تواند آموزش داده شود مثلاً یادگیری تصمیم گیری مرتبط با جاده سلامتی، دوست یابی، تکالیف مدرسه، سیگار، رفتار مربوط به ایدز و غیره. یادگیری مهارتها با این روش یک مهارت تقویتی مثبت مداومی می تواند باشد که هر درسی که یاد گرفته می شود اساس یادگیری درس بعدی خواهد بود. بدین ترتیب یادگیری مهارتها در تمام دوران بصورت مارپیچی ادامه می یابد.

تحقیق نشان داده است که آموزش مهارت های مبتنی بر سلامت سبک زندگی را ارتقاء می دهد و رفتارهای ریسکی را کاهش می دهد. یک متاآنالیز از 207 برنامه پیشگیری مدرسه ای مبتنی بر مواد منجر به پیشگیری 9 دسته از مشکلات گردیده است (جک، تی جونز 2002).

اهداف کلی برنامه در کشور:

- پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری

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 .
- 80 % گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های زندگی دریافت نمایند .
- صددرصد کارشناسان سلامت روان سالانه در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1397

- درصد ارجاع موارد غربال منفی از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت زندگی در گروه هدف شاخص مورد انتظار: 100%
- درصد کارشناسان سلامت روان که سالانه در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت شرکت می نمایند. شاخص مورد انتظار: 100%
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند. شاخص مورد انتظار: 100%
- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت زندگی در گروه های هدف داخل مرکز (از مسیر ارجاع) . شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت زندگی در گروه های هدف خارج از مرکز (خارج از مسیر ارجاع) . شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1397

- درصد ارجاع موارد غربال منفی از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت زندگی در گروه هدف شاخص مورد انتظار: 100٪

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت زندگی در گروه هدف داخل مرکز (از مسیر ارجاع) . شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت زندگی در گروه هدف خارج از مرکز (خارج از مسیر ارجاع) . شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1397

- درصد ارجاع موارد غربال منفی از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت زندگی در گروه هدف شاخص مورد انتظار: 100٪

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت زندگی داخل مرکز (از مسیر ارجاع) . شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت زندگی در گروه هدف خارج از مرکز (خارج از مسیر ارجاع) . شاخص مورد

انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار:

1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

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

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

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد سبک تربیتی والدین یک عامل مهم پیش بینی کننده سوء رفتار با کودکان و همچنین عامل اساسی در انتقال و تداوم کودک آزاری از نسلی به نسل دیگر است. (Ateah 2005, Dixon 2005, Slack 2004)

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد که آموزش مهارتهای فرزندپروری موجب بهبود رفتار والدین، کاهش سوء رفتار با کودکان(کودک آزاری)، تغییرات مثبت در درک والدین از رفتارهای خود؛ کاهش افسردگی و استرس مادران؛ افزایش رضایت والدین و کاهش تعارض والدین در مورد روش تربیت کودکان می شود. (Gottlieb, 2004; Barlow, 2000; Patterson,) (1982; Taylor & Biglan, 1998;

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صددرصد افراد غربال منفی واجد شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
- 80 % گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت نمایند .
- صددرصد کارشناسان سلامت روان سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1397

- درصد ارجاع موارد غربال منفی از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت فرزندپروری در گروه هدف شاخص مورد انتظار: 100%
- درصد کارشناسان سلامت روان که سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت شرکت می نمایند. شاخص مورد انتظار: 100 %
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند. شاخص مورد انتظار: 100 %
- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری در گروه هدف داخل مرکز (از مسیر ارجاع) . شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16

جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری در گروه هدف خارج از مرکز (خارج از مسیر ارجاع). شاخص

مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ شاخص مورد

انتظار: 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1397

- درصد ارجاع موارد غربال منفی از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش

مهارت فرزندپروری شاخص مورد انتظار: 100%

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری در گروه هدف داخل مرکز (از مسیر ارجاع). شاخص مورد

انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16

جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری در گروه هدف خارج از مرکز (خارج از مسیر ارجاع). شاخص

مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ شاخص مورد

انتظار: 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1397

- درصد ارجاع موارد غربال منفی از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش

مهارت فرزندپروری شاخص مورد انتظار: 100%

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری در گروه هدف داخل مرکز (از مسیر ارجاع). شاخص مورد

انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16

جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری در گروه هدف خارج از مرکز (خارج از مسیر ارجاع). شاخص

مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ شاخص مورد

انتظار: 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه پیشگیری از رفتارهای
خودکش.



مقدمه:

بر اساس گزارش National Institute of Mental Health آمریکا، خودکشی یک مشکل بزرگ سلامت عمومی و قابل پیشگیری است. مطالعه جهانی بار بیماری ها، خودکشی را سیزدهمین عامل مرگ در جهان اعلام کرد. میزان خودکشی در کشورهای مسلمان و آمریکای لاتین پایین تر و در کشورهای اروپای شرقی مانند بلاروس، لیتوانی و روسیه بالاتر است. اغلب موارد خودکشی (73٪) در کشورهای درحال توسعه و حدود 60٪ موارد خودکشی در آسیا، به خصوص چین، هند و ژاپن انجام می شود.

اپیدمیولوژی خودکشی در کشورهای مختلف جهان بسیار متفاوت است. در کشورهای درحال توسعه بیشتر خودکشی ها در جمعیت 15-24 و سالمندان بالای 65 سال انجام می شود در حالی که در کشورهای توسعه یافته خودکشی در گروه سنی زیر 30 سال بیشتر است. در کشورهای توسعه یافته بیش از 90٪ افرادی که خودکشی می کنند مبتلا به یک اختلال روان پزشکی هستند ولی این میزان در کشورهای درحال توسعه 60-90٪ است. در اغلب کشورها میزان مرگ به دنبال اقدام به خودکشی در مردان بالاتر است ولی در کشور چین، به ویژه در مناطق روستایی، این میزان در زنان بالاتر است.

علیرغم تصور پایین بودن میزان خودکشی در کشورهای اسلامی، شواهد نشان می دهند که خودکشی در این کشورها در حال افزایش است. در سال های اخیر پدیده خودکشی در ایران هم به عنوان یک مشکل بهداشتی مطرح می باشد، زیرا بر اساس ارزیابی Years of Potential Life Lost (YPLL) سال های زیادی از زندگی به دلیل خودکشی از دست می رود. ارزیابی YPLL در ده استان ایران نشان داد که خودکشی در طیف سنی 15-24 سال 40 درصد YPLL را به خود اختصاص می دهد. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، میزان خودکشی در ایران در هر دو جنس 5/3 در هر صد هزار نفر جمعیت بوده که این میزان در مردها و زنان به ترتیب 7 و 3/6 گزارش شده است.

گزارش های متعددی در مورد رفتارهای خودکشی در ایران وجود دارد که نشان دهنده تنوع در شیوه جمع آوری داده ها می باشد. یک عقیده عمومی در بین پژوهشگران این است که خودکشی معمولاً underreport می شود و بعضی از پژوهشگران اعتقاد دارند که معمولاً میزان خودکشی 20-25٪ کمتر از مقدار واقعی تخمین زده می شود به ویژه در مواردی که اطلاعات صرفاً مبتنی بر سیستم روتین جمع آوری اطلاعات است. در ایران سیستم ثبت ملی داده های مرتبط با رفتارهای خودکشی در نظام سلامت وجود دارد ولی به دلیل مشکلاتی از قبیل عدم همکاری خانواده های افراد اقدام کننده یا فوت شده ناشی از انگ اجتماعی

اقدام به خودکشی، عدم پوشش مناسب بیمه در افراد اقدام کننده به خودکشی و عدم توجه سیستم خصوصی به ثبت داده های خودکشی در اجرا با نواقصی همراه است.

اهداف کلی برنامه پیشگیری از رفتارهای خودکشی در کشور:

- کاهش میزان اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی
- کاهش میزان فوت ناشی از خودکشی در جمعیت عمومی

اهداف اختصاصی برنامه پیشگیری از رفتارهای خودکشی در کشور:

- صد درصد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت سالی یک مرتبه در دوره های آموزشی یا بازآموزی پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند (آموزش ها در قالب دوره های آموزش راهنمای درمان اختلالات سلامت روان ویژه پزشکان عمومی برگزار شود).
- صد درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت حداقل سالی یک مرتبه در دوره های آموزشی یا بازآموزی (حضور/ غیرحضور) پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت حوزه معاونت بهداشت در دانشگاه های واقع در استان های با میزان فوت ناشی از خودکشی بالاتر از میانگین کشوری - بر اساس گزارش سالنامه آماری پزشکی قانونی - سالی یک مرتبه و در دانشگاه های واقع در استان های با میزان فوت ناشی از خودکشی کمتر از میانگین کشوری، هر دو سال یک مرتبه در دوره آموزشی یا بازآموزی پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد درصد بهورزان حوزه معاونت بهداشت در دانشگاه های واقع در استان های با میزان فوت ناشی از خودکشی بالاتر از میانگین کشوری - بر اساس گزارش سالنامه آماری پزشکی قانونی - سالی یک مرتبه و در دانشگاه های واقع در استان های با میزان فوت ناشی از خودکشی کمتر از میانگین کشوری، هر دو سال یک مرتبه در دوره آموزشی یا بازآموزی پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد درصد 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 رفتارهای خودکشی ثبت شود.
- هر دانشگاه حداقل یک کارگاه آموزشی "نحوه انعکاس اخبار مربوط به خودکشی" در سال برای اصحاب رسانه های محلی منطقه تحت پوشش خود برگزار نماید.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1397

- درصد پزشکی عمومی تحت پوشش حوزه معاونت بهداشت دانشگاه که در یک سال گذشته در دوره های آموزشی یا بازآموزی برنامه پیشگیری از خودکشی شرکت کرده اند (آموزش ها در قالب دوره های آموزش راهنمای درمان اختلالات سلامت روان ویژه پزشکان عمومی برگزار شود). شاخص مورد انتظار: 80 درصد
- درصد کارشناسان سلامت روان تحت پوشش حوزه معاونت بهداشت دانشگاه که در یک سال گذشته در کارگاه های آموزشی یا بازآموزی برنامه پیشگیری از خودکشی شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار در دانشگاه های با میزان فوت ناشی از خودکشی بالاتر از میانگین کشوری: 100 درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت تحت پوشش حوزه معاونت بهداشت دانشگاه که در یک سال گذشته در کارگاه های آموزشی یا بازآموزی برنامه پیشگیری از خودکشی شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار: در دانشگاه های با میزان فوت ناشی از خودکشی بالاتر از میانگین کشوری: 100٪ و در دانشگاه های واقع در استان های با میزان فوت ناشی از خودکشی کمتر از میانگین کشوری: 50٪
- درصد بهورزان تحت پوشش حوزه معاونت بهداشت دانشگاه که در یک سال گذشته در کارگاه های آموزشی یا بازآموزی برنامه پیشگیری از خودکشی شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار: در دانشگاه های با میزان فوت ناشی از خودکشی بالاتر از میانگین کشوری: 100٪ و در دانشگاه های واقع در استان های با میزان فوت ناشی از خودکشی کمتر از میانگین کشوری: 50٪
- درصد ثبت موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در منطقه تحت پوشش دانشگاه در هر فصل در پورتال وزارت بهداشت، تا پایان اولین ماه فصل بعد؛ شاخص مورد انتظار: 100 درصد
- تعداد کارگاه های آموزشی سالانه برگزار شده "نحوه انعکاس اخبار مربوط به خودکشی" برای اصحاب رسانه های محلی منطقه تحت پوشش دانشگاه؛ شاخص مورد انتظار: حداقل یک کارگاه

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1397

- درصد کارشناسان مراقب سلامت تحت پوشش حوزه معاونت بهداشت دانشگاه که در یک سال گذشته در کارگاه های آموزشی یا بازآموزی برنامه پیشگیری از خودکشی شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار: در دانشگاه های

با میزان فوت ناشی از خودکشی بالاتر از میانگین کشوری: 100٪ و در دانشگاه های واقع در استان های با

میزان فوت ناشی از خودکشی کمتر از میانگین کشوری: 50٪

• درصد بهورزان تحت پوشش حوزه معاونت بهداشت دانشگاه که در یک سال گذشته در کارگاه های آموزشی یا

بازآموزی برنامه پیشگیری از خودکشی شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار: در دانشگاه های با میزان فوت

ناشی از خودکشی بالاتر از میانگین کشوری: 100٪ و در دانشگاه های واقع در استان های با میزان فوت

ناشی از خودکشی کمتر از میانگین کشوری: 50٪

• درصد ثبت موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در منطقه تحت پوشش دانشگاه در هر فصل

در پورتال وزارت بهداشت، تا پایان اولین ماه فصل بعد؛ شاخص مورد انتظار: 100 درصد

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1397

• درصد موارد اقدام به خودکشی که از مراکز بهداشتی و درمانی به کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع

سلامت معرفی شده اند و در طول سال گذشته پیگیری فعال* شده اند. شاخص مورد انتظار: 50 درصد موارد

باید دارای پرونده پیگیری فعال باشند

* پرونده پیگیری فعال به پرونده ای اطلاق می گردد که بیمار بعد از ارجاع به کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت،

به فاصله دو هفته از تاریخ ارجاع، حداقل یک مرتبه توسط کارشناس سلامت روان و یک مرتبه توسط پزشک عمومی مرکز ویزیت

حضور یافته شده است.



برنامه خود مراقبتی در سلامت
زنان



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

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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش سواد سلامت روان

اهداف اختصاصی برنامه

- 100% کارشناسان سلامت روان در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- 100% کارشناسان مراقب سلامت در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- 100% مربیان آموزش بهورزی در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- 100% بهورزان در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.

- 100% سفیران سلامت در طی 3 سال تحت آموزش حضوری/غیر حضوری خودمراقبتی در سلامت روان قرار گیرند

- 100% کارشناسان آموزش سلامت در دوره های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- افزایش سواد سلامت روان جامعه تحت پوشش برنامه به میزان 20 درصد (ارزشیابی هر 5 سال به صورت پیمایش ملی)

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 97

- درصد کارشناسان سلامت روان دانشگاه که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: 100%

- درصد کارشناسان مراقب سلامت دانشگاه که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: 50%. با تأکید بر اولویت ها

- درصد بهورزان دانشگاه که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: 50%. با تأکید بر اولویت ها

- درصد کارشناسان آموزش سلامت دانشگاه که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: 100%

- درصد سفیران سلامت تحت پوشش دانشگاه که محتوی آموزشی را در یک جلسه توجیهی دریافت کرده اند.

شاخص مورد انتظار: 35 %

- درصد سفیران سلامت تحت پوشش دانشگاه که حداقل در یک جلسه حضوری پرسش و پاسخ خودمراقبتی سلامت

روان شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: 25 %

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 97

- درصد کارشناسان مراقب سلامت پایگاه های سلامت شهرستان که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان

آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: 50 %. با تأکید بر اولویت ها

- درصد بهورزان خانه های بهداشت شهرستان که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص

مورد انتظار: 50 %. با تأکید بر اولویت ها

- درصد سفیران سلامت تحت پوشش شهرستان که محتوی آموزشی را در یک جلسه توجیهی دریافت کرده اند.

شاخص مورد انتظار: 35 %

- درصد سفیران سلامت تحت پوشش شهرستان که حداقل در یک جلسه حضوری پرسش و پاسخ خودمراقبتی

سلامت روان شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: 25 %

شاخص های برنامه در سطح مرکز در سال 97

- درصد سفیران سلامت تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت که محتوی آموزشی را در یک جلسه توجیهی

دریافت کرده اند. شاخص مورد انتظار: 35 %

- درصد سفیران سلامت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت که حداقل در یک جلسه حضوری پرسش و پاسخ

خودمراقبتی سلامت روان شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: 25 %



برنامه حمایت های روانی
اجتماعی در بلایا و حوادث غیر
مترقبه



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:

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

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

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

4- روبرویی با واقعیت ها: این مرحله حدود 2 تا 3 ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز می شود، یعنی زمانی که اکثر نیروهای امداد از منطقه خارج می شوند. در این مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت ها و جبران ناپذیری بخش بزرگی از خسارات می گردند. در این مرحله بازماندگان نیازمند حمایت های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، افسرده و

مضطرب می گردند و احساس تنهایی شدیدی می کنند. ایجاد روحیه امید و اعتماد و دقت در توزیع عادلانه هر گونه امکانات در این مرحله از اهمیت بسیاری برخوردار است.

5- تجدید سازمان: بین 6 ماه تا یکسال پس از فاجعه رخ می دهد. بازماندگان شروع به بازسازی روانی و از سر گرفتن زندگی روز مره خود می کنند. افراد به این نتیجه می رسند که بازسازی زندگی با اتکا بر توانایی های خود آن ها امکان پذیر است.

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

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

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

ج) طول مدت اثر حادثه (Duration of the impact): 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

اهداف قبل از حادثه

- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در حوزه بهداشت در بدو شروع خدمت در دوره های آموزشی حمایت های روان - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه شرکت کنند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در حوزه بهداشت هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیرحضوری) حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه شرکت کنند.
- سی درصد پزشکان عمومی شاغل در حوزه بهداشت هر سال در دوره های آموزشی حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه شرکت کنند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در حوزه بهداشت در طی سه سال در دوره های آموزشی حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه شرکت کنند.

اهداف بعد از حادثه

- صددرصد مناطق آسیب دیده پس از وقوع حادثه براساس پروتوکل کشوری از خدمات و حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه بهره مند می شوند.

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 97

شاخص های قبل از حادثه

- درصد کارشناسات سلامت روان شاغل در حوزه بهداشت در بدو شروع خدمت که در دوره های آموزشی حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار: 100 %
- درصد کارشناسات سلامت روان شاغل در حوزه بهداشت که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/ غیرحضور) حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار: 100 %
- درصد پزشکان عمومی شاغل در حوزه بهداشت که هر سال در دوره های آموزشی حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار: 25 %
- درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در حوزه بهداشت که در طی سه سال در دوره های آموزشی حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه شرکت کرده اند. شاخص مورد انتظار: 100 %

شاخص های بعد از حادثه

- درصد مناطق آسیب دیده که پس وقوع حادثه براساس پروتوکل کشوری از خدمات و حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه بهره مند شده اند. شاخص مورد انتظار: 100 %

اداره سلامت اجتماعی



برنامه پیشگیری از کودک
آزاری



مقدمه:

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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صددرصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر 3 سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر 3 سال یکبار در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی پیشگیری از کودک آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) شرکت نمایند.
- صددرصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری اولیه کودک آزاری در مورد آنها انجام شود.

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

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1397

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از کودک آزاری شرکت کرده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)
- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در دوره های آموزشی پیشگیری از کودک آزاری شرکت کرده اند (شاخص مورد انتظار 100٪)
- درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که حداقل یکبار در دوره های آموزشی پیشگیری از کودک آزاری شرکت کرده اند (شاخص مورد انتظار 80٪)
- درصد غربالگری اولیه کودک آزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100٪)
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه کودک آزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 80٪)
- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار 100٪)
- درصد افراد متاثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)
- درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام شود و کلیه اقدامات ثبت شود (شاخص مورد انتظار 100٪)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1397:

- درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در طول خدمت حداقل یکبار در دوره های آموزشی پیشگیری از کودک آزاری شرکت کرده اند (شاخص مورد انتظار 80٪)
- درصد غربالگری اولیه کودک آزاری در افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100٪)

درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه کودک آزاری در آنها مثبت شده اند (شاخص مورد انتظار 80٪)

درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار 100٪)

درصد افراد متاثر از کودک آزاری که در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)

درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام شود و کلیه اقدامات ثبت شود (شاخص مورد انتظار 100٪)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1397:

درصد غربالگری اولیه کودک آزاری افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100٪)

درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه کودک آزاری در مورد آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 80٪)

درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری، که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار 100٪)

درصد افراد متاثر از کودک آزاری که در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)

درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام شود و کلیه اقدامات ثبت شود (شاخص مورد انتظار 100٪)



برنامه پیشگیری از

.....



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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ایجاد و حفظ پوشش مراقبتی برای افراد متاثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
- کاهش خشونت خانگی 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 حداقل یکبار در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر 3 سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/غیر حضور) برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در طول خدمت در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/غیر حضور) برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری همسرآزاری در مورد آنها انجام شود.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه مثبت شدند غربالگری تکمیلی در مورد آنها انجام شود.

- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که در غربالگری تکمیلی مثبت شده اند در صورت رضایت شخصی تحت پوشش مراقبت قرار گیرند.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1397:

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت کرده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)
- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در دوره های آموزشی پیشگیری از همسر آزاری شرکت کرده اند (شاخص مورد انتظار 100٪)
- درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که حداقل یکبار در دوره های آموزشی پیشگیری از همسر آزاری شرکت کرده اند (شاخص مورد انتظار 80٪)
- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100٪)
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 80٪)
- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار 50٪)
- درصد افراد متأثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1397:

- درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در طول خدمت حداقل یکبار در دوره های آموزشی پیشگیری از همسر آزاری شرکت کرده اند (شاخص مورد انتظار 80٪)
- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100٪)
- درصد غربالگری تکمیلی گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 80٪)
- درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار 50٪)

- درصد افراد متأثر از همسر آزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1397:

- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100٪)
 - درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 80٪)
 - درصد افراد تحت پوشش مراقبت در میان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار 50٪)
 - درصد افراد متأثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند (شاخص مورد انتظار 50٪)
-

اداره سوء مصرف مواد



برنامه کاهش آسیب مصرف مواد



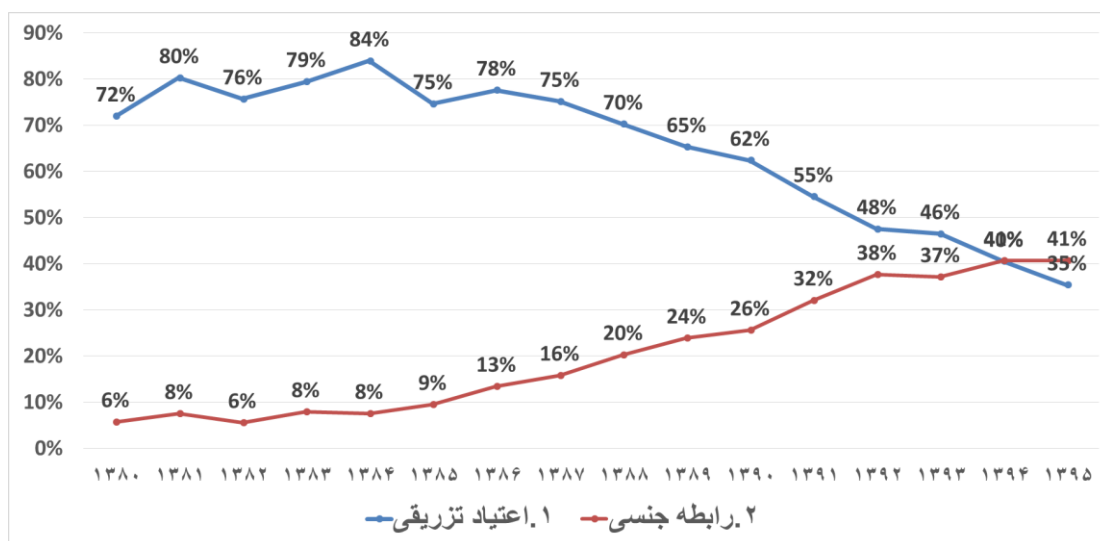
برنامه کاهش آسیب مصرف مواد شامل برنامه ها و مداخلاتی است که با هدف اولیه کاهش عواقب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی متعاقب مصرف مواد مخدر و محرک صورت می گیرد و الزاماً با کاهش مصرف مواد همراه نیست. فرد مصرف کننده، خانواده های آنان و بقیه افراد اجتماع از برنامه های کاهش آسیب بهره مند می گردند.

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

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

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

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



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

وضعیت موجود پوشش مراکز کاهش آسیب

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

خدمات ارائه شده توسط این مراکز شامل در اختیار قرار دادن وسایل استریل تزریق، کاندوم و بروشورهای آموزشی اغلب توسط گروه همسالان یا سایر داوطلبان در خود مراکز گذری و یا توسط تیم های سیار وابسته به آن مراکز

می‌باشد. هم اکنون و با توجه به 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 (MMI)

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 (IEC) برای کسانی که مواد را تزریق می کنند و شرکای جنسی آنها

۱. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هیپاتیت های ویروسی

۲. پیشگیری، تشخیص و درمان سل

۳. پیشگیری و درمان بیش مصرفی (Over Dose)

لازم به توضیح است که تمامی 10 خدمت فوق الذکر در حال حاضر بعلت کمبود بودجه ها و منابع موجود انجام نمی شود ولی خدمت 1،2،3،6،7 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 آی وی انجام می پذیرد که در صورت تامین منابع میتوان بقیه خدمات را در این مراکز ادغام نمود.

نگاهی به افزایش کمی مراکز کاهش آسیب حاکی از افزایش پوشش مراجعین به این مراکز را نشان می دهد، به صورتی که در سال ۹۴، ۴۵۰۰۱ نفر از خدمات کاهش آسیب در ۸۸ مرکز کاهش آسیب و ۱۲۹ تیم سیار وابسته به این مراکز استفاده نمودند، که با توجه به این که ۱۸۳۴۴ نفر از جمعیت مذکور، از افرادی هستند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند، شاهد پوشش ۹ درصدی (بر اساس تخمین ۲۰۰ هزار نفری جمعیت افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند). از برنامه های سرنگ و سوزن در این گروه می باشیم و با عنایت به این که تنها ۲۸۰۲ نفر از این افراد در واحدهای ضمیمه وابسته به این مراکز از خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین استفاده می کنند، پوشش یک درصدی نیز به برنامه کاهش آسیب

اضافه شدند. در سال‌های ۹۵ و ۹۶ نیز این پوشش ده درصدی باقی مانده است، اگرچه با راه اندازی واحدهای ضمیمه ارائه داروی آگونیسست آستانه پایین موفق به افزایش کمی تعداد افراد تحت درمان شده‌ایم (جدول صفحه بعد پوشش برنامه‌های سرنگ و سوزن و درمان را به صورت مجزا برای سال‌های ۹۶ و ۹۷ نشان می‌دهد).

راه پیش رو:

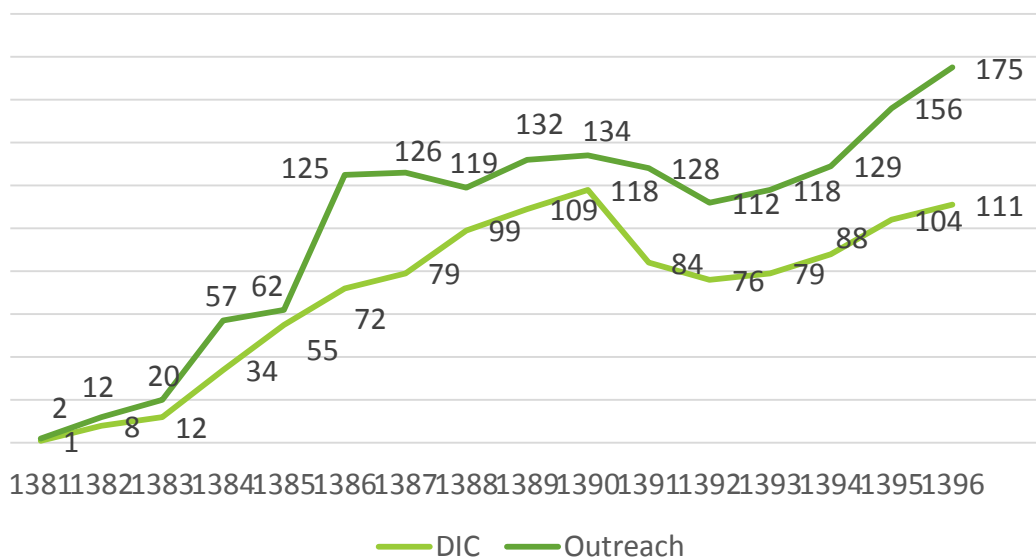
از آنجا که براساس مصوبات جلسه یکصد و سی چهار ستاد مبارزه با مواد مخدر و همچنین جلسات مشترک معاون محترم بهداشت و مسئولین ستاد مبارزه با مواد مخدر موظف به افزایش صد در صدی ظرفیت های برنامه کاهش آسیب می باشیم، پیش بینی شده است که پوشش برنامه سرنگ و سوزن سالیانه ۳۷۵۰ نفر افزایش یابد. لذا در سال ۹۷ پوشش برنامه های سرنگ و سوزن را از ۸ درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند (۱۵۲۵۰ نفر) به ۱۰ درصد (۱۹۰۰۰ نفر) افزایش خواهد یافت. که این افزایش هم به صورت افزایش ظرفیت در مراکز موجود و هم افزایش تعداد مراکز و تیم های سیار انجام خواهد گرفت. لازم به توضیح است که در حال حاضر ۴۵ درصد از افراد دریافت کننده برنامه سرنگ و سوزن، خدمات را به صورت مستمر دریافت می کنند و هدف در این شاخص برای سال ۹۷ افزایش این شاخص به ۶۰ درصد بیماران و براساس تعاریف موجود می باشد..

در خصوص درمان با داروهای آگونیسست آستانه پایین در واحدهای ضمیمه در ۱۱۱ مرکز کاهش آسیب، در حال حاضر ۳۶۰۰ بیمار تزریقی از خدمات درمان بهره‌مند می‌گردند. در همین راستا دو اقدام در دست انجام می‌باشد، اول: افزایش ظرفیت درمان پوشش افراد مصرف کننده تزریقی مواد با درمان آگونیسست آستانه پایین در این مراکز به طوری که حداقل ۷۰ درصد ظرفیت این واحدها به افراد مصرف کننده تزریقی تخصیص یابد و افراد غیر تزریقی به مراکز متادون تراپی دولتی موجود یا مراکز خصوصی ارجاع داده شوند. بدین صورت ۷۷۰۰ نفر معتاد تزریقی خدمات درمان را دریافت خواهند کرد. که با افزایش ۱۰ مرکز اضافه به این مراکز در مجموع ۸۵۰۰ نفر از خدمات درمان بهره مند خواهند شد. همچنین در خصوص دریافت خدمات به طور مستمر، در حال حاضر این شاخص در مراکز کاهش آسیب حدود ۳۰ درصد می باشد. هدف این است که این شاخص برای سال ۹۷ به ۵۰ درصد افزایش یابد.

افزایش مراکز کاهش آسیب و بودجه‌های مربوطه

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

تعداد مراکز گذری و تیم های سیار



همانطور که نمودار بالا نشان می‌دهد از سال ۹۲ تا کنون به افزایش کمی و کیفی ارائه خدمات کاهش آسیب در مناطق پرخطر و حاشیه نشین در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور دست یافته‌ایم. به طوری که در سال جاری ۱۱۱ مرکز کاهش آسیب و ۱۷۵ تیم سیار وابسته به ارائه خدمات مرتبط در ۴۵ دانشگاه علوم پزشکی می‌پردازد. لازم به ذکر است در سال جاری البته بودجه ۶۲ مرکز گذری از محل اعتبارات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور تامین و ۴۹ مرکز از محل اعتبارات داخلی وزارت بهداشت و وزارت کشور تامین گردیده است. در جدول ذیل بودجه‌های مراکز کاهش آسیب در سه سال گذشته ارائه گردیده است.

جدول تامین منابع مالی مراکز کاهش آسیب

پایش و ارزشیابی کاهش آسیب مصرف مواد

اهداف کلی برنامه در کشور:

ردیف	بودجه تامین شده برای مراکز کاهش آسیب از دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر(میلیون ریال)	بودجه تامین شده برای تیم های سیار دوم از دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر(میلیون ریال)	بودجه تامین شده از معاونت بهداشت وزارت متبوع(میلیون ریال)	بودجه تامین شده از وزارت کشور(میلیون ریال)	جمع کل بودجه های کاهش آسیب(میلیون ریال)
سال 94	59540	4800	23000	-----	87340
سال 95	52000	10200	23500	24300	110000
سال 96	74400	12750	20000	20000	127150

افزایش پوشش خدمات کاهش آسیب و درمان در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- هشتاد در صد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- هشتاد در صد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- صد در صد پزشکان شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- هشتاد در صد پزشکان شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.

- صد در صد پرسنل شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- هشتاد در صد پرسنل شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره‌های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- افزایش پوشش برنامه‌های سرنگ و سوزن به میزان دو درصد سالیانه در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. (مشخص شده در مطالعات Size Estimation)
- افزایش پوشش درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین به میزان سه درصد سالیانه در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. (مشخص شده در مطالعات Size Estimation)
- حداقل 60٪ مراجعین به مراکز کاهش آسیب 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 50٪ 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 180 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 97

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند. شاخص مورد انتظار: 80٪
- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که هر دو سالیک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: 80٪
- درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند. شاخص مورد انتظار: 100٪

- 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: 80٪
- درصد کارکنان شاغل در مراکز کاهش آسیب که یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند. شاخص مورد انتظار: 100٪
- درصد کارکنان شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یکبار در دوره‌های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: 80٪
- درصد پوشش درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. شاخص مورد انتظار: 5٪ پوشش برنامه از 3600 نفر (2 درصد) به 8500 نفر (5 درصد) خواهد رسید.
- درصد پوشش خدمات سرنگ و سوزن در افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. شاخص مورد انتظار: 10٪ پوشش برنامه از 15250 نفر (8 درصد) به 19000 نفر (10 درصد) خواهد رسید.
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: 200 عدد و بالاتر
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال. شاخص مورد انتظار: 120 عدد و بالاتر
- ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب در رپورتال وزارتخانه تا دهم اولین ماه فصل بعد. شاخص مورد انتظار: 100٪
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در سامانه آیداتیس. شاخص مورد انتظار: 100٪
- میزان شیوع اچ آی وی در میان افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. شاخص مورد انتظار: سالانه نیم درصد کاهش (ملاک مطالعات کشوری BSS - مطالعات سرولوژیک رفتاری)
- در حال حاضر بر اساس آخرین BSS 13/8 درصد شیوع اچ آی وی در بین معتادین تزریقی است.
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیسست آستانه پایین که حداقل به مدت 180 روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). شاخص مورد انتظار: 50٪

○ در حال حاضر 30 درصد خدمات مستمر دریافت می‌کنند که باید به 50 درصد برسد.

● درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت

مستمر دریافت می‌نماید. (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: 60%

○ در حال حاضر خدمات مستمر حداقل برای 45 درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می‌گردد.

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان سال 97

● درصد پوشش درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند.

شاخص مورد انتظار: 5% (پوشش برنامه از 2 درصد به 5 درصد خواهد رسید).

● درصد پوشش خدمات سرنگ و سوزن در افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. شاخص مورد

انتظار: 10% (پوشش برنامه از 8 درصد به 10 درصد خواهد رسید).

● متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک

سال گذشته. شاخص مورد انتظار: 200 عدد بالاتر

● متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال. شاخص

مورد انتظار: 120 عدد و بالاتر

● ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب در پورتال وزارتخانه تا دهم اولین ماه فصل بعد. شاخص مورد انتظار: 100%

● ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در سامانه آیداتیس. شاخص مورد انتظار: 100%

● درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیسست آستانه پایین که حداقل به مدت 180

روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). شاخص

مورد انتظار: 50%

○ در حال حاضر 30 درصد خدمات مستمر دریافت می‌کنند که باید به 50 درصد برسد.

● درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به

صورت مستمر دریافت می‌نماید (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: 60%

○ در حال حاضر خدمات مستمر حداقل برای 45 درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می‌گردد.

شاخص های برنامه در سطح مرکز سال 97

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین مراجعه کنندگان به مرکز: شاخص مورد انتظار:

60 درصد و بالاتر

- 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: 80٪

- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب دریکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: 200 عدد و بالاتر

- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: 120 عدد و بالاتر

- درصد مصرف کنندگان تزریقی در مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته مورد غربالگری ویروس اچ آی وی قرار گرفته‌اند. شاخص مورد انتظار: 80٪

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونیست آستانه پایین. شاخص مورد انتظار: 70٪

- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیست آستانه پایین که حداقل به مدت 180 روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). شاخص مورد

انتظار: 50٪

- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به

- صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: 60٪



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



بر اساس آخرین آمار تأییدشده ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال 1390، شیوع اعتیاد (وابستگی) به مواد غیرقانونی در جمعیت سنی 15 تا 64 ساله کشور، 2/65٪ معادل 1/325 میلیون نفر گزارش شد. بر اساس گزارش سازمان پزشکی روزانه 8 نفر در اثر اعتیاد به مواد غیرقانونی (شامل الکل) جان خود را از دست می‌دهند.

در مطالعه بار بیماری‌ها وزارت بهداشت در سال 1382، وابستگی به مصرف مواد پس از حوادث ترافیکی، بلایای طبیعی، بیماری‌های ایسکمیک قلبی و افسردگی، جایگاه پنجم بار بیماری‌ها و البته در جمعیت مردان، پس از حوادث و بلایا، بالاترین مقدار بار بیماری‌ها را دارد.

در مطالعه ملی بار بیماری‌ها سال 1389، بار بیماری و عوامل خطر مصرف سیگار، مواد و الکل به ترتیب در جایگاه‌های پنجم، دهم و دوازدهم به لحاظ دخالت عوامل خطر در بار بیماری‌های کشور قرار گرفتند. مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال 2015 در مقایسه با سال 1990، روند افزایش بار بیماری‌های قابل انتساب به مصرف مواد دخانی، الکل و مواد را نشان می‌دهد. این روند ضرورت توجه بیش از پیش به مداخلات اختلالات مصرف مواد را در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما را گوشزد می‌نماید.

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

مطالعات جهانی نشان می دهد که در برنامه های پیشگیری اولیه از مصرف مواد حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به مصرف مواد تحت برنامه غربالگری باعث می شود از گرایش به مصرف و وابستگی به سیگار الکل و مواد در افراد جلوگیری شود. لذا از نیمه سال 1392، ادغام برنامه در طرح تحول نظام سلامت در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مورد توجه قرار گرفت. اولین گام ظرفیت سازی مناسب با بازنگری و تدوین فرم ها، دستورالعمل ها، متون و منابع آموزشی تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و پزشک)، برگزاری کارگاه های آموزشی، جذب و توانمندسازی نیروی انسانی موردنیاز و استقرار برنامه در ساختار الکترونیکی سامانه سیب جهت ارتقا نظام ثبت و گزارش گیری و ارزشیابی خدمات بود که با هدف ارایه خدمات استاندارد ارزیابی تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد اجرا قرار گرفت. بر این اساس، از اواسط سال 1394 با شروع برنامه تحول نظام سلامت در مناطق حاشیه ی شهرهای بزرگ و شهرهای کوچک با حداقل 20 هزار نفر جمعیت اجرایی شد. همچنین از ابتدای سال 1396 با ابلاغ دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی- نسخه 18 توسعه برنامه در مراکز روستایی کشور در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در دستور کار قرار گرفت.

لذا هم اکنون این برنامه با هدف پوشش دهی خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در گروه سنی زیر 60 سال و مادران باردار به شکل ادغام یافته در نظام مراقبتهای اولیه در یک روند توسعه ای، با تلاش مستمر جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات و ظرفیت سازی مناسب در مراکز بهداشتی درمانی کل کشور در حال انجام است، و با توجه به روند ارتقایی برنامه و تلفیق برنامه دخانیات، در سال 1397 نسخه جدید منابع آموزشی و دستورالعمل اجرایی برنامه، کارگاه های آموزشی مرتبط و اصلاح و تکمیل فرایند ثبت خدمت در سامانه الکترونیک سلامت انجام خواهد یافت و لذا روند آموزش آبخاری نیروهای درگیر در تیم سلامت و اجرای نسخه جدید برنامه مورد توجه و حمایت قرار گیرد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل » گذرانده باشند.
- هشتاد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، هر سه سال یکبار در دوره بازآموزی حضوری/ غیر حضوری برنامه « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل » شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل » شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل » شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت در دوره آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل » شرکت نمایند.
- هشتاد درصد کارشناسان مراقب سلامت هر سه سال یکبار در دوره ی بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل » شرکت نمایند.
- صد درصد بهورزان در دوره ی آموزشی بدو خدمت برنامه « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل » شرکت نمایند.
- هشتاد درصد بهورزان هر سه سال یکبار در دوره ی بازآموزی حضوری/ غیر حضوری برنامه « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل » شرکت نمایند.
- صد درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت¹ در گروه سنی 15 تا 59 سال از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل مورد ارزیابی قرار گیرند.
- سی درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل غربالگری تکمیلی اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل برای آن ها انجام گیرد.

1- افرادی که حداقل یک مراقبت بهداشتی در سال اخیر در پرونده آن ها ثبت شده است .

- پنجاه درصد موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط اختلالات مصرف مواد و الکل تحت پوشش دو جلسه مداخله روانشناختی کوتاه قرار گیرند.
- چهل درصد گروه هدف تحت پوشش حداقل دو جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه قرار گیرند.
- صد درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف مواد و الکل تحت پوشش قرار گیرند.

شاخص‌های برنامه در سطح ستاد دانشگاه - سال 1397

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در بدو خدمت خود دوره آموزشی «خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 80 درصد
- درصد کارشناسان سلامت روان که دوره ی آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 100 درصد
- درصد کارشناسان سلامت روان واجد شرایط² که دوره باز آموزی « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را در سال جاری گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 100 درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت خانواده که دوره ی آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 100 درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت خانواده که دوره ی آموزشی بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 30 درصد

² طبق دستورالعمل اجرایی برنامه، افرادی که در ارزیابی غربالگری تکمیلی در سطح خطر بالای درگیری با مصرف دخانیات قرار گرفته اند و افرادی که بعد از پیگیری اول مجددا در سطح خطر متوسط درگیری با مصرف مواد و الکل قرار گرفته اند.

³ بدیهی است کارشناسانی که در سال های قبل دوره آموزشی بدو خدمت را گذرانده اند و با توجه به اصلاحات در نسخه جدید منابع آموزشی و اجرایی نیاز به شرکت در دوره بازآموزی حضوری/ غیر حضوری دارند.

- درصد بهورزان که دوره ی آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- درصد بهورزان که دوره ی آموزشی بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 30درصد
- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی 15 تا 59 سال، که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل که غربالگری تکمیلی برای آن ها انجام گرفته است. شاخص مورد انتظار: 30درصد
- درصد موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط و بالای اختلالات مصرف مواد و الکل که تحت پوشش 2 جلسه مداخله روانشناختی کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 50 درصد
- درصد گروه هدف تحت پوشش حداقل 2 جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 40 درصد
- درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- شاخص های برنامه در سطح شهرستان - سال 1397
- درصد کارشناسان مراقب سلامت خانواده که دوره ی آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت خانواده که دوره ی آموزشی بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 30درصد

- درصد بهورزان که دوره ی آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- درصد بهورزان که دوره ی آموزشی بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 30درصد
- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی 15 تا 59 سال، که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل که غربالگری تکمیلی درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل برای آن ها انجام گرفته است. شاخص مورد انتظار: 30درصد
- درصد موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط و بالای اختلالات مصرف مواد و الکل که تحت پوشش 2 جلسه مداخله روانشناختی کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 50 درصد
- درصد گروه هدف تحت پوشش حداقل 2 جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 40 درصد
- درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- **شاخص های برنامه در سطح مرکز - سال 1397**
- درصد کارشناسان مراقب سلامت خانواده که دوره ی آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- درصد کارشناسان مراقب سلامت خانواده که دوره ی آموزشی بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 30درصد

- درصد بهورزان که دوره ی آموزشی بدو خدمت « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- درصد بهورزان که دوره ی آموزشی بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل» را گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: 30درصد
- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی 15 تا 59 سال، که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 100درصد
- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل که غربالگری تکمیلی درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل برای آن ها انجام گرفته است. شاخص مورد انتظار: 30درصد
- درصد موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط و بالای اختلالات مصرف مواد و الکل که تحت پوشش 2 جلسه مداخله روانشناختی کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 50 درصد
- درصد گروه هدف تحت پوشش حداقل 2 جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 40 درصد
- درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: 100درصد



برنامه آموزش مهارت‌های فرزندپروری
(نهم تا دهم)



همه والدین خواهان بزرگ کردن فرزندان تندرست و نیک رفتار هستند. با گذر از کودکی به نوجوانی دغدغه‌های والدین در مورد رفتار فرزندان دو چندان شده و بیش از پیش به نگرانی بدل می‌شود. مادران و پدران در جستجوی راهکارهایی بر می‌آیند که نوجوانان را به سلامت از مخاطرات این دوران گذر دهند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده است خانواده به دلایل متعدد مهمترین محیط برای پیشگیری از مشکلات رفتاری از جمله سوء مصرف مواد است. والدین موثرترین افراد زندگی نوجوانان بوده و از ابتدای زندگی مهمترین الگوی رفتاری فرزندان محسوب می‌شوند. از دیگر سو مطالعات علمی به یقین نشان داده است بهترین زمان برای پیشگیری اولیه از مصرف مواد کودکی و نوجوانی، یعنی سال‌های زندگی فرد در کنار والدین است. پژوهش‌های متعدد اثبات کرده است اگر پیشگیری از طریق خانواده باعث به تعویق افتادن اولین تجربه‌ی سیگار یا هر ماده دیگری باشد یا به عبارت دیگر خانواده‌ها 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 می‌تواند بر مغز فرد که هنوز دوره رشد و تکامل آن کامل نشده است تاثیراتی برگشت ناپذیر بگذارد.

برخی والدین در دوره نوجوانی تاثیر دوستان را مهمتر از نقش پدر و مادر در نظر می‌گیرند، بدون این که بخواهیم نقش مهم همسالان را کتمان کنیم، باید بگوییم که اکثر پژوهش‌های دنیا نشان می‌دهند که والدین در دوره نوجوانی هم قوی‌ترین الگوی فرزندان خود هستند و بیشترین نفوذ را بر آنها دارند. حتی پدر و مادر در صورت داشتن مهارت‌های فرزندپروری می‌توانند در تقویت تاثیر مثبت دوستان و جلوگیری از تاثیر منفی احتمالی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشند. این حقیقت مسئولیت پدر و مادر را در ایجاد شرایط مناسب و سالم برای فرزندان‌شان افزایش می‌دهد. به همین دلایل است که اکثر برنامه‌های جدید پیشگیری دنیا مبتنی

بر خانواده و والدین است، در واقع والدین می‌توانند به شیوه‌های متعددی به رشد مثبت نوجوان کمک کنند و آنها را از سوء مصرف مواد باز دارند.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- ارتقا مهارت‌های فرزند پروری والدین گروه سنی 12-17 سال در راستای کاهش اختلالات مصرف مواد

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 .
- هشتاد درصد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت نمایند .
- صددرصد کارشناسان سلامت روان سالانه در دوره های آموزشی/بازآموزی مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) شرکت نمایند

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1397

- درصد ارجاع والدین غربال منفی (دارای کودک 12 تا 17 سال) از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) شاخص مورد انتظار: 100%
- درصد کارشناسان سلامت روان که سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) بدو خدمت شرکت می نمایند؛ شاخص مورد انتظار: 100%
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند؛ شاخص مورد انتظار: 100%
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 جلسه آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف خارج از مرکز؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف داخل مرکز. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 کارگاه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1397

- درصد ارجاع والدین غربال منفی (دارای کودک 12 تا 17 سال) از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) شاخص مورد انتظار: 100%
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 جلسه آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف خارج از مرکز؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف داخل مرکز. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 کارگاه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1397

- درصد ارجاع والدین غربال منفی (دارای کودک 12 تا 17 سال) از کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) شاخص مورد انتظار: 100%
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 جلسه آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف خارج از مرکز؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 کارگاه در ماه (معادل 25 نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف داخل مرکز. شاخص مورد

انتظار: برگزاری متوسط 4 کارگاه در ماه (معادل 60 نفر در ماه)

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

شاخص مورد انتظار: 1200 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان