



برنامه ها و شاخص های مورد انتظار حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد برای سال ۱۳۹۹

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

تاریخ تدوین اسفند ۱۳۹۸

مهمترین شاخص ها در هر برنامه:

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

- پوشش غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد موارد مثبت در افراد ۱۵ تا ۵۹ سال که غربالگری اولیه سلامت روان شده اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۲٪
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

برنامه آموزش مهارت های زندگی و مهارت های فرزند پروری

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

برنامه پیشگیری از خودکشی

- میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
 - 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 آموزش گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت
 - شاخص مورد انتظار: برگزاری ۲ جلسه در ماه (متوسط هر جلسه ۲ ساعت برای ۲۰ نفر)، متوسط ۵۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایا

- درصد کارشناسان سلامت روان آموزش دیده نسبت به کل کارشناسان سلامت روان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد بهورزان و مراقبان سلامت آموزش دیده نسبت به کل بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت
- شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

- پوشش جمعیت غربال مثبت پس از حادثه، که خدمات روانی - اجتماعی را مطابق پروتکل دریافت کرده اند.
- شاخص مورد انتظار: ۷۰٪ (استخراج این شاخص فقط مختص دانشگاه هایی است که حادثه ای طبیعی یا غیر طبیعی در آنها اتفاق افتاده باشد)
- پوشش خانوارهای متوفیان ناشی از بیماری کرونا نسبت به کل خانوارهای متوفی

- شاخص مورد انتظار: ۷۰٪ (شاخص فوق به استناد پروتکل ابلاغی مداخله روانشناختی در سوگ برای خانواده های متوفی)

برنامه پیشگیری از همسر آزاری

- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)

برنامه پیشگیری 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 ۸۰٪)

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد

- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیسست آستانه پایین که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند).
- شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
- شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

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

- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال، که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد
- درصد مواردی که تحت پوشش ۲ جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۵۰ درصد
- درصد مواردی که تحت پوشش حداقل ۲ جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد

برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من)

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

برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل دبیرخانه ملی

- درصد کارگروه های پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی تشکیل شده در دانشگاه های علوم پزشکی ؛
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد آسیب های اجتماعی بومی / منطقه ایی شناسایی و الویت بندی شده توسط کارگروه دانشگاهی؛
○ شاخص مورد انتظار: ۴۰٪

اداره سلامت روان



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



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی

از آنجاکه مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با عنایت به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز ۱۴۰۴، ابلاغ مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلی سلامت، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، امور اداری اصل ۴۴ قانون اساسی و ... به عنوان اولویت برنامه‌های وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۲ در دستور کار معاونت بهداشت قرار گرفت است.

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

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

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

هم اکنون این برنامه با هدف شناسایی به موقع اختلالات شایع روانپزشکی و عصب‌شناسی با اولویت موارد با شیوع بالاتر اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوز/دوقطبی، صرع، ناتوانی ذهنی و اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان ضمن بررسی سابقه ابتلا به بیماری و 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 به‌هنگام و درمان اختلالات شایع روانپزشکی
افزایش پوشش مراقبت برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی

اهداف اختصاصی برنامه:

- نود درصد 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 درصد 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 درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره‌های آموزشی بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- هشتاد درصد کارشناسان سلامت روان سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت در دوره‌های آموزشی حضوری/ غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی (شامل آموزش نحوه پرسشگری، ارتباط با مراجع، غربالگری اورژانس و فلوچارت ارجاع) شرکت نمایند.
- صد درصد بهورزان در دوره‌های آموزشی حضوری/ غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی (شامل آموزش نحوه پرسشگری، ارتباط با مراجع، غربالگری اورژانس و فلوچارت ارجاع) شرکت نمایند.
- صد درصد افرادی که پرونده فعال الکترونیک سلامت دارند غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.
- دوازده درصد (بطور متوسط) شناسایی موارد غربال مثبت سلامت روان (۱۵ تا ۵۹ سال) بر اساس ابزار استاندارد در جمعیت غربالگری شده
- تشخیص پنجاه 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
- شصت درصد بیماران شناسائی شده مبتلا به اختلال روانپزشکی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تحت پوشش مراقبتی^۱ باشند.

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۹

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را گذرانده باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۹۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که در دوره‌های آموزشی بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که دوره‌های آموزشی حضوری/ غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی شرکت نموده‌اند.

^۱ تعریف مراقبت انجام شده در سال ۱۳۹۹ و در سامانه‌های الکترونیک قرار خواهد گرفت

○ شاخص مورد انتظار: ۹۰٪

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت^۱

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد موارد مثبت در افرادی (۱۵ تا ۵۹ سال) که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۲٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۶۰٪ افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی که تحت پوشش هستند.

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۹

- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره‌های آموزشی/بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۹۰٪

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد موارد مثبت در افرادی (۱۵ تا ۵۹ سال) که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۲٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۶۰٪

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

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۹

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد موارد مثبت در افرادی (۱۵ تا ۵۹ سال) که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۱۲٪
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان می‌باشند.
 - شاخص مورد انتظار: ۷۰٪
- درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی که در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات مراقبتی دریافت می‌کنند.
 - شاخص مورد انتظار: ۶۰٪



برنامه آموزش مهارت های زندگی و

مهارت های فرزندپروری



مقدمه

مهارت های زندگی توانائی های برای سازگاری و رفتار مثبت هستند که فرد را قادر می سازند بطور موثری با نیازها و تغییرات زندگی روزانه مواجهه شوند (WHO زیر چاپ). بخصوص مهارتهای زندگی گروهی از توانائی ها و مهارتهای بین فردی هستند که به افراد کمک می کند بتوانند تصمیماتشان را شکل دهند. مشکلات را حل کنند، بطور نقادانه و خلاقانه فکر کنند ، ارتباط موثر داشته باشند، ارتباط سالمی بسازند ، عدم تاکید بر دیگران مقابله مناسب و مدیریت زندگی بطور سازنده و سالم (world Bank and pcd WHO/HQ, ۲۰۰۳).

هرچند در طی دوران تحصیلی نوجوانان چیزهای زیادی یاد می گیرند و در طی آن نیازها و مشکلات متعدد مواجهه می شوند که در چارچوب برنامه آموزشی درسی می باشد. ولیکن آموزش مهارتهای زندگی می تواند یک جزء اصلی ارتقاء سلامت محسوب گردد. مهارتهای زندگی با رویکرد قراردادی آموزش سلامت و دیگر مداخلات اجتماعی در مدارس متفاوت است. برنامه های آموزشی کلاسیک یک فرآیند یادگیری متمرکز به دانش آموز و تعیین مهارت جدید در محیط حمایتی کلاس می باشد. این رویکرد برنامه های آموزشی را تقویت می کند. یادگیری مهارتها ممکن است به عنوان یک پکیج کاری جهت ارتقاء سلامتی و یادگیری در مدرسه یا ممکن است به عنوان راهی برای ترکیب آنها و یا تقویت آنها به کار گرفته شود (CBS Publication ۲۰۰۵).

یادگیری مهارتها در یک زمینه وسیعی می تواند آموزش داده شود مثلاً یادگیری تصمیم گیری مرتبط با جاده سلامتی ، دوست یابی ، تکالیف مدرسه ، سیگار ، رفتار مربوط به ایدز و غیره . یادگیری مهارتها با این روش یک مهارت تقویتی مثبت مداومی می تواند باشد که هر درسی که یاد گرفته می شود اساس یادگیری درس بعدی خواهد بود. بدین ترتیب یادگیری مهارتها در تمام دوران به صورت مارپیچی ادامه می یابد.

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

- پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری

اهداف اختصاصی برنامه:

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

- صد درصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۹

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود، که در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت شرکت می نمایند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی.

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۹۰ نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۹

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی.

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۹۰ نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۹

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی.

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۹۰ نفر در ماه)

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

مقدمه

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 ۲۰۰۴).

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 بدرفتاری با کودک از نسلی به نسل دیگر است (Dixon ۲۰۰۵, Ateah ۲۰۰۵, Slack ۲۰۰۴).

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد که آموزش مهارتهای فرزندپروری موجب بهبود رفتار والدین، کاهش سوء رفتار با کودکان (بدرفتاری با کودک)، 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, ۱۹۹۸; Taylor & Biglan, ۱۹۸۲; Patterson, ۲۰۰۰; Barlow, ۲۰۰۴).

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

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

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

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۹

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت شرکت می نمایند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

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

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۹

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

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۹

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



برنامه پیشگیری از خودکشی



مقدمه:

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

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال 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، ۵۱۰۱ (پنج هزار و صد و یک) نفر از مرگ های غیرطبیعی در سال ۱۳۹۷ متوفیات مشکوک به خودکشی گزارش شده اند. این معادل ۶,۲ فوت به ازای هر صد هزار نفر جمعیت ایران در همان سال می باشد. این میزان همچنان کمتر از عدد ۱۰,۶ فوت ناشی از خودکشی به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در جهان می باشد. میزان فوت ناشی از خودکشی در جهان در ۵۰ سال گذشته حدود ۶۰ درصد افزایش نشان داده است که کشور ما هم از این روند افزایشی مستثنی نیست.

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

اهداف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

- صد در صد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/ غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند (آموزش توسط روانپزشک/ حداقل ۴ ساعت)

- صد در صد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی 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).
- صد در صد موارد 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 پزشکان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت ویزیت شوند.
- صد درصد بیماران ارجاع شده از پزشکان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت به کارشناس سلامت روان، حداقل یک جلسه مداخله مختصر روانشناختی دریافت نمایند.

شاخص های برنامه در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده در سال ۱۳۹۹

- میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
 - نحوه احصاء: دریافت 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
- درصد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند (آموزش اختلال افسردگی و پیشگیری از خودکشی توسط روانپزشک/ حداقل ۴ ساعت):

○ شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت که هر سه سال حداقل یک مرتبه در دوره های بازآموزی حضوری/ غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- 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

- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان تحت پوشش معاونت بهداشت دانشگاه که دارای افکار خودکشی نیز می باشند.

شاخص های برنامه در مرکز بهداشت شهرستان در سال ۱۳۹۹

- درصد کارشناسان مراقب سلامت تحت پوشش معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های بازآموزی حضوری / غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده باشند.

○ شاخص مورد انتظار: ۷۵ درصد

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

○ شاخص مورد انتظار: ۷۵ درصد

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

○ شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت /بهورزان تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان که دارای افکار خودکشی نیز می باشند.

شاخص های برنامه در مرکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۳۹۹

- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت /بهورزان تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت که دارای افکار خودکشی نیز می باشند .



برنامه خود مراقبتی در سلامت روان



مقدمه:

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

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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش سواد سلامت روان

اهداف اختصاصی برنامه

- ۱۰۰٪ کارشناسان سلامت روان در دوره‌های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- ۱۰۰٪ کارشناسان مراقب سلامت در دوره‌های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- ۱۰۰٪ مربیان آموزش بهورزی در دوره‌های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- ۱۰۰٪ بهورزان در دوره‌های آموزشی/بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- ۱۰۰٪ سفیران سلامت در طی ۳ سال تحت آموزش حضوری/غیر حضوری خودمراقبتی در سلامت روان قرار گیرند

- ۱۰۰٪ کارشناسان آموزش سلامت در دوره های آموزشی/ بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
- افزایش سواد سلامت روان جامعه تحت پوشش برنامه به میزان ۲۰ درصد نسبت به سال پایه (ارزشیابی هر ۵ سال به صورت پیمایش ملی)

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۹۸

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

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۹۸

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

شاخص های برنامه در سطح مرکز در سال ۹۸

- تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت
شاخص مورد انتظار: برگزاری ۲ جلسه در ماه (متوسط هر جلسه ۲ ساعت برای ۲۰ نفر) متوسط ۵۰۰ نفر در سال
به ازاء هر کارشناس سلامت روان



**برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث و
بلاای غیر مترقبه**



مقدمه:

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

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

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

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

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

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

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

۵- تجدید سازمان: بین ۶ ماه تا 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): مثلاً حملات تکراری (پس لرزه ها)
- د) آمادگی اجتماعی (Social preparedness of the community)
- ه) محیطی یا مرکزی بودن بلا (peripheral vs central) در رابطه با موقعیت جغرافیایی

اهداف کلی برنامه

- پیشگیری از عوارض روانی اجتماعی ناشی از حوادث غیر مترقبه

اهداف اختصاصی برنامه

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

شاخص های مورد انتظار ستاد دانشگاه:

- درصد کارشناسان سلامت روان آموزش دیده نسبت به کل کارشناسان سلامت روان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد بهورزان و مراقبان سلامت آموزش دیده نسبت به کل بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت

○ شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

- پوشش جمعیت غربال مثبت پس از حادثه، که خدمات روانی - اجتماعی را مطابق پروتکل دریافت کرده اند.

○ شاخص مورد انتظار: ۷۰٪ (استخراج این شاخص فقط مختص دانشگاه هایی است که حادثه ای

طبیعی یا غیر طبیعی در آنها اتفاق افتاده باشد)

- پوشش خانوارهای متوفیان ناشی از بیماری کرونا نسبت به کل خانوارهای متوفی

○ شاخص مورد انتظار: ۷۰٪ (شاخص فوق به استناد پروتکل ابلاغی مداخله روانشناختی در سوگ

برای خانواده های متوفی)



برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک



مقدمه:

برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد بدرفتاری با کودک 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 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 افراد متأثر از بدرفتاری با کودک و شاهد خشونت خانگی شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
- کاهش خشونت خانگی مجدد در افراد متأثر از بدرفتاری با کودک و شاهد خشونت خانگی 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 بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد 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 شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در دوره های آموزشی بدو خدمت 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 آموزشی برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در دوره های آموزشی پیشگیری از بدرفتاری با کودک 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.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در مورد آنها انجام شود.

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

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۹

- میزان پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" را گذرانده باشند (شاخص مورد انتظار ۵۰٪)
- میزان کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نموده‌اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- میزان کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نموده اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- 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 ۸۰٪)
- درصد افراد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۹:

- میزان کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نموده اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در افراد 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 اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- میزان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۹:

- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک افراد 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 مورد آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- میزان افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)



برنامه پیشگیری از همسر آزاری



مقدمه

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

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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه حداقل یکبار در دوره های آموزشی برنامه پیشگیری از همسر آزاری شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/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 ۱۳۹۹:

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد "پیشگیری از همسرآزاری" را گذرانده باشند (شاخص مورد انتظار ۵۰٪)
- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی پیشگیری از همسر آزاری شرکت نموده‌اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از همسرآزاری شرکت نموده اند (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۹:

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

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۹:

- درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار ۸۰٪)
- درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪)



برنامه کاهش آسیب مصرف مواد



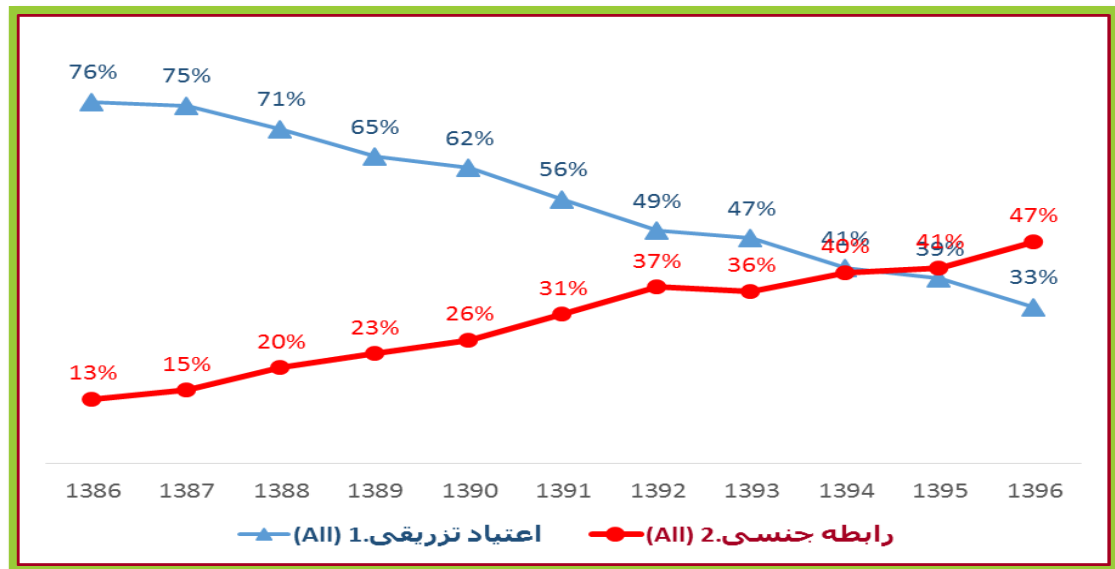
مقدمه:

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد شامل برنامه ها و مداخلاتی است که با هدف اولیه کاهش عواقب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی متعاقب مصرف مواد مخدر و محرک صورت می گیرد و الزاماً با کاهش مصرف مواد همراه نیست. فرد مصرف کننده، خانواده های آنان و بقیه افراد اجتماع از برنامه های کاهش آسیب بهره مند می گردند. در ارائه برنامه های کاهش آسیب در کشور که مبتنی بر سیاست ها و واقعیتهای موجود کشور، این واقعیت که فرد مصرف کننده تصمیم دارد به مصرف مواد به صورت تزریقی یا غیرتزریقی ادامه دهد، مورد پذیرش قرار میگیرد. بدیهی است که این به معنای تأیید ادامه مصرف مواد به هیچ روشی نمی باشد. همچنین با فرد مصرف کننده تزریقی مانند یک انسان و با احترام برخورد می شود و انتظار می رود که فرد مصرف کننده تزریقی مانند هر شهروند دارای حقوق و محدودیت های قانونی رفتار نماید. بنابراین مصرف کننده مواد نیز مسئول رفتارهای خویش می باشد. برنامه سرنگ و سوزن در مقابل خدمات پرهیزمدار یا درمان نگهدارنده نبوده و نیست. این برنامه تلاش دارد تا گستره خدمات مرتبط با سلامتی مصرف کنندگان مواد را هرچه بیشتر گسترش داده و از این مسیر گام مهمی در حفظ و ارتقاء سلامت جامعه بردارد. همچنان که مصرف مواد و مصرف تزریقی مواد محدود به شهرهای 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 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

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



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

وضعیت موجود پوشش مراکز کاهش آسیب

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

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 تیم‌های 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) می‌باشند.

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

برنامه سرنگ و سوزن (NSP)

درمان نگهدارنده با متادون (MT)

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 هپاتیت های ویروسی

۲. پیشگیری، تشخیص و درمان سل

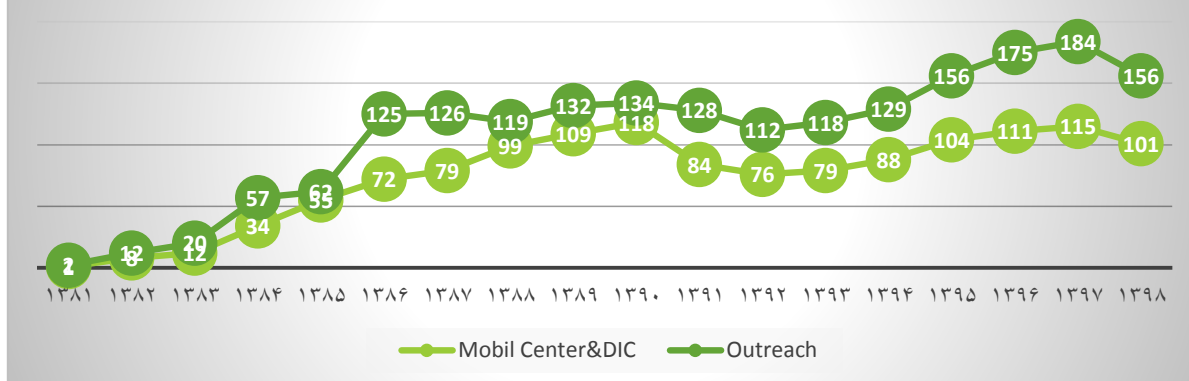
۳. پیشگیری و درمان بیش مصرفی (Over Dose)

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 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 سال های ۹۵، ۹۶ و ۹۷ نیز این پوشش ده درصدی باقی مانده است، اگرچه با راه اندازی واحدهای ضمیمه ارائه داروی آگونست آستانه پایین موفق به افزایش کمی تعداد افراد تحت درمان شده ایم (جدول صفحه بعد پوشش برنامه های سرنگ و سوزن و درمان را به صورت مجزا برای سال های ۹۶ و ۹۷ نشان می دهد).

در ۹ ماهه اول سال ۹۸، با توجه به پایین آمدن تعداد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند، آمار دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد پوشش ۲۰ درصد در ارائه خدمات سرنگ و سوزن و برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه داشتیم.

تعداد مراکز گذری، موبایل سنتر 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 با توجه به روز رسانی نظام ثبت آمار و خدمات کاهش آسیب ۱۰۱ مرکز ثابت و سیار کاهش آسیب و ۱۱۵۶ تیم سیار وابسته به ارائه خدمات مرتبط در ۴۳ دانشگاه علوم پزشکی می‌پردازد. تمام سعی بر این بوده کیفیت خدمات مدنظر قرار گیرد و تغییرات لازم انجام پذیرد. لازم به ذکر است در سال جاری البته بودجه مراکز گذری از محل اعتبارات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، معاونت بهداشت و وزارت کشور تامین گردیده است.

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 سروولوژیک رفتاری).

اهداف اختصاصی برنامه:

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

- **صد در صد** پرسنل شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **هشتاد در صد** پرسنل شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره‌های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **حداقل ۷۵٪** مراجعین به مراکز کاهش آسیب خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت 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 ۹۹

- 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 مراکز کاهش آسیب که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری 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: ۸۰٪**
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند. **شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪**
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یکبار در دوره‌های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند. **شاخص مورد انتظار: ۸۰٪**
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته. **شاخص مورد انتظار: ۳۶۰ عدد و بالاتر**
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال. **شاخص مورد انتظار: ۱۲۰ عدد و بالاتر**
- ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب در پورتال 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 می‌نمایند. (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان سال ۹۹

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

شاخص‌های برنامه در سطح مرکز سال ۹۹

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین دریافت‌کنندگان خدمات مرکز کاهش آسیب (غیر از واحد ضمیمه ارائه دهنده داروی متادون آستانه پایین): شاخص مورد انتظار: ۶۰ درصد و بالاتر^۱

^۱ - هر مرکز گذری کاهش آسیب باید حداقل در طی یکسال برای ۱۵۰ نفر غیر تکراری پرونده تشکیل داده (۶۰ درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) و امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید. هر مرکز سیار (موبایل سنتر) باید در طی یکسال حداقل برای ۲۰۰ نفر غیر تکراری (۶۰ درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید. هر تیم سیار باید در طی یکسال حداقل برای ۶۰ نفر غیر تکراری (۶۰ درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.

- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته توسط پرسنل مرکز آموزش های تزریق کم خطر مواد، رفتار جنسی سالم، پیشگیری از Over dose، مخاطرات مصرف مواد محرک، پیشگیری، انتقال و شناسایی ویروس اچ آی وی را دریافت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۹۰٪
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب دریکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: 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: ۱۲۰ عدد و بالاتر
- درصد مصرف کنندگان تزریقی در مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته مورد غربالگری ویروس اچ آی وی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۸۰٪
- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای 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 داشته اند (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 می نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: ۷۵٪



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



مقدمه

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

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

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

مطالعات جهانی نشان می‌دهد که در برنامه‌های پیشگیری اولیه از مصرف مواد حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به مصرف مواد تحت برنامه غربالگری باعث می‌شود از گرایش به مصرف و وابستگی به سیگار الکل و مواد در افراد جلوگیری شود. لذا از نیمه سال ۱۳۹۲، ادغام برنامه در طرح تحول نظام سلامت در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مورد توجه قرار گرفت. اولین گام ظرفیت سازی مناسب با بازنگری و تدوین فرم‌ها، دستورالعمل‌ها، متون و منابع آموزشی تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و پزشک)، برگزاری کارگاه‌های آموزشی، جذب و توانمندسازی نیروی انسانی موردنیاز و استقرار برنامه در ساختار الکترونیکی سامانه 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 مواد، الکل و دخانیات مورد اجرا قرار گرفت. بر این اساس، از اواسط سال ۱۳۹۴ با شروع برنامه تحول نظام سلامت در مناطق حاشیه ی شهرهای بزرگ و شهرهای کوچک با حداقل ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرایی شد. همچنین از ابتدای سال ۱۳۹۶ با ابلاغ دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی- نسخه ۱۸ 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 مواد، الکل و دخانیات در گروه سنی زیر ۶۰ سال و مادران باردار به شکل ادغام یافته در نظام مراقبتهای اولیه در یک روند توسعه

ای، با تلاش مستمر جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات و ظرفیت سازی مناسب در مراکز بهداشتی درمانی کل کشور در حال انجام است.

آنچه که در سال ۱۳۹۹ مورد تاکید است، تلاش بیشتر جهت ظرفیت سازی مناسب در مراکز بهداشتی درمانی کل کشور و ارتقا کمی و کیفی خدمات از طریق توانمند سازی تیم سلامت، ارتقای نظام پایش و ارزیابی خدمات و در نهایت دستیابی به شاخص های مورد انتظار است.

همچنین، از آنجا که برخورداری از بینش دقیقی از وضعیت اختلالات مصرف انواع مواد در جوامع هدف می تواند در هدفمند سازی خدمات و ارتقا کمی و کیفی برنامه نقش مهمی ایفا نماید، نتایج آخرین مطالعات ملی در این بخش ارایه می گردد و امید است مورد توجه و دقت نظر قرار گیرد.

بر این اساس، خلاصه ای از مهمترین نتایج مطالعه تخمین اندازه جمعیت مصرف کنندگان مواد و الکل انجام شده در سال ۱۳۹۲ و منتشر شده در اردیبهشت سال ۱۳۹۴ به عنوان مهمترین مطالعه شیوع شناسی کشور مورد بررسی قرار می گیرد.

گزارش این مطالعه بر مبنای مصرف انواع مواد در سال گذشته نشان می دهد :

✓ ۷،۴۹۸ نفر از هر صد هزار نفر جمعیت ، حداقل یک بار انواع مواد (به جز تنباکو، الکل و داروهای آرام بخش و خواب آور) مصرف داشته اند.

✓ ۲،۷۰۷ نفر مصرف غیر مستمر و ۴،۷۹۱ نفر مصرف مستمر در هر صد هزار نفر جمعیت داشته اند.

✓ ۵،۶۳۴،۵۳۰ نفر در کل جمعیت حداقل یک بار انواع مواد (به جز تنباکو، الکل و داروهای آرام بخش و خواب آور) را مصرف داشته اند.

✓ در کل جمعیت ۲،۰۳۴،۲۲۹ نفر مصرف غیر مستمر و ۳،۶۰۰،۳۰۱ نفر مصرف مستمر داشته اند.

✓ به طور کلی در کشور تعداد مصرف کنندگان انواع مواد در مردان بیش از زنان است.

✓ به طور کلی تعداد مصرف کنندگان انواع مواد در کشور در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بالاترین و در گروه سنی زیر ۱۸ سال کمترین تعداد را شامل می شود.

بر اساس این مطالعه، استانهای خراسان شمالی، خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان، لرستان، کرمانشاه، تهران و البرز (بدون ترتیب) بیشترین میزان مصرف حداقل یک بار مصرف انواع مواد را در سال گذشته به خود اختصاص داده بودند. کمترین میزان مصرف نیز در استانهای بوشهر، کهگیلویه و بویراحمد، قم، مرکزی، کردستان، زنجان و آذربایجان شرقی مشاهده شده است.

همچنین خلاصه نتایج این مطالعه در خصوص میزان مصرف مشروبات الکلی در سال گذشته نشان می دهد:

- ✓ ۲،۷۹۷ نفر از هر صد هزار نفر جمعیت مصرف حداقل یک بار مشروبات الکلی داشته اند.
- ✓ ۱،۹۶۷ نفر مصرف غیر مستمر و ۸۳۰ نفر مصرف مستمر در هر صد هزار نفر جمعیت داشته اند.
- ✓ ۲،۱۰۱،۸۱۹ نفر درکل جمعیت مصرف حداقل یک بار مشروبات الکلی داشته اند.
- ✓ ۱،۴۷۸،۰۳۵ نفر مصرف غیر مستمر و ۶۲۳،۷۸۴ نفر مصرف مستمر درکل جمعیت داشته اند.
- ✓ به طور کلی در کشور تعداد مصرف کنندگان مشروبات الکلی در مردان بیش از زنان است.
- ✓ به طور کلی تعداد مصرف کنندگان مشروبات الکلی در کشور در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بالاترین و در گروه سنی زیر ۱۸ سال کمترین تعداد را شامل می شود.

همچنین، بیشترین فراوانی مصرف مشروبات الکلی (بدون ترتیب) در استان های تهران، البرز، اصفهان، لرستان، کرمانشاه کردستان و ایلام و کمترین میزان مصرف مشروبات الکلی (بدون ترتیب) در استان های بوشهر، سیستان و بلوچستان چهارمحال و بختیاری، قم، مرکزی، همدان، زنجان و آذربایجان شرقی گزارش شده است.

همچنین، به طور کلی در کشور، تعداد مصرف کنندگان تریاک، حشیش و هروئین در مردان بیش از زنان است و نیز بیشترین فراوانی مصرف تریاک، شیره و یا سوخته (بدون ترتیب) در استان های سیستان و بلوچستان، خراسان شمالی، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، گلستان، همدان، لرستان و کرمانشاه و کمترین میزان مصرف تریاک، شیره و یا سوخته (بدون ترتیب) در استان های بوشهر، چهارمحال و بختیاری، خوزستان، مرکزی، زنجان، اردبیل و آذربایجان شرقی گزارش شده است. علاوه بر این، بیشترین فراوانی مصرف حشیش (بدون ترتیب) در استان های خراسان رضوی، خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد، خوزستان، قم، تهران و البرز و کمترین میزان مصرف حشیش (بدون ترتیب) در استان های بوشهر، چهارمحال و بختیاری، همدان، مرکزی کرمانشاه، قزوین و آذربایجان شرقی و گلستان گزارش شد.

از نظر جغرافیایی، بیشترین فراوانی مصرف هروئین یا کراک (بدون ترتیب) در استان های سیستان و بلوچستان، خراسان رضوی، تهران، مرکزی، قزوین، لرستان، آذربایجان غربی و کهگیلویه و بویراحمد و کمترین میزان مصرف هروئین یا کراک (بدون ترتیب) در استان های هرمزگان، بوشهر، خوزستان، قم، همدان، آذربایجان شرقی، خراسان شمالی و گلستان گزارش شد.

و نیز، بیشترین فراوانی مصرف مواد محرک (بدون ترتیب) در استان‌های خراسان رضوی، کهگیلویه و بویراحمد، تهران، البرز، قزوین، کردستان و ایلام و کمترین میزان مصرف مواد محرک (بدون ترتیب) در استان‌های کرمان، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، قم، همدان، آذربایجان شرقی و خراسان شمالی گزارش شد.

در بخش دیگری از گزارش این مطالعه، بیشترین فراوانی مصرف مواد توهم‌زا (بدون ترتیب) در استان‌های سیستان و بلوچستان، خراسان رضوی، مازندران، البرز، کردستان، ایلام، خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد و کمترین میزان مصرف مواد توهم‌زا (بدون ترتیب) در استان‌های هرمزگان، یزد، تهران، قم، همدان، زنجان و آذربایجان شرقی گزارش شد. همچنین در این مطالعه، نتایج مصرف ترامادول، دیفنوکسیلات یا ترکیبات کدئین‌دار، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، مواد استنشاقی، متادون به صورت قانونی و متادون به صورت غیر قانونی در سال گذشته به شرح ذیل می‌باشد.

✓ به طور کلی در کشور تعداد مصرف ترامادول، دیفنوکسیلات یا ترکیبات کدئین‌دار، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، مواد استنشاقی، متادون به صورت قانونی و متادون به صورت غیر قانونی در کشور در مردان بیش از زنان است.

✓ به طور کلی تعداد مصرف کنندگان ترامادول، دیفنوکسیلات یا ترکیبات کدئین‌دار در هر یکصد هزار نفر و در کل جمعیت، در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بالاترین و در گروه سنی زیر ۱۸ سال کمترین تعداد را شامل می‌شود.

✓ تعداد مصرف کنندگان داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور در هر یکصد هزار نفر در گروه سنی بالای ۵۰ سال بالاترین تعداد در گروه سنی زیر ۱۸ سال کمترین تعداد را شامل می‌شود و در کل جمعیت در گروه سنی ۳۱ تا ۵۰ سال بالاترین و در گروه سنی زیر ۱۸ سال کمترین تعداد را شامل می‌شود.

✓ تعداد مصرف کنندگان مواد استنشاقی در هر یکصد هزار نفر و در کل جمعیت در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بالاترین و در گروه سنی بالای ۵۰ سال کمترین تعداد را شامل می‌شود.

✓ تعداد مصرف کنندگان متادون به صورت قانونی در هر یکصد هزار نفر و در کل جمعیت در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بالاترین و در گروه سنی زیر ۱۸ سال کمترین تعداد را شامل می‌شود.

✓ تعداد مصرف کنندگان متادون به صورت غیر قانونی در هر یکصد هزار نفر در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بالاترین و در گروه سنی زیر ۱۸ سال کمترین تعداد را شامل می‌شود و در کل جمعیت در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بالاترین و در گروه سنی بالای ۵۰ سال کمترین تعداد را شامل می‌شود.

در این مطالعه، از نظر جغرافیایی بیشترین فراوانی مصرف ترامادول، دیفنوکسیلات، یا ترکیبات کدئین‌دار (بدون ترتیب) در استان‌های سیستان و بلوچستان، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، تهران، البرز، ایلام و کردستان و کمترین میزان

مصرف ترامادول، دیفنوکسیلات، یا ترکیبات کدئین دار (بدون ترتیب) در استان های کرمان، فارس، چهار محال و بختیاری، قم، مرکزی، همدان و آذربایجان شرقی گزارش شده است.

و نیز، بیشترین فراوانی مصرف داروهای آرام بخش و خواب آور (بدون ترتیب) در استان های خراسان رضوی، کهگیلویه و بویراحمد، ایلام، کردستان، تهران، البرز و مازندران و کمترین میزان مصرف داروهای آرام بخش و خواب آور (بدون ترتیب) در استان های خراسان جنوبی، فارس، چهارمحال و بختیاری، مرکزی، همدان، زنجان و آذربایجان شرقی گزارش شده است.

علاوه بر این، بیشترین فراوانی مصرف مواد استنشاقی (بدون ترتیب) در استان های سیستان و بلوچستان، خراسان رضوی، مازندران، کهگیلویه و بویراحمد، ایلام، کردستان و اردبیل و کمترین میزان مصرف مواد استنشاقی (بدون ترتیب) در استان های فارس، هرمزگان، قم، مرکزی، همدان، تهران، قزوین و آذربایجان شرقی گزارش شده است.

و نیز، بیشترین افراد مصرف کننده متادون غیرقانونی (بدون ترتیب) در استان های سیستان و بلوچستان، خراسان رضوی، خراسان جنوبی، مازندران، قزوین، کردستان کهگیلویه و بویراحمد و کمترین میزان افراد مصرف کننده متادون غیرقانونی (بدون ترتیب) در استان های هرمزگان، بوشهر، خوزستان، سمنان، مرکزی، همدان، زنجان و آذربایجان شرقی گزارش شده است.

و در نهایت بر اساس نتایج پیمایش ملی خانوار در مورد شیوع مصرف مواد مخدر و روان گردانها در جمعیت عمومی کشور در سال ۹۴ توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر که جمعیت مورد مطالعه در این پیمایش ۵۷۴۵۰ نفر از ۳۱ استان کشور بوده، بیانگر آن است که :

- ✓ میزان شیوع مصرف مواد در طول عمر در کل کشور تطبیق داده شده برای جمعیت استانها: ۸/۴۷ درصد
- ✓ میزان شیوع مصرف مواد در سال گذشته در کل کشور تطبیق داده شده برای جمعیت استانها: ۵/۳۹ درصد
- ✓ میزان شیوع مصرف مواد در ماه گذشته در کل کشور تطبیق داده شده برای جمعیت استانها: ۴/۸۸ درصد
- ✓ میزان شیوع مصرف مواد در هفته گذشته در کل کشور تطبیق داده شده برای جمعیت استانها: ۴/۲۸ درصد

همچنین، بر اساس آخرین بررسی انجام شده در 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 می کنند و به طور کلی ۲۵ درصد از مردان و ۴ درصد زنان انواع دخانیات مصرف می کنند. همچنین به طور کلی ۱۴/۲ درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال مصرف کننده انواع محصولات مانند سیگار، پیپ و حتی قلیان می باشند.

این گزارش نشان می دهد، افزایش مصرف دخانیات را در زنان شاهد هستیم. به طوری که در سال ۹۰، ۳/۷ درصد زنان انواع محصولات دخانیات را مصرف می کردند که متأسفانه این آمار در سال ۹۵ به ۴ درصد رسیده است. بر اساس این گزارش، میزان مصرف انواع تنباکو در گروه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۹۵، نسبت به سال ۸۶ دو برابر رشد داشته است. چنانکه مصرف سیگار در بین پسران ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۹۵، ۴/۸ درصد و میزان مصرف قلیان ۷/۳ درصد بوده و این رقم در بین دختران ۴/۳ درصد تخمین زده شده است.

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- نود درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره آموزشی استاندارد^۱ « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را در طول خدمت گذرانده باشند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره استاندارد آموزش بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- هشتاد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» هر سه سال یکبار شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان هر سه سال یکبار در دوره استاندارد آموزشی/ بازآموزی «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- صد درصد افراد واجد شرایط دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت^۲ از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گیرند.
- سی درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد غربالگری تکمیلی اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد برای آن ها انجام گیرد.

^۱ - دوره آموزشی استاندارد (پزشک، کارشناس روان و مراقب سلامت) براساس کاریکولوم ابلاغی تعریف می شود.

^۲ - افرادی که در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال قرار داشته و حداقل یک مراقبت بهداشتی گروه های سنی در پرونده آن ها ثبت شده است.

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

شاخص‌های برنامه در سطح ستاد دانشگاه - سال ۱۳۹۹

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

مورد انتظار: ۹۰ درصد

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

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

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

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

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

۱. مخرج این شاخص تعداد افرادی از گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال که در سال جاری حداقل یک مراقبت بهداشتی را دریافت کرده اند.

۲. این شاخص به نسبت تعداد مراکزی که نیروی کارشناس روان به آن تخصیص داده شده است محاسبه می گردد.

۳. مخرج این شاخص تعداد مواردی می باشند که نتیجه غربالگری تکمیلی آنها، سطوح خطر متوسط مصرف الکل یا مواد، و یا خطر بالای مصرف دخانیات و یا مصرف تزریقی مواد را نشان می دهد.

۴. مخرج این شاخص تعداد مواردی می باشند که نتیجه غربالگری تکمیلی آنها خطر بالای مصرف دخانیات و یا در پیگیری دوم پس از غربالگری مجدد تکمیلی سطوح خطر متوسط مصرف الکل یا مواد را نشان می دهد.

شاخص‌های برنامه در سطح شهرستان - سال ۱۳۹۹

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

شاخص‌های برنامه در سطح مرکز - سال ۱۳۹۹

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که ۱ نوبت دوره آموزشی حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » را در طول دوره خدمت خود گذرانده باشند. شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد
- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که در دوره‌ی استاندارد آموزشی بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزانی که هر سه سال یکبار در دوره ی آموزشی/ بازآموزی « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد » شرکت نموده اند. شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد
- درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال، که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد
- درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد
- درصد مواردی که تحت پوشش ۲ جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۵۰ درصد
- درصد مواردی که تحت پوشش حداقل ۲ جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۳۰ درصد
- درصد موارد متقاضی آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد



برنامه آموزش مهارت‌های فرزندپروری (نوجوان سالم)



برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (۱۷-۱۲ سال)

مقدمه

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

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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

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

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۳۹۹

- درصد کارشناسان سلامت روان که سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من) بدو خدمت شرکت می نمایند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من) حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط
- ۱۶ نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف، داخل مرکز و خارج از مرکز؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج از مرکز ۷۰ نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰٪-۸۴۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۳۹۹

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط
- ۱۶ نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف، داخل مرکز و خارج از مرکز؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج از مرکز ۷۰ نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰۰٪-۸۴۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۳۹۹

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

- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف ، داخل مرکز و خارج از مرکز؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج از مرکز ۷۰ نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: ۸۴۰-۱۰۰۰ 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 به عنوان کانون تمام برنامه های توسعه اجتماعی مورد توجه قرار می دهند. ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) به طور مستقیم یا غیرمستقیم، تحت تأثیر مثبت یا منفی تعیین کننده های مختلفی هستند که سهم اثر عوامل محیطی، شامل محیط فیزیکی و اجتماعی و اقتصادی در آن ها، حدود ۵۰ درصد است. به هر حال، از آنجایی که آسیب های اجتماعی به دلایل متعدد به وجود می آیند و در نهایت هزینه های گزاف و عوارض نامطلوب فراوانی از جنبه های مختلف، به فرد، جامعه و دولت تحمیل می کنند، لذا ضرورت توجه و پرداختن به این موضوع برای شناخت عوامل، پیامدها و راه های پیشگیری از آن پررنگ می شود، پس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت وظیفه دارد با رصد دائم تعیین کننده های اجتماعی و اقتصادی، سلامت را مطالبه کند.

از سوی دیگر تنوع و گستردگی آسیب های اجتماعی، هرگونه اقدام به منظور پیشگیری آن ها را در جهت بهبود سلامت جامعه، منوط به اولویت بندی آن ها می کند. علاوه بر آن، برخی افراد یا گروه های اجتماعی بیش از سایر گروه ها و افراد در معرض پیامدها و آثار سوء آسیب های اجتماعی بوده و می بایست این جمعیت های در معرض آسیب های اجتماعی در اولویت پوشش خود قرار گیرند. بنابراین، تعیین اولویت در ارائه راه حل آسیب های اجتماعی باید مدنظر قرار گیرد. آسیب های اجتماعی اگرچه همگی ساختاری هستند و نشأت گرفته از نظام اجتماعی ناکارآمد به شمار می آیند، اما بر روند بروز، تقویت و تضعیف یکدیگر نیز تأثیر دارند. لذا در تبیین و ارائه راه حل برای آسیب های اجتماعی، شایسته است با رتبه بندی آسیب های اجتماعی، آسیب های پراهمیت تر و بیشتر تأثیرگذار بر سایر آسیب ها در کانون توجه قرار گیرند. از این رو باید تلاش کرد تا آسیب های اجتماعی در چارچوب نظام مندی به عنوان یک مشکل چندبعدی و پیچیده پروبلماتیک^۱ مورد توجه قرار گیرند.

^۱ Problematic

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه در کشور:

- صد در صد دانشگاه های علوم پزشکی کشور، کارگروه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی را طبق شیوه نامه ابلاغ شده، تشکیل دهند.^۱
- صد در صد گزارش های پیشرفت فصلی توسط دانشگاه های علوم پزشکی کشور در خصوص برنامه هایی 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 گردد. (هر فصل یک گزارش از هر سه برنامه)

• شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه ها/ دانشکده ها در سال ۱۳۹۹

- درصد دانشگاه های علوم پزشکی که کارگروه های پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی را تشکیل داده اند (براساس شیوه نامه ابلاغی) شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد گزارش های پیشرفت فصلی که توسط دانشگاه های علوم پزشکی کشور در خصوص برنامه هایی 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 شده است. شاخص مورد

انتظار: ۱۰۰٪

^۱ - ابلاغ کلیه اعضای 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.