# ARM0001arm

# **برنامه ها و شاخص های مورد انتظار**

# **حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد**

برای سال 1398

# **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

معاونت بهداشت

اسفند 1397

**مهمترین شاخص ها در هر برنامه:**

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

* درصد غربالگری اولیه سلامت ­روان در جمعیت 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 مهار ت های فرزند پروری

* تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند**؛ شاخص مورد انتظار: 1000 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: 1000 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
* میزان فوت ناشی از خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش

**برنامه خودمراقبتی در سلامت روان**

* تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت خانواده شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 تا 2 جلسه در ماه (هر جلسه 2 ساعت برای 30 تا 40 نفر) 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

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

# پوشش جمعیت آسیب دیده از کل جمعیت غربال شده که پس از حادثه، خدمات حمایت های روانی – اجتماعی را مطابق پروتکل دریافت کرده اند. **شاخص مورد انتظار: 70 %**

**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 100%)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می­شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسر­آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
* درصد افراد متاثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند **(شاخص مورد انتظار% 50)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود.

**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%)
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می­شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک­آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
* درصد افراد متاثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند **(شاخص مورد انتظار 50%)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود

**برنامه کاهش آسیب مصرف مواد**

* 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%**
  + **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 می­نماید (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). **شاخص مورد انتظار: 75%**
  + **درحال حاضر خدمات مستمر حداقل برای 60 درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می گردد.**

**برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیا، الکل و 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، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**
* درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل که از نظر غربالگری تکمیلی مورد ارزیابی قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 30 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 واجد شرایط1 که حداقل تحت پوشش 2 جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند**. شاخص مورد انتظار: 30 درصد**

**برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من)**

* پوشش آموزش مهارت های فرزندپروری (17 - 12 سال نوجوان سالم) در دانشگاه؛ **840 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**اداره سلامت روان**



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



**برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی**

از آنجاکه ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، تامين سلامت همه جانبه جسمي، رواني، اجتماعی و معنوی آحاد جمعيت ساكن در پهنه جغرافيايي جمهوري اسلامي با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتي به منظور ارتقاء وضعيت سلامت مناطق مختلف كشور باعنایت 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 سلامتاقدام به بازبینی و طراحی مجدد برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی (ادغام سلامت روان) نموده است.

طبق آمـارهای جهانی اختلالات روانپزشکی و عصبی 28 درصد از سـال­های عمر که به نـوعی 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 مراقبت­هاي بهداشتی اوليه از اواسط دهه 1360 اجرا شده و مراحل دوره آزمايشي 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 6/23 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 سلامت­روان (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:**

* نود 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 سلامت­روان شاغل در نظام مراقبت­های بهداشتی اولیه در دوره­های آموزشی بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
* هشتاد درصد کارشناسان سلامت­روان سه سال یکبار در دوره­های بازآموزی برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
* صد در صد کارشناسان مراقب­سلامت 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 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 ـ بخش خصوصی و دولتی ـ بهره­مند شوند. (براساس نتایج پیمایش ملی)

**شاخص­های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1398**

* 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 جدید الورود که در دوره­های آموزشی بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده­اند. **شاخص مورد انتظار: 100 %**
* درصد کارشناسان مراقب­سلامت / بهورز 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[[1]](#footnote-1).**شاخص مورد انتظار: 100 %**
* درصد موارد مثبت در افراد (15 تا 60 سال) که غربالگری اولیه سلامت­روان 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%**
* 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.**

**شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1398**

* درصد کارشناسان مراقب­سلامت / بهورز 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 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 1398**

* درصد غربالگری اولیه سلامت­روان 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 سلامت­روان 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

مهارت­های فرزند­پروری

**برنامه آموزش مهارت های زندگی**

**مقدمه**

مهارتهای زندگی توانائی های برای سازگاری و رفتار مثبت هستند که فرد را قادر می سازند بطور موثری با نیازها و تغییرات زندگی روزانه مواجهه شوندWHO) 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 .  
(2003WHO/HQ, world Bank and pcd). هرچند در طی دوران تحصیلی نوجوانان چیزهای زیادی یاد می گیرند و در طي آن نیازها و مشکلات متعدد مواجهه می شوند که در چارچوب برنامه آموزشی درسي 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 هاي آموزشي كلاسيك 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 كار گرفته شود   
(2005CBS Publication). 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 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

**شاخص­های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1398**

* درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود، که 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 ( داخل و خارج از مرکز ) مهارت زندگی. **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه ( معادل 90 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 افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند**؛ شاخص مورد انتظار: 1000 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

# **شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1398**

* تعداد جلسات آموزش گروهی ( داخل و خارج از مرکز ) مهارت زندگی. **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه ( معادل 90 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 افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛ **شاخص مورد انتظار: 1000 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1398**

* تعداد جلسات آموزش گروهی ( داخل و خارج از مرکز ) مهارت زندگی. **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه ( معادل 90 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 افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند؛ **شاخص مورد انتظار: 1000 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**برنامه آموزش مهارت های فرزند پروری (2-12 سال )**

**مقدمه**

سلامت روان کودکان و نوجوانان بخشی اساسی از سلامت و رفاه عمومی است. هر اقدام جدی برای بهبود بهداشت روان کودکان مستلزم ارزيابی کيفيت تربيت 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 تربيتی کودک و عوامل خطر مرتبط با خانواده در ايجاد اختلال سلوک در کودکان نقش دارد. ( Sanders 2004 )

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد سبک تربيتی والدين يک عامل مهم پيش بينی کننده سوء رفتار با کودکان و همچنين عامل اساسی در انتقال و تداوم کودک آزاری از نسلی به نسل ديگر است. ( Ateah 2005, Dixon 2005, Slack 2004)

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد که آموزش مهارتهای فرزندپروری موجب بهبود رفتار والدين ،کاهش سوء رفتار با کودکان(کودک آزاری) ، تغييرات مثبت در درک والدين از رفتارهای خود؛ کاهش افسردگی و استرس مادران؛ افزايش رضايت والدين و کاهش تعارض والدين در مــــورد روش تربيت 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

# **شاخص­های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1398**

* درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که 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 (داخل و خارج از مرکز ) مهارت فرزندپروری به گروه هدف **. 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 افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ **شاخص مورد انتظار: 1000 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

# **شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1398**

* تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز ) مهارت فرزندپروری به گروه هدف **. 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 افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ **شاخص مورد انتظار: 1000 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

# **شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1398**

* تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز ) مهارت فرزندپروری به گروه هدف . **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 افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛ **شاخص مورد انتظار: 1000 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 سوء 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 15 تا 24 سال است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد، اما از طرفی خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، اما خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. بر اساس سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور در سال 1396، 4625 (چهار هزار و ششصد و بیست و پنج) نفر به دلیل اقدام به خودکشی در کشور فوت نموده اند که معادل 8/5 فوت به ازای هر 100 هزار نفر جمعیت می باشد. این میزان کمتر از عدد 10.6 فوت ناشی از خودکشی به ازای هر 100 هزار نفر جمعیت جهان می باشد. میزان فوت ناشی از خودکشی در جهان در 50 سال گذشته حدود 60 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 تدابیرِ پیشگیرانه خودکشی، اغلب بر اساس آمار موجود در نظام ثبت خودکشی است و تا زمانی که آمار نظام ثبت نشانی از اثربخشی برنامه های پیشگیری نداشته باشد، باید در مورد نحوه اجرای صحیح این برنامه ها تردید نمود و به دنبال رفع چالش های مربوط به آن بود. ثبت آمار اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، فرآیندی پیچیده و چند سطحی است که نیاز به تعامل پزشکی قانونی، مراکز بهداشتی دولتی، بیمارستان های دولتی و همچنین بیمارستان های بخش خصوصی است و افراد زیادی را در سطوح مختلف درگیر می نماید.

**اهداف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:**

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

**اهداف اختصاصی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:**

* صد در صد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند (در قالب دوره های آموزش راهنمای درمان اختلالات روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی/ توسط روانپزشک/ حداقل 4 ساعت)
* صد در صد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
* صد در صد کارشناسان مراقب سلامت حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
* صد در صد بهورزان حوزه معاونت بهداشت هر سه سال، در دوره های بازآموزی حضوری / غیرحضوری 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 یک کارگاه آموزشی "مدیریت انعکاس اخبار مربوط به خودکشی" در سال برای اصحاب رسانه های محلی سمعی/بصری، چاپی/غیرچاپی مجازی/غیرمجازی فعال در منطقه تحت پوشش توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده.
* صد در صد موارد غربال مثبت دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس مراقب سلامت حداقل یک مرتبه توسط پزشک ویزیت شوند.
* صد در صد مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان، حداقل یک مرتبه توسط پزشک ویزیت شوند.
* صد در صد مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان، مداخلات روانشناختی بر اساس پروتکل ابلاغ شده را دریافت نمایند.

**شاخص­های برنامه در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده در سال 1398**

* 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 (در قالب دوره های آموزش راهنمای درمان اختلالات روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی/ توسط روانپزشک/ حداقل 4 ساعت):
  + شاخص مورد انتظار: 75%
* 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 (در قالب دوره های آموزش راهنمای درمان اختلالات روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی/ توسط روانپزشک/ حداقل 4 ساعت):
  + شاخص مورد انتظار: 75 %
* 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: 100 %
* 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: 100 %
* درصد موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در منطقه تحت پوشش دانشگاه که در هر فصل، تا پایان اولین ماه فصل بعد در سامانه ثبت خودکشی وزارت بهداشت ثبت گردند.
* تعداد کارگاه آموزشی "مدیریت انعکاس اخبار مربوط به خودکشی" برگزار شده در سال برای اصحاب رسانه های محلی سمعی/بصری، چاپی/غیرچاپی مجازی/غیرمجازی فعال در منطقه تحت پوشش توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده.
* میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
* میزان فوت ناشی از خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش

**شاخص­های برنامه در مرکز بهداشت شهرستان در سال 1398**

* درصد کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت که حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
  + شاخص مورد انتظار: 100 %
* درصد کارشناسان مراقب سلامت مرکز بهداشت شهرستان که حداقل یک مرتبه از ابتدای شروع خدمت در دوره های حضوری آموزشی پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
  + شاخص مورد انتظار: 75 %
* درصد کارشناسان مراقب سلامت مرکز بهداشت شهرستان که هر سه سال حداقل یک مرتبه در دوره های بازآموزی حضوری/ غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
  + شاخص مورد انتظار: 75 %
* درصد بهورزان مرکز بهداشت شهرستان که هر سه سال حداقل یک مرتبه در دوره های بازآموزی حضوری/ غیرحضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.
  + شاخص مورد انتظار: 75 %

**شاخص­های برنامه در مرکز خدمات جامع سلامت در سال 1398**

* درصد موارد غربال مثبت دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس مراقب سلامت که حداقل یک مرتبه توسط پزشک ویزیت شده اند.
  + شاخص مورد انتظار: 60 %
* در صد مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان که حداقل یک مرتبه توسط پزشک ویزیت شده اند.
  + شاخص مورد انتظار : 100 %
* درصد مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان که مداخلات روانشناختی بر اساس پروتکل ابلاغ شده را دریافت نموده اند.
  + شاخص مورد انتظار: 80 %



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 این‌وجود 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 سادۀ خودمراقبتی می‌توان احتمال بروز این بیماری‌ها را در افراد جامعه کاهش داد.

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

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

# **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 طی3 سال تحت آموزش حضوری/غیر حضوری خودمراقبتی در سلامت روان قرار گیرند
* 100% کارشناسان مسئول برنامه خود مراقبتی شاغل در واحد گسترش شبکه در ستاد دانشگاه و شهرستان در دوره های آموزشی/ بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند.
* افزایش سواد سلامت روان جامعه تحت پوشش برنامه به میزان 20 درصد نسبت به سال پایه (ارزشیابی هر 5 سال به صورت پیمایش ملی)

# **شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 98**

* درصد کارشناسان سلامت روان دانشگاه که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: 100 %
* درصد کارشناسان سلامت¬روان جدید الورود که دردوره¬های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نموده¬اند. شاخص مورد انتظار: 100 %
* درصد کارشناسان مراقب¬سلامت / بهورز جدید الورود که دردوره¬های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نموده¬اند. شاخص مورد انتظار: 80%
* درصد کارشناسان مراقب¬سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره¬های بازآموزی برنامه خودمراقبتی شرکت نموده¬اند. شاخص مورد انتظار : 100 %
* درصد کارشناسان مسئول برنامه خود مراقبتی شاغل در واحد گسترش شبکه در ستاد دانشگاه و شهرستان که در برنامه خود مراقبتی در سلامت روان آموزش دیده اند، شاخص مورد انتظار: 100 %

# **شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 98**

* درصد کارشناسان مراقب¬سلامت / بهورز جدید الورود که دردوره¬های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نموده¬اند. شاخص مورد انتظار: 80 %
* درصد کارشناسان مراقب¬سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره¬های بازآموزی برنامه خودمراقبتی شرکت نموده¬اند. شاخص مورد انتظار : 100%

# **شاخص های برنامه در سطح مرکز در سال 98**

تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت خانواده شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 1 تا 2 جلسه در ماه (هر جلسه 2 ساعت برای 30 تا 40 نفر) 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث 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 واكنش های روانی و رفتاری پس از حوادث و بلایا:**

به طور معمول به دنبال بحران هايي همچون سيل و زلزله، افراد از مراحل مختلفي عبور مي كنند كه عبارتند از:

1. **اثر يا ضربه:** اين مرحله طي چند دقيقه اول پس از سانحه رخ مي دهد. طي اين دقايق افراد دچار رعب و وحشت مي شوند، گاه نيز حالت هايي همچون بهت زدگي و درماندگي مشاهده مي گردد. در اين مرحله افراد قدرت انجام هيچ كاري را ندارند. اين حالت معمولا گذرا و كوتاه مدت است و در اكثر موارد قبل از رسيدن نيروهاي كمكي پايان مي يابد. باقي‌ماندن در اين مرحله، نيازمند مداخله فوري است.
2. **قهرمان گرايي:** در ساعات اوليه رخ مي دهد. مردم سعي مي كنند به كمك هم كاري انجام دهند و افراد احساس مسئوليت مي كنند، به طور داوطلبانه در امداد رساني شركت مي‌نمايند. به اين ترتيب تا قبل از رسيدن نيروهاي كمكي بسياري از كارها را خود افراد بازمانده انجام مي‌دهند. نكته مهم در مورد اين مرحله اين است كه تحريك پذيري افراد طي اين مرحله بسيار بالاست ودر عين حال درجات بالايي از گذشت و فداكاري را از خود نشان مي دهند. مسئله ديگر نياز به ايجاد هماهنگي و رهبري با هدف افزايش تأثير فعاليت‌هاي داوطلبانه است.
3. **اميدواری و فراموشي غم :** يک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروز می کند. اين مرحله با رسيدن نيروهاي كمكي و آغاز توزيع كمك‌ها آغاز مي‌گردد. توزيع كمك‌ها در پيدايش تعادل رواني ، كاهش اختلالات شديد عاطفي و حس خشم و انتقام جويي موثر هستند.
4. **روبرويي با واقعيت ها:** اين مرحله حدود 2 تا 3 ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز مي شود، يعني زماني كه اكثر نيروهاي امداد از منطقه خارج مي شوند. در اين مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت‌ها و جبران ناپذيري بخش بزرگی از خسارات مي گردند. در اين مرحله باز ماندگان نيازمند حمايت‌هاي رواني بيشتري هستند. چرا كه مجدداً روحيه خود را از دست مي دهند، افسرده و مضطرب مي گردند و احساس تنهايي شديدي مي كنند. ايجاد روحيه اميد و اعتماد و دقت در توزيع عادلانه هر گونه امكانات در اين مرحله از اهميت بسياري برخوردار است.
5. **تجديد سازمان:** بين 6 ماه تا يكسال پس از فاجعه رخ مي دهد. بازماندگان شروع به بازسازي رواني و از سر گرفتن زندگي روز مره خود مي کنند. افراد به اين نتيجه مي رسند كه بازسازي زندگي با اتكا بر توانايي هاي خود آن ها امكان پذير است.

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

**الف) قلمرو تاثیر حادثه (Scope of the impact): از نظرجغرافیایی 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**

# پيشگيري از عوارض رواني اجتماعي ناشي از حوادث غير مترقبه

# **اهداف اختصاصی برنامه**

# **كاهش شيوع و پيشگيري از پيشرفت و تشديد عوارض رواني در حوادث غير مترقبه**

# **افزايش توان انطباق و آماده سازي بازماندگان**

# **تقويت مهارت هاي اجتماعي بازماندگان و كمك به جامعه براي سازماندهي مجدد و بازسازي جامعه**

# **شاخص های مورد انتظار ستاد دانشگاه:**

# **آموزش کارشناس مسئول سلامت روان ستاد شهرستان ها (هر سه سال یک بار شامل کارشناسانی است که قبلا اموزش کامل دریافت کرده اند) شاخص مورد انتظار: 100 % (کارشناسان جدیدالورود قبل از ورود به فیلد در دوره آموزش کلی شرکت می کنند. )**

# **آموزش پزشکانی عمومی (هر سال یک بار برای پزشکانی که قبلا آموزش دیده اند) شاخص مورد انتظار: 30 % پزشکان جدیدالورود قبل از ورود به فیلد آموزش می گیرند.**

# **آموزش مربیان آموزشگاه های بهورز شاخص مورد انتظار: 50 %**

# **آموزش امداد گران (گروه های امداد و نجات هلال احمر، آتشنشان ها، فوریت های اورژانس) شاخص مورد انتظار: 50% (موضوع آموزش کمک های اولیه روانشناختی)**

# **آموزش کارشناسان مراکز هسته مشاوره آموزش و پرورش شاخص مورد انتظار: 50%**

* پوشش جمعیت آسیب دیده از کل جمعیت غربال شده که پس از حادثه، خدمات حمایت های روانی – اجتماعی را مطابق پروتکل دریافت کرده اند. **شاخص مورد انتظار: 70 %**

**شاخص های مورد انتظار در شهرستان:**

* **آموزش کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت (هر سه سال یک بار برای کارشناسان ثابت). شاخص مورد انتظار: 100 %**
* **آموزش کارشناسان مراقب سلامت و بهورز توسط کارشناس سلامت روان شهرستان ( کارگاه 4 ساعته توجیهی هر سال یک بار) شاخص مورد انتظار: 50 %**
* پوشش جمعیت آسیب دیده از کل جمعیت غربال شده که پس از حادثه، خدمات حمایت های روانی – اجتماعی را مطابق پروتکل دریافت کرده اند. **شاخص مورد انتظار: 70 %**

**اداره سلامت اجتماعی**





برنامه پیشگیری از کودک آزاری

**مقدمه:**

برنامه پیشگیری از کودک آزاری با هدف توانمندسازي كارشناسان و كاركنان مراكز بهداشتي در زمينه شناسايي و پيگيري موارد کودک آزاری و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورها مي باشند. همچنين از اهداف ديگر اين برنامه تغيير رفتارهاي وابسته به خشونت در خانواده هاي درگير و به تبع آن، ارتقاء كيفيت زندگي افراد مي باشد. گروه هدف این برنامه کلیه کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در صورت تمایل به شرکت در برنامه می باشد.

اين برنامه به منظور تدوين مداخلات لازم و جامعه محور گامي موثر در جهت پيشگيري، كاهش و كنترل انواع رفتارهاي خشونت آميز برداشته و از اين طريق موجبات ارتقاء و بهبود سلامت جسمي، رواني- اجتماعي افراد جامعه را فراهم می آورد.

# **اهداف کلی برنامه در کشور:**

* ایجاد و حفظ پوشش مراقبتی برای افراد متاثر از کودک آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
* کاهش خشونت خانگی مجدد در افراد متاثر 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 1398**

* درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت­های بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد "پیشگیری از کودک آزاری" را گذرانده باشند **(شاخص مورد انتظار 50 %)**
* درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی پیشگیری از کودک آزاری شرکت نموده­اند **(شاخص مورد انتظار 100 %)**
* درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از کودک آزاری شرکت نموده 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%)
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می­شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک­آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
* درصد افراد متاثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده­اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده­اند (شاخص مورد انتظار 50%)
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود
* درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام شده و کلیه اقدامات ثبت شده باشد **(شاخص مورد انتظار 100 %)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود

# **شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1398:**

* درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از کودک آزاری شرکت نموده 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%)
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می­شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک­آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
* درصد افراد متاثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده­اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده­اند (شاخص مورد انتظار 50%)
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود
* درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام و کلیه اقدامات ثبت شده باشد **(شاخص مورد انتظار 100 %)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود

**شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1398:**

* 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%)
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می­شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک­آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
* درصد افراد متاثر از کودک آزاری که مراقبت دریافت کرده­اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده­اند (شاخص مورد انتظار 50%)
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود
* درصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط قانونی موجود، برای حفظ جان کودک اقدام و کلیه اقدامات ثبت شده باشد (شاخص مورد انتظار 100 %)
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود



برنامه پیشگیری از همسرآزاری

**مقدمه**

اين برنامه با هدف توانمندسازي كارشناسان و كاركنان مراكز بهداشتي در زمينه شناسايي و پيگيري موارد همسرآزاري و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی مي باشند. همچنين از اهداف ديگر اين برنامه تغيير رفتارهاي وابسته به خشونت در خانواده هاي درگير و به تبع آن، ارتقاء كيفيت زندگي افراد مي 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.

اين برنامه با هدف تدوين مداخلات لازم و جامعه محور گامي موثر در جهت پيشگيري، كاهش و كنترل انواع رفتارهاي خشونت آميز برداشته و از اين طريق موجبات ارتقاء و بهبود سلامت جسمي، رواني- اجتماعي 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 (حضوری/غیر حضوری) 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 (حضوری/غیر حضوری) 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 1398:**

* 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 50 %)**
* درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی پیشگیری از همسر آزاری شرکت نموده­اند **(شاخص مورد انتظار 100 %)**
* درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از همسرآزاری شرکت نموده اند **(شاخص مورد انتظار 80 %)**
* درصد غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده­اند **(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 100%)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می­شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسر­آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
* درصد افراد متاثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند **(شاخص مورد انتظار% 50)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود.

# **شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1398:**

* درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که سه سال یکبار در دوره های آموزشی/بازآموزی پیشگیری از همسرآزاری شرکت نموده 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 100%)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می­شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسر­آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
* درصد افراد متاثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند **(شاخص مورد انتظار% 50)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود.

# **شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1398:**

* 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 پیشگیری از همسرآزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند **(شاخص مورد انتظار 100%)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا به صورت ذیل در سامانه برنامه عملیاتی منظور می­شود: درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسر­آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند.
* درصد افراد متاثر از همسرآزاری که مراقبت دریافت کرده اند و در پیگیری یکساله دچار خشونت مجدد نشده اند **(شاخص مورد انتظار% 50)**
* با توجه به اینکه در حال حاضر شاخص مورد نظر از سامانه سیب قابل احصاء نیست لذا فعلا در سامانه برنامه عملیاتی منظور نمی­شود.

**اداره سوء مصرف مواد**

****

****

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد

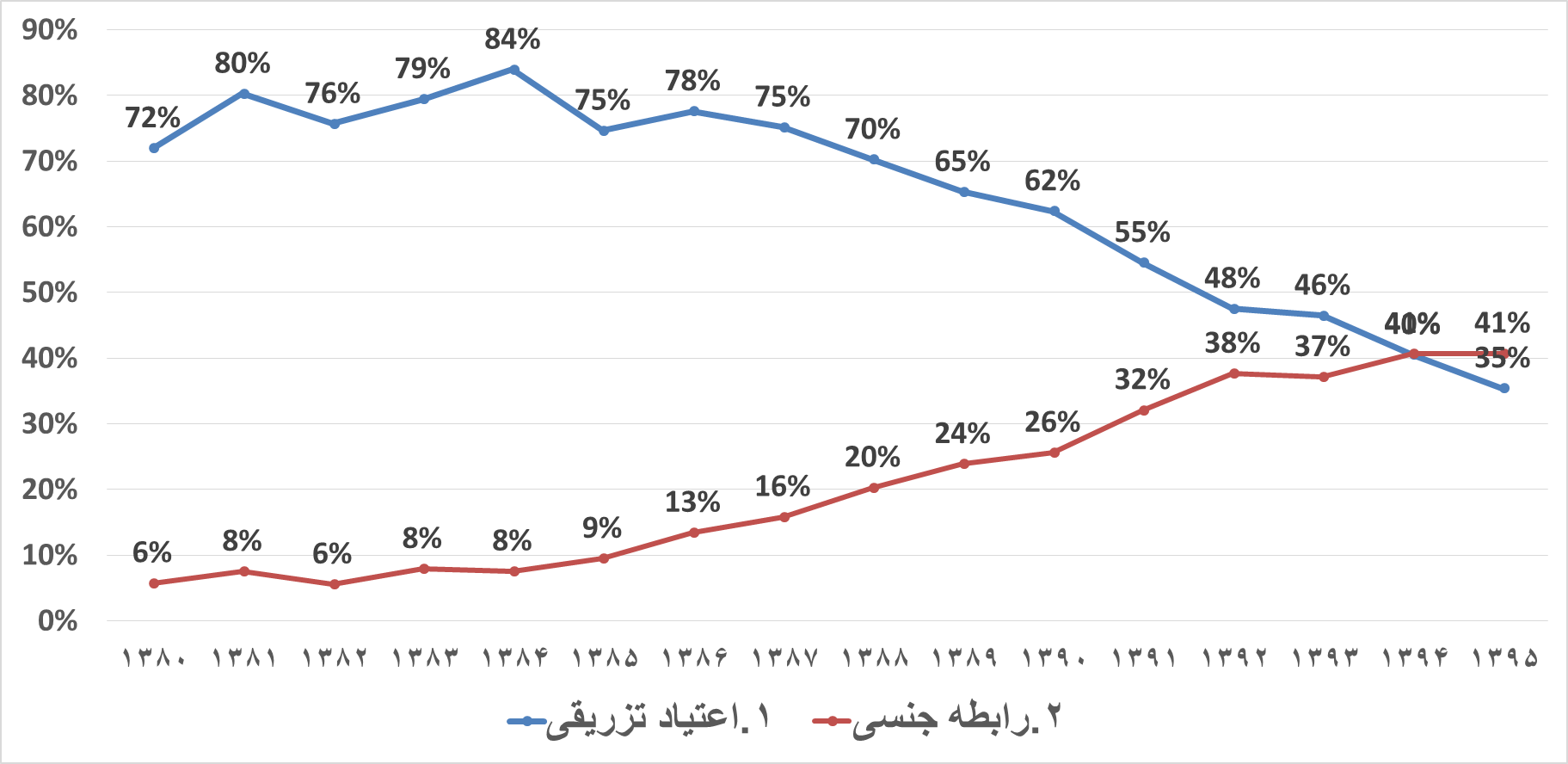
**مقدمه:**

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

در ارائه برنامه­هاي کاهش آسيب در کشور که مبتنی بر سياست­ها و واقعيتهاي موجود کشور ،اين واقعيت که فرد مصرف کننده تصميم دارد به مصرف مواد به صورت تزریقی یا غیرتزریقی ادامه دهد، مورد پذيرش قرار ميگیرد. بديهي است که اين به معناي تأييد ادامه مصرف مواد به هيچ روشي نمي­باشد. همچنین با فرد مصرف کننده تزریقی مانند يك انسان و با احترام برخورد مي­شود و انتظار مي­رود که فرد مصرف کننده تزریقي مانند هر شهروند داراي حقوق وم حدوديت هاي قانوني رفتار نمايد. بنابراين مصرف کننده مواد نيز مسئول رفتارهاي خويش مي­باشد. برنامه سرنگ و سوزن در مقابل خدمات پرهيزمدار يا درمان نگهدارنده نبوده و نيست. اين برنامه تلاش دارد تاگستره خدمات مرتبط با سلامتي مصرف کنندگان مواد را هرچه بيشتر گسترش داده و از اين مسير گام مهمي در حفظ و ارتقاء سلامت جامعه بردارد. همچنان که مصرف مواد و مصرف تزریقی مواد محدود به شهر هاي بزرگ نمي­باشد، گستره خدمات سرنگ و سوزن نيز فقط در مناطق شهري کشور نبوده و کليه مناطق شهري و روستايي بايد از این خدمات استفاده کنند. بديهي است رعايت اصل مقرون به صرفگي باید در پياده سازي 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 80 درصد در سالهای شروع برنامه (1381) به 32 درصد در شش ماهه اول سال 1396 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 8/13 (مشخص شده در آخرین مطالعه BSS­) می باشد، باز هم کاهش دهیم. در مطالعه ماقبل آخر در این گروه شیوع  
اچ آی وی 15 درصد هست که خود حاکی از برنامه های موفق در این حوزه می باشد ولی نکته قابل توجه افزایش برنامه های شناسایی ویروس اچ آی وی هست که مساله تقویت سیستم موجود را بیش از بیش می طلبد.



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

**وضعیت موجود پوشش مراکز کاهش آسیب**

ارائه خدمات کاهش آسيب شامل برنامه­هاي تحويل و تعويض سرنگ و سوزن، مراقبت از زخم و ارائه خدمات بهداشتي اوليه به همراه مشاوره و آموزش توسط پرسنل بهداشتي، گروه همسالان (افراد مورد وثوق در میان اطرافیان و دوستان) و سايرداوطلبان مي­باشند. این خدمات در مراکز گذری کاهش آسیب (Drop-in (centers ارائه می­گردند. مراکز گذري مراکزی با محيطي ايمن و دوستانه هستند که در آنها خدمات مرتبط با تزریق ايمن­تر مواد و همچنين خدمات مرتبط با اصلاح ديگر رفتارهاي پرخطر براي گروه­های هدف ارائه ميگردد. اين مراکز در محلي ثابت مستقر مي­شوند و مي­توانند تيم­هاي امداد رساني سیار نیز داشته باشند.

خدمت ارائه شده توسط این مراکز شامل در اختیار قرار دادن وسايل استريل تزریق، کاندوم و بروشورهاي آموزشي اغلب توسط گروه همسالان يا ساير داوطلبان در خود مراکز گذري و يا توسط تيم­هاي سيار 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-2009):

برنامه سرنگ و سوزن (NSP)

درمان نگهدارنده با متادون (MMT)

تست اچ آی وی و مشاوره (HTC)

درمان عفونت های رترو ویروسی (ART)

پیشگیری و درمان عفونت های منتقله از راه جنسی

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

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

1. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت های ویروسی
2. پیشگیری، تشخیص و درمان سل
3. 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 آِی 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 94 ، 45001 نفر از خدمات کاهش آسیب در 88 مرکز کاهش آسیب و 129 تیم سیار وابسته به این مراکز استفاده نمودند ، که با توجه به این که 18344 نفر از جمعیت مذکور، از افرادی هستند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می­کنند، شاهد پوشش 9 درصدی (بر اساس تخمین 200 هزار نفری جمعیت افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می­کنند). از برنامه های سرنگ و سوزن در این گروه می باشیم و با عنایت به این که تنها 2802 نفر از این افـراد در واحدهای ضمیمه وابسته به این مراکـز از خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستـانـه پایین استـفاده می­کنند، پوشش یک درصدی نیز به برنامه کاهش آسیب اضافه شدند. در سال­های 95 و 96 نیز این پوشش ده درصدی باقی مانده است، اگرچه با راه اندازی واحدهای ضمیمه ارائه داروی آگونیست 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 96 و98 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 در سال 98 و تامین بودجه ها ، پوشش برنامه سرنگ و سوزن سالیانه 3750 نفر افزایش یابد. که این افزایش هم به صورت افزایش ظرفیت در مراکز موجود و هم افزایش تعداد مراکز ثابت و سیار و تیم های سیار انجام خواهد گرفت. لازم به توضیح است که در حال حاضر 60 درصد از افراد دریافت کننده برنامه سرنگ و سوزن، خدمات را به صورت مستمر دریافت می کنند و هدف در این شاخص برای سال 98 افزایش این شاخص به 75 درصد بیماران و براساس تعاریف موجود می باشد.

افزایش مراکز کاهش آسیب و بودجه­های مربوطه

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | تعداد افراد مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب | تعداد افراد تزریقیدریافت کننده برنامه سرنگ و سوزن(درصد پوشش افراد تزریقی که خدمات سرنگ و سوزن را دریافت می کنند) | تعداافراد تزریقی دریافت کننده داروهای آکونیستدر واحد ضمیمه مراکز(درصد پوشش افرا تزریقی که داروی آگونیست دریافت می کنند) | مجموع پوشش افراد تزریقی در برنامه های کاهش آسیب |
| سال 96 | 50258 | 15250(8 درصد) | 3600(2 درصد) | 18850(10 درصد) |
| سال 97 | --- | 19000 (10 دصد) | 8500(5 درصد) | 27500 (15 درصد) |

**هما**نطور که نمودار بالا نشان می­دهد از سال 92 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 111 مرکز کاهش آسیب و 175 تیم سیار وابسته به ارائه خدمات مرتبط در 45 دانشگاه علوم پزشکی می­پردازد. 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 کشورتامین گردیده است. در جدول ذیل بودجه­های مراکز کاهش آسیب در سه سال گذشته ارائه گردیده است.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |

**جدول تامین منابع مالی مراکز کاهش آسیب**

**پایش و ارزشیابی کاهش آسیب مصرف مواد**

**اهداف کلی برنامه در کشور:**

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

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

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* **هشتاد 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/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.
* **حداقل 75%** 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 98**

* درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت­های بهداشتی اولیه که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/ غیر حضوری کاهش آسیب شرکت گذره­اند. **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 غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری کاهش آسیب شرکت کرده­اند**. شاخص مورد انتظار:100 %**
* 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:80 %**
* 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:120عدد و بالاتر**
* ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب درپورتال 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 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 %**
  + **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 می نماید. (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). **شاخص مورد انتظار: 75%**
  + **در حال حاضر خدمات مستمر حداقل برای60 درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می گردد.**

**شاخص های برنامه در ستاد شهرستان سال 98**

* 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 عددوبالاتر**
* متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال. **شاخص مورد انتظار:120عدد و بالاتر**
* ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب درپورتال 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 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 %**

**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 می­نماید (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). **شاخص مورد انتظار: 75%**

**در حال حاضر خدمات مستمر حداقل برای 60 درصد مراجعین به صورت مستمر ارائه می­گردد.**

**شاخص های برنامه در سطح مرکز سال 98**

* درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می­کنند در بین دریافت کنندگان خدمات مرکز کاهش (غیر از واحد ضمیمه ارائه دهنده داروی متادون آستانه پایین): **شاخص مورد انتظار: 60 درصد و بالاتر**
* **حداقل پرونده تشکیل شده هر مرکز گذری باید در طی یکسال حداقل برای 150 نفر غیر تکراری (از افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.**
* **هر مرکز سیار باید درطی یکسال حداقل برای 200 نفر غیر تکراری (از افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.**
* **هر تیم سیار باید درطی یکسال حداقل برای 60 نفر غیر تکراری (از افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند)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 ازOver dose ، مخاطرات مصرف مواد محرک، پیشگیری، انتقال و شناسایی ویروس اچ آی وی را دریافت نموده­اند. **شاخص مورد انتظار:90 %**
* 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:120عددوبالاتر**
* درصد مصرف کنندگان تزریقی در مراجعین به مراکز کاهش آسیب که در یکسال گذشته مورد غربالگری ویروس اچ آی وی قرارگرفته­اند. **شاخص مورد انتظار:80 %**
* 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: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 می­نماید (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). **شاخص مورد انتظار: 75%**



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



**مقدمه**

بر اساس آخرين آمار تأییدشده ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال 1390، شیوع اعتیاد (وابستگی) به مواد غیرقانونی در جمعیت سنی 15 تا 64 ساله کشور، 65/2% معادل 325/1 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 ترافيکی، بلايای طبيعی، بيماري­های ايسکميک قلبی و افسردگی، جایگاه پنجمِ بار بیماری­ها و البته در جمعیت مردان، پس از حوادث و بلايا، بالاترين مقدار بار بيماري‌ها را دارد.

در مطالعه ملی بار بیماری­ها سال1389، 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 می دهد. 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 برنامه های این حوزه و... بدون اجرای طرح تحول سلامت امکان پذیر نبود. بنابراین طرح تحول سلامت فرصتی بود برای ادغام تمام برنامه های 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 فرم­ها، دستورالعمل­ها، 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 1398 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 آبشاری 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:**

# نود درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره آموزشی استاندارد « 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 ی استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» هر سه سال یکبار شرکت نمایند.

# صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان هر سه سال یکبار در دوره ی استاندارد آموزشی/ بازآموزی « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.

* صد درصد افراد واجد شرایط دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت1 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.

1- افرادی که در گروه سنی 15 تا 59 سال قرار داشته و در سال اخیر حداقل یک مراقبت بهداشتی دوره ای در پرونده آن ها ثبت شده است .

* پنجاه درصد از موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد تحت پوشش دو جلسه مداخله روانشناختی کوتاه قرار گیرند.
* سی درصد از موارد ارزیابی شده در سطح خطر متوسط اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد تحت پوشش حداقل دو جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه قرار گیرند.
* صد درصد افراد نیازمند 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 1398**

* درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که 1 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: 90 درصد**
* درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود که در دوره­ی استاندارد آموزشی بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نموده اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**
* 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: 90درصد**
* درصد مواردی[[2]](#footnote-2) که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**
* درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفته اند[[3]](#footnote-3). **شاخص مورد انتظار: 30درصد**
* درصد مواردی [[4]](#footnote-4) که تحت پوشش 2 جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 50 درصد**
* درصد مواردی[[5]](#footnote-5) که تحت پوشش حداقل 2 جلسه مداخله شناختی-رفتاری کوتاه قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 30 درصد**
* درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**

**شاخص­های برنامه در سطح شهرستان - سال 1398**

* درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که 1 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: 90 درصد**
* درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود که در دوره­ی استاندارد آموزشی بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نموده اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**
* 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: 90درصد**
* درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت و در گروه سنی 15 تا 59 سال که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**
* درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفته اند**. 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 مختصر روانشناختی 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: 30 درصد**
* درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**

# **شاخص­های برنامه در سطح مرکز - سال 1398**

* درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که 1 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: 90 درصد**
* درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود که در دوره­ی استاندارد آموزشی بدو خدمت « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نموده اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**
* درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزانی که سه سال یکبار در دوره ی آموزشی/ بازآموزی « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نموده اند. **شاخص مورد انتظار: 90درصد**
* درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت و در گروه سنی 15 تا 59 سال که از نظر غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**
* درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفته اند. **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 مختصر روانشناختی 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: 30 درصد**
* درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد که تحت پوشش آموزش قرار گرفته اند. **شاخص مورد انتظار: 100درصد**



برنامه آموزش مهارت­های فرزند­پروری (نوجوان سالم)



**برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری ( 17-12 سال )**

**مقدمه**

همه والدین خواهان بزرگ كردن فرزندانی تندرست و نیک رفتار هستند. با گذر از کودکی به نوجوانی دغدغه‌های والدین در مورد رفتار فرزندان دو چندان شده و بيش از پيش به نگرانى بدل مى‌شود. مادران و پدران در جستجوى راهكارهايى بر مى‌آيند كه نوجوانان را به سلامت از مخاطرات اين دوران گذر دهند. پژوهش‌هاى بسيارى نشان داده است خانواده به دلايل متعدد مهمترين محيط براى پيشگيرى از مشکلات رفتاری از جمله سوءمصرف مواد است. والدين موثرترين افراد زندگى نوجوانان بوده و از ابتداى زندگى مهمترين الگوى رفتارى فرزندان محسوب می‌شوند. از دیگر سو مطالعات علمی به یقین نشان داده است بهترين زمان براى پيشگيرى اوليه از مصرف مواد كودكى و نوجوانى، یعنی سال‌هاى زندگى فرد در کنار والدین است. پژوهش‌هاى متعدد اثبات کرده است اگر پيشگيری از طريق خانواده باعث به تعويق افتادن اولين تجربه‌ی سيگار يا هر ماده ديگرى باشد يا به عبارت ديگر خانواده‌ها فرزندانشان را بدون تجربه مواد به هجده سالگی برسانند، شانس ايجاد مشكلات جدى سوء مصرف مواد و اعتياد در سال‌هاى بعدى زندگى كاهش مى‌يابد.

مهارت‌هايی كه در اين برنامه از آن تحت عنوان «مهارت‌های فرزند‌پروري پيشگيرانه» ياد می‌كنيم مهارت‌هايی است كه صرف نظر از جنبه پيشگيری از اعتياد، بطور عام به استحكام و ثبات خانواده، ارتباط مناسب اعضاي خانواده با یکدیگر و رشد و تكامل سالم فرزندان می‌انجامد. بد نيست در اهميت پيشگيري اوليه از سوء مصرف مواد در دوران كودكي و نوجوانی به اين نكته هم اشاره كنيم كه برخي پژوهش‌ها نشان داده است مصرف مواد در اين دوران می‌تواند بر مغز فرد كه هنوز دوره رشد و تكامل آن كامل نشده است تاثيراتی برگشت ناپذير بگذارد.

برخی والدین در دوره نوجوانی تاثير دوستان را مهمتر از نقش پدر و مادر در نظر مي‌گيرند، بدون اين كه بخواهيم نقش مهم همسالان را كتمان كنيم، بايد بگوييم كه اكثر پژوهش‌هاي دنيا نشان مي‌دهند كه والدين در دوره نوجوانی هم قوی‌ترين الگوی فرزندان خود هستند و بيشترين نفوذ را بر آنها دارند. حتي پدر و مادر در صورت داشتن مهارت‌های فرزندپروری می‌توانند در تقويت تاثیر مثبت دوستان و جلوگيری از تاثير منفی احتمالی نقش تعيين‌كننده‌ای داشته باشند. اين حقيقت مسئوليت پدر و مادر را در ايجاد شرايط مناسب و سالم براي فرزندانتان افزايش می‌دهد. به همين دلايل است كه اكثر برنامه‌هايِ جديد پيشگيری دنيا مبتنی بر خانواده و والدين است، در واقع والدين می‌توانند به شيوه‌های متعددی به رشد مثبتِ نوجوان كمک كنند و آنها را از سوء مصرف مواد باز دارند.

**اهداف کلی برنامه در کشور:**

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

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* صددرصد کارشناسان سلامت روان در دوره های آموزشی/بازآموزی مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم ) شرکت نمایند

**شاخص­های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1398**

* 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 آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 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 4 کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج ار مرکز 70 نفر در ماه)**
* مجموع تعداد افراددر گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری ( نوجوان سالم ) دریافت کرده اند؛ **شاخص مورد انتظار: 840 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1398**

* تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 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 4 کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج ار مرکز 70 نفر در ماه)**
* مجموع تعداد افراددر گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری ( نوجوان سالم ) دریافت کرده اند؛ **شاخص مورد انتظار: 840 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1398**

* تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 16 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 4 کارگاه در ماه (مجموع داخل و خارج ار مرکز 70 نفر در ماه)**
* مجموع تعداد افراددر گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری ( نوجوان سالم ) دریافت کرده اند؛ **شاخص مورد انتظار: 840 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

1. 1. بر اساس گزارش سامانه سیب منظور از جمعیت دارای پرونده الکترونیک فعال جمعیت بالای 5 سال که مراقبت­های مربوط به گروه سنی مرتبط را به صورت کامل + به صورت ناقص دریافت نموده­اند. [↑](#footnote-ref-1)
2. مخرج این شاخص تعداد افرادی از گروه سنی 15 تا 59 سال که در سال جاری حداقل یک مراقبت بهداشتی را دریافت کرده اند. [↑](#footnote-ref-2)
3. این شاخص به نسبت تعداد مراکزی که نیروی کارشناس روان به آن تخصیص داده شده است محاسبه می گردد. [↑](#footnote-ref-3)
4. 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. [↑](#footnote-ref-4)
5. 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. [↑](#footnote-ref-5)