

برنامه‌ها و شاخص‌های مورد انتظار  
حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد  
سال ۱۴۰۴

## اداره سلامت روان

### مهمترین شاخص ها در هر برنامه:

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

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت های دوره ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از افرادی که حداقل یک خدمت از گروه سنی را دریافت کرده اند.
- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
  - شاخص مورد انتظار: ۱۲٪
- درصد جذب روانشناس سهمیه روستایی
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

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: ۶۰۰ 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: ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه پیشگیری از خودکشی

- کاهش میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
  - شاخص مورد انتظار: ۲٪ کاهش نسبت به سال قبل
- میزان مداخله روانشناختی کارشناس سلامت روان روی موارد اقدام به خودکشی ارجاعی از بیمارستان
  - شاخص مورد انتظار: ۳۰٪

برنامه خودمراقبتی در سلامت روان

- تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت
  - شاخص مورد انتظار: برگزاری ۱ جلسه حضوری در ماه (متوسط هر جلسه ۲ ساعت برای ۱۰ تا ۲۰ نفر) متوسط ۲۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایا

- درصد پوشش افراد در معرض بحران که خدمات حمایت های روانی اجتماعی را از سوی کارشناس سلامت روان دریافت کرده اند.

○ شاخص مورد انتظار ۷۰٪

## اداره سلامت اجتماعی

### مهمترین شاخص ها در هر برنامه:

#### برنامه بهبود روابط در خانواده

- درصد غربالگری اولیه "اختلال در روابط خانواده" 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 "اختلال در روابط خانواده" آنها مثبت شده است

○ شاخص مورد انتظار ۵۰٪

#### برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک

- درصد غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک 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 بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است

○ شاخص مورد انتظار ۴۰٪

## اداره پیشگیری و کاهش آسیب اختلالات مصرف مواد

### مهمترین شاخص ها در هر برنامه:

#### برنامه پیشگیری از اختلالات مصرف مواد

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

○ شاخص مورد انتظار: ۳۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

- تعداد دوره های برگزار شده تقویت بنیان خانواده جهت گروه هدف (۱۴-۱۰ سال) به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری حداقل ۳ دوره آموزش استاندارد (برای ۱۰-۱۵ خانواده) در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

- تعداد دوره های برگزار شده خانواده توانا جهت گروه هدف در دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی، شیراز، مشهد، کرمان، بندر عباس، زاهدان، لرستان، اهواز، گیلان، قزوین، زنجان، کرمانشاه، کردستان، ایلام، همدان، اصفهان، اراک، خمین، ساوه و قم به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری ۴ دوره آموزش برای ۱۰ خانواده (حداقل ۱۲۰ نفر) در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

**برنامه ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد**

- درصد شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات (توسط کارشناس مراقب/بهورز)
- شاخص مورد انتظار: حداقل ۷ درصد از جمعیت غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات
- درصد افراد مصرف کننده مواد، الکل و دخانیات<sup>۱</sup> که تحت پوشش مداخله روانشناختی قرار گرفتند. (توسط کارشناس سلامت روان)

○ شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد موارد شناسایی شده در غربالگری تکمیلی

- تعداد بیماران دریافت کننده خدمات درمان دارویی ترک دخانیات (پزشک)

○ شاخص مورد انتظار: حداقل ۵ درصد افزایش نسبت به سال قبل

**برنامه کاهش آسیب مصرف مواد**

- درصد مراجعین مصرف کننده تزریقی مواد در زیرساخت های کاهش آسیب که خدمات سرنگ و سوزن را به صورت مستمر دریافت می نمایند.

○ شاخص مورد انتظار: ۷۵٪

- مراجعین به مراکز کاهش آسیب، خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین را به صورت مستمر دریافت می نمایند. (تعریف مستمر: بیمار تزریقی که به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته است؛ می تواند در این مدت یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع قطع درمان داشته باشد) (در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)

○ شاخص مورد انتظار: ۵۰٪

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونیست آستانه پایین (مرتبط با واحد ضمیمه آگونیست مستقر در مراکز گذری).

○ شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

۱. موارد شناسایی شده از طریق غربالگری تکمیلی

## اداره پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی

### مهمترین شاخص‌ها در هر برنامه:

برنامه پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی ذیل دبیرخانه ملی

- درصد تحقق مصوبات کارگروه کنترل و کاهش خودکشی
  - شاخص‌های مورد انتظار:
  - پیگیری ۱۰۰ درصد مصوبات پس از تصویب ( مستندات مکاتبات پیگیری)
  - تحقق ۶۰ درصد مصوبات پس از تصویب تا پایان سال ( تعداد مصوبات منجر به نتیجه)

## اداره بهداشت روان محیط و رسانه

### مهمترین شاخص‌ها در هر برنامه:

برنامه بهداشت روان محیط و رسانه

شاخص‌های برنامه:

- توانمندسازی ارائه دهندگان خدمت (تیم سلامت) و اصحاب رسانه در خصوص انعکاس اخبار مهم حوزه سلامت روانی - اجتماعی
  - شاخص مورد انتظار: برگزاری یک کارگاه آموزشی در سال

# اداره سلامت روان



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



## مقدمه

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

مدیریت بهداشت روان در ایران دوره‌های مختلفی طی کرده است، ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از اواسط دهه 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 ۱۳۹۹ ارزیابی شیوع اختلال روانپزشکی در ایران ۲۹/۷ درصد گزارش شده که این عدد در مقایسه با پیمایش‌های گذشته با ابزار سنجش مشابه (GHQ-28) ۶/۵ درصد نسبت به سال ۱۳۹۳ و حدود ۱۰ درصد نسبت به سال ۱۳۷۸ در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر افزایش یافته است.

## اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به هنگام و درمان اختلالات شایع روانپزشکی
- افزایش پوشش مراقبتی برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی (با تاکید بر گروه‌های در اولویت خدمت مانند کودک و نوجوان و مادران باردار)
- بازتدوین بسته‌های خدمت با هدف بومی سازی مطابق با هدف ارتقاء در سبک زندگی ایرانی - اسلامی

## اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در طی ۶ ماه اول خدمت دوره آموزشی استاندارد<sup>۱</sup> «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را به صورت غیرحضوری / حضوری گذرانده باشند.
- نود درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه دوره بازآموزی<sup>۲</sup> حضوری / غیر حضوری «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.

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

۲. در ارائه دوره‌های بازآموزی با توجه به تشکیل زیرساخت‌های لازم آموزش غیرحضوری بنا به تشخیص گروه سلامت روان به شرط جلب مشارکت حداکثری افراد در فرآیند آموزش و ارزیابی سطح دانش از شرکت کنندگان، پلامانع است.



- صد در صد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه طی ۳ ماه اول در دوره‌های آموزشی حضوری / غیرحضوری بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان در دوره‌های بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/ مراقب سلامت در دوره‌های آموزشی بدو خدمت حضوری / غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی (شامل آموزش نحوه پرسشگری، ارتباط با مراجع، غربالگری اورژانس و فلوچارت ارجاع) شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/ مراقب سلامت در بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی هر سه سال یکبار گذرانده باشند.
- صد درصد افرادی که برای دریافت مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی خود به مراکز/ پایگاه‌های سلامت مراجعه حضوری (بهورز، ماما/مراقب سلامت) نموده‌اند؛ غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.
- پنجاه درصد از افراد غربال مثبت که توسط پزشک ویزیت شده‌اند؛ تشخیص هر یک از اختلالات شایع روانپزشکی را خواهند گرفت.
- نود درصد افراد که توسط پزشک تشخیص اختلال افسردگی و اضطراب دریافت می‌کنند؛ تحت پوشش خدمات آموزش روانشناختی توسط روانشناس قرار خواهند گرفت.

### شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۴

- تدوین و تولید محتوای آموزشی چند رسانه‌ای غربالگری سلامت روان بهورز، ماما/مراقب سلامت
- تدوین و تولید محتوای آموزشی چند رسانه‌ای بسته‌های خدمتی آموزش روانشناختی کارشناس سلامت روان
- بازتدوین محتوای بسته خدمت با هدف ارتقاء سبک زندگی ایرانی - اسلامی

### شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۴

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی ۶ ماه اول خدمت دوره آموزشی استاندارد «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را به صورت غیرحضوری / حضوری گذرانده باشند.
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی ۶ ماه اول خدمت دوره آموزشی ضروری بدو خدمت را به صورت غیرحضوری / حضوری گذرانده باشند.
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورد که طی ۶ ماه ابتدای جذب در دوره‌های آموزشی استاندارد بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی به صورت حضوری شرکت نموده‌اند.
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود که طی ماه ابتدای جذب در دوره‌های آموزشی ضروری<sup>۱</sup> بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی به صورت حضوری شرکت نموده‌اند.  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان ماما/مراقب سلامت و بهورز که در دوره‌های آموزشی حضوری / غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی شرکت نموده‌اند.  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد بازآموزی<sup>۲</sup> تیم سلامت (کارشناسان سلامت روان - بهورز، ماما/مراقب سلامت - پزشک) در دوره‌های آموزشی غیرحضوری<sup>۳</sup> محتوی برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی (غربالگری، شرح حال روانپزشکی / روانشناختی، محتوی مداخله و درمان) شرکت نموده‌اند.  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از افرادی که حداقل یک خدمت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۲٪
- درصد جذب روانشناس سهمیه روستایی  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

#### شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۴

- درصد دریافت بازآموزی تیم سلامت (کارشناسان سلامت روان - بهورز، ماما/مراقب سلامت - پزشک) که سه سال یکبار در دوره‌های غیر حضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده‌اند.  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از افرادی که حداقل یک خدمت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار  
○ شاخص مورد انتظار: ۱۲٪
- درصد جذب روانشناس سهمیه روستایی

۱. دوره‌های آموزشی ضروری و استاندارد بدو خدمت کارشناس سلامت روان طی مکاتبه رسمی برای همکاران دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی ارسال خواهد شد.

۲. دوره‌های بازآموزی رسمی برای پزشک و بهورز، ماما/مراقب سلامت هر ۳ سال یکبار است و همچنین همکاران غیرپزشک به صورت جاری از آموزش روانشناس در حوزه ارزیابی اولیه مطابق شرح وظایف کارشناس سلامت روان بهره‌مند خواهد بود.

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

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

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

### شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۴

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از افرادی که حداقل یک خدمت از گروه سنی را دریافت کرده‌اند.
- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
  - شاخص مورد انتظار: ۱۲٪
- درصد جذب روانشناس سهمیه روستایی
  - شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪



برنامه آموزش مهارت های زندگی و  
مهارت های فرزند پروری



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

(فاتا و همکاران ۲۰۰۶) مهارت های زندگی را رویکردی مبتنی بر تغییر یا فرمول سازی رفتاری دانستند که به موجب آن تعادل بین دانش ، دیدگاه و مهارت در نظر گرفته می شود. حوزه مهارت های زندگی مجموعه ای از توانایی های ذهنی است که شرایط سازگار مثبتی را فراهم می کند و فرد را قادر می سازد مسئولیت های اجتماعی خود را بدون آسیب رساندن به خود بپذیرد (متین و احمدی ، ۱۳۹۸). در واقع ، هدف از آموزش مهارت های زندگی افزایش توانایی های ذهنی اجتماعی و در نهایت جلوگیری از رفتارهای مضر در سلامتی و ارتقا بهداشت روانی افراد است (مرادی ، باصری ، ۲۰۱۸) از این برنامه به منظور کمک به مردم برای درک بهتر خود و داشتن روابط مناسب و موثر بین فردی ، کنترل عاطفی و مدیریت بهتر موقعیت های استرس زا و حل مشکلات مردم استفاده می گردد. (اسماعیلی نصب، ملک محمدی . ۲۰۱۱) آموزش مهارت های زندگی می تواند سازگاری دانش آموزان را افزایش داده و تکنیک های موثری برای افزایش سرمایه روانشناختی ارائه دهد (زهره ربانی. ۲۰۱۹)

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

### اهداف کلی برنامه در کشور:

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

### اهداف اختصاصی برنامه:

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

- 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 ۱۴۰۴

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

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

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

○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

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

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۳۲-۴۰ نفر در ماه)

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

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۶ تا ۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

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

○ شاخص مورد انتظار: ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

### شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۴

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

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۳۲-۴۰ نفر در ماه)

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

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۶-۱۲ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

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

○ شاخص مورد انتظار: ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

### شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۴

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

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۳۲-۴۰ نفر در ماه)

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

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲-۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه

- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
- شاخص مورد انتظار: ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

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

### مقدمه

سلامت روان کودک و نوجوان قسمت اصلی بهداشت عمومی است و هر کوششی در جهت بهبود سلامت روان کودک نیاز به ارزیابی مهارت های فرزندپروری و تعاملات خانوادگی دارد. آموزش والدین مثبت یک برنامه مداخله ای مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی است و هدف اصلی آن جلوگیری از مشکلات رفتاری، عاطفی و رشد در کودکان با افزایش اطلاعات، مهارت ها و اعتماد به نفس والدین است. می توان از آموزش مهارت های والدین به عنوان رویکردی مناسب برای بهبود سلامت روان مادران و بهبود روش های مربیگری آنها در مورد فرزندان استفاده کرد. بدین صورت که آموزش مهارت های فرزندپروری باعث تقویت پیوند والدینی، کم شدن استرس ادراک شده والدین و بالا رفتن کیفیت زندگی مادران می گردد. علاوه بر این، این می تواند یک روش موثر در ارتقا رفتار خوب و کاهش رفتار بد برای کودکان باشد. (غریبی و شیدایی، ۲۰۱۶)

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

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

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد آموزش و آگاهی والدین از نحوه برخورد صحیح با کودک ۴-۶ خود و کسب آگاهی از موثرترین شیوه های فرزندپروری (روش مقتدرانه) و برخورد مناسب با کودک، نه تنها می تواند مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد؛ بلکه در اثر آرامش روان آنان فرصت بهتری برای رشد و یادگیری در اختیار آنان قرار خواهد گرفت (یارمحمدیان و قادری، ۱۳۹۰)

### اهداف کلی برنامه در کشور:

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

## اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد افراد غربال منفی واجد شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد.
- صد در صد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود سالانه در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت حضوری / غیر حضوری 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 ۱۴۰۴

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری بدو خدمت حضوری / غیر حضوری شرکت می نمایند.
- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.
- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۴ جلسه در ماه (بطور متوسط معادل ۳۲-۴۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲-۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
- شاخص مورد انتظار: ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

## شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۴

- 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 ۳۲-۴۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲-۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
- شاخص مورد انتظار: ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



### شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۴

- 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 ۳۲-۴۰ نفر در ماه)
- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۲-۱۶ جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
  - تعداد افراد گروه‌های هدف که آموزش مهارت‌های فرزندپروری دریافت کرده‌اند؛
  - شاخص مورد انتظار: ۶۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



## برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی



خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی می توانند باعث ایجاد خلق افسرده و افکار خودکشی شوند. در سبب شناسی خودکشی، اختلالات 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 است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش، 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، لیکن خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است.

هدف کلان برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی، کاهش میزان اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در جمعیت عمومی است که از طریق اجرای فعالیت هایی هماهنگ از طریق دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و با محوریت پیشگیری از طریق آموزش و توانمندسازی و افزایش ظرفیت پاسخ دهی نظام سلامت و تلاش فعالانه در جهت تقویت همکاری های بین بخشی در این زمینه صورت می پذیرد.

برنامه پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت در ایران در سال ۱۳۷۹ با راهبرد تشخیص و درمان افسردگی در چهار دانشگاه علوم پزشکی شروع و در سال ۱۳۸۶ با ارتقاء توانمندی نظام سلامت، برنامه بازبینی شده به صورت آزمایشی به اجرا در آمد. نتایج اجرای آزمایشی این برنامه منجر به طراحی جامع پیشگیری از خودکشی در کشور گردید. در طی این سال ها، برنامه کشوری ثبت اقدام و فوت ناشی از خودکشی در سیستم پورتال وزارت بهداشت هم طراحی شده و به مرحله اجرا درآمد.

در حال حاضر، بر اساس فلوچارت های ابلاغ شده برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی، از هر فرد مراجعه کننده به خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت که در غربالگری اولیه، دارای دیسترس روانشناختی شناخته شده باشد، در مورد افکار خودکشی پرسیده می شود که در صورت نیاز، ارجاع به پزشک صورت بگیرد. هدف از این فرآیند، کاهش میزان اقدام به خودکشی به عنوان مهم ترین پیش گویی کننده فوت بعدی ناشی از خودکشی است. همچنین، تلاش برای شناسایی و درمان به موقع اختلال روانپزشکی نیز در نهایت منجر به کاهش اقدامات خواهد شد.

همچنین، بر اساس این برنامه، حوزه معاونت بهداشت موظف به جمع آوری، تجمیع و ثبت کلیه موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در سامانه ثبت رفتارهای خودکشی وزارت بهداشت می باشند. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به عنوان حوزه ستادی مسئول ثبت رفتارهای خودکشی بر این روند نظارت کامل داشته و آمار را به صورت ماهیانه رصد می کند و در مواقع و بر حسب مورد، مداخله می نماید. برنامه های آموزشی برای کارکنان سطوح مختلف ارائه دهنده خدمات اعم از بهورزان مستقر در خانه های بهداشت روستایی، کارشناسان مراقب سلامت مستقر در پایگاه های سلامت شهری، کارشناسان سلامت روان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت، پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت و همچنین مراکز بهداشتی درمانی روستایی برای مدیریت موارد شناسایی شده دارای افکار خودکشی و یا سابقه اقدام به خودکشی به صورت سالیانه انجام می شود. این آموزش ها در قالب آموزش در کارگاه های کشوری سالیانه و تداوم آنها به شکل کارگاه هایی در سطوح استان ها و شهرستان ها و نظارت بر فرآیندهای آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

از نیمه دوم سال ۱۳۹۵، فرآیند مداخله و پیگیری فعال افراد اقدام کننده به خودکشی که به بیمارستان مراجعه نموده اند و نجات یافته اند، طراحی شده و از ابتدای سال ۱۳۹۶ در چهار استان آذربایجان غربی، ایلام، کرمانشاه و لرستان به مرحله اجرای آزمایشی درآمده است و در ارزشیابی بعمل آمده، نتایج خوبی در پی داشته است. در این برنامه، کارکنان بیمارستانی حوزه سلامت نیز تحت آموزش قرار گرفته و علاوه بر بهبود ثبت موارد اقدام به خودکشی، برای پیگیری موارد شناسایی شده اختلالات روانپزشکی و ارجاع موارد نیازمند به درمان به سطح تخصصی نیز اقداماتی صورت گرفت که در جمع بندی نتایج اجرای طرح فوق می توان گفت میزان خودکشی مجدد در گروهی از افراد اقدام کننده به خودکشی که همکاری کامل (پاسخ به تلفن و همکاری برای مراجعه حضوری جهت دریافت چهار جلسه مداخله مختصر روانشناختی) پس از ارجاع از بیمارستان به مرکز خدمات جامع سلامت داشته اند، به میزان معناداری پایین تر بوده است. این نتیجه می تواند نشان دهنده موثر بودن مداخله باشد.

خاطر نشان می شود برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال حاضر در مناطق تحت پوشش تمامی ۶۳ دانشگاه و دانشکده های علوم پزشکی سراسر کشور در حال اجرا می باشد. این برنامه پیرو تصویب در جلسه ۱۴۲ شورای اجتماعی کشور، در تیرماه ۱۴۰۱ به کلیه دستگاه های ذینفع ابلاغ شده است. همچنین در آبان ماه ۱۴۰۱، مجدداً توسط معاونین بهداشت و درمان وزارت بهداشت به روسای کلیه دانشگاه ها ابلاغ شده است. همچنین سازمان امور اجتماعی، استانداران را موظف نموده تا با محوریت دانشگاه های علوم پزشکی استان نسبت به تهیه برش استانی برنامه خود تا پایان سال ۱۴۰۱ اقدام نمایند.

### اهداف کلان برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

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

### اهداف استراتژیک برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی:

۱. افزایش روایی داده های مربوط به رفتارهای خودکشی (شامل افزایش دقت و صحت ثبت داده های مربوط به خودکشی در سامانه معاونت بهداشت، ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های خودکشی مربوط به خدمت گیرندگان اورژانس و مراجعه کنندگان به بیمارستان ها، ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های مربوط به فوت ناشی از خودکشی ادارات کل پزشکی قانونی استان ها، ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های مربوط به خودکشی سایر دستگاه های پوشش دهنده گروه های هدف در معرض خطر خودکشی
۲. توانمندسازی جمعیت عمومی و افزایش آگاهی پیرامون خودکشی (شامل افزایش آگاهی و کاهش انگ پیرامون خودکشی در میان سیاست گذاران و مسئولین اجرایی، توانمندسازی جمعیت عمومی در حوزه خودمراقبتی در سلامت روان و پیشگیری از خودکشی، افزایش تاب آوری در گروه های در معرض خطر خودکشی (نوجوانان، جوانان، زنان، مبتلایان به اختلالات روانپزشکی)

۳. ارتقاء کمی و کیفی خدمات ارائه شده به افراد در معرض خطر و اقدام کننده به خودکشی (شامل ارتقاء فرایند های شناسایی، مراقبت و مدیریت بالینی افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، بهبود خدمات تخصصی روانپزشکی در بیمارستان ها به افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی، ساماندهی فرآیندهای شناسایی، مدیریت و ارجاع افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی در گروه های هدف تحت پوشش سایر دستگاه ها، ساماندهی مداخلات پیشگیری از خودکشی در مکان های عمومی، ساماندهی خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی)

۴. ساماندهی اخبار و محتواهای انتشار یافته مرتبط با خودکشی در رسانه ها و محصولات فرهنگی (شامل استاندارد سازی انعکاس اخبار و محتواهای انتشار یافته مرتبط با خودکشی در رسانه های رسمی، کاهش موارد غیر استاندارد اخبار و محتواهای انتشار یافته مرتبط با خودکشی در رسانه های رسمی، کاهش دسترسی به اخبار و مطالب غیرمجاز پیرامون رفتارهای خودکشی در فضای مجازی و شبکه های اجتماعی)

۵. کاهش میزان دسترسی به روش های شایع و مهلک خودکشی (شامل کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با سموم، کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با دارو ها و متادون، کاهش میزان فوت خودکشی در مکان های عمومی، افزایش پژوهش های کاربردی در زمینه خودکشی،

۶. افزایش اجرای طرح های پژوهشی در حوزه در حوزه پیشگیری از خودکشی با مشارکت سایر دستگاه ها

### اهداف اختصاصی عملیاتی حوزه معاونت بهداشت در برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی:

- صد در صد پزشکان عمومی حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری/غیرحضوری و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند (آموزش توسط روانپزشک/ حداقل ۴ ساعت)
- صد در صد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری/غیرحضوری و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد در صد کارشناسان مراقب سلامت حوزه معاونت بهداشت حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت و هر سه سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد در صد بهورزان حوزه معاونت بهداشت هر سه سال، در دوره های بازآموزی حضوری/غیر حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نمایند.
- صد در صد موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در منطقه تحت پوشش دانشگاه در هر فصل، تا پایان اولین ماه فصل بعد در سامانه ثبت خودکشی وزارت بهداشت ثبت گردند.
- برگزاری حداقل دو جلسه کارگروه 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 دو جلسه کارگاه آموزشی «مدیریت صحنه‌ی اقدام به خودکشی» به نیروهای مقدم حضور در صحنه-های اقدام به خودکشی (اورژانس ۱۱۵، آتش نشانی، پلیس نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی ۱۲۳ و ...)
- برگزاری حداقل یک کارگاه آموزشی مدیریت انعکاس اخبار خودکشی در یک سال توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی واقع در مراکز استان (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند).
- افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان/کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) حداقل یک بار توسط پزشک عمومی ویزیت شوند.
- افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده و ویزیت شده توسط پزشکان عمومی، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نمایند.
- افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت مربوطه ارجاع شده اند، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نمایند.
- اعضای درجه یک خانواده افراد فوت شده ناشی از خودکشی (بازماندگان خودکشی) که شناسایی شده اند، حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی توسط کارشناسان سلامت روان را دریافت نمایند.

### شاخص های برنامه در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده در سال ۱۴۰۴

- میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
- نحوه احصاء: دریافت داده ها از سامانه معاونت بهداشت
- شاخص مورد انتظار: کاهش میزان اقدام به خودکشی در منطقه تحت پوشش نسبت به سال قبل بتواند ۲ درصد کاهش داشته باشد. به طور مثال اگر میزان فوت ۱۰۰ درصدهزار باشد، با ۲ درصد کاهش، به ۹۸ درصدهزار برسد.
  - میزان فوت ناشی از خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
- نحوه احصاء: دریافت داده ها از اداره کل پزشکی قانونی استان
- شاخص مورد انتظار: میزان فوت ناشی از خودکشی در منطقه تحت پوشش نسبت به سال قبل بتواند ۲ درصد کاهش داشته باشد. این شاخص بر اساس چشم انداز کشوری و هدف کمی ۱۰ درصد کاهش در عرض ۵ سال (۱۴۰۲ تا ۱۴۰۵) در نظر گرفته شده است. به طور مثال اگر میزان فوت در سال ۱۴۰۰، ۵۰، درصدهزار باشد، با ۲ درصد کاهش در سال ۱۴۰۲، به ۴۹، درصدهزار برسد.

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

#### • شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای جدیدالورود

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

#### • شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم

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

#### • شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای جدید

- درصد کارشناسان سلامت روان حوزه معاونت بهداشت که هر سال در دوره های بازآموزی حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده اند.

#### • شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای شاغل در سیستم

- تعداد کارگاه آموزشی مدیریت انعکاس اخبار خودکشی برگزار شده در یک سال برای مدیران رسانه های رسمی و فعال در منطقه تحت پوشش توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های واقع در مرکز استان (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند).

#### • شاخص مورد انتظار: حداقل یک کارگاه در سال

- تعداد جلسات برگزار شده کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان با موضوع پیشگیری از خودکشی توسط حوزه معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی واقع در مراکز استان (این شاخص مختص دانشگاه های واقع در مرکز استان می باشد و سایر دانشگاه ها / دانشکده های استان باید در جلسات برگزار شده توسط دانشگاه مادر شرکت نموده و مستندات شرکت در جلسات را ارائه نمایند).

#### • شاخص مورد انتظار: حداقل دو جلسه در سال

- تعداد کارگاه آموزشی «مدیریت صحنه ای اقدام به خودکشی» به نیروهای مقدم حضور در صحنه های اقدام به خودکشی (اورژانس ۱۱۵، آتش نشانی، پلیس نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی ۱۲۳ و ...)

#### • شاخص مورد انتظار: حداقل دو کارگاه در سال

### شاخص‌های برنامه در مراکز بهداشت شهرستان در سال ۱۴۰۴

- در صد کارشناسان مراقب سلامت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضور پیشگیری از خودکشی شرکت نموده باشند.

#### • شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای جدیدالورود

- در صد بهورزان تحت پوشش معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضور پیشگیری از خودکشی شرکت نموده باشند.

#### • شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ نیروهای جدیدالورود

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

#### • شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم

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

#### • شاخص مورد انتظار: ۳۵٪ نیروهای شاغل در سیستم

- تعداد کارگاه آموزشی «مدیریت صحنه ای اقدام به خودکشی» به نیروهای مقدم حضور در صحنه های اقدام به خودکشی (اورژانس ۱۱۵، آتشنشانی، پلیس نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی ۱۲۳ و ...)

#### • شاخص مورد انتظار: حداقل دو کارگاه در سال

### شاخص‌های برنامه در مراکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۴۰۴

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان/ کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) که حداقل یک بار توسط پزشک ویزیت شده باشند.\*

#### • شاخص مورد انتظار: ۸۰٪

- درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی ویزیت شده توسط پزشکان عمومی که حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.\*

#### • شاخص مورد انتظار: ۶۰٪



- درصد افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت ارجاع شده اند و حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.\*

#### • شاخص مورد انتظار: ۳۰٪

- درصد افراد فوت شده ناشی از خودکشی که اعضای درجه یک خانواده آنها هر یک حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی توسط کارشناسان سلامت روان را دریافت نموده باشند.\*

#### • شاخص مورد انتظار: ۲۰٪

- \* توجه: با توجه به اینکه چهار شاخص آخر برنامه پیشگیری از خودکشی که با ستاره علامت گذاری شده اند، به تازگی در قالب برنامه عملیاتی گنجانده می شوند، همکاران محترم تلاش نمایند داده های مربوط به شاخص های فوق را با دقت جمع آوری و ثبت نموده و به شاخص های مورد انتظار دست یابند.



## برنامه خود مراقبتی



## 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:

- ارتقاء سواد سلامت روان

## اهداف اختصاصی برنامه :

- صددرصد کارشناسان سلامت روان سالانه در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان بدو خدمت شرکت نمایند
- صددرصد کارشناسان سلامت روان هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی خودمراقبتی در سلامت روان شرکت نمایند

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

### شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۴

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

- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

#### شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۴

- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز جدید الورد که در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان ش حضوری شرکت نموده اند.

- شاخص مورد انتظار: ۸۰٪

- درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خودمراقبتی در سلامت روان حضوری شرکت نموده اند.

- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

#### شاخص های برنامه در سطح مرکز در سال ۱۴۰۴

تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت

- شاخص مورد انتظار: برگزاری ۱ جلسه حضوری در ماه (هر جلسه ۲ ساعت برای ۱۰ تا ۲۰ نفر) متوسط ۲۰۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در  
حوادث و بلایای غیر مترقبه



## مقدمه

خدمات حمایت‌های روانی اجتماعی یکی از مهمترین و ضروری‌ترین خدمات حوزه سلامت است که براساس پروتکل کشوری حمایت‌های روانی اجتماعی طی مراحل مختلفی پس از حادثه به افراد آسیب دیده ارائه می‌شود. 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 می‌یابد.

## مراحل مختلف واکنش‌های روانی و رفتاری پس از حوادث و بلایا

به طور معمول به دنبال بحران‌هایی همچون سیل و زلزله، افراد از مراحل مختلفی عبور می‌کنند که عبارتند از:

۱- اثر یا ضربه: این مرحله طی چند دقیقه اول پس از سانحه رخ می‌دهد. طی این دقایق افراد دچار رعب و وحشت می‌شوند، گاه نیز حالت‌هایی همچون بهت زدگی و درماندگی مشاهده می‌گردد. 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 می‌یابد. باقی‌ماندن در این مرحله، نیازمند مداخله فوری است.

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

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

۴- روبرویی با واقعیت‌ها: این مرحله حدود ۲ تا ۳ ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز می‌شود، یعنی زمانی که اکثر نیروهای امداد از منطقه خارج می‌شوند. در این مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت‌ها و جبران ناپذیری بخش بزرگی از خسارات می‌گردند. در این مرحله بازماندگان نیازمند حمایت‌های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می‌دهند، افسرده و مضطرب می‌گردند و احساس تنهایی شدیدی می‌کنند. ایجاد روحیه امید و اعتماد و دقت در توزیع عادلانه هر گونه امکانات در این مرحله از اهمیت بسیاری برخوردار است.

۵- تجدید سازمان: بین ۶ ماه تا یک سال پس از فاجعه رخ می‌دهد. بازماندگان شروع به بازسازی روانی و از سر گرفتن زندگی روزمره خود می‌کنند. افراد به این نتیجه می‌رسند که بازسازی زندگی با اتکا بر توانایی‌های خود آن‌ها 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 ستاد دانشگاه:

- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که قبل از شروع به کار در حوزه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه آموزش دیده اند.

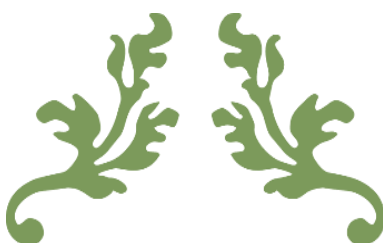
#### ○ شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪

- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت که در سال ۱۴۰۲ دوره بازآموزی حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه را گذرانده اند.
- درصد پوشش افراد در معرض بحران که خدمات حمایت های روانی اجتماعی را از سوی کارشناس سلامت روان دریافت کرده اند .

#### ○ شاخص مورد انتظار ۷۰٪



## اداره سلامت اجتماعی



برنامه پیشگیری و مراقبت از  
بدرفتاری با کودک



## مقدمه:

برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد بدرفتاری با کودک و همچنین 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 کودکان مورد بدرفتاری خانگی و شاهد خشونت خانگی، شناسایی شده در نظام مراقبتی بهداشتی اولیه
- کاهش خشونت خانگی مجدد در کودکان مورد بدرفتاری خانگی و شاهد خشونت خانگی، شناسایی شده در نظام مراقبتی بهداشتی اولیه

## اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتی بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتی بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیر حضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان جدید الورود به نظام مراقبتی بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتی بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتی بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتی بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیر حضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک 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 ۱۴۰۴

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که طی سال اول خدمت دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" را گذرانده باشند  
 • شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" شرکت نموده اند  
 • شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/بهورز که در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" شرکت نموده اند  
 • شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک 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 بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است  
 • شاخص مورد انتظار ۴۰٪

### شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۴:

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/بهورز که در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" شرکت نموده اند  
 • شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک 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 بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است

- شاخص مورد انتظار ۴۰٪

**شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۴:**

- درصد غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک 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 بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است

- شاخص مورد انتظار ۴۰٪



برنامه بهبود روابط در  
خانواده (پیشگیری از همسرآزاری)



## مقدمه

سازمان بهداشت جهانی خانواده را عامل اجتماعی اولیه در افزایش سلامت و بهزیستی معرفی کرده است. دستیابی به جامعه سالم آشکارا در گروه سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن رابطه های مطلوب با یکدیگر است. از این رو سالم سازی و بهبود روابط در اعضای خانواده اثرهای مثبتی را در جامعه نیز به دنبال خواهد داشت.

ارتباط زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده و اختلال در آن به منزله تهدیدی جدی برای بقا و سلامت روان خانواده است. در بستر خانواده، ابعاد مختلف از قبیل تربیت اجتماعی، تربیت عاطفی، تربیت اخلاقی، تربیت جنسی و تربیت شناختی در هم تنیده است به گونه ای که تصور خانواده سالم بدون توجه به فرآیند انواع تربیت قابل تصور نیست. بنابراین برای جلوگیری از ایجاد تنش و نیز بهبود روابط بین زوج ها ارائه آموزش در این خصوص همواره لازم و ضروری است.

این برنامه با هدف توانمندسازی کارشناسان و کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه شناسایی و پیگیری موارد اختلافات شناسایی شده در بین افراد خانواده (از جمله زن و شوهر) و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در بهبود روابط در خانواده و اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی می باشند. همچنین از اهداف دیگر این برنامه تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر و به تبع آن، ارتقای مهارت های ارتباطی و 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 همچنین همسران آنها در صورت تمایل به شرکت در برنامه هستند.

## اهداف کلی برنامه در کشور:

- بهبود و ارتقای مهارت های ارتباطی زوجین
- توانمندسازی و آگاهی بخشی با هدف بهبود روابط و ارتقای سلامت خانواده

## اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه "بهبود روابط در خانواده" شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه "بهبود روابط در خانواده" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود به نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/ غیرحضوری) "بهبود روابط در خانواده" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/ غیرحضوری) برنامه "بهبود روابط در خانواده" شرکت نمایند.

- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "بهبود روابط در خانواده" شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر ۳ سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضور/غیرحضور) برنامه "بهبود روابط در خانواده" شرکت نمایند.
- صد درصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری بهبود روابط در خانواده 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.

### شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۴:

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در طی سال اول خدمت، دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "بهبود روابط در خانواده" را گذرانده باشند
  - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که در طی سال اول خدمت، در دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "بهبود روابط در خانواده" شرکت نموده اند
  - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که در طی سال اول خدمت، در دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "بهبود روابط در خانواده" شرکت نموده اند
  - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد غربالگری اولیه "اختلال در روابط خانواده" 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 "اختلال در روابط خانواده" در آنها مثبت شده است
  - شاخص مورد انتظار ۵۰٪

### شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۴:

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که در طی سال اول خدمت، در دوره های آموزشی (حضور/غیرحضور) برنامه "بهبود روابط در خانواده" شرکت نموده اند
  - شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪



- درصد غربالگری اولیه "اختلال در روابط خانواده" در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند
- شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه "اختلال در روابط خانواده" آنها مثبت شده است
- شاخص مورد انتظار ۵۰٪

#### شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۴:

- درصد غربالگری اولیه "اختلال در روابط خانواده" در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند
- شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪
- درصد غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه "اختلال در روابط خانواده" در آنها مثبت شده است
- شاخص مورد انتظار ۵۰٪

# اداره پیشگیری و کاهش آسیب اختلالات مصرف مواد



## برنامه پیشگیری از اختلالات مصرف مواد



## مقدمه

همه والدین خواهان بزرگ کردن فرزندان تندرست و نیک رفتار هستند. با گذر از کودکی به نوجوانی دغدغه‌های والدین در مورد رفتار فرزندان دوچندان شده و بیش از پیش به نگرانی بدل می‌شود. مادران و پدران در جستجوی راهکارهایی بر می‌آیند که نوجوانان را به سلامت از مخاطرات این دوران گذر دهند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده است خانواده به دلایل متعدد مهمترین محیط برای پیشگیری از مشکلات رفتاری از جمله سوء مصرف مواد است. والدین موثرترین افراد زندگی نوجوانان بوده و از ابتدای زندگی مهمترین الگوی رفتاری فرزندان محسوب می‌شوند. از دیگر سو مطالعات علمی به یقین نشان داده است بهترین زمان برای پیشگیری اولیه از مصرف مواد کودکی و نوجوانی، یعنی سال‌های زندگی فرد در کنار والدین است. پژوهش‌های متعدد اثبات کرده است اگر پیشگیری از طریق خانواده باعث به تعویق افتادن اولین تجربه‌ی سیگار یا هر ماده دیگری باشد یا به عبارت دیگر خانواده‌ها فرزندان را بدون تجربه مواد به هجده سالگی برسانند، شانس ایجاد مشکلات جدی سوء مصرف مواد و اعتیاد در سال‌های بعدی زندگی کاهش می‌یابد. مهارت‌هایی که در این برنامه از آن تحت عنوان «مهارت‌های فرزندپروری پیشگیرانه» یاد می‌کنیم مهارت‌هایی است که صرف نظر از جنبه پیشگیری از اعتیاد، بطور عام به استحکام و ثبات خانواده، ارتباط مناسب اعضای خانواده با یکدیگر و رشد و تکامل سالم فرزندان می‌انجامد. بد نیست در اهمیت پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد در دوران کودکی و نوجوانی به این نکته هم اشاره کنیم که برخی پژوهش‌ها نشان داده است مصرف مواد در این دوران می‌تواند بر مغز فرد که هنوز دوره رشد و تکامل آن کامل نشده است تأثیراتی برگشت ناپذیر بگذارد.

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

## اهداف کلی برنامه در کشور:

- ارتقای مهارت‌های فرزند پروری والدین گروه سنی ۱۷-۱۰ سال در راستای کاهش اختلالات مصرف مواد

## اهداف اختصاصی برنامه:

- صددرصد والدین گروه سنی ۱۷-۱۲ سال واجد شرایط دریافت آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من)، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد.

- صد درصد 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 در بدو خدمت در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند.
- صد در صد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت در دوره های آموزشی استاندارد تقویت بنیان خانواده به طور حضوری شرکت نمایند.

### شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال ۱۴۰۴

- درصد کارشناسان سلامت روان بدو خدمت که در دوره های آموزشی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند؛

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حضوری/ غیرحضوری شرکت می نمایند؛

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف.
- شاخص مورد انتظار: آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حداقل ۱۰ نفر
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف؛
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۲ کارگاه در ماه (۲۵ نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۳۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

- تعداد دوره های برگزار شده تقویت بنیان خانواده جهت گروه هدف (۱۴-۱۰ سال) به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

#### ○ شاخص مورد انتظار: برگزاری حداقل ۳ دوره آموزش استاندارد (برای ۱۰-۱۵ خانواده) در

#### سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

- تعداد دوره های برگزار شده خانواده توانا جهت گروه هدف در دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی، مشهد، کرمان، بندر عباس، زاهدان، لرستان، اهواز، گیلان، قزوین، زنجان، کرمانشاه، کردستان، ایلام، همدان، اصفهان، اراک، خمین، ساوه و قم به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

- شاخص مورد انتظار: برگزاری ۴ دوره آموزش برای ۱۰ خانواده (حداقل ۱۲۰ نفر) در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

### شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال ۱۴۰۴

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۰ نفر
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف؛
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۲ کارگاه در ماه (۲۵ نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛
- شاخص مورد انتظار: ۳۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان
- 
- تعداد دوره های برگزار شده تقویت بنیان خانواده جهت گروه هدف (۱۴-۱۰ سال) به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده
- شاخص مورد انتظار: برگزاری حداقل ۳ دوره آموزش استاندارد (برای ۱۰-۱۵ خانواده) در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده
- تعداد دوره های برگزار شده خانواده توانا جهت گروه هدف در **دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی، مشهد، کرمان، بندر عباس، زاهدان، لرستان، اهواز، گیلان، قزوین، زنجان، کرمانشاه، کردستان، ایلام، همدان، اصفهان، اراک، خمین، ساوه و قم** به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده
- شاخص مورد انتظار: برگزاری ۴ دوره آموزش برای ۱۰ خانواده (حداقل ۱۲۰ نفر) در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

### شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال ۱۴۰۴

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۱۰ نفر
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف؛
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط ۲ کارگاه در ماه (۲۵ نفر در ماه)
- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛
- شاخص مورد انتظار: ۳۵۰ نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

- تعداد دوره های برگزار شده تقویت بنیان خانواده جهت گروه هدف ( ۱۴-۱۰ سال ) به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری حداقل ۳ دوره آموزش استاندارد ( برای ۱۰-۱۵ خانواده ) در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

- تعداد دوره های برگزار شده خانواده توانا جهت گروه هدف در **دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی، مشهد، کرمان، بندر عباس، زاهدان، لرستان، اهواز، گیلان، قزوین، زنجان، کرمانشاه، کردستان، ایلام، همدان، اصفهان، اراک، خمین، ساوه و قم** به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری ۴ دوره آموزش برای ۱۰ خانواده (حداقل ۱۲۰ نفر) در سال به ازاء هر ۳ کارشناس سلامت روان آموزش دیده



**برنامه ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف  
دخانیات، الکل و مواد**





## مقدمه:

با توجه به روند افزایش بار بیماری‌های قابل انتساب به مصرف مواد دخانی، الکل و مواد، توجه بیش از پیش به مداخلات پیشگیری و مراقبت‌های درمانی این حوزه بویژه ترک دخانیات که در اهداف برنامه توسعه هفتم با تمرکز بر شاخص کاهش شیوع مصرف دخانیات تا پایان این برنامه از ۱۴ درصد به ۱۰ درصد در جمعیت کشور، حصول آن را در اولویت قرار می‌دهد.

بر این اساس فرصت مناسبی برای ارتقای خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی و کوشش جهت دستیابی به اهداف ذیل این برنامه که شامل موارد زیر است، مورد تاکید مجدد است:

- ظرفیت‌سازی و حمایت مستمر از ارایه خدمات اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (غربالگری، شناسایی، ارایه مراقبت‌های روانشناختی، خدمات درمان دارویی اختلال مصرف دخانیات و ارجاع به مراکز تخصصی درمان مصرف الکل و مواد)
- فراخوان و حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد
- افزایش سواد سلامت جامعه با اهداف پیشگیرانه و افزایش تقاضای درمان
- ارایه آموزش‌های پیشگیرانه و مراقبتی مورد نیاز خانواده‌های بیماران

در خصوص شیوع مصرف دخانیات نکته مورد توجه در سالهای اخیر، آخرین گزارش دبیرخانه کنترل دخانیات وزارت بهداشت که در سال ۹۵ نشان می‌دهد، ۱۰/۱ درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کنند که بر اساس تفکیک جنسیتی تقریباً ۲۰ درصد از مردان و ۰/۹ درصد از زنان مصرف کننده انواع مشتقات تنباکو می‌باشند. همچنین در این گزارش آمده است، ۱۴/۲ درصد از جمعیت ۱۸ تا ۶۴ سال بصورت روزانه یا تفننی مصرف کننده انواع محصولات دخانی مانند سیگار، پیپ و حتی قلیان می‌باشند، که بر اساس تفکیک جنسیتی ۲۵ درصد از مردان و ۴ درصد از زنان انواع دخانیات مصرف می‌کنند.

نکته قابل تامل، رشد نرخ شیوع مصرف مواد دخانی در گروه زنان است، به طوری که طبق مستندات آماری در سال ۱۳۹۰، ۳/۷ درصد زنان مصرف کننده انواع محصولات دخانیات بودند که متأسفانه این آمار در سال ۹۵ به ۴ درصد رسیده است. علاوه بر این، بر اساس این گزارش میزان مصرف انواع تنباکو در گروه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۹۵، نسبت به سال 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.

همچنین،	منطبق	با	آخرین	گزارش	آماري
---------	-------	----	-------	-------	-------

عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در مطالعات استپس (۱۴۰۰)، شیوع مصرف سیگار در حال حاضر معادل ۹/۳ درصد و شیوع مصرف مواد دخانی ۴/۱۹ درصد از جمعیت ۱۸ سال و بالاتر می‌باشد. از سوی دیگر، بر اساس آخرین راهنمای سازمان جهانی بهداشت در مداخلات ترک دخانیات (۲۰۲۴)، مطالعات بین المللی نشان می‌دهد، ۶۰ درصد مصرف کنندگان دخانیات تمایل به ترک آن دارند.

با توجه به داده‌های آماری پیشگفت، علی‌رغم تغییر کم شیوع کلی مصرف دخانیات در کشور، در سالهای اخیر با افزایش مصرف دخانیات در گروه‌های سنی نوجوان و جوان و جمعیت زنان بطور خاص مواجه هستیم که با توجه به اهمیت آن

در تامین سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد جامعه، و به عنوان عامل خطر جدی در گرایش به مصرف الکل و مواد، اولویت مداخلات پیشگیرانه در و درمان اختلال مصرف دخانیات در نظام بهداشتی کشور را برجسته می کند. بر این اساس شاخص های مربوط به حوزه ی دخانیات در شرح وظایف تیم سلامت در سال جاری مورد توجه و تاکید ویژه قرار گرفته است.

اگرچه بر اساس داده های آماری چند سال اخیر، علی رغم روند نسبتاً افزایشی در پوشش غربالگری اولیه و درصد شناسایی موارد مثبت، هم چنان در سال ۱۴۰۴ نیاز به ارتقای دانش و مهارت تیم سلامت در مداخلات جهت انجام غربالگری ها، شناسایی موارد مثبت و پیگیری جهت دریافت خدمات روانشناختی و درمانی دیده می شود. علاوه بر آن براساس نتایج پایش های حضوری تاکید می شود، نیاز جدی به ظرفیت سازی مطلوبتری جهت ارائه خدمات با کیفیت، ارتقای نظام پایش و نظارت و افزایش سواد سلامت جامعه با هدف افزایش تقاضای خدمت ترک سیگار و سایر خدمات پیشگیرانه مورد انتظار است.

توجه: برخی راهبردهای اجرایی جهت ارتقای خدمات در ذیل ارائه شده و توجه به آنها مورد تاکید و در برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۴ گزارشی از اقدامات انجام گرفته در راستای موارد مذکور مورد مطالبه قرار خواهد گرفت. در واقع، علاوه بر گزارش آماری، در تنظیم گزارش تحلیلی و پایش های حضوری جهت ارزیابی پیشرفت برنامه، فعالیت های محیطی مورد بررسی قرار می گیرند.

#### ۱- تلاش برای بهینه سازی مدیریت منابع و ساختار فیزیکی ارائه خدمات

- **تامین حفظ حریم شخصی مراجعین** در غربالگری های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد: با توجه به استیگمای موجود در خدمات سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و نیاز به **محرمانگی اطلاعات** مرتبط حفظ حریم شخصی مراجعین حین انجام غربالگری های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، تامین ساختار فیزیکی مناسب برای تحقق این امر ضروری است. قابل درک است که در شرایط کنونی با توجه به محدودیت های ناشی از شرایط دوران شیوع بیماری کووید -۱۹ بخشی از فضای منابع و فضای فیزیکی برخی مراکز به این امر اختصاص یافته است، اما حداقل راهبرد عملی **تغییر و تنظیم چیدمان مبلمان اداری** در اتاق مراقبین سلامت در جهت **افزایش فاصله بین میزهای کاری و پیش بینی صندلی اختصاصی مراجع در کنار هر میز** است، به صورتی که طبق پروتکل غربالگری، مراجع **امکان مشاهده سوالات غربالگری** در مانیتور را داشته باشد و پرسش ها با **تن صدای ملایم** در جهت تامین حریم خصوصی مراجعین پرسیده شود. همچنین در این راستا، اتخاذ تدابیر لازم برای انجام غربالگری های این حوزه، **بدون حضور همراه** مراجع بسیار اهمیت دارد.
- **تامین فضای مناسب برای خدمات آموزش گروهی مراجعین**

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

- **متناسب سازی اعضای تیم سلامت مراکز شهری و روستایی با استانداردهای جمعیتی:** اگرچه **فقدان نیروی پزشک و عملکرد ضعیف آنان در مراکز شهری و کمبود روانشناس در مناطق شهری و روستایی** بر

اجرای برنامه های حوزه اجرای اجرای برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد تاثیر مستقیم داشته است و نیاز به راهبردی مدیریتی و حمایت طلبی کلان دانشگاهی و نیز گاهها در سطوح وزارتی دارد، اما مدیریت نیروهای موجود از جهت حضور فیزیکی به موقع و منظم و ارایه خدمات با کیفیت، و نیز استفاده از اهرم های انگیزشی معنوی و مادی و پرهیز از رفتارهای تبعیض آمیز و ایجاد فرصت های رشد ... همگی مقوله های با اهمیتی هستند که باید در مسیر شکوفایی دانش و مهارت حرفه ای و افزایش حس تعهد و انگیزش کارکنان مورد توجه و دقت قرار گیرد.

- ارتقای کمی و کیفی برنامه های توانمندسازی ارایه کنندگان خدمات: در حوزه خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد و توانمندسازی اعضای تیم سلامت اعم از کارشناسان مراقب سلامت، سلامت روان و پزشک، توجه به منطق سازی محتوای آموزشی با استاندارد های خدمات مندرج در دستورالعمل ها و راهنماهای ابلاغی ضروری است. همچنین تشکیل جلسات فصلی بازآموزی، نیازسنجی آموزشی کارشناسان سلامت روان و برگزاری جلسات حضوری و گروه های مجازی اشتراک گذاری تجارب موفق و چالشهای اجرایی برنامه برای اعضای تیم سلامت می تواند در ارتقای توانمندی و کیفیت خدمات موثر واقع گردد. همچنین آموزش کارشناس مراقب سلامت خانواده و سلامت روان به منظور تسلط بر محتوای خدمات و شیوه ی ثبت و محاسبه دقیق شاخص های عملکردی از سامانه های الکترونیک، نحوه ی ثبت و ارجاع موارد مثبت غربالگری ها و پیگیری ها طبق دستورالعمل برنامه ضروری است.

۳- مشارکت طلبی درون و بین سازمانی جهت کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ: حمایت طلبی از سایر معاونت ها و دستگاه های عضو شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان، کمیته های مرتبط در حوزه ی استانداری و نیز موسسات خیریه و انجمن های غیردولتی جهت اتخاذ راهبردها و مداخلات موثر کاهش عوامل خطر محیطی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی موثر بر سلامت روانی- اجتماعی و مصرف مواد بویژه در مناطق حاشیه ای و پرخطر (دسترسی بالا به مواد و شیوع انواع آسیب های اجتماعی) و نیز اقدام موثر بر ارتقای راهبردهای موثر بر افزایش عوامل محافظ سلامت روان و اجتماعی افراد جامعه از جمله دسترسی به امکانات درمانی، آموزشی، فرهنگی، تفریحی و ورزشی مورد تاکید و انتظار است.

۴- بهینه سازی راهبردهای مدیریت فنی برنامه :

- ارتقای شیوه ی تدوین و ابلاغ برنامه عملیاتی سالانه : لازم است این برنامه یک قالب زمانی و اجرایی مدونی مبتنی بر سیاستها، برنامه ها و شاخص های ابلاغی از سطح وزارتی و دانشگاهی داشته باشد، همچنین، با اتخاذ یک دیدگاه جامع علمی، با تلفیق آنها با نیازسنجی و مپینگ عوامل خطر محیطی به تدوین و اجرای مداخلات موثر پرداخته شود.

- **ارتقای مقبولیت خدمات از طریق بازاریابی اجتماعی خدمات:** با توجه به ضرورت افزایش مقبولیت خدمات این حوزه لازم است **نیازهای مغفول مانده افراد جامعه** در حوزه سلامت روان و اجتماعی به **تقاضای فعال و مطالبه شخص** تبدیل شود. در این راستا بر اساس منابع علمی، آموزش های همگانی با هدف **ارتقای سواد سلامت جامعه و تغییر نگرش و اصلاح باورهای غلط** در خصوص ماهیت و انواع بیمار های روانپزشکی (اعم از اختلالات مصرف مواد و...)، علل، علائم و عوارض آن ها و شیوه ی درمان دارویی و غیردارویی آن، آسیب های اجتماعی و پیامدهای اختلالات روانپزشکی و مصرف دخانیات؛ الکل و مواد می تواند به عنوان یک راهکار ارزشمند مورد توجه قرار گیرد. در کنار معرفی خدمات این حوزه، **اطلاع رسانی خدمات بهداشتی و درمانی و آشنایی با تیم سلامت** و توجه به ظرفیت های موجود در **برنامه خودمراقبتی به شیوه تعاملی و بحث و گفتگو و مسئله محور ( نه سخنرانی صرف)** به عنوان یک اولویت در جلب مشارکت مراجعین در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه بسیار حائز اهمیت است.

- **ارتقای نظام پایش و نظارت مستمر خدمات :** لازم است پایش و نظارت مستمر و دقیق سطوح مختلف ستادی و محیطی با هدف **رصد فصلی شاخص های کمی و کیفی** ارایه خدمات و گزارش های تحلیلی بر روند پیشرفت برنامه و **پیگیری بازخورد ها** و اقدامات ذیل آن مدنظر قرار گیرد. در نهایت، بدیهی است گزارش های آماری مبتنی بر اهداف و شاخص های برنامه، نشانگر **میزان مطلوبیت عملکرد مشترک مدیریت ستادی دانشگاه و شهرستان و تیم سلامت** (کارشناس مراقب سلامت/ ماما/ بهورز، پزشک و کارشناس سلامت روان) می باشد. از آنجا که مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و کارشناس مسئول سلامت روان در حوزه ی ستادی شهرستان و نهایتا کارشناس سلامت روان در مراکز ارایه خدمت به عنوان نیروی تخصصی این حوزه، موظف به **پیگیری و رصد مستمر روند شاخص ها و کیفیت ارایه خدمات** هستند، انتظار می رود، در راستای تکالیف **مدیریتی و نظارتی** خود برنامه مدونی جهت پایش مستمر مراکز و واحدها بهداشتی، ارزیابی کیفی خدمات و تحلیل گزارش های آماری (**در بازه های زمانی سالانه و شش ماهه، سه ماهه و یک ماهه** که بر اساس سطوح ستادی دانشگاه، شهرستان و مراکز و واحدهای ارایه کننده خدمت به ترتیب تعریف می گردد) بپردازند. همچنین تشکیل **جلسات مشورتی و فنی با کارشناسان ستادی و محیطی** با هدف تحلیل روند پیشرفت و نقاط قوت و ضعف خدمات مدنظر قرار گیرد.

### اهداف کلی برنامه در کشور:

- ارتقای کمی و کیفی خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه

### اهداف اختصاصی برنامه در سال ۱۴۰۴:

صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره آموزشی بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» گذرانده باشند.

- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، دوره آموزشی بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» گذرانده باشند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، هر سه سال یکبار دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره آموزش بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره ی استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» هر سه سال یکبار شرکت نمایند.
- صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل هر سه سال یکبار در دوره ی استاندارد آموزشی/ بازآموزی حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
- ۸۵ درصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال در سال جاری تحت پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات قرار گیرند<sup>۱</sup>.
- شناسایی حداقل ۷ درصد از موارد غربال مثبت مصرف مواد، الکل و دخانیات از مجموع جمعیت تحت پوشش غربالگری اولیه
- ۹۰ درصد افراد مصرف کننده مواد، الکل و دخانیات<sup>۲</sup>، تحت پوشش مداخله روانشناختی قرارگیرند.
- ۵ درصد افزایش تشخیص موارد اختلال مصرف مواد و الکل و ارجاع به مراکز تخصصی (توسط پزشک)

### شاخص های برنامه در سطح ستاد دانشگاه/ شهرستان/ مرکز - سال ۱۴۰۴

- درصد پزشکان عمومی جدیدالورود در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، که دوره آموزشی بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، که هر سه سال یکبار دوره استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

۱. پرونده فعال الکترونیک سلامت به معنای پرونده ی فردی است که در یکی از واحدها یا مراکز بهداشتی برای دریافت حداقل یکی از مراقبت های گروه های سنی در سال جاری مراجعه کرده است، لذا امکان دسترسی به آن فرد برای ارایه مراقبت غربالگری اولیه فراهم شده است.

۲. موارد شناسایی شده از طریق غربالگری تکمیلی

- درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، که دوره آموزش بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را گذرانده باشند.

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

- درصد کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، که دوره ی استاندارد بازآموزی حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» را هر سه سال یکبار گذرانده باشند.

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان جدیدالورود در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، که دوره آموزشی بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» گذرانده باشند.

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

- درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، که هر سه سال یکبار در دوره ی استاندارد آموزشی/ بازآموزی حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰ درصد

- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات از جمعیت دریافت کننده مراقبت های دوره ای گروه های سنی ( توسط کارشناس مراقب/ بهورز)

#### ○ شاخص مورد انتظار: حداقل ۸۵ درصد از مراجعه کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه

سنی ۱۵ تا ۵۹ ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.

- درصد شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات ( توسط کارشناس مراقب/ بهورز)

#### ○ شاخص مورد انتظار: حداقل ۷ درصد از جمعیت غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات

- درصد افراد مصرف کننده مواد، الکل و دخانیات<sup>۱</sup>، که تحت پوشش مداخله روانشناختی قرار گرفتند. (توسط کارشناس سلامت روان)

#### ○ شاخص مورد انتظار: ۹۰ درصد موارد شناسایی شده در غربالگری تکمیلی

- درصد تشخیص موارد اختلال مصرف مواد و الکل و ارجاع به مراکز تخصصی (توسط پزشک)

#### ○ شاخص مورد انتظار: حداقل ۵ درصد افزایش نسبت به سال قبل

۱. موارد شناسایی شده از طریق غربالگری تکمیلی



## 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 می گیرد. 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 ۷۵ درصد دهه هشتاد به حدود ۱۰ درصد در سال ۱۴۰۳ رسیده است. شیوع اچ آی وی در این گروه در حال حاضر زیر ۱/۲ درصد می باشد، این در حالی است که در مطالعه ماقبل آخر در این گروه شیوع اچ آی وی حدود ۴ درصد بوده است.

## وضعیت موجود پوشش مراکز کاهش آسیب

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

خدمات ارائه شده توسط این مراکز شامل در اختیار قرار دادن وسایل استریل تزریق و بروشورهای آموزشی اغلب توسط گروه همسالان یا سایر داوطلبان در خود مراکز گذری، مراکز سیار کاهش آسیب، یا توسط تیم های سیار وابسته به آن مراکز می باشد. بسته کامل خدمات کاهش آسیب در مصرف کنندگان تزریقی مواد (سازمان جهانی بهداشت - ۲۰۰۹):

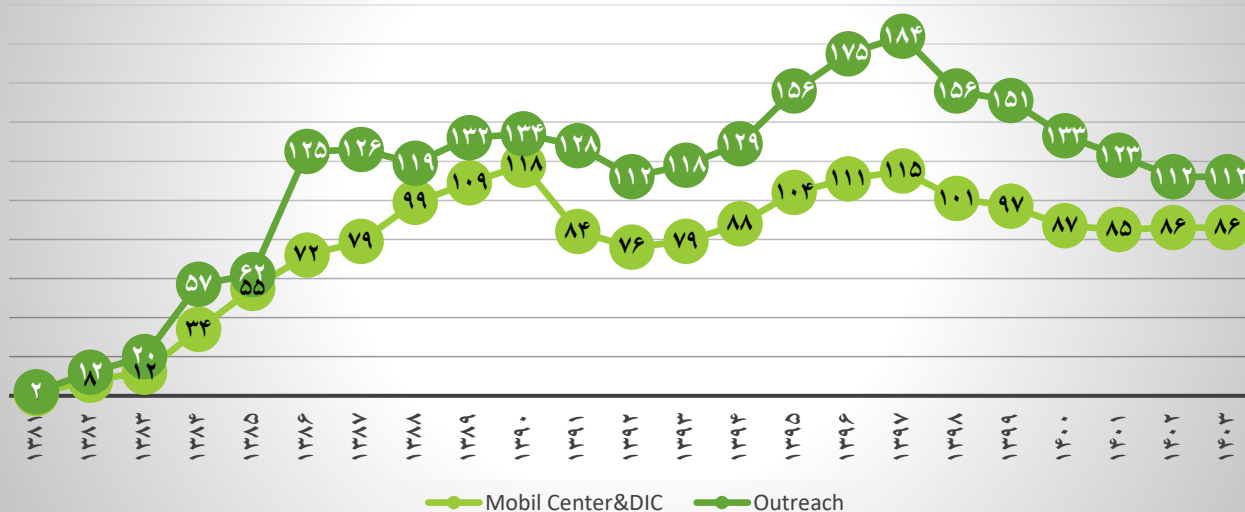
۱. اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطات (IEC) برای کسانی که مواد را تزریق می کنند و شرکای جنسی آنها
۲. برنامه سرنگ و سوزن (NSP)



۳. درمان نگهدارنده با متادون (MMT)
۴. مشاوره و تست اچ آی وی (PIT)
۵. برنامه ترغیب و توزیع کاندوم
۶. تشخیص، مراقبت و درمان بیماری‌های مقاربتی (STI)
۷. درمان عفونت های رترو ویروسی (ART)
۸. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت های ویروسی
۹. پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری سل
۱۰. پیشگیری و درمان بیش مصرفی (Over Dose)

برای درمان سل، درمان اچ آی وی، هپاتیت های ویروسی، بیماری های مقاربتی و سل افراد به سایر مراکز ارجاع می شوند. براساس آخرین آمارهای ارائه خدمات کاهش آسیب مصرف مواد در سال هزار و چهارصد و سه ۱۶۹۱۴ نفر تزریقی در زیرساخت- های کاهش آسیب خدمات سرنگ و سوزن یا خدمات متادون دریافت می کنند که نشان از پوشش ۱۹ درصدی (بر اساس تخمین ۹۰ هزار نفری جمعیت افرادی که مواد را به صورت تزریقی در سه ماه اخیر مصرف می کنند) می باشد.

### تعداد مراکز گذری، موبایل سنتر و تیم های سیار



### اهداف کلی برنامه در کشور:

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

## اهداف اختصاصی برنامه:

- صدر در صد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه هر سه سال یکبار در دوره‌های بازآموزی حضوری / غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- صد درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره آموزشی حضوری / غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- صد درصد پرسنل غیرپزشک شاغل در زیرساخت‌های کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری / غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- صد درصد پرسنل غیرپزشک شاغل در زیرساخت‌های کاهش آسیب سالانه در دوره‌های بازآموزی حضوری / غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- حداقل ۷۵٪ مراجعین در صد مراجعین مصرف‌کننده تزریقی مواد به زیرساخت‌های کاهش آسیب که خدمات سرنگ و سوزن را به صورت مستمر دریافت می‌نمایند. (دریافت خدمات حداقل یک بار در هفته مد نظر می باشد)
- حداقل ۵۰٪ مراجعین به مراکز کاهش آسیب، خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین را به صورت مستمر دریافت می‌نمایند. (تعریف مستمر: بیمار تزریقی که به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته است؛ می‌تواند در این مدت یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع قطع درمان داشته باشد) (در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)
- صد در صد خدمات کاهش آسیب ارائه شده در مراکز کاهش آسیب، تیم‌های سیار و مراکز سیار کاهش آسیب در پورتال وزارتخانه به صورت سالانه ثبت گردد.
- صد در صد خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین ثبت و گزارش گردد.

## شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه

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

- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در زیر ساخت های کاهش آسیب که یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت کرده‌اند
- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در زیر ساخت های کاهش آسیب که سالانه در دوره‌های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نموده‌اند.
- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش زیر ساخت های کاهش آسیب در یکسال گذشته.
- شاخص مورد انتظار: ۳۶۰ عدد و بالاتر
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش زیرساخت های کاهش آسیب در یکسال گذشته
- شاخص مورد انتظار: ۱۲۰ عدد و بالاتر
- ثبت سالانه تمام خدمات کاهش آسیب در پورتال وزارتخانه
- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین
- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیست آستانه پایین که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). (در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)
- شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- درصد مراجعین به زیر ساخت های کاهش آسیب که خدمات سرنگ و سوزن را به صورت مستمر دریافت می‌نمایند. (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
- شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونیست آستانه پایین (مرتبط با واحد ضمیمه آگونیست مستقر در مراکز گذری).
- شاخص مورد انتظار: ۷۰٪

### شاخص های برنامه در ستاد شهرستان

- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال گذشته.
- شاخص مورد انتظار: ۳۶۰ عدد و بالاتر
- 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
- ثبت سالانه کلیه خدمات کاهش آسیب در پورتال وزارتخانه

- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین
- شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیزست آستانه پایین که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند) (در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)
- شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- درصد مراجعین به زیرساخت های کاهش آسیب که خدمات سرنگ و سوزن را به صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
- شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونیزست آستانه پایین (مرتبط با واحد ضمیمه آگونیزست مستقر در مراکز گذری).
- شاخص مورد انتظار: ۷۰٪
- **شاخص های برنامه در سطح زیرساخت های کاهش آسیب (مرکز گذری، تیم سیار و مرکز سیار کاهش آسیب)**
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش واحد آگونیزست آستانه پایین در مرکز کاهش آسیب که حداقل به مدت ۱۸۰ روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). (در صورت دسترسی به نرم افزار الکترونیک)
- شاخص مورد انتظار: ۵۰٪
- درصد مراجعین به زیرساخت های کاهش آسیب که خدمات سرنگ و سوزن را به صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
- شاخص مورد انتظار: ۷۵٪
- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین دریافت کنندگان خدمات در زیرساخت های کاهش آسیب (غیر از واحد ضمیمه ارائه دهنده داروی متادون آستانه پایین در مرکز کاهش آسیب):
- شاخص مورد انتظار: ۶۰ درصد و بالاتر
- درصد مراجعین به زیرساخت های کاهش آسیب که در یکسال گذشته توسط پرسنل مرکز آموزش های تزریق کم خطر مواد، پیشگیری از Over dose، مخاطرات مصرف مواد محرک، پیشگیری، انتقال و شناسایی ویروس اچ آی وی را دریافت نموده‌اند.

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

- شاخص مورد انتظار: ۹۰٪
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش زیرساخت های کاهش آسیب در یکسال گذشته.
- شاخص مورد انتظار: ۳۶۰ عدد و بالاتر
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش زیرساخت های کاهش آسیب در یکسال گذشته
- شاخص مورد انتظار: ۱۲۰ عدد و بالاتر
- درصد مصرف کنندگان تزریقی در مراجعین به زیرساخت های 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 (مرتبط با واحد ضمیمه آگونیست مستقر در مراکز گذری).
- شاخص مورد انتظار: ۷۰٪



برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل  
دبیرخانه ملی



ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) به طور مستقیم یا غیرمستقیم، تحت تأثیر مثبت یا منفی تعیین کننده‌های مختلفی هستند. از آنجایی که آسیب‌های اجتماعی به دلایل متعدد به وجود می‌آیند و در نهایت هزینه‌های گزاف و عوارض نامطلوب فراوانی از جنبه‌های مختلف، به فرد، جامعه و دولت تحمیل می‌کنند و پرداختن به این موضوع برای شناخت عوامل، پیامدها و راه‌های پیشگیری از آن حائز اهمیت خواهد بود.

از سوی دیگر تنوع و گستردگی آسیب‌های اجتماعی، هرگونه اقدام به‌منظور پیشگیری آن‌ها را در جهت بهبود سلامت جامعه، منوط به اولویت‌بندی در حوزه آسیب و گروه‌های در معرض خطر می‌باشند. مسئله آسیب‌های اجتماعی یکی از دغدغه‌های مهم و اساسی همه مسئولان دلسوز نظام بوده که پیشگیری، کنترل و کاهش آن‌ها نیازمند هم‌اندیشی و هم‌فکری با کلیه اندیشمندان، مدیران اجرایی و فعالان اجتماعی است. لذا در تبیین و ارائه راه حل آسیب‌های اجتماعی، شایسته است آسیب‌های اجتماعی اولویت بندی شود.

به دنبال طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با محوریت سازمان امور اجتماعی کشور (سال ۱۳۹۵) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز در کنار سایر ارگان‌ها عهده دار بخشی از اقدامات مربوط به کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی شد. در این خصوص برای همکاری و هماهنگی بین دستگاه‌های ذی‌نفع در کشور و انسجام بخشی به فعالیت‌های مربوطه در حوزه تولی‌گری وزارت بهداشت، به دستور مقام عالی وزارت و معاون بهداشت، مسئولیت دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت ابلاغ گردید. همزمان با ابلاغ مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به عنوان «دبیرستاد و مسئول دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد» از سوی معاونت بهداشت، دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی ضمن تعامل با سازمان امور اجتماعی وزارت کشور، اعتبار تخصیص یافته برنامه جامع پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی (کنترل و کاهش اعتیاد، پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی / خودکشی و توسعه ملی خدمات سلامت روانی - اجتماعی (سراج) / طلاق و حاشیه نشینی طبق تفاهم نامه منعقد شده فی‌مابین معاونت بهداشت وزارت متبوع و سازمان امور اجتماعی کشور سالانه به حوزه‌های مرتبط ابلاغ شود.

#### اهداف کلی برنامه در کشور:

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

#### اهداف اختصاصی برنامه در کشور:

- کاهش آسیب های اجتماعی مبتنی بر یکی از سرفصل های خودکشی -الکل - طلاق - اعتیاد- مفاسد اخلاقی و حاشیه نشینی
- استفاده از توان مداخله ای دانشگاه ها / دانشکده های سراسر کشور در ارائه پیشنهادهای کاربردی در سطح ملی و در جهت کاهش آسیب های اجتماعی

#### شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه ها/ دانشکده ها:

- تعداد جلسات برگزار شده کارگروه کنترل و کاهش خودکشی

#### • شاخص مورد انتظار : جلسات هر ۳ ماه یکبار

- درصد تحقق مصوبات کارگروه کنترل و کاهش خودکشی

#### • شاخص های مورد انتظار :

- پیگیری ۱۰۰ درصد مصوبات پس از تصویب (مستندات مکاتبات پیگیری)
- تحقق ۶۰ درصد مصوبات پس از تصویب تا پایان سال (تعداد مصوبات منجر به نتیجه)





## برنامه بهداشت روان محیط و رسانه



## مقدمه

«بهداشت روان محیط و رسانه» مقدمه‌ای برای محافظت اجتماعی از سلامت روانی-اجتماعی افراد در مقابل مولفه های خطر در سطح محیط زندگی و رسانه ای است. امروزه یکی از محیطهای موثری که سلامت روانی اجتماعی را دستخوش آسیب می کند رسانه<sup>۱</sup> است. پژوهش های متعدد علمی در ادوار مختلف تاثیر بی بدیل تماشای رفتار همچون خودکشی، مصرف الکل، دخانیات و مواد مخدر را بر اساس اصل یادگیری مشاهده ای بر رفتار بروز داده شده در جامعه نشان داده است. طبق پژوهش های انجام گرفته تماشای مصرف الکل در رسانه ها بر نگرش و تصمیم گیری افراد تاثیر گذار است و از آنجایی که افراد خود را با افراد مشهور همانند سازی می کنند و این افراد را الگوی خود قرار می دهند، استفاده از مشروبات الکلی نزد آنان عادی سازی می شود (المور و همکاران، ۲۰۱۷).

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

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

لذا رسانه می تواند نقش تعیین کننده ای در ارتقا و یا کاهش سطح بهداشت و امنیت روان در محیط ایفا کند.

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

به منظور ساماندهی امور مرتبط با «بهداشت روانی محیط و رسانه» مبتنی بر «سیاست های کلی سلامت» و در راستای تحقق و پیگیری مفاد مصرح در ماده ۳ این ابلاغیه که دلالت بر «ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص های سلامت روانی» می نماید و با عنایت بر بند دوم از ماده نخست این ابلاغیه که دلالت بر «آگاه سازی مردم از حقوق و مسؤولیت های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط های ارائه مراقبت های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه» می نماید و همچنین در راستای «سیاست های کلی برنامه پنج ساله هفتم» ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری حفظه الله و مبتنی بر مفاد مندرج در بند ۱۸ از فصل سوم این ابلاغیه که دلالت بر «ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی به ویژه اعتیاد، حاشیه نشینی، طلاق و فساد بر اساس شاخص های معتبر و بهره گیری حداکثری از مشارکت مردم و با زمان بندی متناسب» می نماید و همچنین با

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

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

### اهداف کلی برنامه در کشور

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

### اهداف اختصاصی برنامه:

- پایش مستمر بهداشت روان محیط در عرصه‌های رسانه‌ای و بالاخص تولیدات فیلم و سریال و محتوای رایانه سپهر (فضای مجازی)
- طراحی و ثبت نشان «بهداشت روان» برای اعتبار بخشی به محصولات فرهنگی - رسانه‌ای استاندارد
- پیشنهاد لایحه قانونی مصادیق جرم انگاری فرهنگی و مجازات‌های بازدارنده منجمله اصلاحیه ماده ۶۸۸ قانون مجازات اسلامی و اصلاح تعریف مصادیق کالاهای آسیب رسان به سلامت عمومی<sup>۱</sup> موضوع ماده ۴۸ قانون برنامه هفتم توسعه

### شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه ها/ دانشکده ها:

- توانمندسازی ارائه دهندگان خدمت (تیم سلامت) و اصحاب رسانه در خصوص انعکاس اخبار مهم حوزه سلامت روانی - اجتماعی

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری یک کارگاه آموزشی در سال