

برنامه ها و شاخص های مورد انتظار حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد برای سال 1400

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

تاریخ تدوین اسفند 1399

بازبینی بهار 1400

مهمترین شاخص ها در هر برنامه:

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

- پوشش غربالگری اولیه سلامت روان در افرادی که دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت¹ هستند.
 - شاخص مورد انتظار: 100٪ موارد مراجعه کننده به مراکز
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
 - شاخص مورد انتظار: 50٪
- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
 - شاخص مورد انتظار: 90٪ موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان

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: 600 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: 600 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه پیشگیری از خودکشی

- میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
 - نحوه احصاء: استخراج داده ها از سامانه معاونت بهداشت
- میزان فوت ناشی از خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
 - نحوه احصاء: دریافت داده ها از اداره کل پزشکی قانونی استان

برنامه خودمراقبتی در سلامت روان

- تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری 4 جلسه حضوری / غیر حضوری در ماه (متوسط هر جلسه 1/5 ساعت برای 10 نفر) متوسط 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلايا

¹ - افرادی که در سال 1400 جهت دریافت مراقبت های دوره ای گروه سنی خود مراجعه نموده اند.

- 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 100 %)
- درصد پوشش کارشناسان سلامت روان شاغل در نظام سلامت که در سال 1400 دوره بازآموزی حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه را گذرانده اند. (شاخص مورد انتظار 50%)
- درصد پوشش خانواده های متوفیان ناشی از کووید-19 که از خدمات مشاوره سوگ بهرمنند شده اند. (شاخص مورد انتظار 70%)

برنامه پیشگیری از همسر آزاری

- میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند (شاخص مورد انتظار 100 %)
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 50 %)

برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک

- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100 %)
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 40%)

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد

- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیسست آستانه پایین که حداقل به مدت 180 روز به طور مستمر دریافت دارو داشته‌اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند).
 - شاخص مورد انتظار: 50%
- درصد مراجعین به مراکز که خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند).
 - شاخص مورد انتظار: 75%

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

- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت (توسط کارشناس مراقب/ بهورز) شاخص مورد انتظار: 100% از مراجعه کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه سنی 15 تا 59 ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.
- درصد شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه مصرف دخانیات از کل مواردی که تحت پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات قرار گرفتند. (توسط کارشناس مراقب/ بهورز) شاخص مورد انتظار: 20 درصد مردان / 2 درصد زنان مصرف کننده دخانیات
- درصد افراد مصرف کننده دخانیات، الکل و مواد 1 که تحت پوشش دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند. (توسط کارشناس سلامت روان) شاخص مورد انتظار: 50 درصد
- درصد افراد دارای تشخیص اختلال مصرف دخانیات از مجموع افرادی که شرح حال روانپزشکی آنها تکمیل شده است. (توسط پزشک) شاخص مورد انتظار: 10 درصد

¹ . افراد واجد شرایط دریافت 2 جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوجارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند.

برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من)

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

برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل دبیرخانه ملی

- درصد دانشگاه های علوم پزشکی کشور که کارگروه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی را طبق شیوه نامه ابلاغ شده، تشکیل دهند! **شاخص مورد انتظار : 100 %**
- درصد دانشگاه های علوم پزشکی کشور که گزارش های پیشرفت فصلی در خصوص برنامه هایی که وزارت بهداشت براساس طرح تقسیم کار ملی (رفتارهای پرخطر خودکشی و سلامت روان، HIV ایدز و مسائل محیط های دانشگاهی) به عنوان دستگاه اصلی تعیین شده است را ارسال نمایند. (هر فصل یک گزارش از هر سه برنامه) **شاخص مورد انتظار : 100 %**

اداره سلامت روان



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



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی

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

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

مدیریت بهداشت روان در ایران دوره‌های مختلفی طی کرده است، ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از اواسط دهه 1360 اجرا شده و مراحل دوره آزمایشی برنامه (1369-1367)، دوره گسترش برنامه (1370-1385) و دوره ادغام در برنامه پزشک خانواده (1386) تا کنون را پشت سر گذاشته است؛ اکنون بر اساس آخرین پیمایش ملی در سال 1390 و طی اعلام گزارش از سال‌های 89 تا 90 در ایران 23/6 درصد از افراد 15 تا 64 ساله ساکن کشور دچار یک اختلال روانپزشکی در 12 ماه قبل از بررسی هستند که بیشتر در گروه‌های زنان، ساکنین مناطق شهری، افراد بیکار، افراد با تحصیلات کمتر و افراد دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین را شامل می‌شوند. همین نیاز مبرم برای پیشگیری و مراقبت؛ که از سال‌های عمر تعدیل شده با ناتوانی جلوگیری خواهد کرد نیاز به برنامه ریزی منسجم در مدیریت اختلالات روانپزشکی با رویکرد پیشگیری و آموزش‌های خود مراقبتی را ایجاب می‌کند. برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی در اداره سلامت روان سعی داشته با ایجاد ساز و کار غربالگری و تشخیص به‌هنگام همچنین ارجاع به موقع در کنار پیگیری روند درمان، دسترسی به دریافت خدمات را تسهیل کند. هم اکنون این برنامه با هدف شناسایی به موقع اختلالات شایع روانپزشکی و عصب‌شناسی با اولویت موارد با شیوع بالاتر اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوز/ دوقطبی، صرع، ناتوانی ذهنی و اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان ضمن بررسی سابقه ابتلا به بیماری و غربالگری تحت پوشش قرار می‌دهد. نکته قابل تاکید در این برنامه ورود کارشناس سلامت روان (روانشناس) به اعضای تیم سلامت است که ارائه آموزش‌های روانشناختی را به صورت حرفه‌ای بر عهده خواهد داشت.

در سال 1399 و متاثر از شرایط اپیدمی کووید 19 و به دنبال آن عدم حضور افراد در خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات سلامت برای دریافت خدمات حضوری بر اساس فلوجارت خدمت سلامت روان بسیاری از شاخص‌های ارائه خدمت و ارتقاء آموزش تیم سلامت دستخوش تغییر بوده است.

اکنون علی‌رغم پیش‌بینی خدمات ضروری در حوزه سلامت روان و اهمیت دوچندان غربالگری و پیگیری وضعیت سلامت روان بیماران مورد مراقبت در نظام سلامت به دلیل غیرقابل پیش‌بینی بودن ادامه پاندمی در جهان و خط مشی خدمات حوزه بهداشت؛ دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد با هدف شناسایی چالش‌های ارائه خدمت و همچنین ارتقاء مسیر ارائه خدمات برای مراجعه‌کنندگان و توانمندسازی تیم سلامت در موضوع مراقبت غیرحضوری اختلالات شایع روانپزشکی؛ ملاک‌های حد انتظار را میانگین خدمات در سال 1398 قرار داده و شاخص‌های پیش‌رو در سال 1400 را مطابق نیازسنجی از موارد پیش‌گفت در نظر گرفته است و امید است که گروه سلامت روان با بهترین تطبیق در ارائه خدمات موثر برای گروه‌های هدف؛ در سال 1400 عملکرد موفقیت‌آمیزی در آموزش و توانمندسازی تیم سلامت و همچنین پیشگیری و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی تجربه کند.

اهداف کلی برنامه در کشور:

افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به‌هنگام و درمان اختلالات شایع روانپزشکی
افزایش پوشش مراقبت برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی

اهداف اختصاصی برنامه:

- **صد درصد افرادی** که برای دریافت مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی خود به مراکز/ پایگاه‌های سلامت مراجعه حضوری نموده‌اند؛ غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.

- تشخیص پنجاه درصد (بطور متوسط) اختلال روانپزشکی توسط پزشک در جمعیت غربال مثبت سلامت روان
- **مراقبت نود درصد** افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع **سلامت توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع**

شاخص‌های برنامه در ستاد وزارت بهداشت در سال 1400

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

شاخص‌های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1400

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی از مراکز / پایگاه‌های سلامت.
 - **شاخص مورد انتظار: 100٪** موارد مراجعه کننده به مراکز
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
 - **شاخص مورد انتظار: 50٪**
- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
 - **شاخص مورد انتظار: 90٪** موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1400

- درصد غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی از مراکز / پایگاه‌های سلامت
 - **شاخص مورد انتظار: 100٪** موارد مراجعه کننده به مراکز
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند.
 - **شاخص مورد انتظار: 50٪**
- درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
 - **شاخص مورد انتظار: 90٪** موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان



برنامه آموزش مهارت های زندگی و

مهارت های فرزندپروری



مقدمه

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

(فاتا و همکاران 2006) 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 ، 1398). 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 ، 2018)

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 . 2011)

آموزش مهارت های زندگی می تواند سازگاری دانش آموزان را افزایش داده و تکنیک های موثری برای افزایش سرمایه روانشناختی ارائه دهد (زهره ربانی. 2019)

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 ، 2016). 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 ، 2018).

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- **صدرصد افراد غربال منفی واجد** شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت های زندگی، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
- صدرصد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های زندگی دریافت نمایند .

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1400

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

○ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (بطور متوسط معادل 10 نفر در ماه)

در صورت زرد و آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل های بهداشتی بر اساس مصوبه 52 جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ

1399/10/20

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

- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 8 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
- شاخص مورد انتظار: 600 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1400

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (بطور متوسط معادل 10 نفر در ماه)
- در صورت زرد و آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل های بهداشتی بر اساس مصوبه 52 جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ 1399/10/20

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 8 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.
- تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
- شاخص مورد انتظار: 600 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

برنامه آموزش مهارت های فرزند پروری (12-2 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، 2016)

شواهد قوی وجود دارد که نشان می دهد سطح عزت نفس کودکان پس از 8 جلسه آموزش به طور قابل توجهی افزایش می یابد. (آجلیچی و برجلی 2011)

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد آموزش مهارت های 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 4-6 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 . 1390)

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 درصد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت نمایند .

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1400

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (بطور متوسط معادل 10 نفر در ماه)

در صورت زرد و آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل‌های بهداشتی بر اساس مصوبه 52 جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ 1399/10/20

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 8 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
- شاخص مورد انتظار: 600 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1400

- تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (بطور متوسط معادل 10 نفر در ماه)

در صورت زرد و آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل‌های بهداشتی بر اساس مصوبه 52 جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ 1399/10/20

- تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
- شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 8 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه
- در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.
-
- تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
- شاخص مورد انتظار: 600 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه پیشگیری از خودکشی



مقدمه:

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

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت 15 تا 24 سال در جهان است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد، اما خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، اما خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. بر اساس اعلام رسمی سازمان پزشکی قانونی کشور، 5143 (پنج هزار و صد و چهل و سه) نفر از مرگ های غیرطبیعی در سال 1398 متوفیات مشکوک به خودکشی گزارش شده اند. این معادل 6.20 فوت به ازای هر صد هزار نفر جمعیت ایران در همان سال می باشد. این میزان همچنان کمتر از عدد 10.6 فوت ناشی از خودکشی به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در 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 تدابیر پیشگیرانه خودکشی، اغلب بر اساس آمار موجود در نظام ثبت خودکشی است و تا زمانی که آمار نظام ثبت نشانی از اثربخشی برنامه های پیشگیری نداشته باشد، باید در مورد نحوه اجرای صحیح این برنامه ها تردید نمود و به دنبال رفع چالش های مربوط به آن بود. ثبت آمار اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، فرآیندی پیچیده و چند سطحی است که نیاز به تعامل پزشکی قانونی، مراکز بهداشتی دولتی، بیمارستان های دولتی و همچنین بیمارستان های بخش خصوصی است و افراد زیادی را در سطوح مختلف درگیر می نماید.

اهداف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

- صد در صد موارد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان/ کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) حداقل یک بار توسط پزشکان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت ویزیت شوند.

شاخص های برنامه در مرکز بهداشت شهرستان در سال 1400

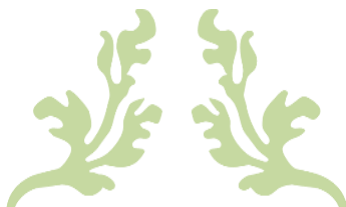
- درصد موارد غربال مثبت سلامت روان شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت /بهورزان تحت پوشش که دارای افکار خودکشی نیز می باشند.

○ شاخص مورد انتظار: 5٪ موارد غربال مثبت در حوزه سلامت روان

شاخص های برنامه در مرکز خدمات جامع سلامت در سال 1400

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

○ شاخص مورد انتظار: 20٪ موارد غربال مثبت در حوزه سلامت روان



برنامه خود مراقبتی در سلامت روان



مقدمه:

سلامت یکی از مهم‌ترین نعمت‌هایی است که هر انسانی می‌تواند از آن بهره‌مند باشد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و نداشتن معلولیت نیست. با این وجود افراد زیادی هستند که از این نعمت برخوردار نیستند و برای بازگرداندن سلامتی یا حفظ وضعیت فعلی‌شان به مراقبت نیازمندند. بیماری‌ها و اختلال‌های روانی هرچند در تمام تاریخ بشری وجود داشته است اما در سال‌های گذشته با توجه بیشتر به این حیطة 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.

مطابق با برنامه عملیاتی سال 1399 و گزارشات ارسالی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور 94٪ روانشناس، 55٪ کارشناس آموزش سلامت، 70٪ مربیان بهورزی، 26٪ سفیران سلامت و 70٪ مراقبین سلامت و بهورزان آموزش دیده اند (با توجه به شیوع بیماری کرونا دو گروه هدف مراقبین سلامت و بهورزان به صورت مجازی آموزش دیدند و آمار این دو گروه به صورت یکجا جمع آوری شده است). براساس جمع‌بندی گزارشات تا پایان سال 99 شاخص آموزش سفیران سلامت به ازاء استاندارد روانشناس به صورت میانگین 23٪ در کشور تحقق یافته است.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش سواد سلامت روان

اهداف اختصاصی برنامه :


- برگزاری 4 جلسه آموزشی/غیر حضوری براساس نسبت استاندارد روانشناس به سفیر سلامت در هر ماه

شاخص‌های برنامه در سطح مرکز در سال 1400


تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت

شاخص مورد انتظار: برگزاری 4 جلسه حضوری/ غیر حضوری در ماه (متوسط هر جلسه 1/5 ساعت برای 10 نفر) متوسط 500 نفر در سال

به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه حمایت های روانی
اجتماعی در حوادث و بلایای غیر
مترقبه



مقدمه:

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

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

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

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

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

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

4- روبرویی با واقعیت ها: این مرحله حدود 2 تا 3 ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز می شود، یعنی زمانی که اکثر نیروهای امداد از منطقه خارج می شوند. در این مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت ها و جبران ناپذیری بخش بزرگی از خسارات می گردند. در این مرحله بازماندگان نیازمند حمایت های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، افسرده و مضطرب می گردند و احساس تنهایی شدیدی می کنند. ایجاد روحیه امید و اعتماد و دقت در توزیع عادلانه هر گونه امکانات در این مرحله از اهمیت بسیاری برخوردار است.

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

در طبقه بندی حوادث و بلاهای 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 ها :

- درصد پوشش خانواده های متوفیان ناشی از کووید-19 که از خدمات مشاوره سوگ بهرمنند شده اند. (شاخص مورد انتظار 70٪)

اداره سلامت اجتماعی



برنامه پیشگیری و مراقبت از
بدرفتاری با کودک



مقدمه:

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

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

باشد.

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

و اجرا گردیده است.

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

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

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1400

- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100 %)
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 40 %)

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1400:

- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100 %)
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 40 %)

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1400:

- میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100 %)
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 40 %)



برنامه پیشگیری از
همسرآزاری



مقدمه

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

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

صورت تمایل به شرکت در برنامه هستند.

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد 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.

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1400:

- میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100 %)
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 50 %)

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1400:

- میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100 %)
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 50 %)

شاخص های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1400:

- میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند (شاخص مورد انتظار 100 %)
- میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است (شاخص مورد انتظار 50 %)

اداره پیشگیری و درمان مصرف مواد و کاهش آسیب اعتیاد



برنامه کاهش آسیب مصرف مواد



مقدمه:

برنامه کاهش آسیب مصرف مواد شامل برنامه‌ها و مداخلاتی است که با هدف اولیه کاهش عواقب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی متعاقب مصرف مواد مخدر و محرک صورت می‌گیرد و الزاماً با کاهش مصرف مواد همراه نیست. فرد مصرف‌کننده، خانواده‌های آنان و بقیه افراد اجتماع از برنامه‌های کاهش آسیب بهره‌مند می‌گردند.

در ارائه برنامه‌های کاهش آسیب در کشور که مبتنی بر سیاست‌ها و واقعیت‌های موجود کشور، این واقعیت که فرد مصرف‌کننده تصمیم دارد به مصرف مواد به صورت تزریقی یا غیرتزریقی ادامه دهد، مورد پذیرش قرار می‌گیرد. بدیهی است که این به معنای تأیید ادامه مصرف مواد به هیچ روشی نمی‌باشد. همچنین با فرد مصرف‌کننده تزریقی مانند یک انسان و با احترام برخورد می‌شود و انتظار می‌رود که فرد مصرف‌کننده تزریقی مانند هر شهروند دارای حقوق و محدودیت‌های قانونی رفتار نماید. بنابراین مصرف‌کننده مواد نیز مسئول رفتارهای خویش می‌باشد. برنامه سرنگ و سوزن در مقابل خدمات پرهیزمدار یا درمان نگهدارنده نبوده و نیست. این برنامه تلاش دارد تا گستره خدمات مرتبط با سلامتی مصرف‌کنندگان 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 نمی‌باشد، گستره خدمات سرنگ و سوزن نیز فقط در مناطق شهری کشور نبوده و کلیه مناطق شهری و روستایی باید از این خدمات استفاده کنند. بدیهی است رعایت اصل مقرون به صرفگی باید در پیاده‌سازی و ارائه خدمات در هر منطقه مد نظر باشد.

جدی‌ترین و شایعترین عارضه بالقوه اختلالات مصرف مواد، بیماری‌های منتقله از راه تزریق مشترک (HIV) و برخی هپاتیت‌های ویروسی است. در راستای کاهش عواقب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد، وزارت بهداشت با همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور نسبت به راه‌اندازی مراکز ارائه خدمات کاهش آسیب اقدام نموده است. نتیجه اجرای برنامه‌های کاهش آسیب، کاهش سیر پیشرونده و فاجعه‌بار HIV از راه تزریق مشترک بوده است بطوریکه سهم اعتیاد تزریقی در بروز موارد جدید HIV از حدود ۸۰ درصد در سالهای شروع برنامه (۱۳۸۱) به ۳۳ درصد در سال ۱۳۹۸ رسیده است.

با ارتقاء برنامه‌های کاهش آسیب در بین مصرف‌کنندگان تزریقی، شیوع اچ‌آی‌وی در این گروه را که در حال حاضر زیر ۵ درصد می‌باشد، این در حالی است که در مطالعه ماقبل آخر در این گروه شیوع اچ‌آی‌وی ۱۴/۸ درصد هست که خود حاکی از برنامه‌های موفق در این حوزه می‌باشد ولی نکته قابل توجه افزایش برنامه‌های شناسایی ویروس اچ‌آی‌وی هست که مساله تقویت سیستم موجود را بیش از پیش می‌طلبد.

سیر انتقال ویروس اچ‌آی‌وی از راه رابطه جنسی و اعتیاد تزریقی

وضعیت موجود پوشش مراکز کاهش آسیب

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

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

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

برنامه سرنگ و سوزن (NSP)

درمان نگهدارنده با متادون (MMI)

تست اچ آی وی و مشاوره (HTC)
درمان عفونت های رترو ویروسی (ART)
پیشگیری و درمان عفونت های منتقله از راه جنسی
برنامه های سلامت جنسی برای افرادی که مواد را تزریق می کنند و برای شرکای جنسی آنها
اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطات (IEC) برای کسانی که مواد را تزریق می کنند و شرکای جنسی آنها

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

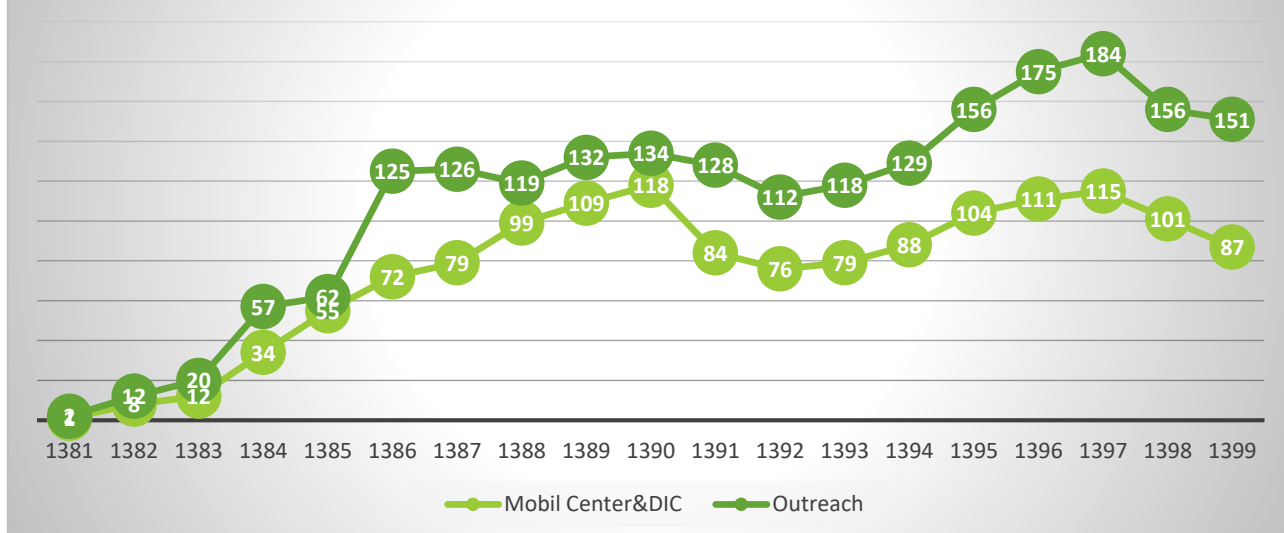
۲. پیشگیری، تشخیص و درمان سل

۳. پیشگیری و درمان بیش مصرفی (Over Dose)

لازم به توضیح است که تمامی 10 خدمت فوق الذکر در حال حاضر بعلت کمبود بودجه ها و منابع موجود انجام نمی شود ولی خدمت 1,2,3,6,7 در این مراکز انجام و بقیه موارد به صورت غربالگری علامتی سل، بیماری های آمیزشی ارجاع به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری برای درمان اچ آی وی انجام می پذیرد که در صورت تامین منابع میتوان بقیه خدمات را در این مراکز ادغام نمود. نگاهی به افزایش کمی مراکز کاهش آسیب حاکی از افزایش پوشش مراجعین به این مراکز را نشان می دهد، به صورتی که در سال ۹۴، ۴۵۰۰۱ نفر از خدمات کاهش آسیب در ۸۸ مرکز کاهش آسیب و ۱۲۹ تیم سیار وابسته به این مراکز استفاده نمودند، که با توجه به این که ۱۸۳۴۴ نفر از جمعیت مذکور، از افرادی هستند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند، شاهد پوشش ۹ درصدی (بر اساس تخمین ۲۰۰ هزار نفری جمعیت افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند). از برنامه های سرنگ و سوزن در این گروه می باشیم و با عنایت به این که تنها ۲۸۰۲ نفر از این افراد در واحدهای ضمیمه وابسته به این مراکز از خدمات درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین استفاده می کنند، پوشش یک درصدی نیز به برنامه کاهش آسیب اضافه شدند. در سال های ۹۵، ۹۶ و ۹۷ نیز این پوشش ده درصدی باقی مانده است، اگرچه با راه اندازی واحدهای ضمیمه ارائه داروی آگونیسست آستانه پایین موفق به افزایش کمی تعداد افراد تحت درمان شده ایم (جدول صفحه بعد پوشش برنامه های سرنگ و سوزن و درمان را به صورت مجزا برای سال های ۹۶ و ۹۷ نشان می دهد).

در نه ماهه اول سال ۹۹ در ۸۷ مرکز کاهش آسیب و ۱۵۱ تیم سیار و ۱۰ عدد مرکز سیار کاهش آسیب، به ۳۵۲۷۵ نفر افراد دارای اختلال مصرف مواد خدمات کاهش آسیب مرتبط را ارائه نمودند. ۸۳ واحد ضمیمه ارائه دهنده متادون آستانه پایین در حال فعالیت هستند که به ۷۱۴۹ نفر از افراد دارای اختلال مصرف مواد، درمان را ارائه می نمایند.

تعداد مراکز گذری، موبایل سنتر و تیم های سیار



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 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:

- **صددرد** پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری /غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صددرد** پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صددرد** پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صددرد** پرسنل غیرپزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **صددرد** پرسنل غیرپزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری/غیرحضوری کاهش آسیب شرکت نمایند.
- **حداقل 75٪** مراجعین به مراکز، خدمات کاهش آسیب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می نمایند. (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 می نمایند. (تعریف مستمر: بیمار تزریقی که به مدت 180 روز به طور مستمر دریافت دارو داشته است؛ می تواند 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 1400

- درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/ غیر حضوری کاهش آسیب شرکت کرده اند. **شاخص مورد انتظار: 80٪**
- درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب که حداقل یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/ غیر حضوری کاهش آسیب شرکت کرده اند. **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- درصد پزشکان عمومی شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یک بار در دوره های بازآموزی حضوری/ غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نموده اند. **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که یکبار بدو خدمت در دوره آموزشی حضوری/ غیر حضوری کاهش آسیب شرکت کرده اند. **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- درصد کارکنان غیر پزشک شاغل در مراکز کاهش آسیب که هر دو سال یکبار در دوره های بازآموزی حضوری/ غیر حضوری کاهش آسیب شرکت نموده اند. **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال گذشته. **شاخص مورد انتظار: 360 عدد و بالاتر**
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یکسال. **شاخص مورد انتظار: 120 عدد و بالاتر**
- ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب در پورتال وزارتخانه تا دهم اولین ماه فصل بعد. **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در سامانه آیداتیس. **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیسست آستانه پایین که حداقل به مدت 180 روز به طور مستمر دریافت دارو داشته اند (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 می نمایند. (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). **شاخص مورد انتظار: 75٪**

شاخص های برنامه در ستاد شهرستان 1400

- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال گذشته. **شاخص مورد انتظار: 360 عدد و بالاتر**
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب در یک سال. **شاخص مورد انتظار: 120 عدد و بالاتر**
- ثبت فصلی کلیه خدمات کاهش آسیب در پورتال وزارتخانه تا دهم اولین ماه فصل بعد. **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- ثبت بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین در سامانه آیداتیس. **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونیسست آستانه پایین که حداقل به مدت 180 روز به طور مستمر دریافت دارو داشته اند (یک هفته پیاپی یا دو هفته منقطع، قطع درمان نداشته باشند). **شاخص مورد انتظار: 50٪**

- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسب که خدمات کاهش آسب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: 75٪

شاخص های برنامه در سطح مرکز سال 1400

- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین دریافت کنندگان خدمات مرکز کاهش آسب (غیر از واحد ضمیمه ارائه دهنده داروی متادون آستانه پایین): شاخص مورد انتظار: 60 درصد و بالاتر¹
- درصد مراجعین به مراکز کاهش آسب که در یکسال گذشته توسط پرسنل مرکز آموزش های تزریق کم خطر مواد، رفتار جنسی سالم، پیشگیری از Over dose، مخاطرات مصرف مواد محرک، پیشگیری، انتقال و شناسایی ویروس اچ آی وی را دریافت نموده‌اند. شاخص مورد انتظار: 90٪
- متوسط سرنگ و سوزن توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسب دریکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: 360 عدد و بالاتر
- متوسط کاندوم توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسب در یکسال گذشته. شاخص مورد انتظار: 120 عدد و بالاتر
- درصد مصرف کنندگان تزریقی در مراجعین به مراکز کاهش آسب که در یکسال گذشته مورد غربالگری ویروس اچ آی وی قرار گرفته‌اند. شاخص مورد انتظار: 80٪
- درصد افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در بین بیماران دریافت کننده درمان با داروهای آگونیست آستانه پایین. شاخص مورد انتظار: 70٪
- درصد بیماران تزریقی تحت پوشش واحد آگونیست آستانه پایین در مرکز کاهش آسب 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 آسب که خدمات کاهش آسب را (سرنگ و سوزن، سلامت جنسی و ...) به صورت مستمر دریافت می‌نمایند (حداقل یک بار در هفته خدمات را دریافت نمایند). شاخص مورد انتظار: 75٪

¹ هر مرکز گذری کاهش آسب باید حداقل در طی یکسال برای 150 نفر غیر تکراری پرونده تشکیل داده (60 درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) و امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید. هر مرکز سیار (موبایل سنتر) باید در طی یکسال حداقل برای 200 نفر غیر تکراری (60 درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید. هر تیم سیار باید در طی یکسال حداقل برای 60 نفر غیر تکراری (60 درصد از افراد مذکور می‌بایست از افرادی باشند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند) امکان دسترسی به خدمات را فراهم نماید.



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



مقدمه

در مطالعه بار بیماری‌ها وزارت بهداشت در سال 1382، وابستگی به مصرف مواد پس از حوادث ترافیکی، بلایای طبیعی، بیماری‌های ایسکمیک قلبی و افسردگی، جایگاه پنجم بار بیماری‌ها و البته در جمعیت مردان، پس از حوادث و بلایا، بالاترین مقدار بار بیماری‌ها را دارد. در مطالعه ملی بار بیماری‌ها سال 1389، بار بیماری و عوامل خطر مصرف سیگار، مواد و الکل به ترتیب در جایگاه‌های پنجم، دهم و دوازدهم به لحاظ دخالت عوامل خطر در بار بیماری‌های کشور قرار گرفتند. مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال 2015 در مقایسه با سال 1990، روند افزایش بار بیماری‌های قابل انتساب به مصرف مواد دخانی، الکل و مواد را نشان می‌دهد. این روند ضرورت توجه بیش از پیش به مداخلات اختلالات مصرف مواد را در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما را گوشزد می‌نماید.

با توجه به مشکلات موجود (موارد مذکور) و نیازهای جامعه در حوزه‌های پیشگیری از اعتیاد، که بیشترین حجم این مشکلات و نیازها در مناطق شهری، بویژه در مناطق حاشیه است و به دلیل عدم وجود نظام شبکه در شهر، نبود نیروی پرسنلی متخصص مرتبط (کارشناس سلامت روان) در ساختار تشکیلاتی، کمبود مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت، متمرکز بودن خدمات سلامت در مناطق روستایی 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، شناسایی بیماران و ارتقای خدمات کمی و کیفی برنامه‌های این حوزه و... بدون اجرای طرح تحول سلامت امکان پذیر نبود. بنابراین طرح تحول سلامت فرصتی بود برای ادغام تمام برنامه‌های مرتبط با سلامت روان بویژه پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه، و بدون تردید با ساختار قبلی پرداختن به این موارد و مفاهیم در حوزه سلامت روان امکان پذیر نبود. مطالعات جهانی نشان می‌دهد که در برنامه‌های پیشگیری اولیه از مصرف مواد حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به مصرف مواد تحت برنامه غربالگری باعث می‌شود از گرایش به مصرف و وابستگی به سیگار الکل و مواد در افراد جلوگیری شود. لذا از نیمه سال 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 کارگاه‌های آموزشی، جذب و توانمندسازی نیروی انسانی موردنیاز و استقرار برنامه در ساختار الکترونیکی سامانه سبب جهت ارتقا نظام ثبت و گزارش گیری و ارزشیابی خدمات بود که با هدف ارزیابی خدمات استاندارد ارزیابی تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات 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 مواد، الکل و دخانیات 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.

آنچه که در سال 1399 مورد تاکید است، تلاش بیشتر جهت ظرفیت سازی مناسب در مراکز بهداشتی درمانی کل کشور و ارتقا کمی و کیفی خدمات از طریق توانمند سازی تیم سلامت، ارتقای نظام پایش و ارزیابی خدمات و در نهایت دستیابی به شاخص های مورد انتظار است.

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

بر این اساس، خلاصه ای از مهمترین نتایج مطالعه تخمین اندازه جمعیت مصرف کنندگان مواد و الکل انجام شده در سال 1392 و منتشر شده در اردیبهشت سال 1394 به عنوان مهمترین مطالعه شیوع شناسی کشور مورد بررسی قرار می‌گیرد.

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

✓ 7498 نفر از هر صد هزار نفر جمعیت، حداقل یک بار انواع مواد (به جز تنباکو، الکل و داروهای آرام بخش و خواب آور) مصرف داشته‌اند.

- ✓ 2707 نفر مصرف غیر مستمر و 4791 نفر مصرف مستمر در هر صد هزار نفر جمعیت داشته‌اند.
- ✓ 5634530 نفر در کل جمعیت حداقل یک بار انواع مواد (به جز تنباکو، الکل و داروهای آرام بخش و خواب آور) را مصرف داشته‌اند.
- ✓ در کل جمعیت 2034229 نفر مصرف غیر مستمر و 3600301 نفر مصرف مستمر داشته‌اند.
- ✓ به طور کلی در کشور تعداد مصرف‌کنندگان انواع مواد در مردان بیش از زنان است.
- ✓ به طور کلی تعداد مصرف‌کنندگان انواع مواد در کشور در گروه سنی 18 تا 30 سال بالاترین و در گروه سنی زیر 18 سال کمترین تعداد را شامل می‌شود.

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

- ✓ 2797 نفر از هر صد هزار نفر جمعیت مصرف حداقل یک بار مشروبات الکلی داشته‌اند.
- ✓ 1967 نفر مصرف غیر مستمر و 830 نفر مصرف مستمر در هر صد هزار نفر جمعیت داشته‌اند.
- ✓ 2101819 نفر در کل جمعیت مصرف حداقل یک بار مشروبات الکلی داشته‌اند.
- ✓ 1478035 نفر مصرف غیر مستمر و 623784 نفر مصرف مستمر در کل جمعیت داشته‌اند.
- ✓ به طور کلی در کشور تعداد مصرف‌کنندگان مشروبات الکلی در مردان بیش از زنان است.
- ✓ به طور کلی تعداد مصرف‌کنندگان مشروبات الکلی در کشور در گروه سنی 18 تا 30 سال بالاترین و در گروه سنی زیر 18 سال کمترین تعداد را شامل می‌شود.

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

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

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

در بخش دیگری از گزارش این مطالعه، بیشترین فراوانی مصرف مواد توهم زا (بدون ترتیب) در استان‌های سیستان و بلوچستان، خراسان رضوی، مازندران، البرز، کردستان، ایلام، خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد و کمترین میزان مصرف مواد توهم زا (بدون ترتیب) در استان‌های هرمزگان، یزد، تهران، قم، همدان، زنجان و آذربایجان شرقی گزارش شد.

همچنین در این مطالعه، نتایج مصرف ترامادول، دیفنوکسیلات یا ترکیبات کدئین دار، داروهای آرام بخش و خواب آور، مواد استنشاقی، متادون به صورت قانونی و متادون به صورت غیر قانونی در سال گذشته به شرح ذیل می باشد.

- ✓ به طور کلی در کشور تعداد مصرف ترامادول، دیفنوکسیلات یا ترکیبات کدئین دار، داروهای آرام بخش و خواب آور، مواد استنشاقی، متادون به صورت قانونی و متادون به صورت غیر قانونی در کشور در مردان بیش از زنان است.
- ✓ به طور کلی تعداد مصرف کنندگان ترامادول، دیفنوکسیلات یا ترکیبات کدئین دار در هر یکصد هزار نفر و در کل جمعیت، در گروه سنی 18 تا 30 سال بالاترین و در گروه سنی زیر 18 سال کمترین تعداد را شامل می شود.
- ✓ تعداد مصرف کنندگان آرام بخش و خواب آور در هر یکصد هزار نفر در گروه سنی بالای 50 سال بالاترین تعداد در گروه سنی زیر 18 سال کمترین تعداد را شامل می شود و در کل جمعیت در گروه سنی 31 تا 50 سال بالاترین و در گروه سنی زیر 18 سال کمترین تعداد را شامل می شود.
- ✓ تعداد مصرف کنندگان مواد استنشاقی در هر یکصد هزار نفر و در کل جمعیت در گروه سنی 18 تا 30 سال بالاترین و در گروه سنی بالای 50 سال کمترین تعداد را شامل می شود.
- ✓ تعداد مصرف کنندگان متادون به صورت قانونی در هر یکصد هزار نفر و در کل جمعیت در گروه سنی 18 تا 30 سال بالاترین و در گروه سنی زیر 18 سال کمترین تعداد را شامل می شود.
- ✓ تعداد مصرف کنندگان متادون به صورت غیر قانونی در هر یکصد هزار نفر در گروه سنی 18 تا 30 سال بالاترین و در گروه سنی زیر 18 سال کمترین تعداد را شامل می شود و در کل جمعیت در گروه سنی 18 تا 30 سال بالاترین و در گروه سنی بالای 50 سال کمترین تعداد را شامل می شود.

در این مطالعه، از نظر جغرافیایی بیشترین فراوانی مصرف ترامادول، دیفنوکسیلات، یا ترکیبات کدئین دار (بدون ترتیب) در استان‌های سیستان و بلوچستان، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، تهران، البرز، ایلام و کردستان و کمترین میزان مصرف ترامادول، دیفنوکسیلات، یا ترکیبات کدئین دار (بدون ترتیب) در استان‌های کرمان، فارس، چهارمحال و بختیاری، قم، مرکزی، همدان و آذربایجان شرقی گزارش شده است.

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

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

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

و در نهایت بر اساس نتایج پیمایش ملی خانوار در مورد شیوع مصرف مواد مخدر و روان گردانها در جمعیت عمومی کشور در سال 94 توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر که جمعیت مورد مطالعه در این پیمایش 57450 نفر از 31 استان کشور بوده، بیانگر آن است که :

- ✓ میزان شیوع مصرف مواد در طول عمر در کل کشور تطبیق داده شده برای جمعیت استانها: 8/47 درصد
- ✓ میزان شیوع مصرف مواد در سال گذشته در کل کشور تطبیق داده شده برای جمعیت استانها: 5/39 درصد
- ✓ میزان شیوع مصرف مواد در ماه گذشته در کل کشور تطبیق داده شده برای جمعیت استانها: 4/88 درصد
- ✓ میزان شیوع مصرف مواد در هفته گذشته در کل کشور تطبیق داده شده برای جمعیت استانها: 4/28 درصد

همچنین، بر اساس آخرین گزارش دبیرخانه کنترل دخانیات وزارت بهداشت که در سال 95 انجام شده است، 10/1 درصد از جمعیت بالای 18 سال به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کنند که بر اساس تفکیک جنسیتی تقریباً 20 درصد از مردان و 0/9 درصد از زنان انواع مشتقات تنباکو مصرف می‌کنند. همچنین به طور کلی 14/2 درصد از جمعیت 18 تا 64 سال بصورت روزانه یا تفننی مصرف کننده انواع محصولات دخانی مانند سیگار، پیپ و حتی قلیان می‌باشند، که بر اساس تفکیک جنسیتی 25 درصد از مردان و 4 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 1390، 3/7 درصد زنان مصرف کننده انواع محصولات دخانیات بودند که متأسفانه این آمار در سال 95 به 4 درصد رسیده است. بر اساس این گزارش، میزان مصرف انواع تنباکو در گروه سنی 13 تا 15 سال در سال 95، نسبت به سال 86 دو برابر رشد داشته است. چنانکه مصرف سیگار در بین پسران 13 تا 15 سال در سال 95، 4/8 درصد و میزان مصرف قلیان 7/3 درصد بوده و این رقم در بین دختران 4/3 درصد تخمین زده شده است.

نکته مهم آنکه با توجه به شواهد علمی و تجربی، در سالهای اخیر نیز همچنان با افزایش مصرف دخانیات در گروه های سنی نوجوان و جوان بویژه زنان مواجه هستیم که با توجه به اهمیت آن در تامین سلامت جسمی و روانی و نیز به عنوان عامل خطر مهم برای گرایش به مصرف الکل و مواد، توجه به اولویت مداخلات پیشگیرانه در نظام بهداشتی کشور را مطرح می‌کند و در برنامه سال 1400 تاکید بر شاخص های مرتبط با دخانیات در همین راستا می‌باشد.

لذا انتظار می‌رود ارتقای کمی و کیفی این خدمات در جهت دستیابی به اهداف و شاخص های موردانتظار در کنار سایر اهداف به عنوان یک اولویت مطرح است که در گام های شناسایی و ارایه خدمات با استیگمای کمتری نیز نسبت به سایر انواع مواد و الکل شناخته می‌شود.

بر این اساس، در سال 1400 با توجه به شرایط حادث از بیماری کووید -19 و مشکلات در فرایند توانمندسازی نیروی انسانی و ارایه خدمات به شکل حضوری، ستاد وزارت بهداشت فعالیت های پیش نیاز ارایه خدمات غیرحضوری ذیل را در دستور کار خود قرار داده است که عبارتند از:

- تدوین و توزیع محتوای آموزش مجازی تیم سلامت (بهورز، ماما/مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان، پزشک)
- تدوین و ابلاغ کوریکولوم ها و پروتکل های آموزش غیرحضوری به دانشگاه های علوم پزشکی کشور

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد از افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی 15 تا 59 سال در سال جاری تحت پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات قرار گیرند.
- بیست درصد از مردان و دو درصد از زنان مصرف کننده دخانیات تحت پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات شناسایی شوند¹.
- پنجاه درصد از افراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط²، دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی دریافت نمایند.
- سی درصد از افراد دارای سطح خطر بالای مصرف دخانیات، چهار جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه را دریافت نمایند.
- صد درصد موارد نیازمند³ آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل تحت پوشش قرار گیرند.
- ده درصد تشخیص اختلال مصرف دخانیات از کل مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها توسط پزشک تکمیل شده است.

شاخص های برنامه در سطح ستاد دانشگاه / شهرستان / مرکز

- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت 15 تا 59 سال (توسط کارشناس مراقب/ بهورز)

• شاخص مورد انتظار: 100٪

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

• شاخص مورد انتظار: 20 درصد مردان / 2 درصد زنان مصرف کننده دخانیات

- درصد افراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط⁴ که تحت پوشش دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند. (توسط کارشناس سلامت روان)

• شاخص مورد انتظار: 50 درصد

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

• شاخص مورد انتظار: 30 درصد

- درصد موارد نیازمند⁵ آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل که تحت پوشش خدمت مربوطه قرار گرفته اند (توسط کارشناس سلامت روان)

• شاخص مورد انتظار: 100 درصد

- درصد افراد دارای تشخیص اختلال مصرف دخانیات از مجموع مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها تکمیل شده است (توسط پزشک)

• شاخص مورد انتظار: 10 درصد

1. آخرین داده های آماری کشور حاکی از آن است که ۲۵ درصد از مردان و ۴ درصد از زنان مصرف کننده روزانه یا غیرروزانه یکی از انواع دخانیات می باشند. بر این اساس، انتظار می رود در فرایند غربالگری اولیه مذکور، شاخص ها مورد انتظار تعریف شده حاصل گردد.

2. افراد واجد شرایط دریافت 2 جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوجارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند.

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

4. افراد واجد شرایط دریافت 2 جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوجارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند.


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

شاخص‌های برنامه در سطح شهرستان / مرکز


- درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت (توسط کارشناس مراقب/ بهورز)
- **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- درصد شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه مصرف دخانیات از کل موارد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات (توسط کارشناس مراقب/ بهورز)
- **شاخص مورد انتظار: 20 درصد مردان / 2 درصد زنان مصرف کننده دخانیات**
- درصد افراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط¹ که تحت پوشش دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند. (توسط کارشناس سلامت روان)
- **شاخص مورد انتظار: 50 درصد**
- درصد افراد دارای سطح خطر بالای مصرف دخانیات که چهار جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه را دریافت نموده اند. (توسط کارشناس سلامت روان)
- **شاخص مورد انتظار: 30 درصد**
- درصد موارد نیازمند آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل که تحت پوشش خدمت مربوطه قرار گرفته‌اند (توسط کارشناس سلامت روان)
- **شاخص مورد انتظار: 100 درصد**
- درصد افراد دارای تشخیص اختلال مصرف دخانیات از مجموع مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها تکمیل شده است. (توسط پزشک)
- **شاخص مورد انتظار: 10 درصد**

¹ . افراد واجد شرایط دریافت 2 جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوجارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند.

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



برنامه آموزش مهارت‌های فرزندپروری
(نوجوان سالم)



برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (12-17 سال)

مقدمه

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

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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه:

- صد درصد والدین گروه سنی 12-17 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. (با در نظر گرفتن شرایط پاندمی کرونا)

شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه در سال 1400

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) حداقل 20 نفر به صورت انفرادی، در ماه

- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 3 کارگاه در ماه (25 نفر در ماه) در صورت زرد و آبی بودن از نظر کووید-19 با رعایت پروتکل‌های بهداشتی بر اساس مصوبه 52 جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ 1399/10/20

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

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص‌های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1400

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 20 نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 3 کارگاه در ماه (25 نفر در ماه) در صورت آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل‌های بهداشتی

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

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان

شاخص‌های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1400

- تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف. شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 20 نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه
- مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف؛ شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 3 کارگاه در ماه (25 نفر در ماه) در صورت زرد و آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل‌های بهداشتی بر اساس مصوبه 52 جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ 1399/10/20

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

- مجموع تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم) دریافت کرده اند؛ شاخص مورد انتظار: 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های



برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی

مقدمه :

امروزه تمام کشورهای دنیا، سلامتی را به عنوان کانون تمام برنامه های توسعه اجتماعی مورد توجه قرار می دهند. ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) به طور مستقیم یا غیرمستقیم، تحت تأثیر مثبت یا منفی تعیین کننده های مختلفی هستند که سهم اثر عوامل محیطی، شامل محیط فیزیکی و اجتماعی و اقتصادی در آن ها، حدود 50 درصد است. به هر حال، از آنجایی که آسیب های اجتماعی به دلایل متعدد به وجود می آیند و در نهایت هزینه های گزاف و عوارض نامطلوب فراوانی از جنبه های مختلف، به فرد، جامعه و دولت تحمیل می کنند، لذا ضرورت توجه و پرداختن به این موضوع برای شناخت عوامل، پیامدها و راه های پیشگیری از آن پررنگ می شود. پس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت وظیفه دارد با رصد دائم تعیین کننده های اجتماعی و اقتصادی، سلامت را مطالبه کند.

از سوی دیگر تنوع و گستردگی آسیب های اجتماعی، هرگونه اقدام به منظور پیشگیری آن ها را در جهت بهبود سلامت جامعه، منوط به اولویت بندی آن ها می کند. علاوه بر آن، برخی افراد یا گروه های اجتماعی بیش از سایر گروه ها و افراد در معرض پیامدها و آثار سوء آسیب های اجتماعی بوده و می بایست این جمعیت های در معرض آسیب های اجتماعی در اولویت پوشش خود قرار گیرند. بنابراین، تعیین اولویت در ارائه راه حل آسیب های اجتماعی باید مدنظر قرار گیرد. آسیب های اجتماعی اگرچه همگی ساختاری هستند و نشأت گرفته از نظام اجتماعی ناکارآمد به شمار می آیند، اما بر روند بروز، تقویت و تضعیف یکدیگر نیز تأثیر دارند. لذا در تبیین و ارائه راه حل برای آسیب های اجتماعی، شایسته است با رتبه بندی آسیب های اجتماعی، آسیب های پراهمیت تر و بیشتر تأثیرگذار بر سایر آسیب ها در کانون توجه قرار گیرند. از این رو باید تلاش کرد تا آسیب های اجتماعی در چارچوب نظام مندی به عنوان یک مشکل چندبعدی و پیچیده پروبلماتیک¹ مورد توجه قرار گیرند.

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

اهداف اختصاصی برنامه در کشور:

- صد در صد دانشگاه های علوم پزشکی کشور، کارگروه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی را طبق شیوه نامه ابلاغ شده، تشکیل دهند.²
- صددرصد دانشگاه های علوم پزشکی کشور که گزارش های پیشرفت فصلی در خصوص برنامه هایی که وزارت بهداشت براساس طرح تقسیم کار ملی (رفتارهای پرخطر خودکشی و سلامت روان، HIV ایدز و مسائل محیط های دانشگاهی) به عنوان دستگاه اصلی تعیین شده است را ارسال نمایند. (هر فصل یک گزارش از هر سه برنامه)
- شاخص های برنامه در ستاد دانشگاه ها / دانشکده ها در سال 1400:
- درصد دانشگاه های علوم پزشکی کشور که کارگروه های پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی را تشکیل داده اند (براساس شیوه نامه ابلاغی) **شاخص مورد انتظار: 100٪**
- درصد دانشگاه های علوم پزشکی کشور که گزارش های پیشرفت فصلی در خصوص برنامه هایی که وزارت بهداشت براساس طرح تقسیم کار ملی (رفتارهای پرخطر خودکشی و سلامت روان، HIV ایدز و مسائل محیط های دانشگاهی) به عنوان دستگاه اصلی تعیین شده است، ارسال کرده اند. **شاخص مورد انتظار: 100٪**

¹ Problematic

² - ابلاغ کلیه اعضای کارگروه منطبق بر شیوه نامه صادر شده و جلسات براساس زمانبندی قید شده در شیوه نامه، تشکیل شده است. در ضمن تا زمان ارزیابی برنامه باید کلیه صورتجلسات به دبیرخانه ستاد ارسال شده باشد.