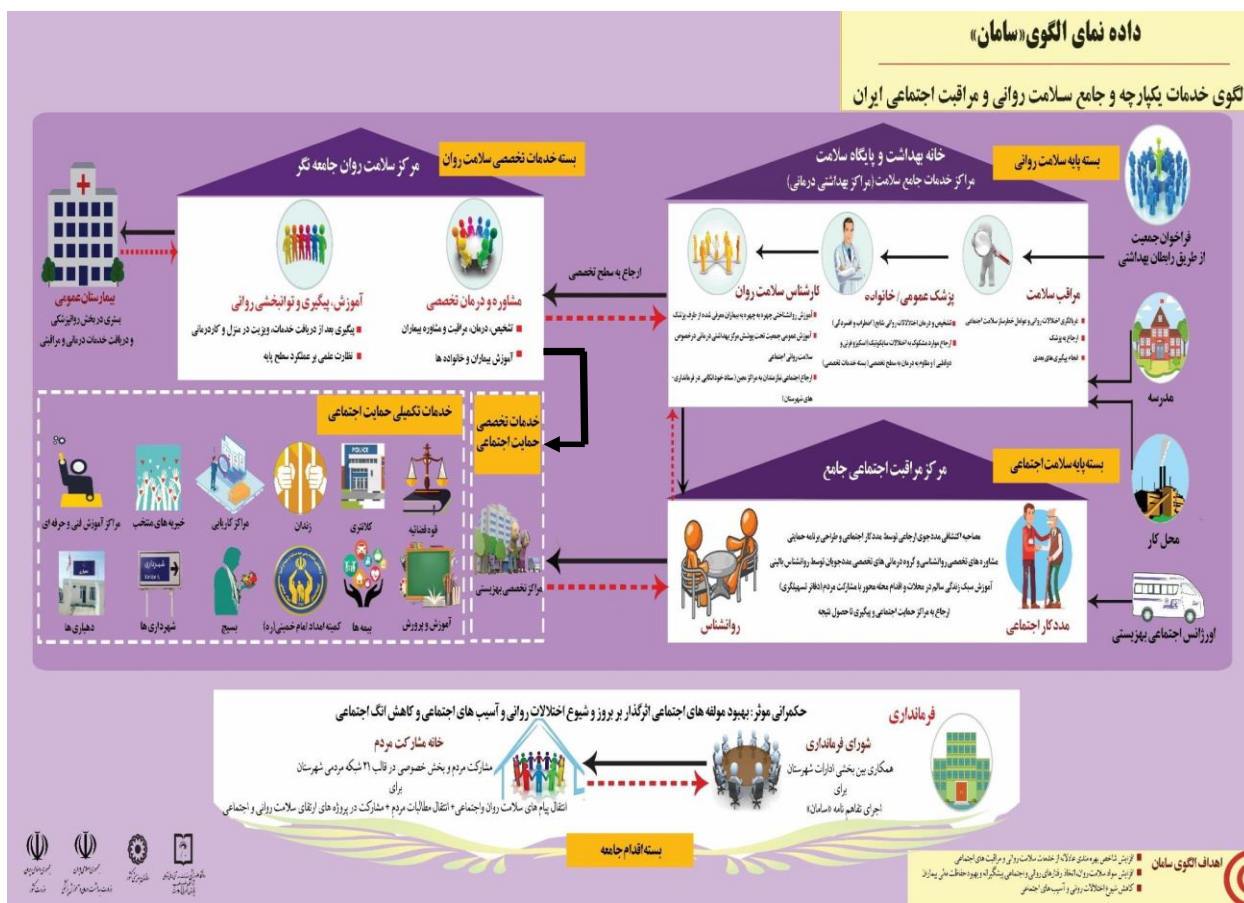


معرفی برنامه ها و اعضای گروه تخصصی سلامت روانی ، اجتماعی و اعتیاد



مناسبت ها

دهم اکتبر روز جهانی بهداشت روان

بیست و شش ژوئن روز جهانی مبارزه با مواد مخدر

ده سپتامبر روز جهانی پیشگیری از خودکشی

معرفی اعضای واحد

تلفن	برنامه مورد تصدی	نام و نام خانوادگی
۶۳۴۵۳۲۱۲	مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	دکتر علیرضا شکیب
۶۳۴۵۳۴۰۳	کارشناس سلامت روان	دکتر شهرام خرازی ها
۶۳۴۵۳۳۵۰	کارشناس مسئول سلامت روان	دکتر فرحناز رجائی
۶۳۴۵۳۳۵۲	کارشناس مسئول پیشگیری و کاهش آسیب اعتیاد	معصومه سادات موسوی
۶۳۴۵۳۳۵۱	کارشناس سلامت روان	عالیه زرکش

سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت = آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است.

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملا دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملا سالم باشد، ضمن اینکه در عمل هم نمی توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کسی نمی تواند آن را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد.

با توجه به تعریف سلامتی (تعریف WHO) متوجه می شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در بر می گیرد. و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد و مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می گذارند لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه (اجتماعی) توجه داشته باشد.

مطابق آخرین مستندات و شواهد موجود شیوع اختلالات روانی در ایران حدود بیست درصد

است که تقریبا چهارده درصد بار بیماری های کشور را شامل می شود.

در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای سند چشم انداز بیست

ساله بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه جانبه» و همچنین ارتقای شاخص های بهداشت

روان به ویژه در دانش آموزان و نیز مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای

سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر در دهه پیش رو که پیشرفت و عدالت نام گذاری شده،

تاکید گردیده است. با توجه به گستره عوامل تاثیرگذار بر سلامت روانی و اجتماعی، این نکته

آشکار می شود که مسئولیت تامین سلامت جامعه فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت و یا دانشگاه های زیرمجموعه آن است و این مهم نیاز به هماهنگی و مشارکت بین بخشی دارد. در چنین شرایطی نحوه استخراج عوامل موثر بر سلامت روانی - اجتماعی و مداخلات اصلاحی نیز متفاوت است و نیاز به کار بین بخشی وسیع و همکاری همه نهادهای جامعه دارد. با توجه به این که اجرای نقشه جامع نظام سلامت کشور در دستور کار شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت قرار دارد، تصمیم عاجل و زیربنایی برای چگونگی فراهم کردن مداخلات ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و سیاست گذاری و مدیریت آن در نظامی یکپارچه بسیار ضروری است.

توسعه متوازن هنگامی حاصل می شود که به رشد، همراه با بهبود ابعاد گوناگون کیفیت زندگی، منتهی شود. افزایش روند آسیب های اجتماعی نه تنها مانعی برای دستیابی به توسعه همه جانبه است، بلکه مانعی در ایجاد جامعه ای متعادل در آینده خواهد بود. رویکرد غالب و کنونی، معتقد است که آسیب اجتماعی حاصل شرایطی است که خارج از کنترل فرد است لذا نمی توان افراد را به علت وجود آسیب، انحراف یا کجروی شان مورد سرزنش قرارداد در صورتی که رویکردهای قدیمی، بر مقصر بودن فرد اعتقاد داشتند به عبارت دیگر، اگر ساختار اجتماعی، نامتوازن و آسیب زا تلقی شود افراد در حلقه شرایط مسئله آفرین گرفتار می شوند، نه این که خود موجب آسیب اجتماعی باشند بنابراین راه حل های این مسائل نیز باید معطوف به ساختار اجتماعی و نه افراد باشند.

توصیه های جامعه شناختی برای حل آسیب های اجتماعی، تابع زمان و مکان هستند لذا برای توصیف، درک و حل هر آسیب اجتماعی، باید جوانب مکانی - زمانی محدود کننده آن را در نظر گرفت. از آنجا که هر اقدام برای آسیب اجتماعی، خود یک کنش اجتماعی است پس محیط اجتماعی را نیز دستخوش تغییراتی می سازد در نتیجه، یک برنامه اجتماعی اصلاحی در صورتی با موفقیت قرین می گردد که توان سازگاری با شرایط متغییر محیط را داشته باشد. در واقع آسیب

های اجتماعی «نسبی» هستند و مربوط به «امور ثابت» نیستند. این مفاهیم در ارتباط تنگاتنگ با اشخاص، زمان و مکان و فرهنگ جوامع است.

نکته قابل تأمل دیگر، اهمیت توجه به سیر تکوینی آسیب های اجتماعی است؛ به عبارتی آسیب های اجتماعی از بسترهای اجتماعی و فرهنگی ویژه ای برمی خیزند و در شرایط و موقعیت های خاصی رشد و تحول می یابند. همه آسیب های اجتماعی مسیر یکسان و مشابهی را در سیر پویای تکوینی خود طی نمی نمایند.

از سوی دیگر تنوع و گستردگی آسیب های اجتماعی، هرگونه اقدام به منظور پیشگیری، این آسیبها را در جهت بهبود سلامت جامعه، منوط به اولویت بندی آنها 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 باید در اولویت پوشش خدمات قرار گیرند بنابراین، تعیین اولویت در ارائه راه حل آسیب های اجتماعی باید مدنظر قرار گیرد. آسیب های اجتماعی اگر چه همگی ساختاری هستند بر روند بروز، تقویت و تضعیف یکدیگر نیز تأثیر دارند.

لذا در تبیین و ارائه راه حل برای کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی، شایسته است با رتبه بندی آسیب های اجتماعی، آسیب های پراهمیت تر و بیشتر تأثیر گذار بر سایر آسیب ها در کانون توجه قرار گیرند. این آسیب ها ضمن داشتن رابطه متقابل با یکدیگر؛ هر یک از آسیب اجتماعی کلان تر خود، تأثیر می پذیرند و البته در تداوم آن نیز نقش آفرینی می نمایند. از این رو باید تلاش کرد تا آسیب های اجتماعی در چارچوب نظام مندی بعنوان یک مشکل چند بعدی و پیچیده مشکل زا مورد توجه قرار گیرند.

شواهد فراوانی بر نقش سلامت، در کنترل و کاهش آسیب های روانی - اجتماعی تأکید دارند. وجود سلامت اجتماعی، عامل مهمی در کنترل آسیب های اجتماعی و حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین امنیت اجتماعی است. سلامت اجتماعی همچنین ممکن است نقش مهمی در کاهش قانون گریزی و ناهنجاری اجتماعی داشته باشد.

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 بر آن ها حدود پنجاه درصد است. به هر حال، از آنجایی که آسیب های روانی - اجتماعی به علل متعدد به وجود می آیند و در نهایت هزینه های گزاف و عوارض نامطلوب فراوانی از جنبه های مختلف، بر فرد، جامعه و دولت تحمیل می کنند، لذا ضرورت توجه و پرداختن به این موضوع، برای شناخت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پیامدها و راه های پیشگیری از آن پررنگ می شود پس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعنوان متولی نظام سلامت وظیفه دارد با رصد دائم تعیین کننده های اجتماعی و اقتصادی، سلامت را مطالبه کند.

عوامل محیطی و اجتماعی مشوق، در کنار رفتارهای منجر به هنجار اجتماعی، موجب ارتقای سلامت اجتماعی و کاهش آسیب های روانی - اجتماعی می شود در این راستا، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به اهمیت و ضرورت اتخاذ راهبرد مناسب، جهت مشارکت جامعه و همکاری و تعامل درون و برون بخشی، به عنوان یکی

از معاونت های وزارت بهداشت، به منظور مقابله با آسیب های روانی - اجتماعی در هر سه حوزه فرد، خانواده و جامعه که بهبود آن نیازمند کار بین بخشی و مشارکت مردم است، فعالیت می نماید.

دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی و اعتیاد حوزه سلامت، در افق زمانی سال ۱۴۰۵ مجموعه ای منسجم، کارآمد، مشارکت پذیر، پویا، روزآمد، دانش بنیان، اثربخش و برخوردار از کارشناسان خبره است که بر بستر شبکه ارتباطات گسترده غیر مجازی و مجازی، برنامه ریزی و هدفمند شده است.

فعالیت های درون سازمانی و برون سازمانی را به منظور:

• ارائه خدمات دبیرخانه ای در حیطه پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی در حوزه سلامت، با کیفیت مطلوب
• طراحی، هماهنگی و سازمان دهی الگوهای بومی مداخلات در حیطه پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی حوزه سلامت

• دستیابی به سامانه های معتبر پایش و ارزشیابی و مستند سازی در کشور

• ساماندهی و بکارگیری فناوری آموزش های مجازی و غیر مجازی در حیطه آسیب های روانی - اجتماعی حوزه سلامت در سطح کشور

هدایت خواهد کرد.

در راستای بند ۲ سیاست های کلی سلامت مبنی بر «تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات» و بر اساس ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۰ جلسه علنی مجلس شورای اسلامی، "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی"؛ به منظور سیاستگذاری برای ارتقای سلامت و امنیت غذایی و سلامت مواد غذایی صادراتی و وارداتی، بررسی و تصویب برنامه ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی و تعیین و پایش شاخص های اساسی سلامت و امنیت غذایی تشکیل شده است و "دبیرخانه آن" در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد. برای پیشگیری از همپوشانی در فرایند سیاستگذاری، برنامه ریزی، اجرا، ارزشیابی و اصلاح در موضوعات مرتبط با بعد اجتماعی سلامت و آسیب های روانی - اجتماعی، ستاد پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی از همکاری و قابلیت های دبیرخانه ستاد شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و دبیرخانه های کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی در استان ها بهره مند خواهد شد. مسایل و مداخلات سیاسی در حوزه آسیب های روانی - اجتماعی که توسط ستاد ملی و استانی پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی نیازمند طرح در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و یا شورای برنامه ریزی و توسعه استان تشخیص داده می شود، در چارچوب های لازم تدوین و به دبیرخانه های شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال می شود.

جامعه ای که افراد در آن از سلامت اجتماعی برخوردارند، شرایط بهتری از مشارکت اجتماعی را نشان می دهند؛ شواهد متعددی، رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خودبیگانگی اجتماعی و نابهنجاری را مورد تأکید و تأیید قرار می دهند. فقدان سلامت اجتماعی، منجر به کاهش امنیت اجتماعی و افول سرمایه های اجتماعی و انسانی می شود بنابراین سلامت

اجتماعی می تواند یکی از منابع مهم تأمین سلامت روانی اجتماعی جامعه محسوب شود که نادیده گرفتن و در حاشیه گذاشتن آن، به معنای ایجاد بستر مناسب جهت هجوم انواع و اقسام اختلالات و آسیب های روانی – اجتماعی است.

ارائه خدمات سلامت محور شامل برنامه های سلامت روانی ،
اجتماعی و اعتیاد

سلامت روان

سلامت اجتماعی

پیشگیری و کاهش آسیب اعتیاد
دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد
برنامه عملیاتی



برنامه عملیاتی

مداخلات سلامت اجتماعی با رویکرد اجتماع محور	صورتجلسه ها و موافقت نامه های مربوط به حمایت طلبی و جلب تعهد تصمیم گیرندگان کشوری و استانی
مداخلات سلامت اجتماعی با رویکرد اجتماع محور	تحلیل نیاز سنجی
مداخلات سلامت اجتماعی با رویکرد اجتماع محور	تهیه اسناد سلامت اجتماعی محلات آسیب خیز
مداخلات سلامت اجتماعی با رویکرد اجتماع محور	برگزاری کارگاه های آموزشی مدل مداخلات سلامت اجتماعی توسط دانشگاهها برای کارشناسان سلامت روان
خود مراقبتی و کاهش انگ	برگزاری کارگاه آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان ویژه کارشناسان سلامت روان، مراقبین سلامت، مربیان بهورزی، بهورزان و کارشناسان آموزش سلامت
خود مراقبتی و کاهش انگ	برگزاری کلاسهای آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان ویژه سفیران سلامت
برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	ارائه گزارش سالانه از تعداد موارد احتمال اورژانس روانپزشکی ارجاع شده به پزشک در جمعیت تحت پوشش ۱۵ تا ۵۹ سال، به تفکیک دانشگاه
برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	برگزاری جلسه بازآموزی بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت منطقه تحت پوشش در خصوص شناسایی افکار خودکشی
برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	برگزاری جلسه بازآموزی پزشکان عمومی منطقه تحت پوشش در خصوص مدیریت بالینی افراد دارای افکار خودکشی
برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	برگزاری کارگاه آموزش کارشناسان سلامت روان در خصوص مداخلات روانشناختی برای افراد دارای افکار خطر خودکشی

برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	دریافت موارد اقدام به خودکشی بیمارستان ها و ثبت در سامانه معاونت بهداشت
برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	برگزاری جلسه اول کارگروه سلامت و امنیت غذایی با موضوع پیشگیری از خودکشی
برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	برگزاری جلسه دوم کارگروه سلامت و امنیت غذایی با موضوع پیشگیری از خودکشی
برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	دریافت گزارش تعداد متوفیان مشکوک به خودکشی استان به تفکیک شهرستان ها از اداره کل پزشکی قانونی استان
برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی	برگزاری یک کارگاه آموزشی مدیریت انعکاس اخبار خودکشی در رسانه ها
برنامه خدمات کاهش آسیب اعتیاد	آموزش تزریق و روابط جنسی ایمن- توزیع سرنگ- سوزن و ...- اجرای تست و مشاوره HIV برای گروه های هدف مراکز کاهش آسیب
برنامه خدمات کاهش آسیب اعتیاد	ارائه گزارش نهایی- مستندات برگزاری جلسه کمیته کاهش آسیب استانی در خصوص نتایج مکان یابی
برنامه خدمات کاهش آسیب اعتیاد	برگزاری جلسه/ کارگاه آموزشی (حضور و غیر حضور) در خصوص کاهش آسیب و درمان اختلال مصرف مواد در هر دانشگاه برای کارکنان مراکز کاهش آسیب
برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث	برگزاری کارگاه آموزشی کمک های اولیه روانشناختی برای بهروزان و کارشناسان مراقب سلامت
برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث	غربالگری جمعیت آسیب دیده ناشی از حادثه (فقط برای دانشگاه هایی که هر نوع حادثه طبیعی یا غیر طبیعی در حد بحران در سال ۹۹ در آنها اتفاق افتاده باشد)

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث	ارائه خدمات حمایت های روانی اجتماعی به افراد غربال مثبت ناشی از حادثه در قالب جلسات گروهی مطابق پروتکل (فقط برای دانشگاه هایی که هر نوع حادثه طبیعی یا غیر طبیعی در حد بحران
برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث	برگزاری کارگاه آموزشی مداخلات روانی اجتماعی برای کارشناسان سلامت روان
برنامه حمایت های روانی اجتماعی حوادث و بلایای	خدمات مشاوره درسوگ برای بازماندگان متوفیان ناشی از کرونا
برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، ال	ارایه گزارش یک ساله خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات
برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، ال	ارایه گزارش سالانه برنامه توانمندسازی تیم سلامت ارایه کننده خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات
برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، ال	ارایه گزارش شش ماهه خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات
برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی	گزارش غربالگری حوزه سلامت روان در تمام گروه های سنی (۶ ماه دوم سال)
برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی	گزارش غربالگری حوزه سلامت روان در تمام گروه های سنی (۶ ماه اول سال)
برنامه پیشگیری از مصرف مواد	ارائه گزارش از تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری ۱۷-۱۲ سال را دریافت کرده اند
برنامه آموزش مهارتهای فرزند پروری	ارائه گزارش از تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند
برنامه آموزش مهارتهای فرزند پروری	ارائه گزارش ازتعداد کارشناسان سلامت روان

برنامه آموزش مهارت‌های فرزند پروری	ارائه گزارش از نفر ساعت آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری
برنامه آموزش مهارت‌های فرزند پروری	ارائه گزارش از درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود، که در دوره های آموزشی مهارت های فرزندپروری بدو خدمت شرکت می نمایند
برنامه آموزش مهارت‌های فرزند پروری	ارائه گزارش از درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های فرزندپروری حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند
برنامه آموزش مهارت‌های فرزند پروری	ارائه گزارش از تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی
برنامه آموزش مهارت‌های زندگی	ارائه گزارش از درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود، که در دوره های آموزشی مهارت های زندگی بدو خدمت شرکت می نمایند
برنامه آموزش مهارت‌های زندگی	ارائه گزارش از درصد کارشناسان سلامت روان که هر سه سال یکبار در دوره های بازآموزی مهارت های زندگی حضوری/ غیرحضوری شرکت نمایند
برنامه آموزش مهارت‌های زندگی	ارائه گزارش از تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز) مهارت زندگی
برنامه آموزش مهارت‌های زندگی	ارائه گزارش از نفر ساعت آموزش انفرادی مهارت زندگی
برنامه آموزش مهارت‌های زندگی	ارائه گزارش از تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند
برنامه آموزش مهارت‌های زندگی	ارائه گزارش از تعداد کارشناسان سلامت روان
" برنامه پیشگیری از همسرآزاری "	برگزاری کارگاه کشوری خشونت خانگی توسط دانشگاه ها برای کارشناسان سلامت روان

" برنامه پیشگیری از همسر آزاری "	گزارش غربالگری اولیه و غربالگری تکمیلی همسر آزاری (۶ ماهه اول)
" برنامه پیشگیری از همسر آزاری "	گزارش غربالگری اولیه و غربالگری تکمیلی همسر آزاری (۶ ماهه دوم)
" برنامه پیشگیری از همسر آزاری "	درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسر آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (۶ ماهه اول)
" برنامه پیشگیری از همسر آزاری "	درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از همسر آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (۶ ماهه دوم)
برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل د	انتخاب اعضای کارگروه مطابق شیوه نامه
برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل د	تشکیل کار گروه دانشگاهی پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی
برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل د	برگزاری جلسات فصلی کارگروه
برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل د	تدوین و ارسال صورتجلسات کارگروه دانشگاهی به دبیرخانه ملی (ستاد)
برنامه پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی ذیل د	ارزیابی و شناسایی و الویت بندی آسیب های اجتماعی بومی/منطقه ایی توسط کارگروه دانشگاهی
برنامه پیشگیری از کودک آزاری	گزارش غربالگری اولیه و تکمیلی کودک آزاری (۶ ماهه اول)
برنامه پیشگیری از کودک آزاری	گزارش غربالگری اولیه و تکمیلی کودک آزاری (۶ ماهه دوم)
برنامه پیشگیری از کودک آزاری	درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (۶ ماهه اول)
برنامه پیشگیری از کودک آزاری	درصد افراد شناسایی شده در گروه هدف برنامه پیشگیری از کودک آزاری که برای دریافت خدمت رضایت دارند (۶ ماهه دوم)

سلامت روان

برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی

از آنجاکه ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی

به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با عنایت به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز ۱۴۰۴، ابلاغ مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلی سلامت، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، امور اداری اصل ۴۴ قانون اساسی و ... به عنوان اولویت برنامه‌های وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۲ در دستور کار معاونت بهداشت قرار گرفت است.

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

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

اکنون بر اساس آخرین پیمایش ملی در سال ۱۳۹۰ و طی اعلام گزارش از سالهای ۸۹ تا ۹۰ در ایران ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ساکن کشور دچار یک اختلال روانپزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی هستند که بیشتر در گروه های زنان، ساکنین مناطق شهری، افراد بیکار، افراد با تحصیلات کمتر و افراد دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین را شامل می‌شدند. همین نیاز مبرم برای پیشگیری و مراقبت؛ که از سالهای عمر تعدیل شده با ناتوانی جلوگیری خواهد کرد نیاز به برنامه ریزی منسجم در مدیریت اختلالات روانپزشکی با رویکرد پیشگیری و آموزش‌های خود مراقبتی را ایجاب می‌کند. برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی در اداره سلامت روان سعی داشته با ایجاد ساز و کار غربالگری و تشخیص به‌هنگام همچنین ارجاع به موقع در کنار پیگیری روند درمان، دسترسی به دریافت خدمات را تسهیل کند.

هم اکنون این برنامه با هدف شناسایی به موقع اختلالات شایع روانپزشکی و عصب‌شناسی با اولویت موارد با شیوع بالاتر اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوز/دوقطبی، صرع، 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 سلامت‌روان (روانشناس) به اعضای تیم سلامت است که ارائه آموزش‌های روانشناختی را به صورت حرفه‌ای بر عهده خواهد داشت.

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

برنامه آموزش مهارت های زندگی

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. بخصوص مهارتهای زندگی گروهی از توانائی ها و مهارتهای بین فردی هستند که به افراد کمک می کند بتوانند تصمیماتشان را شکل دهند. مشکلات را حل کنند، بطور نقادانه و خلاقانه فکر کنند، ارتباط موثر داشته باشند، ارتباط سالمی بسازند، عدم تاکید بر دیگران مقابل مناسب و مدیریت زندگی بطور سازنده و سالم.

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

یادگیری مهارتها در یک زمینه وسیعی می تواند آموزش داده شود مثلاً یادگیری تصمیم گیری مرتبط با جاده سلامتی، دوست یابی، تکالیف مدرسه، سیگار، رفتار مربوط به ایدز و غیره. یادگیری مهارتها با این روش یک مهارت تقویتی مثبت مداومی می تواند باشد که هر درسی که یاد گرفته می شود اساس یادگیری درس بعدی خواهد بود. بدین ترتیب یادگیری مهارتها در تمام دوران به صورت مارپیچی ادامه می یابد. تحقیق نشان داده است که آموزش مهارتهای مبتنی بر سلامت سبک زندگی را ارتقاء می دهد و رفتارهای ریسکی را کاهش می دهد.

اهداف کلی برنامه در کشور:

- پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری

تعریف مهارت های زندگی توسط سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۴:

- توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به گونه ای که فرد بتواند با چالش ها و ضرورت زندگی روز مره کنار بیاید.

- تعریف مهارت های زندگی توسط یونیسف:

یک رویکرد مبتنی بر تغییر رفتار یا شکل دهی رفتار که برقراری توازن میان سه حوزه را مد نظر قرار می دهد. این سه حوزه عبارتند از: دانش، نگرش و مهارت

۱۰ مهارت اصلی زندگی:

مهارت تصمیم گیری، مهارت حل مسئله، مهارت تفکر خلاق، مهارت تفکر نقاد، توانایی برقراری ارتباط موثر، مهارت ایجاد و حفظ روابط بین فردی، خودآگاهی، مهارت همدلی کردن، مهارت مقابله با هیجانات، مهارت مقابله با استرس

هدف کلی :

فراگیری مهارتهای زندگی اگر با تغییر نگرش و تغییر رفتار همراه باشد باعث کاهش آسیبهای اجتماعی و بدنبال آن ارتقاء سلامت روان فراگیران (جامعه) می شود.

ارتقاء مهارتهای ارتباطی بین فردی و جمعی، مهارت حل مسئله، پیشگیری از خشم و کنترل استرس از اولویت های برنامه مهارتهای زندگی است .

گروه هدف برنامه:

▼ مهارت مدیریت خشم و مدیریت استرس (آموزش دو تکنیک از هر مهارت متناسب با گروه هدف) برای

گروه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال

▼ مهارت های ده گانه مندرج در کتاب آموزش مهارت های زندگی کودکان برای گروه سنی ۶ تا ۱۲ سال

محل ارائه آموزش ها:

کلیه مراکز خدمات جامع سلامت

آموزش دهنده ها:

کلیه روانشناسان مراکز خدمات جامع سلامت

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

مقدمه

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

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

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد سبک تربیتی والدین یک عامل مهم پیش بینی کننده سوء رفتار با کودکان و همچنین عامل اساسی در انتقال و تداوم بدرفتاری با کودک از نسلی به نسل دیگر است .
مطالعات متعددی نیز نشان می دهد که آموزش مهارت‌های فرزندپروری موجب بهبود رفتار والدین، کاهش سوء رفتار با کودکان (بدرفتاری با کودک) ، تغییرات مثبت در درک والدین از رفتارهای خود؛ کاهش افسردگی و استرس مادران؛ افزایش رضایت والدین و کاهش تعارض والدین در مورد روش تربیت کودکان می شود .

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

گروه هدف برنامه:

▼ آموزش مهارت فرزندپروری برای والدین دارای کودک ۲ تا ۱۲ سال

محل ارائه آموزش ها:

کلیه مراکز خدمات جامع سلامت

آموزش دهنده ها:

کلیه روانشناسان مراکز خدمات جامع سلامت

برنامه خودمراقبتی در حوزه سلامت روان:

مقدمه:

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

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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

- افزایش سواد سلامت روان

گروه هدف برنامه:

- آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت

محل ارائه آموزش‌ها:

- کلیه مراکز خدمات جامع سلامت

آموزش دهنده‌ها:

- کلیه روانشناسان مراکز خدمات جامع سلامت

برنامه پیشگیری از خودکشی

خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش‌آفرین در زندگی مثل مشکلات مالی، مشکلات اجتماعی، ناامیدی اجتماعی، ناپایداری شغلی می‌توانند باعث ایجاد خلق افسرده و افکار خودکشی شوند. در سبب شناسی خودکشی،

اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده های بعدی، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند.

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد، اما از طرفی خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، اما خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. بر اساس سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۶، ۴۶۲۵ (چهار هزار و ششصد و بیست و پنج) نفر به دلیل اقدام به خودکشی در کشور فوت نموده اند که معادل ۵/۸ فوت به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می باشد. این میزان کمتر از عدد ۱۰،۶ فوت ناشی از خودکشی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت جهان می باشد. میزان فوت ناشی از خودکشی در جهان در ۵۰ سال گذشته حدود ۶۰ درصد افزایش نشان داده است که کشور ما هم از این روند افزایشی مستثنی نیست.

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

اهداف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:

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

اهداف استراتژیک برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی

- ۱: افزایش روایی داده های مربوط به رفتار های خودکشی
- ۲: افزایش آگاهی عموم مردم در مورد رفتار های خودکشی
- ۳: ساماندهی انتشار اخبار و سایر محتوا های مرتبط با رفتار های خودکشی در رسانه ها
- ۴: ارتقاء کمی و کیفی مداخلات و خدمات ارائه شده به افراد در معرض خطر و اقدام کننده به خودکشی
- ۵: کاهش دسترسی به روش های شایع و مهلك خودکشی/۶ افزایش پروژه های کاربردی در مورد رفتار خودکشی

برنامه حمایت روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

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

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

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

دستورالعملهای اجرایی برای ارائه خدمات بهداشتی روانی در جریان حوادث غیرمترقبه را می توان به ۴

مرحله تقسیم بندی کرد

مرحله اول (قبل از حادثه)

۱- اجرایی

- ✓ تعیین مسئول کشوری حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه
- ✓ تشکیل کمیته علمی مشورتی حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه
- ✓ انجام تدارکات لازم به منظور تامین حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه
- ✓ ایجاد هماهنگی اجرایی برای اعزام سریع تیم به منطقه حادثه دیده
- ✓ انجام حمایت یابی (Advocacy) برای تامین بودجه و نیروی انسانی ضروری

۲- آموزش عمومی:

۱-۲- آموزش عمومی در زمینه حذف انکار بروز حوادث غیرمترقبه و علل بروز این حوادث و راههای به

حداقل رساندن آثار مخرب

۲-۲- آموزش در زمینه مقابله با استرس به خصوص برای دانش آموزان

۳-۲- آموزش عمومی در مورد اقدامات عمومی بعد از حادثه از طریق رسانه ها (صدا و سیما و مطبوعات)

این آموزش شامل روشهای مقابله با استرس، خود آرامسازی و غیره خواهد بود.

۳- آموزش تخصصی:

۳-۱- آموزش مسئولین در مورد ضرورت مداخلات روانی - اجتماعی در برنامه های در دست اجرا در این زمینه.

۳-۲- آموزش مدون حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه به روانپزشکان و روانشناسان مسئول بهداشت روانی کلیه استانها به عنوان مربی مربیان (TOT)

۳-۳- آموزش امدادگران هلال احمر، اعضاء سازمانهای غیر دولتی و مردم نهاد مرتبط در زمینه حمایت اولیه روانی اجتماعی در زمینه حمایت اولیه روانی - اجتماعی

۳-۴- تهیه جزوات آموزش خاص برای گروههای مختلف (روحانیون، متخصصین، امدادگران و غیره)

۳-۵- گنجاندن واحدهای درسی ویژه در زمینه حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در رشته های مربوطه دانشگاهی بخصوص روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی.

۳-۶- بازآموزی مدون روانپزشکان و روانشناسان در زمینه آموزش تخصصی مداخلات روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه.

۳-۷- آموزش مشاورین مدارس در زمینه حمایت روانی - اجتماعی دانش آموزان در حوادث غیرمترقبه

مرحله دوم (بلافاصله بعد از حادثه):

اقدامات عمومی:

- اعزام فوری کمیته حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه به منطقه از استان مربوطه و در صورت نیاز از استانهای معین (مجاور)
 - برآورد سریع نیازها در ساعات و روزهای اولیه بعد از حادثه
 - ایجاد مراکز اطلاع رسانی
 - جمع آوری کلیه اطلاعات راجع به افراد فوت شده، مجروح و اعزام شده برای درمان و کودکان در گروههای سنی مختلف که والد یا والدین خود را از دست داده اند.
- توضیح: اطلاعات ضروری در کارتهای بهداشتی خانواده (کاغذی یا رایانه ای) ثبت شده و از کلیه جنازه های مجهول الهویه عکسبرداری می شود.
- دادن اطلاعات فوری به امدادگران و مردم منطقه راجع به وجود این مرکز و نوع خدمات آن

- دادن اطلاعات صحیح به امدادگران و بازماندگان و اقوام دور از محل حادثه (اطلاع دادن خبرمرگ به بستگان به شیوه تخصصی، بهتر است حتی الامکان توسط افراد این کمیته و با حضور یکی از اعضاء خانواده صورت گیرد).
- اطلاع رسانی در مورد مجروحان و بالعکس.

توضیح: تبادل اطلاعات با توجه به شرایط موجود در منطقه، با استفاده از امکانات اولیه ای چون پخش با بلندگو یا امکانات پیشرفته تر مثل، رسانه های ارتباط جمعی، تلتکس، سایت اینترنتی صورت می گیرد.

- همراهی کردن بستگانی که برای تشخیص هویت می خواهند جنازه ای را ببینند. (دیدن جنازه توسط بازماندگان اگر هدایت شده و صحیح صورت گیرد، از نظر روانی مفید خواهد بود. توضیح دادن راجع به چگونگی وقوع مرگ به نحو صحیح مفید است).
- کمک و همراهی برای بازدید گروهی از محل مرگ در مرحله بعد
- تشویق و همراهی برای شرکت در مراسم تدفین درگذشتگان
- انجام سخنرانی فنی توسط روحانی بعد از مراسم تدفین
- انجام سخنرانی فنی توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی
- اعزام روانپزشک به بیمارستان محل مداوای مجروحین جهت حمایت روانی آنان و در صورت لزوم کمک به تیمهای پزشکی (از وظایف مهم این روانپزشک فراهم آوردن امکان ملاقات بستگان و بخصوص فرزندان و والدین و نیز آگاهسازی اطرافیان از شرایط جسمانی مجروحین آنها است).
- انجام مداخله در بحران (Crisis intervention) و بازگویی روانشناختی (Psychological debriefing) طی جلسات گروهی با داغدیدگان و شروع تکنیکهای شفابخش روانی (Recovery techniques)
- اقداماتی ویژه برای گروههای خاص:

- مداخلات روانی- اجتماعی برای بیماران مزمن جسمی-روانی، معتادین، کودکان، سالخوردگان و زنان

- مداخلات روانی - اجتماعی برای معلمین آسیب دیده

- مداخلات روانی - اجتماعی از طریق مشاورین مدارس برای دانش آموزان

- آموزش معلمین بوسیله مشاورین آموزش دیده در زمینه حمایت روانی - اجتماعی دانش آموزان

توضیح: در مواردی که آموزش قبلی در مورد مشاورین وجود نداشته است، کمیته دانشگاهی این فعالیت را برای مشاورین مدارس انجام خواهد داد.

- پیدا کردن جانشین مادر برای کودکان خردسال که مادر خود را از دست داده اند.

- در مورد کودکانی که شیر مادر استفاده می کردند برای تغذیه از مادران رضاعی داوطلب کمک گرفته شود. در غیر اینصورت از تغذیه مصنوعی استفاده شود.

▪ همکاری در ردیابی و بازپیوند خانوادگی با سازمان بهزیستی و جمعیت هلال احمر

مرحله سوم (از هفته دوم تا ۶ ماه بعد از شروع برنامه)

۱- مداخلات گروهی حمایت روانی - اجتماعی آسیب دیدگان:

توضیح: حداقل نیروی انسانی مورد نیاز جهت انجام مداخله شامل یک روانشناس، یک روانپزشک و یک مددکار اجتماعی است. در صورت فراهم بودن همکاری بین بخشی، ترکیبی از نمایندگان وزارت بهداشت، هلال احمر و بهزیستی مطلوب خواهد بود.

توضیح: در مداخلات گروهی اولیه ادامه نیازسنجی و غربالگری موارد شدیدتر صورت می گیرد.

۲- مداخلات تخصصی برای گروههای غربال شده با هدف بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی آسیب دیده بدنبال حادثه، با استفاده از شیوه های تخلیه هیجانی (Ventilation)، چرخش تعاملات گروهی و تسریع حس همدلی در بین افراد گروه و استفاده از تکنیک بازگویی روانشناختی (debriefing Psychological) و سایر تکنیکهای بهبود روانی (Recovery techniques) انجام خواهد شد.

توضیح: این گروهها جداگانه برای بزرگسالان و کودکان تشکیل خواهد شد.

۳- مداخلات ویژه کودکان:

کودکان این مناطق علاوه بر شرکت در گروههای تخصصی از امکانات مراکز بازی یا خانه بازی کودک (Play centers) که در منطقه ایجاد می گردد، استفاده خواهند نمود تا از طریق فعالیتهای فیزیکی و بازی بازنمایی تجارب ذهنی در زلزله در آنها کاهش یابد.

۴- مداخلات ویژه داغدیدگان:

تشکیل جلسات گروهی حمایت روانی - اجتماعی داغدیدگان (Grief work) و استفاده از تکنیکهای بازگویی روانشناختی (psychological debriefing) و سایر تکنیکهای بهبود روانی (Recovery techniques)

۵- مداخلات ویژه سندروم استرس پس از حادثه (PTSD)

تشکیل جلسات گروهی حمایت روانی - اجتماعی مبتلایان به PTSD. این جلسات به صورت گروهی حداقل ۴ جلسه به فاصله یک هفته با رویکرد کنترل ۳ دسته علایم ایجاد شده ناشی از استرس شامل تجربه مجدد هیجانات دردناک، بیش برانگیختگی هیجانی و علایم اجتنابی و اضطرابی تشکیل می شود.

۶- تشویق بازماندگان به شرکت در روند بازسازی و مشارکت در فعالیتهای منطقه مانند چادرزدن، لوله کشی آب، نجاری، شستشوی لباس در رختشویخانه صحرایی و ... وجود دارد.

۷- برگزاری جلسات مذهبی به کمک روحانیون و سخنرانی اعضای کمیته در این جلسات

۸- برنامه ریزی برای بازدید مسئولین جهت رسیدگی به مشکلات بازماندگان، تسریع بازسازی و اطمینان بخشی روانی

۹- برنامه ریزی مددکاری برای مشکلات اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی بازماندگان و ایجاد ارتباط فعال بین مردم و مسئولین ستادهای معین از طریق مددکاران کمیته

۱۰- خدمات مددکاری مستمر به بازماندگان:

- با استفاده از اطلاعات مرکز اطلاع رسانی کمیته و نیز اطلاعات مردمی، خدمات مددکاری به شکل ارتباط مرتب و منظم به بازماندگان نیازمند، مجروح (بستری یا سرپایی) و ارتباط موثر با عوامل و اعضاء ذیربط در کمیته استانی توسط اعضاء مددکاری کمیته خواهد بود.

۱۱- شناسایی و غربالگری افرادی که به دنبال حادثه دارای علائم و نشانه های روانشناختی و رفتاری شده اند. (علامت یابی)

۱۲- برنامه ریزی جهت ایجاد اشتغال از طریق مددکاران کمیته

۱۳- برنامه ریزی برای سرگرمی، بازی کودکان و بازگشت به تحصیل دانش آموزان

۱۴- ارائه خدمات بهداشت روانی برای امدادگران

۱۵- تشکیل جلسات جهت Ventilation و debriefing، توسط اعضاء تخصصی کمیته در جهت کاهش تنش، و ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری از فرسودگی شغلی امدادگران

مرحله چهارم (از ماه ۶ به بعد):

- ۱- ادامه برنامه شناسایی افراد واجد علائم مشکلات روانی و رفتاری و مداخلات روانپزشکی و روانشناختی برای مواردی که علائم تداوم دارد.
- ۲- ادامه برنامه های بازدید مسئولین
- ۳- ادامه برنامه های بهداشت روانی ادغام شده در برنامه های مذهبی
- ۴- ادامه برنامه های مددکاری
- ۵- ادامه برنامه های اشتغال زایی
- ۶- مشاوره در جریان سوگ سالگرد
- ۷- سپردن ادامه برنامه خدمات بهداشت روان به سیستم PHC و در صورت لزوم ارجاع به اعضاء کمیته دانشگاهی در استان و شهرستان

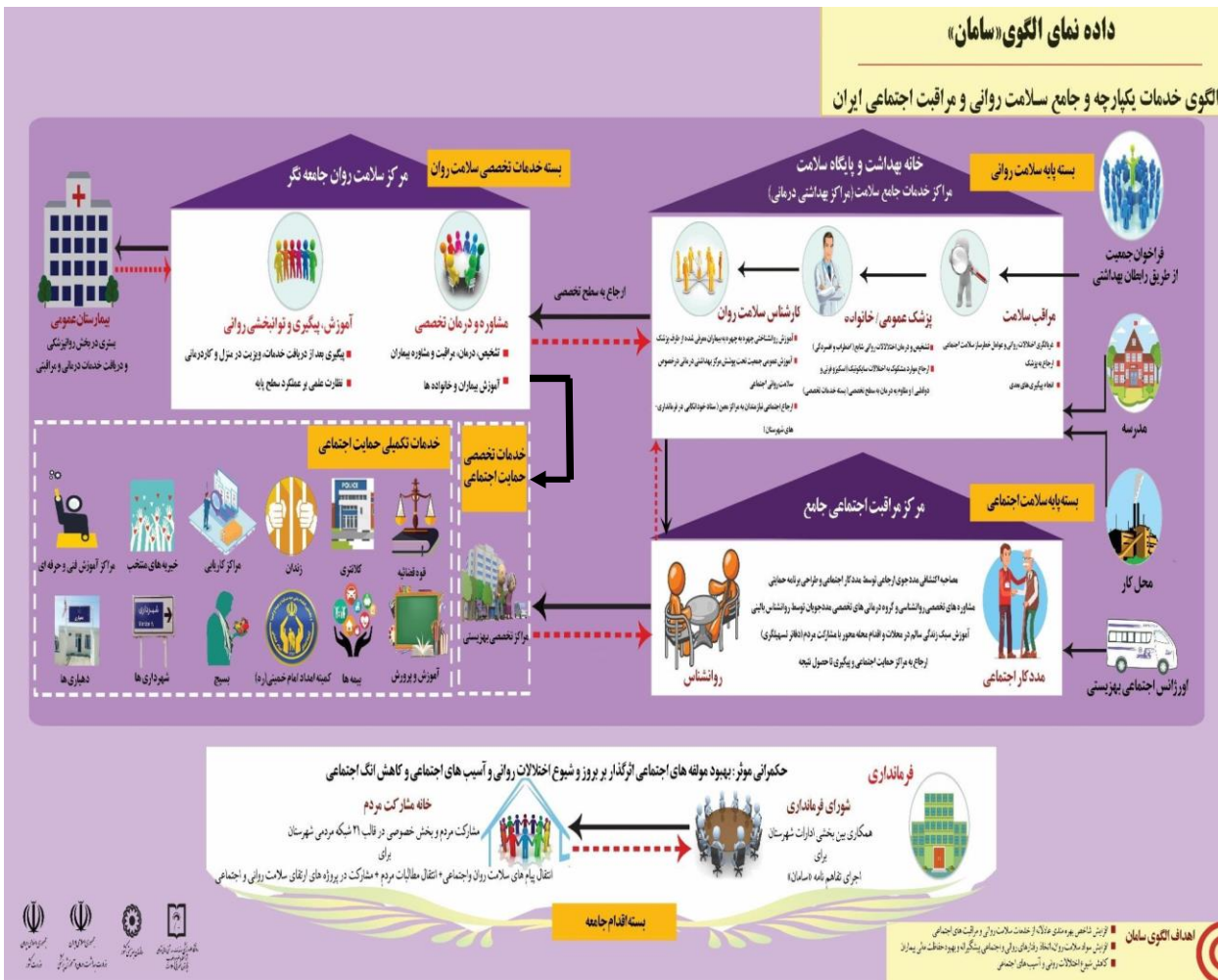
سلامت اجتماعی

برنامه الگوی خدمات جامع سلامت روانی و مراقبت اجتماعی ایرانیان (سامان):

پروژه ملی سامان : شامل طراحی ، اجرای پیشگام و تعمیم الگوی خدمات یکپارچه و جامع سلامت روانی و مراقبت اجتماعی ایران در همه شهرستان های کشور طرح سامان شامل پنج بسته خدمتی در سطح محلات خواهد بود :

- بسته خدمات پایه سلامت روان و غربالگری سلامت اجتماعی (مراکز خدمات جامع سلامت)

- بسته خدمات پایه سلامت اجتماعی (مراکز مراقبت اجتماعی جامع سازمان بهزیستی)
- بسته خدمات تخصصی مراقبت سلامت روانی (مراکز سلامت روان جامعه نگر)
- بسته خدمات حمایتی تکمیلی (مشارکت همه دستگاه های فعال در حوزه حمایت های اجتماعی)
- بسته اقدام جامعه (با مدیریت فرمانداری که شامل تفاهم نامه ادارات شهرستان و خانه مشارکت مردم)



بسته اول (خدمات سلامت روانی اجتماعی پایه)

- غربالگری اختلالات روانی و عوامل خطر اجتماعی
- تشخیص و درمان اختلالات روانی (اختلالات روانی شایع) و ارجاع موارد مشکوک به سایکوز و مقاوم به درمان به سطح تخصصی
- خدمات کارشناس روان که شامل
 ۱. آموزش چهره به چهره
 ۲. آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش در اصول و فنون پیشگیری از اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی
 ۳. ارجاع اجتماعی به مراکز معین در شهرستان

بسته دوم (خدمات تخصصی در قالب مرکز سلامت روان جامعه نگر و بخش

روانپزشکی بیمارستان عمومی)

- تشخیص ، درمان و مراقبت از اختلالات سایکوز و بیماران ارجاع شده از پزشک عمومی /خانواده
- آموزش خانواده های بیماران
- پیگیری بعد از دریافت خدمات
- ویزیت در منزل
- کار درمانی
- حمایت های اجتماعی را هم شامل می شود

بسته سوم (بسته اقدام جامعه)

مداخلات کاهش عوامل خطر سلامت روان و اجتماعی شهرستان

مدیریت همکاری بین بخشی و مشارکت مردم از طریق :

- اقدام اول : تفاهم نامه ادارات و مردم برای کاهش عوامل خطر روان (دبیرخانه اقدام جامعه) با نظارت فرماندار و همکاری شورای فرمانداری (راهبرد همکاری بین بخشی)
- اقدام دوم : مدیریت ترویج سواد سلامت روان و کاهش انگ اجتماعی (خانه مشارکت مردم)
- اقدام سوم : هماهنگی ارجاع اجتماعی و اجرای بسته خوداتکایی خانوارها (خدمات حمایت اجتماعی)

برنامه پیشگیری از همسر آزاری

اهداف:

- ۱- توانمندسازی و ظرفیت سازی نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در زمینه شناسایی، تشخیص، ثبت، مستندسازی و آرایه مداخلات اولیه و تخصصی به موارد همسر آزاری (زنان و مردان قربانی)
- ۲- توانمند سازی اجتماعی مردم منطقه در زمینه اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی
- ۳- تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر
- ۴- ارتقاء کیفیت زندگی خانواده های درگیر

گروه سنی مورد نظر برنامه:

- کلیه زنان بالای ۱۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که حداقل یک بار ازدواج کرده اند
- مرتکبین خشونت در صورت تمایل به شرکت در برنامه

مداخلات:

مداخلاتی که در این برنامه صورت می پذیرد شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- غربالگری زنان همسر دار بالای ۱۵ که خشونت را در خانواده تجربه می کنند.
- ۲- تشخیص نهایی ، ثبت و مستند سازی موارد خشونت
- ۳- ارزیابی خطر و طراحی برنامه ایمنی

- ۴- رایبه خدمات پزشکی و درمانی لازم به زنان خشونت دیده
- ۵- آموزش اصول و مهارتهای زندگی به زنان قربانی خشونت مراجعه کننده به مراکز مجری طرح
- ۶- ارائه مشاوره و حمایت روانی اجتماعی به زنان قربانی خشونت مراجعه کننده به مراکز مجری طرح
- ۷- مداخلات اجتماع محور در محله تحت پوشش مراکز سلامت جامعه که از طریق کمیته های محلی و راهبری شهرستان صورت می گیرد.
- ۸- ارجاع موارد خاص به مراکز تخصصی سطح بالاتر یا منابع حمایتی خارج از نظام سلامت
- ۹- پی گیری تلفنی

برنامه پیشگیری از سوء رفتار با کودک

اهداف:

- ✓ توانمندسازی و ظرفیت سازی نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در زمینه شناسایی تشخیص، ثبت، مستندسازی و رایبه مداخلات اولیه و تخصصی به موارد بد رفتاری و غفلت از کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال
- ✓ توانمند سازی اجتماعی مردم منطقه در زمینه اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی
- ✓ تغییر رفتارهای وابسته به خشونت در خانواده های درگیر
- ✓ ارتقاء کیفیت زندگی خانواده های درگیر

گروه سنی مورد نظر برنامه:

- ✓ کلیه کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه که دارای علائم و نشانه های مبتنی بر بد رفتاری و یا غفلت در خانواده هستند (مراجعه به بو کلت های گروه های سنی)
- ✓ کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال شاهد خشونت (کلیه کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال که مادران آنها تحت عنوان موارد همسر آزاری غربالگری شده اند)

مداخلات:

مداخلاتی که در این برنامه صورت می پذیرد شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- غربالگری کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال که خشونت را در خانواده تجربه می کنند.
- ۲- تشخیص نهایی ، ثبت و مستند سازی موارد بد رفتاری و غفلت
- ۳- ارزیابی خطر و طراحی برنامه ایمنی
- ۴- رایبه خدمات پزشکی و درمانی لازم به موارد بد رفتاری و غفلت
- ۵- آموزش اصول و مهارتهای زندگی به کودکان و نوجوانان خشونت دیده
- ۶- آموزش اصول و مهارتهای فرزند پروری به مراقبین کودکان و نوجوانان خشونت دیده
- ۷- ارائه مشاوره و حمایت روانی اجتماعی به کودکان خشونت دیده و مراقبین آنها
- ۸- مداخلات اجتماع محور در محله تحت پوشش مراکز سلامت جامعه که از طریق کمیته های محلی و راهبری شهرستان صورت می گیرد.
- ۹- ارجاع موارد خاص به مراکز تخصصی سطح بالاتر یا منابع حمایتی خارج از نظام سلامت



پیشگیری از اعتیاد

برنامه آموزش مهارت‌های فرزندپروری (نوجوان سالم)

برنامه آموزش مهارت‌های فرزندپروری (۱۲-۱۷ سال)

مقدمه

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

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

برخی والدین در دوره نوجوانی تاثیر دوستان را مهمتر از نقش پدر و مادر در نظر می‌گیرند، بدون این که بخواهیم نقش مهم همسالان را کتمان کنیم، باید بگوییم که اکثر پژوهش‌های دنیا نشان می‌دهند که والدین در دوره نوجوانی هم قوی‌ترین الگوی فرزندان خود هستند و بیشترین نفوذ را بر آنها دارند. حتی پدر و مادر در صورت داشتن مهارت‌های فرزندپروری می‌توانند در تقویت تاثیر مثبت دوستان و جلوگیری از تاثیر منفی احتمالی نقش تعیین‌کننده ای 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 ۱۲-۱۷ سال در راستای کاهش اختلالات مصرف مواد

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

بهداشتی

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

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

با توجه به مشکلات موجود (موارد مذکور) و نیازهای جامعه در حوزه‌های پیشگیری از اعتیاد، که بیشترین حجم این مشکلات و نیازها در مناطق شهری، بویژه در مناطق حاشیه است و به دلیل عدم وجود نظام شبکه در شهر، نبود نیروی

پرسنلی متخصص مرتبط (کارشناس سلامت روان) در ساختار تشکیلاتی، کمبود مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه-های سلامت، متمرکز بودن خدمات سلامت در مناطق روستائی نسبت به مناطق شهری، پائین بودن سطح سواد سلامت روان در جامعه و... ضرورت اجرای برنامه‌های پیشگیرانه از اختلالات روانپزشکی، پیشگیری از اعتیاد، افزایش دسترسی به خدمات و افزایش جمعیت تحت پوشش برنامه سلامت روان، شناسائی بیماران و ارتقای خدمات کمی و کیفی برنامه های این حوزه و... بدون اجرای طرح تحول سلامت امکان پذیر نبود. بنابراین طرح تحول سلامت فرصتی بود برای ادغام تمام برنامه های مرتبط با سلامت روان بویژه پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه، و بدون تردید با ساختار قبلی پرداختن به این موارد و مفاهیم در حوزه سلامت روان امکان پذیر نبود.

مطالعات جهانی نشان می دهد که در برنامه های پیشگیری اولیه از مصرف مواد حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به مصرف مواد تحت برنامه غربالگری باعث می شود از گرایش به مصرف و وابستگی به سیگار الکل و مواد در افراد جلوگیری شود. لذا از نیمه سال ۱۳۹۲، ادغام برنامه در طرح تحول نظام سلامت در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مورد توجه قرار گرفت. اولین گام ظرفیت سازی مناسب با بازنگری و تدوین فرم‌ها، دستورالعمل‌ها، متون و منابع آموزشی تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و پزشک)، برگزاری کارگاه های آموزشی، جذب و توانمندسازی نیروی انسانی موردنیاز و استقرار برنامه در ساختار الکترونیکی سامانه سیب جهت ارتقا نظام ثبت و گزارش گیری و ارزشیابی خدمات بود که با هدف ارایه خدمات استاندارد ارزیابی تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات مورد اجرا قرار گرفت. بر این اساس، از اواسط سال ۱۳۹۴ با شروع برنامه تحول نظام سلامت در مناطق حاشیه ی شهرهای بزرگ و شهرهای کوچک با حداقل ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرایی شد. همچنین از ابتدای سال ۱۳۹۶ با ابلاغ دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی - نسخه ۱۸ توسعه برنامه در مراکز روستائی کشور در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در دستور کار قرار گرفت.

لذا هم اکنون این برنامه با هدف پوشش دهی خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در گروه سنی زیر ۶۰ سال و مادران باردار به شکل ادغام یافته در نظام مراقبتهای اولیه در یک روند توسعه ای، با تلاش مستمر جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات و ظرفیت سازی مناسب در مراکز بهداشتی درمانی کل کشور در حال انجام است.

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

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

اهداف کلی برنامه در کشور:

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

کاهش آسیب اعتیاد

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

در ارائه برنامه های کاهش آسیب در کشور که مبتنی بر سیاست ها و واقعیت های موجود کشور، این واقعیت که فرد مصرف کننده تصمیم دارد به مصرف مواد به صورت تزریقی یا غیرتزریقی ادامه دهد، مورد پذیرش قرار 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 شهر های بزرگ نمی باشد، گستره خدمات سرنگ و سوزن نیز فقط در مناطق شهری کشور نبوده و کلیه مناطق شهری و روستایی باید از این خدمات استفاده کنند. بدیهی است رعایت اصل مقرون به صرفگی باید در پیاده سازی و ارائه خدمات در هر منطقه مد نظر باشد.

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