



شیوه نامه خدمات جامع سلامت
روانی و اجتماعی شهرستان

دکتر بهزاد دمازی، دکتر احمد حاجبی، دکتر ونداد شریفی

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

شوه نامه خدمات جامع

سلامت روانی و اجتماعی شهرستان

سرشناسه: دماری، بهزاد، ۱۳۵۲ -

عنوان و نام پدیدآور: شیوه‌نامه خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان / تحقیق و تألیف بهزاد دماری، احمد حاجبی، ونداد شریفی.

مشخصات نشر: تهران: انتشارات طب و جامعه، ۱۳۹۵.

مشخصات ظاهری: ۱۶۸ ص.: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).

شابک: 978-600-7222-17-1

وضعیت فهرست نویسی: فیا

موضوع: بهداشت روانی -- ایران -- خدمات

Mental health services -- Iran

موضوع: سلامت‌پروری روانی -- ایران

Mental health promotion -- Iran

موضوع: سلامت‌پروری -- ایران -- برنامه‌ریزی -- سیاست دولت

Health promotion -- Planning -- Government policy -- Iran

شناسه افزوده: حاجبی، احمد، ۱۳۴۲ -

شناسه افزوده: شریفی، ونداد، ۱۳۴۹ -

رده بندی کنگره: RA ۱۳۹۵ ۷/۷۹۰۸ الف/

رده بندی دیویی: ۳۶۲/۲۰۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۴۲۸۸۹۱۳

شیوه‌نامه خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان

تحقیق و تألیف: دکتر بهزاد دماری، دکتر احمد حاجبی، دکتر ونداد شریفی

طرح جلد: سیما فتح‌اله‌زاده

صفحه‌آرایی: مرضیه خونانی

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تیراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

زمستان ۱۳۹۶

قیمت: ۳۷۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۲۲۲-۱۷-۱

ISBN: 978-600-7222-17-1

کلیه حقوق متعلق به مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و

دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

انتشارات طب و جامعه: ۰۹۳۹۴۶۲۸۳۸۸ - E-mail: tbojameh@gmail.com

نحوه ارجاع به این مستند در صورت استفاده از آن:

کتاب:

دماری بهزاد، احمد حاجبی، شریفی ونداد. شیوه‌نامه خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۶.

مقاله:

1. Heidari E, Eslami S, Abolhassani F, Sharifi V, Taherzadeh Z, Daneshvar T. Association between Physicians' Adherence to a Pharmacotherapy Guideline and Continuity of Care for Patients with Depression and/or Anxiety Disorder. Arch Iran Med. 2017 May;20(5):308-313
2. Amini H, Shakiba A, Sharifi V, Shirazi M, Sadeghi M, Abolhasani F, Hajebi A. Evaluation of the performance of general practitioners in a collaborative care program by employing simulated patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016 Sep;51(9):1311-9.

مشارکت‌کنندگان

سفارشی:

- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ناظر:

- دکتر جعفر بوالهروی، رییس دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران

مجری:

- دکتر بهزاد دمازی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نویسندگان:

- **بسته خدمات پایه:** دکتر احمد حاجبی (روانپزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران) با همکاری دکتر بهزاد دمازی و دکتر ونداد شریفی (روانپزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- **بسته خدمات تخصصی:** دکتر ونداد شریفی با همکاری دکتر احمد حاجبی
- **بسته خدمات اقدام جامعه:** دکتر بهزاد دمازی با همکاری دکتر احمد حاجبی و دکتر ونداد شریفی

و با تشکر از همکاری و همراهی:

- علی اسدی، رییس اداره سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- صدیقه خادم، کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- طاهره زیادلو، کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- سهیلا امیدنیا، مدیر گروه سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- دکتر سوسن دولت‌آبادی، کارشناس سلامت روانی اجتماعی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی خراسان رضوی
- هدا لایق، کارشناس سلامت روان مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شهید امامی تهران

فهرست

۹	پیش‌گفتار مؤلفان
۱۱	بسته اول) خدمات پایه سلامت روان
۱۲	مقدمه
۱۳	۱) فلوجارت‌های فرایندهای ارائه خدمات و دستورالعمل‌های مربوطه
۱۳	▪ فلوجارت ارائه خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی
۱۶	▪ فلوجارت ارائه خدمات سلامت اجتماعی در نظام مراقبت‌های بهداشتی
۱۹	▪ فلوجارت ارائه خدمات پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد
۲۲	۲) ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان و سلامت اجتماعی و شرح وظایف هر یک از آنها
۲۴	۳) تشریح نحوه ارائه خدمات
۲۴	الف) غربالگری (بیماریابی)
۲۴	▪ غربالگری در حوزه سلامت روان
۳۶	▪ غربالگری در حوزه سلامت اجتماعی
۴۴	▪ غربالگری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد (اعتیاد)
۵۳	▪ موارد ارجاع فوری در حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد
۵۴	ب) خدمات قابل ارائه و نحوه ارائه
۵۴	▪ آموزش مهارت‌های زندگی
۵۶	▪ آموزش مهارت‌های فرزند پروری
۵۸	▪ دستورالعمل رفتار با کودک و نوجوان در بخش بهداشت و درمان
۵۹	▪ برنامه پیشگیری از رفتارها خودکشی
۶۲	▪ حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا
۶۳	▪ تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی
۶۵	۴) نحوه تکمیل شاخص‌های مورد انتظار «بسته خدمات پایه سلامت روان»
۶۷	بسته دوم) خدمات تخصصی برای بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی در مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر
۶۸	مقدمه
۷۲	۱) بسته خدمات واحد توانبخشی روزانه
۸۰	۲) بسته خدمات واحد مراقبت پس از ترخیص (ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی)
۹۲	۳) بسته خدمات واحد مراقبت مشارکتی
۹۷	۴) دستورالعمل راه‌اندازی مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC)
۱۰۱	۵) نحوه تکمیل شاخص‌های مورد انتظار «بسته خدمات تخصصی»-۱۳۹۵
۱۰۳	بسته سوم) اقدام جامعه
۱۰۵	اقدام اول) شکل‌گیری تفاهم‌نامه همکاری و دبیرخانه اقدام جامعه
۱۰۹	▪ پیوست الف) چارچوب تفاهم‌نامه همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم برای استقرار پیشگام خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان
۱۱۲	▪ پیوست ب) نحوه محاسبه شاخص‌های «بسته اقدام جامعه»

- ۱۱۵ ■ پیوست ج) برنامه آموزشی کارکنان بسته اقدام جامعه
- ۱۱۶ اقدام دوم) شکل‌گیری خانه مشارکت مردم
- ۱۱۶ (۱) شیوه‌نامه شکل‌گیری خانه مشارکت مردم
- ۱۱۹ (۲) آموزش و پایش عملکرد خانه مشارکت مردم
- ۱۲۰ اقدام سوم) بسته خوداتکایی و مراقبت اجتماعی
- ۱۲۷ ■ فرایند خوداتکایی مددجویان ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک سلامت روان جامعه‌نگر شهرستان
- ۱۳۵ اقدام چهارم) ترویج پیام‌های سلامت روان و انگ‌زدایی
- ۱۳۶ **منابع**
- ۱۳۹ **پیوست‌ها**
- ۱۳۹ پیوست ۱) برنامه آموزشی کارشناسان بسته خدمات پایه سلامت روان
- ۱۵۷ پیوست ۲) مکاتبات حمایتی و پشتیبان دستگاه‌های ملی
- ۱۵۸ پیوست ۳) پیام‌های آموزش همگانی سلامت روان و اجتماعی
- ۱۶۶ پیوست ۴) مقالات منتشر شده
- ۱۶۸ پیوست ۵) تصویر اینفوگرافیک کل فرایند طرح استقرار پیشگام خدمات سلامت روان و مراقبت اجتماعی

پیش‌گفتار مؤلفان

بیمایش ملی سلامت روان که در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ انجام شد، نشان داد که تقریباً از هر ۴ نفر، یک نفر دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی است (۲۳/۶٪) و شیوع اختلالات شدید روانپزشکی نیز حدود یک درصد است؛ با این حال، دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز فاقد کیفیت مطلوب هستند؛ و سرانجام مشخص شد که اختلالات روانپزشکی هزینه قابل ملاحظه‌ای را به خانواده تحمیل می‌کنند به طوری که برای یک بیمار روانپزشکی، تا بیش از ۳۰ درصد از درآمد سرانه خانواده در طی یک سال هزینه می‌شود. آخرین مطالعه بار بیماری‌ها در کشور (۲۰۱۰) نیز مشخص کرد که بیماری‌های روانپزشکی در مقایسه با سایر بیماری‌ها مهم‌ترین عامل ناتوانی در سنین بین ۱۰ تا ۴۰ سالگی هستند و از سوی دیگر در مقایسه با ۱۴ کشور دیگر با درآمد سرانه مشابه، ایران از نظر بار بیماری افسردگی اساسی در رتبه نخست و از نظر بار اختلالات اضطرابی و نیز مصرف مواد در رتبه سوم قرار دارد؛ و سرانجام اینکه در دو دهه گذشته بار بیماری ناشی از خودکشی، خشونت بین فردی و سوءمصرف مواد افزایش داشته است.

کتاب حاضر حاوی سه بسته خدمتی است که برای اجرا در شهرستان تهیه شده است. تدوین این بسته‌ها حاصل تلاش سه گروه مجزا است که در زمان اجرای پیشگام خدمات سلامت روانی اجتماعی سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ جمع‌بندی شده است:

□ بسته اول) خدمات سلامت روانی اجتماعی پایه:

خدمات روان در این بسته برای ارائه در خانه‌های بهداشتی، پایگاه سلامت، مرکز جامع خدمات سلامت و مراکز بهداشتی درمانی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ تدوین شده است و در بسته تحول بهداشت دولت یازدهم ادغام و برای اجرا در حاشیه شهرها ابلاغ شده است. اجرای بسته سلامت روان و بسته کامل مراقبت‌های اجتماعی خود حاصل دو طرح تحقیقاتی مجزا بوده است:

▪ طرح اول: طراحی و پایلوت ارائه خدمات سلامت در قالب مرکز بهداشتی درمانی نسل جدید

که اجرا و نظارت آن به ترتیب بر عهده گروه مؤلفه‌های اجتماعی مؤسسه ملی تحقیقات و دفتر ارتباط با صنعت دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۴ بوده است. تأمین مالی این طرح از بودجه‌های جذب شده از وزارت نفت بوده است.

▪ طرح دوم: طراحی بسته مراقبت اجتماعی قابل ادغام در نظام مراقبت‌های اولیه که اجرا و نظارت

آن به ترتیب بر عهده گروه مؤلفه‌های اجتماعی مؤسسه ملی تحقیقات و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بوده است.

نتایج هر دو طرح به علاوه تلاش کارشناسان حوزه ادارات سلامت روان و سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارتخانه موجب شد که این بسته شکل بگیرد.

□ بسته دوم) خدمات تخصصی سلامت روان در قالب ایجاد مرکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC):¹

این طرح اولین بار در سال ۱۳۸۹ در منطقه ۱۶ تهران راه‌اندازی شد و در چند سال متوالی پایش و ارزشیابی شده که به تدریج همین الگو در ۱۲ نقطه دیگر کشور اجرایی شد. بسته خدمات تخصصی پس از بررسی و تحلیل نظام سلامت شهرستان با تغییراتی به تصویب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای اجرا در شهرستان رسید. اساتید و خبرگان متعددی در شکل‌گیری این بسته از سال‌های ابتدایی نقش داشته‌اند.

□ بسته سوم) بسته اقدام جامعه:

این بسته حاوی خدمات سلامت روان که از طریق همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم باید پیگیری شوند. تجربه این نوع خدمات در طرح جامع سلامت استان قزوین از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۲ ایجاد شد. با تغییراتی در بسته استانی و همچنین تحلیل ذینفعان در جغرافیای شهرستان بسته شکل گرفت. در این بسته مجموعه شواهد معتبر مرور شده توسط سازمان جهانی بهداشت از جمله گزارش‌های سلامت روان سال ۲۰۰۱، ۲۰۰۴، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۱ ملحوظ شده است.

بسته‌های سه گانه پیشگفت برای اجرا در سه شهرستان بردسیر (کرمان)، قوچان (خراسان رضوی) و اسکو (آذربایجان شرقی) به کلیه متولیان شامل کارشناسان، روانشناسان، پزشکان، روانپزشکان و مدیران فرمانداری آموزش داده شده است و با امضای مشترک معاون درمان و معاون بهداشت وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۳۰۰/۱۸۴۵۲ مورخ ۹۴/۱۱/۷ جهت اجرا در سه شهرستان فوق ابلاغ شده است. هم‌زمان طرح ارزشیابی خدمات سلامت روانی اجتماعی در این سه شهرستان طی تحقیق ارزشیابی با نظارت دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی و در مقطع فعلی با ۳۸۰۰ نمونه قبل از ارایه خدمات پرسشگری شده است که در اسفند سال ۱۳۹۵ تکرار خواهد شد در این ارزشیابی سه شهرستان مورد و سه شهرستان شاهد انتخاب شده‌اند.

جا دارد از کلیه همکاران ملی، استانی و شهرستان مندرج در شناسنامه کتاب «خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان، مروری بر اقدام پژوهی پیشگام» تشکر کرده و از استاد محترم دکتر جعفر بوالهبری برای نظارت این طرح تشکر و قدردانی نمایم. امید است با ارزشیابی نتایج این طرح در پایان سال ۱۳۹۵ الگو بازنگری شده و پس از ارتقای این بسته‌ها برای اجرا در کل کشور آماده شود.

دکتر بهزاد دمازی

دکتر احمد حاجبی

دکتر ونداد شریفی

¹ *Communiyt Meantal Health Center*

بسته اول

خدمات پایه سلامت روان
په

مفهوم برنامه‌ی سلامت روان:

منظور از برنامه سلامت روان، فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای است که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل از مشکلات سلامت روان طراحی و در سطوح مختلف شبکه سلامت ادغام و اجرا می‌شوند. با فهم سیر طبیعی مشکلات سلامت می‌توان برخوردهای مختلف در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌ها در سلامت روان را بهتر درک کرد.

هدف برنامه‌های سلامت روان:

برنامه‌های سلامت روان در جست‌وجوی راهی برای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی گروه‌های هدف در محیط کار و زندگی افرادند. به طور کلی اهداف برنامه‌ی سلامت روان در نظام سلامت عبارتند از: پیشگیری، شناسایی زود هنگام اختلالات، کنترل بیماری و پیگیری مناسب و مستمر و در نهایت تغییر و اصلاح نگرش افراد جامعه نسبت به بیماری‌های روانی - عصبی.

فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت:

در راستای اهداف فوق، فعالیت‌ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت مشتمل بر پیشگیری، شناسایی زودرس و فعال بیماری‌ها، کنترل، درمان و پیگیری مستمر در گروه‌های سنی کودکان و نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان به شرح زیر است:

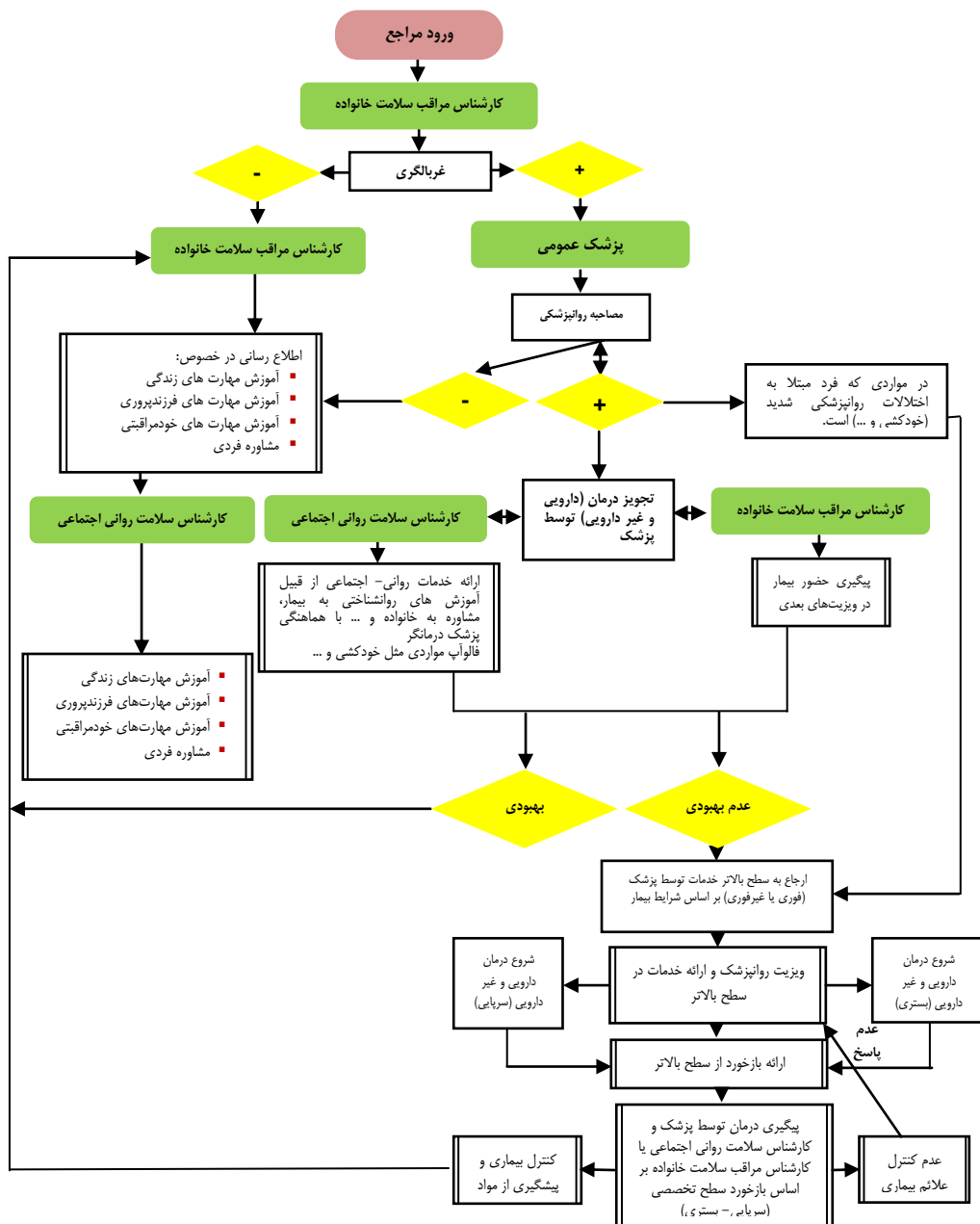
- ارزیابی تکامل کودکان
- مشاوره به والدین
- شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات شایع دوران کودکی از قبیل اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلالات دغعی و یا اختلالاتی همچون عقب ماندگی ذهنی
- ارزیابی روانی / رفتاری در مدرسه، مشکلات تحصیلی و مسایل روانشناختی دوران بلوغ
- شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی بزرگسالان شامل: افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلالات سایکوتیک، اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات مهم

تعریف گروه هدف یا گیرنده خدمت:

به فرد یا افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و باید آن خدمات را دریافت کنند گیرنده خدمت یا گروه هدف آن برنامه اطلاق می‌شود. در خدمات پایه سلامت روان گروه هدف یا گیرنده خدمت کلیه افرادی هستند که یا به صورت معمول و بر اساس فلوچارت در مسیر دریافت خدمت قرار می‌گیرند و یا در موارد معدودی از مسیر خود ارجاع و یا ارجاع از منابع خارجی وارد سیستم دریافت خدمت می‌گردند.

۱) فلوجارت‌های فرایندهای ارائه خدمات و دستورالعمل‌های مربوطه

فلوجارت ارائه خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی



راهنمای فلوجارت

این راهنما برای اجرای هرچه بهتر فرآیندهای طراحی شده در فلوجارت ارایه خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تدوین شده است. در شرایط معمول شروع فرآیندهای این فلوجارت با ورود مراجع از طریق فراخوان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهد بود. در بدو ورود مراجع، کارشناس مراقب سلامت با توجه به گروه سنی مراجع و همچنین فرم و دستورالعمل ارزیابی اولیه که توسط اداره گروه سنی مربوطه ابلاغ شده است، ارزیابی شده یا به عبارتی دیگر غربالگری اولیه را انجام می‌دهد. در مواردی که ارزیابی اولیه منفی می‌شود کارشناس مراقب سلامت بررسی نموده و در مواردی که مراجع شرایط دریافت خدمات توانمندسازی، از قبیل آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و یا خودمراقبتی را دارا باشد، وی را با این خدمات آشنا نموده و در صورت موافقت، ایشان را برای دریافت خدمات به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) ارجاع می‌دهد.

در مواردی که ارزیابی اولیه مثبت می‌شود، در حوزه سلامت روان، مراجع برای ارزیابی تکمیلی به پزشک عمومی ارجاع می‌شود. پزشک عمومی مراجع را براساس فرم شرح حال روانپزشکی برای تشخیص احتمالی و درمان اختلالات روانپزشکی، ارزیابی نموده و در صورت منفی بودن نتایج ارزیابی، مراجع را به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می‌نماید (کارشناس مراقب سلامت مشابه فردی که در ارزیابی اولیه منفی شده است، عمل خواهد کرد). در مواردی که ارزیابی تکمیلی مثبت شود درمان بیمار را مبتنی بر آموزش‌های ارایه شده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و همچنین کتاب پشتیبان مخصوص پزشکان عمومی درمان خواهد کرد. در مواردی بر حسب نیاز بیمار، وی را از ابتدا برای دریافت خدمات به سطح تخصصی (سرپایی و بستری) یا اورژانس بیمارستان ارجاع می‌دهد. در این مرحله از ارایه خدمت یکی از وظایف پزشکان عمومی ارجاع بیماران و خانواده‌های آنها به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) برای دریافت خدمات غیر دارویی (آموزش‌های روانشناختی، آموزش آرام سازی و فعال سازی) بیمار است. از طرف دیگر پزشک درمانگر بر اساس شرایط بیمار، زمان پیگیری وی را مشخص نموده و این موضوع را با ارجاع بیمار به کارشناس مراقب سلامت عملیاتی می‌نماید.

ادامه فرآیند درمان توسط پزشک عمومی تا جایی ادامه می‌یابد که ارزیابی بیمار حاکی از بهبود بالینی و پیشرفت روند درمان باشد. در مواردی که مشخص گردد بیمار سیر بهبودی را طی می‌نماید فرآیند درمان ادامه می‌یابد و بعد از بهبودی کامل، بیماران برای دریافت خدمات توانمندسازی و بر اساس توضیحات قبلی به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می‌گردد. ولی در مواردی که ارزیابی پزشک نشان دهد که پیشرفت درمان مناسب نیست و بیماران بهبودی بالینی ندارند (با استفاده از کتاب پشتیبان پزشک)، لازم است که بیمار توسط پزشک به سطح بالاتر ارایه خدمات، یعنی روانپزشک ارجاع گردد.

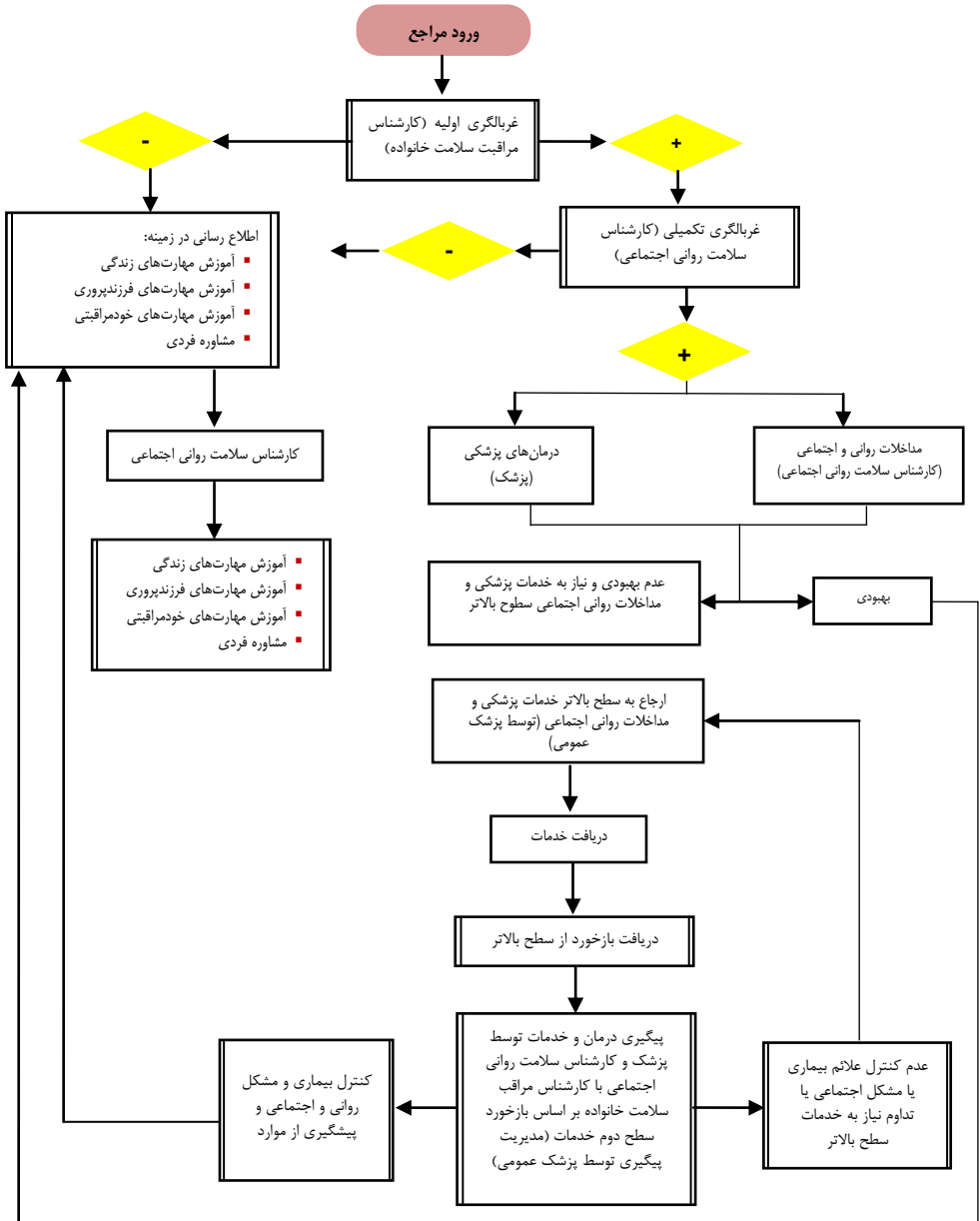
با توجه به شرایط افراد ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت لازم است که پزشکان عمومی موارد زیر را بعد از ارزیابی و براساس مطالب ارایه شده در کتاب پشتیبان، از ابتدا به سطح بالاتر و یا به اورژانس ارجاع دهد:

■ افرادی که در ارزیابی مشخص می‌گردد که خطر جدی آسیب به خود (خودکشی) و یا دیگران (پرخاشگری) را دارند.

■ افرادی که در ارزیابی اولیه مشخص می‌گردد مبتلا به اختلال سایکوتیک و یا اختلال دوقطبی و ... می‌باشند. در این موارد پزشک ممکن است براساس توصیه‌های ارایه شده در کتاب پشتیبان مداخله مختصری را انجام داده و سپس بیمار را ارجاع دهد.

در مواردی که بیماران به روانپزشک ارجاع می‌گردند تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه روند درمان به عهده ایشان می‌باشد. در صورت نیاز به بستری، بیمار را برای بستری به بیمارستان ارجاع می‌دهد و در صورت نیاز به ادامه درمان سرپایی، درمان‌های دارویی و مداخلات غیردارویی را شروع می‌نماید. در هر دو مورد درمان سرپایی و بستری، روانپزشک درمانگر بعد از تثبیت روند درمان، بیمار را ضمن ارایه بازخورد به پزشک عمومی ارجاع دهنده، جهت ادامه فرآیند درمان به وی ارجاع می‌دهد. پزشک عمومی پیشرفت روند درمان بیمار را جهت بهبود علائم و پیشگیری از عود کنترل می‌نماید. در مواردی که بهبودی حاصل می‌گردد، در صورتی که بیمار شرایط گروه هدف را برای دریافت خدمات توانمندسازی دارا باشد، براساس توضیحات قبلی به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می‌گردد. در مواردی که پزشک عمومی در طی روند مدیریت درمان بیماران متوجه گردد که علائم عود کرده و یا پیشرفت بهبودی علائم مناسب نیست (با توجه به کتاب پشتیبان)، لازم است که بیمار مجدداً به روانپزشک درمانگر در سطح بالاتر خدمت، ارجاع گردد. لازم به ذکر است که در کلیه مراحل ارایه خدمات درمانی به بیماران در سطح اول ارایه خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه مسؤلیت درمان بیمار و مدیریت تیم درمان با پزشک مرکز می‌باشد و در صورت نیاز به ارجاع به سطح بالاتر این کار توسط پزشک مرکز انجام می‌شود.

فلوجارت ارایه خدمات سلامت اجتماعی در نظام مراقبت‌های بهداشتی



راهنمای فلوجارت

این راهنما برای اجرای هر چه بهتر فرآیندهای طراحی شده در فلوجارت ارایه خدمات سلامت اجتماعی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تدوین شده است. در شرایط معمول، شروع فرآیندهای این فلوجارت، با ورود مراجع از طریق فراخوان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهد بود. کارشناس مراقب سلامت با توجه به گروه سنی مراجع و همچنین فرم و دستورالعمل ارزیابی اولیه که توسط اداره گروه سنی مربوطه ابلاغ شده است، ارزیابی شده و از نظر وجود عوامل خطر سلامت اجتماعی غربالگری اولیه را انجام می‌دهد. در مواردی که در غربالگری کارشناس مراقب سلامت، نکته مثبتی یافت نشود، کارشناس مراقب سلامت در زمینه خدمات توانمندسازی، به مراجع اطلاع رسانی لازم را خواهد کرد. خدمات توانمندسازی شامل آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری، و آموزش‌های خودمراقبتی است. در صورت موافقت، ایشان را برای دریافت خدمات به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد.

در شرایطی که در غربالگری کارشناس مراقب سلامت، نکته مثبتی یافت شود، مراجع برای ادامه ارزیابی (ارزیابی تکمیلی) به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌شود.

نکته: در مواردی که مراجع دارای علائم طبی تشخیص داده نشده (آسیب دیدگی، شکستگی و...) یا اختلالات روانپزشکی شامل افسردگی، اختلالات سایکوتیک، اختلالات مرتبط با مصرف مواد باشد، مستقیماً به پزشک خانواده ارجاع داده می‌شود.

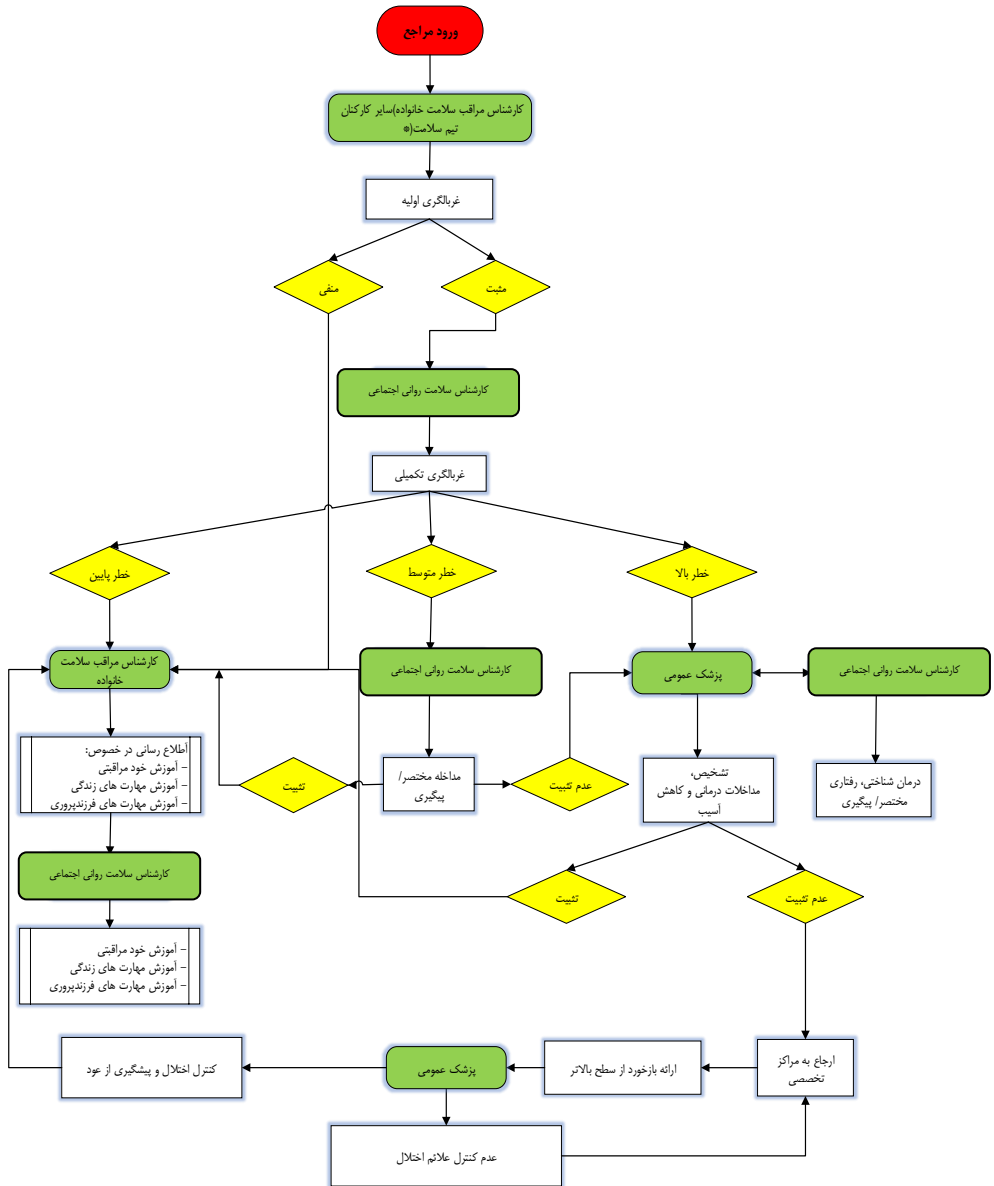
کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا)، ضمن ارزیابی تکمیلی از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی برای مراجع، بر اساس نتایج ارزیابی، بدین صورت عمل می‌کند:

■ در مواردی که در ارزیابی تکمیلی کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا)، وجود مشکل اجتماعی و یا عوامل خطر سلامت اجتماعی تأیید نشود (براساس ابزار غربالگری تکمیلی و دستورالعمل آن) مراجع توسط کارشناس مراقب سلامت در زمینه آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری، و آموزش‌های خودمراقبتی اطلاع‌رسانی شده و در نهایت در صورت موافقت وی جهت دریافت این خدمات به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) ارجاع می‌شود.

■ در مواردی که در ارزیابی تکمیلی کارشناس سلامت روان، وجود عامل خطر سلامت اجتماعی و یا مشکل اجتماعی تأیید شود، کارشناس سلامت روان در این سطح از ارایه خدمات برای پیشگیری از مشکلات اجتماعی و یا کاهش عوارض ناشی از مشکل یا مشکلات اجتماعی موجود، مداخله کرده و خدمات توانمندسازی (فردی و خانوادگی) لازم را براساس شرایط مراجع ارایه خواهد داد. در این مواقع در صورت لزوم، توانمندسازی اجتماعی نیز از طریق کمیته‌های محلی نیز صورت می‌گیرد.

- در مواردی که در ارزیابی تکمیلی کارشناس سلامت روان متوجه شود که علاوه بر وجود مشکل اجتماعی، مشکل طبی (آسیب دیدگی، شکستگی،...) و یا روانشناختی (شامل افسردگی، اختلالات سایکوتیک، اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد) نیازمند مداخله توسط پزشک وجود دارد، مراجع را به پزشک مرکز ارجاع می‌دهد.
- پزشک با همکاری کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) مرکز خدمات مورد نیاز مراجع را ارایه می‌دهند ولی در مواردی که اقدامات پزشک و کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) جهت بهبودی مراجع (از نظر روانشناختی، اجتماعی و مشکلات جسمی) کافی نباشد، مراجع از طریق پزشک مرکز به سطوح بالاتر ارایه خدمات ارجاع می‌شود. در این موارد مراجع پس از دریافت خدمات و بهبود شرایط (جسمی، روانشناختی و اجتماعی) به همراه بازخورد از سطح بالاتر به مرکز ارجاع‌کننده، جهت پیگیری ارجاع می‌شود.
- در مواردی که بررسی‌های مرکز نشان دهد که مداخلات ارایه شده از سطح بالاتر و پیگیری‌های آنها برای مراجع در حوزه‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی مثمرتر واقع شده و مراجع روند بهبودی را طی می‌کند، تیم ارایه‌دهنده خدمت به مداخلات و پیگیری‌ها ادامه می‌دهند و در نهایت وی را در مسیر توانمندسازی قرار می‌دهند. ولی در شرایطی که بررسی‌ها نشان دهد مراجع نیاز به خدمات سطح بالاتر و یا تجدید نظر در فرآیند درمان دارد، مجدداً از طریق پزشک مرکز، مراجع به سطح بالاتر ارایه خدمت ارجاع داده می‌شود.

فلوجارت ارایه خدمات پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد



• غریبالگری اولیه اعتبار با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجام شود، می تواند توسط کلیه پرسنل مراکز خدمات جامع سلامت شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، پزشک، دندانپزشک، ماما و ... انجام شود.

• غریبالگری روتین برای زنان باردار

راهنمای فلوجارت

این راهنما برای اجرای هرچه بهتر فرآیندهای طراحی شده در فلوجارت ارایه خدمات پیشگیری و درمان مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تدوین شده است. در شرایط معمول شروع فرآیندهای این فلوجارت با ورود مراجع از طریق فراخوان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهد بود. در بدو ورود مراجع، کارشناس مراقب سلامت با توجه به گروه سنی مراجع و همچنین فرم و دستورالعمل ارزیابی اولیه که توسط اداره گروه سنی مربوطه ابلاغ شده است، ارزیابی شده یا به عبارتی دیگر غربالگری اولیه را انجام می‌دهد. در مواردی که ارزیابی اولیه منفی می‌شود کارشناس مراقب سلامت بررسی نموده و در مواردی که مراجع شرایط دریافت خدمات توانمندسازی، از قبیل آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و یا خودمراقبتی را دارا باشد، وی را با این خدمات آشنا نموده و در صورت موافقت، ایشان را برای دریافت خدمات به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) ارجاع می‌دهد.

در مواردی که ارزیابی اولیه از نظر مصرف احتمالی مواد مثبت می‌شود، مراجع برای ارزیابی تکمیلی به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) ارجاع می‌شود. کارشناس سلامت روان مراجع را با استفاده از ابزار غربالگری تکمیلی (پرسشنامه ASSIST) برای تعیین میزان خطر اختلالات وابسته به مصرف مواد، ارزیابی می‌نماید. در این مرحله کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) براساس راهنمای نمره‌گذاری پرسشنامه و تفسیر نمرات کسب شده، میزان خطر مراجع را در سه رده خطر پایین، متوسط و بالا مشخص می‌نماید.

افرادی که براساس نمره کسب شده از میزان خطر پایین برخوردارند، جهت آشنایی با خدمات توانمندسازی به کارشناس مراقب سلامت معرفی می‌گردند و سپس در مواردی که مراجع شرایط دریافت خدمات توانمندسازی را دارا باشد، وی را با این خدمات آشنا نموده و در صورت موافقت، ایشان را برای دریافت خدمات به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) ارجاع می‌دهد. در مواردی که مراجع از میزان خطر متوسط برخوردار باشد، مداخله مختصر، براساس محتوی تهیه شده در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، توسط کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) ارایه می‌گردد. ارایه خدمت توسط کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) تا جایی ادامه دارد که ارزیابی مراجع حاکی از پیشرفت روند نتایج حاصل از مداخله باشد. در مواردی که مشخص گردد بیمار سیر بهبودی را طی می‌نماید، فرآیند مداخله ادامه می‌یابد و بعد از بهبودی، مراجعان برای دریافت خدمات توانمندسازی ارجاع می‌گردند. ولی در مواردی که ارزیابی کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) نشان دهد که پیشرفت حاصل از مداخله مناسب نیست، لازم است که بیمار به پزشک ارجاع گردد. در اینجا پزشک مراجع را بررسی نموده و در صورت وجود اختلالات همراه¹ روانپزشکی و غیرروانپزشکی اقدامات درمانی مناسب را برای بیمار انجام می‌دهد. در صورتی که در بررسی‌های به عمل آمده از سوی پزشک (و براساس کتاب پشتیبان) مشخص گردد که بیمار از نظر درگیری مصرف مواد یا ابتلا به اختلالات روانپزشکی نیاز به خدمات تخصصی و سطح بالاتر دارد، وی را ارجاع می‌دهد. این ارجاع بسته به نوع و میزان وابستگی به مواد و عوارض

¹ Comorbidity

ناشی از آن می‌تواند به مراکز کاهش آسیب اعتیاد، کلینیک‌های ترک مواد و در مواردی بیمارستان‌های روانپزشکی باشد.

در مواردی که در ارزیابی تکمیلی با پرسشنامه ASSIST مشخص گردد که میزان خطر فرد مراجع در سطح بالا می‌باشد، با وی مشابه فردی برخورد می‌گردد که از خطر متوسط برخوردار بوده و مداخلات مختصر اولیه پاسخ لازم را نداده است، یعنی به پزشک ارجاع شده و بررسی‌های لازم از نظر اختلالات همراه روانپزشکی و غیر روانپزشکی انجام می‌شود. در صورت وجود اختلالات همراه روانپزشکی و غیرروانپزشکی اقدامات درمانی مناسب را برای بیمار انجام می‌دهد. در صورتی که در بررسی‌های به عمل آمده از سوی پزشک (و بر اساس کتاب پشتیبان) مشخص گردد که بیمار از نظر درگیری مصرف مواد یا ابتلا به اختلالات روانپزشکی نیاز به خدمات تخصصی و سطح بالاتر دارد، وی را با توجه به توضیحات فوق ارجاع می‌دهد.

در مواردی که بیمار برای دریافت خدمات به سطح بالاتر ارایه خدمات سوءمصرف مواد و یا روانپزشک ارجاع می‌گردد، تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه روند درمان به عهده ایشان می‌باشد. در این موارد در صورت نیاز به بستری (مثل سایکوز حاد ناشی از مصرف مواد)، بیمار را برای بستری به بیمارستان ارجاع می‌دهد و در صورت نیاز به ادامه درمان سرپایی، درمان‌های دارویی و مداخلات غیردارویی را شروع می‌نماید. در هر دو مورد درمان سرپایی و بستری، روانپزشک درمانگر (و در بعضی موارد پزشک عمومی درمانگر خدمات سرپایی) بعد از تثبیت روند درمان و جهت ادامه فرآیند درمان، به پزشک عمومی ارجاع دهنده در سطح یک ارایه خدمت بازخورد می‌دهد. پزشک عمومی پیشرفت روند درمان بیمار را جهت بهبود علائم و پیشگیری از عود کنترل می‌نماید. در مواردی که بهبودی حاصل می‌گردد، در صورتی که بیمار شرایط گروه هدف را برای دریافت خدمات توانمندسازی دارا باشد، براساس توضیحات قبلی به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می‌گردد. در مواردی که پزشک عمومی در طی روند درمان بیماران متوجه گردد که علائم عود کرده و یا پیشرفت بهبودی علائم مناسب نیست (با توجه به کتاب پشتیبان)، لازم است که بیمار مجدداً به روانپزشک یا پزشک عمومی درمانگر در سطح بالاتر خدمت، ارجاع گردد.

لازم به ذکر است که مسؤولیت کلیه مراحل ارایه خدمات درمانی به بیماران در سطح اول ارایه خدمت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و همچنین مدیریت تیم درمان با پزشک مرکز می‌باشد و در صورت نیاز به ارجاع به سطح بالاتر این کار توسط پزشک مرکز انجام می‌شود.

۲) ارایه‌دهندگان خدمات سلامت روان و سلامت اجتماعی و شرح وظایف هر یک از آنها

پزشک

۱. ویزیت موارد ارجاع‌شده از طرف کارشناس مراقب سلامت
۲. شناسایی موارد جدید اختلالات روانپزشکی در مراجعان
۳. ارجاع به سطح تخصصی (سرپایی و بستری) در صورت لزوم
۴. پیگیری بیمار پس از ارجاع
۵. آموزش بیمار در مورد درمان و نحوه مصرف دارو
۶. نظارت بر عملکرد کارشناس مراقب سلامت و کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا)

کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا)

۱. فرآیند ارزیابی تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی و مصرف مواد ارجاع‌شده از کارشناس مراقب سلامت خانواده
۲. ارایه دوره‌های آموزش مهارت‌های توانمندسازی در گروه‌های هدف
۳. آموزش‌های روانشناختی و مداخلات مختصر ساده به بیماران ارجاع‌شده از پزشک تیم
۴. انجام مداخلات مختصر در حوزه مصرف مواد
۵. پیشگیری از خودکشی مجدد بر اساس دستورالعمل برای افراد اقدام‌کننده و خانواده‌های آنها
۶. ارایه مداخلات روانی و اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا
۷. ارجاع فوری به پزشک مرکز در موارد خاص در هنگام مواجهه با اورژانس‌های حوزه‌های سلامت روان، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
۸. تکمیل فرم‌های ارجاع و بازخورد ارجاع برای پزشک تیم و کارشناس مراقب سلامت جهت درج در پرونده
۹. نظارت بر کارشناس مراقب سلامت خانواده در فعالیت‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۱۰. ثبت داده‌های آماری و خدمات ارایه‌شده و ارسال آنها در قالب گزارش‌های دوره‌ای (هر سه ماه) به سطوح بالاتر

کارشناس مراقبت سلامت

۱. فرآیند بیماریابی و شناسایی افراد مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و در معرض مشکلات اجتماعی بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه
۲. ارجاع افراد شناسایی‌شده به پزشک تیم و در مواردی به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) بر اساس فلوجارت شرح خدمت

۳. ارجاع گروه‌های هدف به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) جهت دریافت آموزش مهارت‌های توانمندسازی
۴. ارجاع موارد فوری (اورژانس‌های جسمی و روان‌پزشکی) به پزشک بر اساس دستورالعمل‌های حوزه‌های اختلالات روانپزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی
۵. تکمیل فرم‌های ارجاع و تنظیم فرم‌های دوره‌های آموزش عمومی برگزارشده در برنامه‌های حوزه سلامت روان، اعتیاد و اجتماعی
۶. پیگیری بیماران تشخیص داده شده و یا افراد نیازمند توانمندسازی اجتماعی در چهارچوب برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۷. ثبت داده‌های آماری، خدمات ارایه شده و ارسال آنها در قالب گزارش‌های دوره‌ای (هر سه ماه) به سطوح بالاتر
۸. پیگیری خدمات ارایه شده بر اساس دستور پزشک و برنامه‌های آموزشی روانشناختی بر اساس درخواست کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا)
۹. تکمیل شناسنامه سلامت دانش‌آموزی و شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

۳) تشریح نحوه ارائه خدمات

الف) غربالگری (بیماریابی)

غربالگری عبارت است از شناسایی افراد بدون علامت و نشانه‌های بیرونی با استفاده از آزمون‌ها، معاینه‌ها یا سایر روش‌ها. در برنامه‌های مرتبط با حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، بیماریابی به معنی شناسایی افراد مشکوک مبتلا به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و یا افراد مستعد ابتلا به مشکلات اجتماعی، از میان جمعیت عمومی و افراد به ظاهر سالم است.

غربالگری در دو سطح اولیه و تکمیلی انجام می‌شود. بعد از انجام غربالگری اولیه توسط کارشناس مراقب سلامت، افراد غربال مثبت در سلامت روان به پزشک و در بعد سلامت اجتماعی و اعتیاد به کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) ارجاع می‌گردند. پزشک بر اساس فرم مصاحبه بالینی به تشخیص اختلال پرداخته و کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) نیز برای غربالگری تکمیلی اعتیاد از پرسشنامه ASSIST و پرسشنامه غربالگری تکمیلی اجتماعی استفاده می‌نماید و سایر مداخلات و یا ارجاعات بر اساس فلوجارت‌های ارجاع صورت می‌پذیرد.

غربالگری در حوزه سلامت روان

غربالگری اولیه سلامت روان (توسط کارشناس مراقب سلامت):

اولین سطح ارائه خدمات در شهرستان، پایگاه سلامت است. کارشناس مراقب سلامت خانواده در زمان فراخوان افراد به پایگاه، پس از برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با افراد تحت پوشش، بر اساس علائم موجود در فرم غربالگری می‌تواند به شناسایی موارد غربال مثبت دست یابد و بر اساس فلوجارت ارائه خدمت آنها را ارجاع دهد. روش کار به این صورت است که در زمان فراخوان کارشناس مراقب سلامت خانواده سؤالات فرم غربالگری را از افراد خانوار بر اساس گروه سنی (پرسشنامه‌های غربالگری برای گروه هدف کودکان ۲ ماهگی تا ۵ سال، مدارس و نوجوانان ۶ تا ۱۵ سال، نوجوانان - جوانان و میانسالان ۱۵ تا ۶۴ سال و سالمندان ۶۵ سال و بالاتر) آنها می‌پرسد و مطابق با دستورالعمل نمره‌گذاری و با توجه به نقطه برش افراد را ارجاع خواهد کرد.

□ غربالگری سلامت روان کودکان (۲ ماهگی تا ۵ سال)

- در گروه هدف کودکان ۲ ماهگی تا ۵ سال پرسشنامه غربالگری ASQ به عنوان ابزار ارزیابی تکاملی استاندارد شده در برنامه‌های مراقبت اداره کودکان در دفتر سلامت خانواده اجرا می‌شود.
- این پرسشنامه حیطه‌های برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، حل مسئله، شخصی - اجتماعی و موارد کلی با اعلام نقاط برش مشخص ارزیابی می‌کند.

- پرسشنامه به صورت خوداظهاری توسط والدین کودکان تکمیل خواهد شد و نقطه برش در واقع امتیازی است که عملکرد متوسط گروه کثیری از کودکان را در یک گروه سنی به خصوص و به تفکیک هر حیطة تکاملی مشخص می‌کند.
- دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد با توجه به پوشش مناسب حیطة‌های مشخص شده در سنین مختلف (۲ ماهگی تا ۵ سال) پرسشنامه غربالگری ASQ را به عنوان ابزار معتبر جهت غربالگری در برنامه سلامت کودکان پذیرفته است.
- پرسشنامه جهت تکمیل به والدین تحویل داده شده و امتیازات بر اساس نقاط برش توسط بهورز/کارشناس مراقب سلامت محاسبه می‌شود و چنانچه بر اساس نقاط برش نیازمند ارجاع به پزشک باشد نتایج توسط پزشک بررسی مجدد و به پزشک معین ارجاع داده خواهد شد.
- پرسشنامه ASQ بر اساس برنامه پایلوت اداره سلامت کودکان در سنین ۶، ۱۲، ۲۴، ۳۶ و ۶۰ ماهگی اجرا خواهد شد.
- همچنین در بوکلت کودک سالم سؤالات انتخابی موبوط به ارزیابی تکاملی در سنین خاص (۲ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۸ ماهگی و ۴ سالگی) از والدین پرسیده می‌شود و در صورت پاسخ منفی به هر یک از سؤالات، پرسشنامه غربالگری همان سن به صورت جداگانه و منطبق بر سن کودک اجرا خواهد شد.

□ غربالگری اولیه سلامت روان کودکان و نوجوانان (۶ تا ۱۵ سال)

- در گروه هدف فوق سؤالات پرسشنامه غربالگری توسط والدین و یا مراقبین کودک پاسخ داده خواهد شد و کارشناس مراقب سلامت بر اساس نمره کسب شده در پرسشنامه مطابق دستورالعمل اقدام خواهد کرد. نحوه شروع غربالگری توسط کارشناس مراقب سلامت ارایه می‌شود به شرح ذیل است:
- قبل از پرسشگری در این بخش به والدین توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های فرزندتان بپرسم».
 - برای پدر و مادر و یا مراقبین اصلی کودک و نوجوان توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در کودکان و نوجوانان است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود».
 - در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی فرزندتان می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»

- به والدین یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان (کودکان و نوجوانان) انجام می‌شود.»
- به والدین و یا مراقبان اصلی توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز فرزندشان کمک می‌کند.»
- سپس به والدین بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که فرزندشان (کودک و یا نوجوان) در طول ۳۰ روز گذشته (در طول ماه گذشته) تجربه کرده‌اند. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگویید هرگز، گاهی، اغلب.»

نمره‌گذاری:

نمره‌گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های «هرگز، گاهی اوقات و اغلب» به ترتیب اعداد «صفر، ۱ و ۲» تعلق می‌گیرد:

اغلب	گاهی	هرگز
۲	۱	صفر

سؤال‌ها در چند گروه تقسیم شده‌اند و هر گروه جداگانه نمره‌گذاری و محاسبه می‌شود.

موارد ارجاع بر اساس امتیاز هر گروه از نمره‌ها است:

- جمع نمره سؤالات ۱ تا ۵ (اگر نمره ۵ یا بالاتر از ۵ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید).
- جمع نمره سؤالات ۶ تا ۱۰ (اگر نمره ۷ یا بالاتر از ۷ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید).
- جمع نمره سؤالات ۱۱ تا ۱۷ (اگر نمره ۷ یا بالاتر از ۷ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید).
- جمع نمره کل سؤالات ۱ تا ۱۷ (اگر نمره ۱۵ یا بالاتر از ۱۵ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید).

پرسشنامه غربالگری سلامت روان برای گروه هدف ۶ تا ۱۵ سال:

پدر و مادر عزیز

سؤالات زیر درباره مسائلی است که ممکن است فرزند شما را در طول یک ماه گذشته آزار داده باشد. لطفاً در مورد هر سؤال، در ستونی که به بهترین شکل شدت این آزار را نشان می‌دهد، علامت X بزنید. لطفاً به تمام موارد پاسخ دهید. نتایج این پرسشنامه محرمانه است و تنها به شما اطلاع داده می‌شود.

نام فرزند: _____ تاریخ تولد: _____ تاریخ تکمیل پرسشنامه: _____
 نام والد / مراقب: _____ نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرزند: _____

اغلب	گاهی اوقات	هرگز	
			۱. احساس غمگینی و غصه می‌کند.
			۲. احساس ناامیدی می‌کند.
			۳. از دست خودش عصبانی است.
			۴. خیلی نگران است.
			۵. به نظر می‌رسد که کمتر چیزی خوشحالش می‌کند.
			۶. وول می‌خورد و نمی‌تواند آرام بنشیند.
			۷. خیلی خیال‌بافی می‌کند.
			۸. به آسانی حواسش پرت می‌شود.
			۹. نمی‌تواند تمرکز کند.
			۱۰. طوری رفتار می‌کند که انگار موتورش روشن شده است.
			۱۱. با بقیه بچه‌ها دعوا می‌کند.
			۱۲. از قوانین پیروی نمی‌کند.
			۱۳. احساسات دیگران را نمی‌فهمد.
			۱۴. دیگران را دست می‌اندازد.
			۱۵. به خاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می‌کند.
			۱۶. نمی‌گذارد دیگران از وسایلی استفاده کنند.
			۱۷. چیزهایی را بر می‌دارد که مال او نیست.

از والدین پرسیده شود:

آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟ بله خیر

□ غربالگری اولیه سلامت روان نوجوانان - جوانان - میانسالان (۱۵ تا ۶۴ سال)

- کارشناس مراقب سلامت قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت‌گیرنده اینگونه توضیح خواهد داد که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.»
- برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعان است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- به خدمت‌گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
- به خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- سپس به خدمت‌گیرنده بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگویید همیشه، بیشتر/اوقات، گاهی/اوقات، بندرت یا اصلاً.»

نمره‌گذاری:

نمره‌گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های «همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و بندرت» به ترتیب اعداد «۴، ۳، ۲، ۱ و صفر» تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد.

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً
۴	۳	۲	۱	صفر

- افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
- در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

پرسشنامه غربالگری سلامت روان گروه هدف ۱۵ تا ۶۴ سال

پرسشگر گرامی:

از آزمودنی سؤالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده‌اند، تأکید کنید.

پاسخگوی گرامی:

سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگویید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

□ غربالگری سلامت روان سالمندان (۶۵ سال و بالاتر)

غربالگری گروه سنی سالمندان با تمرکز بر تشخیص اختلال افسردگی مطابق دستور العمل ذیل توسط کارشناس مراقب سلامت انجام می‌پذیرد.

- قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.»
- برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعان است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- به خدمت‌گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
- به خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- سپس به خدمت‌گیرنده بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول حداقل دو هفته گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگویید «بلی یا خیر»

نمره‌گذاری:

نمره‌گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های بلی یا خیر با توجه به شماره سؤال اعداد یک یا صفر تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب که در بعضی از سؤالات به پاسخ بلی عدد یک و به پاسخ خیر عدد صفر می‌دهیم و در بعضی از سؤالات بالعکس خواهد بود.

- افرادی که نمره ۶ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت افسردگی» محسوب می‌گردند که جهت دریافت ارزیابی بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
- افرادی که کمتر از نمره ۶ دریافت می‌کنند براساس فلوچارت رایجه خدمات سلامت روان، کاندید دریافت خدمات توانمندسازی می‌باشند.

پرسشنامه غربالگری سلامت روان گروه هدف ۶۵ سال به بالا:

پرسشگر گرامی:

از آزمودنی سوالات زیر را بپرسید و براساس دستوالعمل نمره گذاری، نمره مراجع را تعیین نمایید.

پاسخگوی گرامی:

- سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در هفته اخیر تجربه کرده‌اید.
- در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگویید بلی یا خیر.

امتیاز	تفسیر پاسخ	سؤال	ردیف
<input type="checkbox"/>	بلی ۰ خیر ۱	آیا از زندگی خود راضی هستید؟	۱
<input type="checkbox"/>	بلی ۱ خیر ۰	آیا احساس می‌کنید که زندگی شما پوچ و بی‌معنی است؟	۲
<input type="checkbox"/>	بلی ۱ خیر ۰	آیا اغلب کسل هستید؟	۳
<input type="checkbox"/>	بلی ۰ خیر ۱	آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟	۴
<input type="checkbox"/>	بلی ۱ خیر ۰	آیا می‌توانید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟	۵
<input type="checkbox"/>	بلی ۰ خیر ۱	آیا در اغلب مواقع احساس سر‌حالی می‌کنید؟	۶
<input type="checkbox"/>	بلی ۱ خیر ۰	آیا اغلب احساس درماندگی می‌کنید؟	۷
<input type="checkbox"/>	بلی ۰ خیر ۱	آیا فکر می‌کنید زنده بودن لذت‌بخش است؟	۸
<input type="checkbox"/>	بلی ۱ خیر ۰	آیا در وضعیت فعلی خود احساس بی‌ارزشی زیادی می‌کنید؟	۹
<input type="checkbox"/>	بلی ۱ خیر ۰	آیا احساس می‌کنید موقعیت شما نا امید کننده است؟	۱۰
<input type="checkbox"/>	بلی ۱ خیر ۰	آیا فکر می‌کنید حال و روز اکثر آدم‌ها از شما بهتر است؟	۱۱

در غربالگری سلامت روان برای پوشش سایر حوزه‌های مرتبط سؤالاتی جهت تکمیل غربالگری اولیه بر اساس بسته‌های ارایه خدمت و مطابق با نیاز گروه‌های سنی مختلف در این حوزه به شرح ذیل انجام می‌پذیرد:

غربالگری خودکشی

۱. آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
۲. آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟
۳. چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

توجه: غربالگری خودکشی در تمام گروه‌های هدف بر اساس پرسشنامه‌های غربالگری اولیه تکمیل می‌شود. بدین ترتیب که در گروه هدف ۶ تا ۱۵ سال در صورت جمع نمره سؤالات ۱ تا ۵ (اگر نمره ۵ یا بالاتر از ۵ بود) ضمن ارجاع نوجوان به پزشک از والدین در مورد افکار خودکشی فرزندشان سؤالات استاندارد پرسیده می‌شود و در صورت مثبت بودن با خود نوجوان پاسخ سؤالات چک خواهد شد.

همچنین در گروه هدف ۱۵ تا ۶۴ سال در صورت ارجاع - کسب نمره ۱۰ یا بالاتر و یا عدم پاسخ به ۳ سؤال - از پرسشنامه ارزیابی وضعیت روانشناختی (۶ سؤالی) سؤالات غربالگری خودکشی پرسیده می‌شود. در گروه سنی سالمندان تمام موارد غربال مثبت از پرسشنامه غربالگری افسردگی در سالمندان سؤالات استاندارد خودکشی چک می‌شود.

سؤالات غربالگری صرع (برای گروه‌های سنی نوجوانان - جوانان - میانسالان - سالمندان - مادران)

پرسشگر گرامی، برای غربالگری بیماری صرع سؤالات ذیل را از مراجعان (کودک یا بزرگسال) یا همراه وی بپرسید:

۱. آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد.

بلی خیر

۲. در کودکان سنین مدرسه سؤال می‌شود که آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیرارادی حرکت داده یا می‌لیسد.

بلی خیر

۳. کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می شود (۶ ماهگی تا ۶ سالگی).

بلی خیر

در صورت پاسخ بلی به هر کدام از موارد فوق فرد توسط کارشناس مراقب سلامت برای بررسی های بیشتر به پزشک ارجاع داده می شود.

سوالات غربالگری معلولیت ذهنی* (برای گروه های سنی نوجوانان - جوانان)

۱. در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.

بلی خیر

۲. قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالیت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.

بلی خیر

۳. نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند.

بلی خیر

۴. توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد.

بلی خیر

۵. بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.

بلی خیر

* در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود (برای کودکان زیر ۶ سال به بررسی سیر تکامل کودک در حیطه های مختلف رشد در بسته کودک ناخوش مراجعه شود).

غربالگری اختلالات سایکوز و دوقطبی (برای گروه سنی سالمندان)

۱. بی دلیل و بیش از حد خوشحال است؟ زیاد حرف میزند و زیاد می خندد؟

۲. عصبی و پرخاشگر است؟

۳. با خودش حرف میزند؟

۴. صداهایی را می شنود که دیگران نمی شنوند یا چیزهایی را می بیند که دیگران نمی بینند؟

۵. معتقد است که دیگران او را تعقیب می کنند و قصد کشتن او و یا آسیب رساندن به او را دارند؟

۶. معتقد است که شخص مهمی (پیغمبر، امام یا رئیس جمهور) است یا توانایی خاصی دارد؟

۷. آیا رفتارهای عجیب (مانند لباس پوشیدن نامتناسب با فصل، راه رفتن بی هدف، صحبت کردن با خود) دارد؟

غربالگری تکمیلی سلامت روان (توسط پزشک):

مرحله دوم غربالگری سلامت روان توسط پزشک و با مصاحبه بالینی و تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی (منطبق با دستورالعمل جهت ارایه خدمات تعریف شده در نظام مراقبت اولیه سلامت) انجام خواهد پذیرفت.

فرم شرح حال روانپزشکی

شماره پرونده: تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

۱. مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام سرپرست خانوار:
سن: جنس: تاهل: تحصیلات: شغل:
محل تولد: محل سکونت:

منبع ارجاع و خانه بهداشت: خود بیمار خانواده پزشک سایر مراجع
۲. علت مراجعه و شکایات اصلی:

۳. تاریخچه بیماری فعلی:

زمان شروع بیماری:

نحوه شروع بیماری: ناگهانی تدریجی نامشخص
علائم شروع بیماری فعلی:

مروری بر علائم مهم

<input type="checkbox"/> فعالیت بیش از حد	<input type="checkbox"/> سرخوشی و شادی زیاد	<input type="checkbox"/> پرخاشگری فیزیکی
<input type="checkbox"/> تحریک پذیری	<input type="checkbox"/> پرخاشگری لفظی	<input type="checkbox"/> اختلال در حافظه
<input type="checkbox"/> رفتارهای عجیب	<input type="checkbox"/> اختلال در تمرکز	<input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی
<input type="checkbox"/> حرف زدن با خود	<input type="checkbox"/> افکار خودکشی	<input type="checkbox"/> احساس گناه
<input type="checkbox"/> خودزنی	<input type="checkbox"/> کمبود انرژی	<input type="checkbox"/> عدم لذت بردن از زندگی
<input type="checkbox"/> احساس بی ارزشی	<input type="checkbox"/> بی میلی جنسی	<input type="checkbox"/> بی قراری روانی حرکتی
<input type="checkbox"/> حرف‌های بی ربط	<input type="checkbox"/> بی توجهی به نظافت شخصی	<input type="checkbox"/> شکایات جسمی
<input type="checkbox"/> کندی روانی حرکتی	<input type="checkbox"/> فقدان بینش نسبت به بیماری	<input type="checkbox"/> گوشه‌گیری
<input type="checkbox"/> کاهش نیاز به خواب	<input type="checkbox"/> افزایش نیاز به خواب	<input type="checkbox"/> افزایش اشتها
<input type="checkbox"/> اختلال جهت‌یابی نسبت به زمان یا مکان یا شخص	<input type="checkbox"/> کاهش اشتها	<input type="checkbox"/> احساس ناامیدی
<input type="checkbox"/> دلشوره عمومی بدون عامل بیرونی	<input type="checkbox"/> احساس غمگینی	<input type="checkbox"/> توهم
<input type="checkbox"/> افکار و اعمال وسواسی	<input type="checkbox"/> هذیان	

در صورت وجود حملات تشنج:

تاریخ آخرین حمله: تعداد حملات در ماه:

وجود بیهوشی پس از حملات بی‌اختیاری ادرار بروز حملات در زمان و مکان خاص
حرکت تونیک کلونیک اندام‌ها خارج شدن کف از دهان گازگرفتگی زبان
بروز حملات در حین خواب

۳. تاریخچه تکاملی:

- تأخیر در نشستن □ تأخیر در سخن گفتن □ تأخیر در راه رفتن □ تأخیر در کنترل ادرار و مدفوع □
معلولیت‌های جسمی □ رفتارهای نامتناسب با سن □ ناتوانی ذهنی □
۴. اختلال کارکرد در حوزه‌های: فردی □ خانوادگی □ تحصیلی □ شغلی □ اجتماعی □

۵. علائم، تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی:

سابقه مصرف داروها:

۶. سابقه مصرف سیگار، مواد و الکل:

۷. سابقه بیماری جسمی:

۸. تاریخچه خانوادگی:

۹. عوامل احتمالی سبب ساز بیماری:

- سابقه زردی یا سیانوز نوزادی □ سابقه زایمان سخت □ سابقه بیماری تب دار شدید □
ابتلا به بیماری جسمی مزمن □ وجود مشکل اقتصادی شدید □ وجود مشکل در روابط خانوادگی □
طلاق، جدایی یا فوت نزدیکان درجه یک در یک سال گذشته □
وجود فرد مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی در خانواده □ وجود فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده □
وجود فرد زندانی در خانواده □ وجود خشونت خانگی □ بیکاری سرپرست خانواده □
وجود فرد بازمانده از تحصیل (زیر ۱۸ سال) در خانواده □

۱۰. معاینه جسمی:

۱۱. نتیجه بررسی‌های پاراکلینیکی:

۱۲. تشخیص:

طبقه‌بندی تشخیص برای ثبت در فرم آمار:

- الف) اختلالات سایکوتیک □ ب) اختلالات اضطرابی □ ج) اختلالات افسردگی □ د) صرع □
ه) معلولیت ذهنی □ و) اختلالات شایع کودک و نوجوان □
ح) اختلال مصرف مواد و الکل □

سایر:

۱۳. مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده:

تاریخ مراجعه بعدی:

امضاء

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

غربالگری در حوزه سلامت اجتماعی

غربالگری اولیه سلامت اجتماعی (توسط کارشناس مراقب سلامت):

مشکل احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی عوامل خطر سلامت اجتماعی	گروه سنی
کودک آزاری	پاسخ مثبت به هر یک از علایم	وجود علایم ذیل در کودکان و نوجوانان*: - علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار - کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت‌های مختلف بدن - خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن سایر علایم: - عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علایم بدنی - وجود کبودی‌ها و علایمی که مدت‌ها از زمان آنها گذشته باشد. گزارش هر نوع از کودک آزاری توسط خود کودک، والدین و یا سایر همراهان کودک	بد تولد تا ۱۸ سالگی
کودکان شاهد خشونت		کودکان و نوجوانانی که مادران آنها قبلاً به علت خشونت خانگی غیرمال مثبت شده‌اند	
خشونت خانگی (همسر آزاری)	امتیاز بالاتر از ۱۰ بر اساس دستورالعمل نمره دهی	از زنان متأهل سؤال شود*: زن‌ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می‌شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریاد زدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می‌شود. آیا تاکنون همسر شما: هیچ وقت به ندرت گاهی اغلب همیشه ۱. شما را کتک زده است؟ ۲. به شما توهین کرده است؟ ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ ۴. سر شما فریاد زده است؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	زنان متأهل در تمام گروه‌های سنی و مادران
سالمند آزاری	پاسخ مثبت به سؤال سوم	از مراجعان سالمند سؤال شود: ۱. آیا کسی در اطرافتان وجود دارد که موجب رنجش و ناراحتی شما می‌شود؟ ۲. آیا در خانه از کسی می‌ترسید؟ ۳. آیا تا به حال توسط یکی از اعضای خانواده کتک خورده‌اید؟	۶۵ سال به بالا
بازمانده از تحصیل	در صورتی که سن و تحصیلات فرد با هم متناسب نباشد	سن مراجع و تعداد سال‌های تحصیلی وی پرسیده شود.	۶ تا ۱۸ سال
طلاق یا جدایی یا فوت	پاسخ مثبت	از مراجعان زن که سابقه متأهل بودن دارند، سؤال شود: آیا در یک سال اخیر تجربه طلاق (یا در معرض طلاق)، جدایی یا فوت همسر داشته است؟	زنانی که سابقه تأهل دارند در تمام گروه‌های سنی و مادران
بیکاری***	پاسخ منفی	از مراجعان سرپرست خانوار سؤال شود: آیا شاغل است؟	افراد سرپرست خانوار در تمام گروه‌های سنی و مادران
خانواده آسیب‌پذیر	پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور	از همه مراجعین سؤال شود که آیا در خانواده آنها موارد ذیل وجود دارد؟ فرد دارای معلولیت جسمی، روانی*** فرد مبتلا به بیماری خاص**** فرد مبتلا به اعتیاد***** فرد زندانی فقر*****	تمام گروه‌های سنی و مادران

ابزار غربالگری:

توضیحات:

* وجود علایم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد:

۱. وجود هرگونه خون مردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال
۲. وجود کبودی‌هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون
۳. سوختگی‌هایی شبیه آتش سیگار
۴. ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش
۵. علائم گاز گرفتن
۶. تورم و دررفتگی مفاصل
۷. وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها
۸. آثار ضربات شلاق
۹. پارگی لجام لب
۱۰. کبودی چشمان
۱۱. مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود

* در سؤالات غربالگری همسر آزاری هر آیتیم از ۱ تا ۵ امتیاز می‌گیرد:

- پاسخ به گزینه هیچ وقت (۱)
- پاسخ به گزینه بندرت (۲)
- پاسخ به گزینه گاهی (۳)
- پاسخ به گزینه اغلب (۴)
- پاسخ به گزینه همیشه (۵)

بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سؤالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می‌باشد. امتیاز بالاتر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می‌شود.

*** شاغل: تمام افرادی که در طول هفته قبل از غربالگری، حداقل یک ساعت کار کرده و یا بنا به دلایلی از قبیل

مرخصی به طور موقت کار را ترک کرده باشند، شاغل محسوب می‌شوند.

شاغلان به طور عمده شامل دو گروه مزد و حقوق بگیران و خود اشتغالان می‌باشند.

بیکار: افرادی که ۷ روز پیش از غربالگری حداقل یک ساعت کار نکرده‌اند و دارای شغلی نیز نبوده‌اند در صورت

داشتن دو شرط ذیل بیکار محسوب می‌شوند:

۱. در ۳۰ روز گذشته برای جستجوی کار، اقدامات مشخصی را نظیر ثبت نام یا پیگیری در مؤسسات کارایی، پرس

و جو از دوستان، تماس با کارفرمایان، مطالعه آگهی‌های استخدامی و... انجام داده باشند.

۲. آماده به کار باشند، یعنی طی یک دوره دو هفته‌ای شامل ۷ روز گذشته و ۷ روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند، همچنین افراد ذیل بیکار محسوب شده‌اند:

• درانتظار شروع کار جدید هستند، یعنی برای آنان کاری مهیا شده و قرار است در آینده به آن کار مشغول شوند و نیز آماده به کار هستند.

• در انتظار بازگشت به شغل قبلی و نیز آماده به کار هستند. منظور از «در انتظار بازگشت به شغل قبلی» این است که فرد قبلاً دارای کار بوده و به دلایلی کار خود را از دست می‌دهد، پیوند رسمی شغلی ندارد ولی در انتظار بازگشت به شغل خود به سر می‌برد.

کسانی که محصل، دانشجو، سرباز و خانه‌دار هستند و فاقد معیارهای ذکر شده برای بیکاری می‌باشند، بیکار محسوب نمی‌شوند.

دارای درآمد بدون کار: کسانی که درآمدهای مستمری مانند حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه، درآمد املاک و مستغلات، سود سهام و... دارند، دارای درآمد بدون کار محسوب می‌شوند.

*****معلولیت جسمی- روانی:** معلولیت عبارتست از محدودیت‌های دائمی در زمینه‌های مختلف جسمی، حسی (فلج مغزی، فلج اندام، نابینایی، ناشنوایی و ...) یا ذهنی - روانی (بیماریهای مزمن روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی شدید، اختلال دوقطبی و ...) که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی‌های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می‌آورد.

*****بیماری‌های خاص:** به آن دسته از بیماری‌ها گفته می‌شوند که صعب‌العلاج بوده و قابل درمان نمی‌باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبت‌های خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری‌هایی نظیر MS، دیالیز، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری‌ها هستند.

******اعتیاد:** عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می‌کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف‌کننده یا دیگران می‌باشد.

******تعریف فقر:** در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمان‌های حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و ... می‌باشند.

غربالگری تکمیلی سلامت اجتماعی (توسط کارشناس سلامت روانی اجتماعی):

فرم ارزیابی تکمیلی عوامل خطر سلامت اجتماعی

۱) مشخصات جمعیت شناختی

نام و نام خانوادگی: زن مرد جنس: زن مرد

سن:

آیا فرد مراجعه کننده سرپرست خانوار می باشد؟ بله خیر

تحصیلات: بی سواد سواد خواندن / نوشتن ابتدایی راهنمایی دبیرستان دیپلم تحصیلات دانشگاهی

وضعیت تأهل: مجرد متأهل متارکه مطلقه همسر فوت شده

در صورت متارکه طلاق یا فوت همسر چه مدت از آن می گذرد؟
فرزند: ندارد دارد (تعداد ذکر شود):

وضعیت اشتغال: شاغل محصل / دانشجو / طلبه خانه دار مستمری بگیر

سرباز بیکار دارای درآمد بیکار جویای کار

تحت پوشش سازمان های حمایتی از کار افتاده

آیا خانوار تحت پوشش بیمه قرار دارد؟ خیر بله (نام بیمه ذکر شود):

آدرس محل سکونت فعلی:

تلفن تماس:

۲) بررسی عوامل خطر سلامت اجتماعی

آیا کسی در خانواده معلولیت / بیماری مزمن / ناتوانی ذهنی دارد؟ بله خیر

چه کسی در خانواده بیماری دارد؟ خود فرد پدر مادر خواهر / برادر فرزند

آیا فرد بیمار سرپرست خانوار است؟ بله خیر

بیماری وی را از بین موارد زیر علامت بزیند:

معلولیت جسمی ناتوانی ذهنی بیماری مزمن روانپزشکی بیماری مزمن جسمانی

آیا فرد بیمار، خدمات پزشکی و یا توانبخشی لازم را دریافت می کند؟ بله خیر

آیا کسی در خانواده مبتلا به سوء مصرف مواد می باشد؟ بله خیر

در صورت پاسخ بلی، چه کسی در خانواده مبتلا به سوء مصرف مواد است؟

خود فرد پدر مادر خواهر / برادر فرزند

آیا فرد مبتلا به سوء مصرف مواد، سرپرست خانوار است؟ بله خیر

سوء مصرف مواد، چه پیامدی را به دنبال داشته است؟

بیکاری پرخاشگری مشکلات قانونی غیره ...
 آیا فرد مبتلا به سوء مصرف مواد، خدمات پزشکی و یا توانبخشی لازم را دریافت می‌کند؟ بله خیر
آیا در حال حاضر، کسی در خانواده زندانی و یا در مرخصی از زندان است؟ بله خیر
 در صورت پاسخ بلی، چه کسی در خانواده زندانی است؟ خود فرد پدر مادر خواهر/برادر فرزند
 آیا فرد زندانی سرپرست خانوار است؟ بله خیر

همسرآزاری: زن متاهل بالای ۱۵ سال مراجعه کرده/ ارجاع شده مشکوک به کدامیک از موارد زیر است؟

سوء رفتار جسمی سوء رفتار جنسی صدمه حین بارداری مراقبت ناکافی
 اهمال کاری از نظر مراقبت‌های پزشکی هیچکدام
 در حال حاضر، آیا برای ادامه زندگی مراجع خطر جانی یا آسیب وجود دارد؟ بله خیر

کودک آزاری: کودک مراجعه کرده/ ارجاع شده مشکوک به کدامیک از موارد زیر است؟

سوء رفتار جسمی سوء رفتار جنسی مراقبت ناکافی
 اهمال کاری از نظر مراقبت‌های پزشکی هیچکدام
 در حال حاضر، آیا برای ادامه زندگی کودک خطر جانی یا آسیب وجود دارد؟ بله خیر

سالمنند آزاری: سالمنند مراجعه کرده/ ارجاع شده مشکوک به کدامیک از موارد زیر است؟

سوء رفتار جسمی سوء رفتار جنسی مراقبت ناکافی
 اهمال کاری از نظر مراقبت‌های پزشکی
 در حال حاضر، آیا برای ادامه زندگی سالمنند خطر جانی یا آسیب وجود دارد؟ بله خیر
 آیا افراد مورد آزار قرار گرفته، تمایل دارند که به طور موقت در خانه امن مستقر گردند؟ بله خیر

۳) ارزیابی نهایی و برنامه پیشنهادی کارشناس سلامت روان

آیا مراجع تمایل دارد از خدمات ارائه شده در مرکز استفاده نماید؟ بله خیر
 مراجع ترجیح می‌دهد از چه خدماتی استفاده نماید؟ فردی گروهی خدمات اجتماعی
 حمایت‌کننده اصلی مراجع در خانواده چه کسی می‌باشد؟
 شماره تماس فرد حمایت‌کننده اصلی:

برنامه پیشنهادی کارشناس با توجه به غربالگری عوامل خطر سلامت اجتماعی:

ارجاع به پزشک توانمندسازی فردی توانمندسازی گروهی توانمندسازی اجتماعی

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:
 تاریخ و ساعت تکمیل فرم:

دستورالعمل تکمیل فرم ارزیابی تکمیلی عوامل خطر سلامت اجتماعی برای کارشناس سلامت روانی

اجتماعی

۱) مشخصات جمعیت شناختی

این قسمت مربوط به مشخصات جمعیت شناختی بیمار است که از بیمار یا همراه او پرسیده و یادداشت می‌شود. به تعاریف زیر دقت فرمایید:

- **متارکه:** جدایی از همسر بدون طلاق رسمی و قانونی
- **مستمری بگير:** فردی که از محل خدمت سابق خود و یا سرپرست خانوار، حقوق ثابت دریافت می‌کند.
- **بیکار دارای درآمد:** فرد بدون شغلی که از طریق کار کردن امرار معاش نمی‌کند، اما درآمدی ثابت از یک منبع دیگر مثل سرمایه یا ملک شخصی دارد.
- **بیکار جویای کار:** فرد بدون شغلی که منبع درآمدی ندارد و به دنبال شغل مناسب و کسب درآمد می‌باشد.
- **تحت پوشش سازمان‌های حمایتی:** فرد بدون شغلی که منبع درآمد وی، سازمان‌های حمایتی مانند بهزیستی یا کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره) می‌باشد.

در این بخش افراد زیر غربال مثبت تلقی می‌گردند و در صورت ارایه رضایت شخصی جهت خدمات توانمندسازی فردی و اجتماعی به کارشناس سلامت روانی اجتماعی و در صورت لزوم دریافت خدمات پزشکی یا حمایتی سطح بالاتر از طریق پزشک به مراجع ذیربط ارجاع می‌شوند:

- افراد زیر ۱۸ سال که ترک تحصیل کرده‌اند.
- افرادی که در یک سال گذشته همسرشان فوت کرده، متارکه کرده یا طلاق گرفته‌اند.
- سرپرست خانواری که بیکار جویای کار می‌باشد.
- خانواده تحت پوشش سازمان‌های حمایتی

۲) بررسی عوامل خطر سلامت اجتماعی

- در صورتی که در خود مراجع یا خانواده او، معلولیت جسمی (فلج مغزی، فلج اندام، نابینایی، ناشنوایی و ...)، ناتوانی ذهنی، بیماری شدید روانپزشکی (اسکیزوفرنی، افسردگی شدید، بیماری دوقطبی و ...) و یا بیماری مزمن جسمانی (سرطان، ام‌اس، نارسایی کلیه و نیاز به دیالیز و ...) وجود دارد، آن را مشخص نمایید.
- در صورتی که در خود مراجع یا خانواده او، کسی مبتلا به سوءمصرف مواد (تریاک، هروئین، شیشه، حشیش، مواد روانگردان و ...) می‌باشد، آن را مشخص نمایید. مشخص نمایید که فرد مبتلا در خانواده چه کسی است و آیا سرپرست خانوار هست یا خیر؛ از مراجع بپرسید که سوءمصرف مواد مستقیماً منجر به کدامیک از پیامدها (بیکاری، پرخاشگری، سابقه بازداشت یا محکومیت) را به دنبال داشته است و آن را علامت بنزد.

- از مراجع در مورد دریافت خدمات پزشکی و توانبخشی بیمار سؤال نمایید.
 - در صورتی که خود مراجع یا کسی در خانواده او در حال حاضر به علت محکومیت قضایی، زندانی است و یا در مرخصی از زندان به سر می برد، آن را مشخص نمایید. مشخص نمایید که فرد مبتلا در خانواده چه کسی است و آیا سرپرست خانوار هست یا خیر.
 - **همسرآزاری:** در مورد زنان متأهل بالای ۱۵ سالی که مراجعه کرده و یا ارجاع شده‌اند، در صورتی که مشکوک به هر یک از موارد سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی، صدمه حین بارداری، مراقبت ناکافی، یا اهمال کاری از نظر مراقبت‌های پزشکی هستند، آن را مشخص نمایید. همچنین مشخص نمایید که آیا در حال حاضر، برای ادامه زندگی مراجع یا فرزند وی خطر جانی یا آسیب وجود دارد یا خیر.
 - **کودک آزاری:** در مورد کودکان یا نوجوانانی که مراجعه کرده و یا ارجاع شده‌اند، در صورتی که مشکوک به هر یک از موارد سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی، مراقبت ناکافی، یا اهمال کاری از نظر مراقبت‌های پزشکی هستند، آن را مشخص نمایید. همچنین مشخص نمایید که برای ادامه زندگی مراجع یا فرزند وی خطر جانی یا آسیب وجود دارد یا خیر.
 - **سالمند آزاری:** در مورد افراد بالای ۶۵ سالی که مراجعه کرده و یا ارجاع شده‌اند، در صورتی که مشکوک به هر یک از موارد سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی، مراقبت ناکافی، یا اهمال کاری از نظر مراقبت‌های پزشکی هستند، آن را مشخص نمایید. همچنین مشخص نمایید که آیا در حال حاضر، برای ادامه زندگی مراجع خطر جانی یا آسیب وجود دارد یا خیر.
- در موارد همسرآزاری و سالمندآزاری مشخص نمایید که در صورت احساس خطر برای فرد مورد آزار قرارگرفته، آیا آنها تمایل به استفاده از امکانات اسکان موقت در خانه امن دارند یا خیر.
- در این بخش افراد زیر غربال مثبت تلقی می گردند و در صورت ارایه رضایت شخصی جهت خدمات توانمندسازی فردی و اجتماعی به کارشناس سلامت روانی اجتماعی و در صورت لزوم دریافت خدمات پزشکی یا حمایتی سطح بالاتر از طریق پزشک به مراجع ذیربط ارجاع می شوند:
- سرپرست خانوار مبتلا به بیماری مزمن جسمی یا روانپزشکی / ناتوانی ذهنی / معلولیت جسمی که در حال حاضر خدمات پزشکی یا توانبخشی دریافت نمی‌کند.
 - سرپرست خانوار مبتلا به سوءمصرف مواد دچار هر یک از پیامدهای بیکاری، پرخاشگری، مشکلات قانونی و غیره که در حال حاضر خدمات پزشکی یا توانبخشی دریافت نمی‌کند.

- خانواده‌های زندانیان سرپرست خانوار
- زنان متأهل بالای ۱۵ سال، کودکان و نوجوانان و سالمندانی که از سوءرفتار جسمی، جنسی، حین بارداری، مراقبت ناکافی و یا اهمال کاری در مراقبت‌های پزشکی رنج می‌برند.

افراد زیر در عین حال باید به پزشک ارجاع شوند:

- سرپرست خانوار مبتلا به بیماری مزمن جسمی یا روانپزشکی/ ناتوانی ذهنی/ معلولیت جسمی که در حال حاضر خدمات پزشکی یا توانبخشی دریافت نمی‌کند.
- سرپرست خانوار مبتلا به سوءمصرف مواد دچار هر یک از پیامدهای بیکاری، پرخاشگری، یا مشکلات قانونی که در حال حاضر خدمات پزشکی یا توانبخشی دریافت نمی‌کند.
- زنان متأهل بالای ۱۵ سال، کودکان و نوجوانان و سالمندانی که از سوءرفتار جسمی، جنسی، حین بارداری، مراقبت ناکافی و یا اهمال کاری در مراقبت‌های پزشکی رنج می‌برند.

۳) ارزیابی نهایی و برنامه پیشنهادی کارشناس سلامت روان

از مراجع سؤال نمایید که آیا تمایل دارد از خدمات ارایه شده در مرکز استفاده نماید، ترجیح وی استفاده از چه نوع خدماتی است و از وی بخواهید که فردی از اعضای خانواده و یا آشنایان را که می‌تواند در مواقع لزوم روی حمایتشان حساب نماید را نام ببرد و در صورت امکان شماره تماسی از وی به شما بدهد.

برنامه پیشنهادی خود را با توجه به غربالگری عوامل خطر سلامت اجتماعی از بین موارد ذیل انتخاب نمایید:

۱. ارجاع به پزشک
۲. توانمندسازی فردی
۳. توانمندسازی گروهی
۴. توانمندسازی اجتماعی

غربالگری در حوزه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد (اعتیاد)

غربالگری اولیه اعتیاد (توسط کارشناس مراقب سلامت):

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد فرصت منحصر به فردی فراهم می‌آورد تا درک بهتری از مشکلات سلامتی فرد به دست آورده و بهتر به او خدمات ارایه دهیم، به فرد بازخورد ارایه دهیم به این معنا که رفتارها مثبت را تشویق کنیم و برای رفتارهای پرخطر به فرد آموزش، توصیه و ارجاع ارایه کنیم فرد را برای غربالگری تکمیلی و خدمات مورد نیاز ارجاع دهیم.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در تمام اعضای بالای ۱۸ سال خانوار در زمان تکمیل پرونده باید با رعایت حریم خصوصی و از طریق مصاحبه با خود فرد تکمیل گردد.

علاوه بر این غربالگری اولیه در دوران بارداری و همچنین اجرای فرصت طلبانه غربالگری اولیه در افرادی واجد علائم و نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد توسط کارکنان تیم سلامت همچون کارشناس مراقب سلامت خانواده، بهورز، ماما و کاردان بهداشت دهان و دندان مراکز خدمات جامع سلامت توصیه می‌گردد.

در صورتی که یکی از اعضای خانواده به مرکز مراجعه نموده و مشکل مصرف سیگار، الکل و مواد در یکی دیگر از اعضای خانواده را با کارشناس مراقبت سلامت در میان بگذارد، در آن صورت غربالگری اولیه بر اساس گزارش اولیه تکمیل شده و نتایج غربالگری اولیه به صورت مشکوک و با درج منبع شرح حال در پرونده فرد ثبت می‌گردد.

به منظور کاهش حساسیت نسبت به سؤالات در پرسش یک ابتدا درباره مصرف طول عمر درباره موارد زیر پرسیده می‌شود.

- سیگار و محصولات تنباکو
- داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف شامل:
 - داروهای اُپیوئیدی مسکن و ضداسهال (دیفنوکسیلات، ترامادول، کدئین و...)
 - داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور (دیازپام، کلونازپام، آلپرازولام و...)

▪ الکل

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، می‌باشد. در صورتی که مراجع هر یک از این داروهای را به دستور پزشک و با دوز و طول مدت تجویزی مصرف می‌کند، غربالگری او منفی خواهد بود. صرف نظر از پاسخ مراجع به این پرسش‌ها، بعد از پرسیدن سؤال یک، پرسش دو به صورت پاسخ باز درباره سایر مواد از مراجع سؤال می‌شود.

غربالگری اولیه مصرف سیگار، الکل و مواد با پرسش از مصرف کلیه مواردی که فرد در طول عمر مصرف نموده در سه ماه اخیر خاتمه می‌یابد.

پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد:

نام و نام خانوادگی: شماره پرونده: تاریخ تکمیل فرم:

منبع شرح حال: خود فرد یکی از اعضای خانواده: (نسبت عضو خانواده را مشخص کنید:) (.....)

مقدمه (برای مراجع بخوانید):

«در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. این مواد را می‌توان به صورت تدریجی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. (کارت پاسخ را به مراجع بدهید). برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهای که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید. به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخ‌گویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارائه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید.»

پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی	پرسش ۲- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)				الف- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)						
ب- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکیسیلات، غیره)				ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)						
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)				ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، إکس، ریتالین، غیره)						
د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)				د- سایر - مشخص کنید:...						

پرسش ۳- در صورت پاسخ مثبت به هر یک، در سه ماه اخیر چطور؟

کارت پاسخ:

پرسش ۱
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
ب- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)
د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)
پرسش ۲
الف- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)

دستورالعمل اجرا:

- مقدمه غربال‌گری اولیه را برای مراجع بخوانید.
- به صورت خاص بر نکات زیر در مقدمه تأکید فرمایید:
- پیش از شروع پرسشگری برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید که در این بخش می‌خواهید پرسش‌های درباره مصرف سیگار، الکل و مواد بپرسید.
- به خدمت‌گیرنده یادآور شوید این خدمت به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
- برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «برخی از مواد فهرست‌شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید.
- به خدمت‌گیرنده توضیح دهید پاسخ‌گویی باز و صادقانه به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند هر چند مراجعه‌کننده می‌تواند در صورت عدم تمایل به این پرسش‌ها پاسخ ندهد.

پرسش ۱:

- پرسش ۱ را برای تمام گروه‌های مواد پیش‌بینی شده ذیل آن بپرسید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام مواد، بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- پاسخ مراجع را در محل پیش‌بینی شده درج نمایید.
- سپس، پرسش ۲ را بپرسید.

پرسش ۲:

- در صورت پاسخ مثبت، پاسخ را برای سایر گروه‌های مواد پیش‌بینی شده ذیل پرسش ۲ تکمیل کنید.
- در صورت پاسخ منفی به پرسش ۲ بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- در صورتی که نام خیابانی مواد مورد مصرف در منطقه شما با مثال‌های ارائه شده در جدول متفاوت باشد، شما می‌توانید با هماهنگی با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مثال‌های متناسب با منطقه خود را به جدول اضافه فرمایید.

پرسش ۳:

- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروه‌های مواد در پرسش ۱ و ۲، پرسش ۳ را بپرسید.
- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد، از مراجع تشکر نموده، بازخورد ارائه داده و او را برای غرباگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام موارد، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارائه دهید.

دستیابی به پاسخ‌ها صحیح در غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد نیاز به زمان و ایجاد ارتباط مؤثر و اعتماد بین جمعیت تحت پوشش و کارشناس مراقب سلامت دارد. برای آشنایی با مهارت‌های مشاوره پایه به کتابچه «راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد ویژه کارشناس مراقب سلامت خانواده» مراجعه فرمایید.

هدف اولیه در شروع غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید.

غربالگری تکمیلی اعتیاد (توسط کارشناس سلامت روانی اجتماعی):

غربالگری تکمیلی در حوزه اعتیاد بر اساس ابزار غربالگری درگیری با الکل، سیگار و مواد سازمان جهانی بهداشت (ASSIST-WHO) توسط روانشناس تیم مستقر در مرکز جامع سلامت از سؤال ۴ به بعد انجام خواهد پذیرفت.

مقدمه (لطفاً برای مراجع بخوانید):

از این که پذیرفتید در این مصاحبه کوتاه درباره مصرف انواع تنباکو، مواد و الکل شرکت کنید از شما متشکرم. می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف این مواد در طول عمر و سه ماه گذشته پرسم. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد (کارت مواد را نشان دهید).

برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرامبخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید. گرچه می‌خواهیم درباره مصرف مواد غیرمجاز مختلف توسط شما بدانیم، به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود.

هر روز یا تقریباً هر روز	هفتگی	ماهانه	یک یا دو بار	هرگز	پرسش ۴- در سه ماه گذشته، مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) توسط شما چند وقت یک بار منجر به مشکلات سلامتی، اجتماعی، قانونی یا مالی شده است؟
۷	۶	۵	۴	۰	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک، آمپول، نورجیزک، تمجیزک، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کدئین، ترامادول، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ج- حشیش (سیگاری، ماری جوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	د- محرک‌های اقماتمینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، کریستال، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ه- آرامبخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، والیوم، لورازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، الکل سفید، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ز- مواد استنشاقی (چسب، بنزین، تینر، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ح- توهم‌زاها (ال‌اس‌دی، گرد فرشته، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ط- کوکائین (کوک، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ی- سایر - مشخص کنید:

هر روز یا تقریباً هر روز	هفتگی	ماهانه	یک یا دو بار	هرگز	پرسش ۵- در سه ماه گذشته، چند وقت یک بار به خاطر مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) نتوانسته‌اید وظایفی را که به صورت معمول از شما انتظار می‌رود انجام دهید؟
۸	۷	۶	۵	+	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک، آمپول نورجیزک، تمجیزک، تمجیزک، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کدئین، ترامادول، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	ج- حشیش (سیگاری، ماری جوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، کریستال، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، والیوم، لورازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، الکل سفید، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	ز- مواد استنشاقی (چسب، بنزین، تینر، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	ح- توهم‌زاها (ال‌اس‌دی، گرد فرشته، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	ط- کوکائین (کوک، غیره)
۸	۷	۶	۵	+	ی- سایر- مشخص کنید:

نکته: پرسش ۶ و ۷ را برای تمام موادی که تاکنون مصرف شده‌اند، بپرسید (موارد تأیید شده در پرسش ۱)

بله، اما در ۳ ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه هرگز	پرسش ۶- آیا تاکنون کسی از اعضای خانواده، بستگان، دوستان یا اشخاص دیگر نسبت به مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) شما ابراز نگرانی کرده است؟
۳	۶	+	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۶	+	ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک، آمپول نورجیزک، تمجیزک، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کدئین، ترامادول، غیره)
۳	۶	+	ج- حشیش (سیگاری، ماری جوانا، وینت، گراس، بنگ، غیره)
۳	۶	+	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، کریستال، غیره)
۳	۶	+	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، والیوم، لورازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۶	+	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، الکل سفید و غیره)
۳	۶	+	ز- مواد استنشاقی (چسب، بنزین، تینر، غیره)

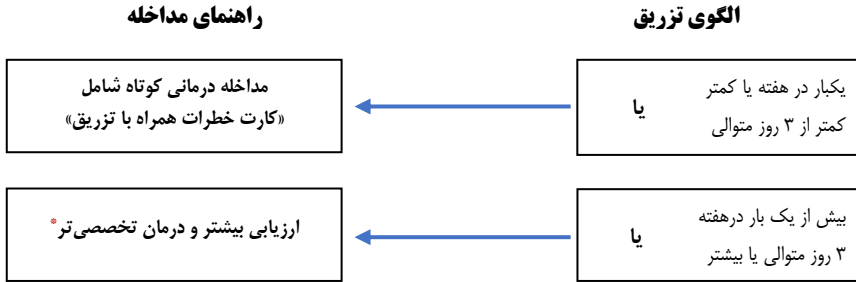
ح- توهمزها (ال اس دی، گرد فرشته، غیره)	+	۶	۳
ط- کوکائین (کوک، غیره)	+	۶	۳
ی- سایر- مشخص کنید:	+	۶	۳

پریش ۷- آیا تاکنون سعی یا اقدام ناموفق در کنترل، کاهش یا قطع مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) داشته‌اید؟	نه هرگز	بله، در ۳ ماه گذشته	بله، اما در ۳ ماه گذشته
الف- انواع تباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)	+	۶	۳
ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک، آمپول نورجیزک، تمجیزک، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کدئین، ترامادول، غیره)	+	۶	۳
ج- حشیش (سیگاری، ماری جوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)	+	۶	۳
د- محرک‌های آفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، کریستال، غیره)	+	۶	۳
ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، والیوم، لورازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)	+	۶	۳
و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، الکل سفید، غیره)	+	۶	۳
ز- مواد استنشاقی (چسب، بنزین، تینر، غیره)	+	۶	۳
ح- توهمزها (ال اس دی، گرد فرشته، غیره)	+	۶	۳
ط- کوکائین (کوک، غیره)	+	۶	۳
ی- سایر- مشخص کنید:	+	۶	۳

پریش ۸	نه هرگز	بله، در ۳ ماه گذشته	بله، اما در ۳ ماه گذشته
آیا تاکنون مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیربزشکی)	۰	۲	۱

نکته مهم:

برای تعیین سطح خطر و بهترین روش مداخله، باید از مراجعانی که در سه ماه گذشته مصرف تزریقی مواد داشته‌اند، درباره الگوی تزریق در طول این دوره سؤال شود.



چگونه امتیاز درگیری برای هر ماده خاص محاسبه می‌شود؟

برای هر ماده (الف تا ی) امتیاز دریافت شده برای پرسش‌های ۲ تا ۷ را با هم جمع کنید. امتیازهای حاصل از پرسش‌های ۱ و ۸ را در این جا وارد نکنید. برای مثال امتیاز حبشیش از مجموع امتیازهای ردیف ج سؤالات ۲ تا ۷ به صورت زیر قابل محاسبه است:

$$ج۲ + ج۳ + ج۴ + ج۵ + ج۶ + ج۷$$

توجه کنید که پرسش ۵ برای تنباکو کدگذاری نمی‌شود، و به این صورت محاسبه می‌شود:

$$الف۲ + الف۳ + الف۴ + الف۶ + الف۷$$

نوع مداخله برحسب امتیاز درگیری مراجع با هر ماده خاص تعیین می‌شود:

درمان تخصصی تر*	مداخله درمانی کوتاه	بدون مداخله	امتیاز ماده اختصاصی را درج نمایید	
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		الف- انواع تنباکو
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ب- ترکیبات آپیونی
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ج- حبشیش
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		د- محرک‌های آفتمینینی
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		و- نوشیدنی‌های الکلی
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ز- مواد استنشاقی
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ح- توهم‌زها
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ط- کوکائین
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ی- سایر مواد

توجه- * ارزیابی بیشتر و درمان تخصصی تر ممکن است توسط کارکنان مراقبت اولیه در مرکز خدمات جامع سلامت یا در صورت در دسترس بودن توسط مراکز درمان سوءمصرف مواد تأمین شود.

کارت پاسخ WHO-ASSIST برای مراجعان

کارت پاسخ- مواد

الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)

ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیبره، سوخته، هروئین، کراک، آمپول نورجیزک، تمجیزک، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کدئین، ترامادول، غیره)

ج- حشیش (سیگاری، ماری جوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)

د- محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، کریستال، غیره)

ه- آرام بخش ها یا قرص های خواب (دیازپام، والیوم، لورازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)

و- نوشیدنی های الکلی (آبجو، شراب، عرق، الکل سفید، غیره)

ز- مواد استنشاقی (چسب، بنزین، تینر، غیره)

ح- توهم زاها (ال اس دی، گرد فرشته، غیره)

ط- کوکائین (کوک، غیره)

ی- سایر- مشخص کنید:

ماهانه: ۱ تا ۳ بار در ماه

هفتگی: ۱ تا ۴ بار هفتگی

روزانه یا تقریباً روزانه: ۵ تا ۷ روز در هفته

کارت پاسخ (پرسش های ۶ تا ۸ ASSIST)

خبر، هرگز

بله، نه در سه ماه گذشته

بله، در ۳ ماه گذشته

موارد ارجاع فوری در حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

چنانچه در مورد مراجعان یکی از حالت‌های زیر مشاهده شود، ارجاع فوری به پزشک انجام می‌شود:

- اختلال در سطح هوشیاری
- توهم و هذیان
- خشونت و پرخاشگری به طوری که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود.
- افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی
- تشنج
- عوارض شدید داروهای روانپزشکی
- مسمومیت‌های ناشی از مصرف مواد و دارو (مصرف الکل و مواد مخدر و مصرف دارو بدون تجویز یا بیش میزان تجویز شده توسط پزشک)

ارجاع فوری (از طریق غربالگری و یا مراجعه اورژانسی) شامل موارد اورژانس روانپزشکی و موارد فوق، توسط کارشناس مراقب سلامت به پزشک و در صورت نیاز از سوی پزشک به سطوح تخصصی برای دریافت خدمات انجام می‌پذیرد. همچنین پیگیری پس از ارجاع فوری مواردی مانند اقدام به خودکشی از اولویت‌های شرح وظایف کارشناس سلامت روانی - اجتماعی (کارا) است.

ب) خدمات قابل ارایه و نحوه ارایه

آموزش مهارت‌های زندگی

هدف از ارایه خدمت چیست؟

سازمان جهانی بهداشت مهارت‌های زندگی را چنین تعریف نموده است: توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌ها و ضروریات زندگی روزمره خود کنار بیاید.¹ به طور کلی مهارت‌های زندگی عبارتند از توانایی‌هایی که منجر به ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه، غنای روابط انسانی، افزایش سلامت و رفتارهای سلامتی در سطح جامعه می‌گردند. مهارت‌های زندگی هم به صورت یک راهکار ارتقای سلامت روانی و هم به صورت ابزاری در پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی مبتلا به جامعه نظیر اعتیاد، خشونت‌های خانگی و اجتماعی، آزار کودکان، خودکشی، ایدز و موارد مشابه قابل استفاده است به طور کلی مهارت‌های زندگی ابزاری قوی در دست متولیان سلامت روانی جامعه در جهت توانمندسازی آحاد مردم در ابعاد روانی - اجتماعی است. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا مثبت عمل کرده، هم خودشان و هم جامعه را از آسیب‌های روانی - اجتماعی حفظ کرده و سطح بهداشت روانی خویش و جامعه را ارتقا بخشند.

به استناد بند د ماده ۹۵ و بند د ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در حوزه اجتماعی نیز دولت مکلف به ارایه آموزش مهارت‌ها گردیده است. در این راستا دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش به عنوان بدنه اصلی دولت و سایر سازمان‌ها از جمله سازمان بهزیستی کل کشور، سازمان امور جوانان، شهرداری‌ها و... به عنوان متولیان ارایه آموزش‌ها در سطح کشور اقدام به فعالیت نموده‌اند.

به چه افرادی با چه شرایطی خدمت ارایه می‌شود؟

گروه هدف آموزش مهارت‌های زندگی هر ساله از سوی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تعیین و به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ می‌گردد. به طور کلی گروه هدف کودکان، زنان و مردان می‌باشند.

مکان و تجهیزات مورد نیاز؟

مکان برگزاری کارگاه‌های آموزشی مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌ها و مراکز جامع خدمات سلامت در سراسر کشور می‌باشد.

چه کارهایی انجام می‌شود؟

از جمله اقدامات ستاد وزارت بهداشت در خصوص اجرای برنامه می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

الف: تدوین محتوای آموزشی مورد نیاز برنامه

¹ WHO 1994

ب: آموزش مربیان مربیان^۱

ج: آموزش مربیان^۲

پس از انجام مراحل فوق‌الاشاره، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای گروه هدف توسط مربیان تربیت شده به جامعه هدف صورت می‌پذیرد.

منابع مورد نیاز برای ارایه‌دهندگان خدمت چیست؟

- آموزش مهارت‌های زندگی، دکتر فتی و موتابی، انتشارات دانژه (برای گروه سنی بزرگسال)
- آموزش مهارت‌های زندگی، دکتر بینا، چاپ وزارت بهداشت، دفتر امور زنان (برای گروه سنی کودک)

نحوه نظارت و ارزشیابی و شاخص‌های ارزشیابی:

نظارت بر آموزش مهارت‌های زندگی بصورت بازدید و پرکردن چک لیست‌های ارزیابی برنامه صورت می‌پذیرد. شاخص‌های ارزشیابی برنامه شامل: تعداد افراد آموزش دیده تقسیم بر جمعیت گروه هدف تقسیم بر تعداد آموزش‌دهندگان می‌باشد که پوشش آموزش مهارت‌های زندگی به ازای هر مدرس را نشان می‌دهد.

¹ Training of Trainers

² Training

آموزش مهارت‌های فرزند پروری

هدف از ارایه خدمت چیست؟

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 سازگاری است. نحوه تعامل والدین با کودک و جو روانی-عاطفی حاکم بر خانواده، خصوصیات شخصیتی و رفتاری کودک را شکل می‌دهد. روابط نادرست کودک با والدین، عدم توجه به فعالیت‌ها و پیشرفت‌ها، فقدان توجه به حقوق و احساسات کودک منابع مؤثری در رشد نارسا و ناسازگاری فردی می‌باشد. شیوه‌های گوناگون فرزندپروری در میان کودکان و نوجوانان رفتارهای متفاوتی به وجود می‌آورد. منظور از شیوه‌های فرزندپروری، روش‌هایی است که والدین برای کنترل فرزندان خود در پیش می‌گیرند. شواهد قوی وجود دارد که نشان می‌دهد روش تربیتی کودک و عوامل خطر مرتبط با خانواده در ایجاد اختلال سلوک در کودکان نقش دارد.

همچنین مطالعات دیگر نشان می‌دهد سبک تربیتی والدین یک عامل مهم پیش‌بینی کننده سوءرفتار با کودکان و همچنین عامل اساسی در انتقال و تداوم کودک آزاری از نسلی به نسل دیگر است. مطالعات متعددی نیز نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های فرزندپروری موجب بهبود رفتار والدین، کاهش سوءرفتار با کودکان (کودک آزاری)، 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 می‌شود. به طور کلی هدف از آموزش مهارت‌های فرزندپروری به شرح ذیل می‌باشد:

- انگ‌زدایی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و عادی‌سازی مراجعه والدین برای دریافت مشاوره در این زمینه با استفاده از اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی عمومی (برنامه ملی)
- افزایش دانش و آگاهی والدین در زمینه تربیت‌سازنده فرزندان شامل:
 - آشنایی با مراحل رشد طبیعی کودکان
 - آشنایی با اصول تربیت‌سازنده فرزندان
 - آشنایی با مشکلات رفتاری کودکان
 - آشنایی با برخی اختلال‌های هیجانی و رفتاری خاص در کودکان

به چه افرادی با چه شرایطی خدمت ارایه می‌شود؟

گروه هدف آموزش مهارت‌های فرزندپروری که شامل والدین کودکان ۲-۱۲ سال می‌باشد.

مکان و تجهیزات مورد نیاز؟

مکان برگزاری کارگاه‌های آموزشی مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌ها و مراکز جامع خدمات سلامت در سراسر کشور می‌باشد. از جمله اقدامات ستاد وزارت بهداشت در خصوص اجرای برنامه می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

الف: تدوین محتوای آموزشی مورد نیاز برنامه

ب: آموزش مربیان مربیان^۱

ج: آموزش مربیان^۲

پس از انجام مراحل فوق‌الذکر، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای گروه هدف توسط مربیان تربیت شده به جامعه هدف صورت می‌پذیرد.

منابع مورد نیاز برای ارایه‌دهندگان خدمت چیست؟

آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای کودکان ۲-۱۲ سال، انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان

نحوه نظارت و ارزشیابی و شاخص‌های ارزشیابی:

نظارت بر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به صورت بازدید و پرکردن چک لیست‌های ارزشیابی برنامه صورت می‌پذیرد. شاخص‌های ارزشیابی برنامه شامل: تعداد افراد آموزش دیده تقسیم بر جمعیت گروه هدف تقسیم بر تعداد آموزش‌دهندگان می‌باشد که پوشش آموزش مهارت‌های فرزندپروری به ازای هر مدرس را نشان می‌دهد.

¹ Training of Trainers

² Training

دستورالعمل رفتار با کودک و نوجوان در بخش بهداشت و درمان

هدف از ارایه خدمت چیست؟

یکی از مهمترین نیازهای کودکان در تمامی دنیا، نیاز به امنیت روانی است، در چنین فضایی است که کودک از رشد روانی، رفتاری و جسمی بهتری برخوردار است. کودکان در محیطی که مراقبت کننده و حمایت‌گر باشد رشد مناسب و نرمال‌تری دارند. در چنین محیط‌هایی کودکان فرصت بروز توانایی‌های بالقوه خود را دارند. محیط‌هایی که فرصت بهتری در مسیر رشد و شکوفایی کودکان فراهم می‌کنند، عوارض روانی و رفتاری ناشی از ناکامی‌ها، ناتوانی‌ها و استرس‌های کودکان را به حداقل می‌رسانند.

برای دستیابی به چنین هدفی لازم است کلیه مراکزی که به نحوی با کودکان سروکار دارند اعم از مراکز درمانی، آموزشی، خدماتی، تفریحی، ورزشی و... با ملاک‌ها و معیارهای چگونگی رفتار و تعامل با کودکان آشنا باشند. بر همین اساس رفتار با کودک مهارت و دانشی است که آموختن آن امری انکارناپذیر است و یکی از مهمترین گروه‌هایی که به واسطه شغل‌شان به طور مستمر با کودکان مواجه هستند، کارکنان سیستم بهداشتی و درمانی هستند.

به چه افرادی با چه شرایطی خدمت ارایه می‌شود؟

گروه هدف این برنامه در مرحله اول پرسنل بهداشتی و درمانی شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت می‌باشند که به نوعی به ارایه خدمت به کودکان می‌پردازند.

در مرحله دوم گروه هدف برنامه شامل کودکان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت می‌باشند.

مکان و تجهیزات مورد نیاز؟

مکان برگزاری برنامه در مراکز خدمات جامع سلامت شامل مرکز بهداشت و بیمارستان می‌باشد.

چه کارهایی انجام می‌شود؟

الف: تدوین محتوای آموزش مورد نیاز

ب: آموزش مربیان مریدان دستورالعمل رفتار با کودک و نوجوان در بخش بهداشت و درمان

ج: آموزش پرسنل بهداشت و درمان شاغل در مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها

د: نظارت بر برقراری ارتباط صحیح و ارایه خدمت مناسب به کودکان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت

منابع مورد نیاز برای ارایه‌دهندگان خدمت چیست؟

راهنمای عملی اجرای دستورالعمل رفتار و مراقبت از کودکان و نوجوانان در مراکز بهداشتی - درمانی کشور. نویسندگان: دکتر فریبا عربگل، دکتر مژگان خادمی، دکتر زهرا شهرپور

نحوه نظارت و ارزشیابی و شاخص‌های ارزشیابی:

نظارت بر اجرای برنامه از طریق بررسی چک لیست‌های ارزیابی برنامه بر اساس استانداردهای رفتاری، در مراکز خدمات جامع سلامت صورت می‌پذیرد.

برنامه پیشگیری از رفتارهای خودکشی

هدف از ارائه خدمت چیست؟

خودکشی یک مشکل بزرگ سلامت عمومی است، با این وجود خودکشی با مداخلات کم هزینه قابل پیشگیری است و حکومت‌ها و سیاست‌گذاران باید در تمام دنیا برنامه پیشگیری از خودکشی را در اولویت برنامه‌های سلامت قرار دهند. تخمین‌های جهانی نشان می‌دهد که سالیانه بین ۲۰ تا ۵۰ میلیون اقدام به خودکشی ثبت می‌شود که معمولاً منجر به یک میلیون مرگ در سال می‌شود، که این تعداد بیش از تعداد مرگ ناشی از جنگ و یا دیگر کشتی می‌باشد. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت خودکشی سیزدهمین علت مرگ در جهان بوده و در گروه سنی ۱۵-۳۴ سال به عنوان سومین علت مرگ شناخته شده است.

در ایران هم خودکشی به عنوان یک پدیده‌ای که باید به آن توجه شود، مد نظر بوده است. بررسی موارد اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در طی چند سال که توسط وزارت بهداشت انجام شده است، نشان می‌دهد که حدود ۶۰٪ موارد اقدام‌کننده به خودکشی زن هستند. بیشترین سطح تحصیلی در اقدام‌کنندگان دیپلم است و کمترین به سطح تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر اختصاص دارد. شایعترین روش اقدام به خودکشی مسمومیت دارویی می‌باشد و بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی در محدوده سنی ۱۵-۲۴ سال بودند. از نظر وضعیت تأهل، بیشترین سهم اقدام به خودکشی در افراد مجرد بود. آمارها نشان می‌دهد که ۵٪-۴ موارد اقدام به خودکشی منجر به فوت گردید. بررسی محل سکونت نشان داد که ۸۰٪ موارد اقدام در کسانی بوده است که در شهرها زندگی می‌کردند و در صد قابل توجهی از اقدام‌کنندگان از نظر شغلی خانه‌دار بودند.

بررسی موارد اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در طی چند سال که توسط وزارت بهداشت انجام شده است، نشان می‌دهد که حدود ۶۰٪ موارد اقدام‌کننده به خودکشی زن هستند. بیشترین سطح تحصیلی در اقدام‌کنندگان دیپلم است و کمترین به سطح تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر اختصاص دارد. شایعترین روش اقدام به خودکشی مسمومیت دارویی می‌باشد و بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی در محدوده سنی ۱۵-۲۴ سال بودند. از نظر وضعیت تأهل، بیشترین سهم اقدام به خودکشی در افراد مجرد بود. آمارها نشان می‌دهد که ۵٪-۴ موارد اقدام به خودکشی منجر به فوت گردید. بررسی محل سکونت نشان داد که ۸۰٪ موارد اقدام در کسانی بوده است که در شهرها زندگی می‌کردند و در صد قابل توجهی از اقدام‌کنندگان از نظر شغلی خانه‌دار بودند.

به چه افرادی با چه شرايطی خدمت ارائه می‌شود؟

گروه هدف هر ساله از سوی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تعیین و به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ می‌گردد. به طور کلی گروه هدف شناسایی افکار خودکشی در گروه‌های پر خطر و در معرض خطر خودکشی: «علاوه بر افسردگی که یکی از علل شایع اقدام به خودکشی می‌باشد، لازم است که کارکنان نظام سلامت

نسبت به گروه‌های در معرض خطر و پر خطر خودکشی آگاهی لازم را داشته و نسبت به شناسایی افکار خودکشی در این گروه‌ها حساس باشند.»

گروه‌های پر خطر و در معرض خطر کدامند؟

- بچه‌های طلاق، بی‌سرپرست، خانواده افراد و بیکار
- زنان بی‌سرپرست
- بیماران صعب‌العلاج
- افراد با سوءمصرف مواد و الکل
- افراد دارای مشکلات عاطفی اخیر یا طلاق
- مبتلایان به بیماری‌های جسمی مزمن و ناتوان‌کننده
- گروه‌های پر خطر: بیماران افسرده، بیماران با سایر اختلالات روانپزشکی، اقدام‌کنندگان به خودکشی با سابقه قبلی، سابقه فامیلی خودکشی و افراد دارای افکار خودکشی

مکان و تجهیزات مورد نیاز؟

مکان برگزاری کارگاه‌های آموزشی مراکز خدمات جامع سلامت در سراسر کشور می‌باشد.

چه کارهایی انجام می‌شود؟

برای عملیاتی نمودن این برنامه دستورالعمل اجرایی و بسته‌های آموزشی برای کارکنان سطوح مختلف تدوین شده است. عمده فعالیت‌ها در راستای استقرار برنامه به شرح زیر بوده است:

- آموزش بهورزان، کارشناسان مراقب سلامت و کارشناسان سلامت روان در حوزه مدیریت، مراقبت و پیگیری رفتارهای خودکشی
- آموزش رابطین بهداشتی در مورد نحوه برخورد با رفتارهای خودکشی
- آموزش معلمان و مشاوران مدارس در مورد خودکشی و مدیریت آن
- آموزش عموم جامعه در جهت تصحیح نگرش و ارتقای سطح آگاهی با تأکید بر انگ‌زدایی
- ثبت داده‌های رفتارهای خودکشی شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی
- آموزش اصحاب رسانه در جهت بهبود نحوه گزارش رفتارهای خودکشی در رسانه‌ها
- گروه هدف آموزش مهارت‌های زندگی هر ساله از سوی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تعیین و به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ می‌گردد. به طور کلی گروه هدف کودکان، زنان و مردان می‌باشند.
- آموزش پزشکان برای مداخله در هنگام برخورد با افراد در معرض خطر خودکشی بر اساس کتاب پشتیبان

منابع مورد نیاز برای ارائه‌دهندگان خدمت چیست؟

جزوات آموزشی موجود برای گروه‌های هدف در برنامه که به صورت فایل در اختیار کارشناسان مسؤوول در دانشگاه‌ها قرار گرفته است.

نحوه نظارت و ارزشیابی و شاخص‌های ارزشیابی:

نظارت بر اجرای برنامه پیشگیری از رفتارهای خودکشی به صورت بازدید و پرکردن چک لیست‌های ارزیابی برنامه صورت می‌پذیرد.

شاخص‌های ارزشیابی برنامه شامل: میزان اقدام به خودکشی، میزان مرگ ناشی از خودکشی به تعداد جمعیت به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد.

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا

هدف از ارایه خدمت چیست؟

- هدف کلی: پیشگیری از عوارض روانی اجتماعی ناشی از حوادث غیرمترقبه
- اهداف اختصاصی: ۱- کاهش شیوع و پیشگیری از تشدید عوارض روانی ناشی از حوادث و بلایا ۲- افزایش توان انطباق و آماده سازی جامعه ۳- تقویت مهارت اجتماعی بازماندگان و کمک به جامعه برای سازماندهی مجدد ۴- ارتقای سطح سلامت روان در جامعه

به چه افرادی با چه شرایطی خدمت ارایه می‌شود؟

افراد آسیب‌دیده از حادثه و جمعیت عمومی، برای افراد آسیب‌دیده پس از حادثه غربالگری انجام می‌شود، سپس بر اساس پروتکل کشوری مداخلات تخصصی توسط کارشناسان سلامت روان انجام می‌شود، برای جمعیت عمومی با هدف پیشگیری از عوارض در شرایط بحران آموزش‌های اولیه روانشناختی انجام می‌شود.

چه کارهایی انجام می‌شود؟

ظرفیت‌سازی و توانمندسازی کارشناسان سلامت روان، بررسی نیازها و سطح آسیب توسط کارشناس سلامت روان، غربالگری افراد آسیب‌دیده، تشکیل گروه‌های همسان آسیب‌دیده، ارایه خدمات روانشناختی تکنیکال براساس برنامه کشوری، پیگیری، ارجاع در صورت نیاز

منابع و رفرانس‌های مورد نیاز برای ارایه‌دهندگان خدمت چیست؟

کتاب‌های تألیف شده توسط دفتر سلامت روان وزارت بهداشت برای گروه‌های هدف مانند: روانشناس، روانپزشک، پزشک عمومی، بهروز و رابط، مدیران بهداشتی و معلمان و مشاوران مدارس

نحوه نظارت و ارزشیابی و شاخص‌های ارزشیابی:

از طریق چک لیست‌های ارزیابی طبق دستورالعمل مرتبط

تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی

هدف از ارایه خدمت چیست؟

این برنامه با هدف مدیریت و پیشگیری اولیه از ابتلا به بیماری‌های مزمن شایع روانپزشکی با رویکرد غربال‌گری، مراقبت و ارجاع جهت دریافت خدمت تخصصی در حوزه سلامت روان توسط پزشک (مداخلات دارویی) و آموزش‌های روانشناختی و مهارت‌آموزی توسط روانشناس (به صورت گروهی و انفرادی) برای تمام گروه‌های سنی تنظیم شده است و ارجاع به سطوح تخصصی بر اساس تشخیص پزشک صورت می‌گیرد.

همچنین بررسی اورژانس‌های روانپزشکی و مداخله مؤثر بر اساس دستورالعمل و غربال‌گری و مراقبت بیماری صرع و شناسایی موارد معلولیت ذهنی با هدف توانمندسازی خانواده بیماران نیز از اهداف برنامه به شمار می‌آید. از دیگر اهداف این برنامه جمع‌آوری آمار موارد شناسایی شده جدید و تعداد دفعات مراقبت بر اساس گروه هدف (گروه‌های سنی و مادران باردار) می‌باشد که هر ماه جمع‌آوری شده و هر سه ماه به ستاد مرکز گزارش می‌شود.

به چه افرادی با چه شرایطی خدمت ارایه می‌شود؟

تمام گروه‌های سنی مراجعه کننده در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) پس از غربالگری توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت خانواده؛ بر اساس فلوجارت ارایه خدمات در حوزه سلامت روان به پزشک و روانشناس (کارشناس سلامت روانی اجتماعی) ارجاع می‌شوند.

مکان و تجهیزات مورد نیاز؟

خانه‌ها/ پایگاه‌های بهداشتی و مراکز خدمات جامع سلامت سراسر کشور با حضور بهورز و پزشک و مراکز جامع سلامت با حضور کارشناس مراقب سلامت خانواده، پزشک و کارشناس سلامت روانی اجتماعی (روانشناس) محل ارایه خدمات در اتاق‌های اختصاصی ارایه خدمات هستند.

چه کارهایی انجام می‌شود؟

پرسنل تیم سلامت بر اساس وظایف تخصصی در حوزه سلامت روان اقدام به غربالگری اولیه، ارزیابی تخصصی و ارایه خدمات روانشناختی (شامل آموزش‌های روانشناختی و مهارت‌آموزی) خواهند داشت.

بدین ترتیب ابزارهای استاندارد و هنجار شده در ایران و دستورالعمل‌های اختصاصی با هدف گذاری بر روی اختلالات شایع روانپزشکی در پنج گروه طبقه بندی اختلالات سایکوتیک، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، دمانس و اختلالات شایع کودک و نوجوان (بر اساس دستورالعمل مانند بیش فعالی، رفتارهای مقابله‌ای، اختلالات دفعی و...) و بیماری‌های صرع و معلولیت جسمی جهت غربالگری ارایه شده است.

غربالگری در حوزه روان با ۳ تست شامل پرسشنامه تعیین وضعیت سلامت روان کودکان و نوجوانان برای گروه سنی ۷ تا ۱۵ سال، پرسشنامه شش سؤالی تعیین اضطراب و افسردگی برای گروه سنی ۱۵ تا ۶۰ سال و پرسشنامه غربالگری

افسردگی سالمندان برای گروه سنی ۶۰ سال به بالا و همچنین چهار گروه سؤال استاندارد جهت ارزیابی اقدام به رفتارهای خودکشی، صرع، اختلالات سایکوتیک و تشخیص معلولیت ذهنی و دمانس طراحی شده‌اند.

منابع مورد نیاز برای ارایه‌دهندگان خدمت چیست؟

- کتاب کارشناس مراقب سلامت خانواده/ بهورز (تألیف ستاد وزارت بهداشت)
- کتاب پزشک در حوزه سلامت روان (تألیف ستاد وزارت بهداشت و انستیتو روانپزشکی)
- کتاب کارشناس سلامت روانی اجتماعی (تألیف ستاد وزارت بهداشت و انستیتو روانپزشکی)

نحوه نظارت و ارزشیابی و شاخص‌های ارزشیابی:

نظارت بر اجرای برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی بصورت بازدید و پرکردن سه چک لیست ارزیابی فرایندی در عملکرد پرسنل تیم سلامت (پزشک، روانشناس و کارشناس مراقب سلامت خانواده/ بهورز) توسط کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) شهرستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و کارشناسان مسؤو ستاد دانشگاهی صورت می‌گیرد و بر اساس امتیاز کسب شده درصد پرداخت توسط مدیریت شبکه انجام خواهد گرفت.

شاخص‌های ارزشیابی برنامه شامل:

- میزان موارد شناسایی شده جدید در هر هزار نفر جمعیت تحت پوشش برنامه به تفکیک شهر و روستا و بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی در هفت گروه (اختلالات سایکوتیک، افسردگی، اضطراب، دمانس و اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان، معلولیت ذهنی و بیماری صرع) انجام می‌پذیرد.
- میزان مراقبت در هر هزار نفر جمعیت تحت پوشش برنامه به تفکیک شهر و روستا و بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی در هفت گروه (اختلالات سایکوتیک، افسردگی، اضطراب، دمانس و اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان، معلولیت ذهنی و بیماری صرع) انجام می‌پذیرد.

۴) نحوه تکمیل شاخص‌های مورد انتظار «بسته خدمات پایه سلامت روان»
در طرح استقرار پیشگام خدمات سلامت روان و اجتماعی - ۱۳۹۵

ردیف	عنوان شاخص	نوع شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
۱	نسبت تعداد مراجعان غربال مثبت (روان، مواد و اجتماعی) به تعداد مراجعانی که در یک ماه غربال شده است.	نسبت	تعداد افرادی که در طی یک ماه غربالگری شده‌اند و حداقل در یکی از سه حوزه روان، مصرف مواد و اجتماعی غربالگری آنها مثبت شده است.	تعداد کل مراجعانی که در طول یک ماه غربالگری شده‌اند.
۲	نسبت تعداد افراد غربال منفی معرفی شده به کارا برای جمعیت تحت پوشش	نسبت	تعداد افرادی که در طی غربالگری اولیه توسط کارشناس مراقب سلامت در هر سه حوزه روان، مصرف مواد و اجتماعی منفی شده‌اند و جهت دریافت خدمات آموزش گروهی به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شده‌اند.	کل جمعیت تحت پوشش مرکز
۳	تعداد بیماران روانپزشکی تحت درمان مرکز که طی ماه گذشته توسط مراقب سلامت جهت ویزیت مجدد فراخوان شده‌اند.	عدد	تعداد بیمارانی که توسط پزشک مرکز به علت ابتلا به اختلال روانپزشکی تحت درمان هستند و در طی یک ماه گذشته توسط کارشناس مراقب سلامت جهت ویزیت مجدد پیگیری شده‌اند (فراخوان شده‌اند).	ندارد
۴	نسبت تشخیص اختلالات روانپزشکی توسط پزشک به تعداد افراد غربال مثبت ارجاع شده توسط مراقب سلامت در ماه	نسبت	تعداد بیمارانی که به علت غربالگری مثبت در حوزه سلامت روان ارجاع شده‌اند و توسط پزشک برای آنها تشخیص اختلال روانپزشکی مطرح شده است طی یک ماه	تعداد موارد غربال مثبت در حوزه روان که توسط کارشناس مراقب سلامت برای تعیین تشخیص در طی آن ماه به پزشک ارجاع شده است.
۵	نسبت تشخیص اختلالات روانپزشکی در مراجعانی که از مسیری غیر از ارجاع مراقب سلامت روان توسط پزشک ویزیت شده‌اند در ماه	نسبت	تعداد بیمارانی که از مسیری غیر از ارجاع از کارشناس مراقب توسط پزشک ویزیت شده‌اند و تشخیص اختلال روانپزشکی گرفته‌اند طی یک ماه	تعداد مراجعانی که از مسیری غیر از ارجاع کارشناس مراقب سلامت در طی آن ماه توسط پزشک ویزیت شده‌اند.

تعداد موارد تحت درمان روانپزشکی که توسط کارشناس مراقب سلامت در طی آن ماه جهت ویزیت مجدد پیگیری (فراخوان) شده‌اند.	تعداد بیمارانیکه از طریق فراخوان کارشناس مراقب سلامت توسط پزشک عمومی ویزیت شده‌اند.	نسبت	نسبت تعداد بیماران روانپزشکی که از طریق فراخوان توسط پزشک عمومی ویزیت شده‌اند به تعداد فراخوان ویزیت مجدد مراقب سلامت در ماه	۶
تعداد افرادی که در طی آن ماه برای آنها تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک مطرح شده است.	تعداد افراد ارجاع شده به کارشناس سلامت روان جهت آموزش‌های روانشناختی طی یک ماه	نسبت	نسبت تعداد افراد ارجاع شده به روانشناس برای آموزش‌های روانشناختی به تعداد افراد تشخیص مثبت اختلال روانپزشکی توسط پزشک عمومی	۷
تعداد افرادی که توسط پزشک در طی آن ماه تشخیص اختلال روانپزشکی برای آنها مطرح شده است.	تعداد ارجاع به (روانپزشک) مراکز سلامت روان جامع نگر طی یک ماه	نسبت	نسبت افراد ارجاع شده به مراکز سلامت روان جامعه‌نگر به تعداد افرادی که توسط پزشک تشخیص اختلال روانپزشکی گرفته‌اند.	۸
کل جمعیت پرسنل تحت پوشش شبکه	تعداد پرسنل شبکه که در کارگاه‌های آموزشی گروهی طی یک ماه شرکت داشته‌اند (حداقل یک جلسه)	نسبت	نسبت تعداد افرادی که در یک ماه در کارگاه‌های آموزشی گروهی شرکت کرده‌اند به کل جمعیت تحت پوشش به تفکیک کارکنان شبکه و مردم	۹
کل جمعیت تحت پوشش در آن ماه	تعداد افراد (جمعیت عمومی) که در کارگاه‌های آموزشی گروهی طی یک ماه شرکت داشته‌اند (حداقل یک جلسه)			
ندارد	تعداد جلسه آموزشی چهره به چهره برگزار شده توسط کارا برای بیماران معرفی شده توسط پزشک مرکز (هر یک نفر حداقل یک جلسه چهره به چهره)	عدد	تعداد جلسات آموزشی چهره به چهره برگزار شده توسط کارا برای بیماران معرفی شده توسط پزشک عمومی (هر یک نفر حداقل یک جلسه چهره به چهره)	۱۰
ندارد	تعداد افرادی که توسط کارشناس سلامت روان برای دریافت مراقبت‌های اجتماعی ارجاع شده‌اند.	عدد	تعداد افراد ارجاع شده توسط کارا برای دریافت مراقبت‌های اجتماعی	۱۱

بسته دوم

خدمات تخصصی

برای بیماران دچار اختلالات شدید روان‌پریشی

در مرکز تخصصی سلامت روان جامعه نکر

تعاریف

- **بیمار روانپزشکی:** بیمار روانپزشکی فردی است که مبتلا به یکی از اختلالات ذکر شده در آخرین ویراست‌های دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۱ یا طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)^۲ باشد.
- **عملکرد:** توانایی زندگی مستقل در جامعه در حیطه‌های زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی. مبنای سنجش آن می‌تواند قضاوت بالینی باشد، ولی توصیه می‌شود از ابزارهای سنجش مانند مقیاس عملکرد کلی (GAF)^۳ استفاده گردد.
- **بیمار شدید روانپزشکی:** فردی دچار بیماری شدید روانپزشکی است که مبتلا به یک بیماری روانپزشکی باشد و یکی از سه شرط الف یا ب یا ج را داشته باشد:
- **الف- ابتلا به یکی از اختلالات زیر (بر اساس تشخیص پزشک معالج ثبت شده در پرونده بیمار):**
 - اسکیزوفرنی
 - اختلال اسکیزوافکتیو
 - اختلال دوقطبی نوع ۱
 - سایر اختلالات با نمای سایکوتیک
 - اختلالات طیف اوتیستیک
- **ب- اختلال شدید عملکرد (برای مثال GAF کمتر یا مساوی ۴۰) (بر اساس سنجش پزشک معالج)**
- **ج- بستری مکرر در بیمارستان/بخش روانپزشکی (حداقل ۲ بار در ۵ سال اخیر)**
- **بیمارستان/بخش روانپزشکی:** بیمارستان روانپزشکی بیمارستانی که تمام یا اکثریت تخت‌های آن به بستری بیماران روانپزشکی اختصاص یافته است. منظور از بخش روانپزشکی، بخشی در یک بیمارستان غیر

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

² International Classification of Diseases

³ Global Assessment of Functioning

روانپزشکی (مانند بیمارستان جنرال) است که تمام یا اکثریت بیماران آن بخش دچار بیماری‌های روانپزشکی هستند.

- **مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر:** منظور مرکز/ کلینیکی است که طبق این بسته خدمات راه‌اندازی می‌شود و خدمات سطح تخصصی (سرپایی و بستری) را ارائه می‌کند. این مراکز/ کلینیک‌ها ترجیحاً در خارج بیمارستان یا بخش درمانگاهی آن قرار دارند.
- **واحد روانپزشکی جامعه‌نگر بیمارستان/بخش روانپزشکی:** منظور واحدی در داخل بیمارستان/ بخش روانپزشکی است که هماهنگی برای ارجاع و ارائه خدمات جامعه‌نگر (از جمله خدمات تعریف شده در این بسته‌ها یا سایر خدمات) در آن انجام می‌شود.

چارچوب کلی ارائه خدمات در قالب بسته‌های خدمتی

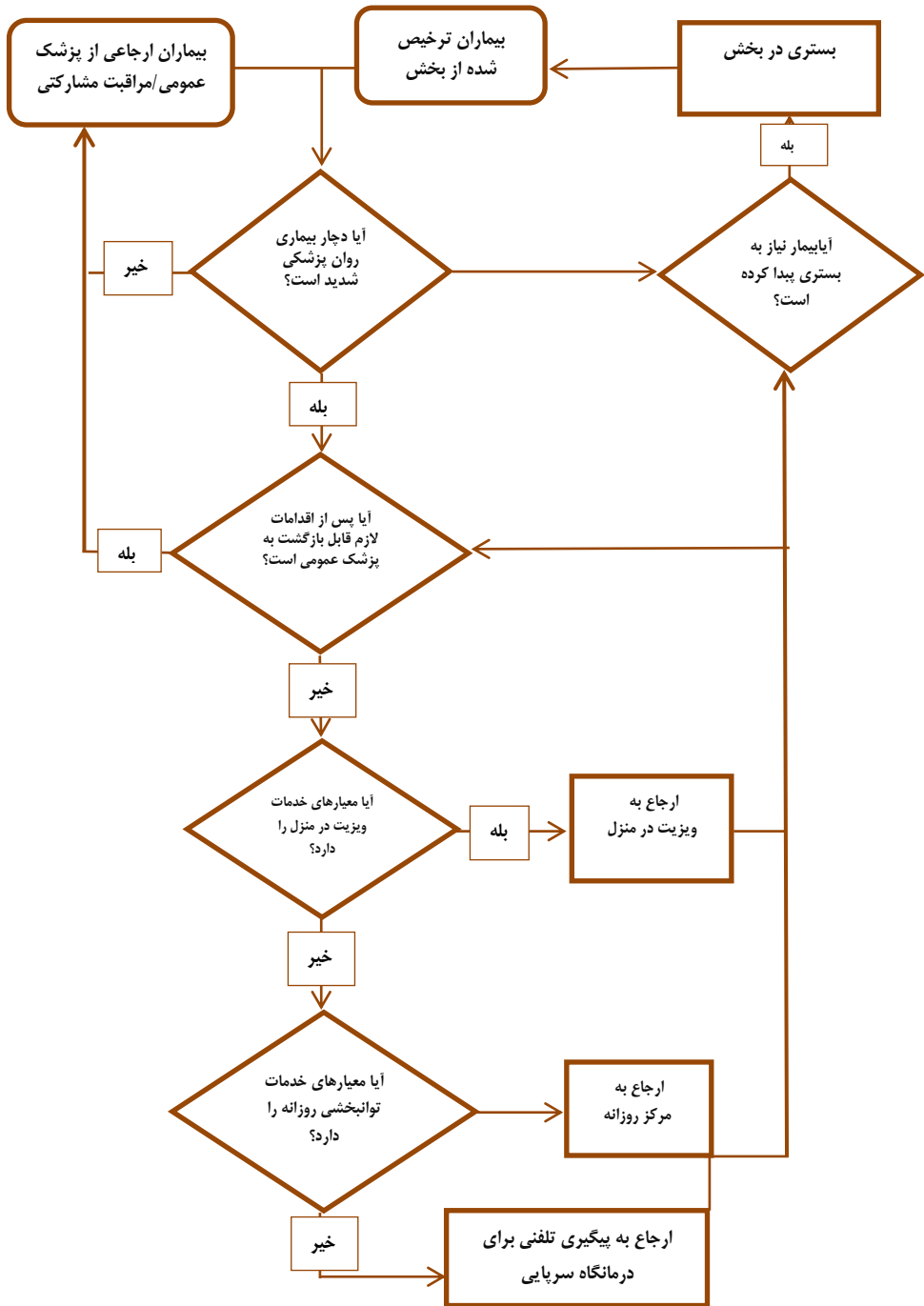
بسته‌های خدمتی که در این مجموعه عرضه می‌شوند، راهنمایی هستند برای ارائه خدمات تخصصی برای بیماران شدید روانپزشکی. هدف از طراحی این بسته‌ها ارتقای کمی و کیفی ارائه خدمات به بیماران شدید روانپزشکی و از این طریق ارتقای سلامت و کیفیت زندگی آنان و رضایت بیماران و خانواده آنان از خدمات می‌باشد. در این راستا طیف وسیع‌تری از بیماران تحت پوشش قرار گرفته و همچنین خدماتی که تا کنون علی‌رغم ضروری بودن، جای آنها در نظام ارائه خدمات خالی بود، تعریف شده و تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

خدمات ذکر شده در این بسته‌ها خدماتی مبتنی بر شواهد علمی معتبر هستند که سابقه عرضه آنها در کشور وجود دارد و اثربخشی و قابلیت اجرای آنها سنجیده شده است. بسته‌های خدمات این مجموعه عبارتند از خدمات مرکز روزانه، مراقبت پس از ترخیص (شامل ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی)، مراقبت مشارکتی و خدمات بستری. در نمودار ۲-۱ فلوجارتی از فرایند ورود بیماران به خدمات ذکر شده ارائه شده است. برخی از محتویات ارائه خدمات و فهرست شواهد علمی پشتیبان آنها در این مجموعه و پوست‌های آن آمده است، اما دستورالعمل اجرایی خدمات متعاقباً ارائه می‌گردد. این بسته‌ها برای اجرا در قالب راه‌اندازی «مراکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC)¹» ارائه می‌شوند. این مراکز وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان هستند و می‌توانند در محلی که با هماهنگی شبکه انتخاب می‌شود، مانند کلینیک‌ها و مراکز وابسته بیمارستان‌ها و بخش‌های روانپزشکی یا در واحدهای بهداشتی درمانی دیگر شبکه، به صورتی که در این متن آمده، راه‌اندازی شوند. مسوول اجرای این خدمات، شبکه بهداشتی درمانی شهرستان است. در هر شهرستان ممکن است نیاز به یک یا بیش از یک مرکز باشد. این مراکز باید هماهنگی لازم با بیمارستان/ بخش روانپزشکی شهرستان را داشته باشند. دستورالعمل اجرایی راه‌اندازی مرکز متعاقباً ارائه می‌گردد.

¹ Community Mental Health Centers

هر مرکز سلامت روان جامعه‌نگر ممکن است تمام بسته‌ها را هم زمان ارایه نکند. چنانچه تمام بسته‌ها همزمان قابل ارایه باشند، پرسنل و تجهیزات مورد نیاز تا حدی قابل تجمیع است که جزئیات آن در دستورالعمل اجرایی ذکر می‌شود. از سوی دیگر، هر بیمار دچار بیماری شدید روانپزشکی می‌تواند یک یا چند بسته را به طور موازی یا متوالی دریافت نماید. از آنجا که لازم است این خدمات به صورت هماهنگ ارایه شوند، نیاز به واحدی (دفتری) برای هماهنگی دریافت این خدمات در هر بیمارستان/ بخش روانپزشکی و نیز هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان (مانند بخش‌های اورژانس و بستری، درمانگاه و غیره) و نیز مرکز سلامت روان جامعه‌نگر می‌باشد تا خدمات به صورت جامع و هماهنگ ارایه شود (نمودار ۱). نام این واحد هماهنگ‌کننده خدمات در بیمارستان «**واحد روانپزشکی جامعه‌نگر**» خواهد بود و لازم است تمام این خدمات رابطه ارگانیک و تعریف شده‌ای با واحدهای بیمارستان داشته باشد. در ضمن، ارایه‌کنندگان خدمات از اصول و قوانین موضوعه ارایه‌کنندگان خدمات پزشکی کشور تبعیت می‌کنند.

نمودار ۱-۲) فرایند پذیرش و دریافت بسته‌های خدمتی



۱) بسته خدمات واحد توانبخشی روزانه

توصیف کلی

واحد توانبخشی روزانه یا مرکز روزانه مکانی است برای ارائه خدمات درمانی و بازتوانی به بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی توسط تیم‌های چندتخصصی به نحوی که بیمار صبح مراجعه می‌کند و پس از دریافت خدمات در بعدازظهر به منزل باز می‌گردد. هر بیمار مجموعه‌ای از خدمات مختلف را برای دوره مشخصی دریافت می‌کند، با این حال ممکن است این مجموعه برای تمام بیماران یکسان نباشد و بسته به نیاز، بیمار می‌تواند ترکیبی متفاوت از خدمات مختلف را در مرکز روزانه دریافت کند.

تبصره ۱: این خدمات هم برای بیماران پس از ترخیص از بخش بستری و هم برای بیماران سرپایی قابل اجراست.
تبصره ۲: توصیه می‌شود این مرکز در ساختمانی خارج از بیمارستان/ بخش روانپزشکی قرار داشته باشد، مانند کلینیک‌های وابسته به بیمارستان یا مراکز خدمات تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر.

اهداف

۱. بهبود عملکرد و کیفیت زندگی بیماران و پیشگیری از بروز یا تشدید ناتوانی
۲. افزایش دانش و مهارت بیماران و خانواده ایشان در مورد بیماری‌های شدید روانپزشکی و نحوه درمان و سازگاری با آنها
۳. پیشگیری از عود و بستری‌های مجدد بیماران و کاهش مدت بستری

دریافت‌کنندگان خدمات

بیماران دچار بیماری‌های شدید روانپزشکی شامل بیماران دچار اسکیزوفرنی، دوقطبی نوع ۱، اسکیزو افکتیو و اختلالات اوتیستیک که شرایط زیر را داشته باشند:

- ۱- محل سکونت در محدوده نزدیک مرکز ارائه خدمات باشد (به نحوی که فاصله آن با مرکز با وسیله نقلیه بیش از ۶۰ دقیقه نباشد)
- ۲- بیمار دچار حداقل یکی از حالات زیر بر اساس قضاوت بالینی باشد:
 - اختلال عملکرد در حدی که نیاز به بازتوانی داشته باشد (برای مثال ناتوانی در مراقبت شخصی یا ناتوانی شغلی)، ولی نه در حدی که بیمار خانه‌نشین باشد.
 - نیاز به یک محیط درمانی حمایت شده پس از ترخیص از بخش‌های حاد و قبل از بازگشت کامل به وضعیت پایدار در محل زندگی و کار
 - نیاز به دریافت حمایت‌ها و آموزش‌های لازم در حدی که در ویزیت‌های سرپایی میسر نباشد.

۳- خطر جدی آسیب به خود و دیگران یا شرایط دیگری که نیازمند بستری در بیمارستان باشد، را نداشته باشد (بر اساس قضاوت بالینی).

۴- رضایت کتبی قیم و خود بیمار

تبصره ۱: بیماران دچار سایر اختلالات روان‌پزشکی (مانند سایر اختلالات سایکوتیک، افسردگی، وسواس و اختلالات شخصیت)، در صورتی که تمام معیارهای فوق (جز ملاک تشخیصی) را داشته و شدت بیماری‌شان در حدی باشد که نیاز به خدمات بازتوانی داشته باشند، در صورت تأیید و صلاح‌دید روان‌پزشک می‌توانند مشمول دریافت بخشی از این خدمات شوند.

تبصره ۲: ممکن است مرکزی خدمات را صرفاً برای بیماران دچار اسکیزوفرنی و اختلالات دوقطبی و اسکیزوافکتیو ارائه نماید. در صورتی که مرکز برای ارائه خدمات به بیماران اختلالات اوتیستیک برنامه داشته باشد نیازمند جذب نیرو و امکانات اضافی باشد.

فرایند پذیرش و ترخیص

۱- یک نفر از تیم ارائه خدمات مرکز روزانه (مانند پرستار یا مددکار) زیر نظر روان‌پزشک مرکز، مسؤول هماهنگی با بیمارستان و نهادهای دیگر جهت شناسایی و پذیرش بیماران واجد شرایط (معیارهای فوق) است.

۲- بیماران علاوه بر بیمارستان مربوطه، از نهادهای دیگر نیز می‌توانند پذیرش شوند؛ مانند سایر بیمارستان‌های بخش‌های روان‌پزشکی، روان‌پزشکان، بیماران و خانواده بیماران، سازمان بهزیستی، سایر ارگان‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد.

تبصره ۱: اولویت با بیماران همان بخش/ بیمارستان است.

تبصره ۲: لازم است در مورد بیمارانی که از خارج بخش/ بیمارستان ارجاع می‌شوند، خلاصه پرونده بیمار از پزشک معالج درخواست شود.

۳- تمام بیماران باید جهت تأیید پذیرش و برنامه ریزی درمان/ توانبخشی توسط روان‌پزشک همراه با تیم ویزیت شوند.

۴- مدت، میزان و انواع خدمات بر اساس برنامه‌ریزی درمان توسط روان‌پزشک و تیم مرکز تعریف می‌گردد. هرچند این دوره قابل تمدید است. ملاک ترخیص این است که تیم و بیمار مشترکاً به این تصمیم برسند که بیمار می‌تواند درمان را در صورت نیاز به صورت فعالانه پیگیری کند و شرایط ذکر شده برای پذیرش برایش صدق نکند و بهبودی واضح عملکرد وجود داشته باشد.

۵- لازم است برای ایاب و ذهاب و تغذیه بیماران تمهیدات لازم فراهم گردد (مانند کرایه ون/مینی‌بوس و قرارداد با کیت‌رینگ یا هماهنگی با بیمارستان از محل بودجه مرکز).

ارایه‌کنندگان خدمات

تیم ارایه خدمات حداقل متشکل از افراد زیر برای ارایه خدمات در هر مرکز روزانه با ظرفیت ۳۰ بیمار است:

- کاردرمانگر تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی و تجربه کار با بیمار روان‌پزشکی: ۱ نفر)
- روانشناس بالینی تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی ارشد و تجربه کار با بیمار روان‌پزشکی): ۱ نفر
- پرستار تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی و تجربه کار با بیمار روان‌پزشکی): ۱ نفر
- مددکار اجتماعی تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی): ۱ نفر
- روانپزشک پاره وقت (۳ روز در هفته و آنکال در سایر روزها): ۱ نفر
- منشی بخش تمام وقت (با حداقل مدرک دیپلم و تسلط به کامپیوتر): ۱ نفر
- نیروی خدمات تمام وقت: ۱ نفر

تبصره ۱: پرسنل یاد شده برای ارایه خدمت به ازای ۳۰ بیمار در طی یک روز است و در صورت افزایش ظرفیت هر بخش یا تعداد بخش، نیروی انسانی به تناسب افزایش می‌یابد.

تبصره ۲: در صورتی که مرکز خدمات ویژه‌ای برای بیماران طیف اختلالات اوتیستیک ارایه می‌کند، به ازای ۴ بیمار در طی یک روز حداقل یک گفتاردرمانگر و یک کاردرمانگر دیگر مورد نیاز است.

تبصره ۳: بهتر است برای بیماران مرد و زن بخش‌های جداگانه‌ای پیش‌بینی شود. در صورتی که امکان راه‌اندازی ۲ بخش جداگانه مرد و زن نباشد، لازم است گروه‌های ارایه خدمات به صورت تفکیک شده برای زن و مرد تشکیل شود.

تبصره ۴: در مراکزی که با واحدهای آموزشی مرتبط هستند، بهتر است روانپزشک، عضو هیأت علمی باشد. در ضمن دستیار روانپزشکی می‌تواند بخشی از فعالیت‌های روان‌پزشک را زیر نظر روانپزشک هیأت علمی برعهده گیرد.

تبصره ۵: با توجه به اهمیت ویژه پیوستگی مراقبت^۱ و رابطه بیمار-درمانگر در این گروه بیماران لازم است این افراد رابطه استخدامی مشخص با بیمارستان / مرکز داشته باشند و ترجیحاً غیر طرحی باشند.

تبصره ۶: لازم است تمام اعضا پیش از آغاز به کار، دوره آموزشی ویژه‌ای را بگذرانند.

شرح وظایف ارایه‌کنندگان خدمات

روان‌پزشک:

- ریاست واحد و مسؤولیت فنی تیم ارایه خدمات
- برگزاری و هدایت جلسات هماهنگی تیم
- ویزیت و بررسی بیماران در بدو پذیرش و زمان ترخیص
- ویزیت بیماران در سایر زمان‌ها در صورت نیاز و تجویز دارودرمانی

^۱ Continuity of Care

- طراحی برنامه درمان و مراقبت متناسب با وضعیت هر بیمار با مشارکت اعضای تیم، بیمار و خانواده
- ارائه راهنمایی و آموزش‌های حین اجرای کار به دیگر اعضای تیم
- هدایت و نظارت بر اجرای صحیح خدمات
- ارجاع بیمار جهت بستری در صورت نیاز

پرستار:

- مدیریت داخلی مرکز
- پذیرش بیماران
- گرفتن رضایت از بیمار و خانواده
- تنظیم و هماهنگی فعالیت‌ها و خدمات
- تهیه گزارش‌های آماری
- ارائه درمان‌های دارویی در صورت تجویز پزشک
- ارائه خدمات آموزشی و درمانی در صورت نیاز
- ثبت اقدامات انجام شده در پرونده بیماران
- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

کاردرمانگر:

- ارزیابی بیمار و خانواده از نظر عملکرد و نیازهای بازتوانی در بدو پذیرش و به طور دوره‌ای
- برگزاری جلسات مهارت‌های اجتماعی / فعالیت‌های زندگی روزانه
- برگزاری جلسات آموزش بیمار و خانواده
- برگزاری جلسات کاردرمانی / حرفه‌آموزی
- برگزاری جلسات تفریحی / ورزشی / هنری
- برگزاری جلسات توانبخشی بیماران اوتیستیک (در صورت وجود برنامه)
- ثبت اقدامات انجام شده در پرونده بیماران
- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

روانشناس بالینی:

- ارزیابی بیمار و خانواده از نظر نیازهای روانشناختی در بدو پذیرش و به طور دوره‌ای
- برگزاری جلسات آموزش بیمار و خانواده
- برگزاری جلسات بحث گروهی بیماران / خانواده
- برگزاری جلسات گروه‌درمانی
- برگزاری جلسات توان‌بخشی شناختی
- ثبت اقدامات انجام شده در پرونده بیماران
- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

مددکار:

- ارزیابی جامع بیمار و خانواده از نظر نیازهای اجتماعی و مددکاری در بدو پذیرش و به طور دوره‌ای
- برگزاری جلسات آموزش بیمار و خانواده
- برگزاری جلسات بحث گروهی بیماران / خانواده
- کمک برای ارجاع بیمار به مراکز دیگر درمانی و غیر درمانی در صورت درخواست روانپزشک تیم
- راهنمایی و ارایه حمایت‌های اجتماعی و مددکاری
- ثبت اقدامات انجام شده در پرونده بیماران
- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

گفتاردرمانگر:

- برگزاری جلسات گفتاردرمانی برای بیماران دچار اختلالات اوتیستیک (در صورت وجود برنامه)
- ثبت اقدامات انجام شده در پرونده بیماران
- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

منشی:

- پاسخگویی تلفنی به بیماران و خانواده آنان
- تشکیل پرونده بیماران
- ثبت بیماران ارجاع شده و بیماران دریافت‌کننده خدمت در نرم افزار
- هماهنگی جهت ایاب و ذهاب بیماران
- ارسال آمار ارایه خدمات به مسؤول مرکز / بیمارستان
- تنظیم صورت جلسات

- تنظیم امور مالی
- بایگانی نامه‌ها و پرونده بیماران
- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

نوع و دفعات ارائه خدمات

- جلسات مهارت‌های اجتماعی / فعالیت‌های زندگی روزمره - حداقل دوره‌های ۱۲-۲۴ جلسه‌ای ساختارمند
- جلسات آموزش بیمار - حداقل دوره‌های ۸ جلسه‌ای ساختارمند
- جلسات آموزش خانواده - حداقل دوره‌های ۶ جلسه‌ای ساختارمند
- جلسات توان‌بخشی شناختی - حداقل دوره‌های ۱۰ جلسه‌ای ساختارمند
- جلسات بحث گروهی بیمار / خانواده-بسته به نیاز؛ تا هر روز؛ جلسات باز و غیرساختارمند
- جلسات گروه‌درمانی - بسته به نیاز؛ تا هر روز؛ جلسات باز؛ ساختارمند یا غیرساختارمند
- جلسات گروه‌درمانی - بسته به نیاز؛ تا هر روز؛ جلسات باز؛ ساختارمند یا غیرساختارمند
- جلسات کاردرمانی / حرفه آموزشی-بسته به نیاز؛ تا هر روز؛ جلسات باز؛ ساختارمند یا غیرساختارمند
- جلسات تفریحی / ورزشی / هنری - بسته به نیاز؛ تا هر روز؛ جلسات باز
- جلسات گفتاردرمانی - بسته به نیاز؛ تا هر روز (در صورت وجود برنامه)
- جلسات توانبخشی بیماران دچار اختلالات اوتیستیک - بسته به نیاز؛ تا هر روز

تبصره ۱: هر جلسه ارائه خدمات برای ۶۰-۹۰ دقیقه قابل تعریف است.

تبصره ۲: هر بیمار در هر روز لازم است حداقل در ۲-۳ جلسه شرکت کند و در باقی ساعات حضور در مرکز ممکن است بیمار استراحت کند یا فعالیت‌های شخصی مورد علاقه خود را انجام دهد.

تبصره ۳: برنامه طراحی شده هر بیمار می‌تواند انعطاف‌پذیر و متفاوت از بیماران دیگر باشد و بسته به نیاز، بیمار می‌تواند ترکیبی متفاوت از خدمات مختلف را در مرکز روزانه دریافت کند و ممکن است لازم نباشد تمام خدمات یاد شده ارائه گردد. در ضمن، ممکن است برنامه تنظیم شده برای هر بیمار تمام روزهای هفته را پر نکند، ولی نباید کمتر از ۲ جلسه در روز و ۳ روز در هفته و هر روز حداقل ۳ ساعت باشد. مدت دریافت خدمات نیز بسته به نیاز بیمار می‌تواند متفاوت باشد.

تبصره ۴: توصیه می‌شود محتوا و برنامه هر یک از خدمات یادشده مبتنی بر برنامه‌ها و راهنماهای بالینی پیشنهادی در پیوست باشد (مانند برنامه بازگشت به اجتماع، برنامه آموزش خانواده و آموزش مهارت‌های زندگی مصوب اداره سلامت روان).

ساعات کار و برنامه

● شنبه تا چهارشنبه: ۸-۱۴:۳۰

● پنجشنبه: ۸-۱۲

تبصره ۱: لازم است هر هفته یک روز (مانند پنجشنبه‌ها) به جلسات هماهنگی تیم با حضور کلیه اعضا اختصاص یابد. در سایر روزها بیماران صبح‌ها توسط وسیله نقلیه به مرکز آورده و پس از ارایه خدمات با همان وسیله در بعدازظهر بازگردانده می‌شوند.

مکان و تجهیزات

۱- توصیه می‌شود به صورت یک بخش / واحد مجزا از بخش‌های حاد و ترجیحاً در کلینیکی وابسته به بیمارستان تحت عنوان مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) در خارج بیمارستان قرار داشته باشد؛ در غیر این صورت باید در مکانی در بیمارستان باشد که امکان دسترسی بیماران بدون گذر از محوطه بیمارستان را داشته باشد. مکان باید شرایط زیر را دارا باشد:

- یک اتاق جهت ویزیت بیماران و برگزاری جلسات تیم (۱ میز و ۸ صندلی همراه با وسایل دفتری)
 - یک استیشن پرستاری جهت استقرار پرستار و منشی
 - یک اتاق برای امور دفتری پرسنل (۵ میز و ۵ صندلی همراه با وسایل دفتری)
 - ۳ اتاق بزرگ/ سالن چندمنظوره جهت برگزاری جلسات آموزشی و کاردرمانی- توانبخشی/ غذاخوری/ استراحت و تماشای تلویزیون (ترجیحاً میز گرد برای ۲ اتاق و ۱۷ صندلی برای هر یک از ۳ اتاق)
 - سرویس بهداشتی
 - دسترسی به فضای باز جهت فعالیت‌های ورزشی
- ۲- در مرکز باید تجهیزات زیر موجود باشد:
- وسایل معاینه
 - ترالی اورژانس و احیا
 - یک خط تلفن ثابت و در صورت نیاز یک خط داخلی
 - ۲ کامپیوتر با پرینتر
 - ۱ پروژکتور و پرده نمایش یا تلویزیون ال ای دی جهت اتاق جلسات تیم
 - یک تلویزیون و دستگاه دی وی دی جهت سالن بیماران
 - ۳ وایت بورد بزرگ و ماژیک
 - وسایل و تجهیزات کاردرمانی و حرفه‌آموزی

شیوه نظارت و ارزشیابی

ناظر:

- محیطی: رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا نماینده ایشان
- ستادی: دفتر سلامت روانی-اجتماعی و اعتیاد یا نماینده ایشان

شیوه نظارت:

- بررسی گزارش سه‌ماهانه جلسات هفتگی، بیماران تحت پوشش، میزان عملکرد و بستری مجدد بیماران
- بازدید حضوری از مرکز ارائه خدمات و بررسی پرونده‌ها و مستندات و تکمیل چک لیست‌های نظارتی
- تماس تلفنی با درصدی از بیماران و خانواده ایشان از نظر بررسی میزان رضایت از خدمات

شاخص‌های ارزشیابی:

- ارائه منظم خدمات طبق برنامه مرکز
- میزان عملکرد بیماران (بر اساس نمره GAF یا CASIG)
- میزان کیفیت زندگی بیماران (برای مثال بر اساس WHOQoL-Bref)
- میزان بستری مجدد بیماران در یک سال
- رضایت مطلوب بیماران و خانواده آنان از خدمات

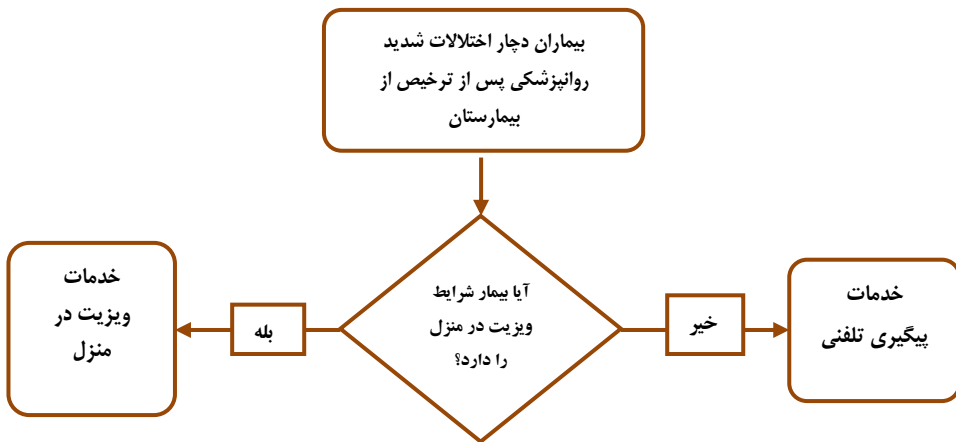
۲) بسته خدمات واحد مراقبت پس از ترخیص (ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی)

الف) مقدمه

بسته خدمات پس از ترخیص شامل پیگیری تلفنی بیماران، ویزیت در منزل، آموزش به بیماران و خانواده آنان می‌باشد که برای بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی پس از ترخیص از بیمارستان قابل ارایه است. هر بیمار بسته به شرایط و نیاز خود یکی از خدمات مراقبتی ویزیت در منزل یا پیگیری تلفنی را دریافت می‌کند (نمودار ۲-۲).

در ویزیت در منزل، همان‌طور که در نام خدمت مشخص است، ویزیت بیماران واجد شرایط، در منزل انجام می‌شود. در پیگیری تلفنی، مدت معینی قبل و بعد از زمان مقرر هر ویزیت با بیمار تماس تلفنی گرفته شده و ضمن یادآوری زمان ویزیت، هرگونه تغییر احتمالی در برنامه ویزیت به بیماران یادآوری می‌شود و از مراجعه بیمار اطمینان حاصل می‌شود. برای ارایه این خدمات لازم است تیمی متشکل از روانپزشک، روانشناس یا مددکار یا روان‌پرستار یا کاردرمانگر و منشی که واجد شرایط ذکر شده در متن هستند تشکیل گردد تا پس از گذراندن آموزش‌های لازم ارایه خدمت نمایند.

نمودار ۲-۲) فلوجارت ارایه خدمات به بیماران پس از ترخیص از بیمارستان



ب) خدمات ویزیت در منزل

توصیف کلی

ارایه خدمات درمانی و مراقبتی پیگیرانه پس از ترخیص توسط تیم چند تخصصی که مسؤول ارایه کل خدمات در منزل هستند.

تبصره - ۱: توصیه می‌شود واحد مراقبت پس از ترخیص در ساختمانی خارج از بیمارستان/ بخش روانپزشکی قرار داشته باشد، مانند کلینیک‌های وابسته به بیمارستان یا مراکز سلامت روان جامعه‌نگر.

اهداف

۱. پیشگیری از عود و بستری مجدد بیماران و کاهش مدت بستری
۲. افزایش پذیرش درمان‌ها
۳. افزایش رضایت بیمار و خانواده
۴. بهبود عملکرد و کیفیت زندگی بیماران

دریافت‌کنندگان خدمات

بیماران دچار بیماری‌های شدید روان‌پزشکی شامل «اسکیزوفرنی، دوقطبی نوع ۱ و اسکیزوفرنی» که شرایط زیر را داشته باشند:

- ۱- سابقه حداقل یک بار بستری اخیر (یکسال گذشته) در بیمارستان به دلیل مشکل روانپزشکی را داشته باشد.
- ۲- محل سکونت در محدوده نزدیک واحد ارایه خدمات باشد (به نحوی که فاصله آن با بیمارستان با وسیله نقلیه بیش از ۶۰ دقیقه نباشد).
- ۳- حداقل یک نفر از بستگان در خانه همراه با بیمار زندگی کند.
- ۴- بیمار دچار حداقل یکی از حالات زیر باشد (بر اساس قضاوت بالینی):
 - اختلال شدید عملکرد (برای مثال ناتوانی شدید در مراقبت شخصی)
 - سابقه بستری و عود مکرر در دو سال گذشته (برای مثال دو بار در دو سال یا بیشتر)
 - سابقه عدم پذیرش مناسب درمان شامل مراجعه نامنظم یا عدم مصرف منظم دارو در یک سال گذشته
 - خانه‌نشینی و ناتوانی از مراجعه به پزشک
- ۵- خطر جدی آسیب به خود و دیگران یا شرایط دیگری که نیازمند بستری در بیمارستان باشد؛ را نداشته باشد (بر اساس قضاوت بالینی).
- ۶- رضایت کتبی قیم و خود بیمار

فرایند پذیرش و ترخیص

۱. یک نفر از تیم ارایه خدمات مرکز مراقبت پس از ترخیص (مانند پرستار یا مددکار) زیر نظر روانپزشک مرکز، مسؤول هماهنگی با بیمارستان و نهادهای دیگر جهت شناسایی و پذیرش بیماران واجد شرایط (معیارهای فوق) است.

تبصره-۱: توصیه می‌شود این فرایند در زمان بستری بیمار در بیمارستان و قبل از ترخیص انجام گردد.

تبصره-۲: از آنجا که این خدمات لازم است بلافاصله پس از ترخیص ارایه شود، نباید فاصله اولین ویزیت در منزل و ترخیص از بیمارستان بیش از ۱۵ روز باشد. در موارد خاصی که بیمار در یک سال اخیر مرخص شده، ولی به دلایلی هنوز ویزیت در منزل شروع نشده (مانند عدم رضایت یا ارجاع از پیگیری تلفنی)، می‌توان بیمار را با تأیید روانپزشک مسؤول تیم پذیرش کرد.

۲. بیماران علاوه بر بیمارستان مربوطه، از نهادهای دیگر نیز می‌توانند پذیرش شوند؛ مانند سایر بیمارستان‌های بخش‌های روانپزشکی، روانپزشکان، بیماران و خانواده بیماران، سازمان بهزیستی، سایر ارگان‌ها و سازمان‌های مردم نهاد.

تبصره-۱: اولویت با بیماران همان بخش/ بیمارستان است.

تبصره-۲: لازم است در مورد بیمارانی که از خارج بخش/ بیمارستان ارجاع می‌شوند، خلاصه پرونده بیمار از پزشک معالج درخواست شود.

۳. تمام بیماران باید جهت تأیید پذیرش و برنامه‌ریزی درمان/ توانبخشی توسط روانپزشک همراه با تیم ویزیت شوند.

۴. باید بر اساس برنامه‌ریزی درمان توسط روانپزشک و تیم مرکز برای بیماران دوره مشخصی خدمات ارایه گردد (مانند ۲ سال). هرچند این دوره قابل تمدید است، ملاک ترخیص این است که تیم و بیمار مشترکاً به این تصمیم برسند که بیمار می‌تواند درمان را در صورت نیاز به صورت فعالانه پیگیری کند و شرایط ذکر شده برای پذیرش برایش صدق نکند. در این صورت بیمار به پیگیری تلفنی ارجاع می‌شود.

۵. لازم است برای ایاب و ذهاب پرسنل به منزل بیماران تمهیدات لازم فراهم گردد (مانند کرایه وسیله نقلیه یا هماهنگی با بیمارستان از محل بودجه مرکز).

ارایه‌کنندگان خدمات

هر تیم ارایه خدمات ویزیت در منزل حداقل متشکل از ۳ نفر به ازای هر ۸۰ بیمار است:

- پزشک عمومی تمام وقت (دارای مجوز طبابت در شهر مربوطه و تجربه کار با بیمار روانپزشکی) یا دستیار روانپزشکی: ۱ نفر
- روانشناس بالینی یا پرستار یا مددکار اجتماعی تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی و سابقه کار با بیمار روانپزشکی): ۱ نفر

- ۱ روانپزشک پاره وقت (۲ روز در هفته و آنکال در سایر روزها): ۱ نفر
 - ۱ منشی تمام وقت (حداقل دیپلم با تسلط به کامپیوتر): ۱ نفر
- تبصره ۱:** پرسنل یاد شده برای ارائه خدمت به ازای هر ۸۰ بیمار است و در صورت افزایش یا کاهش ظرفیت بیماران، نیروی انسانی (تیم) به تناسب افزایش یا کاهش می‌یابد.
- تبصره ۲:** بهتر است در هر تیم مراجعه کننده به منزل (برای مثال، پزشک عمومی و پرستار) یک آقا و یک خانم باشد.
- تبصره ۳:** در مراکز آموزشی، بهتر است روانپزشک عضو هیأت علمی باشد و به جای پزشک عمومی از دستیاران روانپزشکی در تیم استفاده شود (مشروط بر طولی بودن دوره چرخشی جامعه‌نگر حداقل به مدت یک سال).
- تبصره ۴:** با توجه به اهمیت ویژه پیوستگی مراقبت^۱ و رابطه بیمار- درمانگر در این گروه بیماران لازم است این افراد رابطه استخدامی مشخص با بیمارستان/ مرکز داشته باشند و ترجیحاً غیر طرحی باشند.
- تبصره ۵:** لازم است تمام اعضا پیش از آغاز به کار، دوره آموزشی ویژه‌ای را بگذرانند.

شرح وظایف ارائه‌کنندگان خدمات

روانپزشک:

- ریاست واحد، مدیریت و مسؤولیت فنی تیم ارائه خدمات
- برگزاری و هدایت جلسات ستادی و درمانی
- ویزیت و بررسی بیماران در بدو دریافت خدمات از نظر تعیین شرایط پذیرش و برنامه‌ریزی درمان
- ارائه راهنمایی و آموزش‌های حین اجرای کار به دیگر اعضای تیم
- هدایت و نظارت بر اجرای صحیح خدمات
- بازبینی دوره‌ای برنامه درمان بیمار و نظارت علمی بر تمامی درمان‌ها (هر سه ماه)
- ویزیت حضوری بیماران ارجاعی از سوی تیم‌ها در بیمارستان یا در منزل
- ویزیت حضوری حداقل سالی یک بار تمام بیماران

پزشک عمومی یا دستیار روانپزشکی:

- ارزیابی روانپزشکی و پزشکی بیمار در بدو دریافت خدمات و در فواصل لازم
- تکمیل فرم شرح حال اولیه بیماران
- تجویز درمان‌های دارویی و درخواست آزمایش‌های لازم
- آموزش بیمار و خانواده

¹ Continuity of Care

- ثبت اقدامات انجام شده در هر ویزیت در پرونده بیماران
- ارجاع بیمار به روانپزشک تیم یا اورژانس بیمارستان در صورت نیاز
- شرکت در جلسات ستادی و درمانی

روانشناس یا پرستار یا مددکار:

- پذیرش بیمار و تشکیل پرونده
- تکمیل فرم ارزیابی اولیه بیماران
- ارزیابی بیمار و خانواده از نظر نیازهای اجتماعی در بدو پذیرش و به طور دوره‌ای براساس فرم‌های موجود
- ارزیابی بیمار و خانواده از نظر نیازهای روان‌شناختی و توان‌بخشی در بدو پذیرش و به طور دوره‌ای
- راهنمایی و ارائه حمایت‌های اجتماعی و مددکاری
- کمک برای ارجاع بیمار به مراکز دیگر درمانی و غیر درمانی در صورت درخواست روانپزشک تیم
- ارائه درمان‌های غیر دارویی تجویز شده توسط روانپزشک تیم (مانند مداخلات رفتاری و توان‌بخشی)
- نظارت بر دریافت درمان‌های دارویی تجویز شده توسط پزشک
- آموزش بیمار و خانواده
- کسب رضایت‌نامه کتبی از بیمار و قیم وی
- ثبت اقدامات انجام شده در هر ویزیت در پرونده بیماران
- شرکت در جلسات ستادی و درمانی

منشی:

- پاسخگویی تلفنی به بیماران و خانواده آنان
- ثبت بیماران ارجاع شده و بیماران دریافت کننده خدمت در نرم افزار
- تنظیم و هماهنگی فعالیتهای ستادی و تیمی
- شرکت در جلسات ستادی و درمانی
- تنظیم صورت‌جلسات
- تنظیم امور مالی واحد
- بایگانی نامه‌ها و پرونده بیماران
- ارسال آمار ارائه خدمات به مسؤول مرکز/ بیمارستان

نوع و دفعات ارائه خدمات

- ویزیت بیمار معمولاً ۱ بار در ماه در منزل توسط تیم (حداقل یک بار در ماه در سال اول پس از ترخیص)

- اولین ویزیت پس از ترخیص از بیمارستان حداکثر ظرف ۱۵ روز اول پس از ترخیص
 - ویزیت بیماران ناپایدار با فواصل کمتر یا ویزیت‌های اورژانس
 - خدمات قابل ارائه در هر ویزیت:
 - ارزیابی کامل روانی زیستی و اجتماعی
 - برنامه‌ریزی خاص درمانی برای هر بیمار
 - مداخله در بحران و خدمات اورژانس در ساعات کاری (تلفنی و ویزیت در منزل)
 - ارائه درمان‌های دارویی
 - ارائه درمان‌های غیردارویی در صورت نیاز (آموزش خانواده و بیمار و سایر مداخلات روان‌شناختی و توان‌بخشی)
 - خدمات حمایتی و مددکاری اجتماعی
 - ارتباط و هماهنگی با دیگر خدمات درمانی (از جمله بیمارستان‌ها) و ارجاع به آن مراکز
 - ارجاع به بیمارستان در صورت نیاز به بستری (ترجیحاً در سرویس روانپزشک مسؤول تیم)
- تبصره-۱:** توصیه می‌شود محتوا و برنامه هر یک از خدمات یادشده مبتنی بر برنامه‌ها و راهنماهای بالینی پیشنهادی در پیوست باشد (مانند برنامه ویزیت در منزل مصوب دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت).

ساعات کار و برنامه

- شنبه تا چهارشنبه: ۸-۱۴:۳۰
 - پنجشنبه: ۸-۱۲
- تبصره-۱:** لازم است هر هفته یک روز (مانند پنجشنبه‌ها) به جلسات ستادی و درمانی تیم با حضور کلیه اعضا اختصاص یابد. در جلسات ستادی هماهنگی ویزیت‌ها و پیگیری امور جاری صورت می‌گیرد و در جلسات درمانی بیماران ویزیت شده در هفته قبل مرور می‌شوند.

مکان و تجهیزات

لازم است مرکز به صورت محلی مجزا از بخش‌های حاد و ترجیحاً در مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) و در خارج بیمارستان قرار داشته باشد. مکان باید شرایط زیر را دارا باشد:

- یک اتاق جهت ویزیت بیماران و برگزاری جلسات تیم (۱ میز و ۴ صندلی همراه با وسایل دفتری)
- یک اتاق جهت منشی (۱ میز و ۲ صندلی همراه با وسایل دفتری)
- یک خط تلفن ثابت و در صورت نیاز یک خط داخلی
- یک کامپیوتر با پرینتر
- وسایل معاینه
- تراسی اورژانس و احیا

شیوه نظارت و ارزشیابی

ناظر:

- **محیطی:** رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا نماینده ایشان
- **ستادی:** دفتر سلامت روانی-اجتماعی و اعتیاد یا نماینده ایشان

شیوه نظارت:

- بررسی گزارش سه ماهانه جلسات هفتگی، بیماران تحت پوشش، میزان عملکرد و بستری مجدد بیماران
- بازدید حضوری از مرکز ارائه خدمات و بررسی پرونده‌ها و مستندات و تکمیل چک‌لیست‌های نظارتی
- تماس تلفنی با درصدی از بیماران و خانواده ایشان از نظر بررسی میزان رضایت از خدمات

شاخص‌های ارزشیابی:

- ویزیت منظم بیماران طبق برنامه (ویزیت اول ظرف ۱۵ روز از ترخیص، سپس حداقل ماهانه یک بار برای تمام بیماران در یک سال اول و پس از آن بر اساس نیاز، معمولاً یک بار در ماه)
- درمان و مراقبت بیماران (دارویی و غیر دارویی) طبق برنامه
- میزان بستری مجدد بیماران در یک سال
- میزان عملکرد (نمره GAF) بیماران
- میزان کیفیت زندگی بیماران (برای مثال بر اساس WHOQoL-Bref)
- رضایت مطلوب بیماران و خانواده ایشان از خدمات

ج) خدمات پیگیری تلفنی

توصیف کلی

پیگیری مستمر بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی شدید پس از ترخیص از طریق تماس تلفنی و یادآوری زمان ویزیت به بیمار یا خانواده وی و ارائه آموزش‌های لازم توسط یک رابط درمان^۱ جهت ترغیب به مراجعه منظم به درمانگاه و پذیرش مناسب درمان‌ها.

تبصره - ۱: توصیه می‌شود واحد مراقبت پس از ترخیص در ساختمانی خارج از بیمارستان/ بخش روانپزشکی قرار داشته باشد، مانند کلینیک‌های وابسته به بیمارستان یا مراکز سلامت روان جامعه‌نگر.

اهداف

۱. افزایش میزان مراجعه منظم بیماران به درمانگاه
۲. بهبود آگاهی و نگرش بیماران روانپزشکی درباره بیماری و درمان
۳. پیشگیری از عود و بستری‌های مجدد بیماران و کاهش مدت بستری

دریافت‌کنندگان خدمات

بیماران دچار بیماری‌های شدید روانپزشکی شامل بیماران دچار اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی نوع ۱ و اسکیزوافکتیو که به‌تازگی از بیمارستان مرخص شده‌اند و قرار است برای خدمات سرپایی به درمانگاه بیمارستان مراجعه نمایند می‌توانند از این خدمت بهره‌مند گردند. باید توجه نمود بیمارانی مناسب دریافت این خدمت هستند که فاقد معیارهای پذیرش خدمات ویزیت در منزل هستند و محدودیت دیگری برای ارائه این خدمت وجود ندارد. بیماران لازم است شرایط زیر را داشته باشند:

۱. بیمار و خانواده وی تمایل دارند جهت پیگیری درمان به درمانگاه بیمارستان/ بخش روانپزشکی مراجعه نمایند.
۲. محل سکونت بیمار مشخص و دارای شماره تلفن در دسترس باشد.
۳. خطر جدی آسیب به خود و دیگران یا شرایط دیگری که نیازمند بستری در بیمارستان باشد؛ را نداشته باشد (بر اساس قضاوت بالینی).
۴. رضایت کتبی قیم و خود بیمار

تبصره ۱: بیماران دچار سایر اختلالات روانپزشکی (مانند سایر اختلالات سایکوتیک، افسردگی، وسواس و اختلالات شخصیت)، که اخیراً در بیمارستان بستری شده‌اند، در صورت تأیید و صلاح‌دید روانپزشک می‌توانند مشمول دریافت این خدمات شوند.

^۱ Case Manager

فرایند پذیرش و ترخیص

۱. یک نفر از تیم ارایه خدمات مرکز مراقبت پس از ترخیص (مانند پرستار یا مددکار یا منشی) زیر نظر روانپزشک مرکز، مسؤول هماهنگی با بیمارستان جهت شناسایی و پذیرش بیماران واجد شرایط (معیارهای فوق) است.
تبصره ۱: توصیه می‌شود این فرایند در زمان بستری بیمار در بیمارستان و قبل از ترخیص انجام گردد.
تبصره ۲: از آنجا که این خدمات لازم است بلافاصله پس از ترخیص ارایه شود، نباید فاصله اولین پیگیری تلفنی و ترخیص از بیمارستان بیش از ۱۵ روز باشد. در موارد خاصی که بیماران در یک سال اخیر مرخص شده، ولی به دلایلی هنوز پیگیری تلفنی شروع نشده (مانند عدم رضایت یا ارجاع از ویزیت در منزل)، می‌توان بیمار را با تأیید روانپزشک مسؤول تیم پذیرش کرد.
تبصره ۳: از آنجا که این بیماران جهت مراجعه به درمانگاه بیمارستان/ بخش پیگیری تلفنی می‌شوند، این خدمات برای بیمارانی که برای خدمات سرپایی به مراکز دیگری مراجعه می‌کنند قابل انجام نیست.
۲. محدودیت یا دوره مشخصی برای پیگیری تلفنی وجود ندارد و تا زمانی که همچنان رضایت برای پیگیری تلفنی و مراجعه به درمانگاه وجود داشته باشد، این خدمات قابل اجراء است. در صورتی که بیمار شرایط ویزیت در منزل را پیدا کند (مثلاً به دلیل عود مکرر و عدم مراجعه منظم به درمانگاه)، به این خدمات ارجاع می‌شود.
تبصره ۱: در مورد بیمارانی که ضمن ارایه خدمت به تماس‌های تلفنی مکرر پاسخ نمی‌دهند و از طرفی در نوبت‌های مقرر جهت ویزیت به مرکز درمانی مراجعه نمی‌کنند، ابتدا باید مشخص شود که آیا بیمار همچنان در محل قبلی خود زندگی می‌کند یا خیر. سپس لازم است دلیل عدم مراجعه و عدم پاسخ‌گویی به تماس‌ها جویا گردد. در صورت عدم موافقت با ادامه ارایه خدمت، بیمار از لیست پیگیری تلفنی خارج می‌گردد. در غیر این صورت، بیمار به ویزیت در منزل ارجاع می‌شود.

ارایه‌کنندگان خدمات

تیم ارایه خدمات به ازای هر ۱۸۰ بیمار حداقل شامل افراد زیر است:

- رابط درمان تمام وقت جهت پیگیری تلفنی (با حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط): ۱ نفر
- روانپزشک پاره وقت (۱ روز در هفته): ۱ نفر

تبصره ۱: رابط درمان باید مهارت مناسبی برای برقراری ارتباط مناسب با بیمار و خانواده باشد و ترجیحاً خانم باشد. حداقل تحصیلات باید کارشناسی در رشته‌های مرتبط (مانند روانشناسی، پرستاری و مددکاری) باشد.

تبصره ۲: پرسنل یاد شده برای ارایه خدمت به ازای هر ۱۸۰ بیمار است و در صورت افزایش یا کاهش ظرفیت بیماران، نیروی انسانی (تیم) به تناسب افزایش یا کاهش می‌یابد.

تبصره ۳: در صورتی که رابط درمان جلسات آموزش خانواده را برای بیماران مرکزی که فاقد واحد توانبخشی روزانه است برگزار نماید، تعداد بیماران تحت پوشش تا ۹۰ کاهش می یابد.

تبصره ۴: در مراکز آموزشی، بهتر است روانپزشک عضو هیأت علمی باشد.

تبصره ۵: با توجه به اهمیت ویژه پیوستگی مراقبت^۱ و رابطه بیمار- درمانگر در این گروه بیماران لازم است این افراد رابطه استخدامی مشخص با بیمارستان/ مرکز داشته باشند و ترجیحاً غیرطرحی باشند.

تبصره ۶: لازم است تمام اعضا پیش از آغاز به کار دوره آموزشی ویژه‌ای را بگذرانند.

شرح وظایف ارایه‌کنندگان خدمات

روان‌پزشک:

- ریاست واحد و مدیریت تیم ارایه خدمات
- برگزاری و هدایت جلسات ستادی
- ارایه راهنمایی و آموزش‌های حین اجرای کار به دیگر اعضای تیم
- هدایت و نظارت بر اجرای صحیح خدمات

رابط درمان:

- ثبت بیماران ارجاع شده و تشکیل پرونده برای بیمارانی که از این خدمت بهره مند می‌شوند.
- تشکیل پرونده بیماران
- هماهنگی با پزشک درمانگر بیمار و اطلاع‌رسانی به وی پیرامون انجام پیگیری تلفنی بیمار
- بررسی روزانه اسامی بیمارانی که باید یادآوری تلفنی برای آنها انجام شود.
- تماس تلفنی با بیماران و خانواده آنان و اطلاع‌رسانی در مورد ویزیت آنها ۴۸ ساعت قبل از زمان مقرر شده برای ویزیت
- تماس با مرکز درمانی ویزیت‌کننده بیمار و اطلاع‌رسانی به بیمار پیرامون هر گونه تغییر احتمالی در برنامه ویزیت
- تماس مجدد با بیمار و خانواده وی جهت تأیید انجام ویزیت پس از زمان مقرر برای مراجعه و اطلاع از زمان ویزیت بعدی و ثبت آن در پرونده بیمار
- ثبت بیمارانی که از طرح پیگیری تلفنی خارج می‌گردند و به ویژه ثبت دلایل خروج از طرح
- ارایه آموزش به بیمار درباره بیماری و درمان
- تنظیم و هماهنگی فعالیت‌های ستادی

¹ Continuity of Care

- شرکت در جلسات ستادی
- تنظیم صورتهای جلسات
- تنظیم امور مالی واحد
- بایگانی مکاتبات و سایر مدارک مرتبط با پیگیری تلفنی بیماران
- تهیه آمار ارائه خدمات به مسؤول واحد و مراکز بالاتر
- پاسخگویی تلفنی به تماس گیرندگان و ارائه اطلاعات لازم

نوع و دفعات ارائه خدمات

- دفعات ارائه خدمات (پیگیری تلفنی) بر اساس نوبتهای تعیین شده توسط پزشک درمانگر مشخص می‌گردد؛ ولی حداقل شامل یک بار تماس قبل از مراجعه و یک بار تماس پس از زمان مقرر مراجعه بیمار به درمانگاه است.
- خدمات قابل ارائه در هر تماس تلفنی:
- **قبل از مراجعه:** تکمیل فرم ارزیابی وضعیت بیمار از نظر عملکرد کلی و مصرف منظم دارو و یادآوری زمان مراجعه به درمانگاه و ارائه آموزش‌های لازم
- **پس از مراجعه:** اطمینان از مراجعه بیمار به درمانگاه و در صورت عدم مراجعه، بررسی دلیل و ترغیب برای مراجعه و هماهنگی برای نوبت جدید و ارائه آموزش‌های لازم
- **ارجاع بیمار به پزشک معالج یا اورژانس در صورت نیاز و با هماهنگی با روانپزشک تیم تبصره-۱:** توصیه می‌شود محتوا و برنامه هر یک از خدمات یادشده مبتنی بر برنامه‌ها و راهنماهای بالینی پیشنهادی در پیوست باشد (مانند برنامه پیگیری تلفنی مصوب دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت).

ساعات کار و برنامه

- شنبه تا چهارشنبه: ۸-۱۴:۳۰
 - پنجشنبه: ۸-۱۲
- تبصره ۱:** لازم است هر هفته یک روز (مانند پنجشنبه‌ها) به جلسات ستادی تیم با حضور کلیه اعضا اختصاص یابد. در جلسات ستادی هماهنگی پیگیری‌ها و پیگیری امور جاری صورت می‌گیرد.

مکان و تجهیزات

لازم است در مرکز سلامت روان جامعه‌نگر، مکانی به عنوان دفتر مرکز در نظر گرفته شود که شرایط ذیل را دارا باشد:

- یک اتاق جهت منشی (۱ میز و ۴ صندلی همراه با وسایل دفتری)
- یک خط تلفن ثابت
- یک کامپیوتر با پرینتر

تبصره-۱: توصیه می‌شود دفتر پیگیری تلفنی و ویزیت در منزل در یک مکان باشد و منشی مشترکی برای هر دو خدمت وجود داشته باشد.

شیوه نظارت و ارزشیابی

ناظر:

- **محیطی:** رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا نماینده ایشان
- **ستادی:** دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد یا نماینده ایشان

شیوه نظارت:

- بررسی گزارش سه ماهانه جلسات هفتگی، بیماران تحت پوشش، میزان عملکرد و بستری مجدد بیماران
- بازدید حضوری از مرکز ارائه خدمات و بررسی پرونده‌ها و مستندات و تکمیل چک‌لیست‌های نظارتی
- تماس تلفنی با درصدی از بیماران و خانواده ایشان از نظر بررسی میزان رضایت از خدمات

شاخص‌های ارزشیابی:

- پیگیری تلفنی بیماران طبق برنامه
- مراجعه منظم بیماران به درمانگاه
- میزان بستری مجدد بیماران در یک سال
- رضایت مطلوب بیماران و خانواده ایشان از خدمات

۳) بسته خدمات واحد مراقبت مشارکتی

توصیف کلی

ارایه خدمات آموزشی، نظارتی و درمانی با مشارکت پزشکان عمومی جهت بهبود شناسایی، درمان و ارجاع بیماران روانپزشکی. در این مدل، تیم خدمات تخصصی روانپزشکی، تعدادی از پزشکان عمومی را تحت پوشش قرار می‌دهد و علاوه بر آموزش اولیه و مستمر ایشان، پذیرای مشاوره و ارجاع برای بیماران آنان (به خصوص برای بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی) خواهد بود، و اقدامات نظارتی را برای ایشان انجام می‌دهد. این خدمات که مراقبت مشارکتی^۱ نام دارد، در مراکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) قابل اجرا است. اصول این مراقبت عبارتند از:

- آموزش متعامل و مداوم پزشکان عمومی تحت پوشش خدمات
- همراهی رابط درمان^۲ با پزشکان عمومی برای پیگیری‌ها و مراقبت بیمار
- استفاده پزشکان و درمانگران از راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد
- ارجاع موارد دشوار یا بیماران شدید و مشاوره تلفنی با روان‌پزشک و روان‌شناس
- استفاده از سیستم ثبت اطلاعات بالینی کامپیوتری

تبصره ۱: لازم است مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) در ساختمانی خارج از بیمارستان/بخش روانپزشکی قرار داشته باشد.

اهداف

۱. بهبود شناسایی و درمان اختلالات روانپزشکی توسط پزشکان عمومی
۲. بهبود ارجاع بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی از پزشکان عمومی به متخصص روانپزشکی
۳. کاهش بار ناشی از بیماری‌های روانپزشکی در سطح جامعه
۴. کاهش انگ بیماران روانپزشکی

دریافت‌کنندگان خدمات

بیماران دچار بیماری‌های شدید روانپزشکی ارجاعی از پزشکان عمومی شامل بیماران دچار اسکیزوفرنی، دوقطبی نوع یک و اسکیزوافکتیو، اختلالات طیف اوتیستیک، و بیماران دچار سایر اختلالات روانپزشکی (مانند افسردگی، وسواس و اختلالات شخصیت)، در صورتی که شدت بیماری‌شان در حدی باشد که نیاز به خدمات تخصصی داشته باشد، یا دچار مقاومت به درمان باشند و در عین حال خطر جدی آسیب به خود و دیگران یا شرایط دیگری که نیازمند بستری در

¹ Collaborative Care

² Case Manager

بیمارستان باشد، را نداشته باشند. سایر بیماران روان‌پزشکی توسط پزشکان عمومی با نظارت روانپزشک و بر اساس راهنماهای بالینی درمان می‌شوند و تنها در صورت نیاز ارجاع می‌شوند.

فرایند پذیرش و تریخیص

۱. بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی تحت پوشش خدمات مراقبت مشارکتی در صورت رضایت وارد این برنامه خدمات می‌شوند. مسؤول کسب رضایت و ورود بیماران به برنامه، پزشکان عمومی هستند و مسؤولیت فراخوان پزشکان عمومی جهت مشارکت در برنامه با کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) مرکز است. **تبصره ۱:** پزشکان عمومی تحت پوشش شامل پزشکان بخش دولتی (شبکه بهداشت و درمان) خواهند بود. البته می‌تواند شامل پزشکان خصوصی، خیریه یا دیگر پزشکان بخش دولتی باشند. برای جذب پزشکان بخش دولتی نیاز به هماهنگی با مدیران ذیربط است.
۲. بیماران در صورت نیاز به روانپزشک مرکز ارجاع و در آن مکان پذیرش می‌شوند.
۳. محدودیت یا دوره مشخصی برای ارائه خدمات وجود ندارد و تا زمانی که همچنان رضایت برای شرکت در برنامه وجود داشته باشد، این خدمات قابل اجراست. در صورتی که بیمار شرایط ویزیت در منزل یا پیگیری تلفنی یا مرکز روزانه را پیدا کند به این خدمات ارجاع می‌شود.

ارایه‌کنندگان خدمات

تیم ارایه خدمات تخصصی به بیماران برای مشارکت با ۲۰ پزشک عمومی تحت پوشش، متشکل از افراد زیر است:

- روانپزشک: پاره وقت (۳ روز در هفته و آنکال در سایر روزها): ۱ نفر
- کارشناس سلامت روانی اجتماعی تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی روانشناسی): ۱ نفر
- روانشناس بالینی تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی ارشد در رشته‌های مرتبط): ۱ نفر
- منشی تمام وقت (با حداقل مدرک دیپلم): ۱ نفر

تبصره ۱: پرسنل یاد شده برای ارایه خدمت به ازای هر ۲۰ پزشک عمومی همکار است و در صورت افزایش یا کاهش آن، نیروی انسانی به تناسب افزایش یا کاهش می‌یابد.

تبصره ۲: پیش‌بینی می‌شود تعداد بیمارانی که تحت پوشش این خدمت قرار می‌گیرند ۱۰٪ از مراجعان پزشکان عمومی باشند که از این عده حدود ۱۰٪ ارجاع می‌شوند که شامل بیماران دچار انواع اختلالات شدید روانپزشکی می‌شوند.

تبصره ۳: در مراکز آموزشی، بهتر است روانپزشک عضو هیأت علمی باشد.

تبصره ۴: با توجه به اهمیت ویژه پیوستگی مراقبت^۱ و رابطه بیمار- درمانگر در این گروه بیماران لازم است این افراد رابطه استخدامی مشخص با بیمارستان/ مرکز داشته باشند و ترجیحاً غیرطرحی باشند.

تبصره ۵: لازم است تمام اعضا پیش از آغاز به کار دوره آموزشی ویژه‌ای را بگذرانند.

شرح وظایف ارایه‌کنندگان خدمات

روانپزشک:

- ریاست واحد، مدیریت و مسؤولیت فنی تیم ارایه خدمات
- برگزاری و هدایت جلسات هماهنگی تیم
- ویزیت بیماران ارجاع شده از پزشکان عمومی و تجویز دارودرمانی
- مشاوره تلفنی به پزشکان عمومی در صورت نیاز
- ارایه راهنمایی و آموزش‌های حین اجرای کار به دیگر اعضای تیم
- آموزش پزشکان عمومی و نظارت بر عملکرد ایشان
- هدایت و نظارت بر اجرای صحیح خدمات
- ارجاع بیمار به بیمارستان جهت بستری در صورت نیاز

کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا):

- آموزش رابطان درمان پزشکان عمومی و نظارت بر عملکرد آنان
- بازدید منظم از مطب پزشکان همکار
- پاسخگویی به سؤالات پزشکان و رابطان درمان
- ارزیابی عملکرد پزشکان همکار
- تهیه گزارش عملکرد پزشکان همکار
- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

روانشناس بالینی:

- ویزیت بیماران ارجاعی از روان‌پزشک جهت روان‌درمانی
- برگزاری جلسات آموزش بیمار و خانواده و فرزندپروری
- برگزاری جلسات بحث گروهی بیماران/ خانواده
- برگزاری جلسات گروه درمانی بیماران
- ثبت اقدامات انجام شده در پرونده بیماران

¹ Continuity of Care

- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

منشی:

- پاسخگویی تلفنی به بیماران و خانواده آنان
- تشکیل پرونده بیماران
- ثبت بیماران ارجاع شده و بیماران دریافت کننده خدمت در نرم افزار
- ارسال آمار ارایه خدمات به مسؤول مرکز/ بیمارستان
- تنظیم صورت جلسات
- تنظیم امور مالی
- بایگانی نامه‌ها و پرونده بیماران
- شرکت در جلسات هماهنگی تیم

نوع و دفعات ارایه خدمات

- ویزیت بیماران دچار اختلالات شدید/ دشوار ارجاعی از پزشکان عمومی توسط روانپزشک
 - ارایه مداخلات روانشناختی (روان درمانی و آموزش‌های گروهی) برای بیماران توسط روان‌درمانگر
 - آموزش مداوم و متعامل پزشکان عمومی تحت پوشش توسط کارشناس و روانپزشک
 - نظارت بر شناسایی و درمان سایر اختلالات در مطب/ درمانگاه پزشکان عمومی توسط روانپزشک و کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا)
 - پیگیری درمان بیماران توسط رابطان درمان پزشکان عمومی
- تبصره-۱:** توصیه می‌شود محتوا و برنامه خدمات یادشده مبتنی بر برنامه‌ها و راهنماهای بالینی پیشنهادی در پیوست باشد (مانند برنامه مراقبت مشارکتی مصوب اداره سلامت روان).

ساعات کار و برنامه

- شنبه تا چهارشنبه: ۸-۱۴:۳۰
- پنجشنبه: ۸-۱۲

تبصره ۱: لازم است هر هفته یک روز (مانند پنجشنبه‌ها) به جلسات ستادی تیم با حضور کلیه اعضا اختصاص یابد. در جلسات ستادی هماهنگی برنامه ارایه خدمات و پیگیری امور جاری صورت می‌گیرد.

مکان و تجهیزات

- مرکز سلامت روان جامعه‌نگر باید در خارج از بیمارستان و در محدوده جغرافیائی تحت پوشش دانشگاه قرار داشته باشد و واحد مراقبت مشارکتی دارای شرایط زیر باشد:

- مرکز باید در محلی مستقر شود که رفت و آمد به مطب پزشکان همکار با سهولت انجام شود و بیماران ارجاع شده به سهولت به آن دسترسی داشته باشند.
- یک اتاق برای برای ویزیت بیماران و برگزاری جلسات تیم (۱ میز و ۴ صندلی)
- یک اتاق برای استقرار کارشناس اداری و کارشناس سلامت روانی اجتماعی (۲ میز و ۲ صندلی)
- فضای کافی برای برگزاری جلسات آموزشی برای ۲۰ پزشک عمومی همکار و رابطان درمان
- مرکز باید دارای تجهیزات زیر باشد:
- یک خط تلفن ثابت و در صورت نیاز یک خط داخلی
- ۲ کامپیوتر با پرینتر
- وسایل معاینه
- تراس اورژانس و احیا
- ۱ پروژکتور و پرده نمایش یا تلویزیون ال ای دی جهت جلسات تیم و آموزشی

شیوه نظارت و ارزشیابی

ناظر:

- **محیطی:** رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا نماینده ایشان
- **ستادی:** دفتر سلامت روانی- اجتماعی و اعتیاد یا نماینده ایشان

شیوه نظارت:

- بررسی اطلاعات ارسالی از پزشکان عمومی
- بررسی گزارش اقدامات انجام شده واحد/ مرکز
- بازدید حضوری از مرکز ارائه خدمات
- تماس تلفنی با درصدی از بیماران و خانواده ایشان از نظر بررسی میزان رضایت از خدمات

شاخص‌های ارزشیابی:

- به روز بودن داده‌های جمع‌آوری شده از پزشکان همکار
- نظارت منظم بر عملکرد پزشکان همکار
- برگزاری جلسات منظم با پزشکان همکار و رابطان درمان
- مشاوره تلفنی مؤثر و آسان به پزشکان همکار
- ویزیت منظم بیماران ارجاع شده از سوی پزشکان همکار
- ارسال منظم داده‌های بیماران و نتایج نظارت در قالب نرم‌افزارهای مربوطه

۴) دستورالعمل راه‌اندازی مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC)

مراحل راه‌اندازی

۱. آموزش مدیران اجرایی برنامه
۲. انتخاب روانپزشک مدیر مرکز
۳. عقد قرارداد با روانپزشک مدیر مرکز
۴. انتخاب محل استقرار و تجهیز مرکز
۵. انتخاب و آموزش کارکنان
۶. ارائه خدمات و نظارت
۷. تهیه گزارش‌های دوره‌ای

مدیریت

- مدیر مرکز، روانپزشکی است که با هماهنگی با گروه/بخش/بیمارستان روانپزشکی به عنوان مسؤول مرکز، مسؤول فنی و مدیر سطح تخصصی (سرپایی و بستری) توسط رییس شبکه بهداشت و درمان مشخص می‌شود.
- این روانپزشک می‌تواند هیأت علمی، از روانپزشکان شاغل در مراکز دولتی یا از بخش خصوصی باشد. در هر صورت لازم است جهت امور مدیریتی و نیز ارائه خدمات تمام وقت مشغول در مرکز باشد و مسؤولیت دیگری در ساعات اداری نداشته باشد. بهتر است سابقه کار اجرائی یا مدیریتی و بهداشتی را داشته باشد. باید پروانه دایر کردن مطب در شهر را داشته باشد و در صورت کار در مراکز خدمات جامع سلامت دولتی، مجوز کار در آن مرکز را داشته باشد.

مکان و تجهیزات

۱. لازم است مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) به صورت یک بخش/واحد مجزا در خارج بیمارستان قرار داشته باشد. چنانچه این مرکز در مکانی وابسته به بیمارستان قرار دارد، باید به نحوی باشد که امکان دسترسی بیماران بدون گذر از محوطه بیمارستان وجود داشته باشد. در ضمن، مرکز باید در محلی مستقر شود که رفت و آمد به مطب پزشکان تحت پوشش (درمانگاه‌ها و مطب‌ها) با سهولت انجام شود و بیماران ارجاع شده به سهولت به آن دسترسی داشته باشند.
۲. مکان باید شرایط زیر را دارا باشد:
 - یک اتاق جهت ویزیت بیماران
 - یک اتاق جهت برگزاری جلسات و آموزش پرسنل و پزشکان (۱ میز و ۲۰ صندلی همراه با وسایل دفتری)
 - یک اتاق جهت استیشن پرستاری و منشی‌ها (تمام واحدها)

- یک اتاق برای امور دفتری پرسنل (۵ میز و ۵ صندلی همراه با وسایل دفتری) (واحدهای روزانه/ مراقبت پس از ترخیص/ مراقبت مشارکتی)
- ۳ اتاق بزرگ/ سالن چندمنظوره جهت برگزاری جلسات آموزشی و کاردرمانی-توانبخشی/ غذاخوری/ استراحت و تماشای تلویزیون (ترجیحاً میز گرد برای ۲ اتاق و ۱۷ صندلی برای هر یک از ۳ اتاق) (واحد روزانه)
- آشپزخانه/ آبدارخانه و سرویس بهداشتی
- دسترسی به فضای باز جهت فعالیت‌های ورزشی (ترجیحاً)
- ۳. در مرکز باید تجهیزات و امکانات زیر موجود باشد:
- وسایل معاینه
- ترالی اورژانس و احیا
- دو خط تلفن ثابت و در صورت نیاز خطوط داخلی جهت واحدها
- ۶ کامپیوتر با پرینتر
- ۲ پروژکتور و پرده نمایش یا تلویزیون ال ای دی جهت اتاق جلسات تیم و سالن بیماران
- ۳ وایت بورد بزرگ و ماژیک
- وسایل و تجهیزات کاردرمانی و حرفه‌آموزی
- یک آب سردکن
- وسایل دفتری/ اداری

ضوابط عمومی

۱. عنوان مرکز و تابلوی آن «مرکز تخصصی سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC)» با ذکر نام دانشگاه علوم پزشکی و شبکه بهداشت و درمان مربوطه می‌باشد و افزودن هر عنوان دیگر به آن یا تبلیغ خدمات دیگر به هر نحو مجاز نیست.
۲. فهرست اسامی کلیه پرسنل تخصصی شاغل در مرکز همراه با عکس آنها و ساعات کار و رشته تخصصی آنان در محل مرکز در تابلویی برای اطلاع مراجعان نصب گردد.
۳. ثبت مشخصات کلیه مراجعان در مرکز با ذکر خدمات انجام شده الزامی است. مرکز موظف است برای کلیه مراجعان پرونده تشکیل داده و کلیه سوابق، یافته‌های بالینی و شرح خدمات درمانی ارائه شده به آنها را مطابق فرم‌های ارسالی درج و نگهداری نماید و آمار خدمات را طبق راهنمای خدمات به ناظران ارسال نماید. پرونده و سوابق مراجعان دور از دسترس سایر مراجعه‌کنندگان و پرسنل به طور محرمانه نگهداری شود. حق انتقال پرونده‌ها مگر با رضایت مراجع به مرکز دیگر وجود ندارد.

۴. صرفاً تعرفه‌های ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز دستورالعمل‌های ارسالی برای خدمات مورد ارایه باید دریافت گردد و گرفتن هرگونه هزینه دیگر از بیماران مجاز نمی‌باشد. تعرفه‌ها در مرکز بایستی در معرض دید مراجعان نصب شده باشد.
۵. اعلام ساعات فعالیت مرکز الزامی است و کلیه پرسنل موظف هستند طبق ساعات کاری اعلام شده در محل کار حضور یابند.
۶. ارایه‌کنندگان خدمات از اصول و قوانین موضوعه ارایه‌کنندگان خدمات پزشکی کشور تبعیت می‌کنند و هرگونه اعمال خلاف موازین اسلامی و شئون حرفه‌ای، اخلاقی و انسانی در مرکز تخلف محسوب شده و برابر قوانین مربوطه قابل پیگیری است.

ضوابط کارکنان

از آنجا که هر مرکز سلامت روان جامعه‌نگر ممکن است تمام بسته‌ها را همزمان ارایه نکند، پرسنل مورد نیاز برای هر بسته در راهنمای خدمات به طور جداگانه ذکر شده است. چنانچه تمام بسته‌ها همزمان قابل ارایه باشند، پرسنل و تجهیزات مورد نیاز به شکل زیر تجمیع است. لازم به ذکر است این پرسنل برای ارایه خدمات مرکز روزانه هر روز به ۳۰ بیمار در ماه، خدمات ویزیت در منزل به ۸۰ بیمار در ماه، و پیگیری تلفنی به ۱۸۰ بیمار در ماه و خدمات مراقبت مشارکتی برای پوشش ۲۰ پزشک عمومی است:

- روانپزشک تمام وقت: ۱ نفر
 - پزشک عمومی تمام وقت (دارای مجوز طبابت در شهر مربوطه و تجربه کار با بیمار روانپزشکی) یا دستیار روانپزشکی: ۱ نفر
 - پرستار تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی و تجربه کار با بیمار روانپزشکی): ۲ نفر
 - روانشناس بالینی تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی ارشد و تجربه کار با بیمار روانپزشکی): ۳ نفر
 - مددکار اجتماعی تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی): ۱ نفر
 - کاردرمانگر تمام وقت (با حداقل مدرک کارشناسی و تجربه کار با بیمار روانپزشکی): ۱ نفر
 - منشی تمام وقت (با حداقل مدرک دیپلم و تسلط به کامپیوتر): ۲ نفر
 - نیروی خدمات تمام وقت: ۱ نفر
- شیوه به کارگیری و عقد قرارداد این پرسنل را شبکه بهداشت و درمان شهرستان مشخص می‌کند. البته آموزش ایشان با روانپزشک و مدیر اجرای پروژه است.

برنامه آموزشی کارکنان

الف- واحد توانبخشی روزانه

- کلیات برنامه: ۱ روز
- کارگاه آموزش خانواده: ۳ روز
- کارگاه آموزش بیمار: ۱ روز
- کارگاه آموزش مهارت‌های اجتماعی: ۳ روز

ب- واحد مراقبت پس از ترخیص

- ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی: ۱ روز

ج- واحد مراقبت مشارکتی

- کلیات برنامه: ۱ روز
- کارگاه آموزش نرم‌افزار: ۱ روز
- کارگاه آموزش پزشکان عمومی و رابطان درمان: ۳ روز

سایر کارگاه‌های آموزشی، مانند بازتوانی شناختی پیرو تصمیم مدیران اجرایی در مورد راه‌اندازی آن خدمات در مرکز مربوطه اعلام و برگزار می‌گردد.

شیوه نظارت و ارزشیابی

ناظر:

- **محیطی:** رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا نماینده ایشان
تبصره: ممکن است مدیر اجرایی پروژه، نماینده رییس شبکه و ناظر محیطی باشد.
- **ستادی:** دفتر سلامت روانی- اجتماعی و اعتیاد یا نماینده ایشان

شیوه نظارت و ارزشیابی بسته‌های خدمات تخصصی به گونه‌ای که در راهنمای خدمات آمده است مشخص می‌شود.

۵) نحوه تکمیل شاخص‌های مورد انتظار «بسته خدمات تخصصی»

در طرح استقرار پیشگام خدمات سلامت روان و اجتماعی - ۱۳۹۵

ردیف	عنوان شاخص	نوع شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
۱	نسبت تشخیص‌های سایکوتیک از کل میزان ارجاعات نوبت اول مراکز خدمات جامع سلامت در ماه	نسبت	تعداد بیمارانی که برای بار اول در ماه مذکور با تشخیص یک اختلال سایکوتیک (مانند اسکیزوفرنی، دوقطبی، تظاهرات سایکوتیک و سایکوز ناشی از مواد) از مراکز خدمات جامع سلامت به روانپزشک مرکز و ویزیت شده‌اند.	کل بیمارانی که برای بار اول در ماه مذکور با هر تشخیصی (سایکوتیک و غیر سایکوتیک) از مراکز خدمات جامع سلامت به روانپزشک مرکز ارجاع و ویزیت شده‌اند.
۲	تعداد بیماران ویزیت شده توسط روانپزشک در ماه	عدد	تعداد بیمارانی که با هر تشخیص توسط روانپزشک در ماه مذکور ویزیت شده‌اند (بار اول یا چندم، تعداد ویزیت ذکر شود. یعنی اگر یک بیمار دو بار ویزیت شده است دو مورد محسوب شود).	
۳	نسبت ساعت کارگاه آموزشی پزشکان عمومی و ارائه مشاوره به آنان از کل ساعات اشتغال روانپزشک در ماه	نسبت	تعداد ساعاتی که آموزش کارگاهی یا مشاوره توسط روانپزشک در ماه مذکور برای پزشکان عمومی ارائه می‌شود.	تعداد ساعات فعالیت (اشتغال) روانپزشک در ماه مذکور
۴	نسبت ساعت بازدید از مراکز خدمات جامع سلامت از کل ساعات اشتغال روانپزشک در ماه	نسبت	تعداد ساعاتی که روانپزشک از مراکز خدمات جامع سلامت در ماه مذکور بازدید داشته است.	تعداد ساعات فعالیت (اشتغال) روانپزشک در ماه مذکور
۵	تعداد جلسات هماهنگی / نظارتی داخلی با پرسنل مرکز در ماه	عدد	تعداد جلساتی که روانپزشک (مدیر مرکز) با پرسنل مرکز جهت نظارت، هماهنگی و یا آموزش پرسنل در ماه مذکور برگزار کرده است.	
۶	نسبت ویزیت در منزل از کل بیماران مشمول ویزیت در منزل در ماه	نسبت	تعداد ویزیت در منزلی که برای بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی در ماه مذکور انجام شده است. (تعداد ویزیت ذکر شود یعنی اگر برای یک بیمار دو ویزیت در ماه انجام شده، دو مورد حساب شود).	تعداد کل بیمارانی که معیارهای دریافت خدمات ویزیت در منزل را دارند و باید در ماه مذکور تحت پوشش قرار می‌گرفتند.

تعداد کل بیمارانی که معیارهای دریافت خدمات پیگیری تلفنی را دارا و باید در ماه مذکور تحت پوشش قرار می‌گرفتند.	تعداد بیمارانی که در ماه مذکور برای آنها پیگیری تلفنی برای اختلالات شدید روانپزشکی انجام شده است.	نسبت	نسبت پیگیری تلفنی از کل بیماران مشمول پیگیری تلفنی در ماه	۷
تعداد کل بیمارانی که باید در ماه مذکور تحت پوشش انواع خدمات واحد روزانه قرار گیرند (اختلالات شدید روانپزشکی که به خدمات روزانه شامل آموزش خانواده و بیمار و کاردرمانی نیاز دارند و تحت پوشش قرار دارند).		عدد	تعداد بیماران مشمول خدمات واحد توانبخشی روزانه در ماه	۸
کل بیمار در ماه مذکور	تعداد کل بیمارانی که در ماه مذکور در جلسه آموزش بیمار شرکت کرده‌اند.	نسبت	نسبت بیماران آموزش دیده طبق پروتکل به کل بیماران آموزش بیمار در ماه	۹
کل بیمارانی که خانواده‌های آنها باید در ماه مذکور آموزش می‌دیدند.	تعداد کل خانوارهایی که در ماه مذکور در جلسه آموزش خانواده شرکت کرده‌اند.	نسبت	نسبت خانوارهای آموزش دیده طبق پروتکل در این ماه به کل بیماران مشمول آموزش در ماه	۱۰

بسمه توم

اقدام جامعه

بیش از ۵۰٪ علل مؤثر در ایجاد اختلالات روانی ریشه‌های اجتماعی محیطی دارد و مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ عوامل اجتماعی و محیطی متعددی زمینه ساز اختلالات روانی است که قابل اجتناب هستند. خشونت دیدن، ضعف نظام آموزشی در یاد دادن مهارت‌های زندگی، تکامل کودکی نامناسب، طلاق، ازدواج نامناسب، افزایش جمعیت بدون برنامه، درمان نشدن بیماری‌های روانی، تعامل نامناسب در خانواده، بیکاری، اعتیاد والدین، جنگ، بلایا و مدرسه نامناسب از جمله این عوامل هستند.

بر اساس تجربیات جهانی در حوزه توسعه پایدار دو راهبرد اساسی برای مدیریت تأثیر عوامل اجتماعی و محیطی بر سلامت مردم عبارت است از «همکاری بین‌بخشی» و «مشارکت مردم». به همین منظور بسته اقدام جامعه (آج) با هدف سازمان‌دهی همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم در ارتقای سلامت روانی و اجتماعی شهرستان طراحی شده است تا عوامل خطر اختلالات روانی در شهرستان کاهش یابد و حمایت‌های اجتماعی از افراد دارای اختلالات روانی افزایش و انگ اجتماعی کاهش یابد. **با فراهم بودن شرایط اجتماعی و محیطی مساعد در سطح شهرستان انتظار می‌رود در طول زمان بروز اختلالات روانی کاهش یابد.**

این بسته چهار اقدام دارد:

۱. شورای فرمانداری و نمایندگان مردم نسبت به وضعیت سلامت روان، پیامدها و عوامل مؤثر بر آن حساس شده و اقدامات جامعه برای کاهش عوامل خطر اجتماعی و محیطی در قالب **تفاهم‌نامه همکاری** بین ادارات شهرستان و نمایندگان مردم امضا می‌شود. **دبیرخانه رصد اقدامات جامعه** (راج) در فرمانداری ایجاد می‌شود تا با **آموزش رابطان** (در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی) اقدامات تفاهم‌نامه را پیش و عملکرد آنها را رتبه‌بندی و تشویق کند.
۲. **خانه مشارکت مردم** با حضور بیش از بیست میانجی مشارکت مردم با میزبانی فرمانداری و شبکه بهداشت و درمان شهرستان تشکیل می‌شود تا ضمن انتقال مطالبات گروه‌های مردمی به مسؤولان، انتقال پیام‌های سلامت روان و مشارکت آنها در برنامه‌های ارتقای سلامت روانی و اجتماعی را آسان کرده و سرعت ببخشند.
۳. مراقبت‌های اجتماعی از مبتلایان به اختلالات روانی توسط ادارات شهرستان فراهم شود این تسهیلات از طریق **استقرار بسته خوداتکایی** برای مددجویان ارجاع شده از بسته پایه و تخصصی مراقبت اجتماعی فراهم می‌گردد.
۴. پیام‌های ارتقای سلامت روانی و اجتماعی از طریق مبادی در اختیار فرمانداری و میانجیان مردمی به شکل هماهنگ ترویج می‌یابد تا روند **افزایش سواد سلامت روان و کاهش انگ اجتماعی** انجام پذیرد.

اقدام اول) شکل گیری تفاهم نامه همکاری و دبیرخانه اقدام جامعه

به منظور استقرار پیشگام خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی سه بسته پایه، تخصصی و اقدام جامعه طراحی شده است. بسته حاضر مجموعه خدمات اقدام جامعه (آج) را با هدف سازمان دهی همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم در ارتقای سلامت روان شهرستان به اجرا در می آورد:

ماده (۱) انتظار می رود با اجرای این بسته:

- عوامل خطر اختلالات روانی در شهرستان کاهش یابد.
- حمایت های اجتماعی از افراد دارای اختلالات روانی افزایش یابد.
- انگ اجتماعی اختلالات روانی کاهش یابد.
- سواد سلامت روان در گروه های مختلف جامعه افزایش یابد.

ماده (۲) فرایند اصلی در اقدام جامعه

- اقدام در شورای فرمانداری: ارایه تصویر سلامت روان کشور، استان و شهرستان و برگزاری کارگاه پیشگیری از اختلالات روانی، دریافت مصوبه تدوین نقشه راه ارتقای سلامت روان شهرستان از شورای فرمانداری
- شناسایی ظرفیت های شهرستان و تدوین برنامه همکاری بین بخشی با مشارکت ذینفعان و تنظیم تفاهم نامه یکپارچه، امضای سازمان ها و ابلاغ فرماندار (پیوست الف: چارچوب تفاهم نامه و جدول تقسیم کار)
- ایجاد دبیرخانه رصد اقدام جامعه (راج)، آموزش مجریان و مدیران برای اقدام، پایش ماهانه تفاهم نامه با حضور فرماندار، رتبه بندی عملکرد ذینفعان، تشویق (پیوست ب: نحوه محاسبه شاخص های اقدام جامعه و پیوست ج: جدول آموزش)
- تدوین گزارش سالانه و برنامه سال آینده

ماده (۳) ارکان اصلی اقدام جامعه

- رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان با حکم فرماندار مسؤول دبیرخانه رصد اقدام جامعه (دبیرخانه راج) است و کلیه مفاد تفاهم نامه پایش می شود. دبیرخانه راج در فرمانداری تشکیل می شود و یک نفر از کارشناسان مسؤول در شبکه به صورت تمام وقت مسؤولیت پیگیری امور دبیرخانه را با نظارت رییس دبیرخانه بر عهده دارد.
- خانه مشارکت مردم با دعوت مشترک فرماندار و رییس شبکه در شهرستان تشکیل و در اولین جلسه پس از توجیه دعوت شدگان رییس شورای خانه مشارکت مردم انتخاب می شود.
- ستاد خودتکایی در مجاورت دبیرخانه اقدام جامعه تشکیل می شود. این دبیرخانه با حضور یک مددکار برای مددجویان معرفی شده از بسته پایه و تخصصی، تشکیل پرونده داده و با انجام مصاحبه اکتشافی به مراکز مرتبط ارجاع و تا حصول نتیجه پیگیری می نماید.

تبصره: تا زمان مشخص شدن واحد مسؤول برای مدیریت و هماهنگی امور خوداتکایی مددجویان شهرستان این خدمت به شکل ستاد و در فرمانداری تشکیل خواهد شد.

- کمیته راهبری فنی متشکل از رییس شبکه بهداشت و درمان، معاون فرماندار، کارشناس مسؤول روان شهرستان، مدد کار اجتماعی فرمانداری، کارشناس مسؤول حوزه اجتماعی فرمانداری، روانپزشک شهرستان، نماینده پزشکان عمومی و یک نماینده از بین کارشناسان روانی اجتماعی در دبیرخانه تشکیل می‌شود، وظیفه این کمیته مراقب بودن از اجرای هر سه بسته خدمات سلامت روان شهرستان است.
- جلسات پایش ماهانه با اشکال مختلف مکاتبه‌ای، حضور در ادارات و جلسات جمعی برگزار می‌شود، نشست فصلی پایش با حضور بخشداران، دهیاران و اعضای خانه مشارکت مردم از جمله شوراهای اسلامی شهر و روستا و اعضای شورای فرمانداری تشکیل می‌شود.
- مسؤول اجرایی ارتقای سواد سلامت روان، مجمع شهرداران و دهیاران شهرستان و رسانه‌های شهرستانی و استان است، محتوای ترویجی توسط کمیته راهبری فنی در اختیار مجمع قرار می‌گیرد. از جمله ترویج ده فرمان انگ‌زدایی ویژه تبلیغات محیطی.

تبصره: تشکیل **شناسنامه آموزشی و ترویجی خانوارها** ایده‌ای است که با همکاری دبیرخانه اقدام جامعه و مراکز خدمات جامع سلامت عملیاتی می‌شود. در این شناسنامه اجرایی شدن دوره‌های آموزشی حضوری و بسته‌های خودآموز خانواده پیگیری می‌شود: حقوق کودک، حقوق شهروندی (مشارکت، پاسخگویی، همسایگی، رفتار ضد خشونت، رعایت حقوق اقلیت‌ها)، اخلاقیات، ترویج رفتارهای اجتماعی مطلوب و ...

- شرح وظایف مددکار اجتماعی به شکل تمام وقت در این طرح به شرح زیر است:
 - (۱) آموزش، توجیه و روزآمدسازی کلیه مدیران شهرستان (فعلی و آینده) و اعضای خانه مشارکت مردم در زمینه پیشگیری و مدیریت عوامل خطر اختلالات روان و حکمرانی مؤثر محلی
 - (۲) اقدام برای تدوین تفاهم‌نامه پیشگیری و مدیریت عوامل خطر اختلالات روان بین دستگاه‌ها و پایش ماهانه آن در دبیرخانه اقدام جامعه به روش‌های مقتضی و مورد توافق در جلسه کمیته راهبری
 - (۳) راه‌اندازی خانه مشارکت مردم در توسعه پایدار شهرستان و بهره‌مندی از مشارکت تک تک شبکه‌های عضو در ارتقای سلامت روان مردم شهرستان (از طریق انتقال پیام‌های پیشگیری، انتقال مطالبات گروه‌های آسیب‌پذیر، مشارکت در طرح‌ها)
 - (۴) راه‌اندازی ستاد خوداتکایی، حضور در ستاد، انجام مصاحبه‌های اکتشافی با مراجعان و مدیریت ارجاعات اجتماعی بر اساس زمانبندی اعلام شده به مبدأ ارجاعات (از مراکز بهداشتی درمانی، مرکز سلامت روان جامعه‌نگر و سایر مبادی ورودی)

۵) شرکت در دوره‌های آموزشی توانمندسازی در سطح ملی و استانی

۶) هماهنگی و تشکیل کمیته راهبری طرح سراج در شهرستان با ریاست فرماندار، رییس شبکه بهداشت شهرستان، روانپزشک شهرستان (رییس مرکز سلامت روان جامعه‌نگر) و کارشناس سلامت روان شهرستان و نگارش صورت جلسه، پیگیری ابلاغ از طریق فرماندار تا حصول نتیجه

۷) ارائه گزارش‌های ماهانه پیشرفت تفاهم‌نامه بین‌بخشی، عملکرد خانه مشارکت مردم و ستاد خوداتکایی فرمانداری

توجه: دبیرخانه اقدام جامعه در فرمانداری است و ستاد خوداتکایی برای مدیریت ارجاعات اجتماعی نیز در همین دبیرخانه قرار دارد و مددکار موظف است به شکل تمام وقت زمان حضور خود در این مکان را طوری مدیریت کند که هم پاسخگویی ارجاعات باشد و هم اقدام جامعه را از طریق رصد تفاهم‌نامه بین‌بخشی و تکالیف خانه مشارکت مردم به انجام برساند.

ماده ۴) تقسیم کار از طریق تفاهم‌نامه یکپارچه انجام می‌شود.

- **تکامل کودکی:** ارتقای کمی و کیفی مهد کودک و مکان‌های بازی کودکان شهرستان، اطمینان از ثبت نام در مدرسه برای کلیه کودکان شهرستان
- **سواد:** شناسایی افراد بی‌سواد و معرفی به نهضت سوادآموزی، شناسایی افراد بازمانده تحصیلی و بازگرداندن آنها به مدرسه، تقویت مراکز مشاوره تحصیلی در مدارس و آموزش مدیران و معلمان در مورد عدم تبعیض
- **درآمد:** تدوین کتاب سرمایه‌گذاری شهرستان، حمایت‌طلبی استانی و ملی برای سرمایه‌گذاری، شناسایی افراد بیکار و معرفی فرصت‌های شغلی با همکاری سندیکای کارفرمایی و مرکز آموزش فنی و حرفه‌ای و مراکز کاریابی، شناسایی افراد فاقد مسکن و اقدام مقتضی
- **کار امن و ایمن:** ایجاد مراکز همیار کارکنان [در سایه آن آموزش کارفرمایان و کارگران]
- **امنیت غذایی:** تدارک میادین میوه و تره بار به صورت محلی و توزیع سبد غذایی به خانوارهای مورد نیاز، ترویج تغذیه سالم
- **تفریحات:** تدوین برنامه تفریحات جامعه (احیای تفریحات سنتی شهرستان) و افزایش تحرک فیزیکی مردم
- **حمل و نقل عمومی:** بررسی ناوگان حمل و نقل عمومی شهرستان، تعیین نقاط حادثه‌ساز و رفع مشکلات
- **خدمات اجتماعی:** مراقبت‌های اجتماعی ویژه معلولان حسی و حرکتی و روانی و **بازتعریف خدمات اجتماعی**
- **امنیت اجتماعی:** تقویت برنامه‌های کاهش عرضه مواد مخدر و الکل و تشکیل شورای پیشگیری از جرائم در محلات

- **مدیریت بحران:** تدوین نقشه خطرپذیری شهرستان، اولویت‌بندی و اقدام برای کاهش خطر
- **معنویت:** ترویج اخلاقیات در عمل و قدردانی از شهروندان با عملکرد اخلاقی شاخص و الگو
- **حکمرانی:** ایجاد مرکز رصد توسعه پایدار شهرستان (اقتصاد، اجتماع و محیط زیست)، ادغام دوره آموزش انگ‌زدایی از اختلالات روانی برای کارکنان و مدیران کلیه دستگاه‌ها و نهادها، جلب حمایت عمودی استان و دستگاه‌های سطح ملی، آموزش اصول و فنون حکمرانی محلی برای کلیه بخشداران و دهیاران و شوراهای اسلامی شهر و روستا
- **شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان:** تشکیل خانه مشارکت مردم (رویکرد شبکه‌های اختصاصی مردمی برای مشارکت) و شورای محلات (رویکرد جغرافیایی به مشارکت) و ترویج بسته پیشگیری از اختلالات روانی از این طریق

پیوست الف) چارچوب تفاهم‌نامه همکاری بین بخشی و مشارکت مردم برای استقرار پیشگام خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان

به استناد ابلاغ شماره ابلاغ مشترک معاون محترم بهداشتی و معاون محترم درمان (۱۸۴۵۲ مورخ ۹۴/۱۱/۷) مبنی بر استقرار پیشگام خدمات جامع سلامت روانی و مراقبت اجتماعی (پروا) در شهرستان‌های بردسیر، اسکو و قوچان و مکاتبات حمایتی و پشتیبان دستگاه‌های ملی (پیوست ۳) این تفاهم‌نامه بین سازمان‌های همکار و نمایندگان مردمی تفاهم شده است.

ماده یک) اهداف تفاهم‌نامه

انتظار می‌رود با اجرای این تفاهم‌نامه عوامل خطر اختلالات روانی در شهرستان کاهش یابد، حمایت‌های اجتماعی از افراد دارای اختلالات روانی افزایش یابد، انگ اجتماعی اختلالات روانی کاهش یابد و سواد سلامت روان در گروه‌های مختلف جامعه افزایش یابد.

ماده ۲) تعهدات دستگاه‌ها

مطابق جدول تقسیم کار اقدامات لازم توسط دستگاه‌ها برای دوره زمانی ابتدای مرداد ماه تا پایان آذر ماه تنظیم و تفاهم می‌شود.

ماده ۳) شرایط اجرا

الف) حداکثر تا پایان خرداد ماه هر یک از دستگاه‌های مسؤول کارشناس مسؤول و خبره خود را برای تعریف کمیت و کیفیت اقدامات موظف شده به فرماندار محترم معرفی کرده و دبیرخانه اقدام جامعه موظف است به روش مقتضی کارشناسان مسؤول را در مورد شیوه اجرای هر یک از اقدامات توجیه نماید.

ب) کارشناس مسؤول موظف است هر ماه پیشرفت کار را در سازمان پایش کرده و به مسؤول دستگاه گزارش کتبی ارایه دهد و این گزارش از طریق مکاتبه مسؤول دستگاه به فرماندار محترم منعکس شود.

ج) منابع لازم برای اجرای اقدامات فهرست شده از ردیف‌های جاری دستگاه‌های شهرستان و نیروی انسانی موجود و داوطلب، منابع خیرین و بخش خصوصی، منابع حمایت‌طلبی شده از استانداری و دستگاه‌های ملی است. فرمانداری به استناد مکاتبات حمایتی مندرج در مقدمه این تفاهم‌نامه می‌تواند با درخواست کتبی و ارسال طرح توجیهی منابع لازم را از سطح ملی درخواست کند، در این مورد لازم است نمایندگان شوراهای اسلامی شهر و روستا حمایت‌طلبی‌های لازم را انجام دهند.

د) فرمانداری در پایان بهمن ماه با گزارش دبیرخانه رصد اقدام جامعه دستگاه‌های موفق و برتر در اجرای تفاهم‌نامه را در صحن شهرستان و با حضور نمایندگان دولتی، بخش خصوصی و مردمی قدرانی نماید.

جدول تقسیم کار دستگاه‌های در پیشگیری از بروز و شیوع اختلالات روانی و مسائل اجتماعی شهرستان

واحد مسؤول	مؤلفه‌ها و اقدامات مؤثر بر بهبود سلامت روان	
[بهبود شهری شهرستان]	ارتقای کمی و کیفی مهد کودک	تکامل کودکی
[شهرداری و دهیاری]	مکان‌های بازی کودکان شهرستان	
[آموزش و پرورش و ثبت احوال]	اطمینان از ثبت نام در مدرسه برای کلیه کودکان شهرستان	سواد
[مراکز خدمات جامع سلامت،]	شناسایی افراد بی‌سواد و معرفی به نهضت سوادآموزی	
[شناسایی با مراکز خدمات جامع سلامت و بازگرداندن با آموزش و پرورش]	شناسایی افراد بازمانده تحصیلی در سنین مدرسه و بازگرداندن آنها به مدرسه	
[آموزش و پرورش]	تقویت مراکز مشاوره تحصیلی در مدارس و آموزش مدیران و معلمان در مورد عدم تبعیض و سایر مهارت‌های سلامت محوری در مدرسه	
[فرمانداری]	تدوین کتاب سرمایه‌گذاری شهرستان	درآمد
[فرمانداری]	حمایت‌طلبی استانی و ملی برای سرمایه‌گذاری	
[ارجاع توسط مراکز خدمات جامع سلامت اقدام توسط سازمان‌های ذیربط از جمله سندیکای کارفرمایی و مرکز آموزش فنی و حرفه‌ای و مراکز کارایی]	شناسایی افراد بیکار و معرفی فرصت‌های شغلی، شناسایی افراد فاقد مسکن و اقدام مقتضی، شناسایی خانوارهای زیر خط فقر و اقدامات خوداتکایی	
اداره تعاون کار و رفاه با همکاری مدیریت شبکه بهداشت و درمان، سندیکای کارفرمایی و انجمن کارگران	ایجاد مراکز همیار کارکنان در محیط‌های کاری	کار امن و ایمن
اداره تعاون کار و رفاه با همکاری مدیریت شبکه بهداشت و درمان، سندیکای کارفرمایی و انجمن کارگران	آموزش کارفرمایان برای اقدام سلامت محور در محیط کار و سبک زندگی سالم برای کارگران	
[شهرداری و فرمانداری]	تدارک میادین میوه و تره بار به صورت محلی و توزیع سبب غذایی به خانوارهای مورد نیاز	امنیت غذایی
[شبکه بهداشت و درمان شهرستان]	ترویج تغذیه سالم	
[فرمانداری و شهرداری]	تدوین برنامه تفریحات جامعه (احیای تفریحات سنتی شهرستان) و افزایش تحرک فیزیکی مردم	تفریحات
[شهرداری و اداره راه و مسکن]	بررسی ناوگان حمل و نقل عمومی شهرستان و تکمیل و بهبود آن	حمل و نقل عمومی
[شهرداری و اداره راه و مسکن]	تعیین نقاط حادثه‌ساز و رفع مشکلات	

خدمات اجتماعی	مراقبت‌های اجتماعی ویژه معلولان حسی و حرکتی و روانی و بازتعریف خدمات اجتماعی	[بهزیستی شهرستان و شبکه بهداشت و درمان شهرستان با محوریت فرمانداری]
امنیت اجتماعی	تقویت برنامه‌های کاهش عرضه مواد مخدر و الکل تشکیل شورای پیشگیری از جرائم در محلات	[فرماندهی انتظامی شهرستان] [نیروی انتظامی، دادگستری و بهزیستی شهرستان]
مدیریت بحران	تدوین نقشه خطرپذیری شهرستان، اولویت‌بندی و اقدام برای کاهش خطر	[مدیریت بحران فرمانداری]
معنویت	ترویج اخلاقیات در عمل و قدردانی از شهروندان با عملکرد اخلاقی شاخص و الگو	[اداره تبلیغات اسلامی، دفتر امام جمعه، شهرداری و دهیاری‌ها]
حکمرانی	ایجاد مرکز رصد توسعه پایدار شهرستان (اقتصاد، اجتماع و محیط زیست)	[فرمانداری]
	ادغام دوره آموزش انگ زدایی از اختلالات روانی برای کارکنان و مدیران کلیه دستگاه‌ها و نهادها	[فرمانداری]
	جلب حمایت عمودی استان و دستگاه‌های سطح ملی	[فرمانداری]
	آموزش اصول و فنون حکمرانی محلی برای کلیه بخشداران و دهیاران و شوراهای اسلامی شهر و روستا	[فرمانداری]
مشارکت مردم	تشکیل خانه مشارکت مردم (رویکرد شبکه‌های اختصاصی مردمی برای مشارکت)	شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان
	تشکیل شورای محلات (رویکرد جغرافیایی به مشارکت)	شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان
	ترویج بسته پیشگیری از اختلالات روانی از طریق خانه مشارکت و شورای محلات	شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان
خدمات بهداشتی و درمانی	آماده سازی کلیه مراکز بهداشتی شهرستان و ایجاد کلینیک سلامت روان جامعه‌نگر شهرستان و ارائه خدمات سلامت روان پایه و تخصصی و ارجاع افراد نیازمند به مشاوره و حمایت اجتماعی تشکیل شناسنامه آموزشی و ترویجی خانوارها با همکاری دبیرخانه اقدام جامعه (مطابق تبصره ماده سوم بسته سوم، خدمات اقدام جامعه)	مدیریت شبکه شهرستان

پیوست ب) نحوه محاسبه شاخص‌های «بسته اقدام جامعه»

حیطه	نام شاخص	نحوه محاسبه (فقط برای شهر مورد)
تکامل کودکی	۱. رشد دسترسی مردم به مهدکودک‌ها	برای محاسبه مخرج کسر جمعیت مشمول مهدکودک که همان جمعیت سن ۳ تا ۵ سال است تعیین شود و میانگین ظرفیت پذیرش هر مهد کودک از بهزیستی سؤال شود، به این ترتیب با تقسیم جمعیت مشمول به میانگین ظرفیت پذیرش، تعداد کل مهدکودک‌های مورد نیاز به دست می‌آید، از این عدد مهدکودک‌های موجود رو کم کنید تا تعداد نهایی مهدکودک‌های لازم برای راه‌اندازی در شهر مشخص شود. با اداره بهزیستی برای زمان‌بندی پر کردن این شکاف در شهرستان توافق کنید.
	۲. رشد کیفیت مهدکودک‌ها	مخرج کسر کل مهدکودک‌های موجود و فعالی را شامل می‌شود که رتبه برتر بر اساس استاندارد اداره بهزیستی ندارند. صورت کسر تعداد مهدکودک‌هایی که رتبه برتر در این ماه کسب کرده‌اند.
	۳. فراهمی زمین‌های بازی کودکان	برای محاسبه مخرج کسر باید تعداد جمعیت دو تا ۱۲ سال را در شهر را تعیین کنید و سپس میانگین ظرفیت استفاده از هر زمین بازی را از شهرداری سؤال کنید و تعداد زمین‌های بازی موجود (با تجهیزات استاندارد) را از این عدد کم کنید. با شهرداری برای زمان‌بندی پر کردن شکاف مورد نظر در شهر توافق کنید.
سواد	۴. رشد ثبت نام بازمندگان تحصیل	تعداد و فهرست متولدین سال‌های ۸۴ تا ۸۹ از ثبت احوال گرفته شود و با تعداد دانش‌آموزان ثبت نام شده در سال‌های ۸۹ تا ۹۴ مقایسه شود تفاضل اینها تعداد بازمانده‌های تحصیلی است (البته فوتی‌ها و مهاجرت‌ها باید کم شود). با اداره آموزش و پرورش و اداره ثبت احوال شهر برای شناسایی این خانوارها و ثبت‌نامه بچه‌ها برنامه‌ریزی کنید و تعداد کودکان بازمانده‌ای که در یک ماه گذشته ثبت نام کرده‌اند را در صورت کسر قرار دهید.
	۵. رشد بازگرداندن افراد ترک تحصیلی	در مخرج کسر تعداد افرادی که در چهار سال گذشته ترک تحصیل کرده‌اند در صورت کسر تعداد افراد ترک تحصیل کرده که در ماه گذشته به مدرسه بازگردانده شده‌اند
	۶. پوشش مشاور مدرسه	تعداد کل مدارس شهر در مخرج قرار می‌گیرد. تعداد مدرسی که مشاور فعال در طول هفته دارد (پاره وقت و یا تمام وقت) در صورت قرار می‌گیرد.
	۷. میزان مشاوران مدرسه آموزش‌دیده	تعداد کل مدارس شهر در مخرج کسر قرار می‌گیرد. تعداد مدرسی که مشاور در دوره آموزشی پیشگیری از بازماندگی تحصیلی شرکت کرده است.
کار و درآمد	۸. رشد دانش‌آموزان خارج شده از رکود و افت تحصیلی	در مخرج کسر تعداد دانش‌آموزان شناسایی شده توسط مشاور مدارس که در فصل گذشته رکود و یا افت تحصیلی داشته‌اند. در صورت کسر تعداد دانش‌آموزانی که از رکود و افت تحصیلی بیرون آمده‌اند به گزارش مشاور مدرسه
	۹. پوشش برنامه خوداتکالی	در مخرج کسر تعداد افراد زیر خط فقر بر اساس تجمیع آمار اداره بهزیستی و کمیته امداد در صورت کسر تعداد افرادی که فراخوان شده و خدمات خوداتکالی برای آنها شروع شده است.
	۱۰. رشد نرخ اشتغال	در مخرج کسر تعداد افراد بیکار ساکن در شهر که اداره کار شهرستان در اختیار قرار می‌دهد. تعداد افرادی که به واسطه عمل ستاد خوداتکالی در ماه گذشته و یا سایر اقدامات فرمانداری و ادارات مرتبط اشتغال به کار پیدا کرده‌اند.

	۱۱. رشد تعداد خانه‌های بهداشت با الگوی نوین	مخرج کسر تعداد کل محل های کاری ۵۰ تا ۵۰۰ نفر از اداره تعاون کار و رفاه اجتماعی صورت کسر تعداد خانه‌های بهداشتی که در محل‌های کاری بر اساس الگوی نوین فعال شده و یا مجددا راه‌اندازی شده‌اند.
امنیت غذا	۱۲. پوشش برنامه خوداتکایی در خانوارهای ناامن غذایی	مخرج کسر تعداد خانوارهایی هستند که در نوبت قبلی سبد غذایی دریافت کرده‌اند. صورت کسر تعداد خانوارهایی است که در ماه قبل خدمات خوداتکایی برای آنها شروع شده است.
تفریحات	۱۳. وضعیت تفریحات فعال و غیرفعال خانوارها در شهر	انجام پیمایشی با حجم نمونه ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ از خانوارها برای تعیین وضعیت شیوع تفریحات فعال و غیرفعال خانوارهای شهر تدوین و تصویب برنامه جامع تفریحات شهرستان در شورای فرمانداری و خانه مشارکت مردم
	۱۴. رشد تفریحات	مخرج کسر تعداد خروجی‌های سالانه مورد انتظار برای استقرار برنامه جامع مصوب تفریحات شهرستان صورت کسر تعداد خروجی به دست آمده در ماه گذشته
حمل و نقل	۱۵. رشد حمل و نقل عمومی	اول باید برنامه حمل و نقل عمومی تدوین گردد؛ این برنامه شامل توسعه پیاده‌روهای شهر، خط کشتی عابر پیاده، ایجاد جاده تندرستی با استفاده از پیاده راه‌های مناسب، تعیین مسیرهای دوچرخه‌سواری، تکمیل ناوگان حمل و نقل عمومی، تعیین و رفع نقایص نقاط جاده‌ای حادثه‌ساز شهرستان و اقدامات فرهنگ‌سازی برای استفاده کمتر از خودروی شخصی. مخرج کسر تعداد خروجی‌های سالانه مورد انتظار برای استقرار برنامه توسعه حمل و نقل عمومی / صورت کسر تعداد خروجی به دست آمده در ماه گذشته.
بحران	۱۶. رشد برنامه‌های کاهش خطرپذیری برای انواع بحران	چارچوبی برای نقشه‌های خطرپذیری در استانداردها و فرمانداری وجود دارد برنامه عملیاتی شهرستان برای کاهش این خطرات و میزان پیشرفت ماهانه این نقشه مد نظر است. مخرج کسر تعداد خروجی‌های سالانه مورد انتظار برای استقرار برنامه کاهش خطرپذیری / صورت کسر تعداد خروجی به دست آمده در ماه گذشته.
	۱۷. میزان قدردانی از شهروندان	برای این موضوع حوزه اجتماعی فرمانداری باید شیوه‌نامه‌ای را تدوین کند و بر اساس آن تقویمی سالانه برای قدردانی در مناسب‌های ملی، دینی و فرهنگی تهیه کند. به طور عمده کسانی در این تشویق می‌شوند که الگوی رفتارهای اجتماعی مطلوب باشند؛ حافظان محیط زیست، استفاده نکردن از خودروی شخصی یا دوچرخه‌سواران، داوطلبان و خیرین و ...
حکمرانی	۱۸. پوشش آموزش کارشناسان و مدیران هر اداره	مخرج کسر تعداد کل کارکنان کلیدی و اثرگذار ادارات دولتی (این تعداد به طور عمده رده‌های مدیریتی ادارات به علاوه یک کارشناس کلیدی در هر واحد از اداره است) / صورت کسر تعداد کارکنانی هستند که در یک کارگاه نیم روزه بیست نفره با عنوان پیشگیری از اختلالات روانی و تعالی شرکت کرده‌اند.
	۱۹. توسعه همکاری عمودی	میزان جلسات حمایت‌طلبی از طرح الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان (حضور مقامات در شهرستان و یا مدیران شهرستان در سطوح استانی و ملی) مورد انتظار است که در هر ماه یک جلسه حمایت‌طلبی تشکیل شود.
	۲۰. جذب منابع مالی	مورد انتظار است ماهانه یک مکاتبه برای جذب منابع مالی انجام شود و در آن حدود حمایت مالی نوشته شود. صورت کسر میزان جذب منابع مالی برای اقدامات شهرستان در این طرح برای اقدامات جامعه

<p>چهار کارگاه آموزشی برای شورای مشارکت مردم و چهار کارگاه مشابه برای شورای فرمانداری مدنظر است هر فصل یک کارگاه مطابق بسته آموزشی ارسالی کارگاه شماره یک: اصول و فنون ارتقای سلامت روان جامعه؛ کارگاه شماره دو: اصول و فنون حکمرانی موثر محلی؛ کارگاه شماره سه : سلامت روان مطلوب و رفتارهای برتر روانی کدام است؟! کارگاه شماره چهار : سلامت اجتماعی و رفتارهای مطلوب اجتماعی چیست؟</p>	<p>۲۱. پوشش آموزش مدیران ارشد و نمایندگان مردم</p>
<p>خانه مشارکت مردم مطابق شیوهنامه پیوست با ۲۱ سرگروه مردمی قبل از پایان سال ۱۳۹۵ باید تشکیل شده باشد. به طور ماهانه باید جلسه تشکیل دهند و صورت جلسه آن که حاوی عملیاتی شدن موارد چهارگانه است ارسال گردد؛ برگزاری کارگاههای آموزشی اعضای شورای مشارکت مردم، توجه در مورد روش انتقال پیامهای سلامت روان (که به صورت دفترک در اختیار آنها قرار داده می‌شود)، انتقال مطالبات و درخواستهای اعضای هر شبکه به سرگروه و جمع‌بندی آنها توسط رییس شورا و سپس انتقال به فرماندار و در نهایت هر گونه اقدام خلاق و ابتکاری که به تصویب خود شورا برسد.</p>	<p>۲۲. مشارکت مردم</p>
<p>گزارش فرماندار و رییس شورای شهر هر کدام جداگانه از میزان پیشرفت برنامه‌های ارتقای سلامت روان در شهر به صورت فصلی. تعداد پیامهای منتقل شده به تفکیک هر کانال (بیلبوردها و فیکسچرهای شهر، پوستر ادارات [همان محل دریافت خدمات عمومی]، پیامک عمومی) به کل پیامهای برنامه‌ریزی شده از طریق این سه کانال. بر اساس پیمایش وضعیت سواد سلامت روان در شهر ده پیام اصیل انتخاب و با تناوب زیر انتشار یابد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ هر دو هفته یکبار یکی از پیامها در مکانهای پرتردد شهر به شکل بنر نصب گردد البته با رعایت اصول طراحی یک بنر. ■ کل پیامها در یک برگه تایپ و در اختیار تک‌تک اعضای شورای خانه مشارکت مردم قرار گیرد و از آنها درخواست گردد به نحو مقتضی این پیامها را در بین اعضای شبکه خود در شهر اسکو توزیع نمایند. ■ در شورای فرمانداری این ده پیام به رؤسای دستگاهها ارایه شود تا به شکل پوستر و بروشور و یا هر روش دیگر بین کارکنان خود توزیع نمایند و یا در معرض دید ارباب رجوعها قرار دهند (مثلا بانکها ، بیمه‌ها و ...). ■ هر هفته یک پیام به شکل پیامک منتقل شود. 	<p>۲۳. پاسخگویی و اطلاع‌رسانی</p>

پیوست ج) برنامه آموزشی کارکنان بسته اقدام جامعه

جدول برنامه آموزش بسته اقدام جامعه (آج)	
روز اول	برنامه توجیهی و آموزشی فرمانداران سه شهرستان در زمینه وضعیت سلامت روان جامعه، علل و عوامل مؤثر و راهکارهای ارتقای آن و شرح پروژه (۲ ساعت)
روز دوم تا سوم	<p>برنامه آموزشی اصول و فنون تغییر در جامعه ویژه نماینده تام الاختیار فرماندار، رییس دبیرخانه رصد اقدام جامعه و مدیر برنامه شهرستان</p> <p>بخش اول: مبانی و مفاهیم (نیم روز)</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تعریف سلامت اجتماعی و سلامت روانی، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، شاخص‌ها و راهکارها ۲. وضعیت موجود آسیب‌های اجتماعی و سلامت روان، علل مؤثر بر آن و مداخلات هزینه اثربخش ۳. آناتومی سازمان‌های جامعه که در ارتقای سلامت اجتماعی و روانی مؤثر هستند. ۴. شرح وظایف و آسیب‌شناسی عملکرد سازمان‌های جامعه در شهرستان‌ها <p>بخش دوم: اصول و فنون تاثیرگذاری در حوزه سلامت (نیم روز دوم و روز سوم)</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. اصول و فنون تدوین سند اقدام ۲. اصول و فنون همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم ۳. مهارت ظرفیت‌سنجی دارایی‌های منطقه ۴. اصول و فنون حمایت‌طلبی و بازاریابی اجتماعی ۵. اصول و فنون ارتباط مؤثر و کار تیمی (مذاکره موفق، سخنرانی مؤثر، نقد مؤثر، مدیریت جلسه مؤثر، ارتباط بین فردی و مشاوره) ۶. اصول فنون پایش، ارزشیابی و نهادینه سازی برنامه‌ها و استقرار نظام‌های دیده‌بانی ۷. اصول و فنون استقرار مؤثر برنامه‌ها
روز چهارم	برنامه آموزشی و توجیهی شورای فرمانداری در زمینه وضعیت سلامت روان جامعه، علل و عوامل مؤثر و راهکارهای ارتقای آن و شرح پروژه (۳ ساعت)

اقدام دوم) شکل گیری خانه مشارکت مردم

۱) شیوه نامه شکل گیری خانه مشارکت مردم

به منظور استقرار پیشگام خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان و به استناد ابلاغیه شماره ۹۶۰/۱۰۱ مورخ ۹۲/۵/۲۲ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزیر کشور در شکل گیری خانه مشارکت مردم در سطح استان و همچنین مکاتبه مشترک معاون درمان و معاون بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورخ ۹۴/۱۱/۷ به شماره ۳۰۰/۱۸۴۵۲ و نقش انکار پذیر مشارکت مردم در مراحل و ابعاد توسعه پایدار، آیین نامه «خانه مشارکت مردم در توسعه پایدار شهرستان» تدوین شده است.

ماده ۱- اهداف:

۱. تسهیل دستیابی به اهداف طرح های سلامت و توسعه پایدار شهرستان
۲. توانمندسازی مردم در ارتقای سلامت خود و محیط
۳. استقرار نظام مناسب برای دسترسی آسان به گروه های مردمی به ویژه گروه های آسیب پذیر و مشارکت دادن آنان در تدوین، اجرا و پایش و ارزشیابی طرح های ارتقای سلامت شهرستان

ماده ۲- ارکان و ترکیب:

۱. خانه مشارکت مردم شامل دو رکن اصلی دبیرخانه و شورا است.
 ۲. رییس شورای مشارکت مردمی از بین اعضا به مدت ۲ سال بدون تکرار انتخاب می شود. دبیر شورا رییس دبیرخانه اقدام جامعه فرمانداری است که با معرفی رییس شبکه سلامت شهرستان و تأیید فرماندار منصوب می گردد.
 ۳. محل تشکیل جلسات در فرمانداری است.
- اعضای شورای مشارکت مردمی نمایندگان تشکلهای مردمی موجود در سطح شهرستان هستند و به شرح زیر پیش بینی شده است:

رییس شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان، نماینده منتخب سازمان های مردم نهاد، نماینده بهروزان، نماینده رابطین بهداشتی، نماینده هیأت های مذهبی استان، نماینده ورزشکاران، نماینده کارگران، نماینده بسیج، نماینده خیرین، نماینده شهرداران و دهیاران، نماینده ائمه جمعه و روحانیون مستقر و مبلغان دوره ای، نماینده هنرمندان (نقاشی، هنرهای تجسمی، موسیقی، فیلم و تئاتر)، نماینده انجمن های صنفی کارفرمایی، نماینده نهضت سوادآموزی، نماینده کانون معلمان، نماینده انجمن اولیاء و مربیان، نماینده هیأت امنای روستایی، نماینده مددجویان کمیته امداد، نماینده تسهیل گران سازمان های مردم نهاد سازمان بهزیستی، نماینده کانون بازنشستگان کشوری و لشکری، نماینده دانشجویان و دانش آموزان

ماده ۳- وظایف:

۱. تنظیم برنامه‌های سالانه مشارکت گروه‌های مردمی و تأمین منابع مالی آن از طریق مشارکت خیرین
۲. تقسیم کار بین شبکه‌ها بر پایه برنامه‌های راهبردی و سالانه از طریق نماینده عضو شورا
۳. ایفای نقش «صدای شبکه» مورد نظر با استفاده از ابزار تحقیقاتی (بیان مشکلات و نحوه پیشرفت برنامه‌های سلامت)
۴. تعیین شیوه دسترسی به اعضای هر شبکه توسط نماینده عضو و تصویب آن در شورا
۵. توزیع نظام‌مند پیام‌های شیوه زندگی سالم و توسعه پایدار و دریافت بازخوردها
۶. دریافت اخبار پیشرفت توسعه شهرستان و انعکاس آن به اعضای شبکه
۷. ارائه پیشنهادات خلاق و نوآورانه برای ارتقای سلامت مردم
۸. تصویب برنامه‌های مشارکت مردمی و توانمندسازی محلی مردم
۹. ارائه تجربیات موفق شهرستانی در مشارکت مردم توسط نمایندگان شبکه از طریق همایش‌های فصلی
۱۰. تدوین برنامه‌های آموزشی توانمندسازی اعضای شبکه برای نیازهای در اولویت
۱۱. پایش برنامه‌های سلامت و توسعه پایدار شهرستان

ماده ۴- سازوکار تدوین و اجرای پروژه‌ها:

۱. لازم است برای کلیه پروژه‌هایی که به شبکه‌های مردمی تفویض می‌شود، شرح خدمات توسط اعضای شورا تدوین و تصویب شود.
۲. اطمینان یافتن از تأمین مالی و مسؤول اجرایی پروژه‌های مرتبط با وظایف دستگاه‌ها لازم است.

ماده ۵- برگزاری جلسات شورا:

۱. شورا هر ماه جلسه تشکیل می‌دهد و جلسات فوق‌العاده بر اساس نظر رییس شورا تشکیل می‌شود.
۲. جلسات شورا با حضور دو سوم اعضا رسمیت می‌یابد. تصمیم‌های شورا با موافقت تعداد نصف به علاوه یک حاضران در جلسه مصوب می‌شود.
۳. کلیه جلسات مستند می‌شود و به امضای شرکت‌کنندگان می‌رسد.
۴. پیگیری مصوبات و اطلاع‌رسانی به رسانه‌ها بر عهده دبیرخانه خواهد بود.

ماده ۶- دبیرخانه:

۱. دبیرخانه «خانه مشارکت مردم در توسعه پایدار» در دبیرخانه اقدام جامعه فرمانداری قرار دارد و منابع مالی آن از طریق منابع خیریه و محل مشارکت‌های مردمی تأمین می‌شود.
۲. تشکیلات دبیرخانه شامل یک نفر کارشناس و یک کاردان خواهد بود.

۳. دبیرخانه موظف است در اولین جلسه شورا کارنامه سالانه عضو شورا را معرفی نموده و آموزش‌های لازم برای اعضای شورا را ارائه دهد و در پایان هر سال بر اساس گزارش عملکرد هر عضو کارنامه افراد عضو را جمع‌بندی و اعضای برتر و مؤثر را با برگزاری مراسمی در شهرستان و با حضور فرماندار، معتمدان شهرستان و نمایندگان استانی قدردانی کند.

ماده ۷- بازنگری شیوه‌نامه:

بازنگری این شیوه‌نامه با پیشنهاد مشترک رییس و دبیر شورا و تأیید کمیته راهبری استقرار پیشگام خدمات سلامت روانی و اجتماعی شهرستان در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود.



۲) آموزش و پایش عملکرد خانه مشارکت مردم

پس از شکل‌گیری خانه مشارکت مردم در اولین نشست کارگاه آموزشی و توجیهی اعضای مشارکت مردم با اهداف زیر تشکیل می‌شود، به عبارت دیگر انتظار می‌رود اعضای مشارکت مردم پس از شرکت در این کارگاه:

- مشارکت مردم را تعریف کرده و فواید فردی و اجتماعی آن را شرح دهند.
 - مفهوم میانجی مشارکت را شرح داده و توانایی‌های آن را برشمرند.
 - سه پله اصلی مشارکت مردم و موانع مشارکت آن را ترسیم کنند.
 - وظایف خانه مشارکت را در سه کلمه توصیف کنند.
 - سه جزء اصلی سامانه مشارکت مردم در استان را نام ببرند.
 - سه جزء اصلی یک برنامه و پنج علت ناموفق بودن برنامه‌ها را شرح دهند.
 - گام‌های لازم برای عضویت مؤثر در خانه مشارکت را توضیح دهند.
 - روش جلب حمایت برای ارتقای سلامت را شرح دهند.
 - دارایی‌های خانه مشارکت مردم استان را شرح دهند.
 - وضعیت سلامت روان مردم، ریشه‌های آن و مداخلات تجربه شده را شرح دهند.
 - با کارنامه عضو خانه مشارکت آشنا شده و انگیزه وی برای انجام وظایف مندرج در کارنامه افزایش یابد.
- بسته آموزشی استاندارد برای آموزش خانه مشارکت مردم تدوین شده است که از طریق مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی در دسترس می‌باشد.
- به عنوان اولین اقدام کاری خانه مشارکت ضروری است **آموزش اعضای شبکه** مربوط به هر میانجی با محتوی و اهداف فوق انجام شود و سپس **مطالبات** آنها برای انتقال به مسئولان جمع‌آوری شود، رییس خانه مشارکت مردم همه مطالبات را در زمینه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جمع‌بندی کرده و با فرماندار مکاتبه می‌نماید. به منظور تکمیل اقدامات عملیاتی توسط خانه، لازم است پیام‌های ارتقای سلامت روان در اختیار اعضای شورای مشارکت مردم قرار گیرد و دبیرخانه رصد اقدام جامعه موظف است از توزیع عادلانه و مؤثر این پیام‌ها مطمئن شود. بعد از این اقدامات برنامه عملیاتی یک ساله خانه مشارکت تدوین و استقرار می‌یابد.

اقدام سوم) بسته خودتکای و مراقبت اجتماعی



محتوای این بسته خدمتی در کتاب دیگری با همین نام منتشر شده است که در ادامه فقط بخش مربوط به اقدام جامعه آمده است.

در حال حاضر مشکلات اجتماعی ایرانیان با عوامل خطر و بیماری‌های غیرواگیر و واگیر اثر هم‌افزایی دارند و بدون مراقبت یکپارچه دستیابی به شاخص‌ها برتر و عادلانه در حوزه سلامت دشوار و دیرهنگام خواهد بود. با اینکه خدمات سازمان‌های مختلفی از

جمله سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی(ره)، مؤسسات خیریه، سازمان‌های مردم نهاد و بسته‌های سیاستی دولت (در برخی مقاطع) برای کمک به نیازمندان و آسیب‌دیدگان وجود دارد اما دو چالش عمده وجود دارد:

- اول این که این خدمات عموماً پس از بروز آسیب را شامل می‌شود.
- دوم هماهنگی و همکاری بین خدمات این سازمان‌ها نظام‌مند و شفاف نیستند.

تجربه نظام مراقبت‌های اولیه در مناطق روستایی نشان داد که این شکل از مراقبت به دلیل مردمی بودن، فعال بودن، نزدیکی به خانوارها و تأکید بر بسته‌های ضروری توانست میزان قابل توجهی از مرگ‌های زیر یک سال، زیر پنج سال و مرگ مادران را کاهش دهد؛ محوری‌ترین رویکرد در این خدمات، پیشگیری و شناسایی زودرس بوده است. تجربیات جهانی حاکی از وجود تجربه‌های موفق در ادغام خدمات حمایت اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت است.

ده مسأله اجتماعی اولویت‌دار ایرانیان در حال حاضر اعتیاد، طلاق، خشونت خانگی (کودک، همسر و سالمند)، بی‌سوادی و بازماندگان تحصیل، جرائم، امنیت غذایی خانوارها، بیکاری، فقر، خانواده‌های آسیب‌پذیر و تخریب محیط زیست است.

پنج خدمت قابل ارایه در مرکز خدمات جامع سلامت برای کاهش مسائل اجتماعی عبارت است از:

۱. آموزش و حساس‌سازی فردی یا گروهی در مورد رفتارهای اجتماعی سالم در موقعیت‌های اختصاصی و عمومی
۲. شناسایی و صدور کارت خطرات سلامت در ابعاد اجتماعی
۳. مشاوره کوتاه در مورد چگونگی برون رفت از مشکل و شرکت در کلاس‌های آموزشی عمومی و اختصاصی
۴. هماهنگی، معرفی و ارجاع فرد به واحدهای ارایه خدمات حمایت اجتماعی و همچنین مشارکت در فعالیت‌های محله
۵. امکانات مجازی و الکترونیک برای مشاوره سلامت اجتماعی

دانش آموختگان مختلفی با دانش، نگرش و مهارت‌های مربوط به تدارک خدمات مشاوره و حمایت اجتماعی در کشور فارغ‌التحصیل شده‌اند لذا از نظر نیروی انسانی امکان تدارک این خدمات در کشور وجود دارد، از سوی دیگر مراکز بهداشتی و درمانی به عنوان دروازه‌بان خدمات اجتماعی محسوب می‌شود، به دلیل وجود کارکرد رصد کنندگی پیشگیری، شناسایی افراد نیازمند و مراقبت از آنها و تداوم خدمات ممکن می‌شود. خدماتی که فرد معرفی شده از مرکز خدمات جامع سلامت به منظور افزایش حمایت اجتماعی و خوداتکایی دریافت می‌کند، این خدمات عمدتاً در حیطه اختیارات سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است و برای مشکلات اولویت‌دار به طور عمده سازمان‌های زیر را در بر می‌گیرد:

۱. سازمان بهزیستی کشور
۲. مراکز مشاوره تحت نظارت وزارت ورزش و جوانان
۳. مراکز مشاوره‌ای که از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره مجوز گرفته‌اند.
۴. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: سندیکای کارفرمایی و مراکز کاربایی، سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای
۵. کمیته امداد امام خمینی (ره)
۶. وزارت کشور: مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم نهاد
۷. وزارت کشور: شورای عالی استان‌ها و شورای اسلامی شهر و روستا
۸. وزارت کشور: نیروی انتظامی و کلانتری‌ها (مراکز مشاوره کلانتری)
۹. معاونت اجتماعی قوه قضائیه
۱۰. گروه‌های میانجی مشارکت مردم شامل هیأت‌های مذهبی، انجمن اولیاء و مربیان کشور، انجمن‌های اسلامی کار
۱۱. بنیاد مسکن
۱۲. نهضت سوادآموزی
۱۳. وزارت آموزش و پرورش
۱۴. سازمان محیط زیست
۱۵. سازمان منابع طبیعی

فهرست سازمان‌ها و نامه‌های حمایتی آنها برای اجرای این الگو در سه شهرستان پیشگام الگو در پیوست ۲ آمده است این اقدام مقدمه‌ای برای همسویی دستگاه‌های ملی برای ارائه خدمات یکپارچه و هدفمند است.

خدمات اختصاصی مرکز خدمات جامع سلامت برای مسائل اجتماعی اولویت دار جمعیت تحت پوشش

شماره	مسئله اجتماعی	مداخله فرد به فرد در مرکز خدمات جامع سلامت با محوریت کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) در موارد غربال مثبت	خدمات سلامت همگانی شامل آموزش های پیشگیرانه (*) و اطمینان از وجود الزامات محیطی به ویژه:
۱	فقر	<ul style="list-style-type: none"> ▪ زیر خط فقر (در معرض خطر): دریافت یاران، بن‌های ویژه، مسکن مهر، کمیته امداد امام خمینی (ره) ▪ زیر خط فقر (پرخطر(۱)): دریافت یارانه، بن‌های ویژه، مسکن مهر، کمیته امداد امام خمینی(ره) و به علاوه دریافت خدمات ویژه برای افراد مددجوی درون خانواده 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ شناسایی ظرفیت‌های درآمدزایی منطقه و ایجاد مراکز کسب و کار ▪ داشتن برنامه جذب سرمایه‌گذار و ایده‌پردازی برای ایجاد کسب و کار ▪ استفاده از ظرفیت‌های گردشگری ▪ وضعیت کیفی آموزش و پرورش، مراکز آموزش عالی و مراکز فنی و حرفه‌ای منطقه ▪ توزیع عادلانه درآمدها
۲	بی‌سواد	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بی‌سواد: معرفی به نهضت سوادآموزی و تعیین رابط خانواده (پیگیری و ثبت سه ماهه نتایج) ▪ بازماندگان تحصیلی: معرفی به انجمن اولیاء و مربیان شهرستان و جلب حمایت اجتماعی در رفع علل بازماندگی تحصیلی (فقر، معلولیت، کودک کار و اتباع بیگانه) (پیگیری و ثبت سه ماهه نتایج) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ برنامه کاهش بازماندگان تحصیلی (استاندارد، فرمانداری و آموزش و پرورش) ▪ ثبت نام مقطع دبستان برای کلیه کودکان واجد شرایط (همکاری ثبت احوال و آموزش و پرورش) ▪ اطمینان از وجود سیستم مشاوره تحصیلی کار آمد در مدارس برای دانش‌آموزان دارای افت تحصیل
۳	بیکاری	<ul style="list-style-type: none"> ▪ فرد بیکار ارجاع شده به کارا: [۲] تعیین میزان آسیب‌پذیری، علت و پیامدهای بیکاری، تعیین ظرفیت‌های فردی و اجتماعی و اقدام برحسب علت نداشتن مهارت (اداره فنی و حرفه‌ای) ناآگاهی در زمینه چگونگی کاریابی (اداره کار و مراکز کاریابی و سندیکای کارفرمایی استان) نداشتن سرمایه برای راه اندازی کسب و کار (ارجاع به کمیته امداد امام خمینی (ره) و خیرین محلی) داشتن معلولیت (ارجاع به بهزیستی)، مخالفت خانواده (مناکره با خانواده و معرفی به مشاوره، پرستاری از پدر یا مادر یا فرد معلول در خانواده (ارجاع به بهزیستی) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ همکاری بین‌بخشی دستگاه‌های مسوول در اشتغال‌زایی ▪ تشکیل شناسنامه وضعیت افراد بیکار با همکاری یک مرکز کاریابی ▪ تبلیغات محیطی برای همکاری جمعی ذینفعان در کاهش بیکاری
۴	نامنی غذایی	<ul style="list-style-type: none"> ▪ غربال مثبت نامنی غذایی خانوار [۳] ▪ کمک‌های اختصاصی برای افراد دارای سوءتغذیه (کودک، مادر باردار و سالمند) ▪ معرفی فهرست خانواده‌های نامن غذایی به فرمانداری برای توزیع سبد کالای ویژه 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ وجود بانک اطلاعاتی افراد نیازمند به سبد غذایی حمایتی ▪ تبلیغات محیطی پیشگیری از نامنی غذایی
۵	خشونت خانگی	<ul style="list-style-type: none"> ▪ غربال خشونت خانگی مثبت، فعال و پرخطر [۴] است: ارجاع به پزشک مرکز ▪ کارا: تعیین نیازهای مشاوره‌ای و آموزشی مطابق دستور پزشک و پیگیری ▪ غربال خشونت خانگی مثبت ولی غیرفعال و کم خطر: ارجاع به کارا برای مشاوره آموزشی- روانی و اعتماد به نفس، معرفی خطوط تلفن، رایحه متن افزایش آگاهی، آموزش رفتارهای ایمن و آموزش رفتارهای پیشگیری از خشونت، مشاوره‌های مرتبط با عوامل پرخطر(۳) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ وجود خانه‌های امن برای زنان خشونت‌دیده در شهرستان ▪ توجیه و هماهنگی نیروی انتظامی برای ارجاع موارد ▪ تبلیغات محیطی پیشگیری از خشونت خانگی از جمله ترویج حقوق بانوان در موقعیت‌های مقتضی

۶	طلاق	<ul style="list-style-type: none"> ■ طلاق زیر یک سال، فکر یا اقدام جدی برای طلاق در یک سال گذشته = غربال مثبت و ارجاع به کارا ■ ارزیابی تکمیلی فرد در معرض خطر طلاق و ارزیابی وضعیت خانواده بعد از طلاق = مشاوره و حمایت در موارد ■ بیکاری، اعتیاد، مشکلات روانی، فقر، بیکاری، خشونت خانگی، مجرم در خانواده، مشکلات جنسی ■ ارجاع به مراکز مداخله در بحران یا پایگاه‌های مداخله طلاق سازمان بهزیستی 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ارجاع معکوس از مراکز قضایی به مرکز خدمات جامع سلامت ■ تبلیغات محیطی پیشگیری از طلاق
۷	جرائم	<ul style="list-style-type: none"> ■ ارجاع معکوس قربانیان و شاهدان جرم از کلانتری به کارشناس کارا، ارزیابی کامل و مشاوره مختصر [۵] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ تشکیل شورای پیشگیری از جرائم در محله و ترجیحاً مسجد محلات (مطابق پروتکل) ■ وجود نظام حمایتی زندانیان آزاد شده و تبلیغات محیطی پیشگیری از جرائم
۸	اعتیاد	<ul style="list-style-type: none"> ■ مشکوک به اعتیاد: ■ ارزیابی کامل تر و شروع درمان سم‌زدایی توسط پزشک عمومی و ارجاع به مراکز سطح تخصصی (سربایی و بستری) ■ فرد معتاد در خانواده: ■ اورژانس: تماس با ۱۲۳ و ۱۱۵ ■ غیرورژانس: مشاوره به خانواده برای انتقال وی جهت ترک اعتیاد، مداخله مستقیم کارا ■ ارجاع به دادگاه مواد خدمات قضایی موضوع تبصره ۲ ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر و پیگیری [۶]: 	<ul style="list-style-type: none"> ■ همکاری نیروی انتظامی در کاهش عرضه و تجمع مراکز اعتیاد ■ وجود مراکز درمان، کاهش آسیب مرتبط به مصرف مواد اعتیادآور ■ مطالعات شیوع شناسی اعتیاد ■ انجام تکالیف و انتظارات بین بخشی برای پیشگیری از اعتیاد ■ تبلیغات محیطی کافی برای پیشگیری و افزایش مراجعه افراد معتاد برای ترک
۹	خانواده آسیب‌پذیر	<ul style="list-style-type: none"> ■ خانواده آسیب‌پذیر [۷] ■ تعیین شدت مشکلات و نیازهای خانواده و فرد آسیب‌پذیر ■ ارجاع برای استفاده از ظرفیت‌های منطقه تحت پوشش 	<ul style="list-style-type: none"> ■ تبلیغات محیطی برای کمک به مددجویان ■ هدفمند شدن جلسات شورا یا کمیته متناظر کارگروه تخصصی فرهنگی و خانواده استانداری در شهرستان برای شناسنامه دار کردن وضعیت ارتقای خانواده‌های آسیب‌پذیر
۱۰	محیط زیست	<ul style="list-style-type: none"> ■ همکاری کارا با کارشناس بهداشت محیط و ترسیم برنامه مداخله برای ارتقای رفتارهای مطلوب احترام به محیط زیست ■ تهیه شناسنامه زیست محیطی منطقه با کمک همه ذینفعان 	<ul style="list-style-type: none"> ■ تبلیغات محیطی برای احترام به محیط زیست ■ تشکیل هدفمند جلسات محیط زیست شهرستان
<p>ارزیابی، برنامه‌ریزی، اجرا و پایش وضعیت مسائل اجتماعی محلات با تشکیل شورای سرمایه اجتماعی:</p> <p>این مداخله توسط کارا در سطح محلات برنامه‌ریزی می‌شود. با کمک شورای اسلامی شهر و شهرداری، بلوک‌بندی محلات شهر مشخص شده و بین کارشناسان کارا در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تقسیم می‌شود. سپس با فراخوان از مردم در مسجد محله انتخابات برگزار شده و شورای مردمی سرمایه اجتماعی محله تشکیل می‌شود. کارگاه یک روزه‌ای توسط کارا برگزار شده و مهمترین مسائل محله اولویت‌بندی شده و اقدامات اساسی برای این مشکلات طراحی و تقسیم کار می‌شود. کارشناس هر ماه یکبار جلسات مشترک نیم روزه با اعضای شورای سرمایه‌اجتماعی محله برگزار می‌کند. به طور سالانه وضعیت بهبود سرمایه اجتماعی محله توسط کارا و شورا ارزیابی شده و برای سال بعد برنامه‌ریزی می‌شود. همکاری این شورا با کمیته‌های متناظر کارگروه تخصصی فرهنگی و خانواده استانداری در شهرستان ضروری است.</p>			

توضیحات جدول خدمات اختصاصی برای مسائل اجتماعی اولویت‌دار جمعیت تحت پوشش

(*) منظور ده کارگاه آموزشی یک روزه با عناوین:

۱. اصول سلامت روان و مهارت تاب‌آوری شامل:
 - مهارت‌های احساسی^۱: داشتن اعتماد به نفس، صحبت مثبت با خود، داشتن دوستان حمایت‌کننده، پذیرش خود، کار هدفدار
 - مهارت نه گفتن^۲ برای مقابله با رفتارهای نامناسب در زمان بروز اثر همسالان^۳: گفتن دقیق علت نه گفتن، ارایه جایگزین برای پیشنهاد مقابل، استفاده از تن گفتار^۴
 ۲. رفتارهای اجتماعی مطلوب
 ۳. اصول و فنون برقراری ارتباط مؤثر، مدیریت فردی و کار تیمی و همکاری
 ۴. مهارت‌های زندگی و نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت فرد و خانواده (مدیریت تعارض، مدیریت استرس، پذیرش تنوع، سازگاری، دوستی و...)
 ۵. مهارت‌های والدی، همسررداری، دوستی و شهروندی
 ۶. مهارت‌های بهبود تغذیه خانواده
 ۷. مهارت‌های کارآفرینی و کاریابی
 ۸. اصول و فنون پیشگیری از اعتیاد برای گروه‌های اختصاصی
 ۹. حقوق شهروندی
 ۱۰. مهارت‌های ارتقای امنیت خانواده و محله
 ۱۱. اصول رفتار با محیط زیست
- [۱] **زیر خط فقر پرخطر**: منظور داشتن فرد معلول، سالمند، کودک، زن باردار، معتاد، بیماری خاص و یا مزمن، سابقه بیماری ژنتیکی شدید و آسیب‌زا در خانواده
- [۲] **منظور از آسیب‌پذیری در بیکاری**: سرپرست خانوار بودن، وضعیت اقتصادی نامناسب داشتن، بعد خانوار بالا، وجود فرد خاص (معلول، سالمند و... در خانواده)

¹ Mental And Emotional Skills

² Refusal Skill

³ Peer Effect

⁴ Body Language

منظور از ظرفیت‌سنجی فردی: تعیین پتانسیل‌های علمی، مهارتی، ورزشی، فرهنگی و هنری است و ظرفیت‌سنجی اجتماعی میزان حمایت خانواده، نظام خویشاوندی و نظام محله‌ای (مادی و غیرمادی) **منظور از پیامدهای بیکاری:** پیامدهای روانی (افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، احساس بی‌ارزشی، گرایش به مواد مخدر و ...)، پیامدهای خانوادگی (تنش‌های خانوادگی، طرد اجتماعی) [۳] **غربال مثبت ناامنی غذایی خانوار** یکی از موارد زیر است:

- کودک زیر صدک ۳ منحنی وزن برای سن بعد از ۲ بار مراقبت پایش رشد
- مادر باردار با نمایه توده بدنی زیر ۱۸/۵ و وزن‌گیری نامطلوب بعد از ۲ بار مراقبت و یا هموگلوبین کمتر از ۸
- نوجوان با BMI برای سن بین -1SD و -2SD
- سالمند مبتلا به سوء‌تغذیه

[۴] **غربال مثبت** به معنی کسب امتیاز بالای ده از چهار سؤال مربوطه به غربالگری است. برای فعال بودن خشونت یکی از دو سؤال تکمیلی مثبت باشد کافی است. عوامل خطر خشونت مثبت بودن حداقل سه مورد از یازده مورد است: سن، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، شغل، وضعیت اقتصادی، سواد، مشکلات زناشویی، مشکلات جسمی و روانی (در همه موارد در مورد زن و همسر بررسی شود)، داشتن فرزند معلول در خانواده، چند همسری.

[۵] **شرح وظایف کارا در ارتباط پیشگیری از جرائم** منطقه تحت پوشش به شرح زیر است:

۱. تسهیل تشکیل شورای مردمی پیشگیری از جرائم در محلات تحت پوشش (این مورد در قالب شورای سرمایه اجتماعی محله قابل انجام است).
۲. آموزش (و یا مشارکت) و ترویج نکات پیشگیری از جرم، افزایش امنیت اجتماعی خانواده و آموزش حقوق شهروندی با کمک مشاورین انتظامی، قضایی و حقوقی و...
۳. مشاوره برای ارجاعات از کلانتری‌ها، شورای حل اختلاف، اورژانس اجتماعی و مراجعات فردی و یا از طریق رابطان بهداشتی
۴. بررسی میزان آسیب‌پذیری منطقه تحت پوشش برای جرائم به کمک نیروی انتظامی و کاربست نتایج آن با متولیان محلی

[۶] تمرکز اصلی بر ایجاد آمادگی و انگیزه از طریق مشاوره با خانواده و بیمار بوده و استفاده از فشار قانونی برای مراجعه بیمار به عنوان اقدام اولیه توصیه نمی‌شود. چارچوب قانونی پیش‌بینی شده در اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۸۹) به شرح زیر است:

«ماده ۱۶ - معتادان به مواد مخدر و روان‌گردان مذکور در دو ماده (۴) و (۸) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب‌نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و

بنابر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می‌باشد.

تبصره ۱- با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضایی، معتادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج می‌باشند که بنابر پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه‌های ذیربط، تهیه و به تصویب رییس قوه قضاییه می‌رسد.

تبصره ۲- مقام قضایی می‌تواند برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده (۱۵) این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماهه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیراین صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذیربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است.

تبصره ۳- متخلف بدون عذر موجه از تکالیف موضوع تبصره (۲) این ماده به حبس از نود و یک روز تا شش‌ماه محکوم می‌شود.»

خانواده افراد فاقد آمادگی برای مراجعه درمانی می‌توانند با استفاده از تبصره ۲ ماده ۱۶ قانون، بیمار را با حکم قضایی به درمان ارجاع نمایند. مشاوره، حمایت و پیگیری‌های کارا در طی این مسیر می‌تواند کمک کننده باشد.

[۷] **خانواده آسیب پذیر:** وجود معلولیت‌های جسمی (از جمله حرکتی، نابینایی و ناشنوایی) و روانی، ترک یا فرار از خانه (همسر، فرزند)، کودک کار، بارداری در نوجوانی، بیماران کلیوی، سرطانی، ام اس، ایدز و سایر بیماران صعب‌العلاج. این موارد علاوه بر موارد هفت‌گانه شامل فقر، بی‌سوادی، بیکاری، ناامنی غذایی، خشونت خانگی، طلاق زیر یک سال، زندانی بودن عضو خانواده و اعتیاد می‌باشد.

فرایند خوداتکایی مددجویان ارجاع شده از

مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک سلامت روان جامعه‌نگر شهرستان

مطابق برگه معرفی طرح استقرار پیشگام خدمات سلامت روان و اجتماعی سه شهرستان اسکو، بردسیر و قوچان یکی از مداخلات در این طرح ارجاع اجتماعی است. هدف ارجاع اجتماعی در سال اول اجرای طرح انجام حمایت اجتماعی از مراجعان مراکز بهداشتی درمانی است که دچار اختلالات روانشناختی خلقی یا سایکوز است. به طور مثال فردی که پس از غربالگری توسط مراقب سلامت مثبت شناسایی شده و پزشک اختلال وی را تأیید می‌کند در مرحله بعدی توسط کارشناس سلامت روان و اجتماعی (کارا) مصاحبه شده و برای حمایت اجتماعی به ستاد خوداتکایی ارجاع می‌شود.

مشکلات اجتماعی که در این طرح مورد هدف است مطابق نامه شماره ۳۱۰/۱۳۹۱۸ د مورخ ۹۵/۷/۲۷ مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شرح زیر است:

- زیر خط فقر باشد.
- بیکار باشد.
- جزء خانواده آسیب‌پذیر باشد.
- بی‌سواد یا بازمانده تحصیلی باشد.
- دارای فرد معتاد در خانواده باشد.

مطابق همین نامه لازم است اقدامات زیر قبل از اجرای فرایند خوداتکایی مددجویان ارجاع شده که در نمودار ۳-۱ شرح داده شده است، صورت پذیرد:

۱. برگزاری جلسه توجیهی و آموزشی توسط مسؤول دبیرخانه اقدام جامعه با کارشناسان روانی اجتماعی مراکز بهداشتی درمانی و مددکار کلینیک سلامت روان جامعه‌نگر و آموزش آنها در مورد نحوه شناسایی و ارجاع
۲. معرفی یک نفر مددکار اجتماعی (فعالاً مددکار کلینیک سلامت روان جامعه‌نگر) به فرمانداری برای حضور در دبیرخانه اقدام جامعه برای انجام مصاحبه، ارجاع و پیگیری‌ها [در این مورد لازم است بر اساس میزان ارجاعات ساعات حضور مددکار در طول روزهای هفته مشخص باشد و این زمان به مراکز بهداشتی درمانی و کارشناسان سلامت روان و اجتماعی اعلام گردد].
۳. فراهم کردن مکان مصاحبه در فرمانداری (همان دبیرخانه اقدام جامعه است که در زیر آن تابلوی کوچکی با عنوان ستاد خوداتکایی نصب شده است) برای مراجعات مددجویان از مراکز مربوطه (لازم است تمام شرایط مصاحبه از جمله ثبت اطلاعات مددجویان، محرمانگی، رازداری و عدم دسترسی به پرونده مددجویان به غیر از فرد مددکار فراهم باشد)

۴. برگزاری جلسه با ادارات دولتی و واحدهای غیر دولتی حمایت‌کننده از مددجویان و تفاهم در مورد رسیدگی به موارد ارجاعی، لازم در این جلسه ضرورت طرح و خصوصاً علت ارجاع اجتماعی و فرم ارجاع توضیح داده شود. مددکار اجتماعی مسؤول در دبیرخانه اقدام جامعه و ستاد خوداتکایی حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه با مددجو مصاحبه کرده و ضمن شناسایی ظرفیت‌های فردی، خانوادگی و محلی فرد مددجو سه نوع مداخله توأم برای وی پیشنهاد کرده و پس از توضیحات لازم در فرم ارجاع درج می‌کند:

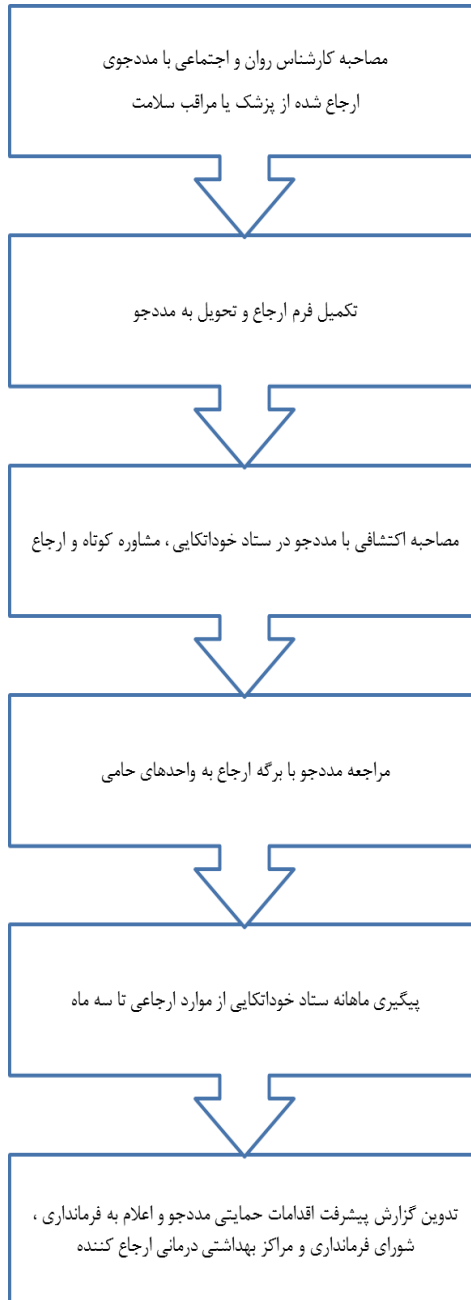
■ **مداخلات آموزشی:** مهارت‌آموزی در مرکز آموزش فنی و حرفه‌ای، معرفی به نهضت سوادآموزی، بازگرداندن ترک تحصیل به مدرسه و همچنین آموزش سبک زندگی (در حوزه‌های جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی) در مراکز بهداشتی درمانی یا مراکز مشابه نمونه‌های عمده‌ای هستند ولی مددکار با توجه به خلاقیت خود و شناخت از شهرستان ظرفیت‌های دیگری را می‌تواند شناسایی و ارجاع نماید.

■ **مداخلات اشتغال:** معرفی به بازارچه‌های خوداشتغالی، مراکز کاربایی اداره تعاون کار و رفاه، خیرین و معتمدان شهر و طرح موضوع با سندیکای کارفرمایی شهرستان برای به کارگیری این افراد

■ **مداخلات حمایتی:** درمانی، رفاهی (سبد غذایی، اردو، جهیزیه)، خدمات نقدی (وام، بن خرید، هدایای نقدی)، مشاوره (مشاوره تغذیه، پیش از ازدواج، زوج درمانی، روانپزشکی و روانسنجی)، شبکه‌سازی افراد با مشکل مشابه و عضویت فرد در گروه

ارجاع انجام شده هر ماه یکبار پیگیری شده و بعد از سه ماه نتیجه پیگیری موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها به همراه علت آن به فرمانداری و سایر گروه‌های ذینفع گزارش می‌شود. لازم به یادآوری است که انجام مداخلات صرفاً حمایتی بدون مداخلات آموزش و اشتغال کمکی برای خوداتکایی فرد و خانوار نخواهد داشت به این دلیل که طبق تعریف محرومیت در مددجو به شکل انباشتگی از دوره‌های قبلی زندگی ایجاد شده است و لازم است برای خوداتکایی فرد برای همه این محرومیت‌ها، مداخله‌ای طراحی و اجرا گردد.

نمودار ۳-۱) فرایند خوداتکایی مددجویان ارجاع شده



فرم (۱) اطلاعات مددجو

<p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث</p> <p>نسبت با سرپرست خانوار:</p> <p>تاریخ تولد تولد: / / ۱۳.....</p> <p>(۱) وضعیت تحصیلی: ۱- بی سواد <input type="checkbox"/> ۲- خواندن و نوشتن <input type="checkbox"/> ۳- ابتدایی <input type="checkbox"/> ۴- راهنمایی <input type="checkbox"/> ۵- دبیرستان <input type="checkbox"/></p> <p>۶- پیش دانشگاهی و دیپلم <input type="checkbox"/> ۷- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۸- لیسانس یا بالاتر <input type="checkbox"/> ۹- سایر (ذکر شود).....</p>
<p>(۲) وضعیت مسکن: ۱- منزل شخصی <input type="checkbox"/> ۲- منزل استیجاری یا رهنی <input type="checkbox"/> ۳- منزل پدری <input type="checkbox"/></p> <p>۴- منزل پدر همسر <input type="checkbox"/> ۵- منزل سازمانی <input type="checkbox"/> ۶- بی خانمان <input type="checkbox"/> ۷- سایر (ذکر شود) <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
<p>(۳) وضعیت حمایت‌های اجتماعی:</p> <p>(۱) دریافت یارانه: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مبلغ دریافتی:</p> <p>تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>تحت پوشش بهزیستی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>تحت پوشش طرح حکمت <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بیمه درمانی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نام بیمه:</p>
<p>(۲) وضعیت اشتغال اعضای خانواده - سایر وابستگان - آشنایان</p> <p>۱. نام فرد: نام شغل: نسبت با سرپرست:</p> <p>۲. نام فرد: نام شغل: نسبت با سرپرست:</p> <p>۳. نام فرد: نام شغل: نسبت با سرپرست:</p>
<p>فرد چه استعدادها و مهارت‌هایی دارد؟</p> <p>.....</p> <p>ظرفیت‌های محلی قابل استفاده برای اشتغال، آموزش و حمایت از وی چیست؟</p> <p>.....</p>

فرم ۲) اطلاعات افراد خانواده (در صورتی که فرد مددجو خود سرپرست خانوار باشد)

نام و نام خانوادگی:	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر	<input type="checkbox"/> مؤنث
نسبت با سرپرست خانوار:	
تاریخ تولد تولد: / / ۱۳.....	
۱) وضعیت تحصیلی: ۱- بی‌سواد <input type="checkbox"/> ۲- خواندن و نوشتن <input type="checkbox"/> ۳- ابتدایی <input type="checkbox"/> ۴- راهنمایی <input type="checkbox"/> ۵- دبیرستان <input type="checkbox"/> ۶- پیش‌دانشگاهی و دیپلم <input type="checkbox"/> ۷- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۸- لیسانس یا بالاتر <input type="checkbox"/> ۹- سایر (ذکر شود)	
مدارک علمی (افراد ۱۸ سال تا ۵۰ سال)	
.....	۱.
.....	۲.
.....	۳.
.....	۴.
مهارت: اعضای خانوار (افراد ۱۸ سال تا ۵۰ سال)	
..... <input type="checkbox"/> دارای مدرک	۱.
..... <input type="checkbox"/> دارای مدرک	۲.
..... <input type="checkbox"/> دارای مدرک	۳.
..... <input type="checkbox"/> دارای مدرک	۴.
۳) وضعیت شغلی اعضای خانوار (افراد ۱۸ سال تا ۵۰ سال)	
شغل: <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> کار دائم <input type="checkbox"/> کار غیر دائم	
شغل قبلی: اعضای خانوار (افراد ۱۸ سال تا ۵۰ سال)	
..... مدت اشتغال: سال	۱.
..... مدت اشتغال: سال	۲.
..... مدت اشتغال: سال	۳.
..... مدت اشتغال: سال	۴.
۵) بیماری و معلولیت: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
.....	۱.
.....	۲.
.....	۳.
.....	۴.
۶) مصرف مواد: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
مدت مصرف: و نام مواد مصرفی	
۷) سابقه ارتکاب جرم/ زندان: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
نوع جرم مدت:	

فرم ۳) برنامه خوداتکایی خانوار (صرفاً برای درج در پرونده و استفاده شخص مددکار)

حیطه	برنامه	محل ارجاع	پیگیری
آموزش	..... ۱	..... ۱	..... ۱
	..... ۲	..... ۲	..... ۲
	..... ۳	..... ۳	..... ۳
	..... ۴	..... ۴	..... ۴
	..... ۵	..... ۵	..... ۵
	..... ۶	..... ۶	..... ۶
اشتغال زایی	..... ۱	..... ۱	..... ۱
	..... ۲	..... ۲	..... ۲
	..... ۳	..... ۳	..... ۳
	..... ۴	..... ۴	..... ۴
	..... ۵	..... ۵	..... ۵
	..... ۶	..... ۶	..... ۶
چتر حمایتی	..... ۱	..... ۱	..... ۱
	..... ۲	..... ۲	..... ۲
	..... ۳	..... ۳	..... ۳
	..... ۴	..... ۴	..... ۴
	..... ۵	..... ۵	..... ۵
	..... ۶	..... ۶	..... ۶

فرم ۴) نامه‌های ارجاع و بازخورد

فرم ارجاع از مرکز بهداشتی درمانی
<p style="text-align: center;">به نام خدا</p> <p style="text-align: center;">همکار گرامی جناب آقای / سرکار خانم</p> <p style="text-align: center;">مددکار محترم ستاد خوداتکایی شهرستان</p> <p style="text-align: right;">سلام علیکم</p> <p>احتراماً جناب / آقای جهت مصاحبه و راهنمایی لازم برای برنامه‌های خوداتکایی معرفی می‌گردد. پیشاپیش از تلاش شما تشکر و قدردانی می‌نمایم.</p> <p>کارشناس روان و اجتماعی مرکز بهداشتی درمانی</p> <p>نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا</p>
فرم ارجاع از ستاد خوداتکایی به واحدهای حامی
<p style="text-align: center;">به نام خدا</p> <p style="text-align: center;">جناب آقای / سرکار خانم</p> <p style="text-align: center;">رییس محترم</p> <p style="text-align: right;">سلام علیکم</p> <p>احتراماً جناب آقای/سرکار خانم بر اساس مصوبات شورای فرمانداری و طرح خوداتکایی جزو افراد مشمول قرار گرفته‌اند که به حضور معرفی می‌گردند. خواهشمند است حمایت‌های زیر را در مورد ایشان انجام داده و نتیجه را حداکثر تا یک ماه آینده به این ستاد اعلام نمایید.</p> <p>(۱)</p> <p>(۲)</p> <p>(۳)</p> <p>(۴)</p> <p>(۵)</p> <p>با احترام، مددکار ستاد خوداتکایی</p> <p>نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا</p>
فرم بازخورد واحدهای حامی
<p style="text-align: center;">جناب آقای / سرکار خانم</p> <p style="text-align: center;">مددکار محترم ستاد خوداتکایی</p> <p>با سلام، احتراماً در مورد حمایت‌های مورد درخواست شما در مورد خانم / آقا نتیجه به شرح زیر می‌باشد:</p> <p>(۱)</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> انجام گرفت / در دست اقدام است <input type="checkbox"/> قابل انجام نمی‌باشد</p> <p>تاریخ مراجعه بعدی ایشان</p> <p>توضیحات:</p> <p>نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا</p>
<p style="text-align: center;">جناب آقای / سرکار خانم</p> <p style="text-align: center;">مددکار محترم ستاد خوداتکایی</p> <p>با سلام، احتراماً در مورد حمایت‌های مورد درخواست شما در مورد خانم / آقا نتیجه به شرح زیر می‌باشد:</p> <p>(۲)</p> <p>وضعیت: <input type="checkbox"/> انجام گرفت / در دست اقدام است <input type="checkbox"/> قابل انجام نمی‌باشد</p> <p>تاریخ مراجعه بعدی ایشان</p> <p>توضیحات:</p> <p>نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا</p>

جناب آقای/سرکار خانم مددکار محترم سناد خودانگیزی

با سلام، احتراماً در مورد حمایت‌های مورد درخواست شما در مورد خانم / آقا نتیجه به شرح زیر می‌باشد:

(۳)

وضعیت: انجام گرفت/در دست اقدام است قابل انجام نمی‌باشد

تاریخ مراجعه بعدی ایشان

توضیحات:

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا

جناب آقای/سرکار خانم مددکار محترم سناد خودانگیزی

با سلام، احتراماً در مورد حمایت‌های مورد درخواست شما در مورد خانم / آقا نتیجه به شرح زیر می‌باشد:

(۴)

وضعیت: انجام گرفت/در دست اقدام است قابل انجام نمی‌باشد

تاریخ مراجعه بعدی ایشان

توضیحات:

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا

جناب آقای/سرکار خانم مددکار محترم سناد خودانگیزی

با سلام، احتراماً در مورد حمایت‌های مورد درخواست شما در مورد خانم / آقا نتیجه به شرح زیر می‌باشد:

(۵)

وضعیت: انجام گرفت/در دست اقدام است قابل انجام نمی‌باشد

تاریخ مراجعه بعدی ایشان

توضیحات:

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا

جناب آقای/سرکار خانم مددکار محترم سناد خودانگیزی

با سلام، احتراماً در مورد حمایت‌های مورد درخواست شما در مورد خانم / آقا نتیجه به شرح زیر می‌باشد:

(۶)

وضعیت: انجام گرفت/در دست اقدام است قابل انجام نمی‌باشد

تاریخ مراجعه بعدی ایشان

توضیحات:

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا

جناب آقای/سرکار خانم مددکار محترم سناد خودانگیزی

با سلام، احتراماً در مورد حمایت‌های مورد درخواست شما در مورد خانم / آقا نتیجه به شرح زیر می‌باشد:

(۷)

وضعیت: انجام گرفت/در دست اقدام است قابل انجام نمی‌باشد

تاریخ مراجعه بعدی ایشان

توضیحات:

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضا

اقدام چهارم) ترویج پیام‌های سلامت روان و انگ‌زدایی

در این اقدام پیام‌های ارتقای سلامت روانی و اجتماعی از طریق مبادی در اختیار فرمانداری و میانجیان مردمی به شکل هماهنگ ترویج می‌یابد تا روند افزایش سواد سلامت روان و کاهش انگ اجتماعی انجام پذیرد. در شیوه‌نامه اولیه مسؤولیت این اقدام با مجمع شهرداران و دهیاران شهرستان و رسانه‌های شهرستانی و استان است، محتوی ترویجی توسط کمیته راهبری فنی در اختیار مجمع قرار می‌گیرد. از جمله ترویج ده فرمان انگ‌زدایی ویژه تبلیغات محیطی.

با این که استقرار اجزای هر سه بسته طرح پیشگام سلامت روانی و اجتماعی مداخله انگ‌زدایی محسوب می‌شود اما اقدامات ترویجی به این فرایند کمک می‌کند. پیام‌های این اقدام از یک مطالعه استخراج شده است و مطالعه مذکور حاصل یک تحقیق در انستیتو تحقیقات روان‌پزشکی بوده است و مهمترین پیام‌های پیشگیرانه را استخراج کرده است که در پیوست ۳ آمده است.

معیارهای انتخاب پیام‌های سلامت روانی و اجتماعی برای توزیع مرحله اول به شرح زیر پیشنهاد شده است:

- ساده و قابل فهم برای مردم باشد.
- برانگیزاننده برای مطالعه و یادگیری بیشتر باشد.
- ریشه‌ها و عوامل قابل پیشگیری را هدف‌گذاری کند.
- مراجعات منطقی و بهره‌مندی از تسهیلات ایجاد شده در شهرستان را افزایش دهد.
- فعلا به جزئیات نپردازد.

بسته اول) خدمات پایه سلامت روان و

بسته دوم) خدمات تخصصی برای بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی در مرکز تخصصی سلامت

روان جامعه‌نگر:

- حاجبی، الف. اسدی، ع. نوروزی، ع. امیدنیا، س. خادم، ص. زیادلو، ط. قاسم زاده، م. یزدانی، س. محمد صادقی، م. مهرایی، م. ۱۳۹۴، بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناس مراقب سلامت خانواده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- شریعت، و. رهبر، م. شعبانی، الف. جلالی، الف. خدایی فر، ف. حفاظی، م. صدیقی، گ. کوهی حبیبی، ل. پورطاهریان، پ. میراب زاده، الف. شکبیا، ع. ۱۳۹۴، بسته آموزشی و راهنمای عمل ویژه پزشک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- شریعت، و. رهبر، م. شعبانی، الف. جلالی، لواسانی، ف. ۱۳۹۴. راهنمای سلامت روان ویژه کارشناسان سلامت روان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- فتی، لادن. محمدخانی، شهرام. کامل‌زاده عطوفی، مهرداد. ۱۳۹۱. آموزش مهارت‌های زندگی (ویژه دانشجویان) انتشارات میانکوشک، چاپ اول.
- شهرپور، زهرا. عربگل، فریبا. داوری آشتیانی، رزیتا. حکیم شوشتری، میترا. ۱۳۹۴. بسته آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای کودکان ۲-۱۲ سال. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
- عربگل، فریبا. خادمی، مژگان. شهرپور، زهرا. ۳۹۴. راهنمای عملی اجرای دستورالعمل رفتار و مراقبت از کودکان و نوجوانان در مراکز بهداشتی - درمانی کشور.
- سازمان جهانی بهداشت. ۲۰۰۸. برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان (راهنمای مداخله برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد در ساختار غیر تخصصی نظام سلامت)، ترجمه نوربالا، احمد. حاجبی، احمد، باقری یزدی، سیدعباس. بوالهروی، جعفر. ۱۳۹۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- یاسمی، محمد تقی. باقری یزدی، سید عباس. امین اسماعیلی، معصومه. ۱۳۸۳. حمایت‌های روانی - اجتماعی در زلزله و حوادث غیر مترقبه (کتابچه آموزشی متخصصین بهداشت روانی). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- حسن زاده، سید مهدی. ۱۳۸۶. برنامه جامع پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در PHC. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

بسته سوم) اقدام جامعه:

- دماری بهزاد. برای ارتقای سلامت روان مردم چه کنیم؟ گزارش طرح مطالعاتی تدوین سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه ویژه مدیران، سیاست گذاران و خبرگان. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۳.
- دماری بهزاد. سند سیاست «ارتقای سلامت اجتماعی جامعه»، مروری بر برنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارتقای بعد اجتماعی سلامت. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۳.
- شورای مؤلفان (تألیف: دماری بهزاد [و دیگران]؛ شورای سیاست‌گذاری: اولیایی‌منش علیرضا [و دیگران]؛ نظارت: لاریجانی باقر ؛ با همکاری: مجدزاده سیدرضا، رشیدیان آرش). مجموعه انتظارات بین‌بخشی برای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۴.
- دماری بهزاد [و دیگران]. الگوی نوین خدمات سلامت در مرکز بهداشتی درمانی، خدمات ادغام یافته پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و سلامت روانی اجتماعی. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۴.
- شورای مولفان؛ شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. «نظام‌نامه استانی مدیریت و توسعه سلامت همه جانبه» با رویکرد مولفه‌های اجتماعی سلامت. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۳.
- امامی‌رضوی سیدحسین [و دیگران]. گزارش مطالعات و حمایت‌طلبی گروه علمی سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۴.
- دماری بهزاد. سهم و نقش دستگاه‌های ملی در ارتقای سلامت مردم ایران. مجله پایش. ۱۳۹۴؛ ۱۴ (۵): ۵۲۱-۵۲۱.
- دماری بهزاد. چالش‌ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور، از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی و رؤسای مراکز بهداشت استان‌ها. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۱): ۱۶-۱۶.
- دماری بهزاد، وثوق مقدم عباس. بسته‌های خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری. مجله پایش. ۱۳۹۲؛ ۱۲ (۳): ۲۹۷-۳۰۴.
- دماری بهزاد، وثوق مقدم عباس، بنکدار اصفهانی شیرین. رویکردهای ارتقای همکاری بین‌بخشی در سلامت از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۳): ۱۶-۱۶.
- دماری بهزاد، ناصحی عباسعلی، وثوق مقدم عباس. برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۱): ۴۵-۵۸.
- دماری بهزاد و همکاران. مراکز بهداشتی درمانی نسل جدید: پیش‌نیاز تحول پایدار در نظام سلامت و کاهش نابرابری‌ها. خلاصه مقالات همایش کشوری عوامل اجتماعی و نابرابری‌های سلامت. اسفند ۱۳۹۳.
- دماری بهزاد و همکاران. الگوی انتظارات و تکالیف بین‌بخشی برای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی ایران. خلاصه مقالات همایش کشوری عوامل اجتماعی و نابرابری‌های سلامت. ۱۳۹۳.
- دماری بهزاد و همکاران. خانه مشارکت مردم، مروری بر تجربه استان قزوین. همایش مدیریت سلامت شهری. ۱۳۸۹.

- Montazeri A, Riazi-Isfahani S, Damari B. How to integrate social care services into primary health care? An experience from Iran. *Med J Islam Repub Iran* 2016 (4 September). Vol. 30:408
- دماری بهزاد و همکاران. گزارش پژوهش «تدوین بسته خدمتی مراقبت‌های سلامت اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه». معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۱۳۹۲
- دماری بهزاد، علی اکبر زینالو، مهram منوچهر. راهی به سوی توسعه سالم استان، مروری بر برنامه جامع سلامت استان قزوین ۱۳۹۲-۱۳۸۸. انتشارات طب و جامعه. چاپ دوم ۱۳۹۱
- دماری بهزاد. راهنمای میانجیان سلامت (ویژه خانه مشارکت مردم). نشر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی قزوین و انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۱
- جلالی ندوشن امیرحسین. گزارش تحقیق محتوای آموزشی برای آموزش همگانی سلامت روان در ایران: با تأکید بر خودمراقبتی. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انستیتو تحقیقات روانپزشکی تهران. ۱۳۹۴
- دماری بهزاد. مجموعه آموزش کارگاهی سبک زندگی سالم. سلامت گروه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت مؤسسه ملی تحقیقات، انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۵

پیوست (۱) برنامه آموزشی کارشناسان بسته خدمات پایه سلامت روان

برنامه آموزشی «کارشناس مراقب سلامت خانواده»

برنامه روز اول

مدت زمان ارایه مطلب (دقیقه)	سرفصل‌ها
۶۰	طرح تحول نظام سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۶۰	تعاریف، عوامل مؤثر و راهبردهای ارتقای در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۶۰	آشنایی با چارچوب برنامه‌ها
۶۰	ارتقای سواد سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۶۰	شناسایی گروه‌های هدف، ارزیابی خانوار و غربالگری اختلالات روانپزشکی
۹۰	شناسایی و برقرار ارتباط با گروه‌های هدف، آشنایی با غربالگری و مداخلات مختصر در اختلالات مصرف مواد

برنامه روز دوم

مدت زمان ارایه مطلب (دقیقه)	سرفصل‌ها
۱۵۰	مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان
۶۰	برقراری ارتباط با گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۶۰	غربالگری ریسک فاکتورهای مشکلات اجتماعی و برنامه خشونت خانگی
۶۰	ارتقای مشارکت اجتماعی
۶۰	حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث و بلاها

برنامه روز سوم

مدت زمان ارایه مطلب (دقیقه)	سرفصل‌ها
۴۵	همه‌گیرشناسی اختلالات مصرف مواد
۶۰	شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه مصرف مواد
۴۵	غربالگری اولیه در مصرف مواد و فرآیند ارجاع
۶۰	کلیات پیشگیری از اعتیاد (اهمیت و ضرورت، آشنایی با سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد، عوامل خطر و محافظتی)
۴۵	آشنایی با مداخلات پیشگیری اولیه به تفکیک گروه‌های سنی
۴۵	کلیات درمان اختلالات مصرف مواد
۴۵	مدیریت مصرف مواد در بارداری
۴۵	کاهش آسیب

برنامه نیم روز چهارم

مدت زمان ارایه مطلب (دقیقه)	سرفصل‌ها
۲۱۰	مروری بر اختلالات شایع روانپزشکی
۳۰	مراقبت و پیگیری در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

سرفصل‌های آموزشی «کارشناس سلامت روانی اجتماعی در حوزه اعتیاد»

ساعت آموزش	سرفصل
۱/۵ ساعت	مبانی، واژه‌شناسی و تعاریف مرتبط با اختلالات مصرف مواد و رفتارهای اعتیادی
۳ ساعت	آشنایی با انواع مواد، عوارض و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن
۱/۵ ساعت	آشنایی با کلیات برنامه اختلالات مصرف مواد، شرح وظایف، فلوجارت، ثبت و گزارش‌دهی
۳ ساعت	کلیات پیشگیری از اعتیاد (سبب‌شناسی اعتیاد- آشنایی با عوامل خطر و محافظ- اهمیت و ضرورت- انواع مداخلات پیشگیری- هزینه- اثربخشی)
۲ ساعت	آشنایی با گروه‌های هدف و مداخلات در حوزه پیشگیری از مصرف مواد
۱/۵ ساعت	انواع مداخلات پیشگیری از مواد با تمرکز بر گروه‌های سنی
۲ ساعت	مهارت‌های مشاوره پایه در کار با افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد و خانواده‌های آنها
۳ ساعت	غربال‌گری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد
۶ ساعت	مداخلات مختصر و مداخلات مختصر گسترش یافته
۱/۵ ساعت	کلیات درمان (اهداف و مفاهیم کلی درمان اختلالات مصرف مواد- انواع رویکردهای درمانی- مداخلات مبتنی بر شواهد بر حسب انواع مواد)
۲ ساعت	درمان مواد با تمرکز بر گروه‌های سنی
۱/۵ ساعت	آموزش خانواده بیماران
۱/۵ ساعت	کلیات کاهش آسیب
۱/۵ ساعت	آموزش روانشناختی کاهش آسیب

مبانی، واژه‌شناسی و تعاریف مرتبط با اختلالات مصرف مواد و رفتارهای اعتیادی

اهداف فراگیری	
<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با مبانی، نظریه‌ها و مدل‌های مرتبط با اختلالات مصرف مواد - آشنایی با واژه‌ها و تعاریف مرتبط با اختلالات مصرف مواد - آشنایی با رفتارهای اعتیادی 	
سرفصل مطالب	
<p>مروری بر نظریه‌های سوءمصرف مواد/ مدل‌های پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد/ مدل‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد/ آشنایی با انواع مواد، اعتیاد و راه‌های مبارزه با آن/ شناسایی و ارزیابی افراد در معرض خطر</p>	
شیوه آرایه	
آموزش نظری/ کار گروهی	
منابع	اصلی
	بیشتر برای مطالعه
زمان	نظری
تدریس	عملی
	۱/۵ ساعت

آشنایی با انواع مواد، عوارض و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن

<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با انواع مواد و طبقه‌بندی آنها - عوارض و نشانه‌های جسمی و روانی مرتبط با مصرف مواد - رفتارهای پرخطر و پیامدهای مصرف مواد 		اهداف فراگیری	
<p>انواع مواد و طبقه‌بندی آنها/ عوارض و انواع بیماری‌های جسمانی و روانی مرتبط با مصرف مواد/ رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد/ پیامدهای مصرف مواد در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی</p>		سرفصل مطالب	
آموزش نظری/ کار گروهی		شیوه ارائه	
کتاب پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ویژه روانشناسان		اصلی	منابع
کتابچه آموزشی در زمینه پیشگیری از سوءمصرف مواد (سالن‌های آرایشی و ورزشی) آشنایی با انواع مواد مخدر، اعتیاد و راه‌های مبارزه با آن		بیشتر برای مطالعه	
۲ ساعت		نظری	زمان تدریس
۱ ساعت		عملی	

کلیات پیشگیری از اعتیاد

(سبب‌شناسی اعتیاد، آشنایی با عوامل خطر و محافظ، اهمیت و ضرورت، انواع مداخلات پیشگیری، هزینه، اثربخشی)

<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با عوامل خطر و محافظ اعتیاد - آشنایی با سطوح پیشگیری - اصول و استانداردهای پیشگیری از مواد - آشنایی با انواع مداخلات پیشگیری و هزینه- اثربخشی مداخلات - مداخلات پیشگیری از مواد در مراقبت اولیه 		اهداف فراگیری	
<p>سبب‌شناسی اعتیاد / سطوح پیشگیری / اصول و استانداردهای پیشگیری از مواد/ انواع مداخلات پیشگیری و هزینه- اثربخشی مداخلات/ مداخلات پیشگیری از مواد در مراقبت اولیه</p>		سرفصل مطالب	
آموزش نظری/ کار و بحث گروهی		شیوه ارائه	
راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ویژه روانشناسان		اصلی	منابع
بسته ارتقای کیفیت زندگی و پیشگیری از مصرف مواد دانشجوی محور بسته فرزندپروری ۱۲-۲ ساله		بیشتر برای مطالعه	
۱/۵ ساعت		نظری	زمان
----		عملی	تدریس

آشنایی با کلیات برنامه اختلالات مصرف مواد، شرح وظایف، فلوجارت، ثبت و گزارش‌دهی

<p>پس از گذراندن دوره از کارشناسان سلامت روان انتظار می‌رود بتوانند سرفصل‌های زیر را به آموزش‌گیرندگان آموزش دهند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - فلوجارت خدمات - نحوه همکاری با سایر اعضای تیم سلامت - ثبت و گزارش‌دهی خدمات - نحوه پایش و ارزشیابی برنامه‌ها 		اهداف فراگیری	
فلوجارت خدمات/ نحوه همکاری با سایر اعضای تیم سلامت/ ثبت و گزارش‌دهی خدمات/ نحوه پایش و ارزشیابی برنامه‌ها		سرفصل مطالب	
آموزش نظری/ بحث گروهی		شیوه ارائه	
راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ویژه روان‌شناسان		اصلی	منابع
راهنمای غربال‌گری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در مراقبت اولیه		بیشتر برای مطالعه	
راهنمای مداخله مختصر در مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد در مراقبت اولیه		نظری	زمان
۱/۵ ساعت		عملی	تدریس

آشنایی با گروه‌های هدف و مداخلات در حوزه پیشگیری از مصرف مواد

<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - شناسایی گروه‌های هدف در پیشگیری از مصرف مواد در نظام مراقبت‌های اولیه - آشنایی با انواع مداخلات پیشگیری از مواد همگانی، انتخابی و موردی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه - نحوه اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه از مواد با تمرکز بر گروه‌های سنی/ خاص 		اهداف فراگیری	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی گروه‌های هدف در پیشگیری از مصرف مواد در نظام مراقبت‌های اولیه ۲. آشنایی با انواع مداخلات پیشگیری از مواد همگانی، انتخابی و موردی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۳. نحوه اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه از مواد با تمرکز بر گروه‌های سنی/ خاص <ul style="list-style-type: none"> • حمایت‌های روانی، اجتماعی از مادران باردار • آشنایی با مهارت‌های فرزندپروری • آشنایی با مهارت‌های زندگی • آشنایی با مداخلات مبتنی بر اجتماع پیشگیری از مواد • ... 		سرفصل مطالب	
آموزش نظری/ کار گروهی/ ایفای نقش		شیوه ارائه	
راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ویژه روان‌شناسان		اصلی	منابع
بسته ارتقای کیفیت زندگی و پیشگیری از مصرف مواد دانشجو محور بسته فرزندپروری ۱۲-۲ ساله		بیشتر برای مطالعه	
۲ ساعت		نظری	زمان
-----		عملی	تدریس

انواع مداخلات پیشگیری از مواد با تمرکز بر گروه‌های سنی

<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با اصول پیشگیری از مواد و مداخلات مربوط با تمرکز بر گروه‌های سنی • مادران باردار/ والدین نوزاد و شیرخوار تا ۲ سال • والدین کودک ۲-۵ سال • والدین کودکی میانی (سن مهد کودک- مدرسه) • والدین نوجوان • جمعیت عمومی • کارکنان / معلمان مدرسه / اولیای دانش آموزان / کارشناس آموزش و پرورش (پیش دبستان، دبستان، دبیرستان) • مادر باردار در معرض خطر (وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، همسر مصرف‌کننده، خشونت‌دیده، اختلالات روانپزشکی همبود و....) 		اهداف فراگیری	
<p>پیشگیری از مواد بر حسب گروه‌های سنی پیشگیری از مواد در جمعیت‌های خاص</p>		سرفصل مطالب	
آموزش نظری / بحث گروهی		شیوه آرایه	
<p>راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد راهنمای روانشناسان بسته ارتقای کیفیت زندگی و پیشگیری از مصرف مواد دانشجوی محور بسته فرزندپروری ۱۲-۲ ساله</p>		اصلی	منابع
		بیشتر برای مطالعه	
۱ ساعت		نظری	زمان تدریس
۰/۵ ساعت		عملی	

مهارت‌های مشاوره پایه در کار با افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد و خانواده‌های آنها

<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ارتباط درمانی (راپو) - حرفه‌ای‌گری، پرهیز از قضاوت‌گری، همدلی، رازداری - ارزیابی چند بعدی، آزمایش ادرار - آموزش بیماران و خانواده‌ها - رویکرد انگیزشی / مداخلات ساختاریافته - پیگیری 		اهداف فراگیری	
<p>ارتباط درمانی (راپو) / همدلی، رازداری / حرفه‌ای‌گری، پرهیز از قضاوت‌گری / ارزیابی چند بعدی / آزمایش ادرار / مداخلات ساختاریافته / پیگیری</p>		سرفصل مطالب	
آموزش نظری / بحث گروهی / ایفای نقش		شیوه آرایه	
<p>راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه روانشناسان راهنمای غربالگری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در مراقبت اولیه راهنمای مداخله مختصر در مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد در مراقبت اولیه</p>		اصلی	منابع
		بیشتر برای مطالعه	
۱ ساعت		نظری	زمان تدریس
۱ ساعت		عملی	

آشنایی با غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با ضرورت غربالگری مواد در مراقبت اولیه - آشنایی با پیش‌نیازهای غربالگری - آشنایی با تاریخچه شکل‌گیری ASSIST - آشنایی با نحوه اجرای ASSIST - نحوه ثبت و گزارش‌دهی داده‌ها 		اهداف فراگیری	
<p>ضرورت غربالگری مواد در مراقبت اولیه/ چگونه دقت و اعتبار غربالگری را بالا ببریم/ تاریخچه شکل‌گیری ASSIST/ کاربرد ASSIST/ نحوه نمره‌گذاری/ تفسیر نتایج/ نحوه ثبت و گزارش‌دهی</p>		سرفصل مطالب	
آموزش نظری/ تمرین ایفای نقش		شیوه ارائه	
راهنمای غربالگری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در مراقبت اولیه		اصلی	منابع
راهنمای مداخله مختصر در مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد در مراقبت اولیه		بیشتر برای مطالعه	
۱/۵ ساعت		نظری	زمان
۱/۵ ساعت		عملی	تدریس

مداخلات مختصر و مداخلات مختصر گسترش یافته

<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با ضرورت مداخله مختصر - آشنایی با پیش‌نیازهای مداخله مختصر - آشنایی با اهداف مداخله - آشنایی با نحوه اجرای مداخله - نحوه ثبت و گزارش‌دهی داده‌ها 		اهداف فراگیری	
<p>منطق و اصول مداخله/ هدف از مداخله/ ارزیابی اولیه/ مصاحبه انگیزشی/ مقابله با وسوسه و لغزش/ کنترل افکار درباره مصرف/ پیشگیری از عود/ نحوه ثبت و گزارش‌دهی</p>		سرفصل مطالب	
آموزش نظری/ تمرین ایفای نقش		شیوه ارائه	
مداخله مختصر برای مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد: راهنمای کاربرد در مراقبت اولیه		اصلی	منابع
مداخله شناختی، رفتاری کوتاه (نسخه گسترش یافته)، راهنمای کارشناس سلامت روانی اجتماعی		بیشتر برای مطالعه	
راهنمای غربالگری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در مراقبت اولیه		نظری	زمان
۳ ساعت		عملی	تدریس
۳ ساعت			

کلیات درمان

(اهداف و مفاهیم کلی درمان اختلالات مصرف مواد، انواع رویکردهای درمانی، مداخلات مبتنی بر شواهد بر حسب انواع مواد)

<p>پس از گذراندن دوره از کارشناسان سلامت روان انتظار می‌رود بتوانند سرفصل‌های زیر را به کارشناسان سلامت روان آموزش دهند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با نگرش سنتی و تعریف آکادمیک اعتیاد و درمان - آشنایی با انواع مداخلات درمانی - آشنایی با ملاک‌های انتخاب بیماران جهت دریافت درمان - آشنایی با روش‌های ارزیابی بیماران جهت ورود به درمان - آشنایی با ملاحظات مربوط به هر یک از مداخلات درمانی - آشنایی با درمان‌های غیر دارویی به عنوان مکمل درمان دارویی 		اهداف فراگیری	
کلیات درمان / ارزیابی بیماران جهت ورود به درمان / معرفی انواع مداخلات دارویی و غیر دارویی		سرفصل مطالب	
آموزش نظری / بحث گروهی		شیوه آرایه	
راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ویژه روانشناسان		اصلی	منابع
پروتکل‌های ابلاغی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد		بیشتر برای مطالعه	
۱/۵ ساعت		نظری	زمان
-----		عملی	تدریس

درمان مواد با تمرکز بر گروه‌های سنی

<p>پس از گذراندن دوره انتظار می‌رود کارشناس سلامت روانی اجتماعی آگاهی‌های لازم درباره سرفصل‌های زیر را کسب نموده و مهارت‌های ضروری برای اجرای آن را بداند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با اصول درمان مواد و مداخلات مربوط با تمرکز بر گروه‌های سنی <ul style="list-style-type: none"> • مادران باردار • والدین نوزاد و شیرخوار تا ۲ سال • والدین کودک ۲-۵ سال • والدین کودکی میانی (سن مهد کودک- مدرسه) • والدین نوجوان • نحوه شناسایی و برخورد با مواد در مدارس / محیط‌های آموزشی • همبودی‌های روان‌پزشکی 		اهداف فراگیری	
<p>۱. درمان اختلالات مصرف مواد بر حسب گروه‌های سنی ۲. درمان اختلالات مصرف مواد در جمعیت‌های خاص</p>		سرفصل مطالب	
آموزش نظری / بحث گروهی		شیوه آرایه	
راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد راهنمای روانشناسان		اصلی	منابع
پروتکل‌های ابلاغی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد		بیشتر برای مطالعه	
۲ ساعت		نظری	زمان
-----		عملی	تدریس

آموزش خانواده بیماران

<p>پس از گذراندن دوره از کارشناسان سلامت روان انتظار می‌رود بتوانند سرفصل‌های زیر را به آموزش‌گیرندگان آموزش دهند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با تعریف اعتیاد - آشنایی با طول مدت درمان و اهمیت درمان‌های دارویی - آشنایی با درمان‌های غیردارویی - آشنایی با حقوق بیماران در درمان - نحوه برخورد با بیماران و حمایت از آنها 		اهداف فراگیری	
<p>آشنایی با تعریف اعتیاد / آشنایی با طول مدت درمان و اهمیت درمان‌های دارویی / آشنایی با درمان‌های غیردارویی / آشنایی با حقوق بیماران در درمان / نحوه برخورد با بیماران و حمایت از آنها</p>		سرفصل مطالب	
<p>آموزش نظری / بحث گروهی</p>		شیوه ارایه	
<p>راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ویژه روانشناسان</p>		اصلی	منابع
<p>کتابچه آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین تدوین شده توسط مرکز ملی مطالعات اعتیاد</p>		بیشتر برای مطالعه	
۱ ساعت		نظری	زمان تدریس
۰/۵ ساعت		عملی	

کلیات کاهش آسیب

<p>پس از گذراندن دوره از کارشناسان سلامت روان انتظار می‌رود بتوانند سرفصل‌های زیر را به آموزش‌گیرندگان آموزش دهند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آسیب‌های مرتبط با مواد - تعاریف و مفاهیم کلی - انواع مداخلات کاهش آسیب - اثربخشی - هزینه - اثربخشی - نحوه شناسایی گروه‌های هدف - شرح وظایف کارشناس سلامت روانی اجتماعی در ارایه مداخلات کاهش آسیب 		اهداف فراگیری	
<p>تعاریف و مفاهیم کلی / انواع مداخلات کاهش آسیب / اثربخشی - هزینه - اثربخشی / شرح وظایف کارشناس سلامت روانی اجتماعی در ارایه مداخلات کاهش آسیب</p>		سرفصل مطالب	
<p>آموزش نظری / بحث گروهی</p>		شیوه ارایه	
<p>راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ویژه روانشناسان</p>		اصلی	منابع
<p>راهنمای آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر مهارت کاهش آسیب</p>		بیشتر برای مطالعه	
۱ ساعت		نظری	زمان
۰/۵ ساعت		عملی	تدریس

آموزش‌های روان‌شناختی کاهش آسیب

<p>پس از گذراندن دوره از کارشناسان سلامت روان انتظار می‌رود بتوانند سرفصل‌های زیر را به آموزش‌گیرندگان آموزش دهند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آشنایی با نحوه اجرای آموزش‌های روانشناختی کاهش آسیب - نحوه پیگیری بیماران - ثبت و گزارش‌دهی خدمات 	اهداف فراگیری	
<p>آشنایی با نحوه اجرای آموزش‌های روانشناختی کاهش آسیب/ نحوه پیگیری بیماران/ ثبت و گزارش‌دهی خدمات</p>	سرفصل مطالب	
<p>آموزش نظری/ بحث گروهی</p>	شیوه آرایه	
<p>راهنمای آموزش‌های روان‌شناختی کاهش آسیب</p>	اصلی	منابع
<p>راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد ویژه روانشناسان</p>	بیشتر برای مطالعه	
<p>۱ ساعت</p>	نظری	زمان تدریس
<p>۰/۵ ساعت</p>	عملی	

سر فصل‌های آموزشی «کارشناس سلامت روانی اجتماعی و رفتار در حوزه سلامت روان»

ساعت آموزش	سرفصل
۳ ساعت	مفاهیم و کلیات سلامت روان
۳ ساعت	اصول اساسی مشاوره
۱۸ ساعت	آموزش مهارت‌های فرزندپروری
۱۸ ساعت	آموزش مهارت‌های زندگی به کودکان ۱۰-۱۲ سال
۱۸ ساعت	آموزش مهارت‌های زندگی به بزرگسالان ۱۸-۴۸ سال
۱۲ ساعت	حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث و بلایا
۶ ساعت	مداخله مؤثر در اورژانس‌های روانپزشکی (خودکشی)
۱۴ ساعت	آموزش مداخلات روانشناختی مختصر
۳ ساعت	آموزش خودمراقبتی در حوزه سلامت روان

مفاهیم و کلیات سلامت روان

انتظار می‌رود در پایان دوره آموزشی فراگیران بتوانند:	اهداف فراگیری
<ul style="list-style-type: none"> - مفاهیم و اهمیت سلامت روان را تعریف کنند. - راهکارهای ارتقای سلامت روان را بیان کنند. - با چارچوب برنامه‌های سلامت روان آشنا شوند. - گروه‌های هدف را در برنامه‌های حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد بشناسند. - قادر به برقراری ارتباط با گروه‌های هدف شوند. 	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. مفاهیم و اهمیت سلامت روان ۲. راهکارهای ارتقای سلامت روان ۳. آشنایی با چارچوب برنامه‌های سلامت روان ۴. شناسایی گروه‌های هدف ۵. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف 	سرفصل مطالب
سخنرانی و بحث گروهی	شیوه آرایه
راهنمای سلامت روان: ویژه کارشناسان سلامت روان	منابع
ارتقای سلامت روان، پارادایم‌ها و برنامه‌ها، کیت تودر، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۹۰-۱۳۹۸)، دکتر آفرین رحیمی موقر و همکاران	
۳ ساعت	زمان
---	تدریس
	اصلی
	بیشتر برای مطالعه
	نظری
	عملی

اصول اساسی مشاوره

اهداف فراگیری		انتظار می‌رود در پایان دوره، فراگیران اصول مشاوره با کودکان و بزرگسالان را بدانند و فرایند را اجرا کنند.
سرفصل مطالب		۱. تعریف مشاوره ۲. اصول اساسی مشاوره ۳. فرایند مشاوره ۴. آموزش مهارت‌های لازم در مشاوره
شیوه ارائه		کارگاه آموزشی و سخنرانی با استفاده از تکنیک‌های ایفای نقش و بحث و کار گروهی، بارش افکار
منابع	اصلی	مهارت‌های پایه و پیشرفته در مشاوره و روان درمانی، سیمین حسینیان، آناهیتا خدا بخشی کولایی، انتشارات دانشگاه الزهرا
	بیشتر برای مطالعه	میانی و اصول راهنمایی و مشاوره، سید احمد احمدی، انتشارات سمت
زمان	نظری	۱/۵ ساعت
تدریس	عملی	۱/۵ ساعت

آموزش مهارت‌های فرزندپروری

اهداف فراگیری		انتظار می‌رود در پایان دوره، فراگیران بتوانند مهارت‌های فرزندپروری را به جامعه هدف (والدین کودکان ۳ تا ۱۲ سال) آموزش دهند.
سرفصل مطالب		۱. آموزش اصول مدیریت رفتار کودک ۲. علل بروز مشکلات رفتاری کودک ۳. ارتباط مثبت با کودکان ۴. تقویت رفتارهای مطلوب کودکان ۵. دستور دادن و قانون گذاری ۶. مدیریت رفتارهای نامناسب ۷. آمادگی برای مدیریت موقعیت‌های دشوار، برنامه‌ریزی برای آینده
شیوه ارائه		کارگاه آموزشی و سخنرانی با استفاده از تکنیک‌های ایفای نقش و بحث و کار گروهی، بارش افکار، مشاهده فیلم
منابع	اصلی	بسته آموزش مهارت‌های فرزند پروری برای کودکان ۲-۱۲ سال تدوین شده توسط انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان
	بیشتر برای مطالعه	<ul style="list-style-type: none"> تکنیک‌های فرزندپروری، دکتر سعید جهانشاهی‌فرد، انتشارات کتاب ارجمند اصول و روش‌های کاربردی در فرزندپروری (دوران شیرخواری و خردسالی)، انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان با همکاری انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر با کودک بدقلق چه کنیم؟ دوگنجی و کندل، ترجمه سولماز جوکار و یاسمن بانکی، انتشارات ارجمند و نسل فردا راهنمای جامع والدین در تربیت سالم کودک، ریچارد ایدین، ترجمه دکتر انوشه امین زاده، نشر ارجمند و نسل فردا
زمان	نظری	۴ ساعت
تدریس	عملی	۱۴ ساعت

آموزش مهارت‌های زندگی به کودکان ۱۰-۱۲ سال

اهداف فراگیری		انتظار می‌رود در پایان دوره، آموزش‌گیرندگان بتوانند مهارت‌های زندگی را به جامعه هدف (کودکان ۱۰-۱۲ سال) آموزش دهند.
سرفصل مطالب		آموزش مهارت‌های: خودآگاهی، جرأت‌مندی، برقراری ارتباط مؤثر، مدیریت هیجانات منفی، حل مسأله
شیوه آرایه		کارگاه آموزشی و سخنرانی با استفاده از تکنیک‌های ایفای نقش و بحث و کار گروهی، بارش افکار
منابع	اصلی	کتاب آموزش مهارت‌های زندگی، دکتر بینا
	بیشتر برای مطالعه	<ul style="list-style-type: none"> مجموعه کتاب‌های سفید (بچه‌ها و مهارت‌های زندگی)، ترور رومین، ترجمه شهرزاد فتوحی، انتشارات فنی ایران مهارت‌های زندگی تألیف مایکلین ماندی با ترجمه مریم رزاقی مقدم و سپیده خلیلی از سوی انتشارات سروش ۱۰۱ بازی مهارت‌های زندگی، برنی بادگروبر، ترجمه مهسار مشقاق، انتشارات ابوعطا
زمان	نظری	۵ ساعت
تدریس	عملی	۱۳ ساعت

آموزش مهارت‌های زندگی به افراد ۱۸-۴۵ سال

اهداف فراگیری		انتظار می‌رود در پایان دوره، آموزش‌گیرندگان بتوانند مهارت‌های زندگی را به جامعه هدف (افراد ۱۸ تا ۴۵ سال) آموزش دهند.
سرفصل مطالب		آموزش مهارت‌های: خودآگاهی، حل مسأله، جرأت‌مندی، برقراری ارتباط مؤثر، مدیریت هیجانات منفی
شیوه آرایه		کارگاه آموزشی و سخنرانی با استفاده از تکنیک‌های ایفای نقش و بحث و کار گروهی، بارش افکار، مشاهده فیلم
منابع	اصلی	کتاب آموزش مهارت‌های زندگی، دکتر فتی و همکاران
	بیشتر برای مطالعه	<ul style="list-style-type: none"> مهارت‌های زندگی ۱ و ۲، نوشته منصور دهستانی، انتشارات جیحون مجموعه آموزش مهارت‌های زندگی، دکتر علیرضا جزایری و سید علی سینار رحیمی، انتشارات دانژه
زمان	نظری	۵ ساعت
تدریس	عملی	۱۳ ساعت

حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث و بلایا

انتظار می‌رود پس از پایان دوره آموزش فراگیران قادر به اجرا و تدریس موارد زیر باشند:		اهداف فراگیری	
<ul style="list-style-type: none"> - اصول مداخله در بحران - جلسات بازگویی روانشناختی - واکنش‌های روانی ناشی از بحران و حوادث - کمک‌های اولیه روانشناختی در بحران 			
<ol style="list-style-type: none"> ۱. برنامه کشوری حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث و بلایا ۲. اصول مداخله در بحران ۳. بازگویی روانشناختی ۴. واکنش‌های روانی ناشی از بحران و حوادث ۵. کمک‌های اولیه روانشناختی در بحران ۶. پیش برانگیختگی ۷. کنترل افکار مزاحم ۸. اجتناب ۹. اصول بازی درمانی در کودکان ۱۰. سوگ 		سرفصل مطالب	
سخنرانی، بحث گروهی و ایفای نقش		شیوه آرایه	
کتاب حمایت‌های روانی برای متخصصان بهداشت روان		اصلی	
<ul style="list-style-type: none"> • کتاب آشنایی با نظام مدیریت بحران در ایران و برخی کشورهای جهان (دکتر کتابیون جهانگیری)، ناشر هلال احمر • کتاب حمایت‌ها و کمک‌های اولیه روانشناختی در حوادث و سوانح (دکتر عباسعلی ناصحی، سید عباس باقری یزدی)، ناشر هلال احمر • راهنمای آرایه خدمات روانی اجتماعی در بلایا (علی اکبر ابراهیمی)، اداره کل بهزیستی استان اصفهان 		منابع بیشتر برای مطالعه	
۴ ساعت		نظری	زمان
۸ ساعت		عملی	تدریس

برنامه جامع پیشگیری از رفتارهای خودکشی

اهداف فراگیری		انتظار می‌رود پس از پایان دوره آموزش فراگیران بتوانند: - اصول مداخلات روانشناختی در افراد در معرض خطر و پرخطر خودکشی را بدانند. - اصول مشاوره اورژانس در موارد خودکشی را بدانند. - اصول مشاوره در افراد نجات‌یافته از خودکشی را بدانند.
سرفصل مطالب		۱. اصول مداخلات روانشناختی در افراد در معرض خطر و پرخطر خودکشی ۲. اصول مشاوره روانشناختی در افراد در معرض خطر و پرخطر خودکشی ۳. اصول مشاوره اورژانس در موارد خودکشی ۴. اصول مشاوره در افراد نجات یافته از خودکشی
شیوه ارائه		سخنرانی، بحث گروهی و ایفای نقش
منابع	اصلی	<ul style="list-style-type: none"> • برنامه جامع پیشگیری از خودکشی - دفتر سلامت روان وزارت بهداشت • بسته آموزشی مداخلات و روانشناختی مختصر ساده - دکتر فهیمه لواسانی • فصل ۳ و ۱۱ کتاب Clinical Manual of Emergency Psychiatry • فصل ۵ کتاب اورژانس روانپزشکی با نمونه‌های بالینی دکتر امیر شعبانی، دکتر سیدوحید شریعت
	بیشتر برای مطالعه	<ul style="list-style-type: none"> • پیشگیری از خودکشی نوجوانان و جوانان: راهنمای عملی برای معلمان، مشاوران مدارس و متخصصان بهداشت روان، دکتر شهرام محمدخانی، نشر طلوع دانش • راهنمای عملی ارزیابی و پیشگیری از خودکشی، زهرا سپهرمنش، نشر قطره
زمان تدریس	نظری	۴ ساعت
	عملی	۲ ساعت

آموزش‌های روانشناختی و مداخلات مختصر ساده

اهداف فراگیری		انتظار می‌رود در پایان دوره، آموزش‌گیرندگان آموزش‌های روانشناختی و مختصر رفتاری برای مراجعان نظام سلامت انجام دهند.
سرفصل مطالب		۱. آموزش روانشناختی و مداخلات مختصر ساده در افسردگی ۲. آموزش روانشناختی و مداخلات مختصر ساده در اضطراب فراگیر ۳. آموزش روانشناختی و مداخلات مختصر ساده در اختلال ژنتیک ۴. آموزش روانشناختی و مداخلات مختصر ساده در اختلال وسواسی اجباری ۵. آموزش روانشناختی در دمانس
شیوه ارائه		کارگاه آموزشی و سخنرانی با استفاده از تکنیک‌های ایفای نقش و بحث و کار گروهی، بارش افکار
	اصلی	بسته آموزش‌های روانشناختی و مداخلات مختصر ساده تدوین شده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
منابع	بیشتر برای مطالعه	<ul style="list-style-type: none"> • دستنامه روانپزشکی، کاپلان و سادوک؛ ترجمه دکتر محسن ارجمند و همکاران. انتشارات ارجمند • مشاوره با کودکان مبتلا به مشکلات پزشکی مزمن، م‌اداردز و ه. دیوس؛ ترجمه الهام ریاحی نیا. انتشارات نیوند • اصول مصاحبه بالینی، ا.اوتمر و ز.اوتمر؛ ترجمه دکتر مهدی اصفهانی. جلد اول. انتشارات ارجمند • مفاهیم بنیادی و مباحث تخصصی در مشاوره (آموزش و کاربرد مهارت‌های خرد در مشاوره)، د. گلدارد؛ ترجمه دکتر سیمین حسینیان. انتشارات کمال تربیت
زمان تدریس	نظری	۷ ساعت
	عملی	۷ ساعت

آموزش خود مراقبتی در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

ارتقای آگاهی جمعیت عمومی در خصوص اصول خودمراقبتی در حوزه سلامت روانی و مصرف مواد	اهداف فراگیری	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. مفاهیم و اصول خودمراقبتی ۲. خودمراقبتی برای حفظ سلامت ۳. خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی ۴. خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن ۵. خودمراقبتی در بیماری‌های حاد 	سرفصل مطالب	
سخنرانی	شیوه ارائه	
راهنمای همگانی سلامت روان و اعتیاد	اصلی	منابع
<ul style="list-style-type: none"> • نظام جامع توانمند سازی مردم برای مراقبت از سلامت خود، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم • بسته خدمت خود مراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی مراکز بهداشتی شهری - روستایی (طرح تحول نظام سلامت، دفتر آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) 	بیشتر برای مطالعه	
۳ ساعت	نظری	زمان
---	عملی	تدریس

سر فصل‌های آموزشی «کارشناس سلامت روانی اجتماعی و رفتاردر حوزه سلامت اجتماعی»

ساعت آموزش	سرفصل
۲ ساعت	کلیات سلامت اجتماعی
۲ ساعت	غربالگری فاکتورهای خطر سلامت اجتماعی
۴ ساعت	مداخلات روانی، اجتماعی در خشونت خانگی (بزرگسالان)
۳ ساعت	مداخلات روانی، اجتماعی در خشونت خانگی (کودکان و نوجوانان)
۴ ساعت	مدل اجتماع محور ارتقاء سلامت اجتماعی

کلیات مبحث سلامت اجتماعی

انتظار می‌رود که آموزش‌گیرندگان پس از آموزش با موارد زیر بدانند:	اهداف فراگیری	
<ul style="list-style-type: none"> - تعاریف و رویکردهای مختلف سلامت اجتماعی - عوامل خطر و محافظتی - شاخص‌های سلامت اجتماعی - ابزارهای سنجش سلامت اجتماعی 		
<ol style="list-style-type: none"> ۱. تعاریف و رویکردهای مختلف سلامت اجتماعی ۲. عوامل خطر و محافظتی ۳. شاخص‌های سلامت اجتماعی ۴. ابزارهای سنجش 		
اسلاید/ سخنرانی/ بحث گروهی		
متون آموزشی تهیه شده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	منابع	اصلی
		بیشتر برای مطالعه
۱/۵ ساعت	زمان	نظری
۳۰ دقیقه	تدریس	عملی

غربالگری فاکتورهای خطر سلامت اجتماعی

انتظار می‌رود که آموزش‌گیرندگان پس از آموزش:	اهداف فراگیری	
<ul style="list-style-type: none"> - فرآیند شناسایی و غربالگری عوامل خطر سلامت اجتماعی را در نظام سلامت بدانند. - با فرآیندهای فلوچارت خدمات سلامت اجتماعی آشنا شوند. 		
<ol style="list-style-type: none"> ۱. آشنایی با فرآیند غربالگری عوامل خطر سلامت اجتماعی در نظام سلامت ۲. فلوچارت خدمات سلامت اجتماعی 	سرفصل مطالب	
اسلاید/ سخنرانی/ بحث گروهی	شیوه ارائه	
متون آموزشی تهیه شده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	منابع	اصلی
		بیشتر برای مطالعه
۱/۵ ساعت	زمان	نظری
۳۰ دقیقه	تدریس	عملی

مداخلات روانی، اجتماعی در خشونت خانگی (بزرگسالان)

انتظار می‌رود که آموزش‌گیرندگان پس از آموزش :		اهداف فراگیری
- با اصول توانمندسازی فردی آشنا گردند.		
- با انواع خشونت خانگی (همسرآزاری و سالمندآزاری) آشنا گردند.		
- توانایی ارائه خدمات روانی، اجتماعی و مدیریت موارد ارجاع شده با تشخیص خشونت خانگی را داشته باشند.		
<ol style="list-style-type: none"> ۱. اهمیت و میزان شیوع خشونت خانگی (همسرآزاری و سالمندآزاری) ۲. نشانگان روانی، رفتاری و اجتماعی ۳. شیوه ارتباط، مصاحبه و ارزیابی ۴. ثبت موارد ۵. مداخلات اولیه ۶. نحوه ارجاع موارد ۷. پیگیری موارد 		سرفصل مطالب
اسلاید/ سخنرانی /بحث گروهی		شیوه ارائه
متون آموزشی تهیه شده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت		منابع
		اصلی
		بیشتر برای مطالعه
۳ ساعت		زمان
۱ ساعت		تدریس
		نظری
		عملی

مداخلات روانی، اجتماعی در خشونت خانگی (کودکان و نوجوانان)

انتظار می‌رود که آموزش‌گیرندگان پس از آموزش :		اهداف فراگیری
- توانایی ارائه خدمات روانی، اجتماعی و مدیریت موارد ارجاعی خشونت خانگی (کودکان شاهد خشونت و کودکان خشونت دیده) را داشته باشند.		
<ol style="list-style-type: none"> ۱. چگونگی واکنش کودکان به تجربه خشونت در خانواده ۲. اثرات منفی خشونت خانگی بر رشد روانی اجتماعی کودکان ۳. مهارت‌های مصاحبه با کودک ۴. گفت‌وگو کودک محور ۵. نقش تسهیل‌گر در مدیریت آسیب ۶. اهداف مداخلات ۷. روش‌های جلب حمایت اجتماعی ۸. آشنایی با حقوق اولیه کودکان ۹. استراتژی‌های ارتباط با کودکان خشونت دیده ۱۰. استراتژی‌های تأمین ایمنی کودک ۱۱. فرآیند خدمات تخصصی 		
اسلاید/ سخنرانی / بحث گروهی		شیوه ارائه
متون آموزشی تهیه شده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت		منابع
		اصلی
		بیشتر برای مطالعه
۲/۵ ساعت		زمان
۳۰ دقیقه		تدریس
		نظری
		عملی

مدل اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی

<p>انتظار می‌رود که آموزش‌گیرندگان پس از آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> - با مدل مداخلات سلامت اجتماعی در محله آشنا شوند. - مراحل اجرای این برنامه را بدانند. - توانایی استقرار مدل اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی را داشته باشد. 	اهداف فراگیری	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. کلیات برنامه (ضرورت و کاربرد، مفاهیم و تعاریف...) ۲. مبانی تئوریک مدل ۳. نمای شماتیک مدل و مراحل اجرای برنامه ۴. حمایت یابی ۵. نیازسنجی ۶. ارزشیابی مشارکتی برنامه 	سرفصل مطالب	
اسلاید/ سخنرانی/ بحث گروهی	شیوه رایج	
متون آموزشی تهیه شده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	اصلی	منابع
	بیشتر برای مطالعه	
ساعت	نظری	زمان تدریس
۳۰ دقیقه	عملی	

پیوست ۲) مکاتبات حمایتی و پشتیبان دستگاه‌های ملی

- نیروی انتظامی، معاونت امور اجتماعی، سردار منتظرالمهدی (معاون)، مکاتبه ۹۴/۹/۰۱/۱۰۰/۵۲۳/۹۴۵۹۶۷۵، مورخ ۹۴/۱۱/۲۵
- وزارت کشور، معاونت مرکز امور اجتماعی و فرهنگی، آقای دکتر محبوبی (مشاور وزیر و معاون)، مکاتبه ۳۸۷۱ مورخ ۹۵/۱/۲۱
- وزارت کشور، شورای عالی استان‌ها، آقای غلامرضا بصیری پور (رییس)، مکاتبه ۹۴/۹/۲۶۶ مورخ ۹۴/۱۰/۷
- سازمان بهزیستی، مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد، دکتر رضازاده (رییس)، مکاتبه ۹۰۰/۹۴/۱۵۴۴۶۳، مورخ ۹۴/۱۰/۲۱
- سازمان بهزیستی، معاونت امور اجتماعی، دکتر مسعودی فرید (معاون اجتماعی)، مکاتبه ۷۰۰/۹۴/۱۵۸۹۳۷، مورخ ۹۴/۱۰/۲۸
- سازمان نهضت سوادآموزی، دکتر باقرزاده (معاون وزیر و رییس سازمان)، ۲۳/۹۴۲/۲۲۶۴ مورخ ۹۴/۸/۱۱ و ۱/۹۴۲/۳۰۶۰ مورخ ۹۴/۱۰/۲۷
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر امور اجتماعی، آقای بستانمنش (مدیرکل)، مکاتبه ۲۰۵۷۱۱ مورخ ۹۴/۱۰/۲۶
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر هدایت نیروی کار و کاربایی‌ها، آقای محمد اکبرنیا (مدیرکل)، مکاتبه ۱۵۶۶۶۷ مورخ ۹۴/۸/۱۳
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، کانون عالی انجمن‌های صنفی کافرمايي ايران، محمد مروج حسینی (رییس)، مکاتبه ۳۱۰/۱۵۸۱۹ مورخ ۹۴/۱۱/۳
- سازمان حفاظت محیط زیست، دفتر آموزش و مشارکت‌های مردمی، آقای محمد درویش (مدیرکل)، ۵۳۲۵۴/۹۴ مورخ ۹۴/۱۱/۱۲
- سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای، دفتر کاهش آسیب‌های اجتماعی، مهندس سعید جلائی‌فر (مدیرکل)، مکاتبه ۹۴/۱۱/۱۲ مورخ ۹۴/۴۰۰۸۵
- بنیاد مسکن انقلاب اسلامی، حوزه ریاست، علیرضا تابش (رییس)، ۰/۱/۱/۱۸ د مورخ ۹۴/۸/۱۱
- کمیته امداد امام خمینی (ره)، معاونت حمایت و سلامت، آقای ذوالفقاری (معاون)، ۱/۲۳۹۹۲۴۲ مورخ ۹۴/۱۰/۳۰

پیوست ۳) پیام‌های آموزش همگانی سلامت روان و اجتماعی ویژه ترویج در بسته اقدام جامعه طرح استقرار پیشگام خدمات سلامت روان اجتماعی سه شهرستان اسکو، بردسیر و قوچان

پیام‌های آموزش همگانی به منظور ارتقای سواد سلامت روان جامعه در طرح استقرار پیشگام خدمات سلامت روان اجتماعی سه شهرستان اسکو، بردسیر و قوچان تدوین شده است در این مستند از دو منبع عمده استفاده شده است:

۱. جلالی ندوشن امیرحسین. گزارش تحقیق محتوای آموزشی برای آموزش همگانی سلامت روان در ایران: با تأکید بر خودمراقبتی. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و انستیتو تحقیقات روانپزشکی تهران. ۱۳۹۴
۲. دماری بهزاد. مجموعه آموزش کارگاهی سبک زندگی سالم. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت گروه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت. ۱۳۹۵

این پیام‌ها صرفاً برای استفاده در طرح پیشگام ارسال شده است و به منظور حفظ مالکیت معنوی طراحان و دریافت بازخورد از مجریان تا زمان چاپ گزارش‌های مربوطه از تکثیر و انتشار آن به غیر از محدوده شهرستان، خودداری نمایید.

۱. برای کودکان خود زمان‌های خاص برای تفریح و بازی در نظر بگیرید تا احساس ارزشمندی و عشق را به کودکان منتقل کنید.
۲. تفریح کردن کودک و والدین در کنار هم به پرورش کودک، ایجاد مهارت‌های ارتباطی مؤثر، مهارت‌های اجتماعی، مسؤلیت‌پذیری، قضاوت درست، منضبط بودن و افزایش اعتماد به نفس منجر می‌شود.
۳. مفهوم «دوستت دارم» را به درستی با نوازش کردن، در آغوش گرفتن، گفتن دوستت دارم و بیان خوبی‌های کودک در جلوی دیگران به کودک خود منتقل کنید.
۴. به کودک کمک کنید که احساس توانمندی داشته باشد: «از کودک مشورت بخواهید، به او اجازه انتخاب بدهید، بگذارید در محاسبه مخارج کمک‌تان کند، بعضی وقت‌ها پخت و پز یا خرید را به عهده او بگذارید».
۵. تا جایی که آسیبی متوجه کودکان نشود به او فرصت دهید عواقب طبیعی کارهایش را ببیند و تجربه‌اش را تقویت کند.
۶. آداب و رسوم خانوادگی مثل مهمانی‌های خانوادگی در تعطیلات را حفظ کنید.
۷. با مشارکت فرزندان قوانین شفاف و روشنی را در منزل وضع کنید و حدود انتظارات خود را در هر مورد با کودک در میان بگذارید.
۸. قانون‌گذاری صحیح و پیگیری پیامدهای رعایت یا عدم رعایت آنها مانع از شکل‌گیری مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود.
۹. از زمان‌های غذا خوردن برای برقراری ارتباط با فرزندان استفاده کنید.

۱۰. به فرزندان به اندازه مشخص آزادی بدهید و سعی کنید که مستبد نباشید؛ والدینی که برخوردی قاطع و اطمینان‌بخش دارند، ضمن اعطای آزادی به فرزندان خود، برای آنان مقررات روشنی تعیین می‌کنند.
۱۱. برای فرزندان الگو باشید و زمانی که از او انتظار دارید کاری را انجام دهد، ابتدا خودتان به آن کار بپردازید.
۱۲. از تحقیر اعضای خانواده و بی‌احترامی کردن به آنان بپرهیزید؛ تلاش کنید فضای منزل شاداب، با نشاط و پر انگیزه باشد.
۱۳. والدین گرمی، از هرگونه روابط غیردوستانه، درگیری، نزاع، مجادله، تحکم، تحقیر و تهدید در منزل خودداری کنید.
۱۴. فضای عاطفی ناخوشایند و روابط متشنج درون منزل و اهانت به یکدیگر، سبب ترس و اضطراب فرزندان می‌گردد و آنها را از خانواده دور می‌کند.
۱۵. پیام‌زید برای بیان احساسات خود از پیام‌هایی که با کلمه «من» شروع می‌شوند، استفاده کنید. استفاده از جمله‌هایی که با کلمه «تو» شروع می‌شوند در بسیاری از موارد احساس سرزنش و توبیخ را به شنونده منتقل می‌کند.
۱۶. از شخصی‌کردن موضوع‌ها و سرزنش خود بپرهیزید؛ شخصی‌سازی قضایا منجر به احساس گناه، خجالت و ناشایستگی می‌شود.
۱۷. وقتی با مشکلی برخورد می‌کنید به جای آنکه وقت و انرژی خود را با گشتن به دنبال مقصر هدر بدهید، به راه‌های مؤثر در حل مشکل بیندیشید.
۱۸. شتاب‌زده نتیجه‌گیری نکنید و از ذهن‌خوانی بپرهیزید.
۱۹. بر مبنای احساسات خود استدلال و قضاوت از پیش نداشته باشید. این روش استدلال موجب می‌شود که کمتر به واقعیت‌ها توجه کنید، موقعیت‌های مناسب را از دست بدهید و با پیامدهایی منفی مواجه شوید.
۲۰. باید و نیاید‌های بیش از حد پدر و مادرها، میل به سرکشی و نافرمانی را در فرزندان‌شان افزایش می‌دهد و آنان را تشویق می‌کند کاری خلاف دستور صادر شده انجام دهند.
۲۱. برچسب زدن شکلی از تفکر همه یا هیچ است. برچسب‌های منفی خشم، دل‌سردی و اضطراب ایجاد می‌کند و عزت نفس را کاهش می‌دهند.
۲۲. از رفتار مشکل‌زای فرزندان انتقاد کنید نه از شخصیت او؛ با انتقاد از شخصیت و ویژگی‌های اخلاقی کودکان، احساس بدی را به آنان منتقل می‌کنید.
۲۳. انتقاد در درجه اول، باید سازنده باشد و در درجه دوم، باید رفتار کودک را زیر سؤال ببرد نه شخصیت او را.
۲۴. به یاد داشته باشید از نسبت دادن صفات ناپسند به شخصیت کودک مانند: «هیچی نمی‌فهمی، خیلی خنگی» پرهیز کنید.
۲۵. عصبانی بودن به این معناست که شما یاد نگرفته‌اید راه حل‌های مناسب برای مواجهه با موقعیت‌های عصبانی‌کننده پیدا کنید و یا عصبانیت خود را مدیریت کنید. بهتر است خشم خود را درک کرده و بر روی آن کنترل داشته باشید.
۲۶. یکی از راه‌های کنترل خشم شناسایی و تغییر باورها و عقاید نادرست در مورد خشم است؛ مثل: اگر عصبانی شوم اضطرابم از بین می‌رود، دیگران از عصبانیت من می‌ترسند و این باعث می‌شود از من سوءاستفاده نکنند، اگر خشم را نشان ندهم دیگران فکر می‌کنند ترسو هستم، خشم ارثی است و من آن را از والدینم به ارث بردم و
۲۷. اولویت‌بندی امور و داشتن مدیریت زمان، سبک زندگی سالم، هنر نه گفتن، ورزش، استراحت و تفریح کافی و مناسب به کنترل و کاهش استرس کمک می‌کند.

۲۸. دانستن و عمل کردن به مهمترین مهارت‌های ارتباط مؤثر بین همسران یعنی گوش دادن، همدلی و رفتارهای حمایت‌گرانه می‌تواند موفقیت و دوام ازدواج را تضمین نماید.
۲۹. موفق‌ترین روش فرزندپروری، فرزندپروری مقتدرانه است که مشتمل بر روش‌های پذیرش، ایجاد روابط نزدیک، کنترل سازگارانه و دادن استقلال مناسب می‌باشد.
۳۰. فرزندانمان را همان گونه که هستند بپذیریم، نه اینکه بخواهیم آنها را متناسب باخواسته‌های خود شکل بدهیم.
۳۱. در زمان ایجاد مشکل، به دنبال راه حل بگردیم نه مقصر.
۳۲. اگر فرزندانمان با مسأله‌ای روبرو شد، سعی کنیم با گوش دادن فعال و همدلی، توجه کردن بدون سرزنش کردن، کمک کنیم که خودش به راه حل مناسب برسد.
۳۳. برای حل مسائل، راه حلی را انتخاب کنیم که دو طرف برنده باشند، نه اینکه در انتها یک نفر بازنده شود؛ یعنی همیشه به دنبال راه حل برد، برد باشیم.
۳۴. تکنیک «حل مسأله» یکی از کاربردی‌ترین مهارت‌ها جهت حل اختلاف و پیدا کردن راهکار مشترک است. لازم است زوجین در یادگیری آن کوشا باشند.
۳۵. به گذشته و وقایع ماضی نپردازید: شخم زدن خاطرات بد و یادآوری رفتارها و صحبت‌های گذشته طرف مقابل، برای انجام گفتگویی سازنده، مخرب است.
۳۶. جهت مطرح کردن تعارض، از به کار بردن جملات با ضمیر «تو» دوری کنید: شروع مکالمه با انگشت اتهام به طرف مقابل و طرح موضوع با محوریت طرف مقابل، باعث تدافعی شدن زوج می‌گردد.
۳۷. بلندی صدای خود را کنترل کنید: صحبت کردن با فریاد و بلندی صدا باعث تدافعی شدن طرف مقابل می‌شود.
۳۸. برای هم سخنرانی نکنید و به مانند کودک به طرف مقابل نگاه نکنید: به یاد داشته باشیم که هدف مهارت حل تعارض درمان و تغییر طرف مقابل نیست بلکه رسیدن به یک راه حل منصفانه است.
۳۹. به یاد داشته باشیم سوءاستفاده احساسی، جسمی و جنسی در هر شکل ممکن آن غیر قابل قبول است و نباید از طرف زوجین تحمل گردد. وجود چنین رفتارهایی جایی برای امتحان و استفاده از «مهارت حل تعارض» نمی‌باشد.
۴۰. برای حل تعارض روی یک موضوع تمرکز کنید: تلاش برای حل چندین موضوع مورد اختلاف در یک گفتگو باعث سردرگمی و کج فهمی می‌شود.
۴۱. با تقویت ویژگی تاب‌آوری و سرسختی، در برابر فشارهای روانی و ابتلا به بیماری‌های جسمانی مقاوم‌تر شوید.
۴۲. هر چه شما در مهارت تاب‌آوری توانمندتر باشید، کمترین آسیب را از دشواری‌ها و ناامیامت زندگی و شغلی خواهید دید و حتی از موقعیت‌های دشوار برای شکوفایی و رشد شخصیت خود استفاده خواهید کرد.
۴۳. تاب‌آوری روندی پویا و قابل یادگیری است.
۴۴. افراد تاب‌آور، آگاهانه و هشیار عمل می‌کنند و از مهارت‌های حل مسأله برخوردارند.
۴۵. به یاد داشته باشید اعتیاد به اینترنت می‌تواند منجر به افزایش انزوا، افسردگی، مشکلات خانوادگی، طلاق، افت تحصیلی، از دست دادن شغل شود.
۴۶. والدین گرامی قبل از کار با اینترنت، خطرات و راه‌های بالابردن امنیت را به کودکان خود آموزش دهید.

۴۷. والدین گرامی قبل از شروع استفاده فرزندان از اینترنت، حتماً خودتان در رابطه با اینترنت و خدمات اینترنتی، آموزش ببینید.
۴۸. والدین گرامی قبل از شروع استفاده فرزندان از کامپیوتر و اینترنت، قوانینی را وضع کرده و به آن پایبند باشید.
۴۹. نوجوان عزیز مراقب کسانی که در فضای مجازی به آنها اعتماد می‌کنید، باشید. پیدا کردن دوستان جدید در فضای مجازی می‌تواند مفرح باشد ولی ممکن است آنها واقعا کسانی نباشند که ادعا می‌کنند.
۵۰. گوش به زنگ باشید: خشونت خانگی می‌تواند برای هر کسی اتفاق بیفتد.
۵۱. در هر رابطه‌ای فراموش نکنید که شما هم حقوقی دارید. تعیین محدوده در روابط، شما را از سوء استفاده دیگران مصون نگه می‌دارد.
۵۲. افرادی که در کودکی مورد سوء استفاده واقع شده‌اند، به احتمال زیاد در بزرگسالی مشکلاتی در سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی خواهند داشت. بنابراین این افراد باید بیشتر مراقب سلامتی خود باشند.
۵۳. برای پیشگیری از افسردگی فعالیت جسمی بسیار مفید است. ورزش کنید، پیاده‌روی کنید، بدوید، دوچرخه‌سواری کنید، هر آن‌چه که فعالیت شما را افزایش می‌دهد، می‌تواند کمک کند تا شما احساس بهبودی داشته باشید. برای شروع می‌توانید روزانه پانزده تا بیست دقیقه فعالیت مفید ورزشی داشته باشید.
۵۴. در مقابل وسوسه کنار آمدن با احساس افسردگی به وسیله نوشیدن الکل، سوء استفاده از داروهای غیرمجاز و یا استفاده از داروها بدون دستور پزشک مقاومت کنید.
۵۵. برای بهبود افسردگی، فعالیت‌های لذت‌بخشی که در طول هفته داشته‌اید و یا اهدافی که به آنها رسیده‌اید، را بنویسید. این کار می‌تواند به شما کمک کند تا بر روی چیزهای خوب زندگی‌تان بیشتر از چیزهای بد تمرکز کنید و وقت بیشتری صرف اینگونه فعالیت‌ها کنید.
۵۶. داروهای ضد افسردگی با تأثیر روی ملوکول‌ها و هورمون‌های مغز سبب بهبود افسردگی می‌شوند. برخلاف عقیده عموم آنها اعتیادآور نیستند.
۵۷. هیچ‌گاه خودسرانه برای شروع و اندازه مصرف و قطع داروهای افسردگی تصمیم نگیرید در این حوزه پزشک و یا روان‌پزشک شما تنها مرجع تشخیص است.
۵۸. اگر فکر می‌کنید که ممکن است افسرده باشید، پزشک عمومی محل سکونت‌تان بهترین فردی است که در وهله اول می‌توانید با او صحبت کنید.
۵۹. در زمان‌هایی که احساس تنهایی، یأس و ناامید و حتی فکر خودکشی دارید، صحبت کردن با افراد موثق و مورد اعتماد مثل «دوستان نزدیک، والدین و اعضای خانواده، پزشکان خانواده، مراکز مشاوره تلفنی شامل خطوط صدای مشاور سازمان بهزیستی، متخصصان سلامت روان (روانپزشک، مشاور و روانشناسان بالینی و روانشناس سلامت)» می‌تواند کمک‌کننده باشد.
۶۰. به یاد داشته باشید که افسردگی پس از زایمان به درمان، خوب جواب می‌دهد و اکثر مبتلایان خیلی زود بهبودی می‌یابند.
۶۱. نوع توجه و رابطه همسر، تأثیر بسزایی در روند بهبودی افسردگی پس از زایمان یک مادر خواهد داشت.
۶۲. به یاد داشته باشید سایکوز یا روان‌پریشی (قطع ارتباط فکر و ذهن با واقعیت) ممکن است برای هر کس اتفاق بیفتد و مثل هر بیماری دیگری می‌تواند درمان شود.

۶۳. حدود سه نفر از هر صد نفر دوره‌ای از سایکوز (روان پریشی) را تجربه می‌کنند و این میزان بسیار بیشتر از شیوع دیابت (بیماری قند) است.
۶۴. تشخیص و درمان زود و بهنگام سایکوز یا همان روان پریشی، از بسیاری از مشکلات دیگر مثل بیکاری، افسردگی، استفاده از مواد مخدر و صدمه زدن به خود یا دیگران با قانون‌شکنی جلوگیری خواهد شد.
۶۵. هر چه سایکوز زودتر تشخیص داده شود و تحت درمان قرار گیرد، نتیجه بهتری عاید می‌شود.
۶۶. همواره به علائم زودرس یا هشدار دهنده سایکوز مثل هذیان، توهم و تفکرات گیج کننده، برای تشخیص زود آن حساس باشید.
۶۷. اولین قدم در کنترل اضطراب، شناسایی این است که آیا اضطراب برای شما به عنوان یک مشکل است یا نه. اضطراب حداقل به چهار طریق می‌تواند بر ما اثر بگذارد: اضطراب بر احساسات، افکار، وضعیت جسمی و رفتار ما اثر می‌گذارد.
۶۸. امروزه زندگی‌ها پر از اضطراب است و هر فرد به آسانی تحت فشار قرار می‌گیرد. پس همیشه نمی‌توانیم استرسی را که از بیرون وارد می‌شود، کنترل کنیم ولی می‌توانیم راهی بیابیم تا فشاری که بر خود وارد می‌کنیم را کاهش دهیم.
۶۹. برای پیشگیری از اضطراب سعی کنید موقعیت‌های را که برایتان پر استرس هستند را شناسایی کنید و قدمی برای مقابله با آن بردارید.
۷۰. وقت گذاشتن برای اموری که از آنها لذت می‌برید، انتخاب سرگرمی‌های با آرامش بیشتر، خواب کافی، رژیم غذایی متعادل و مناسب، ورزش، یادگیری و انجام تمرین‌های تمدد اعصاب از جمله اقداماتی هستند که برای مقابله با اضطراب می‌توانید انجام دهید.
۷۱. برای پیشگیری از اضطراب در کارهای پیچیده و پر استرس، اهداف کوچکی انتخاب و یادداشت کنید؛ از آسان‌ترین آنها شروع کرده و هر فعالیتی را که به انجام رساندید، در مقابلش علامت بگذارید.
۷۲. افراد معمولاً عادت به فرار از موقعیت‌های اضطراب‌آور دارند؛ به جای فرار، سعی کنید به صورت تدریجی در موقعیتی که شما را مضطرب می‌کند، وارد شوید.
۷۳. شکستن چرخه انجام عمل یا افکار وسواسی پس از روبارویی با چیزهایی که از آنها ترس دارید، اهمیت دارد. این کار پیشگیری از پاسخ نامیده می‌شود.
۷۴. موفق‌ترین راه برای مواجهه با وسواس، روبارویی با پیشگیری از پاسخ می‌باشد، یعنی آن که شما بایستی به تدریج با چیزها و موقعیت‌هایی که شما را می‌ترساند، مواجه شوید در عین حال که از انجام کارهای وسواسی (چک کردن، ضدعفونی کردن) اجتناب کنید.
۷۵. مواظب باشید در طول درمان وسواس، کارهای وسواسی جدیدی را جایگزین کارهای وسواسی قبلی نکنید مثل مالیدن مکرر دست‌ها به جای شستن آنها.
۷۶. اگر دست کشیدن یکجا از همه رفتارهای وسواسی غیرممکن به نظر می‌رسد، سعی کنید به صورت تدریجی زمانی که صرف انجام این رفتارها می‌کنید یا دفعات انجامشان را کم کنید.
۷۷. تمرکز و یادآوری نکات خوب خود و زندگی‌تان به جای جنبه‌های منفی و همچنین یادداشت کردن افکار ناخوشایند در همان لحظه که به فکر تان خطور می‌کند، می‌تواند برای کنترل افکار وسواسی کمک‌کننده باشد.

۷۸. به یاد داشته باشید که نه تنها نیاز به خواب از فرد به فرد و سن به سن تغییر می‌کند، بلکه به میزان فعالیت نیز وابسته است. در هر حال یک فرد در هر شبانه روز به ۶ تا ۸ ساعت خواب نیاز دارد.
۷۹. یکی از اولین گام‌ها در غلبه بر مشکلات خواب یافتن عوامل احتمالی و سعی در پیدا کردن راه حل است؛ سعی کنید از خود بپرسید که آیا خوابیدن مشکل اصلی شما است یا دلیل دیگری وجود دارد که خوابیدن را برای شما دشوار می‌کند؟ در صورت وجود مشکل دیگر، آیا کاری هست که بتوان در رابطه با این مشکل انجام داد؟
۸۰. قدم اول برای غلبه بر بی‌خوابی و البته مکمل هر درمان دیگری رعایت بهداشت خواب است.
۸۱. هر شب در وقت معینی به رختخواب بروید و هر روز حتی در تعطیلات در وقت معینی از خواب بیدار شوید.
۸۲. فقط اوقات خواب را در رختخواب بگذرانید. سپری کردن زمان طولانی در بستر، خواب را منقطع می‌کند.
۸۳. از اتاق خواب تنها برای خوابیدن استفاده کنید نه جر و بحث یا کارهایی مانند تماشای تلویزیون.
۸۴. مصرف کافئین (چای، قهوه، و کولا)، نیکوتین، الکل و محرک‌ها را به ویژه قبل از خواب متوقف کنید.
۸۵. از چرت زدن روزانه بپرهیزید.
۸۶. فعالیت فیزیکی به بهبود خواب کمک می‌کند، بهترین زمان آن شش ساعت پیش از خواب است.
۸۷. حمام با آب گرم و به مدت بیست دقیقه قبل از خواب را امتحان کنید.
۸۸. هر روز در ساعت معینی غذا صرف کنید و قبل از خواب غذای سنگینی میل نکنید.
۸۹. اتاق خواب باید آرام و تاریک باشد. بهتر است محل خواب خنک باشد.
۹۰. اگر به خواب نمی‌روید، تلاش بیشتری نکنید، به جای آن اتاق خواب را ترک کنید و به کار دیگری بپردازید.
۹۱. پیش از خواب، مطالعه کتاب و روزنامه به جای تماشای تلویزیون و کار با رایانه بلکه توصیه می‌شود.
۹۲. برای خواب راحت و خوب، غروب‌ها از روش آرام‌سازی استفاده کنید.
۹۳. اگر تصور می‌کنید مشکلی دیگر مانند اختلالی روانپزشکی یا طبی باعث بی‌خوابی شما شده است، یا اگر با وجود رعایت اصول بهداشت خواب هنوز مشکل شما ادامه دارد، یا اگر در کار روزانه دچار مشکل شده‌اید، برای مراجعه به پزشک عمومی یا روان‌پزشک به خود تردید راه ندهید.
۹۴. هر اتفاق استرس‌زایی در زندگی (چه اتفاق منفی و چه مثبت) می‌تواند یک عامل شروع کننده ابتلا به اختلالات انطباقی باشد.
۹۵. اگر فرزندتان با مشکلات انطباقی روبه روست، به آرامی او را به صحبت در مورد احساساتش تشویق کنید.
۹۶. وقتی با یک اتفاق استرس‌زا یا تغییرات اساسی در زندگی مواجه شدید، می‌توانید چند کار برای دستیابی به احساس خوب بودن انجام دهید؛ صحبت در مورد احساسات و نیازهایتان با افراد مطمئن، کمک بسیاری به بهبودی می‌کند.
۹۷. بسیاری از والدین گمان می‌کنند که صحبت کردن در مورد شرایط پیچیده‌ای مثل طلاق، باعث می‌شود کودک احساس بدی پیدا کند. ولی فرزند شما نیاز به فرصت برای بیان احساسات خود دارد و می‌خواهد بشنود که شما همیشه برای او به عنوان یک منبع عشق و حمایت باقی خواهید ماند.
۹۸. اگر شما وابسته به الکل هستید، مشاوره با پزشکتان قبل از ترک مصرف ضروری است.

۹۹. برای جلوگیری از تمایل به مصرف مجدد مشروبات الکلی، ریلکسیشن و یوگا را امتحان کنید. نفس‌های عمیق و آرام انجام دهید. فکرتان را آرام نگه دارید و افکار منفی را از خود دور کنید و سعی کنید از لحاظ زمانی برنامه فشرده‌ای برای خود تنظیم کنید، به نوعی خودتان را سرگرم کنید.
۱۰۰. برای جلوگیری از تمایل به مصرف مجدد مشروبات الکلی، به طور منظم ورزش کنید البته به جز عصرها. زمان منظم و یکسانی برای خواب و بیداری داشته باشید، مطمئن شوید که اتاق خواب و تخت خواب شما راحت باشد، برنامه منظمی برای زمان خواب داشته باشید و قبل از خواب ذهن‌تان را فارغ کنید، همین که مصرف الکل را قطع کنید وضعیت خواب شما به تدریج بهبود خواهد یافت.
۱۰۱. از دیگر عوارض مصرف پیوسته و فراوان الکل، دیابت است، زیرا که الکل به پانکراس که وظیفه تولید انسولین را دارد، آسیب می‌رساند.
۱۰۲. افراد الکلی بدون آنکه خودشان متوجه شوند به کبدشان نیز ضرر می‌رسانند.
۱۰۳. مصرف فراوان الکل ویتامین‌ها را از بدن دفع می‌کند و این منجر به آسیب سیستم عصبی می‌شود.
۱۰۴. بیشتر افرادی که الکلی هستند، به مرور زمان دچار فراموشی و از دست دادن حافظه کوتاه‌مدت می‌شوند. این امر نوعی از بیماری دمانس است که به دلیل میزان بالای الکل در بدن و در نتیجه کمبود ویتامین B۱ اتفاق می‌افتد زیرا که مغز برای تشکیل حافظه جدید به این ویتامین نیاز دارد.
۱۰۵. افراد الکلی در انجام فعالیت‌های ساده روزانه مثل بالا رفتن از پله‌ها دچار تنگی نفس می‌شوند و مدام احساس خستگی می‌کنند.
۱۰۶. افراد الکلی خیلی زود دچار کبودی می‌شوند چون که الکل به سلول‌های خونی بدن (گلبول‌های قرمز) که وظیفه اکسیژن‌رسانی را دارند، آسیب می‌رساند و برای سلول‌های دیگر که خونریزی را قطع می‌کنند مخرب است.
۱۰۷. در صورتی که در ترک الکل و یا بازگشت به آن دچار تردید شدید، این سؤال را از خودتان بپرسید «آیا می‌خواهید شما الکل را کنترل کنید یا الکل شما را کنترل کند؟»
۱۰۸. با مشارکت فعال در امور جامعه از محله، شهر، کشور تا مدرسه و محل کار، در بهبود عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت به اندازه توان خود سهیم باشید.
۱۰۹. در راستای ارتقای خود و خانواده‌تان، فرصت طلایی دوره تکامل کودکی برای فرزندان خود را از دست ندهید و به آن توجه ویژه داشته باشید.
۱۱۰. به یاد داشته باشید که برای تأمین و ارتقای سلامت خود و خانواده‌تان، اولین اولویت هر خانواده‌ای تحصیل و ارتقای سواد معاش فرزندان است.
۱۱۱. یافتن و داشتن یک کار مناسب در ارتقای سلامت هر فرد تأثیر بسزایی دارد.
۱۱۲. تفریحات نقش مهمی در ارتقای سلامت فرد و خانواده‌اش دارد، بنابراین حتماً در برنامه هفتگی خود تفریحات مناسب و سالم را داشته باشید.
۱۱۳. با استفاده از حمل و نقل عمومی به جای خودروی شخصی به ارتقای سلامت خود و همشهریان خود کمک کنید.

۱۱۴. با یادگیری مهارت‌های ارتقای سلامت روان فردی، طوری با سایرین ارتباط برقرار کرده و رفتار کنید که موجبات تنش و استرس در آنها نشود.
۱۱۵. با مشارکت‌های منظم هفتگی یا ماهانه از قبیل عضویت در کانون‌های اجتماعی، تشکیل گروه‌های محلی و شرکت در انجمن اولیاء و مربیان و شورایی‌ها، می‌توانید زمینه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی خو را فراهم آورید.
۱۱۶. هرگز هرگز به یک فردی که دچار بیماری روانی است، انگ نزنید!
۱۱۷. تقویت آرامش، کاهش تنش‌های ناگهانی و در نتیجه پیشگیری از اختلالات روانی از دستاوردهای عمل به توصیه‌های معنوی همچون «تفکر نیکو، گفتار مؤثر و رفتار مطلوب» است.
۱۱۸. برای ارتقای سلامت روان خود، مهارت‌های فرزندپروری و همسرداری را یاد بگیرید و به کار ببرید.
۱۱۹. تحرک فیزیکی، تغذیه خوب و خواب کافی سه عامل حفاظتی و پیشگیرانه برای اختلالات روانی است.
۱۲۰. بدیهی است برای ارتقای سلامت روان، باید اعتیاد به سیگار، مواد مخدر و محرک و همچنین مصرف مشروبات الکلی ترک شود.
۱۲۱. اگر می‌خواهید از سلامت روان برخوردار باشید، ازدواج سالم داشته باشید برای این منظور می‌توانید مشاوره بگیرید و کتاب‌ها و توصیه‌های علمی را مطالعه کنید.
۱۲۲. فراموش نکنیم که مشارکت در خانواده، محله و جامعه به عنوان عامل پیشگیری از اختلالات روانی، اول از همه برای خود ما مؤثر است.
۱۲۳. برای حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی، کتاب‌های مفید اجتماعی، دینی و فرهنگی را مطالعه و افکار مثبت را شناسایی کرده و آنها را در خود تقویت کنید.
۱۲۴. برای حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی، مهارت‌های گفتار مؤثر با دیگران را در خود تقویت کنید؛ روانشناسان توصیه کرده‌اند که در حین صحبت لبخند بر لب داشته باشید.
۱۲۵. برای حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی، میزان رعایت رفتارهای اجتماعی مطلوب را در خود محک بزنید: «تعادل یا اعتدال (سادگی)، مسؤلیت‌پذیری، رعایت قانون، برادری، نظم، امنیت، وفای به عهد و امانت‌داری، نقادی، صبر و بخشش، تواضع و فروتنی، انفاق و فعالیت‌های عام‌المنفعه، اخلاق داد و ستد، مشاوره، همکاری و مشارکت مؤثر در امور جامعه، تبادل فرهنگی، تقویت هویت و احترام به محیط زیست».
۱۲۶. فراموش نکنید که رفتارهای اجتماعی مطلوب بر سلامت روان و جسم ما تأثیر گذاشته و میراثی تضمینی برای سلامت فرزندان ما در آینده خواهد بود.

عنوان مقاله:

Association between Physicians' Adherence to a Pharmacotherapy Guideline and Continuity of Care for Patients with Depression and/or Anxiety Disorder

نویسندگان: الهام حیدری، سعید اسماعیلی، فرید ابوالحسنی، ونداد شریفی، ژیلا طاهرزاده، طهورا دانشور.

مجله: *Archives of Iranian Medicine*. 2017 May;20(5):308

Abstract

OBJECTIVE:

The aim of the paper is to investigate the association between physicians' adherence to a pharmacotherapy guideline and continuity of care for patients with depressive and/or anxiety disorders in a collaborative care program.

METHODS:

This retrospective observational study was conducted using medical records of subjects suffering from depression and/or anxiety disorder visited by 26 general practitioners (GP) working with Community Mental Health Center (CMHC), who run a collaborative care program in Tehran, Iran. All patients were visited by a general practitioner in private offices from November 2010 to May 2013. A scoring system was utilized to assess physicians' adherence to the pharmacotherapy guideline using medical records. Patients' continuity of care was calculated based on the number of days of being in the collaborative care program. To investigate the association between physicians' adherence to the guideline and the patients' continuity of care, univariate logistic regression analysis, multiple logistic regression analysis and parametric survival analysis were performed using Stata version 11.

RESULT:

A total of 3,338 patients were studied. Their mean age was 37 years and 81.6% were female. Being treated by a particular GP was an important factor in patients with depressive and/or anxiety diagnosis as well as having both diagnoses. Furthermore, higher score of adherence to the guideline was associated with less continuity of care in depressive patients.

CONCLUSION:

Being treated by certain GPs is an effective way of retention of patients in the treatment. The results demonstrate that patients with guideline-based pharmacotherapy need to be told about continuity of care in community mental health program.

Cite this article as: Heidari E, Eslami S, Abolhassani F, Sharifi V, Taherzadeh Z, Daneshvar T. Association between Physicians' Adherence to a Pharmacotherapy Guideline and Continuity of Care for Patients with Depression and/or Anxiety Disorder. Arch Iran Med. 2017 May;20(5):308-313

Evaluation of the performance of general practitioners in a collaborative care program by employing simulated patients

نویسندگان: همایون امینی، عالیا شکیبیا، ونداد شریفی، ماندانا شیرازی، مجید صادقی، فرید ابوالحسنی، احمد حاجبی.

مجله: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016 Sep 1;51(9):1311-9

Abstract

OBJECTIVE:

To compare the performance of the general practitioners (GPs) in a collaborative care (CC) program in Iran with a control group of GPs in the usual care by employing simulated patients.

METHODS:

Six trained simulated patients (SPs) made unannounced visits to 26 GP offices participating in the CC program and to 26 age and sex matched controls. The SPs role played five clinical scenarios of mental disorders and filled out checklists to evaluate the GPs' performance regarding interviewing, taking history, establishing rapport, showing empathy, and giving advice to patients. Additionally, the GPs' plan of care and prescriptions were evaluated later by a psychiatrist based on the documents provided by the SPs.

RESULTS:

There was a significant difference between collaborative care and control group physicians in their global performance; CC physicians built up better patient-physician relationship. They performed better in evaluating a psychotic patient, although not better in their management. CC physicians were marginally better in approach to patients with generalized anxiety disorder (GAD) and mild major depressive disorder.

CONCLUSION:

The overall performance of physicians in CC was better than the GPs in the control group in making an effective patient-physician relationship, and evaluating a psychotic patient. The main weakness of the GPs was in proper treatment of the minor and more common psychiatric disorders and in evaluation of patients with suicidal ideations who were in need for emergent referral. Evaluating performance of the practitioners is feasible employing SPs and the findings can be translated into improvements in the available services.

Cite this article as: Amini H, Shakiba A, Sharifi V, Shirazi M, Sadeghi M, Abolhasani F, Hajebi A. Evaluation of the performance of general practitioners in a collaborative care program by employing simulated patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016 Sep;51(9):1311-9.

کتاب حاضر حاوی سه بسته خدمتی است که برای اجرای خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان تدوین شده است.

طراحی این بسته‌ها حاصل تلاش سه گروه مجزا است که در زمان اجرای پیشگام خدمات سلامت روانی اجتماعی سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ در سه بسته متوالی و مرتبط به هم جمع شده است:

- بسته اول (خدمات پایه سلامت روانی اجتماعی
- بسته دوم) خدمات تخصصی سلامت روان (مرکز سلامت روان جامعه نگر و خدمات بستری)
- بسته سوم) بسته اقدام جامعه

بسته‌های سه گانه پیشگفت برای اجرا در سه شهرستان بردسیر (کرمان)، قوچان (خراسان رضوی) و اسکو (آذربایجان شرقی) به کلیه متولیان شامل کارشناسان، پزشکان عمومی، خانواده، روانپزشکان، روانشناسان و مدیران فرمانداری آموزش داده شده است و با امضای مشترک معاون درمان و معاون بهداشت وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۳۰۰/۱۸۴۵۲ مورخ ۹۴/۱۱/۷ جهت اجرا در سه شهرستان فوق ابلاغ شده است.

هم زمان پیمایشی برای ارزشیابی خدمات جامع سلامت روانی اجتماعی در سه شهرستان مورد و سه شهرستان شاهد با ۳۸۰۰ نمونه و نظارت دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی و اجرا شد. این پیمایش مجدداً در اسفند ۱۳۹۶ تکرار می‌شود و با ارزشیابی نتایج، الگو و بسته‌های خدمتی سه گانه بازنگری و برای اجرا در کل کشور پیشنهاد می‌گردد.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد



دانشگاه علوم پزشکی تهران
موسسه ملی تحقیقات سلامت
گروه مؤلفه های اجتماعی سلامت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان