

لیست فعالیت های مورد انتظار در برنامه حمایت های روانی اجتماعی در در شهرستان های

ردیف	عنوان فعالیت	شرح اقدامات	زمان اقدام
۱	ارزیابی اولیه مناطق آسیب دیده (تعداد روستاها ، جمعیت روستا ، جمعیت آسیب دیده ، افراد در معرض خطر)	شناخت خصوصیات و کمیت ((افراد در معرض خطر))درسانحه(اولیه شامل بررسی و استخراج لیست افراد آسیب دیده ، شناسایی بازماندگان فوت شدگان ، شناسایی خانوارهای مفقودین ، استخراج لیست بیماران دارای اختلالات روانپزشکی تحت پوشش مرکز / خانه بهداشتی و ..) بر اساس فرم پیوستی شماره (۱)	روز اول تا سوم
۲	شناسایی ظرفیت میزان مقابله محلی ، از قبیل نهادها ، منابع پزشکی و پشتیبانی	دسترسی کارشناسان بهداشت روان به منابع اطلاعاتی از قبیل جمعیت تحت پوشش مرکز / خانه بهداشتی با هماهنگی واحد آمار شهرستان ، دسترسی کارشناس بهداشت روان به داروهای مورد نیاز بیماران و خانواده های بیماران دارای اختلالات روانپزشکی تحت پوشش مرکز / خانه بهداشتی (بر اساس فرم پیوستی شماره (۲)	
۳	غریبالگری علایم استرس حاد از خانواده های بازمانده و شاهدین حادثه	بر اساس چک لیست ارزیابی علایم استرس حاد	از روز سوم به بعد تا پایان ماه اول
۴	آغاز مداخلات روانی اجتماعی بر اساس پروتکل کشوری (بازگویی روانشناختی ، مقابله با افکار مزاحم ، بهداشت خواب ، مقابله با اجتناب) طی چهار هفته	بر اساس دستورالعمل کشوری حمایت های روانی اجتماعی در بحران و حوادث غیر مترقبه ویژه کارشناسا بهداشت روان و متخصصین روانشناسی	
۵	گزارش اقدامات انجام یافته بر اساس فرمهای وزارتی در پایان هر روز	بر اساس فرم های گزارش روزانه انفرادی و گروهی	

فرم شماره (۱) ارزیابی موقعیت شهرستان : مرکز بهداشتی درمانی : خانه بهداشت :

خصوصیات منطقه و ویژگیها و کمیت (افراد در معرض خطر)درسانحه			
نام روستا	تعداد فوت شده	تعداد بازمانده ها	تعداد بیماران دارای اختلالات روانپزشکی تحت پوشش مرکز / خانه بهداشتی

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

فرم شماره (۲) منابع و ظرفیت های محلی و درمانی و پشتیبانی (حوزه بهداشتی درمانی و سلامت روان)

شهرستان :

مرکز بهداشتی درمانی :

خانه بهداشت :

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع اختلال	پزشک معالج (پزشک مرکز بهداشتی درمانی)	نام داروهای مصرفی	داروهای ذکر شده مورد نیاز می باشد یا خیر ؟ در صورت بلی نام دارو و مقدار مورد نیاز با ذکر واحد و دوز مصرفی (توسط پزشک تکمیل گردد . *

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : نام و نام خانوادگی شورای روستا : نام و نام خانوادگی دهیار : نام و نام خانوادگی پزشک مرکز بهداشتی درمانی

(مهر و امضاء) :

در طول هفته های اول پس از رویداد آسیب زا بسیاری از مردم علائم و نشانه های مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می کنند . در طول زمان این علائم فروکش یا کاملاً ناپدید می شوند و ممکن است فرد بتواند به زندگی عادی بازگشت نماید . تمامی این موارد طبیعی است . اما در برخی موارد ممکن است این علایم باقی بماند و حتی تشدید گردد . در این گونه موارد بهتر است به دنبال کمک های تخصصی پزشکی و روانپزشکی باشید . این چک لیست به شما کمک می کند که تصمیم بگیرید که آیا شما به کمک های تخصصی نیاز دارید یا خیر ؟

تجربه مجدد حادثه :

- ۱- آیا رها شدن و خلاص شدن از افکار دردناک رویداد آسیب زا (نام رویداد را بگویید) برای شما سخت است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۲- آیا شما کابوس می بینید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۳- آیا شما از اینکه خاطرات به طور مداوم دوباره تجربه شوند رنج می برید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۴- در صورتی که احساس استرس و اضطراب می کنید آیا فکر می کنید که این علایم به خاطر حادثه آسیب رسان (نام حادثه را بگویید) می باشد ؟ ☐ بلی ☐ خیر

اجتناب از واقعیت :

- ۱- آیا شما در تلاش برای جلوگیری از افکار و گفتگوهای مرتبط با حادثه هستید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۲- آیا شما از مکان ها یا فعالیت ها و افرادی که شما را به یاد حادثه آسیب رسان می اندازند اجتناب می کنید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۳- آیا علاقه شما به فعالیت های مورد علاقه تان کمتر شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۴- آیا شما احساس می کنید که دیگر امکان شاد بودن یا عشق ورزیدن یا سایر احساسات مثبت برایتان غیر ممکن خواهد بود ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۵- آیا برنامه ریزی کردن برای آینده تان برای شما دشوار شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۶- آیا در خواب رفتن مشکل دارید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۷- آیا بدون دلیل خاصی تحریک شده و عصبانی می شوید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۸- آیا در تمرکز و یادگیری و به خاطر سپاری وقایع جدید و قبلی مشکل دارید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۹- آیا بیش از هر زمان دیگری احساس تنش می کنید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۱۰- آیا با هر صدای بلند یا ناگهانی از جای می پرید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

بررسی نگرش به اعتیاد :

- آیا پس از حادثه آسیب رسان به مصرف الکل ، داروهای آرامبخش و سایر داروهای مخدر گرایش پیدا کرده اید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

احساس گناه :

- ۱- آیا به دلیل اینکه شما بازمانده این حادثه هستید احساس گناه می کنید ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۲- آیا شما احساس می کنید که از همه چیز به طور کامل جدا هستید و وقایعی که در گذشته روی داده حتی چند ساعت یا چند دقیقه قبل را نیز به خاطر نمی آورید ؟ ☐ بلی ☐ خیر