



برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم؟

گزارش طرح مطالعاتی

تدوین سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم؟

گزارش طرح مطالعاتی تدوین برنامه ارتقای سلامت روان کشور

سرشناسه: دماری، بهزاد، ۱۳۵۲ -
عنوان و نام پدیدآور: برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم؟: گزارش طرح مطالعاتی تدوین برنامه ارتقای سلامت روان کشور/تحقیق و تألیف بهزاد دماری.
مشخصات ویراست: ویراست ۲.
مشخصات نشر: تهران: طب و جامعه، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری: ۸۸ص: مصور(بخشی رنگی)، جدول(بخشی رنگی)، نمودار(بخشی رنگی).
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۱۲۸۱-۱-۲-۲
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
موضوع: سلامت پروری روانی - ایران
Mental health promotion - Iran
موضوع: سلامت پروری روانی -- ایران -- برنامه ریزی
Mental health promotion -- Planning -- Iran
رده بندی کنگره: ۱۳۹۶ ب۴ د۸۳/۵۳/۷۹۰ RAY
رده بندی دیویی: ۳۶۲/۲۰۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی: ۴۹۸۹۴۹۱

برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم؟

«گزارش طرح مطالعاتی تدوین برنامه ارتقای سلامت روان کشور»

تحقیق و تألیف: دکتر بهزاد دماری

طرح جلد: سیما فتح الله زاده

صفحه آرای: مرضیه خونانی

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تیراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: دوم

قیمت: ۲۴۰۰۰ تومان

زمستان ۱۳۹۶

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۱۲۸۱-۱-۲-۲

ISBN: 978-600-91281-1-2

کلیه حقوق متعلق به مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و

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

E-mail: tbojameh@gmail.com - ۰۹۳۹۴۶۲۸۳۸۸ -

نحوه ارجاع به این مستند در صورت استفاده از آن:

کتاب:

دماری بهزاد. برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم؟ «گزارش طرح مطالعاتی تدوین برنامه ارتقای سلامت روان کشور». انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۶

مقاله:

Hajebi A, Damari B, Moghaddam AV, Nasehi A, Nikfarjam A, Bolhari J. What to do to promote mental health of the society. Iranian journal of public health. 2013;42(Supple1):105.

مشارکت کنندگان

کارفرما:

انستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نویسنده و مجری:

دکتر بهزاد دماری، متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

همکاران اصلی طرح:

دکتر عباسعلی ناصحی (مشاور معاون بهداشت در امور بهداشت و روان)، دکتر علی نیک فرجام (معاون و جانشین دفتر سلامت روانی و اجتماعی و اعتیاد)، دکتر احمد حاجبی (رئیس اداره سلامت روان)، دکتر فیروزه جعفری (روانشناس و رئیس اداره اعتیاد)، دکتر سمانه کریمان (کارشناس اداره سلامت روان)، دکتر رتوفه قیومی (کارشناس اداره سلامت روان)، دکتر مهدیه وارث وزیریان (کارشناس اداره سلامت روان)، دکتر علی اسدی (کارشناس اداره سلامت روان)، معصومه افسری (کارشناس اداره سلامت روان)، شهناز باشتی (کارشناس اداره سلامت روان)، صدیقه خادم (کارشناس اداره سلامت روان)، دکتر عباس وثوق مقدم (هماهنگ کننده برنامه های توسعه وزارت بهداشت)، دکتر محمدحسین سالاریان زاده (مسئول برنامه ریزی عملیاتی وزارت بهداشت)، دکتر کامل شادیپور (کارشناس ارشد نظام سلامت)

کارشناسان استانی سلامت روان (شرکت کنندگان در همایش کشوری ۲۳ خرداد ماه و ارایه نظرات و

پیشنهادات نهایی در همایش ۱۳ شهریور):

شهرام خرازی ها، معصومه موسوی (تهران)، محمد باقرزاده (سیزوار)، شهره نصر (زنجان)، سارا انصاری، فریبا رضایی (شیراز)، علی بهرام نژاد (کرمان)، نیر صادقپور (ارومیه)، محمدرضا مشایخی (جیرفت)، سوسن رفیعی (نیشابور)، محمودرضا هاشمپورزی (مازندران)، محمدعلی اصلی نژاد (گناباد)، سیده مریم هاشمی نسب (گرگان)، مریم چگینی (اراک)، نرگس آقابزرگ زاده - بابل (مازندران)، مریم ده بزرگی شیرازی (چهرم)، مرضیه اخباری (کاشان)، دکتر مهری جعفری (خراسان شمالی)، احد عظیمی (اردبیل)، فاطمه سادات میریدبیعی (شاهرود)، شیرین شهریاری (زابل)، بهروز کاظمی (بیرجند)، رضا مراد حقیقیان (کرمانشاه)، مصطفی شاکری (شهرکرد)، رضا دواساز ایرانی (اهواز)، رضا شوهی زاده (دزفول)، نادر عبادی (تبریز)، محمدتقی کرخی (قم)، کتابیون کاکاوند (قزوین)، فاطمه اکبری زاده (بوشهر)، شیدا باباجانی (کردستان)، فاطمه سرگزی، عباس مهرورز (کرج)، سید محمد حسین اجاقی (فسا)، حمیدرضا فتحی مشهد (خراسان رضوی)، فریبا منصوری (خرم آباد)، همداد آرانپور (یاسوج)، شهلا حقیقت (سمنان)، بیتا صدیق (هرمزگان)

اعضای کمیته راهبری طرح (شرکت کننده در سه جلسه کارگاهی تاریخ‌های ۱۰ اردیبهشت، ۱۱ تیرماه و

۱ مرداد ماه):

دکتر احمدعلی نوربالا (رییس کارگروه پیشگیری ثانویه کمیته کشوری سلامت روانی اجتماعی)، دکتر فرید فدایی (عضو هیأت علمی دانشگاه بهزیستی و علوم توانبخشی)، دکتر غلامرضا میرسپاسی (رییس انجمن روانپزشکان ایران)، دکتر مصطفی اقلیما (رییس انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران)، دکتر سیما ساجدی نژاد (کارشناس جهانی بهداشت در ایران)، دکتر علی اخوان بهبهانی (مدیر دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی)، دکتر سید محمدعلی قریشی زاده (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر اسدی (کارشناس دفتر حاکمیت بالینی)، دکتر شیرین احمدنیا (جامعه‌شناس)، دکتر عباس صداقت (رییس اداره ایدز)، دکتر محمود نبوی (عضو هیأت علمی دانشگاه)، دکتر علیرضا تجلیلی (نماینده یونسف)، دکتر محسن روشن پژوه (کارشناس کاهش تقاضای مواد سازمان بهزیستی کشور)، دکتر کاظمینی (سرپرست گروه مدیریت برنامه‌های سلامت)، خانم حاتم آباد (مسئول بودجه معاونت بهداشت)، دکتر محبوبه دینی (کارشناس مسؤول برنامه مراقبت استئوپروز)، دکتر فرزاد قضایی پور (رییس امور اداری انستیتو روانپزشکی تهران)، دکتر یعقوبی (مدیر مرکز مشاوره وزارت علوم)، آقای طاهری نخست (کارشناس دفتر کنترل جرایم و مواد مخدر سازمان ملل در ایران)، دکتر انتظاری (معاون مرکز مطالعات وزارت بهداشت)، دکتر گلایل اردلان (رییس اداره سلامت نوجوانان و جوانان و مدارس)، دکتر احمد محیط (رییس انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران)، دکتر عمران محمد رزاقی (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر آفرین رحیمی موقر (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر حسن رفیعی (عضو هیأت علمی دانشگاه بهزیستی و علوم توانبخشی)، دکتر صابری زرفقندی (مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر)، دکتر بشیر خالقی (عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی)، دکتر مریم رهبری (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی)، دکتر جعفر بواله‌ری (رییس انستیتو روانپزشکی تهران)، دکتر تهرانی دوست (رییس انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان ایران)، دکتر عاطفی (مشاور و مدیر امور عمومی مرکز مدیریت شبکه)، دکتر طباطبایی لطفی (رییس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت)، خانم محصلی، خانم فاطمه طالبی

سازمان‌های بین‌بخشی مشارکت کننده در طول طراحی (به ویژه در جلسه مورخ ۱۳ تیرماه):

دکتر اعظم‌السادات حسین پور (کارشناس مسؤول بهداشت سازمان آموزش و پرورش استثنایی)، ابوالفضل نیکوکار (مدیرکل آموزش کارکنان اداری و مردمی قوه قضاییه)، علی مصریان (رییس مرکز تحقیقات و تعلیمات حفاظت فنی و بهداشت کار وزارت کار و امور اجتماعی)، مجتبی احمدلو (رییس اداره بهداشت و درمان و امور بیمه کمیته امداد امام خمینی ره استان تهران)، دکتر گل‌مکانی (رییس اداره کل سلامت شهرداری تهران) و تقی ابوطالبی احمدی (مسئول مشاوره اداره کل سلامت شهرداری تهران)، محمد امیر امیرخانی (مشاور و قائم مقام معاون اجتماعی سازمان بهزیستی کشور)

تشکر ویژه از معاونان محترم وزیر بهداشت: دکتر علیرضا مصداقی‌نیا (معاون بهداشت وزیر بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی)، دکتر مصطفی قانعی (معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر سیدعباس حسنی (معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر امامی رضوی (معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر ترکستانی (معاون دانشجویی و فرهنگی)، دکتر محقق (معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی)، دکتر احمد شیبانی (معاون وزیر و رییس سازمان غذا و دارو)، دکتر آرش رشیدیان (رییس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت)،

مدیران کل محترم معاونت درمان و معاونت بهداشت:

دکتر مطلق (مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)، دکتر ممتازمنش (رییس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی) دکتر رخشانی (مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت)، دکتر مغيثی (مدیر روابط عمومی معاونت بهداشت)، دکتر ندافی (رییس مرکز سلامت محیط و کار)، دکتر گویا (مشاور معاون بهداشت و رییس واحد بیماری‌های واگیر)، دکتر اعتماد (مشاور معاون بهداشت و رییس واحد بیماری‌های غیرواگیر)، دکتر فتحی (مشاور معاونت و رییس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)، دکتر علی اردلان (مشاور معاون بهداشت و سرپرست واحد مدیریت و کاهش خطر بلایا)، دکتر شریعتی (قائم مقام معاون بهداشت و رییس مرکز مدیریت شبکه)، دکتر عبداللهی (سرپرست دفتر بهبود تغذیه جامعه)، دکتر معصومی (رییس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور)، دکتر اولیایی‌منش (مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت)، دکتر رواقی (رییس دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، دکتر سجادی (رییس دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان) و مهندس ابوالحلاج (رییس مرکز بودجه و پایش عملکرد)

فهرست

۱۱	پیام‌های اصلی مطالعه
۱۳	فصل اول) مقدمه و روش
۱۴	مقدمه
۱۵	روش
۱۹	فصل دوم) نتایج
۲۰	مقدمه) مروری بر حقایق و شواهد مرتبط به بهبود وضعیت سلامت روان
۴۰	بخش اول) شناخت
۴۰	۱) خلاصه وضعیت شاخص‌های سلامت روان کشور و روند آن
۴۳	۲) مداخلات کنونی سلامت روان در کشور (بر اساس گزارش عملکرد دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوءمصرف مواد)
۴۵	۳) وضعیت نظام سلامت در حوزه سلامت روان - محیط درونی
۴۸	۴) وضعیت نظام سلامت روان - محیط بیرونی
۵۱	۵) اسناد بالادستی در مورد سلامت روان به چه مواردی تأکید می‌کند؟
۵۶	خلاصه بخش شناخت
۵۸	بخش دوم) جهت‌گیری
۶۱	بخش سوم) استقرار و نهادینه‌سازی
۷۱	فصل سوم) بحث و پیشنهاد
۷۸	منابع
۷۷	پیوست‌ها
۷۷	۱) نامه ابلاغ برنامه جامع ارتقای سلامت روان توسط وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۴	۲) پوستر نمایشگر برنامه ارسالی به دانشگاه‌های علوم پزشکی
۸۶	۳) نمونه نامه درخواست همکاری وزارتخانه‌ها
۸۸	۴) مقاله منتشر شده

پیام های اصلی مطالعه

پیام اول) چرا سیاست‌گذاران ارشد کشور باید برای سلامت روان سرمایه‌گذاری کنند؟

👉 هزینه‌های اقتصادی مستقیم (بار مالی اقدامات تشخیصی، درمان، بازتوانی و پیشگیری) و هزینه‌های اقتصادی غیرمستقیم (کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه، بار خانوادگی) بیماری‌ها و اختلالات روانی بسیار سنگین است.

👉 به دنبال شیوع اختلالات روانی، انواع آسیب‌های اجتماعی و متعاقباً هزینه‌های انتظامی و قضایی جامعه افزایش می‌یابد.

👉 در برخی آمارها بیشترین میزان از کارافتادگی و کاهش نیروی مولد جامعه مربوط به بیماری‌های روانی است، که این خود کند شدن و کاهش احتمال دستیابی به اهداف توسعه را به همراه دارد.

👉 افزایش فقر و متعاقباً افزایش بار بیماری‌های روانی چرخه معیوبی را تشکیل می‌دهند.

👉 افزایش بار کاری ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، کند کردن روند درمان بیماری‌های جسمی به دلیل عدم تبعیت بیمار از درمان

👉 شیوع بیماری‌ها و اختلالات روانی، افزایش نقص حقوق انسانی را به دنبال دارد (البته این مورد هم علت و هم معلول است).

👉 افزایش درصد دستیابی به اهداف سلامت جسمی از قبیل: کاهش مرگ و میر شیرخواران به دلیل بهبود درمان افسردگی پس از زایمان، میزان عفونت اچ آی وی و ایدز برای گروه سنی ۱۷-۲۴ با کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف مواد، افزایش تبعیت و پذیرش بیماران در درمان بیماری‌های جسمی از جمله دیابت، فشارخون، سرطان و سل.

👉 فرد مبتلا به بیماری روانی هم خود و هم خانواده‌اش در معرض انگ و تبعیض اجتماعی است که احساس انزوا و محدودیت مشارکت‌های اجتماعی را باعث شده و در یک کلام کاهش بیشتر سرمایه اجتماعی فرد، خانواده و جامعه را باعث می‌شود البته سرمایه اجتماعی هم علت و هم معلول است.

👉 بیماری‌های روانی با بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی از جمله ایدز، صدمات و تصادفات رانندگی اثرات هم‌افزایی دارد.

پیام دوم) بر اساس گزارش‌های منتشر شده سازمان جهانی بهداشت در سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۹ عوامل خطر سلامت

روان از جمله تکامل نامناسب دوران کودکی، ازدواج و باروری نامناسب، خشونت، پایمال شدن حقوق شهروندی، والدین

دارای اختلالات روانی، مدرسه نامناسب و غیرمراقب، ضعف مهارت‌های زندگی و والدی، کمی سرمایه اجتماعی و رفتارهای غیرسالم اجتماعی و تنزل اخلاقیات (به عنوان محوری‌ترین عنصر سلامت معنوی) مسبب بخش بزرگی از اختلالات روانی است که نیازمند جلب حمایت و توسعه همکاری بین‌بخشی است.

پیام سوم) بر اساس مطالعه ابتدای دهه ۱۳۸۰ اختلالات روانپزشکی از نظر بار بیماری‌ها پس از حوادث در کشور رتبه دوم را به خود اختصاص داده بود و برآورد منتشر شده توسط وزارت بهداشت در اواخر دهه ۱۳۷۹ شیوع ۲۱٪ از جامعه به انواعی از اختلالات روانی را نشان می‌دهد. بر اساس نظرات خبرگان **روند احتمالی افزایش اختلالات روانی در یک دهه گذشته وجود دارد** هر چند برای اثبات نظر خبرگان علی‌رغم روش‌های سنجش متفاوت، باید منتظر نتایج پیمایش کشوری سلامت روان در اواخر سال ۱۳۹۰ باشیم.

پیام چهارم) مجموعه برنامه‌های سلامت روان در دو دهه گذشته در بهترین شرایط پوشش معادل جمعیت روستائیان را داشته است و عموماً شهرها از این خدمات محروم مانده‌اند.

پیام پنجم) تحلیل وضعیت نظام سلامت روان کشور نشان می‌دهد که در حال حاضر محیط درونی در ضعف و محیط بیرونی در تهدید قرار دارد و بهبود موقعیت فعلی **نیازمند ظرفیت‌سازی درونی نظام سلامت روان و توسعه همکاری بین‌بخشی** (از جمله مشارکت مردم) است.

پیام ششم) مطابق این مطالعه در پنج سال آینده سه راهبرد اساسی می‌بایست محور عملیات وزارت بهداشت قرار گیرد: بهبود وضعیت فعلی خدمات سلامت روان، ارتقای سواد سلامت روان گروه‌های مختلف جامعه و سرمایه‌گذاری در کاهش عوامل خطر سلامت روان.

پیام هفتم) تصویب برنامه در شورای سیاست‌گذاری و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اولین گام در استقرار برنامه خواهد بود که با انعقاد تفاهم‌نامه‌های همکاری و استقرار نظام مدیریت پروژه و پایش محصولات در اداره سلامت روان دنبال خواهد شد.

فصل اول

مقدمه و روش

مقدمه

مطابق آخرین مستندات و شواهد موجود، شیوع اختلالات روانی حدود ۲۳٫۶٪ است که تقریباً ۱۴٪ بار بیماری‌های کشور را شامل می‌شود. این در حالی است که مطابق تعاریف جهانی، سلامت روان، فقط نبود اختلالات روانی نیست و مؤلفه‌های دیگری را هم شامل می‌شود که اگر آنها نیز منظور شوند، بار مشکلات روانی - اجتماعی به مراتب بیشتر خواهد بود. در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای سند چشم‌انداز ۲۰ ساله بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه‌جانبه» و همچنین ارتقای شاخص‌های بهداشت روان به‌ویژه در دانش‌آموزان و نیز مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در دهه پیش رو که پیشرفت و عدالت نام‌گذاری شده، تأکید گردیده است. با توجه به گستره عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان این نکته آشکار می‌شود که مسؤولیت تأمین سلامت روان جامعه فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت و یا دانشگاه‌های زیرمجموعه آن است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکاری بین‌بخشی دارد. در چنین شرایطی نحوه استخراج عوامل مؤثر بر سلامت روان و مداخلات اصلاحی نیز متفاوت است و نیاز به کار بین‌بخشی وسیع و همکاری همه نهادهای جامعه دارد که در این میان وزارت بهداشت سه نقش میانجی دانش، حمایت‌طلب و رهبری سایر سازمان‌ها را بر عهده می‌گیرد. با توجه به اینکه تدوین نقشه جامع نظام سلامت کشور و عملیاتی شدن برنامه پنجم در دستور کار شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت قرار دارد، تصمیم عاجل و زیربنایی برای چگونگی فراهم کردن مداخلات ارتقای سلامت روان و سیاست‌گذاری و مدیریت آن در نظامی یکپارچه بسیار ضروری است و لازم است سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه تدوین گردد. انتظار می‌رود با تصویب و به کارگیری این سند:

۱. زبان مشترکی برای مدیریت سلامت روان بین ذینفعان ایجاد شده و احساس مالکیت برنامه‌ها افزایش یابد.
۲. یک سند علمی بالادستی برای برنامه‌های عملیاتی ستاد مدیریت سلامت روان کشور و فراهم شود.
۳. دستیابی به اهداف سلامت روان در برنامه توسعه پنجم کشور تسهیل و تسریع گردد.
۴. از آخرین دستاوردهای مداخلات سلامت روان در تجربیات بین‌المللی برای پیشگیری در سطوح اول، دوم، سوم استفاده شود.
۵. ثبات برنامه‌های سلامت روان با تغییر مدیران تضمین شود.

روش

این پروژه در طول شش ماه اول سال ۱۳۹۰ با روش تدوین سند سیاست به اجرا درآمده است و مراحل مندرج در صفحه بعد را طی کرده است.

این مطالعه توصیفی و تحلیلی بوده و در مجموع از سه روش برای جمع آوری داده‌ها استفاده شده است:

۱. مرور کلیه داده‌های ثانوی منتشر شده در ارتباط با سلامت روان برای توصیف وضعیت سلامت روان و روند آن در یک دهه گذشته: بر اساس این مرور شاخص‌های سلامت روان در سطوح زنجیره نتایج شامل اثر، پیامد، برون‌ده، فرایند و درون‌داد استخراج شد.

۲. مرور برنامه‌های سلامت روان کشور و تحلیل آنها: از طریق مصاحبه با رییس اداره و کارشناسان سلامت روان کلیه اسناد و برنامه‌هایی که در حال اجرا یا آزمایش بوده‌اند جمع‌آوری، مطالعه و تحلیل شد. این مستندات شامل گزارش‌های سالانه دفتر سلامت روان، گزارش ارزشیابی برنامه‌ها، اسناد بالادستی مرتبط به سلامت روان، مستندات طرح‌های راهبردی قبلی و مستند برنامه‌های سلامت روان و گزارش‌های تحقیقاتی و آمارهای جمع‌آوری شده بود.

۳. مرور گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت بعد از سال ۲۰۰۰ میلادی در زمینه سلامت روان برای استخراج عوامل خطر سلامت روان، راهبردها و توصیه‌ها که در مجموع گزارش‌های مندرج در فهرست منابع (شماره ۱۶ تا ۲۱) انتخاب و مطالعه شد.

بر اساس داده‌های به دست آمده از روش یک و دو و الگوی بهبود خدمات و نظام سلامت روان (ارایه شده در گزارش ۲۰۰۹ سازمان جهانی بهداشت) (۹) وضعیت «نظام مدیریت سلامت روان» در دو محیط درونی و بیرونی با مؤلفه‌های زیر تحلیل شد:

الف) محیط درونی شامل سه مؤلفه زیر:

- تولید سلامت روان: شامل وجود برنامه، هماهنگی درون‌بخشی، جلب حمایت، نظارت و مقررات، حقوق بیماران روانی، همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم
- منابع شامل وضعیت تأمین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات، دارو در سلامت روان
- خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان و بازتوانی

ب) محیط بیرونی در دو بخش محیط نزدیک و دور، که در محیط نزدیک وضعیت مشارکت و نگرش ذینفعان و در محیط دور وضعیت عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فناوری، بین‌المللی و محیط زیست محور تحلیل قرار گرفت و پیش‌نویس آماده شد.

با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از سه روش پیشگفت پیش‌نویسی در سه بخش شامل وضع موجود (شاخص‌های سلامت روان، روند آنها، قوت و ضعف‌های نظام مدیریت سلامت روان کشور و تحلیل برنامه‌های موجود)، علل و عوامل خطر مؤثر بر وضعیت فعلی سلامت روان و مداخلات در سه سطح پیشگیری اول، دوم و سوم تهیه گردید. با تحلیل ذینفعان کشوری گروهی متشکل از خبرگان و ذینفعان تشکیل شد. در تحلیل ذینفعان و انتخاب آنها دو معیار مد نظر بود: وظیفه قانونی و میزان تأثیر ذینفع در ارتقای سلامت روان. در مجموع ذینفعان با صدور احکام عضویت در کمیته راهبری فنی توسط معاون بهداشت وزیر شروع به کار کردند. طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز وضع موجود، نکات تمرکز اصلی در سلامت روان، علل مؤثر در وضعیت فعلی و راهبردهای آینده بررسی و نهایی شد. همزمان به منظور دریافت نظرات دانشگاه‌ها برای تکمیل راهبردها، کارشناسان سلامت روان دانشگاه‌ها طی نشست کشوری یک روزه پس از توجیه در مورد ضرورت تدوین سند پیش‌نویس نظرات خود را در قالب سؤال سه قسمتی زیر و پس از بحث گروهی ارایه کردند:

«با توجه به روند شاخص‌های سلامت روان و سوءمصرف مواد و الکل در سطح کشور از یک سو و تحلیل وضعیت نظام مدیریت سلامت روان در وزارت بهداشت، چه کنیم تا در سال ۱۳۹۴ شاهد بهبود عادلانه شاخص‌های مذکور باشیم؟ پاسخ سؤال مذکور را در سه بخش زیر ارایه نمایید:

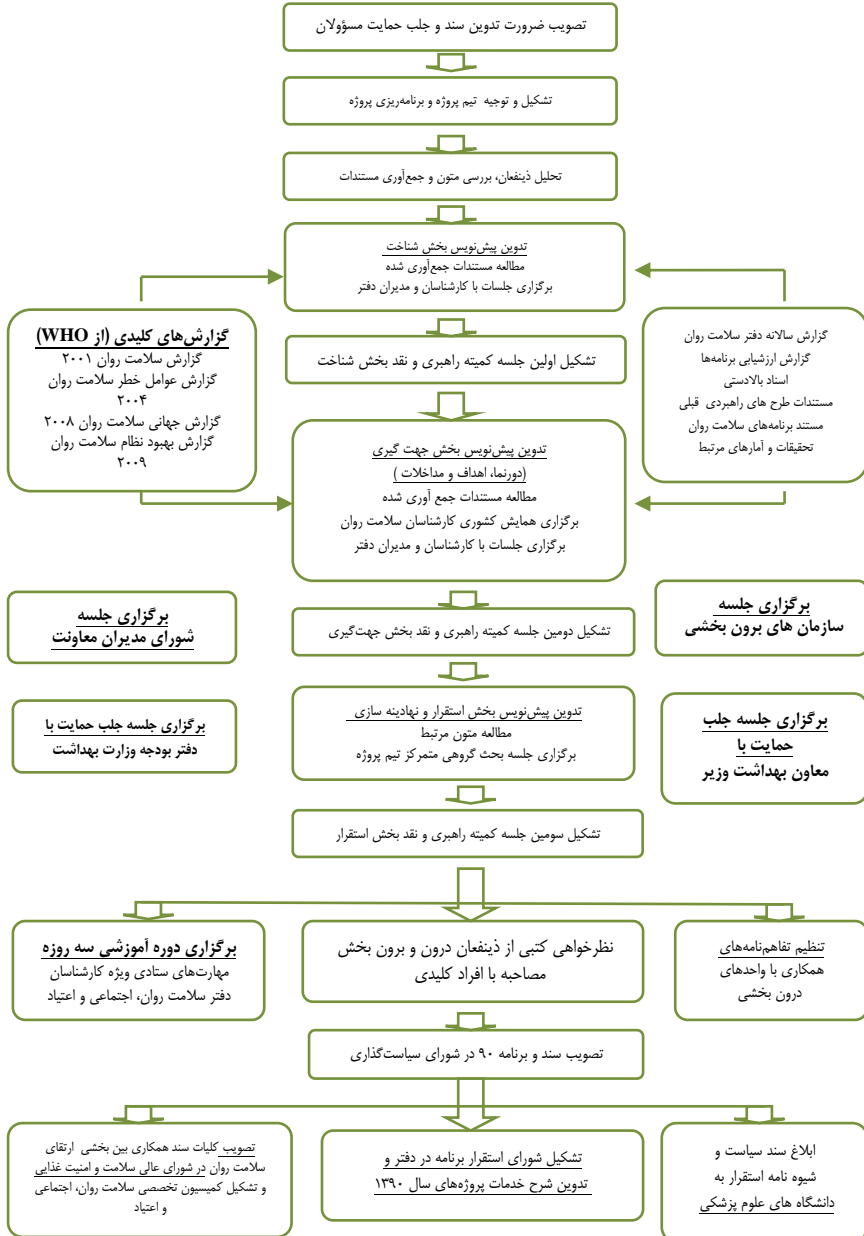
۱) انتظارات از ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲) اقدامات محوری در سطح دانشگاه علوم پزشکی

۳) اقدامات ضروری در سطح شهرستان

دوره زمانی تدوین سند سیاست و هدف‌گذاری از ابتدای سال ۱۳۹۰ لغایت ۱۳۹۴ است (هم راستا با زمان اجرای برنامه پنجم توسعه کشور).

فرایند تدوین سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه



فصل دوم

نتایج

- مقدمه) مروری بر حقایق و شواهد مرتبط به بهبود وضعیت سلامت روان
- بخش اول) شناخت
- بخش دوم) جهت گیری
- بخش سوم) نظام استقرار سند

مقدمه) مروری بر حقایق و شواهد مرتبط به بهبود وضعیت سلامت روان

□ مطابق گزارش ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت علل بیماری‌های روانی بیوسایکوسوشیال است و ویژگی‌های فرد با

سلامت روانی خوب عبارت است از:

۱. احساس خوشایندی، لذت از زندگی، خندیدن و شاد بودن
۲. انعطاف‌پذیری، توانایی مقابله با استرس‌های زندگی و مقابله با ناملایمات زندگی
۳. انتقادپذیری، مشارکت همه جانبه در زندگی در فعالیت‌های هدفمند و ارتباطات مثبت
۴. توانایی ایجاد تغییر؛ رشد و بالندگی
۵. تعادل بین اجتماعی بودن و عزلت، کار و تفریح، خواب و بیداری، استراحت و فعالیت
۶. احساس خوب از فرهیختگی و پیشرفت، با توجه به تفکر و مغز، جسم، روان، خلاقیت، پرورش عقل
۷. توانایی مراقبت از خود و دیگران
۸. اعتماد به نفس و احترام به نفس خوب

□ چهار دسته نیاز افراد مبتلا به اختلالات روانی به شرح زیر است:

۱. اجتناب از انگ زدن و تبعیض، مشارکت کامل در اجتماعی و حقوق انسانی
۲. شناسایی زود هنگام، اطلاعات در مورد بیماری و درمان آن، مراقبت پزشکی، حمایت روانی و بستری کردن
۳. حمایت اجتماعی، آموزش، حمایت شغلی، مراقبت روزانه، مراقبت طولانی مدت، نیازهای معنوی
۴. مهارت‌های لازم برای مراقبت، انسجام خانواده، ارتباط برقرار کردن با خانواده‌ها، حمایت در موارد بحران، حمایت مالی، مراقبت موقتی برای استراحت دادن به خانواده‌ها

موانع ارتقای سلامت روان در سطح نظام سلامت:

- مؤسسات بزرگ در سطح سوم مراقبت: انگ زدن، وضعیت‌های بیمارستانی نامناسب، نقض حقوق انسانی و هزینه‌های بالا، درمان و مراقبت نامناسب
- مراقبت‌های اولیه سلامت: نبود آگاهی، مهارت، آموزش و نظارت بر سلامت روان و توسعه نامناسب زیر ساخت‌ها
- خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه: نبود خدمات و عدم کفایت منابع
- منابع انسانی: کمبود آن دسته از متخصصان و کارکنان بخش سلامت عمومی که از دانش و مهارت‌های لازم برای اداره اختلالات روانی در تمامی سطوح مراقبت برخوردار باشند.
- داروهای روانگردان: عرضه و توزیع نامناسب داروهای روانگردان در تمامی سطوح مراقبت
- هماهنگی خدمات: هماهنگی ضعیف بین خدمات و از جمله بین‌بخش‌های دیگر غیر از بخش سلامت

□ سه دسته مانع عمده برای به کارگیری مداخلات اثربخش سلامت روان به شرح زیر دسته‌بندی شده است:

■ **دسته اول)** در سطح سیاست‌گذاری: محدودیت بودجه در مقابل بزرگی مشکل، نبود یا ناکافی بودن سیاست‌گذاری و قوانین سلامت روان، وجود تبعیض در بیمه‌های سلامت بر ضد افراد مبتلا به اختلالات روانی و رفتاری.

■ **دسته دوم)** در سطح نظام سلامت که در کادر روبرو خلاصه شده است.

■ **دسته سوم)** انگ و تبعیض اجتماعی، جنگ و کشمکش، بلایا و فقر.

□ اثرات انتقال از کارکردهای بیمارستان‌های روانی سنتی به مراقبت‌های مبتنی بر جامعه در گزارش ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت به شرح زیر آمده است:

اثرات انتقال به سمت مراقبت‌های مبتنی بر جامعه	کارکردهای بیمارستان‌های روانی سنتی
این کار را می‌توان به صورتی بهتر به خدمات مراقبت‌های اولیه با سلامت عمومی منتقل کرد.	درمان و ارزیابی فیزیکی
وضعیت درمان حفظ می‌شود یا بهبود می‌یابد، اما ممکن است این نتایج قابل تعمیم نباشند.	درمان فعال برای اقامت‌های متوسط و کوتاه‌مدت
معمولاً در مراکز مراقبتی، وضعیت برای کسانی که نیاز به حمایت طولانی مدت دارند بهتر می‌شود.	نگهداری طولانی مدت
برخی بیماران همچنان نسبت به استعمار جسمی، جنسی و مالی آسیب‌پذیر هستند.	محافظت در برابر استعمار
می‌تواند در صورت ایجاد خدمات محلی قابل دسترسی بهبود یابد و در غیر این صورت بدتر می‌شود، در اغلب موارد مذاکره مجدد در مورد مسؤلیت‌ها بین سازمان‌های مراقبت سلامت و مراقبت اجتماعی ضروری است.	خدمات مراقبت روزانه و سرپایی
در شرایط معمول ارتقا می‌یابد.	خدمات شغلی، حرفه‌ای و بازتوانی
چنین مسؤلیت‌ها و هماهنگی‌هایی باید برای وضعیت‌های خطر مشخص شوند.	پناهگاه، لباس، تغذیه و درآمد پایه
معمولاً بدون تغییر باقی می‌ماند، درمان در خانه صورت می‌گیرد که این امر با امکان با نحوه افزایش حمایت حرفه‌ای از خانواده‌ها بران می‌گردد.	استراحت دادن به خانواده و مراقبین
از طریق تمرکز زدایی فرصت‌های جدیدی ایجاد می‌شود.	پژوهش و آموزش

□ در کشورهای توسعه نیافته افسردگی به اندازه مالاریا، بخش عمده ای از مشکلات سلامت را به خود اختصاص می‌دهد در حالی که بودجه ای که برای مقابله با افسردگی صرف می‌شود بسیار کمتر از بودجه ای است که برای مقابله با مالاریا هزینه می‌گردد.

□ در بسیاری از کشورها، موضوع سلامت روان از سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت حذف شده است. حذف برنامه سلامت روان از دستور کار برنامه‌های بهداشت عمومی و اجرای آن به صورت یک سیاست و برنامه مجزا، شکافی عمیق را در برنامه‌ها و سیاست‌های کلان ایجاد می‌کند. در پیش گرفتن سیاست مجزا برای برنامه سلامت روان، اغلب قابل اجرا نیست زیرا در این صورت سلامت روان جزء الزامات اساسی راهکارهای سلامت نخواهد بود.

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی:

- ۱۵۱ میلیون نفر مبتلا به افسردگی
- ۲۶ میلیون نفر مبتلا به اسکیزوفرنیا
- ۱۲۵ میلیون نفر معتاد به الکل
- ۴۰ میلیون نفر مبتلا به صرع
- ۲۴ میلیون نفر مبتلا به آلزایمر هستند و سالیانه ۸۴۴ هزار نفر بر اثر خودکشی می‌میرند.

□ علی‌رغم شیوع بالای اختلالات روانی، درصد زیادی از بیماران روانی، درمان و مراقبت لازم را دریافت نمی‌کنند. در کشورهای توسعه نیافته، ۷۵-۸۵ درصد بیماران روانی و در کشورهای توسعه یافته، ۵۰-۳۵ درصد بیماران روانی به خدمات درمانی مورد نیاز دسترسی ندارند. بیماران روانی مبتلا به اختلالات شدید روانی کمتر از سایر مردم خدمات درمانی برای بیماری‌های جسمی خود دریافت می‌کنند. به عنوان مثال بیماران قلبی مبتلا به اسکیزوفرنیا ۴۰ درصد کمتر از سایر بیماران قلبی جهت درمان بیماری قلبی در بیمارستان بستری می‌شوند.

□ در اکثر کشورهای توسعه نیافته، بیماران بستری شده در بیمارستان‌های روانپزشکی از خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل: آزمایش سلامت عمومی، مراقبت‌های

دندانپزشکی، واکسیناسیون، دارو و درمان جراحات و زخم بستر برخوردار نیستند.

□ یک سوم کشورهای جهان بودجه خدمات سلامت روان ندارند و در یک پنجم کشورها، کمتر از یک درصد کل بودجه بهداشت به خدمات سلامت روان تخصیص می‌یابد.

□ در کشورهای توسعه نیافته نه تنها خدمات ناکافی است بلکه دولت‌ها نیاز دارند که افراد هزینه درمانی بیماری‌های روانی خود را بپردازند. در حالیکه درمان بیماری‌های جسمی رایگان و

بیماری‌های روانی ۱۳ درصد بار بیماری‌ها و ۳۱ درصد سال‌های از دست رفته عمر با ناتوانی را تشکیل می‌دهند. تا سال ۲۰۳۰ افسردگی به تنهایی بالاترین بار بیماری‌ها را در جهان به خود اختصاص خواهد داد (حتی بیشتر از بیماری‌های قلبی، سکنه، حوادث ترافیکی، ایدز). بیش از ۸۰ درصد بار بیماری‌های جهان به علت اختلالات روانی کشورهای توسعه نیافته است.

یا تحت پوشش بیمه است. این عدم توازن، مردم را فقیرتر می‌کند.

❑ افراد دارای مشکلات سلامت روان اکثراً در حاشیه قرار دارند و بیشترین گروه‌های آسیب‌پذیر را تشکیل می‌دهند. آنها اغلب در فعالیت‌های مفید اجتماعی و اقتصادی و تصمیم‌گیری‌های مؤثر بر زندگیشان دخالت داده نمی‌شوند. حقوق انسانی آنها نادیده گرفته می‌شود و برای آنها فرصت‌های شغلی و تحصیلی که منجر به ارتقای توان و ظرفیتشان شود، فراهم نمی‌گردد. بیشترین آسیب‌پذیری افراد دارای مشکلات سلامت روان این است که آنها در دستور کار برنامه‌های توسعه قرار نمی‌گیرند.

❑ بیشترین مشکلات سلامت روان در جمعیت عمومی عبارتند از: اسکیزوفرنیا، افسردگی، اضطراب، خودکشی، اختلالات هیجانی، ناامیدی، اختلالات سوءمصرف الکل و مواد مخدر.

❑ اختلالات روانی نظیر افسردگی و اسکیزوفرنیا، مردم را در خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی مانند ایدز قرار می‌دهند زیرا بیماران روانی نسبت به راه‌های انتقال بیماری‌های عفونی و رفتارهای پرخطر جنسی، آگاهی ندارند.

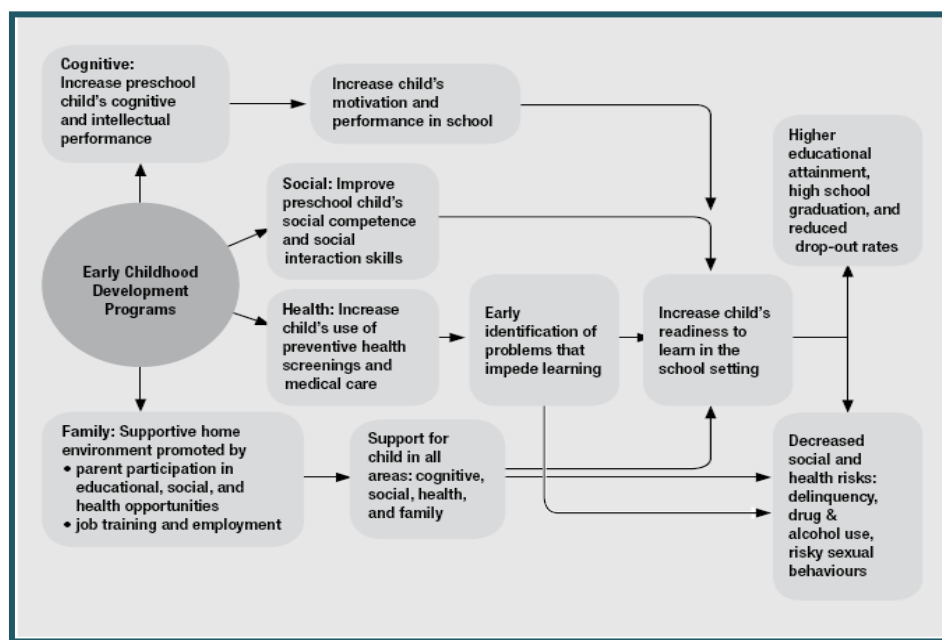
❑ بیماران روانی نظیر افراد مبتلا به افسردگی و اسکیزوفرنیا، ۱/۶-۱/۴ برابر بیشتر از سایر افراد جامعه دچار مرگ زودرس می‌شوند. افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی، قبل از ۵۵ سالگی دچار سکنه و بیماری‌های قلبی می‌شوند و کمتر از ۵ سال پس از آن زنده می‌مانند.

❑ اغلب در بیماران روانی، علائم اختلال آنها به دلیل استرس‌های ناشی از فوریت‌های روانپزشکی وخیم‌تر می‌شود. خدمات امدادرسانی اورژانس اغلب برای پاسخگویی به نیاز بیماران روانی ناکافی هستند و یا به وضوح افراد دارای مشکلات روانی را از دریافت خدمات اورژانس، مستثنی می‌کنند.

❑ وظیفه دولت حمایت از حقوق انسانی گروه‌های آسیب‌پذیر است. در این رابطه ذینفعان توسعه تعهداتی دارند که باید به آن عمل کنند. برنامه توسعه فقط وضعیت زندگی برخی از مردم را بهبود می‌بخشد، در حالیکه برای گروه‌های آسیب‌پذیر هیچ برنامه‌ریزی صورت نمی‌گیرد. ارتقای وضعیت زندگی گروه‌های آسیب‌پذیر هدف اصلی برنامه توسعه است و در این برنامه باید افراد دارای مشکلات سلامت روان جهت دستیابی به اهدافشان توانمند شوند و بتوانند در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت مؤثر داشته باشند. بدین منظور آنها باید به فرصت‌ها و خدمات دسترسی یابند و به دور از انگ بیمار روانی و تبعیضات زندگی کنند و در بهره‌مندی از حقوق انسانی خود آزاد باشند.

❑ افراد دارای مشکلات سلامت روان علاوه بر اینکه باید با مشکلات بیماری خود روبرو شوند باید محرومیت از فعالیت‌های اجتماعی و انگ بیمار روانی را نیز تحمل کنند. این وضعیت نامساعد برای افراد ثروتمند که دارای مشکلات سلامت روان هستند همانند افراد فقیر اتفاق نمی‌افتد. زیرا افراد ثروتمند به دلیل برخورداری از دارو،

امکانات درمانی مناسب و زندگی مرفه، خوب و سالم به نظر می‌رسند. افراد دارای مشکلات سلامت روان بیشتر از سایر افراد جامعه در معرض خطر ناتوانی و مرگ زودس قرار دارند.



❑ خدمات سلامت روان به صورت هزینه اثربخش و مقرون به صرفه زمانی میسر است که از طریق سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات بهداشت عمومی ارایه گردد. مبحث سلامت روان باید در سیاست‌های سلامت، طرح‌های اجرایی و توسعه منابع انسانی ادغام شود.

❑ باید بین خدمات سلامت روان و خدمات تأمین مسکن و سایر خدمات اجتماعی، ارتباط مستحکمی برقرار شود زیرا اکثراً افراد دارای مشکلات سلامت روان، دچار مشکلات دیگری از قبیل بی‌خانمانی هستند. علاوه بر این برخورداری از فرصت‌های آموزشی جهت ارتقای وضعیت زندگی بیماران روانی نقش مهمی را ایفا می‌کند. ذینفعان برنامه توسعه نقش کلیدی در دسترسی به فرصت‌های آموزشی را برعهده دارند. **از جمله اقدامات مهم در این زمینه، حمایت از برنامه‌های اوایل دوران کودکی است.**

سلامت روان برای دولت و سیاست‌گذاران مبحث جذابی نیست. بنابراین در اغلب موارد مورد غفلت قرار می‌گیرد. سلامت بدون سلامت روان مفهومی ندارد. سلامت روان باید در بهداشت عمومی ادغام شود و علاوه بر درمان مشکلات روانی باید در جهت ارتقای وضعیت سلامت روان در جامعه تلاش‌های زیادی صورت گیرد. برنامه توسعه و سیاست‌های مربوط به آن باید از حقوق انسانی افراد دارای مشکلات سلامت روان حمایت کند و آنها را جهت شرکت در امور اجتماعی توانمند سازد. در این راستا

مشکلات اقتصادی و اجتماعی و شرایط نامساعد زندگی گروه‌های آسیب پذیر عبارتند از:

- انگ بیماری و تبعیض
- خشونت و سوءرفتار
- محدودیت‌هایی در حقوق سیاسی و شهروندی
- محرومیت از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی
- دسترسی ناکافی به خدمات بهداشتی و اجتماعی
- دسترسی ناکافی به خدمات امداد رسانی اورژانس
- برخوردار نبودن از فرصت‌های تحصیلی
- محرومیت از فرصت‌های شغلی و تولید درآمد
- میزان بالای ناتوانی و مرگ زودرس

دینفعان توسعه در طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها نقش مهمی را ایفا می‌کنند و در اجرای راهکارهای مداخلات بین‌بخشی مرتبط با طرح‌های توسعه ملی تأثیر بسزایی دارند. سیاست‌ها، راهکارها و مداخلاتی که بیماران روانی را مورد هدف قرار می‌دهند باید گسترش یابند و روند کلی مداخلات سلامت روان باید به

سمت فقرزدایی و بهبود شرایط شغلی در جامعه باشد.

مشکلات سلامت روان با بیکاری ارتباط مستقیم دارد و افراد دارای مشکلات سلامت روان باید در برنامه‌های تولید درآمد مورد توجه قرار گیرند. سرمایه‌گذاری و حمایت از فرصت‌های شغلی کوچک نه تنها بر بیماران روانی بلکه بر خانواده آنها و جامعه تأثیر چشمگیری دارد. این اقدام همچنین موجب می‌شود تا دینفعان برنامه توسعه بر حمایت از حقوق انسانی بیماران روانی و در نهایت بر توانمندسازی محیط تمرکز بیشتری داشته باشند.

کمک‌های دینفعان برنامه توسعه می‌تواند در سطوح مختلفی نظیر: سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا، سرمایه‌گذاری در خدمات، ایجاد ضمانت اجرایی در اولویت‌های سلامت روان تحقق یابد.

مردم از طریق تأمین خدمات مستقیم می‌توانند نقش مؤثری در حمایت از بیماران روانی داشته و موجب شوند که آنها به منابع مورد نیاز خود دسترسی یابند و عضو مفیدی از جامعه باشند.

خدماتی که از طریق مردم ارائه می‌شود عبارتند از: مراقبت‌های بهداشتی، خدمات اجتماعی، برنامه‌های آموزشی. دولت نیز نقش مهمی در توانمندسازی محیط ایفا می‌کند از طریق: کاهش انگ بیماری و تبعیضات، ارتقای حقوق انسانی بیماران، فقرزدایی، بهبود کمی و کیفی خدمات آموزشی و بهداشتی و اجتماعی.

به منظور پیشرفت نتایج برنامه توسعه، دولت نه تنها باید سلامت روان را در برنامه‌های خود ادغام کند بلکه باید تمام بخش‌های دولتی با یکدیگر و با مردم در تعامل باشند. همانند مردم، دولت نیز باید از تأمین خدمات سلامت

روان حمایت کند و این خدمات را تقویت نماید و استفاده‌کنندگان از این خدمات را در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت دهد.

❑ برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر در جامعه عبارتند از: افراد فقیر، افراد مبتلا به ایدز، آوارگان، اقلیت‌های قومی، افراد فروخته شده (قاچاق انسان)، روسپی‌ها، افراد دارای معلولیت.

❑ گروه‌های آسیب‌پذیر در افراد دارای مشکلات سلامت روان عبارتند از افراد مبتلا به: اسکیزوفرنیا، اختلالات دوقطبی، افسردگی، صرع، معتادین به الکل و مواد مخدر، اختلالات کودکان و نوجوانان، اختلالات هوش.

❑ به دلایل زیر بیماران روانی به خصوص افراد مبتلا به اختلالات مزمن روانی باید مورد هدف برنامه‌های توسعه قرار گیرند:

❑ در اغلب موارد دولت و جامعه فرصت‌هایی برای ارتقای ظرفیت‌های بیماران روانی جهت بهره‌مندی آنها از رفاه اقتصادی در سطح فردی و اجتماعی در اختیارشان قرار نمی‌دهند. این امر منجر می‌شود که این افراد فقیرتر شوند و بیش از پیش از نظر اجتماعی طرد شوند.

❑ بیماران روانی از مشارکت مؤثر در فعالیت‌های اجتماعی محروم هستند و از توان لازم برای تغییر دادن عواملی که آنها را سرکوب می‌کند، برخوردار نیستند. برنامه توسعه باید بر بهبود شرایط زندگی تمام افراد جامعه دلالت داشته باشد اما اگر برنامه توسعه فقط به وضعیت زندگی برخی از مردم بپردازد وضعیت سایر افراد جامعه بدتر از قبل می‌شود.

❑ زمانی که دیدگاه جامعه این است که بیماران روانی توسط ارواح شیطانی تسخیر شده‌اند و بیماری روانی تنبیهی است برای رفتارهای نامناسب آنها، این دیدگاه منجر به کارگیری روش‌های درمانی نامناسب خواهد شد. اگر جامعه تصور کند که بیماری روانی قابل درمان نیست در نتیجه، این بیماران حمایت و مراقبت لازم را دریافت نمی‌کنند و به مدت طولانی در بیمارستان‌های روانپزشکی و یا در زندان‌ها نگهداری می‌شوند. در زندان‌ها بیماران روانی را در سلول‌های کاملاً محصور و بسیار محافظت شده نگهداری می‌کنند. فقدان تعامل انسانی، محدود بودن محرک‌ها در یک فضای کوچک بدون پنجره به صورت ۲۴ ساعته و فقدان خدمات سلامت روان مناسب، به طور چشمگیری وضعیت بیماری آنها را وخیم‌تر می‌کند. گاهی اوقات بیماران را که وضعیت حاد دارند برای مدتی به بیمارستان

تفکر همگانی در باره بیماران روانی این است که: آنها تنبل، ضعیف، کم هوش و دشوار هستند و در تصمیم‌گیری ناتوانند. همچنین تصور عمومی این است که بیماران روانی پرخاشگر و خشن هستند در حالیکه واقعیت این است که معمولاً بیماران روانی، خودشان قربانیان خشونت و سوءرفتار هستند. فرضیات اشتباه در مورد بیماران روانی عبارتند از اینکه آنها از ظرفیت لازم برای به عهده گرفتن مسؤلیت‌ها، مدیریت امور و تصمیم‌گیری در مورد زندگی خود برخوردار نیستند.

روانپزشکی منتقل می‌کنند اما پس از اینکه علایم بیماری آنها کنترل شد آنها را به همان موقعیت ایزوله قبلی به زندان برمی‌گردانند و چرخه فروپاشی و اضمحلال مجدداً تکرار می‌شود.

❑ بیماران روانی گاهی اوقات توسط متخصصان، مورد خشونت و سوءرفتار قرار می‌گیرند در حالیکه باید متخصصان مسؤول درمان و مراقبت آنها باشند. این بیماران بر خلاف میلشان برای ماه‌ها یا سال‌ها در بیمارستان در انزوا و در اطاق‌های محصور شبیه به شرایط زندان به صورت مهار شده نگهداری می‌شوند.

❑ بیماران روانی اغلب به سیستم قضایی مناسب دسترسی ندارند. جرایمی که در مورد آنها به وقوع می‌پیوندد مستند نیستند زیرا پلیس و دادستان دلایل کافی را برای حمایت از آنها نمی‌یابند و شاهی وجود ندارد.

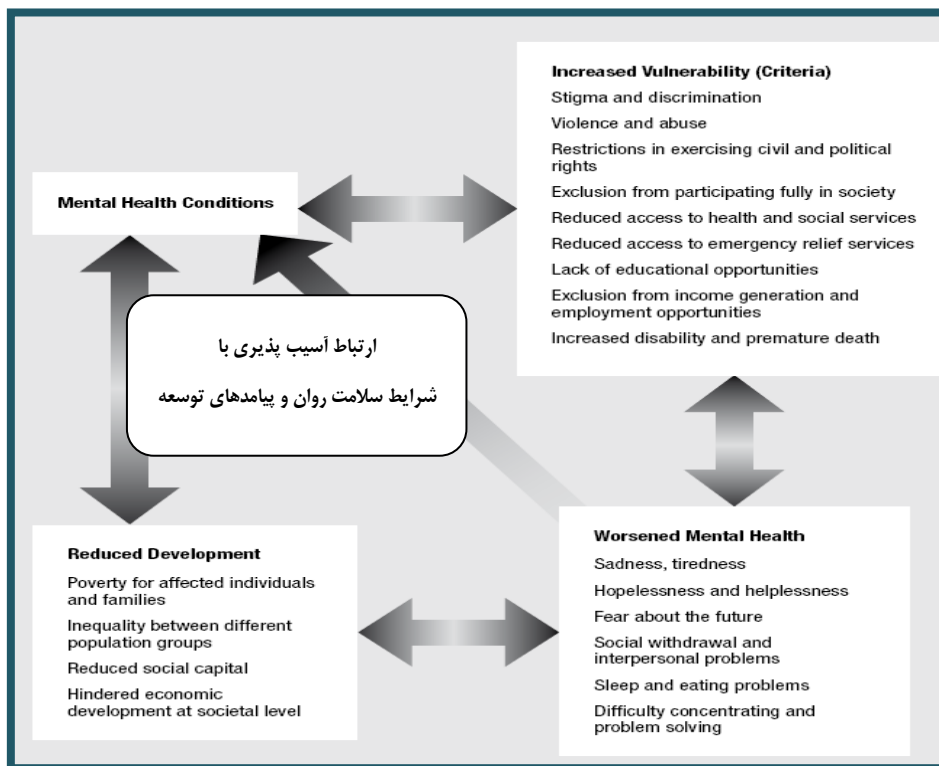
❑ در بسیاری از کشورها، حقوق انسانی بیماران روانی رعایت نمی‌شود و آنها حتی حق رأی دادن در انتخابات را ندارند. در واقع آنها دچار انزوای سیاسی و محرومیت از حقوق اجتماعی و شهروندی هستند و در جامعه نادیده گرفته می‌شوند. از دیگر محرومیت‌های این افراد آن است که حق ازدواج، تشکیل خانواده، تحصیل کردن و استخدام شدن در یک شغل را ندارند و در فرایندهای سیاست‌گذاری مشارکت داده نمی‌شوند. اما شرایط افراد مبتلا به ایدز اینگونه نیست. علت آن است که در بسیاری از کشورها به خصوص کشورهای توسعه نیافته، سازمان‌های استفاده‌کننده از خدمات سلامت روان وجود ندارد.

❑ فقدان مسکن و سایر خدمات اجتماعی از مشکلات جدی بیماران روانی است به طوری که تحقیقات نشان می‌دهند که درصد زیادی از بیماران روانی بی‌خانمان هستند.

❑ آموزش به عنوان زیر بنای اصلی توسعه انسانی و اقتصادی محسوب می‌شود و هنوز بیماران روانی دسترسی مناسب به مدرسه و امکانات آموزشی را ندارند. در بسیاری از کشورهای توسعه نیافته، بیماران روانی و افراد دارای اختلالات هوش از فرصت‌های آموزشی مناسب برخوردار نیستند. عده‌ای از آنها که قادر به تحصیل در مدرسه یا دانشگاه هستند اغلب توسط همتهای خود مورد تمسخر، تبعیض و طرد شدن قرار می‌گیرند. این قبیل معضلات حتی در کشورهای توسعه یافته نیز وجود دارد. فقدان حمایت‌ها موجب می‌شود که در کودکان و نوجوانان، میزان شکست‌های تحصیلی، ضعف عملکردهای آکادمیک و ترک تحصیل افزایش یابد. کودکانی که دارای مشکلات سلامت روان هستند از بازده تحصیلی ضعیفی برخوردارند و این وضعیت منجر به ضعف تحصیلی آنها در سنین بالاتر نیز می‌شود. تقریباً یک پنجم کودکان مبتلا به مشکلات سلامت روان و بیش از ۲۰ درصد بزرگسالان مبتلا به این مشکلات، در معرض خطر بازده ضعیف شغلی و تحصیلی قرار دارند.

❑ در میان تمام ناتوانی‌ها، مشکلات روانی بیشترین میزان بیکاری را به خود اختصاص می‌دهند. بررسی‌ها حاکی از آن است که اکثر بیماران روانی که تمایل به استخدام شدن در یک شغل را دارند، به دلیل انگ بیماری، تبعیضات و

فقدان تجربیات تخصصی نمی‌توانند، شغلی داشته باشند. در یک بررسی که در مورد ۷۳۲ نفر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در ۲۷ کشور انجام شده است، ۷۰ درصد این بیماران بیکار هستند و نیمی از آنها نمی‌توانند شغل پیدا کنند یا در شغلشان بمانند. کارفرمایان معمولاً تمایل ندارند که افراد دارای مشکلات روانی را استخدام کنند. میزان بالایی از بیکاری مربوط به بیماران روانی است. اما واقعیت این است که آنها قادرند کار کنند و در جامعه مولد باشند به خصوص وقتی که برای آنها مداخلات مناسب سلامت روان از طریق تقویت مهارت‌های شغلی و حمایت‌های اجتماعی فراهم گردد. زمانی که بیماران روانی تحت درمان و توانبخشی شغلی قرار بگیرند می‌توانند توانایی‌های خود را برای بازگشت به شغل خود به دست آورند. واگذاری شغل‌های کوچک به بیماران روانی نه تنها برای آنها بلکه برای خانواده آنها و برای جامعه می‌تواند مفید باشد. در این زمینه کمک‌های مالی اجتماعی از ارزش زیادی برخوردار است. این قبیل واگذاری‌ها و کمک‌ها باید در برنامه‌های توسعه تقویت شوند. مطالعات نشان می‌دهند که حمایت‌های مالی و انتقال سرمایه، تأثیرمفیدی در برنامه سلامت روان دارد.



همچنین افراد دارای مشکلات روانی به سایر منابع درآمد دسترسی ندارند و در بسیاری از کشورها کمک‌های مالی

اجتماعی برای بیماران روانی وجود ندارد. بیماران روانی از مشارکت در برنامه‌های تولید درآمد محروم هستند. اکثر روستاییان فقیر با این معضل دست به گریباندن. به علت عدم دسترسی به شغل و سایر فرصت‌های تولید درآمد، بیماران روانی به میزان بالایی در معرض خطر فقر قرار دارند. علاوه بر این بیماران روانی به طور قابل توجهی در معرض خطر مرگ و ناتوانی هستند. فاصله میان خدمات درمانی اساسی و شیوع اختلالات روانی از یک سو و تعداد دریافت‌کنندگان خدمات از سوی دیگر، بار اختلالات روانی را افزایش می‌دهد.

قرار گرفتن در معرض خشونت و سوءرفتار می‌تواند مشکلات جدی سلامت روان را به وجود آورد. ضعف سلامت روان می‌تواند هم علت و هم پیامد نابرابری‌های اجتماعی، شهروندی، سیاسی، اقتصادی و محیطی باشد. افزایش آسیب‌پذیری منجر به مشکلات سلامت روان می‌گردد و مشکلات سلامت روان باعث کاهش توسعه می‌شود و در نهایت، کاهش توسعه، افزایش آسیب‌پذیری را به دنبال دارد.

بیماران روانی مبتلا به ایدز، بیشتر از سایر بیماران مبتلا به ایدز، دچار مرگ زودرس می‌شوند. علاوه بر این، افراد مبتلا به ایدز، به میزان بالایی در معرض خطر خودکشی قرار دارند. سایر گروه‌های آسیب‌پذیر به میزان بالایی به اختلالات روانی مبتلا هستند. در کشورهای توسعه نیافته، ۳۶-۱۱ درصد از افراد مبتلا به ایدز، دچار افسردگی هستند و آمادگی ابتلا به اضطراب و اختلال پانیک را دارند. تحقیقات حاکی از آن است که استرس موجب نقص سیستم ایمنی می‌شود، افسردگی از تداوم درمان ممانعت می‌کند و آسیب‌پذیری افراد منجر به ضعف سلامت روان آنها می‌گردد. انگ بیمار روانی وانزوا منجر به کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس و کاهش انگیزه و امید می‌شود. این موارد، عوامل خطر ابتلا به اختلالات روانی را در آینده تشکیل می‌دهد.

مشکلات سلامت روان در مناطقی که دارای معضلات زیر هستند بیشتر است: بیکاری، کم‌سودای، استانداردهای پایین زندگی از نظر مادی و درآمد، سلامت جسمی ناکافی، رویدادهای نامطلوب زندگی.

رابطه بین فقر و مشکلات سلامت روان به صورت یک چرخه معیوب است. افراد فقیر نه تنها از منابع مالی در حد استانداردهای اولیه زندگی برخوردار نیستند بلکه به فرصت‌های شغلی و تحصیلی کمتری دسترسی دارند. آنها در شرایط نامساعد محیطی و در محله‌های فقیرنشین، بدون آب و بهداشت زندگی می‌کنند و از مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت برخوردار نیستند. این شرایط استرس‌زا موجب پدید آمدن مشکلات سلامت روان در آنها می‌شود. گاهی اوقات بیماران روانی، به دلیل علایم بیماریشان قادر به کار کردن نیستند و از داشتن شغل امتناع می‌کنند. این عامل موجب فقیرتر شدن آنها می‌گردد.

- به دلیل اینکه افراد دارای مشکلات سلامت روان دارای ملک‌های آسیب‌پذیری هستند، برنامه‌های ملی توسعه باید این افراد را مورد هدف قرار دهد. در این راستا ذینفعان برنامه توسعه باید اقدامات زیر را انجام دهند:
- 👉 صراحتاً افراد دارای مشکلات روانی را به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر در نظر بگیرند.
- 👉 در زمینه تمام عواملی که بر بیماران روانی تأثیر می‌گذارد با آنها مشورت کنند.
- 👉 سیاست‌ها، راهکارها و مداخلاتی را برای بیماران روانی طراحی و اجرا کنند.
- 👉 روند اصلی مداخلات سلامت روان را در جهت کاهش فقر و در جهت مداخلات، راهکارها و سیاست‌های برنامه توسعه قرار دهند.
- 👉 تضمین کنند که بودجه‌ها به مداخلات سلامت روان و اقدامات مربوط به آن تخصیص می‌یابد.
- 👉 از مشارکت فعال بیماران روانی در برنامه‌های توسعه حمایت کنند.
- 👉 درمان و مراقبت‌های جسمی و روانی را در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام کنند.
- 👉 سلامت روان را در خدمات قبل و بعد از اورژانس ادغام کنند.
- 👉 سلامت روان را در توسعه خدمات اجتماعی شامل مسکن در نظر بگیرند.
- 👉 سلامت روان را در تحصیل و آموزش مد نظر قرار دهند.
- 👉 بیماران روانی را در برنامه‌های تولید درآمد مشارکت دهند.
- 👉 از حقوق بیماران روانی حمایت کنند.
- 👉 برای مشارکت بیماران روانی در امور همگانی ظرفیت‌سازی کنند.

اصول مهم برای موفقیت ادغام سلامت روان در مراقبتهای اولیه سلامت

- سیاست و برنامه برای الحاق مراقبتهای بهداشتی اولیه و سلامت روان مورد نیاز است. سیاستها و برنامههای سلامت روان و بهداشت عمومی باید بر ارائه خدمات سلامت روان در سطوح مراقبتهای بهداشتی اولیه متمرکز باشد.
- جهت تغییرنگرش و رفتار باید ضمانت اجرایی وجود داشته باشد. زمان و تلاش زیادی در سطح ملی و محلی، مدیران و مسؤولان سلامت و کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه برای ادغام سلامت روان باید به کار گرفته شود.
- آموزش کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه باید انجام شود. آموزش پیش از خدمت و ضمن خدمت برای کارکنان سلامت روان و کارکنان سیستم بهداشتی ضرورت دارد. همچنین تمرین مهارتها باید زیر نظر متخصصان صورت گیرد.
- شرح وظایف مراقبتهای بهداشتی اولیه باید محدود و قابل اجرا باشد. تصمیم گیری در باره وظایف خاص باید بعد از مداخلات محیطی صورت گیرد.
- باید متخصصان سلامت روان و تسهیلات لازم برای حمایت از مراقبتهای بهداشتی اولیه وجود داشته باشند. ادغام سلامت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه باید با خدمات رایگان بخصوص در زمینه پیشگیری ثانویه وارجاع همراه باشد.
- در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه، بیماران باید به داروهای روانپزشکی دسترسی داشته باشند. کشورها باید قوانین و مقررات خود را بازبینی کنند به طوری که به کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه اجازه تجویز داروهای روانپزشکی را بدهند به خصوص در مناطقی که با کمبود روانپزشک مواجه هستند. باید داروهای روانپزشکی به جای ارایه از طریق بیمارستانهای روانپزشکی، مستقیماً از طریق خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه ارایه شوند.
- هماهنگ کنندگان خدمات سلامت روان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. آنها برنامه‌ها را با وجود چالش‌ها در جهت فرایندهای ادغام پیش می‌برند.
- همکاری با سایر سازمان‌ها دولتی، سازمان‌های غیردولتی، کارکنان بهداشتی و داوطلبان باید ایجاد شود. سازمان‌های خارج از بخش بهداشت می‌توانند حمایت‌های مفیدی را برای کمک به مردم در دسترسی به منابع مورد نیاز سلامت روان و ادغام خدمات در جامعه فراهم آورند.
- ادغام یک فرایند است نه یک اتفاق؛ ادغام مستلزم صرف زمان است و برای اجرای آن چند سال از یک دوره برنامه توسعه باید صرف شود.

□ منابع مالی و نیروی انسانی مورد نیاز است؛ اگرچه مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای سلامت روان هزینه اثربخش است اما منابع مالی برای استخدام و آموزش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خرید داروهای روانپزشکی باید تأمین شود.

□ بلاای طبیعی و سایر وضعیت‌های اورژانسی منجر به مشکلات سلامت روان در افراد می‌شود نظیر اضطراب، افسردگی، سایکوز. علاوه بر این در چنین شرایط اورژانسی ممکن است درمان بیماران روانی قطع شود و توسط مراقبین خود رها شوند. کارکنان امداد رسانی اورژانس در مراقبت‌های بهداشتی اولیه اغلب مهارت و آگاهی کافی را در مدیریت شرایط بیماران روانی ندارند. مداخلات سلامت روان که توسط اورژانس انجام می‌شود اکثراً به جای توجه به ساختار میان‌مدت و بلندمدت توسعه، بر امداد رسانی کوتاه‌مدت تمرکز دارد. این امر موجب از دست دادن فرصت‌ها می‌شود.

□ با اینکه حمایت‌های کوتاه‌مدت سلامت روان اهمیت دارد اما ذینفعان برنامه توسعه باید منابع خود را در مراقبت‌های سلامت روان به سمت ساختار خدمات جامعه نگر تمرکز کنند.

□ ذینفعان برنامه توسعه در قادر ساختن کودکان به دسترسی مناسب به خدمات آموزشی نقش بسزایی دارند. برنامه سلامت روان مبتنی بر مدرسه زمینه‌ای را برای کودکان فراهم می‌کند تا با حداقل انگ بیماری به تحصیل بپردازند. برخی از برنامه‌های ارتقای سلامت روان شامل مقابله با زورگویی، مدیریت استرس و مهارت‌های زندگی می‌توانند از طریق برنامه‌های مبتنی بر مدرسه ارایه شوند. این برنامه‌ها می‌توانند از گسترش مشکلات روانی کودکان به سنین بزرگسالی جلوگیری کنند و این اطمینان را به وجود آورند که تعداد افراد تحصیل کرده افزایش خواهند یافت. این امر در مجموع منجر به پیشرفت توسعه و بهره‌وری اقتصادی در جامعه می‌شود. علاوه بر این برنامه‌های حمایتی مبتنی بر مدرسه، برنامه‌های ملی توسعه و برنامه‌های بخش‌های آموزشی می‌توانند نتایج توسعه و آموزش را برای گروه‌های آسیب‌پذیر از طریق اجرای برنامه‌های حمایتی اوایل دوران کودکی و با تأکید بر توسعه جنبه‌های شناختی، حسی- حرکتی و روانی- اجتماعی کودکان و ارتباط والد- فرزند ارتقای دهند.

□ گروه‌های آسیب‌پذیر مورد نظر شامل فرزندان بیماران روانی، کودکان خانواده‌های فقیر و کودکان عقب مانده ذهنی می‌باشند. مداخلات مربوط به اوایل دوران کودکی موجب بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان، افزایش اعتماد به نفس و انگیزه و بهبود ارتباط آنها با بزرگسالان می‌شود. مداخلات اوایل دوران کودکی، مشکلات روانی را در بزرگسالی کاهش می‌دهد.

□ دیدگاه حقوق انسانی بیماران روانی باید تغییر کند و به جای در نظر گرفتن آنها به عنوان افراد ناتوان و نیازمند به خدمات خیریه، این دیدگاه تقویت شود که بیماران روانی دارای حقوق انسانی هستند و از ظرفیت تصمیم‌گیری

برخوردارند. زمانی که قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری‌های مناسبی در این زمینه صورت گیرد، توسعه خدمات با کیفیت مبتنی بر جامعه به وقوع می‌پیوندد و همچنین از خشونت با بیماران روانی در بیمارستان‌ها و زندان‌ها پیشگیری می‌شود. در نتیجه بیماران قادر خواهند بود برای زندگی خود تصمیم بگیرند و در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کنند. بدین منظور باید قوانین و سیاست‌های سلامت روان در سایر قوانین و سیاست‌های مرتبط با سلامت، رفاه اجتماعی، شغل، تحصیلات و امور قضایی ادغام شود.

□ **ذینفعان توسعه باید شرایطی را ایجاد کنند که بیماران روانی به روش‌های قانون دسترسی داشته باشند و بدین طریق بتوانند حقوق انسانی آنان را ارتقا بخشند و از آنان حمایت کنند.** به عنوان مثال می‌توانند در نظام قضایی، سیستمی را برای پیشگیری از سوءرفتار با بیماران روانی در روند درمان آنها به وجود بیاورند. همچنین می‌توانند دسترسی به مکانیسم شکایت (دادخواهی) را برای بیماران روانی ارتقا بخشند.

□ **ایجاد همبستگی و مشارکت بین بیماران روانی از این نظر اهمیت دارد که عضویت در گروه‌های حمایتی همتایان موجب خودمختاری، توانمندسازی و توسعه مهارت‌های آنها می‌شود و برای اعضای این گروه‌ها و خانواده‌های آنها باعث افزایش بهره‌وری خدمات مراقبتی و خود مدیریتی می‌شود و نتایج برنامه سلامت را بهبود می‌بخشد.** همچنین انجمن‌های متشکل از بیماران روانی تضمین می‌کنند که سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌های بر نیازهای بیماران روانی متمرکز است و به حقوق انسانی آنان احترام می‌گذارد. در این راستا ذینفعان توسعه اصمیان می‌دهند که در گروه‌های متشکل از بیماران روانی، بیماران می‌توانند برنامه‌ها و راهکارهای خودشان را طراحی کنند. وجود ضمانت اجرایی برای این انجمن‌ها به اعضای آنها حق اظهار نظر سیاسی می‌دهد تا بتوانند برای ایجاد حمایت‌های قانونی و سیاسی، خواسته‌های خود را به گوش سیاست‌گذاران برسانند. اگرچه سازمان‌های متشکل از بیماران روانی به صورت مستقل از دولت و به صورت خود مختار اداره می‌شوند اما ذینفعان توسعه در قادر ساختن بیماران به سازماندهی و اجرای خواسته‌ها و نیازهایشان نقش بسزایی دارند. ذینفعان توسعه باید به بیماران روانی کمک کنند تا آنها از حقوق انسانی خود مطلع شوند و برای ایجاد مهارت و آگاهی مورد نیاز آنها در فرایند تصمیم‌گیری، ظرفیت‌سازی کنند.

□ **ذینفعان برنامه توسعه باید تلاش کنند تا آسیب‌پذیری افراد و طرد شدن آنها از جامعه خاتمه پیدا کند و افراد دارای مشکلات سلامت روان بتوانند به طور مؤثر در برنامه توسعه کشورشان مشارکت داشته باشند.** ذینفعان برنامه توسعه عبارتند از: انجمن‌ها، دولت، انستیتوهای تحقیقاتی و علمی، سازمان‌های جهانی، سازمان‌های خصوصی، سازمان‌های دوجانبه و چند جانبه. انجمن‌های مرتبط با برنامه توسعه عبارتند از:

۱. گروه‌ها و سازمان‌های استفاده‌کننده از خدمات سلامت روان

۲. سازمان‌های مردمی، سازمان‌های جامعه‌نگر، سازمان‌های دوستدار توسعه و سلامت روان و حقوق انسانی بیماران
۳. شبکه‌های توسعه و سلامت روان و انستیتوهای آموزش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی
۴. مدیران، مسوولان و کارکنان بخش سلامت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در حیطه دولتی و غیردولتی
۵. انجمن‌های تخصصی مراقبت‌های بهداشتی مانند انجمن پزشکان یا انجمن پرستاران انجمن‌ها می‌توانند نقش مهمی در حمایت از بیماران روانی جهت دسترسی آنها به منابع مورد نیاز و مشارکت آنها در فعالیت‌های اجتماعی داشته باشند و خدمات و حمایت‌های لازم را در این زمینه فراهم کنند. خدمات ارائه شده توسط انجمن‌ها عبارتند از: خدمات مراقبتی - بهداشتی، خدمات اجتماعی، برنامه‌های آموزشی، پروژه‌های معیشتی (تولید درآمد). انجمن‌های تخصصی مراقبتی - بهداشتی می‌توانند در زمینه انگ زدایی، مقابله با تبعیض و ارتقای حقوق انسانی بیماران، ظرفیت‌سازی کنند و به افزایش آگاهی بپردازند. همچنین انجمن‌ها باید از ایجاد و تقویت گروه‌های استفاده‌کننده از خدمات سلامت روان حمایت کنند.
۶. دولت، متشکل است از: سازمان‌های سیاسی در سطح ملی و استانی و محلی، وزارت کشور، سازمان بودجه، دادگستری، وزارت صنایع، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سازمان خدمات اجتماعی. در میان تمام ذینفعان برنامه توسعه، دولت مهمترین نقش را در توانمندسازی محیط، انگ‌زدایی، مقابله با تبعیض ارتقای حقوق انسانی بیماران، بهبود کیفیت و کمیت خدمات (آموزش، بهداشت، خدمات اجتماعی، فقرزدایی) ایفا می‌کند. به منظور پیشرفت نتایج توسعه، بخش‌های مختلف دولت نه تنها باید سلامت روان را در بخش خود ادغام کنند بلکه باید با سایر بخش‌های دولت و انجمن‌ها همکاری داشته باشند.
۷. مجلس نقش مهمی در توانمندسازی محیط ایفا می‌کند به طوری که مسوول سیاست‌گذاری در کاهش ناتوانی با هدف حمایت از حقوق انسانی بیماران است.
۸. سازمان‌های مسوول طرح‌های توسعه ملی تضمین می‌کنند که افراد دارای مشکلات سلامت روان به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند.
۹. سیستم قضایی می‌تواند کاربرد قوانین را ارتقا بخشد و از حقوق انسانی افراد محافظت کند.
۱۰. انستیتوهای علمی و تحقیقاتی می‌توانند از طریق انجام تحقیقات در راستای سیاست‌ها، موجب پیشرفت نتایج توسعه شوند. در این رابطه برخی از موضوعات تحقیقی مهم عبارتند از مطالعه تأثیر نتایج مداخلات در: کاهش فقر در میان بیماران روانی، ارتقای دسترسی به شغل و تولید درآمد، ارتقای دسترسی به تحصیلات، خاتمه دادن به خشونت علیه حقوق انسانی بیماران در کشورهای توسعه نیافته.

۱۱. سازمان‌های دوجانبه عبارتند از سازمان‌های دولتی که منابع مالی برنامه توسعه را تأمین می‌کنند. سازمان‌های چند جانبه عبارتند از: نمایندگی‌های سازمان ملل متحد و بانک جهانی. این سازمان‌ها بودجه‌های اهدا شده از طرف منابع دولتی و غیردولتی کشورهای مختلف را جمع‌آوری کرده و آن را به کشورهای متقاضی این منابع، تخصیص می‌دهند.

□ بیماران روانی بیشتر از سایر افراد جامعه قربانی سوءرفتارهای جسمی و جنسی هستند. همچنین این افراد دسترسی کافی به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اورژانس ندارند. اکثر آنها برای تحصیل کردن و یافتن شغل از فرصت‌های کمتری برخوردارند. گروه‌های آسیب‌پذیر به میزان بالایی دچار مشکلات سلامت روان هستند. از سوی دیگر آسیب‌پذیری افراد می‌تواند منجر به ضعف سلامت روان آنها شود. انگ بیمار روانی و تبعیضات موجب کاهش عزت نفس، اعتماد به نفس، انگیزه و امید در افراد می‌شود. همچنین موجب طرد شدگی آنها می‌شود. این عوامل خطر در ایجاد مشکلات سلامت روان نقش بسزایی دارند. قرار گرفتن در معرض خشونت و سوءرفتار می‌تواند مشکلات جدی سلامت روان را در افراد به وجود آورد. میزان مرگ در گروه‌های آسیب‌پذیر چندین برابر بالاتر از سایر افراد جامعه است.

□ بهبود شرایط زندگی افراد آسیب‌پذیر می‌تواند به عنوان یک دلیل عمده برای توسعه تلقی شود. مردم، دریافت‌کنندگان منفعل خدمات نیستند بلکه به عنوان عامل کلیدی برنامه توسعه در نظر گرفته می‌شوند.

□ بیماران روانی به طور روزمره پیامدهای آسیب‌پذیری خود، نظیر انگ بیماری، تبعیض، خشونت و سوءرفتار را تجربه می‌کنند. این وضعیت موجب فقر، عدم برخورداری از خدمات بهداشتی، معلولیت و مرگ زودرس می‌شود.

شواهد و توصیه‌های مدون در زمینه مداخلات ارتقای سلامت روان

□ ۱۰ توصیه سازمان جهانی بهداشت برای مدیریت مشکلات روانی جامعه (سناریو به ویژه کشورهای با منابع متوسط) به شرح زیر ارائه شده است:

محتوای سناریو	۱۰ گام
محتوی آموزشی محلی، دوره بازآموزی کلیه پزشکان این سطح در برنامه ۵ ساله (اجبار آموزش مداوم)	درمان در PHC
تضمین در تمامی مراکز	دسترسی به دارو
تعطیلی بیمارستان‌های بزرگ روانی، ادغام مراقبت‌های سلامت روان در برنامه مراقبت‌های عمومی سلامت، تأمین امکانات مراقبت در سطح جامعه (با پوشش ۵۰٪)	مراقبت در جامعه
رسانه: ترویج مراجعه زودتر، مبارزه با نگاه منفی، اصول پیشگیری	آموزش مردم
اطمینان از وجود نمایندگان در خدمات و سیاست‌گذاری (گروه‌های خودیار مبتلایان و خانواده‌ها)	مشارکت جامعه
تشدید عرضه مواد الکلی و مخدر، افزایش بودجه سلامت روان	سیاست‌ها و قوانین
ایجاد مرکز استانی توانمندسازی تیم مراقبت روانی (روانپزشک، روان پرستار، روانشناس، مددکار ویژه روانپزشکی)	توسعه منابع انسانی
ترویج برنامه‌های ارتقای سلامت روان در محیط‌های کاری	ارتباط با سایر بخش‌ها
ایجاد نظام	پایش سلامت روان جامعه
اجرای طرح‌های هزینه اثربخشی روش‌های درمانی اتخاذ شده در سطح اول	حمایت از تحقیقات بیشتر

□ برای کاهش انگ اجتماعی بیماری‌های روانی توصیه‌های زیر وجود دارد:

۱. آموزش متخصصان و کارکنان سلامت
۲. کاهش مؤسسات روانپزشکی که در جهت حفظ و تقویت انگ‌ها حرکت می‌کنند.
۳. ارائه خدمات سلامت روان در جامعه
۴. به کارگیری قوانین برای محافظت از حقوق بیماران روانی
۵. برنامه‌های اطلاع‌رسانی عمومی برای آموزش در مورد ماهیت، شدت و تأثیر اختلالات روانی

□ نقش بخش‌های مختلف در سلامت روانی مردم در گزارش ۲۰۰۱ به شرح زیر طرح شده است:

بخش	راهبردها
کار	<ol style="list-style-type: none"> ۱. خلق یک محیط کاری مثبت و عاری از تبعیض و آزار جنسی با برنامه‌های کمک به مستخدمین و استانداردهای کاری ۲. گنجاندن افراد به بیماری‌های روانی شدید در نیروی کار ۳. پذیرش سیاست‌های ترویجی برای استخدام، نگاه‌داشت به عنوان نیروی کار کمک‌کننده به افراد بیکار
تجارت	<ol style="list-style-type: none"> ۱. پذیرش سیاست‌هایی در مورد اصلاحات اقتصادی که فقر نسبی و نیز فقر مطلق را کاهش می‌دهند. ۲. بررسی و تصحیح هر گونه اثر بالقوه منفی اصلاحات اقتصادی بر میزان بیکاری
آموزش	<ol style="list-style-type: none"> ۱. اجرای سیاست‌هایی به منظور پیشگیری از ترک تحصیل پیش از اتمام تحصیلات متوسطه ۲. وارد کردن سیاست‌های ضد تبعیض به مدارس ۳. گنجاندن مهارت‌های زندگی در برنامه آموزشی ۴. رسیدگی به نیازهای کودکان دارای احتیاجات خاص از قبیل کودکانی که ناتوانی‌هایی در امر یادگیری دارند.
مسکن	<ol style="list-style-type: none"> ۱. اولویت دادن به تأمین مسکن افراد مبتلا به اختلالات روانی ۲. تعیین مراکزی برای سکونت بیماران روانی (از قبیل منازل موقتی) ۳. پیشگیری از تبعیض در مکان منازل این افراد ۴. پیشگیری از تفکیک جغرافیایی مبتلایان به اختلالات روانی
رفاه	<ol style="list-style-type: none"> ۱. مد نظر قرار دادن وجود و شدت بیماری‌های روانی به عنوان عواملی در اولویت بندی دریافت منافع رفاه اجتماعی ۲. دردسترس قرار دادن منافی برای اعضا خانواده در صورتی که آنها مراقبین اصلی بیمار باشند ۳. آموزش کارکنان خدمات رفاه اجتماعی
دستگاه قضایی	<ol style="list-style-type: none"> ۱. پیشگیری از زندانی کردن نابجای افراد مبتلا به اختلالات روانی ۲. در اختیار قرار دادن درمان اختلالات روانی و رفتاری در زندان‌ها ۳. کاهش پیامدهای زندانی کردن بر سلامت روان ۴. آموزش کارکنان دستگاه قضایی

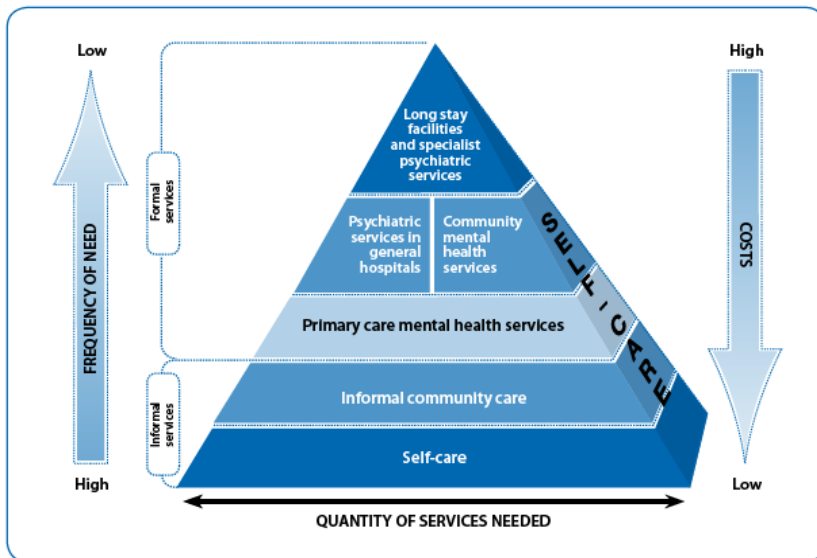
مداخلات اثربخش برای بیماری‌ها شایع روانپزشکی در گزارش سال ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت به شرح زیر

است:

وضعیت	مداخلات (پیشگیری ندارد ☹️، تا حدی ☺️)، پیشگیری اولیه دارد ☺️)	بیماری
☹️	پیشگیری اولیه وجود ندارد، شبکه حمایتی برای گروه‌های در معرض خطر، اقدام اختصاصی در زمینه وقایع خطرناک، غربالگری اختلال روانی در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی، اقدامات برای گروه هدف خانواده‌ها و افراد در معرض خطر	افسردگی
☺️	احترام به ارزش‌های فرهنگی و مذهبی، درمان وابستگی (سریایی و بستری)، مداخله زود هنگام در مورد افرادی که در حد خطرناک الکل مصرف می‌کنند ولی هنوز وابستگی ندارند (مصرف مشکل‌زای الکل) (۷۵٪ مراجعه کنندگان به درمانگاه‌ها)، مشاوره‌های مختصر و کوتاه‌مدت در سطح مراقبت‌های اولیه ۳۰٪ را کاهش می‌دهد، آموزش مهارت‌های جدید مقابله	وابستگی به الکل
☺️	درمان وابستگی به مواد مخدر هزینه اثربخش تر از درمان نکردن و یا زندانی کردن است، تشخیص زودهنگام و درمان راهبرد اساسی است (کاهش بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از عفونت‌های ایدز و هپاتیت، اختلالات جسمی و روانی)	مواد مخدر
☹️	تلاش برای تشخیص زودهنگام به صورت تحقیقاتی، پس از تشخیص درمان صحیح: دارو درمانی+آموزش و مداخلات روانی و اجتماعی بیماران و خانواده‌ها+بازتوانی شغلی و تحصیلی	اسکیزوفرنی
☺️	مراقبت بارداری، قبل و بعد زایمان، زایمان بی خطر، کنترل تب کودک، کنترل بیماری انگلی و عفونی، پیشگیری از صدمه مغزی (کمربند و کلاه ایمنی)، درمان: تشخیص زودهنگام، ۷۰٪ قابل درمان با داروها و پس از ۲-۵ سال درمان قطع در ۷۰٪ موارد-فنوباریتون اولین خط درمان در کشورهای توسعه یافته	صرع
☹️	درمان با شبه آمفتامین، رفتار درمانی و تغییرات محیطی (کاهش مشاجرات در خانه، حمایت خانواده و کاهش انتظارات از آنها)	بیش تحرکی
☹️	حفظ عملکرد، کاهش ناتوانی ذهنی، ساماندهی دوباره کارهای معمول زندگی، به حداقل رساندن مشکلات مانند علائم روانی و حمایت از خانواده‌ها، درمان افسردگی آلزایمرها، آموزش اطرافیان در گروه‌های حمایتی	آلزایمر
☺️	اقدامات پیشگیرانه اختصاصی (ید، الکل در بارداران، رژیم در فنیل کتونوری، مشاوره ژنتیک، مراقبت کافی در دوران بارداری، سالم بودن محیط زیست از فلزات سنگین (مانند سرب)- برای درمان: تشخیص زودهنگام، آموزش و تغییرات رفتاری ویژه و آموزش شغلی در محیط کنترل شد، آموزش و گروه‌های حمایتی برای والدین	عقب‌ماندگی ذهنی
☺️	تشخیص زود هنگام افسردگی و درمان با داروها، درمان با وابستگی به الکل، اسکیزوفرنی راهبرد پیشگیرانه است. آموزش ارایه‌کنندگان خدمات برای تشخیص و درمان افسردگی، محدودیت در دسترس بودن روش‌های خودکشی، آموزش مدارس در مورد مدیریت بحران عاطفی و مهارت‌های زندگی، رسانه محتاط	خودکشی

□ الزامات یک سیاست سلامت روانی مؤثر چیست؟

۱. مراقبت مبتنی بر جامعه را ترویج کرده؟
۲. جامعیت خدمات و ادغام در مراقبت‌های اولیه؟
۳. آیا در برنامه مشارکت شاغلین، بیماران و خانواده لحاظ شده است؟
۴. آیا پیشبرد توانمندسازی افراد، خانواده و جامعه را در برمی‌گیرد؟
۵. آیا نظام محافظت از حقوق بیماران روانی را استقرار می‌دهد؟
۶. اقدامات مبتنی بر شواهد بوده است؟
۷. آیا منابعی از نیروی انسانی مناسب وجود دارد که برنامه را اجرا کند؟
۸. آیا نیازهای خاص کودکان، زنان و نوجوانان دیده شده است؟
۹. تعادل بین خدمات سلامت روان با سایر خدمات وجود دارد؟
۱۰. آیا پایش و ارزیابی مستمر دیده شده است؟
۱۱. آیا نظامی را به وجود می‌آورد که نسبت به نیازهای جمعیت‌های محروم و آسیب پذیر پاسخگو است؟
۱۲. آیا توجه کافی به راهبردهای پیشگیری و ارتقای سلامت شده است؟
۱۳. آیا سیاست ارتباطات بین‌بخشی میان سلامت روان و سایر بخش‌ها را گسترش می‌دهد؟



۱) خلاصه وضعیت شاخص‌های سلامت روان کشور و روند آن

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، اختلالات عصبی- روانی، صدمات و بیماری ایدز به ترتیب مسؤول ۱۳٪، ۱۲٪ و ۶٪ از DALY (سال‌های عمر از دست رفته تطبیق یافته با ناتوانی) در جهان می‌باشند. بار کلی بیماری‌ها، ۳۳٪ از YLD (سال‌های سپری شده با ناتوانی) را بیماری‌های عصبی- روانی تشکیل می‌دهند و در این میان اختلال افسردگی عامل ۱۲/۱۵ درصد از YLD بوده و سومین رتبه را بین علل محاسبه شده دارد.

پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، بار کلی بیماری‌های روانی به سرعت افزایش یابد و شواهد موجود افزایش ۱۵ درصدی بار این بیماری‌ها را نشان می‌دهد^۱، این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه تا ۹۰٪ مبتلایان از درمان محروم می‌مانند.

طبق پژوهش بررسی سلامت روان در سال ۱۳۷۸ (با حجم نمونه حدود ۳۵۰۰۰ نفر) میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال ۲۱٪ برآورد شده است، اختلالات افسردگی و اضطرابی بیشترین شیوع را داشته است. شیوع اختلالات روانی از ۱۱/۶٪ در استان یزد تا ۳۹/۱٪ در استان چهارمحال و بختیاری متغیر بوده است. سایر پژوهش‌ها شیوع کلی اختلالات روانی را به طور تقریبی همین مقدار نشان داده است. تعداد کل موارد موفق خودکشی گزارش شده به وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۳، ۳۲۳۵ مورد بوده است، در این سال میزان خودکشی موفق ۶/۵ در صد هزار قابل محاسبه است. این میزان از ۰/۴ در استان قم تا ۲۴/۴ در استان لرستان متغیر بوده است. طبق اطلاعات جمع آوری شده در اداره سلامت روان تعداد موارد اقدام و مرگ ناشی از خودکشی در سال‌های ۸۰ تا ۳۸۲۳ اقدام به خودکشی (۲۷۹ مورد موفق) به ۴۸۸۰۰ اقدام به خودکشی (۱۳۸۳ مور موفق) در سال ۸۸ رسیده است.

در مطالعه بار بیماری‌های که گزارش آن در ۱۳۸۴ منتشر شد اختلال‌های روانی ۱۰/۲۵٪ از کل باربیماری‌ها را شامل می‌شوند (با احتساب اختلالات مرتبط با مواد ۱۴/۵٪) که سه علت اول بار اختلالات روانی به ترتیب عبارتند از افسردگی (۲۶ درصد بار اختلالات روانی)، اعتیاد (۲۴ درصد بار اختلالات روانی)، اختلالات دو قطبی (۱۲ درصد بار اختلالات روانی). در صورتی که سایر اختلالات اعصاب و روان منجمله اعتیاد را در نظر داشته باشیم، طبق

^۱ موری و لویز ۱۹۹۶

پژوهش کلی انجام گرفته بار بیماری‌های روانی پس از حوادث غیر عمدی به طور مشترک با بیماری‌های قلبی عروقی جایگاه دوم را به خود اختصاص می‌دهد. در زنان افسردگی بیش از سایر بیماری‌ها بار ایجاد کرده است.

بر اساس پژوهش انجام شده در سال ۱۳۷۸ در خصوص مسیر مراجعه بیماران روانی به بیمارستان تخصصی مشخص شد ۸۴/۳ درصد افراد مورد بررسی در نخستین اقدام برای درمان بیماری خود به پزشکان و مراکز درمانی و ۱۴/۵ درصد به درمانگران سنتی و درمان‌های جایگزین مراجعه نموده بودند و ۴۲/۵ درصد کل افراد در طول مدت بیماری خود مراجعه به دعانویس داشتند. نکته مهم آنکه میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به نخستین درمانگر، ۲/۲+۰/۸ سال و میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی ۳/۶+۵/۴ سال بوده است.

به استناد روندهای جهانی و همچنین سرعت دار شدن روند توسعه کشور در بخش‌های مختلف به ویژه بخش صنعتی، خبرگان حوزه سلامت روان معتقدند که روند شیوع و بار بیماری‌های روانی در طول ۱۰ سال گذشته (بعد از آخرین پیمایش ملی) رو به افزایش بوده است که البته این حقیقت باید با جدیدترین پیمایش سلامت روان کشور که در سال ۱۳۸۹ شروع شده و تا پایان سال ۱۳۹۰ نتایج آن منتشر خواهد شد نشان داده شود، پژوهش‌های جدیدتر از جمله مطالعه عدالت در سلامت شهری تهران در سال ۱۳۸۸ نشان می‌دهد شیوع اختلالات مشکوک روانی در شهروندان تهرانی به طور میانگین ۳۴/۲٪ بوده است که تفاوت‌های معنی‌داری در مناطق مختلف تهران نشان داده شده است. برخی از شاخص‌های تسهیلات و منابع سلامت روان به شرح جدول صفحه بعد می‌باشد.

منابع سلامت روان	تعداد در کل کشور	منابع سلامت روان	تعداد در کل کشور
تعداد تخت‌های روانپزشکی	۱۲۰۰۰ با توزیع غیرعادلانه	مطب خصوصی	۵۰۰
تعداد تخت‌های اورژانس روانپزشکی	۲۴۸ (در ۱۷ استان نداریم)	روانپزشک	حدود ۱۰۰۰ نفر (۴۱٪ در تهران)
تعداد تخت‌های روانپزشکی اطفال	۲۲۹ (در ۲۳ استان نداریم)	روانشناس بالینی	۱۷۴ (۴۷ نفر مدرک دکترا)
بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی	۳۴ (در ۹ استان وجود ندارد)	پزشک عمومی آموزش دیده	۳۸۰۰
بیمارستان عمومی دارای بخش روانپزشکی	۷۶	پزشک عمومی دوره دیده روانپزشکی	۲۰۰
درمانگاه روانپزشکی	۱۱۵	رابط بهداشتی	۱۰۰/۰۰۰
کلینیک روانپزشکی	۴۵	بهورز و کاردان آموزش دیده	۵۰۰۰

ارزشیابی کشوری ادغام بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی درمانی نشان می‌دهد که بهورزان سطح خوبی از آگاهی نسبت به اصول اساسی بهداشت روان دارند و پزشکان عمومی ۸۰ درصد بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی روستایی را خود درمان می‌کنند و ۲۰ درصد را به سطح تخصصی بالاتر ارجاع می‌دهند (این طرح حدود ۱۸ میلیون از جمعیت روستایی معادل ۸۲/۸٪ و ۱۰ میلیون از جمعیت شهری معادل ۲۱/۷٪ را تحت پوشش دارد) که البته میزان پوشش بین استان‌ها یکسان نیست. ارزشیابی برنامه در سال ۱۳۸۸ نشان داد که موفقیت این برنامه نیازمند بازنگری در نحوه اجرایی شدن آن در شهرها و ارتقای کیفیت در روستاها است.

پژوهش‌های مربوط به اثربخشی برنامه ویزیت و پیگیری بیماران روانپزشکی در منزل باعث کاهش موارد بستری مجدد به میزان ۳۰ تا ۹۰ درصد و کاهش هزینه‌ها از ۲/۵ تا ۷/۵ برابر شده است.

در یکی از گزارش‌های دفتر سلامت روان جمعیت مخاطب این دفتر بیش از ۱۰ میلیون نفر بیمار روانی نیازمند خدمات شناسایی، درمان، پیگیری و بازتوانی در بیمارستان‌ها و مراکز جامعه‌نگر و در جامعه، بیش از ۱۵ میلیون نفر گروه‌های خاص نیازمند مداخلات خاص و خدمات پیشگیری از اختلالات روانی و حدود ۴۰ میلیون نفر جمعیت عمومی که نیازمند خدمات عمومی ارتقایی برای بهداشت روان از طریق رسانه‌ها، مدارس و محیط‌های کار و تجمع می‌باشند اعلام شده است.

۲) مداخلات کنونی سلامت روان در کشور

(بر اساس گزارش عملکرد دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد)

مداخلات یا برنامه‌های سلامت روان به چهار دسته «در حال مطالعه و تدوین، پایلوت، اجرای کشوری و ارزشیابی اتمام یک دوره» تقسیم شده است:

۱. برنامه ادغام سلامت روان در شبکه‌های بهداشتی درمانی (اجرای کشوری و ارزشیابی اتمام دوره)
۲. پیشگیری اولیه از خودکشی (اجرای کشوری در ۸ استان)
۳. برنامه حمایت روانی- اجتماعی در حوادث غیرمترقبه کشوری (پروتکل ارزیابی سریع، تدوین استانداردها و پروتکل مداخله ویژه مدیران و تعامل با رسانه‌ها و...)
۴. برنامه ملی پیشگیری از کودک‌آزاری (آماده‌سازی برای پایلوت) تأسیس مرکز حمایت روانی- اجتماعی از کودکان و والدین آزار دیده در بندرعباس و تهران
۵. برنامه کاهش خشونت‌های خانگی با استفاده از شبکه بهداشتی درمانی کشور (پایلوت)
۶. برنامه مراقبت از بیماران روانی پس از ترخیص از بیمارستان و پایلوت در دو دانشگاه ایران و اصفهان (پایلوت)
۷. برنامه انگ‌زدایی از بیماری روانی (مطالعه و تدوین)
۸. برنامه ارتقای سلامت روان کودکان، ارتقای سلامت روان در محیط‌های کار (مطالعه و تدوین)
۹. ارتقای سلامت روانی- جنسی در خانواده (مطالعه و تدوین)
۱۰. ارتقای سلامت روان زنان (مطالعه و تدوین)
۱۱. برنامه کشوری آموزش مهارت‌های زندگی (کشوری) و بهداشت روان مدارس
۱۲. تدوین برنامه آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین (کشوری)
۱۳. ورود روانپزشکی رابط مشاوره به بیمارستان‌های عمومی (مطالعه و تدوین)
۱۴. تدوین «دستورالعمل رفتار با کودک در مراکز بهداشتی- درمانی» (اتمام پایلوت)
۱۵. انتشار و توزیع ابزارهای ارتباطی جهت ارتقای روابط خانوادگی و آغاز بهره‌برداری (اجرای کشوری با پوشش بسیار پایین)
۱۶. برنامه کشوری ارتقای استانداردهای بخش‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی (اتمام پایلوت)
۱۷. تدوین استاندارد ملی، برنامه اجرایی و برآورد هزینه ارتقای اورژانس‌های روانپزشکی و اجرای آن در یک اورژانس روانپزشکی کشور (اتمام پایلوت)

۱۸. برنامه کشوری ارایه خدمات هماهنگ به بیماران روان (پایلوت)
۱۹. برنامه ایجاد مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر (مطالعه و تدوین)
۲۰. برنامه ارتقای بیمه بیماران روانپزشکی (مطالعه و تدوین)
۲۱. پیگیری اختصاص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستان‌های عمومی با ضریب اشغال کمتر از ۷۰٪ به تخت روانپزشکی (اجرای کشوری)
۲۲. راه‌اندازی بخش سایکوسوماتیک در بیمارستان‌های عمومی (پایلوت)
۲۳. برنامه نظارت همتایان - بازدید و ارزیابی برنامه دانشگاه‌ها توسط افراد و دانشگاه‌های همتا (شروع اجرای کشوری)
۲۴. برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در قالب برنامه پزشک خانواده و قرارگیری کارشناس بهداشت روان در تیم سلامت (پایلوت)
- سایر اقدامات عبارت است از: تشکیل انجمن‌ها، مؤسسات غیردولتی و سمن‌ها برای حمایت از گروه‌های خاص و یا حمایت از بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی و خانواده‌های آنان، تشکیل ستاد ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن در سازمان بهزیستی، برنامه‌ها و همایش‌های پژوهشی ارتباط سلامت معنوی و سلامت روان، تدوین و انتشار بسته‌های خدمت سلامت روان برای بهورزان، پزشکان و کارشناسان سلامت روان تیم سلامت، طراحی پرسشنامه غربالگری اختلالات روانپزشکی برای دانش‌آموزان کلیه مقاطع تحصیلی، تدوین برنامه آموزشی (کوریکولوم) اختلالات روانپزشکی برای پزشکان عمومی و اجرای آن به صورت پایلوت در چهار دانشگاه، تدوین و انتشار کتاب راهنمای سلامت روان برای عموم جامعه، بازنگری و ارتقای فرم و نرم افزار ثبت اختلالات روانپزشکی، بازنگری بسته‌های خدمت سلامت روان مربوط به ادارات گروه‌های سنی دفتر سلامت خانواده، اجرای آزمایشی طرح بررسی هزینه و اثربخشی خدمات درمان - مراقبتی مبتنی بر جامعه در دانشگاه تهران، راه‌اندازی یک مرکز جامعه نگر در راستای ارتقای سلامت روان در یک منطقه شهری. برنامه‌های اداره سلامت روان با سازمان‌های بین‌المللی به ویژه یونیسف عبارت است از برنامه پیشگیری از کودک‌آزاری با مشارکت سازمان، برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در بم، برنامه ابزار ارتباطی بهبود روابط و کودک و ارزشیابی.

۳) وضعیت نظام سلامت در حوزه سلامت روان - محیط درونی

۳-۱) **تولیت** (برنامه، هماهنگی درون بخشی، جلب حمایت، نظارت و مقررات، حقوق بیمار، همکاری بین بخشی و مشارکت مردم)

□ قوت‌ها:

۱. در دسترس بودن برخی اسناد و برنامه‌های ملی سلامت روان
۲. وجود پیش نویس قانون سلامت روان
۳. وجود رابطان بهداشت به عنوان نمادی از مشارکت مردم در بخش سلامت
۴. حرکت درونی دفتر سلامت روان، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد برای تدوین سند سلامت روان
۵. ماده ۸۶ بخش سوم فصل ۷ برنامه چهارم توسعه در کاهش بار بیماری‌های روانی

□ ضعف‌ها (فرصت‌های بهبود):

۱. ضعف یا عدم پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت روان
۲. در اولویت نبودن سیاست سلامت روان علی‌رغم بار عظیم اختلالات روانی در وزارت بهداشت
۳. نداشتن جایگاه و تشکیلات مناسب برای سلامت روان
۴. هماهنگی درون بخشی ضعیف برای سلامت روان (بین معاونت‌ها و بین واحدهای معاونت‌ها)
۵. فقدان قانون مصوب سلامت روان برای حمایت از بیماران روانی
۶. نبود نظام مدون برای مشارکت مردم
۷. نبود نظام نظارت بر عملکرد بخش خصوصی سلامت روان
۸. مشخص نبودن سهم و نقش دستگاه‌ها برای ارتقای سلامت روان
۹. نبود میثاق بین بخشی سازمان‌های برای ارتقای وضع سلامت روان کشور
۱۰. انجمن‌های حمایت از حقوق بیماران روانی کم است.
۱۱. مراجعه بیماران روانی به دلیل انگ اجتماعی، دسترسی و باورهای سنتی صورت نمی‌پذیرد.

۳-۲) **منابع** (تأمین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات، دارو)

□ قوت‌ها:

۱. وجود نیروهای تخصصی حدود ۱۰۰۰ روانپزشک
۲. خودکفایی کشور در زمینه تولید داروهای درمانی بیماری‌های روانی
۳. به کار گیری نیروهای مردمی (رابطان سلامت) در مناطق شهری

۴. وجود مراکز تحقیقاتی سلامت روان و بانک‌های اطلاعاتی...
۵. در دسترس بودن داروهای ضروری سلامت روان
۶. در دسترس بودن اطلاعات مناطق روستایی (حدود ۳۰٪ جمعیت)
۷. انجام پیمایش کشوری سلامت روان در سال ۱۳۸۹ و در دسترس بودن جدیدترین اطلاعات برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران
۸. تأکید سیاست‌گذار به تخصیص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانی و فعال‌سازی روانپزشکی رابط
۹. وجود ۱۲ گروه روانپزشکی در دانشگاه علوم پزشکی
۱۰. وجود مشاور روانپزشکی برای همکاری در سه معاونت آموزشی، توسعه و بهداشتی دانشگاه‌ها
۱۱. حدود ۴٪ مقالات منتشر شده کشور در زمینه سلامت روان
۱۲. مطالعه تعیین نیاز کمی نیروی انسانی سلامت روان (۱۳۸۸)

□ ضعف‌ها (فرصت‌های بهبود):

۱. کم بودن سهم بودجه سلامت روان از کل بودجه و عدم افزایش بودجه سلامت روان علی‌رغم افزایش بودجه بهداشت و درمان کل کشور (حدود ۳٪ بودجه بهداشت به سلامت روان اختصاص دارد)
۲. مشخص نبودن اولویت‌های تحقیقاتی سلامت روان کشور و عدم تخصیص بودجه‌های پژوهشی به مشکلات این حوزه
۳. محدودیت در دسترسی به منابع اطلاعاتی جدید و معتبر جهانی
۴. شفاف نبودن یا عدم وجود نقشه اپیدمیولوژیک بیماری‌های روانپزشکی کشور
۵. حمایت نشدن خانواده بیماران روانپزشکی از طریق اعطای یارانه‌های دارو و خدمات
۶. فقدان بانک اطلاعاتی در مورد سلامت روان
۷. نبودن نقشه راه مشخص برای تربیت نیروی انسانی مراقب سلامت روان
۸. کمبود تخت‌های بستری بیماران (برآورد ابتدای دهه ۸۰ نشان می‌دهد که حدود ۲۰۰۰۰ تخت روانپزشکی مورد نیاز است. از سال ۱۳۵۱ تا ۱۳۷۵ نسبت تخت‌های بیمارستانی از ۹٪ به حدود ۶٪ کاهش یافته است.)
۹. عدم تبعیت بیمارستان‌های کشور از ابلاغ‌های مکرر سیاست‌گذار مبنی بر تخصیص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستان‌های عمومی
۱۰. ضعف نظام آموزش پزشکی ارایه‌کنندگان سلامت روان به ویژه سلامت روان جامعه‌نگر
۱۱. ضعف اطلاعات عمومی کارکنان بخش سلامت از سلامت روان
۱۲. تعطیلی مراکز خصوصی مراقبت از بیماران روانی به صورت مستمر

۱۳. فقدان مراکز مراقبت و بازتوانی از بیماران مزمن روانی در سطح شهر (مراکز بازتوانی بیماران روانی عمدتاً به مراکز درمان و مراقبت طولانی مدت تبدیل شده است)
۱۴. کمبود مراکز اورژانس بیماری‌های حاد روانی و کم اثربخش بودن خدمات محدود فعلی
۱۵. کمبود برخی از داروهای روانپزشکی و نیز گرانی داروها
۱۶. نبود آموزش حقوق بیماران برای کارکنان

۳-۳) **ارایه خدمات (ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان و بازتوانی)**

□ **قوت‌ها:**

۱. ادغام سلامت روان در سیستم PHC
۲. ارایه خدمات پس از ترخیص به بیماران روانپزشکی
۳. پوشش خدمات نظام ارجاع و پزشک خانواده در سطح روستاها
۴. مراکز خصوصی و بیمارستان‌های روانپزشکی
۵. گروه‌های روانپزشکی در تمام دانشگاه‌ها
۶. وجود شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات
۷. غالب بودن خدمات سرپایی نسبت به خدمات بستری بیماران روانی
۸. پوشش و عدالت در دسترسی بالای جمعیت روستایی توسط بهورزها
۹. وجود طرح‌های پایلوت ایجاد مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر در شهرها و برنامه ویزیت در منزل
۱۰. وجود کمیته ارتقای کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران روانی کشور و وجود ستاد ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن سازمان بهزیستی کشور

□ **ضعف‌ها (فرصت‌های بهبود):**

۱. ضعف پوشش بیمه‌ای بیماران روانی
۲. فقدان کار تیمی و ضعف مدیریت در مراکز ارایه خدمات به بیماران روانپزشکی
۳. ضعف ستاد وزارت‌خانه در مدیریت استقرار برنامه‌های کشوری و تبدیل پایلوت‌ها به برنامه‌های کشوری
۴. فقدان سیستم پیگیری بیماران روانی
۵. بی‌رغبتی بخش‌های خصوصی برای ارایه خدمات به دلیل با صرفه نبودن و پایین بودن تعرفه‌ها
۶. ضعف نظام PHC در شهرها
۷. نبود سیستم غربالگری روانی در کشور
۸. مشخص نبودن راهنماهای بالینی بیماری‌های شایع روان

۹. کم بودن تعداد و کیفیت خدمات بستری
۱۰. عدم بهره‌مندی مناطق حاشیه‌ای شهرها از خدمات سلامت روان
۱۱. بیماران مزمن خدمات قابل قبولی دریافت نمی‌کنند
۱۲. کم بودن کیفیت خدمات در سرپایی و بستری و مراقبت از بیماران مزمن
۱۳. کم بودن برنامه‌های سطح یک پیشگیری (برنامه‌های آموزش همگانی و رسانه‌ای و...)
۱۴. فرصت‌های بهبود فراوان در برنامه اغام بهداشت روان در شبکه
۱۵. کم بودن پوشش اغلب برنامه‌های سلامت روان

۴) وضعیت نظام سلامت روان - محیط بیرونی

۴-۱) محیط نزدیک (ذینفعان)

□ فرصت‌ها:

۱. وجود رسانه‌های سلامت محور (راديو سلامت، مجله سلامت)
۲. شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما و فعالیت‌های رسانه‌ای مرتبط
۳. وجود هفته سلامت روان در ایران و وجود روز جهانی سلامت روان
۴. حضور روانپزشک در کمیسیون بهداشت مجلس
۵. همکاری چند سازمان به طور نزدیک با سلامت روان از جمله سازمان بهزیستی وجود سمن‌ها و انجمن‌های علمی فعال در حوزه سلامت روان

□ تهدیدها:

۱. در اولویت نبودن موضوع سلامت روان برای سیاست‌گذاران برون‌وزارتی
۲. آشنایی کم ذینفعان از وضعیت سلامت روان و اثرات آن در توسعه و دستیابی به چشم‌انداز ۱۴۰۴
۳. انگ اجتماعی بالای جامعه برای بیماران روانی (هم مردم و هم مسئولان چنین نگرشی را دارند)
۴. وجود خرافات در درمان بیماران روانی
۵. عدم تمایل بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری در این بخش
۶. تحت پوشش قرار داده نشدن بیماران روانی حاد و مزمن توسط بیمه‌ها به دلایلی نگرشی و عملیاتی متعدد
۷. مصرف خودسرانه داروهای روانگردان توسط مردم به ویژه دیازپام، اکسازپام، کلردیازپوکساید

۸. قرار نداشتن موضوع سلامت روان در مرکز توجهات سیاستمداران (حتی برای رای آوردن هم به آن توجه نمی‌شود و مکرراً فدای سایر موضوعات می‌شود) یا ضعف اعتقاد مسؤولان دستگاه‌ها به سلامت به عنوان اولویت
۹. جایگاه ناکافی وزارت بهداشت در هیأت دولت
۱۰. محدود بودن دانسته‌ها و نگرش‌های متولیان، کارگزاران و کارشناسان دیگر بخش‌ها درباره‌ی اثر کار و سیاست‌هایشان بر سلامت روان فرد و جامعه و منافع و مضار حاصل از همکاری‌ها و حتی خواسته‌های خود
۱۱. محدود بودن ظرفیت بخش‌ها برای مشارکت فعال در سلامت روان مانند پژوهش، مرور منابع، طراحی پروژه و اجرای درست آن

۴-۲) محیط دور (عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فن آوری، بین المللی و محیط زیست)

□ فرصت‌ها:

۱. قانون اساسی و چشم‌انداز بیست ساله کشور که بر سلامت و رویکرد کلی انسان سالم تأکید کرده است و بستر توسعه چند وجهی ناشی از چشم‌انداز ۱۴۰۴ مورد تأکید است.
۲. قانون تشکیل شورای عالی سلامت و کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها در برنامه چهارم توسعه و ادامه کار آن در برنامه پنجم
۳. رویکرد سلامت همه جانبه و مردم سالم در سیاست‌های کلان ابلاغی مقام رهبری و قانون برنامه پنجم توسعه و مفاد مرتبط برای کاهش خطرات سلامت
۴. رسمیت یافتن ادبیات مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و موضوعات اجتماعی سلامت در کشور
۵. افزایش حضور پزشکان در سازمان‌ها و مجلس و ایجاد نگاه سلامت محور
۶. افزایش حساسیت‌های مدیران ارشد در خصوص موضوع سلامت نسبت به دهه گذشته
۷. توجه به مباحثی چون توسعه پایدار، حوادث و محیط زیست به عنوان کانون گسترش همکاری بین‌بخشی
۸. اعتماد به شبکه بهداشت و درمان از سوی نهادها دولتی و مردم
۹. قانون مدیریت خدمات کشوری برای برقراری و تسهیل روابط و همکاری‌ها
۱۰. تفویض اختیار رییس جمهور به وزیر بهداشت برای نقش‌آفرینی وزیر در جایگاه رییس جمهور در شورای عالی سلامت
۱۱. حضور استانداران در هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی

۱۲. فرصت حضور نمایندگان دیگر بخش‌ها در شورای عالی سلامت، که با اندک بی‌توجهی ممکن است به ضد خود تبدیل شود.

۱۳. حضور چندین مسؤول سلامت در کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی در دوره فعلی

۱۴. مقبولیت و حضور وجود تحصیل‌کردگان رشته‌های سلامت در سایر بخش‌ها و گلوگاه‌های مهم سیاسی

۱۵. وجود بیانیه‌های بین‌المللی متعدد مبنی بر ضرورت توجه به سلامت روان در یک دهه گذشته و تأکید سازمان بهداشت جهانی

۱۶. ضرورت پیوست سلامت برای طرح‌های توسعه‌ای بزرگ در قانون برنامه

۱۷. گسترش زیرساخت فناوری اطلاعات و ارتباطات

□ تهدیدها:

۱. مدیریت‌های کم دوام و تغییر سریع مدیران که در برخورد با رویکردی همچون همکاری بین‌بخشی ممکن است به سم‌کننده بدل شود.

۲. فرهنگ ضعیف جامعه در همکاری و انجام کار تیمی

۳. رقابت پنهان و درست تعریف نشده سازمان‌ها

۴. کمبود سرمایه اجتماعی و کاهش تدریجی آن در دهه گذشته

۵. مهاجرت سرمایه‌های اقتصادی و فکری از کشور

۶. کاهش نرخ رشد اقتصادی و محدودیت‌های ناشی از وضعیت اقتصادی ایران و جهان، منابع و توجه بخش‌ها را به سمت اولویت‌های تخصصی آنها سوق می‌دهد.

۷. بحران‌های سیاسی، اولویت سلامت روان را از برنامه بخش‌های دیگر برمی‌دارد. به تبع آن از برنامه‌های بخش‌های غیرسلامت

۸. ارتباط برنامه‌های مختلف برای رسیدن به اهداف راهبردی در سند چشم‌انداز، نقشه جامع علمی و برنامه پنجم مشخص نیست. همچنان جزایر پراکنده‌ای داریم.

۹. ضعف نگرش سیستمیک در حل مشکلات، ضعف یادگیری تیمی برای حل مسایل

۵) اسناد بالادستی در مورد سلامت روان به چه مواردی تأکید می‌کند؟

□ در چشم انداز سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران جامعه‌ی ایرانی توسعه‌یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تأکید بر مردم‌سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها، و بهره‌مند از امنیت اجتماعی و قضایی خواهد بود. بر اساس همین چشم‌انداز جامعه ایرانی برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب است.

□ برپایه پیش‌نویس وزارت بهداشت در چشم‌انداز سلامت ۱۴۰۴ عبارت است از: جامعه‌ای سالم و سعادتمند در پرتو نظام سلامت پاسخگو، عدالت محور و نوآور. کرامت انسانی، عدالت، حداکثر سلامت ممکن به مثابه حق، سلامت همه جانبه هدف توسعه پایدار، انسجام اجتماعی را ارزش‌های خود می‌داند و اصول نهادینه‌سازی ارزش‌های اخلاقی، پاسخگویی و مسؤولیت‌پذیری، بهره‌مندی عادلانه، پیشگیری و ارتقای سلامت، مشارکت مردم، همکاری بین‌بخشی، حاکمیت صحیح و یکپارچه، بهره‌گیری از نوآوری و فناوری مطلوب، ارتقای سرمایه انسانی، تعالی و توازن را مبنای نظام سلامت قرار می‌دهد.

□ در سیاست‌های کلی برنامه پنجم موارد زیر مرتبط با سلامت روان آمده است:

- بند ۸-... افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان، بند ۱۲- تقویت نهاد خانواده، بند ۱۳- تقویت هویت ملی جوانان متناسب با آرمان‌های انقلاب اسلامی، فراهم کردن محیط رشد فکری و علمی و تلاش در جهت رفع دغدغه‌های شغلی، ازدواج، مسکن و آسیب‌های اجتماعی آنان، توجه به مقتضیات دوره جوانی و نیازها و توانایی‌های آنان و بند ۱۹- تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:
 - ۱- ۱۹- یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی
 - ۲- ۱۹- ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی
 - ۳- ۱۹- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت
 - ۵- ۱۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم

■ بند ۲۰- ارتقای امنیت اجتماعی:

- ۱- ۲۰- مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر

- ۲۰-۲. سامان بخشی مناطق حاشیه‌نشین و پیشگیری و کنترل ناهنجاری‌های عمومی ناشی از آن
- ۳-۲۰. استفاده از ابزارهای فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ها برای پیشگیری و مقابله با ناهنجاری‌های فرهنگی و اجتماعی
- ۳۵-۶. توسعه نظام‌های پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی
- ۳۵-۷. حمایت از اقشار محروم و زنان سرپرست خانوار
- اهداف زیر در برنامه پنجم توسعه بخش سلامت آورده شده است:
- کاهش بار اختلالات روانی (افسردگی) حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- کاهش شیوع استفاده از قلیان و سیگار در افراد بالای ۱۵ سال به ترتیب میزان ۱۰٪ و ۱٪ سال پایه تا پایان برنامه
- کاهش بار ناشی از مصرف مواد مخدر و مواد روانگردان به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- در قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور موارد زیر در ارتباط مستقیم سلامت روان و کنترل اعتیاد است:
- ماده ۱۹: الف- در راستای تحقق بند (۸) سیاست‌های کلی ابلاغی و با هدف ارتقای کیفی سه حوزه دانش، مهارت و تربیت اسلامی به دولت اجازه داده می‌شود برنامه تحول بنیادین در نظام آموزش و پرورش کشور را در چهارچوب قوانین موضوعه و با رعایت اولویت‌های ذیل تدوین نماید و پس از تصویب در هیأت وزیران به اجرا درآورد:
- 👉 ۱۰- برنامه‌ریزی جهت تدوین برنامه‌های آموزشی ارتقای سلامت جسمانی و روانی مبتنی بر آموزه‌های دینی و قرآنی
- 👉 ۱۱- تقویت و گسترش نظام مشاوره دانش آموز و خانواده جهت تحقق سلامت روحی دانش‌آموزان
- ماده ۳۲-ب- استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت، تدوین و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط معاونت برای اجرای ابلاغ می‌گردد.
- ج- سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرا باز طراحی می‌شود و برنامه اجرایی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.

■ د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امانا در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت وزیران ارایه نماید.

تبصره ۲- پزشکیانی که در استخدام بیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند. سایر شاغلین

ذینفعان تدوین و استقرار سند سیاست (حاصل تحلیل ذینفعان)

مراجع تصمیم‌گیر و سیاست‌گذار: حوزه نهاد مقام معظم رهبری، شورای تشخیص مصلحت نظام، کمیسیون‌های بهداشت و درمان و اجتماعی مجلس شورای اسلامی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، هیأت دولت، کمیسیون اجتماعی وزارت کشور، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت

وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌ها: وزارت کشور و معاونت اجتماعی آن، سازمان صدا و سیما، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های بیمه تابعه، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، وزارت کار و امور اجتماعی، نیروی انتظامی، وزارت مسکن، سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌ها، سازمان ملی جوانان، سازمان تربیت بدنی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، قوه قضائیه و واحدهای مرتبط از جمله اداره پیشگیری، سازمان زندان‌ها انجمن‌های علمی و سمن‌ها: ائتلاف سلامت روان کشور (انجمن علمی روانپزشکی ایران، انجمن علمی پزشکی اجتماعی، انجمن علمی روانشناسان بالینی، انجمن علمی مددکاری اجتماعی، انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان)، انجمن جامعه شناسی ایران، انجمن رفاه اجتماعی، سازمان نظام روانشناسی، مراکز تحقیقاتی سلامت روان و شبکه ملی آن، مرکز ملی مطالعات اعتیاد و سایر مراکز مرتبط، نماینده مراکز خصوصی، نمایندگی مصرف‌کنندگان خدمات و بیماران (انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنی (احبا)، کانون حمایت از خانواده‌های بیماران روان‌پریش، انجمن ارتقای بهداشت روان (ابر)، انجمن حمایت از بیماران اعصاب و روان، انجمن صرع ایران، انجمن حمایت از حقوق کودکان، مؤسسه تحقیقات زنان، مؤسسه خیریه همراهان بم، مؤسسه پروا، مؤسسه نوازش و...)

خبرگان: مدیران و مشاورین سابق دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، محققان و اساتید برجسته و پیشکسوت رشته روانپزشکی و روانشناسی کشور

سازمان‌های بین‌المللی: نمایندگی دفتر منطقه‌ای مدیترانه شرقی در ایران، یونیسف، نمایندگی دفتر مبارزه به جرم و مواد سازمان ملل در ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: معاونت بهداشت (اداره سلامت اجتماعی، اداره اعتیاد، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، مرکز مدیریت شبکه، مرکز سلامت محیط و کار، مرکز مدیریت بیماری‌ها)، معاونت درمان (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استانداردها و تعرفه سلامت، دفتر مدیریت بیمارستان و تعالی بالینی، دفتر نظارت و اعتباربخشی درمان)، معاونت آموزشی، معاونت پژوهشی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت دانشجویی و فرهنگی، روابط عمومی، حوزه مشاور وزیر در امور هیأت امانا، رؤسای دانشگاه، معاونان درمان و بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی، رؤسای شبکه‌های بهداشتی

حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران مشمول حکم این

تبصره خواهند بود.

■ ماده ۳۴- به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت:

ب- به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تسهیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود.

■ ماده ۳۶- ب- سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد.

■ ماده ۳۷- برای پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطرناک سلامتی که بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی را دارند اقدامات زیر انجام می‌شود:

الف- فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسؤولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارت‌خانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی و صنایع و معادن و معاونت تعیین و ابلاغ می‌شود.

ج- تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالانه توسط کارگروه موضوع بند (الف) این ماده تعیین و اعلام می‌شود از سوی کلیه رسانه‌ها ممنوع است.

تبصره- عدم رعایت مفاد بند (ج) این ماده مستوجب جزای نقدی از ده میلیون (۱۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تا یک میلیارد (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال با حکم مراجع ذیصلاح قضایی خواهد بود. در صورت تکرار برای هر بار حداقل بیست درصد (۲۰٪) به جریمه قبلی اضافه می‌شود.

■ ماده ۳۸- ه- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و براساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و

۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیأت وزیران ارایه نماید.

ح- به منظور ارتقای شاخص‌های سلامت و بهداشت در تولید و عرضه مواد غذایی و کاهش تصدیهای دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان سیاست‌گذار و ناظر عالی سلامت در کشور....

■ ماده ۴۱- الف- دستگاه‌های اجرایی و مؤسسات عمومی غیردولتی ذیربط که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند، بر اساس منشور تربیتی نسل جوان و سند ملی توسعه و ساماندهی امور جوانان مصوب دولت ضمن ایجاد «برنامه ساماندهی امور جوانان» ذیل بودجه سنواری خود از طریق ستاد ملی و استانی ساماندهی امور جوانان اقدامات لازم را جهت اجرایی شدن این اسناد در طول سال‌های برنامه به عمل آورند.

■ ماده ۴۳- به منظور ساماندهی و اعتبار بخشی مراکز مشاوره متناسب با فرهنگ اسلامی- ایرانی و با تأکید بر تسهیل ازدواج جوانان و تحکیم بنیان خانواده، تأسیس مراکز و ارایه هرگونه خدمات مشاوره‌ای روان شناختی - اجتماعی نیازمند اخذ مجوز براساس آیین‌نامه مصوب هیأت وزیران است.

■ ماده ۲۰۷- دولت مجاز است: الف- به پیشنهاد ستاد مبارزه با مواد مخدر براساس سیاست‌های کلی مبارزه با موادمخدر با مشارکت نهادهای ذیربط، لایحه جامع مبارزه همه جانبه با مواد مخدر، روانگردان‌ها و پیش‌سازها را تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارایه نماید.

خلاصه بخش شناخت

هر چند مطالعات موجود برای نشان دادن روند افزایشی شیوع، بروز و بار بیماری‌های روانی کافی نیست اما از دیدگاه خبرگان و ذینفعان روند این بیماری‌ها رو به فزونی بوده است و مداخلات قبلی و فعلی پوشش و اثربخشی کافی نداشته و اقدام عاجلی را می‌طلبد.

در جمع‌بندی از تحلیل نظام سلامت روان به روش SWOT نکات اصلی زیر نتیجه‌گیری می‌شود:

۱. محیط درونی نظام سلامت روان (تولیت، منابع و آرایه خدمات) در اغلب موارد در موقعیت **ضعف** است.
۲. محیط بیرونی برای دستیابی نظام سلامت روان به اهداف خود، هم در محیط نزدیک و هم دور در شرایط **تهدید** قرار دارد.

بر اساس تحلیل‌های انجام شده هشت موضوع و چالش کلیدی در ارتقای سلامت روان جامعه ایران عبارت است از:

۱. حساسیت کم سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان ارشد کشور و حتی وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها
۲. کمی سواد سلامت روان مردم
۳. برنامه‌های ضعیف و ناکافی سطح یک پیشگیری (به ویژه مولفه‌های اجتماعی سلامت)
۴. هماهنگی درون‌بخشی و همکاری برون‌بخشی ضعیف
۵. برنامه‌های سلامت روان با پوشش و دوز ناکافی
۶. کیفیت و تداوم مراقبت از بیماران مزمن
۷. مشخص نبودن نظام مراقبت سلامت روان در شهرها

تحلیل اولیه برنامه‌های سلامت روان، مشخص می‌کند که از حدود ۲۳ برنامه ارتقای سلامت روان فقط پنج برنامه کشوری است و اغلب برنامه‌ها در مرحله پایلوت یا مطالعه و تدوین قرار دارد و هنوز برای استقرار در کل کشور ارزشیابی و تصمیم‌گیری نشده است. در اغلب موارد این برنامه‌ها به عنوان برنامه جاری سلامت^۱ در چارچوب استاندارد طراحی و مستند نشده است و برنامه‌های پایلوت نیز دارای مهلت مشخصی برای نتیجه‌گیری و اجرای کشوری نیست.

با اینکه برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت روان در ده سال گذشته تدوین شده است و نقاط تمرکز و مداخلات کلیدی را مبتنی بر شواهد روشن کرده است، اما عملیات مشخص، تقسیم کار، زمان‌بندی و تعهد مالی - سیاسی ذینفعان را به همراه نداشته است.

اگر انواع مداخلات «سیاست ارتقای سلامت روان» در دو دهه گذشته را در جدول روبرو دسته‌بندی کنیم وضعیت این مداخلات در سه طیف 😊 😐 😞 به شرح روبرو بوده است که طراحی و اجرای مداخلات متنوع را در هر سه سطح یادآوری می‌کند:

¹ Health Program

۱. **پیشگیری اولیه:** جلوگیری از بروز بیماری یا اختلال روانی

۲. **پیشگیری ثانویه:** شناسایی زودرس و درمان سریع بیماری یا اختلال روانی

۳. **پیشگیری ثالثیه:** باز توانی بیماران روانی برای کاهش شیوع نقایص و ناتوانی‌های ناشی از بیماری یا

اختلال

وضعیت مداخلات سلامت روان در کشور	
وضعیت	انواع مداخلات
⊖	تدوین سیاست و قانون
⊖	جلب حمایت
⊕	تحقیقات
⊖	مهندسی سلامت
⊕	بسیج جامعه (مشارکت مردم)
⊖	همکاری درون و برون بخشی
⊕	خدمات جدید
⊖	بازاریابی اجتماعی
⊖	راهنمها و کار سازمانی
⊖	تشویق‌ها
⊖	آموزش
⊖	رسانه

همکاری بین‌بخشی دستگاه‌های دارای سهم در مدیریت سلامت روان بسیار ضعیف بوده است به طوری که تقریباً در هیچ یک از اسناد موجود، تکالیف دستگاه‌ها برای ارتقای سلامت روان مردم مشخص نشده است.

با اینکه در قانون برنامه چهارم و سوم توسعه بر کاهش بار بیماری‌های روانی تأکید شده است اما محقق نشدن هدف قانون‌گذار را ابتدائاً باید در اراده سیاسی «مجریان در اجرا» و «قانون‌گذاران در نظارت» جستجو کرد، ضمن اینکه بر اساس آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه پنج ساله در کشور مشخص شده است که عملیاتی شدن تصمیمات ملی به طور کلی نیازمند ارتقای سواد «استقرار و عملیاتی کردن برنامه‌ها و سیاست‌ها» در مجریان است.

راهکارهای گسترش بیمه سلامت روان در نامه شماره ۳۳۵۰۸ مورخ مرداد ۱۳۸۸ وزارت بهداشت خطاب به دبیر کارگروه بیمه پایه همگانی و پزشک خانواده به طور مبسوط ارایه شده است.

تحلیلی بر وضعیت ساختار دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد نشان می‌دهد که ساختار فعلی که دفتر را در حد مشاور معاونان درمان و بهداشت محدود کرده است برای بار بیماری‌های روانی کشور به هیچ عنوان کافی نیست و لازم است این ساختار متناسب با برنامه تدوین شده در سطح ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های تغییر کند.

تحلیل ذینفعان سلامت روان نشان می‌دهد که حداقل مراجع سیاست‌گذار، سازمان‌ها و واحدهای مندرج در کادر صفحه قبل ذینفع مستقیم در مداخلات سلامت روان کشور هستند و ضرورت دارد در جریان طراحی سند و استقرار آن مشارکت فعال داشته باشند.

بخش دوم) جهت گیری

الف) دورنمای سلامت روان در ۱۳۹۴:

«در سال ۱۳۹۴ مردم از اصول بهداشت روان آگاه هستند و سازمان‌های جامعه نقش و سهم خود را برای ارتقای سلامت روان عملیاتی کرده‌اند، وزارت بهداشت به عنوان دیده‌بان سلامت روان کشور با مدیریت بهینه منابع سلامت روان توانسته است برنامه‌های مبتنی بر جامعه را با همکاری بخش‌ها و مشارکت میانجیان مردم استقرار داده و کیفیت مراقبت از بیماران مزمن روانی را افزایش دهد و از این طریق دست کم روند افزایش بار افسردگی را کند و یا معکوس کرده و معلولیت‌های ناشی از اختلالات شدید روانپزشکی را کاهش دهد.»

ب) اهداف راهبردی:

- کاهش بار افسردگی حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- سهم و نقش سازمان‌های دولتی و استان‌ها و میانجیان مردم در ارتقای سلامت روان نهادینه شده است.
- مردم در گروه‌های سنی مختلف از اصول بهداشت روان آگاه شده‌اند و انگ اجتماعی کاهش یافته است.
- بهره‌مندی، تداوم و کیفیت مراقبت از بیماران روان‌پریش اورژانس و شدید در سطح روستا و شهر ارتقا پیدا کرده است.

ج) مداخلات:

□ پیشگیری سطح اول

۱. تشکیل گروه جلب حمایت‌کننده و مشورت‌دهنده در وزارت بهداشت برای: تأثیرگذاری در تصویب سیاست‌های عمومی سالم (منظور به طور ویژه سلامت روان است)، مداخله مشورتی در مواقع تنش‌های اجتماعی، تدوین پیوست‌های سلامت و همکاری در ارتقای سلامت اجتماعی و معنوی (نقش این گروه در تنظیم سهم و نقش دستگاه‌ها و تفاهم‌نامه‌های همکاری مهم است)
۲. تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی (سمن‌ها و شوراهای اسلامی) در ارتقای سلامت روان و آموزش پیام‌گزاران سلامت روان (انقصاد تفاهم‌نامه همکاری و ابلاغ شیوه‌نامه‌های سازمانی ارتقای سلامت روان به دستگاه‌ها - شناسایی فرصت‌های بودجه‌ای در دستگاه‌ها برای بهره‌برداری در برنامه‌های ارتقای سلامت روان توسط خود دستگاه)
۳. تصویب قانون سلامت روان و پایش استقرار آن (در متن قانون پیش‌نویس حقوق بیماران روانی، حمایت‌های لازم و مشارکت‌های اجتماعی آنها باید لحاظ شده باشد)
۴. جلب حمایت برای تدوین برنامه جامع پیشگیری از خشونت اجتماعی و استقرار آن

۵. بازطراحی برنامه‌های سلامت روان در قالب استاندارد «برنامه‌های سلامت» و شروع اجرای کشوری آنها در هشت حیطه اولویت‌دار: مهارت‌های زندگی (بر اساس آموزه‌های فرهنگ ایرانی و اسلامی)، فرزندپروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی، خشونت (کودک‌آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری) و انگ‌زدایی، سلامت جنسی خانواده
۶. تدوین و استقرار برنامه ارتقای سلامت روانی کودکان، نوجوانان و مادران باردار
۷. تدوین منشور «سلامت روان ایرانیان» حاوی دانش، نگرش و مهارت‌های ارتقای سلامت روان فردی و خانوادگی و ترویج آن از موقعیت‌های مدارس، دانشگاه‌های، محل‌های کاری، میانجیان مردمی، رسانه‌ها و محلات (کودکان و زنان گروه‌های مهم هستند، سلامت جنسی و سلامت معنوی هم باید در این منشور نمود داشته باشد)
۸. استمرار و تکمیل برنامه ادغام سلامت روان در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و سایر برنامه‌های جاری بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی‌ها (مشمول هر سه سطح پیشگیری)
۹. طراحی و اجرای برنامه آموزشی ارتقای آگاهی و نگرش سیاست‌گذاران و مدیران ارشد کشور در زمینه‌های اولویت‌دار سلامت روان (موضوع انگ‌زدایی یکی از مؤلفه‌ها)
۱۰. همکاری در طراحی برنامه‌های سلامت باروری، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی جهت گنجاندن ملاحظات سلامت روان در این برنامه‌ها (سلامت باروری، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی مناسب، به عنوان دوره‌های زندگی مهم در پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی)
۱۱. تدوین محتوای آموزشی ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و معنوی دانش‌آموزان برای آموزش حضوری و الکترونیک و تدوین برنامه ارتقای نظام مشاوره دانش‌آموز و خانواده برای تحقق سلامت روانی دانش‌آموزان و جلب حمایت برای استقرار آن
۱۲. طراحی و استقرار برنامه‌های ارتقای سلامت روان در محل کار از طریق همکاری با دفاتر مربوطه در وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌ها (از جمله پروتکل مدیریت استرس)
۱۳. جلب حمایت و مشارکت برای استفاده از ادبیات و روش مناسب برای ارتقای سواد سلامت روان مردم و انگ‌زدایی در تئاتر، سینما و رسانه‌های تفریحی (تدوین پروتکل مناسب)
۱۴. اجرای برنامه‌های مدون و هدف‌دار در هفته بهداشت روان
۱۵. طراحی و اجرای برنامه ارتقای سلامت روان کارکنان نظام سلامت

□ پیشگیری سطح دوم

۱. بازنگری نظام یا ساختار ارایه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران و سطح‌بندی و تعیین تعداد مناسب
۲. طراحی راهنماهای (راهنماهای بالینی) پیشگیری، مراقبت و ارجاع بیماران روانی جهت به کار گیری در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
۳. برنامه توسعه خدمات تخصصی سلامت روان در قالب **نظام درمانی کشور** در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشکی خانواده، نظام ارجاع و....
۴. طراحی و اجرای بسته غربالگری و مراقبت بیماران روانی در موارد اولویت‌دار (استفاده از ظرفیت رابطین بهداشتی برای هدایت افراد در معرض خطر بیماری روانی مد نظر است)
۵. طراحی و استقرار بسته خدمتی ارتقای سلامت روان در حاشیه شهرها (از جمله ایجاد کلینیک‌های سیار روانشناسی بالینی و روانپزشکی)
۶. تدوین برنامه و استقرار آن به منظور ارتقای کمی و کیفی خدمات اورژانس‌های روانپزشکی از جمله طراحی و استقرار راهنماهای مشاوره و مداخله در مواقع بحرانی برای مداخلات اورژانس روانی
۷. طراحی و اجرای برنامه‌های توانمندسازی شامل ارتقای سواد سلامت روان در کلیه گروه‌های مراقبت پزشکی (تغییر در کاریکولوم تا بازآموزی پزشکان عمومی و متخصصان و پرستاران) و ایجاد مراکز توانمندسازی مراقبان سلامت روان در سطح استان
۸. طراحی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر و استقرار یا ادغام آن در نظام شبکه بهداشتی و درمانی و پزشکی خانواده
۹. اجرای برنامه‌های جلب حمایت و تشویق بیمارستان‌ها در اختصاص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستانی و بخش‌های سایکوسوماتیک
۱۰. اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی، بیمارستان‌های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، رتبه‌بندی آنها و استقرار نظام نظارت همتایان
۱۱. طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی مراقب سلامت روان
۱۲. راه‌اندازی بیمارستان ویژه بزه‌کاران دچار بیماری‌های روانپزشکی

□ پیشگیری سطح سوم

۱. تدوین یا بازنگری بسته حمایتی بیماران روانی و جلب حمایت برای استقرار این بسته در کشور (تلفیق با بسته مراقبت‌های پس از ترخیص)
۲. طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی
۳. طراحی و استقرار بسته خدمتی بازتوانی بیماران روانپزشکی
۴. تدوین و ابلاغ شیوه‌نامه گروه‌های خودیار ویژه بیماران روانی (در سطوح شبکه، بخش خصوصی و...) و طراحی بسته‌های آموزشی لازم (در این گروه‌ها خانواده بیماران روانی هم می‌توانند عضو شوند)

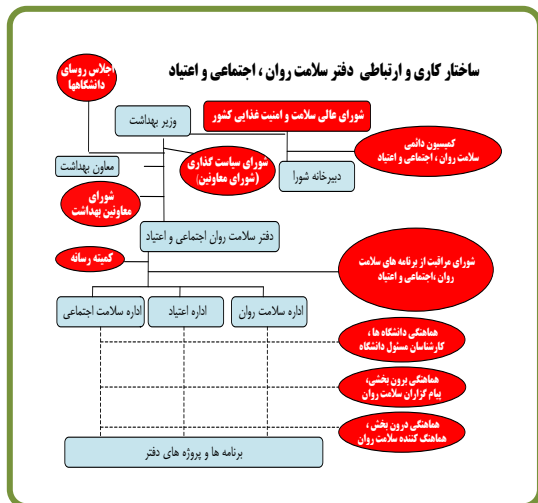
بخش سوم) استقرار و نهادینه سازی

به منظور عملیاتی شدن برنامه و نهادینه سازی مداخلات پیشنهادی علاوه بر تدوین عملیات و تقسیم کار مشخص لازم

است چهار راهبرد زیر به کار گرفته می شود:

۱. تصویب در مراجع مرتبط
۲. ایجاد ساختار استقرار
۳. توانمندسازی نیروی انسانی مناسب
۴. عمومی سازی برنامه

جدول تقسیم کار درون بخشی، تقسیم کار بین بخشی و زمان بندی عملیات اصلی در صفحات بعد آمده است. برای پایش و استقرار پروژه های مندرج در جداول لازم است ساختار کاری و ارتباطی روبرو مد نظر باشد. مطابق الگوریتم مراحل پروژه مندرج در صفحه ۱۷ و



ساختار کاری و ارتباطی دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد (نمودار فوق) پس از تدوین پیش نویس لازم است سند در دو مرجع زیر به تصویب رسیده و به کلیه سازمان ها و دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ گردد:

- شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت (شورای معاونان)
- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

در همین ارتباط لازم است موضوع در کمیسیون بهداشت و درمان و کمیسیون اجتماعی مجلس برای افزایش منابع مالی، ارتقای همکاری های بین بخشی و تصویب قانون سلامت روان طرح شود.

۱) ایجاد ساختارهای کاری و ارتباطی جدید برای استقرار برنامه به شرح زیر پیش بینی شده

است:

- تصویب ساختار دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد
- تصویب ساختار همتا و متناظر در سطح دانشگاه های علوم پزشکی
- تشکیل «شورای مراقبت از برنامه های سلامت روان و اعتیاد» یا کمیته کشوری سلامت روان در دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد (با مشارکت مدیران سابق، خبرگان ملی، انجمن های علمی مرتبط و...) و صدور احکام و قرار داد همکاری چهار ساله با اعضای شورا

تشکیل کمیسیون تخصصی سلامت روان و

اعتیاد ذیل شورای عالی با مشارکت سازمان‌های ذینفع

کمیته رسانه و سلامت روان و اجتماعی

(۲) توانمندسازی نیروهای استقراردهنده:

دوره آموزشی مهارت‌های ستادی ویژه کارشناسان حوزه‌های ستادی (وزارت‌خانه و دانشگاه‌ها)

معرفی پیام‌گزاران سلامت روان دستگاه‌ها و رابطان سلامت روان درون‌بخشی وزارت بهداشت و آموزش آنها

انعقاد تفاهم‌نامه و میثاق همکاری سازمان نظام روانشناسی، انجمن‌های علمی مرتبط با وزارت بهداشت و گروه‌های آموزشی روانپزشکی دانشگاه‌ها جهت همکاری در اجرای سند و تعیین نقش شفاف برای هر یک (از طرق مقتضی از جمله تشکیل همایش کشوری و مذاکره)

□ چهار وظیفه اصلی شورای مراقبت از برنامه‌ها:

۱. مشاوره برنامه عملیاتی: تعریف شرح خدمات

پروژه‌ها، پیشنهاد مجرب‌ترین مجری، بررسی اولیه تفاهم‌نامه‌ها و برنامه عملیاتی سالانه

۲. پایش پیشرفت پروژه‌ها و برآمدها

۳. کاربست نتایج پروژه‌ها

۴. جلب حمایت ملی برای ارتقای سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

□ چهار وظیفه کمیسیون دائمی:

۱. تدوین پیش‌نویس مصوبات شورای عالی برای ارتقای سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

۲. تعریف برنامه‌های سالانه دستگاه‌ها و تنظیم تفاهم‌نامه‌های بین‌بخشی

۳. پایش پیشرفت تفاهم‌نامه‌ها و اتخاذ تصمیم عملیاتی

۴. بررسی پیوسته‌های سلامت سیاست‌های کلان و انعکاس به مراجع تصمیم‌گیری

تعیین کارشناس مسؤؤل هماهنگی درون‌بخشی، برون‌بخشی و دانشگاه‌ها در حوزه ستادی دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد

(۳) تأمین منابع پایدار:

انعقاد تفاهم‌نامه همکاری بین دفتر و واحدهای مسؤؤل در درون وزارت بهداشت

انعقاد تفاهم‌نامه همکاری بین دستگاه‌ها و وزارت بهداشت

تعریف ردیف‌های بودجه پیشگیری و درمان در زمینه سلامت روان

(۴) عمومی‌سازی برنامه:

مشارکت میانجیان منتخب مردمی (انتخاب یک سمن از بین سمن‌های فعال در حوزه سلامت روان برای عضویت در کمیسیون تخصصی و شورای مراقبت) و همچنین نماینده شوراهای اسلامی شهر و روستای کشور

در کمیسیون تخصصی سلامت روان و اعتیاد

تشکیل کمیته رسانه «سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد» و تدوین برنامه سالانه در سه حیطه اطلاع‌رسانی، تغییر رفتار و حمایت‌طلبی

تشویق و رتبه‌بندی سازمان‌ها و دانشگاه‌های با عملکرد ممتاز در این زمینه

تعیین نیازهای تحقیقاتی ۵ ساله برای استقرار برنامه‌های سلامت روان و سفارش آن به شبکه تحقیقات سلامت روان مطابق جدول زمان‌بندی

تقسیم کار درون‌بخشی سند سیاست سلامت روان کشور		
حوزه	واحدها	(اقدامات و پروژه‌های مشترک)
معاونت بهداشت	دفتر سلامت جمعیت و تنظیم خانواده	ارتقا و غنی‌سازی بسته‌های خدمت سلامت روان در کلیه مقاطع سنی و برای گروه‌ها پزشک و غیر پزشک (توسط دفتر سلامت خانواده و جمعیت)
	مرکز سلامت محیط و کار	اجرای برنامه سلامت روان در محل کار، اجرای برنامه مدیریت استرس شاغلین در محل کار
	مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت	<ul style="list-style-type: none"> پشتیبانی از اجرای برنامه ادغام یافته سلامت روان در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (توسط مرکز مدیریت شبکه) تقویت برنامه پزشک خانواده در کشور و به خصوص در مناطق شهری و ایجاد زمینه و امکانات مناسب جهت اجرای برنامه ادغام‌یافته سلامت روان ابلاغ چارچوب ارزشیابی برنامه‌های سلامت روان
	مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر	انفقاد تفاهم‌نامه همکاری و کمک در زمینه مراقبت از عوامل خطر روانی، غربالگری‌ها
	مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر	انفقاد تفاهم‌نامه همکاری برای عملیاتی کردن برنامه‌های مشترک در زمینه مشاوره به بیماران واگیردار
	مرکز مدیریت حوادث و فوریت پزشکی	تقویت و استانداردسازی خدمات فوریت‌های روانپزشکی اعم از پایگاه‌های امدادسانی اورژانس و بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها
معاونت درمان	دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت	<ul style="list-style-type: none"> تدوین بسته‌های خدمتی مطابق چارچوب دفتر برای بهبود شرایط فیزیکی، درمانی و مراقبتی بیماران روانی بستری شده طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی
	دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی	ایجاد ضمانت اجرایی برای اختصاص دادن ۱۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بخش روانپزشکی، تدوین، ابلاغ و ترویج بخشنامه حمایت از حقوق انسانی بیماران روانی به کلیه مراقبان سلامت روان، تدوین نقشه جغرافیایی راه اندازی بیمارستان‌های روانپزشکی یا مراکز سلامت روان جامعه‌نگر بر اساس وضعیت توزیع بیمارهای روانی در کشور و برنامه‌ریزی برای استقرار آنها در طول برنامه، همکاری و حمایت از تأمین منابع بیمارستانی روانپزشکی (فضای فیزیکی، تجهیزات، بودجه، نیروی انسانی)، تجهیز، گسترش و تقویت بخش‌های کاردرمانی در بیمارستان‌های روانپزشکی یا بیمارستان‌ها، راه‌اندازی بیمارستان ویژه بزهکاران دچار بیماری‌های روانپزشکی
	دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان	<ul style="list-style-type: none"> اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی، بیمارستان‌های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، رتبه‌بندی آنها بر اساس کیفیت خدمات سلامت روان و استقرار نظام نظارت هم‌تایمان (نظارت بر اجرای استانداردهای بیمارستانی) طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر کیفیت و عملکرد بخش خصوصی (کلینیک، مطب و بیمارستان‌ها) مراقب سلامت روان نهایی‌سازی آیین‌نامه راه‌اندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر

<p style="text-align: center;">معاونت آموزش</p>	<p>مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی اداره کل اعتبار بخشی و ارزیابی و دبیرخانه های شورای آموزش پزشکی و تخصصی مرکز امور آموزشی دانشجویان، دفتر امور اساتید و نخبگان</p>	<ul style="list-style-type: none"> • روزآمد نمودن برنامه‌های آموزشی کلیه رشته‌های مرتبط علوم پزشکی با محتوای ضروری و بایدهای سلامت روان، اجتماعی و معنوی (تشکیل کارگروه مشترک معاونت بهداشت و آموزش) • توسعه قطب‌های علمی سلامت روان در کشور • تشکیل ائتلاف انجمن‌های علمی مرتبط در حیطه سلامت روان • بازبینی برنامه نظارت و اعتباربخشی و رتبه‌بندی گروه‌های آموزشی روانپزشکی و روانشناسی و مددکاری اجتماعی کشور برای اعطای انجام آن توسط مؤسسات غیردولتی (انجمن‌های علمی و...) • فراهم کردن زمینه برای بهره‌گیری از تجارب و دانش کشورهای موفق جهان در برنامه‌های آموزشی سلامت روان • تربیت نیروی انسانی لازم در رشته‌های مرتبط با سلامت روان متناسب با سند برآورد نیروی انسانی این بخش • در اولویت قرار دادن ارتقای علمی اساتید دانشگاه‌ها در مباحث سلامت روان • بازنگری، ارتقا و استاندارد نمودن دوره آموزشی کارآموزی روانپزشکی و اجباری کردن دوره کارورزی روانپزشکی متناسب با وظایف پزشک خانواده افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان در دانشگاه‌ها در رشته‌های مرتبط با سلامت روان
<p style="text-align: center;">معاونت توسعه مدیریت و منابع</p>	<p>مرکز بودجه و پایش عملکرد، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی، اداره کل امور مالی و ذیحسابی، دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تأمین و گسترش منابع (نیروی انسانی، بودجه، تجهیزات) در کلیه سطوح مدیریت، برنامه‌ریزی و ارایه خدمات سلامت روان • هماهنگی جهت جذب نیروهای طرحی و ضریب کا در حوزه‌های مرتبط با سلامت روان مطابق با نیاز حوزه‌ها و صلاحیت نیروها • انجام هماهنگی‌های لازم جهت افزایش بودجه سلامت روان کشور • نظارت بر حسن هزینه کرد بودجه‌های سلامت روان در کلیه سطوح برنامه‌ریزی، علمی و اجرایی • کمک به شفاف شدن و تثبیت ساختار تشکیلاتی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در سطح وزارت بهداشت و گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و در سطح دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها
<p style="text-align: center;">معاونت تحقیقات و فناوری</p>	<ul style="list-style-type: none"> • طراحی و استقرار اولویت‌های تحقیقاتی سلامت روان توسط شبکه بهداشت روان • جلب حمایت برای جذب بودجه تحقیقاتی سلامت روان از سهم ملی و تخصیص بودجه تحقیقاتی ویژه برای پژوهش‌های کاربردی سلامت روان به صورت منطقه‌ای و استانی و حمایت یا کمک به ارزیابی نتایج تحقیقات و انتشار در مجلات داخلی و خارجی • انجام پیمایش دوره‌های سلامت روان توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت 	
<p style="text-align: center;">سازمان غذا و دارو</p>	<p>هماهنگی و برنامه‌ریزی جهت تدوین داروهای روانپزشکی مورد نیاز در سطح کشور</p>	
<p style="text-align: center;">مرکز امور دانشجویی و فرهنگی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اجرای برنامه‌های آموزشی و ترویجی سلامت روان ویژه دانشجویان دانشگاه‌ها و توسعه و ارتقای کلیتیک‌های مشاوره دانشجویان کلیه دانشگاه‌ها • تدوین برنامه ارتقای نشاط دانشجویان و کارکنان دانشگاه 	
<p style="text-align: center;">مشاور وزیر در امور هیات امانا</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ملحوظ کردن ارزیابی عملکرد رؤسای دانشگاه‌ها بر اساس میزان موفقیت برنامه‌های سلامت روان و حمایت از این برنامه‌ها • تصویب ساختار و نیروهای انسانی لازم برای توسعه برنامه‌های سلامت روان در شهرها و روستاها 	
<p style="text-align: center;">مشاور وزیر در امور بخش خصوصی</p>	<p>انتقال حساسیت وزارت بهداشت به بخش خصوصی فعال در سلامت روان و تنظیم میثاق نامه انتظارات طرفین (بخش خصوصی و وزارت بهداشت)</p>	
<p style="text-align: center;">روابط عمومی</p>	<p>تدوین و اجرای برنامه سالانه روابط عمومی برای اطلاع رسانی در زمینه سلامت روان (ویژه مردم، تصمیم‌گیرندگان)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • تصویب سند سیاست سلامت روان و ابلاغ به واحدهای تابعه و دانشگاه‌ها و دریافت گزارش فصلی از میزان پیشرفت برنامه از شورای مراقبت • تصویب تکالیف و انتظارات بین‌بخشی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ابلاغ به کارگروه‌های تخصصی استانی • تشکیل کمیسیون تخصصی سلامت روان و اجتماعی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و تشویق دستگاه‌ها در طول برنامه • حمایت از تخصیص منابع برای مورد نیاز برای کلیه سطوح خدمات سلامت روان (سطوح ملی، استانی، شهرستانی، شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه) • هماهنگی برای تصویب قانون سلامت روان در مجلس • جلب حمایت و مشارکت سازمان‌های بین‌المللی در ارتقای خدمات سلامت روان و عضویت ایران در شبکه جهانی سلامت روان و ورود به حیطه فعالیت‌های مشترک جهانی 	<p>شورای سیاست‌گذاری و شورای معاونان</p>
<p>مهلت زمانی کلیه اقدامات بین‌بخشی: انعقاد تفاهم‌نامه همکاری پایان شهریورماه ۱۳۹۱، لحاظ کردن در برنامه عملیاتی حوزه سال ۱۳۹۱ تا پایان خرداد ۱۳۹۱، پایش پیشرفت عملیات (دو نوبت در سال پایان خرداد ماه و پایان آبان ماه) مهلت تکمیل کلیه اقدامات و پروژه‌ها تا پایان ۱۳۹۳ خواهد بود.</p>	
<p>تقسیم کار بین‌بخشی سند سیاست سلامت روان کشور</p>	
<p>(اقدامات و پروژه‌های مورد انتظار)</p>	<p>سازمان بین‌بخشی</p>
<p>فرمایشات حمایتی و ارشادی برای ارتقای سلامت روان و دعوت کلیه قوا و جامعه به تلاش برای کاهش عوامل خطر بیماری‌های روانی</p>	<p>دفتر مقام معظم رهبری</p>
<p>تدوین، ابلاغ و پایش سیاست‌های کلان مدیریت عوامل خطر بیماری‌های روانی در جامعه در راستای چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور</p>	<p>مجمع تشخیص مصلحت نظام</p>
<p>تصویب سیاست‌های مؤثر برای حفظ امنیت ملی و توجه به اثرات آن در ارتقای سلامت روانی و اجتماعی</p>	<p>شورای عالی امنیت ملی</p>
<p>مراقبت و حمایت از تصویب قوانینی که با عدالت در سلامت تطابق دارد.</p>	<p>شورای نگهبان</p>
<p>سنجش وضعیت سلامت روان نیروهای مسلح و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت روان در این نیروها، تعیین سهم و نقش نیروهای مسلح در حفظ و ارتقای سلامت روان افراد جامعه و استقرار آن (با همکاری وزارت بهداشت)</p>	<p>ستاد فرماندهی کل نیروهای مسلح</p>
<p>مشارکت مؤثر در کمیته رسانه و سلامت روان و اجتماعی وزارت بهداشت و اجرای برنامه مشترک تدوین شده در ارتقای سلامت روان جامعه (سطح ملی و استانی) تدوین منشور حفظ و ارتقای سلامت روان از طریق رسانه‌های تحت مدیریت صدا و سیما، تصویب و ترویج آن برای اصحاب رسانه</p>	<p>سازمان صدا و سیما</p>
<p>پیشگیری از زندانی کردن نایجابی افراد مبتلا به اختلالات روانی، درمان اختلالات روانی و رفتاری در زندان‌ها، کاهش پیامدهای زندانی کردن بر سلامت روان، آموزش کارکنان و قضات دستگاه قضایی با نگاه سلامت محوری، استفاده از فرصت آموزش مردم و مراجعین به صورت داوطلبانه و اجباری (مانند دریافت خدمات مشاوره برای افراد دچار آسیب‌های اجتماعی یا...)، حمایت روانی از خانواده زندانیان، ارتقای سلامت روان کارکنان زندان‌ها، دفاتر حمایت از اطفال و زنان در کلیه استان‌ها</p>	<p>قوه قضائیه</p>
<p>تصویب قانون سلامت روان، اجرای پیوست سلامت قوانین، جدی کردن و استقرار شیوه‌های جدید نظارت بر حسن اجرای برنامه‌ها و قوانین مصوب</p>	<p>مجلس شورای اسلامی</p>
<p>اجرای پیوست سلامت سیاست‌ها، لایحه‌ها و برنامه‌های کلان دولت</p>	<p>نهاد ریاست جمهوری</p>

تصویب سند همکاری بین‌بخشی ارتقای سلامت روان در شورای انقلاب فرهنگی	شورای عالی انقلاب فرهنگی
مدیریت مؤثر برای پیشگیری از آلودگی های زیست محیطی مضر به سلامت روان، اجرای پیوست زیست محیطی، حفظ سرمایه های زیست محیطی کشور،.....	سازمان محیط زیست
تدوین سیاست‌ها و نظارت مؤثر و مبتنی بر شواهد در مورد مداخلات کاهش عرضه و تقاضا	ستاد مبارزه با مواد مخدر
آمادگی کامل در حوادث غیرمترقبه (به دلیل بار روانی اجتماعی متعاقب)	سازمان مدیریت بحران
تدوین برنامه ارتقای سلامت اجتماعی با مشارکت وزارت بهداشت، جلب همکاری و توانمندسازی شوراهای اسلامی شهر و روستا و شهرداری‌ها و دهیاری‌ها برای ارتقای سلامت ساکنین تحت پوشش، ارایه مجوز و حمایت از عملکرد سمن‌های حوزه سلامت روان، آگاهی بخشی و مشارکت استانداران و کارگروه‌های تخصصی استان‌ها در ارتقای سلامت روان، تأمین و صیانت از آزادی‌های سیاسی و اجتماعی شهروندان در چارچوب قانون اساسی (به عنوان مهمترین عامل خطر توصیه شده سازمان جهانی بهداشت برای تهدید سلامت روان)، تأمین امنیت به عنوان ضابط قضایی (مواد مخدر، قاچاق، منکرات و فساد، پیشگیری از وقوع جرم، دستگیری متهمین و مجرمین و جلوگیری از فرار و اختفای آنها)	۱. وزارت کشور
بررسی وضعیت سلامت روان معلمان و مربیان و ارتقای آن، سنجش وضعیت سلامت روان ترک تحصیلی‌ها و استقرار سیاست مؤثر مدیریت ترک تحصیل، توانمندسازی انجمن اولیا و مربیان برای ترویج برنامه‌های ارتقای سلامت روان در مدارس و آموزش به خانواده‌های دانش آموزان و مدیران مدارس، ارزیابی محتوی کتب درسی فعلی از نظر پوشش دادن اصول بهداشت روان در کلیه مقاطع تحصیلی و بازبینی احتمالی در محتوی، وارد کردن سیاست‌های ضد تبعیض به مدارس، گنجاندن مهارت‌های زندگی در برنامه آموزشی به منظور اطمینان از این امر که مدارس محیطی دوستانه برای کودکان هستند، رسیدگی به نیازهای کودکان دارای احتیاجات خاص از قبیل کودکانی که ناتوانی‌هایی در امر یادگیری دارند تأمین و تربیت مراقبین سلامت مدرسه به تعداد کافی در کلیه مدارس، مشارکت و حمایت از ایجاد مدارس مروج سلامت، حمایت از تجهیز نمودن فضای فیزیکی مدارس و ایجاد محیط مناسب، راحت و استاندارد، سنجش وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان استثنایی، خانواده آنها و کارکنان و برنامه‌های ارتقایی (از طریق واحد پیشگیری و بهداشت و واحد مشاوره و مددکاری سازمان)	۲. وزارت آموزش و پرورش: سازمان آموزش و پرورش استثنایی
سنجش وضعیت سلامت روان دانشجویان و کارکنان، توسعه مراکز مشاوره سلامت روانی در دانشگاه‌ها، گنجاندن واحدهای درسی مرتبط برای افزایش سواد سلامت روان دانش‌آموختگان و تأثیر عملکرد تخصصی آنها بر سلامت مخاطبان، اجرای برنامه‌های ارتقای نشاط در جامعه دانشگاهی، کاهش استرس‌های ناشی از آزمون‌های دوره‌ای، رسیدگی به وضعیت و تبعات روانی مردودین کنکور، یکسان‌سازی محتوای درسی رشته‌های روانشناسی و هماهنگی با نهادهای ذیربط در خصوص کتاب‌های آموزشی مجاز در دانشگاه‌ها، تأمین نیروی انسانی لازم برای ارتقای سلامت روان متناسب با سند برآورد نیروی انسانی	۳. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
افزایش اشتغال گروه‌های آسیب‌پذیر، خلق یک محیط کاری مثبت و عاری از تبعیض و خشونت با برنامه‌های کمک به استخدام‌شدگان و وضعیت‌های کاری قابل قبول، گنجاندن افراد به بیماری‌های روانی شدید در نیروی کار، پذیرش سیاست‌هایی که سطوح بالای استخدام را ترویج می‌کنند، افراد را در زمره نیروی کار نگه می‌دارند، و به افراد بیکار کمک می‌کنند. تأمین بیمه‌های خدمات روانپزشکی، پرداخت مستمری به معلولین ذهنی و میتالیان به اختلالات روانپزشکی حمایت و توانبخشی از خانواده‌های بی‌سرپرست، خودسرپرست، ایتم، کودک خیابانی و بدسرپرست، دختران و زنان پناهجو و آسیب‌دیده، ارایه حمایت و توانبخشی افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی، پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، تدارک امکانات پیشگیری و توان بخشی حرفه‌ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی‌سرپرست و معلولین و سالمندان، مد نظر قرار دادن وجود و شدت بیماری‌های روانی به عنوان عواملی در اولویت‌بندی دریافت منافع رفاه	۴. وزارت تعاون، رفاه و کار □ کمیته امداد امام (ره) □ سازمان بهزیستی □ سازمان تأمین اجتماعی □ بیمه خدمات درمانی □ مرکز تحقیقات و تعلیمات حفاظت فنی و بهداشت کار

وزارتخانه‌ها

	<p>اجتماعی، در دسترس قرار دادن منافع برای اعضا خانواده در صورتی که آنها مراقبین اصلی بیمار باشند، آموزش کارکنان خدمات رفاه اجتماعی در مورد سلامت روان، ایجاد مرکز رسیدگی به تخلفات شغلی و سوء رفتار با کارکنان، حمایت از تأسیس و راه‌اندازی واحد‌های شغلی توسط افراد کم درآمد، تقویت خدمات توانبخشی بیماران روانی، هماهنگی جهت ساماندهی بیماران روانی خیابانی، افزایش تعرفه‌های بیمه‌ای جهت به حداقل رساندن هزینه‌های درمانی پرداختی توسط بیماران، تحت پوشش بیمه قرار دادن کلیه خدمات درمانی دارویی و غیردارویی برای بیماران روانی اعم از خدمات بستری، روانپزشکی، روان درمانی، مشاوره، کاردرمانی، پاراکلینیکی و آزمایشگاهی (الکتروشوک، ام آر آی، رادیولوژی، نوار مغزی، سی تی اسکن)، ارایه خدمات درمانی (سرپایی، بستری، پاراکلینیکی) تحت پوشش بیمه‌های دولتی در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های خصوصی، نظارت بر کیفیت ارایه خدمات در مهدکودکها و برنامه‌ریزی جهت ارتقای سلامت روان کودکان مهدکودک‌ها، سنجش وضعیت سلامت روان مددجویان کمیته امداد (اداره بهداشت و درمان و امور بیمه)</p>
<p>۵. وزارت راه و مسکن</p>	<p>اولویت به مسکن به افراد دچار بیماری روانی، تعیین مراکز برای سکونت بیماران روانی (از قبیل منازل موقت)، پیشگیری از تبعیض در مکان منازل این افراد، پیشگیری از تفکیک جغرافیایی مبتلایان به اختلالات روانی، نظارت بر نرخ اجاره و رهن مسکن و برنامه‌ریزی جهت افزایش بی‌رویه آن</p>
<p>۶. وزارت ورزش و جوانان</p>	<p>توسعه ورزش همگانی به ویژه برای افراد آسیب‌پذیر، برنامه‌ریزی و مدیریت تفریحات جامعه در کلیه گروه‌های سنی</p>
<p>۷. وزارت صنایع و بازرگانی</p>	<p>تأمین سلامت روان کارگران، تعهد کارفرمایان و سندیکاها و بازرگانان برای حفظ و ارتقای سلامت روان مصرف‌کنندگان از طریق ارایه محصول و خدمت مناسب</p>
<p>۸. وزارت جهاد کشاورزی</p>	<p>تأمین سلامت روان کشاورزان و عشایر و تعهد عملی کلیه صاحبان زنجیره تولید غذا به حفظ و ارتقای سلامت روان مصرف‌کنندگان</p>
<p>۹. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی</p>	<p>حمایت کامل و جدی از کتب و نشریات و تولیدات هنری مرتبط به ارتقای سلامت روان و تشویق محصولات ممتاز در این زمینه، توسعه موسیقی سنتی ایران، توسعه گردشگری و تفریحات جامعه به ویژه برای اقشار آسیب‌پذیر، استقرار سیاست‌های خبرگزاری‌ها در حمایت طلبی برای سلامت روان</p>
<p>۱۰. وزارت اقتصاد و دارایی</p>	<p>پذیرش سیاست‌هایی در مورد اصلاحات اقتصادی که فقر نسبی و نیز فقر مطلق را کاهش می‌دهند، تصحیح هر گونه اثر بالقوه منفی اصلاحات اقتصادی بر بیکاری</p>
<p>۱۱. وزارت نیرو</p>	<p>توجه به ارتقای سلامت روان کارکنان وزارت نیرو و تحلیل سهم و نقش وزارت‌خانه متبوع در ارتقای سلامت روان جامعه</p>
<p>۱۲. وزارت ارتباطات و فناوری</p>	<p>اختصاص امکانات ارتباطات و فناوری برای ترویج سواد سلامت روان از جمله پیامک کوتاه، بررسی و تحدید اثرات مضر امواج بر سلامت روان</p>
<p>۱۳. وزارت اطلاعات</p>	<p>توجه به ارتقای سلامت روان کارکنان وزارت اطلاعات، تعیین سهم و نقش وزارت خانه متبوع در ارتقای سلامت روان جامعه</p>
<p>۱۴. وزارت دفاع</p>	<p>برنامه‌های مدون برای ارتقای سلامت روان سربازان و نیروهای مسلح</p>
<p>۱۵. وزارت دادگستری</p>	<p>ایجاد نظام پایش‌کننده قوانین مصوب مربوط به سلامت روان و اجتماعی از جمله قانون سلامت روان، قانون کودک‌آزاری و خشونت‌های خانگی</p>
<p>۱۶. وزارت نفت</p>	<p>تأمین و ارتقای سلامت روان کارگران بخش صنعت و مناطق ویژه اقتصادی</p>
<p>۱۷. وزارت خارجه</p>	<p>همکاری برای تأمین و ارتقای سلامت روان مهاجرین ایرانی در خارج از کشور، دیپلماسی مؤثر سلامت از طریق ایجاد دفتر یا سیستم مرتبط در وزارت‌خانه</p>
<p>سمن‌ها</p>	<p>جلب حمایت سیاست‌گذاران و رصد وضعیت سلامت روان و حمایت از بیماران و افراد دارای عوامل خطر</p>
<p>مهلت زمانی کلیه اقدامات بین‌بخشی: انعقاد تفاهم‌نامه همکاری و لحاظ کردن در برنامه عملیاتی سازمان تا پایان سال ۱۳۹۰، پایش پیشرفت عملیات در دو نوبت: پایان خرداد ماه و پایان آبان ماه</p>	

جدول زمان بندی استقرار سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

	سال های اجرای برنامه					پروژه ها و اقدامات
	۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴	
آماده سازی استقرار						۱. حمایت و تصویب سند در شورای سیاست گذاری، شورای عالی س.ا.غ کشور و ابلاغ به استانداران، تشکیل کمیسیون تخصصی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
						۲. ابلاغ شیوه نامه استقرار سند در استان ها و جلب حمایت در شوراهای کشوری (اجلاس رؤسای دانشگاه ها، شورای معاونان بهداشتی و درمانی) جلسه توجیهی آموزشی کارشناسان دانشگاه و تنظیم تفاهم نامه همکاری ستاد و دانشگاه
						۳. انتخاب و انتصاب اعضای شورای مراقبت از برنامه های سلامت روان (کمیته کشوری) و تدوین برنامه و شیوه مدافعه گری و برگزاری سه جلسه تا پایان سال
						۴. جلب حمایت برای افزایش منابع مالی برنامه های سلامت روان (از جمله شناسایی فرصت های بودجه ای دستگاه ها) و ساختار مؤثر در ستاد و دانشگاه مطابق مذاکرات
						۵. برگزاری مذاکرات بین بخشی و درون بخشی، تعیین پیام گزار سلامت واحدها و انعقاد تفاهم نامه همکاری، برگزاری اولین جلسه توجیهی با پیام گزاران سلامت
						۶. تعیین فهرست نهایی اولویت های تحقیقاتی منطبق بر نیازهای سند و برون سپاری آنها و کاربست نتایج در شورا
						۷. ظرفیت سازی در اداره سلامت روان (تقسیم کار، استقرار نظام پایش اهداف سند، آموزش کارشناسان و ...)
						۸. تصویب کمیته رسانه «سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد» و انتشار اولین سری پیام های سلامت روان از کلیه رسانه ها
						۹. جلب حمایت استقرار سند در کمیسیون بهداشت و درمان و کمیسیون اجتماعی مجلس
						۱۰. مطالعه کمبود نیروی انسانی سلامت روان و شیوه تأمین آن و جلب حمایت برای آن
						۱۱. بازنویسی هشت برنامه سلامت روان و تدوین پروژه های سال ۱۳۹۱
						۱۲. تدوین شرح خدمات و برون سپاری بررسی وضعیت سلامت روان حاشیه شهر
						۱۳. جمع بندی الزامات استقرار سند در سطح استان ها برای تصویب در هیات های امانا و جلب حمایت برای تصویب
						۱۴. اجرای برنامه جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی
						۱۵. سازماندهی نظام اعتباربخشی بیمارستان های عمومی، بیمارستان های روان پزشکی و مراکز سلامت روان جامعه نگر و همچنین نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی مراقب سلامت روان و تدوین برنامه سال ۱۳۹۱
						۱۶. جمع آوری تحقیقات حوزه مدیریت سلامت روان و کاربست نتایج آنها
						۱۷. پایش تفاهم نامه های درون و برون بخشی
						۱۸. امکان سنجی استقرار مراکز توانمندسازی منطقه ای مراقبان سلامت روان در پهنه جغرافیایی
						۱۹. ارزشیابی برنامه های سلامت روان و بازنگری برنامه های اجرا شده
						۲۰. ارزشیابی مداخلات اجرا شده سند سیاست و تدوین برنامه پنج ساله و تعیین احکام قانونی مرتبط
					۲۱. تدوین منشور سلامت روان ایرانیان و شیوه استقرار آن از نیمه دوم سال ۱۳۹۱	
					۲۲. نهایی کردن مدل شهری (از جمله حاشیه شهر) ارتقای سلامت روان و شیوه استقرار مدل در سال ۱۳۹۲	
					۲۳. کاربست نتایج پروژه برنامه ادغام سلامت روان در شبکه و تعیین پروژه های سال ۱۳۹۱	

پیشگیری سطح اول

	←	۲۴. طراحی شیوه‌نامه ارتقای سلامت روان کارکنان در محل کار (از جمله کارکنان نظام سلامت) و جلب حمایت تصویب و ابلاغ	پیشگیری و سطح دوم
	←	۲۵. بازنگری، جلب حمایت و تصویب قانون سلامت روان	
	←	۲۶. تدوین برنامه عملیاتی پیشگیری از خشونت اجتماعی و نگاهت نهادی و تصویب آن در کمیسیون تخصصی	
		۲۷. انتشار مونوگراف ماهانه سلامت روان ویژه وزرا، معاونان و مدیران کل قوای سه گانه و سایر ذینفعان	
	←	۲۸. تعیین مؤلفه‌ها و اقدامات قابل ادغام سلامت روان در سه برنامه سلامت باروری، سلامت مدارس و تکامل کودکی	
	←	۲۹. مطالعه وضعیت فعلی مشاوره سلامت روان دانش آموزان و بازنگری نظام فعلی و تدوین بسته آموزشی و ترویجی	
	←	۳۰. تدوین راهنمای هنرمندان در ارتقای سلامت روان (به منظور تولید محصولات هنری مفید)	
		۳۱. تدوین برنامه مدون و منسجم هفته بهداشت روان در سراسر کشور با اهداف ویژه منطبق با سند	
	←	۳۲. بازنگری نظام ارایه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران، سطح بندی و تعیین تعداد مناسب	
	←	۳۳. طراحی راهنماهای پیشگیری، مراقبت و ارجاع بیماران روانی جهت به کار گیری در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع	
	←	۳۴. برنامه عملیاتی توسعه خدمات تخصصی سلامت روان در در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشکی خانواده،	
	←	۳۵. طراحی بسته غربالگری و مراقبت بیماران روانی در موارد اولویت دار و اجرای آن از سال ۱۳۹۲	
	←	۳۶. تدوین برنامه عملیاتی ارتقای وضعیت اورژانس‌های روانپزشکی و ابلاغ شیوه‌نامه به دانشگاه‌ها	
	←	۳۷. تدوین راهنماهای مشاوره و مداخله در مواقع بحرانی برای مداخلات اورژانس روان پزشکی	
	←	۳۸. تعیین ضروریات سواد سلامت روان در کلیه گروه‌های علوم پزشکی و جلب حمایت برای گنجاندن در کاریکولوم و بازآموزی‌ها	
		۳۹. اجرای برنامه‌های جلب حمایت و تشویق بیمارستان‌ها در اختصاص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستانی و بخش‌های سایکوسوماتیک	
	←	۴۰. ارزیابی نتایج پایلوت راهاندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر و طراحی تصمیم برای ادامه کار آن (از جمله ادغام)	
	←	۴۱. تدوین یا بازنگری بسته حمایتی بیماران روانی (از جمله بسته مراقبت‌های پس از ترخیص) و تصویب و اجرای آن	سطح سوم
	←	۴۲. تدوین و ابلاغ شیوه‌نامه گروه‌های خودیار ویژه بیماران روانی (در سطوح شبکه، بخش خصوصی و...) و طراحی بسته‌های آموزشی	
	←	۴۳. امکان‌سنجی برای راهاندازی بیمارستان ویژه بزهکاران دچار بیماری‌های روانپزشکی و اجرای تصمیمات	
		۴۴. اجرای برنامه مستمر جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی	
توضیح: علامت فلش نشان‌دهنده این است در سال‌های ۹۲ و ۹۳ نتیجه حاصل از پروژه سال ۱۳۹۱ در سطح کشور عملیاتی خواهد شد.			

فصل سوم

بحث و پیشنهاد

استفاده از خرد جمعی و افزایش مالکیت برنامه، ارزیابی قوت‌ها و ضعف‌های حوزه ستادی سلامت روان، تدوین مستندی برای جلب حمایت بین‌بخشی و افزایش منابع چهار هدف کاربردی مهم در تدوین این سند سیاست بود. با اینکه تکالیف زیادی برای واحدهای درون و برون‌بخش تعریف شده است اما جدول زمان‌بندی نشان می‌دهد که ایجاد تعهد و رضایت بخش‌ها برای همکاری در گرو تلاش مضاعف کارشناسان خبره حوزه سلامت روان کشور (اداره سلامت روان) است و این یک درس آموخته شده در استقرار اقدامات بین‌بخشی سلامت است به ویژه اینکه تحلیل وضعیت نظام سلامت روان کشور نشان می‌دهد که در حال حاضر محیط درونی در ضعف و محیط بیرونی در تهدید قرار دارد و بهبود موقعیت فعلی نیازمند ظرفیت‌سازی درونی نظام سلامت روان و توسعه همکاری بین‌بخشی (از جمله مشارکت مردم) است.

در دو دهه گذشته برنامه‌های ملی مختلفی در حوزه سلامت روان تهیه و به اجرا گذاشته شده است، میثاق سلامت روان کشور (۱۳۸۵)، طرح جامع سلامت روان (۱۳۸۲)، سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت روان ابلاغی توسط وزیر بهداشت (۱۳۸۰) و برنامه بهداشت روان (۱۳۶۵). در بررسی‌های به عمل آمده مستندی مبنی بر ارزشیابی از نتایج اجرای این برنامه‌ها به دست نیامد. مقایسه برنامه فعلی با برنامه‌های قبلی ویژگی‌های این کار جمعی را در جدول زیر آشکار می‌کند:

معیارهای مقایسه	برنامه‌های قبلی	برنامه فعلی
تحلیل وضعیت	اغلب بر مبنای شاخص‌های سلامت روان	<ul style="list-style-type: none"> بر اساس تحلیل وضعیت نظام سلامت روان کشور شاخص‌های سطح اثر و پیامد وضعیت برنامه‌ها یا مداخلات فعلی سلامت روان
مشارکت ذینفعان درون و برون‌بخش	تکالیف شفاف نبوده است	<ul style="list-style-type: none"> مشارکت واحد‌های ستادی وزارت بهداشت و تعیین انتظارات تعیین تکالیف مراجع فرادستی و سازمان‌های بین‌بخشی مشارکت کارشناسان سلامت روان
استفاده از مداخلات متنوع	توجه به پیشگیری سطح ۲ و ۳	توجه مضاعف به مداخلات پیشگیری سطح اول و مولفه‌های اجتماعی سلامت و عوامل خطر سلامت روان
تجربیات بین‌المللی	تأکید بر گزارش جهانی سال ۲۰۰۱	از کلیه گزارش‌های منتشر شده بعد از ۲۰۰۰ بهره گرفته شده
توجه به اسناد بالادستی و همزمانی با برنامه توسعه	تأکید بر قانون اساسی	طیفی از اسناد بالادستی از سیاست‌های ابلاغی رهبری، چشم انداز ۲۰ ساله، نقشه جامع علمی و نقشه تحول نظام سلامت
مشروعیت برنامه	به غیر از یک برنامه که با ابلاغ وزیر وقت بوده است مشروعیت باقی برنامه‌های نامعلوم است.	<ul style="list-style-type: none"> تصویب شورای سیاست‌گذاری تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
نظام استقرار و عملیاتی شدن آن	در اغلب موارد مستند عملیات در دسترس نیست	الزامات استقرار برنامه به صورت تقسیم کار، آماده‌سازی کارشناسان ستاد، ساختار عملیات کار، شیوه‌نامه استقرار در سطح استان‌ها، تفاهم‌نامه‌های درون و برون‌بخشی

با اینکه این ویژگی‌های مدیون افزایش یادگیری سازمانی در وزارت بهداشت در تدوین و استقرار برنامه‌های راهبردی است اما این مزایا نباید خطر فراموش شدن برنامه‌ها به دنبال تغییر مدیران را رقیق کند، بنابراین لازم است کلیه اقدامات نهاده‌سازی برنامه طراحی و به اجرا گذاشته شود. با توجه به وضعیت تغییرات مدیریتی و سیاسی کشور اجرای برنامه در سه مرحله پیش‌بینی شده است:

- مرحله آماده‌سازی استقرار (تا پایان سال ۱۳۹۰)
- مرحله بسترسازی مداخلات (سال ۱۳۹۱)
- مداخلات (۱۳۹۲-۱۳۹۳)
- ارزشیابی و تصمیم برای برنامه بعدی (۱۳۹۴)

تعیین و توجیه رابطان واحدهای درونی وزارت بهداشت و رابطین دستگاه‌های خارج از وزارت بهداشت با عنوان پیام‌گزاران سلامت روان و استقرار نظام انگیزشی آنها کمک خواهد کرد تا همکاری بین‌بخشی و هماهنگی درون‌بخشی قوت بگیرد و فرایند فرسایشی پیگیری‌های سنتی جای خود را به ارتقای مسؤلیت‌پذیری و پاسخگویی شرکا می‌دهد. استقرار نظام مدیریت پروژه و کاربست نتایج آنها در حوزه ستادی و سازماندهی شیوه پایش دانشگاه‌ها و استفاده از خبرگان و ذخایر سلامت روان در کمیته کشوری (شورای مراقبت از برنامه‌های سلامت) همه و همه به نهاده‌سازی و استقرار هر چه بهتر کمک خواهد کرد.

آن چه که به طور عملی متولیان را به اهداف راهبردی تعیین شده نزدیک می‌کند همکاری و اقدام عملیاتی دانشگاه‌ها در پهنه جغرافیایی کشور است و این مهم فقط با کمک رؤسا، معاونان و رؤسای شبکه‌های بهداشتی درمانی قابل انجام خواهد بود. با توجه به بلوغ اغلب دانشگاه‌های علوم پزشکی در جنبه‌های آموزشی، پژوهشی و خدمات لازم است شیوه‌نامه استقرار سند حاضر به صورت راهنما ابلاغ گردد و با استفاده از خلاقیت و ابتکار عمل دانشگاه‌ها این اهداف به دست بیاید. در نظر داشتن این اقدام دانشگاه‌ها برای ارزشیابی و رتبه‌بندی بسیار مهم خواهد بود.

شیوه‌نامه و جدول زمان‌بندی استقرار سند در استان‌ها

این شیوه‌نامه به منظور تسهیل استقرار سند سلامت روان در سطح استان نوشته شده است:

مراحل و زمان‌بندی استقرار سند سلامت روان اجتماعی و اعتیاد در استان‌ها	
مرحله یک: حساس‌سازی و جلب حمایت مسؤولان ارشد استان	
پایان خرداد ماه	<p>طرح سند سلامت روان در کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی و جلب حمایت استاندار و مسؤولان استان و شکل‌گیری تعهد جمعی برای اقدامات ارتقای سلامت روان از طریق تصویب دو مورد زیر:</p> <p>الف) تشکیل کمیته دائمی سلامت روانی و اجتماعی استان ذیل کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی با ترکیب: نماینده استانداری از دو معاونت برنامه‌ریزی و معاونت اجتماعی و امنیتی، معاون درمان، معاون بهداشت، نماینده رؤسای شبکه‌های، نماینده فرمانداران، نماینده شهرداران، رئیس سازمان بهزیستی، رئیس سازمان بیمه، رئیس اداره کار و امور اجتماعی، رئیس استانی شوراهای اسلامی شهر و روستا، نماینده منتخب سمن‌های استان (به انتخاب خود سمن‌ها)، مدیرگروه روانپزشکی دانشگاه سه کارشناس مسؤول در حیطه‌های سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد (سایر افراد خبره و ذینفعان اجرایی به پیشنهاد و تصویب کمیته عضویت می‌یابند).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ رئیس این کمیته رئیس دانشگاه و دبیر آن معاون بهداشتی یا درمانی به انتخاب رئیس دانشگاه خواهد بود و احکام اعضا توسط رئیس دانشگاه به مدت چهار سال صادر می‌گردد. ▪ وظایف این کمیته تدوین برنامه عملیاتی، هماهنگی برای تأمین منابع و نظارت بر حسن اجرای برنامه است. ▪ نحوه تأمین مالی پروژه‌ها در مقاطع سالانه ترکیبی از منابع خود دستگاه، بودجه وزارت بهداشت و کمک‌های استانداری خواهد بود. <p>ب) تصویب ضرورت تدوین برنامه عملیاتی سالانه برای ارتقای سلامت روان استان</p> <p>ج) ارسال صورت‌جلسه کارگروه تخصصی به وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>
مرحله دو: تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۱	
پایان مرداد ماه	<p>تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۱ بر اساس مداخلات مندرج در سند سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد به تفکیک معاونت‌ها، دانشکده‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی دانشگاه، دستگاه‌های اجرایی استان و میانجیان مشارکت مردم، تصویب آن در کارگروهی تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان و گزارش به وزارت بهداشت</p> <p>توضیح ۱: هر واحد می‌بایست پروژه و تکلیف مشخصی را داشته باشد.</p> <p>توضیح ۲: قالب و روش تدوین برنامه از طرف دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد از طریق کارگاه آموزشی آذر ماه آرایه خواهد شد.</p>

مرحله سوم: پایش و مراقبت از برنامه عملیاتی

پایان هر فصل

- تشکیل جلسات ماهانه کمیته سلامت روان دانشگاه در سال اول و جلسات دو ماه یکبار از سال دوم
 - تشکیل جلسات فصلی برای پایش پیشرفت پروژه‌های سلامت روان در کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی
 - ارایه گزارش پیشرفت به استاندار محترم استان و گزارش سه ماه یکبار به وزارت بهداشت در قالب اعلامی توسط دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد
- کنترل فنی، هماهنگی عمودی و افقی و مستندسازی فرایند استقرار سند در استان بر عهده کارشناسان مسؤول در هر سه حوزه سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد خواهد بود.

انتظارات ویژه از رییس دانشگاه و معاونان دانشگاه

پنج اولویت اصلی سند سیاست سلامت روان که از روسای محترم دانشگاه‌ها عملیاتی شدن آن انتظار می‌رود:

- ارتقای سواد سلامت روان مردم و میانجیان مشارکت مردم
- عملیاتی شدن سهم و نقش دستگاه‌ها در ارتقای سلامت روان
- ارتقای کیفیت و تداوم خدمات سلامت روان
- غربالگری برخی از بیماری‌های روانی و درمان و مراقبت از آنان
- فراهم کردن بستر استقرار برنامه‌های سلامت روان (ساختار، منابع مالی، نظام اطلاعات و آمار و تحقیقات، اختصاص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستانی به روانپزشکی و...)

بنابراین برای پرداختن به این اولویت‌ها انتظار می‌رود رؤسای محترم دانشگاه‌ها اقدامات زیر را انجام دهند:

۱. تشکیل مستمر جلسات کمیته سلامت روان اجتماعی و اعتیاد، پایش و مراقبت از برنامه عملیاتی سلامت روان اجتماعی و اعتیاد استان
۲. ایجاد هماهنگی بین واحدهای دانشگاه برای استقرار برنامه‌های سلامت روان از طرق مقتضی
۳. جلب همکاری بین‌بخشی از طریق تعریف سهم و نقش هر دستگاه و تصویب آن در کارگروه تخصصی و پایش مستمر هر دستگاه و تشویق دستگاه‌های موفق
۴. ایجاد زمینه مشاوره به دستگاه‌ها در تنظیم پروژه‌های سلامت روان از طریق کارشناسان روان، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه

۱. بوالهیری جعفر و همکاران. ارزشیابی ادغام بهداشت روان کشور در برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه انستیتو روانپزشکی تهران- مرکز تحقیقات بهداشت روان، تابستان ۱۳۸۸
۲. گزارش عملکرد دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد، سال‌های ۱۳۸۵ ۱۳۸۶ ۱۳۸۷ ۱۳۸۸
۳. گزارش دستاوردهای سی ساله جمهوری اسلامی ایران در سلامت روان، اجتماعی اعتیاد، وزارت بهداشت، ۱۳۸۷
۴. نقش سازمان‌های مردم نهاد در جلب مشارکت مردم در زمینه سلامت روانی و اجتماعی، تهیه شده در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، آذرماه ۱۳۸۹
۵. ساختار تشکیلاتی پیشنهادی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دی ماه ۸۶
۶. پیش‌نویس قانون سلامت روان
۷. نوربالا احمد علی، یاسمی محمد تقی و همکاران. طرح جامع سلامت روان کشور
۸. بوالهیری، جعفر؛ محیط، احمد. بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه هشترگرد (۷۲-۱۳۷۰). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۱ و ۲، ۲۴-۱۶
۹. داویدیان، هاراطون. بحثی کوتاه در باره اولویتهای بهداشت روانی در جمهوری اسلامی ایران. گزیده‌های از تازه‌های پزشکی، سال سوم، شماره ۴
۱۰. داویدیان، هاراطون. سخنی چند در باره پاره ای مسائل مربوط به بهداشت روانی در ایران. مجله نبض، سال دوم، شماره ۶، ۱۴-۶
۱۱. قائم مقام فراهانی، ضیاء؛ صمدی، رجب؛ چابک، علی؛ ۱۳۸۰. نخستین برنامه عملیاتی ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن.
۱۲. محیط، احمد؛ شاه محمدی، دود؛ بوالهیری، جعفر. ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴
۱۳. نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمد تقی؛ نگاهی به سیمای سلامت روان در ایران، تهران، ۱۳۸۰.
۱۴. گزارش توزیع جغرافیایی اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد - امکانات و خدمات موجود. دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت-۱۳۸۶

15. *Mental Health. Annual report of WHO. 2001*

16. *Prevention of Mental Disorders Effective Interventions and Policy Options. WHO. 2004*

17. *Improving Health System and Services for Mental Health (Mental health policy and service guidance package) WHO. 2009*

18. ***Mental health, resilience and inequalities. WHO. 2009***

19. *Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO. 2010*

20. *Mental Health Atlas. WHO. 2011*

پیوست (۱) نامه ابلاغ برنامه جامع ارتقای سلامت روان توسط وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسمه تعالی

شماره ۱۳۱۱ / ۱۰۰
تاریخ ۲۳ بهمن ۱۳۹۷
پست ۱۳۹۷

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر وزیر

جناب آقای دکتر اسرارخانم دکتر

مدان محترم ایشاد محترم ارشد محترم دانشکده روانشناسی

سلام علیکم

همانطور که مستحضر هستید سرمایه گذاری در جهت ارتقاء سلامت روان افراد جامعه موجب کاهش هزینه های اقتصادی مستقیم و غیر مستقیم ناشی از بیماری های روانی، کاهش آسیب های اجتماعی، کاهش هزینه های نظامی و اقتصادی، کاهش از کار افتادگی، ارتقاء بهره وری نیروی انسانی، کاهش فشار کاری ارائه کنندگان خدمات سلامت و تسریع در روند درمان بیماری های جسمی و کاهش بیماری های مرتبط شده و در نهایت تسریع در دستیابی به اهداف توسعه کشور را به دنبال خواهد داشت.

لذا با توجه به گستره عوامل تاثیر گذار در سلامت روان، اولویت های مندرج در این برنامه که به پیوست می باشد، جهت اجرا از سوی دستگاه های درون بخشی به شرح ذیل ابلاغ می گردد:

▪ **رواسی دانشگاههای علوم پزشکی**

- ارتقاء سواد سلامت روان مردم و میانجیان مشارکت مردم
- عملیاتی شدن سهم و نقش دستگاه ها در ارتقاء سلامت روان
- ارتقاء کیفیت و تداوم خدمات سلامت روان
- غربالگری برخی از بیماری های روانی و درمان و مراقبت از آنان
- فراهم کردن بستر استقرار برنامه های سلامت روان (ساختار، منابع مالی، نظام اطلاعات، آمار و تحقیقات، اختصاص سهم متناسبی از تخت های بیمارستانی به روانپزشکی و ...)

بِسْمِ تَعَالَى

شماره ۱۰۰ / ۱۲۱۱
تاریخ ۲۳ بهمن ۱۳۹۱
پست ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفعه ۵۰۰
دفعه ۵۰۰
دفعه ۵۰۰

۵۰۰

برای پرداختن به این اولویت‌ها انتظار می‌رود روسای محترم دانشگاه‌ها اقدامات زیر را انجام دهند:

۱. تشکیل مستمر جلسات کمیته سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد همراه با پایش و مراقبت از برنامه عملیاتی سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد استان
۲. ایجاد هماهنگی بین واحد‌های مختلف دانشگاه برای استقرار برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۳. جلب همکاری بین بخشی از طریق تعریف سهم و نقش هر دستگاه و تصویب آن در کارگروه تخصصی همراه با پایش مستمر هر دستگاه و تشویق دستگاه‌های موفق
۴. ایجاد امکان مشاوره به دستگاه‌ها در تنظیم پروژه‌های سلامت روان از طریق کارشناسان روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه

به منظور پایش مستمر استقرار این برنامه لازم است گزارش پیشرفت دانشگاه در هر فصل به معاونت بهداشت وزارت متبوع (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد) ارسال شود. بدیهی است میزان پیشرفت برنامه‌های ارتقاء سلامت روان استان در ارزشیابی‌های سالانه دانشگاه مدنظر خواهد بود.

▪ شورای سیاستگذاری

- پیگیری تصویب تکالیف و انتظارات بین بخشی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ابلاغ آنها به کارگروه‌های تخصصی استانی
- پیگیری تشکیل کمیسیون تخصصی سلامت روانی اجتماعی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- جلب حمایت و مشارکت سازمانهای بین‌المللی در ارتقاء خدمات سلامت روان و عضویت ایران در شبکه جهانی سلامت روان و ورود به حیطه فعالیت‌های مشترک جهانی

شماره ۱۲۱۱ / ج.د
تاریخ ۱۴۹۲/۸/۲۴
پشت دراز

جمهوری اسلامی ایران
سازمان بهداشت و درمان امور پزشکی
دانشگاه

■ معاونت بهداشت

- ارتقاء و غنی سازی بسته های خدمت سلامت روان در کلیه مقاطع سنی و برای گروه های پزشک و غیر پزشک (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)
- اجرای برنامه سلامت روان در محل کار و اجرای برنامه مدیریت استرس شاغلین در محل کار (مرکز سلامت محیط و کار)
- پشتیبانی از اجرای برنامه اقدام سلامت روان در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه (مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت)
- تقویت برنامه پزشک خانواده در کشور و بخصوص در مناطق شهری و ایجاد زمینه و امکانات مناسب جهت اجرای برنامه اقدام سلامت روان (مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت)
- ابلاغ چارچوب ارزشیابی برنامه های سلامت روان (مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت)
- انعقاد تفاهم نامه همکاری مشترک در زمینه مراقبت از عوامل خطر روانی در ابتلا به بیماری های غیر واگیر (دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر)
- انعقاد تفاهم نامه همکاری برای عملیاتی کردن برنامه های مشترک در مورد بیماری های واگیر (مرکز مدیریت بیماری های واگیر)

■ معاونت درمان

- تقویت و استاندارد سازی خدمات فوریت های روانپزشکی اعم از پایگاه های امداد رسانی اورژانس و بخش های اورژانس بیمارستان ها (مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی)
- تدوین بسته های خدمتی مطابق استانداردهای دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد برای بهبود شرایط فیزیکی،

بِسْمِ تَعَالَى

شماره ۱۴۱۱ / ۲۰۰
تاریخ ۱۳۸۱/۸/۲۳
پست داور

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه تهران
دفتر وزیر

درمانی و مراقبتی بیماران روانپزشکی بستری (دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت)

- تلاش برای افزایش پوشش بیمه درمان و مراقبت از بیماران روانپزشکی
- اختصاص سهم مناسبی از تخت های بیمارستان های عمومی به تخت های روانپزشکی؛ تدوین، اصلاح و ترویج بخشنامه حمایت از حقوق انسانی بیماران روانپزشکی به کلیه مراقبان سلامت؛ تدوین نقشه جغرافیایی راه اندازی بیمارستان های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه نگر بر اساس وضعیت توزیع بیماری های روانپزشکی در کشور و برنامه ریزی برای استقرار آنها در طول برنامه؛ همکاری و حمایت از تأمین منابع بیمارستانی روانپزشکی (فضای فیزیکی، تجهیزات، بودجه، نیروی انسانی)؛ تجهیز، گسترش و تقویت بخش های کاردرمانی در بیمارستان های دارای بخش روانپزشکی؛ راه اندازی بیمارستان ویژه بزهکاران دچار بیماری های روانپزشکی (دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)
- اعتباربخشی بیمارستان های عمومی، بیمارستان های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه نگر، رتبه بندی آنها بر اساس کیفیت خدمات سلامت روان و استقرار نظام نظارت همتایان و نظارت بر اجرای استانداردهای بیمارستانی؛ طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر کیفیت و عملکرد بخش خصوصی (کلینیک، مطب و بیمارستان ها) در حوزه سلامت روان؛ نهایی سازی آئین نامه راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه نگر (دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان)

■ معاونت آموزشی

- روزآمد نمودن برنامه های آموزشی کلیه رشته های مرتبط علوم پزشکی با محتوای ضروری و باید های سلامت روانی، اجتماعی و معنوی (تشکیل کارگروه مشترک معاونت های بهداشت و آموزشی)
- توسعه قطب های علمی سلامت روان در کشور

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر وزیر

- تشکیل ائتلاف انجمن های علمی مرتبط در حیطه سلامت روان
- بازبینی برنامه نظارت و اعتباربخشی و رتبه بندی گروه های آموزشی روانپزشکی، روانشناسی و مددکاری اجتماعی برای اعطای انجام آن توسط موسسات غیردولتی (انجمن های علمی و ...)
- فراهم کردن زمینه برای بهره گیری از تجارب و دانش کشورهای موفق جهان در برنامه های آموزشی سلامت روان
- تربیت نیروی انسانی لازم در رشته های مرتبط با سلامت روان متناسب با سنند برآورد نیروی انسانی این بخش
- در اولویت قرار دادن ارتقاء علمی اساتید دانشگاه ها در حوزه سلامت روان
- بازنگري، ارتقا و استاندارد نمودن دوره آموزشی کارآموزی روانپزشکی و اجباری کردن دوره کارورزی روانپزشکی متناسب با وظایف پزشک خانواده، افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاه ها در رشته های مرتبط با سلامت روان

■ **معاونت توسعه مدیریت و منابع**

- تأمین و گسترش منابع (نیروی انسانی، بودجه، تجهیزات) در کلیه سطوح مدیریت برای برنامه ریزی و ارائه خدمات سلامت روان
- هماهنگی جهت جذب نیروهای طرحی و ضربی کما در حوزه های مرتبط با سلامت روان مطابق با نیاز حوزه ها و صلاحیت نیروها
- انجام هماهنگی های لازم جهت افزایش بودجه سلامت روان کشور
- نظارت بر حسن هزینه کرد بودجه های سلامت روان در کلیه سطوح برنامه ریزی، علمی و اجرایی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره ۱۳۱۱/م.م
تاریخ ۲۳/۸/۱۳۹۱
پست دارد

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دفتر وزیر

۹۰۰

- تثبیت ساختار تشکیلاتی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در سطح وزارت بهداشت و نیز گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در سطح دانشگاه ها و شهرستان ها

▪ معاونت تحقیقات و فناوری

- طراحی و استقرار اولویت های تحقیقاتی سلامت روان توسط شبکه بهداشت روان
- جلب حمایت برای جذب بودجه تحقیقاتی سلامت روان از سهم ملی و تخصیص بودجه تحقیقاتی ویژه برای پژوهش های کاربردی سلامت روان به صورت منطقه ای و استانی و کمک به ارزیابی نتایج تحقیقات و انتشار در مجلات داخلی و خارجی
- حمایت از انجام پیمایش های دوره ای سلامت روان

▪ سازمان غذا و دارو

- هماهنگی و برنامه ریزی جهت تهیه داروهای روان پزشکی مورد نیاز در سطح کشور

▪ مرکز امور دانشجویی و فرهنگی

- اجرای برنامه های آموزشی و ترویجی سلامت روان ویژه دانشجویان دانشگاه ها و توسعه و ارتقاء کلیه کلینیک های مشاوره دانشجویی در کلیه دانشگاه های علوم پزشکی
- تدوین برنامه ارتقاء نشاط دانشجویان و کارکنان دانشگاه های علوم پزشکی

▪ مشاور وزیر در امور هیات امناء

- ملحوظ کردن ارزیابی عملکرد روسای دانشگاه ها بر اساس میزان موفقیت برنامه های سلامت روان و حمایت از این برنامه ها

بسمه تعالی

شماره ۱۰۰/۱۴۱۱
تاریخ ۸/۲۴/۱۳۹۱
پست ۵۰۰

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر وزیر

- تصویب ساختار و نیروهای انسانی لازم برای توسعه برنامه های سلامت روان در دانشگاه ها، شهرها و روستاها

■ مشاور وزیر در امور بخش خصوصی

- انفعال حساسیت وزارت بهداشت به بخش خصوصی فعال در سلامت روان و تنظیم بیثباتی نامه انتظارات طرفین (بخش خصوصی و وزارت بهداشت)

■ روابط عمومی

- تدوین و اجرای برنامه سالانه روابط عمومی برای اطلاع رسانی در زمینه سلامت روان (ویژه مردم) ، تصمیم گیرندگان
به منظور پایش مستمر استقرار این برنامه مقتضی است ضمن پیگیری و اقدام در موارد مرتبط با آن حوزه، گزارش عملکرد آن مدیریت در هر فصل به دفتر اینجانب ارسال گردد.

دکتر وحید مژدی
وزیر

دکتر وحید مژدی

رونوشت:

- دبیر خانه شورای سیاستگذاری

پیوست ۲) پوستر نمایسگر برنامه ارسالی به دانشگاه‌های علوم پزشکی

شماره: ۳۰۰/۱۳۳۰۷
تاریخ: ۱۳۹۱/۱۰/۰۲
پوست: ندارد



معاون محترم بهداشتی دانشگاه ها/دانشکده ها علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی...

موضوع: استقرار برنامه جامع سلامت روان کشور کشور

با سلام و احترام

پیرو ابلاغ شماره ۱۰۰/۱۲۱۱ مورخ ۹۱/۸/۲۳ مقام محترم وزارت در خصوص برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور و انتظارات مندرج از روسای محترم دانشگاه ها و همچنین پیرو برگزاری کارگاه کشوری کارشناسان بهداشت روان در شهرستان چابهار (مورخ ۹۱/۲/۲۱)، دستور فرمایید برنامه ریزی لازم در خصوص استقرار برنامه جامع ارتقاء سلامت روان به شرح زیر انجام گرفته و تا پایان دی ماه به این معاونت ارسال گردد:

۱. تشکیل تیم استقرار در دانشگاه، مطالعه سند، تهیه بروشور توجیهی برای ذینفعان، شناسایی دارایی ها و کمبود های استانی برای استقرار این برنامه و تدوین برنامه عملیاتی با بودجه تا پایان سال ۱۳۹۲ که انتظارات از حوزه های مختلف دانشگاه و دستگاه های همکار در آن مشخص شده باشد

۲. ارائه خلاصه سند و برنامه عملیاتی در هیات رئیسه دانشگاه و تصویب درخواست ها

۳. پیگیری درخواست ها از حوزه ها با تشکیل جلسه و ارتباط افقی کارشناسی و بازخورد به هیات رئیسه

۴. طرح موضوع سند سلامت روان در اولین جلسه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان توسط رئیس دانشگاه، معاون بهداشتی و تصویب تشکیل کمیته بین بخشی سلامت روان اجتماعی اعتیاد و کلیات برنامه عملیاتی تدوین شده

۵. صدور احکام برای تشکیل کمیته سلامت روان اجتماعی و اعتیاد استان و برگزاری اولین جلسه برای توجیه اعضا و انعقاد تفاهم نامه همکاری برای اجرایی کردن تکالیف مندرج در برنامه عملیاتی

لازم است مشروح اقدامات صورت گرفته به ترتیب موارد فوق به همراه اسناد تأییدی، مشکلات اجرایی و پیشنهادات سازنده در خصوص بهینه تر شدن استقرار این برنامه در متنی جداگانه برای اینجانب ارسال گردد. به منظور پایش و تعامل مستمر لازم است کارشناس مسئول پیگیری برنامه در سطح استان با حکم رئیس محترم دانشگاه به این معاونت معرفی گردد. فایل الکترونیکی برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور (پیوست ابلاغ شماره ۱۰۰/۱۲۱۱ مورخ ۹۱/۸/۲۳ مقام محترم وزارت) نیز جهت استفاده به پیوست ارسال می گردد.

دکتر علی رضا مصداقی، نیا
معاون بهداشت

آدرس: خیابان حافظ، تقاطع خیابان جمهوری اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت
تلفن: ۶۶۷۰۰۷۱-۹
کد پستی: ۱۱۳۴۸۴۵۷۶۴
نمابر: ۶۶۷۲۷۷۳۱
صفحه الکترونیکی معاونت بهداشت: <http://port.health.gov.ir>

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

ساختهای برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۱-۱۳۹۴)

دورنمای سلامت روان در ۱۳۹۴

فهرست ۱۳۹۴ مردم از اصول بهداشت روان آگاه هستند و سازمان های جامعه نقش و سهم خود را برای ارتقای سلامت روان عملیاتی کرده اند. وزارت بهداشت به عنوان پدیده سلامت روان کشور با مدیریت بهینه منابع سلامت روان توانسته است برنامه های مبتنی بر جامعه را با همکاری بخش ها و مشارکت میانجیان مردم استقرار داده و کیفیت مراقبت از بهیاران مرز رسانی را افزایش دهد و از این طریق دست کم روند افزایش بار افسردگی را کند و یا معکوس کرده و معلولیت های ناشی از اختلالات شدید روانپزشکی را کاهش دهد.

اهداف راهبردی در ۱۳۹۴

- کاهش بار افسردگی حداقل به میزان ۷۵ سال پایه تا پایان برنامه
- سهم و نقش سازمان های دولتی و استانی ها و میانجیان مردم در ارتقای سلامت روان نهادینه شده است.
- مردم در گروه های سنی مختلف از اصول بهداشت روان آگاه شده اند و کمک اجتماعی گامی یافته است.
- بهره مندی، تداوم و کیفیت مراقبت از بهیاران روانپزشکی افزایش یافته، شهید و افراد نیازمند خدمات سلامت روان در سطح روستا و شهر ارتقا پیدا کرده است.

سال های اجرای برنامه	۹۴	۹۳	۹۲	۹۱
پیشگیری	<p>۱- حمایت و تسهیل در شورای سلامت کاری، شورای عالی س ا ب ک کشور و اطلاع به استندارد، تشکیل کارگروه تخصصی ملی شورای عالی س ا ب ک</p> <p>۲- اطلاع شهوده استقرار سند در استان ها و جلب حمایت از شوراها، کنفرانس کشوری (مجلسی روسای دانشگاه ها، شورای معاونین بهداشتی و درمانی) جلسه جمعیتی آموزشی کارشناسان دانشگاه و تعیین نقشه راه عملیاتی سند و دانشگاه</p> <p>۳- انتخاب و انتصاب اعضای شورای مراقبت از برنامه های سلامت روان آگاه کنسرسی و تعیین برنامه و شیوه نامه کاری و برگزاری سه جلسه تا پایان سال</p> <p>۴- جلب حمایت برای افزایش منابع مالی برنامه های سلامت روان (از جمله شناسایی فرصت های بودجه ای دستگاه ها) و مشارکت موثر در سند و دانشگاه مطابق ضوابط</p> <p>۵- برگزاری مذاکرات بین بخشی و درون بخشی، تعیین پیام کارزار سلامت جامعه و اطلاع تفریح نامه همکاران، برگزاری اولین جلسه جمعیتی تا پیام کارزار سلامت</p> <p>۶- تعیین فهرست نهایی اولویت های اطلاعاتی مطابق بر نیازهای سند و درون سبزی آنها و گزینش منابع در کشور</p> <p>۷- فوریت سازی در گروه سلامت روان (تعیین کارگزار استقرار نظام پایش اطلاع سند، آموزش کارشناسان و ...)</p> <p>۸- تسهیل گامی راه سلامت روان، اجتماعی و اقتصادی و انتشار اولین سری پیام های سلامت روان از تهیه رساله ها</p> <p>۹- جلب حمایت استقرار سند در کمیسیون بهداشت و درمان و کمیسیون اجتماعی مجلس</p> <p>۱۰- مطالعه کمیته نیروی انسانی سلامت روان و شیوه تعیین آن و جلب حمایت برای آن</p> <p>۱۱- تعیین نهاد برنامه سلامت روان و تعیین پروژه های سال ۱۳۹۲</p> <p>۱۲- تعیین شرح خدمات و درون سبزی بررسی وضعیت سلامت روان اولیه شهر</p> <p>۱۳- جمع بندی گزارشات استقرار سند در سطح استان ها برای جلب حمایت برای استقرار سند</p> <p>۱۴- اجرای برنامه جلب حمایت برای افزایش پوشش به مراقبت از بهیاران مرز رسانی</p> <p>۱۵- سازماندهی نظام آموزشی بهیاران عالی حوضی، بهیاران عالی روانپزشکی و مراقبت سلامت روان عمده نگر و همچنین نظام پایش نظارت بر عملکرد بخش</p> <p>۱۶- تعیین کمیته ملی سلامت روان و تعیین رساله سال ۱۳۹۲</p> <p>۱۷- پایش اطلاع سند و درون سبزی</p> <p>۱۸- آغاز شناسایی کارگزاران شناسایی منطقه ای بر اساس سلامت روان از پهنه جغرافی</p> <p>۱۹- ارتقای برنامه های سلامت روان و بازنگری برنامه های اجرا شده</p> <p>۲۰- ارتقای مشارکات اجرا شده و تعیین برنامه پنج ساله و تعیین آژانس فناوری برینا</p>	<p>۳۱- تدوین دستورالعمل سلامت روان ایرانیان و شیوه استقرار آن از نیمه دوم سال ۱۳۹۲</p> <p>۳۲- راهی کردن مدل شهری از راه خدمات سلامت روان و اجرای آزمایشی آن در سال ۱۳۹۲</p> <p>۳۳- طراحی شیوه نامه ارتقای سلامت روان کارکنان در محل کار از جمله کارکنان نظام سلامت) و جلب حمایت تسهیل و اطلاع</p> <p>۳۴- بازنگری، جلب حمایت و تسهیل قانون سلامت روان</p> <p>۳۵- انتشار دستورالعمل برنامه سلامت روان ویژه بزرگسالان، سازمان کل فضای سه ساله و سایر اینها</p> <p>۳۶- تعیین منطقه ها و فعالیت های اقدام ملی سلامت روان در سه برنامه سلامت نابری، سلامت مدارس و دانشگاه ایالتی</p> <p>۳۷- مطالعه وضعیت فعلی مشاوران سلامت روان بخش ایران و بازنگری نظام فعلی و تعیین بسته آموزشی و تربیتی</p> <p>۳۸- تدوین راهنمای همکاران در ارتقای سلامت روان به منظور تولید محصولات خردی ملی</p> <p>۳۹- تدوین برنامه منوی و منجمد شده بهداشت روان در سراسر کشور با اهداف ویژه مطابق با سند</p>	<p>۳۰- بازنگری نظام ارائه خدمات سلامت روان و مراقبت از بهیاران، اطلاع بندی خدمات</p> <p>۳۱- طراحی راهنمای مراقبت و ارجاع بهیاران روانپزشکی جهت به کارگیری در برنامه پزشک خانواده و نظام راجع</p> <p>۳۲- برنامه عملیاتی توسعه خدمات تخصصی سلامت روان در دو چهار پویه باکارهای پایه برای پزشک خانواده</p> <p>۳۳- طراحی بسته بازنگری و مراقبت بهیاران روانی در مورد اولویت کار و اجرای آن از سال ۱۳۹۲</p> <p>۳۴- تدوین برنامه عملیاتی ارتقای وضعیت نوزادان های روانپزشکی و اطلاع شهوده نامه به دانشگاه ها</p> <p>۳۵- تدوین راهنمای مشاوران و مطالعه در موقع جراحی برای مشکلات اورژانس روان پزشکی</p> <p>۳۶- تعیین ضروریات سلامت روان در گامی گروه های علوم پزشکی و جلب حمایت برای کنسرسی در کارکنان و کارکنان ها</p> <p>۳۷- اجرای برنامه های جلب حمایت و تسهیل بهیاران ها در تخصصی ۱۰۰ خدمت های پزشکی و بخشی های سایر دستگاه</p> <p>۳۸- راهی تاج پایوتی ره اندازی مراقبت سلامت روان عمده نگر و طراحی تعیین برای همه کارکنان از جمله دانشگاه</p>	<p>۳۹- تدوین با بازنگری بسته عملیاتی بهیاران روانی از جمله بسته مراقبت های س ا ب ک تخصصی و تسهیل و اجرای آن</p> <p>۴۰- تدوین و اطلاع شهوده نامه گروه های خوار و بهیاران روانی در سطح کشوری، بخشی تخصصی و س ا ب ک تخصصی</p> <p>۴۱- شناسایی برآورد فناوری بهیاران ویژه بهکارکنان بهیار روانپزشکی و اجرای تصمیمات</p> <p>۴۲- اجرای برنامه تسهیل جلب حمایت برای افزایش پوشش به مراقبت از بهیاران مرز رسانی</p> <p>۴۳- تدوین برنامه عملیاتی و راه اندازی مرکز ارائه (مركز بازپایی بهیاران روانپزشکی شدید)</p>
پیشگیری و مراقبت	<p>۱- سلامت عقلی نشان دهنده این است در سال های ۹۲ و ۹۳ نتیجه حاصل از پروژه انجام شده در سال ۱۳۹۲ در سطح کشور عملیاتی خواهد شد.</p> <p>۲- پایش پیشرفت نقشه نامه های بین بخشی (از طریق کارگروه بین بخشی ارتقای سلامت روانی اجتماعی) و اقدامات درون بخشی و دانشگاه ها از طریق نشست های رابطان استقرار برنامه در واحدهای ستادی و دانشگاه ها) به صورت فصلی انجام خواهد شد و نتایج از طریق سایت دفتر سلامت روانی اجتماعی و اقتصاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر می شود.</p> <p>۳- برنامه جامع سلامت روان کشور در تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۳ و به منظور نامه ۱۰۱/۱۳۱۱-۲۱ زیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی به کلیه واحدهای ستادی وزارتخانه و روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور کشور اطلاع شده است.</p>			

بسمه تعالی



شماره شماره
تاریخ
پیوست پیوست

جناب آقای دکتر حاجی بابایی

وزیر محترم آموزش و پرورش

موضوع: استقرار سند سیاست ارتقای سلامت سلامت روان جامعه در (۱۳۹۴ - ۱۳۹۱)

احتراماً به استحضار عالی می‌رساند، مطابق آخرین مستندات و شواهد موجود، شیوع اختلالات روانی حدود 23/6% است، این در حالی است که مطابق تعاریف جهانی، سلامت روان، فقط نبود اختلالات روانی نیست، و مؤلفه‌های دیگری را هم شامل می‌شود که اگر آنها نیز منظور شوند، بار مشکلات روانی - اجتماعی به مراتب بیشتر خواهد بود. در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای سند چشم‌انداز ۲۰ ساله بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه‌جانبه» و همچنین ارتقاء شاخص‌های بهداشت روان به‌ویژه در دانش‌آموزان تأکید گردیده است. با توجه به گستره عوامل تأثیر گذار بر سلامت روان این نکته آشکار می‌شود که مسئولیت تأمین سلامت روان جامعه فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت و یا دانشگاه‌های زیر مجموعه آن است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکاری بین بخشی دارد. در چنین شرایطی مداخلات اصلاحی نیز متفاوت است و نیاز به کار بین بخشی وسیع و همکاری همه نهادهای جامعه دارد که در این میان وزارت بهداشت سه نقش میانجی دانش، حمایت طلب و هماهنگ کننده سایر سازمان‌ها را بر عهده می‌گیرد. خوشبختانه نقشه تحول نظام سلامت کشور تدوین و به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور رسیده است و ارتقای سلامت روان به عنوان یکی از بخش‌های کلیدی این نقشه هدف گذاری شده است. که در همین راستا این وزارت خانه تقاضای همکاری از وزارت خانه، سازمان‌ها و نهادهای مطابق سند پیوست پیش‌بینی شده دارد، که انتظار می‌رود در سایه ی الطاف الهی و همت و تلاش سایر دستگاه و سازمان‌ها، برنامه جامع ارتقای سلامت روان به اهداف ذیل دست یابد:

۱. زبان مشترکی برای ارتقای سلامت روان جامعه بین ذینفعان ایجاد شده و مالکیت برنامه‌ها افزایش یابد
 ۲. یک سند علمی بالادستی برای ارتقای سلامت روان کشور فراهم شود
 ۳. دستیابی به اهداف سلامت روان در برنامه توسعه پنجم کشور تسهیل و تسریع گردد
 ۴. آخرین دستاوردهای مداخلات سلامت روان در تجربیات بین‌المللی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های روانی به کار گرفته شود
 ۵. ثبات برنامه‌های سلامت روان با تغییر مدیران تضمین شود
- لذا به منظور دست‌یابی به اهداف فوق‌الذکر انتظار می‌رود وزارت خانه متشوع با تعمق و توجه به نکات ذیل در ماه‌های آینده ما را در اجرای بهینه جامع ارتقای سلامت روان کشور یاری نماید:
۱. ایجاد حساسیت و انتقال به کلیه کارکنان و مدیران در زمینه اهمیت سلامت روان در بهره‌وری و موفقیت وزارت خانه متشوع
 ۲. لحاظ کردن برنامه‌های ارتقای سلامت روان کارکنان، مدیران، معلمان و دانش‌آموزان در برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۲
 ۳. انعقاد تفاهم‌نامه‌های همکاری با وزارت بهداشت در ارتباط با تقسیم کار مندرج در این برنامه و ارایه گزارش دوره‌ای برای اطمینان از اقدامات هماهنگ بین بخشی
- با توجه به جایگاه حساس و ظرفیت‌های وزارت آموزش و پرورش، پیشنهادات ذیل به عنوان اقدامات اولویت‌دار برای ارتقای سلامت روان جهت درج در تفاهم‌نامه همکاری حضورتان ارسال می‌شود:

کمیته‌های پستی: تهران-شهرک فنس (غرب)-بین فلامک جنوبی و زرافشان-خیابان سیمای ایران-سند مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
نشانی صفحه اینترنتی: <http://behdasht.gov.ir> شماره: ۸۴۲۶۱۱۱

تلفنهای تماس: ۸۱۴۵۲۱۴۶-۸۱۴۵۲۹۸۱

شماره شماره
تاریخ تاریخ
پست پست

۱. بررسی وضعیت سلامت روان معلمان، مربیان و ارتقای آن
 ۲. سنجش وضعیت سلامت روان دانش آموزان، ترک تحصیلی ها و استقرار سیاست موثر مدیریت پیشگیری از ترک تحصیل
 ۳. توانمندسازی انجمن اولیا و مربیان برای ترویج برنامه های ارتقای سلامت روان در مدارس و آموزش به خانواده های دانش آموزان و مدیران مدارس
 ۴. ارزیابی محتوی کتب درسی فعلی از نظر پوشش دادن اصول بهداشت روان در کلیه مقاطع تحصیلی و بازیابی های لازم در محتوی
 ۵. وارد کردن سیاست های ضد تبعیض به مدارس
 ۶. گنجاندن مهارت های زندگی در برنامه آموزشی به منظور اطمینان از این امر که مدارس محیطی دوستانه برای دانش آموزان هستند.
 ۷. رسیدگی به نیازهای دانش آموزان دارای احتیاجات خاص از قبیل آنهایی که ناتوانی هایی در امر یادگیری دارند.
 ۸. تأمین و تربیت مراقبین سلامت مدرسه به تعداد کافی در کلیه مدارس
 ۹. مشارکت و حمایت از ایجاد مدارس مروج سلامت
 ۱۰. حمایت از تجهیز نمودن فضای فیزیکی مدارس و ایجاد محیط مناسب، راحت و استاندارد
 ۱۱. سنجش وضعیت سلامت روان دانش آموزان استثنایی، خانواده آنها و کارکنان
 ۱۲. برنامه های ارتقای از طریق ادارات سلامت و تدرستی، پیشگیری از آسیب های اجتماعی و مشاوره و مددکاری سازمان امید است این پیشنهادات طی مذاکرات آتی در قالب تفاهم نامه مشترک به اجرا در آید.
- به منظور تسهیل عقد تفاهم نامه ها و پایش عملیات بین بخشی مطابق ماده ششم آیین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مصوب هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۸/۱، تشکیل کارگروه تخصصی سلامت روانی اجتماعی ذیل شورای عالی تا پایان سال مورد هدف است و ارتباط معرفی شده توسط دستگاه ها عضو کارگروه تخصصی سلامت روانی اجتماعی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی خواهند شد تا روند همکاری های بین بخشی و تفاهم نامه های بین وزارتی را پایش کنند.

لذا مزید امتنان است «رابط سلامت روانی - اجتماعی» علاقمند، متعهد و توانمند از وزارت خانه متبوع به منظور عضویت در این کارگروه تا پایان بهمن ماه کتبا" به دفتر سلامت روانی- اجتماعی و اعتیاد معرفی شود، جهت کسب اطلاعات بیشتر یا نماینده آن دفتر جناب آقای علی اسدی به شماره ۰۹۱۲۳۶۱۱۲۴۳۹ - ۶۶۷۱۴۱۳۶ تماس حاصل نمایند.

#signature#

کودنمایی پستی: تهران - شهرک قدسی (غرب) - بین فلامک جنوبی و زرافشان - خیابان سیمای ایران - ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفنهای تماس: ۸۱۴۵۲۹۸۱-۸۱۴۵۲۹۱۶
نمابر: ۸۸۲۶۴۱۱۱
نشانی صفحه اینترنتی: <http://behdasht.gov.ir>

نویسندگان: دکتر احمد حاجبی، دکتر بهزاد داماری، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر عباس علی ناصحی، دکتر علی نیکفرجام، دکتر جعفر بوالهروی.

مجله: *Iranian journal of public health. 2013;42(Supple1):105*

Abstract Background

According to the last existing documents, the prevalence rate of mental disorders is about 20% which is considered to be 14% of all country's burden of disease. In the fifth economical, social, and cultural development plan of the country in accordance with the 20 year vision, "healthy human being and "comprehensive health approaches and also improving of mental health indicators are emphasized. Aim of study was preparing national policy and interventions for promoting mental health. Methods: Using secondary data, analytical review of country's mental health programs, recommendations of WHO, descriptive situation of mental health and its trend during the last decade were drafted and a group of experts and stakeholders was formed following a sound stakeholder's analysis. After three Focus Group Discussions (FGDs), main points of the meetings, influencing factors of present situation, and oncoming strategies were agreed upon. Results: Based on different studies and the experts opinions, the prevalence of mental disorders in the last decade has increased. Coverage of mental health programs in two last decades in the best could be equal to rural population. Urban areas have been deprived of these services. Analysis of mental health system of the country shows that internal environment is weak and the external one is concede to be in threat. Eight principal challenges in country's mental health are considered. Conclusion: Improving current situation requires increasing internal capacity of mental health System and developing inter-sectoral cooperation. During next five years, the Ministry of Health, Iran should mainly focus on improving mental health services particularly in urban and peri-urban areas, promoting mental health literacy of different groups and minimizing mental health risk factors.

Keywords: Mental health, Risk factors, Disease burden, Iran

Cite this article as: Hajebi A, Damari B, Moghaddam AV, Nasehi A, Nikfarjam A, Bolhari J. What to do to promote mental health of the society. *Iranian journal of public health. 2013;42(Supple1):105.*

مطابق آخرین مستندات و شواهد شیوع اختلالات روانی حدود ۲۳/۶ درصد است که تقریباً ۱۴ درصد بار بیماری‌های کشور را شامل می‌شود. این در حالی است که مطابق تعاریف جهانی، سلامت روان فقط نبود اختلالات روانی نیست و مؤلفه‌های دیگری را هم شامل می‌شود که اگر آنها نیز منظور شوند بار مشکلات روانی- اجتماعی به مراتب بیشتر خواهد بود.

در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای چشم انداز ۲۰ ساله بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه جانبه» و همچنین ارتقای شاخص‌های بهداشت روان به ویژه در دانش آموزان و نیز مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در دهه پیش رو که پیشرفت و عدالت نام گذاری شده، تأکید گردیده است. با توجه به گستره عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان این نکته آشکار می‌شود که مسؤلیت تأمین سلامت روان جامعه فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت و دانشگاه‌های زیر مجموعه آن است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکاری بین بخشی دارد.

برنامه جامع سلامت روان کشور با همکاری دستگاه‌های اجرایی و مشارکت خبرگان و دانشگاه‌های علوم پزشکی تدوین شده است. این برنامه پس از تأیید شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، توسط وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۳ و به شماره ۱۰۰/۱۲۱۱ ابلاغ شده است و از همان زمان عملیات اجرایی و استقرار برنامه در سه سطح فرابخشی، بخش ستادی و استانی شروع شده است.



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



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
موسسه ملی تحقیقات سلامت
گروه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت



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