



الگوی

خدمات سلامت روان
و اجتماعی شهرستان

بهزاد دماري، احمد حاجبي

ونداد شريفی، سهند ریاضی

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

الکوی خدمات

سلامت روان و اجتماعی

شهرستان

عنوان و نام پدیدآور: الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان / تحقیق و تألیف بهزاد دماری... [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران: انتشارات طب و جامعه، ۱۳۹۶.

مشخصات ظاهری: ۷۹ص: مصور(رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار(رنگی).

شابک: 978-600-7222-20-1

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: تحقیق و تألیف بهزاد دماری، احمد حاجبی، ونداد شریفی، سهند ریاضی.

یادداشت: کتابنامه.

موضوع: بهداشت روانی -- ایران -- خدمات

موضوع: Mental health services -- Iran

موضوع: بهداشت روانی -- ایران -- برنامه‌ریزی -- سیاست دولت

موضوع: Mental health planning -- Government policy -- Iran

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

موضوع: Health promotion -- Planning -- Government policy -- Iran

موضوع: سلامت‌پروری -- ایران -- مقاله‌ها و خطابه‌ها

موضوع: Health promotion -- Iran -- Addresses, essays, lectures

موضوع: سلامت‌پروری -- ایران -- آیین‌نامه‌ها

موضوع: Health promotion -- By-laws -- Iran

شناسه افزوده: دماری، بهزاد، ۱۳۵۲ -

رده بندی کنگره: ۱۳۹۶ / الف۹الف / ۷ / RA۷۹۰

رده بندی دیویی: ۳۶۲/۲۰۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۴۹۷۸۹۷۴

الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان

تحقیق و تألیف:

دکتر بهزاد دماری، دکتر احمد حاجبی، دکتر ونداد شریفی، دکتر سهند ریاضی

طرح جلد: سیما فتح الله زاده

صفحه‌آرایی: مرضیه خونانی

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تیراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

زمستان ۱۳۹۶

قیمت: ۲۲۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۲۲۲-۲۰-۱

ISBN: 978-600-7222-20-1

کلیه حقوق متعلق به مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و

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

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

نحوه ارجاع به این مستند در صورت استفاده از آن:

کتاب:

دماری بهزاد، احمد حاجبی، شریفی ونداد، دکتر ریاضی سهند، الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۶

مقاله:

Damari B, Alikhani S, Riazi-Isfahani S, Hajebi A. Transition of Mental Health to a more Responsible Service in Iran. Iranian journal of psychiatry. 2017 Jan;12(1):36.

فهرست

طراحی الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان طرح پژوهشی است که به سفارش دفتر سلامت روانی و اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گروه مؤلفه‌های اجتماعی و محیطی سلامت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و با نظارت دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

- دکتر حسین ملک افضلی، استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر احمد حاجبی، عضو هیأت علمی و مدیر کل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- دکتر جعفر جندقی، معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- دکتر جعفرصادق تبریزی، عضو هیأت علمی و معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- دکتر محمدرضا نوروزی، عضو هیأت علمی و رییس اداره پیشگیری و کاهش آسیب از اعتیاد
- دکتر عباس وثوق مقدم، عضو هیأت علمی وزارت بهداشت
- دکتر احمد علی نوربالا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر جعفر بوالهیری، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر سید کاظم ملکوتی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر فرید ابوالحسنی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر غلامرضا میرسپاسی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر شیوا دولت‌آبادی، رئیس انجمن روانشناسی ایران
- دکتر حمید یعقوبی، رئیس انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران
- دکتر محمد حسین سالاریان‌زاده، کارشناس سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت
- دکتر امین رفیعی‌پور، معاون سازمان نظام روانشناسی و مشاوره
- دکتر ایرج اسماعیلی، دبیر شورای تحقیقات زندان‌های استان تهران
- دکتر حبیب امامی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر مصطفی اقلیما، رییس محترم انجمن مددکاری اجتماعی
- دکتر علی عالمی، عضو هیأت علمی و معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر مجید رضازاده، رییس مرکز پیشگیری و اعتیاد سازمان بهزیستی
- دکتر حبیب‌الله مسعودی فرید، معاون اجتماعی سازمان بهزیستی

- علی اسدی، معاون دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و رییس اداره سلامت روان
- صدیقه خادم، کارشناس دفتر سلامت روان و اجتماعی وزارت بهداشت
- سهیلا امیدنیا، رییس اداره سلامت اجتماعی دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد

مجریان:

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

تشکر ویژه:

- از همکاران انستیتو تحقیقات بهداشت روان تهران، به ویژه استاد محترم جناب آقای دکتر بوالهیری و جناب آقای دکتر قضایی پور و اساتید ناظری که زحمت مرور گزارش را متقبل شدند.

فهرست

۹	خلاصه
۱۳	فصل اول) مقدمه
۲۵	فصل دوم) روش
۲۹	فصل سوم) نتایج
۳۰	▪ بخش اول) ظرفیت های فعلی برای ارائه خدمات سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران
۳۰	۱) مطالعات مرتبط به مداخلات سلامت روان در سطح جمعیت ایرانی (خدمات)
۳۵	۲) اسناد بالادستی به عنوان ظرفیت های قانونی (تولیت)
۳۸	۳) وضعیت منابع بخش سلامت روان در ایران (مالی، انسانی، اطلاعات و امکانات مراقبتی و درمانی)
۳۹	۴) تحلیل شاخص های تعیین گر سلامت روانی و اجتماعی جامعه ایرانی
۴۳	▪ بخش دوم) اصول، الگوی مفهومی و خدمات اولویت دار
۴۷	▪ بخش سوم) شیوه تدارک خدمات سلامت روان
۴۷	۱) اهداف
۴۸	۲) ارکان
۴۹	۳) بسته های خدمتی سلامت روانی اجتماعی
۴۹	- الف) خدمات پایه
۴۹	- ب) خدمات تخصصی
۵۱	- ج) بسته اقدام جامعه
۵۵	فصل چهارم) بحث و نتیجه گیری
۶۱	منابع
۶۵	پیوست ها
۶۵	پیوست ۱) نظام نامه خدمات سلامت روان
۶۵	▪ بخش اول) آئین نامه اجرایی، تدارک خدمات سلامت روانی اجتماعی استان ها و شهرستان ها
۷۱	▪ بخش دوم) شیوه نامه ها، تدارک خدمات سلامت روانی اجتماعی استان ها و شهرستان ها
۷۴	▪ بخش سوم) تعاریف و مفاهیم نظام نامه
۷۷	پیوست ۲) مقاله منتشر شده

خلاصه

براساس آخرین پیمایش ملی سلامت روان کشور در سال ۱۳۹۰ شیوع اختلالات روانی ۲۳/۶٪ است، بر اساس همین مطالعه دو سوم افراد جامعه به خصوص در شهرها و حاشیه آن به خدمات سلامت روان دسترسی ندارند. طراحی نظام ارایه خدمات سلامت روان مبتنی بر تجربیات جهانی و ملی و ظرفیت‌های موجود از جمله نظام مراقبت‌های اولیه گام اصلی در کاهش بار بیماری‌های سلامت روان است. روش این مطالعه طراحی الگو بوده و داده‌های لازم از مرور منابع و نظرات ذینفعان به روش پرسشنامه و بحث گروهی متمرکز گردآوری شده است. با مرور تجربیات و ظرفیت‌های ملی، اسناد بالادستی و توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی اصول طراحی نظام خدمات سلامت روان و الگوی مفهومی تدوین و به اجماع ذینفعان رسیده است و بر همین اساس خدمات سلامت روان در سطح پایه و تخصصی برای روستاها، شهرها و حاشیه شهرها پیشنهاد شده و نظام‌نامه خدمات سلامت روان تدوین و به اجماع ذینفعان جهت اجرای پایلوت رسیده است.

پیام‌های اصلی

- مجموعه‌ای از ظرفیت‌های ملی برای استقرار خدمات سلامت روان در کشور وجود دارد: شبکه بهداشتی درمانی روستایی با قدمتی بیش از سه دهه، تجربیات پراکنده در طراحی الگوی ارایه خدمات سلامت روان، نیروی انسانی بالقوه برای به کارگیری در حوزه ارایه خدمات سلامت روان، انبوه رسانه‌های دیداری و شنیداری بومی، سازمان‌های همکار در خدمات روانی اجتماعی، سیاست‌ها و ساختارهای فرادستی.
- نظام سلامت چالش‌های تدارک خدمات سلامت روان متعددی دارد: ضعف کنترل عوامل تأثیرگذار بیرونی بر سلامت روان مردم، کمبود منابع مالی و توزیع ناعادلانه تسهیلات و امکانات درمانی در گستره ۳۱ استان و بیش از ۴۲۰ شهرستان کشور برای مقابله با شیوع ۲۳/۶٪ اختلالات روانی، تکمیل نبودن بستر مراقبت‌های اولیه شهری (۷۰٪ جمعیت).

■ بر اساس نتایج این مطالعه خدمات روانی اجتماعی به طور تلفیقی در سه سطح پایه، تخصصی و اقدام جامعه ارایه خواهد شد. ایجاد نظام دیده‌بانی، ثبت اطلاعات و ارزشیابی و اعتباربخشی مراکز و خدمات، کمیته‌های ملی بین‌بخشی و استانی مدیریت، تأمین نیروی انسانی با استفاده از ظرفیت‌های فعلی و ظرفیت‌سنجی برای ده سال آینده و همچنین افزایش منابع مالی این حوزه با ایجاد ردیف بودجه معین و تعیین مشارکت بیمه‌ها الزاماتی برای استقرار خدمات خواهند بود.

■ برای شکل‌گیری سطح پایه به ازای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر در نواحی شهری یک نفر کارشناس سلامت روانی اجتماعی به همراه مراقب سلامت (برای غربالگری) و پزشک عمومی برای درمان اختلالات خفیف روانپزشکی و ارجاع موارد شدید در نظر گرفته شده است. در سطح تخصصی، «مرکز سلامت روان جامع‌نگر» به عنوان مرکز اصلی خواهد بود؛ تیم سلامت روان در مرکز سلامت روان جامع‌نگر شامل یک روانپزشک و سایر اعضا منجمله روانشناس بالینی، کاردرمان و مددکار که مراقبت تخصصی را در این مرکز انجام می‌دهد. «بخش روانپزشکی در بیمارستان عمومی شهرستان» هم در سطح تخصصی برای انجام خدمات بستری و تشخیصی در نظر گرفته شده است. بسته اقدام جامعه برای مدیریت اقدامات جمعی ادارات و گروه‌های مردمی شهرستان از طریق دو راهبرد همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم تعریف شده است تا عوامل خطر اختلالات روانی را کاهش دهند. ظرفیت‌ها و توانمندی‌هایی که سازمان بهزیستی در خصوص سلامت روانی و اجتماعی ایجاد نموده است می‌تواند به خوبی در نظام خدمات سلامت روانی اجتماعی به کار گرفته شود.

■ الگوی طراحی شده خدمات سلامت روانی اجتماعی با الزامات پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت تطبیق دارد چراکه مبتنی بر جامعه است، جامعیت خدمات و ادغام در مراقبت‌های اولیه وجود دارد، مشارکت شاغلین، بیماران و خانواده‌ها و توانمندسازی آنها در سطح پایه و تخصصی ملحوظ شده است، محافظت از حقوق بیماران روانی که در ارزشیابی مراکز ملحوظ می‌شود، مبتنی بر شواهد روز بوده و ساختاری برای تضمین این روزآمدی تعریف شده است. منابع موجود نیروی انسانی برای اجرای برنامه بررسی شده و در حال حاضر در کشور وجود دارد، نیازهای خاص کودکان و نوجوانان، زنان و سالمندان در بسته‌های سطح یک و دو ملحوظ شده و تعادل بین خدمات سلامت روان با سایر خدمات در سطح پایه دیده شده است، نظام پایش و ارزیابی مستمر از طریق دفتر اعتباربخشی و ارزشیابی مراکز در وزارت بهداشت استقرار می‌یابد. پاسخگویی نسبت به نیازهای جمعیت‌های محروم و آسیب پذیر وجود

دارد چراکه در سطح یک با مراقبت فعال این گروه‌ها شناسایی و مراقبت آغاز می‌شود، در سطح پایه خدمات پیشگیرانه از جمله آموزش پیشگیرانه در خانواده، محیط کار و مدارس، شناسایی زودرس عوامل خطر سلامت روانی و اجتماعی و ارایه مشاوره فردی و آموزش گروهی و همچنین درمان زودهنگام ملحوظ شده است و در نهایت سیاست ارتباطات بین‌بخشی میان سلامت روان و سایر بخش‌ها هم در سطح ملی و هم استانی و شهرستان تضمینی برای این موضوع فراهم می‌آورد.

■ الگوی پیشنهادی به گونه‌ای است که ضمن استفاده از ظرفیت‌های شبکه بهداشتی درمانی کشور سعی نموده خدمات اجتماعی در سطح یک و دو را با خدمات روانی تلفیق کند، تجربه‌ای که کشورهایی از قبیل کانادا، استرالیا و کشورهای اسکاندیناوی در دهه‌های گذشته داشته‌اند. ویژگی دیگر این الگو، ارایه خدمات روانی اجتماعی مورد نیاز برای بیماران مزمن در حوزه غیرواگیر و بیماری‌های واگیر است.

■ پیش‌نیازهای اجرای این الگو، خرید خدمت حداقل ۴۰۰۰ نفر کارشناس سلامت روانی و اجتماعی، راه‌اندازی الباقی مراکز بهداشتی درمانی شهری از مجموع ۴۰۰۰ مرکز مورد نیاز و ۴۲۰ مرکز جامعه نگر سلامت روان است. برای تلفیق خدمات روانی و اجتماعی به ویژه امکان ارجاع افقی به سازمان‌های همکار به ویژه سازمان بهزیستی در مناطق شهرستانی لازم است از شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شورای اجتماعی کشور مصوباتی اخذ شود. تیم ارایه خدمات سلامت روان شامل مراقب سلامت، کارشناس روانی اجتماعی و پزشک عمومی برای سطح پایه خدمات می‌بایست شکل بگیرد و این مهم خود چالش بزرگ استقرار الگو است. مطابق امکان‌سنجی انجام شده تأمین منابع مالی خدمات سلامت روانی اجتماعی بر اساس این الگو از منابع بخش بهداشت و درمان امکان‌پذیر است. حمایت‌طلبی الگو برای گروه‌های ذینفع از قبیل شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستگاه‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و همچنین دستگاه‌های متولی در زمینه سلامت اجتماعی حیاتی بوده و به مدت یک سال پایلوت این الگو در سه شهرستان پیشنهاد شده است.

فصل اول

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت سلامت روانی را چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی در نظر می‌گیرد و آن را شامل موارد زیر می‌داند: خوب بودن ذهنی^۱، ادراک خود کارآمدی^۲، استقلال و خودمختاری^۳، کفایت و شایستگی^۴، وابستگی بین نسلی^۵ و خود شکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی^۶ [۱].

اختلالات روانپزشکی شیوع بالا و بار قابل ملاحظه ای در جهان دارند. در حدود ۹۱۹ میلیون نفر در جهان از اختلالات روانپزشکی رنج می‌برند و بر طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، یک نفر از هر چهار نفر در جهان در طول زندگی به یکی از اختلالات روانپزشکی مبتلا خواهد شد و در هر زمان حدود ۱۹ درصد از جمعیت بزرگسال به اختلالات روانی مبتلا هستند [۲]. بر اساس گزارش برنامه شکاف در بهداشت روان سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، ۱۴ درصد از بار کلی بیماری‌ها مربوط به اختلالات روانی، عصبی و سوء مصرف مواد می‌باشد که تقریباً سه چهارم از بار این بیماری‌ها مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است [۳].

تاکنون به منظور تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی در جمهوری اسلامی ایران سه مطالعه در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰ انجام گرفته که شیوع اختلالات روانی به ترتیب ۲۱، ۱۷/۱۰ و ۲۳/۶ درصد برآورد شده است [۴ و ۵]. مقایسه میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در ایران با سایر کشورهای جهان نشان دهنده بالاتر بودن شیوع این اختلال در ایران می‌باشد [۷]. همچنین اختلالات رفتاری و روانی در سال ۱۳۸۲ رتبه دوم بار بیماری‌ها را پس از حوادث عمدی و غیرعمدی به خود اختصاص داده بود و ۱۶ درصد از کل بار بیماری‌ها به دلیل این اختلالات محاسبه شده بود [۸] و در مطالعه انجام شده دیگری در سال ۱۳۸۴، بار بیماری‌های مربوط به اختلالات رفتاری و روانی به میزان ۱۴ درصد از کل بار بیماری‌ها گزارش شده بود [۹].

¹ Subjectivewell-Being

² Perceivedself-Efficacy

³ Autonomy

⁴ Competence

⁵ Intergenerationaldependence

⁶ Self-Actualizationofone'sintellectualandemotionalpotential

از سوی دیگر، علی‌رغم شیوع و بار بالای اختلالات روانی، خدمات سلامت روان نه تنها در نظام سلامت کشور ایران، بلکه در کل دنیا تا حد زیادی مورد غفلت واقع شده است. بر اساس اطلس سلامت روان سال ۲۰۱۱ سازمان بهداشت جهانی، تنها ۶۰ درصد کشورهای جهان دارای سیاست‌ها، ۷۱ درصد دارای برنامه‌ها و ۵۹ درصد دارای قوانین مربوط به سلامت روان هستند [۱۰].

بر اساس مستندات منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت، **ارایه خدمات سلامت مبتنی بر جامعه^۱ توسط کارکنان غیرمتخصص** بخش سلامت^۲ یکی از روش‌های مرجح جهت افزایش دسترسی افراد به خدمات بهداشتی در کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌باشد [۱۱]. در یک مطالعه مروری سیستماتیک با بررسی ۱۵ مطالعه انجام گرفته در کشورهای با درآمد کم و متوسط که ۱۱ مورد آن مطالعات تصادفی بوده، نشان داده شده که این گونه خدمات می‌توانند نقش عمده‌ای در پیشگیری از اختلالات روانی از جمله اختلالات افسردگی، در کشورهای با درآمد کم و متوسط که از نظر تخصیص منابع دچار مشکلاتی هستند، ایفا نمایند [۱۲].

شواهد دهه گذشته بیش از پیش ارتباط اختلالات روانی و رفتاری را با وضعیت اجتماعی، اقتصادی فرد نشان داده است. رابطه بین فقر و سلامت روان پیچیده و چند جانبه است. فقر در معنی مجرد آن، به فقدان پول یا دارایی‌های مادی گفته می‌شود؛ اما در معنی گسترده‌تر و شاید مناسب‌تر از جهت بحث‌های مرتبط با اختلالات روانی و رفتاری، به مفهوم کمبود بضاعت در نظر گرفته می‌شود که ممکن است کمبود منابع اجتماعی یا آموزشی را هم شامل شود. فقر و شرایط همراه آن مثل بیکاری، تحصیلات پایین، محرومیت و بی‌خانمانی، نه تنها در کشورهای فقیر رایج است، بلکه اقلیت قابل توجهی را نیز در کشورهای ثروتمند تحت تأثیر قرار داده است. اختلالات روانی و رفتاری شامل اختلالات سوء‌مصرف مواد در بین فقرا و محرومان شایع‌تر است. این شیوع بالاتر را هم می‌توان با پیدایش بیشتر بیماری‌ها در میان فقرا و هم با پایین راندن بیماران روانی به سمت اقشار فقیر جامعه توضیح داد. اگرچه بر سر این که کدام یک از این دو مکانیسم مسؤول شیوع بیماری‌های روانی در میان فقراست، اختلاف نظر

¹ Communitybased

² Laycommunityhealthworkers(Lhws)

وجود دارد، شواهد موجود حاکی از آن هستند که هر دو سازوکار با این امر مرتبط هستند. به عنوان مثال، مکانیسم علی [فقر عامل ایجاد بیماری است] ممکن است برای اختلالات اضطرابی و افسردگی، رواتر باشد، در حالی که نظریه رانده شدن به پایین [رانده شدن بیماران روانی به سمت اقشار فقیر جامعه] شاید توجیه بهتری برای شیوع بیشتر اختلالات روان‌پریشی (سایکوتیک) و سوءمصرف مواد در میان فقرا باشد. به هر حال همراهی این دو مکانیسم نیز غیر ممکن نیست. افراد ممکن است به خاطر شرایط اجتماعی که دارند، مستعد اختلالات روانی باشند و افرادی که دچار اختلال می‌شوند در اثر بیماری و عواقب آن دچار محرومیت بیشتر می‌شوند. این محرومیت شامل سطح تحصیلات پایین‌تر، بیکاری و در موارد شدیدتر بی‌خانمانی است. اختلالات روانی می‌توانند به ناتوانی (معلولیت)‌های شدید و مداوم از جمله ناتوانی در کار کردن منجر شوند. از طرفی در صورتی که حمایت اجتماعی کافی در دسترس نباشد، مانند اغلب کشورهای در حال توسعه که فاقد نهادهای رفاه اجتماعی سازمان یافته هستند، فقر به سرعت ایجاد می‌شود [۱۳].

فقدان کلی خدمات سلامت روان برای گروه‌های اجتماعی اقتصادی کم برخوردار

وضعیت را بدتر می‌کند. کشورهای فقیر منابع بسیار کمی برای مراقبت‌های سلامت روان در اختیار دارند که آن هم اغلب برای اقشار فقیرتر جامعه دور از دسترس است. حتی در کشورهای ثروتمند، فقر در کنار عوامل مرتبطی چون نداشتن پوشش بیمه، سطح تحصیلات پایین‌تر، بیکاری و قرار گرفتن در موقعیت اقلیت از نظر نژاد، قومیت و زبان، می‌تواند موانع ناگشودنی را بر سر راه مراقبت ایجاد کند. شکاف درمانی برای بیشتر اختلالات روانی زیاد است، ولی در جمعیت فقیر مسلماً بسیار گسترده‌تر است. مطالعات نشان داده که فقر و وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین به عنوان یک فاکتور مستقل پیش‌بینی کننده بروز علائم افسردگی می‌باشد [۱۴]. همچنین نشان داده شده که افرادی که در کودکی در شرایط اجتماعی اقتصادی پایین قرار داشته باشند، از شانس بالاتری از ابتلا به افسردگی در سنین بالاتر برخوردار هستند [۱۵].

یکی از راهکارهای ارابه عادلانه خدمات سلامت روان، ادغام آنها در نظام مراقبت‌های

اولیه است، اما گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد که اغلب این نظام‌ها

مشکلات جدی دارند به طوری که همگی به درجات متفاوت چالش‌هایی در مردم محوری، تداوم و جامعیت خدمات و ورود منظم داشته‌اند، لذا قبل از ادغام خدمات سلامت روان می‌بایست این موارد در نظام مراقبت‌های اولیه اصلاح و بازبینی شود [۱۶]. پیش از آن در گزارش سال ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت اصول مهم برای موفقیت ادغام سلامت روان در مراقبت‌های اولیه سلامت به شرح زیر آمده است [۱۷]:

- سیاست و برنامه‌ای برای الحاق مراقبت‌های بهداشتی اولیه و سلامت روان مورد نیاز است که باید بر پایه خدمات سلامت روان در سطوح مراقبت‌های بهداشتی اولیه متمرکز باشد.
- جهت تغییر نگرش 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. تصمیم‌گیری درباره 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 و ارجاع 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.

- هماهنگ‌کنندگان خدمات سلامت روان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. آنها برنامه‌ها را با وجود چالش‌ها در جهت فرآیندهای 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 فرآیند 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 از جمله اضطراب، افسردگی و سایکوز در افراد می‌شود. علاوه بر این در چنین شرایط اورژانسی ممکن است درمان بیماران روانی قطع شود و توسط مراقبان خود رها شوند. کارکنان امدادسانی 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 کوتاه مدت تمرکز دارد. این امر موجب از دست دادن فرصت‌ها می‌شود.
- با این که حمایت‌های کوتاه‌مدت سلامت روان اهمیت دارد اما ذینفعان برنامه توسعه باید منابع خود را در مراقبت‌های سلامت روان، به سمت ساختار خدمات جامعه‌نگر متمرکز 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 ارائه 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 ارتقا 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 قانونی دسترسی داشته باشند** و بدین طریق بتوانند حقوق انسانی آنان را ارتقا دهند 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 خودمدیریتی 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 اطمینان 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 فرآیند 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.

در گزارش سال ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت سه دسته مانع عمده برای به کارگیری

مداخلات اثربخش سلامت روان را به شرح زیر دسته‌بندی کرده است [۱۷]:

- **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) انگ و تبعیض اجتماعی، جنگ و کشمکش، بلایا و فقر**
- **دسته سوم) در سطح نظام سلامت که به شرح زیر است:**
- **مؤسسات بزرگ در سطح سوم مراقبت:** انگ‌زدن، 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 زیرساخت‌ها

— **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 بین بخش‌های دیگر غیر از بخش سلامت

در حال حاضر اپیدمی سه گانه در کشورهای در حال توسعه وجود دارد، بیماری‌های غیرواگیر و روان که عمده مرگ‌های زودرس بین ۳۰ تا ۷۰ سال را در بر می‌گیرد، بیماری‌های واگیر نوپدید و بازپدید که هزینه سنگین مراقبت و کاهش بهره‌وری ملی را در بر دارد و **مسائل اجتماعی که اثر هم‌افزایی با دو دسته قبلی دارد [۱۸].** با این مقدمه می‌توان نتیجه گرفت که ضرورتی برای ادغام خدمات مرتبط به حمایت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه وجود دارد، که مقالات علمی و تجربیات کشورهای پیشرو این موضوع را تأکید می‌کند:

(۱) آلن در نوشته‌ی خود در سال ۲۰۱۲ نقدی بر چند تخصصی شدن و چندشاخگی طبابت که کار را جهت دسترسی به خدمتی جامع و مراقبتی دلسوزانه برای نیازمندان به این خدمات، دشوار می‌سازد، دارد. وی چاره کار را در این دیده است که به جای کلینیک‌های رنگارنگ و تخصصی امروز به دایر کردن جایی یا نهادی با نام «خانه پزشکی» رو کنند که در آن مراقبت اولیه جامع و چند وجهی توسط پزشک یا پزشکان عمومی ارائه می‌شود [و علی‌القاعده مراجعان با عرضه‌کنندگان ثابتی سر و کار می‌یابند] نویسنده معتقد است چنین روشی نیازمند تغییر اساسی در نظام پرداخت به عرضه‌کنندگان خدمت است تا در آنان انگیزه‌ی خدمت را پدید آورد. برای این کار پرداخت سرانه را مورد تأکید قرار داده‌اند. مقاله «مددکار اجتماعی» را فرد کلیدی پا گرفتن و دوام این نظام می‌داند که دست کم ۵ شرط عمده دارد:

بیمارمحوری، جامعیت، هماهنگ بودن، دسترسی در حد اعلاء و داشتن نگاه سیستمی به سلامت و کیفیت. کسانی که در این خانه‌ها کار می‌کنند باید عینک و نگاه اجتماعی داشته باشند [۱۹].

۲) وزارت امور اجتماعی و بهداشت فنلاند در مقاله‌ای به شرح مختصری از نوع خدمات اجتماعی ارایه شده، معرفی نهاد مسؤوّل ارایه این خدمات و هدف از ارایه آنها، پرداخته است. بخش عمده این خدمات توسط شهرداری‌ها انجام می‌شود. مقررات ناظر بر این خدمات به طور عمده وجه متمرکز (مرکزی) دارد و در مواردی خاص از قوانین جداگانه و ویژه تبعیت می‌کند. خدمات اجتماعی مقرر بر حسب قانون مددکاری اجتماعی، راهنمایی کودک، مشاوره خانواده، خدمات در منزل، خدمات مسکن، خدماتی که باید به هر دلیل خارج از خانه (مثلاً بیمارستان) ارایه شود، مراقبت از خانواده و حمایت غیررسمی در مراقبت (مثلاً برای معلولان و سالمندان) می‌باشد. مراقبت از سوءمصرف مواد و بیماران روانی مشمول مقررات خاص است. هدف در خدمات اجتماعی سلامت این است که به زندگی مستقل افراد کمک کند و از نظر مالی و غیر آن آنچه را برای انجام امور روزانه بدون وابستگی به دیگران ضرورت دارد فراهم سازد. کیفیت خوب خدمات از تأکیده‌های قانونی در فنلاند است. پایش و نظارت بر خدمات را «وزارت امور اجتماعی و سلامت» بر عهده دارد. قوانین جاری به حکومت‌های محلی نیز این اجازه را می‌دهد که در استان‌ها بر کار شهرداری‌ها نظارت کنند [۲۰].

۳) رابرتسون (۲۰۱۲) در مقاله خود با عنوان ادغام مراقبت‌های اجتماعی و سلامت، مروری بر مدل‌ها و ادبیات موجود در این زمینه پرداخته است. نویسنده معتقد است در دست نبودن تعریف روشن از ادغام، یا وجود تعریف‌های بسیار متعدد و متنوع، خود دلیل بر اینست که استنباط‌ها از ادغام، ابهام دارد. در این نوشته به برداشت‌های متعارف از ادغام (ادغام خدمات سلامت و خدمات اجتماعی سلامت، ارایه هماهنگ این دو توسط نهادهای جدا از هم، ارتباط میان سطوح اولیه و ثانویه خدمت، خدمات مشترک و هماهنگ درون بخشی واحد و ادغام پیشگیری و درمان) اشاره و استراتژی‌ها و رویکردها به ادغام فهرست شده است. پس از اشاره مفید به مدل‌های مختلف ادغام در کشورهای مختلف و گاهی متنوع درون هر کشور بر سنجش و ارزشیابی ادغام تأکید کرده‌اند [۲۱].

۴) در مقاله «مراقبت‌های اولیه سلامت و سلامت اجتماعی» در سال ۲۰۰۵ که توسط اداره سلامت، خدمات اجتماعی و امنیت عمومی ایرلند شمالی انتشار یافته‌است، سخن از تفاوت مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت در ایرلند شمالی با دیگر جاهای انگلستان است. هدف از این مقاله عنوان این موضوع است که آمیختن سلامت (مراقبت) اجتماعی با مراقبت سلامت خیلی مفید بوده است [۲۲].

۵) انجمن مددکاران اجتماعی نیوفاندلند و لابرادور (۲۰۰۶) در مستند خود با عنوان مراقبت‌های اولیه سلامت و مددکاری اجتماعی به بازگویی تجربه یکی از ایالت‌های کشور کانادا درباره همکاری مددکاری اجتماعی با نظام مراقبت‌های اولیه سلامت پرداخته است. آنان معتقدند چون یکی از خصلت‌های مددکاران توجه به هر کس در محیط زندگی اوست و برای مددکار درآمد، وضعیت اجتماعی، اشتغال، شرایط محیط کار، فرهنگ، جنسیت و محیط اجتماعی فیزیکی اهمیت دارد، می‌تواند بازوی مفیدی برای پزشک باشد [۲۳].

در سال‌های اخیر به دنبال تغییر الگوی سکونت از روستا به شهر، اکثر جمعیت کشور در

شهرها ساکن هستند. در نخستین سرشماری رسمی ایران که در سال ۱۳۳۵ صورت گرفت، حدود ۳۲ درصد از کل جمعیت ایران در شهرها ساکن بوده‌اند در حالی که این نسبت در سال ۱۳۹۰ به ۷۱ درصد افزایش یافته است [۲۴]. در شهرها، بخش خصوصی بسیار قوی است و بر آورد می‌شود که بیش از ۷۵٪ از خدمات سرپایی سلامت روان توسط بخش خصوص در مراکز خصوصی و در مطب‌های روانپزشکان و روانشناسان ارایه می‌شود در مورد خدمات بستری، سهم مراکز دولتی و خیریه بسیار بیشتر از بخش خصوصی است. اما هر کدام از این ارایه‌دهندگان خدمت به طور مستقل کار می‌کنند و مسؤولیت و ارتباط آنها با بخش دولتی به درستی مشخص نیست و بخش خصوصی خود را در سطح جامعه مسؤول نمی‌داند [۲۴]. **در همین راستا** نشان داده شده که اختلالات روانپزشکی و افسردگی در اغلب موارد در افراد تشخیص داده نشده و مورد درمان قرار نمی‌گیرد [۲۵] [۲۶]، به همین جهت غربالگری برخی از اختلالات از جمله افسردگی در افراد در معرض خطر اقدام مناسبی است. با توجه به آنکه سن شروع افسردگی از حدود ۲۰ سالگی می‌باشد، توصیه می‌شود شروع غربالگری از این سن در مدارس، دانشگاه‌ها و کارخانجات و مجتمع‌های مسکونی در دستور کار قرار گیرد.

برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور به استناد برنامه پنجم توسعه کشور و نقشه تحول سلامت کشور تدوین و در آذر ماه ۱۳۹۱ توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به کلیه رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شد. مطابق این ابلاغ سه راهبرد اساسی می‌بایست محور عملیات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد [۲۷]:

۱. ارتقای کمی و کیفی خدمات سلامت روان

۲. ارتقای سواد سلامت روان گروه‌های مختلف جامعه

۳. سرمایه‌گذاری در کاهش عوامل خطر سلامت روان

استقرار این راهبردها، مستلزم بازطراحی نظام خدمات سلامت روان است، در حال حاضر حدود ۲۵ برنامه در اداره سلامت روان در قالب اجرای کشوری، پایلوت و گاهاً مطالعه ملی وجود دارد که از نظر محتوی همپوشانی داشته و نیازمند تجمیع، هماهنگی (درونی و برونی)، استانداردسازی، رفع شکاف خدماتی و تعیین شیوه مدیریت است. با توجه به اجرای سیاست پزشکی خانواده و نظام ارجاع، نتایج این طرح می‌تواند در استقرار هر چه کامل‌تر این سیاست کمک کند.

فصل دوم

روش

این مطالعه طراحی الگو بوده و مطابق نمودار شماره یک انجام شده و داده‌های لازم از مرور اسناد و نظرات ذینفعان از طریق مصاحبه و بحث گروهی متمرکز گردآوری شده است:

الف) برای مرور اسناد پنج دسته مستند جستجو شد و پس از مطالعه آنها چالش‌ها و ظرفیت‌های موجود برای طراحی نظام خدمات سلامت روان استخراج شد و در نهایت اصول و الگوی مفهومی طراحی شد، در استخراج چالش و ظرفیت‌ها کارکردهای اصلی نظام سلامت مطابق گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است:

۱) مطالعات مرتبط به مداخلات سلامت روان در سطح جمعیت ایرانی (خدمات) [۲۸] [۲۹] [۳۰] [۳۱]

[۳۲] [۳۳] [۳۴] [۳۵] [۳۶] [۳۷]

۲) اسناد بالادستی به عنوان ظرفیت‌های قانونی (تولیت)

۳) وضعیت منابع بخش سلامت روان در ایران (مالی، انسانی، اطلاعات و امکانات مراقبتی و درمانی) [۲۷]

۴) تحلیل شاخص‌های تعیین‌گر سلامت روانی و اجتماعی جامعه ایرانی (اهداف نظام سلامت)

۵) توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و تجربیات کشورهای پیشرو با شاخص‌های برتر سلامت روان حاصل مرور اسناد عبارت بود از: «اصول طراحی، الگوی مفهومی و خدمات اولویت‌دار روانی اجتماعی». در ساخت الگوی مفهومی همه اجزای یک نظام مدنظر قرار گرفته است و محیط بیرونی و تحت تأثیر مشخص شده است.

ب) محصول مرحله اول در قالب پرسشنامه به افراد مطلع ارسال و نظرخواهی شد. این نظرخواهی از طریق مصاحبه عمیق و با هفت پرسش باز انجام شده است^۱ که کلیه مراحل مصاحبه ساختارمند در آن رعایت شده است، داده‌ها گردآوری شده و در محصول مرحله یک اعمال شد. افراد مطلع بر اساس روش

^۱ پس از تعیین خبرگان و بدست آوردن اطلاعات تماس آنان، ابتدا جهت آشنایی آنها، فایل پرسشنامه و مدل مفهومی مطالعه برای آنان توسط ایمیل فرستاده شد و سپس تیم تحقیق با وقت قبلی جهت مصاحبه حضوری به ایشان مراجعه نمودند. پرسشگر در طول مصاحبه، پاسخ‌ها را به صورت نکات کلیدی (Key Point) یادداشت میکرد و همچنین علاوه بر آن، تمام مصاحبه‌های انجام شده با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان ضبط شده و پس از اتمام هر مصاحبه، مجدداً گوش داده شدند و نکات کلیدی تکمیل شدند. هفت پرسش عبارت است از: نظر شما در مورد مدل مفهومی و اجزای آن چیست؟ چه موارد دیگری باید اضافه شود؟ آیا شرح خدمات سطح یک مراکز بهداشتی درمانی برای سلامت روان مناسب است؟ آیا مراکز سلامت روان مبتنی بر جامعه برای سطح ۲ مناسب است و چه شرح وظایف دیگری را برای آن می‌توان متصور بود؟ آیا این مراکز باید در جهت انگ زدایی در درون بیمارستان‌های عمومی باشند یا مستقل باشند؟ آیا منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی فعلی برای اجرای این مدل مفهومی کفایت دارد، ایده‌های خلاق پیشنهادی چیست؟ آیا تعرفه خدمات درمانی و مراقبتی در سطوح یک تا سه کفایت دارد؟ چه تغییراتی را پیشنهاد می‌کنید؟ ذینفعان مهم برای استقرار این الگو چیست؟ ساختار ملی، استانی و شهرستانی برای استقرار این الگو کدام است؟

نمونه‌گیری تعمّدی بوده است که ابتدا از طریق **تحلیل ذینفعان**^۱ در دو بعد توان تأثیر-تعهد قانونی ذینفعان تعیین شده و سپس افراد مطلع (اجرایی یا خبره) انتخاب شده است. در انتخاب افراد مطلع از تخصص‌های سلامت همگانی، مدیریت، روانپزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی استفاده شده است. همچنین از سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها و کمیته امداد امام خمینی (ره) به عنوان سه نهاد حمایت‌کننده از بیماران روانی و حمایت‌های اجتماعی مشارکت گرفته شده است.

ج) با استفاده از محصول مرحله دوم **نظام‌نامه خدمات سلامت روان پیش‌نویس** شد. چارچوب نظام‌نامه بر اساس ۵ جزء اصلی یک سیستم شامل هدف، ساختار، فرایند روال و استاندارد، شیوه مدیریت و منابع تنظیم شد. این نظام‌نامه در دو جلسه متوالی با افراد مطلع مرور و نقد شد، در هر جلسه اعضای شرکت‌کننده به دو گروه تقسیم شده و به سؤال بحث گروهی پاسخ دادند. نظام‌نامه خدمات سلامت روان در شکل نهایی زیر تنظیم شد:

▪ بخش اول) آیین‌نامه اجرایی

- مفاهیم و استنادات قانونی
- هدف، خدمات، ساختار اجرا، منابع و شیوه مدیریت

▪ بخش دوم) شیوه‌نامه‌ها

د) روش **حمایت‌طلبی** بر اساس تحلیل مخالفان و موافقان خدمات سلامت روان تعیین شد و به همین منظور پمفلتی در قالب سؤالات مکرر تهیه شد و به دو گروه زیر ارایه شد:

- شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

^۱ سؤال بحث گروهی این است که بهترین نظام‌نامه خدمات سلامت روانی اجتماعی برای استان‌ها و شهرستان‌ها چیست؟ **چهار گروه ذینفع به شرح زیر بوده است: مدیران** (سه نفر معاون بهداشتی آگاه و مطلع)، **کارشناسان** (سه نفر دفتر سلامت روانی اجتماعی، یک نفر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، یک نفر دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت، سه نفر از محققان این حوزه که طراحی الگو انجام داده اند، فرهنگستان علوم پزشکی) **میانجیان ارایه خدمت** (نماینده بخش خصوصی (بیمارستان و ...)، انجمن‌های علمی مرتبط به حوزه روانشناسی و روانپزشکی، سازمان نظام مشاوره روانشناختی، انجمن علمی و صنفی مددکاری اجتماعی) و **مردم** (معاون شورای عالی استان‌ها، دو سمن مرتبط به سطح سه خدمات)

▪ گروه‌های ذینفع شامل انجمن پزشکان عمومی، انجمن علمی روانشناسی ایران، انجمن علمی روانپزشکی، انجمن علمی مددکاری اجتماعی

۵) پایلوت: بر اساس تعاریف موجود در زمینه پایلوت خدمات سلامت سه شهرستان انتخاب شد این شهرستان‌ها بر اساس وضعیت توسعه‌ای طیفی از شهرستان برخوردار، محروم و خیلی محروم را شامل می‌شد.



فصل سوم

یافته‌ها

بخش اول) ظرفیت‌های فعلی برای ارائه خدمات سلامت روان

در جمهوری اسلامی ایران

۱) مطالعات مرتبط به مداخلات سلامت روان در سطح جمعیت ایرانی (خدمات)

📌 **نظام مراقبت‌های اولیه سلامت** در کشور به خصوص نواحی روستایی (۳۰٪ جمعیت کشور) ظرفیتی برای ادغام خدمات سلامت روان محسوب می‌شود. وزارت بهداشت و درمان اولین برنامه بهداشت روان را در سال ۱۳۷۵ با هدف ارتقای بهداشت روان و کاهش بار بیماری‌ها در جامعه، مورد بازنگری قرار داد. این برنامه در سال ۱۳۶۷ تدوین و در سال ۱۳۶۹ توسط وزارت بهداشت تأیید شد [۲۷]. در همان سال، مطالعه آزمایشی طی دو سال از ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۲ با موفقیت اجرا گردید و طی دو دهه فعالیت برنامه ادغام بهداشت روان کشوری در خدمات مراقبت‌های اولیه ادغام گردید و اکنون گفته می‌شود قریب به ۹۵٪ مناطق روستایی کشور تحت پوشش بهداشت روان قرار گرفته‌اند. در این برنامه بیماری‌های شدید روانی، صرع و عقب ماندگی ذهنی تحت پوشش قرار دارند. بر طبق این برنامه، واحد اولیه خدمات سلامتی در مناطق روستایی، خانه بهداشت است که به جمعیتی در حدود ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر برای (۲ تا ۳ روستا) خدمت رسانی می‌کند در این برنامه بهورز مسؤوّل بهداشت روان روستای خود اقدامات آموزش، یافتن بیمار، ارجاع به سطوح بالاتر و ثبت اطلاعات و نیز پیگیری درمان آنها را بر عهده دارد. سطح بعدی مراقبت در مناطق روستایی، مرکز بهداشت روستایی و در مناطق شهری مرکز بهداشت شهری است که در آن پزشک عمومی مسؤوّلیت درمان و ارجاع موارد مشکل را به سطح سوم دارد. 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. هر چند که اجرای این برنامه در مناطق روستایی با موفقیت‌هایی همراه بوده است اما در مناطق شهری دستاوردهای خوبی نداشته است [۲۹].

ارزشیابی‌ها عموماً پوشش خدمات را نشان داده است اما در مورد تأثیر ادغام برنامه بر کاهش بیماری‌های روانی مطالعه ای وجود ندارد.

📖 **تجربه طراحی الگوی خدمات سلامت روان شهری**، یکی دیگر از ابتکارات مداخله‌ای بوده است

که البته هنوز به مرحله اجرا و ارزشیابی نرسیده است این طرح بر اساس سیاست ملی برنامه پزشک خانواده به عنوان تأمین‌کنندگان خدمات مراقبت‌های اولیه و خدمات بهداشت روانی تدوین شده است. مبنای ارایه خدمات، پزشک عمومی در چارچوب «خدمات مراقبت‌های اولیه» است. مطابق جدول شماره ۳-۱ این الگو حداقل شش جزء دارد. در این طراحی تجربه کشورهای موفق در زمینه سلامت روان بررسی و ملحوظ شده است.

جدول ۳-۱) الگوی خدمات سلامت روان شهری (منطبق با سیاست ملی پزشکی خانواده)

جزء اول (خدمات فوری روانپزشکی)

خط تلفنی بحران، تیم‌های سیار مداخله در بحران، مرکز تثبیت بحران بدون وقت قبلی، خدمات فوری روانپزشکی مبتنی بر بیمارستان

جزء دوم (خدمات بستری کوتاه و طولانی مدت)

برای جمعیت صد هزار نفری در قالب CMHC به ۱۲ تخت حاد روانپزشکی و ۵ تخت به منظور بستری میان/بلند مدت نیاز است.

جزء سوم (خدمات ویزیت در منزل)

- پیگیری تلفنی برای جمعیت ۱۰۰,۰۰۰ نفری که ۲۶۰ بیمار نیازمند به خدمات پیگیری خواهند داشت.
- پیگیری در منزل، هر تیم به ازای ۸۰ تا ۹۰ بیمار و شامل ۱ نفر پزشک تمام وقت، ۱ پرستار یا مددکار یا روانشناس تمام وقت.
- پیگیری تلفنی توسط همین تیم برای بیماران واجد شرایط انجام خواهد شد و از ویزیت در منزل به گروه پیگیری تلفنی منتقل خواهند شد.

جزء چهارم (خدمات مرکز روزانه و توانبخشی)

در یک جمعیت ۱۰۰,۰۰۰ نفری، حدود ۱۰۰ نفر واجد شرایط مراکز روزانه هستند و با توجه به اینکه ظرفیت مراکز روزانه، ۵۰ نفر در نظر گرفته می‌شود لذا راه‌اندازی تعداد ۲ مرکز روزانه برای ارایه خدمات روزانه ضروری به نظر می‌رسد.

جزء پنجم (خدمات اسکان)

تعداد بیماران بی‌خانمان در ایران ۱٪ بیماران شدید و مزمن روانپزشکی حدس زده می‌شود. پس در یک جمعیت ۱۰۰ هزار نفری به احتمال اینکه ۱۶۵۰ فرد مبتلا به بیماری شدید و مزمن روانپزشکی داشته باشیم، حدود ۱۶ نفر آنان بی‌خانمان خواهد بود. اگر برای هر نفر بیمار روانی شدید مساحت حداقل ۲۰ متر را در نظر بگیریم به حدود ۳۲۰ متر مساحت احتیاج خواهیم داشت (مثلاً ۴ آپارتمان ۸۰ متری که هر آپارتمان گنجایش ۴ نفر را خواهد داشت). برای ایجاد چنین خدماتی الزامات اجتماعی و فرهنگی را باید در نظر داشت. حمایت‌های خانوادگی در شهرهای کوچک و خانواده‌های گسترده، ممکن است ایجاد چنین خدماتی را ضروری نسازد.

جزء ششم (پشتیبانی خدمات شامل قانون‌گذاری، حمایت‌طلبی، همکاری بین‌بخشی، پایش و ارزشیابی و ثبت داده‌ها)

📖 خدمات روانی اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و سایر سازمان‌ها: سازمان بهزیستی

کشور دستیابی به سلامت روانی اجتماعی آحاد جامعه را به عنوان یکی از اصلی‌ترین اهداف خود در برنامه‌ها و فعالیت‌های خویش لحاظ نموده است. تأکید این سازمان به مفهوم سلامت صرف نظر از جنبه مشکلات و اختلال‌های روانی اجتماعی، بر توانمندسازی در حوزه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی و ارتقای سطح سلامت روان آحاد جامعه می‌باشد. سازمان بهزیستی کشور برای ارائه خدمات سلامت روانی اجتماعی، دارای ظرفیتی نزدیک به ۱۲۰۰ دفتر و مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی در سراسر کشور می‌باشد. این خدمات در جدول ۲-۳ آمده است. **کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان زندان‌ها، وزارت ورزش و جوانان، آموزش و پرورش، نیروی انتظامی و سازمان‌های مردم‌نهاد جدالی مشابه دارند.**

📖 تجربه مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC): با هدف بهبود وضعیت و ایجاد تحول در

سلامت روان شهری، در سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۹ پس از نیازسنجی و بررسی خدمات و شواهد علمی - موجود، ساختار و خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) برای مناطق شهری طراحی شد. جامعه در این برنامه، دو گروه بودند: الف) بیماران دچار اختلالات نوروتیک شامل اختلالات افسردگی، اضطرابی و ... بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی شامل اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی و بیماران دچار اقدام‌های مکرر خودکشی. برای هر یک از دو گروه روش مداخلاتی خاصی انتخاب شده است. جهت ارائه خدمت به بیماران نوروتیک از روش بهبود درمان افسردگی توسط پزشکان عمومی با مدل Collaborative Care و به صورت راه‌اندازی واحدهای همکار مرکز استفاده شد؛ هر یک از این واحدها در واقع شامل یک پزشک عمومی و یک Case Manager هستند که مشارکت آنها جلب می‌شود و تحت نظارت و مشارکت CMHC به شناسایی و درمان افسردگی و اختلالات اضطرابی در بین مراجعان می‌پردازند. برای گروه شدید هم از خدماتی شامل ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی توسط تیم‌های تخصصی استفاده شد [۳۰]. میزان بیماریابی پزشکان عمومی در مقایسه با میزان مشابه در مراکز بهداشتی درمانی شهرهای بزرگ کشور، آمار قابل توجهی است. در ضمن گزارش میزان بهبودی توسط پزشکان و نیز خود بیماران بالا بوده است. با توجه به موفقیت اجرای این برنامه، پیشنهاد شده است که در مرحله بعد میزان اثربخشی و هزینه اثربخشی آن طی مطالعات شاهددار بررسی شود. این طرح در حد پایلوت یک منطقه شهری بوده و در حال حاضر برای استمرار پایلوت در چند شهرستان نیز ادامه دارد.

جدول ۳-۲) مجموعه خدمات سازمان بهزیستی در ارتقای سلامت روانی اجتماعی

برنامه‌ها و طرح‌های مرتبط	خدمات	عناوین	سطوح
<ul style="list-style-type: none"> - آموزش مهارت‌های زندگی - آموزش پیش از ازدواج - آموزش شهروندی 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش مهارت‌های اجتماعی با تأکید بر شیوه‌های آموزش فعال و مشارکت گروهی - آموزش‌های پیش از ازدواج - آموزش‌های زندگی خانوادگی - آموزش‌های روانی - اجتماعی در مورد خشونت - آموزش‌های شهروندی 	آموزش و آگاه‌سازی	خدمات روان
<ul style="list-style-type: none"> - برنامه غربالگری اضطراب کودکان ۶-۵ ساله - طرح غربالگری سلامت روان 	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای برنامه غربالگری اضطراب کودکان ۶-۵ ساله مهدهای کودک - اجرای طرح غربالگری سلامت روان جامعه کارگری 	غربالگری	
<ul style="list-style-type: none"> - مراکز سلامت روان محلی - باشگاه سلامت روان خانواده 	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی اولیه و ارجاع به مراکز مشاوره عمومی، توانبخشی، کلینیک‌های مددکاری، مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد، مراکز اورژانس اجتماعی (۱۲۳) - تشکیل گروه‌های محلی و خانوادگی با هدف ارتقای سلامت روان، ارزیابی و شناسایی مشکلات - تسهیل‌گری فعالیت‌های محلی با تأکید بر ظرفیت‌های خانواده‌ها و محلات - برگزاری کلاس‌های آموزشی همگانی مربوط به مباحث حوزه‌های سلامت روان - تشکیل گروه‌های خودیار و حمایت‌گیری محلی 	ارتقای سلامت روان اجتماع‌نگر	خدمات اجتماعی
<ul style="list-style-type: none"> - مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی حضوری دولتی - مراکز مشاوره تلفنی دولتی ۱۴۸۰ - مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی عمومی غیردولتی - مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی تخصصی غیردولتی - برنامه مداخلات روانی- اجتماعی پس از بلایا - سامانه مشاوره در فضای مجازی - طرح جامع بشیر با تأکید بر تحکیم بنیان خانواده - برنامه ارتقای علمی و مهارتی مشاوران 	<ul style="list-style-type: none"> - ارائه خدمات مشاوره روانشناختی عمومی - مداخله روانشناختی در بحران‌های فردی و خانوادگی - ارائه خدمات مشاوره روانشناختی تخصصی در حوزه‌های خانواده، کودک و نوجوان، اختلالات روانی، تحصیلی، صنعتی سازمانی، سالمندان، جنسی - ارائه خدمات مشاوره تخصصی خانواده به منظور کاهش و پیشگیری از طلاق - مداخلات و مشاوره روانی- اجتماعی پس از بلایا - آموزش تخصصی روانشناختی به مشاوران و روانشناسان مراکز مشاوره 	ارتقای سلامت روان و پیشگیری از اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی	خدمات تخصصی مشاوره روانشناختی
			خدمات تخصصی سلامت روان (سطح دو)

۲) اسناد بالادستی به عنوان ظرفیت‌های قانونی (تولیت)

در چشم‌انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام جامعه 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.

رهبر جمهوری اسلامی ایران در سال ۲۰۱۴ سیاست‌های کلی سلامت را ابلاغ کردند که بالاترین تعهد سیاسی در زمینه ارتقای سلامت روان در کشور محسوب می‌شود. بند ۳ سیاست‌های ابلاغی عبارت است از: «ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی ایرانی اسلامی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقای شاخص‌های سلامت روانی».

برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی جمهوری اسلامی بر موارد زیر تأکید شده است:

- ماده ۱۹، بند الف- تحول بنیادین در نظام آموزش و پرورش کشور شامل برنامه‌ریزی جهت تدوین برنامه‌های آموزشی ارتقای سلامت جسمانی و روانی مبتنی بر آموزه‌های دینی و قرآنی و تقویت و گسترش نظام مشاوره دانش‌آموز و خانواده جهت تحقق سلامت روحی دانش‌آموزان آمده است.
- ماده ۳۲، بند ب- استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای باید تدوین شود.
- ماده ۳۲، بند 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 اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری اجرایی گردد.
- ماده ۳۲، بند 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 امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تفرقه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت وزیران ارایه نماید.

■ ماده ۳۴- 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 تحمل ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل 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 مسؤلیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارائی، 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.

■ ماده ۳۸ بند ۵: 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 تشخیصی در کشور اقدام نماید

■ ماده ۴۱- الف- دستگاه‌های اجرایی و مؤسسات عمومی غیردولتی ضمن ایجاد «برنامه 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 لایحه جامع مبارزه همه جانبه با مواد مخدر، روانگردان‌ها و پیش‌سازها را تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارایه نماید.

برنامه جامع سلامت روان کشور که در سال ۲۰۱۲ توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شده است و دومین سال استقرار برنامه در ۳۱ استان کشور طی می‌شود. این برنامه اقدامات عملیاتی در سه راهبرد ارتقای سواد سلامت روان، ایجاد نظام خدمات سلامت روان و کاهش عوامل خطر سلامت روان را از طریق توسعه همکاری‌های بین‌بخشی تعریف، اجرا و پایش کرده و هر ساله عملکرد استان‌ها و دستگاه‌ها را رتبه‌بندی می‌کند.

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شوراهای متناظر در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها ظرفیتی بی‌بدیل برای همکاری بین‌بخشی حوزه سلامت روان از ده سال پیش فراهم آورده است، به همین ترتیب حضور ۱۷ هزار سازمان مردم نهاد و ۱۴۴ هزار نفر نماینده شورای شهر و روستا ظرفیت‌های مشارکت مردم است. **نظام‌نامه استانی مدیریت سلامت**، ابلاغ مشترک وزیر کشور و وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۰۱/۹۶۰ مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۲ الگوی کار بین‌بخشی و مشارکت مردم در سطح استان و شهرستان‌های را مشخص کرده است.

در سال ۱۳۹۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مصوبات مهمی در زمینه پایش عملیاتی دستگاه‌های ملی برای کاهش عوامل خطر سلامت روان و همچنین ارتقای سلامت روان کارکنان و دانش آموزان داشته است.

قانون سلامت روان کشور که تدوین شده و در شرف تصویب مجلس شورای اسلامی ایران است.

۳) وضعیت منابع بخش سلامت روان در ایران

(مالی، انسانی، اطلاعات و امکانات مراقبتی و درمانی)

به دلیل مشخص نبودن مدل ارایه خدمات، توزیع منابع سلامت روان در کشور نامتوازن و غیر عادلانه است. به همین دلیل تأمین نیروی انسانی مورد نیاز در رده‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد، پزشکان دوره‌دیده، روانشناسان، روانپزشکان و مددکاران اجتماعی نامعلوم است. ظرفیت اطلاع‌رسانی و رسانه‌ای موجود در کشور، از جمله ۲۵ کانال تلویزیونی، ۲۰ کانال رادیویی، شبکه تلویزیونی سلامت، رادیوی سلامت و روزنامه‌های سلامت همگی ظرفیت‌های بی‌بديل در ارتقای سواد سلامت روان هستند.

جدول ۳-۳) وضعیت منابع انسانی و تسهیلات سلامت روان در کشور

(بر اساس اطلاعات سال ۱۳۹۳)

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)
روانپزشکی بیمارستان تک تخصصی	۳۴ (در ۹ استان وجود ندارد)	پزشک عمومی آموزش‌دیده	۳۸۰۰
روانپزشکی 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 آموزش‌دیده	۵۰۰۰
تعداد مددکار اجتماعی	۵ هزار نفر (۱۳۸۸)	روانشناس	۹ هزار نفر آمار ۱۳۹۰

۴) تحلیل شاخص‌های تعیین‌گر سلامت روانی و اجتماعی جامعه ایرانی

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 (موری و لوپز ۱۹۹۶)، 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 جمع‌آوری شده در اداره سلامت روان، تعداد موارد اقدام و مرگ ناشی از خودکشی در سال ۱۳۸۰، از ۳۸۲۳ اقدام به خودکشی (که ۲۷۹ مورد) آن موفق بوده است به ۴۸۸۰ اقدام به خودکشی (با ۱۳۸۳ مورد موفق) در سال ۸۸ رسیده است.

در مطالعه بار بیماری‌ها که گزارش آن در ۱۳۸۴ منتشر شد، اختلالات روانی ۱۰/۲۵٪ از کل بار بیماری‌ها را شامل می‌شوند که البته با احتساب اختلالات مرتبط با مواد به ۱۴/۵٪ می‌رسد؛ سه علت اول بار اختلالات روانی به ترتیب عبارتند از: افسردگی (۲۶ درصد بار اختلالات روانی)، اعتیاد (۲۴ درصد بار اختلالات روانی) و اختلالات دو قطبی (۱۲ درصد بار اختلالات روانی). در صورتی که سایر اختلالات اعصاب و روان از جمله اعتیاد را در نظر داشته باشیم، طبق 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 دعا نویس داشتند. نکته مهم آن که 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 سرعت‌دار 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. 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 معنی داری در مناطق مختلف تهران نشان داده شده است. بر اساس آخرین پیمایش کشوری انجام شده در سال ۱۳۹۱، شیوع یک ساله اختلالات روانی ۲۳/۶ درصد برآورد شده که شیوع در زنان ۲۶/۵ درصد و در مردان ۲۰/۸ درصد بوده است. شایع‌ترین گروه اختلالات، اختلالات اضطرابی (۱۵/۵ درصد) و شایع‌ترین اختلال افسردگی اساسی (۱۲/۷ درصد) و پس از آن اختلال اضطرابی منتشر (۵/۲ درصد) و اختلال وسواسی جبری (۵/۱ درصد) بود. همچنین شیوع یک ساله اختلالات سایکوتیک در جمعیت عمومی ۰/۵ درصد بوده است. عواملی شامل بیکاری، از دست دادن همسر و یا طلاق گرفتن و زندگی در شهر با شیوع بالاتر اختلالات روانی همراهی داشتند [۳۱]. در زمینه سلامت اجتماعی جدول ۳-۴ مویید شاخص‌های حوزه آسیب‌های اجتماعی است:

جدول ۳-۴) شاخص‌های حوزه آسیب‌های اجتماعی

(بر اساس اطاعات جمع‌آوری شده در سال ۱۳۹۰)^۱

شاخص‌های سلامت اجتماعی	وضعیت	روند
وندالیسم	؟	؟
سرقت اموال	۱۵۳۹۲۱ پرونده- ۱۹۸/۵/۱۰۰۰۰۰	افزایش - متغیر طی ده سال
قتل عمد	۱۵۷۷ پرونده- ۴۴۸۹	افزایش - متغیر طی ده سال
قتل غیر عمد	۱۰۹۵ پرونده- ۲۲۱۹۹	افزایش - متغیر طی ده سال
ضرب و جرح	۶۷۱۴ پرونده	افزایش
خشونت	۷۵۵ پرونده	افزایش
نزاع دسته جمعی	۱۷/۴/۱۰۰۰۰۰	افزایش
خودکشی	۵/۹۹/۱۰۰۰۰۰	متغیر
روسیبگری	؟	؟
فرار مغزها	۱۸۰۰۰۰ پرونده متقاضی مهاجرت به کانادا- ۱۰۵ هزار نفر به آمریکا	افزایش
فقر	جمعیت شهری زیر خط فقر ۱۲٪- جمعیت روستایی زیر خط فقر ۱۰٪	طی سه سال بررسی افزایش - طی سه سال بررسی کاهش
بی‌سوادى زنان	۳۰/۱٪	کاهش
بی‌سوادى مردان	۱۶/۵٪	کاهش
سوء تغذیه زیر ۵	وزن برای سن ۱۱٪- قد برای سن ۱۵٪	؟
کودکان ۱۴-۱۰ سال در بازار کار	۲٪	کاهش
فساد مالی	۷۵٪ تصور دارند در همه سطوح حاکمیت فساد مالی هست	؟
کودکان کار	۵۰۰ هزار کودک	افزایش
طلاق	نسبت ازدواج به طلاق ۱۰/۶ - تهران یا ۱۸/۲٪ بالاترین رقم	افزایش
کودک خیابانی	۲۰۰۰۰ در تهران	افزایش
فرار از خانه	سالانه در تهران ۱۰۰۰ دختر ۲۷-۱۳ ساله	؟
سالمند آزاری	۲۵٪ از سالمندان	؟
تکدی‌گری	۵۵۵۱ نفر در تهران	؟
کودک آزاری	آزار جسمانی ضعیف ۳۸,۳٪- شدید ۳۵,۹٪- بی‌توجهی ۲۰,۵٪ - آزار عاطفی ۶۲,۵٪	؟
جرایم ناشی از خشونت	۹۱۴۲۷ پرونده	طی سه سال افزایش
جرایم خرد	۶۴۶۰۶ پرونده	طی سه سال افزایش
ارتشاء، اختلاس و جعل	۱۷۶۸۶۳ پرونده - ۱۸۹۰۷۰ پرونده	متغیر طی ده سال - افزایش طی چهار سال
اوباشگری	۱۳۳۶۷ نفر دستگیر شده	کاهش
آدم ربایی	۹۷۳ نفر	متغیر
کشفیات در ارتباط با منکرات	۱۰۰۴۴۸۳ مورد جمع اقلام و اماکن مکشوفه	کاهش

^۱ دماری بهزاد، سند سیاست ارتقای سلامت اجتماعی جامعه، مروری بر برنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارتقای بعد اجتماعی سلامت، انتشارات طب و جامعه، ۱۳۹۳

بیکاری	۱۳/۵٪ از نیروی کار کشور - ۱۰,۳٪ از جمعیت ده ساله و بیشتر	افزایش - متغیر
مشارکت	مشارکت جمعیت بالای ۱۰ سال ۳۷٪ - مشارکت جمعیت بالای ۱۵ سال ۴۴٪	؟
فعالیت اقتصادی	۲۸/۶٪ از افراد ۱۰ سال و بالاتر	متغیر
با سوادی	۸۱/۹٪ از جمعیت ۶ ساله و بالاتر	افزایش
تعداد بیمه‌شدگان اصلی تامین اجتماعی	۸۴۴۲۴۹۲ نفر	افزایش
تعداد مشارکت‌های داوطلبانه مردمی	۱۱۴/۴ هزار نفر (شاخص مشارکت اجتماعی در کمیته امداد سال ۸۶)	افزایش ۸۲-۸۶
تعداد مددجویان کمیته امداد	۷/۵۰ میلیون نفر (شاخص حمایت اجتماعی سال ۸۶)	افزایش ۸۲-۸۶
تعداد افراد یتیم تحت پوشش	۴۴۰ هزار نفر (شاخص حمایت اجتماعی سال ۸۶)	افزایش ۸۲-۸۶
تعداد خانوار تحت حمایت طرح شهید رجایی	۶۹۸/۲ هزار نفر (شاخص حمایت اجتماعی سال ۸۶)	افزایش ۸۲-۸۶
سمن‌های فعال در حوزه اعتیاد	۵۱۰ (شاخص مشارکت اجتماعی در سال ۸۶-۸۷)	افزایش نسبت به سال قبل
مشارکت دانشجویان در طرح پیشگیری از اعتیاد در خوابگاه‌ها و محیط‌های دانشجویی	۱۳۹/۱۵۹ نفر (شاخص مشارکت اجتماعی در سال ۸۶-۸۷)	۵۷٪ رشد نسبت به سال قبل

با توجه به اطلاعات فوق شبکه بهداشتی درمانی روستایی با قدمتی بیش از سه دهه، تجربیات محدود برای طراحی الگوی ارائه خدمات سلامت روان، نیروی انسانی بالقوه برای به کارگیری در حوزه ارائه خدمات، انبوه رسانه‌های دیداری و شنیداری بومی، سازمان‌های همکار در خدمات روانی اجتماعی، سیاست‌ها و ساختارهای فرادستی حامی مجموعه‌ای از ظرفیت‌های ملی برای استقرار خدمات سلامت روان در کشور هستند اما ناتوانی نظام سلامت برای کنترل عوامل تأثیرگذار بیرونی بر سلامت روان مردم کمبود منابع مالی و توزیع ناعادلانه تسهیلات و امکانات درمانی در گستره ۳۱ استان و ۴۲۰ شهرستان کشور برای مقابله با شیوع ۲۳/۶٪ اختلالات روانی و تکمیل نبودن بستر مراقبت‌های اولیه شهری (۷۰٪ جمعیت) چالش‌های تدارک خدمات سلامت روان در کشور است.

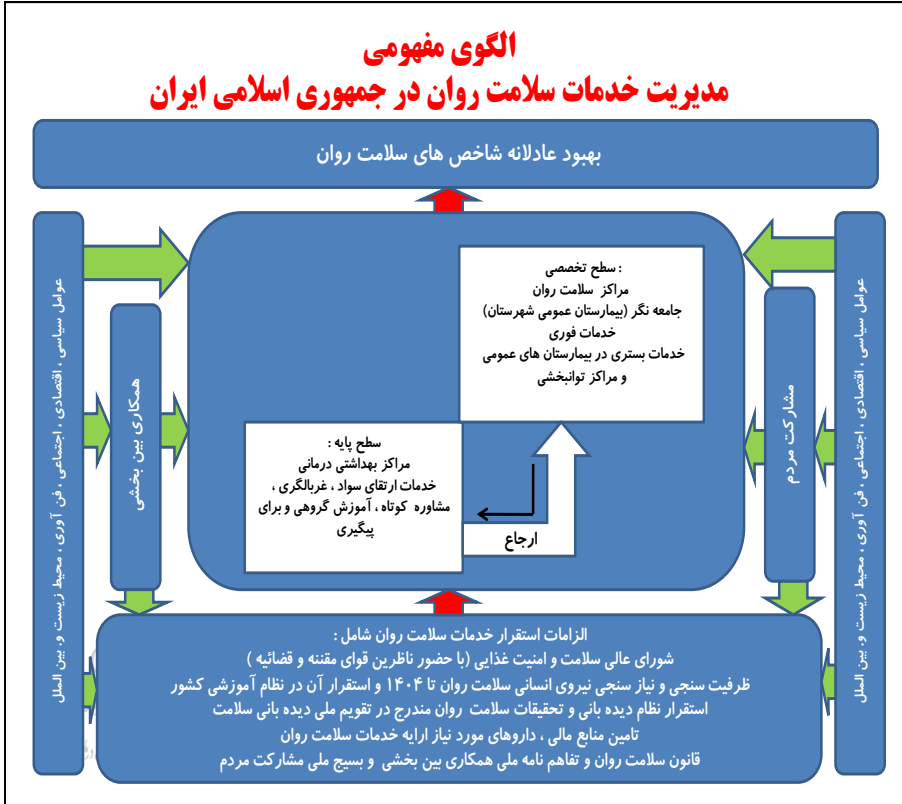
بخش دوم) اصول، الگوی مفهومی و خدمات اولویت دار

بر اساس تجربه سایر کشورها و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و همچنین ظرفیت‌های جمهوری اسلامی ایران اصول سیزده گانه طراحی نظام‌نامه جامع سلامت روان به شرح جدول ۳-۵ استخراج شده است:

جدول ۳-۵) اصول طراحی نظام ارایه خدمات سلامت روان کشور

مرجع اصلی استخراج	اصول	
توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت	مردم محوری شبکه از طریق استقرار حقوق و تکالیف سلامت شهروندان	۱
توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت	جامعیت و تداوم خدمات مبتنی بر شواهد: منطبق با باریبیماری‌های کشور، هماهنگ با سایر ابعاد جسمی اجتماعی معنوی و همه گروه‌های سنی (کودک، نوجوان، جوان، میانسال و سالمند)	۲
توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، ظرفیت سایر سازمان‌های کشور و رفع چالش فعلی در سطح شهرها	ورود منظم گیرندگان خدمت به نظام سلامت از طریق سطح بندی خدمات و ارجاع	۳
(وضعیت داخل کشور)	بهره‌مندی راهبردی از نیروهای با تحصیلات کافی و دارای توانایی روزآمد شدن	۴
(توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت)	فعال بودن خدمات و بازاریابی اجتماعی مصرف خدمات	۵
(شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شوراهای متناظر)	همکاری بین‌بخشی در جغرافیاهای تعریف شده	۶
(ظرفیت داخل کشور)	استفاده از همه ظرفیت‌ها اعم از دولتی، خصوصی و غیردولتی در ارایه خدمات	۷
(روندهای جهانی توسعه رسانه و وضعیت آن در کشور)	استفاده از نوآوری و فناوری متناسب (و هوشمند)	۸
(تجربه کشورها و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت)	مراقبت تیمی و ادغام یافته از موارد شناسایی شده بیماری‌ها	۹
(ظرفیت‌های قبلی کشور)	حفظ و تقویت دستاوردهای قبلی نظام سلامت روان در روستاها	۱۰
(سیاست‌های فرادستی)	عدالت جغرافیایی در ارایه خدمات سلامت روان برای شهر و حاشیه شهر، روستا و عشایر	۱۱
(سیاست‌های فرادستی)	حداقل بودن قیمت خدمات سطح یک برای مردم	۱۲
(سیاست‌های فرادستی)	اطمینان سیاست‌گذار و اعتماد مردم	۱۳

بر اساس این اصول الگوی مفهومی زیر تدوین شد:



خدمات اولویت‌دار در سطوح دو گانه* بر اساس مطالعه بار بیماری‌ها، پیمایش سلامت روان کشور در سال ۱۳۹۱، مسائل اجتماعی کشور و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت متناسب با مدل مفهومی به شرح جدول ۳-۶ است:

جدول ۳-۶ خدمات اولویت‌دار سلامت روانی اجتماعی در جمهوری اسلامی ایران

سطح پایه خدمات روانی اجتماعی از طریق مراکز بهداشتی درمانی

- مداخلات مختصر چهره به چهره و گروهی بیماران افسرده، مضطرب و خشونت دیده‌ها (ارجاع شده از پزشک مرکز)
- مداخلات مختصر چهره به چهره و گروهی افراد چاق، سیگاری‌ها، اعتیاد به مواد و الکل، سایر موارد ارجاعی از پزشک (از جمله اچ ای وی و...)
- ارزیابی کامل اجتماعی فردی، تعیین مسیر مشاوره روانشناختی و ارجاعات برای حمایت اجتماعی و پیگیری:
 - (۱) **خشونت خانگی** (کودک، همسر و سالمند)
 - (۲) **بی‌سوادی، بازماندگان تحصیل** (تعامل با خانواده و مدرسه برای...)
 - (۳) **اعتیاد** (اقدامات لازم برای فراخوان و ترغیب معنادار برای دریافت خدمات ترک)
 - (۴) **جرایم** (پیشگیری در سطح محله و مداخلات مبتنی بر جامعه)
 - (۵) **امنیت غذایی خانوارها** (تخصیص سبد کالا و...)
 - (۶) **بیکاری، فقر و مسکن نامناسب**
 - (۷) **حمایت‌های اجتماعی برای خانواده‌های آسیب‌پذیر** شامل: اعتیاد، معلولیت‌های جسمی (از جمله حرکتی، نابینایی و ناشنوایی) و روانی، ترک یا فرار از خانه (همسر، فرزند)، کودک کار، بارداری در نوجوانی، زندانی بودن عضو خانواده، بیماران کلیوی، سرطان، ام اس و سایر بیماران صعب‌العلاج، بیماران مبتلا به ایدز، عضو خانواده‌ای که سابقه خودکشی دارد، خانواده‌ای که از فرد معلول به خصوص روانی مراقبت می‌کند.
- انجام ارزیابی اجتماع محور از وضعیت سلامت اجتماعی محلات و برنامه ریزی با مشارکت مردم و بخش‌ها
- برنامه‌ریزی و اجرای دوره‌های آموزشی **مهارت‌های زندگی، فرزندپروری، ارتباط همسران** برای جمعیت تحت پوشش
- پذیرش مشاوره‌های ابتدایی متنوع (**سلامت جنسی، تحصیلی، زناشویی، فرزندپروری و...**)
- **پیشگیری از خودکشی** به ویژه در افراد پرخطر و پیشگیری از خودکشی مجدد و مراقبت از افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند.
- **خدمات مشاوره روانی در بلایا**
- **خدمات برای بیماران روانی سایکوتیک:** پیگیری تلفنی، ویزیت منزل، آموزش گروهی خانواده افراد سایکوتیک و خود بیماران
- آموزش و یا مدیریت آموزش **کاهش آسیب برای معتادان** به مواد مخدر فردی، گروهی، اماکن مرتبط
- خدمات مربوط به **ثبت اطلاعات و دیده‌بانی سلامت روان** در جمعیت تحت پوشش
- **یادآوری تلفنی بیماران**

سطح تخصصی خدمات روانی اجتماعی از طریق مراکز جامعه‌نگر سلامت روان [داخل یا بیرون بیمارستان عمومی شهرستان] و مراکز اجتماعی معین ***

- درمان و پیگیری موارد ارجاع شده از سطح یک به خصوص **بیماران دارای سایکوز و مقاوم به درمان‌های خلقی و درمان با داروهای تخصصی، خدمات غیرداورویی تخصصی (روان درمانی، گروه درمانی، ...)**
- **خدمات فوری روانپزشکی** شامل خط تلفن بحران، تیم‌های سیار مداخله در بحران، تثبیت بحران بدون وقت قبلی، خدمات اورژانس بیمارستانی
- **بیمارستان عمومی شامل بخش روانپزشکی برای بستری *****
- **خدمات پس از ترخیص (پیگیری در منزل، آموزش خانواده و آموزش بیماران) ******
- **بیمارستان روانپزشکی تک تخصصی**
- **مراکز توانبخشی بیماران روانی و مراکز روزانه توانبخشی ******
- **ادغام یا نظارت فنی بر مراکز MMT و DIC**
- **خدمات اسکان ****** (با محوریت سازمان‌های مسؤل از جمله بهزیستی و شهرداری‌ها و ...)

■ سطوح خدمات دوم و سوم رایج در نظام سلامت کشور، در این جدول به عنوان سطح تخصصی خدمات ادغام شده است، سطح اول به نام سطح پایه نام‌گذاری شده است.

■ مراکز اجتماعی معین شامل کمیته امداد امام خمینی (ره)، مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی، مراکز وزارت ورزش و جوانان، سازمان‌های مردم‌نهاد خیریه، فعال در خدمات اجتماعی و اعتیاد و الکل، سازمان زندان‌ها، مراکز کاربایی، سندیکای کارفرمایی، سندیکای کارفرمایی مراکز فنی و حرفه‌ای، شورای اسلامی شهر و روستا و شورایی‌ها، مراکز نگهداری از شهروندان، بیمه‌ها، نهضت سوادآموزی، مدارس ویژه ترک تحصیلی‌ها

■ برای جمعیت صد هزار نفری در قالب CMHC به ۱۲ تخت حاد روانپزشکی و ۵ تخت به منظور بستری میان یا بلندمدت نیاز است.

■ خدمات در منزل شامل **پیگیری تلفنی و پیگیری در منزل است. برای پیگیری تلفنی** برای جمعیت ۱۰۰۰۰۰ نفری که ۲۶۰ بیمار نیازمند به خدمات پیگیری خواهند داشت؛ هر تیم **پیگیری در منزل**، به ازای ۸۰ تا ۹۰ بیمار شامل: ۱ نفر پزشک تمام وقت، ۱ پرستار یا مددکار یا روانشناس تمام وقت. پیگیری تلفنی توسط همین تیم برای بیماران واجد شرایط انجام خواهد شد و از ویزیت در منزل به گروه پیگیری تلفنی منتقل خواهند شد.

■ [در یک جمعیت ۱۰۰۰۰۰ نفری حدود ۱۰۰ نفر واجد شرایط مراکز روزانه هستند و با توجه به این که ظرفیت مراکز روزانه، ۵۰ نفر در نظر گرفته می‌شود لذا راه‌اندازی تعداد ۲ مرکز روزانه برای ارایه خدمات روزانه ضروری به نظر می‌رسد].

■ تعداد بیماران بی‌خانمان در ایران ۱٪ بیماران شدید و مزمن روانپزشکی حدس زده می‌شود. پس در یک جمعیت ۱۰۰ هزار نفری به احتمال این که ۱۶۵۰ فرد مبتلا به بیماری شدید و مزمن روانپزشکی داشته باشیم، حدود ۱۶ نفر آنان بی‌خانمان خواهد بود. اگر برای هر نفر بیمار روانی شدید مساحت حداقل ۲۰ متر در نظر بگیریم به حدود ۳۲۰ متر مساحت احتیاج خواهیم داشت (مثلاً ۴ آپارتمان ۸۰ متری که هر آپارتمان گنجایش ۴ نفر را خواهد داشت). برای ایجاد چنین خدماتی الزامات اجتماعی و فرهنگی را باید در نظر داشت. حمایت‌های خانوادگی در شهرهای کوچک و خانواده‌های گسترده، ممکن است ایجاد چنین خدماتی را ضروری نسازد.

۱) اهداف

بر اساس مرور منابع و نظرات ذینفعان خبره، هدف نهایی ارایه خدمات سلامت روانی باید بهبود عادلانه شاخص‌های سلامت روانی و اجتماعی کشور به میزان اهداف اختصاصی مصوب شده در برنامه‌های ۵ ساله توسعه اقتصادی اجتماعی باشد که در این میان شاخص‌های زیر اهمیت ویژه‌ای بر خوردار می‌باشند:

۱. کاهش انواع اختلالات روانی

۲. بهبود شاخص نشاط

۳. افزایش اتخاذ رفتارهای روانی و اجتماعی پیشگیرانه و سواد سلامت روان

۴. پاسخگویی نظام سلامت در بخش روانی اجتماعی

۵. حفاظت مالی بیماران مبتلا به مشکلات روانی و اجتماعی

۶. شاخص‌های مرتبط به سلامت اجتماعی از جمله میزان افزایش حمایت اجتماعی

به منظور دستیابی به اهداف فوق، انجام رصد شاخص‌های اثر نهایی سلامت روان و اجتماعی کشور ضروری است. رصد این شاخص‌ها باید مطابق نظام‌نامه دیده‌بانی سلامت کشور، با انجام دوره‌ای پیمایش سلامت روان کشور هر ۵ سال (ترجیحاً با سطح تفسیر شهرستانی یا استانی) و پایش سالانه یا دو سالانه شاخص‌های درون داد، فرایند، برون داد و پیامدی باشد. شاخص‌های مذکور با توجه به شواهد و یافته‌های علمی قابل بازبینی خواهد بود. همچنین لازم است دیده‌بانی سلامت اجتماعی بر اساس داده‌های ثانوی انجام شود. اجرای پیمایش‌های دوره‌ای برای تعیین وضعیت شاخص‌های اثر نهایی سلامت اجتماعی بر عهده سازمان‌های متولی به غیر از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. لازم است نظام اطلاعات مرتبط به حوزه سلامت که از دو طریق پیمایش‌های دوره‌ای و ثبت داده‌های روتین سطح پایه و تخصصی به دست می‌آید و کلیه داده‌های ثبتی باید در قالب یک گزارش دیده‌بانی سالانه به مراجع سیاست‌گذاری ارایه و حمایت‌طلبی شود و اولویت‌های تحقیقاتی سلامت روان به طور دوره‌ای تعیین و با مدیریت شبکه تحقیقات سلامت روان کشور به اجرا گذاشته شود.

۲) ارکان

لازم است انتظارات و تکالیف کلیه سازمان‌ها در زمینه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شوراهای عالی فرابخشی به عنوان مرجع حمایت‌طلبی و تضمین همکاری‌های بین‌بخشی تعیین شود و سپس از طریق دبیرخانه شورا جهت تصویب، انعقاد تفاهم‌نامه و پایش به اجرا در آید. بنابراین علاوه بر تعیین انتظارات و تکالیف سازمان‌ها، باید شاخص‌های ارزیابی مشخص شود. در زمینه همکاری‌های بین‌بخشی و تأثیرگذاری بر سیاست‌های عمومی کشور هم زمان با دوره زمانی برنامه‌های توسعه پنج ساله کشور، تفاهم‌نامه‌های بین‌بخشی، وضعیت اجرایی شدن سیاست پیوست سلامت و تأثیر حضور بخش سلامت در حوزه‌های فرابخشی ارزشیابی شده و نتایج این ارزشیابی در بازنگری موافقت‌نامه‌های فرابخشی و تشویق دستگاه‌های همکارو موفق و اعلان عمومی به کار گرفته شود.

نظارت بر رصد اهداف و برنامه‌ها نیازمند کمیته‌ای کشوری در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و زیر نظر وزیر است تا با تشکیل جلسات فصلی روند شاخص‌های مربوط به سلامت روان و اجتماعی را پایش نماید. مناسب‌ترین محل برای استقرار دبیرخانه این کمیته، واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. علاوه بر آن کمیته‌ای در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور متشکل از خبرگان و ذینفعان اجرایی بخش سلامت جهت کنترل روند استقرار خدمات سلامت روانی و اجتماعی در سطح شهرستان‌ها ایجاد شود.

همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم در زمینه سلامت روان، با استفاده از ظرفیت نظام‌نامه استانی مدیریت سلامت [ابلاغ مشترک وزیر کشور و وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۰۱/۹۶۰ مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۲]، انجام شود. بدین جهت پیشنهاد شده است در سطح استانی شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان (با نقش تصویبی) و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری (با نقش مشورتی) به عنوان کارگروه‌های مرجع در زمینه همکاری بین‌بخشی، و سایر کارگروه‌های تخصصی استانداری و شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر به عنوان کارگروه‌های مرجع در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در نظر گرفته شوند. مناسب‌ترین مرجع

جهت تضمین همکاری‌های بین‌بخشی در سطح شهرستان **شورای فرمانداری** است که به ریاست فرماندار یا نماینده تام‌الاختیار ایشان تشکیل می‌شود.

۳) بسته‌های خدمتی سلامت روانی اجتماعی

الف) خدمات پایه:

خدمات پایه شامل آموزش همگانی اصول و مهارت‌های سلامت روان و اجتماعی، غربالگری جمعیتی سلامت روانی و اجتماعی و شناسایی موارد نیازمند مراقبت و ارجاع به ارزیابی کامل و مشاوره کوتاه کارشناس روان، درمان بیماری‌های خلقی و ارجاع بیماران سایکوز و بیماران خلقی مقاوم به درمان به سطح تخصصی توسط پزشک، آموزش‌ها و مشاوره‌های مختصر برای افراد دارای عوامل خطر رفتاری، آموزش خانواده‌های دارای بیمار روانی، ارزیابی اجتماعی و ارجاع (راهنمایی) نیازمندان به سطوح ارایه‌کننده خدمات سلامت اجتماعی و خدمات تخصصی سلامت روان می‌باشد. مناسب است که سطح پایه خدمات سلامت روان به طور فعال از طریق یک مرکز بهداشتی درمانی به ازای هر ۱۲۵۰۰ نفر به ترتیب توسط چهار نفر بهبان (به ازای هر ۳ هزار نفر یک بهبان)، یک نفر کارشناس سلامت روانی - اجتماعی و پزشک عمومی (خانواده) ارایه شود.

ارجاع اجتماعی: نیازمندان به این خدمات بسته به نوع مسأله اجتماعی که همراه با بیماری جسمی و روانی خود دارند به مراکز سازمان بهزیستی، کمیته امداد، مراکز کارایی، نهضت سوادآموزی، سندیکای کارفرمایی، مراکز فنی حرفه‌ای، خیریه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد، شورای اسلامی شهر و روستا و شوراهای محلات، مراکز نگهداری نیازمندان و... جهت افزایش حمایت اجتماعی و تأثیر آن در بهبودی وضعیت جسمی و روانی ارجاع شوند و در مراقبت‌های آتی سطح پایه، پیگیری نتایج ارجاع انجام شده و بازخورد کلی این ارجاعات به شورای فرمانداری شهرستان ارسال شود. ارایه خدمات سلامت اجتماعی به افراد ارجاعی از مراکز بهداشتی درمانی، نیازمند مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در به رسمیت شناختن مراکز بهداشتی درمانی به عنوان **دروازه‌بان خدمات سلامت اجتماعی** است.

ب) سطح تخصصی خدمات سلامت روانی اجتماعی:

سطح تخصصی شامل اورژانس روان و اورژانس اجتماعی، درمان و پیگیری موارد ارجاع شده از سطح یک به خصوص بیماران دارای سایکوز و مقاوم به درمان‌های خلقی و درمان با داورهای تخصصی، خدمات

غیردوایی تخصصی (روان درمانی، گروه درمانی و...)، خط تلفن بحران و تیم‌های سیار مداخله در بحران، تثبیت بحران بدون وقت قبلی (سرپایی و بستری کوتاه مدت) و خدمات پس از ترخیص (پیگیری در منزل، آموزش خانواده و آموزش بیماران) می‌باشد. بهتر است که این خدمات توسط روانپزشکان و روانشناسان بالینی در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر یا کلینک‌های سلامت روان درون بیمارستان شهرستان و یا مستقل از آن و بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های عمومی انجام شود.

- لازم است ارتباط نظام‌مند بخش بیمارستان عمومی و اورژانس اجتماعی (۱۲۳) تعریف شود.
- در مورد ادغام تدریجی مراکز ترک اعتیاد و DIC در سطح دو خدمات تخصصی یا ادامه کار مستقل آنها با نظارت شبکه شهرستان، باید سیاست‌گذاری مناسب انجام شود.
- نظام پایش و ارزشیابی خدمات و اعتباربخشی مراکز سطح یک و دو توسط دفتر نظارت و اعتباربخشی طراحی و اجرایی می‌گردد.
- لازم است نیروی انسانی موجود برای ارائه خدمات سلامت روان ارزیابی شده و برای توانمندسازی و به کارگیری آنها در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری از طریق مراکز آموزش مهارت‌های بالینی سلامت روانی اجتماعی در اولین سال اجرا، اقدام شود. در این زمینه ضروری است که موضوع انگ اجتماعی به طور شفاف برای کلیه رشته‌های مرتبط آموزش داده شود. همچنین نیروی انسانی مورد نیاز برای ارائه مناسب خدمات سلامت روانی اجتماعی در ده سال آینده (هم از جهت تعداد نیروی انسانی و هم از جهت کیفیت آموزش‌های لازم)، تعیین شده و برای تربیت نیروی انسانی مورد نیاز سیاست‌ها به حوزه آموزش عالی کشور (هر دو وزارت خانه متبوع) ابلاغ گردد.
- باید ردیف بودجه سلامت روانی اجتماعی ایجاد شود. کلیه خدمات سطح پایه برای گیرندگان خدمات، رایگان شده و خدمات سطح تخصصی بر اساس اولویت‌های مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای عالی بیمه تحت پوشش قرار گیرد. نظام پرداخت برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح پایه حقوق پایه به علاوه پرداخت تشویقی است که مبلغ تشویقی بر اساس بهبود شاخص‌های سلامت روان جمعیت تحت پوشش خواهد بود؛ بهتر است اختیار توزیع حق تشویقی با رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان باشد.

▪ باید از ظرفیت‌های بومی بخش خصوصی و غیردولتی در حیطه روانی اجتماعی برای شکل‌گیری خدمات سطوح پایه و تخصصی به شکل خرید راهبردی خدمات استفاده شود.

ج) بسته اقدام جامعه:

مجموعه خدمات اقدام جامعه (آج) با هدف سازمان‌دهی همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم در ارتقای سلامت روان شهرستان به اجرا در می‌آورد.

انتظار می‌رود با اجرای این بسته:

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

فرایند اصلی در اقدام جامعه شامل مراحل زیر است:

۱) اقدام در شورای فرمانداری: ارایه تصویر سلامت روان کشور، استان و شهرستان و برگزاری کارگاه پیشگیری از اختلالات روانی، دریافت مصوبه تدوین نقشه راه ارتقای سلامت روان شهرستان از شورای فرمانداری

۲) شناسایی ظرفیت‌های شهرستان و تدوین برنامه همکاری بین‌بخشی با مشارکت ذینفعان و تنظیم تفاهم‌نامه یکپارچه، امضای سازمان‌ها و ابلاغ فرماندار

۳) ایجاد دبیرخانه رصد اقدام جامعه (راج)، آموزش مجریان و مدیران برای اقدام، پایش ماهانه تفاهم‌نامه با حضور فرماندار، رتبه‌بندی عملکرد ذینفعان و تشویق

۴) تدوین گزارش سالانه و برنامه سال آینده

ارکان اصلی اقدام جامعه به شرح زیر است:

▪ رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان با حکم فرماندار، مسؤول دبیرخانه رصد اقدام جامعه (دبیرخانه راج) است و کلیه مفاد تفاهم‌نامه پایش می‌شود.

- دبیرخانه راج در فرمانداری تشکیل می‌شود و یک نفر از کارشناسان مسؤول در شبکه به صورت تمام وقت مسؤولیت پیگیری امور دبیرخانه را با نظارت رییس دبیرخانه بر عهده دارد.
- کمیته راهبری فنی متشکل از مدیر برنامه، کارشناس مسؤول روان استان و شهرستان، روانپزشک شهرستان، نماینده پزشکان عمومی و نماینده کاراها در دبیرخانه تشکیل می‌شود، وظیفه این کمیته مراقب بودن از اجرای هر سه بسته خدمات سلامت روان شهرستان است.
- جلسات پایش ماهانه با حضور بخشداران، دهیاران و اعضای شوراهای اسلامی شهر و روستا و اعضای شورای فرمانداری تشکیل می‌شود.
- مسؤول اجرایی ارتقای سواد سلامت روان، مجمع شهرداران و دهیاران شهرستان و همچنین رسانه‌های شهرستانی و استان است، محتوای ترویجی توسط کمیته راهبری فنی در اختیار مجمع قرار می‌گیرد (از جمله ترویج ده فرمان انگ‌زدایی ویژه تبلیغات محیطی).
- تقسیم کار از طریق تفاهم‌نامه یکپارچه انجام می‌شود و محورهای تفاهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان است که در سطح شهرستان می‌توان اقدامات مفید و پروژه‌های مؤثری برای آنها انجام داد:
- **تکامل کودکی:** ارتقای کمی و کیفی مهدکودک و مکان‌های بازی کودکان شهرستان، اطمینان از ثبت نام در مدرسه برای کلیه کودکان شهرستان
- **سواد:** شناسایی افراد بی‌سواد و معرفی به نهضت سوادآموزی، شناسایی افراد بازمانده تحصیلی و بازگرداندن آنها به مدرسه، تقویت مراکز مشاوره تحصیلی در مدارس و آموزش مدیران و معلمان در مورد عدم تبعیض
- **درآمد:** تدوین کتاب سرمایه‌گذاری شهرستان، حمایت‌طلبی استانی و ملی برای سرمایه‌گذاری، شناسایی افراد بیکار و معرفی فرصت‌های شغلی با همکاری سندیکای کارفرمایی و مرکز آموزش فنی و حرفه‌ای و مراکز کاریابی، شناسایی افراد فاقد مسکن و اقدام مقتضی
- **کار امن و ایمن:** ایجاد مراکز همیار کارکنان [در سایه آن آموزش کارفرمایان و کارگران]
- **امنیت غذایی:** تدارک میادین میوه و تره بار به صورت محلی و توزیع سبد غذایی به خانوارهای مورد نیاز، ترویج تغذیه سالم

- **تفریحات:** تدوین برنامه تفریحات جامعه (احیای تفریحات سنتی شهرستان) و افزایش تحرک فیزیکی مردم
- **حمل و نقل عمومی:** بررسی ناوگان حمل و نقل عمومی شهرستان، تعیین نقاط حادثه‌ساز و رفع مشکلات
- **خدمات اجتماعی:** مراقبت‌های اجتماعی ویژه معلولان حسی و حرکتی و روانی و **بازتعریف خدمات اجتماعی**
- **امنیت اجتماعی:** تقویت برنامه‌های کاهش عرضه مواد مخدر و الکل و تشکیل شورای پیشگیری از جرائم در محلات
- **مدیریت بحران:** تدوین نقشه خطرپذیری شهرستان، اولویت‌بندی و اقدام برای کاهش خطر
- **معنویت:** ترویج اخلاقیات در عمل و قدردانی از شهروندان با عملکرد اخلاقی شاخص و الگو
- **حکمرانی:** ایجاد مرکز رصد توسعه پایدار شهرستان (اقتصاد، اجتماع و محیط زیست)، ادغام دوره آموزش انگ‌زدایی از اختلالات روانی برای کارکنان و مدیران کلیه دستگاه‌ها و نهادها، جلب حمایت عمودی استان و دستگاه‌های سطح ملی، آموزش اصول و فنون حکمرانی محلی برای کلیه بخشداران و دهیاران و شوراهای اسلامی شهر و روستا
- **شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان:** تشکیل خانه مشارکت مردم (رویکرد شبکه‌های اختصاصی مردمی برای مشارکت) و شورای محلات (رویکرد جغرافیایی به مشارکت) و ترویج بسته پیشگیری از اختلالات روانی از این طریق

فصل چہارم

بحث و نتیجہ گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از این بررسی شبکه بهداشتی درمانی روستایی با قدمتی بیش از سه دهه، تجربیات محدود برای طراحی الگوی ارایه خدمات سلامت روان، وجود نیروی انسانی بالقوه توانمند برای به کارگیری در حوزه ارایه خدمات، انبوه رسانه‌های دیداری و شنیداری بومی، سازمان‌های همکار در خدمات روانی اجتماعی، سیاست‌ها و ساختارهای فرادستی، حامی مجموعه‌ای از ظرفیت‌های ملی برای استقرار خدمات سلامت روان در کشور هستند اما ناتوانی نظام سلامت برای کنترل عوامل تأثیرگذار بیرونی بر سلامت روان مردم، کمبود منابع مالی و توزیع ناعادلانه تسهیلات و امکانات درمانی در گستره ۳۱ استان و ۴۲۰ شهرستان کشور برای مقابله با شیوع ۲۳/۶٪ اختلالات روانی و تکمیل نبودن بستر مراقبت‌های اولیه شهری (۷۰٪ جمعیت) چالش‌های تدارک خدمات سلامت روان در کشور است. مطابق یافته‌های این مطالعه لازم است خدمات روانی اجتماعی به طور تلفیقی در دو سطح پایه و تخصصی ارایه شود و نظام دیده‌بانی و ثبت اطلاعات، کمیته‌های ملی بین‌بخشی و استانی مدیریت استقرار خدمات را بر عهده بگیرند. شکل‌گیری سطح پایه به ازای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر یک نفر کارشناس سلامت روانی اجتماعی در نظر گرفته شده است و سطح تخصص استفاده از کلیه تسهیلات موجود تخصصی زیر نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سایر سازمان‌ها در نظر گرفته شده است.

مطابق توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در مورد الزامات یک برنامه و سیستم سلامت روانی مؤثر، الگوی طراحی شده خدمات سلامت روانی اجتماعی با این الزامات به صورت زیر تطبیق دارد [۱۷]:

- ۱. مبتنی بر جامعه باشد:** مراقبت فعال از جمعیت تحت پوشش، استفاده از ظرفیت‌های مردمی و مشارکت آنها و اقدامات اجتماع محور نشانه‌های این ویژگی است.
- ۲. جامعیت خدمات و ادغام در مراقبت‌های اولیه باشد:** خدمات بر اساس بار بیماری‌های سلامت روان کشور و اثرات هم‌افزایی با بیماری‌های غیرواگیر و واگیر و همچنین مشکلات اجتماعی در سطح یک ملحوظ شده است و توسط کارشناس سلامت روانی اجتماعی آموزش دیده، ارایه می‌شود.
- ۳. لحاظ شدن مشارکت شاغلین، بیماران و خانواده:** این مورد از طریق آموزش خانواده‌ها در دو سطح ارتقای سواد سلامت روان خانواده‌ها و کارگاه‌های آموزشی در جمعیت‌های تحت پوشش مرکز انجام می‌گیرد، برنامه‌های ارتقای سلامت روان کارکنان از طریق اجرای برنامه‌های سلامت روان در محیط کار دنبال می‌شود.

۴. **در بر گرفتن توانمندسازی افراد، خانواده و جامعه:** بسته اجتماع محور ارتقای سلامت روان و اجتماعی، مشارکت سمن‌ها و آموزش خانواده‌ها، مدارس و محیط کار به این ویژگی پاسخ می‌دهد.
۵. **محافظت از حقوق بیماران روانی:** تدوین و حمایت‌طلبی برای تصویب قانون سلامت روان و سپس ملحوظ کردن این حقوق در ارزشیابی مراکز ارایه دهنده خدمات اقدامات نشان‌گر برای در نظر گرفتن این ویژگی است.
۶. **مبتنی بر شواهد باشد:** کمیته ملی خبرگان با تعیین اولویت‌های تحقیقاتی خدمات برتر سلامت روانی اجتماعی را تضمین می‌کنند.
۷. **منابعی از نیروی انسانی مناسب جهت اجرا برنامه وجود دارد:** در این مورد هم نیروهای فعلی و هم ظرفیت‌سنجی نیروها برای ده سال آینده مد نظر است.
۸. **توجه به نیازهای خاص کودکان و نوجوانان، زنان و سالمندان:** این نیازها در بسته‌های سطح یک و دو ملحوظ شده است.
۹. **تعادل بین خدمات سلامت روان با سایر خدمات:** تلفیق خدمات سلامت روان در داخل خدمات مراکز بهداشتی درمانی این ویژگی را ممکن می‌سازد.
۱۰. **پایش و ارزیابی مستمر:** ارزشیابی خدمات ارایه شده در قالب نظام اعتباربخشی در زمان دریافت مجوز و به صورت دوره‌ای ملحوظ شده است.
۱۱. **پاسخگو نسبت به نیازهای جمعیت های محروم و آسیب‌پذیر:** در سطح یک با مراقبت فعال این گروه‌ها شناسایی می‌شوند.
۱۲. **توجه به راهبردهای پیشگیری و ارتقای سلامت:** سطح یک راهبردهای پیشگیرانه از جمله آموزش پیشگیرانه در خانواده، محیط کار و مدارس، شناسایی زودرس عوامل خطر و ارایه مشاوره فردی و آموزش گروهی و همچنین درمان زودهنگام را ملحوظ می‌کند.
۱۳. **وجود سیاست ارتباطات بین‌بخشی میان سلامت روان و سایر بخش‌ها:** هم در سطح ملی و هم استانی و شهرستان، ارتباط خدمات سلامت روان با کارگروه‌های بین‌بخشی مشخص شده است. علاوه بر ویژگی‌های فوق، مطابق اثر سیندمیک با هم‌افزایی مشکلات [۱۸]، طراحی به گونه‌ای است که خدمات اجتماعی در سطح یک و دو با خدمات روانی تلفیق شده است، تجربه‌ای که کشورهایی از قبیل کانادا،

استرالیا و کشورهای اسکاندیناوی در دهه‌های گذشته داشته‌اند [۲۱]. ویژگی دیگر این الگو ارایه خدمات روانی اجتماعی مورد نیاز برای بیماران مزمن در حوزه‌های غیرواگیر (سرطان، دیابت، فشارخون و مشکلات قلبی عروقی) و بیماری‌های واگیر از جمله اچ ای وی / ایدز است [۱۸].

با این که در این طراحی امکان حضور همه ذینفعان نبوده است و یا خدمات سایر دستگاه‌ها به دقت بررسی نشده است، احتمال دارد در زمان اجرای این الگو با مقاومت‌ها و یا تغییراتی در بسته‌های اجرایی و همچنین هماهنگی بین خدمات مواجه شویم. با وجود این که در طراحی الگو از تجربیات سایر کشورها استفاده شده است اما ممکن است ارزشیابی این تجربیات در سال‌های آتی چهره این مداخلات سلامت روان را دگرگون سازد و رفع این مشکل نیازمند تلاش کمیته ملی رصد سلامت روانی اجتماعی است تا تطبیق دوره‌ای خدمات طراحی شده را بر اساس آخرین شواهد موجود انجام دهند.

پیش‌نیازهای اجرای این الگو به شرح زیر است:

۱. بر اساس این الگو، در جوامع روستایی حدود ۳۰۰۰ نفر و جوامع شهری حداقل ۴۰۰۰ نفر کارشناس سلامت روانی و اجتماعی نیاز است و به همین نسبت نیازمند مراکز بهداشتی درمانی برای تحت پوشش قرار دادن ۱۲۵۰۰ جمعیت (جمعاً ۵۰ میلیون نفر جمعیت شهری ایران) هستیم و با توجه به ۴۲۰ شهرستان در ۳۱ استان کشور نیازمند ۴۲۰ مرکز جامعه‌نگر سلامت روان هستیم که عموماً در داخل مراکز بیمارستانی مستقر خواهند بود.

۲. برای تلفیق خدمات روانی و اجتماعی به ویژه امکان ارجاع افقی به سازمان‌های همکار (سازمان بهزیستی و...) در مناطق شهرستانی لازم است در سطح شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شورای اجتماعی کشور.

۳. پیمایش سلامت روان و نشاط به طور دوره‌ای باید در تقویم مطالعات دیده‌بانی ملی وارد گردد.

۴. تیم ارایه خدمات سلامت روان شامل بهبان، کارشناس روانی اجتماعی و پزشک عمومی برای سطح یک خدمات می‌بایست شکل بگیرد و این مهم خود چالش بزرگ استقرار الگو است.

۵. تعیین تکلیف خدمات ترک اعتیاد، مراکز دی‌ای‌سی، ارتباط نظام‌مند بخش بیمارستان عمومی و اورژانس اجتماعی (۱۲۳).

۶. 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 ارائه شده است ولی هنوز اقدامی مثبت به عمل نیامده است.

۷. نظام پایش و ارزشیابی خدمات و اعتباربخشی مراکز سطح یک و دو توسط دفتر نظارت و اعتباربخشی طراحی و اجرایی می‌گردد.

۸. باید ردیف بودجه سلامت روانی اجتماعی ایجاد شود. کلیه خدمات سطح پایه برای گیرندگان خدمات رایگان شده و خدمات سطح تخصصی بر اساس اولویت‌های مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای عالی بیمه تحت پوشش قرار گیرد. نظام پرداخت برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح پایه، حقوق پایه به علاوه پرداخت تشویقی است که مبلغ تشویقی بر اساس بهبود شاخص‌های سلامت روان جمعیت تحت پوشش خواهد بود؛ بهتر است اختیار توزیع حق تشویقی با رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان باشد.

۹. روش **حمایت‌طلبی** بر اساس تحلیل مخالفان و موافقان خدمات سلامت روان انجام شده و در قالب بروشوری شامل سؤالات مکرر تهیه شد و به دو گروه زیر ارائه شد:

- شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- گروه‌های ذینفع شامل انجمن پزشکان عمومی، انجمن علمی روانشناسی ایران، انجمن علمی روانپزشکی، انجمن علمی مددکاری اجتماعی

۱۰. **پایلوت**: به مدت یک سال این الگو در سه شهرستان، بر اساس وضعیت توسعه‌ای طیفی از شهرستان برخوردار، محروم و خیلی محروم آزمایش شود. در این پایلوت باید از ظرفیت‌های بومی بخش خصوصی و غیردولتی در حیطه روانی اجتماعی برای شکل‌گیری خدمات سطوح پایه و تخصصی به شکل خرید راهبردی خدمات استفاده شود.

1. World Health Organization Report. Mental health: New understanding, new hope. Geneva, World Health Organization. 2001.
2. World Health Organization. World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva, World Health Organization. 2003.
3. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008.
4. Noorbala AA, Bagheri-Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004 Jan; 184:70-3. PubMed PMID: 14702230.
5. Mohammadi MR, Davidian H, NoorbalaAA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, Yazdi SA, Rahgozar M, Alaghebandrad J, Amini H, Razzaghi EM, Mesgarpour B, Soori H, Mohammadi M, Ghanizadeh A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol MentHealth*. 2005 Sep 26;1:16. PubMed PMID: 16185355.
6. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Moaghar A, Sharifi V, Motevasselian SA, Hajebi A, Rad-Goodarzi R, Hefazi M. The overall prevalence of psychiatric disorders in Iran: results of national survey of mental health (2010 – 2011). 30th Annual Congress of Iranian Psychiatric Association. Tehran ,22-25 October, 2013; 125.
7. Noorbala AA, Damari B, Riazi-Isfahani S. Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran. *Daneshvar Medicine*. 2014; 21 (112): 1-10.
8. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, Mahdavi-Hezaveh N, Kazemeini H. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Popul Health Metr*. 2009 Jun 15;7:9. doi:10. 1186/1478-7954-7-9. Pub Med PMID: 19527516.
9. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. گزارش دستاوردهای سی ساله جمهوری اسلامی ایران در سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد. ۱۳۸۷
10. World Health Organization. Mental health atlas 2011. Geneva, World Health Organization. 2011.
11. World Health Organisation: Treattrainretain. Task shifting: global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organisation; 2007:2009.
12. Mutamba BB, Van Ginneken N, Smith Paintain L, Wandiembe S, Schellenberg D. Roles and effectiveness of laycommunity health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct 13;13:412.

13. Noorbala AA, Damari B, Riazi-Isfahani S. Lifestyle modifications in the prevention of common mental disorders, especially depressive disorders. *Daneshvar Medicine*. 2014; 22(113): 1-13
14. Johnston E, Johnson S, McLeod P, Johnston M. The relation of body mass index to depressive symptoms. *Can J Public Health*. 2004; 95:179-183.
15. Krsteska R, Pejaska VG. The association of poor economic condition and family relations in childhood with late-life depression. *Psychiatr Danub*. 2013 Sep; 25(3):241-7.
16. WHO annual report.2008
17. WHO annual report.2001
18. WHO(2014). Integrating the response to disorders and other chronic diseases in health care system
19. Allen, H (2012) *Is there a social worker in the house? Health care reform and the future of medical social work*. National association of social workers journal. 10. 183-186
20. Ministry of social affairs and health (2006) *Statutory social and health services in Finland*, Helsinki, Finland
21. Robertson, H (2011) *Integration of Health and social care, A review of literature and models, Implication for Scotland*, Royal college of nursing Scotland
22. *Caring for people beyond tomorrow(2005) primary health and social care: a strategic framework for individuals, families and communities*, department of health, social services and public safety
23. Newfoundland and Labrador association of social workers (2006) *Primary health care and social work*
24. Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1828>
25. Egede LE: Failure to recognize depression in primary care: issues and challenges. *J Gen Intern Med* 2007; 22:701–703.
26. Stojanović-Špehar S, Blažeković-Milanović S, Jokić-Begić N, Pranić SM, Šupe S, Katić M: Unaided General Practitioner's Clinical Diagnosis In Evaluation of Depressive Patients: A Pilot Study. *Psychiatria Danubina* 2010; 22:535-539.
27. Hajebi A, Damari B, et al. What to do to promote mental health of the society, A review on country's mental health status and forthcoming strategies 2012. *Iranian J Publ Health, Vol. 42, (Supple. No.1)*
28. Ministry of Health. National Mental Health Programme [In Persian]. In: Mental Health Office MoH, editor. Tehran 1986.
29. Bagheri Yazdi SA, Malek Afzali H, Shah Mohammadi D, Naghavi M, Hekmat S. Evaluation of functions of auxiliary health workers (Behvarzes) and health

- volunteers in mental health care delivery in the framework of PHC system in Brojen city, Chaharmahal and Bakhtiary province. Hakim Res J. 2001;4(2):100-9.
30. Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaili M. Community Mental Health Centers in Iran: Planning Evidence-based Services. IJPCP. 2014; 19 (3):163-176.
31. Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, Rahimi-Movaghar A. Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. Arch Iran Med. 2015; 18(2): 76 – 84.
۳۲. محیط، احمد؛ شاه محمدی، داود؛ بوالهری، جعفر. ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴.
۳۳. بوالهری، جعفر؛ محیط، احمد. بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه هشتگرد (۷۲-۱۳۷۰). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۱، ۲۴-۱۶.
۳۴. نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمد تقی؛ نگاهی به سیمای سلامت روان در ایران، تهران، ۱۳۸۰.
۳۵. گزارش توزیع جغرافیایی اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد - مکانات و خدمات موجود. دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت. ۱۳۸۶.
۳۶. برنامه ملی پیشگیری و مدیریت پدیده کودک آزاری در ایران
۳۷. شریفی، ونادا؛ ابوالحسنی، فرید؛ امین اسماعیلی، معصومه؛ موسوی‌نیا، سیدجعفر. گزارش نهایی طرح: سال دوم اجرای برنامه خدمات مرکز سلامت روان جامعه‌نگر CMHC در یک منطقه شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران: اجرا، پایش و ارزشیابی. ۱۳۹۱.
۳۸. دمازی، بهزاد. سند سیاست ارتقای سلامت اجتماعی جامعه، مروری بر برنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارتقای بعد اجتماعی سلامت. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۳.

پیوست (۱) نظام‌نامه خدمات سلامت روان

بخش اول) آیین‌نامه اجرایی

تدارک خدمات سلامت روانی اجتماعی استان‌ها و شهرستان‌ها

مقدمه و ضرورت

به استناد سند چشم انداز ایران در ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (به ویژه بندهای ۳ و ۸)، بند شش سیاست‌های کلی جمعیت، ماده ۳۲، ماده ۳۷ و ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور، نقشه تحول سلامت کشور مصوب هیأت دولت و همچنین برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور آیین‌نامه اجرایی خدمات سلامت روانی اجتماعی استان‌ها و شهرستان‌ها تدوین و در تاریخ به تصویب شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور رسیده و از زمان ابلاغ قابلیت اجرایی دارد.

ماده (۱) هدف آیین‌نامه

هدف آیین‌نامه بهبود عادلانه شاخص‌های سلامت روانی و اجتماعی کشور در سطح شهرستان است.

تبصره (۱) بهبود شاخص‌ها به میزان اهداف اختصاصی مصوب شده در برنامه‌های ۵ ساله توسعه اقتصادی اجتماعی خواهد بود به ویژه در زمینه کاهش انواع اختلالات روانی، شاخص نشاط، افزایش رفتارهای پیشگیرانه و سواد سلامت روان، پاسخگویی نظام سلامت، حفاظت مالی و شاخص‌های مرتبط به سلامت اجتماعی از جمله میزان افزایش یافته حمایت اجتماعی تعیین می‌شود.

تبصره (۲) رصد شاخص‌های اثر نهایی سلامت روان [و اجتماعی] کشور مطابق نظام نامه دیده بانی سلامت، انجام دوره‌ای پیمایش سلامت روان کشور هر ۵ سال (ترجیحاً با سطح تفسیر شهرستانی یا استانی) یکبار بوده و پایش شاخص‌های درون‌داد، فرایند، برون‌داد و پیامدی سالانه یا دو سالانه خواهد بود، شاخص‌های مذکور با توجه به شواهد و یافته‌های علمی قابل بازبینی خواهد بود. گزارش‌های دیده‌بانی سلامت اجتماعی بر اساس داده‌های ثانوی انجام می‌شود و پیمایش‌های دوره‌ای در این زمینه برای تعیین وضعیت شاخص‌های

اثرنهایی سلامت اجتماعی، بر عهده سازمان های متولی به غیر از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است.

ماده ۲) ارکان اجرایی

الف) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شوراهای عالی فرابخشی به عنوان مرجع حمایت طلبی و تضمین همکاری های بین بخشی در زمینه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی است و کلیه انتظارات و تکالیف سازمان های در سلامت روانی اجتماعی از طریق دبیرخانه شورا جهت تصویب، انعقاد تفاهم نامه و پایش به اجرا در می آید.

تبصره ۳) در تعیین انتظارات و تکالیف سازمان ها لازم است تضمین اجرایی شدن ارزیابی مؤلفه های مرتبط به سلامت روانی اجتماعی در پیوست سلامت، قانون سلامت روان - عوامل، عوامل آسیب رسان به سلامت روان و اجتماعی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، نظارت بر حقوق شهروندی به عنوان یک اصل در قانون اساسی و مهمترین عامل خطر سلامت روان از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت و برنامه های ترویجی در سطح جامعه برای جلوگیری از انگ اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات روانی ملحوظ گردیده و شاخص های ارزیابی مشخص شود.

ب) در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، **کمیته کشوری سلامت روان** زیر نظر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای استقرار این نظام نامه هر فصل تشکیل جلسه داده و روند را پایش می کند، دبیرخانه این کمیته دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است.

ج) در سطح استانی شورای برنامه ریزی و توسعه استان (با نقش تصویبی) و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری (با نقش مشورتی) به عنوان مرجع همکاری بین بخشی است و سایر کارگروه های تخصصی استانداری و شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر به عنوان کارگروه های مرجع در مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد است. در سطح دانشگاه کمیته سلامت روان متشکل از خبرگان و ذینفعان اجرایی بخش سلامت عضو بوده و روند استقرار خدمات در

سطح شهرستان‌ها را کنترل می‌نمایند. مرجع تضمین همکاری‌های بین‌بخشی در سطح شهرستان شورای فرمانداری است که به ریاست فرماندار تشکیل می‌شود.

تبصره ۴) امور همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم در زمینه سلامت روان، مطابق نظام‌نامه استانی مدیریت سلامت، ابلاغ مشترک وزیر کشور و وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۰۱/۹۶۰ مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۲ انجام می‌شود.

ماده ۳) خدمات سلامت روانی اجتماعی در سطح شهرستان در قالب شبکه جامع و همگانی سلامت ارائه می‌گردد:

۱) سطح پایه خدمات سلامت روان به طور فعال از طریق یک مرکز بهداشتی درمانی به ازای هر ۱۲۵۰۰ نفر به ترتیب توسط چهار نفر بهورز (به ازای هر ۳ هزار نفر یک بهورز)، یک نفر کارشناس سلامت روانی - اجتماعی و پزشک عمومی (خانواده) ارائه می‌شود. **خدمات پایه** به ترتیب شامل این موارد است: آموزش همگانی اصول و مهارت‌های سلامت روان و اجتماعی در سطح جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر، غربالگری جمعیتی سلامت روانی و اجتماعی و شناسایی موارد نیازمند مراقبت و ارجاع به ارزیابی کامل و مشاوره کوتاه کارشناس روان، درمان بیماری‌های خلقی و ارجاع بیماران سایکوز و بیماران خلقی مقاوم به درمان به سطح تخصصی توسط پزشک، آموزش‌ها و مشاوره‌های مختصر برای افراد دارای عوامل خطر رفتاری، آموزش خانواده‌های دارای بیمار روانی، ارزیابی اجتماعی و ارجاع (راهنمایی) نیازمندان به سطح تخصصی ارائه‌کننده خدمات سلامت اجتماعی و خدمات مبتنی بر جامعه و با تأکید بر مشارکت مردم.

تبصره ۵) در الگوی بازطراحی شده شبکه‌های بهداشتی درمانی شهری به منظور تأمین مراقبت‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، سلامت روان و اجتماعی تغییر نام بهورز به مراقب سلامت و یا بهبان پیشنهاد شده است و مکان استقرار این فرد می‌تواند در پایگاه سلامت و یا مرکز بهداشتی درمانی باشد، که در هر صورت وظایف ارزیابی خطرات سلامت روان، ارجاع درونی، پیگیری وضعیت مراقبت‌ها سلامت روان در جمعیت‌های تحت پوشش و آموزش آنها را بر عهده دارد.

۲) سطح تخصصی خدمات سلامت روان توسط روان‌پزشکان و روانشناسان بالینی در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر یا کلینیک‌های سلامت روان (درون بیمارستان شهرستان) [و یا مستقل از آن] و بستری در

بخش روان پزشکی بیمارستان‌های عمومی انجام می‌شود. برای هر شهرستان یک بیمارستان و یک روانپزشک در نظر گرفته می‌شود. **سطح تخصصی سلامت روان** شامل اورژانس روانپزشکی، درمان و پیگیری موارد ارجاع شده از سطح یک به خصوص بیماران دارای سایکوز و مقاوم به درمان‌های خلقی و درمان با داورهای تخصصی، خدمات غیرداوریه تخصصی (روان درمانی، گروه درمانی،...)، خط تلفن بحران و تیم‌های سیار مداخله در بحران، تثبیت بحران بدون وقت قبلی (سرپایی و بستری کوتاه مدت) و خدمات پس از ترخیص (پیگیری در منزل، آموزش خانواده و آموزش بیماران).

تبصره ۶) تکلیف سطح توان‌بخشی به عنوان سطح سوم و ادغام یا مستقل بودن مراکز MMT باید مورد بحث قرار گیرد.

تبصره ۷) ارتباط نظام‌مند بخش بیمارستان عمومی و اورژانس اجتماعی (۱۲۳) باید تعریف شود. در مورد ادغام تدریجی مراکز ترک اعتیاد و DIC در سطح دو خدمات تخصصی یا ادامه کار مستقل آنها با نظارت شبکه شهرستان باید سیاست‌گذاری شود.

۳) سطح اقدام جامعه: این بسته خدمتی به منظور فراهم کردن اقدامات جامعه در قالب همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم تعریف شده است و شامل حداقل سه خدمت است: تعیین و تفاهم اقدام مؤثر ادارات و گروه‌های مردم برای کاهش عوامل خطر سلامت روان و افزایش حمایت‌های اجتماعی از مبتلایان، شکل‌گیری خانه مشارکت مردم، ترویج سواد سلامت روان و کاهش انگ اجتماعی، اجرای بسته خوداتکایی مددجویان ارجاع شده از سطح پایه و تخصصی.

خدمات سلامت اجتماعی: نیازمندان به این خدمات بسته به نوع مسأله اجتماعی که همراه با بیماری جسمی و روانی خود دارند به مراکز سازمان بهزیستی، کمیته امداد، مراکز کاربابی، نهضت سوادآموزی، سندیکای کارفرمایی، مراکز فنی حرفه‌ای، خیریه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد، شورای اسلامی شهر و روستا و شوراهای محلات، مراکز نگهداری نیازمندان و ... جهت افزایش حمایت اجتماعی و تأثیر آن در بهبودی وضعیت جسمی و روانی ارجاع می‌شوند و در مراقبت‌های آتی سطح پایه، پیگیری نتایج ارجاع انجام شده و بازخورد کلی این ارجاعات به شورای فرمانداری شهرستان ارسال می‌شود.

تبصره ۸) ارایه خدمات سلامت اجتماعی به افراد ارجاعی از مراکز بهداشتی درمانی نیازمند مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در به رسمیت شناختن مراکز بهداشتی درمانی به عنوان دروازه‌بان خدمات سلامت اجتماعی است.

تبصره ۹) در زمینه همکاری‌های بین‌بخشی و تأثیرگذاری بر سیاست‌های عمومی کشور هم‌زمان با دوره زمانی برنامه‌های توسعه پنج ساله کشور، تفاهم‌نامه‌های بین‌بخشی، وضعیت اجرایی شدن سیاست پیوست سلامت و تأثیر حضور بخش سلامت در حوزه‌های فرابخشی ارزشیابی می‌شود. نتایج این ارزشیابی در بازنگری موافقت‌نامه‌های فرابخشی و تشویق دستگاه‌های همکارو موفق و اعلان عمومی به کار گرفته می‌شود.

ماده ۴) منابع

▪ **نیروی انسانی:** تعیین ظرفیت نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای نظام‌نامه در ده سال آینده، در سال اول اجرا انجام شده و برای تربیت نیروی انسانی مورد نیاز سیاست‌ها به حوزه آموزش عالی کشور (هر دو وزارتخانه متبوع) ابلاغ گردد. نیروی انسانی موجود برای ارایه خدمات سلامت روان ارزیابی شده و برای توانمندسازی و به کارگیری آنها در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری در اولین سال اجرا اقدام شود.

▪ **آموزش نیروی انسانی:** نیروهای انسانی به کار گرفته شده قبل از شروع به کار دوره توجیهی و آموزشی را در مراکز تازه تأسیس مهارت‌های بالینی ارتقای سلامت روان می‌گذرانند و سپس بر اساس چارچوب ابلاغی کمیته کشوری سلامت روان در دوره‌های آموزش مدون شرکت می‌کنند. بایدهای سلامت روان در کلیه کاریکولوم‌های درسی رشته‌های مرتبط وارد شود و هر ۵ سال بازبینی شود، لازم است در این زمینه موضوع انگ اجتماعی به طور شفاف برای کلیه رشته‌های مرتبط آموزش داده شود.

تبصره ۱۰) مراکز مهارت‌های بالینی سلامت روان جهت تربیت به‌پورزان و کارشناسان سلامت روان و پزشک عمومی برای انجام ماهرانه وظایف به طور مستقل یا ادغام شده در مراکز آموزش به‌پورزی فعلی تشکیل می‌شود.

▪ **اطلاعات:** نظام اطلاعات مرتبط به حوزه سلامت از دو طریق پیمایش‌های دوره‌ای و ثبت داده‌های روتین سطح پایه و تخصصی به دست می‌آید و کلیه داده‌های ثبتی باید در قالب یک گزارش دیده‌بانی سالانه به مراجع سیاست‌گذاری ارایه و حمایت‌طلبی شود؛ اولویت‌های تحقیقاتی سلامت روان به طور دوره‌ای تعیین و با مدیریت شبکه تحقیقات سلامت روان کشور به اجرا گذاشته می‌شود.

▪ **منابع مالی:** ردیف بودجه سلامت روانی اجتماعی ایجاد شود. کلیه خدمات سطح پایه برای گیرندگان خدمات رایگان خواهد بود. خدمات سطح تخصصی بر اساس اولویت‌های مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای عالی بیمه تحت پوشش خواهد بود. نظام پرداخت برای ارایه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح پایه، حقوق پایه به علاوه پرداخت تشویقی است که مبلغ تشویقی بر اساس بهبود شاخص‌های سلامت روان جمعیت تحت پوشش خواهد بود، اختیار توزیع حق تشویقی با رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان است. ظرفیت‌های بومی بخش خصوصی و غیردولتی در حیطه روانی اجتماعی برای شکل‌گیری خدمات سطوح پایه و تخصصی در شکل خرید راهبردی خدمات باید استفاده شود.

ماده ۶) نظارت

مسئول حسن اجرای این نظام‌نامه رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور هستند که توسط استانداران استان حمایت می‌شوند و کمیته کشوری سلامت روانی اجتماعی موظف است گزارش سالانه از روند اجرایی شدن این نظام‌نامه به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارایه دهد.

بخش دوم) شیوه‌نامه‌های

تدارک خدمات سلامت روانی اجتماعی استان‌ها و شهرستان‌ها

الف) شیوه‌نامه‌های مدیریت سلامت روان در سطح ملی، استانی و شهرستان

- شیوه‌نامه دیده‌بانی شاخص‌های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- مجموعه آیین‌نامه‌های ابلاغی شامل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، شوراهای فرابخشی، شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری، شورای فرمانداری و پیوست سلامت
- شیوه‌نامه کمیته کشوری سلامت روان
- شیوه‌نامه کمیته سلامت روان دانشگاه
- شیوه‌نامه تقسیم کار دستگاه‌های ملی و استانی در ارتقای سلامت روانی [اجتماعی]
- برنامه نظارت هم‌تایان- بازدید و ارزیابی برنامه دانشگاه‌ها توسط افراد و دانشگاه‌های هم‌تا

ب) راهنمای مداخلات سلامت روان سطح پایه

۱) بسته مداخله سلامت روان ویژه بهبان

- شیوه‌نامه ارایه خدمات پایه سلامت روان شامل فرایند خدمت، گایدلاین مراقبت و کتاب آموزشی مریبان

۲) بسته مداخله سلامت روان ویژه کارشناس سلامت روانی و اجتماعی

- شیوه‌نامه ارایه خدمات سلامت اجتماعی فرایند خدمت، گایدلاین مراقبت و کتاب آموزشی مریبان
- شیوه‌نامه ارایه خدمات سلامت روان فرایند خدمت، گایدلاین مراقبت و کتاب آموزشی مریبان
- شیوه‌نامه کاهش استیگما از اختلالات روانپزشکی
- مداخلات مختصر روانشناختی در بیماران مبتلا به اختلالات روانشناختی
- شیوه‌نامه مداخلات سلامت روان ویژه مدارس

- شیوه‌نامه مداخلات سلامت روان ویژه زندان
- شیوه‌نامه مداخلات سلامت روان ویژه محیط کار

۳) بسته مداخله سلامت روان ویژه پزشک عمومی

- راهنمای مداخله برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد در ساختار غیر تخصصی نظام سلامت (HGAP)

ج) راهنماها و شیوه‌نامه‌های مداخلات سلامت روان سطح تخصصی

- راه‌اندازی بخش سایکوسوماتیک در بیمارستان‌های عمومی
- برنامه کشوری ارتقای استانداردهای بخش‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی
- تدوین استاندارد ملی، برنامه اجرایی و برآورد هزینه ارتقای اورژانس‌های روانپزشکی و اجرای آن در یک اورژانس روانپزشکی کشور
- برنامه کشوری ارائه خدمات هماهنگ به بیماران روان
- راه‌اندازی مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر
- ضوابط بیمه‌ای و حمایت‌های اجتماعی بیماران روانپزشکی
- بخش‌نامه اختصاص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستان‌های عمومی با ضریب اشغال کمتر از ۷۰٪ به تخت روانپزشکی
- ورود روانپزشکی رابط مشاوره به بیمارستان‌های عمومی
- درمان و پیگیری موارد ارجاع شده از سطح یک به خصوص **بیماران دارای سایکوز و مقاوم به درمان‌های خلقی** و درمان با داورهای تخصصی، خدمات غیرداورایی تخصصی (روان درمانی، گروه درمانی و...)
- **خدمات فوری روانپزشکی** شامل خط تلفن بحران، تیم‌های سیار مداخله در بحران، تثبیت بحران بدون وقت قبلی، خدمات اورژانس بیمارستانی
- **شیوه‌نامه خدمات پس از ترخیص** (پیگیری در منزل، آموزش خانواده و آموزش بیماران)
- **استاندارد بیمارستان روانپزشکی تک تخصصی**

- راهنمای مجوز مراکز توانبخشی بیماران روانی و مراکز روزانه توانبخشی
- ادغام یا نظارت فنی بر مراکز MMT و DIC

(د) بسته اقدام جامعه

- شیوه‌نامه انعقاد تفاهم‌نامه بین‌بخشی ارتقای سلامت روانی و اجتماعی شهرستان در فرمانداری
- شیوه‌نامه محاسبه شاخص‌های اقدام بین‌بخشی ارتقای سلامت روانی و اجتماعی شهرستان
- شیوه‌نامه تشکیل خانه مشارکت مردم و توانمندسازی آنها
- شیوه‌نامه ارجاع اجتماعی و خوداتکایی مددجویان در ستاد شهرستان
- شیوه‌نامه انتخاب و توزیع محیطی پیام‌های سلامت روان و سلامت اجتماعی برای کاهش انگ اجتماعی
- شیوه‌نامه و برنامه توانمندسازی دست‌اندرکاران بسته اقدام جامعه شهرستان

بخش سوم) تعاریف و مفاهیم نظام‌نامه

سلامت روان: مفهوم سلامت روانی از نظر سازمان جهانی بهداشت چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و شامل این موارد است: خوب بودن ذهنی، ادراک خود کار آمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی.

سلامت اجتماعی: در مورد تعریف دقیق سلامت اجتماعی اجماعی وجود ندارد اما به طور کلی سلامت اجتماعی به صورت کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه تعریف می‌گردد که نتیجه نهایی این تعامل ارتقای سرمایه اجتماعی، یعنی کاهش فقر و بی‌عدالتی و نقطه مقابل آن افزایش آسیب‌های اجتماعی می‌باشد. سلامت اجتماعی با شاخص‌های مختلفی قابل سنجش است که از آن جمله می‌توان از پنج شاخص سلامت اجتماعی براساس مدل کیز (eyesK) شامل وضعیت شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی را نام برد. تا چند دهه پیش برنامه‌ها و سیاست‌های نظام‌های سلامت دنیا بر سلامت جسمی و روانی افراد متمرکز بود اما امروزه به روشنی نشان داده شده که رشد آسیب‌های اجتماعی، بار بیماری‌های جسمی و روانی را افزایش داده و اهمیت سلامت اجتماعی و شاخص‌های مرتبط با آن را نمی‌توان نادیده گرفت. بر اساس این نگرش وقتی آسیب‌ها یا مسائل اجتماعی را نتیجه کمبود سلامت اجتماعی بدانیم در این صورت می‌توان برای پیشگیری از بروز و یا تخفیف آسیب‌های ناشی از خشونت، اعتیاد، فرار مالیاتی، مهاجرت، انواع جرم و بزهکاری، روسپیگری، قاچاق، شرارت و... که از آسیب‌های مهم اجتماعی هستند، راهکارهای مناسب ارایه داد.

عدالت در سلامت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت به معنای به حداقل رساندن تفاوت‌های قابل اجتناب در وضعیت سلامت یا توزیع تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن در گروه‌های مختلف اجتماعی می‌باشد.^۱ عدالت در سلامت، به عنوان یکی از اهداف ذاتی نظام سلامت در سالیان اخیر بیش از پیش مورد توجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته و با همکاری مؤثر دستگاه‌های مرتبط شاخص‌های عدالت در سلامت در کشور، احصا گردیده است. در حال حاضر ۵۲ شاخص عدالت در سلامت به همراه ۶ مصوبه مرتبط در تاریخ ۸۹/۱۰/۱۲ مورد تأیید هیأت محترم وزیران قرار گرفته است.

دیده بانی سلامت: دیده‌بانی نظامی است که از طریق کاربرد ثانویه و ادغام درون‌داده‌های اطلاعاتی و فرایندهای موجود عمل می‌کند. محل دست یافتن به درون‌داده‌های پایه، سلسله‌ای از منابع اولیه اطلاعات است. دیده‌بانی به عنوان ابزاری سیاست محور، عمدتاً بر روی اطلاعات سودمند برای تصمیم‌گیری و عمل سلامت و به طور خاص اطلاعات و دانش مورد نیاز سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری سلامت با تکیه بر شواهد تمرکز دارد. ظرفیت مراقبت و پایش، عموماً در تعدادی از نظام‌های خاص (مانند نظام‌هایی که با بیماری‌های واگیردار، وضعیت تغذیه یا عملکرد نظام‌های سلامت سروکار دارند) وجود دارد. همچنین برخی گروه‌های مستقر در نظام سلامت، دارای ظرفیت‌های گوناگونی برای تحلیل و تولید گزارش‌هایی هستند که تولید سناریوها، تهیه سیمای سلامت و تصمیمات مربوط به سلامت عمومی و نظام‌های سلامت را می‌گیرند نیز به نسبتی که ظرفیت تحلیل و کاربرد اطلاعات برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را داشته باشند، بخش تجربی دیده‌بانی را تشکیل می‌دهند.

شاخص‌های اثر نهایی: در این مستند، منظور ابزار سنجش لازم جهت بررسی اثرات درازمدت خدمات سطح پایه و تخصصی در هر دو حوزه روان و اجتماعی و میزان دستیابی به اهداف مقرر می‌باشد. این شاخص‌ها شامل میزان شیوع و بروز اختلالات و آسیب‌های روانی و اجتماعی، عوامل اجتماعی و ریسک فاکتورهای مؤثر بر آنها می‌باشد.

شورای اجتماعی کشور: شورای اجتماعی کشور بر اساس هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۰/۸/۳۰ بنا به پیشنهاد شماره ۲۱۸۲/۱/۸ مورخ ۱۳۷۹/۵/۵ وزارت کشور و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تشکیل شده است. وظیفه این شورا، سیاست‌گذاری، هماهنگی، ایجاد وحدت رویه و تنظیم ساز و کار اداری در زمینه پیش‌بینی، پیشگیری و مقابله با پدیده‌ها، معضلات و آسیب‌های اجتماعی و هماهنگی بین کار گروه‌های (کمیته‌های) مندرج در آیین‌نامه اجرایی ماده (۷۰) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران موضوع تصویب نامه شماره ۵۳۹۵۲. ت ۲۳۷۰۰ هـ. م‌صوب ۱۳۷۹/۱۱/۲۶ شورای اجتماعی کشور می‌باشد.

مراقبت فعال: سیستمی است که در آن در فواصل منظم به کارکنان بهداشتی و جمعیت هدف به منظور کسب اطلاعات سلامتی آنها مراجعه می‌گردد. از مزایای مهم مراقبت فعال این است که اطلاعات را دقیق و به موقع در اختیار قرار می‌دهد.

خرید راهبردی خدمات سلامت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، خرید راهبردی خدمات سلامت عبارت است از جستجو مستمر برای یافتن بهترین راه برای به حداکثر رساندن عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری برای آنکه چه مداخلاتی، چگونه و از چه کسی خریداری شود.

سند چشم انداز ۱۴۰۴: سندی جهت تبیین افقی برای توسعه ایران در زمینه‌های مختلف فرهنگی، علمی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی است که توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام تدوین شده است. اجرای این چشم‌انداز از سال ۱۳۸۴ و در قالب چهار برنامه توسعه ۵ ساله انجام می‌گیرد. سال ۱۴۰۴ خورشیدی (۲۰۲۵ میلادی) افق چشم‌انداز است.

سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری: حضرت آیت‌الله خامنه‌ای رهبر معظم انقلاب اسلامی در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی سیاست‌های کلی «سلامت» را که پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام تعیین شده است را در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۱۸ ابلاغ کردند؛ این سیاست‌ها شامل ۱۴ بند می‌باشد.

برنامه ملی تحول: مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر است که برای مقابله با یک یا چندمشکل سلامت و یا ارتقای آن طراحی و اجرا می‌شود. این برنامه‌های ملی تحول در صورت تصویب، بتوانند مصدر بسته‌های اجرایی برنامه‌های توسعه پنج ساله فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور باشند.

سیاست‌های کلی جمعیت (بند ۶): آیت‌الله خامنه‌ای رهبر معظم انقلاب اسلامی سیاست‌های کلی «جمعیت» را که بر اساس بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی و پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام تعیین شده است را در تاریخ ۱۳۹۳/۲/۳۰ ابلاغ کردند. این سیاست‌ها شامل ۱۴ بند می‌باشد. بند ششم این سیاست‌ها چنین است: ارتقای امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، به ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها.

پیوست ۲) مقاله منتشر شده

عنوان مقاله: انتقال سلامت روان به یک سرویس مسئول بیشتر در ایران

نویسندگان: دکتر بهزاد دمازی ، دکتر سیامک عالیخانی، دکتر سهند ریاضی اصفهانی و

دکتر احمد حاجبی

Iranian Journal of Psychiatry 2017. 12(1):36-41. **مجله:**

Transition of Mental Health to a more Responsible Service in Iran

Abstract

Objective: This study proposed a model for provision of an effective universal coverage for mental health services based on global and national experiences, available resources and the nature of primary health care system of Iran to

Method: A framework with prioritized mental and social health services was devised through a review of literature and policy documents. It was then adapted using inputs from the stakeholders and experts.

Results: The new model included 2 basic and specialized service strata: a PHC-based infrastructure and essential requirements needed to establish the service. Our proposed socio-mental health approach is based on a WHO

Conclusion. The key features of the model, which is going to be tested in a pilot study in 2015, are setting up a system for organized referrals to specialized mental facilities and compatibility with the existing primary health care system. Moreover, to achieve this goal, socio-mental health technicians should be employed.

Key words: Mental Health, Primary Health Care, Transition





بر اساس آخرین پیمایش ملی در ایران شیوع اختلالات روانی ۲۳/۶٪ است، اما همه افراد جامعه به خصوص در شهرها و حاشیه آن به خدمات سلامت روان دسترسی ندارند. طراحی نظام ارایه خدمات سلامت روان مبتنی بر تجربیات جهانی و ملی و ظرفیت‌های موجود از جمله نظام مراقبت‌های اولیه اولین گام در کاهش بار بیماری‌های سلامت روان است.

گزارش حاضر حاصل مطالعه طراحی الگو بوده و داده‌های لازم از مرور منابع و نظرات ذینفعان به روش پرسشنامه و بحث گروهی متمرکز گردآوری شده است. با مرور تجربیات و ظرفیت‌های ملی، اسناد بالادستی و توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی، اصول طراحی نظام خدمات سلامت روان و الگوی مفهومی تدوین و به اجماع ذینفعان رسیده است و بر همین اساس خدمات سلامت روان در سطح پایه و تخصصی برای روستاها، شهرها و حاشیه شهرها پیشنهاد شده و نظام نامه خدمات سلامت روان تدوین و به اجماع ذینفعان جهت اجرای پایلوت رسیده است. براساس این الگو در مجموع سه بسته خدمتی پایه، تخصصی و اقدام جامعه برای دستیابی به شاخص‌های برتر در حوزه سلامت روان لازم است.

در حال حاضر این الگو در سه شهرستان اسکو، بردسیر و قوچان به شکل پیشگام در حال استقرار است و پس از ارزشیابی نتایج جهت تعمیم در اختیار تصمیم‌گیرندگان قرار خواهد گرفت.



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