

برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم ؟ خلاصه طرح مطالعاتی تدوین سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰) ویژه مدیران ، سیاست گذاران و خبرگان

پیام های اصلی گزارش

پیام ۱) چرا سیاست گذاران ارشد کشور باید برای سلامت روان سرمایه گذاری کنند ؟

- هزینه های اقتصادی مستقیم (بار مالی اقدامات تشخیصی ، درمان ، بازتوانی و پیشگیری) و هزینه های اقتصادی غیر مستقیم (کاهش توان فردی ، کاهش نیروی مولد جامعه ، بار خانوادگی) بیماری ها و اختلالات روانی بسیار سنگین است .
- به دنبال شیوع اختلالات روانی ، انواع آسیب های اجتماعی و متعاقبا هزینه های انتظامی و قضایی جامعه افزایش می یابد .
- در برخی آمارها بیشترین میزان از کارافتادگی و کاهش نیروی مولد جامعه مربوط به بیماری های روانی است ، که این خود کند شدن و کاهش احتمال دستیابی به اهداف توسعه را به همراه دارد .
- افزایش فقر و متعاقبا افزایش بار بیماری های روانی چرخه معیوبی را تشکیل می دهند .
- افزایش بار کاری ارایه کنندگان خدمات سلامت ، کند کردن روند درمان بیماری های جسمی به دلیل عدم تبعیت بیمار از درمان شیوع بیماری ها و اختلالات روانی ، افزایش نقص حقوق انسانی را به دنبال دارد (البته این مورد هم علت و هم معلول است)
- افزایش درصد دستیابی به اهداف سلامت جسمی از قبیل : کاهش مرگ و میر شیرخواران به دلیل بهبود درمان افسردگی پس از زایمان ، میزان عفونت اچ آی وی و ایدز برای گروه سنی ۲۴-۱۷ با کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف مواد ، افزایش تبعیت و پذیرش بیماران در درمان بیماری های جسمی از جمله دیابت ، فشارخون ، سرطان و سل .
- فرد مبتلا به بیماری روانی هم خود و هم خانواده اش در معرض انگ و تبعیض اجتماعی است که احساس انزوا و محدودیت مشارکت های اجتماعی را باعث شده و در یک کلام کاهش بیشتر سرمایه اجتماعی فرد ، خانواده و جامعه را باعث می شود البته سرمایه اجتماعی هم علت و هم معلول است .
- بیماری های روانی با بیماری ها و آسیب های جسمی از جمله ایدز ، صدمات و تصادفات رانندگی اثرات هم افزایی دارد .

پیام ۲) بر اساس گزارش های منتشر شده سازمان جهانی بهداشت در سال های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۹ عوامل خطر سلامت روان از جمله تکامل نامناسب دوران کودکی ، ازدواج و باروری نامناسب ، خشونت ، پامال شدن حقوق شهروندی ، والدین دارای اختلالات روانی ، مدرسه نامناسب و غیرمراقب ، ضعف مهارت های زندگی و والدی ، کمی سرمایه اجتماعی و رفتارهای غیرسالم اجتماعی و تنزل اخلاقیات (به عنوان محوری ترین عنصر سلامت معنوی) مسبب بخش بزرگی از اختلالات روانی است که نیازمند جلب حمایت و توسعه همکاری بین بخشی است .

پیام ۳) بر اساس مطالعه ابتدای دهه ۱۳۸۰ اختلالات روانپزشکی از نظر بار بیماری ها پس از حوادث در کشور رتبه دوم را به خود اختصاص داده بود و برآورد منتشر شده توسط وزارت بهداشت در اواخر دهه ۱۳۷۹ شیوع ۲۱٪ از جامعه به انواعی از اختلالات روانی را نشان می دهد . بر اساس نظرات خبرگان روند احتمالی افزایش اختلالات روانی در یک دهه گذشته وجود دارد هر چند برای اثبات نظر خبرگان علی رغم روش های سنجش متفاوت ، باید منتظر نتایج پیمایش کشوری سلامت روان در اواخر سال ۱۳۹۰ باشیم .

پیام ۴) مجموعه برنامه های سلامت روان در دو دهه گذشته در بهترین شرایط پوشش معادل جمعیت روستائیان را داشته است و عموماً شهرها از این خدمات محروم مانده اند .

پیام ۵) تحلیل وضعیت نظام سلامت روان کشور نشان می دهد که در حال حاضر محیط درونی در ضعف و محیط بیرونی در تهدید قرار دارد و بهبود موقعیت فعلی نیازمند ظرفیت سازی درونی نظام سلامت روان و توسعه همکاری بین بخشی (ازجمله مشارکت مردم) است .

پیام ۶) مطابق این مطالعه در پنج سال آینده سه راهبرد اساسی می بایست محور عملیات وزارت بهداشت قرار گیرد : بهبود وضعیت فعلی خدمات سلامت روان ، ارتقای سواد سلامت روان گروه های مختلف جامعه و سرمایه گذاری در کاهش عوامل خطر سلامت روان .

پیام ۷) تصویب برنامه در شورای سیاست گذاری و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اولین گام در استقرار برنامه خواهد بود که با انعقاد تفاهم نامه های همکاری و استقرار نظام مدیریت پروژه و پایش محصولات در اداره سلامت روان دنبال خواهد شد .

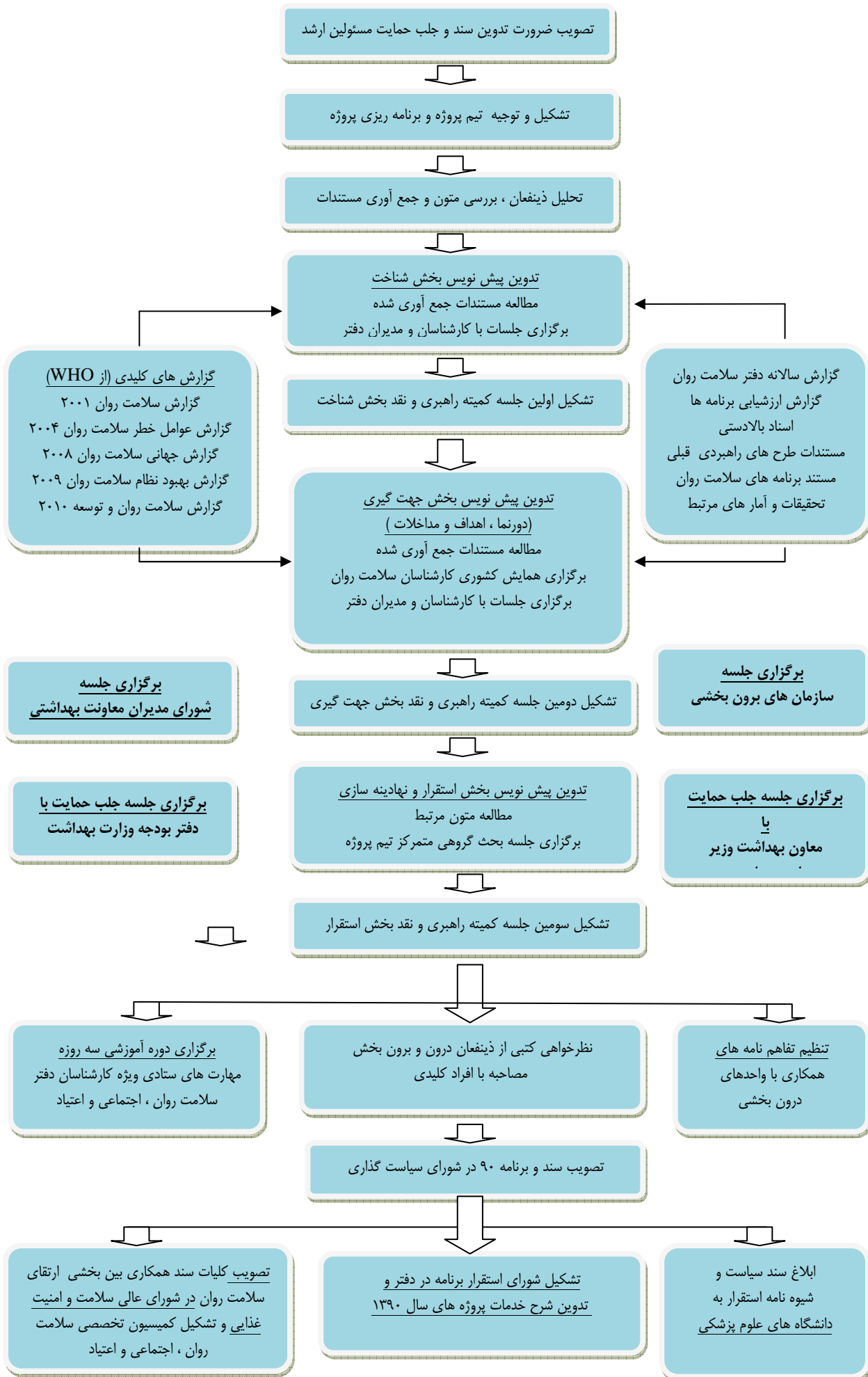
مطابق آخرین مستندات و شواهد موجود، شیوع اختلالات روانی حدود ۲۰٪ است که تقریباً ۱۴٪ بار بیماری‌های کشور را شامل می‌شود. این در حالی است که مطابق تعاریف جهانی، سلامت روان، فقط نبود اختلالات روانی نیست و مؤلفه‌های دیگری را هم شامل می‌شود که اگر آنها نیز منظور شوند، بار مشکلات روانی - اجتماعی به مراتب بیشتر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

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

روش

این پروژه در طول شش ماه اول سال ۱۳۹۰ با روش تدوین سند سیاست به اجرا درآمده است و مراحل مندرج در صفحه بعد را طی کرده است. محصول نهایی این پروژه سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه است که شامل توصیف شاخص‌های حوزه سلامت روان کشور و روند آن، تحلیل علل و عوامل موثر بر روند شاخص‌ها، تحلیل و پیشنهاد مداخلات و پیشنهاد نظام استقرار و پروژه‌های مرتبط به انضمام نگاشت نهادی خواهد بود. برای تحلیل وضعیت از داده‌های ثانوی استفاده شد که از طریق مرور اسناد و تحقیقات موجود به دست آمد و در مرحله تحلیل و پیشنهاد مداخلات از روش‌های مصاحبه، بحث گروهی متمرکز و مرور بهترین شواهد و تجربیات بین‌المللی استفاده شد. کلیه اسناد بالادستی مرتبط به موضوع بررسی و جمع‌بندی شده و اقدامات و مداخلات گذشته سلامت روان تحلیل اجمالی شد. با تحلیل ذینفعان سلامت روان کمیته راهبری تشکیل شد و طی سه جلسه (با دستور کار مشخص) در مراحل مختلف از نظرات آنها استفاده شد. دوره زمانی تدوین سند سیاست و هدف گذاری از ابتدای سال ۱۳۹۰ لغایت ۱۳۹۵ است (هم‌راستا با زمان اجرای برنامه پنجم توسعه کشور).

فرایند تدوین سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه



برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم ؟

سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

□ مطابق گزارش ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت علل بیماری های روانی بیوسایکوسوشیال است و ویژگی های فرد با سلامت روانی خوب عبارت است از:

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

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

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

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

- دسته اول (در سطح سیاست گذاری: محدودیت بودجه در مقابل بزرگی مشکل، نبود یا ناکافی بودن سیاست گذاری و قوانین سلامت روان، وجود تبعیض در بیمه های سلامت بر ضد افراد مبتلا به اختلالات روانی و رفتاری
- دسته دوم (در سطح نظام سلامت که در کادر روبرو خلاصه شده است. دسته سوم) انگ و تبعیض اجتماعی، جنگ و کشمکش، بلایا و فقر

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

سلامت روان عبارت است از:
احساس درونی خوب بودن، اطمینان از کارآمدی، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی، خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی

موانع ارتقای سلامت روان در سطح نظام سلامت
مؤسسات بزرگ در سطح سوم مراقبت: انگ زدن، وضعیت های بیمارستانی نامناسب، نقض حقوق انسانی و هزینه های بالا، درمان و مراقبت نامناسب
مراقبت های اولیه سلامت: نبود آگاهی، مهارت، آموزش و نظارت بر سلامت روان و توسعه نامناسب زیر ساخت ها
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 مهارت های 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 بخش های دیگر غیر از بخش، سلامت

برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم؟
سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

کارکردهای بیمارستان های روانی سنتی	اثرات انتقال به سمت مراقبت های مبتنی بر جامعه
درمان و ارزیابی فیزیکی	این کار را می توان به صورتی بهتر به خدمات مراقبت های اولیه با سلامت عمومی منتقل کرد
درمان فعال برای اقامت های متوسط و کوتاه مدت	وضعیت درمان حفظ می شود یا بهبود می یابد، اما ممکن است این نتایج قابل تعمیم نباشند
نگهداری طولانی مدت	معمولاً در مراکز مراقبتی، وضعیت برای کسانی که نیاز به حمایت طولانی مدت دارند بهتر می شود
محافظت در برابر استعمار	برخی بیماران همچنان نسبت به استعمار جسمی، جنسی و مالی آسیب پذیر هستند
خدمات مراقبت روزانه و سرپایی	می تواند در صورت ایجاد خدمات محلی قابل دسترسی بهبود یابد و در غیر این صورت بدتر می شود، در اغلب موارد مذاکره مجدد در مورد مسئولیت ها بین سازمان های مراقبت سلامت و مراقبت اجتماعی ضروری است
خدمات شغلی، حرفه ای و بازنشستگی	در شرایط معمول ارتقا می یابد
پناهگاه، لباس، تغذیه و درآمد پایه	چنین مسئولیت ها و هماهنگی هایی باید برای وضعیت های خطر مشخص شوند
استراحت دادن به خانواده و مراقبین	معمولاً بدون تغییر باقی می ماند، درمان در خانه صورت می گیرد که این امر با امکان با نحوه افزایش حمایت حرفه ای از خانواده جبران می گردد.
پژوهش و آموزش	از طریق تمرکز زدایی فرصت های جدیدی ایجاد می شود.

- در کشورهای توسعه نیافته افسردگی به اندازه مالاریا، بخش عمده ای از مشکلات سلامت را به خود اختصاص می دهد در حالیکه بودجه ای که برای مقابله با افسردگی صرف می شود بسیار کمتر از بودجه ای است که برای مقابله با مالاریا هزینه می گردد.
- در بسیاری از کشورها، موضوع سلامت روان از سیاستها و برنامه های سلامت حذف شده است. حذف برنامه سلامت روان از دستور کار برنامه های بهداشت عمومی و اجرای آن به صورت یک سیاست و برنامه مجزا، شکافی عمیق را در برنامه ها و سیاستهای کلان ایجاد می کند. در پیش گرفتن سیاست مجزا برای برنامه سلامت روان، اغلب قابل اجرا نیست زیرا در این صورت سلامت روان جزء الزامات اساسی راهکارهای سلامت نخواهد بود.
- علی رغم شیوع بالای اختلالات روانی، درصد زیادی از بیماران روانی، درمان و مراقبت لازم را دریافت نمی کنند. در کشورهای توسعه نیافته، ۷۵-۸۵ درصد بیماران روانی و در کشورهای توسعه یافته، ۳۵-۵۰ درصد بیماران روانی به خدمات درمانی مورد نیاز دسترسی ندارند. بیماران روانی مبتلا به اختلالات شدید روانی کمتر از سایر مردم خدمات درمانی برای بیماریهای جسمی خود دریافت می کنند. بعنوان مثال بیماران قلبی مبتلا به اسکیزوفرنیا ۴۰ درصد کمتر از سایر بیماران قلبی جهت درمان بیماری قلبی در بیمارستان بستری می شوند.
- در اکثر کشورهای توسعه نیافته، بیماران بستری شده در بیمارستانهای روانپزشکی از خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه شامل: آزمایش سلامت عمومی، مراقبتهای دندانپزشکی، واکسیناسیون، دارو و درمان جراحات و زخم بستر برخوردار نیستند.
- یک سوم کشورهای جهان بودجه خدمات سلامت روان ندارند و در یک پنجم کشورها، کمتر از یک درصد کل بودجه بهداشت به خدمات سلامت روان تخصیص می یابد.
- در کشورهای توسعه نیافته نه تنها خدمات ناکافی است بلکه دولتها نیاز دارند که افراد هزینه درمانی بیماریهای روانی خود را بپردازند. در حالیکه درمان بیماریهای جسمی رایگان و یا تحت پوشش بیمه است. این عدم توازن، مردم را فقیرتر می کند.
- افراد دارای مشکلات سلامت روان اکثراً در حاشیه قرار دارند و بیشترین گروههای آسیب پذیر را تشکیل می دهند. آنها اغلب در فعالیتهای مفید اجتماعی و اقتصادی و تصمیم گیریهای مؤثر بر زندگیشان دخالت داده نمی شوند. حقوق انسانی آنها نادیده گرفته می شود و برای آنها فرصتهای شغلی و تحصیلی که منجر به ارتقاء توان و ظرفیتشان شود، فراهم نمی گردد. بیشترین آسیب پذیری افراد دارای مشکلات سلامت روان این است که آنها در دستور کار برنامه های توسعه قرار نمی گیرند.
- بیشترین مشکلات سلامت روان در جمعیت عمومی عبارتند از: اسکیزوفرنیا، افسردگی، اضطراب، خودکشی، اختلالات هیجانی، نامیدی، اختلالات سوء مصرف الکل و مواد مخدر.
- اختلالات روانی نظیر افسردگی و اسکیزوفرنیا، مردم را در خطر ابتلا به بیماریهای عفونی مانند ایدز قرار می دهند زیرا بیماران روانی نسبت به راههای انتقال بیماریهای عفونی و رفتارهای پرخطر جنسی، آگاهی ندارند.
- بیماران روانی نظیر افراد مبتلا به افسردگی و اسکیزوفرنیا، ۱/۶-۱/۴ برابر بیشتر از سایر افراد جامعه دچار مرگ زودرس می شوند. افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی، قبل از ۵۵ سالگی دچار سکته و بیماریهای قلبی می شوند و کمتر از ۵ سال پس از آن زنده می مانند.
- اغلب در بیماران روانی، علائم اختلال آنها به دلیل استرسهای ناشی از فوریتهای روانپزشکی وخیم تر می شود. خدمات امداد رسانی اورژانس اغلب برای پاسخگویی به نیاز بیماران روانی ناکافی هستند و یا به وضوح افراد دارای مشکلات روانی را از دریافت خدمات اورژانس، مستثنی می کنند.

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی:

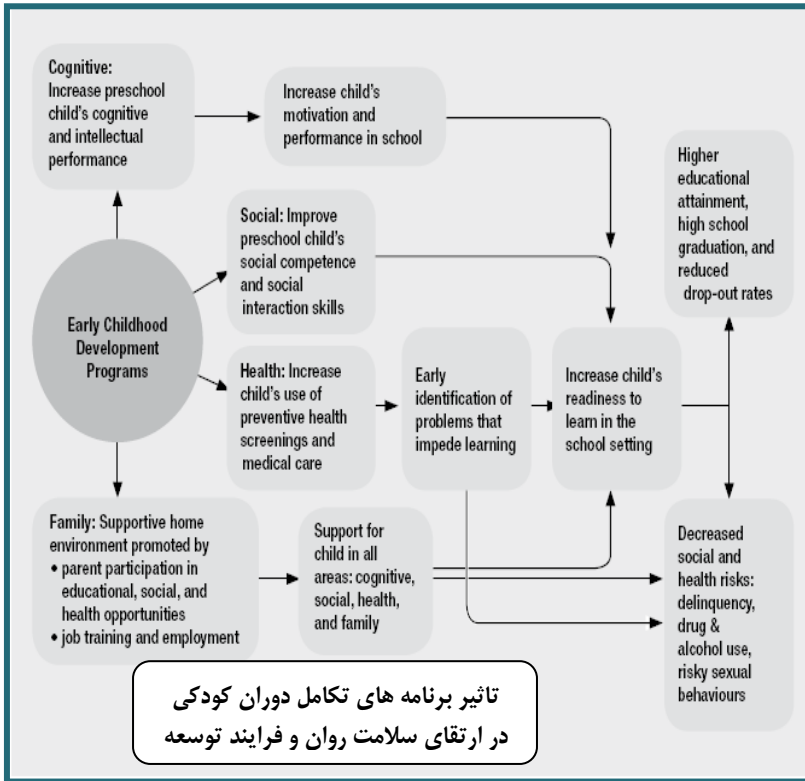
- ۱۵۱ میلیون نفر مبتلا به افسردگی
- ۲۶ میلیون نفر مبتلا به اسکیزوفرنیا
- ۱۲۵ میلیون نفر معتاد به الکل
- ۴۰ میلیون نفر مبتلا به صرع
- ۲۴ میلیون نفر مبتلا به آلزایمر هستند و

سالیانه ۸۴۴ هزار نفر بر اثر خودکشی می میرند.

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

بیش از ۸۰ درصد بار بیماریهای جهان به علت اختلالات روانی کشورهای توسعه نیافته است.

- وظیفه دولت حمایت از حقوق انسانی گروههای آسیب پذیر است. در این رابطه ذینفعان توسعه تعهداتی دارند که باید به آن عمل کنند. برنامه توسعه فقط وضعیت زندگی برخی از مردم را بهبود می بخشد، در حالیکه برای گروههای آسیب پذیر هیچ برنامه ریزی صورت نمی گیرد. ارتقاء وضعیت زندگی گروههای آسیب پذیر هدف اصلی برنامه توسعه است و در این برنامه باید افراد دارای مشکلات سلامت روان جهت دستیابی به اهدافشان توانمند شوند و بتوانند در فعالیتهای اجتماعی مشارکت مؤثر داشته باشند. بدین منظور آنها باید به فرصتها و



- خدمات دسترسی یابند و به دور از انگ بیمار روانی و تبعیضات زندگی کنند و در بهره مندی از حقوق انسانی خود آزاد باشند.
- افراد دارای مشکلات سلامت روان علاوه بر اینکه باید با مشکلات بیماری خود روبرو شوند باید محرومیت از فعالیتهای اجتماعی و انگ بیمار روانی را نیز تحمل کنند. این وضعیت نامساعد برای افراد ثروتمند که دارای مشکلات سلامت روان هستند همانند افراد فقیر اتفاق نمی افتد. زیرا افراد ثروتمند به دلیل برخورداری از داروها، امکانات درمانی مناسب و زندگی مرفه، خوب و سالم بنظر می رسند. افراد دارای مشکلات سلامت روان بیشتر از

سایر افراد جامعه در معرض خطر ناتوانی و مرگ زودرس قرار دارند.

- خدمات سلامت روان به صورت هزینه اثربخش و مقرون به صرفه زمانی میسر است که از طریق سیستم مراقبتهای بهداشتی اولیه و خدمات بهداشت عمومی ارائه گردد. مبحث سلامت روان باید در سیاستهای سلامت، طرح های اجرایی و توسعه منابع انسانی ادغام شود.
- باید بین خدمات سلامت روان و خدمات تأمین مسکن و سایر خدمات اجتماعی، ارتباط مستحکمی برقرار شود زیرا اکثراً افراد دارای

مشکلات سلامت روان، دچار مشکلات دیگری از قبیل بی خانمانی هستند. علاوه بر این برخورداری از فرصتهای آموزشی جهت ارتقاء وضعیت زندگی بیماران روانی نقش مهمی را ایفا می کند. ذینفعان برنامه توسعه نقش کلیدی در دسترسی به فرصتهای آموزشی را برعهده دارند. از جمله اقدامات مهم در این زمینه، حمایت از برنامه های اوایل دوران کودکی است.

- سلامت روان برای دولت و سیاستگذاران مبحث جذابی نیست. بنابراین در اغلب موارد مورد غفلت قرار می گیرد. سلامت بدون سلامت روان مفهومی ندارد. سلامت روان باید در بهداشت عمومی ادغام شود و علاوه بر درمان مشکلات روانی باید در جهت ارتقاء وضعیت سلامت روان در جامعه تلاش های زیادی صورت گیرد. برنامه توسعه و سیاستهای مربوط به آن باید از حقوق انسانی افراد دارای مشکلات سلامت روان حمایت کند و آنها را جهت شرکت در امور اجتماعی توانمند سازد. در این راستا ذینفعان توسعه در طراحی و اجرای سیاستها و برنامه ها نقش مهمی را ایفا می کنند و در

اجرای راهکارهای مداخلات بین بخشی مرتبط با طرح های توسعه ملی تأثیر بسزایی دارند. سیاستها، راهکارها و مداخلاتی که بیماران روانی را مورد هدف قرار می دهند باید گسترش یابند و روند کلی مداخلات سلامت روان باید به سمت فقرزدایی و بهبود شرایط شغلی در جامعه باشد.

- مشکلات اقتصادی و اجتماعی و شرایط نامساعد زندگی گروههای آسیب پذیر عبارتند از:
- انگ بیماری و تبعیض
 - خشونت و سوء رفتار
 - محدودیتهایی در حقوق سیاسی و شهروندی
 - محرومیت از شرکت در فعالیتهای اجتماعی
 - دسترسی ناکافی به خدمات بهداشتی و اجتماعی
 - دسترسی ناکافی به خدمات امداد رسانی اورژانس
 - برخوردار نبودن از فرصتهای تحصیلی
 - محرومیت از فرصتهای شغلی و تولید درآمد
 - میزان بالای ناتوانی و مرگ زودرس

- مشکلات سلامت روان با بیکاری ارتباط مستقیم دارد و افراد دارای مشکلات سلامت روان باید در برنامه های تولید درآمد مورد توجه قرار گیرند. سرمایه گذاری و حمایت از فرصتهای شغلی کوچک نه تنها بر بیماران روانی بلکه بر خانواده آنها و جامعه تأثیر چشمگیری دارد. این اقدام همچنین موجب می شود تا ذینفعان برنامه توسعه بر حمایت از حقوق انسانی بیماران روانی و در نهایت بر توانمند سازی محیط تمرکز بیشتری داشته باشند.
- کمک های ذینفعان برنامه توسعه می تواند در سطوح مختلفی نظیر: سیاستگذاری، برنامه ریزی، اجرا، سرمایه گذاری در خدمات، ایجاد ضمانت اجرایی در اولویتهای سلامت روان تحقق یابد.
- مردم از طریق تأمین خدمات مستقیم می توانند نقش مؤثری در حمایت از بیماران روانی داشته و موجب شوند که آنها به منابع مورد نیاز خود دسترسی یابند و عضو مفیدی از جامعه باشند.
- خدماتی که از طریق مردم ارائه می شود عبارتند از: مراقبتهای بهداشتی، خدمات اجتماعی، برنامه های آموزشی. دولت نیز نقش مهمی در توانمند سازی محیط ایفا می کند از طریق: کاهش انگ بیماری و تبعیضات، ارتقاء حقوق انسانی بیماران، فقرزدایی، بهبود کمی و کیفی خدمات آموزشی و بهداشتی و اجتماعی.
- به منظور پیشرفت نتایج برنامه توسعه، دولت نه تنها باید سلامت روان را در برنامه های خود ادغام کند بلکه باید تمام بخشهای دولتی با یکدیگر و با مردم در تعامل باشند. همانند مردم، دولت نیز باید از تأمین خدمات سلامت روان حمایت کند و این خدمات را تقویت نماید و استفاده کنندگان از این خدمات را در تصمیم گیریها مشارکت دهد.
- برخی از گروههای آسیب پذیر در جامعه عبارتند از: افراد فقیر، افراد مبتلا به ایدز، آوارگان، اقلیت های قومی، افراد فروخته شده (قاچاق انسان)، روسپی ها، افراد دارای معلولیت.
- گروههای آسیب پذیر در افراد دارای مشکلات سلامت روان عبارتند از افراد مبتلا به: اسکیزوفرنیا، اختلالات دوقطبی، افسردگی، صرع، معتادین به الکل و مواد مخدر، اختلالات کودکان و نوجوانان، اختلالات هوش.
- به دلایل زیر بیماران روانی بخصوص افراد مبتلا به اختلالات مزمن روانی باید مورد هدف برنامه های توسعه قرار گیرند:
- در اغلب موارد دولت و جامعه فرصتهایی برای ارتقاء ظرفیتهای بیماران روانی جهت بهره مندی آنها از رفاه اقتصادی در سطح فردی و اجتماعی در اختیارشان قرار نمی دهند. این امر منجر می شود که این افراد فقیرتر شوند و بیش از پیش از نظر اجتماعی طرد شوند.
- بیماران روانی از مشارکت مؤثر در فعالیتهای اجتماعی محروم هستند و از توان لازم برای تغییر دادن عواملی که آنها را سرکوب می کند، برخوردار نیستند. برنامه توسعه باید بر بهبود شرایط زندگی تمام افراد جامعه دلالت داشته باشد اما اگر برنامه توسعه فقط به وضعیت زندگی برخی از مردم بپردازد وضعیت سایر افراد جامعه بدتر از قبل می شود.
- زمانی که دیدگاه جامعه این است که بیماران روانی توسط ارواح شیطانی تسخیر شده اند و بیماری روانی تنبیهی است برای رفتارهای نامناسب آنها، این دیدگاه منجر به کارگیری روشهای درمانی نامناسب خواهد شد. اگر جامعه تصور کند که بیماری روانی قابل درمان نیست در نتیجه، این بیماران حمایت و مراقبت لازم را دریافت نمی کنند و به مدت طولانی در بیمارستانهای روانپزشکی و یا در زندانها نگهداری می شوند. در زندانها بیماران روانی را در سلولهای کاملاً محصور و بسیار محافظت شده نگهداری می کنند. فقدان تعامل انسانی، محدود بودن محرکها در یک فضای کوچک بدون پنجره به صورت ۲۴ ساعته و فقدان خدمات سلامت روان مناسب، به طور چشمگیری وضعیت بیماری آنها را وخیم تر می کند. گاهی اوقات بیماران را که وضعیت حاد دارند برای مدتی به بیمارستان روانپزشکی منتقل می کنند اما پس از اینکه علائم بیماری آنها کنترل شد آنها را به همان موقعیت ایزوله قبلی به زندان برمی گردانند و چرخه فروپاشی و اضمحلال مجدداً تکرار می شود.
- بیماران روانی گاهی اوقات توسط متخصصان، مورد خشونت و سوء رفتار قرار می گیرند در حالیکه باید متخصصان مسئول درمان و مراقبت آنها باشند. این بیماران بر خلاف میلشان برای ماهها یا سالها در بیمارستان در انزوا و در اطاقهای محصور شبیه به شرایط زندان به صورت مهار شده نگهداری می شوند.
- بیماران روانی اغلب به سیستم قضایی مناسب دسترسی ندارند. جرائمی که در مورد آنها به وقوع می پیوندد مستند نیستند زیرا پلیس و دادستان دلایل کافی را برای حمایت از آنها نمی یابند و شهادتی وجود ندارد.

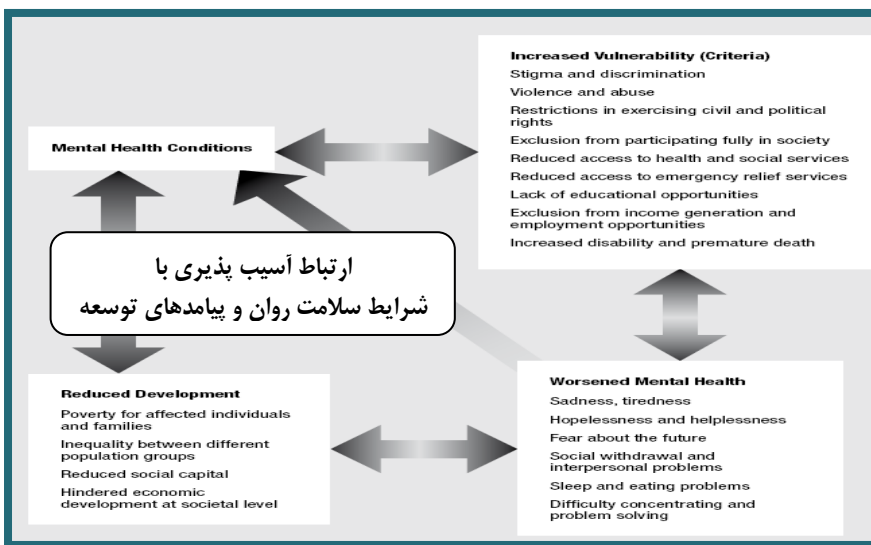
تفکر همگانی در باره بیماران روانی این است که: آنها تنبل، ضعیف، کم هوش و دشوار هستند و در تصمیم گیری ناتوانند. همچنین تصور عمومی این است که بیماران روانی پرخاشگر و خشن هستند در حالیکه واقعیت این است که معمولاً بیماران روانی، خودشان قربانیان خشونت و سوء رفتار هستند. فرضیات اشتباه در مورد بیماران روانی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

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

□ فقدان مسکن و سایر خدمات اجتماعی از مشکلات جدی بیماران روانی است به طوری که تحقیقات نشان می دهند که درصد زیادی از بیماران روانی بی خانمان هستند.

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

□ در میان تمام ناتوانی ها، مشکلات روانی بیشترین میزان بیکاری را به خود اختصاص می دهند. بررسی ها حاکی از آن است که اکثر بیماران روانی که تمایل به استخدام شدن در یک شغل را دارند، به دلیل انگ بیماری، تبعیضات و فقدان تجربیات تخصصی نمی توانند، شغلی داشته باشند. در یک بررسی که در مورد ۷۳۲ نفر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در



۲۷ کشور انجام شده است، ۷۰ درصد این بیماران بیکار هستند و نیمی از آنها نمی توانند شغل پیدا کنند یا در شغلشان بمانند. کار فرمایان معمولاً تمایل ندارند که افراد دارای مشکلات روانی را استخدام کنند. میزان بالایی از بیکاری مربوط به بیماران روانی است. اما واقعیت این است که آنها قادرند کار کنند و در جامعه مولد باشند بخصوص وقتی که برای آنها مداخلات مناسب سلامت روان از طریق تقویت مهارت‌های شغلی و حمایت‌های اجتماعی فراهم گردد. زمانی که بیماران روانی تحت درمان و توانبخشی شغلی قرار بگیرند می توانند توانایی های خود را برای بازگشت به شغل خود به دست آورند. واگذاری شغل های کوچک به

بیماران روانی نه تنها برای آنها بلکه برای خانواده آنها و برای جامعه می تواند مفید باشد. در این زمینه کمک‌های مالی اجتماعی از ارزش زیادی برخوردار است. این قبیل واگذاریها و کمکها باید در برنامه های توسعه تقویت شوند. مطالعات نشان می دهند که حمایت‌های مالی و انتقال سرمایه، تأثیرمفیدی در برنامه سلامت روان دارد.

□ همچنین افراد دارای مشکلات روانی به سایر منابع درآمد دسترسی ندارند و در بسیاری از کشورها کمک‌های مالی اجتماعی برای بیماران روانی وجود ندارد. بیماران روانی از مشارکت در برنامه های تولید درآمد محروم هستند. اکثر روستائیان فقیر با این معضل دست به گریبانند. بعلت عدم دسترسی به شغل و سایر فرصت‌های تولید درآمد، بیماران روانی به میزان بالایی در معرض خطر فقر قرار دارند. علاوه براین بیماران روانی به طور

قرار گرفتن در معرض خشونت و سوء رفتاری می تواند مشکلات جدی سلامت روان را به وجود آورد. ضعف سلامت روان می تواند هم علت و هم پیامد نابرابری های اجتماعی، شهروندی، سیاسی، اقتصادی و محیطی باشد. افزایش آسیب پذیری منجر به مشکلات سلامت روان می گردد و مشکلات سلامت روان باعث کاهش توسعه می شود و در نهایت، کاهش توسعه، افزایش آسیب پذیری را به دنبال دارد.

قابل توجهی در معرض خطر مرگ و ناتوانی هستند. فاصله میان خدمات درمانی اساسی و شیوع اختلالات روانی از یک سو و تعداد دریافت کنندگان خدمات از سوی دیگر، بار اختلالات روانی را افزایش می دهد.

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

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

رابطه بین فقر و مشکلات سلامت روان به صورت یک چرخه معیوب است. افراد فقیر نه تنها از منابع مالی در حد استانداردهای اولیه زندگی برخوردار نیستند بلکه به فرصتهای شغلی و تحصیلی کمتری دسترسی دارند. آنها در شرایط نامساعد محیطی و در محله های فقیر نشین، بدون آب و بهداشت زندگی می کنند و از مراقبتهای بهداشتی با کیفیت برخوردار نیستند. این شرایط استرس زا موجب پدید آمدن مشکلات سلامت روان در آنها می شود. گاهی اوقات بیماران روانی، به دلیل علائم بیماریشان قادر به کار کردن نیستند و از داشتن شغل امتناع می کنند. این عامل موجب فقیر تر شدن آنها می گردد.

به دلیل اینکه افراد دارای مشکلات سلامت روان دارای ملکه های آسیب پذیری هستند، برنامه های ملی توسعه باید این افراد را مورد هدف قرار دهد. در این راستا ذینفعان برنامه توسعه باید اقدامات زیر را انجام دهند:

صراحتاً افراد دارای مشکلات روانی را بعنوان گروههای آسیب پذیر در نظر بگیرند.

در زمینه تمام عواملی که بر بیماران روانی تأثیر می گذارد با آنها مشورت کنند.

سیاستها، راهکارها و مداخلاتی را برای بیماران روانی طراحی و اجرا کنند.

روند اصلی مداخلات سلامت روان را در جهت کاهش فقر و در جهت مداخلات، راهکارها و سیاستهای برنامه توسعه قرار دهند.

تضمین کنند که بودجه ها به مداخلات سلامت روان و اقدامات مربوط به آن تخصیص می یابد.

از مشارکت فعال بیماران روانی در برنامه های توسعه حمایت کنند.

درمان و مراقبتهای جسمی و روانی را در مراقبتهای بهداشتی اولیه ادغام کنند.

سلامت روان را در خدمات قبل و بعد از اورژانس ادغام کنند.

سلامت روان را در توسعه خدمات اجتماعی شامل مسکن در نظر بگیرند.

سلامت روان را در تحصیل و آموزش مد نظر قرار دهند.

بیماران روانی را در برنامه های تولید درآمد مشارکت دهند.

از حقوق بیماران روانی حمایت کنند.

برای مشارکت بیماران روانی در امور همگانی ظرفیت سازی کنند.

اصول مهم برای موفقیت ادغام سلامت روان در مراقبت های اولیه سلامت

سیاست و برنامه برای الحاق مراقبتهای بهداشتی اولیه و سلامت روان مورد نیاز است. سیاستها و برنامه های سلامت روان و بهداشت عمومی باید بر ارائه 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 مسئولان 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 وظائف مراقبت های بهداشتی اولیه باید محدود و قابل اجرا باشد. تصمیم گیری در باره وظائف خاص باید بعد از مداخلات محیطی صورت گیرد.

باید متخصصان سلامت روان و تسهیلات لازم برای حمایت از مراقبتهای بهداشتی اولیه وجود داشته باشند. ادغام سلامت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه باید با خدمات رایگان بخصوص در زمینه پیشگیری ثانویه وارجاع همراه باشد.

در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه، بیماران باید به داروهای روانپزشکی دسترسی داشته باشند. کشورها باید قوانین و مقررات خود را بازبینی کنند به طوری که به کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه اجازه تجویز داروهای روانپزشکی را بدهند بخصوص در مناطقی که با کمبود

روانپزشک مواجه هستند. باید داروهای روانپزشکی به جای ارائه از طریق بیمارستانهای روانپزشکی، مستقیماً از طریق خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه ارائه شوند.

- هماهنگ کنندگان خدمات سلامت روان از اهمیت ویژه ای برخوردارند. آنها برنامه ها را با وجود چالشها در جهت فرآیندهای ادغام پیش می برند.
- همکاری با سایر سازمانها دولتی، سازمانهای غیر دولتی، کارکنان بهداشتی و داوطلبان باید ایجاد شود. سازمانهای خارج از بخش بهداشت می توانند 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.
- بلایای طبیعی و سایر وضعیتهای اورژانسی منجر به مشکلات سلامت روان در افراد می شود نظیر اضطراب، افسردگی، سایکوز. علاوه بر این در چنین شرایط اورژانسی ممکن است درمان بیماران روانی قطع شود و توسط مراقبین خود رها شوند. کارکنان امداد رسانی اورژانس در مراقبتهای بهداشتی اولیه اغلب مهارت و آگاهی کافی را در مدیریت شرایط بیماران روانی ندارند. مداخلات سلامت روان که توسط اورژانس انجام می شود اکثراً به جای توجه به ساختار میان مدت و بلند مدت توسعه، بر امداد رسانی کوتاه مدت تمرکز دارد. این امر موجب از دست دادن فرصتها می شود.
- با اینکه حمایتهای کوتاه مدت سلامت روان اهمیت دارد اما دینفعان برنامه توسعه باید منابع خود را در مراقبتهای سلامت روان به سمت ساختار خدمات جامعه نگر تمرکز کنند.
- دینفعان برنامه توسعه در قادر ساختن کودکان به دسترسی مناسب به خدمات آموزشی نقش بسزایی دارند. برنامه سلامت روان مبتنی بر مدرسه زمینه ای را برای کودکان فراهم می کند تا با حداقل انگ بیماری به تحصیل بپردازند. برخی از برنامه های ارتقاء سلامت روان شامل مقابله با زورگویی، مدیریت استرس و مهارتهای زندگی می توانند از طریق برنامه های مبتنی بر مدرسه ارائه شوند. این برنامه ها می توانند 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 بهره وری اقتصادی در جامعه می شود. علاوه بر این برنامه های حمایتی مبتنی بر مدرسه، برنامه های ملی توسعه و برنامه های بخشهای آموزشی می توانند نتایج توسعه و آموزش را برای گروههای آسیب پذیر از طریق اجرای برنامه های حمایتی اوایل دوران کودکی و با تأکید بر توسعه جنبه های شناختی، حسی- حرکتی و روانی- اجتماعی کودکان و ارتباط والد- فرزند ارتقاء دهند.
- گروههای آسیب پذیر مورد نظر شامل فرزندان بیماران روانی، کودکان خانواده های فقیر و کودکان عقب مانده ذهنی می باشند. مداخلات مربوط به اوایل دوران کودکی موجب بهبود مهارتهای اجتماعی کودکان، افزایش اعتماد به نفس و انگیزه و بهبود ارتباط آنها با بزرگسالان می شود. مداخلات اوایل دوران کودکی، مشکلات روانی را در بزرگسالی کاهش می دهد.
- دیدگاه حقوق انسانی بیماران روانی باید تغییر کند و به جای در نظر گرفتن آنها بعنوان افراد ناتوان و نیازمند به خدمات خیریه، این دیدگاه تقویت شود که بیماران روانی دارای حقوق انسانی هستند و از ظرفیت تصمیم گیری برخوردارند. زمانی که قانونگذاری و سیاستگذاری های مناسبی در این زمینه صورت گیرد، توسعه خدمات با کیفیت مبتنی بر جامعه به وقوع می پیوندد و همچنین از خشونت با بیماران روانی در بیمارستانها و زندانها پیشگیری می شود. 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.
- دینفعان توسعه باید شرایطی را ایجاد کنند که بیماران روانی به روشهای قانون دسترسی داشته باشند و بدین طریق بتوانند حقوق انسانی آنان را ارتقاء بخشند و از آنان حمایت کنند. بعنوان مثال می توانند در نظام قضایی، سیستمی را برای پیشگیری از سوء رفتار با بیماران روانی در روند درمان آنها به وجود بیاورند. همچنین می توانند دسترسی به مکانیسم شکایت (دادخواهی) را برای بیماران روانی ارتقاء بخشند.
- ایجاد همبستگی و مشارکت بین بیماران روانی از این نظر اهمیت دارد که عضویت در گروههای حمایتی همتایان موجب خودمختاری، توانمند سازی و توسعه مهارتهای آنها می شود و برای اعضای این گروهها و خانواده های آنها باعث افزایش بهره وری خدمات مراقبتی و خود مدیریتی می شود و نتایج برنامه سلامت را بهبود می بخشد. همچنین انجمن های متشکل از بیماران روانی تضمین می کنند که سیاستها، قوانین و برنامه های بر نیازهای بیماران روانی متمرکز است و به حقوق انسانی آنان احترام می گذارد. در این راستا دینفعان توسعه اصمیان می دهند که در گروههای متشکل از بیماران روانی، بیماران می توانند برنامه ها و راهکارهای خودشان را طراحی کنند. وجود ضمانت اجرایی برای این انجمن ها به اعضای آنها حق اظهار نظر سیاسی می دهد تا بتوانند برای ایجاد حمایتهای قانونی و سیاسی، خواسته های خود را به گوش سیاستگذاران برسانند. اگرچه سازمانهای متشکل از بیماران روانی به صورت مستقل از دولت و به صورت خود مختار اداره می شوند اما دینفعان توسعه در قادر ساختن بیماران به سازماندهی و اجرای خواسته ها و نیازهایشان نقش بسزایی دارند. دینفعان

توسعه باید به بیماران روانی کمک کند 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. ذینفعان برنامه توسعه عبارتند از: انجمن‌ها، دولت، انستیتوهای تحقیقاتی و علمی، سازمانهای جهانی، سازمانهای خصوصی، سازمانهای دوجانبه و چندجانبه. انجمن‌های مرتبط با برنامه توسعه عبارتند از

۱. گروهها و سازمانهای استفاده‌کننده از خدمات سلامت روان
۲. سازمانهای مردمی، سازمانهای جامعه‌نگر، سازمانهای دوستدار توسعه و سلامت روان و حقوق انسانی بیماران
۳. شبکه‌های توسعه و سلامت روان و انستیتوهای آموزش کارکنان مراقبتهای بهداشتی
۴. مدیران، مسئولان و کارکنان بخش سلامت و مراقبتهای بهداشتی اولیه در حیطه دولتی و غیر دولتی
۵. انجمن‌های تخصصی مراقبتهای بهداشتی مانند انجمن پزشکان یا انجمن پرستاران انجمن‌ها می‌توانند نقش مهمی در حمایت از بیماران روانی جهت دسترسی آنها به منابع مورد نیاز و مشارکت آنها در فعالیتهای اجتماعی داشته باشند و خدمات و حمایت‌های لازم را در این زمینه فراهم کنند. خدمات ارائه شده توسط انجمن‌ها عبارتند از: خدمات مراقبتی-بهداشتی، خدمات اجتماعی، برنامه‌های آموزشی، پروژه‌های معیشتی (تولید درآمد)، انجمن‌های تخصصی مراقبتی-بهداشتی می‌توانند در زمینه انگ‌زدایی، مقابله با تبعیض و ارتقاء حقوق انسانی بیماران، ظرفیت‌سازی کنند و به افزایش آگاهی بپردازند. همچنین انجمن‌ها باید از ایجاد و تقویت گروههای استفاده‌کننده از خدمات سلامت روان حمایت کنند.

۶. دولت، متشکل است از: سازمانهای سیاسی در سطح ملی و استانی و محلی، وزارت کشور، سازمان بودجه، دادگستری، وزارت صنایع، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سازمان خدمات اجتماعی. در میان تمام ذینفعان برنامه توسعه، دولت مهمترین نقش را در توانمندسازی محیط، انگ‌زدایی، مقابله با تبعیض ارتقاء حقوق انسانی بیماران، بهبود کیفیت و کمیت خدمات (آموزش، بهداشت، خدمات اجتماعی، فقر زدایی) ایفا می‌کند. به منظور پیشرفت نتایج توسعه، بخشهای مختلف دولت نه تنها باید سلامت روان را در بخش خود ادغام کنند بلکه باید با سایر بخشهای دولت و انجمن‌ها همکاری داشته باشند.

۷. مجلس نقش مهمی در توانمندسازی محیط ایفا می‌کند به طوری که مسئول سیاستگذاری در کاهش ناتوانی با هدف حمایت از حقوق انسانی بیماران است.

۸. سازمانهای مسئول طرحهای توسعه ملی تضمین می‌کنند که افراد دارای مشکلات سلامت روان بعنوان گروههای آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند.

۹. سیستم قضایی می‌تواند کاربرد قوانین را ارتقاء بخشد و از حقوق انسانی افراد محافظت کند.

۱۰. انستیتوهای علمی و تحقیقاتی می‌توانند از طریق انجام تحقیقات در راستای سیاستها، موجب پیشرفت نتایج توسعه شوند. در این رابطه برخی از موضوعات تحقیقی مهم عبارتند از مطالعه تأثیر نتایج مداخلات در: کاهش فقر در میان بیماران روانی، ارتقاء دسترسی به شغل و تولید درآمد، ارتقاء دسترسی به تحصیلات، خاتمه دادن به خشونت علیه حقوق انسانی بیماران در کشورهای توسعه نیافته.

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

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

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

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

شواهد و توصیه های مدون در زمینه مداخلات ارتقای سلامت روان

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

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

□ برای کاهش انگ اجتماعی بیماری های روانی توصیه های زیر وجود دارد :

۱. آموزش متخصصان و کارکنان سلامت
 ۲. کاهش موسسات روانپزشکی که در جهت حفظ و تقویت انگ ها حرکت می کنند
 ۳. ارائه خدمات سلامت روان در جامعه
 ۴. به کارگیری قوانین برای محافظت از حقوق بیماران روانی
 ۵. برنامه های اطلاع رسانی عمومی برای آموزش در مورد ماهیت ، شدت و تاثیر اختلالات روانی
- نقش بخش های مختلف در سلامت روانی مردم در گزارش ۲۰۰۱ به شرح زیر طرح شده است :

بخش	راهبردها
کار	۱. خلق یک محیط کاری مثبت و عاری از تبعیض و آزار جنسی با برنامه های کمک به مستخدمین و استانداردهای کاری
	۲. گنجاندن افراد به بیماری های روانی شدید در نیروی کار
	۳. پذیرش سیاست های ترویجی برای استخدام ، نگهداشت به عنوان نیروی کار کمک کننده به افراد بیکار.
تجزیه و تحلیل	۱. پذیرش سیاست هایی در مورد اصلاحات اقتصادی که فقر نسبی و نیز فقر مطلق را کاهش می دهند
	۲. بررسی و تصحیح هر گونه اثر بالقوه منفی اصلاحات اقتصادی بر میزان بیکاری
آموزش	۱. اجرای سیاست هایی به منظور پیشگیری از ترک تحصیل پیش از اتمام تحصیلات متوسطه
	۲. وارد کردن سیاست های ضد تبعیض به مدارس
	۳. گنجاندن مهارت های زندگی در برنامه آموزشی
	۴. رسیدگی به نیازهای کودکان دارای احتیاجات خاص از قبیل کودکانی که ناتوانی هایی در امر یادگیری دارند
مسکن	۱. اولویت دادن به تامین مسکن افراد مبتلا به اختلالات روانی
	۲. تعیین مراکزی برای سکونت بیماران روانی (از قبیل منازل موقتی)
	۳. پیشگیری از تبعیض در مکان منازل این افراد
	۴. پیشگیری از تفکیک جغرافیایی مبتلایان به اختلالات روانی
رفاه	۱. مد نظر قرار دادن وجود و شدت بیماری های روانی به عنوان عواملی در اولویت بندی دریافت منافع رفاه اجتماعی
	۲. در دسترس قرار دادن منافع برای اعضا خانواده در صورتی که آنها مراقبین اصلی بیمار باشند
	۳. آموزش کارکنان خدمات رفاه اجتماعی
دستگاه قضایی	۱. پیشگیری از زندانی کردن نابجای افراد مبتلا به اختلالات روانی
	۲. در اختیار قرار دادن درمان اختلالات روانی و رفتاری در زندان ها
	۳. کاهش پیامدهای زندانی کردن بر سلامت روان
	۴. آموزش کارکنان دستگاه قضایی

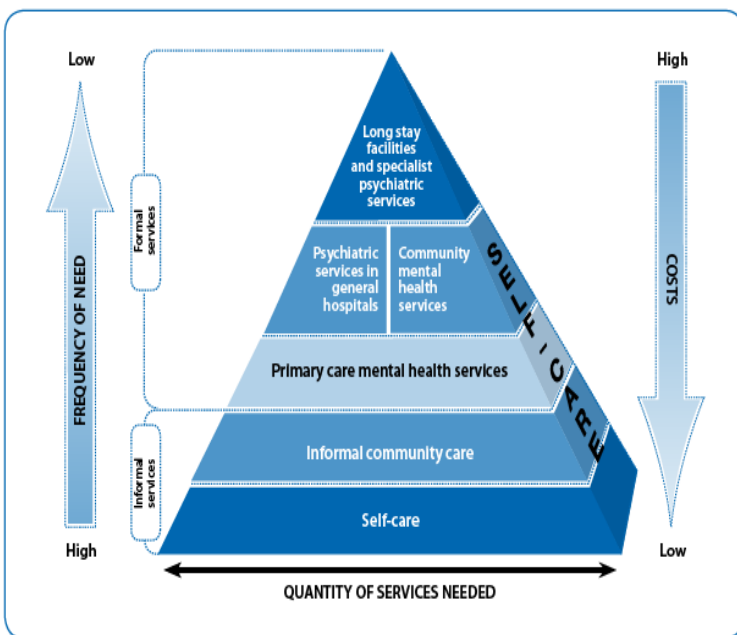
برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم ؟
 سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه
 وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

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

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

□ الزامات یک سیاست سلامت روانی موثر چیست؟

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



برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم؟
 سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

۱) خلاصه وضعیت شاخص های سلامت روان کشور و روند آن

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

پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰، بار کلی بیماریهای روانی به سرعت افزایش یابد و شواهد موجود افزایش ۱۵ درصدی بار این بیماریها را نشان می دهد(موری و لوپز ۱۹۹۶) این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه تا ۹۰٪ مبتلایان از درمان محروم می مانند.

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 پژوهش ها 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 درصد هزار قابل محاسبه است. این میزان از ۰/۴ در استان قم تا ۲۴/۴ در استان لرستان متغیر بوده است. طبق اطلاعات جمع آوری شده در اداره سلامت روان تعداد موارد اقدام و مرگ ناشی از خودکشی در سالهای ۸۰ (۳۸۲۳ اقدام به خودکشی ۲۷۹ مورد موفق به ۴۸۸۰۰ اقام به خودکشی و ۱۳۸۳ مور موفق) در سال ۸۸ رسیده است.

در مطالعه بار بیماری های که گزارش آن در ۱۳۸۴ منتشر شد اختلالهای روانی ۱۰/۲۵٪ از کل بار بیماریها را شامل می شوند(با احتساب اختلالات مرتبط با مواد ۱۴/۵٪) که سه علت اول بار اختلالات روانی به ترتیب عبارتند از افسردگی (۲۶ درصد بار اختلالات روانی) اعتیاد (۲۴ درصد بار اختلالات روانی)، اختلالات دو قطبی (۱۲ درصد بار اختلالات روانی) در صورتیکه سایر اختلالات اعصاب و روان منجمله اعتیاد را در نظر داشته باشیم، طبق پژوهش کلی انجام گرفته بار بیماریهای روانی پس از حوادث غیر عمدی بطور مشترک با بیماری های قلبی عروقی جایگاه دوم را به خود اختصاص می دهد. 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 درمان های جایگزین مراجعه نموده بودند و ۴۲/۵ درصد کل افراد در طول مدت بیماری خود مراجعه به دعا نویس داشتند. نکته مهم آنکه میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه های بیماری تا مراجعه به مراجعه به درمانگر ۴/۰۸+۲/۲ سال و میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه های بیماری تا مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی ۳/۶+ ۵/۴ سال بوده است.

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

منابع سلامت روان	تعداد در کل کشور	منابع سلامت روان	تعداد در کل کشور
تعداد تخت های روانپزشکی	۱۲۰۰۰ با توزیع غیرعادلانه	مطب خصوصی	۵۰۰
تعداد تخت های اورژانس روانپزشکی	۲۴۸ (در ۱۷ استان نداریم)	روانپزشک	حدود ۱۰۰۰ نفر (۴۱٪ در تهران)
تعداد تخت های روانپزشکی اطفال	۲۲۹ (در ۲۳ استان نداریم)	روانشناس بالینی	۱۷۴ (۴۷ نفر مدرک دکترا)
بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی	۳۴ (در ۹ استان وجود ندارد)	پزشک عمومی آموزش دیده،	۲۸۰۰
بیمارستان عمومی دارای بخش روانپزشکی	۷۶	پزشک عمومی وره دیده روانپزشکی	۲۰۰
درمانگاه روانپزشکی	۱۱۵	رابط بهداشتی	۱۰۰/۰۰۰
کلینیک روانپزشکی	۴۵	بهورز و کاردان آموزش دیده	۵۰۰۰

ارزشیابی کشوری ادغام بهداشت روان در شبکه های بهداشتی درمانی نشان می دهد که بهورزان سطح خوبی از آگاهی نسبت به اصول اساسی بهداشت روان دارند و پزشکان عمومی ۸۰ درصد بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی روستایی را خود درمان می کنند و ۲۰ درصد را به سطح تخصصی بالاتر ارجاع می دهند. (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 استان ها 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.

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

در یکی از گزارش های دفتر سلامت روان جمعیت مخاطب این دفتر بیش از ۱۰ میلیون نفر بیمار روانی نیازمند خدمات شناسایی، در مان، پیگیری و بازتوانی در بیمارستانها و مراکز جامعه نگر و در جامعه، بیش از ۱۵ میلیون نفر گروههای خاص نیازمند مداخلات خاص و خدمات پیشگیری از اختلالات روانی و حدود ۴۰ میلیون نفر جمعیت عمومی که نیازمند خدمات عمومی ارتقایی برای بهداشت روان از طریق رسانه ها، مدارس و محیط های کار و تجمع می باشند اعلام شده است.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴-۱۳۹۰)
سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه
برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم؟

۲) مداخلات کنونی سلامت روان در کشور (بر اساس گزارش عملکرد دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد)

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

۱. برنامه ادغام سلامت روان در شبکه های بهداشتی درمانی (اجرای کشوری و ارزشیابی اتمام دوره)
 ۲. پیشگیری اولیه از خودکشی (اجرای کشوری در ۸ استان)
 ۳. برنامه حمایت روانی- اجتماعی در حوادث غیرمترقبه (کشوری) (پروتکل ارزیابی سریع ، تدوین استانداردها و پروتکل مداخله ویژه مدیران و تعامل با رسانه ها و ...
 ۴. برنامه ملی پیشگیری از کودک آزاری (آماده سازی برای پایلوت) تأسیس مرکز حمایت روانی- اجتماعی از کودکان و والدین آزار دیده در بندرعباس و تهران
 ۵. برنامه کاهش خشونت های خانگی با استفاده از شبکه بهداشتی درمانی کشور(پایلوت)
 ۶. برنامه مراقبت از بیماران روانی پس از ترخیص از بیمارستان و پایلوت در دو دانشگاه ایران و اصفهان (پایلوت)
 ۷. برنامه انگ زدایی از بیماری روانی (مطالعه و تدوین)
 ۸. برنامه ارتقای سلامت روان کودکان ، ارتقاء سلامت روان در محیط های کار (مطالعه و تدوین)
 ۹. ارتقاء سلامت روانی-جنسی در خانواده (مطالعه و تدوین)
 ۱۰. ارتقاء سلامت روان زنان(مطالعه و تدوین)
 ۱۱. برنامه کشوری آموزش مهارت های زندگی(کشوری) و بهداشت روان مدارس
 ۱۲. تدوین برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری به والدین (کشوری)
 ۱۳. ورود روانپزشکی رابط مشاوره به بیمارستان های عمومی (مطالعه و تدوین)
 ۱۴. تدوین "دستورالعمل رفتار با کودک در مراکز بهداشتی- درمانی" (اتمام پایلوت)
 ۱۵. انتشار و توزیع ابزارهای ارتباطی جهت ارتقاء روابط خانوادگی و آغاز بهره برداری (اجرای کشوری با پوشش بسیار پائین)
 ۱۶. برنامه کشوری ارتقاء استانداردهای بخش ها و بیمارستان های روانپزشکی (اتمام پایلوت)
 ۱۷. تدوین استاندارد ملی، برنامه اجرایی و برآورد هزینه ارتقای اورژانس های روانپزشکی و اجرای آن در یک اورژانس روانپزشکی کشور (اتمام پایلوت)
 ۱۸. برنامه کشوری ارائه خدمات هماهنگ به بیماران روان (پایلوت)
 ۱۹. برنامه ایجاد مراکز بهداشت روان جامعه نگر (مطالعه و تدوین)
 ۲۰. برنامه ارتقاء بیمه بیماران روانپزشکی (مطالعه و تدوین)
 ۲۱. پیگیری اختصاص ۱۰٪ تخت های بیمارستان های عمومی با ضریب اشغال کمتر از ۷۰٪ به تخت روانپزشکی (اجرای کشوری)
 ۲۲. راه اندازی بخش سایکوسوماتیک در بیمارستان های عمومی (پایلوت)
 ۲۳. برنامه نظارت همتایان -بازدید و ارزیابی برنامه دانشگاهها توسط افراد و دانشگاههای همتا (شروع اجرای کشوری)
 ۲۴. برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در قالب برنامه پزشک خانواده و قرار گیری کارشناس بهداشت روان در تیم سلامت(پایلوت)
- سایر اقدامات عبارت است از :

تشکیل انجمنها ، موسسات غیر دولتی و سمن ها برای حمایت از گروههای خاص و یا حمایت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی و خانواده های آنان ، تشکیل ستاد ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن در سازمان بهزیستی ، برنامه ها و همایش های پژوهشی ارتباط سلامت معنوی و سلامت روان ، تدوین و انتشار بسته های خدمت سلامت روان برای بهورزان ، پزشکان و کارشناسان سلامت روان تیم سلامت ، طراحی پرسشنامه غربالگری اختلالات روانپزشکی برای دانش آموزان کلیه مقاطع تحصیلی ، تدوین برنامه آموزشی (کوریکولوم) اختلالات روانپزشکی برای پزشکان عمومی و اجرای آن به صورت پایلوت در ۴ دانشگاه ، تدوین و انتشار کتاب راهنمای سلامت روان برای عموم جامعه ، بازنگری و ارتقاء فرم و نرم افزار ثبت اختلالات روانپزشکی ، بازنگری بسته های خدمت سلامت روان مربوط به ادارات گروههای سنی دفتر سلامت خانواده ، اجرای آزمایشی طرح بررسی هزینه و اثربخشی خدمات درمانی - مراقبتی مبتنی بر جامعه در دانشگاه تهران ، راه اندازی یک مرکز جامعه نگر در راستای ارتقاء سلامت روان در یک منطقه شهری . برنامه های اداره سلامت روان با سازمانهای بین المللی به ویژه یونیسف عبارت است از برنامه پیشگیری از کودک آزاری با مشارکت سازمان ، برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بم ، برنامه ابزار ارتباطی بهبود روابط و کودک و ارزشیابی .

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

ضعف ها (فرصت های بهبود)	قوت ها
<ol style="list-style-type: none"> ۱. ضعف یا عدم پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت روان ۲. در اولویت نبودن سیاست سلامت روان علی رغم بار عظیم اختلالات روانی در وزارت بهداشت ۳. نداشتن جایگاه و تشکیلات مناسب برای سلامت روان ۴. هماهنگی درون بخشی ضعیف برای سلامت روان (بین معاونت ها و بین واحدهای معاونت ها) ۵. فقدان قانون مصوب سلامت روان برای حمایت از بیماران روانی ۶. نبود نظام مدون برای مشارکت مردم ۷. نبود نظام نظارت بر عملکرد بخش خصوصی سلامت روان ۸. مشخص نبودن سهم و نقش دستگاه ها برای ارتقای سلامت روان ۹. نبود میثاق بین بخشی سازمان های برای ارتقای وضع سلامت روان کشور ۱۰. انجمن های حمایت از حقوق بیماران روانی کم است ۱۱. مراجعه بیماران روانی به دلیل انگ اجتماعی ، دسترسی و باورهای سنتی صورت نمی پذیرد 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. در دسترس بودن برخی اسناد و برنامه های ملی سلامت روان ۲. وجود پیش نویس قانون سلامت روان ۳. وجود رابطین بهداشت به عنوان نمادی از مشارکت مردم در بخش سلامت ۴. حرکت درونی دفتر سلامت روان ، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد برای تدوین سند سلامت روان ۵. ماده ۸۶ بخش سوم فصل ۷ برنامه چهارم توسعه در کاهش بار بیماری های روانی

منابع (تامین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات ، دارو)

ضعف ها (فرصت های بهبود)	قوت ها
<ol style="list-style-type: none"> ۱. کم بودن سهم بودجه سلامت روان از کل بودجه و عدم افزایش بودجه سلامت روان علی رغم افزایش بودجه بهداشت و درمان کل کشور (حدود ۳٪ بودجه بهداشت به سلامت روان اختصاص دارد) ۲. مشخص نبودن اولویت های تحقیقاتی سلامت روان کشور و عدم تخصیص بودجه های پژوهشی به مشکلات این حوزه ۳. محدودیت در دسترسی به منابع اطلاعاتی جدید و معتبر جهانی ۴. شفاف نبودن یا عدم وجود نقشه اپیدمیولوژیک بیماری های روانپزشکی کشور ۵. حمایت نشدن خانواده بیماران روانپزشکی از طریق اعطای یارانه های دارو و خدمات ۶. فقدان بانک اطلاعاتی در مورد سلامت روان ۷. نبودن نقشه راه مشخص برای تربیت نیروی انسانی مراقب سلامت روان ۸. کمبود تخت های بستری بیماران (برآورد ابتدای دهه ۸۰ نشان می دهد که حدود ۲۰۰۰۰ تخت روانپزشکی مورد نیاز است) (از سال ۱۳۵۱ تا ۱۳۷۵ نسبت تخت های بیمارستانی از ۹٪ به حدود ۶٪ کاهش یافته است) ۹. عدم تبعیت بیمارستان های کشور از ابلاغ های مکرر سیاست گذار مبنی بر تخصیص ۱۰٪ تخت های بیمارستانهای عمومی ۱۰. ضعف نظام آموزش پزشکی ارایه کنندگان سلامت روان بویژه سلامت روان جامعه نگر ۱۱. ضعف اطلاعات عمومی کارکنان بخش سلامت از سلامت روان ۱۲. تعطیلی مراکز خصوصی مراقبت از بیماران روانی به صورت مستمر ۱۳. فقدان مراکز مراقبت و بازتوانی از بیماران مزمن روانی در سطح شهر (مراکز بازتوانی بیماران روانی عمدتاً به مراکز درمان و مراقبت طولانی مدت تبدیل شده است) ۱۴. کمبود مراکز اورژانس بیماری های حاد روانی و کم اثربخش بودن خدمات محدود فعلی ۱۵. کمبود برخی از داروهای روانپزشکی و نیز گرانی داروها ۱۶. نبود آموزش حقوق بیماران برای کارکنان 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. وجود نیروهای تخصصی حدود ۱۰۰۰ روانپزشک ۲. خودکفایی کشور در زمینه تولید داروهای درمانی بیماری های روانی ۳. به کار گیری نیروهای مردمی (رابطین سلامت) در مناطق شهری ۴. وجود مراکز تحقیقاتی سلامت روان و بانک های اطلاعاتی ... ۵. در دسترس بودن داروهای ضروری سلامت روان ۶. در دسترس بودن اطلاعات مناطق روستایی (حدود ۳۰٪ جمعیت) ۷. انجام پیمایش کشوری سلامت روان در سال ۱۳۸۹ و در دسترس بودن جدید ترین اطلاعات برای برنامه ریزان و سیاست گذاران ۸. تاکید سیاست گذار به تخصیص ۱۰٪ تخت های بیمارستان های عمومی به بیماران روانی و فعال سازی روانپزشکی رابط ۹. وجود ۱۲ گروه روانپزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ۱۰. وجود مشاور روانپزشکی برای همکاری در سه معاونت آموزشی ، توسعه و بهداشتی دانشگاه ها ۱۱. حدود ۴٪ مقالات منتشر شده کشور در زمینه سلامت روان ۱۲. مطالعه تعیین نیاز کمی نیروی انسانی سلامت روان (۱۳۸۸)

ارایه خدمات (ارتقای سلامت ، پیشگیری ، درمان و باز توانی)

ضعف ها (فرصت های بهبود)	قوت ها
<ol style="list-style-type: none"> ۱. ضعف پوشش بیمه ای بیماران روانی ۲. فقدان کار تیمی و ضعف مدیریت در مراکز ارایه خدمات به بیماران روانپزشکی ۳. ضعف ستاد وزارت خانه در مدیریت استقرار برنامه های کشوری و تبدیل پایلوت ها به برنامه های کشوری ۴. فقدان سیستم پیگیری بیماران روانی ۵. بی رغبتی بخش های خصوصی برای ارایه خدمات به دلیل با صرفه نبودن و پائین بودن تعرفه ها ۶. ضعف نظام PHC در شهرها ۷. نبود سیستم غربالگری روانی در کشور ۸. مشخص نبودن راهنماهای بالینی بیماری های شایع روان ۹. کم بودن تعداد و کیفیت خدمات بستری ۱۰. عدم بهره مندی مناطق حاشیه ای شهرها از خدمات سلامت روان ۱۱. بیماران مزمن خدمات قابل قبولی دریافت نمی کنند ۱۲. کم بودن کیفیت خدمات در سرپایی و بستری و مراقبت از بیماران مزمن ۱۳. کم بودن برنامه های سطح یک پیشگیری (برنامه های آموزش همگانی و رسانه ای و ...) ۱۴. فرصت های بهبود فراوان در برنامه اغام بهداشت روان در شبکه ۱۵. کم بودن پوشش اغلب برنامه های سلامت روان 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. ادغام سلامت روان در سیستم PHC ۲. ارایه خدمات پس از ترخیص به بیماران روانپزشکی ۳. پوشش خدمات نظام ارجاع و پزشک خانواده در سطح روستاها ۴. مراکز خصوصی و بیمارستان های روانپزشکی ۵. گروه های روانپزشکی در تمام دانشگاه ها ؟ ۶. وجود شاخص های ارزیابی کیفیت خدمات ۷. غالب بودن خدمات سرپایی نسبت به خدمات بستری بیماران روانی ۸. پوشش و عدالت در دسترسی بالای جمعیت روستایی توسط بهوزرها ۹. وجود طرح های پایلوت ایجاد مراکز بهداشت روان جامعه نگر در شهرها و برنامه ویزیت در منزل ۱۰. وجود کمیته ارتقاء کیفیت خدمت رسانی به بیماران روانی کشور و وجود ستاد ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن سازمان بهزیستی کشور

برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم ؟
سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

محیط نزدیک (ذینفعان)

فرصت ها	تهدیدها
۱. وجود رسانه های سلامت محور (رادیو سلامت ، مجله سلامت)	۱. در اولویت نبودن موضوع سلامت روان برای سیاست گذاران برون وزارتی
۲. شورای سیاست گذاری سلامت صدا و سیما و فعالیت های رسانه ای مرتبط	۲. آشنایی کم ذینفعان از وضعیت سلامت روان و اثرات آن در توسعه و دستیابی به چشم انداز ۱۴۰۴
۳. وجود هفته سلامت روان در ایران و وجود روز جهانی سلامت روان	۳. انگ اجتماعی بالای جامعه برای بیماران روانی (هم مردم و هم مسئولین چنین نگرشی را دارند)
۴. حضور روانپزشک در کمیسیون بهداشت مجلس	۴. وجود خرافات در درمان بیماران روانی
۵. همکاری چند سازمان به طور نزدیک با سلامت روان از جمله سازمان بهزیستی	۵. عدم تمایل بخش خصوصی برای سرمایه گذاری در این بخش
۶. وجود سمن ها و انجمن های علمی فعال در حوزه سلامت روان	۶. تحت پوشش قرارداده نشدن بیماران روانی حاد و مزمن توسط بیمه ها به دلایلی نگرشی و عملیاتی متعدد
	۷. مصرف خودسرانه داروهای روانگردان توسط مردم به ویژه دیازپام ، اکسازپام ، کلردیازپوکساید
	۸. قرار نداشتن موضوع سلامت روان در مرکز توجهات سیاستمداران(حتی برای رای آوردن هم به آن توجه نمی شود و مکررا فدای سایر موضوعات می شود) یا ضعف اعتقاد مسوولان دستگاه ها به سلامت به عنوان اولویت
	۹. جایگاه ناکافی وزارت بهداشت در هیات دولت
	۱۰. محدود بودن دانسته ها و نگرش های متولیان ، کارگزاران و کارشناسان دیگر بخش ها در باره ی اثر کار و سیاست های شان بر سلامت روان فرد و جامعه و منافع و مضار حاصل از همکاری ها و حتی خواسته های خود
	۱۱. محدود بودن ظرفیت بخش ها برای مشارکت فعال در سلامت روان مانند پژوهش، مرور منابع، طراحی پروژه و اجرای درست آن

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

فرصت ها	تهدیدها
۱. قانون اساسی و چشم انداز بیست ساله کشور که بر سلامت و رویکرد کلی انسان سالم تاکید کرده است و بستر توسعه چند وجهی ناشی از چشم انداز ۱۴۰۴ مورد تاکید است	۱. مدیریت های کم دوام و تغییر سریع مدیران که در برخورد با رویکردی همچون همکاری بین بخشی ممکن است به سم کشنده بدل شود.
۲. قانون تشکیل شورای عالی سلامت و کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها در برنامه چهارم توسعه و ادامه کار آن در برنامه پنجم	۲. فرهنگ ضعیف جامعه در همکاری و انجام کار تیمی
۳. رویکرد سلامت همه جانبه و مردم سالم در سیاستهای کلان ابلاغی مقام رهبری و قانون برنامه پنجم توسعه و مفاد مرتبط برای کاهش خطرات سلامت	۳. رقابت پنهان و درست تعریف نشده سازمانها
۴. رسمیت یافتن ادبیات مولفه های اجتماعی سلامت و موضوعات اجتماعی سلامت در کشور	۴. کمبود سرمایه اجتماعی و کاهش تدریجی آن در دهه گذشته
۵. افزایش حضور پزشکان در سازمانها و مجلس و ایجاد نگاه سلامت محور	۵. مهاجرت سرمایه های اقتصادی و فکری از کشور
۶. افزایش حساسیتهای مدیران ارشد در خصوص موضوع سلامت نسبت به دهه گذشته	۶. کاهش نرخ رشد اقتصادی و محدودیت های ناشی از وضعیت اقتصادی ایران و جهان، منابع و توجه بخشها را به سمت اولویت های تخصصی آنها سوق می دهد
۷. توجه به مباحثی چون توسعه پایدار ، حوادث و محیط زیست به عنوان کانون گسترش همکاری بین بخشی	۷. بحرانهای سیاسی، اولویت سلامت روان را از برنامه بخش های دیگر بر می دارد. به تبع آن از برنامه های بخش های غیر سلامت
۸. اعتماد به شبکه بهداشت و درمان از سوی نهادها دولتی و مردم	۸. ارتباط برنامه های مختلف برای رسیدن به اهداف راهبردی در سند چشم انداز ، نقشه جامع علمی و برنامه پنجم مشخص نیست. همچنان جزایر پراکنده ای داریم
۹. قانون مدیریت خدمات کشوری برای برقراری و تسهیل روابط و همکاریها	۹. ضعف نگرش سیستمیک در حل مشکلات ، ضعف یادگیری تیمی برای حل مسائل
۱۰. تفویض اختیار رییس جمهور به وزیر بهداشت برای نقش آفرینی وزیر در جایگاه رییس جمهور در شورای عالی سلامت	۱۰.
۱۱. حضور استانداران در هیات امنای دانشگاه های علوم پزشکی	
۱۲. فرصت حضور نمایندگان دیگر بخش ها در شورای عالی سلامت ، که با اندک بی توجهی ممکن است به ضد خود تبدیل شود	
۱۳. حضور چندین مسئول سلامت در کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی در دوره فعلی	
۱۴. مقبولیت و حضور وجود تحصیلاترذگان رشته های سلامت در سایر بخشها و گلوگاه های مهم سیاسی	
۱۵. وجود بیانیه های بین المللی متعدد مبنی بر ضرورت توجه به سلامت روان در یک دهه گذشته و تاکید سازمان بهداشت جهانی	
۱۶. ضرورت پیوست سلامت برای طرح های توسعه ای بزرگ در قانون برنامه	
۱۷. گسترش زیرساخت فناوری اطلاعات و ارتباطات	

برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم ؟
سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

۵) اسناد بالادستی در مورد سلامت روان به چه مواردی تاکید می کند؟

- در چشم انداز سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران جامعه‌ی ایرانی توسعه‌یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود، و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تأکید بر مردم‌سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها، و بهره‌مند از امنیت اجتماعی و قضایی خواهد بود. بر اساس همین چشم انداز جامعه ایرانی برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب است.
- برپایه پیش نویس وزارت بهداشت در چشم انداز سلامت ۱۴۰۴ عبارت است از: جامعه‌ی ای سالم و سعادتمند در پرتو نظام سلامت پاسخگو، عدالت محور و نوآور. کرامت انسانی، عدالت، حداکثر سلامت ممکن به مثابه حق، سلامت همه جانبه هدف توسعه پایدار، انسجام اجتماعی را ارزش های خود می داند و اصول نهادینه سازی ارزشهای اخلاقی، پاسخگویی و مسئولیت پذیری، بهره‌مندی عادلانه، پیشگیری و ارتقای سلامت، مشارکت مردم، همکاری بین بخشی، حاکمیت صحیح و یکپارچه، بهره‌گیری از نوآوری و فناوری مطلوب، ارتقای سرمایه انسانی، تعالی و توازن را مبنای نظام سلامت قرار می دهد.
- در سیاست های کلی برنامه پنجم موارد زیر مرتبط با سلامت روان آمده است:
 - بند ۸- ... افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان بند ۱۲- تقویت نهاد خانواده بند ۱۳- تقویت هویت ملی جوانان متناسب با آرمانهای انقلاب اسلامی، فراهم کردن محیط رشد فکری و علمی و تلاش در جهت رفع دغدغه‌های شغلی، ازدواج، مسکن و آسیبهای اجتماعی آنان، توجه به مقتضیات دوره جوانی و نیازها و تواناییهای آنان
 - بند ۱۹- تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:
 - ۱- ۱۹- یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی
 - ۲- ۱۹- ارتقاء شاخصهای سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی.
 - ۳- ۱۹- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت.
 - ۵- ۱۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم.
 - بند ۲۰- ارتقاء امنیت اجتماعی:
 - ۱- ۲۰- مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاستهای کلی مبارزه با مواد مخدر.
 - ۲- ۲۰- سامان بخشی مناطق حاشیه‌نشین و پیشگیری و کنترل ناهنجاری‌های عمومی ناشی از آن.
 - ۳- ۲۰- استفاده از ابزارهای فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ها برای پیشگیری و مقابله با ناهنجاری‌های فرهنگی و اجتماعی.
 - ۴- ۳۵- توسعه نظام‌های پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی.
 - ۷- ۳۵- حمایت از اقشار محروم و زنان سرپرست خانوار.
- اهداف زیر در برنامه پنجم توسعه بخش سلامت آورده شده است:
 - کاهش بار اختلالات روانی (افسردگی) حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
 - کاهش شیوع استفاده از قلیان و سیگار در افراد بالای ۱۵ سال به ترتیب میزان ۱۰٪ و ۱٪ سال پایه تا پایان برنامه
 - کاهش بار ناشی از مصرف مواد مخدر و مواد روان گردان به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- در قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور موارد زیر در ارتباط مستقیم سلامت روان و کنترل اعتیاد است:
 - ماده ۱۹ الف- در راستای تحقق بند(۸) سیاستهای کلی ابلاغی و با هدف ارتقاء کیفی سه حوزه دانش، مهارت و تربیت اسلامی به دولت اجازه داده می‌شود برنامه تحول بنیادین در نظام آموزش و پرورش کشور را در چهارچوب قوانین موضوعه و با رعایت اولویتهای ذیل تدوین نماید و پس از تصویب در هیأت وزیران به اجراء درآورد:
 - ۱۰- برنامه‌ریزی جهت تدوین برنامه‌های آموزشی ارتقاء سلامت جسمانی و روانی مبتنی بر آموزه‌های دینی و قرآنی
 - ۱۱- تقویت و گسترش نظام مشاوره دانش آموز و خانواده جهت تحقق سلامت روحی دانش‌آموزان
 - ماده ۳۳ ب- استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرحهای بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت، تدوین و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط معاونت برای اجراء ابلاغ می‌گردد.
 - ج- سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده(۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری وبا تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجراء بازطراحی می‌شود و برنامه اجرائی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.
 - د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های اناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.
- تبصره ۲- پزشکانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستانهای بخش خصوصی و خیریه نیستند. سایر شاغلین حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران مشمول حکم این تبصره خواهند بود. ...
- ماده ۳۴- به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت:

ب- به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، 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 خطر ساز 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 سوء مصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسؤولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و 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.
- تبصره- عدم رعایت مفاد بند(ج) این ماده مستوجب جزای نقدی از ده میلیون (۱۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال تا یک میلیارد (۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال با حکم مراجع ذیصلاح قضائی خواهد بود. در صورت تکرار برای هر بار حداقل بیست درصد (۲۰٪) به جریمه قبلی اضافه می‌شود.
- ماده ۳۸- ه- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و براساس بند(۸) ماده(۱) و مواد(۸) و(۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.
- ح- به منظور ارتقاء شاخصهای سلامت و بهداشت در تولید و عرضه مواد غذایی و کاهش تصدیهای دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان سیاستگذار و ناظر عالی سلامت در کشور
- ماده ۴۱- الف- دستگاههای اجرائی و مؤسسات عمومی غیردولتی ذی‌ربط که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند، بر اساس منشور تربیتی نسل جوان و سند ملی توسعه و ساماندهی امور جوانان مصوب دولت ضمن ایجاد «برنامه ساماندهی امور جوانان» ذیل بودجه سنواری خود از طریق ستادملی و استانی ساماندهی امور جوانان اقدامات لازم را جهت اجرائی 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 ارائه هرگونه خدمات مشاوره‌ای روان شناختی - اجتماعی نیازمند اخذ مجوز براساس آئین‌نامه مصوب هیأت وزیران است.
- ماده ۲۰۷- دولت مجاز است: الف- به پیشنهاد ستاد مبارزه با مواد مخدر براساس سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر با مشارکت نهادهای ذی‌ربط، لایحه جامع مبارزه همه جانبه با مواد مخدر، روانگردان‌ها و پیش‌سازها را تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.

دینفعان تدوین و استقرار سند سیاست (حاصل تحلیل دینفعان)

مراجع تصمیم گیر و سیاست گذار: حوزه نهاد مقام رهبری، شورای تشخیص مصلحت نظام، کمیسیون های بهداشت و درمان و اجتماعی مجلس شورای اسلامی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، هیات دولت، کمیسیون اجتماعی وزارت کشور، شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت

وزارت خانه ها و سازمان ها: وزارت کشور و معاونت اجتماعی آن، سازمان صدا و سیما، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان های بیمه تابعه، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، وزارت کار و امور اجتماعی، نیروی انتظامی، وزارت مسکن، سازمان شهرداری ها و دهیاری ها، سازمان ملی جوانان، سازمان تربیت بدنی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، قوه قضائیه و واحدهای مرتبط از جمله اداره پیشگیری، سازمان زندان ها

انجمن های علمی و سمن ها: ائتلاف سلامت روان کشور (انجمن علمی روانپزشکی ایران، انجمن علمی پزشکی اجتماعی، انجمن علمی روانشناسان بالینی، انجمن علمی مددکاری اجتماعی، انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان)، انجمن جامعه شناسی ایران، انجمن رفاه اجتماعی، سازمان نظام روانشناسی، مراکز تحقیقاتی سلامت روان و شبکه ملی آن، مرکز ملی مطالعات اعتیاد و سایر مراکز مرتبط، نماینده مراکز خصوصی، نمایندگی مصرف کنندگان خدمات و بیماران (انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنی (اجبا)، کانون حمایت از خانواده های بیماران روانپزشک، انجمن ارتقای بهداشت روان (اِبر)، انجمن حمایت از بیماران اعصاب و روان، انجمن صرع ایران، انجمن حمایت از حقوق کودکان، موسسه تحقیقات زنان، موسسه خیریه همراهان بيم، موسسه پروا، موسسه نوازش و ...)

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

سازمان های بین المللی: نمایندگی دفتر منطقه ای مدیترانه شرقی در ایران، یونسف، نمایندگی دفتر مبارزه به جرم و مواد سازمان ملل در ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: معاونت بهداشت (اداره سلامت اجتماعی، اداره اعتیاد، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، مرکز مدیریت شبکه، مرکز سلامت محیط و کار، مرکز مدیریت بیماری ها)، درمان (مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استانداردها و تعرفه سلامت، دفتر مدیریت بیمارستان و تالی بالینی، دفتر نظارت و اعتباربخشی درمان)، معاونت آموزشی، معاونت پژوهشی، توسعه مدیریت و منابع، معاونت دانشجویی

هرچند مطالعات موجود برای نشان دادن روند افزایشی شیوع، بروز و بار بیماری های روانی کافی نیست اما از دیدگاه خبرگان و ذینفعان روند این بیماری ها رو به فزونی بوده است و مداخلات قبلی و فعلی پوشش و اثربخشی کافی نداشته و اقدام عاجلی را می طلبد.

در جمع بندی از تحلیل نظام سلامت روان به روش SWOT نکات اصلی زیر نتیجه گیری می شود:

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

تحلیل اولیه برنامه های سلامت روان، مشخص می کند که از حدود ۲۳ برنامه ارتقای سلامت روان فقط پنج برنامه کشوری است و اغلب برنامه ها در مرحله پایلوت یا مطالعه و تدوین قرار دارد و هنوز برای استقرار در کل کشور ارزشیابی و تصمیم گیری نشده است. در اغلب موارد این برنامه ها به عنوان برنامه جاری سلامت (Health Program) در چارچوب استاندارد طراحی و مستند نشده است و برنامه های پایلوت نیز دارای مهلت مشخصی برای نتیجه گیری و اجرای کشوری نیست.

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

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

۱. حساسیت کم سیاست گزاران و تصمیم گیرندگان ارشد کشور و حتی وزارت بهداشت و دانشگاه ها
۲. کمی سواد سلامت روان مردم
۳. برنامه های ضعیف و ناکافی سطح یک پیشگیری (به ویژه مولفه های اجتماعی سلامت)
۴. هماهنگی درون بخشی و همکاری برون بخشی ضعیف
۵. برنامه های سلامت روان با پوشش و دوز ناکافی
۶. کیفیت و تداوم مراقبت از بیماران مزمن
۷. مشخص نبودن نظام مراقبت سلامت روان در شهرها
۸. ساختار، سیستم فرایندی و منابع ضعیف نظام سلامت روان

اگر انواع مداخلات «سیاست ارتقای سلامت روان» در دو دهه گذشته را در جدول روبرو دسته بندی کنیم وضعیت این مداخلات در سه

طیف (😊😊😊) به شرح روبرو بوده است که طراحی و اجرای مداخلات متنوع را در هر سه سطح زیر یادآوری می کند:

وضعیت مداخلات سلامت روان در کشور	
وضعیت	انواع مداخلات
😊	تدوین سیاست و قانون
😊	جلب حمایت
😊	تحقیقات
😊	مهندسی سلامت
😊	بسجج جامعه (مشارکت مردم)
😊	همکاری درون و برون بخشی
😊	خدمات جدید
😊	بازاریابی اجتماعی
😊	راهبردها و کار سازمانی
😊	تشویق ها
😊	آموزش
😊	رسانه

۱. پیشگیری اولیه: جلوگیری از بروز بیماری یا اختلال روانی
 ۲. پیشگیری ثانویه: شناسایی زودرس و درمان سریع بیماری یا اختلال روانی
 ۳. پیشگیری ثالثیه: باز توانی بیماران روانی برای کاهش شیوع نقایص و ناتوانی های ناشی از بیماری یا اختلال
- همکاری بین بخشی دستگاه های دارای سهم در مدیریت سلامت روان بسیار ضعیف بوده است به طوری که تقریباً در هیچ یک از اسناد موجود، تکالیف دستگاه ها برای ارتقای سلامت روان مردم مشخص نشده است.
- با اینکه در قانون برنامه چهارم و سوم توسعه بر کاهش بار بیماری های روانی تاکید شده است اما محقق نشدن هدف قانون گذار را ابتدائاً باید در اراده سیاسی «مجریان در اجرا» و «قانون گذاران در نظارت» جستجو کرد، ضمن اینکه بر اساس آسیب شناسی برنامه های توسعه پنج ساله در کشور مشخص شده است که عملیاتی شدن تصمیمات ملی به طور کلی نیازمند ارتقای سواد «استقرار و عملیاتی کردن برنامه ها و سیاست ها» در مجریان است.

راهکارهای گسترش بیمه سلامت روان در نامه شماره ۳۳۵۰۸ مورخ مرداد ۱۳۸۸ وزارت بهداشت خطاب به دبیر کارگروه بیمه پایه همگانی و پزشک خانواده به طور مبسوط آرایه شده است، تحلیلی بر وضعیت ساختار دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد نشان می دهد که ساختار فعلی که دفتر را در حد مشاور معاونین درمان و بهداشت محدود کرده است برای بار بیماری های روانی کشور به هیچ عنوان کافی نیست و لازم است این ساختار متناسب با برنامه تدوین شده در سطح ستادی وزارت خانه و دانشگاه های تغییر کند.

تحلیل ذینفعان سلامت روان نشان می دهد که حداقل مراجع سیاست گذار، سازمان ها و واحدهای مندرج در کادر صفحه قبل ذینفع مستقیم در مداخلات سلامت روان کشور هستند و ضرورت دارد در جریان طراحی سند و استقرار آن مشارکت فعال داشته باشند.

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

اهداف راهبردی

- کاهش بار افسردگی حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- سهم و نقش سازمان های دولتی و استان ها و میانجیان مردم در ارتقای سلامت روان نهادینه شده است .
- مردم در گروه های سنی مختلف از اصول بهداشت روان آگاه شده اند و انگ اجتماعی کاهش یافته است .
- بهره مندی ، تداوم و کیفیت مراقبت از بیماران روانپزشکی اورژانس و شدید در سطح روستا و شهر ارتقا پیدا کرده است .

مداخلات

مداخلات اساسی

۱. تشکیل گروه جلب حمایت کننده و مشورت دهنده در وزارت بهداشت برای : تاثیر گذاری در تصویب سیاست های عمومی سالم (منظور به طور ویژه سلامت روان است) ، مداخله مشورتی در مواقع تنش های اجتماعی ، تدوین پیوست های سلامت و همکاری در ارتقای سلامت اجتماعی و معنوی (نقش این گروه در تنظیم سهم و نقش دستگاه ها و تفاهم نامه های همکاری مهم است)
۲. تعیین سهم و نقش دستگاه ها و سازمان های دولتی ، بخش خصوصی و غیردولتی (سمن ها و شوراهای اسلامی) در ارتقای سلامت روان و آموزش پیام گزاران سلامت روان (انعقاد تفاهم نامه همکاری و ابلاغ شیوه نامه های سازمانی ارتقای سلامت روان به دستگاه ها - شناسایی فرصت های بودجه ای در دستگاه ها برای بهره برداری در برنامه های ارتقای سلامت روان توسط خود دستگاه)
۳. تصویب قانون سلامت روان و پایش استقرار آن (در متن قانون پیش نویس حقوق بیماران روانی ، حمایت های لازم و مشارکت های اجتماعی آنها باید لحاظ شده باشد)
۴. تدوین برنامه جامع پیشگیری از خشونت اجتماعی و جلب حمایت برای تصویب و استقرار آن
۵. بازطراحی برنامه های سلامت روان در قالب استاندارد « برنامه های سلامت » و شروع اجرای کشوری آنها در هشت حیطه اولویت دار : مهارت های زندگی (بر اساس آموزه های فرهنگ ایرانی و اسلامی) ، فرزند پروری و روابط خانوادگی ، حمایت روانی اجتماعی در بلایا ، پیشگیری از خودکشی ، خشونت (کودک آزاری ، همسر آزاری و سالمند آزاری) و انگ زدایی ، سلامت جنسی خانواده و سلامت روانی کودکان
۶. تدوین منشور « سلامت روان ایرانیان » حاوی دانش ، نگرش و مهارتهای ارتقای سلامت روان فردی و خانوادگی و ترویج آن از موقعیت های مدارس ، دانشگاه های ، محل های کاری ، میانجیان مردمی ، رسانه ها و محلات (کودکان و زنان گروه های مهم هستند ، سلامت جنسی و سلامت معنوی هم باید در این منشور نمود داشته باشد)
۷. استمرار و تکمیل برنامه ادغام سلامت روان در شبکه های بهداشتی درمانی کشور و سایر برنامه های جاری بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی ها
۸. طراحی و اجرای برنامه آموزشی ارتقای آگاهی و نگرش سیاست گذاران و مدیران ارشد کشور در زمینه های اولویت دار سلامت روان (موضوع انگ زدایی یکی از مولفه ها)
۹. همکاری در طراحی برنامه های سلامت باروری ، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی جهت گنجانیدن ملاحظات سلامت روان در این برنامه ها (سلامت باروری ، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی مناسب سه عامل پیشگیری بروز بیماری های روانی)
۱۰. تدوین محتوای آموزشی ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان برای آموزش حضوری و الکترونیک و تدوین برنامه ارتقای نظام مشاوره دانش آموز و خانواده برای تحقق سلامت روانی دانش آموزان و جلب حمایت برای استقرار آن
۱۱. طراحی و استقرار برنامه های ارتقای سلامت روان در محل کار از طریق همکاری با دفاتر مربوطه در وزارت بهداشت و سایر دستگاه ها (از جمله پروتکل مدیریت استرس)
۱۲. جلب حمایت و مشارکت برای استفاده از ادبیات و روش مناسب برای ارتقای سواد سلامت روان مردم و انگ زدایی در تئاتر ، سینما و رسانه های تفریحی (تدوین پروتکل مناسب)
۱۳. اجرای برنامه های مدون و هدفدار در هفته بهداشت روان
۱۴. طراحی و اجرای برنامه ارتقای سلامت روان کارکنان نظام سلامت

پیشگیری سطح اول

۱. بازنگری نظام یا ساختار ارایه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران و سطح بندی و تعیین تعداد مناسب
۲. طراحی راهنماهای (راهنماهای بالینی) پیشگیری ، مراقبت و ارجاع بیماران روانی جهت به کار گیری در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۳. برنامه توسعه خدمات تخصصی سلامت روان در قالب نظام درمانی کشور در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، ...
۴. طراحی و اجرای بسته غربالگری و مراقبت بیماران روانی در موارد اولویت دار (استفاده از ظرفیت رابطین بهداشتی برای هدایت افراد در معرض خطر بیماری روانی مد نظر است)
۵. بررسی سلامت روان حاشیه شهرها ، تعیین مداخلات هزینه اثربخش و استقرار آن (از جمله ایجاد کلینیک های سیار روانشناسی بالینی و روانپزشکی)
۶. بررسی وضعیت اورژانس های روانپزشکی و تدوین برنامه ارتقای آنها از جمله طراحی و استقرار راهنماهای مشاوره و مداخله در مواقع بحرانی برای مداخلات اورژانس روانی بررسی

پیشگیری سطح دوم

۷. طراحی و اجرای برنامه های آموزشی ارتقای سواد سلامت روان در کلیه گروه های مراقبت پزشکی (تغییر در کاریکولوم تا بازآموزی پزشکان عمومی و متخصصان و پرستاران)
۸. طراحی و استقرار مراکز توانمندسازی مراقبان سلامت روان در سطح استان
۹. طراحی مراکز سلامت روان جامعه نگر و استقرار یا ادغام آن در نظام شبکه بهداشتی و درمانی و پزشک خانواده

پیشگیری سطح سوم

۱۰. تدوین یا بازنگری بسته حمایتی بیماران روانی و جلب حمایت برای استقرار این بسته در کشور (تلفیق یا بسته مراقبت های پس از ترخیص)
۱۱. طراحی و اجرای برنامه های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی
۱۲. اجرای برنامه های جلب حمایت و تشویق بیمارستان ها در اختصاص ۱۰٪ تخت های بیمارستانی و بخش های سایکو سوماتیک
۱۳. تدوین و ابلاغ شیوه نامه گروه های خودیار ویژه بیماران روانی (در سطوح شبکه ، بخش خصوصی و ...) و طراحی بسته های آموزشی لازم (در این گروه ها خانواده بیماران روانی هم می توانند عضو شوند)
۱۴. راه اندازی بیمارستان ویژه بزهکاران دچار بیماری های روانپزشکی
۱۵. اعتباربخشی بیمارستان های عمومی ، بیمارستان های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه نگر ، رتبه بندی آنها و استقرار نظام نظارت همتایان
۱۶. طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی مراقب سلامت روان

به منظور عملیاتی شدن برنامه و نهادینه سازی مداخلات پیشنهادی علاوه بر تدوین عملیات و تقسیم کار مشخص لازم است چهار راهبرد زیر به کار گرفته می شود :

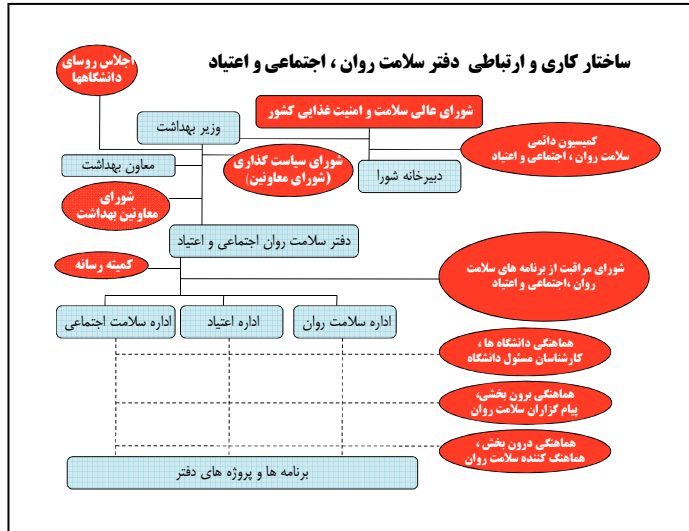
۱. تصویب در مراجع مرتبط
۲. ایجاد ساختار استقرار
۳. توانمندسازی نیروی انسانی مناسب
۴. عمومی سازی برنامه

جدول تقسیم کار درون بخشی ، تقسیم کار بین بخشی و زمان بندی عملیات اصلی در صفحات بعد آمده است . برای پایش و استقرار پروژه های مندرج در جدول لازم است ساختار کاری و ارتباطی روبرو مد نظر باشد . مطابق الگوریتم مراحل پروژه مندرج در صفحه ۳ و ساختار کاری و ارتباطی دفتر سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد (نمودار فوق) پس از تدوین پیش نویس لازم است سند در دو مرجع زیر به تصویب رسیده و به کلیه سازمان ها و دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ گردد :

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

در همین ارتباط لازم است موضوع در کمیسیون بهداشت و درمان و کمیسیون اجتماعی مجلس برای افزایش منابع مالی ، ارتقای همکاری های بین بخشی و تصویب قانون سلامت روان طرح شود .
(۱) ایجاد ساختارهای کاری و ارتباطی جدید برای استقرار برنامه به شرح زیر پیش بینی شده است :

- تصویب ساختار دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد
 - تصویب ساختار همتا و متناظر در سطح دانشگاه های علوم پزشکی
 - تشکیل « شورای مراقبت از برنامه های سلامت روان و اعتیاد » یا کمیته کشوری سلامت روان در دفتر سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد (با مشارکت مدیران سابق ، خبرگان ملی ، انجمن های علمی مرتبط و ...) و صدور احکام و قرار داد همکاری چهار ساله با اعضای شورا
 - تشکیل کمیسیون تخصصی سلامت روان و اعتیاد ذیل شورای عالی با مشارکت سازمان های ذینفع
 - کمیته رسانه و سلامت روان و اجتماعی
- (۲) توانمندسازی نیروهای استقرار دهنده :
- دوره آموزشی مهارت های ستادی ویژه کارشناسان حوزه های ستادی (وزارت خانه و دانشگاه ها)



چهار وظیفه اصلی شورای مراقبت از برنامه ها :

۱. مشاوره برنامه عملیاتی : تعریف شرح خدمات پروژه ها ، پیشنهاد مجرب ترین مجری ، بررسی اولیه تفاهم نامه ها و برنامه عملیاتی سالانه
 ۲. پایش پیشرفت پروژه ها و برآمدها
 ۳. کاربست نتایج پروژه ها
 ۴. جلب حمایت ملی برای ارتقای سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد
- چهار وظیفه کمیسیون دائمی :
۱. تدوین پیش نویس مصوبات شورای عالی برای ارتقای سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد
 ۲. تعریف برنامه های سالانه دستگاه ها و تنظیم تفاهم نامه های بین بخشی
 ۳. پایش پیشرفت تفاهم نامه ها و اتخاذ تصمیم عملیاتی
 ۴. بررسی پیوست های سلامت سیاست های کلان و انعکاس به مراجع تصمیم گیری

- معرفی پیام گزاران سلامت روان دستگاه ها و رابطین سلامت روان درون بخشی وزارت بهداشت و آموزش آنها
- انعقاد تفاهم نامه و میثاق همکاری سازمان نظام روانشناسی ، انجمن های علمی مرتبط با وزارت بهداشت و گروه های آموزشی روانپزشکی دانشگاه ها جهت همکاری در اجرای سند و تعیین نقش شفاف برای هر یک (از طرق مقتضی از جمله تشکیل همایش کشوری و مذاکره)
- تعریف کارشناس مسئول هماهنگی درون بخشی ، برون بخشی و دانشگاه ها در حوزه ستادی دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد

(۳) تامین منابع پایدار

- انعقاد تفاهم نامه همکاری بین دفتر و واحدهای مسئول در درون وزارت بهداشت
- انعقاد تفاهم نامه همکاری بین دستگاه ها و وزارت بهداشت
- تعریف ردیف های بودجه پیشگیری و درمان در زمینه سلامت روان

(۴) عمومی سازی برنامه

- مشارکت میانجیان منتخب مردمی (انتخاب یک سمن از بین سمن های فعال در حوزه سلامت روان برای عضویت در کمیسیون تخصصی و شورای مراقبت) و همچنین نماینده شوراهای اسلامی شهر و روستای کشور در کمیسیون تخصصی سلامت روان و اعتیاد
- تشکیل کمیته رسانه « سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد » و تدوین برنامه سالانه در سه حیطه اطلاع رسانی ، تغییر رفتار و حمایت طلبی
- تشویق و رتبه بندی سازمان ها و دانشگاه های با عملکرد ممتاز در این زمینه
- تعیین نیازهای تحقیقاتی ۵ ساله برای استقرار برنامه های سلامت روان و سفارش آن به شبکه تحقیقات سلامت روان مطابق جدول زمان بندی

تقسیم کار درون بخشی سند سیاست سلامت روان کشور		
حوزه	واحد‌ها	(اقدامات و پروژه های مشترک)
معاونت بهداشت	دفتر سلامت جمعیت و تنظیم خانواده	ارتقاء و غنی سازی بسته های خدمت سلامت روان در کلیه مقاطع سنی و برای گروهها پزشک و غیر پزشک (توسط دفتر سلامت خانواده و جمعیت)
	مرکز سلامت محیط و کار	اجرای برنامه سلامت روان در محل کار ، اجرای برنامه مدیریت استرس شاغلین در محل کار
	مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت	پشتیبانی از اجرای برنامه ادغام یافته سلامت روان در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه (توسط مرکز مدیریت شبکه) تقویت برنامه پزشک خانواده در کشور و بخصوص در مناطق شهری و ایجاد زمینه و امکانات مناسب جهت اجرای برنامه ادغام یافته سلامت روان ابلاغ چارچوب ارزشیابی برنامه های سلامت روان
	مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر	انفقاد تفاهم نامه همکاری و کمک در زمینه مراقبت از عوامل خطر روانی ، غربالگری ها
	مرکز مدیریت بیماری های واگیر	انفقاد تفاهم نامه همکاری برای عملیاتی کردن برنامه های مشترک در زمینه مشاوره به بیماران واگیردار
معاونت روان	مرکز مدیریت حوادث و فوریت پزشکی	تقویت و استاندارد سازی خدمات فوریتهای روانپزشکی اعم از پایگاههای امداد رسانی اورژانس و بخشهای اورژانس بیمارستانها
	دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت	تدوین بسته های خدمتی مطابق چارچوب دفتر برای بهبود شرایط فیزیکی، درمانی و مراقبتی بیماران روانی بستری شده طراحی و اجرای برنامه های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی
	دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی	ایجاد ضمانت اجرایی برای اختصاص دادن ۱۰ درصد تختهای بیمارستانهای عمومی به بخش روانپزشکی ، تدوین ، ابلاغ و ترویج بخشنامه حمایت از حقوق انسانی بیماران روانی به کلیه مراقبان سلامت روان ، تدوین نقشه جغرافیایی راه اندازی بیمارستان های روانپزشکی یا مراکز سلامت روان جامعه نگر بر اساس وضعیت توزیع بیمارهای روانی در کشور و برنامه ریزی برای استقرار آنها در طول برنامه ، همکاری و حمایت از تأمین منابع بیمارستانی روانپزشکی (فضای فیزیکی، تجهیزات، بودجه، نیروی انسانی) ، تجهیز، گسترش و تقویت بخشهای کاردرمانی در بیمارستانهای روانپزشکی یا بیمارستان ها ، راه اندازی بیمارستان ویژه بزرگسالان دچار بیماری های روانپزشکی
	دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان	اعتباربخشی بیمارستان های عمومی ، بیمارستان های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه نگر ، رتبه بندی آنها بر اساس کیفیت خدمات سلامت روان و استقرار نظام نظارت همتایان (نظارت بر اجرای استانداردهای بیمارستانی) طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر کیفیت و عملکرد بخش خصوصی (کلینیک ، مطب و بیمارستان ها) مراقب سلامت روان نهایی سازی آئین نامه راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه نگر
	مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی اداره کل اعتبار بخشی و ارزیابی و دبیرخانه های شورای آموزش پزشکی و تخصصی	<ul style="list-style-type: none"> روزآمد نمودن برنامه های آموزشی کلیه رشته های مرتبط علوم پزشکی با محتوای ضروری و باید های سلامت روان ، اجتماعی و معنوی (تشکیل کارگروه مشترک معاونت بهداشت و آموزشی) توسعه قطب های علمی سلامت روان در کشور تشکیل ائتلاف انجمن های علمی مرتبط در حیطه سلامت روان بازبینی برنامه نظارت و اعتباربخشی و رتبه بندی گروه های آموزشی روانپزشکی و روانشناسی و مددکاری اجتماعی کشور برای اعطای انجام آن توسط موسسات غیردولتی(انجمن های علمی و ...) فراهم کردن زمینه برای بهره گیری از تجارب و دانش کشورهای موفق جهان در برنامه های آموزشی سلامت روان تربیت نیروی انسانی لازم در رشته های مرتبط با سلامت روان متناسب با سند برآورد نیروی انسانی این بخش در اولویت قرار دادن ارتقاء علمی اساتید دانشگاهها در مباحث سلامت روان بازنگری ، ارتقا و استاندارد نمودن دوره آموزشی کارآموزی روانپزشکی و اجرایی کردن دوره کارورزی روانپزشکی متناسب با وظایف پزشک خانواده افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاهها در رشته های مرتبط با سلامت روان
معاونت توسعه مدیریت و منابع	<ul style="list-style-type: none"> مرکز بودجه و پایش عملکرد ، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری ، اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی ، اداره کل امور مالی و دیحسابی ، دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی 	
معاونت تحقیقات و فناوری	<ul style="list-style-type: none"> طراحی و استقرار اولویتهای تحقیقاتی سلامت روان توسط شبکه بهداشت روان جلب حمایت برای جذب بودجه تحقیقاتی سلامت روان از سهم ملی و تخصیص بودجه تحقیقاتی ویژه برای پژوهش های کاربردی سلامت روان به صورت منطقه ای و استانی و حمایت یا کمک به ارزیابی نتایج تحقیقات و انتشار در مجلات داخلی و خارجی انجام پیمایش دوره ای سلامت روان توسط موسسه ملی تحقیقات سلامت 	
سازمان غذا و دارو	هماهنگی جهت تدوین داروهای روانپزشکی مورد نیاز در سطح کشور	
مرکز امور دانشجویی و فرهنگی	اجرای برنامه های آموزشی و ترویجی سلامت روان ویژه دانشجویان دانشگاه ها و توسعه و ارتقای کلینیک های مشاوره دانشجویان کلیه دانشگاه ها تدوین برنامه ارتقای نشاط دانشجویان و کارکنان دانشگاه	
مشاور وزیر در امور هیات امانا	ملحوظ کردن ارزیابی عملکرد روسای دانشگاه ها بر اساس میزان موفقیت برنامه های سلامت روان و حمایت از این برنامه ها تصویت ساختار و نیروهای انسانی لازم برای توسعه برنامه های سلامت روان در شهرها و روستا ها	
مشاور وزیر در امور بخش خصوصی	انتقال حساسیت وزارت بهداشت به بخش خصوصی فعال در سلامت روان و تنظیم ميثاق نامه انتظارات طرفین (بخش خصوصی و وزارت بهداشت) تدوین و اجرای برنامه سالانه روابط عمومی برای اطلاع رسانی در زمینه سلامت روان (ویژه مردم ، تصمیم گیرندگان)	
شورای سیاست گذاری و شورای معاونین	تصویب سند سیاست سلامت روان و ابلاغ به واحدهای تابعه و دانشگاه ها و دریافت گزارش فصلی از میزان پیشرفت برنامه از شورای مراقبت تصویب تکالیف و انتظارات بین بخشی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ابلاغ به کارگروه های تخصصی استانی تشکیل کمیسیون تخصصی سلامت روان و اجتماعی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و تشویق دستگاه ها در طول برنامه حمایت از تخصیص منابع برای مورد نیاز برای کلیه سطوح خدمات سلامت روان (سطوح ملی، استانی، شهرستانی، شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه) هماهنگی برای تصویب قانون سلامت روان در مجلس جلب حمایت و مشارکت سازمانهای بین المللی در ارتقاء خدمات سلامت روان و عضویت ایران در شبکه جهانی سلامت روان و ورود به حیطه فعالیتهای مشترک جهانی	
مهلت زمانی کلیه اقدامات بین بخشی : انفقاد تفاهم نامه همکاری پایان مهر ماه ۱۳۹۰ ، لحاظ کردن در برنامه عملیاتی حوزه سال ۱۳۹۱ تا پایان دی ماه ۱۳۹۰ ، پایش پیشرفت عملیات (دو نوبت در سال پایان خرداد ماه و پایان آبان ماه) مهلت تکمیل کلیه اقدامات و پروژه ها تا پایان ۱۳۹۳ خواهد بود		

تقسیم کار بین بخشی سند سیاست سلامت روان کشور	
سازمان بین بخشی	(اقدامات و پروژه های مورد انتظار)
دفتر مقام معظم رهبری	فرمایشات حمایتی و ارشادی برای ارتقای سلامت روان و دعوت کلیه قوا و جامعه به تلاش برای کاهش عوامل خطر بیماری های روانی
مجمع تشخیص مصلحت نظام	تدوین، ابلاغ و پایش سیاست های کلان مدیریت عوامل خطر بیماری های روانی در جامعه در راستای چشم انداز ۲۰ ساله کشور
شورای عالی امنیت ملی	تصویب سیاست های موثر برای حفظ امنیت ملی و توجه به اثرات آن در ارتقای سلامت روانی و اجتماعی
شورای نگهبان	مراقبت و حمایت از تصویب قوانینی که با عدالت در سلامت تطابق دارد
ستاد فرماندهی کل نیروهای مسلح	سنجش وضعیت سلامت روان نیروهای مسلح و اجرای برنامه های ارتقای سلامت روان در این نیروها، تعیین سهم و نقش نیروهای مسلح در حفظ و ارتقای سلامت روان افراد جامعه و استقرار آن (با همکاری وزارت بهداشت)
سازمان صدا و سیما	مشارکت موثر در کمیته رسانه و سلامت روان و اجتماعی وزارت بهداشت و اجرای برنامه مشترک تدوین شده در ارتقای سلامت روان جامعه (سطح ملی و استانی) تدوین منشور حفظ و ارتقای سلامت روان از طریق رسانه های تحت مدیریت صدا و سیما، تصویب و ترویج آن برای اصحاب رسانه
قوه قضائیه	پیشگیری از زندانی کردن نابجای افراد مبتلا به اختلالات روانی، درمان اختلالات روانی و رفتاری در زندان ها، کاهش پیامدهای زندانی کردن بر سلامت روان، آموزش کارکنان و قضات دستگاه قضایی با نگاه سلامت مجوری، استفاده از فرصت آموزش مردم و مراجعین به صورت داوطلبانه و اجباری (مانند دریافت خدمات مشاوره برای افراد دچار آسیب های اجتماعی یا ...)، حمایت روانی از خانواده زندانیان، ارتقای سلامت روان کارکنان زندان ها، دفاتر حمایت از اطفال و زنان در کلیه استان ها
مجلس شورای اسلامی	تصویب قانون سلامت روان، اجرای پیوست سلامت قوانین، جدی کردن و استقرار شیوه های جدید نظارت بر حسن اجرای برنامه ها و قوانین مصوب
نهاد ریاست جمهوری	اجرای پیوست سلامت سیاست ها، لایحه ها و برنامه های کلان دولت
شورای عالی انقلاب فرهنگی	تصویب سند همکاری بین بخشی ارتقای سلامت روان در شورای انقلاب فرهنگی
سازمان محیط زیست	مدیریت موثر برای پیشگیری از آلودگی های زیست محیطی مضر به سلامت روان، اجرای پیوست زیست محیطی، حفظ سرمایه های زیست محیطی کشور، ...
ستاد مبارزه با مواد مخدر	تدوین سیاست ها و نظارت موثر و مبتنی بر شواهد در مورد مداخلات کاهش عرضه و تقاضا
سازمان مدیریت بحران	آمادگی کامل در حوادث غیرمترقبه (به دلیل بار روانی اجتماعی متعاقب)
۱. وزارت کشور	تدوین برنامه ارتقای سلامت اجتماعی با مشارکت وزارت بهداشت، جلب همکاری و توانمندسازی شوراهای اسلامی شهر و روستا و شهرداری ها و دهیاری ها برای ارتقای سلامت ساکنین تحت پوشش، ارایه مجوز و حمایت از عملکرد سمن های حوزه سلامت روان، آگاهی بخشی و مشارکت استانداران و کارگروه های تخصصی استان ها در ارتقای سلامت روان، تامین و صیانت از آزادیهای سیاسی و اجتماعی شهروندان در چارچوب قانون اساسی (به عنوان مهمترین عامل خطر توصیه شده سازمان جهانی بهداشت برای تهدید سلامت روان)، تامین امنیت به عنوان ضابطه قضایی (مواد مخدر، قاچاق، منکرات و فساد، پیشگیری از وقوع جرم، دستگیری متهمین و مجرمین و جلوگیری از فرار و اختفا آنها)
۲. وزارت آموزش و پرورش؛ سازمان آموزش و پرورش استثنایی	بررسی وضعیت سلامت روان معلمان و مربیان و ارتقای آن، سنجش وضعیت سلامت روان ترک تحصیلی ها و استقرار سیاست موثر مدیریت ترک تحصیل، توانمندسازی انجمن اولیا و مربیان برای ترویج برنامه های ارتقای سلامت روان در مدارس و آموزش به خانواده های دانش آموزان و مدیران مدارس، ارزیابی محتوی کتب درسی فعلی از نظر پوشش دادن اصول بهداشت روان در کلیه مقاطع تحصیلی و بازبینی احتمالی در محتوی، وارد کردن سیاست های ضد تبعیض به مدارس، گنجاندن مهارت های زندگی در برنامه آموزشی به منظور اطمینان از این امر که مدارس محیطی دوستانه برای کودکان هستند، رسیدگی به نیازهای کودکان دارای احتیاجات خاص از قبیل کودکانی که ناتوانی هایی در امر یادگیری دارند تاآمین و تربیت مراقبین سلامت مدرسه به تعداد کافی در کلیه مدارس، شارکت و حمایت از ایجاد مدارس مروج سلامت، حمایت از تجهیز نمودن فضای فیزیکی مدارس و ایجاد محیط مناسب، راحت و استاندارد، سنجش وضعیت سلامت روان دانش آموزان استثنایی، خانواده آنها و کارکنان و برنامه های ارتقایی (از طریق واحد پیشگیری و بهداشت و واحد مشاوره و مددکاری سازمان)
۳. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	سنجش وضعیت سلامت روان دانشجویان و کارکنان، توسعه مراکز مشاوره سلامت روانی در دانشگاه ها، گنجاندن واحد های درسی مرتبط برای افزایش سواد سلامت روان دانش آموختگان و تاثیر عملکرد تخصصی آنها بر سلامت مخاطبان، اجرای برنامه های ارتقای نشاط در جامعه دانشگاهی، کاهش استرس های ناشی از آزمون های دوره ای، رسیدگی به وضعیت و تبعات روانی مردودین کنکور، یکسان سازی محتوای درسی رشته های روانشناسی و هماهنگی با نهاد های ذیربط در خصوص کتابهای آموزشی مجاز در دانشگاهها، تامین نیروی انسانی لازم برای ارتقای سلامت روان متناسب با سند برآورد نیروی انسانی
۴. وزارت تعاون، رفاه و کار	افزایش اشتغال گروه های آسیب پذیر، خلق یک محیط کاری مثبت و عاری از تبعیض و خشونت با برنامه های کمک به استخدام شدگان و وضعیت های کاری قابل قبول، گنجاندن افراد به بیماری های روانی شدید در نیروی کار، پذیرش سیاست های که سطوح بالای استخدام را ترویج می کنند، افراد را در زمره نیروی کار نگه می دارند، و به افراد بیکار کمک می کنند. تامین بیمه های خدمات روانپزشکی، پرداخت مستمری به معلولین ذهنی و مبتلایان به اختلالات روانپزشکی
سازمان بهزیستی	حمایت و توانبخشی از خانواده های بی سرپرست، خود سرپرست، ایتم، کودک خیابانی و بد سرپرست، دختران و زنان پناهجو و آسیب دیده، ارائه حمایت و توانبخشی افراد در معرض آسیب های اجتماعی، پیشگیری از آسیبهای اجتماعی، تدارک امکانات پیشگیری و توان بخشی حرفه ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی سرپرست و معلولین و سالمندان، مد نظر قرار دادن وجود و شدت بیماری های روانی به عنوان عواملی در اولویت بندی دریافت منافع رفاه اجتماعی، در دسترس قرار دادن منافی برای اعضا خانواده در صورتی که آنها مراقبین اصلی بیمار باشند، آموزش کارکنان خدمات رفاه اجتماعی در مورد سلامت روان، ایجاد مرکز رسیدگی به تخلفات شغلی و سوء رفتار با کارکنان، حمایت از تاسیس و راه اندازی واحد های شغلی توسط افراد کم درآمد، تقویت خدمات توانبخشی بیماران روانی، هماهنگی جهت ساماندهی بیماران روانی خیابانی، افزایش تعرفه های بیمه ای جهت به حداقل رساندن هزینه های درمانی پرداختی توسط بیماران، تحت پوشش بیمه قرار دادن کلیه خدمات درمانی دارویی و غیر دارویی برای بیماران روانی اعم از خدمات بستری، روانپزشکی، رواندرمانی، مشاوره، کاردرمانی، پاراکلینیکی و آزمایشگاهی (الکتروشوک، ام آر آی، رادیولوژی، نوار مغزی، سی تی اسکن)، ارائه خدمات درمانی (سربایی، بستری، پاراکلینیکی) تحت پوشش بیمه های دولتی در کلینیکها و بیمارستانهای خصوصی، نظارت بر کیفیت ارائه خدمات در مهد کودکها و برنامه ریزی جهت ارتقاء سلامت روان کودکان مهد کودکها، سنجش وضعیت سلامت روان مددجویان کمیته امداد (اداره بهداشت و درمان و امور بیمه)
۵. وزارت راه و مسکن	اولویت به مسکن به افراد دچار بیماری روانی، تعیین مراکز برای سکونت بیماران روانی (از قبیل منازل موقتی)، پیشگیری از تبعیض در مکان منازل این افراد، پیشگیری از تفکیک جغرافیایی مبتلایان به اختلالات روانی، نظارت بر نرخ اجاره و رهن مسکن و برنامه ریزی جهت افزایش بی رویه آن
۶. وزارت ورزش و جوانان	توسعه ورزش همگانی به ویژه برای افراد آسیب پذیر، برنامه ریزی و مدیریت تفریحات جامعه در کلیه گروه های سنی
۷. وزارت صنایع و بازرگانی	تامین سلامت روان کارگران، تعهد کارفرمایان و سندیکاها و بازرگانان برای حفظ و ارتقای سلامت روان مصرف کنندگان از طریق ارائه محصول و خدمت مناسب
۸. وزارت جهاد کشاورزی	تامین سلامت روان کشاورزان و عشایر و تعهد عملی کلیه صاحبان زنجیره تولید غذا به حفظ و ارتقای سلامت روان مصرف کنندگان
۹. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	حمایت کامل و جدی از کتب و نشریات و تولیدات هنری مرتبط به ارتقای سلامت روان و تشویق محصولات ممتاز در این زمینه، توسعه موسیقی سنتی ایران، توسعه گردشگری و تفریحات جامعه به ویژه برای اقشار آسیب پذیر، استقرار سیاست های خبرگزاری ها در حمایت طلبی برای سلامت روان
۱۰. وزارت اقتصاد و دارایی	پذیرش سیاست هایی در مورد اصلاحات اقتصادی که فقر نسبی و نیز فقر مطلق را کاهش می دهند، تصحیح هر گونه اثر بالقوه منفی اصلاحات اقتصادی بر بیکاری
۱۱. وزارت نیرو	توجه به ارتقای سلامت روان کارکنان وزارت نیرو و تحلیل سهم و نقش وزارت خانه متبوع در ارتقای سلامت روان جامعه
۱۲. وزارت ارتباطات و فناوری	اختصاص امکانات ارتباطات و فناوری برای ترویج سواد سلامت روان از جمله پیامک کوتاه، بررسی و تحدید اثرات مضر امواج بر سلامت روان
۱۳. وزارت اطلاعات	توجه به ارتقای سلامت روان کارکنان وزارت اطلاعات، تعیین سهم و نقش وزارت خانه متبوع در ارتقای سلامت روان جامعه
۱۴. وزارت دفاع	برنامه های مدون برای ارتقای سلامت روان سربازان و نیروهای مسلح
۱۵. وزارت دادگستری	ایجاد نظام پایش کننده قوانین مصوب مربوط به سلامت روان و اجتماعی از جمله قانون سلامت روان، قانون کودک آزاری و خشونت های خانگی
۱۶. وزارت نفت	تامین و ارتقای سلامت روان کارگران بخش صنعت و مناطق ویژه اقتصادی
۱۷. وزارت خارجه	همکاری برای تامین و ارتقای سلامت روان مهاجرین ایرانی در خارج از کشور، دیپلماسی موثر سلامت از طریق ایجاد دفتر یا سیستم مرتبط در وزارت خانه
سمن ها	جلب حمایت سیاست گذاران و رصد وضعیت سلامت روان و حمایت از بیماران و افراد دارای عوامل خطر
مهلت زمانی کلیه اقدامات بین بخشی: انعقاد تفاهم نامه همکاری و لحاظ کردن در برنامه عملیاتی سازمان تا پایان سال ۱۳۹۰، پایش پیشرفت عملیات در دو نوبت: پایان خرداد ماه و پایان آبان ماه	

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

سال های اجرای برنامه	بروزة ها و اقدامات				
	۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴
آماده سازی استقرار	۱. حمایت و تصویب سند در شورای سیاست گذاری ، شورای عالی س. ا. ع. کشور و ابلاغ به استانداران، تشکیل کمیسیون تخصصی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی				
	۲. ابلاغ شیوه نامه استقرار سند در استان ها و جلب حمایت در شوراهای کشوری (اجلاس روسای دانشگاه ها ، شورای معاونین بهداشتی و درمانی) جلسه توجیهی آموزشی کارشناسان دانشگاه و تنظیم تفاهم نامه همکاری ستاد و دانشگاه				
	۳. انتخاب و انتصاب اعضای شورای مراقبت از برنامه های سلامت روان (کمیته کشوری) و تدوین برنامه و شیوه مدافعه گری و برگزاری سه جلسه تا پایان سال				
	۴. جلب حمایت برای افزایش منابع مالی برنامه های سلامت روان (از جمله شناسایی فرصت های بودجه ای دستگاه ها) و ساختار موثر در ستاد و دانشگاه مطابق مذاکرات				
	۵. برگزاری مذاکرات بین بخشی و درون بخشی ، تعیین پیام گزار سلامت واحدها و انعقاد تفاهم نامه همکاری ، برگزاری اولین جلسه توجیهی با پیام گزاران سلامت				
	۶. تعیین فهرست نهایی اولویت های تحقیقاتی منطبق بر نیازهای سند و برون سپاری آنها و کاربست نتایج در شورا				
	۷. ظرفیت سازی در اداره سلامت روان (تقسیم کار ، استقرار نظام پایش اهداف سند ، آموزش کارشناسان و ...)				
	۸. تصویب کمیته رسانه «سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد» و انتشار اولین سری پیام های سلامت روان از کلیه رسانه ها				
	۹. جلب حمایت استقرار سند در کمیسیون بهداشت و درمان و کمیسیون اجتماعی مجلس				
	۱۰. مطالعه کمبود نیروی انسانی سلامت روان و شیوه تامین آن و جلب حمایت برای آن				
	۱۱. بازنویسی هشت برنامه سلامت روان و تدوین پروژه های سال ۱۳۹۱				
	۱۲. تدوین شرح خدمات و برون سپاری بررسی وضعیت سلامت روان حاشیه شهر				
	۱۳. جمع بندی الزامات استقرار سند در سطح استان ها برای تصویب در هیات های امانا و جلب حمایت برای تصویب				
	۱۴. اجرای برنامه جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی				
	۱۵. سازماندهی نظام اعتباربخشی بیمارستان های عمومی ، بیمارستان های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه نگر و همچنین نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی مراقب سلامت روان و تدوین برنامه سال ۱۳۹۱				
	۱۶. جمع آوری تحقیقات حوزه مدیریت سلامت روان و کاربست نتایج آنها				
	۱۷. پایش تفاهم نامه های درون و برون بخشی				
	۱۸. امکان سنجی استقرار مراکز توانمندسازی منطقه ای مراقبان سلامت روان در پهنه جغرافیایی				
	۱۹. ارزشیابی برنامه های سلامت روان و بازنگری برنامه های اجرا شده				
	۲۰. ارزشیابی مداخلات اجرا شده سند سیاست و تدوین برنامه پنج ساله و تعیین احکام قانونی مرتبط				
پیشگیری سطح اول	۲۱. تدوین منشور سلامت روان ایرانیان و شیوه استقرار آن از نیمه دوم سال ۱۳۹۱				
	۲۲. نهایی کردن مدل شهری (از جمله حاشیه شهر) ارتقای سلامت روان و شیوه استقرار مدل در سال ۱۳۹۲				
	۲۳. کاربست نتایج پروژه برنامه ادغام سلامت روان در شبکه و تعیین پروژه های سال ۱۳۹۱				
	۲۴. طراحی شیوه نامه ارتقای سلامت روان کارکنان در محل کار (از جمله کارکنان نظام سلامت) و جلب حمایت تصویب و ابلاغ				
	۲۵. بازنگری ، جلب حمایت و تصویب قانون سلامت روان				
	۲۶. تدوین برنامه عملیاتی پیشگیری از خشونت اجتماعی و نگاهت نهادی و تصویب آن در کمیسیون تخصصی				
	۲۷. انتشار مونوگراف ماهانه سلامت روان ویژه وزراء ، معاونین و مدیران کل قوای سه گانه و سایر ذینفعان				
	۲۸. تعیین مولفه ها و اقدامات قابل ادغام سلامت روان در سه برنامه سلامت باروری ، سلامت مدارس و تکامل کودکی				
	۲۹. مطالعه وضعیت فعلی مشاوره سلامت روان دانش آموزان و بازنگری نظام فعلی و تدوین بسته آموزشی و ترویجی				
	۳۰. تدوین راهنمای هنرمندان در ارتقای سلامت روان (به منظور تولید محصولات هنری مفید)				
پیشگیری سطح دوم	۳۱. تدوین برنامه مدون و منسجم هفته بهداشت روان در سراسر کشور با اهداف ویژه منطبق با سند				
	۳۲. بازنگری نظام ارایه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران ، سطح بندی و تعیین تعداد مناسب				
	۳۳. طراحی راهنماهای پیشگیری ، مراقبت و ارجاع بیماران روانی جهت به کار گیری در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع				
	۳۴. برنامه عملیاتی توسعه خدمات تخصصی سلامت روان در در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده،				
	۳۵. طراحی بسته غربالگری و مراقبت بیماران روانی در موارد اولویت دار و اجرای آن از سال ۱۳۹۲				
	۳۶. تدوین برنامه عملیاتی ارتقای وضعیت اورژانس های روانپزشکی و ابلاغ شیوه نامه به دانشگاه ها				
	۳۷. تدوین راهنماهای مشاوره و مداخله در مواقع بحرانی برای مداخلات اورژانس روان پزشکی				
	۳۸. تعیین ضروریات سواد سلامت روان در کلیه گروه های علوم پزشکی و جلب حمایت برای گنجاندن در کاربکولوم و بازآموزی ها				
	۳۹. اجرای برنامه های جلب حمایت و تشویق بیمارستان ها در اختصاص ۱۰٪ تخت های بیمارستانی و بخش های سایکو سوماتیک				
	۴۰. ارزیابی نتایج پایلوت راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه نگر و طراحی تصمیم برای ادامه کار آن (از جمله ادغام)				
سطح سوم	۴۱. تدوین یا بازنگری بسته حمایتی بیماران روانی (از جمله بسته مراقبت های پس از ترخیص) و تصویب و اجرای آن				
	۴۲. تدوین و ابلاغ شیوه نامه گروه های خودیار ویژه بیماران روانی (در سطوح شبکه ، بخش خصوصی و ...) و طراحی بسته های آموزشی				
	۴۳. امکانسنجی برای راه اندازی بیمارستان ویژه بزهکاران دچار بیماری های روانپزشکی و اجرای تصمیمات				
	۴۴. اجرای برنامه مستمر جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی				

توضیح : علامت فلش نشان دهنده این است در سال های ۹۲ و ۹۳ نتیجه حاصل از پروژه سال ۱۳۹۱ در سطح کشور عملیاتی خواهد شد .

آماده سازی استقرار

پیشگیری سطح اول

پیشگیری سطح دوم

سطح سوم

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴-۱۳۹۰) برای ارتقای سلامت روان جامعه چه کنیم ؟ سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه

استفاده از خرد جمعی و افزایش مالکیت برنامه، ارزیابی قوت ها و ضعف های حوزه ستادی سلامت روان، تدوین مستندی برای جلب حمایت بین بخشی و افزایش منابع چهار هدف کاربردی مهم در تدوین این سند سیاست بود. با اینکه تکالیف زیادی برای واحدهای درون و برون بخش تعریف شده است اما جدول زمان بندی نشان می دهد که ایجاد تعهد و رضایت بخش ها برای همکاری در گرو تلاش مضاعف کارشناسان خبره حوزه سلامت روان کشور (اداره سلامت روان) است و این یک درس آموخته شده در استقرار اقدامات بین بخشی سلامت است به ویژه اینکه تحلیل وضعیت نظام سلامت روان کشور نشان می دهد که در حال حاضر **محیط درونی در ضعف و محیط بیرونی در تهدید** قرار دارد و بهبود موقعیت فعلی نیازمند ظرفیت سازی درونی نظام سلامت روان و توسعه همکاری بین بخشی (از جمله مشارکت مردم) است.

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

معیارهای مقایسه	برنامه های قبلی	برنامه فعلی
تحلیل وضعیت	اغلب بر مبنای شاخص های سلامت روان	بر اساس تحلیل وضعیت نظام سلامت روان کشور شاخص های سطح اثر و پیامد وضعیت برنامه ها یا مداخلات فعلی سلامت روان
مشارکت ذینفعان درون و برون بخش	تکالیف شفاف نبوده است	مشارکت واحد های ستادی وزارت بهداشت و تعیین انتظارات تعیین تکالیف مراجع فرادستی و سازمان های بین بخشی مشارکت کارشناسان سلامت روان
استفاده از مداخلات متنوع	توجه به پیشگیری سطح ۲ و ۳	توجه مضاعف به مداخلات پیشگیری سطح اول و مولفه های اجتماعی سلامت و عوامل خطر سلامت روان
تجربیات بین المللی	تاکید بر گزارش جهانی سال ۲۰۰۱	از کلیه گزارش های منتشر شده بعد از ۲۰۰۰ بهره گرفته شده
توجه به اسناد بالادستی و همزمانی با برنامه توسعه	تاکید بر قانون اساسی	طیفی از اسناد بالادستی از سیاست های ابلاغی رهبری، چشم انداز ۲۰ ساله، نقشه جامع علمی و نقشه تحول نظام سلامت
مشروعیت برنامه	به غیر از یک برنامه که با ابلاغ وزیر وقت بوده است مشروعیت باقی برنامه های نامعلوم است.	تصویب شورای سیاست گذاری تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
نظام استقرار و عملیاتی شدن آن	در اغلب موارد مستند عملیات در دسترس نیست	الزامات استقرار برنامه به صورت تقسیم کار، آماده سازی کارشناسان ستاد، ساختار عملیات کار، شیوه نامه استقرار در سطح استان ها، تفاهم نامه های درون و برون بخشی

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

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

تعیین و توجیه رابطین واحدهای درونی وزارت بهداشت و رابطین دستگاه های خارج از وزارت بهداشت با عنوان پیام گزاران سلامت روان و استقرار نظام انگیزشی آنها کمک خواهد کرد تا همکاری بین بخشی و هماهنگی درون بخشی قوت بگیرد و فرایند فرسایشی پیگیری های سنتی جای خود را به ارتقای مسئولیت پذیری و پاسخگویی شرکا می دهد. استقرار نظام مدیریت پروژه و کاربست نتایج آنها در حوزه ستادی و سازماندهی شیوه پایش دانشگاه ها و استفاده از خبرگان و ذخایر سلامت روان در کمیته کشوری (شورای مراقبت از برنامه های سلامت) همه و همه به نهادینه سازی و استقرار هر چه بهتر کمک خواهد کرد.

آن چه که به طور عملی متولیان را به اهداف راهبردی تعیین شده نزدیک می کند همکاری و اقدام عملیاتی دانشگاه ها در پهنه جغرافیایی کشور است و این مهم فقط با کمک روسا، معاونین و روسای شبکه های بهداشتی درمانی قابل انجام خواهد بود. با توجه به بلوغ اغلب دانشگاه های علوم پزشکی در جنبه های آموزشی، پژوهشی و خدمات لازم است شیوه نامه استقرار سند حاضر به صورت راهنما ابلاغ گردد و با استفاده از خلاقیت و ابتکار عمل دانشگاه ها این اهداف به دست بیاید. در نظر داشتن این اقدام دانشگاه ها برای ارزشیابی و رتبه بندی بسیار مهم خواهد بود.

مراحل و زمان بندی استقرار سند سلامت روان اجتماعی و اعتیاد در استان ها

مرحله یک : حساس سازی و جلب حمایت مسئولان ارشد استان

طرح سند سلامت روان در کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی و جلب حمایت استاندار و مسولین استان و شکل گیری تعهد جمعی برای اقدامات ارتقای سلامت روان از طریق تصویب دو مورد زیر :

الف) تشکیل کمیته دائمی سلامت روانی و اجتماعی استان ذیل کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی با ترکیب : نماینده استانداری از دو معاونت برنامه ریزی و معاونت اجتماعی و امنیتی ، معاون درمان ، معاون بهداشت ، نماینده روسای شبکه های ، نماینده فرمانداران ، نماینده شهرداران ، رئیس سازمان بهزیستی ، رئیس سازمان بیمه ، رئیس اداره کار و امور اجتماعی ، رئیس استانی شوراهای اسلامی شهر و روستا ، نماینده منتخب سمن های استان (به انتخاب خود سمن ها) ، مدیرگروه روانپزشکی دانشگاه سه کارشناس مسئول در حیطه های سلامت روان ، سلامت اجتماعی و اعتیاد . (سایر افراد خبره و ذینفعان اجرایی به پیشنهاد و تصویب کمیته عضویت می یابند)

• رئیس این کمیته رئیس دانشگاه و دبیر آن معاون بهداشتی یا درمانی به انتخاب رئیس دانشگاه خواهد بود و احکام اعضا توسط رئیس دانشگاه به مدت چهار سال صادر می گردد .

• وظایف این کمیته تدوین برنامه عملیاتی ، هماهنگی برای تامین منابع و نظارت بر حسن اجرای برنامه است .

• نحوه تامین مالی پروژه ها در مقاطع سالانه ترکیبی از منابع خود دستگاه ، بودجه وزارت بهداشت و کمک های استانداری خواهد بود

ب) تصویب ضرورت تدوین برنامه عملیاتی سالانه برای ارتقای سلامت روان استان

ج) ارسال صورت جلسه کارگروه تخصصی به وزیر محترم بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرحله دو : تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۱

تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۱ بر اساس مداخلات مندرج در سند سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد به تفکیک معاونت ها ، دانشکده ها و شبکه های بهداشتی درمانی دانشگاه ، دستگاه های اجرایی استان و میانجیان مشارکت مردم ، تصویب آن در کارگروهی تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان و گزارش به وزارت بهداشت

توضیح ۱: هر واحد می بایست پروژه و تکلیف مشخصی را داشته باشد .

توضیح ۲: قالب و روش تدوین برنامه از طرف دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد از طریق کارگاه آموزشی آذر ماه ارایه خواهد شد

مرحله سوم : پایش و مراقبت از برنامه عملیاتی

▪ تشکیل جلسات ماهانه کمیته سلامت روان دانشگاه در سال اول و جلسات دو ماه یکبار از سال دوم
 ▪ تشکیل جلسات فصلی برای پایش پیشرفت پروژه های سلامت روان در کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی
 ▪ ارایه گزارش پیشرفت به استاندار محترم استان و گزارش سه ماه یکبار به وزارت بهداشت در قالب اعلامی توسط دفتر سلامت روان اجتماعی و اعتیاد

کنترل فنی ، هماهنگی عمودی و افقی و مستندسازی فرایند استقرار سند در استان بر عهده کارشناسان مسئول در هر سه حوزه سلامت روان ، سلامت اجتماعی و اعتیاد خواهد بود .

انتظارات ویژه از رئیس دانشگاه و معاونین دانشگاه

پنج اولویت اصلی سند سیاست سلامت روان که از روسای محترم دانشگاه ها عملیاتی شدن آن انتظار می رود :

- ارتقای سواد سلامت روان مردم و میانجیان مشارکت مردم
- عملیاتی شدن سهم و نقش دستگاه ها در ارتقای سلامت روان
- ارتقای کیفیت و تدوام خدمات سلامت روان
- غربالگری برخی از بیماری های روانی و درمان و مراقبت از آنان
- فراهم کردن بستر استقرار برنامه های سلامت روان (ساختار ، منابع مالی ، نظام اطلاعات و آمار و تحقیقات ، اختصاص ۱۰٪ تخت های بیمارستانی به روانپزشکی و ...)

بنابراین برای پرداختن به این اولویت ها انتظار می رود روسای محترم دانشگاه ها اقدامات زیر را انجام دهند :

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

1. A report of the assessment of the mental health system in the Islamic Republic of Iran using the World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) WHO, Country Office in the Islamic Republic of Iran 2006.
2. IMPROVING HEALTH SYSTEMS AND SERVICES FOR MENTAL HEALTH (Mental health policy and service guidance package) World Health Organization 2009
3. MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENT: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group .World Health Organization 2010
4. MENTAL HEALTH Report 2001. World Health Report
5. MENTAL HEALTH ATLAS 2011, World Health Organization.
6. Lynne Friedli. Mental Health, resilience and inequalities. World Health Organization 2009
7. World Health , A Call for Action by WHO.2001
8. Investing in Mental Health. WHO.2003

۹. خسروی و همکاران، شاخص‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران، معاونت سلامت وزارت بهداشت. ۱۳۸۸
۱۰. بوالهروی جعفر و همکاران. ارزشیابی ادغام بهداشت روان کشور در برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه انستیتو روانپزشکی تهران. ۱۳۸۸
۱۱. نوربلا و همکاران، نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران. ۱۳۸۸
۱۲. اسدی لاری و همکاران، گزیده‌ای از یافته‌های طرح سنجش عدالت در شهر تهران. ناشر شهرداری تهران. ۱۳۹۰
۱۳. تقوی و همکاران. مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران. وزارت بهداشت. ۱۳۸۶
۱۴. گزارش عملکرد دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد، سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶، ۱۳۸۷، ۱۳۸۸
۱۵. گزارش دستوردهای سی ساله جمهوری اسلامی ایران در سلامت روان، اجتماعی اعتیاد، وزارت بهداشت، ۱۳۸۷
۱۶. گزارش توزیع جغرافیایی اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد-امکانات و خدمات موجود. دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت-۱۳۸۶

زیر نظر و با راهنمایی: دکتر علیرضا مصداقی نیا، معاون بهداشت وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کارفرما: انستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نویسنده و مجری: دکتر بهزاد دماری، متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیات علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت (دانشگاه علوم پزشکی تهران)

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

کارشناسان استانی سلامت روان (شرکت کنندگان در همایش کشوری ۲۳ خرداد ماه و ارائه نظرات و پیشنهادات نهایی در همایش ۱۳ شهریور): شهرام خزازی ها، معصومه موسوی (تهران)، محمد باقرزاده (سیزوار)، شهره نصر (زنجان)، سارا انصاری، فریبا رضایی (شیراز)، علی بهرام نژاد (کرمان)، نیر صادقپور (ارومیه)، محمدرضا مشایخی (جیرفت)، سوسن رفیعی (نیشابور)، محمودرضا هاشم وزری (مازندران)، محمدعلی اصلی نژاد (گناباد)، سیده مریم هاشمی نسب (گرگان)، مریم چگینی (اراک)، نرگس آقاپور زاده-بابل (مازندران)، مریم ده بزرگی شیرازی (چهرم)، مرضیه اخباری (کاشان)، دکتر مهری جعفری (خراسان شمالی)، احد عظیمی (اردبیل)، فاطمه سادات میربدیدی (شاهرود)، شیرین شهریار (زابل)، بهروز کاظمی (یرجند)، رضا مراد حقیقیان (کرمانشاه)، مصطفی شاکری (شهرکرد)، رضا دواساز ایرانی (اهواز)، رضا شوخی زاده (دزفول)، نادر عبادی (تبریز)، محمدتقی کرخی (قم)، کتایون کاکاوند (قزوین)، فاطمه اکبری زاده (بوشهر)، شیدا باباجانی (کردستان)، فاطمه سرگز (اصفهان)، عباس مهرپور - البرز (کرج)، سید محمد حسین اجاقی (فسا)، حمیدرضا فتحی مشهد (خراسان رضوی)، فریبا منصوری (خرم آباد)، همداد اراتپور (یاسوج)، شهلا حقیقت (سمنان)، بیتا صدیق (هرمزگان)

اعضای کمیته راهبری طرح (شرکت کننده در سه جلسه کارگهی تاریخ های ۱۰ اردیبهشت، ۱۱ تیرماه و ۱ مرداد ماه)

دکتر احمدعلی نوربلا (رئیس کارگروه پیشگیری ثانویه کمیته کشوری سلامت روانی اجتماعی)، دکتر فرید فدایی (عضو هیئت علمی دانشگاه بهزیستی و علوم توانبخشی)، دکتر غلامرضا میرسیاسی (رئیس انجمن روانپزشکان ایران)، دکتر مصطفی اقلیم (رئیس انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران)، دکتر سیما ساجدی نژاد (کارشناس جهانی بهداشت در ایران)، دکتر علی آخوان بهبهانی (مدیر دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی)، دکتر سید محمدعلی قریشی زاده (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر اسدی (کارشناس دفتر حاکمیت بالینی)، دکتر شیرین احمدنیا (جامعه شناس)، دکتر عباس صداقت (رئیس اداره ایدز)، دکتر محمود نبوی (عضو هیئت علمی دانشگاه)، دکتر علیرضا تجلیلی (نماینده یونسف)، دکتر محسن روشن پژوه (کارشناس کاهش تقاضای مواد سازمان بهزیستی کشور)، دکتر کاظمی (سرپرست گروه مدیریت برنامه های سلامت)، خانم خاتم آباد (مسئول بودجه معاونت بهداشت)، دکتر محبوبه دینی (کارشناس مسئول برنامه مراقبت استوئوپوروز)، دکتر فرزاد قضاوی پور (رئیس امور اداری انستیتو روانپزشکی تهران)، دکتر بقوبی (مدیر مرکز مشاوره وزارت علوم)، آقای طاهری نخست (کارشناس دفتر کنترل جرائم و مواد مخدر سازمان ملل در ایران)، دکتر انتظاری (معاون مرکز مطالعات وزارت بهداشت)، دکتر گلایل اردلان (رئیس اداره سلامت نوجوانان و جوانان و مدارس)، دکتر احمد محیط (رئیس انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران)، دکتر عمران محمد زراقی (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر آفرین رحیمی موقر (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر حسن رفیعی (عضو هیئت علمی دانشگاه بهزیستی و علوم توانبخشی)، دکتر صابری زرفرندی (مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر)، دکتر بشیر خالقی (عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی)، دکتر مریم رهبری (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی)، دکتر جعفر بوالهروی (رئیس انستیتو روانپزشکی تهران)، دکتر تهرانی دوست (رئیس انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان ایران)، دکتر عاطفی (مشاور و مدیر امور عمومی مرکز مدیریت شبکه)، دکتر طباطبایی لطفی (رئیس اداره هماهنگی و برنامه ریزی های بیمه سلامت)، خانم محصلی، خانم فاطمه طالبی

سازمان های بین بخشی مشارکت کننده در طول طراحی به ویژه در جلسه مورخ ۱۳ تیرماه)

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

تشکر ویژه از: دکتر مصطفی قائمی (معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر سیدعباس حسینی (معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر امامی رضوی (معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر ترکستانی (معاون دانشجویی و فرهنگی)، دکتر محقق (معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر احمد شیبانی (معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو)، دکتر آرش رشیدیان (رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت)، دکتر مجذزاده (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

و مدیران کل محترم معاونت درمان و معاونت بهداشت: دکتر مطلق (مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)، دکتر ممتازمنش (رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی) دکتر رخسانی (مدیرکل دفتر آموزش و ارتقاء سلامت)، دکتر معینی (مدیر روابط عمومی معاونت بهداشت)، دکتر ندافی (رئیس مرکز سلامت محیط و کار)، دکتر گويا (مشاور معاون بهداشت و رئیس واحد بیماری‌های واگیر)، دکتر اعتماد (مشاور معاون بهداشت و رئیس واحد بیماری‌های غیرواگیر)، دکتر فتحی (مشاور معاونت و رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)، دکتر علی اردلان (مشاور معاون بهداشت و سرپرست واحد مدیریت و کاهش خطر لابلا)، دکتر شریعتی (قائم مقام معاون بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه)، دکتر عبدالعلی (سرپرست دفتر بهبود تغذیه جامعه)، دکتر معصومی (رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور)، دکتر اولیایی منش (مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت)، دکتر رواقی (رئیس دفتر مدیریت بیمارستانی و تالی خدمات بالینی)، دکتر سجادی (رئیس دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان)، مهندس ابوالحلاج (رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد)

اقتباس از این مستند به هر نحوی فقط با اجازه دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد ممکن است.