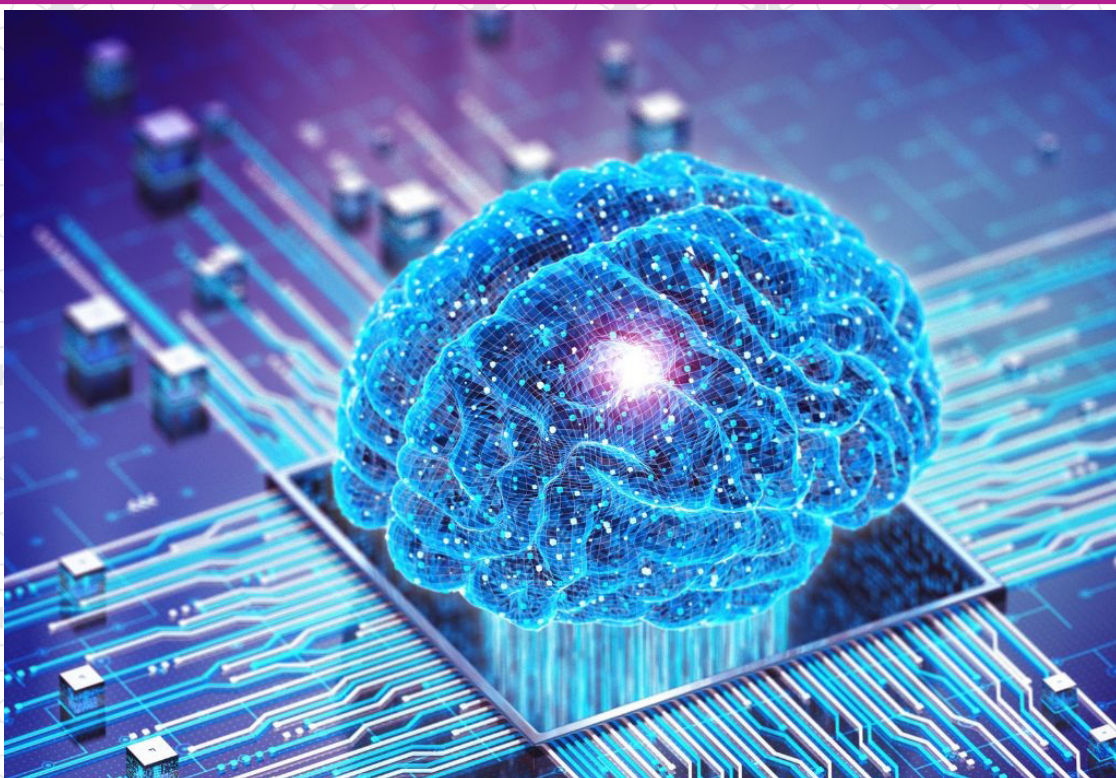


خدمات سلامت روان در ایران (۱): چالش‌ها و راهکارها



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تاریخ انتشار:

۱۴۰۴/۱۲/۴

شماره مسلسل:

۲۱۳۸۵



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

خدمات سلامت روان در ایران (۱): چالش‌ها و راهکارها

نوع گزارش: طرح/لایحه □، راهبردی □، نظارتی □، پیش‌نویس قانونی □

نام دفتر:

دفتر مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین کنندگان:

سمیه صدیقی، محمد بختیاری علی‌آباد

مدیر مطالعه:

محمد بختیاری علی‌آباد

ناظران علمی:

ریحانه رحمانی پور، هادی افراسیابی

همکاران داخل مرکز:

فاطمه قویدل، فرشید خضری

گرافیک و صفحه‌آرایی:

سمیرا صادقی عسکری

سعید احمدعلیزاده

ویراستار ادبی:

اکرم وحدانی‌فر

واژه‌های کلیدی:

۱. سلامت روان

۲. آسیب‌شناسی

۳. بهداشت و درمان



تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱. مقدمه.....	۸
۲. مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت روان.....	۱۰
۲-۱. گروه‌های سنی.....	۱۱
۲-۲. شرایط اجتماعی-اقتصادی.....	۱۲
۲-۳. محیط کار.....	۱۳
۳. نظام خدمات سلامت روان و اجزای آن.....	۱۳
۴. جنبه‌های اساسی نظام ارائه خدمات سلامت روان.....	۱۶
۵. نظام سلامت روان در ایران.....	۱۹
۵-۱. قوانین و مقررات مرتبط با سلامت روان در کشور.....	۱۹
۵-۲. اقدامات انجام شده در حوزه سلامت روان.....	۲۳
۶. چالش‌های نظام سلامت روان در کشور.....	۲۸
۷. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.....	۳۲
منابع و مآخذ.....	۳۳

فهرست جداول

جدول ۱. قوانین و اسناد بالادستی سلامت روان در کشور.....	۱۹
جدول ۲. دستگاه‌های مرتبط با حوزه سلامت روان در کشور.....	۲۲
جدول ۳. ارزیابی سلامت روان در گروه سنی ۵۹-۱۵ سال در سال ۱۴۰۲.....	۲۳
جدول ۴. تعداد ویزیت روان‌پزشک، روان‌شناس و مددکار.....	۲۴
جدول ۵. جلسات آموزش گروهی بیمار و خانواده بیماران شدید روانی.....	۲۴
جدول ۶. اقدامات مرتبط با برنامه ملی پیشگیری از خودکشی در سال ۱۴۰۲.....	۲۵
جدول ۷. برنامه‌ها و اقدامات وزارت آموزش و پرورش در راستای ارتقای سلامت روحی دانش‌آموزان.....	۲۶

فهرست شکل‌ها

شکل ۱. مؤلفه‌های اثرگذار بر سلامت روان.....	۱۰
شکل ۲. اجزای خدمات سلامت روان.....	۱۴
شکل ۳. سازمان‌دهی خدمات سلامت روان.....	۱۵
شکل ۴. جنبه‌های اصلی نظام سلامت روان.....	۱۷
شکل ۵. مراحل سیستم‌های اطلاعات و ترکیب بهینه از خدمات سلامت روان.....	۱۸



خدمات سلامت روان در ایران (۱): چالش‌ها و راهکارها

Doi: [10.22034/mrc.report.21385](https://doi.org/10.22034/mrc.report.21385)

چکیده



سلامت روان جنبه مهمی از سلامت است که در دنیا و ایران با چالش‌هایی مواجه است. براساس یافته‌های این مطالعه، مسائلی نظیر فقدان نقشه راه در راستای ارتقای سطح سلامت روان در کشور، اختصاص نیافتن اعتبارات کافی به این حوزه، ناکافی بودن سطح و عمق پوشش بیمه، کمبود نیروی انسانی مرتبط در حوزه سلامت روان، نبود توجه کافی به خدمات توان‌بخشی در حوزه سلامت روان، چالش‌های نگهداری افراد مجبوه‌الهی در بیمارستان‌ها، سواد سلامت روان ناکافی جامعه، درمان‌محوری نظام سلامت، عدم ادغام ارتقای سلامت روان در برنامه‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی، هزینه‌های بالا و تعرفه‌های نامناسب خدمات حوزه سلامت روان، تعدد دستگاه‌ها در خدمات مشاوره و روان‌شناختی، فقدان حمایت قانونی مؤثر از بیماران مبتلا به اختلالات روانی و عدم ایجاد تعداد کافی مراکز تأمین‌کننده در حوزه‌های قضایی برای نگهداری مجرمین مجنون یا مرتکب، که در جرائم موجب تعزیر پس از وقوع جرم مبتلا به جنون می‌شوند، از چالش‌های این حوزه به شمار می‌روند. برای مواجهه با چالش‌های ذکر شده اقداماتی از قبیل تدوین و تصویب یک سند جامع سیاستی و برنامه عملیاتی، تخصیص بودجه مناسب از سوی دولت برای سلامت روان، تقویت پوشش بیمه‌ای، توسعه برنامه‌های پیشگیرانه، تقویت مراکز جامعه‌نگر، استفاده از ظرفیت دستگاه‌های حمایتی برای نگهداری افراد مجبوه‌الهی، تقویت مراکز تأمین‌کننده قضایی نگهداری مجرمین مجنون، ارتقای سواد سلامت روان، توسعه و تقویت برنامه‌های آموزشی برای تأمین و توزیع نیروی انسانی سلامت روان توصیه می‌شود.



بیان / شرح مسئله

در سال‌های اخیر، سلامت روان به یکی از موضوعات مهم در نظام سلامت کشورها تبدیل شده و نقش آن در تحقق توسعه انسانی، ارتقای سرمایه اجتماعی و تضمین پایداری اقتصادی، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. در ایران اختلالات روانی نه فقط هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بسیاری بر دوش افراد، خانواده‌ها و نظام سلامت تحمیل می‌کند، بلکه بخش عمده‌ای از بار ناتوانی را شامل می‌شود. با وجود جایگاه روزافزون سلامت روان در ادبیات حکمرانی سلامت، پاسخ‌سیاستی موجود همچنان ناکافی و پراکنده است. کمبود نیروی انسانی متخصص، توزیع نابرابر خدمات و ناهماهنگی نهادی میان ذی‌نفعان کلیدی، از جمله موانع اصلی حفظ و ارتقای سلامت روان به‌شمار می‌آیند. در این راستا، بررسی چالش‌های موجود و ارائه راهکارهای سیاستی به‌منظور ارتقای وضعیت، ضرورتی انکارناپذیر محسوب می‌شود. این گزارش با هدف بررسی وضعیت موجود، مرور اقدامات انجام شده، شناسایی چالش‌های کلیدی و در نهایت ارائه راهکارهای سیاستی برای ارتقای نظام سلامت روان در کشور تدوین شده است.

نقطه‌نظر / یافته‌های کلیدی

در ایران، سلامت روان از جنبه‌های گوناگون توسط نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان و قوه قضائیه دنبال می‌شود. این نهادها در چارچوب قوانین و مقررات مختلف، مسئولیت‌هایی در زمینه ارائه خدمات مشاوره، درمان، پیشگیری از اختلالات روانی و تقویت آگاهی عمومی دارند. به‌رغم اقدامات صورت گرفته در این حوزه، فقدان نقشه راه در راستای ارتقای سطح سلامت روان در کشور، عدم اختصاص اعتبارات کافی به این حوزه، ناکافی بودن سطح و عمق پوشش بیمه، کمبود نیروی انسانی مرتبط در حوزه سلامت روان، نبود توجه کافی به خدمات توان‌بخشی در حوزه سلامت روان، چالش‌های نگهداری افراد مجهول‌الهیوه مبتلا به اختلالات روانی در بیمارستان‌ها، سواد سلامت روان ناکافی جامعه، درمان‌محوری، عدم ادغام کافی ارتقای سلامت روان در برنامه‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی، هزینه‌های بالا و تعرفه‌های نامناسب خدمات حوزه سلامت روان، تعدد دستگاه‌ها در خدمات مشاوره و روان‌شناختی، نبود حمایت قانونی مؤثر از بیماران مبتلا به اختلالات روانی و عدم ایجاد تعداد کافی مراکز اقدام تأمینی در حوزه‌های قضایی برای نگهداری مجرمین مجنون یا مرتکب در جرائم موجب تعزیر، که پس از وقوع جرم مبتلا به جنون می‌شوند، از جمله چالش‌های این حوزه است.

پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

با توجه به چالش‌های اشاره شده، به‌منظور ارتقای وضعیت موجود، پیشنهاد می‌شود موارد ذیل در دستور کار سیاستگذاران قرار گیرد:

- تدوین و تصویب نقشه راه برای ارتقای سلامت روان مشتمل بر اهداف، شاخص‌ها و اقدامات مشخص؛
- تخصیص بودجه کافی برای سلامت روان و تقویت برنامه‌های پیشگیری در این حوزه؛
- تقویت پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان؛
- توسعه و تقویت برنامه‌های آموزشی برای تأمین و توزیع متناسب نیروی انسانی در حوزه سلامت روان؛
- ادغام خدمات توان‌بخشی روانی در سیستم بهداشت و درمان به‌خصوص برای افراد با اختلالات روانی مزمن؛
- ارتقای کوریکولوم‌های آموزش علوم پزشکی با محوریت شناسایی نیازها و ارجاع به‌موقع بیماران به خدمات سلامت روان؛



- توسعه مراکز جامعه‌نگر در نظام ارائه خدمات سلامت روان در کشور؛
- برنامه‌ریزی برای استفاده از ظرفیت‌های فناوری‌های نوین (از جمله هوش مصنوعی) در ارزیابی، مشاوره و تشخیص اولیه مراجعہ‌کنندگان؛
- توسعه مراکز اقدام تأمینی در حوزه‌های قضایی برای نگهداری مجرمین مجنون؛
- توسعه برنامه‌های پیشگیرانه سلامت روان در مدارس، محیط‌های کاری و جامعه؛
- ادغام موضوع سلامت روان به‌عنوان یک اولویت در برنامه‌های ملی و دستورالعمل‌های اجرایی دستگاه‌های مختلف؛
- توجه ویژه به ارتقای سواد سلامت روان در برنامه‌های ارتقای سواد سلامت؛
- واقعی‌سازی تعرفه‌های خدمات مربوط به حوزه سلامت روان؛
- تأمین منابع لازم برای نگهداری افراد مجهول‌الهویه و استفاده از ظرفیت‌های موجود در دستگاه‌های حمایتی برای این منظور؛
- اجرای الگوی بومی سلامت روان با محوریت ارتقای تعامل بین نظام بهداشت و درمان با سایر حوزه‌ها از جمله نظام تعلیم و تربیت در امر سلامت روان.

۱. مقدمه

براساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ میلادی، از ۱۰ بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده‌اند، پنج مورد آن مربوط به بیماری‌های روانی (افسردگی، سوءمصرف دارو و الکل، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی-اجباری) است [۱]. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱، «سلامت روان فقط به نبود بیماری روانی اطلاق نمی‌شود، بلکه حالتی از بهزیستی است که افراد را قادر می‌سازد توانایی‌های خود را تشخیص دهند، قادر به کنار آمدن با استرس‌های معمول زندگی باشند و بتوانند به‌طور بهره‌ور و مؤثر کار کنند و سبب کمک به جامعه خود گردند» [۲، ۳]. مطابق این تعریف، سلامت روانی شامل سلامت ذهنی،^۱ ادراک خودکارآمدی،^۲ استقلال و خودمختاری،^۳ کفایت و شایستگی،^۴ وابستگی بین‌نسلی^۵ و خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی است [۴]. همچنین در جدیدترین تعریف این سازمان در سال ۲۰۱۴، «سلامت روان به‌عنوان حالتی از سلامتی دانسته شده که هر فردی بتواند با تنش‌های عادی زندگی مقابله کند، کار مفید و ثمربخش انجام دهد و نیز قادر به مشارکت با جامعه خود باشد» [۵].

نتایج مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد که با استناد به این تعاریف، وضعیت سلامت روان در کشورهای در حال توسعه روبه‌کاهش است [۶]؛ به‌طوری‌که براساس پیمایش‌های صورت گرفته در سال ۲۰۱۹ و تا پیش از همه‌گیری کووید-۱۹ حدود ۹۷۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به یک اختلال روان‌پزشکی بودند که ۸۲ درصد از آنها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط زندگی می‌کردند. پس از مواجهه با بحران کووید-۱۹ براساس شواهد موجود تخمین زده شد که در سال ۲۰۱۹ حدود ۴۱۸ میلیون سال زندگی تعدیل شده با ناتوانی ناشی از اختلالات روان‌پزشکی بوده است که در مقایسه با برآوردهای معمولی بیش از سه برابر افزایش یافته است [۷].

1. Subjective Well-Being
2. Perceived Self-Efficacy
3. Autonomy
4. Competence
5. Intergenerational Dependence

بالا رفتن آمار خودکشی در کشورها و سایر آسیب‌های اجتماعی، از جمله طلاق، خود مصداقی در کاهش وضعیت سلامت روان در جهان محسوب می‌شود.

این مسئله در شرایطی است که اختلالات روانی بار هزینه‌های اقتصادی زیادی را نیز به دنبال دارد. در ایالات متحده آمریکا، هزینه‌های مستقیم درمان بیماری‌های روانی، سالانه ۱۴۸ میلیارد دلار برآورد شده است که ۲٫۵ درصد از تولید ناخالص ملی این کشور را تشکیل می‌دهد. هزینه‌های غیرمستقیم این بیماری‌ها نیز ۲ تا ۶ برابر هزینه‌های مستقیم درمان در اقتصادهای بازار توسعه‌یافته است و احتمالاً بخش بزرگ‌تری از کل هزینه‌های درمان در کشورهای در حال توسعه را تشکیل می‌دهد. در اکثر کشورها، خانواده‌ها علاوه بر تحمل هزینه‌های اجتماعی این بیماری‌ها از قبیل بار عاطفی مراقبت از فرد معلول، کاهش کیفیت زندگی برای مراقبین، طرد اجتماعی، برچسب زدن و از دست دادن فرصت‌های آینده برای خودسازی، بخش قابل توجهی از هزینه‌های اقتصادی را به دلیل نبود شبکه‌های خدمات جامع سلامت روان دولتی، متحمل می‌شوند [۸].

از این رو مسئله سلامت روان و مواجهه با بیماری‌های روانی در صدر مسائلی قرار دارند که امروزه جهان با آن روبه‌روست و شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی همراه آنها این مشکل را به‌عنوان یک اولویت بهداشتی جلوه داده است [۹]. بر این اساس، ارزیابی وضعیت سلامت روان در کشورها و عوامل مختلفی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر آن اثر گذارند [۱۰]، می‌تواند به بهبود وضعیت آن در کشور کمک نماید.

بر اساس نتایج مطالعات انجام گرفته در پیمایش ملی سلامت روان ۱۴۰۱، شیوع اختلالات روان‌شناختی در جمعیت کشور ایران ۲۵٫۱ درصد برآورد شده است که تقریباً ۱۲ درصد بار بیماری‌ها^۱ را تشکیل می‌دهد [۱۰]. طبق گزارش وزارت بهداشت در پیمایش اول سلامت روان در سال ۱۳۹۰، دوسوم افراد مبتلا از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند. مطابق پیمایش دوم سلامت روان وزارت بهداشت (۱۴۰۱-۱۴۰۰) اشاره شده است که تغییر چشمگیری در شاخص‌های اصلی رخ نداده، ولی در گروه‌های خاصی از افراد برخی از اختلالات افزایش یافته است و این امر تحلیل عمیق و توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. بر اساس نتایج حاصل از پیمایش اخیر، بررسی «هزینه‌های مصیبت‌بار در استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی (با تعریف استفاده از پس‌انداز خانواده، قرض گرفتن یا فروختن دارایی‌ها و اموال خانواده)» نشان داده است که ۳۵٫۱ درصد بیماران استفاده‌کننده از خدمات، دچار هزینه‌های مصیبت‌بار می‌شوند که این رقم در پیمایش قبلی ۱۸ درصد بوده است [۱۱].

گزارش حاضر با هدف آسیب‌شناسی نظام سلامت روان در کشور در چند بخش شامل بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت روان، نظام خدمات سلامت روان و اجزای آن، نظام سلامت روان در ایران و چالش آن و ارائه پیشنهادها برای ارتقای وضعیت موجود تهیه شده است.

۱. بار بیماری‌ها عبارت است از مجموع سال‌های از دست‌رفته به‌علت مرگ زودرس (YLL) و سال‌های از دست‌رفته به‌علت زندگی توأم با ناتوانی (YLD).

۲. مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت روان

سلامت روان جامعه تحت تأثیر بسیاری از عوامل کلان و خردی است که در خارج از بخش سلامت رخ می‌دهد. جهت‌گیری سیاست‌ها، اقدامات و برنامه‌های دولت‌ها در این خصوص می‌تواند آثار مثبت و منفی بر سلامت روان جمعیت‌ها داشته باشد که غالباً تأثیرات تغییرات در این قبیل سیاست‌ها بر سلامت روان نادیده گرفته می‌شود [۲]. تعیین‌کننده‌های مؤثر بر سلامت روان مجموعه‌ای از شرایط اجتماعی، اقتصادی، محیطی، کیفیت زندگی و... را دربرمی‌گیرد که افراد در طول زندگی، از دوران جنینی تا مرگ، در معرض آن قرار می‌گیرند و بر پیامدهای سلامت روان فردی تأثیر می‌گذارد [۳]. این شرایط شامل عواملی مانند درآمد، اشتغال، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات، امنیت غذایی، مسکن، حمایت اجتماعی، تبعیض، ناملاپمات دوران کودکی یا شرایط اجتماعی، سنی یا فیزیکی و... است که مردم در آن زندگی می‌کنند [۴]. شواهد موجود نشان می‌دهد که در حال حاضر خطر ابتلا به هرگونه اختلالات روانی به‌طور جدایی‌ناپذیر با شرایط زندگی افراد مرتبط است. مجموعه عوامل یاد شده در مطالعات صورت گرفته [۷، ۱۱] در قالب یک مدل مشتمل بر سه بخش اصلی ویژگی‌ها و رفتارهای فردی،^۱ شرایط اجتماعی-اقتصادی^۲ و عوامل محیطی^۳ دسته‌بندی شده است که مطابق آن، ویژگی‌ها و رفتارهای فردی (به‌استثنای عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی) که می‌تواند پیرو قرار گرفتن در گروه‌های سنی مختلف، متفاوت باشد؛ مانند بیماری‌های جسمی، مشکلات در برقراری ارتباط، باورهای مذهبی افراد و... از جمله عوامل اثرگذار بر سلامت روان افراد است.

شکل ۱. مؤلفه‌های اثرگذار بر سلامت روان [۱۱]



1. Individual Attributes and Behaviors
2. Social and Economic Circumstances
3. Environmental Factors

نامناسب بودن شرایط اجتماعی و اقتصادی نیز یکی از مهم‌ترین عواملی محسوب می‌شود که ممکن است بر سلامت روان تأثیر منفی بگذارد؛ برای مثال، فقدان حمایت اجتماعی، قرار گرفتن در معرض خشونت یا سوءاستفاده، درآمد کم و فقر/ بدهی و پیرو آن آسیب‌پذیر بودن در جامعه، استرس کاری، سطح پایین تحصیلات یا مسکن و شرایط زندگی نامناسب از جمله این عوامل اند. بی‌عدالتی یا تبعیض یا نابرابری‌های اجتماعی (از جمله محدودیت‌های حقوق قانونی یا انسانی)، شرایط محیط کار و فعالیت افراد و محرومیت از شرایط مطلوب آن و... نیز از جمله عوامل محیطی بوده که بر سلامت روان افراد مؤثر است.

لیکن به دلیل تنوع در موارد مذکور و عدم امکان بررسی کلیه متغیرها، با استناد به یافته‌های سایر مطالعات انجام شده و ضرورت توجه به برخی متغیرهای قابل سنجش، مشهودتر و اثرگذار بر سلامت روان افراد، در این گزارش بروز اختلالات در گروه‌های سنی مختلف و اهمیت آنها و همچنین اثرگذاری باورهای مذهبی (از دسته اول)، مؤلفه‌های اقتصادی-اجتماعی (از دسته دوم) و محیط کار و شرایط آن (از دسته سوم) شرح داده می‌شود.

در ادامه به مؤلفه‌های مذکور پرداخته شده است:

۲-۱. گروه‌های سنی

اگرچه برخی عوامل از جمله مؤلفه‌های اجتماعی-اقتصادی فرد در بروز بیماری‌ها و اختلالات روان اثرگذار است، سن و دوره‌های مختلف آن با توجه به ماهیت و حساسیت‌های معطوف به هر دوره، از اثرگذاری بالایی بر سلامت روان افراد برخوردار است؛ به طوری که برخی اختلالات در میان سالمندان یا کودکان نسبت به سایر گروه‌های سنی شایع‌تر است.

۲-۱-۱. کودکی و نوجوانی

سلامت روانی خوب در دوران کودکی پیش‌نیاز رشد روانی مطلوب، روابط اجتماعی مولد، یادگیری مؤثر، توانایی مراقبت از خود، سلامت جسمانی خوب و مشارکت اقتصادی مؤثر در بزرگسالی است [۹]. علاوه بر این، سلامت روان کودکان و نوجوانان برای مشارکت فعال اجتماعی و اقتصادی آنها بسیار مهم است. عموماً اختلالات روانی کودک و نوجوان در حوزه‌های مختلف و به شکل‌های مختلف خود را نشان می‌دهد. اختلالات روانی در سنین پایین می‌تواند منجر به اختلالات مداوم در بزرگسالی شود [۹]. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در دنیا تقریباً از هر پنج کودک، یک کودک علائم سلامت روان نامناسب را نشان می‌دهد و حدود نیمی از بیماری‌های روانی در دوران کودکی و نوجوانی شروع می‌شود [۱۲].

تا زمانی که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی، درمان مناسب دریافت نکنند، احتمالاً مشکلات آنها ادامه خواهد داشت و چشم‌انداز اجتماعی، آموزشی و شغلی آنها کاهش می‌یابد. این امر منجر به تحمیل هزینه‌های مستقیم برای خانواده و کاهش بهره‌وری برای جامعه می‌شود. به طور کلی، باید در نظر داشت که رشد کودک بر آسیب‌پذیری او در برابر اختلالات، نوع و چگونگی بروز اختلالات اثرگذار است؛ ضمن اینکه اختلالات روانی خاص در محدوده سنی خاصی در طول دوره رشد کودک و نوجوان وجود دارد که می‌تواند تحت تأثیر عوامل خطر و شرایط دشوار نیز تغییر کند؛ لذا در این میان اتخاذ برنامه‌ها و سیاست‌های معطوف به دوران مرتبط با سن کودکان و نوجوانان از اهمیت بسزایی برخوردار است [۹]. برای مثال، در چند سال اول زندگی، نوزادان و کودکان خردسال ممکن است دچار اختلالات دلبستگی شوند. اینها با مشکل قابل توجه در برقراری ارتباط با والدین، عدم تنظیم احساسات و توسعه اجتماعی ناهماهنگی که نسبت به دیگران حساس است مشخص می‌شوند. این مسئله می‌تواند ناشی از کودک‌آزاری یا بی‌توجهی والدینی باشد که به اندازه کافی در دسترس نیستند [۹]. به رغم ضرورت وجود سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت روانی کودکان و نوجوانان، طبق گزارش سال ۲۰۰۵ سازمان بهداشت جهانی، حدود ۳۴ کشور (معادل ۷ درصد از کشورهای جهان) دارای سیاست‌های مشخص در حوزه سلامت روان کودکان و نوجوانان نیستند [۹]. نکته قابل اهمیت اینکه مدارس در راستای اجرای سیاست‌های معطوف به سلامت روان کودکان و نوجوانان نقش بسزایی دارند که سرمایه‌گذاری در این حوزه می‌تواند پیامدهای بلندمدتی را برای توسعه کشورها و داشتن نیروی کار مولد فراهم کند [۱۲].



۲-۱-۲. سالمندی

بر اساس مطالعات انجام شده، اختلالات روان‌شناختی در سالمندان به دلیل برخی عوامل از جمله محرومیت‌های مختلف اجتماعی، پایین بودن کیفیت زندگی، اختلالات شناختی، اختلالات جسمی، ناتوانی یا محدودیت‌های عملکردی (ناشنوایی و...) بروز پیدا می‌کند. شیوع افسردگی در سالمندان به‌ویژه سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندی، تنها زندگی کردن و نبود ارتباطات اجتماعی، از دست دادن اعضای خانواده و... شیوع اضطراب به‌علت بازنشستگی و کاهش منابع درآمدی، سوءرفتار با سالمندان و عدم حمایت اجتماعی مؤثر از جمله اختلالات روان‌شناختی شایع در دوران سالمندی محسوب می‌شود. در این شرایط، زنان از وضعیت نامساعدتری نسبت به مردان در بحث سلامت روان برخوردارند. مطالعات نشان داده است که زنان سالمند علائم بیشتری از مسائل و مشکلات حوزه سلامت روانی را نشان می‌دهند. بر اساس نتایج پیمایش سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۴۰۳، حدود ۱۱ درصد از افراد در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال دارای اختلالات خلقی، ۱۰ درصد اختلالات اضطرابی و حدود ۳ درصد اختلالات مصرف مواد/الکل را دارند. بر این اساس، اگرچه سالمندی روندی طبیعی در زندگی هر فرد است و نمی‌توان مانع ورود به آن شد، می‌توان با برنامه‌های مختلف، زوال توانایی‌های جسمی، روانی و عاطفی و شناختی را در این دوران کاهش داد و به تأخیر انداخت [۱۰].

۲-۱-۳. باورهای مذهبی

مذهب یکی از عوامل اساسی در زندگی بسیاری از انسان‌هاست و میزان دین‌داری افراد و تعهد آنها به آداب و تعالیم دینی و مذهبی از جمله عوامل اثرگذار بر سلامت روان است. نخستین بار آدلر (۱۹۸۷) دریافت که دین‌داری با افسردگی در هر دو جنس زن و مرد رابطه معکوس دارد و این تأثیر در زنان قوی‌تر از مردان است [۱۳]. در دهه‌های اخیر نیز مطالعه علمی دین و باورهای مذهبی و رابطه آن با متغیرهای روان‌شناختی مورد توجه پژوهشگران بوده و نتایج آنها حاکی از اثر مثبت مذهب بر بهداشت روانی و اثر کاهنده آن بر نشانه‌های بیماری بوده است [۱۴]. در مطالعات اشاره شده است که نگرش منفی افراد نسبت به زندگی، که در اثر نداشتن باورهای مذهبی به وجود می‌آید، موجب افزایش احتمال ایجاد بیماری‌های روانی می‌شود. به اعتقاد آنها در ایمان به خدا نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند. به‌ویژه در مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داده شده است که در این جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان رابطه معنادارتری وجود دارد و با افزایش جهت‌گیری و درونی‌تر شدن آن سلامت روانی سالمندان بهبود می‌یابد. لیکن با توجه به اهمیت ارتقای سلامت روان در گروه‌های حساس جامعه، ضرورت توجه بیشتر به ارتقای باورهای مذهبی و اعتقادات دینی افراد با در نظر داشتن ساختار فرهنگی حاکم بر جامعه اسلامی مورد تأکید است.

۲-۲. شرایط اجتماعی-اقتصادی

این عوامل از اساسی‌ترین تعیین‌کننده‌های مؤثر بر سلامت روان در جامعه به شمار می‌آیند که می‌توانند به روش‌های مختلفی از جمله تورم اقتصادی، بیکاری، نابرابری درآمدی و اجتماعی، که امکان دسترسی به عوامل کلیدی از قبیل مسکن مناسب و ایمن، امنیت غذایی و مراقبت‌های بهداشتی را ایجاد می‌کند، بر کیفیت زندگی و... در سلامت روان افراد آثار بلندمدت یا کوتاه‌مدتی داشته باشند [۵، ۱۵]. تحریم‌های اقتصادی، کاهش درآمدها و ارزش پول کشور، افزایش تورم و بیکاری، مشکلات معیشتی، عدم دسترسی کافی به اقلام اساسی، دسترسی محدود مردم به دارو و کاهش خدمات بهداشتی و... از جمله نتایج ناشی از تحریم‌هاست و می‌تواند کمیت و کیفیت زندگی مردم را در خدمات بهداشتی-درمانی و... تحت تأثیر قرار دهد [۷]. همچنین بهزیستی روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش سطح سلامت جسمی و روانی آنها در جامعه می‌شود. یافته‌های پیمایش سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حاکی از آن است که شیوع ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی در افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین به‌طور معناداری بیش از گروه‌های شغلی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا بوده است.

مطالعات نشان داده است که قرار گرفتن در معرض این قبیل مؤلفه‌ها در اوایل زندگی آثار و پیامدهای بلندمدت تری را در سلامت روان افراد خواهد داشت. در یک مرور نظام‌مند (۵۵ مطالعه) در موضوع سلامت روان در کودکان و نوجوانان نشان داده شده است کودکانی که در شرایط نامساعد اجتماعی-اقتصادی بزرگ می‌شوند، دو تا سه برابر بیشتر از همسالان غیر محروم خود مشکلات سلامت روانی طولانی‌تر و با شدت بیشتری را تجربه می‌کنند.

۱-۲-۲. بیکاری و سلامت روان

یافته‌های مطالعات انجام شده نشان داده است که آثار منفی افسردگی، اضطراب و کاهش عزت نفس به دلیل بیکاری افراد پدید می‌آید. در این مطالعات، عدم اشتغال با مشکلات جسمی و روانی مثل افسردگی، اضطراب و نرخ بالای خودکشی مرتبط است و افزایش در نرخ بیکاری ارتباط مثبتی با افزایش اختلالات روانی در جامعه دارد. محرومیت از کار و داشتن نقش اجتماعی در کنار محدود شدن منابع فردی، پیامدی به‌جز بروز این قبیل اختلالات به‌دنبال نخواهد داشت. تورم نیز مانند سایر مؤلفه‌های اقتصادی-اجتماعی اثرگذار بر سلامت روان افراد با ایجاد بی‌اعتمادی مردم نسبت به ارزش پول ملی و عدم احساس رضایت خاطر روانی ناشی از این ذهنیت، که تورم حاصل کار آنها را هدر می‌دهد، به‌نوعی نااطمینانی و بلا تکلیفی در جامعه را دامن می‌زند و بر افزایش بروز اختلالات روانی در میان افراد جامعه اثرگذار است [۵].

۳-۲. محیط کار

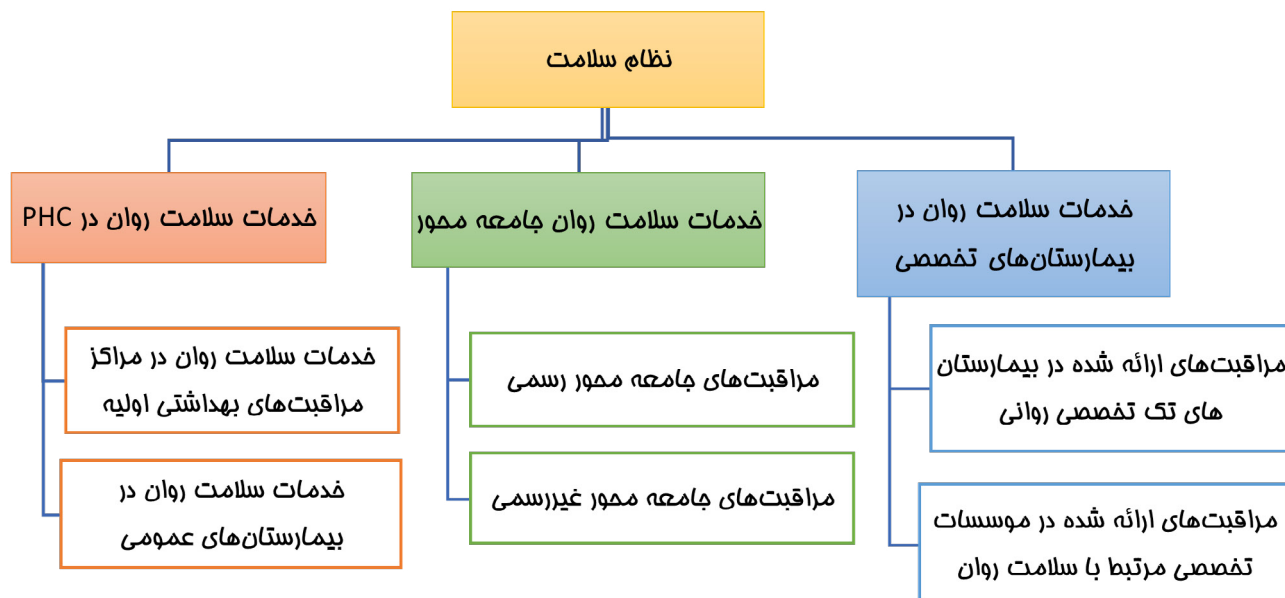
مشکلات سلامت روان، مانند افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، استرس و... در محیط کار عموماً از طریق افزایش غیبت، کاهش بهره‌وری و افزایش هزینه‌ها بروز پیدا می‌کند. سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود در سال ۲۰۰۴، یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت روانی فرد را توانایی ایفای نقش‌های مختلف در محیط‌های مختلف از جمله ظرفیت کار می‌داند [۱۶]. کار و سلامت روان ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند؛ به‌طوری که یک محیط کار ایمن و سالم منجر به افزایش سطح سلامت روان افراد می‌شود و به‌دنبال آن زمینه افزایش تولید و فعالیت افراد را در آن محیط فراهم می‌کند. در مقابل محیط کاری نایمن یا ناسالم پیامدی جز ضعف در سلامت روان و کاهش سطح توانایی فرد نخواهد داشت. در این میان، وجود برخی مؤلفه‌ها از قبیل حجم کار (کار زیاد/ناکافی)، نبود مشارکت و کنترل در محل کار، کار یکنواخت یا ناخوشایند، ابهام یا تعارض نقش، نبود شناخت در کار، بی‌عدالتی، ضعف در روابط بین فردی، نامساعد بودن شرایط کاری، ضعف در برقراری ارتباطات و... می‌تواند در برهم خوردن محیط کاری سالم و ایمن اثرگذار باشد [۸]. در ایران شیوع اختلالات روانی در جامعه کار و تولید، با توجه به مطالعات مربوط به سال‌های ۱۳۹۵ به میزان ۳۴٫۵ درصد ارزیابی شده است. سلامت روان در محیط کار ابعادی از قبیل فقدان بهداشت و ایمنی محیط کار، رعایت نشدن جایگاه و کرامت انسانی، جو روانی نامساعد در محیط کار، مدیریت نامناسب، ناامنی شغلی، نبود قوانین حمایتی و... را شامل می‌شود [۶].

۳. نظام خدمات سلامت روان و اجزای آن

خدمات سلامت روان ابزاری است که از طریق آن مداخلات مؤثر برای ارتقای سلامت افراد جامعه ارائه می‌شود. نحوه سازمان‌دهی این خدمات تأثیر مهمی بر اثربخشی آنها و در نهایت بر تحقق اهداف سیاست‌های مرتبط با سلامت روان خواهد داشت [۱۷]. سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود با عنوان، سازمان‌دهی خدمات سلامت روان، اشاره می‌کند که سازمان‌دهی و ارائه خدمات سلامت روان به زمینه و ساختار اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی کشورها بستگی دارد و بسته به در دسترس بودن منابع مالی و انسانی می‌تواند متفاوت باشد؛ لذا نمی‌توان الگوی واحدی برای سازمان‌دهی این خدمات ارائه کرد. اما تجربه عملی در کشورها و یافته‌های تحقیقات انجام شده در مناطق مختلف جهان به برخی عناصر کلیدی در مدل‌های موفق سازمان‌دهی ارائه خدمات سلامت روان اشاره دارد. بر این اساس، هدف از این مدل، ترسیم

گسترده تنوع خدمات در کشورهای مختلف با سیستم‌های بهداشتی-درمانی متفاوت و سطوح مختلف ارائه مراقبت است که می‌تواند برای کشورهای علاقه‌مند به بازسازی خدمات سلامت روان به‌عنوان یک راهنما به کار گرفته شود.

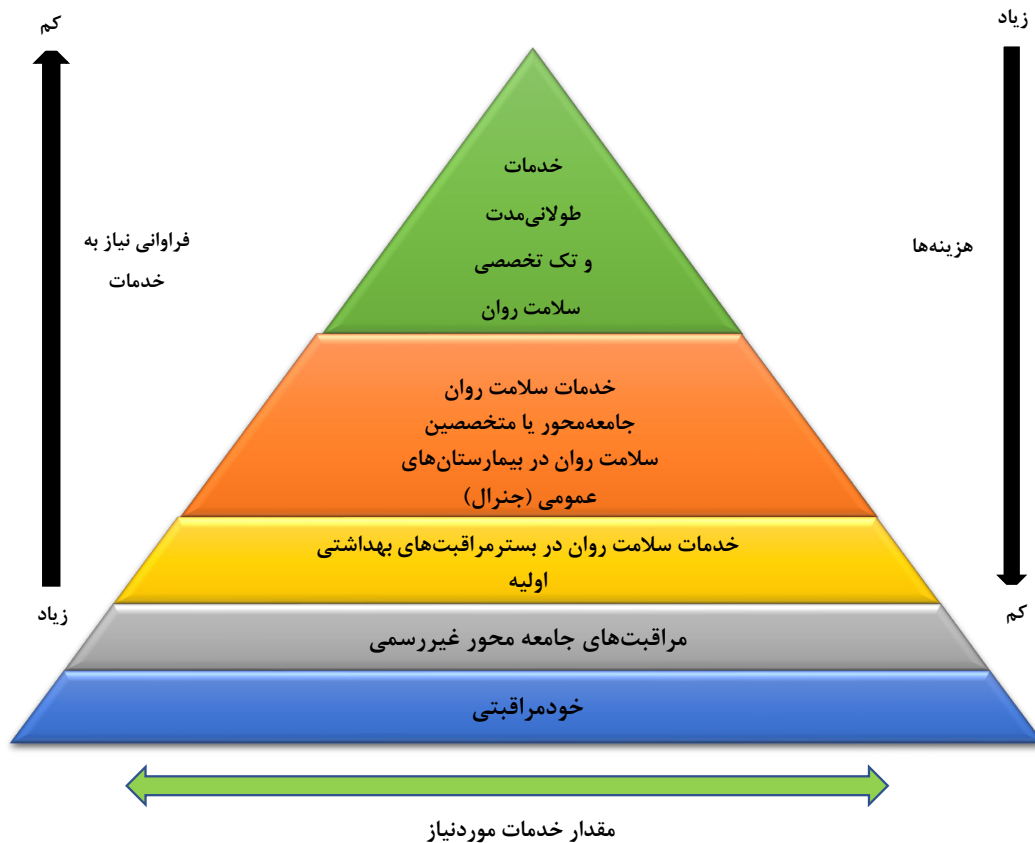
شکل ۲. اجزای خدمات سلامت روان [۱۷]



شکل ۲ نشان می‌دهد که خدمات سلامت روان به‌طور کلی در سه دسته خدمات عمومی، مبتنی بر جامعه و خدمات سلامت روان در بستر بیمارستان‌های تخصصی قرار می‌گیرند. ارائه این خدمات در هر یک از سطوح مذکور نیازمند الزاماتی از قبیل تربیت نیروی متخصص، گستردگی خدمات و سازوکارهای افزایش دسترسی به‌منظور کاهش هزینه‌های بیماران، نظام سلامت و... خواهد بود. البته باید در نظر داشت که گستردگی هر یک از این سطوح به تناسب نوع خدمات ارائه شده متفاوت خواهد بود. مطابق گزارش سازمان بهداشت جهانی، به‌رغم نیاز به خدمات تخصصی مبتنی بر بیمارستان، نیاز به این سطح از خدمات در مقایسه با مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات مبتنی بر جامعه به‌طور قابل توجهی کمتر است.

نظر به موارد مذکور و در نظر داشتن مؤلفه‌هایی از جمله دسترسی، جامعیت خدمات، هماهنگی و تداوم مراقبت‌ها، اثربخشی خدمات و عدالت در سازمان‌دهی این خدمات، سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود در سال ۲۰۰۳ ترکیب سازنده‌ای از اجزای مذکور را ارائه کرده است که برحسب گستردگی آنها در یک هرم قرار گرفته‌اند [۱۷]. در نظر گرفته شدن ترکیب بهینه خدمات در این حوزه، می‌تواند توجیه مناسبی را مبنی بر گنجانیدن برخی خدمات و میزان گستردگی آنها در نظام خدمات سلامت روان ارائه نماید. برای نمونه بیمارستان‌های روانی، که اساساً مراقبت‌های نگهداری طولانی‌مدت را ارائه داده است، لیکن با توسعه طیف خدمات ارائه شده در مراکز جامعه‌محور، نیاز به بیمارستان‌های تک تخصصی روانی کمتر خواهد شد. شکل ۳ روابط بهینه بین اجزای مختلف را نشان می‌دهد:

شکل ۳. سازمان‌دهی خدمات سلامت روان [۱۷]



همان‌طور که در شکل ۳ نشان داده شده است، خدمات مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان یک بستر ارائه برای بهبود سلامت روانی جمعیت از سه محور اساسی ارائه خدمات به‌هم‌پیوسته شامل «خودمراقبتی و مراقبت‌های سلامت روان غیررسمی»، «مراقبت‌های بهداشتی اولیه»، «مراقبت‌های سلامت روان تخصصی» تشکیل شده است [۱۸].

مطابق این هرم، در سطوح پایین‌تر، نیازهای سلامت روان افراد بیشتر، اما با هزینه‌های کمتر است و به تدریج در سطوح بالاتر نیاز به خدمات تخصصی‌تر با هزینه‌های بالاتر بیشتر می‌شود. به عبارتی هرم مذکور اشاره دارد که خدمات غیررسمی سلامت روان از جمله مراقبت‌های اجتماعی و خودمراقبتی (دو سطح پایین هرم) باید بخش عمده مراقبت‌های سلامت روان را تشکیل دهند [۱۸]. در سطح نخست، فرد با حمایت از سوی مراقبین، به پیشگیری و مقابله با بیماری‌های روانی اقدام می‌کند. عموماً خودمراقبتی زمانی مؤثرتر است که مبتنی بر برنامه‌های ارتقای سلامت در سراسر جمعیت انجام شود. در این میان، مداخلات ارتقای سلامت ارائه شده در سطح جمعیت می‌تواند در بهبود سواد سلامت روان از طریق کمک به افراد در شناخت مشکلات یا بیماری‌ها، افزایش دانش آنها در مورد علل اختلالات و راهکارهای درمان و اطلاع‌رسانی به آنها درباره نحوه و مکان مراجعه برای دریافت خدمات مهم باشد [۱۷]. مراقبت‌های بهداشتی غیررسمی در سطح دوم، شامل ارائه‌دهندگان خدماتی می‌شود که بخشی از سیستم رسمی مراقبت‌های بهداشتی نیستند، اما معمولاً بسیار در دسترس و قابل قبول‌ترند؛ زیرا آنها اعضای جدایی‌ناپذیر جامعه محلی‌اند. این قبیل حمایت‌های مرتبط با سلامت روان توسط درمانگران سنتی، کارکنان بهداشتی غیرمتخصص، متخصصان سایر بخش‌ها، خانواده و... صورت می‌گیرد [۱۹].



در صورتی که نیازهای مراقبتی فرد در این دو سطح برآورده نشود، وارد سطح رسمی سیستم بهداشتی-درمانی نظام سلامت روان، در بستر نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌شود. ارائه خدمات سلامت روان از طریق مراقبت‌های بهداشتی اولیه، جزئی اساسی از بستر ارائه مراقبت‌های سلامت روان است؛ زیرا به‌عنوان اولین سطح مراقبت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی رسمی عمل می‌کند. تأکید شدید بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی به این دلیل است که خدمات ارائه شده در این سطح از نظام سلامت عموماً برای افراد، خانواده‌ها و جوامع قابل دسترس، مقرون به صرفه و قابل قبول است. بر این اساس، در جایی که ارائه مراقبت‌های سلامت روان در این خدمات ادغام می‌شود، دسترسی بهبود می‌یابد، اختلالات روان‌شناختی به احتمال زیاد شناسایی و درمان می‌شوند و مشکلات سلامت جسمی و روانی می‌توانند به‌طور یکپارچه مدیریت شوند.

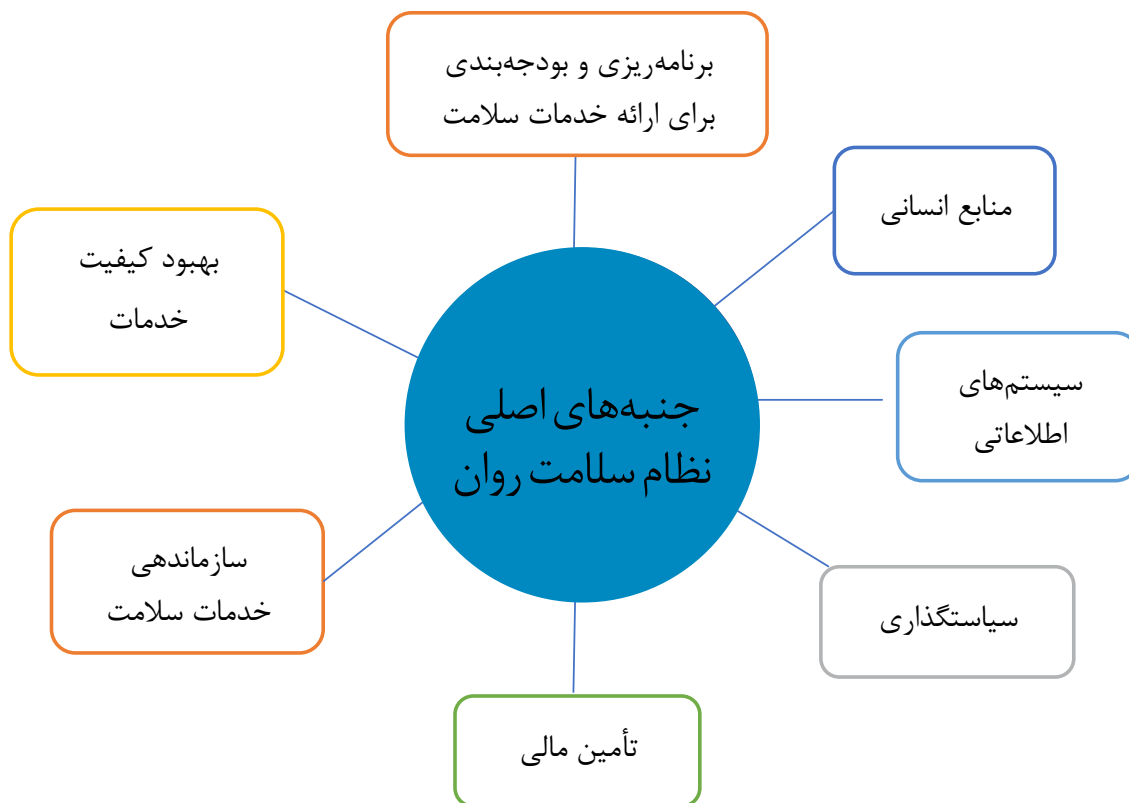
در این مرحله، در صورت نیاز فرد به خدمات سرپایی تخصصی سلامت روان، به **مراکز جامعه‌محور** ارجاع داده می‌شوند که مراقبت اولیه جامع و مقرون به صرفه را برای همه، صرف نظر از درآمد یا وضعیت بیمه، ارائه می‌دهند و اغلب توسط تیم‌های چند رشته‌ای از متخصصان فعالیت می‌کنند. این مراکز در مناطق محروم از نظر پزشکی قرار دارند یا به جمعیت‌هایی با دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی خدمات ارائه می‌دهند. این مراکز بر مداخله زودهنگام، تداوم مراقبت و ادغام خدمات سلامت روان با مراقبت‌های اولیه برای افزایش دسترسی و کاهش نیاز به بستری شدن در بیمارستان تمرکز می‌کنند. همچنین در این مرحله، در صورت نیاز ممکن است ارائه خدمات در منزل انجام شود و در صورت وجود نیازهای شدید سلامت روان، فرد برای دریافت خدمات به بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی یا در سطح بالاتر به بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی ارجاع داده می‌شود که با سازمان‌دهی مناسب خدمات مطابق این هرم، تعداد کمتری از افراد به خدمات تخصصی‌تر در بستر بیمارستان‌های تک تخصصی و بستری طولانی‌مدت نیاز خواهند داشت [۲۰].

البته باید در نظر داشت که هیچ‌یک از محورهای مندرج در هرم سازمان‌دهی خدمات سلامت روان، به تنهایی نمی‌تواند تمام نیازهای سلامت روان افراد را برآورده کند، بلکه ارتقای نظام سلامت روان نیازمند ارتباط میان محورهای مذکور است. برای مثال، تعامل و ارتباط میان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و مراقبت‌های سطوح تخصصی‌تر به‌منظور ارجاع فرد برای درمان، پیشگیری از عود بیماری و... ضرورت دارد. همچنین ارتقای سواد سلامت روان و افزایش خودمراقبتی در حوزه سلامت روان در میان جامعه مستلزم تقویت و راهنمایی مراقبین و کارشناسان حوزه سلامت روان در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که می‌تواند از طریق برگزاری جلسات گروهی، در بستر فضای مجازی یا توزیع پلتفرم‌های سلامت روان برای افزایش سلامت روان و... صورت پذیرد [۱۹].

۴. جنبه‌های اساسی نظام ارائه خدمات سلامت روان

نظام سلامت روان دارای برخی جنبه‌ها و ابعاد اساسی است که باید در آسیب‌شناسی‌های مرتبط با این حوزه مدنظر قرار گیرد. براساس مجموعه گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در این خصوص، منابع انسانی، بهبود کیفیت خدمات سلامت روان، سیستم‌های اطلاعاتی، تأمین مالی، برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی برای ارائه خدمات سلامت روان، سیاستگذاری و سازمان‌دهی خدمات سلامت روان از جمله جنبه‌های اصلی نظام سلامت روان محسوب می‌شوند.

شکل ۴. جنبه‌های اصلی نظام سلامت روان [۱۷]

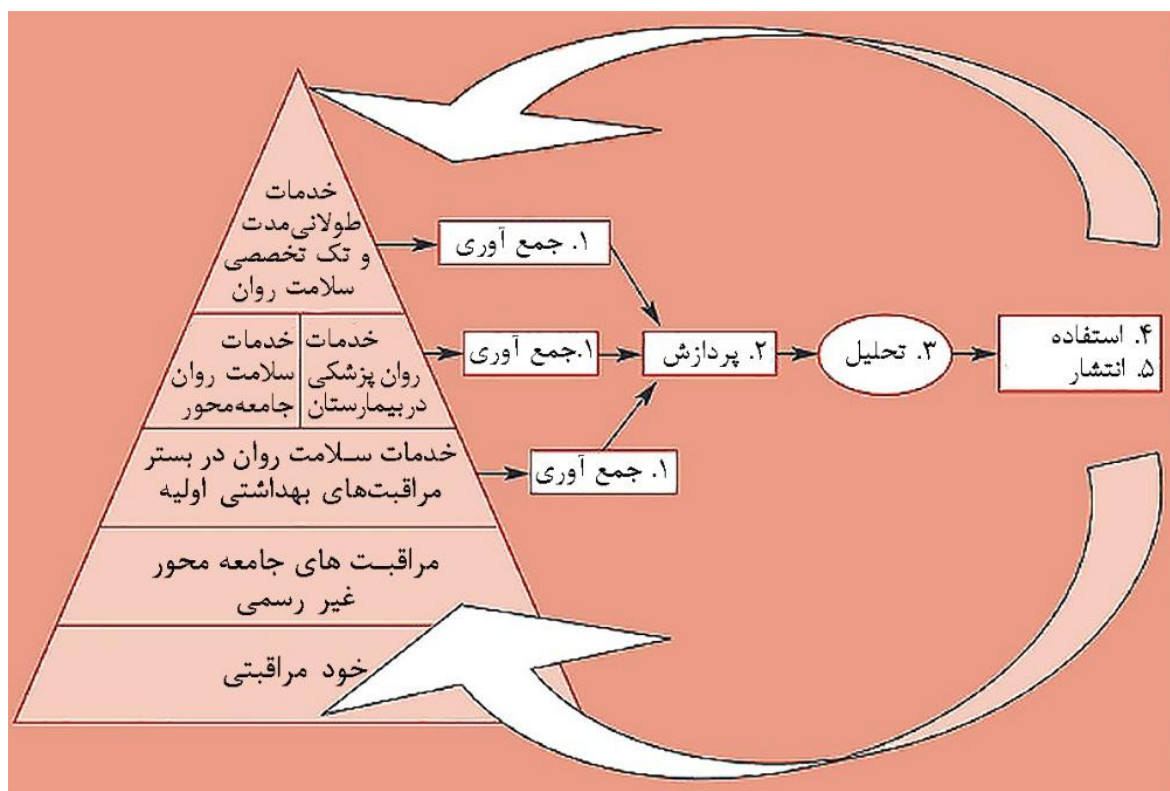


از جمله جنبه‌های مورد اهمیت در بحث سلامت روان، **نظام تأمین مالی** این خدمات است که به‌عنوان یک عامل مهم در ایجاد یک سیستم سلامت روانی پایدار مؤثر است. اما براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، وجود برخی چالش‌ها در این خصوص، از جمله تفاوت میان منابع کشورها و میزان اختصاص آنها به این حوزه، ناقص بودن یا در دسترس نبودن داده‌های مربوط به سلامت روان، تکه‌تکه شدن جریان‌های مالی، کمبود بودجه در این حوزه و به‌ویژه اولویت داشتن خدمات درمانی بر پیشگیری، نظام ارزیابی و ارتقای سلامت روان و دستیابی به اهداف این حوزه را با مانع روبه‌رو کرده است [۱۷]. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، نزدیک به ۲۸ درصد از کشورها بودجه جداگانه‌ای برای سلامت روان ندارند. از کشورهایی که چنین بودجه‌هایی دارند، ۳۷ درصد کمتر از ۱ درصد بودجه بهداشتی خود را برای سلامت روان صرف می‌کنند. بنابراین بین بار اختلالات روانی و منابع اختصاص داده شده به خدمات سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد [۱۷].

کیفیت در مراقبت‌های سلامت روان نیز از دیگر ابعاد مهم در این حوزه قلمداد می‌شود؛ زیرا کیفیت خوب تضمین می‌کند که افراد مبتلا به اختلالات روانی مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت کرده‌اند و کیفیت زندگی و علائم مربوط به اختلال آنها بهبود یافته است [۲۱]. بر این اساس، ارتقای کیفیت خدمات با هدف کاهش تأثیر اختلال و بهبود کیفیت زندگی افراد، ارتقای سطح خدمات در حوزه‌های پیشگیری، درمان و توان‌بخشی سلامت روان و استفاده کارآمدتر و مؤثرتر از منابع کمیاب در این حوزه صورت می‌گیرد. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، اقداماتی از قبیل تعیین خط‌مشی، طراحی سند استاندارد با مشارکت ذی‌نفعان، ایجاد رویه‌های اعتباربخشی و نظارت مستمر بر خدمات و در صورت نیاز اصلاح سازوکارهای موجود می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات سلامت روان کمک نماید [۲۱].

سیستم اطلاعات سلامت روان (MHIS)^۱ از دیگر مؤلفه‌های اساسی در نظام سلامت روان است. این سیستم با هدف بهبود اثربخشی و کارایی خدمات سلامت روان و ارائه عادلانه آن از طریق توانمندسازی مدیران و ارائه‌دهندگان خدمات به کار گرفته می‌شود. با توجه به اهمیت این سیستم در نظام سلامت روان، سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود با عنوان «سیستم‌های اطلاعات سلامت روان» پنج گام جمع‌آوری داده‌ها، پردازش، تجزیه و تحلیل، انتشار و استفاده را به‌عنوان مراحل اصلی این سیستم در نظر گرفته است [۲۲].

شکل ۵. مراحل سیستم‌های اطلاعات و ترکیب بهینه از خدمات سلامت روان [۲۲]



در این فرایند، تعداد افراد مبتلا به اختلال روانی، تعداد مراجعه فرد مبتلا، مداخلات مورد استفاده (دارو، مشاوره و...)، مدت مشاوره، فهرست وظایف کارکنان، فهرست داروهای به کار گرفته شده در آن مراکز بهداشتی یا جامعه‌نگر یا در بیمارستان‌ها تعداد پذیرش، مدت زمان بستری، وضعیت سلامت در زمان ترخیص، تعداد تخت، تعداد پذیرش‌های قضایی، تعداد ارجاعات و... اطلاعاتی است که می‌تواند احصا شود و در سیستم اطلاعات سلامت روان مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد [۲۲]. باید در نظر داشت که وجود چنین سیستم اطلاعاتی جامع، ضمن اینکه می‌تواند به‌عنوان ابزار مناسبی برای برنامه‌ریزی و ارائه خدمات با کیفیت و اثربخش سلامت روان محسوب شود، در نظارت بر اجرای سیاست‌ها و ارزیابی‌ها و همچنین بهبود مداوم کیفیت خدمات ارائه شده نیز اثرگذار خواهد بود [۲۲].

منابع انسانی از دیگر جنبه‌های نظام سلامت روان و به‌عنوان مهم‌ترین دارایی خدمات این حوزه به شمار می‌رود که بخش زیادی از بودجه سالیانه نظام سلامت روان را به خود اختصاص می‌دهد. اما در اغلب کشورها برنامه‌ریزی، آموزش و ارتقای مهارت و همچنین تأمین و توزیع منابع انسانی در این حوزه به‌عنوان مهم‌ترین چالش نظام سلامت روان محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی در این خصوص، پیش‌بینی

1. Mental Health Information System (MHIS)

تعداد پرسنل مورد نیاز و تدوین سیاست‌های معطوف به تأمین نیروی انسانی مرتبط با خدمات سلامت روان و همچنین آموزش و نظارت مداوم در راستای ارائه خدمات با کیفیت به افراد را توصیه کرده است. بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، برنامه‌ریزی برای منابع انسانی معمولاً به شکل یک چرخه است که با تجزیه و تحلیل موقعیت و نیازسنجی منابع انسانی شروع و با تعیین اهداف و پیاده‌سازی آن در مرحله اجرا انجام می‌شود [۲۳].

سیاست‌گذاری / قانونگذاری در حوزه سلامت روان، چارچوب و استانداردهایی را برای حمایت / ارتقای حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی و سایر مشکلات مربوط به حوزه سلامت روان، اصول، ارزش‌ها، اهداف و برنامه‌های مرتبط با آن را ارائه می‌کند [۳]. برخی کشورها در حال تصویب یا اصلاح قوانین مرتبط با سلامت روان‌اند. با توجه به وجود برخی قوانین در حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی و اثرگذاری آنها بر سلامت روان جامعه (بروز تبعیض، محرومیت، اعمال اجباری، مراقبت‌های بی کیفیت و...) ضرورت در نظر داشتن قوانین مجزا در حوزه سلامت روان بیش از گذشته اهمیت یافته است [۲۴]. بر اساس توصیه سازمان بهداشت جهانی، قانون سلامت روان شامل مقرراتی است که برای حمایت و کنترل بیماران، سامان‌دهی خدمات، فرایند تجدیدنظر، ترخیص و حمایت از اموال بیماران و... تدوین می‌شود. بر اساس گزارش این سازمان در سال ۲۰۰۵، بیش از ۳۰ درصد کشورها (بیش از یک‌سوم جمعیت جهان) قانون سلامت روان مستقل ندارند. این در حالی است که با پیشرفت علمی در این حوزه و افزایش آگاهی مردم نسبت به حقوق بیماران، ضرورت تدوین قانون / سیاستی مستقل در حوزه سلامت روان وجود دارد [۲۵].

۵. نظام سلامت روان در ایران

۵-۱. قوانین و مقررات مرتبط با سلامت روان در کشور

جدول ۱ مروری بر قوانین و اسناد بالادستی در کشور را نشان می‌دهد که در برخی سیاست‌ها به مقوله سلامت روان یا مؤلفه‌های مؤثر بر آن اشاره شده است که به شرح جدول ۱ به آنها اشاره می‌شود:

جدول ۱. قوانین و اسناد بالادستی سلامت روان در کشور

عنوان سیاست / قانون	سال / مرجع تصویب	محتوای سیاست
قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش	۱۳۶۶ / مجلس شورای اسلامی	ماده (۱۰)، بند «۱۳»: انجام اقدامات لازم به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان کشور با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تبصره: آیین‌نامه اجرایی این بند مشترکاً توسط وزارتین آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.
منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران	مصوب جلسه ۵۴۶ مورخ ۱۳۸۳/۰۶/۳۱ شورای عالی انقلاب فرهنگی	۱۵. حق برخورداری دختران از نفقه، شامل: مسکن، پوشاک، تغذیه سالم و کافی و تسهیلات بهداشتی جهت تأمین سلامت جسمانی و روانی. ۱۷. حق تأمین نیازهای عاطفی و روانی دختران و برخورداری از رفتار ملامت‌آمیز والدین و مصونیت آنان از خشونت‌های خانوادگی. ۳۰. حق و مسئولیت سکونت مشترک و حسن معاشرت و تأمین امنیت روانی در روابط با همسر و حق اعتراض و طرح دعوا در مراجع قانونی در صورت سوء معاشرت همسر. ۴۷. حق برخورداری از سلامت جسمانی و روانی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی با توجه به ویژگی‌های زنان در مراحل مختلف زندگی و مسئولیت حفاظت از آن. ۵۰. حق بهره‌مندی از برنامه‌ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب جهت پیشگیری از بیماری و درمان بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی زنان. ۵۸. حق بهره‌مندی زنان و دختران آسیب‌دیده جسمی، ذهنی روانی و در معرض آسیب از امداد رسانی و توان‌بخشی مناسب.



عنوان سیاست / قانون	سال / مرجع تصویب	محتوای سیاست
آیین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان	۱۳۸۴ / هیئت وزیران	ماده (۴): وزارت آموزش و پرورش با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در جهت ارتقای سطح سلامت روان دانش‌آموزان نسبت به تدوین برنامه آموزش مهارت‌های زندگی اقدام نماید.
قانون حمایت از حقوق و مسئولیت‌های زنان در عرصه‌های داخلی و بین‌المللی	مصوب ۱۳۸۵/۱۱/۱۵ مجلس شورای اسلامی	ماده (۲): دولت موظف است در راستای تحقق اصول بیستم (۲۰) و بیست و یکم (۲۱) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران، زمینه‌های تبیین و تحقق عملی حقوق و مسئولیت‌های زنان در عرصه‌های داخلی و بین‌المللی را براساس سند مرجع (منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۰۶/۳۱ شورای عالی انقلاب فرهنگی) فراهم نماید. تبصره: از تاریخ تصویب این قانون، کلیه قوانین و مقررات و معاهدات مغایر با منشور فوق ملغی و فاقد اعتبار است.
نقشه جامع علمی سلامت	۱۳۸۹ / شورای عالی انقلاب فرهنگی	ماده (۴۸): وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با بازنگری دستورالعمل‌ها و متون آموزشی و ترویجی خود در جهت افزایش باروری و ثمرات بارداری و زایمان طبیعی در سلامت بانوان، هزینه‌های روحی، روانی و اقتصادی دوران بارداری را کاهش دهد و از القای هرگونه ترس و هراس نسبت به امر بارداری ذیل عباراتی از قبیل پرخطر و ناخواسته در شبکه بهداشت، ممانعت به عمل آورد و از عبارت مراقبت ویژه به‌جای آنها استفاده کند.
سند تحول بنیادین آموزش و پرورش	۱۳۹۰ / شورای عالی انقلاب فرهنگی	راهکار ۳/۷: ارائه خدمات مشاوره‌ای - تربیتی در کلیه سطوح تحصیلی برای افزایش سلامت جسمی و روحی دانش‌آموزان.
نقشه مهندسی فرهنگی کشور	۱۳۹۱ / شورای عالی انقلاب فرهنگی	ارتقای مهارت‌های زندگی، حمایت از سالمندان و تأمین و ارتقای بهداشت جسمی و روانی، تعلیم، تکریم و تأمین سلامت جسمی و روحی، امنیت و حقوق همه‌جانبه کودکان و نوجوانان.
سیاست‌های کلی ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش	۱۳۹۲ / ابلاغی مقام معظم رهبری	۲-۵. ارتقای سلامت جسمی و روحی معلمان و دانش‌آموزان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی.
قانون مجازات اسلامی	۱۳۹۲ / مجلس شورای اسلامی	ماده (۱۵۰)، تبصره «۲»: قوه قضائیه موظف است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه قضایی برای نگهداری افراد موضوع این ماده (مجرمین مجنون یا مرتکب که در جرائم موجب تعزیر که پس از وقوع جرم مبتلا به جنون می‌شوند) تدارک ببیند. تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می‌شود.
سیاست‌های کلی سلامت	۱۳۹۳ / ابلاغی مقام معظم رهبری	۳. ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقای شاخص‌های سلامت روانی.
سیاست‌های کلی خانواده	۱۳۹۵ / ابلاغی مقام معظم رهبری	۱۵. اتخاذ روش‌های حمایتی و تشویقی مناسب برای تکریم سالمندان در خانواده و تقویت مراقبت‌های جسمی و روحی و عاطفی از آنان.
قانون برنامه ششم توسعه (بند «ج» ماده (۱۰۲))	۱۳۹۵ / مجلس شورای اسلامی	ج) آموزش و مشاوره مستمر و مسئولانه نوجوانان و جوانان با اولویت خانواده‌ها قبل، حین و دست‌کم پنج سال پس از ازدواج توسط همه دستگاه‌های ذی‌ربط، به‌ویژه وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ورزش و جوانان، سازمان بهزیستی، مؤسسات آموزشی عمومی و آموزش عالی دولتی و غیردولتی، سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره و سایر نهادهای ذی‌ربط با برخورداری خدمات مشاوره و روان‌شناسی از تسهیلات و مزایای بیمه‌های پایه و تکمیلی.

عنوان سیاست / قانون	سال / مرجع تصویب	محتوای سیاست
قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (جزء «۵» بند «پ» ماده (۵۷))	۱۳۹۵ / مجلس شورای اسلامی	اجرای طرح‌های غربالگری اجتماعی، امداد اجتماعی و توانمندسازی اقشار و گروه‌های نیازمند و آسیب‌پذیر مبتنی بر توان‌بخشی جسمی، روانی و خانوادگی و آموزش مهارت‌های زندگی و ارائه انواع مساعدت‌ها و حمایت‌های اجتماعی به افراد آسیب‌دیده و نیازمند واجد شرایط.
قانون حمایت از اطفال و نوجوانان	۱۳۹۹ / مجلس شورای اسلامی	موارد زیر در صورتی‌که طفل یا نوجوان را در معرض بزه‌دیدگی یا ورود آسیب به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، اخلاقی، امنیت یا وضعیت آموزشی وی قرار دهد، وضعیت مخاطره‌آمیز محسوب شده و موجب مداخله و حمایت قانونی از طفل و نوجوان می‌شود: (ب) ابتلای هریک از والدین، اولیا یا سرپرستان قانونی به بیماری با اختلال‌های رفتاری، روانی یا شخصیتی یا بیماری‌های جسمی واکیر معب‌العلاج به تشخیص پزشکی قانونی.
بند «ج» ماده (۷۳) قانون برنامه هفتم پیشرفت	۱۴۰۳ / مجلس شورای اسلامی	سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت مکلف‌اند در طول اجرای برنامه، حداقل پنج درصد (۵٪) از اعتبارات مصوب سالیانه خود را جهت ارتقای اصول پیشگیری در سطح جامعه در موارد خودمراقبتی (پایش عوامل خطر متابولیک)، ورزش، تغذیه سالم، بهداشت روان و مهار (کنترل) مصرف دخانیات براساس اطلاعات موجود در پایگاه ملی سلامت یا پرونده الکترونیکی سلامت در قالب مشوق‌های مختلف برای بیمه‌شدگان از جمله تخفیف در حق بیمه هزینه نمایند. آیین‌نامه اجرایی این بند توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می‌شود و به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد.
بند «ج» ماده (۸۹) قانون برنامه هفتم پیشرفت	۱۴۰۳ / مجلس شورای اسلامی	(ج) به‌منظور غنی‌سازی برنامه‌های قرآنی، فرهنگی، هنری و ورزشی در مدارس و تأمین سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان و پیشگیری یا مقابله به‌نگام و مؤثر با آسیب‌ها و مخاطرات اجتماعی دانش‌آموزان با بهره‌گیری از انواع روش‌های تربیتی و با استفاده از ظرفیت دستگاه‌های اجرایی، مساجد، آستان‌های مقدس و حوزه‌های علمیه گروه‌های جهادی، سازمان‌های بسیج مستضعفین، بسیج دانش‌آموزی و بسیج فرهنگیان و سازمان دانش‌آموزی جمهوری اسلامی ایران، اتحادیه انجمن‌های اسلامی دانش‌آموزان، اردوگاه‌های وزارت آموزش و پرورش، کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان، فدراسیون ورزش دانش‌آموزی و مشارکت دانش‌آموزان مستعد و علاقه‌مند و خانواده‌ها، براساس «نظام جامع امور تربیتی» و «نظام مراقبت‌های اجتماعی دانش‌آموزان» که ظرف ۶ ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون، توسط وزارت آموزش و پرورش و با همکاری دستگاه‌ها و نهادهای مذکور تهیه می‌گردد، نسبت به تسهیل‌گری و فراگیر کردن انواع روش‌های تربیتی، از جمله اردوهای علمی، فرهنگی، ورزشی، زیارتی، راهیان نور، اردوهای جهادی و راهیان پیشرفت دانش‌آموزی، ب رعایت ملاحظات تربیتی از محل منابع حاصل از اجاره و ارائه خدمات موضوع ماده (۲) قانون تنظیم برخی از مقررات مالی، اداری و پشتیبانی وزارت آموزش و پرورش و سایر اعتبارات مصوب اقدام نماید.
بند «ب» ماده (۹۲) قانون برنامه هفتم توسعه	۱۴۰۳ / مجلس شورای اسلامی	(ب) سازمان (وزارت آموزش و پرورش) مکلف است به‌منظور تأمین سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان و مقابله به‌نگام و مؤثر با آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان، با استفاده از ظرفیت‌های قانونی در اختیار از جمله ظرفیت‌های سازمان‌ها و نهادهای متولی، اعم از وزارت کشور، سازمان‌های بهزیستی کشور و صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، شورای اجتماعی کشور و دستگاه‌های درمانی، حمایتی، انتظامی، قضایی، فرهنگی، ورزشی و تربیتی و تجمیع منابع قابل اختصاص برای این امر اقدام نماید.

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

به‌طور کلی سیاست‌های سلامت روان در ایران بر پایه ارتقای سلامت روانی جامعه، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و گسترش آموزش‌های اخلاقی و مهارتی تدوین شده‌اند. در سیاست‌های کلی سلامت، بر ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده و کاهش تنش‌های اجتماعی تأکید شده است. همچنین، قانون برنامه ششم توسعه با هدف کاهش آسیب‌های اجتماعی، حمایت از بیماران روانی مزمن و



سالمندان را در دستور کار قرار داده است. از جمله اقدامات این قانون، تداوم اجرای طرح سامان‌دهی و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل ۷۵ درصدی جمعیت هدف تا پایان برنامه توسعه است. همچنین، در برنامه هفتم پیشرفت، بیمه‌های پایه سلامت مکلف شده‌اند که بخشی از اعتبارات خود را برای بهداشت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی اختصاص دهند.

در حوزه آموزش و پرورش، قوانین متعددی به ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان و معلمان پرداخته‌اند. براساس بندهای مختلف قوانین آموزش و پرورش، وزارت آموزش و پرورش موظف است با همکاری وزارت بهداشت، برنامه‌های جامعی برای تأمین و ارتقای سلامت جسمی و روانی دانش‌آموزان اجرا کند. این سیاست‌ها شامل ارائه مشاوره، آموزش مهارت‌های زندگی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است.

علاوه بر این، سیاست‌های فرهنگی و علمی کشور نیز به سلامت روان توجه ویژه‌ای دارند. نقشه مهندسی فرهنگی کشور و نقشه جامع علمی سلامت، بر حمایت از سالمندان، تأمین سلامت روانی دانشجویان و ارتقای مهارت‌های زندگی تأکید دارند. همچنین، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ایجاد مراکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی-ایرانی در دانشگاه‌ها را الزامی کرده است. این قانون همچنین وزارت بهداشت را مکلف کرده است که سیاست‌های خود را برای کاهش استرس و هزینه‌های روحی و روانی دوران بارداری بازنگری کند. مجموع این سیاست‌ها نشان‌دهنده تلاش گسترده برای ارتقای سلامت روان در سطوح مختلف جامعه است.

بررسی سیاست‌ها، قوانین و مقررات موجود در کشور ایران نشان از توجه به چندبعدی بودن این حوزه دارد. به طوری که در راستای اجرای بند «۳» سیاست‌های کلی سلامت، علاوه بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت همه‌جانبه در کشور، به موجب برخی قوانین و مقررات، تکالیفی در ارتباط با سلامت روان بر عهده دستگاه‌های مختلف، از جمله سازمان بهزیستی کل کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت ورزش و جوانان، و قوه قضائیه، قرار داده که همکاری آنها با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان گام مؤثر و اصلی در ارتقای نظام سلامت روان در کشور است. در جدول ۲ به این موارد اشاره شده است:

جدول ۲. دستگاه‌های مرتبط با حوزه سلامت روان در کشور

نام دستگاه	عنوان قانون	حکم قانونی
سازمان بهزیستی کل کشور	بند «۸» ماده (۵۷) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (مجلس شورای اسلامی / سال ۱۳۹۵)	مرجع صدور پروانه تأسیس و فعالیت مراکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان‌شناختی اجتماعی
	ماده (۸) آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۸۰) قانون برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران	فراهم کردن بسترهای لازم جهت ارائه خدمات غیرحضوری و قرار دادن در اختیار مراکز تحت پوشش خود
وزارت آموزش و پرورش	بند «۱۳» ماده (۱۰) قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش (مجلس شورای اسلامی / سال ۱۳۶۶)	انجام اقدامات لازم به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان
سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور	بند «۱» ماده (۲) قانون تشکیل سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور (مجلس شورای اسلامی / سال ۱۳۸۲)	تلاش برای ارتقای سطح دانش روان‌شناسی و مشاوره
وزارت ورزش و جوانان	جزء «۱۰» بند «پ» ماده (۴) قانون اهداف، وظایف و اختیارات وزارت ورزش و جوانان (مجلس شورای اسلامی / سال ۱۳۹۹)	حمایت و توانمندسازی جوانان با ایجاد مراکز تخصصی مشاوره ازدواج و خانواده در راستای تحقق سیاست‌های کلی جمعیت
	ماده (۸) آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۸۰) قانون برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران	فراهم کردن بسترهای لازم جهت ارائه خدمات غیرحضوری و قرار دادن در اختیار مراکز تحت پوشش خود

نام دستگاه	عنوان قانون	حکم قانونی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	ماده (۳۶) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (مجلس شورای اسلامی / سال ۱۴۰۰)	تأسیس مراکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی ایرانی در مراکز آموزش عالی
	آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۸۰) قانون برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران	تدوین برنامه‌های نوآموزی و بازآموزی مستمر مشاوران منطبق با پیشرفت‌های علمی روز و با همکاری مراجع ذیصلاح صدور مجوز موضوع ماده (۴) این آیین‌نامه
قوه قضائیه	ماده (۱۶) قانون حمایت خانواده (مجلس شورای اسلامی / سال ۱۳۹۱)	ایجاد مراکز مشاوره خانواده در کنار دادگاه‌های خانواده

مأخذ: همان.

۲-۵. اقدامات انجام شده در حوزه سلامت روان

با استناد به قوانین مذکور، به مهم‌ترین اقدامات هر یک از دستگاه‌های مرتبط اشاره می‌شود:

۱-۲-۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خدمات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه سلامت روان در دو محور خدمات پیشگیری و درمان ارائه می‌شود.

الف) خدمات پیشگیری

خدمات پیشگیری در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد از طریق کارشناسان سلامت روان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارائه می‌شود و به ازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت، یک کارشناس سلامت روان در کشور به ارائه خدمات پیشگیرانه سلامت روان مشغول‌اند. برنامه‌های تشخیص و مراقبت از اختلالات شایع روان‌شناختی در مراکز جامع شهری در جهت شناسایی بهنگام اختلالات سلامت روان، طی فرایندی از مسیر غربالگری توسط بهورز، ماما / مراقب سلامت (از طریق ارزیابی سلامت روان) آغاز می‌شود و موارد غربال مثبت برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع، و در صورت تشخیص اختلال متوسط در سطح یک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (دریافت مداخله مختصر پیشگیرانه توسط روان‌شناس) مدیریت، و موارد نیاز به ارائه خدمات تخصصی به مراکز ارائه خدمات سلامت روانی-اجتماعی (سراج) و سطح ۲ نظام سلامت ارجاع می‌شوند.

بر این اساس، در سطح اولیه، خدماتی از قبیل شناسایی بهنگام علائم و نشانه‌های دیسترس روان‌شناختی در کودکان، نوجوانان، جوانان، میان‌سالان و مادران باردار، شناسایی نشانه‌ها و علائم افسردگی در سالمندان، ارائه مداخلات آموزش روان‌شناختی توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک، تشخیص و مراقبت توسط پزشک و ارجاع به روان‌شناس و مداخله مختصر روان‌شناس صورت می‌گیرد. مطابق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، براساس این فرایند، در سال ۱۴۰۲، ۱۹۴۵۳۳۳۲ مورد ارزیابی سلامت روان در کل کشور در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ انجام گرفته که از این مجموع، ۸۷۲۰۲۸ مورد مثبت^۱ (۴٫۴۸ درصد) ارزیابی شده است (جدول ۳).

جدول ۳. ارزیابی سلامت روان در گروه سنی ۵۹-۱۵ سال در سال ۱۴۰۲ [۳۶]

تعداد موارد ارزیابی سلامت روان	تعداد موارد غربالگری مثبت	درصد موارد غربالگری مثبت به جمعیت غربال شده در سال ۱۴۰۲
۱۹,۴۵۳,۳۳۲	۸۷۲,۰۲۸	۴,۴۸

۱. افرادی که در غربالگری انجام گرفته به یک نوع از اختلالات روان‌شناختی مورد بررسی مبتلا هستند.



ب) ارائه خدمات سلامت روانی - اجتماعی در مراکز جامعه‌نگر (CMHC)

مراکز سراج از جمله مراکز جامعه‌نگر و تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارتقای کمی و کیفی خدمات سلامت روانی - اجتماعی در جامعه، تغییر و اصلاح نگرش مردم به مشکلات سلامت روان و انگ‌زدایی از آن، تقویت دسترسی به خدمات تخصصی، ارائه خدمات مراقبتی پس از ترخیص، توانمندسازی و نظارت بر تیم سلامت، کاهش عوامل خطر بروز اختلالات روان و مشکلات روانی - اجتماعی، ارائه خدمات مراقبت مشارکتی مبتنی بر ارجاع، ارائه خدمات مددکاری اجتماعی، پیگیری و مراقبت فعال و... ایجاد می‌شود و به تکمیل چرخه خدمات سلامت روان و کاهش آسیب اجتماعی و افزایش رضایت بیماران و خانواده‌ها کمک می‌کند.

مطابق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعداد مراکز سراج از ۳ مورد در سال ۱۳۹۴ به ۲۳ مورد در سال ۱۴۰۱ و به ۷۸ مورد در سال ۱۴۰۲ رسیده است. هر مرکز سراج ۳۰۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش دارد و با به کارگیری یک روان‌پزشک، پنج روان‌شناس، یک کاردرمانگر و یک مددکار به ارائه خدمات تخصصی و رایگان به جمعیت تحت پوشش خود در این حوزه می‌پردازد. با استناد به اهداف و اقدامات مرتبط با این مراکز، عملکرد اقدامات انجام شده در ۲۳ مرکز (تا پایان سال ۱۴۰۱) به تفکیک سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ به این شرح است:

جدول ۴. تعداد ویزیت روان‌پزشک، روان‌شناس و مددکار [۳۶]

سال	تعداد کل پرونده‌های تشکیل شده برای بیماران	تعداد بیماران دریافت‌کننده خدمات مددکاری	تعداد بیماران ویزیت شده توسط روان‌شناس	تعداد بیماران ویزیت شده (ویزیت اول) توسط روان‌پزشک	تعداد بیماران شدید روانی ویزیت شده در منزل
۱۴۰۱	۶۶۹۳	۴۸۳۴	۱۳۰۹۸	۶۱۷۱	۱۱۱۳
۱۴۰۲	۱۴۸۶۳	۴۹۸۲	۱۵۲۲۱	۹۸۷۹	۱۳۶۱
درصد رشد	۱۲۲,۱	۳,۱	۱۶,۲	۶۰,۱	۲۲,۳

باتوجه به ماهیت مراکز سراج و استقرار سیستم ارجاع از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، سازمان بهزیستی و سامانه نماد به این مراکز، همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده، با گسترش تعداد مراکز در سطح کشور در طی سال‌های ۱۴۰۱ - ۱۴۰۲ (رشد حدود ۲,۵ برابری)، ارجاع به این مراکز نیز افزایش یافته است. به طوری که تعداد کل پرونده‌های تشکیل شده برای بیماران بارشد حدود ۱,۵ برابری به ۱۴۸۶۳ مورد رسیده است.

جدول ۵. جلسات آموزش گروهی بیمار و خانواده بیماران شدید روانی [۳۶]

سال	تعداد جلسات آموزش گروه مهارت‌های اجتماعی	تعداد دوره‌های آموزش گروهی بیمار	تعداد دوره‌های آموزش گروهی خانواده
۱۴۰۱	۱۷۰۱	۷۸۶	۵۸۶
۱۴۰۲	۱۷۷۷	۱۵۱۲	۱۲۹۶

همچنین در این مراکز ۳۲۶۵۸ مورد در سال ۱۴۰۱ و ۴۶۳۹۳ مورد پیگیری تلفنی وضعیت بیماران در سال ۱۴۰۲ انجام گرفته است و در راستای ارائه خدمات مددکاری به بیماران در این مراکز، از مجموع ۶۶۹۳ پرونده تشکیل شده برای بیماران در سال ۱۴۰۱، ۴۸۳۴ بیمار و در سال ۱۴۰۲ از مجموع ۱۴۸۶۳ پرونده، تعداد ۴۹۸۲ بیمار خدمات مددکاری دریافت کرده‌اند.

ج) برنامه پیشگیری از خودکشی

این برنامه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با رویکرد پیشگیری از رفتارهای خودکشی، آگاهی جامعه و ظرفیت پاسخ‌گویی به موارد

مراجعه‌کننده با شکایت خودکشی و سایر موضوعات مرتبط و با هدف کاهش میزان اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در جمعیت عمومی به تمام افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی در معرض خطر یا اقدام‌کننده به خودکشی خدمات ارائه می‌کند. در این برنامه، اقداماتی از جمله غربالگری افکار خودکشی در موارد غربال مثبت، ارتقای سواد سلامت روان جمعیت عمومی در مورد مؤلفه‌های پیرامون رفتارهای خودکشی، ارتقای کمی و کیفی مداخلات و خدمات ارائه شده به جمعیت مذکور، سامان‌دهی انتشار اخبار و سایر محتوای انتشار یافته مرتبط با خودکشی در رسانه‌ها و کاهش دسترسی به روش‌های شایع و مهلک خودکشی و مبتنی بر اهداف و استراتژی‌های مندرج در برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی (آخرین اصلاح ۱۴۰۱) انجام می‌گیرد. مطابق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای برنامه‌های مذکور، اقداماتی به شرح جدول ۶ انجام شده است:

جدول ۶. اقدامات مرتبط با برنامه ملی پیشگیری از خودکشی در سال ۱۴۰۲ [۳۶]

ثابت موارد اقدام و فوت ناشی از خودکشی واقع شده*	برگزاری کارگاه‌های آموزشی یا بازآموزی پزشکان عمومی در خصوص پیشگیری از خودکشی**	برگزاری کارگاه آموزشی یا بازآموزی کارشناسان سلامت روان در خصوص پیشگیری از خودکشی**	برگزاری کارگاه آموزشی یا بازآموزی کارشناسان مراقب سلامت در خصوص پیشگیری از خودکشی**
حدود ۱۰۰ درصد	حدود ۸۵ درصد	۹۸ درصد	حدود ۷۰ درصد

د) برنامه‌های آموزشی

برنامه‌های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دو محور آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های فرزندپروری با هدف پیشگیری از اختلالات روان‌شناختی و مشکلات رفتاری کودکان و توانمندسازی والدین، ارتقای روابط والد و کودک در مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه انجام می‌گیرد. در این برنامه‌ها، اقداماتی از قبیل آموزش کارشناسان سلامت روان و بازآموزی کارشناسان ارائه‌دهنده آموزش‌ها در نظام مراقبت‌های اولیه و همچنین جلسات آموزش انفرادی و گروه مهارت‌های زندگی و فرزندپروری به جمعیت تحت پوشش انجام می‌شود.

مطابق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با توجه به حد انتظار در نظر گرفته شده برای هر یک از آموزش‌ها (تعداد ۷۷۰ نفر در آموزش مهارت‌های زندگی و ۸۵۰ نفر در آموزش فرزندپروری در سال ۱۴۰۲)، به ترتیب برنامه آموزش مهارت‌های زندگی ۷۰ درصد و آموزش مهارت‌های فرزندپروری به میزان ۹۱ درصد تحقق یافته است.

ه) اصول خودمراقبتی

برنامه مذکور با هدف ارتقای سواد سلامت روان جامعه و در قالب اقداماتی از جمله آموزش سالیانه کارشناسان سلامت روان / مراقب سلامت در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان، آموزش سالیانه مربیان آموزش بهورزی و همچنین بهورزان در دوره‌های آموزشی خودمراقبتی در سلامت روان، آموزش سالیانه سفیران سلامت براساس استاندارد روان‌شناس به سفیر سلامت (۵۳۰ نفر در سال به ازای هر کارشناس) انجام می‌گیرد.

۲-۵. وزارت آموزش و پرورش

در راستای اجرای اسناد بالادستی در حوزه سلامت روان کودکان و نوجوانان (سیاست‌های کلی ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش، قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش و آیین‌نامه اجرایی آن)، وزارت آموزش و پرورش اقداماتی را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان کشور و در قالب برنامه‌های راهنمایی و مشاوره، آموزش، پیشگیری و توانمندسازی و توسعه راهنمایی و مشاوره انجام داده است که به مهم‌ترین اقدامات این حوزه اشاره خواهد شد:



جدول ۷. برنامه‌ها و اقدامات وزارت آموزش و پرورش در راستای ارتقای سلامت روحی دانش‌آموزان [۳۷]

۱ برنامه‌های راهنمایی و مشاوره:

عنوان برنامه	اقدامات
برنامه‌های راهنمایی و مشاوره (ارائه خدمات جامع مشاوره‌ای از دوره ابتدایی تا متوسط دوم در حوزه سلامت جسمی و روحی دانش‌آموزان)	<p>– برقراری نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان (سامانه نماد) که با هدف شناسایی، ارجاع، درمان و مدیریت مورد در حوزه سلامت روان و اقدامات مرتبط با آن از جمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ایجاد ساختار منسجم و هماهنگ و یکپارچه‌سازی تمام فرایندها در سامانه نماد؛ • انجام ۴۴۵۳۱۱ مصاحبه تشخیصی در سامانه نماد برای دانش‌آموزان نیازمند دریافت خدمات؛ • ارجاع و ارائه خدمات تخصصی حمایتی- درمانی برای ۱۶۵۰۰۰ دانش‌آموز در مراکز مشاوره؛ • غربالگری ۶۶۰۰۰۰ نفر دانش‌آموز (در پایه‌های اول تا دهم) در سامانه نماد؛ • دریافت خدمت ۱۵۷۹۵۸ نفر از خط ملی نماد. <p>– تدوین شرح خدمات و ابزارهای غربالگری، تشخیص و درمان‌های مشاوره‌ای در مدرسه و تخصصی در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی؛</p> <p>– آموزش، سامان‌دهی و به‌کارگیری ۶۳۵۷۴ نفر رابط مشاور از همکاران با تحصیلات مرتبط؛</p> <p>– تهیه نقشه خطرپذیری کشوری، استانی، منطقه‌ای و مدرسه‌ای براساس نتایج غربالگری؛</p> <p>– تدوین کتاب «راهنمایی و آموزش مشاوره تلفنی ویژه خط ملی نماد- ۱۵۷۰»؛</p> <p>– توسعه، تقویت و فعال‌سازی بیش از ۶۵۰ مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی در مناطق کشور؛</p> <p>– تولید ۶۱۰ بسته آموزشی در بخش ارتقای حمایت اجتماعی و ۴۰۰ فیلم آموزشی در قالب یادگیری معکوس ویژه تمامی ذی‌نفعان؛</p> <p>– آموزش ارتقای ۵۹۸۶۵۳۷ نفر- ساعت به دانش‌آموزان، ۳۸۸۴۹۹۰ نفر- ساعت به کارکنان، ۴۸۴۳۵۱۵ نفر- ساعت به والدین؛</p> <p>– تأمین محتوای آموزشی با موضوع سبک فرزندپروری (ویژه اولیا و مربیان ابتدایی به میزان بیست ساعت)؛</p> <p>– برگزاری فعالیت‌های تبلیغی و ترویجی مانند «پویش مراقب خودت باش»؛</p> <p>– ارجاع ۹۹۸۶۹۷ مورد افراد شناسایی شده به مددکاری اجتماعی و ۱۲۵۱۶ تعداد به سایر دستگاه‌ها (خارج از چرخه نماد)؛</p> <p>– تقویت طرح رابطان مشاوره (پیگیری ایفای نقش مشاوره‌ای معلمان، برگزاری جلسات و توانمندسازی رابطان، ایجاد بانک اطلاعاتی از رابطان و...)</p> <p>– فعال‌سازی ۷۶۰ کارگروه مدیریت فوریت‌های روانی- اجتماعی و ارائه خدمات به ۵۶۰۰۰ دانش‌آموز دارای فوریت‌های روانی- اجتماعی؛</p> <p>– تبدیل تعداد ۳۲ مرکز مشاوره استانی به ۷۲۸ مرکز مشاوره منطقه‌ای به‌منظور افزایش دسترسی؛</p> <p>– ۶۹۱ مرکز فعال و درحال ارائه خدمات با ۳۷۰۰ درمانگر مشغول در مراکز و مراجعه ۴۵۵۰۶۳ نفر- اختلال به این مراکز در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲.</p>

۲ برنامه‌های آموزش، پیشگیری و توانمندسازی:

عنوان برنامه	اقدامات
آموزش، پیشگیری و توانمندسازی (آسیب‌شناسی مستمر اجتماعی و فردی دانش‌آموزان در تمام دوره‌های تحصیلی و برنامه‌های عملیاتی لازم در راستای ترویج، تقویت مستمر و تحکیم فضایل اخلاقی در محیط‌های تربیتی)	<p>– توانمندسازی دانش‌آموزان، کارکنان و اولیا در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر، آموزش مجازی در شبکه شاد و تولید فیلم‌های آموزشی کمک‌درسی به تفکیک مخاطبین؛</p> <p>– برگزاری دوره‌های تربیت مدرس نماد (آموزش ۳۰۰ مدرس در سطح کشور)؛</p> <p>– ارائه ۵۹۸۶۵۳۷ نفر- ساعت آموزش به دانش‌آموزان، ۳۸۸۴۹۹۰ نفر- ساعت آموزش به کارکنان مدرسه، ۴۸۴۳۵۱۵ نفر- ساعت آموزش به والدین؛</p> <p>– انجام برخی طرح‌های پیشگیرانه از قبیل طرح کانون یاریگران زندگی (آموزش و شبکه‌سازی تعداد ۴۰۸۸۹۸ دانش‌آموز به‌عنوان یاریگر زندگی)، فعالیت‌های ترویجی شیوه‌های زندگی سالم (شرکت ۳۲۸۰۹۶ دانش‌آموز)، طرح خانه یاریگران زندگی (افتتاح ۳۲ خانه در مراکز استان)؛</p> <p>– آموزش، شبکه‌سازی و به‌کارگیری ۱۰۲۹۳۵ دانش‌آموز همیار مشاور در مدارس متوسطه اول و دوم.</p>

همان‌طور که در بخش قوانین گزارش اشاره شد، وزارت آموزش و پرورش در راستای اجرای ماده (۱۰) قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش، اقدامات مختلفی را در جهت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان کشور انجام داده که به شرح جدول ۷ ارائه شده است. استقرار و پیگیری فعالیت‌های مرتبط با سامانه نماد، غربالگری و شناسایی بهنگام دانش‌آموزان، اجرای برنامه‌های آموزشی برای گروه‌های دانش‌آموزان، اولیا و کارکنان و همچنین ارائه خدمات حدود ۷۰۰ مرکز مشاوره فعال با حضور ۳۷۰۰ درمانگر در جهت شناسایی بهنگام دانش‌آموزان دارای اختلال و... از جمله مهم‌ترین اقدامات این دستگاه در حوزه سلامت روان قلمداد می‌شود. اما گفتنی است با استناد به یافته‌های گزارش خضری (۱۴۰۲) [۲۶]، که با هدف ارزیابی عملکرد نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد) انجام گرفته است، با گذشت مدت قانونی استقرار و تثبیت سامانه نماد، نسخه کامل این سامانه صرفاً در ۱۷،۴۵ درصد از مدارس کشور اجرا شده است. بر این اساس، می‌توان گفت که چتر این نظام هنوز فراگیر نیست و همه مدارس و دانش‌آموزان را دربر نمی‌گیرد. افزون بر اینکه به دلیل یکپارچه‌سازی بخش‌هایی از آن، در برهه‌هایی از زمان، از دسترس خارج می‌شود یا به صورت برخط قابلیت بهره‌مندی ندارد. همچنین با استناد به یافته‌های گزارش مذکور، به دلیل اینکه همه آسیب‌های اجتماعی شناسایی شده تحت پوشش نماد نبوده است، می‌تواند به عدم پیشگیری از برخی آسیب‌ها بینجامد و همین آسیب در چرخه دیگر منجر به آسیب‌های اجتماعی دیگر شود؛ این در حالی است که آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان روبه‌افزایش است.

۳-۲-۵. فعالیت سایر دستگاه‌های مرتبط در حوزه سلامت روان

سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور به‌موجب ماده (۲) قانون تشکیل سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران، با هدف ارتقای سطح دانش روان‌شناسی و مشاوره، حمایت از حقوق مراجعان و حقوق صنفی روان‌شناسان و مشاوران تشکیل شده است که با استناد به ماده (۳) وظایف این سازمان در زمره تربیت نیروی متخصص در حوزه روان‌شناسی و مشاوره است و از طریق سازوکارهای مندرج در قانون نسبت به انجام این خدمات اقدام می‌نماید.

تعیین و ارزیابی صلاحیت‌های تخصصی افراد، اختصاص شماره نظام و پروانه کار، نظارت بر کیفیت کار تخصصی و رسیدگی به تخلفات تخصصی روان‌شناسان و مشاوران، انجام برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی مستمر روان‌شناسان و مشاوران از مهم‌ترین وظایف این سازمان به شمار می‌رود.

وزارت ورزش و جوانان در راستای اجرای جزء «۱۰» بند «پ» ماده (۴) قانون اهداف، وظایف و اختیارات وزارت ورزش و جوانان و همچنین آیین‌نامه سامان‌دهی مراکز مشاوره (مصوب ۱۳۹۱) و اصلاحات بعدی آن، به‌عنوان مرجع صدور مراکز تخصصی مشاوره از دواج و خانواده شناخته شده است که با حدود ۱۳۰۰ مرکز فعال در سطح کشور به ارائه خدمات مشاوره‌ای در حیطه مذکور می‌پردازد.

قوه قضائیه نیز به‌موجب ماده (۱۶) قانون حمایت از خانواده (مصوب ۱۳۹۱) به‌منظور تحکیم مبانی خانواده و جلوگیری از افزایش اختلافات خانوادگی و طلاق، و سعی در ایجاد صلح و سازش این نهاد، مکلف به ایجاد مراکز مشاوره خانواده در کنار دادگاه‌های خانواده شده است. به‌موجب ماده (۱۸) قانون مذکور، دادگاه‌های خانواده می‌توانند در صورت لزوم با مشخص کردن موضوع اختلاف و تعیین مهلت، نظر این مراکز را در مورد امور و دعاوی خانوادگی خواستار شوند. مراکز مشاوره خانواده ضمن ارائه خدمات مشاوره‌ای به زوجین، خواسته‌های دادگاه را در مهلت مقرر اجرا و در موارد مربوط سعی در ایجاد سازش می‌کنند. مراکز مذکور در صورت حصول سازش به تنظیم سازش‌نامه مبادرت می‌ورزند و در غیر این صورت، نظر کارشناسی خود را در مورد علل و دلایل عدم سازش به‌طور مکتوب و مستدل به دادگاه اعلام می‌کنند (ماده (۱۹)) و دادگاه با ملاحظه نظریه کارشناسی مراکز مشاوره خانواده به تشخیص خود مبادرت به صدور رأی می‌کند (تبصره ماده (۱۹)).

سازمان بهزیستی کل کشور به‌استناد بند «۶» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی و جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۷) احکام دائمی برنامه ششم توسعه و مصوبه پنجاه و نهمین نشست هیئت مقررات‌زدایی و بهبود محیط کسب و کار وزارت امور اقتصادی و دارایی به شماره ۳۱۶۷۵/۸۰ مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۴، مسئولیت صدور پروانه فعالیت کلینیک‌ها و مراکز



مشاوره و خدمات روان‌شناختی به سازمان بهزیستی کشور محول شده است؛ به منظور اجرای قوانین اشاره شده توسط دفتر مشاوره و امور روان‌شناختی این سازمان به صدور مجوز مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی غیردولتی اقدام نموده است. در این راستا، در سال ۱۳۸۱ اولین دستورالعمل مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی غیردولتی تدوین و ابلاغ و اولین مرکز غیردولتی راه‌اندازی شد. دستورالعمل مراکز مذکور تا سال ۱۳۸۵ چندین مرحله بازبینی و اصلاح شد. در سال ۱۳۸۵، دستورالعمل نحوه فعالیت مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی با رویکرد سطح‌بندی مراکز (با سه سطح خدمتی مشتمل بر دستورالعمل مراکز سلامت روان محلی، مراکز مشاوره عمومی و مراکز مشاوره تخصصی) تدوین و به استان‌ها ابلاغ شد. در سال ۱۳۹۱ نیز دستورالعمل گزینش علمی صاحب‌امتیاز و مسئول فنی به دستورالعمل مراکز منضم و ابلاغ گردید. در سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ بخش‌های مربوط به دستورالعمل مراکز تخصصی از دستورالعمل عمومی (ابلاغی در سال ۱۳۹۱) مجزاشد و در قالب هشت عنوان مرکز تخصصی به صورت جداگانه بازبینی و به استان‌ها ابلاغ شد. در این میان، علی‌رغم اینکه بیشترین حجم و تعداد مراکز مشاوره کشور را مراکز عمومی به خود اختصاص داده‌اند، دستورالعمل مراکز مشاوره عمومی (ابلاغی سال ۱۳۹۱)، بدون بازبینی، ملاک عمل استان‌ها قرار می‌گرفت. سپس در سال ۱۴۰۲ دستورالعمل کلیه مراکز مشاوره، اعم از عمومی و تخصصی، بازبینی، و کلیه دستورالعمل‌ها در قالب یک دستورالعمل تجمیع شد و مراکز مشاوره تخصصی توان‌بخشی و گروه‌های خاص (به‌عنوان مرکز تخصصی جدید) به آن اضافه شدند و سایر تغییرات لازم نیز در آن صورت گرفت.

علاوه بر موارد پیش گفته در سال ۱۴۰۳، شیوه‌نامه نحوه بررسی صلاحیت اخلاق حرفه‌ای و شایستگی عمومی مدیران مراکز غیردولتی مشاوره و خدمات روان‌شناختی نیز بازبینی و اصلاح شد تا براساس آن صلاحیت متقاضیان صدور مجوز بررسی و تأیید شود. علاوه بر این، در سال ۱۴۰۳ شیوه‌نامه نظارت و رتبه‌بندی مراکز مشاوره نیز تدوین و به استان‌ها ابلاغ شد.

همچنین به موجب قوانین مذکور، تا پایان سال ۱۴۰۲ تعداد ۳۰۸۲ مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی تحت نظارت این سازمان در حال فعالیت‌اند که تعداد ۱،۲۲۵،۹۶۸ نفر در قالب ۱۳۹،۸۱۶،۲ جلسه از خدمات این مراکز بهره‌مند می‌شوند. علاوه بر ارائه مجوز تأسیس به متقاضیان این حوزه، اقداماتی از جمله خدمات ارتقای در حوزه مشاوره و روان‌شناسی، تربیت تسهیل‌گر در حوزه مشاوره و روان‌شناسی، تهیه می‌شود و انتشار محتواهای مرتبط با این حوزه از جمله مهارت‌های زندگی و... انجام می‌گیرد.

۶. چالش‌های نظام سلامت روان در کشور

همان‌طور که در بررسی قوانین و مقررات مرتبط با حوزه سلامت روان اشاره شد، قانونگذار تکالیف و وظایفی را در راستای تأمین سلامت روانی جامعه بر عهده برخی دستگاه‌های اجرایی قرار داده است. مصاحبه با نمایندگان دستگاه‌های مذکور در جلسات کارشناسی برگزار شده (برگزاری دوازده جلسه کارشناسی با دستگاه‌های مرتبط با موضوع سلامت روان)، اخذ نظرات کارشناسی و عملکرد دستگاه‌ها و همچنین برخی گزارش‌های آماری رسمی حاکی از آن است که اگرچه اقدامات مختلفی در جهت تحقق احکام قانونی مرتبط با حوزه سلامت روان صورت گرفته است، نظام مراقبت سلامت روان در کشور به علت وجود برخی چالش‌ها و موانع نیازمند ارتقا و بهبود خدمات و فرایندهای موجود در این حوزه است. در ادامه به برخی از مهم‌ترین چالش‌های این حوزه اشاره می‌شود:

● **فقدان سند سیاستی / برنامه عملیاتی / نقشه راه در راستای ارتقای سطح سلامت روان در کشور:** با اینکه در بند «۳» سیاست‌های کلی سلامت، به صراحت به ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقای شاخص‌های سلامت روانی اشاره شده است، در راستای اجرایی شدن این بند تاکنون برنامه عملیاتی، سند سیاستی یا قانون مستقلی، که بتواند با مشخص کردن تکالیف و وظایف دستگاه‌ها و تعامل

میان آنها به این هدف دست یابد، تدوین و تصویب نشده و فقط در قوانین مختلف به صورت پراکنده، برخی وظایف در حوزه سلامت روان، که بیشتر ماهیت ساختاری و با رویکرد ایجاد مراکز مشاوره و روان‌شناسی بوده، به تصویب رسیده است.

● **عدم تقویت مراکز جامعه‌نگر (CMHC) در نظام ارائه خدمات سلامت روان:** اگرچه از ابتدای سال ۱۳۸۹ اولین مراکز خدمات جامعه‌نگر در حوزه سلامت روان در کشور با هدف ارائه خدمات جامع برای پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران از طریق شناسایی، ویزیت در درمانگاه، پیگیری فعال (آموزش فرد و خانواده)، ویزیت در منزل و... برای بیماران دارای اختلالات نوروتیک (مثل افسردگی، اضطراب و...) و بیماران مبتلا به اختلالات شدید (مانند اسکیزوفرنیا، دوقطبی و...) راه‌اندازی شد که از تعداد ۲۳ مرکز تا قبل از سال ۱۴۰۰، به حدود ۹۰ مرکز در سال ۱۴۰۳ رسیده است. اما به‌رغم اهمیت خدمات ارائه شده در این مراکز، محلی بودن خدمات برای دسترسی آسان، جامع بودن خدمات (متمرکز کردن کلیه خدمات روان‌پزشکی)، تداوم مراقبت، ارتباط بین‌بخشی کارآمد با دیگر سطوح در نظام سلامت و نیاز مبتلایان اختلالات روانی به این قبیل مراکز برای مناطق تحت پوشش [۲۷]، گسترش کافی از نظر نحوه ارائه خدمات، اطلاع‌رسانی و اجرای نظام ارجاع به سطوح بالاتر و... نداشته است. این در حالی است که می‌تواند ضمن افزایش کیفیت زندگی و رضایت مراجعان، به کاهش هزینه‌های نظام سلامت در بحث خدمات بلندمدت روان‌پزشکی در کشور مؤثر باشد.

● **ناکافی بودن اعتبارات مرتبط با خدمات حوزه سلامت روان در کشور:** براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فقط ۳ تا ۵٫۳ درصد از اعتبارات سلامت، در حوزه سلامت روان هزینه می‌شود که با توجه به بالا بودن هزینه‌های بستری و برخی چالش‌های معطوف به آن در بیمارستان‌های تخصصی، اغلب اعتبارات اختصاص یافته در حوزه درمان هزینه می‌شود و اعتباری برای ارتقا و توسعه خدمات پیشگیرانه در این حوزه باقی نخواهد ماند. کمبود اعتبارات پیش‌بینی شده در این حوزه و به‌ویژه نشان‌دار نبودن این اعتبارات از جمله دلایل عدم پیشروی و توسعه خدمات مرتبط با سلامت روان در دستگاه‌های مرتبط با این حوزه عنوان شده است. ناکافی بودن و نشان‌دار نبودن اعتبارات از عوامل کندی و گاه تحقق نیافتن اهداف این حوزه شده است.

● **کمبود نیروی انسانی مرتبط در حوزه سلامت روان:** به‌رغم اهمیت حوزه سلامت روان و از طرفی افزایش بار بیماری‌های ناشی از آن در کشور، فقدان یا کمبود نیروی انسانی تربیت شده و ماهر در این حوزه از جمله چالش‌های پیش‌روی ارتقای سطح سلامت روان در جامعه است. همچنین به‌کارگیری نیروهای غیرمرتبط یا چندپیشه در برنامه‌های مشاوره و روان‌شناسی وزارت آموزش و پرورش، کمبود منابع انسانی در مراکز ارائه خدمات درمانی از جمله مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های تخصصی یا تمرکز آنها در شهرهای بزرگ و همچنین فقدان نیروهای انسانی در برخی گرایش‌های مورد نیاز در کشور از جمله سالمندی و... از عمده چالش‌های توسعه خدمات سلامت روان در کشور عنوان می‌شود. براساس آمارهای وزارت آموزش و پرورش، در حال حاضر ۱۳۳۰۰ مشاور در مدارس سراسر کشور وجود دارد؛ در حالی که نیاز واقعی مدارس کشور ۵۰۵۰۰ مشاور است. به این معنا که در شرایط موجود از مجموع ۱۱۰ هزار مدرسه در سراسر کشور، ۶۷۰۰۰ مدرسه فاقد مشاور یا روان‌شناس برای فعالیت در این حوزه‌اند.

● **نبود توجه کافی به خدمات توان‌بخشی در حوزه سلامت روان:** برخی از افراد مبتلا به اختلالات روانی پس از دریافت درمان اولیه، به دلیل نبود خدمات مستمر توان‌بخشی با مشکلاتی مانند طرد اجتماعی، از دست دادن شغل و وابستگی به خانواده مواجه می‌شوند. این در حالی است که سیاست‌های کلان بر حمایت از این بیماران تأکید دارند، در عمل امکانات و منابع کافی برای ارائه خدمات توان‌بخشی، از جمله مراکز تخصصی، حمایت‌های اجتماعی و برنامه‌های بازگشت به زندگی عادی، به میزان لازم فراهم نشده است. توسعه خدمات توان‌بخشی، از جمله مشاوره‌های تخصصی، مهارت‌آموزی، حمایت‌های شغلی و اجتماعی، می‌تواند نقش مهمی در بهبود وضعیت این بیماران و کاهش بار اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری‌های روانی ایفا کند.

● **چالش‌های نگهداری افراد مجهول‌الهویه در بیمارستان‌های وزارت بهداشت:** در شرایطی که نظام سلامت روان و ارتقای سطح آن در کشور با کمبود منابع مواجه است، در برخی بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی تخت‌های اقامتی برای افراد مجهول‌الهویه وجود دارد



که افراد مذکور سال‌های سال در آن مراکز اقامت دارند و بیمارستان (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) هزینه‌ای بابت نگهداری از آنها دریافت نمی‌کند. این در حالی است که با توجه به بار بیماری‌های حوزه سلامت روان و هزینه بالای افزایش تخت‌های بیمارستانی، با ایجاد سازوکارهای حمایت از افراد مجهول‌الهویه، بهره‌گیری از ظرفیت سایر دستگاه‌های حمایتی در کشور و... می‌توان از این بستر برای افزایش تخت‌های درمانی و توسعه خدمات ارائه‌شده به جمعیت نیازمند استفاده کرد.

● **ناکافی بودن سواد سلامت روان^۱ جامعه:** سواد سلامت روان به‌عنوان «دانش و باورهای مربوط به اختلالات روانی که به شناخت، مدیریت و پیشگیری از آنها کمک می‌کند» تعریف می‌شود [۲۸]. سواد سلامت روان دارای چندین مؤلفه است: الف) توانایی تشخیص اختلالات خاص یا انواع مختلف پریشانی روان‌شناختی؛ ب) دانش و باور در مورد عوامل و علل خطر؛ ج) دانش و باور در مورد مداخلات خودیاری؛ د) دانش و اعتقادات در مورد کمک حرفه‌ای موجود؛ ه) نگرش‌هایی که شناخت و کمک گرفتن از سلامت روان را تسهیل می‌کند. انتخاب سبک زندگی مرفه و سالم، آگاهی از نحوه مراجعه به مراقبت‌های پزشکی و مزایای استفاده از خدمات پیشگیری مستلزم دانستن اطلاعات مرتبط با سلامت و استفاده از آن است [۲۹، ۳۰]. افرادی که سطح سواد سلامت پایین‌تری دارند، کمتر از خدمات پیشگیری استفاده می‌کنند و فقط در زمان بیماری به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند [۳۱]. مطالعات نشان می‌دهد که هزینه‌های سلامت در افرادی که سطح سواد سلامت پایین‌تری دارند بالاست. همچنین پایین بودن سطح سلامت روان می‌تواند استفاده بهینه از خدمات بهداشتی را محدود کند [۳۲].

سواد سلامت روان علی‌رغم تأثیر بالای آن بر زندگی افراد، به‌ویژه در سنین پایین‌تر (کودکی و نوجوانی)، کمتر مورد توجه قرار گرفته است و نیازمند تأمین و تخصیص منابع لازم و افزایش مشارکت دستگاه‌های مرتبط با موضوع سلامت روان است تا بتوان از شدت یافتن اختلالات روانی و تحمیل بار مالی بیشتر بر نظام سلامت روان جلوگیری کرد. برای مثال، مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۱ شیوع بی‌سوادی در سلامت روان را در میان دانش‌آموزان دبیرستانی، حدود ۷۱٫۵ درصد گزارش کرده است [۳۳]. همچنین سواد سلامت روان در جمعیت عمومی ایران نسبت به سایر سواد‌های حوزه سلامت پایین است و به‌عبارتی فقر سواد سلامت روان در جامعه وجود دارد [۳۴، ۳۵].

● **تمرکز بر درمان به جای پیشگیری در خدمات سلامت روان:** در شرایطی که مطابق هرم سامان‌دهی خدمات سلامت روان سازمان بهداشت جهانی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌عنوان نخستین سطح مواجهه افراد برای غربالگری، شناسایی و مداخله است و بسیاری از بیماری‌های روانی با مداخلات بهنگام و شناسایی عوامل استرس‌زا قابل پیشگیری‌اند، اما تمرکز بیشتر بر درمان پس از بروز بیماری، و مسائلی همچون توجه بیشتر به بحث درمان و ایجاد تخت‌های بیمارستانی، رویکرد دارومحوری در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان، صرف هزینه‌های این خدمات در بخش درمان به جای پیشگیری، کمبود منابع انسانی و نیز حجم بالای خدمات واگذار شده بر دوش ارائه‌دهندگان خدمات مراکز بهداشتی باعث غفلت از اقدامات پیشگیرانه و گاهی ناکارآمدی خدمات سلامت روان در سطح اولیه نظام سلامت شده است. این در حالی است که عواملی مانند فشارهای اقتصادی، مشکلات خانوادگی، محیط‌های کاری پر تنش و سبک زندگی ناسالم، از مهم‌ترین محرک‌های بروز اختلالات روانی محسوب می‌شوند که توسعه خدمات پیشگیرانه از طریق آموزش مهارت‌های زندگی، ارتقای آگاهی عمومی، غربالگری زودهنگام و ارائه خدمات مشاوره‌ای گسترده و شناسایی افراد در این گام می‌تواند در پیشگیری از عود بیماری و تشخیص زودهنگام اختلال مؤثرتر از سایر سطوح باشد.

● **عدم ادغام سلامت روان در برنامه‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی:** برای مثال، باینکه بر ایفای نقش تربیتی معلمان و تمام کارکنان مدارس در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش تأکید شده است، به‌اندازه کافی توسط وزارت آموزش و پرورش به آن پرداخته نمی‌شود و این امر سبب کم‌رنگ شدن مشارکت معلمان (که حدود ۷۰ درصد از جمعیت کارکنان آموزش و پرورش (حدود ۵۳۹ هزار نفر) را شامل می‌شوند) در موضوع سلامت روان دانش‌آموزان شده است. برنامه‌های نظام‌مند و مؤثر در ارتقای سلامت روان در سایر دستگاه‌ها نیز جایابی نشده است.

● **عدم تأمین منابع کافی برای اجرای برنامه‌ها و دستورالعمل‌های اجتماعی دانش‌آموزان:** این برنامه به‌منظور شناسایی، حمایت

و مراقبت از دانش‌آموزان در معرض خطر طراحی شده است، اما مسئولین ذی‌ربط آن محدودیت‌های مالی و کمبود منابع انسانی را به‌عنوان مانعی در اجرای کامل و مؤثر آن در مدارس کشور از جمله توسعه زیرساخت‌های مناسب برای پیگیری دانش‌آموزان نیازمند و آموزش مستمر معلمان و کارکنان مدارس برای شناسایی مشکلات روانی و اجتماعی دانش‌آموزان می‌دانند و اعلام می‌کنند تخصیص منابع به‌طور نابرابر صورت می‌گیرد و برخی از مناطق کم‌برخوردار، به‌ویژه در حاشیه شهرها یا روستاها، امکانات کمتری برای اجرای این برنامه‌ها دارند. علاوه بر این، نبود بودجه کافی برای برنامه‌های پیشگیری و مداخلات زودهنگام باعث می‌شود که دانش‌آموزان در معرض خطر، که می‌توانستند از خدمات حمایتی و روان‌شناختی بهره‌مند شوند، از دسترسی به این خدمات محروم بمانند.

● **هزینه‌های بالا و تعرفه‌های نامناسب خدمات حوزه سلامت روان:** واقعی نبودن تعرفه خدمات روان‌شناختی یکی دیگر از چالش‌های حوزه سلامت روان است که دسترسی بخش زیادی از جامعه به این خدمات را محدود کرده است. هزینه‌های بالای جلسات مشاوره و روان‌درمانی، به‌ویژه در بخش خصوصی، بسیاری از افراد را از دریافت خدمات مورد نیاز بازمی‌دارد و باعث می‌شود مشکلات روانی بدون مداخله حرفه‌ای تشدید شوند. از سوی دیگر، ارائه‌دهندگان خدمات مذکور اذعان دارند که تعرفه‌های تعیین شده غالباً با هزینه‌های واقعی ارائه این خدمات همخوانی ندارد که این امر به کاهش کیفیت خدمات، افزایش فشار کاری روان‌شناسان و کاهش انگیزه متخصصان برای فعالیت در این حوزه منجر می‌شود.

عدم تناسب تعرفه‌ها همچنین باعث می‌شود بسیاری از روان‌شناسان و مشاوران به سمت فعالیت در بخش خصوصی با تعرفه‌های بالاتر سوق پیدا کنند؛ در حالی که در بخش دولتی و عمومی، به دلیل پایین بودن تعرفه‌ها و کمبود منابع، خدمات محدودی ارائه می‌شود. این مسئله به نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت روان دامن می‌زند و متأسفانه فقط اقشار مرفه جامعه قادر به بهره‌مندی از خدمات باکیفیت‌اند.

● **تعدد دستگاه‌ها در خدمات مشاوره و روان‌شناختی:** تعدد نهادهای متولی، از جمله وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی، نظام روان‌شناسی، بدون وجود سازوکار هماهنگ‌کننده، منجر به پراکندگی داده‌ها، موازی‌کاری در ارائه خدمات و هدررفت منابع حوزه مشاوره و روان‌شناختی در کشور شده است. این وضعیت نه‌فقط باعث کاهش اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای و درمانی می‌شود، بلکه دسترسی افراد به خدمات مشاوره‌ای باکیفیت را نیز محدود می‌کند. نبود یک بانک اطلاعاتی جامع و یکپارچه برای ثبت و تحلیل داده‌های روان‌شناختی و نبود هماهنگی میان نهادهای ارائه‌دهنده خدمات، از دیگر پیامدهای این پراکندگی است. طراحی یک نظام یکپارچه برای تجمیع داده‌ها، هماهنگی بین دستگاهی و استانداردهای خدمات مشاوره و روان‌شناختی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود سلامت روان جامعه و استفاده بهینه از ظرفیت‌های موجود ایفا کند.

● **نبود توجه کافی به شرایط بینابینی محجوریت و جنون در حمایت‌های قانونی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی:** در برخی قوانین از جمله قانون مدنی یا قانون مجازات اسلامی به بحث جنون (مجانین) و محجوریت ورود شده است، اما باید در نظر داشت که رویکرد پیش‌بینی شده برای این افراد از یک طیف با درجات مختلف تبعیت نمی‌کند و در حالی که شرایط بینابینی برای محجوریت یا جنون نیز وجود دارد، همه بیماران با شرایط متفاوت به یک شکل در قانون دیده می‌شوند.

● **عدم اجرای تبصره «۲» ماده (۱۵۰) قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲:** مطابق قانون مذکور، «قوه قضائیه موظف است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه قضایی برای نگهداری افراد موضوع این ماده (مجرمین مجنون یا مرتکب که در جرائم موجب تعزیر که پس از وقوع جرم مبتلا به جنون می‌شوند) تدارک ببیند. تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان‌درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می‌شود». اما تاکنون تعداد کافی مراکز به این منظور ایجاد نشده است و از ظرفیت مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده می‌شود.



۷. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

سلامت روان از جنبه‌های مختلف توسط نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان دنبال می‌شود. این نهادها در چارچوب قوانین و مقررات مختلف، مسئولیت‌هایی در زمینه ارائه خدماتی همچون درمان، مشاوره، پیشگیری از اختلالات روانی دارند. به‌رغم اقدامات مختلف برای ارائه خدمات در حوزه سلامت روان، برخی چالش‌ها در این حوزه وجود دارد که به‌منظور رسیدن به نقطه مطلوب باید به آنها توجه کرد. فقدان نقشه راه در راستای ارتقای سطح سلامت روان در کشور یکی از این چالش‌هاست که باعث شده است اقدامات این حوزه پراکنده و جزیره‌ای باشد. اختصاص نیافتن اعتبارات کافی به این حوزه و هدفمند نبودن اعتبارات هزینه شده در حوزه سلامت روان چالش دیگر این حوزه است؛ به‌طوری‌که فقط حدود ۳ تا ۵٫۳ درصد منابع سلامت در حوزه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای سلامت روان هزینه می‌شود که عمدتاً صرف درمان می‌شود و توجه لازم به پیشگیری صورت نمی‌گیرد. همچنین ناکافی بودن سطح و عمق پوشش بیمه در این حوزه مشاهده می‌شود و تعرفه‌ها نیز واقعی نیستند. از طرفی با وجود افزایش بار بیماری‌های روانی، کمبود نیروی انسانی متخصص و ماهر در حوزه سلامت روان از دیگر چالش‌های این حوزه به‌شمار می‌رود و سواد سلامت مردم در این حوزه نیز در سطح مطلوب نیست. مراکز جامعه‌نگر در نظام ارائه خدمات سلامت روان به‌اندازه کافی گسترش نیافته و به خدمات توان‌بخشی در حوزه سلامت روان نیز به میزان لازم توجه نشده است. چالش‌های نگهداری افراد مجهول‌الیهویه در بیمارستان‌های وزارت بهداشت، عدم کارآمدی خدمات سلامت روان در سطح اولیه نظام سلامت به دلایلی همچون کمبود منابع انسانی و نیز حجم کاری بالا در این حوزه، عدم ادغام سلامت روان در برنامه‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی، بی‌توجهی به شرایط بینابینی محوریت و جنون در حمایت‌های قانونی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی، عدم ایجاد تعداد کافی مراکز اقدام تأمینی در حوزه‌های قضایی برای نگهداری مجرمین مجنون یا مرتکب، که در جرائم موجب تعزیر که پس از وقوع جرم مبتلا به جنون می‌شوند، نیز از دیگر چالش‌هایی است که در خصوص سلامت روان در کشور به آنها اشاره می‌شود. باتوجه به چالش‌های اشاره شده، به‌منظور ارتقای وضعیت موجود پیشنهاد می‌شود موارد ذیل در دستور کار سیاستگذاران قرار گیرد:

- تدوین و تصویب نقشه راه برای ارتقای سلامت روان مشتمل بر اهداف، شاخص‌ها و اقدامات مشخص؛
- تخصیص بودجه کافی برای سلامت روان و تقویت برنامه‌های پیشگیری در این حوزه؛
- تقویت پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان؛
- توسعه و تقویت برنامه‌های آموزشی برای تأمین و توزیع متناسب نیروی انسانی در حوزه سلامت روان؛
- ادغام خدمات توان‌بخشی روانی در سیستم بهداشت و درمان به‌خصوص برای افراد با اختلالات روانی مزمن؛
- ارتقای کوریکولوم‌های آموزش علوم پزشکی با محوریت شناسایی نیازها و ارجاع به‌موقع بیماران به خدمات سلامت روان؛
- توسعه مراکز جامعه‌نگر در نظام ارائه خدمات سلامت روان در کشور؛
- برنامه‌ریزی برای استفاده از ظرفیت‌های فناوری‌های نوین (از جمله هوش مصنوعی) در ارزیابی، مشاوره و تشخیص اولیه مراجعه‌کنندگان؛
- توسعه مراکز اقدام تأمینی در حوزه‌های قضایی برای نگهداری مجرمین مجنون؛
- توسعه برنامه‌های پیشگیرانه سلامت روان در مدارس، محیط‌های کاری و جامعه؛
- ادغام موضوع سلامت روان به‌عنوان یک اولویت در برنامه‌های ملی و دستورالعمل‌های اجرایی دستگاه‌های مختلف؛
- توجه ویژه به ارتقای سواد سلامت روان در برنامه‌های ارتقای سواد سلامت؛
- واقعی‌سازی تعرفه‌های خدمات مربوط به حوزه سلامت روان؛
- تأمین منابع لازم برای نگهداری افراد مجهول‌الیهویه و استفاده از ظرفیت‌های موجود در دستگاه‌های حمایتی برای این منظور؛
- اجرای الگوی بومی سلامت روان با محوریت ارتقای تعامل بین نظام بهداشت و درمان با سایر حوزه‌ها از جمله نظام تعلیم و تربیت در امر سلامت روان.



- [1] Ahan, M, (2019), The implications of Iran sanctions on civilian mental health and quality of life. Preprints.
- [2] Organization, W.H., (2003), The mental health context, WHO.
- [3] Compton, M.T. and R.S. Shim, (2015), "The social determinants of mental health", Focus, Vol.13, No.4, pp. 419-425.
- [4] Kirkbride, J.B., et al., (2024), "The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations", World psychiatry, Vol.23, No.1, pp. 58-90.
- [۵] مهرگان، نادر، خسرو رشید، ثمینه قاسمی فر و حسین سهرابی وفا (۱۳۹۵)، «بررسی عوامل سیاست‌های اقتصادی مؤثر بر شاخص سلامت روان»، سیاست‌گذاری اقتصادی، دوره ۸، شماره ۱۵، صص. ۱۳۶-۱۱۷.
- [6] Damari, B., S.H. Almadani, A. Hajebi, and N. Salehi Shahrabi, (2019), "Promoting Mental Health in Workplaces of Iran; Reviewing Present Status and Future Approaches", ijpcp, Vol. 25, No.2, pp. 122-135.
- [۷] پیمایش ملی سلامت روان ۱۴۰۱-۱۴۰۰/مجرى: آفرین رحیمی موقر، نویسندگان: سید عباس متولیان و همکاران. به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- [8] .Mental health at work: policy brief, World Health Organization and International Labour Organization. 2022; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944/>
- [9] WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. World Health Organization. 2005; Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43068/9241546573.pdf?sequence=1>.
- [10] Rahimi, A.A., K. Ahmadi, and A.A. sgharnejad Farid, (2019), "Assessing the status of mental health indices in Iranian elderly people", Journal-of-Psychological-Science, Vol. 18, No.77, pp. 529-538.
- [11] wessels, Anja (2015). Home sweet home? Work, life and well-being of foreign domestic workers in singapore. research report. 10.13140/2.1.4090.1922.
- [12] <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/factors-affect-mental-health>
- [13] World Health Organization. Regional Office for the Eastern, M., (2021), Mental health in schools: a manual, Cairo: World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- [۱۴] فیروزی، ابودر، معصومه امینی، زهرا اصغری، زهرا و بیژن مقیمی دهکردی (۱۳۹۲). «بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان متوسطه شهر درگز در سال تحصیلی ۹۰-۸۹»، بهداشت و توسعه، دوره ۲، شماره ۲، صص. ۱۳۸-۱۴۸. <https://sid.ir/paper/fa/۲۳۳۵۷۴/SID>.
- [۱۵] عباسی، محمد، حمیده ادای و محمد حجتی (۱۳۹۵)، «رابطه باورهای مذهبی و سلامت روانی از طریق واسطه‌گری هدفمندی در زندگی و ادراک پیری در معلمان بازنشسته»، روان‌شناسی پیری، دوره ۲، شماره ۳، صص. ۲۰۴-۱۹۵.
- [16] Marandi S A (2022). Strategies for Promotion of the Mental Health of Iranians. Iran J Cult Health Promot. Vol 6 ,No.3,pp.392-393 URL: <http://ijhp.ir/article-1-660-en.html>
- [17] World Health Organization: Mental health policies and programmes in the workplace. Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2005; Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43337/9241546794_eng.pdf/

- [18] World Health Organization: Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2003; Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333104/9241545925-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [19] in Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4), V. Patel, et al., Editors. (2016), The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank/
- [20] The World Bank: Mental, Neurological, and Substance Use Disorders,)2015(; Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/c739dea0-adbc-569f-af5c-c2d8f863e051/content/>
- [21] De Vetten-Mc Mahon, M., L.S. Shields-Zeeman, I. Petrea, and N.S. Klazinga, (2019), “Assessing the need for a mental health services reform in Moldova: a situation analysis “, International Journal of Mental Health Systems, Vol. 13, No. 1, pp. 45.
- [22] Geneva, (2003) World Health Organization; Quality improvement for mental health: Mental Health Policy and Service Guidance Package,; Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333269/9241545976-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [23] World Health, O., (2005), Mental health information systems, World Health Organization: Geneva.
- [24] World Health, O., (2005), Human resources and training in mental health, World Health Organization: Geneva.
- [25] Organization, W.H. and O.o.t.U.N.H.C.f.H. Rights, (2023), Mental health, human rights and legislation: guidance and practice, World Health Organization.
- [26] Nasr Esfahani, M. and J. Attari Moghadam, (2017), “Development of the draft of law (mental health act)”, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Vol.23, No. 1, pp. 50-67.
- [27] خضری، فرشید (۱۴۰۲)، «ارزیابی عملکرد نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد)»، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. شماره مسلسل: ۱۹۶۳۱.
- [28] شریفی، ونداد، فرید ابوالحسنی، علی فرهودیان و معصومه امین اسماعیلی (۱۳۹۲)، «مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در ایران: طراحی خدمات مبتنی بر شواهد»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۱۹، شماره ۳ (پیاپی ۷۴)، صص. ۱۶۳-۱۷۶. [SID.https://.۱۷۶-۱۶۳](https://sid.ir/paper/fa/۱۶۹۸۰/sid.ir/paper).
- [29] Jorm, A.F., (2000), “Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders”, Br J Psychiatry, No.177, pp. 396-401.
- [30] Ratzan, S. and R. Parker, (2000), Health literacy. National library of medicine current bibliographies in medicine. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
- [31] Kermode, M., et al., (2010), “Community beliefs about causes and risks for mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India”, Int J Soc Psychiatry, Vol. 56, No. 6, pp. 606-22.
- [32] Bennett, C.L., et al., (1998), “Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer”, J Clin Oncol, Vol. 16, No.9, pp. 3101-4.
- [33] Howard, D.H., J. Gazmararian, and R.M. Parker, (2005), “The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees”, Am J Med, 2005. Vol. 118, No.4, pp. 371-7.

[34] Arezoo, B., S. Alireza, and M.V. Hossein, (2021), "Mental health literacy in Iranian adolescents", PJMHS, No. 15, pp. 1551-6.

[۳۵] خبرگزاری ایرنا به نقل از معاون دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۱۹ مهر ۱۴۰۰. کد خبر: ۸۴۵۰۰۴۰۸.

[۳۶] ارائه گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در خصوص ارزیابی وضعیت سلامت روان کشور با شماره نامه ۲۴۸۷/۱۱۷ به تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۰۲.

[۳۷] گزارش اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌های فعالیت‌های سلامت روان بر اساس تکالیف مندرج سند نظام جامع راهنمایی و مشاوره وزارت آموزش و پرورش در شهریورماه ۱۴۰۳ به مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

گزیده سیاستی

تدوین و اجرای یک سند جامع سیاستی همراه با تخصیص بودجه مکفی، گسترش پوشش بیمه‌ای، تقویت خدمات پیشگیری، هماهنگی نهادها و راه‌اندازی سامانه جامع ثبت اطلاعات بیماران و ارائه خدمات از راهکارهای پیشنهادی برای ارتقای سلامت روان در ایران است.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir