

برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

مقدمه

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 نام‌گذاری 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 هماهنگ کننده سایر سازمان‌ها را بر عهده می‌گیرد. خوشبختانه **نقشه تحول نظام سلامت کشور تدوین و تصویب شده است و ارتقای سلامت روان به عنوان یکی از بخش‌های کلیدی این**

نقشه هدف گذاری شده است انتظار می‌رود با استقرار برنامه جامع ارتقای سلامت روان :

- زبان مشترکی برای مدیریت سلامت روان بین ذینفعان ایجاد شده و احساس مالکیت برنامه‌ها افزایش یابد
- به استقرار موفقیت آمیز **برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع** کمک کند
- یک سند علمی بالادستی برای ارتقای سلامت روان کشور فراهم شود
- دستیابی به اهداف سلامت روان در برنامه توسعه پنجم کشور تسهیل و تسریع گردد
- آخرین دستاوردهای مداخلات سلامت روان در تجربیات بین المللی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های روانی به کار گرفته شود
- ثبات برنامه‌های سلامت روان با تغییر مدیران تضمین شود

پیام های اصلی برنامه جامع ارتقای سلامت روان

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 ۱۷-۲۴ 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 آنگ 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 مهارتهای 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 .

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 ۱۵/۱۲ 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 لویز 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 ۴/۰ 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 نخستین 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، خبرنگان 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،	۳۸۰۰
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-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.

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 .

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

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. تطبیلی 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 بهورزها 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

برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰)
 مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

محیط نزدیک (ذینفعان)

فرصت ها	تهدیدها
۱. وجود رسانه های سلامت محور (رادپو 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	
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 تحصیلکردگان 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	

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 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، بهره مندی عادلانه، پیشگیری و ارتقای سلامت، مشارکت مردم، همکاری بین بخشی، حاکمیت صحیح و یکپارچه، بهره گیری 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 ۳۲-ب- استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرحهای بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت، تدوین و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط معاونت برای 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 اجراء 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 انماء 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 اجرایی و مؤسسات عمومی غیردولتی ذی‌ربط که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند، بر اساس منشور تربیتی نسل جوان و سند ملی توسعه و ساماندهی امور جوانان مصوب دولت ضمن ایجاد «برنامه ساماندهی امور جوانان» ذیل بودجه سنواری خود از طریق ستاد ملی و استانی ساماندهی امور جوانان اقدامات لازم را جهت اجرایی شدن این اسناد در طول سالهای برنامه به عمل آورند.
- ماده ۴۳- به منظور ساماندهی و اعتبار بخشی مراکز مشاوره متناسب با فرهنگ اسلامی- ایرانی و با تأکید بر تسهیل ازدواج جوانان و تحکیم بنیان خانواده، تأسیس مراکز و 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 معظم 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 روانپزشکی، انجمن ارتقای بهداشت روان (ابر)، انجمن حمایت از بیماران اعصاب و روان، انجمن صرع ایران، انجمن حمایت از حقوق کودکان، موسسه تحقیقات زنان، موسسه خیریه همراهان بیم، 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 مدیران 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 تعالی بالینی، دفتر نظارت و اعتباربخشی درمان)، معاونت آموزشی، معاونت پژوهشی، توسعه مدیریت و منابع، معاونت دانشجویی

خلاصه بخش شناخت

- 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 ارایه 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.
 ۳. 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.
 ۴. 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
😊	بسپج 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 ابتدا 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 ارایه 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.

بخش دوم) جهت گیری

دورنمای سلامت روان در ۱۳۹۴

« 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 روانپزشک 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 تقاضای نامی های همکاری مهم است)	پیشگیری سطح اول
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. جلب حمایت برای تدوین برنامه جامع پیشگیری از خشونت اجتماعی 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	
۶. تدوین و استقرار برنامه ارتقای سلامت روانی کودکان ، نوجوانان و مادران باردار	
۷. تدوین منشور « سلامت روان ایرانیان » حاوی دانش ، نگرش و مهارتهای ارتقای سلامت روان فردی و خانوادگی و ترویج آن از 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)	
۸. استمرار و تکمیل برنامه ادغام سلامت روان در شبکه های بهداشتی درمانی کشور و سایر برنامه های جاری بر اساس نتایج حاصل از ارزشیابی ها (مشمول هر سه سطح پیشگیری)	
۹. 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)	
۱۰. همکاری در طراحی برنامه های سلامت باروری ، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی جهت گنجاندن ملاحظات سلامت روان در این برنامه ها (سلامت باروری ، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی مناسب ، به عنوان دوره های زندگی مهم در پیشگیری از بروز بیماری های روانی)	
۱۱. تدوین محتوای آموزشی ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان برای آموزش حضوری و الکترونیکی و تدوین برنامه ارتقای نظام مشاوره دانش آموز و خانواده برای تحقق سلامت روانی دانش آموزان و جلب حمایت برای استقرار آن	
۱۲. 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)	
۱۳. 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)	
۱۴. اجرای برنامه های مدون و هدفدار در هفته بهداشت روان	
۱۵. طراحی و اجرای برنامه ارتقای سلامت روان کارکنان نظام سلامت	
۱۶. بازنگری نظام یا ساختار ارائه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران و سطح بندی و تعیین تعداد مناسب	پیشگیری سطح دوم
۱۷. طراحی راهنماهای (راهنماهای بالینی) پیشگیری ، مراقبت و ارجاع بیماران روانی جهت به کار گیری در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع	
۱۸. برنامه توسعه خدمات تخصصی سلامت روان در قالب <u>نظام درمانی کشور</u> در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، ...	
۱۹. 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)	
۲۰. طراحی و استقرار بسته خدمتی ارتقای سلامت روان در حاشیه شهرها (از جمله ایجاد کلینیک های سیار روانشناسی بالینی و روانپزشکی)	
۲۱. تدوین برنامه و استقرار آن به منظور ارتقای کمی و کیفی خدمات اورژانس های روانپزشکی از جمله طراحی و استقرار راهنماهای مشاوره و مداخله در مواقع بحرانی برای مداخلات اورژانس روانی	
۲۲. طراحی و اجرای برنامه های توانمندسازی شامل ارتقای سواد سلامت روان در کلیه گروه های مراقبت پزشکی (تغییر در کاریکولوم تا بازآموزی پزشکان عمومی و متخصصان و پرستاران) و ایجاد مراکز توانمندسازی مراقبان سلامت روان در سطح استان	
۲۳. طراحی مراکز سلامت روان جامعه نگر و استقرار یا ادغام آن در نظام شبکه بهداشتی و درمانی و پزشک خانواده	
۲۴. اجرای برنامه های جلب حمایت و تشویق بیمارستان ها در اختصاص ۱۰٪ تخت های بیمارستانی و بخش های سایکو سوماتیک	
۲۵. اعتباربخشی بیمارستان های عمومی ، بیمارستان های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه نگر ، رتبه بندی آنها و استقرار نظام نظارت همپایان	
۲۶. طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی مراقب سلامت روان	
۲۷. راه اندازی بیمارستان ویژه بزرگاران دچار بیماری های روانپزشکی	
۲۸. تدوین یا بازنگری بسته حمایتی بیماران روانی و جلب حمایت برای استقرار این بسته در کشور (تلفیق با بسته مراقبت های پس از ترخیص)	پیشگیری سطح سوم
۲۹. طراحی و اجرای برنامه های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی	
۳۰. طراحی و استقرار بسته خدمتی بازتوانی بیماران روانپزشکی	
۳۱. 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)	

برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۴ - ۱۳۹۰)
مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

بخش سوم (استقرار و نهادینه سازی

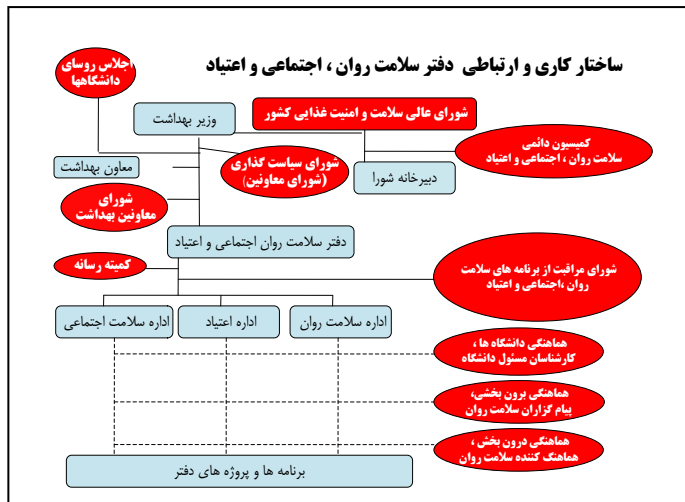
به منظور عملیاتی شدن برنامه و نهادینه سازی مداخلات پیشنهادی علاوه بر تدوین عملیات و تقسیم کار مشخص لازم است چهار راهبرد زیر به کار گرفته می شود :

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

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

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)
 - معرفی پیام‌گزاران 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 برنامه جامع ارتقای 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	انعقاد تفاهم نامه همکاری و کمک در زمینه مراقبت از عوامل خطر روانی ، غربالگری ها
	مرکز مدیریت بیماری های واگیر	انعقاد تفاهم نامه همکاری برای عملیاتی کردن برنامه های مشترک در زمینه مشاوره به بیماران واگیردار
معاونت درمان	مرکز مدیریت حوادث و فوریت پزشکی	تقویت و استاندارد سازی خدمات فوریتهای روانپزشکی ام 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 کادررمانی در بیمارستانهای روانپزشکی یا بیمارستان ها ، راه اندازی بیمارستان ویژه بزهکاران 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	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 ...)
مرکز امور آموزشی دانشجویان ، دفتر امور اساتید و نخبگان	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 اجباری کردن دوره کارورزی روانپزشکی متناسب با وظایف پزشک خانواده افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاهها در رشته های مرتبط با سلامت روان	
معاونت آموزش	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	تأمین و گسترش منابع (نیروی انسانی، بودجه، تجهیزات) در کلیه سطوح مدیریت، برنامه ریزی و ارائه خدمات سلامت روان ۲-هماهنگی جهت جذب نیروهای طرحی و ضریب کا در حوزه های مرتبط با سلامت روان مطابق با نیاز حوزه ها و صلاحیت نیروها ۳-انجام هماهنگی های لازم جهت افزایش بودجه سلامت روان کشور ۴-نظارت بر حسن هزینه کرد بودجه های سلامت روان در کلیه سطوح برنامه ریزی، علمی و اجرایی ۵-کمک به شفاف شدن و تثبیت ساختار تشکیلاتی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در سطح وزارت بهداشت و گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و در سطح دانشگاهها و شهرستانها
	معاونت تحقیقات و فناوری	طراحی و استقرار اولویت های تحقیقاتی سلامت روان توسط شبکه بهداشت روان جلب حمایت برای جذب بودجه تحقیقاتی سلامت روان از سهم ملی و تخصیص بودجه تحقیقاتی ویژه برای پژوهش های کاربردی سلامت روان به صورت منطقه ای و استانی و 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 و برنامه ریزی 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 امنا	ملحوظ کردن ارزیابی عملکرد روسای دانشگاه ها بر اساس میزان موفقیت برنامه های سلامت روان و حمایت از این برنامه ها تصویب 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)	
روابط عمومی	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	
شورای سیاست گذاری و شورای معاونین	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 درون بخشی : انعقاد تفاهم نامه همکاری پایان شهریورماه ۱۳۹۱ ، لحاظ کردن در برنامه عملیاتی حوزه سال ۱۳۹۱ تا پایان مرداد ۱۳۹۱ ، 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 برنامه جامع ارتقای 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 محوری، 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 غیرمتربقه (به دلیل بار روانی اجتماعی متعاقب)
وزارت کشور	تدوین برنامه ارتقای سلامت اجتماعی با مشارکت وزارت بهداشت، جلب همکاری و توانمندسازی شوراها و 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)
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 و تامین 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)
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
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 هایی 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 متحرکین 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 منافع برای اعضا خانواده در صورتی که آنها مراقبین اصلی بیمار باشند، آموزش کارکنان خدمات رفاه اجتماعی در مورد سلامت روان، ایجاد مرکز رسیدگی به تخلفات شغلی و سوء رفتار با کارکنان، حمایت از تأسیس و 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 (سرمایه، 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)
وزارت راه و مسکن	اولویت به مسکن به افراد دچار بیماری روانی، تعیین مراکز برای سکونت بیماران روانی (از قبیل منازل موقت)، پیشگیری از تبعیض در مکان منازل این افراد، پیشگیری از تفکیک جغرافیایی مبتلایان به اختلالات روانی، نظارت بر نرخ اجاره و رهن مسکن و برنامه ریزی جهت افزایش بی رویه آن
وزارت ورزش و جوانان	توسعه ورزش همگانی به ویژه برای افراد آسیب پذیر، برنامه ریزی و مدیریت تفریحات جامعه در کلیه گروه های سنی
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
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
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
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
وزارت نیرو	توجه به ارتقای سلامت روان کارکنان وزارت نیرو و تحلیل سهم و نقش وزارت خانه متبوع در ارتقای سلامت روان جامعه
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
وزارت اطلاعات	توجه به ارتقای سلامت روان کارکنان وزارت اطلاعات، تعیین سهم و نقش وزارت خانه متبوع در ارتقای سلامت روان جامعه
وزارت دفاع	برنامه های مدون برای ارتقای سلامت روان سربازان و نیروهای مسلح
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
وزارت نفت	تامین و ارتقای سلامت روان کارگران بخش صنعت و مناطق ویژه اقتصادی
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 ۱۳۹۱، پایش پیشرفت عملیات در دو نوبت: پایان خرداد ماه و پایان آبان ماه	

وزارت خانه ها

جدول زمان بندی استقرار برنامه جامع ارتقای سلامت روان جامعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

سال های اجرای برنامه					پروژه ها و اقدامات				
					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				
					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)				
					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 کاریکولوم 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)				
					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

بازنگری سطح اول

بازنگری سطح دوم

سطح سوم

برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰) مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

شیوه نامه و جدول زمان بندی استقرار سند در استان ها

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

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 شهری 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 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 تداوم خدمات سلامت روان
- غربالگری برخی از بیماری های روانی و درمان و مراقبت از آنان
- فراهم کردن بستر استقرار برنامه های سلامت روان (ساختار ، منابع مالی ، نظام اطلاعات 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

۱. بوالهروی جعفر و همکاران. ارزشیابی ادغام بهداشت روان کشور در برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه انستیتو روانپزشکی تهران- مرکز تحقیقات بهداشت روان ، تابستان ۱۳۸۸
۲. گزارش عملکرد دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد ، سال های ۱۳۸۵ ۱۳۸۶ ۱۳۸۷ ۱۳۸۸
۳. گزارش دستاوردهای سی ساله جمهوری اسلامی ایران در سلامت روان ، اجتماعی اعتیاد ، وزارت بهداشت ، ۱۳۸۷
۴. نقش سازمان های مردم نهاد در جلب مشارکت مردم در زمینه سلامت روانی و اجتماعی ، تهیه شده در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ، آذرماه ۱۳۸۹
۵. ساختار تشکیلاتی پیشنهادی ، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ، دی ماه ۸۶
۶. پیش نویس قانون سلامت روان
۷. نوربالا احمد علی ، یاسمی محمد تقی و همکاران . طرح جامع سلامت روان کشور
۸. بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد. بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه هشترده (۷۲-۱۳۷۰). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۱، ۲۴-۱۶
۹. داویدیان، هاراطون. بحثی کوتاه در باره اولویتهای بهداشت روانی در جمهوری اسلامی ایران. گزیده‌های از تازه های پزشکی، سال سوم، شماره ۴
۱۰. داویدیان، هاراطون. سخنی چند در باره پاره ای مسائل مربوط به بهداشت روانی در ایران. مجله نیض، سال دوم، شماره ۶، ۱۴-۶
۱۱. قائم مقام فراهانی، ضیاء ؛ صمدی، رجب؛ چایک، علی؛ ۱۳۸۰ . نخستین برنامه عملیاتی ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی زمزم.
۱۲. محیط، احمد؛ شاه محمدی، داود؛ بوالهروی، جعفر. ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴
۱۳. نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمد تقی؛ نگاهی به سیمای سلامت روان در ایران، تهران، ۱۳۸۰.
۱۴. گزارش توزیع جغرافیایی اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد-امکانات و خدمات موجود. دبیر خانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت-۱۳۸۶
۱۵. برنامه ملی پیشگیری و مدیریت پدیده کودک آزاری در ایران
16. Mental Health. Annual report of WHO. 2001
17. Prevention of Mental Disorders Effective Interventions and Policy Options. WHO. 2004
18. Improving Health System and Services for Mental Health (Mental health policy and service guidance package) WHO. 2009
19. Mental health, resilience and inequalities. WHO. 2009
20. Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group .WHO. 2010
21. Mental Health Atlas .WHO. 2011

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 نرگس آقازرگ زاده- بابل (مازنداران)، مریم ده بزرگی شیرازی (چهرم)، مرضیه اجاری (کاشان)، دکتر 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 و توفیق 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 خزای 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)، محمدرضا هاشم وزری (مازندران)، محمدعلی اصلی نژاد (کناباد)، سیده مریم هاشمی نسب (گرگان)، مریم چینی (اراک)، نرگس آقازرگ زاده- بابل (مازندران)، مریم ده بزرگی شیرازی (چهرم)، مرضیه اجاری (کاشان)، دکتر مهزی جعفری (خراسان شمالی)، احد عظیمی (اردبیل)، فاطمه سادات میرمدیدی (شاهرود)، شیرین شهرپاری (زابل)، بهروز کاظمی (بیرجند)، رضا مراد حقیقیان (کرمانشاه)، مصطفی شاکری (شهرکرد)، رضا دواساز ایرانی (اهواز)، رضا شوئی زاده (دزفول)، نادر عبادی (تبریز)، محمدمتقی کرخی (قم)، کتایون کاکاوند (قزوین)، فاطمه اکبری زاده (بوشهر)، شیدا باباجانی (کردستان)، فاطمه سرگز (...عباس سرگز- مهرپور- البرز - کرج)، سید محمد حسین اجاقی (فسا)، حمیدرضا فتحی منهد(خراسان رضوی)، فریبا منصوری(خرم آباد)، همداد آرانپور (اسوج)، شهلا حقیقت (سمنان)، بیتا صدیق (هرمزگان)

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

دکتر احمدعلی نوربالا(رئیس کارگروه پیشگیری ثانویه کمیته کشوری سلامت روانی اجتماعی)، دکتر فرید فدایی(عضو هیئت علمی دانشگاه بهزیستی و علوم توانبخشی)، دکتر غلامرضا میرسپاسی(رئیس انجمن روانپزشکان ایران)، دکتر مصطفی اقلیما(رئیس انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران)، دکتر سیما ساجدی نژاد (کارشناس جهانی بهداشت در ایران)، دکتر علی اخوان بهبهانی(مدیر دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی)، دکتر سید محمدعلی قریشی زاده (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر اسدی (کارشناس دفتر حاکمیت بالینی)، دکتر شیرین احمدنیا(جامعه شناس)، دکتر عباس صداقت (رئیس اداره ایبیز)، دکتر محمود نبوی (عضو هیات علمی دانشگاه)، دکتر علیرضا تجلیلی (نماینده بینفس)، دکتر محسن روشن پژوه (کارشناس کاهش تقاضای مواد سازمان بهزیستی کشور)، دکتر کاظمینی (سرپرست گروه مدیریت برنامه های سلامت)، خانم حاتم آباد (مسئول بودجه معاونت بهداشت)، دکتر محبوبه دینی (کارشناس مسئول برنامه مراقبت استوئوپروز)، دکتر فرزاد قضاوی پور (رئیس امور اداری انستیتو روانپزشکی تهران)، دکتر یعقوبی (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 زفرقندی (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 طباطبائی لطفی (رئیس اداره هماهنگی و برنامه ریزی های بیمه سلامت)، خانم مصطفی، 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 استثنائی) ، ابوالفضل نیوکار (مدیرکل آموزش کارکنان اداری و مردمی قوه قضائیه) ، علی مصبران (رئیس مرکز تحقیقات و تعلیمات حفاظت فنی و بهداشت کار و وزارت کار و امور اجتماعی) ، مجتبی احمدلو (رئیس اداره بهداشت و درمان و امور بیمه کمیته امداد امام خمینی ره استان تهران) ، دکتر گلگانی (رئیس اداره کل سلامت شهرداری تهران) و تقی ابوطالبی احمدی (مسئول مشاوره اداره کل سلامت شهرداری تهران) ، محمد امیر امیرخانی (مشاور و قائم مقام معاون اجتماعی سازمان بهزیستی کشور)

تشکر ویژه از معاونین محترم وزیر بهداشت : دکتر مصطفی قانعی (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 مجدزاده (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 ممتازمش (رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی) دکتر رخشانی (مدیرکل دفتر آموزش و ارتقاء سلامت)، دکتر منیعی (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 بلایا)، دکتر شرمیتی (قائم مقام معاون بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه)، دکتر عبداللهی (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 تعالی خدمات بالینی)، دکتر سجادی (رئیس دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان)، مهندس ابوالحاج (رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد)