

الکومی خدمات

سلامت روان و اجتماعی

شهرستان

عنوان و نام پدیدآور: الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان / تحقیق و تالیف بهزاد دماري... [و ديگران].

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

مشخصات ظاهري: ۷۹ص: مصور(رنگي)، جدول (رنگي)، نمودار(رنگي).

شابک: 978-600-7222-20-1

وضعيت فهرست نويسي: فيبا

يادداشت: تحقيق و تاليف بهزاد دماري، احمد حاجبي، ونداد شريفي، سهند رياضي.

يادداشت: کتابنامه.

موضوع: بهداشت رواني -- ايران -- خدمات

Mental health services -- Iran -- موضوع

موضوع: بهداشت رواني -- ايران -- برنامه ريزي -- سياست دولت

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

موضوع: سلامت پرو -- ايران -- برنامه ريزي -- سياست دولت

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

موضوع: سلامت پرو -- ايران -- مقاله ها و خطابه ها

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

موضوع: سلامت پرو -- ايران -- آيين ها

موضوع: سلامت پرو -- ايران -- By laws -- موضوع

شناسه افزوده: دماري، بهزاد، ۱۳۵۲

رده بندي كننگره: ۱۳۹۶ / الف ۹ / ۷ / ۷۹ R

رده بندي ديويي: ۳۶۲/۲۰۹۵۵

شماره كتابشناسي ملي: ۴۹۷۸۹۷۴

الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان

تحقيق و تاليف:

دکتر بهزاد دماري، دکتر احمد حاجبي، دکتر ونداد شريفي، دکتر سهند رياضي

طرح جلد: سيما فتح الله

صفحه آرائي: مرضيه حوناني

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تيراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

زمستان ۱۳۹۶

قيمت: ۲۲۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۲۲۲-۲۰-۱

ISBN: 978-600-7222-20-1

کليه حقوق متعلق به مؤسسه ملي تحقيقات سلامت و

دفتر سلامت رواني اجتماعي و پيشگيري از اعتياد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي است.

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

نحوه ارجاع به اين مستند در صورت استفاده از آن:

کتاب:

دماري بهزاد، احمد حاجبي، شريفي ونداد، دکتر رياضي سهند. الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۶.

مقاله:

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

فهرست

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

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

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

مجریان:

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

تشکر ویژه:

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

www.ketab.ir

فهرست

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

خلاصه

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

پیام‌های اصلی

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

- بر اساس نتایج این مطالعه خدمات روانی اجتماعی به طور تلفیقی در سه سطح پایه، تخصصی و اقدام جامعه ارایه خواهد شد. ایجاد نظام دیده‌بانی، ثبت اطلاعات و ارزشیابی و اعتباربخشی مراکز و خدمات، کمیته‌های ملی بین‌بخشی و استانی مدیریت، تأمین نیروی انسانی با استفاده از ظرفیت‌های فعلی و ظرفیت‌سنجی برای ده سال آینده و همچنین افزایش منابع مالی این حوزه با ایجاد ردیف بودجه معین و تعیین مشارکت بیمه‌ها الزاماتی برای استقرار خدمات خواهند بود.
- برای شکل‌گیری سطح پایه به ازای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر در نواحی شهری یک نفر کارشناس سلامت روانی اجتماعی به همراه مراقب سلامت (برای غربالگری) و پزشک عمومی برای درمان اختلالات خفیف روانپزشکی و ارجاع موارد شدید در نظر گرفته شده است. در سطح تخصصی، «مرکز سلامت روان جامعه‌نگر» به عنوان مرکز اصلی خواهد بود؛ تیم سلامت روان در مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شامل یک روانپزشک و سایر اعضا منجمله روانشناس بالینی، کاردرمان و مددکار که مراقبت تخصصی را بر این مرکز انجام می‌دهند. «بخش روانپزشکی در بیمارستان عمومی شهرستان» هم در سطح تخصصی برای انجام خدمات بستری و تشخیصی در نظر گرفته شده است. بسته اقدام جامعه برای مدیریت اقدامات خدماتی ادارات و گروه‌های مردمی شهرستان از طریق دو راهبرد همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم تعریف شده است تا عوامل خطر اختلالات روانی را کاهش دهند. ظرفیت‌ها و توانمندی‌هایی که سازمان بهزیستی در خصوص سلامت روانی و اجتماعی ایجاد نموده است می‌تواند به خوبی در نظام خدمات سلامت روانی اجتماعی به کار گرفته شود.
- الگوی طراحی شده خدمات سلامت روانی اجتماعی با الزامات برنامه‌ریزی سازمان جهانی بهداشت تطبیق دارد چراکه مبتنی بر جامعه است، جامعیت خدمات و ادغام در مراقبت‌های اولیه وجود دارد، مشارکت شاغلین، بیماران و خانواده‌ها و توانمندسازی آنها در سطح پایه و تخصصی ملحوظ شده است، محافظت از حقوق بیماران روانی که در ارزشیابی مراکز ملحوظ می‌شود، مبتنی بر شواهد روز بوده و ساختاری برای تضمین این روزآمدی تعریف شده است. منابع موجود نیروی انسانی برای اجرای برنامه بررسی شده و در حال حاضر در کشور وجود دارد، نیازهای خاص کودکان و نوجوانان، زنان و سالمندان در بسته‌های سطح یک و دو ملحوظ شده و تعادل بین خدمات سلامت روان با سایر خدمات در سطح پایه دیده شده است، نظام پایش و ارزیابی مستمر از طریق دفتر اعتباربخشی و ارزشیابی مراکز در وزارت بهداشت استقرار می‌یابد. پاسخگویی نسبت به نیازهای جمعیت‌های محروم و آسیب‌پذیر وجود

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

- الگوی پیشنهادی به گونه‌ای است که ضمن استفاده از ظرفیت‌های شبکه بهداشتی درمانی کشور سعی نموده خدمات اجتماعی در سطح یک و دو را با خدمات روانی تلفیق کند، تجربه‌ای که کشورهایی از قبیل کانادا، استرالیا و کشورهای اسکاندیناوی در دهه‌های گذشته داشته‌اند. ویژگی دیگر این الگو، آرایه خدمات روانی اجتماعی مورد نیاز برای بیماران مزمن در حوزه غیرواگیر و بیماری‌های واگیر است.
- پیش‌نیازهای اجرای این الگو، خرید خدمت حداقل ۴۰۰۰ نفر کارشناس سلامت روانی و اجتماعی، راه‌اندازی الباقی مراکز بهداشت روانی شهری از مجموع ۴۰۰۰ مرکز مورد نیاز و ۴۲۰ مرکز جامعه نگر سلامت روان است. برای تأمین خدمات روانی و اجتماعی به ویژه امکان ارجاع افقی به سازمان‌های همکار به ویژه سازمان پزشکی در مناطق شهرستانی لازم است از شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شورای اجتماعی کشور حمایت‌های مالی اخذ شود. تیم آرایه خدمات سلامت روان شامل مراقب سلامت، کارشناس روانی اجتماعی و پزشک عمومی برای سطح پایه خدمات می‌بایست شکل بگیرد و این مهم خود چالش بزرگ استقرار الگو است. مطابق امکان‌سنجی انجام شده تأمین منابع مالی خدمات سلامت روانی اجتماعی بر اساس این الگو از منابع دولتی، خصوصی و درمان امکان پذیر است. حمایت‌طلبی الگو برای گروه‌های ذینفع از قبیل شورای سیاست‌گذاری و ارتقاء بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستگاه‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و دستگاه‌های متولی در زمینه سلامت اجتماعی حیاتی بوده و به مدت یک سال پایلوت این الگو در سه شهرستان پیشنهاد شده است.