



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

# ارزیابی خدمات سلامت روان در ایران

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

دبیرخانه دیده‌بانی سلامت

(گزارش جامع)

بهار 1398

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## دربارهٔ محتوی

محتوی پیش‌رو گزارشی از ارزیابی خدمات سلامت روان در ایران است. در فصل اول این گزارش، ابتدا به‌روش جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با سلامت روان در ایران و سایر کشورها پرداخته شده است؛ سپس در فصل دوم، نظام سلامت روان سایر کشورها بررسی شده است، با بهره‌گیری از داده‌ها و اطلاعات موجود از پیمایش‌هایی نظیر بهره‌مندی از خدمات سلامت و مرتبط با بررسی وضعیت سلامت روان در ایران، در فصل سوم این گزارش به‌صورت جامع سیستم سلامت روان در ایران ارائه و به بررسی نقاط ضعف و قوت این سیستم پرداخته شده است. در نهایت در فصل چهارم این گزارش افق‌های پیش‌رو و چالش‌های موجود در زمینهٔ سلامت روان آمده است.

برای استفاده از مطالب این گزارش لطفاً از آدرس استنادی زیر استفاده شود.

گزارش ارزیابی خدمات سلامت روان در ایران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، بهار 1398

**Mental Health in I.R.Iran. National Institute for Health Research, April, 2019.**

## فهرست مطالب

1.....	خلاصه.....
3.....	فصل اول: مقدمه و روش کار.....
4.....	مقدمه.....
5.....	روش کار.....
8.....	فصل دوم: مروری بر سیستم‌های سلامت روان در کشورهای اروپایی.....
10.....	روند تغییرات ارائه خدمات سلامت روان.....
25.....	نحوه ارائه خدمات سلامت روان.....
46.....	چالش‌ها و افق‌های پیش رو خدمات سلامت روان.....
58.....	فصل سوم: سیستم سلامت روان در کشور ایران.....
60.....	خطمشی و آمارهای سلامت روان در ایران.....
63.....	بار بیماری‌های روانی.....
64.....	سازمان خدمات سلامت روان در ایران.....
67.....	خدمات مراکز سلامت روان جامع‌نگر.....
69.....	دسترسی به خدمات سلامت روان.....
70.....	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.....
72.....	برنامه مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC):.....
73.....	سازمان بهزیستی.....
75.....	طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR).....
76.....	سازمان‌های متبوع.....
78.....	شاخص بهره‌مندی از خدمات ارائه شده توسط روان‌شناس.....
79.....	هزینه‌های مداخلات.....
80.....	وضعیت مصرف مواد مخدر در ایران.....
81.....	تقاضا و بهره‌مندی از خدمات.....
81.....	سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در کشور.....
85.....	فصل چهارم: نتیجه‌گیری.....
88.....	منابع.....
89.....	خلاصه انگلیسی.....

## فهرست جداول

- جدول 1: آمار تخت‌های بستری در مراکز روان‌پزشکی کشور اسلوونی طی سال‌های 2008 الی 2013..... 17
- جدول 2: آمار کارکنان مراکز سلامت روان کشور انگلیس در سال 2009..... 37
- جدول 3: مقایسه وضعیت اختلالات روانی کشور ایران در سال 1380 و سال 1390..... 61
- جدول 4: شیوع انواع مختلف اختلالات روانی براساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان در سال 1390..... 62
- جدول 5: آمارهای تسهیلات و منابع سلامت روان کشور ایران براساس داده‌های برنامه جامع ارتقا سلامت روان..... 75
- جدول 6: تعداد و درصد تخت‌های موجود در بخش‌های روان‌پزشکی را در کلیه بیمارستان‌های کشور و بیمارستان‌های وزارت بهداشت..... 76
- جدول 7: مداخلات و اقدامات مهم مرتبط با سلامت روان در طرح تحول سلامت..... 77
- جدول 8: شاخص‌های مرتبط با سلامت روان در طرح تحول سلامت..... 78
- جدول 9: هزینه مداخلات مربوط به تأمین نیروی انسانی و راه‌اندازی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی طبق گزارش جامع طرح تحول سلامت..... 79
- جدول 10: شیوع مصرف مواد و داروها در طول 12 ماه گذشته در جمعیت 15 تا 64 سال براساس پیمایش ملی سلامت روان در سال 1389-1390..... 80

## فهرست شکل‌ها

- شکل 1: وب سایت مرجع جهت بررسی خدمات سلامت روان کشورهای اروپایی..... 7
- شکل 2: طبقه بندی بیماران جدید تشخیص داده شده در کشور اسلواکی در سال 2014..... 12
- شکل 3: سیستم ارجاع بیماران در کشور هلند..... 26
- شکل 4: تعداد روان‌پزشکان کشور ایران در سال 1393 براساس گزارش وزارت بهداشت..... 65
- شکل 5: درصد بهره‌مندی از مشاوره روان‌شناسی در مراجعات سرپایی طی یکسال قبل براساس نتایج مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال 1394..... 79

## خلاصه

این گزارش به ارزیابی خدمات سلامت روان در کشور ایران می‌پردازد و هدف اصلی از آن، بررسی مروری وضعیت ارائه خدمات سلامت روان در دنیا و ایران می‌باشد. در این گزارش پس از بررسی سیستم‌های سلامت روان در کشورهای مختلف بر اساس گزارش‌های "مرور سیستم‌های سلامت" سعی شده است با بهره‌گیری از داده‌ها و اطلاعات موجود از پیمایش‌هایی نظیر بهره‌مندی از خدمات سلامت و مرتبط با بررسی وضعیت سلامت روان در ایران، به صورت جامع، سیستم سلامت روان در ایران بررسی و به ارائه نقاط ضعف و قوت این سیستم پرداخته شود. براساس مطالعه بار بیماری‌ها در ایران بر حسب گروه‌های بیماری، در سال 1382 اختلالات روانی و رفتاری در رتبه دوم قرار داشته‌اند که نشان از اهمیت سلامت روان و حوزه‌های مربوط به آن در حیطه اقتصاد سلامت و بار بیماری‌ها دارد. همچنین براساس مطالعه صورت گرفته در سال 1390 تحت عنوان پیمایش ملی سلامت روان، 23/6 درصد از افراد 15 تا 64 ساله ساکن کشور دچار یک یا چند اختلال روان‌پزشکی در یک سال قبل از بررسی بودند. در ایران روان‌پزشکان و پزشکان عمومی بیشترین میزان خدمات سلامت روان را ارائه می‌دهند. با توجه به اینکه پزشکان عمومی همگام با روان‌پزشکان نقش جدی در مراقبت و درمان بیماران روان‌پزشکی ایفا می‌کنند، ضرورت دارد اطلاعاتشان به‌روز بوده و از مهارت کافی در این امر برخوردار باشند. ارائه خدمات در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC)، راهبردی با هدف ارتقاء سلامت روان شهری است. این رویکرد در حال حاضر رویکرد غالب سلامت روان در جهان تلقی می‌شود. ایران نیز همگام با این تحول در سه دهه گذشته سعی داشته است خدمات خود را از نظامی سنتی و ناکارآمد به نظامی مبتنی بر سلامت روان جامعه‌نگر تغییر دهد. در مطالعه پیمایش ملی، امید به بهبود خود به خود، کم‌اهمیت پنداشتن مشکل، و یا تحمل کردن مشکل، شایعترین موانع استفاده از خدمات بوده است. شایعترین مشکل دیگر ذکر شده، مشکلات مربوط به پرداخت هزینه و یا بیمه بوده است که سبب محدود شدن امکان استفاده بیماران از این خدمات شده است. عدم دسترسی به درمان مناسب و همچنین نگرانی از انگ بیماری روان‌پزشکی و یا انگ مصرف داروهای روان‌پزشکی از موانع بعدی گزارش شده بوده است. جهت رفع این موانع، بهره‌مندی، آموزش و آگاه‌سازی جامعه از ماهیت اختلالات روان‌پزشکی و وجود درمان‌های مؤثر، بهبود دسترسی به خدمات و همچنین توسعه خدمات بیمه ضرورت دارد. با توجه به گستره عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان این نکته آشکار

می‌شود که مسئولیت تأمین 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.

# فصل اول

## مقدمه و روش کار



## درباره فصل

در این فصل ابتدا به نحوه استخراج اطلاعات مرتبط با سلامت روان در کشورهای مختلف اروپایی و سپس به پیمایش‌هایی پرداخته شده است که در ایران در حال اجرا هستند و در بخشی از آن‌ها خدمات سلامت روان مورد بررسی و پرسش قرار می‌گیرند؛ سپس در انتها سایر روش‌ها و منابع در دسترس برای بررسی وضعیت سلامت روان در ایران ارائه شده است.

### مقدمه

محتوی پیش رو گزارشی از نتایج ارزیابی خدمات سلامت روان در کشور ایران است؛ که با هدف بررسی مروری وضعیت ارائه این خدمات در دنیا و ایران نگارش شده است. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را به‌عنوان یک حالت رفاه شناخته که در آن هر فرد توانایی‌های خود را درک می‌کند، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، می‌تواند کارآمد و

با ارزش باشد و قادر به کمک به جامعه خود باشد، تعریف می‌کند. ابعاد مثبت سلامت روان در تعریف سلامت سازمان بهداشت جهانی همانطور که در قانون اساسی آن قرار دارد، نیز تأکید شده است: سلامت یک وضعیت کامل رفاه فیزیکی، روانی و اجتماعی است و نه صرفاً فقدان بیماری یا ضعف.

بررسی بار اضافی اختلالات روانی، طی دهه گذشته به‌طور قابل ملاحظه‌ای بهبود یافته است. شواهد رو به رشدی از مطالعات نشان می‌دهد که اثربخشی و هزینه بهره‌وری مداخلات کلیدی برای اختلالات روانی در کشورها با سطوح مختلف توسعه اقتصادی وجود دارد. طیف وسیعی از اقدامات مؤثر برای جلوگیری از خودکشی، پیشگیری و درمان اختلالات روانی در کودکان، پیشگیری و درمان زوال عقل و درمان اختلالات مصرف مواد وجود دارد. برنامه اقدام خلاء بهداشت روانی (mhGAP) راهنمایی‌های مبتنی بر شواهد برای غیرمتخصصان ایجاد کرده است تا آن‌ها را قادر به شناسایی و مدیریت طیف وسیعی از اولویت‌های سلامت روان کند.

این مطالعه به بررسی وضعیت ارائه خدمات سلامت روان برای افرادی که نیاز به این خدمات دارند، در دنیا و در ایران می‌پردازد. در این مطالعه ضرورت دارد از الگوی ارزیابی نظام‌های سلامت در دنیا بهره‌گرفته شود. جنبه‌های مورد انتظار در این بررسی بهره‌مندی از این خدمات، هزینه این خدمات، تعداد مراقبین و مراکزی که این خدمات را ارائه می‌کنند و سپس بررسی وضعیت نهایی، نیاز به ارتقاء یا تداوم ارائه آن‌ها می‌باشد. ارائه مداخله‌ها در سطح جامعه، نظام سلامت و در سطح فردی هدف نهایی این از این گزارش خواهد بود.

## روش کار

جهت تهیه این گزارش ابتدا وضعیت کشورهای دیگر در حوزه سلامت روان جهت استخراج شاخص‌های موردنیاز برای تدوین گزارش ملی مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا گزارش‌های ملی 57 کشور دنیا که توسط سازمان اروپایی نظارت بر سیستم‌ها و سیاست‌های بهداشتی (European Observatory on Health Systems and Policies) منتشر شده

است، مورد بررسی قرار گرفت. این گزارش‌ها که تحت عنوان مرور سیستم بهداشتی (Health system reviews) نامیده می‌شوند به بررسی وضعیت سیستم بهداشتی یک کشور در زمینه‌های مختلف می‌پردازد.

HiT health system reviews یا HiTs گزارش‌های مبتنی بر کشورها هستند که شرح مفصلی از هر سیستم مراقبت بهداشتی و طرح‌های اصلاحات و سیاست‌های درحال پیشرفت یا در حال توسعه را ارائه می‌دهند. هر گزارش توسط متخصصین همان کشور با همکاری مدیران و کارکنان تحقیقاتی ارائه می‌شود. به‌منظور تسهیل مقایسه بین کشورها، گزارش‌ها براساس یک الگو، که به‌طور دوره‌ای تجدید نظر می‌شود، ارائه شده است.

هدف گزارش‌های HiTs فراهم کردن اطلاعات لازم به‌منظور حمایت از سیاست‌گذاران و تحلیل‌گران در توسعه سیستم‌های بهداشتی در اروپا است. از جمله سایر اهداف می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- کسب اطلاعات بیشتر در مورد رویکردهای مختلف ساختار، بودجه و ارائه خدمات بهداشتی و نقش بازیگران اصلی در سیستم‌های بهداشتی؛

- توصیف چارچوب نهادی، فرایند، محتوا و اجرای برنامه‌های اصلاح مراقبت‌های بهداشتی؛

- برجسته کردن چالش‌ها و زمینه‌هایی که نیاز به تجزیه و تحلیل عمیق‌تر دارند؛

- ارائه راهکار برای انتشار اطلاعات در مورد سیستم‌های بهداشتی و تبادل تجربیات استراتژی‌های اصلاحات بین سیاست‌گذاران و تحلیل‌گران در کشورهای مختلف.

گزارش‌های HiT در وب سایت <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory> در قالب PDF

به دو صورت کامل و خلاصه شده در دسترس است.

European Observatory on Health Systems and Policies

English Français Deutsch Русский

Search

WHO Europe, .be, LSE, etc.

European Observatory on Health Systems and Policies > Publications > Health system reviews (HiTs)

### Health system reviews (HiT series)

[News](#)  
[Events](#)  
**Publications**  
[Health system reviews \(HiTs\)](#)  
[Studies](#)  
[Policy briefs and summaries](#)  
[Eurohealth](#)  
[Country Health Profiles](#)  
[Health Policy \(Elsevier\)](#)  
[By topic](#)  
[Video gallery](#)

[Full list of country HiTs](#)  
[About the HiTs series](#)  
[Previous HiTs and Summaries](#)  
[Country Health Profiles](#)

As part of its Health Systems in Transition (HiT) series the European Observatory on Health Systems and Policies systematically describes the functioning of health systems in countries as well as reform and policy initiatives in progress or under development. The HiT health system reviews cover the countries of the WHO European Region as well as some additional OECD countries. They are updated on a regular basis. Next to the English version some reports are also available in another official language, mainly Russian.

شکل 1: وب سایت مرجع جهت بررسی خدمات سلامت روان کشورهای اروپایی

پروفایل هر کشور شامل موارد زیر است:

- وضعیت سلامت؛

- عوامل تعیین کننده سلامت، تمرکز بر ریسک فاکتورهای رفتاری؛

- ساختار و سازمان نظام سلامت؛

- عملکرد نظام سلامت از لحاظ کارایی، دسترسی و انعطاف پذیری آن در حوزه های مختلف از جمله سلامت روان.

در مرحله بعدی پس از استخراج شاخص ها و الگوگیری مشابه، سعی گردید داده ها و آمارهای مشابه با استفاده از

پژوهش های معتبر موجود همچون پیمایش ملی سلامت روان، مطالعه بار بیماری ها در ایران، آمارهای منتشر شده توسط

وزارت بهداشت و انجمن های علمی مربوطه جمع آوری گردد.

## فصل دوم

مروری بر سیستم‌های سلامت روان در  
کشورهای اروپایی

## درباره فصل

با توجه به اینکه تحقیقات نشان می‌دهند که استفاده از خدمات سلامت روان در بسیاری از کشورها در حال افزایش است، در این فصل به بررسی چگونگی استفاده از خدمات سلامت روان، اقشاری که از این درمان‌ها استفاده می‌کنند، نوع درمان‌های مورد استفاده و نحوه سیاست‌گذاری در این حوزه در کشورهای دنیا پرداخته شده است. به‌طور کلی در این فصل گزارشات کشورها در زمینه سلامت روان در حوزه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفته است:

1- روند تغییرات ارائه خدمات سلامت روان؛

2- نحوه ارائه خدمات سلامت روان؛

3- چالش‌ها و افق‌های پیش رو خدمات سلامت روان.

## روند تغییرات ارائه خدمات سلامت روان

در ایالات متحده آمریکا، از سال 1970 به بعد درمان به صورت مراقبت‌های سرپایی و بستری کوتاه مدت در بیمارستان ترجیح داده می‌شود. بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دولتی و ایالتی به بیمارستان‌های خصوصی روان‌پزشکی و جنرال منتقل شده است و پذیرش بیشتر به صورت سرپایی (کمتر از 24 ساعت بستری) است. این کاهش مدت بستری با افزایش استفاده از داروها همراه بوده است.

در ایتالیا، در سال 1978، قانون اصلاحات روانشناختی در زمینه روان‌پزشکی، تغییر از مراقبت‌های نهادی به خدمات بهداشت روانی مبتنی بر جامعه را اعلام کرد که تغییر ویژگی‌های اصلی سیستم بهداشت روان ایتالیا بود. عنصر اصلی اصلاحات، تعریف یک رویکرد جدید به سلامت روان بود، شامل پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت روان و کاهش مداخله مردم از نظر کنترل و جداسازی افراد مبتلا به اختلالات روانی علاوه بر این، سیستم ایتالیایی، تمایز روشنی بین مراقبت‌های بهداشت روانی بزرگسالان و کودکان ایجاد کرد، که قبلاً در معرض مسئولیت کلی روان‌پزشکان قرار داشت. این قانون تغییرات را از بستری شدن به مراقبت‌های سرپایی تغییر داد و می‌تواند با ویژگی‌های زیر خلاصه شود:

- پذیرش جدید در بیمارستان‌های مرتبط با بهداشت روان ممنوع شد و بنابراین متوقف شد؛

- تمام بیمارستان‌های "روان‌پزشکی" بسته شدند؛

- بیمارستان‌های عمومی به طور کلی مستلزم داشتن بخش‌های روان‌پزشکی بودند به طوری که مراقبت‌های حاد و پس از حاد در کلیه مراکز درمانی قرار می‌گرفت؛

- مراقبت مبتنی بر جامعه برای اختلالات روانی ارتقاء یافت؛

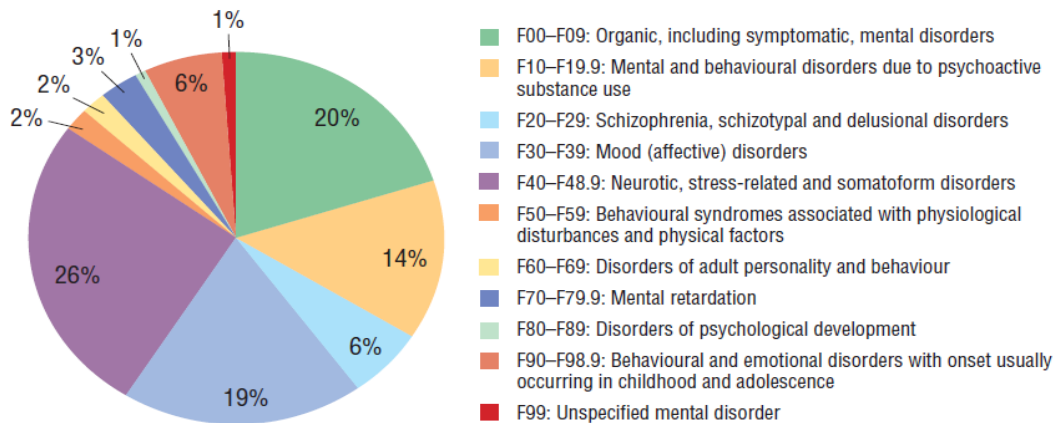
- به منظور کاهش پذیرش نامناسب در مراکز بهداشت روانی، درمان "اجباری" تنظیم شده بود. درمان در بخش‌های بیمارستان تنها در صورت اختلالات روانی نیاز به مداخلات فوری که توسط بیمار پذیرفته نمی‌شود، برای حفاظت از بیمار و ایمنی جامعه و در صورت عدم وجود جایگزین گزینه‌های مراقبت، اجباری خواهد بود. در اواسط دهه 1990، وزارت بهداشت، یک راهبرد برای حفاظت از سلامت روان را مورد استفاده قرار داد و آن ایجاد یک شبکه از خدمات برای اطمینان از مراقبت

یکپارچه در سطح مراقبت‌های اولیه بود. گروه‌های بهداشت روانی (DMHs) در داخل مراکز بهداشت‌ها تأسیس شدند تا ارتقاء سلامت روان و پیشگیری، درمان و توانبخشی روانی در سلامت روان و ارائه مراقبت‌های سرپایی و بستری را تضمین کنند. چند سال بعد، یک استراتژی به‌روز شده بهداشت روان برخی از جنبه‌های بحرانی سیستم مانند تخصص پایین DMH، که محدود به روان‌پزشک بالغ بودند، عدم خدمات روان‌پزشکی کودکان و سوء‌مصرف مواد مخدر و الزامات برای هماهنگی بهتر بین متخصصین مختلف سلامت را مورد توجه قرار داد. استراتژی به‌روز شده سعی در حل این مسائل داشت: توجه بیشتر به سلامت روان کودکان و نوجوانان، مشارکت فعال بیماران در جامعه، و تقویت ادغام مسیرهای مراقبت در تیم‌های چند رشته‌ای

در رومانی، تعداد بیمارستان‌های روان‌پزشکی در سال 2006 از 38 در سال 2006 به 35 در سال 2014 کاهش داشت اما تعدادی از تخت‌های روان‌پزشکی، از جمله تخت‌های توانبخشی، از 17/097 در سال 2008 به 17/337 در سال 2013 افزایش یافت. تعداد پرستاران روان‌پزشکی در سال 2014 به میزان 16/8 در 100000 جمعیت در مقایسه با 31/9 در هر 100000 در کشورهای با درآمد بالا بود. در سال‌های 2006 تا 2013 میزان بستری کاهش یافته است، از 91/4 درصد به 88/1 درصد و کاهش بسیار کمی در میانگین مدت بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی از 19/9 تا 19/4 روز در طول دوره مشابه گزارش شد. در سال 2006، پس از مأموریت ارزیابی در مورد سلامت روان در رومانی، مقامات قوانین جدید را توسعه دادند و بودجه را برای توسعه خدمات اجتماعی روان و تیم‌های مداخله بیشتر کردند. این همچنین شامل ایجاد مراکز بهداشت روانی است که در ساختار بیمارستان‌ها فعالیت می‌کنند. این تحولات پیش‌بینی فعالیت‌های اضافی برای تضمین تداوم مراقبت و مداخلات در سطح جامعه بود و بیمارستان‌ها با بودجه بیشتر برای بازسازی امکانات و استخدام کارمندان مواجه شدند.

در اسلواکی، براساس آخرین اطلاعات موجود 64365 مورد جدید تشخیصی اختلالات روانی و رفتاری در سال 2014 وجود دارد. این نشان‌دهنده افزایش 8/9 درصد در مقایسه با سال 2013 است. در سال 2014 موارد تازه تشخیص داده شده در اسلواکی اختلالات مرتبط با نوروتیک و استرس، اختلالات ارگانیک و اختلالات خلقی بودند.





Source: NCHI, 2015d.

## شکل 2: طبقه بندی بیماران جدید تشخیص داده شده در کشور اسلواکی در سال 2014

در مجموع، 387 درمانگاه سرپایی روان پزشکی، 1/7 میلیون آزمایش را برای 665 382 بیمار با تشخیص روان پزشکی تأیید شده در سال 2014 انجام دادند. واحد تخصصی مراقبت‌های روان پزشکی 44100 مورد بستری داشته است، یعنی 81/2 بستری در هر 100000 جمعیت این نشان دهنده افزایش جزئی (0/5 درصد) در مقایسه با سال 2012 است، اما تفاوت 13/6 درصد در مقایسه با سال 2005 وجود دارد. یکی از دلایل اصلی پذیرش در مراقبت‌های بستری، اختلالات روانی و رفتاری به دلیل استفاده از الکل بود که تقریباً 26 درصد از کل موارد بستری را تشکیل می‌داد.

در سال 2014، سیستم مراقبت‌های بهداشتی اسلواکی در مجموع 4431 تخت مراقبت‌های روان پزشکی داشت که 652 تخت برای اعتیاد به مواد مخدر، 277 تخت برای gerontopsychiatry، 193 تخت برای کودکان و 24 تخت برای neuropsychiatry در اسلواکی نسبت تخت‌های روان پزشکی در دو دهه گذشته به طور مداوم کاهش یافته است، اما از سال 2011 تاکنون کمی افزایش یافته است.

در آلمان، از آنجایی که کمیته پارلمانی در سال 1975 گزارشی مبنی بر انتقاد از نهادهای ارائه خدمات و کیفیت پایین مراقبت از بیماری‌های روانی مزمن منتشر کرد، خدمات بهداشت روانی در مناطق غربی آلمان به تدریج به ارائه خدمات مبتنی بر جامعه تبدیل شده است. وضعیت مراقبت‌های بهداشتی روان در مناطق شرقی در سال 1990 میلادی مشابه

شرایط در بخش غربی قبل از اصلاحات روان‌پزشکی در دهه 1970 بود. سهم قابل توجهی از خدمات بهداشت روان توسط نهادهای بزرگ با 300 تا 1800 تخت فراهم می‌شود، که اغلب مراقبت‌ها از کیفیت نسبتاً پایین برخوردار است. کمبود امکانات خدمات مبتنی بر جامعه، با تعداد بسیار کم کارکنان تشدید شد. در سال 1990 تخمین زده شد که تقریباً 60 درصد بیماران به مراقبت در بیمارستان نیاز ندارند. در طول این تغییر رویکرد در ارائه خدمات، تعداد بیمارستان‌هایی که فقط برای بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و یا بیماری‌های نورولوژیک خدمات ارائه می‌کردند، تا پایان دهه 1990 به‌طور قابل توجهی کاهش یافت. مراقبت‌های بستری روان‌پزشکی به‌طور عمده به بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی جنرال منتقل شد. در حالی که تعداد تخت‌های روان‌پزشکی در آلمان غربی در سال 1976 حدود 150 هزار نفر بود، این میزان تا سال 1995 به 69000 کاهش یافت و تا سال 2009 مجدداً به 40165 نفر کاهش یافت. در طول مدت مشابه، مدت اقامت در بیمارستان‌ها در بخش‌های روان‌پزشکی، روان‌درمانی و اعصاب از میانگین 152 روز در سال 1976 (آلمان غربی)، تا 44 روز در سال 1995 و 25 روز در سال 2007 (آلمان) کاهش یافت. در سال 2009، 409 بیمارستان (از مجموع 2084 بیمارستان) دارای بخش مراقبت‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی بودند. این تغییر رویکرد مستلزم افزایش نهادهایی که خدمات مبتنی بر جامعه را ارائه می‌دهند، بود که مواردی از جمله مراکز مداخله‌گریزهای حاد روان‌پزشکی، مراکز مشاوره روان‌شناسی و حمایت اجتماعی را شامل می‌شد. این موارد اغلب اساساً سودآور نبودند. همزمان، تعداد بیمارستان‌ها (و تخت‌ها) اختصاص داده شده به مراقبت‌های پیشگیری و توانبخشی که در خارج از برنامه‌های مورد نیاز بیمارستان‌های دولتی بود افزایش یافت. مراکز خصوصی سودآور اغلب خدمات ترک اعتیاد و اختلالات سایکوسوماتیک را ارائه می‌کنند.

در پرتغال، سازمان کنونی خدمات به شرح زیر است:

- مدل ارجاع براساس خدمات مبتنی بر جامعه است؛

- خدمات بهداشت روانی محلی مبتنی بر سیستم مراقبت بهداشتی هستند که به مراکز مراقبت‌های اولیه و بیمارستان‌ها مرتبط است؛

- هنگامی که خدمات بهداشت روانی محلی ایجاد نمی‌شود، آن‌ها به‌صورت منطقه‌ای سازمان یافته‌اند؛

- تیم‌های خدمات سلامت روان چند رشته‌ای هستند و برای جمعیت حدود 80000 سازماندهی شده‌اند؛
- خدمات ابتدا در مراکز مراقبت‌های اولیه ارائه می‌شوند و بستری و شرایط اورژانسی در بیمارستان‌ها ارائه می‌شوند؛
- مراقبت از کودکان و نوجوانان توسط تیم‌های خاص در سطح محلی داده می‌شود؛
- توانبخشی اجتماعی توسط بخش سلامت دولتی، اداره‌های اجتماعی و اشتغال انجام می‌شود؛
- بیمارستان‌های روان‌پزشکی از تیم‌های بهداشت محلی حمایت می‌کنند، مراقبت‌های تخصصی و سرپایی را ارائه می‌دهند و خدمات مسکونی را برای بیماران بدون هیچگونه سیستم پشتیبانی خانواده یا اجتماعی ارائه می‌دهند؛
- در کانادا، در طول نیم قرن گذشته، مراقبت‌های بهداشتی روان برای افراد مبتلا به بیماری‌های شدید و مزمن روانی از تأکید بر بیمارستان‌های روان‌پزشکی بزرگ، که در آن بیماران برای مدت زمان بسیار طولانی ساکن بودند، به درمان‌های متمرکز در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌ها و مراقبت سرپایی شامل داروهای تجویزی تغییر پیدا کرده است. این تغییر رویکرد با تغییر روش‌های حرفه‌ای در ارتباط با معرفی داروهای جدید بود.
- در فنلاند، طی دهه 1990، به تدریج بخش قابل توجهی از خدمات بهداشت روان تحت پوشش اداری مراکز بهداشتی در اکثر بیمارستان‌ها انتقال یافت و بسیاری از بیماران که دراز مدت از خدمات مراقبت‌های بیمارستانی استفاده می‌کردند به مراقبت‌های سرپایی و خدمات انتقالی از قبیل مسکن حمایت شده شیف‌ت داده شدند. در طی این مدت میانگین مدت دوره درمان در مراقبت‌های سرپایی به‌طور معناداری کاهش یافت. با این حال، به‌علت رکود اقتصادی، عرضه خدمات روان‌پزشکی سرپایی و همچنین سایر خدمات حمایتی و خدمات متوسطه به‌میزان مشابه با کاهش تخت بیمارستان، افزایش پیدا نکرد.
- در تاجیکستان، تا همین اواخر، سلامت روان در دیدگاه سیاست‌گذاران داخلی یا آژانس‌های بین‌المللی بسیار کم مورد توجه واقع شده است. ارائه مراقبت‌های بهداشت روانی به‌طور خاص تا سال 2002 زمانی که قانون "مراقبت‌های روان‌پزشکی" تصویب شد، بررسی نمی‌شد. تقریباً تمام مراقبت‌های بهداشت روان در حال حاضر در بیمارستان‌ها و یا سایر مؤسسات دولتی و بدون خدمات مبتنی بر جامعه وجود دارد.

در مقدونیه، استراتژی ارائه خدمات مبتنی بر جامعه در راستای استراتژی اتحادیه اروپا است. در همکاری با سازمان بهداشت جهانی و شورای اروپا هدف، توسعه روان‌پزشکی، روان‌شناختی اجتماعی و ایجاد مراکز بهداشتی روان در جامعه است و نیازهای محلی در نظر گرفته می‌شود. وام بانک جهانی برای انجام کارهای بازسازی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی اسکوپیه مورد استفاده قرار گرفته است. در سال 2006، قانون سلامت روانی اعمال شد و حقوق و مسئولیت‌های هم ارائه دهنده خدمات بهداشتی و هم افراد با شرایط سلامت روانی مختل را مورد توجه قرار داد. با توجه به اهمیت سلامت روان در جامعه، این قانون همچنین زمینه‌های قانونی برای ایجاد کمیته سلامت روان در هر واحد از دولت را فراهم می‌کند و همچنین امکان نظارت دقیق بر اجرای و حمایت از حقوق افراد با شرایط روحی مختل را نیز فراهم می‌کند. در موارد بسیار کمی، شهرداری چنین کمیته‌هایی ایجاد کرده است؛ با این حال، کار آن‌ها تبلیغ نمی‌شود و یا به‌طور گسترده‌ای به عموم منتشر نمی‌شود. سال‌هاست که این کشور سالانه یک برنامه بهداشت عمومی را برای سلامت روان فراهم می‌کند که عمدتاً شامل آموزش به مردم و نوجوانان و همچنین مشاوره برای افراد دارای شرایط روحی شدید و همچنین جوانانی که فکر خودکشی دارند، است.

در ترکیه، از لحاظ بار بیماری‌های روانی، سلامت روان یک مشکل مهم بهداشت عمومی است. براساس نتایج مطالعات بار بیماری‌ها که در سال 2004 تکمیل شد، در سال‌های زندگی سالم تنظیم شده با ناتوانی، بیماری‌های روان‌پزشکی پس از بیماری‌های قلبی عروقی در رتبه دوم قرار داشتند و اختلالات افسردگی علت بسیاری از سال‌های از دست رفته به‌علت ناتوانی بودند. این نشان می‌دهد که اگرچه ترکیه توجه بیشتری به بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان دارد، اما سلامت روان هنوز یک مشکل مهم بهداشت عمومی است که نیاز به توجه و منابع بیشتری دارد. علاوه بر این، به‌علت فقدان اطلاعات قابل اطمینان، حجم کامل اختلالات روان در ترکیه شناخته شده نیست.

در روسیه، خدمات بهداشت روانی به‌صورت عمودی سازماندهی شده و به‌عنوان خدمات تخصصی مثل سایر بیماری‌های اولویت‌دار نظیر دیابت، سل، اچ‌آی‌وی / ایدز، بیماری‌های منتقله از راه جنسی، خدمات سرطانی و بیماری‌های قابل پیشگیری ارائه می‌شوند. با این حال، سلامت روان به‌طور سنتی در نظام سلامت روسیه در اولویت‌های پایین است. مراقبت‌های بهداشتی روانی از درآمد عمومی بودجه تأمین می‌شود، و سطح فدرال در حال توسعه چارچوب قانونی و نظارتی و دستورالعمل‌های سیاست است که پس از آن در سطح منطقه‌ای اعمال می‌شود. مقامات بهداشتی منطقه‌ای و شهرداری

مکانیسم‌های تخصیص منابع و تأمین‌کنندگان را مدیریت می‌کنند که هنوز هم براساس الگوهای هزینه‌های تاریخی و اقدامات ورودی مانند تعداد اشغال است که مانعی برای هرگونه کاهش بالقوه مراقبت‌های نهادی به نفع رویکردهای مبتنی بر جامعه است. منابع موجود برای خدمات بهداشت روانی که در سیستم بهداشت و درمان فعال هستند، در حال کاهش است و ظرفیت کاهش یافته است، به‌ویژه برای کلینیک‌های تخصصی و امکانات سرپایی تعداد تخت‌های روان‌پزشکی به‌ازای 10000 نفر 8 درصد کاهش یافته است.

در اتریش، از زمان شروع تغییر رویکرد و کاهش تخت در مؤسسات روان‌پزشکی بزرگ در دهه 1970، سطح بیماران بستری به‌طور کلی پایدار بوده است. در سال 2010 تقریباً 4800 تخت در دسترس برای مراقبت‌های روان‌پزشکی وجود داشت. اکثریت این‌ها در بیمارستان‌های روان‌پزشکی قرار داشتند (0/24 تخت در هر 1000 نفر)، اما تقریباً یک سوم از تخت‌های روان‌پزشکی در بخش‌های روان‌پزشکی که در بیمارستان‌های عمومی به‌کار گرفته می‌شوند، یافت می‌شد. برای کودکان و نوجوانان در سال 2010، به‌ازای هر 1000 نفر، 0/05 تخت در دسترس بود. تعداد کل بستری بیمارستانی که در نتیجه تشخیص اولیه روان‌پزشکی باقی می‌ماند، در سال‌های اخیر در حدود 1370 در هر 100000 نفر باقی مانده است.

در حال حاضر در اکثر مناطق، اقدامات لازم برای حمایت از مراقبت‌های سرپایی در راستای مراقبت‌های ارائه شده در جامعه انجام شده است و یا در دستور کار برنامه‌های بهداشتی سازمانی مناطق قرار دارند. در هر منطقه، خدمات روانشناختی، برنامه‌ریزی روزانه و نظارت بر زندگی در حال حاضر در دسترس است. با این حال، به دلیل کمبود کیفیت داده‌ها، برآورد تعداد افرادی که از خدمات استفاده می‌کنند سخت است.

در اسلوانی، در سال 2008، قانون سلامت روان، سیستم حمایتی وسیع را برای تسریع انتقال امن و تحت کنترل افراد مبتلا به مشکلات روانی از مؤسسات به جوامع محلی ایجاد کرد. نقش شبکه منطقه‌ای هماهنگ‌کننده مراقبت‌های اجتماعی در این فرایند بسیار مهم است. هماهنگ‌کنندگان در مراکز دولتی مددگران اجتماعی مشغول به کار هستند. وظیفه اصلی آن‌ها کمک و حمایت از افرادی است که با مشکلات روانی روبرو هستند تا در اسرع وقت پس از درمان روان‌پزشکی یا درمان ویژه در یک مؤسسه مسکونی، مجدداً به محیط اجتماعی برگردند.

جدول زیر نشان می‌دهد که تعداد تخت در بیمارستان‌های روان‌پزشکی به آرامی کاهش می‌یابد. با این حال، لازم به ذکر است که تعداد ترخیص بیمارستان‌های مراقبت‌های بهداشتی رو به افزایش است. این ممکن است منعکس‌کننده افزایش تعداد پذیرش و کاهش طول اقامت باشد. تعداد بیماران دیرپا (که بیش از یک سال در مراقبت‌های روان‌پزشکی ماندند) به‌طور قابل توجهی کاهش یافته است.

جدول 1: آمار تخت‌های بستری در مراکز روان‌پزشکی کشور اسلوونی طی سال‌های 2008 الی 2013

2013	2012	2011	2010	2009	2008	
1365	1370	1344	1333	1339	1397	تعداد تخت‌های روان‌پزشکی
66/30	66/62	65/48	65/04	65/56	68/50	تعداد تخت‌های روان‌پزشکی (در هر 100000 نفر)
10564	10404	9858	10328	9987	10061	تعداد ترخیص‌های بیمارستان
513/1	506	480/3	504	489	493/3	تعداد ترخیص‌های بیمارستان (در هر 100000 نفر)
24	44	28	52	33	51	بیماران با بستری طولانی مدت (بیش از 365 روز)

در اسپانیا، تا سال‌های دهه 1970، مراقبت از بیماری‌های مزمن روانی با بیش از حد وابستگی به بستری شدن (بیمارستان‌ها اغلب به‌عنوان پناهندگی بزرگ)، ارائه ناکافی مراقبت‌های سرپایی و فقدان قابل توجهی از منابع مراقبت‌های اجتماعی مشخص می‌شد. جنبش مراقبت مبتنی بر جامعه در دهه 1970 اسپانیا را نیز شامل شد. ابتدا ابتکار برخی از گروه‌های روان‌شناختی بود که شروع به اجرای یک رویکرد جامعه‌شناختی برای مراقبت‌های بهداشت روانی در سطح محلی کردند. واحدهای ویژه پایلوت تفاوت کیفیت واضحی نسبت به شبکه بهداشت روان درمانی در مراکز روان‌پزشکی موجود داشتند. موفقیت فوری و گسترش تقاضا که توسط این تیم‌ها تجربه می‌شد، به وضوح نشانگر وجود نیاز شدید شده بود. اقدامات اصلاحی سیستماتیک روان‌پزشکی در اسپانیا از سال 1983 آغاز شد و با تشکیل کمیسیون اصلاحات روان‌پزشکی آغاز شد. وظیفه آن تعریف چارچوب و معیارهای وسیع برای اصلاح خدمات روان‌پزشکی بود؛ هدف از

اصلاحات در نظر گرفته شده، اتخاذ رویکرد مبتنی بر جامعه و دستیابی به ادغام خدمات بهداشت روانی همراه با بقیه خدمات بهداشتی بود.

در انگلیس، سیستم بهداشت روان از سال 1948 از سیستم دستگیری مبتنی بر پناهندگی تا تأکید بر ارائه مراقبت در جامعه برای افراد مبتلا به مشکلات روانی تغییر پیدا کرده است. سیستم بهداشت روان در انگلستان ترکیبی از مراقبت‌های اولیه و خدمات مبتنی بر جامعه است که توسط مراقبت‌های ویژه بیمارستانی پشتیبانی می‌شود. پیاده‌سازی NSF (National System Framework) نیازمند بهبود قابل توجه در مراقبت‌های مبتنی بر جامعه و همچنین معرفی نوع جدیدی از تیم‌های جامعه و گسترش تعداد افرادی است که مراقبت در جامعه را فراهم می‌کنند. تمرکز بر روی همکاری با دیگر بخش‌های غیربهداشتی که نیازهای افراد دارای مشکلات روانی را شامل می‌شوند، شامل مسکن و اشتغال نیز مورد توجه قرار گرفت. علاوه بر این، تداوم مراقبت در مرکز توسعه خدمات قرار گرفت، CPA طراحی شده تا اطمینان حاصل شود که تمام افرادی که از خدمات مراقبت‌های بستری مرخص می‌شوند، یک طرح مراقبت دریافت می‌کنند و یک مددگر اجتماعی را به آن‌ها اختصاص داده می‌شود. NSF بر ماهیت چند رشته تیم‌هایی که با افراد کار می‌کنند تأکید دارد. از اوایل دهه 1980، تغییر رویکرد از مراقبت‌های بهداشتی حاد در بیمارستان‌ها و بستری اجباری به مراقبت‌های مبتنی بر جامعه صورت گرفته است. خدمات بهداشت روانی توسط NHS، مقامات محلی، ارائه‌دهنده خدمات داوطلبانه و بخش خصوصی ارائه می‌شود، که بخش‌های داوطلبانه و خصوصی در حال افزایش‌اند. خدمات ارائه شده از طریق NHS در نقطه تحویل رایگان هستند.

در مغولستان، پس از تصویب قانون سلامت روانی، دولت مغولستان برنامه ملی بهداشت روان را تصویب کرد که قرار بود بین 2002 تا 2007 اجرا شود. هدف این برنامه ایجاد محیطی برای ارتقاء سلامت روان، توسعه خدمات بهداشت روانی و بهبود دسترسی این خدمات بود. برای ایجاد یک محیط مناسب برای سلامت روان، تعدادی فعالیت شامل حمایت، آگاهی عمومی و مشارکت، برنامه‌ریزی شده بود تا با حمایت شرکای بین‌المللی و همچنین از طریق بسیج منابع میان بخشی و محلی در چارچوب برنامه اجرا شوند. مهمترین گام این بود که بسته اصلی خدمات PHC ارائه شده در بیمارستان‌ها در بردارنده مراقبت‌های سلامت روان شدند. آموزش پزشکان خانواده و بازبینی دوره‌های کارشناسی برای پیروی از رویکرد مبتنی بر جامعه چیزهایی هستند که انجام شده است. به‌ازای هر ده هزار نفر 3/3 روان‌پزشک، 4/4 پرستار روان‌پزشکی، 6

روانشناس و 3 مددکار اجتماعی وجود دارد. با این حال، اکثر متخصصان از دانش و مهارت لازم جهت اجرای رویکرد مبتنی بر جامعه برای مراقبت‌های سلامت روان برخوردار نیستند، زیرا حدود 90 درصد آن‌ها در طول دهه‌های 1970 و 1980 زمانی که درمان‌های اصلی از طریق خدمات بستری بود، آموزش دیده بودند. اگر چه اسناد سیاست، خدمات مراقبت‌های اجتماعی و خدمات مراقبت‌های سلامت روان ارائه شده توسط پزشکان خانوادگی یا پزشکان را در سطح مراقبت‌های اولیه بهبود می‌بخشند، روند تغییر جهت به آرامی پیش می‌رود. با این حال، به‌عنوان یک نتیجه از آموزش در حین ارائه خدمت، 40 درصد از پزشکان خانوادگی دانش و مهارت خود را در درمان مشکلات سلامت روان را بهبود داده و قادر به مدیریت بیماران و هم‌چنین کار با جامعه شدند. طبق آخرین ارقام، پزشکان خانواده 47 درصد از بیماران روان‌پزشکی خود را به سازمان‌های عالی رتبه ارجاع دادند، در حالی که 18 درصد از بیماران به خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه منتقل شدند.

در مالت، در سال‌های اخیر خدمات افراد مبتلا به مشکلات روانی به مراتب بهبود یافته و پیشرفت‌های مهمی در هر دو زمینه مراقبت‌های بیمارستانی و مبتنی بر جامعه صورت گرفته‌است. گسترش شبکه خدمات اجتماعی، مکان ارائه خدمات را به شهرها و روستاها انتقال داده‌است. این خدمات عبارتند از: ویزیت در خانه، مداخلات تلفنی، جلسات روانشناختی، جلسات گروه پشتیبانی، اداره کردن تزریق دپوت، مداخلات مددکاری اجتماعی و جلسات روان‌درمانی.

محرك اصلی سیاست سلامت روان، قانون جدید سلامت روان بود، که در سال 2013 به اجرا درآمد. قانون قبلی از سال 1981 به اجرا درآمده بود و منعکس‌کننده دیدگاه‌های عقب افتاده‌ای در مورد بیماری روانی و درمان آن بود. قانون سلامت روان متمرکز بر بیمار دو هدف اصلی دارد: تنظیم مقررات خدمات سلامت روان، مراقبت و توان‌بخشی؛ و ترویج و حمایت از حقوق کسانی که از مشکلات روحی روانی رنج می‌برند. مقررات عبارتند از: یک رویکرد مراقبت جامع و تیمی چند رشته‌ای، یک طرح مراقبت با زمان‌بندی‌ها و نتایج، و شناسایی و دخالت یک مراقب مسئول که توسط بیمار شناخته شده. نظارت و بررسی مراقبت اجباری از طریق کمیسیون سلامت روان انجام می‌گردد.

در کره جنوبی، هرچه جامعه مدرن رقابتی و پیچیده‌تر می‌شود، اهمیت سیاست‌های مراقبت سلامت روان در سطح جهانی به یک مسئله مهم تبدیل می‌شود. در کره جنوبی سیاست‌های مراقبت سلامت روان دارای بیشترین تمرکز می‌باشند و توجه به



این ناحیه در طول چند سال گذشته افزایش یافته است. برخی استراتژی‌های مشخص ملی برای مراقبت‌های سلامت روان وجود دارند، مانند اقدامات پیشگیری از خودکشی، برنامه سلامت روان مبتنی بر جامعه و یک کمپین برای اعتدال در مصرف مشروبات الکلی برآورد شده است که میزان شیوع شرایط سلامت روان در میان جمعیت عمومی 12/9 درصد در سال 2006 بود.

در لهستان، تعداد تخت‌ها در بیمارستان‌های روانی از سال 1990 به‌طور مداوم کاهش یافته، در حالی که در همان زمان، تعداد تخت در انواع دیگر تجهیزات ایستا و مراقبت‌های سیار در حال افزایش است و بدین صورت مراقبت‌های سلامت روان را به بیمار نزدیک‌تر می‌سازد. اگرچه یک تغییر کلی از مراقبت‌های نهادی (بستری) به سمت مراقبت مبتنی بر جامعه وجود دارد، با این حال مراقبت‌های نهادی هنوز شکل غالب مراقبت‌های سلامت روان در لهستان می‌باشد.

در استرالیا، در سال 2001-2002 شایع‌ترین اختلالات روانی که منجر به بستری شبانه در بیمارستان می‌شد شامل اختلالات اسکیزوفرنی، پس از آن افسردگی، اختلالات روان‌پزشکی مانند حالت اضطراب و اختلالات روانی ناشی از مصرف مواد روانگردان بودند.

بخش بهداشت روان در دهه‌های گذشته به‌صورت بنیادی تغییر یافته است به‌طوری که در حال حاضر بیشتر افراد در معرض مشکلات روانی به جای اینکه درازمدت در بیمارستان‌های روانی بستری شوند در جامعه تحت درمان قرار می‌گیرند. حرکت از مراقبت‌های نهادی به مراقبت‌های اجتماعی از دهه‌ی 1960 امکان‌پذیر شده است با پیشرفت داروهای روانگردان و تغییر نگرش مردم نسبت به زندانی کردن بیماران تخت‌های بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی عمومی در استرالیا از 0/8 در هزار نفر در سال 1986 به 0/1 در هزار نفر در سال 2001-2002 کاهش یافته است. از سال 1992 تا سال 2001 تعداد بیمارستان‌ها از 45 به 42 و تعداد تخت‌های بیمارستانی از 7266 به 2457 کاهش یافته است. در حال حاضر استراتژی ملی سلامت روان از طریق تقویت خدمات سلامت روان در جامعه و انتقال درمان بیماران از بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی به بیمارستان‌های عمومی نهادینه شده است. نقش سازمان‌های غیر دولتی در ارائه خدمات سلامت روان جامعه در یک دهه گذشته توسعه یافته است.

در بلژیک، با ادامه گسترش مراکز درمانی روانشناختی و بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی، و نیز محل‌های اقامت و مراقبت بیماران روانی و خانه‌های پرستاری روان‌پزشکی، بیمارستان‌های روان‌پزشکی، یک عملکرد دیگر را به دست آوردند. قبلاً، بیمارستان‌های روان‌پزشکی یک عملکرد مسکونی و اقامتی برای بیماران روانی داشتند، اما اکنون تمرکز این بیمارستان‌ها به درمان فعال و توانبخشی تغییر کرده است. در سال 1990 اصلاحاتی با هدف کاهش تخت بیمارستان‌های روان‌پزشکی و جایگزینی وادغام اجتماعی بیماران انجام شد. این اصلاحات در جهت ایجاد یک پناهگاه مناسب خارج از بیمارستان‌های روانی برای بیماران روانی مزمین ایجاد گردید. مراقبت‌های بهداشت روانی از قبیل خانه‌های پرستاری روان‌پزشکی، مسکن پناهگاهی و مراقبت در خانه جایگزین بیمارستان‌های روان‌پزشکی گردید. تأمین مالی این مراکز از طریق بیمه‌های درمانی است ولی با این حال پرداخت مستقیم بیماران مشارکت بیشتری در تأمین مالی دارند. هدف دیگر این اصلاحات افزایش کیفیت و توزیع مناسب خدمات سلامت روان است. دومین اصلاحات در سال 1999 با اهداف زیر انجام شد: بهبود مراقبت‌های ویژه و تخصصی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، ایجاد همکاری بین بخش‌های داخلی و خارجی و تغییر بیشتر تخت‌های مراقبت بیمارستانی به خانه‌های پرستاری روان‌پریشی و محل‌های مسکن پناهگاهی.

در بلغارستان، اصلاحات سلامت روان در بلغارستان همراه با اصلاحات کلی نظام سلامت در این کشور بود. قبل از سال 2001 تغییرات کمی در نظام ارائه خدمات سلامت رخ داده بود، و ارائه خدمات سلامت روان به شدت براساس مدل سازمانی سنتی با خدمات سرپایی محدود و بدون ادغام اجتماعی بیماران بود. بیشتر بیمارستان‌های تخصصی روانی در فاصله دور از محل سکونت بیماران دور بود و مراجعه بیماران را مشکل کرده بود.

برای غلبه بر این چالش‌ها برنامه ملی سلامت روان (2001-2005) در سال 2001 معرفی شد. اهداف اصلی این سیاست عبارت بودند از حفاظت و بهبود سلامت روان جامعه، مبارزه با انگ اجتماعی بیماری‌های روانی و ادغام مراقبت‌های بهداشتی روان در نظام سلامت این سیاست یک رویکرد پیوسته برای پیشگیری، درمان و توانبخش بیماری‌های روانی ارائه کرد. این سیاست‌ها دارای عملکرد چندگانه بوده و پیاده‌سازی آن نیازمند هماهنگی سازمان‌های اجتماع محور، آموزش و خدمات استخدامی است. برنامه‌های عملیاتی با همکاری سازمان‌های دولتی، دولت محلی و سازمان‌های مردم نهاد اجرا می‌شوند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال 2001 تعداد روان‌پزشکان در بلغارستان نسبت به سایر کشورهای اروپایی بالاتر است (9 روان‌پزشک به‌ازای 100 هزار نفر). این نسبت از 0/6 در 100 هزار نفر در کشورهای

با درآمد پایین تا 9 در 100 هزار نفر در کشورهای با درآمد بالا متفاوت است. اما از سال 2001 تعداد روان‌پزشکان در بلغارستان شروع به کاهش کرده به طوری که در سال 2009 به طور کلی 565 روان‌پزشک در بلغارستان و یا به عبارتی 7 روان‌پزشک به ازای 100 هزار نفر وجود داشت. در حال حاضر تعداد روان‌پزشکان در بلغارستان از هر دو میانگین اروپایی EU15 (با 12/9 روان‌پزشک در 100 هزار نفر) و EU12 (با 8/9 روان‌پزشک در 100 هزار نفر) کمتر است. در حال حاضر تعداد کل کارکنان حرفه‌ای روان‌پزشکی که در بخش سلامت روان کار می‌کنند به صورت دقیق مشخص نیست ولی براساس نظرات کارشناسان امر این تعداد کافی نیست.

در قبرس، از آن زمان سیاست‌های سلامت روان وزارت بهداشت کشور به انتقال از خدمات بیمارستانی به خدمات مبتنی بر جامعه متمرکز شده است. در راستای قانون جدید سلامت روان در سال 1997 یک برنامه 5 ساله برای تمرکززدایی از خدمات سلامت روان و توسعه خدمات به سطح جامعه طرح‌ریزی شد. براساس این برنامه کشور به پنج بخش تقسیم شد و در هر بخش ارائه خدمات سلامت روان تحت نظارت مرکز سلامت روان بوده و این مرکز اغلب تسهیلات مورد نیاز برای توانبخشی بیماران روانی را تهیه می‌کند. اولویت این برنامه افزایش انسجام اجتماعی، سازگاری اجتماعی و مبارزه با انگ اجتماعی برای بیماران روانی است. هدف اصلی از این طرح توسعه ارائه خدمات سلامت روان در سطح جامعه است که بیماران را قادر می‌سازد تا در محیط خانواده خود حمایت شوند و فعالیت‌های اجتماعی خود را حفظ کنند. سیاست‌های این برنامه پیشگیری و توانبخشی بیماران است و به موازات آن تلاش‌های زیادی جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی صورت گرفته است. در سال 2011 یک پروژه جدید با عنوان "اصلاح مراقبت‌های روان‌پزشکی" راه‌اندازی شد و سند راهبردی برای اصلاح مراقبت‌های روان‌پزشکی در سال 2013 به تصویب رسید. ویژگی‌های کلیدی برنامه اصلاحات عبارتند از: ایجاد مراکز سلامت روان که به عنوان واحدهای حمایت‌کننده برای برگشت بیماران به زندگی عمل می‌کنند، اقدام برای کاهش و از بین بردن انگ اجتماعی مرتبط با بیماری‌های روانی (از طریق آموزش برای جمعیت عمومی و آموزش کارکنان بخش سلامت روان)، تعریف استانداردهایی برای خدمات روان‌پزشکی از طریق طبقه‌بندی سیستماتیک خدمات، اقدامات برای تشخیص بهتر از طریق آموزش ضمن خدمت کارکنان، ارتباط بهتر بین بخش سلامت و بخش اجتماعی که منجر به بازگشت بیماران به جامعه و کار می‌شود.

در گرجستان، بعد از آشفتگی‌های اقتصادی اجتماعی و به‌علت کمبود منابع تعداد تخت‌های بیمارستانی روان‌پزشکی از سال 1991 بیش از 70 درصد کاهش یافت و در حال حاضر گرجستان کمترین تعداد تخت‌های بیمارستانی را در منطقه اروپا دارد (27 تخت روان‌پزشکی به‌ازای 100 هزار نفر جمعیت). خدمات سلامت روان در هر دو سطح اولیه و ثانویه ارائه خدمات توسط برنامه‌های سلامت دولت تأمین مالی می‌شود. در سال 2007 خدمات بیمارستانی روان‌پزشکی به سه دسته خدمات کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت تقسیم شدند. مراقبت‌های کوتاه مدت برای بیماران حاد که نیاز به نظارت شدید و درمان فوری دارند برای 15 روز در نظر گرفته شده است، خدمات کوتاه مدت برای بیماران تحت حاد به کاربرده می‌شود به مدت 45 روز درمان و بازتوانی شدید استفاده می‌شود. مراقبت طولانی مدت (بیش از 45 روز) برای بیماران مزمن کاربرد دارد و شامل خدمات حمایتی و بازتوانی است. بیش از 10 سال از آغاز برنامه دولت برای سلامت روان در سال 1996 می‌گذرد با این حال هیچ اطلاعاتی در مورد در دسترس بودن، کیفیت و اثر بخشی خدمات در دست نیست. در حال حاضر هزینه برای خدمات سلامت روان در گرجستان 1/1 دلار به‌ازای هر نفر است.

در یونان، تا اواخر دهه 1970 خدمات سلامت روان عمدتاً در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بزرگ ارائه می‌شد، و بخش روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی و همچنین ارائه خدمات سلامت روان اجتماع محور به‌عنوان جایگزینی برای خدمات بستری طولانی مدت در بیمارستان وجود نداشت. در این زمان تسهیلات روان‌پزشکی، تخت‌های بیمارستانی روان‌پزشکی و همچنین پرسنل ارائه‌کننده خدمات سلامت روان به‌صورت عادلانه در کشور توزیع نشده بود. بودجه دولت برای خدمات سلامت روان کافی نبود و بیمه‌های اجتماعی پوشش مناسبی نداشتند. علی‌رغم اینکه هزینه‌های عمومی قابل توجه بود استانداردهای خدمات روان‌پزشکی عمومی پایین بود. بخش دولتی از 10 بیمارستان بسیار شلوغ تشکیل شده بود، در این بیمارستان‌ها 50 درصد تخت‌ها توسط بیماران مزمن که به‌مدت بیش از یک سال بستری بودند اشغال شده بود، این در حالی است که در بیمارستان‌های خصوصی فقط 24 درصد تخت‌ها توسط بیماران مزمن اشغال شده بود. بسیاری از این بیماران مزمن به‌علت نبود خدمات اجتماع محور جایگزین در بیمارستان بستری بودند. در سال 1984 سیستم سلامت عمومی پایه‌گذاری شد و یک برنامه پنج ساله برای سازمان‌دهی خدمات سلامت روان تصویب شد. هدف عمده این برنامه: تمرکززدایی از خدمات، توسعه مراکز سلامت روان اجتماعی و بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی همچنین

فراهم کردن تسهیلات بازتوانی اجتماعی و خدمات پس از درمان بود. در همان زمان اتحادیه اروپا مقرراتی برای حمایت مالی از یونان تصویب کرد این حمایت مالی برای اجرای برنامه‌های زیر در سال‌های 1984 تا 1988 بود:

الف) ساخت و تجهیز مراکزی برای آموزش حرفه‌ای شامل مراکز برای بازتوانی بیماران با معلولیت جسمی و روانی؛

ب) ساخت و تجهیز مراکز بازتوانی حرفه‌ای بیماران با معلولیت جسمی و ذهنی.

در استونی، به‌عنوان یک روند کلی تعداد تخت‌های روان‌پزشکی از 185/8 تخت روان‌پزشکی به‌ازای 100 هزار نفر جمعیت در سال 1990 به 52/8 تخت به‌ازای 100 هزار نفر در سال 2004 رسیده است. در سال 2010 از بین تمام تخت‌های بیمارستانی روان‌پزشکی 6 درصد مختص به کودکان و 16 درصد مختص به اختلالات روانی حاد بوده است. متوسط طول مدت بستری به علت اختلالات روانی از حدود 100 روز در اوایل 1990 به حدود 17 روز در سال 2010 کاهش یافته است. در همین زمان خدمات درمانی نیز به‌صورت تدریجی به درمان‌های سرپایی تبدیل شده است.

قزاقستان دسترسی به دامنه‌ی وسیعی از خدمات مراقبت سلامت روان شامل تشخیص، درمان، پیشگیری و توانبخشی را تضمین می‌کند. این کشور همچنین بازگشت افراد مبتلا به بیماری‌های روانی را به کار از طریق ایجاد کردن آموزش و فرصت‌های شغلی و سهمیه‌های اجباری برای استخدام معلول‌های ذهنی پیش‌بینی می‌کند. با این حال این خدمات قانونی به‌صورت جامع در عمل اجرا نشده‌اند. اغلب بچه‌های مبتلا به معلولیت‌های جسمی و ذهنی به مؤسسه‌های مخصوص محدود می‌شوند و بسیاری از قانون‌ها به‌صورت اعلامیه و بدون حمایت مالی از کشور باقی می‌مانند. بنابراین مراقبت سلامت روان با چالش‌هایی روبه‌رو است شامل فقدان پرسنل واجد شرایط، ترخیص بیماران مبتلا به مشکل‌های سلامت ذهنی، فرصت‌های شغلی محدود و داروها و خدمات پزشکی‌ای که مقرون به صرفه نیستند.

در ایسلند، از اوایل سال 2010، یک تیم اجتماعی ویژه، عملیاتی در Landspítali داشتند، جایی که کارشناسان از نظر روانی بیماران را در خانه‌هایشان یا در سایر برنامه‌های زندگی فالو می‌کردند. هدف اصلی از این خدمات ارائه دادن خدمات چند رسانه‌ای و فردی به کاربران در جامعه‌ی خودشان و کاهش نیاز برای بستری (و کوتاه کردن دوره‌ی بستری) از طریق حمایت و پیگیری آن‌ها هستند. بستری کردن شرکت‌کنندگان در برنامه از 125 به 80 پس از دو سال اجرای برنامه

کاهش یافت و تعداد روزهای بستری نیز کم شد. در سال 2006 یک پروژه پایلوت یک ساله‌ی مشابه در Akureyri- مشاوره در خانه-در افراد مبتلا به بیماری روانی که به صورت مستقل زندگی می‌کردند هدف‌گذاری شد. مبتنی بر اثرات مثبتش این پروژه با خدمات مراقبت در خانه تکمیل شد و همچنین به همه‌ی افراد ناتوانی که به صورت مستقل در جامعه زندگی می‌کردند گسترش یافت.

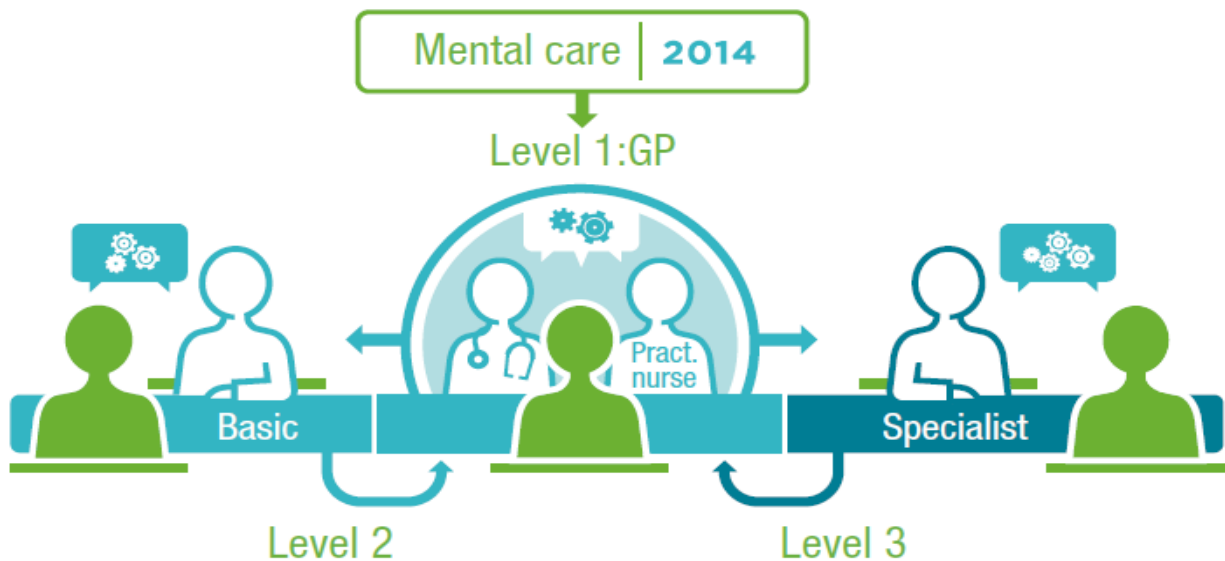
در بریتانیا، خدمات NHS از نظر دسترسی رایگان هستند درحالی‌که برخی از خدمات توسط مقامات محلی ارائه می‌شوند براساس آزمایش و ابزار هزینه می‌شوند. گروه‌های راه‌اندازی شده‌ی بالینی و سازمان‌های معادل آن‌ها در اسکاتلند، کمیسیون والز و ایرلندشمالی می‌توانند خدمات سلامت روان را ارائه کنند در حالی که مقامات محلی اغلب در مشارکت با خدمات سلامت مسکن و خدمات اجتماعی را برای افراد مبتلا به نیازهای سلامت روان تهیه می‌کنند. مراقبت‌های بستری سلامت روان می‌تواند مکانی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی یا بخش‌هایی درون بیمارستان‌های ACUTE بگیرند و در هر دوی آن‌ها مراقبت‌های بستری و حمایت از بیماران حاد ارائه می‌شوند. یعنی واحدهای مراقبت‌های شدید برای افرادی که در حال دریافت درمان اجباری هستند و منبعی از امکانات که به افرادی که به سطح بالایی از امنیت نیاز دارند ارائه می‌شود نیز وجود دارد. گزینه‌های کمک‌های جهت داده شده‌ی اجتماعی نیز وجود دارند مانند مسکن حمایت شده، خانه‌های گروهی و هتل‌هایی با اقامت کوتاه.

## نحوه ارائه خدمات سلامت روان

در آمریکا، درمانگران شامل روان‌پزشک، روان‌شناسان، مددگران اجتماعی، پرستاران و کسانی که آموزش در زمینه مشاوره بهداشت روان دیده‌اند، است. خدمات سلامت روان به دو صورت عمومی یا خصوصی ارائه می‌شود. خدمات عمومی شامل بیمارستان‌های شهری، ایالتی و فدرال می‌باشد. بخش خصوصی شامل مطب روان‌پزشک، کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی و بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های جنرال است. بعضی از خدمات در مراکز سلامت (خانه‌های بهداشت) و یا به صورت پرستاری در منزل ارائه می‌شوند. بیمارانی که بیمه دارند معمولاً مراقبت‌های بهداشت روان را در مطب روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مددگران اجتماعی مجاز، بیمارستان‌های خصوصی روان‌پزشکی و جنرال دریافت می‌کنند. بیمارانی که بیمه ندارند در مراکز روان‌پزشکی ایالتی، شهری، مراکز بهداشت (خانه بهداشت) و در صورت نیاز اورژانس‌های

بیمارستان‌ها درمان می‌شوند. در سال 2003 حدود 73 درصد خانه‌های بهداشت خدمات سلامت روان را ارائه می‌کردند و 50 درصد آن‌ها نیز خدمات مربوط به اعتیاد را ارائه می‌کردند.

در هلند، از سال 2014 می‌توان سه سطح را در مراقبت‌های بهداشت روانی تشخیص داد. افرادی که با مشکلات روانی روبرو هستند، ابتدا باید به پزشک عمومی خود (سطح اول) مراجعه کنند، جایی که شرایط آن‌ها تحت درمان با پزشک عمومی اغلب با کمک یک پرستار مراقبت بهداشتی تخصصی قرار می‌گیرد، در سال 2014، حدود 80 درصد پزشکان عمومی پرستار مراقبت بهداشتی تخصصی استخدام کردند. اگر پزشک عمومی نمی‌تواند بیمار را درمان کند و مشکوک به یک اختلال DSM-IV باشد، بیمار به‌عنوان مراقبت‌های اولیه روانی (سطح 2) برای درمان کوتاه مدت در قالب جلسات و / یا سلامت الکترونیکی ارجاع می‌شود. برای شرایط روحی پیچیده (سطح 3)، بیماران به مراقبت‌های تخصصی روانی، ترجیحاً در مراقبت‌های اورژانس و در صورت لزوم در مراقبت‌های بستری، مراجعه می‌کنند. در هر زمانی که امکان‌پذیر باشد بیمار به پزشک عمومی خود ارجاع داده می‌شود.



شکل 3: سیستم ارجاع بیماران در کشور هلند

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه روانی (سطح 2)، به‌عنوان مثال، روان‌شناسان، روان‌پزشکان یا روان‌پزشکان در محیط سرپایی هستند.

در فرانسه، خدماتی برای افراد مبتلا به بیماری روانی هم توسط بخش بهداشت و همچنین بخش مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی فراهم می‌شود. خدمات ارائه شده از سوی بخش سلامت به‌صورت مراقبت‌های سرپایی و خصوصی در سطح عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد. خدمات بهداشت روان عمومی در مناطق جغرافیایی از لحاظ تئوری اندازه جمعیت معادل، به نام مناطق بهداشت روان ارائه شده است. مراقبت به‌صورت جداگانه برای بزرگسالان و کودکان سازماندهی شده است که شامل طیف گسترده‌ای از خدمات پیشگیری، تشخیصی و درمانی است که در هر دو حالت سرپایی و سرپایی ارائه می‌شود. مراکز مراقبت‌های ویژه روان‌پزشکی (مراکز پزشکی و روان‌شناسی) تقریباً در هر منطقه بهداشت روانی حضور دارند، مراقبت‌های بهداشت روانی اولیه شامل ویزیت در خانه و هدایت بیماران به خدمات مناسب بر حسب بیماری و شدت آن است. اندازه و منابع مناطق مراقبت بهداشت روان کاملاً ناهمگن است. بیمارستان‌های خصوصی تنها در درمان سرپایی دخالت دارند، اما 20 درصد از موارد مربوط به مراقبت‌های بستری را تشکیل می‌دهند. آن‌ها بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی را همانند بیمارستان‌های عمومی می‌پذیرند تعداد زیادی از اختلالات روانشناختی نیز به‌صورت سرپایی توسط پزشکان عمومی یا روان‌پزشکان خصوصی یا روان‌شناسان مورد بررسی قرار می‌گیرند، برخی از آن‌ها روان‌درمانی را انجام می‌دهند و گاهی اوقات روان‌کاوی برآورد شده است که حدود 35000 روان‌شناس در فرانسه کار می‌کنند یا به‌عنوان کارمند و یا در مطب خصوصی. علاوه بر روان‌درمانی که در بالا ذکر شد، آن‌ها همچنین حمایت روانشناختی و پیگیری را در زمینه مدارس و یا بخشی از مقررات رفاه اجتماعی ارائه می‌دهند.

در ایتالیا، آن‌ها مجموعه‌ای از امکانات و خدمات یکپارچه را در سرتاسر کشور گسترش دادند که دارای یک منطقه حوزه تعریف شده است که معمولاً به یک مرکز بهداشت مربوط می‌شود و شامل متخصصین بهداشتی مختلف مانند روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پرستاران، مددگران اجتماعی است. بیماران می‌توانند به‌صورت مستقیم یا با ارجاع پزشک عمومی به خدمات دسترسی داشته باشند. دپارتمان سلامت روان، چهار نوع خدمات ارائه می‌دهند:



- مراکز بهداشت روان (CMHCs) این واحدها تمام فعالیت‌های مربوط به روان‌پزشک بزرگسالان را برای مراقبت سرپایی پوشش می‌دهند؛

- امکانات نیمه مسکونی برای خدمات مراقبت روزانه در سلامت روان (بیمارستان روزانه و مرکز روزانه)؛

- امکانات مسکونی جهت درمان و توانبخشی اجتماعی بیماران روان‌پزشکی؛

- واحدهای روان‌پزشکی در بیمارستان‌ها، تا 15 تخت، برای پذیرش حاد آن‌ها مراقبت‌های کوتاه مدت / متوسطه را برای مداخلات فوری ارائه می‌دهند و برای اطمینان از تداوم مراقبت، به‌طور مستقیم با CMHC ها ارتباط دارند.

درآلمان، مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی (بزرگسالان و کودکان) با افزایش تعداد روان‌پزشکان خصوصی، متخصصان اعصاب و روان درمانگرها که در بخش مراقبت‌های اورژانسی کار می‌کنند، حمایت می‌شود. علاوه بر این، ادارات بهداشت عمومی خدمات اجتماعی شامل مشاوره، کار اجتماعی، ویزیت در منزل و مداخله درکریزها را ارائه می‌دهند.

در فنلاند، در دهه 1970 و 1980 خدمات بهداشتی درمانی روانشناختی تحت مدیریت خدمات ویژه متخصص قرار گرفت، اما مراکز بهداشتی به‌منظور استخدام روان‌شناسان برای خدمات پیشگیری از خدمات بهداشت روانی تأمین می‌شد. این روان‌شناسان کار خود را به کودکان، مدارس، گروه‌های خاص انجام دادند یا خدمات اداری را برای شرایط بحرانی زندگی مشترک ارائه دادند. بعدها، خدمات بهداشت روانی به‌طور فعال از بیمارستان به جامعه منتقل شد. در سال 2006، 217 روان‌پزشک کودک، 132 روان‌پزشک نوجوان، 46 روان‌پزشک قانونی و 977 روان‌پزشک بزرگسال وجود داشت. مراقبت‌های درمانی در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌ها ارائه می‌شود. بعضی از واحدها به‌طور فیزیکی در بیمارستان‌های عمومی قرار دارند و بعضی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی جداگانه‌ای هستند که تحت کنترل بخش‌های بیمارستان هستند. فنلاند دارای دو بیمارستان دولتی روان‌پزشکی است که بررسی‌های بهداشت روانی و درمان مجرمان را برای جرایم می‌کند و همچنین سایر بیماران که مراقبت از آن‌ها خطرناک یا به‌ویژه پیچیده است. خدمات سرپایی توسط مراکز بهداشتی، اداره بهداشت روان و بخش‌های سرپایی بیمارستان‌های روان‌پزشکی ارائه می‌شود. دفاتر بهداشت روانی توسط روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پرستاران روان‌پزشکی و کارکنان اجتماعی و حرفه‌ای دیگر اداره می‌شود. بسیاری از ادارات بهداشت روان به اداره مراکز بهداشتی منتقل شده‌اند، اما هیچ سیاست ملی سیستماتیک برای انجام این کار وجود ندارد. تصویر کلی در این

کشور در این زمینه کاملاً متغیر است. خدمات سرپایی در حمایت از بیماران روان‌پزشکی درازمدت شامل خانه‌های مسکونی، خانه‌های توانبخشی، آپارتمان‌های مشترک، بیمارستان‌های روزانه و مراکز نگهداری روزانه و مسکن پناه داده شده است. سازمان‌هایی که این خدمات را ارائه می‌دهند، از منطقه به منطقه متفاوت است.

در آذربایجان، ارائه‌دهنده اصلی خدمات بهداشت روانی روان‌پزشک است. در سال 2008، 445 روان‌پزشک در کشور وجود داشت. مراقبت بهداشت روانی سرپایی از طریق دفاتر روان‌پزشکی در پلی‌کلینیک‌ها و 11 کلینیک روان‌پزشکی تأمین می‌شود. در مجموع، تعداد 18 مرکز بیمارستانی (بیمارستان‌ها و مراکز بیمارستانی کلینیک‌ها) و 4135 تختخواب وجود دارد.

در مقدونیه، مراقبت از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی عمدتاً در بخش‌های عمومی روان‌پزشکی ارائه می‌شود، گرچه ارائه دهندگان خصوصی نیز در دسترس هستند. سیستم عمومی توسط بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی و کلینیک روان‌پزشکی دانشگاه با خدمات سرپایی و مراقبت روزانه، که هر دو در اسکوپیه مستقر هستند، معرفی می‌شود و چندین مرکز ویژه مراقبت‌های بهداشت روانی، جهت پیشگیری و درمان افسردگی واقع در مراکز بهداشتی و درمانی ارائه شده است.

ترکیه بیمارستان‌های روان‌پزشکی و بخش‌های بهداشت روانی را به‌طور کلی در بیمارستان‌های آموزشی دارد. در مجموع، در سال 2009، 12 بیمارستان روان‌پزشکی در 81 استان وجود داشت که به‌عنوان بیمارستان‌های منطقه‌ای ارائه خدمات بهداشت روانی در سراسر مناطق را برعهده داشتند. اگر چه بیمارستان‌های عمومی خدمات روان‌پزشکی یا خدمات بهداشت روانی ارائه می‌دهند، ولی به‌اندازه کافی تخت برای دسترسی به‌اندازه نیاز وجود ندارد.

سیستم مراقبت بهداشتی روان در اوکراین شامل بیمارستان‌های روان‌پزشکی و کلینیک‌های سرپایی و بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های مولتی‌پروفایل است که تحت وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند. همچنین سازمان‌های روان‌پزشکی با ظرفیت کم وجود دارد که تحت اختیار ادارات امنیتی، وزارت امور داخلی، وزارت حمل و نقل و ارتباطات و وزارت دفاع مشغول کار هستند و به‌طور مستقیم به کارمندان این ادارات و خانواده‌هایشان خدمات می‌دهند. تعدادی از خدمات بهداشتی خصوصی وجود دارد که خدمات روان‌پزشکی، روان‌درمانی و درمان دارویی را ارائه می‌دهد. با توجه به استانداردهای کارکنان، هر بخش روان‌پزشکی بیمارستان و هر کلینیک بهداشت روانی حداقل یک روان‌شناس

داشته باشند. تخمین زده شده است که 89 درصد از تمام منابع در مراقبت‌های روان‌پزشکی بستری مورد استفاده قرار می‌گیرد، در حالی که خدمات سرپایی فقط 11 درصد است.

در اتریش، روان‌پزشکی و مراقبت‌های روان‌شناختی توسط مستقل از روان‌پزشکان، سایکوتراپیست‌ها و روان‌شناسان بالینی و بهداشتی ارائه می‌شود. دسترسی به خدمات تخصصی، مخصوصاً برای کودکان و نوجوانان، کافی نیست. روان‌درمانی، همانطور که در قانون تعریف شده است، معمولاً توسط کسانی که (اغلب غیر پزشکان) پرستاری و آموزش تعلیم و تربیت اضافی روان‌درمانی دیده‌اند و در وزارت بهداشت فدرال ثبت‌نام کرده‌اند انجام می‌شود. بیمه‌های اجتماعی بهداشتی یک مبلغ ثابت (€ 21/80) در هر جلسه یک ساعته را به‌عنوان یارانه برای بیماران نیاز به روان‌درمانی ارائه می‌کنند. تفاوت بین یارانه و هزینه جلسه باید توسط بیماران از جیب پوشش داده شود. برای واجد شرایط بودن یارانه، بیماران باید بیماری روانی داشته باشند و نتایج کتبی از معاینه پزشک معتمد قبل از جلسه درمان دوم باید به بیمه‌کننده ارائه شود. پس از آن، یارانه پس از جلسه پنجم توسط بیمه‌گر مورد تأیید قرار می‌گیرد و برای تعدادی از جلسات در یک دوره تعیین شده اعطا می‌شود. خدمات کاملی برای بیماران دچار بیماری‌های شدید و مکرر، معمولاً در بستری‌های بیمارستانی و به‌طور فزاینده‌ای در محیط‌های امدادرسانی، با مراقبت از تیم‌های چند رشته‌متشکل از متخصصان مختلف مانند روان‌پزشکی، پرستاری، روان‌درمانی، روان‌شناسی و مددگران اجتماعی ارائه می‌شود. در حال حاضر تقاضا برای تیم‌های چند رشته‌ای به‌شدت فراتر از عرضه است. همچنین برای افراد مبتلا به اختلال اعتیاد، انتخاب‌های مرحله‌ای از اقدامات درمان، از مداخله زود هنگام تا محدودیت خسارت، و از درمان بستری تا ادغام مجدد اجتماعی وجود دارد که ارائه می‌شود.

در اسلوونی، دو گروه اصلی وجود دارد که برای آن‌ها خدمات مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌شود: افرادی که با مشکلات روانی روبرو هستند و افرادی که دارای اختلالات یادگیری یا ذهنی هستند. انواع مختلفی از مؤسسات دولتی وجود دارد که چنین مراقبت‌هایی را ارائه می‌دهند:

- بیمارستان‌های روان‌پزشکی (پنج بیمارستان به علاوه یک واحد / بخش): یکی از مراکز پزشکی دانشگاه Maribor یک واحد ویژه برای بیماران روان‌پزشکی قانونی دارد؛

- مؤسسات ویژه مسکونی برای افراد دارای مشکلات روانی (پنج مؤسسه با 1520 ساکن)؛

- مؤسسات ویژه مسکونی-حرفه‌ای برای کودکان دارای معلولیت‌های ذهنی یا همراه با مشکلات بهداشت روانی و سایر معلولیت (پنج مؤسسه با 431 کودک و 795 بزرگسال)؛
- خانه‌های مراقبت از سالمندان (55 خانه مسکونی با 18295 ساکن): خانه‌های مراقبت عمومی برای افراد مسن و به‌طور خاص برای ساکنین مبتلا به دمانس و یا سایر شرایط سلامت روان؛
- در اسپانیا، سلامت روان به‌ویژه بر ترکیب عناصر سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بر تداوم مراقبت تأکید میکند، به‌روش‌های زیر:
- مداخلات پیشگیرانه و فعالیت‌های ارتقای سلامت روان هماهنگ با سایر منابع، مراقبت‌های بهداشتی و سازمان‌های خارجی، جامعه مدنی و مدارس؛
- تشخیص و درمان اختلالات روانی حاد، و همچنین تشدید حاد در بیماران مزمن؛ این شامل مراقبت‌های ویژه، مداخلات هدفمند خانواده و در صورت نیاز بستری شدن؛
- تشخیص و درمان اختلالات روانی مزمن، از جمله مراقبت جدی برای اسکیزوفرنی؛ این شامل مراقبت‌های ویژه، مداخلات هدفمند برای خانواده و توانبخشی است؛
- تشخیص و درمان اختلالات رفتاری اعتیادآور، از جمله الکل؛
- تشخیص و درمان اختلالات روان‌پزشکی نوزاد و نوجوان، کودکان مبتلا به سایکوز، اختلالات اُتسم و اختلالات رفتاری، از جمله بی‌اشتهایی / بولیمیا؛ این شامل مراقبت‌های اجباری، روان‌درمانی در مراقبت روزانه بیمارستان و بستری شدن در صورت نیاز، و همچنین تقویت رفتار سالم است؛
- کمک به اختلالات روانی ناشی از موقعیت‌های پُر ریسک یا ایزولاسیون اجتماعی؛
- پشتیبانی و اطلاعات برای بستگان، به‌ویژه مراقب اصلی.

در انگلیس، چارچوب ارائه خدمات برای سلامت روانی بزرگسالان تنها با بزرگسالان در سن کار (working age) است و هفت استاندارد مربوط به جنبه‌های مختلف سلامت روان را مطرح می‌کند.

- ارتقاء سلامت روانی؛
- استاندارد 1: خدمات باید سلامت روان را برای همه ارتقاء بخشند و مبارزه با تبعیض را ترویج دهند؛
- مراقبت اولیه و دسترسی به خدمات؛
- استاندارد 2: هر کاربر خدماتی با یک مشکل روحی روانی که با تیم مراقبت‌های اولیه بهداشتی خود ارتباط برقرار می‌کند باید نیازهای بهداشت روانی خود را شناسایی و ارزیابی کند و درمان‌های مؤثری شامل ارجاع به خدمات تخصصی برای ارزیابی بیشتر، درمان و مراقبت در صورت لزوم دریافت کند؛
- استاندارد 3: هر فردی که با یک مشکل روحی روانی رایج باید بتواند با خدمات محلی مورد نیاز برای پاسخگویی به نیازهای خود و دریافت مراقبت‌های مناسب تماس برقرار کند؛
- ارائه خدمات مؤثر برای افراد مبتلا به بیماری‌های شدید؛
- استاندارد 4: تمام کاربران خدمات بهداشت روان در برنامه (CPA) باید مراقبتی را دریافت کنند که باعث تعامل، پیش‌بینی یا جلوگیری از بحران و کاهش خطر می‌شود؛
- استاندارد 5: هر کاربری که نیاز به دوره مراقبت دور از خانه خود را دارد، باید دسترسی به موقع به تخت بیمارستان مناسب یا محل جایگزین داشته باشد؛
- خدمات برای مراقبین افراد مبتلا به مشکلات روانی؛
- استاندارد 6: همه افرادی که مراقبت منظم و قابل توجهی برای یک فرد در CPA ارائه می‌کنند، حداقل باید به صورت سالیانه از نیازهای مراقبتی، جسمی و روحی خود ارزیابی داشته باشند و برنامه مراقبتی خود را که به آن‌ها توضیح داده شده است، داشته باشند؛
- پیشگیری از خودکشی؛

استاندارد 7: مراکز بهداشتی و اجتماعی محلی باید از رعایت کامل 6 استاندارد گفته شده و نیز از آگاهی و بینش کارمندان زندان در جلوگیری از خودکشی در میان زندانیان و اینکه کارکنان صلاحیت ارزیابی خطر ابتلا به خودکشی را در میان افرادی که بیشترین ریسک خودکشی را دارند، اطمینان حاصل کنند، و سیستم‌های محلی برای رسیدگی به خودکشی از جمله یادگیری اقدامات لازم برنامه داشته باشند.

تعدادی از اهداف مربوط به ارائه خدمات بهداشت روان در انگلیس:

335 تیم حل بحران (CRT) برای ارائه پاسخ فوری به مردم در بحران سلامت روان؛

220 تیم ترویج اطمینان (AOT) برای حمایت شدید از گروه‌های با دسترسی کم به خدمات؛

50 تیم مداخله زودهنگام (EIT) برای فراهم کردن ارزیابی متخصص و مراقبت از افراد مبتلا به اولین اپیزود سایکوز، عمدتاً جوانان؛

1000 نفر از فارغ‌التحصیل بهداشت روان مراقبت‌های اولیه برای کار با پزشکان عمومی جهت درمان مشکلات شایع روان‌پزشکی؛

500 نفر دیگر از کارکنان بهداشت روانی جامعه برای کار با پزشکان عمومی، NHS Direct و در ادارات A & E؛

700 کارمند دیگر برای تقویت شبکه مراقبتی.

چارچوب خدمات ملی برای افراد سالمند شامل یک استاندارد برای ارتقای سلامت روانی خوب در افراد مسن و درمان و حمایت از افراد سالمند مبتلا به دمانس و افسردگی است. در سال 2009، وزارت بهداشت یک استراتژی ملی دمانس و کمبود سیستم مراقبت‌های موجود را به رسمیت شناخت، و استراتژی‌هایی از جمله افزایش آگاهی از وضعیت، تشخیص زودهنگام و مداخله زودهنگام و کیفیت بالاتر مراقبت‌ها را تصویب کرد. با این وجود، گزارش NAO در اوایل سال 2010 نسبت به پیشرفت احتمالی شک و تردید داشت و این نشان می‌دهد که مکانیزم‌هایی که نیاز به پیشرفت وسیع دارند، در دسترس نبودند و به‌ویژه، دمانس اولویت ملی NHS نبود. چارچوب خدمات ملی برای کودکان، جوانان شامل یک استاندارد

خاص مربوط به سلامت روان و رفاه روانی کودکان است. این اعلام کرد که همه افراد زیر 18 سال با مشکلات یا اختلالات روانشناختی باید به خدمات بهداشت روانی به موقع، یکپارچه، با کیفیت بالا و چندرسانه‌ای دسترسی داشته باشند تا از ارزیابی، درمان و حمایت خود برای خانواده و خانواده‌شان مطمئن شوند. همچنین مشخص شده است که باید سیاست‌ها و کارکنان آموزش دیده برای مراقبت در بیمارستان برای کودکان و نوجوانان با نیازهای بهداشت روانی وجود داشته باشد. NSF تأکید کرد که تمام کارکنانی که با کودکان و نوجوانان کار می‌کنند باید بتوانند در ارتقاء سلامت روانی و مداخله زودهنگام خود، با ارائه مداخلات مناسب و ارجاع تخصصی در زمان شناسایی مشکلات، کمک کنند. به‌طور خاص NSF توسعه تیم‌های چند رشته‌ای را در خدمات بهداشت روانی کودکان و نوجوانان CAMHS را مد نظر دارد. این تیم‌ها مراقبت‌های مستقیم و افزایش حمایت از خدمات مراقبت‌های اولیه را فراهم می‌آورد، خدمات محلی با پوشش 24 ساعته و ارزیابی‌های بهداشت روانی در مدت 24 ساعت که نیازهای کودک اورژانسی و ضروری است، انجام می‌شود. توسعه "شبکه‌های مراقبت" به‌عنوان یک گزینه برای افزایش دسترسی به مراقبت ویژه تخصصی برای کودکان مبتلا به اختلالات شدید روانی مطرح شد. یک قانون بهداشت روان جدید در سال 2007 تصویب شد که هدف آن حفاظت از حقوق افراد مبتلا به مشکلات روانی است در حالی که در عین حال حصول اطمینان از اینکه افراد مبتلا به مشکلات جدی که ایمنی خود یا دیگران را تهدید می‌کنند، می‌توانند بدون در نظر گرفتن رضایت در مؤسسات درمان شوند. گایدلاین‌های NICE برای افسردگی و اختلالات اضطرابی که ابتدا در دسامبر 2004 منتشر شد، نشان می‌دهد که درمان‌های روان شناختی مانند درمان شناختی رفتاری و درمان میان فردی مؤثر هستند و باید در دسترس بیماران NHS قرار گیرند. دسترسی به این درمان‌ها برای مدت زمان طولانی مشکل بوده و زمان انتظار در برخی از نقاط کشور طولانی است، در سال 2006، وزارت بهداشت یک برنامه برای گسترش استفاده از چنین درمان در سراسر انگلستان را راه‌اندازی کرد: "بهبود دسترسی به درمان روان‌شناسی".

همانند سایر خدمات بهداشتی، بین خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های و خدمات ارائه شده در جامعه تفاوت وجود دارد؛ این دومی شامل مراقبت‌های ارائه شده توسط پزشکان عمومی، تیم‌های متخصص، سایر متخصصان بهداشت روان و همچنین مراقبت‌های اقامتی موقت یا مداوم می‌باشد.

داده‌های مربوط به تعداد تخت‌های بیمارستانی برای مراقبت‌های روان‌پزشکی در بخش خصوصی و دولتی به‌طور مرکزی جمع‌آوری نمی‌شود. با این حال، یک برنامه ارزیابی خدمات بهداشت روانی بزرگسالان از چند سال به نمایندگی از وزارت بهداشت تهیه شده است. این برنامه، اطلاعات دقیق را در مورد زیرساخت و در دسترس بودن متخصصان مراقبت‌های بهداشت روانی در انگلستان در سطح محلی فراهم می‌کند. تعداد تخت‌های ارائه شده به وسیله NHS به‌طور مداوم در حال کاهش است: در سال‌های 1989-1990، تقریباً 59300 تخت بیمارستانی NHS برای مراقبت‌های بهداشتی روان ارائه شده بود. همان‌طور که شکل زیر نشان می‌دهد، تا سال 2009-2010 این میزان به 25560 تخت کاهش یافته است که 67/4 درصد آن‌ها برای بزرگسالان در سن کار، 30/3 درصد برای افراد مسن و 2/3 درصد برای کودکان است. در مجموع 67/7 درصد بستری کوتاه مدت، 18/9 درصد بستری طولانی و 13/4 درصد تخت‌ها در واحدهای امن. انواع اصلی خدمات موجود از طریق NHS در زیر فهرست شده است. تیم‌های سلامت روانی جامعه یا خدمات بهداشتی درمانی اولیه معمولاً ارائه‌دهنده اصلی خدمات بهداشت روانی در جامعه هستند. انواع دیگر ذکر شده اغلب بخشی از یکی از این موارد است. خدمات بهداشت روانی جامعه عبارتند از:

- تیم‌های بهداشت روانی جامعه: تیم‌های چند رشته‌ای که ارزیابی و مراقبت از افراد مبتلا به مشکلات روحی را در خانه‌ها یا اجتماعات خود دارند و از خدمات مراقبت‌های اولیه حمایت می‌کنند؛
- مراقبت‌های بهداشتی اولیه سلامت روان: گروهی از مددگران، یک مددکار یا گروهی از کارکنان (ممکن است پرستار سلامت روان، تسهیل‌کننده مراقبت‌های اولیه و فارغ‌التحصیلان بهداشت روان) که به‌عنوان یک تیم به پزشکان در حمایت و درمان افراد مبتلا به مشکلات بهداشت روانی رایج کمک می‌کنند؛
- CRTs: تیم‌های چند رشته‌ای که 24/7 پشتیبانی منظم کوتاه مدت برای افرادی که در بحران سلامت روان هستند ارائه می‌کنند؛
- AOTs: حمایت منظم را به‌طور مداوم برای افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانی فراهم می‌کنند شامل رویکرد گروهی، گروه‌های تعریف شده و برنامه‌ریزی بلندمدت با افراد را برنامه‌ریزی می‌کنند؛



- EITs: ارزیابی متخصص و مراقبت از افراد مبتلا به اولین اپیزود سایکوز را فراهم می‌کنند؛
  - خدمات حمایت از خانه یا اجتماع: معمولاً متخصصان بهداشت روان نیستند، حمایت از افرادی که با مشکلات روانی روبرو هستند، و خانواده‌هایشان را برعهده می‌گیرند؛
  - تیم‌های توانبخشی و یا مراقبت‌های نگهدارنده: تیم‌های چند رشته‌ای که خدماتی را برای پاسخگویی به نیازهای افراد با مشکلات بلند مدت سلامت روانی ارائه می‌دهند؛
  - کارگران دروازه: متخصصان روان‌پزشکی با تجربه که ارزیابی و تریاژ را برای افرادی که در حوادث حاد و یا در معرض تهدید سلامت روانی هستند، ارائه می‌دهند؛
  - فارغ‌التحصیلان کارکنان مراقبت‌های اولیه : کارکنان آموزش دیده در تکنیک‌های درمانی مختصر که با پزشکان عمومی در مدیریت و درمان مشکلات رایج روانی روبرو هستند؛
  - کارگران توسعه اجتماعی: کارکنانی که نقش آن‌ها حمایت و تسهیل گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی برای افزایش ظرفیت گروه‌های قومی سیاه و قومی برای مقابله با بیماری‌های روانی و نابرابری‌های ذاتی خدمات ارائه شده است.
- جدول زیر نشان می‌دهد مجموعاً حدود 101500 کارمند WTE را که در مارس 2009 در خدمات بهداشت روانی بزرگسالان در انگلستان کار می‌کنند. از این تعداد تقریباً 36 هزار پرستار هستند، 5700 کارکنان پزشکی، بیش از 6000 مددکار اجتماعی، 5200 درمانگر هستند و کمی بیش از 2850 روان‌شناس وجود دارد.

جدول 2: آمار کارکنان مراکز سلامت روان کشور انگلیس در سال 2009

تعداد کارکنان به ازای هر 100000 نفر سن کار	تعداد	نوع کارکنان
18	5698	پزشکی
112	35894	پرستاری
9	2583	روانشناس
16	5210	روان درمانگر
19	6074	مددکار اجتماعی
100	31997	سایر
43	13759	مدیران و کارمندان اداری
317	101458	جمع کل

خدمات برای کودکان و نوجوانان (در سن 18 سالگی) توسط تیم‌های تخصصی ارائه شده توسط CAMHS ارائه می‌شود. خدمات براساس چارچوب چهارگانه سازماندهی می‌شوند.

سطح 1، مراقبت‌های اولیه این شامل طیفی از متخصصان (مثلاً GPs، پرستاران مدرسه، معلمان) هستند که احتمالاً اولین تماس کودک با متخصصان هستند.

سطح 2، متخصصان به‌طور مستقل در یک شبکه کار می‌کنند. این شامل روان‌شناسان بالینی کودکان، روان‌پزشکان کودکان و پرستاران روان‌پزشکی کودکان جامعه است که ارزیابی‌هایی را انجام می‌دهند که ممکن است باعث درمان یا شناسایی نیازهای شدید یا پیچیده شوند.

سطح 3، یک سرویس تخصصی برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات شدید، پیچیده و مداوم است. این معمولاً تیم‌های چند رشته‌ای است که از طیف وسیعی از حرفه‌ای‌ها تشکیل شده است، از جمله کارگران اجتماعی، پرستاران روان‌پزشکی و روان‌پزشکان کودکان این تیم‌ها ارزیابی، درمان و مدیریت شرایط را ارائه می‌دهند.

سطح 4، اساساً یک سرویس عالی است، این شامل واحدهای روز، تیم‌های سرپایی بسیار تخصصی و واحدهای سرپایی برای کودکان بزرگتر و نوجوانان مبتلا به بیماری‌های شدید روانی و یا در معرض خطر خودکشی می‌باشد.

خدمات روان‌شناسی قانونی ارزیابی تخصصی، درمان، توانبخشی و بعد از مراقبت از مجرمین (و یا افرادی که در معرض خطر مجازات) با مشکلات سلامتی روانی هستند را فراهم می‌کند. این خدمات در تنظیمات بیمارستان بالا، متوسط و کم امنیت ارائه می‌شود. نقش اصلی خدمات پزشکی روان‌شناسی قانونی عبارتند از:

- ارزیابی، مدیریت و درمان مجرمان با اختلالات روانی بالا در جامعه، بیمارستان‌ها و زندان‌ها؛
  - ارزیابی، حمایت و درمان قربانیان، به‌ویژه افرادی که رفتارهای خطرناکی دارند؛
  - ارائه مشاوره و همکاری با روان‌پزشکان، پزشکان عمومی، وکلا، افسران پلیس، کارکنان زندان، کارمندان اجتماعی و افسران پرونده؛
  - تهیه شواهد و گزارش‌ها برای مقاصد قانونی.
- در بلژیک، مراقبت‌های سلامت روان در ساختارهای مختلف ارائه می‌شود که می‌تواند به‌طور گسترده‌ای به شرح زیر طبقه‌بندی شود:
- مراکز مراقبت سلامت روان؛
  - بخش روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی؛
  - خانه‌های پرستاری روان‌پزشکی؛
  - اقامتگاه‌های حمایتی؛
  - بیمارستان‌های روان‌پزشکی.

علاوه بر این ساختارها، بخش مراقبت‌های سلامت روان شامل مراکز توانبخشی، خانه‌های مراقبت‌های روان‌پزشکی، بخش‌های روان‌پزشکی در زندان‌ها و فعالیت روان‌پزشکان و روان‌شناسان در بخش خصوصی نیز هست. مراکز توانبخشی را می‌توان به مراکز متمرکز بر مشکلات اعتیاد (مراکز پذیرش پزشکی-اجتماعی، مراکز روز، مراکز مداخلات در بحران و جوامع درمانی) و مراکز توانبخشی روانی و اجتماعی کودکان و بزرگسالان تقسیم کرد. بیماران دارای مشکلات سلامت روان می‌توانند از طریق پزشک عمومی و یا مراکز مشاوره دانش‌آموزان به مراکز مراقبت سلامت روان ارجاع شوند. مراکز مراقبت سلامت روان باید ترجیحاً بیماران با مشکلات جدی و یا در معرض خطر مشکلات جدی را ببینند. این مراکز خدمات خط دوم را به‌صورت سیار ارائه می‌دهند، بیماران می‌توانند خدمات مشاوره را دریافت نمایند و یا مراقبت در خانه را از طریق این مراقبت‌های سیار دریافت کنند. مراقبت‌ها توسط یک تیم چند رشته‌ای که قادر به پاسخگویی به جنبه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، روانشناختی و جنبه‌های اجتماعی مشکل سلامتی هستند، ارائه می‌شود. مسئولیت‌ها و فعالیت‌ها در مراکز ارائه‌دهنده خدمات روان‌داری دو جنبه است: یکی فعالیت‌ها و وظایف درمانی و دیگری وظایف پیشگیرانه جهت تشخیص زودرس و پیشگیری از پیشرفت مشکلات سلامت روان در مراحل اولیه آن است. بسیاری از مراکز علاوه بر این‌ها خدمات ویژه‌ای نیز به کودکان و بزرگسالان ارائه می‌دهند. مهمترین مشکلات سلامت روان در این مراکز شامل اضطراب، اختلالات روانی و اعتیاد است.

در بلغارستان، مقررات اساسی در زمینه مراقبت بهداشت روانی در قانون سلامت (2004) آمده است. براساس این قانون، دولت، شهرداری‌ها و سازمان‌های غیردولتی مسئول حفاظت از سلامت روان جامعه هستند. این سازمان‌ها از طریق ارائه مراقبت‌های بهداشتی قابل دسترس و با کیفیت، سازماندهی برنامه‌های پیشگیری از اختلالات روانی، اجرای برنامه‌های آموزشی، ارتقاء سلامت روانی مسئولیت‌های خود را اجرا می‌کنند. شهرداری‌ها گزینه‌هایی برای توانبخشی روانی و ساختاری و حمایت اجتماعی از بیماران با اختلالات روانی ارائه می‌دهند.

قانون سلامت اصول اساسی زیر را برای ارائه خدمات سلامت روان تأکید می‌کند:

- به حداقل رساندن محدودیت در آزادی‌های شخصی؛

- احترام به حقوق بیماران؛

- ارتقاء خود مراقبتی و مراقبت متقابل و همچنین تضمین حمایت حرفه‌ای و اجتماعی از افراد؛

- ایجاد یک شبکه کارآمد برای ارائه خدمات روان‌پزشکی سرپایی؛

- اولویت‌دادن به مراقبت از بیماران در سطح خانواده و جامعه.

در این قانون برای بازداشت غیر داوطلبانه (بستری اورژانسی و درمان اجباری) نیز مقرراتی را با جزئیات بیان کرده است. این بیماران نیز از حقوقی مانند سایر شهروندان برخوردارند. تصمیم‌گیری درخصوص درمان اجباری برعهده دادگاه است. رویه‌ها و دستورالعمل‌های درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی توسط وزارت بهداشت تنظیم می‌گردد. مراکز سلامت روان خدمات سرپایی و بستری همچنین خدمات درمانی پیشگیرانی و خدمات اجتماعی را ارائه می‌کنند. این مراکز برنامه‌هایی برای شناسایی و تشخیص زودهنگام افراد مبتلا به اختلالات روانی، درمان مداوم آن‌ها و ارتقاء سلامت روان افراد به کار می‌برند. این مراکز کارکردهای مراقبت اجتماعی زیادی از قبیل مشاوره به بیماران، ارائه خدمات در منزل، توانبخشی روانی و همچنین سازگاری اجتماعی دارند. این مراکز بخش‌های بستری برای درمان فعال افراد مبتلا به اختلالات حاد روانی را نیز دارند. عموماً مراکز سلامت روان در مقایسه با بیمارستان‌های روان‌پزشکی بیماران بیشتری دارند، علت این امر تمایل بیشتر بیماران مزمن و طول بستری طولانی‌تر در این مراکز است.

خدمات اورژانسی روان‌پزشکی توسط مراکز سلامت روان، بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی و بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی ارائه می‌شود. وقتی شرایط بیماری درمان‌های مداوم پس از اورژانس را ایجاب کند، این اتفاق باید در طول 48 ساعت واقع شود.

علاوه بر این، وزارت کار و امور اجتماعی و شهرداری‌ها از طریق شبکه‌ای از مؤسسات اجتماعی دولتی یا شهری از خدمات بهداشت روانی حمایت می‌کنند، این شبکه شامل مراکز ارائه خدمات توانبخشی اجتماعی و سازگاری اجتماعی، مراکز مراقبت روزانه برای کودکان، مراکز مراقبت روزانه برای افراد مبتلا به اختلالات شناختی، خانه کودکان و نوجوانان با اختلالات شناختی، خانه بزرگسالان با اختلالات شناخت هستند. در نهادهای اجتماعی تخصصی تیم چند رشته‌ای فعالیت می‌کنند، از جمله پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و امدادگران.

در قبرس مراقبت‌های سلامت روان توسط اداره خدمات سلامت روان وزارت بهداشت این کشور که بودجه جداگانه‌ای دارد سازمان دهی و اداره می‌شود. ارائه خدمات غالباً توسط بخش دولتی انجام می‌شود، که از یک بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی با 144 تخت، 2 بخش سلامت روان در بیمارستان‌های عمومی با 46 تخت همراه با سایر مراکز ارائه خدمات تشکیل شده است. مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت روان بسیار محدود است که از طریق تعداد محدودی روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی از طریق دریافت هزینه مستقیم از بیماران به‌زای خدمتی که ارائه می‌دهند خدمت‌رسانی می‌کنند. خدمات سلامت روان در قبرس امروز در بخش‌های مختلفی ارائه می‌شود که شامل: مراکز ارائه‌کننده مراقبت‌های بستری، بخش‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات سرپایی، مراکز سلامت روان مبتنی بر جامعه، مراکز روزانه، مراکز سم‌زدایی، بخش‌های درمانی برای بیماران معتاد به مصرف مواد و مراکز ارائه خدمات اطلاعاتی و مشاوره‌ای به بیماران و خانواده‌های آنان هستند.

مراقبت‌های سلامت روان در کشور چک از طریق بیمه سلامت قانونی تأمین مالی می‌شود و هم خدمات سرپایی و هم خدمات بستری را در برمیگیرد. مراکز بستری شامل بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی و همچنین بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی است. تعداد پزشکان ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان در مراکز سرپایی به‌طور مداوم افزایش یافته و از 564 پزشک در سال 1997 به 788 مورد در سال 2012 رسیده است. در مدت مشابه تعداد تخت در بخش‌های روان‌پزشکی به مقدار کمی کاهش یافته و از 9781 تخت به 8994 تخت رسیده است اما تعداد پزشکان ارائه‌کننده خدمات روان‌پزشکی در بخش‌های بستری از 422 به 528 نفر افزایش یافته است. درحالی‌که تغییر در مراقبت‌های سرپایی نشان‌دهنده روند و تغییر خدمات سلامت روان به سمت خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه است، افزایش تعداد پزشکان ارائه‌دهنده خدمات بستری نشان‌دهنده بهبود کیفیت خدمات سلامت روان است.

در گرجستان، خدمات سلامت روان در هر دو سطح اولیه و ثانویه ارائه خدمات توسط برنامه‌های سلامت دولت تأمین مالی می‌شود. در سال 2007 خدمات بیمارستانی روان‌پزشکی به سه دسته خدمات کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت تقسیم شدند. مراقبت‌های کوتاه مدت برای بیماران حاد که نیاز به نظارت شدید و درمان فوری دارند برای 15 روز در نظر گرفته شده است، خدمات کوتاه مدت برای بیماران تحت حاد به کار برده می‌شود به‌مدت 45 روز درمان و بازتوانی شدید استفاده می‌شود. مراقبت طولانی مدت (بیش از 45 روز) برای بیماران مزمن کاربرد دارد و شامل خدمات حمایتی و بازتوانی است.

بیش از 10 سال از آغاز برنامه دولت برای سلامت روان در سال 1996 می‌گذرد با این حال هیچ اطلاعاتی در مورد در دسترس بودن، کیفیت و اثربخشی خدمات در دست نیست. در حال حاضر هزینه برای خدمات سلامت روان در گرجستان 1/1 دلار به‌ازای هر نفر است. براساس قوانین مراقبت‌های روان‌پزشکی دو نوع بستری غیرداوطلبانه در گرجستان وجود دارد: یکی بستری اورژانسی و دوم بستری اجباری. در هر دو صورت بیماران از حقوقی مشابه سایر افراد جامعه برخوردارند. تصمیم‌گیری در مورد بستری اورژانسی توسط کمیته پزشکی انجام می‌شود که طی 48 ساعت پس از بستری شدن اولیه بیمار، بررسی و تصمیم می‌گیرد که آیا بستری بیمار باید ادامه یابد یا خیر. تصمیم‌گیری درخصوص ناتوان بیمار از نظر قانونی بر عهده داده‌گاه است. بستگان بیمار یا اداره بیمارستان (در صورتی که بیمار بستری باشد) باید یک اظهارنامه کتبی به دادگاه ارسال کند و از دادگاه درخواست می‌کند که شخص را به‌طور قانونی بررسی و درخصوص ناتوان بودن شخص نظر بدهد. دادگاه یک معاینه روان‌پزشکی-قانونی تشکیل می‌دهد و درخصوص ظرفیت و ناتوانی بیمار براساس معاینه روان‌پزشکی نظر می‌دهد.

در بلاروس، خدمات سلامت روان عمدتاً توسط مؤسسات ارائه می‌شوند، و تعداد تخت‌های بیمارستانی روان‌پزشکی از سال 2005 افزایش یافته است. این موضع باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران شده و مانع بازگشت آن‌ها به جامعه می‌شود. تخت‌های بیمارستانی روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی، کلینیک‌های عمومی و همچنین بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی قرار دارند. مراقبت‌های سلامت روان مبتنی بر جامعه به جز در موارد خاص از قبیل پیشگیری از اعتیاد به خوبی توسعه نیافته است، و برنامه‌های سلامت روان خوب طراحی شده در سطح جامعه کم هستند.

جدیدترین برنامه اصلاحیه سلامت روان در یونان یک برنامه عملیاتی 10 ساله برای اصلاح، بازسازی و ایجاد خدمات جدید سلامت روان در کشور بود. اولویت‌های این برنامه عملیاتی اجتماعی شدن، انسجام اجتماعی و تمرکززدایی از خدمات سلامت روان بود. از مهمترین اهداف این برنامه توسعه خدمات سلامت روان در جامعه بود تا بیماران از این طریق بتوانند در محیط خانوادگی و تحت حمایت خانواده زندگی کنند و فعالیت‌های اجتماعی خود را حفظ کنند. استراتژی‌های این برنامه اقدامات پیشگیرانه و بازتوانی بود و اولویت با مراقبت‌های اولیه بهداشتی، خدمات و مراقبت‌های سریایی، توانبخشی روانی و اجتماعی و تداوم مراقبت، همچنین بهینه‌سازی کمک‌های داوطلبانه برای ارتقاء و بهبود خدمات سلامت روان بود. این برنامه همچنین امکان ایجاد زیرساخت‌های سلامت روان در اجتماع را نیز فراهم می‌کند (شامل: بخش‌های روان‌پزشکی در

بیمارستان‌ها، مراکز سلامت روان، مراکز راهنمایی و مشاوره کودکان، مراکز مراقبت روزانه، بیمارستان‌های مراقبت روزانه، کارگاه‌های آموزشی، بخش‌های سیار، همکاری‌های اجتماعی، واحد مدیریت بحران).

خدمات سلامت روان در استونی به‌عنوان بخشی از خدمات تخصصی پزشکی در نظر گرفته شده و شامل خدمات تشخیصی، درمان، توانبخشی و پیشگیری از اختلالات روانی است. خدمات سلامت روان عمدتاً توسط روان‌پزشکان، پرستاران روان‌پزشکی، پرستاران و روان‌شناسان ارائه می‌شود. برای دریافت خدمات سلامت روان یک بیمار ممکن است برای دریافت یک مشاوره سرپایی ساده بدون ارجاع از طرف پزشک خانواده به پزشک متخصص مراجعه کند، در حالی که برای بسیاری از خدمات پزشک خانواده به‌عنوان اولین محل مراجعه عمل می‌کند. مراقبت‌های سلامت روان در هر دو حالت در سرپایی و بستری ارائه می‌شود؛ حالت بستری بیشتر در بحران کوتاه مدت یا برای حل مشکلات پیچیده تشخیصی و درمان استفاده می‌شود. براساس قانون مراقبت‌های روانشناختی و قانون مجازات، درمان اجباری فرد مبتلا به اختلال روانی در موارد دادگاهی که تمام شرایط زیر را داشته باشد امکان‌پذیر خواهد بود:

- شخصی با اختلال روانی شدید به گونه‌ای که توانایی کنترل رفتار خود را نداشته باشد؛

- بدون درمان بستری فرد مبتلا به اختلالات روانی، زندگی، سلامت و امنیت خود بیمار و اطرافیانش در خطر باشد؛

- در مواردی که سایر خدمات روان‌پزشکی کافی نباشد.

بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی در استونی وجود ندارد و تخت‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های چند منظوره ادغام شده است.

در گره‌جنوبی، یک طرح جامع برای حفاظت از حقوق انسانی بیماران بستری در بیمارستان‌های روانی و دیگر تسهیلات در حال اجراست. این اقدامات شامل الزامات زیر می‌باشند:

• مشارکت گروه‌های مدنی در کمیته مذاکرات مراقبت سلامت روان و در فرایند ارزیابی کیفی امکانات بهداشت روان؛

• آموزش حقوق بشر برای کارمندان در بیمارستان‌های سلامت روانی؛



• روش‌های شفاف و کامل پذیرش و تخلیه؛

• گسترش زیر ساخت‌های خدمات سلامت روان؛ و

• ارائه اطلاعات سلامت در مورد درمان‌های روان‌شناختی.

برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شناختی و عاطفی، بیماران، به‌طورکلی، برای اولین بار از بخش سلامت روان در بیمارستان‌های بحرانی استفاده می‌کنند تا تحت تشخیص و درمان قرار بگیرند. پس از این، اگر بیماران نیاز به درمان طولانی مدت داشته باشند، می‌توانند از بیمارستان‌های روانی استفاده کنند.

در لهستان، بسته به نیاز و شرایط بیمار، مراقبت‌های روانی ممکن است در کلینیک‌های سلامت روان سرپایی، توسط تیم مراقبت خانگی یا مراقبت اجتماعی در بخش‌های روان‌درمانی روزانه یا بستری‌های بیمارستانی در اختیار بیمار قرار گیرند (بیمارستان‌های روانی، بخش‌های مراقبت روانی در بیمارستان‌های عمومی، ZOL ها و ZPO های روان‌پزشکی). برخی از خدمات در مراقبت‌های اولیه ارائه می‌شوند (به‌طور عمده به بیماران مبتلا به اختلالات غیرروانی) و همچنین در مددکاری‌های اجتماعی (در DPS ها، شبانه‌روزی‌ها، پناهگاه‌ها، مراکز پشتیبانی یا انجمن‌های کمک به خود). یکپارچگی خدمات روان‌درمانی در بخش‌های مددکاری اجتماعی و بخش‌های بهداشت و درمان ضعیف است. درمان اعتیاد نیز در کلینیک‌های اعتیاد سیار (درمانگاه‌های پیشگیری، درمان و توانبخشی)، در مراکز مراقبت روزانه و یا بخش‌هایی برای درمان اعتیاد و در بخش‌های بستری برای درمان اعتیاد در بیمارستان‌های عمومی، در مراکز درمان اعتیاد و مراکز توانبخشی ارائه شده‌است. پشتیبانی همچنین ممکن است در مؤسسات MONAR و درون بخش خدمات اجتماعی به دست آید. افراد مبتلا به اختلالات روانی که مرتکب جرم شده‌اند می‌توانند برای روان‌درمانی قانونی به مراکز ملی یا منطقه‌ای بروند. جانبازان جنگی که بعد از خدمت در خارج از مرزها دچار مشکلات سلامت هستند و همچنین خانواده‌های آن‌ها، دسترسی رایگان به مراقبت روان‌شناختی دارند. جانبازان همچنین حق دارند که در خانه جانبازان اقامت کنند (به‌عنوان یک ZOL عمل می‌کند). این اقامت رایگان نیست، اما ممکن است از بودجه دولت یارانه بگیرد. خارجیان با وضعیت پناهندگی که از اختلالات روانی رنج می‌برند می‌توانند در پناه‌گاه بمانند. افراد مبتلا به اختلالات روانی که مرتکب جرم شده‌اند می‌توانند برای روان‌درمانی قانونی به مراکز ملی یا منطقه‌ای بروند. جانبازان جنگی که بعد از خدمت در خارج از مرزها دچار مشکلات سلامت هستند و

همچنین خانواده‌های آن‌ها، دسترسی رایگان به مراقبت روانشناختی دارند. جانبازان همچنین حق دارند که در خانه جانبازان اقامت کنند (به‌عنوان یک ZOL عمل می‌کند). این اقامت رایگان نیست، اما ممکن است از بودجه دولت یارانه بگیرد. خارجیان با وضعیت پناهندگی که از اختلالات روانی رنج می‌برند می‌توانند در پناه‌گاه بمانند.

در نروژ، خدمات سلامت روان در سطح شهری و درون مراقبت‌های ویژه سازماندهی شده‌اند. GPها نقش اصلی در ارائه خدمات سلامت روان در سطح شهری ایفا می‌کنند. آن‌ها مسئول برنامه‌ریزی و هماهنگی عملیات پیشگیری‌کننده، بررسی، ارزیابی و درمان هستند. از آنجایی که آن‌ها مسئول پیگیری بیماران موجود در لیست‌شان هستند آن‌ها تداوم مراقبت را تضمین می‌کنند که به‌صورت ویژه‌ای برای بیماران مراقبت روان مهم است. GPها همچنین پیوندی بین خدمات مراقبت‌های ویژه و اولیه و ارجاع بیماران به مراقبت‌های ویژه در صورت ضرورت تشکیل می‌دهند. پرستاران سلامت عمومی و معلم‌ها نقش مهمی در کشف مشکلات در کودکان و جوانان ایفا می‌کنند.

در اسکاتلند، اکنون دامنه‌ی وسیعی از خدمات سلامت روان عموم وجود دارد که توسط تیم‌هایی ارائه می‌شود که علاوه بر پرستاران و روان‌پزشکان شامل مددکاران اجتماعی، درمان‌شناسان حرفه‌ای، روان‌شناسان و داروسازان می‌شود. افزایش بزرگی در تعداد پرستاران سلامت روان که در حال کارکردن در جامعه از سال 2001 هستند وجود داشت. تعداد آن‌ها از 700 به 1800 نفر با بیشتر از 400 پست در خدمات اجتماعی و بیمارستان‌ها رسیده بود. بخشی کلیدی از حمایت جامعه خدمات بحرانی و خارج از ساعت است. این می‌تواند به‌صورت تنهایی یا در ترکیب با NHS، شوراها و بخش داوطلبانه ارائه شود. استانداردهای ملی در سال 2006 برای تقویت بهبود پاسخ و خدمات بحرانی در سراسر اسکاتلند صادر شدند. دامنه‌ای از کمک‌ها نیز در دسترس بودند تا قادر سازند افراد را در زندگی مستقل در جامعه بتوانند زندگی کنند. این‌ها شامل طرح‌های پشتیبانی شده‌ی در منزل، گروه‌های مجهز یا غیرمجهز شده یا خانه‌های مراقبت، هتل‌های با اقامت کوتاه و طرح‌های کاریابی خانوادگی/ بزرگسالی می‌شد. خدمات مراقبت Respite نیز در دسترس هستند تا زمان آف به مراقبت‌کنندگان خانوادگی از مسئولیت مراقبت‌شان بدهند.

در بریتانیا، تیم‌های سلامت روان اجتماعی می‌توانند شامل گروه‌های مختلف کارمندان سلامت اجتماعی و پزشکی شوند و آن‌ها مراقبت‌های اولیه‌ی خدمات سلامت روان را پشتیبانی می‌کنند. کار کردن در تیم‌ها به GPHها برای درمان افراد مبتلا

به مشکلات متداول سلامت روان کمک می‌کند. انواع زیادی از خدمات سلامت روان اجتماعی وجود دارد شامل تیم‌های رفع بحران که مراقبت‌های شدید کوتاه مدت را می‌کنند، گروه‌های مدعی توسعه که کمک‌های مشتاقانه‌ی مداوم ارائه می‌کنند، گروه‌های مداخلات اولیه که تشخیص و مراقبت را در طول اولین حادثه‌ی بیمار روانی ارائه می‌کنند، ساپورت خدمات خانگی یا اجتماعی که از بیماران و خانواده‌های آن‌ها پشتیبانی می‌کنند، تیم‌های مراقبت‌کننده‌ی مداوم و توانبخشی که از بیماران برای مدت طولانی مراقبت می‌کنند، مددکاران مدخل یعنی کسانی که شرایط اضطراری سلامت روان را تشخیص می‌دهند و کمک می‌کنند، مددکاران فارغ‌التحصیل سلامت روان که به GPها در مدیریت و درمان مشکلات متداول سلامت روان با معالجه کمک می‌کنند، مددکاران ریکاوری و زمان پشتیبانی کسانی که با بیماران زمان صرف می‌کنند تا نیازها و تشخیص‌های قوی برای بیماران ایجاد کنند و مددکاران توسعه‌ی اجتماعی که حمایت می‌کنند از گروه‌هایی که با سیاه‌ها و گروه‌های اقلیت نژادی کار می‌کنند تا نابرابری در خدماتی را که بیماران سلامت روان دریافت می‌کنند آدرس‌دهی کنند. خلافکاران جنایی مبتلا به مشکلات سلامت روان یا آن‌هایی که به سطح بالایی از امنیت نیاز دارند می‌توانند خدمات سلامت روان قانونی را دریافت کنند که در بیمارستان‌های ایمن ارائه می‌شوند. تشخیص‌های خدمات سلامت روان قانونی، افراد با خطرات بالا را در بیمارستان‌ها، زندان‌ها و جامعه درمان می‌کنند؛ قربانی‌ها را تشخیص می‌دهند و حمایت و درمان می‌کنند؛ مشاوره به GPها، روان‌پزشکان، وکلا، افسران پلیس، کارمندان زندان، مددکاران اجتماعی و مأموران عفو مشروط فراهم می‌کنند و گواهی و شواهد برای اهداف قانونی ارائه می‌دهند. برخی خدمات حقوقی در واحدهای بخش خصوصی و زندان‌ها ارائه می‌شوند اما عمدتاً آن‌ها در واحدهای کم تا متوسط امنیتی NHS ارائه می‌شوند.

### چالش‌ها و افق‌های پیش رو خدمات سلامت روان

در آمریکا، در سال 2009 تخمین زده شد که حدود یک سوم امریکایی‌های با مشکلات روان‌پزشکی درمان لازم را دریافت می‌کنند. در بررسی سال 2004 حدود 67 درصد پزشکان مراقبت‌های اولیه، اظهار داشتند که نمی‌توانند خدمات سلامت روان سرپایی را برای بیماران خود ارائه کنند. و 34 درصد اعتقاد داشتند که نمی‌توانند به متخصص مناسب ارجاع دهند. بحث دسترسی به خدمات سلامت روان در اطفال و افراد مسن نیز بسیار با اهمیت است. تخمین زده می‌شود که حدود یک چهارم اطفال و نیمی از افراد مسن که به خدمات سلامت روان نیازمندند به آن دسترسی دارند. بحث بیمه‌ها یکی از موانع

بزرگ در دسترسی به خدمات است. یکی از دلایل پزشکان عمومی برای عدم ارائه خدمات، عدم پوشش کافی بیمه‌ها و موانع برنامه‌های بهداشتی بود. ضعف ارائه دهندگان خدمت نیز یکی دیگر از موانع دسترسی به خدمات است. این ضعف در مناطقی که کمتر از 8 متخصص روان‌پزشک به‌ازای هر صد هزار نفر داشتند، برجسته‌تر بود. یکی دیگر از موانع مهم در بحث دسترسی به خدمات که مختص بحث سلامت روان است، انگ ناشی از بیماری‌های روان‌پزشکی است. که اگرچه تلاش‌هایی برای حذف آن انجام شده است اما همچنان وجود دارد، نهادهای اجتماعی نیز در تشدید این امر مؤثرند به‌عنوان مثال بیماران روان‌پزشکی رو استخدام نمی‌کنند یا پوشش بیمه سلامت بیماری‌های روان‌پزشکی به اندازه پوشش بیماری‌های جسمی نیست. به‌دلیل همین انگ مردم سعی می‌کنند برچسب بیماری‌های روان‌پزشکی نخورند و به همین علت مراجعه نمی‌کنند.

در سال 2006 چند توصیه و دستورالعمل به‌منظور افزایش کیفیت خدمات نیز ارائه شد.

1- تولید و انتشار شواهد جمع‌آوری شده در پژوهش‌ها در زمینه‌ها درمان‌ها و خدمات توسط سازمان‌های مختلف؛

2- ذینفعان مراقبت‌های بهداشتی و جامعه باید در تلاش برای بهبود کیفیت شرکت کنند؛

3- مشارکت دولتی و خصوصی بین HHS و یک سازمان مشابه NQF به‌منظور مشارکت در اجماع بر روی یک مجموعه‌ای از استانداردها برای سنجش کیفیت خدمات سلامت روان.

اکثر برنامه‌ها بر افسردگی تمرکز کرده‌اند، بنابراین امید است که در آینده چنین برنامه‌های مبتنی بر جامعه، بتواند به سایر انواع بیماری‌های روان‌پزشکی نیز گسترش یابد.

در فرانسه، منتقدین نظام مراقبت بهداشت روان، عدم هماهنگی میان بخش مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی اجتماعی، را ذکر می‌کنند؛ نابرابری‌های قابل توجه جغرافیایی در مورد منابع موجود؛ و ظرفیت اضافی برای بستری شدن در تمام طول روز. این مشکلات بخشی از ماهیت تحقیقات روان‌پزشکی در فرانسه است که به‌طور سنتی رشته‌ای، تک رشته‌ای است. در سال‌های اخیر سیاست‌گذاران به تشخیص نیاز به توسعه یک رویکرد تحقیق چند رشته‌ای با تمرکز ویژه

بر علوم اجتماعی و خدمات بهداشتی، برای بهتر هماهنگ کردن بازیگران مختلف روان در سلامت و ایجاد راه های صحیح مراقبت از بیماران را ضروری می دانند.

در ارمنستان، به عنوان یک کشور مشابه کشور ما خدمات بهداشت روانی به شدت فقدان دارند و آنچه که دردسترس است، به سیستم مراقبت اولیه تقلیل می یابد. سیستم کنونی بر مراقبت های سرپایی تمرکز دارد و فقدان کارکنان کارآمد اجتماعی و دیگر متخصصان خدمات درمانی روان شناسی بالقوه برای ارائه خدمات در سطوح انسانی و اجتماعی را محدود می کند. اساساً، مراقبت های روان پزشکی به طور انحصاری در مؤسسات تخصصی بهداشت روانی مانند بیمارستان ها و مراکز روان پزشکی اجتماعی ارائه می شود. ظرفیت بیش از حد تخت ها و کارکنان در بیمارستان های روان پزشکی وجود دارد که منجر به پذیرش غیرضروری بیماران مبتلا به بیماری های مزمن می شود که در بیمارستان بستری می شود. بیماران با مشکلات سلامت روانی مزمن قادر به ثبت نام به عنوان معلول روانی هستند و مزایای بازنشستگی را دریافت می کنند. رویکرد سیستماتیک برای توسعه خدمات بهداشت روانی جامعه به جز برخی از طرح های کوچک که معمولاً توسط سازمان های بین المللی پشتیبانی می شوند وجود ندارد. سازمان های کمک های بین المللی و سازمان های غیردولتی پروژه های متعددی را برای تنوع بخشیدن به خدمات بهداشت روانی و ارائه خدمات مراقبت روزانه و سایر خدمات جایگزین برای خدمات بستری ایجاد کرده اند، اما این پروژه ها عمدتاً هدف پناهندگان قرار گرفت و خدمات پس از پایان بودجه خارجی پایان یافت. توسعه آینده مراقبت های بهداشتی روان بر توسعه خدمات سرپایی، ایجاد خدمات مبتنی بر جامعه و بهبود آموزش عمومی در مورد مسائل بهداشت روانی متمرکز است .

در ایتالیا، در سال 2010 تعداد 144 گروه های بهداشت روان DMH و 1464 مراکز بهداشت روان CMHC وجود داشت. علاوه بر این، مراقبت های بهداشت روانی توسط 2297 امکانات مسکونی و 1279 تسهیلات نیمه مسکونی در سطح ملی با شیوع بیشتر ارائه دهندگان معتبر خصوصی ارائه شده است، در ایتالیا تنها درصد کمی از افراد مراقبت ویژه ای را دریافت می کنند و درصد کمی از جمعیت بزرگسالان با DMH در ارتباط اند.

با توجه به برنامه ملی بهداشت سال 2011-2013 اولویت های سیستم بهداشت روانی عبارتند از:

- پرکردن شکاف بین مناطق شمال و جنوب با توجه به ارائه و کیفیت خدمات، که یک چالش عمده باقی مانده است؛

- برای توسعه و تقویت خدمات مورد هدف برای کودکان و نوجوانان در سراسر کشور؛

- برای اطمینان از جریان کافی اطلاعات در مورد سلامت روان و ارائه اطلاعات با کیفیت بالا.

در رومانی، برنامه‌هایی برای بهبود خدمات مراقبت بهداشت روان از طریق توسعه گایدلاین‌های بالینی و استانداردهای مراقبت‌های اجتماعی، و همچنین برای کمپین‌های اطلاعاتی، آموزشی و ارتباطی برای کاهش انگ به بیماری‌های روانی وجود دارد.

در آلمان، مراقبت‌ها برای افراد مبتلا به اختلالات روانی همچنان از طریق خدمات سرپایی روان‌پزشکی تقویت می‌شود. یک شاخص خوب برای وضعیت ارائه خدمات روان‌پزشکی سرپایی، زمان انتظار برای یک مکان درمانی با روان‌درمانگر مقیم است. براساس یک مطالعه در سال 2010، این دوره انتظار تقریباً 80 روز است. در این زمینه، کمبود خدمات پیش‌بینی شده در مناطق روستایی (104 روز انتظار در شهرهای کوچک) نسبت به مناطق شهری بیشتر است. کمیت، جامع بودن و کیفیت خدمات تا حد زیادی بین مناطق مختلف متفاوت است. علی‌رغم پیشرفت‌ها، امکانات روانشناختی اغلب کمتر از مراقبت‌های جسمی (به‌عنوان مثال دسترسی به تلفن‌ها) هستند. دسترسی به توانبخشی شغلی و یکپارچگی جامع اجتماعی هنوز به اندازه کافی توسعه نیافته است.

در کانادا، نتایج بررسی اخیر نمونه بزرگ پزشکان خانواده در ساسکاچوان نشان داد که 80 درصد از پاسخ دهندگان حداقل یک شش بیمار را در طول یک هفته با مشکلات روانی دیدند، در حالی که یک چهارم از این پزشکان بیش از 20 بیمار مبتلا به بیماری‌های روانی را در یک هفته ویزیت کردند. تعداد زیادی از پزشکان خانواده از کیفیت خدماتی که به بیماران خود ارائه می‌دادند ناراضی بودند. علاوه بر این، 60 درصد از این پزشکان خانواده مشکلات سلامت روانی بیماران خود را با سایر حرفه‌ها مدیریت می‌کردند و به‌طور خاص از همکاری با روان‌شناسان ناراضی بودند.

در آذربایجان، به‌طور کلی، فقدان منابع انسانی در سلامت روان ناشی از عدم تمایل فارغ‌التحصیلان پزشکی به تخصص در روان‌پزشکی است. در نتیجه، تعداد روان‌پزشکان در هر 100000 جمعیت تنها 5/2 است که کمتر از میانگین اروپایی است. از آنجا که پزشکان عمومی عملاً در ارائه خدمات بهداشت روان نقشی به جز ارجاع به متخصصان ندارند این وضعیت

مشکلات قابل توجه در دسترسی به خدمات ایجاد می‌کند. در سال 2007، وزارت بهداشت و سازمان بهداشت جهانی ارزیابی سیستم بهداشت روان در آذربایجان را آغاز کرد. این ارزیابی مجموعه‌ای از توصیه‌هایی را برای اصلاح مراقبت‌های بهداشت روانی در کشور ارائه کرد که در اولین سیاست ملی بهداشت روان در سال 2008 منعکس شد. با توجه به این سیاست، اهداف اصلی مراقبت‌های بهداشت روانی عبارتند از:

- حفاظت از سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی؛
- تنظیم شرایط برای ارائه مراقبت در دسترس، مؤثر و جامع برای افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید؛
- حفاظت از حقوق بشر و منافع افراد دارای اختلالات روانی و مقابله با ننگ و تبعیض؛
- بهبود حمایت اجتماعی برای افراد مبتلا به اختلالات روانی و خانواده‌های آنها.

اهداف اصلی سیاست ملی بهداشت روانی 2008، همانطور که در سند تعریف شده است عبارتند از:

- بهبود حاکمیت و هماهنگی میان بخش‌ها در سلامت روانی و حمایت از حقوق بشر؛
  - توسعه منابع بهداشت روان (منابع انسانی، سرمایه فیزیکی و تأمین مالی)؛
  - تقویت اقداماتی برای جلوگیری از مشکلات سلامت روان در میان جمعیت؛
  - ادغام خدمات بهداشت روان به مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛
  - توسعه سلامت روان و خدمات رفاه اجتماعی برای افراد مبتلا به اختلالات روانی.
- ترکیه یک چارچوب قوی برای ارائه مراقبت‌های اولیه ندارد و برای مراقبت‌های روان‌پزشکی و مسائل بهداشت روانی در این سطح از سیستم مراقبت‌های بهداشتی مشکل وجود دارد. برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت روانی واقعا وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت که برای بهبود بخش مراقبت‌های بهداشتی روان در کشور، تغییر پارادایم ضروری است.

در روسیه، موانع اصلی اصلاح نظام سلامت روانی مبتنی بر بیمارستان، 1- مکانیسم‌های تأمین مالی مبتنی بر منابع است که انگیزه‌های نامناسب را ارائه می‌دهند؛ 2- استفاده از الگوهای و هنجارهای تاریخی در تعیین سطوح بودجه به جای هر اندازه‌گیری از نیاز روان‌پزشکی یا هزینه بهره‌وری؛ 3- مقررات مربوط به مدیریت پرونده‌های بهداشت روانی که دوره‌های بستری را تعیین می‌کنند؛ 4- مقررات اداری و مالی که انتقال وجوه بین هزینه‌های اجتماعی و بهداشت بسیار دشوار است؛ 5- تعداد زیادی از پست‌های کارکنان در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، اما تعداد زیادی از کارکنان که بیش از یک پست را اشغال می‌کنند تا بتوانند پاداش کافی دریافت کنند، که پیچیدگی مجدد را در تنظیمات مراقبت‌های مبتنی بر جامعه ایجاد می‌کند؛ 6- اکثر ارائه‌دهندگان خدمت، با وجود مزایای اثبات شده فاقد دانش و مهارت لازم برای ارائه محدوده درمان مؤثر پزشکی و روانی و اجتماعی ضروری برای مراقبت مبتنی بر جامعه هستند.

در اوکراین، فقدان یک سیستم ملی برای تهیه دارو برای بیماران روانی باعث بار سنگینی برای خانواده‌های بیمار می‌شود، دسترسی به درمان را کاهش می‌دهد، کمپلیانس را کم می‌کند و باعث کاهش کارایی آن می‌شود. مشکلات سازمانی که متخصصین بهداشت روانی در اوکراین با آن مواجه هستند عبارتند از: فقدان مراقبت‌های مبتنی بر جامعه برای بیماران روانی و شبکه پر از بیمارستان‌های روان‌پزشکی بزرگ که منجر به بستری شدن بیش از حد و استفاده غیرضروری از تخت‌های سرپایی برای مراقبت درازمدت می‌شود؛ استفاده ناکافی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان در سیستم و فقدان مددگران اجتماعی در سیستم. وزارت بهداشت برنامه‌ریزی برای توسعه خدمات بهداشت روانی را تا سال 2020 آغاز کرده است. این طرح طیف وسیعی از اقدامات را برای غلبه بر روند جداسازی افراد با مسائل بهداشت روانی، و همچنین ایجاد یک سیستم یکپارچه از مراقبت‌های روان‌پزشکی و تسهیلات که در کنار خدمات تخصصی، تأکید بیشتر بر خدمات مراقبت‌های اولیه قرار می‌گیرد است. تغییرات عبارتند از: حرکت خدمات روان‌پزشکی نزدیک به جایی که جوانان زندگی می‌کنند؛ جدایی خدمات روان‌پزشکی بزرگسالان و کودکان؛ و ارائه خدمات در تسهیلات سرپایی و یا بیمارستان‌های چند نفره کودکان. جنبه مهم این تغییرات حذف بسیاری از ویژگی‌های خدمات مراقبت‌های روان‌پزشکی است که در واقع حقوق کودک را نقض می‌کند.

مطالعات دسترسی به مراقبت‌های بهداشت روانی در اسلوونی، تفاوت‌های بین مناطق اسلوونی و ارتباط وضعیت اجتماعی و اقتصادی و مشکلات سلامت روان را نشان داده است. در بعضی مناطق، لیست انتظار برای خدمات بهداشت روانی سرپایی در مقایسه با دیگر انواع مراقبت وجود دارد، و لیست انتظارهای طولانی برای روان‌درمانی وجود دارد. با این حال، کیفیت



خدمات به‌طور کلی "منصفانه" محسوب می‌شود، به‌خصوص به دلیل دسترسی به داروهای روان‌شناسی مدرن که توسط سیستم بیمه اجباری تحت پوشش قرار می‌گیرند. NIPH در زمینه ارتقای سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی نقش مهمی دارد. در حال حاضر برنامه‌هایی برای افزایش سلامت روانی کودکان و نوجوانان که در مدارس مستقر هستند، در حال توسعه است. علاوه بر این، برنامه‌های پیشگیری اولیه و ثانویه برای بزرگسالان مبتلا به افسردگی در محیط مراقبت‌های اولیه قرار می‌گیرند. NIPH همچنین برنامه‌هایی برای تشخیص زودهنگام افراد با مشکلات خاص سلامت روان (استرس، اضطراب) دارد. اشکال جدیدی از پشتیبانی و کمک برای افراد مبتلا به مشکلات روانی (برنامه روانشناختی، کارگاه تکنیک‌های آرام‌سازی) نیز به کار رفته است. اگر پروژه‌های آزمایشی موفقیت‌آمیز باشند، در برنامه‌های مراقبت‌های اولیه به‌طور ملی اجرا خواهند شد و به شیوه‌ای مشابه با برنامه‌های فعلی برای بزرگسالان مبتلا به افسردگی اجرا خواهند شد.

در اسپانیا، در حال حاضر هنوز چندین مشکل وجود دارد:

- کمبود منابع انسانی تخصصی وجود دارد؛
- امکانات توانبخشی، مراقبت متوسط و منابع اجتماعی هنوز خیلی محدود است؛
- برنامه‌های بهداشت روانی خاص که با هدف قرار دادن جمعیت‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، نوجوانان، سالمندان، مهاجرین و زندانیان زندانی هستند، در کلیه مراکز رشد کاملاً توسعه نیافته و میزان اجرای آن متغیر است؛
- شواهدی مبنی بر عدم ارائه خدمات بهداشت روان در سراسر مناطق وجود دارد و همکاری در ادارات مختلف هنوز ضعیف است؛
- شبکه مراقبت‌های مربوط به اعتیاد به مواد مخدر هنوز در شبکه عمومی مراقبت‌های بهداشتی نیست؛
- سیستم‌های اطلاعات سلامت روان بسیار کمبود و عدم هماهنگی دارند؛
- ارزیابی سیستماتیک مناسب خدمات بهداشت روانی وجود ندارد؛

- مفاهیم تعاونی بیشتر از شبکه مراقبت بهداشت روان با مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت‌های تخصصی، توانبخشی و مراقبت‌های اجتماعی مورد نیاز است. هدف باید تضمین یکپارچگی و مراقبت جامع باشد، انعطاف‌پذیری را به تمام جنبه‌های نیازهای فرد بیمار تضمین کند؛

- پیشرفت پیشگیرانه و ارتقاء سلامت روان و ارزیابی این کار در داخل جامعه وجود ندارد.

ارزیابی با مجموعه‌ای از پیشنهادات برای استراتژی بهداشت روان 2009-2013 SNS، شامل موارد زیر شد:

- تجدید نظر در اهداف، اضافه کردن به چندین شاخص عملیاتی ابتدایی، از جمله، رویکرد جنسیتی به ارزیابی

- افزایش سیستم‌های اطلاعات توسط ACها و MSPS برای بهبود امکان سنجی ارزیابی استراتژی، با تمرکز بر بیماری‌های بیمار، اطلاعات نسخه تجویزی، و سازمان خدمات بهداشت روان که در دسترس است؛

- گنجاندن شاخص‌های جدید حسابداری برای نیروی کار مدل مبتنی بر جامعه: روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی، پرستاران بهداشت روان و مددگران اجتماعی؛ و

- تغییر دوره ارزیابی از هر 2 سال به هر 4 سال این دوره برای تشخیص روند مناسب‌تر بود.

یکی از موانع اصلی شناسایی شده برای اجرای و ارزیابی استراتژی، کمبود سیستم‌های اطلاعاتی بود؛ بنابراین تلاش برای ارائه مناسب داده‌ها متمرکز خواهد بود.

برای سال‌ها خدمات سلامت روان در انگلستان به دلیل عدم تأمین نیازهای جوامع قومی سیاه و اقلیت مورد انتقاد قرار گرفت. این به‌رغم قانون ارتباطات نژادی (اصلاحی) 2000، که به صراحت تبعیض علیه نژادی را در همه وظایف مقامات دولتی منع می‌کند و همچنین شامل سازمان‌های خصوصی یا داوطلبانه است که از طرف سازمان‌های دولتی عمل می‌کنند. یک بررسی سیستماتیک تغییرات قومی در استفاده از خدمات بهداشت روان نشان داد که افراد سیاه پوست به‌طور مداوم در میان بیماران بستری در بیمارستان حضور دارند؛ علاوه بر این، افراد سیاه پوست در بخش‌های بستری چهار برابر احتمال پذیرش اجباری در مقایسه با افراد سفید پوست داشتند. در سال 2005، وزارت بهداشت، واکنش نشان داد که یکی دیگر از

تحقیقات در مورد شکست خدمات، یک استراتژی ملی خدمات بهداشت روان برای جوامع سیاه پوست و اقلیتها را برای مقابله با نابرابری در دسترسی به این گروه ایجاد کرد. این استراتژی سه حوزه‌ای را تعریف کرد:

- توسعه خدمات مناسب‌تر و پاسخگویی که حساسیت‌های فرهنگی را در نظر می‌گیرند؛
- مشارکت بهتر جامعه محلی با جمعیت سیاه پوست و اقلیتها از طریق 500 مددکار جدید توسعه اجتماعی؛
- نظارت بهتر خدمات و انتشار اطلاعات در مورد عمل خوب.

یک استاندارد کلیدی در NSF این بود که پایان دادن به تبعیض در سلامت روانی باشد. در سال 2004 مؤسسه ملی سلامت روان در انگلستان یک برنامه پنج ساله استراتژیک برای مبارزه با ننگ و تبعیض مبتنی بر سلامت روان ایجاد کرد و SHIFT را که اکنون بخشی از واحد توسعه ملی بهداشت روانی است، راه‌اندازی کرد این برنامه در عین حال که برنامه ملی است برنامه‌های اجتماعی را نیز راه‌اندازی می‌کند تا کار را در زمینه مشارکت اجتماعی ادامه دهد. این برنامه‌ها با هدف قرار دادن گروه‌های مختلف تلاش کرده‌اند تا نگرش‌های ننگین و رفتار تبعیض آمیز را کاهش دهند: جوانان؛ مردم و رسانه‌ها؛ نهادهای دولتی؛ و سازمان‌های خصوصی، داوطلبانه و حرفه‌ای. ابتکارات در زمینه‌های مختلف از قبیل اشتغال، مسکن، درآمد و مزایا، مشارکت جامعه، آموزش و پرورش، شبکه‌های اجتماعی و پرداخت مستقیم صورت گرفته است. اینها همکاری میان ادارات دولتی و همچنین سازمان‌های خصوصی و داوطلبانه را شامل می‌شوند.

در استرالیا، در حالی که به‌طور کلی استراتژی ملی سلامت روان موفق بوده است، اما انتقادهای براین برنامه وارد است که شامل: سیاستها در همه ایالتها و یا استان‌های کشور به‌صورت مناسب به کار نرفته است، بودجه تصویب شده برای بخش سلامت روان ارائه نشده است و همچنین نگرانی‌هایی درباره درمان درست و مناسب وجود دارد.

در بلژیک، در حال حاضر مراقبت‌های سلامت روان برای چند سال آینده برنامه‌ریزی شده است. در این راستا چند برنامه به‌صورت پایلوت راه‌اندازه شده است که شامل: مراقبت در منزل برای بیماران با اختلالات اضطرابی، مراقبت خانوادگی برای بیماران کودک و نوجوان هستند. علاوه بر این دو نوع اصلاحات، یک اصلاحات جامع‌تر در بخش مراقبت‌های بهداشتی روان وجود دارد، که در آن چرخه مراقبت (از برنامه‌های مراقبت و خدمات) و شبکه‌های خدمات (همکاری بین مراقبین،

مؤسسات و خدمات) برای ایجاد یکپارچگی در ارائه خدمات مختلف به بیماران ایجاد شده است. چرخه مراقبت یک شمای کلی از برنامه‌های مراقبتی و خدمات مراقبتی لازم برای هر نوع بیماری است. شبکه خدمات نیز ارتباط و همکاری بین اجزای مختلف سیستم ارائه خدمات سلامت روان شامل ارائه‌کنندگان، سازمان‌ها و خدمات مختلف را نشان می‌دهد.

مشکل و چالش اصلی در خدمات سلامت روان در بلغارستان به شرح زیر است:

تمرکز بیشتر به درمان در مقایسه با پیشگیری؛

کمبود بیماری‌های غربالگری برای تشخیص زود هنگام؛

همکاری بین بخشی ناکافی بین دولت، شهرداری و سایر بخش‌ها؛

کمبود در نیروی انسانی روان‌پزشکی و ناکافی بودن تربیت نیروی انسانی.

در حال حاضر در بلغارستان یک روند تدریجی به سمت مراقبت‌های روان‌پزشکی مبتنی بر جامعه شکل گرفته است اما هنوز سرعت تغییر در این زمینه بسیار کم است. بسیاری از گزارش‌ها حاکی از آن هستند که شرایط بیماران مبتلا به اختلالات روانی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و مؤسسات اجتماعی بسیار پایین‌تر از استاندارد است. در تئوری، مراقبت‌های بهداشتی روانی یکی از اولویت‌های سیاست‌های بهداشتی است، اما تا به امروز در عمل قابل مشاهده نیست.

در مجارستان، تشخیص مواد جدید ابتلا به بیماری‌های روانی روند افزایشی داشته است و از 189/3 مورد جدید در 100 هزار نفر در سال 1990 به 2191/6 مورد جدید در 100 هزار نفر در سال 2008 رسیده است. باید به این نکته توجه کرد که تشخیص موارد جدید در بیشتر بیماری‌ها وجود دارد و علت این موضوع افزایش دسترسی به خدمات باشد و اما در مورد سلامت روان علت می‌تواند کاهش و از بین رفتن انگ اجتماعی مربوط به بیماری‌های روانی و همچنین افزایش توجه پزشکان خانوادگی به مسئله سلامت روان باشد. در نهایت باید اشاره کرد که یک برنامه سلامت روان خاص وجود ندارد. در حال حاضر وزارت امور اجتماعی نیز در زمینه سلامت روان فعالیت می‌کند و یک برنامه توسعه‌ای در زمینه متخصصین روان‌پزشکی طراحی کرده است، این برنامه در مورد سلامت روان کودکان بوده و شامل ارائه خدمات سلامت روان به صورت

ادغام یافته با خدمات رفاهی مختلف برای کودکان است و در فاز برنامه‌ریزی قرار دارد. این برنامه نتیجه همکاری بخش‌های سلامت و مراقبت اجتماعی وزارت امور اجتماعی، وزارت آموزش و وزارت دادگستری است.

در مغولستان، با این وجود، بودجه برای خدمات مبتنی بر جامعه افزایش نیافته است و بیشتر بودجه دولت برای سلامت روانی صرف مراقبت‌های نهادی شده‌است. به‌عنوان مثال، حدود 90 درصد بودجه سلامت روان در مراقبت‌های بیمارستانی از جمله خدمات بستری و سرپایی صرف شده است. علاوه بر این، ارائه خدمات مبتنی بر جامعه، دارای عدم هماهنگی و یکپارچگی است. در سطوح عالی، امکانات بستری و سرپایی یکپارچه نیستند. بیمارستان سلامت روان عمدتاً خدمات بستری را برای افرادی که در اولان‌باتور زندگی می‌کنند، فراهم می‌کند.

در لتونی، مراقبت‌های روان‌پزشکی انجام داده شده توسط NHS به شدت در بیمارستان‌های بزرگ روانی و اتاق‌های مشاوره روان‌پزشکی شهری ارائه می‌شوند، در حالی که سایز مراکز مراقبت روزانه، امکانات و خدمات سرپایی برای بیماران حاد تاکنون توسعه نیافته‌اند. بیماران با شرایط خفیف اغلب توسط پزشکان عمومی خود، متخصصین داخلی و متخصصان مغز و اعصاب درمان می‌شوند. این تا حدی مربوط به انتخاب است، نه ضرورت، چراکه هنوز یک بدنمای اجتماعی در رابطه با نیاز به مراقبت‌های روان‌پزشکی وجود دارد.

در لهستان، در سال 2007 کمبودهایی در همه گروه‌های متخصص مراقبت‌های سلامت روان وجود داشت، بیشتر برای کارگران اجتماعی و درمانگران شغلی دسترسی به خدمات روان‌درمانی هنوز به خاطر تعداد اندک تیم‌های مراقبت اجتماعی و سایر انواع مراقبت‌های مبتنی بر جامعه محدود است. تعداد تخت‌های بیمارستان روانی در هر 1000 نفر (0/6) در مقایسه با دیگر کشورهای عضو اتحادیه اروپا نسبتاً کم می‌باشد. علاوه بر این، از آنجا که توزیع منطقه‌ای امکانات ناهموار است، بیماران در مناطق خاص ممکن است سخت‌تر به خدمات درمانی دسترسی داشته باشند.

یک اصلاح مهم در قانون 1994 سلامت روان در سال 2008 صورت گرفت تا اجازه به اجرای برنامه سلامت روان دهد. این برنامه در سال 2011 آغاز شد و تا سال 2015 اجرا خواهد شد. اهداف کلیدی آن ارتقاء سلامت روان و جلوگیری از اختلالات روانی می‌باشند؛ برای اطمینان جامع، مراقبت در دسترس، اجازه دادن به بیماران برای حفظ زندگی خانوادگی و اجتماعی خود؛ بهبود ادغام اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات روانی؛ و ترویج توسعه سیستم‌های تحقیق و اطلاعات در زمینه

روان‌درمانی. امید است که این برنامه به تغییر وضعیت از مراقبت‌های نهادی (بستری) به سمت مراقبت‌های روانی مبتنی بر جامعه کمک کند، که اجازه می‌دهد بیماران در هر دو دوران تشدید و بهبود بیماری خود در خانه باقی بمانند. برای همین هدف، خدمات درمان‌گران اجتماعی، در سال 2009 به سید سودمندی معرفی شد. درمان‌گران اجتماعی می‌توانند در تمام تنظیمات مراقبت‌های سلامت روان کار کنند و آموزششان کوتاه‌تر و ارزان‌تر از کارکنان بالینی است.

در قرقیزستان، کیفیت مراقبت‌های سلامت روان ضعیف باقی مانده و از زمان اتحاد جماهیر شوروی، هیچ تغییری در اعمال بالینی وجود نداشته است و روش‌های درمان قدیمی استفاده می‌شده است. تأکید بیش از حد بر روی تسهیلات بستری وجود دارد، جایی که افراد دارای اختلالات روانی از کل کشور در آن متمرکز می‌شوند. این امکانات ناکارآمد هستند، همانطور که میزان پایین اشغال تخت‌ها در سال 2007 به میزان 66 درصد گواه این موضوع است. وزارت بهداشت چندین گام برای اصلاح ارائه خدمات مراقبت سلامت روان ارائه کرده است. از سال 2007، فعالیت‌هایی برای ادغام مراقبت‌های سلامت روان با مراقبت‌های اولیه به کمک سازمان بهداشت جهانی انجام شده است، از جمله آموزش پزشکان عمومی در تشخیص شکل‌های خفیف بیماری‌های روانی و ایجاد 9 بخش روان‌پزشکی در بیمارستان‌های منطقه‌ای و ایالت به‌منظور در دسترس‌تر ساختن خدمات تخصصی سلامت روان برای مردم. علاوه بر این، تعداد تخت‌ها در بزرگترین بیمارستان‌های روان درمانی کاهش یافته است.

گرچه کشور نروژ در میان کشورهای OECD دومین کشور از نظر تعداد بالای روان‌پزشک در هر 100 ساکن است، افرادی که یک اختلال روانی جدی ندارند با زمان‌های انتظار قابل توجهی روبه‌رو می‌شوند مگر اینکه آن‌ها مایل به پرداخت پول به‌صورت کامل برای درمان باشند.

فصل سوم

سیستم سلامت روان درکشور

ایران

## درباره فصل

در این فصل ساختار نظام سلامت روان در ایران در حیطه‌های زیر بررسی شده است:

1- خطامشی و آمارهای سلامت روان در ایران؛

2- بار بیماری‌های روانی؛

3- سازمان خدمات سلامت روان در ایران؛

4- خدمات مراکز سلامت روان جامع‌نگر؛

5- دسترسی به خدمات سلامت روان؛

6- وضعیت مصرف مواد مخدر در ایران.



## خطمشی و آمارهای سلامت روان در ایران

نگاهی به تاریخچه بهداشت روان در ایران نشان می‌دهد که در طی چند دهه گذشته پیشرفت‌های قابل توجهی در زمینه ارائه خدمات بهداشت روان در ایران صورت گرفته است.

مورتی (1381) و یاسمی و همکاران (1382) تاریخچه پیشرفت و گسترش برنامه‌های بهداشت روان در ایران را به 4 دوره زمانی تقسیم کرده اند:

الف: در دوره اول که تا سال‌های 1320 ادامه داشت، شرایط بسیار نامناسبی از نظر خدمات بهداشت روان وجود داشت. در این دوره در شهرهای همدان، تهران، شیراز و اصفهان تیمارستان‌هایی با امکانات بسیار محدود و ضعیفی وجود داشتند که در آن‌ها بیماران با شرایط بسیار رقت‌باری نگهداری می‌شدند؛

ب: در دوره دوم که از اواخر دهه 1320 شروع و تا سال‌های 1350 ادامه داشت. فعالیت‌هایی در زمینه بهداشت روان انجام گرفت. به‌عنوان مثال در سال 1336 پخش برنامه‌های روان‌شناسی و بهداشت روانی از رادیو ایران شروع شد و در سال 1338 اداره بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداشتی تأسیس شد. همچنین از 1340 فعالیت‌های پژوهشی در زمینه همه‌گیرشناسی اختلالات روانی و برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات بهداشت روان در ایران آغاز شد. با تأسیس دانشکده پزشکی در کشور و معرفی روان‌پزشکی به‌عنوان شاخه‌ای از طب مدرن و ایجاد و گسترش دپارتمان و بیمارستان‌های روان‌پزشکی، بهبود قابل ملاحظه‌ای در اداره و ارائه خدمات در بیمارستان‌های روان‌پزشکی حاصل شد. در اوایل 1340 آموزش دستیاری روان‌پزشکی در بیمارستان روزبه وابسته به دانشگاه تهران آغاز شد. بعد از آن، برنامه‌های مشابهی در دانشگاه‌های شیراز، اصفهان، تبریز و مشهد به مرحله اجرا درآمد؛

ج: در دوره سوم که از سال‌های 1350 شروع شد، تلاش‌هایی در جهت ارائه خدمات بهداشت روان جامعه‌نگر آغاز گردید. برنامه‌های این دوره شامل: ارائه خدمات بهداشت روان جامعه‌نگر ایجاد بیمارستان‌ها و مراکز جدید روان‌پزشکی در استان‌های مختلف و انجام پژوهش‌های همه‌گیرشناسی بود؛

د: چهارمین دوره از مهرماه 1365 زمانی که برنامه کشوری بهداشت روان تدوین و مورد تأیید دولت قرار گرفت شروع شد. این برنامه توسط کمیته‌ای متشکل از کارشناسان و متخصصان بهداشت روان کشور و مشاور وقت بهداشت روان منطقه‌ای

سازمان جهانی بهداشت تدوین و در سال 1367 پس از تصویب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مرحله اجرا گذاشته شد. اولین مرحله آزمایشی این طرح در سال 1367 در شهرکرد و شهرضا به اجرا درآمد. هدف این برنامه آزمایشی اثربخشی ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود. نتایج این برنامه آزمایشی اثربخشی این برنامه را نشان داد. موفقیت چشم‌گیر طرح آزمایشی منجر به گسترش فعالیت‌ها در این زمینه شد.

براساس مطالعه بار بیماری‌ها در ایران بر حسب گروه‌های بیماری در سال 1382 اختلالات روانی و رفتاری در رتبه دوم قرار داشتند. همچنین در بین بیماری‌هایی که بیشترین بار را تحمیل می‌کردند، اختلال افسردگی اساسی در رتبه چهارم، اعتیاد در رتبه پنجم، اختلال دو قطبی در رتبه یازدهم و اسکیزوفرنی و اختلال اسکیزوافکتیو در رتبه بیست و یکم قرار داشتند که نشان از اهمیت سلامت روان و حوزه‌های مربوط به آن در حوزه اقتصاد سلامت و بار بیماری‌ها دارد.

جدول 3: مقایسه وضعیت اختلالات روانی کشور ایران در سال 1380 و سال 1390

شروع اختلال روانی	حجم نمونه	ابزار پژوهشی	سال پژوهش / محقق
17/1 درصد	25180 (18 سال و بالاتر)	SADS	1380 (دکتر محمدی و همکاران)
23/6 درصد	7886 (15 تا 64 سال)	CIDI	1390 (دکتر رحیمی موفر و همکاران)

همچنین براساس مطالعه صورت گرفته در سال 1390 تحت عنوان پیمایش ملی سلامت روان 23/6 درصد از افراد 15 تا 64 ساله ساکن کشور دچار یک یا چند اختلال روان‌پزشکی در یک سال قبل از بررسی بودند.

این رقم در مردان 20/8 درصد و در زنان 26/5 درصد است که نشان‌دهنده شیوع بیشتر و معنادار اختلالات در زنان است. شایعترین اختلالات، اختلالات اضطرابی و خلقی می‌باشند. حدود 20 درصد (19/8 درصد) از افراد بزرگسال جامعه، در طول یک سال، از خدمات بهداشتی درمانی برای مشکلات اعصاب و روان استفاده می‌کنند. این میزان، بیش از 10 میلیون نفر از

ساکنین 15 تا 64 ساله کشور را تشکیل می‌دهد. حدود نیمی از موارد استفاده از خدمات (52/7 درصد) به افرادی تعلق دارد که در طول همین سال دچار اختلالات روان‌پزشکی بوده‌اند.

شیوع انواع مختلف اختلالات روانی براساس نتایج این پیمایش به شرح جدول زیر است:

جدول 4: شیوع انواع مختلف اختلالات روانی براساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان در سال 1390

کل	شیوع در زنان	شیوع در مردان	نام بیماری‌های روانی
23/6	26/5	20/8	هر گونه اختلال روان‌پزشکی
15/6	19/4	12	هر گونه اختلال اضطرابی
14/6	17/3	11/9	هر گونه اختلال خلقی
0/5	0/46	0/54	هر گونه اختلال سایکوتیک اولیه
2/8	0/4	5/2	هر گونه اختلال مصرف مواد و الکل
3/8	5/4	2/3	هر گونه اختلال سوماتوفرم

بیش از نیمی از افراد مبتلا (56 درصد) گرچه از اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند، لیکن از مداخلات بهداشتی درمانی نیز بهره‌مند نمی‌شوند. این شاخص که به نام نیاز unmet need پاسخ داده نشده معروف است، از مهمترین شاخص‌های پاسخگویی نظام بهداشت و درمان کشور به بیماران دچار اختلال روان‌پزشکی است.

یکی دیگر از مهمترین شاخص‌ها برای ارزیابی وضعیت دسترسی به درمان، میزان افرادی است که "حداقل درمان کافی" را دریافت می‌کنند. این مطالعه نشان داد که 44 درصد از بیماران روان‌پزشکی، به دلیل مشکلات اعصاب و روان از خدمات بهداشتی-درمانی در 12 ماه گذشته استفاده کردند که 41 درصد از آن‌ها-از بیماران خدمت گرفته از "حداقل درمان کافی" بهره‌مند شده‌اند. بنابراین، 18 درصد از کل بیماران، "حداقل درمان کافی" دریافت کرده بودند.

گروه‌هایی از بیماران که کمترین بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی و نازلترین کیفیت درمان دریافت شده را داشتند، عبارت بودند از: مردان، جوانان، افراد با تحصیلات دانشگاهی، ساکنین شهرها، افراد در دو سر طیف وضعیت اجتماعی اقتصادی، و افراد بدون بیمه.

## بار بیماری‌های روانی

مهمترین علل بار مرگ و ناتوانی (DALY): مجموعاً 14/35 میلیون سال DALY برای همه سنین و دو جنس در سال 1382 برآورد شد که مرکب از 8/83 میلیون سال عمر (معادل 62 درصد DALY) از دست رفته به واسطه ناتوانی ناشی از بیماری‌ها و صدمات (YLD) و 5/52 میلیون سال عمر از دست رفته (معادل 38 درصد از کل DALY) به دلیل مرگ زودرس بوده است. بار بیماری‌ها بر حسب میزان در صد هزار نفره برای DALY معادل 21572 سال، مرکب از 13271 سال YLD و 8301 سال YLL بوده است. بیماری‌های غیرواگیر (خوشه 2 طبقه‌بندی بار جهانی بیماری‌ها) مسبب 58 درصد از DALY، سوانح و حوادث (خوشه 3) عامل 28 درصد از آن، و بیماری‌های واگیر، بیماری‌ها و مرگ و میر حول تولد (تا 7 روز پس از تولد)، بیماری‌های مرتبط با بارداری و زایمان، و کمبودهای تغذیه‌ای (خوشه 1) باعث 14 درصد از کل DALY بودند. سه عامل اول مسبب بالاترین میزان‌های DALY در کل جمعیت عبارت بودند از صدمات (حوادث) (28 درصد از کل)، اختلالات روان‌پزشکی (16 درصد از کل)، و بیماری‌های قلبی عروقی (10 درصد از کل). از بین اختلالات روان‌پزشکی افسردگی رتبه اول، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک رتبه دوم و اختلالات دو قطبی و اختلالات اضطرابی به ترتیب رتبه‌های سوم و چهارم را دارند.

در این مطالعه هزینه‌های مشکلات اعصاب و روان مورد محاسبه قرار گرفت. یک بیمار روان‌پزشکی به‌طور میانگین 6912235 ریال در سال 1389 برای هزینه‌های مستقیم بهداشتی درمانی و غیربهداشتی درمانی خود از جیب هزینه کرده است. براساس میانگین درآمد خانوار در سال 1389، میزان 27/6 درصد از درآمد سرانه خانواده دارای بیمار روان‌پزشکی به‌طور مستقیم صرف مشکلات روانی و جسمی می‌شود. علاوه براین، به‌طور میانگین 1210724 ریال هزینه غیرمستقیم مربوط به غیبت از کار به دلیل بیماری روان‌پزشکی بوده است.

همچنین هزینه مستقیم برای یک فرد غیر بیمار استفاده‌کننده از هرگونه خدمات برای مشکلات اعصاب و روان، به‌طور میانگین 3901579 ریال و هزینه غیبت از کار 564159 ریال بوده است.

در سال 1389، مجموع هزینه‌های مستقیم بهداشتی درمانی برای مشکلات اعصاب و روان (پرداخت مستقیم از جیب) در کشور (برای 13342310 نفر از افراد 15 تا 64 ساله) حدود 920 میلیارد تومان بوده است که 71 درصد آن مربوط به

بیماران روان‌پزشکی و 29 درصد آن مربوط به افراد غیر بیماری است که از خدمات برای مشکل اعصاب و روان استفاده کرده‌اند.

در افراد بیمار بیش از نیمی از هزینه‌های مستقیم را هزینه‌های غیربهداشتی تشکیل می‌دهد. همچنین، هزینه‌های بهداشتی درمانی برای مسائل جسمی بیش از میزان این هزینه‌ها برای اختلال روانی است.

### سازمان خدمات سلامت روان در ایران

از میان بیماران روان‌پزشکی، حدود 30 درصد از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی، 26 درصد از طب مکمل، 25 درصد از مراجعه مستقیم به داروخانه، 4 درصد از گروه‌های خودیاری استفاده کرده‌اند.

از بین بیمارانی که از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در 12 ماه گذشته استفاده نمودند، حدود 40 درصد به روان‌پزشکان، حدود 53 درصد به پزشکان عمومی، حدود 14 درصد به سایر متخصصان پزشکی (غیر از روان‌پزشکان)، 16 درصد به روان‌شناسان یا مشاوران و حدود 3 درصد به بهورزان مراجعه کرده بودند. در کشور ما روان‌پزشکان و پزشکان عمومی بیشترین میزان خدمات را ارائه می‌دهند. با توجه به اینکه پزشکان عمومی همگام با روان‌پزشکان نقش جدی در مراقبت و درمان بیماران روان‌پزشکی ایفا می‌کنند، ضرورت دارد اطلاعاتشان به‌روز بوده و از مهارت کافی در این امر برخوردار باشند. ارزیابی کشوری ادغام بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی درمانی نشان می‌دهد که بهورزان سطح خوبی از آگاهی نسبت به اصول اساسی بهداشت روان دارند و پزشکان عمومی 80 درصد بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی را خود درمان می‌کنند و 20 درصد را به سطح تخصصی بالاتر ارجاع می‌دهند.

براساس گزارش وزارت بهداشت در سال 1393 تعداد روان‌پزشکان به قرار زیر بوده است:



شکل 4: تعداد روان‌پزشکان کشور ایران در سال 1393 براساس گزارش وزارت بهداشت

ارائه خدمات در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC)، راهبردی با هدف ارتقاء سلامت روان شهری است. از حدود 40 سال پیش، راهبردهای ارائه خدمات سلامت روان به افراد نیازمند در جهان تحول چشمگیری یافته است؛ چنانکه آن را انقلاب دیگری در روان‌پزشکی و سلامت روان می‌دانند. این جنبش سلامت روان جامعه‌نگر بوده است. اصول این جنبش عبارتند از: تغییر دیدگاه از فردنگری به جامعه‌نگری، مشارکت و نظارت دریافت‌کنندگان خدمات در برنامه‌ریزی و اجرا، ارائه خدمات جامع در محل زندگی افراد، تأکید بر پیشگیری علاوه بر درمان، مشارکت بین بخشی و تداوم مراقبت. این رویکرد به تغییراتی بنیادی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بسیاری از کشورها منجر شد و اکنون رویکرد غالب سلامت روان در جهان تلقی می‌شود. ایران نیز همگام با این تحول در سه دهه گذشته سعی داشته‌است خدمات خود را از نظامی سنتی و ناکارآمد به نظامی مبتنی بر سلامت روان جامعه‌نگر تغییر دهد. برنامه‌ی کشوری بهداشت روانی که راهبرد اصلی آن، ادغام خدمات سلامت روان در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور (نظام مراقبت اولیه) بوده است، اوج این تحول محسوب می‌شود. این طرح در روستاها به موفقیت چشمگیری دست یافت، اما در شهرها و به‌ویژه شهرهای بزرگی مانند تهران، نتایج قابل قبولی نداشته است. اما ضعف در ادغام بهداشت روان در شبکه تنها بخشی از مشکل موجود در شهرها است. دیگر ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که با وجود حضور تعداد زیادی متخصص سلامت روان در شهرها، مسئولیت آن‌ها مشخص نیست و خدمات‌رسانی بسیار ناهماهنگ است؛ در واقع هم اینک، بخش‌های خصوصی، دولتی و خیریه به‌طور جداگانه عرضه‌کننده خدماتی ناکافی

و ناکارآمد هستند و مردم گیرندگان غیرفعال آن هستند. فعالیت‌های پیشگیری و ارتقای بهداشت روان هم بسیار ناکافی است. هرچند شهرهای بزرگ از نظر منابع خدماتی (شامل کارکنان و تخت‌های بیمارستانی) بسیار غنی‌تر از مناطق روستایی کشور هستند؛ با این وجود این مناطق هم عملاً فاقد هرگونه خدمات خارج از بیمارستان‌ها و مطب پزشکان هستند و اساساً خدمات جامعه‌نگر و خدمات بهداشتی جایی در این بین ندارد. دیگر آنکه در حال حاضر اکثر جمعیت کشورهای توسعه‌یافته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه در شهرها ساکن هستند و به‌طور روزافزون و بی‌قاعده‌ای بر جمعیت شهرنشین افزوده می‌شود. کشور ما نیز در دهه‌های اخیر شاهد تغییر الگوی سکونت از روستاها به شهرها بوده است، و به همین دلیل، ارائه سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای ارائه مطلوب خدمات سلامت روان در شهرها، با رویکردی جامعه‌نگر، اهمیت روزافزونی می‌یابد.

در چند دهه اخیر، الگوهایی برای ارائه خدمات سلامت روان جامعه‌نگر مطرح و به شکلی فراگیر در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به کار گرفته شده‌اند. یکی از آن‌ها همان ادغام سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه است که به ناکامی‌های آن در شهرهای کشور اشاره شد. اما دیگری جنبش مراکز سلامت روان جامعه‌نگر است: خصوصیت اصلی این جنبش، ارائه خدمات جامع برای پیشگیری، تشخیص، درمان، و بازتوانی بیماران بدون اتکا بر بیمارستان‌های روانپزشکی است. هدف اولیه، جایگزینی این بیمارستان‌ها با مراکز سلامت روان جامعه‌نگر بوده است؛ اما این خدمات لزوماً در نظام بهداشتی عمومی کشور ادغام نمی‌شوند. مفاهیم اصلی این جنبش عبارتند از: محلی بودن خدمات تا به راحتی در دسترس باشند، جامع بودن خدمات، تداوم مراقبت، ارتباط بین‌بخشی کارآمد و تأکید بر پیشگیری علاوه بر درمان.

نمونه طراحی و اجرای موفق این الگو را می‌توان در آمریکا و ایتالیا یافت. نمونه‌های موفق دیگری در کشورهای دیگر، مانند استرالیا و دانمارک وجود داشته است.

در سال 1383 با هدف بهبود وضعیت و ایجاد تحولی در سلامت روان شهری، راهبرد استفاده از ارائه خدمات در مناطق شهری در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر برای محدوده‌های جغرافیایی مشخص در اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطرح و تصویب شد.

با توجه به این ضرورت، در سال‌های 1386-1388 طراحی ساختار و خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر برای مناطق شهری توسط مجریان طرح حاضر در قالب یک پژوهش نظام سلامت انجام شد و در طی آن پس از نیازسنجی و بررسی خدمات و شواهد علمی موجود، مدلی برای ارائه خدمات در این مراکز طراحی شد و ساختار و برنامه خدمات و امکانات و هزینه لازم برای اجرای این خدمات مشخص گردید در سال 1389 اولین مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در مرکز شهید امامی در منطقه 16 تهران، دومین مرکز در سال 1390 در مرکز شهید شاه آبادی واقع در منطقه 17 تهران، و سومین مرکز در سال 1393 در مرکز فرمانفرمایان در منطقه 11 تهران راه اندازی شد که هر 3 مرکز در محدوده مرکز بهداشت جنوب دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار دارند.

## خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر

### 1. برنامه مراقبت مشارکتی

ارائه خدمات در CMHC به بیماران دچار اختلالات نوروتیک (شامل اختلالات افسردگی و اضطرابی) با هدف بهبود شناسایی و درمان این بیماری‌ها توسط پزشکان عمومی با مدل مراقبت مشارکتی (collaborative care) و به صورت راه‌اندازی واحدهای همکار CMHC است. هر یک از این واحدها شامل یک پزشک عمومی و یک "رابط درمان" (case manager) هستند که با مشارکت و نظارت CMHC به شناسایی و درمان افسردگی و اختلالات اضطرابی در بین مراجعان خود می‌پردازند. پزشکان عمومی می‌توانند از طریق همکاری با این مرکز و بستن قرارداد به ارائه خدمات استاندارد به بیماران خود بپردازند. بدین ترتیب ایشان می‌توانند اختلالات روان‌پزشکی را بین بیماران خود بهتر شناسایی کنند و با استفاده از راهنماهای درمانی روزآمد و با بهره‌گیری از مشاوره با متخصصان این مرکز به درمان بیماران خود بپردازند و در صورت نیاز بیماران خود را به یک سیستم تخصصی ارجاع دهند. از این طریق انتظار می‌رود بیماران بیشتری بهبود یابند و رضایت بیماران افزایش و بار بیماری‌ها در جامعه کاهش یابد. همچنین بهبود اختلالات روان‌پزشکی می‌تواند تأثیراتی مثبت در بهبود بیماری‌های دیگر طبی داشته باشد. علاوه، پزشکان همکار CMHC امکان ارتباط و تعامل علمی با مراکز دانشگاهی، تسهیل در روند انجام مشاوره‌های تخصصی روان‌پزشکی، دریافت آموزش‌های مداوم روان‌پزشکی با امتیازات بازآموزی، بهره‌مندی از راهنماهای روزآمد تشخیصی و درمانی، دریافت خبرنامه مرکز و عضویت در سایت/گروه اینترنتی،



امکان تبادل نظر و اطلاعات با پزشکان دیگر پروژه به صورت آنلاین و دریافت تسهیلات تشویقی مبتنی بر عملکردشان را خواهند داشت.

اقدامات زیر در چارچوب این برنامه ارائه می‌شود:

- آموزش پزشکان عمومی همکار در منطقه تحت پوشش برای شناسایی و درمان اختلالات نوروتیک (اضطراب و افسردگی) به صورت دوره‌ای؛
- آموزش رابطان درمان در مطب/درمانگاه پزشکان عمومی جهت پیگیری و آموزش بیماران؛
- ارائه مشاوره حضوری و تلفنی توسط روان‌پزشک به پزشکان عمومی؛
- پذیرش ارجاع از پزشکان عمومی و ویزیت توسط روان‌پزشک و روان‌شناس؛
- ثبت مستمر اطلاعات سلامت در نرم‌افزار مطب/درمانگاه پزشکان همکار؛
- پایش و نظارت مستمر برنامه.

### برنامه مراقبت پس از ترخیص

در این برنامه پیگیری فعال بیماران پس از ترخیص از بیمارستان انجام می‌شود تا از عود و بستری مجدد جلوگیری شود و علایم و عملکرد بیماران بهبود یابد. در این برنامه خدمات زیر انجام می‌گیرد:

- مراقبت از بیماران دچار بیماری‌های شدید روان‌پزشکی پس از ترخیص از بیمارستان توسط تیم‌های تخصصی شامل روان‌پزشک، پزشک عمومی، روان‌شناس و مددکار اجتماعی؛
- ویزیت و آموزش بیمار در منزل هر ماه یک یا چندبار پیگیری تلفنی بیماران جهت مراجعات منظم؛
- آموزش خانواده و بیمار؛
- پایش و نظارت مستمر برنامه؛

## 1-2- شرح وظایف مددکار اجتماعی:

1. تشخیص و بررسی شرایط بیمار و خانواده‌ایشان از لحاظ اجتماعی و اقتصادی؛
2. ارجاع بیمار به بیمارستان و مراکز مربوطه.....جهت تخیف داروها و یا رایگان نمودن آن؛
3. مشاوره با بیمار به منظور حل مشکلات عاطفی و نگرانی‌های او و ایجاد روحیه سازگاری با شرایط جدید پس از ترخیص از بیمارستان؛
4. ارتباط با پزشک و سایر کادر درمانی و نیز تماس با تمام واحدهای داخل بیمارستان درخصوص حل مشکلات بیمار؛
5. تعامل و ارتباط با مددکاران اجتماعی سایر مراکز درمانی و حمایتی به منظور ارجاع بیمار و خانواده ایشان در جهت حل مشکلات آن‌ها؛
6. ارجاع به بهزیستی یا کمیته امداد جهت تحت پوشش قرار گرفتن بیمار و خانواده، هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه که البته باید طی تعاملاتی پی در پی این امر صورت پذیرد؛
7. کمک جهت تسریع و تسهیل فرایند پذیرش و ترخیص بیمار در بیمارستان روزه؛
8. ارجاع به دفاتر بیمه جهت تحت پوشش قرار گرفتن بیمار و همچنین خانواده بیمار؛
9. ارتباط مستمر با خیرین جهت گرفتن کمک‌های لازم اعم از کمک نقدی و غیرنقدی؛
10. تعامل و ارتباط مستمر با خیریه‌ها جهت تحت پوشش قرار دادن خانواده‌های نیازمند.

## دسترسی به خدمات سلامت روان

مهمترین ارائه‌دهنده‌گان خدمات سلامت روان در ایران:

مناطق روستایی: در مناطق روستایی، خانه بهداشت اولین واحد ارائه خدمات است که اداره آن را به‌روز بر عهده دارد. در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی که بر چند خانه بهداشت نظارت دارند، یک پزشک عمومی و چند کاردان آموزش دیده فعالیت می‌کنند پزشکان موارد ارجاعی از خانه‌های بهداشت را می‌پذیرند و موارد مشکل را به سطح بالاتر ارجاع می‌دهند.

سطح بالاتر سطح تخصصی شهرستان است که در آن روان‌پزشک با پزشک عمومی دوره دیده و کارشناس سلامت روان، علاوه بر آموزش و نظارت بر مراکز بهداشتی-درمانی روستایی، موارد ارجاعی را می‌پذیرند و موارد مشکل را به سطح بالاتر ارجاع می‌دهند.

مناطق شهری: در شهرها، به‌ویژه شهرهای متوسط و بزرگ، عمده خدمات سلامت روان خارج از شبکه مراقبت‌های اولیه و در چهارچوبی ناهماهنگی توسط بیمارستان‌ها و مراکز و درمانگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نهادهای دیگر دولتی، بخش‌های خصوصی و غیره، مانند سازمان بهزیستی ارائه می‌شود که دسترسی به اطلاعات دقیق درباره آن‌ها محدود است. تعداد زیادی مرکز مشاوره مربوطه به سازمان‌های مختلف مانند سازمان ملی جوانان وجود دارد که خدمات روان‌شناختی و گاه روان‌پزشکی را ارائه می‌کنند. خدمات جامعه‌نگر، مانند ویزیت در منزل، نیز به‌طور پراکنده در چند مرکز شهری ارائه می‌شود.

## وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تا حدود 60 سال پیش ارائه خدمات سلامت روان در ایران محدود به مراکز نگهداری و تیمارستان‌ها یا بیمارستان‌های روانی بود. این مراکز غالباً پرجمعیت بوده و وضعیت نامطلوبی داشتند. دوره‌های سلامت روان جامعه‌نگر و خارج از مراکز نگهداری از اواخر دهه 1340 و با تأسیس نخستین مراکز سرپایی سلامت روان در تهران آغاز شد. پس از آن، سلامت روان در نظام مراقبت بهداشتی اولیه ادغام شد. در سال 1365، طرح کشوری سلامت روان تدوین و از سال 1367 اجرا شد. راهبرد محوری همان ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت بهداشتی اولیه و به عبارت دیگر، در شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور بود. این ادغام واجد ویژگی‌های زیر بود:

1- تمرکززدایی در فعالیت‌ها؛

2- اولویت دادن به پیشگیری؛

3- کاربرد سطوح خدماتی؛

4- نظام ارجاع، پیگیری مستمر، و تأکید بر مراقبت سرپایی تا بستری بیماران.

به دنبال این اجرا، در سال 1369، سلامت روان به عنوان جزء نهم مراقبت‌های بهداشتی اولیه قلمداد شد. در سال 1374، اجرای برنامه کشوری سلامت روان با همکاری سازمان بهداشت جهانی مستقلاً ارزیابی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی مناطق مورد بررسی، موجب شناسایی بیش از 6 هزار بیمار روان‌پزشکی توسط بهورزان و پزشکان عمومی شده است که نزدیک به 80 درصد آنان در مراکز روستایی مورد درمان، آموزش با پیگیری قرار گرفته‌اند و نگرش و آگاهی بهورزان درباره سلامت روان رشد چشمگیری نشان داده است.

بر اساس گزارش رسمی اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال 1387، در محدود 95 درصد مراکز بهداشتی-درمانی روستایی، برنامه بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه ادغام یافته است، در حالی که این میزان برای جمعیت شهری، حدود 36 درصد است.

برنامه ادغام هم در روستاها و هم در شهرها اجرا شده است، در مناطق روستایی، خانه بهداشت اولین واحد ارائه خدمات است که اداره آن را بهورز برعهده دارد. در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی که بر چند خانه بهداشت نظارت دارند، یک پزشک عمومی و چند کاردان آموزش دیده فعالیت می‌کنند پزشکان موارد ارجاعی از خانه‌های بهداشت را می‌پذیرند و موارد مشکل را به سطح بالاتر ارجاع می‌دهند. سطح بالاتر سطح تخصصی شهرستان است که در آن روان‌پزشک با پزشک عمومی دوره‌دیده و کارشناس سلامت روان، علاوه بر آموزش و نظارت بر مراکز بهداشتی-درمانی روستایی، موارد ارجاعی را می‌پذیرند و موارد مشکل را به سطح بالاتر ارجاع می‌دهند.

اما در مناطق شهری، اولین واحد ارائه خدمات، مراکز بهداشتی درمانی شهری هستند که در آن، پزشکان عمومی بیماران را می‌پذیرند و در صورت نیاز آن‌ها را به مراکز بالاتر ارجاع می‌دهند. از آنجا که موقعیت این مراکز و جمعیت تحت پوشش به گونه‌ای است که امکان دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد، پیگیری توسط کارکنان این مراکز صورت نمی‌گیرد و قرار بوده است از همکاری و مشارکت مردمی استفاده شود و به این جهت تأسیس پایگاه‌های بهداشتی و استفاده از رابطان داوطلب بهداشتی پیش‌بینی شده است. این رابطان وظیفه آموزش شناسایی خانواده‌ها، جلب مشارکت مردم، تشویق و ارجاع خانوارهای دارای بیمار به مراکز و پیگیری وضعیت بیماران تحت پوشش را برعهده داشتند. با توجه به ضعف نظام مراقبت‌های اولیه در شهرهای بزرگ، به نظر نمی‌رسد که ارائه خدمات سلامت روان در این شهرها در قالب این نظام

به موفقیت قابل ملاحظه‌ای دست یافته باشد. حتی در شهر نسبتاً کوچکی رابطان بهداشتی نتوانسته بودند در بیماریابی موفقیت مطلوبی کسب کنند. از دلایل ناکامی طرح ادغام می‌توان به رشد روزافزون جمعیت، ضعف مشارکت مردمی، مشکل عرضه فعالانه خدمات و ضعف اطلاع‌رسانی اشاره کرد. از دیگر سو، در شهرها نظام مراقبت‌های اولیه در سطح بهداشت عمومی ناکارآمد بوده است. از این رو، ادغام سلامت روان در شهرها نتایج مطلوبی نداشته است. یک مشکل دیگر در شهرهای یک مقاومت ناشی از رویکرد سنتی مراکز نگهداری و بیمارستان‌های بزرگ روان‌پزشکی است، تغییر این رویکرد بیمارستان محور که در حال حاضر در شهرها روش غالب ارائه خدمات است، دشوار است. تمام تخت‌های روان‌پزشکی در شهرهای بزرگ واقع شده‌اند و تمام روان‌پزشکان در شهرها سکونت دارند. در مجموع می‌توان گفت که در شهرهای بزرگ با اینکه میزان شیوع اختلالات روانی در آن‌ها مانند سایر مناطق کشور است، از نظر منابع خدماتی (شامل کارکنان و تخت‌های بیمارستانی) بسیار غنی‌تر از باقی مناطق هستند. در عین حال شهرها عملاً فاقد هرگونه خدمات خارج از بیمارستان‌ها و مطب پزشکان و خدمات جامعه‌نگر هستند و عمده خدمات سرپایی سلامت روان در شهرها به بخش خصوصی و نهادهای مستقل نیمه دولتی و غیردولتی سپرده شده است.

### **برنامه مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) :**

با توجه به مطالب گفته شده در بالا درخصوص محدودیت‌های ارائه خدمات سلامت روان در شهرها این مراکز با هدف ایجاد تحول در سلامت روان شهری در اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب شده و پس از نیازسنجی و بررسی خدمات و شواهد علمی موجود، ساختار و خدمات این مراکز در دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی شده است. در سال 1389 و برای نخستین بار در کشور، اولین مرکز سلامت روان جامعه‌نگر راه‌اندازی شد.

خدماتی که در این مراکز ارائه می‌شوند در دو برنامه اصلی طبقه‌بندی می‌شوند. هدف برنامه «مراقبت مشارکتی» (collaborative care)، بهبود شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی در سطح جامعه از طریق همکاری با پزشکان عمومی شاغل در مناطق تحت پوشش است. این پزشکان با دریافت آموزش‌های ویژه و مستمر، و با مشارکت و نظارت سطح تخصصی CMHC به شناسایی و درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی در بین مراجعان خود می‌پردازند و در صورت نیاز بیماران را برای دریافت خدمات تخصصی روان‌پزشکی و روانشناختی به CMHC ارجاع می‌دهند. از جمله این خدمات، ویزیت متخصص روان‌پزشکی، روان‌درمانی‌های فردی و گروهی برای بیماران بزرگسال و کودک و نوجوان است.

برنامه دیگر، «مراقبت‌های پس از ترخیص» (aftercare) است. بدین صورت که بیماران پس از ترخیص از بیمارستان به این مرکز ارجاع می‌شوند و پیگیری پس از ترخیص به صورت فعال از طریق ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی انجام می‌شود. همچنین خانواده بیماران آموزش‌های ویژه‌ای را در قالب کارگاه‌های آموزش خانواده دریافت می‌کنند.

## سازمان بهزیستی

در اجرای آئین نامه اجرایی جزء 5 بند الف ماده 192 قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب 1380/2/5 هیأت محترم وزیران و ادامه آن در برنامه چهارم (بند ج ماده 97) و ماده 26 قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب 1380/11/27 مجلس شورای اسلامی، به منظور ساماندهی وضعیت درمانی و توانبخشی بیماران روانی مزمن ضوابط تأسیس، اداره و انحلال مراکز ارائه خدمات درمانی و توانبخشی به بیماران مذکور به منظور اتخاذ روشی هماهنگ، منسجم و یکپارچه، سازمان اقدام به ساماندهی بیماران روانی مزمن با همکاری بخش غیردولتی نمود.

برنامه‌های دفتر بیماران روانی مزمن در حیطه‌های ذیل به ارائه خدمات بیماران روانی مزمن می‌پردازند:

الف) ساماندهی بیماران روانی مزمن در مراکز شبانه‌روزی (ارائه خدمات طولانی مدت): این مراکز بصورت شبانه‌روزی خدمات مراقبتی و توانبخشی به بیماران ارائه می‌دهند و بیماران روانی مزمن فاقد سرپناه، بیماران فاقد قدرت انطباق لازم با سایر اعضای خانواده و نیز دسته‌ای از آنان که مهارت لازم برای اداره مستقل امور زندگی خود را دارا نمی‌باشند، اسکان داده می‌شوند و تحت درمان و مراقبت و آموزش مهارت‌های لازم قرار می‌گیرند؛

ب) ساماندهی بیماران روانی مزمن در مرکز روزانه: در این مراکز خدمات توانبخشی روانی اجتماعی به‌طور روزانه به بیماران روانی مزمن از طریق خدماتی مانند دارو درمانی، روان‌شناسی، آموزش بیماران و خانواده‌های آنان ارائه می‌شود. اعضای تیم تخصصی در این مراکز شامل روان‌پزشک، روان‌شناس بالینی، کاردرمانگر، مددکار اجتماعی، مربی حرفه‌ای آموزش دیده و پرستار است؛

ج) مراکز پیگیری درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن در منزل: اغلب خدمات موجود برای بیماران روانی عمدتاً بستری کوتاه مدت در بیمارستان‌های روان‌پزشکی هنگام عود بیماری و پس از ترخیص به صورت مراقبت در منزل توسط اعضاء خانواده است. بین این دو منبع خدمات آموزشی و توانبخشی موجود نمی‌باشد؛

براساس سیاست کلی سازمان بهزیستی و ستاد ساماندهی بیماران روانی مزمن ارائه خدمات ویزیت در منزل تحت عنوان پیگیری خدمات آموزشی و توانبخشی را به بیماران و خانواده‌ها به‌طور رایگان ارائه می‌نماید.

خدمات این مراکز شامل: توانبخشی پزشکی، توانبخشی روانی اجتماعی، توانبخشی آموزشی و توانبخشی حرفه‌ای می‌باشد؛

د) مراکز درمان و توانبخشی مبتلایان به اختلالات نافذ رشد: در مراکز فوق درمان، پیگیری و توانبخشی مبتلایان به اختلالات نافذ رشد مانند اُتیسم، آسپرگر و ... از طریق شیوه‌های درمانی خاص نظیر تحلیل رفتار کاربردی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، موسیقی درمانی، حرکت درمانی، شیوه‌های تربیت شنیداری، دارودرمانی، ویتامین درمانی و... آموزش بیماران و خانواده‌های آنان در محل مرکز یا در محل سکونت بیماران صورت می‌پذیرد؛

اعضای تیم درمان در این مراکز شامل: روان‌پزشک، روان‌شناس بالینی، کاردرمانگر ذهنی، گفتار درمانگر و مربی آموزش دیده است. در حال حاضر با فعال بودن 2 مرکز اوتیسم (اختلالات نافذ رشد) به دو شیوه مختلف به بیماران مبتلا به اختلالات نافذ رشد ارائه خدمات می‌گردد؛

ه) کارگاه حمایت شده تولیدی: براساس سیاست کلی سازمان به‌منظور حمایت از بیماران روانی مزمن که در شرایط ویژه قابل آموزش بوده‌اند و فرصت آموزش، کار و اشتغال یا فعالیت اقتصادی را نزد کارفرمایان نیافته‌اند و یا توان داشتن شغل مستقل را نداشته‌اند تشکیل گردیده است.

در این کارگاه‌ها بیماران تحت نظارت مستقیم گروهی از متخصصان از جمله روان‌شناس و مربی حرفه‌آموزی و با امکان دسترسی آسان به سایر اعضای تیم توانبخشی به صورت نیمه وقت مشغول انجام کار می‌شوند.

## طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR)

با توجه به اینکه اجرای برنامه‌های توانبخشی با رویکرد مشارکتی و حضور فعال معلول و خانواده وی در برنامه‌های توانبخشی و مبتنی بر جامعه بودن برنامه‌ها، اثربخشی آن‌ها را تکمیل می‌نماید، مشارکت فرد معلول، خانواده و جامعه محلی و ملی یکی از اصول مهم در توانبخشی معلولین می‌باشد.

طبق برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور چند شاخص تسهیلات و منابع سلامت روان به شرح زیر است:

جدول 5: آمارهای تسهیلات و منابع سلامت روان کشور ایران براساس داده‌های برنامه جامع ارتقا سلامت روان

منابع سلامت روان	تعداد کل در کشور	منابع سلامت روان	تعداد کل در کشور
مطب خصوصی	500	تعداد تخت‌های روانپزشکی	12000 (با توزیع غیر عادلانه)
روانپزشک	حدود 1000 نفر (41 درصد در تهران)	تعداد تخت‌های اورژانس روانپزشکی	248 (در 17 استان نداریم)
روانشناس بالینی	174 (47 نفر مدرک دکترا)	تعداد تخت‌های روانپزشکی اطفال	229 (در 23 استان نداریم)
پزشک عمومی آموزش دیده	3800	بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی	34 (در 9 استان وجود ندارد)
پزشک عمومی دوره دیده روانپزشکی	200	بیمارستان عمومی دارای بخش روانپزشکی	76
رابط بهداشتی	100000	درمانگاه روانپزشکی	115
بهورز و کاردان آموزش دیده	500	کلینیک روانپزشکی	45

براساس داده‌های سالنامه آماری درمان سال 1396، تعداد بیمارستان‌های روان‌پزشکی در سال 1396 برابر با 22 بیمارستان بوده است سهم این بیمارستان‌ها از تعداد کل بیمارستان‌های تخصصی کشور در سال 1396 برابر با 3/58 درصد بوده است.



جدول زیر تعداد و درصد تخت‌های موجود در بخش‌های روان‌پزشکی را در کلیه بیمارستان‌های کشور و بیمارستان‌های وزارت بهداشت نشان می‌دهد.

جدول 6: تعداد و درصد تخت‌های موجود در بخش‌های روان‌پزشکی را در کلیه بیمارستان‌های کشور و بیمارستان‌های وزارت بهداشت

بخش	تعداد تخت فعال در بیمارستان‌های وزارت بهداشت	درصد از کل تخت‌ها	بار مراجعه به بیمارستان‌های وزارت بهداشت	تعداد تخت فعال در کلیه سازمان‌های متبوع	درصد از کل تخت‌ها	بار مراجعه به کلیه سازمان‌های متبوع
روان‌پزشکی	7925	8/87	16345	9851	7/57	147352
فوق تخصصی و روان‌پزشکی اطفال	208	0/23	2863	208	0/16	2863

لازم به ذکر است مفاهیم موجود در جدول به صورت زیر تعریف شده است:

تخت فعال: تعداد تخت‌های قابل استفاده که براساس استاندارد دارای امکانات تشخیصی، درمانی، پشتیبانی، خدماتی و پرسنلی بوده و آماده جهت بستری و مراقبت از بیمار است.

شاخص متوسط اقامت بیمار: متوسط مدت اقامت بیماران در بخش‌های بستری در یک دوره زمانی.

فرمول محاسبه: مجموع تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی/تعداد بیماران ترخیص شده و فوت شده در همان دوره زمانی.

## سازمان‌های متبوع

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی: کلیه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه را شامل می‌شود.

خصوصی-خیریه: کلیه بیمارستان‌هایی که تحت پوشش بخش خصوصی و سازمان‌های خیریه می‌باشند و در پروانه بیمارستان درج گردیده است.

**نهادهای عمومی غیردولتی:** شامل سازمان تأمین اجتماعی، بنیاد شهید و ایثارگران و دانشگاه آزاد اسلامی می‌شود.

**دولتی غیر وزارت بهداشت:** شامل آموزش پرورش، نیروهای مسلح (ارتش، سپاه و نیروی انتظامی)، بانک‌ها، شرکت

نفت و بیمارستان‌های سایر سازمان‌های دولتی است.

شاخص متوسط اقامت بیمار در بخش روان‌پزشکی و بخش فوق تخصصی روان‌پزشکی اطفال در بیمارستان‌های کلیه سازمان‌ها به ترتیب برابر با 17/63 و 15/82 در سال 1396 بوده است.

شاخص متوسط اقامت بیمار در بخش روان‌پزشکی و بخش فوق تخصصی روان‌پزشکی اطفال در بیمارستان‌های وزارت بهداشت به ترتیب برابر با 17/95 و 15/82 در سال 1396 بوده است.

نیازهای در حال تحول جامعه که نظام سلامت می‌باید پاسخگوی آن‌ها باشد، اصلاح و تحول این نظام را در کلیه کشورهای به امری ضروری مبدل ساخته است. هیچ سامانه خدماتی از جمله نظام سلامت، از اصلاح بی‌نیاز نیست. در ایران طرح تحول نظام سلامت بعد از مدت‌ها بحث و بررسی در اردیبهشت 1393، به‌طور همزمان در سراسر کشور آغاز شد. یکی از اهداف این طرح کاهش هزینه‌های پرداختی درمان از جیب مردم بوده است. در زیر به‌طور خلاصه، مداخلات و اقدامات مهم مرتبط با سلامت روان در طرح تحول سلامت و شاخص‌های مرتبط آورده شده است:

جدول 7: مداخلات و اقدامات مهم مرتبط با سلامت روان در طرح تحول سلامت

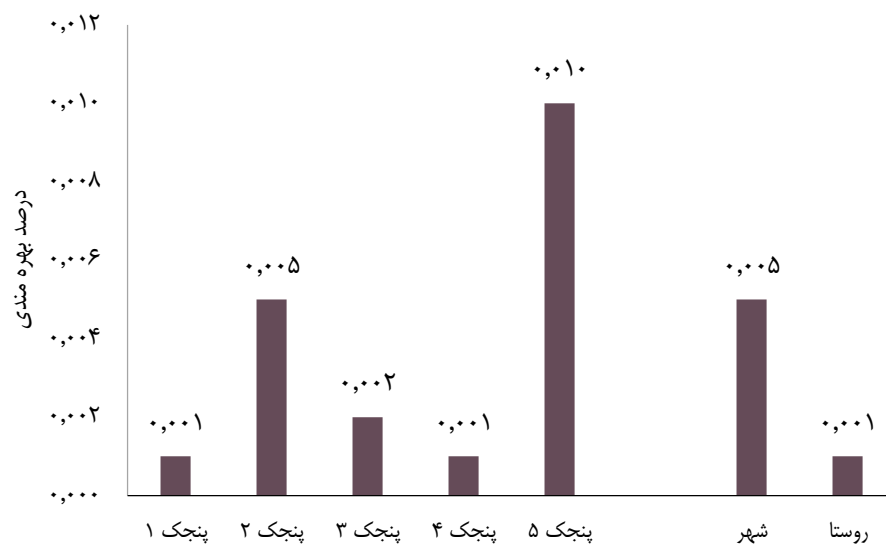
زمان اتمام	زمان شروع	مداخله
ادامه دارد	اردیبهشت 1393	توسعه تخت روان‌پزشکی
ادامه دارد	مهر 1393	تهیه و اجرای برنامه نوین ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری و درمان مصرف مواد
ادامه دارد	خرداد 1395	تدوین و طی مراحل نهایی‌سازی قانون سلامت روان

جدول 8: شاخص های مرتبط با سلامت روان در طرح تحول سلامت

شاخص					واحد	مداخله
آخرین		پایه				
مقدار	زمان	مقدار	زمان			
1 افزایش نیروی انسانی شاغل و تغییر شیوه قرارداد با پرسنل موجود در بخش دولتی						
871	1394	0	1392	تعداد	کارشناس سلامت روان به کار گرفته شده در شهر و حاشیه	
2 راه اندازی واحدهای ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی						
9000	1392	8000	1392	تعداد	تعداد تخت روان پزشکی	
3 طراحی برنامه های نوین سلامت و بازنگری برنامه های قبلی سلامت						
8	1395	2	1393	درصد	پوشش برنامه توانمندسازی مردمی در حوزه سلامت روان	
4 آموزش مسئولین گروه های سلامت روانی اجتماعی و کارشناسان سلامت روان						
930	1395	54	1393	تعداد		

### شاخص بهره مندی از خدمات ارائه شده توسط روان شناس

این شاخص از مطالعه بهره مندی سال 1394 بدست آمده است. این شاخص براساس سطوح درآمدی و محل سکونت فرد ارائه می شود. این شاخص نشان می دهد هر فرد در طی یکسال گذشته چند نوبت برای دریافت مشاوره روان شناسی مراجعه کرده است (این خدمت دریافت شده است). مشاوره های بهداشت روان بعد از شروع طرح تحول سلامت در مراکز جامع ارائه خدمات سلامت برای جمعیت تحت پوشش ارائه می شود.



شکل 5: درصد بهره مندی از مشاوره روان شناسی در مراجعات سرپایی طی یکسال قبل براساس نتایج مطالعه بهره مندی از خدمات سلامت در سال 1394

براساس این نمودار، بهره مندی از مشاوره روان شناسی در ثروتمندترین گروه جامعه نسبت به سایر گروه های درآمدی بالاترست و همچنین در شهرها نسبت به روستاها بالاست.

### هزینه های مداخلات

جدول هزینه مداخلات مربوط به تأمین نیروی انسانی و راه اندازی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی (هزار میلیارد ریال) طبق گزارش جامع طرح تحول سلامت به صورت زیر می باشد:

جدول 9: هزینه مداخلات مربوط به تأمین نیروی انسانی و راه اندازی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی طبق گزارش جامع طرح تحول سلامت

مداخله	1392	1393	1394	کل
جذب کارشناس سلامت روان برای مراکز جامع سلامت	0		260	
توسعه تخت روان پزشکی			215	215

## وضعیت مصرف مواد مخدر در ایران

بنا به گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، تعداد معتادان کشور، دو میلیون نفر شامل یک میلیون و دویست هزار نفر معتاد دائمی و هشت صد هزار نفر معتاد تفننی است که این تعداد در هر سال حدود 747 تن مواد مخدر مصرف می‌کنند. از لحاظ جنسیت، 95 درصد معتادان مرد و 5 درصد زن هستند. بیشترین فراوانی سنی معتادان در سنین 20 تا 34 سال و میانگین سنی معتادان 32 سال است. 73 درصد از زنان و مردان معتاد متأهل و بیشتر بی‌سواد و کم‌سواد هستند. شواهد آماری حاکی از آن است که 34 درصد از طلاق‌های کشور، ناشی از اعتیاد و مسائل مربوط با مواد مخدر است.

جدول زیر شیوع مصرف انواع مواد مخدر در ایران براساس پیمایش ملی سلامت روان را نشان می‌دهد.

جدول 10: شیوع مصرف مواد و داروها در طول 12 ماه گذشته در جمعیت 15 تا 64 سال براساس پیمایش ملی سلامت روان در سال 1389-1390

	زن		مرد		کل	
	مصرف حداقل یکبار در سال گذشته	مصرف تقریباً هر روز در یک سال گذشته	مصرف حداقل یکبار در سال گذشته	مصرف تقریباً هر روز در یک سال گذشته	مصرف حداقل یکبار در سال گذشته	مصرف تقریباً هر روز در یک سال گذشته
داروهای آرام‌بخش بنزودیازپینی	10/6	1/5	10/8	1/6	10/7	0/2
ترامادول	1/7	0/05	6	0/3	3/9	0/2
داروهای حاوی کدئین	53/8	2/5	44/9	1/2	49/3	1/8
متادون یا بوپرونورفین بدون نظارت پزشک	0/1	0	1/4	0/1	0/8	0/06
تریاک	0/8	0/05	7/9	2/3	4/4	1/2
شیره تریاک	0/4	0/02	4/2	0/6	2/3	0/3
کراک هروئین	0/05	0/02	0/3	0/1	0/2	0/08
هروئین	0/06	0/02	0/9	0/4	0/5	0/2
متادون یا بوپرونورفین با نظارت پزشک	0/07	0	1/7	0/9	0/9	0/4
متامفتامین	0/06	0/03	1/4	0/2	0/7	0/1
اکستازی	0/2	0	0/4	0	0/3	0
ریتالین	0/1	0	0/2	0/05	0/2	0/02
حشیش	0/2	0	2/4	0/9	1/3	0/4
الکل	1/6	0	11	0/1	6/3	0/06

## تقاضا و بهره‌مندی از خدمات

براساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان در ایران حدود 63/6 درصد افراد مبتلا به انواع اختلالات مصرف مواد احساس نیاز شخصی به مراجعه برای مشکلات اعصاب و روان خود در در 12 ماه گذشته داشته‌اند. در بین افراد مبتلا به انواع اختلالات مصرف مواد میزان بهره‌مندی از هر گونه خدمات و خدمات بهداشتی در مانی در 12 ماه گذشته به ترتیب 57/7 و 29/1 درصد بوده است.

از بین بیماران مبتلا به انواع اختلالات مصرف مواد که موفق به دریافت خدمات بهداشتی درمانی شده‌اند حدود 72 درصد حداقل درمان کافی را دریافت کرده‌اند.

تعریف دریافت حداقل درمان کافی:

1- بیمار در حال حاضر (زمان مصاحبه) توسط یک درمانگر بهداشتی درمانی در حال درمان باشد (آخرین ویزیت در 2 هفته گذشته)؛

2- بیمار حداقل 2 بار در ماه گذشته توسط یک درمانگر ویزیت شده باشد؛

3- در 12 ماه گذشته برای مشکل اعتیاد بستری شده باشد.

## سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در کشور

1 - مبارزه فراگیر و قاطع علیه کلیه فعالیت‌ها و اقدامات غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آن‌ها از قبیل کشت، تولید، ورود، صدور، نگهداری و عرضه مواد؛

2 - تقویت، توسعه، تجهیز و استفاده فراگیر از امکانات اطلاعاتی، نظامی، انتظامی و قضایی برای شناسایی و تعقیب و انهدام شبکه‌ها و مقابله با عوامل اصلی داخلی و بین‌المللی مرتبط با مواد مخدر و انواع روان‌گردان‌ها و پیش‌سازهای آن‌ها؛

3 - تقویت، تجهیز و توسعه یگان‌ها و مکانیزه کردن سیستم‌های کنترلی و تمرکز اطلاعات به‌منظور کنترل مرزها و مبادی ورودی کشور و جلوگیری از اقدامات غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر، روان‌گردان و پیش‌سازهای آن‌ها و تقویت ساختار تخصصی مبارزه با مواد مخدر در نیروی انتظامی و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط؛

4 - اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان‌گردان با بهره‌گیری از امکانات دولتی و غیردولتی با تأکید بر تقویت باورهای دینی مردم و اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، آموزشی و تبلیغاتی در محیط خانواده، کار، آموزش و تربیت و مراکز فرهنگی و عمومی؛

5- جرم انگاری مصرف مواد مخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آن‌ها جز در موارد علمی، پزشکی، صنعتی و برنامه‌های مصوب درمان و کاهش آسیب؛

6 - ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر باهدف:

- درمان و بازتوانی مصرف‌کنندگان؛

- کاهش آسیب‌ها؛

- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به مواد پرخطر؛

7 - اتخاذ تدابیر لازم برای زمینه‌سازی حمایت‌های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان‌گردان در زمینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی و حمایت‌های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده و خانواده‌های آن‌ها و نیز فراهم نمودن امکانات خدمات در مانی و نیازهای حمایتی افراد مذکور؛

8 - تقویت و ارتقاء دیپلماسی منطقه‌ای و بین‌المللی مرتبط با مواد مخدر و روان‌گردان با:

- هدفمند نمودن مناسبات؛

- مشارکت فعال در تصمیم‌سازی‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات مربوط؛

- بهره‌برداری از تجارب و امکانات فنی، پشتیبانی و اقتصادی کشورهای دیگر و سازمان‌های بین‌المللی؛

- فراهم نمودن زمینه اقدام مشترک در جلوگیری از ترانزیت غیرقانونی مواد مخدر؛

9 - اتخاذ تدابیر لازم برای حضور و مشارکت جدی آحاد مردم و خانواده‌ها و حمایت از تشکل‌های مردمی در زمینه‌های پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان؛

10 - توسعه مطالعات و پژوهش‌های بنیادی، کاربردی و توسعه‌ای در امر مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان و پیشگیری و درمان معتادان با تکیه بر دانش روز دنیا و استفاده از ظرفیت‌های علمی و تخصصی ذی‌ربط در کشور؛

11 - ارتقاء و اصلاح ساختار نظام مدیریت مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان به‌منظور تحقق سیاست‌های کلی نظام و سرعت بخشیدن به فعالیت‌ها و هماهنگی در اتخاذ سیاست‌های عملیاتی و کلیه اقدامات اجرایی و قضایی و حقوقی.

بخشی از فعالیت‌ها صورت گرفته توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور از سال 1395-1392:

- افزایش دسترسی معتادان به امکانات و خدمات درمانی با توجه به گسترش درمان و مراکز کاهش آسیب دولتی و غیردولتی به نحوی که از هر 2 نفر معتاد یک نفر در این مراکز پذیرش شده و مجموعه‌ای از این خدمات را دریافت نموده‌اند. قابل ذکر است که میانگین دسترسی به مراکز درمانی در جهان 1 نفر به‌ازای هر 6 نفر معتاد می‌باشد؛

- میانگین پذیرش سالیانه معتادان طی چهار سال 1392-1395 به بیش از 785 هزار نفر معتاد متقاضی درمان در مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد رسیده است. این میزان در مقایسه با 4 سال قبلی یعنی 1391-1388 (حدود 710 هزار نفر) 11 درصد افزایش نشان می‌دهد؛

- ساماندهی معتادان متجاهر، کاهش جرائم و افزایش امنیت عمومی: پاکسازی چهره شهرها و محلات به‌ویژه پایتخت، شهرهای توریستی و مذهبی با گسترش امکانات نظارتی، کنترلی، مقابله‌ای، بسیج امکانات و منابع ستادی و استانی و توسعه اقدامات مرتبط با ساماندهی معتادان متجاهر به اعتیاد، معتادان ولگرد، کارتنخواب، تزریقی و پرخطر را می‌توان از جمله مهمترین رویکردها در ساماندهی و کاهش آسیب معتادان پرخطر عنوان نمود که در این راستا تقویت و تجهیز 18 مرکز موضوع ماده 16 قانون با هدف ساماندهی معتادان متجاهر و پرخطر در سراسر کشور و پذیرش بیش از 6/8 هزار معتاد در این مراکز طی سال‌های 1392-1395 به‌منظور نگهداری، درمان و کاهش آسیب و رفتارهای پرخطر بشمار می‌آید. این تعداد پذیرش در مقایسه با مدت مشابه قبل از آن حدود 174 درصد افزایش داشته است؛



- گسترش دسترسی معتادان به مراکز و خدمات درمانی، احترام به عزت نفس و کرامت انسانی آنان: گسترش خدمات درمان نگهدارنده و اجرای برنامه‌های متنوع کاهش آسیب رفتارهای پرخطر (همچون توزیع سرنگ و سرسوزن و وسایل بهداشتی، مشاوره و مراقبت‌های ویژه برای معتادان آلوده به ویروس ایدز، درمان نگهدارنده با متادون و غیره) در مراکز خاص موجب کنترل و مهار شیوع رفتارهای پرخطر همچون تزریق مشترک و روابط جنسی کنترل نشده در معتادان و کاهش شیوع بیماری‌های عفونی و مهلک مانند ایدز و هپاتیت در میان معتادان تزریقی و کارتن خواب گردیده است. این مهم همچنین موجب کاهش قابل توجه سهم اعتیاد تزریقی در ابتلا و آلودگی افراد به ویروس ایدز در کشور گردیده به نحوی که آلودگی و ابتلا به ایدز از طریق اعتیاد تزریقی از 53/3 درصد در پایان سال 91 به 37/8 درصد در سال 95 کاهش یافته است؛

- کنترل تولید و عرضه مواد روان گردان؛

- مبارزه بی‌امان با فعالیت باندها و شبکه‌های قاچاق مواد مخدر و روان گردان در سراسر کشور؛

- سالم‌سازی محیط‌های آموزشی، حفظ سرمایه‌های اجتماعی و تضمینی برای آینده سالم و با نشاط؛

- دستگیری حرفه‌ای و کاهش هزینه‌های تحمیلی به سیستم قضایی و سازمان زندان‌های کشور؛

- ورود فعال سازمان‌های مردم نهاد به عرصه‌های مختلف کاهش تقاضای مواد مخدر؛

افزایش حمایت و سیانت اجتماعی از بهبود یافتگان اعتیاد، افزایش ماندگاری در درمان و کاهش عود اعتیاد؛

# فصل چہارم

## نتیجہ گیری

پس از بررسی نظام سلامت روان در کشورهای مختلف و بحث در مورد ساختار نظام سلامت روان در ایران:

در مطالعه پیمایش ملی، موانع بهره‌مندی از خدمات از سه جهت بررسی شد: 1- دلایل تأخیر در مراجعه؛ 2- دلایل عدم مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی علی‌رغم احساس نیاز به آن؛ 3- دلایل عدم اقدام برای بستری علی‌رغم احساس نیاز به آن.

در تمامی موارد، امید به بهبود خود به خود، کم‌اهمیت پنداشتن مشکل، و یا تحمل کردن مشکل، شایع‌ترین موانع استفاده از خدمات بوده‌است. شایع‌ترین مشکل دیگر ذکر شده، مشکلات مربوط به پرداخت هزینه و یا بیمه بوده است که امکان استفاده بیماران را از خدمات محدود می‌کرد. عدم دسترسی به درمان مناسب و همچنین نگرانی از انگ بیماری روان‌پزشکی و یا انگ مصرف داروهای روان‌پزشکی از موانع بعدی گزارش شده بود. لازم به یادآوری است که این یافته در مورد افرادی گزارش شده است که براساس پرسشنامه تشخیصی CIDI، در طول 12 ماه گذشته دچار یک اختلال روان‌پزشکی بوده‌اند. جهت رفع موانع بهره‌مندی، آموزش و آگاه‌سازی جامعه از ماهیت اختلالات روان‌پزشکی و وجود درمان‌های مؤثر، بهبود دسترسی به خدمات و همچنین توسعه خدمات بیمه ضرورت دارد.

در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای سند چشم‌انداز 20 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 دههٔ پیش رو تأکید گردیده است. با توجه به گستره عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان این نکته آشکار می‌شود که مسئولیت تأمین 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 بین‌بخشی دارد. در نقشه نظام سلامت کشور ارتقای سلامت روان به‌عنوان 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 موفقیت‌آمیز برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع کمک کند؛
- یک سند علمی بالادستی برای ارتقاء سلامت روان کشور فراهم شود؛

- دستیابی به اهداف سلامت روان در برنامه توسعه پنجم کشور تسهیل و تسریع گردد؛
- آخرین دستاوردهای سلامت روان در تجربیات بین‌المللی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های روانی به کار گرفته شود؛
- ثبات برنامه‌های سلامت روان با تغییر مدیران تضمین شود.

1- Health Systems in Transition report. [http://www.euro.who.int/en/about-](http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits)

[us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits](http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits)

2- پیمایش ملی سلامت روان 1389-1390

3- سالنامه آماری درمان سال 1396، زیر نظر دکتر بهزاد کلانتری بنگر، دکتر مرجان قطبی، دکتر علیرضا مظهری. به تهیه کنندگی دکتر محمداسماعیل کاملی، دکتر فاطمه بهتاج، مهنوش پروان، فریبا لطفی گل‌میشه، اکرم واحدی بزرگی.

4- بواله‌ری جعفر و همکاران. ارزشیابی بهداشت روان کشور در برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه انستیتو روان پزشکی

تهران-مرکز تحقیقات بهداشت روان، تابستان 1388

5- گزارش دفتر عملکرد سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سومصرف مواد، سال‌های

1385، 1386، 1387، 1388.

6- پیش نویس قانون سلامت روان ایران

7- برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور 1390-1394 مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

8- مطالعه بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال 1382

9- سالنامه آماری درمان سال 1396، زیر نظر دکتر بهزاد کلانتری بنگر، دکتر مرجان قطبی، دکتر علیرضا مظهری. به تهیه کنندگی دکتر محمداسماعیل کاملی، دکتر فاطمه بهتاج، مهنوش پروان، فریبا لطفی گل‌میشه، اکرم واحدی بزرگی

10- گزارش جامع طرح تحول سلامت 1392 الی 1396، موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، بهار

1396

11- عاطف وحید، محمد کاظم؛ (1383). بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها. نشریه رفاه اجتماعی، دوره 4، ص

29-45

## Summary

This report evaluates mental health services in Iran. The main purpose of it, is to conduct a review study on the status of the provision of mental health services in the world and in Iran. In this report, After reviewing the mental health systems in different countries, it has been tried on the basis of "health systems review" reports, by means of the existing data and information about the surveys like "the use of health services" and regarding the study of "mental health status in Iran", the mental health system in Iran has been comprehensively investigated and the strengths and weaknesses of this system have been reviewed. Based on the study of "the burden of diseases in Iran" according to the disease groups, mental and behavioral disorders are ranked second in 2003, suggesting the importance of mental health and its related areas in the field of health economics and burden of diseases. In addition, based on the study carried out in 2011 under the title of "The National Mental Health Survey", 6/23% of 15-64 year-old people living in the country had suffered from one or more psychiatric disorders one year before the study. In Iran, psychiatrists and general practitioners provide the highest levels of mental health services. Since general practitioners, along with psychiatrists, play a significant role in the care and treatment of psychiatric patients, their information must be up-to-date and they need to be skilled enough in this area. Provision of services in the form of community-based mental health centers (CMHCs) is a strategy aimed at enhancing urban mental health. It is currently regarded as the dominant mental health approach in the world. In the past three decades, Iran, along with this evolution, has tried to change its services from a traditional and ineffective system to a community-based mental health system. In the study of national survey, the hope for automatic improvement, ignoring the significance of the problem, or enduring the problem have been the most common barriers to the use of services. Another most commonly mentioned problem has been the cost or insurance problems, restricting patients in the use of services. Lack of access to appropriate treatment, as well as concerns about being hallmarked to have psychiatric disease or use psychiatric drugs have been reported as other barriers. In order to eliminate these barriers, it is necessary to benefit from, educate and inform the community about the nature of psychiatric disorders as well as the existence of effective therapies, enhancing access to services besides developing insurance services. Given the range of factors affecting

mental health, it is revealed that the responsibility for providing mental health of the community is beyond a specialized system called the Ministry of Health or its subordinate universities and this requires intersectoral coordination and collaboration.