نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، پاییز ۱۴۰۰، شماره سوم، صفحات ۳۱۱ تا ۳۱۵

مروری

ارتقای سلامت روان، از مستندگرایی تا عمل‌گرایی

نورا رفیعی*[۱]، بهزاد دماری[۲]، احمد حاجبی[۳]، محمدرضا امیراسماعیلی[۴]

۱. **نویسنده مسئول:** گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، nooorafiee@ymail.com
۲. مرکز تحقیقات علوم اعصاب ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۰۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: در نظر گرفتن سلامت روان در دستور کار سیاسی کشور و مشارکت تمامی دستگاه‌هایی که مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت روانی اجتماعی جامعه اثرگذار است، ضروری بوده و این امر نیاز به یک بسیج ملی و نهادی دارد؛ بنابراین این نوشتار با هدف آگاهی از قوانین و مستندات ملی در این حوزه انجام شد.

روش: تحلیل محتوای اسناد و قوانین بالادستی با استفاده از سایت مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌های مؤثر بر سلامت روانی با رویکرد SDH، انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه در قالب بررسی قوانین مصوب و اسناد و مستندات ملی در حوزه ارتقای سلامت روانی اجتماعی انجام شد.

نتیجه‌گیری: نقاط قابل بهبود برای رسیدن به جایگاهی برتر در حوزه سلامت روانی با رویکرد تعیین‌گرهای مؤثر بر سلامت روان، پیشنهاد شد.

کلیدواژه‌ها: آرشیوها، ارتقای سلامت، سلامت روان، شاخص‌های بهداشت و تندرستی

مقدمه

در ایران، براساس آخرین پیمایش انجام شده، اختلالات روانی با شیوع ۲۳/۶ درصدی، دومین بار بیماری بعد از تصادفات را دارد(۱). با توجه به پیچیدگی عوامل اثرگذار بر وضعیت سلامتی افراد، سلامت عمومی به موضوعی چندبعدی تبدیل شده و بنابراین می‌تواند بازیگران متعددی را در یک رویکرد مشارکتی وارد کند(۲). به این عوامل متعدد دخیل در حوزه سلامت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌گویند؛ شرایطی که فرد در آن متولد می‌شود، رشد، زندگی و کار می‌کند. انتخاب‌های سیاستی، بر این تعیین‌کننده‌ها اثر می‌گذارد و آن را تعدیل می‌کند. موقعیت‌های اقتصادی، اجتماعی (Social Economical Status (SES، موقعیت نسبی یک فرد یا خانواده در یک ساختار سلسله مراتبی است و منعکس‌کننده دسترسی یا کنترل آن‌ها بر ثروت، اعتبار و قدرت است. وضعیت اقتصادی اجتماعی، یک تعدیل‌کننده اصلی سلامت جسمی و روانی محسوب می‌شود. تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح فردی، خانواده و جامعه عمل می‌کنند و اغلب منجر به نابرابری‌ها در جامعه می‌شوند (۳). نتایج یک مطالعه متاآنالیز نشان داد که افزایش بیکاری، نابرابری درآمدی و فقر با افزایش بروز استرس، اضطراب، افسردگی و سلامت روان ضعیف می‌شود(۴). اکثر مطالعات انجام شده در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط، حکایت از آن دارد که فقر و اختلالات روانی، به شدت با یکدیگر مرتبط هستند(۵).

اقدام مشارکتی به عنوان یک رویکرد در ارتقای سلامت، قدمتی بیش از سی سال دارد و به جنبش «سلامت برای همه» سازمان جهانی بهداشت سال ۱۹۷۸ باز می‌گردد(۶). مشارکت در سلامت به هر شکل و در هر اندازه‌ای می‌تواند ظهور کند و شکل رسمی یا غیررسمی داشته باشد (می‌تواند شامل ۱۰۰ نفر یا تنها ۲نفر باشد). تعاریف و واژگان متنوعی در تعریف مشارکت کاربرد دارند (اتحاد، شبکه، همکاری، هماهنگی، ائتلاف، چند بخشی، بین بخشی و ...)(۷). دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در آسیای جنوب شرقی، پیشنهاد داده که سلامت بایستی جزیی از تمام سیاست‌های عمومی باشد. به‌طورکلی سیاست‌ها می‌توانند در قالب شرایط مختلف اعم از کشور، جامعه خاص، محل کار، مدرسه، خانواده یا غیره انجام شود(۸). پس از تأثیراتی که بیانیه اوتاوا (۱۹۸۶) برای ارتقای سلامت در زمینه سیاست‌ها و اقدامات بالاخص در امر سلامت روان داشت، کمیته هفتمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و ناتوانی‌های رفتاری را برآن

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-08-02]

داشت تا در ۱۹-۱۷ اکتبر ۲۰۱۲ به تدوین بیانیه ای برای ارتقای سلامت روان اقدام کنند. این بیانیه ۸ اصل داشت که اصل سوم آن اشاره بر رویکردهای متقاطع بخش‌ها به منظور ارتقای سلامت روان کرد(۹). سازمان جهانی بهداشت، اظهار داشته است که کمتر از ۲۸درصد کشورهای جهان بودجه خاصی به درمان اختلالات روان اختصاص داده‌اند(۱۰) ۶۰ درصد کشورها سیاست‌هایی در این زمینه دارند، ۷۱درصد برنامه خاص و ۵۹ درصد قانون مشخصی در حیطه سلامت روان دارند(۱۱).

حاکمیت بین بخشی مجموعه‌ای از ساختارهای سیاسی، قانونی و سازمانی است که برای هماهنگی میان بخش‌های مختلف از طریق فرایند تصمیم‌گیری برای رسیدگی بهتر تعیین‌کننده‌های سلامت به کار می‌رود(۱۲).

روش

هدف این مطالعه بررسی میزان تمرکز محتوای اسناد و مستندات ملی به مقوله ارتقای سلامت روان با رویکرد همکاری بین بخشی بود و بدین منظور با استفاده از سایت مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌های مؤثر بر سلامت روانی با رویکرد SDH، ابتدا مستندات و قوانین این حوزه استخراج و سپس بررسی شدند.

یافته‌ها

اختصارا به قوانین مصوب و اسناد و مستندات ملی در حوزه ارتقای سلامت روانی اجتماعی که با همکاری سایر سازمان‌ها انجام می‌پذیرد، اشاره شده است:

۱. قانون همکاری قوه قضاییه با دولت در مبارزه با عوامل گرانی و احتکار (۱۳۶۶).
۲. ماده ۱۰ قانون تأمین زنان و کودکان بی‌سرپرست (۱۳۷۱)
۳. ماده ۸ آیین‌نامه همکاری وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مراکز تولیدی و آموزشی در اجرای نظام جدید آموزش متوسطه(۱۳۷۱)
۴. بند ۵۶ برنامه سوم توسعه(۱۳۷۹) - آموزش نحوه پرداختن به حرف و مشاغل مختلف کوچک که احتیاج به سرمایه کم دارد از شبکه‌های مختلف صدا و سیما؛
۵. قانون ابلاغ نامه فرماندهی نیروی انتظامی در مورد لزوم همکاری قضات دادگاه‌های انقلاب با این نیرو در مبارزه با مواد مخدّر(۱۳۷۹)؛
۶. اجازه تشکیل سه پایگاه اطلاع‌رسانی به منظور تسهیل امر اطلاع‌رسانی در زمینه قوانین و مقررات، تسهیلات، منابع و امکانات مورد نیاز کارآفرینان و در جهت ایجاد اشتغال به وزارت کار و امور اجتماعی و همکاری همه دستگاه‌های اجرایی با این وزارتخانه (۱۳۷۹)؛
۷. آیین‌نامه توانمندسازی سکونت‌گاه‌های غیررسمی تصویب‌نامه راجع به سند توانمندسازی و ساماندهی سکونت‌گاه‌های غیررسمی به منظور هدایت ونظارت بر اجرای طرح‌های توانمندسازی و ساماندهی اسکان غیررسمی در استان‌های درگیر(۱۳۸۲)؛
۸. بندب ماده ۳۵ برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۳) - ساماندهی پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان؛
۹. قانون موظف شدن سازمان ملی جوانان به تدوین گزارش ملی وضعیت جوانان کشور باهمکاری دستگاه‌های ذی‌ربط (۱۳۸۳)؛
۱۰. بنددال ماده ۹ قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی(۱۳۸۳) - ضرورت هماهنگی دستگاه‌های مؤثر برای پیشگیری از ظهور یا گسترش انحرافات و مشکلات اجتماعی به عنوان یک سیاست هماهنگی فرابخشی؛
۱۱. ماده ۵ آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی (۱۳۸۳) - با همکاری کمیته امداد امام خمینی(ره)، وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش و کشور و نهادهای مردمی از جمله شوراهای اسلامی شهر و روستا، معتمدان محلی و خیران نسبت به شناسایی واجدان شرایط برخورداری از حمایت‌های موضوع این آیین‌نامه؛
۱۲. سند ملی توسعه بخش بهداشت درمان(۱۳۸۳) در برنامه چهارم توسعه، توسعه همکاری‌های بین بخشی به منظور ترویج شیوه زندگی سالم در خانه،خانواده، محیط زندگی و کار؛
۱۳. ماده ۲ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان(۱۳۸۳)- طراحی، تولید و احداث ساختمان‌ها و اماکن عمومی و معابر و وسایل خدماتی معلولان؛
۱۴. ماده ۴ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (۱۳۸۳) - تسهیلات نیمه بها برای معلولان در استفاده از امکانات ورزشی، تفریحی، فرهنگی و وسایل حمل و نقل دولتی (مترو، هواپیما، قطار)؛
۱۵. ماده ۷ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (۱۳۸۳)- ایجاد فرصت‌های شغلی برای افراد معلول
۱۶. ماده ۸ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (۱۳۸۳)- ارائه آموزش رایگان برای معلولان در واحدهای آموزشی تابعه وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، علوم تحقیقات و فناوری، بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دیگر دستگاه‌های دولتی و نیز دانشگاه آزاد اسلامی؛
۱۷. ماده ۹ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (۱۳۸۳) - اختصاص حداقل ۱۰ درصد از واحدهای مسکونی احداثی استیجاری و ارزان قیمت خود را به معلولان نیازمند فاقد مسکن؛
۱۸. ماده۱۲قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (۱۳۸۳) -اختصاص حداقل دو ساعت از برنامه‌های صدا و سیما هر هفته برای آشنایی مردم با توانمندی‌های معلولان؛
۱۹. ماده ۱ بند ۵ و ۶ سند کاهش فقر و هدفمندکردن یارانه‌ها (۱۳۸۴)، به منظور توانمندسازی فقرا، با هدف شرکت در فرآیند فعالیت‌های اقتصادی و کسب مشاغل پایدار آموزش مهارت‌های شغلی، متناسب با نیازهای بازار کار؛

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-08-02]

شکل ۱- روند تدوین برنامه‌ها و قوانین حوز ه ارتقا سلامت/سلامت روان در ایران

۲۰. بند۲سیاست‌های ابلاغی رهبری(۱۳۸۵)-تحقق رویکرد سلامت همه جانبه (جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی) و انسان سالم در همه سیاست‌های کشور و پاسخگو بودن همه نهادهای مؤثر کشور؛

۲۱. برنامه مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی وزارت بهداشت(۱۳۹۴)، افزایش مشارکت سازمان‌های دولتی و غیردولتی به همکاری مؤثر و مطلوب بین بخشی در راستای توانمندسازی جامعه در توسعه شیوه زندگی سالم (با جلب مشارکت داوطلبان متخصص، افراد حقیقی و بخش‌های توسعه است)؛

۲۲. بند ت ماده ۸۰ برنامه ششم توسعه(۱۳۹۵) - حمایت از زنان سرپرست خانوار

۲۳. بند ث ماده ۸۰ برنامه ششم توسعه(۱۳۹۵) – بهره‌برداری و تکمیل مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان متجاهر و بی‌خانمان و راه‌اندازی مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی برای معتادان بهبودیافته در استان‌ها

۲۴. بند ب ماده ۸۴ برنامه ششم توسعه(۱۳۹۵) - تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه و خودداری از تبلیغ کالاهای مضر به سلامتی؛

۲۵. بند دال ماده ۹۵ برنامه ششم توسعه(۱۳۹۵) - طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی جلب مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی در کشور؛

۲۶. بند ج ماده ۹۷ برنامه ششم توسعه(۱۳۹۵)- شناسایی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن حمایت‌های اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی، مددکاری، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه‌های اشتغال حمایت شده، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی و سامانه مدیریت آسیب‌های اجتماعی در مناطق یادشده؛

۲۷. بند الف ماده ۱۱۳ برنامه ششم توسعه(۱۳۹۵)- ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان برای افراد فاقد تمکن با معرفی مقام قضایی برای تحکیم بنیان خانواده؛

۲۸. بندب ماده ۸ چهاردهمین مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی: به منظور ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه بر مبنای

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-08-02]

آموزه‌های دینی و قرآنی و توسعه فرهنگ اسلامی ایرانی، تهیه برنامه معتبر مشاوره معلمان، دانش‌آموزان و خانواده‌های ایشان) برای سال تحصیلی ۹۵-۹۶ و سال‌های آتی؛

۲۹. بند (ج) ماده ۳۸ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور درحوزه رفاه اجتماعی(۱۳۹۵): رفع مشکل معیشتی خانواده‌های زندانیان بی‌بضاعت با همکاری کمیته امداد امام خمینی(ره)، سازمان بهزیستی کشور و سایر نهادهای ذی‌ربط و بیمه سلامت رایگان زندانیان و خانواده‌های آنها، تسهیل بازگشت محکومان پس از تحمل کیفر به زندگی شرافتمندانه و رفع موانع اشتغال زنان آنان با ساماندهی و محدود کردن موارد استعلام از سوء پیشینه به موارد خاص و رفع اثر محکومیت در چهارچوب قوانین مربوطه، معرفی زندانیان نیازمند اشتغال به مراجع ذی‌ربط پس از آزادی؛

۳۰. جز ۷ بند پ ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور درحوزه رفاه اجتماعی(۱۳۹۵) - طراحی و پیاده‌سازی (برنامه چتر ایمنی اجتماعی) و شناسایی به موقع اقشار و گروه‌های هدف و در معرض آسیب‌های اجتماعی و نیازمند دریافت خدمات، حمایت‌ها و مساعدت‌های اجتماعی با رویکرد توانمندسازی، کارگستری و ایجاد زمینه بازگشت مجدد آنها به جامعه خانواده و بازار کار

۳۱. آیین‌نامه «شورای اجتماعی کشور» (۱۳۹۵)، ارائه سیاست‌های کلان حوزه اجتماعی کشور برای تصویب، بررسی و تعیین خط‌مشی‌ها و چگونگی شناخت پیش‌بینی، پیشگیری و مواجهه و مقابله با مسائل و آسیب‌های اجتماعی، بررسی و تعیین خط‌مشی‌ها در تحقق پیشرفت اجتماعی و ارتقای سرمایه اجتماعی بر مبنای وفاق و نظم اجتماعی باتوجه به مؤلفه‌ها و ویژگی‌های فرهنگی اجتماعی اقشار و مناطق مختلف، نظارت بر عملکرد همه دستگاه‌های اجرایی در حوزه امور اجتماعی، شناسایی ضعف‌ها و خلاءهای قانونی در موضوعات اجتماعی و پیشنهاد اصلاح و تکمیل آنها به مراجع ذی‌ربط و...

۳۲. تبصره۱ ماده ۳، پانزدهمین مصوبات جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی(۱۳۹۶) - تدوین مدل ملی (مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی سازمانی برای سلامت) ظرف مدت سه ماه بعد از ابلاغ این مصوبه

۳۳. بند ۸ پانزدهمین مصوبات جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (۱۳۹۶) - تشکیل دبیرخانه سلامت مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در همه دستگاه‌های اجرایی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بررسی بیانگر آن است که تعدد برنامه‌ها در این حوزه کم نبوده و بین سال‌های ۷۱-۷۹ (تقریبا در زمان برنامه دوم توسعه) و ۸۵-۹۴ (تقریباً در زمان برنامه چهارم و پنجم توسعه) ، برنامه‌های ارتقایی حوزه ارتقایی سلامت روان با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر آن، کمرنگ‌تر شده و فرض محتمل آن است که طی سال‌های یادشده بیشتر به سمت درمان محوری مسائل و مشکلات حوزه سلامت روان حرکت کرده‌ایم و از پیشگیری مقدماتی که همان خدمات ارتقایی این حوزه با توجه بر تعیین‌کننده‌های مؤثر بر آن بوده، بازمانده‌ایم. به نظر می‌رسد با ایجاد دبیرخانه‌های سلامت در تمامی سازمان‌ها در سال۹۶، توجه به حوزه ارتقای سلامت و سلامت روان پررنگ‌تر شده و هدف از انجام چنین تصمیمی آشنایی سازمان‌های ذی‌ربط در مورد آثار تصمیمات و اقداماتشان بر حوزه سلامت و من‌جمله بحث سلامت روان بوده است؛ بااین‌وجود در برخی سازمان‌ها هنوز آثاری از این دبیرخانه یا اعضای آن دیده نمی‌شود و یا در صورت وجود آن، در فرآیند پژوهش مشخص شد که اعضای آن با فلسفه وجودی و ابعاد گسترده آن هنوز آشنایی لازم و کافی را ندارند.

علت برخی از مشکلات این حوزه را بایستی در موارد زیر جستجو کرد:

۱. بحث شناخت (دانش) سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور و دستگاه‌های مختلف از حوزه‌های مرتبط با سلامت روانی می‌باشد و اینکه مرتبط کردن این مسائل و دیده شدن این مسائل در قوانین مصوب یا طرح‌های ارائه شده به مجلس مهم می‌نماید. سیاست‌های بهداشت روان به صورت جدی به عنوان یک اولویت مطرح نشده و یک سیستم تعریف شده همکاری سایر بخش‌ها با این حوزه در درون و بیرون از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نبوده(۱۱) و برخی نیز کمتر پرداخته شدن به حوزه سلامت روانی در عرصه‌های قانون‌گذاری و اجتماعی را غیرعینی بودن اثرات آن در جامعه (برخلاف سلامت جسم) عنوان می‌کنند. در دستورکار قرار دادن و نمایش اهمیت حوزه‌های سلامت روانی اجتماعی از جمله اموری نیست که نیازمند صبوری باشد، بنابراین با توجه به تبعات عمیق آن در جامعه، هر چه سریع‌تر بایستی از سوی سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران مورد توجه قرار گیرد. آنچه که در قوانین موجود دیده می‌شود بیشتر نگاه سطح پیشگیری دارد در حالی که باید پا را فراتر از حوزه پیشگیری گذاشته و در حوزه ارتقایی، قوانین مؤثر تصویب نمود.

۲. دستگاه‌ها و سازمان‌های ذی‌ربط نامبرده شده در این قوانین، در برخی موارد هنوز به فلسفه وجودی و نهادی سازمان خود نرسیده و شناخت کافی از سایر دستگاه‌ها نیز ندارند؛ لذا در مواردی پاس‌کاری وظایف میان اینگونه نهادها با وظایف مشترک، به چشم می‌خورد. موازی‌کاری‌ها بایستی به هم‌افزایی تبدیل شده و از انجام جزیره‌ای امور و هدررفت منابع تعریف شده جلوگیری شود.

۳. تعریف یک دستگاه تسهیل‌کننده در امور بین بخشی بالاخص در حوزه سلامت روانی با تمرکز بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت روان، که پیچیدگی بسیار دارد، ضروری است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-08-02]

۴. بایستی ظرفیت‌سازی، آموزش و نهادینه‌سازی فرهنگ کار تیمی، اشتراک‌گذاری اطلاعات، پرهیز از سهم خواهی و رقابت‌طلبی‌ها بایستی در اولویت اقدامات بین بخشی در حوزه سلامت روانی اجتماعی قرار گیرد تا پیشرفت مورد نظر، حاصل آید.

۵. ضمانت اجرایی قوانین، اسناد و طرح‌های ملی نیاز به بازنگری و تقویت دارد. شفافیت در اختصاص منابع مالی و غیرمالی برای گونه طرح‌های مشترک بایستی انجام شود ، پاسخگویی دستگاه‌ها ما بازای تکالیف تعیین شده و منابع اختصاص یافته بایستی صورت پذیرد و در یک جلسه مشترک به اطلاع سایر نهادهای مشترک در یک برنامه برسد.

۶. آشنا کردن دستگاه‌های مختلف اجرایی با تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت روان؛ می‌تواند نهادهای مختلف را متوجه اثرگذاری سیاست‌های ایشان بر بهبود این عوامل و در نتیجه بهبود و ارتقای سلامت روان کند.

۷. شناساندن برنامه‌ها و قوانین مصوب به افراد جامعه الزامی است، متأسفانه در بسیاری از موارد از ظرفیت‌های صدا و سیما، دانشگاه‌ها، شهرداری‌ها و... برای اطلاع رسانی صحیح از برنامه‌ها و قوانین مصوب شده در حوزه ارتقای سلامت روانی اجتماعی برای بهره‌برداری عموم استفاده نشده است.

۸. بررسی اسناد نشان داد در برخی برنامه‌ها اشاره مستقیم به نهادهای مجری شده است ولی گاهی به صورت جمعی برای اجرای برنامه‌ها، کلیه دستگاه‌های اجرایی مورد خطاب واقع شده‌اند؛ لذا تعیین برونداد هر سازمان در اجرای چنین برنامه‌ها یا قوانینی لازم به نظر می‌رسد.

Review

Promoting Mental Health, from Documentation to Practice

Noora Rafiee[1*], Behzad Damari[2], Ahmad Hajebi[3], Mohammad Reza Amiresmaili[4]

1. ***Corresponding author:** Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, noorarafiee@ymail.com
2. Iranian Center of Neurological Research, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Addiction & High-Risk Behaviors Research Center, Department of Psychiatric, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Health Manageme, Policy and Economics School of Management and Medical Informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Abstract

Background: Given the importance of psychosocial health in the society there is a need for national and institutional plans for their implementation. This paper sought to assess national laws and documents in this regard.

Methods: The contents of upstream documents and laws were done using websites of the Islamic Consultative Assembly, the Ministry of Health and other sites relating to mental health; assessment was done via the SDH approach.

Results: The findings of the study in the form of a review showed weaknesses in implementation of principles to promote mental health in the society.

Conclusion: Methods to achieve and promote mental health are suggested.

Keywords: Covid-19, Health Promotion, Health Policy, Mental Health

منابع

1. Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian medicine 2015;18(2):76.
2. Bteich M, da Silva Miranda E, El Khoury C, Gautier L, Lacouture A, Yankoty LI. A proposed core model of the new public health for a healthier collectivity: how to sustain transdisciplinary and intersectoral partnerships. Crit Public Health 2019;29(2):241-56.
3. World Health Organization. Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian Mental Health Platform collaboration; 2017.
4. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocat Behav 2009;74(3):264-82.
5. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Social science & medicine 2010;71(3):517-28.
6. World Health Organization. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. available at: http://www who int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_% 20BCHP pdf; 2005.
7. Jones J. Health Promotion Partnerships: An analysis of the factors that contribute to successful partnership functioning. Unpublished PhD thesis, National University of Ireland ,Galway; 2008.
8. World Health Organization. Promotion of mental well-being: pursuit of happiness; 2013.
9. Anwar-McHenry J, Donovan RJ. The development of the Perth Charter for the Promotion of Mental Health and Wellbeing. Int J Ment Health Promot 2013;15(1):58-64.
10. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health; 2009.
11. Damari B, Mafimoradi S. Intersectoral expectations for promoting mental health: A qualitative case study of Islamic Republic of Iran. Int J Prev Med 2019;10.
12. Greer SL, Lillvis DF. Beyond leadership: political strategies for coordination in health policies. Health Policy 2014;116(1):12-7.

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-08-02]