

هفته‌هله



سلامت روان

ACCESS TO SERVICES-MENTAL HEALTH
IN CATASTROPHES AND EMERGENCIES



معاونت بهداشت
دفتر آموزش
وارتقای سلامت



معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی
اجتماعی و اعتیاد

همکاری بین بخشی کلید مدیریت بحران



دسترسی به خدمات سلامت
روان در بحران ها و شرایط
اضطراری؛ یک اولویت همگانی



iec.behdasht.gov.ir



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شعار و روز شمار هفته ملی سلامت روان دسترسی به خدمات سلامت روان در بحران‌ها و شرایط اضطراری؛ یک اولویت همگانی

ACCESS TO SERVICES - MENTAL HEALTH IN CATASTROPHES AND EMERGENCIES

۱۹ تا ۲۵ مهر ۱۴۰۴

روز شمار هفته

آمادگی سازمان یافته پیش از بحران، تاب‌آوری پایدار

۱۹ مهر: شنبه

همکاری بین بخشی، کلید مدیریت بحران

۲۰ مهر: یکشنبه

سواد سلامت روان و روایت رسانه در بحران

۲۱ مهر: دوشنبه

با کارشناس سلامت روان، از تجربه بحران تا افق التیام

۲۲ مهر: سه‌شنبه

دسترسی به خدمات سلامت روانی - اجتماعی جامعه نگر در بحران

۲۳ مهر: چهارشنبه

حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر در بحران

۲۴ مهر: پنجشنبه

خانواده، پناهگاه امن در بحران

۲۵ مهر: جمعه



معاونت بهداشت
دفتر آموزش
و ارتقای سلامت



معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی
اجتماعی و اعتیاد

الحمد لله الرحمن الرحيم

جمع آوری و ویرایش:

دکتر محمد رضا شالبافان

(متخصص روانپزشکی، مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

دکتر شیما پیشگاهی

(متخصص روانپزشکی، کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

دکتر حمیدرضا فتحی

(دکترای حرفه ای و دکترای مطالعات اعتیاد، معاون دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت)

معصومه میرگلویی

مرضیه شعبانی چپی

دکتر فاطمه اکبری زاده

(دکتری تخصصی روانشناسی بالینی و MPH مدیریت پیشگیری از اعتیاد، رئیس گروه سلامت روان اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی بوشهر)

همکاری بین‌بخشی^۱ کلید مدیریت بحران

بخش اول: مقدمه و ضرورت

همکاری بین‌بخشی به معنای مشارکت نظام سلامت، آموزش و پرورش، خدمات اجتماعی، سازمان‌های امدادی، نیروهای انتظامی، رسانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد است تا با هماهنگی و هم‌افزایی، پیامدهای روانی بحران کاهش یابد. به طور کلی همکاری بین‌بخشی به معنای طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های مشترک توسط دو یا چند بخش سازمانی یا اجتماعی برای دستیابی به اهداف مشترک سلامت است. همکاری بین‌بخشی زمانی که همکاری افقی و هم‌مودی را در بر دارد موفق‌ترین حالت است. به طور کلی این نوع همکاری افقی، افراد یا گروه‌هایی را در بردارد که در تصمیم‌گیری یا قضاوت یا کارکردن در یک مجموعه از اهداف تعریف شده، در یک سطح سازمانی هستند و همکاری عمودی کار کردن در سرتاسر حاکمیت برای مورد توجه قرار دادن چالش‌های پیش

1-Intersectoral Collaboration

رو است که نیازمند به تصمیم‌گیری توسط بیش از یک سطح حکومت است. چرخه همکاری بین بخشی حد اقل چهار مرحله دارد که شامل اعتمادسازی، توانمندسازی، اجرا و تداوم و استمرار است.

با توجه به ماهیت پیچیده بحران‌ها، پاسخ‌های تک‌بخشی، مانند ارائه خدمات صرفاً توسط نظام سلامت یا سازمان‌های امدادی، اغلب ناکافی هستند. بحران‌ها چند بعدی‌اند و بر حوزه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارند؛ برای مثال، یک زلزله علاوه بر پیامدهای جسمانی، زندگی خانوادگی، اشتغال، آموزش و روابط اجتماعی را نیز مختل می‌کند. بنابراین، مدیریت مؤثر بحران‌های سلامت روان نیازمند یک رویکرد جامع و هماهنگ بین‌بخشی است که بتواند منابع و ظرفیت‌های مختلف را به صورت یکپارچه بسیج^۱ کند.

بحران‌ها، اعم از بلایای طبیعی، بحران‌های اقتصادی، حوادث غیرمترقبه و پاندمی‌ها، جوامع را به شکل گسترده‌ای تحت تأثیر قرار می‌دهند و تهدیدهای چندبعدی ایجاد می‌کنند. این بحران‌ها نه تنها موجب خسارات اقتصادی و اجتماعی می‌شوند، بلکه سلامت روان افراد و جوامع را نیز به شدت تهدید می‌کنند. اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر مشکلات روان معمولاً در پی چنین حوادثی افزایش می‌یابند و گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، سالمندان و افراد دارای بیماری‌های مزمن بیشتر در معرض خطر هستند.

بنابراین برای رسیدن به الگوی مطلوب خدمات سلامت

1-mobilize

روان، نیاز به هماهنگی بین سازمان‌های ارائه‌دهنده این خدمات است. برای ایجاد چنین شبکه‌ای، استفاده از خدمات موجود، بار مالی و ساختاری کمی را به سیستم مدیریتی سلامت روان کشور تحمیل خواهد کرد.

همکاری بین‌بخشی در مدیریت بحران در حوزه سلامت روان و ابعاد آن

در حوزه سلامت روان، مفهوم همکاری بین‌بخشی فراتر از ارائه خدمات صرفاً پزشکی است و شامل هماهنگی میان سازمان‌های دولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد، مدارس، دانشگاه‌ها، رسانه‌ها و حتی بخش خصوصی نیز می‌شود. هدف اصلی همکاری بین‌بخشی، ایجاد یک شبکه جامع برای حمایت روانی- اجتماعی از افراد درگیر در بحران است که بتواند پاسخ سریع، منسجم و مؤثر ارائه دهد.

یکی از ابعاد مهم همکاری بین‌بخشی در بحران، پیشگیری و آموزش عمومی است. در شرایط بحران، افراد با استرس، اضطراب و ترس مواجه می‌شوند و داشتن مهارت‌های تاب‌آوری و مقابله‌ای می‌تواند به کاهش آسیب‌های روانی کمک کند. به همین دلیل، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ارائه کمک‌های اولیه روانی و اطلاع‌رسانی درست به عموم مردم باید به صورت مشترک توسط وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، رسانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد انجام شود. این آموزش‌ها می‌تواند در مدارس، محیط‌های کاری، مراکز بهداشتی و حتی رسانه‌های اجتماعی ارائه شود تا پوشش وسیع‌تری داشته باشند.

بعد از مرحله پیشگیری، مرحله واکنش در بحران اهمیت

ویژه‌ای دارد. تشکیل تیم‌های چند تخصصی شامل روان‌پزشک، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، نیروهای امدادی و انتظامی و حتی مشارکت داوطلبان سازمان‌های مردم‌نهاد، نمونه‌ای از همکاری بین‌بخشی در عمل است. این تیم‌ها قادرند خدمات روانی- اجتماعی را در صحنه حادثه یا مراکز امدادی ارائه دهند، بیماران و افراد آسیب‌دیده را ارزیابی کرده و نیازهای فوری آنها را برطرف کنند. تجربه‌ها نشان می‌دهد که چنین تیم‌های هماهنگ نه تنها پاسخ سریع‌تری ارائه می‌دهند، بلکه موجب کاهش اضطراب، پیشگیری از بروز اختلالات روانی شدید و ارتقای تاب‌آوری اجتماعی می‌شوند. یکی دیگر از ابعاد کلیدی همکاری بین‌بخشی، بازتوانی و بهبودی پس از بحران است. بعد از رفع بحران فوری، افراد نیازمند بازتوانی اجتماعی، اقتصادی و روانی هستند. همکاری بین وزارت بهداشت، وزارت کار، سازمان بهزیستی، هلال‌احمر و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌تواند متمرکز بر طراحی برنامه‌های بازتوانی جامعه محور شامل حمایت از اشتغال، آموزش مهارت‌های اجتماعی، فعالیت‌های روانی گروهی و حمایت خانواده‌ها باشد. بدون هماهنگی بین‌بخشی، اقدامات بازتوانی اغلب پراکنده و کوتاه‌مدت خواهند بود و تأثیرات بلندمدت کمی بر سلامت روان جامعه خواهند داشت.

بخش دوم: مزایا و چالش‌های رویکرد بین‌بخشی در بحران

مزایای رویکرد بین‌بخشی

۱- مزیت اصلی رویکرد بین‌بخشی این است که می‌تواند خدمات روانی- اجتماعی را به صورت جامع و عادلانه در دسترس تمامی گروه‌ها، به ویژه آسیب‌پذیرترین اقشار

قرار دهد. علاوه بر این، هماهنگی بین نهادها موجب کاهش دوباره کاری، صرفه جویی در منابع، افزایش اعتماد عمومی و تقویت تاب آوری اجتماعی می شود. بدون این هماهنگی، برنامه ها اغلب پراکنده و کوتاه مدت خواهند بود و اثرگذاری آن ها محدود خواهد شد.

۲- ایجاد شبکه های همکاری بین بخشی نوعی سازگاری سیستمیک ایجاد می کند که انعطاف پذیری و پاسخ گویی جامعه را افزایش می دهد. همچنین، تاب آوری اجتماعی، که توانایی بازگشت جامعه به شرایط عادی پس از بحران را توصیف می کند، از طریق همکاری بین بخشی تقویت می شود، چرا که منابع پراکنده جمع آوری و به نحو مؤثری مدیریت می شوند.

۳- با توجه به پیچیدگی نیازهای روانی- اجتماعی جمعیت آسیب دیده در بحران ها، نیازها از تأمین خدمات پایه مانند غذا، سرپناه و امنیت تا خدمات تخصصی روان پزشکی و روان شناسی متغیر است. چارچوب های بین المللی مانند سلامت روان در شرایط اضطراری^۱ بر اهمیت هماهنگی میان نهادهای محلی و بین المللی برای پوشش کامل این نیازها تأکید دارند. با همکاری بین بخشی، پاسخ ها غالباً محدود به بخش خاصی از نیازها نخواهند بود و گروه های آسیب پذیر به طور کامل تحت پوشش قرار می گیرند.

۴- در سطح عملیاتی، همکاری بین بخشی شامل طراحی و اجرای برنامه های آموزشی در مدارس و محیط های کاری، ایجاد تیم های واکنش سریع روانی- اجتماعی، مشارکت

1- Mental Health in Emergencies

سازمان‌های مردم‌نهاد در ارائه خدمات حمایتی و هماهنگی رسانه‌ها برای ارتقای آگاهی عمومی است. چنین ساختاری به کاهش اضطراب، ارتقای مهارت‌های تاب‌آوری و بهبود سلامت روان جمعیت کمک می‌کند و زمینه را برای بازتوانی اجتماعی و اقتصادی فراهم می‌آورد. همچنین همکاری بین‌بخشی با ایجاد کمپین‌های اطلاع‌رسانی مشترک، برگزاری کارگاه‌های آموزشی گروهی و بین‌بخشی، تشکیل تیم‌های واکنش سریع روانی- اجتماعی و ایجاد شبکه‌های داوطلبی و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌تواند به ویژه در مناطق محروم یا دورافتاده نقش کلیدی ایفا کنند و فاصله بین نیاز جامعه و خدمات رسمی را کاهش دهند. ۵- همچنین، همکاری بین‌بخشی می‌تواند زیرساخت‌های اطلاعاتی و داده‌ای مشترک ایجاد کند. این زیرساخت‌ها شامل ثبت و پیگیری وضعیت روانی افراد، ارزیابی اثربخشی مداخلات و شناسایی مناطق و گروه‌های پرخطر است. داشتن پایگاه داده مشترک بین وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، هلال‌احمر و سازمان‌های مردم‌نهاد باعث می‌شود که تصمیم‌گیری سریع‌تر و مبتنی بر شواهد انجام شود و منابع محدود بهینه مصرف شوند.

چالش‌های همکاری بین بخشی در بحران

با وجود مزایا، چالش‌هایی نیز وجود دارد:

۱. نبود چارچوب قانونی مشخص: در بسیاری از کشورها، وظایف و مسئولیت‌ها به صورت شفاف تعریف نشده و این امر مانع همکاری مؤثر می‌شود.

۲. اختلاف منافع سازمانی و فرهنگ‌های متفاوت: نهادهای مختلف ممکن است اهداف و اولویت‌های متفاوت داشته باشند که هماهنگی را دشوار می‌کند.
۳. کمبود بودجه و منابع انسانی آموزش‌دیده: محدودیت منابع مانع ایجاد تیم‌های چندتخصصی و اجرای برنامه‌های جامع می‌شود.
۴. ضعف نظام پایش و ارزیابی: نبود داده‌های دقیق و سیستم‌های پیگیری، ارزیابی اثربخشی همکاری‌ها را دشوار می‌کند.
۵. احساس برتری افراد یا سازمان‌ها در ارائه خدمات که می‌تواند به موازی کاری ارائه خدمات و یا محروم ماندن عده دیگری که نیازمند دریافت خدمت باشند منجر شود.

بخش سوم: مبانی نظری و چارچوب‌های علمی همکاری بین‌بخشی در مدیریت بحران سلامت روان

برای مدیریت مؤثر بحران‌های سلامت روان، استفاده از مبانی نظری و چارچوب‌های علمی ضروری است. این چارچوب‌ها مسیر سیاست‌گذاری، طراحی برنامه‌ها و ارزیابی اثربخشی مداخلات را روشن می‌کنند. بدون اتکا به نظریه‌ها و مدل‌های علمی، برنامه‌های بین‌بخشی ممکن است پراکنده، کوتاه‌مدت و ناکارآمد شوند.

نظریه تاب آوری اجتماعی^۱

این نظریه بر اهمیت سرمایه اجتماعی، شبکه‌های حمایتی و مشارکت جامعه در فرآیند بازتوانی تاکید دارد.

1- Community Resilience Theory



نظریه سیستم‌های پیچیده^۱

بر اساس نظریه سیستم‌های پیچیده، هیچ سازمان یا نهاد واحدی قادر به کنترل کامل بحران نیست. ایجاد شبکه‌های هماهنگ میان نهادها موجب می‌شود که کل سیستم پاسخ به بحران‌ها کارآمدتر عمل کند و نقاط ضعف هر بخش با همکاری سایر بخش‌ها جبران شود.

رویکرد کل دولت، کل جامعه^۲

سازمان جهانی بهداشت^۳ و سایر نهادهای بین‌المللی مدیریت بحران، تاکید دارند که بحران‌ها باید با رویکرد

1- Complex Systems Theory

2- Whole-of-Government and Whole-of-Society

3- WHO

«کل دولت» و «کل جامعه» مدیریت شوند. در این مدل:
● همه دولت: همه وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی، از بهداشت و آموزش تا اقتصاد و کشور باید در مدیریت بحران نقش داشته باشند.

● همه جامعه: مشارکت فعال جامعه مدنی، سازمان‌های مردم‌نهاد، دانشگاه‌ها، رسانه‌ها و بخش خصوصی ضروری است.

این رویکرد نشان می‌دهد که سلامت روان در بحران صرفاً موضوعی پزشکی نیست، بلکه یک مساله چندبعدی است که نیازمند هماهنگی گسترده است. تجربه‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که کشورهایی که این رویکرد را پیش از بحران عملیاتی کرده‌اند، پاسخ سریع‌تر و اثرگذاری بیشتری داشته‌اند.

رویکرد چارچوب ارائه خدمات سلامت روان در شرایط بحران^۱

کمیته دائمی بین‌سازمانی^۲ چارچوبی برای ارائه خدمات روانی- اجتماعی در شرایط اضطراری ارائه کرده است. این چارچوب بر اهمیت هماهنگی بین‌بخشی تأکید دارد و نشان می‌دهد که بدون همکاری میان سازمان‌ها، ارائه خدمات جامع و مؤثر امکان‌پذیر نیست.

این چارچوب چهار سطح خدمات را تعریف می‌کند:

۱. **خدمات پایه:** تأمین نیازهای اولیه مانند غذا، سرپناه، امنیت و بهداشت.

1- Mental Health in Emergencies

2-IASC

3-Basic Services

۲. **حمایت اجتماعی و جامعه‌محور:** شبکه‌سازی با سازمان‌های محلی، مدارس، مراکز اجتماعی و سازمان‌های مردم‌نهاد.

۳. **خدمات تخصصی:** ارائه خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناسی تخصصی برای افراد با نیازهای شدید.

۴. **سیاست‌گذاری و هماهنگی:** هدایت و نظارت کلان دولت‌ها برای ایجاد هماهنگی بین نهادهای

رویکرد آمادگی روانی جامعه قبل از وقوع بحران^۱

این مدل بر آمادگی روانی جامعه قبل از وقوع بحران تاکید می‌کند. سیاست‌گذاران موظف‌اند با همکاری بین‌بخشی ظرفیت‌های روانی جامعه را تقویت کنند؛ برای مثال:

● آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری در مدارس و محیط‌های کاری.

● استفاده از رسانه‌ها برای ارتقای سواد سلامت روان و اطلاع‌رسانی مؤثر.

● آماده‌سازی تیم‌های تخصصی مداخله در بحران برای پاسخ سریع و منسجم. (ففرbaum و نورث^۲، ۲۰۲۰).

کاربرد نظریه‌ها در سیاست‌گذاری

پیوند نظریه‌های فوق با سیاست‌گذاری سلامت روان، چند پیام اصلی دارد:

● بحران‌ها ذاتاً پیچیده‌اند و پاسخ‌های جزیره‌ای ناکافی‌اند.

● جامعه باید تاب‌آور شود و ظرفیت‌های اجتماعی و روانی

1- Public Mental Health Preparedness

2- Pfefferbaum & North

آن تقویت گردد.

- دولت باید هماهنگ‌کننده اصلی همکاری‌ها باشد.
- مشارکت جامعه و سازمان‌های مردم‌نهاد برای اثربخشی پایدار ضروری است.
- خدمات سلامت روان باید در سطوح مختلف، از خدمات پایه تا تخصصی، طراحی و اجرا شوند.

بخش چهارم: تجربه‌های بین‌المللی موفق، مزایا، چالش‌ها و ادارات درگیر در همکاری بین‌بخشی

برزیل یکی از نمونه‌های موفق است. سازمان بهداشت جهانی دفتر منطقه کشورهای آمریکایی^۱ با اجرای پروژه‌های مشترک، شبکه‌ای منسجم برای حمایت روانی- اجتماعی در شرایط اضطراری ایجاد کرده است. در این پروژه‌ها، وزارت بهداشت، سازمان‌های مردم‌نهاد و مراکز آموزشی با هم همکاری کردند تا خدمات روانی و حمایتی به صورت گسترده و هدفمند ارائه شود. این تجربه نشان می‌دهد که طراحی برنامه‌های مشترک آموزشی، پایگاه‌های داده یکپارچه و تیم‌های واکنش سریع بین‌بخشی، پوشش خدمات و اثربخشی مداخلات را افزایش می‌دهد.

تیمور-لسته^۲ یک کشور در جنوب شرق آسیا، نیز تجربه قابل توجهی در همکاری بین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد برای ارائه مراقبت‌های سلامت روان محور برای مردم دارد. در این کشور، تیم‌های چندبخشی توانستند

1- PAHO

2-Timor-Leste

در مناطق محروم خدمات حمایتی ارائه دهند، تاب‌آوری اجتماعی را تقویت کنند و پس از بحران‌های طبیعی و انسانی، بازتوانی روانی- اجتماعی جامعه را تسریع نمایند. این نمونه بر اهمیت مشارکت سازمان‌های محلی و مردم‌نهاد در کنار نهادهای دولتی تأکید می‌کند.

یکی دیگر از نمونه‌ها، مدل کاهوتس^۱ در ایالات متحده است. در این مدل، به جای آنکه پلیس مسئول مواجهه با بحران‌های روانی شود، تیم‌های بهداشتی و اجتماعی شامل روان‌شناس، مددکار اجتماعی و نیروهای امدادی وارد عمل می‌شوند. این تیم‌ها در تعامل با بیمار، ارائه خدمات فوری و ارجاع به مراکز تخصصی، توانسته‌اند هم پاسخ سریع و مؤثر بدهند و هم از افزایش خشونت و آسیب اجتماعی جلوگیری کنند. تجربه کاهوتس نشان می‌دهد که هماهنگی بین‌بخشی نه تنها کیفیت خدمات را ارتقا می‌دهد، بلکه هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی بحران‌ها را نیز کاهش می‌دهد.

ژاپن: پس از زلزله فوکوشیما، دولت ژاپن مراکز مشاوره روانی چندبخشی را ایجاد کرد که شامل متخصصان سلامت، مددکاران اجتماعی و نهادهای محلی بود. این اقدام به کاهش سریع‌تر اختلالات استرس پس از سانحه کمک کرد.

کانادا: در بحران‌های بهداشتی، برنامه‌های مدیریت اضطراری شهری با ادغام خدمات سلامت روان در ساختار مدیریت بحران توانستند سطح اضطراب جمعیت را کاهش

1-CAHOOTS

دهند.

نروژ: پس از حملات تروریستی ۲۰۱۱، دولت با ایجاد شبکه‌های حمایتی محلی شامل مدارس، خدمات اجتماعی و مراکز سلامت روان، به بازتوانی جامع قربانیان کمک کرد.

بخش پنجم: وضعیت ایران و ضرورت تقویت همکاری بین‌بخشی در مدیریت بحران در حوزه سلامت روان

ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی، جمعیت و تحولات اجتماعی، با بحران‌های متعددی مواجه بوده است که سلامت روان جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که پس از این حوادث، میزان اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر مشکلات روانی به شدت افزایش یافته و گروه‌های آسیب‌پذیر، به ویژه کودکان، سالمندان و خانواده‌های دارای بیماری‌های مزمن، بیشترین تأثیر را تجربه کرده‌اند. بحران‌های گذشته مانند زلزله بم، زلزله کرمانشاه و سیل‌های گسترده سال‌های گذشته و پاندمی کووید-۱۹ نشان داده‌اند که سلامت روان جامعه آسیب‌پذیر است و مداخلات پراکنده و تک‌بخشی ناکافی‌اند. تجربه ارائه کمک‌های روانی-اجتماعی پس از زلزله بم و سایر بلایای طبیعی نشان داده است که وقتی سازمان‌های دولتی و سمن‌ها با هم هماهنگ عمل می‌کنند، میزان پوشش خدمات و رضایت بیماران افزایش می‌یابد.

همچنین در طرح «سلامت روان شهری» با محوریت

پزشک خانواده، سعی شده است بیماران روان‌پزشکی با مشارکت چند بخشی مدیریت شوند. با وجود تلاش‌های وزارت بهداشت برای ارائه خدمات سلامت روان، تجربه‌ها نشان می‌دهند که پراکندگی وظایف و ضعف هماهنگی بین نهادها موجب کاهش اثربخشی مداخلات شده است. برای مثال، خدمات ارائه شده توسط مراکز بهداشت، هلال احمر، سازمان‌های مردم‌نهاد و مدارس غالباً به صورت جزیره‌ای عمل کرده و اطلاعات و تجربیات بین این نهادها به اشتراک گذاشته نشده است. این ناکارآمدی‌ها پیامدهای متعددی داشته‌اند که شامل هدررفت منابع، کاهش اعتماد عمومی و افزایش اختلالات روانی می‌شوند.

پیامدهای سیاستی برای ایران

کاربرد این چارچوب‌ها در کشورمان ایران به معنای ضرورت هماهنگی میان وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، بهزیستی، رسانه‌ها و هلال احمر است. طراحی سیاست‌هایی که جامعه را درگیر کنند، تقویت سرمایه اجتماعی از طریق سازمان‌های مردم‌نهاد، ایجاد پروتکل‌های مشترک اطلاع‌رسانی بحران و کاهش اضطراب عمومی، از جمله پیامدهای عملی این چارچوب‌هاست. همچنین، آموزش بین‌بخشی برای نیروهای امدادی، روان‌شناسان، پرستاران و مددکاران اجتماعی، نقش کلیدی در ارتقای اثربخشی مداخلات خواهد داشت.

بنابراین برای رسیدن به یک استراتژی مناسب و همکاری بین بخشی اثر بخش، این نهادها می‌توانند کمک کننده

باشند.

● **وزارت بهداشت و درمان:** مسئولیت سیاست‌گذاری و هماهنگی کلان و ارائه خدمات تخصصی.

● **وزارت آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها:** آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، اطلاع‌رسانی و برنامه‌های آموزشی جمعی.

● **بهبیستی، سازمان‌های مردم‌نهاد و داوطلبان:** ارائه خدمات حمایتی، بازتوانی اجتماعی و پوشش مناطق محروم.

● **هلال احمر و سازمان‌های امدادی:** هماهنگی لجستیک، ارائه خدمات فوری و تیم‌های واکنش سریع.

● **رسانه‌ها:** اطلاع‌رسانی صحیح، آموزش عمومی و کاهش اضطراب عمومی.

● **وزارت کار و رفاه اجتماعی:** برنامه‌های بازتوانی اقتصادی و اشتغال پس از بحران.

راهکارهای عملیاتی برای تقویت همکاری بین‌بخشی در ایران

۱. **پایبندی به سند ملی راهبرد مدیریت بحران کشور:** با تعیین دقیق نقش و مسئولیت هر نهاد، چارچوب قانونی مشخص برای هماهنگی با محوریت در حوزه حمایت‌های روانی اجتماعی وجود دارد که نیازمند پایبندی دقیق بین‌بخشی است.

۲. **مشارکت فعال همه نهادها در ساختارهای هماهنگی رسمی:** تشکیل کمیته‌ها و شبکه‌های ملی و استانی با نمایندگان وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، هلال احمر، بهبودی، سازمان‌های مردم‌نهاد، رسانه‌ها و سایر نهادها

برای هماهنگی اقدامات، در این بین استفاده از قابلیت های شوراهایی مانند شورای سلامت و امنیت غذایی در سطوح مختلف می تواند راهگشا باشد.

۳. آموزش بین‌بخشی: طراحی دوره‌های آموزشی مشترک برای روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، معلمان و نیروهای امدادی جهت تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و توانمندسازی تیم‌های واکنش سریع.

۴. تقویت زیرساخت‌های داده‌ای مشترک: ایجاد پایگاه داده یکپارچه برای ثبت وضعیت روانی افراد، ارزیابی اثربخشی برنامه‌ها و شناسایی گروه‌ها و مناطق پرخطر.

۵. مشارکت فعال جامعه و سازمان‌های مردم‌نهاد: استفاده از ظرفیت داوطلبان و سازمان‌های محلی برای ارائه خدمات حمایتی و بازتوانی اجتماعی در مناطق محروم.

۶. طراحی برنامه‌های بازتوانی بلندمدت: برنامه‌های اقتصادی، اجتماعی و روانی برای بازتوانی جامعه، شامل: اشتغال، آموزش مهارت‌های زندگی و حمایت خانواده‌ها.

۷. اطلاع‌رسانی و رسانه‌ها: هماهنگی رسانه‌ها برای ارائه پیام‌های روان‌شناختی صحیح، کاهش اضطراب عمومی و ارتقای سواد سلامت روان.

با اجرای این راهکارها، ایران می‌تواند از تجارب موفق جهانی بهره‌برد و پاسخگویی جامع، سریع و اثربخش به بحران‌های سلامت روان داشته باشد. بدون این هماهنگی‌ها، مداخلات پراکنده و کوتاه‌مدت باقی می‌مانند و پیامدهای منفی روانی و اجتماعی در جامعه افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

همکاری بین‌بخشی یک ضرورت حیاتی برای مدیریت بحران‌های سلامت روان است. تجربه‌های جهانی و داخلی نشان می‌دهند که بدون هماهنگی میان وزارتخانه‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد، رسانه‌ها و جامعه مدنی، تلاش‌ها پراکنده و اثربخشی پایین خواهد بود. استفاده از مبانی نظری، چارچوب‌های علمی و تجارب موفق بین‌المللی می‌تواند پاسخگویی جامع، سریع و پایدار به بحران‌ها را ممکن سازد. سیاست‌گذاران در ایران با اجرای راهکارهای عملیاتی می‌توانند تاب‌آوری جامعه را افزایش داده و سلامت روان مردم را در شرایط بحران محافظت کنند.

منابع:

- ایرج پور، علیرضا، افشار حمید. مشارکت بین حرفه‌ای: راهکاری موثر در ارائه خدمات سلامت روان. تحقیقات علوم رفتاری دوره نهم ۱۳۹۰ شماره ۵ (پیاپی ۲۱) پرتال جامع علوم انسانی
- صدیقی، حامد و سلمانی تدوشن، ابراهیم، ۱۳۹۸، اختلالات سلامت روان کودکان بعد از زلزله در ایران: مرور سیستماتیک، نهمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا، تهران، <https://civilica.com/doc/929529>
- دماری بهزاد، المدنی سید حسین، حاجبی احمد، صالحی شهرابی نرگس. رویکردهای ارتقای سلامت روان در محیط‌های کاری کشور ایران، مروری بر وضعیت موجود و ارائه راهکارهایی برای آینده. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۹۸؛ ۲۵ (۲) ۱۲۲-۱۳۵ URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-fa.html-2906-1>
- دماری بهزاد، وثوق مقدم عباس، رستمی گوران نرگس، سالاریان زاده محمدحسین، & ملک افضل‌ی شیدا. (۲۰۲۰). تحلیل همکاری بین‌بخشی نظام سلامت ایران به منظور پیاده‌سازی رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها و راه آینده.
- ملکوتی، سید کاظم، کشاورز اخلاقی، امیر عباس، شیرزاد، راشدی، ... & حاجبی. (۲۰۲۱). طرح سلامت روان شهری: توسعه همکاری بین‌بخشی، نقش‌محوری پزشک خانواده برای مدیریت بیماران شدید روان‌پزشکی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۷(۱)، ۱۱۹-۱۰۴.

عبداله تبارهادی، سجادی حمیرا. (۱۴۰۳). سیاست اجتماعی و تحولات نظام سلامت در ایران رفاه اجتماعی ۲۴ (۹۴): ۴۸-۹۰. refahj/۱۰,۳۲۵۹۸ ۲۴.۹۴.۲۸۱۰.۳. بسته آموزشی سلامت روان درمان و آموزش پزشکی، وزارت بهداشت معاونت بهداشت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز، به مناسبت هفته سلامت روان ۱۳۹۵ مهر ۳۰ الی ۲۴ دانشگاه علوم پزشکی کرمان / سایر نهادها دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

نهمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا تهران - تهران تاریخ برگزاری: ۲۵ خرداد ۱۳۹۸ تاریخ نمایه‌سازی: ۳۰ شهریور ۱۳۹۸ تعداد صفحات: ۳۲۳ تعداد مقالات: ۲۷۸ شناسه ملی این کنفرانس ICHED۰۹

26-Comfort, L. K., Boin, A., & Demchak, C. C. (Eds.). (2010). Designing Resilience: Preparing for Extreme Events. University of Pittsburgh Press.

28- JSTOR (کتاب؛ چارچوب‌های ناظر بر تاب‌آوری و هماهنگی بین‌بخشی).

27-CAHOOTS. (2023). Crisis Assistance Helping Out On The Streets. Retrieved from [https://en.wikipedia.org/wiki/CAHOOTS_\(crisis_response\)](https://en.wikipedia.org/wiki/CAHOOTS_(crisis_response))

28-Dyb, G., Jensen, T. K., & Nygaard, E. (2014). Children and adolescents' mental health after the Utøya terror attack. European Journal of Psychotraumatology, 5(1), 23069

29-Hall, T., et al. (2019). Intersectoral collaboration for people-centred mental health care in Timor-Leste: a mixed-methods study. International Journal of Mental Health Systems, 13(72). <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-019-1-0328>. BioMed Central+1

30-Hudson, E. (2024). Mental health crisis: An evolutionary concept analysis. International Journal of Mental Health Nursing, 33(2), 245256- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2020). Basic psychosocial skills: A guide for COVID-19 responders. IASC.

31-IASC □ Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. World Health Organization. Retrieved from https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial_0.pdf. hr.un.org+1

32-Kirmayer, L. J., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S. F., & Isaac, C. (2009). Community resilience: Models, metaphors and measures. International Journal of Indigenous Health, 5(1), 62-

117

- 33-Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41(1150-127 ,2-. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18157631/>. PubMed+1
- 34-Pinheiro, E., Laranjeira, C., Harmuch, C., Graa, J. M. B., Ali, A. M., Fekih-Romdhane, F., ... & Franco, E. (2025, August). Collaborative Practices in Mental Health Care: A Concept Analysis. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 15, p. 1891). MDPI.
- 35- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510512-. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>. *New England Journal of Medicine*+1
- 36- Sampaio, M. L., et al. (2021). Towards comprehensive mental health care: experiences from Brazil. [PMC article]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8268580/>. PMC
- 37-Shigemura, J., Tanigawa, T., Saito, I., & Nomura, S. (2012). Mental health aspects of the Great East Japan Earthquake and disaster management. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(6), 505516-. (see related works). Google Scholar+1
- 38-World Health Organization (WHO) Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO). (2016). Responding to physical and psychological health impacts of disasters: case study of the Iranian disaster rehabilitation plan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22(3). <https://www.emro.who.int/emhj-volume-222016-/volume-22-issue-3/responding-to-physical-and-psychological-health-impacts-of-disasters-case-study-of-the-iranian-disaster-rehabilitation-plan.html>. iris.who.int+1
- 39-World Health Organization (WHO). (2022). Strengthening intersectoral collaboration and coordination for mental health and psychosocial support through PHC in Brazil. WHO. who.int
- 40-Yasobant, S., Lekha, K. S., Saxena, D., et al. (2024). Intersectoral collaboration and health system resilience during COVID-19: learnings from Ahmedabad, India. *Health Policy and Planning*, 39(Suppl_2), i29-i39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39552345>



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شعار هفته ملی سلامت روان

دسترسی به خدمات سلامت روان در بحران‌ها و شرایط اضطراری؛ یک اولویت همگانی

ACCESS TO SERVICES - MENTAL HEALTH IN CATASTROPHES AND EMERGENCIES



معاونت بهداشت
دفتر آموزش و ارتقای سلامت



معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد