



سند جامع سلامت روانی، اجتماعی

Comprehensive Document of
Psychosocial Health of oil industry

صنعت نفت

2 0 1 6





سند جامع سلامت روانی - اجتماعی صنعت نفت

۱۳۹۵

مدیریت سلامت

شورای تخصصی سلامت روان

فهرست

۳.....	پیش گفتار.....
۴.....	مقدمه
۵.....	پیام های اصلی برنامه جامع ارتقای سلامت روانی - اجتماعی
۷.....	سلامت روان در اسناد بالا دستی.....
۹.....	تعاریف.....
۱۲.....	تحلیل وضعیت موجود.....
۱۵.....	مداخلات سلامت روانی - اجتماعی در صنعت نفت
۱۶.....	تحلیل وضعیت
۱۹.....	مداخلات اساسی
۲۲.....	فرم خام جدول زمان بندی
۲۳.....	منابع

پیش گفتار:

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با یک قرن همراهی با صنعت نفت کشور، سازمانی تخصصی و توسعه یافته در گستره ایران اسلامی شناخته می شود. این سازمان متولی اصلی سیاست گذاری، اجرا، نظارت و راهبری ارائه مراقبت های جامع یکپارچه سلامت در ابعاد جسمی، روانی - اجتماعی و معنوی می باشد.

امروزه با توجه به رسالت و چشم انداز این سازمان و مطالبات مدیران ارشد و کارکنان و خانواده های آنان ضرورت برنامه ریزی و اجرای مداخلات اثربخشی در حوزه سلامت روانی - اجتماعی در کنار ارائه خدمات طبی از اهمیت ویژه ای برخوردار گردیده است. براین اساس، شورای تخصصی سلامت روان سازمان بر مبنای خرد جمعی و کارآمد نمودن سازمان در حوزه سلامت روان اقدام به تهیه و تدوین سند جامع سلامت روانی - اجتماعی صنعت نفت نموده که جهت گیری اساسی آن مبتنی بر سند چشم انداز و برنامه راهبردی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت و تقویت و کارآمد نمودن رویکردها و فعالیت های پیشگیرانه در حوزه سلامت روانی - اجتماعی و واقعیت های موجود می باشد.

اینجانب ضمن تشکر از متخصصین عضو شورای سلامت روان آقایان دکتر جعفر بوالهروی، دکتر مهدی نصرافهانی، دکتر محمدکاظم عاطف وحید، دکتر محمدرضا شجاعی، دکتر جمال اعتمادی، دکتر سعید صادقی و میثم سعیدیان بابت تدوین این سند جامع، امیدوارم این اقدام بتواند در فاز عملیاتی منجر به ارتقای سلامت روان و پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی در صنعت نفت و نهایتاً افزایش بهره وری و رضایتمندی مدیران و کارکنان صنعت نفت کشور گردد.

دکتر حبیب اله سمیع

مدیرعامل سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

سند جامع سلامت روانی - اجتماعی صنعت نفت (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

مبنتی بر سند چشم انداز و برنامه راهبردی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

مقدمه

مطابق آخرین مستندات و شواهد موجود، شیوع اختلالات روانی در کشور ما حدود ۲۳٪ است که تقریباً ۱۴٪ بار بیماریهای کشور را شامل می شود^۱

این در حالی است که مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت (who) سلامت روان، فقط نبود اختلالات روانی نیست و مؤلفه های دیگری را هم شامل میشود که اگر آنها نیز منظور شوند، بار مشکلات روانی - اجتماعی به مراتب بیشتر خواهد بود. در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای سند چشم انداز ۲۰ ساله بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه جانبه» و همچنین ارتقاء شاخصهای بهداشت روان و نیز مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاستهای کلی مبارزه با مواد مخدر در دهه پیش رو که پیشرفت و عدالت نام گذاری شده، تاکید گردیده است. با توجه به گستره عوامل تاثیر گذار بر سلامت روان این نکته آشکار می شود که تامین، حفظ و ارتقای سلامت روان در صنعت نفت ضروری است. تنوع شرایط اقلیمی و بوم شناختی، انواع شیفت های کاری، گستردگی عرصه خدمات از خشکی و دریا گرفته تا پالایشگاه ها و پمپ های بنزین، حادثه خیز بودن مشاغل، عوامل متعدد مخاطره آمیز سلامتی در محیط های کار و زندگی، ضرورت تدوین سند جامع سلامت روانی - اجتماعی جهت صیانت از سلامت روان کارکنان این صنعت و خانواده های آنان را دو چندان می سازد.

انتظار می رود با استقرار برنامه های سند جامع ارتقای سلامت روانی - اجتماعی در صنعت نفت:

- زبان مشترکی برای مدیریت سلامت روان بین ذینفعان ایجاد شده و احساس مالکیت برنامه ها افزایش یابد
- به استقرار موفقیت آمیز برنامه کمک به پرسنل (EAP) در محیط کار کمک کند
- یک سند علمی بالادستی برای ارتقای سلامت روانی - اجتماعی و افزایش بهره وری در صنعت نفت فراهم شود
- دستیابی به اهداف نیروی کار سالم و اثربخش در صنعت نفت فراهم شود.
- آخرین دستاوردهای مداخلات سلامت روانی - اجتماعی در تجربیات بین المللی در زمینه پیشگیری از بیماری های روانی و آسیب های اجتماعی به کار گرفته شود
- ثبات برنامه های سلامت روانی - اجتماعی با تغییر مدیران تضمین شود.

^۱ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی و اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، پیمایش ملی

پیام های اصلی های برنامه جامع ارتقای سلامت روانی - اجتماعی

پیام ۱) چرا مدیران صنعت نفت باید برای سلامت روان سرمایه گذاری کنند؟

👉 هزینه های اقتصادی مستقیم (بار مالی اقدامات تشخیصی ، درمان ، بازتوانی و پیشگیری) و هزینه های اقتصادی غیر مستقیم (کاهش توان فردی ، کاهش نیروی مولد جامعه ، بار خانوادگی) بیماری ها و اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی بسیار سنگین است.

👉 به دنبال شیوع اختلالات روانی ، انواع آسیب های اجتماعی و متعاقبا هزینه های تولید افزایش و بهره وری کاهش پیدا می کند.

👉 در برخی آمارها بیشترین میزان از کارافتادگی و کاهش نیروی مولد جامعه مربوط به بیماری های روانی و آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد است ، که این خود کند شدن و کاهش احتمال دستیابی به اهداف توسعه صنعت نفت را به همراه دارد.

👉 بیماری ها و اختلالات روانی ، موجب تضییع حقوق انسانی مبتلایان و خانواده های می گردد.

👉 افزایش درصد دستیابی به اهداف سلامت روانی - اجتماعی محیط کار از قبیل : کاهش اعتیاد، خشونت در محیط کار، افسردگی، فرسودگی شغلی، غیبت های کار، میزان عفونت اچ آی وی و ایدز با کاهش رفتار پرخطر جنسی، افزایش تبعیت و پذیرش کارکنان در اجرای برنامه های پیشگیری.

👉 فرد مبتلا به بیماری روانی هم خود و هم خانواده اش در معرض انگ و تبعیض اجتماعی هستند که احساس انزوا و محدودیت مشارکت های اجتماعی را باعث شده و این منجر به کاهش بیشتر سرمایه اجتماعی فرد، خانواده و جامعه می شود.

👉 بیماری های روانی با بیماری ها و آسیب های شغلی از جمله حوادث حین کار و تصادفات رانندگی اثرات هم افزایی دارد.

👉 برنامه ریزی جهت تدوین برنامه های آموزشی ارتقاء سلامت جسمانی و روانی مبتنی بر آموزه های فرهنگ ایرانی اسلامی

پیام ۲) بر اساس گزارش های سازمان جهانی بهداشت، عوامل خطر سلامت روان از جمله تکامل نامناسب دوران کودکی ، ازدواج و باروری نامناسب ، خشونت ، پایمال شدن حقوق شهروندی ، والدین دارای اختلالات روانی ، مدرسه نامناسب و غیرمراقب ، ضعف مهارت های زندگی و والدی ، کمی سرمایه اجتماعی و رفتارهای غیرسالم اجتماعی و تنزل اخلاقیات (به عنوان محوری ترین عنصر سلامت معنوی) مسبب بخش بزرگی از اختلالات روانی - اجتماعی است که نیازمند جلب حمایت و توسعه همکاری بین بخشی است.

پیام ۳) بر اساس مطالعات انجام شده در دهه اخیر، اختلالات روانپزشکی از نظر بار بیماری ها پس از حوادث در کشور رتبه دوم را به خود اختصاص داده است و برآورد منتشر شده توسط وزارت بهداشت در سالهای گذشته ابتلاء ۲۳٪ از جامعه به انواعی از اختلالات روانی را نشان می دهد. بر اساس شواهد و روند موجود پیش بینی می شود در صورت عدم مداخلات جدی و موثر، احتمال افزایش اختلالات روانی در دهه آینده وجود دارد. همچنین افزایش آسیب های اجتماعی از قبیل طلاق و اعتیاد و خشونت نیز نگران کننده است.

پیام ۴) مجموعه برنامه های سلامت روان در دهه گذشته در بهترین شرایط پوشش حدود ۵ درصد از جمعیت نفت را داشته است و عموم کارکنان از این خدمات محروم مانده اند.

پیام ۵) تحلیل وضعیت نظام سلامت روان کشور نشان می دهد که در حال حاضر محیط درونی در ضعف و محیط بیرونی در تهدید قرار دارد و بهبود موقعیت فعلی نیازمند ظرفیت سازی درونی در صنعت و توسعه همکاری بین بخشی (از جمله مشارکت کارکنان) است

پیام ۶) بر اساس شواهد موجود در پنج سال آینده سه راهبرد اساسی می بایست محور عملیات وزارت نفت در محیط کار، خانواده و محیط زندگی قرار گیرد: بهبود و ارتقای وضعیت فعلی خدمات سلامت روان، طراحی و اجرای مداخلات پیشگیرانه و سرمایه گذاری در راستای کاهش عوامل خطر.

پیام ۷) تصویب این سند در وزارت نفت اولین گام در پیشبرد اهداف این سند خواهد بود که با انعقاد تفاهم نامه های همکاری و استقرار نظام مدیریت پروژه و پایش آن توسط سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت دنبال خواهد شد.

سلامت روان در اسناد بالادستی

➤ **در سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران** جامعه‌ی ایرانی توسعه‌یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود، و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تأکید بر مردم‌سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها، و بهره‌مند از امنیت اجتماعی و قضایی خواهد بود. بر اساس همین چشم انداز جامعه ایرانی برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب است.

وزارت بهداشت چشم انداز سلامت ۱۴۰۴ را این گونه توصیف می‌کند: **جامعه‌ای سالم** و سعادتمند در پرتو نظام سلامت پاسخگو، عدالت محور و نوآور. کرامت انسانی، عدالت، حداکثر سلامت ممکن به مثابه حق، سلامت همه جانبه هدف توسعه پایدار، انسجام اجتماعی را ارزش‌های خود می‌داند و اصول نهادینه سازی ارزش‌های اخلاقی، پاسخگویی و مسئولیت پذیری، بهره‌مندی عادلانه، پیشگیری و ارتقای سلامت، مشارکت مردم، همکاری بین بخشی، حاکمیت صحیح و یکپارچه، بهره‌گیری از نوآوری و فناوری مطلوب، ارتقای سرمایه انسانی، تعالی و توازن را مبنای نظام سلامت قرار می‌دهد.

➤ **برنامه پنجم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی:**

- **سیاست‌های کلی مرتبط با سلامت روان:**

- بند ۸) افزایش سلامت روانی و جسمی دانش‌آموزان
- بند ۱۲) تقویت نهاد خانواده
- بند ۱۳) تقویت هویت ملی جوانان متناسب با آرمان‌های انقلاب اسلامی، فراهم کردن محیط رشد فکری و علمی و تلاش در جهت رفع دغدغه‌های شغلی، ازدواج، مسکن و آسیب‌های اجتماعی آنان، توجه به مقتضیات دوره جوانی و نیازها و توانایی‌های آنان
- بند ۱۹) تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:
 - ۱- ۱۹- کپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی
 - ۲- ۱۹- ارتقاء شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روانی.
 - ۳- ۱۹- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت.
 - ۵- ۱۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم.
- بند ۲۰) ارتقاء امنیت اجتماعی:
 - ۱- ۲۰- مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر.
 - ۲- ۲۰- سامان بخشی مناطق حاشیه‌نشین و پیشگیری و کنترل ناهنجاری‌های عمومی ناشی از آن.
 - ۳- ۲۰- استفاده از ابزارهای فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ها برای پیشگیری و مقابله با ناهنجاری‌های فرهنگی و اجتماعی.
 - ۶- ۲۵- توسعه نظام‌های پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی.
 - ۷- ۲۵- حمایت از اقشار محروم و زنان سرپرست خانوار.

- اهداف بخش سلامت برنامه پنجم توسعه:

- کاهش بار اختلالات روانی به ویژه افسردگی حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- کاهش شیوع استفاده از قلیان و سیگار در افراد بالای ۱۵ سال به ترتیب میزان ۱۰٪ و ۱٪ سال پایه تا پایان برنامه
- کاهش بار ناشی از مصرف مواد مخدر و مواد روان گردان به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- توسعه نظام های پیشگیری از آسیب های فردی و اجتماعی
- تقویت نهاد خانواده

- سند چشم انداز و برنامه راهبردی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت (آبان ماه ۱۳۹۴)

در این سند بر راهبردهای کلان سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت از جمله ارتقای سلامت، کیفیت خدمات، رضایتمندی خدمات گیرندگان، کارآمدی سازمانی، تعالی و رشد سرمایه های انسانی و بهبود روابط فراسازمانی تأکید شده است.

تعاریف:

۱. سلامت روان^۱

مفهوم سلامت روان از نظر سازمان جهانی بهداشت چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و دست کم در برگیرنده‌ی شش مؤلفه است: ۱- فرد از نظر ذهنی احساس خوب بودن داشته باشد. ۲- احساس خودکارآمدی به صورت خوددریافتی داشته باشد (یعنی خود فرد احساس کند کارآمد، مفید و موفق است). ۳- ویژگی‌های استقلال - خودمختاری در فرد وجود داشته باشد. ۴- احساس شایستگی و کفایت در خود داشته باشد. ۵- فرد بداند متعلق به نسلی است و بعد از او هم نسل‌های دیگر می‌آیند. ۶- خودشکوفایی و توانمندی‌های بالقوه‌ی هیجانی داشته باشد.

۲. آسیب اجتماعی^۲

آسیب‌های اجتماعی به دسته‌ای از نابسامانی‌ها و ناهنجاری‌های رفتاری افراد یک جامعه چه بصورت فردی و یا جمعی اطلاق می‌شوند که ریشه در بی‌نظمی‌ها، کژکارکردی‌های پدیده‌های اجتماعی و پیامدهای نامطلوب آنها دارد. این آسیب‌ها غالباً باعث رنجش روانی، جسمی و مادی اقشار خاص و آسیب‌پذیر جامعه می‌شوند. همچنین می‌توان گفت که: به هر نوع عمل فردی یا جمعی گفته می‌شود که در راستای اصول اخلاقی و قواعد عام عمل جمعی یا غیررسمی جامعه محل فعالیت کنشگران قرار نمی‌گیرد و در نتیجه با منع قانونی و یا قبح اخلاقی و اجتماعی روبه‌رو می‌گردد.

۳. پیشگیری^۳

پیشگیری به معنای مداخله هوشمندانه به منظور جلوگیری از وقوع، شناسایی زودهنگام و مداخلات توانبخشی است که باعث به وجود آمدن عوامل بیماری و یا آسیب می‌گردد که از آن جمله می‌توان به گرایش به مصرف مواد، طلاق، افسردگی و ... اشاره نمود.

در گذشته برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح اولیه، ثانویه، و ثالثیه تقسیم می‌کردند. اما از ۱۹۹۴ تقسیم‌بندی جدیدتری مطرح شده است که طبق آن، برنامه‌های پیشگیری را می‌توان براساس سطح درگیری جامعه هدف با آسیب‌های روانی - اجتماعی به سه نوع تقسیم کرد: «همگانی^۴»، «انتخابی^۵» و «موردی^۶». (Robertson, 2006; NIDA, 1997)

پیشگیری همگانی (جمعیت عمومی) - همه‌ی مردم یک کشور یا محله یا همه‌ی کارکنان یا همه‌ی محیط‌های کار را دربر می‌گیرد و اطلاعات و مهارت‌های لازم را به همه‌ی آنها ارائه می‌کند.

^۱ - mental health

^۲ - social pathology

^۳ - prevention

^۴ - universal

^۵ - selective

^۶ - indicated

پیشگیری انتخابی - صرفاً در گروه های پرخطر مثلاً کارکنانی که مشکلات شناختی، محیط متشنج خانوادگی یا در مشاغل پرسترس قرار دارند، اجرا می شود. این نوع پیشگیری کل یک زیرگروه پرخطر را هدف می گیرد.

پیشگیری موردی - بر آن دسته افرادی متمرکز است که گرچه هنوز ملاک های تشخیص اختلال روانی یا آسیب اجتماعی ندارد، ولی نشانه های نگران کننده ی آن مثل افت عملکرد و مصرف سیگار و غیبت مکرر و رفتارهای مشکل زا در آنها رخ داده است. این مداخلات بر عوامل خطر فردی، نه محیطی متمرکز است. (Galanter & Kleber, 1999; NIDA, 1997)

۴. عامل خطر^۱

هر جنبه ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزادی یا ارثی است که احتمال ابتلاء فرد یا گروه را به اختلال روانی یا آسیب اجتماعی بیشتر از افراد دیگر می سازد (NCBI).

۵. عامل محافظ^۲

هر جنبه ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزادی یا ارثی است که احتمال ابتلاء فرد یا گروه دارنده ی آن را به آسیب کمتر از افراد دیگر می سازد. (NCBI)

۶. فرایند تاب آوری^۳

فرایند پویایی است که افراد برخوردار از تطابق رفتاری مثبت هنگام مواجهه با شرایط ناگوار، ضربه روانی(تروما)، تهدید، یا فشار روانی، از خود نشان می دهند. به عبارت دیگر تاب آوری فرایندی است که طی آن فرد علیرغم مواجهه با عامل خطر، نه تنها دچار عوارض آن نمی شود، بلکه حتی پیامد بهتری برای او خواهدداشت.

۷. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت^۴

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH) می توانند به عنوان شرایط اجتماعی جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند شناخته شوند. به نظر تارلوف "تعیین کننده های اجتماعی سلامت عبارت است از ویژگی های اجتماعی جایی که زندگی در آن جریان دارد". (Tarlov, ۱۹۹۶)

۸. اجتماع^۵

گروهی از اشخاص که معمولاً در یک جا سکونت داشته و یا کار می کنند، برخورد و رابطه چهره به چهره و منافع مشترک و ملموس دارند.

^۱ - risk factor

^۲ - protective factor

^۳ - resiliency

^۴ - social deteminat of health

^۵ - community

۹. مداخله اجتماع محور^۱ (CBI)

مداخله اجتماع محور، عبارت است از مشارکت اعضای جماعت در جمع آوری اطلاعات مربوط به جماعت، تعیین اولویت مشکلات جماعت، شناسایی منابع اجتماع و برنامه ریزی برای حل مشکلات جماعت. این مداخلات، با افرادی شروع می شود که در جماعت زندگی می کنند و به اجتماع مسئولیت اولیه را برای تعیین کانون فعالیت ها در هر سطحی، و ایجاد راهبردها برای مواجهه با این مشکلات اعطا می کنند. (Rosenberg, 2002)

^۱ - Community – Based Initiative

تحلیل وضعیت موجود

(۱) خلاصه وضعیت شاخص های سلامت روان کشور و روند آن

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، اختلالات عصبی-روانی، صدمات و بیماری ایدز به ترتیب مسئول ۱۳٪، ۱۲٪ و ۶٪ از سال های عمر از دست رفته تطبیق یافته با ناتوانی (DALY) در جهان می باشند. بار کلی بیماریها ۳۳٪ از سال های سپری شده با ناتوانی (YLD) را بیماریهای عصبی-روانی تشکیل می دهند و در این میان اختلال افسردگی عامل ۱۲/۱۵ درصد از سال های سپری شده با ناتوانی بوده و سومین رتبه را بین علل محاسبه شده دارد.^۱

پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰، بار کلی بیماریهای روانی به سرعت افزایش یابد و شواهد موجود افزایش ۱۵ درصدی بار این بیماریها را نشان می دهد.

بر اساس پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹^۲ شیوع اختلالات روانی طی ۱۲ ماه گذشته، شدت اختلالات روانی، میزان استفاده از خدمات سلامت روان و انواع آنها، هزینه های ابتلا به اختلالات روانی و نحوه پرداخت آن تعیین شده است. این پیمایش بر روی ۷۸۸۶ نفر از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی ساکن در کشور انجام شده است. در این پیمایش، تعریف زیر برای ابتلا به اختلال روانپزشکی در ۱۲ ماه گذشته مورد استفاده قرار گرفته است:

وجود هر یک از اختلالات زیر در ۱۲ ماه گذشته:

- ۱) هر گونه اختلال خلقی (شامل اختلال افسردگی اساسی، دیستایمی و اختلال دوقطبی نوع ۱؛
- ۲) وجود هر گونه اختلال اضطرابی (شامل اختلال پانیک، اختلال آگروفوبیا، اختلال فوبی اجتماعی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری و اختلال استرس پس از سانحه؛
- ۳) وجود اختلال سایکوتیک اولیه؛
- ۴) وجود هر گونه اختلال مصرف مواد و الکل.

بر اساس نتایج به دست آمده، ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵-۶۴ ساله ساکن کشور دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی هستند. این رقم در مردان ۲۰/۸ درصد و در زنان ۲۶/۵ درصد است که نشان دهنده شیوع بیشتر و معنادار اختلالات در زنان است. شایعترین اختلالات، اختلالات اضطرابی و خلقی می باشند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به نسبت تقریبی نرخ ابتلاء افراد به اختلال روانپزشکی در دسته های خفیف تا شدید بیماری ۱ به ۳ می باشد. به طوری که ۳۲/۳٪ از افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی از نظر شدت بیماری در دسته اختلالات شدید روانی، ۳۱٪ در دسته متوسط و بقیه افراد (۳۶/۷٪) نیز در دسته خفیف قرار دارند.

به طور کلی هزینه اختلالات روانی بررسی شده در گزارش پیمایش سلامت سال های ۱۳۸۹-۱۳۹۰ شامل هزینه های ذیل است:

^۱ - Mental Health, Annual report of WHO. ۲۰۰۱

^۲ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی و اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، پیمایش ملی سلامت روان ۱۳۸۹-۱۳۹۰، مهرسا: ۱۳۹۳

۱- هزینه های مستقیم:

- هزینه های خدمات بستری و سرپایی، مراجعه به داروخانه برای تجدید نسخه، گروه های خودیاری مراکز کاهش آسیب که شامل هزینه های بهداشتی درمانی و هزینه های غیربهداشتی درمانی هستند.
- سایر هزینه های غیربهداشتی درمانی، شامل هزینه های استفاده از طب سنتی/مکمل، هزینه هایی که خانواده برای جبران وظایف فرد حین بیماری و ناتوانی از جیب پرداخت کرده است، هزینه های انتظامی و قضایی و سایر هزینه ها.

۲- هزینه های غیر مستقیم شامل هزینه غیبت از کار

به طور متوسط یک بیمار روانپزشکی ۶۹۱۲۲۳۵ ریال در سال ۱۳۸۹ برای هزینه های مستقیم بهداشتی درمانی و غیربهداشتی درمانی خود از جیب هزینه کرده است. براساس میانگین درآمد خانوار در سال ۱۳۸۹، میزان ۲۷/۶ درصد از درآمد سرانه خانواده دارای بیمار روانپزشکی به طور مستقیم صرف این اختلالات می ود. علاوه بر این، به طور میانگین ۱۲۱۰۷۲۴ ریال هزینه غیرمستقیم مربوط به غیبت از کار به دلیل بیماری روانپزشکی بوده است. همچنین هزینه مستقیم برای یک فرد غیر بیمار استفاده کننده از هرگونه خدمات برای مشکلات اعصاب و روان، به طور میانگین ۳۹۰۱۵۷۹ ریال. هزینه غیبت از کار ۵۶۴۱۵۹ ریال بوده است. این هزینه ها در افراد غیربیمار ممکن است به دلیل مشکلات روانپزشکی از قبیل اختلالات خواب، اختلالات خوردن، ترس از موقعیت های خاص باشد

بر اساس مطالعه ارزیابی سریع مواد^۱ (RSA) سال ۱۳۸۶، شایع ترین روش مصرف مواد تدخینی و پس از آن خوراکی است. لیکن مصرف تزریقی نیز ۱۸/۷ درصد موارد را تشکیل می دهد که این رقم نسبت به سالهای قبل روند افزایشی قابل ملاحظه ای داشته است. سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته نیز در سال ۱۳۸۶ برابر با ۲۲/۶ درصد گزارش شده است. با در نظر گرفتن رقم خوش بینانه یک میلیون و دویست هزار نفر معتاد به مواد اعتیادآور غیرقانونی در کشور و شیوع ۲۲/۶ درصدی سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته (بنا بر اظهار معتادان)، تعداد مصرف کنندگان تزریقی را می توان حداقل ۲۷۱۰۰۰ نفر برآورد کرد.

مطالعه‌ی نوری و همکاران (۱۳۸۶)^۲ نیز حاکی از آن است که الگوی مصرف از ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۴ تشدید شده (افزایش نسبت های دستگیرشدگان و زندانیان مرتبط با اعتیاد، ایدز، و مرگ ناشی از اعتیاد) و این روند با روندهای افزایش بیکاری، و نیز روند تشدید بی‌هنجاری (آنومی) در کشور (افزایش طلاق، جرم، شهری شدن، و جهانی شدن) رابطه‌ی معنی داری داشته است.

نتایج مطالعات مراکز مشاوره و سلامت روان سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت نشان می دهد که طی سالهای ۹۳ و ۹۴ تعداد ۹۵۶۷۸ نفر جهت دریافت خدمات مشاوره و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به این مراکز مراجعه که بیشترین علت به ترتیب عبارت بودند از:

^۱ - ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران - هومان نارنجی ها و همکاران - ۱۳۸۶

^۲ - تحلیل روند پدیده های مرتبط با شدت اعتیاد در سال های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۴ - رویا نوری و همکاران - ۱۳۸۶

تعداد مراجعه به مراکز مشاوره سازمان	
سال	مراجعات (مورد مراجعه)
۱۳۹۳	۴۵۲۲۵
۱۳۹۴	۵۰۴۵۳

درصد علت مراجعه به مراکز مشاوره و سلامت روان سازمان												
مشکلات زناشویی	اضطراب	افسردگی	استرس	فرزند پروری	مشاوره قبل از ازدواج	روابط بین اعضا خانواده	شخصی	تحصیلی	روابط اجتماعی	توهم	بی خوابی	سایر موارد
۲۹	۲۳	۱۳	۱۰	۹	۶	۵	۲	۱	۱	+	+	۱

جمعیت طبی تحت پوشش صنعت نفت	
شاغلین تحت پوشش	۹۵۳۱۱ نفر
خانواده تحت پوشش	۲۲۰۴۲۹ نفر
بازنشسته تحت پوشش	۲۱۷۵۶۲ نفر
جمع کل	۵۳۳۳۰۲ نفر

درصد بازه سنی جمعیت طبی تحت پوشش	
۰ تا ۱۲ سال	۱۰
۱۳ تا ۲۰ سال	۱۲
۲۱ تا ۴۰ سال	۳۵
۴۱ تا ۶۰ سال	۲۷
۶۱ به بالا	۱۶

منابع انسانی سلامت روان			
کارشناس روان شناسی	کارشناس ارشد روان شناسی	دکترای روان شناسی	روانپزشک
۱۷ نفر	۶۰ نفر	۱۳ نفر	۳۰ نفر

مداخلات سلامت روانی - اجتماعی در صنعت نفت

مداخلات یا برنامه های سلامت روان که در حال مطالعه و تدوین، پایلوت، اجرای کشوری و ارزشیابی است به شرح ذیل می باشند:

۱. تشکیل شورای تخصصی سلامت روان سازمان بهداشت و درمان برای سیاستگذاری، برنامه ریزی و مشاوره تخصصی سیستم اجرایی
۲. توسعه مراکز جامع مشاوره و سلامت روان مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت (در همه مناطق با ۳۵ مرکز و کلینیک مشاوره)
۳. اجرای طرح های پیشگیری اولیه از خودکشی در برخی از مناطق پرخطر به ویژه شهرک های نفت مانند : اهواز
۴. برنامه حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه (پروتکل ارزیابی سریع، تدوین استانداردها و پروتکل مداخله ویژه مدیران و کادر بهداشتی درمانی)
۵. بازآموزی روان شناسان و مشاورین سازمان در زمینه مداخلات موثر برای پیشگیری از خشونت های خانگی (کودک آزاری و همسر آزاری)
۶. توسعه برنامه مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد در مناطق بهداشت و درمان و شرکت های تابعه
۷. برنامه مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی پس از ترخیص از بیمارستان توسط واحدهای بهداشتی و مددکاری اجتماعی
۸. برنامه غربالگری سلامت روان کودکان و نوجوانان
۹. تدوین برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری به والدین
۱۰. ایجاد بخش های روانپزشکی در بیمارستان های صنعت نفت و پیش بینی افزایش تعداد تخت های بستری روانپزشکی در تهران و اهواز
۱۱. ادغام خدمات بهداشت روان در برنامه پزشک خانواده
۱۲. عضویت کارشناس بهداشت روان در کمیته سلامت مناطق
۱۳. اجرای برنامه غربالگری سلامت روان در محیط های کار توسط واحد سلامت کار و HSE
۱۴. تشکیل "انجمن زنان پیام رسان سلامت" در برخی از مناطق به منظور مشارکت فعال زنان در برنامه های خود مراقبتی و سلامت روان
۱۵. برنامه های آموزشی - پژوهشی رابطه معنویت با سلامت روان (در حال بررسی)
۱۶. تدوین و انتشار بسته های آموزشی سلامت روان برای پرستاران، پزشکان و کارشناسان سلامت روان تیم سلامت
۱۷. بازنگری پرسشنامه های غربالگری اختلالات روانپزشکی برای کارکنان و خانواده ها و معاینات استخدامی (در حال انجام)
۱۸. تدوین و اجرای برنامه آموزشی (کوریکولوم) اختلالات روانپزشکی برای پزشکان عمومی و کارشناسان سلامت روان
۱۹. ایجاد ساختار سازمانی سلامت روان در سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت (در مراحل پیش تصویب)^۱

^۱ - کلیه اسناد ذکر شده در سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت موجود می باشد.

تحلیل وضعیت

باتوجه به توصیف وضعیت کنونی اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی از جمله افسردگی، اضطراب، اعتیاد و طلاق و باعنایت به سیر فعالیت های پیشگیرانه، وضعیت موجود خدمات سلامت روانی - اجتماعی در صنعت نفت را به قرار زیر می توان تحلیل نمود:

قوت ها:

۱. تصویب و ابلاغ سند چشم انداز و برنامه راهبردی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت توسط هیئت مدیره سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
۲. حضور مدیران متعهد و تحول گرا در حوزه ارتقای سلامت کارکنان، خانواده ها و صنعت نفت
۳. وجود امکانات پرسنلی و سخت افزاری و حضور بهداشت و درمان صنعت نفت کشور در کلیه مناطق و ایستگاه ها و ارائه خدمات لازم بهداشتی و درمانی به کارکنان و خانواده های آنان
۴. وجود زیرساخت های مناسب در حوزه بهداشت و درمان صنعت نفت در اقصی نقاط کشور
۵. وجود نگرش نسبتا مثبت مدیریت های صنعت نفت برای هماهنگ نمودن فعالیت های شرکت های تابعه در زمینه ارتقاء سلامت روان کارکنان و خانواده ها
۶. وجود خرد جمعی در راستای افزایش سلامت کارکنان و خانواده ها و ارتقای بهره وری در صنعت نفت کشور
۷. حساسیت مدیران وزارت نفت و سازمان بهداشت و درمان به ضرورت تدوین برنامه جامع در حوزه ارتقاء سلامت و کاهش آسیب های روانی - اجتماعی
۸. توجه مدیران بهداشت و درمان صنعت نفت به ضرورت رویکرد بین رشته ای در فعالیت های پیشگیرانه با حضور پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران و جامعه شناسان
۹. وجود دیدگاه پیشگیرانه برای کاهش عوارض ناشی از ابتلاء کارکنان به اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی در صنعت نفت
۱۰. وجود واحد های روابط کار و HSE به منظور پیشگیری از آسیب کارکنان در شرکت های تابعه با تأکید بر سلامت روانی اجتماعی کارکنان
۱۱. اقبال مدیران و جمعیت تحت پوشش از برنامه های پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و آسیب های روانی اجتماعی
۱۲. تخصیص بودجه مناسب به برنامه های بهداشتی و درمانی حوزه سلامت در صنعت نفت
۱۳. تلاش مجدانه مدیران برای افزایش آگاهی، تغییر نگرش و رفتار در جهت پیشگیری از طریق اقداماتی مانند برگزاری گردهمایی های پیشگیری از اختلالات روانی، اعتیاد و دیگر آسیب های اجتماعی در شرکت های تابعه
۱۴. قدمت پزشکی خانواده و سیستم ارجاع در صنعت نفت
۱۵. قدمت طب کار و معاینات دوره ای در صنعت نفت
۱۶. امکان دسترسی به جمعیت تحت پوشش برای مداخلات پیشگیرانه، درمانی و سلامت نگر
۱۷. وجود ساختار یکپارچه مدیریت بحران در صنعت نفت
۱۸. وجود همبستگی و هماهنگی درون بخشی در حوزه های پزشکی خانواده، طب صنعتی، روانپزشکی، روان شناسی و روابط کار و مددکاری اجتماعی در سازمان بهداشت و درمان

ضعف ها:

۱. عدم وجود ساختار سازمانی مناسب سلامت روان در سازمان
۲. وجود برنامه های موازی و ضعف در هماهنگی شرکت ها و ناهمخوانی فعالیت ها با نیازهای گروه هدف
۳. ضعف نظام رصد وضعیت اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی و عوامل آن در سطح مناطق و در دسترس نبودن اطلاعات مورد نیاز
۴. کمبود نیروی انسانی متخصص برای سلامت روان در سطح سازمان
۵. تخصیص بودجه ناکافی در حوزه سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد
۶. نبود نظارت، پایش و ارزشیابی بر نحوه اجرای برنامه های سلامت روانی - اجتماعی در شرکت ها (هزینه - اثربخشی)
۷. توجه ناکافی به تفاوت های فرهنگی و شرایط محیط کار در برنامه ریزی های آموزشی
۸. در اولویت نبودن پیشگیری از اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی و اعتیاد در سازمان بهداشت و درمان
۹. کمبود دانش و مهارت در برنامه ریزی مداخلات اجتماع محور
۱۰. ضعف پژوهش در حوزه سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد
۱۱. نبود بانک جامع اطلاعاتی در حوزه سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد در صنعت نفت
۱۲. نبود سازوکار مناسب در بکارگیری، چگونگی مشارکت و نظارت بر ارائه خدمات بخش خصوصی در برنامه های سلامت روان صنعت نفت
۱۳. ناکافی بودن برنامه های توانمند سازی، توان بخشی و حمایت های اجتماعی از کارکنان آسیب دیده روانی - اجتماعی و خانواده های آنان
۱۴. نبود هماهنگی برون سازمانی با متولیان و نهادهای مرتبط با سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد برای بهره مندی از دانش، ظرفیت و منابع آنها.
۱۵. کمبود برنامه های مرتبط با سلامت روانی اجتماعی زنان شاغل و تحت پوشش در صنعت نفت به منظور ارتقای سلامت روان، پیشگیری از اختلالات و توانمند سازی فردی، خانوادگی و اجتماعی به ویژه در زمینه گرانباری نقش، فرسودگی شغلی، تبعیض و خشونت در ابعاد مختلف.

فرصت ها:

۱. امکان بهره گیری از دانش و تجارب ملی و بین المللی در زمینه پیشگیری از طریق همکاری و مشارکت با مراکز علمی معتبر داخلی و خارجی
۲. امکان استفاده از فضای مجازی با توجه به توسعه فناوری در کشور
۳. توجه روزافزون به مشکلات اجتماعی و اختلالات روانی و لزوم مداخله برای پیشگیری و کنترل آنها در سطح ملی
۴. وجود دانش پیشرفته ی پیشگیری در سطح جهانی و دانشگاه ها و مؤسسات علمی مرتبط با موضوع
۵. حساسیت بالای خانواده های کارکنان صنعت نفت نسبت به سلامت فردی - خانوادگی و اجتماعی

۶. وجود سازمان های مردم نهاد (سمن - NGO) تأثیرگذار در حوزه های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۷. امکان استفاده از شرایط پسا تحریم مبتنی بر برنامه های سازمان و صنعت نفت
۸. تصویب طرح جامع سلامت روان کشور در وزارت بهداشت , درمان و آموزش پزشکی
۹. توجه ویژه مدیریت کلان کشور به پیشگیری و کاهش آسیب های روانی اجتماعی و اعتیاد

تهديد‌ها:

۱. نبود ثبات در سیاست های بهداشتی و درمانی معطوف به سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
۲. افزایش روزافزون مشکلات روانی - اجتماعی از جمله : افسردگی , اعتیاد , طلاق و خشونت
۳. تغییرات سریع فرهنگی اجتماعی و سبک زندگی و افزایش آسیب های اجتماعی در محیط کار و خانواده
۴. افزایش عوارض و پیامدهای آسیب‌های فردی , خانوادگی و اجتماعی و تأثیر نامطلوب آن در چرخه بهره وری
۵. وجود آموزش های نامناسب و غیرتخصصی در خصوص مسایل روانی اجتماعی
۶. مداخله افراد فاقد صلاحیت تخصصی لازم در حوزه بهداشت روان
۷. نظارت ناکافی سازمان های متولی سلامت روان و اعتیاد بر روند خدمات سلامت روان در کشور
۸. بازتاب بحران های منطقه ای و جهانی در سلامت روانی اجتماعی جامعه
۹. حادثه خیزی و احتمال بروز بلایای طبیعی در کشور
۱۰. تغییرات اقلیمی و زیست محیطی کشور
۱۱. افزایش نامتناسب شهر نشینی , حاشیه نشینی و پدیده مهاجرت و تأثیر آن بر جمعیت تحت پوشش

ذینفعان تدوین و استقرار سند جامع

مراجع تصمیم گیر و سیاست گذار در وزارت نفت

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

مدیران ارشد صنعت نفت

کارکنان

خانواده های کارکنان

مداخلات اساسی

تقویت کمی و کیفی خدمات مشاوره ای

ارایه خدمات راهنمایی و مشاوره به کارکنان و خانواده های آنان بصورت حضوری- مکاتبه ای، تلفنی و اینترنتی و بژه در زمینه های فردی، خانوادگی و شغلی و ...
طراحی و برنامه ریزی مؤثر در زمینه جلوگیری از بروز اختلالات روانشناختی و روانپزشکی از جمله اعتیاد توسط متخصصین علوم رفتاری
استقرار روانشناس و مشاوره خانواده در سطح صنعت نفت

توسعه خدمات مددکاری اجتماعی به منظور ایجاد چتر حمایت روانی - اجتماعی از زنان دارای همسر اقماری

آموزش مدیران و کارکنان در زمینه بهداشت روانی محیط کار

آموزش مدیران ارشد و میانی در زمینه عوامل مؤثر در ارتقای بهداشت روانی محیط های کاری
آموزش کارکنان در زمینه روش های ارتقای بهداشت روان و مقابله با استرس های ناشی از محیط کار به شیوه آموزش های گروهی و کارگاه های آموزشی مدون
آشنایی مدیران ارشد و میانی با روش های نوین کاربرد روانشناسی در صنعت به منظور کاهش آسیب پذیری روانی اجتماعی کارکنان و خانواده های آنان
افزایش مهارت های ارتباطی در محیط کار با رویکرد آموزش مهارت های زندگی در محیط کار

برپا سازی روابط زناشویی و خانوادگی کارکنان

آموزش همسران بمنظور افزایش دانش و دستیابی به مهارت برقراری ارتباط سالم با یکدیگر در قالب کارگاه های آموزشی و یا آموزش های گروهی
آموزش مهارت های زندگی خانوادگی براساس مدل های مبتنی بر شواهد
آموزش پیش از ازدواج ویژه فرزندان در آستانه ازدواج
آموزش های مرتبط با رضایت زناشویی کارکنان و همسران آنان توسط متخصصین مجرب به تفکیک جنسیت
آموزش های مرتبط با مدیریت خانواده و روانشناسی کاربردی خانواده

ارتقای مهارت های فرزند پروری در کارکنان

آموزش دانش والدین در خصوص روانشناسی و مسایل تعلیم و تربیت کودکان و نوجوانان ، دوران بلوغ و ...
آموزش های مهارت برقراری ارتباط والدین با کودکان و نوجوانان
آشنا سازی والدین با نشانه ها و علایم اختلالات رفتاری و روانشناختی شایع دوران کودکی و نوجوانی و شیوه برخورد با آنها
آموزش های تخصصی ویژه والدین به منظور آشنایی با آسیب های اجتماعی شایع (نوپدید و بازپدید) در سنین نوجوانی و روش های مقاوم سازی فرزندان در برابر این آسیبها

آموزش مهارت های زندگی به کودکان و نوجوانان خانواده ها

آموزش مهارت های زندگی براساس پروتکل های سازمان جهانی بهداشت و یونیسف از جمله مهارت های کنترل و مقابله با استرس، جرأت آموزی و ابراز وجود، خودآگاهی، ارتباطات سالم، تصمیم گیری و
آشنایی نوجوانان و جوانان با علل گرایش به آسیب های اجتماعی و شیوه های مقابله با آنها به روش آموزش گروهی و تورهای آموزشی - تفریحی

آموزش سواد رسانه ای برای پیشگیری از آسیب های فضای مجازی در کودکان و نوجوانان

پیشگیری از سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر ر با رویکرد اجتماع محور در محیط کار و زندگی

آموزش مدیران و کارکنان در ارتباط با علل و عوارض مصرف مواد مخدر در محیط های کاری
آموزش مدیران ارشد و رؤسای حراست در ارتباط با نشانه و علایم سوء مصرف مواد مخدر در کارکنان
آشنایی مدیران و رؤسای حراست با روش های نوین کاهش سوء مصرف و پیشگیری از اعتیاد در محیط های صنعتی
برگزاری کارگاه های آموزشی و نمایشگاه های تخصصی در مرکز منطقه و مراکز انتقال نفت در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد
آشنایی زنان کارکنان با علل، عوارض و روش های پیشگیری از اعتیاد در همسران و فرزندان

✓ ارتقای سطح پیشرفت تحصیلی فرزندان کارکنان

آشناسازی دانش آموزان نیازمند با خدمات مشاوره تحصیلی برنامه ریزی جهت تقویت بنیه تحصیلی و پیشرفت درسی در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان از طریق مشاوره‌های تحصیلی حضوری و مکاتبه‌ای آموزش والدین در زمینه روش های تسهیل در امر یادگیری فرزندان افزایش مهارت‌های مطالعه مؤثر و فنون نوین یادگیری آموزش عملی افزایش هوش هیجانی

✓ نشاط افزایی و ایجاد شادی و سرزندگی

برگزاری کارگاه‌های آموزشی و آموزش‌های گروهی ویژه مدیران و کارکنان و خانواده‌های آنان با موضوع روان‌شناسی شادی و روش‌های ساده ایجاد نشاط در محیط کار و زندگی

✓ تقویت روحیه مشارکت کارکنان و خانواده‌های آنان در برنامه‌های بهداشت روان از طریق عضویت در

گروه‌های همیار سلامت روان

افزایش روحیه مشارکت کارکنان و خانواده‌ها در محیط زندگی و شغلی مشارکت فعال کارکنان و خانواده‌های آنان در برنامه‌های پیشگیرانه در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی ایجاد فرهنگ مشارکت جمعی در حل مشکلات مربوط به محیط‌های شغلی و زندگی تشکیل تیم‌های سلامت روان با مشارکت زنان در منازل سازمانی

✓ آموزش‌های پیش از بازنشستگی و احساس ارزشمندی فردی و خانوادگی کارکنان با سابقه

آموزش همسران افراد در آستانه بازنشستگی و افزایش مهارت‌های کاربردی دوران بازنشستگی

✓ گسترش و توسعه آموزش مهارت‌های زندگی فردی، خانوادگی و شغلی

✓ توسعه فعالیت‌های ورزشی هدفمند با استفاده از متخصصین ورزش به ویژه روان‌شناسان ورزشی

✓ استفاده از منابع غنی دینی، معنوی و اخلاقی در راستای ارتقای سطح سلامت روان

آشنایی مدیران و کارکنان با اخلاق حرفه‌ای ترویج آموزه‌های دینی و اخلاق محور در حوزه کار و خانواده

✓ تغییر در الگوهای اوقات فراغت و سبک زندگی

مشارکت کارکنان در تدوین برنامه‌های محیط کار به لحاظ گذران اوقات فراغت، چیدمان محیط اصلاح سبک زندگی از طریق ترویج برنامه‌های سلامت محور به ویژه ترک سیگار، تغذیه سالم و ...

✓ افزایش مشارکت خانواده‌ها به ویژه همسران (زنان) شاغلین در برنامه‌های جمعی و اردوهای

خانوادگی و ...

ارتقای سطح روحیه و کاهش آسیب‌های روانی ناشی از شغل کارکنان بر روی همسران اجرای برنامه‌های تفریحی و آموزشی گروهی ویژه اعضای خانواده کارکنان برگزاری مسابقات علمی - ورزشی و تفریحی، ویژه کارکنان

✓ آموزش کادر پزشکی و پرستاران و کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت در حوزه‌های سلامت

روانی - اجتماعی

✓ اجرای پروژه شهرک‌های سالم صنعت نفت

<p>✓ مداخله زود هنگام جهت پیشگیری از گسترش اختلالات روانپزشکی, مشکلات روان شناختی و آسیبهای اجتماعی در بین کارکنان و خانواده های آنان با توجه به ویژگی های فرهنگی و اقلیمی</p> <p>✓ غربالگری های (بیماریابی) مربوط به اختلالات روان شناختی و سوء مصرف مواد و مداخلات درمانی بهنگام</p> <p>✓ ثبت و گزارش دهی موارد بروز و شیوع اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی در صنعت نفت در بازه های زمانی معین</p> <p>✓ طراحی و اجرای برنامه های درمانی ساده , به روز , به صرفه, موثر و در دسترس برای تحقق هزینه - اثربخشی</p> <p>✓ ارائه خدمات دارویی و غیر دارویی مبتنی بر راهنماهای مصوب بهداشت و درمان صنعت نفت با رویکرد پزشکی خانواده و نظام ارجاع</p> <p>✓ ارائه خدمات روان شناختی و روانپزشکی به بیماران مبتلا به بیماریهای جسمی از طریق بکارگیری متخصصین روان شناسی سلامت (health psychologist)</p> <p>✓ دسترسی آسان و اثربخش به درمان های بستری با استفاده از ظرفیت های درون سازمانی و برون سازمانی</p>	پیشگیری سطح دوم
<p>ارتقای خدمات مراقبتی پس از ترخیص</p> <p>طراحی و ارائه بسته حمایتی با رویکرد مراقبت از بیماران جسمی و روانی در محیط کار و منزل</p> <p>طراحی و استقرار بسته خدمتی بازتوانی روانی - اجتماعی برای افراد مبتلا به بیماری های روانی شدید و آسیب دیدگان اجتماعی</p>	پیشگیری سطح سوم

جدول زمان بندی سند جامع سلامت روانی - اجتماعی صنعت نفت (فرم خام)						
سال های اجرای برنامه					پروژه ها و اقدامات	
۹۹	۹۸	۹۷	۹۶	۹۵		
					توسعه مراکز جامع مشاوره و سلامت روان افزایش درصد پوشش خدمات مشاوره و سلامت روان افزایش درصد پوشش آموزش سلامت روان	آماده سازی استقرار
						پیشگیری سطح اول
						پیشگیری سطح دوم
						پیشگیری سطح سوم

مراحل و زمان بندی استقرار سند جامع سلامت روانی - اجتماعی صنعت نفت

مرحله یک : حساس سازی و جلب حمایت مسئولان ارشد صنعت نفت

مرحله دو : تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۵-۱۳۹۹

مرحله سوم : پایش و ارزشیابی

منابع :

- گروه مؤلفین - سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد - ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰
- شورای عالی انقلاب فرهنگی - کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی ۱۳۸۹ - نقشه جامع علمی سلامت
- برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰) - وزارت بهداشت و درمان ۱۳۹۰
- گزارش دستاوردهای سی ساله جمهوری اسلامی ایران در سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد ۱۳۸۶
- سند چشم انداز و برنامه های راهبردی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت کشور ۱۳۹۴
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی و اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، پیمایش ملی سلامت روان ۱۳۸۹-۱۳۹۰، مهرسا : ۱۳۹۳
- ارزیابی سریع وضعی سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران - هومان نارنجی ها و همکاران - ۱۳۸۶
- تحلیل روند پدیده های مرتبط با شدت اعتیاد در سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ - رویا نوری و همکاران - ۱۳۸۶
- American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Review, Washington DC, American Psychiatric Association, cited in Sadock BJ and Sadock VA, 2007, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry; Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins
- NCBI, (2010), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>, Connected at Feb 2010.
- Robertson, EB. David, SL, and Rao, SA.(2006), Preventing drug use among Children and Adolescents: A research-based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders: Maryland, National Institute on Drug Abuse.
- Rosenberg, Daniel C.(2002) North Carolina Community Health Assessment Process.
- Tarlov, A. (1996) Social determinants of health: the sociobiological translation«. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. London: Routledge.71-93.

Comprehensive Document of
Psychosocial Health of oil industry

2 0 1 6



سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

مدیریت سلامت

شورای تخصصی سلامت روان

۲۴
۱۳۹۵



vi. naghsh



Naghsh.ir