

بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها

دکتر محمد کاظم عاطف وحید*

هر چند بررسی جامع برنامه‌های بهداشت روان با توجه به اهمیت، پیچیدگی و گستردگی آن‌ها در یک مقاله امکان‌پذیر نیست، اما مروری کوتاه بر این برنامه‌ها می‌تواند تا اندازه‌ای در جهت تبیین پیشرفت‌ها و دستاوردها و مشخص نمودن نیازها و چالش‌ها مثمرتر باشد. از این‌رو، هدف این مقاله مروری کوتاه بر تاریخچه بهداشت روان در ایران بوده و تلاش شده که سیر تغییر و تحولات، پیشرفت‌ها، دستاوردها، نیازها، و چالش‌های موجود مورد بررسی قرار بگیرند. نگاهی به تاریخچه بهداشت روان در ایران نشان می‌دهد که در ۵۰ سال اخیر پیشرفت‌های چشم‌گیری در زمینه بهداشت روان در کشور حاصل شده است که مهم‌ترین آن‌ها طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باشد. موفقیت‌های به دست آمده در این زمینه موجب شده که در سال‌های اخیر، برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران به عنوان الگویی برای سایر کشورهای منطقه پذیرفته شود. علاوه بر این، در زمینه‌های دیگر، از جمله بهداشت روان کودکان و نوجوانان، پیش‌گیری از خودکشی، درمان اعتیاد، و بهداشت روان در بلایای طبیعی نیز پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای حاصل شده است. اما علی‌رغم این پیشرفت‌ها و دستاوردهای مهم، نواقص، کمبودها و نیازهای بسیاری وجود دارند که در جهت بر طرف نمودن آن‌ها، تلاش‌های جدی و مستمر، عزم ملی و مشارکت گسترده متخصصین و مردم، سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی ضروری خواهد بود. علاوه بر این، با توجه به گستردگی و پیچیدگی مسئله بهداشت روان، تقویت ساختار تشکیلاتی سیستم بهداشت روان و حمایت از آن و تلاش در جهت ارتقاء کمی و کیفی تحقیقات و پژوهش‌های علمی و ارزیابی‌های میدانی ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اختلال‌های روان‌پزشکی، بهداشت روان، طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشت اولیه

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۹/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۸/۳۰

* روان‌شناس بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران
<kazemv@yahoo.com>

مقدمه

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، مطالعات همه‌گیرشناسی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که حدود ۲۵ درصد مردم اختلال روانی قابل تشخیص دارند (WHO، ۱۹۹۶). تخمین زده شده است که حدود ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان از نوعی اختلالات روانی رنج می‌برند.

مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند. به عنوان مثال، محمدی و همکاران (۱۳۸۲) در بررسی مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۸۱، شیوع اختلالات را از ۱۱/۹ درصد تا ۳۰/۲ درصد گزارش نمودند. آن‌ها در مطالعه خود با استفاده از پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان تهران را ۱۴/۳ درصد (۱۹/۶ درصد در زنان و ۹/۳ درصد در مردان) به دست آوردند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که شایع‌ترین اختلالات، اختلالات اضطرابی و خلقی (به ترتیب ۸/۶ درصد و ۵/۴ درصد) بودند. نتایج هم‌چنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مناطق شهری با ۱۳/۶۷ درصد بالاتر از میزان شیوع در مناطق روستایی با ۷/۶۳ درصد بود. در مطالعه نوری‌الا و همکاران (۱۳۷۸) با استفاده از پرسش‌نامه GHQ-28 و چک لیست واری بالینی بر اساس DSM-IV، شیوع مشکلات روان‌پزشکی در شهر تهران ۲۱/۵ درصد گزارش شده است. امیدی و همکاران (۱۳۸۲) در مطالعه خود، میزان شیوع اختلالات روانی در مردان و زنان مناطق شهری شهرستان نطنز اصفهان را به ترتیب ۱۷/۲ درصد و ۳۱/۳ درصد گزارش نمودند. در مطالعه‌ای که توسط مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران (۱۳۷۸) با هدف بررسی سلامتی عمومی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ این دانشگاه با استفاده از پرسش‌نامه GHQ-28 انجام گرفت مشخص گردید که ۲۰/۴ درصد دانشجویان دارای مشکلات روان‌شناختی (۱۸/۴ درصد در حد خفیف، ۱/۸ درصد در حد متوسط، و ۰/۲

درصد در حد شدید) بودند. تفاوت در میزان شیوع در مطالعات مختلف را می‌توان به تفاوت در نمونه‌های مورد بررسی، روش‌های نمونه‌گیری، ابزارها و روش‌های غربال‌گری و تشخیص، و طبقه‌بندی‌های به کار برده شده نسبت داد. علی‌رغم این تفاوت‌ها، نتایج این پژوهش‌ها و مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف جهان در چند دهه اخیر حاکی از بالا بودن میزان شیوع مشکلات روان‌پزشکی در جهان می‌باشد.

ارزیابی‌های انجام شده در ارتباط با بار و هزینه‌های مالی و انسانی مرتبط با اختلالات روانی نشان داده‌اند که هر ساله میلیون‌ها دلار از منابع مالی کشورها صرف ارائه خدمات به این بیماران می‌شود. اگر به این ارقام، میلیون‌ها دلار ضرر مالی به علت از دست رفتن کارآئی کوتاه مدت و بلند مدت این بیماران و مراقبین آن‌ها اضافه شود، بار مالی به میلیاردها دلار افزایش پیدا می‌کند. بر اساس تحقیقی در کانادا، استفنز و جانبرت (۲۰۰۱) کل بار بیماری‌های روانی، شامل هزینه‌های درمان و از دست رفتن ساعات کار و نیروی انسانی، را سالانه ۱۴/۴ میلیارد دلار تخمین زده‌اند.

شیوع بالای اختلالات روانی در جهان و نیاز مردم جوامع مختلف به خدمات بهداشت روانی از یک طرف، و محرومیت بسیاری از قشرهای آسیب‌پذیر از چنین خدماتی و کمبود نیروهای متخصص از طرف دیگر باعث شده که در چند دهه اخیر متخصصین و سیاست‌گذاران به موضوع بهداشت روان توجه خاصی بنمایند. بروز آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از جنگ جهانی دوم، کارشناسان سازمان جهانی بهداشت (WHO) را متوجه اهمیت بهداشت روانی نمود. سه سال پس از پایان جنگ، در سال ۱۹۴۸، در اساس‌نامه این سازمان، سلامت یا آسایش روانی به عنوان جزئی از تعریف بهداشت مورد تأکید قرار گرفت (شاه محمدی، ۱۳۷۲). براساس تعریف ارائه شده، سلامت عبارت است از رفاه کامل و نه فقط فقدان بیماری، به عبارت دیگر سلامت تنها به سلامت جسمی محدود نشده و جنبه‌های روانی و اجتماعی زندگی افراد را نیز در بر می‌گیرد. بهداشت روان پایه و

بنیاد بهزیستی و عمل کرد موثر انسان‌ها و چیزی فراتر از عدم وجود اختلال روانی توصیف شده است. در سال ۱۹۶۱ سازمان جهانی بهداشت، آموزش اصول بهداشت روان به پزشکان عمومی، کارکنان بهداشت عمومی، متخصصین، پرستاران، ماماها، مددکاران و سایر کارکنان بهداشتی را مورد تأکید قرار داد (بواله‌ری و محیط، ۱۳۷۳). همچنین در کنفرانس بین منطقه‌ای مدیران مراکز آموزش بهداشت همگانی که در سال ۱۹۶۷ برگزار گردید، بر ضرورت گنجاندن بهداشت روان در آموزش‌های بهداشت همگانی تأکید شد (بواله‌ری و محیط، ۱۳۷۳).

در گردهمایی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۴ در ژنو، الگوی ارائه خدمات بهداشت روان در کشورهای در حال رشد مورد بررسی قرار گرفت و در این الگو، راهکارهایی برای گسترش خدمات بهداشت روان توسط سازمان جهانی بهداشت، ادغام خدمات بهداشت روان در برنامه‌های بهداشتی کشورها و راهکارهایی برای مقابله با الکلیسم و اعتیاد، و پیش‌گیری از خودکشی و عقب‌ماندگی ذهنی و مانند آن ارائه شد. در سال ۱۹۷۵، این سازمان برخی از اولویت‌های بهداشت روان را به شرح زیر اعلام نمود:

- الف) فوریت‌های روان‌پزشکی مانند خودکشی با شناسایی و درمان در سطح جامعه.
 - ب) اختلالات روان‌پریشی شدید یا مزمن، عقب‌ماندگی ذهنی و صرع با درمان و حمایت در سطح جامعه.
 - ج) مشکلات گروه‌های در معرض خطر، مانند آوارگان، سالمندان، دانشجویان، دانش‌آموزان و بیماران جسمی مزمن.
- در سال ۱۹۷۷، در گردهمایی سالانه سازمان جهانی بهداشت، هدف اصلی این سازمان و دولت‌ها در چند دهه بعد دستیابی همه مردم به سطح مناسبی از بهداشت اعلام شد و هشت جزء اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان شرط دستیابی به این هدف تعیین گردید و سال ۲۰۰۰، زمان رسیدن به این هدف قرار داده شد (عبه‌ری، ۱۳۷۷). در سال ۱۹۷۸،

در کنفرانس مشهور آلماتا، بیانیه‌ای توسط ۱۳۴ کشور از جمله ایران منتشر شد که در آن بر شعار "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" از طریق خدمات بهداشتی اولیه تأکید شده بود. شاید بتوان گفت که از مهم‌ترین دستاوردهای نیم قرن اخیر در زمینه بهداشت روان، ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده است. در چند دهه گذشته، فعالیت‌های گسترده‌ای در کشورهای مختلف جهان در راستای تحقق این مهم انجام گرفته است. به عنوان مثال، از سال ۱۹۷۶ در هند پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی ارائه خدمات بهداشت روان توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه با آموزش‌های کوتاه مدت به مرحله اجراء درآمد. نتایج این پژوهش و تحقیقات دیگر در کشورهای مختلف جهان نشان می‌دهد که ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بهبود وضعیت بهداشت روانی جوامع موثر می‌باشد (عبهری، ۱۳۷۷). ایران یکی از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی است که در زمینه برنامه‌های خدمات بهداشتی اولیه و برنامه‌های بهداشت روان پیش‌تاز بوده است (مورتی، ۱۳۸۱).

بررسی تاریخچه بهداشت روان در ایران می‌تواند اهمیت و ضرورت توجه بیشتر به مسئله بهداشت روان در کشور را روشن نموده و علاوه بر تبیین پیشرفت‌ها، مشکلات، کمبودها و نیازها، و الویت‌های فعلی بهداشت روانی جامعه را مشخص نماید.

(۱) تاریخچه بهداشت 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، بالاخص در سال‌های اخیر، برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران به عنوان الگویی برای سایر کشورهای منطقه پذیرفته شده است. به همین دلیل در چهل و چهارمین اجلاس سالانه وزرای بهداشت کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

در تهران در سال ۱۳۸۰، برنامه‌های بهداشت روان ایران به عنوان یکی از بهترین الگوهای موجود شناخته شد (شاه‌محمدی، ۱۳۸۱).

مورتی (۱۳۸۱) و یاسمی و همکاران (۱۳۸۲) تاریخچه پیشرفت و گسترش برنامه‌های بهداشت روان در ایران را به ۴ دوره زمانی تقسیم نموده‌اند:

الف) در دوره اول که تا سال‌های ۱۳۲۰ ادامه داشت، شرایط بسیار نامناسبی از نظر خدمات بهداشت روان وجود داشت. در این دوره در شهرهای تهران، همدان، 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 ۱۳۲۰ شروع و تا سال‌های ۱۳۵۰ ادامه داشت. در این دوره، فعالیت‌هایی در زمینه بهداشت روان انجام گرفت. به عنوان مثال، در سال ۱۳۳۶ پخش برنامه‌های روان‌شناسی و بهداشت روانی از رادیو ایران شروع شد و در سال ۱۳۳۸، اداره بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداشت تأسیس شد (میلانی فر، ۱۳۷۴). همچنین از دهه ۱۳۴۰ فعالیت‌های پژوهشی در زمینه همه‌گیرشناسی اختلالات روانی و برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات بهداشت روان در ایران آغاز شد (مورتی، ۱۳۸۱).

با تأسیس دانشکده پزشکی در کشور و معرفی روان‌پزشکی به عنوان شاخه‌ای از طب مدرن و ایجاد و گسترش دپارتمان‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی، بهبود قابل ملاحظه‌ای در ارائه خدمات در بیمارستان‌های روان‌پزشکی حاصل شد. در اوایل دهه ۱۳۴۰ آموزش دستیاری روان‌پزشکی در بیمارستان روزبه وابسته به دانشگاه تهران شروع شد و بعد از آن، برنامه‌های مشابهی در دانشگاه‌های شیراز، اصفهان، تبریز و مشهد به مرحله اجراء درآمد.

ج) در دوره سوم که از سال‌های ۱۳۵۰ شروع شد، تلاش‌هایی در جهت ارائه خدمات بهداشت روان جامعه‌نگر آغاز گردید. برنامه‌های این دوره شامل ارائه خدمات جامعه

بهداشت روان، ایجاد بیمارستان‌ها و مراکز جدید روان‌پزشکی در استان‌های مختلف و انجام پژوهش‌های همه‌گیرشناسی بود (مورتی، ۱۳۸۱). در سال ۱۳۵۰ اداره بهداشت روان به اداره کل تبدیل شد. ولی بعد از دو سال مجدداً تحت نظارت اداره کل خدمات بهداشتی قرار گرفت. اولین دوره بازآموزی پزشکان عمومی تهران و شهرستان‌ها در سال ۱۳۵۴ به مدت یک ماه در مرکز بهداشت روان تهران و مرکز روان‌پزشکی رازی به مدت یک ماه انجام گرفت. موفقیت این برنامه باعث شد که در سال ۱۳۵۵ دو دوره بازآموزی برای پزشکان عمومی، متخصصین رشته‌های مختلف، پرستاران، لیسانسیه‌های مامایی برگزار شود. در همان سال پس از ادغام دو وزارت بهداشتی و رفاه اجتماعی، بیمارستان‌های روانی و مراکز وابسته، به انجمن توان‌بخشی وابسته به وزارت بهداشتی و بهزیستی واگذار شد. از همان سال مراکز جامع روان‌پزشکی منطقه‌ای در نقاط مختلف تهران تأسیس شد (میلانی فر، ۱۳۷۴).

د) چهارمین دوره از مهر ماه ۱۳۶۵، زمانی که برنامه کشوری بهداشت روان تدوین و مورد تأیید دولت قرار گرفت شروع شد. در این سال، برنامه کشوری بهداشت روان ایران توسط کمیته‌ای متشکل از کارشناسان و متخصصان بهداشت روان کشور و مشاور وقت بهداشت روان منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت تدوین و در سال ۱۳۶۷ پس از تصویب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مرحله اجرا گذاشته شد. اولین مرحله آزمایشی این طرح در سال ۱۳۶۷ در شهر کرد و شهرضا به اجرا درآمد. هدف این برنامه آزمایشی بررسی اثربخشی ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود. نتایج این برنامه آزمایشی اثربخشی این برنامه را نشان داد (شاه‌محمدی، ۱۳۷۲؛ حسن‌زاده، ۱۳۷۱). موفقیت چشم‌گیر طرح آزمایشی منجر به گسترش فعالیت‌ها در این زمینه شد. در سال ۱۳۷۰، این طرح در منطقه هشتگرد نیز به اجرا درآمد، که نتایج آن اثربخشی و کارایی ارائه خدمات بهداشت روان به عنوان بخشی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه را مورد

تأیید قرار داد (بوالهروی و محیط، ۱۳۷۴).

۲) دستاوردها

موفقیت طرح‌های آزمایشی موجب توجه بیشتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سیاست‌گذاران کشور به امر بهداشت روان شد. گسترش برنامه‌های بهداشت روان در مناطق روستایی از دستاوردهای این برنامه‌های آزمایشی بود. علاوه بر این، تلاش‌های انجام گرفته نتایج بسیار مهمی در پی داشتند که مورتی (۱۳۸۱) به شرح زیر به آن‌ها اشاره نموده است:

الف) ایجاد واحد بهداشت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ب) تشکیل کمیته کشوری بهداشت روان.

ج) مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی در برنامه کشوری بهداشت روان.

د) اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه.

هـ) آماده نمودن متون آموزشی برای بهورزان، پزشکان و ایجاد نظام گزارش دهی و آموزش کلیه پرسنل بهداشتی.

و) برگزاری مراسم هفته بهداشت روان در پایان مهر ماه هر سال.

ز) برگزاری کارگاه‌های آموزشی بازنگری برنامه کشوری بهداشت روان.

ح) ارزش‌یابی مستقل بین‌المللی از برنامه در سال ۱۳۷۴.

ط) برگزاری سمینارها و کنفرانس‌های گوناگون.

ی) آموزش همگانی بهداشت روان از طریق رسانه‌های گروهی و دیگر نهادها.

ک) ایجاد بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی.

ل) برنامه بهداشت روان شهری و مدارس.

در نتیجه تلاش‌های مستمر، تا پایان سال ۱۳۷۴، حدود ۶ میلیون نفر تحت پوشش قرار

گرفتند که ۴ میلیون نفر روستایی بودند. میزان جمعیت تحت پوشش در سال ۱۳۷۶ به ۱۰ میلیون نفر رسید. به گزارش یاسمی و همکاران (۱۳۸۱)، از کل جمعیت کشور، ۳۰/۱ درصد (۶۳ در صد از جمعیت روستانشین و ۱۰/۸ در صد جمعیت شهرنشین) تحت پوشش طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه قرار دارند.

علاوه بر اجرای طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه، پیشرفت‌های قابل توجهی نیز در حوزه‌های دیگر خدمات بهداشت روان در ایران انجام گرفته است که در ذیل به طور خلاصه به آن‌ها اشاره می‌شود.

در زمینه پیش‌گیری و درمان اعتیاد، در سال‌های اخیر اقدامات مؤثری انجام گرفته که مهم‌ترین آن‌ها تلاش در جهت جرم‌زدائی از پدیده اعتیاد، ایجاد مراکز ترک اعتیاد، و تدوین برنامه‌های مختلف سم‌زدائی و ترک، ایجاد چند کلینیک متادون، و اجرای طرح‌های کاهش آسیب بوده است. اما با توجه به شیوع نسبتاً بالای سوء مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن که می‌تواند عواقب بسیار زیان‌باری را در پی داشته باشد، از جمله انتقال بیماری‌های خطرناکی مانند HIV/AIDS، بالا رفتن میزان جرم و جنایت، افزایش رفتارهای پرخطر، از هم پاشیدن خانواده‌ها، و آسیب‌های دیگر اجتماعی، لزوم توجه بیشتر به این معضل اجتماعی کاملاً احساس می‌شود.

در زمینه بهداشت روان در بلایای طبیعی نیز با توجه به قرار گرفتن ایران در معرض زمین لرزه و سیل، در سال‌های اخیر برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات قابل ملاحظه‌ای انجام گرفته است، به‌عنوان مثال، برنامه ملی مداخلات بهداشت روان در بلایای طبیعی تدوین شده و متون آموزشی نیز تهیه شده است (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲). در زلزله بم، امدادگران مطابق این متون آموزش دیده و در جهت امدادسانی به زلزله زدگان اعزام می‌شدند. در حال حاضر نیز خدمات بهداشت روان تحت نظارت اداره بهداشت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مردم بم ارائه می‌شود.

در سال‌های اخیر، توجه بیشتری به بهداشت روان کودکان و نوجوانان شده است. در این زمینه می‌توان به اجرای برنامه‌های بهداشت روان مدارس اشاره نمود که از حدود سال ۱۳۷۶ با اجراء یک پیش طرح در دماوند شروع شد. نتایج این پیش طرح نشان داد که چنین برنامه‌هایی می‌توانند در ارتقاء بهداشت روان دانش آموزان موثر باشند (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲).

۳) نیازها و چالش‌ها

هرچند توسعه طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه منجر به بهبود ارائه خدمات بهداشت روان، بالاخص در مناطق روستایی شده است و تعداد قابل توجهی از جمعیت کشور تحت پوشش قرار گرفته‌اند، اما هنوز درصد نسبتاً بالایی از جمعیت روستایی (۳۷ درصد) و هم‌چنین شهرنشین (۸۹/۲ درصد) تحت پوشش قرار ندارند (یاسمی و همکاران، ۲۰۰۱). این امر لزوم تداوم تلاش‌ها جهت ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه را خاطر نشان می‌سازد. علاوه بر این، علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشت روان، ضعف‌ها و کاستی‌های بسیاری نیز وجود دارند که در جهت رفع آن‌ها، ارتقاء برنامه‌های موجود و تعیین نیازها و اولویت‌ها لازم است پژوهش‌های علمی و ارزیابی‌های دقیق میدانی بیشتری انجام گیرد.

نگاهی به گذشته و حال نشان می‌دهد چالش‌هایی را در پیش رو داریم که تلاش‌های جدی و مستمر، عزم ملی و مشارکت گسترده مردم، سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی را می‌طلبند. این چالش‌ها را می‌توان به شرح زیر خلاصه نمود:

الف) لزوم تداوم گسترش و توسعه طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بطوری که کل جمعیت کشور تحت پوشش این خدمات قرار بگیرند. همان‌طور که اشاره شد، درصد بالایی از جمعیت کشور هنوز تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روان

در نظام بهداشت اولیه قرار ندارند.

ب) تلاش در جهت ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بهداشت روان به جمعیت‌های تحت پوشش. هرچند ادغام برنامه‌های بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه در تشخیص و درمان مشکلات روان‌پزشکی بسیار موفقیت‌آمیز بوده است، اما کیفیت برنامه‌ها در حد مورد انتظار نبوده و ضروری است که جهت تقویت کیفیت خدمات، برنامه‌ریزی‌های مدون، از جمله تدوین برنامه‌های بازآموزی مراقبین بهداشتی اولیه و کارکنان در سطوح مختلف، پیش‌بینی خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناختی در مراکز پزشکی عمومی و ایجاد یک سیستم ارتباط کاری بین نظام بهداشت اولیه و بخش خصوصی، انجام گیرد (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲).

ج) ارتقاء بهداشت روان جامعه و بهبود کیفیت زندگی اقشار مختلف جامعه، در طرح اصلی برنامه کشوری بهداشت روان بر ارتقاء بهداشت روان در سطح جامعه تاکید شده است، اما برنامه‌های بهداشت روان در چند سال گذشته بیشتر بر تشخیص و درمان اختلالات روانی متمرکز بوده است. البته در طی این سال‌ها، تلاش‌هایی در جهت ارتقاء بهداشت روان در سطح جامعه انجام گرفته است، از جمله تعیین آخرین هفته مهرماه به‌عنوان «هفته بهداشت روان» که در طی آن گردهمائی‌ها، سمینارهای بهداشت روان و جلسات آموزشی متعددی برگزار می‌شود و در رسانه‌های جمعی نیز موضوعات مرتبط با بهداشت روان مطرح می‌شود. اما همان‌گونه که یاسمی و همکاران (۱۳۸۲) تاکید نموده‌اند، این فعالیت‌ها باید در جهت اهداف مشخص‌تری شکل داده شده و دربرگیرنده کل جامعه و به ویژه گروه‌های در معرض خطر باشند.

د) گسترش و توسعه برنامه‌های بهداشت روان برای کودکان و نوجوانان.

ه) خدمات بهداشت روان در بلایای طبیعی، همان‌گونه که اشاره شد در این زمینه فعالیت‌هایی صورت گرفته است، اما تجربه بـم نشان داد که برنامه‌ریزی‌های گسترده‌تری

باید انجام بگیرد. ارزیابی‌های مستقل و دقیق از وضعیت موجود، نیازها و اولویت‌ها، خدمات ارائه شده و اثربخشی آن‌ها می‌تواند در جهت بهبود و ارتقاء برنامه‌های ملی خدمات بهداشت روان در بلایای طبیعی و بحران‌ها بسیار سودمند باشند.

و) پیش‌گیری و درمان اعتیاد، در چند سال اخیر برنامه‌های پیش‌گیری و درمان اعتیاد رو به گسترش بوده است، اما به نظر می‌رسد که شیوع اعتیاد نه تنها کاهش نیافته، بلکه در حال افزایش می‌باشد. مواد جدید و خطرناک‌تر (از قبیل کوکائین و اکستسی) در دسترس نوجوانان و جوانان قرار گرفته‌اند که اگر این روند ادامه یابد جامعه با مشکلات و آسیب‌های اجتماعی شدیدتر و گسترده‌تری مواجه خواهد شد. خطر ابتلا به HIV و انتقال آن به افراد دیگر از مشکلات اساسی بهداشتی و روان‌شناختی برای جامعه می‌باشد که به نظر هم می‌رسد تعداد افرادی که به HIV مبتلا می‌شوند در حال افزایش است. توسعه برنامه‌های پیش‌گیری و ترک اعتیاد، و ارزیابی مستقل جهت بررسی اثربخشی برنامه‌های موجود می‌تواند قدم‌های مؤثری در راستای بهبود وضعیت اعتیاد در کشور باشد. ادغام برنامه‌های پیش‌گیری و درمان اعتیاد در مراقبت‌های اولیه بهداشت نیز در جهت مقابله با این معضل ضروری است.

ز) تدوین قانون جامع بهداشت روان، در حال حاضر در ایران قانونی مدون و جامع در ارتباط با بهداشت روان وجود ندارد. تدوین یک قانون جامع بهداشت روان در راستای حفظ حقوق و حرمت بیماران، مراجعین، و هم‌چنین متخصصان بهداشت روان، تعریف و تبیین مسئولیت‌ها، از الویت بالائی برخوردار می‌باشد.

ح) اختصاص بودجه لازم برای برنامه‌های بهداشت روان، تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات روانی مسئول ۱۱ درصد از بار مالی و فشار تحمیل شده به وسیله بیماری‌ها در جهان است، اما در اکثر کشورهای جهان کم‌تر از ۲ درصد از منابع مالی بخش بهداشت به این بیماری‌ها اختصاص داده می‌شود (محیط، ۱۳۸۱).

ط) تغییر نگرش و افزایش آگاهی مردم و متخصصان نسبت به مقوله‌های بهداشت روان، پیش‌گیری از آسیب‌های اجتماعی، پیش‌گیری از آزارهای جسمی، جنسی و عاطفی کودکان، پیش‌گیری از خشونت علیه زنان و پیش‌گیری از خودکشی، نیز از جمله برنامه‌هایی هستند که در حال اجرا می‌باشند، اما آن‌ها نیز جامع و گسترده نبوده و ضروری است که با ارزیابی‌های دقیق و جامع در جهت برطرف کردن ضعف‌ها و تقویت نقاط قوت آن‌ها برنامه‌ریزی نمود.

۴) اولویت بندی برنامه‌های بهداشت روان

اولویت‌بندی نیازهای بهداشت روان در هر جامعه متأثر از شرایط و وضعیت اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، و فرهنگی آن جامعه می‌باشد که می‌تواند تحت تاثیر عوامل گوناگون و تغییر و تحولات در سطح جهان دست‌خوش تغییر گردند. این امر ضرورت بازنگری دوره‌ای برنامه‌های بهداشت روان در سطح ملی و منطقه‌ای را مطرح می‌سازد. در ایران نیز در چند سال اخیر، ضرورت بازبینی و تجدید نظر در برنامه کشوری بهداشت روان از طرف متخصصان و مسئولان بهداشت روان کشور مطرح شده است. همان‌طور که شاه محمدی (۱۳۸۱) و یاسمی و همکاران (۱۳۸۲) تأکید نموده‌اند، در جامعه‌ای با تغییر و تحولات سریع، اولویت‌ها و خط‌مشی‌هایی که در سال‌های گذشته با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نیازهای آن زمان جامعه تدوین شده برای زمان حال کارآئی مورد انتظار را نخواهند داشت. لذا ضروری است که برنامه‌های کشوری بهداشت روان به طور منظم با توجه به تغییر و تحولات جامعه مورد بازنگری قرار بگیرند. این بازنگری‌ها می‌باید بر اساس نتایج ارزیابی برنامه‌های موجود، بررسی وضعیت جامعه، سنجش نیازهای جامعه، پیش‌بینی شرایط و نیازهای احتمالی در آینده و با در نظر گرفتن امکانات و منابع در دسترس انجام پذیرد.

(۵) نتیجه‌گیری

با توجه به وسعت و پیچیدگی مسائل بهداشت روان در جامعه و نیاز روزافزون مردم به خدمات بهداشت روان، به نظر می‌رسد که ساختار تشکیلاتی فعلی سیستم بهداشت روان جواب‌گو نباشد. لذا شاید زمان آن فرارسیده باشد که مسئولان و متولیان بهداشت روان کشور در مورد ساختار تشکیلاتی سیستم بهداشت روان نیز بازنگری انجام دهند. در بعضی از کشورهای پیشرفته، موسسه ملی بهداشت روان با بودجه‌ای مستقل همراه با نیروی انسانی متخصص و کارآمد کافی و گستردگی متناسب با شرایط و نیازهای جامعه و امکانات و منابع در دسترس ایجاد شده که با بهره‌گیری از توان علمی و پژوهشی دانشگاه‌ها و انجمن‌های علمی، هدایت، هماهنگی و حمایت از فعالیت‌های پژوهشی، آموزشی، اجرایی، سیاست‌گذاری و اولویت‌بندی برنامه‌های بهداشت روان در آن کشورها را به عهده دارد. در این موسسه‌های ملی، دیپارتمان‌ها و کمیته‌های تخصصی مختلفی وجود دارند که به‌طور هماهنگ در حوزه‌های مختلف مرتبط با بهداشت روان فعالیت می‌نمایند. ایجاد چنین موسسه‌ای در ایران نیز می‌تواند به توسعه و گسترش هر چه بیشتر برنامه‌های بهداشت روان و حرکت به سوی جامعه سالم را تسهیل نماید.

در پایان، لازم به ذکر است که هر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در حیطه بهداشت روان باید مبتنی بر یافته‌های پژوهشی در زمینه‌های همه‌گیرشناسی اختلالات روانی و مشکلات رفتاری، نیازسنجی جامعه، و ارزیابی برنامه‌های موجود از نقطه‌نظر کارآیی، هزینه - منفعت و هزینه - اثربخشی باشد. علاوه بر این، توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی برای موفقیت هر نوع برنامه پیش‌گیری، مداخله‌ای و توان‌بخشی ضروری خواهد بود. لذا تقویت و ارتقاء تحقیقات و پژوهش‌های علمی در زمینه‌های مرتبط با بهداشت روان از اهمیت و ضرورت بسیار بالایی برخوردار است. از این جهت اختصاص یافتن این شماره از مجله به موضوع بهداشت روان در راستای تاکید بر این مهم می‌باشد.

۱. امیددی، عبدا...؛ طباطبائی، اعظم؛ سازور، سید علی؛ و عکاشه، گودرز (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان.. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۴.
۲. بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۳). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، گزارش منتشر نشده.
۳. بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۴). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه. هشترده ۷۲-۱۳۷۰. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۲.
۴. حسن زاده، سید مهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام ارائه خدمات اولیه بهداشتی در شبکه شهرضا. دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰.
۵. داویدیان، هاراطون (۱۳۸۱). به سوی بهداشت روان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره ۲۸، ص ۶۵-۶۳.
۶. شاه محمدی، داوود (۱۳۷۲). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاهای شهر کرد. گزارش منتشر نشده.
۷. شاه محمدی، داوود (۱۳۸۱). ضرورت تجدید نظر در برنامه کشوری بهداشت روان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره ۲۸، ص ۴۰-۳۹.
۸. عبهری، محمد (۱۳۷۷). گزارش توصیفی خدمات بهداشت روانی و ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در منطقه ساوجبلاغ. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۱۵، ص ۴۱-۲۹.
۹. محمدی، محمد رضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ نقوی، حمید رضا؛ پوراعتماد، حمید رضا؛ امینی، همایون؛ رستمی، محمد رضا؛ خلیج آبادی فراهانی، فریده؛ و مسگر پور بیتا (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در استان تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۲، ۱۳-۴.
۱۰. محیط، احمد (۱۳۸۱). فرصت‌ها و موانع برنامه‌ریزی برای بهبود بهداشت روان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره ۲۸، ص ۲۹-۲۵.
۱۱. مورتی، آر. سرینواسا (۱۳۸۱). برنامه بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران. (ترجمه داوود شاه محمدی، سید عباس باقر یزدی و هوشمند لایقی). فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره ۲۸، ص ۲۴-۱۴.
۱۲. میلانی فر، بهروز (۱۳۷۴). بهداشت روانی، چاپ چهارم. تهران: نشر قومس.

۱۳. نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ و باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۸). **بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران**. مجله پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره چهارم.
۱۴. یاسمی، محمد تقی؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داوود؛ رزاقی، عمران محمد؛ باقری یزدی، سید عباس؛ بینا، مهدی؛ لایقی، هوشمند؛ محیط، احمد (۱۳۸۲). **بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران، دستاوردها و نیازها (بخش اول)**. (ترجمه ن. مهدوی). فصلنامه بهداشت روان، شماره ۳.
۱۵. یاسمی، محمد تقی؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داوود؛ رزاقی، عمران محمد؛ باقری یزدی، سید عباس؛ بینا، مهدی؛ لایقی، هوشمند؛ و محیط، احمد (۱۳۸۲). **بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران، دستاوردها و نیازها (بخش دوم)**. (ترجمه ن. مهدوی). فصلنامه بهداشت روان، شماره ۴.
16. Stephens, T. & Jonbert, N. (2001). **"The economic burden of mental health problems in Canada"**. Chronic Disease in Canada, Vol. 22 No. 1.
17. World Health Organization. (1996). **"Public Mental Health: Guideline for the elaboration and management of National Mental Health programmes"**. Geneva, WHO.
18. World Health Organization. (2001). **"The World Health Report 2001 Mental Health"**: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO.