



فرصت‌ها و موانع برنامه‌ریزی برای بهبود بهداشت روان

دکتر احمد محیط*

مقدمه

از سالهای میانی سده حاضر تاکنون حضور هم‌زمان چند عامل مانند پیشرفت‌های علمی، اقتصادی - اجتماعی و فناوری، رویکرد به مسئله بهداشت روان را دگرگون کرده است. برای نمونه می‌توان از "ارائه تعریفی دقیق‌تر و کل‌نگرتر از بهداشت روان"، "نوآوری‌های نوین علمی در زمینه علت‌شناسی و درمان اختلالات روانپزشکی" و "امکان بازگرداندن شمار در خور توجهی از بیماران به خانه و جامعه" را نام برد. یکی از آثار مهم این دگرگونی ایجاد هماهنگی بیشتر میان خدمات بهداشت روانی و بهداشت عمومی بوده و ادغام بهداشت روان در خدمات بهداشت عمومی دستاورد این هماهنگی است. هدف بیشتر برنامه‌های ملی بهداشت روان که در همکاری میان کشورهای عضو و سازمان جهانی بهداشت ایجاد شده، به نوعی، ایجاد سامانه‌هایی برای تحقق بخشیدن به این ادغام است. این برنامه‌ها که به ویژه در دهه گذشته در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت آزموده شده‌اند از فرصتهایی برخوردار بوده و موانعی نیز رویاروی آنها قرار داشته است. از این روی پیشرفت یا شکست این

برنامه‌ها در آینده در گرو شناخت درست این فرصتها و موانع و اندیشیدن به راههای درست برخورد با آنها است.

الف - فرصتها و امکانات:

۱- آگاهی بیشتر به اهمیت مسائل بهداشت روان: پژوهشهای انجام شده در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه نشان‌دهنده آن است که مسائل بهداشت روان از دیدگاههای گوناگون بیش از آنچه که در گذشته گمان می‌رفت اهمیت دارند. بخشی از این بررسیها جهت یافتن بیماران روانپزشکی که به مراکز پزشکی و تخصصی غیر از روانپزشکی مراجعه می‌کنند، صورت گرفته است. بررسیهای همه‌گیرشناسی در مورد بیماریهای روانی نیز نشان‌دهنده شیوع این بیماریها به میزانی بیش از برآوردهای پیشین است. موارد زیر نمونه‌هایی از این بررسیها است:

- بررسیهای مربوط به بیماریهای روانی در کار روزانه پزشکان عمومی که عمده‌ترین آنها به وسیله گلدبرگ^(۱)، سارتوریوس^(۲) و استون^(۳) صورت‌گرفته است.
- بررسی پیش‌تاز بین‌المللی اسکیزوفرنی (IPSS)^(۴) که

* مستشار بهداشت روانی منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت متن سخنرانی در مراسم گشایش مرکز، ۱۲ خرداد ۱۳۷۷

1-Goldberg

2-Sartorius

3-Ustun

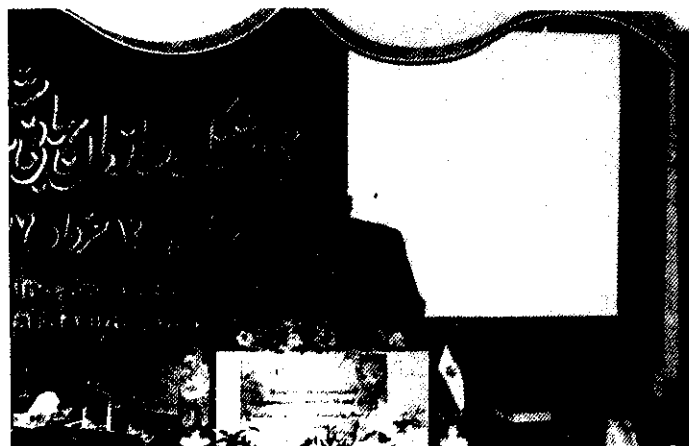
4- International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS)

مانند زنان و کودکان صورت گرفته وجود درصد بالایی از نیازهای ناشناخته^(۵) را در آنها نشان می‌دهد.

- پژوهشهای گسترده انجام شده در مورد اثر استرس در علت شناسی گروهی از بیماریهای بدنی همه روزه شواهد تازه‌ای را در این زمینه مطرح می‌کند. بررسیهای روان، پی-ایمن شناختی^(۶) که هر روز مجهز به فناوری ظریف‌تر و قابل استفاده‌تر می‌شود به

بوسیله یک گروه برجسته زیر نظر جابلینسکی^(۱) در سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته و به روشنی نشان داده است که اسکیزوفرنیا در همه نژادها و اقوام وجود دارد و میزان آن بیش از برآورد پیشین است.

- بررسی بسیار معروف "فشار کلی تحمیل شده از سوی بیماریها" (GBD)^(۲) اخیراً به وسیله دانشگاه هاروارد، سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی صورت گرفته



دکتر احمد محیط

Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۲۶

شکلی فزاینده، واقعی بودن این آثار را تأیید می‌کنند. در این میان تأثیر استرس بر بیماریهای قلبی - عروقی، بیماری قند، بیماریهای پوستی و برخی از انواع بیماریهای بدخیم شایان توجه است.

۲- ایجاد سامانه‌های بهتر توزیع خدمات:

در سالهای اخیر نوآوریهای بسیاری در زمینه ارائه خدمات بهداشت روان صورت گرفته است که موفقیتهای بهتری را در دسترس مجریان برنامه‌های ملی بهداشت روان قرار می‌دهد. برخی از این نوآوریها عبارتند از:

- جنبش "مراکز جامع روانپزشکی"^(۷): ویژگی این جنبش ایجاد مراکز جامع خدماتی برای پیشگیری، تشخیص،

است. این نخستین بررسی مفصل همه‌گیرشناسی است که معیار آن مرگ و میر نیست بلکه به مجموعه اثر یک بیماری بر فرد، خانواده و جامعه توجه دارد. در این بررسی آنچه سنجیده شده عمر مفید از دست رفته به علت بیماری است. خواه این عمر از دست رفته به علت مرگ زودرس و کوتاه شدن عمر طبیعی باشد و خواه به سبب سالهای از دست رفته به سبب ناتوانی حاصل از بیماری (DALY)^(۳) باشد. برپایه این پژوهش نشان داده شده است که بیماریهای روانی روی هم رفته ۱۱٪ جمع فشار تحمیل شده از کل بیماریها را تشکیل می‌دهند. همچنین ثابت شده که افسردگی عمده^(۴) به تنهایی در حال حاضر از نظر ایجاد GBD در مقام چهارم اهمیت قرار دارد و در سال ۲۰۲۰ در مقام دوم خواهد بود.

- بررسیهای بسیاری که در مورد گروه‌های آسیب پذیر

1-Jablinsky 2-global burden of disease
3-disability adjusted life years
4-major deprssion 5-unfelt need
6-Psycho-Neuro-Immunological
7-Community Mental Health Centers

درمان و توانبخشی بیماران و جایگزین نمودن این مراکز با بیمارستانهای بزرگ روانپزشکی است.

● ادغام بهداشت روان در خدمات بهداشتی اولیه که در آن از امکانات بهداشت عمومی برای ارائه خدمات بهداشت روان استفاده می‌شود. پایه اصلی این روش بر سطح بندی دقیق وظایف و یک سامانه ارجاع کارآمد استوار است. برنامه ملی بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران بر پایه چنین سامانه‌ای قرار دارد.

● بهداشت روان مدارس که در آن بر استفاده از مجموعه کلی مدارس نه فقط برای دریافت خدمات بهداشت روان بلکه برای ارائه آنها تأکید می‌شود. از مدارس می‌توان به ویژه برای اشاعه بهداشت روان مثبت^(۱) استفاده کرد.

● روشهای نوآورانه در ارائه خدمات بهداشت روان برای مناطق شهری که از آن جمله می‌توان از ادغام بهداشت روان در پروژه‌های شهر سالم نام برد.

● در سالهای اخیر کارگروهی^(۲) در روانپزشکی و بهداشت روان مورد توجه بیشتر قرار گرفته است. استفاده از کارگروهی سبب کاهش مدت بیماری، کم شدن طول مدت بستری، ایجاد امکان بیشتر برای حمایت از بیماران می‌شود.

● ایجاد بخشهای روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی از عمده‌ترین تحولات ایجاد شده در ارائه خدمات روانپزشکی و بهداشت روان در دهه‌های اخیر است. از جمله مزایای بسیار زیاد چنین تحولی کاهش واکنش منفی و برچسب زدن به بیماران^(۳) است. خوشبختانه بخشنامه اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد اختصاص ۱۰ درصد از تختهای بیمارستانهای عمومی به روانپزشکی، شانس نهادهای این امر در جمهوری اسلامی را فراهم می‌کند.

● ایجاد امکانات مداخله در بحران^(۴) که افزون بر کمک به بیماران در شرایط بحران سبب صرفه‌جویی در وقت و نیروی انسانی می‌شود.

۳- بهبودی آگاهی و نگرش و افزایش تقاضا برای زندگی با کیفیت بهتر:

● نتایج آزمونهای آگاهی و نگرش در بسیاری از کشورها نشان دهنده افزایش نسبی این دو در شرایط گوناگون در کشورهای مختلف است.

● پژوهشهای انجام شده با بکار بردن آزمونی به نام "آزمون کیفیت زندگی" که بوسیله سازمان جهانی بهداشت تدوین شده (WHOQOL)^(۵) نشان دهنده تقاضای مردم در سراسر جهان برای کیفیت بهتر زندگی است که بر پایه زندگی کم دغدغه‌تر، شادتر و آرام‌تر قرار دارد.

● به سبب آگاهی بیشتر مردم در مورد مسائل یاد شده تقاضای آنها برای خدمات بهداشت روان افزایش یافته و این امر سبب آگاهی بیشتر مسئولین به نیاز به خدمات می‌شود.

● مجموعه این آگاهی‌ها در مواردی از برداشته‌های نادرست در مورد بیماری و بیماران روانی کاسته است.

۴- در دو دهه اخیر تحولاتی چند در زمینه علوم و روش‌شناسی، به تدریج اتکاء مطلق بر دانش کلاسیک پاسکالی - نیوتنی را زیر سؤال برده است. اکتشافات فیزیک کوانتومی، سیناپس، سامانه‌های اطلاعاتی و همچنین نوآوریهای روش‌شناختی چون نظریه عمومی سامانه‌ها^(۶) از این دست هستند. پزشکی به طور عام و روانپزشکی بطور خاص از این امر متأثر شده‌اند و این تأثیر منجر به احساس نیاز برای ایجاد روشهای نوین رویارویی با مشکلات شده است:

1-Mental Health Promotion

2-team work

3-stigma

4-crisis intervention

5-WHO Quality of Life Instrument

6-General System Theory

- پزشکی کل نگر^(۱) امروزه در تمامی رشته‌ها و مشکلات پزشکی مطرح است. به کار بردن روشهای معطوف به مشکل^(۲) و یا بررسی تأثیر عوامل ظاهراً غیر فیزیکی در درمان از این قبیل‌اند.
- در روانپزشکی نگاه کلی نگر در شکل ساده خود به جسمی - روانی - اجتماعی تعبیر شده اما این مفهوم جا برای گسترش بیشتر دارد. کل انسانی در سلامت و بیماری دارای ابعاد تاریخی، اسطوره‌ای و روحانی نیز هست.
- بسیاری از بررسیهای اخیر پیرامون دانشهای عصبی و به ویژه سیناپس، درستی رویکرد کل نگر را تأیید نموده‌اند.
- رویکرد کل نگر راه را برای بررسی عواملی چون فرهنگ و مسائل انسان شناختی بر بیماری باز می‌کند.

- ۵- مهیا شدن درمانها و دخالت‌های مؤثرتر امری شناخته شده است. نمونه‌هایی از این روشهای مناسب‌تر عبارتند از:
 - ایجاد خدماتی که ریشه در جامعه دارند.
 - در نظر گرفتن تخت‌های روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی
 - ادغام بهداشت روان در خدمات بهداشتی
 - دسترسی به داروهای جدید
 - به کار گرفتن روشهای مؤثرتر و ساده‌تر روان درمانی

ب- موانع

- موانع بسیاری نیز بر سر راه رشد موزون برنامه‌های ملی بهداشت روان وجود دارد که متأسفانه در بسیاری موارد سبب کندی و یا حتی توقف این برنامه‌ها شده‌اند. عمده‌ترین این موانع عبارتند از:

- ۱- افسانه‌ها، برچسب زدن و نگرش منفی عامه مردم: نمونه‌هایی از این مانع بزرگ عبارتند از اعتقادات زیر:
 - بیماریهای روانی درمان ناپذیرند.
 - بیماران روانی خطرناکند.

- درمان بیماریهای روانی تجملی هستند و جزء نیازهای با اولویت بالا نیستند.
- بیماران روانی قادر به ایفای هیچ نوع نقش مفید اجتماعی نیستند.
- بیماری روانی، عقب ماندگی ذهنی و دمانس یکی است.
- همه بیماریهای روانی دلایل ماوراء طبیعی دارند.

۲- نگرش و آگاهی رده‌های مختلف شغلی

- کسانی که در موضع تصمیم‌گیری هستند و افسران ارشد بهداشتی بیشتر به آمار معطوف به مرگ و میر عادت دارند، باید زیر بار تقاضاها و اولویتهای بسیار تصمیم بگیرند و در بسیاری موارد آموزش خاص نداشته‌اند.
- بیشتر پزشکان آموزش مناسب در زمینه بهداشت روانی ندیده‌اند، نگرش دانشکده‌های پزشکی نسبت به مسائل بهداشت روان بسیار منفی است، آموزش پزشکی در بسیاری موارد تجزیه‌گر^(۳) است و کل انسانی را در نظر ندارد.
- روانپزشکان ممکن است دچار این توهم باشند که همه چیز را می‌دانند. بسیاری از آنها معتقد هستند که مسایل روانپزشکی و بهداشت روان را افراد دیگر نمی‌توانند بفهمند و در برخی موارد علاقه‌ای به کار تیمی ندارند. در بسیاری موارد وابسته به مؤسساتی می‌شوند که سالهای بسیاری از عمر آنها را جذب کرده‌اند.
- سایر کارکنان بهداشت روان ممکن است رویاروی درمانهای پزشکی موضع بگیرند و اعتماد بیمار و خانواده را سلب کنند. در بسیاری موارد به سبب عدم استفاده از دانش آنها بوسیله روانپزشکان، دچار افت اعتماد به نفس می‌شوند و بالاخره وابسته به مؤسسات روانپزشکی مزمن می‌شوند.

۳- مسائل مالی و قانونی:

- بررسی معروف GBD نشان داده است که اختلالات

ج- چه باید کرد؟

به نظر می‌رسد گام‌های زیر بخشی از فعالیت‌هایی باشد

که برای بهبود شرایط یاد شده ضروری است:

- تلاش در بالابردن آگاهی عمومی از طریق رسانه‌های گروهی.
- تلاش جدی و ایجاد پشتوانه قانونی برای تعدیل مواد درسی سطوح مختلف در جهت مفیدتر کردن خدمات آنها.
- آموزش پزشکان عمومی و متخصصان سایر رشته‌ها و کارکنان بهداشتی سطوح مختلف.
- تهیه مواد آموزشی توجیهی برای گروه‌های مختلف.

روانی مسئول ۱۱ درصد از فشار تحمیل شده بوسیله بیماریها در جهان هستند. در کمتر کشوری از جهان حتی ۲ درصد از منابع مالی بخش بهداشت به این بیماریها اختصاص دارد.

● بخش بزرگی از بودجه ناچیز بهداشت روانی کشورها جذب بیمارستانهای بزرگ می‌شود.

● بیشتر کشورهای در حال توسعه یا قانون بهداشت روانی^(۱) ندارند و اگر دارند از روی قوانین کشورهای غربی نوشته شده و مناسب با شرایط آنها نیست و از این رو در این کشورها کاربرد ندارد.

1- Mental Health Act