



برنامه بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران

آر. سرینیواسا مورتی^(۱)

برگردان: شادروان دکتر داود شاه محمدی*، سید عباس باقری یزدی**، شادروان هوشمند لایقی***

با اولویت دادن به ارائه خدمات پیشگیری نسبت به درمان بوده و توجه بیشتری به موارد زیر شده است.

- کاهش رشد جمعیت با بکارگیری شیوه‌های مختلف تنظیم خانواده.
- کنترل اسهال.
- کنترل بیماریهای تنفسی و بیماریهای ناشی از کمبود ید.
- ادغام بهداشت روان، سل، جذام و مالاریا در برنامه‌های نظام شبکه بهداشتی.
- آموزش پزشکی جامعه نگر.
- افزایش سطح پوشش ایمن‌سازی به منظور کاهش مرگ و میر کودکان و مادران.
- افزایش مشارکت جامعه.
- افزایش بهسازی محیط و تأمین آب سالم بهداشتی برای مناطق روستایی و گسترش شبکه‌های بهداشتی با ایجاد تخت‌های بیمارستانی در شهرستانهای مختلف.
- همچنین سیاستهای نوینی در راستای ایمن‌سازی مادران، نه تنها زنان باردار بلکه زنان در سنین باروری در

کشور جمهوری اسلامی ایران با مساحت ۱/۶۴۸/۰۰۰ کیلومتر مربع کشوری است پهناور که نه تنها از نقطه نظر قومیت بلکه از نظر آب و هوا و وضعیت جغرافیایی دارای تنوع بسیار زیادی است. بر پایه سرشماری عمومی نفوس و مسکن رسمی سال ۱۳۷۰، جمعیت کشور ۵۹/۶ میلیون نفر گزارش گردید. جمعیت آن نسبتاً جوان و ۴۵/۳٪ آنها زیر ۱۵ سال سن داشته‌اند. در این سال ۵۸ درصد جمعیت در مناطق شهری ساکن بودند. امید به زندگی در ۱۳۷۱، ۶۸ سال بود. ۷۹٪ جمعیت با سواد و ۲۷٪ افراد بالای ۱۰ سال از نظر اقتصادی فعال بوده‌اند. میزان درآمد سرانه در سال ۱۳۷۲، ۲۳۲۰ دلار بود. بیشترین درصد جمعیت کشور مسلمان هستند.

گسترش نظام بهداشتی

از زمان انقلاب اسلامی در ۱۳۵۷، سیاست بهداشتی کشور براساس مراقبتهای بهداشتی اولیه، با تأکید ویژه بر توسعه شبکه‌ها و برنامه‌های بهداشتی در مناطق روستایی و

1- R. Srinivasa Murthy

* روانپزشک، رئیس سابق اداره بهداشت روان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان ایرانشهر، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها.
*** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان ایرانشهر، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها.

نظر گرفته شده که بر علیه کزاز واکسینه شوند. این فعالیت‌ها براساس حمایت‌های مالی برنامه پنج‌ساله توسعه انجام گرفته است. بودجه بهداشتی در سالهای ۱۳۶۶-۱۳۷۰ نسبت به سالهای ۱۳۶۵-۱۳۶۱ دو برابر شده است. این سیاستها از طریق برنامه‌های رسانه‌های گروهی گوناگون، انتشار کتاب و بروشورها در اختیار بخش‌های مختلف دولتی و غیر دولتی گذاشته شده است. قوانین و بخشنامه‌های زیادی در راستای حمایت از این سیاستها همچون قانون توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تصویب شده است. این قوانین تأکید دارند که مناطق محروم باید خدمات یکسان با دیگر نقاط را در طول ۸ سال بدست آورند و دیگر نقطه محرومی در کشور باقی نماند.

از فروردین ۱۳۶۴، توسعه شبکه‌های بهداشتی در مراقبتهای بهداشتی اولیه افزایش چشمگیری یافت. در هر شهر و روستا، نخستین نقطه تماس بین جامعه و نظام بهداشتی، مراکز بهداشتی هستند. بهر حال در روستاها، مراکز بهداشتی در قالب خانه‌های بهداشت، نخستین نقطه تماس بشمار می‌روند. مسئولیت مراکز بهداشتی روستایی، نظارت، حمایت و پذیرش موارد ارجاعی از خانه‌های بهداشت می‌باشد.

بیمارستانهای منطقه‌ای در شهرها ارائه دهنده خدمات به موارد ارجاعی از مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری هستند. بیمارستانهای منطقه‌ای مسئول ارائه خدمات درمانی به بیماران سرپایی و بستری می‌باشند. فعالیت مراکز بهداشت شهرستان و بیمارستانهای منطقه‌ای بوسیله مدیر شبکه بهداشتی بصورت هماهنگ انجام می‌گیرد. هر چند سلسله مراتب نظام ارجاع و پیگیری رعایت می‌شود اما ارجاع از سطح مراکز بهداشتی - درمانی روستایی به مراکز بالاتر ضعیف می‌باشد. افزون بر این، مهاجرت بسیاری از متخصصان به ویژه پزشکان از کشور در زمان انقلاب، موجب گردید در بسیاری از مراکز بهداشتی - درمانی، خدمات بوسیله پزشکان خارجی ارائه

گردد که این امر مسئله ارجاع و پسخوراند به خانه‌های بهداشت را تا مدتی با مشکل روبرو نموده بود.

پایین بودن میزان سواد به ویژه در برخی مناطق روستایی و در میان دختران، موجب گردیده که انتخاب مناسب کارکنان بهداشتی (بهورزان) به منظور تربیت نیروی انسانی کار مشکلی باشد و برگسترش شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه تأثیر بگذارد. افزون بر این، کمبود درآمد و امکانات مناسب در مراکز بهداشتی، مانع عمده‌ای در گسترش شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه بوده است.

سیاستهای بهداشتی کشور در نشست شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ریاست وزیر بهداشت تعیین می‌گردد. اطلاعات اولیه پیرامون نیازها با هدف برنامه‌ریزی از پایین به بالا صورت می‌گیرد، در هر شهرستان یک شورای برنامه‌ریزی وجود دارد که در آن هر بخش با اولویت‌بندی، نیازهای بهداشتی خود را مشخص می‌سازد. برنامه‌های تأیید شده توسط این شورا جهت بررسی‌های رسمی به شورای استان ارسال می‌گردد که در آن اولویت‌های استانی و هماهنگی برنامه‌ها صورت گرفته سپس به شورای برنامه‌ریزی کشوری فرستاده می‌شود. بنابر این برنامه‌ریزی‌ها جریانی دو طرفه دارند یکی از بالا به پایین و دیگری از پایین به بالا. برای اجرای برنامه‌های بهداشتی در سطح شهرستان، شبکه بهداشتی در زمینه کنترل مالی و اجرایی به صورت غیر متمرکز عمل می‌نماید. اعتماد همه جانبه و دادن توان مالی و اجرایی به مراکز بهداشتی شهرستان و استان، باعث سهولت اجرای برنامه‌های بهداشتی و استراتژیهای آنها گردیده است.

مردم بطور فعال در برنامه‌ریزی و اجرای خدمات بهداشتی از طریق شورای بهداشت در مناطق روستایی شرکت دارند. عدم تمرکز اجرایی و امور مالی مراکز بهداشتی، موجب افزایش مشارکت جامعه گردیده است. افزون بر این تمام کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت بومی منطقه هستند. از جمله موارد مهم توسعه ایجاد وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی به منظور ادغام دانشگاهها با خدمات بهداشتی می باشد.

در سال ۱۳۶۹، بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۲/۹٪ کل بودجه جاری دولت را به خود اختصاص داد در حالی که در سال ۱۳۶۵، هزینه بخش های اجتماعی، آموزش، بهداشت و تأمین اجتماعی ۳۲/۸ درصد کل هزینه های دولت بوده است. تقریباً ۳۸٪ بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه صرف می گردد. هزینه سرانه بهداشتی برای هر فرد در سال ۱۳۶۷، ۳۲/۱ دلار بوده است که این میزان کمتر از ۱۰۷ دلار در نظر گرفته شده در سال ۱۳۶۶ بوده و آن به دلیل تغییر نرخ ارز می باشد. اما هزینه ریالی سرانه بهداشت برای هر فرد افزایش داشته است. بهداشت عمومی و خدمات بهداشتی اولیه ۱۳٪ از برنامه های آموزش پزشکی را به خود اختصاص داده است. در سال ۱۳۷۰ برای هر ۱۰/۰۰۰ نفر جمعیت ۴/۷ پزشک، ۰/۹ دندانپزشک و ۷/۴ ماما و پرستار استخدام شده اند.

بهرحال، علیرغم امتیازات در نظر گرفته شده برای جذب پزشکان به اشتغال در مناطق محروم روستایی، نسبت پزشکان در این نواحی، در مقایسه با نسبت پزشکان در مناطق شهری که ۲۳ برابر مناطق محروم می باشد خیلی ناکافی می باشد.

در سال ۱۳۶۷ در ارتباط با منابع فیزیکی، ۱۴/۶ تخت بیمارستانی برای هر ۱۰/۰۰۰ نفر جمعیت وجود داشت. امکانات بهداشتی قابل دسترس در سال ۱۳۶۷، شامل ۸۰۰۰ خانه بهداشت، ۳۰۱۵ مرکز بهداشتی درمانی و ۱۴۰ مرکز بهداشت شهرستان بود (در سال ۱۳۷۷ این ارقام به ۱۴۸۲۶ خانه بهداشت و ۴۸۳۱ مراکز بهداشتی درمانی و ۲۷۰ مرکز بهداشت شهرستان افزایش یافته است. مترجم).

اگر چه کاهش رشد میزان جمعیت از جمله اهداف و سیاستهای رسمی و تصویب شده دولت در سال ۱۳۶۷

بوده است، اما میزان رشد جمعیت همچنان با ۲۲/۵ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ۱۳۷۴ بالا می باشد. میزان مرگ و میر از ۱۴ در ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۱۳۶۱ به ۴ در ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۱۳۷۳ کاهش یافته است. میزان مرگ و میر کودکان بطور چشمگیری از ۱۰۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده در ۱۳۶۱ به ۲۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده در ۱۳۷۴ کاهش یافته است. امید به زندگی از ۵۷ سال در ۱۳۶۱ به ۶۸ سال در ۱۳۷۱ افزایش داشته است. مرگ و میر مادران از ۹ مرگ در ۱۰۰۰۰ تولد زنده در ۱۳۶۷ به ۴ مرگ در ۱۰۰۰۰ تولد زنده در پایان سال ۱۳۷۴ رسیده است. آنچه کاملاً مشهود است این است که اجرای استراتژیهای بهداشت برای همه، وضعیت بهداشتی جمعیت را بهبود بخشیده، شاخص مرگ و میر کاهش و امید به زندگی افزایش یافته است. با گسترش شبکه های بهداشتی، بیش از ۲۰٪ جمعیت زیر پوشش شبکه بهداشتی - درمانی کشور قرار گرفته اند. افزون بر این، گسترش شبکه های آبرسانی در شهرها و روستاها در ۱۳۶۷، باعث گردیده است تا ۱۰۰٪ جمعیت روستایی زیر پوشش آب آشامیدنی داشته باشند (۹۶/۵٪ دارای آب لوله کشی شده در منزل هستند). در همان سال، ۷۵٪ جمعیت روستایی کشور دارای امکانات بهداشت محیط بوده اند.

اعمال سیاست انتخاب و استخدام کارکنان به صورت یومی یکی از نقاط مثبت و کارآمد در بکارگیری نیروی انسانی بشمار می رود.

تعداد نیروی انسانی شاغل در بخش بهداشت در سالهای آخر، دو برابر شده است. به کارگیری مؤثر نیروی انسانی نشان می دهد که مراکز بهداشت شهرستان کاملاً از نقطه نظر اداری و مالی مستقل شده اند.

بهداشت روان

ایران یکی از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی است که در زمینه برنامه های خدمات بهداشتی اولیه و برنامه های بهداشت روان پیشتاز بوده است. نخستین بررسیهای

استانهای مختلف

ج) انجام پژوهشهای گسترده همه گیرشناسی
د) ادغام بهداشت روان در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
که در اواسط دهه ۱۳۶۰ آغاز گردیده است. نخستین طرح آزمایشی در سال ۱۳۶۷ در شهر کرد و شهرضا اجرا شد و از آن هنگام تاکنون برنامه در سراسر کشور از طریق نظام شبکه بهداشتی به صورت کشوری ادامه یافته است. این برنامه در سال ۱۳۷۴ توسط تیم کارشناسان به طور مستقل مورد ارزشیابی قرار گرفت. این ارزشیابی توسط دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با همکاری بخش بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد و سازمان جهانی بهداشت در ژنو سازماندهی گردید.

تسهیلات بهداشت روان^(۳):

- تعداد تخت‌های روانپزشکی:

۵۰۰۰	بخش دولتی
۶۵۰	بخش خصوصی
۲۰۰۰	بهزیستی
۳۰۰ تخت	سایر موارد (ارتش و غیره)
۸۹۵۰ تخت	جمعاً

- تعداد بخش‌های روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی ۲۵

- تعداد مطب‌های خصوصی روانپزشکی ۴۰۰

- تعداد مراکز خصوصی روانشناسان بالینی ۲۰۰

- نیروی انسانی بهداشت روان:

۵۰۰	روانپزشک
۴۰-۵۰	دستیار روانپزشکی هر سال
۶۰	دکترای روانشناسی

همه گیرشناسی اختلالاتهای روانی در افراد جامعه، در دهه ۱۳۴۰ بوده است. سابقه پژوهش و طرح‌های جدید در زمینه بهداشت روان وجود دارد. ۸ سال جنگ طولانی بین ایران و عراق، زمینه درک مباحث بهداشت روان در افراد جامعه را فراهم آورده و موجب افزایش مراکز خدمات بهداشتی اولیه در راستای ارائه خدمت به مجروحان جنگی گردیده است. پیشرفت و گسترش برنامه بهداشت روان را می‌توان در چهار دوره جدا از هم در نظر گرفت. این تغییرات موجب به کارگیری روش‌ها و فن‌آوری‌های نوین در مقایسه با دیگر کشورهای منطقه گردیده است.

تاریخچه پیشرفت ارائه خدمات بهداشت روان را می‌توان به ۴ دوره زمانی تقسیم نمود:

۱- دوره خدمات تیمارستانهای روانی^(۱) که دهه‌های اولیه این قرن را در بر می‌گیرد. تیمارستانهای روانی با اندازه‌های مختلف در تهران، همدان، شیراز و اصفهان وجود داشت. امکانات این مراکز خیلی ضعیف و بیشتر از ولگردان بیمارگردآوری شده نگهداری می‌شده است.

۲- دوره معرفی روانپزشکی به عنوان بخشی از آموزش پزشکی و تأسیس بیمارستانهای دانشگاهی جدید که این دوره در اواخر دهه ۱۳۲۰ شروع، در دهه ۱۳۳۰ گسترش یافته و در دهه ۱۳۴۰ به اینطرف کاملاً پابرجاماند. تربیت دستیار در روانپزشکی در سالهای اولیه دهه ۱۳۴۰ در بیمارستان روزه وابسته به دانشگاه تهران آغاز گردید و به دنبال آن برنامه‌های مشابهی در دانشگاههای شیراز، اصفهان، تبریز و مشهد راه‌اندازی شد.

۳- دوره برنامه‌های بهداشت روان جامعه‌نگر^(۲) در دهه ۱۳۵۰ آغاز گردید و سرپرستی این برنامه‌ها بر عهده معاون اول (قائم مقام) وزیر بهداشتی و بهزیستی بود. برنامه‌های این دوره شامل:

الف) ارائه خدمات جامع بهداشت روان

ب) ایجاد بیمارستانها و مراکز جدید روانپزشکی در

1-asylum

2-community mental health programme

۳- این مقاله در سال ۱۹۹۷ (۱۳۷۶) نگاشته شده و آمار و ارقام یاد شده مربوط به آن سال است. همچنین یادآوری می‌شود که به دلیل عدم امکان نمودارها ترجمه نشده که می‌توانید به متن انگلیسی مراجعه فرمائید.

فوق لیسانس روانشناسی

۴۰۰

روانشناس لیسانس شاغل در خدمات بهداشتی

۶۰۰

فوق لیسانس روانپرستاری

۳۵

بهداشت روانی ادامه نمی دهند. فارغ التحصیلان روانشناسی بالینی نزدیک ۲۵ نفر در سال هستند که تقریباً همه آنها کار خود را در زمینه های وابسته به بهداشت روان ادامه می دهند.

امکانات آموزشی بهداشت روان

۳۹ دانشکده پزشکی در کشور وجود دارد که همه آنها زیر مجموعه دانشگاه های علوم پزشکی بوده و زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کار می پردازند. همچنین مراکز دیگری نیز وجود دارند که زیر نظر دانشگاه آزاد بوده و نظام آموزشی نیمه دولتی دارند. تنها یک یا دو دانشگاه مربوط به بخش های دیگر همچون ارتش هستند. همه این مراکز، دارای برنامه های آموزشی در علوم رفتاری و روان پزشکی با زمینه های نظری و عملی هستند. در مراکز قدیمی و یا دانشگاه های مادر چنین آموزش هایی با کیفیت و کمیت بهتری ارائه می گردند.

ده دانشگاه علوم پزشکی وابسته به بخش دولتی، دارای برنامه های آموزشی دستیاری روان پزشکی هستند. شمار فارغ التحصیلان این دانشگاه ها بین ۴۰ تا ۵۰ در هر سال متغیر است. آنان بورد تخصصی خود را از طریق بورد کشوری که اعضای آن از دانشگاه های مختلف علوم پزشکی هستند دریافت می نمایند. امتحان تخصصی شامل امتحان کتبی، شفاهی و بالینی است. تنها کسانی که دارای بورد تخصصی هستند می توانند به عضویت هیئت علمی دانشکده های پزشکی درآیند. بقیه می توانند در مراکز خدماتی شهرها به کار پردازند. برآورد می شود که شمار فارغ التحصیلان روان پزشکی سالی ۵۰-۴۰ نفر در طول ۵ سال آینده افزایش یابند. از سال ۱۳۷۶، بورد تخصصی در رشته روان پزشکی کودک با دو سال دوره آموزشی آغاز شده است.

یک مرکز آموزش روانپرستاری و سه مرکز آموزش روانشناسی بالینی تا سطح فوق لیسانس در کشور نیز وجود دارد. شمار روانپرستاران فارغ التحصیل، هر سال ۱۰-۶ نفر بوده که بیشتر آنها کار خود را در مراکز خدمات

حجم مشکلات بهداشت روان

بررسی های میدانی:

در ایران بررسی های همه گیرشناسی چندی انجام شده است که میزان شیوع اختلال های روانی را متفاوت گزارش نموده اند. تفاوت در نتایج بررسی ها، بیشتر به دلیل متفاوت بودن روش بررسی محققین و گروه سنی مورد بررسی بوده است. میزان شیوع بدست آمده در این بررسی ها از ۹٪ در جمعیت ۶ ساله و بالاتر، تا ۳۶٪ در نمونه ۱۵ ساله و بالاتر بوده است. در یک بررسی ۳٪ از بیماران روانی یا ۱/۶٪ جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر مبتلا به ناراحتی های شدید روانی بوده و به درمان جدی روان پزشکی نیاز داشته اند. در همین بررسی، ۱۵/۳٪ افراد دارای مشکلات خفیف روانی و ۲۶/۶٪ دچار مشکلات عاطفی بوده اند. شایع ترین اختلال در این بررسی اختلال افسردگی با ۲۴/۳٪ از کل موارد بوده است. اسکیزوفرنیا ۰/۶٪، صرع بزرگ ۰/۴٪ و میزان اعتیاد به مواد مخدر نزدیک به ۱٪ گزارش شده است.

اختلال های روان پزشکی در پزشکی عمومی:

در پژوهشی که در یکی از درمانگاه های سرپایی صورت گرفت، ۳۴/۵٪ بیماران معاینه شده توسط پزشکان عمومی از ناراحتی های روانی رنج می برده اند و ۲۵/۱٪ آنها مبتلا به هر دو اختلال بدنی و روانی بوده اند. بیشترین اختلال تشخیص داده شده توسط پزشکان عمومی، افسردگی با ۲۷/۲٪ در مراجعین به درمانگاه بوده است.

در بررسی دیگری که در یکی از بیمارستان های عمومی صورت گرفت تنها ۳۶٪ از بیماران پذیرش شده، هیچ مشکل روانی نداشته اند. ۴۱٪ آنها از مشکلات عاطفی،

۱۰٪ از اختلالات روان تنی و ۱۳٪ از هر دو اختلال بدنی و روانی در رنج بوده‌اند. در این بررسی بالاترین رقم تشخیصی مربوط به اختلال افسردگی (۴۳٪ کل موارد بیماری) بوده است. همچنین در میان بیماران پذیرفته شده مورد بررسی، میزان ابتلا به اسکیزوفرنیا ۱٪، صرع ۱٪ و اعتیاد به مواد ۲٪ بوده است.

بررسی دیگری نشان داد که ۸۰٪ بیماران روانی، نخستین بار به پزشکان عمومی مراجعه می‌نمایند، ۱۶٪ به متخصصان غیر روانپزشک و تنها ۴٪ آنها نخست به روانپزشک مراجعه می‌نمایند. همچنین نتایج این بررسی نشان داد که کمبود روانپزشک در برخی استانهای کشور، دلیل عمده مراجعه بیماران به پزشکان عمومی نبوده است. ۷۰٪ این بیماران، از علائم جسمانی شکایت داشته‌اند.

بیماران روانی سرپایی:

در زیر آمار و ارقام مربوط به بیمارستان روزبه (مهمترین مرکز آموزشی روانپزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) که یکی از شلوغ‌ترین بیمارستانهای روانپزشکی کشور می‌باشد ارائه می‌گردد. سالانه ۴۳۰۰۰ بیمار به درمانگاه بیمارستان مراجعه می‌نمایند که ۲۰٪ آنها موارد جدید هستند. ۴۰٪ آنها از استانهای دیگر ارجاع می‌شوند. ۴۵/۳٪ کل موارد از اختلالات افسردگی، ۳۹/۱٪ از انواع نوروها و ۷/۸٪ آنها از اسکیزوفرنیا رنج می‌برند.

هیچ پژوهش مهمی در زمینه میزان شیوع اختلالات روانی در کودکان گزارش نشده است. از جمله دستاوردهای مهم در زمینه سلامت کودکان، کاهش چشمگیر میزان مرگ و میر آنان بوده است که علت آن، کاهش بیماریهای عفونی بخاطر ایمن‌سازی، برنامه‌های تغذیه و دیگر برنامه‌های بهداشتی بوده است. این میزان از ۱۰۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۳۶۱ به ۳۱ مورد در سال ۱۳۷۳ رسیده است. بررسی تأثیر این تغییرات در میزان شیوع اختلالات روانی در کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

تحرك جمعیتی و مهاجرت:

جمعیت ایران را می‌توان به دو دسته مقیم و مهاجر یا کوچ‌کننده (عشایر) تقسیم نمود که به دلیل تغییرات فصلی و یا شغلی محل زندگی خود را تغییر می‌دهند. کوچ‌کنندگان واقعی نزدیک به ۱۵ در هزار نفر کل جمعیت برآورد می‌شوند. مردمی که بطور دائمی بین روستا و شهر جا به جا می‌شوند مانند کولی‌ها و دوره‌گردها ۸ هزار نفر کل جمعیت برآورد می‌شوند. میزان مهاجرت در داخل کشور بالا و در حدود ۲۳٪ می‌باشد. دلیل اصلی مهاجرت، تغییر شغل یا جستجو برای یافتن شغل بهتر، مشاغل نظامی یا دولتی، ازدواج و تحصیل می‌باشد. نزدیک به ۶۰٪ مهاجران با اعضای خانواده خود مهاجرت می‌نمایند. در پژوهشی بر روی گروهی از مهاجران به تهران، تفاوت عمده‌ای میان دو گروه مهاجران و غیر مهاجران دیده نشد. ۳۴٪ مهاجران از مشکلات روانی رنج می‌بردند که ۴۶/۶ درصد آنها نیازمند کمک و درمان روانپزشکی بوده‌اند.

اعتیاد به مواد مخدر:

در حال حاضر اعتیاد به تریاک و هروئین از مهمترین موارد اعتیاد به مواد مخدر در کشور به شمار می‌روند. گرچه رایجترین شیوه مصرف این مواد از طریق دود کردن یا استنشاق می‌باشد اما افزایش مصرف تزریقی آنها نگران‌کننده است. در مورد الکل و مواد روانگردان در حال حاضر مشکل مهمی وجود ندارد. از سال ۱۳۵۸ کشت تریاک در کشور ممنوع شده و از آن پس معتادان به تریاک و هروئین که دارای مشکلات اجتماعی و جنایی می‌باشند از طریق قانون در مراکزی که بدین منظور ساخته شده نگهداری می‌شوند. با این حال این تعداد مرکز کافی نبوده و نیاز به تسهیلات و تجهیزات بیشتری می‌باشد. اخیراً برنامه نوینی برای کاهش تقاضا از سوی سازمان بهزیستی تدارک دیده شده است. امید آنکه، دستاوردهای این رویکرد نوین بتواند در درمان و بازتوانی معتادین به مواد مخدر سودمند باشد.

برنامه کشوری بهداشت روان^(۱)

برنامه کشوری بهداشت روان در مهرماه سال ۱۳۶۵ توسط تیمی از متخصصان صاحب نظر تنظیم و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واقع گردید. اجرای این برنامه از سال ۱۳۶۷ آغاز گردید. اهداف این برنامه عبارتند از:

۱- فراهم آوردن خدمات اساسی بهداشت روان قابل دسترس برای همه با تأکید ویژه بر آسیب پذیرترین گروههای مردم روستایی و شهری که خدماتی به آنان ارائه نشده، به ویژه افرادی که در لقاط دوردست زندگی می کنند.

۲- گسترش الگوی خدمات بهداشت روان متناسب با ساختار فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران و تشویق مشارکت جامعه در گسترش خدمات بهداشت روان.

۳- افزایش آگاهی مردم از مهارتهای بهداشت روان جامعه از طریق خدمات بهداشت عمومی و تشویق مردم در زمینه بهره گیری گسترده تر از اصول بهداشت روان به منظور ارتقاء سلامتی، رشد اجتماعی - اقتصادی و بالا بردن کیفیت زندگی.

۴- گسترش برنامه های مناسب برای ارائه خدمات بهداشت روان به افراد آسیب دیده از جنگ (مهاجرین، بی خانمان ها، توان خواهان روانی و بدنی، داغدیدگان و بیماران روانی و...) و برنامه ریزی طولانی مدت برای رویارویی با مسایل بهداشت روانی ناشی از جنگ. راهبردهایی^(۲) که بدین منظور در نظر گرفته شده اند عبارتند از:

(۱) راهبردهای خدماتی

(۲) راهبردهای آموزشی

(۳) راهبردهای اجرایی

(۴) ارتقاء بهداشت روان و ارائه خدمات به آسیب دیدگان جنگ

گسترش برنامه کشوری بهداشت روان:

سالهای ۱۳۷۶-۱۳۶۷ را می توان به دو دوره تقسیم

نمود: دوره برنامه های آزمایشی^(۳) (۱۳۷۰-۱۳۶۷) و دوره گسترش برنامه (۱۳۷۶-۱۳۶۹). از نکات برجسته برنامه کشوری بهداشت روان، ارزشیابی مستقل از پیشرفت این برنامه در آذرماه ۱۳۷۴ می باشد.

نخستین برنامه های آزمایشی در سال ۱۳۶۷ در شهرستان شهرکرد از استان چهارمحال و بختیاری و شهرستان شهرضا از استان اصفهان اجرا گردید. هدف از این بررسیها ادغام خدمات بهداشت روان در نظام خدمات بهداشتی اولیه بود.

در شهرستان شهرکرد، ۲۲ روستا با ۲۸۹۰۳ نفر جمعیت زیر پوشش برنامه قرار گرفتند و کلیه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی (۲۷ بهورز و ۵ پزشک عمومی) آموزش داده شدند. برای مقایسه نتایج، یک گروه شاهد نیز در نظر گرفته شد. نتایج آموزش به پرسنل نشان داد که پس از مداخله آموزشی یکساله، آگاهی کارکنان در زمینه بهداشت روان بطور معنی داری افزایش یافته است. در گروه آزمایشی، بهورزان پیش از آموزش، ۱۲۱ بیمار را شناسایی نمودند که در ۴۶٪ موارد تشخیص نادرست داده شده بود. پس از گذشت یکسال از اجرای برنامه، بهورزان ۲۶۶ بیمار را شناسایی کردند که تنها نزدیک به ۱۴٪، تشخیص آنها نادرست بوده است. در گروه شاهد بهورزان ۱۲۴ بیمار را شناسایی نموده که ۴۵ درصد تشخیص آنها نادرست بود. نتایج مثبت مشابهی در مورد توانایی پزشکان عمومی در شناسایی، تشخیص و درمان بیماران نیز بدست آمد.

یکی از یافته های مهم این بررسی این بود که طول مدت بیماری ۷۰٪ بیماران صرعی شناسایی شده بیش از ۱۰ سال بوده است که بیشتر آنها درمان منظمی دریافت نمی کردند. در یک بررسی همه گیرشناسی که از کل جمعیت روستایی در پایان یکسال اجرای برنامه صورت گرفت نشان داد که بهورزان ۶۳٪ بیماران موجود در جمعیت را

1-National Programme of Mental Health (NPMH)

2-strategies

3-pilot programme

شناسایی کرده بودند. بررسی خدمات ارائه شده نشان داد که نسبت کمی از بیماران نیاز به کمک‌های تخصصی داشته‌اند و با پیشرفت و گسترش برنامه از میزان این نیاز کاسته شده است. ۸۳٪ بیماران و خانواده‌های آنها، از خدمات ارائه شده راضی بوده‌اند. بررسی نگرش افراد جامعه، نشان‌دهنده تفاوت میان نگرش گروه گواه بود بدین معنی که گروه آزمایشی پس از مداخله آموزشی نگرش مثبت‌تری نسبت به بیماریهای روانی پیدا کرده بودند.

برنامه آزمایشی دیگری در شهرستان هشتگرد در استان تهران، نیز به مورد اجرا گذاشته شد.

اجرای این برنامه‌های آزمایشی، تجربه کافی و مفیدی را برای ادغام برنامه بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه فراهم نمود.

به دنبال این برنامه‌های آزمایشی پیشرفت‌هایی در کشور صورت گرفت که گسترش سریع برنامه در مناطق روستایی را در پی داشت. این موارد عبارت بودند از:

- ۱) ایجاد واحد بهداشت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۲) تشکیل کمیته کشوری بهداشت روان.
- ۳) مشارکت دانشگاههای علوم پزشکی در برنامه کشوری بهداشت روان.
- ۴) اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبتهای بهداشتی اولیه.
- ۵) آماده نمودن متون آموزشی برای بهورزان، پزشکان و ایجاد نظام گزارش‌دهی و آموزش کلیه پرسنل بهداشتی.
- ۶) برگزاری مراسم هفته بهداشت روان در پایان مهرماه هر سال.
- ۷) برگزاری کارگاههای آموزشی بازنگری برنامه کشوری بهداشت روان (۱۳۷۰) و روش شناسی پژوهش (۱۳۷۲).
- ۸) ارزشیابی مستقل بین‌المللی از برنامه (۱۳۷۴).
- ۹) برگزاری سمینارها و کنفرانس‌های گوناگون.

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

۱۱) ایجاد بخشهای روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی.

۱۲) برنامه بهداشت روان شهری و مدارس.

در نتیجه این تلاش‌ها بود که اجرای برنامه بهداشت روان در سراسر کشور گسترش یافت، بطوریکه در پایان سال ۱۳۷۴، نزدیک به ۶ میلیون نفر از کل جمعیت کشور زیر پوشش برنامه قرار گرفتند که ۴ میلیون نفر آنها روستایی بودند (نزدیک به ۲۰٪ جمعیت روستایی کشور). این میزان جمعیت در ۱۰۹ شهرستان، زیر پوشش ۵۳۵ مرکز بهداشتی درمانی و ۲۱۴۲ خانه بهداشت قرار داشتند.

میزان جمعیت زیر پوشش در ماه مرداد ۱۳۷۶، ۱۰ میلیون نفر بود.

پس از شروع برنامه‌های آزمایشی، نظام مراقبت از بیماران روانی در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی و سایر سطوح ارائه خدمات بوجود آمد. در حال حاضر حدود ۲۰٪ شبکه بهداشتی زیر پوشش قرار دارند. واحد بهداشت روان در آموزش کارکنان، تدارکات، حمایت و نظارت از اجرای برنامه‌ها نقش اساسی داشته است.

به دلیل تغییراتی که در نظام اداری برنامه به وجود آمد گسترش برنامه در سال ۱۳۷۳ به اندازه سالهای ۷۲-۱۳۶۹ نبوده است. از برنامه‌های جدید، برنامه بهداشت روان شهری، ارتقاء کیفی اجرای برنامه در تمام سطوح ارائه خدمات و همکاریهای بین بخشی در ارائه خدمات بوده است. این نیاز احساس می‌شود که می‌باید تسهیلات بیشتری در ارائه خدمات منظور شده، تأکید بیشتری بر بیماریهای روانی شایع در خدمات بهداشتی اولیه بعمل آید و آموزش پزشکان عمومی نیز تقویت گردد.

برگزاری هفته بهداشت روان در هر سال، از نوآوریهای بود که تأثیر مثبت و بسزایی در پیشبرد برنامه داشته است. این امر زمینه حمایت جامعه از برنامه بهداشت روان را

فراهم نموده و آگاهی عمومی را افزایش داده است. استفاده از رسانه‌های گروهی رضایتبخش بوده و تلاش‌هایی نیز در جهت شناخت و استفاده از منابع مذهبی و ارزشهای اخلاقی به منظور بهبود شیوه زندگی و ارتقاء بهداشت روان صورت گرفته است. اجرای آزمایشی برنامه بهداشت روان مدارس و آموزش والدین در زمینه بهداشت روان کودکان از جمله برنامه‌های مهم است. گسترش برنامه بهداشت روان مدارس و همچنین نیاز به ارزیابی برنامه‌های ابتکاری با رویکرد آینده‌نگر ضروری می‌باشد.

برنامه‌های ویژه‌ای برای آسیب‌دیدگان جنگ در کشور طرح‌ریزی شده است و نیازهای بهداشت روان در جامعه اهمیت بیشتری پیدا کرده است. همچنین متخصصان بهداشت روان در توسعه خدمات نوتوانی بهداشت روان، شرکت داشته‌اند.

نقش متخصصان:

از جنبه‌های مهم برنامه کشوری بهداشت روان، مشارکت و حمایت دانشگاه‌های علوم پزشکی در اجرای برنامه کشوری بهداشت روان می‌باشد. این امر نه تنها موجب دستیابی به اهداف حمایت فنی برنامه گردیده بلکه حمایت بیشتر متخصصان از برنامه‌های آموزشی برنامه کشوری بهداشت روان را به دنبال داشته است.

با همکاری دانشگاه‌های سراسر کشور متون و مواد آموزشی برنامه تهیه و تدوین گردیده است. شرکت فعال و همه جانبه دانشگاه‌ها در برنامه ارزشیابی بهداشت روان از موارد مثبت و چشمگیر بوده است. روانشناسان در نقش مددکاران اجتماعی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نظارت بر فعالیتهای بهداشت روان مراکز بهداشتی - درمانی و خانه‌های بهداشت را عهده‌دار بوده و توانایی بالقوه‌ای برای مشارکت بیشتر در برنامه کشوری بهداشت روان را دارا هستند. حمایت‌های اداری:

در زمینه حمایت‌های اداری دو مرحله وجود داشته است: در مرحله اول یعنی از سال ۱۳۷۲-۱۳۶۹ واحد بهداشت روان در وزارت بهداشت دارای تعداد کافی

کارشناس ارشد بوده که در اجرای برنامه بسیار کوشیده‌اند. کمیته کشوری بهداشت روان برای مشاوره و هدایت برنامه نشست‌های زیادی را برگزار نموده است. از سال ۱۳۷۳ به این طرف چنین سازوکارهای کارآمدی وجود نداشته و این امر بر گسترش برنامه تأثیر گذاشته است. سازوکارهای اجرایی که نقش اساسی را در این برنامه ایفا می‌کنند می‌باید برای گسترش برنامه در آینده و تجدید نظر آنها تدوین و توسعه یابد.

پژوهش:

در طول ۱۰ سال گذشته، پژوهشهای گسترده‌ای زیر نظر متخصصان بهداشت روان صورت گرفته است. مهمترین آنها ارزشیابی برنامه بهداشت روان مبتنی بر جامعه در سه برنامه آزمایشی شهر کرد، شهرضا و هشتگرد بوده است. افزون بر این، در انتخاب موضوع پایان‌نامه‌های روانپزشکی و کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی تغییراتی صورت گرفته و موضوعات بیشتر پیرامون همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی و ارزیابی‌های درمانی سوق داده شده‌اند. این امر روند مثبت داشته و پیشرفت برنامه کشوری بهداشت روان در آینده بستگی زیادی به تداوم این پژوهشها دارد.

ارزشیابی مستقل برنامه بهداشت روان

در آبان ۱۳۷۴، ارزشیابی مستقل از برنامه کشوری بهداشت روان توسط ۵ نفر از مشاوران سازمان جهانی بهداشت انجام شد. این ارزشیابی شامل بررسیهای ویژه، بازدید از مناطق و برگزاری کارگاه کشوری بود. بررسیهای انجام شده، اطلاعاتی را در زمینه خدمات بهداشت روان و نگرش و آگاهی افرادی که در برنامه شرکت داشتند به شرح زیر ارائه نموده است. آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان:

در این ارزشیابی ۲۶۶ بهورز مورد بررسی قرار گرفتند نتایج نشان داد که بیش از ۵۰٪ بهورزان در پرسشنامه‌های آگاهی و نگرش نمره‌های بالاتر از ۵۰٪ کل نمره ممکن را به

دست آورده‌اند. بطور متوسط بهورزان در یک جمعیت ۱۵۰۰ نفری، ۱۵ بیمار را شناسایی نموده بودند. بیشتر بیماران زیر پوشش خانه‌های بهداشت توسط پزشکان عمومی ویزیت و پیگیری شده و مراقبت از آنها بوسیله بهورزان انجام گردیده است.

مراکز بهداشتی - درمانی روستایی:

مرکز بهداشتی - درمانی روستایی از جمله سطوح ارائه دهنده خدمات می‌باشد که در آنجا توسط پزشک عمومی تشخیص بیماری و درمان صورت می‌گیرد. بخش بزرگی از بیمارانی که در این مراکز دیده می‌شوند از سوی خانه‌های بهداشت ارجاع شده‌اند. مراجعه مستقیم بیماران خفیف روانی به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی بیشتر از سایر اختلالات روانی می‌باشد. موارد اورژانس روانپزشکی نیز زیر پوشش خدمات درمانی این پزشکان می‌باشد. مهمترین مشکلات گزارش شده توسط پزشکان در ارائه خدمات بهداشت روان در این ارزشیابی عبارت بودند از:

(۱) پیگیری درمان بیماران

(۲) تصمیم‌گیری در مورد تشخیص بیماری و طول درمان

(۳) اثرات جانبی داروها

(۴) میزان داروی تجویز شده مناسب

بررسی سرشماری یک روزه نشان داد بیمارانی که از خانه بهداشت به مراکز بهداشتی درمانی ارجاع می‌گردند توسط پزشکان عمومی دیده می‌شوند و این پزشکان بطور متوسط ۳-۶ ماه در مراکز مربوطه فعالیت می‌نمایند. این امر موجب می‌شود که بیشتر آنها آموزش ندیده و بطور کامل از وظایف خویش آگاهی نداشته باشند. مرکز بهداشت شهرستان^(۱):

در این مراکز روانپزشک یا پزشک عمومی دوره دیده روانپزشکی و یک روانشناس ارائه دهنده خدمات بهداشت روان هستند. نزدیک به ۲۵٪ بیماران مبتلا به پسیکوز و ۲۰٪ بیماران مبتلا به بیماریهای خفیف روانی، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی به این مراکز ارجاع و ویزیت می‌گردند.

بین سطوح گوناگون ارائه خدمات بهداشت روان فرآیند ارجاع و پسخوراند وجود دارد. درصد کمی از بیماران، نیازمند ارجاع به مراکز تخصصی روانپزشکی بوده‌اند. بررسی سیر بیماری (ردپا):

شمار بیماران مورد بررسی در این پژوهش ۹۸۰ نفر بودند که بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی، مطب‌های روانپزشکی و بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی را شامل می‌گردیدند. این بررسی نشان داد که در نخستین تماس با مراکز درمانی، ۱۳٪ بیماران به درمانگران سنتی و ۸۷٪ به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده‌اند. ۳۴٪ افراد مورد بررسی اظهار داشته‌اند که برای درمان مشکلات روانی خود در طول بیماریشان دست کم یک بار به درمانگران سنتی مراجعه نموده یا داروهای گیاهی مصرف کرده‌اند. همچنین ۴۱ درصد افراد در طول سه ماه گذشته به درمانگاههای سرپایی بیمارستانهای عمومی، ۳۱٪ به مطب خصوصی و ۲۵٪ به واحدهای بستری مراجعه نموده بودند.

مطالعه خانواده‌ها:

در ۷۳۸ خانواده‌ای که زیر پوشش برنامه بهداشت روان نبوده‌اند، استفاده از داروهای روانپزشکی چشمگیر بوده است. ديازپام، کلردیازپوکساید و اگزازپام به ترتیب در ۲۰٪، ۱۳٪ و ۹٪ خانواده‌ها و داروهای ضد پسیکوز در ۱٪ خانواده‌ها وجود داشته است. کارگاه کشوری:

این کارگاه با حضور ۴۰ نفر از متخصصان و برنامه‌ریزان از سازمانها و نهادهای مختلف برگزار گردید و نتایج ارزشیابی برنامه و برنامه‌هایی که لازم است در طول سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۰ در زمینه برنامه کشوری بهداشت روان انجام گیرد مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. نتایج ارزشیابی و پیشنهادات:

برنامه کشوری بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران

که در مهرماه سال ۱۳۶۵ تهیه و تنظیم گردید بطور فعال به مورد اجرا درآمده و پیشرفتها و دستاوردهای چشمگیری را در برداشته است. زیر پوشش قرار گرفتن ۲۰٪ جمعیت روستایی کشور با جمعیتی نزدیک به ۴ میلیون نفر و بیش از ۶۰۰۰۰ بیمار روانی از نکات ارزشمند برنامه می باشد. به ویژه اینکه بیشتر این بیماران پیشتر این خدمات را دریافت نمی کرده اند. این یافته ها نتیجه کوشش چشمگیر نظام اجرایی و روشهای حمایتی اعمال شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و متخصصان بهداشت روان بوده است.

آنچه دارای اهمیت می باشد این است که این پیشرفت در طول یک دهه و با امکانات داخلی کشور به دست آمده است. در این رهگذر همکاری دانشگاهها و تعهد آنها در اجرای برنامه ستودنی است.

۱) در طول اجرای این ارزشیابی، برنامه کشوری بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران نشان داد که:

الف) امکان فراهم نمودن خدمات بهداشت روان برای بیماران روانی در مناطق روستایی کشور وجود دارد.

ب) فعالیتهای لازم برای ارائه خدمات به بیماران روانی، شامل پیشگیری در بهداشت روان و ارتقاء آن بایستی مدنظر باشد.

۲) نتایج ارزشیابی برنامه، امکان ارائه پیشنهادها برای پیشبرد برنامه را عملی ساخته است با این وجود بخشی از اجرای برنامه مورد ارزشیابی قرار گرفت و لازم است:

الف) در آینده نزدیک کارهای ارزشیابی دیگری به ویژه در زمینه عملکرد بیمارستانهای روانی صورت گیرد.

ب) نظام گزارش دهی اطلاعات برنامه بهداشت روان در راستای پایش پیشرفت برنامه و نظام آماری معمول در نظام بهداشتی سازگار شود.

۳) نتایج این ارزشیابی و تجربه های بدست آمده در طول ۸ سال اجرای برنامه، نشان دهنده ضرورت گسترش فعالیتهای اجرایی برنامه همچون گذشته است. افزون

بر این، امکان ارائه پیشنهاد در زمینه اجرای برنامه در زمینه های دیگر وجود دارد که می تواند موجب تقویت برنامه گردیده و برای کلیه برنامه های بهداشتی کشور سودمند باشد.

۴) گسترش موفقیت آمیز برنامه کشوری بهداشت روان، نیاز به تعهد دقیق جمهوری اسلامی ایران در حمایت از موارد زیر دارد.

الف) در پایش گرفتن سیاستهای توسعه بهداشتی و تعهد قانونی دولت در اجرای آنها.

ب) تأمین امکانات مالی و انسانی لازم برای سطوح مختلف ارائه خدمات برپایه فعالیتهای انجام شده به عنوان بخشی از برنامه.

ج) برنامه ریزی در راستای پایش پیوسته از پیشرفت برنامه.

۵) موفقیت آمیز بودن گسترش برنامه کشوری بهداشت روان بستگی به تعهد سطوح بالای دولتی و توانایی افراد درگیر در برنامه بهداشت روان در زمینه رفع نیازها، و آمادگی جامعه در حمایت از برنامه بهداشت روان دارد. وجود این حمایتها می تواند در جهت موفقیت بیشتر برنامه سودمند باشد.

اثرات مثبت گسترش این برنامه، نه تنها برای بهبودی بهداشت روان در کشور جمهوری اسلامی ایران می باشد بلکه می تواند الگوی عملی مناسبی برای سایر کشورها در منطقه مدیترانه شرقی و سایر مناطق در جهان باشد.