

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۲ / دکتر محمد تقی یاسمی، دکتر احمد حاجبی، دکتر ونداد شریفی،

دکتر علی خردمند، دکتر بهزاد دماری، مهندس علی اسدی

سلامت روان در جهان و ایران

فهرست مطالب

اهداف درس	۲۶۹۳
مقدمه	۲۶۹۳
وضعیت بهداشت روان در جهان	۲۶۹۴
برنامه عملیاتی سلامت روان سازمان جهانی بهداشت (Mental Health Action Plan)	۲۶۹۷
وضعیت بهداشت روان در ایران	۲۶۹۸
دوره‌های تاریخی سلامت روان در ایران	۲۶۹۹
ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه	۲۶۹۹
سایر برنامه‌های مرتبط:	۲۷۰۰
دست آوردهای مهم برنامه‌های ادغام سلامت روان در کشور:	۲۷۰۰
دستاوردهای سال‌های اخیر:	۲۷۰۱
سلامت روان در فوریتها	۲۷۰۲
رویکردهای نوین:	۲۷۰۲
مراکز سلامت روان جامعه‌نگر	۲۷۰۲
خدمات پس از ترخیص و مطالعات هزینه اثر بخشی آنها	۲۷۰۳
خدمات سلامت روان و مراقبت اجتماعی (سراج)	۲۷۰۴
شهرستان‌های اسکو، بردسیر و قوچان	۲۷۰۴
چرا این طرح اجرا می‌شود؟	۲۷۰۴
این برنامه توسط کدام سازمان‌ها طراحی و حمایت می‌شود؟	۲۷۰۵
پیشینه طرح چیست؟	۲۷۰۵
اهداف طرح چیست؟	۲۷۰۶
خدمات این طرح چیست؟	۲۷۰۶
این طرح چگونه ارزشیابی می‌شود؟	۲۷۰۷
قانون سلامت روان، یک ضرورت به تاخیر افتاده	۲۷۰۷
ارزیابی، پایش و پژوهش‌های کاربردی عمومی در مورد سلامت روان	۲۷۰۸
نیازهای برآورده نشده در زمینه سلامت روان و پیشنهادهایی برای آینده	۲۷۰۹

سلامت روان در جهان و ایران

Current Situation of Mental Health in the World and Iran

دکتر محمد تقی یاسمی^۱، دکتر احمد حاجبی^۲، دکتر ونداد شریفی^۳، دکتر علی خردمند^۱،
دکتر بهزاد دماری^۳، دکتر علی اسدی^۴

۱. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۲. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۴. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- وضعیت فعلی بهداشت روان در جهان را توضیح دهد
- موقعیت فعلی بهداشت روان در سطح کشور را بیان کند
- اهمیت ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه کشور را متذکر شود
- دست‌آوردهای مهم برنامه‌های ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه را توضیح دهد
- اهمیت توجه به سلامت روان در فوریت‌ها را ذکر نموده و دست‌آوردهای کشوری در اجرای آن را یادآور شود
- رویکردهای جدید کشوری در سلامت روان را توضیح دهد
- ضرورت تصویب قانون سلامت روان و کوشش‌های انجام شده در ایران را بیان کند.

مقدمه

سلامت روان، بخشی جدایی ناپذیر از سلامت همگانی است. اسناد بین‌المللی مرتبط با سلامت از جمله قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت بر این واقعیت تاکید کرده اند. این قانون اساسی، سلامت و از جمله سلامت

روان را محدود به فقدان بیماری نکرده! بلکه تندرستی^۱ یا آسودگی^۲ را نیز از ملزومات آن دانسته و در کنار سلامت جسمانی و روانی، سلامت اجتماعی را نیز به عنوان بخشی از تعریف سلامت، مطرح نموده است. در سال‌های اخیر به سلامت معنوی نیز پرداخته شده است و به نحو افزایش یافته‌ای شواهد علمی در مورد اثربخشی آن در حفظ و ارتقای سایر حیطه‌های سلامت، مورد پژوهش و تایید، قرار گرفته است (فصل ۱۴ گفتار ۱۱ و ۱۴ کتاب حاضر). در سال‌های پس از جنگ دوم جهانی که وضع اقتصادی و رفاه همگانی در کشورهای غربی رو به بهبود گذاشت، امید به زندگی، افزایش یافت و به شمار جمعیت سالمندان، افزوده گشت، اهمیت ناتوانی و کیفیت زندگی برجسته‌تر شد و ابزارهایی برای اندازه‌گیری علمی آنها ابداع شد. همه گیر شناسان به تدریج علاوه بر مرگ به اندازه‌گیری شیوع و عواقب ناتوانی‌ها و عوامل مرتبط با آنها و بویژه بیماری‌های منجر به ناتوانی بیشتر توجه کردند و تکنیک‌های جدیدی برای اندازه‌گیری آن ابداع نمودند. این رویکردهای نوین، اهمیت سلامت روان را بیش از پیش در جهان آشکار ساخت. سلامت روان از نظر بالینی از زمان باستان، مورد توجه ایرانیان بوده ولی با توجه به محدودیت‌های توسعه یافتگی و مرگ و میر بالا به علت بیماری‌های عفونی و اپیدمیک و سواد روان‌شناختی^۳ پایین در بین مردم و مسولین، تا اواخر دهه ۱۳۵۰ در سطح کلان برنامه ریزی کشوری به آن کم توجهی می‌شد. اکنون سیاست‌گذاری در زمینه سلامت روانی در کشور در سطح قابل توجهی گسترش کمی و ارتقای کیفی پیدا کرده است. ما در این فصل به برخی ابعاد مهم آن خواهیم پرداخت.

وضعیت بهداشت روان در جهان

انتشار نتایج پژوهش‌های مشترک سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی و دانشگاه هاروارد که با رهبری تکنیکی گروه کریس موری در دانشگاه هاروارد انجام شد، به اهمیت بیماری‌های غیر واگیر افزود و بخصوص نقش اختلالات روانی را در سال ۱۹۹۰ به عنوان مهم‌ترین عامل ناتوانی‌ها با شاخص سال‌های از دست رفته به دلیل ناتوانی^۴ در جهان آشکار ساخت و تاثیر آن در بار کل بیماری‌ها یا وجود مرگ و میر کمتر، قابل توجه بود. تنها در فاصله زمانی بین ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ بار بیماری‌های اختلالات روانپزشکی ۳۷٫۶٪ افزایش یافته که عمدتاً ناشی از افزایش جمعیت و نیز پیر شدن جمعیت بوده است. در شکل ۱ سهم هر یک از اختلالات روانی در سال‌های از دست رفته نشان داده شده است. همانطور که در تصویر نشان داده شده است افسردگی، نقشی اساسی هم در افزایش ناتوانی و هم بار انطباقی کلی^۵ دارد، اما اختلال کم شیوعی مانند اختلال در خوردن بار ناشی از مرگ را افزایش داده است. شکل ۲ نیز وضعیت این شاخص‌ها را در سال‌های مختلف در جهان نشان می‌دهد شاید حرکت توجه از مرگ و میر صرف به ناتوانی و کیفیت و تغییر در اولویت‌ها، در انتخاب خانم بروتلند، پزشک و نخست وزیر سابق نروژ و

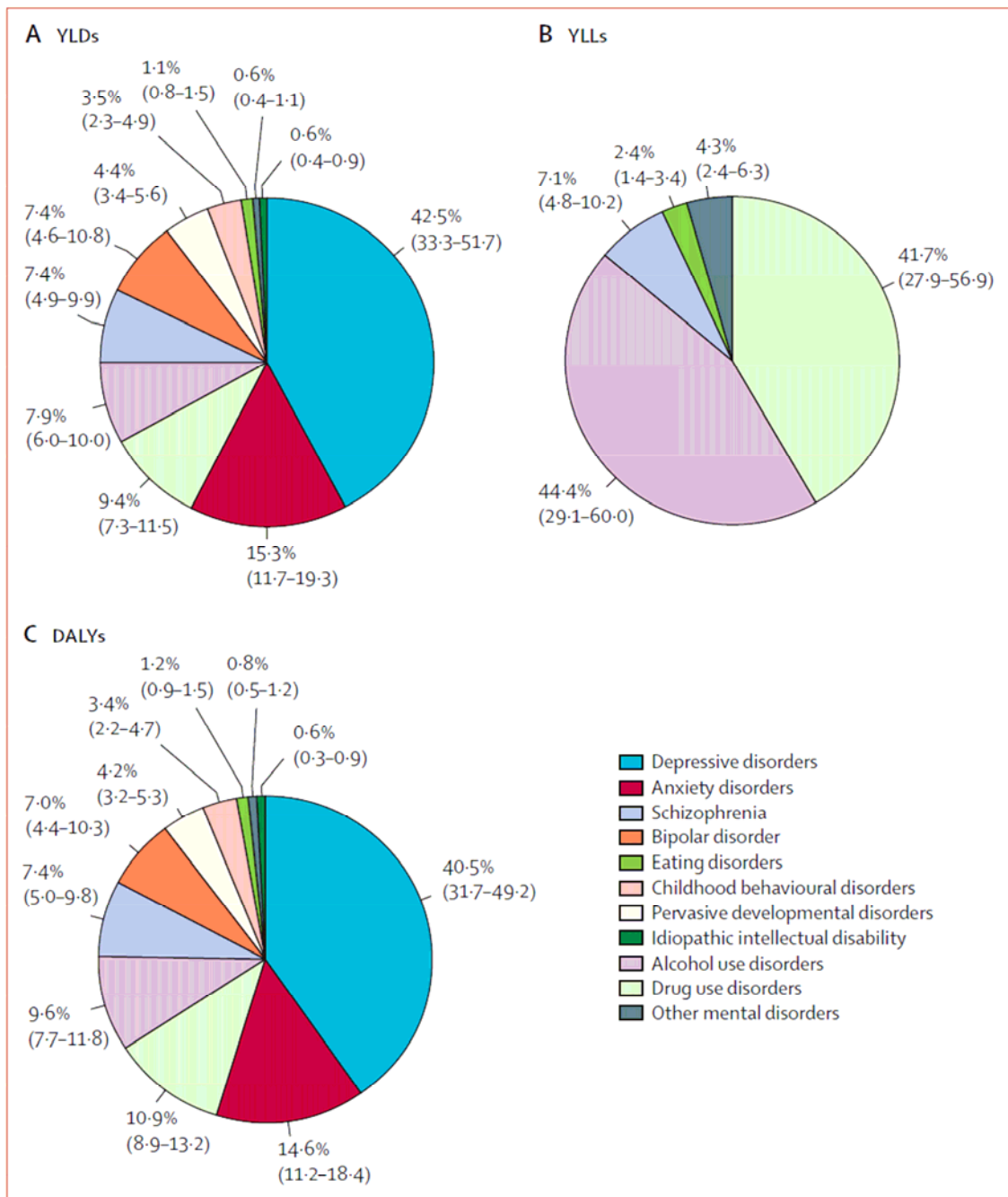
^۱ - wellbeing

^۲ - سلامت به اقلیم "آسودگیست" کزین بگذری، جمله بیهودگیست (حکیم نظامی)

^۳ - psychological literacy

^۴ - YLD

^۵ - DALY

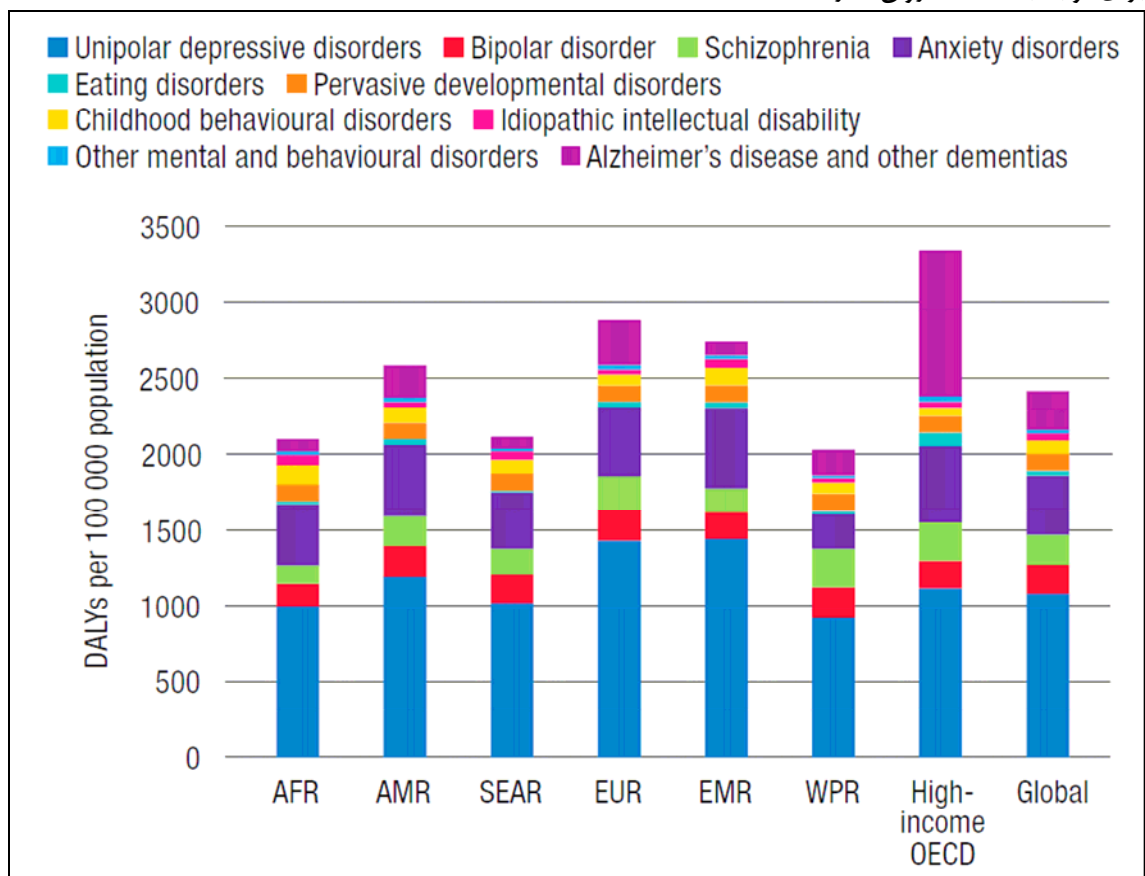


شکل ۱ - سهم هر اختلال در بار ناشی از ناتوانی (A) مرگ زودرس B و سال‌های انطباقی از دست رفته (DALY).

معرف نظریه توسعه پایدار^۶ به عنوان مدیر کل سازمان جهانی بهداشت بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۳ بی تاثیر

^۶ - sustainable development

نمود. با این تحولات و حضور تیم پایه گذار فنی مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سازمان جهانی بهداشت، اهمیت سلامت روان به عنوان یک اولویت مهم سلامت غیر قابل انکار به نظر می‌رسید و سال ۲۰۰۱ کوششی جهانی برای توجه به سلامت روان آغاز شد.



شکل ۲ - مقایسه بار انطباقی ادغام یافته (DALY) اختلالات روانی در مناطق مختلف دنیا

شکل ۳ دو وضعیت DALY بار انطباقی ادغام یافته اختلالات روانی را در سال ۲۰۱۲ نشان می‌دهد و نشان می‌دهد که حتی در قاره آفریقا نیز قابل توجه است. همچنین مشخص است که بالاتر بودن بار بیماری در کشورهای ثروتمند بیشتر به الزام مرتبط است که با بالاتر بودن میانگین سنی در این کشورها ارتباط مستقیم دارد.

با وجود همه شواهد که حاکی از بار بالای اختلالات روانی بود، در آغاز هزاره جدید که اهداف توسعه هزاره^۷ مطرح شد، متأسفانه در نسخه نخست، بیماری‌های غیر واگیر و سلامت روان، مغفول واقع شد. ولی بعداً در نتیجه کوشش‌های سازمان جهانی بهداشت و سایر فعالین بهداشتی دنیا، ابتدا بیماری‌های غیر واگیر به این اهداف

^۷ - Millenium Development Goals

افزوده گشت و در گام بعدی در سال ۲۰۱۸ در جریان تعریف اهداف توسعه پایدار^۸، سلامت روان نیز زیر هدف شماره ۳ بدین شرح، مورد تاکید قرار گرفت: " ... پیش‌گیری و درمان بیماری‌های غیر واگیر، شامل اختلالات رفتاری، تکاملی و نورولوژیک، که چالش عمده‌ای برای توسعه پایدار است".

شایان ذکر است که در اهداف توسعه پایدار (SDG) حداقل در دو هدف به طور مشخص روی سلامت روان تاکید شده است .

۱ - هدف ۳,۴: تا سال ۲۰۳۰ کاستن مرگ و میر از بیماری‌های غیر واگیر از طریق پیش‌گیری و درمان و ارتقای سلامت روان و تندرستی

۲ - هدف ۳,۵: تقویت پیش‌گیری و درمان اعتیاد، از جمله اعتیاد به مواد مخدر و مصرف زیانبار الکل.

برنامه عملیاتی سلامت روان سازمان جهانی بهداشت (Mental Health Action Plan)

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳ برنامه اقدام سلامت روانی را به تایید مجمع جهانی سلامت رساند و اهداف زیر را برای بازه زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ تعیین نمود:

- تقویت رهبری و حاکمیت موثر در سلامت روان
 - ارائه خدمات سلامت روانی و اجتماعی در عرصه جوامع به شکل همه‌جانبه، ادغام یافته و پاسخگو
 - اجرای استراتژی‌های اجرایی برای پیش‌گیری و ارتقای سلامت روان
 - تقویت نظام‌های اطلاعات، شواهد و پژوهش برای سلامت روان
- برای اطلاع از شاخص‌های تعیین شده جهانی و چگونگی اجرای این طرح‌ها به مرجع‌های ذکر شده در انتهای این گفتار، مراجعه فرمایید.

جدول ۱. مقایسه درصد و درصد رشد سالانه بار بیماری در ایران و جهان برای افسردگی و اضطراب بر حسب سال‌های از دست رفته به علت ناتوانی و سال‌های از دست رفته انطباق یافته برای ۲۰۱۷

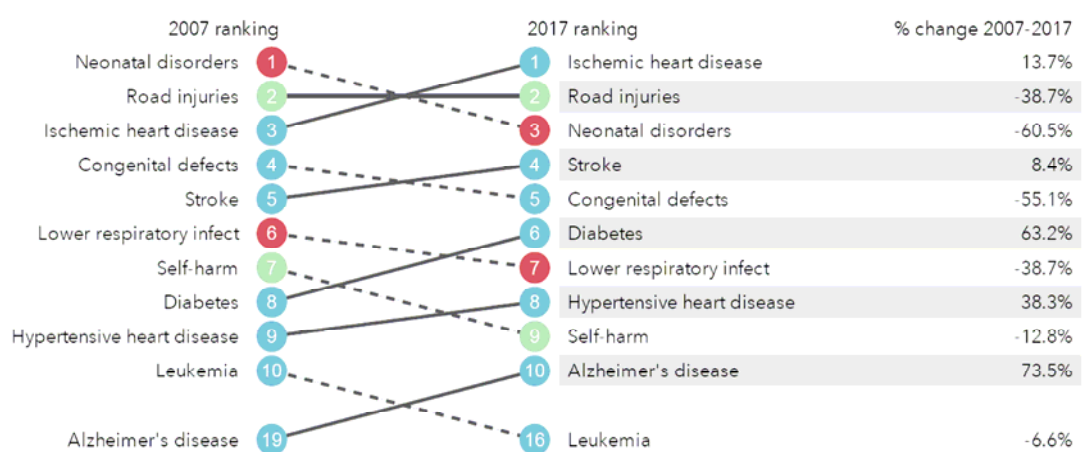
DALY		YLD		نوع اختلال روان پزشکی
جهان	ایران	جهان	ایران	
1.72% (1.3%-2.19)	3.88% (2.97%-4.93%)	5.05% (4.05- 6.11)	7.74% (6.25-9.51)	افسردگی
0.28%	1.46%	0.28%	1.46%	افزایش سالانه
1.08% (0.82-1.37)	2.67% (2.08%-0.34%)	3.18% (2.58-3.91)	5.33% (4.34-6.45)	اضطراب
0.19%	0.65%	0.19%	0.65%	افزایش سالانه

Based on IHME data retrieved 28.11.2018 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

⁸ - Sustainable Development Goals (SDG)

وضعیت بهداشت روان در ایران

شیوع اختلالات روانی، تابع مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. شیوع اختلالات روانی بخصوص افسردگی در ایران قابل توجه است. طبق آخرین مطالعه همه‌گیرشناسی، شیوع دوره‌ای یکساله در ایران ۲۳٫۶ درصد بوده است. در مطالعات سابق، این میزان اندکی کمتر بوده است. ولی نسبت بار بیماری ناشی از افسردگی و اضطراب و میزان رشد سالانه آن در ایران از میانگین جهانی بالاتر است (جدول ۱). در شکل ۳ تغییرات رتبه اختلالات روانی در میان سایر بیماری‌ها از نظر بار بیماری‌ها در ایران با توجه به سال‌های ازدست رفته به علت ناتوانی مقایسه شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود در مقایسه درون کشوری نیز افسردگی در حال افزایش بوده است.



شکل ۳ - بیماری‌هایی که در ایران بیشترین ناتوانی را ایجاد می‌کنند (مقایسه سال ۲۰۰۷ با ۲۰۱۷)

مطالعات داخل ایران در زمینه سلامت روانی مثبت و شاخص شادمانی^۹ ناکافی است و باید در سال‌های آینده بررسی‌های جدی در این زمینه انجام شود.

مطالعات قابل توجهی در مورد سلامت روان شهروندان تهران و عوامل اجتماعی زمینه ساز آن انجام شده است. تهران شهری پر استرس است و طی یک سال ۸۲٫۳ درصد شهروندان نوعی استرس شدید داشته اند. در ۴۵٫۶ درصد استرس اقتصادی، در ۳۲٫۳ درصد خانوادگی، در ۲۸٫۸ درصد مرتبط با سلامت و در ۲۵٫۷ درصد مرتبط با آینده بوده است. استرس‌های شایع ولی کم شدت‌تر از این هم بسیار بیشتر بوده است و عمدتاً حول نگرانی از آینده بوده است. بی شک تدبیر چنین شرایطی فقط در چارچوب اقدام‌های متخصصین سلامت روان و بهداشت نمی‌گنجد و نیاز به مداخلات وسیع اقتصادی اجتماعی و سیاسی توسط مسولین و با مشارکت مردم وجود دارد.

^۹ - happiness index

دوره‌های تاریخی سلامت روان در ایران

صرف نظر از دوران باستان و قرون وسطی، می‌توان چهار دوره برای خدمات بهداشت روان در ایران قایل شد:

دوره نخست که تا سال‌های ۱۳۲۰ ادامه یافته و "دارالمجانین‌ها" با شرایط بسیار نامناسب در تهران، همدان، شیراز و اصفهان وجود داشتند.

دوره دوم از سال‌های ۱۳۲۰ یعنی هنگامیکه دانشکده پزشکی در کشور تاسیس و روانپزشکی به عنوان شاخه‌ای از پزشکی مدرن منظور شد، آغاز گردیده است. بیمارستان‌های دانشگاهی جدید به تدریج ایجاد شدند. رشد دپارتمان‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی و شروع آموزش دستیاری روانپزشکی در سال‌های ۱۳۴۰، حداقل در شهرهای بزرگ، منجر به بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه شده برای بخشی از بیماران روانپزشکی کشور شد. در **سومین** دوره که سال‌های ۱۳۵۰ را شامل می‌شد، تلاش‌هایی در جهت دستیابی به مراقبت‌های بهداشت روان جامع، توسط انجمنی برای توانبخشی معلولین و خدمات بهداشت روان جامعه آغاز شد. این امر به وسیله نخستین معاونت وزارت بهداشت و تامین اجتماعی انجام شد. ابتدا یک سری پژوهش‌های همه‌گیرشناسی انجام شد و تعدادی بیمارستان و مراکز روانپزشکی جدید در نقاط مختلف کشور تاسیس گردید و آموزش سطح بندی شده در روانپزشکی و روانپرستاری آغاز گردید. این برنامه‌های آموزشی و پژوهشی، پس از انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷، در انستیتو روانپزشکی تهران ادغام شد.

چهارمین دوره از مهر ماه ۱۳۶۵، هنگامی که برنامه ملی بهداشت روان (NPMH) توسط یک تیم متخصصین چندرشته‌ای^{۱۰} و بین دانشگاهی طرح و توسط دولت پذیرفته شد. استراتژی اصلی، ادغام فعالیت‌های جدید در یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه کارآمد بود.

زمان شروع **دوره پنجم** را نمی‌توان دقیقاً مشخص نمود. در دهه ۱۳۸۰ توجه به مسایل اجتماعی بیماران و رویکرد همه‌جانبه‌تر به سلامت روان، بیشتر شد. رویکرد اجتماع مدار و روانی - اجتماعی، نقش مهمی پیدا کرد، گسترش برنامه‌های پیش‌گیری و ارتقای سلامت روان به ویژه در سنین پایین، مورد تاکید بیشتر قرار گرفت و پوشش شهری خدمات سلامت روان به ویژه در مناطق شهری افزایش یافت. این خدمات، با تاکید خاص روی مناطق حاشیه شهر از سال ۱۳۹۳ هماهنگ با طرح تحول نظام سلامت گسترش ویژه‌ای یافت. کلیه این برنامه‌ها با سرعت و پوشش متفاوت در حال اجرا هستند و در ادامه این گفتار به جزییات آنها خواهیم پرداخت. تصمیم‌گیری در مورد این که در محیط نامتجانس کلان شهرها و منابع مالی و نیروی انسانی موجود در آینده، تمرکز بر کدام برنامه‌ها بیشتر شود، به شرایط زمان بستگی خواهد داشت.

ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه

برنامه کشوری بهداشت روان در مهرماه سال ۱۳۶۵ توسط تیمی از متخصصان صاحب نظر تهیه و مورد

¹⁰ - Multidisciplinary

تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و پایلوت این برنامه از سال ۱۳۶۷ در دو شهرستان شهرضا در استان اصفهان و شهرکرد در چهارمحال و بختیاری آغاز گردید. از سال ۱۳۶۸ ادغام برنامه کشوری آغاز شد و تا کنون ادامه دارد و در حال حاضر بیش از ۳۰ سال از ادغام این برنامه در نظام شبکه می‌گذرد. پژوهش‌ها و ارزیابی‌های مقایسه‌ای، افزایش قابل ملاحظه دانش و نگرش به‌روزان و کارکنان بهداشتی و بهبود مهارت‌های بیماریابی در مقایسه با مناطق شاهد را نشان داد. متعاقب آن، حرکت‌هایی در کشور صورت گرفت که منجر به گسترش سریع‌تر برنامه شد. برخی عوامل که منجر به این تسریع شدند، عبارت بودند از:

- ایجاد واحد سلامت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- تشکیل کمیته مشورتی بهداشت روان کشوری که اعضای آن عمدتاً اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پزشکی کشور بودند.
- تهیه دستورالعمل‌های آموزشی برای تمام سطوح ارائه بهداشت (۱۳۶۷).

سایر برنامه‌های مرتبط:

- بازنگری‌های برنامه طی کارگاه‌های مرتبط با باره برنامه کشوری (۱۳۷۰) در نقاط مختلف کشور،
 - آموزش متدولوژی تحقیقات بهداشت روان (۱۳۷۲)،
 - ارتقاء آگاهی عمومی در مورد بهداشت روان از طریق رسانه‌ها و بزرگداشت سالانه هفته بهداشت روان در مهر ماه از سال ۱۳۶۴،
 - ارتقاء آگاهی سایر کارکنان بهداشت از طریق کارگاه‌ها، سمینارها و کنفرانس‌ها.
- از افتخارات میهن ما در زمینه سلامت روان این است که این برنامه توانست بالاترین پوشش جمعیتی در ادغام سلامت روان را در سطح جهانی حداقل در کشورهای در حال توسعه فراهم نماید.

دست‌آوردهای مهم برنامه‌های ادغام سلامت روان در کشور:

- ∠ ادغام برنامه‌های حوزه سلامت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی که در سال ۱۳۶۷ در نظام شبکه آغاز شده بود، تا سال ۱۳۸۴ مناطق روستایی را به طور کامل پوشش داد و در شهرها نیز پوشش قابل توجهی پیدا نموده بود. دستاوردی که در سطح بین‌المللی مهم تلقی شده است.
- ∠ پیش‌گیری و ارتقای سلامت روان: در همان سال‌ها برنامه‌های نوینی در زمینه پیش‌گیری نیز افزوده شد. مانند برنامه‌های کشوری زیر:

∠ پیش‌گیری از مصرف مواد و کاهش آسیب اعتیاد

∠ آموزش مهارت‌های زندگی

∠ آموزش مهارت‌های فرزند پروری

∠ پیشگیری از خودکشی

∠ حمایت‌های روانی - اجتماعی در حوادث و بلایا

∠ پیشگیری از خشونت‌های خانگی

∠ پیشگیری از کودک آزاری.

دستاوردهای سال‌های اخیر:

∠ جذب و به کار گیری بیش از ۱۶۳۶ نفر کارشناس سلامت روان در تیم سلامت و استقرار آنها در مراکز

خدمات جامع سلامت در طی طرح تحول سلامت

∠ گسترش برنامه سلامت روان در حاشیه شهرها و شهرهای بالای ۵۰ هزارنفر

∠ غربالگری اختلالات سلامت روان، مصرف مواد، دخانیات و خشونت‌های خانگی در مراکز خدمات جامع

سلامت و پایگاه‌های سلامت توسط کارشناسان مراقب سلامت

∠ ارائه خدمات روانشناختی برای بیماران شناسایی شده در مراکز خدمات جامع سلامت توسط کارشناسان

سلامت روان

∠ آموزش جمعیت عمومی با رویکرد مبتنی بر پیشگیری از اختلالات روانی و مصرف مواد با هدف

توانمندسازی

∠ ارتقاء و بازنگری برنامه‌های سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

∠ ایجاد ساختار تشکیلاتی سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در دانشگاه‌های علوم پزشکی

∠ ایجاد ساختار مستقل سلامت روان ذیل معاونت بهداشت در قالب دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد

در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

∠ تدوین سند سلامت روان و ابلاغ آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی

∠ راه اندازی سامانه ثبت اطلاعات مربوط به رفتارهای خودکشی قابل دسترس در دانشگاه‌ها در سال ۸۷

و بازنگری و ارتقای این سامانه در سال ۹۷

∠ راه اندازی ۱۲ مرکز سلامت روان جامعه نگر در ۹ دانشگاه علوم پزشکی

∠ طراحی الگوی پیشگام سلامت روانی اجتماعی در سطح شهرستان و اجرای پایلوت آن در سه شهرستان

دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز، مشهد و کرمان

∠ تصویب بخش‌هایی از سند سلامت روان کشور در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
∠ اجرای برنامه "الگوی مداخلات اجتماع محور سلامت اجتماعی" در ۲۶ محله حاشیه‌ای کشور

سلامت روان در فوریت‌ها

ایران سرزمینی است که هم در تاریخ گذشته و هم در دهه‌های اخیر، شاهد حوادث تلخ طبیعت ساخته مانند زلزله و سیل یا در معرض حوادث انسان ساخته نظیر جنگ بوده است. مرگ، مجروحیت و تخریب اموال فقط تاثیر قابل رویت و قله کوه یخ این عوارض را نشان می‌دهد ولی داغی که بر روان بازماندگان، نزدیکان و شاهدین این حوادث می‌ماند بسیار عمیق، ناتوان کننده و اغلب طولانی مدت است.

برنامه کشوری سلامت روان در بلایا در سال‌هایی شکل گرفت که هنوز حتی نهادهای بین‌المللی برای این بخش از اقدامات توافق کافی نداشتند. بنابراین متخصصین سلامت روانی ایران بر مبنای یک سری پژوهش‌های کاربردی که پهلوی به نظریه سازی زمینه‌ای¹¹ می‌زد؛ ابتدا بر مبنای پژوهش‌هایی کمی و کیفی در مناطق زلزله زده اردبیل و بیرجند برنامه‌ای برای پایلوت ایجاد کردند که در زلزله آوج قزوین انجام شد و ارتقا یافت و پیش از زلزله بم نه تنها برنامه‌ای کشوری در این زمینه تهیه شده بود بلکه برای مقابله با چنان شرایطی ظرفیت‌سازی و آمادگی همه جانبه وجود داشت و بزرگترین خدمات مبتنی بر شواهد در دنیا بر روی ده‌ها هزار آسیب دیده انجام گردید. برنامه کشوری با تجربیاتی که در زلزله‌ها، سیل‌ها و آتش سوزی‌های سال‌های اخیر به دست آمده است، نیاز به بازبینی مجدد دارد که در دست انجام است.

رویکردهای نوین:

مراکز سلامت روان جامعه‌نگر

کشور ما همگام با تحولی جهانی در راستای توسعه سلامت روان جامعه‌نگر، سعی داشته خدمات خود را از نظامی سنتی و محدود به خدمات بالینی انفعالی به نظامی مبتنی بر سلامت روان جامعه‌نگر تغییر دهد. گرچه برنامه کشوری بهداشت روانی که راهبرد اصلی آن، ادغام خدمات سلامت روان در شبکه‌های

یکی از ویژگی‌های برنامه‌های نوین سلامت روان، توجه به تنوع افزاینده نیازهای گروه‌های گوناگون دموگرافیک یا تشخیصی است. کلان شهرها سازوکارهای درونی پیچیده خود را دارند. به ویژه مناطق حاشیه نشین و گروه‌های محروم جمعیتی در معرض مجموعه‌ای از عوامل خطر هستند. حتی در درون یک واحد جغرافیایی، نیاز به کوشش‌های موازی برای پایلوت نمودن و اجرای طیف وسیعی از خدمات هست. در عین حال تداوم نظارت و هماهنگی مرکزی در مورد این برنامه‌ها و یافتن بهترین مدل‌های مناسب و قابل ادغام و گسترش، در کنار برنامه‌های کشوری موفق سابق، یک ضرورت به نظر می‌رسد.

بهداشتی درمانی کشور (نظام مراقبت اولیه) بوده، یکی از دستاوردهای مهم این تحول محسوب می‌شود و در روستاها به موفقیت چشمگیری دست یافت، اما در شهرها و به ویژه شهرهای بزرگ، نتایج مطلوبی نداشته است.

¹¹ - grounded theory

ارزیابی‌ها نشان می‌داد که با وجود حضور تعداد زیادی روان‌پزشک و روان‌شناس در شهرها، مسئولیت آنها مشخص نیست و خدمت‌رسانی ناهماهنگ است؛ در واقع، بخش‌های خصوصی، دولتی و خیریه به‌طور جداگانه عرضه‌کننده خدماتی ناکافی و با کارآمدی محدود هستند و مردم، گیرندگان غیر فعال آن می‌باشند و فعالیت‌های پیشگیری و ارتقای بهداشت روان هم بسیار ناکافی است.

هرچند شهرها از نظر منابع خدماتی و نیروی انسانی (شامل متخصصان، کارکنان و خدمات‌سپاری و بستری) بسیار غنی‌تر از مناطق روستایی کشور هستند؛ با این وجود، این مناطق عملاً فاقد هرگونه خدمات خارج از بیمارستان‌ها و مطب پزشکان بوده‌اند، پی‌گیری فعال انجام نمی‌شود و اساساً خدمات مبتنی بر جامعه، جایی در این بین نداشته است. از طرفی در کشور ما، همانند اکثر کشورهای توسعه‌یافته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، بیشتر جمعیت در شهرها ساکن هستند و به‌طور روزافزون و بی‌قاعده‌ای بر جمعیت شهرنشین افزوده می‌شود. در کنار این‌ها، پیمایش ملی سلامت روان، نشان داد که تقریباً از هر ۴ نفر، یک نفر دچار نوعی اختلال روان‌پزشکی است؛ با این حال، دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز کیفیت مطلوب ندارند. به دلایل یادشده، ارائه سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای ارائه مطلوب خدمات سلامت روان در شهرها، با رویکردی جامعه‌نگر، اهمیت روزافزونی می‌یابد.

در سال ۱۳۸۳، راهبرد تاسیس مراکز سلامت روان جامعه‌نگر^{۱۲} با هدف ایجاد تحول در سلامت روان شهری در اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب شد و پس از نیازسنجی و بررسی خدمات و شواهد علمی موجود، ساختار و خدمات این مراکز طراحی شد. نخستین گام عملی در این مسیر راه‌اندازی یک برنامه ویزیت در منزل بود. از سال ۱۳۸۹ و با حمایت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، اولین CMHC در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران راه‌اندازی شد. در این مراکز، خدمات به دو گروه و به دو مدل ارائه می‌شود: مدل مراقبت مشارکتی با جلب همکاری پزشکان عمومی و روانپزشکان برای بهتر نمودن شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی شایع (شامل اختلالات افسردگی و اضطرابی) و ارجاع اختلالات شدیدتر؛ و پیگیری تلفنی و ویزیت در منزل همراه با آموزش خانواده برای بیماران دچار اختلالات شدید روان‌پزشکی (شامل اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی). نتایج اجرای این خدمات تا کنون نشان از امکان‌پذیری اجرا، رضایت بیماران از درمان، و برتری عملکرد پزشکان عمومی همکار CMHC در مقایسه با گروه شاهد است. موفق بودن اجرای این خدمات موجب شده تا ارائه خدمات در چارچوب CMHC به نقاط دیگری در کشور گسترش یابد؛ به نحوی که هم‌اکنون مراکز دیگری در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، شهید بهشتی، تبریز، شهید صدوقی یزد، زنجان، مراغه، سنج، کرمان و ساوه راه‌اندازی شده است.

خدمات پس از ترخیص و مطالعات هزینه اثر بخشی آنها

اختلال‌های شدید روان‌پزشکی، مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، با آن‌که شیوع کمتری نسبت به بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی دیگر دارند، ناتوانی بسیار زیادی ایجاد می‌کنند و مسئول اکثر بستری‌های

¹² - Community Mental Health Center

روان‌پزشکی هستند. مسئله مهم در مورد بیماران فوق این است که به رغم کنترل بیماری در طی بستری، بسیاری از این بیماران پس از ترخیص درمان خود را رها می‌کنند که همین منجر به بستری مجدد و عواقب فردی، خانوادگی، و اجتماعی می‌شود. در ضمن، بسیاری از این بیماران به عملکرد و کیفیت زندگی مناسبی دست نمی‌یابند. همین مسئله موجب شده است که خدمات فعال پس از ترخیص جزو ارکان مهم خدمات روان‌پزشکی مدرن باشد. در کشور ما تا پیش از دهه ۸۰، این خدمات پراکنده و بسیار نادر و عود و بستری مکرر بیماران امری رایج بود. این را نیز باید مد نظر داشت که کشور با کمبود شدید تخت‌های بستری روان‌پزشکی مواجه بوده است، به نحوی که **ضریب اشغال** اکثر بخش‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی نزدیک یا حتی بیش از صددرصد می‌باشد. از سال ۱۳۸۳، اداره سلامت روان وزارت بهداشت، توسعه خدمات ویزیت در منزل را به عنوان یک مدل فعال مراقبت پس از ترخیص^{۱۳} جزو اولویت‌های خود تعیین کرد. در این مدل، یک پزشک عمومی و یک همکار غیر پزشک (عموماً یک مددکار) زیر نظر روان‌پزشک، بیماران را ماهانه در منزل ویزیت و مراقبت‌های لازم را ارائه می‌کردند. اولین نمونه این خدمات، در همان سال در بیمارستان روزبه راه‌اندازی شد. از سال ۱۳۸۶ با حمایت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و در راستای ارتقاء جامعیت بسته خدمات ویزیت در منزل و مراقبت مستمر، برنامه مراقبت‌های پس از ترخیص برای بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی در کشور طراحی به صورت پایلوت در چند دانشگاه کشور اجرا شد که در آن ویزیت در منزل برای بیمارانی که عودهای مکرر دارند و یا سابقه عدم پیگیری درمان را داشتند و پیگیری تلفنی برای ترغیب سایر بیماران به مراجعه منظم به درمانگاه و پیگیری درمان ارائه می‌شد و در هر دو روش آموزش روان‌شناختی بیماران و خانواده آنها جزو خدمات اصلی بوده است.

نتایج تحقیقات انجام شده در کشور، نشان‌دهنده اثربخشی این مداخله‌ها بخصوص در کاهش عود و بستری مجدد این بیماران (تا بیش از ۴۰٪) بوده است. در ضمن نشان داده شده که این مداخله‌ها هزینه اثربخش نیز هستند. از خدمات موثر دیگر که می‌تواند خطر عود و بستری مجدد پس از ترخیص را کاهش دهد، می‌توان به برنامه‌ریزی ترخیص^{۱۴} و مدیریت مورد^{۱۵} (از طریق خدمات یک رابط درمان مانند پرستار، مددکار یا حتی عضو خانواده آموزش دیده) و پیگیری تلفنی اشاره کرد که تجارب و شواهدی از آنها در کشور وجود دارد.

خدمات سلامت روان و مراقبت اجتماعی (سراج)

شهرستان‌های اسکو، بردسیر و قوچان

چرا این طرح اجرا می‌شود؟

به طور معمول کسانی که دچار اختلالات روانی یا مشکلات و آسیب‌های روانی مانند اعتیاد، خودکشی و خشونت می‌شوند جزو اقشاری هستند که اشتغال کمتر، درآمد پایین‌تر و سواد کمتر هستند و به طور معمول در

¹³ afercare

¹⁴ discharge palnning

¹⁵ case manager

مناطق محروم‌تر شهرها و حتی گاهی در حاشیه شهرها زندگی می‌کنند. این یافته‌ها در سطح جهانی و نیز در ایران مورد تایید قرار گرفته است. پیمایش ملی سلامت روان که در ۱۳۸۹-۱۳۹۰ انجام شد، نشان داد که تقریباً از هر ۴ نفر، یک نفر دچار یک یا چند اختلال روان‌پزشکی است (۲۳/۶٪) و شیوع اختلالات شدید روان‌پزشکی از قبیل اسکیزوفرنی نیز حدود یک درصد است؛ با این حال، دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره‌مند نمی‌شوند و بسیاری از خدمات ارائه شده نیز فاقد کیفیت مطلوب هستند؛ و سرانجام مشخص شد که اختلالات روان‌پزشکی هزینه قابل ملاحظه‌ای را به خانواده تحمیل می‌کنند؛ به طوری که برای یک بیمار روان‌پزشکی، تا بیش از ۳۰ درصد از درآمد سرانه خانواده در طی یک سال هزینه می‌شود. آخرین مطالعه بار بیماری‌ها در سطح کشور (۲۰۱۰) نیز مشخص کرد که بیماری‌های روان‌پزشکی در مقایسه با سایر بیماری‌ها مهم‌ترین عامل ناتوانی در سنین ۱۰ تا ۴۰ سالگی هستند و از سوی دیگر در مقایسه با ۱۴ کشور دیگر با درآمد سرانه مشابه، ایران از نظر بار بیماری افسردگی اساسی در رتبه نخست و از نظر بار اختلالات اضطرابی و نیز مصرف مواد در رتبه سوم قرار دارد؛ و سرانجام این‌که در دو دهه گذشته بار بیماری ناشی از خودکشی، خشونت بین فردی و سو مصرف مواد افزایش داشته است. این طرح با هدف ایجاد الگوی ملی تامین خدمات پیشگیری، درمان و بازتوانی در بُعد سلامت روان ایرانیان طراحی و اجرا می‌شود.

این برنامه توسط کدام سازمان‌ها طراحی و حمایت می‌شود؟

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت و معاونت درمان) با همکاری فنی موسسه ملی تحقیقات سلامت (گروه مولفه‌های اجتماعی سلامت) و نظارت انستیتو تحقیقات روان‌پزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران متولی اصلی طراحی و نظارت بر اجرای این طرح پیشگام است. در اجرای این طرح و به منظور فراهم آوردن تسهیلات برای مراقبت‌های اجتماعی شهروندان در شهرستان‌های پیشگام حداقل ۸ سازمان ملی و معاونت‌های تابعه همکاری می‌کنند: وزارت کشور، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، نیروی انتظامی، سازمان حفاظت از محیط زیست، سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای، بنیاد مسکن انقلاب اسلامی و کمیته امداد امام خمینی (ره). دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، کرمان و مشهد در سطح استان مسئول حمایت و هدایت شهرستان پیشگام را بر عهده دارند. فرمانداری شهرستان‌های اسکو، بردسیر و قوچان مسئولیت اجرای بسته اقدام جامعه را دارد.

پیشینه طرح چیست؟

سند سیاست سلامت روان در سال ۱۳۹۱ توسط وزیر وقت ابلاغ شد و اولین گام در توجیه مدیران ارشد برای اقدام جامع در ارتقای سلامت روان شکل گرفت، این سند، خود حاصل بیش از دو دهه تجربه در زمینه سیاست‌گذاری و اجرای مداخلات سلامت روان بوده است. ارزشیابی این سند در مقطع ۱۳۹۴ میزان موفقیت حدود ۴۰٪ را نشان داد. یکی از برنامه‌های مندرج در سند طراحی الگوی ادغام مراقبت‌های اجتماعی در

مراقبت‌های اولیه بهداشتی و همچنین ارزشیابی و توسعه مراکز سلامت روان جامعه نگر (که از سال ۱۳۹۰ در تهران شروع شده بود) که در ترکیب با سایر شواهد از جمله نظام نامه ابلاغی وزیر کشور و وزیر بهداشت در مدیریت استانی سلامت (در سال ۱۳۹۲) موجب شد نظام نامه خدمات سلامت روانی و مراقبت اجتماعی شهرستان در سال ۱۳۹۳ تدوین گردد. از سال ۱۳۹۴ بستر اجرای این نظام نامه شامل تدوین سه بسته خدمتی، تجهیز مراکز بهداشتی - درمانی و ایجاد مرکز سلامت روان جامعه نگر، تامین نیروی انسانی مورد نیاز در سطح پایه و تخصصی، آموزش نیروهای انسانی، پیمایش نشانگرهای پایه (قبل از مداخله با ۴۰۰۰ نمونه در سه شهرستان اسکو، بردسیر و قوچان) و حمایت طلبی از فرمانداری‌ها و سازمان‌های ملی در سه شهرستان فراهم شد تا اینکه در ۱۲ بهمن ماه ۱۳۹۴ با ابلاغ مشترک معاون بهداشت و معاون درمان آرایه خدمات در سه شهرستان آغاز شد.

اهداف طرح چیست ؟

هدف این طرح در سال‌های آینده افزایش شاخص بهره مندی عادلانه مردم از خدمات سلامت روانی و مراقبت‌های اجتماعی در سه شهرستان پیشگام است تا با افزایش سواد سلامت روان، اتخاذ رفتارهای روانی و اجتماعی پیشگیرانه، بهبود حفاظت مالی بیماران شیوع اختلالات روانی و آسیب‌های اجتماعی کاهش یابد.

خدمات این طرح چیست ؟

بسته اول (خدمات سلامت روانی اجتماعی پایه

خدمات سلامت روان در این بسته برای آرایه در خانه‌های بهداشتی، پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه تدارک دیده شده است :

- غربالگری اختلالات روانی و عوامل خطر اجتماعی توسط مراقب سلامت و ارجاع به پزشک و پیگیری‌های آتی
- تشخیص و درمان اختلالات روانی (اختلالات روانی شایع) توسط پزشک عمومی /خانواده ؛ ارجاع موارد مشکوک به سایکوز و مقاوم به درمان به سطح تخصصی
- خدمات کارشناس روان که شامل آموزش چهره به چهره به بیماران معرفی شده از طرف پزشک عمومی/خانواده، آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی در اصول و فنون پیشگیری از اختلالات روانی و آسیب‌های اجتماعی و ارجاع اجتماعی نیازمندان به مراکز معین در شهرستان است.

بسته دوم (خدمات تخصصی در قالب مرکز سلامت روان جامعه نگر و بخش روانپزشکی بیمارستان عمومی

تشخیص، درمان و مراقبت از اختلالات سایکوز و بیماران ارجاع شده از پزشک عمومی / خانواده در این بسته انجام می‌شود اما این بسته خدمات آموزش خانواده‌های بیماران، پیگیری بعد از دریافت خدمات، ویزیت در منزل، کاردرمانی و

زمینه‌های اقدام جامعه در تفاهم نامه :
تکامل کودکی، سواد، درآمد، کار امن و ایمن، امنیت غذایی، تفریحات، حمل و نقل عمومی، خدمات اجتماعی، امنیت اجتماعی، مدیریت بحران، معنویت، حکمرانی، اقدام شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان تشکیل خانه مشارکت مردم (رویکرد شبکه‌های اختصاصی مردمی برای مشارکت) و شورای محلات (رویکرد جغرافیایی به مشارکت) و ترویج بسته پیشگیری از اختلالات روانی.

حمایت‌های اجتماعی را هم شامل می‌شود تا چرخه درمان بیماران کامل شود.

بسته سوم (بسته اقدام جامعه

- بیش از ۵۰٪ علل موثر در ایجاد اختلالات روانی، ریشه‌های اجتماعی محیطی دارد به همین منظور بسته اقدام جامعه (آج) با هدف سازمان‌دهی همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم در ارتقای سلامت روانی و اجتماعی شهرستان طراحی شده است تا عوامل خطر اختلالات روانی در شهرستان کاهش یابد و حمایت‌های اجتماعی از افراد دارای اختلالات روانی افزایش و انگ اجتماعی، کاهش یابد. این بسته چهار اقدام دارد:
۱. شورای فرمانداری نسبت به وضعیت سلامت روان، پیامدها و عوامل موثر بر آن حساس شده و تفاهم‌نامه همکاری بین ادارات شهرستان و نمایندگان مردم، امضا می‌شود.
 ۲. دبیرخانه رصد اقدامات جامعه (راج) در فرمانداری ایجاد می‌شود تا با آموزش رابطان، اقدامات تفاهم‌نامه را پایش و عملکرد ادارات را رتبه‌بندی و تشویق کند
 ۳. تسهیلات مراقبت اجتماعی از مبتلایان به اختلالات روانی توسط ادارات شهرستان فراهم شود
 ۴. ترویج هماهنگ پیام‌های ارتقای سلامت روانی و اجتماعی از طریق مبادی در اختیار فرمانداری و میانجیان مردمی.

این طرح چگونه ارزشیابی می‌شود؟

ارزشیابی قبل از مداخلات طی پیمایشی با ۳۸۰۰ نمونه در زمستان ۱۳۹۴ و قبل از ارائه خدمات در سه شهرستان مذکور و سه شهرستان شاهد انجام شده است. مقرر است با گذشت ۱۸ ماه از زمان آغاز خدمات و یا پوشش ۶۰٪ درصد از جمعیت این پیمایش تکرار شده و نتایج تحلیل می‌شود. این پیمایش حاوی پرسش‌هایی است که شیوع اختلالات روانپزشکی، بهره‌مندی از خدمات، وضعیت حمایت اجتماعی، نشاط و سواد سلامت روان را می‌سنجد. روش‌های کیفی برای ارزشیابی نتایج طرح با جمع‌آوری اطلاعات از کارکنان و مدیران شهرستان، استان و سطح ملی است انجام خواهد شد. جمع‌آوری داده‌های ثبتی به صورت ماهانه به منظور پایش روند طرح انجام می‌شود. به منظور گسترش الگو به سراسر کشور پیوست اقتصادی طرح، نظام تامین مالی الگو و امکان سنجی آن انجام شده است. تعمیم طرح به کلیه شهرستان‌های کشور در شهریور ۱۳۹۶ به تصویب شورای ستاد مبارزه با مواد مخدر رسیده و ابلاغ گردیده است. در حال حاضر این الگو در ۹ شهرستان کشور، اجرایی شده است.

قانون سلامت روان، یک ضرورت به تاخیر افتاده

برخی از عرصه‌های سلامت هستند که احتمال نادیده گرفتن حقوق بیمار در آنها بیشتر است. بخصوص بستری اجباری و بدون رضایت بیمار و محدود نمودن بیمار از حق انتخاب در دوران بستری، مسایلی است که بیشتر مورد انتقاد اندیشمندان قرار می‌گیرد. در اوج تمدن اسلامی از جمله در ایران احترام به حقوق بیماران روانی و وجود بخشی در بیمارستان‌های عمومی برای این بیماران گزارش شده است و از درمان‌هایی مانند بوی خوش و موسیقی علاوه بر درمان‌های گیاهی برای بهبود بخشی به آنها استفاده می‌شده است. در اروپا این تحولات دیرتر

آغاز شد و جنبشی که در جریان انقلاب فرانسه به وسیله پینل و دیگران آغاز شد منجر به تغییر شرایط درمان و رفتار با بیماران روانپزشکی شد. حال آنکه در ایران با وجود آن سابقه درخشان تا حدود سی و چند سال پیش در تعداد معدودی از بیمارستان‌ها از زنجیر استفاده می‌شده است. بسیاری از فلاسفه و جامعه‌شناسان معاصر در کشورهای غربی روی حقوق بیماران روانپزشکی تاکید نموده‌اند. در قوانین ما به شکل پراکنده به مسایل حقوقی این بیماران پرداخته شده است اما جا دارد که قوانین مشخصی در این مورد تصویب شود. از ۱۵ سال پیش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تیمی را مامور تهیه این قانون نموده و در سال‌های اخیر، متن آن بارها در کمیسیون‌های مجلس و به وسیله مراجع مختلف صاحب نظر، مورد بحث و تصحیح قرار گرفته است ولی هنوز در معرض قضاوت و تصمیم نهایی مجلس شورای اسلامی قرار نگرفته است.

ارزیابی، پایش و پژوهش‌های کاربردی عمومی در مورد سلامت روان

پایش مداوم فعالیت‌های بهداشت روان از طریق اخذ گزارش منظم و آنالیز آماری و ویزیت‌های دوره‌ای از شبکه توسط متخصصین مسوول در استان‌ها و اداره مرکزی در تهران، صورت می‌گیرد. با این وجود از ارزیابی‌های مستقل نیز استقبال میشود. نخستین ارزیابی مستقل توسط دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در شرق مدیترانه در سال ۱۳۷۴ انجام پذیرفت. این بررسی مشتمل بود بر بازرسی شبکه و جمع‌آوری اطلاعات از ۲۶۶ بهورز و خانه بهداشت، ۹۱ پزشک عمومی و مراکز بهداشت روستایی و ۷۳۷ خانواده که در مجاورت مناطق روستایی که برنامه‌های بهداشت روان اجرا می‌شد، ساکن بودند این پژوهش همچنین مشتمل بود بر مطالعه‌ای روی اختلالات روانپزشکی در کار پزشکی عمومی و مسیر ورود به درمان. نتیجه این مطالعات نشان داد که از نظر پوشش خدمات روند پیشرفت بسیار خوب بوده است و کیفیت آموزش بخصوص برای بهورزان، نتایج بسیار مناسبی داشته است.

اشکال‌هایی در سیستم ارجاع از سطح دوم به سطوح بالاتر و بخصوص پاسخ به این ارجاعات نشان داده شده است. جالب است متذکر شویم که در نگاهی دیگر به مطالعات درمانی، نشان داده شده که مراجعه به درمانگرهای سنتی بعنوان نخستین گام جهت درمان، از ۴۰/۲ درصد در سال ۱۳۶۹ به ۱۴/۱ درصد در سال ۱۳۷۷ و ۱۵/۶ درصد در سال ۱۳۷۹ تغییر کرده است. گرچه این یافته‌ها مربوط به یک منطقه نبودند، اما میتواند بازتابی از یک تغییر جهت در مسیر درمانی بسوی درمان به موقع باشد. البته در مورد اخیر باید پژوهش‌های جدیدی صورت گیرد تا نقش گسترش اخیر طب سنتی را بررسی کند.

مطالعه دیگری در استان خراسان مشخص کرد که ۷۲/۲ درصد از بیمارانی که برای نخستین بار در فاز آغازین طرح، غربالگری شدند، از بیماری‌های تشخیص داده نشده‌ای برای حداقل ۳ سال رنج می‌برده‌اند، این امر نشانگر آن است که چنین ادغامی جهت پیشگیری ثانویه چقدر می‌تواند مفید باشد. این نتایج در یک مطالعه دیگر نیز تایید شده است.

در یک ارزیابی دیگر در سال ۱۳۸۸ دانش و نگرش بهورزان در مورد شرح وظایفشان نسبت به پزشکان عمومی وضعیت بهتری داشتند. ولی در مجموع نشان داده شد که برنامه ادغام، موثر و مفید است و به نحو معنی

داری منجر به بیماریابی بهتر اختلالات روانی شده است ولی ادامه ارزیابی پنج ساله داخلی و ده ساله خارجی توصیه شد.

نیازهای برآورده نشده در زمینه سلامت روان و پیشنهادهایی برای آینده

- هنوز در سطح مدیریت کلان سلامت روان نیاز به هماهنگی بیشتر درون بخشی و بویژه برون بخشی وجود دارد. تدبیر مسایل اقتصادی و اجتماعی به شکلی مشارکتی و در سطحی فراتر از وزارت بهداشت در مان و آموزش بهداشت یک ضرورت است.
- تداوم ادغام سلامت روان در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی وابسته به پیش‌شرط تقویت شبکه بهداشتی است.
- سازوکارهای افزایش دانش و انگیزش در رده‌های مختلف نیروی انسانی در سلامت روان باید بیشتر مورد پژوهش قرار گیرد و مداخلات موثر روی آنها صورت گیرد.
- تخصیص سهم بالاتری از بودجه بهداشتی برای سلامت روان.
- بازبینی و روزآمد کردن متون آموزشی بر مبنای شواهد و تجارب ملی و شواهد و منابع بین‌المللی. خوشبختانه ایران در این زمینه پیشتاز بوده است. اما استفاده از تجارب مبتنی بر شواهد سازمان جهانی بهداشت نیز می‌تواند کمک کننده باشد.
- افزایش تعداد مراکز بهداشت روان جامعه نگر و استفاده بیشتر از خدمات مددکاران اجتماعی و روان پرستاران.
- درگیر نمودن طیف گسترده‌تری از گرایش‌های علمی و تخصصی گوناگون: روانپزشکان، پزشکان عمومی، روانشناسان بالینی و سلامت، روان پرستاران، پزشکان اجتماعی، اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصین کودکان در برنامه‌های کشوری در فعالیتهای اجرایی، آموزشی و پژوهشی. یکی از امکانات مهم استفاده از بستر تجربه شده پزشک خانواده می‌باشد.
- تهیه راهنماهای بالینی برای تدابیر درمانی اختلالات روانی برای سطوح تخصصی
- حمایت بیشتر از طرح‌هایی مانند "سراج" که به جنبه‌های اجتماعی سلامت، توجه بیشتری می‌کنند.
- توجه بیشتر به طیف وسیع‌تری از پیش‌گیری‌ها و ارتقای سلامت روان¹⁶ و افزایش سلامت روان مثبت از طریق برنامه‌های مشترک و بین بخشی کشوری.
- ارتقای سواد سلامت روان جمعیت عمومی، کاهش انگ نسبت به بیماری‌های روانی
- ارتقای پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان توسط بیمه‌ها به ویژه بیمه‌های تکمیلی
- تقویت، گسترش کمی و کیفی برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های اجتماعی

¹⁶ - Mental health promotion

- (در جهت افزایش سرمایه اجتماعی) و مهارت‌های فرزند پروری.
- برنامه‌ریزی برای سلامت روان سالمندان
- برنامه ریزی در زمینه ارتقای سلامت جنسی.
- توجه ویژه به مشارکت کلیه اقشار جامعه و سازمان‌های مردم‌نهاد در برنامه ریزی، پایش و اجرای کلیه برنامه‌های فوق با تاکید ویژه روی قشر جوان کشور.
- بازبینی برنامه‌های مبارزه با اعتیاد چه در مورد پیشگیری اولیه و چه ثانویه و کاهش آسیب بر مبنای تغییر الگوی داروهای مصرفی و افزایش مصرف محرک‌ها، داروهای نسخه‌ای، الکل و اعتیاد به اینترنت.
- تقویت برنامه‌های سلامت روان در مدارس و دانشگاه‌ها
- تهیه و اجرای برنامه کشوری ادغام یافته سلامت روان در محیط کار

منابع

1. WHO. WHO Constitution 1948. Basic Documents, Forty-fifth Ed Suppl Oct 2006 [Internet]. 1948;(January 1984):1-18. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
2. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. GBD History | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [cited 2018 Nov 19]. Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/about/history>
3. Whiteford HA et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
4. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva; 2015 [cited 2018 Dec 7]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241?sequence=1>
5. Manoel Bertolote J, Epping-Jordan J, Funk M, Prentice T, Saraceno B, Saxena S, et al. The principal writers of this report were Rangaswamy Srinivasa Murthy (edi-tor-in-chief) [Internet]. The World Health Report. 2001 [cited 2018 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
6. WHO | Millennium Development Goals (MDGs). WHO [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 19]; Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/
7. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/ retrieved 20.10.2018. 2018;2018.
8. WHO | Mental health included in the UN Sustainable Development Goals. WHO [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 20]; Available from: https://www.who.int/mental_health/SDGs/en/
9. World Health Organisation. Sixty-sixth World Health Assembly: Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013;(May):1-27.
10. World Health Organization. MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2020 ' [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 30]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=8DCD30690A9CBB55A424FF3EB32729CB?sequence=1
11. Sharifi V, Amin-Esmacili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian mental health survey, 2011. *Arch Iran Med*. 2015;18:76-84.
12. A.A. N, S.A. BY, M.T. Y, K. M, Noorbala AA, Yazdi SAB, et al. Mental health survey of the

- adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004;
13. Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Abbas S, Yazdi B, Dqg G, et al. Mental Health Survey of the Iranian Adult Population in 2015. 2017;20:128–34.
 14. IHME. Data Visualization, GBD Compare [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
 15. Noorbala AA, Rafiey H, Alipour F, Moghanibashi-Mansourieh A. Psychosocial Stresses and Concerns of People Living in Tehran: A Survey on 6000 Adult Participants. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2018 Apr [cited 2018 Dec 6];13:94–102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29997654>
 16. Yasamy MT, Shahmohammadi D, Bagheri Yazdi SA, Layeghi H, Bolhari J, Razzaghi EM, et al. Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need. *East Mediterr Heal J*. 2001;
 17. Funk M, Dr W, Ivbijaro G. Integrating mental health into primary care A global perspective [Internet]. [cited 2018 Nov 20]. Available from: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
 18. Yasamy MT, Zojaji A, Mirabzade A, Bagheri Yazdi SA, Layeghi H, Shojaee AM, Kafi A., Mohammad N. Moghadam M BM. Determination of appropriate methods of mental health service delivery to survivors of natural disasters. (In Persian). 1997.
 19. MT Yasamy, M Farajpour, SS Gudarzi, SA Bagheri Yazdi, A Bahramnezhad , Y Mottaghpor AZ, M Aminesmaeli, A Mirabzade, A Kafi , M Bina. SA. ADVANCES IN DISASTER MENTAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT. In: Murthy R, editor. 2006 [cited 2018 Nov 25]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/280491404>
 20. Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2004 Jan 2 [cited 2018 Aug 4];184(01):70–3. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000077138/type/journal_article
 21. شریفی و، یاسمی م ت، باقری یزدی ع، امین اسماعیلی م. طرح تاسیس مراکز سلامت روان جامعه نگر. اداره سلامت روان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.
 22. م شوافعا. خدمات مؤثر جامعه نگر برای مبتلایان به اختلال های روان پزشکی کدامند؟ مروری بر شواهد. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۹۲؛ ۱۹: ۷۹–۹۶.
 23. س.ج. ۱. نوعی، ز، شریفی، و، ابوالحسنی، ف، موسوی-نیا، Roozbeh Home Care Program for Severe Mental Disorders: A Preliminary Report. راه اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه نگر در ایران تجربه ی مراقبت مشارکتی اصول بهداشت روانی، ۱۵، ۴۲۳–۴۱۹.
 24. Amini H, Shakiba A, Sharifi V, Shirazi M, Sadeghi M, Abolhasani F, et al. Evaluation of the performance of general practitioners in a collaborative care program by employing simulated patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 21];51:1311–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27155972>
 25. Moinfar Z, Sedaghat M, Abolhassani F, Sharifi V, Moinfar Z, Eftekhari S, et al. A collaborative care program for management of common mental disorders among diabetic patients in a primary healthcare setting. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2016 Aug 22 [cited 2018 Nov 21];24:273–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10389-016-0722-y>
 26. نوعی ز، شریفی و، ابوالحسنی ف، امین اسماعیلی م منس. راه اندازی اولین مرکز بهداشت روان جامعه نگر. اصول بهداشت روانی ۱۳۹۲. ۱۵: ۴۱۹–۲۳.
 27. Noee Z, Abolhassani F, Sharifi V, Amine-Esmaeli M, Mosavineia SJ. Patients Satisfaction of the Role of Case Manager in Community Mental Health Center (CMHC). *Iran J Psychiatry Clin Psychol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 22];19:134–8. Available from: http://ijpcp.iuims.ac.ir/browse.php?a_id=2033&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&mb=1

28. Amini H, Sharifi V. Quality of life in bipolar type i disorder in a one-year followup. *Depress Res Treat*. 2012;2012.
29. ملکوتی ک , شریفی و, حاجبی ا میبودآپ. برنامه مراقبت‌های پس از ترخیص برای بیماران مبتلا به اختلال شدید روانپزشکی .
30. Sharifi V, Tehranidoost M, Yunesian M, Amini H, Mohammadi M, Jalali Roudsari M. Effectiveness of a Low-Intensity Home-Based Aftercare for Patients with Severe Mental Disorders: A 12-month Randomized Controlled Study. *Community Ment Health J* [Internet]. 2012 Dec 7 [cited 2018 Nov 23];48:766–70. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10597-012-9516-z>
31. Hajebi A, Sharifi V, Ghadiri Vasfi M, Moradi-Lakeh M, Tehranidoost M, Yunesian M, et al. A multicenter randomized controlled trial of aftercare services for severe mental illness: study protocol. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 Dec 1 [cited 2018 Nov 23];13:178. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23816199>
32. Ghadiri Vasfi M, Moradi-Lakeh M, Esmaeili N, Soleimani N, Hajebi A. Efficacy of Aftercare Services for People With Severe Mental Disorders in Iran: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2018 Nov 23];66:373–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25828982>
33. Moradi-Lakeh M, Yaghoubi M, Hajebi A, Malakouti SK, Vasfi MG. Cost-effectiveness of aftercare services for people with severe mental disorders: an analysis parallel to a randomised controlled clinical trial in Iran. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2017 May [cited 2018 Nov 23];25:1151–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28147433>
34. Barfar E, Sharifi V, Amini H, Mottaghipour Y, Yunesian M, Tehranidoost M, et al. Cost-effectiveness Analysis of an Aftercare Service vs Treatment-As-Usual for Patients with Severe Mental Disorders. *J Ment Health Policy Econ* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 23];20:101–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28869209>
35. Malakouti SK, Nojomi M, Mirabzadeh A, Mottaghipour Y, Zahiroddin A, Kangrani HM, et al. A Comparative Study of Nurses as Case Manager and Telephone Follow-up on Clinical Outcomes of Patients with Severe Mental Illness. *Iran J Med Sci* [Internet]. 2016 Jan [cited 2018 Nov 23];41:19–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26722141>
36. Malakouti SK, Nojomi M, Panaghi L, Chimeh N, Mottaghipour Y, Joghatai MT, et al. Case-management for Patients with Schizophrenia in Iran: A Comparative Study of the Clinical Outcomes of Mental Health Workers and Consumers' Family Members as Case Managers. *Community Ment Health J* [Internet]. 2009 Dec 5 [cited 2018 Nov 23];45:447–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19415489>
37. Khaleghparast S, Ghanbari B, Kahani S, Malakouti K, SeyedAlinaghi S, Sudhinaraset M. The effectiveness of discharge planning on the knowledge, clinical symptoms and hospitalisation frequency of persons with schizophrenia: a longitudinal study in two hospitals in Tehran, Iran. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 Aug [cited 2018 Nov 23];23(15–16):2215–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24329909>
38. Towfighi H, Sharifi V, Alaghband -Rad J SB. Hospital Roozbeh in Service Planning Discharge of Implementation and D. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2018;24:56–69.
39. Morasae E, Forouzan A, Majdzadeh R, Asadi-Lari M, Noorbala A, Hosseinpoor A. Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach. *Int J Equity Health* [Internet]. 2012 Mar 26 [cited 2018 Nov 24];11:18. Available from: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-18>
40. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2014 Aug 19 [cited 2018 Nov 24];26:392–407. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25137105>
41. Foundation WHO and CG. *Social Determinants of Mental Health*. Geneva: World Health Organization; 2014.
42. Hosseinpoor AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, et al. Socioeconomic

- inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: Results from the World Health Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Dec 22 [cited 2018 Nov 24];12:474. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-474>
43. Damari B, Alikhani S, Riazi-Isfahani S, Hajebi A. Transition of Mental Health to a More Responsible Service in Iran. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 Nov 24];12:36–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28496500>
44. بهزاد دماری احمد حاجبی ونداد شریفی. شیوه نامه جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان [Internet]. ۹۷۸. انتشارات طب و جامعه; ۱۳۹۵. Available from: <http://www.ketabcity.com/BookView.aspx?bookid=2021026>
45. بهزاد دماری احمد حاجبی ونداد شریفی جعفر بوالهروی. خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان : مروری بر تجربه اقدام پژوهی پیشگام در جمهوری اسلامی ایران. [Internet]. انتشارات طب و جامعه; ۱۳۹۵ [cited 2018 Nov 24]. Available from: <http://www.ketabcity.com/bookview.aspx?bookid=2021028>
46. Moharrery MR. A glance at the history of psychiatry and history of psychiatry in Iran. *Andishe va Raftar*. 1(1,3):27–49.
47. Esfahani MN, Mirsepassi G, Atef-Vahid M-K. Development of mental health law in Iran: work in progress. *BJPsych Int* [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Nov 25];12:68–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29093861>
48. Khadivi R, Shakeri M, Ghobadi S. The Efficiency of Mental Health Integration in Primary Health Care: a Ten-year Study. *Int J Prev Med* [Internet]. 2012 Mar [cited 2018 Nov 24];3(Suppl 1):S139-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22826756>
49. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al. Evaluation of Mental Health Program Integration into the Primary Health Care System of Iran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* [Internet]. 2012 [cited 2018 Nov 24];17:271–8. Available from: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1450-en.html>
50. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme, World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-Specialized health settings: mental health gap action programme (mhGAP). Version 2. WHO.; 2018. 164 p.
51. WHO. mhGAP Intervention Guide e version [Internet]. RS Murthy, editor. World Health Organization. 2014 [cited 2018 Nov 25]. Available from: <https://www.paho.org/mhgap/en/>
52. بوالهروی ج، کبیر ک، حاجبی ا، باقری یزدی سع، رفیعی ح، احمدزاد اصل م. et al. بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشکی خانواده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 24];22:134–46. Available from: http://ijpcp.iuims.ac.ir/browse.php?a_id=2603&sid=1&slc_lang=fa