

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۲ / دکتر یاسمی و همکاران

بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران

فهرست مطالب

اهداف درس	۱۹۱۹
مقدمه	۱۹۱۹
تاریخچه خدمات بهداشت روان	۱۹۲۰
ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه	۱۹۲۱
دستاوردها	۱۹۲۱
ارزیابی	۱۹۲۱
حیطه های نیاز	۱۹۲۲
تداوم ادغام	۱۹۲۲
بهبود کیفیت ارائه خدمات	۱۹۲۲
بهداشت روان شهری	۱۹۲۳
ارتقاء بهداشت روان	۱۹۲۳
بهداشت روان کودکان و نوجوانان	۱۹۲۴
سوء مصرف مواد	۱۹۲۴
بهداشت روان در بلایای طبیعی	۱۹۲۵
پیشگیری اولیه	۱۹۲۵
تهیه قانون بهداشت روان	۱۹۲۶
مطالعات هزینه	۱۹۲۶
مشارکت بین المللی	۱۹۲۶
منابع	۱۹۲۷

بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران دستاوردها و نیازها

یاسمی، م ت؛ شاه محمدی، د؛ باقری یزدی، س ع؛ لایقی، ه؛ بوالهیری، ج، رزاقی، ع م؛ بینا م؛ محیط، الف و مهدوی ن.

گروه آموزشی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

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

- تاریخچه خدمات بهداشت روان در سطح کشور را شرح دهد
- اهمیت ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور را بیان کند
- حیطه‌های نیاز به توسعه بهداشت روان در سطح کشور را شرح دهد
- اهمیت توجه به بهداشت روان کودکان و نوجوانان را بیان کند
- نقش بازدارنده بهداشت روان در سوء مصرف مواد را توضیح دهد
- اهمیت بهداشت روان در بلایای طبیعی را شرح دهد
- اقدامات انجام شده مرتبط با پیشگیری اولیه بهداشت روان در ایران را ذکر کند
- اهمیت تهیه قانون بهداشت روان را متذکر شود

واژه‌های کلیدی

بهداشت روان، تاریخچه، بلایای طبیعی

مقدمه

جمهوری اسلامی ایران کشوری پهناور با مساحت بیش از ۱۶۴۸۰۰۰ کیلومتر مربع است و شامل ۲۸ استان، ۲۸۲ بخش، ۷۲۴ شهر، ۷۴۲ قریه، و بیش از ۲۲۶۰ روستا است. جمعیت بیش از ۶۰ میلیون نفر تخمین زده

میشود با ۵۰/۴ درصد زیر سن ۱۹ سال و ۴/۴ درصد بالای ۶۵ سال. میزان رشد جمعیت ۱/۴۱ درصد میباشد. روند شهرنشینی رو به افزایش است و ۶۰/۴ درصد جمعیت در مناطق شهری و ۳۹/۶ درصد در مناطق روستایی سکونت دارند. شهرهای بزرگ گسترش می یابند و تنها در تهران (پایتخت)، بیش از ۱۱ میلیون نفر زندگی میکنند. زبان رسمی کشور فارسی است و ۹۹/۶ درصد از جمعیت مسلمان هستند. شاخص‌های بهداشت عمومی در کشور بهبود یافته است و نیل به این دستاوردها مدیون سیستم مراقبت بهداشتی اولیه (PHC) میباشد. گسترش شبکه بهداشتی توسط نیروهای محلی به دور افتاده ترین نقاط کشور، میسر شده و تغییرات عمیقی در برقراری و تداوم بهداشت جامعه بدنبال داشته است. مراقبت‌های بهداشتی نیز به دلیل افزایش منابع انسانی و توزیع مناسب آن بهبود یافته است. تعداد پزشکان در مقایسه با ۴۷۳۷۳ پزشک در سال ۱۳۶۹ به ۹۰۰۰۰ رسیده و تعداد تخت‌های بیمارستانی از ۵۵۳۶۸ تخت در سال ۱۳۵۸ به ۹۶۱۴۸ تخت در سال ۱۳۷۶ افزایش یافته است. خدمات سرپایی نیز در ۶۵ کلینیک دولتی و ۳۲۸ کلینیک خصوصی ارائه میشود.

در حال حاضر ۷۳۵ روانپزشک مشغول به کار هستند و سالانه حدود ۵۰ روانپزشک جدید فارغ التحصیل میشوند. ۱/۳ تخت روانپزشکی برای هر ۱۰۰۰۰ نفر وجود دارد که از متوسط منطقه‌ای (۰/۸ برای ۱۰۰۰۰ نفر) بالاتر و از آمار ۳/۶ در آمریکا و ۹/۳ در اروپا بسیار پایین تر است. ۲۵ دکترای روانشناسی بالینی، بیش از ۳۸۹ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و ۵۰۰۰ کارشناس روانشناسی نیز، وجود دارند.

تاریخچه خدمات بهداشت روان

برای خدمات بهداشت روان در ایران، میتوان چهار دوره قایل شد. دوره اول که تا سال‌های ۱۳۲۰ ادامه یافت 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 طب مدرن منظور شد، آغاز گردید. تاسیس بیمارستان‌های دانشگاهی جدید و تدریجاً ایجاد و رشد دپارتمان‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی و آموزش دستیاری روانپزشکی در سال‌های ۱۳۴۰، حداقل در شهرهای بزرگ، منجر به بهبود مراقبت‌های ارائه شده برای بیماران روانپزشکی 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 صورت گرفت. این امر توسط اولین معاونت وزارت بهداشت و تامین اجتماعی انجام شد. وزارت متبوع، اقدام به یک سری پژوهش‌های همه‌گیرشناسی و تاسیس تعدادی بیمارستان و مراکز روانپزشکی جدید در نقاط مختلف کشور نمود و آغاز به آموزش سطح بندی شده در روانپزشکی و روانپرستاری کرد. این برنامه‌های آموزشی و تحقیقاتی، پس از انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷، در انستیتو روانپزشکی تهران ادغام شد. چهارمین دوره از مهر ماه ۱۳۶۵، هنگامیکه برنامه ملی بهداشت روان (NPMH) توسط یک تیم چند رشته‌ای (Multidisciplinary) از متخصصین طرح و توسط دولت پذیرفته شد، آغاز گردید. استراتژی اصلی، ادغام فعالیت‌های جدید در یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه کارآمد بود.

ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه

از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۶۹ یک پیش مطالعه (Pilot study) موفق در شهرکرد و شهرضا در مرکز جمهوری اسلامی ایران انجام شد که نشانگر افزایش قابل ملاحظه دانش بهداشتکارها و بهبود مهارت‌های بیماریابی در مقایسه با مناطق شاهد بود 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 بودند.
- تهیه آیین‌نامه‌های آموزشی برای تمام سطوح ارائه بهداشت (۱۳۶۷)
- بازننگری‌ها و کارگاه‌ها در باره برنامه کشوری (۱۳۷۰) و متدولوژی تحقیقات بهداشت روان (۱۳۷۲)
- بزرگداشت سالانه هفته بهداشت روان در مهر ماه از سال ۱۳۶۴
- ارتقاء آگاهی سایر کارکنان بهداشت از طریق کارگاه‌ها، سمینارها و کنفرانس‌ها
- ارتقاء آگاهی عمومی در مورد بهداشت روان از طریق رسانه‌ها.

دستاوردها

توسعه دوازده ساله طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر به بهبود بسیار زیاد در استقرار سرویس‌های بهداشت روان شده است. تعداد مراکز بهداشتی بخش‌ها که در آن طرح ادغام انجام شده در سال ۱۳۸۰ به ۲۳۴ مرکز افزایش یافت (۸۴٪ از مراکز در دسترس). تعداد مراکز بهداشتی شهری و روستایی که در آن طرح ادغام بهداشت روان در PHC انجام شد، به ۲۴۱۷ مرکز (۵۴ درصد از مراکز موجود) رسید. تعداد خانه‌های بهداشت که در آن بهداشت روان در سیستم PHC ادغام شد، به ۱۰۰۰۰ افزایش یافت (۷۰ درصد خانه‌های بهداشت موجود). علاوه بر این تعداد افراد در نواحی روستایی که توسط این طرح پوشش داده شدند به ۱۵۶۲۶۷۲۹ نفر (۶۳ درصد) و در مناطق شهری به ۴۵۶۸۳۰۱ نفر (۱۰/۸ درصد) و در مجموع به ۲۰۱۹۵۱۳۰ نفر (۳۰/۱ درصد) بالغ شده است.

ارزیابی

سنجش 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. چنین ارزیابی مستقلی توسط دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در شرق مدیترانه در سال ۱۳۷۴ انجام پذیرفت. پژوهش، مشتمل بود بر بازرسی شبکه و جمع آوری اطلاعات از ۲۶۶ بهروز 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. مطالعه دیگری در استان خراسان مشخص کرد که ۷۲/۲ درصد از بیمارانی که برای اولین 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 می‌تواند مفید باشد. جالب است متذکر شویم که در نگاهی دیگر به مطالعات درمانی، نشان داده شد که مراجعه به درمانگرهای سنتی بعنوان اولین گام جهت درمان، از ۴۰/۲ درصد در سال ۱۳۶۹ به ۱۴/۱ درصد در ۱۳۷۷ و ۱۵/۶ درصد در سال ۱۳۷۹ تغییر کرد. گرچه این یافته‌ها مربوط به یک منطقه نبودند، اما می‌توانند بازتابی از یک تغییر جهت در مسیر درمانی بسوی درمان به موقع باشد.

حیطه‌های نیاز

در یک جامعه با تغییرات سریع مثل جمهوری اسلامی ایران، که حتی ساختار دموگرافیک پایه با دوازده سال قبل قابل قیاس نیست، دنبال کردن اولویت‌ها و خط‌مشی‌های قبلی مناسب نیست. از سال ۱۳۸۰ بحث‌هایی به نفع بازنگری بنیادی NPMH یا در حمایت از آن به همان صورت که بوده، انجام شد. دیدگاه واقع بینانه‌تر این است که اولین NPMH را دست نخورده و بعنوان یک بیانیه نگاه داریم، اما سرفصل‌های جدیدی بنا به نیازهای پیدا شده به آن بیافزاییم. بدین ترتیب بجای گردهمایی‌های رسمی و وقت‌گیر برای بحث در مورد یک NPMH با جمله بندی‌های جدید، تشکیل کمیته‌هایی ویژه برای پرداختن به مشکلات متعدد سلامت روان در موقعیت جدید، مناسبتر به نظر میرسد. چنین کمیته‌های هدفمندی می‌توانند حمایت‌هایی از جامعه و متخصصین رشته‌های ویژه (مالی یا بصورت عضو پذیری) دریافت کنند و مسوول ایجاد طرح‌ها و برنامه‌های کوچکتر باشند.

این برنامه‌های کوچکتر می‌توانند به تنه اصلی NPMH به عنوان پیوست‌هایی افزوده شوند. در این روش، هم تداوم برنامه تضمین می‌گردد و هم به نیازهای جدید بطور کارآمدی پرداخته میشود. مشروح برخی نیازهای جدید در ذیل آمده است:

تداوم ادغام

ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه PHC، نیاز به تداوم استقرار در نواحی روستایی کشور دارد؛ ۳۷ درصد از جمعیت روستائین، هنوز تحت پوشش نیستند و تکمیل این امر تا ۵ سال آینده قابل دسترسی است.

بهبود کیفیت ارائه خدمات

این مساله یک اولویت میباشد. حساسیت غربالگری توسط مراقبین بهداشتی اولیه پایین است سیستم ارجاع، خصوصاً در سطوح مرکزی تر به طور موثر کار نمی‌کند. سیستم خود را به طور عمده محدود به بیماریابی موردی و درمان کرده که برای فایق آمدن بر این نارسایی‌ها، فعالیت‌های زیر مورد نیاز هستند:

بازآموزی بهورز، پیش بینی درمان دارویی رایگان یا حداقل یارانه‌ای، بازآموزی کارکنان در سطوح مرکزی تر (خصوصاً در جهت بهبود نگرش آنها به ارائه خدمات معطوف به جامعه)، پیش بینی سرویس‌های روانپزشکی رابط (liaison) در مراکز پزشکی عمومی، و برقراری ارتباط‌های کاری بین سیستم PHC و بخش خصوصی، جهت اطمینان از تداوم مراقبت. سازمانهای غیردولتی (NGO) که تعداد آنها در حال افزایش است، میتوانند در این امر درگیر شوند.

بهداشت روان شهری

گسترش سریع شهرنشینی نیاز به توجه به مناطق شهری را ضروری می‌سازد. PHC در مناطق شهری چندان قوی نیست. بهورز تنها در مناطق روستایی فعالیت دارد و در مناطق شهری بخش خصوصی که گرایش جامعه‌نگر مناسبی ندارد، قدرت زیادی را دارا می‌باشد.

در یک پیش مطالعه (Pilot Study) بجای بهورز از داوطلبین محلی استفاده شد، این تجربه محدود بود و نیاز به گسترش و حمایت دارد. به نظر میرسد در مناطق شهری طرح‌های جایگزین دیگری بتواند به صورت پیش طرح انجام شود. مثالی از چنین طرحی میتواند ایجاد مناطق تحت پوشش در اطراف بیمارستان‌های دانشگاهی با سرویس‌های روانپزشکی باشد. در این زمینه، تعدادی تجربیات پژوهشی مقدماتی در کشور انجام شده اما نیاز به پیش طرح‌های بیشتری می‌باشد. امکان درگیر کردن NGO ها و بخش خصوصی نیز باید مد نظر باشد. در آینده، احتمال دارد ارائه خدمات بهداشت روان در شهرهای بزرگتر، شکل ناهمگون تری به خود بگیرد. این نکته قابل پذیرش است، اما برنامه بهداشت روان مناطق شهری باید اهداف مشخصی را دنبال کند و این امر از طریق هدایت، هماهنگ سازی و تقویت به این فعالیت‌های متمایز، امکان پذیر است.

ارتقاء بهداشت روان

گرچه در طرح اصلی برنامه کشوری بهداشت روان NPMH استراتژی‌هایی برای ارتقاء بهداشت روان در یک سطح عمومی منظور شده، ولی ما در حال حاضر به طرح‌های اختصاصی بیشتری جهت ارتقاء بهداشت روان نیاز داریم. پیش از این تلاش‌هایی در جهت افزایش آگاهی عمومی و بهبود نگرش جامعه به بهداشت روان، صورت گرفته بود. از سال ۱۳۶۴ آخرین هفته مهر ماه را به بهداشت روان اختصاص دادند که بزرگداشت آن در کشور برگزار میشود. بعنوان مثال، در طی هفته بهداشت روان در سال ۱۳۸۰، ۲۴۵ گردهمایی و سمینار بهداشت روان و ۴۱۰۰ جلسه آموزشی برگزار شد و اخبار گسترده‌ای در خلال هفته از رادیو تلویزیون و سایر رسانه‌ها پخش شد. چنین فعالیت‌هایی باید در جهت اهداف تعیین شده تری شکل داده شوند که در برگیرنده کل جامعه و گروه‌های در معرض خطر ویژه با ابزارهای لازم برای فایق آمدن بر شرایط پراسترس، باشد که این خود به طور غیرمستقیم اقدامات حاصل از بهداشت روان را بهبود می‌بخشند.

بسیاری از طرح‌های عملی، می‌توانند در یک برنامه جامع بهداشت روان مدرسه ادغام شوند و برخی می‌توانند در پروژه شهر سالم که قبلاً در تهران بررسی شده بود، ادغام گردند

بهداشت روان کودکان و نوجوانان

در دو دهه اخیر، تغییر زیادی در توزیع سنی جمعیت بسوی سنین کمتر پیش آمده است. بالطبع برنامه‌های بهداشت روان نیز نیاز به تغییر جهت مناسب دارد. در این زمینه چندین پیش طرح دارای همپوشی، انجام شده است. بعنوان مثال، برنامه‌های بهداشت روان مدارس آغاز شده‌اند. در دماوند، شهری با ۲۵۰۰۰۰ نفر جمعیت در ۱۰۰ کیلومتری شمال تهران، یک پیش طرح در سال ۱۳۷۶ آغاز شد که هم دانش آموزان و هم والدین را در بر میگرفت. مداخله به نحو بارزی دانش و نگرش دانش آموزان و والدین آنها را نسبت به بهداشت روان بهبود بخشید، اعتماد به نفس دانش آموزان افزایش یافت و مشکلات آنها با والدین و آموزگاران کمتر شد، ترس از امتحان تخفیف یافت و تنبیه جسمی دانش آموزان و مدرسه‌گریزی خاتمه یافت و آزار جنسی و سیگار کشیدن کاهش یافت. این مطالعه یک مثال در معیار کوچک است که نشان می‌دهد چگونه مداخله در مدرسه میتواند کمک کننده باشد. یک برنامه بهداشت مدارس جامع در دست تهیه و اقدام می‌باشد.

با توجه به آزار کودکان، بهداشت روان یک برنامه براساس پیشگیری از آزار کودکان و خشونت علیه زنان را با مشارکت یونیسف و WHO آغاز کرد. سه پروژه تحقیقاتی برای تعیین وسعت مشکل بعنوان بخشی از روند ارزیابی نیازها، انجام پذیرفت. مجموعه متون آموزشی برای پزشکان عمومی و بهداشتکارها، برای جلوگیری از آزار کودکان تهیه شد و چهار کارگاه آموزشی با موضوع "حقوق کودکان" در چهار استان برگزار شد. در زمینه آزار کودکان و جنبه‌های مختلف آن، اعم از جسمی، جنسی و احساسی کماکان باید بیشتر کارکرد و قسمت اصلی فعالیت باید در ساختار برنامه بهداشت مدارس گنجانده شود.

سوء مصرف مواد

بدلیل عادت مصرف تریاک که از دیرباز در ایران وجود داشته است، همیشه فشار زیادی از طرف سیاست گذاران برای راهکارهای کاهش عرضه مطرح بوده است. در سال‌های ۱۳۶۰، فعالیت‌های کاهش تقاضا به نفع کاهش عرضه نادیده گرفته شد. کلیه فعالیت‌های جاری در زمینه کاهش تقاضا، از سال‌های ۱۳۷۰ شروع شده است. سابقاً از دیدگاه قانونی، استفاده از مواد تنها یک جرم بوده و هیچ امکانی برای درمان وجود نداشت. در نتیجه بازداشتگاه‌ها مملو از مصرف کنندگان مواد بود. هنگامیکه مشخص شد چنین راه کاری موثر نیست، اولین برنامه ملی در زمینه کاهش تقاضا در سال ۱۳۷۳، آغاز بکار کرد. در همین سال، اولین درمانگاه سرپایی در یک مرکز بهداشت دولتی شروع به کار کرد. همزمان یک گروه خودیار معتادان گمنام (Narcotics Anonymous)، با تعداد کمی عضو آغاز به کار کرد. که در حال حاضر بیش از ۱۰۰۰۰ عضو دارد.

همچنین قریب به ۱۳۰ درمانگاه سرپایی و ۳۰۰ تخت برای درمان معتادین در مراکز بهداشت دولتی در دسترس است. در همان زمان بسیاری از بازآموزی‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای پزشکان، پرستاران و مددکاران اجتماعی براساس اهداف کاهش تقاضا برگزار شد. این همه، در کنار تسهیل قوانین که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد، منجر به درگیر شدن صدها پزشک در درمان مصرف کنندگان مواد شد. خط مشی‌های متعددی برای درمان مصرف کنندگان مواد توسط مراجع بهداشتی مختلف منتشر شده است. تخمین زده میشود که تنها در مراکز دولتی، سالانه حدود ۶۰۰۰۰ مصرف کننده مواد پذیرفته میشوند.

براساس اطلاعات جاری در زمینه مصرف مواد در کشور، تخمین زده میشود که ۱/۵ میلیون فرد وابسته به مواد وجود دارند. تریاک شایعترین ماده مصرفی با ۳۷ درصد میباشد و پس از آن حشیش و هروئین به ترتیب با ۲۱ و ۱۹ درصد قرار دارند. میانگین سنی مصرف کنندگان مواد ۳۳ سال است، در حالیکه میانگین سنی شروع مواد ۲۲ سالگی است. درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد ۲۹ میباشد و عجیب نیست که ۶۳٪ از افراد آلوده با HIV و AIDS، در جمهوری اسلامی ایران سابقه مصرف مواد تزریقی داشته‌اند.

گرچه برنامه‌های درمانی تصویب شده جاری شامل رژیم‌های جایگزین نمی‌شوند، اما استراتژی‌های کاهش آسیب به زودی در برخی زندان‌ها آغاز می‌شوند. با توجه به پیشگیری اولیه، هم اکنون برنامه‌های متعددی در سطح جامعه در حال اجرا هستند که غالب آنها شامل مشارکت مدارس هستند. همچنین، رسانه‌ها بطور گسترده‌ای علیه مصرف مواد می‌جنگند و یک طرح اولیه برای ارزیابی امکان ادغام یک برنامه پیشگیری از اختلالات سوء مصرف مواد در سیستم PHC در دست اجرا است.

بهداشت روان در بلایای طبیعی

جمهوری اسلامی ایران در معرض زمین لرزه و سیل قرار دارد. بلایای طبیعی موجب شمار بسیاری ناتوانی و مرگ میشوند و سالانه خسارات اقتصادی زیادی به بار می‌آورند.

عمده تاکید سیستم بهداشتی ما در گذشته معطوف به کاهش مرگ و میر و صدمات جسمی ناشی از بلایای طبیعی بوده است. در حال حاضر چنین حوادثی منبع قابل توجه استرس برای بازماندگان است و سبب عوارض پابرجا و جدی روانپزشکی میشود. اخیراً فعالیت‌های مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت کشور و جمعیت هلال احمر منجر به یک سری برنامه‌های وابسته به سلامت، مشتمل بر بهداشت روان شده است.

متعاقب یک مطالعه جامع که تاثیر مواجهه با زمین لرزه بر سلامت روان و ارزیابی نیازهای بازماندگان و نجات یافتگان را مشخص کرده بود، یک برنامه ملی مداخلات بهداشت روان در بلایای طبیعی طرح شده است. متون آموزشی تهیه شد و اولین گروه امداد گران مطابق با آن آموزش داده شدند: به کارگیری طرح در سطح وسیع در مقیاس سال‌های آتی انتظار میرود.

پیشگیری اولیه

پیشگیری از خودکشی در چهار استان مورد مطالعه است. در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۷۹ دو کارگاه برای سازماندهی برنامه برگزار شد و پس از آن ۱۵ کارگاه دیگر در اطراف شکل گرفت. ابزارهای آموزشی برای تمام سطوح آماده، و آموزش داده شد. پیش مطالعه انجام شده برای اولین بار در آینده نزدیک ارزیابی خواهد شد.

پیشگیری از وابستگی مواد قبلاً توضیح داده شد. در آینده، پروژه‌های بیشتری در باره پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی و صرع مورد لزوم است. گرچه هم اکنون بخشی از آن توسط اقدامات پیشگیری بهداشت عمومی

پوشش داده شده است.

تهیه قانون بهداشت روان

گرچه در حال حاضر قوانین مختلفی در مورد جنون و مشکلات مرتبط با آن وجود دارد ولی نیاز به یک قانون بهداشت روان مجزا حس میشود که از طریق آن حقوق بیماران روانپزشکی و مراقبین آنها با وضوح بیشتری مشخص شده باشد. پیش از این یک بازبینی جامع از قوانین بهداشت روان در سراسر جهان و بویژه کشورهای اسلامی توسط یک تیم چندرشته‌ای مشتمل بر کارشناسان سیستم قضایی، صورت پذیرفته است. طرح اولیه این قانون به پایان رسیده، اما برای اصلاحیه‌های آن زمان لازم است و سپس باید منتظر بود تا توسط قوه مقننه تصویب شود.

مطالعات هزینه

مسائل اقتصادی بهداشت در حوزه بهداشت روان در کشورهای در حال توسعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. عاقلانه خواهد بود که در برنامه‌های بهداشت روان جاری معیارهای هزینه - منفعت و هزینه - اثربخشی نیز مورد مطالعه قرار گیرند و انجام چنین ارزیابی‌هایی در برنامه‌های آتی منظور شوند.

مشارکت بین المللی

از سال‌های ۱۳۲۰ و ۱۳۳۰ جمهوری اسلامی ایران در همکاری‌های منطقه‌ای و بین المللی در حوزه روانپزشکی نوین و بهداشت روان مشارکت داشته است. در اوایل سال‌های ۱۳۳۰ اولین مشاور WHO از کشور بازدید کرده و گزارش نمود که محدود سرویس‌های موجود نیاز به توسعه دارند. انجمن روانپزشکی جهانی یک گردهمایی منطقه‌ای در اوایل سال‌های ۱۳۵۰ در تهران برگزار کرد. همچنین در خلال این دهه، انجمن توانبخشی معلولین، همکاری‌های بین المللی گسترده‌ای را با WHO و تعدادی از دانشکده‌ها انجام داد. علاوه بر آن بسیاری از روانپزشکان ایرانی برای مطالعه به کشورهای مختلف در اروپا و شمال آمریکا رفتند.

در دهه ۶۰ یک کنگره بین المللی روانپزشکی توسط انجمن روانپزشکان ایران در شیراز برگزار شد. در سال ۱۳۶۴، مشاور منطقه‌ای WHO در بهداشت روان شرق مدیترانه، از کشور بازدید کرد که در طی آن طرح اولیه برنامه کشوری بهداشت روان ایران توسط یک کمیته کشوری آماده شد. از آن پس جمهوری اسلامی ایران یک عضو فعال کلیه فعالیت‌های منطقه‌ای و برخی فعالیت‌های جهانی برای توسعه بهداشت روان بوده است.

در سال ۱۳۶۶ یک گردهمایی داخلی در مورد توسعه برنامه‌های بهداشت روان در اصفهان برگزار شد سه گردهمایی داخلی دیگر نیز جهت ارزیابی نیازها (۱۳۷۷)، پیشگیری از خودکشی (۱۳۷۹)، و پیش بینی داروهای اساسی (۱۳۷۹)، در تهران برگزار شد. برنامه کشوری بهداشت روان ایران دوبار توسط تیم کارشناسی WHO ارزیابی شده و اکنون در سطح بین المللی بعنوان یکی از موفقترین تجارب ادغام بهداشت روان در PHC شناخته شده است.

در سال‌های اخیر، کارشناسان بهداشت روان ایران در تعدادی از فعالیت‌ها که توسط WHO حمایت می‌شد، در

کشورهای مختلف منطقه شرکت کردند و در کنار همکاران خود در این کشورها در توسعه بهداشت روان موثر واقع شدند. مهمترین فعالیت از این نوع، یک دوره سه ماهه در افغانستان در سال ۱۳۷۵ بود. کارشناسان جمهوری اسلامی ایران و پاکستان این دوره را برگزار کردند که در طی آن ۱۰ پزشک در افغانستان آموزش داده شدند. فعالیتهایی مشابه نیز در جمهوری یمن و سودان انجام شد که آخرین آنها مشاوره با سودان در سال ۱۳۸۰ توسط همکار مرحوممان دکتر داود شاه محمدی بود.

خلاصه

توسعه بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران با توجه ویژه به ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه شرح داده شده است. دستاوردهایی که تاکنون حاصل شده است و حیطه نیازها مورد بحث واقع شده است.

منابع

1. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal*, 2000, 6(4):822–5.
2. Shadpour K. Primary health care in the Islamic Republic of Iran. *UNICEF publication 1994 – P. 68-69*
3. *Iran statistical yearbook – 1998*. Teheran, Statistical Center of Iran, 1999.
4. Shadpour K. *The PHC experience in Iran*. Teheran, United Nations Children's Fund, 1994.
5. Mehrabi F et al. Mental health in Iran. In: Al-Issa I, ed. *Al-Junun: mental illness in the Islamic world*. Madison, International Universities Press, 1999:139–62.
6. Shahmohammadi D. *Integration of mental health into PHC: a decade of experience*. Paper presented at the 11th World Congress of Psychiatry, Hamburg, 6–11 August, 1999.
7. *The world health report 2000. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001:86.
8. Ghobari B, Bolhari J. The current state of medical psychology in Islamic Republic of Iran. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 2001, 8(1):39–43.
9. *Draft of the National Programme of Mental Health in Iran*. Teheran, Ministry of Health and Medical Education, 1987.
10. Shahmohammadi D. *Comprehensive report of research project on the integration of mental health in primary health care in Shahr-e-Kord villages*. Teheran, Ministry of Health and Medical Education, 1990.
11. Hassanzadeh M. Evaluation of integration of mental health into Shahreza City health centres. *Daru va darman*, 1992, 10(110):15–20.
12. Hosseini SA et al. A one-year report of the country's mental health programme in a 22 000 population region of northeast Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 1993, 7(3):151–6.

13. Bolhari J, Mohit A. Integration of mental health into primary health care in Hashtgerd. *Andeeshe va raftar*, 1995, 2(1):16–24.

14. Bagheri Yazdi SA, et al. Evaluation of function of auxiliary health workers (*behvarz*) and health volunteers in mental health care delivery in the framework of PHS system in Brojen City, Chaharmahal and Bakhtiari province. *Hakim*, 2001, 4(2):100–10

15. Mohit A, Shahmohammadi D, Bolhari J. Independent evaluation of Iranian national mental health programme. *Andeeshe va raftar*, 1998, 3(3):4–16.

16. Mohit A. Mental health in Teheran in the context of the national mental health programme of the Islamic Republic of Iran. In: Goldberg D, Thornicroft F, eds. *Mental health in our future cities*. London, Psychology Press, 1998:217–38

17. Bina M, Bolhari J, Bagheri Yazdi SA. Evaluation of the efficiency of general practitioners in Iranian rural mental health centers in 1995. *Teb va Tazkie*, 1997, 7(25):7–12

18. Shahmohammadi D, Bayanzadeh SA, Ehsanmanesh M. Pathway to treatment of psychiatric patients in psychiatric centres of the country. *Andeeshe va raftar*, 1998, 3(4):4–14.

19. Omidvari S, Bina M, Yasamy MT. Pre-hospitalization pathways among psychiatric patients in Imam Hussain Hospital in 1999. *Andeesheh va raftar*, 2000, 6(2):4–12.

20. Yasamy MT. *Achievements and areas of need in mental health in Islamic Republic of Iran*. Paper presented at the thematic conference of the East Medite- ranean Region, Kaslik, Lebanon, 1998.

21. Naghavi M. *Executive project for attracting community participation through female health volunteers*. Teheran, Ministry of Health and Medical Education, 1996.

22. Malakuti SK et al. The role of continuous care team on outpatient treatment of chronic psychiatric patients. *Andeeshe va raftar*, 1999, 4(3):5–13.

23. Mohit A. Mental health in Teheran in the context of the national mental health programme of Iran. In: Goldberg D, Thornicroft, eds. *Mental health in our future cities*. London, Psychology Press, 1998:217–81.

24. Bina M, Yasamy MT, Hajjaran M. Implementation of school mental health in the Islamic Republic of Iran — a pilot project. *Paper presented at the XIth World Congress of Psychiatry, Hamburg, 6–11 August, 1999*.

25. *Comprehensive drug control program-me for the Islamic Republic of Iran*. Teheran, Drug Control Headquarters, 2000.

26. *Country profile: Islamic Republic of Iran*. Teheran, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2001.

27. Yasamy MT et al. Determination of appropriate measures of mental health service delivery to natural disaster survivors. *Research report*. Teheran, Ministry of Health and Medical Education, Ministry of the Interior, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, and Red Crescent Society, 1998.

28. Yasamy MT et al. Mental health in natural disasters. Educational book for medical and health worker specialists. *Teheran, Ministry of Health and Medical Education, 2000*.

29. Yasamy MT et al. Mental health in natural disasters. Educational book for rescuers. *Teheran, Ministry of Health and Medical Education, 2000*.

30. *Yasamy MT et al. Mental health in natural disasters. Educational book for executive managers. Teheran, Ministry of Health and Medical Education, 2000.*
31. *Asgharzadeh-Amin S, Shahmohammadi D. Existing laws concerning mental health in Iran. Andeshe va raftar, 1999, 4(4):71-96.*
32. *Kraus G. Report of a mental health survey in the Islamic Republic of Iran. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1954 (EM/MENT/7).*
33. *Report of the introductory meeting on the progress of national mental health programmes, Isfahan, the Islamic Republic of Iran, 12-16 March 1989. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1989 (WHO-EM/MENT/115-E).*
34. *Mohit A et al. Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. Eastern Mediterranean health journal, 1999, 5(2):373-7.*