

بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالشها

دکتر کاظم عاطف وحید*

هر چند بررسی جامع برنامه‌های بهداشت روان با توجه به اهمیت، پیچیدگی و گستردگی آن‌ها در یک مقاله امکان‌پذیر نیست، اما مروری کوتاه بر این برنامه‌ها می‌تواند تا اندازه‌ای در جهت تبیین پیشرفت‌ها و دستاوردها و مشخص نمودن نیازها و چالش‌ها مثمر باشد. از این‌رو، هدف این مقاله مروری کوتاه بر تاریخچه بهداشت روان در ایران بوده و تلاش‌شده که سیر تغییر و تحولات، پیش‌رفت‌ها، دستاوردها، نیازها، و چالش‌های موجود مورد بررسی قرار بگیرند. نگاهی به تاریخچه بهداشت روان در ایران نشان می‌دهد که در 50 سال اخیر پیشرفت‌های چشم‌گیری در زمینه بهداشت روان در کشور حاصل شده است که مهم‌ترین آن‌ها طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باشد. موفقیت‌های به دست آمده در این زمینه موجب شده که در سال‌های اخیر، برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران به عنوان الگویی برای سایر کشورهای منطقه پذیرفته شود. علاوه بر این، در زمینه‌های دیگر، از جمله بهداشت

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

روان کودکان و نوجوانان، پیگیری از خودکشی، درمان اعتیاد، و بهداشت روان در بلایای طبیعی نیز پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای حاصل شده است. اما علی‌رغم این پیشرفت‌ها و دستاوردهای مهم، نواقص، کمبودها و نیازهای بسیاری وجود دارند که در جهت برطرف نمودن آن‌ها، تلاش‌های جدی و مستمر، عزم ملی و مشارکت گسترده متخصصین و مردم، سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی ضروری خواهد بود. علاوه بر این، با توجه به گستردگی و پیچیدگی مسئله بهداشت روان، تقویت ساختار تشکیلاتی سیستم بهداشت روان و حمایت از آن و تلاش در جهت ارتقاء کمی و کیفی تحقیقات و پژوهش‌های علمی و ارزیابی‌های میدانی ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اختلال‌های روان‌پزشکی، بهداشت روان، طرح

ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشت اولیه

تاریخ دریافت مقاله: 1383/8/30 تاریخ پذیرش مقاله:

1383/9/25

مقدمه

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، مطالعات همه‌گیرشناسی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که حدود 25 درصد مردم اختلال روانی قابل تشخیص دارند (WHO، 1996). تخمین زده شده است که حدود 450 میلیون نفر در سراسر جهان از نوعی اختلالات روانی رنج می‌برند. مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند. به عنوان مثال، نجفی و همکاران

(1382) در بررسی مطالعات همه گیرشناسی اختلالات روانی در ایران از سال 1342 تا 1381، شیوع اختلالات را از 11/9 درصد تا 30/2 درصد گزارش نمودند. آن‌ها در مطالعه خود با استفاده از پرسشنامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان تهران را 14/3 درصد (19/6 درصد در زنان و 9/3 درصد در مردان) به دست آوردند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که شایع‌ترین اختلالات، اختلالات اضطرابی و خلقی (به ترتیب 8/6 درصد و 5/4 درصد) بودند. نتایج همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مناطق شهری با 13/67 درصد بالاتر از میزان شیوع در مناطق روستایی با 7/63 درصد بود. در مطالعه نوربالا و همکاران (1378) با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 و چک لیست واریسی بالینی بر اساس DSM-IV، شیوع مشکلات روان‌پزشکی در شهر تهران 21/5 درصد گزارش شده است. امیدي و همکاران (1382) در مطالعه خود، میزان شیوع اختلالات روانی در مردان و زنان مناطق شهری شهرستان نطنز اصفهان را به ترتیب 17/2 درصد و 31/3 درصد گزارش نمودند. در مطالعه‌ای که توسط مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران (1378) با هدف بررسی سلامتی عمومی دانشجویان ورودی سال تحصیلی 1378-79 این دانشگاه با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 انجام گرفت مشخص گردید که 20/4 درصد دانشجویان دارای مشکلات روان شناختی (18/4 درصد در حد خفیف، 1/8 درصد در حد متوسط، و 0/2 درصد در حد شدید) بودند. تفاوت در میزان شیوع در مطالعات مختلف را می‌توان به تفاوت در نمونه‌های مورد بررسی، روش‌های نمونه‌گیری، ابزارها و روش‌های غربال‌گری و تشخیص، و

طبقه‌بندی‌هایی به کار برده شده نسبت داد. علی‌رغم این تفاوت‌ها، نتایج این پژوهش‌ها و مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف جهان در چند دهه اخیر حاکی از بالا بودن میزان شیوع مشکلات روان‌پزشکی در جهان می‌باشد.

ارزیابی‌های انجام شده در ارتباط با بار و هزینه‌های مالی و انسانی مرتبط با اختلالات روانی نشان داده‌اند که هر ساله میلیون‌ها دلار از منابع مالی کشورها صرف ارائه خدمات به این بیماران می‌شود. اگر به این ارقام، میلیون‌ها دلار ضرر مالی به علت از دست رفتن کارآئی کوتاه مدت و بلند مدت این بیماران و مراقبین آن‌ها اضافه شود، بار مالی به میلیاردها دلار افزایش پیدا می‌کند. بر اساس تحقیقی در کانادا، استفنز و جانبرت (2001) کل بار بیماری‌های روانی، شامل هزینه‌های درمان و از دست رفتن ساعات کار و نیروی انسانی، را سالانه 14/4 میلیارد دلار تخمین زده‌اند.

شیوع بالای اختلالات روانی در جهان و نیاز مردم جوامع مختلف به خدمات بهداشت روانی از یک طرف، و محرومیت بسیاری از قشرهای آسیب‌پذیر از چنین خدماتی و کمبود نیروهای متخصص از طرف دیگر باعث شده که در چند دهه اخیر متخصصین و سیاست‌گذاران به موضوع بهداشت روان توجه خاصی بنمایند. بروز آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از جنگ جهانی دوم، کارشناسان سازمان جهانی بهداشت (WHO) را متوجه اهمیت بهداشت روانی نمود. سه سال پس از پایان جنگ، در سال 1948، در اساس نامه این سازمان، سلامت یا آسایش روانی به عنوان جزئی از تعریف بهداشت مورد تأکید قرار گرفت (شاه نجفی، 1372). براساس تعریف ارائه شده، سلامت عبارت است از رفاه کامل و نه فقط فقدان بیماری، به عبارت

دیگر سلامت تنها به سلامت جسمی محدود نشده و جنبه‌های روانی و اجتماعی زندگی افراد را نیز در بر می‌گیرد. بهداشت روان پایه و بنیاد بهزیستی و عملکرد موثر انسان‌ها و چیزی فراتر از عدم وجود اختلال روانی توصیف شده است. در سال 1961 سازمان جهانی بهداشت، آموزش اصول بهداشت روان به پزشکان عمومی، کارکنان بهداشت عمومی، متخصصین، پرستاران، ماماها، مددکاران و سایر کارکنان بهداشتی را مورد تأکید قرار داد (بوالهري ومحیط، 1373). هم‌چنین در کنفرانس بین منطقه ای مدیران مراکز آموزش بهداشت همگانی که در سال 1967 برگزار گردید، بر ضرورت گنجاندن بهداشت روان در آموزش‌های بهداشت همگانی تأکید شد (بوالهري ومحیط، 1373).

در گردهمایی سازمان جهانی بهداشت در سال 1974 در ژنو، الگوی ارائه خدمات به داشت روان در کشورهای در حال رشد مورد بررسی قرار گرفت و در این الگو، راهکارهایی برای گسترش خدمات بهداشت روان توسط سازمان جهانی بهداشت، ادغام خدمات بهداشت روان در برنامه های بهداشتی کشورها و راهکارهایی برای مقابله با الکلیسم و اعتیاد، و پیشگیری از خودکشی و عق‌بماندگی ذهنی و مانند آن ارائه شد.

در سال 1975، این سازمان برخی از اولویت های بهداشت روان را به شرح زیر اعلام نمود:

الف) فوریت‌های روان پزشکی مانند خودکشی با شناسایی و درمان در سطح جامعه.

ب) اختلالات روان‌پریشی شدید یا مزمن، عقب‌ماندگی ذهنی و صرع با درمان و حمایت در سطح جامعه.

ج) مشکلات گروه های در معرض خطر، مانند آوارگان، سال‌مندان، دانشجویان، دانش‌آموزان و بیماران جسمی مزمن.

در سال 1977، در گردهمایی سالانه سازمان جهانی بهداشت، هدف اصلی این سازمان و دولت‌ها در چند دهه بعد دست‌یابی همه مردم به سطح مناسبی از بهداشت اعلام شد و هشت جزء اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان شرط دستیابی به این هدف تعیین گردید و سال 2000، زمان رسیدن به این هدف قرار داده شد (عبهری، 1377). در سال 1978، در کنفرانس مشهور آلماتا، بیانیه‌ای توسط 134 کشور از جمله ایران منتشر شد که در آن بر شعار "بهداشت برای همه تا سال 2000" از طریق خدمات بهداشتی اولیه تأکید شده بود.

شاید بتوان گفت که از مهم‌ترین دستاوردهای نیم قرن اخیر در زمینه بهداشت روان، ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده است. در چند دهه گذشته، فعالیت‌های گسترده‌ای در کشورهای مختلف جهان در راستای تحقق این مهم انجام گرفته است. به عنوان مثال، از سال 1976 در هند پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی ارائه خدمات بهداشت روان توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه با آموزش‌های کوتاه مدت به مرحله اجراء درآمد. نتایج این پژوهش و تحقیقات دیگر در کشورهای مختلف جهان نشان می‌دهد که ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بهبود وضعیت بهداشت روانی جوامع موثر می‌باشد (عبهری، 1377). ایران یکی از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی است که در زمینه برنامه‌های خدمات بهداشتی اولیه و برنامه‌های بهداشت روان پیش‌تاز بوده است (مورتی، 1381).

بررسی تاریخیچه بهداشت روان در ایران می‌تواند اهمیت و ضرورت توجه بیشتر به مسئله بهداشت روان در کشور را روشن نموده و علاوه بر تبیین پیشرفت‌ها، مشکلات، کمبودها و نیازها، و الویت‌های

فعلي بهداشت رواني جامعه را مشخص نمايد.

1) تاريخچه بهداشت روان در ايران

نگاهي به تاريخچه بهداشت روان در ايران نشان مي‌دهد که در طی چند دهه گذشته پیشرفت‌هاي قابل توجهي در زمینه ارائه خدمات بهداشت روان در ايران صورت گرفته است، بالاخص در سال‌هاي اخير، برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌هاي بهداشتي اوليه در ايران به عنوان الگويي براي ساير کشورهاي منطقه پذيرفته شده است. به همين دليل در چهل و چهارمين اجلاس سالانه وزراي بهداشت کشورهاي منطقه مدیترانه شرقي در تهران در سال 1380، برنامه‌هاي بهداشت روان ايران به عنوان يکي از بهترين الگوهاي موجود شناخته شد (شاه‌نژادي، 1381).

مورتي (1381) و ياسمي و همکاران (1382) تاريخچه پیشرفت و گسترش برنامه‌هاي بهداشت روان در ايران را به 4 دوره زماني تقسيم نموده‌اند: الف) در دوره اول که تا سال‌هاي 1320 ادامه داشت، شرايط بسيار نامناسبی از نظر خدمات بهداشت روان وجود داشت. در اين دوره در شهرهاي تهران، همدان، شيراز و اصفهان تيمارستان‌هايي با امکانات بسيار محدود و ضعيفي وجود داشتند که در آن‌ها بيماران با شرايط بسيار رقت باري نگه داري مي‌شدند.

ب) در دوره دوم، که از اواخر دهه 1320 شروع و تا سال‌هاي 1350 ادامه داشت. در اين دوره، فعاليت‌هايي در زمینه بهداشت روان انجام گرفت. به عنوان مثال، در سال 1336 بخش برنامه‌هاي روان‌شناسي و بهداشت رواني از راديو ايران شروع شد و در سال 1338، اداره بهداشت رواني در اداره

کل بهداشت وزارت بهداری تأسیس شد (میلانی فر، 1374). همچنین از دهه 1340 فعالیت‌های پژوهشی در زمینه همه‌گیرشناسی اختلالات روانی و برنامه ریزی برای ارائه خدمات بهداشت روان در ایران آغاز شد (مورتی، 1381).

با تأسیس دانشکده پزشکی در کشور و معرفی روان‌پزشکی به عنوان شاخه‌ای از طب مدرن و ایجاد و گسترش دپارتمنت‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی، بهبود قابل ملاحظه‌ای در اداره و ارائه خدمات در بیمارستان‌های روان‌پزشکی حاصل شد. در اوائل دهه 1340 آموزش دستیار روان‌پزشکی در بیمارستان روزبه وابسته به دانشگاه تهران شروع شد و بعد از آن، برنامه‌های مشابهی در دانشگاه‌های شیراز، اصفهان، تبریز و مشهد به مرحله اجرا درآمد. (ج) در دوره سوم که از سال‌های 1350 شروع شد، تلاش‌هایی در جهت ارائه خدمات بهداشت روان جامعه‌نگر آغاز گردید. برنامه‌های این دوره شامل ارائه خدمات جامعه بهداشت روان، ایجاد بیمارستان‌ها و مراکز جدید روان‌پزشکی در استان‌های مختلف و انجام پژوهش‌های همه‌گیرشناسی بود (مورتی، 1381). در سال 1350 اداره بهداشت روان به اداره کل تبدیل شد. ولی بعد از دو سال مجدداً تحت نظارت اداره کل خدمات بهداشتی قرار گرفت. اولین دوره بازآموزی پزشکان عمومی تهران و شهرستان‌ها در سال 1354 به مدت یک ماه در مرکز بهداشت روان تهران و مرکز روان‌پزشکی رازی به مدت یک ماه انجام گرفت. موفقیت این برنامه باعث شد که در سال 1355 دو دوره بازآموزی برای پزشکان عمومی، متخصصین رشته‌های مختلف، پرستاران، لیسانسیه‌های مامایی برگزار شود. در همان سال پس از ادغام دو وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی، بیمارستان‌های روانی و مراکز وابسته،

به انجمن توان بخشی وابسته به وزارت بهداری و بهزیستی واگذار شد. از همان سال مراکز جامع روان‌پزشکی منطقه‌ای در نقاط مختلف تهران تأسیس شد (میلانی فر، 1374).

د) چهارمین دوره از مهر ماه 1365، زمانی که برنامه کشوری بهداشت روان تدوین و مورد تأیید دولت قرار گرفت شروع شد. در این سال، برنامه کشوری بهداشت روان ایران توسط کمیته‌ای متشکل از کارشناسان و متخصصان بهداشت روان کشور و مشاور وقت بهداشت روان منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت، تدوین و در سال 1367 پس از تصویب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مرحله اجرا گذاشته شد. اولین مرحله آزمایشی این طرح در سال 1367 در شهر کرد و شهرضا به اجرا درآمد. هدف این برنامه آزمایشی بررسی اثربخشی ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود. نتایج این برنامه آزمایشی اثربخشی این برنامه را نشان داد (شاه‌مجدی، 1372؛ حسن زاده، 1371). موفقیت چشم‌گیر طرح آزمایشی منجر به گسترش فعالیت‌ها در این زمینه شد. در سال 1370، این طرح در منطقه هشتگرد نیز به اجرا درآمد، که نتایج آن اثربخشی و کارآیی ارائه خدمات بهداشت روان به عنوان بخشی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه را مورد تأیید قرار داد (بوالهري و محیط، 1374).

2) دستاوردها

موفقیت طرح‌های آزمایشی موجب توجه بیشتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سیاست‌گذاران کشور به امر بهداشت روان شد. گسترش برنامه‌های بهداشت روان در مناطق روستایی از دستاوردهای این برنامه‌های آزمایشی بود. علاوه بر این، تلاش‌های انجام‌گرفته نتایج بسیار مهمی در پی

- داشتند که مورتی (1381) به شرح زیر به آن ها اشاره نموده است:
- الف) ایجاد واحد بهداشت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ب) تشکیل کمیته کشوری بهداشت روان.
- ج) مشارکت دانشگاه های علوم پزشکی در برنامه کشوری بهداشت روان.
- د) اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت های بهداشتی اولیه.
- ه) آماده نمودن متون آموزشی برای بهورزان، پزشکان و ایجاد نظام گزارش دهی و آموزش کلیه پرسنل بهداشتی.
- و) برگزاری مراسم هفته بهداشت روان در پایان مهر ماه هر سال.
- ز) برگزاری کارگاه های آموزشی بازنگری برنامه کشوری بهداشت روان.
- ح) ارزشیابی مستقل بین المللی از برنامه در سال 1374.
- ط) برگزاری سمینارها و کنفرانس های گوناگون.
- ی) آموزش همگانی بهداشت روان از طریق رسانه های گروهی و دیگر نهادها.
- ک) ایجاد بخش های روان پزشکی در بیمارستان های عمومی.
- ل) برنامه بهداشت روان شهری و مدارس.
- در نتیجه تلاش های مستمر، تا پایان سال 1374، حدود 6 میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفتند که 4 میلیون نفر روستایی بودند. میزان جمعیت تحت پوشش در سال 1376 به 10 میلیون نفر رسید. به گزارش یاسمی و همکاران (1381)، از کل جمعیت کشور، 30/1 درصد (63 در صد از جمعیت روستانشین و 10/8 در صد جمعیت شهرنشین) تحت پوشش طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه قرار

دارند.

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

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

در زمینه بهداشت روان در بلایای طبیعی نیز با توجه به قرار گرفتن ایران در معرض زمین‌لرزه و سیل، در سال‌های اخیر برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات قابل ملاحظه‌ای انجام گرفته است، به عنوان مثال، برنامه ملی مداخلات بهداشت روان در بلایای طبیعی تدوین شده و متون آموزشی نیز تهیه شده است (یاسمی و همکاران، 1382). در زلزله بم، امدادگران مطابق این متون آموزش دیده و در جهت امدادسانی به زلزله‌زدگان اعزام می‌شدند. در حال حاضر نیز خدمات بهداشت روان تحت نظارت اداره بهداشت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مردم بم ارائه می‌شود. در سال‌های اخیر، توجه بیشتری به بهداشت روان

کودکان و نوجوانان شده است . در این زمینه می‌توان به اجرای برنامه های بهداشت روان مدارس اشاره نمود که از حدود سال 1376 با اجراء يك پيش طرح در دماوند شروع شد . نتایج این پيش طرح نشان داد که چنین برنامه هائی می‌توانند در ارتقاء بهداشت روان دانش آموزان موثر باشند (یاسمی و همکاران، 1382).

3) نیازها و چالشها

هرچند توسعه طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه منجر به بهبود ارائه خدمات بهداشت روان، بالاخص در مناطق روستایی شده است و تعداد قابل توجهی از جمعیت کشور تحت پوشش قرار گرفته‌اند، اما هنوز درصد نسبتاً بالایی از جمعیت روستایی (37 درصد) و هم‌چنین شهرنشین (89/2 درصد) تحت پوشش قرار ندارند (یاسمی و همکاران، 2001). این امر لزوم تداوم تلاش ها جهت ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه را خاطر نشان می‌سازد. علاوه بر این، علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه تدوین و اجرای برنامه های بهداشت روان، ضعف‌ها و کاستی‌های بسیاری نیز وجود دارند که در جهت رفع آن‌ها، ارتقاء برنامه های موجود و تعیین نیازها و اولویت‌ها لازم است پژوهش‌های علمی و ارزیابی‌های دقیق میدانی بیشتری انجام گیرد. نگاهی به گذشته و حال نشان می‌دهد چالش‌هایی را در پیش رو داریم که تلاش های جدی و مستمر، عزم ملی و مشارکت گسترده مردم، سازم ان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی را می‌طلبند. این چالش‌ها را می‌توان به شرح زیر خلاصه نمود:

الف) لزوم تداوم گسترش و توسعه طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بطوری که کل جمعیت کشور تحت پوشش این خدمات قرار

بگیرند. همان‌طور که اشاره شد، درصد بالایی از جمعیت کشور هنوز تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روان در نظام بهداشت اولیه قرار ندارند. (ب) تلاش در جهت ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بهداشت روان به جمعیت‌های تحت پوشش. هرچند ادغام برنامه‌های بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه در تشخیص و درمان مشکلات روان‌پزشکی بسیار موفقیت‌آمیز بوده است، اما کیفیت برنامه‌ها در حد مورد انتظار نبوده و ضروری است که جهت تقویت کیفیت خدمات، برنامه‌ریزی‌های مدون، از جمله تدوین برنامه‌های بازآموزی مراقبین بهداشتی اولیه و کارکنان در سطوح مختلف، پیش‌بینی خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناختی در مراکز پزشکی عمومی و ایجاد یک سیستم ارتباط کاری بین نظام بهداشت اولیه و بخش خصوصی، انجام گیرد (یاسمی و همکاران، 1382).

(ج) ارتقاء بهداشت روان جامعه و بهبود کیفیت زندگی اقشار مختلف جامعه، در طرح اصلی برنامه کشوری بهداشت روان بر ارتقاء بهداشت روان در سطح جامعه تأکید شده است، اما برنامه‌های بهداشت روان در چند سال گذشته بیشتر بر تشخیص و درمان اختلالات روانی متمرکز بوده است. البته در طی این سال‌ها، تلاش‌هایی در جهت ارتقاء به‌داشت روان در سطح جامعه انجام گرفته است، از جمله تعیین آخرین هفته مهرماه به‌عنوان «هفته بهداشت روان» که در طی آن گردهمایی‌ها، سمینارهای بهداشت روان و جلسات آموزشی متعددی برگزار می‌شود و در رسانه‌های جمعی نیز موضوعات مرتبط با بهداشت روان مطرح می‌شود. اما همان‌گونه که یاسمی و همکاران (1382) تأکید نموده‌اند، این فعالیت‌ها باید در جهت اهداف مشخص تری شکل داده شده و دربرگیرنده کل جامعه و به ویژه گروه‌های در معرض

خطر باشند.

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

ه) خدمات بهداشت روان در بلا یای طبیعی، همان‌گونه که اشاره شد در این زمینه فعالیت‌هایی صورت گرفته است، اما تجربه بمانشان داد که برنامه‌ریزی‌های گسترده‌تری باید انجام بگیرد. ارزیابی‌های مستقل و دقیق از وضعیت موجود، نیازها و اولویت‌ها، خدمات ارائه شده و اثربخشی آن‌ها می‌تواند در جهت بهبود و ارتقاء برنامه‌های ملی خدمات بهداشت روان در بلایای طبیعی و بحران‌ها بسیار سودمند باشند.

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

ز) تدوین قانون جامع بهداشت روان، در حال حاضر در ایران قانونی مدون و جامع در ارتباط با

بهداشت روان وجود ندارد. تدوین يك قانون جامع بهداشت روان در راستای حفظ حقوق و حرمت بیماران، مراجعین، و همچنین متخصصان بهداشت روان، تعریف و تبیین مسئولیت‌ها، از الویت بالایی برخوردار می‌باشد.

ح) اختصاص بودجه لازم برای برنامه های بهداشت روان، تحقیقات نشان داده اند که اختلالات روانی مسئول 11 درصد از بار مالی و فشار تحمیل شده به وسیله بیماری‌ها در جهان است، اما در اکثر کشورهای جهان کم‌تر از 2 درصد از منابع مالی بخش بهداشت به این بیماری‌ها اختصاص داده می‌شود (محیط، 1381).

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

4) اولویت‌بندی برنامه‌های بهداشت روان

اولویت‌بندی نیازهای بهداشت روان در هر جامعه متأثر از شرایط و وضعیت اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، و فرهنگی آن جامعه می‌باشد که می‌توانند تحت تأثیر عوامل گوناگون و تغییر و تحولات در سطح جهان دستخوش تغییر گردند. این امر ضرورت بازنگری دوره‌ای برنامه‌های بهداشت روان در سطح ملی و منطقه‌ای را مطرح می‌سازد. در ایران نیز در چند سال اخیر، ضرورت بازبینی و تجدید نظر در برنامه‌های بهداشت روان از طرف

متخصصان و مسئولان بهداشت روان کشور مطرح شده است. همان‌طور که شاه مجّدی (1381) و یاسمی و همکاران (1382) تأکید نموده‌اند، در جامعه‌ای با تغییر و تحولات سریع، اولویت‌ها و خط‌مشی‌هایی که در سال‌های گذشته با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نیازهای آن زمان جامعه تدوین شده برای زمان حال کارآئی مورد انتظار را نخواهند داشت. لذا ضروری است که برنامه‌های کشوری بهداشت روان به طور منظم با توجه به تغییر و تحولات جامعه مورد بازنگری قرار بگیرند. این بازنگری‌ها می‌باید بر اساس نتایج ارزیابی برنامه‌های موجود، بررسی وضعیت جامعه، سنجش نیازها و جامعه، پیش‌بینی شرایط و نیازهای احتمالی در آینده و با در نظر گرفتن امکانات و منابع در دسترس انجام پذیرد.

5) نتیجه‌گیری

با توجه به وسعت و پیچیدگی مسائل بهداشت روان در جامعه و نیاز روزافزون مردم به خدمات بهداشت روان، به نظر می‌رسد که ساختار تشکیلاتی فعلی سیستم بهداشت روان جوابگو نباشد. لذا شاید زمان آن فرا رسیده باشد که مسئولان و متولیان بهداشت روان کشور در مورد ساختار تشکیلاتی سیستم بهداشت روان نیز بازنگری انجام دهند. در بعضی از کشورهای پیشرفته، موسسه ملی بهداشت روان با بودجه‌ای مستقل همراه با نیروی انسانی متخصص و کارآمد کافی و گستردگی متناسب با شرایط و نیازهای جامعه و امکانات و منابع در دسترس ایجاد شده که با بهره‌گیری از توان علمی و پژوهشی دانشگاه‌ها و انجمن‌های علمی، هدایت، هماهنگی و حمایت از فعالیت‌های پژوهشی، آموزشی، اجرایی، سیاست‌گذاری و اولویت‌بندی برنامه‌های

بهداشت روان در آن کشورها را به عهده دارد. در این موسسه‌های ملی، دپارتمان‌ها و کمیته‌های تخصصی مختلفی وجود دارند که به‌طور هماهنگ در حوزه‌های مختلف مرتبط با بهداشت روان فعالیت می‌نمایند. ایجاد چنین موسسه‌ای در ایران نیز می‌تواند به توسعه و گسترش هر چه بیشتر برنامه‌های بهداشت روان و حرکت به سوی جامعه سالم را تسهیل نماید. در پایان، لازم به ذکر است که هر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در حیطه بهداشت روان باید مبتنی بر یافته‌های پژوهشی در زمینه‌های همه‌گیرشناسی اختلالات روانی و مشکلات رفتاری، نیازسنجی جامعه، و ارزیابی برنامه‌های موجود از نقطه نظر کارآیی، هزینه - منفعت و هزینه - اثربخشی باشد. علاوه بر این، توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی برای موفقیت هر نوع برنامه‌پیش‌گیری، مداخله‌ای و توان‌بخشی ضروری خواهد بود. لذا تقویت و ارتقاء تحقیقات و پژوهش‌های علمی در زمینه‌های مرتبط با بهداشت روان از اهمیت و ضرورت بسیار بالایی برخوردار است. از این جهت اختصاص یافتن این شماره از مجله به موضوع بهداشت روان در راستای تأکید بر این مهم می‌باشد.

1. امیدی، عبا...؛ طباطبائی، اعظم؛ سازور، سید علی؛ و عکاشه، گودرز (1382). همه گیرشناسی اختلال های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان .. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره 4.
2. بوالهري، جعفر؛ محیط، احمد (1373). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، گزارش منتشر نشده.
3. بوالهري، جعفر؛ محیط، احمد (1374). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه. هشترگرد 72-1370. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره 1 و 2.
4. حسن زاده، سید مهدی (1371). بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام ارائه خدمات اولیه بهد اشتی در شبکه شهرضا . دارو و درمان، سال دهم، شماره 110.
5. داویدیان، هاراطون (1381). به سوی بهداشت روان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره 28، ص 65-63.
6. شاه نجفی، داوود (1372). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه در روستاهای شهر کرد. گزارش منتشر نشده.
7. شاه نجفی، داوود (1381). ضرورت تجدید نظر در برنامه کشوری بهداشت روان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره 28، ص 40-39.
8. عبهری، نجف (1377). گزارش توصیفی خدمات بهداشت روانی و ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه در منطقه ساوجبلاغ. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره 15، ص 41-29.

9. نجفی، محمد رضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ نقوی، حمید رضا؛ پوراعتماد، حمید رضا؛ امینی، همایون؛ رستمی، محمد رضا؛ خلج آبادی فراهانی، فریده؛ و مسگر پور بیتا (1382). **همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در استان تهران**. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره 2، 4-13.
10. محیط، احمد (1381). **فرصت‌ها و موانع برنامه ریزی برای بهبود بهداشت روان**. فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره 28، ص 25-29.
11. مورتی، آر. سرینیواسا (1381). **برنامه بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران**. (ترجمه داوود شاه نجفی، سید عباس باقری یزدی و هوشمند لایقی). فصلنامه اندیشه و رفتار، ضمیمه شماره 28، ص 14-24.
12. میلانی‌فر، بهروز (1374). **بهداشت روانی**، چاپ چهارم. تهران: نشر قومس.
13. نوربالا، احمد علی؛ نجفی، کاظم؛ و باقری یزدی، سید عباس (1378). **بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران**. مجله پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره چهارم.
14. یاسمی، محمد تقی؛ بواله‌ری، جعفر؛ شاه نجفی، داوود؛ رزاقی، عمران؛ باقری یزدی، سید عباس؛ بینا، مهدی؛ لایقی، هوشمند؛ محیط، احمد (1382). **بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران، دستاوردها و نیازها (بخش اول)**. (ترجمه ن. مهدوی). فصلنامه بهداشت روان، شماره 3.
15. یاسمی، محمد تقی؛ بواله‌ری، جعفر؛ شاه نجفی، داوود؛ رزاقی، عمران؛ باقری یزدی، سید

عباس؛ بینا، مهدی؛ لایقی، هوشمند؛ و محیط، احمد (1382). بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران، دستاوردها و نیازها (بخش دوم). (ترجمه ن. مهدوی). فصلنامه بهداشت روان، شماره 4.

16. Stephens, T. & Jonbert, N. (2001). "**The economic burden of mental health problems in Canada**". Chronic Disease in Canada, Vol. 22, No. 1.
17. World Health Organization. (1996). "**Public Mental Health: Guideline for the elaboration and management of National Mental Health programmes**". Geneva, WHO.
18. World Health Organization. (2001). "**The World Health Report 2001: Mental Health**": New Understanding, New Hope. Geneva: WHO.

