



Comparison of Mental Health Services in Iran and Selected Countries

Sharouz Rahbari ¹, Leila Riahi ^{2,*}, Seyed Jamaloddin Tabibi ³

¹ PhD Candidate, Department of Health Services Management, School of Medicine Science and Technology, Islamic Azad University Science and Researches Branch, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Medicine Science and Technology, Islamic Azad University Science and Researches Branch, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Health Services Management, School of Medicine Science and Technology, Islamic Azad University Science and Researches Branch, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Leila Riahi, Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Medicine Science and Technology, Islamic Azad University Science and Researches Branch, Tehran, Iran. E-mail: l.riahi@srbiau.ac.ir

Received: 07 Apr 2017

Accepted: 17 Jun 2018

Abstract

Introduction: Comparison of mental health is necessary for human growth and prosperity, and in consequent, the growth of society. Therefore, paying attention to individual's mental health is necessary as a part of health care. The current study aimed at comparing the management of mental health services in Iran and selected countries.

Methods: The present descriptive-comparative study was performed in five countries that met the inclusion criteria in three stages. In the first stage, a review study was conducted to analyze the current status of mental health services in Iran and the world. Secondly, South Korea, Philippines, Egypt, and Brazil were compared with Iran. In the third stage, mental health services in the selected countries and Iran was evaluated by the assessment instrument for mental health system. This instrument measures six domains of mental health services management. Content validity and reliability of the instrument were already measured based on internal consistency in previous studies. In order to collect the data, a researcher-made short-form, summarizing the above-mentioned instrument and information about mental health management in the selected countries was used. The short-form had 33 items in six domains of mental health services management. After reviewing the data, the results for each country were analyzed.

Results: In the domain one, most countries had clear mental health policies, but the policies were different among them; although Iran and Philippines had no specific regulations in mental health. In the domain two, there was an inappropriate distribution of psychiatric beds and specialists in all the countries, although there were some differences in terms of mental health centers, the number of centers, and type of provided services among the countries. In the domain three, there was a difference among the countries regarding the protocols and prescribing drugs. In the domain four, there was an inappropriate distribution of human resources in all the countries, although the staff number, type of staff, and expertise were different among them. In the domain five, the association of patients and families varied across the countries. In the domain six, there was a difference in the information gathering system and the number of mental health researches among the countries.

Conclusions: Comparison of the selected countries and Iran showed differences in the management of mental health services. In Iran, there is no specific rules for the management of mental health services; also, there is no system to collect data and control the disease, and even the made policies are not implemented properly. Also, although Iran has desirable human and inhuman resources in comparison with the selected countries, it has no proper management and planning. Therefore, the establishment of rules and regulations as well as a system for the management of mental health services in Iran is suggested.

Keywords: Management, Mental Health Services, Comparative Study



مقایسه مدیریت خدمات سلامت روان در ایران و کشورهای منتخب

شهبروز رهبری^۱، لیلا ریاحی^{۲*}، سید جمال الدین طبیبی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۳ استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: لیلا ریاحی، استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران. ایمیل: L.riahi@srbiau.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۲۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۱۸

چکیده

مقدمه: داشتن سلامت روانی لازمه رشد و شکوفایی انسان‌ها و در نتیجه رشد جوامع می‌باشد. لذا توجه به سلامت روانی افراد امری ضروری است و جزو مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه مدیریت خدمات سلامت روان در ایران و کشورهای منتخب انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر به روش توصیفی-مقایسه‌ای در ۵ کشور با معیارهای مشخص طی سه مرحله انجام شد. در مرحله اول یک مطالعه مروری به منظور تحلیل وضعیت موجود مدیریت خدمات سلامت روان در ایران و جهان انجام شد. در مرحله دوم، کشورهای کره جنوبی، فیلیپین، مصر و برزیل جهت مقایسه با ایران انتخاب شدند. در مرحله سوم مدیریت خدمات سلامت روان در کشورهای منتخب و ایران بوسیله "ابزار بررسی نظام سلامت روان" (Assessment Instrument for Mental Health System) سازمان بهداشت جهانی مورد بررسی قرار گرفت. این ابزار ۶ حوزه مدیریت خدمات سلامت روان را می‌سنجد. روایی محتوا و پایایی آن بر اساس همسانی درونی در مطالعات گذشته اندازه‌گیری شده است. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پژوهشگر ساخته که خلاصه ابزار فوق و نیز اطلاعات مدیریت خدمات سلامت روان کشورهای منتخب بود، استفاده شد. این فرم کوتاه دارای ۳۳ عبارت در ۶ حوزه مدیریت خدمات سلامت روان می‌باشد. پس از بررسی داده‌ها، نتایج مربوط به هر کشور تحلیل شد.

یافته‌ها: در حوزه ۱، اکثر کشورها سیاست سلامت روان مشخص داشتند اما نوع سیاست‌ها در کشورهای مختلف، متفاوت بود اما ایران و فیلیپین قوانین مشخص سلامت روان نداشتند. در حوزه ۲ مدیریت خدمات سلامت روان در تمام کشورها توزیع نامناسب تخت‌های روانپزشکی و متخصصین وجود داشت اما در خصوص مراکز سلامت روان و تعداد و تنوع آن‌ها با هم اختلاف داشتند. در حوزه ۳، بین کشورها در خصوص پروتکل‌های موجود و تجویز داروها تفاوت وجود داشت. در حوزه ۴، در تمام کشورها توزیع نامناسب نیروی انسانی وجود داشت اما از نظر تعداد، تنوع، و تخصص متفاوت بودند. در حوزه ۵، وجود انجمن‌های بیماران و خانواده‌ها در بین کشورها متفاوت بود. در حوزه ۶، نظام جمع‌آوری اطلاعات و میزان پژوهش‌های مربوط به سلامت روان در بین کشورها تفاوت وجود داشت.

نتیجه‌گیری: مقایسه کشورهای منتخب و ایران نشان داد که در حوزه‌های مختلف مدیریت خدمات سلامت روان بین کشورها تفاوت وجود دارد. در ایران قوانین مشخص مدیریت خدمات سلامت روان و نظام کنترل و جمع‌آوری داده‌ها وجود ندارد و سیاست‌های موجود اجرا نمی‌شود. همچنین اگرچه در مقایسه با کشورهای منتخب منابع انسانی و غیر انسانی مطلوبی دارد، اما مدیریت و برنامه‌ریزی مناسبی برای آن‌ها ندارد. لذا ایجاد قوانین و مقررات و ایجاد نظامی جهت مدیریت خدمات سلامت روان ایران پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: مدیریت، خدمات سلامت روان، مطالعه مقایسه‌ای

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

امروزه همزمان با پیشرفت جوامع، فشارهای زندگی، تنش‌ها و مشکلات روانی ناشی از این سبک زندگی نیز افزایش یافته است. این مشکلات مربوط به قشر خاصی نبوده و همه افراد را در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، توجه به سلامت روانی افراد امری ضروری است، به طوری که سازمان بهداشت جهانی، توجه به بهداشت روانی را جزو مراقبت‌های بهداشتی اولیه قرار داده است (۱). بهداشت روانی حالتی پویا و همواره در حال تغییر است که تحت تأثیر عوامل فردی، بین فردی، فرهنگی و اجتماعی قرار می‌گیرد (۲). بر این اساس علم بهداشت روان با هدف حفظ و تأمین سلامت روان افراد، برطرف کردن عوامل بیماری‌زا و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی پدید آمده است. اهداف این علم در ۴ حیطه خدماتی، آموزشی، پژوهشی و مدیریتی تقسیم بندی می‌شود (۱). مدیریت خدمات سلامت روان با برنامه‌ریزی، سازماندهی، تخصیص منابع انسانی و مادی، برقراری هماهنگی و ارائه خدمات با کیفیت برتر، شرایط تحقق اهداف فوق را فراهم می‌سازد. در حال حاضر حدود ۶۷۶ میلیون نفر در جهان از اختلالات روانی رنج می‌برند و تقریباً از هر ۱۰ نفر یک نفر مبتلا به اختلالات روانی می‌باشد. شیوع اختلالات روانی در تمام عمر بیش از ۲۵ درصد و در هر مقطع زمانی حدود ۱۰ درصد در جمعیت بالغ است (۳). در منطقه مدیترانه شرقی، تعداد افرادی که سال‌هایی از عمر خود را با ناتوانی ناشی از بیماری‌ها به صورت ترک کار یا غیبت در محل کار گذرانده‌اند از ۹۵۲۶ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۱۰۰۵۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۳ رسیده است که عمده‌ترین علل آن اختلالات اسکلتی عضلانی و اختلالات روانی بوده‌اند. همچنین مشخص شده است که مهم‌ترین عامل تعداد سال‌هایی از عمر که بواسطه ناتوانی یا مرگ زودرس از دست رفته است مربوط به بیماری‌های قلبی عروقی و اختلالات روانی است که در این بین، بار اختلالات روانی با یک روند صعودی در حال افزایش است (۴). همچنین در این سال در بین ۲۰ عامل اصلی بار جهانی بیماری‌ها، پنج اختلال روانی وجود دارد و بیماری‌های روانی عامل ۲۱/۲ درصد از سال‌های از دست رفته زندگی به واسطه ناتوانی در سراسر جهان بوده و بالاتر از هر گروه دیگری از بیماری‌ها قرار داشتند (۵). در سال ۲۰۱۵ بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان، اختلالات روانی سومین عامل اصلی بار جهانی بیماری‌ها بودند. همچنین در حالی که در فاصله سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ تعداد مجموع سال‌های از دست رفته با ناتوانی یا مرگ زودرس استاندارد سن برای بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان کاهش یافته است اما اختلالات روانی با افزایش سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل شده همراه بوده‌اند. در سال ۲۰۱۶ حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها مربوط به اختلالات روانی بوده است که پیش بینی می‌شود این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد و میزان ناتوانی ناشی از این اختلالات به ۳۳ درصد برسد (۶). هرچند تغییرات سریع اقتصادی، جمعیتی و اپیدمیولوژیک موجب رشد جمعیت، افزایش طول عمر و بیماری‌های مزمن مانند اختلالات روان با عوارض و ناتوانی‌های بیشتر و تأثیرات منفی و قابل ملاحظه آن در شرایط اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی شده است، اما تا کنون سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و امکانات مالی در خصوص کنترل آن‌ها با شکست مواجه شده است (۳). در تمام دنیا افراد دچار اختلالات روانی تا حد زیادی نادیده گرفته می‌شوند، همچنین برچسب

بیماری روان، موجب تبعیض بیشتر بین آن‌ها و سایر بیماران می‌شود. لذا با اندکی تأمل می‌توان به عدم تعادل بین بار جهانی این اختلالات و اقدامات لازم و مؤثر در خصوص آن‌ها پی برد. توجه به اطلس سلامت روان، سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که کمبود، توزیع نابرابر و استفاده ناکارآمد از منابع سه مشکل اساسی در خصوص خدمات سلامت روان هستند (۳). تا کنون پژوهش‌های مختلفی در خصوص وضعیت حال حاضر مدیریت خدمات سلامت روان در کشور، بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روان، مشکلات حوزه سلامت روان کشور، ارزیابی برنامه‌های سلامت روان و بررسی چالش‌های سلامت روان ایران انجام شده است، اما تا کنون پژوهشی که مدیریت خدمات سلامت روان کشور را با سایر کشورهای مشابه و موفق بررسی نماید و به مقایسه آن‌ها بپردازد تا در آینده بتوان از تجربیات موفق آن‌ها در زمینه خدمات سلامت روان کشور استفاده نمود، انجام نشده است. از آنجا که وجود یک ساختار مناسب به منظور مدیریت مؤثر و کارآمد مدیریت خدمات سلامت روان اولین و مهم‌ترین نکته در سازمان دهی و جهت دهی به تمام فعالیت‌ها در این حوزه است، پژوهش حاضر با هدف مقایسه مدیریت خدمات سلامت روان در ایران و کشورهای منتخب انجام گرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه‌ای می‌باشد. در مرحله اول یک مطالعه مروری به منظور تحلیل وضعیت موجود مدیریت و نحوه ارائه خدمات سلامت روان در ایران و جهان انجام شد. بدین منظور از آمارها و نتایج بررسی‌های سازمان بهداشت جهانی، نتایج پیمایش‌های انجام شده کشور، آمار و اطلاعات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی و روانشناسی، بانک جهانی و مقالات چاپ شده بهره گرفته شد و چندین منبع سازمان بهداشت جهانی در خصوص خدمات سلامت روان مورد مطالعه قرار گرفت (۳، ۷-۱۶). اطلس سلامت روانی سازمان بهداشت جهانی آخرین بررسی‌ها و برآوردها از منابع سلامت روان در جهان است که به منظور دسترسی بهتر کشورها به آمار و اطلاعات مورد نیاز برای پیشگیری و درمان اختلالات روانی و کمک به حفاظت از حقوق انسانی افرادی که با این شرایط زندگی می‌کنند، منتشر می‌گردد. این اطلس در خصوص خدمات، امکانات، سیاست‌ها، راهبردها، برنامه‌ها و منابع کشورها در حوزه مدیریت خدمات سلامت روان می‌باشد (۷). جمع آوری داده‌ها با "ابزار بررسی نظام سلامت روان (AIMS: Assessment Instrument for Mental Health System)" سازمان بهداشت جهانی که هدف آن سنجش مدیریت خدمات سلامت روان است استفاده شد. در سال ۲۰۰۳ نسخه آزمایشی این ابزار منتشر شد که شامل ۱۰ حوزه بود و در اوایل سال ۲۰۰۴، بصورت آزمایشی در آلبانی، باربادوس، اکوادور، هند، کنیا، لتونی، مولداوی، پاکستان، سنگال، سریلانکا، تونس و ویتنام مورد آزمایش قرار گرفت. نتیجه این مطالعه آزمایشی نشان که این ابزار بسیار مفید و جامع است و اطلاعات کلیدی در خصوص مدیریت خدمات سلامت روان جمع آوری می‌کند. اکثر کشورها قادر به جمع آوری اطلاعات معنی داری برای اکثر موارد بودند با این حال، تعداد زیاد حوزه‌های ابزار یک مانع برای استفاده از آن بود. در نتیجه، ابزار مجدداً اصلاح و کوتاه شد و در اواخر سال ۲۰۰۴ در کشورهای

نظام سلامت روان (Assessment Instrument for Mental Health System) بود و نیز اطلاعات مدیریت خدمات سلامت روان کشورهای منتخب بود، استفاده شد. این فرم ۳۳ عبارت دارد که از طریق آن ۶ حوزه مدیریت خدمات سلامت روان کشورها مورد بررسی قرار گرفت. این فرم برای هر کشور به طور جداگانه و بر اساس اطلاعات کشورها تکمیل شد. پس از بررسی داده‌ها از طریق این فرم، نتایج مربوط به هر کشور دسته بندی، خلاصه و در جدول مقایسه‌ای مطرح شد.

یافته‌ها

در حوزه ۱ مدیریت خدمات سلامت روان تمام کشورها سیاست سلامت روان دارند. این سیاست‌ها در مورد کشورهای کره جنوبی و برزیل شامل کوچک سازی بیمارستان‌های روانپزشکی، افزایش خدمات مبتنی بر جامعه و جامعه محور، کاهش بودجه بیمارستانها و افزایش بودجه مراکز جامعه نگر است. در مورد مصر تغییر نظام از بیمارستان محور به سمت مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. در خصوص ایران سیاست شامل ادغام برنامه‌های سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه است، اما این برنامه‌ها در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری اجرایی می‌شود. همچنین در حالیکه تمام کشورها به دنبال کاهش تعداد تخت‌های بیمارستانی هستند، ایران به دنبال ایجاد بخش‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی است. در مصر تمام اختلالات روان تحت پوشش بیمه بوده و ۸۰ درصد جمعیت دسترسی رایگان به داروهای روانپزشکی دارند و از آنجا که بودجه خدمات سلامت روان کافی نیست برای این امر از کمک سازمان‌های غیر دولتی، سازمان بهداشت جهانی و سایر کشورها استفاده می‌کنند. فیلیپین تنها اختلالات شدید روانی را آن هم با محدودیت تحت پوشش بیمه قرار داده است. در برزیل تمام جمعیت دسترسی رایگان به داروهای روانپزشکی دارند. در کره جنوبی خدمات اکثراً به صورت خصوصی است. در ایران مؤسسات بیمه‌ای، بیماری‌های جسمی را مورد حمایت قرار می‌دهند، اما اختلالات روان، مشاوره و روان‌درمانی توسط بیمه‌ها پوشش داده نمی‌شود و برای بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی سقف وجود دارد. اغلب بیمه‌های تکمیلی نیز، هیچ‌یک از خدمات روان‌پزشکی را پوشش نمی‌دهند و تنها در چند بیمارستان محدود مانند تأمین اجتماعی تحت پوشش است بنابراین بیماران باید خود هزینه درمان را بپردازند. بسیاری از داروهای روان‌پزشکی، درمان ناشی از اعتیاد و اقدام به خودکشی نیز مشمول بیمه نمی‌شوند. در حال حاضر بیمه‌ها حداکثر بخشی از هزینه‌های درمان بیماران روانی، آن هم حد اکثر تا ۵۷ روز بستری را می‌پردازند. در صورتی که اکثر این بیماران مدت زمان بیشتری به بستری نیاز دارند که خانواده‌ها مجبور به پرداخت هزینه‌های سنگین مربوطه از جیبشان هستند. چنانچه بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و یا اختلال دوقطبی باشند، بیمه‌ها هزینه‌های درمانی آن‌ها را تقبل نمی‌کنند در حالیکه اکثر بیماران که نیاز به درمان و بستری طولانی مدت دارند، در این دو گروه جای می‌گیرند. ایران، مصر و فیلیپین قوانین مشخص و مدونی در خصوص بهداشت روان ندارند. در خصوص قوانین حقوق انسانی، مصر، برزیل و کره جنوبی قوانین حقوق انسانی داشته و مراکز خدمات سلامت روان از این حیث مورد بازرسی قرار می‌گیرند. فیلیپین قوانین مشخص دارد اما تا کنون بازرسی در این موارد نداشته است (۱۵) اما ایران قوانین خاصی در زمینه حقوق انسانی بیماران روان و بازرسی در این موارد ندارد و بستری افراد هم تنها از طریق مراجع قضایی

آلبانی، چین، هند، ایران، عراق، لتونی، نیجریه، مقدونیه، مولدووا، پاکستان، فلسطین، پاراگوئه، سریلانکا، ویتنام مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که این ابزار یک ابزار مفید است و می‌تواند به طور مؤثر برای ارزیابی مدیریت خدمات سلامت روان مورد استفاده قرار گیرد. در نهایت در سال ۲۰۰۵ نسخه اصلی این ابزار در ۶ حوزه مدیریت خدمات سلامت روان منتشر و مورد استفاده قرار گرفت. روایی و پایایی ابزار بر اساس نظر متخصصین کشورهای فوق محاسبه گردیده است. به این ترتیب روایی محتوای ابزار ۸۷/۶ و پایایی آن بر اساس بررسی همسانی درونی در حوزه‌های ۱ تا ۶ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۶ و برای کل ابزار ۰/۸۷ بود (۸). بر این اساس سازمان بهداشت جهانی به منظور تهیه یک چارچوب کلی برای بررسی مدیریت خدمات سلامت روان در کشورها یک برنامه در ۶ حوزه مدیریتی را پیشنهاد نمود. حوزه ۱ مدیریت خدمات سلامت روان، سیاست‌ها و چارچوب قانونی کشورها در مدیریت سلامت روان، حوزه ۲ مدیریت خدمات سلامت روان، خدمات سلامت روان برای افراد جامعه، حوزه ۳ مدیریت خدمات سلامت روان، سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، حوزه ۴ مدیریت خدمات سلامت روان، مدیریت منابع انسانی، حوزه ۵ مدیریت خدمات سلامت روان، آموزش عمومی در سطح جامعه و ارتباط با سایر بخش‌های مرتبط با سلامت روان و انجمن‌های بیماران و خانواده‌ها و حوزه ۶ مدیریت خدمات سلامت روان، کنترل خدمات و پژوهش را شامل می‌شود (۸). در مرحله دوم، کشورهای کره جنوبی، فیلیپین، مصر و برزیل جهت انجام مقایسه با ایران انتخاب شدند. علت انتخاب این کشورها، علاوه بر در دسترس بودن اطلاعات مدیریت خدمات سلامت روان، موارد ذیل می‌باشد:

کره جنوبی: یکی از کشورهای توسعه یافته در آسیا که در سال‌های اخیر اقدام به اجرای سیاست‌ها و استراتژی‌های سازمان بهداشت جهانی در خصوص سلامت روان نموده است و می‌تواند الگوی تجربی موفق در بین کشورهای آسیایی باشد.

فیلیپین: به عنوان یکی از کشورهای آسیایی در حال توسعه که بر اساس گزارشات بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی جزو کشورهای با درآمد متوسط و پایین طبقه بندی می‌شود و در حال اجرای سیاست‌ها و استراتژی‌های سازمان بهداشت جهانی در خصوص سلامت روان می‌باشد و در موارد فوق (در حال توسعه، درآمد متوسط و پایین و اجرای برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی) با ایران مشابهت دارد.

مصر: یکی از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی بر اساس تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی (که ایران هم در این منطقه قرار دارد) و از کشورهای مسلمان خاورمیانه که جزو کشورهای در حال توسعه و با درآمد پایین و متوسط می‌باشد.

برزیل: به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه در قاره آمریکا که به دلیل شباهت نظام بهداشت و درمان آن با ایران جهت این مطالعه انتخاب شد.

در مرحله سوم، مدیریت خدمات سلامت روانی در کشورهای منتخب و ایران بر اساس ۶ حوزه ابزار بررسی نظام سلامت روان سازمان بهداشت جهانی مورد بررسی قرار گرفت. جهت جمع آوری داده‌ها اطلاعات مربوط به هر کشور که از طریق ابزار فوق بررسی شد و هر یک در کتابی توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شده بود مورد بررسی قرار گرفت. به منظور جمع آوری داده‌ها، از فرم محقق ساخته که خلاصه "ابزار بررسی

جدول ۲ مقایسه حوزه‌های ۱ و ۲ مدیریت خدمات سلامت روان در کشورهای منتخب را نشان می‌دهد.

در حوزه ۳ مدیریت خدمات سلامت روان، در کشورهای مصر و فیلیپین کمتر از ۲۰ درصد کلینیک‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه پروتکل ارزیابی سلامت روان دارند. در مصر کمتر از ۲۰ درصد پزشکان شاغل در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیماران را به روانپزشک ارجاع می‌دهند. همچنین اکثر مردم به درمانگران سنتی مراجعه می‌کنند. در فیلیپین هیچ ارجاعی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه به روانپزشک صورت نمی‌گیرد. در کره جنوبی برنامه‌های بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام نشده است تنها ۱ تا ۲ درصد بیماران به روانپزشک ارجاع داده می‌شوند. در برزیل نظام پزشک خانواده در حال اجراست و اولین ویزیت بیماران توسط او صورت گرفته و در صورت نیاز ارجاع می‌شود. در ایران ۸۰ تا ۱۰۰ درصد مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه پروتکل مدیریت خدمات سلامت روان دارند اما آماری از ارجاع بیماران وجود ندارد. در خصوص تجویز داروهای روانپزشکی توسط پزشکان عمومی، در ایران و کره جنوبی تمام داروها بدون محدودیت توسط پزشکان عمومی و پزشکان شاغل در مراقبت‌های بهداشتی اولیه تجویز می‌شوند. در مصر پزشکان عمومی تنها با طی دوره‌های بازآموزی مجاز به تجویز دارو هستند. در فیلیپین و برزیل پزشکان عمومی با محدودیت مجاز به تجویز داروهای روانپزشکی هستند. در حوزه ۴ مدیریت خدمات سلامت روان، ایران بیشترین تعداد کارکنان را نسبت به سایر کشورها دارد که البته این تعداد شامل کارکنان غیر تخصصی مانند بهروزان هم می‌شود. از نظر تعداد روانپزشک بعد از فیلیپین کمترین تعداد را دارد. از نظر پرستار بعد از کره جنوبی بیشترین تعداد پرستار را دارد. از نظر روانشناس بعد از برزیل بیشترین تعداد را دارد. از نظر مددکار اجتماعی بعد از برزیل و کره جنوبی در رتبه سوم است و از نظر کاردرمانگر بعد از برزیل در رتبه دوم است. از نظر دوره‌های آموزشی و برنامه‌های آموزشی برای پزشکان و پرستاران، ایران کمترین میزان موارد آموزشی را در هر دو گروه دارد (جدول ۳).

امکان پذیر است. در نظر سنجی از روان پزشکان کشور، ۷۵ درصد آن‌ها در طول زندگی حرفه‌ای خود با مشکل قانونی روبه رو بوده‌اند و ۷۸ درصد نیز بر این باورند که قانونی برای مراقبت از بیماران روانی وجود ندارد. تخصیص مالی خدمات سلامت روان از بودجه کل بهداشت و درمان، در مصر، برزیل، ایران، فیلیپین و کره جنوبی به ترتیب ۲، ۳/۵، ۳، ۵ و ۶ درصد است که از این میزان سهم اختصاص یافته به بیمارستان‌های روان در این کشورها به ترتیب ۵۹، ۴۹/۳، ۱۸، ۹۵ و ۳۱ درصد است. در حوزه ۲ مدیریت خدمات سلامت روان، در تمام کشورها توزیع نابرابر تخت‌های بیمارستانی در شهرهای بزرگ وجود دارد. اما در خصوص مراکز سلامت روان، پذیرش بیمار در مراکز خدمات سرپایی در ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در مصر، کره جنوبی، فیلیپین، برزیل و ایران به ترتیب ۱۵۴/۷۷، ۱۲۴/۳، ۱۹۵۱ و ۹۴۸ نفر است. تعداد مراکز روزانه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در مصر، کره جنوبی، فیلیپین، برزیل و ایران به ترتیب ۲/۷۸، ۸/۵، ۴/۴، ۴/۴۲، ۱۵/۷۷، ۸/۵ است. تعداد تخت‌های بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در مصر، کره جنوبی، فیلیپین، برزیل و ایران به ترتیب ۵۷/۵۸، ۰/۹۴، ۰/۹۴، ۱/۱۳، ۱/۵۸ است. در این مورد ایران بعد از کره جنوبی بیشترین تخت‌های بستری در جامعه را دارد و تعداد تخت‌ها در تسهیلات مسکونی جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در مصر، کره جنوبی، فیلیپین، برزیل و ایران به ترتیب ۰، ۱/۶۹، ۱/۶۹، ۰/۶۱، ۲/۰۶، ۵/۳ است که ایران نسبت به کشورهای دیگر تعداد تخت‌های بیشتری دارد. تسهیلات مسکونی جامعه مراکز غیر بیمارستانی هستند که در جامعه وجود دارند و در آن بیماران مبتلا به اختلالات روانی که بیماری آن‌ها آن قدر شدید نیست که به خدمات بیمارستانی نیاز داشته باشند، اما در عین حال شرایط نگهداری توسط خانواده و در خانه را نیز ندارند بستری می‌شوند. تعداد تخت‌های بیمارستان روان به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در مصر، کره جنوبی، فیلیپین، برزیل و ایران به ترتیب ۹/۱۲، ۹/۱۲، ۹۱/۱۷، ۵/۵۷، ۲۲/۸۴ و ۷/۹ است. همانگونه که ملاحظه می‌شود ایران بعد از فیلیپین کمترین تعداد تخت‌های بستری را دارد (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه مراکز و امکانات مدیریت خدمات سلامت روان در کشورهای منتخب

تعداد مراکز خدمات سرپایی هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد بیمار به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز روزانه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز تسهیلات مسکونی جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد تسهیلات مسکونی جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز تسهیلات مسکونی جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	تعداد مراکز بستری مبتنی بر جامعه به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر
۶۲	۱۵۴	۲	۸/۵	۲۷	۰/۹۴	۰	۰/۹۴	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷
۱۰۳۱	۱۵/۷۷	۳۲۶	۱۵/۷۷	۳۲۴	۵۷	۵۷/۷۸	۳۲۴	۳۲۴	۳۲۴	۳۲۴	۳۲۴	۳۲۴	۳۲۴	۳۲۴	۳۲۴
۴۶	۱۲۴/۳	۴	۴/۴۲	۱۹	۱/۵۸	۱۵	۱/۵۸	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹
۱۰۸۶	۱۹۵۱	۸۱۱	۴/۴	۱۰۵	۱/۱۳	۴۷۶	۱/۱۳	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵
۸۵۵	۹۴۸	۳۱	۲/۷۸	۴۶	۲/۰۲	۷۵	۲/۰۲	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶
۱۱۵	۷۲۵	۹/۱۲	۶۳۲۴	۱۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۵۰	۴۰۰	۵/۵۷	۴۳۴۴	۲	۰/۶۱	۱۵	۰/۶۱	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵
مشخص نیست	۳۶۷۷	۲۲/۸۴	۴۲۰۷۶	۲۲۸	۲/۰۶	۴۷۶	۲/۰۶	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵
۴۵۴۰۰	۰	۷/۹	۵۳۵۰	۳۳	۵/۳	۷۵	۲/۰۲	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶	۴۶

جدول ۲: مقایسه حوزه‌های ۱ و ۲ مدیریت خدمات سلامت روان در کشورهای منتخب

سیاست و قانون سلامت روان	هزینه مراقبت‌های سلامت روان از کل هزینه‌های سلامت	درصد هزینه‌های بیمارستان‌های روان	دسترسی به داروهای ضروری	حقوق انسانی	بستری‌های اجباری (involuntary)
مصر از خدمات بیمارستانی به مراقبت‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه اصلاح شده است.	۲ درصد	۵۹ درصد	۸۱ درصد مردم دسترسی رایگان به داروها دارند و برای سایرین هزینه داروها ۵ درصد درآمد روزانه است.	قوانین حقوق انسانی همراه با بررسی دوره‌ای دارد.	۱۰۰ درصد بستری‌ها در مراکز جامعه نگر (community-based center) به و بیمارستانی اجباری است.
کره جنوبی خدمات جامعه محور یافته و بیمارستان‌ها کوچک شده‌اند.	۶ درصد	۳۱ درصد	۴ درصد مردم دسترسی رایگان به داروها دارند و برای سایرین هزینه داروها ۲۹ درصد درآمد روزانه است.	قوانین حقوق انسانی همراه با بررسی سالانه دارد.	۹۰ درصد بستری‌ها در مراکز جامعه نگر و ۹۲ درصد بستری‌های بیمارستان‌ها اجباری هستند.
فیلیپین قانون مشخص و مدونی ندارد.	۵ درصد	۹۵ درصد	۰/۴۶ تا ۱۱/۱۴ درصد درآمد روزانه مردم هزینه تأمین داروها می‌شود.	قوانین حقوق انسانی دارد اما تا کنون بازرسی نداشته است.	۴۸ درصد بستری‌ها در مراکز جامعه نگر و ۱۷ درصد بستری‌های بیمارستان‌ها اجباری هستند.
برزیل مراقبت در بیمارستان‌های بسته لغو شده‌اند. تعداد تخت‌های بستری کاهش یافته‌اند. مراکز جامعه محور افزایش یافته‌اند. نهادهایی مانند شهرداری‌ها در ارائه خدمات سلامت روان مشارکت دارند.	۲/۵ درصد	۴۹/۳ درصد	۱۰۰ درصد مردم دسترسی رایگان به داروهای روانپزشکی دارند.	قوانین حقوق انسانی همراه با بررسی منظم و نظام ثبت اطلاعات در این زمینه دارد.	ایزوله و محدود کردن (restrict) بیماران ممنوع است.
ایران سیاست آن توسعه خدمات روانی جامعه و ایجاد بخش روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی است. قانون مدون و مشخصی ندارد.	۳ درصد	۱۸ درصد	۲ تا ۴ درصد درآمد روزانه هزینه تأمین داروها می‌شود.	هیچ گونه قانون مشخص حقوق انسانی ندارد.	آمار وجود ندارد.

جدول ۳: مقایسه نیروی انسانی شاغل مدیریت خدمات سلامت روان در کشورهای منتخب

کل نیروهای انسانی	روانپزشک	پرستار	روانشناس	مددکار اجتماعی	کاردرمانگر	سایر پزشکان غیر روانپزشک	سایر کارکنان	آموزش پزشکان	آموزش پرستاران
۴/۹۸	۱/۴۴	۲/۶	۰/۱۱	۰/۲۷	۰	۰/۲	۰/۳	۵	۱۰
۲۷/۰۷	۵/۱	۱۱/۱	۰/۹	۳/۴۷	۰	۰/۵	۶	۴	۵
۳/۴۳	۰/۴۲	۰/۹۱	۰/۱۴	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۱۷	۱/۶۲	۴	۵
۱۸/۷۴	۳/۲۶	۱/۶۹	۱۰/۱۹	۱/۰۸	۱/۹۵	مشخص نیست	مشخص نیست	۳	۷
۶۱/۲	۱/۲	۷/۸	۲	۰/۶	۰/۵	۱۰/۷	۳۸/۴	۳	۲

حمایت شغلی وجود دارد ولی اجرا نمی‌شود. در کره و برزیل قوانین حمایتی در خصوص تأمین مسکن و شغل و عدم تبعیض وجود داشته و اجرایی می‌شود. همچنین در تمام کشورها لیستی از داده‌هایی که باید از مراکز سلامت روان جمع آوری شود وجود دارد ولی در ایران نظام مدونی جهت جمع آوری وجود نداشته و لذا آماری از این داده‌ها در دست نیست. در جدول ۴ حوزه‌های ۳ تا ۶ مدیریت خدمات سلامت روان در کشورهای منتخب مورد مقایسه قرار گرفته‌اند

در حوزه ۵ مدیریت خدمات سلامت روان، مصر و فیلیپین انجمن بیمار و خانواده ندارند. در برزیل و کره انجمن‌ها وجود داشته و تحت حمایت مالی دولت هستند همچنین در سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیریها دخالت دارند. در ایران یک انجمن رسمی وجود دارد اما هیچ نقشی در سیاست‌گذاری‌ها نداشته و حمایتی هم از آن صورت نمی‌گیرد. در حوزه ۶ مدیریت خدمات سلامت روان، در مصر و فیلیپین قوانین حمایتی خاصی برای بیماران وجود ندارد. در ایران یک ماده قانونی در خصوص

جدول ۴: مقایسه حوزه ۳، ۴، ۵ و ۶ مدیریت خدمات سلامت روان در کشورهای منتخب

مراقبت‌های بهداشتی اولیه	تجویز دارو توسط پزشکان عمومی	وجود قوانین حمایتی برای بیماران روان	انجمن‌های بیمار و خانواده	جمع آوری اطلاعات	سهم پژوهش
مصر حدود ۲۰ درصد کلینیک‌ها پروتکل مدیریت خدمات سلامت روان دارند. کمتر از ۲۰ درصد بیماران به روانپزشک ارجاع داده می‌شوند. مردم به درمانگران سنتی مراجعه می‌کنند	پزشکان عمومی با محدودیت تنها ایمنی پرآمین و کلرپرومازین تجویز می‌کنند مگر اینکه دوره‌های بازآموزی و تخصصی گذرانده باشند.	قوانین حمایتی برای بیماران روان وجود ندارد.	انجمن‌های بیمار و خانواده ندارد.	لیستی از داده‌هایی که باید جمع آوری شوند وجود دارد اما نظام یکپارچه‌ای وجود ندارد. میزان جمع آوری در مراکز مختلف متفاوت است.	۴ درصد نشریات کشور به سلامت روان اختصاص دارند.
کره جنوبی پروتکل مدیریت خدمات سلامت روان ندارد. ۱ تا ۲ درصد بیماران به روانپزشک ارجاع داده می‌شوند.	پزشکان عمومی بدون محدودیت داروهای روانپزشکی را تجویز می‌کنند.	قوانین حمایتی برای بیماران روان در خصوص استخدام، عدم تبعیض در محیط کاری و تأمین مسکن دارد.	انجمن‌های بیمار و خانواده داشته و در سیاست‌گذاری و تدوین قوانین نقش دارند.	اطلاعات از تمامی مراکز سلامت روان بر اساس لیست جمع آوری می‌شود.	۱ درصد پژوهش‌های کشور در خصوص سلامت روان است.
فیلیپین کمتر از ۲۰ درصد کلینیک‌ها پروتکل مدیریت خدمات سلامت روان دارند. ارجاع به روانپزشک وجود ندارد.	پزشکان عمومی با محدودیت داروهای روانپزشکی را تجویز می‌کنند.	قوانین حمایتی برای بیماران روان ندارد.	انجمن‌های بیمار و خانواده ندارد.	اطلاعات از ۱۰۰ درصد بیمارستان‌ها، ۵۸ درصد مراکز جامعه نگر و ۶۵ درصد مراکز سرپایی جمع آوری می‌شود.	مشخص نیست.
برزیل تمام کلینیک‌ها پروتکل مدیریت خدمات سلامت روان و برنامه آموزشی دارند. بیماران توسط پزشک خانواده به روانپزشک ارجاع داده می‌شوند.	پزشکان عمومی با محدودیت داروهای روانپزشکی را تجویز می‌کنند و اجازه تجویز آنتی سایکوتیک‌ها، نورولپتیک‌ها و داروهای گران را ندارند	قوانین حمایتی برای بیماران روان در خصوص استخدام، تبعیض و اولویت تأمین مسکن وجود دارد.	انجمن‌های بیماران و خانواده‌ها دارد که در سیاست‌گذاری و تدوین قوانین و برگزاری کنفرانس‌ها نقش دارند.	نظام جمع آوری اطلاعات سلامت روان وجود دارد و اطلاعات به طور منظم از تمامی مراکز جمع آوری می‌شود.	۳/۳۱ درصد بودجه پژوهش‌های کشور به سلامت روان اختصاص دارد. بعلاوه، ۲ میلیون دلار سهم موارد خاص است که هر ۲ سال یکبار تکرار می‌شود
ایران ۸۰ تا ۱۰۰ درصد کلینیک‌ها پروتکل مدیریت خدمات سلامت روان دارند. آماری از ارجاع وجود ندارد	پزشکان عمومی بدون محدودیت داروهای روانپزشکی را تجویز می‌کنند.	یک ماده قانونی در خصوص استخدام درصد خاصی از بیماران وجود دارد که اجرا نمی‌شود.	یک انجمن رسمی وجود دارد که نقشی در سیاست‌گذاری و تدوین قوانین ندارد.	لیستی از داده‌هایی که باید جمع آوری شود وجود دارد اما نظام مدونی جهت جمع آوری وجود ندارد.	۴ درصد نشریات کشور به سلامت روان اختصاص دارند.

بحث

مشخص و مدونی در خصوص سلامت روان وجود ندارد که این امر می‌تواند هم برای بیماران و هم پزشکان و کادر درمان مشکلاتی را ایجاد نماید. همچنین در ایران تنها ۳ درصد بودجه سلامت کشور به سلامت روان اختصاص می‌یابد در حالیکه در فیلیپین و کره جنوبی این میزان ۵ و ۶ درصد است. لذا ضرورت قانون مند شدن مدیریت خدمات سلامت روان و بستری بیماران ضرورت دارد، چرا که در شرایط کنونی ممکن

این پژوهش با هدف مقایسه مدیریت خدمات سلامت روان در ایران و کشورهای منتخب انجام گرفت. نتایج حاکی از آن است که در حوزه ۱ مدیریت خدمات سلامت روان، ایران و کشورهای منتخب سیاست‌های مشخص سلامت روان دارند. اما در ایران، مصر و فیلیپین قوانین

کاهش میزان بستری بیماران و بهبود عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران است. اما چنانچه مشاهده می‌شود در ایران خدمات مبتنی بر جامعه نیز اغلب به صورت بستری و تاکید بر خدمات بالینی است که نه تنها موجب کاهش هزینه‌ها نمی‌شود بلکه موجب افزایش آن می‌گردد (۱۸). از نظر تعداد تخت‌های بیمارستان روان، ایران بعد از فیلیپین کمترین تعداد تخت‌های بستری را دارد. به گزارش دفتر سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران ۳۴ بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی ارائه دهنده خدمات بستری به بیماران نیازمند بوده و در ۷۶ بیمارستان عمومی، بخش روانپزشکی وجود دارد. با در نظر داشتن شیوع مادام‌العمر اختلالات روانپزشکی در ایران، تعداد تخت‌های روانپزشکی متناسب با نیازهای جامعه نیست. به این ترتیب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جهت کاهش شکاف موجود بر آن شد تا ۱۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی کشور را به بیماران روانپزشکی اختصاص دهد. با این حال هزینه بر بودن بخشهای روانپزشکی از چالش‌های جدی بیمارستان‌ها است. تعرفه بسیار پایین تخت روز بخش روانپزشکی، این بخش را در کنار بخش سوختگی، به یک بخش زیان ده بیمارستانی تبدیل کرده است. زیان ده بودن بخش‌های روانپزشکی و تعرفه پایین تخت روز در این بخش‌ها، دستورالعمل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مورد اختصاص حداقل ۱۰ درصد ظرفیت بستری بیمارستان‌های عمومی به تخت‌های روانپزشکی را با وقفه روبه‌رو کرده است و بیمارستان‌ها این دستورالعمل را اجرا نمی‌کنند (۲۲).

در حوزه ۳ مدیریت خدمات سلامت روان و ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: برنامه ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران اواخر دهه ۱۳۶۰ آغاز شد. این برنامه دربرگیرنده آموزش بهداشت روان به جامعه، خانواده و مدارس، شناسایی و ارجاع فعال بیماران مبتلا به اختلالات روانی، پیگیری و ویزیت در منزل بیماران و آماده سازی آن‌ها برای بازگشت به جامعه و ثبت داده‌های مرتبط بود. مرور نظام مند بررسی‌های انجام شده در زمینه آگاهی، از این برنامه نشان داده است که آگاهی بهورزان و جمعیت عمومی درباره بیماری‌های روانی متوسط به بالا است، اما میزان آگاهی پزشکان عمومی و پرستاران شاغل در خدمات بهداشتی اولیه پایین‌تر از متوسط بود (۲۳). کمبود آگاهی پزشکان عمومی و پرستاران شاغل در مراکز خدمات بهداشتی اولیه را می‌توان به دلایلی چون برگزار نشدن دوره‌های بازآموزی مستمر، در دسترس نبودن دستورالعمل‌های درمانی، تشخیصی و مراقبتی مشخص و همچنین نبود آموزش اولیه منظم در مورد اختلالات روانی نسبت داد. مطالعات بیانگر آن است که میان آموزش روانپزشکی به پزشکان و پیراپزشکان و آنچه آنان در عمل به آن نیاز دارند، تفاوت زیادی وجود دارد. . برای رفع این مشکل، تدوین دستورالعمل‌های تشخیصی کاربردی و کتاب‌های کمک آموزشی در زمینه تشخیص، درمان و پیشگیری از اختلال‌های روانی ضروری است (۲۴). همچنین یکی از وظایف بهورزان ارجاع بیماران بر پایه فرم ارجاع و پیگیری بیماران بر اساس برگه‌های پسخوراند از مراکز بالاتر است، اما تنها در ۸ درصد موارد ارجاع فرم پسخوراند برگه‌های ارجاع وجود داشت که این امر را می‌توان به ضعف سامانه ارجاع، در دسترس نبودن روانپزشکان در بعضی شهرها و همکاری نداشتن آن‌ها با سامانه ارجاع نسبت داد (۲۵). مشکل دیگر در این زمینه پوشش ناکافی خدمات بهداشت روان در شهرهاست. در حالیکه میزان گسترش

است پزشک در خصوص مراقبت و درمان بیماران دچار مشکل شوند (۱۷). در خصوص این موارد به نظر متخصصین، حاکم شدن مدیریت غیرعلمی بر سلامت روان کشور، نبود اراده قوی و نگاه مثبت به مدیریت خدمات سلامت روان و تصمیم‌گیری‌های کلان غیر کارشناسی مانع افزایش اعتبار بوده و سیاست‌گذاری و تدوین قوانین مدیریت خدمات سلامت روان کشور را با مشکل مواجه کرده است (۱۶). در حوزه ۲ مدیریت خدمات سلامت روان، در تمام کشورها توزیع نابرابر تخت‌های بیمارستانی در شهرهای بزرگ وجود دارد. بیماران روانپزشکی در ایران بعد از برزیل بیشترین مراجعه را به مراکز سرپایی خدمات سلامت روان دارند. مطالعات انجام شده در مورد مسیر مراجعه بیماران در کشور نشان می‌دهد که اکثر بیماران برای اولین بار به پزشکان و مراکز درمانی و تعداد کمی هم به درمانگران سنتی و درمان‌های جایگزین مراجعه کرده‌اند (۱۸). همچنین مشخص شده است که در اکثر شهرهای متوسط و بزرگ، خدمات سلامت روان خارج از شبکه بهداشتی و درمانی کشور و در چارچوبی ناهماهنگ و آشفته شامل درمانگاه‌های بیمارستانی، مطب‌های خصوصی و نهادهایی مانند سازمان بهزیستی و خیریه ارائه می‌شود که دسترسی به اطلاعات دقیق در مورد آنها محدود است (۱۹). همچنین اگرچه مراجعات بالای سرپایی می‌تواند نشان دهنده جامعه نگر بودن نسبی خدمات باشد، اما در کشور ما می‌تواند به دلیل کمبود تخت‌های بیمارستان باشد. با این وجود با توجه به فراوانی اختلالات روانی در جامعه، به نظر می‌رسد که بسیاری از بیماران خدمات دریافت نمی‌کنند (۲۰). تعداد مراکز روزانه به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در مصر، کره جنوبی، فیلیپین، برزیل و ایران به ترتیب ۸/۵، ۱۵/۷۷، ۴/۴۲، ۴/۴ و ۲/۷۸ است. این ارقام بیانگر آن است که ایران در بین این کشورها کمترین مراکز روزانه را دارد. در مراکز روزانه به بیمارانی خدمات ارائه می‌شود که نیاز مراقبتی آنها بیش از آن است که در درمانگاهها و مراکز سرپایی معمولی ارائه می‌شود. خدمات در ساعتهایی از روز ارائه می‌شود و بقیه اوقات روز، بیمار در منزل خود خواهد بود. در بدبینانه‌ترین تخمین‌ها ۲۳ درصد از افراد در مراحل حاد بیماری می‌توانند به جای بستری در بیمارستان، از بستری موقت در درمانگاه‌های روزانه استفاده کنند. این روش موجب کاهش قابل توجه هزینه درمان می‌شود در صورتی که انتخاب بیماران برای بستری در این مراکز به صورت مناسب انجام شود، این روش می‌تواند موجب بهبود وضعیت روانی، هم نسبت به بیماران بستری در بیمارستان و هم نسبت به جمعیت شاهد شود (۲۱). از منظر تعداد تخت‌های جامعه نگر، ایران بعد از کره جنوبی بیشترین تخت‌های بستری در جامعه را دارد و از نظر تعداد تخت‌ها در تسهیلات مسکونی جامعه نیز ایران نسبت به کشورهای دیگر تعداد تخت‌های بیشتری دارد. در چند دهه اخیر، روش‌های مختلفی برای ارائه خدمات سلامت روان جامعه نگر مطرح شده است. یکی از این روش‌ها، ارائه خدمات جامع در مراکز سلامت روان جامعه نگر است. ویژگی اصلی این مراکز، ارائه خدمات جامع برای پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران، بدون اتکا بر بیمارستان‌های روانپزشکی است (۲۱). اینگونه خدمات برای برنامه ریزان بهداشتی ضروری است. افزون بر آن، این مراکز ظرفیت ارائه انواع مختلفی از خدمات را دارند. اما لازم است بررسی شود که کدام روش و با چه تنوعی از خدمات، مؤثرتر و قابل اجراتر است (۲۱). هدف از این درمان حفظ ارتباط و همکاری بیماران با خدمات درمانی،

کشورها تفاوت وجود دارد. ایران در حوزه‌های سیاست‌گذاری و قوانین، کنترل و جمع‌آوری داده‌ها و اجرای صحیح سیاست‌های خود دچار مشکل است. در حوزه سیاست‌گذاری و قوانین در کشور ما قوانین مدون و مشخصی در خصوص مدیریت خدمات سلامت روان و حقوق انسانی وجود ندارد. در خصوص جمع‌آوری داده‌ها، اگرچه لیستی از داده‌هایی که باید جمع‌آوری شود وجود دارد، اما اولاً نظامی که این داده‌ها را از تمام مراکز خدمات سلامت روان جمع‌آوری نماید وجود ندارد. ثانیاً این داده‌ها تنها از مراکز خاص مانند نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه جمع‌آوری می‌شود و هیچ برنامه‌ای برای جمع‌آوری داده‌ها از مراکز سرپایی و خصوصی وجود ندارد. لذا این داده‌ها نمی‌توانند جهت برنامه‌ریزی‌های بهداشتی قابل اعتماد باشند. در خصوص اجرای سیاست‌ها نیز اگرچه ایران دارای سیاست‌های مشخص است اما به دلیل نبود ضمانت اجرایی این سیاست‌ها به درستی اجرا نمی‌شوند. مصر و فیلیپین نیز شرایطی مشابه ایران داشته و قوانین مشخصی ندارند، اما در برزیل و کره جنوبی سیاست و قوانین مدیریت خدمات سلامت روان وجود داشته و اجرا می‌شوند. همچنین اگرچه ایران در مقایسه با کشورهای منتخب منابع انسانی و غیر انسانی مطلوبی دارد اما مدیریت و برنامه‌ریزی مناسبی برای آن‌ها ندارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهادات زیر مطرح می‌شوند: سیاست و قوانین مشخصی در مدیریت خدمات سلامت روان با الگوبرداری از سیاست‌ها و قوانین کشورهای موفق تدوین گردد. جهت ضمانت اجرایی سیاست‌ها و اطمینان از اجرای آن‌ها در مرحله عمل تدابیری در نظر گرفته شود. مدیریت خدمات سلامت روان کشور ایران به منظور تأمین نیروی انسانی کافی، ایجاد مراکز سلامت روان و ارائه خدمات جامعه‌نگر افزایش یابد. دوره‌های آموزشی و بازآموزی مستمر جهت افزایش سطح آگاهی و علمی پزشکان عمومی، پرستاران، بهورزان و سایر کارکنان پیراپزشکی در خصوص تشخیص، درمان و مراقبت‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی برگزار شود. در این پژوهش اطلاعات بر اساس منابع کتابخانه‌ای موجود و در دسترس جمع‌آوری شدند و امکان دارد برخی ویژگی‌های خدمات سلامت روان کشورها در آن دیده نشده باشد که این مورد از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از رساله دانشجویی آقای شهرزور رهبری به راهنمایی خانم دکتر لیلا ریاحی می‌باشد که با شماره ۱۳۹۵/۱۲/۱۸ در تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۱۸ جهت دریافت مدرک دکتری تخصصی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به تصویب رسیده است.

References

1. Rahbari S, Adineh Fathabadi M. [Mental Health Nursing]. Esfahan: Behta Pajooheh; 2014.
2. Nevid J, Rathus S. [Mental Health]. Tehran: Arasbaran; 2016.
3. Organization WH. Mental Health Action Plan 2013-2020 Geneva: WHO; 2013 [cited 2018]. Available from: www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/.

خدمات بهداشت روان در مناطق روستایی به مرز ۱۰۰ درصد رسیده، میزان گسترش در جمعیت شهری ۳۶ درصد و در حد نامطلوب بوده است (۱۹). حوزه ۴ مدیریت خدمات سلامت روان، مربوط به تعداد کارکنان خدمات سلامت روان در کشورهاست. در بیشتر کشورها تعداد کارکنان بهداشتی کم و توزیع آنها نامناسب است، این مشکل در کشورهای فقیرتر شدیدتر است، زیرا هم منابع کمتر است و هم منابع موجود بیشتر در مناطق شهری متمرکز شده‌اند. کمبود روانپزشک، روانشناس بالینی و روانپرستار و پراکندگی ناهمگون آنها در کشور، همچنین کافی نبودن درآمد متخصصان حوزه سلامت روان نسبت به سایر رشته‌های پزشکی، از چالش‌های مدیریت خدمات سلامت روان کشور است. برای جبران کمبود روانپزشک در استان‌ها و شهرستان‌هایی که زیرپوشش شبکه بهداشتی و درمانی هستند، به آموزش پزشکان عمومی برای آشنایی با اختلالات روانپزشکی نیاز است (۲۶). حوزه ۵ مدیریت خدمات سلامت روان به آموزش و اطلاع‌رسانی عمومی، ارتباط با سایر بخش‌ها و وجود انجمن‌های بیمار و خانواده اشاره دارد. در ایران یک انجمن رسمی وجود دارد اما هیچ نقشی در سیاست‌گذاری‌ها نداشته و حمایتی هم از آن صورت نمی‌گیرد. یکی از موانع بزرگ این عرصه، فقدان هماهنگی و انسجام خدمات مراقبت‌های سلامت روان است و مسؤولیت سلامت روان در سطوح و بخش‌های مختلف جامعه و دولت به صورت پراکنده وجود دارد. مددجویان از یک مؤسسه به مؤسسه دیگر فرستاده می‌شوند، بدون این که هیچ واحدی مسؤولیت مراقبت و یا هماهنگی خدمات مراقبتی را در مورد آن‌ها به عهده بگیرد و آن چه دیده می‌شود، تناقض‌های آشکاری است که بین بخش‌های مختلف مدیریت خدمات سلامت روان دیده می‌شود (۲۷). وجود انجمن‌های بیمار و خانواده و برقراری ارتباط با سایر سازمان‌ها و نهادها می‌تواند مشکلات مدیریت خدمات سلامت روان را کاهش داده و ارائه مطلوب‌تر خدمات کمک کند. در حوزه ۶ مدیریت خدمات سلامت روان نظام ثبت و جمع‌آوری اطلاعات سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت. در حال حاضر در ایران اهداف مدونی و سازمان مسوولی در خصوص نظام جمع‌آوری و ثبت اطلاعات سلامت روان وجود ندارد و تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌های بهداشت روان انجام نمی‌شود. در مراکز ثبت ایران این کار توسط منابع داده‌ها و به صورت غیر فعال، ناقص و محدود انجام می‌شود. لذا لازم است سیاست‌گذاران پزشکی توجه ویژه‌ای به راه‌اندازی نظام ملی ثبت بهداشت روان داشته باشند و از تجربیات کشورهای پیشرو در این زمینه بهره‌برداری (۲۸).

نتیجه‌گیری

مقایسه مدیریت خدمات سلامت روان در کشورهای منتخب و ایران نشان داد که در حوزه‌های ۶ گانه مدیریت خدمات سلامت روان بین

4. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, Khalil I, et al. Health in times of uncertainty in the eastern Mediterranean region, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Glob Health*. 2016;4(10):e704-13. DOI: 10.1016/S2214-109X(16)30168-1 PMID: 27568068
5. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*.

- 2016;3(2):171-8. [10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2) PMID: 26851330
6. DALYs GBD, Collaborators H. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053):1603-58. DOI: [10.1016/S0140-6736\(16\)31460-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31460-X) PMID: 27733283
 7. Organization WH. *Mental Health Atlas 2014* Geneva: WHO; 2014. Available from: www.who.int/mentalhealth/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/.
 8. Organization WH. WHO-AIMS: mental health systems in selected low-and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis: WHO; 2010.
 9. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9593):1164-74. DOI: [10.1016/S0140-6736\(07\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61263-X) PMID: 17804061
 10. Herrman H, Saxena S, Moodie R. *Promoting Mental Health*: WHO; 2005 Dec.
 11. Organization WH. WHO-AIMS report on mental health system in Republic of Korea. WHO: Gwacheon City, Republic of Korea, 2007.
 12. Organization WH. WHO-AIMS Report on mental health system in Brazil. Brasília, Brazil: WHO, 2007.
 13. Organization WH. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Egypt. WHO: Cairo, Egypt, 2006.
 14. Organization WH. WHO-AIMS report on mental health system in the Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: WHO, 2006.
 15. Organization WH. WHO-AIMS report on mental health system in the Philippines. Manila, Philippines: WHO, 2006.
 16. Yasami M, Hajebi A, Bagheri Yazdi A. [The qualitative analysis of the problems of the mental hospitals from the viewpoint of the managers of these hospitals]. *Soc Welf Q*. 2006;5(20):83-99.
 17. Nasr Esfahani M, Attari Moghadam J, Rasoulia M, Ghalehbandi M, Saberi SM, Samimi-Ardestani SM, et al. [Involuntary treatment and hospitalization: Review of mental health acts]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008;14(1):4-16.
 18. Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin Esmaeili M. [Community mental health centers in Iran: Planning evidence-based services]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2013;19(2):163-76.
 19. Bolhari J, Zojaji A, Karimi-Kisomi I, Nazari-Jeirani M, Tabae S. [Urban mental health service: Primary health care model with community participation]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011;17(2):110-5.
 20. Bolhari J, Kabir K, Hajebi A, Bagheri A, Yazdi C, Rafiei H. [Revision of the integration of mental health into primary health care and the family physician program]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011;2(22):134-46.
 21. Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. [Which of Community-Based Services are Effective for People with Psychiatric Disorders? A Review of Evidence]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2013;19(2):79-96.
 22. Saberi Zafarghandi M. [Some challenges in mental health and addiction in Iran]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011;17(2):157-61.
 23. Shariat V, Mansouri N, Gharraee B, Bolhari J, Yousefi Nourai R, Rahimi Movaghar A. [Attitude, knowledge, and satisfaction of health personnel and general population about the program of integration of mental health in PHC in Iran: A systematic review]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011;17(2):85-98.
 24. Ghasemzadeh M. [Psychiatric education in mental health: Reporting an experience]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011;17(2):188-9.
 25. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Bagheri Yazdi A, 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*. 2011;17(4):271-8.
 26. Ahmadzad Asl M, Shamshiri A, Hajebi A, Naserbakht M, Saberi Zafarghandi M, Davoudi F. [Geographical distribution of human resources in mental health provision system in 2007]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011;17(2):143-50.
 27. Irajpour A, Alavi M, Afshar H. [Interprofessional collaboration: An appropriate strategy to mental health services]. *J Res BS*. 2011;9(5):413-9.
 28. Lotfnezhadafshar H, Zareh fazlollahi Z, Khoshkalam M, Rezaihacheso P. Comparative study of mental health registry system of United Kingdom, Malaysia and Iran. *Health Inf Manage*. 2009;6(1):1-10.