

مروری بر ابزار ارزیابی نظام سلامت روان سازمان جهانی بهداشت: WHO-AIMS

لیلا نیسی، لیلا ریاحی[■]، علی کمیلی، جعفر بوالهیری

چکیده

مقدمه: پایش مداوم نظام سلامت روان می‌تواند در کاهش مشکلات سلامت روان کشورها کمک نماید. لذا؛ هر نظامی نیاز به جمع‌آوری اطلاعات خود دارد. سازمان جهانی بهداشت، ابزاری با نام WHO-AIMS را با هدف ارتقاء و کمک به سلامت روان کشورها معرفی کرده است.

هدف: مطالعه با هدف آشنایی با ابزار ارزیابی نظام سلامت روان WHO-AIMS در کشورهای مختلف و شناسایی مشکلات کشورها و ارائه اولین نتیجه ارزیابی نظام سلامت روان ایران توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شده بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری سیستماتیک برای شناخت ابزار، جستجوی مفصلی در بانک‌های اطلاعاتی با استفاده از کلید واژه‌های مرتبط مانند Mental Health Systems و WHO-AIMS و World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems در سایت‌های خارجی و داخلی انجام شد، در ایران هیچ مقاله‌ای در رابطه با شناخت ابزار یافت نشد، در ۱۰۳ مقاله خارجی (۹۳ گزارش سازمان جهانی بهداشت و ۱۰ مقاله پژوهشی) به معرفی ابزار و مشکلات ابزار و نظام سلامت روان کشورها پرداخته شده بود.

یافته‌ها: ابزار WHO-AIMS شامل ۶ حیطة (سیاست‌گذاری، برنامه‌گذاری، بودجه و قانون بهداشت روان، خدمات بهداشت روان، بهداشت روان در نظام PHC، نیروی انسانی، آموزش بهداشت و سایر بخش‌های مرتبط با بهداشت روان و پایش و پژوهش) و ۲۸ زیر مجموعه و ۱۵۶ شاخص می‌باشد. در مجموع مشکلات بیشتر کشورها، عدم وجود قانون سلامت روان، بودجه کم سلامت روان، هزینه بالای مداخلات روانی اجتماعی، توزیع نامناسب بیمارستان‌های روانی، عدم جمع‌آوری داده‌ها، نیروی انسانی ناکافی، تعداد کم افراد آموزش دیده سلامت روان، نداشتن انجمن بیماران و خانواده‌ها، خدمات ناکافی سلامت روان و ... ذکر شده است.

نتیجه‌گیری: ابزار WHO-AIMS تصویر واضحی از نقاط قوت و ضعف حوزه سلامت روان را به کشورها نشان می‌دهد و کشورها قادر به نظارت بر پیشرفت ارائه خدمات سلامت روان و اجرای سیاست‌های خود خواهند بود. این مطالعه باعث آشنایی کارکنان و مدیران نظام سلامت روان با این ابزار می‌شود و همچنین با توجه به مشکلات ابزار، پژوهشگران را جهت طراحی الگوهای جدید ارزیابی نظام سلامت روان ترغیب خواهد کرد.

کلمات کلیدی: ارزیابی نظام سلامت روان، سازمان جهانی بهداشت، ارزشیابی سلامت روان، WHO-AIMS

لیلا نیسی

دانشجوی دکتری گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

■ مؤلف مسؤول: لیلا ریاحی

استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

آدرس: L.riahi@sbiau.ac.ir

علی کمیلی

روانپزشک، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان: مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

جعفر بوالهیری

استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال ششم، دوره ششم

شماره سوم و چهارم

پاییز و زمستان ۱۳۹۶

■ مقدمه

اسلامی ایران هم گام با سایر کشورهای جهان در سال ۱۳۶۵ برای پیشبرد سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، برنامه کشوری بهداشت روان را تدوین کرد و در سامانه مراقبت بهداشتی اولیه (PHC) Primary Health Care با موفقیت ادغام شد [۱۹]. این ادغام واجد ویژگی‌هایی از جمله: تمرکززدایی در فعالیت‌ها، اولویت دادن به پیشگیری، کاربرد سطوح خدماتی و نظام ارجاع، پیگیری مستمر و تأکید بر مراقبت سرپایی تا بستری بیماران، بود و طی ارزشیابی این برنامه در سال ۱۳۸۸ نشان داده شد که موفقیت این برنامه نیازمند بازنگری در نحوه اجرایی شدن آن در شهرها و ارتقای کیفیت در روستاها است [۱۰]. دیگر مطالعات گسترده‌ای که در سلامت روان انجام شد مطالعاتی درباره دستاوردها و چالش‌ها، فرصت‌ها و موانع، ضرورت پیشگیری و ارتقای سلامت روان و ضرورت تجدید نظر در برنامه کشوری بهداشت روان، که این مطالعات آمار مربوط به عملکرد اجرایی نداشتند و بیشتر بر هدف‌ها، راه‌های ارتقاء دستاوردها و موانع اجرایی تأکید داشتند [۱۱]، همچنین ارزشیابی رضایت مراجعان و خانواده‌ها از خدمات دریافتی [۱۲] و میزان رضایت بیماران روانپزشکی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر از نقش رابط درمان در ایران بود [۱۳]. همچنین بواله‌ری و همکاران نیز ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران [۱۴] و شریعت و همکاران آگاهی، نگرش و رضایتمندی مراجعان و کارکنان زیرپوشش برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در PHC را انجام دادند [۱۵]. از آنجا که هر نظامی نیاز به جمع‌آوری اطلاعات خود دارد. سازمان جهانی بهداشت، ابزاری با نام WHO-AIMS (World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems) را با هدف ارتقاء و کمک به سلامت روان کشورها معرفی کرده است. مأموریت سازمان جهانی بهداشت در حیطه سلامت روان کاهش بار اختلالات روانی و عصبی است که جهت توسعه نظام سلامت روان ۱۰ توصیه مهم را بیان کرده و در ابزار WHO-AIMS گنجانده است [۱۶]. حال این مطالعه با هدف آشنایی با ابزار ارزیابی نظام سلامت روان WHO-AIMS در کشورهای مختلف و شناسایی مشکلات کشورها و ارائه اولین نتیجه ارزیابی نظام سلامت روان ایران توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شده و سعی شده تا نتایج کاربرد آن به بحث گذاشته و توصیه‌هایی برای مطالعات آینده ارائه شود.

■ مواد و روش‌ها

مطالعه از نوع مروری سیستماتیک بوده است و برای دستیابی به اهداف مطالعه با کلید واژه‌های مرتبط مانند

نظام سلامت روان شامل تمام سازمان‌ها و منابعی می‌باشد که بر بهبود سلامت روان، منابع انسانی و دسترسی به خدمات سلامت روان تمرکز دارد [۱]. کارکرد صحیح نظام بهداشت روان برای کاهش بار اختلالات روان مفید است. طبق ارزیابی‌های سازمان جهانی بهداشت، حاکمیت سلامت روان، منابع مالی، ارایه خدمات مناسب، منابع انسانی و اطلاعاتی پایه‌های ضروری کارکرد صحیح سیستم بهداشت روان هر کشور می‌باشد [۲] البته تا پایان سال ۱۹۶۰ مراقبت‌های سلامت روان جامع و کاملی وجود نداشت و مراقبت از بیماران با اختلال مزمن روانی در شرایط غیر مؤسسه‌ای و غیر علمی مثل بازداشت گاه‌ها و مراکز بازپروری صورت می‌پذیرفت که از سال ۱۹۶۳ خدمات سلامت روان برای بیماران با اختلال روانی مزمن در مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر به نام (CMHC) (Community Mental Health Center) صورت پذیرفت [۳]. ویژگی اصلی این الگو، ارایه خدمات جامع برای پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران بدون اتکا به بیمارستان‌های روانپزشکی بود نمونه طراحی و اجرای موفق این الگو را می‌توان در ایالات متحده آمریکا، ایتالیا و استرالیا یافت [۴، ۵، ۶]. در پروژه ابداعی ارزشیابی بهداشت روان جامعه‌نگر در کانادا (CMHEI) (Community Mental Health Evaluation Initiatives) نیز، طیف‌های گوناگونی از افراد و سازمان‌ها را درگیر نموده است. از جمله دولت، ارایه‌کنندگان خدمات در جامعه، خانواده‌ها و مصرف‌کنندگان خدمات. این مطالعه، شواهدی را فراهم آورده است که بر مبنای آن تصمیم‌گیری درست و منطقی در مورد برنامه‌های آینده و ارایه خدمات، تقویت و حمایت می‌شود. به علاوه، یافته‌های این مطالعه، به تعیین این که کدام یک از تشکیلات در حوزه‌های مطالعه شده، عملکرد مؤثر دارند، کمک می‌کرد. این مطالعه اثر بخشی خدمات و سرویس‌های حمایتی بهداشت روان مبتنی بر جامعه را ارزیابی کرده، برای حمایت از تصمیمات آتی درباره‌ی برنامه‌ها و ارایه خدمات، شواهد مناسب را مهیا می‌ساخت [۷] از طرفی پروژه توسعه مداوم سنجش‌های کیفیت (CEQM) (Continues Enhancement of Quality Measure)، پروژه دیگری بود که در زمینه مشخص کردن معیارهایی برای ارزشیابی خدمات اولیه سلامت روان در کشور کانادا انجام شده بود. هدف این طرح ارتقاء کیفیت خدمات سلامت روان برای همه کانادایی‌ها بوده و این هدف با ترویج و گسترش سنجش کیفی و تعیین شاخص‌های کیفی در مراقبت‌های اولیه سلامت روان دنبال می‌شد. این شاخص‌ها در سطوح مختلف نظام سلامت از جمله سطح عملکرد مورد استفاده قرار می‌گرفت [۸]. جمهوری

نظام اطلاعاتی دارند، اغلب از کیفیت محدودی برخوردار هستند که مانع توسعه خط مشی‌ها، برنامه‌ها و خدمات سلامت روان می‌شوند [۱۷] WHO-AIMS بر مبنای راهبردهای سازمان جهانی بهداشت طراحی شده است تا بتواند با ارزیابی درونی (توسط خود کشورها) و بیرونی (توسط سازمان جهانی بهداشت و دیگران کمک‌های سلامت روان مبتنی بر اطلاعات را برای کشورهایی که در برنامه عملیاتی و فراگیر سلامت روان سازمان جهانی بهداشت قرار دارند، فراهم نماید [۱۶]. بطور کلی نظام سلامت روان شامل بخش‌های زیر است ۱. سیاست‌گذاری، برنامه‌گذاری، بودجه و قانون بهداشت روان ۲. خدمات بهداشت روان ۳. بهداشت روان در نظام PHC ۴. نیروی انسانی ۵. آموزش بهداشت و سایر بخش‌های مرتبط با بهداشت روان و ۶. پایش و پژوهش [۱۸]. که همه این موارد در ابزار قید شده است. ابزار WHO-AIMS شامل ۶ حیطة و ۲۸ زیر مجموعه و ۱۵۶ شاخص می‌باشد.

۱۰ توصیه گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ که در جدول (۱) ذکر شد پایه و اساس WHO-AIMS را تشکیل می‌دهد. این توصیه‌ها به جوانب ضروری توسعه نظام سلامت روان در مناطق کم درآمد اشاره می‌کنند. برای هر توصیه، آیت‌هایی ایجاد شده و در چند بند گروه‌بندی شده است. متخصصین و افراد کلیدی مهم از کشورهای با درآمد پایین، داده‌هایی را ارائه کردند تا از وضوح، اعتبار و تحقیق‌پذیری این آیت‌ها اطمینان حاصل شود. نسخه ۱/۱ WHO-AIMS (نسخه مقدماتی) در دسامبر ۲۰۰۳ منتشر شد که از ۱۰ حیطة تشکیل شده بود. در ۲۰۰۴ ابزار مقدماتی در آلبانی، باربادوس، اکوادور، هند، کنیا، لاتویا، مولدوا، پاکستان، سنگال، سری لانکا، تونس و ویتنام مورد آزمایش قرار گرفت. نتیجه اصلی آزمایش مقدماتی این بود که این ابزار بسیار مفید است، زیرا جامع و کامل بوده و اطلاعات مهمی را جمع‌آوری می‌نماید. اکثر کشورها قادر بودند که اطلاعات با ارزشی را برای اکثر آیت‌ها جمع‌آوری نمایند. ولی طولانی بودن ابزار مقدماتی یک مانع در استفاده از آن بود. در نتیجه ابزار مقدماتی به طور اساسی اصلاح و کوتاه‌تر شد [۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲]. در دسامبر ۲۰۰۴ در نشست سازمان جهانی بهداشت در میلان ایتالیا، نسخه بازبینی شده ابزار به نمایندگان کشورهای آلبانی، چین، هند، ایران، عراق، لاتویا، نیجریه، مقدونیه، مالدیو، پاکستان، فلسطین، پاراگوئه، سری لانکا، ویتنام معرفی شد. در مجموع افراد شرکت‌کننده در جلسه، احساس کردند که این ابزار وسیله ارزشمندی است که احتمالاً به طور مؤثری برای ارزیابی و قدرت بخشیدن به نظام سلامت روان کشورها به کار برده می‌شود. سپس نسخه ۲/۱ در فوریه ۲۰۰۵ منتشر شد

World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems و WHO-AIMS در بانک‌های اطلاعاتی ISI Web of Science، SCOPUS، Pub med و موتور جستجوی Google و معادل فارسی آنها در مجلات داخلی جهاد دانشگاهی و وزارت علوم و مراکز تحقیقاتی کشور ایران و سایر کشورها انجام شد و جمع‌آوری اطلاعات نظام سلامت روان کشورهای مختلف با ابزار WHO-AIMS مورد بررسی قرار گرفت. ملاک انتخاب، مقاله‌ها و گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت در مورد ابزار ارزیابی سیستم سلامت روان WHO-AIMS بود. دامنه زمانی انتخاب مقالات لاتین از سال ۲۰۰۵ به بعد و مقالات فارسی از سال ۱۳۹۰ به بعد بوده و از ۴۵ مقاله فارسی در جستجوی اولیه در نهایت ۸ مقاله به اضافه سند سیاست سلامت روان و ارزیابی نظام سلامت روان ایران توسط سازمان جهانی بهداشت مورد بررسی قرار گرفت همچنین از ۱۹۲ مقاله و گزارش سازمان جهانی بهداشت در مورد ارزیابی‌هایی که با WHO-AIMS انجام شده بود فقط ۱۰ مقاله و ۹۳ گزارش سازمان جهانی قابل بررسی بودند.

معیارهای انتخاب مقالات: ۱- مقالات فارسی و انگلیسی زبان چاپ شده در مجلات علمی پژوهشی داخل و خارج کشور که متن کامل آنها در دسترس بود. ۲- گزارشات سازمان جهانی بهداشت در مورد ابزار WHO-AIMS. ۳- با توجه به این که این ابزار در ایران کار نشده است لذا پژوهشگر مقالات فارسی در زمینه ارزیابی سیستم سلامت روان را نیز مورد مطالعه و بررسی قرار داد. معیارهای حذف مقالات: ۱- مقالاتی که متن کامل آنها وجود نداشت. ۲- مقالاتی که به زبانی غیر از انگلیسی و فارسی بودند. ۳- مقالاتی که در مورد ارزیابی سلامت روان بودند ولی از WHO-AIMS استفاده نکردند (در مقالات لاتین).

■ یافته‌ها

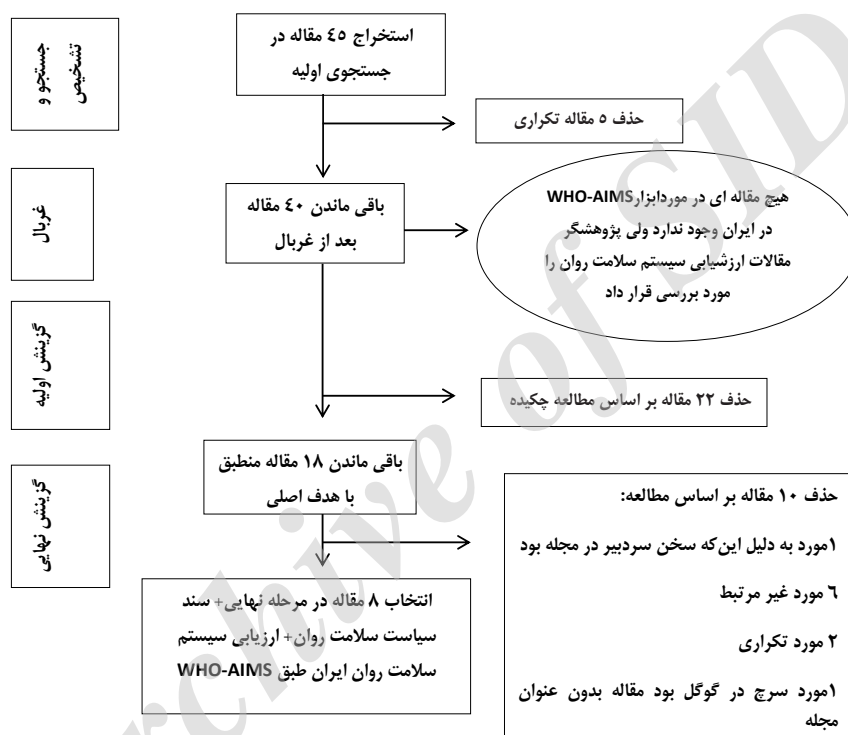
خلاصه فرایند جستجوی مقالات در شکل شماره ۱ و ۲ آمده است. یافته‌های به دست آمده از مرور حاضر در ۳ بخش ارائه می‌شود: الف) آشنایی با ابزار ارزیابی نظام سلامت روان سازمان جهانی بهداشت (ب) خلاصه اطلاعات نظام سلامت روان کشورهای منتخب از جمله ایران، و ارائه مشکلات آنها (ج) مشکلات ابزار ارزیابی WHO-AIMS الف) آشنایی با ابزار ارزیابی نظام سلامت روان سازمان جهانی بهداشت

اطلس سازمان جهانی بهداشت گزارش می‌دهد که در سال ۲۰۰۵، بیشتر از ۲۴ درصد کشورها هیچ نظامی برای جمع‌آوری و گزارش‌دهی اطلاعات سلامت روان ندارند. کشورهای دیگری که

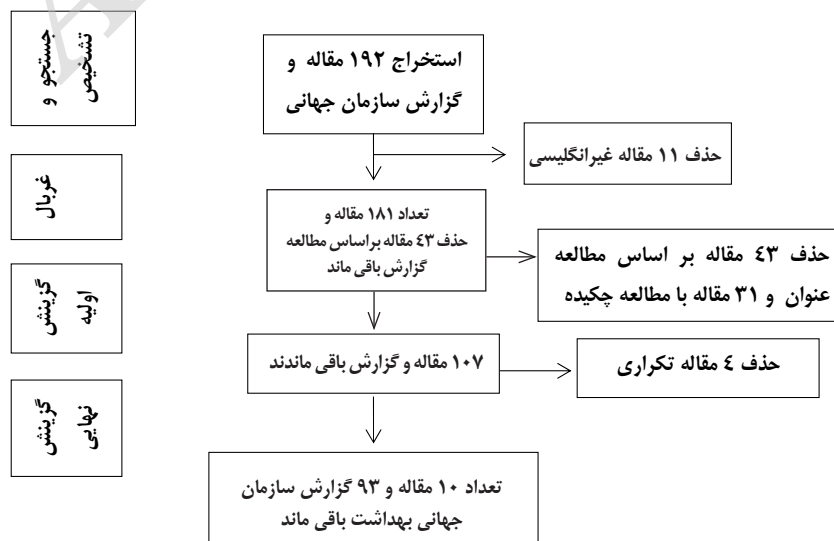
شناخت از نظام خدمات سلامت روان کشورها شده، امکان مقایسه و ارزیابی بین‌المللی را افزایش داده و تجارب و انگیزش داخلی و بین‌المللی در راستای ارتقاء خدمات سلامت روان را تسهیل نماید. داده‌های WHO-AIMS می‌تواند به کشورها کمک کند تا بتوانند برنامه‌های سلامت روان را مبتنی بر داده‌ها با توجه به اطلاعات و اهداف روشن، توسعه دهند [۲۳]. جدول (۲) نمای کلی حیطه‌ها و زیر مجموعه‌های ابزار را نشان می‌دهد.

که چند تجدید نظر کوچک در واژه پردازی WHO-AIMS ۲/۱ انجام شد و به نسخه جدید WHO-AIMS ۲/۲. منجر گردید که متشکل از ۶ حیطه است و این ۶ حیطه مستقل هستند ولی از نظر مفهومی به هم مرتبط هستند و تا حدودی همپوشانی دارند. نکته مهم در ابزار این است که کلیه ۶ حیطه باید مورد ارزیابی قرار گیرند تا نمای نسبتاً کاملی از یک نظام سلامت روان را ارائه دهد [۱۶]. بکار گیری WHO-AIMS می‌تواند باعث ایجاد آگاهی و

شکل (۱): فرایند جستجو و انتخاب مقالات در سایت‌های داخلی در مورد ابزار ارزیابی نظام سلامت روان



شکل (۲): فرایند جستجو و انتخاب مقالات سایت‌های خارجی در مورد ابزار ارزیابی نظام سلامت روان



جدول (۱): رسالت سازمان جهانی بهداشت جهت ارتقاء نظام سلامت روان

ارائه خدمات در مراقبت بهداشتی اولیه (PHC)	سیاست‌ها و قوانین
دسترسی به دارو	توسعه منابع انسانی
مراقبت در جامعه	ارتباط با سایر بخش‌ها
آموزش مردم	پایش سلامت روان جامعه
مشارکت جامعه، خانواده و گیرندگان خدمت	حمایت از تحقیقات بیشتر

جدول (۲): ساختار ابزار WHO-AIMS

حیطه‌های اصلی ابزار ارزیابی سیستم سلامت روان سازمان جهانی بهداشت	زیر مجموعه‌های ابزار ارزیابی سیستم سلامت روان
حیطه اول: چارچوب خط‌مشی و قانون‌گذاری	۱-۱ خط‌مشی سلامت روان ۲-۱ برنامه سلامت روان ۳-۱ قانون سلامت روان ۱-۴ نظارت و آموزش در زمینه حقوق بشر ۵-۱ امور مالی خدمات سلامت روان
حیطه دوم: خدمات سلامت روان	۱-۲ ادغام سازمانی خدمات ۲-۲ مراکز سرپایی سلامت روان ۳-۲ مراکز درمان روزانه ۲-۴ بخش‌های بستری روانپزشکی مبتنی بر جامعه ۵-۲ مراکز اقامتی جامعه‌نگر ۲-۶ بیمارستان‌های روانی ۷-۲ بخش‌های بستری قانونی ۲-۸ سایر مراکز اقامتی ۹-۲ وجود درمان‌های روانی اجتماعی در مراکز سلامت روان ۱۰-۲ وجود داروهای سایکوتروپیک ۱-۲ عدالت در دسترسی به خدمات سلامت روان
حیطه سوم: سلامت روان در مراقبت بهداشتی اولیه	۱-۳ مراقبت‌های بهداشتی اولیه مبتنی بر پزشک ۲-۳ مراقبت بهداشتی اولیه مبتنی بر غیرپزشک ۳-۳ تعامل با درمانگران طب سنتی / جایگزین/مکمل
حیطه چهارم: منابع انسانی	۱-۴ تعداد نیروی انسانی ۲-۴ آموزش متخصصین سلامت روان ۳-۴ انجمن‌های بیمار/ مصرف‌کننده و انجمن‌های خانواده ۴-۴ فعالیت‌های انجمن‌های بیمار/ مصرف‌کننده، انجمن‌های خانواده و سایر سازمان‌های غیردولتی
حیطه پنجم: آموزش عمومی و ارتباط با سایر بخش‌ها	۱-۵ آموزش عمومی و فعالیت‌های اطلاع‌رسانی پیرامون سلامت روان ۲-۵ ارتباط با سایر بخش‌ها: همکاری رسمی ۳-۵ ارتباط با سایر بخش‌ها: فعالیت‌ها
حیطه ششم: پایش و تحقیق	۱-۶ پایش خدمات سلامت روان ۲-۶ تحقیق سلامت روان

سلامت روان، نقش محدود مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ارائه سلامت روان، مشکل در منابع انسانی در کشورهای بزرگ، عدم همکاری بین بخشی و عدم تشکیل انجمن بیماران و خانواده‌ها از مهمترین مشکلات بود [۲۶]. کشور لبنان در سال ۲۰۱۵ عدم وجود قانون سلامت روان، بودجه کم سلامت روان، هزینه بالای مداخلات روانی اجتماعی، توزیع نامناسب بیمارستان‌های روانی، امکانات ضعیف برای افراد ساکن در مناطق روستایی، عدم وجود نهاد هماهنگ‌کننده سیستماتیک نظارت بر آموزش بهداشت روان، عدم جمع‌آوری داده‌های ضروری توسط بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها و عدم حضور متخصصان سلامت روانی در زندان‌ها را جزء مشکلات این کشور بیان کرد [۲۷]. کشور موزامبیک نیز در سال ۲۰۱۶، مشکل در سیاست‌ها و زیر ساخت‌ها، نیروی انسانی ناکافی، بودجه

(ب) خلاصه اطلاعات نظام سلامت روان کشورهای منتخب و ارائه مشکلات آنها
کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط در سال (۲۰۰۹) توسط سازمان جهانی بهداشت مورد بررسی قرار گرفتند که کمبود منابع انسانی، توزیع نامناسب و بدون کیفیت خدمات، عدم ارتباط با سایر بخش‌ها، عدم توجه به حقوق بشر، ضعف در ارائه خدمات در PHC و مشکل در دسترسی به خدمات سلامت روان (داروها) از مهمترین مشکلات سیستم سلامت روان کشورها بود [۱۸، ۲۴، ۲۵]. همچنین در ارزیابی کشورهای آمریکای لاتین در سال ۲۰۱۳، نداشتن سیاست سلامت روان، عدم وجود داده‌های سلامت روان و محدود بودن تحقیقات، تفاوت منابع در کشورهای ثروتمند و فقیر، عدم اختصاص بودجه کافی به سلامت روان، وضعیت غیر یکسان خدمات

جدول (۳): گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره نظام سلامت روان ایران در سال ۲۰۱۴

<p>کل جمعیت: ۷۸۴۷۰۲۲۳ (تخمین سازمان ملل متحد) - گروه درآمد: بالاتر از درآمد متوسط - مجموع مخارج بهداشتی به ازای هر نفر: (۴۳۲ دلار)</p>	<p>- بار اختلالات روانی: ناتوانی براساس سال‌های عمر (به ازای ۱۰۰۰۰ نفر): ۳۵۲۷ خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر: ۵/۲</p>
<p>- سیاست یا برنامه مستقل برای سلامت روان دارد: بله - سال تنظیم برنامه/سیاست سلامت روان: ۲۰۱۲ - وضعیت اجرا: تا حدودی در حال اجرا - برنامه/سیاست در راستای حقوق بشر: (طبق خود امتیازدهی عدد ۵ یعنی به طور کامل)</p>	<p>- منبع بودجه‌بندی برای مراقبت از اختلالات شدید روانی: دولت - گزارش دادن بودجه سرپایی و بستری: بله - اگر پاسخ بله می‌باشد برآورد سرانه هزینه‌های سلامت روانی: ۱/۳۷ دلار</p>
<p>- تعداد کل کارکنان (مراقبت از بیماران بستری): ۸۸۱۶ - تعداد کل کارکنان (مراقبت از بیماران سرپایی): ۴۸۱۵ - مجموع کارکنان سلامت روان به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر: ۱۶/۶</p>	<p>- تعداد بیمارستان‌های روانی: ۴۱، تعداد بخش‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی: ۱۴۸ - تعداد مراکز نگهداری اقامتی بیماران: ۹۳، تعداد مراکز سرپایی سلامت روان: ۱۱۱۹ - تعداد مراکز درمانی روزانه سلامت روان: ۱۱۷</p>
<p>وجود حداقل دو برنامه عملکردی: برنامه ملی آموزش مهارت در والدین و برنامه ملی آموزش مهارت‌های زندگی</p>	<p>وجود یک استراتژی پیشگیری از خودکشی: وجود دارد</p>

کشور، عدم توجه به بیماران مزمن و نداشتن حمایت و توانبخشی. نقاط قوت نظام سلامت روان ایران نیز شامل موارد زیر بود: در دسترس داشتن یک برنامه ملی سلامت روان، پوشش بالایی از جمعیت روستایی توسط سیستم سلامت روان، اولویت داشتن مراقبت‌های سرپایی در مقایسه با بستری (البته کمبود امکانات بستری هم می‌تواند باشد)، ترویج تساوی دسترسی برای جمعیت روستایی، در دسترس بودن داروهای روان گردان ضروری، در دسترس داشتن یک برنامه ملی بهداشت روان در بحران [۳۰]. همچنین در سند سیاست سلامت روان ایران سال ۱۳۹۴ [۳۱] و پژوهش احمدی اصل و همکاران در سال ۲۰۱۱ نیز اطلاعاتی از نظام سلامت روان کشور درج گردیده است که حدود ۷۰۰ متخصص روانپزشکی شاغل در سامانه سلامت روان کشور ثبت شده، هر سال به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، حدود ۸ دانشجو در رشته تخصصی روانپزشکی شروع به تحصیل می‌کنند، حدود ۱۰/۴ تخت روانپزشکی وجود دارد که نسبت به آمار منطقه (۹/۳ تخت) و اروپا (۹/۳ تخت) و حتی آمار آمریکا (۳/۶ تخت) تخت بالاتر است. طبق جدیدترین گزارشات وزارت بهداشت و درمان در ایران ۱۰۰۰ نفر روانپزشک در کل کشور وجود دارد که ۴۱ درصد در تهران متمرکز هستند [۳۲، ۳۳] البته اطلاعات سازمان جهانی بهداشت درباره ایران در سال ۲۰۱۴ نیز وضعیت ایران را در حد متوسط رو بالا اعلام کرده است (جدول شماره ۳) [۳۳] در مقالات جستجو شده در ایران هیچ مقاله‌ای به ابزار WHO-AIMS نپرداخته بود و پژوهشگر فقط در نهایت ۸ مقاله در زمینه ارزشیابی جستجو کرده بود که در جدول (۵) نشان داده شده است.

کم سلامت روان، تعداد کم افراد آموزش دیده سلامت روان نداشتن انجمن بیماران و خانواده‌ها، خدمات ناکافی سلامت روان مثل تخت و دارو را مشکلات نظام سلامت روان خود دانست [۲۸]. کشور کنیا نیز این ابزار را در سال ۲۰۱۷ بکار برد و موارد زیر را گزارش نمود: عدم وجود زیرساخت‌ها، مشکل در سیاست‌ها و قوانین سلامت روان، عدم وجود بیمارستان روانپزشکی، مشکلات مالی، مشکلات آموزشی، انگ اجتماعی در بیماران اعصاب روان را به عنوان مهمترین مشکلات خود برشمرد این مطالعه نشان می‌دهد که این ابزار علاوه بر سطح کشوری و ملی قابل اجرا در یک ایالت، استان و یا حتی شهرستان را دارد [۲۹]. یکی از ارزشهای این ابزار اینست که نشان می‌دهد آیا در نواحی مختلف کشور وضعیت اجرای خدمات یکسان است یا خیر، به طور مثال در ۳۴ ایالت آمریکایی مورد بررسی سازمان جهانی بهداشت نشان داده شد که در ۶ ایالت آمریکایی، بیمارستان روانپزشکی وجود نداشت، همچنین در ۱۴ ایالت آمریکایی، سیاست سلامت روان وجود نداشت [۲۶] جدول (۴).

ایران نیز در سال ۲۰۰۶ توسط سازمان جهانی بهداشت ارزیابی شد و نمایندگان ایران برای ارزیابی دکتر رزاقی و دکتر یاسمی بودند، ضعف‌های نظام سلامت روان ایران چنین گزارش گردید: فقدان اجرای برنامه‌های حمایت از حقوق بشر، ضعف در استفاده از خدمات سلامت روان در مناطق روستایی، سرمایه گذاری بخش کوچکی از تمام منابع سلامت در بهداشت روان، کافی نبودن آموزش به کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مورد سلامت روان، نداشتن انجمن دریافت کنندگان خدمات سلامت روان در

جدول (۴): مشکلات نظام سلامت روان و محدودیت‌های ابزار ارزیابی نظام سلامت روان سازمان جهانی بهداشت در برخی کشورها

کشورها	سال	مشکلات سیستم‌های سلامت روان	محدودیت‌های ابزار ارزیابی سیستم سلامت روان سازمان جهانی بهداشت
ارزیابی سیستم سلامت روان در کشور ایران	۲۰۰۶	عدم قانون سلامت روان - حقوق بشر - ضعف خدمات مناطق روستایی - مشکل منابع مالی در بهداشت روان - کمبود نیروی انسانی - مشکلات آموزشی - نداشتن انجمن - عدم توجه به توانبخشی	نیاز به تیم گسترده‌ای دارد تا اطلاعات جمع‌آوری شود.
۴۲ کشور از کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط (LAMICs)	۲۰۰۹	کمبود منابع انسانی - توزیع نامناسب و بدون کیفیت خدمات - عدم ارتباط با سایر بخش‌ها - عدم توجه به حقوق بشر - ضعف در ارائه خدمات در PHC	- طولانی بودن ابزار - یکسان‌سازی مقیاس‌بندی - توسعه با روش دلفی
دسترسی به خدمات سلامت روان (داروها) در ۶۳ کشور	۲۰۱۲	عدم دسترسی همه به داروهای اعصاب روان - مشکل در سیاست سلامت روان برای تقویت سیستم سلامت روان	- ابهام در بیشتر حیطه‌ها - نیاز به فناوری پیشرفته برای جمع‌آوری داده‌ها
ارزیابی سیستم سلامت روان کشورهای آمریکای لاتین	۲۰۱۳	- نداشتن سیاست سلامت روان - عدم وجود داده‌ها - محدود بودن تحقیقات - تفاوت منابع در کشورهای ثروتمند و فقیر - عدم اختصاص بودجه کافی به سلامت روان - وضعیت غیریکسان خدمات سلامت روان - در برخی کشورها راه‌حل‌های نوآورانه‌ای برای ارائه خدمات ندارند - نقش محدود مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ارائه سلامت روان - مشکل در منابع انسانی در کشورهای بزرگ - عدم همکاری بین بخشی و عدم تشکیل انجمن بیماران و خانواده‌ها	- مشکل در دسترسی به اطلاعات سیستم سلامت روان - نیاز به فناوری در جمع‌آوری اطلاعات
گزارش ارزیابی سیستم سلامت روان کشور لبنان	۲۰۱۵	- عدم وجود قانون سلامت روان - بودجه کم سلامت روان - هزینه بالای مداخلات روانی اجتماعی - توزیع نامناسب بیمارستان‌های روانی - امکانات ضعیف برای افراد ساکن در مناطق روستایی - عدم وجود نهاد هماهنگ‌کننده سیستماتیک نظارت بر آموزش بهداشت روان - عدم جمع‌آوری داده‌های ضروری توسط بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها - فقط تعداد کمی از مدارس فعالیت ارتقاء سلامت روان دارند - عدم حضور متخصصان سلامت روانی از زندان‌ها	افزایش کردن ۲ بُعد دیگر به ابزار: ۱. اطلاعات هزینه‌ای ۲. تعداد تأسیس بیمارستان در سال
ارزیابی سیستم سلامت روان موزامبیک	۲۰۱۶	مشکل در سیاست‌ها و زیرساخت‌ها - نیروی انسانی ناکافی - بودجه کم سلامت روان - تعداد کم افراد آموزش دیده سلامت روان - نداشتن انجمن بیماران و خانواده‌ها - خدمات ناکافی سلامت روان مثل تخت و دارو	مشکل در جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها
نمایی از سیستم سلامت روان شهرستان کیفیلی کنیا: ارزیابی با ابزار ارزیابی سیستم سلامت روان سازمان جهانی بهداشت	۲۰۱۷	عدم وجود زیرساخت‌های - مشکل در سیاست‌ها و قوانین سلامت روان - عدم وجود بیمارستان روانپزشکی - مشکلات مالی - مشکلات آموزشی - انگ اجتماعی در بیماران اعصاب روان	عدم اطمینان به داده‌های جمع‌آوری شده - زمان زیادی برای جمع‌آوری نیاز است

ج) مشکلات ابزار ارزیابی WHO-AIMS

کردند از جمله: عدم اطمینان به داده‌های جمع‌آوری شده، صرف زمان زیادی برای گردآوری داده‌ها، نیاز به فن‌آوری جدیدی برای ثبت اطلاعات، طولانی بودن ابزار، نیاز به یکسان‌سازی

تمام کشورهایی که از ابزار ارزیابی سیستم سلامت روان سازمان جهانی بهداشت استفاده کردند به مواردی از مشکلات ابزار اشاره

جدول (۵): خلاصه مشکلات نظام سلامت روان ایران

نویسنده	عنوان	سال	مشکلات نظام سلامت روان ایران
مسعود احمدزاده اصل و همکاران	پراکندگی جغرافیایی نیروی انسانی در سامانه آرایه خدمات سلامت روان	۱۳۹۰	نیروی انسانی
بوالهروی و همکاران	ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران	۱۳۹۰	آموزشی، نظارت، عدم همکاری روانپزشک، ضعف در سامانه ارجاع
علیرضا ایرج پور	مشارکت بین حرفه‌ای: راه کاری مؤثر در آرایه خدمات سلامت روان	۱۳۹۰	فقدان هماهنگی و انسجام خدمات مراقبت‌های سلامت روان و پراکندگی مسؤولیت سلامت روان در سطوح مختلف
دکتر سید وحید شریعت و همکاران	آگاهی، نگرش و رضایتمندی مراجعان و کارکنان زیرپوشش: PHC برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در مرور نظاممند بررسیهای ۲۰ سال اخیر ایران	۱۳۹۰	برنامه‌های سلامت روان - محتوای آموزشی
ونداد شریفی و همکاران	مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در ایران: طراحی خدمات مبتنی بر شواهد	۱۳۹۲	مشکل در ارائه خدمات سلامت روان - مشکل در جمع آوری اطلاعات
دکتر آفرین رحیمی و همکاران	تعیین اولویت‌های سلامت روان کشور	۱۳۹۳	ضعف خدمات از نظر کیفی و کمی - مشکلات مالی سیستم سلامت روان - عدالت و برابری در ارائه خدمات ۱
دکتر بوالهروی و همکاران	بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده	۱۳۹۵	موانع بر سر راه سیستم سلامت روان (مالی، نیروی انسانی، نحوه سازماندهی خدمات، عدم نظارت کافی) با مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی، حمایت و مشارکت قابل رفع می‌باشند
مهدی نصر اصفهانی و جعفر عطاری مقدم	بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان	۱۳۹۶	قانون سلامت روان
سند سیاست سلامت روان		۱۳۹۴	سیاست‌گذاری، نیروی انسانی، مشکلات مالی، سواد سلامت روان، آموزش، انگ اجتماعی، مشکلات بیمه‌ای، عدم فرهنگ‌سازی، فقدان قانون سلامت روان، عدم پایش و نظارت، ضعف در آموزش حقوق بیماران
ارزیابی WHO از ایران		۲۰۰۶	عدم جمع آوری اطلاعات در بیشتر موارد، عدم قانون سلامت روان - عدم توجه به حقوق بشر - ضعف خدمات مناطق روستایی - مشکل منابع مالی در بهداشت روان - کمبود نیروی انسانی مشکلات آموزشی - نداشتن انجمن - عدم توجه به توانبخشی - کمبود تخت بیمارستانی - عدم توجه به پژوهش

انگ اجتماعی و جلوگیری از محرومیت‌هاست [۳۵،۳۴] برای این منظور هر کشوری به ارزشیابی خدمات سلامت روان خود پرداخته است، از جمله کشور کانادا که خدمات سلامت روان خود را با پروژه توسعه مداوم سنجش کیفیت (CEQM) ارزیابی کرد [۷،۸] همچنین کشور آمریکا و انگلیس نیز به طور گسترده به بررسی نظام سلامت خود پرداختند از جمله ارزشیابی سطوح مراقب، ارزیابی خدمات، انواع داروها، نظم و انضباط، بخش‌های بستری، تشخیص بیماری‌ها و هزینه خدمات سلامت روان، ارزیابی سیاست سلامت روان و ... [۳۶] در ایران هم پا به پای کشورهای دیگر به ارزیابی آگاهی و نگرش کارکنان و مراجعان سلامت روان، ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان، ارزیابی آگاهی و نگرش و رضایتمندی

مقیاس‌بندی، نیاز به توسعه با روش دلفی، ابهام در بیشتر حیطه‌ها [۱۶،۱۸،۲۲،۲۶،۳۰]. البته در لبنان، پیشنهادهای جهت اضافه کردن ۲ بُعد دیگر به ابزار: ۱. اطلاعات هزینه‌ای ۲. تعداد تأسیس بیمارستان در سال شده است [۲۷].

■ بحث

توسعه سیستم‌های سلامت روان با ارتقای بهداشت روان، پیشگیری از بیماری، ارائه درمان مناسب، ارائه خدمات مؤثر در زمان ناتوانی، دسترسی، مقرون به صرفه بودن خدمات و زمینه‌سازی فرهنگی فراهم می‌شود [۲،۱۶،۳۰]، یک رویکرد استراتژیک برای رسیدن به توسعه سلامت روان ضروریست و آن افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و پرداختن به جلوگیری از آسیب به حقوق بشر و

ابزار استفاده شود تا کشورها بتوانند داده‌های خود را جمع‌آوری کنند. همچنین این ابزار باید از لحاظ وضوح، محتوا، اعتبار و امکان سنجی مورد بررسی قرار گیرد، به طوری که یکی از اصلی‌ترین محدودیت‌های ابزار نیاز به تحلیل محتوا و اعتبار سنجی توسط کارشناسان اعلام شد چرا که حین جمع‌آوری داده‌ها، دسترسی به خدمات سلامت روان در مناطق مختلف یک کشور به دشواری صورت می‌گرفت [۱۶،۳۰]. حال پژوهشگر با توجه به اهمیت نظام سلامت روان کشور ایران و با توجه به اینکه هیچ مقاله‌ای دال بر معرفی این ابزار در ایران یافت شد به معرفی این ابزار پرداخته است تا کارکنان و مدیران سلامت روان با مشاهده وضعیت کشورهای مختلف به تکمیل پروژه ارزیابی سلامت روان پرداخته و تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود.

محدودیت‌های پژوهش:

وجود نداشتن پژوهش‌های مستقیمی از این ابزار در ایران مهمترین محدودیت پژوهش بود.

■ تشکر و قدرانی

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند که از سیستم سلامت روان استان خوزستان به خصوص مدیر گروه سلامت روان استان جناب دکتر رضا دواساز ایرانی که در این مسیر ما را یاری کردند نهایت سپاس و قدردانی را به عمل آورد. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.AK.REC.1395.3 مورخ ۱۳۹۵/۱۲/۲۵ مورد تأیید قرار گرفته است.

مراجعان و کارکنان از برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در PHC توسط بوالهبری و همکاران انجام شد [۹،۱۰]، ارزیابی خدمات مراکز جامعه‌نگر [۱۳] نشان داد که با توجه به بحث گسترده سلامت روان هر کدام با کاستی‌هایی مواجه بودند. ساکسنا (۲۰۰۷) در تحقیق خود ضرورت جمع‌آوری اطلاعات و ارائه خدمات سلامت روان جهت کاهش بار اختلالات روانی را اعلام کرد و نشان داد که ۲۴ درصد کشورهای مورد بررسی فاقد یک نظام جمع‌آوری اطلاعات سلامت روان بودند که برنامه ریزی سلامت روان آنها دارای مشکلات زیادی بود [۳۶]. در مطالعه ایالت‌های امریکایی سال ۲۰۱۳ نشان داد که در ثلثی از این ایالت‌ها هنوز سیاست سلامت روان ندارند و در بسیاری از موارد داده‌ها وجود نداشتند، همچنین تحقیقات سلامت روان در بسیاری از کشورها بسیار محدود بود و تفاوت منابع سلامت روان در کشورهای ثروتمند و فقیر کاملاً مشهود بود [۲۶].

■ نتیجه‌گیری

جهت شناخت هر چه بیشتر وضعیت سلامت روان کشورها، سازمان جهانی بهداشت ابزار WHO-AIMS را معرفی کرده است که تصویر واضح از نقاط ضعف و قوت حوزه سلامت روان را به کشورها نشان می‌دهد و کشورها قادر به نظارت بر پیشرفت ارائه خدمات سلامت روان و اجرای سیاست‌های خود خواهند بود، این ابزار در ابتدا برای کشورهای با درآمد کم و متوسط در نظر گرفته شد ولی اکنون می‌توان آن را برای کل یک کشور یا برای یک منطقه (ایالت، استان، ناحیه) و حتی در کشورهای بزرگ مانند هند، برزیل و چین استفاده کرد [۱۳،۲۶،۳۷] هرچند جمع‌آوری داده‌ها در بسیاری از کشورها نشان داد که نیاز است فرم کوتاه این

■ References

- 1- Mateus MD, Mari JJ, Delgado P GG , et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems*. 2008; 2(12) <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>
- 2- Minas H. Global mental health and development: a thematic series. *International Journal of Mental Health Systems*. 2014; 8(27). doi: 10.1186/1752-4458-8-27
- 3- Weikel DA. Narrative Analysis: Experiences of collaborative leadership in the development and success of 10 networked organizations with mental health services. [PhD thesis] Psychology. California School of Professional Psychology Fresno Campus, Aliant International University, 2014.
- 4- Mohit A. Psychiatry and mental health for developing countries, challenges for 21st century; 13th Congress of Pakistan Psychiatric Society; 2001; Islamabad, Iran. (Persian).
- 5- Grunebaum H. The practice of community mental health. Boston: Little, Brown, and Co.; 1970.
- 6- Goldman HH, Thelander S, Westrin CG. Organizing mental health services: an evidence-based approach. *Journal of Mental Health Policy Economy*. 2000 ; 1;3(2):69-75.
- 7- Continuous Enhancement of Quality measurement (CEQM) in primary mental health care: Closing the

implementation loop. A Primary Health Care Transition Fund National Envelope Project Summary also available in: WWW.ceqm-acmp.com. Accessing late: Dec2006

8- Kyle T, Desai S. Facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care. *Canadian Family Physician*. 2010; 56(12): 1322–1331.

9- Bolhari J., Ahmadvani HR., Hajebi A. Evaluation of Mental Health Program Integration into the Primary Health Care System of Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012;17(4):271-278.[Persian].

10- Bolhari J., Mohit A. Mental health integration in primary health care system (Hashtgerd, I.R.Iran,1991-93). *Iran Journal of Psychiatry Clinical Psychology*. 1995; 2(1, 2):4-12. [Persian].

11- Shahmohammadi SH., Yaghobi H., Bolhari J., Moshirpour SH. Integration of Mental Health Care in Primary Health Care Program in Iran: A Systematic Review. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013 ;19(1): 3-8.

12- Tairi F., Asgharnejad-Farid A., Bolhari J., Ghazizade A. Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of Sanandaj district. *Iran Journal of Psychiatry Clinical Psychology*. 2007; 12(4):403-9. [Persian].

13- Noee Z., Abolhassani F., Sharifi V., Amine-Esmaeili M., Mosavineia SJ. Patients satisfaction of the role of case manager in community mental health center (CMHC). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013;19(2): 139-148.

14- Bolhari J, Ahmadvani HR, Naserbakht M, Hajebi A, Karimi-Kaisomi I, Bagheri-Yazdi SA, et al. Evaluation of the program of integration of mental health in primary health care and strategies to improve the program. Unpublished report of Mental Health Research Center and Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences; 2009. [Persian].

15- Shariat SV, 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. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;17(2): 85-98.

16- WHO. WHO-AIMS version 2.2: World Health Organization assessment instrument for mental health systems. 2005; Geneva: World Health Organization.

17- WHO. Mental Health Atlas: World Health Organization, 2015. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/ (accessed Dec 4, 2015).

18- Organization WH. Mental health systems in selected low-and middle-income countries: a WHO-AIMS cross national analysis. 2009; Geneva: World Health Organization.

19- WHO-AIMS. A report of the assessment of the mental health system in Pakistan using the World Health Organization – 2009. Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).

20- WHO-AIMS. A report of the assessment of the mental health system in Albania using the World Health Organization – 2006. Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).

21- WHO-AIMS. A report of the assessment of the mental health system in Lebanon using the World Health Organization –2006. Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).

22- WHO-AIMS. Report of the assessment of the mental health system in Barbados using the World Health Organization – 2009. Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).

23- Saymah D, Tait L, Michail M. An overview of the mental health system in Gaza: an assessment using the World Health Organization's Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). *International Journal of Mental Health Systems*. 2015; 9(4). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-9-4>

24- McBain R, Norton DJ, Morris J, Yasamy MT, Betancourt TS. The Role of Health Systems Factors in Facilitating Access to Psychotropic Medicines: A Cross-Sectional Analysis of the WHO-AIMS in 63 Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. (2012); 9(1): e1001166. doi: 10.1371/journal.pmed.1001166.

25- Large M, Farooq S, Nielssen O, Slade T. Relationship between gross domestic product and duration of untreated psychosis in low- and middle income countries. *British Journal of Psychiatry*. 2008; 193: 272–278.

26- WHO-AIMS. Regional Report on Mental Health Systems in Latin America and the Caribbean. 2013; Washington,DC : PAHO.

- 27- WHO-AIMS. A report of the assessment of the mental health system in Lebanon using the World Health Organization -2015. Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).
- 28- Dos Santos PF, Wainberg ML, Caldas-de-Almeida JM, Saraceno B, Mari Jde J. Overview of the mental health system in Mozambique: addressing the treatment gap with a task-shifting strategy in primary care. *International Journal of Mental Health System*. 2016 ;10(1). doi: 10.1186/s13033-015-0032-8.
- 29- Mary A. Bitta, Symon M. Kariuki, Eddie Chengo & Charles R. J. C. Newton. An overview of mental health care system in Kilifi, Kenya: results from an initial assessment using the World Health Organization's Assessment Instrument for Mental Health Systems. *International Journal of Mental Health System* 2017; 11(28).
- 30- WHO-AIMS. A report of the assessment of the mental health system in the Islamic Republic of Iran using the World Health Organization -2006. Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).
- 31- Islamic Republic of Iran Ministry of Health and Medical Education, Mental Health Community Policy Document. 2012-2016.
- 32- Ahmadzad Asl M, Shamshiri AR, Hajebi A, Naserbakht M, Saberi Zafarghandi MB, Davoudi F. geographical distribution of human resources in mental health provision system in 2007. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;17(2): 143-150[Persian].
- 33- WHO REPORT. Mental health Atlas country profile (IRAN) 2014.
- 34- Eaton J, Kakuma R, Wright A, Minas H. A position statement on mental health in the post-2015 development agenda. *International Journal of Mental Health Systems*. 2014;8(28).
- 35- Mateus M D. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems*. 2008; 2(12).
- 36- Saxena S, Lora A, van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. WHO's assessment instrument for mental health systems: collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatr Services*. 2007;58:816-21. doi: 10.1176/appi.ps.58.6.816.
- 37- Patel V, Xiao SH, Chen H, Hanna F, Jotheeswaran A T, Luo D, et al. The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. 2016; Published online [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00160-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00160-4).

A review of the world health organization assessment instrument for mental health system: WHO-AIMS

Leila Neisi, Leila Riahi[■], Ali Komeili, Jafar Bolhari

Neisi L.

Ph.D. student, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

■ Corresponding author:

Riahi L.

Assistant Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Address: L.riahi@srbiau.ac.ir

Komeili A.

Assistant Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Bolhari J.

Psychiatrist, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Spiritual Health Research Center, Center of Excellence in Psychiatry and Clinical Psychology, Iran

Introduction: Continuing control of mental health would be helper in decreasing health problems. So, each health system need to data for mental health promotion that WHO present the special instrument WHO-AIMS.

Aim: This study was done for knowing with WHO-AIMS tool, health problems diagnosis in different countries and assessing mental health in Iran by WHO-AIMS.

Material & Method: This study was done by systematic review. The key words were Mental Health Systems, and World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems in Iran and abroad. In Iran there was not article in introducing WHO-AIMS. But in the world 93 WHO reports and 10 research articles were found that introduced the WHO-AIMS, its usage problems and its applied for assessing mental health systems in different countries.

Results: The findings showed that WHO-AIMS have consisted in 6 domains (policymaking, country program, law and budget for mental health, mental health services, mental health in PHC, manpower, health education and other section in mental health for example control and research), 28 sub-scale with 156 items. Also, the main and majority of mental health problems in different countries were no mental health law, low mental health budget, high costs for psychosocial intervention, unsuitable distribution of psychiatric hospitals, no collecting data, staff shortage, not enough educated personnel in mental health, lack of association for patients and their families, not enough mental health services and etc.

Conclusion: WHO-AIMS instrument shows a clear picture of threats and opportunities of mental health systems in countries, so they would be improved their mental health systems and implemented their policy in mental health. This study resulted to knowing mental health managers and staff with this instrument and also, researchers drive to develop new tools for assessing mental health system.

Key words: mental health system evaluation, mental health evaluation, World Health Organization, WHO-AIMS

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Vol 6, No 3&4, 2017&2018