

## نقد برنامه بهداشت روان ایران: گزارشی از تمرین‌های درسی دستیاران روانپزشکی جامعه‌نگر در انستیتو روانپزشکی تهران

دکتر مسعود احمدزاد اصل<sup>1</sup>، دکتر نوشین زارعی<sup>2</sup>، دکتر جعفر بوالهروی<sup>3</sup>

[دریافت مقاله: 1389/5/10؛ پذیرش مقاله: 1389/6/20]

6. ثبت، گردآوری و تجزیه و تحلیل آمار اختلال‌های روان‌پزشکی و تنظیم گزارش کشوری سالیانه 7. تمرکززدایی در ارائه خدمات بهداشت روان و ارائه این خدمات با رویکرد جامعه‌نگر 8. مداخله در بحران و انجام اقدامات حمایتی در بحران‌ها و بلایا 9. شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر و مقاوم نمودن آن‌ها در برابر آسیب‌های اجتماعی و اختلال‌های روان‌پزشکی 10. جلب مشارکت مردم و سازمان‌های غیردولتی در اجرای برنامه بهداشت روان 11. ایجاد و بالابردن کیفیت سامانه ثبت و گزارش دهی اختلال‌های روان‌پزشکی 12. تهیه طرح‌ها، دستورالعمل‌ها و فرم‌های لازم برای اجرای برنامه کشوری ادغام بهداشت روان 13. تحلیل وضعیت موجود اختلال‌های روان‌پزشکی بر پایه شاخص‌های برنامه 14. تشکیل کمیته کشوری، استانی و شهرستانی سلامت روان 15. ایجاد شبکه حمایت و مراقبت از بیماران روانی 16. تدبیر برای ارتقای شیوه زندگی جامعه 17. پایش و ارزشیابی برنامه به‌طور مستمر 18. انجام پژوهش‌های کاربردی در مورد مباحث سلامت روان.

گرچه راهبردها در این فهرست مشخص است، ولی روال ثابت، مشخص و معیارشده‌ای برای تعیین و تبیین آن‌ها وجود ندارد. برخی از این راهبردها از نوع اقدام هستند، مانند موارد ششم، نهم، سیزدهم، هفدهم و هجدهم. بنابراین این نقد به

این گزارش به تکالیف دوره روان‌پزشکی جامعه‌نگر مربوط است که تا حد توان باید به‌کارگیری منابع و تجربه‌ها و بحث‌های گروهی دستیاران و استاد درس تنظیم شده است. دریافت نظرات دیگران در این مورد موجب خوشحالی خواهد بود. دو نمونه از تمرین‌های کلاسی در این گزارش ارائه می‌شود.

**تمرین 1:** راهبردهای اصلی برنامه کشوری بهداشت روان ایران را بررسی و با مراجعه به منابع جدید روان‌پزشکی جامعه‌نگر و بهداشت روانی - اجتماعی با رویکرد سازمان جهانی بهداشت - که برای نمونه در «گزارش ایمنز<sup>1</sup>» نشر سازمان جهانی بهداشت آمده است - راهبردهای جدیدی را پیشنهاد دهید.

**پاسخ تمرین 1:** راهبردهای اصلی برنامه در برنامه وزارت بهداشت عبارت است از: 1. تشخیص و درمان به‌هنگام، درست و مناسب اختلال‌های روان‌پزشکی 2. کاهش بروز اختلال‌های روان‌پزشکی 3. بالابردن سطح آگاهی جامعه در مورد پیشگیری از بروز اختلال‌های روان‌پزشکی و مواجهه درست با آن‌ها در صورت بروز 4. بالابردن سطح دانش و مهارت کارکنان سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مورد اجرای برنامه ادغام بهداشت روان 5. بالابردن کیفیت زندگی بیماران و توان‌بخشی آنان برای بازگرداندن آن‌ها به جامعه

<sup>1</sup> دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دورنگار: 021-66506853 (نویسنده مسئول) [E-mail:m.ahmadzad@gmail.com](mailto:E-mail:m.ahmadzad@gmail.com)؛ <sup>2</sup> دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ <sup>3</sup> روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران.

گرفتن این راهبردها به ویژه موارد جامعه‌نگر آن موجب ضعف برنامه کشوری ایران شده است. مهم‌ترین این کاستی‌ها عبارت است از: نبود رویکرد روان‌پزشکی جامعه‌نگر در بیمارستان‌های عمومی و روان‌پزشکی، نبود بخش روان‌پزشکی و بهداشت روان در بیمارستان‌های عمومی و درمانگاه‌های بخش خصوصی، متمرکز نبودن سیاست‌های جامعه‌نگر در وزارت بهداشت بر بخش خصوصی، خیریه، تعاونی و بیمه‌ها، تمرکز برنامه بهداشت روان بر شهرها، نبود مداخله در بحران و مراقبت در محله و منزل.

فعالیت‌های روز وزارت بهداشت و برخی دستورالعمل‌ها وارد است، اما به برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی تدوین شده در سال 1365 وارد نیست. البته با یک نگاه کلان و از بالا می‌توان تمامی این راهبردها را سیاست و رویکرد هم تلقی کرد، به صورتی که در دهه اخیر در برنامه‌ریزی‌های کلان از «هدف‌های راهبردی» یعنی یکپارچگی هدف و راهبرد صحبت می‌شود. برای پیشنهاد راهبردهای جدید، برنامه‌های دیگر کشورها مرور و به صورت خلاصه در **جدول 1** آورده شد. نادیده

**جدول 1- مرور برنامه‌های دیگر کشورها**

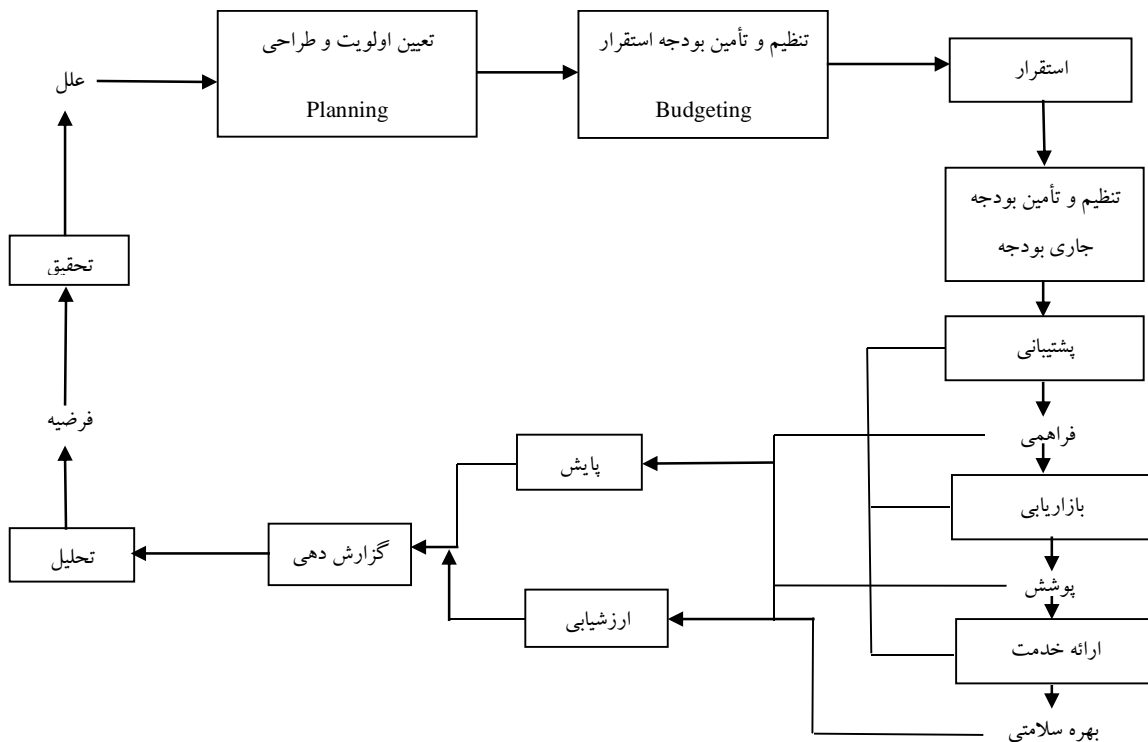
ردیف	نام کشور/ منطقه	راهبرد اصلی خدمات جامعه‌نگر سلامت روان	سال/ دوره زمانی
1	استرالیا	برنامه‌های پنج‌ساله ارابه خدمات سلامت روان از سال 1993 با تمرکز بر بخش خصوصی در هر ایالت/ استان انجام شده است. اهمیت بیشتر به خدمات مبتنی بر جامعه، کاهش اتکا به بیمارستان‌های تک تخصصی روان‌پزشکی و افزایش تخت‌های حاد در بیمارستان‌های عمومی در نظر گرفته شده است. پزشکان عمومی به عنوان یکی از ارائه‌دهندگان اصلی خدمات سلامت روان در نظر گرفته شدند (وایت‌فورد <sup>1</sup> ، باکینگ‌هم <sup>2</sup> و ماندرشید <sup>3</sup> ، 2002)	شروع از سال 1993/ در حال حاضر در اواسط برنامه پنج‌ساله سوم هستند
2	هنگ‌کنگ	کاهش تعداد تخت‌های بیمارستانی به صورت مداوم/ ایجاد سرویس‌های مراقبتی برای اقامت بیماران مانند خانه مراقبت اقامتی/ ایجاد سرویس‌های حمایت اجتماعی مانند خدمات روزانه بازتوانی/ تسهیل پیوند دوباره بیمار به جامعه (فاکهوریا <sup>4</sup> و پریبا <sup>5</sup> ، 2007)	چند دهه اخیر
3	ژاپن	بیشتر شدن تعداد تخت‌های روان‌پزشکی بر خلاف کشورهای اروپایی در فاصله سال‌های 1960-93، به صورتی که ژاپن دارای بیشترین تعداد تخت روان‌پزشکی در جهان شد تمرکز بر خدمات روان‌پزشکی جامعه‌نگر و توجه به حقوق انسانی بیماران (شین‌فوکو <sup>6</sup> ، 1998)	1960-93 از سال 1993
4	آسیای شرقی	توسعه مفهوم سلامت روانی، حرکت از الگوی زیستی به الگوی زیستی- روانی- اجتماعی، حرکت از خدمات مبتنی بر بیمارستان به خدمات جامعه‌محور، حرکت از خدمات تخصصی به مشارکت مراجعان و افزایش برنامه‌های تبادل بین‌المللی (شین‌فوکو، 1998)	1980-95
5	اتریش	بستری نکردن بیماران در بیمارستان‌ها، تمرکز بر روان‌پزشکی اجتماعی، کاستن 60% تخت‌های بیمارستانی روان‌پزشکی (میس <sup>7</sup> ، وان‌کیت <sup>8</sup> و هینترهاپر <sup>9</sup> ، 2008)	از نیمه دوم دهه 1970
6	اسپانیا	بازسازی و اصلاح مراقبت‌های روان‌پزشکی، تأسیس شبکه گسترده‌ای از مراکز جامعه‌نگر سلامت روان، ایجاد قوانین جدید در حقوق مدنی، برکنار سازی مراکز درمانی قدیمی (پدروسا <sup>10</sup> و لادرر <sup>11</sup> ، 2000)	از دهه 1980
7	ایتالیا	ایجاد سامانه جدید مراقبتی بر پایه گروه‌های جامعه‌نگر به نام سرویس روان‌پزشکی جامعه‌نگر و جایگزینی سامانه مراقبت متمرکز در بیمارستان با مراقبت بدون پشتیبانی بیمارستان روان‌پزشکی (ترانسللا <sup>12</sup> ، 1991)	سالهای 1979-1988
8	ایالات متحده آمریکا	ایجاد و گسترش آسایشگاه‌های روانی در هر ایالت تغییر از مراقبت مبتنی بر سازمان به حوزه مراقبت روانی جامعه تغییر خط مشی بهداشت روان به سوی سازمان‌های سازمان‌دهی شده مراقبت با رویکردهای اقدامات درمانی اولیه، حمایت جامعه و بهبود کودکان مبتلا به اختلال‌های شدید عاطفی و بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های حاد و مزمن روانی (هوی <sup>13</sup> ، فورد <sup>14</sup> و کول <sup>15</sup> ، 2005)	اواسط قرن 19 اواسط قرن 20 اواخر قرن 20

1- Whiteford; 2- Buckingham; 3- Manderschied; 4- Fakhourya; 5- Priebea; 6- Shinfuku; 7- Meise; 8- Wancata; 9- Hinterhuber; 10- Pedrosa; 11- Luderer; 12- Transella; 13- Huey; 14- Ford; 15- Cole

جدول 2- مقایسه سه الگوی ارائه خدمات سلامت روان

ردیف	ویژگی‌ها	روان‌پزشکی جامعه‌نگر	روان‌پزشکی بالینی و بیمارستانی	سلامت روان جامعه‌نگر (برنامه بهداشت روان ایران)
1	مکان ارائه خدمات	جامعه	بیمارستان و محیط‌های درمانی	سامانه PHC و جامعه
2	گروه ارائه‌دهنده خدمات	گروه‌های روان‌پزشکی با رویکرد جامعه‌نگر متشکل از روان‌پزشک، روان‌شناس، مددکار، روان‌پرستار و گاه پزشک عمومی	گروه‌های تخصصی روان‌پزشکی بالینی متشکل از روان‌پزشک، پزشک و احتمالاً پرستار و یا پزشک عمومی	گروه‌های مراقب بهداشتی شامل بهورز، پزشک عمومی و کارشناس بهداشت روان و در سطوح بالاتر روان‌پزشک جامعه‌نگر
3	دریافت‌کنندگان خدمات	افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در جامعه، افراد در معرض خطر و افراد سالم برای ارتقای سلامت روانی	افراد مراجعه‌کننده به محیط‌های درمانی (بیمارستان، درمانگاه و...)، بیشتر بیماران مبتلا به مشکلات شدید تا خفیف روانی	افراد ساکن در روستاها و اطراف شهرها (محل‌های ارائه خدمات PHC) در محل زندگی خود
4	نوع خدمات ارائه شده	پیشگیری نخستین، درمان و پیشگیری ثانویه، توان‌بخشی و در مواردی آموزش مهارت‌های زندگی و ارتقای کیفیت سلامت روانی جامعه	درمان به‌ویژه موارد شدید (پیشگیری ثانویه)	کلیه سطوح پیشگیری، تمرکز بر بیماری‌های و افزایش پذیرش <sup>1</sup> و در دسترس بودن دارویی
5	هدف ارائه خدمات	بازگشت بیمار به جامعه و تأمین کارآیی او	درمان علائم بیماری و پیش‌گیری از بازگشت	ادغام، دسترسی خدمات، آموزش، شناسایی بیماران و ارجاع موارد مورد نیاز و ارائه خدمات تخصصی در سطوح بالاتر
6	جامعه هدف	تمامی شهروندان	مراجعان، بیماران و درخواست‌کنندگان خدمات	افراد ساکن در روستا و شهرهای کوچک
7	نوع ارائه خدمات (فعال / غیرفعال)	هر دو شکل فعال <sup>2</sup> و غیرفعال	غیرفعال یعنی بر پایه مراجعه و تقاضای مراجع	فعال، به‌وسیله بهورز و سپس ارجاع در سطوح بالاتر و غیرفعال توسط پزشک عمومی
8	نوع ارائه خدمات (دارویی / غیردارویی)	گستره‌ای از درمان‌ها و خدمات حمایتی، دارویی، آموزشی، توان‌بخشی و توانمندسازی	متمرکز بر درمان‌های دارویی و سپس در مرتبه بعدی آموزش، تمرکز کمتر بر جنبه‌های توان‌بخشی و توانمندسازی	بیماری‌یابی، آموزش، پیگیری
9	پرداخت هزینه‌ها	خود فرد به همراه گسترده گوناگونی از سامانه‌های پرداخت هزینه شامل بیمه، خیریه و دولت	بیمه و خود مراجعان	دولت به شکل سرانه درمان و بودجه PHC/ در صورت ارجاع به سطوح درمانی تابع شرایط پرداخت بیمه
10	نیروی کار	نیروی کار تخصصی و نیمه تخصصی	نیروی کار تخصصی	نیروی آموزش‌دیده غیرتخصصی و تخصصی
11	گستره خدمات	خدمات عمومی مانند مهارت‌های زندگی تا خدمات تخصصی	خدمات تخصصی	خدمات تشخیصی پایه و بیماری‌یابی/ در موارد ارجاعی ارائه خدمات تخصصی
12	تخصیص منابع	به خدمات عمومی در جامعه و پیگیری در آینده و توانمندسازی و توانبخشی	به خدمات بالینی و بستری/ بدون پیگیری	به خدمات بیماری‌یابی، پیگیری و آموزش
13	راهبرد	کاهش ارائه خدمات تخصصی بستری/ افزایش مراکز جامعه‌نگر	افزایش مراکز ارائه خدمات تخصصی، بستری و بیمارستان‌های بزرگ در سطح ملی	ارائه خدمات در دورترین نقاط/ PHC/ گسترش خدمات سلامت روان با رویکرد تمرکززدایی/ کوچک کردن مراکز بستری و ادغام
14	تمرکز اصلی	تمرکززدایی و رویکرد انسانی به ارائه خدمات سلامت روان	متمرکز کردن خدمات و رویکرد نشانه‌ای به ارائه خدمات	گسترش ارائه خدمات بهداشت روان در محیط و بیماری‌یابی
15	رویکرد	زیستی - روانی - اجتماعی	زیستی	زیستی - اجتماعی
16	تخصص ارائه‌دهندگان خدمات	دانش بالینی روان‌پزشکی، دانستن و تسلط به زمینه‌های گوناگونی مانند سلامت عمومی <sup>3</sup> شامل مهارت‌های همه‌گیرشناسی، دانش جامعه‌محور، رهبری و جلب حمایت	دانش بالینی و مدیریت مراکز ارائه خدمات بالینی	دانش بالینی، مهارت‌های بیماری‌یابی، مدیریت سامانه سلامت عمومی و PHC

1- compliance; 2- active; 3- public health



شکل 1- سرفصل‌های تدوین یک برنامه بهداشتی، مراحل و سیر اجرای آن

اولیه، هماهنگی آن با نیازها و راهبردها و نیز بودجه و استقرار نیز می‌تواند صورت پذیرد.

**تمرین 3:** اصول، ویژگی‌ها و مباحث کلیدی سه الگوی ارائه خدمات سلامت روان (روان‌پزشکی جامعه‌نگر، روان‌پزشکی بالینی و بیمارستانی و سلامت روان جامعه‌نگر (برنامه بهداشت روان ایران)) را با هم مقایسه کنید و نقدهای خود را بر برنامه بهداشت روان کشوری بنویسید.

**پاسخ تمرین 3:** پاسخ به بخش نخست پرسش، در جدول 2 ارائه شده است. در مورد نقد برنامه کنونی بهداشت

روان ایران، سلامت روان ادغام‌شده در سامانه مراقبت بهداشتی اولیه<sup>1</sup> (PHC)، می‌توان به این موارد اشاره کرد: تمرکز اصلی این سامانه در حال حاضر بر بیماریابی است و درمان، توان‌بخشی و توانمندسازی گروه‌های هدف (بیماران، افراد در معرض خطر و گروه‌های سالم)، جلب حمایت سازمان‌ها و افراد مهم جامعه و مشارکت مردمی در برنامه کمتر رعایت شده است. در 20 سال گذشته برنامه همه‌جانبه‌ای برای ارزشیابی خارجی یا داخلی برنامه و پایش آن وجود نداشته است. داده‌های موجود بیشتر مبتنی بر برخی بررسی‌های

ده پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت (2001) در این مورد عبارت است از: 1- درمان بیماری‌های روانی در سطح مراقبت اولیه، 2- فراهم نمودن دسترسی گسترده به داروهای اساسی روان‌پزشکی، 3- ارائه درمان در جامعه، 4- آموزش مردم، 5- مشارکت دادن جامعه، خانواده و مردم، 6- ایجاد سیاست‌ها، برنامه‌ها و قوانین ملی در مورد سلامت روان، 7- ایجاد منابع انسانی، 8- برقراری ارتباط با سایر منابع، 9- پایش سلامت روان جامعه، 10- حمایت از پژوهش‌های مرتبط.

**تمرین 2:** سرفصل‌های تدوین یک برنامه بهداشتی یا بهداشت روانی، مراحل و سیر اجرای آن را به‌طور خلاصه بنویسید. ارزشیابی در کدام بخش قرار دارد و اجزای آن کدام است؟

**پاسخ تمرین 2:** پاسخ به این سؤال به‌صورت شکل 1 تنظیم شده است. برای برنامه‌ریزی دست کم باید 5 مرحله را در نظر گرفت: برنامه‌ریزی (بر پایه شواهد علمی)، اجرا، پایش، ارزشیابی و بازنگری برنامه و بازهم‌بازنگری در اجرا، پایش و... ارزشیابی بیشتر مبتنی بر سنجش فراهمی، پوشش و بهره‌سلامتی است و البته ارزشیابی مبتنی بر ارزیابی طرح و برنامه

## منابع

- Fakhourya, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and re-institutionalization: Major changes in the provision of mental healthcare *Psychiatry*, 6(8), 313-316.
- Huey, L.Y., Ford, J. D., & Cole, R. F. (2005). Public and community psychiatry. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meise, U., Wancata, J., & Hinterhuber, H. (2008). Mental health care in Austria: History, developments, perspectives. *Neuropsychiatry*, 22(4), 230-242.
- Pedrosa, G. F., & Luderer, H. J. (2000). Reform of psychiatry in Spain. *Psychiatrie und psychotherapie*, 27(8), 378-382.
- Shinfuku, N. (1998). Mental health services in Asia: International perspective and challenge for the coming years. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 269-274.
- Transella, M. (1991). Community-based psychiatry: Long-term patterns of care in South-Verona. *Psychological Medicine Supplements*, 19, 1-54.
- Whiteford, H. A., Buckingham, W. J., & Manderschied, R. (2002). Australia's national mental health strategy. *British Journal of Psychiatry*, 180, 210-215.
- World Health Organization. (2001). *The World health report 2001: Mental health, new understanding, and new hope*. Geneva: World Health Organization.
- پراکنده، دو گزارش ارزشیابی ملی، یک ارزیابی ملی سازمان جهانی بهداشت (ایمز) و نیز گزارش‌های سالانه مربوط به برون‌داد برنامه است و بنابراین با توجه به نبود داده‌های سازمان‌یافته در مورد اثربخشی و کارآیی برنامه نمی‌توان در مورد نقاط ضعف و قوت احتمالی اظهار نظر مستدل کرد. تنها ارزشیابی انجام‌شده در سال 1387 نیز به نیازسنجی/نظرسنجی گروه‌های هدف و ارایه‌دهندگان خدمات و بررسی خروجی‌های مستقیم برنامه پرداخته است. این نقطه ضعف البته ناشی از ضعف خود برنامه، یعنی نبود الگوی سازمان‌یافته همه‌جانبه برای پایش و ارزشیابی برنامه است.
- نکته دیگر این که در کنار تمام مزایایی که ادغام برنامه سلامت روان در سامانه مراقبت بهداشتی اولیه دارد، یکی از اشکال‌های اصلی این برنامه، ارایه بیشتر خدمات در شهرهای کوچک و روستاهاست که درصد کمی از جمعیت کشور را در خود جای داده‌اند، به بیان دیگر افراد ساکن شهرها از دریافت خدمات (دست کم به صورت فعال) محروم هستند.
- نکته آخر نیز این که با توجه به اجرایی‌نشدن متمرکز برنامه در کشور، برنامه‌ای در مورد تخصیص بودجه وجود ندارد و برنامه‌های پراکنده‌ای که در این مورد در حال اجرا است، بیشتر بر پایه تأمین هزینه‌ها به وسیله دولت و آن هم به میزان بسیار کم است. این امر تداوم اجرای برنامه را در معرض خطر قرار می‌دهد، مشارکت بیمه‌ها در این زمینه بسیار کارساز خواهد بود.