

تاریخچه خدمات بهداشت روان در ایران

برای خدمات بهداشت روان در ایران، میتوان چهار دوره قابل شد. دوره اول که تا سال های ۱۳۲۰ ادامه یافت و دارالمجانین ها با شرایط بسیار نامناسب در تهران، همدان، شیراز و اصفهان وجود داشتند. دوره دوم از سال های ۱۳۲۰ یعنی هنگامیکه دانشکده پزشکی در کشور تاسیس، و روانپزشکی به عنوان شاخه ای از طب مدرن منظور شد، آغاز گردید. تاسیس بیمارستان های دانشگاهی جدید و تدریجاً ایجاد و رشد دپارتمان ها و بیمارستان های روانپزشکی و آموزش دستیاری روانپزشکی در سال های ۱۳۴۰، حداقل در شهرهای بزرگ، منجر به بهبود مراقبت های ارائه شده برای بیماران روانپزشکی شد.

در سومین دوره که سال های ۱۳۵۰ را شامل می شد، تلاش هایی در جهت دستیابی به مراقبت های بهداشت روان جامع، توسط انجمنی برای توانبخشی معلولین و خدمات بهداشت روان جامعه صورت گرفت. این امر توسط اولین معاونت وزارت بهداشت و تامین اجتماعی انجام شد. وزارت متبوع، اقدام به یک سری پژوهش های همه گیرشناسی و تاسیس تعدادی بیمارستان و مراکز روانپزشکی جدید در نقاط مختلف کشور نمود و آغاز به آموزش سطح بندی شده در روانپزشکی و روانپرستاری کرد. این برنامه های آموزشی و تحقیقاتی، پس از انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷، در انستیتو روانپزشکی تهران ادغام شد. چهارمین دوره از مهر ماه ۱۳۶۵، هنگامیکه برنامه ملی بهداشت روان (NPMH) توسط یک تیم چند رشته ای (Multidisciplinary) از متخصصین طرح و توسط دولت پذیرفته شد، آغاز گردید. استراتژی اصلی، ادغام فعالیت های جدید در یک سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه کارآمد بود.

ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه

از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۶۹ یک پیش مطالعه (Pilot study) موفق در شهرکرد و شهرضا در مرکز جمهوری اسلامی ایران انجام شد که نشانگر افزایش قابل ملاحظه دانش بهداشتکارها و بهبود مهارت های بیماریابی در مقایسه با مناطق شاهد بود. متعاقب آن، حرکت هایی در کشور صورت گرفت که منجر به گسترش سریعتر برنامه شد. برخی عوامل که منجر به این تسریع شدند، عبارت بودند از:

Ø ایجاد واحد بهداشت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ø اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت های بهداشتی اولیه

Ø تشکیل کمیته مشورتی بهداشت روان کشوری که اعضای آن عمدتاً اعضای هیئت علمی دانشکده های پزشکی بودند.

Ø تهیه آیین نامه های آموزشی برای تمام سطوح ارائه بهداشت (۱۳۶۷)

Ø بازنگری ها و کارگاه ها درباره برنامه کشوری (۱۳۷۰) و متدولوژی تحقیقات بهداشت روان (۱۳۷۲)

Ø بزرگداشت سالانه هفته بهداشت روان در مهرماه از سال ۱۳۶۴

Ø ارتقاء آگاهی سایر پرسنل بخش بهداشت از طریق کارگاه ها، سمینارها و کنفرانس ها

Ø ارتقاء آگاهی عمومی در مورد بهداشت روان از طریق رسانه ها.

ارزیابی

سنجش مداوم فعالیت های بهداشت روان از طریق اخذ گزارش منظم و آنالیز آماری و ویزیت های دوره ای از شبکه توسط متخصصین مسئول در استان ها و اداره مرکزی در تهران، صورت می گیرد. با این وجود از ارزیابی های مستقل نیز استقبال میشود. چنین ارزیابی مستقلی توسط دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت در شرق مدیترانه در سال ۱۳۷۴ انجام پذیرفت. پژوهش، مشتمل بود بر بازرسی شبکه و جمع آوری اطلاعات از ۲۶۶ بهورز و خانه بهداشت، ۹۱ پزشک عمومی و مراکز بهداشت روستایی و ۷۳۷ خانواده که در مجاورت مناطق روستایی که برنامه های بهداشت روان اجرا می شد، ساکن بودند این پژوهش همچنین مشتمل بود بر مطالعه ای روی اختلالات روانپزشکی در کار پزشکی عمومی و مسیر ورود به درمان. مطالعه دیگری در استان خراسان مشخص کرد که ۷۲/۲ درصد از بیمارانی که برای اولین بار در فاز آغازین طرح غربالگری شدند، از بیماری های تشخیص داده نشده ای برای حداقل ۳ سال رنج می برده اند، این امر نشانگر آن است که چنین ادغامی جهت پیشگیری ثانویه میتواند مفید باشد. جالب است متذکر شویم که در نگاهی دیگر به مطالعات درمانی، نشان داده شد که مراجعه به درمانگرهای سنتی بعنوان اولین گام جهت درمان، از ۴۰/۲ درصد در سال ۱۳۶۹ به ۱۴/۱ درصد در ۱۳۷۷ و ۱۵/۶ درصد در سال ۱۳۷۹ تغییر کرد. گرچه این یافته ها مربوط به یک منطقه نبودند، اما میتوانند بازتابی از یک تغییر جهت در مسیر درمانی بسوی درمان به موقع باشد.

بهبود کیفیت ارائه خدمات

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

بازآموزی بهورز، پیش بینی درمان دارویی رایگان یا حداقل یارانه ای، بازآموزی پرسنل بخش در سطوح مرکزی تر (خصوصاً در جهت بهبود نگرش آنها به ارائه خدمات معطوف به جامعه)، پیش بینی سرویس های روانپزشکی رابط (liaison) در مراکز پزشکی عمومی، و برقراری ارتباط های کاری بین سیستم PHC و بخش خصوصی، جهت اطمینان از تداوم مراقبت.

سازمان های غیردولتی (NGO) که تعداد آنها در حال افزایش است، میتوانند در این امر درگیر شوند.

بهداشت روان شهری

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

در یک پیش مطالعه (Pilot Study) بجای بهورز از داوطلبین محلی استفاده شد، این تجربه محدود بود و نیاز به گسترش و حمایت دارد. به نظر میرسد در مناطق شهری طرح های جایگزین دیگری بتواند به صورت پیش طرح انجام شود. مثالی از چنین

طرحی میتواند ایجاد مناطق تحت پوشش در اطراف بیمارستان های دانشگاهی با سرویس های روانپزشکی باشد. در این زمینه، تعدادی تجربیات پژوهشی مقدماتی در کشور انجام شده اما نیاز به پیش طرح های بیشتری می باشد. امکان درگیر کردن NGO ها و بخش خصوصی نیز باید مد نظر باشد. در آینده، احتمال دارد ارایه خدمات بهداشت روان در شهرهای بزرگتر، شکل ناهمگون تری به خود بگیرد. این نکته قابل پذیرش است، اما برنامه بهداشت روان مناطق شهری باید اهداف مشخصی را دنبال کند و این امر از طریق هدایت، هماهنگ سازی و تقویت به این فعالیت های متمایز، امکان پذیر است.

ارتقاء بهداشت روان

گرچه در طرح اصلی برنامه کشوری بهداشت روان NPMH استراتژی هایی برای ارتقاء بهداشت روان در یک سطح عمومی منظور شده، ولی ما در حال حاضر به طرح های اختصاصی بیشتری جهت ارتقاء بهداشت روان نیاز داریم. پیش از این تلاش هایی در جهت افزایش آگاهی عمومی و بهبود نگرش جامعه به بهداشت روان، صورت گرفته بود. از سال ۱۳۶۴ آخرین هفته مهر ماه را به بهداشت روان اختصاص دادند که بزرگداشت آن در کشور برگزار میشود. بعنوان مثال، در طی هفته بهداشت روان در سال ۱۳۸۰، ۲۴۵ گردهمایی و سمینار بهداشت روان و ۴۱۰۰ جلسه آموزشی برگزار شد و اخبار گسترده ای در خلال هفته از رادیو تلویزیون و سایر رسانه ها پخش شد. چنین فعالیت هایی باید در جهت اهداف تعیین شده تری شکل داده شوند که در برگیرنده کل جامعه و گروه های در معرض خطر ویژه با ابزارهای لازم برای فایق آمدن بر شرایط پراسترس، باشد که این خود به طور غیرمستقیم اقدامات حاصل از بهداشت روان را بهبود می بخشد. بسیاری از طرح های عملی، می توانند در یک برنامه جامع بهداشت روان مدرسه ادغام شوند و برخی می توانند در پروژه شهر سالم که قبلاً در تهران بررسی شده بود، ادغام گردند.

بهداشت روان کودکان و نوجوانان

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

با توجه به آزار کودکان، بهداشت روان یک برنامه براساس پیشگیری از آزار کودکان و خشونت علیه زنان را با مشارکت یونیسف و WHO آغاز کرد. سه پروژه تحقیقاتی برای تعیین وسعت مشکل بعنوان بخشی از روند ارزیابی نیازها، انجام پذیرفت. مجموعه متون آموزشی برای پزشکان عمومی و بهداشتکارها، برای جلوگیری از آزار کودکان تهیه شد و چهار کارگاه آموزشی با موضوع

”حقوق کودکان” در چهار استان برگزار شد. در زمینه آزار کودکان و جنبه های مختلف آن، اعم از جسمی، جنسی و احساسی کماکان باید بیشتر کارکرد و قسمت اصلی فعالیت باید در ساختار برنامه بهداشت مدارس گنجانده شود.

سوء مصرف مواد

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

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

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

گرچه برنامه های درمانی تصویب شده جاری شامل رژیم های جایگزین نمی شوند، اما استراتژی های کاهش آسیب به زودی در برخی زندان ها آغاز می شوند. با توجه به پیشگیری اولیه، هم اکنون برنامه های متعددی در سطح جامعه در حال اجرا هستند که غالب آنها شامل مشارکت مدارس هستند. همچنین، رسانه ها بطور گسترده ای علیه مصرف مواد می جنگند و یک طرح اولیه برای ارزیابی امکان ادغام یک برنامه پیشگیری از اختلالات سوء مصرف مواد در سیستم PHC در دست اجرا است.

بهداشت روان در بلایای طبیعی

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

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

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

پیشگیری اولیه

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

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

تهیه قانون بهداشت روان

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

مطالعات هزینه

مسایل اقتصادی بهداشت در حوزه بهداشت روان در کشورهای در حال توسعه اهمیت بیشتری پیدا می کند. عاقلانه خواهد بود که در برنامه های بهداشت روان جاری معیارهای هزینه - منفعت و هزینه - اثربخشی نیز مورد مطالعه قرار گیرند و انجام چنین ارزیابی هایی در برنامه های آتی منظور شوند.

مشارکت بین المللی

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

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

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

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