

طرح بهداشت روانی کشوری و روش پیاده کردن آن در شهر و روستا

Dr. S.A. Hosseini, M.D.⁽¹⁾

COUNTRY MENTAL HEALTH PROGRAM OF THE ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN, AND THE METHOD OF UTILIZING IT IN URBAN AND RURAL AREAS

key words: Country mental health, program, primary health care, intrgration.

The 29th article of the constitution of the Islamic Republic of Iran declares access to health and treatment a right for all the country's citizens. Iran is a signatory to the Alma Ata Declaration which has set the aim of "health for all by the year 2000", through a community based primary care approach.

The National Program of Mental Health of the Islamic Republic of Iran was developed in 1989 under the supervision of Prof. Wig, the mental health expert of the World Health Organization, in collaboration with some Iranian experts in mental health, including the author. The most impressive message of this program is the integration of Mental Health in Primary Health Care. This strategy necessitates training the existing health staff in primary health care, including short training courses in mental health for general practitioners. The program has been developed on the bases of community mental health i.e. defined catchment area, service integration, case finding, continuity of care, consumer participation, evaluation and research.

Our health service networks are quite efficient in rural and small urban areas, but we have problems in large cities including the capital. This difficulty arises due to the engagement of most general practitioners and specialists in private clinics and hospitals. But there are some plans for gradual utilizing of the program in metropolitan areas, too. By the integration of mental health into primary health care, mental health planners have the possibility to utilize the following facilities for their special goals:

- 6511 - health houses of rural areas
- 2970 - urban health and treatment centers
- 933 - rural health and treatment centers.

The practical method to utilize this program in urban and rural areas has been mentioned.

تبادل نظر و اطلاعات می‌پردازند و واحد بهداشت روانی سازمان بهداشت جهانی که مرکز آن در شهر ژنو در کشور سوئیس است، هماهنگی کلی رادر مناطق مختلف جهان بر عهده دارد. فعالیت‌های هر کشور براساس ضوابط طرح بهداشت روانی مربوط به آن کشور شکل می‌گیرد.

طرح بهداشت روانی کشوری

طرح بهداشت روانی کشوری براساس ضوابط ذکر شده در سال ۱۳۶۵ با همکاری آقای پروفیسور ویگ (Wig) سرپرست وقت واحد بهداشت روانی سازمان بهداشت جهانی در منطقه مدیترانه و چند نفر از متخصصان بهداشت روانی کشور و از جمله نگارنده تدوین گردید که با اضافه کردن اطلاعات لازم، به صورت زیر تلخیص می‌گردد:

اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی، برخورداری از بهداشت و درمان را حق مسلم برای همه مردم اعلام نموده است. کشور ایران یکی از امضا کنندگان اعلامیه آلماتا می‌باشد که هدف آن بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ (۱۳۷۹) از طریق خدمات بهداشتی اولیه

* - طرح بهداشت روانی کشوری در سال ۱۳۶۵ به راهنمایی آقای پروفیسور ویگ (Wig) رابزن بهداشت روانی سازمان بهداشت جهانی در منطقه مدیترانه و با حضور همکاران زیر از دانشگاه های علوم پزشکی تهران، ایران و مشهد تدوین شد:

۱- آقای هاراطون داویدیان از دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- آقای دکتر صنعتی از دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- آقای دکتر احمد محیط از دانشگاه علوم پزشکی ایران و انستیتو روان پزشکی تهران

۴- دکتر سید ابوالقاسم حسینی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد

طرح بهداشت روانی کشور در سال ۱۳۶۷ توسط اداره کل مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت از اصل انگلیسی به فارسی ترجمه شد.

تنه اصلی این مقاله از طرح مزبور استخراج و در مورد زیربناها و روش پیاده شدن آن در شهر و روستا مطالبی اضافه شده‌اند.

* * * - مشهد، میدان فلسطین، مرکز بهداشت روانی و روان پزشکی شفا،

تلفن ۷۱۰۱۱۳-۷۱۰۱۱۱

صندوق پستی ۴۸۷-۹۱۷۳۵

طرح بهداشت روانی کشوری و روش

پیاده کردن آن در شهر و روستا*

دکتر سید ابوالقاسم حسینی**

استاد روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

طرح بهداشت روانی کشوری که اساس آن ادغام بهداشت روانی در بهداشت عمومی است، براساس ضوابط روان پزشکی اجتماعی که به صورت زیر خلاصه می‌شوند، قرار دارد:

۱- مسؤولیت نسبت به جمعیت مشخص و بیماریابی براساس علائم ابتدائی بیماریها.
۲- تهیه امکانات بهداشت و درمان نزدیک محل اقامت بیمار.

۳- ایجاد مراکز خدماتی جامع.

۴- گروه درمانگر متشکل از نظامهای مختلف.

۵- تداوم مراقبت.

۶- شرکت افراد مصرف کننده خدمات.

۷- پیشگیری بیماریها.

۸- استاندارد کردن تشخیصها و طبقه بندی علائم.

۹- تقسیم بندی مسؤولیتها و نیازهای پرسنلی.

۱۰- جمع آوری اطلاعات.

۱۱- انجام مطالعه در حوزه های اجتماعی.

۱۲- ارزیابی فعالیتها و توجه به شاخصهای بهداشتی.

در این مقاله مشخصات طرح مزبور و روش پیاده کردن آن

مورد بررسی قرار می‌گیرد.

واحد بهداشت روانی یکی از قسمتهای سازمان بهداشت جهانی است که مقر آن در ژنو می‌باشد. سازمان مزبور امور بهداشتی مناطق مختلف جهان را به مناطق مختلفی تقسیم کرده است. در تقسیم بندی مزبور، امور بهداشتی مملکت ما و سایر کشورهای منطقه مدیترانه تحت عنوان منطقه مدیترانه اداره می‌شوند که دفتر آن در شهر اسکندریه مصر قرار دارد. واحد بهداشت روانی مناطق مختلف بهداشتی از کشورهای عضو می‌خواهد که برای پیش برد اهداف بهداشت روانی، برنامه اختصاصی تدوین نمایند و برای تدوین برنامه به آنها کمک می‌کند. در نشستهای سالیانه و متناوبی که مسؤولان و دست اندرکاران بهداشت روانی در کشورهای مختلف دارند، به

بیماریها به درمان می‌دهند، کمک اساسی به بیماران و خانواده آنها نمود (۳).

نتایج مطالعات همه گیر شناسی روانی

مطالعات همه گیرشناسی روانی نشان می‌دهند که اختلاف اساسی در شیوع بیماریهای روانی که منجر به ازدست دادن قدرت کار می‌شوند در کشورهای مختلف وجود ندارد. این مطالعات نشان می‌دهند که ۱٪ از جمعیت در هر زمان که مطالعه انجام شود به این تظاهرات مبتلا هستند و ۱۰٪ از جمعیت در زمانی از عمر خویش به این بیماریها مبتلا می‌شوند. درجهان سوم مانند جاهای دیگر، بیشتر بیماران بستری را اختلالات اسکیزوفرنی و خلقی تشکیل می‌دهند و تظاهرات روانی ثانوی به عفونتها و بیماریهای عضوی دیگر نیز کم نیستند. باتوجه به این که نصف جمعیت درجهان سوم زیر ۱۵ سال می‌باشند، تظاهرات روانی دوران کودکی و نوجوانی تعداد زیادی از مراجعان را تشکیل می‌دهند. (۱)

درآمار دیگری از سازمان بهداشت جهانی که توسط لئون آیزنبرگ (Leoneisenberg) منتشر شده شیوع عقب ماندگی هوشی شدید در افراد زیر ۱۸ سال ۳-۴ در هزار و عقب ماندگی خفیف در جمعیت فوق ۳۰-۲۰ در هزار می‌باشد. بروز موارد جدید (Incidence) اسکیزوفرنی ۰/۱ در هزار در جمعیت سنی ۵۴-۱۵ گزارش شده است. شیوع صرع در کل جمعیت ۳-۵ در هزار در کشورهای صنعتی و ۱۵-۲۰ در هزار و در بعضی موارد ۵۰ در هزار در کشورهای غیر صنعتی است. شیوع صرع در کشورهای غیر صنعتی به میزان ده برابر کشورهای صنعتی نقش روشهای پیشگیری را گوشزد می‌نماید. اختلالات هیجانی و سلوک و رفتار بین ۱۵-۵ درصد کل جمعیت می‌باشد که در بعضی موارد به اختلالات شدید منجر می‌شوند. شیوع اعتیادهای دارویی و الکلیسم نیز در اغلب کشورهای جهان در حال افزایش است. (۱)

آیزنبرگ براساس تحقیقات خود، تعداد معتادان را درجهان حدود ۴۰ میلیون نفر اعلام می‌نماید که ۳۰ میلیون آنها کانابیس، ۱/۶ میلیون برگ کوکا، ۱/۷ میلیون ترکیبات تریاک و ۰/۷ میلیون هروئین مصرف می‌کنند. با ارزیابیهای فوق می‌توان به این نتیجه رسید: اینک که جمعیت کشور ما به بیش از ۶۰ میلیون رسیده است،

(Primary Health Care) طرح ریزی شده است. سیاست‌های بهداشتی کشور که در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین گردیده، درجهت اقدام هماهنگ در سطوح مختلف بهداشت عمومی از طریق شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور است. یکی از زمینه‌های خدمات بهداشت عمومی که باید در برنامه کلی از اهمیت زیادی برخوردار شود، بهداشت روانی است. بهداشت روانی صرفاً به مراقبت از بیماران روان پزشکی اطلاق نمی‌شود بلکه با بسیاری از جنبه‌های بهداشت عمومی و بهزیستی افراد جامعه سروکار دارد.

متأسفانه در ممالک جهان سوم، هنوز تأسیسات روان پزشکی کافی نیست و تأسیسات موجود نیز در دسترس همگان قرار ندارد و یا منحصر به بیمارستانهای روان پزشکی می‌شود که بیشتر جنبه نگاهداری بیماران را دارند. در تخمینی که سازمان بهداشت جهانی زده است، در ممالک جهان سوم بیش از ۴۰ میلیون موارد روان پزشکی شدید وجود دارد (۱). برای مقابله با این مشکل، گروه متخصصان سازمان بهداشت جهانی تأکید می‌نماید که مسئله تشکیلات بهداشت روانی نباید به صورت مجزا در نظر گرفته شود بلکه باید در رابطه با تأسیسات بهداشت عمومی و وضع اقتصادی که هر دولت با آن مواجه است، مورد بررسی قرار گیرند.

بیشتر این ممالک با تهدیدهای جدی در مورد مسائل رفاهی مردم خود روبه‌رو هستند که از جمله افزایش رشد جمعیت، بحران فرآورده‌های غذایی، مهاجرت‌های خارجی و داخلی و تغییرات اجتماعی را می‌توان ذکر نمود. در رابطه با شیوع فراوان بیماریهای روانی باید مسائل دیگری از قبیل مسائل تغذیه، آب تصفیه شده، ریشه‌کنی بیماریهای عفونی، امور آموزشی و بهتر کردن استانداردهای زیستی را نیز ذکر نمود. اگرچه بیماریهای روانی تنها قسمتی از مشکلات مردم جهان سوم که ۳ جمعیت جهان را به خود اختصاص می‌دهند می‌باشد، ولی باتوجه به میزان عدم قدرت کار و مشکلاتی که این بیماریها برای بیماران، خانواده آنها و اجتماع ایجاد می‌نمایند، باید به‌طور اختصاصی مورد توجه قرار گیرند.

بها همکاری مؤسسات بهداشت عمومی و رفاه اجتماعی، می‌توان باتوجه به جواب مساعدی که این

می‌نماید که عبارتند از:

- همکاری و هماهنگی سایر بخشها با بخش بهداشت اجتناب ناپذیر است (همکاری بین بخشی)
- تعهد سیاسی دولتها در قبول مسؤلیت سلامت مردم ضروری است (تکنولوژی مناسب).
- مشارکت مردم و گرایش به اتکای به خود الزامی است (مشارکت مردم).
- بهداشت حق و وظیفه انفرادی و اجتماعی انسانها است.
- توزیع منصفانه منابع بهداشتی باید براساس نظام بهداشتی کشور باشد (برابری)
- اقدامات بهداشتی باید با خدمات درمانی و توان بخشی جامعیت یابد.
- باتوجه به طرح بهداشت روانی کشوری که پیام اصلی آن ادغام بهداشت روانی در بهداشت عمومی می‌باشد، به‌طور خود به‌خود تمام امکانات بهداشت عمومی در اختیار بهداشت روانی قرار می‌گیرد.
- جدول شماره ۱ آمار این امکانات را تا پایان سال ۷۸ نشان می‌دهد:

یک درصد آن یعنی ۶۰۰۰۰ نفر در هر مقطع زمان به نوعی به خدمات روان پزشکی جدی نیاز دارند و حداقل ۱۰ درصد جمعیت یعنی ۶۰۰۰۰۰۰ نفر اختلالات روانی خفیف دارند. باتوجه به این که تعداد روان‌پزشکان موجود ما هم اکنون ۷۰۰-۸۰۰ نفر می‌باشد و هنوز بسیاری از شهرها فاقد روان‌پزشک می‌باشند این سؤال بسیار جدی که «چه کسی مسؤلیت جوابگوئی به گروه فوق را در مورد نیازهای روان‌پزشکی به عهده دارد؟ باید جواب مناسب داده شود. به‌نظر می‌رسد تنها جواب معقول از طریق ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی داده می‌شود. چنانچه ما بتوانیم برنامه‌ای تنظیم نمائیم که از تمام فضاها و نیروهای پرسنلی بهداشتی کشور استفاده نمائیم، به خواست خدا، به‌صورت میان‌بر و سریعی می‌توانیم نیازهای بهداشت روانی کشور را مرتفع نمائیم.

در حال حاضر سیستم شبکه بهداشت و درمان شالوده اساسی فعالیتهای بهداشتی را در مملکت ما تشکیل می‌دهد و بهداشت روانی نیز جزء اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد که اولین سطح آن مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد. تعریف جامع و کامل خدمات بهداشتی اولیه (P.H.C.) (Primary Health Care) در اعلامیه آلماتا که در ۱۹۷۸ مطرح شده به‌صورت زیر است:

خدمات بهداشتی اولیه مراقبت‌های اساسی هستند که تمامی افراد و خانواده آنها ز طریق مشارکت کامل خویش، به آن دسترسی می‌یابند. خدمات بهداشتی اولیه، هسته اصلی نظام بهداشتی کشور و جزء جدائی ناپذیر توسعه اقتصادی- اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. خدمات بهداشتی اولیه، اولین سطح تماس افراد خانواده‌ها و جامعه با نظام بهداشتی کشور می‌باشند و خدمات بهداشتی را تا آنجا که ممکن باشد، به محل کار و زندگی مردم نزدیک می‌کند. خدمات بهداشتی اولیه جزء جریان مستمر خدمات بهداشتی را تشکیل می‌دهند.

اصول اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه

در اعلامیه آلماتا مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر پایه اصولی قرار گرفته که ایجاد و تداوم این مراقبت‌ها را تسهیل و تضمین

جدول شماره ۱: تعداد خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی فعال در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تا پایان سال ۱۳۷۴.

| ردیف | دانشگاه | خانه بهداشت | مرکز بهداشتی درمانی روستایی | مرکز بهداشتی درمانی شهری |
|------|---------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------|
| ۱ | آذربایجان شرقی | ۱۰۲۷ | ۱۰۳ | ۱۵۵ |
| ۲ | آذربایجان غربی | ۸۲۳ | ۷۷ | ۱۰۸ |
| ۳ | اصفهان | ۶۴۲ | ۱۸۴ | ۱۳۷ |
| ۴ | ایلام | ۱۸۹ | ۲۹ | ۳۶ |
| ۵ | کرمانشاه | ۵۴۰ | ۷۵ | ۶۶ |
| ۶ | بوشهر | ۲۱۶ | ۳۲ | ۴۴ |
| ۷ | تهران | ۴۴ | ۵۱ | ۱۵ |
| ۸ | چهارمحال بختیاری | ۲۸۳ | ۳۵ | ۶۹ |
| ۹ | خراسان | ۱۳۵۴ | ۱۲۸ | ۱۷۵ |
| ۱۰ | خوزستان | ۷۴۴ | ۱۳۶ | ۹۶ |
| ۱۱ | زنجان | ۲۳۶ | ۳۳ | ۴۲۵ |
| ۱۲ | سمنان | ۸۲ | ۲۳ | ۹ |
| ۱۳ | سیستان و بلوچستان | ۶۳۱ | ۴۸ | ۹۸ |
| ۱۴ | فارس | ۸۳۲ | ۱۰۷ | ۱۴۷ |
| ۱۵ | کردستان | ۵۳۰ | ۴۳ | ۷۶ |
| ۱۶ | کرمان | ۶۴۵ | ۹۳ | ۸۴ |
| ۱۷ | کهگیلویه و بویراحمد | ۲۸۸ | ۱۵ | ۴۰ |
| ۱۸ | لرستان | ۴۹۷ | ۵۹ | ۶۸ |
| ۱۹ | گیلان | ۹۷۳ | ۹۸ | ۹۷ |
| ۲۰ | مازندران | ۹۵۴ | ۱۰۰ | ۱۳۲ |
| ۲۱ | استان مرکزی | ۴۱۸ | ۴۷ | ۸۵ |
| ۲۲ | هرمزگان | ۳۹۱ | ۳۳ | ۷۴ |
| ۲۳ | همدان | ۵۴۴ | ۶۰ | ۸۳ |
| ۲۴ | یزد | ۲۱۱ | ۴۲ | ۴۲ |
| ۲۵ | اردبیل | ۴۷۹ | ۳۷ | ۵۲ |
| ۲۶ | ایران | ۱۵۲ | ۸۰ | ۲۳ |
| ۲۷ | شهید بهشتی | ۱۰۴ | ۷۸ | ۱۲ |
| ۲۸ | قزوین | ۲۱۹ | ۲۱ | ۴۳ |
| ۲۹ | بابل | ۱۵۴ | ۱۴ | ۲۲ |
| | جمع | ۶۵۱۱ | ۲۹۷۰ | ۹۳۳ |

اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی

اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی شامل ۹ جزء به صورت

زیر می‌باشد:

۱- آموزش بهداشت

۲- بهبود تغذیه

۳- تأمین آب سالم و بهداشت محیط

۴- بهداشت مادر و کودک

۵- واکسیناسیون

۶- کنترل بیماری‌های شایع وبومی

۷- درمان مناسب بیماری‌ها و حوادث

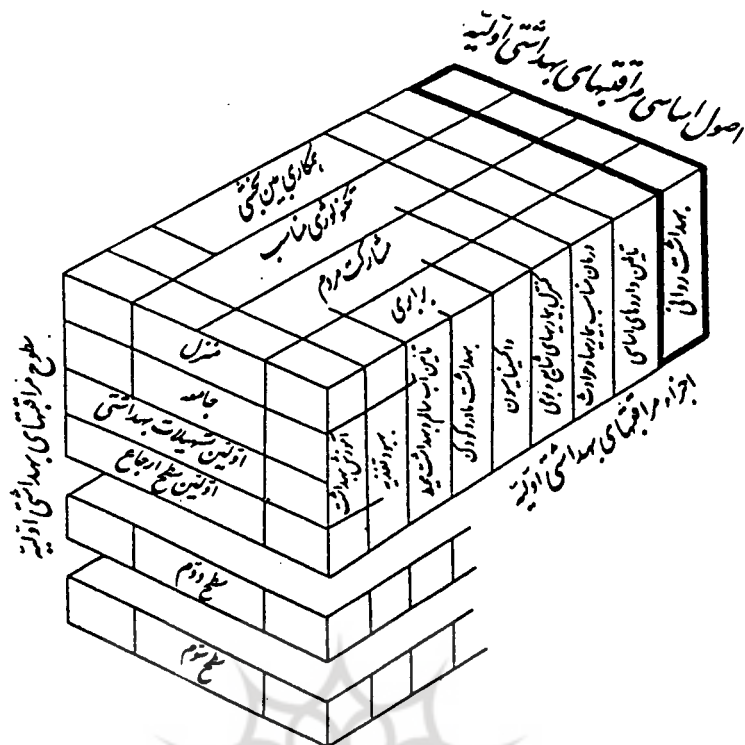
۸- تأمین داروهای اساسی

۹- بهداشت روانی

دکتر شاه محمدی اصول اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه

و اجزای آنرا همراه با سرویس‌های خدماتی در دیاگرام شماره ۱

خلاصه کرده است (۷).



ادغام بهداشت روانی در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی

جنبه‌های زیر به وجود می‌آیند:

آموزش بهداشت روانی در ضمن آموزش بهداشت

آموزش و فعالیتهای پیش‌گیری، درمانی و تحقیقی بهداشت روانی در ضمن ادغام با بهداشت خانواده، مدارس، بهداشت حرفه‌ای و پیش‌گیری از بیماریهای غیر واگیر. البته در شروع کار کمبود پرسنل جلب توجه می‌نماید ولی با دادن آموزشهای بهداشت روانی و توجیه کارمندان نظامها و رده‌های مختلف بهداشتی موجب می‌گردد تا همکاران فوق بدون نیاز زیاد و تنها از طریق مشاوره و حمایت متخصصان بهداشت روانی بتوانند نقطه‌نظرهای بهداشت روانی را در محدوده خود به کار برند. به عنوان مثال در تمام موارد زیر که از فعالیتهای عادی مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد، بهداشت روانی می‌تواند و باید نقطه نظرهای خود را ملحوظ و اجرا نماید:

در خانه‌های بهداشت

فعالیت‌های بهداشت روانی را در خانه‌های بهداشت می‌توان به صورت زیر خلاصه نمود:

چنانچه در جدول شماره ۱ مشاهده می‌گردد با ادغام بهداشت روانی در بهداشت عمومی و پیاده شدن طرح بهداشت روانی کشوری ۶۵۱۱ خانه فعال بهداشت، ۹۳۳ مرکز بهداشتی درمانی روستائی و ۲۹۷۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری در اختیار طرح قرار می‌گیرد و خوشبختانه این ارقام در حال افزایش می‌باشند.

در اختیار قرار گرفتن این امکانات عظیم در طرح بهداشت روانی کشوری موجب می‌شود که جمعیت تحت پوشش (Catchment area) طرح بهداشت روانی کشور در روستاها به ۱۰۰۰-۸۰۰ نفر و در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی به حدود ۴۰۰۰۰-۱۰۰۰۰ نفر برسد که رقم ایده‌آلی در این زمینه می‌باشد. فعالیت و دلسوزی روان‌پزشکان کشور می‌تواند بهترین نتیجه را هم در مورد پیش‌گیری از اختلالات روان‌پزشکی و هم در زمینه رشد در جامعه فراهم آورد.

توجه به مفهوم واقعی «ادغام» موجب بروز طیف وسیعی از «امکانات جدید» برای بهداشت روانی می‌شود زیرا وقتی ما بهداشت روانی را در «آموزش بهداشت»، «بهداشت خانواده»، «بهداشت مدارس»، «بهداشت حرفه‌ای»، «پیش‌گیری از بیماریهای غیر واگیر» ادغام و درگیر کنیم، امکانات وسیعی در

۱- آموزش مردم و جلب مشارکت آنها در زمینه‌های

همکاری کاردانه‌های بهداشت خانواده.

مبارزه با بیماریها، بهداشت مدارس، بهداشت حرفه‌ای.

مختلف.

۲- ارائه خدمات بهداشت خانواده:

الف) مشاوره قبل از ازدواج و همسرگزینی.

ب) مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان و دوران شیردهی.

ج) مراقبت‌های کودکان زیر پنج سال.

د) مراقبت‌های دانش‌آموزان مدارس.

ه) مراقبت‌های مربوط به فاصله‌گذاری بین فرزندان.

و) پی‌گیری موارد ترک یا تأخیر در مراجعه مجدد از

طریق بازدید منزل.

بهداشت خانواده

در حوزه بهداشت خانواده امکاناتی زیر برای بهداشت

روانی فراهم می‌آیند:

الف) مشاوره قبل از ازدواج و همسرگزینی.

ب) آموزش بهداشت روانی دوران بارداری.

ج) آموزش بهداشت روانی دوران شیردهی.

د) آموزش بهداشت روانی در مورد کودکان زیر پنج سال.

خدمات مربوط به مبارزه با بیماریها

بیماریابی، اجرای موازین پیش‌گیری و پی‌گیری درمان

موردی که باید تحت مراقبت باشند.

بهداشت حرفه‌ای

فعالیت‌های زیر را می‌توان در حوزه بهداشت حرفه‌ای به نفع

بهداشت روانی انجام داد:

الف) تأکید بر بهداشت روانی در کارگاه‌ها و آموزش

اختصاصی در مورد آن.

ب) مبارزه با بیماریهای روان پزشکی از طریق آموزش به

کارگران و کارکنان.

ج) ملحوظ کردن بهداشت روانی در پرونده بهداشت روانی

کارگران.

د) شناسایی و سنجش عوامل مؤثر در اختلالات روانی

در کارگاه‌ها.

ه) آموزش بهداشت روانی به بهداشت‌یاران کار.

و) جمع‌آوری، ثبت، طبقه‌بندی، بررسیهای اولیه و

نگهداری اطلاعات و آمار- تنظیم گزارش در مورد بهداشت

روانی.

ز) تأکید بر بهداشت روانی کار در گروه‌های سنی

آسیب‌پذیر (مادران و کودکان و سالمندان).

پس از آشنایی نسبت به امکانات موجود در شبکه‌های

بهداشت و درمان، اینک به ذکر اهداف، استراتژیها و جنبه‌های

مختلف طرح بهداشت روانی و رابطه آن با سیستم شبکه

بهداشت و درمان می‌پردازیم.

هدفهای طرح بهداشت روانی

۱- فراهم آوردن خدمات بهداشت روانی اساسی قابل

دستیابی برای همه مردم در جمهوری اسلامی ایران در آینده

فعالیت‌های بهداشت محیط، مواد غذایی و بهداشت حرفه‌ای

کنترل بهداشت محیط مدارس از طریق ایجاد انگیزه

در خود دانش‌آموزان.

پی‌گیری بیماران مربوط به طرح بهداشت روانی

بهداشت مدارس

فعالیت‌های بهداشت روانی را در حوزه بهداشت مدارس

می‌توان به صورت زیر خلاصه نمود:

آموزش بهداشت روانی در مدارس.

سعی در ایجاد و افزایش محتویات بهداشت روانی در

برنامه‌های درسی دانش‌آموزان.

ارتقای سطح اطلاعات معلمان، دانش‌آموزان و خانواده‌ها

در مورد بهداشت روانی.

بیماریابی در بین دانش‌آموزان و خانواده‌های آنها.

ادغام بهداشت روانی در مرکز بهداشتی شهری و روستائی

از طریق ادغام بهداشت روانی در مراکز بهداشتی درمانی

شهری و روستائی می‌توان به نتیجه‌های زیر دست یافت:

۱- اجرای برنامه‌های مربوط به بهداشت روانی و بیرون

زدن شاخصهای بهداشت روانی.

۲- درمان بیماران سرپائی، بیماریابی از میان مراجعان با

بهداشت روانی در مرکز منطقه یک روان پزشکی و یا یک پزشک عمومی آموزش دیده در بهداشت روانی با یک کارشناس بهداشت روانی خواهد بود.

۶- داروهای محدود ولی اساسی اعصاب و روان در کلیه سطوح بهداشتی مهیا خواهد بود.

استراتژیهای آموزشی

۱- اجرای برنامه‌های آموزشی فوری جهت کارکنان بهداشتی موجود در سطح خدمات اولیه بهداشتی، همچنین جهت پزشکان عمومی با دوره‌های آموزشی کوتاه مدت در بهداشت روانی.

۲- آموزش گروهی از مریبان که آموزش کارکنان بهداشتی و پزشکان عمومی را در سطوح مختلف کشور برعهده دارند.

۳- گنجاندن دروس بهداشت روانی در برنامه‌های آموزشی بهورزان و تکنسینهای بهداشت خانواده و سرپرستان بهداشتی و پرستاران.

۴- آموزش دانشجویان پزشکی به‌نحوی که آنان در ارتباط با نیازهای جامعه‌ای که در برنامه‌ریزی کلی مورد نظر است، قرار گیرند.

۵- آموزش تخصصی برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی، پرستاران روانی و مددکاران اجتماعی به‌نحوی که خود را جهت تأمین نیازهای برنامه بهداشت روانی در سطح کشور تطبیق داده با تأکید بر اهمیت پیش‌گیری از بیماریهای روانی.

۶- تهیه و تنظیم جزوات آموزشی مناسب برای آموزش گروه‌های مختلف بهداشتی که فهرست آنان در فوق ذکر شد.

استراتژیهای اداری

۱- داشتن یک مسؤول در وزارت بهداشت که مسؤول پیاده نمودن برنامه باشد.

۲- تشکیل یک گروه هماهنگی چندبخشی در سطح کشوری شامل نمایندگان وزارت بهداشت و بخشهای دیگر که افراد فنی بهداشت روانی را در سطح کشور رهبری و هدایت می‌نمایند.

۳- تأسیس گروه هماهنگی چندبخشی در سطوح استانی.

توسعه برنامه‌های بهداشت روانی

۱- معرفی اصول و مفاهیم اساسی بهداشت روانی در برنامه‌های آموزشی مدارس و دانشکده‌ها و آموزش مریبان

نزدیک، با تأکید ویژه بر آسیب‌پذیرترین گروههای محروم شهری و روستائی که خدماتی به آنان ارائه نشده و به ویژه افرادی که در نقاط دور دست زندگی می‌کنند.

۲- ایجاد الگوی خدمات بهداشت روانی سازگار با ساخت فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران و تشویق مشارکت جامعه در ایجاد خدمات بهداشت روانی.

۳- افزایش آگاهی مردم و مهارتهای بهداشت روانی در خدمات بهداشت عمومی و تشویق مردم در جهت استفاده وسیعتر اصول بهداشتی به منظور ارتقای سلامتی، توسعه و رشد اجتماعی، اقتصادی و در نهایت بهتر شدن کیفیت زندگی.

۴- تنظیم برنامه‌های مناسب برای مراقبتهای بهداشت روانی برای تمام کسانی که در جنگ تحمیلی به شکلی آسیب دیده‌اند (به‌طور مثال مهاجران، بسی‌خانمانها، معلولین، داغ‌دیدگان و موارد روان پزشکی) و به‌همان صورت، یک برنامه‌ریزی بلند مدت برای مواجهه با مسائل بهداشت روانی ناشی از عواقب جنگ در آینده.

استراتژیهای برنامه

استراتژی‌های خدماتی

۱- ادغام خدمات بهداشت روانی در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

۲- شروع خدمات بهداشت روانی در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، آموزش لازم برای کادرهای بهداشتی اولیه توسط کارکنان بهداشتی موجود

۳- از طریق یک سری سیستم ارجاع موارد خدمات بهداشت روانی از جامعه به خانه‌های بهداشت روستائی و مراکز بهداشتی درمانی شهری و بیمارستانهای مناطق و مراکز آموزشی به‌هم پیوسته خواهد شد.

۴- افراد فنی بهداشت روانی (روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی وغیره)، مشکلترین مسائل را از مواردی که از محیط اطراف تا مراکز ارجاعی فرستاده می‌شوند انجام خواهند داد. علاوه برآن، آنها بیشترین زمان را به آموزش و سرپرستی پزشکان عمومی و پرسنل بهداشتی دیگر که در مراکز خدمات اولیه بهداشتی کار می‌کنند و می‌توانند خدمات بهداشت روانی وسیعی را برای مردم تأمین کنند صرف نمایند.

۵- تیم بهداشت روانی در سطوح مناطق تقویت و تأمین خواهد شد که بتوانند نقش جدید را ایفا نمایند. حداقل کارکنان

مدارس.

و عقب‌افتاده و جمعیت آسیب‌پذیر خواهد بود.

۲- به کار بردن ارزشهای اخلاقی دینی جهت ارتقای

بهداشت روانی و داشتن زندگی سالم.

۳- به وجود آوردن دانش و مهارت‌های اساسی بهداشت

روانی و علوم رفتاری جهت کارکنان بهداشت عمومی که

بتوانند وظایف خود را اصلاح نمایند. این هدف شامل

مهارت‌های ساده خواهد بود. به عنوان مثال چگونه ارتباط

بیشتری با بیمار و خانواده او برقرار کنند، چگونه حمایت

عاطفی در بحرانها به عمل آورند و چگونه مسائل روانی

اجتماعی را که با بیماریهای جسمی همراه می‌باشند، بتوانند

تفکیک قائل شوند.

۴- نشر اطلاعات و دانش بهداشت روانی در فعالیتهای

عمومی جامعه از طریق رسانه‌های گروهی و تشکیل کمیته

محلی بهداشت روانی جهت توسعه بهداشت روانی.

استراتژی‌ها برای کسانی که به وسیله جنگ تحمیلی صدمه دیده‌اند:

۱- فراهم آوردن خدمات کافی بهداشت روانی برای

قربانیان جنگ

۲- گنجاندن جنبه‌های بهداشت روانی جنگ و فشار و

استرسهای ناشی از آن در آموزش کلیه کارکنان بهداشتی در

سطوح خدمات بهداشتی اولیه

۳- انجام تحقیقات در جنبه‌های مختلف ضایعات روانی

ناشی از جنگ تحمیلی.

جزئیات فعالیتهای در قالب برنامه

برنامه جهت رسیدن به هدف‌ها باید قدمهای زیر را بردارد:

اصول اساسی که برنامه را هدایت می‌کند همان است که در

جمهوری اسلامی ایران پایه‌گذاری گردیده و در قانون اساسی

کشور گنجانده شده است. برنامه بهداشت روانی به عنوان یک

قسمت از خدمات بهداشتی اولیه می‌باشد و تأکید بر توسعه

خدمات بهداشت روانی در سیستم برنامه‌های شبکه بهداشتی

موجود است. هدف برنامه این است که خدمات بهداشت

روانی اساسی برای تمام ایرانیان تا سال ۲۰۰۰ تأمین گردد.

اولویت بر عرضه خدمات به مناطق شهری و روستائی محروم

فعالتهای بهداشت روانی

فعالتهای برحسب شهری و روستائی به قرار ذیل شرح داده

می‌شوند:

مناطق روستائی:

۱- در سطوح خانه‌های بهداشت:

خانه بهداشت اولین مرکز بهداشتی در مناطق روستائی

است که با جمعیتی حدود ۱۵۰۰ نفر که از محل سکونت

روستائیان حداکثر یک ساعت مسافت پیاده ممکن است

باشد، خدمت می‌نماید. این مراکز به وسیله دو نفر یک مرد و

یک زن بنام بهورز اداره می‌شود. سطح سواد آنان ۸-۵ کلاس

است و آنها ۲ سال دوره آموزش بهداشت را طی می‌نمایند.

پیش‌بینی شده است که به تدریج میزان تحصیلات آنها به حد

کارشناسی برسد. فعالتهای زیر به وسیله این افراد در خانه‌های

بهداشت می‌تواند انجام پذیرد. ضمناً این فعالتهای به موازات

فعالتهای بهداشت عمومی خواهد بود.

الف) آموزش بهداشت روانی در جامعه با استفاده از وسایل

مختلف نظیر مسجد، مدرسه و خانواده.

ب) آموزش و حمایت خانواده و جامعه در مراقبت از

بیماران روان‌پزشکی و کمک به از بین بردن طرز تفکر غیر قابل

قبول نسبت به آنها.

ج) تشخیص بیماران با مسائل روانی مهم نظیر پسیکوز،

صرع، اعتیاد و عقب‌افتادگی‌های ذهنی.

د) ارجاع بیماران به مرکز بهداشتی روستائی و نگهداری

پرونده از بیماران جدید و قدیم در سطح مرکز بهداشتی

روستائی.

ه) پی‌گیری موارد

در مرکز بهداشتی روستائی، یک پزشک عمومی مقیم است

و سه پرسنل کمکی نیز با وی همکاری می‌نمایند. یک تکنسین

بهداشت خانواده، یک تکنسین مبارزه با بیماریها و یک

تکنسین بهداشت محیط. این مرکز سرپرستی و نظارت چند

خانه بهداشت را برعهده دارد.

وظایف و مسؤولیتهای پزشکان عمومی در قبال بهداشت روانی در سطح مراکز بهداشتی درمانی

الف) پذیرش موارد ارجاعی از خانه‌های بهداشت و برگرداندن گزارش به خانه‌های بهداشت درباره بیمار و نحوه پی‌گیری و درمان وی از طریق تکنسین مبارزه با بیماریها.

ب) انجام درمان دارویی برای پسیکوزها، صرع و افسردگی واضطراب شدید با آشنایی و اطلاع از اثرها و تأثیرهای جانبی داروهای اعصاب و روان.

ج) ارجاع موارد مشکل به سطوح بالاتر مرکز بهداشتی درمانی شهری

د) سرپرستی فعالیتهای تکنسین بهداشت خانواده و تکنسین مبارزه با بیماریها در فعالیتهای بهداشت روانی.

وظایف و مسؤولیتهای تکنسین مبارزه با بیماریها

الف) سرپرستی مستقیم بهورزان در بیماریابی و دادن اطلاعات به آنها با فرمهای ارجاع

ب) همکاری با پزشک عمومی در زمینه موارد ارجاعی و ارسال فرم‌های پی‌گیری به بهورز و در سطح دوم به مرکز بهداشتی درمانی.

ج) جمع‌آوری فرم‌های آماری درباره بیماریهای روان‌پزشکی و صرع و ارسال آنان به مرکز بهداشتی درمانی.

وظایف و مسؤولیتهای تکنسین‌های بهداشت خانواده

الف) سرپرستی مستقیم بهورزان در برقراری رابطه حمایتی با خانواده‌ها و جامعه.

ب) آماده نمودن بهورزان با آموزش اولیه در مورد بهداشت روانی مدارس، مسائل مادران و کودکان، پیش‌گیری اولیه از صدمات مغزی و عفونتها.

ج) آموزش جامعه نسبت به مسائل بهداشت روانی به خصوص در ارتباط با این واقعیت که بیمار روانی می‌تواند در

جامعه زندگی کند و چگونه از او باید با کمک بهورز مراقبت نمود.

در سطح مرکز بهداشت شهرستان

در مرکز بهداشت شهرستان دو نوع فعالیت انجام می‌گیرد: مرکز بهداشتی شهری یک مرکز اداری برای تمام امکانات خدمات اولیه بهداشتی در منطقه به‌شمار می‌رود. در این مرکز شعب مختلفی وجود دارند که هر یک قسمتی از خدمات بهداشتی را سرپرستی می‌کنند. همچنین مرکزی است با یک بیمارستان عمومی با ۴ بخش (پزشکی، جراحی، کودکان و زنان و زایمان).

هدف این است که حداقل یک روان‌پزشک در این سطح وجود داشته باشد. لیکن هنگامی که چنین امکانی عملی نباشد، مسؤولیتهای بهداشت روانی به پزشک عمومی که شش‌ماه‌الی یکسال در زمینه‌بهداشت روانی آموزش دیده باشد سپرده می‌شود. او با یک کارشناس بهداشت روانی آموزش دیده کار خواهد کرد. پیشنهاد می‌شود که حداقل ۵ تخت از تختهای هر بیمارستان عمومی را به بیماران روانی اختصاص دهند و هر جا که امکان پذیر است، امکاناتی شبیه بیمارستان روزانه و تسهیلات دیگر توان‌بخشی جهت بیماران روانی اضافه گردد.

وظایف روان‌پزشکان و یا پزشکان عمومی دوره دیده در سطح شهرستان

الف) سرپرستی فعالیتهای بهداشت روانی برحسب مورد می‌تواند به‌عهده پزشک یا کارشناس بهداشت روانی باشد.

ب) پذیرش موارد ارجاعی از مرکز بهداشتی درمانی روستایی

ج) سرپرستی بخش تشکیل پرونده‌ها و آماده نمودن فرمهای پی‌گیری.

د) انجام درمان برای موارد ارجاعی با داروهای قابل دسترسی برای بیماران.

ه) ترتیب دادن فعالیتهای متنوع برای ارتقای سطح

کوششی در جهت استفاده تمام امکانات برای آموزش و ارائه خدمات در هر منطقه به کار گرفته می‌شود. مرکز بهداشت روانی و بیمارستان در هر استانی بالاترین مرجع جهت بیماری‌رانی است که از مراکز شهری و روستائی ارجاع می‌شوند و سرپرستی، آموزش، نظارت کلیه سطوح پائین‌تر را به عهده می‌گیرد و بیماران ارجاعی را با برگهای پی‌گیری به محل اولیه خود برمی‌گردانند. تیم مرکز بهداشت روانی عبارت خواهد بود از روان‌پزشک، روان‌شناس، کارشناس بهداشت روانی، کاردرمان، تکنسین مدارک پزشکی و غیره، که تشکیلات قطعی آنها برحسب مورد و تعداد تحت تنظیم می‌شود.

آموزش

برنامه‌های آموزش در سطوح مختلف تشکیل خواهد شد. هدف عمومی تمام دوره‌های آموزشی آماده نمودن نیروی انسانی لازم کارآمد جهت عرضه خدمات در مناطق توصیف شده می‌باشد.

آموزش به‌روزان

دروس بهداشت روانی به‌طور اختصاصی به کتابهای موجود به‌روزان اضافه خواهد شد. احتراز و خودداری از لغات و اصطلاحات فنی غیر لازم و اتخاذ روش حل مسئله به‌صورت ساده و قابل فهم از جمله مسائل مهم در تهیه مطالب جهت به‌روزان است. برنامه کار عملی به‌روزان نیز باید در محل انجام گیرد.

در این سطح آموزش مربیان باید با گنجانیدن مطالب بهداشت روانی مرتبط با برنامه آموزشی آنان سریعتر شروع شود. این امر باید با بخش برنامه‌ریزی شبکه‌های بهداشتی درمانی وزارت بهداشت هماهنگ شود. آموزش باید به‌صورت غیرمتمرکز با بهره‌گیری از امکانات هر استان صورت گیرد.

آموزش تکنسین بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها

آموزش این گروه می‌تواند با اضافه کردن مطالب مربوط در زمینه بهداشت روانی انجام پذیرد. این مطالب و آموزش

بهداشت روانی با استفاده از منابع قابل دسترسی جامعه و ارجاع موارد حاد و سخت به مراکز روان‌پزشکی سطوح بالاتر.

وظایف کارشناس بهداشت روانی

کارشناس بهداشت روانی اولین کمک قابل دسترسی برای روان‌پزشک می‌باشد و مسؤولیتهای وی عبارتند از:
الف) سرپرستی مستقیم و نظارت تکنسین خانواده و تکنسین مبارزه با بیماریها از طریق تماس‌های منظم با آنها در مرکز بهداشتی درمانی روستائی.
ب) کمک به روان‌پزشک و یا پزشک عمومی در موارد ارجاعی.

ج) نگهداری پرونده بیماران ارجاعی و برگشت منظم بیماران با برگهای پی‌گیری به محل اول که ارجاع شده‌اند.
د) کمک به روان‌پزشک در تشکیل دوره‌های آموزشی لازم جهت کارکنان بهداشت روانی در جامعه.

جامعه شهری

مراکز بهداشتی درمانی شهری ستون فقرات سیستم خدمات بهداشتی اولیه در شهرها می‌باشند. در این مراکز جهت تشخیص و هدفهای درمانی، بیماران مستقیماً به‌وسیله پزشکان عمومی دیده می‌شوند.
هر مرکز یک تکنسین بهداشت خانواده و تکنسین مبارزه با بیماریها دارد که وظایف هر یک عیناً مانند مراکز بهداشتی درمانی روستائی است.

مرکز بهداشت روانی

هر استان بزرگ حداقل یک مرکز بهداشت روانی و یا یک بیمارستان روان‌پزشکی، یک بخش روانی مجهز در یک بیمارستان عمومی خواهد داشت. برای شهرهای بزرگ مانند تهران، مشهد، اصفهان، تبریز و شیراز، مراکز بیشتری برحسب جمعیت و اندازه مناطق تحت پوشش تشکیل خواهد شد.

امکانات روان‌پزشکی موجود در شهرهای بزرگ به دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌ها ملحق خواهند شد و هر

عملی‌باید آنها را جهت انجام سرپرستی به‌روزان آماده سازد و با مفاهیم ارتقای بهداشت روانی، بیماری‌های روانی عمده و ارتباطات انسانی، نگهداری پرونده‌ها و جمع‌آوری آمار و ارجاع، آشنا باشد.

کارشناس بهداشت روانی

کارشناس بهداشت روانی می‌تواند درجه لیسانس داشته باشد. او یک دوره آموزش فوق لیسانس یا بالاتر برای انجام وظایفی که برعهده خواهد داشت، می‌گذراند. جزئیات این برنامه باید به‌وسیله گروهی از کارشناسان از دانشگاه‌ها و مراکز روان‌پزشکی ایران طرح ریزی گردد.

برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی باید مورد تجدید نظر قرار گرفته و برنامه آموزشی مناسبی که جهت پیشبرد برنامه مؤثر باشد تنظیم نمود همین‌طور برنامه‌های آموزشی جهت دستیارهای روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی مددکاران اجتماعی و پرستاران روانی باید مورد تجدید نظر قرار گیرد. موضوعهای بهداشت روانی باید در برنامه آموزشی گنجانده و تقویت شوند.

ارتقای سطح بهداشت روانی

پزشک عمومی که در برنامه خدمات اولیه بهداشتی کار می‌کند باید دوره‌های آموزشی لازم را در مراکز بهداشت روانی استان یا یک بیمارستان دانشگاهی که برای این منظور در منطقه در نظر گرفته شده، طی نماید. هدف آموزش، تشخیص بیماری‌های عمده روانی (نظیر پسیکوزها، اختلالات عاطفی و صرع) و آشنائی با داروهای اساسی روان و اعصاب و کاربرد آنان و اثرات جانبی موجود و موارد عدم کاربرد آنان و درمان اثرات جانبی همچنین آشنائی با روش اخذ تاریخچه می‌باشد. علاوه بر آن، پزشک در مشاوره و روان‌درمانی حمایتی و اصول و مفاهیم پیش‌گیری از بیماری‌های روانی و ارتقای بهداشت روانی هم آموزش لازم را خواهد دید.

آموزش روان‌پزشکی به پزشک عمومی شهرستان  دانشگاه آموزشی انجام خواهد پذیرفت.

مورد توجه قرار گیرد:

۱- سطح روستا:

تماس مستقیم با خانواده‌ها، مدرسه، روستا و مسجد که سطوح اولیه در ارتقای بهداشت روانی هستند از وظایف اساسی به‌روزان به‌شمار می‌رود. فعالیتهای سازمان یافته، بیشتر از طریق مراکز بهداشتی درمانی روستائی رهبری خواهد شد.

در مرکز بهداشتی درمانی روستائی کارشناس بهداشت روانی با به‌کار بردن روشهای مختلف، عامل اساسی در ارتقای سطح بهداشت روانی محسوب می‌شود. این اقدامها از طریق تبادل نظر با رهبران جامعه و روحانیون و مریبان و تماسهای

این امر در مراکز آموزشی دانشگاه انجام خواهد پذیرفت. یک دوره آموزش شش‌ماهه که شامل اخذ تاریخچه، تشخیص روان‌پزشکی و بیماری‌های روان‌پزشکی عمده، داروهای روان‌پزشکی، سیستم ارجاع، ارتباطات انسانی و آموزش ابتدائی در مدیریت و امور اداری، تکنیکهای مصاحبه و تکنیکهای درمان حمایتی، پیش‌گیری از بیماریها و ارتقای سطح بهداشت روانی و همکاری چند بخشی.

پزشک می‌تواند مسؤالیتهای دیگری را هم در درمان و بهداشت عمده دارا باشد و اصولاً همان پزشک بهداشتی شهرستان است.

مستقیم با انجمنهای اولیا و مربیان و ارگانهای انقلابی و اسلامی خواهد بود.

در سطح استان، مرکز بهداشت روانی با هماهنگی واحد آموزش بهداشت از طریق تماس با رسانه‌های گروهی و سازمانهای دولتی و ارگانها، وظیفه راهنمایی و آموزش و تأمین برنامه‌های ارتقای بهداشت روانی برای عموم مردم را برعهده خواهند داشت.

در سطح وزارتخانه، اداره بهداشت روانی که از گروه هماهنگی بهداشت روانی الهام و راهنمایی خواهد گرفت با هماهنگی دفتر آموزش بهداشت برای برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای بهداشت روانی در سطح کشور خواهد بود.

فعالیت‌های پژوهشی

تأکید پژوهشهای بهداشت روانی در حال حاضر باید به طرف پژوهشهایی که کاربرد عملی داشته باشد تغییر یابد و از سطح خانه‌های بهداشت شروع شود. برخی از موضوعها به طور مثال می‌تواند از این قبیل باشد:

۱- در سطح مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی، تحقیق می‌تواند به منظور بررسی تعداد بیمارانی که بدون داشتن بیماری جسمی به این گونه مراکز مراجعه می‌نمایند، سپس از طریق تکمیل پرسشنامه‌های استاندارد شده بتوان تشخیص روان پزشکی داد. این امر خود می‌تواند مقدمه بررسی‌های همه‌گیر شناسی محلی و ملی باشد.

۲- ارزشیابی میزان تأثیر برنامه‌های مختلف آموزشی می‌تواند یک طرح پژوهشی مستمر باشد. این امر اطلاعات لازم را برای طرح ریزی برنامه فراهم خواهد نمود.

۳- گروه تحقیقاتی باید چارت استاندارد شده ارجاع و پی‌گیری آزمونها و پرسشنامه‌های استاندارد شده را آماده نماید.

۴- تمام کوشش‌ها باید مبتنی بر این باشد که تحقیق

به صورت جزئی از فعالیت‌های روزانه در کلیه سطوح بهداشت روانی درآید نه آنکه تحقیق به صورت یک روند استثنائی و خارج از دسترس افراد عادی شناسانده شود.

۵- نیازهای مبرم جامعه نظیر مسائل مربوط به جنگ تحمیلی و بازسازی با تکیه بر ارزشهای والای اسلامی و سنتی اجتماعی بر هر برنامه تحقیقی اولویت خواهد داشت (۵).

روش عملی پیاده کردن طرح در یک منطقه روستائی

برای پیاده کردن طرح بهداشت روانی کشوری مراحل زیر ضروری است:

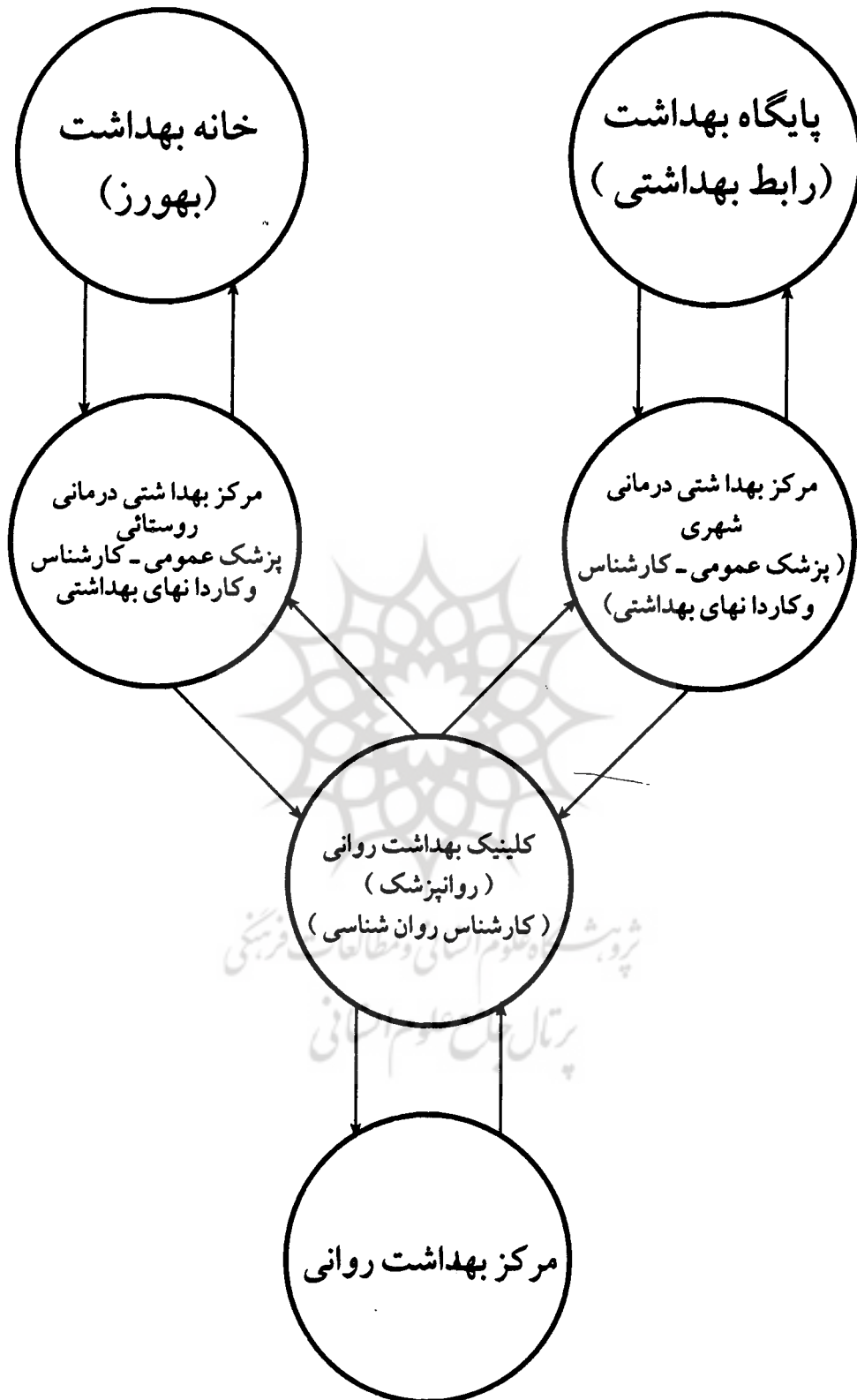
۱- مشخص کردن حوزه‌ای که پژوهش باید در آن انجام شود.

۲- آموزش پزشکان عمومی و کارشناسان روان‌شناسی دست‌اندرکار طرح (دوره بازآموزی و توجیه با طرح در ۲۵ ساعت براساس کتاب اختصاصی بهداشت روانی برای پزشکان عمومی).

۳- آموزش کارشناسان و کاردانه‌های بهداشتی و مربیان آموزشگاه بهورزی به مدت یک هفته براساس کتاب بهداشت روانی اختصاصی خود. این آموزش توسط پزشکان عمومی و کارشناسان روان‌شناسی آموزش دیده و در صورت امکان با نظارت روان پزشک انجام می‌شود.

۴- آموزش بهورزان توسط مربیان آموزشگاه بهورزی براساس کتاب بهداشت روانی برای بهورز و با نظارت کارشناس روان‌شناسی.

پس از پایان آموزشها که معمولاً همراه با آزمون نهائی و دادن گواهی انجام دوره است، طرح براساس دیاگرام شماره ۲



نمودار بیماریابی و پی گیری در طرح بهداشت روانی کشوری

و یا از اعتبار پژوهش پرداخت می‌گردد. ولی در طرحهای اجرایی، در موارد فوق با طرح بیمه همگانی تحت پوشش خواهد بود. هزینه دارو در اعتبارات پیاده شدن طرح بهداشت روانی پیش‌بینی می‌شود و در مراکز بهداشتی درمانی به بیمار تحویل می‌گردد. با گسترش بیمه روستائی، به تدریج بیمه‌های روستائی هزینه درمان را تقبل می‌کنند.

روش و مراحل پیاده کردن طرح بهداشت روانی کشوری در مناطق شهری

به منظور پیاده کردن طرح بهداشت روانی کشوری در مناطق شهری لازم است دستورالعمل زیر پیش‌بینی و اجرا شود.

۱- مشخص کردن محدوده جغرافیائی

خوشبختانه هم‌اکنون در اغلب مناطق شهری، محدوده جغرافیائی تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی مشخص بر روی نقشه شهری تنظیم شده است. بنابراین برحسب وسعت کار تحقیقی و اجوائی با امکانات موجود می‌توان یک تا چند مرکز بهداشتی درمانی را برای پیاده کردن طرح انتخاب نمود. حداقل جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی ۵۷۰۰ و حداکثر آن ۸۷۰۰۰ می‌باشد.

بتر است مراکز برای شروع و کار تحقیقی انتخاب شوند که دارای مشخصات زیر باشند:

الف) جمعیت متوسط

ب) دارا بودن یک کارخانه در منطقه تحت پوشش

ج) حتی‌الامکان نزدیک بودن به مرکز تحقیق

د) مناطق در معرض خطر بیشتر

۲- شروع آموزش

الف) پزشکان عمومی و کارشناسان روان‌شناسی بالینی مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شده برای دیدن دوره‌آموزی طبق برنامه مصوب دعوت می‌شوند.

آموزش پزشکان عمومی به عهده روان‌پزشکان و کارشناسان روان‌شناسی کلینیک‌های بهداشت روانی که در آینده همکاری خواهند داشت، می‌باشد.

ب) آموزش پزشکان عمومی و کارشناسان روان‌شناسی مراکز بهداشتی درمانی و با نظارت گروه بهداشت روانی مرکز بهداشت شهرستان طبق کتاب بدون صورت می‌پذیرد. این کتاب در حال حاضر وجود دارد و برحسب نیاز باید تجدید چاپ شود و به وسیله جزوه‌های اضافی تکمیل گردد.

ج) آموزش رابطان پایگاههای بهداشتی و بهداشتیاران و خانه‌های بهداشت کار در کارخانه‌ها توسط کاردانه‌های

شروع می‌شود. به این ترتیب که بهورز براساس اطلاعات خویش و معیارهایی که برای بیماریابی تعلیم یافته است اقدام به بیماریابی می‌کند و آنها را به پزشک عمومی معرفی می‌نماید.

مسئولیت‌های یک بهورز در امور مربوط به بهداشت روانی

مسئولیت‌های یک بهورز در امور مربوط به بهداشت روانی را به صورت زیر می‌توان خلاصه نمود:

۱- شناسائی همه موارد مبتلا به اختلال روانی و صرع در افراد تحت پوشش خود.

۲- معرفی موارد شناسائی شده به مراکز بهداشتی درمانی روستائی. به علت احتمال بروز عوارض وعدم مسؤلیت بهورز در مورد دخالت در امور طبی هرگونه دخالت طبی و تجویز دارو در موارد روان پزشکی، در طرح بهداشت کشوری جمهوری اسلامی ایران ممنوع می‌باشد.

۳- پی‌گیری موارد فوق به طور منظم.

۴- آموزش به خانواده و سایر مردم در مورد طرز مراقبت از بیمار و سایر جنبه‌های مربوط به بهداشت روانی (آموزش‌های اختصاصی مربوط به پیشگیری از اختلال‌های روانی توسط بهورز توسط وزارت بهداشت در حال تهیه می‌باشند).

مسئولیت‌های کاردانه‌های مبارزه با بیماریها

در مرکز بهداشتی درمانی کاردانه مبارزه با بیماریها برای بیمار پرونده تشکیل می‌دهد و برگ اختصاصی را پر می‌کند. پزشک عمومی بیمار را می‌بیند. مواردی را که خود صلاح بداند درمان می‌کند و دستورالعمل مناسب برای ادامه درمان و پی‌گیری در برگ ارجاع برای بهورز می‌نویسد.

تعدادی از بیماران برای معاینه توسط روان پزشک یا پزشک دوره دیده به پلی‌کلینیک (کلینیک بهداشت روانی) معرفی می‌گردند. در این مرحله نیز اغلب موارد به طور سرپائی معالجه می‌شوند و دستورالعمل مناسب برای پزشک عمومی ارسال می‌شود. تعداد محدودی از بیماران که نیاز به بستری دارند به مرکز بهداشت روانی اعزام می‌شوند. پس از مشخص شدن برنامه درمان، خلاصه پرونده برای کلینیک بهداشت روانی و پزشک عمومی ارسال می‌گردد و بازهم دستورالعمل اختصاصی توسط پزشک عمومی برای بهورز صادر می‌گردد. بیماریابی و پی‌گیری براساس طرح فوق انجام و به این ترتیب مانع از کارافتادگی بیمار می‌گردند.

در طرح‌های پژوهشی هزینه‌های انجام معاینه و آزمایش‌های پاراکلینیکی توسط بیمارستان‌های دانشگاهی تقبل می‌شود

روانی کشوری و اعلام امکانات آن انجام می‌شود.

(الف - ۹) به مراکز بهداشت روانی پیاده شدن طرح اعلام خواهد شد و از روان‌پزشکان آنها برای آموزش استفاده می‌شود. تقسیم مسؤلیت درمان بین مراکز بهداشت روانی موجود و همچنین بین واحدهای مختلف یک مرکز بهداشت روانی کاملاً عملی است. می‌توان برحسب امکانات موجود، استان را به چند قسمت نمود و هرکدام از آنها را تحت پوشش یکی از واحدهای مرکز بهداشت روانی قرار داد. مثلاً در یک مرکز بهداشت روانی که ۲۰ روان‌پزشک دارد، می‌توان ۱۰ واحد بهداشت روانی بوجود آورد و جمعیت استان را به تناسب بین آنها تقسیم نمود. البته تقسیم جمعیت صرفاً برای بیماران معمولی (غیر از کودکان و نوجوانان و بیماران مزمن خواهد بود. بخشهای فوق تخصصی نظیر روان‌پزشکی اطفال و نوجوانان، سالمندان و غیره، بدون توجه به محدوده جغرافیائی (Catchment area) به درمان بیماران فوق تخصصی می‌پردازند. به این ترتیب هر واحد بهداشت روانی مستقر در مراکز بهداشت روانی (بیمارستانهای روان پزشکی) مسؤلیت درمان ۵۰۰-۲۰۰ هزار نفر از جمعیت را برعهده خواهد داشت. تقسیم جمعیت می‌تواند در بیماریابی و پی‌گیری کمک مؤثری بنماید. همچنین به کادرهای بهداشت روانی این امکان را می‌دهد تا با کادرهای غیر تخصصی خود ارتباط صمیمی برقرار نمایند و آموزش در محیط دوستانه تداوم می‌یابد و امکان تحقیق در بُعد وسیعی فراهم می‌آید.

۴- پی‌گیری

پی‌گیری موارد پی‌گیری الزامی توسط کادرهای زیر انجام می‌شود:

(الف) کاردانهای مبارزه با بیماریها

(ب) بهداشتیاران کار

(ج) خانواده درمورد پی‌گیری توجیه و مسؤلیت پی‌گیری به عهده آنها گذاشته می‌شود.

(د) کاردان بهداشت خانواده

(ه) کاردان بهداشت مدارس

(و) کاردان بهداشت حرفه‌ای

(ز) رابط های بهداشت

(ح) پی‌گیری الزامی موارد در دفتر پی‌گیری موارد پی‌گیری با فرم اختصاصی پیوست صفحه بعد ضبط و طبق قوانین مراکز بهداشتی درمانی نسبت به پی‌گیری فعال آنها اقدام می‌شود.

(ط) ت کار کلینیک بهداشت روانی که معمولاً ۱-۳ روز

در ه د به اطلاع پزشکان مرکز بهداشتی درمانی

رسا و همکاری تنگاتنگ بین روان‌پزشکان این

بهداشتی مبارزه با بیماریها (یا کاردان خانواده در صورت غیبت و عدم حضور کاردان های مبارزه با بیماریها) طبق کتاب مدون انجام می‌پذیرد.

۳- پیاده شدن طرح

باانجام آموزشهای فوق زمینه برای پیاده شدن طرح آماده می‌شود و توسط سرپرست مرکز بهداشت شهرستان به مراکز بهداشتی درمانی آموزش دیده اعلام می‌گردد و مراحل زیر انجام می‌شوند:

۳- الف) بیماریابی

بیماریابی با کاربرد آموزشها و فرآیندهای زیر صورت می‌گیرد:

(الف - ۱) پزشکان آموزش دیده بیمارانی را که در محدوده طرح بهداشت روانی کشوری قرار دارند درمان می‌کنند. موارد مشکل برای بررسی بیشتر به کلینیک های بهداشت روانی اعزام و برای پی‌گیری موارد صرع و پسیکوز که پی‌گیری آنها الزامی است، جهت ضبط در دفتر موارد پی‌گیری الزامی به کاردان مبارزه با بیماریها معرفی می‌کنند. تهیه پرونده بهداشتی برای تمام ارجاع‌ها و مخصوصاً موارد بهداشت روانی ضروری است.

(الف - ۲) توجیه مدیران، معلمان دبیران و مراقبان بهداشت مدارس تحت پوشش، با برگزاری سمینار ۲-۳ ساعته برای توجیه طرح.

(الف - ۳) دعوت و آموزش پزشکان آزاد تحت پوشش با برگزاری سمینارهای ۲-۳ ساعته برای توجیه طرح.

(الف - ۴) آموزش مسؤولان کارخانه‌ها، پزشکان، بهداشتیاران کار و به‌طور کلی تمام کارگران کارخانه‌ها باحضور در کارخانه و برگزاری سمینارهای ۲-۳ ساعته برای توجیه طرح.

(الف - ۵) آموزش داروسازان و کارمندان داروخانه‌های تحت پوشش به صورت چهره به چهره یا دعوت برای شرکت در سمینار.

(الف - ۶) آموزش مردم در مساجد، حسینیه‌ها، پایگاه‌های بسیج ادارات و مساجد با برگزاری سمینارهای ۲-۳ ساعته درمورد بهداشت روانی و توجیه طرح.

(الف - ۷) درمان بیماران با توجه به پیاده شدن طرح بیمه عمومی مشکل عمده‌ای نخواهد داشت. مواردی که بیمه نیستند برای استفاده از بیمه خویش‌فرما یا امکانات کمیته امداد امام معرفی می‌شوند.

(الف - ۸) کلیه آموزشها توسط روان‌پزشکان، پزشکان و روان‌شناسان بالینی دوره دیده به منظور توجیه طرح بهداشت

روانی مدارس تدوین نمود. منتشر خواهد شد.

کمیته بهداشت روانی کشوری

کمیته بهداشت روانی کشوری که از استادان، کارشناسان و صاحب نظران بهداشت روانی کشور تشکیل یافته است نیازهای موجود به عهده دارد. اعضای این کمیته با ابلاغ کتبی وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی منصوب می گردند.

وظایف اعضای کمیته مزبور به شرح زیر است:

- برآورد نیروی انسانی مورد نیاز رده های مختلف بهداشت روان و برنامه ریزی جهت تربیت و تأمین آنها با هماهنگی مسئولان ذیربط.

- برنامه ریزی به منظور تحول آموزشی در زمینه آموزش سطوح مختلف تحصیلی در بهداشت روان و بهداشت عمومی.

- برنامه ریزی به منظور آموزش عمومی جامعه در زمینه های بهداشت روان و رفع نیازهای مشاوره ای مردم.

- سیاست گذاری و برنامه ریزی به منظور درمان به موقع و مناسب موارد روان پزشکی و احداث و توسعه مراکز درمانی سرپائی و بستری و کار درمانی در بیمارستانهای روزانه.

- سیاست گذاری و برنامه ریزی به منظور تهیه و تدارک اقلام داروئی و تجهیزات مورد نیاز وابسته به طرح بهداشت روان.

- سیاست گذاری و برنامه ریزی پژوهشی در زمینه بهداشت روان.

- برنامه ریزی به منظور بهره گیری از فرهنگ غنی اسلامی و ملی و به کارگیری آن در برنامه ریزی های اجرایی بهداشت روان (۴).

طبق مصویات این کمیته برگزاری جلسات آن لازم است سه هر ماه یک بار انجام شود ولی در سالهای اخیر این کمیته حداکثر هر سه سال یک بار برگزار می گردد. امیدوار هستیم با توجه به اهمیت این کمیته در این مورد تجدید نظر شود.

اهداف کمیته های بین بخشی بهداشت روانی استان و شهرستان

کمیته بهداشت روانی استان و شهرستان به منظور از بین بردن مشکلات و پیچیدگیهای خاص بهداشت روانی و به منظور ایجاد هماهنگی بین بخشی در طرح بهداشت روانی کشوری پیش بینی شده اند. این هماهنگی براساس خط مشی و

کلینیک ها با مراکز بهداشتی درمانی وجود خواهد داشت و سعی می شود جلسات معرفی بیمار و افزایش اطلاعات به صورت ماهیانه یا فصلی برگزار شود.

ی) مراکز بهداشتی درمانی در مورد پی گیری منظم موارد پی گیری الزامی ارزیابی خواهند شد.

۵- ارزیابی

ارزیابی طرح بهداشت روانی کشوری در مناطق شهری طبق شاخصهای ارزیابی طرح بهداشت روانی کشوری در مراکز بهداشتی درمانی کشوری انجام می پذیرد. این شاخص ها توسط نگارنده تدوین شده اند که به صورت مقاله جداگانه ای منتشر خواهند شد.

۶- آموزش

از مجموعه مراکز همکار در طرح بهداشت روانی کشوری می توان و باید برای آموزش دستیاران روان پزشکی، دانشجویان، کارشناسان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، پرستاران، دانشجویان و کاردانان مبارزه با بیماریها و دانشجویان دوره های کارشناسی و کاردانی رشته های مختلف بهداشت استفاده نمود.

۷- پژوهش

در مورد تنوع بیماریها، نیازهای داروئی، پرسنلی، تسهیلات بهداشت روانی می توان و باید تحقیق در سیستم ارجاع شهری انجام پذیرد. تحقیق و پی گیری در مدارس، کارخانه ها و کل جامعه مفید است.

در مناطق شهری رابطهای بهداشتی در مناطق معمولی و بهداشتی تیاران کار در محیطهای کارگری کار بهورزان را در مناطق روستائی انجام می دهند و پایگاههای بهداشتی، کارخانه بهداشت را در روستا انجام می دهند.

آموزش بهداشت روانی در مدارس

اینجانب با الهام از کارهای آقای پروفیسور مبشر در پاکستان اقدام به برنامه ریزی برای آموزش دبیران دبیرستانها براساس کتاب اختصاصی بهداشت روان برای کارشناسان و کاردانهای بهداشتی نمودم. بعداً آموزش دانش آموزان توسط دبیران خود انجام شد که نتایج عالی بود. آموزش دبیران توسط پزشکان عمومی و کارشناسان روان شناسی و در دوره آموزش ضمن خدمت دبیران انجام گردید. تداوم و گسترش این طرح می تواند قدم مهمی در بالابردن سطح اطلاعات دبیران، دانش آموزان و خانواده آنها داشته باشد و در بیماریابی و پی گیری و بالابردن سطح سلامت روانی و رشد جامعه مؤثر باشد. می توان این طرح اختصاصی کشوری برای بهداشت

- ۶- نماینده حوزه علمیه یا امام جمعه
 ۷- نماینده سازمان بهزیستی
 ۸- مسئول بهداشت و درمان زندان
 ۹- مسئول بهداشت روانی جانبازان
 ۱۰- مسئول بهداشت روانی بنیاد شهید
 ۱۱- نماینده صداوسیما

- ۱۲- خبرنگاران مطبوعات
 ۱۳- نماینده انجمن‌های مردمی بهداشت روانی
 ۱۴- نماینده‌ای از معتمدان شهر
 ۱۵- روان‌پزشکان نماینده مراکز بهداشت روانی.

برحسب مورد نیازهای موقعیتی می‌توان افراد صاحب‌نظر و علاقمند دیگری را نیز دعوت نمود. شرکت کننده در کمیته‌های بین بخشی بهداشت روانی حتی الامکان ثابت باشند تا بتوان به برنامه‌ریزی و نظارت لازم اقدام نمود.

منابع

1. Leon Eisenberg: Preventing Mental, Neurological and Psychosocial disorders. World Health Forum, 1990.
2. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams & Wilkins. 1995. pp. 2633-2677.
3. Tsung-Yi and C.C. Stanley: The scope of epidemiology in psychiatry. Public Health Series-16. World Health Organization, 1962.

۴ - دکتر غلامحسن خدائی: کارورزی بهداشت دانشجویان پزشکی. از انتشارات واحد هماهنگی و گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی خراسان.

۵ - کمیته بهداشت روانی کشوری: آئین‌نامه داخلی کمیته بهداشت روانی کشوری، ۱۳۷۰.

۶ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: طرح بهداشت روانی کشوری، ۱۳۶۷.

۷ - دکتر داود شاه‌محمدی: ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه. نشریه گروه بهداشت روانی اداره مبارزه با بیماریها و معاونت بهداشتی، ۱۳۶۹.

سیاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قانون اساسی جمهوری اسلامی صورت می‌پذیرد. اهداف کمیته به شرح زیر است:

۱- توجه اعضا در مورد دو هدف اصلی بهداشت روانی (پیش‌گیری از اختلالات روانی و ایجاد رشد در حد فردو جامعه).

۲- کشف مشکلات و امکانات موجود بهداشت روانی در سطح استان یا شهرستان.

۳- هماهنگی و برنامه‌ریزی برای از بین بردن مشکلات با توجه به اولویت‌ها.

۴- همکاری برای ایجاد امکانات مورد نیاز طرح بهداشت روانی کشوری (ایجاد کارگاه‌ها و بیمارستانهای روزانه، ایجاد مراکز مشاوره و راهنمایی).

۵- بررسی منابع موجود دولتی و مردمی برای برآوردن نیازهای موارد روان پزشکی و برنامه‌ریزی برای ایجاد منابع جدید متناسب با نیازها. برنامه‌ریزی برای برگزاری جلسات آموزشی در سطوح مختلف.

۶- پیگیری و نظارت بر حسن اجرای طرح براساس پیش‌بینی‌ها و برنامه‌های پیشنهادی برای هر سال در حد استان و شهرستان.

۷- هماهنگی برای کشف علل مشکلات اجتماعی (بزهکاری، اعتیاد، جرم و جنایت، مشکلات موقعیتی ویژه در هر استان و شهرستان).

۸- هماهنگی برای ارزیابی درجات رشد جامعه و الگوسازی در حد جهانی.

۹- هماهنگی و برنامه‌ریزی برای کشف مکانیسمهای ممکن برای آموزش به‌کارگیری نیروهای موجود در نهادهای دولتی و مردمی برای کمک به اهداف بهداشت روانی.

اعضای کمیته عبارتند از:

۱- یکی از معاونان استاندار در مرکز استان و فرماندار یا نماینده وی در شهرستانها.

۲- معاونت بهداشتی

۳- مسئول ستاد مبارزه با بیماریهای غیر واگیر

۴- مسئول بهداشت روانی استان و شهرستان بر حسب

مورد

۵- نماینده آموزش و پرورش