

گزارش پایانی طرح پژوهشی، برنامه عملیاتی جهانی سلامت روان (mhGAP)، بررسی دیدگاه

ها، سیاست ها، برنامه ها و تدوین شاخص های سلامت روان در ایران

مجری: دکتر احمد علی نوربالا

همکاران اجرایی: دکتر جعفر بوالهیری، دکتر عمران محمد رزاقی

خلاصه

سابقه و هدف: اختلالات روانی بخش عمده‌ای از بار بیماری‌های جهانی را به خود اختصاص داده است. بطوری که ۱۴ درصد از بار بیماری‌های جهانی متعلق به اختلالات روانی می باشد. از طرف دیگر سیستم بهداشت و درمان در سراسر جهان با چالش های عظیمی در ارائه مراقبت و حمایت از حقوق بشرفراد مبتلا به اختلالات روانی، عصبی و استفاده از مواد، روبرو است. به همین منظور سازمان جهانی بهداشت در سال های اخیر برنامه ای جهانی برای تامین سلامت روان در کشورهای عضو تدوین کرده است که در آخرین اجلاس خود در سال ۲۰۱۲ در قاهره همزمان با تبادل نظر کارشناسان کشورهای منطقه خواستار نهای شدن پیش نویس آن و عمومی سازی روش ها در کشور های عضو از جمله ایران شده است. هدف کلی از این طرح کمک به بومی سازی این برنامه جهانی، دستیابی به شاخص های جهانی و تشویق سازمان های مرتبط و علاقه مندان به مشارکت در اجرای آن است. هم چنین استخراج و پیشنهاد های شاخص های سلامت روان در برنامه های سلامت روان کشور و بومی سازی و کاربردی کردن این شاخص ها نیز از دیگر اهداف این طرح می باشد.

مواد و روش ها: در این پژوهش، علاوه بر ترجمه دو متن انگلیسی سازمان جهانی بهداشت (برنامه عملیاتی سلامت روان mhGAP و راهنمای عملیاتی افزایش مراقبت از بیماران عصبی روانی و سوء مصرف مواد)، دو جلسه هم اندیشی با صاحب نظران حوزه سلامت و سلامت روان تشکیل شد و سرانجام با نظر خواهی پست الکترونیک از برخی افراد کارشناس بین المللی، شاخص های سلامت روان برای کشور ایران، پیشنهاد گردید.

یافته ها: علاوه بر ترجمه دو متن مورد نظر از انگلیسی به فارسی، پس از بحث و تبادل نظر کلی، حدود بیست شاخص به شرح زیر، به عنوان شاخص های پیشنهادی سلامت روان جمهوری اسلامی ایران، پیشنهاد گردید. ۱- نسبت بودجه سلامت روان به بودجه کل سلامت و GNP، ۲- میزان سرمایه اجتماعی، ۳- میزان سواد سلامت روان و بهزیستی روان شناختی، ۴- میزان شیوع نشانه های اختلالات روانی (GHQ)، ۵- میزان شیوع و بار کلی اختلالات روانی (CIDI)، ۶- میزان شیوع و بار کلی اختلالات

رفتاری و روانی کودکان ونوجوانان، ۷- میزان شیوع وبارکلی معلولین ذهنی و روانی، ۸- میزان شیوع آسیب های روانی اجتماعی از قبیل:اعتیاد، خودکشی، قتل، خشونت خانگی وجرایم، ۹- میزان پوشش بیمه سلامت روان در سه سطح پیشگیری، ۱۰- میزان بهره مندی مردم از خدمات سلامت روان، ۱۱- میزان بهره مندی ورضایت مندی بیماران ومعلولین از خدمات سلامت روان وتوانبخشی، ۱۲- میزان پوشش خدمات سلامت روان درسوانح وحوادث، ۱۳- میزان پوشش خدمات سلامت روان درگروههای آسیب پذیر(کودکان کار، بی خانمان ها، زندانیان، مهاجرین ..)، ۱۴- میزان پوشش خدمات سلامت روان جامعه نگر (مراکز بهداشت روان جامعه نگر، مراکز روزانه، مراقبت درمنزل)، ۱۵- نسبت بیمارستان های عمومی دارای بخش روان پزشکی به بیمارستان های موجودرکشور، ۱۶- میزان تخت های روانپزشکی به کل تخت های بیمارستانی موجود کشور، ۱۷- ، نسبت نیروی انسانی تخصصی بهداشت روان موجود (شامل روان پزشک، روانشناس، روان پرستار، کاردرمانگر و گفتاردرمانگر) به کل جمعیت، ۱۸- نسبت نیروی انسانی تخصصی بهداشت روان (شامل روان پزشک، روانشناس، روان پرستار، کاردرمانگر و گفتاردرمانگر) شاغل در برنامه های دولتی به کل جمعیت، ۱۹- متوسط روزهای بستری بیماران روانی در بیمارستانها عمومی وتخصصی، ۲۰- میزان پژوهش های انجام گرفته در زمینه سلامت روان نسبت به سایر پژوهش های پزشکی از نظر تعداد واعتبار

نتیجه گیری: موضوع سلامت روان یکی از مولفه های بسیار مهم سلامت، ودرعین حال مغفول همه جوامع ازجمله نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران است . ضرورت دارد وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی ، به راهکارهای اجرایی برای برنامه عملیاتی سلامت روان مندرج در راهنمای کار سازمان جهانی بهداشت ونیز پیاده سازی شاخص های سلامت روان پیشنهادی اقدام نماید.

کلید واژه ها: شاخص، سلامت روان، mhGAP

بیان مسئله

تعریف سلامت: در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی "سلامت" به عنوان "نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت" بلکه "حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی" تعریف شده است (WHO, 1946). گرچه در این تعریف که قدیمی است به بعد معنوی نپرداخته است ولی هم بر اساس دیدگاه دینی وهم براساس بسیاری از نظرات اهل فن و از جمله کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، امروزه به بعد معنوی نیز اهمیت ویژه ای در شکل گیری سلامت داده می‌شود.

مفهوم سلامت روانی از نظر سازمان جهانی بهداشت چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و شامل موارد زیر است:

- ۱- خوب بودن ذهنی ، ۲- ادراک خود کار آمدی ۳- استقلال و خود مختاری ، ۴- کفایت و شایستگی، ۵- وابستگی بین نسلی ۶- خود شکوفایی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی (WHO, 2001) (۱).

تعریف اختلال روانی: حالات قابل توجه بالینی که با تغییرات در تفکر، خلق و هیجان و رفتار مشخص باشد و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد به عنوان اختلال رفتاری و روانی نامیده می شود. این تغییرات در محدوده طیف هنجار جامعه قرار نمی گیرند، بلکه به صورت واضح غیرعادی و پدیده بیمارگونه است و مداوم یا عودکننده می باشد (۲).

اهمیت موضوع: براساس اظهار نظر سازمان جهانی بهداشت، در سال ۱۹۹۰ میلادی، از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده اند پنج مورد آن مربوط به بیماری های روانی (افسردگی اساسی، سوء مصرف دارو و الکل، اختلال خلقی دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی- اجباری) است. و بر اساس پیش بینی های پژوهشگران بین المللی، رتبه بار اختلال افسردگی از رتبه چهارم در سال ۱۹۹۰ به رتبه دوم در سال ۲۰۲۰ میلادی، رتبه بار حواث و سوانح از رتبه نهم در سال ۱۹۹۰ به رتبه سوم در سال ۲۰۲۰ میلادی (قابل ذکر است کشور ما از این بابت در حال حاضر در وضعیت بدتری است)، رتبه بار عوارض جنگ از رتبه شانزدهم در سال ۱۹۹۰ به رتبه هشتم در سال ۲۰۲۰ میلادی (احتمال افزایش این رتبه پس از حادثه ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ و واکنش های بعدی بیشتر شده است)، رتبه بار خشونت از رتبه نوزدهم در سال ۱۹۹۰ به رتبه دوازدهم در سال ۲۰۲۰ میلادی، رتبه بار صدمه به خود از رتبه هفدهم در سال ۱۹۹۰ به رتبه چهاردهم در سال ۲۰۲۰ میلادی جایجا می شود (۳).

تاثیر عوامل مختلف روی سلامت متفاوت است براساس برآورد کمیته تعیین کننده های اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی، عوامل زیستی و ژنتیک ۵٪، نظام مراقبت از سلامت ۱۰٪، عوامل رفتاری ۳۰٪ و شرایط اجتماعی ۵۵٪ بر روی سلامت

تأثیر گذارند (WHO, 2008). در جدید ترین پیش بینی سازمان جهانی بهداشت، رتبه بار اختلال افسردگی در کشور های توسعه یافته از رتبه چهارم در سال ۲۰۰۲ به رتبه اول در سال ۲۰۳۰ میلادی و در کشور های در حال توسعه از رتبه چهارم در سال ۲۰۰۲ به رتبه دوم پس از HIV/AIDS در سال ۲۰۳۰ میلادی می رسد. رتبه بار بیماری دیابت که یک اختلال روان تنی است از رتبه بیستم در سال ۲۰۰۲ به رتبه یازدهم در سال ۲۰۳۰ میلادی افزایش می یابد (WHO, 2008) (۴).

سیستم بهداشت و درمان در سراسر جهان با چالش های عظیمی در ارائه مراقبت و حمایت از حقوق بشرفراد مبتلا به اختلالات روانی، عصبی و استفاده از مواد، روبرو است. منابع در دسترس ناکافی است، غیرمنصفانه توزیع شده و بازده آن کم است. به عنوان یک نتیجه گیری باید گفت که گروه کثیری از افراد مبتلا به این اختلالات هیچ گونه مراقبتی را دریافت نمی کنند. در سال ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی برنامه شکاف در بهداشت روان، راهنمای عملیاتی برای اختلالات روانی، عصبی و استفاده از مواد را به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط راه اندازی کرد. ۱۴٪ بار کلی بیماریها مربوط به این اختلالات است. تقریباً سه چهارم از بار این بیماریها مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است. منابع موجود در این کشورها ناکافی است و در اکثریت قریب به اتفاق این کشورها ۲٪ بودجه بهداشتی به سلامت روان اختصاص یافته است. این امر موجب شکاف زیاد در امر درمان در بیش از ۷۵٪ کشورهای با درآمد کم و متوسط شده است (۵).

سازمان جهانی بهداشت در اجلاس خود در سال ۲۰۱۲ در قاهره همزمان با تبادل نظر کارشناسان کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، خواستار نهایی شدن پیشنویس برنامه شکاف در بهداشت روان، راهنمای عملیاتی برای اختلالات روانی، عصبی و استفاده از مواد آن و عمومی سازی روشها در کشورهای عضو از جمله ایران شده است.

پیشینه پژوهش

نتایج پژوهشهای سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که اختلالات روانی کاملاً در تمام مطالعات در کشورهای مختلف شایع هستند. شیوع اختلال روانی مادام العمر در میان بیش از یک سوم از پاسخ دهندگان در بررسی سال ۲۰۱۲ سازمان بهداشت جهانی در ۵ کشور (کلمبیا، فرانسه، نیوزیلند، اوکراین و ایالات متحده آمریکا)، و بیش از یک چهارم در ۶ کشور (بلژیک، آلمان، لبنان، مکزیک، هلند و آفریقای جنوبی)، و بیش از یک ششم در ۴ کشور (اسرائیل، ایتالیا، ژاپن و اسپانیا) یافت شد. دو کشور باقی مانده یعنی، چین (۱۳/۲٪) و نیجریه (۱۲٪) شیوع قابل ملاحظه ای پایین تری را که به احتمال زیاد همراه با بی طرفی نبوده است برآورد شده است (۶).

اختلالات روانی در ایالات متحده شایع است. تخمین زده می‌شود ۲۶/۲ درصد از آمریکایی‌های ۱۸ ساله و بالاتر - در حدود یک چهارم بزرگسالان - از یک اختلال روانی قابل تشخیص در یک طول یک‌سال رنج می‌برند (۷).

براساس گزارش پروژه‌ی مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در اروپا (ESEMed)^۱ (۲۰۰۳) شیوع مادام‌العمر هر نوع اختلال خلقی ۱۴ درصد، هر نوع اختلال اضطرابی ۱۳/۶ درصد و هر نوع اختلال مصرف الکل ۵/۲ درصد گزارش شد. اختلال افسردگی اساسی (MDD)^۲ و هراس خاص (SP)^۳ از شایع‌ترین اختلالات منفرد بودند. زنان تقریباً دو برابر مردان در ۱۲ ماه از اختلالات اضطرابی و خلقی رنج می‌بردند، در حالی که مردان بیشتر از اختلال سوءمصرف الکل رنج می‌بردند (۸).

براساس فراتحلیل انجام شده در سال ۲۰۰۵ جمعیت بزرگسال اتحادیه‌ی اروپا بین سنین ۱۸ تا ۶۵ سال حداقل یک اختلال روانی را در طی ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده‌اند. شایع‌ترین اختلالات روانی شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، شبه جسمی و اختلالات وابستگی به مواد گزارش شدند. شایع‌ترین اختلالات خاص در تشخیص‌های ۱۲ ماه گذشته بین نمونه‌ها از سنین ۱۸ تا ۶۵ سال اختلال افسردگی اساسی (۶/۹٪)، هراس خاص (۶/۶٪) و اختلالات شبه جسمی (۶/۳٪). کم‌شایع‌ترین آنها اختلالات خوردن (۰/۴٪)، وابستگی به داروهای مخدر (۰/۵٪)، اختلال وسواسی-جبری (۰/۷٪) و اختلالات روانپریش (۰/۸٪) گزارش شد (۹).

شیوع طول عمر اختلالات روانی در اروپا در یک چهارم جمعیت عمومی تخمین زده شده است. حدود ۳۲ میلیون نفر جمعیت از ۱۰ کشور عضو اتحادیه‌ی اروپا در سال ۲۰۰۷ حداقل یک اختلال روانی را تجربه کرده‌اند، که بیش از ۲۲ میلیون یک اختلال اضطرابی، بیش از ۱۲ میلیون یک اختلال خلقی و نزدیک به ۳ میلیون اختلال مصرف مواد را تجربه کرده‌اند (۱۰).

براساس پژوهش سال ۲۰۱۰، در هر سال تخمین زده می‌شود که هر ساله ۳۸/۲٪ از جمعیت اتحادیه‌ی اروپا از یک اختلال روانی رنج می‌برند. در حالی که در مطالعه‌ی سال ۲۰۰۵ این مقدار ۲۷/۴٪ بود. اختلالات روانی شایع شامل این اختلالات بود: اختلالات اضطرابی (۱۴/۰٪)، بی‌خوابی (۷/۰٪)، افسردگی اساسی (۶/۹٪)، شبه جسمی (۱۶/۳٪)، وابستگی به الکل و دارو (۰/۴٪)، بیش‌فعالی بزرگسالان (۰/۵٪)، و دمانس (۱-۳۰٪ بسته به سن). در هر سال بالغ بر یک سوم جمعیت اتحادیه‌ی اروپا از اختلالات روانی رنج می‌برند. براساس این پژوهش، شیوع ۱۲ ماهه‌ی اختلالات اضطرابی بیشترین شیوع را در بین اختلالات داشتند (کلاً ۱۴٪) که شامل: ترس خاص (۶/۴٪) جمعیت هراسی (۲/۳٪)، ترس از مکان‌های بسته (۰/۲٪) و اختلال پانیک (۱/۸٪) بود. داده‌های جدید در مورد تفاوت‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال روانی پس از سانحه بر اساس گروه سنی قابل توجه

۱. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. اولین مطالعه‌ی برجسته‌ای که در ۶ کشور اروپایی انجام شد.

۲. Major Depressive Disorder

۳. Specific Phobia

است. بالاترین میزان اختلال اضطراب فراگیر در سالمندان ۶۵ سال به بالا (۳/۴٪) و پایین‌ترین میزان قابل توجه در گروه سنی بین ۱۴ تا ۶۵ سال (۱/۷٪) بود در حالی که در مورد اختلال روانی پس از سانحه میزان آن در سنین {۱۴ تا ۳۴ سال (۲/۹٪)، ۳۵ تا ۶۵ (۱/۳٪) و ۶۵ سال به بالا (۱/۱٪)} کاهش می‌یابد. اختلالات خلقی (۷/۸٪)، اختلالات شبه جسمی (۶/۳٪)، وابستگی به الکل، اپیوئید و کانابینس (۳/۴٪)، اختلالات روانپریشی (۱/۲٪) و اختلالات خوردن (کمترین) به ترتیب بعد از اختلالات اضطرابی دومین تا ششمین اختلالات رایج بودند (۱۱).

در سال ۲۰۰۸، از هر ۶ نفر در انگلیس یک نفر از یک اختلال روانی رنج می‌بردند به عبارتی تقریباً معادل ۸ میلیون نفر از جمعیت انگلیس از اختلالات روانی در رنج هستند (۱۲).

در سال ۲۰۱۲، فرانسه با جمعیت ۶۵ میلیون نفر، در حدود ۱۲ میلیون نفر جمعیت (حدود ۱۸/۴٪) از یک یا چند اختلال روانی رنج می‌بردند (۱۳).

در سال ۲۰۰۲، بیش از ۶/۷ میلیون نفر در کانادا با یک مشکل روانی یا یک اختلال روانی زندگی می‌کردند. حدود ۱۲ درصد از جمعیت کانادا یکی از اختلالات اضطرابی را تجربه می‌کنند. در سال ۱۹۹۸ حدود ۳۶۹۹ کانادایی در نتیجه‌ی خودکشی فوت شدند. اختلال اسکیزوفرنی ۱ درصد از جمعیت کانادا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حدود ۸ درصد از بزرگسالان کانادا اختلال افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند و تقریباً ۱ درصد اختلال دوقطبی را تجربه می‌کنند (۱۴).

در یک مطالعه‌ی فراتحلیل (۲۰۰۸) شیوع متوسط از ۰/۵٪ برای اسکیزوفرنی به ۹/۱٪ برای اختلال شخصیت بود. جمعیت هراسی و اختلال هراس خاص یا ساده که براساس پژوهش‌های سامرز^۱ و همکارانش از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۴ انجام شده بود شیوع یک ساله‌ی اختلال هراس خاص را در یک بازه‌ی زمانی از ۰/۱٪ در روستاهای تایوان به ۳/۲٪ در شهر فلورانس ایتالیا و شیوع یکساله‌ی جمعیت‌هراسی در یک بازه‌ی زمانی از ۰/۲٪ در کره‌ی جنوبی و در نیجریه ۴۴/۲٪ و در جمهوری روسیه ۲/۸٪ گزارش شد. شیوع یکساله‌ی هراس خاص در ایرلند شمالی ۰/۲٪ به ۱۱/۱٪ در نروژ برآورد شد. یافته‌ها برای اختلال افسردگی اساسی که براساس بررسی‌های وارایچ^۲ و همکارانش از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ انجام شده است نشان داد که میزان شیوع یکساله‌ی اختلال افسردگی اساسی از ۰/۶۴٪ در تائپیی به ۱۵/۴٪ در آدمارتیا برآورد شده است. در مورد میزان شیوع اختلال وسواسی-جبری که براساس ۱۹ مطالعه نتیجه‌گیری شد میانگین یکساله‌ی آن را ۱/۰٪ برآورد کرده است. میزان شیوع سوءمصرف الکل که از ۱۴ مطالعه نتیجه‌گیری گردید نشان داد که در آلمان کمترین میزان مصرف یعنی ۴/۱٪ و

¹.Somers

².Waraich

بالاترین میزان مصرف در نروژ ۱۰/۶٪ می‌باشد که متوسط شیوع یکساله‌ی آن ۵/۹٪ بود. میزان اختلالات سوءمصرف دارو در یکسال از ۰/۴٪ در مکزیک به ۳/۶٪ در آمریکا برآورد شده است که شیوع متوسط آن ۱/۸٪ بود. بالاترین میزان شیوع اختلالات روانی در بزرگسالان در ۱۲ ماه قبل از مصاحبه (شیوع متوسط در یکسال) شامل اختلالات شخصیت (۹/۱٪)، وابستگی یا سوءمصرف دارو (۵/۹٪)، دمانس (۵/۴٪)، اختلال افسردگی اساسی (۵/۳٪) و هراس ساده (۴/۸٪)؛ کمترین آنها شامل اسکیزوفرنی (۰/۵٪)، اختلال دوقطبی (۰/۶٪) است (۱۵).

بررسی سلامت روان در کشور لبنان در سال ۲۰۰۶، براساس معیارهای DSM-IV، (۱۷٪) از پاسخ دهندگان دارای این اختلالات شایع بودند: هراس خاص (۸/۲٪) و افسردگی اساسی (۴/۹٪). شیوع اختلالات اضطرابی (۱۱/۲٪) بسیار شایع‌تر از اختلالات کنترل تکانه (۶/۶٪) و سوء مصرف مواد (۱/۳٪) بود. اختلالات خلقی تعدادی بالاتری (۸/۷٪) از موارد جدی که در نتیجه‌ی اختلالات اضطرابی (۸/۴٪)، کنترل تکانه (۱/۲٪) و سوء مصرف مواد (۰/۷٪) پدیدار شده را توجیه می‌کرد. طبق این گزارش اختلالات روانی در لبنان شایع هستند به طوری که معادل شیوع اختلالات روانی در اروپای غربی که براساس زمینه-یابی WMH که در سال ۲۰۰۴ انجام شده است. می‌باشد با این تفاوت که تعداد افرادی که در لبنان دچار اختلالات روانی هستند و درمانی را دریافت نمی‌کنند بسیار بیش‌تر از کشورهای غربی است (۱۶).

بر اساس پژوهش در سال ۲۰۰۰ در استرالیا، شش اختلال اضطرابی، سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی، اپیزودهای افسردگی اساسی و اختلال افسرده‌خویی بسیار شایع است. شیوع این اختلالات در مردم استرالیا ۱۷/۸٪ تخمین زده شده است که ۰/۳۵٪ از آنها هم احتمالاً دو یا بیش از دو تشخیص از این اختلالات را داشتند. داده‌های گزارش شده از استرالیا شیوع بالایی را PTSD را در هر دو جنس و اختلال پانیک در زنان نشان می‌دهد (۱۷).

شیوع طول عمر اختلالات روانی براساس مطالعات همه‌گیر شناسی در سال ۲۰۱۲ در کره‌ی جنوبی بین سنین ۱۸ تا ۶۴ سال ۲۷ درصد گزارش شده است (۱۸).

بر اساس پژوهشی دیگر، حدود ۲۸/۴ درصد جمعیت تایلند در سال ۲۰۰۷ وضعیت سلامت روان نامناسبی را تجربه می‌کردند (۱۹).

روند یافته‌های پژوهشی سلامت روان در ایران

الف- بررسی سلامت روان در ایران (نوربالا و همکاران-۱۳۷۸): جامعه آماری این پژوهش جمعیت بالای ۱۵ سال کشور و حجم نمونه ۳۵۰۱۴ نفر (حدود ۰/۰۰۱ خانوارها) می‌باشد. ابزار پژوهش مورد استفاده، آزمون غربال‌گری GHQ-28

بوده است. شیوع نشانگان روانی کل کشور ۲۱٪ (۲۵/۹٪ زنان و ۱۴/۹٪ مردان)، شیوع اختلال روانی استان تهران ۲۱/۲٪ و شهر تهران ۲۱/۵٪ گزارش شده است (۲۰ و ۲۱).

ب- همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران (محمدی وهمکاران-۱۳۸۰): جامعه آماری در این مطالعه جمعیت ۱۸ سال و بالاتر کشور و حجم نمونه ۲۵۱۸۰ نفر بوده است. ابزار پژوهش نیز آزمون (SADS) شامل ۹۰۴ سوال می باشد. طبق نتایج شیوع اختلال روانی در کل کشور ۱۷/۱۰٪ (۲۳/۴٪ زنان و ۱۰/۸٪ مردان) و شیوع اختلال روانی استان تهران ۱۴/۲۹٪ برآورد شده است (۲۲).

ج- بررسی سلامت روانی شهر تهران در راستای پروژه سنجش عدالت (نوربالا وهمکاران-۱۳۸۷): جامعه آماری شامل جمعیت بالای ۱۵ سال شهر تهران و حجم نمونه ۱۹۳۷۰ نفر گزارش شده است. ابزار پژوهش آزمون غربال گری-GHQ-28 می باشد. شیوع اختلال روانی شهر تهران ۳۴،۲٪ (۳۷،۹٪ زنان و ۲۸،۶٪ مردان) محاسبه گردیده است (۲۳).

د- شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در ایران، نتایج پیمایش ملی سلامت روان (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰-۱۳۸۹): در این مطالعه مقطعی با نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای از خانوارهای ایرانی بر روی جمعیت ۱۵-۶۴ سال با استفاده از ابزار ویرایش دوم مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI) و با حجم نمونه ۷۸۸۶ نفر، میزان شیوع اختلالات روانپزشکی کشور در طول ۱۲ ماه گذشته عدد ۲۳/۶٪ (۲۶/۵٪ زنان و ۲۰/۸٪ مردان) برآورد شده است (۲۴).

بار بیماری‌های روانی

اختلالات روانی بخش عمده‌ای از بار بیماری‌های جهانی را به خود اختصاص داده است. بطوری که ۱۳ درصد از بار بیماری‌های جهانی در سال ۲۰۰۴ متعلق به اختلالات روانی بوده است (۲۵) ولی متأسفانه بار جهانی اختلالات روانی و سوء مصرف مواد بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در شرایط مطلق ۳۸ درصد افزایش یافته است (۵/۸ درصد در سرانه) و کل سالهای کارافتادگی (DALYS) از ۵/۳ درصد به ۷/۴ درصد افزایش یافته است. میزان DALYS برای اختلالات روانی در ایالات متحده‌ی آمریکا ۱۳ درصد بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، از ۳۱۶۲ به ۳۵۷۶ DALYS در ۱۰۰ هزار افزایش یافته است؛ در مقابل، میزان DALYS برای تمام کشورهای توسعه‌یافته ۵ درصد از ۳۰۱۶ تا ۳۱۶۹ در ۱۰۰ هزار افزایش یافته است. این افزایش در آمریکا عمدتاً مربوط به اختلال سوء مصرف مواد (۵۶ درصد) و اختلال افسردگی اساسی (۱۳ درصد) است. ۱۸۷ کشور از نظر بالاترین و بدترین بار اختلالات روانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، که ایالات متحده ۱۶۲ امین کشور برای اختلالات روانی در سال ۲۰۱۲ درجه بندی گردید (۲۶).

اختلالات روانی سهم عمده‌ای از بار بیماری‌های روانی در استرالیا را در بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۳، به خود اختصاص داده بودند. مطالعه‌ی انستیتوی سلامت و بهزیستی استرالیا در مورد بار آسیب‌ها و بیماری‌ها نشان داد که اختلالات روانی نزدیک به ۳۰ درصد از بار بیمارهای غیرکشنده را تشکیل می‌دهند و بیماری روانی به لحاظ بار بعد از بیماری قلب و سرطان رتبه‌ی سوم را دارد (۲۷).

برآوردهای روزآمد (WMH-2012) برای سال ۲۰۳۰ تخمین زده شده است که علت تمام ناتوانی‌های در سراسر دنیا اختلال افسردگی تک قطبی خواهد بود. در حالی که اختلال افسردگی اساسی تک قطبی در سال ۱۹۹۰ رتبه ۴ را تشکیل می‌داد. از سوی دیگر اختلالات روانی و رفتار دیگر، نظیر اختلالات مصرف الکل در جهان بار کمر شکنی را تحمیل خواهد کرد. بررسی WMH خطر بالای اختلالات روانی را در گروه جوانان را پیش‌بینی کرده است. قابل ذکر است که بخشی از بار بیمار-های روانی احتمالاً مربوط به وجود همزمان سایر اختلالات است (همبودی دو بیماری روانی و جسمی یا همبودی دو بیماری روانی). افراد دچار اختلالات روانی ناتوان کننده (به عنوان مثال: محدودیت کارکردها در سطوح جسمانی، شخصی و اجتماعی) کیفیت پایین زندگی را دارا هستند به طوری که خانواده و جامعه‌ی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۸).

باربیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و روانی در ایران پس از حوادث عمدی و غیر عمدی، رتبه دوم را در سال ۱۳۸۲ به خود اختصاص داده است (نقوی و همکاران، ۱۳۸۶) (۲۹).

شاخص‌های سلامت روان

تعریف شاخص: معیاری که به طور مستقیم یا غیرمستقیم تغییرات وقایع یا وضعیتها را اندازه گیری می کند و با استفاده از داده های خام، اطلاعات مفیدی جهت مقایسه فعالیتها یا برنامه ها با اهداف برنامه و یا استانداردهای بین بخشهای مختلف و استانداردهای ملی و جهانی و یا مقایسه دوره های زمانی را فراهم می سازد، شاخص گویند. اینکه چه معیارهایی در انتخاب شاخص نقش اصلی را دارد، موضوعی است که پژوهشها و نظرات متفاوتی در باره آن ارایه شده است. اما آنچه مهم است این است که: تناسب شاخص با تعریف سلامت روان، انطباق آن با استانداردها و توافق بین المللی، ناظر براینده نگری بودن برنامه، قابل اندازه گیری بودن، سادگی ارایه و تحلیل آن، اعتبار داشتن، حساس بودن و پایابودن از برخی ویژگیهای شاخص شمرده می شود.

طبقه بندی شاخص ها: شاخص به تنهایی ارزشی ندارد و همچنان که گفته شد برای اندازه گیری و مقایسه و به ویژه ارزشیابی پیشرفت برنامه است. به همین دلیل می توان انواع شاخص را برای انواع فعالیتها در یک برنامه و اطمینان به

دستیابی به تمام یابخشی از برنامه پیش بینی و تعریف کرد. یکی از ساده ترین طبقه بندی ها در شاخصها، تقسیم بندی آن به این شکل است: ۱- شاخص های برونداد ، ۲- شاخص های میانجی (واسطه ای)

طبقه بندی دیگری نیز به شرح زیر ارائه شده است:

الف) شاخصهای پایش: به شاخصهایی گفته می شود که ورودیها و فرایندها را در یک برنامه بررسی می کند. یا به عبارتی پایش به معنی اندازه گیری منظم متغیرها در طول زمان است. شاخصهای پایش، خود به دو دسته زیر تقسیم می شوند:

۱- شاخصهای ورودی^۱ : که به اطلاعات مورد نیاز برای انجام فعالیتها برمی گردد.

۲- شاخص های فرایندی^۲ : که فعالیتها در حال اجرا را اندازه گیری می نماید .

ب) شاخصهای ارزیابی^۳ : شاخصهایی که خروجیها و هدف نهایی را می سنجد یا به عبارتی به اندازه گیری آنچه که در پایان یک برنامه حاصل می شود می پردازد. شاخصهای ارزیابی، به سه دسته زیر تقسیم می شوند:

۱- شاخص هایی که خروجی فعالیت ها را اندازه گیری می کنند^۴

۲- شاخصهایی که پیامد فعالیتها را نشان می دهد^۵

۳- شاخصهایی که اثرات بلند مدت فعالیتها را نشان می دهد^۶

نمونه ای جدید از شاخص های تصویب شده سلامت روان و روانپزشکی اسکاتلند (۲۰۰۷) وجود دارد که این شاخص ها به سه دسته کلی تقسیم شده اند (۳۰).

۱. شاخص های مربوط به سلامت روان مثبت که به سه گروه شخصی، مربوط به جامعه و ساختاری تقسیم می شوند.

¹ Input indexes
² Process indexes
³ Assessment indexes
⁴ output index
⁵ outcome index
⁶ Impact index

۲. شاخص های مربوط به بیماری ها که هر یک از آن ها بر مبنای ابزار مشخص تشخیصی عمل می کنند.

۳. شاخص های مربوط به کار کرد سامانه های خدماتی که چندان به آن ها توجه نشده است.

۱/۱: شاخص های سلامت روان مثبت، شاخص های مربوط به فرد: آموختن و رشد ، سالم زیستن ، سلامت جسمی و عام ، معنویت ، هوش عاطفی

۲/۱: شاخص های سلامت روان مثبت، مربوط به جامعه: مشارکت ، تعلق به شبکه های اجتماعی ، حمایت اجتماعی ، اعتماد ، احساس ایمنی

۳/۱: شاخص های سلامت روان مثبت، شاخص های ساختاری: مساوات و برابری ، پذیرفته شدن اجتماعی ، تبعیض ، امنیت اقتصادی ، محیط فیزیکی ، زندگی شغلی ، خشونت

۲: شاخص های مربوط به بیماری ها: هر بیماری تنها در صورت تشخیص بر مبنای یکی از ابزار تشخیصی استاندارد شده نظیر GHQ وارد آمار می شود. بیماری ها عبارت هستند از: مشکلات روان پریشی، افسردگی، اضطراب، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، خودکشی، خود آزاری عمدی، مشکلات شایع گذرا

۳: شاخص های خدمات: نیروی انسانی، رابطه خدمات با شبکه بهداشتی درمانی، بخش های عمومی، خصوصی و بیمه، تعداد مراکز سطوح مختلف برای تشخیص، درمان، تداوم درمان و توانبخشی، در صد بودجه نسبت به کل بودجه کشور و بخش سلامتی

در گذشته یافتن شاخص های سلامت روان بسیار مشکل بود و اکثر آنها بر نرخ خودکشی متمرکز بودند هرچند که برای بهبود سلامت لازم بود اما کافی نبود. ارتقاء سلامت روان و پیشگیری از مشکلات سلامت از وظایف مهم ملل و سازمان های بین المللی است. این اهداف مستلزم استقرار شبکه های اطلاع رسانی فعال و سیستم های مؤثر و شاخص هایی برای دستیابی به سلامت روان جمعیت ها می باشد.

بسیاری از شاخص های سلامت روان در انگلیس (۲۰۰۸)، ارتباط بیشتری با محرومیت و فقر دارد و شاخص های مطرح شده بر روی بزرگسالان سنین ۱۸ تا ۶۴ سال متمرکز شده است. شاخص های سلامت روان شامل: محرومیت، نیازهای سلامت روان، افراد شاغل با مشکلات سلامت روان، مزایای ناتوانی، محدودیت های بیماری طولانی مدت، الکل، دارو، فعالیت فیزیکی، تغذیه سالم، سرمایه های اجتماعی و مشارکت در فعالیت های مدنی، تحصیل، یادگیری و رشد، خشونت و امنیت، قمار بازی، قومیت،

وضعیت سلامت جمعیت، استفاده از خدمات سلامت روان خاص، مراقبت‌های پرستاری و رزیدنتی، ثبت بیماری‌های شدید روانی توسط پزشکان عمومی، خودکشی، مداخلات، سودمندی مشارکت، ثبت خود آسیمی، گسترش ابزار وجود، حل بحران، مداخلات زود هنگام در سایکوز، مراقبت روزانه، بستری برای افسردگی و اضطراب، بستری برای اسکیزوفرنیا، تجویز مراقبت‌های اولیه، بررسی‌های دقیق خودکشی، مدیریت الکتروشوک درمانی (ECT)، کمیته‌ی قانون سلامت روان، اثربخشی مشارکت، خدمات تجربه‌ی کاربر، شکایات، زمینه‌یابی سالانه‌ی تجربه‌ی بیمار، ظرفیت نیروی کار، کارکنان روان‌شناسی بالینی، کارکنان پزشکی، پرستاران روانپزشکی، کاردرمانگران - هنردرمانگران، مشاوران و روان‌درمانگران، کارگزاران تحصیلات تکمیلی، و... (۱۲).

در بررسی شاخص‌های سلامت روان در سال ۲۰۱۲ کره‌ی جنوبی زمینه‌یابی انجام شد که حاصل آن ۳۰ شاخص سلامت روان بود که از این میان ۱۰ شاخص متعلق به نظام سلامت روان است. که ۵ شاخص پر اهمیت شامل: نرخ خودکشی، میزان افزایش درمان اختلال روانی، بار ناشی از اختلالات روانی، کفایت شناسایی مشکلات پروژه‌های سلامت روان و استخراج راه حل‌های مناسب، شیوع سالیانه‌ی اختلالات روانی (۱۸).

در سال ۲۰۰۰ برای اولین بار به منظور بررسی وضعیت سلامت روان در تایلند شاخص سلامت روان در سطح فردی مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های سلامت روان در سال ۲۰۰۰ تایلند دارای دو نسخه بود: کامل (۶۶ مورد) و کوتاه (۱۵ مورد)؛ با ۴ حوزه که شامل: وضعیت روانی، ظرفیت روانی، کیفیت روانی و عوامل حمایتی؛ و با ۲۰ زیر مجموعه. نمرات به ۳ گروه تقسیم شده بودند: سلامت روان خوب، متوسط و ضعیف. بررسی دیگر شاخص‌های سلامت روان در تایلند در سال ۲۰۰۳ در تمام مناطق آن انجام شد. که همانند شاخص‌های روانی سال ۲۰۰۰ شامل ۴ حوزه بود اما به جای ۲۰ زیر مجموعه به ۱۵ زیر مجموعه کاهش یافت. (۱۹).

شاخص‌های سلامت روان در سال ۲۰۰۷، در روسیه به صورت گسترده و به صورت زیر گزارش شده است: نرخ خودکشی، نرخ مرگ ناشی از مصرف دارو، الکل و یا نامشخص در بیماران روانی، شیوع اختلالات اضطرابی، افسردگ، مستی مضر و خطرناک، اقدام به خودکشی، دیسترس روان شناختی، اختلال روانی و ناسازگاری در کودکان و نوجوانان، نشاط، سرزندگی، آسیب روان شناختی، درسین ۱۴ تا ۱۸ سالگی: حس مهارت، اعتماد به نفس، حمایت اجتماعی، حوادث منفی زندگی، بدبختی‌های زندگی، درسین ۱۹ تا ۳۵ سالگی: تعداد برنامه‌های پیشگیری، حفاظت و ارتقاء سلامت، جلوگیری از خودکشی، و سرانجام تعداد تخته‌های روانپزشکی، تعداد مراکز درمانی سرپایی و بستری روانپزشکی برای بالغین، کودکان و نوجوانان، تعداد روانپزشکان بالغین و کودک و نوجوان، ... (۳۱).

هزینه‌های وارده و شکاف‌های درمانی

مسئله‌ای که مهم به نظر می‌رسد شکاف درمانی برای درمان اختلالات روانی در سراسر جهان است که در کشورهای کم درآمد و متوسط بین ۷۶٪ تا ۸۵٪ و با درآمد بالاتر ۳۵٪ تا ۵۰ درصد بیماران روانی شدید هیچ نوع درمانی را دریافت نمی‌کنند. بالغ بر دوسوم افراد مبتلا به بیماری‌های روانی هیچ نوع درمانی را دریافت نمی‌کنند چه در کشورهای پردرآمد و چه کم‌درآمد. در مطالعه‌ای نشان داده شد که ۷۴ درصد از افراد نیازمند خدمات مراقبت‌های سلامت هیچ نوع درمانی را از سوی متخصصین در یک دوره ۱۲ ماهه از سال دریافت نمی‌کنند. در سراسر جهان، میانگین افرادی که هیچ نوع درمانی را دریافت نمی‌کنند (شکاف درمانی) بین ۵۰ تا ۶۰ درصد برای بسیاری از اختلالات روانی است. در بسیاری از موارد انگ بیماری روانی هم نیز از سدی بر جستجوی درمان است و بنابراین یکی از شکاف‌های مهم درمانی می‌باشد. در نتیجه می‌توان گفت یکی از شکاف‌های مهم در سلامت روان شکاف بین درمان و نیاز است (۵ و ۳۲).

در یک فرا تحلیل انجام شده در سال ۲۰۰۸ که هزینه‌های وارده را برای هر اختلال منفرد تخمین زده است. برای اختلال هراس اختصاصی/ ساده در هر سال از ۱۱ میلیون دلار به ۲۰۰ میلیون دلار در هر سال برای اختلالات مصرف الکل و دارو برآورد شده است. تنها یک مطالعه بوده که هزینه‌های درمان وارده از سوی اختلالات شخصیت را برآورد کرده و از آنجایی که هیچ نوع تخمینی از درصد هزینه‌های درمانی این اختلال‌ها اطلاعاتی در دست نیست در جدول زیر نامشخص عنوان شده است. در آمریکا حدود ۴۴۶ میلیون دلار برای درمان اختلالات شخصیت برای هر فرد مبتلا هزینه می‌شود. کمترین هزینه‌ی سالانه‌ی درمان برای اختلال وسواس عملی- جبری است (۱۰/۶ میلیون دلار در هر سال). انواع هراس کمتر موجب ناتوانی می‌شود ولی با این حال در جوامع شایع هستند و هزینه‌های نسبتاً زیادی را تحمیل می‌کنند (جمعیت هراسی ۱۵/۷ میلیون دلار در هر سال و ۱۱/۰ میلیون دلار برای هراس اختصاصی تخمین زده شده است). در ایالات متحده‌ی آمریکا برای اختلال‌های نادر مانند اختلال اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی برای یک سال هزینه‌ها در حدود ۷۰ میلیون دلار در سال و بیشتر از این بوده است چرا که این دو اختلال با ناتوانی و کار افتادگی زیادی شامل می‌شوند. اختلال افسردگی اساسی شیوع نسبتاً بالاتر و از سطوح متوسط تا شدید را در برمی‌گیرد پس در نتیجه هزینه‌های زیادی را وارد می‌کند. براساس این مطالعه می‌توان استنباط کرد که اختلال‌های افسردگی اساسی (۹۷/۳ میلیارد دلار در سال)، اختلال‌های مصرف الکل (۲۲۶/۰ میلیارد دلار در سال) و وابستگی و سوء مصرف دارو (۲۰۱/۶ میلیارد دلار در سال) و اختلال اسکیزوفرنی (۷۰ میلیارد دلار در سال) و اختلال دوقطبی (۷۸/۶ میلیارد دلار در سال) و دمانس بالای ۶۵ سال (۷۶ میلیارد دلار در سال) اختلال وسواسی-جبری (۱۰/۶ میلیارد دلار در سال) اختلال پانیک (۳۰/۴ میلیارد دلار در سال)، اختلال اجتماع هراسی (۱۵/۷ میلیارد دلار در سال) و فوبیای ساده

(۱۱ میلیارد دلار در سال) بر ایالات متحده‌ی امریکا تحمیل می‌کنند و به دنبال آن ناتوانی و کارافتادگی زیادی را سبب می‌شوند و در نتیجه هزینه‌های درمانی زیادی هم بر جامعه و سیستم سلامت روان وارد می‌کنند (۱۵).

به طور کلی هزینه‌های سلامت روان در فرانسه ۱۰۹ میلیون دلار در سال تخمین زده شده است (۱۳).

آژانس پژوهش کیفیت مراقبت‌های سلامت در آمریکا خاطر نشان کرد که هزینه‌های مراقبت‌های سلامت روان در امریکا ۵۷/۵ میلیون دلار در سال ۲۰۰۶ تخمین زده شد که معادل هزینه‌های مراقبت در سرطان است اما برخلاف سرطان بیشتر بار اقتصادی بیماری‌های روان مربوط به هزینه‌های مراقبت نیست بلکه مربوط به از دست دادن درآمد به خاطر بیکاری و هزینه‌های اجتماعی و هزینه‌های غیر مستقیم دیگر که مربوط به مزمن بودن بیماری است (۳۳).

هزینه‌های مراقبت بیماری‌های سلامت روان در انگلیس ۱۰۵ میلیون دلار در سال می‌باشد که بزرگترین هزینه‌ی وارده به NHS می‌باشد (۳۴).

در ایران براساس نظر مسئولین اداره بهداشت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با وجود ۱۴٪ بار اختلالات روانی، میزان بوجه سلامت روان از کل بودجه سلامت به میزان ۳٪ می‌باشد که عددی قابل تامل می‌باشد.

نگاهی به گذشته بهداشت روان ایران

فعالیت‌های ساماندهی شده علمی روانپزشکی و بهداشت روان در ایران فراز و فرودی دارد که خود بحث مفصلی می‌طلبد و علاقمندان را به کتاب مرجع در این زمینه راهنمایی می‌نماییم (۳۵). ولی به اختصار بخشی از این روند براساس نگاه جناب آقای دکتر احمد محیط به شرح زیر اشاره می‌شود.

"**دهه پنجاه:** تاسیس انجمن توانبخشی پیش از انقلاب اسلامی، تاسیس مرکز آموزش و پژوهش روانپزشکی از سوی این انجمن در سال ۱۳۵۶ و آغاز برنامه‌های دستیاری روانپزشکی و کارشناسی ارشد پرستاری روانی، پژوهش فراگیر ملی در مورد اپیدمیولوژی بیماری‌های روانی، مفقود شدن نتایج پس از انقلاب، شروع ساختن مراکز جامع روانپزشکی و شکل‌گیری مفاهیم تیم، سطح خدماتی، ارجاع و...

دهه شصت: انحلال انجمن توانبخشی بدون مشورت با هیچ یک از مراکز و گروه‌های اصلی دانشگاهی، تاسیس انستیتو روانپزشکی تهران، تحول بنیادین در سامانه ارائه خدمات بهداشتی در کشور و ایجاد شبکه، تهیه پیش نویس برنامه کشوری

بهداشت روان در جریان یکی از کارگاه های آموزشی شبکه در کرمان، تدوین برنامه کشوری (ملی) بهداشت روان با مشارکت اساتید مراکز گوناگون و سازماندهی انستیتو روانپزشکی که در این برنامه "ادغام بهداشت روان در شبکه خدمات بهداشتی" استراتژی اصلی بود. این برنامه که به عنوان یک نقطه عطف بزرگ و موفقیت مهم در سطوح ملی، منطقه ای و جهانی شناخته شد؛ در آن زمان به خوبی پاسخگوی شرایط جمعیت شناختی، اقتصادی و اجتماعی کشور بود".

اما موضوع مهم آن است که این موارد برای زمان خود، ضروری و مفید بود و به تعبیر ایشان، "کشور با زمان تغییر می کند و شرایط سال ۱۳۵۷: جمعیت: ۳۵ میلیون نفر، نسبت جمعیت شهری/روستائی ۴۵، در صد افراد باسواد: ۳۲، تعداد دانشجوی: چند صد نفر، در صد دانشجوی زن ۱۵ تا ۲۰در صد، میزان طلاق: نسبتاً کم، میزان مرگ و میر اطفال: ۸۷ در هزار، تعداد روانپزشک: حدود ۱۲۰نفر، تعداد بهورز آموزش دیده در بهداشت روان: صفر، تعداد پزشک عمومی آموزش دیده: صفر، علت در صد بالای ابتلا و مرگ و میر: بیماری های واگیر دار و شرایط در سال ۱۳۹۱: جمعیت: ۷۵ میلیون نفر، نسبت جمعیت شهری/روستائی ۷۰در صد افراد با سواد: ۸۸،۲، تعداد دانشجو: ۶ میلیون نفر، درصد دانشجوی زن: بیش از پنجاه درصد، میزان طلاق: بالا و رو به افزایش، میزان مرگ و میر اطفال ۲۸ در هزار، تعداد روانپزشک: حدود ۱۸۰۰نفر، تعداد بهورز آموزش دیده ۲۰۰۰۰نفر، تعداد پزشک عمومی آموزش دیده: هزاران نفر، علت در صد بالای ابتلا و مرگ و میر: بیماری های غیر واگیر و بدیهی است که هر چه سرعت تغییرات بیشتر باشد زمان تطابق کم تر و و آثار استرس زای تغییر بیشتر می شود" (۳۶).

در هر حال به توجه به موارد پیشگفتار، ضرورت بازنگری در تدوین شاخص های سلامت روان در ایران امری حیاتی و عاجل به نظر می رسد و انجام این طرح، نیز در راستای تامین این نیاز انجام شده است.

هدف کلی پژوهش

در سال ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی برنامه شکاف در بهداشت روان، راهنمای عملیاتی برای اختلالات روانی، عصبی و استفاده از مواد را به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط راه اندازی کرد. ۱۴٪ بار کلی بیماریها مربوط به این اختلالات است. تقریباً سه چهارم از بار این بیماری ها مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است. منابع موجود در این کشورها ناکافی است و در اکثریت قریب به اتفاق این کشورها ۲٪ بودجه بهداشتی به سلامت روان اختصاص یافته است. این امر موجب شکاف زیاد در امر درمان در بیش از ۷۵٪ کشورهای با درآمد کم و متوسط شده است.

سازمان جهانی بهداشت در سال های اخیر برنامه ای جهانی برای تامین سلامت روان در کشورهای عضو تدوین کرده است که در آخرین اجلاس خود در سال ۲۰۱۲ در قاهره همزمان با تبادل نظر کارشناسان کشورهای منطقه خواستار نهایي شدن پیشنهاد آن و عمومی سازی روش ها در کشورهای عضو از جمله ایران شده است.

هدف کلی از این طرح کمک به بومی سازی این برنامه جهانی، دستیابی به شاخص های جهانی و تشویق سازمان های مرتبط و علاقه مندان به مشارکت در اجرای آن است.

اهداف فرعی پژوهش

- ۱- ترجمه و نشر دو متن "برنامه اقدام جهانی بهداشت روان" (mhGAP)^۱ و "راهنمای مداخله آن" (mhGAP-IG)^۲.
- ۲- استخراج شاخص های سلامت روان در برنامه های سلامت روان کشور.
- ۳- استخراج شاخص های سلامت روان از mhGAP و دو برنامه موفق کشوری سلامت روان در دیگر کشورها
- ۴- بومی سازی و کاربردی کردن شاخص های سلامت روان پیشنهادی برای کشور.
- ۵- کسب نظرات تخصصی، پیشنهادها و انتقاد های خبرگان سلامت روان و خدمات سلامت روان در کشور در مورد برنامه عملیاتی و شاخص های سلامت روان کشور و ارائه شاخص های نهایي.

نوع مطالعه ونحوه اجرای پژوهش

این بررسی به روش مطالعه اسنادی، مرور کتابخانه ای، نشست های کارشناسی و کسب نظر خبرگان کشوری در چند مرحله انجام شد.

در مرحله اول برای اجرای بند یک این پروژه، یکی از سندها mhGAP که حدود ۴۴ صفحه می باشد به سرکار خانم مهناز کلیشایوی کارشناس ارشد سلامت روان وزارت بهداشت، و سند دیگر mhGAP-IG که حدود ۱۲۱ صفحه می باشد به سرکار خانم دکتر کریمان، روانپزشک و از کارشناسان دفتر سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت ترجمه، قرارداد منعقد شد، هر دو ترجمه توسط مجری و جناب آقای دکتر بوالهروی به منظور اطمینان از صحت ترجمه مورد بازبینی قرار گرفت و خوشبختانه در حال حاضر هر دو متن ترجمه علمی شده است و فایل آن جهت هرگونه اقدام مقتضی بعدی (در صورت صلاحدید به صورت کتاب منتشرشود) به پیوست تقدیم می گردد.

¹Mental Health Global Action Plan.

² Mental Health GAP Intervention Guide, 2010, WHO, Geneva

در مرحله دوم و برای اجرای بند ۲ و ۳ نیز از طریق مطالعه کتابخانه ای و مرور مستندات مربوط، شاخص های کاربردی سلامت روان در برخی کشورها و سوابق قبلی شاخص ها در ایران نیز استخراج گردید که در پیشینه پژوهش آمده است. در این مرحله، شاخص های فعلی برنامه بهداشت روان نیز به شرح زیر استخراج گردید:

۱- شاخص های بیماری ها: موارد اصلی آن شامل چهار شاخص میزان اختلالات خفیف عصبی روانی و یا روان نژندی^۱، میزان اختلالات شدید روانی و یا روان پریشی^۲، میزان اختلالات تشنجی و یا صرع^۳ و میزان اختلال عقب ماندگی ذهنی^۴.

۲- شاخص های پوششی از قبیل: نسبت جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان در مناطق شهری و روستایی، نسبت شهرستان های تحت پوشش برنامه بهداشت روان، نسبت مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی تحت پوشش برنامه بهداشت روان، نسبت خانه های بهداشت تحت پوشش برنامه بهداشت روان، نسبت بیمارستان های عمومی دارای بخش روان پزشکی، نسبت نیروی انسانی شاغل در برنامه بهداشت روان (بهورز، کاردان و پزشک عمومی).

۳- شاخص های خدماتی از قبیل: میزان بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی تحت پوشش برنامه، میزان بیماران روانی تحت مراقبت و پیگیری و میزان بهبودی و عود بیماری های روانی در بیماران تحت پوشش می باشد.

در مرحله سوم جهت اجرای بند ۴ و ۵ نیز یک کارگاه یک روزه به منظور هم اندیشی، صاحب نظران برای تدوین پیش نویس شاخص های سلامت روان ایران ترتیب داده شد و از ۴۲ نفر از افراد مطلع و صاحب نظر دعوت به عمل آمد که ۳۲ نفر از افراد مدعو از جمله شخصیت هایی چون، جناب آقای دکتر ملک افضلی (استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و از صاحب نظران شاخص های سلامت)، دکتر احمد محیط (کارشناس سابق بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت)، جناب آقای دکتر غلامرضا میر سپاسی (رئیس انجمن علمی روانپزشکان ایران)، جناب آقای دکتر سید احمد جلیلی (مشاور منطقه ای انجمن جهانی روانپزشکان و رئیس سابق انجمن علمی روانپزشکان ایران)، دکتر الهیاری (رئیس سازمان نظام روانشناسی)، دکتر عباسعلی ناصحی (مشاور معاون بهداشت و مسئول دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت)، جناب آقای دکتر صابری زفرقندی (معاون درمان ستاد پیشگیری و درمان اعتیاد کشور)، دکتر بهزاد دماری، رئیس انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران، دکتر احمد علیپور رئیس انجمن علمی روانشناسی سلامت ایران، دکتر یعقوبی، رئیس انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران و جمعی از صاحب نظران روانپزشکی، روانشناسی و امور بهداشتی کشور در تاریخ ۱۳۹۱/۱۱/۲۶ در

¹ Neurotic Disorders

² Psychotic Disorders

³ Seizure Disorders or epilepsy

⁴ Mental Retardation

محل انستیتو روانپزشکی تهران برگزار شد و پس از طرح موضوع، سخنرانی کلیدی جناب آقای دکتر ملک افصلی، دکتر احمد محیط، دکتر بوالهروی و اینجانب، سه کمیسیون به اسامی زیر تشکیل شد:

الف - کمیسیون پیشنهاد شاخص های سطح اول سلامت روان در ایران

ب- کمیسیون پیشنهاد شاخص های سطح دوم سلامت روان در ایران

ج- کمیسیون پیشنهاد شاخص های سطح سوم سلامت روان در ایران

سرنجام در جلسه جمعی، شاخص های پیشنهادی به بحث گذاشته شد و با توجه شرایط بومی و فرهنگی، حدود ۳۷ شاخص پیشنهادی رصد سلامت روان به شرح زیر انتخاب گردید

❖ شاخصهای پیشنهادی کمیسیون ۱ (سطح اول پیشگیری):

- ۱- میزان تطابق برنامه های مصوب دولت با بهداشت روانی جامعه
- ۲- میزان مشاوره ژنتیک زوجین قبل از ازدواج و حاملگی برای غربالگری اختلالات رفتاری و روانی
- ۳- میزان برخورداری بانوان از مراقبت های سلامت عمومی و روانی در دوران بارداری، زایمان و پس از آن
- ۴- نسبت بودجه سلامت روان به بودجه کل سلامت عمومی در کشور و GNP
- ۵- میزان رضایتمندی از زندگی در رابطه با سلامت و سبک زندگی
- ۶- میزان آموزش مهارت های زندگی (مدیریت خشم و استرس، فرزند پروری...) از طرق مختلف نظیر مراکز آموزشی و رسانه ها

۷- میزان ادراک افراد از امنیت و سرمایه اجتماعی، اقتصادی در منزل، مراکز آموزشی، محیط کار و محله

۸- میزان مسائل مربوط به سلامت روان در محیط زیست بطور عام (آلودگی هوا- ازدحام- حقوق شهروندی)

۹- میزان ادراک افراد از رضایت اجتماعی- امیدواری و آنچه زیر عنوان کلی سرمایه روان شناختی آمده است .

۱۰- میزان آسیبهای روانی اجتماعی از قبیل اعتیاد، بیکاری- تبعیض، طلاق، خشونت خانگی و اجتماعی، عدم شفافیت، چرخش

اطلاعات در نظام اداری

۱۱- میزان آگاهی و نگرش آحاد جامعه و سیاستگذاران در زمینه سلامت روان، انگ و انگ زدایی

❖ شاخصهای پیشنهادی کمیسیون ۲ (سطح دوم پیشگیری):

- ۱- میزان شیوع نشانه‌های روان‌شناختی و اختلالات روانی بر اساس آزمون غربالگری در جامعه
 - ۲- میزان شیوع اختلالات اضطرابی (Panic-Pholde-GAD-OCD) در جامعه
 - ۳- میزان شیوع اختلالات خلقی (BMD- MDD) در جامعه
 - ۴- میزان شیوع مصرف موادمخدر و الکل (اپیوم - مواد محرک - داروها...) در جامعه
 - ۵- میزان شیوع سایکوز در جامعه
 - ۶- میزان شیوع سایکوز ناشی از مصرف مواد در جامعه
 - ۷- میزان شیوع افکار و اقدام به خودکشی در جامعه
 - ۸- میزان شیوع خشونت (فیزیکی-جنسی-کلامی...) در جامعه
 - ۹- میزان درصد نیروهای بهداشت روان (روانپزشک-روانشناس-مشاور-مددکار اجتماعی) نسبت به دیگر نیروهای سلامت
 - ۱۰- میزان درصد مراکز ارائه خدمات درمانی سرپایی روانپزشکی (کلینیک-مطب...) نسبت به دیگر مراکز پزشکی
 - ۱۱- میزان درصد مراکز ارائه خدمات درمانی بستری روانپزشکی و تخت‌های بستری (اورژانس-بیمارستان) نسبت به دیگر مراکز پزشکی
 - ۱۲- میزان پوشش بیمه سلامت روان در سه سطح پیشگیری
 - ۱۳- میزان بار کلی ناشی از اختلالات رفتاری و روانی در جامعه
 - ۱۴- میزان شکاف ناشی از بار کلی اختلالات روانی و میزان بودجه تخصیصی به سلامت روان
 - ۱۵- میزان شیوع اختلالات شناختی (آلزایمر- دمانس) در جامعه
- ❖ شاخص‌های پیشنهادی کمیسیون ۳ (سطح سوم پیشگیری):
- ۱- میزان ایجاد خدمات توانبخشی روانپزشکی مقرون به صرفه جهت کاهش بار مالی خدمات درمانی دولت
 - ۲- میزان تامین خدمات توانبخشی جامعه نگر برای بیماران

- ۳- میزان تامین و آموزش نیروی انسانی لازم برای توانبخشی روانپزشکی
- ۴- میزان فراهم کردن امکانات اشتغال برای بیماران نیازمند توانبخشی روانپزشکی، از جمله تامین سهمیه استخدام در مراکز دولتی و کارخانه ها
- ۵- میزان همکاری سازمان های بیمه گر در تامین هزینه خدمات توانبخشی مبتلایان به بیماریهای روانی
- ۶- میزان مشارکت و مسئولیت پذیری سازمانهای ذیربط دولتی و عموم مراکز در تدوین، مدیریت، تامین و اجرای خدمات توانبخشی، روانپزشکی
- ۷- میزان برخورداری بیماران دچار معلولیت روانی از امکانات تحصیلی، ترویج واسکان مناسب
- ۸- میزان انگزدایی از مبتلایان به معلولیت روانی (وذهنی)
- ۹- میزان رضایت از زندگی در مبتلایان به معلولیت روانی
- ۱۰- میزان آگاهی توانجویان از وجود مراکز ارائه خدمات توانبخشی روانپزشکی

در این مرحله مقرر گردید در جلسه دیگری با حضور خبرگان شاخص ها، شاخص های پیشنهادی نهایی تعیین گردند.

در مرحله چهارم در جلسه دیگری با حضور همکاران اجرایی، بحث و بررسی به عمل آمد و تصمیم گرفته شد پس از خلاصه کردن کارهای انجام شده در جلسه دیگری با حضور صاحب نظران مجرب از نظام بهداشتی و سلامت روان، شاخص های نهایی پیشنهادی تدوین گردد. و به همین منظور تاریخ جلسه بعدی برای کارگاه یک روزه به تاریخ ۱۳۹۲/۳/۲ تعیین گردید.

در مرحله پنجم جلسه هم اندیشی دیگری با حضور تعداد محدودتری از صاحب نظران از حوزه سلامت و پزشکی اجتماعی و روانپزشکی و روان شناسی در تاریخ پنجشنبه ۱۳۹۲/۳/۲ در محل انستیتو روانپزشکی تهران تشکیل شد و با ارزشیابی مجدد، به یازده شاخص نهایی دست یافتیم و مقرر شد این نتیجه را به افراد صاحب نظر ملی و بین المللی با پست الکترونیک ارسال نماییم تا نظرات آنها هم اعمال گردد در این رفت و برگشت، سه شاخص دیگر توسط جناب آقای دکتر محمد تقی یاسمی، مشاور بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت اضافه گردید و سرانجام چند شاخص دیگر از از ناحیه همکاران اجرایی وزارت بهداشت به عنوان شاخص، پیشنهاد گردید و در نهایت به بیست شاخص پیشنهادی اعم از سطح اول و دوم و سوم به شرح زیر نایل آمدیم.

شاخص های پیشنهادی سلامت روان جمهوری اسلامی ایران

ردیف	عنوان شاخص پیشنهادی سلامت روان	سازمان مسئول تولید شاخص	فاصله زمانی
------	--------------------------------	-------------------------	-------------

محاسبه شاخص			
سالانه	وزارت بهداشت با همکاری معاونت برنامه ریزی راهبردی ریاست جمهوری	نسبت بودجه سلامت روان به بودجه کل سلامت و GNP	۱
۵ سال	وزارت کشور و شوروی فرهنگ عمومی کشور	میزان سرمایه اجتماعی	۲
۳-۵ سال	وزارت بهداشت با همکاری دستگاههای ذیربط	میزان سواد سلامت روان و بهزیستی روان شناختی	۳
۳ سال	وزارت بهداشت با همکاری دستگاههای ذیربط	میزان شیوع نشانه های اختلالات روانی (GHQ)	۴
۵ سال	وزارت بهداشت با همکاری دستگاههای ذیربط	میزان شیوع و بار کلی اختلالات روانی (CIDI)	۵
۵ سال	وزارت بهداشت با همکاری وزارت آموزش و پرورش و دستگاههای ذیربط.	میزان شیوع و بار کلی اختلالات رفتاری و روانی کودکان و نوجوانان	۶
۵ سال	سازمان بهزیستی با همکاری دستگاههای ذیربط	میزان شیوع و بار کلی معلولین ذهنی و روانی	۷
۳-۵ سال	وزارت کشور و وزارت بهداشت، بهزیستی، نیروی انتظامی و قوه قضاییه	میزان شیوع آسیب های روانی اجتماعی از قبیل: اعتیاد، خودکشی، قتل، خشونت خانگی و جرایم	۸
۲ سال	وزارت بهداشت با همکاری وزارت رفاه	میزان پوشش بیمه سلامت روان در سه سطح پیشگیری	۹
۳-۵ سال	وزارت بهداشت با همکاری دستگاههای ذیربط	میزان بهره مندی مردم از خدمات سلامت روان	۱۰
۳-۵ سال	وزارت بهداشت با همکاری وزارت رفاه و دستگاههای ذیربط	میزان بهره مندی و رضایت مندی بیماران و معلولین از خدمات سلامت روان و توانبخشی	۱۱
۵ سال	وزارت بهداشت با همکاری جمعیت هلال احمر و دستگاههای ذیربط	میزان پوشش خدمات سلامت روان در سوانح و حوادث	۱۲
۵ سال	وزارت بهداشت با همکاری وزارت کشور	میزان پوشش خدمات سلامت روان در گروههای	۱۳

	دستگاههای ذیربط	آسیب پذیر (کودکان کار، بی خانمان ها، زندانیان، مهاجرین ..)	
۵ سال	وزارت بهداشت، بهزیستی و دستگاههای ذیربط،	میزان پوشش خدمات سلامت روان جامعه نگر (مراکز بهداشت روان جامعه نگر، مراکز روزانه، مراقبت در منزل)	۱۴
۳ سال	وزارت بهداشت با همکاری دستگاههای ذیربط	نسبت بیمارستان های عمومی دارای بخش روان پزشکی به بیمارستان های موجود کشور	۱۵
۳ سال	وزارت بهداشت با همکاری دستگاههای ذیربط	میزان تخت های روانپزشکی به کل تخت های بیمارستانی موجود کشور	۱۶
سالانه	وزارت بهداشت با همکاری نظام پزشکی و دستگاههای ذیربط	نسبت نیروی انسانی تخصصی بهداشت روان موجود (شامل روان پزشک، روانشناس، روان پرستار، کاردرمانگر و گفتاردرمانگر) به کل جمعیت	۱۷
سالانه	وزارت بهداشت با همکاری نظام پزشکی و دستگاههای ذیربط	نسبت نیروی انسانی تخصصی بهداشت روان (شامل روان پزشک، روانشناس، روان پرستار، کاردرمانگر و گفتاردرمانگر) شاغل در برنامه های دولتی به کل جمعیت	۱۸
سالانه	وزارت بهداشت با همکاری دستگاههای ذیربط	متوسط روزهای بستری بیماران روانی در بیمارستانها عمومی و تخصصی	۱۹
۲ سال	وزارت بهداشت با همکاری دستگاههای ذیربط	میزان پژوهش های انجام گرفته در زمینه سلامت روان نسبت به سایر پژوهش های پزشکی از نظر تعداد و اعتبار	۲۰

بحث

همانگونه که از مطالب قبلی استخراج می شود کشورهای مختلف جهان، شیوع متفاوت اختلالات روانی را گزارش کرده اند و و بالتبع بارکلی متفاوتی از نظام سلامت آنها ناشی از اختلالات روانی است و نیز شاخص های گوناگونی هم برای رصد سلامت روان خود برگزیده اند برخی کشورها از قبیل اسکاتلند به مقوله های جامع سلامت روان پرداخته اند و برخی کشورهای دیگر به رصد بعضی اختلالات روانی و تعدادی از رفتارها بسنده کرده اند. آمریکا و کشورهای اروپایی، شاخص های زیادی را در ارزیابی خود ملحوظ می دارند و در عوض برخی کشورهای آسیایی به میزان کمتری به این شاخص ها توجه نموده اند.

در کشور ما، با وجود دستاوردهای بسیار خوب بهداشت روان در کشور، نیاز به برنامه ریزی بر مبنای شرایط جدید جمعیتی و تغییرات اجتناب ناپذیر سامانه سلامتی ضروری است. نکات زیادی وجود دارد که باید به آن توجه شود، لیکن به نظر می آید چند نکته زیر مهم تر باشند:

✓ برنامه خدمات بهداشتی اولیه و بهداشت روان روستا - محورند و اکنون ما به برنامه هائی که بیشتر شهر- محور باشند نیاز داریم. برنامه فعلی بیمار- محور است و ما اکنون به برنامه ای انسان- محور که هم بیماران و هم غیر بیماران را پوشش دهد.

✓ امروز استرس کم کم جای ویروس را به عنوان یک عامل پاتوژن بیماری های غیر واگیر می گیرد.

✓ مسائل بهداشت روان از اولویت های رو به رشد کشور هستند و عدم توجه به آن ها می تواند عواقب جدی به همراه داشته باشد که نمونه هائی از آن ها را در صفحات حوادث رسانه ها می توان دید.

✓ تنظیم شاخص های منطقی و به کار گیری آن ها در پژوهش های مستمر می تواند نخستین قدم در نوسازی خدمات باشد.

ما با استفاده از مرور مستندات بسیاری از کشورها و کسب نظر متولیان و صاحب نظران کشور خودمان، بیست شاخص ذکر شده در جدول فوق را برای رصد سلامت روان جمهوری اسلامی ایران پیشنهاد می کنیم که البته چنانچه به تفصیل بیشتر پرداخته شود برخی از شاخص ها، خود شامل یک مجموعه ای از چند شاخص می باشند .

نظر به اینکه شیوع اختلالات روانی در ایران از میانگین کشورهای گزارش کننده در دنیا بالاتر است و از طرفی، به میزان ۱۴٪ بار کلی برنظام سلامت تحمیل می نمایند و با عنایت به شرایط اجتماعی و فرهنگی اقتصادی خاص، شاخص های پیشنهادی نیز در حد میانگین از کشورهای دارای شاخص تدوین گردید تا ضمن آنکه با رصد بهداشت روان از طریق شاخص ها، مستمراً اوضاع سلامت روان ارزیابی می شود امکان عملی و اجرایی کردن شاخص ها هم میسر باشد.

انتظار می رود که شاخص های پیشنهادی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، منعکس شود تا حسب صلاحدید و تامین اعتبار مالی آن، جهت اجرای مرحله ای وپلکانی شاخص ها اقدام نمایند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش، توسط معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران تامین اعتبار شده است و بنابراین در وهله اول ضرورت دارد از معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی، که با تصویب پروژه مراد در انجام این امر یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاری نمایم در وهله دوم از سرکار خانم دکتر کریمان، روانپزشک و کارشناس ارشد سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سرکار خانم کلشادی، کارشناس ارشد روان شناسی که زحمت ترجمه دو متن مربوط به سازمان جهانی بهداشت را عهده دار بودند لازم است تشکر ویژه داشته باشم.

بدیهی است این پروژه بدون اظهار نظر کارشناسی و تخصصی صاحب نظران و اهل فن که اسامی آنها در بخش های قبلی آمد میسر نمی گردید و بنابراین برخورد فرض می دانم که از یکایک بزرگواران و عزیزانی که در جلسات هم اندیشی و کارشناسی اول و دوم اعم از حضوری، تلفنی و یا با پست الکترونیک ما را یاری دادند خالصانه سپاسگزاری داشته باشم.

از سرکار خانم سمانه امانی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی که در امر پیشینه پژوهش، سرکار خانم مشیری پور و سایر عزیزانی که در امور اجرایی دوجلسه هم اندیشی ما را یاری دادند تشکر و سپاسگزاری می نمایم. سرانجام از سرکار خانم فاطمه نوربالا، دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، که در امر تدوین و ویراستاری و صفحه بندی مجموعه حقیر رایاری دادند صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

منابع

1. World Health Organization, The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope
2. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, ninth edition, 2009, Lippincott Williams & Wilkins.
3. نوربالا، احمدعلی. سلامت روانی اجتماعی و راهکارهای بهبود آن، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۰ صفحه: ۱۵۱-۱۵۶
4. World Health Organization, Report of the commission on the Social Determinants of Health, 2008
5. mhGAP : Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental,

- neurological and substance use disorders. World Health Organization 2008.
6. Alonso J. Burden of mental disorders based on the World Mental Health surveys. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(1):7-8.
 7. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-count-mental-disorders-in-america/index.shtml>. The Numbers Count: Mental Disorders in America.
 8. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(s420):8-20.
 9. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*. 2005;15(4):357-76.
 10. The burden of mental disorders in the European Union. EU-WMH project and the mental health reports. www.eu-wmh.org. 2007.
 11. Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-79.
 12. Wilkinson J, Bywaters J, Simms S, Chappel D, Glover G. Developing mental health indicators in England. *Public health*. 2008;122(9):897-905.
 13. Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *European Neuropsychopharmacology*. 2012.
 14. A Report on Mental Illnesses in Canada. Health Canada Editorial Board *Mental Illnesses in Canada*. 2002.
 15. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30(1):1-14.
 16. Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN, Fayyad JA, Nasser SC, Chatterji S, et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *The Lancet*. 2006;367(9515):1000-6.
 17. Vos T, Mathers CD. The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(4):427-38.
 18. Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. Development of mental health indicators in Korea. *Psychiatry investigation*. 2012;9(4):311-8.
 19. Mongkol A, Tangseree T, Udomratn P, Huttapanom W, Chuta W, editors. The development of Thai Mental Health Indicator (TMHI): from past to present. The 3rd international conference on gross national happiness towards global transformation Thailand; 2007.
 20. Noorbala A.A., S. A. Bagheri Yazdi; M. T. Yasami and K. Mohammad, Mental Health Survey of the Adult Population in Iran, *British Journal of Psychiatry* (2004) 184, 70-73.

۲۱. نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، عباس و یاسمی، محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران. مجله حکیم، دوره ۵، شماره ۱، بهار ۱۳۸۱. صفحه: ۱-۱۰.
22. Mohammadi M.R, Davidian.H, Noorbala A.A, Malekafzali H, Naghavi H.R, Pouretamad.H.R., BagheriYazdi. S.A., Rahgozar.M., Alaghebandrad.J., Amini.H., Razzaghi.E.M., Mesgarpour.B., Soori.H., Mohammadi.M., Ghanizadeh.A., “An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran”, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005, 1: 16, 1-8.
۲۳. نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، عباس؛ اسدی لاری؛ واعظ مهدوی، محمدرضا. بررسی سلامت روان در جمعیت بالغین شهر تهران در سال ۱۳۸۷. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹. صفحه: ۴۸۳-۴۷۹.
۲۴. امین اسماعیلی، معصومه؛ رحیمی موقر، آفرین و همکاران. شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در ایران: نتایج پیمایش ملی سلامت روان ۱۳۸۹-۱۳۹۰، کتاب خلاصه مقالات سی امین کنگره سالیانه انجمن روانپزشکان ایران، پاییز ۱۳۹۲. صفحه ۱۲۵.
25. Organization WH. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Document EB130 R. 2012;8.
26. Atkinson C, Lozano R, Naghavi M, Vos T, Whiteford H, Murray CJL. The burden of mental disorders in the USA: new tools for comparative analysis of health outcomes between countries. *The Lancet*. 2013;381:S10.
27. Aging DoHa. National Action to Improve the Quality of Mental Health Services ؛A summary of activity 1992–2003. 2005.
28. Ustün T. The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health*. 1999;89(9):1315-8.
۲۹. نقوی، محسن و همکاران. مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها در ایران، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۶
۳۰. سخنرانی جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی در اولین نشست هم اندیشی تدوین شاخص های سلامت روان در ایران، ۱۳۹۱ / ۱۱ / ۲۶ در محل انستیتو روانپزشکی تهران
31. Krasnov VTV. Mental Health Indicators in Russia ؛A Study of the Availability of European Indicators for the MINDFUL Project. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämisskeskus*. 2007 (SSN 1795-8210 (PDF)).
32. Challenges and priorities for global mental health research in low- and middle-income countries ؛Symposium report. 2008.
33. Insel T. The Global Cost of Mental Illness. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2011/the-global-cost-of-mental-illness.html>. 2011.
34. No health without public mental health, The case for action. Royal College of

Psychiatrists London. 2010.

۳۵. داویدیان، هاراطون، تاریخچه تکوین روانپزشکی نوین در ایران، انتشارات ارجمند ۱۳۸۷، تهران

۳۶. سخنرانی جناب آقای دکتر احمد محیط در اولین نشست هم اندیشی تدوین شاخص های سلامت روان در ایران،
در محل انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۹۱ / ۱۱ / ۲۶