

آموزش روان‌پزشکی در بهداشت روان: گزارش یک تجربه

دکتر محمدرضا قاسم‌زاده*

[دریافت مقاله: 1390/4/8؛ پذیرش مقاله: 1390/4/30]

روان‌پزشکی جامعه‌نگر که در برابر روان‌پزشکی بیمارستانی به‌وجود آمد، بر ارائه خدمات به‌وسیله گروه‌های روان‌پزشکی دربرگیرنده روان‌پزشک، روان‌شناس، مددکار، روان‌پرستار و گاه پزشک عمومی تأکید می‌کند. این موضوع در آموزش دستیاران تخصصی نیز در نظر گرفته شده است، به‌صورتی که در برنامه آموزشی دستیاران، برنامه‌ای سه‌ماهه برای آشنایی هر چه بیشتر با این حوزه تدوین شده است. در یکی از این برنامه‌ها دستیاران روان‌پزشکی در اردیبهشت ماه سال 1390 برای آشنایی با سطوح گوناگون برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه که برنامه سلامت روان نیز در آن ادغام شده بود، به شهرستان ساوجبلاغ در استان البرز سفر کردند، که گزارش آن بدین شرح است:

پیش از حرکت، هیچ ذهنیت خاصی وجود نداشت. پس از حدود 45 دقیقه به شبکه بهداشت شهرستان ساوجبلاغ استان البرز رسیدیم. هماهنگ با برنامه نزد خانم یکه‌فلاح رفتیم، که از پشتکار و علاقه زیاد او به کار، بسیار شنیده بودیم. وقتی در مورد کارش صحبت می‌کرد، لذت در تمام وجودش احساس می‌شد. هنگام صحبت از برنامه‌هایی که به‌صورت آزمایشی¹⁸ از سوی انستیتو یا سازمان جهانی بهداشت¹⁹ (WHO) در مرکز آن‌ها در حال انجام بود، برق شادی و غرور در چشمانش می‌رخشید. او آن‌قدر گرم و صمیمی برخورد می‌کرد که گویی سال‌هاست ما را می‌شناسد، هیچ بیگانگی در حضور وی احساس نمی‌شد. برنامه‌ای که برای ما در نظر گرفته بود، دعوت از رابطان بهداشت سلامت

یکی از چالش‌های پیش‌روی بیشتر کشورها بهداشت و سلامت است. در بیشتر کشورها تعداد کارکنان بهداشتی کم و توزیع آن‌ها نامناسب است، این مشکل در کشورهای فقیرتر شدیدتر است، زیرا هم منابع کمتر است و هم منابع موجود بیشتر در مناطق شهری متمرکز شده‌اند (چها¹، وارن² و مندرسون³، 2010). برای مثال با وجود معیار دست کم 2/5 نفر کارمند سلامت⁴ به ازای هر 1000 نفر جمعیت (چن⁵ و همکاران، 2004)، در کشوری مانند نپال تعداد پزشکان به جمعیت عمومی در شهرها 1 به 1000 و در روستاها 1 به 41000 نفر است (باترورث⁶، هایز⁷ و نیویان⁸، 2008)، یا در هند 74% پزشکان در شهرها کار می‌کنند که فقط 24% جمعیت هند را دربرمی‌گیرند (بیسواس⁹، سرکار¹⁰، اوماکنت¹¹، سینگسیت¹² و هند¹³، 2007)، در عراق نیز به ازای هر 300 هزار نفر یک روان‌پزشک وجود دارد (سادیک¹⁴، برادلی¹⁵، ال‌حسون¹⁶ و جنکینز¹⁷، 2010). برای حل شدن این مشکلات برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه طراحی و به دنبال آن ادغام بهداشت روان در این برنامه‌ها انجام شد. انجام این پروژه در کنیا که از فقیرترین کشورهای دنیاست، پیامدهای مفیدی داشت (جنکینز و همکاران، 2010). در کشور ما نیز ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه از راهبردهای اصلی برنامه سلامت روان است (محیط، شاه‌محمدی و بوالهروی، 1998)، که هدف آن ایجاد یک سامانه هرمی ارجاع است، که در قاعده آن داوطلبان بخش سلامت قرار دارند (شریفی، 2009).

* دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران،

دورنگار: E-mail: m.rezaghasemzadeh@yahoo.com021-66506853

1- Chhea
4- health worker
7- Hayes
10- Sarkar
13- Hande
16- Al-Hasoon

2- Warren
5- Chen
8- Neupane
11- Umakanth
14- Sadik
17- Jenkins

3- Manderson
6- Butterworth
9- Biswas
12- Singsit
15- Bradley
18- pilot

- qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*, 16(4), 201-206.
- Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. I., Brown, H., & Chowdhury, M. (2004). Human resources for health: Overcoming the crisis. *Lancet*, 364, 1984-1990.
- Chhea, C., Warren, N., & Manderson, L. (2010). Health worker effectiveness and retention in rural Cambodia. *Rural and Remote Health*, 10, 1391-1404.
- Jenkins, R., Kiima, D., Njenga, F., Okonji, M., Kingor, J., Kathuku, D., & Lock, S. (2010). Integration of mental health into primary care in Kenya. *World Psychiatry*, 9, 118-120.
- Mohit, A., Shahmohammadi, D., & Bolhari, J. (1998). Independent national evaluation of mental health (Iran-1995). *Andeesh va Raftar*, 3(3), 4-16. (Persian)
- Sadik, S., Bradley, M., Al-Hasoon, S., Jenkins, R., (2010). Public perception of mental health in Iraq. *International Journal of Mental Health Systems*, 4, 26-37.
- Sharifi, V. (2009). Urban mental health in Iran: Challenges and future direction. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(1), 9-14. (Persian)

روان بود. با رابطان بهداشت در مواردی مانند تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک آشنا بودیم، ولی نخستین بار بود که با رابطان بهداشت در حوزه سلامت روان برخورد داشتیم. حدود 30 نفر خانم که پس از آموزش، به عنوان رابط در این حوزه کار می کردند. کار آنان تشویق افراد برای مراجعه به روان پزشکی یا مشاور بود. آنان تعریف می کردند که هنگام تشویق افراد برای مراجعه به روان پزشکی یا مشاور با برخورد تند آن ها مواجه می شوند، ولی با این وجود، کم نبودند رابطانی که موفق شده بودند تعداد زیادی را به مراجعه راضی کنند. به یاد گرفته استادم افتادم که می گفت «زمانی کارشناسان WHO برای بازدید از اجرای برنامه مراقبت سلامت اولیه¹ (PHC) به ایران آمده بودند، پس از دیدن نمودار سازمانی پرسیده بودند پس جای مردم کجاست؟ تمام این برنامه که دولتی است»، و حالا در جواب آنان می توانستیم بگوییم این هم مردم عاشق ما! به دلیل محدودیت وقت، این جلسه خیلی سریع به پایان رسید. پس از آن راهی یک مرکز بهداشت شهری شدیم که روان پزشکی نیز در آن جا مستقر بود (سطح سوم تخصصی بهداشت روان در شبکه شهرستان)، قرار شد در آنجا چند بیمار را ویزیت کنیم. اگر تا کنون به دلیل وابستگی دانشگاه محل تحصیل به انستیتو روان پزشکی، می توانستیم به جز بیماران اسکیزوفرنیا² و دوقطبی³ بیمارستانی، مراجعان دیگری نیز داشته باشیم، در این جا می توانستیم بیماران متفاوت دیگری را نیز ببینیم. برخلاف بیماران انستیتو که بیشتر سواد و حمایت خانوادگی بالا دارند، در این جا دختری را می دیدی که از پدر معتادش می گفت، زنی که گریه می کرد و از کتک زدن های شوهرش می نالید... چه پاسخی به او می دادیم که با تمام وجود می خواست یاریش دهیم تا داستان سبز رویش را دوباره زمزمه نماید؟ آیا می شد او را تنها با دارو به خانه فرستاد؟ آیا یک سیتالوپرام⁴ دوی دردش بود؟ چشم ها را باید شست، جور دیگر باید دید...

منابع

- Biswas, R., Sarkar, N., Umakanth, S., Singsit, J., & Hande, M. (2007). Medical education and the physician workforce of India. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27, 103-104.
- Butterworth, K., Hayes, B., & Neupane, B. (2008). Retention of general practitioners in rural Nepal: A

1- primary health care
2- schizophrenia
3- bipolar
4- citalopram