

گشودن درها؛ مقایسه سامانه سلامت روان ایتالیا، اتریش و ایران

دکتر حمید طاهرخانی*

[دریافت مقاله: 1389/8/10؛ پذیرش مقاله: 1389/9/15]

آن‌ها تمامی امور مربوط به روان‌پزشکی بزرگسالان به صورت سرپایی، همچنین مدیریت درمان و خدمات بازتوانی صورت می‌گیرد. به‌طور متوسط برای هر 80460 شهروند ایتالیایی یک مرکز CMHC وجود دارد و در هر مرکز به‌طور متوسط چهار روان‌پزشک، دو روان‌شناس، دو مددکار اجتماعی یا درمان‌گر بازتوانی و 7/7 پرستار کار می‌کردند. در کل 24/8 متخصص برای هر 100000 ایتالیایی وجود دارد. در یک دوره سه‌ماهه از هر ده‌هزار شهروند، 90/8 نفر درمان شدند که از این تعداد 38% آنان برای نخستین بار مراجعه کرده بودند، 57% زن، 45/5% کم‌تر از 44 سال، 36% 45 تا 64 سال و 21/5% بیش از 64 سال داشتند. اختلال‌های روان‌پریشی⁵ (بیشتر اسکیزوفرنیا⁶)، خلقی⁷، اضطرابی⁸ و سایر اختلال‌ها به ترتیب 29%، 25%، 22/5% و 23/5% تشخیص‌ها را تشکیل می‌داد. نزدیک یک چهارم بیماران درمان‌های جامعه‌نگر را خارج از مراکز CMHC (مانند ویزیت در منزل و مداخله در جامعه) دریافت می‌کردند.

2- خدمات بستری حاد⁹ (AIF)

خدمات بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی ارایه می‌شود. این بخش‌ها با بیشینه تعداد 15 تخت با هدف تدوام در مراقبت، در ارتباط تنگاتنگ با مراکز CMHC هستند. برای هر ده‌هزار شهروند، 0/78 تخت بستری حاد دولتی وجود دارد که 88% آن‌ها در بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی، 10% در درمانگاه‌های روان‌پزشکی دانشگاهی و 2% در مراکز شبانه‌روزی CMHC قرار دارد.

نوشته حاضر گزارش بازدید از دو مرکز سلامت روان در دو کشور اتریش و ایتالیا (خرداد ماه 1389) و حاصل ملاقات با افراد شناخته‌شده‌ای است که به‌طور مستقیم در اصلاح سامانه سلامت روان کشورشان نقش داشتند. ایتالیا تنها کشور بدون بیمارستان روانی جهان است، در اتریش نیز تعداد تخت‌های روان‌پزشکی پایین و خدمات بازتوانی پیشرفته است. امید است این نوشتار مورد توجه همکاران محترم و مسئولان سلامت روان کشور قرار گیرد.

ایتالیا

سی سال پیش قانون اصلاح گرایانه در روان‌پزشکی به تغییر اساسی در مفهوم مراقبت و سلامت روان در ایتالیا منجر شد. در این قانون تأکید شد که باید بیمارستان‌های روان‌پزشکی تعطیل و خدمات سلامت روان تنها به‌وسیله مراقبت مبتنی بر جامعه¹ ارایه شود (تورسینی²، 2008). پس از تصویب این قانون، نزدیک به بیست سال طول کشید تا در پایان دهه 1990 میلادی تمام بیمارستان‌های روان‌پزشکی ایتالیا برچیده شد (تانسلا³، 2007). بنابراین ایتالیا نخستین کشوری بود که در آن مراقبت سلامت روان تنها به‌صورت ارایه خدمات در شبکه جامعه بنیان گذاشته شد (تورسینی، 2007). در ادامه در مورد شبکه خدمات سلامت روان ایتالیا توضیح داده می‌شود:

1- مراکز سلامت روان جامعه‌نگر⁴ (CMHC)

این مراکز هسته اصلی سامانه مبتنی بر جامعه هستند که در

* روانپزشک، مشاور دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و سرپرست مرکز توان‌بخشی طلوع. تهران، میدان المپیک، شهرک گلستان، بلوار گلها، بنفشه 14، پلاک 2، مرکز توان‌بخشی طلوع. دورنگار: 021-44701558، E-mail: taherkhani@health.gov.ir

1- community care
3- Tansella
5- psychotic disorders
7- mood disorders
9- acute inpatient facilities

2- Toresini
4- community mental health centers
6- schizophrenia
8- anxiety disorders

اتریش

تا اوایل دهه 1970 میلادی دو سامانه موازی در مراقبت روان پزشکی در اتریش وجود داشت: 1- بستری بیماران روان پزشکی در ده بیمارستان روانی بزرگ همراه با 3 بخش کوچک دانشگاهی انجام می شد. در کل تعداد 12000 تخت (16 تخت برای هر 10000 نفر جمعیت) وجود داشت. در سال 1974، 40%، 20% و 20% بیماران به ترتیب مبتلا به اسکیزوفرنیا، عقب افتادگی ذهنی⁵ و دمانس⁶ بودند، نزدیک به 60% بیماران بیش از دو سال و بیش از 90% به صورت اجباری در بیمارستان بستری بودند. 2- درمانگاه های عصبی-روان پزشکی⁷ که به بیماران روان پزشکی و عصب شناختی خدمات سرپایی ارایه می کرد.

به دلیل فاصله جغرافیایی زیاد میان این خدمات، هیچ ارتباطی میان این دو سامانه وجود نداشت، اما پس از گذشت سی سال این موقعیت به طور اساسی تغییر کرد؛ بسیاری از خدمات ارایه شده به وسیله دو سامانه به یک تصویر چندگانه تکامل پیدا کرده، بیش از 40 مرکز خدمات روان پزشکی کوچک تر به وسیله منابع گوناگون (از جمله شرکت های بیمه) تأسیس شد و خدمات مبتنی بر جامعه به صورت مراکز اقامتی، روزانه و سرپایی به وسیله سامانه خدمات حمایتی راه اندازی شد. در حال حاضر تعداد تخت های بیمارستانی به کمتر از 5000 عدد (شش تخت برای هر 10000 شهروند) رسیده است. همچنین به تازگی درمانگاه های عصبی-روان پزشکی به دو بخش جدا یعنی عصب شناختی و روان پزشکی تقسیم شده است. بسیاری از متخصصان نیز (از جمله روان شناسان و روان درمانگران) در مؤسسه ها⁸ و مراکز سرپایی در حال کار هستند (کتشینگ⁹، 2003).

در حال حاضر مشکل اصلی این است که چگونه می توان به پراکندگی منابع مالی ارایه کننده خدمات چیره شد، زیرا این پراکندگی در پشتیبانی مالی باعث شده است انتقال بیمار میان بخش های بستری و روزانه، همچنین میان خدمات پزشکی و اجتماعی با دشواری همراه باشد. از سوی دیگر به دلیل ساختار سیاسی فدرالی¹⁰ اتریش، هر استان مستقل عمل می کند،

همچنین به ازای هر ده هزار نفر 0/94 تخت خصوصی وجود دارد. در کل تعداد تخت های بستری حاد برای هر ده هزار ایتالیایی 1/72 است.

تمام خدمات عمومی و خصوصی به صورت 24 ساعته به وسیله کارکنان دو شیفت صبح و شب انجام می شود. طول مدت بستری بسته به نوع خدمات متفاوت است، به طوری که متوسط روزهای بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان های عمومی، درمانگاه های روان پزشکی دانشگاهی، CMHCs شبانه روزی و بخش های خصوصی به ترتیب 11/4، 17/8، 21/1 و 37/6 روز بود. بستری اجباری 12/9% موارد را شامل می شد؛ میزان بستری اجباری در سال 1975 (سه سال پیش از قانون اصلاح گرایانه) 50% بود، در سال 1984 به 20% و 10 سال بعد یعنی سال 1994 به 11/8% کل موارد بستری ها رسید. میزان بستری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی¹ و اختلال افسردگی تک قطبی² در بخش های عمومی (و خصوصی) به ترتیب 37/9% (25/9%)، 18/4% (19/6%) و 16/1% (20%) بود. در میزان بستری در بخش های خصوصی و عمومی، سن و جنسیت تفاوت چشمگیری نشان می دهد، به طوری که مردان جوان بیشتر در بخش های عمومی پذیرش می شوند، در حالی که یک سوم تخت های خصوصی مربوط به زنان 65 سال و بالاتر است.

3- خدمات اقامتی جامعه نگر³ (CRF)

در سال 2000 در ایتالیا 1370 مرکز اقامتی و برای هر 10000 فرد بالای 14 سال، 3/5 تخت وجود داشت. 73% مراکز اقامتی کارکنان 24 ساعته داشتند، تعداد متوسط کارکنان تمام وقت 8/2 نفر و نسبت کل بیماران به کارکنان تمام وقت 1/4 به 1 بود. در سه چهارم مراکز هیچ محدودیت زمانی وجود نداشت و پذیرش و ترخیص بیماران به صورت نامحدود انجام می شد. برای بسیاری از بیماران مزمن این مراکز حکم «یک خانه برای زندگی» را داشت، نه یک خدمت موقتی. محیط زندگی نسبتاً مناسب بود؛ در هر مرکز به طور متوسط 12/5 تخت وجود داشت، بیشتر اتاق ها دو نفره بود و به فضای باز مانند باغچه دسترسی داشت. ساکنان این مراکز به فعالیت های خارج از محل سکونت گوناگونی دسترسی داشتند، ولی 45% بیماران به صورت کلی غیر فعال بوده، در فعالیتی شرکت نمی کردند (لورا⁴، 2009).

1- bipolar disorder

2- unipolar depressive disorder

3- community residential facilities

4- Lora

6- dementia

8- institutes

10- Federal

5- mental retardation

7- neuro-psychiatric

9- Katschnig

4- سازمان بهزیستی: از سال 1380 توان بخشی برای بیماران روانی مزمن به سازمان بهزیستی کشور سپرده شد که پیرو آن مراکز توان بخشی شبانه‌روزی، روزانه، ویزیت در منزل، اوتیسم و خانه‌های نیمه‌راهی با سرپرستی این سازمان راه‌اندازی شد. بیشتر این مراکز به صورت خصوصی اداره شده، از یارانه سازمان بهزیستی استفاده می‌کنند.

مقایسه سه کشور

در ایتالیا نکته خیره‌کننده، نبودن در بسته حتی برای بیماران حاد است. در شهر مورد بازدید، مان⁴، که در شمال ایتالیا واقع شده است، جمعیت 120 هزار نفری به وسیله یک سامانه سلامت روان متمرکز پوشش داده می‌شود. نقطه قوت بزرگ این سامانه، مدیریت آن به وسیله گروهی واحد و ضعف آن وابستگی مستقیم به بودجه دولتی است.

در اتریش در شهر مورد بازدید، کلاگنفورت⁵، که در استان جنوبی قرار دارد، چند سامانه غیردولتی، از جمله پرومته⁶، هدایت سلامت روان غیربیمارستانی را بر عهده دارند. این سامانه تمام بخش‌ها از جمله مشاوره‌های سرپایی، پیگیری پس از ترخیص، خانه‌های نیمه‌راهی، مراکز روزانه، بازتوانی شغلی و اشتغال حمایتی را دارا هستند. مدیریت بیمارستان جداگانه و به طور مستقیم به وسیله سامانه بهداشت و درمان استان مربوط اداره می‌شود. سازمان‌های غیردولتی در تمام استان‌ها فعال بوده، در عمل و روش‌های درمانی استقلال دارند.

در ایران به طور کلی سامانه سلامت روان بیشتر متوجه درمان بوده، به پیشگیری و بازتوانی توجه کمتری می‌شود (طاهرخانی و همکاران، 2008)، ولی به هر حال ادغام سلامت روان در سامانه PHC به‌ویژه در مناطق روستایی یک نقطه قوت بوده، مورد توجه سازمان‌های بین‌المللی، مانند سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است. از سوی دیگر در دهه اخیر توان بخشی مورد توجه سازمان بهزیستی قرار گرفته است و هرچند بعضی بیماران در مراکز شبانه‌روزی توان بخشی به مدت طولانی نگهداری می‌شوند، به‌ویژه در سال‌های اخیر زیاد شدن مراکز روزانه و ویزیت در منزل امیدوارکننده بوده است. ویژگی‌های اصلی سامانه سلامت روان در ایتالیا، اتریش و ایران به طور خلاصه در جدول 7 آمده است.

بنابراین در روند اصلاحات در ایالت‌ها نامتوازی وجود دارد. همین ساختار فدرالی مانع ایجاد یک تعریف مشترک برای ارائه خدمات و معیار کیفی مربوط به بیمه‌ها در خارج از بیمارستان شده است (پلاتر¹ و پلشوتزیگ²، 2007).

ایران

با ورود روان‌پزشکان آموزش‌دیده در فرانسه، از سال 1316 روان‌پزشکی جدید در ایران آغاز شد. با تأسیس بیمارستان‌های جدید روانی و افزون شدن تخصص‌هایی مانند روان‌شناسی، روان‌پرستاری، مددکاری و کاردرمانی خدمات سلامت روان در ایران گسترش یافت و در حال حاضر خدمات سلامت روان در ایران به صورت زیر ارائه می‌شود:

1- تخت‌های روان‌پزشکی برای بیماران حاد: در سال 1384 در سطح کشور تعداد 34 بیمارستان روان‌پزشکی با 6489 تخت و تعداد 74 بخش روان‌پزشکی با ظرفیت کلی 1934 تخت در بیمارستان‌های عمومی کشور فعال بودند (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، 2008a).

ارایه خدمات به دو صورت دولتی و خصوصی انجام می‌شود و در بیشتر موارد بیماران به وسیله خانواده‌ها و به روش مراجعه مستقیم بستری می‌شوند. بیماران پس از ترخیص به سلیقه خود به درمانگاه سرپایی بیمارستان یا مطب روان‌پزشکان مراجعه می‌کنند. 2- درمانگاه‌های سرپایی و مطب‌ها: با مراجعه مستقیم بیماران، خدمات سلامت روان در این مراکز به وسیله روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران و کاردرمان‌گران ارائه می‌شود. 3- سامانه مراقبت‌های سلامت اولیه³ (PHC): گسترش سلامت روان در ایران با توجه ویژه به ادغام سلامت روان در سامانه PHC صورت گرفته و در روستاها موفقیت زیادی داشته است، به طوری که در سال 1387 مراکز بهداشتی-درمانی به نزدیک 95% جمعیت روستایی زیرپوشش، خدمات بهداشت روان ادغام‌یافته در PHC ارائه می‌کردند. ولی طرح ادغام برخلاف روستاها، در شهرها گسترش کمی داشت، به طوری که تنها برای 37% جمعیت زیرپوشش این ادغام صورت گرفت. در این مراکز بیماری‌های عمده روان‌پزشکی در مناطق زیرپوشش شناسایی شده، مراقبت‌های اولیه دارویی به عمل می‌آید و در صورت نیاز به سطوح بالاتر درمانی ارجاع می‌شود (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، 2008b).

- health care* (Not Published). (Persian)
- Taherkhani, H. (2009). The open door centers as a symbol for de-stigmatization and versatility of services. *The First National Seminar on Schizophrenia & Chronic Mood Disorders, Service Delivery & psycho-Social Rehabilitation*. Iranian Society Supporting Individuals with Schizophrenia (ISSIS) & University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Iran, Tehran, 19-21 May 2009, 165-166. (Persian)
- Taherkhani, H., Motamedi, H., Ghanbari, A., Ahmadvand, A., Mirtalaei, M., Salahi, S., Karimzadegan, A., & Malekshahi, M. (2008). *The principle of rehabilitation in chronic psychiatric patients*. Tehran: Pardis Pub. (Persian)
- Tansella, M. (2007). The long journey of monitoring and evaluating a new mental health service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 437, 3-5.
- Toresini, L. (2007). No restraint system in Italy. 47th International neuropsychiatric pula Congress. *Neurologia Croatica*, 56, 6-40.
- Toresini, L. (2008). The de-institutionalisation as a therapeutic Practice, Meeting of the European National Counterparts from NIC for the WHO Mental Health Programme, Meran, Italy.

دکتر جعفر بوالهری، رئیس انستیتو روان پزشکی تهران و دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و درمان صمیمانه قدردانی می شود.

منابع

- Katschnig, H. (2003). *Mental health in Austria. Federal ministry of health and woman*. Austria, Vienna: Gunther Stefanits.
- Lora, A. (2009). An overview of mental health system in Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 45 (1), 5-16.
- Platz, T., pleschutzgig, E. (2007). *Seelische gesundheit in Kaernten*. Promente: Linz.
- Psycho-Social Health & Addiction Office, Ministry of Health and Medical Education of I.R. Iran (2008a). *The geographical distribution of psychosocial disorders resources and services in Iran, year 2005*. Kerman: Research Deputy of Kerman University of Medical Sciences Pub. (Persian)
- Psycho-Social Health & Addiction Office, Ministry of Health and Medical Education of I.R. Iran (2008b). *Report of integration of mental health to primary*