

نگاهی به تاریخچه وضعیت تخت‌های روانپزشکی در ایران: از دارالمجانین تا بخش روانپزشکی در بیمارستان عمومی

دکتر محمدباقر صابری زفرقندی^(۱)، هانیه‌السادات باقری یزدی^(۲)

چکیده

کمبود تخت‌های بیمارستانی برای بیماران روانپزشکی، مشکل دیرینه این مبتلایان در جهان است. در ایران ابلاغ قانون اختصاص ده درصد تخت‌های موجود بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانپزشکی ارجاعی از نظام شبکه، هرچند گامی مؤثر در جهت رفع مشکل بوده، به دلیل هزینه‌بر بودن و به تبع آن مغایرت با سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها، انگ بیماری‌های روانی، حمایت ناکافی سازمان‌های بیمه‌گر از هزینه‌های درمان اختلالات روانپزشکی و نگرش نادرست در سطوح مختلف به این بیماران، در تعداد معدودی بیمارستان عمومی به اجرا درآمده است. این مقاله سعی دارد با نگاهی تاریخی و ضمن تحلیل موضوع، بر لزوم تغییر کاربری ده درصد از تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به تخت روانپزشکی تأکید نماید.

کلیدواژه: تخت روانپزشکی؛ بخش روانپزشکی؛ بیمارستان عمومی

[دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۵/۱۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۵/۳۰]

مقدمه

۱۸۹۷ تخت در بخش‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی کشور و ۳۶۰۰ تخت در بخش خصوصی تحت نظارت سازمان بهزیستی وجود داشته که به نگهداری از بیماران مزمن و معلول اختصاص داشتند (۳). آمارهای سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) نشان می‌دهد که در جهان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر، ۴/۳۶ تخت روانپزشکی وجود دارد؛ در حالی که این نسبت در ایران ۱/۶ است (۴). **جدول ۱**، توزیع تخت‌های روانپزشکی را در کشور بر حسب جمعیت تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی ارائه می‌دهد (۳).

مرور چهار دوره تاریخ روان‌پزشکی و بهداشت روان در ایران، نشانگر روند رو به رشد ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به بیماران روانی بوده است. در دوره اول که تا سال‌های دهه ۱۳۲۰ ادامه داشت، خدمات بهداشت روان در شرایط نامناسب و محدود به بیمارستان‌هایی در شهرهای تهران، همدان، شیراز و اصفهان با امکانات بسیار محدود و ضعیفی بود که بیماران در آن با شرایط رقت‌باری نگهداری می‌شدند.

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، در جهان شیوع اختلالات روانی در تمام عمر بیش از ۲۵ درصد و شیوع این اختلالات در هر مقطع زمانی حدود ۱۰ درصد در جمعیت بالغ تخمین زده می‌شود (۱). میزان شیوع اختلالات روانی در ایران، طبق پیمایش ملی انجام گرفته در سال ۱۳۷۸، ۲۱ درصد (۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان) برآورد شده است. میزان شیوع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه، ۰/۶ درصد بوده که نیازمند خدمات درمانی و بستری روانپزشکی بوده‌اند (۲).

طبق گزارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۶)، در ایران تعداد ۳۴ بیمارستان تک‌تخصصی روانپزشکی ارائه‌دهنده خدمات بستری به بیماران نیازمند بوده و در ۷۶ بیمارستان عمومی، بخش روانپزشکی وجود دارد. تعداد کل تخت‌های روانپزشکی موجود در کشور ۱۰۴۹۵ بوده که از این تعداد

^(۱) روانپزشک، دانشیار دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: ۶۶۵۰۶۸۵۳-۰۲۱ (نویسنده مسئول)؛ E-mail: saberi.mb@iumc.ac.ir
^(۲) کارشناس ارشد مشاوره، دفتر مشاوره معاونت فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت.

جدول ۱- توزیع تخت‌های بیمارستان‌های روانپزشکی و تخت‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی در ایران در سال ۱۳۸۶

تخت	تخت در	دانشگاه	تخت	تخت در	دانشگاه	تخت	تخت در	دانشگاه
روانپزشکی	بیمارستان	علوم	روانپزشکی	بیمارستان	علوم	روانپزشکی	بیمارستان	علوم
در بیمارستان	روانپزشکی	پزشکی	در بیمارستان	روانپزشکی	پزشکی	در بیمارستان	روانپزشکی	پزشکی
عمومی			عمومی			عمومی		
۵۷	۶۶۷	شیراز	۰	۸۶۵	تهران	۰	۳۰	اراک
۰	۵۵	قزوین	۲	۸۵	خرم آباد	۴۰	۲۰۰	اردبیل
۳۷	۳۷	قم	۰	۲۴۸	رشت	۳۸	۱۳۸	ارومیه
۰	۴۵	کاشان	۲۴	۲۴	رفسنجان	۴۴۹	۸۸۴	اصفهان
۱۰	۲۳۶	کرمان	۴۱	۴۱	زابل	۲۳۸	۵۲۳	اهواز
۰	۱۶۰	کرمانشاه	۳	۸۳	زاهدان	۲۰	۴۵۸	ایران
۵۴	۵۴	گرگان	۲۲	۷۷	زنجان	۳۰	۱۵۰	ایلام
۵۲	۱۱۶۸	مشهد	۲۸	۱۲۸	مازنداران	۲۰	۲۰	بابل
۸۰	۱۶۰	همدان	۱۷	۱۷	سمنان	۲۰	۲۰	بجنورد
۵۸	۵۸	یاسوج	۵۲	۱۳۲	کردستان	۰	۷۰	بندرعباس
۳۵	۱۳۱	یزد	۲۴	۲۴	شاهرود	۴۲	۴۲	بوشهر
۱۸۹۷	۸۵۹۸	جمع کل	۳۷	۱۱۵	شهرکرد	۲۰	۲۰	بیرجند
			۳۴۷	۴۴۷	شهید بهشتی	۰	۶۸۶	تبریز

مجموع ۳۸۸۷۰۳۸۳ نفر از ۷۱۲۴۵۱۶۴ نفر جمعیت کل کشور (۵۴/۶ درصد) تحت پوشش برنامه قرار گرفتند (جدول ۲).

طبق آمارهای منتشر شده در همان گزارش (۳)، از بدو شروع برنامه تا سال ۱۳۸۶، جمعا ۲۱۳۹۷۸ بیمار روانی در مناطق روستایی (۱۰/۳ در هزار نفر جمعیت) و تعداد ۷۳۹۷۲ بیمار روانی در مناطق شهری (۴/۳ در هزار نفر جمعیت) شناسایی و تحت پوشش فعال برنامه کشوری سلامت روان قرار گرفتند. از مجموع کل بیماران تحت پوشش در جمعیت روستایی و شهری (۲۸۷۹۵۰ نفر)، ۳۲۹۱۰ نفر دچار بیماری شدید روانی (پسیکوتیک) بوده که ۵۱۲۶ نفر آنها در بیمارستان‌های روانپزشکی بستری شدند. شکل ۱، فراوانی بیماران تحت پوشش دارای پرونده فعال را بر حسب نوع بیماری ارائه می‌دهد.

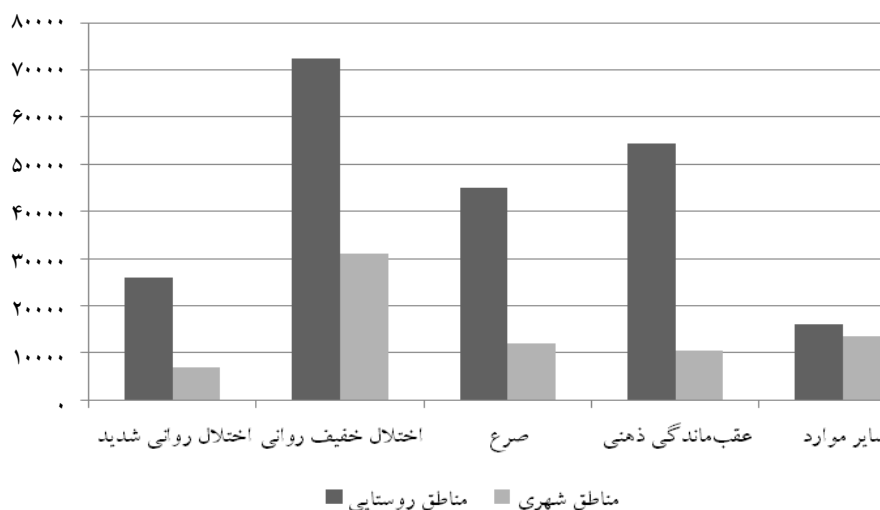
با وجود پیشرفت قابل توجه کشور در امر ارائه خدمات بهداشت روان در قالب سیستم شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نقصان‌هایی چون تعداد ناکافی روانپزشک و کمبود تخت روانپزشکی (۵) کماکان وجود دارد. تعداد کل روانپزشکان کشور در سال ۱۳۸۶، ۱۱۴۵ نفر بوده؛ بدین معنی که به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت کشور، ۱۶ روانپزشک وجود داشته است. این در حالی است که حدود ۴۰ درصد آنها تنها در شهر تهران به ارائه خدمات بهداشت روان می‌پردازند (۷).

در دوره دوم، که از اواخر دهه ۱۳۲۰ شروع و تا سال‌های دهه ۱۳۵۰ ادامه داشت، فعالیت‌هایی در زمینه بهداشت روان همگانی صورت گرفت که می‌توان به بخش برنامه‌های روانشناسی و بهداشت روانی از رادیو ایران، فعالیت‌های پژوهشی در زمینه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی، و آموزش دستیاری روانپزشکی در دانشگاه‌های کشور به منظور تأمین نیروی انسانی متخصص اشاره کرد. شروع دوره سوم از سال‌های ۱۳۵۰ بود. تلاش در جهت ارائه خدمات بهداشت روان جامعه نگر، ایجاد بیمارستان‌های کوچک و مراکز جدید سرپایی روانپزشکی در استان‌های مختلف و انجام پژوهش‌های همه‌گیری‌شناسی مشخصه این دوره است. چهارمین دوره، با تدوین برنامه کشوری بهداشت روان از مهرماه ۱۳۶۵ شروع شد (۵).

اجرای آزمایشی برنامه در سال ۱۳۶۷ و موفقیت چشمگیر آن در دو استان اصفهان و چهارمحال و بختیاری موجب گردید تا در سال ۱۳۶۹، بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه به تصویب رسیده و به تدریج در کل کشور گسترش یابد (۶). بر اساس گزارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۳) در سال ۱۳۸۶، ۲۰۷۵۴۱۷۳ نفر از ۲۱۷۸۹۳۲۵ جمعیت روستایی کشور (۹۵/۲ درصد)، ۱۸۱۱۶۲۱۰ نفر از ۴۹۴۵۵۸۳۹ نفر جمعیت شهری کشور (۳۶/۶ درصد) و در

جدول ۲- توزیع فراوانی جمعیت تحت پوشش برنامه کشوری بهداشت روان از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۶

سال	جمعیت روستایی	جمعیت شهری	کل جمعیت	سال	جمعیت روستایی	جمعیت شهری	کل جمعیت
۱۳۶۷	۶۷۰۰۰	-	۶۷۰۰۰	۱۳۷۷	۱۰۵۷۵۰۰۰	۲۲۷۴۱۵۱	۱۲۸۴۹۱۵۱
۱۳۶۸	۱۱۷۰۰۰	-	۱۱۷۰۰۰	۱۳۷۸	۱۲۴۷۴۰۰۰	۲۷۸۹۵۲۹	۱۵۲۶۳۵۲۹
۱۳۶۹	۴۰۶۰۰۰	-	۴۰۶۰۰۰	۱۳۷۹	۱۴۷۵۴۰۰۰	۳۵۷۸۷۳۸	۱۸۳۳۲۷۳۸
۱۳۷۰	۱۳۸۸۰۰۰	۷۶۴۷	۱۳۹۵۶۴۷	۱۳۸۰	۱۵۶۲۶۷۲۹	۴۵۶۸۳۰۱	۲۰۱۹۵۰۳۰
۱۳۷۱	۲۵۴۰۰۰۰	۹۶۹۰۳	۲۶۳۶۹۰۳	۱۳۸۱	۱۷۲۵۹۱۵۸	۷۹۷۸۰۸۰	۲۵۲۳۷۲۳۸
۱۳۷۲	۳۱۷۵۰۰۰	۴۷۴۰۱۲	۳۶۴۹۰۱۲	۱۳۸۲	۱۷۸۳۷۷۹۴	۹۲۳۲۳۴۰	۲۷۰۷۰۱۳۴
۱۳۷۳	۳۷۱۳۰۰۰	۹۷۸۴۲۱	۴۶۹۱۴۲۱	۱۳۸۳	۱۷۸۴۹۷۲۵	۹۷۵۸۵۶۹	۲۷۶۰۸۲۹۴
۱۳۷۴	۵۴۱۰۰۰۰	۹۸۸۶۰۰	۶۳۹۸۶۰۰	۱۳۸۴	۱۸۶۴۴۸۳۱	۱۱۹۲۵۲۳۵	۳۰۵۷۰۰۶۶
۱۳۷۵	۶۸۶۴۰۰۰	۱۱۲۵۱۴۰	۷۹۸۹۱۴۰	۱۳۸۵	۱۹۱۴۹۷۶۵	۱۲۳۴۱۱۴۹	۳۱۴۹۰۹۱۴
۱۳۷۶	۹۴۷۰۰۰۰	۱۳۵۸۵۷۳	۱۰۸۲۸۵۷۳	۱۳۸۶	۲۰۷۵۴۱۷۳	۱۸۱۱۶۲۱۰	۳۸۸۷۰۳۸۳



شکل ۱- فراوانی بیماران تحت پوشش برنامه کشوری بهداشت روان در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۸۶، بر حسب نوع بیماری

بیمارستان‌های عمومی تحت پوشش خود را که دارای ضریب اشغال پائین‌تر از ۷۰ درصد است جهت بخش ویژه بیماران روانی زن و مرد، خصوصاً بیماران ارجاعی از نظام شبکه اختصاص دهند. اما با وجود ابلاغ این بخش‌نامه، پیشرفت کار به کندی صورت گرفته و پاسخگوی نیاز بیماران مراجعه‌کننده نبوده است؛ تا جایی که مسؤولان ذی‌ربط از نیاز کشور به سه تا چهار هزار تخت روانپزشکی دیگر در بیمارستان‌های عمومی، سخن گفته‌اند (۸).

بحث

از جمله هدف‌های اختصاص تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانپزشکی، کمک به کاهش انگ بیماری

با در نظر داشتن شیوع همه‌عمر^۱ اختلالات روانپزشکی در جمعیت ایران که ۲۱ درصد گزارش شده (۲)، تعداد تخت‌های روانپزشکی موجود متناسب با نیازهای جامعه نیست (۵، ۷). به این ترتیب، وزارت بهداشت جهت کاهش شکاف موجود بین تخت مورد نیاز جهت بستری بیماران و وضعیت موجود، بر آن شد تا ده درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی کشور را به بیماران روانپزشکی اختصاص دهد.

بر این اساس، بخش‌نامه الزام بیمارستان‌های عمومی برای اختصاص ده درصد از تخت‌های خود به بیماران روانپزشکی طی نامه شماره ۷/۸۴۴۹/ب س در تاریخ ۱۳۸۳/۶/۱۰ از طریق وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شد. بر پایه این دستورالعمل، «دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی باید ۱۰ درصد تخت‌های موجود

1- lifetime

2- stigma

روانی در جامعه بوده است. به دلیل ترس از انگ، درصد قابل توجهی از مردم، برای درمان مراجعه نمی‌کنند و یا درمان خود را به شکل درست و کامل ادامه نمی‌دهند (۹). انگ به افزایش بیماران درمان نشده و پیرو آن افزایش هزینه‌های بهداشتی کشور منجر می‌شود. بررسی‌ها نشان داده‌اند بیش از ۸۰ درصد افراد نیازمند خدمات درمان روانپزشکی در جهان، به دلیل وجود انگ بیماری از این خدمات محروم مانده و خانواده آنها نیز تمایلی برای مراجعه به این‌گونه مراکز ندارند (۱۰، ۱۱).

از اهداف دیگر توسعه تخت‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی می‌توان به دسترسی آسان و زود هنگام و حتی‌الامکان ارزان‌اندان به خدمات بهداشت روان اشاره کرد. در ایران عدم امکان دسترسی آسان و بدون دغدغه به تخت‌های بستری در بیمارستان‌های تک‌تخصصی روانپزشکی به دلیل تمرکز آن در شهرهای بزرگ، علاوه بر این که بیماران نیازمند را در فهرست انتظار طولانی مدت جهت بستری شدن قرار می‌دهد، موجب توسعه خود-درمانی، مراجعه به افراد فاقد صلاحیت درمانی و رونق بازار خرافه و دعانویسی می‌گردد (۱۲).

ارزشیابی برنامه کشوری بهداشت روان در سال ۱۳۷۴، نشان داد که ۸۴/۳ درصد افراد در نخستین اقدام برای درمان بیماری خود به پزشکان و مراکز درمانی و ۱۴/۵ درصد به درمانگران سنتی و مجریان درمان‌های جایگزین مراجعه می‌کنند (۱۳). با این حال، مراجعه ۴۲/۵ درصدی افراد به دعانویس و وجود میانگین چهار سال فاصله میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به نخستین درمانگر و میانگین ۵/۴ سال فاصله میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی (۱۳، ۱۴)، ضرورت تسهیل دسترسی جامعه هدف به خدمات درمانی روانپزشکی را نشان می‌دهد.

از سوی دیگر، نام‌گذاری بیمارستان‌های روانی با عنوان دارالمجانین، از جمله عواملی بوده که در گذشته موجب عدم مراجعه بیماران و خانواده آنها برای درمان به موقع و مناسب می‌شده است (۱۵). انتخاب بیمارستان‌های عمومی برای مراقبت از بیماران روانپزشکی شاید راهکار مناسبی برای غلبه بر این باور فرهنگی نیز باشد.

توسعه تخت‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی می‌توانست و می‌تواند به حمایت سازمان‌های بیمه‌گر از

بیماران روانی منجر شود. محدود بودن پوشش بیمه‌ای و عدم پوشش مداخله‌های غیردارویی توسط سازمان‌های بیمه‌گر، موجب شده که این بیماران قادر به پرداخت هزینه‌های درمانی بیمارستان تخصصی روانپزشکی نباشند. این امر می‌تواند به تعطیلی مراکز درمانی و کاهش کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران منجر شود (۴). با این حال، در بررسی‌ها و از لایه‌های مصاحبه‌های مسئولان ارشد وزارت بهداشت می‌توان دریافت که در سال‌های اخیر روند افزایشی تغییر کاربری تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به تخت روانپزشکی متوقف شده و یا به دست فراموشی سپرده شده است. بدیهی است در کنار توجه ویژه مسئولان امر به این مهم، پیشنهاد افزایش تعرفه تخت-روز بخش روانپزشکی و افزایش ردیف بودجه یارانه‌ای به بیماران روانپزشکی شاید بتواند باعث جلوگیری از وقفه اجرای دستورالعمل وزارت بهداشت در مورد اختصاص دست کم ۱۰ درصد ظرفیت بستری بیمارستان‌های عمومی به تخت روانپزشکی شود.

در جهت اصلاح نگرش نادرست برخی از مسئولان تا دیدگاه مناسبی نسبت به بیماران روانی و بیمارستان‌های روانپزشکی پیدا کنند و شرایط لازم به منظور بهبود خدمت‌رسانی به بیماران روانی را فراهم نمایند، هم‌چنین برای غلبه بر عدم درآمدزایی تخت‌های روانپزشکی که باعث شده افراد در مقابل تغییر کاربری تخت‌های عمومی به روانپزشکی مقاومت نشان دهند، به نظر می‌رسد فعالیت بیش از پیش مسئولان ستادی در وزارت بهداشت و هم‌چنین وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی را باید در انتظار باشیم. به تحقیق تلاش زیادی لازم است تا تصور از بخش روانپزشکی به عنوان محیطی کاملاً ایزوله و تداعی‌بخش درهای قفل شده و پنجره‌های دارای حفاظ آهنین، در ذهن مدیران درمانی کشور اصلاح شود (۴).

«ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی» با هدف اقدامات فعال و مبتنی بر منابع محلی، مشارکت مردم و همکاری‌های میان‌بخشی، عدالت در سلامت، انطباق با نیازهای مردم، پویایی، غربالگری و ارجاع مناسب و به موقع، یکی از اصولی‌ترین و مؤثرترین راهکارهای ارائه خدمات بهداشت روان به بیماران نیازمند بوده است (۸). با این وجود، در راستای رفع کمبود تخت‌های روانپزشکی کشور، تحقق و گسترش بخش‌نامه الزام بیمارستان‌های عمومی برای اختصاص ده درصد از تخت‌های

لازم روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی تأمین شود (۸). در حوزه سلامت و به خصوص سلامت روان، متولیان امر باید در راستای سیاست‌های جهانی به امکانات و ظرفیت‌های بومی توجه نمایند. اگر بپذیریم که میزان تخت‌های روانپزشکی در کشور یک پنجم نیاز واقعی است، استفاده از ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل کشور برای توسعه و تسهیل در دسترسی به تخت روانپزشکی به تحقیق می‌تواند با کاهش هزینه‌ها و افزایش بهره‌وری در ارتقای سلامت مفید اثر باشد. مقاومت رؤسای بیمارستان‌ها برای تبدیل کاربری تخت‌ها و اجرای «بخش نامه ده درصد»، جدا از نگرانی آنها از خطرناک بودن بیمارستان روانی، می‌تواند به دلیل درآمد نداشتن و بلکه ضرردهی تخت‌های روانپزشکی باشد (۸). در حال حاضر کمتر از ۴۰ درصد بیمارستان‌های دولتی، ۱۰ درصد تخت‌های خود را به بیمارستان روانپزشکی اختصاص داده‌اند (۱۰، ۱۲)، لذا حمایت سازمان‌های بیمه‌گر، در این زمینه بسیار حیاتی و اساسی است.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. World Health Organization. The World Health Report 2001: new understanding, new hope, WHO publication 2001; Geneva.
2. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT. Mental health status of individuals fifteen and older in Iran. *Hakim Medical Journal*. 2002; 5(1):1-10 [Persian].
3. Saberi Zafarghandi MB, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Bashti SH. Report of progression of national mental health programs in Iran from 1988-2007. *Mental Health office publication-MOH & ME*. 2008; Tehran [Persian].
4. Yasamy MT, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA. Qualitative analysis of mental hospitals problems based on their managers viewpoints. *Social Welfare Quarterly*. 2011; 20(5): 83-99 [Persian].
5. Yasamy MT, Shahmohammadi D, Bagheri Yazdi SA, Layeghi H, Bolhari J, Razzaghi EM, et al. Mental health in the Islamic Republic of Iran: achievements and areas of need. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2001; 7(3): 381-391.
6. Bolhari J, Ahmadkhaniha HR, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi E, et al. Evaluation of

خود به بیمارستان روانپزشکی و ارائه خدمات کمی و کیفی بهینه به آنها، مورد نظر و یکی از بهترین اقدامات در نظام سلامت کشور است.

در کنار انگ، دسترسی نامناسب به خدمات بهداشتی و درمانی برای بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی نیز موضوع مهمی است که بسیاری از نیازمندان را از دریافت خدمات مناسب محروم می‌کند. در کشور ما با وجود استفاده از خدمات سرپایی روانپزشکی، نیاز به خدمات بستری برای اختلالات شدید به شدت وجود دارد. از طرفی اختصاص ۱۸ درصد از اعتبارات سه درصدی نظام سلامت به بهداشت روان نیز نمی‌تواند امکان ایجاد مراکز جدید روانپزشکی را فراهم نماید (۱۶). برای غلبه بر این مشکل، سیاست تغییر کاربری حداقل ده درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی کشور به تخت روانپزشکی می‌تواند راه‌گشا باشد (۱۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد که با ابلاغیه شماره ۷/۸۴۴۹ ب س مورخ ۱۳۸۳/۶/۱۰ و زیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هم‌چنین دستورالعمل معاونین وقت سلامت و پشتیبانی وزارت بهداشت مبنی بر کاهش درجه ارزشیابی بیمارستان‌های جدید الاحداثی که بخش روانپزشکی را لحاظ نکرده باشند، انتظار می‌رفت در پایان سال ۱۳۸۸ تعداد شهرستان‌های واجد تخت‌های روانپزشکی از ۶۶ به ۱۴۲ افزایش یابد. در سال ۱۳۸۸ از تعداد ۷۱۰۰ تخت روانپزشکی تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی، ۵۵۰۰ تخت در بیمارستان‌های تک‌تخصصی و ۱۶۰۰ تخت در بیمارستان‌های عمومی مستقر بود. به عبارتی نسبت تخت‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی به کل تخت‌های روانپزشکی، به ۲۲ درصد (در مقایسه با ۵۰ درصد در کشورهای پیشرفته) افزایش یافت. برخی گزارشات نیز تعداد تخت‌های روانپزشکی در سال ۱۳۸۸ را ۸۲۰۰ و جمعیت تحت پوشش برنامه ادغام روان را ۶۰ درصد اعلام کرده است (۱۸). فارغ از تفاوت در اعداد اعلام شده، حسب آنچه از گزارشات رسمی در حال حاضر استنباط می‌شود، از سال ۱۳۸۸ به این سو تغییر چندانی در جهت افزایش تعداد تخت‌های روانپزشکی برای پرکردن نیاز واقعی جامعه به عمل نیامده است و برعکس شاهد کاهش آن نیز بوده‌ایم.

نتیجه‌گیری

در حال حاضر با ۷۰۰۰ تخت روانپزشکی موجود، باید برای رسیدن به حداقل ۱۲ هزار تخت مورد نیاز، تعداد تخت

- Integration of National Mental Health Program in PHC. *Iranian J Psych & Clin Psychol*. 2011; 17(4): 271-278 [Persian].
7. Khalili N, Yasamy MT. Availability of Inpatient Services for Psychiatric Patients in Psychiatric Emergency Units. *Iranian J Psych & Clin Psychol*. 2007; 19(4): 337-345 [Persian].
 8. Nasehi AA. Mental health situation in world and Iran. Mental Health and Media Meeting-Stigma and the Role of Media. Article presented at second conference on mental health and media, 29 Bahman 1390; Tehran, Iran [Persian].
 9. Atefvahid MK. Mental health in Iran: Achievements and challenges. *Social Welfare Quarterly*. 2011; 14(4): 29-45 [Persian].
 10. Noorbala AA. Importance of mental and behavioral disorders. Mental Health and Media Meeting-Stigma and the Role of Media. Article presented at second conference on mental health and media, 29 Bahman 1390; Tehran, Iran [Persian].
 11. Moein M. Stigma, culture and education. Mental Health and Media Meeting-Stigma and the Role of Media. Article presented at second conference on mental health and media, 29 Bahman 1390; Tehran, Iran [Persian].
 12. Saberi Zafarghandi MB. Some of the Challenges of Mental Health and addiction in Iran. *Iranian J Psych & Clin Psychol*. 2011; 17(2): 157-161 [Persian].
 13. Mohit A, Shahmohammadi D, Bolhari J. Evaluation of NPMH in Iran. *Andisheh & Rafter*. 1997; 3(3): 4-16 [Persian].
 14. Shahmohammadi D, Bian Zadeh SA, Ehsan Manesh M. Pathway of mental patients to psychiatric centers in Iran. *Andisheh & Rafter*. 1997; 4(1): 4-14 [Persian].
 15. Davidian H. History of Mental Health in Iran. *Andisheh & Rafter*. 2002; 2(1, 2): 7-15 [Persian].
 16. Razzaghi EM, Yasamy MT, Bagheri Yazdi SA, Hadjebi A., RahimiMovaghar A. WHO-AIMS Report on mental health system in Iran. MOH publication. Tehran, 2006.
 17. Saberi Zafarghandi MB, RoushanPajouh M, Mirkazemi R, Bolhari J. Some of the Challenges of integration of substance abuses in PHC in Iran. *Iranian J Psych & Clin Psychol*. 2013; 19(4): 326-329 [Persian].
 18. View of Health in Iran. Report of function of MOH & ME of Iran from 2005-2009. MOH publication. 2009; Tehran [Persian].