

تعیین اولویت‌های سلامت روان کشور

دکتر آفرین رحیمی موقر^(۱)، دکتر معصومه امین اسماعیلی^(۲)، دکتر میترا حفاظی^(۳)، دکتر حسن رفیعی^(۴)، دکتر سید وحید شریعت^(۵)، دکتر ونداد شریفی^(۶)، دکتر احمد حاجبی^(۷)، دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه^(۸)، دکتر علی فرهودیان^(۹)، دکتر علی اکبر نجاتی صفا^(۱۰)، نغمه منصوری^(۱۱)، دکتر بنفشه غرایبی^(۱۲)، دکتر جعفر بوالهروی^(۱۳)، دکتر محمدرضا محمدی^(۱۴)، دکتر جواد محمودی قرائی^(۱۵)، دکتر مریم رسولیان^(۱۶)، دکتر آمنه ستاره فروزان^(۱۷)، دکتر محمد باقر صابری زفرقندی^(۱۸)، دکتر علیرضا نوروزی^(۱۹)، دکتر فیروزه جعفری^(۲۰)، دکتر ضیاء قائم‌مقام فراهانی^(۲۱)، مهرداد کاظم‌زاده عطوفی^(۲۲)، دکتر مهدیه وزیربان^(۲۳)، علی اسدی^(۲۴)، طیبه دهباشی‌زاده^(۲۵)، دکتر اسما عاقبتی^(۲۶)

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین اولویت‌های سلامت روان کشور و به سفارش شبکه تحقیقات سلامت روان کشور انجام شد. مهم‌ترین فایده اولویت‌بندی، سرمایه‌گذاری و بودجه‌بندی اثربخش در مورد معضلات سلامت روان است. با اولویت‌بندی دقیق، هزینه-اثربخشی مداخلات افزایش می‌یابد و از هدر رفتن منابع ملی جلوگیری می‌شود. **روش:** متخصصان از رشته‌های گوناگون مرتبط، برنامه‌ریزان و مسئولان، مدیران اجرایی و ارائه‌کنندگان خدمات در این امر مشارکت داشتند. در مرحله اول، از طریق مرور منابع و بارش فکری، فهرست جامعی از موضوعات بهداشت روان کشور تهیه و حیطه‌بندی شد. در مرحله دوم، شاخص‌های اولویت‌بندی موضوعات به تفکیک هر حیطه و ضریب تأثیر هر یک تعیین شد. در مرحله سوم، با استفاده از روش گروه اسمی، تعداد ۵۰ موضوع به دست آمده غربال و ۲۵ موضوع انتخاب شد. این ۲۵ موضوع به زیرموضوع‌هایی تقسیم شد و سپس فرد یا افرادی که در آن موضوع صاحب‌نظر بودند، شواهد داخلی و در صورت نیاز، شواهد خارجی مربوط به شاخص‌های تعیین شده برای هر زیرموضوع را مرور و ارائه کردند. با استفاده از شواهد موجود، دوباره با استفاده از روش گروه اسمی، رتبه‌بندی موضوعات در هر حیطه و بر اساس شاخص‌های اولویت‌بندی انجام شد. **یافته‌ها:** در نهایت، ۲۵ موضوع انتخاب شد. ۱۰ موضوع اول منتخب به عنوان اولویت‌های ملی سلامت روان، عبارت بود از: سه موضوع از میان اختلالات روانپزشکی، شامل اعتیاد، افسردگی و خودکشی؛ دو موضوع از میان مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان، شامل خشونت خانگی و رفتارهای پرخطر، فشار روانی و بلایا؛ سه موضوع از میان سیاست‌ها و نظام ارائه خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد، شامل ادغام خدمات سلامت روان و اعتیاد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات بهداشت روان شهری و خدمات فوریتی روانپزشکی؛ و دو گروه از میان جمعیت‌های خاص، شامل کودکان و نوجوانان و زنان آسیب‌پذیر. **نتیجه‌گیری:** وجود سند اولویت‌های سلامت روان که مورد پذیرش افراد صاحب نفوذ این حیطه باشد، موجب حمایت و ارتقای هرچه بیشتر سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت روان کشور در جهت اولویت‌های تعیین شده می‌شود.

کلیدواژه: اولویت‌گذاری؛ برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد؛ سلامت روان؛ ایران

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۳/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۲۴]

^(۱) روانپزشک، دانشیار مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتار پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ^(۲) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، مرکز تحقیقات ایدز ایران. دورنگار: ۰۲۱-۶۶۹۴۷۹۸۴ (نویسنده مسئول) E-mail: dr.m.a.esmaeeli@gmail.com؛ ^(۳) روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه بهداشت روان و سوء مصرف مواد، مرکز تحقیقات ایدز ایران؛ ^(۴) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد؛ ^(۵) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران-دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۶) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی؛ ^(۷) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ^(۸) کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، انستیتو روانپزشکی تهران-دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۹) دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ انستیتو روانپزشکی تهران-دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۱۰) روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران-دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۱۱) روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، بخش روانپزشکی کودک و نوجوان؛ ^(۱۲) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۱۳) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ^(۱۴) روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز ملی مطالعات اعتیاد؛ ^(۱۵) روانپزشک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ^(۱۶) کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران-دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۱۷) روانپزشک، اداره سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ^(۱۸) کارشناس ارشد روانشناس بالینی، اداره سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ^(۱۹) کارشناس مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ^(۲۰) دکترای روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران-دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان.

مقدمه

سیاست‌های شفاف درباره سلامت روان در هر کشوری اساسی‌ترین و قوی‌ترین ابزار بخش سلامت روان آن کشور است (۱). اگر در مورد سلامت روان، سیاست‌های مناسبی طراحی و به کار گرفته شود، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت روان جامعه خواهد گذاشت. فایده اولویت‌بندی در حوزه سلامت روان بر کسی پوشیده نیست. مهم‌ترین فایده اولویت‌بندی، سرمایه‌گذاری و بودجه‌بندی اثربخش در مورد معضلات سلامت روان است. با اولویت‌بندی دقیق و با توجه به محدودیت منابع و لزوم تخصیص صحیح منابع، هزینه- اثربخشی مداخلات بهتر می‌شود، عدالت در پاسخ‌گویی به نیاز گروه‌های آسیب‌پذیرتر بهبود می‌یابد و از هدر رفتن منابع ملی پیشگیری می‌شود. در اولویت‌بندی باید از یک سو، گستردگی و شدت مشکل و از سوی دیگر، اثربخشی و کاربرد مداخلات شناخته‌شده در نظر گرفته شود. اگرچه اولویت‌بندی در کشورهای در حال توسعه با منابع محدود، اهمیت بیشتری دارد، در هیچ سامانه بهداشتی-هرچند با سرانه سلامت خیلی بالا- توان تحقق تمام خدمات بهداشتی مورد نیاز کشور وجود ندارد و همیشه برای انتخاب نیازهای بهداشتی و تخصیص منابع باید تصمیم‌گیری شود.

اغلب برای تعیین اولویت‌های سلامت از نیازسنجی استفاده می‌شود. یکی از روش‌های نیازسنجی بررسی نیازهای مردم است که مشتریان سلامت هستند و مقدار و نحوه نیاز آنها مطالبات از این خدمات را روشن می‌سازد. رویکرد دیگر توجه به رسالت‌ها و توانایی‌های سازمانی است (۲).

در کشور ما تلاش‌هایی برای اولویت‌گذاری سلامت عمومی در سطوح ملی، استانی یا منطقه‌ای در اراک و بوشهر و با روش‌های نظرسنجی از کارکنان بهداشتی، مردم و نمایندگان مجلس شورای اسلامی و شورای اسلامی شهرها، بحث متمرکز گروهی و بررسی نیازها و خواسته‌های نمونه‌ای از جمعیت عمومی انجام شده است (۳-۵). اما اولویت‌گذاری‌ها بیشتر بر مبنای ساختارها بوده، وضع سلامت عامل چندان تأثیرگذاری در این مورد نبوده و این اقدامات در یک چهارچوب نظام مند و جامع انجام نشده است (۶). همچنین گاهی نیز فشارهای سیاسی باعث در دستور کار قرار گرفتن یکی از موضوعات می‌شده است.

رویکرد نظام‌یافته برای تعیین اولویت‌های سلامت عبارتند از: استفاده از شواهد و روش علمی، تقاضامدار در مقابل عرضه‌مدار، استفاده از نظر صاحب‌نظران و ذی‌نفعان، محوریت عدالت اجتماعی، و توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر و گروه‌هایی که بیشترین بار بیماری را در جامعه تحمل می‌کنند. روزنهک^۱ اصولی را برای تصمیم‌گیری و اولویت‌گذاری پیشنهاد کرده است (۷): ۱- استقلال، یعنی توجه به نیازهای افراد باید بیشترین ارزش را داشته باشد. ۲- مداخله دادن شبکه‌های مردم، ارائه‌کنندگان خدمات و سایر ذی‌نفعان. ۳- توجه به فایده- هزینه هر مداخله. ۴- عدالت، یعنی اینکه امکان دسترسی همه مردم به حداقل خدمات وجود داشته باشد.

مینارد^۲ ارزیابی اقتصادی را اساسی‌ترین شیوه برای اولویت‌گذاری می‌داند. به باور او، این تنها راهی است که می‌توان سود ناشی از هزینه را افزایش داد (۸). این چنین ارزیابی نیازمند مقایسه سود حاصل از به‌کارگیری روش‌های گوناگون است (۹). کالاهان^۳ معتقد است برای دستیابی به یک رتبه‌بندی موفق، باید زمینه‌های مشترکی میان رویکردهای کمی اقتصادی و رویکردهای کیفی سیاسی یافت (۱۰).

باید در نظر داشت که بیشتر کشورها از روش‌های کیفی برای اولویت‌بندی استفاده می‌کنند، گرچه به‌تازگی، به ترکیب آن با تحلیل‌های اقتصادی توجه بیشتری نشان می‌دهند (۱۱). تمایل متخصصان رشته‌های گوناگون به استفاده از روش‌های اولویت‌بندی متفاوت است. متخصصان علوم رفتاری عموماً تمایل دارند از اجماع^۴ برای اولویت‌بندی استفاده کنند، اما متخصصان جمعیت‌شناسی رویکرد مبتنی بر نیاز، فلاسفه رویکرد اخلاقی و تمرکز بر عدالت، و اقتصاددانان بهره‌وری^۵ را ترجیح می‌دهند (۱۲). کارتر^۶ بر این باور است که هیچ روش برتری که از لحاظ نظری «درست» باشد و در همه جوامع، همه بخش‌های بهداشتی و همه زمینه‌ها کاربرد داشته باشد، وجود ندارد و تصمیم‌گیران و پژوهشگران باید آنچه را که برای خود درست می‌دانند، انتخاب کنند.

1- Rosenheck
3- Callahan
5- efficiency

2- Maynard
4- concensus
6- Carter

استفاده کننده از خدمات صورت گرفت. جهت اجرای پژوهش، این مراحل انجام شد: ۱- تهیه فهرست تمام موضوعات بهداشت روان؛ ۲- تعیین شاخص‌های اولویت بندی موضوعات؛ و ۳- رتبه بندی موضوعات بر اساس وضعیت شاخص‌های اولویت بندی.

مرحله اول: تهیه فهرست تمام موضوعات بهداشت روان

قدم اول: ابتدا چهار نفر اعضای گروه مرکزی پژوهش با استفاده از کتاب جامع روانپزشکی کاپلان و سادوک^۱ (۱۳) و تعداد زیادی از کتب و مقاله‌های بین‌المللی - که به اولویت بندی موضوعات سلامت روان پرداخته بودند - و با استفاده از بارش فکری، فهرستی از موضوعات بهداشت روان را تهیه کردند (۱۷-۱۳). این فهرست، موضوعات متنوعی را از اختلالات روانپزشکی تا نظام ارائه خدمات در بر می گرفت.

قدم دوم: این فهرست، در نشستی با حضور صاحب نظران و ذی‌نفعان با استفاده از روش بارش فکری تکمیل شد. در ابتدا تلاش شد هر پیشنهاد مطرح شده به فهرست اولیه اضافه شود. در نتیجه فهرستی طولانی شکل گرفت که شامل همپوشی‌هایی نیز بود. سپس موضوعات به پنج حیطه اصلی تقسیم شدند: ۱- اختلالات روانپزشکی؛ ۲- پدیده‌ها و عوامل مؤثر بر بهداشت روان؛ ۳- خدمات، ساختارها و سیاست‌های بهداشت روان؛ ۴- گروه‌های خاص؛ و ۵- حیطه‌ها و علوم مورد پژوهش.

قدم سوم: با توجه به ضرورت و قابلیت مقایسه عناوین با یکدیگر، برای تعیین اولویت آنها و جلوگیری از اینکه هم وزن نبودن عناوین ممکن است به عنوان عامل تورش عمل کند و موضوعات با حیطه محدود در مقایسه با عناوین کلی تر اولویت کمتری به دست آورد، موضوعات دوباره بررسی و بر حسب ضرورت، با یکدیگر ادغام یا از هم تفکیک شدند تا موضوعات مختلف از نظر وسعت (گسترده‌گی) مشابهت داشته باشند. برای مثال، در مورد اختلالات روانپزشکی، نمونه در نظر گرفته شده، اختلالات خلقی تعیین و سعی شد گستره و وسعت موضوعات تا حد امکان مشابه گستره این دسته از اختلالات باشد؛ یعنی هر عنوان شامل ۷ تا ۱۰ اختلال با شباهت موضوعی باشد.

در کشور ما بارها اولویت‌های موضوعی سلامت روان، با روش بارش فکر و مباحثه گروهی بررسی شده است. اصلی‌ترین ملاک‌ها در گذشته، بررسی شیوع و بروز اختلالات روانپزشکی از راه بررسی ملی بار بیماری‌ها بوده است، ولی روش و یافته‌های آنها مستند نشده است. این مطالعه به عنوان اولویت پژوهشی شبکه تحقیقات بهداشت روان کشور و با سفارش شبکه، با استفاده از روش ترکیبی (نظر صاحب نظران و ذی‌نفعان) و تکیه بر شواهد، طراحی شد تا با وسعت و عمق بیشتر، اولویت‌های موضوعی سلامت روان کشور تعیین شود و هدایت کننده برنامه ریزی، مداخله و پژوهش باشد.

روش

پژوهش حاضر با هدف تعیین اولویت‌های سلامت روان کشور، در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹، انجام شد. در اجرای مراحل گوناگون این پژوهش تلاش شد از گروه‌های مختلف صاحب نظران و ذی‌نفعان استفاده شود. برای استفاده از طیف وسیعی از دیدگاه‌ها، تلاش شد تا از پنج گروه افراد صاحب نظر، شامل پژوهشگران، برنامه ریزان و مسئولان، مدیران اجرایی، ارائه کنندگان خدمات و استفاده کنندگان از خدمات اطلاعات گردآوری شود. چهار نفر مدیریت پروژه را بر عهده داشتند. این چهار نفر، با تبادل نظر میان خود از هر گروه، تعدادی را فهرست و برای همکاری آنها را دعوت می کردند. در اولین نشست گروه ذی‌نفعان، از آنها نیز در این مورد نظرخواهی شد و عده‌ای به فهرست اضافه شدند و برای جلسه‌های بعدی نیز دعوت شدند. در کل، ۴۴ نفر در فرایند کار مشارکت داشتند. این افراد یا اعضای شبکه تحقیقات سلامت روان و نمایندگان آنها بودند یا از طریق بارش فکری، توسط همین افراد معرفی شده بودند. از ابتدا تلاش شده بود افراد از سازمان‌ها، تخصص‌ها و زمینه‌های مختلف انتخاب شوند تا مجموعه گروه به شکل قابل قبولی بر موضوعات مختلف سلامت روان اشراف داشته باشند. به ویژه، در قدم سوم مرحله سوم که مرور شواهد در مورد هر موضوع انجام شد، افراد مرورکننده از میان متبحرترین افراد در هر موضوع انتخاب شدند. به رغم دعوت‌ها و تماس‌های مکرر، کمترین مشارکت از سوی نمایندگان گروه

استفاده شد. در این مرحله فرمی تهیه شد که با کمک آن، نمره‌دهی به تمام موضوعات تعیین شده در چهار حیطه، بر اساس شاخص‌های اولویت‌بندی انتخاب شده در مرحله دوم، امکان‌پذیر بود.

فرم‌ها برای ۴۴ نفر از پنج گروه افراد صاحب‌نظر و ذی‌نفع ارسال شد. از این افراد، ۳۰ نفر فرم‌ها را تکمیل کردند و برگرداندند. پرسشنامه‌های تکمیل شده تجزیه و تحلیل شد. هم در این قدم و هم در قدم بعدی، رتبه‌بندی به این ترتیب بود که هر فرد به هر عنوان، مرتبط با هر یک از شاخص‌ها، نمره یک (اهمیت کمتر) تا سه (اهمیت بیشتر) می‌داد. برای مثال، در مورد شاخص «میزان رایج بودن مسأله، شیوع و بروز»، سه به معنای زیاد، دو، متوسط و یک، کم یا هیچ بود. برای هر شاخص، ضریب تأثیری مطابق با آنچه در **جدول ۱** آمده است، در نظر گرفته شد. با استفاده از نرم‌افزار اکسل^۳، نمره هر فرد در مورد هر عنوان، بر اساس نمره‌ای که به هر شاخص داده بود، محاسبه شد. سپس میانگین نمره شرکت‌کنندگان برای هر عنوان محاسبه شد و عناوین بر اساس «میانگین مجموع وزن داده‌شده نمره شاخص‌ها» رتبه‌بندی شدند. سپس با حضور جمعی از متخصصان و صاحب‌نظران، $\frac{2}{5}$ از ۵۰ موضوع فهرست شده در بالا برای ادامه کار انتخاب شد. شیوه انتخاب به این ترتیب بود که در هر حیطه، $\frac{2}{5}$ موضوعاتی که بالاترین رتبه را آورده بودند، انتخاب شدند. همچنین اگر هر یک از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که موضوعی، با وجود نداشتن رتبه لازم، برای ورود به مرحله بعد، اهمیت دارد، دلایل خود را بیان می‌کرد و سپس برای ورود آن موضوع به مرحله بعد، رأی‌گیری می‌شد. بدین ترتیب، نهایتاً در این قسمت ۲۵ موضوع انتخاب شد.

قدم دوم: برای هر موضوع، فرد یا گروه صاحب‌نظری تعیین شد تا شواهد لازم را برای اهمیت آن موضوع، بر اساس شاخص‌های تعیین شده، گردآوری کند. به این منظور، ابتدا هر موضوع که خود در واقع از چند موضوع تشکیل شده و قابل تقسیم به چند محور بود، به زیرعنوان‌هایی^۴ شکسته شده و از میان هر یک، زیرعنوان مهم‌تر، بر اساس شاخص‌های قبلی انتخاب شدند.

همچنین در این مرحله دسته‌بندی برخی از موضوعات تغییر یافت. حیطه پنجم حذف شد و موضوعات لازم این حیطه، در حیطه‌های دیگر ادغام شد. ابتدا قصد بر این بود که هیچ موضوعی از سلامت روان جا نماند، ولی با بحث‌های بیشتر تصمیم گرفته شد از حاشیه‌ها پرهیز شود. بنابراین، حیطه پنجم (حیطه‌ها و علوم مورد پژوهش) که شامل ۱۷ جزء، مانند مردم‌شناسی و نوروفیزیولوژی، بود، به طور کلی حذف شد. به‌علاوه، رتبه‌بندی موضوعات درون هر حیطه انجام شد و از میان هر یک از چهار حیطه، تعدادی از موضوعات، بر اساس بالاترین معدل نمره به‌دست آمده، انتخاب شدند. بنابراین، مقایسه‌ای موضوعات با هم، فقط در داخل یک حیطه انجام شد و مقایسه‌ای میان حیطه‌ها صورت نگرفت. برای نهایی کردن این فهرست از بحث گروهی و رأی‌گیری استفاده شد. ملاک تصمیم‌گیری در موارد اختلاف نظر، رأی بیشتر افراد حاضر بود. این فهرست در نهایت ۵۰ موضوع را در چهار حیطه در بر گرفت.

مرحله دوم: تعیین شاخص‌های اولویت‌بندی موضوعات

ابتدا با استفاده از دستورالعمل «شورای پژوهش سلامت برای توسعه»^۱ در تعیین اولویت‌های ملی سلامت، شاخص‌های اولویت‌بندی موضوعات فهرست شد. هیچ‌یک از شاخص‌های پیشنهادی در این مرحله حذف نشد. سپس در نشست با صاحب‌نظران و ذی‌نفعان با استفاده از بحث گروهی و رأی‌گیری، از میان شاخص‌های تعیین شده، شاخص‌های نهایی انتخاب شدند. ملاک تصمیم‌گیری در موارد اختلاف نظر، رأی اکثریت افراد حاضر بود. برای هر یک از چهار حیطه، شاخص‌های اولویت‌بندی مرور شد و درباره شاخص‌های متناسب با آن حیطه و ضریب تأثیر هر شاخص، بر اساس اهمیت شاخص‌های تعیین شده، بحث شد. به‌طور عمده، شاخص‌های مربوط به اهمیت و فوریت موضوع ضریب ۳ و شاخص‌های مربوط به امکان دریافت حمایت ضریب ۵/۰ دریافت کردند (**جدول ۱**).

مرحله سوم: رتبه‌بندی موضوعات بر اساس شاخص‌های اولویت‌بندی

قدم اول: برای غربال اولیه موضوعات بر اساس شاخص‌های اولویت‌بندی از روش گروه اسمی^۲ (NGT)

1- The Council on Health Research for Development
2- nominal group technique
3- Excel
4- subtitles

دستیابی به پژوهش‌های کافی ایرانی، از منابع خارجی استفاده می‌شد. از قبل شکل ثابتی نیز برای نمایش مطلوب شواهد هر شاخص ارائه شد تا گروه‌ها نتایج کار خود را با هماهنگی بیشتری ارائه کنند.

سپس نشست‌های مجزایی برای بررسی شواهد مربوط به هر حیطه تشکیل شد. در ابتدا فرد مسئول مرور هر موضوع، نتایج کار خود را، به تفکیک هر شاخص، به صورت کتبی و شفاهی به جمع صاحب‌نظران ارائه می‌کرد. در انتها برای رتبه‌بندی نهایی، دوباره از روش گروه اسمی استفاده شد. افراد شرکت‌کننده دوباره موضوعات درون هر حیطه را نمره‌دهی کردند. نتایج به ترتیب «میانگین مجموع وزن داده‌شده نمره شاخص‌ها» مرتب شد.

سپس برای بررسی اهمیت هر موضوع، از مطالعه مروری استفاده شد. مطالعه مروری می‌بایست شواهد مربوط به شاخص‌های تعیین‌شده را در بر می‌گرفت. برای مثال، برای هر اختلال روانپزشکی می‌بایست شواهد مربوط به میزان رایج بودن مسأله (شیوع و بروز)، شدت مسأله (عوارض، ناتوانی، مرگ‌ومیر، بار و خسارت اقتصادی)، پابرجایی و روند آن، فوریت برای مداخله، میزان اراده و حمایت سیاسی (همخوانی با قوانین و سیاست‌های کشور)، امکان دریافت پشتیبانی مالی از موضوع و وجود مداخله‌های به‌صرفه برای کنترل یا حل مشکل، با ذکر منبع آنها، ارائه می‌شد. مطالعات مروری از منابع داخلی آغاز شد و تا حد امکان پژوهش‌های مهم مربوط به موضوع تعیین‌شده را در بر گرفت. در صورت فقدان

جدول ۱- شاخص‌های تعیین اولویت موضوعات سلامت روان کشور به تفکیک هر حیطه

حیطه‌ها	شاخص‌ها							
۱ اختلالات روانپزشکی	میزان رایج بودن مسأله، شیوع و بروز	شدت مسأله (عوارض، ناتوانی، مرگ‌ومیر، سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ یا ناتوانی)* (DALY) و خسارت اقتصادی)	پابرجایی و روند مسأله	فوریت برای مداخله	تقاضاها و دغدغه‌های جامعه (همخوانی با قوانین و سیاست‌های کشور)	میزان اراده و حمایت سیاسی (پشتیبانی مالی از موضوع)	امکان دریافت پشتیبانی مالی	وجود مداخله‌های به‌صرفه** برای کنترل یا حل مشکل
۲ مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان	میزان رایج بودن مسأله، شیوع و بروز	شدت مسأله (عوارض، ناتوانی، مرگ‌ومیر، DALY و خسارت اقتصادی)	پابرجایی و روند مسأله	فوریت برای مداخله	تقاضاها و دغدغه‌های جامعه (همخوانی با قوانین و سیاست‌های کشور)	میزان اراده و حمایت سیاسی (پشتیبانی مالی از موضوع)	ارتباط موضوعی با بهداشت روان (وظیفه مستقیم و حرفه‌ای متخصصان و مسئولان بهداشت روان)	وجود مداخله‌های به‌صرفه برای کنترل یا حل مشکل
۳ نظام، سیاست‌ها و خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد	تعداد افراد نیازمند این خدمات	ضعف خدمات موجود از نظر کمی و کیفی کشور	روند نیاز به خدمات	فوریت برای مداخله	تقاضاها و دغدغه‌های جامعه (همخوانی با قوانین و سیاست‌های کشور)	میزان اراده و حمایت سیاسی (پشتیبانی مالی از موضوع)	امکان دریافت پشتیبانی مالی	کمک به عدالت و برابری ارائه خدمات
۴ جمعیت‌های خاص	تعداد جمعیت***	میزان نیاز جمعیت به خدمات بهداشت روان	روند تعداد جمعیت	فوریت برای مداخله	تقاضاها و دغدغه‌های جامعه (همخوانی با قوانین و سیاست‌های کشور)	میزان اراده و حمایت سیاسی (پشتیبانی مالی از موضوع)	امکان دریافت پشتیبانی مالی	کمک به عدالت و برابری
ضریب هر شاخص	۳	۳	۱	۳	۱	۰/۵	۰/۵	۱

* disability-adjusted life years

** availability of cost-effective interventions

*** population size

یافته‌ها

خدمات بستری، مانند بیمارستان‌ها، مراکز نگهداری و خدمات روانپزشکی رابط - مشاور^{۲۵}؛ روانپزشکی قانونی^{۲۶}؛ طب مکمل و جایگزین در روانپزشکی^{۲۷}؛ روان‌درمانی‌ها و مشاوره سلامت روان، شامل مشاوره ازدواج و خانواده^{۲۸}؛ توان‌بخشی و ادغام در جامعه^{۲۹}؛ دارودرمانی و سایر درمان‌های زیستی^{۳۰}؛ غربالگری، ارزیابی و اعتباریابی مطالعات^{۳۱}؛ قانون بهداشت روان^{۳۲}؛ خدمات سوء مصرف مواد^{۳۳}؛ آموزش عالی سلامت روان^{۳۴}؛ نظام پژوهش^{۳۵}.

در انتهای مرحله اول، فهرست جامعی از موضوعات سلامت روان کشور، شامل ۵۰ موضوع، در چهار حیطه «اختلالات روانپزشکی، اولیه یا ثانویه^۱»، «مشکلات و عوامل تعیین کننده سلامت روان^۲»، «نظام، خدمات و سیاست‌های سلامت روان و سوء مصرف مواد^۳» و «جمعیت‌های خاص» به شرح زیر به دست آمد. این فهرست دو زبانه طراحی شد تا از دقت کافی برخوردار و برای مشارکت کنندگان با زمینه‌های علمی گوناگون قابل استفاده باشد:

- 1- mental disorders, primary or secondary
- 2- mental health problems & determinants
- 3- mental health & substance use services, systems and policies
- 4- mood disorders
- 5- schizophrenia and other psychotic disorders
- 6- anxiety disorders & adjustment disorder
- 7- substance & alcohol use disorders
- 8- other addictive behaviors; e.g., internet addiction, sex addiction & work addiction
- 9- dementia and other cognitive disorders
- 10- psychosomatic disorders
- 11- personality disorders
- 12- mental retardation, learning disorders, pervasive developmental disorders & elimination disorders
- 13- other mental disorders; like tic disorders
- 14- subjective wellbeing, life satisfaction & quality of life
- 15- social determinants; like social capital, human rights, equity, social justice, culture, supportive network, rapid change situations & stigma
- 16- biological factors; like general medical conditions & genetic factors
- 17- psychological & spiritual factors; like mental health knowledge, behavior and skills including help seeking behavior, mental health literacy, life skills, parenting skills & resiliency
- 18- aggressive behavior and violence; like child abuse, rape, spouse abuse & elderly abuse
- 19- other social deviant behavior; like crime and delinquency, prostitution & other sexually deviant behaviors
- 20- stress & disaster
- 21- integration of mental health care in primary health care
- 22- other community mental health services; like CMHC, after care, home visit, outpatient clinics, school mental health, workplace mental health & life skills training
- 23- emergency services; like crisis intervention, hot lines & emergency ward
- 24- community involvement, community-based preventive initiatives & NGO involvement
- 25- inpatient services; like hospitals, residential & consultation-liaison services
- 26 forensic services
- 27- complementary and alternative medicine in psychiatry
- 28- psychotherapies, mental health counseling: marital & family counseling
- 29- rehabilitation & community integration
- 30- pharmacotherapy & other biological therapies
- 31- screening, assessment & validation studies
- 32- Mental Health Act
- 33- drug services
- 34- higher mental health education
- 35- research systems

۱- اختلالات روانپزشکی، اولیه یا ثانویه: اختلالات خلقی^۴؛ اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی^۵؛ اختلالات اضطرابی و اختلال انطباقی^۶؛ اختلالات مصرف مواد و الکل^۷؛ سایر رفتارهای اعتیاد آور، مانند اعتیاد به اینترنت، اعتیاد جنسی و اعتیاد به کار^۸؛ دامانس و سایر اختلالات شناختی^۹؛ اختلالات روان‌تنی^{۱۰}؛ اختلالات شخصیت^{۱۱}؛ عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات یادگیری، اختلالات نافذ رشد و اختلالات دفعی^{۱۲}؛ سایر اختلالات روانپزشکی، مانند اختلالات تیک^{۱۳}.

۲- مشکلات و عوامل تعیین کننده سلامت روان: احساس ذهنی سلامت، رضایتمندی از زندگی و کیفیت زندگی^{۱۴}؛ عوامل اجتماعی تعیین کننده، مانند سرمایه اجتماعی، حقوق بشر، برابری، عدالت اجتماعی، فرهنگ، شبکه حمایتی، تغییر سریع موقعیت‌ها و انگ^{۱۵}؛ عوامل زیستی، مانند وضعیت طبی عمومی و عوامل ژنتیک^{۱۶}؛ عوامل روانشناختی و معنوی، مانند آگاهی، رفتار، مهارت‌ها و دانش سلامت روان، مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و تاب‌آوری^{۱۷}؛ رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت، مانند کودک‌آزاری، تجاوز، همسرآزاری و سالمندآزاری^{۱۸}؛ سایر رفتارهای اجتماعی انحرافی، مانند جرم و بزهکاری، روسپیگری و سایر رفتارهای انحرافی جنسی^{۱۹}؛ استرس و بلايا^{۲۰}.

۳- نظام، خدمات و سیاست‌های سلامت روان و سوء مصرف مواد: ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه^{۲۱} (PHC)؛ سایر خدمات سلامت روان جامعه‌نگر، مانند مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، خدمات پس از ترخیص، ویزیت در منزل، کلینیک‌های سرپایی، سلامت روان مدارس، سلامت روان محیط کار و آموزش مهارت‌های زندگی^{۲۲}؛ خدمات اورژانس، مانند مداخله در بحران، خطوط بحران و بخش اورژانس^{۲۳}؛ مشارکت جامعه و برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر جامعه و مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد^{۲۴}؛

مرور و نمره‌دهی انتخاب شدند. از میان فوریت‌های روانپزشکی، خودکشی، و از میان اختلالات روان‌پریشی، اسکیزوفرنیا انتخاب شد. اختلالات رفتار تخریبی نیز حذف شد. اعتیاد، اختلالات اضطرابی و اختلالات روان‌تنی به‌عنوان گروه اختلالات مشابه هم، به همان صورت نگه داشته شدند. در طبقه مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان، ابتدا موضوع رفتارهای پرخاشگرانه به سه موضوع کودک‌آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری شکسته شد. همچنین از میان عوامل روانشناختی، مهارت‌های زندگی و مهارت‌های فرزندپروری انتخاب شد. پس از ارائه شواهد مربوط به تمام موضوعات، با نظر جمع، دو موضوع تقسیم‌شده، دوباره برای نمره‌دهی ادغام شدند. در گروه نظام، سیاست‌ها و خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد، پس از ارائه شواهد، تغییراتی در طبقه‌بندی ایجاد شد. بدین ترتیب که سلامت روان مدارس و آموزش مهارت‌های زندگی تفکیک شد. خدمات پس از ترخیص و مراقبت‌های در منزل با توانبخشی ادغام شد و خدمات سلامت روان شهری به‌صورت گروه مجزایی درآمد. علاوه بر این، در این مرحله با بحث گروهی شاخص «شدت و عوارض مشکل در افراد نیازمند خدمت» به شاخص‌های مورد بررسی در این گروه اضافه شد که ضریب ۳ برای آن در نظر گرفته شد. در طبقه‌بندی جمعیت‌های خاص، جمعیت زنان به زنان آسیب‌پذیر، به‌عنوان مهم‌ترین گروه زنان، محدود شد.

سپس نشست‌های مجزایی برای بررسی شواهد مربوط به هر حیطه تشکیل شد. در ابتدا فرد مسئول مرور هر موضوع، نتایج کار خود را، به تفکیک هر شاخص، به‌صورت کتبی و شفاهی به جمع صاحب‌نظران ارائه می‌کرد. در انتها برای رتبه‌بندی نهایی، دوباره از روش گروه اسمی استفاده شد. افراد شرکت‌کننده مجدداً موضوعات درون هر حیطه را نمره‌دهی کردند. نتایج به ترتیب «میانگین مجموع وزن‌داده‌شده نمره شاخص‌ها» مرتب شد و اولویت‌های ملی سلامت روان در چهار حیطه به‌دست آمد (جدول ۲)؛ از میان اختلالات روانپزشکی، اعتیاد و پس از آن، افسردگی و خودکشی بیشترین امتیاز را داشتند. سپس اختلالات اضطرابی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلالات روان‌تنی قرار داشتند. در رتبه‌بندی مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان،

جمعیت‌های خاص: سالمندان؛ زنان؛ کودکان و نوجوانان؛ نیروهای کار^۱؛ زاغه‌نشینان^۲؛ فقرا؛ آوارگان^۳؛ اقلیت‌ها؛ زندانیان؛ معلولان جسمی^۴؛ جمعیت پرورشگاه‌ها^۵.

پس از تعیین شاخص‌های اولویت‌بندی موضوع‌ها در مرحله دوم - که در بخش روش آمد - در قدم اول مرحله سوم، از میان ۵۰ موضوع فهرست‌شده در بالا، ۲۵ موضوع که بیشترین رتبه را آورده بودند، انتخاب شدند: هفت موضوع از میان اختلالات روانپزشکی، شامل اعتیاد و اختلالات مصرف مواد و الکل، اختلالات خلقی، فوریت‌های روانپزشکی، اختلالات اضطرابی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلالات رفتار تخریبی، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی و اختلالات روان‌تنی؛ شش موضوع از میان مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان، شامل فشار روانی و بلایا، رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت، سایر رفتارهای اجتماعی انحرافی، وضع ناگوار عوامل روانشناختی و معنوی سلامت روان، وضع ناگوار عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روان، کمبود احساس رضایتمندی از زندگی و کیفیت زندگی؛ هشت موضوع از میان نظام، سیاست‌ها و خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد، شامل خدمات سلامت روان اجتماع‌نگر/جماعتی (مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، خدمات پس از ترخیص، ویزیت در منزل، کلینیک‌های سرپایی، سلامت روان مدارس، سلامت روان محیط کار، و آموزش مهارت‌های زندگی)، ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات اختصاصی برای معتادان، روان‌درمانی‌ها و مشاوره، خدمات فوریتی روانی، قانون بهداشت روان، توانبخشی و ادغام دوباره در اجتماع، و خدمات بستری روانپزشکی؛ چهار گروه از میان جمعیت‌های خاص، شامل کودکان و نوجوانان، زنان، فقرا، و زندانیان. بر این موضوع تأکید شد که منظور از مطالعه این جمعیت‌ها، نیازهای پیشگیرانه و ارتقای آنها است.

در قدم آخر و برای مرور شواهد توسط فرد یا گروه صاحب‌نظر تعیین‌شده، تغییراتی در هر حیطه پیشنهاد شد و به تأیید جمع رسید. بدین ترتیب که هر موضوع انتخاب‌شده که خود در واقع از چند موضوع تشکیل شده یا قابل تقسیم به چند محور بود، به زیرعنوان‌هایی شکسته شد و از میان هر یک، عناوین مهم‌تر، بر اساس شاخص‌های پیشین انتخاب شدند. در طبقه اختلالات روانپزشکی، از میان اختلالات خلقی، دو اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی برای

1- work forces
2- slummers
3- refugees
4- physically disabled
5- foster care population

خشونت خانگی و به دنبال آن فشار روانی و بلایا، بیشترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. پس از آن سایر رفتارهای اجتماعی انحرافی و سپس دو موضوع عوامل روانشناختی و عوامل اجتماعی با امتیاز مساوی قرار داشتند. رتبه‌بندی نظام، سیاست‌ها و خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد نشان داد که خدمات اختصاصی برای معتادان و به دنبال آن ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات سلامت روان شهری بیشترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. پس از آن خدمات فوریتی روانشناختی، روان‌درمانی‌ها و سلامت روان مدارس قرار داشتند. امتیازهای بعدی مربوط به دو موضوع خدمات بستری روانپزشکی و توانبخشی بود. در رتبه‌بندی جمعیت‌های خاص، به ترتیب کودکان و نوجوانان و به دنبال آن، زنان آسیب‌پذیر بیشترین امتیاز را داشتند و پس از آن، فقرا و زندانیان قرار گرفتند.

از میان موضوعات بالا، ۱۰ موضوع انتخابی، به‌عنوان مهم‌ترین اولویت‌های ملی سلامت روان، عبارت بودند از: ۱- سه موضوع از میان اختلالات روانپزشکی، شامل اعتیاد، افسردگی و خودکشی؛ ۲- دو موضوع از میان مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان، شامل خشونت خانگی و رفتارهای پرخطرانه، فشار روانی و بلایا؛ ۳- سه موضوع از میان نظام، سیاست‌ها و خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد، شامل ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات بهداشت روان شهری، خدمات فوریتی روانی؛ و ۴- دو گروه از میان جمعیت‌های خاص، شامل کودکان و نوجوانان و زنان آسیب‌پذیر. بر این موضوع تأکید شد که منظور از مطالعه این جمعیت‌ها، نیازهای پیشگیرانه و ارتقای آنهاست.

جدول ۲- نتایج نهایی اولویت‌های ملی سلامت روان در چهار حیطه به‌ترتیب «میانگین مجموع وزن داده‌شده نمره شاخص‌ها»

جمعیت‌های خاص	نظام، سیاست‌ها و خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد	مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان	اختلالات روانپزشکی
۱- کودکان و نوجوانان ۳۶/۶۸	۱- خدمات اختصاصی برای معتادان ۴۳/۸۹	۱- خشونت خانگی و رفتارهای پرخطرانه ۳۳/۷۷	۱- اعتیاد و اختلالات مصرف مواد و الکل ۳۵/۷۳
۲- زنان آسیب‌پذیر ۳۵/۴۵	۲- ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۴۲/۱۴	۲- فشار روانی و بلایا ۳۳/۵۳	۲- اختلال افسردگی اساسی ۳۲/۵۳
۳- فقرا ۳۳/۱۸	۳- خدمات سلامت روان شهری (شامل مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر) ۴۱/۲۵	۳- سایر رفتارهای اجتماعی انحرافی (شامل جرم، بزهکاری و روسپیگری) ۳۲/۶۷	۳- خودکشی به‌عنوان فوریت‌های روانپزشکی ۳۱/۷۳
۴- زندانیان ۲۷/۳۶	۴- خدمات فوریتی روانی ۴۰/۲۱	۴- وضع ناگوار عوامل روانشناختی سلامت روان (شامل مهارت‌های زندگی و مهارت‌های فرزندپروری) ۳۲/۳۷	۵- اختلالات اضطرابی و اختلالات سازگاری ۲۷/۴
	۵- روان‌درمانی‌ها و مشاوره ۳۹/۳۹	۵- وضع ناگوار عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روان (شامل سرمایه اجتماعی، حقوق بشر، برابری، عدالت اجتماعی، فرهنگ، شبکه حمایتی، تغییرات سریع در جامعه و انگ)	۶- اختلالات روان‌تنی ۲۷/۱
	۶- سلامت روان مدارس و آموزش مهارت‌های زندگی ۳۹/۱۴	۶- کیفیت زندگی ۲۸/۹	۷- اختلالات دوقطبی ۲۴/۴۷
	۷- خدمات بستری و نگهداری روانپزشکی ۳۷/۲۹		
	۸- توان‌بخشی و ادغام دوباره در اجتماع ۳۷/۰۴		
	۹- قانون بهداشت روان ۳۴/۳۲		

بحث

چنانکه بیان شد، در کشور ما بارها با روش بارش فکر و مباحثه گروهی، اولویت‌های موضوعی سلامت روان بررسی شده است. ولی در مطالعه حاضر، برای نخستین بار، اولویت‌های سلامت روان با استفاده از شواهد، تعیین و مستندسازی شده است. سازمان جهانی بهداشت¹ (WHO) اصلی‌ترین عامل را برای تعیین اولویت اختلالات روانپزشکی، بار آنها می‌داند و بار بیماری را بر اساس میزان مرگ‌ومیر، بیماری‌زایی، ناتوانی، هزینه بالای اقتصادی و نقض حقوق بشر تعریف می‌کند (۱۸). این در حالی است که در بسیاری از کارهای مشابه، تنها از نظرسنجی از صاحب‌نظران یا ذی‌نفعان استفاده می‌شود. مطالعه حاضر تلفیقی از دو روش بود. یک مطالعه علم‌سنجی در زمینه علوم عصبی-روانشناختی در ایران نشان داد در طول سه دهه گذشته، درحالی‌که مطالعات انجام شده در حوزه علوم پایه عصبی، از نظر کمی افزایش داشته است، از نسبت مطالعات انجام شده در مورد خدمات بهداشت روان کاسته شده است (۱۹). این امر ضرورت اولویت‌بندی موضوعی را، بر اساس ضرورت‌ها، و اطلاع‌رسانی گسترده آن به ذی‌نفعان نشان می‌دهد.

یافته‌های مطالعه حاضر، تفاوت‌ها و شباهت‌هایی با یافته‌های اولویت‌بندی انجام شده توسط WHO، بر اساس بار بیماری‌ها (۲۰) دارد. مهم‌ترین تشابه آن است که سه موضوع اول اختلالات روانپزشکی، در میان اولویت‌های نخست WHO نیز قرار دارد. ولی موضوعاتی مانند صرع و دمانس که در اولویت‌های اول WHO اعلام شده، در اولویت‌های مطالعه حاضر قرار نگرفته است. علت قرار نگرفتن صرع در فهرست حاضر این است که مطالعه حاضر تنها به اختلالات روانپزشکی و نورولوژیک را در یک طبقه جا داده است. در مورد دمانس نیز شاید هنوز به دلیل جوان‌تر بودن جمعیت ایرانی نسبت به بسیاری از کشورهای دارای نفوذ دنیا، گروه سالمندان و اختلالات مربوط به آنها اهمیت کمتری نسبت به سایر اختلالات روانپزشکی دارد. تفاوت عمده دیگر این بود که WHO اولویت‌بندی را فقط در مورد اختلالات روانپزشکی و نورولوژیک انجام داده است و فاقد حیطه‌ها و موضوعات دیگر است. از این رو به نظر می‌رسد اولویت‌بندی انجام شده در مطالعه حاضر جامع‌تر باشد. افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تمرکز اولویت‌های سلامت روان بر

اختلالات روانپزشکی را ناکافی دانستند و معتقد بودند که این اولویت‌ها باید از میان سه حیطه دیگر، یعنی مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان، نظام، سیاست‌ها و خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد و جمعیت‌های خاص نیز انتخاب شوند. چنین طبقه‌بندی‌هایی در دیگر پژوهش‌ها نیز به چشم می‌خورد. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای در ۲۷ کشور اروپایی، شناسایی زودرس اختلالات روانپزشکی، کیفیت خدمات بهداشت روان و پیشگیری از اختلالات روانپزشکی بالاترین اولویت را داشتند (۲۱). در مطالعه دیگری در برزیل، بیشترین اولویت مربوط به نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه بود (۲۲).

برخی نقاط قوت مطالعه حاضر شامل این موارد بود:

- ۱- اولویت‌بندی از میان تمام موضوعات سلامت روان انجام شد و تلاش شد هیچ موضوعی نادیده گرفته نشود؛
- ۲- اولویت‌بندی در حیطه‌های گوناگون مرتبط با سلامت روان و نه تنها اختلالات روانپزشکی صورت گرفت و موجب شد در چهار حیطه تعیین شده موضوعات، اولویت موارد، به تفکیک تعیین شود؛
- ۳- شاخص‌های متعددی از اهمیت موضوع، تقاضای مردم، توجه سیاسی و قابلیت مداخله در نظر گرفته شدند، اگرچه ضرایب متفاوتی برای آنها در نظر گرفته شد؛
- ۴- برای بررسی شواهد از مرور منابع داخلی استفاده شد و در صورت موجود نبودن منابع داخلی در خصوص هر شاخص مربوط به هر موضوع، از منابع خارجی استفاده شد؛
- ۵- مرور و بررسی منابع توسط متخصصان انجام شد که به صورت تخصصی روی هر موضوع کار می‌کردند. این امر تضمین‌کننده تسلط و دسترسی بهتر ایشان به بیشتر منابع بود تا بهترین تحلیل ممکن در هر موضوع ارائه شود؛
- ۶- برای انجام این مطالعه طی جلسه‌های متعدد و بدون محدودیت زمانی بحث‌های متعدد گروهی انجام شد تا تمام دیدگاه‌ها و شواهد بررسی و درباره آنها تصمیم‌گیری شود. ضمن اینکه استفاده از فرایند رأی‌گیری و روش گروه اسمی موجب اعمال همه دیدگاه‌ها، به صورت مساوی، شد؛
- ۷- متخصصان رشته‌های مختلف مرتبط با سلامت روان، کارکنان در سازمان‌های مختلف، و تا اندازه‌ای همکارانی از سطوح ملی و استانی برای تعیین اولویت‌های ملی مشارکت داشتند.

باید در نظر داشت که به هر حال تعداد صاحب‌نظران و ذی‌نفعان مشارکت‌کننده محدود بود و امکان دریافت

¹ World Health Organization

2. Basiri A, Hosseini Moghadam S. Need assessment, an essential need to define the research priorities for research centers. *J Res Med Sci*. 2004; 28(2):91-5. [Persian]
3. Imami S, Tahamtan F, Nabipour I, Azizi F, Zafarmand M, Nakhaei K. Use of focus groups to assess the health needs of the community for priorities in health research in Bushehr port, I.R. Iran, The Persian Gulf region. *Iran South Med J*. 2002; 5(2):176-80. [Persian]
4. Rezaei Ashtiani A, Hadi M. Health problem priorities setting in health center of Arak University of Medical Sciences in 2002. *Arak Med U J*. 2003; 6(23):22-7. [Persian]
5. Yazdan Panah B, Pourdanesh F, Safari M, Rezai M, Ostavar R, Afshoun E, et al. Health research priority setting by needs assessment in Kohgiluyeh and Boyerahmad province. *Armaghan Danesh*. 2003; 8(31):19-24. [Persian]
6. Tourani S, Maleki MR, Hadian M, Amiresmaili MR. A survey on present status of health services priority setting in Iran. *Payesh*. 2011; 10(2):217-30. [Persian]
7. Rosenheck RA. Principles for priority setting in mental health services and their implications for the least well off. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(5):653-8.
8. Maynard A. Rationing health care. *Br Med J*. 1996; 313(7071):1499.
9. Drummond M, Sculpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rded. Oxford: Oxford University Press; 2005.
10. Callahan D. Setting mental health priorities: Problems and possibilities. *Milbank Q*. 1994; 72(3):451-70.
11. Mihalopoulos C, Carter R, Pirkis J, Vos T. Priority-setting for mental health services. *J Ment Health*. 2013; 22(2):122-34.
12. Carter R, Vos T, Moodie M, Haby M, Magnus A, Mihalopoulos C. Priority setting in health: Origins, description and application of the Australian assessing cost-effectiveness initiative. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2008; 8(6):593-617.
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Vol 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

دیدگاه‌های جمع بزرگ‌تری وجود نداشت. همچنین هر یک از شرکت‌کنندگان در حوزه‌های مختلف علم به صورت تخصصی کار می‌کردند و این بر اعتبار نتایج تأثیر داشت. محدودیت دیگر مشارکت ناچیز گروه استفاده‌کنندگان از خدمات بود که با وجود دعوت‌های مکرر، حضور محدودتری نسبت به سایر ذی‌نفعان داشتند. مطالعات مشابه سایر کشورها نیز چنین محدودیت‌هایی داشته‌اند، ولی هر جا که اولویت‌بندی با استفاده از ارتباط پستی انجام می‌شد، امکان جمع‌آوری دیدگاه‌های تعداد بیشتری از ذی‌نفعان فراهم شده بود (۲۱) و هر جا که از جلسات حضوری استفاده می‌شد، تعداد شرکت‌کنندگان محدودتر بود (۲۲).

در پایان باید گفت وجود سند اولویت‌های سلامت روان که مورد پذیرش افراد صاحب نفوذ در این حیطه باشد، موجب حمایت‌یابی و ارتقای هرچه بیشتر سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت روان در جهت توجه به اولویت‌های کشور می‌شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله حاضر، از همکارانی که در مراحل مختلف این پژوهش با ما همکاری کردند، سپاسگزاری می‌کنند: آقایان دکتر احمدعلی نوربالا، دکتر سهیل سعادت، دکتر کیارش آرامش، علی بهرام‌نژاد، دکتر بهروز بیرشک، دکتر شریف ترکمن‌نژاد، دکتر جمال شمس، دکتر محمد کاظم عاطف وحید، دکتر پوریا صرامی فروشانی و خانم‌ها دکتر زهره حلم‌زاده، دکتر مروئه وامقی، اعظم صادقی‌فر، دکتر لادن فتی، دکتر ناهید گرامیان، دکتر گلایل اردلان، عزیزه افخم ابراهیمی، خدیجه گودرزی و سهیلا طاهریان.

[این مقاله حاصل قرارداد شماره ۲۹۴۰ و ۳۰۷۲ با انستیتو روانپزشکی تهران (دبیرخانه شبکه تحقیقات سلامت روان) و قرارداد شماره ۳۰۷۳ با مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران است.]

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، به غیر از آنچه که در محدودیت‌های این پژوهش ذکر شده است، تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

1. World Health Organization. *Mental health policy, plans and programmes, module 1 (update 2)*. Geneva: World Health Organization; 2005.

14. World Health Organization. Mental Health Evidence, Research Team, and Disease Control Priorities Project. Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders. Geneva: World Health Organization; 2006.
15. World Health Organization. Mental health program of World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. [Undated; cited 2011 2009 January 5th]; Available from http://who.int/mental_health/en/.
16. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health: Problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press; 1995.
17. Sharan P, Gallo C, Gureje O, Lamberte E, Mari JJ, Mazzotti G, et al. Mental health research priorities in low-and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Psychiatry*. 2009; 195(4):354-63.
18. Dua T, Barbui C, Clark N, Fleischmann A, Poznyak V, van Ommeren M, et al. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: Summary of WHO recommendations. *PLoS Med*. 2011; 8(11):e1001122.
19. Sharifi V, Rahimi-Movaghar A, Mohammadi MR, Goodarzi RR, Izadian ES, Farhoudian A, et al. Analysis of mental health research in the Islamic Republic of Iran over 3 decades: A scientometric study. *East Mediter Health J*. 2008; 14(5):1060-9.
20. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. [Internet] . Geneva: World Health Organization; 2008 [Undated; cited 2011 October 10th]; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
21. Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V, Sampogna G, Obradors-Tarrago C, Maj M. Priorities for mental health research in Europe: A survey among national stakeholders' associations within the ROAMER project. *World Psychiatry*. 2013; 12(2):165-70.
22. Gregorio G, Tomlinson M, Gerolin J, Kieling C, Moreira HC, Razzouk D, et al. Setting priorities for mental health research in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34(4):434-9.

Original Article

National Priority Setting for Mental Health in Iran

Abstract

Objectives: The present study was conducted to determine national priorities of mental health and funded by Iranian Mental Health Research Network. The most important advantage of priority setting is effective investment and budgeting on mental health problems. Exact prioritizing increases cost-effectiveness of interventions and prevents waste of national resources.

Method: Researchers from various related disciplines, health care program planners and authorities, executive managers and service providers participated in this study. In the first stage, a comprehensive list of mental health topics was prepared and classified by reviewing the literature and brain storming. In the second stage, the criteria for priority setting of topics under each field and their impacts were determined. In the third stage, using nominal group technique (NGT), 50 topics were screened and 25 topics were selected. These 25 topics were classified to smaller subjects and then expert(s) in each subject reviewed the national and international evidence of relevance and importance of each subject. Using available evidence, and by nominal group technique, priority of subjects in each field was set based on the prioritizing criteria. **Results:**

Finally, 25 subjects were chosen. The top 10 subjects as the national mental health priorities were: three subjects from psychiatric disorders including substance dependence, depression and suicide; two subjects from mental health problems and determinants including domestic abuse and aggressive behaviors, stress and disasters; three subjects from mental health & substance use services, systems and policies including integration of mental health in primary health care, urban mental health and emergency services; and two subjects from specific populations including children and adolescents, and vulnerable women. **Conclusion:** The document on national priorities in mental health confirmed by main authorities in the field would, as much as possible, support and promote mental health policies and programs in the country towards the determined priorities.

Key words: priority setting; evidence-based planning; mental health; Iran

[Received: 15 June 2013; Accepted: 14 May 2014]

Afarin Rahimi-Movaghar^a, Masoumeh Amin-Esmaeili^{}, Mitra Hefazi^a, Hassan Rafiey^b, Seyed Vahid Shariat^c, Vandad Sharifi^a, Ahmad Hajebi^c, Niloufar Mahdavi Hazaveh^d, Ali Farhoudian^b, Aliakbar Nejatisafa^a, Naghme Mansouri^c, Banafsheh Gharraee^c, Jafar Bolhari^c, Mohammad Reza Mohammadi^a, Javad Mahmoudi Gharaie^a, Maryam Rasoulian^c, Ameneh Forouzan^b, Mohammadbagher Saberi Zafarghandi^c, Alireza Noroozi^a, Firouzeh Jafari^b, Zia Ghaemmagham Farahani^b, Mehrdad Kazemzadeh Atoufi^c, Mahdieh Vazirian^e, Ali Asadi^e, Tayebeh Dehbashizadeh^c, Asma Aghebati^c*

* Corresponding author: Iranian Research Center for HIV/AIDS, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-66947984

E-mail: dr.m.a.esmaeeli@gmail.com

^a Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; ^c Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^d Shahid Beheshti University of Medical Sciences; ^e Mental Health Office of Ministry of Health and Medical Education.