نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره دوم، تابستان ۹۷، صفحات ۱۶۰ تا ۱۶۹

سلامت روان، شاخص‌ها و چگونگی ارتقای آن‌ها
تبیین مفهوم "سلامت روان" و "شاخص‌های آن" از بند سوم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

نویسندگان:
احمدعلی نوربالا تفتی[۱]، سیاوش لاجوردی[۲*]

چکیده

زمینه و هدف: در راستای اجرای بند یک اصل ۱۱۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران، در بند سوم سیاست‌های کلی سلامت موارد مرتبط با سلامت روان مطرح شده است. فهم کامل و شناخت عمیق مفاد و ابعاد این سیاست‌ها به منظور اجرای صحیح آن‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف تبیین دقیق عنوان «سلامت روان»، «شاخص‌های آن» و «چگونگی ارتقای آن‌ها» که از مفاهیم و واژه‌های بند سوم این سیاست‌ها استخراج شده، انجام شده است.

روش کار: در جهت انجام این مطالعه کیفی از ترکیبی از روش‌های معمول شامل مطالعه منابع و متون، اسناد بالادستی، پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر انگلیسی و فارسی زبان، تحلیل وضعیت موجود و جلسه بحث با صاحب‌نظران استفاده شد و در نهایت درخصوص تحقق و دستیابی به شاخص‌های مدنظر جمع‌بندی صورت پذیرفت.

یافته‌ها و نتیجه‌گیری: تحقق اهداف این بند مستلزم تدوین برنامه‌های عملیاتی برای اجرای مداخلات مرتبط با هر شاخص است و رصد کلان شاخص‌ها توسط دستگاه‌ها و سازمان‌های مسئول با همکاری سایر بخش‌های مرتبط در پیشبرد اهداف در راستای دستیابی به شاخص مورد نظر حائز اهمیت است. بنابراین ضرورت دارد وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی، موضوع سلامت روان را که به عنوان یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم سلامت و درعین حال مغفول همه جوامع ازجمله نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران است، با استناد به بند سوم سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، با کمک راهکارهای اجرایی برنامه عملیاتی سلامت روان مندرج در راهنمای کار سازمان جهانی بهداشت و نیز پیاده‌سازی شاخص‌های سلامت روان پیشنهادی اقدام کرد.

کلید واژه: برنامه‌ریزی راهبردی، خدمات سلامت روان، سلامت روان

مقدمه

برای به‌کارگیری سیاست‌های کلی سلامت، فهم کامل و شناخت عمیق مفاد و ابعاد آن ضروری به نظر می‌رسد. در متن بند سوم این سیاست‌ها آمده است: "ارتقاء سلامت روان جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی ـ ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع عوامل تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روان"

این مطالعه با هدف تبیین دقیق واژه سلامت روان، شاخص‌های آن و چگونگی ارتقای آن‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین عناوین و واژه‌های بند سوم این سیاست‌ها، انجام شده است.

سلامت/سلامت روان

سلامت: در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی "سلامت" به عنوان "نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت" بلکه "حالت بهینه سلامتی جسمی، روانی واجتماعی" تعریف شده است(۱).

۱. دکترای تخصصی اعصاب و روان، استاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، کارشناس پژوهشی، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

سلامت روان: مفهوم سلامت روانی از نظر سازمان جهانی بهداشت چیزی فراتر ازنبود اختلالات روانی است و شامل این موارد است: سلامت ذهنی[1]، ادراک خود کارآمدی[2]، استقلال و خودمختاری[3]، کفایت و شایستگی[4]، وابستگی بین نسلی[5] و خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی(۲)[6].

در جدیدترین تعریف مربوط به سال ۲۰۱۴ از بهداشت روان، اینگونه بیان شده است که سلامت روان به عنوان حالتی از سلامتی اطلاق می‌شود، که هرفردی از توانمندی‌هایش درمی‌یابد که می‌تواند با تنش‌های عادی زندگی مقابله کند، می‌تواند کار مفید و ثمربخش انجام دهد و نیز قادراست با جامعه خود مشارکت داشته باشد(۳).

اهمیت موضوع: براساس اظهارنظر سازمان جهانی بهداشت، درسال ۱۹۹۰ میلادی، از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده‌اند پنج مورد آن مربوط به بیماری‌های روانی (افسردگی اساسی، سوء مصرف دارو والکل، اختلال خلقی دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی ـ اجباری) است. و براساس پیش‌بینی های پژوهشگران بین‌المللی، رتبه بار اختلال افسردگی از رتبه چهارم در سال ۱۹۹۰ به رتبه دوم درسال ۲۰۲۰ میلادی، رتبه بار حواث وسوانح از رتبه نهم در سال ۱۹۹۰ به رتبه سوم درسال ۲۰۲۰ میلادی (قابل ذکر است کشور ما از این بابت درحال‌حاضر در وضعیت بدتری است)، رتبه بار عوارض جنگ از رتبه شانزدهم در سال ۱۹۹۰ به رتبه هشتم درسال 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 درسال ۲۰۲۰ میلادی، رتبه بار صدمه به خود از رتبه هفدهم در سال ۱۹۹۰ به رتبه چهاردهم در سال ۲۰۲۰ میلادی جابه‌جا می‌شود (۳).

تأثیر عوامل مختلف روی سلامت متفاوت است. براساس برآورد کمیته تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی، عوامل زیستی وژنتیک ۵ درصد، نظام مراقبت از سلامت ۱۰ درصد، عوامل رفتاری ۳۰ درصد و شرایط اجتماعی ۵۵ درصد بر روی سلامت تأثیر گذارند(۴). در جدیدترین پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، رتبه بار اختلال افسردگی در کشورهای توسعه یافته از رتبه چهارم در سال ۲۰۰۲ به رتبه اول درسال ۲۰۳۰ میلادی و در کشورهای درحال‌توسعه از رتبه چهارم در سال ۲۰۰۲ به رتبه دوم پس از HIV/AIDS در سال ۲۰۳۰ میلادی می‌رسد. رتبه بار بیماری دیابت که یک اختلال روان‌تنی است از رتبه بیستم در سال ۲۰۰۲ به رتبه یازدهم درسال ۲۰۳۰ میلادی افزایش می‌یابد(۵).

سیستم بهداشت و درمان درسراسر جهان با چالش‌های عظیمی در ارائه مراقبت و حمایت ازحقوق بشرافراد مبتلا به اختلالات روانی، عصبی و استفاده از مواد، روبرو است. منابع دردسترس ناکافی است، غیرمنصفانه توزیع شده و بازده آن کم است. باید گفت که گروه کثیری ازافراد مبتلا به این اختلالات هیچ‌گونه مراقبتی را دریافت نمی‌کنند. درسال ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی برنامه شکاف در بهداشت روان، راهنمای عملیاتی برای اختلالات روانی، عصبی و استفاده از مواد را به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط راه‌اندازی کرد. براساس این سند، ۱۴ درصد 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 قریب‌به‌اتفاق این کشورها ۳ درصد بودجه بهداشتی به سلامت روان اختصاص یافته است. این امرموجب شکاف زیاد در امر درمان در بیش از ۷۵ درصد کشورهای با درآمد کم و متوسط شده است.

سازمان جهانی بهداشت در اجلاس خود در سال ۲۰۱۲ در قاهره همزمان با تبادل‌نظر کارشناسان کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، خواستار نهایی شدن پیش‌نویس برنامه شکاف در بهداشت روان، راهنمای عملیاتی برای اختلالات روانی، عصبی واستفاده از مواد آن و عمومی‌سازی روش‌ها در کشورهای عضو از جمله ایران شده است(۶).

1. subjective well-being
2. perceived self-efficacy
3. autonomy
4. competence
5. intergenerational dependence
6. self-actualization of one's intellectual and emotional potential

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

روند یافته‌های پژوهشی سلامت روان در ایران

الف ـ بررسی سلامت روان در ایـران (نوربـالا و همکـاران ـ ۱۳۷۸): جامعه آماری این پژوهش جمعیت بالای ۱۵ سال کشور و حجم نمونه ۳۵۰۱۴ نفر (حدود ۰/۰۰۱ خانوارها) مـی‌باشـد. ابـزار پژوهش مورد استفاده، آزمون غربال‌گری GHQ-28 بوده است. شـیوع نشانگان روانی کل کشور ۲۱ درصد (۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان)، شیوع اختلال روانی استان تهران ۲۱/۲ درصد و شهر تهران ۲۱/۵ درصد گزارش شده است (۶).

ب ـ همـه‌گیرشناسـی اخـتلالا ت روان‌پزشـکی در ایـران (محمدی و همکـاران ـ ۱۳۸۰): جامعـه آمـاری در ایـن مطالعـه جمعیت ۱۸ سال و بالاتر کشور و حجـم نمونـه ۲۵۱۸۰ نفـر بـوده است. ابزار پژوهش نیز آزمون (SADS شامل ۹۰۴ سوال مـی باشـد. طبق نتایج شیوع اختلال روانی در کل کشور ۱۷/۱۰ درصد (۲۳/۴ درصد زنان و ۱۰/۸ درصد مردان) و شـیوع اختـلال روانـی اسـتان تهران ۱۴/۲۹ درصد برآورد شده است(۷)

ج- بررسی سلامت روانی شـهر تهـران در راسـتای پـروژه سنجش عدالت (نوربـالا و همکـاران-۱۳۸۷): جامعـه آمـاری شامل جمعیت بالای ۱۵ سال شهر تهران و حجم نمونه ۱۹۳۷۰ نفر گـزارش شـده اسـت. ابـزار پـژوهش آزمـون غربـال‌گـری GHQ-28 می‌باشد. شیوع اختلال روانی شهر تهران ۳۴/۲ درصد (۳۷/۹ درصد زنان و ۲۸/۶ درصد مردان) محاسبه گردیده است(۸).

- شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در ایران، نتایج پیمـایش ملـی سلامت روان (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰-۱۳۸۹): در این مطالعه مقطعی با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحلـه‌ای از خانوارهای ایرانی بر روی جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال با استفاده از ابزار ویرایش دوم مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) و با حجم نمونه ۷۸۸۶ نفر، میزان شـیوع اخـتلالات روانپزشـکی کشور در طول ۱۲ ماه گذشته عدد ۲۳/۶ درصـد (۲۶/۵ درصـد زنان و ۲۰/۸ درصد مردان) برآورد شده است(۹).

وضعیت موجود (معرفی شاخص‌ها و وضعیت آن‌ها)

شاخص عبارتست از معیاری که به طـور مسـتقیم یـا غیرمسـتقیم تغییرات وقایع یا وضعیت‌هـا را انـدازه‌گیـری مـی کنـد و بـا اسـتفاده از داده‌های خام، اطلاعات مفیدی جهت مقایسه فعالیت‌ها یـا برنامـه‌هـا بـا اهداف برنامه و یا استانداردهای بین بخش‌های مختلـف و اسـتانداردهای ملی و جهانی و یا مقایسه دوره‌های زمانی را فراهم می‌سازد(۱۰).

عناوین شاخص‌های پیشنهادی در سطوح مختلف پیشگیری

❖ شاخص‌های پیشنهادی سطح اول پیشگیری

۱. میزان تطابق برنامه‌های مصوب دولت با بهداشت روانی جامعه
۲. میزان مشاوره ژنتیک زوجـین قبـل از ازدواج و حـاملگی بـرای غربالگری اختلالات رفتاری و روانی
۳. میزان برخورداری بانوان از مراقبت‌های سلامت عمومی و روانـی در دوران بارداری، زایمان و پس از آن
۴. نسبت بودجه سلامت روان به بودجه کـل سـلامت عمـومی در کشور و GNP
۵. میزان رضایتمندی از زندگی در رابطه با سلامت و سبک زندگی
۶. میزان‌آموزش مهارت‌های زنـدگی (مـدیریت خشـم و اسـترس، فرزند پروری ...) ازطرق مختلف نظیر مراکز آموزشی و رسانه‌ها
۷. میزان ادراک افراد از امنیـت و سـرمایه‌اجتمـاعی، اقتصـادی در منزل، مراکز آموزشی، محیط کار و محله
۸. میزان مسائل مربوط به سلامت روان در محیط زیست بـه‌طـور عام (آلودگی هوا ـ ازدحام ـ حقوق شهروندی)
۹. میـزان ادراک افـراد از رضـایت اجتمـاعی ـ امیـدواری و آنچـه زیرعنوان کلی سرمایه روان‌شناختی آمده است .
۱۰. میزان‌آسیب‌هـای روانـی اجتمـاعی از قبیـل اعتیـاد، بیکـاری ـ تبعیض، طلاق، خشـونت خـانگی و اجتمـاعی، عـدم شـفافیت، چرخش اطلاعات در نظام اداری
۱۱. میزان آگاهی و نگرش آحاد جامعه و سیاست‌گـذاران در زمینـه سلامت روان، انگ و انگ‌زدایی(۱۱، ۱۲)

❖ شاخص‌های پیشنهادی سطح دوم پیشگیری

۱. میزان‌شیوع نشانه‌های روان‌شناختی و اختلالات روانی براسـاس آزمون غربالگری در جامعه
۲. میزان شیوع اختلالات اضطرابی (Panic-Pholde-GAD-OCD) در جامعه
۳. میزان شیوع اختلالات خلقی (BMD- MDD) در جامعه

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

شاخص‌های پیشنهادی سلامت روان جمهوری اسلامی‌ایران اعم از سطح اول و دوم وسوم

ردیف	عنوان شاخص پیشنهادی سلامت روان	سازمان مسئول تولید شاخص	فاصله زمانی محاسبه شاخص
۱	نسبت بودجه سلامت روان به بودجه کل سلامت و GNP	وزارت بهداشت با همکاری معاونت برنامه‌ریزی راهبردی ریاست جمهوری	سالانه
۲	میزان سرمایه اجتماعی	وزارت کشورو شورای فرهنگ عمومی کشور	۵سال
۳	میزان سواد سلامت روان و بهزیستی روان شناختی	وزارت بهداشت با همکاری دستگاه‌های ذیربط	۳-۵ سال
۴	میزان شیوع نشانه‌های اختلالات روانی (GHQ)	وزارت بهداشت با همکاری دستگاه‌های ذیربط	۳ سال
۵	میزان شیوع و بار کلی اختلالات روانی(CIDI)	وزارت بهداشت با همکاری دستگاه‌های ذیربط	۵ سال
۶	میزان شیوع و بارکلی اختلالات رفتاری و روانی کودکان و نوجوانان	وزارت بهداشت با همکاری وزارت آموزش وپرورش و دستگاه‌های ذیربط.	۵ سال
۷	میزان شیوع و بار کلی معلولین ذهنی و روانی	سازمان بهزیستی با همکاری دستگاه‌های ذیربط	۵ سال
۸	میزان شیوع آسیب‌های روانی اجتماعی از قبیل: اعتیاد، خودکشی، قتل، خشونت خانگی وجرایم	وزارت کشوروزارت بهداشت، بهزیستی، نیروی انتظامی و قوه قضاییه	۳-۵ سال
۹	میزان پوشش بیمه سلامت روان در سه سطح پیشگیری	وزارت بهداشت با همکاری وزارت رفاه	۲ سال
۱۰	میزان بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت روان	وزارت بهداشت با همکاری دستگاه‌های ذیربط	۳-۵ سال
۱۱	میزان بهره‌مندی و رضایت‌مندی بیماران و معلولین از خدمات سلامت روان و توانبخشی	وزارت بهداشت با همکاری وزارت رفاه و دستگاه‌های ذیربط	۳-۵ سال
۱۲	میزان پوشش خدمات سلامت روان درسوانح و حوادث	وزارت بهداشت با همکاری جمعیت هلال‌احمر و دستگاه‌های ذیربط	۵ سال
۱۳	میزان پوشش خدمات سلامت روان درگروه‌های آسیب‌پذیر (کودکان کار، بی‌خانمان‌ها، زندانیان، مهاجرین ...)	وزارت بهداشت با همکاری وزارت کشورو دستگاه‌های ذیربط	۵ سال
۱۴	میزان پوشش خدمات سلامت روان جامعه‌نگر (مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر، مراکز روزانه، مراقبت در منزل)	وزارت بهداشت، بهزیستی و دستگاه‌های ذیربط،	۵ سال
۱۵	نسبت بیمارستان‌های عمومی دارای بخش روان‌پزشکی به بیمارستان‌های موجود کشور	وزارت بهداشت با همکاری دستگاه‌های ذیربط	۳ سال
۱۶	میزان تخت‌های روانپزشکی به کل تخت‌های بیمارستانی موجود کشور	وزارت بهداشت با همکاری دستگاه‌های ذیربط	۳ سال
۱۷	نسبت نیروی انسانی تخصصی بهداشت روان موجود (شامل روان‌پزشک، روانشناس، روان پرستار، کار درمانگر و گفتار درمانگر) به کل جمعیت	وزارت بهداشت با همکاری نظام پزشکی و دستگاه‌های ذیربط	سالیانه
۱۸	نسبت نیروی انسانی تخصصی بهداشت روان (شامل روان‌پزشک، روان‌شناس، روان پرستار، کار درمانگر و گفتار درمانگر) شاغل در برنامه‌های دولتی به کل جمعیت	وزارت بهداشت با همکاری نظام پزشکی و دستگاه‌های ذیربط	سالیانه
۱۹	متوسط روزهای بستری بیماران روانی در بیمارستان‌ها عمومی و تخصصی	وزارت بهداشت با همکاری دستگاه‌های ذیربط	سالیانه
۲۰	میزان پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه سلامت روان نسبت به سایر پژوهش‌های پزشکی از نظر تعداد و اعتبار	وزارت بهداشت با همکاری دستگاه‌های ذیربط	۲ سال

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

۴. میزان شیوع مصرف مواد مخدر و الکل (اپیوم ـ مواد محرک ـ 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 ـ جنسی ـ کلامی ...) در جامعه
۹. میزان درصد نیروهای بهداشت روان (روانپزشک ـ روان‌شناس ـ مشاور ـ مددکار اجتماعی) نسبت به دیگر نیروهای سلامت
۱۰. میزان درصد مراکز ارائه خدمات درمانی سرپایی روانپزشکی (کلینیک ـ مطب ...) نسبت به دیگر مراکز پزشکی
۱۱. میزان درصد مراکز ارائه خدمات درمانی بستری روانپزشکی و تخت‌های بستری (اورژانس ـ بیمارستان) نسبت به دیگر مراکز پزشکی
۱۲. میزان پوشش بیمه سلامت روان در سه سطح پیشگیری
۱۳. میزان بارکلی ناشی از اختلالات رفتاری و روانی در جامعه
۱۴. میزان شکاف ناشی از بار کلی اختلالات روانی و میزان بودجه تخصیصی به سلامت‌روان
۱۵. میزان شیوع اختلالات شناختی (آلزایمر ـ دمانس) در جامعه (۱۳، ۱۴)

❖ **شاخص‌های پیشنهادی سطح سوم پیشگیری**

۱. میزان ایجاد خدمات توانبخشی روانپزشکی مقرون‌به‌صرفه جهت کاهش بار مالی خدمات درمانی دولت
۲. میزان تأمین خدمات توانبخشی جامعه‌نگر برای بیماران
۳. میزان تأمین و آموزش نیروی انسانی لازم برای توانبخشی روانپزشکی
۴. میزان فراهم‌آوری امکانات اشتغال برای بیماران نیازمند توانبخشی روانپزشکی، ازجمله تأمین سهمیه استخدام در مراکز دولتی و کارخانه‌ها
۵. میزان همکاری سازمان‌های بیمه‌گر در تأمین هزینه خدمات توانبخشی مبتلایان به بیماری‌های روانی
۶. میزان مشارکت و مسئولیت‌پذیری سازمان‌های ذیربط دولتی و عموم مراکز در تدوین، مدیریت، تأمین و اجرای خدمات توانبخشی، روانپزشکی
۷. میزان برخورداری بیماران دچار معلولیت روانی از امکانات تحصیلی، ترویج و اسکان مناسب
۸. میزان انگ‌زدایی از مبتلایان به معلولیت روانی (و ذهنی)
۹. میزان رضایت از زندگی در مبتلایان به معلولیت روانی
۱۰. میزان آگاهی توان‌جویان از وجود مراکز ارائه خدمات توانبخشی روانپزشکی (۱۵)

راهکارهای ارتقا شاخص‌های سلامت روان کشور

در راستای بهبود وضعیت موجود، در سه سطح اول و دوم و سوم پیشگیری آنچه که لازم است مورد توجه قرار گیرد را می‌توان به‌طور خلاصه بدین صورت جمع‌بندی کرد:

الف: راهبردهای اختصاصی پیشگیری اولیه سلامت روان

۱. انجام مطالعات نیازسنجی دوره‌ای به منظور به‌روزرسانی اولویت‌های ارتقای سلامت روان جامعه.
۲. آموزش و آگاه‌سازی عموم مردم درزمینه سلامت روان.
۳. تقویت مهارت‌های مرتبط با سلامت روان از جمله مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های شغلی ومهارت‌های زندگی سالم.
۴. ایجاد و تقویت سیستم‌های حمایت اجتماعی.
۵. مداخلات اجتماعی درجهت کاهش استرس وارتقای سلامت روان.
۶. تاب‌آوری فردی[1]
۷. تقویت شبکه‌های ارتباطی محله‌ای، مشارکت شهروندان و فعالیت‌های محله‌ای[2]
۸. توانمندسازی اجتماعی[3]
۹. مداخله در بحران برای وضعیت‌هایی نظیر: طلاق، جدایی، بلایا و آسیب‌های دیگر.
۱۰. کنترل عوامل خطر شناخته شده در برخی مشکلات و بیماری‌ها مثل: خودکشی، خشونت، اعتیاد، صرع، عقب ماندگی ذهنی و....
۱۱. پیشگیری از کودک‌آزاری ودیگر خشونت‌های خانگی.
۱۲. مدافعه‌گری[4] از کلیه برنامه‌های مرتبط با سلامت روان.

1. Personal Resilience
2. Community Action
3. Social Empowerment
4. Advocacy

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

۱۳. جلوگیری از بروز و مدیریت علمی در مورد تنش‌های خانوادگی و اجتماعی.
۱۴. پایش، ارزشیابی وانجام پژوهش‌های ضروری ذیربط.
۱۵. به‌کارگیری برنامه‌های سلامت روان در مقاطع مختلف تحصیلی اعم از آموزش وپرورش وآموزش عالی
۱۶. به‌کارگیری برنامه‌های سلامت روان برای برخی از گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر ابتلا به اختلالات روانی ازقبیل زنان، سالمندان، افراد فقیر، بیکاران، مبتلایان به بیماری‌های مزمن جسمی (دیابت، بیماران مزمن قلبی، کلیوی، ریوی، ایدز..)، سانحه‌دیدگان، آوارگان، اقلیت‌های قومی، افراد فروخته‌شده (قاچاق انسان)، روسپی‌ها و افراد دارای معلولیت(۱۶).

ب: راهبردهای اختصاصی پیشگیری ثانویه سلامت روان

۱. توسعه کمی و کیفی طرح ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه[1] در روستاها به منظور غربالگری، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران روانی، حتی‌المقدور به صورت رایگان و یا با هزینه ناچیز وپوشش بیمه‌ای
۲. توسعه کمی و کیفی طرح بهداشت روان شهرها از طریق رابطین بهداشتی.
۳. توسعه کمی و کیفی مراکز ارائه خدمات سرپایی و بستری بیماران روانپزشکی.
۴. پوشش بیمه‌ای خدمات روانپزشکی سرپائی وبستری، اعم از بیمه‌های دولتی، خصوصی و تکمیلی
۵. عزم عمومی و ملی، جهت انگ‌زدایی از اختلالات روانی و بیماران روانی.
۶. به‌کارگیری تخصیص ۱۰ درصد از تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانی وگسترش روانپزشکی رابط ـ مشاور و بخش‌های روان‌تنی در بیمارستان‌های عمومی
۷. تأمین دارو و تجهیزات مناسب با نیاز ارائه خدمات روانپزشکی به‌روز
۸. افزایش سهم اعتباری بودجه بهداشت روان از بودجه بهداشت و درمان کل کشور.
۹. تأمین نیروی انسانی موردنیاز گروه بهداشت روان در سطوح مختلف تخصصی تا رسیدن به استاندارد جهانی.
۱۰. ساماندهی خدمات روان‌شناختی و مشاوره با هماهنگی مراجع ذیربط
۱۱. ارتقاء کمی وکیفی آموزش روانپز شکی وعلوم رفتاری در دوره دانشجویی، کارورزی و تخصصی.
۱۲. انجام مطالعات دوره‌ای مربوط به بروز وشیوع اختلالات روانی و اعلان روند این اختلال‌ها به صورت مستمر به مسئولین و مردم
۱۳. ادغام سلامت روان در خدمات پیش و پس از فوریت‌ها
۱۴. به‌کارگیری برنامه سلامت روان در بلایا، حوادث وسوانح طبیعی و دست‌ساز بشر(۱۷-۲۰)

ج: راهبردهای اختصاصی پیشگیری ثالثیه سلامت روان:

۱. ایجاد و گسترش مراکز درمان روزانه[2] برای بیماران روانی مزمن.
۲. توسعه و گسترش ارائه خدمات معاینه درمنزل برای بیماران روانی مزمن.
۳. توسعه و گسترش خدمات توانبخشی، کاردرمانی برای بیماران روانی مزمن.
۴. آموزش و حمایت مادی و معنوی از خانواده بیماران روانی.
۵. تقویت و گسترش سازمان‌های مردم نهاد در امر پیشگیری، درمان و توان‌بخشی از بیماران روانی.
۶. در نظر گرفتن افراد دارای مشکلات روانی به عنوان گروه‌های خاص و آسیب‌پذیر و حمایت از حقوق انسانی و شهروندی آنان
۷. اخذ مشورت و مشارکت دادن بیماران روانی وخانواده آنان در توسعه و تأمین سلامت ونیز عوامل تأثیرگذار بر بروز وشیوع و بازتوانی بیماری .
۸. استفاده از فرصت‌های آموزشی جهت ارتقای وضعیت زندگی بیماران روانی
۹. کمک به اشتغال سبک و ساده بیماران روانی به منظور بازتوانی روانی و حمایت بیمه‌ای و غیره در زمینه مشکلات اقتصادی آنان(۲۱)

1. Primary Health Care (PHC)
2. Day Centers

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رابطه با تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روان

به‌طورخلاصه می توان گفت که سه راهبرد اساسی باید محور عملیات وزارت بهداشت قرار گیرد: بهبود وضعیت فعلی خدمات سلامت روان، ارتقای سواد سلامت روان گروه‌های مختلف جامعه و سرمایه‌گذاری در کاهش عوامل خطر سلامت روان وبنابراین پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موارد زیر را سرلوحه عنایت و پیگیری جدی خود قرار دهد(۱۸).

۱. عوامل روانی اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت را شناسایی، تعیین محدودیت‌ها و مطابقت آن‌ها با موازین بومی و فرهنگی درجه‌بندی کند.
۲. تأثیر جسمی ـ روانی و حتی اقتصادی عوامل اجتماعی را بر جامعه بررسی کند.
۳. فراز و فرود و سیر عوامل اجتماعی و تأثیر آن‌ها را به‌طور مداوم بررسی کند.
۴. سهم و نقش دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی برهم زننده و ارتقادهنده سلامت روانی اجتماعی را تعیین و به آن‌ها و جامعه اطلاع‌رسانی کند.
۵. با فرهنگ‌سازی دستگاه‌ها، نهادها و اشخاص برهم‌زننده سلامت روانی اجتماعی را از تداوم کار باز دارد.
۶. تشکیل گروه جلب حمایت‌کننده و مشورت‌دهنده در وزارت بهداشت برای تصویب سیاست‌های عمومی سالم در مورد سلامت روان، مداخله مشورتی در مواقع تنش‌های اجتماعی، تدوین پیوست‌های سلامت و همکاری در ارتقای سلامت اجتماعی و معنوی.
۷. تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی در ارتقای سلامت روان.
۸. تصویب قانون سلامت روان و استقرار و پایش آن.
۹. باز طراحی برنامه‌های سلامت روان در حیطه‌های اولویت‌دار شامل: مهارت‌های زندگی (براساس آموزه‌های فرهنگ ایرانی و اسلامی)، فرزندپروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی، خشونت (کودک‌آزاری، همسر آزاری، سالمند آزاری و خشونت اجتماعی)، انگ‌زدایی، ارتقای سلامت روان در حاشیه شهرها (ازجمله ایجاد کلینیک‌های سیار روانشناسی بالینی و روانپزشکی) و ارتقای سلامت روانی کودکان، نوجوانان و مادران باردار و استقرار آن‌ها.
۱۰. استمرار و تکمیل برنامه ادغام سلامت روان در شبکه‌های بهداشتی کشور و سایر برنامه‌های جاری و همچنین بازنگری ساختار ارائه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران براساس نتایج حاصل از ارزشیابی‌ها.
۱۱. جلب و مشارکت برای استفاده از ادبیات و روش مناسب برای ارتقای سواد سلامت روان مردم و انگ زدایی از طریق رسانه‌های عمومی
۱۲. اجرای برنامه‌های مدون وهدفدار در هفته، بهداشت روان
۱۳. طراحی و اجرای برنامه ارتقای سواد سلامت روان کارکنان نظام سلامت وگروه‌های مراقبت پزشکی (تغییر در کاریکولوم تا بازآموزی پزشکان عمومی و متخصصان و پرستاران)
۱۴. طراحی راهنماهای بالینی برای پیشگیری، مراقبت، ارجاع و بازتوانی بیماران روانی.
۱۵. برنامه توسعه خدمات تخصصی سلامت روان در قالب نظام درمانی کشور در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان.
۱۶. ارتقای کمی و کیفی خدمات اورژانس‌های روانپزشکی ازجمله طراحی و استقرار راهنماهای مشاوره و مداخله در موارد بحرانی برای مداخلات اورژانس روانی.
۱۷. اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی، بیمارستان‌های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، رتبه‌بندی آن‌ها و استقرار نظام نظارت همتایان و همچنین طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی مراقبت سلامت روان.
۱۸. راه‌اندازی بیمارستان ویژه بزهکاران دچار بیماری‌های روانپزشکی توسط دستگاه قضایی
۱۹. طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماری‌های مزمن روانی.
۲۰. تدوین و ابلاغ شیوه‌نامه گروه‌های خودیار ویژه بیماران روانی و طراحی بسته‌های آموزشی لازم.

به بیان دیگر وزارت بهداشت، به همان صورت که به آلودگی‌های زیستی، میکروبی، صوتی و... حساسیت نشان داده است، اقدامات بجا و لازم را انجام می‌دهد، ضرورت دارد نسبت به تنش‌های روانی ـ اجتماعی و ناهنجاری‌های ارتباطی نیز حساس و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

چاره‌جو باشد. دولت نه تنها باید سلامت روان را در برنامه‌های خود مورد نظر قرار دهد بلکه باید تمام بخش‌های دولتی با یکدیگر و با مردم در تعامل سازنده باشند.

بنابراین لازم است برای رسیدن به جامعه‌ای آرام و به دور از تنش، برخوردار از تعادل هیجانی، سرشار از سرور و شادی و پرهیز از غم و خشم افراطی و مراعات کننده جنبه‌های سالم ارتباطی آحاد افراد بر مبنای اخلاق انسانی و الهی، وزارت بهداشت مشوق، بلکه هدایت‌گر سیاست‌گذاران، قانون‌گزاران، متولیان اجرایی، قضایی، نظامی، انتظامی، امنیتی و ارشادی باشد(۱۹).

بحث و نتیجه‌گیری

سیاست‌های کلی سلامت یکی از جامع‌ترین اسناد بالادستی است که چارچوب کلی نظام سلامت کشور را ترسیم کرده است. مفاهیم بنیادین و قابل توجه مندرج در بند سوم این سیاست‌ها، سلامت روان آحاد جامعه، سبک زندگی آن‌ها و خانواده‌ای که در آن زندگی می‌کنند ارتباط نزدیکی با هم دارند و هریک به نوعی لازم و ملزوم یکدیگرند. به همین دلیل برنامه‌ریزی کلان کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت و استفاده از تمامی ابزارهای ممکن در راستای تحقق شاخص‌های پیشنهاد شده حائز اهمیت است.

بازنگری در سیاست‌ها و ارائه خدمات سلامت روان: طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، دولت‌ها در مقام متولیان نهایی سلامت روان، لازم است سیاست‌هایی را در کل نظام‌های سلامت و ترتیبات مالی آن‌ها به‌منظور حفظ سلامت روان جامعه و ارتقای آن تعیین کنند. سیاست‌گذاری سلامت روان باید به کمک سیاست‌های هماهنگ درخصوص اختلال‌های رفتاری و روانی، الکل و مواد مخدر و نیز خدمات رفاه اجتماعی ازقبیل مسکن تقویت‌شود. سیاست‌ها باید با شرکت‌دادن تمامی ذی‌نفعان تدوین‌شوند و همچنین باید بر اطلاعات پایا و قابل‌اعتماد، مبتنی باشند(۱۷).

تحقق سلامت روان، ارتقا شاخص‌های آن و پیشگیری از اختلال-های روان‌پزشکی درمجموع با سبب‌شناسی چندعاملی سروکار دارند؛ بدین معنی که در آن‌ها جنبه‌های زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی درگیر هستند و این عوامل می‌توانند در تمامی ابعاد زمینه‌ای، آشکارساز، تداوم‌بخش یا حفاظتی نقش ایفاکنند. از اساس برای پیشگیری از اختلال‌های روانی و تحقق سلامت روان، باید توجه داشت که مغفول واقع‌شدن مبحث سلامت روان در ایران و جهان، خسارت‌بار است و متأسفانه، این موضوع برای دولت‌ها و سیاست‌گذاران، مبحثی جذاب نیست؛ بنابراین باید تلاش‌شود تا این دیدگاه برای سیاست‌گذاران تقویت شود، چرا که سلامت بدون سلامت روان معنا ندارد و باید همان حساسیتی که درخصوص سلامت جسمی وجود دارد، دربارهٔ سلامت روان نیز اعمال شود. پیرو ابلاغ بند سوم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری به نظر می‌رسد اطلاع رسانی درباره اهمیت تحقق سلامت روان، شیوع، بار و هزینه اقتصادی و اجتماعی اختلال‌های روانی، راهکاری مؤثر برای افزایش حساسیت سیاست‌گذاران نسبت به اهمیت موضوع سلامت روان باشد. علاوه بر آن، به‌منظور تغییر نگرش و رفتار سیاست‌گذاران، وجود ضمانت اجرایی نیز، لازم و ضروری است.

درضمن از اهم راهکارهای تحقق سلامت روان و پیشگیری از اختلال‌های روان‌پزشکی در حیطه سبب‌شناسی زیستی، «تلاش در جهت ارتقا سواد سلامت روان جامعه، مشاوره پیش از ازدواج، غربالگری اختلال‌های روانی ادواری (به‌ویژه درخصوص افراد آسیب‌پذیر)» قابل‌اشاره‌اند و مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری از اختلال‌های روانی در حیطه عوامل روانی اجتماعی، به‌طورکلی، مداخلاتی را دربرمی‌گیرند که به «برقراری شرایط امن، آرام، بدون استرس، حرمت‌گذاری به افراد و درکل، ایجاد محیطی دارای اعتدال هیجانی و قابل‌پیش‌بینی در جامعه» منجرشوند(۲۰).

همچنین باوجود آنکه حمایت‌های کوتاه مدت سلامت روان، دارای اهمیت‌اند، با توجه به آنکه خدمات جامعه‌نگر، اثربخشی بیشتری دارند، سیاست‌گذاران باید منابع خود را به سمت ساختار این نوع از خدمات سوق‌دهند و روند کلی مداخلات سلامت روان باید به سمت فقرزدایی، بهبود شرایط شغلی و ایجاد شرایط باثبات و قابل‌پیش‌بینی در جامعه با تکیه بر توانمندسازی محیط باشد. ایجاد این شرایط به‌تنهایی از حیطه قدرت وزارت‌خانه و ارگان خاص مانند وزارت بهداشت خارج‌است و باید با کمک همکاری‌های بین‌بخشی و استفاده از تجارب و منابع هر سه قوای مجریه، قضاییه و مقننه، دراین‌خصوص اقدام شود(۲۲). همچنین علاوه بر آنکه دولت باید سلامت روان را در برنامه‌های خود ادغام کند، ضرورت دارد تمام بخش‌های دولتی با یکدیگر و با مردم در تعامل باشند، زیرا مردم نیز از طریق سازمان‌های مردم‌نهاد می‌توانند خدماتی از قبیل مراقبت‌های بهداشتی، خدمات اجتماعی و برنامه‌های اجتماعی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

را ارائه دهند یا حمایت‌کنند. در نهایت اجرای مطالعات بیشتر برای ظرفیت‌سنجی در این زمینه، به‌منظور شناسایی ظرفیت‌های موجود و چگونگی سنجش سهم هریک از دستگاه‌ها در این حوزه نیز پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از هیئت رئیسه محترم فرهنگستان علوم پزشکی جهت حمایت‌های مالی و فنی از این طرح همچنین جناب آقایان دکتر سجادی و دکتر محققی و خانم دکتر تبریزچی که مسئولانه و دلسوزانه پاسخگوی سئوالات پژوهشگران و همکاران طرح بودند همچنین کلیه همکاران و استادانی که در مصاحبه‌ها و پانل‌ها شرکت کردند، کمال قدردانی و تشکر را بنماید.

عبارات و واژه‌های به‌کار رفته

- سلامت ذهنی: subjective well-being
- ادراک خودکارآمدی: perceived self-efficacy
- استقلال و خودمختاری: autonomy
- کفایت و شایستگی: competence
- وابستگی بین نسلی: intergenerational dependence
- خود شکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری وهیجانی: self-actualization of one's intellectual and emotional potential
- تاب‌آوری فردی: Personal Resilience
- توانمندسازی اجتماعی: Social Empowerment
- سیستم مراقبت‌های اولیه: Primary Health Care (PHC)
- مراکز درمان روزانه: Day Centers

Mental Health Indicators and Modalities to Improve Them

Authors: Ahmad Ali Noorbala Tafti[1], Siavash Lajevardi[2]*

Abstract

Background: In line with the implementation of paragraph 1 of Article 111 of the Constitution of the Islamic Republic of Iran, issues related to mental health are addressed.

In order to execute the policy correctly, complete comprehension, profound knowledge and implications of policies are essential. The purpose of this study was to define the exact meaning of "mental health", "mental health Indicators" and "optimization of these terms" which relate to the terms and concepts of mental health policies.

Methodology: In this qualitative study, a combination of common methods including studying resources texts, high-level documents, authentic English and Farsi databases, analyzing the current status, and focusing on group discussions with key counterparts were used.

Findings: Operational programs for implementing the interventions related to each indicator and monitoring and evaluating indices by relevant organizations and other counterparts are paramount. Therefore, the Ministry of Health and Medical Education should consider Mental

Health issues as one of the most important components of health which are often neglected.

Conclusions: Implemented approaches for mental health action plans advocated in WHO guidelines should be tmplemented.

Keywords: Mental Health, Mental Health Services, Strategic planning

1. Professor of Psychiatry, Psychosomatic Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. * Clinical psychologist, senior expert of Scientific Groups, Iranian Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

منابع

1. World Health Orgnization. Framework and standards for country health information systems. Geneva: WHO; 2008
2. World Health Organization. Mental health: New understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
3. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. Geneva: WHO; 2014.
4. World Health Organization. World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva: WHO; 2003.
5. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: WHO; 2008.
6. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psichiatr Soc 2009; 18(1): 23-33.
7. Bash KW. First preliminary report on neuropsychiatrie epidemiology, Marvdasht Rural Health Survey, Province of Fars, Iran. In: Petrossian A, et al. The health and related characteristics of four selected villages and tribal communities in Fars Ostan, Iran. Shiraz: Governor-General of Fars Province; 1964. p. 72–95. [In Persian]
8. Bash KW, Liechtic J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan. Soc Psychiatry 1969; 4(4): 137-143.
9. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. A view of mental health in Iran. Tehran: Noorbala; 2001. p. 73-74. [In Persian]
10. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry 2004; 184: 70-3.
11. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire-28 as a Psychiatric Screening Tool. Hakim 2009; 11(4): 47-53. [In Persian]
12. Sharifi V, Mesgarpour B, Basirnia A, Amin-Esmaeeli M, Farhoudian A, Amini H, et al. Quality of Studies on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2012; 18(2): 138-149. [In Persian]
13. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran city. Hakim 2000; 2(4): 212-223. [In Persian]
14. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, Yazdi SA, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1:16. [In Persian]
15. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Jama 2004; 291(21): 2581-2590.
16. Noorbala AA, Bagheri Yazdi S, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M. Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2011; 16(4): 479-483. [In Persian]
17. Epidemiology and disease control division. National Health Survey 2010. Availabke at: http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/Reports/2011/national_health_survey2010.html
18. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS Med 2006 May; 3(6): e106.
19. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2011; 16(4): 479-483. [In Persian]
20. Noorbala A. Psychosocial Health and Strategies for improvement. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2011; 17(2): 151-156. [In Persian]
21. Lindsey MP. Comprehensive health care services for people with learning disabilities. Adv Psychiatr Treat 2002; 8(2): 138-147. [In Persian]
22. Noorbala A, Damari B, Riazi S. Lifestyle modifications in the prevention of common mental disorders, especially depressive disorders. Daneshvar Medicine 2020; 22(4): 1-12. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]