بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها

دکتر کاظم عاطف وحید*

هر چند بررسي جامع برنامه‌هاي بهداشت روان با توجه به اهميت، پيچيدگي و گستردگي آن ها در يك مقاله امكان‌پذير نيست، اما مروري كوتاه بر اين برنامه‌ها مي‌تواند تا اندازه‌اي در جهت تبيين پيشرفت‌ها و دستاوردها و مشخص نمودن نيازها و چالش ها مثمرثمر باشد. از اين‌رو، هدف اين مقاله مروري كوتاه بر تاريخچه بهداشت روان در ايران بوده و تلاش‌شده كه سير تغيير و تحولات، پيش رفت‌ها، دستاوردها، نيازها، و چالش هاي موجود مورد بررسي قرار بگيرند. نگاهي به تاريخچه بهداشت روان در ايران نشان مي دهد كه در 50 سال اخير پيش‌رفت‌هاي چشم‌گيري در زمينه بهداشت روان در كشور حاصل شده است كه مهم ترين آن ها طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت هاي بهداشتي اوليه باشد. موفقيت‌هاي به دست آمده در اين زمينه موجب شده كه در سال هاي اخير، برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌هاي بهداشتي اوليه در ايران به عنوان الگويي براي ساير كشورهاي منطقه پذيرفته شود. علاوه بر اين، در زمينه هاي ديگر، از جمله بهداشت

* روان‌شناس باليني، عضو هيأت علمي دانشگاه علوم پزشكي ايران، انستيتو روان‌پزشكي تهران <kazemv@yahoo.com>

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

روان كودكان و نوجوانان، پيگيري از خودكشي، درمان اعتياد، و بهداشت روان در بلاياي طبيعي نيز پيشرفت‌هاي قابل ملاحظه اي حاصل شده است. اما علي‌رغم اين پيشرفت‌ها و دستاوردهاي مهم، نواقص، كمبودها و نيازهاي بسياري وجود دارند كه در جهت بر طرف نمودن آن‌ها، تلاش‌هاي جدي و مستمر، عزم ملي و مشاركت گسترده متخصصين و مردم، سازمان‌ها و نهادهاي دولتي و غيردولتي ضروري خواهد بود. علاوه بر اين، با توجه به گستردگي و پيچيدگي مسئله بهداشت روان، تقويت ساختار تشكيلاتي سيستم بهداشت روان و حمايت از آن و تلاش در جهت ارتقاء كمي و كيفي تحقيقات و پژوهش هاي علمي و ارزيابي هاي ميداني ضروري مي‌باشد.

كليد واژه‌ها: اختلال‌هاي روان‌پزشكي، بهداشت روان، طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌هاي بهداشت اوليه

تاريخ دريافت مقاله: 1383/8/30 تاريخ پذيرش مقاله: 1383/9/25

مقدمه

طبق گزارش سازمان جهاني بهداشت، مطالعات همه‌گيرشناسي در كشورهاي مختلف نشان مي دهد كه حدود 25 درصد مردم اختلال رواني قابل تشخيص دارند (WHO، 1996). تخمين زده شده است كه حدود 450 ميليون نفر در سراسر جهان از نوعي اختلالات رواني رنج مي‌برند.

مطالعات همه‌گيرشناسي در ايران نتايج متفاوتي را نشان داده اند. به عنوان مثال، محمدي و همكاران

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

(1382) در بررسي مطالعات همه گيرشناسي اختلالات رواني در ايران از سال 1342 تا 1381، شيوع اختلالات را از 11/9 درصد تا 30/2 درصد گزارش نمودند. آن‌ها در مطالعه خود با استفاده از پرسشنامه اختلال‌هاي عاطفي و اسكيزوفرنيا (SADS)، ميزان شيوع اختلالات روان‌پزشكي در استان تهران را 14/3 درصد (19/6 درصد در زنان و 9/3 درصد در مردان) به‌دست آوردند. يافته‌هاي آن ها نشان داد كه شايع‌ترين اختلالات، اختلالات اضطرابي و خلقي (به ترتيب 8/6 درصد و 5/4 درصد) بودند. نتايج هم‌چنين نشان داد كه ميزان شيوع اختلالات روان‌پزشكي در مناطق شهري با 13/67 درصد بالاتر از ميزان شيوع در مناطق روستا يي با 7/63 درصد بود. در مطالعه نوربالا و همكاران (1378) با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 و چك ليست وارسي باليني بر اساس DSM-IV، شيوع مشكلات روان پزشكي در شهر تهران 21/5 درصد گزارش شده است. اميدي و همكاران (1382) در مطالعه خود، ميزان شيوع اختلالات رواني در مردان و زنان مناطق شهري شهرستان نطنز اصفهان را به ترتيب 17/2 درصد و 31/3 درصد گزارش نمودند. در مطالعه اي كه توسط مركز مشاوره دانشجوئي دانشگاه تهران (1378) با هدف بررسي سلامتي عمومي دانشجويان ورودي سال تحصيلي 79-1378 اين دانشگاه با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 انجام گرفت مشخص گرديد كه 20/4 درصد دانشجويان داراي مشكلات روان شناختي (18/4 درصد در حد خفيف، 1/8 درصد در حد متوسط، و 0/2 درصد در حد شديد) بودند. تفاوت در ميزان شيوع در مطالعات مختلف را مي توان به تفاوت در نمونه‌هاي مورد بررسي، روش هاي نمونه گيري، ابزارها و روش هاي غربالگري و تشخيص، و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

طبقه‌بندي‌هاي به كار برده شده نسبت داد . علي‌رغم اين تفاوت ها، نتايج اين پژوهش ها و مطالعات انجام شده در كشورهاي مختلف جهان در چند دهه اخير حاكي از بالا بودن ميزان شيوع مشكلات روان‌پزشكي در جهان مي‌باشد.

ارزيابي‌هاي انجام شده در ارتباط با بار و هزينه‌هاي مالي و انساني مرتبط با اختلالات رواني نشان داده‌اند كه هر ساله ميليون‌ها دلار از منابع مالي كشورها صرف ارائه خدمات به اين بيماران مي‌شود. اگر به اين ارقام، ميليون ها دلار ضرر مالي به علت از دست رفتن كارآئي كوتاه مدت و بلند مدت اين بيماران و مراقبين آن‌ها اضافه شود، بار مالي به ميلياردها دلار افزايش پيدا مي‌كند. بر اساس تحقيقي در كانادا، استفنز و جانبرت (2001) كل بار بيماري هاي رواني، شامل هزينه‌هاي درمان و از دست رفتن ساعات كار و نيروي انساني، را سالانه 14/4 ميليارد دلار تخمين زده‌اند.

شيوع بالاي اختلالات رواني در جهان و نياز مردم جوامع مختلف به خدمات بهداشت رواني از يك طرف، و محروميت بسياري از قشرهاي آسيب پذير از چنين خدماتي و كمبود نيروهاي متخصص از طرف ديگر باعث شده كه در چند دهه اخير متخصصين و سياست گذاران به موضوع بهداشت روان توجه خاصي بنمايند . بروز آسيب‌هاي روان شناختي ناشي از جنگ جهاني دوم، كارشناسان سازمان جهاني بهداشت (WHO) را متوجه اهميت بهداشت رواني نمود . سه سال پس از پايان جنگ، در سال 1948، در اساس نامه اين سازمان، سلامت يا آسايش رواني به عنوان جزئي از تعريف بهداشت مورد تأكيد قرار گرفت (شاه محمدي، 1372). براساس تعريف ارائه شده، سلامت عبارت است از رفاه كامل و نه فقط فقدان بيماري، به عبارت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

ديگر سلامت تنها به سلامت جسمي محدود نشده و جنبه‌هاي رواني و اجتماعي زندگي افراد را نيز در بر مي‌گيرد. بهداشت روان پايه و بنياد بهزيستي و عملكرد موثر انسان‌ها و چيزي فراتر از عدم وجود اختلال رواني توصيف شده است. در سال 1961 سازمان جهاني بهداشت، آموزش اصول بهداشت روان به پزشكان عمومي، كاركنان بهداشت عمومي، متخصصين، پرستاران، ماماها، مددكاران و ساير كاركنان بهداشتي را مورد تأكيد قرار داد (بوالهري ومحيط، 1373). همچنين دركنفرانس بين منطقه اي مديران مراكز آموزش بهداشت همگاني كه در سال 1967 برگزار گرديد، بر ضرورت گنجاندن بهداشت روان در آموزشهاي بهداشت همگاني تأكيد شد (بوالهري و محيط، 1373).

در گردهمايي سازمان جهاني بهداشت در سال 1974 در ژنو، الگوي ارائه خدمات به داشت روان در كشورهاي درحال رشد مورد بررسي قرار گرفت و در اين الگو، راهكارهايي براي گسترش خدمات بهداشت روان توسط سازمان جهاني بهداشت، ادغام خدمات بهداشت روان در برنامه هاي بهداشتي كشورها و راهكارهايي براي مقابله با الكليسم و اعتياد، و پيشگيري از خودكشي وعق بماندگي ذهني و مانند آن ارائه شد.

در سال 1975، اين سازمان برخي از اولويت هاي بهداشت روان را به شرح زير اعلام نمود:

الف) فوريت‌هاي روان پزشكي مانند خودكشي با شناسايي و درمان در سطح جامعه.

ب) اختلالات روان‌پريشي شديد يا مزمن، عقب‌ماندگي ذهني و صرع با درمان و حمايت در سطح جامعه.

ج) مشكلات گروه هاي در معرض خطر، مانند آوارگان، سال مندان، دانشجويان، دانش آموزان و بيماران جسمي مزمن.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

در سال 1977، در گردهمايي سالانه سازمان جهاني بهداشت، هدف اصلي اين سازمان و دولت‌ها در چند دهه بعد دست يابي همه مردم به سطح مناسبي از بهداشت اعلام شد و هشت جزء اساسي مراقبت هاي بهداشتي اوليه به عنوان شرط دست‌يابي به اين هدف تعيين گرديد و سال 2000، زمان رسيدن به اين هدف قرار داده شد (عبهري، 1377). در سال 1978، در كنفرانس مشهور آلماآتا، بيانيه اي توسط 134 كشور از جمله ايران منتشر شد كه در آن بر شعار "بهداشت براي همه تا سال 2000" از طريق خدمات بهداشتي اوليه تأكيد شده بود.

شايد بتوان گفت كه از مهم‌ترين دستاوردهاي نيم قرن اخير در زمينه بهداشت روان، ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت هاي بهداشتي اوليه بوده است. در چند دهه گذشته، فعاليت هاي گسترده اي در كشورهاي مختلف جهان در راستاي تحقق اين مهم انجام گرفته است. به عنوان مثال، از سال 1976 در هند پژوهشي با هدف بررسي اثربخشي ارائه خدمات بهداشت روان توسط كاركنان مراقبت هاي بهداشتي اوليه با آموزش هاي كوتاه مدت به مرحله اجراء درآمد. نتايج اين پژوهش و تحقيقات ديگر در كشورهاي مختلف جهان نشان مي دهد كه ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت هاي بهداشتي اوليه در بهبود وضعيت بهداشت رواني جوامع موثر مي‌باشد (عبهري، 1377). ايران يكي از كشورهاي منطقه مديترانه شرقي است كه در زمينه برنامه هاي خدمات بهداشتي اوليه و برنامه‌هاي بهداشت روان پيش‌تاز بوده است (مورتي، 1381).

بررسي تاريخچه بهداشت روان در ايران مي تواند اهميت و ضرورت توجه بيشتر به مسئله بهداشت روان در كشور را روشن نموده و علاوه بر تبيين پيشرفت‌ها، مشكلات، كمبودها و نيازها، و الويت‌هاي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

فعلي بهداشت رواني جامعه را مشخص نمايد.

1) تاريخچه بهداشت روان در ايران

نگاهي به تاريخچه بهداشت روان در ايران نشان مي‌دهد كه در طي چند دهه گذشته پيشرفت هاي قابل توجهي در زمينه ارائه خدمات بهداشت روان در ايران صورت گرفته است، بالاخص در سال هاي اخير، برنامه ادغام بهداشت روان در نظا م مراقبت هاي بهداشتي اوليه در ايران به عنوان الگويي براي ساير كشورهاي منطقه پذيرفته شده است . به همين دليل در چهل و چهارمين اجلاس سالانه وزراي بهداشت كشورهاي منطقه مديترانه شرقي در تهران در سال 1380، برنامه هاي بهداشت روان ايران به عنوان يكي از بهترين الگوه اي موجود شناخته شد (شاه محمدي، 1381) .

مورتي (1381) و ياسمي و همكاران (1382) تاريخچه پيشرفت و گسترش برنامه هاي بهداشت روان در ايران را به 4 دوره زماني تقسيم نموده اند:

الف) در دوره اول كه تا سال هاي 1320 ادامه داشت، شرايط بسيار نامناسبي از نظر خدمات بهداشت روان وجود داشت. در اين دوره در شهرهاي تهران، همدان، شيراز و اصفهان تيمارستان‌هايي با امكانات بسيار محدود و ضعيفي وجود داشتند كه در آن‌ها بيماران با شرايط بسيار رقت باري نگه داري مي‌شدند.

ب) در دوره دوم، كه از اواخر دهه 1320 شروع و تا سال هاي 1350 ادامه داشت. در اين دوره، فعاليت‌هائي در زمينه بهداشت روان انجام گرفت . به عنوان مثال، در سال 1336 پخش برنامه هاي روان‌شناسي و بهداشت رواني از راديو ايران شروع شد و در سال 1338، اداره بهداشت رواني در اداره

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

كل بهداشت وزارت بهداري تأسيس شد (ميلاني فر، 1374). همچنين از دهه 1340 فعاليت‌هاي پژوهشي در زمينه همه گيرشناسي اختلالات رواني و برنامه ريزي براي ارائه خدمات بهداشت روان در ايران آغاز شد (مورتي، 1381).

با تأسيس دانشكده پزشكي در كشور و معرفي روان‌پزشكي به عنوان شاخه اي از طب مدرن و ايجاد و گسترش دپارتم ان‌ها و بيمارستان‌هاي روان‌پزشكي، بهبود قابل ملاحظه اي در اداره وارائه خدمات در بيمارستان‌هاي روان‌پزشكي حاصل شد. در اوائل دهه 1340 آموزش دستياري روان پزشكي در بيمارستان روزبه وابسته به دانشگاه تهران شروع شد و بعد از آن، برنامه هاي مشابهي در دانشگاه هاي شيراز، اصفهان، تبريز و مشهد به مرحله اجراء درآمد.

ج) در دوره سوم كه از سال هاي 1350 شروع شد، تلاش‌هايي در جهت ارائه خدمات بهداشت روان جامعه‌نگر آغاز گرديد. برنامه‌هاي اين دوره شامل ارائه خدمات جامعه بهداشت روان، ايجاد بيمارستان‌ها و مراكز جديد روان پزشكي در استان‌هاي م ختلف و انجام پژوهش هاي همه گيرشناسي بود (مورتي، 1381). در سال 1350 اداره بهداشت روان به اداره كل تبديل شد. ولي بعد از دو سال مجدداً تحت نظارت اداره كل خدمات بهداشتي قرار گرفت. اولين دوره بازآموزي پزشكان عمومي تهران و شهرستان‌ها در سال 1354 به مدت يك ماه در مركز بهداشت روان تهران و مركز روان پزشكي رازي به مدت يك ماه انجام گرفت. موفقيت اين برنامه باعث شد كه در سال 1355 دو دوره باز اموزي براي پزشكان عمومي، متخصصين رشته هاي مختلف، پرستاران، ليسانسيه هاي مامايي برگزار شود. در همان سال پس از ادغام دو وزارت بهداري و رفاه اجتماعي، بيمارست ان‌هاي رواني و مراكز وابسته،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

به انجمن توان بخشي وابسته به وزارت بهداري و بهزيستي واگذار شد . از همان سال مراكز جامع روان‌پزشكي منطقه اي در نقاط مختلف تهران تأسيس شد (ميلاني فر، 1374).

د) چهارمين دوره از مهر ماه 1365، زماني كه برنامه كشوري بهداشت روان تدوين و مورد تأييد دولت قرار گرفت شروع شد . در اين سال، برنامه كشوري بهداشت روان ايران توسط كميته اي متشكل از كارشناسان و متخصصان بهداشت روان كشور و مشاور وقت بهداشت روان منطقه اي سازمان جهاني بهداشت تدوين و در سال 1367 پس از تصويب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي به مرحله اجرا گذاشته شد . اولين مرحله آزمايشي اين طرح در سال 1367 در شهر كرد و شهرضا به اجرا درآمد. هدف اين برنامه آزمايشي بررسي اثربخشي ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌هاي بهداشتي اوليه بود . نتايج اين برنامه آزمايشي اثربخشي اين برنامه را نشان داد (شاه‌محمدي، 1372؛ حسن زاده، 1371). موفقيت چشم گير طرح آزمايشي منجر به گسترش فعاليت ها در اين زمينه شد . در سال 1370، اين طرح در منطقه هشتگرد نيز به اجراء درآمد، كه نتايج آن اثربخشي و كارآيي ارائه خدمات بهداشت روان به عنوان بخشي از مراقبت‌هاي بهداشتي اوليه را مورد تأييد قرار داد (بوالهري و محيط، 1374).

2) دستاوردها

موفقيت طرح هاي آزمايشي موجب توجه بيشتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و سياست گزاران كشور به امر بهداشت روان شد . گسترش برنامه هاي بهداشت روان در مناطق روستايي از دستاوردها ي اين برنامه هاي آزمايشي بود . علاوه بر اين، تلاش‌هاي انجام گرفته نتايج بسيار مهمي در پي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

داشتند كه مورتي (1381) به شرح زير به آن ها اشاره نموده است:

الف) ايجاد واحد بهداشت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي.

ب) تشكيل كميته كشوري بهداشت روان.

ج) مشاركت دانشگاه هاي علوم پز شكي در برنامه كشوري بهداشت روان.

د) اعلام بهداشت روان به عنوان نهمين جزء مراقبت‌هاي بهداشتي اوليه.

هـ) آماده نمودن متون آموزشي براي بهورزان، پزشكان و ايجاد نظام گزارش دهي و آموزش كليه پرسنل بهداشتي.

و) برگزاري مراسم هفته بهداشت روان د ر پايان مهر ماه هر سال.

ز) برگزاري كارگاه هاي آموزشي بازنگري برنامه كشوري بهداشت روان.

ح) ارزشيابي مستقل بين المللي از برنامه در سال 1374.

ط) برگزاري سمينارها و كنفرانس‌هاي گوناگون.

ي) آموزش همگاني بهداشت روان از طريق رسانه‌هاي گروهي و ديگر نهادها.

ك) ايجاد بخش هاي روانپزشكي در بيمارست ان‌هاي عمومي.

ل) برنامه بهداشت روان شهري و مدارس.

در نتيجه تلاش هاي مستمر، تا پايان سال 1374، حدود 6 ميليون نفر تحت پوشش قرار گرفتند كه 4 ميليون نفر روستايي بودند . ميزان جمعيت تحت پوشش در سال 1376 به 10 ميليون نفر رسيد . به گزارش ياسمي و همكاران (1381)، از كل جمعيت كشور، 30/1 درصد (63 در صد از جمعيت روستانشين و 10/8 در صد جمعيت شهرنشين) تحت پوشش طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت هاي بهداشتي اوليه قرار

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

دارند.

علاوه بر اجراي طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌هاي اوليه، پيشرفته‌اي قابل توجهي نيز در حوزه هاي ديگرخدمات بهداشت روان در ايران انجام گرفته است كه در ذيل به طور خلاصه به آن‌ها اشاره مي‌شود.

در زمينه پيش‌گيري و درمان اعتياد، در سال هاي اخير اقدامات مؤثري انجام گرفته كه مهم ترين آن‌ها تلاش در جهت جرم زدائي از پديده اعتياد، ايجاد مراكز ترك اعتياد، و تدوين برنامه هاي مختلف سم زدائي و ترك، ايجاد چند كلينيك متادون، و اجراي طرح هاي كاهش آسيب بوده است. اما با توجه به شيوع نسبتاً بالاي سوء مصرف مواد و مشكلات مرتبط با آن كه مي تواند عواقب بسيار زيان‌باري را در پي داشته باشد، از جمله انتقال بيماري‌هاي خطرناكي مانند HIV/AIDS، بالا رفتن ميزان جرم و جنايت، افزايش رفتارهاي پرخطر، از هم پاشيدن خانواده ها، و آسيب هاي ديگر اجتماعي، لزوم توجه بيشتر به اين معضل اجتماعي كاملاً احساس مي‌شود.

در زمينه بهداشت روان در بلاياي طبيعي نيز با توجه به قرار گرفتن ايران در معرض زمين لرزه و سيل، در سال هاي اخير برنامه ريزي‌ها و اقدامات قابل ملاحظه اي انجام گرفته است، به عنوان مثال، برنامه ملي مداخلات بهداشت روان در بلاياي طبيعي تدوين شده و متون آموزشي نيز تهيه شده است (ياسمي و همكاران، 1382). در زلزله بم، امدادگران مطابق اين متون آموزش ديده و در جهت امدادرساني به زلزله زدگان اعزام مي شدند. در حال حاضر نيز خدمات بهداشت روان تحت نظارت اداره بهداشت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي به مردم بم ارائه مي‌شود.

در سال‌هاي اخير، توجه بيش‌تري به بهداشت روان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

كودكان و نوجوانان شده است . در اين زمينه مي‌توان به اجراي برنامه هاي بهداشت روان مدارس اشاره نمود كه از حدود سال 1376 با اجراء يك پيش طرح در دماوند شروع شد . نتايج اين پيش طرح نشان داد كه چنين برنامه هائي مي توانند در ارتقاء بهداشت روان دانش آموزان موثر باشند (ياسمي و همكاران، 1382).

3) نيازها و چالش‌ها

هرچند توسعه طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌هاي اوليه منجر به بهبود ارائه خدمات بهداشت روان، بالاخص در مناطق روستايي شده است و تعداد قابل توجهي از جمعيت كشور تحت پوشش قرار گرفته‌اند، اما هنوز درصد نسبتاً بالايي از جمعيت روستاني (37 درصد) و همچنين شهرنشين (89/2 درصد) تحت پوشش قرار ندارند (ياسمي و همكاران، 2001). اين امر لزوم تداوم تلاش ها جهت ادغام بهداشت روان در مراقبت‌هاي بهداشتي اوليه را خاطر نشان مي سازد. علاوه بر اين، علي رغم پيشرفت‌هاي قابل توجه در زمينه تدوين و اجراي برنامه هاي بهداشت روان، ضعف‌ها و كاستي‌هاي بسياري نيز وجود دارند كه در جهت رفع آن ها، ارتقاء برنامه‌هاي موجود و تعيين نيازها و اولويت‌ها لازم است پژوهش‌هاي علمي و ارزيابي‌هاي دقيق ميداني بيشتري انجام گيرد.

نگاهي به گذشته و حال نشان مي دهدچالش‌هائي را در پيش رو داريم كه تلاش هاي جدي و مستمر، عزم ملي و مشاركت گسترده مردم، سازم انها و نهادهاي دولتي و غيردولتي را مي طلبند. اين چالش ها را مي‌توان به شرح زير خلاصه نمود:

الف) لزوم تداوم گسترش و توسعه طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت هاي بهداشتي اوليه بطوري كه كل جمعيت كشور تحت پوشش اين خدمات قرار

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

بگیرند. همان‌طور که اشاره شد، درصد بالائي از جمعیت کشور هنوز تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روان در نظام بهداشت اولیه قرار ندارند.

ب) تلاش در جهت ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بهداشت روان به جمعیت‌هاي تحت پوشش. هرچند ادغام برنامه هاي بهداشت روان در نظام مراقبت هاي اولیه در تشخیص و درمان مشکلات روان پزشکي بسیار موفقیت‌آمیز بوده است، اما کیفیت برنامه ها در حد مورد انتظار نبوده و ضروري است که جهت تقویت کیفیت خدمات، برنامه ریزي‌هاي مدون، از جمله تدوین برنامه هاي بازآموز ي مراقبین بهداشتي اولیه و کارکنان در سطوح مختلف، پیش بیني خدمات روان‌پزشکي و روان‌شناختي در مراکز پزشکي عمومي و ایجاد یك سیستم ارتباط کاري بین نظام بهداشت اولیه و بخش خصوصي، انجا م گیرد (یاسمي و همکاران، 1382).

ج) ارتقاء بهداشت روان جامعه وبهبود کیفیت زندگي اقشار مختلف جامعه ، در طرح اصلي برنامه کشوري بهداشت روان بر ارتقاء بهداشت روان در سطح جامعه تاکید شده است، اما برنامه هاي بهداشت روان در چند سال گذشته بیشتر بر تشخیص و درمان اختلالات رواني متمرکز بوده است. البته در طي این سال‌ها، تلاش‌هائي در جهت ارتقاء به داشت روان در سطح جامعه انجام گرفته است، از جمله تعیین آخرین هفته مهرماه به‌عنوان «هفته بهداشت روان» که در طي آن گردهمائي‌ها، سمینارهاي بهداشت روان و جلسات آموزشي متعددي برگزار مي شود و در رسانه‌هاي جمعي نیز موضوع ات مرتبط با بهداشت روان مطرح مي شود. اما همان‌گونه که یاسمي و همکاران (1382) تاکید نموده اند، این فعالیت ها باید در جهت اهداف مشخص تري شکل داده شده و دربرگیرنده کل جامعه و به ویژه گروه‌هاي در معرض

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

خطر باشند.
د) گسترش و توسعه برنامه‌هاي بهداشت روان براي كودكان و نوجوانان.
هـ) خدمات بهداشت روان در بلا ياي طبيعي ، همان‌گونه كه اشاره شد در اين زمينه فعاليت هائي صورت گرفته است، اما تجربه بم نشان داد كه برنامه‌ريزي‌هاي گسترده تري بايد انجام بگيرد . ارزيابي‌هاي مستقل و دقيق از وضعيت موجود، نيازها و اولويت‌ها، خدمات ارائه شده و اثربخشي آن‌ها مي‌تواند درجهت بهب ود و ارتقاء برنامه هاي ملي خدمات بهداشت روان در بلاياي طبيعي و بحران‌ها بسيار سودمند باشند.
و) پيشگيري و درمان اعتياد ، در چند سال اخير برنامه‌هاي پيشگيري و درمان اعتياد رو به گسترش بوده است، اما به نظر مي‌رسد كه شيوع اعتياد نه تنها كاهش نيافته، بلكه در حال افزايش مي‌باشد. مواد جديد وخطرناك تر (از قبيل كوكائين و اكستسي) در دسترس نوجوانان و جوانان قرار گرفته‌اند كه اگر اين روند ادامه يابد جامعه با مشكلات و آسيب هاي اجتماعي شديدتر و گسترده تري مواجه خواهد شد. خطرابتلا به HIV و انتقال آن به افراد ديگر از مشك لات اساسي بهداشتي و روان‌شناختي براي جامعه مي باشد كه به نظر هم مي‌رسد تعداد افرادي كه به HIV مبتلا مي‌شوند در حال افزايش است. توسعه برنامه‌هاي پيشگيري و ترك اعتياد، و ارزيابي مستقل جهت بررسي اثربخشي برنامه‌هاي موجود مي توانند قدم هاي مؤثري در راستاي بهبود وضعيت اعتياد در كشور باشد. ادغام برنامه‌هاي پيشگيري و درمان اعتياد در مراقبت‌هاي اوليه بهداشت نيز در جهت مقابله با اين معضل ضروري است.
ز) تدوين قانون جامع بهداشت روان ، در حال حاضر در ايران قانوني مدون و جامع در ارتباط با

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

بهداشت روان وجود ندارد. تدوين يك قانون جامع بهداشت روان در راستاي حفظ حقوق و حرمت بيماران، مراجعين، و همچنين متخصص‌ان بهداشت روان، تعريف و تبيين مسئوليت ها، از الويت بالائي برخوردار مي‌باشد.

ح) اختصاص بودجه لازم براي برنامه هاي بهداشت روان، تحقيقات نشان داده اند كه اختلالات رواني مسئول 11 درصد از بار مالي و فشار تحميل شده به وسيله بيماري ها در جهان است، اما در اكثر كشورهاي جهان كم‌تر از 2 درصد از منابع مالي بخش بهداشت به اين بيماري ها اختصاص داده مي شود (محيط، 1381).

ط) تغيير نگرش و افزايش آگاهي مردم و متخصص‌ان نسبت به مقوله هاي بهداشت رو ان، پيش‌گيري از آسيب‌هاي اجتماعي، پيش گيري از آزارهاي جسمي، جنسي و عاطفي كودكان، پيش‌گيري از خشونت عليه زنان و پيش گيري از خودكشي، نيز از جمله برنامه‌هائي هستند كه در حال اجرا مي باشند، اما آن‌ها نيز جامع و گسترده نبوده و ضروري است كه با ارزيابي‌هاي دقيق و جامع در جهت برطرف كردن ضعف‌ها و تقويت نقاط قوت آن‌ها برنامه‌ريزي نمود.

4) اولويت بندي برنامه‌هاي بهداشت روان

اولويت‌بندي نيازهاي بهداشت روان در هر جامعه متاثر از شرايط و وضعيت اقتصادي، سياسي، اجتماعي، و فرهنگي آن جامعه مي باشد كه مي‌توانند تحت تاثير عوامل گوناگون و تغيير و تحولات در سطح جهان دستخوش تغيير گردند. اين امر ضرورت بازنگري دوره اي برنامه‌هاي بهداشت روان در سطح ملي و منطقه اي را مطرح مي سازد. در ايران نيز در چند سال اخير، ضرورت بازبيني و تجديد نظر در برنامه كشوري بهداشت روان از طرف

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

متخصص‌ان و مسئو لان بهداشت روان كشور مطرح شده است. همان‌طور كه شاه مُحَّي (1381) و ياسمي و همكاران (1382) تأكيد نموده اند، در جامعه اي با تغيير و تحولات سريع، اولويت ها و خط مشي هائي كه در سال هاي گذشته با توجه به ويژگي هاي جمعيت‌شناختي و نيازهاي آن زمان جامعه تدوين شده براي زمان حال كارآئي مورد انتظار را نخواهند داشت. لذا ضروري است كه برنامه هاي كشوري بهداشت روان به طور منظم با توجه به تغيير و تحولات جامعه مورد بازنگري قرار بگيرند. اين بازنگري‌ها مي‌بايد بر اساس نتايج ارزيابي برنامه هاي موجود، بررسي وضعيت جامعه، سنجش نيازه اي جامعه، پيش‌بيني شرايط و نيازهاي احتمالي در آينده و با در نظر گرفتن امكانات و منابع در دسترس انجام پذيرد.

5) نتيجه‌گيري

با توجه به وسعت و پيچيدگي مسائل بهداشت روان در جامعه و نياز روزافزون مردم به خدمات بهداشت روان، به نظر مي رسد كه ساختار تشكيلاتي فعلي سيستم بهداشت روان جواب‌گو نباشد. لذا شايد زمان آن فرارسيده باشد كه مسئولا ن و متوليان بهداشت روان كشور در مورد ساختار تشكيلاتي سيستم بهداشت روان نيز بازنگري انجام دهند . در بعضي از كشورهاي پيشرفته، موسسه ملي بهداشت روان با بودجه‌اي مستقل همراه با نيروي انسا ني متخصص و كارآمد كافي و گستردگي متناسب با شرايط و نيازهاي جامعه و امكانات و منابع در دسترس ايجاد شده كه با بهره‌گيري از توان علمي و پژوهشي دانشگاه ها و انجمن هاي علمي، هدايت، هماهنگي و حمايت از فعاليت هاي پژوهشي، آموزشي، اجرايي، سياست گذاري و اولويت بندي برنامه هاي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

بهداشت روان در آن کشورها را به عهده دارد. در این موسسه‌های ملی، دپارتمان‌ها و کمیته‌های تخصصی مختلفی وجود دارند که به‌طور هماهنگ در حوزه‌های مختلف مرتبط با بهداشت روان فعالیت می‌نمایند. ایجاد چنین موسسه‌ای در ایران نیز می‌تواند به توسعه و گسترش هر چه بیشتر برنامه‌های بهداشت روان و حرکت به سوی جامعه سالم را تسهیل نماید.

در پایان، لازم به ذکر است که هر برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در حیطه بهداشت روان باید مبتنی بر یافته‌های پژوهشی در زمینه‌های همه گیرشناسی اختلالات روانی و مشکلات رفتاری، نیازسنجی جامعه، و ارزیابی برنامه‌های موجود از نقطه نظر کارآیی، هزینه ـ منفعت و هزینه ـ اثربخشی باشد. علاوه بر این، توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی برای موفقیت هر نوع برنامه پیش گیری، مداخله‌ای و توان‌بخشی ضروری خواهد بود. لذا تقویت و ارتقاء تحقیقات و پژوهش‌های علمی در زمینه‌های مرتبط با بهداشت روان از اهمیت و ضرورت بسیار بالایی برخوردار است. از این جهت اختصاص یافتن این شماره از مجله به موضوع بهداشت روان در راستای تاکید بر این مهم می‌باشد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع
References

1. اميدي، عبدا...؛ طباطبائي، اعظم؛ سازور، سيد علي؛ و عكاشه، گودرز (1382). **همه گيرشناسي اختلال هاي رواني در مناطق شهري در شهرستان نطنز اصفهان** .. فصلنامه انديشه و رفتار، سال هشتم، شماره 4.
2. بوالهري، جعفر؛ محيط، احمد (1373). **بررسي ادغام بهداشت رواني در مراقبت هاي بهداشتي اوليه**. دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ايران، گزارش منتشر نشده.
3. بوالهري، جعفر؛ محيط، احمد (1374). **بررسي ادغام بهداشت رواني در مراقبت هاي بهداشتي اوليه**. هشتگرد 72- 1370. فصلنامه انديشه و رفتار، سال دوم، شماره 1و2.
4. حسن زاده، سيد مهدي (1371). **بررسي ادغام خدمات بهداشت رواني در نظام ارائه خدمات اوليه بهد اشتي در شبكه شهرضا** . دارو و درمان، سال دهم، شماره 110.
5. داويديان، هاراطون (1381). **به سوي بهداشت روان**. فصلنامه انديشه و رفتار، ضميمه شماره 28، ص 65-63.
6. شاه محمدي، داوود (1372). **گزارش جامع از پروژه تحقيقي ادغام بهداشت رواني در مراقبت هاي بهداشتي اوليه در روستاهاي شهر كرد** . گزارش منتشر نشده.
7. شاه محمدي، داوود (1381). **ضرورت تجديد نظر در برنامه كشوري بهداشت روان**. فصلنامه انديشه و رفتار، ضميمه شماره 28، ص 40-39.
8 . عبهري، محمد (1377). **گزارش توصيفي خدمات بهداشت رواني و ادغام بهداشت روان در مراقبتهاي بهداشتي اوليه در منطقه ساوجبلاغ**. فصلنامه انديشه و رفتار، شماره 15، ص 41-29.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع
References

9. محمدي، محمد رضا؛ رهگذر، مهدي؛ باقري يزدي، سيد عباس؛ نقوي، حميد رضا؛ پوراعتماد، حميد رضا؛ اميني، همايون؛ رستمي، محمد رضا؛ خلج آبادي فراهاني، فريده؛ و مسگر پور بيتا (1382). **همه‌گيرشناسي اختلال‌هاي روان‌پزشكي در استان تهران**. فصلنامه انديشه و رفتار، سال نهم، شماره 2، 13-4.
10. محيط، احمد (1381). **فرصت ها و موانع برنامه ريزي براي بهبود بهداشت روان**. فصلنامه انديشه و رفتار، ضميمه شماره 28، ص 29- 25.
11. مورتي، آر. سرينيواسا (1381). **برنامه بهداشت روان در جمهوري اسلامي ايران**. (ترجمه داوود شاه محمدي، سيد عباس باقر يزدي و هوشمند لايقي). فصلنامه انديشه و رفتار، ضميمه شماره 28، ص 24-14.
12. ميلاني فر، بهروز (1374). **بهداشت رواني**، چاپ چهارم. تهران: نشر قومس.
13. نوربالا، احمد علي؛ محمد، كاظم؛ و باقري يزدي، سيد عباس (1378). **بررسي شيوع اختلال هاي روان‌پزشكي در شهر تهران**. مجله پژوهشي حكيم، دوره دوم، شماره چهارم.
14. ياسمي، محمد تقي؛ بوالهري، جعفر؛ شاه محمدي، داوود؛ رزاقي، عمران محمد؛ باقري يزدي، سيد عباس؛ بينا، مهدي؛ لايقي، هوشمند؛ محيط، احمد (1382). **بهداشت روان در جمهوري اسلامي ايران، دستاوردها و نيازها (بخش اول)**. (ترجمه ن. مهدوي). فصلنامه بهداشت روان، شماره 3.
15. ياسمي، محمد تقي؛ بوالهري، جعفر؛ شاه محمدي، داوود؛ رزاقي، عمران محمد؛ باقري يزدي، سيد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع
References

عباس؛ بينا، مهدي؛ لايقي، هوشمند؛ و محيط، احمد (1382). **بهداشت روان در جمهوري اسلامي ايران، دستاوردها و نيازها (بخش دوم)**. (ترجمه ن. مهدوي). فصلنامه بهداشت روان، شماره 4.

16. Stephens, T. & Jonbert, N. (2001). **"The economic burden of mental health problems in Canada"**. Chronic Disease in Canada, Vol. 22, No. 1.
17. World Health Organization. (1996). **"Public Mental Health: Guideline for the elaboration and management of National Mental Health programmes"**. Geneva, WHO.
18. World Health Organization. (2001). **"The World Health Report 2001: Mental Health"**: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]