

سلامت روان

آمنه ستاره فروزان*، اسماعیل خدمتی مرصع**

مقدمه

«سلامت خبر از عمده ترین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در جوامع امروزی می دهد، گزارشی که نمی توان آن را نادیده گرفت، یا شاید بهتر باشد بگوییم که امروزه سلامت نشان دهنده تمایز میان موفقیت مادی و شکست اجتماعی جوامع است» (Wilkinson, 1996). برای تمامی افراد، برخورداری از سلامت جسمی و روانی و اجتماعی که ابعادی درهم تنیده اند امری حیاتی است. با افزایش درک ما از این رابطه، این موضوع بیشتر آشکار می گردد که وجود سلامت روان برای بهزیستی افراد و جوامع و کشورها ضروری است. در اصل، سلامت بدون سلامت روان مفهوم پیدا نمی کند. سلامت روان شامل بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ادراک شده، استقلال، شایستگی، ارتباط درون نسلی، و توانایی تشخیص پتانسیل عاطفی و عقلانی خود است.

اهمیت سلامت روان و نقش آن در بقای ما حاکی از اهمیت انسان در جایگاه موجودی اجتماعی است (Friedli, 2009). سلامت روان بر تمامی جنبه های زندگی انسان تأثیرگذار است. این بعد از سلامت هم دارای ارزش مادی و هم غیرمادی یا ذاتی برای فرد، جامعه و فرهنگ است. در واقع، سلامت روان ارتباطی دوسویه با بهزیستی و بهره وری جامعه و افراد آن دارد (Cattan and Tilford, 2006).

۱. تعاریف

۱.۱. سلامت روان

چگونگی تعریف سلامت روان از اهمیت بسیار زیادی برخوردار

است. توافق گسترده ای بر سر اینکه مفهوم سلامت روان فراتر از فقدان بیماری روانی بالینی است و، در عین حال، بحث های فراوانی هم درباره عناصر لازم یا کافی در تعریف «بهداشت روان مثبت» وجود دارد. تفاوت ارزش ها و فرهنگ ها و طبقات اجتماعی در میان کشورها می تواند رسیدن به اجماع در تعریف را دشوار سازد. سازمان جهانی بهداشت سلامت روان را چنین تعریف کرده است: «نوعی بهزیستی که افراد را قادر می سازد توانایی های خود را تشخیص دهند، با عوامل استرس زای معمولی زندگی کنار بیایند، به طور مؤثر و با بهره وری کار و به جامعه خود کمک کنند» (WHO, 2003). در این رویکرد مثبت، سلامت روان پایه و اساس بهزیستی و عملکرد مؤثر برای فرد و جامعه است.

۲.۱. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

سازمان جهانی بهداشت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را شرایطی توصیف کرده است که در آن مردم «به دنیا می آیند، رشد و زندگی و کار می کنند و به سالمندی می رسند» (WHO, 2009). نحوه توزیع ثروت و قدرت و منابع در سطوح جهانی و ملی و محلی این شرایط را ایجاد می کند. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، این شرایط که به شدت تحت تأثیر انتخاب های سیاسی است عامل اصلی ایجاد نابرابری در سلامت است. عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت روان را می توان در سه حوزه طبقه بندی کرد:

- فردی: شامل توانایی مدیریت احساسات و افکار و زندگی به طور کلی، انعطاف پذیری عاطفی، و توانایی مقابله با شرایط استرس زا؛
- جامعه: شامل حمایت اجتماعی، داشتن حس خوب تعلق،

* دکترای روان پزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
** کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی

محترمانه‌ترین شغل‌ها را تصاحب می‌کنند و صاحب مسکن راحت برای زندگی هستند. اما بر پله‌های پایین افرادی قرار دارند که به طور نامطلوبی تحصیل می‌کنند، دوره‌های طولانی بیکاری یا اشتغال به مشاغلی با حقوق پایین را تجربه، و در خانه‌هایی زیر استاندارد زندگی می‌کنند. افرادی که در میانه نردبان قرار دارند منابع بیشتری نسبت به افراد پله‌های پایین‌تر و منابع بسیار کمتری نسبت به افراد پله‌های بالا در اختیار دارند. از میان تمام پیامدهایی که موقعیت فرد بر نردبان تعیین می‌کند، هیچ‌یک به اندازه سلامت اساسی نیست. در واقع، موقعیت فرد روی این نردبان نشان می‌دهد که طول عمر او چقدر خواهد بود و در طول حیات خود چقدر فرد سالمی خواهد بود. هر گامی به سمت بالا بر این نردبان تفاوت معناداری در سلامت افراد ایجاد می‌کند. این یافته بسیار حیرت‌انگیز است زیرا ما معمولاً تمایل داریم سلامت را شرایطی در نظر بگیریم که با تأثیر میراث ژنتیکی ایجاد و تثبیت می‌شود، اما ژن‌ها تنها بخشی از این تصویر را می‌سازند (Adler et al. 2007). از این رو، نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی و تأثیر آنها بر سلامت یکی از موضوعاتی است که امروزه به شدت مورد توجه است زیرا ارتقای سلامت در جوامع بیمار بسیار دشوارتر از کمک به افراد بیمار در جوامع سالم است (Pickering, 2007).

امروزه تأمین سلامت بیش از همیشه در صدر برنامه‌های توسعه جهانی قرار دارد و وجود نابرابری در سلامت در درون و میان کشورها به یک نگرانی عمده برای جامعه جهانی تبدیل شده است (WHO, 2003; Evans et al., 2001). رابطه بین سلامت، شرایط مادی (ثروت و درآمد) و نابرابری‌ها (موقعیت اجتماعی-اقتصادی) موضوع بحثی است که دلالت‌های بسیار مهمی برای سلامت روان دارد. با افزایش درک ما از این رابطه، بیشتر آشکار می‌گردد که تأمین سلامت روان برای توسعه جوامع و کشورها ضروری است. اگر محرومیت نسبی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده سلامت باشد، پاسخ‌های عاطفی و شناختی به نابرابری از اهمیت شایانی برخوردار خواهند شد (Friedli, 2009). مدت‌هاست که رابطه میان موقعیت اجتماعی و جنبه‌های گوناگون سلامت روانی توجه محققان بالینی را به خود جلب کرده و حجم عظیم تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت موقعیت اجتماعی در درک بیماری‌های روانی و معلولیت ناشی از آنهاست. مطالعات همه‌گیری‌شناسی در سراسر دنیا وجود رابطه معکوسی را بین بیماری روانی و طبقه اجتماعی نشان

تجربه شهروندی و مشارکت در جامعه خود؛

- ساختار: شامل عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، از قبیل مسکن، اشتغال و درآمد، فرصت‌های آموزش و پرورش، دسترسی به حمل و نقل خوب، نظام‌های خدمات عمومی، و نظام سیاسی تضمین‌کننده ارتقای سلامت.

عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روان بیشترین تأثیر را بر سلامت و بیماری روانی می‌گذارند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از:

- درآمد
- امنیت غذایی
- کیفیت مسکن
- موقعیت اجتماعی
- خشونت
- آموزش، تحصیلات و سواد
- وضعیت اشتغال / شرایط کار
- تبعیض
- محیط فیزیکی
- حمایت / طرد اجتماعی

نظام‌های خدمات عمومی، از طریق اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها و در نتیجه تخصیص منابع، نقش مهمی در شکل دادن به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روان دارند. عملکرد این نظام‌ها در زمینه تأمین رفاه اجتماعی، مسکن، امنیت عمومی، مراقبت‌های بهداشتی، عدالت، حمل و نقل و مالکیت زمین است. از همین روست که رویکرد آگاهانه به عوامل اجتماعی به منظور کاهش نابرابری در سلامت بر اصلاحات گسترده در نظام‌های عمومی تأکید دارد (The Adler Institute on Social Exclusion, 2010).

۲. رویکرد نظری: سلامت روان و توسعه

جامعه همچون نردبانی است که پله‌های آن تعیین می‌کنند که هریک از افراد آن جامعه زندگی خوب و سعادتمندانه و سالم و ایمنی خواهند داشت یا اینکه زندگی آنها همراه خواهد بود با دشواری‌ها، درآمد ناکافی، ضعف سلامت و آسیب‌پذیری. افرادی که بر پله‌های بالایی قرار دارند به بهترین شکل تحصیل و

فشار روانی نامتناسبی را متحمل می‌شوند.

جدول ۱. شیوع مشکلات روانی و عصبی در مناطق مختلف دنیا (درصد)

مناطق	اسکیزوفرنی	اختلال دوقطبی	افسردگی	هوکشی	مذ	زوال عقل
افریقا	۰/۲۸	۰/۳۷	۲/۱۰	۰/۱۴	۱/۰۴	۰/۰۹
امریکا	۰/۴۲	۰/۴۵	۲/۸	۰/۱۶	۱/۲۶	۰/۳۴
خاورمیانه	۰/۳۶	۰/۴۱	۲/۷۹	۰/۱۵	۰/۵۵	۰/۱۲
اروپا	۰/۵۰	۰/۵۰	۲/۸۳	۰/۳۰	۰/۴۲	۰/۵۱
جنوب شرق آسیا	۰/۳۷	۰/۴۳	۲/۸۸	۰/۲۶	۰/۵۸	۰/۱۷
غرب اقیانوس آرام	۰/۴۴	۰/۵۰	۲/۸۴	۰/۱۳	۰/۳۹	۰/۳۳

منبع: Bruckner et al., 2010

گزارش اخیر بار جهانی بیماری‌ها و عوامل خطر به معیاری برای ارزیابی و مقایسه بار بیماری‌ها ناشی از شرایط بهداشتی هر منطقه از جهان تبدیل شده است. از یافته‌های مهم این گزارش آن است که اختلالات عصب‌روان‌پزشکی^۱ شامل اختلالات روانی مانند افسردگی تک‌قطبی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، صرع، سوء مصرف الکل و مواد مخدر، زوال عقل، اختلالات اضطرابی و عقب‌ماندگی ذهنی بیش از ۱۲ درصد از بار جهانی بیماری‌ها را تشکیل می‌دهند. هم‌اکنون، از ۱۰ بیماری عمده‌ای که سبب ناتوانی می‌شوند، ۴ بیماری مربوط به اختلالات روانی است: افسردگی تک‌قطبی (۱۰/۷ درصد)، اختلال خلقی دوقطبی (۳ درصد)، اسکیزوفرنی (۲/۶ درصد) و وسواس (۲/۲ درصد). در کشورهای با درآمد کم و متوسط، در حدود ۱۰ درصد از کل بار بیماری‌ها تنها ناشی از اختلالات روانی است، و اگر صدمات ناشی از آسیب به خود هم در محاسبه گنجانده شود این نسبت به ۱۱ درصد افزایش می‌یابد. با محاسبه سال‌های عمر توأم با ناتوانی (DALY) این رقم به ۲۸ درصد افزایش می‌یابد. از میان کلیه اختلالات روانی، افسردگی تک‌قطبی عامل عمده بار بیماری‌های عصب‌روان‌پزشکی است، و بالاترین بار اختلالات روانی در جمعیت بزرگسال گزارش شده است (Patel et al., 2007). باید در نظر داشت که در این‌گونه محاسبات، به دلیل واهمه افراد از «آنگ» همراه با اختلال روانی و در نتیجه عدم تمایل آنان به گزارش‌دهی دقیق، برآوردها کمتر از واقعیت است. بنابراین، اهمیت پرداختن به اختلالات روانی در بحث

داده‌اند (Vijaya and Femi, 2004). در حقیقت، مسئله نابرابری در میزان ابتلا به بیماری‌های روانی نیز مطرح است و شرایط اجتماعی-اقتصادی نامطلوب با ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی، ناتوانی بیشتر و دسترسی کمتر به خدمات بهداشتی ارتباط دارد (Lorant et al., 2003).

۳. همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در دیگر کشورها

در حدود ۴۵۰ میلیون نفر در جهان دچار اختلالات روانی و رفتاری و از این تعداد حدود ۲۵ میلیون نفر به اسکیزوفرنی مبتلا هستند. این بدان معناست که در یک خانواده از هر چهار خانواده، حداقل یک عضو مبتلا به اختلال روانی وجود دارد (WHO, 2005).

بار جهانی اختلالات روانی را می‌توان از چهار طریق بررسی کرد: میزان شیوع اختلالات، بار این اختلالات در اندازه‌گیری سال‌های عمر توأم با ناتوانی (DALY)^۱، نابرابری در توزیع و تأثیر اختلالات، و تأثیر اختلالات بر ابعاد دیگر سلامت.

مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان نشان می‌دهد که میزان شیوع این اختلالات به دلیل تنوع ابزار مورد استفاده و جامعه آماری و شیوه‌های تشخیصی بسیار متفاوت برآورد می‌شود و از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸ درصد متغیر بوده است (Lee et al., 1990). در جدول ۱ اطلاعات مربوط به برخی مطالعات انجام‌شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در سایر کشورها آمده است. در حال حاضر شواهد پایه‌ای قوی در مورد میزان شیوع اختلالات روانی وجود دارد. تخمین زده می‌شود که در حدود ۱۰ درصد از جمعیت کودک و بزرگسال در هر دوره زمانی به حداقل یک اختلال روانی مبتلا هستند (WHO, 2008a). همچنین واضح است که تفاوت‌های فاحشی در میزان شیوع اختلالات روانی در هر جمعیت و بین جمعیت‌های مختلف وجود دارد (Saha et al., 2004; Demyttenaere et al., 2005). طیفی از عوامل از جمله عوامل اجتماعی در توضیح این تفاوت و احتمال ابتلا به اختلالات روانی نقش دارند. به طور خلاصه می‌توان گفت اختلالات روانی شیوع نامتوازی دارند و افراد محروم از نظر اجتماعی و اقتصادی

1. Disability Adjusted Life Years

وضعیت سلامت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن را نشان می‌دهد. در این مقایسه، امتیاز صفر نشان‌دهنده بدترین و امتیاز صد نمایانگر بهترین وضع سلامت است. وضعیت سلامت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شایع با و بدون هم‌ابتلائی با افسردگی نیز در نمودار مقایسه شده است.

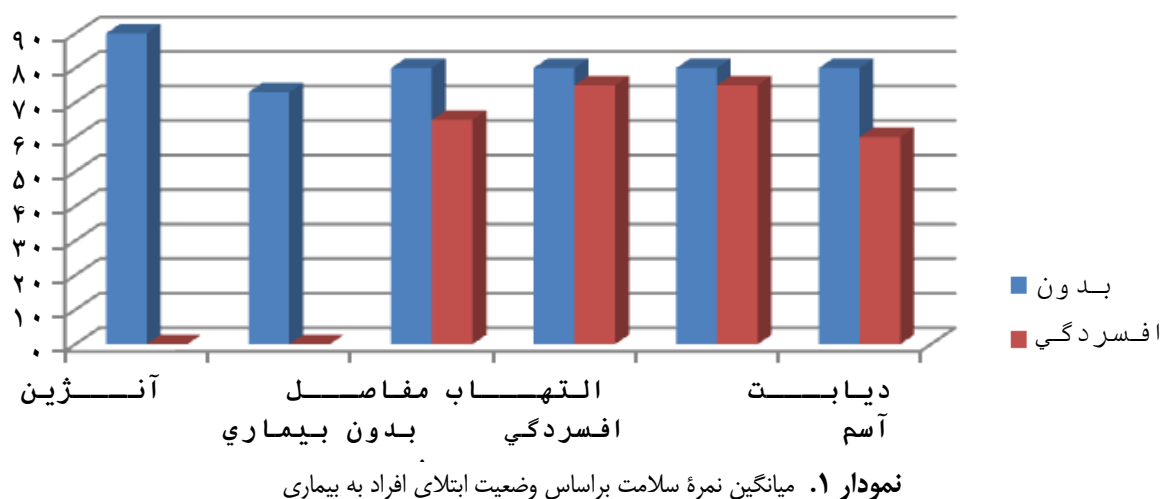
۴. وضعیت سلامت روان در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

روند توسعه خدمات سلامت روان را در ایران می‌توان در چهار دوره بررسی کرد. در دوره اول که تا دهه ۱۳۲۰ ادامه یافت، دارالمجانین‌هایی با شرایط بسیار نامناسب در شهرهای بزرگ از

سلامت عمومی با توجه به این حقیقت که این اختلالات جزو مهم‌ترین موارد ابتلا در بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند و ناتوانی قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌کنند آشکار می‌گردد (WHO, 2001).

از میان اختلالات روانی، افسردگی مشکل عمده سلامت عمومی در کلیه جوامع است. این اختلال ۴/۵ درصد از کل بار جهانی بیماری‌ها را تولید می‌کند. طبق اعلام اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۵، سالانه تنها افسردگی ۱۸/۴ میلیون یورو هزینه به کشورهای عضو این اتحادیه تحمیل می‌کند (European Commission, 2005). نمودار ۱ براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO, 2008b) از بیماری‌ها و عوارض ناشی از آنها تهیه شده است. این نمودار



منبع: WHO, 2008b

این وزارتخانه اقدام به پژوهش‌های همه‌گیری‌شناسی و تأسیس تعدادی بیمارستان و مرکز جدید روان‌پزشکی در نقاط مختلف کشور و شروع به آموزش سطح‌بندی‌شده در روان‌پزشکی و روان‌پرستاری کرد. این برنامه‌های آموزشی و تحقیقاتی، پس از انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، به انستیتو روان‌پزشکی تهران سپرده شد. چهارمین دوره از مهرماه ۱۳۶۵ که برنامه ملی بهداشت روان (NPMH)^۱ به کوشش یک تیم چندرشته‌ای از متخصصان ارائه و در دولت پذیرفته شد آغاز گردید. راهبرد اصلی عبارت بود از ادغام فعالیت‌های جدید در یک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کارآمد (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۲).

1. neuropsychiatric

جمله تهران، همدان، شیراز و اصفهان وجود داشت. دوره دوم از دهه ۱۳۲۰ آغاز گردید، یعنی برهه‌ای که دانشکده پزشکی در کشور تأسیس و روان‌پزشکی شاخه‌ای از طب مدرن محسوب شد. تأسیس بیمارستان‌های دانشگاهی جدید و ایجاد و رشد دیارتمان‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی و آموزش دستیاری روان‌پزشکی در سال‌های دهه ۱۳۴۰، حداقل در شهرهای بزرگ، منجر به بهبود مراقبت از بیماران شد.

در سومین دوره، که سال‌های دهه ۱۳۵۰ را شامل می‌شد، تلاش‌هایی در جهت دستیابی به مراقبت‌های جامع بهداشت روان در اولین معاونت وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی صورت گرفت.

1. National Programme of Mental Health

شروع می‌شود. بهورز که در خانه بهداشت مستقر است بیماران را با تشخیص ابتلا به بیماری خفیف روانی (افسردگی، اضطراب، وسواس و...)، بیماری روانی شدید (سایکوزها)، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر بیماری‌ها به سطح بالاتر یعنی پزشک عمومی ارجاع می‌دهد. مرکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی اولین سطح درمانی است و پزشک عمومی مستقر در این مرکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان به بیمارانی است که بهورز ارجاع می‌دهد یا خود مستقیم مراجعه می‌کنند. در صورت نیاز، بیماران به سطح سوم (روان‌پزشک یا پزشک دو ماه دوره‌دیده شهرستان) و سطح چهارم (بیمارستان‌ها و مراکز فوق تخصصی روان‌پزشکی) ارجاع داده می‌شوند. استفاده از این روش منجر به ارتقای سطح سلامت، کاهش هزینه‌های خانواده‌ها، دسترسی فوری‌تر به خدمات مورد نیاز، کاهش هزینه‌های عمومی و منافع فراوان دیگر می‌شود. یکی از نیازهای اساسی در مجموعه نیازهای بهداشتی و درمانی، سلامت روان است و همان‌گونه که در تعریف سلامت اشاره شد، سلامت روان یکی از عناصر اساسی سلامت است. در حال حاضر، برنامه کشوری سلامت روان در مناطق شهری و روستایی در دست اجراست و جمعیتی بالغ بر ۳۰ میلیون نفر را زیر پوشش دارد (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۲).

خدمات سلامت روان در سوانح و بلایا

برنامه آمادگی برای مداخلات روانی-اجتماعی در سوانح و بلایا در سال ۱۳۷۷ تدوین شده و در سال ۱۳۸۳ مورد بازنگری قرار گرفته است. این برنامه در زلزله بم عملیاتی شده است.

ارزشیابی خدمات سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران

در ایران، سیستم جمع‌آوری اطلاعات ساده‌ای برای ثبت موارد اختلالات روانی مثل روان‌پریشی، افسردگی، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی وجود دارد. این سیستم گزارش بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی فعال است. نظارت بر فعالیت‌های در حال انجام مرتبط با سلامت روان از طریق اخذ گزارش منظم و تجزیه و تحلیل آماری و بازدیدهای دوره‌ای میدانی متخصصان مسئول در استان‌ها و دفتر مرکزی تهران انجام می‌شود. ارزشیابی مستقلی نیز در سال ۱۳۷۶ از طرف دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت انجام شده است. این ارزشیابی شامل مطالعات میدانی و جمع‌آوری داده‌ها از ۲۶۶

از ۱۳۶۷ تا ۱۳۶۹، یک مطالعه آزمایشی^۱ موفق در خصوص ادغام برنامه سلامت روان در شبکه بهداشت کشور در شهرهای شهرکرد و شهرضا انجام شد. نتایج مطالعه حاکی از افزایش قابل ملاحظه دانش بهورزان و بهبود مهارت‌های بیماریابی در مقایسه با مناطق شاهد بود. متعاقب آن، حرکت‌هایی در کشور صورت گرفت که منجر به گسترش سریع‌تر برنامه شد. برخی عوامل مؤثر در این امر عبارت بودند از:

- ایجاد واحد سلامت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
- اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛
- تشکیل کمیته مشورتی بهداشت روان کشوری که اعضای آن عمدتاً اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پزشکی بودند؛
- تدوین آیین‌نامه‌های آموزشی برای تمام سطوح ارائه بهداشت (۱۳۶۷)؛
- بازنگری‌ها و برپایی کارگاه‌هایی در خصوص برنامه کشوری (۱۳۷۰) و روش‌شناسی تحقیقات بهداشت روان (۱۳۷۲)؛
- بزرگداشت سالانه هفته بهداشت روان از مهرماه ۱۳۶۴؛
- ارتقای سطح آگاهی سایر کارکنان بهداشت از طریق برگزاری کارگاه و سمینار و کنفرانس؛
- ارتقای سطح آگاهی عمومی در مورد بهداشت روان از طریق رسانه‌ها.

خدمات بهداشتی اولیه (PHC) و بهداشت روان

خدمات بهداشتی اولیه مراقبت‌هایی اساسی هستند که تمامی افراد خانواده‌ها را از طریق مشارکت کامل مردم، با هدف تأمین همگانی و ارزان خدمات، زیر پوشش قرار می‌دهند. بهترین روش برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و مورد نیاز مردم سطح‌بندی خدمات بهداشتی است. بر مبنای این روش، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی از اولین سطح یعنی بهورز که مسئول آموزش بهداشت روان در روستا و بیماریابی و ارجاع و پیگیری درمان است

1. pilot study

2. Primary Health Care

- گسترش کمی و توسعه طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛
- توجه بیشتر به برنامه‌های ارتقای بهداشت روان؛
- گسترش برنامه‌های بهداشت روان کودکان و نوجوانان؛
- توجه و سرمایه‌گذاری بیشتر در برنامه‌های بهداشت روان در بلایا و پیشگیری و درمان اعتیاد؛
- تدوین قانون جامع بهداشت روان؛
- توجه جامع به مقوله‌های مرتبط با بهداشت روان، به‌ویژه موضوعاتی از قبیل آسیب‌های اجتماعی، آزار، خشونت، و خودکشی.

منابع مالی خدمات سلامت روان

از مجموع هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی که بخش دولتی تأمین می‌کند، ۳ درصد به خدمات و برنامه سلامت روان اختصاص می‌یابد. از کل منابع مالی فوق‌الذکر، ۱۸ درصد به بیمارستان‌های روان‌پزشکی تخصیص داده می‌شود. در حدود ۵۳ درصد جمعیت از دسترسی رایگان (حداقل ۸۰ درصد) به داروهای ضروری روان‌گردان برخوردارند. برای کسانی که خودشان هزینه دارو را پرداخت می‌کنند، میزان تأمین هزینه داروهای ضد روان‌پریشی برابر با ۱۵۰۰ ریال در روز و داروهای ضد افسردگی ۶۰۰ ریال در روز است. این مقادیر به ترتیب معادل ۴ و ۲ درصد حداقل دستمزد روزانه است. کلیه اختلالات روانی تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی هستند، اما در مورد زمان بستری محدودیت وجود دارد (WHO, 2006).

ساختار مدیریت خدمات سلامت روان

در سطح ملی، دفتر مشاوره سلامت روان زیر نظر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌کند و در خصوص سیاست‌ها و قوانین بهداشت روان به دولت مشاوره می‌دهد. این دفتر مسئول برنامه‌ریزی خدمات، مدیریت خدمات، هماهنگی و نظارت، و ارزیابی کیفیت خدمات سلامت روان است. خدمات بهداشت روان براساس منطقه جغرافیایی / حوزه خدمات سازمان‌دهی شده است. پیاده‌سازی دستورالعمل‌های ملی خدمات سلامت روان در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری بهتر انجام می‌گیرد (ibid.).

۲.۴. شاخص‌ها

بهروز و خانه بهداشت، ۹۱ پزشک عمومی و مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، و ۷۳۷ خانواده ساکن روستا در مناطق مجری برنامه می‌شد. همچنین مطالعه اختلالات روانی مراجعه‌کنندگان به پزشکان عمومی و مسیر درمان را دربرمی‌گرفت. نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که تجربه ایران در زمینه اصلاح برنامه سلامت روان چندعاملی است. ادغام سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه دستاورد بسیار مهم این برنامه است. وسعت پوشش خدمات، به‌ویژه در مناطق روستایی، نشان می‌دهد که در صورت وجود زیرساخت مناسب و حمایت سیاسی کافی، ادغام برنامه سلامت روان در شبکه بهداشت ممکن است. پرسنل بهداشتی نیز در صورت ارائه آموزش و نظارت و حمایت مناسب نظام ارجاع قادر هستند خدمات پایه مراقبت‌های سلامت روان را فراهم آورند. در مجموع، توفیق راهبرد ادغام مرهون وجود شبکه‌های بهداشتی فعال و سازمان‌یافته بوده است. آخرین بازنگری برنامه سلامت روان در سال ۱۳۸۳ انجام شده است و شامل همان اجزای قبلی به عنوان سیاست‌های سلامت روان است. علاوه بر این، مباحث بودجه، بازه زمانی مشخص و اهداف در آخرین برنامه بهداشت روان تصریح شده است (WHO, 2006).

نتایج مطالعه‌ای که با هدف تبیین دستاوردها و مشکلات بهداشت روان در ایران انجام شده (عاطف وحید، ۱۳۸۳) حاکی از آن است که علاوه بر اجرای طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه، پیشرفت‌های قابل توجهی نیز در سایر حوزه‌های سلامت روان حاصل شده که از آن جمله می‌توان موارد زیر را برشمرد:

- اقدامات مؤثر در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد؛
- اقدامات قابل ملاحظه در زمینه بهداشت روان در بلایای طبیعی و سوانح؛
- توجه بیشتر به بهداشت روان کودکان و نوجوانان در مدارس.

همچنین در مطالعه فوق‌الذکر به ضرورت‌های پیش روی برنامه سلامت روان در کشور اشاره شده است که از مهم‌ترین آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ارتقای کیفیت ارائه خدمات بهداشت روان به جمعیت‌های تحت پوشش؛

تکمیل شد. در این مطالعه، تعیین نمرهٔ برش براساس مراجعهٔ مجدد به یک زیرگروه ۸۷۹ نفری از افراد با مصاحبهٔ بالینی روان‌پزشکی طبق ملاک‌های ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که با روش نمره‌گذاری سنتی، نمرهٔ ۶ نمرهٔ تشخیصی برش است. به طور کلی، ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه (۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان) مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند. بالاترین میزان شیوع اختلالات روانی در کشور مربوط به استان‌های چهارمحال و بختیاری و گلستان به ترتیب با ۳۸/۹ و ۳۷/۳ درصد و پایین‌ترین میزان مربوط به استان یزد با ۱۱/۷ درصد بوده است. میزان شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی ۲۱/۳ درصد و در مناطق شهری ۲۰/۹ درصد بوده است. شیوع علایم افسردگی و اضطراب بیش از علایم اختلال جسمانی‌سازی و اختلال عملکرد اجتماعی بوده است. مصاحبهٔ بالینی پزشکان عمومی نشان داد که ۱/۴ درصد افراد ساکن در خانوارهای مورد مطالعه دچار عقب‌ماندگی ذهنی، ۱/۲ درصد مبتلا به صرع، و ۰/۶ درصد دچار اختلالات روان‌پریشی‌اند. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی همبستگی معنی‌داری با سن دارد، چنانکه با افزایش سن، میزان شیوع اختلالات روانی نیز افزایش یافته است. میزان شیوع این اختلالات در افراد مطلقه و بیوه و متأهل، افراد بیکار و بازنشسته و زنان خانه‌دار بیش از سایر گروه‌ها بوده است (Noorbala et al., 2004).

دومین مطالعهٔ ملی برآورد میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد ۱۸ سال و بالاتر ساکن مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۸۰ انجام شد. به این منظور، ۲۵۱۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک و خوشه‌ای از بین خانوارهای کشور انتخاب شدند. پرسش‌نامهٔ اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی (SADS) شامل ۹۰۴ سؤال به کمک ۲۵۶ نفر از کارشناسان و کارشناسان ارشد روان‌شناسی بالینی در سراسر کشور تکمیل شد. طبق نتایج این بررسی، میزان شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی ۱۰/۱۷ درصد (۲۳/۴ درصد در زنان و ۱۰/۸۶ درصد در مردان) بوده است. اختلالات اضطرابی و خلقی به ترتیب با ۸/۳۱ و ۸/۳۵ درصد شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی بوده‌اند. شیوع اختلالات روان‌پریشی در این مطالعه ۰/۸۹ درصد، و شیوع اختلالات عصبی ۰/۷۷ درصد بوده است. در گروه اختلالات خلقی، اختلالات شناختی با ۲/۷۸ درصد و

شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال ایران بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود. در این میان، اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارند. مطالعه‌ای که در خصوص بار بیماری‌ها در سه استان آذربایجان شرقی، بوشهر و چهارمحال و بختیاری انجام شد نشان داد که اختلالات روانی ۱۴/۵ درصد از کل بار بیماری‌ها را شامل می‌شوند. همچنین این اختلالات مهم‌ترین علت ناتوانی در کشور به شمار می‌آیند (شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹). براساس مطالعهٔ بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲ (نقوی و دیگران، ۱۳۸۷)، بار اختلالات روانی ۳۴۶۷ در صدهزار نفر، تعداد سال‌های از دست‌رفتهٔ عمر به علت اختلالات روانی ۲۳۰۶۳۸۲ سال، و ۱۶ درصد بار بیماری‌ها ناشی از اختلالات روانی بوده است (در این مطالعه صرع جزو اختلالات روانی در نظر گرفته نشده). سه علت اول بار بیماری‌ها نیز در هر دو جنس به ترتیب اختلالات روانی، حوادث، و بیماری‌های قلب و عروق بوده است. جدول ۲ اطلاعات مرتبط با علل بار اختلالات روانی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. اطلاعات دو علت اول بار اختلالات روانی

اختلال روانی	بار اختلال در صدهزار نفر	درصد بار بیماری‌ها	درصد بار اختلالات روانی
افسردگی	۹۰۴/۴	۴/۲	۲۶/۱
اختلالات دوقطبی	۴۰۲/۸	۱/۹	۱۱/۶

منبع: نقوی و دیگران، ۱۳۸۷

در ایران دو مطالعهٔ ملی در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۰ با هدف همه‌گیری‌شناسی اختلالات سلامت روان انجام شده است. مطالعهٔ اول با استفاده از پرسش‌نامهٔ ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار بررسی سلامت روان و غربالگری اختلالات روانی و دومین مطالعه با استفاده از پرسش‌نامهٔ اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی (SADS) انجام شده است. شایان ذکر است که پیش از این دو مطالعهٔ ملی، مطالعات پراکنده در مناطق جغرافیایی مختلف با ابزارهای متفاوت و در مورد جمعیت‌های گوناگون انجام شده بود.

اولین مطالعهٔ ملی بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر ساکن مناطق روستایی و شهری استان‌های کشور در سال ۱۳۷۸ انجام شد. برای این منظور، ۳۵۰۱۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین افراد ۱۵ سال و بالاتر خانوارهای کشور انتخاب شدند و پرسش‌نامهٔ ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار بررسی سلامت روان و غربالگری اختلالات روانی در مورد آنها

گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۳ (۲۰۰۴) حاکی از آن است که براساس معاینات پزشکان عمومی، میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی، صرع و روان پریشی به ترتیب ۱/۴، ۱/۲ و ۰/۶ درصد در جمعیت زیر پوشش خدمات شبکه بهداشت بوده است (WHO, 2004). چند گزارش نیز از مطالعات همه گیری شناسی برخی اختلالات روانی وجود دارد. از جمله مطالعه در مورد افسردگی در سال ۱۳۷۲ (۱۹۹۳) و گزارش ده سال پیگیری اطلاعات درباره افسردگی (تعداد بیماران = ۴۳۹). این گزارش نشان داد که در حدود ۱۸ درصد از بیماران بهبود بالینی بسیار ضعیف و ۲۴ درصد در بیش از نیمی از مدت زمان پیگیری اختلال شدید عملکرد اجتماعی داشته اند و ۲۱ درصد بهبود کامل نداشته اند. مرگ بر اثر خودکشی در ۱۱ درصد بیماران رخ داده است و بیش از ۱۴ درصد اقدام به خودکشی ناموفق داشته اند (Thornicroft and Sartorius, 1993).

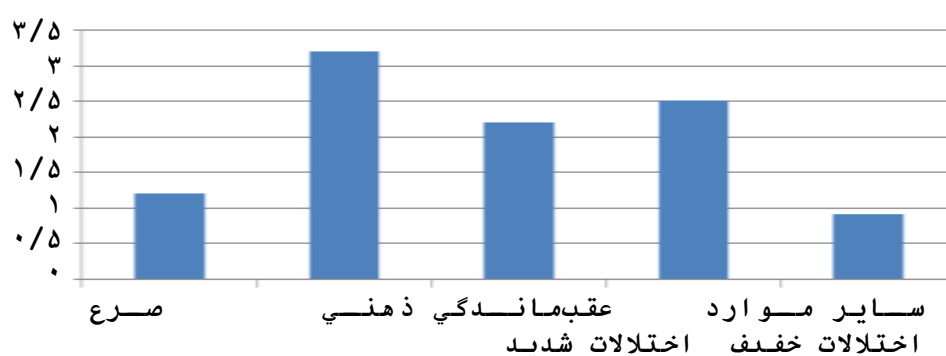
صرف نظر از مطالعات ملی یادشده، مطالعات پراکنده دیگری در نواحی جغرافیایی خاص یا در مورد جمعیت های معین با ابزارهای متفاوت سنجش انجام گرفته است. در جدول ۳ خلاصه اطلاعات و یافته های این مطالعات از ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹ آمده است. در کلیه این مطالعات، فراوانی اختلالات روانی در زنان بیش از مردان بوده است. حداکثر میزان شیوع اختلالات ۲۶/۹ درصد در مطالعه ساوجبلاغ و حداقل آن ۱۱/۹ درصد در مطالعه جمعیت روستایی شیراز گزارش شده است. یادآوری این نکته ضروری است که به دلیل تفاوت در جمعیت مورد مطالعه، دوره زمانی مطالعه و نیز ابزارهای استفاده شده در هر مطالعه، مقایسه نتایج و یافته ها به سادگی امکان پذیر نیست و لازم است در تحلیل یافته ها با دقت بیشتری تصمیم گیری شود.

اختلالات تجزیه ای افسردگی اساسی با ۲/۹۸ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال فوبی (هراس) با ۲/۰۵ درصد شیوع بیشتری داشته اند. در این بررسی، ۱۰/۸۷ درصد افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک نوع اختلال روان پزشکی بوده اند. شیوع اختلالات روان پزشکی در افراد گروه سنی ۵۵-۴۱ سال با ۱۲/۶۲ درصد، افراد مطلقه و جدانشده با ۲۲/۳۱ درصد، افراد ساکن در مناطق شهری با ۱۱/۷۷ درصد، افراد بی سواد با ۱۳/۸ درصد، زنان خانه دار با ۱۵/۴۸ درصد، و افراد بیکار با ۱۲/۳۳ درصد بیش از سایر افراد در هریک از گروه های ذیربط بوده است (محمدی و دیگران، ۱۳۸۲). براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۳، اختلالات روانی در ایران مهم ترین علت ناتوانی به شمار می آیند. شیوع این اختلالات در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور بیش از ۱۰ درصد برآورد می شود و در مناطق مختلف از ۹ تا ۳۶ درصد متغیر است. اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را در میان اختلالات روانی دارند. مطالعه ای که در مورد بار بیماری ها در سه استان آذربایجان شرقی، بوشهر و چهارمحال و بختیاری انجام شد نشان داد که اختلالات روانی ۱۴/۵ درصد از کل بار بیماری ها را تشکیل می دهند. در زنان ایرانی، افسردگی در صدر ایجاد بار کلی بیماری ها قرار دارد. در مردان، اعتیاد سومین، اختلالات افسردگی هشتمین، و اختلالات روان پریشی نهمین علت بار بیماری ها هستند. ۱/۶ درصد از جمعیت ۱۵ سال به بالا از لحاظ روانی به شدت بیمار بوده و به درمان جدی روان پزشکی نیاز داشته اند. در این گروه سنی، ۱۵/۳ درصد افراد بیماری های خفیف روانی و ۲۶/۶ درصد مسائل مختلف عاطفی داشته اند (شورای سیاست گذاری سلامت، ۱۳۸۹).

جدول ۳. خلاصه نتایج مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در ایران (۱۳۷۹-۱۳۴۲)

محقق/ محققان	سال بررسی	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع		
					زنان	مردان	کل
باش	۱۳۴۲	روستایی شیراز	مصاحبه بالینی	۴۹۷	۱۶/۵	۷/۷	۱۱/۹
باش	۱۳۴۳	روستایی خوزستان	مصاحبه بالینی	۴۸۲	-	-	۱۴/۹
باش	۱۳۴۵	شهری شیراز	مصاحبه بالینی	۶۲۲	۲۲/۴	۱۴/۹	۱۸/۶
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرتان رودسر	مصاحبه بالینی	۴۸۸	-	-	۱۷/۰
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستایی میبد یزد	DSM-III-R، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	DSM-III-R، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مرودشت فارس	DSM-III-R، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	DSM-III-R، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۲/۰
خرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	DSM-III-R، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	DSM-III-R، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۴۵۰	۲۶/۲	۷/۹	۱۸/۴
پالاهنگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	DSM-III-R، GHQ-28، مصاحبه بالینی	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستایی صومعه‌سرا- گیلان	DSM-III-R، GHQ-28، مصاحبه بالینی	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	DSM-III-R، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۶۱۲	-	-	۳۰/۲
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	DIS، CL-90-R، مصاحبه بالینی	۸۶۹	۱۸/۰	۱۰/۰	۱۴/۰
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهر اصفهان	DSM-IV، SRQ-24، مصاحبه بالینی	۳۲۵۵	-	-	۱۹/۹
بخشانی و همکاران	۱۳۷۷	شهر زاهدان	DSM-IV، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۶۴۳	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهر تهران	DSM-IV، GHQ-28، مصاحبه بالینی	۸۷۹	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵
نوربالا و همکاران	۱۳۷۹	سراسر کشور	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱/۰
امیدی و همکاران	۱۳۷۹	شهر نطنز	DSM-III-R، GHQ-28، مصاحبه بالینی	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهر کرمانشاه	DSM-III-R، GHQ-28، مصاحبه بالینی	۵۰۱	۳۲/۲	۱۶/۹	۲۵/۲
شمس علیزاده و همکاران	۱۳۷۹	ساوجبلاغ	DSM-III-R، GHQ-28، مصاحبه بالینی	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
چگینی و همکاران	۱۳۷۹	شهری و روستایی قم	DSM-IV، SCL-90-R، مصاحبه بالینی	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶/۰	۱۷/۱

منبع: محمدی و دیگران، ۱۳۸۲



نمودار ۲. میزان اختلالات روان‌پزشکی (در هزار نفر) در مناطق روستایی برنامه ادغام سلامت روان، ۱۳۸۶

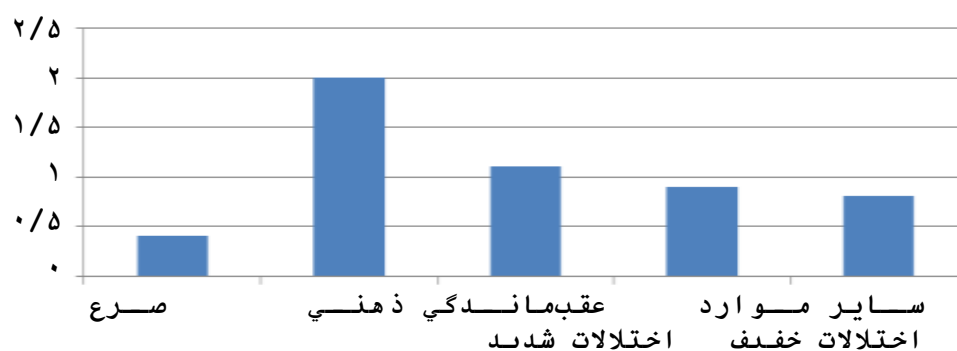
منبع: شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹

شیوع اختلالات روان‌پزشکی به تفکیک شهر و روستا

ایران تنها کشور در منطقه مدیترانه شرقی است که برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی را به اجرا درآورده

است. برنامه بهداشت روان برنامه‌ای است مبتنی بر جامعه و با اجرای آن، بستری شدن‌های مکرر و هزینه‌های درمان کاهش می‌یابد. این برنامه در حال حاضر گسترش بیشتری یافته و اکثر

صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات خفیف روانی است. در بین اختلالات مذکور، اختلالات خفیف روانی شایع‌ترین بوده است. نمودار ۳ میزان شیوع اختلالات روانی را در مناطق شهری کشور براساس موارد ثبت‌شده در شبکه بهداشت در سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد. براساس این نمودار، شیوع اختلالات شدید روانی کمتر از صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات خفیف روانی است. در بین اختلالات مذکور، اختلالات خفیف روانی شایع‌ترین بوده است.



نمودار ۳. میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی (در هزار نفر) در مناطق شهری برنامه ادغام سلامت روان، ۱۳۸۶

منبع: شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹

مطالعه تکمیل شد. در این پرسش‌نامه، نمره ۶ و بالاتر مشکوک به اختلال روانی در نظر گرفته شد. برای مقایسه امتیازات کل پرسش‌نامه و خرده‌مقیاس‌ها بین دو جنس از آزمون‌های کای دو و من ویتنی و برای مقایسه مقیاس‌ها از آزمون فریدمن استفاده شد. نمونه‌ها شامل ۱۵۰ (۴۳/۴ درصد) پسر و ۱۹۶ (۵۶/۶ درصد) دختر بود. نمره ۱۸۴ نفر (۵۳/۲ درصد) ۶ و بالاتر شد. میانگین و انحراف معیار کل پرسش‌نامه $5/1 \pm 6/9$ با میانگین ۶ و میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های پرسش‌نامه شامل جسمانی‌سازی علائم، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب $1/4 \pm 0/9$ ، $1/7 \pm 0/3$ ، $2/1 \pm 3/7$ و $1/7 \pm 1/0$ محاسبه شد. میانگین مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰، ۱، ۴ و ۰ بود. در مقیاس عملکرد اجتماعی، میزان سلامت روان کمتر از سایر موارد مشاهده شد ($p < 0.001$). فراوانی نمرات ۶ و بالاتر در دختران به طور معنی‌داری بیشتر از پسران بود (۶۵ درصد در مقابل ۳۵ درصد، $p < 0.001$). بنابراین می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که بیش از نیمی از نوجوانان مورد بررسی تهرانی مشکوک به اختلال روانی بودند که در این میان دختران سهم بیشتری داشتند (متقی‌پور و دیگران، ۱۳۸۴).

مناطق روستایی و شهری زیر پوشش آن قرار گرفته‌اند. نمودارهای ۲ و ۳ میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی را در مناطق روستایی و شهری برنامه ادغام سلامت روان نشان می‌دهد (شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹).

نمودار ۲ میزان شیوع اختلالات روانی را در مناطق روستایی کشور براساس موارد ثبت‌شده در شبکه بهداشت در سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد. براساس این نمودار، شیوع اختلالات شدید روانی کمتر از

شیوع اختلالات روانی برحسب جنس

در کلیه مطالعات ملی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در ایران، فراوانی این اختلالات در زنان بیش از مردان گزارش شده است. در زنان افسردگی در صدر علل ایجاد بار بیماری‌ها قرار دارد و در مردان افسردگی هشتمین علت بار بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد (جدول ۴).

بررسی میزان سلامت روان در نوجوانان و جوانان

با توجه به اهمیت بروز این اختلالات در سنین نوجوانی، مطالعاتی که در این خصوص انجام شده، به رغم تنوع گروه‌های جمعیتی و ابزارها، ذکر می‌شود.

مطالعه‌ای به منظور آگاهی از وضعیت سلامت روان نوجوانان منطقه ۱۳ شهر تهران در قالب بخشی از مطالعه قند و لیپید تهران انجام و نتایج آن در سال ۱۳۸۴ منتشر شد. در این مطالعه مقطعی، از مجموع موارد مورد بررسی در طرح ملی قند و لیپید تهران، ۳۴۶ نوجوان ۱۹-۱۲ سال به طور تصادفی انتخاب شدند. فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28)، که قبلاً برای جمعیت ایرانی معتبر شده بود، برای جمعیت مورد

جدول ۴. شیوع انواع اختلالات روان پزشکی برحسب جنس در ایران

انواع اختلالات		مرد n = ۱۲۶۶۰		زن n = ۱۲۵۲۰		جمع n = ۲۵۱۸۰	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلالات خلقی							
افسردگی اساسی	۲۰۱	۱/۵۹	۵۴۹	۴/۳۸	۷۵۰	۲/۹۸	
افسردگی جزئی (ماینور)	۲۸	۰/۲۲	۵۴	۰/۴۳	۸۲	۰/۳۳	
اختلال هیپومانیک و مانیک	۹۵	۰/۷۵	۱۰۹	۰/۸۷	۲۰۴	۰/۸۱	
افسرده خویی	۳	۰/۰۲	۱۲	۰/۱۰	۱۵	۰/۰۶	
دوقطبی	۲۳	۰/۱۸	۱۵	۰/۱۲	۳۸	۰/۱۵	
اختلال خلقی پسیکوتیک	۳	۰/۰۲	۲	۰/۰۲	۵	۰/۰۲	
جمع اختلالات خلقی							
۲۵۳	۲/۷۸	۷۴۱	۵/۹۲	۱۰۹۴	۴/۳۵		
اختلالات پسیکوتیک							
اسکیزوفرنی	۲۳	۰/۱۸	۳۹	۰/۳۱	۶۲	۰/۲۵	
اسکیزوافکتیو	۹	۰/۰۷	۱۶	۰/۱۳	۲۵	۰/۱۰	
اختلال پسیکوتیک کوتاه مدت	۶	۰/۰۵	۵	۰/۰۴	۱۱	۰/۰۴	
اسکیزوفرنی فرم	۴	۰/۰۳	۲	۰/۰۲	۶	۰/۰۲	
سایر اختلالات پسیکوتیک	۴۳	۰/۳۴	۷۸	۰/۶۲	۱۲۱	۰/۴۸	
جمع اختلالات پسیکوتیک							
۸۵	۰/۶۷	۱۴۰	۱/۱۲	۲۲۵	۰/۸۹		
اختلالات اضطرابی							
اختلال پانیک	۱۰۰	۰/۷۹	۲۷۴	۲/۱۹	۳۷۴	۱/۴۹	
اختلال اضطراب منتشر	۹۳	۰/۷۳	۲۴۳	۱/۹۴	۳۳۶	۱/۳۳	
اختلال وسواسی	۹۱	۰/۷۲	۳۵۳	۲/۸۲	۴۴۴	۱/۷۶	
اختلال گذر هراسی	۳۴	۰/۲۷	۱۴۱	۱/۱۳	۱۷۵	۰/۷۰	
اختلال فوبی	۱۱۳	۰/۸۹	۴۰۳	۳/۲۲	۵۱۶	۲/۰۵	
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا	۹۸	۰/۷۷	۱۵۰	۱/۲۰	۲۴۸	۰/۹۸	
جمع اختلالات اضطرابی							
۵۲۹	۴/۱۷	۱۵۶۴	۱۲/۵۰	۲۰۹۳	۸/۳۱		
اختلالات عصبی							
صرع	۱۹۹	۱/۵۷	۲۵۵	۲/۰۴	۴۵۴	۱/۸۰	
عقب ماندگی ذهنی شدید	۵۶	۰/۴۴	۵۱	۰/۴۱	۱۰۷	۰/۴۲	
زوال عقل	۶۵	۰/۵۱	۷۵	۰/۶۰	۱۴۰	۰/۵۶	
جمع اختلالات عصبی-شناختی							
۳۲۰	۲/۵۲	۳۸۱	۳/۰۵	۷۰۱	۲/۷۸		
اختلالات تجزیه‌ای							
جسمی سازی	۱۶	۰/۱۳	۳۰	۰/۲۴	۴۶	۰/۱۸	
اختلال فیوگ	۳	۰/۰۲	۵	۰/۰۴	۸	۰/۰۳	
یادزدودگی	۶۵	۰/۵۱	۶۱	۰/۴۹	۱۲۶	۰/۵۰	
مسخ شخصیت	۷	۰/۰۶	۷	۰/۰۶	۱۴	۰/۰۶	
جمع اختلالات تجزیه‌ای							
۹۱	۰/۷۲	۱۰۳	۰/۸۳	۱۹۴	۰/۷۷		
جمع کل اختلالات							
۱۳۷۸	۱۰/۸۶	۲۹۲۹	۲۳/۴	۴۳۰۷	۱۷/۱۰		

منبع: محمدی و دیگران، ۱۳۸۲

سلامت روان است. به عبارت ساده، اختلالات روانی توزیع نابرابری دارند. افراد محروم از نظر اجتماعی و اقتصادی بار نامتناسبی از اختلالات روانی و عواقب سوء آن را تحمل می‌کنند. چرخه معیوب محرومیت و اختلال روانی نتیجه پویایی روابط بین آنهاست.

می‌توان از فرصت‌ها و محدودیت‌های زندگی روزمره، که با موقعیت فرد در سلسله مراتب اجتماعی و نقش‌های محول‌شده به وی تعیین می‌شود، برای پیش‌بینی میزان آشفتگی فرد استفاده کرد. اما واقعاً چگونه می‌توان افکار و رفتارهای عجیب و غریب یا نامأنوس را به نابرابری‌های ساختارمند نسبت داد؟ چگونه است که این علایم اختلال در فردی دیده می‌شود اما در فرد دیگری که از نظر جامعه‌شناختی مشابه اوست مشاهده نمی‌گردد؟ به نظر می‌رسد که فرد به طور اجتناب‌ناپذیری، بدون هیچ‌گونه مسئولیت فردی یا امکان گریز، قربانی ساختار اجتماعی می‌شود. نهایتاً اینکه اگر تبعیض جنسیتی عامل اختلال باشد، چگونه می‌توانیم فرد دچار اختلال را درمان کنیم؟ اما فرایند جامعه‌شناختی استرس نیز تبیینی کاملاً منطقی است. آیا تعجب‌آور است که یک مادر جوان تنها، با تحصیلات اندک و شغلی خسته‌کننده با درآمد پایین، دچار افسردگی شود؟ در این شرایط آیا منطقی است که بگوییم مغز وی ناقص است یا شناخت‌های او نادرست‌اند؟ کلید درک نقش و جایگاه تبیینی جامعه‌شناسی تشخیص این مسئله است که افراد به طور همزمان هم موجوداتی روانی و هم اجتماعی هستند. آنها دارای پیشینه فردی و تجارب خاص خود و نیز طیف وسیعی از سرگذشت‌ها و تجربیات گوناگون مشترک با دیگران هستند. آنچه مشترک است (مانند تبعیض نژادی) ممکن است به طور مستقیم به احساس آشفتگی روانی منجر گردد (تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۶).

لینک و فلان این مؤلفه‌ها را عوامل خطر زمینه‌ساز^۱ نامیده‌اند. آنها معتقدند که بیماری نمی‌تواند صرفاً برحسب عوامل اولیه و مستقیم آن شناخته شود بلکه لازم است بافتار اجتماعی ایجادکننده عوامل مستقیم خطر را نیز بشناسیم (Link and Phelan, 1995). رویکرد جامعه‌شناختی روانی، یا شاید بهتر است بگوییم همه‌گیری‌شناسی اجتماعی، ساختار اجتماعی را دارای دو بعد می‌داند که یکی از آنها طبقات و پایگاه‌های اجتماعی است که

در مطالعه دیگری که به منظور شناخت میزان سلامت روان نوجوانان و جوانان ۳۰-۱۵ سال تهرانی انجام شد، ۴۶۴ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از مناطق بیست‌ودوگانه شهرداری تهران انتخاب شدند. آزمون ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی گلدبرگ به صورت انفرادی برای پاسخ‌گویان اجرا شد. نتایج نشان داد که ۲۹/۳ درصد افراد بیمار یا مشکوک به ابتلا به بیماری روانی هستند؛ اختلال در کارکرد اجتماعی شایع‌ترین اختلال در بین پاسخگویان بوده است؛ سلامت روانی مردان بیش از زنان و افراد مجرد بیش از متأهل بوده است؛ با افزایش سن از میزان سلامت روانی افراد کاسته شده است؛ دانش‌آموزان از بیشترین سلامت روانی و افراد بیکار و خانم‌های خانه‌دار از کمترین سلامت روانی برخوردار بوده‌اند (بیابانگرد و جوادی، ۱۳۸۳).

نتایج یک بررسی درباره وضعیت سلامت روان بیش از ۱۰۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی شهر ساری نیز نشان داد که ۳۹/۱ درصد از دانش‌آموزان (۵۵/۳ درصد دختران و ۴۴/۷ درصد پسران) مشکوک به اختلال روانی هستند. همچنین، براساس آزمون SCL-90-R، ۶۰/۱ درصد دختران و ۳۹/۹ درصد پسران مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده شدند. در مجموع، مشخص شد که بین سلامت روانی دانش‌آموزان و جنس آنها تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$) به این ترتیب که در تمامی ابعاد، میانگین نمره دختران بیشتر از پسران بوده است (مسعودزاده و دیگران، ۱۳۸۳).

۳.۴. علل و عوامل مؤثر (تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان)

همانند بسیاری از بیماری‌های غیرواگیردار، سبب‌شناسی اختلالات روانی چندعاملی است. خطر ابتلا به این اختلالات از تأثیر متقابل عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی، روانی و اجتماعی در تعیین این میزان ناشی می‌شود. تنوع زیاد در میزان شیوع اختلالات روانی در داخل و بین کشورها نشان می‌دهد که عوامل تعیین‌کننده اجتماعی در تعیین این میزان اهمیت خاص دارند (WHO, 2008a). چارچوب تعیین‌کننده‌های اجتماعی به طور گسترده‌ای برای توضیح شرایط نابرابری در سلامت جسمی مانند ابتلا به بیماری‌های قلبی، سرطان و غیره به کار رفته است، اما تأثیر این عوامل در سلامت روان به مراتب کمتر بررسی شده است که نتیجه آن فقدان نسبی پژوهش یکپارچه در مورد شناسایی نحوه تأثیر عوامل اجتماعی بر

1. contextualizing risk factors

زوبریک نشان داد در کودکانی که از پدر و مادر بیکار متولد می‌شوند، نسبت به کودکان دارای پدر و مادر شاغل، میزان اختلال سلامت روان بالاتر و شایستگی علمی پایین‌تر است (Zubrick, 2000). تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت از کودکی آغاز می‌شود. کودکانی که در خانواده‌های محروم از نظر اقتصادی و محله‌های محروم زندگی می‌کنند بیشتر دچار اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، و رفتار بزهکارانه می‌شوند و عملکرد انطباقی ضعیف‌تری دارند.

زمینه اقتصادی- اجتماعی و موقعیت اجتماعی

وضعیت اقتصادی- اجتماعی و موقعیت اجتماعی نفوذ بالایی در توزیع اجتماعی وضعیت سلامت و بیماری از جمله افسردگی دارد. تخمین زده می‌شود که افسردگی، به عنوان یک اختلال مهم و رو به رشد در عرصه سلامت عمومی، علت اصلی ناتوانی ذهنی در سراسر جهان و دومین علت اصلی ناتوانی تا سال ۲۰۲۰ باشد (Mathers and Loncar, 2006). بخشی از این افزایش بار افسردگی ناشی از «انتقال اپیدمیولوژیکی» و گذار از دوران همه‌گیری بیماری‌های واگیردار به غیرواگیردار است، اما دلیل اصلی رشد این اختلال تغییر در ساختار خانواده، شهرنشینی، استفاده از مواد مخدر، و افزایش نابرابری اجتماعی ناشی از سیاست‌های اقتصادی جهانی است (Cross-National Collaborative Group, 1992). مدارک بسیار قانع‌کننده‌ای در خصوص نقش موقعیت اجتماعی و اقتصادی، شواهد قوی در مورد نقش نابرابری جنسیتی و آموزش و پرورش، و شواهد منطقی درباره نابرابری درآمد به عنوان عوامل افسردگی وجود دارد (Araya et al., 2003). این یافته‌ها حاکی از سطوح بالایی از نابرابری در توزیع افسردگی در میان اقشار اجتماعی و اقتصادی جوامع است. افزایش افسردگی در میان گروه‌های پایین اجتماعی و اقتصادی کاملاً معنادار است و در کشورهای با سطوح بالاتر نابرابری درآمدی میزان این اختلال بیشتر است (Piccinelli and Wilkinson, 2000). سازوکارهای مختلف ممکن است این روابط را توضیح دهند، هرچند که ارائه یک رابطه علی دقیق دشوار است.

تفاوت در مواجهه

مواجهه با عوامل خطر غالباً با موقعیت اجتماعی رابطه معکوس دارد. بنابراین، خطر این مواجهه بیشتر در میان مردم دارای

منعکس‌کننده میزان دسترسی افراد به منابع اجتماعی بالارزش از قبیل پول و تحصیلات است. بنابراین ممکن است افراد بر مبنای درآمدشان، از کسانی که ثروت و درآمد بسیار زیادی دارند تا کسانی که درآمد کم و گاه در حد هیچ دارند، طبقه‌بندی شوند. این رویکرد معتقد است که افراد صاحب درآمد بالا از منابعی برخوردارند که با بهره‌گیری از آنها بهتر می‌توانند در مواقع بروز بحران در زندگیشان با شرایط مواجه شوند. تا حدی که پول بتواند خوشبختی بیاورد، مردم ثروتمند آسان‌تر می‌توانند خوشبختی را به دست بیاورند. در مورد تحصیلات، نژاد و جنسیت نیز این طبقه‌بندی وجود دارد. تحقیقات نشان می‌دهند افرادی که در سطوح پایین قشر بندی اجتماعی قرار می‌گیرند، از نابسامانی عاطفی بیشتری رنج می‌برند (تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۶).

بعد دوم نقش‌های افراد در ساختارهای اجتماعی، از قبیل فرزند، همسر، پدر یا مادر بودن است که متعهد به ایفای آنها هستند. نقش‌ها و ترکیبی از نقش‌هایی که ما ایفا می‌کنیم ممکن است منشأ فشار روانی باشد (Pearlin, 1983).

بنابراین، سهم اصلی رویکرد جامعه‌شناختی روانی این است که روشن می‌سازد چگونه ویژگی‌های پایگاهی و نقش‌های اجتماعی فرد به عنوان مؤلفه‌های ساختار اجتماعی بر میزان آشفتگی روانی وی تأثیر می‌گذارند.

شواهد

مطالعات همه‌گیری‌شناسی در سراسر دنیا وجود رابطه معکوس میان بیماری روانی و طبقه اجتماعی را نشان داده‌اند (Vijaya and Femi, 2004). در حقیقت، مسئله نابرابری در بیماری‌های روانی نیز مطرح است و شرایط اجتماعی- اقتصادی نامطلوب با ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی، ناتوانی بیشتر و دسترسی کمتر به خدمات بهداشتی ارتباط دارد (Lorant et al., 2003). همچنین وضعیت سلامت روان در میان افراد بیکار و کسانی که دچار ناامنی شغلی هستند نامناسب‌تر است (CSDH, 2007). رتبه پایین اجتماعی موجب محدودیت دسترسی به امکانات و منابع مادی و روانی و اجتماعی می‌شود و بر قدرت تصمیم‌گیری افراد در شرایط دشوار زندگی تأثیر می‌گذارد. هردو این عوامل همواره با افزایش خطر ابتلا به افسردگی ارتباط دارند (WHO, 2003). اثر این عوامل می‌تواند از یک نسل به نسل دیگر جریان یابد. برای مثال، مطالعه

روانی در ایران انجام دادند (Noorbala et al., 2004). این مطالعه در مورد جمعیت ۱۵ سال به بالا انجام شد و نتایج آن حاکی از فراوانی بیشتر اختلالات روانی در زنان بود (شیوع در زنان ۲۵/۹ درصد و در مردان ۱۴/۹ درصد).

نتایج بازنگری ۲۹ پژوهش انجام شده در حوزه همه‌گیری‌شناسی بیماری‌های روانی در ایران حاکی از آن است که اختلالات روانی در زنان شیوع بیشتری دارد و گاه به ۲ تا ۳ برابر میزان شیوع آنها در مردان می‌رسد (احسان‌منش، ۱۳۸۰).

بررسی سلامت روان عمدتاً از طریق سنجش اختلالات روانی انجام می‌شود. چنانکه گفته شد، در تحقیقات انجام شده در این زمینه، عموماً زنان و دختران بیشتر از مردان دچار اختلالات روانی بوده‌اند (شریف، ۱۳۸۳؛ مسعودزاده و دیگران، ۱۳۸۳). اختلالات روانی و رفتاری دایره گسترده‌ای از موضوعات را تشکیل می‌دهند و تحقیقات متعددی در مورد آنها انجام شده است که در تعدادی از این تحقیقات، شیوع اختلالات روانی در زنان بیشتر گزارش شده است (احسان‌منش، ۱۳۸۰؛ محمدی، ۱۳۸۳).

نتایج تحقیقی با عنوان «بررسی رویدادهای استرس‌زا و همراهی آن با اختلالات روانی در جوانان شهر گناباد» نشان داد که مردان نمونه رویدادهای استرس‌زای بیشتری را نسبت به زنان نمونه تجربه کرده‌اند، اما این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار ارزیابی نشده است (توکلی‌زاده و دیگران، ۱۳۸۲).

تحقیقاتی را که در زمینه خودکشی انجام شده می‌توان براساس (۱) اقدام به خودکشی و (۲) خودکشی‌های موفق (منجر به مرگ) دسته‌بندی کرد. براساس یافته‌ها می‌توان گفت که عموماً اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است (محمدی، ۱۳۸۳؛ خزایی و پرویزی فرد، ۱۳۸۲). این در حالی است که موارد خودکشی‌های منجر به مرگ در مردان بیشتر است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). البته، در برخی از انواع خودکشی، درصد خودکشی‌های منجر به مرگ در زنان بالاتر از مردان است. از جمله، نتایج یک مطالعه همه‌گیری‌شناسی خودسوزی در شهر بیرجند نشان می‌دهد که اکثر موارد خودسوزی (۶۴/۹ درصد) مربوط به زنان بوده است (نخعی و طبیعی، ۱۳۸۳).

مرور تحقیقاتی که درباره اضطراب و استرس انجام شده است نشان می‌دهد که عموماً زنان بیشتر از مردان اضطراب و استرس دارند (موسوی‌نسب و تقوی، ۱۳۸۴). همچنین نتایج تحقیقی درباره اضطراب حاکی از آن است که، در مجموع، اضطراب آشکار و

موقعیت‌های پایین‌تر اجتماعی و اقتصادی دیده می‌شود. شواهد قانع‌کننده‌ای در مورد نقش وقایع پرتنش زندگی و خشونت در ابتلا به افسردگی وجود دارد؛ نیز شواهدی قوی در مورد نقش جرم، تضاد اجتماعی، ناآرامی‌های مدنی، بلایای طبیعی، و محیط کار در ابتلا به اضطراب و افسردگی منتشر شده است، از جمله:

- ابتلا به گرسنگی و کمبود مواد غذایی از جمله عوامل تعیین‌کننده‌ای است که نه‌تنها منجر به بروز احساس اضطراب و ناامیدی می‌شود، بلکه خستگی جسمی و مشکلات سلامت را دامن می‌زند و موجب افزایش خطر ابتلا به افسردگی می‌شود.
- اشتغال در محیط‌های کاری نامناسب استرس‌زاست. این شرایط به دلیل طراحی نامناسب وظایف، روش‌های مدیریت ضعیف، اضطراب شغلی، و تعارض موجب افزایش خطر ابتلا به افسردگی می‌شود.
- بیکاری و اشتغال نامناسب با ناامنی درآمدی، به حاشیه رانده شدن و انزوا، ملال، خستگی، و کمبود مواد غذایی همراه است (Jin et al., 1995).

سازوکارهای بالقوه‌ای می‌توانند این روابط را توضیح دهند. حوادث استرس‌زای زندگی، مانند سوگ و سوءاستفاده از کودکان، ارتباط قوی با آسیب روانی متعاقب آن دارند. قابل توجه‌ترین خصوصیت این مواجهه‌ها آن است که بیشتر در جوامع فقیر روی می‌دهند. بنابراین، سطوح بالایی از نابرابری در توزیع این‌گونه مواجهه وجود دارد.

وضعیت در ایران

جنسیت

نتایج حاصل از مرور ۱۶۰ مطالعه منتخب درباره جنسیت حاکی از آن است که در ۲۵/۶ درصد از این مطالعات، سلامت روانی و اجتماعی و رابطه آنها با تعیین‌کننده جنسیت بررسی شده است. بررسی سلامت روان در این مطالعات عمدتاً از طریق سنجش اختلالات روانی انجام شده است. در تحقیقات انجام شده در این زمینه، عموماً زنان و دختران بیشتر از مردان دچار اختلالات روانی بوده‌اند. نوربالا و همکارانش تحقیقی ملی در مورد شیوع اختلالات

تحصیلات و افسردگی در بعضی معنادار بوده است (اعتصام و مؤدب، ۱۳۸۱؛ ظهیرالدین و صدیقی، ۱۳۸۲) و در بعضی دیگر معنادار نبوده است. همچنین نتایج مطالعات ارتباط بین تحصیلات و خشونت را معنادار و معکوس نشان داده است.

در مطالعات انجام شده در مورد اختلالات روان‌پزشکی در استان‌های تهران، آذربایجان غربی، همدان، کرمان، قزوین، مازندران، و کهگیلویه و بویراحمد، بیشترین اختلال در افراد بیسواد و کمترین اختلال در گروه با تحصیلات عالی بوده است. در یزد، بیشترین فراوانی اختلالات روانی در افراد با تحصیلات ابتدایی و کمترین فراوانی در افراد با تحصیلات راهنمایی؛ در استان گیلان، بیشترین فراوانی در افراد با تحصیلات ابتدایی و کمترین در افراد با تحصیلات عالی؛ در سمنان، بیشترین فراوانی در افراد با تحصیلات دیپلم و کمترین در افراد با تحصیلات راهنمایی؛ و در استان کردستان، بیشترین فراوانی در افراد با تحصیلات عالی و کمترین در افراد با تحصیلات در حد دیپلم بوده است (محمدی و دیگران، ۱۳۸۲). نتایج مطالعه در نطنز نیز شیوع اختلالات روانی در افراد با تحصیلات دیپلم را بیشتر از افراد بیسواد و کم‌سواد نشان داده است (امیدی، ۱۳۷۹).

حمایت اجتماعی

مطالعات در زمینه ارتباط میان حمایت اجتماعی و سلامت و بیماری روان در ایران محدود و پراکنده است، اما در کلیه این مطالعات وجود چنین رابطه‌ای تأیید شده است. یافته‌های پژوهش در مورد رابطه رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران و همچنین دانشگاه شیراز نشان داده است که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند. تأثیر همزمان روابط اجتماعی و اعتماد به نفس در ارتقای سلامت روان سالمندان در مطالعه‌ای در شهر کرمان مورد تأیید قرار گرفت. معناداری رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان صنعت نفت بوشهر در یک مطالعه مقطعی تأیید شد. در یک مطالعه در زمینه حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با استرس در پرستاران بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های آموزشی اصفهان نیز مشاهده شد که هرچه حمایت اجتماعی بیشتر باشد، به‌کارگیری روش‌های مؤثر مقابله با استرس افزایش و استفاده از روش‌های غیرمؤثر کاهش می‌یابد (سجادی و دیگران، ۱۳۸۸).

پنهان در جنس مؤنث شایع‌تر از جنس مذکر است. میان شیوع اضطراب آشکار و جنس ارتباط معناداری وجود ندارد، اما میان شیوع اضطراب پنهان و جنس رابطه معناداری قابل مشاهده است (مصطفوی، ۱۳۸۰).

در مرور تحقیقاتی که درباره افسردگی انجام شده است، برخی بر بالاتر بودن میزان آن در دختران تأکید دارند (اعتصام و مؤدب، ۱۳۸۱) و در برخی دیگر نیز تفاوت معنی‌داری میان جنس و ابتلا به افسردگی گزارش نشده است. به طور کلی می‌توان استدلال کرد که شرایط زندگی زنان موجب می‌شود که اضطراب و استرس در آنان بیشتر از مردان باشد (علیا، ۱۳۸۰).

درآمد

مجموع مطالعات در خصوص سلامت روانی و درآمد در ایران حکایت از فراوانی نشانه‌ها و اختلالات روانی در گروه‌های کم‌درآمد یا وجود رابطه معنادار میان سلامت روانی و درآمد دارد. یافته‌های مطالعات در مورد افسردگی و درآمد نیز نشان می‌دهند که میان وضعیت درآمد (با شاخص‌های وضعیت اشتغال پدر و مادر، ناحیه محل سکونت، وضعیت مالکیت منزل مسکونی، تعداد اتاق‌های منزل، مسافت، مالکیت اتومبیل شخصی، کفایت میزان درآمد برای هزینه‌های زندگی، بیکاری و شغل همسر) و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. از دو مطالعه در مورد خودکشی نیز نتایج یک مطالعه حاکی از فراوانی بیشتر خودکشی در میان گروه‌های کم‌درآمد و نتایج مطالعه دیگر نشان‌دهنده وجود ارتباط معنادار میان وضعیت درآمد و شیوع خودکشی بوده است (سجادی و دیگران، ۱۳۸۸).

تحصیلات

نتایج مطالعات در مورد ارتباط بین تحصیلات و سلامت روان در ایران یک‌دست نیست. مطالعه مسعودزاده و دیگران (۱۳۸۳) وجود رابطه معنادار آماری بین مقطع تحصیلی و سلامت روان را نشان داد اما ارتباط بین تحصیلات مادر و سلامت روان معنادار نبود در حالی که در مطالعه آقاجانی (۱۳۸۱) این رابطه معنادار بود.

نتایج مطالعات منتشرشده طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۵ در مورد اقدام به خودکشی حاکی از آن است که فراوانی این اقدام در گروه با تحصیلات پایین‌تر بیشتر بوده است. در مطالعات انجام‌شده در همان دوره زمانی در مورد افسردگی نیز ارتباط بین میزان

۵. بحث و نتیجه گیری

بررسی سلامت روان عمدتاً از طریق سنجش اختلالات روانی انجام می شود. مقایسه یافته های این مطالعات در ایران و سایر کشورهای جهان به دلیل تفاوت در زمان مطالعه و ابزارهای مورد استفاده دشوار و غیردقیق است. براساس یافته های آخرین مطالعه ملی همه گیری شناسی اختلالات روانی در سال ۱۳۸۰، میزان شیوع انواع اختلالات روان پزشکی در ایران ۱۷/۱ درصد است. میزان شیوع به دست آمده در پژوهش های قبلی در ایران از ۱۱/۹ تا ۲۶/۹ درصد متغیر بوده است. بررسی دقیق تر و مقایسه یافته ها حاکی از آن است که نتایج مطالعه ملی مذکور نزدیک تر به یافته های مطالعاتی است که با استفاده از ابزارهایی با تعداد سؤالات بیشتر به غربالگری اختلالات روان پزشکی پرداخته اند.

مقایسه همه گیری شناسی اختلالات روانی در ایران با سایر کشورهای جهان نشان دهنده همخوانی نسبی است. شیوع اختلالات روانی در مناطق مختلف جهان بین ۱۰/۶ تا ۳۹/۸ درصد و میانگین تقریبی شیوع این اختلالات در حدود ۱۸ درصد است. مطالعه وایسمن و دیگران (Weissman et al., 1978) میزان شیوع ۱۵/۱ درصد و مطالعه مدیانوس و دیگران (Medianos et al., 1987) میزان شیوع ۱۹/۴ درصد را تأیید می کند.

ارزیابی های انجام شده در مورد بار و هزینه های مالی و انسانی مرتبط با اختلالات روانی نیز حاکی از آن است که هر ساله میلیون ها دلار از منابع مالی کشورها صرف ارائه خدمات به این بیماران می شود. در تحقیقی در کانادا، هزینه بار بیماری های روانی شامل هزینه های درمان و از دست رفتن ساعات کار و نیروی انسانی را سالانه ۱۴/۴ میلیارد دلار تخمین زده اند (Stephens and Jonbert, 2001). در ایران، اتخاذ راهبرد ادغام خدمات سلامت روان در شبکه بهداشت، به ویژه در مناطق روستایی، به ارائه بهتر خدمات و کاهش هزینه خدمات منجر شده است.

شایان ذکر است که سنجش متوسط سلامت روان به تنهایی روش دقیقی برای توصیف وضعیت سلامت روان جامعه نیست. توزیع سلامت روان در جامعه نیز شاخص کلیدی و مهمی است که باید هنگام برنامه ریزی در حوزه سلامت و در سیاست گذاری های ارتقای سلامت مد نظر قرار گیرد.

از منظر عوامل اجتماعی، مطالعات انجام شده در ایران و یافته های آنها حاکی از همخوانی وضعیت با اکثر نقاط دنیاست.

بالا تر بودن اضطراب و استرس در زنان و ارتباط این اختلال با جنسیت به عنوان یکی از عوامل اجتماعی در بسیاری از مطالعات از جمله در ایران تأیید شده و به شرایط زندگی زنان نسبت داده شده است. اضطراب و استرس یکی از ویژگی های غیرقابل اجتناب مشاغلی است که زنان عهده دار آنها می شوند. برآورد شده است که حدود ۸۰ درصد از کل مراقبت های سلامت و ۹۰ درصد مراقبت از بیماری های مرتبط با اچ آی وی / ایدز در خانه و به دست زنان انجام می گیرد (WHO, 2000). اما این پرستاران خانگی بدون حمایت بخش سلامت و ناشناخته برای سیاستمداران باقی می ماند. با آنکه در کوتاه مدت هزینه های خانوار برای تأمین خدمات سلامت از خارج خانه کاهش می یابد، در بلندمدت، هزینه فرصت آموزش و مشارکت زنان در بازار کار به میزان قابل توجهی افزایش یافته است. این مسئله مستقیماً بر سلامت این پرستاران نیز اثر می گذارد. پرستاران خانگی زن در ایالات متحده آمریکا سلامت احساسی پایین تری نسبت به پرستاران مرد داشته اند (Navaie-Waliser et al., 2002). در شیلی، پرستاران خانگی دچار بی خوابی، فشار، ناراحتی معده، حساسیت بیش از حد، اضطراب، ناراحتی، افسردگی، تنهایی، دلتنگی و نگرانی می شوند. اما تعداد کمی از آنها درباره نیازهای خود با پزشک مشورت می کنند و حتی تعداد کمتری تحت درمان یا معالجه قرار می گیرند (George, 2008). این یافته ها نتایج پژوهش ها را درباره اضطراب زنان ایرانی تأیید می کند.

نزدیک به کل مطالعات مربوط به درآمد و سلامت روان در ایران فراوانی بالاتر این مشکلات را در گروه های با درآمد پایین تر و / یا وجود رابطه معنادار میان میزان درآمد و وضعیت سلامت روان افراد را نشان داده اند. ارتباط شرایط اقتصادی کشورها اعم از وضعیت درآمد، و فقر و نابرابری با انواع شاخص های سلامت در کشورهای مختلف جهان مورد بررسی قرار گرفته است و بسیاری از مطالعات مؤید این رابطه هستند. مطالعات ویلکینسون شواهد بین کشوری تأثیرات نابرابری درآمد بر سلامت را نشان داده است. در بررسی مقطعی ۱۱ کشور عضو سازمان توسعه و همکاری های اقتصادی (OECD)، ویلکینسون رابطه ای معکوس ($r = -0.81$, $p < 0.0001$) بین نابرابری درآمد (درآمد پس از مالیات که با توجه به تفاوت های اندازه خانوار و با استفاده از ضریب جینی سنجیده شده بود) و امید به زندگی یافت (Wilkinson, 1996). همچنین در ۹ کشور عضو سازمان مذکور، بین امید به زندگی و نسبت درآمد ۷۰ درصد جمعیت

هست. از این رو، با توجه به یافته‌ها، غالب نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامت روان در ایران غیرضروری، غیرمنصفانه و بالقوه قابل اجتناب هستند، لذا اتخاذ اقدامات برنامه‌ریزی شده و سازمان‌یافته اجتماعی و اقتصادی می‌تواند از میزان این نابرابری‌های عمده در سلامت روان بکاهد.

منابع

- آقاجانی، مریم. (۱۳۸۱)، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.
- احسان منش، مجتبی. (۱۳۸۰)، «همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام‌شده»، *اندیشه و رفتار*، ش ۲۴.
- اعتصام، مامک و گلبرگ مؤدب. (۱۳۸۱)، بررسی شیوع علایم افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در دانش‌آموزان مقطع متوسطه در شهر تهران، پایان‌نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- بیابانگرد، اسماعیل و فاطمه جوادی. (۱۳۸۳)، «سلامت روان‌شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۴.
- تاسیگ، مارک، جانت میلکو و سری سوبدی. (۱۳۸۶)، *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی*، ترجمه احمد عبداللهی، تهران، سمت.
- توکلی‌زاده، جهانگیر، مهدی مشکى، لاله حسینی شهیدی و پرویز معروضی. (۱۳۸۲)، «بررسی رویدادهای استرس‌زا و همراهی آن با اختلالات روانی در جوانان شهر گناباد»، *فقی دانش*، شماره بهار و تابستان.
- خزایی، حبیب‌الله و علی‌اکبر پرویزی فرد. (۱۳۸۲)، «بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام‌کنندگان به خودکشی (تبریز، ۱۳۸۰)»، *بهبود*، شماره پاییز.
- سجادی، حمیرا، مرویه وامقی و سعید مدنی. (۱۳۸۸)، *مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران بر مبنای مدل سازمان بهداشت جهانی*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شریف، فرخنده. (۱۳۸۳)، «بررسی وضعیت سلامت روانی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر شیراز و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی ۸۱-۱۳۸۰»، *ارمغان دانش*، ش ۳۵.
- شورای سیاست‌گذاری سلامت. (۱۳۸۹)، *دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ظهیرالدین، علیرضا و گیتا صدیقی. (۱۳۸۲)، «بررسی میزان علایم افسردگی در صد بیمار دیابتیک مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام حسین و لقمان در سال ۱۳۸۱»، *پژوهش در پزشکی*، ش ۳۷.
- عاطف وحید، محمدکاظم. (۱۳۸۳)، «بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۴.

برخوردار از حداقل رفاه رابطه نزدیکی ($r = 0.86, p < 0.001$) یافت شد (Wilkinson, 1997). نسبت درآمد کسب‌شده ۷۰ درصد جمعیت دارای حداقل رفاه، توأم با سرانه تولید ناخالص ملی، حدود سه‌چهارم تفاوت در امید به زندگی، و سرانه تولید ناخالص ملی به تنهایی کمتر از ۱۰ درصد تفاوت در امید به زندگی در این کشورها را توضیح می‌دهد (ibid.).

شبه و پیو (Hsieh and Pugh, 1993) ۳۴ مطالعه را که تا سال ۱۹۹۳ در مورد فقر، نابرابری درآمد، و میزان جرایم خشونت‌بار منتشر شده بود فراتحلیل کردند. با وجود تفاوت‌های روش‌شناختی، اکثر بررسی‌ها نشان می‌دادند که ارتکاب جرایم خشونت‌بار با فقر ($r = 0.44$) و نیز نابرابری درآمد ($r = 0.44$) مرتبط است. قابل توجه است که در بررسی‌های مربوط به واحدهای با تراکم جغرافیایی کوچک‌تر (مثل شهرها)، فقر بیشتر با جرایم خشونت‌بار ارتباط داشت. در مورد نابرابری درآمد، که با استفاده از داده‌های گردآوری‌شده در سطح ایالتی یا ملی محاسبه می‌شد و آثار سازگارتی در بررسی‌ها نشان می‌داد، عکس آن صدق می‌کرد.

یافته‌های کلیه مطالعات در زمینه آموزش و سلامت روان در ایران آموزش را مؤثر نشان داده‌اند. به‌ویژه آموزش مهارت‌های زندگی به افزایش ظرفیت‌های روان‌شناختی، قدرت سازگاری و مقابله با چالش‌ها و مشکلات زندگی، و نهایتاً ارتقای بهداشت روانی افراد منجر می‌شود. بنابراین، ارائه آموزش‌های فراگیر مهارت‌های زندگی بالاصح مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی به نوجوانان بر سلامت روان‌شناختی آنان تأثیر مثبت می‌گذارد. همچنین بر بسیاری از ویژگی‌های فردی و شخصیتی افراد از قبیل احساس حرمت، رفتارهای خودنظم‌بخشی، تلاش‌های ذهنی هوشمندانه، و حس خودارزشمندی نیز تأثیرگذار است. محققان در مطالعات خود نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های ارتباطی میزان استرس پرستاران را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

بررسی نتایج مطالعات در ایران حاکی از آن است که نابرابری اقتصادی-اجتماعی تأثیر قابل توجهی در وضعیت سلامت روان دارد، نابرابری‌ای که بار آن بر دوش افراد فقیرتر، زنان، افراد آموزش‌ندیده و کسانی سنگینی می‌کند که حمایت اجتماعی ناکافی دارند. از سوی دیگر، همین نتایج نشان می‌دهند که سلامت روان، علاوه بر برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات نظام سلامت و خدمات بهداشتی، به شدت تحت تأثیر عوامل دیگری خارج از حیطه سلامت نیز

- Adler, N., J. Stewart, S. Cohen, M. Cullen and A. Roux. (2007), *Reaching for a Healthier Life; Facts on Socioeconomic Status and Health in the U.S.*, available at: <http://www.macses.ucsf.edu>
- Araya, R., G. Lewis, G. Rojas and R. Fritsch. (2003), "Education and Income: Which Is More Important for Mental Health?", *Journal of Epidemiology and Community Health* 57: 501-505.
- Bruckner, T. A., R. Scheffler, G. Shen, J. Yoon, D. Chisholm et al. (2010), "Mental Health Workforce Gap in Low- and Middle-Income Countries", *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva.
- Cattan, M. and S. Tilford. (2006), *Mental Health Promotion: A Life Span Approach*, Maidenhead, McGraw-Hill and Open University Press.
- Cross-National Collaborative Group. (1992), "The Changing Rate of Major Depression: Cross-National Comparisons", *Journal of the American Medical Association* 268/21: 3098-3105.
- CSDH: Commission on Social Determinants of Health. (2007), *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes: Interim Statement*, available at: http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html
- Demyttenaere, K., R. Bruffaerts and J. O. Posada-Villa. (2004), "Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys", *Journal of the American Medical Association* 291/21: 2581-2590.
- European Commission. (2005), *Improving the Mental Health of the Population, towards a Strategy on Mental Health for the European Union*, Green, 484.
- Evans, T., M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuvia and M. Wirth. (2001), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, Oxford, Oxford University Press.
- Friedli, L. (2009), *Mental Health, Resilience and Inequalities*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- George, A. (2008), "Nurses, Community Health Workers, and Home Carers: Gendered Human Resources
- علیا، زهرا. (۱۳۸۰)، بررسی مقایسه‌ای عوامل استرس‌زا و رابطه آنها با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده و زنان غیرسرپرست در منطقه غرب تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- متقی‌پور، یاسمن، پریسا امیری، مژگان پادیاب، فراز والایی، یداله محرابی و فریدون عزیزی. (۱۳۸۴)، «بررسی میزان سلامت روان نوجوانان: مطالعه قند و لیپید تهران»، پژوهش در پزشکی، ش ۲۹.
- محمدی، غلامرضا. (۱۳۸۳)، «بررسی همه‌گیری‌شناسی و علت‌شناسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی در بین مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور در سال ۱۳۸۲»، اصول بهداشت روانی، ش ۲۳ و ۲۴.
- محمدی، م.، ه. داویدیان، ا. نوربالا، ج. ملک‌افضلی، ح. نقوی، ح. پوراعتماد، ع. باقری یزدی، م. رهگذر، ج. علاقت‌راد، ه. امینی و ع. رزاقی. (۱۳۸۲)، «همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران، سال ۱۳۸۰»، حکیم، ش ۱.
- مرادی، سعداله و علی خادمی. (۱۳۸۱)، «بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی»، پزشکی قانونی، شماره پاییز.
- مسعودزاده، عباس، علیرضا خلیلیان، مهسا اشرفی و کامران کیمیایی. (۱۳۸۳)، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ساری»، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره زمستان.
- مصطفوی، حمید. (۱۳۸۰)، بررسی ارتباط اضطراب با عوامل اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی در کارورزان دانشگاه علوم پزشکی ایران، پایان‌نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- موسوی‌نسب، محمدحسین و محمدرضا تقوی. (۱۳۸۴)، «تأثیر ارزیابی استرس و راهبردهای رویارویی در سلامت روان»، مجله پزشکی هرمزگان، شماره بهار.
- نخعی، مریم و شهناز طبعی. (۱۳۸۳)، «همه‌گیری‌شناسی خودسوزی بیماران بستری در بخش سوختگی بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند، ۱۳۷۷-۱۳۸۲»، پزشکی قانونی، شماره بهار.
- نقوی، محسن، فرید ابوالحسنی، فرشاد پورملک، ناهید جعفری، مازیار مرادی لاکه، بابک عشرتی، بابک مهدوی هزاوه، حسین کاظمینی، آرش طهرانی بنی‌هاشمی و شروان شاعی. (۱۳۸۷)، «بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲»، اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، ش ۱.
- یاسمی، محمدتقی، جعفر بوالهروی، داوود شاه‌محمدی، عمران محمد رزاقی، سید عباس باقری یزدی، مهدی بینا، هوشمند لایقی و احمد محیط. (۱۳۸۲)، «بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران: دستاوردها و نیازها»، بهداشت روان، ش ۳.

- Health Challenge", *Lancet* 365: 1302-1313.
- Pearlin, L. (1983), "Role Strains and Personal Stress", in: H. Kaplan, ed., *Psychological Stress*, New York, Academic Press.
- Piccinelli, M. and G. Wilkinson. (2000), "Gender Differences in Depression: Critical Review", *British Journal of Psychiatry* 177: 486-492.
- Pickering, J. (2007), "Is Wellbeing Local or Global? A Perspective from Ecopsychology", in: J. Haworth and H. Graham, eds., *Wellbeing: Individual, Community and Social Perspectives*, Basingstoke, Palgrave and Macmillan, pp. 149-162.
- Saha, S., D. Chant, J. Welham and J. McGrath. (2005), "A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia", *PLoS Medicine* 2/5: e141.
- Stephens, T. and N. Jonbert. (2001), "The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada", *Chronic Disease in Canada* 22/1.
- The Adler Institute on Social Exclusion. (2010), Social Determinants of Mental Health Definition, available at: <http://www.adler.edu/about/SocialDeterminantsofMentalHealthDefinition.asp>
- Thornicroft, G. and N. Sartorius. (1993), "The Course and Outcome of Depression in Different Cultures: 10-year Follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders", *Psychological Medicine* 23: 1023-1032.
- Vijaya, M. and O. Femi. (2004). "Poverty, Social Inequality and Mental Health", *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 216-224.
- Weissman, M. M., J. K. Mayers and P. S. Harding. (1978), "Psychiatric Disorder in a U.S. Urban Community", *American Journal of Psychiatry* 135: 456-462.
- Wilkinson, R. G. (1996), *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*, Routledge.
- _____. (1997), "Socioeconomic Determinants of Health. Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards", *British Medical Journal* 314: 591-595.
- World Health Organization. (2000), *Women's Mental Health*, Compensating for Skewed Health Systems", *Global Public Health* 3:75-89.
- Hsieh, C. C. and M. D. Pugh. (1993), "Poverty, Income Inequality, and Violent Crime: A Meta-analysis of Recent Aggregate Data Studies", *Crime Just. Rev.* 18: 182-202.
- Jin, R. L., C. P. Shah and T. J. Svoboda. (1995), "The Impact of Unemployment on Health: A Review of the Evidence", *Canadian Medical Association Journal* 153/5: 529-540.
- Lee, C. K., Y. S. Kwak and J. Yamamoto. (1990), "Epidemiology of Mental Disorders in Korea", *Journal of Nervous and Mental Disease* 178/4: 242-246.
- Link, B. and J. Phelan. (1995), "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease", *Journal of Health and Social Behavior*, special issue: 80-94.
- Lorant, V., D. Delige, W. Eaton, A. Robert, P. Philippot and M. Ansseau. (2003), "Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis", *American Journal of Epidemiology* 157: 98-112.
- Mathers, C. D. and D. Loncar. (2006), "Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030", *PLoS Medicine* 3/11: e 442.
- Medianos, M. G., C. N. Stefanis and D. Madianou. (1987), "Prevalence of Mental Disorders and Utilization of Mental Health Services in Two Areas of Greater Athens", in: B. Cooper and G. Helgason, eds., *Psychiatric Epidemiology*, London, Croom Helm Ltd.
- Navaie-Waliser, M., P. H. Feldman, D. A. Gould, C. Levine, A. N. Kuerbis and K. Donelan. (2002), "When the Caregiver Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers", *American Journal of Public Health* 92: 409-413.
- Noorbala, A. A., S. A. Bagheri Yazdi and M. T. Yasamy. (2004), "Mental Health Survey of the Adult Population in the Islamic Republic of Iran", *British Journal of Psychiatry* 184: 70-73.
- Patel, V., A. J. Flisher, S. Hetrick and P. McGorry. (2007), "The Mental Health of Young People: A Global Public

- Diseases and Related Health Problems: 10th revision, available at: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (1 June 2009).
- _____. (2008b), *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, Geneva.
- World Health Organization (Commission on the Social Determinants of Health/ CSDH). (2009), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Geneva.
- Zubrick, S. R. (2000), *The Mental Health of Young People in Australia: The Child and Adolescent Component of the National Survey of Mental Health and Well-being*, Canberra, AGPS.
- _____. *an Evidenc-based Review*, Geneva.
- _____. (2001), *Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva.
- _____. (2003), *Investing in Mental Health*, Geneva.
- _____. (2004), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice, Summary Report*, Geneva.
- _____. (2005), *Mental Health Atlas*, Geneva.
- _____. (2006), *A Report of the Assessment of the Mental Health System in the Islamic Republic of Iran Using the Wrold Health Organization Assessment Instrument for Mental Health System*, WHO Country Office in the Islamic Republic of Iran.
- _____. (2008a), *International Statistical Classification of*