

## سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن

دکتر احمدعلی نوربالا\*

[دریافت مقاله: 1390/2/1؛ پذیرش مقاله: 1390/3/22]

است. به دنبال آن کشورهای توسعه یافته به سرعت راهکارهایی برای اصلاح بهداشت روانی - اجتماعی جوامع خود تدارک دیده، به مرحله اجرا در آورده‌اند. به نظر می‌رسد زمان آن فرا رسیده که کشور ما نیز به طرح این موضوع مهم و حیاتی بپردازد؛ این مقاله با هدف بررسی نارسایی‌های سلامت روانی - اجتماعی و ارائه راهکارهای بهبود آن، نیز وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رسالت فرهنگستان علوم پزشکی ایران در این زمینه تنظیم شده است. بر پایه اظهار نظر سازمان جهانی بهداشت (2001) در سال 1990 میلادی از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده‌اند، پنج مورد آن مربوط به بیماری‌های روانی است (افسردگی اساسی<sup>4</sup>، سوء مصرف دارو و الکل<sup>5</sup>، اختلال خلقی دو قطبی<sup>6</sup>، اسکیزوفرنی<sup>7</sup> و اختلال وسواسی - اجباری<sup>8</sup>). بر پایه پیش‌بینی‌های پژوهشگران بین‌المللی بار اختلال افسردگی، حوادث و سوانح، عوارض جنگ، خشونت و صدمه به خود از سال 1990 تا سال 2020 به ترتیب از رتبه چهارم به دوم، نهم به سوم (گفتنی است کشور ما در حال حاضر از این نظر در بدترین وضعیت است)، شانزدهم به هشتم (احتمال افزایش این رتبه پس از حادثه 11 سپتامبر 2001 و واکنش‌های پس از آن بیشتر شده است)، نوزدهم به دوازدهم و هفدهم به چهاردهم جابه‌جا می‌شود (کریستوفر<sup>9</sup>، آلن<sup>10</sup> و لوپز<sup>11</sup>، 1996). در جدیدترین پیش‌بینی WHO بار اختلال افسردگی از سال 2002 به سال 2030 میلادی در

در اساس نامه سازمان جهانی بهداشت<sup>1</sup> (WHO) سلامت «ته‌نهاد نبود بیماری یا معلولیت»، بلکه «حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی» تعریف شده است (گزارش سازمان جهانی بهداشت، 2001). مفهوم سلامت روانی نیز از نظر WHO چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی و شامل 1- خوب بودن ذهنی، 2- ادراک خود کارآمدی، 3- استقلال و خودمختاری، 4- کفایت و شایستگی، 5- وابستگی میان‌نسلی و 6- خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی است (همان‌جا). اختلال رفتاری - روانی عبارت است از حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان یا رفتار مشخص و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد. این تغییرات در گستره هنجار جامعه قرار نمی‌گیرند و به صورت واضح غیرعادی و بیمارگونه و مداوم یا عودکننده هستند (همان‌جا؛ سادوک<sup>2</sup>، سادوک و رالز<sup>3</sup>، 2009). گرچه WHO از سال 1946 میلادی برای سلامت تعریف سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی را بیان کرده است، اما در بیشتر کشورها دو بعد روانی و اجتماعی سلامت تا حد زیادی به‌وسیله متولیان سامانه سلامت و حاکمان کشورها نادیده گرفته شده، که البته کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. از حدود دو دهه پیش WHO نسبت به این بی‌توجهی زیان‌بار هشدار جدی داده و به نقش نزدیک به 85 درصدی عوامل روانی - اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اشاره کرده

\* روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، بخش روان‌تنی. دورنگار: 021-66930330  
E-mail: noorbala@tums.ac.ir

1- Worth Health Organization	2- Sadock
3- Rulz	4- major depression
5- alcohol and drug abuse disorder	6- bipolar mood disorder
7- schizophrenia	8- obsessive compulsive disorder
9- Christopher	10- Alan
11- Lopez	

رشد جمعیت است. همچنین میزان مصرف تزریقی مواد در 10 سال گذشته 330 درصد رشد داشته است، به بیان دیگر رشد متوسط 33 درصدی در هر سال (رحیمی موفر، محمد و رزاقی، 2002)!

ب- پژوهش کیفی بررسی مشکل‌های اجتماعی در اولویت ایران (مدنی، وامقی و رفیعی، 2007، به نقل از مدنی، 2008) از افراد صاحب‌نظر با کاربرد روش دلفی<sup>1</sup> نشان داد 15 مشکل اعتیاد، بیکاری، خشونت، بی‌اعتمادی اجتماعی، فقر اقتصادی، فساد، تبعیض اجتماعی، بی‌عدالتی در برخورداری از قدرت، نزول ارزش‌ها، افزایش میزان جرایم، سیاست‌های اقتصادی، معضل ترافیک، مسایل آموزش و پرورش، رعایت نشدن حقوق شهروندی و نابرابری در اجرای قانون مورد اجماع صاحب‌نظران است. بنابراین اعتیاد به عنوان مهم‌ترین مشکل اجتماعی ایران در نظر گرفته شده است.

اثرات مفید موقت مواد مخدر عبارت است از: دردزدایی، اضطراب‌زدایی، نشاط‌افزایی، جسارت‌زایی و مهارت‌گسیختگی و اثرات مداوم در مصرف مواد مخدر عبارت است از ایجاد وابستگی فیزیکی و روانی و تحمل<sup>2</sup>. مرداب اعتیاد محصول پدیده فریبنده اثرات مفید و گذرای مواد و درگیر شدن در دام پدیده وابستگی و تحمل است.

## 2- یافته‌های پژوهشی سلامت روان در ایران

الف- بررسی سلامت روان در ایران (نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی، 2000، 2001، 2002 و 2004) روی 35014 نفر از جمعیت بالای 15 سال (نزدیک 0/001 خانوارها) با کاربرد پرسش‌نامه سرنندی 28 گویه‌ای سلامت عمومی<sup>3</sup> (GHQ-28) شیوع اختلال روانی در سال 1378 را در کل کشور، استان تهران و شهر تهران به ترتیب 21 درصد (25/9% زنان و 14/9% مردان)، 21/2 درصد و 21/5 درصد گزارش کرد.

ب- همه‌گیرشناسی<sup>4</sup> اختلال‌های روان‌پزشکی در ایران (محمدی و همکاران، 2002، 2003 و 2005) روی 25180 نفر از جمعیت بالای 18 سال با کاربرد آزمون 904 گویه‌ای برنامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا<sup>5</sup> (SADS) شیوع اختلال روانی در سال 1380 را در کل کشور و استان تهران به ترتیب 17/10 درصد (23/4% زنان و 10/8% مردان) و 14/29 درصد نشان داد.

کشورهای توسعه‌یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم پس از HIV/AIDS می‌رسد. همچنین بار بیماری دیابت که یک اختلال روان‌تنی است، از رتبه بیستم در سال 2002 به رتبه یازدهم در سال 2030 میلادی کاهش می‌یابد (سازمان جهانی بهداشت، 2008). در ایران بار بیماری‌های روانی و اختلال‌های روانی - رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی، رتبه دوم را در سال 1382 به دست آورده است (نقوی، 2007). تمامی این پیش‌بینی‌ها از اهمیت توجه جهانی به سلامت روان در دو دهه آینده حکایت می‌کند.

بر پایه اظهارنظر کمیسیون عوامل تعیین‌کننده روانی - اجتماعی سلامت WHO نزدیک 85 درصد عوامل تأثیرگذار بر سامانه سلامت، به‌جز عوامل زیستی و ژنتیک است، که به نظر می‌رسد در تمامی کشورها، از جمله ایران، نادیده گرفته شده است. اگرچه برای سلامت اجتماعی تعریف و شاخص‌گذاری یکسان جهانی وجود ندارد، متناسب با هر منطقه شاخص‌های خاصی به کار رفته است. از دیدگاه صاحب‌نظران ایران شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت است از: نبود فرد فقیر، خشونت، تبعیض جنسی، بیکاری و تبعیض قومی - نژادی - منطقه‌ای؛ کنترل رشد جمعیت؛ برابری همگان در برابر قانون؛ رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های مرتبط با حقوق انسان؛ آموزش اجباری و رایگان تا پایان دوره راهنمایی؛ دسترسی همگان به خدمات سلامت؛ وجود امنیت و آزادی عقیده؛ احساس رضایت از زندگی؛ زیرپوشش بیمه بودن تمامی مردم؛ توزیع عادلانه درآمدها (حق افراد داده شود و همه برای کسب درآمد فرصت برابر داشته باشند)؛ مشروعیت حکومت نزد مردم؛ انتخاب حاکمان به شیوه مردم‌سالارانه و نظارت مردم بر آن‌ها (رفیعی، سمیعی، امینی رازانی و اکبریان، 2010).

## برخی واقعیت‌های روانی اجتماعی ایران

### 1- روند شیوع اعتیاد در ایران

الف - طی 20 سال گذشته از سال 1357 تا 1377 به‌طور متوسط میزان بروز سوءمصرف مواد سالانه 8 درصد رشد داشته و به بیان دیگر به‌طور تقریبی هر 12 سال دو برابر شده است. مقایسه این نرخ با نرخ رشد جمعیت، که طی 20 سال گذشته به‌طور متوسط 2/63 درصد بوده است، نشان‌گر سه برابر بودن میزان رشد بروز سوءمصرف مواد نسبت به نرخ

1- Delphi method

2- tolerance

3- General Health Questionnaire

4- epidemiology

5- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

وضعیت موجود و آنچه که لازم است مورد توجه قرار گیرد، به صورت خلاصه بدین شرح است: 1- اهمیت سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی در سامانه سلامت کشورها و نیز ایران تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. بنابراین برای آینده سلامت روانی و اجتماعی جهان و نیز ایران احساس نگرانی می‌شود. 2- آمار اختلال‌های روانی در ایران در مقایسه با سایر کشورها وضع خوبی ندارد. 3- جامعه ایرانی، جامعه‌ای هیجانی، نگران، غمگین، حرمت‌شکن، غیرقابل پیش‌بینی و به تعبیر برخی بزرگان و مسئولان غیراخلاقی، قانون‌گریز و نظارت‌ناپذیر است، که همگی از عوامل خطر بروز اختلال روانی و بیماری‌های روان-تنی است. 4- در ایران افراد متأهل نسبت به افراد مجرد، به دلایل گوناگون از سلامت روانی بهتری برخوردار نیستند، موضوعی که جای فکر و نگرانی دارد. 5- در ایران سیر فزاینده آمار طلاق، در شهر و روستا نگران‌کننده است که نشان‌گر وجود مشکل و آسیب در خانواده و دست کم اختلال در روابط میان‌فردی است. 6- مهار نشدن، بلکه رشد سیر شیوع پدیده اعتیاد در ایران، با وجود همه مقابله‌های جدی صورت گرفته پیش و پس از انقلاب، نشان‌گر ناموفق بودن اقدامات انجام شده بوده، اعتیاد را به مقوله مهم آسیب‌زای روانی-اجتماعی کشور تبدیل کرده است. 7- اگر در بعد پیش‌گیری از بروز عوامل تنش‌زا، در سطح خانواده و اجتماع اقدامی اساسی و بنیادی صورت نگیرد، آینده‌ای ناخوشایند برای کشور پیش‌بینی می‌شود. 8- آموزه‌های دینی و موازین اخلاقی و معنوی جدا از نگاه سیاسی و دیدگاه حاکمان دینی، از عوامل مؤثر در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روانی به حساب می‌آید. 9- زمینه‌سازی برای کاهش نگرانی و ایجاد فضای آزاد و بانشاط، همراه با امنیت و رفاه اجتماعی و برخورداری جامعه از حقوق و کرامت انسانی و قابل پیش‌بینی، همگی در سطح نخست پیش‌گیری سلامت روانی-اجتماعی قرار می‌گیرد، موضوعی که نادیده گرفته شده است و تدبیری جدی می‌طلبد. 10- آگاهی‌بخشی به همه اقشار جامعه و همه مسئولان تقنینی، اجرایی، قضایی، نظامی، امنیتی و اطلاع‌رسانی درباره عوامل سبب‌ساز آسیب‌های اجتماعی و اختلال‌های روانی و بار این اختلال‌ها بر سلامت، فرهنگ و اقتصاد جامعه از اولویت‌های بسیار مهم است. در این بخش به استناد مجموعه بحث‌های بیان‌شده در کمیته طرح جامع سلامت روان کشور، موضوع نامه شماره

ج- بررسی سلامت روانی شهر تهران، در راستای پروژه سنجش عدالت در سلامت (نوربالا، باقری یزدی، اسدی‌لاری و واعظ مهدوی، 2011؛ نوربالا، باقری یزدی و محمد، 2009) روی 19370 نفر از جمعیت بالای 15 سال شهر تهران با کاربرد پرسش‌نامه GHQ-28 شیوع اختلال روانی شهر تهران را 34/2 درصد (37/9% زنان و 28/6% مردان) برآورد کرد.

این آمارها در حالی است که بر پایه آمار سازمان جهانی بهداشت (2008) میزان شیوع اختلال روانی در 14 کشور دنیا بین 4/3 درصد در شانگهای چین تا 26/4 درصد در ایالت متحده آمریکا متغیر بوده است.

### 3- ناپایداری در ساختارها، مدیریت‌ها، ارزش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در ایران

موارد بسیاری از این ناپایداری‌ها در تاریخ پس از انقلاب اسلامی به روشنی به چشم می‌خورد.

### 4- روند ازدواج و طلاق در ایران

بر پایه آمار منتشرشده دفتر مطالعات دینی-اجتماعی-روان‌شناختی سازمان ملی جوانان ایران (2010) در سال 1388 نسبت به سال 1387 ازدواج یک درصد و طلاق 13/8 درصد رشد داشته است، به بیان دیگر رشد منفی نیم درصدی ازدواج و رشد 14 درصدی طلاق در شهرها و رشد 4/8 درصدی ازدواج و 12/8 درصدی طلاق در روستاها! بر پایه آمار منتشرشده سازمان ثبت احوال کشور در 5 سال گذشته (89-1384) طلاق 37/59 درصد رشد مثبت داشته است. یکی از نکات قابل توجه در این مورد آمار بالای طلاق زوج‌های جوان میان 20 تا 29 سال است که در تمام این پنج سال تکرار شده است (روزنامه آرمان، 2011).

### 5- روند مصرف داروهای ضد اضطراب در ایران

میانگین مصرف داروهای ضد اضطراب در فاصله سال‌های 1997 تا 1999 و 2007 تا 2009 در ایران در مقایسه با سایر کشورهای آسیایی، رشد قابل توجه داشته است (قدس، 2010).

### 6- فرار مغزها

بر پایه گزارش صندوق بین‌المللی پول در سال 2006 ایران در میان 91 کشور توسعه‌یافته و در حال توسعه، بالاترین نرخ فرار مغزها را به خود اختصاص داده است، به صورتی که سالانه 150000 تا 180000 نفر از افراد تحصیل‌کرده به کشورهای دیگر مهاجرت کرده‌اند (توکل، 2010).

20386 مورخ 1383/4/22 جناب آقای سید محمد خاتمی، رئیس محترم وقت جمهوری اسلامی ایران (نوربالا و یاسمی، 2004) - که با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن علمی روان‌شناسی بالینی ایران، سازمان بیمه خدمات درمانی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، سازمان بهزیستی کشور، نماینده‌ای از کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران تدوین شده است - و با بهره‌گیری از تجربه‌های شخصی، راهبردها و راهکارهایی برای اصلاح سلامت روانی - اجتماعی جامعه ایران بیان می‌شود:

الف) راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح نخست سلامت روان: 1- انجام بررسی‌های دوره‌ای نیازسنجی با هدف به‌روز کردن اولویت‌های ارتقای سلامت روان جامعه، 2- آموزش و آگاه‌سازی تمام مردم در مورد سلامت روان، 3- تقویت مهارت‌های مرتبط با سلامت روان، مانند مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی سالم، 4- ایجاد و تقویت سامانه‌های حمایت اجتماعی، 5- مداخله‌های اجتماعی با هدف کاهش استرس و ارتقای سلامت روان، 6- تاب‌آوری فردی<sup>1</sup>، 7- تقویت شبکه‌های ارتباطی محله‌ای، مشارکت شهروندان و فعالیت‌های محله‌ای<sup>2</sup>، 8- توانمندسازی اجتماعی<sup>3</sup>، 9- مداخله در بحران برای وضعیت‌هایی مانند طلاق، جدایی، بلایا و آسیب‌های دیگر، 10- کنترل عوامل خطر شناخته‌شده برخی مشکلات و بیماری‌ها مانند خودکشی، خشونت، اعتیاد، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و...، 11- پیش‌گیری از کودک‌آزاری و دیگر خشونت‌های خانگی، 12- دفاع از تمامی برنامه‌های مرتبط با سلامت روان، 13- پیش‌گیری از بروز تنش‌های خانوادگی و اجتماعی و مدیریت علمی در موارد بروز آن‌ها و 14- پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.

ب) راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح دوم سلامت روان: 1- گسترش کمی و کیفی طرح ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه<sup>4</sup> (PHC) در روستاها با هدف سرند، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران روانی، 2- گسترش کمی و کیفی طرح بهداشت روان شهرها به‌وسیله رابطان بهداشتی، 3- گسترش کمی و کیفی مراکز ارایه

خدمات سرپایی و بستری بیماران روان‌پزشکی، 4- پوشش بیمه‌ای (دولتی، خصوصی و تکمیلی) خدمات روان‌پزشکی سرپایی و بستری، 5- عزم عمومی و ملی برای انگ‌زدایی از اختلال‌های روانی و بیماران روانی، 6- اجرایی کردن اختصاص 10 درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانی و گسترش روان‌پزشکی رابط - مشاور، 7- تأمین دارو و تجهیزات به‌روز مورد نیاز ارایه خدمات روان‌پزشکی، 8- افزایش سهم اعتباری بودجه بهداشت روان از بودجه بهداشت و درمان کل کشور، 9- تأمین نیروی انسانی مورد نیاز گروه بهداشت روان در سطوح گوناگون تخصصی تا رسیدن به استاندارد جهانی، 10- سامان‌دهی خدمات روان‌شناختی و مشاوره با هماهنگی مراجع مرتبط، 11- بهبود کمی و کیفی آموزش روان‌پزشکی و علوم رفتاری در دوره دانشجویی، کاورزی و تخصصی و 12- انجام بررسی‌های دوره‌ای مربوط به بروز و شیوع اختلال‌های روانی و اعلام روند شیوع و بروز این اختلال‌ها به‌صورت مستمر به مسئولان و مردم.

ج) راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح سوم سلامت روان: 1- ایجاد و گسترش مراکز درمان روزانه<sup>5</sup> برای بیماران روانی مزمن، 2- گسترش ارایه خدمات ویزیت در منزل برای بیماران روانی مزمن، 3- گسترش خدمات توان‌بخشی و کاردرمانی برای بیماران روانی مزمن، 4- آموزش و حمایت مادی و معنوی خانواده‌های بیماران روانی و 5- تقویت و گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد در امر پیش‌گیری، درمان و توان‌بخشی بیماران روانی.

#### وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد تأمین، حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی

لازم است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور 1- عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت را شناسایی، تعیین محدوده و با موازین بومی و فرهنگی درجه‌بندی نماید، 2- تأثیرات جسمی - روانی و حتی اقتصادی عوامل اجتماعی را بر جامعه بررسی نماید، 3- فراز و فرود و سیر عوامل اجتماعی و تأثیر آن‌ها را به‌طور مداوم بررسی نماید، 4- سهم دستگاه‌ها، نهادها و اشخاص (تقنینی، اجرایی، قضایی، انتظامی، خصوصی و...) برهم‌زننده سلامت اجتماعی را تعیین

1- personal resilience  
2- community action  
3- social empowerment  
4- Primary Health Care  
5- day centers

بِقَوْمٍ سُوءٍ أَلْفًا مَرَدَّةً لَهُ<sup>٥</sup> وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ (قرآن مجید، آیه 11 سوره الرعد).

برای انسان، مأمورانی است که پی در پی، از پیش رو و از پشت سرش او را از فرمان خدا [= حوادث غیرحتمی] حفظ می‌کنند؛ (اما) خداوند سرنوشت هیچ قومی را تغییر نمی‌دهد، مگر آنکه آنان آنچه را در خودشان است تغییر دهند! و هنگامی که خدا اراده سوئی به قومی (به دلیل اعمالشان) کند، هیچ چیز مانع آن نخواهد شد و جز خدا سرپرستی نخواهند داشت!

### سپاسگزاری

از تمامی افرادی که به مدت تقریبی 10 ماه در جلسه‌های تدوین طرح پیشنهادی جامع سلامت روان همکاری صمیمانه داشتند، نیز اعضای محترم گروه بهداشت و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی که اجازه طرح این موضوع را در چند جلسه گروه مذکور به اینجانب دادند و به‌صورت خاص از جناب آقای دکتر جعفر بوالهروی که مشوق تدوین و نشر آن در مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران بودند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

### منابع

- Christopher, J. L. M., Alan, D., & Lopez, A. (1996). *Comprehensive assessment of mortality and disability from diseases' injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Ghods, H. (2010). Key speaker in the 10<sup>th</sup> annual congress of the Iranian psychiatric association, Milad hospital, Nov 23, 2010. (Persian)
- Iranian National Youth Organization (2010). *A glance at the status of marriage and divorce in 2009 in Iran*. Deputy of Study and Research of I.R. Iran. (Persian)
- Madani, S. (2008). Priority social problems in Iran. In internal magazine of Rahman Institute (pp. 125-134). Tehran: Rahman Institute. (Persian)
- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretamad, H. R., Bagheri Yazdi, S. A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E. M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. (2002). *Survey*

و به آن‌ها و جامعه اطلاع‌رسانی نماید و 5- با فرهنگ‌سازی دستگاه‌ها، نهادها و اشخاص برهم‌زننده سلامت اجتماعی را از تداوم کار باز دارد.

به بیان دیگر وزارت بهداشت، به همان صورت که به آلودگی‌های زیستی، میکروبی، صوتی و... حساسیت نشان داده، اقدامات به‌جا و لازم انجام می‌دهد، ضرورت دارد نسبت به تنش‌های روانی - اجتماعی و ناهنجاری‌های ارتباطی نیز حساس و چاره‌جو باشد. بنابراین لازم است برای رسیدن به جامعه‌ای آرام و به‌دور از تنش، برخوردار از تعادل هیجانی، سرشار از سرور و شادی و پرهیز از غم و خشم افراطی و مراعات‌کننده جنبه‌های ارتباطی آحاد افراد بر مبنای اخلاق انسانی و الهی، وزارت بهداشت مشوق، بلکه هدایت‌گر سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران، متولیان اجرایی، قضایی، نظامی، انتظامی، امنیتی و ارشادی باشد.

### وظایف فرهنگستان علوم پزشکی در تأمین سلامت روانی - اجتماعی

- 1- ارسال نامه رئیس فرهنگستان به وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر غفلت اساسی در زمینه بهداشت روانی - اجتماعی و ضرورت توجه بیش از پیش به این حوزه برای بهبود ساختار سازمانی، نیروی انسانی، بودجه و اعتبارات به میزان سهم عوامل روانی - اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت جامعه، 2- ارسال نامه رئیس فرهنگستان به رئیس محترم سه قوه، مبنی بر توجه به سلامت روانی - اجتماعی و ضرورت حمایت کامل از وزارت بهداشت و سایر متولیان و دلسوزان این حوزه برای اجرایی شدن پیشنهادهای ارایه‌شده، 3- دیده‌بانی و بررسی دقیق و کارشناسانه مستمر شاخص‌های سلامت روانی - اجتماعی و بازتاب دادن روند مثبت و منفی آن همراه با پیشنهادهای کارشناسی شده به وزارت بهداشت و سایر مسئولان مرتبط با هدف بهبود تدریجی سلامت در این حوزه.

در پایان به تغییر نعمت از دیدگاه قرآنی اشاره می‌شود:

الف) ذَلِكْ بِأَنَّ اللَّهَ لَمْ يَكُ مُغَيِّرًا نِعْمَةً أَنْعَمَهَا عَلَىٰ قَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ<sup>٦</sup> وَأَنَّ اللَّهَ سَمِيعٌ عَلِيمٌ (قرآن مجید، آیه 53 سوره انفال).

این، به دلیل آن است که خداوند، هیچ نعمتی را که به گروهی داده، تغییر نمی‌دهد، جز آن‌که آنها خودشان را تغییر دهند؛ و خداوند شنوا و داناست!

ب) لَهُ مُعَقَّبَاتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَ<sup>٧</sup> مِنْ أَمْرِ اللَّهِ<sup>٨</sup> إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ<sup>٩</sup> وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ

- of epidemiology of psychiatric disorders in Iran in 2001*. Tehran: National Medical Sciences Research of Iran Press. (Persian)
- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretamad, H. R., Bagheri Yazdi, S. A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E. M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. (2003). Epidemiology of psychiatric disorders in Iran in 2001. *Hakim Journal*, 6(1), 55-64. (Persian)
- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretamad, H. R., Bagheri Yazdi, S. A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E. M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. (2005). An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 16(1), 1-8.
- Naghavi, M. (2007). *National study of burden of disease and injury in I.R. Iran in 2003*. Tehran: Health Deputy of Ministry of Health and Medical Education. (Persian)
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Asadi Lari, M., & Vaez Mahdavi, M. R. (2011). Survey of mental health of adult population in Tehran in 2009. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4), 479-483. (Persian)
- Noorbala, A. A., Bagheri-Yazdi, S. A., & Mohammad, K. (2009). The validation of General Health Questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Journal*, 11(4), 47-53. (Persian)
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasami, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Noorbala A. A., Mohammad, K., Bagheri Yazdi, S. A., & Yasami, M. (2000). Study of prevalence of psychiatric disorders in Tehran. *Hakim Journal*, 2(4), 212-223. (Persian)
- Noorbala, A. A., Mohammad, K., Bagheri Yazdi, S. A., & Yasami, M. (2001). *A view of mental health in Iran*. Tehran. (Persian)
- Noorbala A. A., Mohammad, K., Bagheri Yazdi, S. A., & Yasami, M. (2002). Survey of mental health of adult population in I.R. Iran in 1999. *Hakim Journal*, 1, 1-10. (Persian)
- Noorbala A. A., & Yasami M. T., (2004). *Comprehensive proposal for national mental health in Iran*. Due to the Iranian presidential letter of July 13 2004. (Persian)
- Rafiei, H., Samiei, M., Amini Razani, M., & Akbarian, M. (2010). Social health in Iran: From a consensus-based definition to a criterion-based one. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 62(3), 299. (Persian)
- Rahimi Movaghar, A., Mohammad, K., & Razzaghi, O. M. (2002). 30-Year trend of substance abuse in Iran. *Hakim Journal*, 5(3), 171-181. (Persian)
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Rulz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9<sup>th</sup>ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tavakol, M. (2010). *Brain drain: Best and worst practices in Asia, a synthesis paper*. Proceeding of APSA, Malaysia.
- 37% increase of divorce in five years (2011). *Arman Newspaper*, No. 1662, July 7, 2011, p. 4. (Persian)
- World Health Organization (2008). *Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.