مقاله پژوهشی

شناسایی مسائل، موضوعات و راهبردهای پیشنهادی نیازمند ارائه خدمت در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در حوزه سلامت روانی-اجتماعی (یک مطالعه کیفی)

سیده مریم پورموسوی[۱]، حامد مصلحی[۲]، ریحانه فیاض[۳*]، ایمان زاغیان[۴]

۱- دکترای مشاوره، دانشکده علوم انسانی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳- دکترای روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴- دانشجوی دکترای روانشناسی شناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، تلفن: ۰۹۱۰۲۱۰۷۴۰۳ ، پست الکترونیک: Tasnim68@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۹ **تاریخ پذیرش: ۱۱/۰۷ /۱۴۰۱**

چکیده

مقدمه: *سرفصل ها و برنامه های حوزه سلامت روان از سه دهه گذشته تاکنون و به تدریج در نظام مراقبت های اولیه نگاشته و ادغام شده است. بر همین اساس نیازمند به روز رسانی و بازنویسی است. هدف از پژوهش حاضر، شناسایی "مسائل" و "موضوعات" نیازمند مداخله در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی(PHC) است که مبنای تهیه ی برنامه ها و نظام نوین ارائه خدمت سلامت روانی اجتماعی قرار گیرد.*

روش کار: *روش اجرای این پژوهش، کیفی و با استفاده از روش دلفی بود که نوعی جمع آوری سیستماتیک و سازماندهی اطلاعات است که گروهی از متخصصان منتخب فراهم می آورند. اعم از روانشناسان، متخصص روانپزشکی، پزشکی اجتماعی و پزشک عمومی در طی جلسات، به استخراج نظام مسائل و موضوعات پرداختند.*

یافته‌ها: *یافته ها حاکی از وجود ۶۰ مساله مهم در قالب ۱۱ موضوع و ۳۸ راهبرد است. ۱۱ موضوع و مساله شامل: پیشگیری از خودکشی، پیشگیری و کنترل شیوع اختلالات روانی، سبک زندگی اسلامی در برابر چالش سبک زندگی غربی، بهبود عقل و تفکر، هویت یابی سالم روانشناختی-اجتماعی، افزایش انگیزه و امید، خانواده سالم و منسجم، سالم و متعالی، مهارت تنظیم هیجانی، تسهیل مراحل رشد و تحول، سبک های مقابله با فشارهای روانی، مواجهه با بلایا و حوادث طبیعی و غیر طبیعی.*

نتیجه گیری: *این یافته ها با بسیاری از پژوهش‌های متعدد بین المللی و راهنماهای سازمان جهانی بهداشت هماهنگ بوده و در چند سرفصل، مسائل بومی و جدیدی در آن لحاظ شده که قابل توصیه به نهادهای بین المللی است.*

واژگان کلیدی: *نظام مراقبت های اولیه بهداشتی، مسائل کلیدی سلامت روان کشور، سیاستگذاری سلامت روانی-اجتماعی، آسیب های اجتماعی، روش کیفی*

مقدمه

سلامت روان حالتی از بهزیستی است که فرد را قادر می‌سازد توانایی‌های خود را نشان دهد، با استرس‌های روزانه کنار بیاید، کار مولد داشته باشد و به جامعه کمک کند [۱]. سلامت روان در چنین معنای مثبتی به پایگاه رفاه و نقش های مؤثر برای افراد و جامعه تبدیل می شود. از نظر مثبت، سلامت روان ممکن است شامل سلامتی و بیماری باشد و بر این اساس، هرکسی بدون توجه به اینکه آیا دارای اختلال روانی است، خواهان سلامت روان است و سلامت ذهنی را احساس می کند [۲]. بسیاری از ذینفعان از جمله خانواده ها، جوامع، سازمان های بشردوستانه و غیردولتی، بخش خصوصی (به عنوان مثال، روانپزشکان در بخش خصوصی)، خود افراد دارای مشکلات سلامت روان و دولت ها مسئولیت برآوردن نیازهای بهداشت روان را برعهده می گیرند [۴، ۵، ۳]. اگرچه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

اکثر دولت ها به برخی از این نیازها پاسخ می دهند، اما تفاوت های قابل توجهی در هزینه های بهداشت روانی و پوشش بین کشورها وجود دارد [۷، ۶]. همچنین تفاوت های قابل توجهی در سازمان سلامت روان و نظام های بهداشتی و خدمات اجتماعی وابسته در بین کشورها و گاهی در داخل کشورها نیز وجود دارد [۸].

در سطح جهانی، متوسط هزینه برای سلامت روان حدود ۲ درصد از کل هزینه های سلامت دولت است، در حالی که اختلالات روانی ۱۲ درصد از کل سال های زندگی با درگیری کم و ۳۵ درصد از کل سال های زندگی با درگیری بالا را تشکیل می دهند [۸، ۹]. در نتیجه، در سراسر این حوزه، بسیاری از نیازهای افراد مبتلا به بیماری های روانشناختی برآورده نمی شوند [۱۰]. در سطح اجتماعی نیز نیاز به افزایش آگاهی در مورد مشکلات سلامت روان و کاهش برچسب زنی [۱۱] وجود دارد. اختلالات روانی بار اقتصادی قابل توجهی را نه تنها بر افراد مبتلا، بلکه بر خانواده ها، جوامع، کارفرمایان، سیستم های مراقبت های بهداشتی و بودجه های دولتی تحمیل می کند. در حالی که تحقیقات فراوانی در مورد بار اقتصادی اختلالات روانی در کشورهای با درآمد بالا وجود دارد، اطلاعات مربوط به پیامدهای اقتصادی سلامت روان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط محدود است [۱۲].

یکی از سنگ بناهای اصلاحات مراقبت های بهداشتی که توسط سازمان جهانی بهداشت در گزارش جهانی در سال ۲۰۰۸ بیان شده است، دستیابی به پوشش همگانی سلامت، کاهش نابرابری های بهداشتی و تدوین شاخص های سلامت روان است [۳]. براساس دستورات سازمان جهانی بهداشت، سیاست بهداشت روان، بیانیه رسمی توسط یک دولت یا مقام بهداشتی است که جهت گیری کلی سلامت روان، از جمله چشم انداز، ارزش ها، اصول و اهداف آن را مشخص می کند [۱۲]. همچنین چارچوب وسیعی برای اقدام و دستیابی به آن چشم انداز ایجاد می کند که دوازده حوزه اساسی باید در سیاست سلامت روان پوشش داده شود: ۱- تامین مالی، ۲- هماهنگی، ۳- قوانین و حقوق بشر، ۴- سازماندهی خدمات، ۵- ارتقاء، پیشگیری، درمان و توانبخشی، ۶- تهیه و توزیع داروهای ضروری، ۷- وکالت، ۸- بهبود کیفیت، ۹- سیستم های اطلاعاتی، ۱۰- منابع انسانی و آموزش، ۱۱- تحقیق و ارزیابی و ۱۲- همکاری بین بخشی. سیاست های برگرفته از این چارچوب، یک برنامه اقدام دقیق سلامت روان است که راهبردها و فعالیت‌هایی را ارائه می‌کند که به حوزه‌های فوق‌الذکر می‌پردازد [۱۳].

کشورهای توسعه‌یافته شاخص‌های سلامت روان را براساس مبانی نظری به‌عنوان پروژه‌های ملی نه تنها برای بررسی وضعیت سلامت روان افراد و نظارت بر روند آن، بلکه برای ارائه زمینه‌های علمی به سیاست‌گذاران و نظارت بر فرآیندها و پیامدهای سیاست‌گذاری‌ها، توسعه داده‌اند. برعکس، شاخص های سلامت روان کمی در ایران توسعه یافته است. از نظر داده‌های آماری و مطالعات مربوط به شاخص‌ها در ایران، بررسی‌های اپیدمیولوژیک در مورد اختلالات روانی و نظرسنجی بر روی افراد ناتوان هر چند سال یکبار انجام می‌شود و این بررسی‌ها تنها بخشی از جمعیت مبتلا به اختلالات روانی را پوشش می‌دهند و سیستم یکپارچه ای که کل کشور را در بر بگیرد وجود ندارد. براساس پیمایش ملی که در سال ۱۳۹۳ اجرا شد شیوع اختلال روانپزشکی در ایران برای زنان، مردان و کل کشور را به ترتیب ۱۹/۳، ۲۷/۶ و ۲۳/۴ درصد گزارش کرده است. همچنین نشان دادند استان های سمنان (۱۴/۵ درصد)، سیستان و بلوچستان (۱/ ۱۵ درصد) و قم (۱۶/۲ درصد) کمترین و استان های لرستان (۳۶/۳ درصد)، بوشهر (۲۳/۴ درصد) و اصفهان (۳۰/۶ درصد) بیشترین شیوع اختلالات روانی در کشور را دارا بودند [۱۴].

به طور کلی، شاخص‌های سلامت مقیاس‌هایی هستند که نه تنها بر روی وضعیت سلامت یک گروه جمعیتی، بلکه در سطح کلی یا ویژگی همه موارد مرتبط از جمله خط‌مشی سلامت، سیستم مراقبت‌های بهداشتی، منابع مراقبت‌های بهداشتی، محیط طبیعی، اندازه و ترکیب جمعیت، و ادراک و ارزش افراد از سلامت دسته بندی می شود [۱۵]. به این معنا که آنها جنبه های کمی و کیفی سلامت را با نشان دادن جامع نظام ها و وضعیت های مرتبط با ارتقای سلامت یک گروه جمعیتی و پیشگیری از بیماری ها بیان می کنند. براین اساس، «شاخص‌های سلامت روان» که ترکیبی از این دو مفهوم است، مقیاس‌هایی هستند که نشان‌دهنده اختلالات روانی افراد و همچنین سلامت روان مثبت آن‌ها از جمله بهزیستی ذهنی و بیان‌کننده وضعیت کمی و کیفی سیاست‌ها و خدمات ترویج‌شده برای حل مشکلات سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی به منظور ارتقاء هستند [۱۶].

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

تاکنون و طبق نتایج حاصل از مقالات یافته شده، در برخی کشورها شـاخص های سلامت روانی توسـعه داده شده است و بـرای ارتقا، نظارت بر برنامه ها، عملکرد و خدمات سـلامت روانـی به کار مـی رود. به طور مثـال، در اتحادیه اروپا، برنامه ارتقای سـلامت روان در سـه بخش (وضعیت سلامت، عوامل تعیین کننده سـلامت و سیستم های سلامت)، ۹ دامنه (علل مـرگ و میر های خاص، عـوارض بیماری های خاص، عوارض عمومی، شـرایط فردی، شرایط محیطی- اجتماعی و فرهنگی، پیشـگیری و حفاظت از سـلامتی، منابع سـلامت، استفاده از مراقبت های بهداشتی، خدمات روانپزشکی و خدمات اجتماعی و مخارج) و ۳۶ شـاخص تدوین شـده اسـت [۱۷]. در آمریکا تدوین برنامه سـلامت روان از سال ۱۹۹۵ آغاز شده که به پنج شـاخص کلی و معیارهای توصیه‌شـده برای یـک فرد منتهی شده است: ۱- مراجع‌محور، ۲- براساس تحقیقات و ارزش‌های صریـح، ۳- تمرکز بر بیماری‌های روانـی جدی، اما نه محدود به آن، ۴- تأکید بر نتایج درمان سـلامت روان، و ۵- آگاهی از هزینه های مرتبط [۱۸]. شـاخص های سـلامت روان در کره جنوبی نیز در پنج بخش وضیعت سلامت روان (سلامت روانی مثبت و مشـکلات روحی و روانی)، فاکتورهای سـلامت روان (فاکتورهای محیطی)، نظام سلامت روان (حقوق بشر، سیاست گذاری و برنامه ها، سازمان ها، منابع انسانی و سرمایه گذاری)، خدمات سـلامت روان (مداخلات اولیه، درمان/توانبخشـی)، و کیفیت خدمات سلامت روان (اثر بخشی، صلاحیت، بهره وری و یکپارچگی) ارائه شده است [۱۹].

مدیریت بهداشـت روان در ایـران دوره‌های مختلفی طی کرده اسـت، ادغام بهداشـت روان در نظـام مراقبت‌های اولیه بهداشتی از اواسط دهه ۱۳۶۰ اجرا شده و مراحل دوره آزمایشی برنامه (۱۳۶۹- ۱۳۶۷)، دوره گسترش برنامه (۱۳۸۵-۱۳۷۰) و دوره ادغام در برنامه پزشک خانواده (۱۳۸۶ تاکنون) را پشت سر گذاشته اسـت. محمدی و همکاران در پژوهشی به توسعه شاخص های سلامت روانی در ایران پرداخته اند [۲۰]. آنها در ۲۱ شـاخص برای استفاده از نظام سلامت روانی کشور در سه طبقه وضیعت سـلامت روانی، نظام سـلامت روانی و خدمات سـلامت روانی تعیین و معرفی نموده اند. در سـال ۱۳۹۲ نیز پژوهشی با موضوع ارتقای سلامت اجتماعی[۲۱] انجام شد. در پژوهش دیگری ۸ چالش کلیدی ارتقای سلامت روان را نشان دادند[۲۲]. در سال ۱۳۹۳ برخی از متخصصان و کارشناسان روان کشـور در طرحی به اولویت های سـلامت روان پرداخته اند کـه در نهایت ۲۵ موضوع انتخاب و ۱۰ موضوع منتخب به عنوان اولویت های ملی سلامت روان تعیین شد [۲۳].

در سـال ۱۳۹۵ شـاخص های سـلامت روان بـا توجه به نقش اساسـی عوامل اجتماعی در سلامت جامعه، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی شده است: ۱- تکامل دوران ابتدای کودکی، ۲- سـلامت معنـوی و روانی، ۳- ارائه عادلانه خدمات سـلامت، ۴- بیکاری و امنیت شغلی، ۵- تغذیه و امنیـت غذایی، ۶- شـیوه زندگی سـالم، ۷- آموزش، آگاهی و تحصیلات، ۸- مسـکن، ۹- محیط های سـالم، ۱۰- حمایت اجتماعی، ۱۱- حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده، ۱۲- توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی و ۱۳- حوادث [۲۴]. با اتمام برنامه پنج ساله برنامه ها و شاخص های مورد انتظار حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد برای سال ۱۴۰۱ در نه شاخص پیشـنهاد شده اسـت: ۱-برنامه تشـخیص و مراقبت اختلالات شـایع روانپزشـکی در نظام مراقبت های اولیه بهداشـتی ، ۲- برنامـه آموزش مهارت های زندگی و مهارت های فرزندپروری، ۳- برنامه پیشگیری از خودکشـی، ۴- برنامه خود مراقبتی در سلامت روان، ۵- برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایا، ۶- برنامه پیشـگیری از همسـر آزاری، ۷- برنامه پیشـگیری و مراقبت از بدرفتاری بـا کودک، ۸- برنامه تشـخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظـام مراقبت های اولیه بهداشـتی و ۹- برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من) [۲۵].

شـاخص های مطرح شـده در طول سال های اخیر نشان می دهد که در تدوین برنامه ها، از تجربیات گذشتگان استفاده نشده و هر یک ساختار جدیدی ارائه نموده اند و موجب ضعف در حوزه سلامت روان جامعه شده است. از طرفی نیز، با توجه به پژوهش ها و خلاء های بیان شده، دستیابی به نظام مسائل این عرصه در جهت ارتقا سـلامت روانی- اجتماعی ضروری به نظر می رسد. حال با توجه به تجربیات گذشته لازم است به بازبینی و طراحی مجدد جهت بهبود نقاط قوت و برطرف نمودن نقاط ضعف برنامه ها اقدامات مناسبی صورت گیرد. البته شایان ذکر اسـت، نظرات و دیدگاه های متخصصان و کارشناسـان حوزه روان بـا توجـه به اینکه در تماس با افراد جامعه هسـتند، می

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

تواند در تدوین نقشــه راه و ارائه شــاخص های مســائل روان شناختی کشــور کمک کننده باشــد. به همین دلیل در انجام طرح پژوهشی حاضر از نقطه نظرات روانشناسان و متخصصان جهت ارائه مســائل و موضوعات ســلامت روان کشور استفاده شــده اســت. در نتیجه هدف از پژوهش حاضر، یافتن پاسخی به این ســوال هاست: «۱- نقشه مسائل ســلامت روان جامعه ایرانی-اســلامی از منظر متخصصان مربوطه جهت بهره مندی اعضای جامعه کدامند؟» و «۲- دفتر ســلامت روانی، اجتماعی و پیشــگیری از اعتیاد معاونت بهداشت با چه راهبردهایی می تواند این نقشه راه را اجرایی نماید؟»

روش کار

هدف از طرح حاضر بررســی و تدوین نقشه مسائل سلامت روان در جامعــه ایرانــی- اســلامی از منظــر متخصصان حوزه روانشناســی جهت بهره منــدی اعضای جامعه در ســال های ۱۴۰۲-۱۴۰۶ مــی باشــد. جهت اســتخراج مســائل مرتبط با ســلامت روان از رویکرد کیفی و روش دلفی استفاده شد. روش دلفی نوعی جمع آوری سیســتماتیک و ســازماندهی اطلاعات اســت که گروهی از کارشناسان منتخب فراهم می کنند [۲۶]. در ســاده ترین شکل آن روش دلفی ســه خصوصیت دارد. ۱- استقلال در ارائه پاسخ: در این مرحله تمام کارشناسان منتخب، پاســخ های خود را به سؤالات به طور مســتقل و بدون پیروی از ســایرین ارائــه می دهنــد. این حالت باعث می شــود از آثار مخدوش کننده فشــارهای سایر افراد گروه و یا اعمال نظر افراد غالب در بیان پاسخ ها، جلوگیری به عمل آید و پاسخ تمام افراد در قضاوت نهایی محاســبه گردد. ۲- پس خوراند کنترل شده: نتایج پاسخ های بیان شده، خلاصه و سپس به گروه کارشناسی ارائه می گردد و از آنان خواســته می شــود که با توجه به پس خوراند، پاســخ های خــود را مجدداً ارزیابــی کنند. این مرحله اجــازه می دهد اعضای گروه در یک روش کنترل شــده تبادل نظر نمایند. ۳- اعلام قضاوت رســمی: در مرحلهٔ نهایی، پاســخ های مرحلهٔ دوم افراد به شــکل گروهی و به طور رســمی بیان می شوند و در صورت لزوم ممکن است پاسخ ها و قضاوت گروه به صورت شــاخص های آماری و یا جداول بیان شــوند [۲۷]. جامعه آماری تمامی متخصصین حوزه سلامت روانی-اجتماعی در رشــته های مربوطه اعم از روانشناسی، روانپزشکی، پزشکی اجتماعی و پزشــک عمومی که دارای ۵ ســال ســابقه به بالا و آشنایی با فعالیت های وزارت بهداشت بودند. به تعداد بیشتری از متخصصان واجد شــرایط و دغدغه مند فراخوان زده شد که از میان آنها ۱۲ نفر دعوت را پذیرفتند و وارد جلســات شــدند. ویژگــی های جمعیت شــناختی متخصصان بدیــن قرار بود: ۷ زن و ۵ مــرد، ۹ نفر روانشــناس(بالینی، ســلامت و تربیتی)، ۱ نفر پزشــک عمومی، ۱ نفر متخصص پزشکی اجتماعی و ۱ نفر روانپزشک از دانشگاه های تهران، الزهرا(س)، علوم توانبخشی و ســلامت اجتماعی و مطهری. پس از مشخص شدن کارشناسان از آنها دعوت شــد و در دفتر ســلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشــت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تابســتان و پاییز سال ۱۴۰۲ جلسات برگذار شد. در مرحله اول با توجه به دیدگاه های متخصصین، مشــکلات مرتبط با مسائل روانی-اجتماعی بیان شــد. ۲ مسئول وزارتخانه ناظر بر جلسات بودند که ســؤالاتی از قبل مشخص نشده بلکه در طول جلسات مطرح می شد. در این مرحله متخصصان به صورت گروهی وارد بحث شــدند و مطالب مهم در حین جلســات نکته برداری می شــد. سپس بحث های کارشناســی ضبط و بعد از جلسه پیاده سازی می شــد. تعداد جلسات تا بررســی کامل تمامی مسائل ادامه یافت و در چهار جلســه پنج ســاعته به مســائل مختلف ســلامت روانی- اجتماعی پرداخته شد. پس از جمع آوری داده ها، کدگذاری به صورت دســتی توســط دو نفر صورت گرفت و یک نفر نیز به عنوان ناظر بر کدها عمل می کرد. نحوه کدگذاری از نــوع تحلیل محتوا بــوده به این صورت که کارشناســان در زمینه مشــکلات و مسائل مرتبط با آن توضیحاتی ارائه دادند و راهکارهایی نیز در جلســات ارائه شد. نهایتاً نتایج آن به صورت یک جدول طراحی و نقشــه مسائل استخراج گردید که جدول ۱ نقشه مســائل، موضوعات کلیدی(نگاه کلان مرتبط با مسائل روانی-اجتماعی) و راهبردهای پیشنهادی(تعیین اهداف و طرح نمودن برنامه ای برای رسیدن به آنها) را نشان می دهد. در انتها از متخصصان خواسته شده بود کدهای نهایی را تایید نمایند(در این مرحله دو کد سبک زندگی اسلامی و امید تغییر نام یافتند) و آنهــا را به ترتیب اولویت ها از منظر اهمیت و حســاس بودن مشــخص نمایند به همین دلیل جــدول ۱ به ترتیب اولویت ها و نیازهای کشــور در زمینه روانی-اجتماعی طبقه بندی شــده است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش عبارت بودند از اخذ رضایت آگاهانه از متخصصان، آزاد بودن آنها نسبت به شرکت و کناره گیری از جلسات، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آنها و دخالت ندادن نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع آوری، تحلیل و گزارش داده ها.

یافته‌ها

پس از بررسی ها و بحث های متخصصان ۶۰ مساله در قالب ۱۱ موضوع کلیدی همراه با ۳۸ راهبرد پیشنهادی در جدول ۱ مشخص شد.

جدول شماره ۱ نشان می دهد که ۱۱ مسئله اصلی پیش روی جامعه است و راهبردهای پیشنهادی به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت نیز ارائه شده است. ۱۱ مسئله و موضوع مربوطه بر اساس اولویت های بیان شده توسط کارشناسان عبارتند از: ۱- خودکشی، ۲- اختلالات روان، ۳- سبک زندگی اسلامی در برابر چالش سبک زندگی غربی(سبک زندگی آرمانی و تمدنی، سبک زندگی بر مبنای قدرت مداری، سبک زندگی مجازی، سبک زندگی و زیست عفیفانه، ۴- نقص عقل و تفکر(نیک بینی و خوش بینی، خردورزی، تصمیم گیری، سواد رسانه: توان تفکر فارغ از القائات رسانه‌ای، فضای مجازی، تقویت تفکر خلاق، تمرکز کمتر بر تنش های اقتصادی)، ۵- هویت یابی سالم روانشناختی(هویت جنسیتی، هدف محوری، هویت اجتماعی جهانی و تمدنی در زنان و دختران جوان و نوجوان، توسعه فردی، رشد و تعالی افراد، تقویت خود، خودشکوفایی، خودآگاهی، خودشناسی، مدیریت خود، خودشناسی با محوریت نیازهای حقیقی و واقعی، شناسایی توانمندی های فردی و جمعی و فعال سازی آنها و استعداد یابی و هدایت استعدادها به سمت هویت سالم)، ۶- افزایش انگیزش و امید (نگاه مثبت به آینده، ارتقای انگیزش و خودانگیزشی، هدفمندی، تلاش و پشتکار، مهارت مقابله با موانع، حمایت اجتماعی ادراک شده، ادراک درست از تجربیات فردی و اجتماعی گذشته، امید زندگی و موفقیت در جامعه کنونی، مهارت حل مساله و برون رفت از تعارض، کمالگرایی بهنجار و نابهنجار، معناداری و هدفمندی در زندگی، باور به قانونمندی هستی، اعتماد متقابل اجتماعی، اصلاح باور و نگاه مثبت به خدا)، ۷- خانواده سالم و منسجم (غنی سازی مهارت‌های زناشویی، مهارتهای نقش های زنانه و مردانه در زندگی زوجی، مهارتهای ارتباطی با خانواده همسر، مدیریت مالی خانواده برای مردان، ناسازگاری و طلاق، مواجهه با سالمند در بستر خانواده)، ۸- مهارت های تنظیم هیجان(تاب آوری و سرسختی، خشونت و پرخاشگری تشدید شده، مواجهه با استرس و فشار روانی، شادکامی و شادی، مدیریت غم و سوگ، مدیریت ترس)، ۹- تسهیل مراحل رشد و تحول(تربیت کودک، ارتباط موثر با نوجوان، مدیریت فضای مجازی توسط والدین، شکل دهی به روابط دوستی کودک و نوجوان و انتخاب دوست)، ۱۰- سبک های مقابله با فشارهای روانی و ۱۱- مواجهه سالم با بلایا و حوادث طبیعی و غیرطبیعی(مواجهه سالم با حوادث). مدل استخراجی نقشه راه در نمودار ۱ نشان داده شده است:

نمودار ۱- مدل استخراجی نقشه راه مسائل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

جدول ۱- نقشه مسائل کشور به همراه موضوعات کلیدی، مسائل و راهبردهای پیشنهادی

راهبردهای پیشنهادی	زیر مساله‌ها	موضوع کلیدی
اجرای کامل سند پیشگیری از خودکشی بازبینی محتوای بسته خودکشی بازبینی بسته غربالگری، بازبینی سیستم پیگیری افکار خودکشی	پیشگیری از افکار و اقدام مهلک	پیشگیری از خودکشی
تمرکز بر اختلالات کودک و نوجوان بازبینی غربالگری به صورت دو مرحله ای یا مبتنی بر هوش مصنوعی ارجاع هوشمند به بسته های مرتبط پیشگیری از اختلالات، توسعه مراقبت ها و مداخلات به خانواده های دارای بیمار مزمن، تروما یا اختلالات روان	پیشگیری و کنترل اختلالات روانی	پیشگیری از اختلالات روانی
بسته سبک زندگی روانی اجتماعی سالم غربالگری فعال شبکه اجتماعی مراجعین، تقویت شناسایی و ارتباط با پایگاههای اجتماعی مردمی مبتنی بر سبک زندگی ایرانی-اسلامی، تهیه و ترویج سند زیست جنسی سالم بین المللی تعهد به خانواده طبیعی	سبک زندگی آرمانی و تمدنی سبک زندگی بر مبنای قدرت مداری سبک زندگی در فضای مجازی، سبک زندگی و زیست عفیفانه تمرکز بر خانواده گسترده	سبک زندگی اسلامی در برابر چالش سبک زندگی غربی
اصلاح خطاهای شناختی ارتقای مهارت های تفکر، انتخابگری فعال در دریافت ها و ورودی های ذهن و تفکر تولید محتوای رسانه ای با نقش رسانه های ثابت و خاص براساس بسته های تقویت مهارت های تفکر	نیک بینی و خوش بینی خردورزی، تصمیم گیری ،سواد رسانه :توان تفکر فارغ از القائات رسان‌های، فضای مجازی، تقویت تفکر خلاق‌فتمرکز کمتر بر تنش های اقتصادی	نقص عقل و تفکر (نواقص شناختی)
بسته هویت یابی سالم مهارتهای مرتبط با شناخت و تقویت خود فعال سازی مشارکت و نقش پذیری موثر اجتماعی با هدف ارتقای هویت سالم	هویت جنسیتی هدف محوری هویت اجتماعی جهانی و تمدنی در زنان و دختران جوان و نوجوان توسعه فردی ،رشد و تعالی افراد تقویت خود خودشکوفایی، خودآگاهی خودشناسی، مدیریت خود، خودشناسی با محوریت نیازهای کاذب ،حقیقی و واقعی، شناسایی توانمندی های فردی و جمعی و فعال سازی آنها و استعداد یابی و هدایت استعدادها به سمت هویت سالم	هویت یابی روانشناختی
بسته مهارت های ارتباط موثر خانواده زیست زناشویی سالم آموزش نقش های زنانه و مردانه در زندگی زناشویی، آموزش مهارت های ارتباطی با خانواده های وابسته و پیرامونی، بسته مدیریت مالی خانواده برای سرپرستان خانواده، بسته آمادگی برای ازدواج ،بسته آمادگی برای فرزندآوری،حل تعارض خانوادگی، بسته پیشگیری از طلاق، توسعه مداخلات موثر پس از سوگ فوت همسر یا طلاق	غنی سازی مهارت‌های زناشویی مهارتهای نقش های زنانه و مردانه در زندگی زوجی مهارتهای ارتباطی با خانواده همسر، مدیریت مالی خانواده برای مردان ناسازگاری و طلاق، مواجهه با سالمند در بستر خانواده	خانواده سالم و منسجم
مقابله با اهمال کاری ایجاد و ارتقای هدفمندی ارتقای مهارت مقابله با موانع افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده اصلاح ادراک از تجربیات فردی و اجتماعی گذشته ایجاد آمادگی و ادراک درست از سختی ها و کمبودها افزایش امید زندگی و موفقیت در جامعه کنونی،ایجاد مهارت حل مساله و برون رفت از تعارض ایجاد کمالگرایی بهنجار و ناهنجار، ایجاد معناداری و هدفمندی در زندگی ایجاد باور به قانونمندی هستی، افزایش اعتماد متقابل اجتماعی اصلاح باور و نگاه مثبت به خداوند	نگاه مثبت به آینده ارتقای انگیزش و خودانگیزشی هدفمندی تلاش و پشتکار مهارت مقابله با موانع حمایت اجتماعی ادراک شده، ادراک درست از تجربیات فردی و اجتماعی گذشته،امید زندگی و موفقیت در جامعه کنونی مهارت حل مساله و برون رفت از تعارض، کمالگرایی بهنجار و نابهنجار معناداری و هدفمندی در زندگی، باور به قانونمندی هستی اعتماد متقابل اجتماعی، اصلاح باور و نگاه مثبت به خدا	افزایش انگیزش و امید
بسته تنظیم هیجان	تاب آوری و سرسختی خشونت و پرخاشگری تشدید شده، مواجهه با استرس و فشار روانی شادکامی و شادی، مدیریت غم و سوگ، مدیریت ترس	مهارتهای تنظیم هیجان
بسته تسهیل مراحل رشد جوانی و میانسالی بسته فرزندپروری (قبل تولد،کودکی و نوجوانی)	تربیت کودک ارتباط موثر با نوجوان ،مدیریت فضای مجازی توسط والدین شکل دهی به روابط دوستی کودک و نوجوان و انتخاب دوست	فرزندپروری تسهیل مراحل رشد و تحول
بسته سبک های سالم مقابله با فشار روانی (تاب آوری ،سرسختی ،مهارتهای مقابله با فشار روانی مزمن ،مهارتهای مقابله با فشار روانی حاد ،مدیریت و کنترل استرس و فشار روانی)	-	سبک های مقابله با فشار روانی
بسته آموزشی در مواجهه سالم با حوادث	مواجهه سالم با حوادث	مواجه سالم با بلایا و حوادث طبیعی و غیر طبیعی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

بحث

هدف از طرح حاضر بررسی و تدوین نقشه مسائل سلامت روان در جامعــه ایرانی- اســلامی از منظــر متخصصان حوزه ســلامت‌روان جهت بهره مندی اعضای جامعه در ســال های ۱۴۰۲-۱۴۰۶ بــود. از مصاحبه متخصصان ۱۱ موضوع کلیدی استخراج شــد. البته تعیین نقشه راه در کشور مسبوق است و هریک به بخشــی از شــاخص‌های ســلامت روان پرداخته اند. ماننــد پژوهش هــای محمدی و همکاران [۲۰] با اســتفاده از روش کمی شــاخص‌های اصلی ســلامت روان را در ســه گروه (وضعیــت، نظام و خدمات ســلامت روان) دســته بندی کرده اســت. پژوهش رحیمی موقر و همکاران [۲۳] نیز با استفاده از روش مطالعه علم ســنجی در زمینه علوم عصبی-روانشناختی انجام شــده اســت. یا پژوهش حاجبی و همکاران [۲۸] که با تشــخیص اولویت خودکشی به طراحی سامانه ثبت خودکشی در کشــور پرداختــه اند. هریک از این پژوهــش ها به برخی از عوامل و مشــکلات جامعــه و با روش‌های مختلفــی پرداخته اند طوری که نگاه آنها بیشــتر برطــرف کردن اختلالات روانی بوده اســت و ترجمه استانداردها و برنامه های سازمان جهانی بهداشــت را مدنظر قرار داده اند. اما در این مطالعه سعی شده است تا از بحث گروهی و بارش فکری متخصصان استفاده شود و تمامی مشکلات مربوط به سلامت روانی-اجتماعی از منظر و بستر فرهنگی لحاظ شود. از طرفی نیز، باتوجه به دوازده حوزه اساسی که ســازمان جهانی بهداشت در سیاست های سلامت روان ارائه داده اســت [۱۳]، مطالعه حاضر، مسائل مهم کشور در زمینــه روانی-اجتماعی و راهبردهای پیشــنهادی در حوزه تدوین بســته های خدماتی را تحت پوشــش قرار داده و می تواند به معاونت بهداشت وزارت بهداشت کمک نماید.

اولین اولویت در نقشه راه خودکشی استخراج شده که در دیگر شــاخص های کشور نیز همواره دارای اولویت بوده است. به طوری که در ســطح جهانی نیز خودکشی پانزدهمین علت مرگ و حدود ۱/۴ درصد از مرگ ها ناشــی از خودکشی است [۲۹]. در بررسی های دیگر، خودکشی، دیگر اعضای خانواده را درگیــر می کند و بــار بیماری بر عهده آنها نیز خواهد بود و به همین منظور است که در اولویت های نقشه راه نیز قرار گرفته اســت. راهبردهایی که به دفتر ســلامت روان ارائه شده در سه سطح پیشگیری و افکار و اقدام بوده است. به طوری که توصیه شــده تا سند پیشگیری از خودکشــی که موجود است به طور کامل اجرا شود، سیستم غربالگری بازبینی شود، محتوای بسته خودکشــی بازنگری گردد و سیســتم پیگیری افکار خودکشی نیز بازبینی شود.

اختلالات روانی نیز دیگر مســاله مهم کشوری تشخیص داده شــده است و یکی از مسائل اصلی و مهم بهداشت عمومی در سراســر جهان نیز به شــمار می روند. ایــن اختلالات با بار فردی، اجتماعــی و اقتصادی عظیمی همراه هســتند و حوزه هــای مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهند [۳۰]، از آن رو در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته اند. ریز مســائلی که قرار اســت جایگزین شود، بیش فعالی کودکان، افسردگی و کژکاری ها و اختلالات جنسی است و به دلیل رشد روز افزون این اختلالات، در اولویت ویژه قرار گرفته اند. توسعه اختلالات موضوع پیگیری، تمرکز بر اختلالات کودک و نوجوان، بازبینی غربالگری به صورت دو مرحله ای یا مبتنی بر هوش مصنوعی، ارجاع هوشــمند به بسته های مرتبط پیشگیری از اختلالات از توصیه ها و راهکارهای اجرایی اســت که به این دفتر ارائه می گــردد. در دیگر نقشــه های راه کمتر به کــودکان و اختلالات جنســی اشاره شده اســت که می تواند از نقاط قوت این نقشه مســائل باشد. البته شــایان ذکر است که مســاله خودکشی و اختلالات روانشــناختی نیازمند مسیرهای علمی جداگانه است که در پژوهش های آتی به آن پرداخته می شود و جزو اهداف پژوهش حاضر نبوده است.

ســبک زندگی اســلامی در برابر چالش ســبک زندگی غربی، دیگر مســائلی اســت که در این مطالعه به صورت جدی دیده شــد. درست اســت که برنامه ملی سلامت روان در سال ۱۳۹۰ به ســبک زندگی ایرانی-اسلامی اشــاره کرده است اما می توان گفت دیگر نقشــه راه ها و اولویت های ســلامت روان از این مقوله بســیار مهم چشم پوشی کرده اند و در بسته های خدماتی وزارت بهداشت دیده نشده است، در این نقشه مسائل نیز به آن اشــاره شده و پیشنهادات راهبردی مناسبی هم ارائه شــده است. ســبک زندگی برای توصیف شــرایط زندگی بشر استفاده می شود و سبک هر فرد روشی است که وی برای بیان اندیشــه خود برمی گزیند [۳۱]. سبک زندگی به عنوان نقشه و راهنمایی اســت که افراد براساس آن زندگی می کنند. با این وصف هر مکتب و ملتی برای زندگی خود سبک و روشی خاص

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

دارد. سبک زندگی اسلامی نیز یکی از سبک های زندگی است که مبنای نوع معاشـرت و زیست خانوادگی مسلمانان است و ریشه در جهان بینی و ایدئولوژی توحیدی و قرآنی و اهل بیتی (ع) دارد [۳۲]. از آن جایـی کـه رفاه و سـلامت از یک جهان بینی کل نگر ناشی می شود بر تعادل بین سنت، فرهنگ، زبان و جامعه فـرد تاکید می کند [۳۳] لذا، اولویت های سـلامت روانی-اجتماعی نیز بهتر است برخواسته از دل آن جامعه باشد. اخیراً رویکردهایی با ملاحظات فرهنگی نیز قوت گرفته اند که پژوهش های متاآنالیزی اسـمیت و همـکاران [۳۴] و هوی و پولو [۳۵] از این دست پژوهش ها هستند که نشان می دهند مداخلات سـازگار با فرهنگ غالباً مؤثرتر از مداخلات عمومی بودند، در نتیجه لزوم ترویج سـبک زندگی اسـلامی ضرورت می یابد. مسـائل این مولفه، سـبک زندگـی آرمانی و تمدنی، سبک زندگی جهادی، سـبک زندگی بر مبنای قدرت مداری، سبک زندگی مجازی، سـبک زندگی و زیست عفیفانه، تمرکز بـر خانواده گسـترده ذکر کرد. تمامی این مولفه ها از سـبک زندگی اسلامی استخراج شـده است. کشوری که به خواهد از نظر روانشناختی سالم قلمداد شـود، رعایت تمامی این مولفه ها ضروری به نظر می رسـد. بسـته های آموزشی پیشنهادی نیز شـامل بسته سبک زندگی روانی اجتماعی سالم، غربالگری فعال شـبکه اجتماعی مراجعین، تقویت شناسـایی و ارتباط با پایگاه‌هـای اجتماعی مردمی مبتنی بر سـبک زندگی ایرانی-اسـلامی، تهیه و ترویج سند زیست جنسـی سالم بین‌المللی، تهیـه دسـتورالعمل (پمفلت) ترویج سـبک زندگـی روانی-اجتماعی سالم برای تولیدات رسانه ای می شود.

نقص عقل و تفکر دیگر مشـکلاتی اسـت کـه جامعه با آن دست و پنجه نرم می کند و کارشناسان این امر به آن اشاره کرده اند. مسـئله ها نیز شـامل، نیک بینی و خوش بینی، خردورزی، تصمیم گیری، سواد رسـانه: توان تفکر فارغ از القائات رسانه‌ای، فضـای مجازی، تقویت تفکر خـلاق و تمرکز کمتر بر تنش های اقتصادی می باشـد. در سـال‌های اخیر نیز، تعداد فزاینده‌ای از کشـورها در سراسر جهان، به‌ویژه کشـورهای غربی، رشد تفکر انتقادی را در تمام مراحل آموزش در اولویت قرار داده‌اند [۳۶] و به منظور برآورده شدن خواسته‌های افراد که دائماً در حال تحول اسـت، آموزش مهارت هایی مانند، حل مسـئله، تفکرانتقادی و فرآیندهای تصمیم‌گیری در اختیار افراد قرار می گیرد [۳۷]. به همین دلیل نیز این مولفه جزو مسائل مهم کشوری در نظر گرفته شده اسـت. در سـال های اخیر از جانب فضای مجازی لطمات متعددی به کشـور وارد شـده اسـت از جمله مسائل اغتشاشات پاییز سـال ۱۴۰۱ که یکی از مهمترین مستندات در این زمینه بشـمار می رود و عدم وجود آموزش های مناسب در مورد سواد رسـانه ای، فرهنگ سازی اسـتفاده از آن و تفکر نقاد، می تواند بسیار خطرناک باشد، لذا مورد توجه قراردادن این موضوع بسیار با اهمیت اسـت. بسته های پیشـنهادی در این زمینه نیز شامل بسـته تقویت مهارت های شناخت و تفکر، تولید محتوای رسانه ای با نقش رسـانه های ثابت و خاص براساس بسته های تقویت مهارت های تفکر می باشد.

موضـوع کلیـدی بعدی اسـتخراج شـده هویـت یابی روانشـناختی است که مسائل آن شامل هویت جنسیتی، هدف محـوری، معنای زندگی، هویـت اجتماعی جهانی و تمدنی در زنان و دختران جوان و نوجوان، توسـعه فردی، رشـد و تعالی افراد، توانمندسـازی در برنامه ریـزی چندبعدی و همه جانبه، تقویت خود، خودشکوفایی، خودآگاهی، خودشناسی، مدیریت خود، مدیریت اولویت ها در نوجوانی، خودشناسـی با محوریت نیازهـای کاذب، حقیقـی و واقعی، شناسـایی توانمندی های فردی و جمعی و فعال سازی آنها و استعدادیابی و جهت دهی شناسـایی شد. سال ها است که پژوهش های معنای زندگی و هدفمندی در جهان مورد اقبال پژوهشـگران قرار گرفته است [۳۸] و نگاه ویژه ای به آن شـده اسـت، در ایران این موضوع مـورد غفلت قرار گرفته اسـت با اینکه دین مبین اسـلام نیز بـه هدفمنـدی در زندگی توصیـه می کنـد [۳۹]، اما از نظر مسئولین سلامت کشـور کم اهمیت به نظر می رسد. با توجه به این تاکیدات در این مطالعه یکی از با اهمیت ترین مسـائل شناسـایی شـده و کارشناسـان جملگی بر آن تاکید داشتند، تمرکز بر خود تشـخیص نقاط قوت و ضعف نیز دیگر مسـائل مهم تشـخیص داده شـده اسـت. توصیه های پیشنهادی نیز شامل، بسته هویت یابی سالم، مهارت های مرتبط با شناخت و تقویت خود، ارائه و معرفی الگوهای مناسـب معاصر و الگوهای تاریخی، فعال سازی مشارکت و نقش پذیری موثر اجتماعی با هدف ارتقای هویت سالم می باشد.

مسـاله مهـم دیگری که کارشناسـان به اشـاره کرده اند مشـکلات مربوط به خانواده، خانواده سالم، منسجم و متعالی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

است. ریز مسائل آن شامل، غنی سازی مهارت‌های زناشویی، مهارت های نقش های زنانه و مردانه در زندگی زوجی، مهارت های ارتباطی با خانواده همسر، مدیریت مالی خانواده برای مردان، ناسازگاری و طلاق، مواجهه با سالمند در بستر خانواده است. در شاخص های استخراجی در سال های گذشته مساله خانواده از اهمیت کمی برخوردار بوده است به طوری که در پژوهش رحیمی موقر [۲۳] تنها به بحث خشونت خانگی پرداخته اند، اما در این مطالعه نگاه جدی و چندجانبه ای به این مساله شده است. کارشناسان براین امر اتفاق نظر داشتند که خانواده سالم است که جامعه سالم را می سازد از آن جهت به خانواده نگاه خاص تری داشتند. راهبردهای پیشنهادی در این باره عبارتند از: بسته مهارت های زناشویی، بسته مدیریت مالی خانواده برای سرپرستان خانواده، بسته آمادگی برای ازدواج، بسته آمادگی برای فرزندآوری، بسته طلاق، تدوین و ارائه لایحه پیشنهادی برای اصلاح قانون جهت کاهش آسیب های روانی ناشی از اختلافات زناشویی برای زنان و مردان. پژوهش هایی نیز در مورد تاثیر مهارت های زناشویی بر کیفیت و رضایت زناشویی انجام شده است[۴۰] و نشانگر آن است که سرمایه گذاری در این بخش به خانواده سالم و نهایتاً جامعه سالم کمک خواهد کرد.

مهارت تنظیم هیجان یکی دیگر از مسائل اصلی کشور توسط کارشناسان تشخیص داده شده است. ریزمسائل شامل، تاب آوری و سرسختی، خشونت و پرخاشگری تشدید شده، مواجهه با استرس و فشار روانی، شادکامی و شادی، مدیریت غم و سوگ و مدیریت ترس می باشد. منظور از تنظیم هیجان مجموعه روش هایی است که به موجب آن افراد تلاش می کنند تا بر نوع هیجانات خود، زمانی که این هیجانات را تجربه می کنند و نحوه تجربه و ابراز هیجانات تأثیر بگذارند [۴۱]. کنترل رفتار نیز آن دسته از روش هایی است که فرد سعی می کند رفتار خود را تحت کنترل در بیاورد [۴۲]. از آنجایی که عواطف دارای ساختار چند جزئی متشکل از ابعاد تجربی، رفتاری و فیزیولوژیکی هستند، اهمیت حیاتی در پرورش افراد به عنوان یک موجود اجتماعی در فرآیند آموزش به عهده دارند [۴۳]. از طریق احساسات، افراد نه تنها به تجربیات خود معنا می دهند، بلکه با سازماندهی خود و دیگرانی که با آنها در تعامل هستند، به زندگی نیز معنا می بخشند [۴۴]. به علاوه تنظیم هیجان مفهوم مهمی است که افراد را قادر می سازد با مدیریت حالات عاطفی خود روابط سالمی با محیط خود داشته باشند [۴۳]. بر این اساس مفاهیم عواطف و تنظیم هیجان به ویژه در زمینه تربیت افراد که بعد اجتماعی آموزش است، نقش مهمی ایفا می کند. جهت تنظیم این مسائل توصیه های پیشنهادی کارشناسان شامل مدیریت خشم و پرخاشگری تشدید شده، مدیریت ترس، مدیریت غم و سوگ، مدیریت خلق منفی، ارتقای خلق مثبت، شادی و شادکامی و توانایی لذت بردن از زندگی می باشد.

امید و انگیزه یکی دیگر از مسائلی بود که کارشناسان به آن اشاره کردند، البته نکته بسیار مهم و دقیقی است که در نقشه مسائل قبلی دیده نشده بود. انتظارات مثبت برای آینده، که معمولاً در ادبیات به عنوان امید تصور می شود و می تواند به عنوان مکانیسم بالقوه برای دستیابی به سلامت روان مثبت عمل کند [۴۵]. امید [۴۶] با چندین عنصر تعریف می شوند: الف- ویژگی های شخصیتی، ب- سازه های شناختی، ج- ارجاع به انتظارات عمومی، د- ارتباط با اهداف شخصی مهم، ه- جهت گیری آینده، و و- عمل به عنوان عوامل تعیین کننده رفتار [۴۷]. امید با مکانیسم های متمایزی مطابقت دارد که توسط آن انتظارات رفتار انسان را شکل می دهند و نتایج مثبتی را ایجاد می کنند [۴۸]. به دلیل اهمیت این موضوع و تحت تاثیر قرار دادن رفتار افراد به عنوان موضوع مهم در نقشه مسائل کشور جای گرفته است. زیرمسائل مطرح شده اعم از نگاه مثبت به آینده، ارتقای انگیزش و خودانگیزشی، هدفمندی تلاش و پشتکار، مهارت مقابله با موانع، حمایت اجتماعی ادراک شده، ادراک درست از تجربیات فردی و اجتماعی گذشته، امید به زندگی و موفقیت در جامعه کنونی، مهارت حل مساله و برون رفت از تعارض، کمالگرایی بهنجار و نابهنجار، معناداری و هدفمندی در زندگی، باور به قانونمندی هستی، اعتماد متقابل اجتماعی، اصلاح باور و نگاه مثبت به خدا، تمایل به پویایی و ضروری دیدن آن می باشد. بسته های پیشنهادی کارشناسان نیز مقابله با اهمال کاری، ایجاد و ارتقای هدفمندی، ارتقای مهارت مقابله با موانع، افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، اصلاح ادراک از تجربیات فردی و اجتماعی گذشته، ایجاد آمادگی و ادراک درست از سختی ها و کمبودها، افزایش امید به زندگی و موفقیت در جامعه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

کنونی، ایجاد مهارت حل مساله و برون رفت از تعارض، ایجاد کمالگرایی بهنجار و ناهنجار، ایجاد معناداری و هدفمندی در زندگی، ایجاد باور به قانونمندی هستی، افزایش اعتماد متقابل اجتماعی، اصلاح باور و نگاه مثبت به خداوند، افزایش تمایل به پویایی و ضروری دیدن آن بیان شده است.

تسهیل مراحل رشد و تحول از دیگر مسائلی است که در تدوین نقشه راه به دفتر سلامت روان پیشنهاد شده است. منظور از این مسئله بیشتر مربوط به مراحل رشدی است که افراد تجربه می کنند و از کودکی تا سالمندی را شامل می شود. ممکن است هر فردی با معضلات آن مواجه شود به همین منظور برای هریک از مراحل رشدی پیشنهادات مربوط به آن دوره ارائه شده است، اما برخلاف نقشه راه های قبلی به دوره سالمندی نگاه خاص تری شده است. محققان دوره زندگی نیز، بیشتر از سال های میانی، به دوره های اولیه و بعدی زندگی توجه کرده اند [۴۹]، در صورتی که سالمندان ۱۲ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می دهند [۵۰]. جمعیت ایران نیز در حال حاضر در مرحله گذار ساختار سنی از جوانی به سالمندی است. بخش جمعیت سازمان ملل متحد پیش‌بینی می‌کند که براساس میانگین نرخ رشد مفروض طی دهه‌های ۲۰۴۰ و ۲۰۵۰، حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت ایران در گروه سنی بالای ۶۰ سال قرار دارند که حدود یک چهارم جمعیت ایران در دهه‌های آینده است [۵۱]. کیفیت زندگی در دوران سالمندی تحت تأثیر سبک زندگی یک فرد بالغ است و باید آمادگی برای دوران پیری در دوران بزرگسالی ایجاد و تثبیت شود [۵۲]. میانسالی پلی بین جوانی و پیری است. این دوره از زندگی به دلیل افزایش امید به زندگی، بزرگترین بخش حیاتی بزرگسالی به شمار می رود و این مرحله از زندگی طلایی ترین و حاصل خیزترین دوره زندگی یک فرد را تشکیل می دهد [۵۳] از آن رو متخصصان به این مطلب نگاه ویژه ای داشتند و ریز مسائل این مولفه را اینگونه بیان نموده اند: تربیت کودک، ارتباط موثر با نوجوان، مدیریت فضای مجازی توسط والدین، شکل دهی به روابط دوستی کودک و نوجوان و انتخاب دوست تشخیص داده شده است. راهبردهای اجرایی پیشنهادی نیز شامل بسته تسهیل مراحل رشد جوانی و میانسالی، بسته فرزندپروری قبل تولد،کودکی و نوجوانی، اتصال دانش آموزان به پایگاه های اجتماعی سالم نظیر مساجد و هیئات، ارتباط با وزارت آموزش و پرورش جهت ارائه بسته های در قالب کارگاه برای دانش آموزان، والدین و مربیان می باشد.

سبک های مقابله با فشارهای روانی یکی دیگر از مسائلی است که متخصصان به آن اشاره کرده اند. سبک های مقابله ای واکنش های شناختی و رفتاری افراد که در پاسخ به موقعیت و عوامل فشارزا که در زندگی اخیرشان اتفاق می افتد، تعریف می شود [۵۴]. هریک از افراد به شیوه های متفاوت عمل می کنند و هیچ کس به محرک تنش زا، پاسخی را که دیگران به آن داده اند، نمی دهد. برخی افراد در برابر عوارض محرک های تنش زا بسیار آسیب پذیرند، اما در مقابل برخی دیگر از این نظر بسیار مقاوم هستند. خطرات واکنش نامناسب به رویدادهای منفی بیشتر از خطرات واکنش نامناسب به رویدادهای مثبت است، زیرا رویدادهای منفی می توانند جانِ ما را به خطر بی اندازد در حالی که رویدادهای مثبت صرفاً رفاه ما را افزایش می دهند [۵۵]. مهارت های مقابله ای موجب سازگاری و بروز رفتار مثبت و مفید در فرد می شود که این توانایی ها باعث سهولت در پذیرش مسئولیت های اجتماعی می شود و فرد بدون لطمه زدن به خود و دیگران، با خواسته ها، انتظارات و مشکلات روزانه به ویژه در روابط بین فردی به شکل موثری روبرو خواهد شد [۵۶]. عواملی همانند عوامل ارثی، عوامل شخصیتی و مهارت ها بر آسیب پذیری نسبت به فشار روانی تأثیر می گذارند. به همین منظور کارشناسان حوزه روان نیز پیشنهاد دادند که بسته سبک های سالم مقابله با فشارهای روانی مزمن و حاد می تواند کمک کننده باشد.

آخرین مسئله مورد بررسی متخصصان، مواجهه سالم با بلایا و حوادث طبیعی و غیرطبیعی بود. بسته پیشنهادی نیز مواجهه سالم با حوادث بوده است. زمین لرزه ها، سیل ها، گردبادها، طوفان ها، آتش سوزی های جنگلی، فوران های آتشفشانی و رانش زمین فرآیندهای طبیعی هستند که با نام بلایای و حوادث طبیعی خوانده می شوند [۵۷]. حوادث غیر طبیعی نیز به بحران های اجتماعی و فرهنگی، اقتصادی، امنیتی، اطلاعاتی، زیست محیطی و بحران های انسانی گفته می شود [۵۸]. بلایا، به دلیل ماهیت خود، آسیب پذیری های فیزیکی و اجتماعی زیربنایی جوامع را تشدید می کند، که تنها اثرات سوء یک فاجعه بر سلامت انسان را گسترش می دهد [۵۹]. بلایا بر بخش قابل توجهی از جمعیت در سراسر جهان

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

تأثیر می گذارد و با طیف وسیعی از اثرات نامطلوب همراه است. تنها در سال ۲۰۱۹، نزدیک به ۴۰۰ بلای طبیعی بیش از ۹۵ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داد و منجر به بیش از ۱۱۰۰۰ کشته و ۱۳۰ میلیارد دلار خسارت شد [۶۰]. قرار گرفتن در معرض بلایا با پیامدهای نامطلوب سلامت روان، از جمله استرس پس از سانحه، افسردگی و عمومی مرتبط است [۶۱]. پریشانی روانی، که افزایش علائم آن حتی یک دهه یا بیشتر پس از وقوع حادثه نبز آشکار می شود [۶۲]. اثرات روانی مضر بلایا ثابت نیستند، و به طور چشمگیری در افراد، مکان و زمان متفاوت هستند. آن‌هایی که با تروما و استرس‌های مرتبط با فاجعه بیشتر مواجه هستند (صدمات جسمی، ترس از امنیت خود یا ایمنی عزیزان، سوگواری، دسترسی محدود، منابع حیاتی، آسیب اموال، و غیره) در معرض خطر بیشتری برای علائم روانپزشکی در هر دو عواقب کوتاه مدت و بلندمدت پس از بلایا قرار می گیرند [۶۳]. از آن رو که ایران در معرض حوادث طبیعی و غیرطبیعی قرار دارد اهمیت دادن به این موضوع مهم تلقی می‌شود.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج بدست آمده که از نظرات متخصصان در ۱۱ موضوع کلیدی به همراه راهبردهای اجرایی به عنوان نقشه مسائل استخراج شده به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه گردید. همانطور که نقشه مسائل نیز نشان می دهد اولویت در این طرح پیشگیری است و از آنجایی که اختلالات روانی فشار مالی فراوانی را به خانواده و کشور تحمیل می کند، لذا توصیه می شود، آموزش های مقدماتی و پیشگیری در سطوح اولیه در دستور کار دفتر سلامت روان قرار گیرد. پس از تدوین این مسائل، بسته های آموزشی با محوریت ۱۱ موضوع اصلی ارائه خواهد شد که در پژوهش های آتی به آنها پرداخته می شود و سپس این بسته ها در شبکه بهداشت و درمان دردسترس عموم قرار خواهند گرفت. البته باتوجه به این موضوع که در تدوین نقشه مسائل پیش رو سعی شد استانداردهای سازمان های جهانی، اولویت های بومی و فرهنگی جامعه اسلامی رعایت شود به همین دلیل قابل توصیه به نهادهای بین المللی نیز هست. پیشنهاد دیگری که می توان بیان کرد آن است که با توجه به اینکه در اولویت های قبلی نیز به مسئله همکاری بین سازمانی اشاره شده است، در این طرح مشارکت دیگر ارگان ها به صورت جدی دیده شده است که به نوعی نقطه قوت این مطالعه نیز می باشد. شایان ذکر است که مشارکت و همکاری ارگان هایی همچون، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما، قوه قضاییه، مساجد و شورای عالی فضای مجازی با وزارت بهداشت می‌تواند در ارائه آموزش های لازم به مردم بهترین نتیجه را حاصل کند.

کاربرد در تصمیم های مرتبط با سیاست گذاری در نظام سلامت

مقاله حاضر درباره نظرات ۱۲ نفر درخصوص مسایل موضوعات و راهکارهای سلامت روان و اجتماعی بوده است. در پژوهش حاضر سعی شد به نقاط قوت نقشه مسائل قبلی تاکید بیشتری شود و نقاط ضعف از جمله مسائل فرهنگی و اسلامی، مفاهیم کلیدی مانند امید، انگیزه، معنای زندگی، هدفمندی و غیره که در نقشه مسائل قبلی کشور مغفول مانده بود، به جد تاکید شد. از آنجایی که این پژوهش به نقشه مسائل اصلی روانشناختی و اجتماعی کشور در سیاست گذاری ۵ ساله معاونت بهداشت پرداخته است نقش بسیار مهمی در این راه ایفا خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی متخصصان و نخبگان سلامت روانی-اجتماعی اعم از روانشناسان، روانپزشکان، پزشکان اجتماعی و پزشکان عمومی که در تدوین این نقشه راه مسائل کمک کردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض‌منافع

این پژوهش به سفارش و تحت حمایت مالی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است و تعارض منافعی در طول پژوهش وجود نداشت.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

References

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease, 2004. Geneva: WHO; 2008:15.
2. Cho MJ. The Epidemiological Survey of Mental Disorders in Korea. Seoul: Ministry of Health and Welfare. 2011; 8:375-388.
3. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary: MHCC; 2012:5.
4. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. Pharmacoeconomics. 2008; 26(2):149–62.
5. Pope MA, Malla AK, Iyer SN. Who should be responsible for supporting individuals with mental health problems? A critical literature review. Int J Soc Psychiatry. 2018;64(3):293–302.
6. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefciency. Lancet. 2007;370(9590):878–89
7. Vigo DV, Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. Lancet Public Health. 2019;4(2): 89–96.
8. Canada. Canada Health Act: Annual Report 2019–2020. Ottawa Canada: Health Canada; 2021;12.
9. World Health Organization. Mental Health Atlas. Geneva:WHO; 2018:30.
10. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva, Switzerland:WHO; 2013:11.
11. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. Lancet. 2018; 391 (10131):1718–35.
12. Iyer SN, Malla A, Pope M, Mustafa S, Mohan G, Rangaswamy T. et al. Whose responsibility? Part 2 of 2: views of patients, families, and clinicians about responsibilities for addressing the needs of persons with mental health problems in Chennai, India and Montreal, Canada. Int J Ment Health Syst. 2022; 16(2):2-16. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00511-w
13. World Health Organization. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAPHIG). Geneva: WHO; 2015:19.
14. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Faghihzadeh S, Kamali K, Faghihzadeh E, Hajebi A, et al. Trends of Mental Health Status in Iranian Population Aged 15 and above between 1999 and 2015. Arch Iran Med. 2017;20(11 Suppl. 1): 2-6.
15. Yoon CK, Yoon BJ, Lee JH, Kim YS. A study on development of health indicator system in Korea. Korean J Health Policy Admin. 2003;13 :44- 66.
16. Hermann R, Mattke S. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Proceeding of the 8th world congress on OECD Health Technical Papers; 2004 may 11-15; Paris. 2004:17-25.
17. Mental Health Information and Determinants for the European Level. Interim Technical Implentatiom Report. Barcelona: MHIDEL; 2012: 11.
18. Mental Health Statistics Improvement Program's Consumer-Oriented Mental Health Report Card. Development of a report card designed to help mental health consumers make informed choices began with the discussion of national healthcare reform. Vancocer: MHSIPCOMHRC; 2012:16.
19. Han, H, Dong HA, Jinhee S, Tae YH, Sungwon R. Development of mental health indicators in Korea. Psychiatry Investigation. 2012: 9(4): 311-318.
20. Mohammadi KH, Ahmadi KH, Fathi Ashtiani A, Azad Falah P, Ebadi A. Development of mental health indicators in Iran. Health Education and Health Promotion Quarterly. 2014; 2(1): 37-48. [in Persian]
21. Hajebi A, Damari B, Vosoogh Mohamd A, Nasehi A, Nikfarjam A, Bolhari J. What to Do To Promote Mental Health of the Society. Iranian J Publ Health. 2013; 42(1): 105-112. [in Persian]
22. Damari B, Nasehi A, Vosoogh Mohamd A. What should we do for improving Iranian social health? Sjsph. 2013; 11(1): 45-58. [in Persian]
23. Rahimi Movaghar A. Determining the country's mental health priorities. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2013; 20(3): 189-200. [in Persian]
24. Salehnia N, Assari Arani A, Olyaeemanesh A, Sadeghi Saghdel H. Identifying and Prioritizing Social Determinants of Population Health in Iran: A Mixed Method Research. Iranian Journal of Health Sciences. 2023; 11(2):75-86.
25. Lajevardi S, NoorbalaTafti AA. Mental Health Indicators and Modalities to Improve Them. Iran J Cult Health Promot. 2018; 2 (2) :160-169.
26. Dalkey NC. Analysis of the Future: The Delphi Methodology. Santa Monica. California: RAND; 1996:25.
27. Mctavish Gj. Bench Marking with Delphi Expert Opinion Panels: The Regional Municipality of Ottawa-Carleton Land Evaluation and Area Review (OCLEAR). System for Agriculture. 2003; 6(2):12-25.
28. Hajebi A, Ahmadzad Asl M, Zaman M, Naserbakht M, Mohammadi N, Davoudi F et al. Designing a Registration System for Suicide in Iran. IJPCP. 2011; 17 (2): 106-109.
29. Kiani Chalmari A, Safdarian Z, Jafari banafshedaragh A, Ahmadbookani S. Three-Step Structural Assessment of Suicide (Hopelessness, Ache, Depression, Interpersonal Needs, Acquired Capability for Suicide, and Suicide Attempt) in Students. QJCR. 2021; 19 (76) :92-117.
30. Furber G, Segal L, Leach M, Turnbull C, Procter N, Diamond M, et al. Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. BMC Health Serv Res. 2015;15(283):2-14.
31. Farhud DD. Impact of Lifestyle on Health. Iran J Public Health. 2015;44(11): 20-28.
32. Khodayar D, Ghaemirad M, Falah E. Barriers to bio-promotion in the family from the perspective of Islam. Bioethics Quarterly.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

2013; 4(11), 57-94. [in Persian]
33. Ren X, Tong Y, Peng P, Wang T. Critical thinking predicts academic performance beyond general cognitive ability: Evidence from adults and children. Intelligence. 2020; 82,12-20.
34. Rowan M, Poole N, Shea B, Gone JP, Mykota D, Farag M, Hopkins C, Hall L, Mushquash C, Dell C. Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2014; 1(4): 9-34.
35. Smith TB, Domenech Rodríguez M, Bernal G. Culture. Journal of Clinical Psychology. 2011; 67(2): 166–175. [PubMed: 21105069]
36. Huey S, Polo A. Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2008; 37:262–301. [PubMed: 18444061]
37. Baş M, Bolat Y. The Impact of Cognitive Competence on Critical Thinking Skills: An Educational Science Study with School Counsellors. Education Quarterly Reviews. 2022; 5 (2): 53-64.
38. Talebzade Shoshtari L, Monadi M, khademi Ashkzari M, Khamesan A. Identifying the meaning of life in college students: a phenomenological study. Practical counseling. 2015; 6(1):59-76. [in Persian]
39. Sgijaee M, Gharavi SM, Janbozorghi M. The meaning of life in Nahj al-Balagha. Islamic Studies and Psychology. 2013;6(11):37-57. [in Persian]
40. Brooks LW, Guerney Jr B, Mazza N. Relationship enhancement couples group therapy. J Family Soci Work. 2002;6(2):25-42. DOI: 10.1300/J039v06n02_03
41. Riahi F, Golzari M, Mootabi F. The Relationship Between Emotion Regulation and Marital Satisfaction Using the Actor-partner Interdependence Model. IJPCP. 2020; 26 (1) :44-63.
42. Kimiaii SA, Raftar MR. The effectiveness of emotional intelligence strengthening program on controlling adolescent bullying behavior. Journal of Behavioral Sciences. 2017; 8(4), 10-21. [in Persian]
43. Gross JJ. Emotion regulation: taking stock and moving forward. Emotion (Washington, DC). 2013; 13(3), 359-365.
44. Duy B, Yıldız MA. Adaptation of the regulation of emotions questionnaire (REQ) for adolescents. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2014; 5(41), 23-35.
45. Gallagher MW, Lopez SJ. The Oxford Handbook of Hope. New York: Oxford University Press; 2018:28.
46. Snyder C. Hope theory: rainbows in the mind. Psychol. Inq. 2002; 13(2), 249–275.
47. Krafft AM, Guse T, Maree D. Distinguishing perceived hope and dispositional optimism: theoretical foundations and empirical findings beyond future expectancies and cognition. J. Well-being Assess. 2021; 10(7):1–21. 10.1007/s41543-020-00030-4
48. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, Reppold CT. Optimism and hope in chronic disease: a systematic review. Front. Psychol. 2017; 7(2): 20-25.
49. Lachman ME. Development in midlife. Annual Review of Psychology. 2004; 55:305–331.
50. Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world--what do we know? Lancet (London, England). 2015;385(9967):484–6.
51. Mirzaie M, Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. Salmand. 2017;12(2):156–69.
52. Cyarto EV, Dow B, Vrantsidis F, Meyer C. Promoting healthy ageing: development of the healthy ageing quiz. Aust J Ageing. 2013;32(1):15–20.
53. Lea CS, Gordon NP, Prebil LA, Ereman R, Uratsu CS, Powell M. Differences in reproductive risk factors for breast cancer in middle-aged women in Marin County, California and a sociodemographically similar area of northern California. BMC Womens Health. 2009;11(3): 9-6.
54. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events, Behavioral Medicina, 1981;4, 139-150.
55. Xi Y, Zhou L, Wang Y. The construction of positive social psychology during the COVID-19 pandemic: exploring the relationship between social support and peace of mind through a three-wave longitudinal cross-lag study. Front. Psychol. 2021; 12(3): 63-78
56. Salek Hadadi N, Badri R. Investigating the effect of life skills training on coping styles. Education and Evaluation (Educational Sciences). 2016; 6(21):79-94. [in Persian]
57. Djalante R. Key assessments from the IPCC special report on global warming of 1.5°C and the implications for the Sendai framework for disaster risk reduction. Prog Disaster Science. 2019;1(1): 1-5.
58. Rahbar Mehrpo B. Media crisis management strategies in natural and unnatural events. Journal of Media Management. 2018; 46: 39-58. [in Persian]
59. Chmutina K, von Meding J. A dilemma of language: “natural disasters” in academic literature. Int J Disaster Risk Sci. 2019;10(3):283–292, 10.1007/s13753-019-00232-2.
60. Froment R, Below R. Disaster year in review 2019. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) Louvain. 2020;58: 1-3.
61. Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. Annual review of public health. 2014; 35:169-83.
62. Raker EJ, Lowe SR, Arcaya MC, Johnson ST, Rhodes J, Waters MC. Twelve years later: The long-term mental health consequences of Hurricane Katrina. Social Science & Medicine. 2019; 242:11-26.
63. Lowe SR, Rhodes JE, Waters MC. Understanding resilience and other trajectories of psychological distress: a mixed-methods study of low-income mothers who survived Hurricane Katrina. Current psychology. 2015; 34: 537-50.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]

Identifying the system of issues, topics and proposed strategies that require providing services in the primary health care system in the field of psycho-social health (A qualitative study)

Seyedeh Maryam Pourmousavi[1], Hamed Moslehi[2], Reyhaneh Fayaz[3*], Iman Zaghian[4]

1- PhD in Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
3- PhD in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
4- PhD Student in Cognitive Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Mental health topics and programs have been gradually written and integrated in the primary care system since the last three decades. Accordingly, it needs to be updated and rewritten. The purpose of the current research is to identify "issues" and "topics" that require intervention in the primary health care system[PHC], which will be the basis for preparing programs and a new system for providing PHC mental health services.

Methods: The method of conducting this research was qualitative and using the Delphi method, which is a type of systematic collection and organization of information provided by a group of selected experts. 12 psycho-social health specialists, including psychologists, general practitioners, social medicine specialists, and psychiatric specialists, extracted a system of issues and topics during the focus sessions.

Results: The findings indicate the existence of 60 important issues in the form of 11 issues and 38 strategies. 11 topics include: suicide, mental disorders, Islamic lifestyle against the challenge of western lifestyle, lack of reason and thinking, psychological identification, increasing motivation and hope, cohesive, healthy and transcendent family, emotional regulation skills, facilitating the stages of growth and development, style Dealing with psychological pressures, facing natural and unnatural disasters and accidents.

Conclusion: These findings are consistent with many international researches and guidelines of the World Health Organization, and in several chapters, local and new issues are included in it, which can be recommended to international institutions.

Keywords: culturally congruent care system, primary health care, health care system, qualitative method

Please cite this article as follows:
Pourmousavi SM, Moslehi H, Fayaz R, Zaghian I. Identifying the system of issues, topics and proposed strategies that require providing services in the primary health care system in the field of psycho-social health (a qualitative study). Hakim Health Sys Res. 2023; 25(4): 346-359.

***Corresponding Author:** University of Tehran, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tel: 09102107403, Email: Tasnim68@gmail.com

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research(NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-21]