

## 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 پور موسوی<sup>۱</sup>، حامد مصلحی<sup>۲</sup>، ریحانه فیاض<sup>۳</sup>، ایمان زاغیان<sup>۴</sup>

- 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 پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۹

### 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.

**یافته ها:** 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 پژوهش های 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

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 دینفعان 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

سلامت روان حالتی از بهزیستی است که فرد را قادر می سازد توانایی های خود را نشان دهد، با استرس های 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

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، شاخص‌های 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 یکپارچه‌ای 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 استان‌های سمنان (۱۴/۵ درصد)، سیستان و بلوچستان (۱۵/۱ درصد) و قم (۱۶/۲ درصد) کمترین و استان‌های 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 دسته‌بندی می‌شود [۱۵]. به این معنا که آنها جنبه‌های کمی و کیفی سلامت را با نشان دادن جامع نظام‌ها و وضعیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت یک گروه جمعیتی و پیشگیری از بیماری‌ها بیان می‌کنند. 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].

اکثر دولت‌ها به برخی از این نیازها پاسخ می‌دهند، اما تفاوت‌های قابل توجهی در هزینه‌های بهداشت روانی و پوشش بین کشورها وجود دارد [۷، ۶]. همچنین تفاوت‌های قابل توجهی در سازمان سلامت روان و نظام‌های 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 هزینه‌های سلامت دولت است، در حالی که اختلالات روانی ۱۲ درصد از کل سال‌های زندگی با درگیری کم و ۳۵ درصد از کل سال‌های زندگی با درگیری بالا را تشکیل می‌دهند [۸، ۹]. در نتیجه، در سراسر این حوزه، بسیاری از نیازهای افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی برآورده نمی‌شوند [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 خانواده‌ها، جوامع، کارفرمایان، سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و بودجه‌های دولتی تحمیل می‌کند. 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 سنگ‌بناهای اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی که توسط سازمان جهانی بهداشت در گزارش جهانی در سال ۲۰۰۸ بیان شده است، دستیابی به پوشش همگانی سلامت، کاهش نابرابری‌های بهداشتی و تدوین شاخص‌های سلامت روان است [۳]. براساس دستورات سازمان جهانی بهداشت، سیاست بهداشت روان، بیانیه رسمی توسط یک دولت یا مقام بهداشتی است که جهت‌گیری کلی سلامت روان، از جمله چشم‌انداز، ارزش‌ها، اصول و اهداف آن را مشخص می‌کند [۱۲]. همچنین چارچوب وسیعی برای اقدام و دستیابی به آن چشم‌انداز ایجاد می‌کند 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- سیستم‌های اطلاعاتی، ۱۰- منابع انسانی و آموزش، ۱۱- تحقیق و ارزیابی و ۱۲- همکاری بین‌بخشی. سیاست‌های برگرفته از این چارچوب، یک برنامه اقدام

تاکنون و طبق نتایج حاصل از مقالات یافته شده، در برخی کشورها شاخص های سلامت روانی توسعه داده شده است و برای ارتقاء نظارت بر برنامه ها، عملکرد و خدمات سلامت روانی به کار می رود. به طور مثال، در اتحادیه اروپا، برنامه ارتقای سلامت روان در سه بخش (وضعیت سلامت، عوامل تعیین کننده سلامت و سیستم های سلامت)، ۹ دامنه (علل مرگ و میر های خاص، عوارض بیماری های خاص، عوارض عمومی، شرایط فردی، شرایط محیطی- اجتماعی و فرهنگی، پیشگیری و حفاظت از سلامتی، منابع سلامت، استفاده از مراقبت های بهداشتی، خدمات روانپزشکی و خدمات اجتماعی و مخارج) و ۳۶ شاخص تدوین شده است [۱۷]. در آمریکا تدوین برنامه سلامت روان از سال ۱۹۹۵ آغاز شده که به پنج شاخص کلی و معیارهای توصیه شده برای یک فرد منتهی شده است: ۱- مراجع محور، ۲- براساس تحقیقات و ارزش های صریح، ۳- تمرکز بر بیماری های روانی جدی، اما نه محدود به آن، ۴- تأکید بر نتایج درمان سلامت روان، و ۵- آگاهی از هزینه های مرتبط [۱۸]. شاخص های سلامت روان در کره جنوبی نیز در پنج بخش وضعیت سلامت روان (سلامت روانی مثبت و مشکلات روحی و روانی)، فاکتورهای سلامت روان (فاکتورهای محیطی)، نظام سلامت روان (حقوق بشر، سیاست گذاری و برنامه ها، سازمان ها، منابع انسانی و سرمایه گذاری)، خدمات سلامت روان (مداخلات اولیه، درمان/توانبخشی)، و کیفیت خدمات سلامت روان (اثر بخشی، صلاحیت، بهره وری و یکپارچگی) ارائه شده است [۱۹].

مدیریت بهداشت روان در ایران دوره های مختلفی طی کرده است، ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت های 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 است. محمدی و همکاران در پژوهشی به توسعه شاخص های سلامت روانی در ایران پرداخته اند [۲۰]. آنها در ۲۱ شاخص برای استفاده از نظام سلامت روانی کشور در سه طبقه وضعیت سلامت روانی، نظام سلامت روانی و خدمات سلامت روانی تعیین و معرفی نموده اند. در سال 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 کشور در طرحی به اولویت های سلامت روان پرداخته اند که در نهایت ۲۵ موضوع انتخاب و ۱۰ موضوع منتخب به عنوان اولویت های ملی سلامت روان تعیین شد [۲۳].

در سال ۱۳۹۵ شاخص های سلامت روان با توجه به نقش اساسی عوامل اجتماعی در سلامت جامعه، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی شده است: ۱- تکامل دوران ابتدای کودکی، ۲- سلامت معنوی و روانی، ۳- ارائه عادلانه خدمات سلامت، ۴- بیکاری و امنیت شغلی، ۵- تغذیه و امنیت غذایی، ۶- شیوه زندگی سالم، ۷- آموزش، آگاهی و تحصیلات، ۸- مسکن، ۹- محیط های سالم، 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 پیشنهاد شده است: ۱- برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی، ۲- برنامه آموزش مهارت های زندگی و مهارت های فرزندپروری، ۳- برنامه پیشگیری از خودکشی، ۴- برنامه خود مراقبتی در سلامت روان، ۵- برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایا، ۶- برنامه پیشگیری از همسر آزاری، ۷- برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک، ۸- برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی و ۹- برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من) [۲۵].

شاخص های مطرح شده 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 سلامت 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 است، نظرات و دیدگاه های متخصصان و کارشناسان حوزه روان با توجه به اینکه در تماس با افراد جامعه هستند، می

اجتماعی و پزشکی عمومی که دارای ۵ سال سابقه به بالا و آشنایی با فعالیت های وزارت بهداشت بودند. به تعداد بیشتری از متخصصان واجد شرایط و دغدغه مند فراخوان زده شد که از میان آنها ۱۲ نفر دعوت را پذیرفتند و وارد جلسات شدند. ویژگی های جمعیت شناختی متخصصان بدین قرار بود: ۷ زن و ۵ مرد، ۹ نفر روانشناس (بالینی، سلامت و تربیتی)، ۱ نفر پزشک عمومی، ۱ نفر متخصص پزشکی اجتماعی و ۱ نفر روانپزشک از دانشگاه های تهران، الزهرا (س)، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و مطهری. پس از مشخص شدن کارشناسان از آنها دعوت شد و در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۲ جلسات برگزار شد. در مرحله اول با توجه به دیدگاه های متخصصین، مشکلات مرتبط با مسائل روانی-اجتماعی بیان شد. ۲ مسئول وزارتخانه ناظر بر جلسات بودند که سؤالاتی از قبل مشخص نشده بلکه در طول جلسات مطرح می شد. در این مرحله متخصصان به صورت گروهی وارد بحث شدند و مطالب مهم در حین جلسات نکته برداری می شد. سپس بحث های کارشناسی ضبط و بعد از جلسه پیاده سازی می شد. تعداد جلسات تا بررسی کامل تمامی مسائل ادامه یافت و در چهار جلسه پنج ساعته به مسائل مختلف سلامت روانی-اجتماعی پرداخته شد. پس از جمع آوری داده ها، کدگذاری به صورت دستی توسط دو نفر صورت گرفت و یک نفر نیز به عنوان ناظر بر کدها عمل می کرد. نحوه کدگذاری از نوع تحلیل محتوا بوده به این صورت که کارشناسان در زمینه مشکلات و مسائل مرتبط با آن توضیحاتی ارائه دادند و راهکارهایی نیز در جلسات ارائه شد. نهایتاً نتایج آن به صورت یک جدول طراحی و نقشه مسائل استخراج گردید که جدول ۱ نقشه مسائل، 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 آنها را به ترتیب اولویت ها از منظر اهمیت و حساس بودن مشخص نمایند به همین دلیل جدول ۱ به ترتیب اولویت ها و نیازهای کشور در زمینه روانی-اجتماعی طبقه بندی شده است.

تواند در تدوین نقشه راه و ارائه شاخص های مسائل روان شناختی کشور کمک کننده باشد. به همین دلیل در انجام طرح پژوهشی حاضر از نقطه نظرات روانشناسان و متخصصان جهت ارائه مسائل و موضوعات سلامت روان کشور استفاده شده است. در نتیجه هدف از پژوهش حاضر، یافتن پاسخی به این سوال هاست: «۱- نقشه مسائل سلامت روان جامعه ایرانی-اسلامی از منظر متخصصان مربوطه جهت بهره مندی اعضای جامعه کدامند؟» و «۲- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد معاونت بهداشت با چه راهبردهایی می تواند این نقشه راه را اجرایی نماید؟»

### روش کار

هدف از طرح حاضر بررسی و تدوین نقشه مسائل سلامت روان در جامعه ایرانی-اسلامی از منظر متخصصان حوزه روانشناسی جهت بهره مندی اعضای جامعه در سال های ۱۴۰۲-۱۴۰۶ می باشد. جهت استخراج مسائل مرتبط با سلامت روان از رویکرد کیفی و روش دلفی استفاده شد. روش دلفی نوعی جمع آوری سیستماتیک و سازماندهی اطلاعات است که گروهی از کارشناسان منتخب فراهم می کنند [۲۶]. در ساده ترین شکل آن روش دلفی سه خصوصیت دارد. ۱- استقلال در ارائه پاسخ: در این مرحله تمام کارشناسان منتخب، پاسخ های خود را به سؤالات به طور مستقل و بدون پیروی از سایرین ارائه می دهند. این حالت باعث می شود از آثار مخدوش کننده فشارهای سایر افراد گروه و یا اعمال نظر افراد غالب در بیان پاسخ ها، جلوگیری به عمل آید و پاسخ تمام افراد در قضاوت نهایی محاسبه گردد. ۲- پس خوراند کنترل شده: نتایج پاسخ های بیان شده، خلاصه و سپس به گروه کارشناسی ارائه می گردد و از آنان خواسته می شود که با توجه به پس خوراند، پاسخ های خود را مجدداً ارزیابی کنند. این مرحله اجازه می دهد اعضای گروه در یک روش کنترل شده تبادل نظر نمایند. ۳- اعلام قضاوت رسمی: در مرحله نهایی، پاسخ های مرحله دوم افراد به شکل گروهی و به طور رسمی بیان می شوند و در صورت لزوم ممکن است پاسخ ها و قضاوت گروه به صورت شاخص های آماری و یا جداول بیان شوند [۲۷]. جامعه آماری تمامی متخصصین حوزه سلامت روانی-اجتماعی در رشته های مربوطه اعم از روانشناسی، روانپزشکی، پزشکی

(غنی سازی مهارت‌های زناشویی، مهارت‌های نقش‌های 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- مهارت‌های تنظیم هیجان (تاب‌آوری 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، شکل‌دهی به روابط دوستی کودک و نوجوان و انتخاب دوست)، ۱۰- سبک‌های مقابله با فشارهای روانی و ۱۱- مواجهه سالم با بلاها 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

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

### یافته‌ها

پس از بررسی‌ها و بحث‌های متخصصان ۶۰ مساله در قالب ۱۱ موضوع کلیدی همراه با ۳۸ راهبرد پیشنهادی در جدول ۱ مشخص شد.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که ۱۱ مساله اصلی پیش روی جامعه است و راهبردهای پیشنهادی به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت نیز ارائه شده است. ۱۱ مساله و موضوع مربوطه بر اساس اولویت‌های 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 قدرت‌مداری، سبک زندگی مجازی، سبک زندگی و زیست‌عقیدانه، ۴- نقص عقل و تفکر (نیک بینی و خوش بینی، خردورزی، تصمیم‌گیری، سواد رسانه: توان تفکر فارغ از القائات رسانه‌ای، فضای مجازی، تقویت تفکر خلاق، تمرکز کمتر بر تنش‌های اقتصادی)، ۵- هویت‌یابی سالم روانشناختی (هویت جنسیتی، هدف‌محوری، 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 توانمندی‌های فردی و جمعی و فعال‌سازی 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، مهارت‌مقابله 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 برون‌رفت 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

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

موضوع کلیدی	زیر مساله‌ها	راهبردهای پیشنهادی
پیشگیری از خودکشی	پیشگیری از افکار و اقدام مهلک	اجرای کامل سند پیشگیری از خودکشی بازبینی محتوای بسته خودکشی بازبینی بسته غربالگری، بازبینی سیستم پیگیری افکار خودکشی
پیشگیری از اختلالات روانی	پیشگیری و کنترل اختلالات روانی	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
سبک زندگی اسلامی در برابر چالش سبک زندگی غربی	سبک زندگی آرمانی و تمدنی سبک زندگی بر مبنای قدرت مداری سبک زندگی در فضای مجازی، سبک زندگی و زیست عقیقانه تمرکز بر خانواده گسترده	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
نقص عقل و تفکر (نواقص شناختی)	نیک بینی و خوش بینی خردورزی، تصمیم گیری، سواد رسانه، توان تفکر فارغ از القائلت رسان‌های، فضای مجازی، تقویت تفکر خلاق، فمترکز کمتر بر تنش های اقتصادی	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
هویت یابی 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 کاذب، حقیقی و واقعی، شناسایی توانمندی های فردی و جمعی و فعال سازی آنها و استعداد یابی و هدایت استعدادها به سمت هویت سالم	بسته هویت یابی سالم مهارتهای مرتبط با شناخت و تقویت خود فعال سازی مشارکت و نقش پذیری موثر اجتماعی با هدف ارتقای هویت سالم
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	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
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	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
مهارتهای تنظیم هیجان	تاب آوری و سرسختی خشونت و پرخاشگری تشدید شده، مواجهه یا استرس و فشار روانی شادکامی و شادی، مدیریت غم و سوگ، مدیریت ترس	بسته تنظیم هیجان
فرزندپروری	تربیت کودک ارتباط موثر با نوجوان، مدیریت فضای مجازی توسط والدین شکل دهی به روابط دوستی کودک و نوجوان و انتخاب دوست	بسته تسهیل مراحل رشد جوانی و میانسال بسته فرزندپروری (قبل تولد، کودکی و نوجوانی)
سبک های مقابله با فشار روانی	سبک های مقابله با فشار روانی	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)
مواجهه سالم با بلاها و حوادث طبیعی و غیر طبیعی	مواجهه سالم با حوادث	بسته آموزشی در مواجهه سالم با حوادث

## بحث

هدف از طرح حاضر بررسی و تدوین نقشه مسائل سلامت روان در جامعه ایرانی - اسلامی از منظر متخصصان حوزه سلامت روان جهت بهره مندی اعضای جامعه در سال های ۱۴۰۲-۱۴۰۶ بود. از مصاحبه متخصصان ۱۱ موضوع کلیدی استخراج شد. البته تعیین نقشه راه در کشور مسبوق است و هریک به بخشی از شاخص های سلامت روان پرداخته اند. مانند پژوهش های محمدی و همکاران [۲۰] با استفاده از روش کمی شاخص های اصلی سلامت روان را در سه گروه (وضعیت، نظام و خدمات سلامت روان) دسته بندی کرده است. پژوهش رحیمی موقر و همکاران [۲۳] نیز با استفاده از روش مطالعه علم سنجی در زمینه علوم عصبی-روانشناختی انجام شده است. یا پژوهش حاجبی و همکاران [۲۸] که با تشخیص اولویت خودکشی به طراحی سامانه ثبت خودکشی در کشور پرداخته اند. هریک از این پژوهش ها به برخی از عوامل و مشکلات جامعه و با روش های مختلفی پرداخته اند طوری که نگاه آنها بیشتر برطرف کردن اختلالات روانی بوده است و ترجمه استانداردها و برنامه های سازمان جهانی بهداشت 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 سازمان جهانی بهداشت در سیاست های سلامت روان ارائه داده است [۱۳]، مطالعه حاضر، مسائل مهم کشور در زمینه روانی-اجتماعی و راهبردهای پیشنهادی در حوزه تدوین بسته های خدماتی را تحت پوشش قرار داده و می تواند به معاونت بهداشت وزارت بهداشت کمک نماید.

اولین اولویت در نقشه راه خودکشی استخراج شده که در دیگر شاخص های کشور نیز همواره دارای اولویت بوده است. به طوری که در سطح جهانی نیز خودکشی پانزدهمین علت مرگ و حدود ۱/۴ درصد از مرگ ها ناشی از خودکشی است [۲۹]. در بررسی های دیگر، خودکشی، دیگر اعضای خانواده را درگیر می کند و بار بیماری بر عهده آنها نیز خواهد بود و به همین منظور است که در اولویت های نقشه راه نیز قرار گرفته است. راهبردهایی که به دفتر سلامت روان ارائه شده در سه سطح پیشگیری و افکار و اقدام بوده است. به طوری که توصیه

شده تا سند پیشگیری از خودکشی که موجود است به طور کامل اجرا شود، سیستم غربالگری بازبینی شود، محتوای بسته خودکشی بازنگری گردد و سیستم پیگیری افکار خودکشی نیز بازبینی شود.

اختلالات روانی نیز دیگر مساله مهم کشوری تشخیص داده شده است و یکی از مسائل اصلی و مهم بهداشت عمومی در سراسر جهان نیز به شمار می روند. این اختلالات با بار فردی، اجتماعی و اقتصادی عظیمی همراه هستند و حوزه های مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهند [۳۰]، از آن رو در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته اند. ریز مسائلی که قرار است 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 هوشمند به بسته های مرتبط پیشگیری از اختلالات از توصیه ها و راهکارهای اجرایی است که به این دفتر ارائه می گردد. در دیگر نقشه های راه کمتر به کودکان و اختلالات جنسی اشاره شده است که می تواند از نقاط قوت این نقشه مسائل باشد. البته شایان ذکر است که مساله خودکشی و اختلالات روانشناختی نیازمند مسیرهای علمی جداگانه است که در پژوهش های آتی به آن پرداخته می شود و جزو اهداف پژوهش حاضر نبوده است.

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

همین دلیل نیز این مولفه جزو مسائل مهم کشوری در نظر گرفته شده است. در سال های اخیر از جانب فضای مجازی لطمات متعددی به کشور وارد شده است از جمله مسائل اغتشاشات پاییز سال ۱۴۰۱ که یکی از مهمترین مستندات در این زمینه بشمار می رود و عدم وجود آموزش های مناسب در مورد سواد رسانه ای، فرهنگ سازی استفاده از آن و تفکر نقاد، می تواند بسیار خطرناک باشد، لذا مورد توجه قرار دادن این موضوع بسیار با اهمیت است. بسته های پیشنهادی در این زمینه نیز شامل بسته تقویت مهارت های شناخت و تفکر، تولید محتوای رسانه ای با نقش رسانه های ثابت و خاص براساس بسته های تقویت مهارت های تفکر می باشد.

موضوع کلیدی بعدی استخراج شده هویت یابی روانشناختی است که مسائل آن شامل هویت جنسیتی، هدف محوری، معنای زندگی، هویت اجتماعی جهانی و تمدنی در زنان و دختران جوان و نوجوان، توسعه فردی، رشد و تعالی افراد، توانمندسازی در برنامه ریزی چندبعدی و همه جانبه، تقویت خود، خودشکوفایی، خودآگاهی، خودشناسی، مدیریت خود، مدیریت اولویت ها در نوجوانی، خودشناسی با محوریت نیازهای کاذب، حقیقی و واقعی، شناسایی توانمندی های فردی و جمعی و فعال سازی آنها و استعدادیابی و جهت دهی شناسایی شد. سال ها است که پژوهش های معنای زندگی و هدفمندی در جهان مورد اقبال پژوهشگران قرار گرفته است [۳۸] و نگاه ویژه ای به آن شده است، در ایران این موضوع به هدفمندی در زندگی توصیه می کند [۳۹]، اما از نظر مسئولین سلامت کشور کم اهمیت به نظر می رسد. با توجه به این تاکیدات در این مطالعه یکی از با اهمیت ترین مسائل شناسایی شده و کارشناسان جملگی بر آن تاکید داشتند، تمرکز بر خود تشخیص نقاط قوت و ضعف نیز دیگر مسائل مهم تشخیص داده شده است. توصیه های پیشنهادی نیز شامل، بسته هویت یابی سالم، مهارت های مرتبط با شناخت و تقویت خود، ارائه و معرفی الگوهای مناسب معاصر و الگوهای تاریخی، فعال سازی مشارکت و نقش پذیری موثر اجتماعی با هدف ارتقای هویت سالم می باشد.

مساله مهم دیگری که کارشناسان به اشاره کرده اند مشکلات مربوط به خانواده، خانواده سالم، منسجم و متعالی

دارد. سبک زندگی اسلامی نیز یکی از سبک های زندگی است که مبنای نوع معاشرت و زیست خانوادگی مسلمانان است و ریشه در جهان بینی و ایدئولوژی توحیدی و قرآنی و اهل بیتی (ع) دارد [۳۲]. از آن جایی که رفاه و سلامت از یک جهان بینی کل نگر ناشی می شود بر تعادل بین سنت، فرهنگ، زبان و جامعه فرد تاکید می کند [۳۳] لذا، اولویت های سلامت روانی-اجتماعی نیز بهتر است برخواسته از دل آن جامعه باشد. اخیراً رویکردهایی با ملاحظات فرهنگی نیز قوت گرفته اند که پژوهش های متاآنالیزی اسمیت و همکاران [۳۴] و هوی و پولو [۳۵] از این دست پژوهش ها هستند که نشان می دهند مداخلات سازگار با فرهنگ غالباً مؤثرتر از مداخلات عمومی بودند، در نتیجه لزوم ترویج سبک زندگی اسلامی ضرورت می یابد. مسائل این مولفه، سبک زندگی آرمانی و تمدنی، سبک زندگی جهادی، سبک زندگی بر مبنای قدرت مداری، سبک زندگی مجازی، سبک زندگی و زیست عقیقانه، تمرکز بر خانواده گسترده ذکر کرد. تمامی این مولفه ها از سبک زندگی اسلامی استخراج شده است. کشوری که به خواهد از نظر روانشناختی سالم قلمداد شود، رعایت تمامی این مولفه ها ضروری به نظر می رسد. بسته های آموزشی پیشنهادی نیز شامل بسته سبک زندگی روانی اجتماعی سالم، غربالگری فعال شبکه اجتماعی مراجعین، تقویت شناسایی و ارتباط با پایگاه های اجتماعی مردمی مبتنی بر سبک زندگی ایرانی-اسلامی، تهیه و ترویج سند زیست جنسی سالم بین المللی، تهیه دستورالعمل (پمفلت) ترویج سبک زندگی روانی-اجتماعی سالم برای تولیدات رسانه ای می شود.

نقص عقل و تفکر دیگر مشکلاتی است که جامعه با آن دست و پنجه نرم می کند و کارشناسان این امر به آن اشاره کرده اند. مسئله ها نیز شامل، نیک بینی و خوش بینی، خردورزی، تصمیم گیری، سواد رسانه: توان تفکر فارغ از القانات رسانه ای، فضای مجازی، تقویت تفکر خلاق و تمرکز کمتر بر تنش های اقتصادی می باشد. در سال های اخیر نیز، تعداد فزاینده ای از کشورها در سراسر جهان، به ویژه کشورهای غربی، رشد تفکر انتقادی را در تمام مراحل آموزش در اولویت قرار داده اند [۳۶] و به منظور برآورده شدن خواسته های افراد که دائماً در حال تحول است، آموزش مهارت هایی مانند، حل مسئله، تفکر انتقادی و فرآیندهای تصمیم گیری در اختیار افراد قرار می گیرد [۳۷]. به



است. ریز مسائل آن شامل، غنی سازی مهارت‌های زناشویی، مهارت‌های نقش‌های 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 است. در شاخص‌های استخراجی در سال‌های 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 چندجانبه‌ای به این مساله شده است. کارشناسان بر این امر اتفاق نظر داشتند که خانواده سالم است که جامعه سالم را می‌سازد از آن جهت به خانواده نگاه خاص تری داشتند. راهبردهای پیشنهادی در این باره عبارتند از: بسته مهارت‌های 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 آسیب‌های روانی ناشی از اختلافات زناشویی برای زنان و مردان. پژوهش‌هایی نیز در مورد تاثیر مهارت‌های زناشویی بر کیفیت و رضایت زناشویی انجام شده است [۴۰] و نشانگر آن است که سرمایه‌گذاری در این بخش به خانواده سالم و نهایتاً جامعه سالم کمک خواهد کرد.

مهارت‌های تنظیم هیجان یکی دیگر از مسائل اصلی کشور توسط کارشناسان تشخیص داده شده است. ریزمسائل شامل، تاب‌آوری و سرسختی، خشونت و پرخاشگری تشدید شده، مواجهه با استرس و فشار روانی، شادکامی و شادی، مدیریت غم و سوگ و مدیریت ترس می‌باشد. منظور از تنظیم هیجان مجموعه روش‌هایی است که به موجب آن افراد تلاش می‌کنند تا بر نوع هیجانات خود، زمانی که این هیجانات را تجربه می‌کنند و نحوه تجربه و ابراز هیجانات تأثیر بگذارند [۴۱]. کنترل رفتار نیز آن دسته از روش‌هایی است که فرد سعی می‌کند 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 می‌دهند، بلکه با سازماندهی خود و دیگرانی که با آنها در تعامل هستند، به زندگی نیز معنا می‌بخشند [۴۴]. به علاوه

تنظیم هیجان مفهوم مهمی است که افراد را قادر می‌سازد 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 می‌کند. جهت تنظیم این مسائل توصیه‌های 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 می‌باشد.

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 می‌شود و می‌تواند به عنوان مکانیسم بالقوه برای دستیابی به سلامت روان مثبت عمل کند [۴۵]. امید [۴۶] با چندین عنصر تعریف می‌شوند: الف- ویژگی‌های شخصیتی، ب- سازه‌های شناختی، ج- ارجاع به انتظارات عمومی، د- ارتباط با اهداف شخصی مهم، ه- جهت‌گیری آینده، و- عمل به عنوان عوامل تعیین‌کننده رفتار [۴۷]. امید با مکانیسم‌های متمایزی مطابقت دارد که توسط آن انتظارات رفتار انسان را شکل می‌دهند و نتایج مثبتی را ایجاد می‌کنند [۴۸]. به دلیل اهمیت این موضوع و تحت تأثیر 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، مهارت‌مقابل 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 بهنجاری و ناپهنجاری، 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 می‌باشد. بسته‌های پیشنهادی کارشناسان نیز مقابل با موانع، افزایش و ارتقای هدفمندی، ارتقای مهارت مقابل با موانع، افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، اصلاح ادراک از تجربیات فردی و اجتماعی گذشته، ایجاد آمادگی و ادراک درست از سختی‌ها و کمبودها، افزایش امید به زندگی و موفقیت در جامعه

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 جان 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

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 پیش بینی می کند که براساس میانگین نرخ رشد مفروض طی دهه های 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 دهه های 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

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 های همچون، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما، قوه قضاییه، مساجد و شورای عالی فضای مجازی با وزارت بهداشت می تواند 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 در خصوص 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 می گردد.

### تعارض منافع

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 منافی در طول پژوهش وجود نداشت.

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 نیز 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 استرس های 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 می شود.

### نتیجه گیری

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 در دسترس عموم قرار خواهند گرفت. البته با توجه 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

## 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 inefficiency. *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 (mhGAPiG). 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 Implementation 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. Vancouver: 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*.

- 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. Sgijae 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, Guerny 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, Vratsidis 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.

## 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<sup>1</sup>, Hamed Moslehi<sup>2</sup>, Reyhaneh Fayaz<sup>3\*</sup>, Iman Zaghian<sup>4</sup>

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.