

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که میزان انعطاف‌پذیری

شناختی در افراد افسرده در حداقل ممکن

است؛ مولفه‌ای که توانایی سازگاری ما در

موقعیت‌های تنش‌زا را فراهم می‌آورد.

بنابراین در وضعیت افسردگی، افراد

توانایی‌های کارآمد شناختی خود

را از دست داده و از آنجایی که

انسان دائماً از مکانیسم‌های

جبرانی استفاده می‌کند، درصد

پرکردن جای خالی مکانیسم‌های

روانی مفید خود است. در این

شرایط است که مواد مخدر و الکل

وارد صحنه می‌شوند... مواد مخدر

و الکل به عنوان جایگزین‌هایی برای

مکانیسم‌های روانی سالم افراد افسرده،

مصرف می‌شوند و به تدریج جزئی لاینفک

از ساختار روانی این افراد می‌شوند. مواد مخدر

و الکل در شکل‌گیری ابزارهای روانی ناکارآمد، به

افراد افسرده کمک می‌کنند تا رنج‌های هیجانی خود را فراموش

کنند و بر ناکامی‌های درونی خود، به کمک احساس نشنگی به

دنبال مصرف مواد مخدر افیونی مثل تریاک و هروئین و تجربه

مهارگسیختگی و مستی با مصرف الکل، و تجربه هیجان و خلق

بالا به کمک مواد محرک، غلبه کنند. بنابراین درگیری فرد با

اختلالات مصرف مواد در چرخه‌ای معیوب، سعی در بیرون

آمدن از وضعیت نابسامان خود دارد؛ این درحالی است که این

وضعیت نه تنها بهبودی روان شناختی برای فرد فراهم نکرده بلکه

ناتوانی‌های شناختی و کارکردهای سالم مکانیسم‌های روانی او را

نیز تضعیف می‌کند. از طرفی دیگر، سوء مصرف مواد به خودی

خود نیز، بنابر مطالعات متعدد، فرد را مستعد ابتلا به اختلالات

خلقی از جمله اختلال افسردگی اساسی می‌کند.

در یک مطالعه بزرگ غیرایرانی در خصوص همبودی انواع

اختلالات روانپزشکی (شامل اختلالات خلقی و اضطرابی) و

اختلالات سوء مصرف مواد و الکل، مشخص شد که شیوع تمام





عمر اختلالات روانپزشکی در حدود ۲۲,۵ درصد، شیوع اختلال سوء مصرف الکل در حدود ۱۳,۵ درصد و اختلالات سوء مصرف سایر مواد، ۶,۱ درصد برآورد شده بود و جالب است که حدود یک پنجم از کسانی که در این مطالعه اختلال افسردگی اساسی داشتند، تشخیص همبود اختلال سوء مصرف مواد و یا الکل را نیز داشتند.

اختلال سوء مصرف مواد حتی در میان افراد با تشخیص اختلالات خلقی دوقطبی شایع تر نیز هست، به طوری که مطالعات زیادی نشان داده‌اند که شیوع اختلالات سوء مصرف مواد و الکل در میان مبتلایان به اختلالات خلقی دوقطبی، تا ۵۰ درصد نیز شیوع داشته است.

در هر دو روی سکه‌ای که ذکرشان رفت، باید در برنامه ریزی درمانی برای چنین بیمارانی، مداخلات روانشناختی در کنار دارودرمانی بسیار پررنگ باشند. پس فرآیند درمان بیمار مبتلا به هر دو اختلال افسردگی اساسی و سوء مصرف مواد یا الکل، نیازمند تعاملی تنگاتنگی بین پزشک، روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک آموزش دیده در حوزه اعتیاد است. همچنین

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که به طور کلی، همبودی این دو اختلال، روند درمانی بیمار را ممکن است به نوعی معکوس نماید، به این صورت که برطرف نمودن یکی از این دو اختلال، می‌تواند خودبه‌خود تسهیل‌گر بهبود شرایط بالینی بیمار باشد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که باید در بیماران افسرده، از سوء مصرف مواد پرسش نمود و از طرفی در درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد، به درمان افسردگی نیز توجه نمود.

باید در بیماران افسرده، از سوء مصرف مواد پرسش نمود و از طرفی در درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد، به درمان افسردگی نیز توجه نمود



در وضعیت افسردگی، افراد توانایی‌های کارآمد شناختی خود را از دست داده و از آنجایی که انسان دائماً از مکانیسم‌های جبرانی استفاده می‌کند، درصدد پرکردن جای خالی مکانیسم‌های روانی مفید خود است. در این شرایط است که مواد مخدر و الکل وارد صحنه می‌شوند... مواد مخدر و الکل به عنوان جایگزین‌هایی برای مکانیسم‌های روانی سالم افراد افسرده، مصرف می‌شوند و به تدریج جزئی لاینفک از ساختار روانی این افراد می‌شوند.

درمان افسردگی و پیشگیری از اقدام به خودکشی

دکتر مریم عباسی نژاد
کارشناس سلامت روان

معصومه قاسم زاده
کارشناس سلامت روان

تعریف مساله

خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی مثل مشکلات مالی، مشکلات اجتماعی، ناامیدی اجتماعی، ناپایداری شغلی و حتی نارضایتی عمومی صرفاً می‌توانند مثل جرقه‌ای در انبار کاه عمل کرده و موجب کاهش شدید خلق و تقویت این افکار در فرد افسرده شوند. در سبب شناسی خودکشی، اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده‌های بعدی، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره‌های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند. در واقع در همه موارد، به دلایل مختلفی، فردی که اقدام به خودکشی می‌نماید در مدیریت هیجانات خود ضعف دارد و مکانیسم‌های سازگاری مناسبی برای تطابق با استرس‌های وارد شده را ندارد. این که یک فرد خودش بخواهد به زندگی خودش پایان بدهد، نشان دهنده این است که فرد مهارت‌های سازگاری مناسبی با محیط اطراف خود را ندارد و یا به علت بروز افسردگی شدید موقتاً از دست داده است و در جهت رفع درد و رنج و یا کاهش اضطراب کارهایی را انجام می‌دهد که راهگشا نیستند. همچنین فردی که اعتیاد به مواد مخدر دارد، ممکن است در فواصل

حتی یک مورد خودکشی هم در نظام سلامت زیاد است، و ما باید با این رویکرد در حوزه سلامت کار کنیم.



آمارها نشان می‌دهند که اغلب کسانی که دست به خودکشی زده اند، اغلب در فاصله یک ماه قبل از آن به یک دلیل دیگری به یک پزشک مراجعه کرده بودند.

بین مصرف مواد، ولع و بیقراری شدیدی برای تأمین ماده مورد مصرف دارد، که ممکن است فرد را به قدری دچار تنش کند که به صورت تکانشی درست به خودکشی بزند، و یا اینکه در اثر سوء مصرف مواد، دچار اختلال افسردگی شده باشد.

آمار مربوط به اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن

آمار اختلالات روانپزشکی در کشور ما (مثل اختلال افسردگی اساسی) مشابه آمار جهانی است، یعنی به صورت تخمینی می‌توان گفت که بین ۸ تا ۱۲ درصد افراد در طول زندگی شان به یکی از انواع افسردگی مبتلا خواهند شد. اما در کنار این تشابه در شیوع افسردگی، میزان خودکشی منجر به فوت در کشور ما بسیار کمتر از میانگین جهانی است. بر طبق آخرین آمار ثبت شده در سامانه ثبت اطلاعات مربوط به اقدام و فوت ناشی از خودکشی تحت نظر دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، که

هرگونه نشانه‌ای در کلام و رفتار فرد
یا هرگونه تهدید به خودکشی باید
جدی گرفته شود

آمار ثبت شده توسط بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین شبکه بهداشتی و درمانی کشور را شامل می‌شود، در سال ۱۳۹۴، ۳،۲۷،۱۳۹۴ نفر در هر صد هزار نفر فوت ناشی از خودکشی، ثبت شده بوده است. این آمار با آمار ارائه شده از سوی پزشکی قانونی معمولاً تجمیع می‌گردد و در مجموع طبق آمار رسمی، ۵،۱ نفر فوت در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۹۴ به ثبت رسیده است. با وجود اینکه این آمار از میانگین جهانی کمتر است، اما این بدان معنی نیست که می‌توان از آن غفلت کرد، چرا که حتی یک مورد خودکشی هم در نظام سلامت زیاد است، و ما باید با این رویکرد در حوزه سلامت کار کنیم.

آمار اقدام به خودکشی در سال ۱۳۹۴، حدود ۱۰۵ نفر در صد هزار نفر بوده است. آمارها نشان می‌دهند که با اینکه اغلب بین ۳ تا ۱۰ درصد موارد اقدام به خودکشی منجر به فوت می‌شوند، اما مراقبت و پیگیری موارد اقدام به خودکشی اهمیت زیادی دارد، زیرا بین ۳۰ تا ۶۰ درصد افرادی که به علت خودکشی فوت می‌کنند، سابقه اقدام به خودکشی را داشته‌اند. ما می‌دانیم که متأسفانه به دلیل انگ اجتماعی پیرامون خودکشی، ممکن است بسیاری از موارد اقدام به خودکشی ثبت نگردند. یکی از دلایل این موضوع هم این است که سازمان‌های بیمه گر، فقط در



صورتی موظف به پرداخت هزینه‌های بیمارستانی بیماران اقدام کننده به خودکشی هستند که پزشک، تشخیص خودکشی به علت بیماری روانپزشکی را در پرونده بیمار درج کرده باشد. در مواردی که پزشک تشخیص را ننوشته باشد و یا اینکه همراه بیمار از پزشک درخواست کرده باشد که اقدام به خودکشی و تشخیص روانپزشکی را در پرونده بیمار ننویسد، ممکن است این موارد در نهایت ثبت نگردند.

در حال حاضر، بیشترین آمار مربوط به اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است. در بین تعداد کمتری از افراد ۳۵ تا ۴۵ ساله‌ای که اقدام به خودکشی کرده اند، نسبت آنهایی که جان خود را متاسفانه از دست می‌دهند بیشتر است. خودکشی در افراد بیکار بیشتر است. در افراد نوجوان و جوان، بدتنظیمی خلق و رفتارهای تکانشی بیشتر است و همین امر سبب می‌شود که آمار اقدام به آسیب به خود و اقدام به خودکشی نیز در آنها بیشتر باشد.

برنامه ملی پیشگیری از خودکشی و نظام ثبت خودکشی

برنامه پیشگیری از خودکشی در ایران در سال ۱۳۷۹ با راهبرد تشخیص و درمان افسردگی در چهار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران، کرمانشاه، و ایلام شروع شد و در سال ۱۳۸۰، شهرهای کوهدشت، و خرم‌آباد نیز وارد برنامه شدند و نهایتاً در سال ۱۳۸۶، برنامه ملی پیشگیری از اقدام به خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ادغام شد.

هدف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی، کاهش میزان بروز اقدام و فوت ناشی از خودکشی در جمعیت تحت پوشش برنامه است. اهداف اختصاصی برنامه پیشگیری از خودکشی عبارتند از ارتقاء سطح آگاهی پرسنل بهداشتی در مورد مدیریت، مراقبت و پیگیری موارد اقدام کننده به خودکشی، ارتقاء سطح آگاهی مدیران، معلمان و مشاورین مدارس در مورد خودکشی و مدیریت موارد آن، ایجاد نگرش صحیح و ارتقاء سطح آگاهی جامعه، ارتقاء کیفیت نظام ثبت داده‌های مربوط به خودکشی، ارائه خدمات

این که یک فرد خودش بخواهد به زندگی خودش پایان بدهد، نشان دهنده این است که فرد مهارت‌های سازگاری مناسبی با محیط اطراف خود را ندارد و یا به علت بروز افسردگی شدید موقتاً از دست داده است و در جهت رفع درد و رنج و یا کاهش اضطراب کارهایی را انجام می‌دهد که راهگشا نیستند.



پیشگیری از خودکشی در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی، کاهش میزان دسترسی به ابزارهای مورد استفاده در خودکشی، بهبود و اصلاح نحوه گزارش خودکشی در رسانه‌ها، و تقویت ساختار نظارتی بر اجرای برنامه در سطوح مختلف ارائه خدمت.

در این میان، نقش سازمان‌ها و دستگاه‌هایی که نقش حمایت اجتماعی را ایفا می‌کنند، بسیار مهم و حیاتی است و باید به عنوان یک بازوی مهم همکاری بین بخشی در این برنامه به آن جایگاه بخشید.

ثبت آمار مربوط به اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، فرایندی پیچیده و چند سطحی است که نیاز به تعامل پزشکی قانونی، مراکز بهداشتی دولتی،

بیمارستان‌های دولتی و همچنین

بیمارستان‌های بخش خصوصی است و افراد زیادی را در سطوح مختلف درگیر می‌نماید. ارزیابی تدابیر پیشگیرانه خودکشی، اغلب بر اساس آمار موجود در نظام ثبت خودکشی است و تا زمانی که آمار نظام ثبت نشانی از اثربخشی برنامه‌های پیشگیری را نداشته باشد، باید در مورد نحوه اجرای صحیح این برنامه‌ها تردید نمود و به دنبال رفع چالش‌های مربوط به آن بود.

شما چه کاری می‌توانید انجام دهید؟

پیشگیری اولیه، مربوط می‌شود به زمانی که باید از اقدام به خودکشی افراد جلوگیری بشود و افرادی که در معرض ابتلا به

بیماری‌هایی مثل افسردگی قرار دارند، شناسایی شوند و تحت آموزش‌های روانشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی (کنترل خشم، مدیریت استرس، سازگاری، مهارت‌های ارتباطی) قرار گیرند.

در پیشگیری ثانویه، پیگیری فعالانه صورت می‌گیرد و افرادی که قبلاً در شرح حالشان بیان نموده‌اند که افکار و یا برنامه‌های خودکشی دارند، و یا سابقه اقدام به آن را داشته‌اند، خودکشی می‌کنند یا به شکل‌های مختلف قصد انجام آن را داشته‌اند، شناسایی و در سیستم ثبت می‌شوند و البته در این فرایند، وجود حمایت از طرف خانواده بسیار کمک کننده است. همچنین اقدام کنندگان به خودکشی در صورت مراجعه به بیمارستان پس از انجام اقدامات اورژانس و مراقبت‌های پزشکی اولیه، موظف به ارجاع بیمار به بیمارستان‌های دارای خدمات تخصصی روانپزشکی و یا مشاوره با متخصص روانپزشکی بیمارستان قبل از دستور ترخیص بیمار است. در واقع بر طبق قانون، بیمار دارای افکار خودکشی در صورت تشخیص، مگر در صورت عدم رضایت شخصی همراه او به بستری، قابل ترخیص نمی‌باشد.

در حال حاضر، بیشترین آمار مربوط به اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است. در بین تعداد کمتری از افراد ۳۵ تا ۴۵ ساله‌ای که اقدام به خودکشی کرده‌اند، نسبت آنهایی که جان خود را متاسفانه از دست می‌دهند بیشتر است. خودکشی در افراد بیکار بیشتر است. در افراد نوجوان و جوان، بدتنظیمی خلق و رفتارهای تکانشی بیشتر است و همین امر سبب می‌شود که آمار اقدام به آسیب به خود و اقدام به خودکشی نیز در آنها بیشتر باشد.



آمارها نشان می‌دهند که اغلب کسانی که دست به خودکشی زده اند، اغلب در فاصله یک ماه قبل از آن به یک دلیل دیگری به یک پزشک مراجعه کرده بودند، لذا یکی از برنامه‌های جاری دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد این هست که در قالب برنامه سلامت روان جامعه نگر، تعامل با پزشکان عمومی بیشتر شود تا در صورت وجود هر گونه شکی در مورد احتمال آسیب زدن فرد به خود، بیماران به موقع ارجاع شوند. هرگونه نشانه‌ای در کلام و رفتار فرد یا هرگونه تهدید به خودکشی باید جدی گرفته شود و فرد باید در اسرع وقت به پزشک عمومی یا روانپزشک ارجاع داده شود، و از شروع مشاوره و روان درمانی برای این افراد بدون ویزیت و غربالگری توسط پزشک باید به جد اجتناب نمود.

مهمترین کاری که می‌توان برای دانش آموزشی که با اختلالات روانپزشکی شایع و یا افکار خودکشی مراجعه می‌کنند انجام داد این است که به آنها مهارت‌های زندگی و خود مراقبتی را بیاموزیم و به خانواده‌های نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و خصلت‌های تکانشی بیشتر، مهارت‌های فرزندپروری بیاموزیم تا بتوانند تعامل سازنده و غیر تخریب کننده‌ای با نوجوان خود داشته باشند.

نقش رسانه‌ها

گاهی خودکشی‌ها در نوجوانان به صورت تقلیدی و به دنبال پخش اخبار توام با شور و هیجان و دراماتیزه کردن اخبار مربوط به خودکشی‌های خاص، بدون بررسی سبب شناسی آنها رخ می‌دهد. در خصوص انتشار اخبار و عکس‌های منتشر شده از فرد متوفی و قهرمانانه جلوه دادن اقدامش در پایان دادن به زندگی اش، و احیانا او را قربانی اجتماع نشان دادن، در پی این اقدامات غلط رسانه‌های گروهی، نوجوان و یا جوان به اشتباه تصور خواهد کرد، پایان دادن به زندگی، عاقبت طبیعی یک فرد تحت فشار اجتماعی است و خودکشی رفتاری مورد تشویق رسانه‌ها و سبب شهرت او خواهد شد. اگر رسانه‌ها به دراماتیک کردن قصه افرادی که خودکشی

آنچه که به مردم جامعه امروزی ایران کمک می‌کند این است که به دنبال شنیدن اخبار مربوط به خودکشی در ملایم، رسانه‌ها در یک اقدام هم‌گام با یکدیگر، مخاطبان را به توجه بیشتر به امر پیشگیری در سلامت روان توجه دهند و در جهت ارتقاء سطح سواد سلامت مردم بکوشند تا نهادهای ارائه کننده خدمت در این خصوص نیز بتوانند خدمت خود را به دست خدمت گیرندگان نیازمند برسانند.

کرده‌اند بپردازند، نه تنها کمکی به کاهش آمار خودکشی نمی‌کنند، بلکه ممکن است در مواردی، موجب افزایش پدیده خودکشی‌های تقلیدی به خصوص در نوجوانان نیز بشوند. آنچه که به مردم جامعه امروزی ایران کمک می‌کند این است که به دنبال شنیدن اخبار مربوط به خودکشی در ملا عام، رسانه‌ها در یک اقدام هم گام با یکدیگر، مخاطبان را به توجه بیشتر به امر پیشگیری در سلامت روان توجه دهند و در جهت ارتقاء سطح سواد سلامت مردم بکوشند تا نهادهای ارائه‌کننده خدمت در این خصوص نیز بتوانند خدمت خود را به دست خدمت‌گیرندگان نیازمند برسانند.

با همه این تفاسیر، وزارت بهداشت به تنهایی نمی‌تواند در کاهش میزان خودکشی موفق باشد، چون شواهد علمی موجود در داخل و خارج از کشور بیانگر این واقعیت هستند که عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی بر این پدیده تاثیر مستقیم و غیرمستقیم دارند و برای کنترل آن، نیاز به همفکری و همکاری همه دستگاه‌های متولی در این خصوص وجود دارد.



گسترش خدمات تخصصی روانپزشک در طرح تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

شهناز حسینی
کارشناس سلامت روان

با توجه به بار بالای اختلالات روانپزشکی، بدون شک ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات درمانی بستری و تخصصی نیز در کنار گسترش خدمات پایه بهداشتی در حوزه سلامت روان از اهمیت بسزایی برخوردار است. بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تا سال ۱۳۹۴، ۶۰۵۴ تخت روانپزشکی در مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور فعال بودند. این تعداد تخت با احتساب ۱۱۳۰ تخت بیمارستان روانپزشکی رازی در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، که تعداد قابل توجهی از آن صرفاً برای نگهداری بیماران مزمن روانپزشکی استفاده می‌گردد، به ۷۱۸۴ تخت می‌رسید. از این تعداد، ۵۸۹۹ تخت (حدود ۸۲٪) تخت در بیمارستان‌های تک‌تخصصی و ۱۲۸۵ تخت (حدود ۱۸٪) در بیمارستان‌های عمومی بودند. علاوه بر این، ۱۱۴ تخت در بیمارستان‌های روانپزشکی خیریه، شرکت نفت، و نیروی انتظامی، ۵۵۷ تخت در بیمارستان‌های روانپزشکی متعلق به بنیاد شهید، و ۱۴۳ تخت هم در بیمارستان‌های روانپزشکی سایر ارگان‌ها (دانشگاه آزاد، تامین اجتماعی و سازمان زندان‌ها) قرار داشت. در مجموع ۷۱۸۴ تخت دانشگاهی و ۱۴۴۰ تخت غیردانشگاهی وجود داشت که جمع آن ۸۶۲۴ تخت می‌شد. در بهترین شرایط اگر همه این تخت‌های روانپزشکی هم به طور فعال به بیماران روانپزشکی

ارائه خدمت می نمودند، میزان کمبود تخت روانپزشکی بر اساس نظام سطح بندی خدمات، تا پایان سال ۱۳۹۳، ۲۵۵۴ تخت می بود. همچنین، بسیاری از تجهیزات و فضای فیزیکی و منابع انسانی مراکز روانپزشکی نیز از کیفیت و استاندارد لازم برخوردار نبودند. در چنین شرایطی بود که اجرای برنامه استانداردسازی و گسترش خدمات تخصصی روانپزشکی در وزارت بهداشت آغاز گشت. از اهداف مهم برنامه، ارتقاء ظرفیت بستری تخت های روانپزشکی در بیمارستان های عمومی، بهره مندی و دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت روان، و استانداردسازی بخش ها و اورژانس های روانپزشکی با هدف بهبود کیفیت ارائه خدمات بستری به مردم است.

در آغاز اجرای این برنامه، در ابتدا نیاز سنجی و اولویت سنجی در خصوص مناطق حائز اهمیت صورت گرفت و بازدیدهای کارشناسی جهت اجرایی شدن روند ایجاد تخت ها و توسعه بخش های روانپزشکی مطابق استانداردها صورت گرفت و با تخصیص اعتبار از سوی وزارت بهداشت، و همت معاونت های درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور، در طی ۱۸ ماه گذشته، در مجموع حدود ۱۲۰۰ تخت روانپزشکی جدید در بیمارستان های عمومی دولتی، از طریق احداث و یا تغییر کاربری ایجاد و با افتتاح رسمی توسط وزیر بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی در دی ماه ۱۳۹۵، مورد بهره برداری قرار گرفت.

اهم دستاوردهای این برنامه عبارتند از کاهش زمان دسترسی مردم برای دریافت خدمات روانپزشکی، کاهش پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات روانپزشکی با توجه به سهولت دسترسی در شهر محل اقامت، ارتقاء ظرفیت بستری خدمات روانپزشکی، تاثیر روانشناختی در دسترس بودن اعضای خانواده های آنان بیماران روانپزشکی در روند بهبود درمان بیمار، کاهش زمان انتظار بیماران و خانواده های آنان جهت دریافت خدمات بستری روانپزشکی، پیشگیری از تمرکز گرایی، و ایجاد احساس امنیت برای بیماران و خانواده های آنان از دریافت خدمات روانپزشکی به دلیل امکان دریافت خدمت در شهر محل سکونت.



1. Regier, Narrow, et al. Estimating the prevalence of mental disorders in U.S. adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. Public Health Rep. 1992 Nov-Dec; 107(6): 663-668.
2. Bijl and Ravelli ,Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study., Am J Public Health. 2000 April; 90(4): 602-607.
3. Andrade, Caraveo-Anduaga, et al , Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ. 2000; 78(4): 413-426.
4. Demyttenaere, Bruffaerts et al, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, World Psychiatry. 2007 Oct; 6(3): 168-176WHO, 2001
5. World Health Organization, 2005, Global Burden of Disease
6. Murray, C.J. and Lopez, A.D. (1997) Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet, 349, 1269-1276.
7. Naghavi, Abolhassani, et al., The burden of disease and injury in Iran 2003, Popul Health Metr., 2009; 7: 9.
8. Wang, Lane, et al., Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys Lancet. 2007 September 8; 370(9590, 370(9590): 841-850
9. پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۹۰-۱۳۸۹)
10. نظام ثبت خودکشی اداره سلامت روان وزارت بهداشت، سال ۱۳۹۵
11. World Health Organization, 2017
12. Content source: Centers for Disease Control and Prevention, Program Performance and Evaluation Office /U.S. Department of Health & Human Services (<http://www.who.int>)
13. بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲. نقوی م، ابوالحسینی ف، پورملک ف، جعفری ن و همکاران. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ ۱۳۸۷، دوره ۴
14. انجمن روانپزشکان آمریکا (۲۰۱۳). ملاک‌های تشخیصی DSM-۵ . ترجمه : احدیان فرد، پانته آ؛ میزایی گرکانی، محسن و شعبانی، امیر. انتشارات ابن سینا. بهمن ۱۳۹۴.

۱۵. عزیزی، فریدون. پیش بینی مرگ و میرو بار بیماری‌ها در ایران و جهان. مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی. دوره ۳۳. شماره ۴. زمستان ۱۳۸۷. صفحات ۲۵۹ تا ۲۶۰

۱۶. توکلی فرد، مهنوش؛ حاتمی، حسین و بختیاری، مریم. بررسی مقایسه‌ی افسردگی در نوجوانان دارای والد مصرف کننده مواد و غیر مصرف کننده. مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی. دوره ۴. شماره ۲۰. اردیبهشت ۹۵. صفحات ۶۲ تا ۶۷

۱۷. نقوی، محسن؛ ابوالحسنی، فرید و پور ملکف فرشاد و همکاران. بار بیماری و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۸۷. دوره ۴. شماره ۱. صفحات ۱-۱۹

۱۸. سجادی، حمیرا. محققى کمال، سید حسین. وامقى، مروثه. فروزان، آمنه ستاره. رفیعی، حسن. نصرت آبادی، مهدی. مرور نظام مند مطالعات مرتبط با میزان شیوع و عوامل موثر بر افسردگی و مداخلات درمانی آن در سالمندان ایرانی. مجله سالمند ایرانی. سال هفتم. شماره بیست و هفتم. زمستان ۱۳۹۱. صفحه ۷ تا ۱۵

19. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ 2005;83:171-7.

20. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med, 9,90.

21. Roche AM1, Pidd K1, Fischer JA1, Lee N1, Scarfe A1, Kostadinov V. Men, Work, and Mental Health: A Systematic Review of Depression in Male-dominated Industries and Occupations. Saf Health Work. 2016 Dec;7(4):268-283. Epub 2016 Apr 29.

22. Hammen CL. Children of depressed parents. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. Handbook of depression. 2nd Guilford Press; New York: 2009. pp. 275-297.

23. Joormann J, Eugene F, Gotlib IH. Parental depression: Impact on offspring and mechanisms underlying transmission of risk. In: Nolen-Hoeksema S, editor. Handbook of adolescent depression. Guilford Press; New York: 2008.

24. Ahmad F, Shakya Y, Ginsburg L, Lou W, Ng PT, Rashid M, Ferrari M, Ledwos C, McKenzie K. Burden of common mental disorders in a community health centre sample. Can Fam Physician. 2016 Dec;62(12):e758-e766.

۲۵. دکتر ارسیا تقوا (۱۳۹۴) انجام بررسی موقعیتی، نیازسنجی، توسعه و بسط برنامه ملی عملیاتی، نظارت و ارزیابی بر چارچوب و راهنمای عملی برای مبارزه با انگ

بیماری روانی در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۲۶. دکتر آفرین رحیمی موقر و همکاران ۱۳۸۹-۱۳۹۰ پیمایش ملی سلامت روان معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

27. Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3)
28. Grav S, Hellzèn O, Romild U, Stordal E. *J Clin Nurs*. 2012 Jan;21(1-2):111-20.
29. Geneviève Gariépy, Helena Honkaniemi, Amélie Quesnel-Vallée
30. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries, *The British Journal of Psychiatry* Oct 2016, 209 (4) 284-293; DOI: 10.1192/bjp.bp.115.169094

۳۱. مطالعه ملی مقیاس سلامت اجتماعی ایرانیان، وزارت بهداشت ۱۳۹۳

32. Jaffee, W. B., Griffin, M. L., Gallop, R., Meade, C. S., Graff, F., Bender, R. E., & Weiss, R. D. (2009). Depression precipitated by alcohol use in patients with co-occurring bipolar and substance use disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(2), 171-176.
33. Quello, S. B., Brady, K. T., & Sonne, S. C. (2005). Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives*, 3(1), 13.
34. Luoma, J., Drake, C. E., Kohlenberg, B. S., & Hayes, S. C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Research & Theory*, 19(1), 3-13.
35. Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 208.