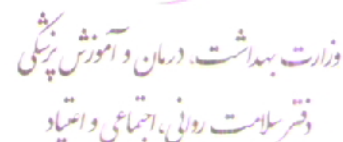


توزیع جغرافیائی اختلالات روانی، اجتماعی و اعتیاد ۱۳۸۶: نسخہ سلامت روان



توزیع جغرافیایی اختلالات روانی، اجتماعی و اعتیاد ۱۳۸۶: نسخه سلامت روان	معاون:
دکتر احمد حاجی: روان‌پزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران	مؤسسان:
دکتر احمد رضا شمشیری: اپیدمیولوژیست، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران	
شبنام باشتی: روان‌شناس، کارشناس اداره سلامت روان	
دکتر مسعود احمدزاد اصل: دستیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران	
دکتر محمدباقر صابری زفرقندی: روان‌پزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران	
دکتر مرتضی ناصر بخت: متخصص پزشکی اجتماعی، مؤسسه سلامت پژوهان نیکان	
دکتر عباسعلی ناصحی: روان‌پزشک، مشاور معاون بهداشتی در سلامت روان و قائم‌مقام معاون درمان	همکاران:
دکتر علی نیک‌فرجام: پزشک، قائم‌مقام دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	
دکتر مهدیه وارث وزیریان: روان‌پزشک، کارشناس اداره سلامت روان	
معصومه افسری: روان‌شناس، کارشناس اداره سلامت روان	
انتشارات سپیدبرگ	ناشر:
جلد ۱۰۰۰	تیراژ:
اول - زمستان ۱۳۹۰	نوبت چاپ:
۱۹۴۰۰ تومان	قیمت:
۱۲۸	لایه‌نگاری:
۱۲۸	چاپ:
غزل	صحافی:
ISBN: 978-964-7416-72-6	شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۷۴۱۶-۷۲-۶
کلیه حقوق برای دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محفوظ است.	

۹	مقدمه
۱۵	موقعیت محدوده‌های تحت نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
۱۶	کل جمعیت تحت پوشش
۱۷	جمعیت تحت پوشش شهری
۱۸	جمعیت تحت پوشش روستایی
۱۹	نسبت جمعیت تحت پوشش به کل جمعیت
۲۰	نسبت جمعیت شهری تحت پوشش به جمعیت شهری
۲۱	نسبت جمعیت روستایی تحت پوشش به کل جمعیت روستایی
۲۲	رابطه تناسب پوشش جمعیت شهری و روستای نسبت به درصد جمعیت شهری و روستایی
۲۳	تعداد خانه‌های بهداشت تحت پوشش
۲۴	نسبت خانه‌های بهداشت تحت پوشش به کل خانه‌های بهداشت
۲۵	نسبت خانه‌های بهداشت تحت پوشش به یک‌هزار نفر جمعیت روستایی
۲۶	نسبت خانه‌های بهداشت تحت پوشش به یک‌هزار نفر جمعیت روستایی تحت پوشش
۲۷	تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش
۲۸	نسبت مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش به کل مراکز شهری
۲۹	نسبت مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش به یک‌هزار نفر جمعیت شهری
۳۰	نسبت مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش به یک‌هزار نفر جمعیت شهری تحت پوشش
۳۱	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش

- ۳۲.....نسبت مراکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش به کل مراکز روستایی
- ۳۳.....نسبت مراکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش به یک‌هزار نفر جمعیت روستایی
- ۳۴.....نسبت مراکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش به یک‌هزار نفر جمعیت روستایی تحت پوشش
- ۳۵.....تعداد پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش
- ۳۶.....نسبت پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش به کل پایگاه‌ها
- ۳۷.....نسبت پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش به یک‌هزار نفر جمعیت شهری
- ۳۸.....نسبت پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش به یک‌هزار نفر جمعیت شهری تحت پوشش
- ۳۹.....تعداد بهورزان آموزش دیده
- ۴۰.....نسبت بهورزان آموزش دیده به کل بهورزان
- ۴۱.....نسبت بهورزان آموزش دیده به یک‌هزار نفر جمعیت روستایی
- ۴۲.....نسبت بهورزان آموزش دیده به یک‌هزار نفر جمعیت روستایی تحت پوشش
- ۴۳.....تعداد کاردانان آموزش دیده
- ۴۴.....نسبت کاردانان آموزش دیده به کل کاردانان
- ۴۵.....نسبت کاردانان آموزش دیده به یک‌هزار نفر جمعیت
- ۴۶.....نسبت کاردانان آموزش دیده به یک‌هزار نفر جمعیت کل تحت پوشش
- ۴۷.....تعداد پزشکان عمومی دوره دیده
- ۴۸.....نسبت پزشکان عمومی دوره دیده به کل پزشکان عمومی
- ۴۹.....نسبت پزشکان عمومی دوره دیده به یک‌هزار نفر جمعیت
- ۵۰.....نسبت پزشکان عمومی دوره دیده به یک‌هزار نفر جمعیت کل تحت پوشش
- ۵۱.....تعداد رابطین آموزش دیده

۵۲.....	نسبت رابطین آموزش دیده به کل رابطین.....
۵۳.....	نسبت رابطین آموزش دیده به یک‌هزار نفر جمعیت.....
۵۴.....	نسبت رابطین آموزش دیده به یک‌هزار نفر جمعیت کل تحت پوشش.....
۵۵.....	تعداد کل بیماران شدید روانی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی.....
۵۶.....	نسبت کل بیماران شدید روانی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی به کل جمعیت روستایی.....
۵۷.....	نسبت کل بیماران شدید روانی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی به جمعیت تحت پوشش روستایی.....
۵۸.....	تعداد کل بیماران خفیف روانی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی.....
۵۹.....	نسبت کل بیماران خفیف روانی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی به جمعیت تحت پوشش روستایی.....
۶۰.....	تعداد کل بیماران صرعی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی.....
۶۱.....	نسبت کل بیماران صرعی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی به جمعیت تحت پوشش روستایی.....
۶۲.....	تعداد کل موارد عقب‌ماندگی ذهنی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی.....
۶۳.....	نسبت کل موارد عقب‌ماندگی ذهنی تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی به جمعیت تحت پوشش روستایی.....
۶۴.....	تعداد کل سایر موارد بیماری‌های تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی.....
۶۵.....	نسبت کل سایر موارد بیماری‌های تحت پوشش برنامه در مناطق روستایی به جمعیت تحت پوشش روستایی.....
۶۶.....	تعداد کل بیماران شدید روانی تحت پوشش برنامه در مناطق شهری.....
۶۷.....	نسبت کل بیماران شدید روانی تحت پوشش برنامه در مناطق شهری به جمعیت تحت پوشش شهری.....
۶۸.....	تعداد کل بیماران خفیف روانی تحت پوشش برنامه در مناطق شهری.....
۶۹.....	نسبت کل بیماران خفیف روانی تحت پوشش برنامه در مناطق شهری به جمعیت تحت پوشش شهری.....
۷۰.....	تعداد کل بیماران صرعی تحت پوشش برنامه در مناطق شهری.....
۷۱.....	نسبت کل بیماران صرعی تحت پوشش برنامه در مناطق شهری به جمعیت تحت پوشش شهری.....

- ۷۲.....تعداد کل موارد عقب‌ماندگی ذهنی تحت پوشش برنامه در مناطق شهری
- ۷۳.....نسبت کل عقب‌ماندگی ذهنی تحت پوشش برنامه در مناطق شهری به جمعیت تحت پوشش شهری
- ۷۴.....تعداد کل سایر موارد بیماری‌ها تحت پوشش برنامه در مناطق شهری
- ۷۵.....نسبت کل سایر موارد بیماری‌ها تحت پوشش برنامه در مناطق شهری به جمعیت تحت پوشش شهری
- ۷۶.....تعداد کل موارد خودکشی منجر به فوت (مناطق تحت پوشش شهری و روستایی)
- ۷۷.....نسبت موارد خودکشی منجر به فوت در مناطق شهری و روستایی تحت پوشش برنامه به کل جمعیت تحت پوشش (شهری و روستایی)
- ۷۸.....تعداد روان‌پزشکان
- ۷۹.....نسبت روان‌پزشکان به یک‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش
- ۸۰.....تعداد PhD روان‌شناسی بالینی
- ۸۱.....نسبت PhD روان‌شناسی بالینی به یک‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش
- ۸۲.....تعداد فوق‌لیسانس روان‌شناسان بالینی
- ۸۳.....نسبت فوق‌لیسانس روان‌شناسان بالینی به یک‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش
- ۸۴.....تعداد فوق‌لیسانس سایر رشته‌های روان‌شناسی
- ۸۵.....نسبت فوق‌لیسانس سایر رشته‌های روان‌شناسی به یک‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش
- ۸۶.....تعداد PhD سایر رشته‌های روان‌شناسی
- ۸۷.....نسبت PhD سایر رشته‌های روان‌شناسی به یک‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش
- ۸۸.....تعداد روان‌پزشکان اطفال
- ۸۹.....نسبت روان‌پزشکان اطفال به یک‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش
- ۹۰.....تعداد مددکاران اجتماعی
- ۹۱.....نسبت مددکاران اجتماعی به یک‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش

۹۲.....	تعداد روان پرستار.....
۹۳.....	نسبت روان پرستار به یک هزار نفر جمعیت تحت پوشش.....
۹۴.....	تعداد بیمارستان روان پزشکی (اطلاعات ناقص است).....
۹۵.....	تعداد کل تخت های روان پزشکی.....
۹۶.....	نسبت کل تخت های روان پزشکی به یک صد هزار نفر جمعیت کل.....
۹۷.....	نسبت کل تخت های روان پزشکی به یک صد هزار نفر جمعیت تحت پوشش.....
۹۸.....	تعداد تخت های روان پزشکی در بیمارستان تک تخصصی.....
۹۹.....	نسبت تخت های روان پزشکی در بیمارستان تک تخصصی به یک صد هزار نفر جمعیت کل.....
۱۰۰.....	نسبت تخت های روان پزشکی در بیمارستان تک تخصصی به یک صد هزار نفر جمعیت تحت پوشش.....
۱۰۱.....	تعداد بخش های روان پزشکی در بیمارستان های عمومی.....
۱۰۲.....	نسبت بخش های روان پزشکی در بیمارستان های عمومی به یک صد هزار نفر جمعیت کل (شاخص ارزشمندی نیست).....
۱۰۳.....	تعداد تخت های روان پزشکی در بیمارستان های عمومی.....
۱۰۴.....	نسبت تخت های روان پزشکی در بیمارستان های عمومی به یک صد هزار نفر جمعیت کل.....
۱۰۵.....	نسبت تخت های روان پزشکی در بیمارستان های عمومی به یک صد هزار نفر جمعیت تحت پوشش.....
۱۰۶.....	تعداد تخت های اورژانس روان پزشکی.....
۱۰۷.....	نسبت تخت های اورژانس روان پزشکی به یک صد هزار نفر جمعیت کل.....
۱۰۸.....	نسبت تخت های اورژانس روان پزشکی به یک صد هزار نفر جمعیت تحت پوشش.....
۱۰۹.....	تعداد تخت های روان پزشکی اطفال.....
۱۱۰.....	نسبت تخت های روان پزشکی اطفال به یک صد هزار نفر جمعیت کل.....
۱۱۱.....	نسبت تخت های روان پزشکی اطفال به یک صد هزار نفر جمعیت تحت پوشش.....

- ۱۱۲..... تعداد تخت‌های روان‌پزشکی سالمندان
- ۱۱۳..... نسبت تخت‌های روان‌پزشکی سالمندان به یک‌صد هزار نفر جمعیت کل
- ۱۱۴..... نسبت تخت‌های روان‌پزشکی سالمندان به یک‌صد هزار نفر جمعیت تحت پوشش
- ۱۱۵..... بحث و نتیجه‌گیری.....
- ۱۱۷..... منابع و مآخذ:
- ۱۱۸..... پیوست ۱: اطلاعات خام

www.ketab.ir

Iran is located in Middle East with population up to 70 million people. Major depression and anxiety is the most common psychotic disorders in this country and average 21.9% of people volunteer for receiving the specialize care services or consume psychiatric medication. According to WHO report, in the next two decade, the disease pattern will changes throughout the world. Communicable and infectious disease replaced by non-communicable diseases such as psychiatric disorders and will be the main cause of the disabilities and early death. All around the world, there were differences between epidemic statistics data in the studies of psychiatric disease due to varieties in applied devices and instruments, sampling methods, interview techniques and categorize of diagnosis in psychiatrics disease. After the Islamic republic of Iran revolution, there was appropriate improvement on the public health status result from primary care health program. The Health and Care Network developed in far-off regions and has successful influences on the community health. In Iran about 700 psychiatrists has registered and annually approximate 50 new psychiatrist students are studying in this field. In Iran, there are 10.4 psychiatric beds per 100,000 people that this statistics is above the regional statistics (0.8 beds per 100,000 people) and even higher from the European and American countries (3.6 and 9.3 per 100,000 people, respectively). Also there are 56 psychologists in PhD and up to 183 clinical psychologists with master degree.

In Iran, the rule of Fourth Development Plan has special concentrated on mental health and this achievement resulted from previous years works. The aim of this program was 10% reduction of the load of psychotic disorders. Attainment the aims of this plan needs serious deployment of different strategies and resources. At present, the Department of Health, Treatment and Medical Education focuses on mental health by the aim of:

1. Improvement of social mental health
2. Improvement of quality and quantity of psychiatric services (treatment and rehabilitation)
3. Scientific capacitating for providing the major needs of mental health
4. Providing the suitable place for mental health by a series of health's policies and rules

The situation of psychiatric disorders in various societies followed by social development indices. In our country, diversity of different social, cultural and economical indices result in unbalanced distribution of services and also difficulties and diseases. Continues control of available situation could assist

کشور ایران با جمعیتی متجاوز از ۷۰ میلیون نفر در منطقه خاور میانه قرار دارد. افسردگی ماژور و اضطراب جزو شایعترین اختلالات روانی در این کشور بوده و به طور میانگین ۲۱/۹٪ از جمعیت کشور داوطلب دریافت سرویس‌های تخصصی بوده و یا داروهای روان‌پزشکی مصرف می‌نمایند (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در دو دهه آینده، الگوی بیماری‌ها در سراسر جهان با تغییراتی روبرو خواهد شد. بیماری‌های غیر واگیر نظیر بیماری‌های روانی جایگزین بیماری‌های عفونی و مسری شده و در راس علل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار خواهند گرفت (۲). در مطالعه بیماری‌های روانی در نقاط مختلف جهان، به دلیل تفاوت‌هایی که در وسایل بکارگرفته شده، روش‌های نمونه‌گیری، تکنیک‌های مصاحبه و تقسیم‌بندی تشخیص بیماری‌های روانی وجود داشته است، آمارهای همه‌گیری‌شناسی متفاوتی ارائه شده است (۳). بعد از انقلاب جمهوری اسلامی ایران، وضعیت بهداشت عمومی کشور از پیشرفت مناسبی برخوردار بوده است که این مسئله مربوط به برنامه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد (۴-۵). شبکه بهداشت و درمان در دورترین نقاط کشور گسترده شده و تأثیر بسزایی در سلامت جامعه داشته است. در ایران نزدیک به ۷۰۰ متخصص روان‌پزشکی در کل کشور به ثبت رسیده است و سالانه در حدود ۵۰ دانشجوی تخصصی جدید در رشته روان‌پزشکی مشغول به تحصیل می‌شوند (۶-۷). در ایران به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، در حدود ۱۰/۴ تخت روان‌پزشکی وجود دارد که این آمار از آمار منطقه ای (۰/۸) و حتی از آمار کشورهای آمریکا (۳/۶) و اروپا (۹/۳) بالاتر است (۷-۸). همچنین ۵۶ روان‌شناس با مدرک دکتری و بیش از ۱۸۳ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی در کشور حضور دارند (۷).

در ایران توجه خاصی در قانون برنامه چهارم توسعه به بهداشت روان شده و می‌تواند این مسئله را از جمله دستاوردهای سالهای گذشته دانست. در این برنامه کاهش ۱۰٪ از بار اختلالات روانی مدنظر قرار گرفته است. رسیدن به اهداف این برنامه نیازمند به کارگیری جدی راهکارها و منابع مختلف در این راه است. در حال حاضر اهداف برنامه متمرکز بر سلامت روان کشور در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی عبارت است از:

۱. ارتقای سلامت روان جامعه
۲. بهبود کمی و کیفی خدمات روان‌پزشکی (درمان و بازتوانی اختلالات روانی)
۳. ظرفیت‌سازی علمی برای تأمین نیازهای کلان سلامت روان کشور
۴. تأمین جایگاه مناسب سلامت روان در مجموعه سیاست‌ها و قوانین کلان و بهداشتی کشور (۷)

وضعیت اختلالات روانی در جوامع مختلف تابع شاخصهای توسعه اجتماعی آنهاست. در کشور ما تنوع وضعیت شاخصهای گوناگون اقتصادی فرهنگی اجتماعی موجب بروز توزیع نامتوازن خدمات و همچنین مشکلات و بیماری‌ها گشته است. پایش مداوم شرایط موجود می‌تواند به برنامه‌ریزی دقیقتر

to more accurate planning in the field of psychotic disease and addiction that caused by variable and diverse factors.

The most important data resource that available for this purpose are:

- The current record and reporting system for mental health services.
- Researches and methods for collecting the sectional information.

In this collection, the geographical maps and dissipation indices related to services, mental problems and addiction in Iran provided according to separate regions that covered by the Universities of Medical Sciences as a great step toward improvement of controlling the programs.

Geographic information system (GIS) has known applications in industries, planning, geology, geography, mine engineering, natural resource, remote measurement, meteorology, bioenvironmental communications, urbanization and agriculture. There is least data bank that one part of its information do not dependent to location and setting. GIS is set of hardware, software, geographic data and human resource that plan by the aim of acquiring, storing, updating, functioning, analyses and displaying all forms of reference geographical data. This system addition to descriptive information, has possibilities to input the pixel or vector information from different resource of map, aerial and satellite pictures. GPS and map making. This system can perform the required local analysis, processing and questioning. The set of software engineering technology, data engineering and GIS engineering are used in designation and production of this systems for acquiring the above mentioned properties. The first time, in middle of 1960s, USA initiates working with GIS. The aerial pictures, agricultural data, foresting, soil, geology and related maps were used by this system. The first GIS was national Canadian GIS that established the late of 1960s and has been used until now. In Iran the first center that formally used this system was Cartographic Organization. In 1369 (1990), based on Islamic council parliament act, determined for utilizing this system.

In this system the term of Geographic is the situation of data issues according to geographic coordinates. Also the term of Information show that data in GIS for providing the useful knowledge, are organizing not only as maps and colored picture, but also as statistical graphics, tables and variant display responses for practical researches and finally the word of System also demonstrate that GIS made of several connected and dependent segments for different functions.

در زمینه بیماری‌های روانی و اعتیاد که عوامل متنوع و متعددی در ایجاد و گسترش آن دخیل هستند کمک شایانی بنماید.

مهم‌ترین منابع اطلاعاتی موجود بدین منظور عبارتند از:

- نظام ثبت و گزارش دهی جاری خدمات بهداشت روان کشور
- پژوهش‌ها و روش‌های جمع‌آوری اطلاعات مقطعی (۷)

در این مجموعه نقشه جغرافیایی و وضعیت پراکندگی شاخص‌های مربوط به خدمات و مشکلات روان و اعتیاد در ایران به تفکیک مناطق تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان قدمی به سوی بهبود بایش برنامه‌ها ارائه شده است.

نظام اطلاعات جغرافیایی (GIS) کاربردهای شناخته شده‌ای در صنعت نقشه برداری، علوم زمین، جغرافیا، مهندسی معدن، منابع طبیعی، سنجش از دور، هواشناسی، محیط زیست، مخابرات، شهر سازی و کشاورزی دارد. کمتر بانک اطلاعاتی را می‌توان نام برد که حداقل بخشی از اطلاعات آن بگونه‌ای به مکان وابسته نباشد. سیستم‌های اطلاعات جغرافیایی مجموعه‌ای از سخت افزار، نرم افزار داده‌های جغرافیایی و منابع انسانی است که به منظور کسب، ذخیره، به روز رسانی، بکارگیری، تحلیل و نمایش کلیه اشکال اطلاعات مرجع جغرافیایی طراحی می‌شود. علاوه بر اطلاعات توصیفی، امکان ورود اطلاعات پیکسلی و یا برداری به این سامانه از منابع مختلف مانند نقشه، تصاویر هوایی و ماهواره‌ای، GPS، تجهیزات نقشه برداری و غیره وجود دارد. این سامانه امکان انجام تحلیل، پردازش و پرسش و پاسخ‌های مکانی مورد نیاز کاربر را دارد. در این سامانه امکان ارائه نتایج در قالب نقشه، جدول و نمودار وجود دارد. در طراحی و تولید این سیستم‌ها از مجموعه فناوری‌های مهندسی نرم افزار، مهندسی اطلاعات (مدل داده) و مهندسی GIS برای نیل به خصوصیات فوق استفاده می‌شود. کار بر روی سیستم اطلاعات جغرافیایی برای اولین بار در اواسط دهه ۱۹۶۰ در آمریکا آغاز شد. در این سیستم‌ها عکس‌های هوایی، اطلاعات کشاورزی، جنگلداری، خاک، زمین شناسی و نقشه‌های مربوطه مورد استفاده قرار گرفتند (۹). اولین GIS، GIS ملی کانادا است که در اواخر دهه ۱۹۶۰ به وجود آمد و تاکنون مورد استفاده است. در ایران، اولین مرکزی که به طور رسمی استفاده از این سامانه را در کشور آغاز کرد، سازمان نقشه برداری کشور بود که در سال ۱۳۶۹ براساس مصوبه مجلس شورای اسلامی، عهده‌دار طرح بکارگیری این سامانه شد (۲).

در این سیستم واژه Geographic عبارت‌است از موقعیت داده‌ها برحسب مختصات جغرافیایی. همچنین واژه Information نشان می‌دهد که داده‌ها در GIS برای ارائه دانسته‌های مفید، نه تنها به صورت نقشه‌ها و تصاویر رنگی بلکه به صورت گرافیک‌های آماری، جداول و پاسخ‌های نمایشی متنوعی برای جستجوهای عملی سازماندهی می‌شوند و در نهایت واژه System نیز نشان‌دهنده این است که GIS از چندین قسمت متصل و وابسته به یکدیگر برای کارکردهای گوناگون ساخته شده است (۹).