

Mental Health Services for Children and Adolescents in Iran: A Scoping Review

Saraee. Forough¹, Ahmadi. Fatemeh Zahra^{2*}, Gholami. Mahboobeh²

1- Ph.D. Student in Health Care Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Ph.D. Student in Health Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received Date:

2025.10.20

Accepted Date:

2025.11.23

*Corresponding

Author Email:

fatemeezahraahmadi@gmail.com

Abstract

Background and purpose: The prevalence of mental health disorders among children and adolescents is on the rise, exerting profound effects on individual development, academic performance, and social well-being. This study aims to map the current landscape of mental health services for this demographic in Iran, identify existing challenges, and propose strategies to enhance service accessibility and quality.

Methods: This scoping review was conducted in 2025 using the six-stage framework developed by Arksey and O'Malley. A comprehensive search was performed across international databases (Scopus, Web of Science, PubMed) and national databases (MagIran, SID), as well as Google Scholar and relevant organizational websites (e.g., WHO, Ministry of Health and Medical Education). Data were extracted using a narrative approach and analyzed thematically.

Results: Nineteen studies met the inclusion criteria. The review identified a multi-level service delivery system encompassing primary care, specialized care, school-based, community-based, family-based, and national-level interventions. These services utilized diverse modalities, including education, screening, and therapeutic interventions. Key barriers to effective service delivery included structural constraints (e.g., inefficient referral systems, resource scarcity), socio-cultural challenges (e.g., stigma, low public awareness), and human resource shortages (e.g., lack of specialists).

Conclusion: Leveraging the capacities of the primary healthcare network and the educational system, alongside workforce capacity building and public awareness initiatives, is essential for expanding access to and improving the quality of mental health services in Iran.

Keywords: Mental Health, Children, Adolescents, Iran



Copyright©2025 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. 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.

خدمات سلامت روان برای کودکان و نوجوانان در ایران: یک مرور حیطةای

فروغ سرائی^۱، فاطمه زهرا احمدی^{۲*}، محبوبه غلامی^۲

۱- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکترای سیاست گذاری سلامت، گروه مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف: اختلالات سلامت روان در گروه سنی کودکان و نوجوانان روندی صعودی دارد. با توجه به اثرات گسترده این اختلالات در رشد فردی، مسائل آموزشی و تحصیلی کودکان و نوجوانان و تبعات اجتماعی آن، مطالعه حاضر با هدف بررسی خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران، شناسایی چالش‌ها و ارائه راهکارها جهت بهبود دسترسی و کیفیت خدمات انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، یک مطالعه مرور حیطةای بوده که بر اساس چارچوب ۶ مرحله‌ای آرکسی و اوامالی در سال ۱۴۰۴ انجام شد. جستجوی گسترده در پایگاه‌های بین‌المللی و داخلی شامل Scopus، Web of Scienses، Pubmed، MagIran، SID، موتور جستجوگر Google Scholar و وبسایت‌های سازمانی و دولتی از جمله سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کلیدواژه‌های مشخص انجام شد. استخراج داده‌های مطالعه نیز با استفاده از رویکرد روایتی و آنالیز موضوعی صورت گرفت.

نتایج: بر اساس مرور ۱۹ مطالعه انجام شده، خدمات و مداخلات سلامت روان برای کودکان و نوجوانان در سطوح مختلفی از جمله مراقبت اولیه، تخصصی، مدرسه‌محور، جامعه‌محور، خانواده‌محور و خدمات ملی ارائه می‌شود. این مداخلات با استفاده از رویکردهای متنوعی مانند آموزش، غربالگری و مداخلات درمانی طراحی شده‌اند. همچنین محدودیت‌های ساختاری (ضعف نظام ارجاع، کمبود منابع)، چالش‌های اجتماعی-فرهنگی (انگ اجتماعی و عدم آگاهی عمومی) و منابع انسانی (کمبود متخصصان) در ارائه این خدمات شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: بهره‌گیری از ظرفیت‌های نظام مراقبت اولیه و آموزش و پرورش، همراه با تقویت آموزش نیروی انسانی و ارتقای آگاهی عمومی، می‌تواند زمینه‌ساز گسترش دسترسی و بهبود کیفیت خدمات سلامت روان در کشور باشد.

کلیدواژه: سلامت روان، کودکان، نوجوانان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۲

* نویسنده مسئول مقاله:

fatemeezahraahmadi@gmail.com

مقدمه

سازمان جهانی سلامت در تعریفی، سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی دانسته و آن را صرفاً به فقدان بیماری یا ناتوانی محدود نمی‌کند. بر اساس این تعریف، سلامتی، مفهومی عمیق و دارای ابعاد گوناگون است. گستره سلامتی، ابعادی از جمله سلامت جسمی، روانی، جنسی، معنوی و اجتماعی را دربر دارد (۱، ۲). سلامت روان به عنوان یکی از وجوه اساسی سلامت، نقشی تعیین‌کننده در تمامی ابعاد زندگی بشر داشته و با بهزیستی و بهره‌وری در سطح فردی و اجتماعی ارتباط متقابل دارد (۳). سلامت روان به معنای توانایی افراد برای واکنش معنادار و قابل انعطاف در مواجهه با تجربیات مختلف زندگی است (۲).

بررسی بار جهانی بیماری‌ها نشان می‌دهد که اختلالات سلامت روان سهم قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهند. بر اساس گزارش‌های مؤسسه ملی سلامت روان، در سطح جهانی از هر هشت نفر، یک نفر با نوعی اختلال روانی زندگی می‌کند (۴). نتایج مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۶ نیز، تعداد افراد مبتلا به اختلالات روان در سراسر دنیا را ۱.۱ میلیارد نفر برآورد کرد (۵). علاوه بر این، در دو دهه اخیر، روند جهانی مشکلات مرتبط با سلامت روان در گروه سنی کودکان و نوجوانان، فزاینده و در حال افزایش است (۶). شواهد حاکی از آن است که نقطه آغاز بیش از ۵۰٪ از اختلالات روان، از سنین کودکی و نوجوانی افراد می‌باشد (۷). سلامت روان کودکان و نوجوانان نه تنها برای رشد فردی آن‌ها حیاتی است، بلکه در رفاه اجتماعی و اقتصادی جوامع نیز نقش مؤثری دارد (۸). با وجود اینکه اختلالات روانی، حدود ۱۵٪ از کل بار بیماری‌ها در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال را تشکیل می‌دهد اما بسیاری از این موارد تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند که ضرورت مداخله زودهنگام در این گروه

سنی را برجسته می‌کند. همچنین طبق گزارش سازمان جهانی سلامت، خودکشی، چهارمین علت مرگ در میان نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله است که این امر بر رسیدگی و توجه بیش از پیش به نیازهای سلامت روانی آن‌ها تأکید دارد (۹).

خشونت، زورگویی، تبعیض، درگیری، آوارگی و فقر از جمله عواملی هستند که خطر آسیب به سلامت روان کودکان و نوجوانان را به دنبال دارند و می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر رشد روانی-اجتماعی و رفاه آن‌ها نیز داشته باشند (۱۰). همچنین، افسردگی، اضطراب و اختلالات رفتاری در این گروه جمعیتی شایع هستند و تأثیر قابل توجهی بر عملکرد روزانه و کیفیت زندگی دارند (۱۱). مداخله زودهنگام و ارائه مراقبت‌های جامع، به طور قابل توجهی سبب بهبود نتایج بلندمدت و کاهش بار اختلالات روانی می‌شود. بر این اساس، سازمان جهانی سلامت و یونیسف به منظور ارتقای سلامت روان و پیشگیری در کودکان و نوجوانان، بر رویکردهای چندبخشی، مبتنی بر شواهد و بر مبنای اصول حقوق بشر تأکید دارند (۱۳ و ۱۲).

تفاوت‌های چشمگیری در میزان در دسترس بودن و کیفیت خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در سراسر جهان به چشم می‌خورد. در این راستا، بسیاری از کشورها با چالش‌هایی نظیر کمبود نیروی انسانی آموزش دیده، محدودیت منابع مالی و تبعیض اجتماعی مواجه هستند (۱۴). علاوه بر این چالش‌ها که در دسترسی کودکان و نوجوانان به خدمات سلامت روان تأثیر می‌گذارند، در مناطقی مانند منطقه مدیترانه شرقی، عوامل دیگری از قبیل درگیری، آوارگی و سیستم سلامت ضعیف، چالش‌های ذکر شده را تشدید می‌کنند (۱۵، ۱۶).

در کشور ایران، مشکلات سلامت روانی و رفتاری در میان کودکان و نوجوانان شیوع قابل توجهی دارد به نحوی که بر

برای شناسایی مطالعات مرتبط، جستجوی گسترده‌ای در پایگاه‌های داده بین‌المللی از جمله PubMed، Web of Science و Scopus و همچنین پایگاه‌های داخلی SID و Magiran انجام شد. همچنین، جستجو در Google Scholar و وب‌سایت‌های سازمانی و دولتی (سازمان بهداشت جهانی^۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یونیسف و شبکه تحقیقات سلامت روان) نیز به منظور اطمینان از پوشش جامع منابع محلی و غیررسمی مرتبط با خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران انجام گرفت. این جستجوها توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل انجام شد و نتایج در جدول استراتژی جستجو و کلیدواژه‌ها (جدول ۱) مستند شدند.

اساس برآوردهای انجام شده، بین ۱۶.۷ تا ۳۶.۴ درصد از کودکان و نوجوانان حداقل از یک مشکل سلامت روان رنج می‌برند (۱۷). اختلالات سلامت روان^۱ در کودکان با نرخ ترک تحصیل و افت تحصیلی ارتباط مستقیم دارد و پیامد این مشکلات را می‌توان در نرخ بالای بزهکاری نوجوانان، خودکشی و سوء مصرف مواد مشاهده کرد (۱۸). بنابراین با توجه به افزایش روزافزون اختلالات سلامت روان در کودکان و نوجوانان، ارزیابی خدمات موجود و شناسایی کاستی‌ها در ارائه این خدمات ضروری است. لذا، این مطالعه با هدف بررسی خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران، شناسایی چالش‌ها و ارائه راهکارها جهت بهبود دسترسی و کیفیت خدمات انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مروری حیطه‌ای بوده که در سال ۱۴۰۴ با هدف بررسی خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران، شناسایی چالش‌ها و ارائه راهکارها جهت بهبود دسترسی و کیفیت خدمات و بر اساس چارچوب ۶ مرحله‌ای آرکسی و اومالی انجام شد. این پژوهش در راستای پاسخ به سؤالات زیر طراحی گردید:

۱. چه خدمات و مداخلات کلیدی سلامت روان در حال حاضر برای کودکان و نوجوانان در کشور ایران موجود است و ویژگی‌های اصلی آن‌ها چیست؟
۲. چه موانع و چالش‌هایی اجرای مؤثر و دسترسی به خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در کشور ایران را محدود می‌کند؟
۳. چه فرصت‌ها و راهبردهایی برای ارتقا و بهبود ارائه خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران وجود دارد؟

² WHO

¹ Mental Health Conditions

جدول ۱ - استراتژی‌های جستجو و کلیدواژه‌ها به تفکیک پایگاه‌های داده

| تعداد نتایج | استراتژی جستجو یا کلیدواژه‌ها | پایگاه داده |
|-------------|---|-----------------|
| ۳۷ | ("mental health services"[Title/Abstract] OR "mental health care"[Title/Abstract] OR "mental health system"[Title/Abstract] OR "mental health provision"[Title/Abstract] OR "mental health support"[Title/Abstract] OR "mental health intervention"[Title/Abstract] OR "psychosocial services"[Title/Abstract] OR "behavioral health services"[Title/Abstract] OR "psychiatric services"[Title/Abstract] OR "mental health treatment"[Title/Abstract] OR "mental health program"[Title/Abstract] OR "community mental health services"[Title/Abstract] OR "mental health facilities"[Title/Abstract]) AND ("children"[Title/Abstract] OR "child"[Title/Abstract] OR "adolescent"[Title/Abstract] OR "adolescents"[Title/Abstract]) AND ("Iran"[Title/Abstract] OR "Islamic Republic of Iran"[Title/Abstract])) AND ("2010"[Date - Publication]: "2025"[Date - Publication]) | PubMed |
| ۵۵ | (TITLE-ABS("mental health services" OR "mental health care" OR "mental health system" OR "mental health provision" OR "mental health support" OR "mental health intervention" OR "psychosocial services" OR "behavioral health services" OR "psychiatric services" OR "mental health treatment" OR "mental health program" OR "community mental health services" OR "mental health facilities")) AND (TITLE-ABS("children" OR "child" OR "adolescent" OR "adolescents")) AND (TITLE-ABS("Iran" OR "Islamic Republic of Iran")) AND (PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2026) | Scopus |
| ۴۰ | (TI=("mental health services" OR "mental health care" OR "mental health system" OR "mental health provision" OR "mental health support" OR "mental health intervention" OR "psychosocial services" OR "behavioral health services" OR "psychiatric services" OR "mental health treatment" OR "mental health program" OR "community mental health services" OR "mental health facilities") OR AB=("mental health services" OR "mental health care" OR "mental health system" OR "mental health provision" OR "mental health support" OR "mental health intervention" OR "psychosocial services" OR "behavioral health services" OR "psychiatric services" OR "mental health treatment" OR "mental health program" OR "community mental health services" OR "mental health facilities")) AND (TI=("children" OR "child" OR "adolescent" OR "adolescents") OR AB=("children" OR "child" OR "adolescent" OR "adolescents")) AND (TI=("Iran" OR "Islamic Republic of Iran") OR AB=("Iran" OR "Islamic Republic of Iran")) AND PY=(2010-2025) | Web of Sciences |
| ۴۱ | خدمات سلامت روان، کودک، نوجوان، کودکان، نوجوانان، سلامت روان، مداخلات سلامت روان، | SID |
| ۴۳ | مراقبت سلامت روان، برنامه‌های سلامت روان | Magiran |

استفاده از نمودار جریان PRISMA مستندسازی شد (شکل ۱). معیارهای ورود به مطالعه شامل پژوهش‌هایی که به برنامه‌ها و مداخلات سلامت روان در جمعیت کودکان و نوجوانان (۱۹-۰ سال) در کشور ایران، موانع اجرای آن‌ها و فرصت‌های بهبود پرداخته‌اند؛ می‌باشد. همچنین، مطالعات کمی، کیفی، یا به روش ترکیبی

فرایند غربال مطالعات و بررسی عناوین، چکیده‌ها و متن کامل مقالات توسط دو پژوهشگر مستقل انجام شد. در این فرایند، در صورت بروز اختلاف نظر، دو پژوهشگر با بحث و تبادل نظر تلاش کردند تا به توافق برسند و در مواردی که توافق حاصل نمی‌شد، تصمیم نهایی توسط پژوهشگر سوم اتخاذ گردید. فرایند انتخاب مطالعات با

تا گزارش سیستماتیک یافته‌ها از مطالعات موجود تا سال ۲۰۲۵ تضمین شود.

یافته‌ها

در این مرور حیطه‌ای، خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت، ۱۹ مطالعه پس از فرایند غربالگری نظام‌مند انتخاب و تحلیل شدند. شکل ۱ (نمودار PRISMA) جریان انتخاب مقالات را نشان می‌دهد. در مجموع، ۲۲۲ مطالعه از طریق جست‌وجو در پایگاه‌های داده و منابع دیگر شناسایی شدند. پس از حذف موارد تکراری و غربالگری عنوان و چکیده مقالات، ۱۱۳ مطالعه برای بررسی متن کامل انتخاب شدند. در نهایت، ۱۹ مطالعه که معیارهای ورود را داشتند، در این مرور گنجانده شدند.

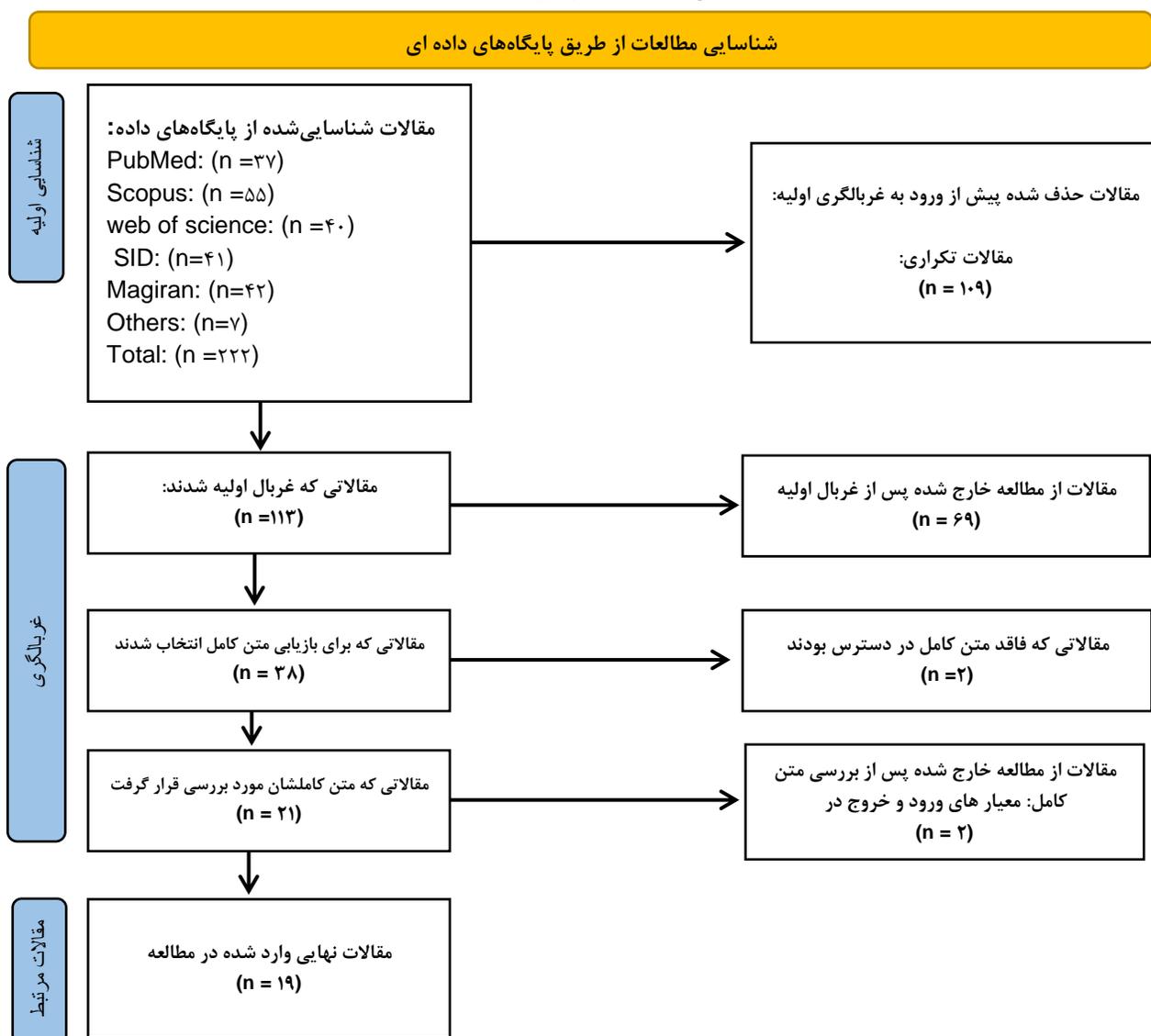
(Mixed Methods)، مرورهای سیستماتیک یا مرورهایی با روش‌شناسی منظم، ادبیات خاکستری^۱ (مانند گزارش‌ها، رساله‌ها) در صورتی که مرتبط و قابل دسترسی و به زبان فارسی یا انگلیسی بودند نیز به مطالعه وارد شدند. از سوی دیگر معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارتند از: ۱. پژوهش‌هایی که صرفاً بر بزرگسالان (بالای ۱۹ سال) تمرکز دارند و داده‌های جداگانه‌ای برای کودکان و نوجوانان (۰-۱۹ سال) ارائه نمی‌کنند؛ ۲. مقالاتی که مرتبط با برنامه‌ها، مداخلات، خدمات سلامت روان، موانع یا فرصت‌های بهبود نبوده و تنها بر شیوع، عوامل خطر یا جنبه‌های اتیولوژیک اختلالات روانی تمرکز دارند و به خدمات یا مداخلات پرداخته نشده باشد؛ ۳. مقالاتی که به خدمات سلامت عمومی می‌پردازند بدون آنکه جزء مشخصی از سلامت روان را شامل شوند؛ ۴. مطالعاتی که در کشوری به جز ایران انجام شده باشد.

اطلاعات کلیدی مطالعات وارد شده از طریق طراحی یک فرم استخراج داده در نرم‌افزار Microsoft Excel به صورت نظام‌مند جمع‌آوری و سازماندهی شد. دو پژوهشگر به طور مستقل داده‌ها را استخراج کردند و هرگونه اختلاف نظر از طریق بحث حل شد.

نتایج مطالعه با استفاده از رویکرد روایتی و در راستای پرسش‌های پژوهش ترکیب و تحلیل موضوعی برای شناسایی الگوها و مضامین تکرارشونده در مطالعات وارد شده به کار برده شد. نتایج بر اساس مضامین کلیدی شامل مداخلات اصلی، موانع اجرای برنامه‌ها و فرصت‌های بهبود و نوآوری سازماندهی شد و به صورت جداول و متن ارائه گردید تا وضوح مطالب تضمین شود. این ترکیب نتایج مطابق با دستورالعمل‌های PRISMA-ScR انجام شد

^۱ Gray Literature

شکل ۱ - نمودار جریان PRISMA



سطوح اولیه، تخصصی و مدرسه‌محور/جامعه‌محور در مناطق مختلف ایران (عمدتاً تهران، ارومیه، رشت و شهرکرد) و برای گروه‌های سنی کودکان و نوجوانان (عمدتاً ۵ تا ۱۸ سال) بررسی کردند.

در جدول ۲ مشخصات ۱۹ مطالعه نهایی و نتایج اصلی مربوط به خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران ارائه شده است. این مطالعات شامل طرح‌های کیفی، کمی، مداخله‌ای و مروری بودند و خدمات سلامت روان را در

جدول ۲ - خلاصه مشخصات مقالات

| شماره | نویسنده اول | سال انتشار | نوع مطالعه | هدف مطالعه | محل اجرا | جمعیت هدف | خلاصه یافته‌ها |
|-------|-------------------|------------|-----------------|---|---------------------|--|---|
| ۱ | Alonge O.(19) | 2020 | کیفی (ToC) | شناسایی مسیرهای اجرایی SMHP در منطقه مدیترانه شرقی | ایران، مصر، پاکستان | کودکان، نوجوانان، سیاست‌گذاران، معلمان | این مطالعه با استفاده از چارچوب نظریه تغییر (ToC) غربالگری جمعی، آموزش عمومی و ارجاع را برای ادغام خدمات سلامت روان در مدارس پیشنهاد داد؛ چالش‌های همکاری بین‌بخشی و کمبود منابع اجرای گسترده را محدود کرده است؛ نتیجه‌گیری بر تقویت زیرساخت‌ها و همکاری بین‌بخشی تأکید دارد. |
| ۲ | Sharifi V.(17) | 2016 | مروری | بررسی وضعیت خدمات سلامت روان کودکان، شناسایی شکاف‌ها و راهکارها | ملی (ایران) | کودکان، نوجوانان، سیاست‌گذاران | این مرور نشان داد که خدمات سلامت روان در نظام مراقبت اولیه و تخصصی ارائه می‌شود، اما کمبود متخصصان و انگ اجتماعی دسترسی را مختل کرده است؛ فرصتی برای ادغام بیشتر در PHC وجود دارد؛ نتیجه‌گیری بر لزوم افزایش نیروی انسانی و آگاهی عمومی تأکید دارد. |
| ۳ | Noorbala A.A.(20) | 2022 | نامه به سردبیر | تحلیل انتقادی سیاست‌گذاری سلامت روان و پیشنهاد راهبردها | ملی (ایران) | سیاست‌گذاران، متخصصان | این مطالعه تحلیل سیاستی ارائه داد که خدمات بستری، سرپایی و توانبخشی را شامل می‌شود؛ عدم اولویت و کمبود بودجه به‌عنوان موانع اصلی گزارش شد؛ پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاری با اولویت‌دهی به سلامت روان بازنگری شود. |
| ۴ | Zareipour M.(21) | 2017 | کمی (مداخله‌ای) | تأثیر برنامه HPS ¹ بر بهبود سلامت مدارس ارومیه | ارومیه | دانش‌آموزان، والدین، کارکنان مدارس | برنامه مدارس مروج سلامت با آموزش و بهداشت محیط بهبود ۷ حیطه از ۹ حیطه سلامت را نشان داد، اما کمبود نیروی انسانی مانع پیشرفت سلامت روان شد؛ فرصت گسترش این برنامه با تقویت بخش روانی وجود دارد؛ نتیجه‌گیری بر استخدام مشاوران تأکید دارد. |

¹ health promoting schools programs

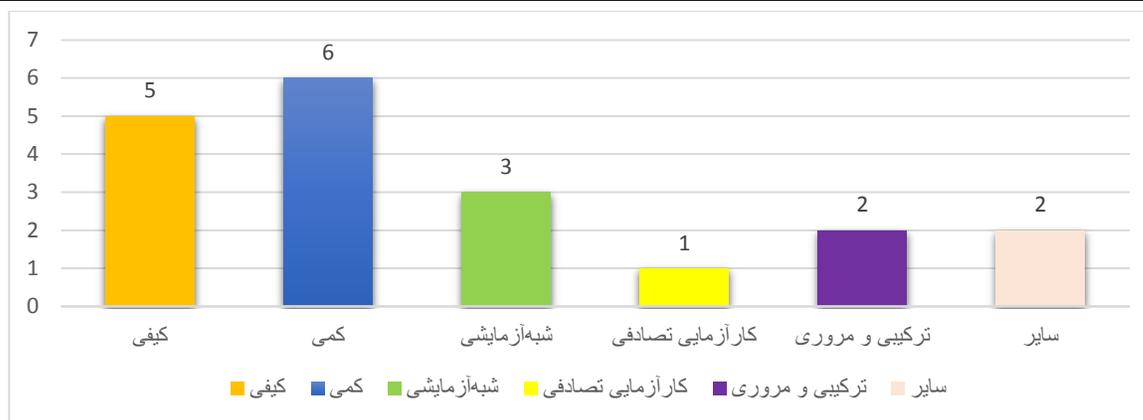
| شماره | نویسنده اول | سال انتشار | نوع مطالعه | هدف مطالعه | محل اجرا | جمعیت هدف | خلاصه یافته‌ها |
|-------|-------------------|------------|-------------|---|-------------|--------------------------------|--|
| ۵ | Zeinalzad S.(22) | 2025 | کیفی | کاوش تجربیات مراقبین کودکان مبتلا به اختلالات روانی | ملی (ایران) | والدین، متخصصان | خدمات مشاوره خانواده و حمایت روانی برای مراقبان ارائه شد، اما انگ اجتماعی و مشکلات عاطفی به عنوان موانع اصلی گزارش شد؛ راهبرد حمایت عاطفی از خانواده‌ها پیشنهاد شده است؛ نتیجه‌گیری بر کاهش انگ و تقویت حمایت‌ها تأکید دارد. |
| ۶ | Rahbari S.(23) | 2019 | اکتشافی | طراحی مدل مدیریت خدمات سلامت روان | ملی (ایران) | متخصصان، اعضای هیئت علمی | این مطالعه مدلی ۸بعدی برای مدیریت خدمات شامل سیاست‌گذاری و توانبخشی طراحی کرد؛ موانع خاصی گزارش نشد، اما نیاز به منابع بیشتر ذکر شد؛ پیشنهاد می‌شود ۵-۸٪ بودجه سلامت و رشته‌های جدید ایجاد شود. |
| ۷ | Hosseini S.S.(24) | 2013 | کمی (مقطعی) | بررسی تأخیر در مراجعه به روانپزشک در بیماران افسرده | اصفهان | بیماران افسرده | خدمات مشاوره اولیه و ارجاع ارائه شد، اما تأخیر یک‌ساله در مراجعه به روانپزشک به دلیل ضعف نظام ارجاع گزارش شد؛ فرصتی برای آگاهی‌بخشی عمومی وجود دارد؛ نتیجه‌گیری بر تقویت سیستم ارجاع تأکید دارد. |
| ۸ | Safavi P.(25) | 2016 | کمی (مقطعی) | تعیین شیوع ADHD و موانع دسترسی به خدمات | شهرکرد | دانش‌آموزان، والدین، معلمان | غربالگری و درمان ADHD ارائه شد، اما انگ اجتماعی و عدم احساس نیاز تشخیص را با تأخیر مواجه کرد؛ فرصت آموزش والدین و معلمان پیشنهاد شده است؛ نتیجه‌گیری بر کاهش انگ و افزایش آگاهی تأکید دارد. |
| ۹ | Zarafshan H.(26) | 2021 | کیفی | طراحی برنامه آموزشی برای پزشکان عمومی | تهران | پزشکان عمومی، والدین، نوجوانان | برنامه آموزشی برای پزشکان عمومی با ابزارهای غربالگری طراحی شد، اما کمبود آموزش تخصصی مانع شد؛ فرصت تقویت PHC با آموزش بیشتر وجود دارد؛ پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی گسترش یابند. |

| شماره | نویسنده اول | سال انتشار | نوع مطالعه | هدف مطالعه | محل اجرا | جمعیت هدف | خلاصه یافته‌ها |
|-------|----------------------|------------|--------------------|---|-------------|----------------------|--|
| ۱۰ | Zaghian I. (27) | 2024 | کیفی (تحلیل مضمون) | نقد فرهنگی بسته آموزشی ارتباطات نوجوانان وزارت بهداشت | ملی (ایران) | نوجوانان، خانواده‌ها | بسته آموزشی ارتباطات ارائه شد، اما عدم تطابق با ارزش‌های ایرانی-اسلامی پذیرش را محدود کرد؛ راهبرد تطبیق فرهنگی پیشنهاد شده است؛ نتیجه گیری بر بازنگری فرهنگی تأکید دارد. |
| ۱۱ | Joulaei H. (28) | 2024 | کمی (مقطعی) | بررسی نیازهای سلامت روان و موانع ساختاری و نگرشی | شیراز | نوجوانان | خدمات اولیه و ارجاع ارائه شد، اما موانع ساختاری و نگرشی دسترسی را کاهش داد؛ آگاهی بخشی عمومی به‌عنوان راهبرد پیشنهاد شد؛ نتیجه گیری بر رفع موانع ساختاری تأکید دارد. |
| ۱۲ | Saboohi Z. (29) | 2024 | کمی (مقطعی) | بررسی عوامل مؤثر بر قصد کمک‌طلبی | قزوین | دانش‌آموزان | آموزش و مشاوره ارائه شد، اما عدم آگاهی عمومی قصد کمک‌طلبی را کاهش داد؛ کمپین‌های آموزشی به‌عنوان راهبرد پیشنهاد شد؛ نتیجه گیری بر تقویت فرهنگ کمک‌طلبی تأکید دارد. |
| ۱۳ | Maleki Z.H. (30) | 2018 | کیفی (پدیدارشناسی) | درک تجربیات پدران کودکان پیش‌دستانی ADHD | تهران، مشهد | پدران | حمایت روانی و مشاوره خانوادگی ارائه شد، اما موانع خاصی گزارش نشد؛ فرصت حمایت بیشتر از پدران وجود دارد؛ نتیجه گیری بر نیاز به حمایت سیاستی اشاره دارد. |
| ۱۴ | Hafshejani F.A. (۳۱) | 2022 | کمی و کیفی | طراحی و ارزیابی مداخله چندوجهی برای کاهش اضطراب | رشت | کودکان، مادران | مداخله چندوجهی شامل گروه‌درمانی و فعالیت‌های خلاقانه بود، اما محدودیت جغرافیایی تعمیم را سخت کرد؛ مطالعات بیشتر برای تعمیم‌پذیری پیشنهاد شد؛ نتیجه گیری بر گسترش جغرافیایی تأکید دارد. |
| ۱۵ | Sharifi V. (۳۲) | 2022 | کارآزمایی خوشه‌ای | تأثیر آموزش پزشکان عمومی بر پیامدهای سلامت روان | تهران | پزشکان عمومی، کودکان | آموزش پزشکان عمومی در مدل مشارکتی ارائه شد، اما موانع خاصی گزارش نشد؛ فرصت افزایش دسترسی به خدمات تخصصی وجود دارد؛ نتیجه گیری بر تداوم آموزش تأکید دارد. |

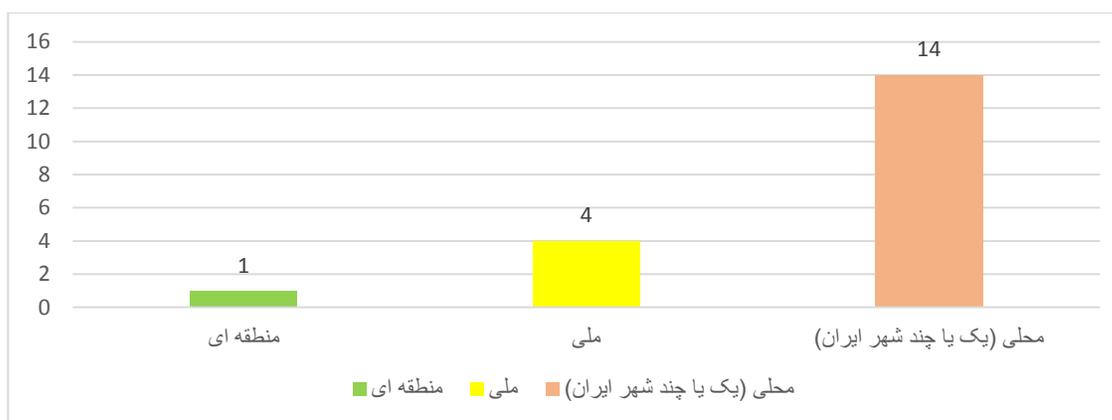
| شماره | نویسنده اول | سال انتشار | نوع مطالعه | هدف مطالعه | محل اجرا | جمعیت هدف | خلاصه یافته‌ها |
|-------|------------------------|------------|-------------|---|----------|---------------------|---|
| ۱۶ | Shahraki-Sanavi F.(33) | 2023 | شبه آزمایشی | تأثیر مداخلات مدرسه‌ای بر سلامت روان | زاهدان | دانش آموزان | مشاوره و آموزش در مدارس ارائه شد، اما عدم مشارکت والدین و پیگیری ضعیف گزارش شد؛ مداخلات چندوجهی به عنوان راهبرد پیشنهاد شد؛ نتیجه‌گیری بر مشارکت والدین تأکید دارد. |
| ۱۷ | Afshari R. (۳۴) | 2022 | شبه آزمایشی | آموزش معلمان برای غربالگری و ارجاع | شیراز | معلمان، دانش آموزان | آموزش معلمان برای غربالگری و ارجاع ارائه شد، اما نبود برنامه یکپارچه مانع شد؛ راهبرد یکپارچه‌سازی پیشنهاد شد؛ نتیجه‌گیری بر نیاز به برنامه جامع تأکید دارد. |
| ۱۸ | Shakib Z. (۳۵) | 2016 | مقطعی | عوامل مؤثر بر سلامت روان دانش آموزان دختر | بوشهر | دانش آموزان دختر | آموزش و حمایت روانی ارائه شد، اما موانع خاصی گزارش نشد؛ فرصت تمرکز بر عوامل آموزشی وجود دارد؛ نتیجه‌گیری بر تقویت عوامل آموزشی تأکید دارد. |
| ۱۹ | Taghdisi M.H. (۳۶) | 1390 | شبه تجربی | تأثیر آموزش همسالان بر آگاهی و عملکرد | تهران | دانش آموزان | آموزش همسالان ارائه شد، اما عدم مشارکت والدین و پیگیری ضعیف گزارش شد؛ راهبرد مشارکت جوامع پیشنهاد شد؛ نتیجه‌گیری بر تداوم و مشارکت تأکید دارد. |

شکل ۲ و ۳ به ترتیب نمایانگر توزیع انواع مطالعات وارد شده به مرور و پراکنندگی جغرافیایی آن‌ها در سه سطح محلی، ملی و منطقه‌ای هستند. بررسی مطالعات از نظر سال انتشار نشان می‌دهد که روند تولید پژوهش در حوزه سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران طی بازه زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۵، به‌ویژه در سال‌های اخیر، روندی افزایشی داشته است. بیشترین تعداد مطالعات در فاصله سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۵ (۱۰)

مقاله) منتشر شده‌اند که نشان‌دهنده افزایش توجه پژوهشی و سیاستی به این حوزه در دوران پسا کرونا و تحولات اجتماعی اخیر است. در مقابل، تعداد مطالعات منتشر شده در سال‌های ابتدایی این بازه (قبل از ۲۰۱۵) محدود بوده (۲ مقاله) و بیانگر خلأ نسبی در مستندسازی خدمات سلامت روان در آن دوره است.



شکل ۲- توزیع انواع مطالعات



شکل ۳- پراکندگی جغرافیایی مطالعات

خدمات مدرسه‌محور با تمرکز بر محیط آموزشی و مشارکت فعال دانش‌آموزان، معلمان و والدین اجرا شده است. برنامه مدارس مروج سلامت که شامل آموزش سلامت، بهداشت محیط و مهارت‌های زندگی است، مداخلات چندوجهی شامل مشاوره فردی و گروهی و آموزش معلمان برای غربالگری و ارجاع از این دسته خدمات محسوب می‌شود (۲۱، ۳۳، ۳۴). خدمات سطح تخصصی نیز بر مداخلات درمانی هدفمند و استفاده از متخصصان سلامت روان تمرکز دارند. در این سطح خدمات شناسایی شده شامل مداخله چندوجهی برای کاهش اضطراب کودکان با استفاده از جلسات گروه‌درمانی، آموزش والدین و فعالیت‌های خلاقانه

بر اساس مرور ۱۹ مطالعه انجام شده در ایران طی سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۵، خدمات و مداخلات سلامت روان برای کودکان و نوجوانان در سطوح مختلفی از جمله خدمات مبتنی بر مراقبت اولیه، خدمات مدرسه‌محور، خدمات تخصصی، خدمات جامعه‌محور، خدمات خانواده‌محور و خدمات ملی ارائه شده است. در سطح خدمات مبتنی بر مراقبت‌های اولیه، خدمات عمدتاً با هدف ادغام سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه طراحی شده‌اند. اینکار با آموزش پزشکان عمومی برای غربالگری مشکلات روانی کودکان و نوجوانان و همچنین ارائه مشاوره اولیه، ارجاع به متخصصان و آموزش خانواده‌ها انجام می‌پذیرد (۲۶).

• کمبود نیروی انسانی متخصص و توزیع ناعادلانه آن‌ها در سطح کشور نیز یکی دیگر از چالش‌های کلیدی است که در مطالعات برجسته شده است (۱۷، ۲۱).

• در حوزه اجتماعی-فرهنگی، مشکلات عاطفی، انگ اجتماعی و همچنین عدم احساس نیاز و نگرش‌های منفی نسبت به اختلالات روانی به‌عنوان موانع مهم شناسایی شده‌اند (۲۲، ۲۵).

ضعف در پیگیری و مشارکت والدین، عدم مشارکت کافی خانواده‌ها و نبود پیگیری مداوم برنامه‌ها، فقدان یک برنامه یکپارچه برای آموزش معلمان و فقدان آگاهی عمومی نیز از دیگر موانع ذکر شده بوده‌اند.

در بررسی مقالات به بررسی فرصت‌ها و راهبردهای ارتقا و بهبود ارائه خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران نیز پرداخته شد. در برخی مطالعات، پتانسیل زیرساخت‌های آموزشی و مراقبت اولیه برای توسعه خدمات سلامت روان به‌عنوان فرصت بهبود، برجسته شده است. راهبردهای اجرایی برای بهبود خدمات در مطالعات مختلف پیشنهاد شده‌اند:

• آموزش همسالان به‌عنوان راهبردی کم‌هزینه، مقیاس‌پذیر و قابل اجرا در سطح مدارس (۳۶)؛

• مداخلات چندوجهی مدرسه‌محور با محوریت مشاوره فردی و گروهی (۳۳)؛

• آموزش معلمان برای غربالگری و ارجاع (۳۴)؛

• ادغام خدمات در مدارس و جوامع با بهره‌گیری از مسیرهای ارجاع (۱۹)؛

این راهبردها بر مشارکت فعال ذی‌نفعان، از جمله دانش‌آموزان، معلمان و خانواده‌ها و هم‌راستایی با نظام‌های موجود تأکید دارند.

بود (۳۱). همچنین جهت افزایش دسترسی به این خدمات، از آموزش پزشکان عمومی در مدل مراقبت مشارکتی با ارائه روان‌درمانی، مداخلات دارویی و مشاوره تخصصی استفاده شد (۳۲).

خدمات جامعه‌محور و خانواده‌محور به ترتیب با هدف درگیری جوامع محلی و استفاده از منابع موجود و حمایت از خانواده‌ها و مراقبان کودکان مبتلا به مشکلات روانی طراحی شده‌اند. نوع خدمات موجود در این دو سطح شامل غربالگری جمعی، آموزش عمومی، ارجاع و همچنین مشاوره خانواده، آموزش والدین و حمایت روانی بود (۱۹، ۲۲). در نهایت در مطالعه‌ای مربوط به سطح خدمات ملی تمرکز بر برنامه‌ریزی کلان و مدل‌سازی در سطح کشور بوده است که شامل سیاست‌گذاری، آموزش گسترده و توانبخشی است (۲۳).

در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند که خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران در قالب ساختارهای متنوع و با رویکردهای مختلف ارائه شده‌اند. تمرکز اصلی این خدمات بر آموزش، غربالگری، مشاوره و در مواردی درمان تخصصی بوده است.

از سوی دیگر، مطابق با بررسی مطالعات، موانع متعددی در مسیر اجرای مؤثر و دسترسی به خدمات سلامت روان برای کودکان و نوجوانان شناسایی شده است. این چالش‌ها، در سه دسته اصلی شامل محدودیت‌های ساختاری، عوامل اجتماعی-فرهنگی و منابع انسانی طبقه‌بندی می‌شوند.

• از موانع برجسته ساختاری می‌توان به ضعف نظام ارجاع، کمبود منابع مالی و زیرساخت‌های فنی و انسانی است که در چندین مطالعه گزارش شده است. در این مطالعات به چالش‌های همکاری بین‌بخشی، کمبود منابع و عدم اولویت‌دهی به حوزه سلامت روان به‌عنوان موانع اصلی شناسایی شده‌اند (۱۹، ۲۰، ۲۴).

خدمات شده‌اند و نیازمند مداخلات سیاستی و ساختاری هماهنگ هستند.

خدمات مبتنی بر مراقبت اولیه (PHC)^۱ با هدف ادغام سلامت روان در نظام مراقبت اولیه و استفاده از پزشکان عمومی به عنوان نقطه دسترسی اولیه طراحی شده است. نوع خدمات موجود شامل مشاوره اولیه، ارجاع به متخصصان و آموزش خانواده‌ها بود. مطالعه زرافشان و همکاران نشان داد که پزشکان عمومی پتانسیل بالایی در شناسایی به موقع مشکلات روانی دارند و آموزش آنان برای غربالگری مشکلات روانی کودکان و نوجوانان امکان‌پذیر است (۲۶). این یافته‌ها با مطالعه‌ای در پاکستان همخوانی دارند که نشان داد ادغام خدمات سلامت روان در PHC می‌تواند شناسایی زودهنگام و را تسهیل کند (۳۷). با این حال، نبود آموزش ساختاریافته، کمبود ابزارهای استاندارد غربالگری و ضعف در نظام ارجاع، از موانع کلیدی این سطح از خدمات هستند (۲۶). برای رفع این موانع، پیشنهاد می‌شود پروتکل‌های ملی برای غربالگری و ارجاع طراحی شوند، برنامه‌های آموزشی مداوم برای پزشکان عمومی اجرا شوند و نظام ارجاع دیجیتال برای هماهنگی بهتر بین سطوح مراقبت توسعه یابد.

خدمات مدرسه‌محور با تمرکز بر محیط آموزشی و مشارکت فعال دانش‌آموزان، معلمان و والدین اجرا شده‌اند. زارعی پور و همکاران برنامه مدارس مروج سلامت (HPS) را در ارومیه بررسی کردند که شامل آموزش سلامت، بهداشت محیط و مهارت‌های زندگی بود و در ۷ حیطه از ۹ حیطه سلامت تأثیر مثبت داشت (۲۱). شهرکی ثانوی و همکاران در زاهدان مداخلات چندوجهی در مدارس شامل مشاوره فردی و گروهی را گزارش کردند که مشکلات روانی متوسط تا شدید را کاهش داد (۳۳). همچنین، افشاری و همکاران در

این مطالعات در مجموع بر لزوم تلفیق پژوهش‌های کاربردی با اقدامات ترویجی و فرهنگ‌ساز برای ارتقای نظام مراقبت از سلامت روان، لزوم یکپارچگی در ارائه خدمات و تغییر نگرش‌ها تأکید دارند و نشان می‌دهند که فرصت‌های موجود در زیرساخت‌های آموزشی و مراقبت اولیه، همراه با راهبردهای مبتنی بر مشارکت و مداخلات هدفمند، می‌توانند پایه‌ای برای بهبود خدمات سلامت روان فراهم کنند. همچنین پیشنهاداتی مانند افزایش بودجه و آموزش نیروی انسانی، در کنار ملاحظاتی برای آگاهی‌بخشی و تعمیم‌پذیری، چارچوبی جامع برای توسعه پایدار این خدمات ارائه می‌دهند. با این حال، موفقیت این راهبردها نیازمند تعهد سیاستی و همکاری بین‌بخشی است.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی خدمات سلامت روان برای گروه سنی کودکان و نوجوانان در ایران، چالش‌ها و فرصت‌های بهبود آن در انجام شد. مرور نظام‌مند مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که نظام ارائه خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران از تنوع قابل توجهی در سطوح و رویکردهای مداخله‌ای برخوردار است که در سطوح مختلف شامل مراقبت اولیه، مدرسه‌محور، تخصصی، جامعه‌محور، خانواده‌محور و ملی با رویکردهای چندگانه اجرا می‌شود و نشان‌دهنده تلاش برای پاسخ‌گویی به نیازهای چندلایه سلامت روان در بافت‌های مختلف اجتماعی، آموزشی و درمانی کشور است. با این حال، موانع ساختاری، اجتماعی فرهنگی و محدودیت‌های منابع انسانی همچنان از عوامل کلیدی محدودکننده در تحقق اثربخشی و پوشش مطلوب این خدمات محسوب می‌شوند. این چالش‌ها، به‌ویژه در مناطق کمتر برخوردار، منجر به نابرابری در دسترسی و کیفیت

¹ Primary Health Care

آموزش پزشکان عمومی در مدل مراقبت مشارکتی، بهبود پیامدهای روانی را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد (۴۰). با این حال، محدودیت منابع انسانی و جغرافیایی مانع گسترش این خدمات شده است (۳۱، ۳۲). مطالعات وارد شده در جهت حل این مشکلات پیشنهاد می‌دهند تعداد متخصصان از طریق ایجاد رشته‌های دانشگاهی جدید افزایش یابد و مشوق‌های مالی برای کار در مناطق محروم ارائه شود (۱۷، ۳۱، ۳۲).

خدمات جامعه‌محور با هدف درگیری جوامع و استفاده از منابع محلی طراحی شده‌اند. آلونگ^۱ و همکاران با استفاده از چارچوب نظریه تغییر (ToC) مدلی برای ادغام خدمات در جوامع ارائه دادند که شامل غربالگری جمعی، آموزش عمومی و ارجاع بود (۱۹). در همین راستا، کاستیلو و همکاران نیز نشان دادند که مداخلات جامعه‌محور با استفاده از منابع محلی و درگیری جوامع، دسترسی به خدمات سلامت روان را به طور مؤثری بهبود می‌بخشد (۴۱). همچنین، کوهرت و همکاران تأیید کردند که آموزش غیرمتخصصان محلی در کشورهای با درآمد متوسط، مانند هند، اثربخشی خدمات غربالگری و ارجاع را افزایش می‌دهد (۴۲). با این حال، هماهنگی بین‌بخشی و پایداری منابع انسانی همچنان چالش‌هایی کلیدی هستند.

خدمات خانواده‌محور بر حمایت از خانواده‌ها و مراقبان کودکان مبتلا به مشکلات روانی تمرکز دارد. زینل زاد و همکاران گزارش کردند که مراقبان با چالش‌های عاطفی و انگ اجتماعی مواجه‌اند و نیاز به حمایت عاطفی دارند و همچنین به اهمیت سلامت روانی والدین در بهبود وضعیت کودکان تأکید کردند (۲۲). در همین راستا مطالعه‌ای در بریتانیا نشان می‌دهد که حمایت از خانواده‌ها و مراقبان در برابر چالش‌های عاطفی مانند انگ و استرس، منجر به کاهش ۲۰-۳۰ درصدی علائم روانی کودکان و صرفه‌جویی اقتصادی (تا

شیراز با آموزش معلمان، سیستمی را برای غربالگری و ارجاع مشکلات سلامت روان توسعه دادند که در شناسایی زود هنگام و کاهش مشکلات روانی مؤثر بود (۳۴). این خدمات شامل آموزش، مشاوره و ارجاع هستند و نشان‌دهنده پتانسیل بالای مدارس به عنوان بستری برای مداخلات پیشگیرانه و ارتقای هستند. در همین راستا مطالعه‌ی سانچز و همکاران که بر نقش مدارس به عنوان پلتفرم‌های قابل دسترس برای رفع موانع مراقبت از سلامت روان تأکید می‌کند (۳۸)، این نتایج را تأیید می‌کند. با این حال، کمبود مشاوران آموزش‌دیده، نبود پیوست بالینی و ضعف در پیگیری مداخلات، اثربخشی این برنامه‌ها را محدود کرده است (۲۱، ۳۳، ۳۴). برای رفع این چالش‌ها، پیشنهاد می‌شود مشاوران روان‌شناسی در مدارس مستقر شوند، برنامه‌های آموزشی جامع برای معلمان طراحی شوند و سیستم‌های پیگیری دیجیتال برای دانش‌آموزان ارجاع‌شده ایجاد شوند.

خدمات تخصصی بر مداخلات درمانی هدفمند با استفاده از متخصصان سلامت روان تمرکز دارند. هفشجانی و همکاران در رشت یک مداخله چندوجهی شامل جلسات گروه‌درمانی، آموزش والدین و فعالیت‌های خلاقانه طراحی کردند که باعث کاهش معنادار اضطراب کودکان شد (۳۱). در تأیید نتایج مطالعات داخلی، یافته‌های پژوهش مینگباخ نشان داد، آموزش والدین و مداخلات مبتنی بر والدین، به طور معناداری مشکلات رفتاری و اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد (۳۹). بعلاوه، شریفی و همکاران در تهران با آموزش پزشکان عمومی در مدل مراقبت مشارکتی، دسترسی به خدمات تخصصی که شامل روان‌درمانی، مداخلات دارویی و مشاوره تخصصی بود را افزایش دادند و اثربخشی آن را در بهبود پیامدهای روانی تأیید کردند (۳۲). مطالعه رایست و همکاران نیز این نتایج را تأیید می‌کند؛ و نشان می‌دهد که

¹ Alonge

است. مطالعه‌ای در آفریقا نیز کمبود منابع انسانی و زیرساخت‌ها را به‌عنوان موانع اصلی دسترسی به خدمات سلامت روان کودکان بیان کرده است و بیان کرده که این مسائل منجر به شکاف درمانی ۹۰ درصدی می‌شوند (۴۶). علاوه بر مطالعه‌ای چالش‌های همکاری بین‌بخشی را مانعی برای اجرای برنامه‌های مدرسه‌محور در ایالات متحده دانستند (۴۷).

کمبود نیروی انسانی متخصص و توزیع ناعادلانه آن‌ها، به‌ویژه در مناطق روستایی، مانع ارائه خدمات تخصصی است که به‌طور مکرر در مطالعات برجسته شده است (۱۷، ۲۱). در مطالعه‌ای در آمریکا نیز کمبود شدید متخصصان سلامت روان کودکان، به‌ویژه در مناطق روستایی ایالات متحده، را تأیید کرده‌اند که دسترسی به خدمات را برای بیش از ۸۰٪ کودکان مختل می‌کند (۴۸). این مسئله مشابه محدودیت‌های منابع انسانی در ایران است و نیاز به گسترش برنامه‌های حمایتی را نشان می‌دهد.

انگ اجتماعی و نگرش‌های منفی نیز به‌عنوان موانع نگرشی برجسته شدند. محققان در مطالعه‌ای در کاوش تجربیات مراقبان کودکان مبتلا به مشکلات روانی، مشکلات عاطفی و انگ اجتماعی را به‌عنوان موانع اصلی گزارش کردند که سلامت روانی خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۲). همچنین، پژوهش دیگری در شهر کرد نشان داد که عدم احساس نیاز و انگ اجتماعی، تشخیص و درمان اختلال ADHD را در دانش‌آموزان با تأخیر مواجه کرده است (۲۵). این نگرش‌ها، به‌ویژه در جوامع سنتی، مانع از جستجوی کمک به‌موقع شده است. در همین راستا در اوگاندا مطرح شد که انگ اجتماعی (مانند ترس از طرد شدن توسط جامعه) و نگرش‌های منفی (مانند باور به خوددرمانی یا شرم از مشکلات روانی) به‌طور قابل‌توجهی مانع اقدام برای دریافت مراقبت و

۵ میلیارد پوند در سال) می‌شود (۴۳). با این حال نتایج پژوهش وارد شده به مطالعه نشان می‌دهد مشارکت ناکافی والدین و نبود پیگیری مداوم، اثربخشی این خدمات را کاهش داده است (۲۲). برای رفع این مشکل، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی والدین با محتوای متناسب با فرهنگ ایرانی طراحی شوند و از طریق کارگاه‌های حضوری و رسانه‌های محلی ارائه شوند.

خدمات ملی شامل برنامه‌ریزی کلان و مدل‌سازی در سطح کشور است. رهبری و همکاران مدلی ۸ بعدی طراحی کردند که بر انتقال وظیفه و یکپارچگی خدمات تأکید داشت و شامل سیاست‌گذاری، آموزش گسترده و توانبخشی بود. این مدل می‌تواند چارچوبی جامع برای مدیریت خدمات سلامت روان ارائه دهد (۲۳). پژوهش مک‌گیتی نیز در همین راستا، مدل‌های ملی با تأکید بر انتقال وظایف به سطوح محلی و یکپارچگی خدمات را به‌عنوان چارچوبی مؤثر برای مدیریت جامع سلامت روان پیشنهاد می‌کند (۴۴).

موانع ارائه خدمات

مطالعات همچنین به موانع و محدودیت‌های ارائه خدمات سلامت روان برای گروه سنی کودکان و نوجوانان نیز پرداخته‌اند. یکی از موانع برجسته، موانع ساختاری است که در چندین مطالعه گزارش شده است. این موانع شامل ضعف نظام ارجاع، کمبود منابع مالی و زیرساخت‌ها و چالش‌های همکاری بین‌بخشی هستند (۱۹، ۲۰، ۲۴). به‌عنوان مثال، در اصفهان، تأخیر یک‌ساله در مراجعه به روانپزشک به دلیل ضعف نظام ارجاع و عدم آگاهی عمومی گزارش شد (۲۴). مشابه این نتیجه در پاکستان با شناسایی تأخیر ۶-۱۲ ماهه در دسترسی به متخصصان را به دلیل ضعف نظام ارجاع تأیید شد (۴۵). این محدودیت‌های مالی و زیرساختی، به‌ویژه در مناطق کمتر توسعه‌یافته، دسترسی به خدمات را مختل کرده

ضمنی به نیاز به منابع بیشتر و حمایت سیاستی اشاره داشتند (۲۳، ۳۰). این یافته‌ها نشان می‌دهند که موانع سلامت روان در ایران ترکیبی از کمبود منابع، نگرش‌های اجتماعی و ضعف‌های ساختاری است که نیازمند مداخلات چندجانبه برای رفع آن‌ها هستند. در راستای تایید این یافته‌ها، یک بررسی سیستماتیک در کشورهای با درآمد بالا نیز، چالش‌هایی مانند ضعف در پیگیری مداوم، عدم مشارکت والدین و معلمان و کمبود آموزش همسالان و معلمان را برجسته می‌سازد که منجر به ناپایداری برنامه‌ها می‌شود (۵۰). نتایج مطالعه‌ای در کشورهای با درآمد کم و متوسط نیز به همین شکل موانعی مانند عدم تطابق فرهنگی برنامه‌های آموزشی (مانند ناسازگاری با ارزش‌های محلی)، ضعف در پیگیری والدین و عدم آگاهی عمومی را شناسایی کرد که اثربخشی را تا ۳۰٪-۴۰٪ کاهش می‌دهد (۵۱).

راهبردهای پیشنهادی

در مطالعات وارد شده، راهبردهای متعددی برای بهبود خدمات سلامت روان پیشنهاد شده‌اند. برای مثال، آموزش همسالان در تهران به‌عنوان راهبردی کم‌هزینه و مقیاس‌پذیر برای افزایش آگاهی و عملکرد روانی دانش‌آموزان تأیید شد (۳۶). و همچنین با معرفی مدل مراقبت مشارکتی، فرصت افزایش دسترسی به خدمات تخصصی از طریق آموزش پزشکان عمومی را مطرح کردند (۳۲). مداخلات چندوجهی مدرسه‌محور در زاهدان مشکلات روانی را کاهش داد (۳۳). همچنین، در شیراز آموزش معلمان برای غربالگری و ارجاع را به‌عنوان راهبردی عملی برای شناسایی زود هنگام نیازهای روانی پیشنهاد دادند (۳۴). بعلاوه پژوهشگران در منطقه مدیترانه شرقی (شامل ایران) نشان دادند که ادغام خدمات سلامت روان در مدارس و جوامع می‌تواند با بهره‌گیری از مسیرهای ارجاع به‌عنوان فرصتی برای گسترش دسترسی عمل

درمان برای اختلالات روانی مانند ADHD و اضطراب می‌شود، که همین مسئله سلامت روانی خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار داده و تشخیص و درمان را تا ۶۰٪ موارد به تأخیر می‌اندازد (۴۹).

تأخیر در دسترسی به خدمات و ضعف در سیستم ارجاع نیز از دیگر چالش‌های گزارش شده است. در اصفهان محققان دریافتند که تأخیر یک‌ساله در مراجعه به روانپزشک در بیماران افسرده شایع است، به‌ویژه در افرادی که ابتدا به غیر روان‌پزشکان مراجعه کرده‌اند. این مشکل با ضعف نظام ارجاع و عدم آگاهی عمومی تشدید شده است (۲۴). همچنین، در شیراز به موانع ساختاری مانند کمبود خدمات و نگرش‌های ناکارآمد به‌عنوان عوامل محدودکننده دسترسی نوجوانان به خدمات سلامت روان اشاره کرده‌اند (۲۸). این موانع در مطالعه‌ای در پاکستان نیز تایید شده. محققان بیان کردند تأخیر متوسط ۶-۱۲ ماهه در مراجعه به متخصصان روانی در پاکستان شایع است، به‌ویژه به دلیل عدم آگاهی عمومی، که دسترسی نوجوانان به خدمات را به‌طور قابل‌توجهی مختل می‌کند و منجر به تشدید علائم افسردگی و اضطراب می‌شود (۴۵).

در حوزه مداخلات آموزشی، چالش‌هایی مانند ضعف در پیگیری وجود دارد. مطالعاتی در زاهدان، تهران و شیراز، به عدم مشارکت کافی والدین و ضعف در پیگیری مداوم برنامه‌ها اشاره کردند که اثربخشی آموزش معلمان، مداخلات مدرسه‌محور و آموزش همسالان را کاهش داده است (۳۳، ۳۶) (۳۴). علاوه بر این، برخی مطالعات به موانع خاص مرتبط با طراحی و اجرا مانند عدم تطابق فرهنگی بسته‌های آموزشی وزارت بهداشت و عدم تطابق با ارزش‌های ایرانی-اسلامی (۲۷)، محدودیت جغرافیایی و عدم تعمیم‌پذیری نتایج مداخله چندوجهی برای اضطراب (۳۱) و کمبود آگاهی عمومی (۲۹)؛ اشاره کردند. در نهایت، برخی مطالعات به‌طور

نتیجه گیری

نظام خدمات سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران از تنوع ساختاری و محتوایی قابل توجهی برخوردار است و در سطوح مختلف از مراقبت اولیه تا خدمات تخصصی و مدرسه محور گسترش یافته است. با این حال، چالش‌هایی نظیر کمبود منابع انسانی و مالی، ضعف زیرساخت‌ها، مسائل فرهنگی و انگ اجتماعی و ناهماهنگی بین‌بخشی همچنان مانع از تحقق اثربخشی کامل این خدمات می‌شوند. یافته‌ها بر اهمیت توسعه راهبردهای چندوجهی و مبتنی بر شواهد تأکید دارند که تلفیقی از آموزش، غربالگری و مداخلات جامعه‌محور را در بر می‌گیرد. بهره‌گیری از ظرفیت‌های موجود در نظام مراقبت اولیه و آموزش و پرورش، همراه با تقویت آموزش نیروی انسانی و ارتقای آگاهی عمومی، می‌تواند زمینه‌ساز گسترش دسترسی و بهبود کیفیت خدمات سلامت روان در کشور باشد. در نهایت، استمرار این پیشرفت‌ها مستلزم حمایت سیاستی، تخصیص منابع پایدار و همکاری بین‌بخشی میان نهادهای مرتبط است تا نظام سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران به سمت یک مدل یکپارچه، کارآمد و مبتنی بر عدالت اجتماعی حرکت کند.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اظهار می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافع در ارتباط با تهیه و انتشار این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله کمال تشکر و قدردانی خود را از تمام پژوهشگرانی که مقالات آن‌ها در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است، ابراز می‌دارند.

کند (۱۹). این راهبردها بر مشارکت ذی‌نفعان (از جمله دانش‌آموزان، معلمان و خانواده‌ها) و یکپارچگی با نظام‌های موجود تأکید دارند. در پژوهشی بر پتانسیل برنامه‌های مدارس مروج سلامت (HPS) در ارومیه برای ارتقای سلامت کلی دانش‌آموزان تأکید شد (۲۱).

پژوهشگران همچنین پیشنهاد کردند که ۵-۸٪ از بودجه سلامت به این حوزه اختصاص یابد، رشته‌های جدید در دانشگاه‌ها ایجاد شود، برنامه‌های آموزشی برای پزشکان عمومی در نظام مراقبت اولیه تقویت شود و همچنین بازاندیشی در سیاست‌گذاری و اولویت‌دهی به سلامت روان در برنامه‌های ملی انجام شود تا موانع ساختاری و حوزه منابع انسانی برطرف شوند (۲۰, ۲۳, ۲۶). این مطالعات بر لزوم سرمایه‌گذاری کلان و اصلاحات سیاستی برای یکپارچگی و پایداری خدمات تأکید دارند. همچنین برای مقابله با موانع اجتماعی فرهنگی، توجه به تعمیم‌پذیری در بافت‌های جغرافیایی و فرهنگی متنوع در هنگام طراحی مداخلات چندوجهی (۳۱)، افزایش آگاهی عمومی (۲۸)، ترویج فرهنگ کمک‌طلبی از طریق کمپین‌های آموزشی ساختاریافته (۲۹) در مطالعات مختلف بیان شده است.

در نهایت، دریافته‌ایم که با وجود پیشرفت‌ها، شکاف‌های پژوهشی مهمی وجود دارند. اثربخشی بلندمدت مداخلات چندوجهی و تعمیم‌پذیری آن‌ها در مناطق مختلف ایران نیازمند بررسی بیشتر است. همچنین اجرا و ارزیابی تأثیر کمپین‌های آگاهی‌بخشی بر کاهش انگ اجتماعی و افزایش کمک‌طلبی ضروری است. توسعه ابزارهای غربالگری استاندارد و نظام ارجاع نیز باید در اولویت قرار گیرد. بررسی مدل‌های پایدار برای تأمین نیروی انسانی متخصص و هماهنگی بین‌بخشی نیز می‌تواند به بهبود نظام سلامت روان کمک کند.

References

1. Mortazavi FS, Shati M, Mortazavi SS, Shirzad F, Moghadam M, Ajamzibad H. The Spiritual Health Status of Iranian Older Adults: A Population-based Telephone Survey. *Iranian Journal of Ageing*. 2024;19(1):130-43.
2. Samadi F, Dalir M. The Role of psychological and social health on sexual health of elderly women. *Social Psychology Research*. 2021;10(40):21-42.
3. Baradaran Eftekhari m, forouzan as, mirabzadeh a, dejman m, Yousefi H. Maintaining and Promoting Techniques for Mental Health Used by Iranian Married Women: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2018;24(1):70-9.
4. Huang Y, Loux T, Huang X, Feng X. The relationship between chronic diseases and mental health: A cross-sectional study. *Mental Health & Prevention*. 2023;32:200307.
5. Mia M, Islam T, Khatun M, Uddin Zubair MB. Common mental health problems among different populations in Bangladesh—A systematic review. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2025;27(1).
6. Borji M, Hajebi A, Naserbakht M, Ranjbar H, Fazeli A, Khorrami Z, et al. Evaluating the Efficacy of School Mental Health Promotion Program in Iranian Schools: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023;29(1):48-65.
7. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
8. Adolescent mental health [Internet]. WHO. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
9. Organization WH. Suicide Geneva: WHO; 2021 [
10. Policy Brief: Child and Adolescent Mental Health. UNICEF; 2024.
11. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, 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;6(3):168.
12. Organization WH. Improving the mental and brain health of children and adolescents Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023 [Available from: <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>].
13. UNICEF. Mental health and psychosocial support New York: UNICEF; 2023 [Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/>].
14. Mediterranean WHOROfE. Mental health strategy 2021–2030. *Cario*; 2021.
15. K RAHHR-MAKMS. Mental health services for youth in the Eastern Mediterranean Region: challenges and opportunities. *East Mediterr Health J*. 2019;25(2):80-1.
16. V JMLNPPP. Service availability and readiness for child and adolescent mental health care: a global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98(3):176-82.
17. Sharifi V, Shahrivar Z, Alagband-Rad J. Child and adolescent mental health care in Iran: Current status and future directions. *Archives of Iranian medicine*. 2016;19(11):797.
18. Currie J, Stabile M. Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD. *J Health Econ*. 2006;25(6):1094-118.
19. Alonge O, Chiumento A, Hamoda HM, Gaber E, Huma Z-e-, Abbasinejad M, et al. Identifying pathways for large-scale implementation of a school-based mental health programme in the Eastern Mediterranean Region: a theory-driven approach. 2020;35(Supplement_2):ii112-ii23.
20. Noorbala AA, Rajabi Vasokolaei G, Rahmani HJTUoMSJ. Rethinking mental health policy-making in Iran: a letter to the editor. 2022;79(11):913-4.
21. Zareipour M, Sadaghianifar A, Valizadeh R, Alinejad M, Noorani S, Ghelichi Ghoghgh MJJoPP. The effect of health promoting schools programs in improving the health status of schools in Urmia, North West of Iran. 2017;5(2):4319-27.
22. Zeinalzad S, Alavi M, Haghshenas M, Keshvari MJJoP, Sciences B. Caregivers' Experience with

- Children with Mental Health Needs: A Qualitative Study. 2025;19(2):e157589.
23. Rahbari S, Riahi L, Tabibi JJRdCMHNAAA. Designing the Model of the Management of Mental Health Services. 2019;12(4):297-304.
 24. Hosseini SS, Rejali M, Kheirabadi GR, Aliyari RJJoPM. Predictive factors of delay in contact with a psychiatrist in depressive disorders: A sample of Iranian patients. 2014;5(3):360.
 25. Safavi P, Ganji F, Bidad AJJoc, JCDR dr. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in students and needs modification of mental health services in Shahrekord, Iran in 2013. 2016;10(4):LC25.
 26. Zarafshan H, Wissow LS, Shahrivar Z, Mojtabai R, Khademi M, JafariNia M, et al. Children and adolescents' mental health in Iran's primary care: Perspectives of general practitioners, school staff, and help seekers. 2021;8(1):1-10.
 27. zaghian i, Pourmusavi SM, jannati z, moslehi h. Cultural Critique of the Adolescent Communication Educational Package Within the Mental Health, Social Health, and Addiction Services of the Iranian Ministry of Health and Medical Education %J Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2024;22(2):161-76.
 28. Joulaei H, Fatemi M, Joulaei R, Heydari MR, Pourmontaseri AR, Foroozanfar ZJFiPH. Determinants of unmet needs for mental health services amongst adolescents in Shiraz, Iran: a cross-sectional study. 2024;12:1265611.
 29. Saboohi Z, Solhi M, Lotfi M, Nasiri MJJoE, Health C. Help-Seeking Intention and Its Determining Factors Among High School Students in Iran. 2024;11(1):17-24.
 30. Maleki ZH, Tabatbaei KR, Mashhadi A, Moharreri FJJoFoMH. Preschool children with attention deficit hyperactivity disorder: Iranian fathers' experiences. 2018;20(4).
 31. Hafshejani F, Akbari B, Hossienkhanzadeh AA, Abolghasemi A. Designing a multimodal intervention and evaluating its effectiveness in reducing children's anxiety. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies. 2022;3:354-71.
 32. Sharifi V, Shahrivar Z, Zarafshan H, Ashezary SB, Arabgol F, Khademi M, et al. Effect of general practitioner training in a collaborative child mental health care program on children's mental health outcomes in a low-resource setting: a cluster randomized trial. 2023;80(1):22-30.
 33. Shahraki-Sanavi F, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Bakhshani N-M, Salehiniya HJJoe, promotion h. Effectiveness of school-based mental health programs on mental health among adolescents. 2020;9(1):142.
 34. Afshari R, Kaveh MH, Lankarani KB, Doolub D, Jaafari N, Ostovarfar JJFiP. Empowering teachers to screen, guide, and refer schoolchildren with behavioral and mental health problems. A pilot study to promote mental health in Iran. 2022;13:894483.
 35. Shakib Z, Noroozi A. Role of the educational and non-educational factors on the mental health in girl high school students in Bushehr city on 2014. 2016.
 36. Taghdisi M, Noori SM, MERGHATI KE, Hoseini F, ASGHARNEJAD FA. Impact peer education approach on knowledge and practice about mental health of adolescent girls. 2012.
 37. Ahmed SH, Zahid M, Waseem S, Zafar A, Shaikh TG, Sabri T, et al. The current state of primary healthcare in Pakistan: a way forward for low-to-middle income countries. 2024;25:e59.
 38. Sanchez AL, Cornacchio D, Poznanski B, Golik AM, Chou T, Comer JS. The Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Elementary-Aged Children: A Meta-Analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018;57(3):153-65.
 39. Mingeback T, Kamp-Becker I, Christiansen H, Weber L. Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. PloS one. 2018;13(9):e0202855.
 40. Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, et al. Collaborative mental health care: A narrative review. Medicine. 2022;101(52):e32554.
 41. Castillo EG, Ijadi-Maghsoodi R, Shadravan S, Moore E, Mensah MO, 3rd, Docherty M, et al.

- Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. *Current psychiatry reports*. 2019;21(5):35.
42. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB, et al. The Role of Communities in Mental Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Review of Components and Competencies. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(6).
43. T M. Why investing in children's mental health will unlock economic growth. London: Children and Young People's Mental Health Coalition; 2025 [Available from: <https://cypmhc.org.uk/wp-content/uploads/2025/02/Future-Minds-Report-2025-WEB.pdf>].
44. Mc GB. The Future of Public Mental Health: Challenges and Opportunities. *The Milbank quarterly*. 2023;101(S1):532-51.
45. Mubeen Z, Fatmi Z, Hameed W, Asim M. Barriers and facilitators to accessing adolescents' mental health services in Karachi: users and providers perspectives. *BMC health services research*. 2024;24(1):157.
46. Saade S, Parent-Lamarche A, Khalaf T, Makke S, Legg AJBHSR. What barriers could impede access to mental health services for children and adolescents in Africa? A scoping review. 2023;23(1):348.
47. Heatly MC, Nichols-Hadeed C, Stiles AA, Alpert-Gillis LJSMH. Implementation of a school mental health learning collaborative model to support cross-sector collaboration. 2023;15(2):384-401.
48. Berkowitz SJSA. The Youth Mental Health Crisis Worsens amid a Shortage of Professional Help Providers. 2023.
49. Lee YJ, Fickling B, Goode M, Gallaher A, Kazungu R, Coffin P, et al. Community perspectives to inform the development of a radio program to destigmatize mental illness in rural Uganda: a qualitative study. 2024;8:e2024019.
50. Schäfer SK, Streit S, Schäfer CG, Roembell LB, Corneli M, Schaubruch LM, et al. Barriers and facilitators for the implementation of preventative mental health interventions among secondary schools in high-income countries: a systematic review. 2025:1-19.
51. Harte P, Barry MMJCPGMH. A scoping review of the implementation and cultural adaptation of school-based mental health promotion and prevention interventions in low-and middle-income countries. 2024;11:e55.