

سلامت روان در جهانی نابرابر

بسته آموزش
سلامت روان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

به مناسبت هفته سلامت روان

۱۸ الی ۲۴ مهر ۱۴۰۰

سلامت روان در جهانی نابرابر

Mental Health in an Unequal World

Mental Health Week, OCT 10-16, 2021

هفته سلامت روان، ۱۸ الی ۲۴ مهر ۱۴۰۰



مراقبت سلامت روان برای همه:

بیاید آن را به یک واقعیت تبدیل کنیم

Mental Health Care for All: lets make it a reality

هفته سلامت روان، ۱۸ الی ۲۴ مهر ۱۴۰۰ | Mental Health Week, OCT 10-16, 2021



زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مؤلفین و گردآوردگان:

به ترتیب حروف الفبا

به ترتیب حروف الفبا

علی اسدی | معاون دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
نرگس آقا بزرگ زاده | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی بابل
دکتر علی بهرام نژاد | مدیر گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی کرمان
دکتر مهشید پدram | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
مینا جلالی | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
شهناز حسینی | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
صدیقه خادم | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
دکتر حسن رفیعی | هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
فاطمه زارع | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی یزد
طاهره زیادلو | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
شیرین شهریاری | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی زابل
دکتر مریم عباسی نژاد | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
مهرو محمدصادقی قویم | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
نگار ماسوری | کارشناس سلامت اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران
شهره نصر | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی زنجان
زهرا یوسف نژاد | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی بجنورد

تقدیر و تشکر از:

معاون محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.
معاونین محترم فنی و اجرایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.
گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.
واحد تدارکات و پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.
واحدهای اداری و مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.

فهرست

صفحه	عنوان
۶	پیشگفتار
۹	نقش سیاستگذاران در دسترسی عادلانه به خدمات سلامت روان
۱۷	نقش تحریم‌ها بر نابرابری سلامت روان در پاندمی کرونا
۲۵	رابطه‌ی منصفانه‌ی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روانی-اجتماعی با خدمت‌گیرندگان
۳۱	تأثیر انگ بر نابرابری خدمات سلامت روان در جامعه
۳۹	ضرورت توسعه عدالت اقتصادی و اجتماعی در بهبود سلامت روان جامعه
۴۵	سواد سلامت روان و بهره‌مندی از خدمات
۵۷	نقش حاکمیت در توانمندسازی افراد دارای معلولیت (جسمی و ذهنی)

پیشگفتار

سازمان جهانی بهداشت هر سال به مناسبت روز جهانی سلامت روان یک پیام اصلی را در راستای توجه هر چه بیشتر دولت ها، سیاستگذاران، ذینفعان، افراد کلیدی جامعه و جمعیت عمومی به موضوعات مرتبط با سلامت روان اعلام می دارد. بر همین اساس پیام در نظر گرفته شده برای سال ۲۰۲۱ از سوی این سازمان، «سلامت روان برای همه: بیایید آن را به یک باور تبدیل کنیم» می باشد. تأکید این پیام بر ضرورت و اهمیت ارتقاء سلامت روان برای همه اقشار و طبقات اجتماعی است. یکی از راهبردهای مهم برای تحقق این شعار، آموزش جمعیت عمومی با هدف افزایش سواد سلامت روان، کاهش انگ اجتماعی مرتبط با دریافت خدمات سلامت روان و همچنین توسعه فرهنگ خودمراقبتی است. این آموزش ها باید از طریق مدارس، دانشگاه ها، مراکز فرهنگی، رسانه ها و همچنین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت به همه گروه های هدف ارائه گردد. آموزش های عمومی به ویژه باید نوجوانان و زنان یک جامعه را مخاطب اصلی خود قرار دهد، چرا که شواهد نشان دهنده آسیب پذیری بالای این دو گروه در زمینه سلامت روان هستند.

افزایش سهم حوزه سلامت‌روان در اعتبارات دولتی و تقویت سرمایه‌گذاری اقتصادی در حوزه سلامت‌روان از سوی بخش خصوصی نیز از جمله اقدامات مهمی است که می‌باید مورد توجه سیاستگذاران و فعالان حوزه سلامت قرار گیرد. سیاستگذاران و مدیران و مجریان حوزه سلامت در یک کشور باید تدابیری اتخاذ نمایند تا زیرساخت‌ها و خدمات پایه و تخصصی سلامت‌روان هم‌گام و متناسب با سایر حوزه‌های بهداشت و درمان رشد یابند تا همه‌آحاد جامعه بتوانند علیرغم مشکلات اقتصادی و اجتماعی همچنان دسترسی مناسبی به این خدمات داشته باشند. باید در نظر داشت که شکل ارائه خدمات باید به گونه‌ای باشد که افراد یک جامعه فارغ از وضعیت اقتصادی و اجتماعی و محل سکونت بتوانند برای رفع نیازهای خود در این حوزه به راحتی و بدون هیچ مانعی به ارائه‌دهندگان اصلی خدمت از جمله پزشکان و روانشناسان دسترسی داشته باشند.

یکی از موانع اصلی تحقق شعار "سلامت‌روان برای همه" وجود نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی است. فدراسیون جهانی سلامت‌روان نیز با انتخاب مضمون «سلامت‌روان در جهانی نابرابر» برای روز جهانی سلامت‌روان در سال جاری، به این موضوع مهم اشاره کرده است. در نتیجه نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی، سهم سلامت در سید خانوارها کوچک‌تر شده و در نتیجه بی‌توجهی به سلامت، بی‌توجهی به موضوعات مرتبط با سلامت‌روان بیش از پیش خودش را نشان می‌دهد. کاهش این نابرابری‌ها یقیناً از طریق توسعه عدالت اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و در پی آن ایجاد فرصت‌های برابر در دسترسی به خدمات سلامت‌روان میسر خواهد شد.

مجموعه حاضر با هدف پرداختن به مضامین پیش‌گفت و تشریح چالش‌های مختلف پیش‌روی فعالان حوزه سلامت‌روان اعم از مدیران و ارائه‌دهندگان خدمت و برای افزایش آگاهی پیرامون این موارد به رشته تحریر درآمده است. امید است که با بازتاب این چالش‌ها و دغدغه‌های اجتماعی مهم به مسئولین و سیاستگذاران مرتبط و همچنین مجریان و مدیران حوزه سلامت در سطوح دانشگاهی، بتوان گام مهمی در راستای کاهش نابرابری‌ها در حوزه سلامت‌روان برداشت.

دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



نقش سیاستگذاران در دسترسی عادلانه به خدمات سلامت روان

مؤلفین و گردآوردگان:

علی اسدی

معاون دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت.

علی بهرام نژاد

مدیر گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی کرمان.



نقش سیاستگذاران در دسترسی عادلانه به خدمات سلامت روان

سلامت از اساسی‌ترین اجزای رفاه جامعه به شمار می‌رود. سلامت فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است. این دو آنچنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آنها حدومرزی قایل شد. وضعیت سلامت تک تک افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آنها و همچنین شاخص‌های اقتصادی اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. از این رو تامین سلامت افراد جامعه به معنای یک هویت وابسته به اعضای خود امری مهم و حائز اهمیت تلقی می‌شود.

پیشرفت و توسعه سریع در جهان امروز و تغییرات پرشتاب محیطی، آگاهی از تحولات را ضروری ساخته است. امروزه اهمیت سلامت روان و تأثیر جدی آن بر بخش‌های دیگر سلامت (جسمی، اجتماعی و معنوی) انکار ناپذیر است. جدا از تعریف سلامت، با توجه به ارتباط نزدیک این بخش از سلامت با بهداشت عمومی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌توان گفت بدون سلامت روان، دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت امکان‌ناپذیر است. زنجوری و در معرض آسیب بودن ۴۵۰ میلیون نفر مردم جهان (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۵) و ۲۳ درصد از جمعیت کشورمان یکی از ناهنجاری‌های روان‌پزشکی، مقوله بهداشت روان را به عنوان یک اولویت قطعی و اصلی و نه در حد تعارف‌های معمول در جهان و ایران اجتناب‌ناپذیر کرده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، اختلالات عصبی-روانی، صدمات و بیماری‌های ایدز به ترتیب مسئول ۱۳٪، ۱۲٪ و ۶٪ از DALY (سالهای عمر از دست رفته تطبیق یافته با ناتوانی) در جهان می‌باشند. بار کلی بیماری‌ها، ۳۳٪ از YLD (سالهای سپری شده با ناتوانی) را بیماری‌های عصبی-روانی تشکیل می‌دهند و در این میان اختلال افسردگی عامل ۱۲/۱۵ درصد از YLD بوده و سومین رتبه را بین علل محاسبه شده دارد. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، بار کلی بیماری‌های روانی به سرعت افزایش یابد و شواهد موجود افزایش ۱۵ درصدی بار این بیماری‌ها را نشان می‌دهد این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه تا ۹۰٪ مبتلایان از درمان محروم می‌مانند.

در کشور ایران در اصلاح نگرش‌های نادرست به مقوله اختلال‌های روان‌پزشکی و مشکل اعتیاد، نه تنها در میان عموم مردم، بلکه در میان سیاست‌مداران و مدیران ارشد، گام‌های بزرگی برداشته است، به طوری که امروزه هیچ مسئولی هر چند در حد شعار اهمیت سلامت‌روان را نادیده نمی‌گیرد. ولی با نگاه به آینده باید گفت هنوز راه‌های نرفته زیادی در پیش رو است و لازم است گام‌های اساسی و بنیادی تری برداشته شود.

تحقیقات نشان می‌دهد در سال‌های اخیر بواسطه صنعتی شدن و پدیده مهاجرت نیمی از مردم جهان در شهرها و به ویژه حومه آن زندگی می‌کنند. به دنبال این تغییرات اجتماعی و اقتصادی، روز به روز بر استرس‌ها و مشکلات روانی اجتماعی جوامع افزوده شده و جهان شاهد تغییرات عمده در اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد شده است. تحقیقات نشان می‌دهد حاشیه‌نشینان به دلیل وضعیت بد اقتصادی - اجتماعی زندگی و سطح سواد پایین تر و ویژگی‌های کالبدی محل زندگی‌شان، از رضایت کمتری از زندگی برخوردار بوده و این شیوه از زندگی موجب پیامدهای منفی چون آسیب‌های اجتماعی مانند رواج بزه کاری، دزدی، اعتیاد به مواد مخدر یا پخش و فروش آن و روسپی‌گری به سرعت در بین آنان گسترش داده است این پیامدها به گونه‌های مختلف می‌تواند سلامت اجتماعی آنان را به خطر بیندازد.

در حال حاضر عوامل مولد استرس در جهان نسبت به گذشته بیشتر شده است. زیرا بعضی از مکانیسم‌های سنتی که به مردم کمک می‌کرد تا با فشارهای روانی مقابله کنند به تدریج رو به نابودی می‌رود. امروزه مشکلات شغلی و اقتصادی، تغییرات سریعی را به وجود آورده و ارزش‌های انسانی و اعتقادات امید بخش گذشته را از بین برده و به ضعف روابط انسانی و بی تفاوتی انسان‌ها نسبت به یکدیگر حتی خویشاوندان نزدیک منجر شده و زمینه‌های استرس را فراهم آورده است سیاستگذاران بدلیل حجم بالای مشکلات روانی اجتماعی از قبیل شیوع بالای اختلالات روانپزشکی، طلاق، اعتیاد، خودکشی، حاشیه‌نشینی، خشونت‌های خانگی و... افزایش روند اقدام به خودکشی و خودکشی‌های منجر به فوت، و تحمیل هزینه‌های اقتصادی بالای (مستقیم و غیر مستقیم) این آسیب‌های روانی اجتماعی مجبور خواهند شد تا به موضوع سلامت‌روان توجه ویژه‌ای داشته باشند.

عوامل موثر بر سلامت‌روان در کشور

مجموعه مشکلاتی که در کشور تاثیر مستقیم و غیر مستقیم بر سطح سلامت‌روان جامعه دارد به شرح زیر می‌باشد:

- * تغییر الگوی زندگی سالم در جامعه
- * عدم آگاهی جامعه نسبت به مهارت‌های زندگی سالم
- * دسترسی آسان به مواد اعتیاد آور در سطح جامعه

- * کم توجهی برخی از مسئولین ورده‌های سیاسی و سیاستگذاران نسبت به پیشگیری از بیماری‌های روانی-اجتماعی
- * انگ اجتماعی در مورد بیماری‌های روانی-اجتماعی
- * نگرش و باورهای غلط در سطح جامعه نسبت به بیماری‌های روانی
- * دانش پایین جامعه نسبت به شیوه‌های سالم فرزندپروری
- * ضعف آموزش‌های مورد نیاز در خصوص آموزش‌های قبل از ازدواج
- * گران بودن خدمات مشاوره‌ای و ضعف پوشش سازمان‌های بیمه گر بویژه بیمه‌های تکمیلی از خدمات سلامت روان
- * عدم تناسب بین دانش فارغ التحصیلان رشته‌های روانشناسی، روانپزشکی و... با نیازها
- * کم توجهی به مسائل پیشگیری از بیماری‌های روانی اجتماعی از سنین پایین
- * استرس‌ها و فشارهای روانی بالا در محیط‌های تحصیلی (مدارس و دانشگاه)
- * وجود حوادث استرس‌زا در جامعه و محیط زندگی
- * وجود بحران‌های طبیعی و غیر طبیعی در گذشته مثل سیل، زلزله و جنگ....
- * توجه کم به حمایت‌های روانی در مواقع بحرانی... به آسیب دیدگان و بازماندگان ناشی از حوادث
- * فراهم نبودن یک محیط سلامت نگر در زمینه پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی
- * پایین بودن سطح اقتصادی مردم
- * بالا بودن تورم
- * طولانی بودن مدت درمان بیماری‌های روانی
- * عدم توجه جامعه نسبت به تأثیرگذاری مصرف برخی داروها در طولانی مدت
- * میزان نسبتاً بالای بیکاری
- * امنیت پایین شغلی
- * مهاجرت و حاشیه نشینی در اکثر شهرهای کشور
- * اجرای طرح‌های کارشناسی نشده در سطح جامعه
- * استرس‌های محیط کار
- * عدم تناسب کار با ظرفیت‌های روانی افراد
- * عدم وجود امکانات تفریحی مناسب
- * وجود رقابت‌های ناسالم در اداره کردن زندگی
- * عدم توانایی برنامه ریزی برای آینده توسط فرد به دلیل پایین بودن مهارت‌های زندگی

آنچه که در برنامه‌های سلامت روان و استقرار یک برنامه پایدار نقش اساسی دارد توجه سیاستگذاران، دولتمردان و نگاه حاکمیت به موضوع سلامت روان بعنوان یک موضوع مهم و اساسی در توسعه اجتماعی فرهنگی است. افزایش شاخص سرمایه اجتماعی با افزایش شاخص‌های سلامت روان امکان

پذیر است. بنابراین سیاستگذاران و حاکمان در تدوین قوانین و اجرای برنامه‌ها بایستی به موضوع سلامت روان توجه و در هر برنامه‌ای پیوست برنامه سلامت روانی اجتماعی را یک موضوع مهم و ضروری بدانند.

برنامه‌های سلامت روانی اجتماعی از محدود موضوعاتی است که مربوط به بخش‌های مختلف بوده و یک برنامه چند بخشی است و عدم هماهنگی‌های بین بخشی نه تنها اثر بخشی یک برنامه را کاهش می‌دهد بلکه در بسیاری از موارد مانع اجرا و اثر گذاری آن برنامه می‌شود. وظایف سیاستگذاران در این حوزه هماهنگی بین بخشی در اجرای برنامه‌هاست که در این زمینه ۱۴ معیار مدنظر و ملاک عمل در برنامه‌ها وجود دارد. (دوماری و همکاران، ۱۳۹۵)

- ۱- اهداف مشترک و واضح وجود دارد.
- ۲- فرصت‌های وجود دارد که همکاری بین بخشی را ارتقاء می‌بخشد.
- ۳- سازمان‌ها برای اقدام کردن دارای ظرفیت هستند: دانش، مهارت و منابع مورد نظر.
- ۴- بر اساس اعتماد و پیگیری است.
- ۵- وظایف و مسوولیت‌ها واضح است و در پذیرش آن موافقت وجود دارد.
- ۶- بر اهداف، منافع و ارزش‌های مشترک در میان شرکا تاکید می‌شود.
- ۷- حمایت سیاسی تضمین می‌شود.
- ۸- شرکای اصلی در ابتدای کار درگیر هستند.
- ۹- ارتباط افقی مناسب در سرتاسر بخش‌ها و ارتباط عمودی در داخل بخش‌ها.
- ۱۰- اهداف واقعی و نتایج قابل رویت پایش و گزارش می‌شود.
- ۱۱- رهبری، پاسخگویی و پاداش‌ها در میان شرکا تسهیم می‌شود.
- ۱۲- گروه‌های ثابت از افراد به همراه سیستم‌های حمایتی مناسب، به خوبی با یکدیگر کار می‌کنند.
- ۱۳- الگوهای عملی و ابزارهایی برای حمایت از کار بین بخشی تدوین و نهادینه می‌شود.
- ۱۴- عموم مردم و میانجیان آن‌ها به منظور افزایش مطالبات و کار بین بخشی آموزش می‌گیرند.

بنابراین به منظور ایجاد یک تحول و تغییر در شاخص‌های سلامت روان و کاهش حجم مشکلات روانی اجتماعی و افزایش سطح سلامت روان مثبت در جامعه سطوح بالای مدیریت کشور و سیاستگذاران بایستی به موارد زیر توجه ویژه‌ای داشته باشند: (وزارت بهداشت، برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور ۱۳۹۰-۱۳۹۴)

- * یکپارچگی در سیاست گذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی
- * ارتقاء شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روانی
- * کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت

- * توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت
- * مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر
- * سامان بخشی مناطق حاشیه‌نشین و پیشگیری و کنترل ناهنجاری‌های عمومی ناشی از آن
- * استفاده از ابزارهای فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ها برای پیشگیری و مقابله با ناهنجاری‌های فرهنگی و اجتماعی
- * توسعه نظام‌های پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی
- * حمایت از اقشار محروم و زنان سرپرست خانوار
- * و...

تعریف سلامت روان در محیط کار:

به طور خلاصه حاکمیت، سیاستگذاران و دولتمردان بایستی به منظور دسترسی عادلانه اقشار مختلف مردم به خدمات سلامت روان به اصلاح ساختار ارائه خدمات سلامت روان بر اساس سطح بندی نظام ارجاع، تدوین سیاست و برنامه‌های کلان سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، افزایش سهم اعتبارات سلامت روان از بودجه عمومی کشور، اصلاح ساختارها و موانع دسترسی به خدمات سلامت روان، افزایش پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان بالاجس خدمات و درمان‌های غیر دارویی، (خدمات روانشناختی)، کمک به کاهش انگ اجتماعی ناشی از بیماری‌های روانی از طریق رسانه‌های ملی، شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان و تعدیل و کاهش این عوامل و افزایش عوامل محافظ در افزایش سطح سلامت روان توجه ویژه‌ای داشته باشد.



منابع فارسی:

۱. رحیمی موقر، آفرین وهمکاران. پیمایش ملی سلامت روان ۱۳۸۹-۱۳۹۰
۲. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور ۱۳۹۰-۱۳۹۴
۳. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نقشه جامع علمی سلامت. ۱۳۹۰
۴. دماری، بهزاد، حاجبی، احمد، شریفی، ونداد. خدمات جامع سلامت روانی و اجتماعی شهرستان، مروری بر اقدام پژوهی پیشگام. ۱۳۹۵.
۵. صابری زعفرندی، محمد باقر برخی چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد در ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان. ۱۳۹۴
۶. نوربالا وهمکاران. پیمایش ملی سلامت روان و سرمایه اجتماعی در افراد ۱۵ سال و بالاتر ایران. ۱۳۹۳

منابع انگلیسی:

1. World Health Organization (WHO), World Health Statistics 2006, Geneva.

Handwriting practice lines consisting of multiple horizontal dashed lines across the page.

۲

نقش تحریم‌ها بر نابرابری سلامت روان در پاندمی کرونا

مؤلفین و گردآوردگان:

دکتر مریم عباسی نژاد
کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

شیرین شهریاری
مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی زابل.



نقش تحریم‌ها بر نابرابری سلامت‌روان در پاندمی کرونا

تحریم اقتصادی چیست و چطور عمل می‌کند؟

تحریم اقتصادی را می‌توان به عنوان یکی از ابزارهای در دست کشورهای قدرتمند یا سازمان‌های بین‌المللی به منظور تحت فشار قرار دادن کشورهای غیر همسو یا کشورهایی که از نظر آنها ناقض اصول و قواعد بین‌المللی هستند تعریف کرد. تحریم‌های اقتصادی بر کشورهای هدف (مورد تحریم) از زوایای مختلف بر تولید، مصرف و تجارت خارجی تأثیرگذار بوده، منجر به کاهش تولید ناخالص داخلی آن کشورها می‌شوند و از کانال‌های مختلفی برگسترش فقر مؤثر هستند. تحریم کنندگان معمولاً دولت‌ها را هدف تحریم جلوه می‌دهند، نه مردم، اما واقعیت آن است که تحریم‌ها در اصل با هدف ایجاد نارضایتی در مردم به دنبال فشارهای اقتصادی و استفاده از اعتراضات مردمی به عنوان ابزاری برای تغییر رفتار حاکمان سیاسی وضع می‌گردند.

تحریم‌های اقتصادی بر علیه جمهوری اسلامی ایران:

کشور ما در چهار دهه گذشته تحریم‌های اقتصادی مختلفی را تجربه کرده است که از جمله آن‌ها می‌توان به تحریم‌های یک جانبه آمریکا و تحریم‌های همه جانبه بین‌المللی اشاره کرد. بررسی شدت تحریم با استفاده از مقایسه شاخص‌های کلان اقتصادی قبل و بعد از تحریم صورت می‌گیرد. بر همین اساس، تحریم‌های اقتصادی ایران را می‌توان از نظر وسعت و شدت در تاریخ بین‌الملل کم نظیر دانست.

تحریم‌های اقتصادی بر علیه ایران در سال ۱۹۷۹ به دنبال پیروزی انقلاب اسلامی در ابتدا به صورت یک جانبه از سوی ایالات متحده آمریکا آغاز شدند. به دنبال پیشرفت‌های حاصل شده در برنامه

هسته‌ای ایران، شورای امنیت سازمان ملل متحد اقدام به صدور قطعنامه‌های متعدد علیه دولت ما در سال‌های ۲۰۰۶ الی ۲۰۱۰ نمود که به موجب آنها تحریم‌های جدیدی از سوی جامعه بین‌الملل بر علیه ایران وضع شدند. همچنین در همین سال‌ها اتحادیه اروپا نیز به صورت مستقل اقدام به وضع تحریم‌هایی بر علیه ایران نمود. این تحریم‌ها در سال‌های ۲۰۱۲ الی ۲۰۱۵ به شدیدترین شکل خود رسیدند.

کاهش تولید ناخالص داخلی ایران به دنبال تشدید تحریم‌های بین‌المللی در سال ۲۰۱۲ چشمگیر بوده است. این تحریم‌ها باعث محدودیت در صادرات نفت و فرآورده‌های نفتی (که شامل ۱۳٪ تولید ناخالص داخلی و ۸۰٪ صادرات کشور بوده است) توسط دولت جمهوری اسلامی ایران شدند. همچنین محدودیت در تراکنش‌های مالی کشور از طریق نظام بین‌المللی بانکی نیز تجارت با ایران را دچار مشکلات جدی کرده است.

به دنبال مذاکرات ایران با گروه پنج به علاوه یک، و شکل‌گیری توافق هسته‌ای برجام در سال ۲۰۱۵، بسیاری از این تحریم‌ها برداشته شدند اما متأسفانه در سال ۲۰۱۸ با خروج دولت ایالات متحده آمریکا، مجدداً برقرار شدند.

آثار تحریم‌ها بر شاخص‌های کلان اقتصادی:

آمارها نشان می‌دهند تحریم‌ها در سال ۲۰۱۲، باعث ۱۱٫۸٪ کاهش در رشد تولید ناخالص داخلی نسبت به سال ۲۰۱۱ شدند. همچنین در مجموع باعث بیش از ۴۰٪ تورم و ۲۰۰٪ کاهش ارزش پول ایران شده‌اند. در نتیجه این کاهش، هزینه‌های معیشت افزایش و بیکاری نیز در کشورمان زیاد شده است. یک سال پس از لغو موقت تحریم‌ها در سال ۲۰۱۵، ایران شاهد ۱۴٫۱٪ رشد تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۶ شد که این رشد نشان‌دهنده اثر مثبت کوتاه مدت لغو تحریم‌ها بر شاخص‌های اقتصادی است.

آثار منفی همه‌گیری کووید-۱۹:

آغاز همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ از ابتدای سال ۲۰۲۰ و گسترش آن در سراسر جهان، آثار منفی زیادی بر اقتصاد جهان گذاشته است، به طوری که صاحب‌نظران کاهش ۴٫۵٪ در تولید ناخالص داخلی کشورها را به دنبال محدودیت‌های اعمال شده و کاهش تبادلات تجاری و تعطیلی بسیاری از کسب و کارها پیش‌بینی کرده‌اند. تحمیل هزینه‌های سنگین بهداشت و درمان بر کشورها نیز باعث مغفول ماندن مراقبت از بسیاری از بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های روانپزشکی شده است.

وضعیت خدمات سلامت و سلامت روان در رکود اقتصادی:

پژوهش‌های بین‌المللی نشان می‌دهند که به دنبال رکود اقتصادی، هزینه کردن برای سلامت عمومی و خدمات بهداشتی درمانی کاهش می‌یابد که این امر احتمالاً به علت کاهش درآمدهای

دولتی است. با در نظر گرفتن اینکه به علت موانع بسیاری از جمله پایین بودن سواد سلامت روان و انگ اجتماعی، مراجعه برای دریافت خدمات حوزه سلامت روان از ابتدا کم بوده است، می توان پیش بینی نمود که در دوران رکود اقتصادی و همچنین در میانه همه گیری کووید-۱۹، سهم سلامت روان در سبد خانوارها و همچنین سبد هزینه کرد دولت ها تا چه میزان کاهش پیدا خواهد کرد. بر اساس داده های مرکز آمار ایران بیش از ۴۰٪ جمعیت ایران زیر خط فقر زندگی می کنند. در شرایط رکود اقتصادی، این قشر در معرض آسیب بیشتری از نظر سلامتی هستند. همچنین لازم به ذکر است که عمده خدمات سلامت در ایران توسط بخش دولتی ارائه می شود. وقتی عمده درآمد دولت هم از محل صادرات نفت باشد، تحریم اقتصادی که صادرات نفتی را هدف قرار می دهد، وضعیت خدمات سلامت را قطعاً دچار مشکل می کند.

بر اساس یک نظریه، مبتلایان به بیماری های شدید و ناتوان کننده روانپزشکی به دلیل اختلالات مختلف عملکردی، در معرض بیکاری، تنگنای اقتصادی و مشکلات اجتماعی بیشتری قرار دارند. هزینه های تحمیل شده بر این بیماران نیز خود به خود آنان را از نظر اقتصادی دچار مشکلات بیشتر می کند و بنابراین مبتلایان به بیماری های مزمن روانپزشکی در میان اقشار فقیر بیشتر دیده می شوند و همزمان احتمال بیشتری وجود دارد که به مرور در نسل های آتی دچار رشد مشکلات اقتصادی بشوند.

شواهدی بر پیامدهای منفی تحریم ها بر حوزه سلامت:

شواهد مختلفی وجود دارد که نشان دهنده پیامدهای منفی در حوزه سلامت به دنبال اعمال تحریم ها بر علیه ایران است. به طور مثال بر اساس آمار سازمان پزشکی قانونی، میزان اقدام به خودکشی در سال های ۲۰۱۱ الی ۲۰۱۴ روندی افزایشی داشته و در سال ۲۰۱۵ به دنبال برداشته شدن تحریم ها، برای اولین بار روندی کاهشی به خود گرفت. مرگ به دنبال خشونت های بین فردی در زمان اعمال تحریم ها بالاتر رفته است. این روندها می توانند نشانه هایی از افت وضعیت سلامت روان در جمعیت ایرانی در دوره شدید اعمال تحریم ها و بهبود بعد از برداشته شدن تحریم ها باشند.

مرورهای سیستماتیک عوارض منفی بحران های اقتصادی بر سلامت روان را نشان داده اند. به طور مثال، به دنبال رکود اقتصادی جهانی در سال ۲۰۰۷، میزان بستری ها به خصوص در حوزه سلامت روان (افسردگی، خودکشی، اختلالات مصرف مواد) افزایش یافته بود. این پیامدهای سلامت روان عمدتاً به بیکاری و مشکلات مسکن مرتبط بود. همچنین مطالعات نشان داده اند بحران های اقتصادی بر سایر حوزه های سلامت نیز موثر هستند و به طور مثال باعث افزایش خطر بیماری های قلبی عروقی و ریوی می شوند.

تحریم های اقتصادی و تهدید تعیین کننده های اجتماعی سلامت:

ارتباطی قوی بین تعیین کننده های اجتماعی و سلامت جمعیت عمومی و سلامت فردی وجود دارد. این تعیین کننده ها عبارتند از درآمد، وضعیت اجتماعی، اشتغال، محیط اجتماعی، و مهارت های سازگاری فردی. این تعیین کننده ها از راه های مختلف بر سلامت موثرند. به طور مثال افراد با درآمد و

وضعیت و محیط اجتماعی متفاوت، دسترسی‌های مختلفی به منابع ارائه‌دهنده خدمت دارند. بنابراین هرگونه تغییری در این تعیین‌کننده‌ها می‌تواند به طور جدی حوزه سلامت را مورد تهدید قرار دهد. بر اساس آمار بانک جهانی، سرانه تولید ناخالص داخلی ایران در سال ۲۰۱۲، ۷۸۳۳ دلار بود که این رقم در سال ۲۰۱۵ به ۴۸۶۲ رسید. یک سال پس از لغو موقت تحریم‌ها در سال ۲۰۱۵، این سرانه در سال ۲۰۱۶ به ۵۴۱۵ دلار رسید. بیکاری در ایران سال ۲۰۱۳، ۱۰٫۴٪ بوده که در سال ۲۰۱۷ به ۱۳٫۱٪ رسید (دو سال بعد از لغو تحریم‌ها). این نشان می‌دهد که از بین رفتن آثار اقتصادی و اجتماعی تحریم‌ها ممکن است در کوتاه مدت میسر نباشد و این وضعیت زمان بیشتری می‌طلبد. شواهد مختلف نشان داده‌اند بیکاری و از دست دادن شغل، اثراتی سوء بر سلامت روان افراد دارد. همچنین بر اساس آمار بانک مرکزی، ضریب جینی که شاخصی برای نشان دادن نابرابری اقتصادی است، از ۳۷٪ در سال ۲۰۱۲ به ۴۱٪ افزایش پیدا کرده است. شواهد محکمی وجود دارد که نابرابری اقتصادی نیز عدم بهره‌برداری کافی از خدمات سلامت را در پی دارد. اگرچه وجود یک نظام قوی حمایت اجتماعی در کشورهای اروپایی، نقش مهمی در پیشگیری از بروز بسیاری از پیامدهای اجتماعی در آن کشورها پس از رکود ۲۰۰۷ داشت، چنین نظام حمایتی در ایران دیده نمی‌شود. کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی بر این مهم تاکید داشته که نابرابری‌های قدرت، درآمد و کالا باعث نابرابری در حوزه سلامت در ایران شده است.

آسیب پذیرترین افراد، تأثیرپذیرترین افراد هستند

پیامدهای منفی ناپایداری اقتصادی در گروه‌های آسیب پذیر بیشتر دیده می‌شود. به طور مثال، مطالعات نشان داده‌اند که سلامت روان زنان بیشتر تحت تاثیر بحران‌های اقتصادی هست و اقلیت‌ها و مهاجرین نیز بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند. مقالات منتشر شده اشاره به کمبود داروی بیماری‌های مزمن مثل مولتیپل اسکلروزیس، هموفیلی، و سرطان و آسم در ایران کرده‌اند. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز شدیداً متأثر از بحران‌های اقتصادی هستند. این افراد ممکن است شاغل نباشند و تماماً متکی به خانواده و یا منابع دولتی باشند. در ایران، بیماران حدود ۱۰٪ مخارج بستری و حدود ۳۰٪ مخارج درمان سرپایی را از جیب می‌پردازند. برای بیماران مزمن اشاره شده، این مخارج سرسام آور است. در شرایط بحران اقتصادی، دولت می‌تواند به این گروه‌ها کمک کافی بکند و از طرفی درآمد خانواده‌ها هم ممکن است کفاف این مخارج را ندهد. این مهم در مورد بیماری‌های مزمن و شدید روانپزشکی نیز صادق است. ادراک وضعیت سلامتی ضعیف و وجود سه یا بیشتر از سه هم‌بودی نیز با ضعف در پیگیری درمان همراه بوده‌اند. این شاخص‌ها نشان‌دهنده مخاطرات حوزه سلامت در جمعیت‌های آسیب پذیر می‌باشد.

تحریم‌ها باعث عدم دسترسی به مراقبت سلامت می‌شوند:

یک مسیر دیگر برای اثرگذاری تحریم بر سلامت مردم، اختلال در دسترسی به خدمات سلامت می‌باشد. در زمان تحریم، موسسات بین‌المللی از جمله شرکت‌های دارویی و بانک‌ها به سختی با ایران وارد معامله می‌شوند. یک مطالعه کمبود ۷۳ قلم دارو را که ۴۴٪ آن‌ها اساسی تلقی می‌شدند در

زمان تحریم در ایران نشان داده بود. مطالعه دیگری نشان داد دسترسی به ۱۳ قلم از ۲۶ قلم داروی ضروری در سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۵ کاهش یافته بود. این شامل اینترفرون می‌شود که درمان اصلی بیماری مولتیپل اسکلروزیس است. همچنین یکی از داروهای اصلی شیمی درمانی به نام سیتارابین نیز در زمان تحریم‌ها دچار کمبود شد. همچنین تحریم‌ها باعث کاهش دسترسی به برخی خدمات گران قیمت مثل رادیوتراپی شد.

بیماران هموفیلی نیز از بیمارانی هستند که نیاز مادام‌العمر به فاکتور هشت خون داشتند، یکی از فرآورده‌های دارویی که در ایران بسیار کمیاب شده است. مصرف داروهای بتا‌آگونیست به طرز چشمگیری در دوران تحریم کاهش یافته بود. جالب است که مطالعات در یونان نیز نشان دهنده کاهش مصرف داروهای آسم در زمان رکود اقتصادی بود. همچنین بیماران مزمن در هندوراس به علت نگرانی از هزینه‌ها در زمان رکود سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، از خدمات کمتری استفاده کردند.

جمع‌بندی:

تحریم‌های اقتصادی منجر به کاهش تولید ناخالص داخلی و در نتیجه کاهش درآمد دولتی می‌شوند. این کاهش درآمد بر بخش‌های مهم دولتی از جمله رفاه، آموزش، فناوری سلامت، و مسکن نیز موثر است. اگرچه تولید ناخالص داخلی یک کشور و حوزه سلامت عمومی تحت تأثیر عوامل زیادی از جمله عوامل جهانی، سیاست‌های دولت‌ها و تغییرات جمعیتی است، اما شواهد نشان داده‌اند تحریم‌ها از طریق تأثیر بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، و همچنین میزان دسترسی به دارو و مراقبت‌های پزشکی، قطعاً بر حوزه سلامت در سطح فردی و اجتماعی موثر بوده‌اند. بحران همه‌گیری کووید-۱۹، فشاری مضاعف بر نظام سلامت کشورها وارد کرده است و از طرفی به علت محدودیت‌های ایجاد شده باعث تعطیلی کسب و کارها، بیکاری و رکود اقتصادی بیشتر شده است. در این میان سلامت روان گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان و مهاجرین بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین مبتلایان به بیماری‌های مزمن جسمی نیز در معرض تهدید جدی هستند.



منابع انگلیسی:

1. Kokabisaghi F. Assessment of the Effects of Economic Sanctions on Iranians' Right to Health by Using Human Rights Impact Assessment Tool: A Systematic Review. *Int J Health Policy Manag*. 2018 May 1; 7(5):374-393. doi: 10.15171/ijhpm.2017.147. PMID: 29764102; PMCID: PMC5953521.
2. Aloosh M, Salavati A, Aloosh A. Economic sanctions threaten population health: the case of Iran. *Public Health*. 2019 Apr; 169:10-13. doi: 10.1016/j.puhe.2019.01.006. Epub 2019 Feb 14. PMID: 30771721.
3. Abhari B, Aleemran R, Aghajani H, The Effect of Sanctions on Iran's Health System Using Provincial Data and Spatial Panel Methods from 2009 to 2016 *Journal of Health Administration* 2020; 23(1)
4. Tahan, Mohammad, The Implications of Iran Sanctions on Civilian Mental Health and Quality of Life (June 5, 2019). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3427452>
5. Mohamadnejad N, Faraji Dizaji S, The Poverty and Mental Health Association in Iran, Iran. *Econ. Rev.* Vol. 23, No. 3, 2019. pp. 533-559
6. Heidary K, Bahrami F, The Impact of Sanctions on the Welfare Indicators of Urban and Rural Households of Iran, *Social Welfare Quarterly*, Vol 20, Spring 2020, No 76
7. Abdollahi MR, Shirazi HA, The direct impact of sanctions on health, physical and mental health, *Razi Journal of Medical Sciences*, 2021;28(3):229-245

A series of horizontal dashed lines for writing, spanning the width of the page.



۳

رابطه‌ی منصفانه‌ی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روانی- اجتماعی با خدمت‌گیرندگان

مؤلفین و گردآورندگان:

دکتر حسن رفیعی

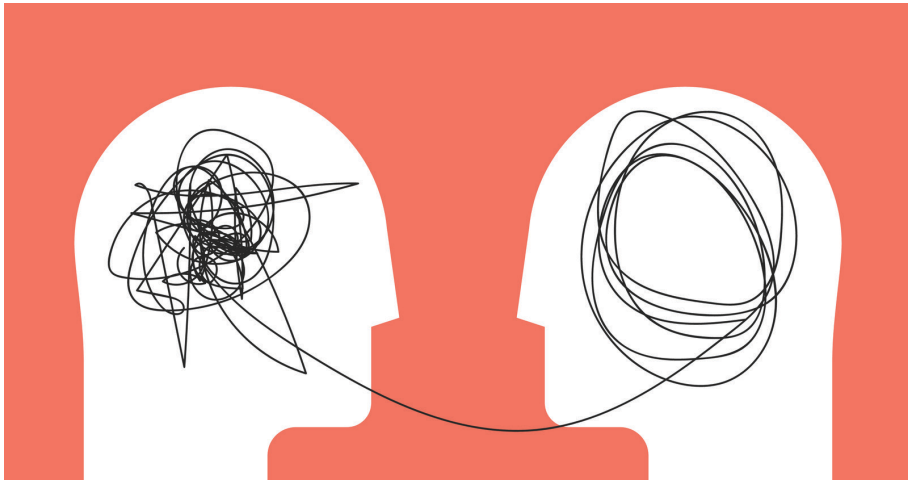
هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی.

زهرا یوسف نژاد

مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی بجنورد.

مهرو محمد صادقی قویم

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.



رابطه‌ی منصفانه‌ی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روانی-اجتماعی با خدمت‌گیرندگان

مقدمه :

انسان موجودی پیچیده است. انسان موجودی زیستی- روانی- اجتماعی است. مسلم است که دید و نظر ارائه‌دهندگان خدمت (حرفه‌های یاورانه) نسبت به رفتار انسان در نحوه‌ی برخورد و رابطه‌ی آن‌ها با مراجعین تأثیر می‌گذارد. تمام حرفه‌های یاورانه بر رابطه یاورانه مبتنی است. این رابطه برای شناخت، تغییر رفتار، کمک به سازگاری و حل مشکل مراجع برقرار می‌شود. این رابطه نباید یک رابطه‌ی برابر باشد بلکه باید یک رابطه‌ی منصفانه در نظر گرفته شود.

به طور کلی هنگامی که فرد با دنیا ارتباط برقرار می‌کند به واقعیت حقیقی یا محض پاسخ نمی‌دهد بلکه به واقعیت به صورتی که آن را تجربه کرده است واکنش نشان می‌دهد. دنیای هر فرد دنیای تجربه شده یا پدیداری است که اگر دیگران بخواهند اعمال خاص فرد را درک کنند باید بکوشند تا حد امکان خود را در چارچوب دآوری درونی آن‌ها قرار دهند و از دنیا به صورتی که در آگاهی ذهن فرد وجود دارد آگاه شوند.

هنگامی که خود آگاهی در فرد پدیدار می‌شود نیاز به توجه مثبت برای این خود آگاهی پرورش می‌یابد گرچه این نیاز در انسان‌ها همگانی است ولی به نظر می‌رسد که افراد در واقع نیاز به محبت را یاد می‌گیرند، این نیاز به توجه مثبت، نیاز به ارزشمند بودن، پذیرفته شدن، عزیز بودن به قدری معتاد کننده است که نیرومندترین نیاز به فرد در حال رشد می‌شود. رابطه منصفانه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روانی-اجتماعی با خدمت‌گیرندگان بر مبنای مفاهیم روانشناسی انسان‌گرا استوار است و فرض‌های اساسی در این رویکرد عبارتند از:

به یاد داشته باشیم مهمترین اصول رابطه حرفه‌ای و منصفانه در درمان پذیرش بی قید و شرط مراجع و رازداری است

* افراد اصولاً قابل اعتماد می‌باشند.

* آن‌ها بدون مداخله مستقیم درمانگر استعداد زیادی برای شناخت خود و مشکلاتشان دارند و اگر در نوع خاصی از رابطه درمانی درگیر شوند قادر به رشد هدایت شده توسط خود هستند. روانشناسان انسان‌گرا از همان ابتدا بر نگرش‌ها و خصوصیات درمانگر و کیفیت رابطه مراجع درمانگر به عنوان عوامل تعیین‌کننده نتیجه فرآیند درمان تاکید می‌کنند. آن‌ها همیشه مسائلی نظیر آگاهی درمانگر از نظریه و فنون را در درجه دوم اهمیت قرار می‌دهند.

رابطه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روانی - اجتماعی با خدمت‌گیرندگان:

روانشناسان انسان‌گرا به روشنی اظهار داشته‌اند که شرایط لازم و کافی برای کمک به مراجع در چارچوب رابطه‌ی یاورانه نهفته است. برای اینکه رابطه به تغییر مفید و تأثیر گذار منجر شود شش شرط ضروری هستند:

۱. رابطه: بدیهی است که در یک رابطه، باید دو نفر وجود داشته باشند که هر یک تفاوت محسوسی را در دیگری ایجاد کند.

۲. صداقت: حرفه‌های یاورانه در رابطه با مراجع باید کاملاً صادق باشند. صداقت به معنی آن است که حرف یاورانه آزادانه و عمیقاً خودشان هستند به طوری که تجربیات واقعی این افراد دقیقاً در آگاهی آن‌ها بازنمایی می‌شوند. صداقت نقطه مقابل نشان دادن صورت و ظاهر است این بدان معنی نیست که حرف یاورانه همیشه در تمام جنبه‌های زندگی صادق هستند بلکه زمانی ضرورت می‌یابد که رابطه یاورانه را آغاز می‌کنند.

۳. آسیب‌پذیری: مراجع در این رابطه در حالت ناهمخوانی است و بنابراین به علت تجربیاتی که در سطح نیمه هوشیار درک می‌شوند و برای خود تهدید کننده هستند، نسبت به اضطراب آسیب‌پذیر است یا به این علت مضطرب است که این ادراک نیمه هوشیار در حال وقوع است. آسیب‌پذیری نسبت به اضطراب همان چیزی است که مراجع را با انگیزه می‌کند تا در صدد رابطه یاورانه برآید و آن را ادامه دهد.

۴. توجه مثبت نامشروط: حرفه‌های یاورانه باید بتوانند به مراجع توجه مثبت نامشروط داشته باشند. اگر آن‌ها بتوانند توجه مثبت نامشروط به مراجع نشان دهند در این صورت مراجع از تجربیاتی که قبلاً به دلیل از دست دادن توجه مثبت افراد مهم زندگی اش تحریف یا انکار کرده است دقیقاً آگاه می‌شود. در

صورتی که مراجعین توجه مثبت را احساس کنند شرایط ارزشی موجود ضعیف شده یا از بین می‌رود و حرمت نفس مثبت نیرومندتر جایگزین آن می‌شود. اگر ارائه دهندگان خدمات سلامت روانی-اجتماعی بتوانند صرف نظر از اینکه مراجعین چه چیزی را تجربه یا ابراز می‌کنند، برای آن‌ها ارزش قائل شده و به آن‌ها اهمیت دهند در این صورت مراجعین آزاد می‌شوند تا خود را همان گونه که هستند با عشق و محبت بپذیرند.

۵. همدلی خالصانه: ارائه دهندگان خدمات سلامت روانی-اجتماعی از طریق همدلی دنیای خصوصی مراجع را دنیای خود تصور می‌کنند البته بدون اینکه خشم، ترس یا سردرگمی‌های خود در این تجربه دخالت دهند. بدون درک همدلانه‌ی عمیق، مراجعین نمی‌توانند به توجه مثبت خدمت دهندگان اعتماد کنند. مراجعین از این موضوع احساس تهدید می‌کنند که وقتی ارائه دهندگان خدمت آن‌ها را کاملاً بشناسد جنبه‌هایی از آن‌ها برملا خواهد شد که ممکن است پذیرفته نشوند. اما وقتی همدلی خالصانه و توجه مثبت نامشروط وجود داشته باشد، مراجعین بهتر شناخته شده و کاملاً پذیرفته می‌شوند.

۶. درک صداقت: مراجع باید حداقل تا حدودی پذیرش و همدلی ارائه دهنده خدمت را درک کند برای این که مراجع به دلسوزی و همدلی وی اعتماد کند حرف یاورانه باید انسان‌های صادقی باشند نه افرادی که نقش بازی می‌کنند.

در یک رابطه منصفانه ارائه دهندگان خدمات سلامت روانی-اجتماعی سعی نمی‌کنند دانش خود را مخفی نگه دارند یا فرآیند کمک را پیچیده کنند. فرآیند تغییر در مراجع به مقدار زیادی به کیفیت این رابطه‌ی منصفانه بستگی دارد. وقتی که مراجعین می‌بینند ارائه دهندگان خدمات سلامت روانی-اجتماعی به صورت پذیرا به آن‌ها گوش می‌کنند، به تدریج یاد می‌گیرند که چگونه به صورت پذیرا به خودشان گوش کنند. وقتی که مراجعین متوجه می‌شوند که فرد ارائه دهنده خدمت به آن‌ها اهمیت می‌دهد و برای آن‌ها ارزش قائل است (حتی برای جنبه‌هایی که پنهان نگه داشته شده و نامناسب انگاشته شده اند) در خود ارزش و اهمیت می‌بینند. هنگامی که مراجعین اصالت حرف یاورانه را تجربه می‌کنند بسیاری از ظاهر سازی‌ها را کنار گذاشته و با خود و ارائه دهندگان خدمت اصیل و صادقانه برخورد می‌کنند.

وظیفه و نقش درمانگران به عنوان ارائه دهندگان خدمات سلامت روانی:

نقش درمانگران فردمدار در نحوه بودن و نگرش‌های آن‌ها ریشه دارد نه در فنونی که برای واداشتن مراجع به انجام دادن کاری ترتیب یافته باشد. پژوهش درباره این نوع رابطه نشان می‌دهد که نگرش درمانگران؛ نه دانش نظریه‌ها یا فنون آن‌ها به تغییر شخصیت مراجع کمک می‌کند.

اصولاً درمانگران از خود به عنوان وسیله‌ی تغییر استفاده می‌کنند، وقتی که آن‌ها در سطح فرد با فرد با مراجع روبرو می‌شوند نقش آن‌ها بدون نقش بودن است. نگرش و اعتقاد درمانگر توانایی‌های درونی مراجع را برای رشد به وجود می‌آورد. وظیفه درمانگر است در این ارتباط درمانی حضور ملموس

داشته داشته و در دسترس مراجع باشد، بر روی تجربیات کنونی آن‌ها تمرکز کند در این صورت مراجعین از آزادی لازم برای کاوش کردن زمینه‌هایی از زندگی خود که در آگاهی انکار یا تحریف شده‌اند.

برخوردار می‌شوند. از همه مهمتر اینکه درمانگر باید تمایل داشته باشد که در رابطه با مراجعین صادق باشد. مراجعین از طریق نگرش اهمیت دادن، احترام گذاشتن، پذیرفتن و درک کردن واقعی درمانگر می‌توانند سپرهای دفاعی، برداشت‌های خشک و انعطاف ناپذیر خود را سخت یا آسان کنند و به سطح بالاتر از عملکرد شخصی پیش بروند.

مفهوم اصلی در رابطه منصفانه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روانی-اجتماعی با خدمت‌گیرندگان، احترام قائل شدن برای رشد و کمال است که خود فرد ایجاد کننده‌ی آن است. این مفهوم بر دو فرض استوار است:

۱- واقعیت‌ها برای افراد مختلف متفاوتند، یعنی هیچکس نمی‌تواند در مقام قضاوت برآید که واقعیت فلان انسان در مقایسه با واقعیت دیگر، نادرست و تحریف شده است.

۲- دومین فرض این است که اگر به واقعیت‌های دیگران احترام بگذاریم و اعتماد خود را به آنان نشان دهیم، رشد و کمال مورد نظر در مسیر مثبت زندگی اتفاق خواهد افتاد.

سخن پایانی:

در خدمات سلامت روانی-اجتماعی، رابطه خدمت‌دهنده با خدمت‌گیرنده بسیار مستعد آن است که دچار نابرابری شود، چون خدمت‌گیرنده نیازمند خدمتی است که خدمت‌دهنده در اختیار دارد. بخشی از این نابرابری قابل رفع نیست و ذاتی چنین رابطه‌ای است، اما باید کوشید تا می‌توان از شدت آن کاست، چون این نوع ارتباط، محل رشد و بالندگی مراجع و موجب وابستگی او به خدمت‌دهنده و لذا نقض غرض از یک رابطه یاورانه است که هدف آن نهایتاً باید استقلال مراجع باشد.

از این رو خدمت‌دهندگان در رابطه‌ای که با مراجع برقرار می‌کنند، باید بکوشند این نکات را رعایت کنند:

۱. این مراجع است که باید مسیر بالندگی خود را طی کند. پس محوریت باید با او باشد و خدمت‌دهنده صرفاً تسهیلگری است در این راه که دانش و تخصص خود را در اختیار خدمت‌گیرنده می‌گذارد.

۲. خدمت‌دهنده باید بتواند موقعیت و زیست‌جهان خدمت‌گیرنده را از دریچه چشم او ببیند. معنای همدلی / Empathy دقیقاً این است. خدمت‌دهنده برای این که ببیند آیا توانسته با مراجع خود خوب همدلی کند یا نه، باید ببیند آیا نقش موقعیت را در پدید آمدن مشکل مراجع توانسته دریابد؟ و اگر دید دارد مراجع را سرزنش می‌کند، بداند که در موضع نکوهش قربانی / Victim Blaming نشسته و نتوانسته رابطه همدلانه‌ای با او برقرار کند.

۳. در یافتن راه حل مشکل نیز باز محوریت باید با مراجع باشد و خدمت‌دهنده تنها یاریگر مراجع و تسهیلگر این مسیر است. بنابراین راه‌حلهای خود را نباید به او تحمیل کند. معنای این سخن این نیست که خدمت‌دهنده دیدگاه تخصصی خود را کنار بگذارد، بلکه صرفاً این است که آن را بر مراجع تحمیل نکند و مثلاً اگر مراجع داروها یا تمرینی را که او تجویز کرده، مصرف نکرد یا انجام نداد، او را سرزنش نکند، بلکه ببیند مشکل کجا بود که مراجع نتوانست به پیشنهادهاى او عمل کند.

۴. برای اینکه این رابطه منصفانه در فرایند جلسات ارائه خدمت نیز منعکس و تمرین شود، خدمت‌دهنده باید در عین حفظ رابطه حرفه‌ای، اصل احترام متقابل را هم رعایت کند. بطور مثال:

* مراجع را به نام کوچکش یا «تو» خطاب نکند، چون در این صورت مراجع نیز حق دارد او را به همین صورت خطاب کند و این رابطه آن دو را از شکل یک رابطه حرفه‌ای خارج می‌کند.

* یا اگر دیر کرد، از مراجع عذرخواهی کند، همان طور که انتظار دارد مراجع نیز وقت را به خوبی رعایت کند.

* همچنین اشتباهات خود را بپذیرد و در صورتی که موجب زیانی برای مراجع شده، بابت آنها از اوپوزش بخواهد و بکوشد آن زیان را جبران کند.

* همچنین وقتی مطلبی را نمی‌داند، به راحتی به بی‌اطلاعی خود اذعان کند و مراجع را برای کسب آن اطلاعات به همکار دیگری ارجاع کند یا فرصتی برای مطالعه از مراجع بگیرد.

منابع فارسی:

۱. جرال، کری، نظریه و کاربست مشاوره و روان درمانی، ترجمه سید محمدی، یحیی
۲. جیمز، پروچسکا، نظریه‌های روان درمانی، ترجمه، سید محمدی، یحیی
۳. احمدی، سید احمد، مشاوره و روان درمانی. ۱۳۸۵
۴. دانشنامه روانشناسی مردمی، نقش درمانگر در نظریه مراجع محور، ۱۴۰۰/۶/۲۳

منابع انگلیسی:

5. <https://infed.org/mobi/helping-relationships-principles-theory-and-practice>

۴

تأثیر انگ بر نابرابری خدمات سلامت روان در جامعه

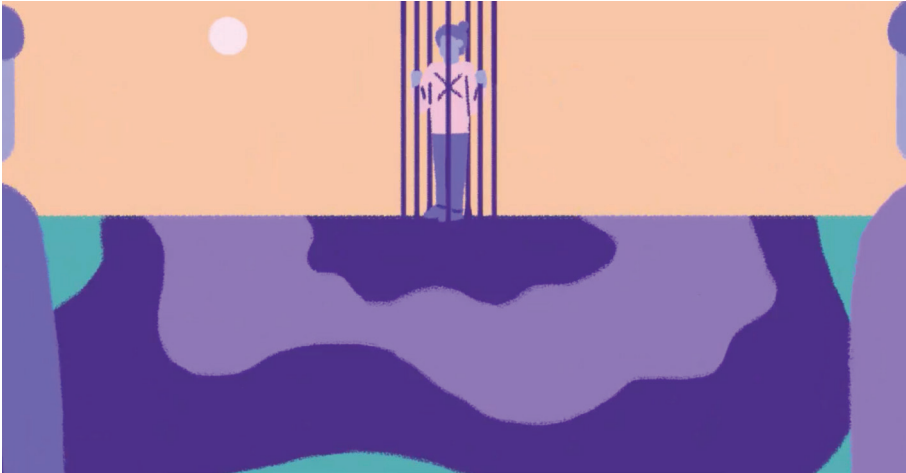
مؤلفین و گردآورندگان:

شهناز حسینی

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

فاطمه زارع

مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی یزد.



تأثیر انگ بر نابرابری خدمات سلامت روان در جامعه

مقدمه:

انگ زدن یک فرد را از دیگران «متفاوت» می‌کند. سازمان بهداشت جهانی «انگ رانسانه‌ای از شرمساری، خجالت یا عدم تایید تعریف می‌کند که باعث می‌شود فرد طردشود، علیه او تبعیض صورت گیرد و از مشارکت در حیطه‌های مختلف اجتماع محروم شود»

* انگ کلیشه‌ها و نگرش منفی و تبعیضی است که از این کلیشه‌ی منفی نشأت می‌گیرد.
 * انگ یک مساله جدی در تمام فرهنگ‌ها است و تاثیر زیان‌آوری بر تمام حوزه‌های زندگی دارد.
 هدف از این تحلیل تعیین مفهوم انگ بیماری روانی است

* انگ یک پدیده اجتماعی قدرتمند، فراگیر و پایدار است و جمعیت‌های آسیب‌پذیر را درگیر می‌کند مطالعات نشان می‌دهد که نگرش‌های انگ‌آمیز به صورت گسترده و متداولی نسبت به افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی وجود دارد. برای مثال بخش قابل توجهی از افراد در جامعه، به اشتباه، اعتقاد دارند که مبتلایان به بیماری‌های روانپزشکی مانند مبتلایان به افسردگی یا اسکیزوفرنی، غیرقابل پیش‌بینی و خطرناک هستند و ترجیح می‌دهند کمتر با این افراد سروکار داشته باشند.
 افراد اغلب به دلیل انگ درباره‌ی مشکلات سلامت روان خود یا نزدیکانشان حتی با دیگران صحبت نمی‌کنند.

دیدگاه‌های منفی یا برچسب مشکلات سلامت روان اغلب به دلیل بدفهمی، باورهای فرهنگی، درک نادرست و یا فقدان اطلاعات درباره‌ی مشکلات سلامت روان است. بسیاری از بیماران می‌گویند انگ بیماری روانی گاهی از خود بیماری بدتر و چالش‌برانگیزتر است.

انگ ناشی از بیماری روانی در افراد برچسب خورده باعث تبعیض، از دست دادن وضعیت اجتماعی، رفتارهای مقابله‌ای، کاهش کیفیت زندگی، تشدید بیماری، سوء مصرف مواد، عدم مصرف دارو و پیگیری درمان و نابسامانی در خانواده می‌شود.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که ترس افراد از انگ و برچسب بیماری روانی نقش مهمی در دسترسی و بهره‌گیری آنان از مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان دارد. این نگرش و باور در کارکنان پزشکی و خانواده بیماران نیز دیده می‌شود که باید از بیماری که مشکل روانی دارد، دوری کرد؛ زیرا بیماری روانی خطرناک است و اگر عضوی از خانواده «دیوانه تلقی شود» باعث سرشکستگی و شرم‌ساری اعضا خواهد شد. ترس از برچسب خوردن در اختلال‌های مربوط به کودکان و نوجوانان بیشتر از بزرگسالان دیده می‌شود. با گذشت زمان و افزایش آگاهی عمومی در زمینه بیماری‌های روانی، موضوع انگ بیماری روانی در خانواده بیماران، بیشتر مورد توجه پژوهشگران و دست‌اندرکاران بهداشت روان قرار گرفته است. در این مقاله برخی از جنبه‌های مخفی انگ بیماری روانی و بهداشت روان بررسی شده است.

عمق فاجعه زمانی آشکار می‌گردد که پژوهش‌ها نشان می‌دهند ۲۳٫۶ درصد افراد ۱۵ تا ۶۴ سال نیازمند خدمات روانپزشکی می‌باشند و همچنین بیماران روانی از میانگین افراد جامعه خشونت‌آمیزتر نیستند و یا میزان دزدی در افراد معتاد بیشتر از سایر اقشار آسیب‌دیده اجتماعی نیست. با این وجود بیش از نیمی از افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانی، برخی تجارب تبعیض‌آمیز را گزارش می‌کنند (کوریکان و همکاران ۲۰۰۳). بیماران روانی، نه تنها از بیماری خود، بلکه از انگ، و تبعیض همراه آن نیز رنج می‌برند (فلان ۲۰۰۲). انگ بیماری روانی، علاوه بر بیمار روانی، خانواده و دوستان و نیز اعضای حرفه‌های مرتبط با ارائه خدمات به آنان را در برمی‌گیرد (استمن و کیلین ۲۰۰۲). تبعیض‌ها و محرومیت‌های اعمال شده بر بیماران روانی در قالب قوانین اجتماعی، پوشش بیمه‌های پزشکی و سیاست‌گذاری‌های مرتبط به آنان نیز مشاهده می‌شود (مک‌سوین ۲۰۰۲). انگ بیماری روانی تحت تاثیر عوامل تاریخی، اجتماعی و فرهنگی خاص هر جامعه می‌باشد. تعداد زیادی از بیماران روانی به دلیل انگ از خدمات موجود و قابل‌عرضه به آنان استفاده نمی‌کنند، آن‌ها یا هرگز درمان را شروع نمی‌کنند و یا آن را به پایان نمی‌رسانند. در یک تحقیق مشخص شد که ۳۰٪ بیماران روانی به دنبال درمان می‌روند. در یک پژوهش دیگر مشخص شد که ۴۰٪ خانواده‌ها بستری کردن بیماران را مخفی و ۵۰٪ در برابر بستری کردن مقاومت کرده‌اند. یکی از مشکلات عمده این است که فرد یا افراد جامعه انگ‌رانی پذیرند و باور می‌کنند، مثلاً افراد وابسته به مواد باور می‌کنند که باید دزدی کنند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که بزرگترین مانع بیماران جهت بهره‌مندی از خدمات درمانی و حمایت‌های اجتماعی، ترس از انگ خوردن است.

تحقیقات نشان می‌دهد بیش از نیمی از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بیان کرده‌اند که درباره مشکلات روانی خود احساس شرمندگی می‌کنند و بیش از پنجاه درصد نیز احساس کردند که در معرض تبعیض قرار گرفته‌اند. در یک تحقیق جدید در کانادا، محققان دریافتند

که کمتر از نیمی از کانادایی‌ها معتقدند که بیماری روانی بهانه و دلیلی برای رفتار نامناسب است. تنها یک سوم کانادایی‌ها به رفاقت و دوستی با کسی که مشکل مصرف الکل داشته باشد ادامه می‌دهند. تنها یک چهارم کانادایی‌ها به دوستی و رفاقت با فردی که مشکل مصرف مواد دارد ادامه می‌دهند.

سه سطح از انگ وجود دارد:

۱. سطح ساختاری:

انتظارات جامعه، هنجارهای اجتماعی و عملکردهای سازمانی (مانند قانون، مقررات و سیاست‌گذاری‌ها) که فرصت‌ها، منابع و بهزیستی را برای گروه‌های برچسب‌خورده محدود می‌کنند.

۲. سطح اجتماعی:

هنجارهای اجتماعی منفی که باعث می‌شوند افراد در یک گروه اجتماعی نسبت به افرادی که با آنها متفاوت هستند واکنشی همراه با ترس، طرد و تبعیض داشته باشند.

۳. سطح فردی:

انگ خود بیمار به مشکلات سلامت روان که می‌تواند به انکار نشانه‌های بیماری، عدم پذیرش درمان و منزوی کردن خود از اجتماع منجر شود.

تأثیرات انگ:

انگ باعث می‌شود افراد:

- * کمتر به دنبال درمان بروند و در نتیجه بهبودی‌شان به تعویق بیافتد (تاخیر در درمان)
- * کمتر در مورد مشکلات‌شان با نزدیکان صحبت کنند و حمایت بگیرند.
- * کمتر از حمایت اجتماعی برخوردار شوند و منزوی شوند.
- * کیفیت زندگی پایین‌تری داشته باشند.
- * عزت نفس پایین‌تری داشته باشند.

تأثیرات انگ در بهره‌گیری از خدمات بهداشتی درمانی:

به طور کلی انگ‌های (استیگما) روانپزشکی (بدون توجه به نوع تشخیص و یا سطح ناتوانی) بسیار نافذتر از انگ‌های سایر رشته‌های پزشکی هستند. یکی دیگر از مشکلات مقوله‌ی بهداشت روان این است که بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روانی هرگز درمان را شروع نمی‌کنند و بسیاری نیز آن را تا انتها ادامه نمی‌دهند. یک مطالعه همه‌گیرشناختی

گسترده نشان داد که کمتر از ۳۰ درصد بیماران روانی به دنبال درمان می‌روند. این رقم حاکی از آن است مردم با اختلالات روانی مختصر خود بیشتر از درمان‌های روانپزشکی سازگاری پیدا می‌کنند؛ بیماران مبتلا به اختلالات جدیدتر نیز تمایل بیشتری به درمان از خود نشان نمی‌دهند. (مثلاً حدود ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از پذیرش درمان خودداری می‌کنند)

چگونه با انگ بیماری‌های روانپزشکی مقابله کنیم؟

- * افزایش دانش و آگاهی عمومی در مورد سلامت روان (ارتقای سواد سلامت روان جامعه).
- * صحبت کردن در مورد مشکلات سلامت روان و حمایت از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی.
- * پوشش‌های آگاهی‌رسانی و تغییر نگرش در مورد مشکلات سلامت روان.
- * کمک به اصلاح باورهای غلط مردم به بیماری‌های روانپزشکی و حتی دریافت خدمات سلامت روان از مراکز تخصصی و علمی.
- * تصحیح نگرش‌های غلط خود بیمار، خانواده، عامه مردم، مدیران و سیاست‌گذاران، متخصصین پزشکی در سایر رشته‌ها.
- * ایجاد زیرساخت‌ها و امکان بستری بیماران روانی در بیمارستان‌های عمومی کنار سایر بیماران.
- * استفاده از روش‌های درمانی روانشناختی و روانپزشکی نوین.
- * افزایش دسترسی خدمات روانپزشکی و روانشناسی برای بیماران روانی در سطح کشور.
- * ارائه خدمات مددکاری اجتماعی برای حفظ شغل و کار و استقلال بیمار روانی.
- * پذیرش بیماران روانی در نهادهای اجتماعی مثل مساجد، مدارس و دانشگاه‌ها و محیط کار و اداری.
- * راه‌اندازی بخش روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی.
- * مدیریت و اصلاح رسانه‌های جمعی صوتی، تصویری و نوشتاری در خصوص عدم استفاده از واژه‌ها و جملاتی از قبیل: دیوانه، مجنون، روانی، موجی، و... در محاورات روزانه، فیلم‌ها که باعث انگ در اذهان عمومی می‌شود.
- * پذیرش اینکه بیماران روانی خشن و جنایت‌کار نیستند، واقعیت این است که بیشتر جرایم توسط افراد به اصطلاح سالم انجام می‌شود.

پنج روش ساده که می توانم تفاوتی ایجاد کنم:

۱. به کسی که درباره سابقه مشکل من درباره ی بیماری روانی و یا مصرف مواد چیزی نمی داند این مطلب را بگویم و یا اینکه دیگران را ترغیب کنم این مطلب را بگویند.
۲. از طریق داوطلب شدن برای فعالیت در یک سازمان فعال در زمینه بهداشت روانی و یا اعتیاد، تماس مستقیم با افراد داشته باشم و به دنبال پیدا کردن داستان افرادی برآیم که بهبود یافته اند.
۳. درباره کلماتی که استفاده می کنم دقت نمایم. آیا من از زبانی استفاده می کنم که تمرکز آن روی فرد است یا نه، مثلا میگویم «فرد مبتلا به...» یا برعکس «فرد اسکیزوفرنی یا الکلی».
۴. به این فکر کنم که شخصا با افرادی که در اطراف من با مشکل بهداشت روانی و یا مصرف مواد روبرو هستند چگونه کمک می کنم و با آنها چگونه رفتار می کنم.
۵. زمانی که تبعیضی را مشاهده کردم یا قانون و سیاستی را دیدم که به صورت غیر عادلانه ای علیه افراد تبعیض قائل می شود اعتراض کنم.



منابع فارسی:

۱. جوالی، سودابه؛ حاجی بابایی، فاطمه. (۱۳۸۳ ش). منشور حقوق بیماران: مروری بر مطالعات انجام شده در ایران. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. ۲۳-۳۳

منابع انگلیسی:

1. Nojomi M, Malakouti S, Ghanean H, Joghataei M, Jacobson L. Mental illness stigma in city of Tehran 2009. RJMS 2010;17:45-52.
2. Wrigley S, jakson H, judd F, komiti A . Role of stigma and attitudes toward help seeking from a general practitioner for mental health problem in a rural town. Aust N Z J Psychiatry 2005;39: 514- 21
3. Akanbi M. Socio demographic factors influencing HIV/Aids stigmatization and discrimination amongst women in Lagos state. J Soc Behav 2010; 8:209-25
4. Vogel D, Wade N , Hackler A. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling the mediating roles of self-stigma and attitude toward counseling. J Couns Psychol 2007; 54:40-50
5. Corrigan, P. How stigma interferes with mental health care Electronic version. Am Psychol 2004

A series of horizontal dashed lines for writing, spanning the width of the page.





ضرورت توسعه عدالت اقتصادی و اجتماعی در بهبود سلامت روان جامعه

مؤلفین و گردآوردگان:

دکتر مهشید پدرام

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

شهره نصر

مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی زنجان.



ضرورت توسعه عدالت اقتصادی و اجتماعی در بهبود سلامت روان جامعه

امروزه در بیشتر کشورهای جهان تغییرات مختلفی روی داده است که نتیجه این تغییرات، تحولات بی سابقه در ساختار اجتماعی آنهاست. صنعتی شدن، رشد سریع جمعیت، افزایش شهرنشینی، کاهش بعد خانوار، افزایش مهاجرت، افزایش سن ازدواج، گسترش ناامنی و موارد دیگر از این دست، برخی از این اتفاقات است که در تاریخ زندگی بشر بسیار کم سابقه است. به دنبال این تغییرات بنیادین، روز به روز بر استرس ها، مسائل و مشکلات روانی و اجتماعی جوامع افزوده شده و بیماری های روانی درصدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ های زودرس قرار گرفته اند.

گزارش های سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که حدود ۲۰٪ از بزرگسالان با مشکلات سلامت روانی مواجه هستند و مطالعات نشان می دهد که اختلالات روانی و رفتاری در سال های اخیر شیوع روز افزونی داشته است. هر چند مشکلات روانی و رفتاری در پاره ای اوقات دارای ریشه های فردی مانند ژنتیک و خانواده است اما مطالعات نشان دهنده آن است که این مشکلات از مولفه های محیطی به ویژه متغیرهای اقتصادی و اجتماعی نیز تاثیرات فراوانی می پذیرند. مسائلی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالای بی اعتمادی و عدم امنیت در جامعه، از دست دادن کار، مهاجرت اجباری و نابرابری درآمد از جمله عوامل اجتماعی و اقتصادی هستند که آثار قابل توجهی بر سلامت روانی افراد جامعه دارد و زمینه را برای پیشگیری بسیاری از آسیب های اقتصادی و اجتماعی در جامعه ایجاد می کند.

همچنین عدالت اجتماعی به عنوان شکلی از عدالت از جمله مقولاتی است که ریشه در فطرت بشری داشته و از دیرباز مورد توجه دانشمندان و دولت مردان بوده و هست. بنابراین، هر جامعه ای که بتواند زمینه مساعدی را برای تحقق محیط مسالمت آمیز و صمیمی به وجود آورد که مردم به اهداف

انسانی و تأمین نیازهای زندگی، امنیت و بهداشت برسند و به حقوق از دست رفته خود، دست یابند و همچنین توزیع درآمد به عدالت بین مردم تقسیم شود، عدالت اجتماعی در آن جامعه به خوبی تفسیر و به کار گرفته شده است.

عدالت اقتصادی مراعات حقوق اقتصادی افراد در حوزه رفتارها و روابط اقتصادی است. واژه عدالت یکی از عمده‌ترین ارزش‌های معنوی در طول تاریخ تمدن بشری است؛ که در سطح مباحث نظری از گذشته دور تا کنون مورد توجه ویژه اندیشمندان اقتصادی بوده است.

از نظر زیست پزشکی، سلامت روانی نبود بیماری تلقی می‌شود. سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مقدمه شناسنامه خود می‌گوید: «سلامتی عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و معلولیت». در سال‌های اخیر این سازمان اصطلاح زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی را به تعریف سلامت افزوده است. بنابراین، سلامتی مفهومی چند بعدی است: فیزیکی، روانی و اجتماعی و از آنجاییکه سلامت روانی یکی از ابعاد مهم سلامت جامعه به شمار می‌آید لذا در هر جامعه‌ای ارتقای شاخص‌های سلامت روان منجر به بهبود بهره‌وری و افزایش بازدهی نیروی کار در آن جامعه می‌شود.

از طرفی دیگر، عدم توانایی مالی در پرداخت هزینه‌ها و در نتیجه پایین آمدن کیفیت و رفاه زندگی عاملی است که سلامت روان افراد در جامعه را به خطر می‌اندازد و به ترویج روحیه ناامیدی و افسردگی و یاس دامن می‌زند که تنها راهکار برای مرتفع ساختن این معضل توسعه عدالت اجتماعی - اقتصادی در جامعه می‌باشد.

توسعه عدالت اقتصادی و اجتماعی در بهبود سلامت روان جامعه فرصت عادلانه برای برخورداری از سلامت ایجاد می‌کند

نقش مؤلفه‌های عدالت اقتصادی و اجتماعی در سلامت:

* تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت Determinants of Social Health مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماری‌ها می‌شوند و در سلامت انسان نقش به‌سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می‌نمایند.

* مسائل اجتماعی و مشکلاتی نظیر فقر، بیکاری و بی‌سوادی، قطعاً به عنوان مشکل در تمام کشورهای دنیا با ابعاد متفاوتی وجود دارند و مسلماً این وظیفه تمام دولت‌هاست که بتوانند راهکاری مناسب برای برطرف کردن موانع و ایجاد رفاه، امنیت و سلامت مردم خویش پیدا کنند.

* برای تحقق نسبی عدالت اقتصادی در اجتماع، دولت‌ها می‌بایست سیاست کلان تنظیم و توازن نسبی اقتصادی را برای تمامی مقاطع زمانی تعیین و مورد توجه قرار دهند.

- * به طور کلی نظام اقتصادی بیان کننده ی کیفیت قانونمندی تنظیمات اقتصادی و نیز معیاری برای هماهنگی آنهاست. اهداف اقتصادی نیز روشن کننده ی جهت های اقتصادی و هدایت کننده مسیر فعالیت های اقتصادی به سمت آرمان های مطلوب است.
- * توازن در سه حوزه تولید، مبادله و مصرف از مسائل اساسی است که توجه به آن خود از مصادیق تحقق عدالت اقتصادی خواهد بود. این سه حوزه و تفکیک آنها بیشتر به صورت انتزاعی از صحنه عملکرد اقتصادی در زندگی به دست می آید.
- * نقش دولت باید در ایجاد یک چنین توازن نسبی و نیز هدایت و مدیریت اقتصادی و شاید فقط به صورت «مدیریت توزیعی» در هر سه حوزه یاد شده باشد و بیش از آن نقش دولت در نظام اقتصادی بسیار محدود خواهد بود، زیرا نقش دولت در اقتصاد، احقاق حق از طریق تنظیم و کنترل روابط و شبکه های توزیعی در صحنه روابط اقتصادی است.

شرایط توسعه عدالت اقتصادی و اجتماعی در تأمین سلامت روانی جامعه

عدالت اقتصادی هنگامی در جامعه توسعه خواهد یافت که تمام افراد جامعه به حق نسبی خود از دارایی های جامعه دست یابند. از این رو، افراد جامعه به دو دسته تقسیم می شوند:

الف) افرادی که توان کار کردن را دارند. همه این افراد در استفاده از امکانات و فرصت های عمومی برای کار باید برابر باشند. استفاده نادرست و تبعیض آمیز در بهره مندی از امکانات و فرصت های عمومی، مهم ترین و بزرگ ترین سنگ بنایی است که اگر کج نهاده شود، جامعه دچار بی عدالتی عمیق می شود

ب) دسته دوم، افراد نیازمند هستند. نیازمندان گاهی توان کار ندارند، همانند اطفال و سالخوردگان. دولت موظف است از امکانات عمومی و نیز ثروتمندان از امکانات شخصی خود برای برطرف کردن نیازها استفاده کنند. همچنین برخی نیازمندان توان کار دارند، اما میزان بهره مندی آنها از کارشان هزینه های متعارف و معمول آنها را کفایت نمی کند. نیاز این دسته افراد نیازمند نیز باید از راه پیشین برطرف شود.

اهداف توسعه عدالت اجتماعی اقتصادی در راستای سلامت روانی جامعه:

- * عدالت اجتماعی - اقتصادی به منظور از بین بردن فقر مطلق و ایجاد توازن و تعادل نسبی بین اقشار اجتماعی برقرار می شود.
- * حق برخورداری برابر از منابع و ثروت های عمومی (مساوات)
- * سهم بری براساس میزان مشارکت در تولید (عدل طبیعی)
- * قرار گرفتن اموال در موضع قوام آن (کارایی)

پیامدهای منفی در عدم رعایت عدالت اقتصادی و اجتماعی در سلامت روانی در جامعه:

* افزایش فشارهای اقتصادی با ایجاد فشار روانی در افراد همراه است که معمولاً می‌تواند به رفتارهای پرخطر و آسیب‌زایی مانند مصرف مواد، خودکشی، دگرکشی، افزایش استرس، خشونت، بیماری‌های روانی، مشکلات خانوادگی و سایر آسیب‌های روانی و اجتماعی منجر شود.

عوامل موثر در توسعه عدالت اجتماعی و اقتصادی جهت بهبود سلامت روانی جامعه:

- * اتخاذ سیاست‌ها و راهکارهای مرتبط با سلامت روان توسط دولت سایر بخش‌های مرتبط
- * همکاری‌های بین‌بخشی و برون‌بخشی در راستای تامین سیاست‌های سلامت‌روان
- * توسعه درآمد مردم
- * افزایش اشتغال مردم
- * کاهش تورم و رشد اقتصادی و اجتماعی
- * آموزش و ارتقای سبب زندگی سالم
- * افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی در شرایط محیط زندگی و کار
- * اعمال سیاست‌های فقرزدایی و نابرابری از طریق توجه ویژه به اقشار آسیب‌پذیر و کم‌درآمد کشور
- * توجه به افزایش سواد سلامت‌روان و ابعاد سلامت فرد در جامعه
- * توسعه همه‌گیر آموزش‌های سلامت محور با بهرمندی از ظرفیت رسانه‌های جمعی و قابل دسترس عموم



منابع فارسی:

۱. آقائظری، حسن (۱۳۹۲)، عدالت اقتصادی از نظر افلاطون، ارسطو و اسلام، تهران: انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.
۲. اخوان کاظمی، بهرام (۱۳۹۸)، عدالت در نظام سیاسی اسلام، تهران: دانش و اندیشه معاصر.
۳. حاجی، محمد (۱۳۹۴)، اقتصاد سلامت، تهران: جامعه نگری، سالمی.
۴. سید قطب (۱۳۹۷)، عدالت اجتماعی در اسلام: مباحثی در زمینه‌های جامعه، حکومت، اقتصاد و سیاست، ترجمه محمدعلی گرامی و سیدهادی خسروشاهی، قم: بوستان کتاب.
۵. طبیبیان، محمد و همکاران (۱۳۹۹)، اقتصاد و عدالت اجتماعی، تهران: نشر نی.
۶. فراهانی فرد، سعید (۱۳۸۴)، «توسعه پایدار بر محور عدالت»، مجله علمی - پژوهشی اقتصاد اسلامی، تهران: پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.
۷. فتحانی، علی (۱۳۸۸)، «عدالت اقتصادی و راهبردهای مبتنی بر مفهوم»، ماهنامه اقتصادی بررسی مسائل و سیاست‌های اقتصادی، شماره ۸۹-۹۰.
۸. لشکری، علیرضا (۱۳۸۸)، «عدالت و جمع، قم: سبحان، مجله جست‌های اقتصادی، سال ششم، شماره ۱۲.
۹. ماهر، آ. (۱۳۸۴)، «مطالعه رابطه بین فقر و سلامت در ایران»، رفاه اجتماعی، شماره ۱.
۱۰. محمدیان. آ.، آریزی. اس. آر (۱۳۸۶)، «مطالعه‌ای برای بررسی تعامل بین اشتغال تعهد و وضعیت اشتغال در تأثیرگذاری ناراحتی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳.
۱۱. مرامی، علیرضا (۱۳۹۴)، بررسی مقایسه‌ای مفهوم عدالت، تهران: انتشارات مرکز اسناد انقلاب اسلامی.
۱۲. مطهری، مرتضی (۱۳۸۹)، انسان کامل، تهران: صدرا.
۱۳. میرمعزی، سیدحسین (۱۳۹۳)، عدالت اقتصادی از دیدگاه اسلام، تهران: سازمان انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.
۱۴. نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۰)، «سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲.
۱۵. برنامه استراتژیک پیشنهادی عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در جمهوری اسلامی ایران
۱۶. مهرگان نادر و همکاران، تأیید شرایط اقتصادی و اجتماعی بر سلامت روانی ایران (۱۳۷۸-۱۳۹۱)
۱۷. حسینی سیده کمال السادات، تحلیلی بر نقش وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر تحولات سبک زندگی سلامت محور در کشور
۱۸. دکتر ملک افضلی حسین و همکاران، شاخص‌های عدالت در سلامت، ستاد مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، معاونت امور اجتماعی سازمان برنامه و بودجه (سال ۱۳۹۵)

۶

سواد سلامت روان و بهره مندی از خدمات

مؤلفین و گردآورندگان:

صدیقه خادم

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

نگار ماسوری

کارشناس سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.



سواد سلامت روان و بهره مندی از خدمات

مقدمه:

سیستم‌های بهداشتی نوین سبب پیدایش نیازهای پیچیده و جدیدی در مخاطبان خود شده‌اند. نیاز به خودمدیریتی در مراقبت‌های بهداشتی افزایش یافته، از مردم انتظار می‌رود که در جستجوی اطلاعات، درک قوانین و مسئولیت‌ها و گرفتن تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده نقش‌های جدیدی بر عهده بگیرند. یکی از عوامل بسیار مهم در این زمینه که کمبود آن حتی در افرادی که تحصیلات بالا و مهارت‌های تخصصی در رشته‌های کاری خود دارند نیز به چشم می‌خورد، سواد سلامت است.

سواد سلامت

واژه سواد سلامت از حدود سال ۱۹۷۰ میلادی، در متون سلامت مورد استفاده قرار گرفته است.

در یک مطالعه مروری Sorensen و همکاران در خصوص سواد سلامت و سلامت همگانی در مجموع ۱۷ تعریف (و ۱۲ پارچوب مفهومی) از سواد سلامت را بررسی نمودند. آنچه در مبنای تمام تعاریف به وضوح به چشم می‌خورد این است که همه آنها سواد سلامت را مجموعه‌ای از مهارت‌ها، توانمندی‌ها و ظرفیت‌ها در ابعاد گوناگون می‌دانند گاه در بعد کسب و به دست آوردن اطلاعات پزشکی و سلامت، گاه در بعد فهم و درک آن‌ها، گاه در بعد پردازش و تفسیر آن‌ها و گاهی در بعد تصمیم‌سازی و به کارگیری این اطلاعات بروز می‌نماید (۱۹).

سواد سلامت، توانایی انجام وظایف خواندن و نوشتن پایه است که مستلزم عملکرد در زمینه مراقبت‌های سلامت است. به طور معمول برای سواد سلامت سه سطح متمایز در نظر گرفته می‌شود که عبارتند از:

سطح کاربردی، سطح مفهومی و سطح توانمندسازی

در سطح کاربردی به مفهوم مهارت‌هایی است که به افراد این امکان را می‌دهد تا فرم‌های رضایت‌نامه، برچسب دارویی و اطلاعات پیرامون مراقبت‌های سلامتی را بخوانند، اطلاعات کتبی و شفاهی ارایه شده از سوی پزشک، پرستار، داروساز و یا سایر متخصصان بهداشتی درمانی را درک کرده و بر اساس دستورات، به خود مراقبتی پرداخته و طبق برنامه ریزی انجام شده ویزیت‌های پزشکی را دنبال کند.

سطح سواد مفهومی است که طیف وسیعی از مهارت‌ها و شایستگی‌هایی را شامل می‌شود که افراد در طول دوره زندگی خود به دست می‌آورند تا مفاهیم و اطلاعات سلامتی را جستجو، درک و ارزیابی کرده و از آنها استفاده کنند تا با انتخاب‌های آگاهانه، خطرات سلامتی را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش دهند.

در سطح توانمند سازی (سطح سوم)، بهبود نقش فرد به شهروندی فعال در زمینه سلامت مد نظر است. این مهم از طریق ایجاد تعهد شهروندی به ارتقای سلامت و پیشگیری محقق می‌شود. در این راستا آگاهی افراد از حقوق خود به عنوان بیمار و یا آگاهی از خطرات بهداشتی کالاها و خدمات به عنوان مشتری، انتخاب آگاهانه ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و عضویت در جنبش‌های اجتماعی، به طور فردی یا جمعی در جهت ارتقای سلامت بسیار مهم است.

سواد سلامت پدیده‌ای پیچیده است و وضعیت آن تحت تاثیر برخی عناصر قرار می‌گیرد که عبارتند از: دسترسی (دسترسی به رسانه‌ها، متخصصان و اطلاعات مناسب)، مهارت (در زمینه‌های جمع‌آوری و درک اطلاعات سلامت، به اشتراک گذاشتن اطلاعات شخصی در مورد علائم و پیشینه سلامتی، پیگیری مناسب ویزیت‌ها، اقدام بر اساس اطلاعات شخصی در مورد علائم و پیشینه سلامتی، پیگیری مناسب ویزیت‌ها، اقدام بر اساس اطلاعات بهداشتی درمانی، تصمیم‌گیری در مورد رفتارهای بهداشتی پایه مثل تغذیه سالم و ورزش، مشارکت در مراقبت از خود و مدیریت بیماری‌های مزمن)، دانش (در مورد واژه‌های پزشکی و بهداشتی، مفاهیمی همچون "خطر" و کارکردهای نظام بهداشت و درمان)، معلولیت‌ها (مشکلات حسی، ارتباطی، یا محدودیت‌های فیزیکی و شناختی)، ویژگی‌های ارائه‌دهنده مراقبت سلامت و نظام بهداشت عمومی (مهارت‌های ارتباطاتی متخصصان سلامت، پلنفرم‌های بکار گرفته شده برای آموزش بیماران) و همچنین سایر مشخصه‌های مهم از جمله مراحل زیست و تکامل، تفاوت‌های فرهنگی، زبانی یا تحصیلی، که باورها و دانش پیرامون سلامتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

مطالعات نشان داده است، بین سواد سلامت و پیامدهای نادرست سلامت رابطه وجود دارد. برای مثال هر چه دانش در زمینه شرایط و موقعیت‌های بهداشتی ضعیف تر باشد، استفاده از خدمات پیشگیری کننده نیز کمتر است. و افراد در خودمراقبتی هم با مشکلات بیشتری مواجه می‌شوند. آمار موارد مزمن، افزایش و استفاده از خدمات بهداشتی کاهش می‌یابد. از طرفی افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و مرگ و میر زودرس را بیشتر شاهد خواهیم بود. (سواد سلامت)

در گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس؛ بررسی سطح سواد سلامت در کشور، سواد سلامت محدود در بین زنان و مردان را به ترتیب ۴۲ درصد و ۴۶ درصد برآورد کرده است که از نظر آماری معنادار هستند. طبق نتایج مطالعه مذکور سطح سواد سلامت پایین در بین گروه‌هایی از قبیل افراد بیکار، افراد سنین بالای ۵۵ سال، افراد با سال‌های تحصیل کم (۵ سال و کمتر) و همچنین زنان خانه‌دار بیشتر مشاهده می‌شود. سطح سواد سلامت پایین در بین گروه‌هایی از قبیل افراد بیکار، سنین بالای ۵۵ سال، افراد با سال‌های تحصیل کم و نیز زنان خانه‌دار بیشتر مشاهده می‌شود.

همچنین طبق نتایج این مطالعه از بین منابع مختلف، به ترتیب رادیو و تلویزیون، پرسیدن از پزشک و کارکن بهداشتی و درمانی و اینترنت سه منبع اصلی کسب اطلاعات سلامت گزارش شدند و منابعی نظیر پرسیدن از دوستان و آشنایان، روزنامه‌های نشریات و مجلات و تلفن گویا در مراحل بعدی قرار داشتند. (وضعیت سواد سلامت)

سواد سلامت روان

ژورم در سال ۱۹۹۷ برای اولین بار مفهوم «سواد سلامت روان» را مطرح کرد و آنرا اینگونه تعریف نمود: مجموعه‌ی دانش و باورهای مربوط به اختلالات روانی که به تشخیص، مدیریت یا پیشگیری از آن‌ها کمک می‌کنند.

سواد سلامت روان از اجزاء مختلف تشکیل شده است. از جمله:

- الف. توانایی تشخیص یا تمایز انواع اختلالات روانی یا انواع متفاوت فشارهای روانی
- ب. دانش و باورها در خصوص عوامل مخاطره‌آمیز (ریسک فاکتورها) و علل بروز اختلالات
- ج. دانش و باورها درباره مداخلات شخصی یا خوددرمانی
- د. دانش و باورها درباره کمک‌های تخصصی موجود
- ه. روش‌هایی که تشخیص و درمان را برای بیماران تسهیل می‌کنند
- و. دانش مواجهه و استفاده از اطلاعات مربوط به سلامت روان

سواد سلامت روان، دانش و باورهایی در مورد اختلالات روانی است که به کمک آن فرد خود را به رسمیت می‌شناسد و باعث بهبود مدیریت و پیشگیری از اختلالات روانی در فرد می‌شود و در مقابل نبود آن نرخ پایین تری از درک و درمان بیماری‌های روانی را موجب می‌شود.

بر این اساس سواد سلامت روان مشتمل بر سه مولفه است:

*** شناخت:** یعنی فرد بتواند افکار، رفتار یا دیگر علایم یک اختلال روان شناختی را بدون آنکه بداند دقیقاً به چه اختلالی مربوط می‌شود شناسایی کند و بتواند تشخیص دهد که پای یک اختلال در میان است.

*** دانش:** یعنی فرد بداند از کجا و چگونه اطلاعات سلامت روان را دریافت کند. از عواملی که افراد را در برابر یک اختلال آسیب پذیر می‌نماید آگاه باشد. دلایل ایجاد اختلال را تا حدی بداند. در موارد خفیف تا متوسط بتواند بدون مراجعه به متخصص بر مشکل خود غلبه یافته یا آن را کاهش دهد و در نهایت بداند که برای رفع بیماری یا اختلال روانشناختی از چه مراکز یا متخصصینی باید استفاده کند.

*** نگرش:** یعنی نگرش و دیدگاه مثبتی نسبت به دریافت خدمات و افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی داشته باشد.

چنانچه افراد ناتوانی‌ها و علائم روانی را تجربه کنند یا در تماس نزدیک با کسانی باشند که چنین مشکلاتی دارند، خود بخود تلاش خواهند کرد که آن علائم را مدیریت کنند. فعالیت‌های مدیریت علائم در افراد، ناشی از میزان سواد سلامت آن‌ها خواهد بود. اگر موفق شوند، این فعالیت‌ها منجر به کاهش علائم و همچنین تغییر در سواد سلامت روان خواهد شد. در این چارچوب، فردی که تحت تاثیر علائم قرار گرفته (چه شخصاً و چه در تعامل با دیگری) بعنوان عامل اولیه مدیریت علائم در نظر گرفته می‌شود، که ممکن است در معرض استراتژی‌های درمانی تخصصی قرار گیرد. این چشم انداز مهم است زیرا منتهی به تأکید بیشتر روی دانش و مهارت‌های عمومی و تقویت تجارب فردی در مواجهه با علائم می‌شود.

نیاز جامعه به سواد بیشتر سلامت روان، با در نظر گرفتن رشد شیوع اختلالات روانی (۲۳٫۶٪ در جامعه ایرانی)، برجسته‌تر میشود. به این معنا که تقریباً هرکس یا شخصاً درگیر اینگونه اختلالات است و یا در ارتباط نزدیک با افرادیست که گرفتار این معضل هستند.

این در حالی است که اغلب افراد جامعه به درستی نمی‌توانند اختلالات را تشخیص دهند و معنای عبارات روانشناختی را درک کنند. بعنوان مثال وقتی یک نمونه مطالعاتی از جامعه استرالیا نشان‌هایی از عوارض حاصل از افسردگی مزمن یا اسکیزوفرنی را بروز داد، اغلب آن را نوعی از اختلال روانی قلمداد کردند، اما تنها ۳۹ درصد از افراد آن را «افسردگی» و ۲۷ درصد آن را «اسکیزوفرنی» تشخیص دادند. بخاطر نشانه‌های افسردگی، ۱۱ درصد تصور کردند که شخص مشکل جسمانی دارد. به همین ترتیب در نظرسنجی‌ها در قاره اروپا با فقدان درک صحیح از مفاهیم اسکیزوفرنی و مانیا در تحقیقات برندلی و هیلرت به چشم خورد. یک تحقیق امریکایی نشان داد که افراد جامعه کاملاً قابل‌تعلیم دیدن در خصوص علائم افسردگی هستند، اما کمتر مایل به دانستن درباره تغییرات جسمانی هستند.

اما آیا این ناتوانی در استفاده از نامگذاری صحیح و فقدان دانش علائم شناسی است؟ این کمبودها در سواد سلامت روان می‌توانند منجر به بروز مشکلاتی در مواجهه با روان درمانگرها شوند. پوشیده نیست که مبتلایان به اختلالات اغلب از چشم متخصصین دور می‌مانند. تاثیر عملکرد این متخصصین در رابطه مستقیم با تعدد تشخیص است.، اما شکل تعامل بیماران با آنها نیز حائز اهمیت می‌باشد. کشف یک اختلال روانی به مراتب آسان تر خواهد بود اگر بیمار علائم خود را بعنوان مشکل روانی شناسایی کند و بروز دهد و این شفافیت به تشخیص و درمان عارضه کمک خواهد کرد. هرچند تشخیص متخصص به تنهایی برای درمان کافی نیست، اما گام نخست برای اقدام موثر قلمداد می‌شود.

در بعد دانشی هم شاهد این مساله هستیم که در کشورهای غربی، علت افسردگی و اسکیزوفرنی اغلب از دید جامعه، عوامل محیط اجتماع و استرس‌های موجود در آن بیان می‌شوند، حال آنکه از دیدگاه اپیدمیولوژیک رخدادهای استرس زادر افسردگی و اسکیزوفرنی، بیشتر عامل محرک به حساب می‌آیند تا علت.

عوامل زیستی از دید جامعه اهمیت کمتری نسبت به فاکتورهای محیطی دارند. اگرچه اقوام و نزدیکان افرادی که دچار اسکیزوفرنی هستند بیشتر مایلند نقش عوامل زیستی (بیولوژیک) را پررنگ ببینند. اطلاق واژه اسکیزوفرنی به برخی علائم نیز بیشتر بیولوژیک تلقی میشود تا تحت تاثیر علل روانی. در بعضی فرهنگ‌های غیر غربی، پدیده‌های غیرطبیعی مثل جادوگری یا تسخیر ذهن توسط ارواح، بعنوان علل مهم اختلالات روانی محسوب میشوند. اما در غرب چنین باورهایی رواج ندارد. عقاید گوناگون درباره ریشه اختلالات می‌تواند منجر به تغییر الگوهای حمایتی و درمانی گردد. برای مثال در مالزی دلیل وجود باورهای غلط، مبتلایان به اختلالات روانی را با روش‌های سنتی و با کمترین میزان استفاده از داروهای تایید شده علاج می‌کنند. در امریکای یک پیمایش کنترل شده سایکوتراپی برای افسردگی، باور داشتن بیماران به علل ارتباطی، نتیجه بخشی بهتر در درمان خلقی را باعث گردید. از طرفی هم باور به علل اگزستانسیال منجر به اثربخشی بهتر در درمان شناختی شد. با علم به اینکه تنها اقلیتی از مردم که با معیارهای تشخیصی اختلالات روانی مواجه می‌شوند به متخصص مراجعه می‌کنند، مهارت‌های خوددرمانی و خودیاری از اهمیت بسیار بالایی برخوردارند. وقتی از افراد پرسیده شد که کدام روش مداخلات درمانی را ترجیح می‌دهند، خوددرمانی محبوب ترین روش در استرالیا و انگلستان شناخته شد.

در میان انواع مداخلات خودیاری، دریافت حمایت خانواده و دوستان، شرکت در فعالیت‌های روحیه بخش، شروع فعالیت‌های جدید و تمرینات ورزشی از پرطرفدارترین‌ها بودند. متأسفانه شواهد بسیار کمتری از تاثیر اینگونه درمان‌ها نسبت به درمان تخصصی وجود دارد، و همین باعث می‌شود که به سختی بتوان گفت کدامیک از روش‌های فوق کارکرد موثرتری دارند. با این حال در درجات خفیف تر افسردگی، نشانه‌هایی از تاثیر حمایت‌های اجتماعی در بهبود شرایط بیمار دیده شده است. همچنین تاثیر ورزش و مطالعه‌ی کتاب‌های مربوط به روانشناسی و درمان اختلالات.

آگاهی از نحوه کمک به دیگران، یکی از اجزاء مهم سواد سلامت‌روان محسوب می‌شود. در خصوص این موضوع تحقیقات چندانی صورت نگرفته است اما در یک نظرسنجی در کشور سوئیس، مشخص شد که عموم مردم در واکنش نشان دادن به چنین اختلالاتی مردد هستند و نمیدانند چگونه باید رفتار کنند، از اینکه مرتکب اشتباه شوند می‌ترسند و اطلاعات کافی در این مورد ندارند. در خصوص شناسایی منابع حمایتی، در تعدادی از مطالعات انجام شده، از مردم خواسته‌اند تا حرفه‌های درمانی را طبقه‌بندی کنند. در بسیاری کشورها روان‌درمانگرها از رتبه بالایی برخوردار شدند. بخصوص آن‌ها که در درمان افسردگی تخصص داشتند. (پرست ۱۹۹۶) هرچند در مورد روانپزشکان اینگونه نبود. برای افسردگی، روان‌درمانگرها و روانشناس‌ها در رتبه پایین‌تری نسبت به روانپزشکان قرار داشتند، اما افراد تمایل بیشتری برای ملاقاتشان نشان دادند تا مثلاً در خصوص اسکیزوفرنی از آنها کمک بگیرند.

این نتایج از کشورهای توسعه یافته استخراج شده‌اند. باورها درباره درمان تخصصی در مناطق مختلف می‌تواند متفاوت باشد. مثلاً در کشور ایتالیایی هنوز روش‌های سنتی مثل جادوگری، غسل در آب مقدس و یا استفاده از گیاهان خاص مورد استفاده‌اند و بومیان این منطقه تمایلی به دریافت دارو و درمان تخصصی نشان نمی‌دهند. فقط در خصوص بیماری‌های جسمی است که حاضرند به پزشک مراجعه کنند. در مجموع در بعضی از مناطق جهان نگاه مثبتی نسبت به درمان‌های روانپزشکی وجود ندارد. یکی از علت‌های این دیدگاه منفی می‌تواند اثرات جانبی داروها باشد. مثلاً وابستگی به دارو، بی‌حالی، آسیب‌های مغزی و غیره. و این باور که درمان‌های دارویی تنها می‌توانند علائم را از بین ببرند، نه ریشه بیماری را.

مطالعات نشان داده که تبعات منفی استفاده از بنزودیازپین‌ها، در ذهن افراد به سایر داروها نیز بسط داده شده و در نتیجه آن‌ها دوست ندارند که داروهای مختلف را امتحان کنند، حتی اگر به تخصص روانپزشک اعتقاد داشته باشند. یک مطالعه در استرالیا نشان داد که سایر روش‌های درمانی مثل ECT نیز در دیدگاه عموم وجهه مثبتی ندارند و بیشتر آسیب‌زنده به نظر میرسند تا کمک‌کننده. شنیده‌ها حاکیست که در بسیاری از کشورهای پیشرفته نیز چنین مقاومتی در برابر برخی شیوه‌های درمانی وجود دارد. درمان‌های طبیعی مانند مصرف ویتامین‌ها یا گیاهان دارویی، در نظر افراد جلوه مثبت‌تری دارند و به اندازه داروهای شیمیایی نسبت به آنها بدبینی وجود ندارد.

اما عواقب این باورهای عمومی نسبت به روش‌های درمانی چیست؟ به وضوح می‌توان دید که باورهای منفی درباره درمان علمی باعث جلوگیری از روند صحیح درمانی و همکاری با درمانگر میشود. پیشنهاد شده که برای خنثی کردن این بدبینی، از بیمار بخواهند درباره روش درمانی مطلوب خود گفتگو کند. اینجاست که مفهوم «تطبیق‌پذیری» مطرح میشود. که لازمه آن شکل گرفتن گفتگویی دو طرفه بین بیمار و درمانگر است و تجربه نشان داده که کارایی این روش بالاتر از متقاعدسازی بیمار برای شروع درمان خواهد بود. موضوع دیگر، اهمیت مشورت دیگران است. بدین معنا که مثلاً در خصوص

افسردگی، بیشتر افراد زمانی برای درمان مراجعه می‌کنند که اطرفیانشان به آنها چنین پیشنهادی می‌دهند. بنابراین حتی اظهار نظر دیگران نیز می‌تواند در روند درمان افراد موثر واقع شود. در بعد نگرشی، اختلالات روانی همواره با نوعی شرمساری همراه هستند که ممکن است مانع از کمک گرفتن فرد مبتلا شود. برای مثال، آلمانی‌ها در گفتگو دربارهٔ اختلالات روانی اگرچه بیشتری احساس میکنند تا صحبت کردن دربارهٔ مشکلات جسمانی. در آمریکا بسیاری از افراد جامعه مایل نیستند که تحت درمان‌های روانی قرار بگیرند چون بیم دارند که تاثیر منفی روی وضعیت شغلی شان بگذارد. این نگرش‌های شرمسارانه حتی مانع از مراجعه به متخصصین می‌شود. در بریتانیا اکثریت افرادی که مورد مطالعه قرار گرفته اند بیان کردند که از گرفتن مشاورهٔ رواندرمانی احساس خجالت زدگی پیدا خواهند کرد، اغلب به این دلیل که متخصص آن‌ها را به چشم فردی نامتعادل خواهد دید! در هندوستان حتی دیده شده که افرادی با اختلالات روانی ترجیح می‌دهند معضلات خود را جسمی جلوه دهند.

همچنین ما در مورد شیوهٔ دستیابی مردم به اطلاعات حوزهٔ سلامت روان و باورهای آنان یافته‌های چندانی در اختیار نداریم. بیشتر دانسته‌های ما مربوط به تجارب شخصی، خانوادگی و دوستانه است. یک مطالعه در بریتانیا نشان دریافت که ۳۳ درصد پاسخ دهندگان منبع اطلاعات خود را برخورد با افرادی ذکر میکنند که به نوعی اختلال روانی دچار بوده‌اند، ۱۰ درصد هم تجربیاتی از دوستان یا اعضای خانوادهٔ خود کسب کرده‌اند. در نتیجه تجربهٔ شخصی یا تجربهٔ تماس با مبتلایان بر روی باورهای مردم کاملاً تاثیرگذار است.

عامل موثر دیگر، رسانه‌ها هستند. گزارش‌ها، برنامه‌های تلویزیونی و فیلم‌های سینمایی در شناساندن این اختلالات نقش مهمی ایفا می‌کنند. در بریتانیا ۳۲ درصد افراد رسانه را بعنوان منبع اصلی اطلاعاتی شان ذکر کردند و متأسفانه رسانه‌ها اکثراً گرایش به پوشش جنبه‌های منفی دارند. در آلمان ۶۴ درصد مردم عنوان کرده‌اند که حداقل یکبار خبری دربارهٔ کسی که اختلال روانی داشته و جرمی مرتکب شده شنیده‌اند و ۵۰ درصد دربارهٔ کسی که اختلال روانی داشته و به مصرف مواد مخدر روی آورده. اما تنها ۱۷ درصد افراد در مورد بیماری‌های شنیده بودند که توانسته‌اند درمان شوند و زندگی نرمالی داشته باشند. مشخصاً چنین نوع اطلاع‌رسانی تأثیرات مخربی در پی دارد. در بیشتر جوامع افرادی که دچار اختلال روانی هستند به شکل افراد خشن با شخصیت‌هایی نامطلوب در سینما و تلویزیون نمایش داده می‌شوند. هرچند خشونت یکی از مشکلات کوچک ناشی از اختلالات روانی است اما جامعه به وضوح این خطر را بزرگتر از حد واقعی احساس می‌کند، که این هم نتیجهٔ تلقین رسانه‌ها و تصویرسازی داستانی و نادرست آنهاست.

در نهایت، منابع گوناگونی برای دستیابی به این دانش وجود دارد. کتاب‌ها، اینترنت و دوره‌های آموزشی و تحقیقاتی وجود دارند که می‌توانند به آشنایی صحیح‌تر با این پدیده بیانجامند. بارها دیده‌ایم که برخی از پرفروش‌ترین کتاب‌ها در جهان، کتاب‌هایی با موضوعات روانشناسی، تلقین و خوددرمانی بوده‌اند و بعضی وبسایت‌های مربوط به سلامت روان مراجعه‌کنندگان بیشماری داشته‌اند. اما تاثیر جامع این اطلاع‌رسانی‌ها بر سواد سلامت‌روان همچنان ناشناخته است. لازم است که کنترل کیفی جامع‌تری روی این منابع صورت گیرد تا اطمینان حاصل شود که اطلاعاتی که در اختیار مردم

قرار میگیرند، دقیق هستند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که در بعضی از این وبسایت‌ها، اطلاعاتی که به مخاطبین ارائه می‌شود در قیاس با مطالب آکادمیک و بروز شده، ناقص یا کهنه می‌باشند.

بهبود سواد سلامت روان:

اهمیت سواد سلامت در اسناد بالا دستی کشور نیز منعکس شده است و بندهایی که به طور مستقیم و یا غیر مستقیم بر موضوع سواد سلامت تاکید کرده‌اند در مفاد آن‌ها درج شده است. از جمله این اسناد می‌توان به سیاست‌های کلی سلامت (مصوب ۱۳۹۳)، سند تحول بنیادین آموزش و پرورش (مصوب ۱۳۹۰)، نقشه جامع علمی سلامت کشور (مصوب ۱۳۸۹)، نقشه جامع علمی کشور (مصوب ۱۳۸۹) و تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به منظور ارتقای سطح سلامت (از جمله سواد سلامت) کشور در ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه اشاره کرد.

بررسی این اسناد نیز نشان می‌دهد که در حوزه سیاستگذاری تاکید زیادی بر ارتقای سطح سواد سلامت شده است و ساختار لازم در حوزه اجرایی نیز موجود بوده و برنامه‌هایی در این راستا توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت صورت گرفته است، ولی بر اساس نتایج مطالعات همچنان تا سطح مطلوب فاصله داریم.

تلاش‌هایی که تا کنون برای ارتقاء سواد سلامت روان صورت گرفته، در مقایسه با آنچه برای شناساندن سرطان و بیماری‌های قلبی انجام شده ناچیز است. با این اوصاف برخی رویکردها مورد امتحان قرار گرفته‌اند. یکی از آنها برگزاری کمپین‌های اطلاع‌رسانی عمومی بوده است. آنها سعی کردند این مفاهیم را تبیین کنند که اختلالات روانی بسیار شایع، مهم و قابل درمان هستند. کمپینی در اوایل دهه ۹۰ در آمریکا به راه افتاد که به «روز ملی غربالگری افسردگی» شهرت یافت. هدف اصلی این نامگذاری، برجسته‌سازی اهمیت توجه به افسردگی، آموزش به افراد در خصوص علائم، درمان و تشخیص و ردیابی افرادی بود که شاید نمی‌دانستند مبتلا به افسردگی هستند. این حرکت ملی بازتاب گسترده‌ای پیدا کرد و منجر به غربالگری تعداد زیادی از افراد شد.

در نروژ اخیراً کمپینی به راه افتاد که هدف آن کاهش مدت زمان درگیری با اختلالات و مراجعه سریعتر به متخصصین بود. تمرکز این کمپین تنها روی افراد جامعه نبود و روانپزشکان را هم شامل میشد. با بهره‌گیری از تمام رسانه‌های موجود، این کمپین موفق شد تاثیرگذاری مناسبی نشان بدهد و اطلاعات عمومی را بخصوص درباره روان‌پریشی و اسکیزوفرنی به شکل قابل ملاحظه‌ای بالا برد و در رسیدن به اهداف اصلی خود نیز تا حدود زیادی موفق بود.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۲ دهمین روز از ماه اکتبر را به‌عنوان روز جهانی سلامت روان نام‌گذاری کرده است. این روز فرصتی را در اختیار تمامی فعالان این حوزه قرار می‌دهد تا با ارائه اطلاعات لازم درباره فعالیت‌های خود در زمینه بهداشت روان، به عملی شدن اقدامات لازم برای درمان این دسته از بیماران در سراسر جهان کمک کنند.

کمپین روز جهانی سلامت روان در سال ۲۰۲۰، تمرکز روی سرمایه‌گذاری در این بخش بوده و سازمان جهانی بهداشت به همراه "اتحادیه جهانی بهداشت روان" و "فدراسیون جهانی بهداشت روان"، خواستار افزایش گسترده سرمایه‌گذاری در بخش سلامت روان هستند.

سلامت روان برای همه: سرمایه‌گذاری بیشتر - دسترسی بیشتر" (Mental Health for All: Greater Investment – Greater Access)

شعار تعیین شده برای این روز در سال ۲۰۲۰ است.

در سال‌های اخیر تلاش‌های خوبی برای بهبود کیفیت اطلاعات در رسانه‌ها صورت گرفته است. هرچند متخصصین امر بطور مستمر در برنامه‌ها شرکت نمی‌کنند و هنوز تحقیقات جامعی روی اثربخشی این نوع آگاهی‌رسانی انجام نشده است. در آنالیزی که روی چهار منبع رسانه‌ای مشتق از اطلاعات عامیانه و سه منبع موثق تخصصی صورت گرفت، دکتر نارین دریافت که متخصصین، اینگونه اختلالات را با وجهه مثبت تری به نمایش می‌گذارند. اما روزنامه‌نگاران تمایل دارند که نظرات آنان را تضعیف کنند تا مطالب را به گونه‌ای ارائه نمایند که جنبه خبری و روایی جذاب تری داشته باشد. با وجود کمپین‌های اینگونه، شواهد مطالعات بررسی شده، به روشنی نشان داده شده که عموم افراد در بسیاری از کشورها از سواد سلامت روان ناچیزی برخوردارند. این فقدان اطلاعات عواقب گوناگون و مهمی بدنبال خواهد داشت:

اولاً، محدودیت‌هایی بر سر راه درمان و مراقبت‌های تجربی سلامت روان ایجاد خواهد کرد و این تصور را بوجود خواهد آورد که تجربیات شخصی افراد برای درمان اختلالات کفایت می‌کنند. همچنین دستاوردهای تحقیقاتی را بی‌فایده و ناکارآمد جلوه خواهد داد. این نگاه باعث خواهد شد افرادی که نیازمند به استفاده از خدمات درمانی هستند از دسترسی به آن محروم بمانند. مادامیکه روش‌های درمانی تجربه محور در نظر عموم مردم ناکارآمد باشند، آنان که دچار اختلالات هستند تمایلی به مراجعه به متخصص و پذیرش توصیه‌های روانپزشکان پیدا نخواهند کرد. بعلاوه چنین رویکردی میتواند بار مسئولیت کادر درمانی و مراقبتی را با ارائه خدمات غیرمرتبط و انجام آزمایشات غیرلازم سنگین‌تر کند.

در ثانی، وظیفه پیشگیری و کمک‌رسانی به بیماران، صرفاً به متخصصین محدود خواهد شد. با در نظر گرفتن اینکه شیوع اختلالات روانی روز به روز بیشتر می‌شود، نیروهای مشغول در حوزه سلامت روان قادر نخواهند بود به همه افراد درگیر کمک کنند و طبعاً ترجیح خواهند داد به مداوای کسانی بپردازند که مشکلات شدیدتر و مزمن تری دارند. اگر قرار است دستاوردهای بزرگتری در زمینه پیشگیری، مداخلات بهنگام، خودیاری و حمایت اطرافیان در جامعه بدست آید، به جامعه‌ای با سواد سلامت روان نیاز خواهیم داشت که در آن دانش عمومی و مهارت‌ها بیش از پیش گسترش یابد.

نتیجه‌گیری:

در کشورهای با درآمد کم یا متوسط بیش از ۷۵ درصد از مبتلایان به اختلالات روانی، عصبی یا مشکلات سوءمصرف مواد هیچ‌گونه درمان مناسبی دریافت نمی‌کنند. افراد زیادی در جامعه قادر به تشخیص یا تمایز بین انواع گوناگون اختلالات روانی با اضطراب و استرس نیستند. باورهای عمومی درباره بیماری‌ها و روش‌های درمانی با آنچه که روانشناسان می‌دانند بسیار متفاوت است. رویکردهایی که عموماً مانع از تشخیص و کمک‌رسانی به نیازمندان می‌شوند. اغلب اطلاعات مربوط به سلامت روان که در دسترس مردم قرار دارند گمراه‌کننده هستند. اگر سواد سلامت روان در جامعه بهبود نیابد، می‌تواند منجر به عدم شناسایی علائم، تأخیر در دریافت حمایت و خدمات درمانی، جلوگیری از پذیرش درمان و یا ایجاد اختلال در فرآیند درمان گردد. همچنین بسیاری از افراد با اختلالات یکسان ممکن است از دریافت مشاوره خودداری کنند و از حمایت‌های دیگر افراد جامعه نیز محروم بمانند.

در حالیکه اهمیت سواد سلامت در سلامت جسمانی کاملاً شناخته شده است، شرایط در حوزه سلامت روان اصلاً قابل‌قیاس نیست. هدف این مطالعه معرفی مفهوم سواد سلامت روان به گستره‌ای وسیع‌تر از مردم است، تا بتوان از دانسته‌ها و تجرب همگان برای هرچه بهتر شناساندن این موضوع بهره‌گرفت. و در پایان با ارائه پیشنهاداتی به منظور ارتقای سواد سلامت روان جامعه به این بحث خاتمه می‌دهیم.

- ۱- پررنگ‌تر شدن مفهوم سواد سلامت روان در اسناد بالادستی مرتبط با سواد سلامت
- ۲- اهتمام بیشتر سیاستگذاران به موضوع سلامت روان و جلب حمایت‌های مربوطه در راستای سیاست‌گذاری در این حوزه
- ۳- استفاده از ظرفیت‌های موجود در کشور به منظور ارتقای سواد سلامت روان جامعه از جمله رسانه‌های جمعی، رادیو، تلویزیون، روزنامه‌ها و مجلات
- ۳- نظارت علمی بر مطالب منتشر شده در رسانه‌ها به منظور کاهش آرایه مطالب غیرعلمی و دسترسی آسان‌تر مردم به اطلاعات علمی و صحیح
- ۴- استفاده رسانه‌های جمعی از متخصصین بنام به منظور ارتقای آگاهی عمومی
- ۵- برگزاری کمپین‌های اطلاع‌رسانی در کشور با موضوعات سلامت روان
- ۶- ایجاد پایگاه‌های علمی به روز و آگاهی‌رسانی به مردم از طریق این پایگاه‌ها
- ۷- اطلاع‌رسانی پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در مورد خدمات سلامت روان قابل‌ارائه در مراکز به جمعیت تحت پوشش



منابع فارسی:

۱. بررسی تعاریف به کار رفته در مطالعاتی که به طراحی و روان سنجی ابزارهای سنجش سواد سلامت پرداخته اند. محمد طاووسی و همکاران. اسفند ۹۲. فصلنامه پایش، شماره اول. ص ۱۱۹-۱۳۴
۲. بررسی رابطه خودمراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی در بین شهروندان شهر تبریز. محمد باقر علیزاده اقدام، کمال کوهی، محمد قلی زاده، فصلنامه عملی پژوهش های سلامت محور، سال دوم؛ شماره ۴، اسفند ۹۵

منابع انگلیسی:

3. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12:80
4. Coles ME, Ravid A, Gibb B, George-Denn D, Bronstein LR, McLeod S. Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. J Adolesc Health 2016;58(1):57-62.
5. Mental health literacy public knowledge and beliefs about mental disorder. A.F. JORM, British journal of psychiatry. 177, 396-401, 2000
6. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. Stan Kutcher, MD, Yifeng Wei, MA, and Connie Coniglio, PhD3, The Canadian Journal of Psychiatry, 2016
7. Mental health literacy: focus on developing countries. KA Ganasen, S Parker, CJ Hugo, DJ Stein, RA Emsley, S Seedat, Afr J Psychiatry 2008;11:23-28



نقش حاکمیت در توانمندسازی افراد دارای معلولیت (جسمی و ذهنی)

مؤلفین و گردآورندگان:

مینا جلالی

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

نرگس آقا بزرگ زاده

مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی بابل.



نقش حاکمیت در توانمندسازی افراد دارای معلولیت (جسمی و ذهنی)

مقدمه:

با تاملی ژرف پیرامون خود، در میان اعضای جامعه به گروهی برخورد می‌کنیم که معلول نامیده می‌شوند. معلولین آن دسته از افراد جامعه ما هستند که بنا به عللی (نقص مادرزادی یا حادثه‌ای) ممکن است دچار آسیب‌های جسمی، ذهنی و یا حسی و حرکتی باشند.

معلولیت واقعی است انکار ناپذیر و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تا کنون در جوامع مختلف وجود داشته است. هر نوع کمبود یا فقدان توانایی ناشی از اختلال که فعالیت‌های فرد را برای انجام امری به روش افراد عادی، محدود کند یا دامنه فعالیت وی را از حالت طبیعی خارج نماید، معلولیت نامیده می‌شود. معلولیت و عدم معلولیت بر اساس یک الگوی زیستی - روانی - اجتماعی تبیین می‌شود، زیرا معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است می‌کاهد. در هر جامعه‌ای برخی افراد دچار ناتوانی‌های خاصی هستند که این ناتوانی‌ها محدودیت‌های ویژه‌ای را برای آنان ایجاد می‌کند و در نتیجه نیازهای منحصر به فردی برای آنان مطرح است. به طور کلی افراد با نیازهای ویژه، برای توصیف افرادی به کار می‌رود که عملکرد جسمی، ذهنی، یا رفتاری وی به قدری با هنجار تفاوت دارد که خدمات بیشتری برای برآورد کردن نیازهای او ضرورت می‌یابد. براین اساس افراد با نقائص حسی (از لحاظ بینایی، شنوایی، جسمی - حرکتی) و افراد کم توان ذهنی (با عملکرد هوشی زیرحد طبیعی و اختلال در مهارت‌های انطباقی) جزء افرادی محسوب می‌شوند که از نیازهای ویژه‌ای برخوردارند. برای دستیابی این افراد به این نیازها مستلزم توانمندسازی و توانبخشی است. توانمندسازی فرآیندی

است که نتیجه نهایی آن خروج معلول از چرخه ناتوانی و رسیدن به خوداتکایی، خودکفایی و پیوستن به جریان اصلی زندگی است و همچنین تلاش در راستای توانمندسازی این گروه، نه تنها به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند به طور مستقل و بدون کمک دیگران به زندگی عادی خود بپردازند و خود را سربار خانواده و جامعه ندانند، بلکه از منزوی شدن آن‌ها جلوگیری می‌نماید و باری از دوش خانواده این افراد برمی‌دارد (۱۱). بنابراین هدف توانمندسازی کمک به افراد ضعیف است تا تلاش نمایند بر ضعف‌هایشان غلبه، جنبه‌های مثبت زندگی‌شان را بهبود بخشیده، مهارت‌ها و توانایی‌هایشان را برای کنترل علاقه بر زندگی افزایش داده و آن را در عمل پیاده نمایند. نهادهای حمایتی و سیاست‌های دولت با درک و شناخت درست معلولیت بر مبنای محدودیت در عملکردهای افراد و آموزش در راستای آگاهی افراد دارای ناتوانی و همچنین تعیین قوانین متناسب با سطح توانمندی و تقویت توانمندی‌ها گام موثری در جهت تعالی و پیشرفت جامعه خواهد برداشت.

اهمیت موضوع

ناتوانایی‌ها، ناهنجاری‌ها و نارسائی‌هایی که برای یک انسان به عنوان یک موجود زنده به وجود می‌آید خود را در سه قالب نمایان می‌سازد:

الف) بیماری‌ها:

که بوسیله اتخاذ تدابیر کلینیکی، داروئی و... ممکن است معالجه شده و از بین بروند.

ب) ضعف‌ها:

مانند ضعف‌های نگهداری، ضعف‌های ارگانی و یا ضعف‌های هماهنگی که بوسیله حرکات اصلاحی برطرف می‌شوند.

ج) معلولیت‌ها:

که ممکن است درمان و یا معالجه قطعی آن‌ها سخت باشد.

ارتقای سلامت روانی و محیط کار

معلولیت به آسیب‌های ناشی از اختلال و ناتوانی گفته می‌شود که منجر به ایجاد محدودیت و جلوگیری از ایفای نقش طبیعی فرد در زندگی می‌گردد. به عبارتی دیگر معلولیت عبارتست از محدودیت‌های دائمی در زمینه‌های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی-روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت سازد. از دیدگاه توانبخشی معلولیت‌ها به چهار دسته معلولین جسمی-حرکتی، معلولین حسی، معلولین ذهنی، معلولین اجتماعی تقسیم بندی می‌شوند. که در این مقاله کوتاه فرصت پرداختن به آن‌ها نیست و در صورت نیاز می‌توانید از منابع معرفی شده استفاده نمایید.

بدون تردید مسئله معلولیت یکی از حادثترین مسائل جوامع بشری می‌باشد، بدیهی است که توانمندسازی معلولان یکی از مهم‌ترین مسئله‌های یک جامعه است که باید به آن بصورت بنیادی پرداخته شود. این قشر اگر چه دچار معلولیت هستند ولی از یک سری توانمندی‌ها و استعدادهایی برخوردار هستند و می‌توان این توانمندی‌ها را افزایش داد. مفهوم توانمند سازی به صورت عام از ابتدای خلقت بشر وجود داشته است. زندگی گذشته انسان و روند تکاملی آن طی تاریخ، گویای این موضوع است. ساخت سرپناه، رشد ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری خوراک، شکار، کشاورزی و ایجاد تغییرات و تکامل آنها برای حفظ نفس، بقا و بهبود زندگی نشان از تکامل توانمندی بشر دارد. توانمندسازی فرآیندی است که جامعه از راه آن، از نیازها و خواسته‌های خود آگاه می‌شود و نوعی اعتماد به نفس و خوداتکایی را برای برطرف کردن آن نیازها به دست می‌آورد و بر اساس آن از توانایی لازم برای تحقق هدف‌های خود برخوردار می‌شود.

از آنجایی که کیفیت و توانمند سازی نیروی انسانی، از عوامل مهم بقا و حیات جامعه می‌باشد. نقش نیروی انسانی کارآمد، توانا و دانا در جامعه امری غیرقابل انکار است. نیروی انسانی توانمند جامعه را توانمند می‌سازد. با توانمندسازی می‌توان معلولان را به زندگی امیدوارکرد و به آن‌ها گوشزد کرد که با توجه به معلولیتی که دارند هنوز راه زندگی برای آن‌ها باز است و می‌توانند قله‌های صعود و ترقی را پشت سر هم طی کنند. در واقع با توانمند کردن قشر معلولین، جامعه مورد مطالعه به سوی جامعه‌ای بهتر، سالم‌تر و با کیفیت‌تر حرکت می‌کند و بستر لازم برای شکوفاسازی استعداد‌های این قشر فراهم می‌شود و می‌توانند پایه پای افراد عادی در راه تعالی جامعه خود موثر واقع شوند. توجه به توانمند سازی معلولین جسمی و ذهنی به دلایلی حایز اهمیت است. اول اینکه؛ از آنجایی که تعداد قابل توجهی از افراد جامعه و گروه‌های اجتماعی دچار معلولیت هستند. طبق گزارش مشترک سازمان بهداشت جهانی (WHO) و بانک جهانی، آمار معلولین جهان ۱۵ درصد جمعیت جهان گزارش شده است. دوم؛ در بسیاری از موارد مشاهده شده که این قشر در جامعه از توانمندی‌های خاص و قابل تقدیر در فعالیت‌های اقتصادی، فرهنگی، علمی، اجتماعی و ورزشی برخوردار هستند. بنابراین توجه به توانمندسازی معلولان جسمی و ذهنی از ضرورت‌های اساسی و بنیادی جامعه می‌باشد.

اثرگذاری دولت و سیستم‌های حمایتی در توانمندسازی معلولان

در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی از سوی کشورهای مختلف از جمله ایران برای توانمندسازی معلولان صورت گرفته است که اگر به مناسب‌سازی محیط شهرها، از بین بردن موانع فیزیکی و معماری که باعث هم آمیختگی معلولان، تامین مسکن مناسب برای آن‌ها، تحت پوشش قرار دادن آن‌ها و پرداخت هزینه‌های تحصیلی آن‌ها توجه کنید به نتیجه این تلاش‌ها می‌رسید.

معلولان در جامعه با مشکلات متعددی از جمله اشتغال، مسکن، ازدواج، رفت‌وآمد در سطح شهر، تهیه وسایل توانبخشی، هزینه‌های درمانی و... مواجه هستند که دولت و نهادهای حمایتی برای توانمندسازی معلولین در راستای کاهش مشکلات اقداماتی انجام داده‌اند که از جمله مهم‌ترین این اقدامات می‌توان به وضع قوانین اشاره کرد. قوانین حمایت از معلولان شامل قوانین رفاهی، ارائه خدمت، توانمندسازی و حقوقی می‌باشد و قوانین توانمندسازی شامل: صدور کارت شناسایی

معلولیت، تحت پوشش قرارگرفتن درحوزه توانبخشی (تشخیص معلولیت)، پرداخت کمک هزینه تحصیلی دانش آموز معلول، پرداخت هزینه به کودکان دارای بیماری‌های متابولیک (فنیل کتونوری)، ارائه خدمات تردد به افراد دارای معلولیت، کمک هزینه تردد، ارائه مجوز ورود به محدوده طرح ترافیک، استخدام ۳ درصد افراد دارای معلولیت، معافیت مالیاتی حقوق و مزایای والدین دارای فرزند معلول، معافیت از خدمت وظیفه عمومی مشمولان دارای فرزند معلول در خانواده، مناسب سازی مسکن و خودروی فرد معلول.

هدف از قانون توانمندسازی ایجاد تسهیلات لازم به منظور توانمندسازی افراد معلول در برنامه‌های عمومی کشوری و مشارکت نمودن در توسعه اجتماعی و تامین تسهیلاتی در جهت توانمندسازی آن‌ها برای دستیابی فرصت‌ها در همه سطوح زندگی است و ایجاد فرصت‌های دسترسی مساوی و موانع موجود در محیط زندگی و اجتماع برای معلولان طبق ماده ۲ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان کلیه وزارت خانه‌ها، سازمان‌ها، موسسات و شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی موظفند در طراحی تولید و احداث ساختمان‌ها، اماکن عمومی و وسایل خدماتی به نحوی عمل نمایند که امکان دسترسی و بهره‌مندی از آنها برای معلولان همچون افراد عادی فراهم گردد.

توانمندسازی معلولان برای مشارکت، با توجه به خط مشی حمایتی و رویکرد نهادگرایی در پی تشریح محدودیت‌های عملکردی ناتوانان است. با درنظرگرفتن فعالیت‌های مدنی نهادها و سازمان‌های غیردولتی، مشارکت جامعه معلولان با همراهی قواعد سازمان‌های بین‌المللی خواهد بود. این سازمان‌های بین‌المللی به دنبال برطرف کردن موانع پیشرو و کاهش فاصله گذاری اجتماعی قشر نامبرده با دیگر اعضای اجتماع خواهند بود.

حقوق معلولین در جامعه

حقوق معلولین در قانون اساسی:

تبلور حقوق اساسی مردم در قانون اساسی، پیش درآمدی برای حضور آزادانه، آگاهانه و موثر آنان در اداره کشور محسوب می‌شود. توجه به کرامت انسان‌ها از نظر امکان فعالیت‌های اجتماعی در اصل سوم آمده و همچنین در اصل نوزدهم سخن از اصل اساسی منع تبعیض است و همگان بهره‌مند از حقوق مساوی دانسته شده‌اند. و براساس اصل بیستم، همه افراد ملت یکسان‌اند و در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند.

حقوق معلولین در سیر حقوق بین‌الملل:

در ۱۶ دسامبر ۱۹۹۲ م، مجمع عمومی سازمان ملل از دولت‌ها درخواست کرد روز سوم دسامبر هر سال را روز جهانی افراد معلول نامگذاری کنند. تصویب کنوانسیون مربوط به حقوق اشخاص معلول مصوب ۲۰۰۶ به عنوان آخرین ره‌آورد جامعه بین‌المللی است و بیانگر گام اول گذار از مرحله حقوق اعلامی به حقوق الزامی است.

بحث و نتیجه گیری

نقش توانبخشی مبتنی بر جامعه، کمک به فرایند توانمندسازی از طریق ارتقا، حمایت و تسهیل مشارکت فعال افراد ناتوان و خانواده‌هایشان در مسائل تأثیرگذار مربوط به زندگی است. آموزش مهمترین عاملی است که فرد ناتوان قادر می‌نماید از توانائی‌های خود استفاده نموده و با خانواده و جامعه تعامل داشته باشد و به طور کامل نقش خود را در جامعه و خانواده درک کند و آن را تحقق بخشد. داشتن روابط پایدار و رضایت بخش با خانواده، دوستان و والدین باعث می‌شود که معلولین از حالت انزوا خارج شوند. اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه همچنین موجب بهبود ارتباطات اجتماعی معلولین شده است و توانمندی بالقوه‌ای را در آن‌ها بوجود آورده است. مسئولان و متولیان برنامه توانبخشی و توانمندسازی راهکارهای اجرایی شدن قوانین موجود در جامعه را با توجه به پیامدهای مهمی که می‌تواند برای فرد و جامعه داشته باشد بیشتر مورد توجه قرار دهند. توجه به معلولیت به نوعی نماد اجتماعی است و جامعه‌ای که معلولیت را در حوزه توجه خود قرار می‌دهد و حداکثر توان آنان را به کار می‌گیرد، می‌تواند از توانمندی بالقوه این گروه بزرگ از جامعه در عرصه تولید و پایداری کشور بهره‌مند گردد.



منابع فارسی:

۱. شویچی، جعفر (۱۳۹۹). تاثیر آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی- حرکتی. مجله دست‌آوردهای روانشناختی دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره ۴ سال ۲۷، بهار و تابستان ۱۳۹۹، شماره ۱.
۲. جعفری حقیقی، عصمت (۱۳۹۵). آنچه درباره معلولیت باید بدانیم. انتشارات مرجع علم.
۳. سعیدی پور، بهمن. محمدی پور، عباس (۱۳۹۹). بررسی مدل‌ها و الگوهای توانمندسازی نیروی انسانی در سازمان‌ها. فصلنامه پژوهش‌نامه مدیریت و مهندسی صنایع. سال دوم، شماره ۲.
۴. عاملی مقدم، سیما، زراعتی، مصطفی. دیده بان، مریم. خزان، کاظم (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت ارتباط معلولین جسمی- حرکتی بستری در مراکز بهزیستی. فصلنامه نسیم تندرستی. دوره ۴، شماره ۲. ص ۹-۱۷.

۵. گلشن، اندیشه. ضرغام حاجبی، مجید. صبحی قراملکی، ناصر (۱۳۹۹). تاثیر آموزش تحلیل رفتار متقابل بر نگرش صمیمانه، عزت نفس و افسردگی زنان معلول جسمی - حرکتی. نشریه علمی روانشناسی سلامت. سال نهم، شماره ۴. ص ۲۵-۴۴.
۶. کربلای، حمیدرضا. مینویی، مهرزاد. حقیقت منفرد، جلال. (۱۳۹۹). تبیین ابعاد و مولفه‌های موثر بر نقش دولت برای حمایت از اشتغال و ارتقاء کارآفرینی افراد دارای معلولیت. دو فصل نامه علیم، سال هفتم. شماره اول، ص ۲۴۷-۲۷۳.
۷. فلاحی، فاطمه. همتی، قربان (۱۳۹۷). اثربخشی توانمندسازی روانشناختی بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند ناتوان تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه. توانبخشی. دوره ۱۹. شماره ۴.
۸. حسین نسب، سید محمد. جهان بین، سید عباداله، جهان بین، سیدفخرالدین. (۱۳۹۰). نگرشی بر وضعیت حقوقی معلولان در ایران (در پرتو حمایت‌های رفاهی و مدنی دولت). نشریه حقوق اساسی. شماره ۱۶.
۹. اسدی گندمانی، نسائیان، عباس، نصیری، سمانه. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری و سازگاری نوجوانان با معلولیت جسمی. نشریه پرستاری کودکان. دوره ۳. شماره ۳.
۱۰. سعیدی، فرید، ذاکریان، مهدی. (۱۳۹۷). سیاست‌گذاری افزایش مشارکت معلولین در پرتو.
۱۱. قانون جامع حمایت از معلولین و اسناد بین‌المللی. مجله مطالعات ناتوانی. ۱۱۶، ۸

منابع انگلیسی:

12. Ostadian Khani Z, Fadi Moghadam M. (2017) [Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons (Persian)]. Archives of Rehabilitation; 8(1)-63-72.
13. Davarmnesh A, Barati Sade F (2007). [Introduction to principles of rehabilitation of the disabled persons (Persian)]. Tehran: Roshd.
14. Shaditalab z. (2007). [Development and challenges of Iranian women (Persian)]. Tehran: Nashreghatreh.
15. Drew, N. Funk, M. Tang, S. (2011). Human rights violations of people with mental and
16. psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. Global Mental Health 6. Vol 378 November 5.
17. Ashtian K. Public Policy in Iran. (2007) Nashre Mizan Publication. Tehran: p:25-48. [Persian]
18. Marwa Abdel elah Abbas (2020). The Role of the Media in Empowering People with Disabilities to Participate in Society. Journal Of Educational and Psychological Researches. Volume 17, Issue.

