

سلامت روان و بهزیستی همگانی را
در اولویت جهانی قرار دهید

MAKE MENTAL HEALTH & WELL-BEING
FOR ALL A GLOBAL PRIORITY



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



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی گلستان



معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



معاونت بهداشت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به مناسبت هفته سلامت روان

۱۸ الی ۲۴ مهر ۱۴۰۱

سلامت روان و بهزیستی همگانی را در اولویت جهانی قرار دهید

Make Mental Health & Well-being for All a Global Priority

هفته سلامت روان، ۱۸ الی ۲۴ مهر ۱۴۰۱

Mental health Week, october 10- 16 , 2022



زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت

ویرایش:

مهر و محمد صادقی قویم

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

مؤلفین و گردآورندگان:

به ترتیب حروف الفبا

به ترتیب حروف الفبا

دکتر محمد آذینی | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشکده علوم پزشکی نیشابور.

دکتر مهشید پدram | کارشناس پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

مینا جلالی | کارشناس پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی 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.

فریبارضایی | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

طاهره زیدالو | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

آرزو سجادیپور | کارشناس سلامت اجتماعی _ دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

زینب سرحدی | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشکده علوم پزشکی بم.

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

فرشته عبدی | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی خراسان.

احد عظیمی | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی اردبیل.

مهر و محمد صادقی قویم | کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

مریم هاشمی نسب | مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

سمیرا باوری | کارشناس سلامت اجتماعی _ دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

فهرست

صفحه	عنوان
۶	پیشگفتار
۹	نقش سیاست گذاران بر تحقق عدالت در سلامت
۱۷	نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، رویکردی عدالت محور برای دسترسی به خدمات سلامت روان
۲۵	سلامت روان و بهزیستی همگانی در دوران پسا کرونا
۳۳	تأثیر روابط سالم والدین و فرزندان در تحکیم خانواده
۴۳	سلامت معنوی و پیشگیری از بیماریهای روانپزشکی
۵۱	نقش سازمان‌های مردم نهاد و انجمن‌های علمی در ارتقای سلامت روان و بهزیستی جامعه
۵۷	خودمراقبتی و نقش آن در ارتقای سلامت روان جامعه

پیشگفتار

بنظر می‌رسد سازمان بهداشت جهانی به مناسبت روز جهانی سلامت روان (۱۰ اکتبر) در سال ۲۰۲۲ که مصادف است با ۱۸ مهر ماه در پیامی با این عنوان "سلامت روان و بهزیستی همگانی را در الویت جهانی قرار دهید" در درجه اول دولت‌ها را خطاب قرار داده و در مرحله بعد مردم را، بدون تردید توجه همه‌جانبه دولت‌ها و مردم به موضوع سلامت روان به عنوان یکی از اجزای مهم سلامت، نقش مهم و بسزایی در ارتقای سلامت و توسعه عدالت اجتماعی دارد. همانطور که می‌دانیم توسعه و رشد اجتماعی، مستلزم سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های کلان هر جامعه است که بی‌شک یکی از مهمترین و سودآورترین بازارهایی که دولت‌ها می‌توانند با اطمینان تمام در آن سرمایه‌گذاری کنند، بازار آموزش و سلامت است. سرمایه‌گذاری در این بازار نه تنها هیچگونه ضرر و آسیبی ندارد، بلکه به ازای هر یک دلار، بیش از ده دلار بازدهی و سودآوری دارد. از این رو توجه به ابعاد چهارگانه سلامت شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بخش مهمی از وظایف دولت‌ها است که براساس قوانین و اسناد بالادستی جهانی و داخلی، قوای سه‌گانه در هر کشوری موظفند در تامین همه‌جانبه ابعاد سلامت و ارتقای دانش و آگاهی عمومی گام بردارند و با ایجاد قوانین حمایتی و اجرای آن در رشد و توسعه عدالت اجتماعی نقش خود را ایفا نمایند.

فراهم نمودن امکان دسترسی به خدمات سلامت ازجمله سلامت روان، ارائه خدمات پایه و تخصصی در نظام سلامت، گسترش خدمات و افزایش پوشش جمعیتی از اهداف بزرگ نظام سلامت است که بدون شک نیاز به حمایت‌های قانونی، اختصاص منابع، توسعه زیرساخت‌ها و تربیت نیروی متخصص و کارآمد دارد. لیکن برای دسترسی به این هدف، برنامه ریزی کوتاه مدت و بلند مدت در قالب برنامه‌های پنج ساله یکی از مهمترین مسیرها و روش‌های محقق شدن این اهداف است که این وظیفه‌ای همگانی است و دولت‌ها نقش کلیدی و اساسی در آن دارند.

ازسویی شاید بتوان گفت که مهمترین وظیفه مردم در رشد و توسعه سلامت ازجمله سلامت روان، خودمراقبتی است. با توجه به پژوهش‌های معتبر و زیادی که در دنیا انجام شده است، تاثیرخودمراقبتی در حفظ و ارتقای سلامت روان فردی و همگانی امری انکار ناپذیر است و بدون تردید یکی از مهمترین، کم هزینه ترین و در عین حال ساده ترین روش‌های توسعه همه‌جانبه سلامت است که در حله اول امری شخصی است و هر فرد خود به تنهایی می‌تواند با آموزش و بدست آوردن اطلاعات پایه سلامت از منابع معتبر علمی و سایت‌های متعلق به وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های معتبر در ارتقای دانش و توانمند سازی خود گام بردارد. و در حله دوم وظیفه دولت‌ها، اساتید و متخصصین حوزه سلامت و رسانه است که با قانون گذاری صحیح، اختصاص منابع، تولید علم و ترویج آن در جامعه به محقق شدن این امر کمک کنند.

درنهایت باید گفت، الویت دادن به سلامت روان و بهزیستی همگانی، تنها از مسیر حمایت‌های سیاسی، تامین منابع، تولید علم و دانش، برنامه ریزی و سیاست گذاری درست، بهره‌مندی از توان انجمن‌های علمی و سازمان‌های مردم نهاد، توسعه نظام شبکه، توجه به تحکیم بنیان خانواده، آموزش خودمراقبتی و توجه جدی به رشد اخلاقیات و معنویت با هدف معنا بخشیدن به زندگی محقق خواهد شد.

دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت

نقش سیاست گذاران بر تحقق عدالت در سلامت

مؤلفین و گردآورندگان:

سمیرا یوری

کارشناس سلامت اجتماعی_دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

آرزو سجادپور

کارشناس سلامت اجتماعی_دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.



نقش سیاست گذاران بر تحقق عدالت در سلامت

مقدمه:

سلامت انسان ها به عنوان یک حق اساسی و دارایی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی ترین حق مردم کشور خود نام می برند و حکومت ها، حفظ و ارتقای آن را جزو مهمترین وظایف خود محسوب می کنند. اکنون، سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان یک تقاضا از سوی جمع کثیری از مردم و مسئولان قلمداد می شود.

وظیفه اصلی هر نظام سلامت، تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم است، همچنین می توان وظایف دیگری را نیز برای نظام های سلامت برشمرد از جمله: افزایش امید به زندگی سالم، پاسخ دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه های مرفه و مستمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین حفاظت مالی در برابر هزینه های بیماری یا به تعبیری توسعه همه جانبه بیمه سلامت برای تمام مردم.

مروری بر نظام های سلامت کشورهای مختلف نشان می دهد که نظام سلامت کارآمد، نظامی است که بتواند ساختار و شرایط ارایه خدمت در درون سازمان را با تغییرات موجود در محیط هماهنگ سازد و خدمتی با کیفیت مطلوب را در نزدیکترین محل به زندگی و کار مردم با هزینه ای مناسب و قابل پرداخت توسط آنها ارائه نماید.

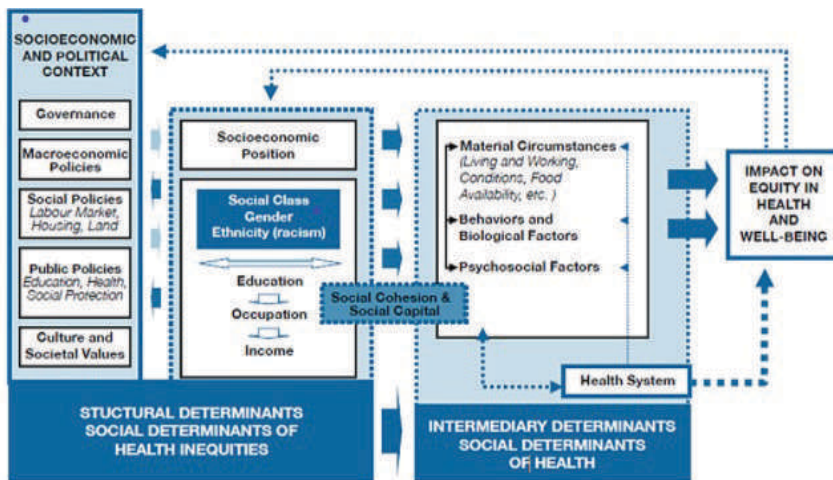
همانطور که در سند چشم انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی اشاره شده است، برخورداری از سلامت با کیفیت، زندگی مطلوب و در نظر داشتن عدالت از جمله شاخص های مهم مدیریت و راهبری است. جامعه ای آرمانی ترسیم شده در سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ کشور، جامعه ای است که می بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. همچنین عدالت در سلامت، محور سیاست های کلی سلامت است که در سال ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شده است.

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، عدالت در سلامت عبارت است از فقدان تفاوت‌های غیرمنصفانه، قابل اجتناب یا قابل اصلاح در میان گروه‌های مختلف اجتماعی؛ این گروه‌ها ممکن است از نظر اجتماعی، اقتصادی، جمعیتی، جغرافیایی یا سایر ابعاد نابرابری (مانند جنسیت، قومیت، ناتوانی و...) طبقه‌بندی شده باشند. سلامتی حق اساسی یک انسان است و عدالت در سلامت زمانی محقق می‌گردد که همه بتوانند پتانسیل کامل خود را برای سلامتی و رفاه به دست آورند.

عدالت در سلامت و تعیین‌کننده‌های آن

عدالت در سلامت با شرایطی که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی یا کار می‌کنند و پیر می‌شوند تعیین می‌گردد. این شرایط تحت تاثیر نیروهای قوی‌تری از جمله تعیین‌کننده‌های ساختاری (سیاسی، حقوقی و اقتصادی)، هنجارهای اجتماعی و فرآیندهای نهادی، توزیع قدرت و منابع قرار می‌گیرند. بی‌عدالتی بین جمعیت‌ها نتیجه تعاملات پیچیده بین عوامل بیولوژیک، سبک زندگی، محیط و عوامل اقتصادی اجتماعی است که به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معروف هستند.

در شکل زیر به چارچوب مفهومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت اشاره شده است



شرایط زندگی مردم، اغلب تحت تاثیر تبعیض، کلیشه‌سازی، و تعصب جنسیتی، سنی، نژادی، قومیتی و سایر عوامل قرار می‌گیرد. شیوه‌های تبعیض آمیز، اغلب در فرآیندهای نهادی و سیستمی، منجر به این می‌شود که گروه‌های مختلف مردم در تصمیم‌گیری‌های کلان کمتر درگیر شوند و یا از خدمات کمتری برخوردار شوند.

تحقق تدریجی عدالت در سلامت به معنای شناسایی و حذف منظم نابرابری‌های ناشی از تفاوت در وضعیت سلامت و شرایط کلی زندگی مردم است.

دولت‌ها با بنیان گذاری نظام‌های ارائه‌کننده خدمات و مراقبت‌های مرتبط با سلامت مبتنی بر سه شرط عادلانه بودن، به هنگامی و کافی بودن خدمات سلامت، می‌توانند بخش اعظم رفاه اجتماعی در یک جامعه را فراهم سازند. به بیان دیگر، عدالت در سلامت می‌تواند شاخصی باشد تا از طریق

اندازه گیری آن بتوان موفقیت سیاست‌های به کارگرفته شده در توزیع منصفانه رفاه در جامعه را ارزیابی کرد. در سال ۱۳۸۹ به منظور ارزیابی مقوله عدالت در سلامت در ایران، با مشارکت گروه بزرگی از خبرگان حوزه سلامت تعداد ۵۲ شاخص در قالب ۵ حیطه بعنوان شاخص‌های عدالت در سلامت به تصویب هیئت وزیران رسید.

اقدامات مبتنی بر شواهد در دستیابی به "عدالت در سلامت:

اقدامات مورد نیاز برای دستیابی به عدالت در سلامت شامل افزایش و ارتقای دانش، نظارت و تجزیه و تحلیل ساختاری می‌باشد. در نظام اطلاعات سلامت هر کشور، نظارت بر "نابرابری در سلامت" نقش اساسی دارد. این کار با جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و گزارش داده‌های تفکیک شده بر اساس سن، جنس، تحصیلات، درآمد و عوامل دیگر آغاز می‌شود. داده‌های کیفی نیز برای درک چگونگی و چرایی نابرابری‌ها ضروری است. برای درک بهتر روابط علت و معلولی، (به این معنا که چگونه این عوامل تعیین کننده منجر به نابرابری در سلامت می‌گردد)، داده‌ها باید با اطلاعات سایر عوامل تعیین کننده مانند آموزش مرتبط شوند.

به نظر می‌رسد برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل سیستماتیک شواهد در مورد نابرابری‌های سلامت، باید از رویکردها و ابزارهای ارزیابی عدالت حقوق محور (از جمله رویکردهای مشارکتی) استفاده شود، که می‌تواند ارزیابی عدالت در سلامت ناشی از اقدامات بهداشتی باشد، به عنوان مثال می‌توان به بررسی جنبه‌های خاص سیستم سلامت (مانند نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)/ تامین مالی/ نیروی کار سلامت) یا برنامه‌های ویژه (مانند سلامت نوجوانان/ سلامت روان) اشاره کرد. در نهایت از یافته‌های بدست آمده باید برای طراحی پاسخ‌هایی برای ارتقای عدالت و نظارت مستمر بر نابرابری‌های سلامت استفاده شود.

جهت ارتقای عدالت در سلامت اقدامات مبتنی بر شواهد زیر لازم است:

نظام بهداشتی باید اطمینان داشته باشد که خدمات با کیفیت و موثر، در هر مکان و زمانی که مورد نیاز است، در دسترس همگان باشد.

۱. بخش بهداشت با همکاری سایر بخش‌ها جهت بهبود شرایط روزمره زندگی مردم، با توزیع ناعادلانه قدرت و منابع مقابله نموده و بر روی عوامل تعیین کننده ساختاری سلامت، به صورت گسترده‌تر تاکید نماید.

۲. بخش بهداشت باید دیده‌بانی ناعدالتی در سلامت را از طریق نظارت بر "پیامدهای سلامت" و "ارائه خدمات بهداشتی" و همچنین همکاری با سایر بخش‌ها جهت دیده‌بانی شرایط زندگی مردم، انجام دهد.

مثال‌های کلیدی عبارتند از:

۱. بازطراحی نظام‌های بهداشتی با تاکید بر عدالت در سلامت، به عنوان مثال ادغام منابع مالی برای افزایش ظرفیت، بازتوزیع و پوشش تدریجی افراد بیشتر.

۲. اولویت دادن به رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به عنوان مثال اختصاص سرمایه بیشتر به نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC).
۳. مقابله با عوامل تعیین کننده ساختاری مانند جنسیت گرایی، نژادپرستی، سن گرایی و طبقه گرایی.
۴. پرداختن به هنجارهای آسیب‌رسان جنسیتی و نابرابری‌های جنسیتی در سیاست‌ها/خدمات/ برنامه‌های بهداشتی و بهرمندی و مشارکت بیشتر زنان در پست‌های مدیریتی و فرآیندهای تصمیم‌گیری.
۵. حفظ و افزایش سرمایه گذاری در سلامت و سایر بخش‌های اجتماعی (از طریق پوشش همگانی سلامت (UHC)، آموزش و حمایت اجتماعی گسترده تر) به عنوان مثال. حصول اطمینان از سیاست‌هایی برای اشتغال مناسب و شرایط استخدام و کار برای همه.
۶. تضمین خدمات و زیرساخت‌های عادلانه در مناطق شهری و روستایی جهت اطمینان از برخورداری عموم مردم از یک زندگی سالم.
۷. تداوم نظارت بر نابرابری در سلامت و اثربخشی اقداماتی که تاکنون صورت گرفته است.

نظارت بر "نابرابری در سلامت"، یک اقدام اساسی در سلامت همگانی است و باید به عنوان یک برنامه اقدام منظم ملی نهادینه شود. نظارت بر نابرابری سلامت را می‌توان به عنوان یک چرخه ۵ مرحله‌ای در نظر گرفت:

۱. انتخاب موضوعات مربوط به سلامت (که ممکن است جنبه‌های وسیع تری را در بر گیرد) و سپس شناسایی طیف وسیعی از شاخص‌ها و ابعاد نابرابری که مربوط به آن موضوع بهداشتی و جمعیت مورد بررسی است.
۲. به دست آوردن اطلاعات در مورد شاخص‌های سلامت و ابعاد نابرابری از یک یا چند منبع اطلاعاتی
۳. تجزیه و تحلیل داده‌ها برای تولید اطلاعات، شواهد و دانش
۴. پس از تجزیه و تحلیل، گزارش و انتشار نتایج، ضروری است تا اطمینان حاصل شود که نتایج فرآیند نظارت به طور مؤثری ابلاغ می‌شود و در سیاست گذاری‌ها، برنامه‌ها و روش‌های اقدام استفاده می‌شود.
۵. بر اساس نتایج پایش، ممکن است تغییراتی اعمال شود که نابرابری در سلامت را کاهش دهد. به منظور نظارت بر اثرات این تغییرات، داده‌های بیشتری باید جمع‌آوری شود تا وضعیت فعلی عدالت در سلامت را توصیف کند؛ بنابراین، چرخه نظارت مستمر است.

در حال حاضر به نظر می‌رسد مسئله عدالت در سلامت در چارچوب تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با نگاه ویژه به موضوع عدالت در سلامت محقق خواهد شد به شرطی که نقش عوامل ساختاری و تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای در نظر گرفته شود، با توجه به اینکه بسیاری از این تعیین‌کننده‌ها خارج از حوزه سلامت همگانی رخ می‌دهد بنابراین نیاز به همکاری و خلق ابتکارات بین‌بخشی است.

برای تحقق عدالت در سلامت چه حوزه‌هایی باید مورد توجه سیاستگذاران قرار گیرد؟

سیاستگذاری برای دستیابی و تحقق اهداف عدالت در سلامت، پنج حوزه اقدام چند بخشی را در بر می‌گیرد و شواهد قوی وجود دارد که این حوزه‌های سیاستگذاری، عدالت را در فرصت‌های زندگی سالم و مرفه افزایش می‌دهد، بنابراین سیاستگذاران باید به این حوزه‌ها توجه ویژه داشته باشند. این حوزه‌ها شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱. خدمات بهداشتی: خط مشی‌هایی که فراهم بودن دسترسی، مقرون به صرفه بودن و کیفیت خدمات و برنامه‌های پیشگیری، درمان و مراقبت‌های بهداشتی را تضمین می‌کند.
۲. حمایت‌های اجتماعی و امنیت درآمد: سیاست‌هایی که امنیت درآمد پایه را تضمین می‌کند و خطرات سلامتی و پیامدهای اجتماعی فقر در طول زندگی را کاهش می‌دهد.
۳. سرمایه انسانی و اجتماعی: سیاست‌هایی که سرمایه انسانی را برای سلامت از طریق آموزش و یادگیری بهبود می‌بخشد و سیاست‌هایی که سرمایه اجتماعی افراد و جامعه را بهبود می‌دهد تا اینکه سلامتی و حفظ رفاه ارتقا یابد.
۴. وضعیت زندگی: سیاست‌هایی که فرصت‌های نابرابر، دسترسی‌ها و مواجهه با شرایط زندگی و عوامل محیطی که بر سلامتی و رفاه موثر هستند را برابر می‌کند.
۵. شرایط اشتغال و استخدام: سیاست‌هایی که شرایط سلامت اشتغال و استخدام را بهبود می‌بخشد، شرایطی از جمله فراهمی، در دسترس بودن، امنیت، حقوق و دستمزد، مطالبات مادی و معنوی.

منابع فارسی:

۱. سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴

منابع انگلیسی:

1. World Health Organization (WHO), World Health Statistics 2006, Geneva.
2. Khosravi A, Malek Afzali H, Oliaiemaneh A, Hoseini Ghavamabad L, Aghmohammadi S. A Set of forms, guidelines and procedures for data collection for Measuring of equity in health Indexes based on systems Records. Tehran: Ministry of Health and Medical Education of Iran Press. 19-20 Book in Persian
3. World health organization, health topics, https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1
4. World health organization, National health inequality monitoring: a step-by-step manual, 2017, available at: <https://www.who.int/data/inequality-monitor/manual>
5. Policy Approaches to Advancing Health Equity, 2016 Mary Hall, MPH; Corinne Graffunder, DrPH, MPH; Marilyn Metzler, MPH, RN Public Health Management Practice, 2016, 22(1 Supp), S50–S59
6. World health organization, Health Equity Policy Tool, 2019



نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، رویکردی عدالت محور برای دسترسی به خدمات سلامت روان

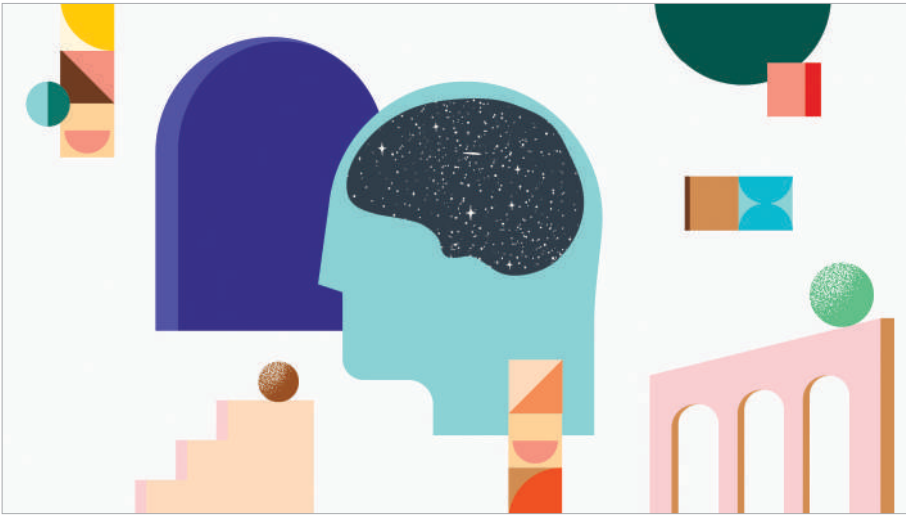
مؤلفین و گردآورندگان:

فریبارضایی

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

طاهره زیادلو

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.



نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، رویکردی عدالت محور برای دسترسی به خدمات سلامت روان

مقدمه:

اکنون قریب به ۲۷ سال از آن روزها می‌گذرد! از آن دورانی که به عنوان یک روانشناس جوان در سیستم بهداشت مشغول به کار شدم؛ روزهایی که ارائه خدمات در حوزه سلامت روان بیشتر از اینکه یک خدمت در دسترس به نظر برسد یک چالش در باورهای عموم مردم برای ورود به خدمات و مراقبت از سلامت روان به شمار می‌آمد.

در آن دوران بیشتر اوقات گفتگو با همکارانم در ستاد، به گوش کردن داستان‌های مهیج و متهورانه در موضوع مهار بیماری‌های واگیر در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌گذشت. داستان‌هایی با مضامینی از بیم و امید - ترس و جسارت - تلاش و خستگی و در نهایت اراده و استواری برای آموزش و پیشگیری، اینکه چطور مردم در دورترین نقاط روستا و کوی و برزن شهرها به ما اجازه داده‌اند تا فرزندان‌شان را از بیماری‌های واگیر واکسینه کنیم و چقدر طول کشید تا آن‌ها به خدمات ما اعتماد کرده‌اند و این چشم انداز، رویای من برای تحقق عدالت در ارائه خدمات سلامت روان بود. خدمتی که حتی نامش در بین همکارانم هم غریب به نظر می‌رسید.

مدیریت بهداشت روان در ایران دوره‌های مختلفی طی کرده است، ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از اواسط دهه ۱۳۶۰ اجرا شده و مراحل آزمایشی برنامه طی سال‌های ۱۳۶۹-۱۳۶۴ همزمان با پایان جنگ تحمیلی؛ با اولویت قرار دادن آسیب دیدگان از جنگ و جانبازان دفاع مقدس و با هدف تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روان جامعه به اجرا درآمد و طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۰ برنامه سلامت روان به عنوان جز ۹ خدمات PHC پذیرفته شده و گسترش یافت. از زمان ادغام در برنامه پزشک خانواده در ۱۳۸۶ اکنون این برنامه به عنوان یکی از ۱۳ اولویت برنامه‌های وزارت

بهداشت از سال ۱۳۹۲ در دستور کار معاونت بهداشت قرار گرفته و بر اساس وظایف تعریف شده در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در سال ۱۳۹۳ همگام با اهداف طرح تحول نظام سلامت مورد بازبینی و طراحی مجدد برنامه‌ها قرار گرفت است.

طی چهاردهه گذشته و به ویژه بعد از طراحی و استقرار شبکه‌های بهداشت کشور و با افزایش امید به زندگی در جمعیت، یکی از چالش‌های نظام سلامت برای ارائه خدمات عادلانه؛ میزان پرداخت از جیب دریافت کنندگان خدمت است که در مورد بار مالی هزینه‌های مراقبت سلامت روان ملموس‌تر دیده می‌شود.

اهمیت این موضوع در ارائه خدمات عادلانه موجب شده است سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۳۸۶ (۲۰۰۸) با همکاری ۱۱ کشور پیشرو در ارائه خدمات سلامت روان - از جمله ج.ا.ایران - دستورالعملی را برای درک مراقبت‌های اولیه سلامت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی به صورت گسترده با عنوان بسته راهنمای خدمات بهداشت روانی ابلاغ کند.

در این سند توضیح داده می‌شود که چگونه مراقبت‌های اولیه یکپارچه سلامت روان زمانی که توسط سایر سطوح مراقبت از جمله خدمات مبتنی بر جامعه و خدمات بیمارستانی پشتیبانی می‌شود، بهترین عملکرد را خواهد داشت و چطور سطوح مختلف خدمات می‌توانند با یکدیگر برای ارائه مراقبت جامع، یکپارچه کار کنند.

در این مدل مزایای ادغام سلامت روان در مراقبت‌های اولیه با هفت دلیل خوب شرح داده شده است:

۱) بار اختلالات روانشناختی/روانپزشکی زیاد است؛ در حقیقت دریافت خدمات در این حوزه منجر به مشکلات اقتصادی-اجتماعی قابل توجهی برای افراد آسیب دیده و خانواده‌های آن‌ها می‌شود که بر کل جامعه تأثیر خواهد گذاشت.

۲) در هم تنیده شدن مشکلات جسمی و روانی؛ خدمات مراقبت اولیه یکپارچه کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که افراد به شیوه‌ای جامع درمان می‌شوند و نیازهای سلامت روان افراد مبتلا به اختلالات جسمی و همچنین نیازهای سلامت جسمی افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی را پوشش خواهد داد.

۳) شکاف زیاد ارائه خدمات درمانی برای مبتلایان به اختلالات روانپزشکی؛ در همه کشورها، شکاف قابل توجهی بین شیوع اختلالات روانپزشکی از یک سو و تعداد افرادی که تحت درمان و مراقبت قرار می‌گیرند از سوی دیگر وجود دارد. مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان به رفع این شکاف کمک می‌کند.

۴) مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان دسترسی را افزایش می‌دهد. هنگامی که سلامت روان در مراقبت‌های اولیه ادغام می‌شود، افراد می‌توانند به خدمات حوزه سلامت روان در نزدیکترین نقطه به محل زندگی خود دسترسی داشته باشند. همچنین مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان، ارتقای سلامت روان و نظارت طولانی‌مدت بر افراد آسیب‌دیده را نیز تسهیل می‌کند.

۵) مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان باعث ترویج احترام به حقوق انسانی می‌شود. یکی از مهم‌ترین مزایای ارائه خدمات بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه به حداقل رساندن انگ و تبعیض در مورد خدمات سلامت روان و ارتقاء سواد سلامت روان در جامعه خواهد بود.

۶) مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان مقرون به صرفه و هزینه اثربخش است. خدمات مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان ارزان‌تر از بیمارستان‌های روانپزشکی برای بیماران خواهد بود و هزینه‌های غیرمستقیم مرتبط با مراقبت‌های تخصصی را برای خانواده بیماران کم خواهد کرد.

۷) مراقبت‌های اولیه برای سلامت روان نتایج خوبی برای سلامتی ایجاد می‌کند. اکثر افراد مبتلا به اختلالات روانی که در مراقبت‌های اولیه درمان می‌شوند، نتایج خوبی دارند، به ویژه زمانی که به شبکه‌ای از خدمات در سطح ثانویه و در جامعه مرتبط باشند. در حقیقت شناسایی به موقع و زودهنگام اختلالات شایع روانپزشکی در حوزه بهداشت به عنوان یک فرآیند ارتقایی برای خدمات سلامت روان به شمار می‌آید.

ادغام برنامه سلامت روان کشور از سال ۱۳۶۷ با شناسایی و درمان زودهنگام مبتلایان به اختلالات روانپزشکی شدید و خفیف و مدیریت شناسایی، بیماری صرع و معلولیت ذهنی شروع شد. اهداف این برنامه با سوال‌هایی در غالب پرسشگری سالانه از جمعیت تحت پوشش توسط بهوزر، شامل ۴ وظیفه آموزش اولیه بیمار و خانواده در مورد آشنایی با اختلال روانپزشکی و راه‌های درمان آن، ارجاع بیمار به پزشک، پیگیری وضعیت بیمار و ثبت و ارائه گزارش در ذیج حیاتی سلامت بوده است و اکنون نیز با ارتقاء خدمات از روستا تا سطح شهر بهوزران و ماما/مراقبین سلامت با ابزار غربالگری استاندارد، اقدام به شناسایی زودهنگام اختلالات روانپزشکی می‌کنند. همچنین پس از اجرایی شدن طرح تحول سلامت از سال ۱۳۹۵ و ماموریت وزارت بهداشت در تامین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی با رویکرد ارائه خدمات عادلانه در جامعه، نیروی تخصصی از میان فارغ التحصیلان رشته روانشناسی با عنوان کارشناس سلامت برای ارائه خدمات آموزش روانشناختی روان با تیم سلامت همکاری می‌کند.

آخرین پیمایش ملی سلامت روان که در سال ۹۰ انجام شده شیوع اختلالات روانپزشکی را در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال ۲۳/۶٪ نشان داده و پژوهش دیگری که در سال ۱۳۹۹ در چند منطقه شهری

انجام شده نشان داده که شیوع اختلال روانپزشکی به ۲۹/۷ درصد رسیده که این عدد در مقایسه با پیمایش های گذشته با ابزار سنجش مشابه (GHQ-۲۸) ۶/۵ درصد نسبت به سال ۱۳۹۳ و حدود ۱۰ درصد نسبت به سال ۱۳۷۸ در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر افزایش یافته است. با توجه به این آمار و در حالی که لزوم اصلاحات در خدمات یکپارچه بهداشت روان در ایران ضروری بوده است. اما با توجه به زیرساخت های مورد نیاز، ارتقاء منابع انسانی و مالی و همچنین حمایت دولت و مجلس و مدیران ارشد اجرایی برای استقرار و تداوم برنامه ها الزامی است.

مراقبت اولیه یکپارچه برای سلامت روان نه تنها مطلوب ترین رویکرد است بلکه یک رویکرد عملی به شمار می آید. بسته راهنمای خدمات بهداشت روانی سازمان بهداشت جهانی نیز به اصول ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت های اولیه سلامت، با بکارگیری نیروی تخصصی و رعایت سطوح ارجاع توجه شده است. تجربه کنونی نشان می دهد حفظ موفقیت های بدست آمده در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران مستلزم رصد و ارزیابی خدمات و تلاش برای ارتقاء منابع مالی پایدار برای اصلاح این سیستم؛ از جهت ساختاری و مفهومی است که با رویکرد ارائه مراقبت مشارکتی توسط یک تیم چند تخصصی محقق خواهد شد.

فرآیند ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت های اولیه می بایست با توسعه خدمات تکمیلی، به ویژه در سطوح ثانویه همراه باشد و کارکنان مراقبت های اولیه برای ارائه خدمات با کیفیت در سلامت روان نیاز به مهارت های ارتباطی پیشرفته، آموزش مداوم، نظارت و حمایت مستمر خواهند داشت. با تاکید بر ضرورت تیم سلامت آگاه، با انگیزه و ماهر ۱۰ اصل برای عملیاتی شدن ادغام سلامت روان در مراقبت های اولیه پیشنهاد می شود.

۱. سیاست ها و برنامه های کلان می بایست در برگزیده مراقبت های اولیه برای سلامت روان باشند.
۲. برای تغییر نگرش و رفتار، حمایت مستمر لازم است.
۳. آموزش کافی کارکنان تیم سلامت و بازآموزی های دوره ای مورد نیاز است.
۴. وظایف مراقبت های اولیه باید محدود و قابل انجام باشد.
۵. متخصصان و امکانات سطح تخصصی می بایست برای حمایت از مراقبت های اولیه در دسترس باشند.
۶. بیماران باید به داروهای روانپزشکی ضروری در مراقبت های اولیه دسترسی داشته باشند؛ این امر در مناطق کم برخوردار به لحاظ اقتصادی از اهمیت ویژه ای برخوردار است.
۷. یکپارچگی در نظام ارائه خدمات سلامت یک فرآیند است، نه یک رویداد؛ بنابراین آموزش تیم سلامت برای ارائه خدمات مشارکتی در ارتقاء کیفیت خدمات سلامت روان بسیار اثربخش خواهد بود.
۸. ضرورت جذب و بکارگیری بیشتر کارشناس سلامت روان متناسب با جمعیت و خدمات ادغام یافته در نظام شبکه.

۹. توسعه و گسترش همکاری و مشارکت بخش بهداشت و درمان (مانند خدمات بیمارستانی در بخش درمان و مراکز ارائه خدمات اورژانس)، و همچنین سازمان‌های غیردولتی و سفیران سلامت و نیروهای داوطلب در سطح جامعه الزامی است.
۱۰. تامین و تضمین منابع مالی و انسانی و تقویت زیرساخت‌های ارائه خدمت.

ادغام سلامت روان نیاز به رهبری و تعهد طولانی مدت دارد؛ با این حال، مراقبت‌های اولیه یکپارچه برای سلامت روان به عنوان یک هدف قابل دستیابی به شمار می‌آید و همانطور که توسط سیستم‌های بهداشتی متعدد در سطح جهانی تجربه شده می‌توان به ارتقاء مولفه‌های اجرای عدالت در سلامت برای جامعه منجر شود.

سخن پایانی:

در طی این سال‌ها فراز و نشیب‌های فراوانی برای استحکام و اقبال به خدمات سلامت روان در جامعه انجام گرفته است. تلاش خستگی ناپذیری که ثمره آن نیاز به صبر، حوصله، درایت و همراهی داشته است. همه ما به عنوان جزئی از سیستم بهداشت برای تحقق آرمان عدالت در سلامت تلاش کرده‌ایم و خاطرات ارزشمندی از افتخار و فرصت خدمت به مردم در ذهن داریم اگر در گذشته برای رهایی مادر روستایی در بند شده به دلیل ابتلا به اختلال اسکیزوفرنی روزها و ساعت‌ها تلاش لازم بود تا خانواده را مجاب کنیم که او یک فرد آسیب رسان نیست و پس از درمان می‌تواند به آغوش خانواده بازگردد. اکنون پس از سال‌ها تلاش همکاران صبورم، وارد مرحله‌ای شده‌ایم که استقبال جامعه برای دریافت خدمت تخصصی توسط کارشناس سلامت روان (روانشناس) چشم گیر بوده و مداخله‌های روانشناختی در بحران‌ها و مشکلات اجتماعی از سوی مردم و مسئولین مورد پذیرش و مطالبه قرار گرفته است.

از این فرصت برای زنده نگه داشتن یاد و خاطره همکاری که طی این سال‌های برای ارتقاء سلامت روان کشور تلاش کرده‌اند تقدیر می‌کنیم. دوستان و همکارانی که در بین ما نیستند و یا در طی ادوار گذشته از کار بازنشته‌اند و ردی از حمیت و مهربانی در اجرای عدالت برای کم برخوردارترین اقشار جامعه از خود باقی گذاشته‌اند.

منبع فارسی:

۱. برنامه ادغام سلامت روان در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه، ۱۳۶۵، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، گروه مدیریت خدمات و برنامه‌های سلامت وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی
۲. برنامه طرح تحول نظام سلامت ایران، ۱۳۹۲، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. مرندي، ع. عزیزی، ف. جمشیدی، ح. لاریجانی، م. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۷. ناشر: یونسف
۴. دمازی، ب. حاجبی، ا. الگوی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان. ۱۳۹۷. ناشر: طب و جامع

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



ارتقاء سلامت روان و بهزیستی همگانی در دوران پسا کرونا

مؤلفین و گردآوردندگان:

دکتر محمد آذینی

مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشکده علوم پزشکی نیشابور.

دکتر مریم عباسی نژاد

کارشناس سلامت روان - دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.



ارتقاء سلامت روان و بهزیستی همگانی در دوران پساکرونا

مقدمه:

همه گیری کووید-۱۹ از همان ابتدا اثرات وسیعی در حوزه سلامت روان جامعه داشته و این اثرات ادامه خواهد داشت. در شروع همه گیری، مردم با یک بیماری ناشناخته مواجه بودند و ابهام ناشی از ابعاد بیماری، سیر و پیش آگهی آن، عدم اطلاع دقیق از روش های درمانی و پیشگیری از ابتلا و همچنین نگرانی از عدم دسترسی به خدمات لازم بهداشتی درمانی، یقیناً موجب افزایش میزان تنش، استرس و اضطراب زیادی در میان مردم شده بود. با گذشت زمان و شناخت بیشتر مسئولین نظام سلامت و متخصصین حوزه بهداشت و درمان از روش های درمانی، روش های پیشگیری و همچنین تدابیر اتخاذ شده برای افزایش دسترسی مردم به وسایل محافظت شخصی، چهره آثار روانشناختی به مرور تغییر کرده و روی دیگری از این آثار کم کم خودش را نشان داد. آغاز تدابیر بهداشتی از جمله قرنطینه های سراسری، تعطیلی مدارس و دانشگاه ها و مراکز فرهنگی هنری و ورزشی و تدابیری همچون فاصله گذاری اجتماعی، موجب بروز پیامدهای منفی دیگری نیز از جمله پیدایش علائم افسردگی در میان جمعیت عمومی و همچنین بروز تعارضات بین فردی و مشکلات ارتباطی در میان مردم شد.

پیامدهای روانشناختی در ایام همه گیری کرونا:

از همان ابتدای همه گیری کووید-۱۹ در شهر ووهان کشور چین، مطالعات متعددی با هدف بررسی اثرات این بیماری بر سلامت روان گروه های مختلف انجام شد که نتایج آن منتشر شد. پس از گسترده تر شدن همه گیری کووید-۱۹ و اعلام رسمی آن به عنوان همه گیری از سوی سازمان جهانی بهداشت در تاریخ ۱۱ مارس ۲۰۲۰، و درگیر شدن اکثریت کشورهای جهان، همزمان با مطالعات

پیرامون ابعاد مختلف این بیماری، مطالعاتی نیز جهت بررسی آثار روانشناختی و روانپزشکی آن بر گروه‌های مختلف جمعیتی در همه کشورها آغاز شد.

دبیر کل سازمان ملل نیز در تاریخ ۱۳ می ۲۰۲۰، خدمات سلامت روان را بخش مهمی از پاسخ کشورها به مشکلات همه‌گیری کووید-۱۹ برشمرد و از همه کشورها خواست تا سیاست‌هایی اتخاذ کنند که افراد آسیب دیده از نظر سلامت روان را مورد حمایت قرار دهند و از حقوق و کرامت آنها پشتیبانی کنند.

یک مرور سیستماتیک در خصوص میزان شیوع علائم روانشناختی در جمعیت عمومی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، تعداد ۱۷ مقاله منتشر شده که شیوع مشکلات روانشناختی بررسی کرده است. بر اساس نتایج مطالعات مرور شده، استرس در ۵ مطالعه و ۲۹٫۶٪ از ۹۰۷۴ نفر از جمعیت نمونه، اضطراب در ۱۷ مطالعه و ۳۱٫۹٪ از ۶۳۴۳۹ نفر از جمعیت نمونه و افسردگی در ۱۴ مطالعه و ۳۳٫۷٪ از ۴۴۵۳۱ نفر دیده شده بود.

یک مطالعه در ایران که در فاصله ۱۱ تا ۲۰ اسفند ۹۸ انجام گرفته است، میزان اضطراب را در میان ۱۰۷۵۴ نفر در ۳۱ استان از طریق یک پرسشنامه آنلاین بررسی کرده است. بر اساس نتایج این مطالعه، بالاتر بودن اضطراب در میان جمعیت عمومی با عواملی همچون جنس مونث، وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف، حمایت اجتماعی پایین‌تر، مبتلا بودن یک عضو درجه یک خانواده به بیماری کووید-۱۹، و مرور بیش از حد اخبار نگران‌کننده ارتباط داشت.

همچنین مطالعه دکتر نوربالا و همکاران که در دی ماه ۱۳۹۹ و در اوج همه‌گیری کرونا در ایران انجام شده بود نیز شیوع اختلالات روانپزشکی را حدود ۲۹٪ نشان داده بود که نسبت به نتایج پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۹۰ که شیوع اختلالات سلامت روان را ۲۳٫۶٪ عنوان نموده بود افزایش نشان می‌دهد.

یکی از نگرانی‌های متخصصین حوزه سلامت روان، افزایش میزان خودکشی به دنبال حوادث و بلایا و پدیده‌های استرس‌زای جمعی از جمله همه‌گیری‌های بیماری است. مرور مطالعات گذشته، افزایش میزان خودکشی را در این موارد نشان داده است. عوامل زمینه‌ساز افزایش در میزان خودکشی عبارتند از: افزایش شیوع اختلالات روانپزشکی، افزایش میزان عود علائم در بیماران روانپزشکی، بروز پیامدهای روانشناختی در میان مبتلایان به کووید-۱۹ و خانواده‌های آنان، مشکلات اقتصادی و معیشتی به دنبال محدودیت در کسب و کار، ابهام در مورد آینده در سطح فردی و اجتماعی. لازم است برای پیشگیری از بروز چنین پیامدهایی، دسترسی عمومی به خدمات پایه سلامت روان افزایش داده شود و در مواردی که تدابیر بهداشتی مانع از ارائه خدمات می‌گردد، با روش‌هایی مانند پیگیری‌ها و تماس‌های از راه دور، به افراد نیازمند کمک خدمت‌رسانی نمود. شواهد نشان از مدیریت مناسب و کاهش بروز اختلالات روانپزشکی به دنبال شناسایی به موقع مشکلات سلامت روان و درمان به موقع آنها دارد. این شواهد برای کاهش بروز پیامدهایی مانند خودکشی و مصرف مواد مخدر نیز وجود دارد.

ارتقاء سلامت روان و بهزیستی در دوران پسا کرونا:

با توجه به شواهد افزایش بروز پیامدهای روانشناختی و آسیب‌های اجتماعی به دنبال همه‌گیری کووید-۱۹ در جوامع بر اساس تجربیات و مطالعات صورت گرفته، به نظر می‌رسد که نظام سلامت

کشورها باید توجه به موضوعات سلامت روان را در اولویت قرار دهند. راهکارها و تدابیر مختلفی برای پیشگیری از بروز برخی پیامدهای روانشناختی در میان مردم و همچنین شناسایی به موقع مشکلات و ارائه مراقبت‌های درمانی لازم وجود دارد. با اتخاذ این تدابیر، می‌توان امیدوار بود که این عوارض به خوبی مدیریت شده و افراد دارای مشکلات روانشناختی، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی لازم را داشته باشند و به مرور از میزان شیوع مشکلات کاسته شود.

ارتقاء سلامت روان و بهزیستی همگانی در دوران پساکرونا را در چند حیطه می‌توان مورد بحث و بررسی قرار داد:

حیطه حاکمیت، حیطه کاهش عوامل خطر، حیطه مراقبت، حیطه نظارت و پایش.

الف) حیطه حاکمیت:

عدالت در سلامت روان حکم می‌کند که همه کسانی که به خدمات سلامت روان نیاز دارند بتوانند به این خدمات، بهنگام و به مقدار کفایت دسترسی داشته باشند. تجربه همه‌گیری کرونا و خانه‌نشینی‌ها و محدودیت‌های ارتباطی حاکی از این است که سلامت روان از اولیوی برخوردار است که نمی‌توان آن را نادیده گرفت زیرا در دوران پساکرونا با موجی از اختلالات روانشناختی و آسیب‌های اجتماعی روبرو خواهیم شد که از هم اکنون باید پیش‌بینی‌ها، هماهنگی‌ها و زیرساخت‌های لازم بررسی و عملیاتی گردد. افزایش شیوع اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی و اختلالات اضطرابی و آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی، خشونت، و اعتیاد در دوران پساکرونا قابل پیش‌بینی است و بنابراین در حیطه حاکمیت راهبردهای زیر باید مدنظر قرار گیرد:

۱. اولویت دادن به موضوع سلامت روان در سیاست‌گذاری‌های عمومی کشور
۲. افزایش حساسیت مدیران دستگاه‌های مختلف به حوزه سلامت روان
۳. توجه به عدالت در ارائه خدمات سلامت روان از طریق افزایش دسترسی به خدمات
۴. جریان‌سازی فرهنگی و ارزش‌گذاری اجتماعی موضوع سلامت روان
۵. برنامه‌ریزی آموزش عمومی و ارتقاء سواد سلامت روان جامعه
۶. ظرفیت‌سازی و تربیت نیروی متخصص، متعهد و کارآمد در حوزه خدمات سلامت روان

ب) حیطه کاهش عوامل خطر:

در حیطه کاهش عوامل خطر اختلالات روانشناختی راهبردهای زیر باید مدنظر قرار گیرد

پیشگیری سطح اول

- * تقویت برنامه‌های توانمندسازی روانی اجتماعی و آموزش‌های عمومی (مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و خودمراقبتی) در جمعیت عمومی و جمعیت دانش‌آموزی.
- * ارتقاء کیفی و کمی بسته‌های ارائه خدمت و بازآموزی کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت روان به گروه‌های هدف در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه.
- * ارتقاء کیفی و کمی خدمات مشاوره و سلامت و آموزش مهارت‌های زندگی و بازآموزی مشاوران مدارس در وزارت آموزش و پرورش.

پیشگیری سطح دوم

- * ارتقاء زیرساخت‌های خدمات تخصصی و بستری سربایی درمان اختلالات روانپزشکی و توانمندسازی نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت در نظام سلامت.
- * ارتقاء زیرساخت‌های خدمات مشاوره و توانمندسازی نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت موجود در سازمان بهزیستی و وزارت آموزش و پرورش.

پیشگیری سطح سوم

- * تدوین و اجرای برنامه‌های توانبخشی برای مبتلایان به اختلالات شدید روانپزشکی تقویت برنامه‌های اجتماع محور برای مداخله در انواع آسیب‌های اجتماعی.

ج) حیطه مراقبت:

سلامت روان یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های روانی و جسمی در زندگی. واضح است که رابطه ما با سلامت روان در طول زندگی به علت وجود مشکلات و فشارها، با فراز و نشیب همراه است. مراقبت از خود و همچنین مراقبت از افراد دارای اختلالات روانپزشکی در ارتقای سلامت روان و بهزیستی همگانی نقش مهمی را ایفا می‌نماید. در حیطه مراقبت راهبردهای زیر باید مد نظر قرار گیرد:

مراقبت: مراقبت افراد دارای اختلالات شایع روانپزشکی و اختلالات مصرف مواد، دخانیات و الکل.

درمان: درمان موارد ارجاعی از سطح یک خدمات.

مشاوره: افزایش دسترسی به خدمات مشاوره‌ای، افزایش اطلاع رسانی و دسترسی به سامانه‌های

مربوطه (سامانه ۴۰۳۰، سامانه خودارزیابی روانشناختی و...).

د) حیطه پایش و نظارت:

یکی از مهمترین مراحل موفقیت یک برنامه، میزان اثر بخشی و دستیابی آن برنامه به اهداف از پیش تعیین شده است. و برای رسیدن به این مهم، پایش و نظارت در کلیه مراحل اجرای طرح یا برنامه از اهمیت بسزایی برخوردار است.

برای موفقیت در برنامه‌های مرتبط با ارتقای سلامت روان و بهزیستی همگانی در پساکرونا که در بخش‌های قبل به آن اشاره شد، باید سیستم نظارتی قوی در نظر گرفت تا با پایش درست موفقیت برنامه‌ها را تضمین نماید.

در حیطه پایش و نظارت راهبردهای زیر باید مد نظر قرار گیرد:

نظارت: نظارت و ارزیابی و ارزشیابی برنامه‌ها و تجزیه و تحلیل شاخص‌های کاربردی آنها.

مداخله: بررسی و ارائه برنامه مداخله‌ای.

منابع انگلیسی:

1. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. <https://www.un.org/en/coronavirus/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19>
3. Garrusi B, Amirkafi A, Garousi S. Mental health: the forgotten aspect of the COVID-19 pandemic. East Mediterr Health J. 2020 Oct 13;26(10):1151-1154. doi: 10.26719/emhj.20.117. PMID: 33103741.
4. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. Eur Psychiatry. 2020 Apr 1;63(1):e32. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.35. PMID: 32234102; PMCID: PMC7156565.
5. Holingue C, Badillo-Goicoechea E, Riehm KE, Veldhuis CB, Thrul J, Johnson RM, Fallin MD, Kreuter F, Stuart EA, Kalb LG. Mental distress during the COVID-19 pandemic among US adults without a pre-existing mental health condition: Findings from American trend panel survey. Prev Med. 2020 Oct;139:106231. doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106231. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32758507.
6. Kämpfen F, Kohler IV, Ciancio A, Bruine de Bruin W, Maurer J, Kohler HP. Predictors of mental health during the Covid-19 pandemic in the US: Role of economic concerns, health worries and social distancing. PLoS One. 2020 Nov 11;15(11):e0241895. doi: 10.1371/journal.pone.0241895. PMID: 33175894; PMCID: PMC7657497.

7. Husky MM, Kovess-Masfety V, Swendsen JD. Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Compr Psychiatry*. 2020 Oct;102:152191. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152191. Epub 2020 Jul 12. PMID: 32688023; PMCID: PMC7354849.
8. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 25;17(10):3740. doi: 10.3390/ijerph17103740. PMID: 32466251; PMCID: PMC7277420.
9. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729. PMID: 32155789; PMCID: PMC7084952.
10. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, Choo FN, Tran B, Ho R, Sharma VK, Ho C. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:40-48. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028. Epub 2020 Apr 13. PMID: 32298802; PMCID: PMC7153528.



تأثیر روابط سالم والدین و فرزندان در تحکیم خانواده

مؤلفین و گردآورندگان:

صدیقه خادم

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت.

زینب سرحدی

مدیرگروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشکده علوم پزشکی بم.



تأثیر روابط سالم والدین و فرزندان در تحکیم خانواده

مقدمه:

بر اساس مدل آسیب پذیری - استرس در آسیب شناسی روانی، پژوهش‌های زیادی نقش خانواده را به عنوان عامل زمینه ساز در آسیب پذیری افراد بررسی و نقش روابط و تعاملات والد-فرزندی و شیوه‌های فرزندپروری را به عنوان مهمترین عوامل خانوادگی موثر بر سلامت روانی افراد، تایید کرده‌اند.

انسجام خانواده نشانه پیوندهای عاطفی است که اعضای خانواده نسبت به یکدیگر دارند و شامل مولفه‌هایی مانند: رابطه عاطفی، تعامل خانوادگی، روابط پدر و مادر، رابطه فرزندان و والدین، میزان تعامل از لحاظ زمان و مکان، نوع دوستی و علائق و نهایتاً نحوه گذراندن اوقات فراغت است. اگر خانواده که از والدین و فرزندان تشکیل شده است، از هماهنگی، انسجام و تفاهم متقابل برخوردار باشد، زمینه زندگی سالم خانودگی در آن فراهم می گردد. اما اگر واحد خانواده انسجام و هماهنگی نداشته باشد، به فروپاشی و انهدام تهدید می شود و پایه و اساس آن متزلزل می گردد. در این مقاله بیشتر به بررسی تأثیر روابط سالم والدین و فرزندان در تحکیم خانواده می پردازیم.

مفاهیم اساسی

ارتباط: ارتباط فرآیندی است که به واسطه ی آن فرستنده از طریق یک مسیر ارتباطی پیامی را به گیرنده انتقال می دهد.

خانواده: مهم ترین تعریف خانواده از دیدگاه روانشناسی این است: خانواده یعنی، دو یا چند نفر که اهداف و ارزش های خود را با یکدیگر به اشتراک می گذارند، به هم تعهدات بلند مدت دارند و معمولاً در یک محل زندگی می کنند.

گلدنبرگ در تعریف خانواده می گوید که خانواده نظام عاطفی پیچیده‌ای است که چند نسل را در بر می گیرد و وجه تمایز آن با سایر نظام‌های اجتماعی در وفاداری، عاطفه و دائمی بودن عضویت در آن است.

انسجام یا تحکیم خانواده: پیوندهای عاطفی است که اعضای خانواده نسبت به یکدیگر دارند.

بررسی الگوهای ارتباطی والد - فرزندی

یکی از عوامل موثر بر انسجام و تحکیم خانواده، نوع ارتباط والدین با فرزندان می باشد که آن را بعنوان سبک‌های فرزندپروری مطرح می نمایند. سبک فرزند پروری به روش‌های تربیت و تعلیمی والدین گفته می‌شود که بر نحوه تعاملات آن‌ها با فرزندانشان تأثیر می‌گذارد. انواع سبک‌های فرزندپروری به شرح زیر می باشد:

۱. مستبدانه (Authoritarian)

۲. مقتدرانه (Authoritative)

۳. سهل گیر (Permissive)

۴. بی اعتنا (Uninvolved)

مستبدانه (Authoritarian)

والدین مستبد به این دلیل معروف هستند که وقتی کودک دلایل پشت یک قانون را زیر سوال می برد می گویند: "حرف حریفه منه!" آنها علاقه ای به مذاکره ندارند و بر اطاعت متمرکز هستند. این والدین به فرزندان خود اجازه درگیر شدن در چالش‌ها و موانع را نمی دهند. قوانین را وضع می کنند و عواقبش را بدون توجه یا توجه اندک به نظر کودک اجرا می کنند.

مقتدرانه (Authoritative)

والدین مقتدر قوانینی دارند و برای نقض قوانین پیامدهایی در نظر می گیرند. آنها به نظرات فرزندان خود اهمیت می دهند و بیشتر زمان و انرژی خود را صرف پیشگیری از مشکلات رفتاری می کنند. آنها از استراتژی‌های انضباطی مثبت برای تقویت رفتارهای مثبت استفاده می کنند.

سهل گیر (Permissive)

این والدین کاملاً بخشنده هستند و نگرش "بچه‌ها باید بچگی کنند" را اتخاذ می کنند. پیامدهایی که برای رفتارهای نامطلوب کودکان خود در نظر می گیرند، اجرا نمی کنند. آنها صمیمی و پاسخ‌گو هستند، اما انتظارات روشنی ندارند و رفتار فرزندان را هدایت نمی کنند. آنها نظارت تربیتی کمتری روی فرزندان دارند.

بی اعتنا (Uninvolved)

والدین بی اعتنا وقت و انرژی زیادی را برای رفع نیازهای اولیه کودکان اختصاص نمی دهند. احتمال غفلت در این والدین وجود دارند که به نظر می رسد کمتر عمده باشد. مشکلات سلامت جسمانی یا سلامت روان یا مشکلات سوء مصرف مواد در این والدین بیشتر دیده می شود.

بررسی الگوهای ارتباطی در خانواده

ستیر معتقد است زمانی که نوعی فشار در زندگی وجود داشته باشد برخی مردم از پنج طریق به مقابله با آن می‌پردازند. در خانواده‌های آشفته انتقال پیام به صورت دوسطحی است. شخص فرستنده از اینکه پیام دوسطحی می‌فرستد ناآگاه است اما شنونده به دو پیام توجه دارد مانند تفاوت بین کلمات و حرکات بدنی - مثال: فرد لیخندی بر لب داشته باشد و با کلمات بگوید "حالم خیلی بد است". این الگوی ارتباطی به شرح زیر می‌باشد:

۱ - سازش گر (Placating): فرد سازش گر همواره سخنانش در جهت جلب توجه دیگران است و سعی می‌کند از هر موضوعی که موجب ناخوشایندی دیگران می‌شود معذرت خواهی کند و هرگز مخالفتی نشان ندهد. دنبال تأیید دیگران است.

کلمات: موافقت آمیز مثلاً: آنچه شما بخواهید درست است. من اینجا هستم تا شما را خوشحال کنم.
بدن: حالت رقت آمیز به خود می‌گیرد "من بیچاره‌ام".

درون: من احساس هیچ بودن می‌کنم، من بی ارزشم. اگر فلانی نباشد من در حکم مرده هستم.

۲ - سرزنشگر (Blaming): همیشه علاقمند است که سلطه خود را بر دیگران تحمیل کند و نه اینکه واقعاً حقیقت را دریابد. او یک دست به کمر زده و با انگشت دست دیگر به اطرافیان اشاره می‌کند. محکوم می‌کند و موقعی احساس ارزش می‌کند که کسی از او اطاعت کند. ایرادگیر و خودکامه و ارباب است.

کلمات: مخالفت آمیز "هیچ وقت کاری را درست انجام نمی‌دهی" یا "همیشه چنین می‌کنی، چرا همیشه تو..."

بدن: وضع ملامت کننده و تهاجمی دارد و عضلات و اندام سفت است. در حال سرزنش کردن دیگران نفس آنها بریده بریده می‌شود چون عضلات گردن سفت می‌شود. صدای خشن و گرفته دارند "در اینجا من ارباب هستم".

درون: از درون احساس تنها بودن و ناموفق بودن می‌کنند. "هیچ کس به من اهمیت نمی‌دهد" و "اگر سرزنش شان نکنم هیچ کس کاری انجام نمی‌دهد".

۳ - حسابگر (Computing): حسابگر بسیار مرتب و معقول است و اصلاً نشان نمی‌دهد که احساسات دارد. در صحبت کردن از طولانی ترین کلمات استفاده می‌کند حتی اگر معنی آنها را نداند. بدین طریق لااقل هوشمند جلوه می‌کند ولی بعد از مدتی کسی به حرف آنها گوش نمی‌کند. می‌توان او را با ماشین حساب مقایسه کرد. اون نباید هیچ اشتباهی کند.

کلمات: بیش از اندازه معقول است. بیشتر کلمات انتزاعی به کار می‌برند.
بدن: صدایش خشک و یکنواخت است و بدنش خشک و سرد و می‌گوید "من آرام: خونسرد و آسوده‌خاطر".

درون: احساس می‌کنم آسیب پذیرم من باید کاری بکنم تا مردم متوجه شوند که انسانی باهوش هستم و فقط منطق و عقاید هستند که می‌توانند مورد قبول باشند و مرا مجاب کنند.

۴- گیج یا نامربوط (Distracting): هر عملی که از يك آدم گیج، سر می زند و هر حرفی که از دهانش خارج می شود با آنچه دیگران می گویند و کاری که می کنند نامربوط است. هیچ وقت جوابی به جا نمی دهد. احساس درونی او به افراد مات و مبهوت شباهت دارد. صدایش مرتب بالا و پایین می رود. فکرش هیچ جا متمرکز نیست. کلمات: کلمات نامربوط که معنی ندارند استفاده می کند.

بدن: کج و نابجا.

درون: احساس درونی او به افراد مات و مبهوت شباهت دارد. هیچ کس توجهی به من ندارد، هیچ جا جایم نیست (ضعیف).

۵- همتراز یا نرمال (Leveling): انسان بالغی را ترسیم می کند که در زندگی به دنبال تعامل با دیگران است. کلماتی را می گوید که با حالت صورت و وضع بدن جور است. روابط آزاد و آسان و شرافتمندانه دارد. می توانید به چنین افرادی اعتماد کنید. اگر کاری را انجام دهد که درست نباشد، پوزش می طلبد. مانند ماشین عمل نمی کند. اگر به کسی بگوئید که از شما خوشم می آید، صدایش گرم و چشمانش مستقیم بسوی اوست. اگر به کسی هم بگوئید که از دست شما عصبانی هستم، صدایش خشک و صورتش خشمگین است چون حرکات اون حاوی پیامی مستقیم است.

تأثیر سبک های فرزندپروری و سبک های ارتباطی در خانواده بر انسجام/ تحکیم خانواده

روابط خانوادگی بسیار پیچیده است. آشنا شدن با شبکه خانودگی موجب می شود که فشارها و نقش های خانوادگی سبک تر شوند. نقش ها مشخص کننده توقعی هستند که از یک همبستگی عاطفی و مثبت بین افراد می رود. افراد خانواده با شبکه ای از پیوند ها به یکدیگر متصل می شوند. این پیوند ها می تواند مرئی یا نامرئی باشد. به طور کلی می توان گفت در خانواده نقش ها در سه طبقه دسته بندی می شود:

۱- زنشویی (زن و شوهری)

۲- پدر- فرزندی و مادر- فرزندی

۳- خواهر- برادری

نقش ها اثر عمده ای بر کارایی موثر خانواده از طریق نفوذ قواعد، فرآیند های ارتباطی و پاسخ به فشارهای روانی دارند. بطوریکه می توان مشاهده کرد تأثیر سبک های ارتباطی والدین و فرزندان چه تأثیر بر رشد شخصیت و هم چنین روابط خانوادگی آنها دارد که در زیر به تعدادی از آنها اشاره می شود: کودکانی که با والدین سخت گیر و مستبد بزرگ می شوند بیشتر اوقات از قوانین پیروی می کنند. اما اطاعت آنها بهایی دارد. فرزندان والدین مستبد بیشتر با مشکلات عزت نفس مواجه هستند چون به نظراتشان اهمیت داده نشده است. همچنین حالت های تهاجمی در این کودکان بیشتر دیده می شود زیرا آنها به جای اینکه به فکر چگونگی انجام کارها در آینده باشند اغلب بر عصبانیتی که نسبت به والدین خودشان احساس می کنند متمرکز می شوند.

از سوی دیگر با توجه به اینکه والدین مستبد اغلب سخت گیر هستند، فرزندانشان در تلاش برای اجتناب از تنبیه اغلب به دروغگویی روی می آورند. کودکانی که والدین مقتدر دارند به احتمال زیاد به بزرگسالانی مسئولیت پذیر تبدیل می شوند که به راحتی احساساتشان را بیان می کنند. آنها شاد و موفق هستند. کودکانی که با والدین سهل گیر بزرگ می شوند بیشتر از نظر تحصیلی دچار مشکل می شوند. آنها مشکلات رفتاری بیشتری را نشان می دهند چون قوانین را نمی دانند. در این کودکان عزت نفس پایین و غمگینی بیشتری گزارش شده است. همچنین آنها در معرض مشکلات سلامتی بیشتری از جمله چاقی، پوسیدگی دندان و... هستند. کودکان والدین بی اعتنا عزت نفس پایین تری دارند آنها در مدرسه عملکرد ضعیفی دارند و در رتبه شادی پایین تر از سایر کودکان هستند.

خانم ستیر ویژگی های خانواده آشفته را به شرح زیر بیان می کند :

۱. جو منفی را خیلی سریع می توان احساس کرد. گاهی محیط آن چنان سرد است که گویی همه یخ زده اند.
۲. فضا فوق العاده مودبانه است.
۳. بی حوصلگی به وضوح مشهود است.
۴. بدنهای سفت و خمیده و چهره ها عصبوس و غمگین یا مانند صورتکی بی احساس به نظر می رسند. چشم ها فرو افتاده است و نگاه ها از مردم می گریزند.
۵. نشانه دوستی در میان افراد خانواده کم است گویی همبستگی خانوادگی نوعی وظیفه است و افراد صرفاً تلاش می کنند تا یکدیگر را تحمل کنند.

با توجه به ویژگی های خانواده بالنده که به شرح زیر می باشد :

۱. حرکت بدنهای ملیح و حالت چهره ها آرمیده است.
۲. افراد روشن صحبت می کنند.
۳. در روابطشان با هم روانی و هماهنگی وجود دارد.
۴. حتی وقتی خردسالند به نظر گشاده رو و مهربان می آیند و بقیه افراد خانواده هم با آنها مثل آدم های بزرگ رفتار می کنند. به سخنان هم گوش می دهند و رعایت حال و خواسته های هم را می کنند. آشکارا صحبت می کنند. با یکدیگر همدردی می کنند.
۵. از خطر کردن نمی ترسند، چون احساس می کنند اشتباهات احتمالی از طرف افراد خانواده پذیرفتنی است.
۶. همه احساس می کنند که دیگران برای او ارزش قائل هستند و او را دوست دارند.

می‌توان مشاهده کرد که این شاخص‌ها در سبک فرزندپروری مقتدرانه والدین و هیمنطور در سبک ارتباطی همتر از نیز مشاهده می‌شود.

پس هنگامی که اعضای خانواده از همه رویدادهایی که در زمان حال تجربه می‌کنند آگاه شوند می‌توانند هم به عنوان فرد و هم به عنوان خانواده رشد کنند. هدف اصلی یکی سازی رشد هر یک از اعضای خانواده با یکپارچگی و سلامت نظام خانواده است. به همین منظور در زیر به اصول اساسی که می‌تواند از طریق بهبود روابط والدین با فرزندان در خانواده منجر به به تحکیم و انسجام خانواده شود اشاره ای می‌نماییم.

اصول رفتاری والد و کودک در خانواده به منظور تحکیم بنیان خانواده:

اگر خانواده که مرکب از والدین و فرزندان است از هماهنگی، انسجام و تفاهم متقابل زن و شوهر برخوردار باشد، زمینه زندگی سالم خانوادگی را فراهم می‌کند. اما اگر واحد خانواده انسجام و هماهنگی نداشته باشد به فروپاشی و انهدام تهدید می‌شود و پایه و اساس آن فرو می‌ریزد. به منظور افزایش انسجام در خانواده لازم است والدین در ارتباط با فرزندان خود به این اصول پایبند باشند:

اصل ۱: انتظاراتان را به روشنی با فرزندان در میان بگذارید: بچه‌ها دقیقاً نمی‌دانند که پدر و مادرشان از آنها چه انتظاری دارند و این انتظارات تا چه اندازه روی شرایط و موقعیت تاثیر می‌گذارند. در بیان انتظارات بصورت یکدست عمل کنید تا کودکان بین انجام انتظارات پدر یا مادر دچار سردرگمی نشوند.

اصل شماره ۲: رفتارهای بی‌اهمیت را نادیده بگیرید: بسیاری از رفتارهای ناراحت کننده بچه‌ها و بهتر بگوییم اغلب آنها از نوعی نیست که کسی به آنها توجه کند، به عنوان مثال رفتارهایی که مربوط به سن و سال و بچه هاست مانند چشم و هم چشمی خواهران و برادران و یا وقتی بچه‌ها با یکدیگر مشاجره کلامی می‌کنند باید نادیده انگاشته شوند به خاطر داشته باشید که حفظ و ارتقاء رابطه میان والد و فرزند مهمتر از مسائل بی‌اهمیت و گذرا است.

اصل سوم: رفتارهای مناسب را تقویت کنید: وظیفه ما به عنوان پدر و مادر این است که بعضی از رفتارهای مطلوب فرزندانمان را انتخاب کنیم و در جهت تقویت آنها بکوشیم مثلاً: اگر دیدید فرزندان کاری در منزل انجام می‌دهد به او بگوئید: (آفرین، متشکرم از کاری که انجام دادی).

اصل چهارم: رفتارهای نامتناسب را متوقف و سپس آنها را از نوهدایت کنید: جهت دادن مجدد به رفتار به طرز مثبت و سازنده به روش (آموزش اصلاحی) معروف است که از شش مرحله تشکیل می‌شود.

۱- حرف مثبتی بزنید.

۲- رفتار مساله ساز را به طور خلاصه شرح بدهید.

۳- رفتار مطلوب را توضیح دهید.

۴- دلیلی بیاورید و توضیح دهید که چرا رفتار جدید مطلوب تر است.

۵- رفتار مطلوب را تمرین و اعمال کنید.

۶- بازخورد مثبت بدهید.

مثال: فرزند ما به دلیل اینکه دوستش حرف بدی به او زده است با او درگیر شده است ما آنها را جدا کرده و راه بهتری برای اصلاح رفتارشان ارائه می دهیم به شرح زیر:

- ۱- می دانم وقتی کسی به تو حرف بدی می زند ناراحت می شوی.
- ۲- اما تو با خشونت به دوستت واکنش نشان دادی.
- ۳- روش بهتری برای برخورد با ناسزاگویی این است که رهايت را بگیری و بروی.
- ۴- وقتی بروی مجبور نیستی با کسی دعوا کنی، دوستت هم موضوع را فراموش می کند اینطوری دوستی شما به خطر نمی افتد.
- ۵- این بار اگه کسی به تو ناسزا گفت چگونه باهاش برخورد می کنی؟ (راهم را می گیرم و می روم).
- ۶- عالیه، هر چند ممکنه بسیار سخت باشه اما در بلند مدت برایت ساده و عادی می شود.

اصل پنجم: با فرزندانان نزدیک باشید؛ وقتی بچه ها از دوران طفولیت به دوران کودکی و از آنجا به دوران نوجوانی می رسند می بینیم در تبادل و تعامل میان والدین و فرزندانان اتفاقات جالبی می افتد که بعضی از آنها به فاصله افتادن میان والدین و فرزندان شان منتهی می شود نفوذ و تاثیر والدین روی رفتار کودک رابطه مستقیمی در نزدیک بودن والدین و فرزندان دارد هرچه پدر و مادر به فرزندانان نزدیک تر باشند تاثیر بیشتری می توانند بر آنها بگذارند.

برای رسیدن به این مهم توصیه های زیر پیشنهاد می شود:

- * به لحاظ کلامی به فرزندان خود نزدیک شوید.
- * با فرزندانان غذا بخورید: مشخص شده است کودکانی که در کنار سایر اعضای خانواده غذا می خورند، مهارتهای هیجانی، اجتماعی و روانی بیشتری دارند.
- * با کودکانان بازی کنید: بازی کردن با ایجاد صمیمیت بیشتر بین والدین و فرزندان به شما کمک می کند تا دوستان خوبی برای یکدیگر باشید.
- * به فرزندانان اجازه کمک کردن بدهید: کمک کردن در برخی کارهای منزل و بیرون از منزل باعث ایجاد حس مسئولیت پذیری و احساس ارزشمندی و عزت نفس در کودکان شده و علاوه بر آن او به فردی خیر و مهربان تبدیل خواهد شد.
- * به فرزندانان ابراز علاقه کنید: لازم است محبت خود را با انجام کارهایی به او نشان دهید برای مثال: روی یخچال برایش پیام های محبت آمیز بنویسید، یا زمانی که صحبت می کند به دقت به حرف هایش گوش کنید تا بداند چقدر برای شما مهم و دوست داشتنی است.
- * اگر مطمئن نیستید حرفی را که می خواهید بزنید شرایط را بهتر می کند یا نه، بهتر است آن حرف را نزنید: در زمان صحبت با فرزندان قضاوت نکنید، داوری نکنید، نصیحت نکنید، اندرز ندهید صرفا حرف بزنید. البته این بدان معنا نیست که هرگز نباید فرزندانان را نصیحت کنید اما این را برای اوقات به خصوصی که قصد چنین کاری را دارید بگذارید.

* تعامل‌های جسمانی مطلوب را افزایش بدهید: اگر خوب و دقیق حساب کنید پوست بدن انسان بزرگترین، پروسعت‌ترین و پر وزن‌ترین اندام به حساب می‌آید اغلب مردم دوست دارند که لمس شوند، در آغوش کشیده شوند، نوازش شوند متأسفانه وقتی فرزندان خانواده به خصوص پسران که بزرگتر می‌شوند از این نوازش و از این در آغوش کشیده شدن محروم می‌شوند و این بسیار بد است نه تنها در آغوش کشیدن کار خوبی است بلکه به سلامتی فرزند شما هم کمک می‌کند.

سخن پایانی

هرچه انسجام و صمیمیت در خانواده بیشتر باشد والدین توان مقابله موثرتری برای مقابله با استرس فرزندپروری نشان داده و سبک مناسب‌تری برای فرزندپروری بر می‌گزینند و هر چه ارتباط والدین و فرزندان قوی‌تر باشد آنها در مواجهه با پیامدهای رفتاری و شناختی منفی مقاوم‌تر هستند و انسجام خانوادگی بیشتری را تجربه می‌کنند.

منابع فارسی:

۱. مزگان دالایی، دکتر احمد عاشوری، دکتر مجتبی حبیبی، رابطه انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و سبک‌های فرزندپروری با استرس فرزندپروری در مادران منطقه یک شهر تهران، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال بیست و یکم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴، صفحه ۱۶۷

منابع انگلیسی:

2. Moharreri, F., Soltanifar, A., Khalesi, H., Eslami, N. (2012). [The evaluation of efficacy of the positive parenting for parents in order improvement of relationship with their adolescents (Persian)]. Medical Journal of Mash-had University of Medical Sciences, 55(2), 116-23.
3. Holmes, J., & Kiernan, K. (2013). Persistent poverty and children's development in the early years of childhood. Policy & Politics, 41(1), 19-42. [DOI:10.1332/030557312X645810]



سلامت معنوی و پیشگیری از بیماری های روان پزشکی

مؤلفین و گردآورندگان:

فرشته عبدی

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

مینا جلالی

کارشناس پیشگیری از آسیب های اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

دکتر مهشید پدرام

کارشناس پیشگیری از آسیب های اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.



سلامت معنوی و پیشگیری از بیماری‌های روان پزشکی

مقدمه:

از دیدگاه سلامت جامعه نگر، انسان موجودی چند بعدی است که بعد معنوی در حفظ ابعاد دیگر سلامت، تأثیر به سزایی دارد. سازمان بهداشت جهانی، سلامت معنوی را به عنوان یکی از مهمترین ابعاد سلامت، در کنار سایر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، معرفی کرده است. همچنین، امنیت روانی و جسمی انسان در گرو سلامتی در دین است؛ زیرا باورها و اعتقادات سالم و عمیق برگرفته شده از معارف حقیقی، سبب آرامش و ایمنی روحی و جسمی می شود.

بسیاری از دانشمندان معاصر غربی بر این باورند که، یکی از اساسی ترین نیازهای انسان معاصر، نیاز به دین و ارزش های معنوی است. زیرا ایمان به خدا، نوعی قدرت معنوی به انسان می بخشد که او را در تحمل سختی ها کمک می کند و نگرانی و اضطراب را دور می سازد و قرائت دعا و نیایش، می تواند به عنوان یک نوع درمان تسکینی، محرکی برای ایجاد پاسخ های فیزیولوژیک و سایکولوژیک در بیمار باشد.

در بحث سلامت معنوی، دو نگاه حداقلی یا ابزاری و حداکثری یا غیر ابزاری وجود دارد. نگاه حداکثری به سلامت معنوی، در پی توسعه همه جانبه فردی و اجتماعی جامعه است؛ ولی در نگاه حداقلی، معنویت زیر ساخت نیست، بلکه روساخت است و فقط به عنوان یک ابزار می تواند در خدمت پزشکی جسمی و روانی قرار گیرد. در نگاه حداکثری، روح به صورت کامل در کنار جسم است و دارای شخصیت مستقل می باشد، ولی در نگاه حداقلی و ابزاری، روح و روان چیزی به جز عکس العمل های ذهنی و عصبی نمی باشد. وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر افتد، فرد ممکن است دچار انواع مشکلات روان شناختی مثل اضطراب و افسردگی شود. بنابراین جستجوی معنا در زندگی، یکی از راه های موثر مقابله با مشکلات و سختی های زندگی است. نتایج برخی مطالعات بیانگر آن است

که بدون سلامت معنوی، ابعاد زیستی، روان شناختی و اجتماعی نمی توانند عملکرد مناسبی داشته باشند و یا به حداکثر ظرفیت خود برسند، بنابراین سطح کیفیت زندگی پایین خواهد آمد. اما آنچه که مهم است، بینش صحیح به معنویت است.

مفهوم معنویت، مفهومی شمول گراست و بر هرکسی تأثیر می گذارد. این مفهوم با دین، نوعی هم پوشانی دارد اما دین برخلاف معنویت، به طور بالقوه، نوعی قطعیت و حد و مرزهایی دارد و به طور مشخص، عده خاصی آن را اقتباس می کنند. وقتی فعالیت های معنوی غیردینی را لحاظ می کنیم و کمتر درخصوص استدلال های مربوط به باورها، چون و چرا می کنیم، چشم اندازی ارزشمند برای کل حوزه سلامت روانی در اختیار خواهیم داشت. شواهد تحقیقاتی نشان می دهند که باورها و اعمال دینی و معنوی از بیماری های جسمی و روحی و البته روانی (ذهنی)، پیشگیری می کنند و توأمان، میزان عود بیماری و علائم و خامت آن را کاهش می دهند. از طرفی، سرعت بهبودی را تسریع و احتمال بازگشت به شرایط اولیه را افزایش می دهند. در کنار این ها، این باورها و اعمال، آستانه تحمل ناتوانی ها و معلولیت ها و نیز استرس ها را نیز بالا می برند و مهم تر اینکه، عوامل معنوی و دینی به طور معناداری بر اختلالات ذهنی تأثیر می گذارند.

معنویت و سلامت روانی:

بین برخی ابعاد و تجلیات معنویت و پیامدهای سلامت روانی، نوعی پیوند و رابطه ای دو طرفه و تعاملی و خطی برقرار است.

تعریف معنویت:

معنویت از یک منظر، بُعد پنهان یا فراموش شده سلامت روانی انسان و ساحت مقدس تجربه انسانی است. معنویت حس معنایابی و هدف مندی انسان است که تعلقش به جامعه را معنادار می کند. از آنجا که معنویت در زمان استرس، رنج، بیماری جسمی و زوانی، فقدان و خسران، مرگ و مردن، اهمیت می یابد، نه تنها در روان پزشکی اهمیت دارد، بلکه در کل حوزه های پزشکی نیز بدان باید توجه شود. به معنای دقیق کلمه، معنویت شامل جست و جوی معنا، غایت حیات، دانش متعالی، روابط معنادار، عشق و تعهد، و نیز نوعی حس تقدس (قدسی شدن) است.

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماران و پزشکان، ارزش عناصری مانند ایمان، امید و شفقت را در فرایند شفا بخشی مؤثر دانسته اند. این مقوله ذیل چهار عنوان طبقه بندی می شود که عبارتند از: تعالی، روابط شخصی، رسومات زندگی و باورهای خاص.

برخی عناصر و مؤلفه های مهم معنویت: صداقت، شهامت، صبر و شکیبایی، تساهل، شفقت، مهربانی، سخاوت، وجد و شادی، امید، عشق و

معنویت و افسردگی: افسردگی، شایع ترین مشکل روانی است که عموماً در میان افراد به چشم می خورد و خود را به اشکال گوناگون رفتاری و روانی و البته به درجات مختلف نشان می دهد. عمده تحقیقات مربوط به ارتباط بین معنویت و سلامت روانی بر افسردگی، متمرکز است.

سوئین تون: معتقد است افسردگی که ناامیدی، نبود معنا و هدف در زندگی و پایین بودن عزت نفس از شاخصه‌های غالب آن است، اساساً با آنچه بسیاری از افراد آن را امر معنوی می‌نامند، در ارتباط است. یکی از راه‌های احیای معنا از طریق معنویت در زندگی اشخاص مبتلا به افسردگی، درک ایشان و همدلی با آنهاست. تقریباً در تمامی تحقیقات، این درک و همدلی، ابزار اصلی و محوری‌ای است که رنج افسردگی از طریق آن به نحو ملموسی کاهش می‌یابد. زیرا وقتی درک و همدلی وجود داشته باشد، آنها احساس توانمندی بیشتری می‌کنند.

معنویت و اضطراب: برخی محققان معتقدند که استرس و اضطراب می‌تواند علایم معنوی داشته باشد که عبارتند از: از دست دادن معنا در زندگی، افکار و اعمال وسواسی، حس بی تفاوتی و از خود بیگانگی، نبود باور معنوی پیشین، بی معنا بودن آینده، ترس از مرگ، ترس از پیامدهای گناه یا رفتار بد و نامطلوب از نگاه دین، عدم توانایی در توجه و تمرکز بر «خدا» یا انجام «مراقبه». یکی از حوزه‌های رایج‌تر پژوهشی در این زمینه، به ارتباط بین اضطراب و معنویت در میان افرادی پرداخته است که به بیماری‌های مزمن یا خطرناک (مهلک) مبتلا هستند. به عنوان مثال در یکی از این مطالعات، بیماران پیوند قلب که در مساجد حضور داشتند غالباً کمتر اضطراب داشته‌اند و عزت نفس‌شان در قیاس با کسانی بیشتر بود که به مساجد نمی‌رفتند یا کمتر می‌رفتند.

معنویت و اختلال فشار روانی پس از آسیب: این اختلال نوعی واکنش تأخیری به یک تجربه حیاتی آسیب‌زا مانند جنگ، تروریسم، سانحه هوایی، تصادف، بلایای طبیعی و ... است. شواهد نشان می‌دهد که دین و معنویت در زمان بحران، آسیب و اندوه، بسیار برای افراد ارزشمند است. نتایج برخی پژوهش‌ها، سه یافته اصلی را در پی دارد. نخست اینکه این مطالعات نشان می‌دهند که دین و معنویت معمولاً (البته نه همیشه) برای افراد در مواجهه با عواقب آسیب، مؤثر ترند. دوم اینکه آنها نشان می‌دهند تجارب آسیب‌زا می‌تواند منجر به تعمیق دین یا معنویت شود. سوم اینکه، فائق آمدن بر مشکل به کمک دین، گشایش دینی، سهولت در مواجهه با پرسش‌های وجودی، مشارکت دینی و دین‌ورزی ذاتی، نوعاً با احیای پسا آسیب ارتباط دارند.

سلامت معنوی:



سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق، و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، با دیگران و خود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید

يك دهه پیش، همه دولت‌های اروپایی، بیانیه کپنهاگ در مورد رشد اجتماعی را امضا کردند. این بیانیه، آنها را متعهد می کرد به نیازهای معنوی مردمانشان (افراد، خانواده ها و جامعه) بپردازند و سیاست‌هایشان را به سمت بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی سوق دهند. اصطلاح سلامت معنوی که نخستین بار تحت عنوان بهزیستی معنوی وضع شد، بیش از همه بر بهزیستی شخصی فرد و ارتباط او با خدا تأکید دارد.

مفهوم بهزیستی معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است:

بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی. بهزیستی مذهبی نشانه ارتباط با يك قدرت برتر یعنی خداست و بهزیستی وجودی يك عنصر روانی - اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از اینکه کیست، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد. لازم به ذکر است که این دو بعد در عین منفک بودن، با هم تعامل و همپوشی دارند.

ارکان سلامت معنوی از نظر اسلام عبارتند از:

معرفت به مبدأ خلقت، شناخت نظام علت و معلولی خلقت جهان، محبت نسبت به خدا و مردم، نیکوکاری و داشتن عمل صالح، پارسایی و پرهیز از گناه، تمایل به کمال، احساس امنیت و آرامش، عدالت جویی، راست گویی، خویشتن داری و صبوری، داشتن تصور مثبت نسبت به خود و دیگران، احساس ایثار و گذشت، توکل و امیدواری، تواضع، اعتدال، اصلاح بین مردم، امانت داری، پذیرش دیگران، عزت نفس و خودباوری.

سخن پایانی:

برخی مطالعات نشان می دهند که یکی از راه های ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی، توجه به سلامت معنوی است، بدین معنا که تقویت بُعد معنوی از یک سو می تواند علایم بیماری ها را کاهش داده و از سوی دیگر، توانایی سازگاری فرد را افزایش می دهد، سلامت روان افراد را بهبود بخشیده، به کاهش ناامیدی و افسردگی کمک می کند و موجب بهبود عملکرد اجتماعی و ارتقاء کیفیت زندگی آنها می شود.

هرچند از طرح موضوع سلامت معنوی بیش از پنج دهه می گذرد، ولی همچنان ابعاد این رکن بسیار بااهمیت، ناشناخته باقی مانده است؛ به همین دلیل، هر کس با توجه به پارادایم حاکم و مبتنی بر جهان بینی خود سعی کرده است تعریفی ارائه دهد و مؤلفه های آن را بیان کند؛ ولی تاکنون اتفاق نظری پدید نیامده است. شاید بتوان گفت دلیل اصلی عدم توافق، مربوط به وجود دیدگاه های متنوعی باشد که در باب واژه سلامت و واژه های معنوی و معنویت وجود دارد.

همچنین، ضرورت بحث سلامت معنوی هنگامی خود را نشان می دهد که مشاهده می گردد بسیاری از بیماری های روانی و حتی مشکلات جسمی و بدنی، از نبود معنویت و سلامت معنوی حاصل می شود؛ یکی از زمینه های عمده بیماری ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن،

احساس پوچی و بیهودگی است؛ و این احساس، ناشی از فقدان بعد معنوی سلامت در افراد می باشد. هدف دار بودن زندگی، پایبندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی، باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آنها می شود. از این رو، تقویت جنبه معنوی به سلامت جسم و روان افراد و در نهایت، سلامت جامعه بزرگ بشری کمک به سزایی خواهد کرد. به دلیل اینکه تأمین سلامت، حفظ و ارتقای آن مقدمه ای لازم برای حفظ حیات، شکوفایی عمر و بهره گیری شایسته از زندگانی است، از این رو، در آیین حیات بخش اسلام، این موضوع از اهمیت خاصی برخوردار است و وقتی فلسفه زندگی از دیدگاه اسلام در حرکت تکاملی خلاصه شود، انسانی که در این مسیر حرکت می نماید، از معیار آرمانی سلامت فکر برخوردار است و به هر مقدار که از این مسیر فاصله داشته باشد، از سلامت روانی و معنوی دور است. بی تردید، آموزه های دینی تأثیر مهمی در تعریف سلامت روانی و راه های نیل به آن دارد و در واقع، یکی از اهداف مهم ادیان الهی، تأمین سلامت روانی انسان هاست.

منابع فارسی:

۱. آیت اللهی، سید محمد تقی، ۱۳۷۰، کلیات بهداشت اسلامی، تهران، معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲. ابوالقاسمی، محمد جواد، ۱۳۹۱، مفهوم شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی، اخلاق پزشکی، ش ۲۰، ص ۶۸۴۵.
۳. اصدقی حسن آبادی، علی، ۱۳۶۵، کلیات بهداشت عمومی، شیراز، دانشگاه شیراز.
۴. اصفهانی، سید مهدی، ۱۳۸۹، سلامت معنوی و دیدگاه ها، اخلاق پزشکی، ش ۱۴، ص ۴۹-۴۱.
۵. امیدواری، سپیده، ۱۳۸۷، سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش ها، پژوهش های میان رشته ای قرآنی، ش ۱، ص ۱۷-۵.
۶. باباپور، خیرالدین جلیل و همکاران، ۱۳۸۲، بررسی رابطه بین شیوه های حل مسئله و سلامت روان شناختی دانشجویان، روانشناسی، ش ۲۵، ص ۱۶-۳.
۷. تاجبخش، حسن، ۱۳۷۳، تاریخ پزشکی ایران، تهران، دانشگاه تهران.
۸. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد، ۱۳۶۶، غررالحکم و درر الکلم، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
۹. دمازی، بهزاد، ۱۳۸۸، سلامت معنوی، تهران، طب و جامعه.
۱۰. دیماتئو، ام. رابین، ۱۳۸۷، روان شناسی سلامت، ترجمه محمد کاویانی و دیگران، تهران، سمت.
۱۱. سالاری فر، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۰، بهداشت روانی؛ با نگرش به منابع اسلامی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۲. شجاعی، محمد صادق، ۱۳۸۶، دیدگاه های روان شناختی آیت الله مصباح یزدی، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی قدس سره.
۱۳. صفی خانی، حمیدرضا، ۱۳۸۶، سلامت از دیدگاه اسلام، تأمین اجتماعی، ش ۲۸، ص ۲۴۶-۲۲۵.
۱۴. عابدی جعفری، حسین و عباسعلی رستگار، ۱۳۸۶، ظهور معنویت در سازمان ها، علوم مدیریت، ش ۵، ص ۹۹-۱۲۱.
۱۵. عباسیان، لادن و همکاران، ۱۳۸۹، بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری ها، اخلاق پزشکی، سال چهارم، ش ۱۴، ص ۸۳-۱۰۴.

۱۶. فونتانا، دیوید، ۱۳۸۵، روان شناسی، دین و معنویت. ترجمه الف. ساوار، قم، ادیان.
۱۷. کولینز، جی. آر و تی. ای وودز، ۱۳۸۲، روان شناسی دین و نقش دین در سلامت جسم و روان، ترجمه مجتبی حیدری، معرفت، ش ۷۵، ص ۷۸-۸۳.
۱۸. مجلسی، محمدباقر، ۱۳۸۹، بحارالانوار، تهران، قمی.
۱۹. محقق داماد، سیدمصطفی، ۱۳۸۹، مقومات معنوی سلامت در الهیات اسلامی، اخلاق پزشکی، ش ۱۴، ص ۵۱-۶۴.
۲۰. محقق، مهدی و علی محمد طرفداری، ۱۳۸۹، فلسفه اخلاق یا طب روحانی در اسلام، بررسی های نوین تاریخی، ش ۷ و ۶، ص ۵-۱۳.
۲۱. مرزبند، رحمت الله و علی اصغر زکوی، ۱۳۹۱، شاخص های سلامت معنوی از منظر آموزه های وحیانی، اخلاق پزشکی،
۲۲. میرمعزی، سیدحسین (۱۳۹۳)، عدالت اقتصادی از دیدگاه اسلام، تهران: سازمان انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.
۲۳. نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۰)، «سلامت روانی-اجتماعی و راهکارهای بهبود آن»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲.
۲۴. برنامه استراتژیک پیشنهادی عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در جمهوری اسلامی ایران
۲۵. مهرگان نادر و همکاران، تأقیر شرایط اقتصادی و اجتماعی بر سلامت روانی ایران (۱۳۹۱-۱۳۷۸).
۲۶. حسینی سیده کمال السادات، تحلیلی بر نقش وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر تحولات سبک زندگی سلامت محور در کشور.
۲۷. دکتر ملک افضلی حسین و همکاران، شاخص های عدالت در سلامت، ستاد مولفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت، معاونت امور اجتماعی سازمان برنامه و بودجه (سال ۱۳۹۵).

منابع انگلیسی:

28. Culliford. i. (2006), Spritual Care and Psychiatric Treatment: An introduction in advances in Psychiatric Treatment, 8, 249 - 261.



نقش سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌های علمی در ارتقای سلامت روان و بهزیستی جامعه

مؤلفین و گردآورندگان:

شهناز حسینی

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

مریم هاشمی نسب

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



نقش سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌های علمی در ارتقای سلامت روان و بهزیستی جامعه

سلامت روان یکی از اساسی‌ترین اجزاء رفاه اجتماعی و نیز یکی از مهمترین متغیرهای مهم تأثیرگذار در بهزیستی و سلامت جامعه به شمار می‌آید.

سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن)، نظام پنهان **ارتقای سلامت** جامعه هستند. این سازمان‌های داوطلب، مستقل از دولت بوده و در عین غیرانتفاعی بودن، در خدمت مردم هستند و به همین دلیل، صدای مردم نامیده می‌شوند. سمن‌ها، نماد و واسطه مشارکت مردم هستند و مشارکت مردم نیز یکی از بازوهای اصلی **ارتقای سلامت**، کاهش فقر و کمک به توسعه عدالت در سلامت جامعه هستند. با توجه به اینکه مهمترین رکن توسعه پایدار، سلامت آحاد جامعه است، سازمان‌های غیردولتی یا مردم‌نهاد در امر ارتقاء سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) از جایگاه بسیار مهمی برخوردارند. در این راستا بعضی از دولت‌ها برای بهره‌گیری مناسب از سازمان‌های غیردولتی به این نتیجه رسیده‌اند که پوشش وسیعی از جامعه را در قالب سازمان‌های غیردولتی ساماندهی کنند تا این سازمان‌ها بتوانند خدمات مفیدی را در ارتقا سطح علمی، فرهنگی، بهداشتی و سلامت آحاد جامعه ارائه دهند.

سازمان‌های مردم‌نهاد و نقش آنها در ارتقا سلامت روان:

در حالی که بیشتر سازمان‌های دولتی بر روی درمان تمرکز دارند، سمن‌ها می‌توانند خلاء در آموزش، پیشگیری، توانمندسازی و توانبخشی روانی-اجتماعی را پر کنند. در کشورهای توسعه یافته بسیاری از سازمان‌های غیردولتی ایجاد واحدهای توانبخشی روانی-اجتماعی در

مناطق شهری و روستایی را به عهده دارند. این برنامه ها شامل طیفی از فعالیت هایی مانند مشاوره فردی و گروهی، آموزش توانبخشی حرفه ای، بازآموزی شناختی، حمایت از خانواده ها، گروه های خودیاری، فعالیت های تفریحی، اوقات فراغت می باشد. مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت روان که توسط واحد ها و مراکز خصوصی فعالیت می کنند، مراقبت از بیمار، برنامه های مراقبت روزانه و نگهداری طولانی مدت را به عهده دارند و طیف وسیعی از خدمات ارائه شده توسط سمن های سلامت روان می باشند. به ویژه آنهایی که با بیماری های مزمن روانی روبرو هستند. بسیاری از افراد برای به حداقل رساندن ناتوانی مرتبط با برخی اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی و زوال عقل، به مراقبت های طولانی مدت نیاز دارند. به طور معمول، حدود یک سوم بیماران اسکیزوفرنی علائم ناتوانی طولانی مدت را نشان می دهند. اکثر سمن های فعال در این زمینه خدمات جامعی دارند که هم بر کنترل علائم مرحله حاد بیماری و هم توانبخشی برای اطمینان از عملکرد مطلوب در طولانی مدت تمرکز دارند. ارائه آموزش های حرفه ای در مشاغل مختلف، آموزش مهارت های اجتماعی و خانواده درمانی از نمونه فعالیت های این انجمن ها می باشد. سمن های سلامت روان با ایجاد حساسیت در کارفرمایان و نشان دادن نیازهای کسانی که از اختلالات روانی مزمن رنج می برند می توانند برای این گروه از افراد اشتغال بالقوه ایجاد نمایند. در حال حاضر، آگاهی بسیار ناچیزی در مورد علل و درمان اختلالات روانی وجود دارد. این آگاهی کم، همراه با انگ زیاد مربوط به بیماری های روانی موجب شده است نیازها و حقوق افراد دارای اختلالات روانپزشکی تا حد زیادی نادیده گرفته شود و سمن های سلامت روان در کاهش انگ و افزایش آگاهی در بخش های مختلف جامعه نقش مهمی دارند. سازمان های مردم نهاد، در ارتقاء سلامت روان جامعه سمن های سلامت روان می توانند گروه های حمایتی را نه برای افرادی که مستقیماً از یک بیماری خاص روانپزشکی رنج می برند، بلکه برای خانواده های آن ها تشکیل دهند. به طور مثال خانواده های افراد مبتلا به بیماری آلزایمر، اسکیزوفرنی و کودکان مبتلا به اوتیسم، به طور منظم با یکدیگر دیدار کنند تا در مورد مشکلات مشترک بحث کنند، از یکدیگر حمایت کنند و راه حل های عملی برای مشکلات روزمره خود ارائه دهند.

سمن های سلامت روان می توانند به عنوان شرکای کامل خدمات دولتی در برنامه ملی بهداشت روان ایفای نقش کنند. چنین مشارکتی می تواند چندین شکل داشته باشند:

۱. مشارکت در ایجاد کمیته های بین بخشی در هر منطقه که شامل نمایندگان سازمان های دولتی، غیردولتی و جامعه ی محلی می باشد.
۲. سمن های ارائه دهنده خدمات، به ویژه در مناطقی که خدمات بهداشت روان دولت ضعیف است، می توانند بسیار فعال باشند.
۳. سازمان های غیردولتی می توانند خدمات مبتنی بر جامعه را که شامل ایجاد مراکز مراقبت روزانه، امکانات مسکونی برای بیماران معلول مزمن یا کودکان، فعالیت هایی در زمینه ارتقاء

سلامت روان، ایجاد خطوط کمک به بیماران به ویژه افراد در معرض خودکشی، تسهیل گروه‌های حمایتی و پشتیبانی از خانواده‌ی بیماران و کمک به امرار معاش و ایجاد اشتغال را اجرا نمایند.

به عنوان مثال سمن‌ها در جریان همه‌گیری کووید ۱۹ در حوزه‌های مختلف خدمات سلامت نقش مهمی داشتند و به نظام سلامت کمک کردند.

با توجه به اینکه سلامت روان مسئله‌ای کاملاً فرابخشی است. فرهنگ سازی در راستای ارتقاء سلامت روان و تاکید برای اصلاح روش زندگی از اهداف مهم حوزه سلامت با شناخت جایگاه سلامت و جلب مشارکت مردم و با همکاری سازمان‌های مردم نهاد است. این نهادها می‌توانند در افزایش سطح سلامت و ارتقای فرهنگ عمومی سلامت نقش ویژه و مهمی داشته باشند. سمن‌های فعال در حوزه سلامت روان به عنوان شرکای اجتماعی می‌توانند فعالیت‌های موثری در زمینه‌ی ارتقاء سلامت روان، تسهیل و تشکیل گروه‌های حمایتی و پشتیبانی از خانواده‌ی بیماران اعصاب و روان انجام دهند.

سازمان‌های غیردولتی همچنین می‌توانند به پزشکان و پرستارانی که در بیمارستان‌های روانپزشکی مشغول فعالیت هستند برنامه‌های آموزشی در زمینه فعالیت‌های جامعه محور و مشارکت محلی ارائه نمایند.

نمایندگان سازمان‌های غیردولتی باید در همه‌کمیته‌ها، کارگروه‌هایی که با برنامه‌ریزی فعالیت‌های بهداشت روان و اجرای برنامه‌ها در سطح استان و کشور درگیر هستند، حضور یابند.

سازمان‌های مردم نهاد و خدمات بهداشت اولیه :

۱. در تمام مراحل توسعه برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه، سمن‌های توانمند موثر باشند. به رسمیت شناختن مشارکت‌هایی که سمن‌های توانمند در حمایت از مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام دهند، حداکثر مزایای این کمک‌ها به برنامه سلامت در سطح ملی را تضمین می‌کند.
۲. سازمان‌های غیردولتی می‌توانند برای درک بیشتر و نگرش مثبت نسبت به مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق ارتقا گفتگو در داخل و بین سازمان‌های غیردولتی، برقراری گفتگو با مقامات دولتی، ارائه اطلاعات و ایجاد روش‌های جدید برای توضیح مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای عموم مردم، تقویت ابزارهای ارتباطی برای تحقق این امر، موثر باشند.
۳. سازمان‌های غیردولتی می‌توانند در شکل‌گیری سیاست‌های ملی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و توسعه یکپارچه انسانی کمک کنند. آنها می‌توانند نیازهای مراقبت‌های بهداشتی را براساس ارتباطشان با جامعه ارائه دهند.
۴. سازمان‌های غیردولتی می‌توانند وسیله‌ای برای همکاری و هماهنگی بیشتر فعالیت‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایجاد کنند.

این کار را می توان در بین سمن ها و دولت ها، در سطح محلی، ملی و بین المللی انجام داد.

نقش انجمن های علمی در ارتقا سلامت روان و بهزیستی:

انجمن های علمی به عنوان یکی از مهمترین منابع علمی هر کشوری هستند که بر مبنای دانش و تخصص بالای خود در زمینه های مرتبط می توانند در کمک به ارتقا سلامت در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی نقش موثری داشته باشند.

از مهم ترین انجمن های تاثیر گزار در حوزه سلامت روان که در کشور می توان به آنها اشاره کرد عبارتند از انجمن علمی روانپزشکی ایران، انجمن علمی روانپزشکی کودک و نوجوان، انجمن های علمی روانشناسی، انجمن علمی مددکاری اجتماعی.

یکی از مهمترین وظایف و نقش های انجمن های علمی در حوزه سلامت روان، تهیه و تدوین کاریکلوم ها و پروتکل های علمی است که مبنای اصلی آموزش و تربیت دانشجویان در رشته های مرتبط با سلامت روان است.

کمک به حوزه سلامت کشور از طریق ارائه مشورت های علمی و مشارکت در ارائه خدمات جامع سلامت روان در حیطه های آموزشی و درمانی بخش دیگری از فعالیت های این انجمن ها است که همواره یکی از بازوهای اصلی وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی می باشند.

با توجه به اینکه کشور ما از جمله کشورهایی است که سالانه بحران های طبیعی و غیر طبیعی زیادی را تجربه می کند. این انجمن ها در کمک به حفظ و آرامش روانی جامعه، ارائه خدمات تخصصی در زمینه های مختلف سلامت روان و ارتقای سلامت روان جمعیت عمومی نقش موثر و بسزایی را ایفا می کنند.

ارتقای سواد سلامت روان جامعه، پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، آموزش و درمان اختلالات روانی از جمله نیازهای ضروری و انکار ناپذیری است که بدون حضور و کمک انجمن های علمی روانپزشکی و روانشناسی در کشور محقق نخواهد شد. از این رو توجه به جایگاه علمی و شأن اجتماعی این گروه از افراد متخصص به عنوان یکی از بزرگترین سرمایه های اجتماعی در حوزه سلامت هر کشور امری ضروری است که وظیفه حفظ این سرمایه به عهده دولت ها است.

منابع فارسی:

۱. فرانک احمدپور، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بهداشت و درمان صنعت نفت مسجدسلیمان
۲. <https://behzisti.ir/xkAC>
۳. حسین پور، اکرم و حسین پور، اعظم، ۱۳۹۵، نقش عملکرد سازمانهای مردم نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه، اولین کنفرانس ملی تحول و نوآوری
۴. سازمانی با رویکرد اقتصاد مقاومتی، مشهد، <https://civilica.com/doc/۵۹۵۶۰۳>
۵. <https://zums.ac.ir/content>



خودمراقبتی و نقش آن در ارتقای سلامت روان جامعه

مؤلفین و گردآورندگان:

احد عظیمی

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

مهر و محمدصادقی قویم

کارشناس سلامت روان دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.



خودمراقبتی و نقش آن در ارتقای سلامت روان جامعه

مقدمه:

نتایج پیمایش ملی سلامت روان کشور نشان می دهد که کمتر از یک سوم افرادی که مبتلا به اختلالات روانپزشکی هستند، خدمات کافی دریافت می کنند، و در بسیاری از موارد، افراد گمان می کنند که مشکلات آنها خودبخود و بدون مداخلات بهداشتی و درمانی، برطرف می شود. سازمان جهانی بهداشت، رویکرد ترکیبی بهینه در حوزه خدمات سلامت روان را در قالب هرمی توصیف می کند که قاعده آن را خودمراقبتی تشکیل می دهد، به این معنا که کم هزینه ترین و فراگیرترین نوع خدمات را خدماتی معرفی می کند که در چارچوب آن، به افراد آموزش داده می شود که اجزای سلامت خود را بشناسند، بتوانند آن را پایش کنند و در صورت نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی به مراکز ارائه دهنده خدمت مراجعه نمایند. به طور کل خود مراقبتی در تمام ابعاد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) منجر به افزایش سواد سلامت می شود.

تئوری خودمراقبتی اورم:

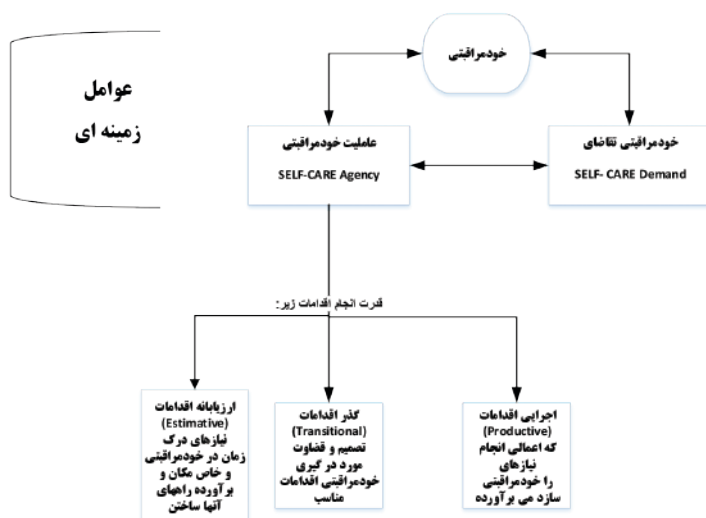
خودمراقبتی شامل مجموعه کارهای داوطلبانه است که به فرد کمک میکند تا از شرایط و عوامل موثر بر سلامتی اش آگاهی یافته و بتواند برای بهبود و ارتقای آن تصمیم گیری کرده و آنها را اجرا نماید. از نظر دوروتی اورم خودمراقبتی عملی است که افراد بالغ که توانایی بکار گرفتن و اجرای آن را دارند با استفاده از معیارهای معتبر و قابل اعتماد در محیط های ثابت یا در حال تغییر آن عمل را بکار می گیرند. در واقع خودمراقبتی به کارگیری آگاهانه روش های معتبری است که برای کنترل و تنظیم عوامل داخلی یا خارجی موثر بر فعالیت های یکنواخت عملکرد فردی، فرایندهای تکاملی و یا مشارکت

در بهزیستی فردی استفاده می-گردد. اورم سه دسته از این اقدامات را دسته بندی کرد که عبارتند از نیازهای همگانی مثل آب و غذا، احتیاجات رشد و مایحتاجی که برای حفظ سلامتی مربوط است. برخی از پیش فرض های دوروتی اورم به شرح زیر است:

✱ افراد توانایی توسعه مهارتها و حفظ انگیزه لازم برای مراقبت از خود و خانواده را داشته باشند.

✱ راه های برآوردن این احتیاجات از طریق فرهنگ و عادت آموخته می شود.

از این رو هدف از آموزش بیمار کمک به وی برای به عهده گرفتن مسئولیت بیشتر برای مراقبت از خود و سازگاری با تغییراتی است که در وضعیت جسمی و روانی وی پدیدار گشته است. آگاهی نداشتن افراد مبتلا به بیماری های مزمن از چگونگی مراقبت از خود یکی از دلایل بستری شدن مجدد آنها در بیمارستان است که آموزش می تواند از تکرار این واقعه جلوگیری کند.



شکل شماره ۱- خلاصه تئوری خودمراقبتی اروم

تعریف خودمراقبتی:

در عصر حاضر، روند تغییر ساختار جمعیتی، الگوی بیماری ها و فشار مالی بی سابقه ای که بر سیستم ارائه خدمات عمومی تحمیل شده، ما را نیازمند ارائه رویکردی جدید و متفاوت برای مراقبت بهتر و متناسب با نیازهای مردم حال و آینده می سازد. در این رویکرد مردم به عنوان خالقان سلامت، کنترل بیشتری بر سلامت خود خواهند داشت و مراقبت های جامع به جای مراقبت های پراکنده و نامنسجم توسعه می یابد و منابع موجود در جامعه که می توانند حامی تغییرات مورد نیاز برای ارتقای سلامت باشند، بیش از پیش مورد توجه قرار می گیرند.

خودمراقبتی، عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی

و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد فرد اعمال می گردد و به خودمراقبتی برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی جزئی، خودمراقبتی در بیماری های مزمن و حاد تقسیم می شود و فرایندی مادام العمر و در تمامی دوران ها و موقعیت های زندگی است .

سواد سلامت:

نظم های نوین سلامت باعث ایجاد نیازهای جدیدی در مخاطبان خود شده و افراد باید نهایتاً برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده، نقش های جدیدی را برعهده بگیرند که یکی از عوامل بسیار مؤثر در این زمینه، سواد سلامت است. گرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامت تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامت، در نتیجه پایین بودن سواد سلامت است.

فواید سواد سلامت کافی:

- * اتخاذ رفتار سالم
- * استفاده بیشتر از خدمات پیشگیرانه
- * تسریع در تشخیص بیماری
- * درک بیشتر از شرایط پزشکی
- * پایبندی به دستورالعمل پزشکی
- * افزایش مهارت های خودمراقبتی
- * کاهش خطر بستری شدن در بیمارستان
- * کاهش هزینه های مراقبت های بهداشتی
- * کاهش خطر مرگ و میر
- * ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی

برخی از محققان معتقدند که سواد سلامت در مقایسه با متغیرهایی مانند سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد پیش بینی کننده قوی تری در رابطه با سلامت است. لذا سازمان بهداشت جهانی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های امر سلامت معرفی نموده است.

براساس آمارهای منتشر شده حداقل ۲۳ درصد از شهروندان ایرانی از نوعی اختلال روانپزشکی رنج می برند و نیازمند دریافت خدمات سلامت روان هستند. اگر به این مساله توجه کنیم که میزان مراجعه ایرانیان به روانشناس و روانپزشک پایین است، موضوع اختلالات روانی می تواند به موضوعی پیچیده و مزمن تبدیل شود. چون این عدم مراجعه ریشه در پایین بودن سطح سواد سلامت روان دارد.

خودمراقبتی در سلامت روان منجر به افزایش سواد سلامت روان می‌شود، بدین معنی که خود آگاهی و باورهای افراد در مورد اختلالات روانپزشکی افزایش می‌یابد و به شناسایی، مدیریت یا پیشگیری از این اختلالات کمک می‌کند. افزایش سواد سلامت روان منجر می‌شود توانایی شناخت اختلالات روانپزشکی را داشته باشیم، بدانیم چگونه اطلاعات حوزه سلامت روان راجستجو کنیم، فاکتورهای خطر سلامت روان و علل اختلالات روانپزشکی را بشناسیم، نسبت به کمک‌های حرفه‌ای آگاهی داشته باشیم و نگرش شناسایی، مراجعه بموقع و درمان را پیدا کنیم.

خودمراقبتی موضوعی فردی است که نتایج آن در جامعه اثر دارد و می‌تواند به عنوان یک رفتار بخشی از فرهنگ عمومی جامعه باشد. بنابراین تلاشی برای آموزش همگانی و توانمند سازی فردی و گروهی از روش‌های مؤثر افزایش خودمراقبتی است که منجر به ارتقای سلامت روان عمومی خواهد شد.

منابع فارسی:

۱. دکتر جلالی ندوشن، دکتر خادم الرضا، دکتر ناصریخت، خودمراقبتی در سلامت روان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۶
۲. دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر آتوسا سلیمانیان، دکتر فاطمه سربندی، دکتر منالسادات اردستانی، دستور عمل اجرایی برنامه مل خودمراقبتی ۱۳۹۴

منابع انگلیسی:

3. , SHOJAEIZADEH D, FOROUZANFAR MH, KARIMI SHAHANJARINI A. PERCEIVED BARRIERS AND SELF-EFFICACY: IMPACT ON SELF-CARE BEHAVIORS IN ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES. HAYAT. 2010;15(4):-
4. MacLurg K, Reilly P, Hawkins S, Gray O, Evason E, Whittington D. A primary care-based needs assessment of people with multiple sclerosis. Br J Gen Pract. 2005;55(514):378-83.
5. Philbin EF, Rogers VA, Sheesley KA, Lynch LJ, Andreou C, Rocco TA, Jr. There-lationship between hospital length of stay and rate of death in heart failure. Heart Lung. 1997;26(3):177-86.
6. White LJ, Dressendorfer RH. Exercise and multiple sclerosis. Sports Med. 2004;34(15):1077-100.
7. Wazni L, Gifford W. Addressing Physical Health Needs of Individuals With Schizo-phrenia Using Orem's Theory. Journal of Holistic Nursing. 2016;35(3):271-9.