

به نام خدا

سلامت روان برای همه:

سرمایه گذاری بیشتر، دسترسی بیشتر، برای همه، همه جا

بسته آموزشی سلامت روان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

با همکاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان

سلامت روان برای همه:

سرمایه گذاری بیشتر، دسترسی بیشتر، برای همه، همه جا

Mental Health for All

Greater Investment – Greater Access, Everyone, Everywhere



زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

ویرایش:

علی اسدی

مهرو محمد صادقی

مولیفین و گردآورندگان:

به ترتیب حروف الفبا

- علی اسدی - معاون دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- شهین بافته چی - مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی گیلان
- دکتر مریم چگینی - مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی اراک
- شهناز حسینی - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- صدیقه خادم - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- حمید رنجبران - کارشناس مسئول سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی همدان
- طاهره زیادلو - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- دکتر مریم عباسی نژاد - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- مهرو محمدصادقی - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- مریم میرزایی نیستانی - مدیر گروه سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- محمدرضا هاشم ورزی - مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم

پزشکی مازندران

صفحه	عنوان
۵	پیشگفتار
۷	نقش زیرساخت های سلامت روان در شرایط کرونا و پسا کرونا
۱۳	متخصصین متعهد، مدافعین سلامت
۲۳	سیاستگذاران آگاه، سرمایه گذاری بیشتر در حوزه سلامت روان
۳۱	نقش نظام مراقبت های بهداشت اولیه در دسترسی به خدمات سلامت روان
۳۷	مشارکت سازمان های مردم نهاد، در ارتقاء سلامت روان جامعه
۴۷	نقش رسانه در تبیین وضعیت سلامت روان و انگ زدایی
۵۷	بیمه ی مؤثر، دسترسی بیشتر به خدمات سلامت روان

پیشگفتار

فدراسیون بین‌المللی سلامت روان، دهم اکتبر (۱۹ شهریور) هر سال را روز جهانی سلامت روان نامگذاری کرده است. صاحب‌نظران حوزه سلامت روان در جهان، و نهادهای بی‌طرف بین‌المللی از جمله سازمان بهداشت جهانی در ایام منتهی به این روز می‌کوشند تا بر اهمیت حوزه سلامت روان در میان حوزه‌های مختلف سلامت تاکید نموده و این نادیده‌گرفته شدن تاریخی سلامت روان را در نسبت با سایر حوزه‌های سلامت متذکر بشوند.

جمهوری اسلامی ایران به همین مناسبت، روزهای ۱۸ الی ۲۴ مهرماه هر سال را به نام هفته سلامت روان نامگذاری کرده و معاونت بهداشت در همین راستا برنامه‌هایی را در جهت استفاده حداکثری از این ایام در دستور کار قرار داده است. شعار روز جهانی سلامت روان امسال «**سلامت روان برای همه، سرمایه‌گذاری بیشتر، دسترسی بیشتر، برای همه، همه جا**» انتخاب شده است، بدون تردید یکی از مهم‌ترین مخاطبان این پیام، مسئولین و سیاست‌گذاران کشورها هستند و مهم‌ترین استراتژی برای پیشبرد اهداف عالی حوزه سلامت روان، حمایت‌طلبی است.

در طی شش ماه گذشته که کشور با مسائل و مشکلات همه‌گیری کووید-۱۹ مواجه بوده است، حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد با همکاری سایر بخش‌های نظام سلامت تلاش و افری در راستای پاسخ به نیازهای حوزه سلامت روان و سلامت اجتماعی جمعیت عمومی و ارائه خدمت به گروه‌های در معرض خطر نموده است. با وجود محدودیت‌های ایجاد شده، سعی بر این بوده است که خدمات حوزه سلامت از طرق دیگر از جمله خدمات آنلاین و تلفنی مانند سامانه ۴۰۳۰ به دست‌گیرندگان خدمت برسد و در این راستا همکاران ما در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور به صورت شبانه‌روزی مشغول ارائه خدماتی مانند مشاوره آنلاین، ارجاع جهت دریافت خدمات تخصصی، معرفی به نهادهای حمایتی، ارائه خدمات روانشناختی و مداخلات پزشکی و روانپزشکی بوده‌اند تا مبادا محدودیت‌های موجود باعث شوند افراد نیازمند از خدمات

سلامت روان محروم بمانند.

تقویت چرخه فعال ارجاع بیماران روانپزشکی در سطح جامعه از طریق سامانه تلفنی ۴۰۳۰ و پیگیری تلفنی افراد دارای افکار خودکشی، اضطراب و بیقراری شدید و مشکلاتی مانند عدم اطلاع از مراکز ارائه دهنده خدمت، گوشه ای از این خدمات می باشد. این در حالی است که می دانیم تمامی این تلاش های موثر باز هم نیاز بسیاری از افراد را بی پاسخ می گذارد. این موضوع با توجه به سرمایه گذاری کمتر از حد مورد نیاز در حوزه سلامت روان در مقایسه با سایر حوزه های سلامت بیش از پیش به چشم می خورد. بررسی ها نشان می دهد در دنیا، کشورها به طور میانگین تنها ۳ درصد از اعتبارات نظام سلامت را صرف سلامت روان می کنند و علیرغم افزایش چشم گیر میزان اعتبارات حوزه سلامت در سال های اخیر، سهم بودجه سلامت روان در مقایسه با میزان نیازها و مشکلات حوزه سلامت روان نه تنها پاسخگو نبوده است بلکه بسیار اندک و محدود بوده، صاحب نظران معتقدند هر یک دلار سرمایه گذاری دولت ها در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات شایع روانپزشکی مانند افسردگی و اضطراب، حدود پنج برابر آن را به چرخه اقتصاد کشور برمی گرداند و به عبارتی، ارتقاء سلامت روان، مولد بودن جامعه را نیز به دنبال دارد.

با توجه به شرایط کنونی که جهان در حال گذار از یکی از سخت ترین بحران های حوزه سلامت می باشد. بدون تردید عوارض و آسیب های به جامانده از این بحران، تاثیرات شگرفی بر تمام ابعاد زندگی انسان ها از جمله وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگ، سیاست و سبک زندگی آنها خواهد گذاشت. از این رو توجه و تمرکز جدی بر آموزش و ارتقای سواد سلامت روان، توانمند سازی و تاب آوری احاد جامعه، برنامه ریزی دراز مدت و سرمایه گذاری در حوزی سلامت روانی اجتماعی، نه تنها یک ضرورت است، بلکه یک وظیفه انسانی است که به تعبیری مصداق بارز عدالت در سلامت است.

دکتر احمد حاجبی

مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



نقش زیرساخت های سلامت روان در شرایط کرونا و پساکرونا

نویسنده:

علی اسدی

معاون دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
وزارت بهداشت

مقدمه:

شواهد موجود نشان می دهد که همه گیری بیماری کرونا در جامعه، منجر به ابتلا و مرگ تعدادی از هم وطنان عزیزمان در تمامی استان های کشور شده است، بدون تردید یکی از مهمترین تبعات این همه-گیری علاوه بر آسیب های اجتماعی و اقتصادی و مرگ و میر بالای آن، عوارض روانشناختی به جامانده از آن است. به گونه ای که درگروه های مختلف جامعه باعث افزایش استرس، اضطراب و ترس زیاد شده است. از این رو حوزه سلامت روان معاونت بهداشت از همان ابتدای همه-گیری با همکاری گروه های روانپزشکی و روانشناسی و همچنین انجمن علمی روانپزشکان ایران اقدام به طراحی، پروتکل ها و زیرساخت های مورد نیاز جهت ارائه خدمات سلامت روان به جمعیت عمومی نمود.

با شیوع ویروس کرونا، منتظر موجی از ترس، اضطراب و فشار روانی ناشی آن در جامعه بودیم که البته طبیعی است و دور از انتظار نبود. از طرفی برایین باوریم که همین اضطراب طبیعی باعث شد اندکی توصیه های پیشگیری را جدی تر بگیریم و تا حد زیادی از انتشار و رشد صعودی این بیماری در کشور جلوگیری کنیم. لیکن در همین راستا تعدادی از افراد جامعه اضطرابشان از حد طبیعی گذر کرد و به «اضطراب بیماری» تبدیل شد که با توجه به شدت اضطراب و احتمال اختلال عمل کردشان بدون شک نیاز به مداخلات روانپزشکی و روانشناختی و یا حتی درمان های دارویی پیدا کردند.

برخی از زیر ساخت های حوزه سلامت روانی اجتماعی در شرایط کرونا

- ▀ طراحی و تدوین پروتکل ارائه خدمات از طریق سامانه ۴۰۳۰ با همکاری و مشارکت انجمن های علمی روانپزشکی، روانشناسی و سازمان نظام روانشناسی
- ▀ طراحی و تدوین پروتکل مداخله در پیشگیری از سوگ در خانواده های متوفی با مشارکت سازمان های مرتبط
- ▀ ارائه خدمات سلامت روان از طریق نظام مراقبت های بهداشتی اولیه توسط کارشناسان سلامت روان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت
- ▀ ارائه خدمات مددکاری اجتماعی توسط حوزه معاونت درمان
- ▀ ارائه خدمات روانپزشکی توسط مراکز منتخب روانپزشکی طراحی شده توسط

حوزه درمان

در اوایل شیوع بیماری کرونا با توجه به ناشناخته بودن بیماری، عدم آگاهی و اطلاعات کافی جامعه در مورد راه های پیشگیری و درمان آن، سرعت پیشرفت بیماری در جهان و مرگ و میرناشی از آن، ترس از مبتلا شدن افراد و نزدیکان شان به بیماری کرونا، در بسیاری از افراد اضطراب طبیعی و نرمال را به اختلال اضطراب تبدیل کرد.

بر همین اساس حوزه سلامت روان وزارت بهداشت با تکیه به زیرساخت های موجود بر آن شد که با توجه به شرایط موجود، اقدام به طراحی خدمات اولویت دار در راستای مدیریت استرس ناشی از کرونا در جامعه نماید که این موضوع منتج به هم افزایی و شکل گیری مشارکت های درون بخشی و برون بخشی بیشتر و بهره گیری از ظرفیت های حوزه های مختلف سلامت روان کشور از قبیل انجمن های علمی روانپزشکی و روانشناسی، سازمان نظام روانشناسی، مددکاری اجتماعی، کمیته امداد حضرت امام(ره)، شهرداری، معاونت درمان وزارت بهداشت، سیستم برکت تل ذیل ستاد فرمان اجرایی حضرت امام(ره) و ساختار نظام مراقبت های اولیه بهداشتی گردید.

از طرفی با توجه به ترس و نگرانی مردم از مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و

مطب ها که بار مراجعه بیماران به این مراکز را کاهش داد.

اختلال در پروسه درمان منجر به عود بسیاری از بیماران روانپزشکی که تا قبل از شیوع کرونا تحت مراقبت و درمان و کنترل بودند گردید. این در شرایطی بود که بسیاری از افراد که تا قبل از این هیچ مشکل یا علایمی از اختلالات روانپزشکی یا روانشناختی نداشتند نیز با نشانه های از استرس، اضطراب و وسواس به جمع بیماران قبلی اضافه شوند.

از این رو پاسخ گویی به این بار از مشکلات روانشناختی و روانپزشکی و محدودیت مراجعه مستقیم به مراکز بهداشتی درمانی، حوزه سلامت روان را وادار کرد که با طراحی شکل جدیدی از مداخله و ارائه خدمت به گروه های هدف دست به ابتکارات جدیدی مانند ارائه خدمات سلامت روان آنلاین در سامانه ۴۰۳۰ که در بستر سیستم برکت تل تشکیل شده بود بزند که این امر با کمک سازمان ها و گروه های فوق الذکر محقق شد.

استقرار حدود ۶۰۰ کارشناس ارشد و دکترای روانشناسی در سامانه ۴۰۳۰، راه اندازی سیستم آوای صوتی به منظور آموزش مدیریت استرس و اضطراب و ارائه خدمات روانشناختی به مردم از اواخر اسفند ماه ۹۸ تا آخر خرداد ماه ۹۹ که زمان اوج نگرانی ها و تنش در جامعه بود و تداوم این خدمات با ظرفیت کمتر تا کنون، بخشی از نقش و تاثیر زیرساخت های سلامت روان در شرایط کرونا است که در حال حاضر به قوت خود باقی است.



این مدل و نوع از ارائه خدمات سلامت روان به جمعیت عمومی بخشی از سیاست و استراتژی حوزه سلامت روان است که به کمک زیر ساخت های طراحی شده به تدریج کامل تر و قوی تر خواهد شد و با توجه به عوارض و آسیب های روانی اجتماعی ناشی از کرونا که بدون تردید به دلیل مشکلات فروانی از قبیل: افزایش بار بیماری های روانپزشکی، تنش و خشونت های اجتماعی و خانوادگی، اختلال در حوزه های اقتصاد، اجتماعی، آموزشی، سیاست، فرهنگ، روابط بین الملل، سرمایه گذاری، کسب و کار و محدودیت های ارتباطات اجتماعی بعد از فروکش کردن بیماری کرونا جز آسیب های بعد از کرونا (پسا کرونا) خواهد بود.

تدوین و بازنگری پروتکل های مداخلاتی سلامت روانی اجتماعی در حوزه آموزش، پیشگیری، مداخلات روانشناختی، روانپزشکی، درمان های سرپایی و بستری، توسعه خدمات روانپزشکی و روانشناسی و تامین زیرساخت های مورد نیاز در مراکز درمانی تخصصی و بیمارستان های عمومی در بخش دولتی و خصوصی از جمله نیازهای ضروری حوزه سلامت روان کشور است که نیاز جدی به برنامه ریزی و سرمایه گذاری کوتاه مدت و درازمدت در بخش دولتی و خصوصی دارد.

بخش دیگری از خدمات سلامت روان در شرایط کرونا، که ضرورت داشت در حوزه سلامت روان و در بستر نظام سلامت به آن توجه شود، ارائه خدمات مشاوره پیشگیری از سوگ به بازماندگان و خانواده های متوفی ناشی از کرونا بود. جهت دست یابی به این هدف با بهره گیری از تفکر مشارکتی و هم افزایی، پروتکل های لازم به کمک انجمن های علمی روانپزشکی و روانشناسی و حوزه مددکاری اجتماعی تدوین و فرایند اجرای کار با حمایت قرارگاه کووید ۱۹ مستقر در حوزه وزارت بهداشت با حمایت معاونت بهداشت و درمان از طریق مراکز خدمات جامع سلامت توسط کارشناسان سلامت روان مستقر در این مراکز و کلینیک های منتخب روانپزشکی در بیش از ۳۰ حوزه دانشگاهی از اردیبهشت ماه ۹۹ شروع شد و هم چنان ادامه دارد. به لحاظ آماری تا کنون بالغ بر ۷۰۰۰ خانواده متوفی با کمک مددکاران اجتماعی شناسایی شده و به حوزه بهداشت معرفی شده اند که نزدیک به ۸۵۰۰ نفر از اعضای این خانواده توسط کارشناسان سلامت روان پیگیری شده اند و مطابق پروتکل تدوین شده برای این افراد جلسات مداخلات روانشناختی انجام شده است. طراحی راهنما و بسته های آموزشی کوتاه برای گروه های هدف مختلف مانند جمعیت

عمومی، کودکان، سالمندان، بیماران مبتلا به کرونا و کادر بهداشت و درمان با موضوعاتی از قبیل: مدیریت استرس ناشی از کرونا، مقابله با انگ ناشی از بیماری کرونا، سلامت روان سالمندان در شرایط کرونا، پیشگیری از سوگ در کودکان، حفظ سلامت روان در شرایط قرنطینه و... بخش دیگری از خدمات سلامت روان است که در شرایط کرونا و پسا کرونا توسط حوزه سلامت روان تدوین و با بهرمندی از ساختار سلامت روان در دسترس عموم و گروه های هدف قرار گرفت.



متخصصین متعهد، مدافعین سلامت

نویسندگان:

طاهره زیادلو

کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

وزارت بهداشت

مریم میرزایی نیستانی

مدیرگروه سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مقدمه:

اواخر دسامبر ۲۰۱۹ و ویروس جدیدی در شهر ووهان چین شیوع پیدا کرده و جان بیش از هفتاد نفر را گرفت، در حالی که این نوع کرونا ویروس قبل از این، در انسان دیده نشده بود و هنوز منشأ این ویروس مشخص نیست و راه های پیشگیری با واکسیناسیون در مسیر تایید پژوهشی بالینی قرار دارد.

با توجه به قدرت سرایت این بیماری که یکی از خصوصیات غیر منتظره در کووید ۱۹ به شمار می آید اکثر کشورهای جهان برنامه های پیشگیرانه جدی را برای مقابله با ورود این بیماری به کشورشان آغاز کردند و مسافرانی که به چین سفر داشتند را مورد ارزیابی یا قرنطینه قرار داده و اکثر پروازهای دنیا به چین لغو شد.

با وجود این تمهیدات بیماری، از شرق تا غرب به سرعت و با روند افزایشنده گسترش یافته و تبدیل به یکی از پاندمی های عظیم شده است.

از زمان شروع بیماری تا تاریخ تنظیم این مطلب (۳۰ ام شهریور ماه ۱۳۹۹) که با نتیجه مثبت تست ۲ مبتلا به کووید ۱۹ در ایران و ابتلای میلیون ها نفر و مرگ نزدیک به یک میلیون نفر در جهان همراه شد؛ داستان مبارزه بی امان جان انسان ها در دنیا، وارد برهه تاریخی کم نظیری شده است.

امروز از مجموع حدود ۳۱ میلیون مبتلا در جهان، نزدیک به ۵۰۰ هزار نفر در ایران درگیر بیماری هستند و از حدود ۹۷۰ هزار نفر مرگ ثبت شده به علت کرونا در جهان حدود ۲۵ هزار نفر هموطن را از دست داده ایم.

اجازه بدهید با بیان اپیدمیولوژیک نگاه اجمالی بر عملکرد نظام سلامت ایران داشته باشیم.

در مدیریت پاندمی کووید ۱۹ به عنوان همه گیری عظیم جهانی، از ابتلا به ویروسی که ماهیت ناشناخته و هزار چهره ای را به رخ دانش علم پزشکی کشیده است؛ در کشور ایران طی ۸ ماه پس از همه گیری؛ هم اکنون با تعداد بیش از ۳۵۰ هزار نفر بهبود یافته، نرخ بهبودی ایران عدد ۹۳٫۷ است که با وجود وضعیت ویژه امکانات متاثر شده از تحریم در نظام سلامت کشور؛ با اختلاف کمی از نرخ بهبودی جهانی (۹۶) قرار دارد و به نوبه خود موفقیت ارزشمندی است که با اتکاء به متخصصین متعهد در کارزار مقابله با اپیدمی امکان پذیر شده است.

جامعه بزرگ مدافعان سلامت شامل عرصه های مختلف مقاومت در سنگر درمان و پیشگیری، پشتیبانی تجهیزات پیشگیری و درمانی، تولید ملزومات ضد عفونی کننده و دارویی، مجموعه تشخیصی و آزمایشگاهی، مدیریت ستادی و اجرایی، اجرای پژوهشی و بررسی داده ها (دانش همه گیر شناسی) و تامین زیر ساخت است که در همه این میدان ها زنان و مردانی شجاع و متعهد مشغول خدمت رسانی و تلاش برای گذر به سلامت از این بحران هستند. از زمان اعلام رسمی بروز اپیدمی ایران و در حالی که روند رشد بیماری در ابتدا شوکه کننده و غیر منتظره بوده اکنون و پس از گذر ماه ها ضمن وجود خطر جدی تهدید کننده برای سلامت عموم و رشد متناوب و سینوسی موارد بروز بیماری، این مشکل تبدیل به یک فرآیند مزمن و فرساینده شده است.

که به طور قطع جدا از استرس های ناشی از خاصیت مواجهه شدن با بحران، فرسودگی شغلی و فشار روانی زیادی را در بدنه نظام سلامت ایجاد کرده است و مشخصا همکاران حوزه

نظارتی و غربالگری بهداشت (همکاران بهداشت محیط کار و مراکز منتخب پذیرش غربالگری کووید) و کادر درمان در معرض بیشترین آسیب‌های ناشی از حرفه و مسئولیت خود در این بحران هستند. چرا که یکی از مهم‌ترین مولفه‌های ایجاد کننده استرس شغلی «ویژگی‌های نقش» است و در بحران حاضر سنگینی نقش متخصصین سلامت و پرسنل اجرایی سیستم بهداشت و درمان در پاسخ به درخواست جامعه و تاثیر طولانی مدت «ویژگی‌های شغلی» این قشر مانند سرعت و اضطراب آهنگ کار، فرآیندهای تکراری ارائه خدمات و نوبت‌های کاری بدون وقفه، مزید بر علل سختی کار و فشار بالای روانی - جسمی بر کادر مدیریت اپیدمی است.

کادر درمان بر اساس بررسی‌های میدانی در ایران مشکلاتی مانند:

۱. احساس سردرگمی به دلیل پیچیدگی عوارض ویروس و غیرقابل پیش بینی بودن روش موثر در روند درمان بیماران
۲. فشار جسمی و روانی به دلیل ساعت کاری زیاد و کمبود نیروی متخصص در بیشتر حوزه‌ها (کاهش نیروها به دلیل بیمار شدن و نبود جایگزین)
۳. تجربه ترس زیاد از بیمار شدن و نگرانی بالا از ناقل بودن
۴. احساس تنهایی به دلیل کناره‌گیری از کانون خانواده برای محافظت از آنها
۵. تجربه ایجاد فشار روانی از طرف خانواده و نزدیکان (به دلیل ترس و اضطراب خانواده از ابتلا به بیماری، گاهی درخواست برای تغییر شغل می‌شود و این نگرانی به صورت ناخودآگاه به عدم اهمیت به خواسته‌های آنها از سوی کادر درمان تعبیر می‌شود)
۶. فشار مضاعف شغلی و فاصله از اجرای مسئولیت‌های خانوادگی
۷. تجربه مکرر تروماهای روانی متعدد به دلیل مرگ ناگهانی و بدون پیش‌آگهی برخی بیماران (هزار چهره این ویروس باعث شده کادر درمان پس از چند روز بستری و برقراری ارتباط، ناگهان با فوت بیمار مواجهه شده و شوک روانی زیادی به پرستار/پزشک وارد می‌شود)
۸. احساس گناه (یکی از رایج‌ترین تجارب هیجانی تیم متخصص در مداخله بحران / اورژانس - با وجود بهترین عملکرد و یا استفاده از حداکثر توان و امکانات تجربه - احساس گناه برای از دست دادن جان انسان‌ها است اینکه «نکند در مرگ بیمار مقصر باشم». همین یک تجربه برای کادر درمان اهمیت پشتیبانی روانشناختی را دو چندان می‌کند چرا که عدم مداخله،

- مشکلات فرساینده و جبران ناپذیری را به دنبال خواهد داشت)
۹. کاهش اعتماد به نفس (مرور افکاری مانند اینکه «توانایی های من کافی نیست، نمی توانم از پس این شرایط بر بیایم»)
۱۰. فشار روانی از جانب همراهان بیماران بستری یا مراجعه کننده (درد و غم و نگرانی و اضطراب همراهان بیماران و از طرفی عدم اطلاع آنها از بسیاری از روش های ارائه خدمت به بیمار باعث برون ریزی هیجانی به سمت تیم درمان خواهد شد؛ یکی دیگر از دلایل ضرورت مداخله تیم متخصصین حوزه سلامت روان ایجاد اعتماد و اصلاح رابطه تیم درمان و خانواده بیمار است)

کادر ستادی بهداشت نیز بر اساس بررسی های میدانی در ایران مشکلاتی مانند:

۱. تحمل فشار روانی شدید در تقابل بین جایگاه حقیقی (به عنوان یک شخصیت انسانی) مسئولیت حقوقی، مثل بازرس بهداشت محیط بویژه در شرایطی که با وجود مشکلات اقتصادی مجبور به اعمال قانون شرایط قرنطینه کرونا بوده اند.
۲. تجربه مواجهه با ابراز خشم صاحبان مشاغل که در مواقعی منجر به تهدید و ضرب و جرح بازرسان بهداشت محیط می گردید.
۳. احساس خستگی شدید جسمی و روانی به دلیل افزایش ساعات و شیفت-های کاری موظفی و اجباری (۷ صبح تا ۱۱ شب)
۴. تجربه ایجاد فشار روانی از طرف خانواده (عدم امکان رسیدگی به وظایف و نقش های والدگری، همسری و نیز به عنوان فرزند برای والدین) و تجربه احساس عدم کفایت در نقش های خانوادگی (اصرار برخی خانواده-ها بر استعفا و کناره گیری از شغل فعلی به دلیل ترس از ابتلا و یا انتقال ویروس)
۵. تعریف شرح وظایف در نقش های جدید شغلی برای بازرسان بهداشت محیط کار و کارشناسان بیماری ها (متاثر از شرایط اپیدمی مانند نظارت بر حمل و تغسیل و خاکسپاری اجساد متوفیان و نظارت بر انتقال بین استانی و بین شهرستانی متوفیان، نظارت بر رعایت پروتکل ها در مکان-های پر خطر و ...) که بدون پیش آگهی و آموزش های کافی انجام شده است.

و در نهایت در کنار همه این چالش‌ها، نگرانی از آینده و بلا تکلیفی نامعلوم از روند همه‌گیری وجود دارد این در حالی است که همه کادر بهداشت و درمان تا کنون با ایشار و تعهد به وظایف خود عمل کرده‌اند.

ما در مسیر جدال با بیماری کرونا متأسفانه تعدادی از کادر بهداشتی و درمانی متعهد و متخصص نظام سلامت کشور را از دست داده‌ایم که بدون تردید این یک ضربه بزرگ بر جامعه سلامت کشور به ویژه خانواده‌های آنها است. چراکه پر کردن جای خالی این افراد در این سطح از تخصص و تعهد نیازمند سال‌ها کار و تلاش و هزینه خواهد بود.

در شرایط کنونی برنامه ریزی برای افزایش استفاده از توان متخصصین حوزه سلامت روان در سطوح مختلف خصوصاً مداخله در بیمارستان‌ها و نقاط نگاه‌ها با تمرکز بر کادر درمان و حوزه نظارت بهداشت محیط و غربالگری در معاونت بهداشت، ضروری است. ایجاد امکانات پشتیبانی در دریافت خدمات تخصصی برای خانواده کادر درمان و ورود به بخش‌های درمانی برای اصلاح فرآیندهای مدیریت هیجانی در بحران می‌تواند در موارد ذیل عملی گردد:

▀ نیازسنجی اختصاصی با توجه به شرایط هر دانشگاه از کادر درمان و بهداشت در حوزه

سلامت روان

▀ اختصاص خط تلفن مشاوره روانشناختی ویژه کادر درمان در شرایط بحران و در دسترس

بودن امکان دریافت مشاوره‌ها و مداخلات تخصصی سلامت روان برای تیم سلامت و پرسنل

اجرایی و فراهم کردن امکان مشاوره حضوری

▀ بر گذاری جلسات حضوری و مجازی گروه درمانی و روانشناختی با در نظر گرفتن شرایط و

رعایت اصول بهداشتی

▀ انعکاس اقدامات و از خود گذشتگی‌های کادر درمان و تیم سلامت به شیوه‌ای شایسته

و مناسب در منظر سیاستگذاران و عموم جامعه

▀ فراهم نمودن حداقل امکانات تجربه آرامش جسمی - روانی در بخش‌های درمانی مانند

پخش موسیقی ملایم، اختصاص فضایی برای استفاده از تکنیک‌های تن آرامی و ذهن آگاهی

و خودآگاهی

▀ آموزش مدیریت هیجانات (استرس، ترس و خشم) به پرسنل و کادر درمان برای پیشگیری

از آسیب‌های احتمالی

▀ اهمیت حمایت مالی بیشتر و واریز پاداش در زمان مناسب و بیان قدردانی

مدیریت نیرو و منابع (به نظر می‌رسد تیم مدیریت بحران باید تقویت شود)

- حمایت عاطفی از خانواده کادر درمان و ایجاد فرصت استفاده از آموزش مهارت های زندگی و مهارت های فرزند پروری برای تیم درمان
- حضور متخصصین سلامت روان در حوزه سیاستگذاری، تصمیم گیری، برنامه ریزی در محیط های درمانی و اجرایی بهداشت
- آموزش های تخصصی مهارت های مدیریت استرس، جرات مندی، حل مساله، مدیریت خشم و مقابله با خلق منفی همچنین مهارت های مقابله ای با فرسودگی شغلی
- اهمیت حضور متخصصین حوزه سلامت روان در رسانه ها جهت تبیین شرایط و حمایت طلبی از عموم جامعه برای همراهی با کادر درمان و بازرسان نظارتی
- مراقبت و رصد سلامت جسمی و سلامت روانی مداوم از وضعیت کادر درمان، پشتیبانی، اداری و خدماتی مراکز بیمارستانی و ستادهای مدیریتی

از روزهای ابتدایی مواجهه با بحران تا کنون؛ جامعه روانشناسی، مددکاری و روانپزشکی در سطوح مختلف پیشگیری در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) و همگام با تیم درمان در محیط های بیمارستانی خدمات شایانی برای جمعیت عمومی، مبتلایان و خانواده های بازماندگان سوگ کرونا و حمایت های تکنیکی و مداخلات روانشناختی برای اعضای تیم درمان به انجام رسانده اند.

اهم فعالیت های انجام شده توسط کار گروه سلامت روان در بحران اپیدمی کووید ۱۹ در وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی معاونت بهداشت؛ شامل تهیه و تولید بیش از ۳۰ عنوان دستورالعمل، راهنما و محتواهای آموزشی در خصوص مدیریت استرس و عوارض ناشی از شرایط بحران برای گروه های هدف مختلف بوده است.



اهم فعالیت‌ها در حوزه بهداشت به شرح ذیل است:

۱. هم‌افزایی و برگزاری جلسات با متخصصین حوزه سلامت روان
۲. به‌کارگیری، آماده‌سازی و ارتقاء ساختارهای فنی سامانه ۴۰۳۰ با تمرکز بر خدمت‌رسانی تخصصی و استاندارد در حوزه سلامت روان و برای عموم جامعه به همراه پایش و مراقبت فنی - اجرایی و نظارت بر فعالیت کارشناسان سلامت روان با پشتیبانی ۲۰ نفر از متخصصین روانپزشکی و روانشناسی عضو هیئت علمی به عنوان سوپروایزرهای علمی در سامانه تلفنی و کمک به حل مشکلات افراد تماس‌گیرنده با ۴۰۳۰
۳. طراحی مسیر دریافت خدمات صوتی سلامت روان از طریق سامانه ۴۰۳۰:
 - * پخش پیام‌های صوتی با هدف اطلاع‌رسانی، آموزش و دادن آگاهی به مردم در زمینه مدیریت استرس و اضطراب ناشی از همه‌گیری ویروس کرونا
 - * خدمات روانشناختی و آموزش تکنیک‌ها و مهارت‌های منجر به تاب‌آوری برای استرس، از مسیر اتصال و پاسخگویی کارشناسان سلامت روان
۴. ارائه آموزش‌های تخصصی در موارد مداخله ویژه مانند مداخله در سوگ‌بازماندگان متوفیان ناشی از کرونا به صورت سیستمی
۵. آماده‌سازی زیرساخت ارائه خدمات سلامت روان در موضوع کرونا با انتخاب ۶۰۰ نفر روانشناس توسط دفتر سلامت روان با مشارکت سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و انجمن روانشناسی ایران (با در نظر گرفتن معیارهای فنی و انگیزشی مشخص)

همچنین با همکاری حوزه درمان در برخی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برنامه‌ریزی با هدف کاهش استرس و بالا بردن روحیه کادر درمان انجام شده است که در ذیل تعدادی از تجارب موفق منعکس می‌گردد.

■ در نظر گرفتن تعدادی سوئیت جهت استراحت افرادی که به هر دلیل امکان بازگشت به خانه بعد از شیفت کاری را نداشتند.

■ برگزاری گروه درمانی برای کادر درمان مبتلا به کرونا در محل قرنطینه

■ تهیه امکانات برای کادر درمان جهت برقراری ارتباط تصویری با افراد خانواده در

زمان‌های استراحت

- حضور مستمر کارشناس مدیریت بحران (روانشناس) در بیمارستان جهت انعکاس مشکلات و رفع آنها در اولین فرصت
- تهیه ی بسته های خوراکی میان وعده سالم و تازه جهت کادر درمان به کمک خیرین و نیروهای داوطلب جهادی
- اختصاص خط تلفن مشاوره روانپزشکی در برخی دانشگاه های علوم پزشکی کشور برای عموم جامعه و کادر درمان
- آموزش مدیریت استرس، تاب آوری، مهارت های مدیریت در بحران و ... در بستر فضای مجازی
- معرفی امکانات ویژه حضوری و غیر حضوری برای کادر درمان در دریافت مشاوره روانشناختی و روانپزشکی
- تهیه ی بسته های هدیه و مراجعه مناسبی به درب منازل کادر درمان جهت قدردانی و ادای احترام به آنها و خانواده هایشان
- تهیه امکانات برای کادر درمان جهت برقراری ارتباط تصویری با افراد خانواده در زمان های استراحت
- تعامل در سطوح مدیریت حوزه بهداشت توسط گروه سلامت روان در برنامه ریزی و پشتیبانی کادر نظارتی و همچنین کادر درمان
- حضور متخصصین حوزه سلامت روان ستاد معاونت بهداشتی دانشگاه در رسانه ملی و ارائه آموزش روانشناختی برای عموم جامعه
- حضور فعال و در دسترس برای خانواده های درگیر سوگ کرونا و پشتیبانی روانشناختی (به عنوان نمونه همکاران روانشناس دانشگاه علوم پزشکی قم در آرامستان ها برای کمک به خانواده ها و کادر اداری حضور فعال داشته اند)



پرستار مصمم بیمارستان شهید چمران شیراز، عکاس عرفان منش

با توجه به این که مسئولیت حمایت های روانی اجتماعی عمدتاً بر عهده متخصصین بهداشت روان (روانپزشک، روانشناس و مددکاران اجتماعی) است، ایجاد هماهنگی و به کارگیری آن ها در مدیریت بحران و مقابله با فرسودگی شغلی کادر درمان از ضرورت های پیش رو به شمار می رود.

بدون تردید ما می توانیم با اتکال به خداوند، مشارکت، همدلی و تعهد و افزایش دانش تخصصی خود با سربلندی از این بحران هم گذر کرده و به عنوان الگویی از تلاش متعهدانه متخصصین سلامت در چالش های سلامت از آن درس بیاموزیم.

با احترام و درود بر روان پاک شهیدان مدافع سلامت

منابع

* بسته آموزشی سلامت در محیط کار به مناسبت هفته سلامت روان، مدیریت استرس در محیط کار. خادم، ص، اصل رحیمی. و. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد. مهر ۱۳۹۶
<https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

* پایگاه اطلاع رسانی «تابناک» درگاه:
<https://www.tabnak.ir/fa/tags/1/13309/%D%88%9DB8%C%D%8B%1D%88%9D8%B%-3DA%A%9D%8B%1D%88%9D%86%9D%8A7>

* بسته آموزشی کرامت انسانی در سلامت روان: کمک های اولیه روانشناختی و سلامت روان برای همه، نقش متخصصین حوزه ی سلامت روانی و اجتماعی در حوادث و بلایا. عباسی نژاد. م. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد. مهر ۱۳۹۵

* بسته آموزشی کرامت انسانی در سلامت روان: کمک های اولیه روانشناختی و سلامت روان برای همه، نقش مشارکت عمومی در حوادث و بلایا. زیادلو. ط، مرادیان. محمد جواد. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد. مهر ۱۳۹۵

* روابط عمومی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
 * مطالعه میدانی نیازسنجی از کادر درمان و ارائه خدمات تخصصی در دانشگاه های علوم پزشکی کاشان، قم، کرمان و شیراز

* مطالعه میدانی نیازسنجی از کادر بهداشت (همکاران بهداشت محیط کار) در دانشگاه های علوم پزشکی مشهد

سیاستگذاران آگاه: سرمایه گذاری بیشتر در حوزه سلامت روان

نویسندگان:

دکتر مریم عباسی نژاد

کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

وزارت بهداشت

حمید رنجبران

کارشناس مسئول سلامت روان دانشگاه علوم

پزشکی همدان

مقدمه:

امروزه ارزشمندی و اهمیت بخشیدن به سلامت روان آحاد افراد و جوامع انسانی، همپا و همسوی بخش‌ها و گونه‌های دیگر سلامت فردی و جمعی، انکارناپذیر است. پیوند نزدیک سلامت روان با بهداشت عمومی، آسیب‌های اجتماعی و رشد و پیشرفت کشور، تا آنجا آشکار شده که به سادگی می‌توان گفت، دست‌یابی به همه ابعاد سلامت، بدون گذر از چالش‌های سلامت روان امکان‌پذیر نیست و رنجوری و آسیب‌پذیری شمار چشم‌گیری از افراد جامعه به دست کم یکی از کاستی‌ها یا نقصان‌های سلامت روان، جستار بهداشت روان را به یک اولویت حتمی و بنیادین، در سیاست‌گذاری عمومی تبدیل کرده و چگونگی و چند و چون سیاست‌ها را سرلوحه دغدغه‌های راستین کارگزاران حوزه عمومی ساخته است.

گرچه در بهبود نگرش‌های نادرست به مواهب سلامت روان، گام‌های خوبی برداشته شده و در میان سیاست‌سازان کمتر مدیر و کارگزاری را می‌توان یافت که به آسانی بتواند دست کم در لفظ از کنار سلامت روان بگذرد؛ با این همه در رسیدن به اهداف پیشینه، مواقف بسیار باقی مانده و بارهای بیشمار فرومانده است. افزون بر کارگزاران، در میان عموم مردمان، انگ زدایی و فرهنگ سازی برای گسترش حمایت‌طلبی سلامت روان راه‌درازی در پیش دارد.

سیاست سلامت روان به چه معناست؟

در تعریفی ساده، وجود سیاست (خط مشی) در حوزه سلامت روان در گستره دولت ها و حکومت ها به این معناست که سیاستگذاران و تصمیم سازان کلان، خط مشی کلی و آینده نگر شامل اصول، اهداف، ارزش ها و چشم انداز تعیین نموده و الگویی عملیاتی نیز برای دستیابی به آنها ترسیم شود. اهمیت این موضوع، علاوه بر تمرکز بر مسائل حال، در نظر گرفتن ظرفیت های بالقوه و نیز چشم داشتن به آینده، بر ایجاد و ارتقاء هماهنگی در اجزاء مرتبط با گستره سلامت روان است.

برنامه عملیاتی در سلامت روان به چه معناست؟

یک برنامه عملیاتی در سلامت روان شامل اتخاذ راهبردهای تدوین شده و انجام فعالیت هایی است که ما را به چشم انداز ترسیم شده رهنمون سازد. برنامه عملیاتی زمان معین و اعتبار مشخصی را برای اجرا تعیین می کند و دقیقاً پیش بینی می کند که چه برونداد هایی مدنظر است و چه شاخص هایی برای سنجش آن برونداد ها وجود دارد.

هدف برنامه های بهداشت روان نه تنها در حوزه درمان، بلکه در گستره پیش گیری و ارتقای امنیت روانی، کاهش فشار و بار اختلال های روانی است. اجرایی شدن این اهداف نیازمند منابع کافی بوده و فرایند تأمین منابع بدون وجود ساختار مناسب دشوار است. در برنامه اجرایی شایسته، پس از تخصیص اعتبار کافی، متناسب با مأموریت ها و گستردگی مداخله ها و تدوین زمانبندی اجرایی، با واقع بینی و ریزبینی، اهداف و آرمان نهایی برنامه نشان داده می شود و برپایه شاخص های روشن، ابزار سنجش و طریق ارزیابی برونداد ها در دسترس قرار می گیرد.

چرا هم به سیاست در حوزه سلامت روان احتیاج داریم و هم به برنامه عملیاتی؟

در میدان تجربه و آزمون، سیاست گذاری بی بهره از برنامه عملیاتی کارآمد، ره به جایی نبرده، رویا و پنداری بیش نیست و تا نیل به اهداف فاصله ای بسیار دارد. از دیگر سو فرجام کنش های شتابزده و بی نصیب از سیاست مدون و منسجم، تنها تکاپویی بیهوده و تلاشی بی سرانجام خواهد بود.

در بعد سیاست گذاری کلان، کشورها مختار هستند، برای سلامت روان، یا سیاست اختصاصی و ویژه برگزینند، یا از سیاست یگانه ی سازمان های بین المللی پیروی کنند.

نهادهای بین‌المللی تنها می‌توانند پیشنهاد دهنده الگوهای برنامه‌ عملیاتی باشند؛ آن‌گاه هر کشور باید برنامه‌ عملیاتی مختص خود را با در نظر گرفتن مسائل جاری و پیش‌اندیشی بر اساس منابع، ظرفیت‌ها و زیرساخت‌هایش، بومی‌سازی کرده و بازطراحی نماید. از جمله عناصر ضروری در سیاست‌گذاری گستره سلامت روان و همچنین برنامه‌ریزی عملیاتی، آن است که از بدو امر اهداف، نقاط قوت و چالش‌ها برای شرکاء و ذینفعان تشریح شده و گفتگوهای شفاف در ابعاد متنوع موضوع شکل گیرد تا آنجا که برنامه با همکاری و مشارکت ایشان و مبتنی بر خرد جمعی و با پشتوانه کارشناسی به نگارش درآید. در این میان تقسیم وظایف، تدوین و واگذاری تکالیف دستگاه‌های مختلف، اهداف و کنش‌های مرتبط با سلامت روان برجسته و روشن می‌گردد تا با آگاهی از واقعیت‌های موجود راه رسیدن به آرمان مطلوب هموار شود. نباید از نظر دور داشت که یک برنامه‌ریزی دقیق و کارآمد و توفیق اجرای آن نیازمند طراحی ساختاری برای پایش پیوسته و ارزیابی موثر نیز هست.

متولیان نظام سلامت باید برای سلامت روان چه کارهایی انجام بدهند؟

دستگاه‌های متولی حیطه سلامت در کشورها که عموماً وزارت بهداشت کشورها هستند، می‌توانند نقش پر اهمیتی در ابعاد حمایت‌طلبی و جلب توجه ظرفیت‌های مادی و معنوی در زمینه سیاست‌گذاری به نفع سلامت روان داشته باشند. این دستگاه‌های دولتی علاوه بر آنکه توان پاسخگویی مستقیم به نیازهای گروه‌های هدف را داشته و در راستای ارتقاء سلامت روان جمعیت عمومی دارای وظایف و برنامه‌ هستند در عین حال می‌توانند به صورت غیرمستقیم و از طریق حمایت خانواده‌ها، دریافت‌کنندگان خدمت، تشکل‌های غیردولتی و کارکنان حوزه سلامت روان، در دستیابی به اهداف در نظر گرفته شده در اسناد بالادستی انجام وظیفه نمایند.

علاوه بر این، دستگاه‌های دولتی مانند وزارت بهداشت باید در مسیر اقل‌سایر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان برای سرمایه‌گذاری در سلامت روان گام بردارند. این سایرین ممکن است شامل دستگاه‌های اجرایی، دستگاه‌های متولی اعتبارات و بودجه دولتی و نهادهایی کلاتر از جمله دستگاه قضایی، قانون‌گذاری و حتی احزاب سیاسی باشند.

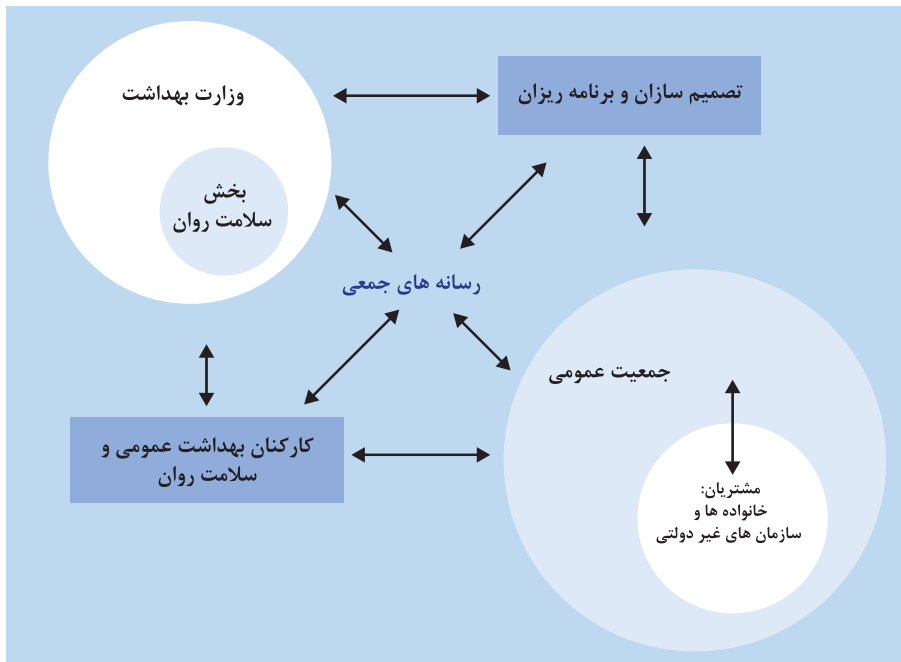
به دلیل وضعیت پیچیده و در معرض تهدید جامعه‌ما و برای اطمینان از اجرایی شدن برنامه‌های سلامت روان در جمعیت شهری و روستایی، به ویژه در طبقات کمتر توسعه یافته و محروم، همچنین برای مداخله‌های روان‌شناختی در موارد اضطراری و بحران‌های طبیعی، اجرای

برنامه و الگوهای موجود نیازمند حمایت طلبی و هم توانی مستقیم و غیر مستقیم دستگاه های مرتبط است.

در این میان اهمیت رسانه ها و لزوم بهره گیری از توان گسترده تغییر و اصلاح دیدگاه تصمیم سازان، مجریان و خدمت گیرندگان توسط رسانه ها را نباید از نظر دور داشت. دستگاهی مانند وزارت بهداشت می تواند در این زمینه با رسانه ها همکاری پیوسته و چندسویه ای برقرار نماید و رسانه ها می توانند راه های یاری رسانی به سلامت روان جامعه را نشان دهند.

در طراحی و اجرای سیاست های کلان بهداشتی از جمله در گستره سلامت روان، دستگاه محوری و متولی اصلی وزارت بهداشت باید تعادل لازم را در نظر گیرد، آنچنان که متولی اصلی نه آنگونه پُرکار باشد که به کاهش مشارکت سایر دستگاه ها و سودبران منجر شود و نه آنقدر کنش پذیر که نتواند نقش حمایتی خود را ایفا کند.

راهکار اصلی و پایه این است که محوریت هماهنگی و اتحاد ذینفعان را برعهده گیرد. خوب است که سایر بخش های اجرایی دولت ها، قانون گذاران، قوه قضاییه و حتی احزاب سیاسی برای افزایش سلامت روان جوامع بکوشند. همچنین وقتی از حمایت طلبی صحبت می کنیم، باید موضوع اعتبارات، آموزش، خدمات اجتماعی، مسکن و عدالت را هم مدنظر داشت.



نگاهی به پیشینه سیاست گذاری در سلامت روان در ایران نشان می‌دهد طی چند دهه گذشته، اجرای برنامه های طراحی شده در چارچوب این سیاست ها موجب دستیابی به پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه ارائه خدمات بهداشت روان در کشور شده است. به ویژه در سال‌های اخیر و در قالب طرح تحول نظام سلامت، این امکان فراهم آمده است که خدمات تخصصی و متنوع به بخش وسیعی از جامعه ارائه شده و در عین حال بایستگی و اهمیت موضوع سلامت روان در گروه های سنی مختلف و ارائه خدمات به بخش هایی از جمعیت که نیازهای جدی و فوریتری دارند، بیش از گذشته روشن گردد.

از اقدامات سازنده وزارت بهداشت در راستای حمایت طلبی و اجرای برنامه های حوزه سلامت روان می توان موارد ذیل را برشمرد:

۱. بهبود سیاست گذاری و قانون گذاری های مرتبط با حوزه سلامت روان که دایره آن دیگر بخش های دولتی دخیل در برنامه را نیز در بر می گیرد.
۲. افزایش آگاهی اولیه و ارتقاء سواد سلامت روان در میان آحاد جامعه، فارغ از این که در زمره خدمت گیرندگان باشند یا نباشند.
۳. توانمندسازی بیماران، خدمت گیرندگان، خانواده های آنان و همچنین تشکل ها و سازمان های غیردولتی حامی حقوق بیماران روانپزشکی
۴. ارتقاء کیفیت خدمت ارائه شده توسط کارکنان حوزه بهداشت و درمان که در حقیقت کارگزاران وزارت بهداشت به شمار می آیند.

در مقابل موارد ذیل را می توان نمونه ها و راه حل هایی برای موانع پیش روی حمایت طلبی در حوزه سلامت روان عنوان کرد:

- مقاومت سیاست گذارن و برنامه ریزان در دامن زدن به این تصور نادرست که سلامت روان اولویت کنونی جامعه ما نیست، همچنین وجود ساختارهای موازی و غیرحرفه ای در روند تصمیم سازی، برنامه ریزی و اجرا، به عنوان چالشی جدی در این موضوع: برای عبور یا تعدیل این مانع، با بازگشت به تخصص گرایی و روشن سازی اهمیت سلامت روان به عنوان بعدی ناگسستنی از سلامت فرد و جامعه، باید نشان داد که سرمایه گذاری و کار کارشناسی در این میدان، نتایج چشم گیری چه در کوتاه مدت و چه در آینده دور برای کل حوزه سلامت در بر خواهد داشت.

سیاستگذاران آگاه: سرمایه گذاری بیشتر در حوزه سلامت روان

■ اختلاف دیدگاه و دوگانگی میان گروه های مختلف دولتی و غیردولتی که برای سلامت روان حمایت طلبی می کنند: برای گذر از این مانع باید تنها بر اشتراکات تکیه و با یکپارچگی در سیاست گذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی و نظارت از پرداختن به حواشی و اختلافات صنفی پرهیز کرد.

■ مقاومت در میان کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی: در این وادی باید نشان داد که چگونه پرداختن به حوزه سلامت روان، بهبود کیفی خدمات در سایر حوزه ها را در پی خواهد داشت.

■ کمبود تعداد افرادی که درگیر حمایت طلبی در حوزه سلامت روان هستند و همچنین کمبود نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات سلامت روان: کمبود روان پزشک، روان شناس بالینی و پراکندگی ناهمگون آنها در کشور، در کنار ناکافی بودن درآمد متخصصان حوزه سلامت روان نسبت به سایر رشته های پزشکی، چالشی است که بر بسیاری از برنامه های مؤثر در بخش سلامت روان سایه انداخته است. برای جبران کمبود روان پزشک در استان ها و شهرستان هایی که زیر پوشش شبکه بهداشتی و درمانی هستند، به آموزش فزونی و پیوسته پزشکان عمومی برای آشنایی با اختلالات روان پزشکی نیاز است. از جمله تکالیف نظام سلامت، افزایش آگاهی در زمینه بر طرف کردن نیاز های موجود در این حوزه است، بدان گونه که افراد مشتاق به سرمایه گذاری در زمینه سلامت روان، بیش از پیش اهمیت موضوع و ضرورت بالا بردن کیفیت خدمات این حوزه را دریابند.

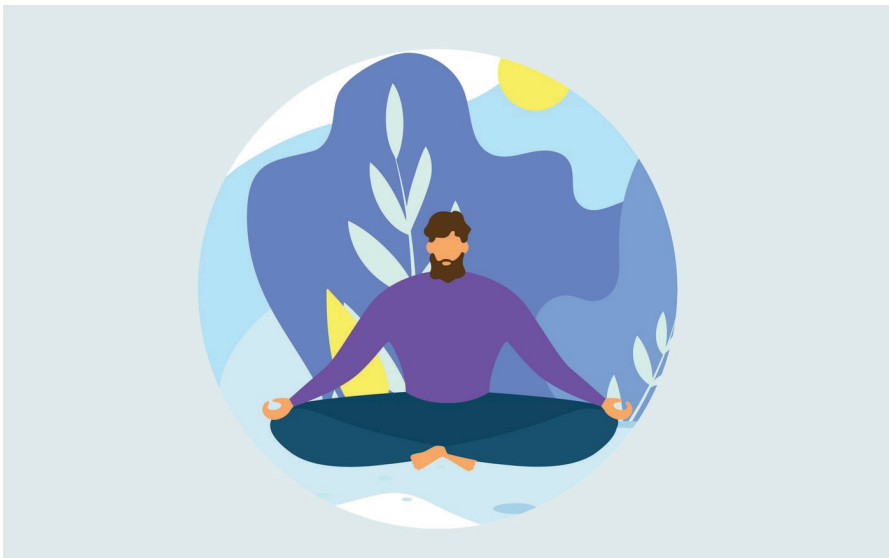
■ پوشش ناکافی و نابسندگی حمایت های بیمه ای از بیماران و محدود شدن پوشش بیمه ای به بخشی از خدمات درمانی و پوشش ندادن مداخله های غیردارویی و در نظر نگرفتن بیماری های مزمن روان پزشکی در فهرست بیماری های خاص، همچنان از چالش های پیش روی سلامت روان کشور است.

با نگاهی به گذشته و حال و چالش های پیش رو برای دستیابی به اهداف کلان سلامت روان، تلاش جدی و مستمر، عزم ملی و مشارکت گسترده مردم، سازمان ها و نهادهای دولتی و غیردولتی ضرورتی انکار ناپذیر است. در طراحی و اجرای برنامه های کلان بهداشتی از جمله سلامت روان آن چه همواره مورد تاکید بوده و به عنوان پیش فرض مطرح می شود

لزوم هم‌صدایی، هماهنگی و همکاری در اجرای برنامه‌ها و نیل به اهداف پیش‌بینی شده است این امر فاهم نمی‌آید مگر با کار جمعی و انجام وظایف تخصصی دستگاه‌ها و نهادهای دخیل در برنامه، اعم از دولتی و مدنی. برای تصمیم‌سازان و سیاستگذاران نظام بهداشتی کشور لزوم حمایت‌طلبی و جلب همکاری شرکاء و ذینفعان برنامه همواره مدنظر بوده و برای دستیابی به آن در سطوح مختلف برنامه‌ریزی و تلاش شده و می‌شود.

منابع:

۱. Mental Health Policies, Plans and Programs – updated version, Geneva, WHO, ۲۰۰۵
(The WHO Mental Health Policy and Service Development Guidance Package)
۲. Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans, Geneva, WHO, ۲۰۰۷
(The WHO Mental Health Policy and Service Development Guidance Package)
۳. Advocacy for Mental Health, Geneva, WHO, ۲۰۰۳ (The WHO Mental Health Policy and Service Development Guidance Package)



نقش نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در دسترسی به خدمات سلامت روان

نویسندگان:

علی اسدی

معاون دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

وزارت بهداشت

شهین بافته چی

مدیرگروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه

علوم پزشکی گیلان

مقدمه:

مفاهیمی چون آموزش، پیشگیری و سلامت از دیرباز، جزئی از نیازها و دغدغه‌های جامعه بشری و دولت‌ها بوده است، به استناد بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در حوزه سلامت، آموزش و ارتقای سواد سلامت نقش موثر و انکارناپذیری در پیشگیری از بیماری، آسیب‌های اجتماعی و رشد و توسعه پایدار کشورها دارد. از این رو دسترسی به خدمات آموزشی و سلامت یکی از مهمترین راه‌های رسیدن به اهداف توسعه و توانمندسازی انسان‌ها است.

در همین راستا نظام سلامت به عنوان مسئول سلامت، بیش از ۴۰ سال است که با آماده‌سازی زیرساخت‌های خدمت در قالب نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (Primary Health Care- P.H.C) تلاش کرده تا در این مسیر گام بردارد، بنابر گزارشات سازمان جهانی بهداشت، دستاوردهای ایران در این بخش حاکی از پوشش وسیع و ارائه خدمات بهداشتی در سطح پایه سلامت است که به عنوان الگویی موفق برای بسیاری از کشورهای منطقه از آن نام برده می‌شود.

ظرفیت‌سازی با هدف دسترسی بیشتر و آسان، ارائه خدمات رایگان در سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی، اولویت دادن به مناطق محروم و حاشیه‌نشین و بهرمندی از بیمه سلامت از جمله اهداف تعیین شده در حوزه سلامت است که با رویکرد عدالت در سلامت طراحی و برنامه‌ریزی شده و موفقیت‌های بزرگی به دست آورده است.

سلامت روان بخشی از نظام سلامت:

ضرورت ارائه خدمات سلامت روان و خلاء آن در نظام سلامت همواره یکی از دغدغه های متخصصین حوزه سلامت روان کشور بوده، به همین علت بیش از ۳۰ سال پیش تعدادی از صاحب نظران و متخصصین این حوزه برآن شدند تا با برنامه ریزی و طراحی الگویی نو این خلاء را پر کنند.

در این راستا از سال های ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۷ الگوی ادغام خدمات سلامت روان در نظام سلامت در چند شهر کوچک در استان های اصفهان، چهارمحال بختیاری و سپس استان تهران پایلوت شد که دستاوردهای آن منجر به ادغام و گسترش خدمات سلامت روان در نظام شبکه در مناطق روستایی گردید، که این مهم نقطه عطفی در تاریخ سلامت روان کشور است.

ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی، فرصتی فراهم کرد تا بسیاری از افراد که به نحوی از اختلالات روانی و رفتاری رنج می بردند و به نوعی مورد غفلت و بی مهری و بی توجهی قرار داشتند، شناسایی و دیده شوند. از طرفی پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی و رفتار با کودکان به عنوان اولویت های حوزه سلامت روان در دستور کار مدیران حوزه سلامت روان کشور قرار گرفت که با تاکید بر آموزش جمعیت عمومی و با هدف ارتقای سواد سلامت روان در ساختار نظام سلامت طراحی شد.

گسترش برنامه کشوری سلامت روان در طرح تحول سلامت:

ادغام سلامت روان در نظام سلامت را می توان به سه دوره مهم تقسیم کرد.

۱. دوره آزمایشی برنامه سلامت روان که از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۶ به صورت پایلوت در برخی از استان ها انجام شد که نتایج آن منجر به ادغام برنامه سلامت روان در نظام شبکه شد.
۲. دوره گسترش برنامه از ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۳، که با ادغام برنامه سلامت روان در نظام شبکه تمام مناطق روستایی تحت پوشش برنامه قرار گرفتند و در این سال ها خدمات قابل توجهی از طریق خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی به گروه های نیازمند ارائه شد که تا کنون ادامه دارد.

۳. دوره اجرای طرح تحول سلامت که به حق می توان از آن به عنوان انقلاب دوم سلامت روان کشور یاد کرد، پس از اجرای طرح تحول در نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ رخ داد و با ایجاد زیرساخت های شبکه در مناطق شهری و راه اندازی پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت در حاشیه شهرها و مناطق کم برخوردار دسترسی مردم به خدمات سلامت از جمله سلامت روان فراهم گردید.

حضور کارشناس سلامت روان در تیم سلامت و استقرار آن در مراکز خدمات جامع سلامت، غربالگری اختلالات روانی، آسیب های اجتماعی، مصرف مواد و اعتیاد در پایگاه های سلامت، ارائه خدمات درمانی توسط پزشک، آموزش و مداخلات روانشناختی توسط کارشناس سلامت روان و توانمند سازی افراد بخشی از خدمات جدید ادغام یافته در نظام شبکه است که منجر به تقویت زیرساخت خدمات سلامت روان در ساختار نظام سلامت گردید. این تحول باعث شد که بسیاری از افراد و بیماران روانپزشکی که نیازمند خدمات سلامت روان به صورت سرپایی، ویزیت های دوره ای و آموزش های روان شناختی بودند، به راحتی با مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت در اقصا نقاط کشور از این امکانات بهره مند گردند و بسیاری از هزینه های غیر ضروری در زندگی آنها کاهش یابد. از این رو ساختار نظام سلامت خود مسیر و راه کاری برای تمرکز زدایی خدمات، دسترسی بیشتر و آسان، کاهش انگ اجتماعی ناشی از بیماری های روان پزشکی، پیشگیری از اتلاف وقت و سرمایه و ارتقای سواد سلامت روان جمعیت عمومی به ویژه اقشار آسیب پذیر با درآمد پایین است.

با توجه به تجربیات جهانی، سطح بندی خدمات یکی از مهم ترین سیاست ها و استراتژی های نظام سلامت در کشورها است، ضرورت ارائه خدمات سلامت روان به توده های محروم کشور از طریق نظام سطح بندی مراقبت های اولیه بهداشتی مقوله ای است که در ایران به عنوان یک اولویت در برنامه ریزی های کلان به آن توجه شده و می شود. لیکن به دلیل محدودیت هایی از قبیل منابع مالی بخشی از آن محقق نشده است که در سیاستگذاری کلان همواره مد نظر قرار دارد و بدون تردید در اولین فرصت مناسب زیرساخت آن ایجاد خواهد شد.

خدمات ادغام یافته حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی

برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی

برنامه ملی ثبت و پیشگیری از رفتارهای خودکشی

برنامه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه

برنامه آموزش مهارت های فرزند پروری

برنامه آموزش مهارت های زندگی

برنامه خود مراقبتی در سلامت روان

برنامه پیشگیری از همسر آزاری

برنامه پیشگیری از کودک آزاری

برنامه های پیشگیری از مصرف مواد، الکل و دخانیات

برنامه های کاهش آسیب مصرف مواد (DIC)

برنامه تیم های سیار کاهش آسیب اعتیاد

برنامه MMT در PHC

ادغام و گسترش این برنامه ها در نظام شبکه بدون تردید منجر به ایجاد دسترسی به خدمات سلامت روان، پیشگیری از مصرف مواد و سلامت اجتماعی در مراکز خدمات جامع سلامت به ویژه در مناطق محروم و حاشیه شهرها گردیده است.



جذب و به کارگیری نزدیک به ۲ هزار کارشناس ارشد روانشناس در مراکز خدمات جامع سلامت، نه تنها خدمتی جدید و مبتکرانه در نظام سلامت است، که با غربالگری اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد، الکل، دخانیات خشونت های خانگی و ارائه خدمات پیشگیری و درمان های روانشناسی، بار زیادی را از دوش حوزه درمان و بیمارستان ها کم می کند. بلکه گام مهم و بزرگی در جهت کاهش انگ ناشی از بیماری های روانپزشکی و اعتیاد و ارتقای سواد سلامت روان جامعه است.

بدون تردید ادغام این حجم از خدمات در نظام سلامت، ساختار مستقل و مناسب خود را می طلبد، از این رو فرصتی فراهم شد تا ساختار سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در بستر معاونت توسعه و منابع شکل بگیرد و به تبعه آن در دانشگاه های علوم پزشکی نیز تشکیل و نهادینه گردد.

حضور کارشناس سلامت روان در کنار پزشک و مراقب سلامت و سایر اعضای تیم سلامت در مراکز خدمات جامع سلامت، به معنی رفتن به سمت عادی سازی (Normalization) و پذیرش بیماری های روانی و اعتیاد، پذیرش دیدگاه کل نگر در برابر نگاه جز نگر است، باور به اینکه انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است و برای درمان دردها و رنج هایش باید نگاهی جامع و کامل داشت و به تمام نیازهای او توجه کرد نه فقط یک بعد آن را دید، به تعبیری هدف از ادغام خدمات همه جانبه در نظام سلامت، اهمیت بخشیدن به، رویکرد سلامت نگر در برابر رویکرد بیمار نگر است.

منابع

بزنانه ملی ادغام سلامت روان در نظام شبکه سال ۱۳۶۴ و ۱۳۶۷، دکتر جعفر بوالهیری، دکتر مهدی حسن زاده، دکتر داوود شاه محمدی و همکاران

مشارکت سازمان های مردم نهاد، در ارتقاء سلامت روان جامعه

نویسندگان:

مهرو محمدصادقی

کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

وزارت بهداشت

دکتر مریم چگینی

مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه

علوم پزشکی اراک

مقدمه:

حفظ و ارتقای سلامت روان سالها در اولویت سیاستگذاران حوزه بهداشت و درمان قرار داشته است و این به خوبی در کمیت و کیفیت خدمات بهداشت روان نشان داده شده است. با این وجود، نیازهای بیماران و خانواده هایشان بیش از خدمات در دسترس برای افراد مبتلا به اختلالات روانی است. منابع بهداشت روان، از جمله متخصصان بهداشت روان، به طور عمده در مناطق شهری متمرکز شده اند و بخش عمده ای فقط در بخش خصوصی است. بنابراین جای تعجب نیست که «شکاف» درمانی برای اختلالات روانی در سراسر کشور دیده می شود. امروزه سازمان های غیر دولتی بعنوان بخشی از جامعه مدنی جزو لاینفک زندگی مدرن و تحقق توسعه پایدار می باشند. لذا برای دستیابی به توسعه پایدار مشارکت همه جانبه مردم در امور مربوط به خود امری الزامی است. در حقیقت سازمان های غیر دولتی بازوانی کارآمد و سالم برای کمک به دولت و رشد و ارتقاء ملت در زمینه های مختلف می باشند. با توجه به اینکه مهمترین رکن توسعه پایدار، سلامت آحاد جامعه است، سازمان های غیر دولتی یا مردم نهاد در امر ارتقاء سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) از جایگاه بسیار مهمی برخوردارند. در این راستا بعضی از دولت ها برای بهره گیری مناسب از سازمان های غیر دولتی به این نتیجه رسیده اند که پوشش وسیعی از جامعه را در قالب سازمان های غیر دولتی ساماندهی کنند تا این سازمان ها بتوانند خدمات مفیدی را در ارتقا سطح علمی، فرهنگی، بهداشتی و سلامت آحاد جامعه ارائه دهند.

تعریف:

سازمان ملل متحد (UNDP) از دیدگاه برنامه توسعه، سازمان مردم نهاد (سمن) را چنین تعریف می کند:

سازمانی داوطلب که بیشتر اوقات برای دیگران کار می کند و کار و فعالیت آنها موضوعات و افرادی فراتر از کارکنان و اعضای خودشان می باشد. دانشگاه جان هاپکینز با مطالعه ۴۰ کشور، ۹ ویژگی را برای سمن ها (NGO) ضروری می داند. این سازمان ها باید رسمی، غیر دولتی، بدون سود، مستقل، داوطلبانه، غیر سیاسی، عضو پذیر، شفاف و حساب پذیر باشند.

کارکرد و نقش سازمان های مردم نهاد

با توجه به این که مهمترین رکن توسعه پایدار، سلامت آحاد جامعه می باشد. سازمان های غیر دولتی یا مردم نهاد در ارتقاء سلامت از اهمیت بسیاری برخوردارند. در واقع دولت ها مسئول سلامت مردم هستند و مردم در عین حال باید حق و وظیفه مشارکت در ابعاد مختلف سلامت به صورت انفرادی یا گروهی داشته باشند. سازمان های غیر دولتی در کشورهای توسعه یافته جایگاه مهمی را به خود اختصاص داده اند به طوری که سهم قابل توجهی از فعالیت های بخش بهداشت و درمان را به عهده دارند.

بیشترین مشارکت سازمان های غیر دولتی در بخش بهداشت و درمان عبارتند از:

۱. همکاری با وزارت بهداشت و درمان در تشخیص موضوعات کلیدی و مشکلات سلامت جامعه
۲. تشریح مساعی در انجام نیازسنجی های اجتماعی و انجام تحقیقات میدانی
۳. ارائه بازخورد فعالیت های سازمان های غیر دولتی به سازمان های دولتی و تصمیم گیرنده
۴. کمک به کاهش حجم کاری وزارتخانه با توجه به طرح کوچک سازی دولت
۵. ایفای نقش قوی و حمایت گرانه از اقدامات و برنامه های دولت ها در عرصه های ملی و بین المللی

در زمینه‌ی سلامت روان کیفیت مراقبت و تلاش سمن‌ها برای ارتباط با ذینفعان مختلف، به ویژه افرادی که مورد تبعیض هستند مانند افرادی دارای اختلالات روانی، یکی از مزایای متمایزکننده آنها نسبت به دولت می باشد. نیازهای بیماران روانی توسط خانواده‌ها و متخصصان بهداشت روان به شیوه‌های مختلف بیان و تأمین می شود. یک سازمان غیردولتی است که خدمات و ارائه خدمات را با تأکید بر توسعه مهارت‌های فردی و اجتماعی برای توانمندسازی افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ترکیب می کند.

نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در جلب مشارکت و بسیج جامعه

در واقع سازمان‌های مردم‌نهاد بر پایه مشارکت مردم یک جامعه شکل می گیرد. مشارکت اجتماعی عامل تقویت همبستگی در شبکه‌های اجتماعی است. حضور افراد در فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های اجتماعی در بلندمدت موجب تعمیق روابط بین اعضای جامعه، افزایش احساس یگانگی، سعه صدر و تسامح و تساهل گردیده و در نتیجه به توسعه نهادهای مدنی و دموکراتیک خواهد انجامید. تعصبات قومی و قبیله‌ای کاهش یافته و سنت‌های ریشه دار محلی به سوی عام‌نگری هدایت و در صورت لزوم به نفع هنجارهای دموکراتیک اصلاح خواهد شد. وانگهی می توان انتظار داشت که بسیاری از اموری که اکنون دولت متصدی انجام آن است در قالب فعالیت‌های اجتماعی توسط خود مردم اداره شده و در عمل هم حجم دولت کاهش یافته و هم افراد از طریق سامان دادن به این امور دین خود را به کلیت اجتماع ادا نمایند.

سازمان‌های غیر دولتی ویژگی‌ها و توانایی‌های بالقوه‌ای در جلب مشارکت مردم هم دارند. برخی از قابلیت‌های این سازمان‌ها به قرار ذیل اند:

۱. توانایی در جذب و جلب مشارکت گروه‌های مردمی برای عملی کردن اهداف و برنامه‌های توسعه
۲. بهره‌گیری از منابع انسانی داوطلب و جذب منابع مالی، با هزینه بسیار پایین
۳. افزایش احساس تعلق اجتماعی در میان مردم
۴. کسب اعتماد بالای مردم و اجتماعات محلی از طریق تعریف اهداف و استراتژی‌های خیرخواهانه، عام‌المنفعه و بشر دوستانه
۵. اداره بسیاری از اموری که دولت متصدی انجام آن است توسط خود مردم و در قالب برنامه‌های اجتماعی

۶. افزایش مشارکت بیش از پیش مردم از طریق احساس مسئولیت در قبال سرنوشت اجتماعی

نقش سازمان های مردم نهاد در رابطه با ارتقاء سلامت روان جامعه:

در کشور ما ایران برخی از سازمان های مردم نهادی که در زمینه بهداشت روان فعالیت دارند اهداف خود را چنین بیان میدارند:

- ارتقا سطح بهداشت روان جامعه و کمک به سلامت روان افراد، خانواده ها و گروه های آسیب پذیر و نیز سازمان ها و جوامع محلی»
- آموزش مردم، مدیران و کارفرمایان از طریق رسانه های گروهی، برگزاری همایش ها، کارگاه ها، تهیه بروشور و بسته های آموزشی
- ایجاد امکانات آموزشی و خدمات بهداشت روانی از طریق هماهنگی و همکاری با مراکز پژوهشی و آموزشی دانشگاهی
- ایجاد تسهیلات و امکانات لازم به منظور افزایش توانمندی های بیماران روانی و حفظ منزلت و عزت نفس آنان
- جلب و همکاری افراد خیر و سازمان های عام المنفعه و مشارکت های داوطلبانه
- ایجاد حساسیت در جامعه بویژه مسئولین و سازمان های ذیربط نسبت به بهداشت روان و درگیر کردن آنها با مسائل بهداشت روان



نقش سمن ها در ارتقای سلامت روان:

در حالی که بیشتر سازمان های دولتی بر روی درمان تمرکز دارند، آموزش، پیشگیری، توانمندسازی و توانبخشی روانی- اجتماعی (PSR) متأسفانه جنبه مهم و غفلت شده برنامه های دولتی می باشد و به نظر می رسد این خلاء را می بایست سمن ها پر کنند.

در کشورهای توسعه یافته بسیاری از سازمان های غیردولتی ایجاد واحدهای توانبخشی روانی- اجتماعی در مناطق شهری و روستایی را به عهده خود گرفته اند. 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.

کلینیک های روانپزشکی خارج از بیمارستان، مراقبت از بیمار، برنامه های مراقبت روزانه و مراقبت های مسکونی طولانی مدت طیف وسیعی از خدمات ارائه شده توسط سمن های سلامت روان را تشکیل می دهند، 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 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 برای این افراد اشتغال بالقوه ایجاد می 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 بیماریهای روانی موجب شده است نیازها و حقوق افراد دارای اختلالات روانپزشکی تا حد زیادی نادیده گرفته شود و سمن های سلامت روان وظیفه دارند در زمینه ی افزایش آگاهی در بخش های مختلف جامعه مانند کارکنان بهداشت، معلمان و افراد روحانی را در اولویت خود در نظر بگیرند.

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، اسکیزوفرنیا 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.

با این حال سمن های سلامت روان (MHNGO) محدودیت ها و مشکلاتی دارند که می توانیم این موارد را تحت مضامین گسترده پایداری، پاسخگویی و محدوده در نظر بگیریم.

پایداری:

یک مشکل اساسی که بیشتر سمن های سلامت روان با آن روبرو هستند منبع بودجه آن ها است که عمدتاً مبتنی بر پروژه است. جمع آوری دوره ای صندوق برای افزایش منابع می تواند زمان و انرژی زیادی را به خود اختصاص دهد. کارکنان هیچ تضمینی برای استخدام بیش از یک دوره پروژه مشخص ندارند. در نتیجه، برخی از این سمن ها از جابجایی زیاد کارمندان رنج می برند. این امر تا حدی به این دلیل است که کارمندان در پروژه های خاص با بودجه منصوب می شوند و تداوم آن ها به بودجه موجود بستگی دارد. اولویت ها با گذشت زمان تغییر می کنند، و سمن ها اغلب اهداف خود را برای زنده ماندن دوباره ابداع می کنند.

پاسخگویی:

برخی از سمن های سلامت روان سازوکارهای خوبی برای ارزیابی و نظارت ندارند. نگرانی عمومی قابل توجهی در مورد سوءاستفاده از بودجه و به طور کلی عدم پاسخگویی مالی NGO ها وجود داشته است.

محدوده:

شاید مهمترین محدودیت سمن های سلامت روان، دامنه ی فعالیت های آن ها باشد. گستره پوشش سمن های سلامت روان محدود به یک شهر یا چند روستا است. برای ایجاد تغییراتی در این بوم وسیع، تردیدی وجود ندارد که بخش بهداشت عمومی یا

دولت باید نقشی اساسی و اصلی داشته باشد. در این زمینه، سمن های سلامت روان می توانند نوآوری کنند و مدل های محلی مرتبط را ایجاد کنند و سپس می توان آن ها را در مقیاس ملی اجرا نمایند.

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 باشد:

۱. مشارکت در ایجاد کمیته های بین بخشی در هر منطقه که شامل نمایندگان سازمان های دولتی، غیردولتی و جامعه ی محلی می باشد. این کمیته ها می توانند اختیارات خود را برای مقابله با انگ، پشتیبانی از گروه های استفاده کننده از خدمات، نظارت بر حقوق خانواده و بیماران و ایجاد ظرفیت جهت ارتقاء سلامت روان را بر عهده بگیرند.
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 ی ارتقا سلامت روان ، ایجاد خطوط کمک به بیماران به ویژه افراد در معرض خودکشی، تسهیل گروه های حمایتی و پشتیبانی از خانواده ی بیماران و کمک به امرار معاش و ایجاد اشتغال و غیره را اجرا نماید.
۴. سازمان های غیردولتی همچنین می توانند به پزشکان و پرستارانی که در بیمارستان های روان پزشکی مشغول به فعالیت هستند برنامه های آموزشی در زمینه فعالیت های جامعه محور و مشارکت محلی ارائه نمایند.
۵. نمایندگان سازمان های غیردولتی باید در همه کمیته ها، کارگروه هایی که با برنامه ریزی فعالیت های بهداشت روان و اجرای برنامه ها در سطح استان و کشور درگیر هستند، حضور یابند.

سازمان های مردم نهاد و خدمات بهداشت اولیه

۱. در تمام مراحل توسعه برنامه های مراقبت های بهداشتی اولیه، سمن ها می توانند موثر باشند. به رسمیت شناختن مشارکت هایی که سمن ها می توانند در حمایت از مراقبت های بهداشتی اولیه انجام دهند، حداکثر مزایای این کمک ها به برنامه سلامت در سطح ملی را تضمین می کند.
۲. سازمان های غیردولتی می توانند برای درک بیشتر و نگرش مثبت نسبت به مراقبت های بهداشتی اولیه از طریق:
 - الف) ارتقا گفتگو در داخل و بین سازمان های غیردولتی
 - ب) برقراری گفتگو با مقامات دولتی
 - ج) ارائه اطلاعات و ایجاد روش های جدید برای توضیح مراقبت های بهداشتی اولیه برای عموم مردم
 - د) تقویت ابزارهای ارتباطی برای تحقق این امر، موثر باشند.
۳. سازمان های غیردولتی می توانند در شکل گیری سیاست های ملی در زمینه مراقبت های بهداشتی و توسعه یکپارچه انسانی کمک کنند. آنها می توانند نیازهای مراقبت های بهداشتی را براساس ارتباطشان با جوامع ارائه دهند
۴. سازمان های غیردولتی می توانند وسیله ای برای همکاری و هماهنگی بیشتر فعالیت های مراقبت های 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.



منابع:

- ۱- درزی نیا، مهدی. امیری، زهرا. بررسی نقش و جایگاه سازمان های مردم نهاد در توسعه روستا. نشریه علمی اجتماعی مستقل جامعه شناسی ایران.
- ۲- زاهدی. محمد جواد. سازمان های غیر دولتی و توسعه پایدار.
- ۳- صبوری، منیره. کدخدا، فاطمه. سازمان های غیر دولتی و حقوق بشر کشور های در حال توسعه. انتشارات سخن گستر . چاپ اول. ۱۳۸۵.
- ۴- قدمی، لادن. مطالعه تطبیقی ساختار سازمانی و وظایف سازمان های غیر دولتی (NGOs) بهداشتی و درمانی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران. ۴-۱۳۸۳.
- ۵- گلشن پژوه، محمود. راهنمای سازمان های غیر دولتی . چاپ دوم. ۱۳۸۵.

۶. R. Thara and Vikram Patel (۲۰۱۰), Role of non-governmental organizations in mental health in India

نقش رسانه ها در تبیین وضعیت سلامت روان و انگ زدائی

نویسندگان:

شهناز حسینی

کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

وزارت بهداشت

محمدرضا هاشم ورزی

مدیرگروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه

علوم پزشکی مازندران

سلامت در جهان امروز نقش حیاتی دارد و هسته اصلی و مرکزی در توسعه پایدار تلقی می‌شود. سلامت جامعه، ارتباط عمیقی با رشد و توسعه جامعه دارد. بی‌تردید رسانه‌ها مهم‌ترین منبع اطلاع‌رسانی در همه حوزه‌ها از جمله حوزه سلامت برای اغلب مردم هستند. هدف از آموزش سلامت، ارتقای سواد سلامت، اتخاذ رفتارهای سالم و گسترش فرهنگ سلامت در جامعه است. از سویی رسانه‌ها، بزرگترین مربیان دنیای امروز هستند. از جمله نقش مهم رسانه در دنیای امروز فرهنگ‌سازی است و همچنین می‌توان رسانه‌ها را از منابع جامعه‌پذیری افراد محسوب کرد. ارتباط تنگاتنگ رسانه با سلامت روان انسان‌ها غیرقابل انکار است. رسانه‌ها همانگونه که قادرند فشار روانی شدیدی بر مخاطب وارد کنند، از این توانمندی برخوردارند که او را از استرس‌ها دور کرده و به آرامش برسانند. تأثیر گذاری محصولات عرضه شده از سوی رسانه‌ها، بر روان مخاطبان بر هیچکس پوشیده نیست. تصویرهای رسانه‌ای از بیماری‌ها و بیماران روانی در موقعیت‌های جدی، خبری، طنز و کمدی می‌توانند «رسانه‌ای شدن مسائل روانی» را سازنده یا تخریب کنند. بسیاری از باورها و نگرش‌ها در طول زمان و از طریق القائاتی که از سوی رسانه‌ها صورت می‌گیرد در ذهن انسان‌ها شکل می‌گیرد. از این رو یکی از ابعاد مهم سلامت، سلامت روان است، که نقش رسانه‌ها در معرفی مولفه‌های آن می‌تواند برای بهبود و ارتقاء سطح سلامت روان جامعه، کاهش بار بیماری‌های روانی و انگ‌زدائی بسیار تعیین‌کننده باشد. از جمله موضوعات قابل بحث در این مورد افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و انگ یا برچسب‌هایی است که از طریق رسانه‌ها به آنها زده می‌شود و این استیگما سبب ایجاد نگرش منفی در بین اذهان عموم می‌شود..

انگ:

انگ یا استیگما (Stigma) به نشان یا داغی گفته می‌شد که روی بردگان یونانی می‌زدند و بدین وسیله آنها را از مردم آزاد متمایز می‌ساخت «انگ» ویژگی منفی و نامطلوبی است در یک فرد که او را از دیگران متمایز می‌کند و او را در نظر دیگران به شکل موجودی کاملاً بد، خطرناک یا ضعیف جلوه می‌دهد.

امروزه انگ به تفکرات و نگرش‌هایی گفته می‌شود که افراد جامعه به آن اعتقاد دارند و برای کسانی که این انگ به آنها نسبت داده می‌شود پیامدهای منفی زیادی به دنبال دارد. در موضوع انگ و اختلال روان‌پزشکی از دید عموم مردم با چهار سرنخ می‌توان برای فردی تشخیص اختلال روانی گذاشت:

۱. نشانه‌های روان‌پزشکی
۲. نارسایی در مهارت‌های اجتماعی،
۳. ظاهر فیزیکی نامناسب
۴. برچسب‌ها در موضوع اختلالات روان‌پزشکی بسیاری از برچسب‌ها، مانند نشانه‌های اختلالات حاد روانی شامل عاطفه نامتناسب و عملکردهای عجیب و غریب، نشانه‌های آشکاری هستند که قطعاً موجب انگ خوردن فرد می‌شوند.

مهارت‌های ضعیف اجتماعی و ظاهر نامناسب نیز می‌توانند باعث انگ خوردن شوند؛ اگرچه بسیاری از افراد می‌توانند اختلال روانی خود را مخفی کنند. برچسب زدن به مردم نیز می‌تواند یکی از مهمترین عوامل ایجادکننده انگ باشد. مثلاً یک فردی در حال خروج از یک مرکز روان‌پزشکی می‌تواند موجب شود آن فرد بیمار روانی تلقی گردد. تصورات قالبی، ساختارهایی هستند که عموم مردم آنها را یاد می‌گیرند. این تصورات بسیار قوی و کارآمدند، چرا که باعث می‌شوند افراد بتوانند به سرعت انتظارات و احساسات خاص خود را در مورد یک گروه خاص که این تصورات در موردشان صادق است، بروز دهند. در مورد بیماران روانی، این تصورات قالبی موجب بروز احساساتی چون دشمنی، بی‌کفایتی و شرمندگی می‌شود.

انگ برای افرادی که به نوعی برچسب بیمار روانی خورده‌اند، آسیب‌های فراوانی به همراه دارد. یکی از مواردی که در آن تأثیر انگ بر بیمار روانی بسیار مشهود است، روابط متقابل بیمار و دستگاه قضایی جامعه است. زمانی که در رسانه‌ها

پلیس بیشتر از سیستم سلامت روان، به بحران های اجتماعی ناشی از فقدان سلامت روان واکنش نشان می دهد، بیماران روانی مجرم شناخته می شوند و زندان ها را پر می کنند. بررسی ها نشان داده اند افرادی که انگ خورده اند، سعی در پنهان کردن بیماری دارند و همین باعث می شود از درمان اجتناب کنند که شاید به این علت باشد که باور ندارند می شود به آنها کمک کرد. انگ به صورت بالقوه بر احساسات فردی اثر دارد. افرادی که تصورات قالبی و انگی را می پذیرند، از کاهش عزت نفس و به دنبال آن از کاهش اعتماد به کارآمد بودن خود و اطمینان به آینده رنج می برند.

بررسی ها نشان داده است که بیماران روانی برای باورند که نسبت به دیگران ارزش کمتری دارند. خانواده های بیماران روانی کاهش عزت نفس بیماران شان را به خجالت و شرم تعبیر می کنند. بررسی ها ارتباط معناداری را بین شرم و اجتناب از درمان نشان داده اند که این هم شامل شرمندگی خود بیمار از بیان تجربیات شخصی و هم شرمندگی خانواده از داشتن بیمار روانی می شود. افرادی که تشخیص های روان پزشکی بر آنها گذاشته می شود، اگر از خانواده هایشان آموخته باشند که شناخته شدن به عنوان یک بیمار روانی، خود و یا خانواده هایشان را شرمنده می کند، مایل به استفاده از خدمات درمانی و یا قرار گرفتن در معرض جمع و اجتماع نیستند که این می تواند یکی از نقش های موثر رسانه ها بر تفکرات و دیدگاه مردم باشد. از این رو، این پرسش بسیار مهم است که بیماری های روانی چگونه در خلال اخبار و حوادث رسانه ای چون مطبوعات بازنمایی می شوند؟ آیا بازنمایی منفی صورت می گیرد یا خیر؟



به نظر بسیاری از پژوهشگران برجسب یا انگ زدن به سوژه‌های حوادث از طریق رسانه سبب اختلال در فرایند اجتماعی درمان و بیماری‌های روانی می‌شود و روند بازگشت مبتلایان به این بیماری‌ها را به زندگی عادی با مشکل مواجه می‌کند. عدم شناخت رسانه‌ها نسبت به بیماری‌های روانپزشکی امری بسیار مهم است کارشناسی نبودن برخی مباحث مطرح شده در رسانه‌ها و غیر تخصصی بودن اصطلاحات به کار رفته در رسانه‌ها تصویری ترسناک و غیر قابل پیش بینی از بیماری روانپزشکی به دست می‌دهد. بنابراین بهتر است فعالیت‌های رسانه‌ها در حوزه کاهش استیگما و افزایش آگاهی، تحت نظر افراد متخصص و صاحب نظر در این حوزه باشد و از نظر کارشناسان بهره‌گرفته‌شود تا مبادا تهیه‌این برنامه‌ها به جای انگ‌زدایی در جامعه، «انگ‌زایی» در جامعه صورت گیرد.

رسانه‌ها درک و نگاه ما را نسبت به دیگران در اطراف ما شکل می‌دهند. چنان‌که برای افراد مبتلا به بیماری‌های روانی، مفاهیمی را که نشأت گرفته از تصاویر اغلب منفی و نادرست از مسائل سلامت روانی است، می‌توان دید. نمایش دادن اطلاعات نادرست در رسانه‌ها در مورد بیماری‌های روانی، حتی اگر در مورد زندگی یک فرد سالم باشد، می‌تواند اذهان عمومی را دچار سوءتفاهم کند و عواقب قابل توجهی داشته باشد بیماران روانی مدام در حال دریافت توجه‌های منفی ناشی از ترس و تعصب هستند.

افرادی که از بیماری روانی رنج می‌برند، اغلب در حال حاضر رسانه‌ها با تصویرسازی‌های گمراه‌کننده در انتقال پیام‌های مرتبط با سلامت روان، بیشتر نقش منفی ایفا می‌کنند.

اما با تغییر نگرش و عملکرد می‌توان این تأثیرگذاری منفی را به تأثیرگذاری مثبت تغییر داد. می‌توان تلاش کرد که ابزار رسانه به ابزار فعال در جهت مثبت و ارتقای سلامت تبدیل شود و از امکانات نشر و اطلاع‌رسانی فراگیر رسانه‌ای کمک‌های قابل توجهی گرفت. رسانه‌ها به ویژه رسانه‌های جدیدتر امکان تعاملی دوسویه را فراهم می‌کنند. با این وصف، اصحاب رسانه و روزنامه‌نگاران باید در ایجاد تصویرهای درست رسانه‌ای از افراد مبتلا به اختلالات روانی قدم بردارند و درصدد تصحیح کلیشه‌های تصویری نادرست از تمامی افراد مبتلا به بیماری‌های روانی باشند؛ و مردمان را از تبیین‌های عامه‌پسند و غیرعلمی پرهیز دهند.

آن‌ها باید با آموزش مردم برای ارجاع به مشاوران و متخصصان حوزه بیماری‌های روانی درکی درست و شناختی صحیح از این حوزه به دست آورند. اگر روزنامه‌نگاران یا اصحاب رسانه درصدد اطلاع‌رسانی درست و بر موازین اخلاقی هستند باید بر اساس دیدگاه‌های علمی که درخصوص بیماری‌های روانی هست، خبر، گزارش یا دیگر محصولات رسانه‌ای خود را تولید و توزیع کنند؛ و از مواضع ایدئولوژیک چارچوب‌بندی‌شده و کلیشه‌ای دوری کنند.

گاه‌ها رسانه‌ها، به خصوص در این روزها، رسالت خبری را فدای سرعت انتشار کرده و ناخواسته اشتباهات جبران‌ناپذیری رقم می‌زنند، مثلاً بیماران را با نام بیماریشان نام‌گذاری می‌کنند مانند «کروناپی»، که واژه‌ایی است که بار منفی دارد و از یک انگ اجتماعی خبر می‌دهد. شاید دلیل پنهان‌کاری اغلب مردم مبتلا به این بیماری همین انگ‌های اجتماعی باشد که متأسفانه برخی رسانه‌ها نیز به این وضعیت دامن زده‌اند.

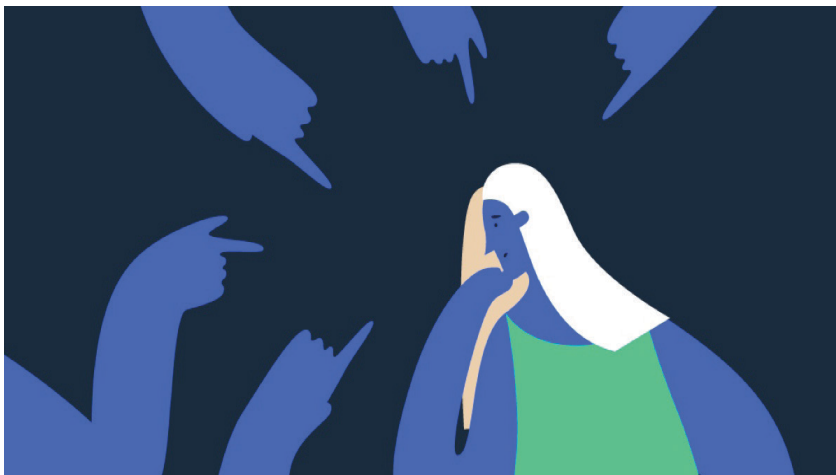
گاه در این بین رقابت برای سرعت در انتشار از دقت کافی و حساسیت موضوع کاسته است و هر رسانه به پیروی از دیگری، تنها با هدف انتشار سریع و در کوتاه‌ترین زمان ممکن، همان اشتباهات را دوباره کرده، چیزی نمی‌گذرد که رسانه‌ها می‌توانند با رعایت اصول خبری از دامن زدن به شایعات پیرامون یک خبر غلط و ناموفق در مورد مسایلی از قبیل شیوع یک بیماری، مشکلات اجتماعی و غیره جلوگیری کرده و با خلق یک فضای آرام و به دور از استرس و انگ، به آموزش و اطلاع‌رسانی در این زمینه کمک کنند.

شبکه‌های اجتماعی نیز به عنوان رسانه‌های پر مخاطب در این خصوص بخش مهم و ضروری جوامع و وسایلی بر پایه اینترنت هستند. از طریق شبکه‌های اجتماعی نه تنها افراد می‌توانند ایده‌ها و اطلاعاتشان را به اشتراک بگذارند بلکه می‌توانند بحث‌های جدی در مورد مراقبت‌های بهداشتی با یکدیگر داشته باشند. این شبکه‌ها همچنین رابط تعامل بین کاربران و سرویس‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت هستند. شبکه‌های اجتماعی بر خط باعث دگرگونی ویژه در راه‌های تعامل و ارتباطات انسان‌ها شده‌اند.

تکنولوژی اطلاعات (IT) سلامت اهمیت فزاینده ای در مراقبت بیماران و تصمیم گیری کاربران داشته. و شبکه های اجتماعی به روش های مختلفی می توانند بر روی سلامتی افراد تاثیر بگذارند. هر چند این تاثیر می تواند به صورت پارادوکس عمل کند چنان که گاه کسب اطلاعات بهداشتی از شبکه های اجتماعی به درمان بیماری کمک می کند و گاه توصیه های بدون پشتوانه پژوهشی در مورد بیماری ها در این شبکه ها می توانند مضر باشند. تاثیر عادات بر خط ما می توانند بر روی سلامت روان یا رفتارهای بهداشتی تاثیر بگذارند که می تواند موجب چالشی بالقوه برای مراقبت های بهداشتی گردد.

رسانه ها به عنوان منتقل کنندگان پیام می توانند در ساخت فرهنگ عمومی، باورها و افکار عمومی، موثر باشند. چرا که بدون در نظر گرفتن مرزهای جغرافیایی و عقیدتی و فرهنگی امکان حضور در همه نقاط جغرافیایی را پیدا کرده اند. رسانه ها نقشی بی بدیل و انکارناپذیر در ازدیاد یا کاستن از انگ (استیگما) بیماری ها و افزایش آگاهی در مورد آن ها دارند. در واقع رسانه ها به خصوص رسانه های اجتماعی مانند یک شمشیر دولبه عمل می کنند که می تواند تاثیرات زیادی در کاهش یا افزایش بار بیماری ها داشته باشد.

تصویر کلی از روانپزشکی در اخبار و رسانه ها عمدتاً تصویری منفی است. در یک گزارش رسانه ای در این خصوص، بیان شد که در مواردی حتی روانپزشکی را به عنوان گرایشی از پزشکی معرفی می کنند که علمی و مبتنی بر شواهد نیست. متأسفانه اغلب



روزنامه ها و فیلم ها تصویری منفی از بیمارستان های روانپزشکی نشان می دهند. به این ترتیب این تصاویر به سرعت تعمیم پیدا می کنند و به تصویر منفی موجود دامن می زنند.

رسانه ها از منابع اصلی ارتقاء سطح سلامت روان عموم مردم می باشند. و می توانند باورهای غلط مردم را تغییر داده و تصویر درستی از بیماری های روانپزشکی ارائه دهند و نقش موثری در شکل گیری نگرش مردم در مورد جهانی که در آن زندگی می کنند و مردمی که در آن ساکن هستند بازی کنند. اما متأسفانه داستان ها و منابعی برای افرادی که دچار بیماری های روانپزشکی هستند به ندرت در سرخط خبرها و یا موضوع اصلی فیلم ها و برنامه های تلویزیونی قرار می گیرند. آن موارد اندکی هم که در رسانه ها به بیماری های روانپزشکی توجه می شود، آن ها را اغلب افرادی درمانده و ضعیف نشان می دهند که قادر نیستند زندگی خودشان را کنترل کنند.

برای افراد فعال در حوزه سلامت روان ضروری است که با به تصویر کشیده شدن منفی این مقولات در رسانه ها مبارزه کنند و برنامه های آموزشی عمومی در این حوزه را تقویت نمایند. برجسته سازی داستان های افراد بهبود یافته در این میان امری حیاتی است.

با توجه به آنچه گفته شد انگ نوعی نگرش است که به رفتار تبدیل می شود. تغییر و تصحیح این طرز تفکر در بین مردم یک ضرورت است. این کار با نقش آفرینی رسانه (کارزار رسانه ای) با محوریت آموزش افراد جامعه و خانواده شروع می شود و اقداماتی که باید مدنظر باشند عبارتند از:

۱. تصحیح نگرش های غلط خود بیمار، خانواده، عامه مردم، مدیران و سیاستگذاران، متخصصین پزشکی در سایر رشته ها.
۲. کاهش طول زمان بستری بیماران روانی و برگرداندن آنها به جامعه و توانمند کردن آنها پس از بستری در بیمارستان های روانپزشکی
۳. افزایش آگاهی بیماران، عامه مردم، خانواده و مسئولین درباره درمان پذیر بودن بیماری های روانی و یا اعتیاد.

۴. ایجاد و تقویت سازمان های مردم نهاد برای بیماران و خانواده های آنها و مشارکت بیشتر مردم در این راستا

۵. ارتقاء سطح آگاهی جامعه در خصوص اهمیت دادن به سلامت روان در کنار سلامت جسمی

۶. توسعه زیرساخت ها و امکانات نظام سلامت برای پذیرش بیماران روانی و یا افراد وابسته به مواد. افزایش دسترسی به خدمات روانپزشکی و روانشناسی برای بیماران روانی در سطح کشور

*** راه اندازی بخش روانپزشکی در بیمارستان های عمومی**

*** اولویت دادن به ارائه خدمات سلامت روان به صورت سرپایی نسبت به بستری**

*** عدم استفاده از کلمات ناشایست در محاورات روزانه، فیلم ها، نوشته های رسمی**

و غیررسمی در مورد بیماران روانپزشکی

بنابر این نقش مهم رسانه در عدم ایجاد تبعیض در به تصویر کشیدن بیماران روانپزشکی همانند دیگر بیماران جسمی به نحوه نگرش افراد جامعه به بیمار روانی در بهره مندی از مزایای اجتماعی مثل یافتن شغل مناسب، انتخاب آزادانه همسر موثر است. براساس بررسی های صورت گرفته ریشه خیلی از طلاق ها و اختلافات زناشویی، عدم درمان بهنگام و مناسب اختلالات روانی در بین زوجین است، که انگ عامل اصلی خیلی از عدم مراجعه های بیماران روانی به روانپزشک یا روانشناس است.



اینگونه است که امروزه و در شرایط کنونی جامعه نقش رسانه های اجتماعی در ارتقا سواد سلامت مردم نقشی اساسی و مهم است.



(منظور از تصاویر چگونگی به تصویر کشیدن یک فرد دارای اختلالات روانپزشکی در صدا و سیما است)

منابع:

- گافمن (۱۹۶۳) انگ و استیگما
 بایندر (۱۳۸۶) بازنمایی های غیرواقعی از حوزه بیماران مبتلا به اختلالات روانی).
 نوربالا، احمد، (۱۳۹۵) برخورد با شرم ناشی از انگ در بیماران دارای اختلالات روانی



بیمه‌ی موثر، دسترسی بیشتر به خدمات سلامت روان

نویسنده:

صدیقه خادم

کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و
اعتیاد وزارت بهداشت

بیمه یکی از شیوه‌های مدیریت ریسک می‌باشد (انتقال ریسک به فرد یا سازمان دیگر).

در تعریف ماده یک قانون بیمه ایران: بیمه عبارت است از قراردادی که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا جوهی از طرف دیگر (بیمه‌گذار) در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی را بپردازد.

متعهد را بیمه‌گر، طرف تعهد را بیمه‌گذار و وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه نامند.

بیمه‌ها به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند:

۱. اشخاص شامل: عمر، حادثه و درمان می‌شود

۲. اموال

۳. مسئولیت

در این مقاله بیشتر به موضوع بیمه درمان و تاثیر آن بر میزان دسترسی افراد به خدمات حوزه سلامت روان می‌پردازیم.

نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان دهنده افزایش شیوع اختلالات روانی از ۲۱٪ به ۲۳٫۶٪ طی سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۹۰ می‌باشد. بر اساس آخرین نتایج، تقریباً از هر ۴ ایرانی یک نفر مشکوک به اختلال روانی می‌باشد که با نتایج شیوع اختلالات روانی در کشور بلژیک، آلمان، لبنان، مکزیک، هلند و آفریقای جنوبی همسو می‌باشد. به طور کلی شیوع اختلالات روانی در اقصی نقاط دنیا بین ۷٫۳ تا ۳۹٫۹٪ برآورد شده است.

نام محقق	سال بررسی	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع	
			زنان	مردان کل
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	۳۵۰۱۴	۲۵٫۹	۱۴٫۹
رحیمی موقر و همکاران	۱۳۹۰	۳۷۵۹	۲۸٫۲	۱۷٫۴
نوربالا و همکاران	۱۳۹۲	۳۵۸۱۳	۲۷٫۵۵	۱۹٫۲۸

جدول شماره ۱ - خلاصه نتایج مطالعات اپیدمیولوژی کشوری اختلالات روانی انجام گرفته با GHQ-۲۸ در ایران

اختلالات روانی بخش عمده‌ای از بار بیماری‌های جهانی را به خود اختصاص داده است. به طوری که ۱۴٪ از بار بیماری‌های جهان، متعلق به اختلالات روانی می‌باشد. کم و ناکافی بودن بودجه اختصاص یافته به حوزه سلامت روان - ۲٪ بودجه بهداشتی - موجب شکاف زیاد در امر درمان در این حوزه شده است.

پوشش همگانی بیمه‌های دولتی گام موثری در دسترسی عادلانه به درمان و خدمات بهداشتی می‌باشد. این در حالی است که در ایران بیمه‌ها تنها بخشی از خدمات و

جمعیت را تحت پوشش دارند.

بررسی های انجام شده در ایران - سال ۱۳۹۰ - نشان داد که ۸۰٪ از افراد مورد مطالعه تحت پوشش یک نوع از بیمه و ۱۷٪ از بیمه تکمیلی برخوردار بوده اند. البته میزان بیمه بودن در گروه بیماران روان پزشکی کمتر از گروه غیر بیماران بود. این رقم در سال ۱۳۹۳ به ۸۹٪ افزایش یافته در افراد مشکوک به اختلالات روانی حدود ۳۰,۹۹٪ فاقد هر نوع بیمه ای بوده اند. کسانی که از بیمه استفاده نمی نمایند ۵۰٪ کمتر از بیمه شدگان، مراقبت های پزشکی را به کار می برند و ۵ تا ۱۵٪ میزان مرگ و میر بالاتری دارند. از سوی دیگر نقش پوشش های بیمه ای در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، موضوع قابل تامل دیگری می باشد که در بکارگیری بیمه ها و استفاده از خدمات بصورت مستقیم تاثیر می گذارد.

در بررسی های انجام شده مشخص گردید در خدمات سرپایی شایعترین خدمات دریافت شده، ویزیت و تجویز دارو بوده و در زمینه روان درمانی و مشاوره از بیمه بصورت ناچیز استفاده شده است. در موارد بستری نیز تنها ۳۵,۸٪ از بیماران از بیمه استفاده نموده اند و در بیش از یک چهارم موارد بستری روانپزشکی، خانواده ها دچار هزینه های مصیبت بار (Catastrophic Payment) شامل قرض گرفتن پول و یا فروش دارایی ها شده بودند. هزینه های ناشی از بیماری روانپزشکی ۲۷,۶٪ از درآمد سرانه خانواده را به خود اختصاص می دهد. بالا بودن هزینه ها در حوزه بهداشت روان، همیشه مانعی بزرگ برای دسترسی به مراقبت از افراد دارای مشکلات روانپزشکی بوده است و همچنین از جمله عوامل موثر در افزایش شانس بروز اضطراب در خانواده بیماران می باشد.



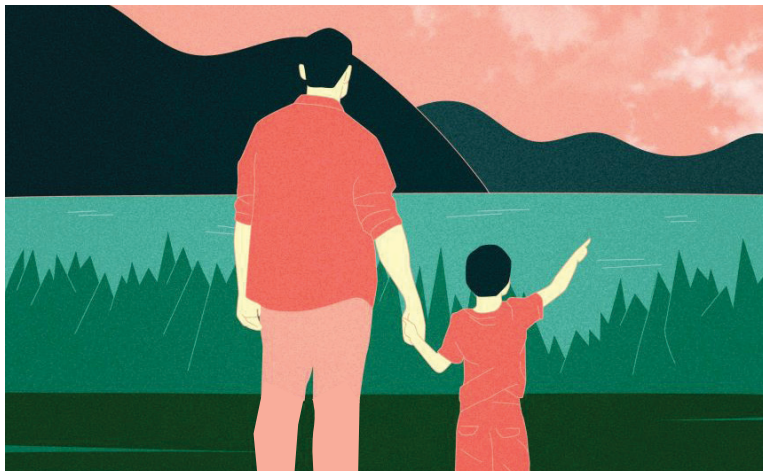
سلامتی دارایی بسیار ارزشمندی برای هر فرد به ویژه برای سرپرست خانواده است. در واقع هر قدر این دارایی وضعیت بهتری داشته باشد امکان فعالیت و کسب درآمد و دستیابی به رفاه اقتصادی بیشتر خواهد بود. و در جهت عکس آن غیبت از کار، خروج از کار، بیکاری، بازنشستگی زودتر از موعد و از کار افتادگی در بیماران روانپزشکی بیشتر دیده شده است به طوری که در پیمایش سلامت روان نیز مشخص گردید تعداد روزهای غیبت از کار در بیماران روانپزشکی شاغل ۴,۲ برابر بیشتر از غیر بیماران شاغل است. از جمله نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران روانپزشکی که تحت هیچگونه پوشش بیمه ای نمی باشد می توان به موارد زیر اشاره نمود: تغذیه، مراقبت سرپایی، مراقبت حمایتی، آموزش مهارت های اجتماعی، آموزش در مورد داروهای مصرفی، نیاز به آموزش گروهی در مورد ماهیت بیماری، آموزش به خانواده بیماران به منظور بالا بردن سطح دانش و آگاهی، پیگیری های درمانی پس از ترخیص می باشد. **در حالیکه تنها خدماتی که تحت پوشش بیمه بوده - بر اساس موارد مندرج در کتاب ارزش نسبی شامل - تنها چند کد، به شرح زیر می باشند.**

۱. **کد ۹۰۰۰۹۱** خانواده درمانی، زوج در مانی، درمان زناشویی و سکس تراپی بیش از ۳۰ دقیقه توسط روانپزشک (ویزیت سرپایی و ویزیت بستری و کد ۹۰۰۰۹۱ هم زمان با این کد قابل گزارش و اخذ نمی باشد)
۲. **کد ۹۰۰۰۹۳** خانواده درمانی، زوج در مانی، درمان زناشویی و سکس تراپی بیش از ۳۰ دقیقه توسط روانپزشک (ویزیت سرپایی و ویزیت بستری و کد ۹۰۰۰۹۱ هم زمان با این کد قابل گزارش و اخذ نمی باشد)
۳. **کد ۹۰۰۰۵۰** روان درمانی انفرادی، با رویکرد های تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی - رفتاری، حمایتی و هیپنوتراپی توسط روانپزشک به ازای هر جلسه حداقل ۳۰ دقیقه ای (ویزیت سرپایی و ویزیت بستری و کد ۹۰۰۵۱ هم زمان با این کد قابل گزارش نمی باشد)
۴. **کد ۹۰۰۰۴۶** مشاوره روانپزشکی برای بیماران بستری (شامل مصاحبه و معاینه تشخیصی، اقدامات حفاظتی و مداخله در بحران و انتقال بیمار به بخش در صورت لزوم)
۵. **کد ۹۰۰۰۴۵** مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی، به ازای هر جلسه (این کد برای هر بیمار تنها یک بار و فقط در اولین مصاحبه گزارش گردد) این خدمت هم زمان با ویزیت روزانه یا ویزیت سرپایی، قابل گزارش و اخذ نمی باشد)

براساس نظر سنجی انجام شده از خانواده بیماران روانپزشکی، ۶۳٪ از خانواده ها به گسترش خدمات بیمه درمانی به منظور رفع نیازهای درمانی و دارویی بیماران به عنوان یک ضرورت اشاره نموده بودند. پوشش ناکافی بیمه های درمانی، دسترسی به خدمات در دراز مدت را با مشکل مواجه نموده و بستری مجدد را افزایش می دهد. تحت پوشش بیمه نبودن مراقبت های پس از ترخیص و پیگیری های درمانی بیماران منجر به عدم همکاری و یا همکاری ضعیف ۶۷٪ از بیماران در دوره پیگیری مجدد شده و بستری مجدد را افزایش داده است.

نقش بیمه ها در میزان دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی منجر به کاهش بار مالی حاصل از بیماری برای خانواده و همچنین کاهش اضطراب ناشی از آن می گردد. قرار نگرفتن بسیاری از خدمات پیگیری و مراقبتی از بیماران روانپزشکی پس از ترخیص از بیمارستان، عدم پرداخت بیمه به بیماران دچار اختلال روانی که همزمان اعتیاد دارند و یا معتادانی که در بخش روانپزشکی بستری می شوند منجر به محروم ساختن دهک های پایین جامعه از این خدمات می شود. همانطور که در بالا نیز اشاره شد شیوع اختلالات در خانواده های دهک های پایین بیشتر از دهک های بالا بود و عدم دسترسی این افراد به خدمات، خود منجر به هزینه های مصیبت بار بیماری و فقیر تر شدن این قشر گردیده و یک سیکل ناتوانی و فقر را ایجاد می نماید.

رابطه مثبت و سازگار بین پوشش بیمه درمانی و دسترسی افراد به خدمات سلامت، حرکت به سوی افزایش پوشش بیمه خدمات سلامت روان را بیشتر و بیشتر منعکس می نماید.



منابع :

Kathleen Rowan, Donna McAlpine, and Lynn Blewett, Access and Cost Barriers to Mental Health Care by Insurance Status, ۱۹۹۹ to ۲۰۱۰, available in PMC ۲۰۱۴ Nov ۱۹.

Institute of Medicine (US) Committee on the Consequences of Uninsurance. Care Without Coverage Too Little, Too Late, National Academies Press (US); ۲۰۰۲. ISBN-۳۰۹-۰-۱۰-۵-۰۸۳۴۳

نوربالا احمد، محمد رزاقی عمران، گزارش پایانی طرح پژوهشی برنامه عملیاتی جهانی سلامت روان (MHGAP) بررسی دیدگاه‌ها، سیاست‌ها، برنامه‌ها و تدوین شاخص‌های سلامت روان در ایران،

نوربالا احمد و همکاران، پیمایش ملی سلامت روان و سرمایه اجتماعی در افراد ۱۵ سال و بالاتر ایران سال ۱۳۹۳

رحیمی موقر آفرین، و همکاران، پیمایش ملی سلامت روان (۹۰-۱۳۸۹)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، نشر مهرسا، ۱۳۹۳

کریمی ایرج و همکاران، مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه یافته و آرایه الگوی مناسب برای ایران، ۱۳۸۸

ربیع سیاهکلی سهیلا، آوازه اسکندری فریدون، خالقدوست محمدی طاهره، مظلوم سعیده پاریاد عزت، مطالعه اضطراب و عوامل محیطی و روانی تاثیرگذار بر آن در خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه. ۱۳۸۹

چراغی فاطمه، شمسایی فرشید، ریاضی هدیه، بررسی نیازهای درمانی و مراقبتی خانواده بیماران روانی پس از ترخیص از مرکز بهداشتی روانی‌شناسی فرشچیان همدان، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دوره هیجدهم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۸