

موانع و چالش‌های ارتقاء بهزیستی افراد دارای اختلال روان با تاکید بر نگرش مددکاری اجتماعی

طلعت الهیاری*، فائقه نعمت ساعتلو**

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۱۷

چکیده

سلامت روان به عنوان یکی از ابعاد جدایی‌ناپذیر و ضروری سلامت شناخته می‌شود و دستیابی به آن بدون شناخت و عبور از چالش‌ها و موانع موجود در این حیطه دور از ذهن است. در حال حاضر درمان افراد با اختلال روان از درمان دارویی صرف، به رویکرد کار تیمی تغییر یافته است و مددکاران اجتماعی به عنوان عضوی از تیم درمان می‌توانند در ارتقای بهزیستی بیماران نقش سازنده ایفا نمایند. پژوهش حاضر می‌کوشد تا دریابد افراد دارای اختلال روان در مسیر دستیابی به درمان با چه موانع و چالش‌هایی روبرو هستند و مددکاران اجتماعی در حال حاضر چه راهبردهایی را در مسیر درمان و ارتقای بهزیستی این افراد به کار می‌برند. در این پژوهش از روش کیفی و تحلیل مضمون برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. برای این منظور ۱۸ مددکار اجتماعی و ۷ روانشناس بالینی از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده‌اند و مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته به عمل آمد. نتایج به دست آمده شامل ۸ مضمون اصلی شامل اختلال در عملکرد، خلأ آگاهی، انگ، سیاست ناگذاری و خلأ قانونی، کالایی شدن درمان، موانع ساختاری، راهبردهای مددکاری اجتماعی می‌باشد که در نهایت به جمع بندی از اقدامات ارائه شده توسط مددکاران اجتماعی پرداخته و سایر اقداماتی که مددکاران اجتماعی می‌توانند در این حوزه ارائه نمایند را ذکر می‌نماییم.

واژه‌های کلیدی: اختلال روان، افراد دارای اختلال روان، مددکاری اجتماعی، ارتقای بهزیستی.

مقدمه

سلامت روان همواره جزئی جدایی‌ناپذیر از سلامت است و برای رسیدن به سلامت کامل توجه به سلامت روان و اختلالات روان ضروری است. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را به عنوان یک وضعیت بهزیستی تعریف می‌کند که در آن فرد توانایی‌های خود را درک کرده، می‌تواند از عهده‌ی حل و فصل تنش‌های عادی زندگی روزمره برآید، قادر است به طور سازنده یا کارآمد کار کند، کمک‌کننده باشد و بتواند در اجتماع خود مشارکت نماید (WHO, 2015: 20).

اختلال روان به عنوان یکی از مهم‌ترین علل از کار افتادگی عملکرد اجتماعی، شخص مبتلا را در ابعاد خانوادگی، شغلی و تحصیلی تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (بولگار، ۲۰۰۳ به نقل از دولت‌فرد و فتحی، ۱۴۰۰: ۲). از این رو است که ارائه آمار و اطلاعات دقیق در این حوزه از اهمیت بسیاری برخوردار است. در ایران نیز چهار پیمایش ملی در حوزه‌ی سنجش اختلالات روان اجرا شده است که آخرین مطالعه در سال ۱۳۹۰ نشان داد ۲۳/۴ درصد از مردم ایران از مشکلات و اختلالات روان رنج می‌برند (برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور، ۱۳۹۰).

اختلالات روان طیف وسیعی از اختلالات از جمله اختلال افسردگی، اضطراب، وسواس و ... تا اختلال دوقطبی و اسکیزوفرن را در بر می‌گیرد و میزان بستری در انواع شدیدتر آن بسیار زیاد است. ظهور اختلال روان تمام ابعاد زندگی فرد و خانواده‌ی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مسائلی چندبعدی در سطوح مختلف زندگی فرد نمایان می‌گردد. عدم اشتغال، فقر، طرد و محرومیت اجتماعی و فقدان حمایت از سوی نهادهای اجتماعی و انگ‌زنی از سوی جامعه تنها بخشی از مشکلاتی هستند که افراد با اختلال روان با آن دست به‌گریبانبند. (آزمن و همکاران، ۲۰۱۷: ۳۲).

در این میان فقدان توجه به این افراد در عرصه سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و عدم تصویب قوانین حمایتی منجر به حاشیه رفتن و عدم توجه به وضعیت بیماران روان شده است. از سویی، نگاه درمان‌داری صرف، جهت بهبود بیماران روان در کنار چالش‌های

دیگر باعث عوداختلال در مراحل مختلف و بستری‌های طولانی‌مدت و مکرر در بیمارستان می‌گردد که هزینه‌های بسیاری بر خانواده و سیستم درمانی کشور وارد می‌نماید.

درمان همه جانبه و توجه به ارتقای بهزیستی بیماران می‌تواند علاوه بر بهبود نسبی و پایداری فرد در فرایند درمان، بار بیماری را از دوش خانواده و جامعه نیز بردارد. واژه بهزیستی به معنای حالتی از احساس سلامتی و شادمانی است (دایره‌المعارف کمبریج). تعاریف مختلفی برای بهزیستی ارائه شده است. برخی چون کیز ابعاد پنج‌گانه (پیوستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی) برای آن برشمرده‌اند و برخی دیگر ابعاد ذهنی و عینی آن را که در برگیرنده حس رضایت از زندگی و کیفیت زندگی است، در نظر گرفته‌اند.

با توجه به تمام تعاریف می‌توان گفت بهزیستی ابعاد گوناگون جسمی، روانی و اجتماعی دارد. از دیدگاه فرد دارای اختلال روان، بهزیستی می‌تواند علاوه بر سلامت جسم و روان، ابعاد اجتماعی از جمله داشتن شغل و درآمد، تفریح، حمایت احساس شده از سوی خانواده و جامعه، پذیرش اجتماعی و ... باشد.

از اواخر نیمه دوم قرن بیستم و به دنبال شروع بیمارستان‌زدایی از درمان اختلالات روان، پیشرفت‌هایی در درمان و بهبود کارکرد افراد با اختلال‌های روان حاصل شده است. در طی این پیشرفت‌ها نگاه به حوزه‌ی درمان اختلال‌های روان از تک تخصصی (فقط روانپزشک) به درمان‌های تیمی تغییر یافته است. نگاه تیمی به درمان، افق وسیع‌تری از مشکلات و نیازهای این افراد را در نظر گرفته و تلاش می‌کند تا فرایند بهبودی را از ابعاد مختلف پیگیری نماید (Sawatsky, 2015: 20). در این میان «مددکاران اجتماعی نقش مهمی در بهبود خدمات بهداشت روان و نتایج سلامت روان بر شهروندان ایفا می‌کنند. آن‌ها دیدگاهی متمایز از نظر اجتماعی و حقوقی را با کار خود به ارمغان می‌آورند. مهارت‌های مبتنی بر روابط و تمرکز آن‌ها بر شخصی‌سازی و بازیابی، می‌تواند افراد را به تغییر مثبت و خودگردان هدایت کند» (Allen, 2014: 30).

تحقیقات بین‌المللی نیز نشان می‌دهند مددکاران اجتماعی با ایجاد و توسعه‌ی شبکه حمایتی برای افراد، منجر به حفظ و به حداکثر رساندن بهبودی می‌گردند. نقش مددکاران

اجتماعی در تسهیل مشارکت افراد با اختلال روان در فعالیتهای اجتماعی، بهبود روابط فرد در سطوح مختلف و ارتقای بهزیستی انکار ناپذیر است (Handerson, 2015: 45). با توجه به تجربه نگارنده در زمینه کار با افراد دارای اختلال روان و مشاهدات انجام شده از این افراد در بیمارستان روزبه، این سوال مطرح می‌گردد که بیماران روان در مسیر درمان با چه چالش‌هایی مواجهند؟ و مددکاران اجتماعی چه اقدامات و راهبردهایی را در این مسیر انجام می‌دهند؟

پیشینه پژوهشی

ماهوراکی^۱ (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان بررسی موانع استفاده از خدمات سلامت روان در کابوتار (بیمارستان منطقه‌ای رواندا)، به بررسی موانع می‌پردازد. هدف این تحقیق بررسی این موانع در استفاده از خدمات سلامت روان در بیمارستان ناحیه کابوتاره در استان جنوبی رواندا است. رویکرد کیفی با طرح مطالعه مقطعی اتخاذ شد. شرکت کنندگان بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی بودند که به دنبال خدمات سلامت روان در بیمارستان بودند. ده مصاحبه به زبان محلی انجام شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از تحلیل موضوعی استفاده شد. نتایج نشان داد که شایع‌ترین موانع ترس از انگ، عدم آگاهی از خدمات سلامت روان، کمبود فرهنگی اجتماعی، کمبود حمایت مالی و عدم دسترسی جغرافیایی است که بیماران را در استفاده از خدمات سلامت روان محدود می‌کند. علاوه بر این، مشخص شد که شبکه‌های شایعه‌پراکنی روستایی و دیده شدن اجتماعی در جوامع، انگ و طرد اجتماعی را برای بیماران مبتلا به شرایط سلامت روان ترکیب می‌کند. برای افزایش همدلی افراد جامعه باید انگ زدن را کاهش داد. سپس، آگاهی از اختلالات روانی باید بهبود یابد.

دی بیلی^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «سلامت روان و مددکاری اجتماعی» به ارتباط مددکاری اجتماعی با افرادی که دچار مشکلات سلامت روان هستند، می‌پردازد. او به صورت تاریخی بررسی می‌کند که چگونه مراقبت و درمان افراد استفاده‌کننده از خدمات که دارای مشکلات روان هستند، توسعه یافته است. این بررسی به وسیله چهار تم اصلی ارائه می‌شود.

پیشرفت در درمان‌های روان‌پزشکی، راه‌هایی که در آن سلامت روان و بهبودی قابل درک است، چشم انداز در حال تغییر سیاست و قانون، و تأثیر افرادی که تجربه اختلال‌های روان را دارند و مراقبان آن‌ها. این مقاله نمونه‌های بین‌المللی را برای روشن ساختن نقش مددکاران اجتماعی در سلامت روان ارائه می‌دهد.

نیولین^۲ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «مداخله‌های مشارکت اجتماعی برای بزرگسالان با مشکلات سلامت روان: مرور و تحلیل روایی» به موضوع افراد دارای اختلال‌های روان می‌پردازند. افراد دارای مشکلات سلامت روان با وجود تلاش‌های بین-المللی برای تسهیل مشارکت در این گروه، به شدت از نظر اجتماعی کنار گذاشته می‌شوند. ارتقاء مشارکت اجتماعی آنها، ساختن روابط آنها بر پایه اعتماد و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی - یکی از نقش‌های مهم مددکاران اجتماعی در حوزه سلامت روان است، اما در این میان کمبود مداخله‌های مبتنی بر شواهد و دانش، برای دستیابی به این هدف توسط مددکاران اجتماعی وجود دارد. این مقاله شکاف دانش را با بررسی نظام‌مند شواهدی از اثربخشی مداخله‌هایی که هدف آن ارتقاء مشارکت اجتماعی بزرگسالان با مشکلات سلامت روان در جوامع وسیع آنها خارج از خدمات رسمی روانشناسی است، پر می‌کند.

در این پژوهش، یک بررسی نظام‌مند و روش‌شناسی تحلیل روایی اصلاح شده مورد استفاده قرار گرفت. شانزده مقاله که ۱۴ مداخله منحصر به فرد را گزارش می‌داد، معیارهای لازم را برای اضافه شدن در لیست مطالعه را داشتند و یافته‌های مربوط به مطالعات به روش

1. Di Bailey

2. Meredith Newlin

تحویل^۱ و راهبرد مداخله طبقه‌بندی شدند. نتایج مثبت در رویکردهای دارایی-محور، توسعه مهارت‌های اجتماعی، ایجاد روابط اعتماد بین مددکاران و کاربران خدمات و پیدا کردن منابع برای افزایش مشارکت جامعه یافت شد. یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد مداخله‌های مبتنی بر شواهد^۲ بیشتر و ارزیابی‌های قوی لازم است، زیرا شواهد موجود محدود به اطلاع‌رسانی مددکاران اجتماعی در مورد سلامت روان است.

پاتریک و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی تحت عنوان تاثیر انگ‌بیماری روان بر جستجو و مشارکت در سلامت روان، عناصر پیچیده انگ را بررسی کرده است، تا تاثیر آن بر مشارکت فرد در مراقبت و درمان را درک کند. او در این مقاله سیاست‌های عمومی در تلاش برای مقابله با انگ و به منظور بهبود تعامل درمان مرور کرده است. اثرات انگ با آگاهی از بیماری روانی و ارتباط فرهنگی تعدیل می‌شود و درک ننگ برای کاهش تاثیر منفی آن بر مراقبت و مشارکت در درمان نقش اساسی دارد. سواد سلامت روان، شایستگی فرهنگی، و کمپین‌های مشارکت خانواده نیز تاثیر نامطلوب انگ بر مراقبت‌جویی را کاهش می‌دهند. او در نهایت نتیجه‌گیری می‌نماید که تغییر سیاست برای غلبه بر انگ ساختاری که برنامه‌های دولت را برای ارتقای مراقبت‌های بهداشت روانی تضعیف می‌کند ضروری است. در پژوهشی دیگر رودگرز^۳ (۲۰۰۹) به «بررسی رویکرد اکولوژیکی در فهم انگ‌زنی در دریافت خدمات سلامت روان» می‌پردازد. مطابق این پژوهش، پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که انگ‌زنی اجتماعی و انگ‌زنی توسط خود فرد، یکی از مهم‌ترین موانع برای جستجوی خدمات درمانی سلامت روان است. علاوه بر این، سطوح پایین مجاورت اجتماعی^۴ به افراد دارای اختلال‌های روان، ممکن است عامل مهم در افزایش انگ‌زنی فردی و اجتماعی باشد. این پژوهش با استفاده از نظریه سیستم‌های اکولوژیکی، فاکتورهای همه‌گیرشناختی (جنسیت، نژاد/قومیت، دانشگاه) و مجاورت اجتماعی (سطح آشنایی با

-
1. delivery mode
 2. evidenc informed
 3. Rodgers
 4. social proximity

افراد مبتلا به اختلال‌های روان و خدمات سلامت روان) که موجب انگ‌زنی درباره سلامت روان در ارتباط با جستجوی خدمات سلامت روان در یک جمعیت دانشگاهی می‌شود را بررسی می‌کند.

نتایج از طریق پاسخ‌های ۴۱۰ دانشجوی کارشناسی به صورت پاسخ‌دهی از طریق وبسایت در دو دانشگاه انجام شد. مجموعه‌ای از تحلیل‌های رگرسیونی چندگانه‌ی سلسله‌مراتبی نشان دادند که زمانی که جنسیت، قوم/نژاد، و کلیت (همه شمول بودن) کنترل شوند، برخورداری از خدمات سلامت روان به صورت شخصی منجر به سطوح پایین‌تری از خودانگ‌زنی سلامت روان می‌شود. مطابق با داده‌های پیشین، کیفیت قابل‌پیش‌بینی مهم انگ اجتماعی ناظر بر انگ‌زنی نیز به اثبات رسید. با این حال، هیچ‌کدام از این الگوها برای بکارگیری عامل‌های مجاورت اجتماعی برای پیش‌بینی انگ اجتماعی پراهمیت نبود.

فرحزادی و همکاران (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان «تأثیر مداخله گروهی مددکاری اجتماعی بر پیروی درمانی بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی» گزارش یک کارگروهی عنوان کردند که پیروی دارویی نقش ضروری در به دست آوردن پیامدهای مطلوب در درمان اختلالات بازگشت‌کننده روانپزشکی از قبیل اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی دارد و از بستری مجدد افراد دارای این بیماری‌ها جلوگیری می‌کند. پیروی دارویی نکردن در بیش از پنجاه درصد افراد با اختلالات مزمن روانپزشکی شایع است. اگر بیمار مصرف داروی ضد روانپریشی را متوقف کند، خطر بازگشت بیماری سه تا پنج برابر افزایش خواهد یافت. هدف این مقاله گزارش یک کارگروهی مددکاری اجتماعی بر اساس مدل لیبرمن و مطابق با رویکرد آموزشی مشاوره‌ای جهت افزایش پیروی دارویی در یکی از بیمارستان‌های روانپزشکی شهر تهران بوده است. با استفاده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون طراحی شده برای برنامه بازگشت به اجتماع که به ترتیب در جلسات فردی و بعد از اتمام آخرین جلسه اجرا شد، مداخله گروهی ارزشیابی شد. با توجه به نتایج به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌توان گفت که مداخله گروهی انجام شده بر یادگیری اهمیت مصرف دارو در بیماران موثر واقع شده است.

ذبیحی و همکاران (۱۳۹۳) در یک مطالعه آزمایشی با گروه آزمون و شاهد اثربخشی مدیریت مورد یکپارچه در مراقبت از خانواده‌های دارای عضو مبتلابه اختلالات روانپزشکی را بررسی کردند. در این مطالعه ۷۰ نفر از بیماران روان مزمن بستری در مرکز روانپزشکی رازی و مراقبین آنان شرکت کردند. در این پژوهش گروه آزمون مورد مداخله ۶ ماهه مدیریت مورد به شیوه یکپارچه قرار گرفت و گروه شاهد فقط مداخله‌های معمول که در مرکز روانپزشکی رازی ارائه می‌شد را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های خی‌دو، یومان ویتنی و تحلیل واریانس مکرر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج بدست آمده نشان دادند که در مراحل دو ماه پس از شروع مداخله و پایان مداخله، میانگین نمرات بار کلی مراقبت در مراقبان خانگی بیماران دارای اختلالات روانی مزمن در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری کاهش یافت. این تحقیق نشان می‌دهد که انجام مداخلات مددکاری اجتماعی با رویکرد مدیریت مورد می‌تواند در بهبود بار مراقبان موثر باشد.

عزیزی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر الگوی سیستمی مداخلات مددکاری اجتماعی بر کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرن» در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی به بررسی تأثیر الگوی سیستمی مداخلات مددکاری اجتماعی بر کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیا در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی پرداختند. بدین منظور بخش‌های فعال مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. نمونه‌های دارای معیار ورود به پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۳۵ نفر) و گروه کنترل (۳۵ نفر) تقسیم شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه بود. دو پرسشنامه محقق‌ساخته مربوط به اطلاعات اجتماعی - جمعیت شناختی بیمار و مراقب بیمار بوده و پرسشنامه دیگر مربوط به سنجش کارکرد خانواده بود.

در ابتدا هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های اطلاعات اجتماعی - جمعیت شناختی بیمار، مراقب بیمار و پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده را تکمیل نموده و سپس

برای گروه آزمایش مداخلات مددکاری شامل: آموزش روانی-اجتماعی به خانواده و حمایتگری و پیگیری پس از ترخیص که در ۴ جلسه انجام گردید در حالی که برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای ارائه نشد. پس از پایان مداخلات هر دو گروه آزمون و کنترل پرسشنامه‌های اطلاعات اجتماعی- جمعیت شناختی بیمار، مراقب بیمار و پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده (FAD) را مجدداً تکمیل نمودند.

نتایج آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل پس از انجام مداخلات مددکاری اجتماعی در کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیا، بهبود عملکرد خانواده بیماران اسکیزوفرنیا و طول مدت بازگشت بیماران تفاوت معناداری وجود دارد، در گروه آزمایش در مرحله قبل و بعد از مداخلات در کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیا و بهبود عملکرد خانواده بیماران اسکیزوفرنیا نیز تفاوت به صورت معناداری وجود داشت. در گروه آزمایش پس از اجرای مداخلات تنها ۶ بیمار عود علائم منجر به بستری داشتند در صورتی که در گروه کنترل همه بیماران در طول چهار ماه ۱ تا ۲ بار در مراکز درمانی بستری شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد که بکارگیری الگوی سیستمی مداخلات مددکاری اجتماعی بر کاهش دفعات بستری بیماران اسکیزوفرنیا، طول مدت بازگشت بیماران و بهبود کارکرد خانواده تأثیر گذار بوده و رابطه معناداری دارد.

پژوهش‌های خارجی در سال‌های اخیر حول بحث مشارکت و نقش استفاده‌کنندگان از خدمات در برنامه‌های سلامت روان بوده‌اند. درمان‌های اجتماع‌محور که بر توسعه روابط درمانی بر اساس مشارکت و محوریت قرار دادن فرد می‌باشد، گسترش چشمگیری داشته‌اند. از نکات قوت پژوهش‌های انجام شده پرداختن به بحث بیمارستان‌زدایی و ارائه خدمات گسترده در خارج از بیمارستان و مراقبت در منزل و کمک به فرد برای ورود به اجتماع است.

همچنین، انگ‌زنی به عنوان یکی از موانع مهم در عدم دسترسی افراد با اختلال روان به خدمات مورد نیاز در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی پژوهش‌های انجام شده داخلی در حوزه مددکاری اجتماعی و سلامت روان نیز نشان‌دهنده

این نکته است که پژوهش‌های انجام‌شده با استفاده از یک روش یا رویکرد در مددکاری اجتماعی سعی در نشان‌دادن تأثیر یا عدم تأثیر مددکاری اجتماعی در بهبود شرایط افراد با اختلال روان می‌باشند.

یکی از نکات ضعف در بین مطالعات انجام‌شده عدم پرداختن به موانع موجود در راه درمان افراد دارای اختلال روان است. به عبارتی بررسی چالش‌های موجود در مسیر دستیابی به درمان و ارتقای بهزیستی و از سویی اقداماتی که مددکاران اجتماعی می‌توانند در این زمینه انجام دهند از نکاتی است که به صورت مستقیم به آن پرداخته نشده است. در پژوهش حاضر می‌کوشیم تا تمامی چالش‌ها و موانع موجود از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان را در سطوح مختلف خرد و کلان دریابیم و اقداماتی که مددکاران اجتماعی در حال حاضر برای رفع موانع انجام می‌دهند را جمع‌بندی نماییم.

چهارچوب مفهومی

با ظهور بیمارستان‌زدایی^۱، از دهه ۱۹۹۰ شاهد افزایش توجه به توانمندسازی در سلامت روان هستیم که بر ارزش‌های توانمندسازی، ادغام در جامعه و عدالت اجتماعی تأکید می‌کند. پارادایم توانمندسازی همچنین سلامت روان را به عنوان ساختاری در نظر می‌گیرد که باید فراتر از سیستم بهداشت روان مورد توجه قرار گیرد. در این رویکرد اعتقاد بر این است که اصلاح سیستم فعلی مزایای محدودی خواهد داشت و تغییرات اقتصادی، سیاسی و اجتماع نیز برای تقویت توانمندسازی و سلامت روانی لازم است.

سه عنصر مشترک در تعریف‌های مختلف توانمندسازی وجود دارد (Nelson, 2001):

(45).

اول، توانمندسازی شامل یک بُعد شخصی از قدرت درک شده و واقعی است. بسیاری معتقدند که افراد آسیب‌پذیر اغلب در روابط خود با متخصصان "قدرت برتری" و

سلطه را تجربه می‌کنند، در حالی که برخی دیگر معتقدند که ظلم در فرآیندهای اقتصادی و سیاسی نیز وجود دارد. صرف نظر از منبع، واقعیت این است که بسیاری از شهروندانی که مشکلات بهداشت روان را تجربه می‌کنند شرطی شده‌اند که تابع باشند و اغلب اعتقاد دارند که آنها حتی در جوامع حمایت‌کننده نیز ناتوان هستند. بنابراین، توانمندسازی شخصی، هم ناتوانی واقعی و هم ناتوانی ادراک شده را در بر می‌گیرد. «انتخاب و کنترل» یکی از عناصر مهم در فرآیند توانمندسازی است. دوم، توانمندسازی به عنوان روشی دربرگیرنده "خویش‌تن در اجتماع"^۲ تصور شده است.

تحقیقات در مورد فرآیند توانمندسازی نشان داده است که با پشتیبانی، افراد می‌توانند از وضعیت ناتوانی به سمت داشتن قدرت بیشتر حرکت کنند. این روند اغلب شامل تلاش برای هویت، یادگیری نقش‌های ارزشمند اجتماعی و تقویت مشارکت در زندگی اجتماعی است. روند "خویش‌تن در اجتماع" شامل تغییراتی در روابط قدرت است و از طریق دانش و آگاهی، توسعه مهارت، ایجاد روابط و زمینه‌های اجتماعی حمایت‌کننده تقویت می‌شود. بنابراین آمیختن در جامعه بخش مهمی از توانمندسازی است.

سوم، توانمندسازی همچنین دسترسی به منابع ارزشمند را نیز شامل می‌شود. بسیاری از گروه‌های مظلوم، مانند مصرف‌کنندگان خدمات روانپزشکی، در فقر و شرایط مسکن نامناسب زندگی می‌کنند، نرخ بیکاری بالا و دسترسی ناکافی به آموزش دارند. در واقع، تصور کردن فرآیندی از توانمندسازی که در صورت عدم بهبود شرایط مادی زندگی مصرف‌کنندگان اتفاق می‌افتد، دشوار است. در حالی که مفاهیم توانمندسازی و سلامت روان مشابه و مرتبط‌اند، اما تفکیک بین آنها مهم است. توانمندسازی به عنوان فرصت‌ها و شرایطی تعریف می‌شود که باعث افزایش انتخاب و کنترل، آمیختگی در جامعه و منابع ارزشمند می‌شود. سلامت روان را می‌توان به عنوان پیشرفت و کسب حق انتخاب و کنترل، آمیختگی اجتماعی و منابع ارزشمند تعریف کرد.

-
1. Having choice and control
 2. Self in community

در حالی که شرایط توانمندسازی زمینه را برای ارتقا سلامت روان فراهم می‌کند، اما یک شرط توانمندساز نمی‌تواند به تنهایی سلامت روان را در یک حالت خطی ایجاد کند. در مقابل، به نظر می‌رسد بین افراد و محیط‌های اجتماعی آنها فرایندهای مبادله‌ای وجود دارد، به همین ترتیب، عوامل توانمندساز در سطوح مختلف محیطی در تعامل با هم عمل می‌کنند تا بر سلامت روان تأثیر بگذارند. تجزیه و تحلیل محیطی توانمندسازی و سلامت روان، سطوح مختلف آنالیز از سیستم‌های خرد تا کلان را شامل می‌شود. حمایت اجتماعی همسالان، دوستان، خانواده و مددکاران اجتماعی در سطح خرد برای سلامت روان مصرف‌کنندگان خدمات روانپزشکی بسیار مهم است.

در سطح مزو، سازمان‌های بهداشت روان و سازمان‌های خودیاری که چشم‌انداز مشترکی را توسعه می‌دهند، فرصت‌هایی را برای مشارکت اعضا فراهم می‌کنند تا زمینه‌ای را برای سلامت روان فراهم کنند. در سطح کلان هم فرایند سیاست‌گذاری در مورد سلامت روان (مشارکت معنادار مصرف‌کننده) و همچنین محتوای این سیاست‌ها (بودجه سازمان‌های خودیاری مصرف‌کننده، مسکن و اشتغال) برای توانمندسازی و سلامت روانی مهم است.

برای پرداختن به بحث توانمندسازی افراد با اختلال روان در سطوح مختلف اجتماع نظریه سیستم‌های اکولوژیکی مناسب‌تر به نظر می‌رسد. نظریه سیستم‌های اکولوژیکی (نظریه‌های سیستم‌های محیطی) نشان می‌دهد که افراد در سطوح مختلف زمینه‌های محیطی در حال گسترش قرار دارند که هر زمینه به نوبه خود در زمینه‌های بزرگ‌تر جاسازی شده‌اند (Bronfenbrenner, 1989: 10).

به صورت کلی سیستم‌های اکولوژیکی سطوح متنوعی از تأثیرات محیطی را ارائه می‌دهد که از احساسات فرد، رفتار و به طور کلی از کارکردش تأثیر گرفته و تأثیر می‌گذارد (Okun, 2005: 20). افراد دارای اختلال‌های روان نیز همچون سایر افراد در درون سیستم‌های گوناگون قرار دارند و از هر یک از سطوح مختلف سیستم‌های اکولوژیکی تأثیر می‌پذیرند و بر آن تأثیر می‌گذارند. در نظریه سیستم‌های اکولوژیکی

محیط جامع از چهار سطح اولیه تشکیل شده است: میکروسیستم، مزوسیستم، اگروسیستم و ماکروسیستم. افراد با اختلال‌های روان در هر یک از سطوح یاد شده دچار مشکلات و مسائلی هستند. به طور مثال فرد در سطح میکروسیستم مشکلاتی در خانواده، مدرسه و محیط کار تجربه خواهد کرد، یا در سطح مزوسیستم شامل ارتباطات و فرایندهای بین دو یا چند زمینه که در برگیرنده‌ی فرد در حال توسعه هستند نیز دچار مشکلات و دشواری‌هایی خواهد بود.

علاوه بر این استیگمای ناشی از اختلال‌های روان در تمامی سطوح سیستم بر فرد و کارکرد او تاثیر خواهد داشت. این نظریه با در نظر گرفتن افراد مبتلا به اختلال‌های روان در سطوح مختلف سیستم دیدگاهی جامع برای بررسی مشکلات آن‌ها در خانواده و جامعه ارائه می‌دهد. تأکید بر توانمندی افراد در سطوح مختلف سیستم می‌تواند شروعی برای تغییر مثبت در فرد و سیستم برای ارتقای بهزیستی و توانمندی افراد با اختلال‌های روان باشد. این توانمندسازی از سطح خرد یعنی توانمندی‌های فردی و حتی کوچک، تا سطح کلان یعنی شنیده شدن صدای افرادی که تا کنون صدای آنان را جامعه و سیاستگذاران شنیده‌اند و در برنامه‌های کلان توسعه‌ای و اجتماعی نادیده انگاشته شده‌اند را در بر می‌گیرد.

شاید بتوان گفت اصلی‌ترین مفهوم توانمندسازی اجتماعی شنیده شدن صدای گروه‌های حاشیه‌ای در کریدورهای قدرت است. افراد مبتلا به اختلال‌های روان و انگ ناشی از آن همواره موجب طرد این افراد از صحنه‌ی اجتماع و به تبع آن کنار گذاشته شدن از برنامه‌ریزی‌های اجتماعی شده است. نادیده گرفتن نیازها و موضوعات مربوط به افراد مبتلا به اختلال‌های روان منجر به ایجاد موانع فردی و اجتماعی بسیار جدی در زندگی این افراد شده است. دیدگاه توانمندسازی در پی آن است به مراجعان کمک کند تا با کاهش تأثیرات موانع فردی و اجتماعی در به کار بردن قدرت موجودی که دارند و همچنین افزایش ظرفیت و توانایی و اعتماد به نفس آنان جهت استفاده از قدرت و انتقال قدرت از گروه‌ها و افراد، توانایی تصمیم‌گیری و اقدام در امور زندگی خودشان را به دست بیاورند (پین، ۱۳۹۶: ۱۳۰).

به نظر می‌رسد می‌توان نظریه توانمندسازی و سیستم‌های اکولوژیک را در ارتباطی تنگاتنگ با هم در نظر گرفت. به همین جهت در پژوهش حاضر تلاش می‌شود تا این دو نظریه در کنار یکدیگر موجب حساسیت نظری بیشتر در پژوهش گردد.

سؤالات پژوهش

از دیدگاه مددکاران اجتماعی، افراد دارای اختلال روان در مسیر درمان و ارتقای بهزیستی-شان با چه چالش‌هایی مواجهند؟
راهبردهای مددکاران اجتماعی جهت ارتقای بهزیستی افراد دارای اختلال روان کدامند؟

روش شناسی

روش تحقیق در پژوهش حاضر روش کیفی است. روش‌های کیفی برای پرده برداشتن از پدیده‌هایی که کمتر شناخته شده‌اند و دیدن این که در پشت آن‌ها چه نهفته است، به کار گرفته می‌شوند. روش‌های کیفی می‌تواند جزئیات ظریفی از پدیده‌هایی که ارائه‌ی آن‌ها به روش‌های کمی مشکل است به دست دهد (استراس و کوربین^۱، ۱۳۸۷: ۳۸). در این پژوهش از مصاحبه جهت دست یافتن به الگویی برای ارتقای بهزیستی افراد با اختلال روان بهره خواهیم برد. مصاحبه ابزاری رایج برای گردآوری داده‌ها از طریق تعامل مستقیم کلامی میان مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده است. مصاحبه از لحاظ سازمان‌یافتگی به سه دسته‌ی ساختاریافته، نیمه‌ساختاریافته و بدون ساختار تقسیم می‌شود.

در این پژوهش از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بهره خواهیم برد. در مصاحبه نیمه-ساختاریافته، سؤالات از قبل مشخص می‌شود و از تمام پاسخگویان، پرسش‌های تقریباً

مشابهی پرسیده می‌شود؛ اما آن‌ها آزادند که پاسخ خود را به هر طریقی که می‌خواهند ارائه کنند. مصاحبه‌ها به صورت عمیق اجرا خواهند شد.

نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری قضاوتی یا هدفمند انجام شد. استراس و کوربین فرایند نمونه‌گیری را تا مرحله‌ی اشباع نظری، و برخی دیگر این فرایند را تا زمانی که داده‌های جدیدی در ارتباط با مقوله‌ی مورد نظر پیدا نشود پیشنهاد می‌دهند. در این پژوهش با مراجعه به متخصصان و فعالان این حوزه (۱۸ نفر مددکار اجتماعی و ۷ نفر روانشناس بالینی) مصاحبه‌هایی عمیق و نیمه‌ساختاریافته انجام شد. زمان انجام هر مصاحبه ۴۵ دقیقه تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. سؤالات مطرح‌شده در بخش سؤالات پژوهش به مصاحبه‌شوندگان ارائه شد و در طی مصاحبه در صورت نیاز سؤالات تکمیلی جهت ارائه توضیحات بیشتر و دریافت مضامین اصلی، توسط مصاحبه‌کننده از مددکاران اجتماعی و روانشناسان پرسیده شد.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون^۱ استفاده می‌شود. تم یا مضمون^۲ مبین اطلاعات مهمی درباره‌ی داده‌ها و سؤالات تحقیق است و تا حدی، معنی و مفهوم الگوی موجود در مجموعه‌ای از داده‌ها را نشان می‌دهد. براساس روش پیشنهادی براون و کلارک (۲۰۰۶)، فرایند انجام تحلیل مضمون شامل این مراحل است: آشنایی با داده‌ها، ایجاد کدهای اولیه، جست‌وجوی مضمون‌ها، بازبینی مضمون‌ها، تعریف و نام‌گذاری مضمون‌ها و تهیه گزارش. لازم به ذکر است توافقی که درباره‌ی اعتبار پژوهش‌های کمی وجود دارد پیرامون پژوهش‌های کیفی وجود ندارد. این مسئله دائماً مطرح شده و سؤال‌هایی درباره‌ی مشروعیت تحقیق کیفی پیش کشیده است. در پژوهش کیفی، به تعبیر بلیکی، «پژوهشگر معمولاً خود ابزار سنجش است و هیچ دو ابزار مشابهی یافت نمی‌شود» (بلیکی، ۱۳۸۴: ۱۰۰).

1. Thematic analysis
2. theme

پژوهشگران کیفی درباره اصالت یافته‌هایشان توافق نظر ندارند. گرچه در پژوهش‌های کیفی، معیارها یا استانداردهایی برای صحت و اصالت آن‌ها از جانب برخی صاحب‌نظران مطرح شده است. لینکلن^۱ و گوبا^۲ (۱۹۸۵) اعتبار پژوهش را به اعتمادپذیری و درجه‌ی وثوق آن منوط می‌دانند و این‌که پژوهش تا چه اندازه شفاف، صریح و قابل حسابرسی، و توصیف و یافته‌های پژوهش تا چه اندازه واقعی‌اند. آن‌ها معیارهایی برای ارزیابی کیفیت پژوهش‌های کیفی مطرح می‌کنند که عبارت‌اند از: باورپذیری^۳، اطمینان‌پذیری^۴، انتقال-پذیری^۵ و تصدیق‌پذیری^۶. آن‌ها برای افزایش باورپذیری پنج استراتژی را معرفی می‌کنند:

- «حضور طولانی مدت» در میدان و «مشاهده‌ی مداوم» آن، چندبُعدی کردن روش، تحقیقات و داده‌های مختلف باورپذیری نتایج را افزایش می‌دهند؛
- «گفت‌وگو با همالان»: نشست‌های منظم با سایر افرادی که درگیر تحقیق مذکور نیستند، تا به این وسیله نقاط کور فرد مشخص و درباره‌ی فرضیات و نتایج تحقیق با آن‌ها بحث شود؛

- تحلیل موارد منفی در قالب استقراء تحلیلی؛
- مناسب بودن مبنای داوری تفسیرها و ارزیابی آن‌ها؛
- «کنترل توسط اعضا» یا به عبارت دیگر، ارزیابی اعتبار به روش ارتباطی داده‌ها و تفسیر توسط اعضای میدان مورد مطالعه (فلیک، ۱۳۹۲).

در این پژوهش محقق سابقه حضور یک ساله در بیمارستان اعصاب و روان روزبه، مشاهده و کار با بیماران را دارد. از سویی گفتگو با مددکاران اجتماعی فعال در این حوزه و بررسی موضوع از ابعاد مختلف نیز صورت گرفته است (در اینجا منظور گفتگو خارج از زمان و مکان مصاحبه و با هدف استفاده از دیدگاه‌های مختلف است). از سویی در مراحل مختلف تحلیل از رهنمودهای اساتید و مددکاران اجتماعی مجرب بهره برده شده است.

-
1. Lincoln
 2. Guba
 3. credibility
 4. dependability
 5. transferability
 6. confirmability

اطمینان‌پذیری که معادل پایایی در پژوهش‌های کمی به حساب می‌آید، از طریق فرایند حسابرسی قابل دست‌یابی است. حسابرسی از طریق این شیوه‌ها انجام می‌شود:

- داده‌های خام، جمع‌آوری و ضبط آن‌ها؛
- تقلیل داده‌ها از طریق خلاصه کردن و یادداشت‌های کوتاه؛
- بازسازی داده‌ها و نتایج سنتز براساس ساختار تدوین شده و مقوله‌های به کار گرفته شده؛

- یادداشت روش‌شناختی و تصمیمات مربوط به ایجاد اعتمادپذیری و باورپذیری یافته‌ها؛

- مطالب مربوط به مقاصد، اهداف و تمایلات مانند مفاهیم تحقیق، یادداشت‌های شخصی و انتظارات شرکت‌کنندگان در تحقیق (لینکلن و گوبا، ۱۹۸۵، به نقل از نصرآباد، ۱۳۹۶: ۹۸).

در این پژوهش تلاش شده است تا تمامی موارد مربوط به اطمینان‌پذیری که در بالا اشاره شده است، رعایت گردد. قبل از شروع مصاحبه، عنوان رساله و هدف از مصاحبه به همه مصاحبه‌شوندگان شرح داده شد. تمامی مددکاران اجتماعی و روانشناسان مشارکت‌کننده در پژوهش، قبل از انجام مصاحبه رضایت خود مبنی بر مشارکت و ضبط مصاحبه را به صورت شفاهی اعلام نمودند. همچنین در مورد ارائه نام و نام خانوادگی آنان در هنگام ارائه اطلاعات کسب اجازه شد که برخی از آنان موافقت نمودند و به همین سبب و برای یک دست بودن، نظرات مصاحبه‌شوندگان در بخش یافته‌ها به صورت بی‌نام ارائه شد.

سوالات مصاحبه که به مشارکت‌کنندگان در پژوهش ارائه گردید به صورت ذیل می‌باشد:

- افراد دارای اختلال روان با چه مشکلات و مسائلی در حوزه‌های مختلف (فردی، اقتصادی، خانوادگی، اجتماعی و ...) دست به‌گریبانند؟
- خانواده فرد دارای اختلال روان با چه چالش‌هایی مواجهند؟

- دسترسی افراد دارای اختلال روان به سیستم درمان (در مراحل اولیه ظهور بیماری و یا فرایند درمان) چگونه است؟
- نقش نهادهای مدنی و نهادهای رسمی در رابطه با ارائه خدمات به این افراد چگونه است؟
- مددکاران اجتماعی چه خدمات حرفه‌ای به افراد دارای اختلال روان ارائه می‌دهند؟
- چه امکانات و زمینه‌هایی جهت انجام مداخلات مؤثر مورد نیاز است؟

یافته‌ها

تعداد ۲۵ نفر مصاحبه شونده (مددکار اجتماعی و روانشناس) در این پژوهش مشارکت داشتند که ۲۰ نفر خانم و ۵ نفر آقا و در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بوده‌اند. از نظر تحصیلات تمامی مصاحبه‌شوندگان دارای مدرک کارشناسی (۵ نفر)، کارشناسی ارشد (۱۷ نفر) و دکتری (۳ نفر) در رشته مددکاری اجتماعی و روانشناسی بالینی بودند. در این بخش توضیحی مختصر درباره مضمون ارائه شده و سپس به چند نمونه از اظهارات مشارکت‌کنندگان اشاره می‌گردد.

جدول ۱- مضامین اصلی و فرعی برآمده از تحلیل داده‌های بدست آمده از مصاحبه‌ها

مضمون اصلی	مضمون فرعی	مفاهیم
تغییر در عملکرد	تغییر در عملکرد فرد به واسطه اختلال روان	ارتباط فرد با خانواده و دیگران تغییر می‌کند. کاهش عملکرد تحصیلی یا شغلی تغییر در نقش‌ها
	تغییر در عملکرد خانواده به واسطه اختلال روان	تغییر در روابط اعضای خانواده. ایجاد زیر سیستم فشار کاهش دهنده عملکرد مراقبان مشکلات اقتصادی و شغلی

اعتقاد به جن زدگی طلسم درمانی	باورهای فرهنگی	خلا آگاهی
ناآگاهی مبتلایان از اختلال روان ناشناختگی بیماری روان برای خانواده ناآگاهی اجتماعی از بیماری روان تداوم عدم آگاه سازی اجتماعی	فقدان پیشگیری اولیه	
انگ زنی ویرانگر زندگی فردی انگ زنی رسانه‌ای اختلالات روان	انگ زنی به فرد دارای اختلال روان	انگ
درونی سازی ناتوان‌کنندگی انگ خود سرزنش‌گری بی ارزش دانستن خود	خود انگ زنی	
شرم خانواده از دیگران انزوا و طرد شدگی خانواده	انگ زنی به خانواده	
عدم توجه به افراد دارای اختلال روان در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی دیده نشدن افراد دارای اختلال روان در برنامه‌های توسعه	فقدان سیاست‌گذاری اجتماعی	سیاست ناگذاری اجتماعی و خلا قانونی
مشکلات قانونی بیماران نبود قوانین حمایتی از بیماران روان مشکلات مربوط به مدارک هویتی، سربازی و ...	فقدان قوانین حمایتی	
عدم توان مالی در تامین هزینه‌ها پوشش ناقص بیمه‌ها	هزینه بالای درمان و عدم پوشش بیمه‌ای	کالایی شدن درمان
قانون خصوصی سازی مراکز درمانی نگاه اقتصادی و سود و زیان به مبحث درمان در بیمارستان‌ها تضاد سوددهی بیمار روان با درمان در بیمارستان دولتی	خصوصی سازی	
نبود ساز و کار مشخص برای اختلال روان در وزارت بهداشت	ساختار سازمانی رسمی	موانع ساختاری

فقدان متولی سلامت روان فقدان آمار و ارزیابی		
عدم تمایل خیرین به فعالیت در زمینه اختلالات روان انگ مانعی در راه ایجاد یا توسعه سازمان های مردم نهاد	ساختار سازمانی غیررسمی (مردم- نهاد)	
کمبود بیمارستان های دولتی کمبود تخت بیمارستانی کمبود فضا و امکانات برای مددکاران اجتماعی	ساختار فیزیکی	
مدیریت مورد، توانمندسازی، پروتکل وزرات بهداشت، کار گروهی.	—	راهبردهای مددکاران اجتماعی

لازم به ذکر است پاسخ مشارکت کنندگان در مصاحبه، به سوال اول پژوهش (از دیدگاه مددکاران اجتماعی، افراد دارای اختلال روان در مسیر درمان و ارتقای بهزیستی شان با چه چالش هایی مواجهند؟) منتج به مضامین اختلال در عملکرد، خلا آگاهی، انگ، سیاست ناگذاری اجتماعی و خلا قانونی، کالایی شدن درمان و موانع ساختاری گردید. همچنین مضمون راهبردهای مددکاران اجتماعی از تحلیل اطلاعات به دست آمده در رابطه با سوال دوم (راهبردهای مددکاران اجتماعی جهت ارتقای بهزیستی افراد دارای اختلال روان کدامند؟) حاصل شده است. در ادامه به بررسی مضامین مذکور می پردازیم.

اختلال در عملکرد فرد و خانواده
منظور از اختلال در عملکرد، تحول در نقش ها، ارتباطات و عملکرد فرد و خانواده است. ظهور بیماری در فرد که در داخل سیستم خانواده قرار دارد علاوه بر تاثیر بر نقش، روابط و عملکرد فرد که آنها را دگرگون و یا کاهش می دهد؛ بر سیستم خانواده نیز تاثیرات بسیار دارد. در ادامه به صورت جداگانه به تغییرات ایجاد شده در فرد و خانواده می پردازیم.

- از دست رفتن دستاوردهای فردی

یکی از بارزترین ویژگی‌ها پس از ظهور اختلال روان، تغییر در رفتار و به دنبال آن تغییر در تمام جنبه‌های زندگی فرد، از روابط و نقش‌ها تا عملکرد، می‌باشد. گرچه ممکن است این افراد قبل از ظهور علائم اصلی بیماری، علائم یا ویژگی‌های خاصی را در رفتار و عمل خود بروز داده باشند اما پس از ظاهر شدن علائم اختلال تغییرات بسیاری در تعاملات و عملکرد فرد ایجاد می‌گردد.

یکی از مددکاران اجتماعی مصاحبه شونده در این زمینه می‌گوید:

" ما هر روز با این افراد و خانواده‌هاشون سر و کار داریم... همه‌ی اونها در همون مراحل اول بیماری تو زمینه‌های کاری یا اگر دانشجو و محصل باشند در درسشون به مشکل می‌خورند... یا خودشون کار و درس روزها میکنند و یا اغلب اخراج می‌شوند".
مددکار اجتماعی دیگری می‌گوید:

"از مهم‌ترین مشخصه‌های اختلالات روان‌پزشکی کاهش بیش^۱ است. این کاهش بیش باعث نقص شناختی می‌گردد و نقص شناختی باعث بروز علائم منفی مثل افت عملکرد اجتماعی می‌شود. بنابراین انتظار داریم که این فرد در دوره حاد بیماری‌اش اگر محصل بوده عملکرد^۲ تحصیلی خود را از دست بدهد یا اگر شاغل است عملکرد شغلی‌اش را از دست بدهد".

• تغییر در عملکرد خانواده به واسطه اختلال روان

اعضای خانواده مهم‌ترین و اصلی‌ترین مراقبان فرد دارای اختلال به حساب می‌آیند. مراقبت از فرد مجموعه‌ای از فشارهای جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی را بر خانواده وارد می‌نماید که در اصطلاح به آن بار خانواده^۳ می‌گویند. بار خانواده در مراقبت از عضو دارای اختلال، می‌تواند به دو بخش عینی و ذهنی تقسیم شود. بارهای عینی به عنوان اختلال در فعالیت‌های روزانه‌ی مراقبین بیمار تعریف می‌شوند، مانند انزوای اجتماعی، مشکلات مالی و شغلی.

1. Insight
2. Function
3. Family Burden

از سوی دیگر، بار ذهنی شامل فشار عاطفی بر مراقبین مانند ترس، غم و اندوه، خشم، گناه، حس از دست دادن و طرد شدن است. به طور کلی هم بار عینی و هم ذهنی می‌تواند منجر به بار روانی، جسمی و مالی بر مراقبین فرد دارای اختلال شود. هنگامی که اختلال روان یکی از اعضای خانواده ظاهر می‌گردد، سیستم خانواده تعادل خود را از دست می‌دهد و نقش‌ها، وظایف و عملکرد اعضا را بر هم می‌زند. یکی از مددکاران اجتماعی با اشاره به بارهای عینی و ذهنی ایجاد شده برای خانواده، می‌گوید:

"وجود اختلال روان در یک عضو و به دنبال آن جستجوی درمان و درگیری هر روزه در این فرایند باعث میشه مراقبین و اعضای خانواده درگیر خیلی مشکلات شغلی و مالی شوند. هزینه درمان از یه طرف، استرس شدیدی که تحمل می‌کنند یا احساس گناه و ناراحتی از بابت بیماری عضو خانواده می‌تونه خیلی مشکلات دیگه برایشون ایجاد کنه."

یکی از مددکاران اجتماعی مصاحبه‌شونده در بیمارستان رازی با اشاره به مشکلات مراقبین اصلی فرد دارای اختلال می‌گوید:

"یکی از پیامدهای اختلال افت عملکرد است افت عملکرد فرد و خانواده. اگر بخواهیم مراقبین اصلی را در نظر بگیریم میبینیم که آنها می‌توانند بیمار ثانویه باشند یعنی به خاطر پیامدهای بیماری، تحمل استرس بالا، گوش به زنگ بودن مشکلاتی از جمله دردهای سایکوسوماتیک را تجربه می‌کنند."

ترابی و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان رابطه بار خانواده و کارکرد خانواده‌های دارای بیماران مبتلا به اختلال روان مزمن، بار خانواده در ۱۵۰ خانواده دارای اختلال اسکیزوفرن را بررسی کردند.

نتایج پژوهش نشان داد که اولاً مراقبان فرد دارای اختلال روان، بار را در سطح هیجانی و عملی تجربه می‌کردند. دوماً همبستگی مثبتی بین میزان رفتارهای ناشی از بیماری فرد دارای اختلال روان و بار خانواده وجود دارد. و سوم والدینی که وظایف بیشتری را

نسبت به فرد دارای اختلال روان انجام می‌دهند، مشارکت اقتصادی بیشتری دارند و زمان بیشتری در فضای پر فشار روانی هستند، بار بیشتری را نیز دارند (ترابی و همکاران، ۱۳۹۳:۱۲).

خلاء آگاهی

فقدان آگاهی درباره اختلالات روان در جامعه منجر به عدم شناخت، مداخله و درمان به موقع بسیاری از افراد دارای اختلال می‌گردد. فرد متوجه تغییر در روحيات و افت عملکرد خود نمی‌شود و اعضای خانواده نیز با دیدن رفتارهای غیرمعمول از فرد دچار سردرگمی می‌شوند.

در بسیاری موارد خانواده رفتارهای فرد دارای اختلال روان را به نقش بازی کردن و یا لجبازی با خانواده نسبت می‌دهد که این موارد بیشتر منجر به تعلل در دستیابی به درمان می‌گردد. دو بخش عمده در زمینه ایجاد آگاهی در حیطه اختلالات روان بحث پیشگیری اولیه و باورهای غلط فرهنگی است.

• باورهای فرهنگی

باورهای فرهنگی تاثیر بسیاری در عدم دسترسی به موقع به درمان ایفا می‌کند. اعتقاد به جن زده شدن و یا طلسم شدن و مراجعه به دعا نویس برای بهبود علایم بیمار در بسیاری از خانواده‌های به ویژه خانواده‌های سنتی دیده می‌شود. اعضای خانواده ماه‌های اول بیماری با نادیده گرفتن علایم، سپس درگیری و کشمکش با بیمار و بعد از آن از طریق روش‌های غیرمعقول همچون دعا نویس و .. زمان طلایی برای پیشگیری از شدت یافتن اختلال را از دست می‌دهند.

یکی از روانشناسان شاغل در بیمارستان روزه می‌گوید:

"جالبه بدونید که هنوز هم خیلی از خانواده‌ها وقتی اولین نشانه‌های بیماری رو مبینند بیشتر به دنبال دعانویس و فال‌گیر می‌روند تا پزشک و روانشناس... بیشترشون

ترجیح می‌دن فکر کنن که بیمارشون با دعا خوب میشه و این شرایط موقته و نیاز به روانپزشک نیست"

یا یکی دیگه از مددکاران اجتماعی اشاره می‌کنند:

" خانواده‌های سنتی و با تحصیلات پایین‌تر آخرین مرحله به بیمارستان مراجعه می‌کنند. وقتی می‌پرسیم چرا الان؟ می‌فهمیم که دنبال رمال و فال‌گیر و ... بودند تا بهبودی بیمار رو به دست بیارند"

• فقدان پیشگیری اولیه

مفهومی که در ارتباط با آگاهی و داشتن اطلاعات مرتبط با اختلال روان بیشترین ارتباط و اثربخشی را دارد، پیشگیری اولیه یا سطح اول است. به طور کلی پیشگیری به اقداماتی گفته می‌شود که در راستای عدم بروز مشکل و یا حل آن مسئله انجام می‌شود و سه سطح اولیه، سطح دوم و سطح سوم دارد. در پیشگیری سطح اول تلاش بر آگاهی دادن به افراد و خانواده‌ها است تا شناخت کافی در رابطه با یک موضوع یا مسئله پیدا کنند.

ارائه آموزش‌های لازم در رابطه با شناخت انواع اختلالات روان و علائم آنها در صدا و سیما، ارائه این آموزش‌ها در سرای محله‌ها، مدارس، شبکه‌های اجتماعی و ... در راستای پیشگیری سطح اول و آگاهی بخشی به جامعه است.

ارائه این آموزش‌ها و همچنین نحوه مواجهه با اختلالات و از دست ندادن فرصت درمان، می‌تواند علاوه بر آشنایی افراد جامعه در رابطه با اختلال‌های روان، انگ زدایی و ورود سریع و به موقع افراد دارای اختلال به فرایند درمان و کاهش بار بیماری بر خانواده را به همراه داشته باشد. یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید:

" یک مشکل مهم وجود داره و آن اینه که ما یک فردی داریم که بیماری دارد که کسی آن را نمی‌شناسد و نمی‌فهمد که این بیماری چیست. وقتی از خانواده می‌پرسیم که چرا بیمار را زودتر پیش دکتر نبردید می‌گویند ما فکر میکردیم داره خودشو لوس میکنه، داره نقش بازی می‌کنه، می‌خواد جلب توجه کنه."

یکی دیگر از مددکاران اجتماعی بیمارستان روزبه در زمینه عدم شناخت اختلالات روان، می‌گوید:

"شناخت از بیماری روان در جامعه صفر است چون هیچ شناختی نسبت به بیمار ندارند. بارها شده است بیمار خانمی که مبتلا به اسکیزوفرن بوده را مراجع قضائی با وضع بدی آورده‌اند، در حدی که کتک می‌زدند. چون نمی‌پذیرند رفتار بیمار را و نمی‌دانند که این فرد بیمار است. بنابراین آموزش و اطلاع‌رسانی خیلی مهمه."

انگ

مطالعات انجام شده در زمینه درگیر نشدن افراد در فرایند درمان، نشان‌دهنده‌ی تاثیر مهم محیط اجتماعی، یعنی برچسب‌گذاری‌ها و انگ زدن به فرد به عنوان فرد دارای اختلال روان و دریافت‌کننده درمان روان‌پزشکی است (بروهان، الجی، ساتریوس و تورنیکرافت، ۲۰۱۰؛ راش و همکاران، ۲۰۰۵). به عقیده‌ی گافمن انگ یک ویژگی و خصوصیت به شدت بی‌اعتبارساز است و افراد انگ خورده را قربانی‌های ارزیابی‌های اشتباه دیگران می‌کند. در همین راستا و با توجه به داده‌های به دست آمده در این پژوهش می‌توان تقسیم‌بندی زیر را در رابطه با مفهوم انگ در افراد دارای اختلال روان در نظر گرفت:

- انگ‌زنی به فرد دارای اختلال روان
تمامی افرادی که نوعی از اختلال روان را تجربه کرده‌اند به تبع آن همواره از سوی دیگران در معرض انگ‌هایی نظیر روانی، بزهکار، ضد اجتماعی، مجرم و... قرار گرفته‌اند. این انگ‌ها نه تنها منجر به طرد اجتماعی و کاهش دسترسی فرد به درمان می‌گردد بلکه منجر به کاهش عملکرد، از دست دادن شغل و مانعی جدی بر توانمندسازی فرد دارای اختلال روان می‌باشد. مددکار اجتماعی بیمارستان رازی در رابطه با انگ خوردگی افراد دارای اختلال روان اشاره می‌کند:

"یکی از چالش‌های مهم همین انگ است. یعنی من به علت عدم آگاهی، به علت تصویرسازی اشتباهی که صورت گرفته، وقتی علائم روان‌پزشکی را در خودم میبینم سعی می‌کنم کتمان کنم به خاطر انگ که وجود دارد. خانواده سعی می‌کنند انکار کنند تا نخواهند به در و همسایه و فامیل جواب بدهند. عدم آگاهی با این انگ جمع می‌شود و یک مشکلی به وجود می‌آورد به عنوان تاخیر در دریافت درمان. بخاطر انگ که وجود دارد افراد جستجو نمی‌کنند برای اینکه به یک مشاور، مددکار اجتماعی، روان‌پزشک مراجعه کنند برای اینکه درمان دریافت کنند."

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان با اشاره به سابقه ابتلا به اختلال روان و اثرات آن در آینده فرد اشاره می‌کند و می‌گوید:

"برای این بیماران معافیت روان‌پزشکی برایشان کارت قرمز است که خودش یک نوع دردسر است که هر جا برن اون کارت نشان‌دهنده بیماری‌شان است، نمیتوانند کارهای دولتی انجام بدهند در صورتیکه بعضی‌هاشون توانمند هستند و می‌توانند کار کنند. نگاه مردم خیلی مهمه چون همه از بیمار روان می‌ترسند و فکر می‌کنند همه بیماران در وضعیت حاد هستند و خطرناکند."

در همین راستا فیزن نیز معتقد است که یک بیماری ثانویه در پی انگ خوردگی ظهور می‌یابد که سبب انزوای اجتماعی و محدودیت فرصت‌های زندگی فرد می‌شود و این انگ به مراقب اصلی و خانواده نیز تسری می‌یابد تا جایی که خانواده مجبور به فاصله گرفتن از اجتماع و انزوا می‌گردد.

از سویی دیگر رسانه‌ها تصویری نادرست از اختلالات روان‌بازنمایی می‌کنند؛ که گاه مفهوم "دیوانه" به جای "فرد دارای اختلال روان" را به جامعه القا می‌کند و این در حالی است که چنین تصاویری منجر به آسیب‌های جبران‌ناپذیری به فرد دارای اختلال روان، خانواده و در نهایت به کل جامعه خواهد شد.

به تعبیر وال^۱ (۱۹۹۹) رسانه‌ها باعث انگ غیرمستقیم به فرد دارای اختلال روان میگردند؛ در این حالت گرچه فرد مستقیم در معرض طرد و توهین نیست اما به شیوه‌ای دیگر از طریق رسانه‌ها مورد آزار قرار می‌گیرد (خانیک‌کی ۱۳۹۶: ۹). ارائه اطلاعات نادرست و غیرعلمی در رسانه‌ها می‌تواند افکار عمومی را دچار سوتفاهم، سردرگمی کرده و انگ و تاخیر در دریافت درمان برای افراد دارای اختلال روان را به همراه داشته باشد. یکی از روانشناسان مصاحبه شونده با اشاره به تصویر بازنمایی شده از افراد دارای اختلال روان در رسانه‌ها می‌گوید:

"در روزنامه‌ها اگر صفحه حوادث رو نگاهی ببینیم همیشه اشاره‌هایی به اختلالات روان در مجرمین و متجاوزین می‌یابیم. خب وقتی شما مکرر همچین تصویری رو از افرادی که دارای اختلال روان شدید مثل اسکیزوفرن و دوقطبی هستند ببینید و دانش کافی هم نداشته باشید آیا نمی‌پذیرید که همه آنهایی که اختلال روان دارند جانی و مجرم و قاتل هستند؟!".

همچنین یکی از مددکاران اجتماعی نیز اشاره می‌کند که:

"همیشه وقتی قتل یا جرم دیگری اتفاق می‌افته تلاش میشه ارتباطی با اختلال روان برقرار بشه. درحالی‌که خشونت در تمام افراد دارای اختلال یا افرادی که اختلال روان ندارند ممکنه دیده بشه."

مطالعات انجام شده در زمینه تاثیر نقش رسانه‌ها بر انگ‌زنی به افراد دارای اختلال روان نشان می‌دهد که در خبرهای مربوط به حوادث از جمله قتل انگ‌هایی همچون روانی، مجنون، دیوانه بسیار دیده می‌شود؛ و در مورد عواملان جنایت، داشتن اختلال روان برجسته است.

• خود انگ‌زنی

زمانیکه فرد دارای اختلال روان از سوی افراد، خانواده و جامعه مورد انگ قرار می‌گیرد و به تبع آن طرد را در ابعاد مختلف آن (طرد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) تجربه می‌کند، تحت تاثیر قرار گرفته و دچار خودپنداره منفی نسبت به خود می‌گردد که

چنین شرایطی منجر به اضطراب، تنیدگی و رفتارهای پرخاشگرانه‌ی فرد دارای اختلال می‌گردد.

خود انگ زنی ارتباط نزدیکی با کاهش توانمندی و بهزیستی این افراد دارد. زیرا فرد احساس می‌کند توانایی انجام هیچ کاری را ندارد و هرگز نمی‌تواند به درجه‌ای از زندگی طبیعی یا کاهش وابستگی به اطرافیان دست یابد. یکی از مددکاران اجتماعی در این باره می‌گوید:

"بیمارانی که اینجا {بیمارستان روزبه} بستری می‌شوند و بعد مدتی تا حدودی تعادل و ثبات روان پیدا می‌کنند خیلی‌هاشون دیگه امیدوار نیستند که روزی بهتر شوند... بتوانند کار کنند یا مفید باشند... متأسفانه کسی یا جایی نیست که اینهارو وارد فرایند توانبخشی کنه... بیشتر انگ می‌خورن یا تحقیر میشن تا اینکه کسی فکر توانمندسازی‌شون باشه."

خودکشی یکی از مسائلی است که در بین افراد دارای اختلال روان انگ خورده به دفعات مشاهده می‌شود. فلاناگان و فلاناگان^۱ در کتاب مصاحبه‌ی بالینی، اختلالات شدید روان را با نرخ خودکشی در میان این افراد مرتبط دانسته‌اند. آنها معتقدند میزان خودکشی منجر به مرگ در بین افراد دارای اختلال روان اسکیزوفرن ۱۲ برابر بیشتر از افرادی است که اختلال روان ندارند. گرچه عوامل تاثیرگذار بر خودکشی بسیار متنوع‌اند و هر متغیری تاثیر متفاوت بر زندگی شخص و تصمیم فرد بر خودکشی می‌گذارد، اما توجه به انگ زنی و حس بی‌ارزشی و خشمی که فرد نسبت به خود دارد می‌تواند از عوامل زمینه ساز تلقی گردد.

• انگ زنی به خانواده افراد دارای اختلال روان

انگ اجتماعی به مجموعه‌ای از نگرشها، عقاید و تفکرات منفی نسبت به یک وضعیت خاص، گفته می‌شود که علاوه بر فرد مورد نظر، خانواده را نیز شامل می‌شود. این نوع انگ (انگ خانواده) را انگ ترحمی یا مسری و یا ارتباطی می‌نامند (پارک، ۲۰۱۵ به نقل از

1. Flanagan & Flanagan

فرضی و همکاران، ۱۳۹۸). تجربه‌ی خانواده فرد دارای اختلال از انگ، به انگ‌گی که از سوی جامعه به وی وارد می‌گردد؛ مربوط است.

این انگ در روابط اجتماعی خانواده با محیط بیرون شکل می‌گیرد و بر روابط اعضای خانواده با افراد بیرون از سیستم خانواده تاثیر بسزایی دارد. همانطور که در مورد خود فرد دارای اختلال نیز صادق است، خانواده نیز انگ‌های دریافتی از سوی جامعه را درونی ساخته و عقاید و باورهای غلط جامعه درباره شرایط خود و فرد بیمار را می‌پذیرد. یکی از مددکاران اجتماعی می‌گوید:

"خانواده از داشتن یک عضو بیمار احساس خجالت و شرمندگی می‌کند چون متوجه نگاه‌ها و حرف‌های اطرافیان می‌شوند... سعی می‌کنند عضو بیمار رو از همه مخفی کنند... من داستان کیسی رو شنیدم که پسری وقتی همراه دوستانش در کوچه با خواهرش که بیمار روان دوقطبی بود و در اون لحظه شکل پوششی و ظاهری بدی داشت مواجه شد بعد از اومدن به خونه خودکشی کرده بود..".

تجربه خانواده‌ها از انگ، شامل احساس سردرگمی، بی‌احترامی، طرد اجتماعی و تبعیض در جامعه می‌باشد. در چنین شرایطی است که سیستم خانواده رو به منزوی شدن می‌رود و با کناره‌گیری از اجتماع و حذف یا محدودسازی روابط اجتماعی تلاش در پنهان ساختن مشکل دارد. این پنهان‌سازی بیماری زمینه ساز تاخیر در دریافت درمان و کاهش بهزیستی برای فرد دارای اختلال روان است. خانواده سعی می‌کند با پنهان ساختن و یا به نوعی عدم پذیرش اختلال عضو خانواده شرایط خانواده را به وضعیت قبل از ظهور اختلال برگرداند اما چنین تصمیمی عدم ورود فرد به فرایند درمان و حاد شدن اختلال را در پی خواهد داشت.

سیاست ناگذاری اجتماعی و خلا قانونی

سیاست اجتماعی با تحقق عدالت و برابری ارتباطی تنگاتنگ دارد. آثار سیاست اجتماعی به دو شیوه می‌تواند خود را نشان دهد؛ "سیاست اجتماعی یا می‌تواند آثار

بازتوزیعی داشته و نابرابری ساختاری را کاهش دهد یا آثار جبرانی داشته و محرومیت سیستمی را کاهش دهد." (از قاراخانی، ۱۴:۱۳۹۵). بسیاری از چالش‌های مربوط به افراد دارای اختلال روان برخاسته از عدم توجه به آنان در حوزه سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و قوانین حمایتی است. این چالش در دو سطح قابل بررسی است.

• فقدان سیاست‌های اجتماعی:

براساس داده‌های به دست آمده بار بیماری سلامت بر اساس شاخص سال‌های عمر تطبیق شده برای ناتوانی (DALYs)، سال ۱۳۹۴ در کشور ما، اختلالات روان رتبه دوم از بین ۲۲ گروه بیماری را داشته و داده‌های به دست آمده در سال ۱۳۹۸ نشان‌دهنده این است که بار بیماری روانی ۱۰/۳۱٪ از کل شاخص DALYs را به خود اختصاص داده است (انستیتوی سنجش و ارزیابی سلامت، ۲۰۲۱). از این رو توجه به سلامت و اختلالات روان در سیاست‌گذاری‌های عمومی و اجتماعی کشور از اهمیت خاصی برخوردار است. تلاش برای حساس‌سازی سیاست‌گذاران نسبت به اختلالات روان، تلاش در جهت قانون‌گذاری به نفع افراد دارای اختلالات روان و شفافیت هر چه بیشتر در این زمینه می‌تواند در بهبود وضعیت این افراد موثر باشد. بررسی سیاست‌های موجود و دسترسی بیماران به امکانات مختلف و توجه به مسئله طرد و تبعیض باید در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.

یکی از مصاحبه‌شوندگان در زمینه فقدان توجه به سیاست‌گذاری در این حوزه می‌گوید:

"ما یک خلا سیاست‌گذاری و همچنین خلا اجرایی در این زمینه داریم. به بیماران روان توجهی نمیشود. نه بودجه‌ی خاصی برای بیماران روان تعریف می‌شود و نه دغدغه‌مندی از سیاست‌گذاران شاهد هستیم."

همچنین یکی از روانشناسان خاطر نشان می‌سازد:

"حس من این است که بیماران رها شده‌اند... کسی آنها را نمی‌بیند... کسی برای مشکلات آنها فکری نمیکند..."

در برنامه ششم توسعه که در حال حاضر آخرین برنامه توسعه است در بند (ج) بخش ۱۵ با عنوان حمایت از بیماران روانی مزمن و سالمندان به دو نکته اشاره شده است:

۱- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی بیماران روان مزمن با پوشش ۷۵٪ جمعیت

هدف در پایان اجرای قانون برنامه

۲- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل ۲۵٪ جمعیت هدف گنجانیدن مسائل مربوط به بیماران روان در کنار مسائل مربوط به سالمندان از اهمیت توجه به هر دو مسئله می‌کاهد. از سویی تداوم اجرای طرح، بدون پرداختن به مسائل و مشکلات دیگر این افراد به نوعی نادیده گرفتن گروه هدف به شمار می‌رود.

• فقدان قوانین حمایتی

بیماران روان با چالش‌های قانونی بسیاری دست به گریبانند. صدور حکم حجر، معافیت‌های سربازی، عقیم‌سازی و یا واگذاری سرپرستی کودکانشان به مراکز نگهداری همگی بخشی از مسائل پیش روی این افراد است.

یکی از مددکاران اجتماعی بیمارستان روزبه درباره چالش‌های قانونی می‌گوید:

"یکی از مشکلاتی که داریم اینه که بیمار روان پزشکی خیلی هاشون مدارک شناسایی ندارند. ممکنه بارها هم گرفته باشند ولی یا پاره کرده‌اند، گم کردند و ... اگر بشه که قانونی در این رابطه وجود داشته باشه که حداقل مدارک هویتی برایشان صادر شود تا مشکلات بیمه‌ای در هنگام بستری یا فرایند درمان حل شود."

یکی دیگر از مددکاران اتماعی در خصوص فقدان قانون حمایتی می‌گوید:

" ۱۲ سال پیش لایحه‌ای تحت عنوان قانون بهداشت روان از سوی وزارت بهداشت به مجلس داده شد که جمعی از روانپزشکان معروف آن را نوشته بودند، ولی این لایحه هنوز که هنوزه در مجلس و در کمیسیون بهداشت مجلس خاک میخوره و معلوم نیست که چه سرانجامی خواهد داشت. در نتیجه حقوق اولیه بیمار به علت نبود قوانین مشخص از بین می‌رود، کما اینکه در قوه قضائیه شاهد این مسئله هستیم."

کالایی شدن درمان

کالایی شدن، ریشه در اندیشه‌های مارکس دارد. او فرایندی را در نظر می‌گیرد که در درون نظام سرمایه‌داری همه چیز تبدیل به کالا می‌شود. کالا قابل خرید و فروش و کسب سود است و هر چیزی که دارای ارزش مصرف باشد به عنوان یک کالا در نظر گرفته شده و قابل مبادله و کسب سود است.

به عبارت دیگر زمانی که یک پدیده به عنوان یک کالا در نظر گرفته می‌شود دیگر جزئی از حقوق افراد به شمار نمی‌آید و افراد باید آن را از بازار خریداری کنند. جهانی شدن موجب شده تا مولفه‌های اقتصاد سرمایه‌داری و کالایی شدن در همه‌ی حوزه‌های زندگی بشر نمود بیابد. ورود بخش خصوصی به حوزه سلامت و بهداشت یکی از عواملی است که سبب نگرانی در دستیابی به عدالت در بخش سلامت می‌باشد.

• هزینه بالای درمان و عدم پوشش بیمه‌ای

افراد دارای اختلال روان با تجربه طرد اجتماعی و از دست دادن بسیاری منابع حمایتی در معرض مشکلات اقتصادی نیز هستند. هزینه برای درمان که شامل هزینه ویزیت پزشک متخصص، هزینه روان‌درمانی، هزینه خرید دارو و هزینه‌های جانبی دیگر از اصلی‌ترین مشکلات در مسیر درمان و بهبود این افراد است. ضعف بیمه‌ها در پوشش دادن این هزینه‌ها بسیاری از خانواده‌ها را به ورطه فقر مطلق می‌کشاند. یکی از روانشناسان درباره هزینه‌های درمانی می‌گوید:

"هزینه هر ویزیت روانپزشک برای ۱۵ دقیقه نزدیک ۲۰۰ هزار تومان است یا برای روانشناس ارشد هر ۴۵ دقیقه ۱۵۰ هزار تومان است. این هزینه بالایی است که بیمه‌ها پوشش نمی‌دهند یعنی ضعف عملکرد بیمه‌ها در تعرفه‌گذاری خدمات روان‌پزشکی و توان‌بخشی کاملاً در کاهش دسترسی افراد به درمان موثر است."

یکی از مددکاران اجتماعی می‌گوید:

"... هر جلسه CBT در بیمارستان دولتی ۵۰ هزار تومان است و تصور کنید یک بیمار قرار باشد دو روز در هفته نیاز باشد که به جلسه روان درمانی بیاد هفته‌ای ۱۰۰ هزار تومان می‌شود. خیلی از خانواده‌ها ندارند و مجبورند که درمان را رها کنند و ما نیز منابع مورد نیاز برای کمک به آنها را نداریم و درمان رها می‌شود."

• خصوصی سازی درمان

در ایران نیز بعد از پایان جنگ تحمیلی، سیاست گذاری‌ها در دو حوزه درمان و آموزش به سوی منطق بازار رفته است. طرح خودگردانی بیمارستان‌ها (هیئت امنایی شدن بیمارستان‌ها) در سال ۱۳۷۴ یکی از طرح‌هایی بوده که طبق آن بیمارستان‌ها باید اداره امور را براساس درآمدهای خود به دست گیرند و از دولت بودجه‌ای دریافت نکنند.

در همین راستا بسیاری از بیمارستان‌های دولتی به بخش خصوصی واگذار شد. در این شرایط پرداخت از جیب مردم برای درمان افزایش یافته و بخش‌هایی از جامعه از دریافت خدمات محروم یا مجبور به کاهش مصرف شدند.

لازم به ذکر است که کم سود بودن بیمارستان‌های روان پزشکی نیز از عواملی است که نه تنها بیمارستان‌های دولتی در این بخش را تحت تاثیر گذاشته و منجر به کاهش خدمات به خصوص در پیگیری پس از ترخیص از بیمارستان می‌گردد بلکه حتی بخش خصوصی نیز تمایل زیادی برای ورود به این عرصه را ندارد. یکی از مصاحبه‌شوندگان به موضوع سودآوری اشاره کرده و می‌گوید:

"بیمارستان‌های جنرال که بخش‌های جراحی دارند درآمدهای بالایی دارند اما روانپزشکی درآمد یا سود خاصی ندارد. حتی الان بیمارستان ما اجازه تخفیف در بعضی موارد را به مددکاران اجتماعی نمی‌دهد... خصوصی‌ها هم همین‌چون اکثر مرخص‌ها شرایط اقتصادی ضعیفی دارند آنها هم رغبتی به گسترش بیمارستان با فضاهای درمانی ندارند چون سودی برایشان ندارد"

موانع ساختاری

در این بخش هم ساختار سازمانی و تشکیلاتی مرتبط با سلامت و اختلال روان مدنظر قرار می‌گیرد و از سویی ساختار فیزیکی و مشکلات مربوطه مورد بحث قرار خواهد گرفت.

• ساختار سازمانی رسمی

برای هرآنچه که باید در عمل اتفاق بیافتد باید ساختاری تعریف شده وجود داشته باشد. سازمانی که متولی باشد و ساختاری مشخص برای بهبود بهزیستی بیماران داشته باشد. طبیعتاً وزارت بهداشت اصلی‌ترین سازمانی است که در راس کار قرار دارد. با این وجود در ساختار وزارت بهداشت تنها بخشی تحت عنوان پیشگیری از اختلال روان وجود دارد که ذیل معاونت درمان نیز نیست و برنامه‌ای مشخص و یا بخشنامه‌های راهگشایی در این حوزه ندارد.

از سویی سازمان بهزیستی کل کشور و کمیته امداد نیز گاه کمک‌های موردی به مددجویان خود ارائه می‌دهند. در سال ۱۳۹۴ دفتر سلامت روان معاونت بهداشت وزارت بهداشت برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰) را تدوین کرد.

هدف از آن ایجاد زبان مشترک برای مدیریت سلامت روان، استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، فراهم سازی یک سند علمی بالادستی برای ارتقای سلامت روان، دستیابی به اهداف سلامت روان در برنامه توسعه پنجم کشور، به کارگیری آخرین دستاوردهای مداخلات سلامت روان در عرصه بین‌المللی و تضمین ثبات برنامه‌های سلامت روان با تغییر مدیران، بود.

در این برنامه نیز صراحتاً به نداشتن جایگاه و تشکیلات مناسب برای سلامت روان، نبود نظام مدون برای مشارکت مردم، نبود نظام نظارت بر عملکرد بخش خصوصی سلامت روان، مشخص نبودن سهم و نقش دستگاه‌ها برای ارتقای سلامت روان، نبود میثاق بین بخشی سازمان‌ها و کمبود انجمن‌های حمایت از حقوق بیماران روان اشاره شده است. یکی از فعالان در این حوزه می‌گوید:

"متولی بیماران روان‌پزشکی در وزارتخانه اصلا مشخص نیست. در وزارت بهداشت اداره‌ای داریم تحت عنوان دفتر سلامت روان که زیر مجموعه معاونت بهداشت است و فلسفه ایجاد معاونت بهداشت کار روی پیشگیری است. این دفتر می‌گه من باید روی سلامت روان کار کنم یعنی قبل از مبتلا شدن. در معاونت درمان هم هیچ جایگاهی برای بیماری روان‌پزشکی تعریف نشده...."

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان با اشاره به فقدان بخشی که متولی سلامت روان باشد می‌گوید:

"ما نمیدانیم کمی و کاستی‌های این حوزه را چه بخشی باید رفع کند؟! چه کسی مسئول است آمار به روز ارائه دهد و به دنبال رفع جدی مشکلات بیماران باشد."

• ساختار سازمانی غیررسمی (مردم نهاد)

یکی از مداخلاتی که در برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور صراحتاً به آن اشاره شده است تشکیل انجمنها، موسسات غیردولتی و سمن‌ها برای حمایت از گروه‌های خاص و یا حمایت از بیماران مبتلا به اختلال‌های روان و خانواده‌های آنان است. سازمان‌های مردم نهاد یا سمن‌ها در بسیاری از حوزه‌ها به ویژه آسیب‌های اجتماعی نقش کمک‌کننده ای داشته‌اند. سمن‌ها علاوه بر یاری‌رساندن و توانبخشی به گروه‌های هدف خود، به صدای گروه‌های به حاشیه رانده شده نیز تبدیل می‌شوند. رسانیدن صدای گروه‌های هدف به گوش آحاد جامعه و دولت‌ها، و تلاش برای جلب توجه به سوی موضوعات و موانعی که گروه‌های هدفشان با آن دست به گریبانند و همچنین ایجاد مطالبات عمومی از دولت‌مردان و سیاست‌گذاران در حوزه موضوعات مربوط به اقتشار آسیب دیده یا در معرض آسیب از مهم‌ترین نقش‌های سازمان‌های مردم نهاد است.

یکی از موضوعات مهم توجه به این نکته است که فعالیت سازمان‌های مردم نهاد در زمینه اختلالات روان بسیار اندک بوده و از دید اذهان عمومی مغفول مانده‌اند. یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید:

"در تهران احبا داره در زمینه بیماران اسکیزوفرن کار میکنه، زیر نظر بهزیستی هست و رایگان خدمات ارائه میده ولی فقط در زمینه اسکیزوفرن است و بای پولارها جایی ندارند که بتونیم به اون مراکز ارجاع بدهیم و در اونجا کار سرپایی براشون انجام بشه، یعنی در این حوزه خیلی ضعیفیم. سایر اختلالات روان اصلا توجهی بهشون نمیشه. حتی ما در مرکز روزانه بیمارستان روزبه هم امکانات و منابع محدود هستند و مجبوریم اولویت را به بیماران حاد بدهیم."

یکی دیگر از مددکاران اجتماعی در راستای عدم توجه سمن‌ها به بیماران روان می‌گوید:

"یکی از دلایل اصلی عدم شناخت است و دیگری اینه که کار با بیمار روان خیلی سخته.. برای کار با کودک خیلی داوطلب ممکنه باشه ولی برای کار با بیمار روان داوطلب و خیر زیادی وجود نداره."

همانطور که اشاره شد به دلایلی همچون عدم آگاهی، مشکلات در زمینه جذب خیر و عدم تمایل داوطلبین برای کار در این حوزه، سمن‌ها فعالیت پر رنگی در زمینه بیماران روان و پیگیری مشکلات و مطالبات آنها نداشته‌اند.

• ساختار فیزیکی

کمبود تخت بیمارستانی یکی از مسائلی است که بر وضعیت بیماران روان تاثیرگذار است. در ایران ۳۹ بیمارستان روان‌پزشکی با ۶۷۳۵ تخت و ۱۵۹ بیمارستان عمومی با ۳۷۰۰ تخت روان‌پزشکی خدمات ارائه می‌دهند.

در حوزه کودکان نیز ۱۱ بیمارستان با مجموع ۱۸۱ تخت به ارائه خدمات روان‌پزشکی می‌پردازند. به طور کلی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۳/۲ تخت روان‌پزشکی وجود دارد و همچنین ۱۷۸ مرکز مرتبط با نگهداری بیماری‌های مزمن با تعداد ۱۲۱۸۰ تخت برای بیمارانی که ناتوانی و اختلالات روانی شدید و مزمن دارند، وجود دارد.

در حوزه بهزیستی و رفاه اجتماعی تعداد ۶۶ مرکز روزانه روان، ۱۷۸ مراکز شبانه‌روزی بیماران روان مزمن، ۱۵۰ مراکز ارائه دهنده خدمت در منزل، ۷۴ مرکز مشاوره تلفنی، ۲۸۵۰ مراکز مشاوره حضوری، ۲۷۷ مراکز سلامت روان محلی به کلیه مردم به صورت عمومی و تخصصی در حوزه سلامت روان خدمات ارائه می‌دهند (نوربالا و همکاران، ۲۰۱۴).

بسیاری از فعالان در زمینه سلامت روان اذعان دارند که نبود امکانات فیزیکی از جمله بیمارستان‌های روانپزشکی و فقدان بخش‌های اعصاب و روان در بیمارستان‌های عمومی بر عدم دسترسی افراد دارای اختلال روان به درمان بسیار موثر است. برای نمونه یکی از مددکاران اجتماعی می‌گوید:

"یکی از موانع در نظام سلامت کمبود تخت‌های بیمارستانی برای بیماران روان است که در بیمارستان‌های جنرال ادغام شده باشد. بیمارستان‌های تک تخصصی ما کمه، نکته دیگه اینه که حالا بیمارستان تک تخصصی نداریم حداقل در بیمارستان‌های جنرال بخش روان‌پزشکی داشته باشیم."

از سویی فضای مناسبی برای برخی متخصصان مانند مددکاران اجتماعی وجود ندارد. مددکاران اجتماعی شاغل در این زمینه از نبود برخی امکانات برای ارائه خدمات به افراد دارای اختلال روان صحبت کردند. برای نمونه یکی از این افراد می‌گوید:

"ما مددکار اجتماعی جایی نداریم که با بیمار یا خانواده مصاحبه کنیم... ما فقط یک خط تلفن برای ۹ نفر مددکار داریم یا حتی یه دستگاه فکس هم نداشتیم و خیرها خریدند."

راهبردهای مددکاران اجتماعی

مددکاران اجتماعی در حوزه کار با افراد دارای اختلال روان همگی اذعان دارند که آموزش‌های لازم برای ورود به این عرصه را دریافت نکرده‌اند، نقص در آموزش منجر به افت عملکرد و تاثیرگذاری در تیم درمان می‌گردد. گرچه به علت کمبود تعداد مددکاران اجتماعی و نگاه مسئولان در حوزه درمان به مددکاران اجتماعی به عنوان تخفیف دهنده

فرصت کار موثر از مددکاران اجتماعی گرفته می‌شود و گاه در برخی بیمارستان‌ها وجود مددکاران اجتماعی به عنوان افرادی که منجر به زیان مالی برای بیمارستان می‌گردند شناخته می‌شوند.

با این حال مددکاران اجتماعی نقش‌ها و وظایف متعددی در کار با این افراد دارند. در این میان مددکاران اجتماعی در کار با افراد دارای اختلال روان، گاه به صورت آگاهانه از نظریات و رویکردهای تخصصی استفاده می‌کنند و گاه تنها به وظایف مشخص شده برای پست سازمانی‌شان بدون در نظر گرفتن رویکردی تخصصی عمل می‌نمایند. تمامی مددکاران اجتماعی شاغل در این حوزه در ابتدای ورود فرد دارای اختلال به بیمارستان، مصاحبه با بیمار، ارزیابی فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی فرد را انجام می‌دهند. اما در ادامه مسیر از راهبردهای مختلفی استفاده می‌کنند.

یکی از راهبردهای مددکاران اجتماعی استفاده از مدیریت مورد است که تلاشی است در راستای دستیابی فرد به بهزیستی و ارتقای آن. مددکاران اجتماعی می‌کوشند تا از طریق ارزیابی همه جانبه شرایط فرد و خانواده به دنبال یافتن حمایت و برنامه‌ریزی در مسیر مراقبت، بهبودی و تسهیل دریافت خدمات گام بردارند. فراهم کردن بستری برای توانمندسازی و جلوگیری از عود اختلال برای جلوگیری از بستری‌های مکرر در بیمارستان و از سویی حفظ ارتباط با فرد و خانواده و پیگیری‌های دوره‌ای از بخش‌های مهم مدیریت مورد است. در این راه مددکاران اجتماعی نقش‌های گوناگونی همچون آموزش دهنده، تسهیل کننده، برنامه‌ریز، مدافع و ... را برعهده می‌گیرند. یکی از مددکاران اجتماعی در این باره می‌گوید:

" رویکردی که من استفاده می‌کنم مدیریت مورد است. این رویکرد را به صورت و

با مدل‌های مختلفی که داره استفاده کردم. یه جایی basic بوده یه جایی بروکر بوده...."

برخی مددکاران اجتماعی بر اساس پروتکل تدوین شده وزارت بهداشت اقداماتی

انجام می‌دهند. برای نمونه یکی از مددکاران اجتماعی اشاره می‌کند:

"ما در قالب پروتکل‌های شش‌گانه مددکاری اجتماعی کار می‌کنیم. از روز اول راند را برای بیمار داریم، سعی می‌کنیم مهم‌ترین حوزه‌هایی که بیمار نیاز به مداخله دارد شناسایی کنیم. خیلی مهمه بدونیم این بیماری چه پیامدهایی روی زندگی فرد داره... یک ارزیابی روانی اجتماعی از بیمار و خانواده انجام می‌دیم و مداخلات رو طرح‌ریزی می‌کنیم... در کنارش آموزش‌هایی را بدهیم و آگاهی را دست‌خوش تغییر کنیم".

مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌های روانپزشکی در برخی از بخش‌ها جلسات کار گروهی با افراد دارای اختلال روان تشکیل می‌دهند. یکی از مددکاران اجتماعی شاغل در مرکز روزانه بیمارستان روزه می‌گوید:

"ما به گروه‌های آموزشی برگزار می‌کنیم که در رابطه با اسکیزوفرن و دوقطبی به افراد دارای اختلال توضیحاتی داده می‌شه... برای اینکه علایمشان را بشناسند و آگاهی نسبت به درمان پیدا کنند. همچنین این جلسات گروهی با یکی از اعضای خانواده فرد دارای اختلال نیز برگزار می‌شود. در مورد نگرانی‌ها و استرس‌های خانواده صحبت می‌کنیم... سعی می‌کنیم اطلاعاتی راجع به شناخت اختلال و علایمش به آنها ارائه کنیم...".

مددکاران اجتماعی از طریق این گروه‌ها علاوه بر آگاهی بخشی به فرد و خانواده، تلاش می‌کنند تا میزان استرس آنها را کاهش دهند، تا افراد و خانواده با قرار گرفتن در کنار کسانی که مشکلات مشابه دارند مسیر بازگشت به مسیر طبیعی زندگی را بیابند.

از سویی رویکرد توانمندسازی نیز توسط برخی مددکاران اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرد. یکی از مددکاران اجتماعی می‌گوید:

"در حال حاضر ما سه کیس اسکیزوفرن را تا مرحله اشتغال رساندیم. این کار را در مرکز روزانه بیمارستان پیگیری می‌کنیم و در مراحل جستجوی شغل تا مرحله مصاحبه و قرارداد همراه بیمار هستیم. ولی این کارها نیرو و بودجه می‌خواهد... تعداد مددکار اجتماعی کمه و گاهی واقعاً کسی فرصت نمی‌کنه به توانمندسازی بیمار فکری کنه...".

نتیجه‌گیری

افراد دارای اختلال روان پس از بروز علائم اختلال و سپس در فرآیند درمان با چالش‌های مختلفی رو به رو هستند که تیم درمان از جمله مددکاران اجتماعی تلاش می‌کنند تا در کنار درمان دارویی، زمینه ترخیص امن و پیشگیری از عود اختلال و بستری‌های مکرر و طولانی مدت را فراهم کنند. در پژوهش حاضر طی مصاحبه‌های انجام شده ۷ تم اصلی شامل تغییر در عملکرد، خلا آگاهی، انگ، سیاست‌ناگذاری اجتماعی و اخلاقی، کالایی شدن، موانع ساختاری، راهبردهای مددکاری اجتماعی به دست آمد.

اولین مضمون اصلی اختلال در عملکرد است که دربرگیرنده تغییراتی است که ابعاد مختلف زندگی فرد را در بر می‌گیرد. عملکرد فرد به واسطه‌ی اختلال روان کاهش می‌یابد و در برخی حوزه‌ها همچون اشتغال و تحصیل دچار مشکلات جدی می‌گردد. فرد در برعهده گرفتن و اجرای نقش‌هایی که قبل از اختلال آنها را برعهده داشته دچار مشکل شده و عملکردش با اختلال روبرو می‌شود. از سویی بار بیماری خانواده و مراقبان اصلی را نیز از نظر اقتصادی و اجتماعی و روانی تحت تاثیر قرار می‌دهد. در نظریه اکولوژیکی نیز اشاره می‌شود که فرد در درون سیستم‌های مختلفی قرار گرفته است و به صورت کلی سیستم‌های اکولوژیک سطوح متنوعی از تأثیرات محیطی را ارائه می‌دهند که از احساسات فرد، رفتار و به طور کلی از کارکردش تاثیر گرفته و تاثیر می‌گذارد.

مضمون دوم خلا آگاهی است که می‌تواند علت عدم درک بیماران توسط خانواده و جامعه را نمایان سازد. برخی از باورها نسبت به اختلالات روان همچون جن‌زدگی ریشه در باورهای فرهنگی هر منطقه و کشور دارد. چنین باورهایی زمینه ساز طرد افراد و یا مانع دسترسی افراد دارای اختلال به درمان است. از سویی دیگر آموزش‌های لازم و آگاه سازی در رابطه با اختلالات یا نحوه ایجاد و درمان آنها در جامعه ارائه نمی‌گردد که منجر به عدم آشنایی افراد با اختلالات روان و به تبع آن انگ و طرد می‌گردد.

نتایج حاصل از نظرات افراد شرکت‌کننده در پژوهش نشان داد که فقدان آگاهی یکی از موانع در مسیر ارتقای بهزیستی افراد با اختلال روان است و با نتایج پژوهش

موهوراکی^۱ و همکاران (۲۰۲۱)، همخوانی دارد. در پژوهش مذکور که به چالش‌های بیماران روان در کشورهای با درآمد متوسط پرداخته شده است، فقدان آگاهی به عنوان یکی از موانع مهم در مسیر درمان افراد عنوان شده است.

مضمون سوم انگ است. انگ از سوی جامعه و در سطوح فردی تا کلان و از طریق رسانه‌ها به افراد دارای اختلال زده می‌شود. بسیاری از بیماران انگ را درونی کرده و خود را بی ارزش و معیوب می‌پندارند. طبق نظریه توانمندسازی بسیاری از افراد که اختلالات روان را تجربه کرده‌اند می‌پذیرند که ناتوان هستند و باید تابع باشند و از آن روست که به موضوع «انتخاب و کنترل» به عنوان اولین بعد توانمندسازی توجه می‌شود. عدم شناخت و انگ زدن فشار روانی مضاعفی بر فرد دارای اختلال و مراقبان اصلی وی وارد می‌کند تا جایکه مراقبان اصلی نیز در معرض بسیاری مشکلات روان و سایکوسوماتیک قرار می‌گیرند. انگ به مثابه‌ی مانعی برای دستیابی به درمان در پژوهش کاریگان^۲ و همکاران (۲۰۱۴) نیز مورد تایید قرار گرفته است. نتایج حاصل از پژوهش آنان، نشان می‌دهد که درک مفهوم ننگ جهت کاهش تاثیر آن بر مراقبت و مشارکت افراد دارای اختلال روان در درمان نقش اساسی دارد.

مضمون چهارم سیاست ناگذاری و خلأ قانونی است. فقدان توجه به افراد دارای اختلال روان و ارتقای بهزیستی آنها در اکثر اسناد بالادستی به چشم می‌خورد. فقدان سیاست‌های حمایتی از فرد و خانواده به طور مثال نبود حمایت‌های مالی مستقیم و غیرمستقیم، مراکز نگهداری مناسب، ارزان و در دسترس و از سویی نبود قوانین حمایتی جهت جلوگیری از تضییع حقوق افراد دارای اختلال روان، بر کاهش بهزیستی آنان تأثیر گذار است. از سویی فقدان قوانین حمایتی و عدم تصویب قانون حمایت از بیماران روان نیز از خلأهای جدی در زمینه ارتقای بهزیستی و کیفیت زندگی این افراد به شمار می‌رود. آمیختن در جامعه بخش مهمی از رویکرد توانمندسازی است که می‌تواند از طریق سیاستگذاری‌های اجتماعی در

1. Muhorakeye
2. Corrigan

جامعه اجرا گردد. طبق نظریه سیستم‌های اکولوژیکی نیز سیاستگذاری اجتماعی در سطوح ماکروسیستم می‌تواند بر سایر سطوح سیستم نیز تأثیرگذار باشد.

مضمون پنجم کالایی شدن درمان است. پوشش حداقلی بیمه‌های اجتماعی و خصوصی سازی از موانع دسترسی بسیاری از افراد با درآمد کم و متوسط به درمان است. در واقع، تصور کردن فرآیندی از توانمندسازی با وجود عدم بهبود شرایط مادی زندگی مصرف کنندگان از خدمات روانپزشکی، دشوار است. نتایج حاصل از نظرات افراد شرکت کننده در پژوهش نشان داد که کالایی شدن درمان تأثیری جدی بر عدم دسترسی به درمان دارد که با نتیجه پژوهش کریستینسن^۱ همخوانی دارد. نتایج حاصل از پژوهش وی نشان می‌دهد که کالایی شدن مراقبت‌های بهداشتی نه تنها به‌عنوان مانعی برای دسترسی آسیب‌پذیرترین اعضای جامعه به درمان، دیده می‌شود، بلکه پویایی ارائه مراقبت‌های بهداشتی را نیز مخدوش می‌کند.

مضمون ششم موانع ساختاری است که طیف وسیعی از چالش‌های مربوط به حوزه اختلالات روان را شامل می‌شود. در این بخش می‌توان به کم‌رنگ بودن نقش ساختارهای رسمی در پرداختن به افراد دارای اختلال روان اشاره کرد. فقدان متولی سلامت روان در ساختار رسمی از یک سو و عدم ورود جدی سازمان‌های مردم‌نهاد به حوزه اختلالات روان و نبود امکانات فیزیکی متناسب منجر به حاشیه رفتن این افراد می‌گردد.

مضمون هفتم راهبردهای مددکاران اجتماعی در کار با افراد دارای اختلال روان است. مددکاران اجتماعی مصاحبه‌شونده در این پژوهش اقداماتی همچون ارزیابی اولیه، مصاحبه با بیمار و خانواده، جلسات کار گروهی، مدیریت مورد، توانمندسازی و همچنین اقدام براساس پروتکل ابلاغی وزارت بهداشت که شامل ارزیابی اولیه و کشف مشکل و برنامه‌ریزی جهت حل مشکل می‌باشد را انجام می‌دهند. در همین راستا محققان در پی آن بودند تا به جمع‌بندی مشخصی از اقدامات و مداخلاتی که مددکاران اجتماعی در حیطه ارتقای بهزیستی افراد دارای اختلال روان می‌توانند انجام دهند، ارائه دهیم. لذا در بخش پیشنهادها به این موارد اشاره می‌گردد.

جدول ۲- پیشنهادها

توضیحات	اقدامات	
<p>استفاده از رویکردهای حل مسئله رویکرد سیستمی رویکرد مدیریت مورد رویکرد تبعیض رویکرد توانمندسازی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی روانی و اجتماعی (توجه به حمایت‌های غیر رسمی، شناسایی نیازها، نقاط قوت، مهارت‌های مقابله‌ای فرد و منابع محیطی) • شناسایی توانمندی و ظرفیت‌های فرد و خانواده • ارائه اطلاعات و مهارت‌های آموزشی برای توانمندسازی • تسهیل‌گری در مداخلات روان‌درمانی • پیگیری جهت اطمینان از اولویت‌ها و اهداف شناسایی شده • توسعه و نظارت بر یک برنامه درمان یکپارچه با تیم درمان • داشتن چشم‌انداز اکولوژیکی و تمرکز بر شرایط زندگی که بیمار به آن برمیگردد (مسکن، حمایت‌های غیررسمی و...) • هماهنگی یا سازماندهی منابع مختلف • نقش میانجی در حل کشمکش‌ها یا اختلاف بین سیستم‌ها • مدافعه • آموزش روان‌شناختی (آموزش ماهیت بیماری و راه‌های مقابله با آن برای فرد و منابع حمایتی غیررسمی او) • تاکید بر توانمندی بیمار و خودمراقبتی • برگزاری گروه جهت آموزش، کاهش استرس و پذیرش اختلال • شناسایی مشکلات ایجاد شده ناشی از ننگ • استفاده از رویکردهای تخصصی برای حل مسائل • ارتقای استقلال فرد • ارتقای عزت نفس و احترام به خود • داشتن تفکر انتقادی در رابطه با فرد و شرایط زندگی اش 	<p>فرد</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • آگاه‌سازی در رابطه با اختلال روان • شناسایی شبکه حمایتی خانواده • شناسایی مراقب اصلی در خانواده • توجه به مراقب اصلی به عنوان بیمار ثانویه • آگاه‌سازی خانواده در رابطه با سلامت جسم و روان خود به عنوان مراقب اصلی 	<p>خانواده</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • برگزاری جلسات گروهی جهت آشنایی با اختلال، پذیرش آن • شناسایی مشکلات موجود در خانواده • زمینه سازی برای ترخیص امن • تسهیل‌گری در مداخلات خانواده‌درمانی 	
<p>در این سطح مددکاران اجتماعی می‌توانند عضوی فعال در فرایند برنامه‌ریزی و اجرای سیاست‌گذاری‌های اجتماعی باشند.</p>	<p>ارائه آموزش‌های لازم به افراد جامعه در رابطه با سلامت و اختلال روان توجه به اختلالات روان در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی تدوین قانون سلامت روان تشکیل کمیته حقوق بشری جهت نظارت بر مراکز بهداشت روان ارائه آمار به روز از افراد دارای اختلال روان تنظیم برنامه‌های راهبردی کوتاه مدت و بلندمدت ارزیابی سالانه برنامه‌ها و سیاست‌های تدوینی شناسایی موانع کلیدی برای ارائه موثر خدمات بهداشت روان و ارائه راه حل برای ارائه خدمات تاکید بر درمان جامعه محور ایجاد خدمات حمایتی برای فرد و خانواده ایجاد خط مشاوره و هات لاین مرتبط با بیماران روان جهت ارتباط سریع و مطمئن مراکز نگهداری ایمن برای افراد دارای اختلال روانی بی‌خانمان ایجاد مراکز مراقبت روزانه ایجاد مراکز کاردرمانی و مهارت‌آموزی</p>	<p>جامعه</p>

منابع

- پین، مالکوم. (۱۳۹۶)، نظریه نوین مددکاری اجتماعی، ترجمه: طلعت الهیاری و اکبر بخشی نیا (۱۳۹۶)، تهران: نشر دانژه، چاپ سوم.
- خانیکی، هادی؛ یلفانی، طاهره؛ تقوا، ارسیا. (۱۳۹۶)، «چگونگی انعکاس تصویر بیماران روانی در مطبوعات»، فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۱۷: ۲۳۴-۱۹۹.
- دولت‌فرد، آرزو و فتحی، منصور. (۱۴۰۰)، «تجارب و چالش‌های خانواده‌های دارای فرد اختلال روان»، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال هشتم، شماره ۲۷: ۲۳-۱۵.
- طاهرخانی، حمید. (۱۳۹۲)، بازتوانی در روان‌پزشکی: مبانی بازتوانی روانی اجتماعی بر اساس روان‌پزشکی جامعه‌نگر، تهران: انتشارات ارجمند.
- سهرابی، فرامرز و نوبخت، مریم. (۱۳۷۹)، «بررسی رابطه‌ی بین سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه‌های تهران»، سمینار سلامت روان دانشجویان.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۸)، سلامت روانی، تهران: انتشارات رشد.
- فرحزادی، ثمین؛ ذبیحی پورسعدتی، مریم؛ احسانی، منا. (۱۳۹۸)، «تاثیر مداخله گروهی مددکاری اجتماعی بر پیروی درمانی بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی: گزارش یک کار گروهی»، فصلنامه مددکاری اجتماعی، دوره ۸، شماره ۲: ۵۵-۴۴.
- فرضی، صابر؛ شمسایی، فرشید؛ تاپاک، لیلی؛ صادقیان، عفت. (۱۳۹۸)، «ارتباط استیگما با عملکرد خانواده بیماران روانی»، نشریه پژوهش پرستاری ایران، دوره ۱۴، شماره ۶: ۱۲-۳۰.
- قاراخانی، معصومه. (۱۳۹۵)، «سیاست اجتماعی در ایران، شکاف دولت-ملت»، فصلنامه علوم اجتماعی، سال ۲۶، شماره ۲۷: ۴۵-۲۰.
- نوربالا، احمد؛ رجبی واسوکلایی، قاسم؛ رحمانی، حجت. (۱۴۰۰)، «بازاندیشی سیاست‌گذاری سلامت روان در ایران»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره ۱۱: ۹۱۳-۹۱۴.
- والش، جوزف. (۱۳۹۳)، نظریه‌های مددکاری اجتماعی در عمل، ترجمه: فریده همتی، تهران: انتشارات سمت.

- Aggarwal, Neeru. (2016). "Empowering People with Mental Illness within Health Services". *Acta Psychopathol*, 34-54.
- Allen, Ruth, Carr, Sarah, and Karen Lind. (2016). Social work for better mental health: A strategic statement. Department of Health. United Kingdom.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University.
- Nelson, Geoffrey, Lord, John, and Joanna Ochocka. (2001). "Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/ survivors." *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(2), 125-142.
- Okun, B. (2005). Human diversity. In R. H. Coombs (Ed.), Family therapy review (41-65). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum
- Pinto, Rogerio. (2006). "Using Social Networks Interventions To Improve Mentally Ill Clients' Well-Being". *Clinical social work journal*, 34(1), 83-100.
- Rodgers, Brandon. (2009). An ecological approach to understanding the stigma associated with receiving mental health services: the role of social proximity. *A thesis for the degree of Doctor of philosophy*, university of Virginia Tech.
- Sands, Roberta G. (2001). *Clinical social work practice in behavioral mental health: A postmodern approach to practice with adults*. (2nd ed., p. 382). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Sawatsky, Alexander William. (2015). "The evolution of social work mental health practice: Patient records research at Selkirk Mental Health Centre (SMHC) 1947-1980." *A thesis for the degree of Doctor of philosophy*, university of Manitoba.
- Semrau, Maya, Evans-Lacko, Sara, Alem, Atalay, Ayuso-Mateos, Luis, Chisholm, Dan, Gureje, Oye. (2015). "Strengthening mental health systems in low-and middle-income countries: the Emerald programme." *BMC medicine*, 13(1), 79.
- Walsh, Joseph. (2013). *The recovery philosophy and direct social work practice*. Chicago, Il: Lyceum.
- World Health Organization. (2011). *Mental health atlas-2011 country profiles*. Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO.
- Allen, Ruth. (2014). *The role of the social worker in adult mental health services*. London: The College of Social Work.
- Zastrow, Charles H., and Kirst-Ashman, Karen K. (2013). *Understanding human behavior and the social environment*. Thomson Brooks. P766.
- Institution of Health Metrics Evaluation (IHME), *the Global Burden of Disease*. (2021).