

پیشگفتار چاپ سوم

امروزه، در جهانی زندگی می‌کنیم که رشد فزاینده فن‌آوری از یک طرف و تسهیلات موجود در زمینه ارتباطات از سوی دیگر، باعث مصرفی‌تر شدن جامعه و افزایش روزافزون نیاز به کسب اطلاعات دقیق‌تر، شده است. این وضعیت، تا جایی که به بهداشت روانی مربوط است، چند موضوع خاص را برای این رشته و متخصصین دست‌اندرکار در بهداشت روانی ایجاد کرده است که به نظر اینجانب باید به آن توجه ویژه نشان داد.

نخست، پیشرفتهای مهم در فن‌آوری باعث شده است که انسان فرامدرن کمتر در تکاپوی یافتن ابزار برای بهزیستی خود باشد. به عبارت ساده‌تر، انسان، امروزه دسترسی بیشتر به لوازم و امکانات متنوع پیدا کرده است. برای مثال، اینترنت امکان دسترسی به طیف گسترده‌ای از اطلاعات، در اختیار بشر قرار داده است که شاید بیست سال پیش این امکان، تا این حد، میسر نبود. در نتیجه، بشر کنجکاو و پویای امروز نیاز کمتری به «استفاده از فن‌آوری نو» دارد.

آنچه اهمیت بیشتری یافته است «نحوه استفاده از فن‌آوری نو» است. انسان به جای اینکه از خود و دیگران سؤال کند: «من باید از چه چیزهایی استفاده کنم؟»، می‌پرسد: «من باید چگونه از امکانات موجود استفاده کنم؟» یا «من چرا باید از امکانات موجود استفاده کنم؟» این پرسشهاست که هدف و خط‌مشی مهم بهداشت روانی را مشخص می‌کند. در جای‌جای کتاب حاضر، بر اهمیت معنویت و تلاش انسان برای یافتن پاسخی مناسب به این پرسشها تأکید کرده‌ایم. در حقیقت بهداشت روانی نو دریافته است که علی‌رغم میل و گرایش عموم مردم به مسائل معنوی، متخصصین و دست‌اندرکاران بهداشت، لااقل تا پیش از آغاز قرن حاضر، به عمد یا ناخودآگاه

از این نوع مباحث و مقولات دوری جسته‌اند.^۱ به نظر می‌رسد که یافتن روشهای علمی و عملیاتی برای درک انگیزه‌های معنوی در انسان و پژوهش برای به وجود آوردن ابزار سنجش و اندازه‌گیری دارای اهمیت است. همچنین، پرداختن به روشهای نظام‌مند درمان معنوی در بهداشت روانی، بسیار مؤثر است.

دوم اینکه نتیجه می‌گیریم سیل عظیم دانش و فن‌آوری که بشر امروزی در معرض آن قرار گرفته است، مستلزم شکل‌گیری و تغییرات متنوع و سخت در زندگی فردی و اجتماعی است، که به نظر اینجانب، در طول تاریخ بی‌سابقه بوده است. این تغییرات نه تنها شامل متحول شدن شیوه زندگی و نحوه نگرش و روابط بین فردی و اجتماعی می‌شود، بلکه تحولات عمده در شغل و حرفه، تعلیم و تربیت و عملکرد سازمانهای جامعه را دربرمی‌گیرد. برای مثال، در جهان در حال تغییر و تحول امروز، انسان نمی‌تواند انتظار داشته باشد که پس از فراغت از تحصیل رسمی، دیگر نیازی به آموزش و یادگیری ندارد؛ زیرا تغییرات عمده هم در ساختار سازمانها و هم در رشد فزاینده دانش انکارناپذیر است. همچنین، جوانی که در قرن بیست و یکم زندگی می‌کند، با توجه به این واقعیت که مرزهای جغرافیایی روزبه‌روز کم‌رنگتر می‌شوند و یا در حال نابودی هستند، نمی‌تواند انتظار داشته باشد که تا پایان عمر پایبند کشور یا فرهنگی خاص باقی بماند. انسان مجبور است پی‌درپی، ارزشها، باورها و موقعیت فعلی خود را بازنگری کند. در نتیجه بخش مهمی از بهنجاری و سلامتی روانی و جسمانی در انسان، مستلزم توانایی و ظرفیت او در سازگاری، کنار آمدن و پذیرش این‌گونه تغییرات است. این مسأله مانع بزرگی را پیش روی بهداشت روانی، قرار می‌دهد. متخصصین این رشته باید بتوانند با درکی درست و امروزی از درگیریه‌ها و نیازهای بشر امروز و با توجه به خصوصیات فرهنگی و بین فرهنگی، برنامه‌هایی مناسب جهت نیل به اهداف والای بهداشت روانی تدوین کنند.

۱. ویلیام وست (۱۳۸۳)، روان‌درمانی و معنویت، ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن، تهران: انتشارات رشد.

در سالهای گذشته، بهداشت روانی نه تنها به عنوان یک رشته تخصصی عملی، بلکه به عنوان یک رشته عملیاتی، وارد عرصه پیشگیری از بیماری روانی و ارتقای سلامتی شده است. به این معنی که تلاش شده است تا برنامه‌های بهداشتی به گونه‌ای طراحی و اجرا شوند که بیشترین اثربخشی و فایده را در پی داشته باشند. برای دستیابی به این هدف، متخصصین بهداشت روانی بیشتر از روشهای موجود در رشته بازاریابی^۱ سود برده‌اند. به نظر من، استفاده صحیح از رویکرد بازاریابی در بهداشت روانی می‌تواند بسیار سودمند باشد.

بازاریابی عمدتاً، شامل ارائه و عرضه کردن «کالا» می‌شود. هدف نهایی فروش موفق کالا در بازاری است که در آن، رقابت و سلطه‌جویی وجود دارد. برای رسیدن به این هدف، بازاریاب باید چند مرحله مهم را مد نظر داشته باشد: اول اینکه بازار باید شناسایی شود. به عبارت ساده‌تر، بازاریاب باید «مخاطبین» یا گروه هدف را شناسایی کند و سپس به سنجیدن نیاز آنها بپردازد تا بفهمد مخاطبین او چه کالایی و با چه مشخصات و خصوصیتی خواستارند. مرحله دوم، ساختن کالا، بسته‌بندی کالا، عرضه مناسب کالا و ارزیابی و پیگیری اثربخش فروش کالا می‌شود. بازخورد و ارزیابی کیفی و کمی سبب می‌گردد تا بازاریاب بتواند در بهبود هرچه بیشتر کالا بکوشد. به نظر اینجانب، بهره‌وری از این مدل می‌تواند در عملیاتی ساختن برنامه‌های بهداشت روانی بسیار سودمند باشد. اهمیت چنین رویکردی را می‌توان در مثال زیر روشنتر بیان کرد: بهداشت روانی می‌خواهد از بروز بیماریها و آسیبهای روانی پیشگیری کند و برای رسیدن به این هدف، بر حوزه خاصی تمرکز دارد. فرض کنید که این حوزه، پیشگیری از بروز بدرفتاری با کودکان است (نگاه کنید به فصل ششم همین کتاب). البته، این انتخاب بر اساس بررسی و ارزیابی میزان شیوع و شدت مشکل در جامعه صورت می‌گیرد. نخست، باید مخاطبین مورد نظر شناسایی شوند. آنان می‌توانند بر اساس ملاکهایی چون اولویتهای یا امکانات موجود، کودکان یا والدین باشند. پس از انتخاب

گروه مخاطب، نیازسنجی صورت می‌گیرد. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که عوامل متعددی به عنوان «عوامل خطرزا» در بدرفتاری با کودکان دخیل هستند. این عوامل شامل تجربه بدرفتاری با والدین، سن والد و کودک، وجود آسیب‌های اجتماعی، مانند فقر و بیکاری و وجود بیماری روانی در والدین یا کودک می‌شود. متخصص می‌تواند گروه هدف را براساس این عوامل خطرزا، که خطر بروز بدرفتاری با کودک را افزایش می‌دهد، انتخاب کند. حال برنامه درمانی، طرح‌ریزی و تدوین می‌گردد که نحوه تدوین، ارائه و اجرای آن بستگی به مطالعه و بررسی دقیق و علمی وضعیت «بازار» دارد.

اینکه «بسته درمانی» باید دارای چه اجزایی باشد یا چه مراحل را دربرگیرد، تا حد زیادی نه تنها بستگی به نیازهای جامعه دارد، بلکه مستلزم توجه به نیازهای مخاطبین نیز هست. اضافه بر این، متخصص بهداشت روانی باید نحوه ارزیابی اثرات برنامه درمانی و روش‌های مؤثر را جهت پیگیری نتایج تأثیرگذاری برنامه و همچنین، مراحل تعمیم برنامه به طیف گسترده‌تری از مخاطبین مشخص کند. در سال‌های اخیر، رویکردهایی از این دست، در بهداشت روانی رواج یافته است و به همین خاطر بهداشت روانی بتدریج از یک رشته عملی تبدیل به یک رشته عملیاتی می‌شود.

در چاپ جدید کتاب *اصول و مبانی بهداشت روانی* تلاش شد تا چند نمونه از مباحث نو که در چند سال گذشته مورد توجه متخصصین بوده است، مورد توجه قرار گیرد. استقبال دانشجویان و اساتید محترم از این کتاب درسی به صورت تشویق و انتقاد، همواره موجب دلگرمی و سرافرازی بوده است. خوشنودیم از اینکه بازخوردها و انتقادات، همان‌گونه که انتظار می‌رفت، از جانب طیف گسترده‌ای از مخاطبین اساتید و دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، پزشکی و پیراپزشکی بوده است.

مصطفی حمدیه، شهریار شهیدی

اردیبهشت ۱۳۸۷

پیشگفتار

در تدوین کتاب حاضر به عنوان یک کتاب درسی جامع در بهداشت روانی نویسندگان چند مسأله مهم را در بهداشت روانی مد نظر داشتند. مسائلی که شاید در کتب موجود در این زمینه به آن توجه کافی نشده ولی با در نظر گرفتن پیشرفت گسترده و روزافزون بهداشت روانی امروزه بر اهمیت آن بیش از پیش تأکید می‌شود. بدیهی است آگاهی دادن به دانشجویان و متخصصین از آخرین تحولات و دستاوردهای علمی در بهداشت روانی هدف مهم نویسندگان در تدوین کتاب حاضر بوده است.

سازمان بهداشت جهانی در آخرین بیانیه‌های خود که در دهه گذشته منتشر کرده است و بخصوص در مقدمه پروژه ۲۰۰۰ که طی آن برنامه وسیع بهداشتی برای کشورهای در حال توسعه در نظر گرفته، سلامتی روان را از چهار بعد اساسی یعنی ابعاد جسمانی- روانی- اجتماعی- و معنوی^۱ مورد بررسی قرار داده است. تأکید بر بعد چهارم یعنی معنویت نمایانگر آگاهی مسئولین و متخصصین بهداشت روانی و تأکید بر اهمیت مذهب و معنویت در زندگی افراد جامعه است.

در حالی که در متون فلسفی و پزشکی مشرق‌زمین خصوصاً متون اسلامی قرن‌ها است به این موضوع توجه شده، ولی تنها در یکی دو دهه اخیر مورد عنایت متخصصین غربی قرار گرفته است. در این کتاب نیز اهمیت مذهب و معنویت در بهداشت روانی در دو فصل مجزا مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

مسأله دیگری که نویسندگان این کتاب بر آن تأکید داشته‌اند بهداشت روانی در مراحل مختلف رشد است. بررسی بهداشت روانی از دیدگاه رشد و تکامل به این

1. biopsychosociospiritual

دلیل اخیراً در کشورهای غربی اهمیت پیدا کرده و آگاهی متخصصین نسبت به عوامل مختلف استرس‌زا که در مراحل گوناگون زندگی روانی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند افزایش پیدا کرده است. عوامل خاص در هر دوره از رشد می‌تواند سلامت روانی افراد را به مخاطره اندازد پس پیشگیری اولیه و ثانویه در هر دوره نیز ویژگیهای خاص خود را دارد. همچنین بهداشت روانی معاصر به تدریج رشد انسان را به عنوان یک فرایند پیوسته و مستمر در طول عمر^۱ قلمداد می‌کند که از زمان انعقاد نطفه شروع می‌شود و تا زمان مرگ انسان ادامه پیدا می‌کند. بررسی ابعاد مختلف رشد در زمانهای مختلف به طور دقیق و علمی مسلماً می‌تواند در عملی کردن واقعی اهداف بهداشت روانی راهگشا باشد. همچنین با افزایش قابل توجه تعداد کودکان و نوجوانان در کشور ایران، این قشر درصد بالایی از جامعه ما را در برمی‌گیرد که در نتیجه اهمیت بهداشت روانی کودکان و نوجوانان مورد توجه مسئولین و دست‌اندرکاران قرار گرفته است.

متأسفانه بهداشت روانی کودکان پر استعداد یا تیزهوش کمتر در متون بهداشت روانی مورد توجه قرار گرفته است. البته روانشناسی با گرایش به کودکان استثنایی در ایران، معمولاً به کودکان عقب‌مانده ذهنی توجه کرده است. لکن آسیب‌پذیرترین و مهمترین گروه کودکان استثنایی یعنی کودکان تیزهوش عملاً از نظر علمی مورد بی‌توجهی قرار گرفته‌اند و هنوز ابهامات زیادی در تعریف ارزشیابی آموزشی و بالابردن سطح سلامت روانی این کودکان وجود دارد.

موضوع دیگری که در کتاب حاضر به آن توجه خاص شده است رابطه بین بیماریهای جسمی و سلامتی روانی افراد است. در چند دهه اخیر در کشورهای اروپایی و امریکا بر اهمیت این موضوع تأکید فراوان شده است و چندین رشته مجزا و مستقل برای بررسی آثار بیماریهای جسمانی بر سلامتی روانی انسان و کلاً بالابردن سطح سلامتی افراد جامعه به وجود آمده و پژوهشهای بیشماری در این زمینه صورت گرفته

1. life span development

است. رشته‌هایی مانند روانشناسی سلامت^۱ روانشناسی پزشکی، طب رفتاری^۲ و طب روان‌تنی^۳ در حال حاضر شاخه‌های قوی روانشناسی و روانپزشکی محسوب می‌شوند. در ایران متخصصین متأسفانه به این موضوع آنطور که باید توجه نداشته‌اند. موضوع دیگری که در این کتاب مد نظر نویسندگان بوده بحث مهم دیدگاه‌های موجود در بهداشت روانی است. به طور کلی سه دیدگاه عمده در بهداشت روانی مطرح شده است: دیدگاه گروهی، دیدگاه فردی و دیدگاه اجتماعی.

دیدگاه گروهی تحت تأثیر مستقیم مدل پزشکی و علم طب، سلامتی را عدم وجود بیماری می‌پندارد و بیماری را آسیب‌دیدگی یک یا مجموعه‌ای از اعضای بدن می‌داند. این دیدگاه زیست‌شناختی سه نتیجه مهم را در بردارد: اول اینکه، بیمار به عنوان یک فرد ناتوان قلمداد می‌شود. تعاریفی که با توجه به این دیدگاه از بیماری و بخصوص بیماری روانی وجود دارد بر این ناتوانی و ضعف جسمی و روانی در فرد بیمار تأکید می‌ورزد. دوم اینکه، با توجه به تعریف بیماری به عنوان آسیب‌دیدگی فیزیولوژیک و شیمیایی، گرایش به درمان بالطبع فیزیولوژیک و شیمیایی است. در روانپزشکی سنتی عمل جراحی مغز یا لوبوتومی^۴ متداول بود و امروزه استفاده از داروهای شیمیایی و الکتروشوک^۵ (درمان با تشنج الکتریکی) رواج پیدا کرده است. سوم اینکه، تحت تأثیر این دیدگاه طبقه‌بندی انواع بیماری روانی با توجه به آسیب‌رسانی آنها اهمیت بسزایی دارد. روانشناسی بالینی و روانپزشکی برای تشخیص بیماریهای روانی از اینگونه طبقه‌بندیها استفاده می‌کند.

دیدگاه دوم، تحت عنوان دیدگاه فردی انسان را یک موجود منحصر به فرد می‌بیند و بیماری نه به عنوان آسیب‌دیدگی جسمی بلکه واکنش فرد نسبت به محرکهای محیطی و اجتماعی با توجه به تجربیات شخصی قلمداد می‌شود. در نتیجه بیمار ناتوان

1. health psychology

2. medical psychology

3. behavioural medicine

4. lobotomy

5. electroconvulsive therapy

نیست و تواناییهای بالقوه را برای پیشرفت و تکامل روانی دارد. همچنین طبقه‌بندی به معنای سنتی آن که از علوم پایه گرفته شده سودمند نیست. روانشناسانی مانند راجرز^۱ و مازلو^۲ و روانپزشکانی مانند فرانکل^۳ با این دیدگاه الفت بیشتری دارند.

دیدگاه سوم، یا دیدگاه اجتماعی در بهداشت روانی بر این عقیده است که بیماریهای روانی به دلیل معضلات و نارساییهای اجتماعی به وجود می‌آیند. برخی از دانشمندان معتقدند که بیماری روانی یک برچسب اجتماعی است. در نتیجه اهداف بهداشت روانی در ایجاد تغییرات در دیدگاههای اجتماعی خلاصه می‌شوند. متخصصان لینگ^۴ و شف^۵ نیز از این دیدگاه حمایت کرده‌اند.

بهداشت روانی همواره به عنوان یک رشته تخصصی در قلمرو علم روانپزشکی سنتی فعالیت داشته است. جدال بین این سه دیدگاه از دهه ۱۹۵۰ میلادی به این طرف با شدت هر چه تمامتر جریان داشته است. سوگیریها و تضادها به حدی جدی بوده که گاه منجر به ابراز خصومتها و تعصبات شدید گردیده است. در بسیاری از جوامع جدال و عدم اطمینان متقابل باعث شده تا روانشناسان و روانپزشکان در دو جبهه مقابل هم قرار گیرند و به طور مستمر و سودمند باهم همکاری نداشته باشند. شاید به همین دلیل است که کتب درسی موجود در زمینه بهداشت روانی در ایران یکی صرفاً از دیدگاه روانپزشکی و دیگری کاملاً از دیدگاه روانشناسی به رشته تحریر درآمده‌اند. این در حالی است که به طور منطقی همکاری حرفه‌های مختلف مثل روانشناسی، روانپزشکی، مددکاری، پرستاری و جامعه‌شناسی با هم در عملی ساختن اهداف بهداشت روانی لازم و سودمند است. نویسندگان این کتاب با در نظر گرفتن این موضوع و با توجه به اینکه یکی از آنان روانپزشک و دیگری روانشناس است، سعی در کاهش دادن فاصله بین دیدگاههای متضاد در بهداشت روانی داشته‌اند. تلاش بر این بوده تا این آشتی و نزدیکی تنها ظاهری و مصلحت‌آمیز نباشد و در حقیقت نقطه عطفی باشد برای همکاری

1. Rogers

2. Maslow

3. Frankle

4. Laing

5. Scheffe

نزدیک و تنگاتنگ بین روانشناسان و روانپزشکان ایران. نویسندگان امید دارند تا با در نظر گرفتن مسائلی که در بالا ذکر شد توانسته باشند اهداف و آرمانهای خود را به نظر خوانندگان و علاقه‌مندان برسانند و تا حدی به پیشبرد اهداف والای بهداشت روانی در ایران خدمت کرده باشند. با توجه به مطالب ذکر شده فصلهای کتاب حاضر به شرح زیر تألیف شده است:

فصلهای اول، سوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم را دکتر شهیدی و فصلهای دوم، پنجم، نهم، دهم و یازدهم را دکتر حمدیه نگاشته‌اند. در خاتمه مؤلفین بر خود فرض می‌دانند که از همکاریهای سرکار خانم دکتر شکوفه رادفر که در تدوین دو فصل از کتاب کمال همکاری را داشته‌اند قدردانی نمایند.