

## "کرسی یونسکو و سلامت روان"

دکتر مصطفی معین

رئیس کرسی یونسکو در آموزش سلامت

رئیس مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی

سازمان آموزشی، تربیتی و علمی و فرهنگی یونسکو در سال ۱۳۴۵ فعالیت خود را شروع کرده است. ماموریت اصلی این سازمان توسعه پایدار با حفظ حقوق انسانی، احترام متقابل و فقرزدایی از جامعه بشری است، در واقع یونسکو از نظر جایگاه به عنوان خاستگاه ایده های نو و ایجاد کننده استانداردها برای مسائل اخلاقی در حال ظهور مطرح می باشد.

سابقه کرسی های یونسکو و شبکه های دانشگاهی آن به سال ۱۹۹۲ برمی گردد که تاسیس این شبکه ها و کرسی ها به تصویب مجمع عمومی یونسکو رسیده است. در حال حاضر چیزی حدود ۶۷۵ کرسی و ۶۸ شبکه دانشگاهی در سطح جهانی شکل گرفته است. این کرسی ها به عنوان اتاق فکر و سازنده پل بین جهان آکادمیک و جوامع شهری و محلی، مراکز پژوهشی و سیاست گذاری عمل می کنند. کرسی یونسکو در آموزش سلامت در سال ۱۳۸۳ طی قراردادی بین دانشگاه تهران و مدیر کل یونسکو به امضا رسید و فعالیت خود را آغاز نمود. چشم اندازی که برای این کرسی تعیین شده است، یک پایگاه ملی و منطقه ای برای هدایت و حمایت فعالیت های آموزشی و پژوهشی در جهت ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آحاد جامعه در چشم انداز توسعه بلند مدت کشور و در چهارچوب اهداف علمی، پژوهشی، تربیتی و فرهنگی یونسکو می باشد.

هدف کرسی یونسکو به صورت خلاصه، ارتقاء فرهنگ عمومی جامعه در امر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. ساختار کرسی را شورای سیاست گذاری، شورای برنامه ریزی، شورای اجرایی و دبیرخانه کرسی یونسکو تشکیل می دهند. نشانی الکترونیک کرسی یونسکو در آموزش سلامت <http://unesco.tums.ac.ir> است که می توانید به آن مراجعه بفرمایید.

فعالیت های کرسی یونسکو در آموزش سلامت شامل فعالیت های آکادمیک هم در بعد آموزش و هم در بعد پژوهش، برگزاری

کنفرانس ها و همایش ها و انتشار خبرنامه است. کمیته های تخصصی کرسی یونسکو در آموزش سلامت نیز شامل کمیته پژوهش در ایدز و زمینه های وابسته و همینطور کمیته تخصصی آموزش اخلاق در علوم و تکنولوژی می باشد.

شبکه های دانشگاهی که اکنون به صورت مجازی و البته به صورت عملیاتی شکل گرفته است، متشکل از مرکز تحقیقات آسم و آلرژی، شبکه ایمونولوژی پایه و بالینی ایران، انجمن آسم و آلرژی ایران، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا و مرکز تحقیقات ایدز ایران است. کرسی، خود در محل مرکز تحقیقات آسم و آلرژی واقع شده و از حمایت های این مرکز برخوردار است. این شبکه در حال گسترش نیز می باشد و در حال حاضر با چند مرکز دیگر مانند مرکز تحقیقات محیط زیست در حال مذاکره هستیم.

اولویت های کرسی یونسکو که به تصویب شورای عالی رسیده است، متناسب با بار بیماری ها در سطح کشور است. در راس همه آن ها سلامت روان است، همینطور بیماری های قلب و عروق، سرطان، سوانح و حوادث، دیابت، آسم و آلرژی، ایدز، محیط زیست و اعتیاد از اولویت های دیگر کرسی یونسکو هستند که با هم نیز ارتباط دارند.

پس از مرور فعالیت های کرسی یونسکو در آموزش سلامت که در همه زمینه های جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی نقش دارد نوبت به مساله اختلال روان، انگ و تبعیض میرسد. آشکار است که اختلالات روانی در جوامع مختلف بسیار شایع است، شیوع این اختلالات حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بوده که در جوامع جهان سوم این مقدار به ۳۰ درصد نزدیک تر است. به همین دلیل طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت حدود ۸۰ درصد افرادی که دارای یکی از مشکلات روانی هستند، در کشورهای در حال توسعه و عقب افتاده یعنی کشورهای جهان سوم زندگی می کنند.

افسردگی اساسی به تنهایی بیشتر از بار بیماری های قلب و عروق و سرطان ها، هزینه های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی را بر جوامع تحمیل می کند و سال های از دست رفته به علت ناتوانی و ناکارآمدی حاصل از افسردگی بر اساس شاخص  $Daly$  ۲۸ درصد است که درصد قابل توجهی است.

ترس از انگ یا برچسب یا همان استیگما و تبعیضی که برای آن فرد و خانواده اش پیش می آید، مهم ترین علت عدم مراجعه به

موقع در بیش از ۷۰ درصد افراد مبتلا به اختلالات روانی می باشد، یعنی بیش از دو سوم افراد به دلیل ترس از انگ بیماری روانی برای درمان به پزشک مراجعه نمی کنند. از آنجائیکه بحث در مورد موضوع سلامت روان و رسانه با موضوع محوری انگ یا استیگما است، این که رسانه ها چه نقش و جایگاهی در این زمینه دارند، از اهمیت بسیاری برخوردار است.

می دانید که گسترش رسانه ها و تنوع رسانه ای در دنیای امروز بسیار اهمیت پیدا کرده است. فضای مجازی، اینترنت، صدا و سیما، ماهواره ها، نشریات تخصصی در زمینه های مختلف از جمله سلامت روان و پزشکی، مطبوعات، فیلم، نمایش و تبلیغات همه و همه به نوعی ایفای نقش می کنند. تاثیرگذاری رسانه ها بر نوع نگاه و تفکر افراد نسبت به دنیای پیرامون بسیار حائز اهمیت است زیرا طرز نگاه و رویکرد، خود به رفتار منجر می شود. ثابت شده است که واکنش بیشتر افراد (بخصوص نسبت به مسائل روانی) بیشتر بر پایه تصویر ذهنی خود فرد است تا واقعیت های پیرامونش. در واقع تصویر ذهنی است که نگاه فرد را نسبت به مشکلات روانی تعیین می کند و نه واقعیت ها. از اینرو رسانه ها در این زمینه مرجعیت دارند، این رسانه ها هستند که با ارائه اطلاعات، نوع دیدگاهی که دارند، مقاله یا تحلیلی که در بزرگنمایی یا کوچک کردن مسائل دارند، تصویر ذهنی جامعه را شکل می دهند. این مسائل بر اساس پژوهش هایی است که در سطح جهانی انجام گرفته و نقش رسانه ها را به این صورت مورد تاکید قرار می دهد.

برخی از واقعیت ها و شاخص های تکان دهنده در مورد ترس از انگ بیماریهای روانی در ذیل آمده است:

۴۲ درصد افراد به دلیل ترس از انگ، مشکلات روانی خود را حتی به خانواده خود اطلاع نمی دهند.

۶۰ درصد افراد علت انگ و تبعیض در محل کار، خانواده و در بین دوستان خود را به رسانه ها نسبت می دهند و ابراز میکنند که این تصویری است که آن سریال تلویزیونی یا مطبوعات از من شکل داده اند.

۴۰ درصد بیماران مبتلا به اختلالات روانی مترادف دانستن اختلالات روانی با خشونت را به مطالب رسانه ها نسبت می دهند.

۱۹ درصد مردم از همسایگی با افراد دچار اختلالات روانی نگران می شوند.

علیرغم بار عظیم اجتماعی و اقتصادی، پیشگیری و درمان اختلالات روانی در کشورهای جهان سوم از اولویت لازم و حداقل برخوردار نیست و کشور ما نیز متأسفانه جزء یکی از این کشور های در حال توسعه و جهان سوم می باشد. از اینرو با ادامه وضع موجود طبیعی است که ادامه نا آگاهی نسبت به ماهیت و اهمیت اختلالات روانی ادامه پیدا خواهد کرد و در پی آن ادامه انگ، تبعیض و نقض حقوق شهروندی را خواهیم داشت. نقض حقوق شهروندی در این خصوص چه چیز را شامل می شود؟ زمانی که فردی برچسب بخورد، از حق ازدواج، داشتن مسکن و استخدام محروم شده و با انزوای از جامعه و انزوای از خانواده، حقوق او پایمال خواهد شد. مشکلات روانی مترادف با خشونت، وحشت، جنایت و لاعلاجی معرفی می شوند، گاهی چهره ای که از یک پزشک یا حتی یک روانپزشک، یک بیمار دچار افسردگی یا دچار مشکلات دیگری مانند اضطراب، در سریال های تلویزیونی دیده می شود (که اغلب آن ها دوبله و برخی هم با تقلید و کپی سازی تولید داخل است) همین چهره ای است که در جامعه وجود دارد، لذا امید ما این است که استمرار این نوع برنامه ها بتواند به تغییر و اصلاح رویکرد، نگاه و ذهنیت منجر گردد. امیدواریم با تغییر نگاه و رفتار موجود و اتخاذ رویکرد علمی، واقع بینانه و منصفانه در اطلاع رسانی (همان اخلاق در اطلاع رسانی و اخلاق در رسانه و تبلیغات)، کاهش انگ، تبعیض، محرومیت و انزوای اجتماعی بیماران و ارتقای سلامت روانی، انسجام و سرمایه اجتماعی در کشور را شاهد باشیم.

در ارتباط با مساله انگ زدایی و کاهش تبعیض و فرقی گذاری نسبت به افراد با سابقه اختلالات روانی یک مجموعه به صورت حلقه های متصل به هم باید فراهم گردد:

۱- توانمند سازی بیماران و خانواده ها: طبیعی است که خانواده نقش بسیار مهمی را بر عهده دارد. در خانواده آموزش، توانمند سازی و اصلاح نوع نگاه و رویکرد حرف اول را می زند. توانمند سازی از خانواده و بیماران می تواند با آموزش صحیح از طریق رسانه ها، صدا و سیما و مشاوران آغاز گردد.

۲- تغییر نگرش و رفتار رسانه ها و گروه های مرجع افکار عمومی از جمله دانشگاهیان، نخبگان و روشنفکران.

۳- اصلاح تبلیغات رسانه ای

۴- تغییر نگرش و رفتار نهادهای خدماتی و تخصصی: حتی در مراکز تخصصی و روانپزشکی هم نوع نگاه ها و رفتارها نسبت به بیماران مناسب نیست.

در صورتی که مسائل مذکور محقق گردند خود می تواند به تغییر نگرش و رفتار افراد و گروه ها در سطح جامعه و در نهایت اصلاح فرهنگ و افکار عمومی، تغییر سیاست ها (اعم از شورای علم و فناوری، مجلس، تشخیص مصلحت و ...) منجر شود و در نهایت می تواند به کاهش تبعیض و نقض حقوق شهروندی و حقوق بشر در جامعه منجر شود.

در آخر به راهبرد های جهانی برای کاهش اختلالات روانی که شامل ده مورد زیر است پرداخته خواهد شد:

- ۱- ارائه خدمات درمانی مناسب در نظام مراقبت های اولیه
- ۲- ایجاد دسترسی مناسب به داروهای روان گردان
- ۳- برنامه ریزی آموزشی و ارائه پزشکی جامعه نگر
- ۴- برنامه ریزی و ارائه آموزش های عمومی و بهره گیری از رسانه ها
- ۵- جلب مشارکت بیماران، خانواده ها و گروه های اجتماعی در امور درمان
- ۶- تدوین سیاست ها و برنامه های کلان ملی و ضوابط قانونی مرتبط
- ۷- توسعه منابع انسانی آموزش دیده و متخصص
- ۸- تدوین و اجرای برنامه های بین بخشی
- ۹- پایش مستمر سلامت روانی جامعه
- ۱۰- حمایت از مطالعات و پژوهش های گسترده تر در زمینه سلامت روان

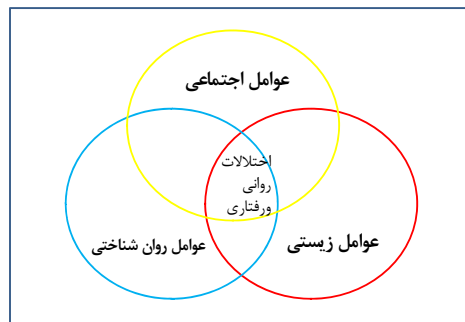
## اختلالات روانپزشکی و پیامدهای اجتماعی آن

دکتر احمد علی نوربالا

استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

عوامل زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی در ایجاد اختلالات روانی با هم در تعامل به سر می برند.

### تعامل عوامل زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی در ایجاد اختلالات روانی

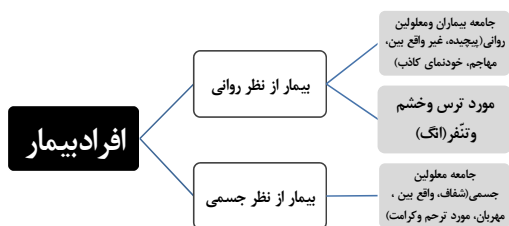


اگر بخواهیم اختلالات روانی را به کوهی از یخ تشبیه کنیم قسمتی کوچک و بیرون زده از آن همان مرگ و میر می باشد، اما قسمتی بزرگتر از آن مجروحیت، معضل بزرگتر بعدی عوارض و معلولیت جسمی مزمن و قسمت بزرگتر آن شامل عوارض روانی حاد می باشد، اما آنچه عمیق تر و پنهان تر است در واقع عوارض و معلولیت روانی مزمن بوده که طولانی مدت می باشد. طبق پیش بینی بار بیماریها در سال ۱۹۹۰ برای ۳۰ سال آینده قرار بود افسردگی مائورتک قطبی از رتبه ی ۴ در سال ۱۹۹۰ به رتبه ی ۲ در سال ۲۰۲۰، تصادف های رانندگی از رتبه ی ۹ به ۳، جنگ از ۱۶ به ۸، خشونت از ۱۹ به ۱۲ و صدمه به خود از رتبه ی ۱۷ به ۱۴ برسند و این خود نشان می دهد که آینده ای نامطمئن از نظر سلامت روانی جوامع پیش بینی می شد. طبق آمار سال ۱۹۹۰ مربوط به ۱۰ بیماری برتر از نظر ایجاد بیشترین ناتوانی ها ۵ مورد مربوط به اختلالات روانی شامل افسردگی، مصرف الکل، اختلالات دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلالات وسواسی جبری می باشد (۲). طبق آمار جدید مربوط به شیوع اختلالات روانی در ۱۴ کشور دنیا در سال ۲۰۰۸، شیوع این اختلالات در چین با ۴/۳٪ کمترین مقدار و آمریکا با ۲۶/۴٪ بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده است (۳). در رابطه با ایران یک آمار مربوط به تحقیق سال ۷۸ می باشد که حجم نمونه ۰/۰۰۱ خانوارهای کشور از سن ۱۵ و بالاتر را شامل می شد (۳۵۰۱۴ نفر). شیوع علامت های روانی در کشور ۲۱ درصد بود (۲۵/۹٪ زنان و ۱۴/۹٪ مردان) و در استان تهران ۲۱/۲٪ و در شهر تهران ۲۱/۵٪ بوده

تعریف سلامتی و اختلال رفتاری و روانی: از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی سلامت به عنوان نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت، بلکه حالت بهینه سلامت جسمی روانی و اجتماعی تعریف شده است. تعریفی که برای اختلال رفتاری وجود دارد عبارت است از حالت قابل توجه آدمی که تغییری در رفتار، تفکر و هیجان فرد به وجود بیاورد و منجر به اختلال کارکرد شود. در اینجا به پیامدهای اجتماعی اختلالات روانی می پردازیم. در واقع این اختلالات به مانند کوهی از یخ می باشند که بخش قابل توجهی از آن در زیر آب قرار گرفته است. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان علاوه بر عدم وجود اختلالات روانی شامل خوب بودن ذهنی، ادراک خود کارآمدی، استقلال و خود مختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی بین نسلی و خود شکوفایی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی می باشد. کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت اعتقاد دارد که ۱۵٪ عوامل تاثیر گذار بر روی سلامت، شامل عوامل زیستی و ژنتیک، ۱۰٪ عوامل محیط فیزیکی، ۲۵٪ میزان مراقبت از سلامت و بالاخره ۵۰٪ آن مربوط به عوامل اجتماعی می باشند.

مظلومیت بیماران روانی: بیماری روانی به هیچ وجه یک شکست یا نارسایی فردی محسوب نمی شود، فقط مختص دیگران نیست و هیچکس از ابتلا به این اختلالات مصون نیست. در حال حاضر حدود ۱۵۴ میلیون نفر در جهان از اختلال افسردگی، ۲۵ میلیون نفر از اسکیزوفرنیا، ۹۱ میلیون نفر از اختلال سوء مصرف الکل، ۱۵ میلیون نفر از سوء مصرف مواد، ۵۰ میلیون نفر از صرع، ۲۴ میلیون نفر از آلزایمر در رنج هستند و هر سال حدود ۸۷۷۰۰۰ نفر به علت خود کشی می میرند. در حالیکه تعداد افرادی که اقدام به خود کشی می کنند در حدود ۱۰-۲۰ میلیون نفر تخمین زده می شود. و اما باز بنا به اعلامیه سازمان بهداشت جهانی آنچه بیشتر از همه موجب رنجش این بیماران می شود، انگ زدن، شرم و طرد شدن می باشد (۱).

## رابطه بیماران جسمی و روانی و جامعه



چرخه معیوب فقر و اختلالات روانی: هر چه فقر و مشکلات اقتصادی بیشتر و تحصیلات کمتر باشد اختلالات روانی با سیر سریعتر و فقدان مراقبت بیشتری وجود دارد و در اینصورت نیز تاثیر خود را بر روی اقتصاد از طریق افزایش هزینه های سلامت، از دست دادن شغل و کاهش بهره وری اعمال میکند و در واقع این یک چرخه ی معیوب است (۱۴).

**تاثیرات اقتصادی اختلالات روانی:** طبق ارزیابی آقای رایس و همکارانش در سال ۱۹۹۰، ۱۴۸ میلیارد دلار برای تمام اختلالات روانپزشکی در آمریکا هزینه شده است. ارزیابی های سایر محققان نشان داده است که ۳٪ مردان و ۴٪ زنان به علت اختلالات هیجانی قادر به کار کردن و کسب درآمد نبوده اند و مردان با اختلالات روانی نسبت به مردان سالم ۲۱٪ درآمد کمتری داشته اند. همینطور شانس پیدا کردن شغل برای مردان دچار اختلالات روانی ۱۲/۶٪ و برای زنان ۱۴٪ کمتر از افراد سالم بوده است. اما در مورد هند بررسی ها نشان داده است که افراد دارای علائم اضطراب و افسردگی روزانه ۷۰۰ روپیه درآمد کمتری نسبت به سایرین دارند و در پاکستان نیز این افراد ۳۰۰ روپیه کمتر مزد می گیرند که به ترتیب معادل درآمد ۷ تا ۱۴ روز کار کشاورزی در هند و ۲۰ روز در پاکستان می باشد. در اندونزی با بررسی دقیق تمام افرادی که از اختلالات روانی رنج می بردند مشخص شد که ساعات کاری این افراد ۱۰ درصد کمتر از افراد سالم بوده است و کلا زیان اقتصادی در نتیجه ی اختلالات روانی در اندونزی نسبت به ایالات متحده بیشتر بوده است (۳). در امریکا آقای ویلیام ایتون و همکارانشان بار اختلالات روانی ۱۱ بیماری مهم روانی را محاسبه کرده اند، برای مثال در مورد Panic Disorder بار معلولیت روانی، عدد ۱۷/۱٪ بوده و سالانه حدود ۳۰ میلیارد دلار هزینه بر می دارد. این رقم در مورد اختلال افسردگی اساسی

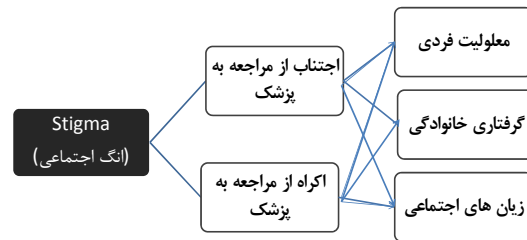
است که آمار نگران کننده ای است. و بدتر اینکه این آمار در متاهلین نسبت به مجرد ها درصد بیشتری را شامل می شد (۷-۴). پژوهش دیگر صورت گرفته مربوط به همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران توسط دکتر محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۰ می باشد، در این مطالعه حدود ۲۵۱۸۰ نفر از جمعیت بالای ۱۸ سال مورد مطالعه قرار گرفتند که طبق آن شیوع اختلالات روانی ۱۰/۱۷٪ بود (۲۳/۴٪ زنان و ۱۰/۸٪ مردان) و در استان تهران این آمار به ۱۴/۲۹٪ می رسید و باز هم متاهلین نسبت به مجردین وضع بدتری داشتند (۱۰-۸). تحقیق سوم در سال ۸۷ توسط اینجانب و همکاران صورت گرفت و جامعه ی آماری شامل ۱۹۳۷۰ نفر از جمعیت بالای ۱۵ سال شهر تهران بودند. طبق این تحقیق ۲/۳۴٪ جمعیت تهران از نشانه های روانی رنج می بردند (۳۷/۹٪ زنان و ۲۸/۶٪ مردان). همانطور که نتایج این پژوهش نشان می دهد شیوع اختلالات روانی در این مطالعه نسبت به مطالعه ی مشابه سال ۷۸ رشد حدود ۶۰ درصدی داشته که این تفاوت را می توان به جامعه ی آماری و تغییرات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی جامعه نسبت داد (۱۱).

وجود دو میلیون نفر معتاد و در گیری مستقیم حداقل شش میلیون نفر از آحاد خانواده های ایرانی با مقوله اعتیاد و رشد ۴۲ درصدی تغییر الگوی مصرف از تریاک به مشتقات هروئین (شیشه و کراک) و سایر مواد شیمیائی صنعتی، همگی حکایت از ناموفق بودن مبارزه با اعتیاد را در کشور نشان می دهد و هشدار بحران سلامت روانی اجتماعی کشور را به معرض نمایش می دهد (۱۲).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت باراختلالات روانی در سال ۲۰۰۲، ۱۳٪ بار بیماری ها را به خود اختصاص داده که در سال ۱۹۹۰، ۱۰٪ بوده و پیش بینی می شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ بسیار افزایش یابد و اگر بخواهیم تنها معلولیت روانی را بررسی نماییم مقدار آن ۳۱٪ خواهد بود. دریک پیش بینی دیگر رتبه ی HIV/AIDS از ۳ به ۱ در کشور های در حال توسعه افزایش می یابد ولی در کشور های توسعه یافته اختلالات افسردگی تک قطبی جلوتر است، حوادث جاده ای از رتبه ی ۸ به ۴، خشونت از رتبه ی ۱۵ به ۱۳، صدمه به خود از رتبه ی ۱۷ به ۱۴ و دیابت قندی از رتبه ی ۲۰ به ۱۱ ارتقاء می یابد که مورد اخیر بسیار چشم گیر است (۱۳و۳).

۱۷/۳ میلیارد دلار، اختلالات وسواسی ۱۰/۶ میلیارد دلار، اختلال سوء مصرف مواد ۲۰/۱۶ میلیارد دلار، مصرف الکل ۲۲۶ میلیارد دلار، اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی هر کدام ۷۰ میلیارد دلار و زوال عقل ۷۶ میلیارد دلار می باشد که جمعاً به حدود ۸۰۰ میلیارد دلار رسیده و تقریباً رتبه ی اول را از نظر بار بیماری ها داراست (۱۳). در ایران آسیب های اقتصادی ناشی از بیماری ها تنها در سال ۱۳۸۲ توسط دکتر نقوی و همکارانشان بررسی شده است که طبق این مطالعه رتبه ی اول مربوط به حوادث عمدی و غیر عمدی می باشد، اما اختلالات رفتاری و روانی رتبه ی دوم را به خود اختصاص می دهد و اگر این بررسی را فقط بر روی جنس زن متمرکز کنیم بیشترین بار بیماریها مربوط به اختلالات رفتاری و روانی است. اما در مقایسه با منطقه مدیترانه شرقی میزان افسردگی در سال ۲۰۰۰ کمی کمتر از میانگین منطقه مدیترانه بوده که در سال ۲۰۰۱ این میزان افزایش چشمگیری داشته است (۱۵).

### پیامد های اجتماعی انگ



**فاجعه ای به بزرگی جنگ و حتی بزرگتر:** در ایران سالانه ۲۲۰۰۰ نفر و هر ۲۵ دقیقه یک نفر در اثر تصادفات جاده ای از بین می روند (متوسط ماهانه ۱۸۳۳ نفر). اما طبق آمار سازمان ملل متحد غیر نظامیان افغان کشته شده در افغانستان در سال ۲۰۰۸، ۲۱۱۸ نفر بوده که از کشته شده های مهر ماه تصادفات ایران کمتر بوده است. در عراق تعداد تلفات در ماه اوت ۲۰۰۹ که خونین ترین ماه در جنگ سال گذشته این کشور بوده است، ۱۵۵۹ نفر بوده که این تعداد کمتر از تلفات یک ماه تصادفات جاده ای در ایران است و در غزه نیز تعداد تلفات جنگ جمعاً ۱۳۸۷ نفر بوده که باز هم کمتر از تلفات تصادفات جاده ای یک ماه ایران است. بررسی های کارشناسان نشان می دهد که در ۷۰

درصد علل سوانح عوامل انسانی دخیل بوده و بقیه موارد به علت شرایط آب و هوایی و وسیله نقلیه است و طبق گفته رئیس اداره راهنمایی و رانندگی در ایران ماهیانه ۶۴ نفر در اثر حوادث جاده ای از بین میروند. که حکایت از عمق فاجعه تصادفات در ایران دارد (۱۶ و ۱۷).

**سهم مصرف داروهای ضد اضطراب در جهان در سال ۲۰۰۸:** طبق برآورد پروفسور قدس و همکارانش ۳۳٪ مصرف داروهای ضد اضطراب در آسیا صورت می گیرد و این در صد در آمریکا ۲۷٪ و در اروپا ۳۶٪ می باشد، اما ایران ۲/۰۳ درصد در جهان را به خود اختصاص می دهد که رقم بالایی است و در آسیا نیز این رقم در مورد ایران ۵٪ است. بر اساس یکی دیگر از آمارهای ارائه شده توسط پروفسور قدس که میزان اضطراب را در کشورهای مختلف آسیایی از جمله در ایران در سالهای ۱۹۹۷-۱۹۹۹ و ۲۰۰۹-۲۰۰۷ بررسی نموده اند، افزایش مصرف داروهای ضد اضطراب در ایران با شیب بسیار زیادی در بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹ افزایش یافته و حتی خیلی از کشورهای آسیایی را پشت سر گذاشته است (۱۸)!

**فرد و جامعه سالم:** اگر افراد یک جامعه از نظر جسمانی سالم باشند، آن جامعه یک جامعه مولد و پیشرو خواهد بود و اگر افراد این جامعه از نظر روانی نیز سالم باشند جامعه مومن و شاداب بوده و در نهایت این جامعه می تواند به یک جامعه شاهد یا الگو تبدیل گردد. در مورد بیماری نیز می توان گفت اگر بیماری جسمی باشد، افراد معلول را داریم که اینها افراد شفاف و واقع بینی بوده که مورد کرامت و ترحم هستند و بسیاری از NGO ها برای کمک به آنها فعالیت می کنند، در صورتی که اگر افراد جامعه مشکلات روانی داشته باشند، جامعه بیماران روانی بسیار پیچیده بوده و این افراد ممکن است خوش بین و یا بد بین باشند و انعکاس بیرونی آن به این صورت نمود پیدا می کند که این افراد مورد ترس و خشم و تنفر هستند و در حقیقت مورد انگ جامعه قرار می گیرند. در صورت پدید آمدن انگ افراد از جامعه به پزشک اجتناب کرده و یا با اکراه به پزشک مراجعه می کنند که هر دوی اینها خود موجب معلولیت فردی، گرفتاری های خانوادگی و زبان های اجتماعی می گردد.

### شواهد دینی در مورد انگ زدایی از بیماران روانی:

- حضرت علی (ع) فرمودند: روزی حضرت محمد(ص) جمعی را دیدند که گرد فردی جمع شده بودند، علت

صورت نگیرد، آینده ای ناخوشایند و نا مطبوع برای اجتماع ما پیش بینی می شود.

۷. ایجاد هرگونه تمهیداتی در رابطه با کاهش نگرانی، فضای آزاد و با نشاط، امنیت و رفاه اجتماعی و جامعه برخوردار از کرامت و حقوق انسانی در راستای سطح اولیه پیشگیری از اختلالات روانی محسوب می گردد و انگ زدایی از بیماران روانی وظیفه مهم مورد غفلت واقع شده است که تدبیری جدی را می طلبد.

۸. آگاهی بخشی و اطلاع رسانی آحاد جامعه و همه دست اندرکاران قضایی، نظامی، اجرایی، امنیتی و ارباب جرایم در رابطه با عوامل سبب ساز اختلالات روانی از اولویت های مهم عاجل می باشد.

را جویا می شوند. آنها می گویند که این فرد مجنون بوده و غش می کند. پیامبر می فرمایند او مجنون نبوده بلکه بیمار است. فرد مجنون واقعی کسی است که از روی تکبر راه می رود، با گوشه ی چشمش نگاه کرده و شانه های خود را از سر بزرگی می جنباند، با آنکه گناه می کند آرزوی بهشت دارد و به خیر او امیدی نیست.

ناکامی در انگ زدایی از بیماران روانی: باید قبول کرد که در جامعه ما مثل بسیاری از جوامع در حال توسعه، انگ زدایی از بیماران مبتلا به ایدز به نوعی موفق تر از انگ زدایی از بیماران روانی بوده است. بنابر این برای انگ زدایی از بیماران روانی همه دست اندرکاران باید همکاری کنند.

### نتیجه گیری:

۱. اهمیت اختلالات روانی در نظام سلامت جوامع مغفول واقع شده و آینده نگران کننده از نظر سلامت روان برای جهان پیش بینی می شود.

۲. آمار اختلالات روانی در ایران مطلوب نیست و متأسفانه سیمای آن از نظر عوامل دموگرافیک نامتعارف است.

۳. جامعه ایرانی یک جامعه هیجانی، نگران، غمگین، حرمت شکن، غیر قابل پیش بینی و به تعبیر برخی بزرگان، مسئولین و علما، غیر اخلاقی، قانون گریز و مشکل در نظارت پذیری است، که همگی از عوامل خطر بروز اختلال روانی محسوب می شوند.

۴. در ایران خانواده های متاهل از نظر بروز اختلالات روانی در معرض خطر بیشتری هستند.

۵. مهار نشدن بلکه شدت گرفتن سیر شیوع اعتیاد در ایران علی رغم همه مقابله های صورت گرفته قبل و بعد از انقلاب حکایت از نا موفق بودن اقدامات انجام شده دارد و نشان می دهد که موضوع اعتیاد از مقولات مهم آسیب زای روانی کشور ما محسوب می شود.

۶. اگر در ابعاد پیش گیری از بروز عوامل تنش زا، در سطوح خانواده و اجتماع اقدامی اساسی و بنیادی

### منابع:

۱-The World Health Report ۲۰۰۱: Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organization.

۲- Cristopher J. L. Murry & Alan D. Lopez, A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases' Injuries and Risk Factors in ۱۹۹۰ and Projected to ۲۰۲۰, ۱۹۹۶, World Health Organization.

۳- Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges, World Health Organization, ۲۰۰۸

۴- Noorbala A.A., S. A. Bagheri Yazdi; M. T. Yasami and K. Mohammad, Mental Health Survey of the Adult Population in Iran, British Journal of Psychiatry (۲۰۰۴) ۱۸۴, ۷۰-۷۳.

۵- نوربالا احمدعلی و همکاران، بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸، مجله حکیم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۱، ص ۱-۱۰

۶- نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس، یاسمی محمد تقی، نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران - ۱۳۸۰.

- ۱۷- روزنامه آرمان روابط عمومی، ۲۹ شهریورماه ۱۳۸۹
- ۱۸- پروفیسور حمید قدس، سخنرانی در دهمین همایش  
پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران، دوم آذر ماه  
۱۳۸۹
- ۱۹- خصال شیخ صدوق، ترجمه آقای کمره ای چاپ ششم  
کتابفروشی اسلامیة ۱۳۵۴. اصول بهداشت روانی (جلد اول) دکتر  
سید ابوالقاسم حسینی ص ۳۴

- ۷- نوربالا احمدعلی و همکاران، بررسی شیوع اختلال های  
روانپزشکی در شهر تهران، مجله حکیم، دوره ۲، شماره ۴،  
زمستان ۱۳۷۸، ص ۲۱۲-۲۲۳
- ۸- محمدی محمدرضا، داویدیان هاراطون و همکاران،  
بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران  
(سال ۱۳۸۰)، انتشارات مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی  
کشور، ۱۳۸۱.

۹- Mohammadi M.R, Davidian.H, Noorbala A.A,  
Malekafzali H, Naghavi H.R, Pouretmad.H.R.,  
BagheriYazdi. S.A., Rahgozar.M., Alaghebandrad.J.,  
Amini.H., Razzaghi.E.M., Mesgarpour.B., Soori.H.,  
Mohammadi.M., Ghanizadeh.A., “An  
epidemiological survey of psychiatric disorders in  
Iran”, Clinical Practice and Epidemiology in Mental  
Health, ۲۰۰۵, ۱: ۱۶, ۱-۸.

- ۱۰- محمدی محمدرضا، داویدیان هاراطون، نوربالا  
احمدعلی و همکاران، همه گیری شناسی اختلالات  
روانپزشکی در ایران سال ۱۳۸۰، مجله حکیم، دوره ۶،  
شماره ۱، بهار ۱۳۸۲، ص ۵۵-۶۴.

- ۱۱- نوربالا احمد علی، سید عباس باقری یزدی و همکاران،  
شیوع نشانه های روانپزشکی در شهر تهران در سال ۱۳۸۷،  
زیر چاپ در مجله روانپزشکی و روانشناسی یالینی ایران

- ۱۲- رحیمی موقر آفرین، محمد کاظم، عمران محمد رزاقی،  
روند سی ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، مجله  
حکیم، دوره ۵، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۱، ص ۱۷۱-۱۸۱.

۱۳- William W. Eaton et al, The Burden of Mental  
Disorders, Epidemiologic Reviews, vol, ۳۰, ۱-۱۴, ۲۰۰۸

۱۴- Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of  
Psychiatry, ninth edition, ۲۰۰۹, Lippincott Williams  
& Wilkins.

- ۱۵- نقوی محسن و همکاران، مطالعه ملی بار بیماری ها و  
آسیب ها، بار عوامل خطر سلامت و امید زنگی توام با  
سلامت در جمهوری اسلامی ایران برای سال ۱۳۸۲ در  
سطح ملی و برای شش استان، وزارت بهداشت، درمان و  
آموزش پزشکی، معاونت سلامت، چاپ اول، ۱۳۸۶.

- ۱۶- روزنامه بهار، ۱۵ فروردین ۱۳۸۹



## بار اختلالات روان، هزینه های آن و انگ زدایی در روانپزشکی

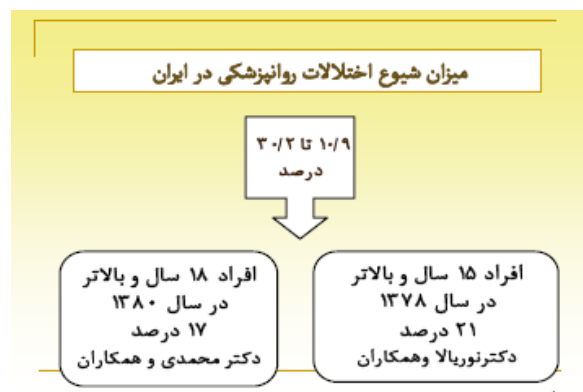
دکتر محمدرضا محمدی<sup>۱</sup>، مریم سلمانیان<sup>۲</sup>

۱. استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات

روانپزشکی و روانشناسی

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات

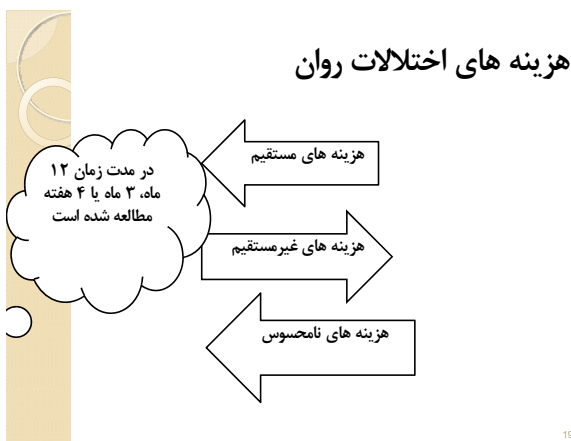
روانپزشکی و روانشناسی



**بار اختلالات روان:** اختلالات روان در جهان، بین ۷/۳٪ تا ۳۹/۸٪، متغیر بوده است. بررسی های همه گیرشناسی اختلال های روانپزشکی انجام شده در ایران نیز بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلال ها از ۱۰/۹٪ تا ۳۰/۲٪ اشاره دارند. میزان شیوع اختلال های روانپزشکی، که در بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در سال ۱۳۷۸ انجام پذیرفت، ۲۱/۲٪ گزارش گردید. در یک بررسی که به منظور تعیین شیوع اختلال های روانپزشکی در کل کشور انجام گرفت، میزان شیوع این اختلال ها در مجموع ۱۷٪ به دست آمد.

**انواع هزینه ها:** هزینه ها به سه دسته هزینه های مستقیم، غیر مستقیم و نامحسوس طبقه بندی می شوند. هزینه های مستقیم، شامل هزینه های پزشکی و هزینه های غیرپزشکی می شود. هزینه های غیرمستقیم، شامل از دست رفتن کارایی و غیبت از کار ناشی از بیماری و مرگ زودرس است. هزینه های نامحسوس، از محدود شدن کیفیت زندگی فرد و خانواده ایجاد می شود.

**هزینه های اختلالات روان:** یک مطالعه مروری سیستماتیک بر مطالعاتی که هزینه افسردگی را مورد بررسی قرار داده اند، هم هزینه های مستقیم و هم هزینه های غیرمستقیم را بررسی کرده اند. میزان مجموع این دو هزینه برای سال ۱۹۹۸، برابر ۶۵ میلیارد دلار برآورد شد. مطالعه مروری سیستماتیک دیگری، در مورد هزینه های افسردگی، می توان ۲۴ مطالعه را یافت. این مطالعه مروری هزینه مستقیم بیماری را سالانه ۱۰۰۰ تا ۲۵۰۰ دلار برای هر فرد (بر اساس نرخ سال ۲۰۰۳)، و هزینه های کاهش کارایی را ۲۰۰۰ تا ۳۷۰۰ دلار و هزینه های مرگ و میر را ۲۰۰ تا ۴۰۰ دلار، برآورد نمود. مطالعه دیگری در آمریکا، هزینه های مستقیم و غیرمستقیم ناشی از مصرف سیگار، الکل و مواد را در سال ۱۹۹۵ بررسی و میزان آن را به ترتیب برابر با ۱۳۸، ۱۷۶ و ۱۱۴ بیلیون دلار تخمین زد. هر چند، طی سال های اخیر



یافته ۳۵-۵۰ درصد افراد مبتلا به اختلالات روان از دریافت خدمات سلامت روان بی بهره اند.

### انواع هزینه بیماری ها

هزینه های اختلالات روان به سه دسته تقسیم می شود: هزینه های مستقیم، هزینه های غیر مستقیم و هزینه های نامحسوس. هزینه های مستقیم، همان هزینه های پزشکی و غیر پزشکی، مثل هزینه های حمل و نقل و اجتماعی دیگر است. هزینه های غیر مستقیم، شامل هزینه های ناشی از افت کاری و از کار افتادگی می باشد و هزینه های نامحسوس نیز در رابطه با محدودیت کیفیت زندگی فردی و خانوادگی بوده که در مطالعات مختلف کمتر به آن پرداخته شده است. محاسبه هزینه های ناشی از غیبت از کار با ضرب تعداد روزهای غیبت از کار یا تحصیل در حقوق معمول روزانه آن طبقه شغلی، صورت می گیرد.

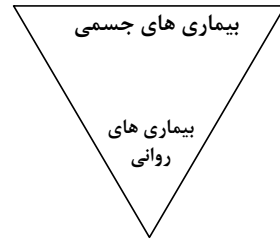


20



21

مطالعات ایرانی در زمینه هزینه های بیماری ها



29

**انگ زدایی:** اگرچه کیفیت خدمات بهداشت روان و تأثیر درمان های روانپزشکی، در ۵۰ سال گذشته پیشرفت روزافزون داشته است، اما هنوز بسیاری از افراد به بهره گیری از این خدمات تمایل ندارند، که یکی از دلایل آن، وجود انگ است. به نظر می رسد انگ بیماری روانی، از مهم ترین نوع انگ زدن ها است و می تواند از عوامل تاریخی، فرهنگی و اجتماعی خاص هر جامعه متاثر باشد.

**نتیجه گیری:** از آن جایی که نگرش منفی بیشتری درباره اختلالات روان وجود دارد، افراد مبتلا به اختلالات روان کمتر برای درمان مشکلات خود اقدام می کنند. فرهنگ و آموزش نقش موثری در کاهش پدیده انگ دارند؛ انگ زدایی باعث مراجعه بیشتر مردم برای درمان می شود و این موضوع از بار اختلالات روان در جامعه می کاهد.

### بار اختلالات روان

میزان اختلالات روان در جهان بین ۷/۳ تا ۳۹/۸ درصد متفاوت است. در ایران، شیوع اختلالات روانپزشکی از ۱۰/۹ تا ۳۰/۲ درصد طبق گزارشات مختلف مطالعه ها متفاوت است. قابل ذکر است که طبق مطالعه دکتر نوربالا و همکاران در جمعیت بالای ۱۵ سال، میزان این اختلالات ۲۱ درصد و بر اساس مطالعه صورت گرفته توسط محمدی و همکاران در جمعیت بالای ۱۸ سال، میزان اختلالات روانی ۱۷ درصد بوده است. بر اساس مهم ترین مطالعات اپیدمیولوژی صورت گرفته در جهان، در کشورهای مختلف آمارهای مختلفی از اختلالات روانی وجود دارد و همین طور در ایران نیز میزان شیوع اختلالات روانی در مطالعات مختلفی از سال ۱۳۴۲ بررسی گشته و اغلب این مطالعات در مقیاس های جغرافیایی شهر و روستا بوده و کمتر جنبه استانی دارند. در کشورهای در حال توسعه حدود ۸۰ درصد و در کشورهای توسعه

## هزینه اختلالات روان

با اختلالات روان در سال ۱۳۷۳ و در بیمارستان های روزه، رازی و شهید اسماعیلی صورت گرفت که در آن میانگین قیمت تمام شده برای هر بار مراجعه سرپایی، هر مورد آزمایش، الکتروانسفالوگرافی، الکتروشوک درمانی، قیمت ریالی اموال بیمارستان با تعیین طول عمر تقریبی و محاسبه استهلاک آنها، میزان مواد مصرفی بر اساس گزارشات انبار گردانی و میزان خدمات ارائه شده از سوی واحد درمانی و خدماتی بررسی گردید. دکتر نصر و همکاران نیز بر روی افراد دچار اختلال دو قطبی در تهران بررسی هایی انجام داده و نشان دادند که این اختلال شایع ترین اختلال روانپزشکی بوده و منجر به از کار افتادگی ۲۰٪ و نیاز به استراحت پزشکی ۵۰٪ افراد شده است. همینطور از کار افتادگی و استراحت پزشکی اختلال دو قطبی به طور معنی داری از اختلالات نورولوژیک بیشتر بوده است، به طوری که ۵۶ درصد از کارافتادگان و ۸۳٪ کل مراجعان استراحت پزشکی را به خود اختصاص داده اند.

طبق یک مطالعه ی سیستماتیک که به هزینه های مستقیم و غیر مستقیم افسردگی در آمریکا پرداخته است در سال ۱۹۹۸ این هزینه ها تقریباً ۶۵ میلیارد دلار بوده است، همینطور برآوردی که برای هزینه های فردی افسردگی شده است بدین شرح بوده: هزینه های مستقیم، ۱۰۰۰-۱۵۰۰ دلار، هزینه های ناشی از کاهش کارایی (غیر مستقیم)، ۲۰۰۰-۳۷۰۰ دلار و هزینه های مرگ و میر، ۲۰۰-۴۰۰ دلار. مطالعه ای در استرالیا ی جنوبی شیوع افسردگی اساسی را ۷٪ و سایر افسردگی ها را ۱۱٪ در جمعیت نشان داده بود. در این مطالعه، هزینه ی بار افسردگی اساسی حدود ۲ میلیارد دلار در سال و هزینه های غیر بهداشتی، شامل هزینه های اجتماعی یا همان هزینه های غیر مستقیم حدود ۳ میلیارد دلار در سال برآورد شده است. یک مطالعه ی دیگر بررسی کرده که ۲ درصد جامعه به اختلال وسواس اجباری دچارند و هزینه آن در سال ۱۹۹۰ در آمریکا حدود ۸/۳ میلیارد دلار بوده و از این بین ۶/۴ میلیارد دلار را هزینه های غیر مستقیم تشکیل می داده است. در آمریکا، یک مطالعه مروری هزینه های اختلال دوقطبی را بررسی کرده که بر اساس آن هزینه سالانه بیماری، ۵۴/۲ میلیارد دلار بوده و طبق یک مطالعه دیگر مبنی بر بروز هزینه در طول زندگی، این مبلغ را ۲۴ میلیارد دلار برآورد کرده که بیشتر این هزینه ها نیز هزینه های بستری بوده است. همچنین یک بررسی دیگر در آمریکا در سال ۱۹۹۵، هزینه های غیر مستقیم و مستقیم ناشی از مصرف سیگار، الکل و مواد را به ترتیب ۱۳۸، ۱۷۶ و ۱۱۴ میلیارد دلار تخمین زده است. در فرانسه، مطالعه ای در سال ۱۹۹۷، هزینه های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از مصرف سیگار، الکل و مواد را ۲۰۰ میلیارد دلار یا ۲/۷ درصد تولید ناخالص ملی تخمین زده است. هزینه های مربوط به مصرف مواد غیر قانونی عمدتاً به کاهش کارایی و در درجه بندی به زندانی شدن مرتبط بوده است، در این خصوص هزینه های اعمال قانون بیش از دو برابر هزینه های بهداشتی در سال بوده است. مطالعات ایرانی در زمینه هزینه بیماری ها بیشتر در مورد بیماریهای جسمی بوده تا بیماری های روانی. اما یکی از مطالعات موجود در مشهد، بر روی ۱۰۰ بیمار افسرده و ۱۰۰ نفر شاهد صورت گرفت که هزینه های مستقیم و غیر مستقیم را در نظر گرفته بود و در مجموع، تعداد دفعات مراجعه به پزشک، تعداد دفعات انجام بررسی های پاراکلینیک و تعداد روزهای غیبت از کار و تحصیل در گروه آزمون و شاهد، تفاوت معنی داری داشته است. مطالعه ای در تهران بر روی افراد

### هزینه اختلالات روان

\* هزینه های مستقیم و غیر مستقیم در سال ۱۹۹۸: ۶۵ میلیون دلار

\* هزینه ها برای هر فرد، بر اساس نرخ سال ۲۰۰۳: هزینه های مستقیم، ماهانه ۱۰۰۰ تا ۲۵۰۰ دلار  
هزینه های کاهش کارایی، ۲۰۰۰ تا ۳۷۰۰ دلار  
هزینه های مرگ و میر، ۲۰۰ تا ۴۰۰ دلار

مطالعات مروری سیستماتیک بر روی افسردگی

Luppa, Heinrich et al. (2007)

23

## انگ زدایی در روانپزشکی

یک مطالعه همه گیرشناختی گسترده نشان داد، که کمتر از ۳۰٪ بیماران روانی به دنبال درمان می روند. این رقم حاکی از آن است که مردم، با اختلالات روانی مختصر خود، بیشتر از درمان های روانپزشکی سازگاری پیدا می کنند؛ بیماران مبتلا به اختلالات جدی تر نیز تمایل بیشتری به درمان از خود نشان نمی دهند. برای مثال، حدود ۴۰٪ از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، از پذیرش درمان خودداری می کنند.

انگ یا استیگما، در حقیقت نوعی نگرش منفی است که نسبت به یک فرد وجود دارد و از یک طرف، جامعه و از طرف دیگر، خود فرد را درگیر می‌کند. برای مثال، در انگ زدن به بیماران روانی، دو بخش اصلی وجود دارد؛ یکی دیدگاهی که افراد جامعه نسبت به بیمار روانی دارند و دیگری نگرش منفی که در بیمار ایجاد می‌شود و به این نتیجه می‌رسد که من بیمارم، پس متفاوتم. در حقیقت، به مجموعه این نگرش‌ها و تغییر رفتارهای ناشی از این اتفاقات، که از جامعه به فرد بیمار یا مبتلا تحمیل می‌شود و در وی تأثیری منفی ایجاد می‌کند، انگ گفته می‌شود. این انگ زدن موجب می‌شود فرد تمایلی برای در میان گذاشتن بیماری یا اختلال خود با دیگران و حتی پزشک نداشته باشد و به دلیل واهمه از انگ زدن و گرفتن لقب بیمار روانی، بیماری یا مشکل خود را مخفی نگه دارد. در اثر تحقیرهای جامعه، فرد مبتلا یا بیمار، خود را بی‌ارزش تلقی می‌کند و از جامعه فاصله می‌گیرد. به طور کلی، انگ‌های (استیگماهای) روانپزشکی (بدون توجه به نوع تشخیص و یا سطح ناتوانی)، بسیار نافذتر از انگ‌های سایر رشته‌های پزشکی هستند. پدیده انگ زدن، شیوع زیادی دارد و همه ما به درجات گوناگون به آن مبتلا هستیم، اما باید گفت که هر چه آشنایی و برخورد فرد با افراد دچار اختلالات روان بیشتر باشد، بالطبع این انگ‌زدن‌ها کمتر است. انگ زدن می‌تواند تأثیر منفی زیادی داشته باشد و در واقع هم در سیر بیماری و هم بر عملکرد فرد در جامعه، موثر است. سرخوردگی و نداشتن اعتماد به نفس در زندگی اجتماعی، یکی از مهم‌ترین تأثیرات انگ زدن بر بهداشت روان افراد است. یکی دیگر از مشکلات موضوع بهداشت روان، این است که بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روانی هرگز درمان را شروع نمی‌کنند.

اما سؤال این است که چرا افراد دارای مشکلات روانی، در استفاده از خدمات و درمان کوتاهی می‌کنند؟ در پاسخ، انگ به عنوان یک عامل کاملاً قابل قبول مطرح شده است.

فرآیند انگ در چارچوب گذر از چهار مرحله شناختی - اجتماعی شکل می‌گیرد: سرخ‌ها، تصورات قالبی، تعصب‌ها و تبعیض‌ها. از دید عموم مردم، با چهار سرخ می‌توان بر فردی تشخیص اختلال روان گذاشت: نشانه‌های روانپزشکی یا روانشناسی، نارسایی در مهارت‌های اجتماعی، ظاهر فیزیکی نامناسب و برجسب‌ها. برای مثال، بسیاری از نشانه‌های اختلالات شدید مثل سایکوز، 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؛ گرچه بسیاری از افراد می‌توانند اختلال روانی خود را مخفی کنند، برجسب زدن به مردم نیز می‌تواند یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده انگ، اگرچه کاذب، باشد. به عنوان مثال، یک روانپزشک می‌تواند شخص سومی را از بیماری خانم یا آقای مطلع سازد.

یکی از مهم‌ترین این عوامل، آموخته‌هایی است که ما از دوران کودکی داریم. یعنی ما در این دوران یاد می‌گیریم که چطور باید با دیگران رفتار کنیم. متأسفانه، از دوران کودکی در ذهن بسیاری از افراد جا افتاده که یک بیمار روانی، فردی خطرناک، ژولیده، آلوده و آواره در خیابان‌ها است و باید از او دوری کرد. ولی تحقیقات نشان داده که یک بیمار روانی، حداقل خطرناک‌تر از افراد عادی اجتماع نیست. رسانه‌ها نیز در این میان بسیار تأثیر گذارند. برای مثال، همین که در بسیاری از برنامه‌ها نشان می‌دهند که بیمار روانی، فردی است که کارهای عجیب و غریب انجام می‌دهد، گوشه‌گیر است و گاهی به افراد حمله می‌کند، خود به انگ‌زدن منجر می‌گردد. این موضوع موجب می‌شود بعضی کلیشه‌های منفی نسبت به بیمار روانی در ذهن ما شکل بگیرد. البته کلیشه همیشه بد نیست اما کلیشه‌های منفی در مباحث روانی به این معنا است که ما به افراد، انگ‌های متعددی مانند انگ بیماری روانی بزنیم. در حالی که باید توجه داشته باشیم که هر کسی ممکن است در اثر فشار و استرس دچار نوعی اختلال روانی شود. نکته جالب این است، که تحقیقات نشان می‌دهد که اگر ندانیم فردی که روبه‌روی ما نشسته، سابقه اختلال روان دارد، تمام حالات و رفتارهای او برای ما طبیعی است اما به محض اینکه به بیماری او پی می‌بریم، تمام رفتارها و حالات او برای ما غیرطبیعی می‌شود و دیدگاه ما نسبت به این فرد تغییر می‌کند. بنابراین، از این فرد دوری می‌کنیم و همین جا است که پدیده انگ زدن رخ می‌هد. در این شرایط، فرد مبتلا از جامعه دوری می‌کند و حتی الامکان سعی در پنهان نگه داشتن مشکل یا اختلال خود دارد. از طرفی، به فکر درمان نمی‌افتد تا انگ بیمار روانی، دیوانه، بی‌عقل و... به او زده نشود. بدین ترتیب، هزینه‌های نامحسوس زیادی به جامعه تحمیل می‌شود.

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. این تصورات قالبی در مورد بیماران روانی، موجب بروز احساساتی چون دشمنی، بی‌کفایتی و شرمندگی می‌

شود. دسته ای از افراد متعصب، این تصورات قالبی منفی را تصدیق می کنند و متعاقب آن رفتارهای افتراقی و تبعیض ها، به صورت واکنش هیجانی منفی به افراد خارجی یا رفتارهای مثبت به افراد خودی، بروز می کنند.

کورینگان نشان داده است که دو نوع انگ، قابل تشخیص است؛ اول، انگ جمعی که به صورت انگ زدن یک جامعه ناآگاه به یک گروه و نیز برخوردهای متعصبانه و تبعیض آمیز است و دومی، انگ زدن به خود که در درون گروهی که از طرف جامعه انگ خورده اند اتفاق می افتد و بدین شکل، اعضای گروه آن انگ را باور می کنند.

انگ برای افرادی که به نوعی برچسب بیمار روانی خورده اند، ضررهای فراوانی به همراه دارد. یکی از مواردی که در آن تأثیر انگ بر بیمار روانی بسیار مشهود است، روابط متقابل بیمار روانی و دستگاه قضایی جامعه است. زمانی که پلیس بیش از سیستم بهداشت 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 که افرادی که انگ خورده اند، سعی در پنهان کردن آن دارند و همین باعث می شود از درمان اجتناب کنند، شاید به این دلیل است که باور ندارند می توان به آنها کمک کرد. علاوه بر مسایلی که در بالا مطرح شد، انگ به صورت بالقوه بر احساسات فردی اثر دارد. افرادی که تصورات قالبی و انگ 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 که بیماران روانی بر این باورند که نسبت به دیگران، ارزش کمتری دارند. خانواده های بیماران روانی کاهش عزت نفس بیمارانشان 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 روانپزشکی بر آن ها 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 نیستند. اما چگونه می توان انگ زدن به افراد را کاهش داد؟

کورینگان و پن، درباره سه رویکرد که " مبارزه، آموزش و برقراری ارتباط " می تواند از انگ خوردن بیماران روانی در جامعه بکاهد، چنین توضیح می دهند. آنها به افراد واسط گوشزد کردند که از

ارائه گزارش های غیر واقعی و نامشخص درباره یک وضعیت روانی بپرهیزند و به افراد جامعه آموزش دادند که به اعتقادات و نگرش های منفی خود در مورد بیماری های روانی پایان بخشند. با وجود تلاش برای کاهش نگرش های منفی، نگرش های مثبت مبتنی بر واقعیت، ایجاد نشده اند. آموزش ها، زمینه تصمیم گیری های آگاهانه تری را در مورد بیماری روانی، فراهم می کنند، ولی انگ زمانی بیشتر کاهش خواهد یافت که عموم جامعه، بیشتر با بیماران روانی که می توانند شغلشان را حفظ کنند و یا به عنوان همسایه های خوب شناخته شوند، ارتباط برقرار کنند. زمانی که انگ را از یک دیدگاه، مشابه قومیت و جنسیت بدانیم (که با تعصب و تبعیض تجربه می شوند)، انگ، به عنوان بی عدالتی، بهتر قابل درک می شود. نامگذاری انگ به عنوان بی عدالتی اجتماعی، شناخت این پدیده را وسعت می بخشد، هم چنان که رویکرد حذف آن را نیز گسترش می دهد.

### نتیجه گیری

انگ، نوعی نگرش منفی است که فرد و جامعه را درگیر می کند. این نگرش منفی، در حوزه روانپزشکی و در مورد اختلال های روانی، جدی تر است و باعث جستجوی کمتر درمان، از سوی افراد مبتلا به اختلالات روان می شود. فرهنگ، آموزش و یادگیری در دامن زدن به این موضوع بسیار موثرند. بنابراین، می توان از مقوله یادگیری به صورت تقابلی، در راستای ایجاد نگرش مثبت به افراد با اختلالات روان و ایجاد روابط موثر، استفاده کرد تا پدیده انگ، کاهش یابد. این اقدام، باعث کاهش بار اختلالات روان خواهد شد و مردم خدمات سلامت روان را بیشتر دریافت خواهند کرد. در نتیجه، هزینه اختلالات روان کاهش یافته و باعث ایجاد نیروی انسانی سالم و کارآمد در اجتماع می شود.

### فهرست منابع

1. Graham N, Lindsay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JR, et al. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *Int J Geriatr Psychiatry* ۲۰۰۳; ۱۸: ۶۷۰-۶۷۸.
2. World Health Organization, Saraceno B, Minoletti A. *Advocacy for mental health*. Geneva: World Health Organization; ۲۰۰۳.
3. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR,

- Iran. International Family Planning Perspectives ۲۰۰۶ march; ۳۲: ۳۵-۴۴.
۱۵. Mohammadi MR, Taylor E, Fombonne E. Prevalence of psychological problems amongst Iranian immigrant children and adolescents in UK. Iranian Journal of Psychiatry ۲۰۰۶; ۱: ۱۲-۱۸.
  ۱۶. Penn DL, Corrigan PW. The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. Schizophrenia Research ۲۰۰۲; ۵۵: ۲۶۹-۲۷۶.
  ۱۷. Corrigan PW. Testing social cognitive models of mental illness stigma: The Prairie State Stigma Studies. Psychiatric Rehabilitation Skills ۲۰۰۲; ۶: ۲۳۲-۲۵۴.
  ۱۸. محمدی محمدرضا، هاشمی‌کهن‌زاد هوشمند. روان درمانی معنوی. مجله طب و تزکیه. سال ۱۳۸۰. شماره ۴۳. صفحات ۱۱۹-۱۰۴.
  ۱۹. محمدی محمدرضا، رهگذر مهدی، باقری‌یزدی سیدعباس، نقوی حمیدرضا، پورا اعتماد حمیدرضا، امینی همایون و همکاران. همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی در استان تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال ۱۳۸۲. سال نهم. شماره ۲. صفحات ۱۳-۴.
  ۲۰. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری‌یزدی سیدعباس، سیاسی محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله حکیم، بهار ۱۳۸۱؛ ۵: ۱-۱۰.
  ۲۱. محمدی محمدرضا، مسگرپور بیتا. تحقیقات علوم پزشکی در ایران و جهان از دیدگاه سیستمیک. مجله پژوهشی حکیم. سال ۱۳۸۱. دوره ۵. شماره ۲. صفحات ۱۶۷-۱۵۱.
  ۲۲. شریفی ونداد، رحیمی موقر آفرین، محمدی محمدرضا، رادگودرزی رضا، سهیمی ایزدیان الهه، فرهودیان علی، منصوری نغمه، نجاتی صفا علی‌اکبر. سه دهه پژوهش‌های بهداشت روان کشور: یک بررسی علم‌سنجی. تازه‌های علوم شناختی. ۱۳۸۲. سال ۵. شماره ۳. صفحات ۱۶-۱.
  ۲۳. محمدی محمدرضا، داویدیان هاراطون، نوربالا احمدعلی، ملک‌افضلی حسین، نقوی حمیدرضا، پورا اعتماد حمیدرضا و همکاران. همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران (سال ۸۰). مجله پژوهشی حکیم. سال ۱۳۸۲. دوره ۶ شماره ۱. صفحات ۶۴-۵۵.
  ۲۴. رحیمی موقر آفرین، محمدی محمدرضا، ایزدیان الهه، منصوری نغمه، شریفی ونداد. بانک مقالات پژوهشی بهداشت روان کشور «Iran Psych». فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ۱۳۸۳. شماره ۱۴. صفحات ۲۶۴-۲۵۹.
  ۲۵. رحیمی موقر آفرین، شریفی ونداد، محمدی محمدرضا، فرهودیان علی، سهیمی ایزدیان الهه، رادگودرزی رضا و همکاران. بررسی سه دهه مقالات پژوهشی کشور در زمینه اعتیاد. مجله پژوهشی حکیم. سال ۱۳۸۴. دوره ۸. شماره ۴. صفحات ۴۴-۳۷.
  - Alaghebandrad J, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health ۲۰۰۵; ۱: ۱۶.
  ۴. World Health Organization, Noncommunicable Disease and Mental Health Cluster. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization; ۲۰۰۳.
  ۵. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala AA, Malekafzali H, Davidian H, Naghavi HR, Soori H, Bagheri Yazdi SA. Suicidal attempt and psychiatric disorders in Iran. Suicide and Life-Threatening Behavior ۲۰۰۵ June; ۳۵: ۳۰۹-۳۱۶.
  ۶. World Health Organization. Mental health: A Call for Action by world health ministers. Geneva: World Health Organization; ۲۰۰۱.
  ۷. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Moini R. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. Depression and Anxiety ۲۰۰۷; ۲۴: ۶۰۲-۶۰۷.
  ۸. World Health Organization. Mental health global action programme. Geneva: World Health Organization; ۲۰۰۱.
  ۹. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Davidian H, Mohammadi M, Norouzi M. Prevalence of epilepsy and co-morbidity of psychiatric disorders in Iran. Seizure-European Journal of Epilepsy ۲۰۰۶ May; ۱۵: ۸۲-۸۷.
  ۱۰. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. Br J Psychiatry ۲۰۰۱; ۱۷۸: ۲۰۷-۲۱۵.
  ۱۱. Lan Liang S. Overcoming Stigma in Asian American Mental Health. Medscape Psychiatry & Mental Health; ۲۰۰۴.
  ۱۲. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Mohammadi M, Mesgarpour B. Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. Depression and Anxiety ۲۰۰۶ Jun; ۲۳: ۴۰۵-۴۱۱.
  ۱۳. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, et al. Prevalence of Mood Disorders in Iran. Iranian Journal of Psychiatry ۲۰۰۶; ۱: ۵۹-۶۴.
  ۱۴. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani FKA, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, et al. Reproductive Knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran,

## انگ در اختلالات روانپزشکی

دکتر سید مهدی حسن زاده

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، فلوشیپ

روانپزشکی فرهنگی اجتماعی

همکاران محترم سخنران قبلی کار من را خیلی تسریع کردند. داستان کوه یخ را با اسلاید نشان دادند. منظور حجم اختلالات روان است. یا حجم مشکلات سلامت روان. آن قسمتی که نشان دادند از آب بیرون بود، و مراجعه می کنند به مراکز سلامت روان، فقط یک درصد قضیه را تشکیل می دهد. نود و نه درصد هرگز مراجعه نمی کنند. اختلالات روان آدم شهری و روستایی، فقیر و غنی، بی سواد و باسواد نمی شناسد. همه را گرفتار می کند. چرا این را می گویم؟ بعضی وقت ها می گویند این بچه من شاگرد اول کنکور شده است. مگر می شود همچنین فردی دچار بیماری روانی شود؟ شاگرد اول می تواند آپاندیسیت بگیرد، می تواند MI کند، می تواند زیر ماشین برود، هر اتفاق جسمی برای او بیفتد، به همان ترتیب اتفاقات روانپزشکی هم برای او می افتد. این قسمت هم خیلی جالب است که پاسخ به درمان گاهی به مراتب از بیماران قلبی و کلیوی بهتر است. شما حساب کنید چقدر برای یک پیوند قلب یا پیوند کبد هزینه گذاری می شود که مثلاً چند روز عمر یک نفر را اضافه کنیم. علت اصلی عدم مراجعه مردم به روانپزشک در سطح جهان این داستان استیگما است. چندصد اختلال روانپزشکی داریم. من عمداً از واژه اختلال روانی، بهداشت روانی و سلامت روانی استفاده نمی کنم. چون این ها را نوعی استیگما می بینم. ترجیح می دهم که از واژه روان و روانپزشکی استفاده کنم. بیش از ۴۰۰ نوع اختلال روانپزشکی داریم که اضطراب، افسردگی، بی خوابی، وسواس، دوقطبی، اعتیاد، آلزایمر و خودکشی فقط بخش کوچکی از قضیه را تشکیل می دهند. خیلی ها افسرده هستند. خیلی ها پریشان هستند. طلاق می گیرند، طلاق می دهند. نمی دانند چرا. نمی دانند مشکل چیست. مشکل، وجود اختلالات روانپزشکی است که علت عمده ناسازگاری ها، ناتوانی ها، خودکشی، طلاق، افت عملکرد شخصی، خانوادگی و اجتماعی است و این مانع می شود که مردم در واقع نیازمندان و کسانی که باید مراجعه داشته باشند، برای دریافت خدمات روانپزشکی مراجعه کنند.

اما استیگما یا انگ. انگ یا استیگما به معنای برچسب، علامت و لیبل است و به دوران برده داری بر می گردد. وقتی برده ها را می

گرفتند، با آهن گداخته روی بدن آن ها علامت گذاری می کردند. دو پیام به او می دادند: یکی اینکه یادت نرود که برده هستی، حقیری، کوچکی. این را هیچ وقت فراموش نکن. حتی وقتی آزاد شدی. و پیام دوم این که تحقیرش کنند. خوب الان قرن ۲۱ است و هزاره سوم. دیگر آهن گداخته ای در کار نیست. ولی انگ در کار هست و انگ بر جسم نیست، بلکه بر جان انسان ها است. و بر جان انسان هایی که دچار اختلالات روان هستند که از شریف ترین انسان ها هستند. من یادم هست که استادی داشتیم که (آقای دکتر بختیار استاد مشترک من و آقای دکتر معین و آقای دکتر محمدی و چند نفر دیگر از عزیزان بودند. بقیه همکاران روانپزشک هم ایشان را می شناسند) ایشان همیشه به ما می گفتند، آموزش می دادند که علت این که بنده استاد روانپزشک تا این لحظه بیمار روانی نشدم، یا دچار جنون نشدم، این است که به اندازه این آقا یا به اندازه این خانم درک نمی کنم. اگر به اندازه او می فهمیدم، خیلی زودتر از این من هم بریده بودم. این ها آدم های بسیار فهیمی هستند. بسیار حساس هستند.

### چگونه انگ زدایی کنیم

چرا انگ زدایی؟

آموزش رسمی در مدارس و دانشگاه ها ۲ واحد درسی سلامت روان

آموزش غیر رسمی رسانه ها، هنرمندان، نویسندگان، کارگردان های رادیو تلویزیون و تهیه کنندگان برنامه تغییر در دروس دانشگاه های پزشکی و درس روانپزشکی

ادغام خدمات سلامت روان در درون در مانگه ها و بیمارستان ها خودافشاگری (معرفی) چهره های سرشناس دچار مشکلات روان تاسیس موسسات مردم نهاد

خوب، نگاهی بکنیم به روزنامه ها. ببینیم در روزنامه ها چه خبر است. پر است از انگ. برنامه های تلویزیونی چطور؟ تلویزیون ما

صبح تا ظهر یا صبح تا عصر انگ زدایی می کند. ولی شب ها انگ سازی می کند. چطور؟ روزها از روانپزشک ها و روانشناس ها دعوت می کند و از این صحبت ها می کند. شب که می شود، سریال ها شروع می شود. "دیوانه خودتی و جد و آبادته". "من برم روانپزشک؟ مگه من دیوانه ام؟ تو برو روانپزشک". "بابات کله اش پوکه"... و از این صحبت ها. اینطور القا می کنند که آدم های روانی آدم های ضعیفی هستند. آدم های تنبلی هستند. بنابر این همه جا باید طردشان کرد. خوارشان کرد. و خطرناک هستند. "از اون روانی های خطرناکه ایشون. خیلی خطرناکه. دیوانه زنجیری". این انگ ها به متخصصین سلامت روان هم بر می گردد. "روانپزشک دکتر دیوانه ها است". این مساله تنها مختص ایران نیست. در انگلستان به روانپزشک "mad Doctor" و به همان بیمارستان روانپزشکی "mad house" می گویند که همان تیمارستان خودمان است. بیمارستان روانپزشکی می شود "تیمارستان". من از شما اصحاب رسانه درخواست کمک دارم. به خاطر انسانیت. نه به خاطر این که ما روانپزشک هستیم. برای مثال دیگر نمی گوئیم "کچل". اگر کسی بگوید کچل می گوئیم چقدر بی ادب است. نمی گوئیم "کور" یا "چلاق". چرا نمی گوئیم؟ شما اصحاب رسانه این کار را کردید. من خواهش می کنم به ما کمک کنید انگ در روان را ریشه کن کنیم. در جدول روزنامه نوشته دیوانه زنجیری. این کلمات در جدول ها هست. همین دیدگاه انگ می گوید که اسم بیمارستان روانپزشکی را بگذاریم "تیمارستان". بعد می گوید آن را به بیرون شهر انتقال دهید. شما فکر کردید چرا بیمارستان رازی بیرون شهر است؟ اسم بیمارستان ما را عوض کردند. اسم آن "نواب صفوی" بود. به دلیل استیگما اسمش را گذاشتند "ایران". چرا در ارتباط با این موضوعات مقاله نمی نویسید؟ چرا روی این ها کار نمی کنید؟ خیلی سوژه های خوبی است.

بیمه ها هم که اصلا هزینه های روانپزشکی را قبول نمی کنند. یکی از چیزهایی که در بیمه پذیرفته نمی شود، مثلا اقدام به خودکشی است. اقدام به خودکشی را در حد یک جنایت تلقی می کنند. کسی که اقدام می کند، یک جانی است. بنابر این دلیلی ندارد که بیمه این شخص را پوشش دهد. برای استخدام مشکل دارد. برای ازدواج مشکل دارد. این افراد باید چه کار کنند؟ پزشکان جسمی او را تحویل نمی گیرند. مثلا ما در بیمارستانمان که فقط بیمارستان روانپزشکی است، دکتر جسمی نداریم. مشاوره جسمی می دهیم به بیمارستانی که از دانشگاه خودمان است. ولی چون آن بیمارستان جسمی است، وقتی متوجه می شوند که او از

بیمارستان روانی آمده است، او را معطل می کنند. سرسری می بینند. دقت نمی کنند. مردم هم که می گویند داروهای ما داروهای خواب آور و اعتیادآور است. کمترین بودجه را بیماران روان دارند. یک زمانی با یکی از عزیزان که مسئول اداره سلامت روان بودند، صحبت می کردیم، گفتند که معاون محترم وزارتخانه آمدند نصف بودجه ما را برای واکسن هیپاتیت گرفتند. تنها یک درصد بودجه کشور برای سلامت روان اختصاص می یابد. حالا نصف آن را برای یک کار دیگر می گیرند.

بیماران به دلیل این جرم نابخشودنی، یعنی بیماری، مورد تمسخر قرار می گیرند. برایشان جوک درست می کنند. اگر راجع به یک بیمار کبدی جوک بگویند، شما به گوینده چه احساسی پیدا می کنید؟ می گوئید "آدم نیست". به عنوان مثال برای فردی که استخوان رانش شکسته باشد، جوک می گوئیم؟ ولی برای بیماران روان جوک می گوئیم و غش غش می خندیم. حتی گاهی اوقات خود روانپزشکان و روانشناسان این جوک ها را می گویند. باید در مورد این مساله تأمل کنیم. خانه که به او نمی دهید، شغل که به او نمی دهید، زن که به او نمی دهید. کنارش نمی نشینید. بنابراین یک شهروند فراموش شده و مطرود است. WHO اسمش را گذاشته است "denied citizen". اسم با معنایی است.

بنابراین به آن دلایلی که گفته شد، تا انگ زدایی نکنیم، هیچ اتفاقی نمی افتد. چرا انگ زدایی؟ ما باید به خاطر کرامت انسانی انگ زدایی کنیم. احترام به مقام انسان. حالا چگونه این کار را بکنیم؟ مثلا من پیشنهاد می کنم دو واحد درس سلامت روان در مدارس و دانشگاه داشته باشیم. چون که اصلا این درس زندگی است. آموزش های غیر رسمی که شامل رسانه ها است، خوب هم دارد کمک می کند، شما خیلی می توانید به ما کمک کنید. در درسنامه های دانشکده پزشکی، در درس روانپزشکی در مورد انگ مطلبی نیست. باید خدمات سلامت روان در درمانگاه ها و بیمارستان ها ادغام شوند. تا جایی که من اطلاع دارم سه سال است که بخش روان تنی در بیمارستان امام خمینی افتتاح شده است. هنوز بخش روانپزشکی نیست. یعنی جامعه پزشکی کشور به شدت مقاومت نشان می دهد. در سال ۵۶ وقتی که من رزیدنت بودم، همان استادی که اسم بردم، می خواست در بیمارستان خورشید در اصفهان بخش روانپزشکی تاسیس کند. سایر استادها گفتند مگر ما اجازه می دهیم که شما بیمارستان را تیمارستان کنید؟ ولی آن استاد این کار را کرد. و بعدا دیگران متوجه شدند که چقدر ایشان درست می گفت.



خودافشاگری چهره های سرشناس دچار مشکلات روانی در ایران این یک پدیده بسیار نادر است که باید من از آقای خرمشاهی و از استاد دکتر جلیلی تشکر کنم که در کتابشان برای اولین بار در ایران است که کسی اینچنین کاری را انجام می دهد. که کسی بیاید بگوید که من از مشکلات روان رنج می برم. هیچ خجالت نمی کشد و با کمال افتخار می گوید.

نکته دیگر تاسیس موسسات مردم نهاد است. باید NGO های متعددی در این رابطه درگیر بشوند. یکی از دلایل این که موفق نبودیم، همین قضیه بوده که NGO ها وارد این قضیه نشدند. انگ ایدز خیلی کمتر از انگ روانپزشکی است. به دلیل این که این نهادها درگیر شدند. ۱۵ سال پیش اگر کسی در مورد ایدز صحبت می کرد، می گفتند اینجا سرزمین اسلامی است. ایدز یعنی چه؟ این مال غربی های فاسد است. ولی الان در تلویزیون در مورد ایدز صحبت می کنند. برای این که در این زمینه فعالیت انجام شد. برای این که معلوم شد که لازم نیست آدم فاسدی باشد که ایدز بگیرد. هر شخص می تواند از آرایشگاه یا دندانپزشکی ایدز بگیرد. یا در خیلی مکان های دیگر فقط با تزریق یک سرنگ آلوده مبتلا به ایدز شود و هر کس ایدز دارد آدم منحرفی نیست.

## اخلاق و انگ

دکتر احمد جلیلی

مشاور عالی انجمن علمی روانپزشکان ایران

ظرف کوچک ما جا نمی گیرد. باید در حوزه های دیگر و در جاهای دیگر که دارد در موردش بحث و صحبت می شود، آنجا بحث شود.

### انگ مانعی برای مراجعه و درمان به موقع

شرط موفقیت در درمان که حق اخلاقی و قانونی مردم

است:

- تشخیص به موقع

- درمان صحیح و کامل و به موقع

- پیگیری مداوم

به نام خداوند جان و خرد

اجازه بدهید ابتدا خیر مقدم بگویم به اصحاب رسانه که دعوت کرسی یونسکو و انجمن علمی روانپزشکان ایران را قبول فرمودند و تشکر کنم از جناب آقای دکتر معین، سرکار خانم دکتر پورپاک و آقای دکتر نوربالا، رئیس کمیته اخلاق روانپزشکی انجمن، آقای دکتر محمدی رئیس کمیته انگ زدایی و همینطور آقای دکتر مظاهری رئیس کمیته رسانه انجمن، از طرف خودم و جناب آقای دکتر میرسپاسی رئیس محترم انجمن که زحمت کشیدند و این جلسه را تشکیل دادند که انشا. سرآغازی باشد برای قدم های بعدی بزرگتر در جهت سلامت روان و بخصوص مساله انگ زدایی. خوشبختانه خیلی از مطالب را دوستان گفتند. من می توانم به طور خلاصه برگزار کنم و به مطالب دیگری بپردازم.

این مشکل از کجا آمده است؟ در تعریف انگ و این که چه طور شده است که انگ زدایی به این صورت در آمده است، به اندازه کافی دوستان توضیح دادند. یک نکته ای که من می خواهم اشاره کنم و فکر می کنم یکی از نکات کلیدی و اصلی این مساله انگ و انگ زدایی هست، این است که اصلا در مورد این که بیماری روانی چیست و روان چیست، دچار سوء تفاهم هستیم.

وقتی ما معتقد باشیم که بیماری، یک بیماری روحی است، بالطبع کم کم به این می رسیم که ارواح خبیثه را از بدن این فرد مبتلا بیرون بیاوریم. بنابر این در تعریف اول چه مشکلی هست که مساله ایجاد کرده است؟ آیا بیماری روانی مساله روحی است؟ آیا روان، روح است؟ آیا بیماری روانی بیماری روحی است؟ اگر این ها درست پاسخ داده شود، مشکل آسان تر حل می شود.

روانپزشکی، امروز یک مساله پزشکی است. سال ها پیش چنین نبود. هنوز هم همکاران ما می گویند "بیماری روحی" و در رادیو و تلویزیون و رسانه ها هم می گویند "بیماری روحی". اما کار ما روانپزشکان کار روح نیست. ما یک ظرف کوچکی داریم به اسم روانپزشکی. که این یک شاخه ای از پزشکی است. روح خودش یک مساله بزرگ و عظیم و یک مظروف بزرگ است که در این

ما در مورد روان صحبت می کنیم. روان چیست؟ روان حاصل کارکرد مغز است. یعنی آن چه که ما به عنوان روان و روانپزشکی و روانشناسی از آن صحبت می کنیم، حاصل کارکرد مغز است. ما تا این مغز را داریم، روان را داریم. مغز را که از دست بدهیم، دیگر روان را نداریم. هر وقت درست کار کند، ما سالمیم. هر وقت در آن ریز ساختارهایش، در آن نقاط خیلی کوچک و فعالیتی بیوشیمیایی و فیزیولوژیک آن اشکال حاصل شود، ما بیماری روانی داریم. اگر اینطور به مساله نگاه کنیم، مساله را پزشکی کرده ایم. وقتی کار پزشکی می کنیم، راحت تر می توانیم انگ را برداریم.

دیدن عمل چشم است. روان هم عمل مغز است. اگر اینطور نگاه کنیم، قضیه پزشکی می شود. آنوقت دیگر "مجنون" و "روح" و بیماری روحی و ارواح خبیثه و این حرف ها کم کم کنار می رود و با لطف شماها این مشکلاتی هم که تا اینجا ایجاد شده است، به کنار می رود.

از اینجایی که نمی دانستیم بیماری روانی چیست، این سوء برداشت ها درست شده است. جنون و مجنون و جن زده و ارواح خبیثه و اینها. اگر شما هم لطف کنید دیگر در نوشته ها از این عنوان ها استفاده نشود، همانطور که سخنرانان قبلی هم اشاره کردند، آقای دکتر حسن زاده هم تاکید کردند، مشکل آسان تر حل می شود. خوب این، آن چیزی بود که در مورد تعریف بیماری های روانی من خدمتتان گفتم. الان وضعیت فرق کرده است.

حالا چرا قضیه به این صورت در آمده بود؟ بر حسب آمار جهانی از هر چهار نفر یا پنج نفر در جهان یک نفر دچار اختلالات روانی است. یعنی تردید نداشته باشید ما که در این سالن نشسته ایم، همین آمار در مردمان صدق می کند. اگر قبول این مساله برای ما سنگین است، یعنی ما هم به انگ معتقدیم. اگر این مساله برای ما آسان است و می گوئیم بله ما هم از هر چهار، پنج نفر یکی به نوعی اختلال روانپزشکی داریم، آنوقت مساله انگ را می توانیم حل کنیم. این است که تا پنجاه شصت سال پیش ما بیست و پنج درصد آمار نداشتیم. شاید سه چهار درصد آمار داشتیم. فقط سایکوزها یعنی روان پریشی های شدید، آن هایی که کتشان را در می آوردند و دور خیابان می دویدند و مردم بهشان سنگ می زدند، فقط آن ها را به عنوان بیمار روانی می شناختیم. ولی الان می گوئیم افرادی که اضطراب دارند، افسردگی دارند، بقیه کارهای زندگی شان را هم به خوبی دارند انجام می دهند، این ها هم جزء آمار هستند.

این یک مشکل، یک مساله است. مساله دیگر تغییری است که کلا انجام شده است. چه برای این مواردی که ما جدیداً در طبقه بندی هایمان می گوئیم بیماری روانی هستند، چه آن موارد شدیدی که قبلاً دیوانه و مجنون و این لغات در موردشان صدق می کرد، این ها تا پنجاه شصت سال پیش درمانی برایشان وجود نداشت. همانطور که برای نارسایی قلب هم وجود نداشت. عمل جراحی قلب هم نبود. خوب در اینجا هم خیلی درمان های جدید است. می تواند به طور کامل بیماری ها را درمان کند. یا می تواند مثل این که ما فشار خون بیمار را کنترل می کنیم، این بیماری ها را در کنترل بیاورد. بنابر این دیگر وقتی شرایط دارد اینطور می شود، اطلاع داشتن یا اطلاع نداشتن از این که الان بیماری را به چه حالتی می گوئیم و چه راه حلی برای آن داریم، آن است که مشکل انگ را می تواند حل کند یا می تواند ایجاد کند.

تفاوت بیماری هایی که روانی نامیده می شوند با بیماری های جسمی چیست؟ من اصلاً مخالفم که بگوئیم بیماری روانی. حالا بعداً باید بنشینیم ببینیم چکار بکنیم. بیماری روانی هم بیماری جسمی است. یک اشکالی در یک نقطه ای از بدن درست می شود، حالا بیوشیمیایی، فیزیکی، هر چیز. فرض کنید فشارخون ایجاد می کند. یک اشکالی هم در یک جای دیگر بدن در مغز درست می شود که بیماری روانی را ایجاد می کند. پس بیماری های روانی بیماری های جسمی هستند. این قراردادی است که ما

می گوئیم روان و جسم. در آینده انشا... فکری برای این خواهد شد. وقتی اینطور نگاه کنیم، انگ کمرنگ تر می شود.

مشکل چیست؟ مشکل این است که عرض کردم. شناخت بیماری های روانی، شناختی که الان علم به ما می گوید، نه تنها در سطح جامعه نیست، در خود ما پزشکان هم نیست. خیلی از همکاران ما هم این مساله را هنوز نمی دانند. کسی را سرزنش نمی کنیم. نه همکاران خودمان را و نه جامعه را.

این اطلاع رسانی و این که بیماری روانی واقعاً چیست را یکی از مشکلات می دانیم. از کجا آمده؟ از این بی خبری مردم در این رسانه و ضعف اطلاع رسانی و جدید بودن این رشته و این که زمان می خواهد که حقایق کم کم مشخص شود.

انگ مانع از درمان به موقع می شود. یکی از مهم ترین کارها در امر درمان، در مورد هر درمانی، درمان روانپزشکی یا درمان غیر روانپزشکی، مراجعه کردن بیمار در آن زمان طلایی است. در آن مرحله حاد است. آنجا اگر مراجعه کنند، ما خیلی کارها می توانیم انجام دهیم. اگر دیر مراجعه کنند، نمی شود. بیماری مزمن می شود. در مورد بیماری های قلب هم همینطور است. در مورد بیماری های ریه هم همینطور است. فرقی ندارد. ما یک زمان طلایی داریم. در آن زمان طلایی درمانجو باید مراجعه کند. یکی از عوامل مهمی که باعث می شود مراجعه نکنند، انگ است. نمی خواهد دختر یا پسرش را به مطب روانپزشک ببرد. البته الان از این نظر وضع جامعه ما نسبت به بیست سال پیش، سی سال پیش، چهار سال پیش خیلی تفاوت کرده است. الان خیلی راحت تر مردم پیش روانپزشک می روند. علیرغم این که هنوز در سریال ها یکی را می خواهند تحقیرش کنند، می گویند "برو پیش روانپزشک. برایت وقت بگیریم" ولی دیگر خوشبختانه آن دید وجود ندارد. ولی در هر حال این انگ هنوز هم یکی از موانع مراجعه در آن زمان طلایی است. و یکی از مسایل دیگر این است که انگ مانع از این می شود که پیگیری های درمانی صورت بگیرد. فقط این نیست که در مرحله اول مراجعه نمی کنند. بعد هم برای پیگیری و گرفتن نتیجه و برگرداندن شخص به اجتماع، باز هم انگ ایجاد اشکال می کند. پیامد های انگ را هم اشاره کردند.

من سریع می گذرم. تخریب ساختار شخصیت، به هم ریختن روابط اجتماعی-اقتصادی، قطع رابطه با دیگران، مشکلات شغلی،

ازدواج، تنزل طبقه اجتماعی، و حاصل همه این مسائل این است که بیماری تشدید می شود.

خوب، قرار بود که من در مورد اخلاق و انگ صحبت کنم. حالا این مقدمه را گفتم. موخره اش را کوتاه می گویم. برای این که به بقیه برنامه ها برسیم. اصولا در مورد اخلاق نظرات مختلفی است. به هر حال مهم این است که درست و نادرست را از هم تمیز دهیم. و آن چیزی را اخلاقی می دانیم که درست است. آن چیزی را غیراخلاقی می دانیم که نادرست است. این را باید عمل کرد. به طور خلاصه، همه بحث های فلسفی و اعتقادی که راجع به اخلاق شده است، می شود اینطور گفت که افراد و مکتب هاب مختلف نظرات متفاوتی را در مورد اخلاق دارند. اما حالا از این بحث بگذریم. کار امروز ما نیست. این که اخلاق می گوید که بالاخره ما چگونه باید در اجتماع رفتار کنیم. چگونه با همنوعمان رفتار کنیم. چگونه با بیمارانمان رفتار کنیم. چگونه با انسان رفتار کنیم که درست باشد. و چگونه اگر رفتار کنیم درست نیست. فکر می کنم که درست این است که شرایطی فراهم کنیم که همه افراد وقتی بیمار می شوند، بخصوص وقتی که افراد دچار بیماری روانی می شوند، بتوانند راحت و آسان به امکانات درمانی دسترسی داشته باشند. مسائل زیادی باید برای این مساله حل و فصل شود. یکی از مسائل عمده اش این است که ما انگ زدایی کنیم. انگ، حقوق مردم را پایمال می کند. از نظر اخلاقی آن ها را زیر سوال می برد. و محرومشان می کند از این که دسترسی به امکانات درمانی پیدا کنند. پس به حکم اخلاق هم ما باید انگ زدایی کنیم.

## جایگاه رسانه در ایجاد انگ و راهبردهای حوزه سلامت در انگ زدایی

دکتر محمدباقر صابری زفرقندی

روان پزشک و عضو هیأت علمی انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه:

انگ (Stigma) یک واژه باستانی است که در یونان باستان عامل متمایز کننده بردگان و جنایتکاران از مردم عادی بوده است. به عبارتی استیگما یا انگ، برچسبی است که زدن آن به فرد یا گروهی موجب تحقیر یا تبعیض آنان در جامعه می شود. اصحاب رسانه چگونه باید عمل کنند تا انگ بیماری روانی را به حداقل ممکن برسانند؟ نظام سیاست گذار کشور در حوزه سلامت روان چگونه برنامه ریزی نماید تا کشور از آثار و عواقب انگ بر بیماران روانی خلاص شود؟ انگ از کجا نشأت گرفته و چرا علیرغم شیوع بالا و سهم عمده اختلالات روانپزشکی در بار بیماری ها و وجود آگاهی از آسیب های ناشی از آن، این امر در جوامع مختلف تداوم دارد؟ چرا باید از اختلالات روان پزشکی انگ زدایی کنیم و در این زمینه رسانه ها چه نقشی دارند؟ موضوع این نشست تخصصی پاسخ به سوالات فوق بوده و اصحاب رسانه دعوت شده اند تا با هم به گفتگو بنشینند تا ببینیم رسانه ها چگونه در افزایش و یا کاهش انگ بیماری روانی نقش دارند.

✓ انگ (Stigma) یک واژه باستانی است که در یونان باستان عامل متمایز کننده برده گان و جنایتکاران از مردم عادی بوده است.

✓ به عبارتی استیگما یا انگ، برچسبی است که زدن آن به فرد یا گروهی موجب تحقیر یا تبعیض آنان در جامعه می شود.

## نقش رسانه ها

✓ رسانه ها به عنوان بخش جدایی ناپذیر فرهنگ، تأثیر بالایی در ایجاد و یا رفع انگ می توانند داشته باشند.

✓ القای این ذهنیت غلط که بیماران روانی افرادی غیرقابل پیش بینی، خطرناک و بی ارزش هستند، رفتاری مبتنی بر ترس، خشم و تبعیض و بی احترامی در جامعه نسبت به این بیماران را به همراه خواهد داشت.

## نقش رسانه ها در تشدید و یا تصحیح انگ بر بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی:

همکاری متقابل اصحاب رسانه و کارشناسان بهداشت روان می تواند بر چسب منفی بیماری های روانی را به شدت کاهش دهد. مردم در مورد بیماری های روان پزشکی عموماً بی اطلاعند. هر کس در اعتقادات شخصی خود شاید نگاه درستی به اختلال روانی و بیمار مبتلا داشته باشد ولی همه ما به نوعی تحت تأثیر اعتقادات غالب و مرسوم جامعه هستیم. رسانه ها به عنوان ابزاری قوی که بازتاب جامعه است می توانند یک نگاه پایدار مثبت یا منفی نسبت به بیماری های روانی ایجاد نمایند، چرا که وسایل ارتباطی می توانند نقش موثری در شکل دهی افکار عمومی در زمینه هایی که برداشت آنان نادرست است ایفا کنند. به عبارتی رسانه ها به عنوان بخش جدایی ناپذیر فرهنگ، تأثیر بالایی در ایجاد و یا رفع انگ می توانند داشته باشند. آنچه در رسانه های مکتوب مثل روزنامه، شنیداری مثل رادیو و دیداری در قالب برنامه های تلویزیون و فیلم خواننده، شنیده و دیده می شود به نوعی شکل دهنده فکر افراد است. بسیاری از افراد اولین بار اطلاعات خود در مورد بیماری های روانی را از رسانه ها کسب می کنند. بنابراین تأثیر مطلوب یا نامطلوب رسانه ها بر بهداشت روان انکار ناپذیر است.

تأثیر نمایش فیلم های همراه با خشونت بر بهداشت روان کودکان نیز قابل چشم پوشی نیست. شخصیت های فیلم سینمایی و تلویزیونی که به دلیل پرخاشگری، خطرناک و غیرقابل پیش بینی نشان داده می شوند و به نوعی اینگونه رفتارها را به اختلال روانی

نسبت می دهند در شکل گیری باورهای تحریف شده و غلط نسبت به بیماران روانی نقش دارند و بر خلاف آنچه در رسانه ها پرنرنگ می شود اغلب بیماران روانی پرخاشگر یا جنایت کار نیستند.

امروزه خواسته یا ناخواسته آحاد جامعه در محاصره انواع و اقسام رسانه های متنوع هستند فیلم های پرطرفدار و مشهوری که در مورد افراد جانی و قاتلی است که دچار جنون هستند و پرداختن به بیماران روانی فقط در حال انجام خشونت و یا انواع لطیفه ها و جوک هایی که درباره بیماران روانی گفته می شود تماماً می توانند در ایجاد انحراف و خطای ذهنی عموم جامعه نسبت به بیماران روانی مؤثر واقع شوند.

البته تأثیر عوامل دیگر مثل نگرش منفی بخش هایی از جامعه از جمله پزشکان و حتی گاهی در سطح بالاتر و در وضع قوانین نیز قابل انکار نیست.

موارد فوق عامل افزایش استیگما یا بر چسب منفی بر بیماران روانی است و نتیجه طبیعی این بر چسب ترس و طرد بیماران و نهایتاً ایجاد بی عدالتی و محرومیت در مورد این بیماران است.

**عواقب وجود انگ:** اختلال روانی هر فرد را در هر سنی و شغلی و هر سطح تحصیلاتی متأثر می سازد. تصویر منفی بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی می تواند این تفکر غلط که بیماران روانی پرخاشگر و خطرناک هستند را تقویت کند و منجر به واکنش های منفی در جامعه نسبت به بیماران گردد. مردم به دلایل مختلفی نیاز به مراجعه برای دریافت خدمات روانپزشکی دارند با این حال فقط سه چهارم از ۴۵۰ میلیون انسانی که از یکی از اختلالات روانپزشکی در رنج هستند برای درمان مراجعه می نمایند. در واقع در صد قابل توجهی از مردم حتی در کشور های پیشرفته برای درمان مراجعه نمی کنند و یا در صورت مراجعه، درمان خود را به شکل درست و کامل ادامه نمی دهند. این در حالی است که درمان های موثر، ارزان و در دسترس برای اختلالات روان پزشکی وجود دارد. انگ زنی باعث افزایش تعداد بیماران درمان نشده در جامعه می شود و همین امر هزینه های نظام بهداشتی را به شدت افزایش خواهد داد.

یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در عدم مراجعه برای درمان در مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و خانواده ایشان نگرانی از زدن بر چسب یا انگ بیماری است. وقتی انگ وجود داشته باشد بیمار

احساس می کند که دیگران از او کناره گیری می کنند و این امر باعث این احساس که «افراد خاصی» به روانپزشک مراجعه می نمایند و یا این احساس که دیگران از آنان می ترسند و از آنها کناره گیری می کنند، شده که عامل کاهش اعتماد به نفس آنها در روابط اجتماعی و نهایتاً گوشه گیری و افسردگی است. علاوه بر آن گاهی این احساس باعث افزایش پرخاشگری و انتقام گیری از افراد جامعه نیز می گردد.

### **راهکارهای در پیش روی نظام سلامت برای کاهش انگ:**

قابل انکار نیست که برنامه های موفقی در کشور در این راستا اجرا شده است. به عنوان مثال امروزه در رسانه از صحبت در مورد اختلالات روانپزشکی ابایی وجود ندارد و ترس از مراجعه به روانپزشک به شدت کاهش یافته و در زمینه افزایش آگاهی بیماران و خانواده آنان و همینطور کادر پزشکی مربوطه فعالیت های بسیاری صورت گرفته است. در کنار اقدامات متعدد انجام شده، توسعه تخت های روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی و یا راه اندازی بخش سایکوسوماتیک در بیمارستانهای تخصصی نیز در این راستا ارزیابی می شود. با این حال بررسی پیشینه تاریخی انگ و شناسایی عوامل اجتماعی، فرهنگی و تاریخی مرتبط و بررسی روش های مؤثر در کاهش آن و تقویت نقش رسانه در جهت افزایش آگاهی های عمومی راهبردی است که لازم است مدنظر سیاستگذاران امر قرار گیرد. همچنانکه اشاره شد، بیماری های روانی به خودی خود موجب تبعیض نمی شوند، بلکه این بر چسب منفی یا انگ است که عامل اصلی طرد این بیماران از جامعه به حساب می آید. بنابراین انگ زدایی از بیماران روانی لازم است در دستور کار همه سازمانها و نهادهای مرتبط با سلامت قرار گیرد.

اطلاعات نادرست و ناکافی که موجب استیگما است، با افزایش آگاهی بیماران و خانواده، مردم و دست اندرکاران پزشکی و بهداشتی مرتفع می گردد، آگاهی دادن و اطلاع رسانی در مورد علت و ماهیت، درمان بیماری و اعتراض نسبت به بیان مطالب نادرست توسط افراد و رسانه ها از موضوعاتی است که در راستای انگ زدایی در دستور کار سازمان های مختلف و از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده که بر ارتقاء کمی و کیفی آن تأکید می شود.

توسعه بخش های روان - تنی و همچنین ایجاد تخت های روانپزشکی در مجموعه بیمارستانهای عمومی که از سالیان

۹-Health Canada Editorial Board. (۲۰۰۲) A report on mental illnesses in Canada. *Health Canada*. Available online at: [http://www.cmha.ca/data/1/rec\\_docs/111\\_full\\_report\\_mic.pdf](http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/111_full_report_mic.pdf)

۱۰-Mood Disorders Society of Canada. (۲۰۰۶). *Quick Facts: Mental illness & addiction in Canada*. Guelph. Ostman, M., & Kjellin, L. (۲۰۰۲).

۱۱-Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, ۱۸۱ (۶), ۴۹۴-۴۹۸.

۱۲-Scheffer, R. (۲۰۰۳). Addressing Stigma: Increasing public understanding of mental illness. *Centre for Addiction and Mental Health*.

۱۳-Stuart, H. (۲۰۰۶). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, ۱۹

گذشته از اولویت های کاری وزارت بهداشت بوده است نیز نقش به سزایی در کمرنگ کردن این انگ دارد. که انتظار می رود با شتاب بیشتری پیگیری و عملیاتی گردد.

آگاه سازی از نقش تخریبی استفاده از کلماتی مثل دیوانه، روانی یا تیمارستان و دارالمجانین، چه در گفتگو های عادی، رسانه ای، فیلم و سریال و خصوصاً در متون قانونی و حقوقی نیز باید مورد توجه دست اندرکاران امر بوده و با دقت بیشتری به آن پرداخته شود.

## منابع:

۱ - دکتر مجید صادقی - استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران - هفته نامه سپید

۲ - دکتر مهرداد افتخار - دانشیار روانپزشکی انستیتو روانپزشکی تهران - سایت نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۳ - سایت انستیتو روانپزشکی تهران

۴- Ayub med coll Abbottabad ۲۰۰۶ SA Healthihfo - Mental Health

۵-Sartorius N, Schulze H (۲۰۰۵) Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge University Press ۲۰۰۵

۶-Davies T.W., Morris A., A comparative quantification of stigma *Social Work and Social Science Review*, ۱(۲) ۱۹۸۹-۹۰, ۱۰۹-۱۲۲

۷-Canadian Mental Health Association. (۲۰۰۶). Understanding mental illness. Available online at: [http://www.cmha.ca/bins/content\\_page.asp?cid=۳&lang=۱](http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=۳&lang=۱)

۸-Canadian Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Out of the Shadows at Last: Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada*. Ottawa: Government of Canada.

## نقش صدا و سیما در انگ‌زدایی

دکتر محمدمهدی لبیبی

مدیرکل پژوهش‌های رادیو

عنوان labeling داریم یا برچسب زدن و یک عنوان تحت عنوان انگ یا استیگما داریم. این دو مورد با هم تفاوت دارند. در مورد labeling بحث این است که ما می‌توانیم یک برچسب مثبت یا منفی را بزنیم. لزوماً بحث منفی بودن مطرح نیست. ما به یک فرد یا گروه یا جریان تحت یک عنوانی چیزی را انتصاب می‌دهیم. این می‌شود برچسب زدن. اما موردی که بحث منفی پیدا می‌کند آن داغ درفاریسی ما یا معادل آن استیگما یا انگ یا هرچیز دیگری است. سابقه پژوهش در بحث‌های جامعه‌شناسی نسبتاً طولانی است. ولی عمده‌ترین کاری که در این زمینه انجام شده و رسانه‌ها از آن استفاده می‌کنند، بحث‌هایی است که آقای کافمن در کتاب‌هایش داشت. خیلی بحث‌های مفصلی است. موضوع انگ زدن را در جامعه‌شناسی خیلی مفصل مطرح می‌کند، شاخص‌هایش را مطرح می‌کند، عواملش را مطرح می‌کند و در مورد آن بحث می‌کند که چطور جریان‌های مختلفی که در جامعه وجود دارند (جریان‌های فرهنگی)، باورها، سنت‌ها، بسیاری از عقاید و ویژگی‌های ارزشی خودشان را به افراد و گروه‌ها انتصاب می‌دهند و به این شکل یک برچسب را خلق می‌کنند و می‌سازند. جریان‌سازی می‌کنند. این کاری است که تقریباً در تمام حوزه‌ها انجام می‌شود و تمام نظام‌های سیاسی دنیا هم این کار را انجام می‌دهند. اگر امروزه ما در اخبار می‌گوییم مثلاً مبارزان فلسطینی، این یک برچسب است و خوب مسلماً می‌دانید که در آن طرف قضیه مثلاً می‌گویند ستیزه‌جویان فلسطینی. یعنی آن‌ها از این عنوان یک بار منفی را القا می‌کنند و ما می‌خواهیم از این عنوان یک بار مثبت را منتقل کنیم. بنابراین، این یک پدیده بسیار فراگیر و گسترده است. لزوماً به یک بخش خاص مربوط نمی‌شود و در زندگی روزمره همه ما هم نمود دارد. ما بدون اینکه خیلی متوجه آن باشیم، از این برچسب‌ها استفاده می‌کنیم. تقریباً می‌توانیم بگوییم یک حالت روزمرگی در این جریان صورت گرفته که خود ما هم خیلی به عمق مساله توجه نداریم و از آن استفاده می‌کنیم. در واقع در نقش‌هایی که ما به کار می‌بریم، در زندگی، برخوردهایی که داریم، ارتباط‌هایی که با افراد مختلف برقرار می‌کنیم، به نوعی از این برچسب‌ها استفاده می‌کنیم و سعی می‌کنیم منظور خودمان را با بکارگیری این

برچسب‌ها برسانیم. به نظر من مساله‌ای که در این زمینه بیشتر نقش دارد و بیشترهم موثر هست، نیت‌ها و قصد‌هایی است که ما از این کار داریم. دنبال چه چیزی می‌گردیم و با استفاده از این نوع برچسب‌ها چه چیزی را می‌خواهیم پیدا کنیم یا به چه مقصودی برسیم. خیلی وارد مباحث تئوریک نمی‌شوم. می‌خواهم به بعضی از سوالاتی که دوستان مطرح کردند، جواب داده باشم. در عین حال خیلی خودمانی با هم حرف بزنیم. و چند تا خواهش هم بکنم و یکسری راهکارهای عملی هم در همین فاصله کوتاه به صورت تیتروار فقط مطرح کنم. یکی اینکه بحث کلی را که در مورد برچسب‌گفتم، در رسانه هم واقعا نمود دارد. در رسانه هم این فضا را داریم. در مطبوعات هم داریم. رسانه هم که می‌گوییم به عام است حالا رسانه‌های دیگر به معنای کلی‌اش. بحث رادیو، تلویزیون یا هر نوع رسانه جمعی دیگری از این فضا دارد استفاده می‌کند. بعضی‌هایش به صورت منیفست و آشکار است، بعضی‌هایش یک حالت پنهان دارد. ممکن است ما خیلی متوجه نشویم مقصود چه بوده است. ولی طرف از به کارگیری این عنوان یک قصد و قرضی را دارد دنبال می‌کند. اینجا بحث ما در مورد مسائل سیاسی نیست. این خودش یک بحث مفصلی است. بحث ما راجع به همین موضوعی است که در همین انجمن دارد مطرح می‌شود. بحث روانپزشکی، بحث اختلالات روانپزشکی و آن استیگمایی که این نوع بیماری ممکن است ایجاد کند. دقیقاً این بخش از مساله را من دارم مطرح می‌کنم. شیوه‌هایی که در رسانه‌ها استفاده می‌شود، یعنی شیوه‌های برچسب‌زنی که دارند. تقریباً می‌توانیم بگوییم که هر رسانه‌ای دو راه را می‌رود. اولین راه این است که یک عنوان را ابداع می‌کند. یک چیزی را ما خلق می‌کنیم. یک اصطلاحی را ایجاد می‌کنیم. یک برچسبی را به وجود می‌آوریم. این مرحله اول است. و دوم این که رسانه سعی می‌کند این برچسب را تثبیت کند یعنی جا بیندازد و کاری کند که مردم از آن استفاده کنند. برای این که ذهنمان باز شود من یک اشاره‌ای بکنم. مثلاً همین که ما می‌گوییم "صدا و سیما". ما قبلاً می‌گفتیم "رادیو و تلویزیون". اما الان می‌گوییم "صدا و سیما". یک مقدار انرژی اجتماعی در اینجا مصرف شده تا در جامعه بقبولاند که شما به جای رادیو و تلویزیون بگویید صدا و سیما، بگویید رسانه ملی. ببینید خود این عنوان‌ها، ایجاد کردن عنوان و جا انداختن آن و پذیرش آن از سوی مردم یک انرژی را می‌طلبد. شما باید تلاش کنید تا چیزی را که خودتان به آن تمایل دارید، در جامعه جا بیندازید. بعضی مواقع موفق هستیم و بعضی مواقع ناموفق. مثلاً در نامگذاری‌ها. ما بعد از انقلاب اسم



یک میدان را در تهران "میدان امام حسین" گذاشتیم. آن را جا انداختیم. مردم از آن استفاده می کنند. اما نام یک میدان را گذاشتیم "میدان امام"، همه می گویند "میدان توپخانه". این جا نیفتاد. یعنی درجایی موفق شدیم و در جایی دیگر نا موفق بودیم. حالا دلایلی چیست؟ ممکن است به باورها مربوط شود. به ریشه دار بودن آن اسامی قبلی مربوط شود. خیلی از مسائلی که در جامعه وجود داشته و ما نتوانستیم آنها را تغییر دهیم و شکل جدید ایجاد کنیم. همه این ها در آن موثر بوده است. اینجا نقش رسانه در هر دو زمینه اش، بویژه زمینه دوم اهمیت دارد. یعنی هم در خلق و ایجاد یک واژه (ایجاد یک برچسب) و هم در بخش دوم یعنی تثبیت آن. آنقدر من این را در برنامه های مختلف، در رادیو، در تلویزیون، در مطبوعات تکرار کنم تا مردم با این واژه ها حرف بزنند. با این واژه ها با همدیگر ارتباط پیدا کنند. آن مفهوم مورد نظر من در جامعه تسری پیدا کند. و در ضمن خیلی هم قابلیت تفسیرپذیری نداشته باشد. یعنی مقصودشان از به کار بردن آن واژه همان چیزی باشد که ما می خواهیم. نه یک چیز دیگری. آن منظور مورد نظر ما از این برچسب، از این عنوانی که داریم می گوییم در جامعه مطرح شود. آقای رولن وارت از جامعه شناسان معاصر فرانسوی کارهای مفصلی را انجام داده است. کتاب های خیلی زیادی دارد. بعضی از کتابهایش هم به فارسی ترجمه شده است. به نظر من در مثال هایی که در بحث سمانتیک و نشانه شناسی بیان می کند، موضوعات مهیج و جالبی دارد. بحث های جالبی دارد که بطور جوامع مختلف، سنت ها و باورها و ارزش های فرهنگیشان را در قالب برچسب ها در جامعه رواج می دهند و از آن ها برای دوام و بقای رژیم های سیاسی و برای دوام و بقای ارزش های موجود در جامعه استفاده می کنند. خیلی نمی خواهم در این قسمت معطل بشویم. فقط می خواهم بگویم که رسانه در بعد معنایی خود خیلی می تواند کارساز باشد و این را یک نوع اعمال قدرت می دانیم. در بحث های قدرت، دو نوع قدرت مطرح می شود. یک نوع آن قدرت آشکار است. در بحث قدرت آشکار شما یک فرد را مجبور به کاری می کنید، این می شود یک نوع قدرت که خیلی آشکار هم هست. در بحث قدرت معنایی، شما از واژه ها و بکارگیری کلمات و مفاهیم، افراد را در شرایطی قرار می دهید که خودتان مایل هستید و آن ها هم خیلی متوجه اعمال قدرت شما نمی شوند. بدون این که حس کنند شما در موردشان اعمال قدرت انجام دادید، تسلیم آن شرایط می شوند و تن به آن مساله می دهند. این قدرتی است که رسانه ها دارند. در همه جای دنیا هم هست. و هر رسانه ای هم

متناسب با اهداف خودش از این فضا استفاده می کند و سعی می کند به اهدافی که برایش تعریف کرده اند برسد. در بعضی از رسانه هایی که دوستان گفتند، من سعی می کنم در صحبت هایم به آن رسانه ها اشاره کنم. مثلا یکی از دوستان از اساتید بزرگوار اشاره کردند که چرا مثلا در تلویزیون در فلان سریال کلمات نامناسبی به کار می رود یا الفاظی به کار می رود که اینها درست نیست. خوب یک مقدار باید در این مساله واقع گرا باشیم. ما حدود ۱۳، ۱۴ تا شبکه رادیویی داریم. بعضی هایش هم شنونده اش خیلی بالاست مثل رادیو پیام و رادیو جوان. حدود دو سه هفته پیش من با یکی از نویسندگان های رادیو جوان صحبت کردم. گفتم چرا در متنی که نوشته بودی انقدر کلمات تند وجود دارد؟ گفت من می خواهم یک شخصیت منفی را نشان دهم. اگر در تلویزیون یا تئاتر باشم، می توانم با گریم کردن آن فرد شخصیت او را منفی نشان دهم. قیافه خاصی درست کنم و بگویم این ابن ملجم است یا ابن عمر بن سعد است. خوب قیافه اش باید منفی باشد. اما من در رادیو نمی توانم این کار را انجام دهم. من با صدا سر و کار دارم. بنابر این فردی که من می خواهم بگویم منفی است، باید بد حرف بزند. اگر قرار باشد شخصیت منفی من هم خیلی مثبت صحبت کند، دیگر در آن حالت شخصیت منفی وجود ندارد. یعنی شما فردی را که می خواهید محکوم بکنید، حتما باید لفظ های خاصی را برایش به کار ببرید، ولی بعدا نشان بدهید که این کسی که از این لفظ استفاده می کند ما این را تایید نمی کنیم، بلکه در مقابلش فرار گرفتیم. این یکی از ابزارهایی است که در رسانه است و نمی شود این را حذف کنیم. بگوییم همه آدم های مثبت و منفی مودب صحبت کنند. دیگر آن موقع شما شخصیت پردازی در نمایشنامه های رادیویی یا در خیلی از دیالوگ های گفتگویی ندارید. این ابزاری است که از آن استفاده می شود. بنابراین به این مساله دقت کنید. در مورد آن دارو هم که گفته شد (من اینها را تک تک نوشته بودم تا در صحبت هایم اشاره کنم)، خوب بحث های کارشناسی بود. کارشناسان در رادیو و در تلویزیون تشریف می آورند و خودشان این مباحث را مطرح می کنند. اینجا نباید بگوییم رسانه مسئول است. مسئول آن فردی است که این موضوع را مطرح می کند. یعنی در واقع رسانه زمینه را فراهم می سازد. فردی که می آید صحبت می کند، این فضا را ایجاد می کند. حالا ممکن است درجایی مطالبی بگوید که این مطالب هم درست نباشد یا به نظر شما اشکال داشته باشد. به نظر من در جوامع تخصصی که دوستان دارند، قطعاً باید این مطالب را مطرح کنند و در مورد آن

بحث شود. اما دقیقاً برگردم به همان صحبتی که دکتر حسن زاده هم مطرح کردند. یک مثال هم زدند که چرا ما می‌گوییم تیمارستان؟ به جایش بگوییم بیمارستان روانپزشکی. چرا رسانه اینطور عمل می‌کند؟ نباید به این شکل عمل کند و خیلی جاها باید همراهی کند. من می‌خواهم بگویم اولاً عملکرد رسانه تحت تاثیر شرایط جامعه است. این را بپذیریم. در جامعه اگر یک معضل فرهنگی داشته باشیم، رسانه ناخودآگاه تحت تاثیر آن قرار می‌گیرد. ولی باید یک قدم جلوتر برود و آن را اصلاح کند و آن با کمک شما اتفاق می‌افتد. یعنی همراهی شما هست که این مشکل را حل می‌کند و آن ابداعاتی است که شما انجام می‌دهید. اینکه شما چه کار می‌کنید، در چه زمینه‌هایی می‌توانید کمک کنید، راهنمایی شما اصحاب رسانه را کمک می‌کند که در مسیر خودشان راه درست را پیدا کنند و آن واژگان صحیح را به کار ببرند. آقای دکتر فتاح زاده عزیز ما اینجا هستند. من خیلی از شماره‌های هفته‌نامه سلامت را که نگاه می‌کنم، می‌بینم تئیهایی انتخاب می‌کنند که تئیهای خیلی زیبایی است. یک تکه ای از یک شعر یا ضرب‌المثل را عوض می‌کنند و در فضای سلامت می‌آورند. این یک ابداع است. ما انتظارمان از انجمن همین است که در بخشی که خودش تخصص دارد، راهنمای رسانه بشود. به رسانه اطلاعات بدهد. بگوید این واژه غلط است و این واژه درست است. این کار را باید انجام داد و این کار را نباید انجام داد. خیلی از دوستانی که این کار را می‌کنند، واقعا شاید اطلاعی از موضوع ندارند. آقای دکتر جلیلی بحثشان این بود که ما نباید بگوییم "بیماری روحی و روانی". راجع به این‌ها بحث کردند و گفتند که روح یک موضوع جدایی است. به هر حال ما چیزی که می‌گوییم *spiritual* است اصلاً یک معنای دیگری دارد. بحث روان یک چیز دیگری است. خوب ما در رادیو با این معضل روبرو هستیم. از یک طرف می‌گویند شما اگر به فرض بگویید بیمار روانی، خیلی بد است. پس بگویید کسانی که مشکلات روحی دارند. ایشان می‌گویند مشکلات روحی هم نباید بگوییم چون روح یک مقوله دیگر است. بله، مثلاً ما در قرآن هم داریم که "یسئلونک عن الروح قل الروح من امر ربی". اینها اصلاً از بحث‌های خارج از مقوله‌های انسانی است. می‌رود داخل بحث‌های اونتولوژیک و معرفت‌شناختی و این جور مسائل. خیلی خوب پس آن را نگوئیم، این را هم نگوئیم. چه چیزی را باید جایگزین کنیم؟ یعنی آیا انجمن به عنوان یک متصدی که در بخش حرفه‌ای کار می‌کند، خودش آمده است واژگان مناسب را خلق کند، این واژگان مناسب را در اختیار بگذارد و همراهی کند و جا

بندازد؟ خیلی هم کار دشواری نبود. شش هفت سال است در این مملکت انقدر ما گفتیم پارانه و رایانه تا مردم دیگر یاد گرفتند. حالا یک موقع هم قاطی می‌کنند با همدیگر. اما به هر حال هر دو را یاد گرفتند. ولی به هر حال جا افتاد. عین این کار را ما می‌توانیم در مورد بقیه واژه‌ها هم انجام دهیم. یعنی شناخت داشته باشیم. یک گروه تخصصی بیاید این کار را انجام بدهد، اطلاعات تخصصی را در اختیار رسانه قرار بدهد و زبان رسانه را اصلاح کند. انتظار نداشته باشیم یک گوینده یا یک مجری که مثلاً مجری رادیو است یا مجری تلویزیون است، ایشان متخصص مثلاً روانشناسی باشد یا مثلاً تخصص خاصی در بیماری خاصی داشته باشد. اصلاً اینطور نیست. او یک اطلاعات معمولی دارد، ادبیات فارسی را می‌داند. سعی می‌کند جملات را درست بخواند. ولی این که دقیقاً کدام اصطلاح به کار برود، کار شماست. من اینجا استمدادم از این طرف بود که ما بیاییم این‌ها را اصلاح کنیم. و همانطور که گفتم حیطة هم خیلی بزرگ است. اصلاً بحث ما بحث بیماران روانی نیست. شما در جامعه‌ای زندگی می‌کنید که کلمه مطلقه یک بار منفی دارد. ما همین چند وقت پیش به صورت محرمانه در یکی از اداره‌ها (این را خصوصی به شما می‌گویم) از کارمندان زن موجود در اداره یک بررسی داشتیم. وقتی که آمارهای موجود را نگاه می‌کردیم، مثلاً ده درصد خانم‌هایی که در اداره کار می‌کردند طلاق گرفته بودند. ولی وقتی که بررسی دقیق می‌کردیم، می‌دیدیم که چهل درصد این خانم‌ها طلاق گرفته‌اند. اما آن سی درصد بقیه در فرم‌هایشان اصلاً اظهار نمی‌کردند که مطلقه هستند. چرا؟ چون فکر می‌کند که عنوان مطلقه برایش خطرناک است. هم برایش دردسر درست می‌کند و هم یک بار منفی دارد. یعنی نگاه افراد نسبت به این فرد عوض می‌شود. آیا خود این جای بحث ندارد؟ یعنی این که دیگر بحث بیماری نیست. یک واقعه اجتماعی است. ما هم می‌گوییم که این یک مساله خیلی طبیعی است. شما در شرایطی که زندگی‌تان سخت است باید طلاق بگیرید. هر کسی هم که طلاق گرفت آدم بدی نیست. شاید بهترین راه را از شرایط موجود انتخاب کرده است. اما همین بحث، بحث بسیار مهمی است. بنابر این فکر می‌کنم که شما در این زمینه‌ها خیلی می‌توانید به ما کمک کنید. بقیه را فقط تبتروار بگوییم. بنابر این نگاه رسانه ما باید یک نگاه همراهی، همراهی با شما باشد. این را من قبول دارم. این که اشکالات وجود دارد، بحثی در آن نیست. ولی ما بیاییم خوبی‌ها را ببینیم. فقط بدی‌ها را نبینیم. این توصیه‌ای است که ما به اصحاب رسانه کردیم، به دوستان هم گفتیم، همه‌اش نگاه، نگاه

منفی نباشد. قابلیت های مثبت را در کنار ناتوانی ها ببینیم. همراه آن ها جلو برویم. در حال حاضر خیلی از اصطلاحات درست شده است. به نظر من بعضی از واژگان در ادبیات ما بار مثبتی دارند. ما می گوئیم دیوانه بار منفی دارد، اما در ادبیات ما حداقل دیوانه بار منفی ندارد. خیلی مواقع بحث می شود که اگر کسی دیوانه باشد، این عقل را کنار بگذارد، به عرفان رسیده است. "حیلت رها کن عاشقا، دیوانه شو، دیوانه شو". اینجا دیوانه شدن هیچ وقت بار منفی نداشته است. در ادبیات ما بسیاری از این واژه ها در فضاهای دیگری معنا پیدا می کند. خیلی از ضرب المثل هایی که ما در زبان فارسی داریم و خیلی از اصطلاحاتی که ما بدیهی می دانیم، می گوئیم اینها self evident هست، واقعا اینجوری نیست. ممکن است یک اصطلاح رایج شده باشد، اما چه کسی گفته است که درست است؟ ما می گوئیم با یک گل بهار نمی شود. اما بعضی مواقع واقعا با یک گل بهار می شود. یعنی یک آدم می تواند یک مجموعه را عوض کند. و خیلی اوقات می توان گفت که عقل سالم در بدن یک فرد معلول هم می تواند باشد. حتما لازم نیست آن بدن سالم باشد. لذا به نظر من حتی برای این اصطلاحات باید یک فضای عملیاتی جدید تعریف کنیم. از این بحث های تئوریک وارد بحث های عملی شویم. کمک کنیم، واژه سازی کنیم. من در مجله های جدید ISI نگاه می کردم. مقالاتی که شما می فرستید برای مجلات تخصصی کشورهای خارجی که چاپ شود، یک دستورالعمل اصلاح را خودشان دارند که شما باید طبق این قوانین عمل کنید. بسیار قوانین ظریف و جالبی بود. من در ایران ندیدم. به نظر من انجمن روانشناسان ایران یکی از کارهایش همین است. این جور موارد را استخراج کند. این ها را به رسانه، به مطبوعات بدهد بگوید درست بنویسد و درست بگوید. مثلا فرض کنید، این را ممنوع کرده بودند که اگر در مقاله ای شما بگویید "disabled person"، یعنی "یک فرد معلول"، ما چاپ نمی کنیم. نباید این عنوان را به کار ببرید. باید به جای آن بگویید "person with disability" یعنی "فردی که دارای معلولیت است". اگر این را به عنوان صفت بیاورید غلط است. معلولیت نباید صفت باشد. اول باید شخصیت فرد را بگویید، بعد بگویید او مشکل دارد. خوب ما این کار را نمی کنیم. خیلی جاها این دو تا با همدیگر اشتباه می شود. اما چه کسی باید این راهنمایی را انجام بدهد؟ یا دقیقا من در آن مقاله دیدم که نوشته بود: هیچ وقت نگوییم "کودک عقب مانده ذهنی"، بگوییم "کودکی که دارای مشکلات شناختی است". من ندیدم در جایی کسی این راهنمایی را به ما کرده

باشد. این ها را دارم به عنوان نمونه می گویم. دقیقا متن های انگلیسی شان را هم دارم. و حتی در یک جا آمده بود که از به کار بردن عنوان "بیمار" خودداری کنیم. توضیح داده بود که بیمار کسی است که در بیمارستان بستری است. در غیر این صورت ما نباید عنوان بیمار را برای فرد به کار ببریم. اصلا این عنوان غلط است برای این افراد. خوب ما الان به فراوانی داریم این کار را می کنیم. اما اطلاعی از موضوع نداریم. یا ناتوانی ها را تعمیم ندهیم. اگر یک فرد مشکلی دارد، او همان مشکل را دارد. خیلی از مشکلات دیگر را ندارد. در قبالتش خیلی از مسائل دیگر را داریم. مثلا ما نگوییم "معلولین حرکتی". بگوییم "معلولین" یا بگوییم "افرادی که در حرکت دچار مشکل هستند". ۱۰، ۱۲ تا مثال دیگر بود. من می خواستم اصلا این ها را فهرست بکنم و خدمت دوستان بدهم. که بعد ببینیم اگر این ها درست هست، همین اصطلاحات را ما بیاوریم به دوستان و مجریان و عزیزانمان بدهیم و بگوییم عین همین را استفاده کنند و دیگر دچار خطا در این بخش ها نشوند. به هر حال ما در رسانه خدمت شما هستیم. اگر انجمن اطلاعاتی را در زمینه واژه سازی، کاربرد های جدید، راهنمایی ها در اختیار ما بگذارد، این ها را بنده شخصا تعهد می کنم که به عنوان یک بخشنامه و دستورالعمل هم به دوستانمان در رادیو و هم به دوستانمان در تلویزیون بدهیم. از این به بعد در کلمات، حرف ها و نوع بیانشان اصلاح بکنند و این فضای استیگمایی که ناخودآگاه پیش آمده است یا از قدیم بوده است یا ریشه تاریخی داشته است، حل شود.

**رسانه و روان؛ همسازی‌ها و ناهمسازی‌ها**  
**دکتر هادی خانیکی**  
**دکترای علوم ارتباطات،**  
**عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبایی**

**مقدمه:**

«رسانه‌ای شدن زندگی روزمره» بخشی از واقعیت جهان پیش روی ماست، اما آیا رسانه در آن نقش سازنده دارد یا ویرانگر و یا ترکیبی از هر دو؟ این پرسش که امروز در همه زمینه‌ها فراگیر است، عرصه «سلامت روان و رسانه» را که موضوع این همایش است نیز در برمی‌گیرد.

بیماری‌ها و اختلال‌های روانی چنانکه در پژوهش‌ها و مقاله‌های علمی و مستند ارائه شده در همین همایش آمده است، از جمله مسایل مبتلا به جوامع جدید و دستخوش تغییر در ایران و جهان هستند، اما مسأله دیگر چگونگی بازنمایی آن‌ها در رسانه‌هاست.

تصویرهای رسانه‌ای از بیماری‌ها و بیماران روانی در موقعیت‌های جدی و خبری و طنز و کمدی می‌توانند «رسانه‌ای شدن مسائل روانی» را سازنده یا ویرانگر سازند.

آنچه امکان یا امتناع تصویرسازنده از این امر را میسر می‌سازد، چگونگی پرداختن به سلامت روان در رسانه‌ها و انگ‌زایی یا انگ‌زدایی از بیماری‌های روانی در فضاهای رسانه‌ای است.

اینکه «حد تأثیرگذاری رسانه بر سلامت روان و انگ‌زدایی از بیماری روانی» چیست مسأله‌ای است که آن را باید حداقل در سه سطح مورد مطالعه قرار داد: روانشناسی رسانه، سایبر سایکولوژی و ارتباطات سلامت:

**۱. روانشناسی رسانه:**

روانشناسی رسانه گرایشی میان‌رشته‌ای است که از همکاری دو رشته روانشناسی و ارتباطات حاصل شده و با بهره‌گیری از مباحث مطرح در روانشناسی شناخت، روانشناسی رشد و روانشناسی اجتماعی به رویکردهای نظری و روش‌شناسی‌های جدیدی در عرصه رسانه دست یافته است.

هدف از روانشناسی رسانه «مطالعه تأثیرگذاری رسانه بر رفتارها و فرایندهای بنیادین اجتماعی و روانشناختی همچون استدلال، شناخت و پرخاشگری است (Giles, ۲۰۰۳: ۴-۶).

در روانشناسی رسانه تلاش می‌شود با استفاده از نظریه‌ها، مفاهیم و روش‌های روانشناختی، تأثیر رسانه‌های جمعی بر افراد، گروه‌ها و

فرهنگ‌ها مورد مطالعه قرار گیرد و به سؤال‌هایی از این دست پرداخته شود که رسانه‌ها و اطلاعات منتقل شده از طریق آن‌ها چگونه طرز تفکر، روابط، نگرش‌ها و باورهای ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Fisghoff, ۲۰۰۵).

در این زمینه بخش روانشناسی رسانه انجمن روانشناسی آمریکا (APA) روانشناسی رسانه را چنین تعریف کرده است: «روانشناسی رسانه بر نقشی که روانشناسان در جنبه‌های مختلف رسانه از جمله رادیو، تلویزیون، فیلم، ویدئو، روزنامه، مجله و تکنولوژی‌های جدیدتر بازی می‌کنند، توجه و تمرکز داشته و در جهت توسعه و گسترش پژوهش‌ها و مطالعات در خصوص اثر رسانه بر رفتار انسان تلاش می‌کند تا از این طریق تعامل میان رسانه و روانشناسی را تسهیل نماید، علاوه بر این که، آموزش، پرورش و بکارگیری روانشناسی در حوزه رسانه را قوت بخشیده و روانشناسان را برای تفسیر تحقیقات روانشناسی و ارائه نتایج حاصل از آن‌ها به عموم و متخصصان آماده می‌کند.» (روحانی، ۱۳۸۹: ۱۷ و ۱۸). از این تعریف چنین برمی‌آید که برای بالا بردن اثربخشی رسانه‌ها در حوزه روان باید به آموزش روانشناسان برای حضور در رسانه‌های جمعی و ارائه خدمات و مشاوره‌ها و تبادل نظر پیرامون موضوع‌های روانشناختی اهمیت داد و مؤلفه‌های اجتماعی و روانشناختی دخیل در ارتباطات میان فردی و درون فردی و نیز اشکال مختلف رسانه‌ای و آثار آن‌ها را در فرایند ارسال و دریافت پیام در نظر گرفت.

با این تعاریف وقتی «سلامت روان و رسانه» در سطح روانشناسی رسانه مورد مطالعه قرار می‌گیرد، مهم‌ترین پرسشی که مطرح می‌شود چگونگی خوانش پیام‌های این حوزه توسط شهروندان بیمار و سالم است. به عبارت دیگر باید به این سؤال‌ها پرداخت که:

- رویارویی مخاطبان با پیام‌های معطوف به بیماری‌ها و اختلال‌های روانی و نحوه دریافت و تغییر آنان از این پیام‌ها چگونه است؟
- تصویرهای قالبی و کلیشه‌های اجتماعی چگونه تصاویری را از بیماری‌ها و بیماران روانی شکل می‌دهند؟
- روایت‌های کلان و گفتمان‌های مسلط فرهنگی و رسانه‌ای در این زمینه چیستند و تأثیرهای خرد و پادگفتمان‌هایی که در برابر آن‌ها ایجاد می‌شوند، کدامند؟

## ۲. سایبرسایکولوژی

این حوزه که دو عرصه روانشناسی و فناوری اطلاعات را مرتبط می‌سازد، معطوف به مطالعه آثار روانشناختی رسانه‌های جدید و فضای مجازی و شبکه‌ای بر روان فردی است. به این ترتیب مطالعه ذهن و رفتار آدمی در فضای مجازی (سایبر)، ابعاد روانشناختی ارتباطات نمادین و شبکه‌های آن لاین، کاربرد فناوری‌های نوین ارتباطی و فضاهای روانی-اجتماعی مترتب بر آن‌ها موضوع‌های مطالعاتی در حوزه سایبرسایکولوژی است.

فضای سایبر<sup>۱</sup> که نخستین بار در نوشته‌های ویلیام گیسون<sup>۲</sup> و جان برونر<sup>۳</sup> به کار رفته است، به فضای تخیلی ساخته شده در داستان‌ها گفته می‌شد که به تدریج باور به وجود نوعی فضای واقعی را در پشت صحنه به وجود آورد، فضایی که آن را نمی‌توان دید اما به واقع وجود دارد و دنیای رویایی پشت صفحه تلویزیون و یا کامپیوتر را عرضه می‌دارد. در حوزه ارتباطات فضای مجازی یا سایبر به فضای نادیدنی اما موجود و شکل گرفته در روابط اینترنتی و از طریق ابزارهای رایانه‌ای گفته می‌شود، دنیایی که در آن افراد الگوهای شناختی و عاطفی خود را به صورت ارتباطات و تعامل‌هایی از طریق نمادهای دیجیتالی زبان، تصویر و صدا برقرار می‌کنند و در همین فرایند تجربیات حسی گسترده‌ای را به وجود می‌آورند. در واقع آنان از طریق شبکه‌ها به صورت فیزیکی به یکدیگر متصل می‌شوند و بدون آن که در زمان و فضا با یکدیگر سهیم شوند، به ابزارهای ارتباطی دسترسی می‌یابند و رفتار آنی آنان جزئی از محیط روانی اینترنت را تشکیل می‌دهد. به بیان دیگر در فضای مجازی تشخیص مرز میان واقعی و غیر واقعی چندان ساده نیست، اگر چه فضای مجازی را نیز نباید به اعتبار واژه مجازی، غیر واقعی و خیالی دانست.

مانوئل کاستلز<sup>۴</sup> در توضیح معنای مجازی در محیط سایبر از واژگان به کار رفته توسط ژان بودریار و رولان بارت که می‌گویند همه اشکال ارتباطی بر مبنای تولید و مصرف نشانه‌ها استوارند کمک می‌گیرد و آن را در نتیجه واقعیتی می‌داند که تجربه می‌شود ولی همواره مجازی است، چون از طریق نمادهایی درک می‌شود که عمل را به گونه‌ای شکل می‌دهند که از چارچوب تنگ معنایی که نمادها برای آن در نظر گرفته‌اند می‌گریزد. همه واقعیت‌ها از طریق نمادها بیان می‌شوند و در ارتباط انسانی و

تعاملی بدون در نظر گرفتن رسانه، همه نمادها در ارتباط با معانی واژگانی که به آن‌ها استناد داده می‌شود به نوعی دچار تغییر می‌شوند. به تعبیر دیگر، کل واقعیت به گونه‌ای مجازی ادراک می‌شود. بنابراین، سیستمی ارتباطی که در آن خود واقعیت (یعنی وجود مادی-نمادین مردم) کاملاً در متنی از تصاویر مجازی و در جهانی واقع‌نما غرق می‌شود، مجاز واقعی را ایجاد می‌کند. در این سیستم، آنچه که بر صفحه ظاهر می‌شود تنها تصاویری نیستند که از طریق آن‌ها تجربه منتقل شود بلکه خود به تجربه تبدیل می‌شوند (کاستلز، ۱۳۸۴: ص ۴۳۱ و ۴۳۲).

این فضای ارتباطی نوین بیشتر در قالب مفهوم جدید «جامعه شبکه‌ای»<sup>۵</sup> قابل مطالعه است. جامعه شبکه‌ای که حاصل ظهور رسانه‌های دیجیتال و شکل‌گیری شبکه‌های ارتباطی و ابزارهای گوناگون اینترنتی است، از نظر کاستلز به جامعه‌ای گفته می‌شود که در آن ساختارها و فعالیت‌های کلیدی اجتماعی پیرامون شبکه‌های اطلاعاتی الکترونیکی شکل می‌گیرند. به بیان دیگر، شکل شبکه‌ای سازمان اجتماعی که در دوره‌های زمانی دیگر نیز وجود داشته است، حال به کمک فناوری‌های جدید ارتباطات گسترش بیشتری می‌یابد.

بنا به تعریف کاستلز: شبکه مجموعه‌ای از نقاط اتصال یا گره‌های به هم پیوسته است. نقطه اتصال یا گره نقطه‌ای است که در آن یک منحنی خود را قطع می‌کند. این که نقطه اتصال چه چیزی باشد مشخصاً به نوع شبکه مورد نظر بستگی دارد.

شبکه در عین حال ساختاری باز دارد و می‌تواند بی‌هیچ محدودیتی گسترش یافته و نقاط اتصال جدیدی را در خود جای دهد.

به همین دلیل یک ساختار اجتماعی مبتنی بر شبکه، سیستم بسیار باز و پویایی است که بدون این که توازن آن با تهدیدی روبرو شود، توانایی نوآوری دارد. شبکه‌ها ابزار مناسبی برای انجام فعالیت‌های مختلفی هستند. شبکه‌ها ریخت اجتماعی جدید جوامع را تشکیل می‌دهند و گسترش منطبق شبکه‌ای تغییرات چشمگیری در عملیات و نتایج فرایندهای تولید، تجربه، قدرت و فرهنگ ایجاد می‌کنند» (کاستلز، ۱۳۸۴: ۵۴۵-۵۴۳).

در این فرایند، شکل‌گیری و گسترش اینترنت توانسته است شبکه‌های جدیدی را ایجاد کند و از آن جایی که معماری شبکه از لحاظ تکنولوژیک باز است دسترسی گسترده عموم به شبکه را امکان‌پذیر سازد و محدودیت‌های دولتی و تجاری را کاهش دهد. به این ترتیب جامعه شبکه‌ای به نحو فزاینده‌ای جریان‌های جدید

۱. Cyberspace
۲. William Gibson
۳. John Brunner
۴. Manuel Castells

۵. Network society

قدرت را شکل می‌دهد و به جای نهادهای اجتماعی قدیم می‌نشیند. ارتباطات شکل گرفته در این فضا نیز قابل مطالعه در سطوح ارتباطی گذشته نیستند.

در واقع فناوری‌های جدید در حوزه ارتباطات نسل جدیدی از رسانه‌ها را روی کار آورده‌اند که به گفته سورین و تانکارد امکان کنترل بیشتر بر فرایند پیام از سوی استفاده‌کننده را فراهم می‌کنند. به نظر آنان یکی از پیامدهای فناوری‌های جدید این است که دیگر به سادگی مشخص نیست چه چیزی ارتباط جمعی است و چه چیزی ارتباط جمعی نیست. مرز میان ارتباط جمعی و سایر اشکال ارتباط چندان روشن نیست (سورین و تانکارد، ۱۳۸۱: ۳۱). پیدایش و رشد رسانه‌های جدید که به دلیل برخورداری از انواع ابزارهای شنیداری، دیداری، گفتاری و نوشتاری «سیستم‌های چند رسانه‌ای» خوانده می‌شوند، توانسته است انواع جدیدی از ارتباط را شکل دهد.

این رسانه‌ها که به جای یکسویگی و ارتباط عمودی از فرستنده به گیرنده بیشتر بر تعاملی بودن و ارتباط افقی تأکید دارند، این امکان را به کاربر می‌دهند که از هر طریقی که دلخواه وی باشد، بتواند با دیگران ارتباط برقرار کند. علاوه بر آن کاربران رسانه‌های جدید از جمله وبلاگ در تولید و توزیع پیام‌ها نقش پررنگ‌تری ایفا می‌کنند، به این اعتبار تشخیص تفاوت میان تولیدکننده و مصرف‌کننده پیام دشوار است و ماهیت ارتباط جمعی را دگرگون کرده است. در واقع اینترنت این فرصت را فراهم آورده است که افراد و گروه‌های بیشتری از مردم با هم در ارتباط باشند و تجربیات و دانسته‌های خود را با تعداد پرشمار دیگری به اشتراک بگذارند. بر این اساس رسانه‌های دیجیتال توانسته‌اند به تغییر سبک زندگی افراد در جامعه اطلاعاتی و ارتباطی نیز مبادرت ورزند و در چنین ساختاری دیگر مخاطبان دریافت‌کنندگانی منفعل به شمار نمی‌آیند، بلکه کنشگرانی فعال محسوب می‌شوند که ارتباطاتی متقابل و تعامل دارند.

رسانه‌های نوین، در چارچوب مفاهیم سنتی ارتباطات، «رسانه‌های همگانی» نیستند که پیام‌های محدودی را برای انبوهی از مخاطبان متجانس پخش کنند، بلکه به دلیل تعدد پیام‌ها و منابع در جامعه شبکه‌ای، به مخاطبان قدرت انتخاب بیشتری داده‌اند. چون این گونه مخاطبان بیشتر دوست دارند پیام‌های خود را انتخاب کنند، لذا همین امر دست‌بندی آنان را دشوارتر می‌کند و رابطه فردی میان منبع پیام و مخاطب را افزایش می‌دهد (خانیک، ۱۳۸۶). مانوئل کاستلز برای توصیف این صورت‌بندی ارتباطی در زیست بوم جدید رسانه‌ای از مفهوم جامع‌تری به نام

ارتباطات خودگزین<sup>۶</sup> سخن می‌گوید. ارتباطاتی که در محتوا خود-تولید، در پخش خود-گردان و در دریافت خود-انتخاب است. ارتباطات خود گزین از آن جایی که با استفاده از شبکه‌های رایانه به رایانه و ارتباط اینترنتی پیام خود را به انبوه مخاطبان می‌رساند، در واقع نوعی از ارتباطات جمعی است. ولی از آن‌جا که این مفهوم ناشی از توسعه شبکه‌های افقی و تعاملی ارتباطی می‌باشد، مقوله‌ای چند مدلی بوده و محتوای آن دیجیتالی است. به همین دلیل می‌توان آن را به هر صورت دلخواه در آورد و از طریق شبکه‌های مختلف پخش کرد. ضمن این‌که امکان دسترسی آسان و رایگان مطالب، آرایش مجدد آن‌ها را فراهم می‌کند. این شکل جدید رسانه تنوع نامحدود و خودگردانی عظیمی را در ساخت و تولید محتوا در اذهان عمومی ایجاد کرده که هر لحظه در سطحی محلی و جهانی در جریان است. (Castells, ۲۰۰۷: ۲۴۶-۲۴۸).

در واقع، ارتباطات خود گزین نوعی از ارتباطات گروهی است که توسط فعالان اجتماعی، فارغ از همکاری دولت‌ها یا رسانه‌های دارای شخصیت حقوقی بنا می‌شود. بر این اساس اکنون جنبش‌های اجتماعی، سیاستمداران مخالف، رسانه‌های رسمی و نظایر آن‌ها نیز در تلاش برای حضور هر چه بیشتر و فعال‌تر در این شبکه‌های ارتباطی افقی هستند و در نتیجه به طور کلی شاهد یک تغییر در سیستم‌های ارتباطی می‌باشیم.

در این فضای جدید ارتباطی می‌توان از پنج نوع رسانه اجتماعی نام برد:

الف) جماعت‌های گفت‌وگویی: مانند تالارهای گفت‌وگو، گروه‌های یاهو و اتاق‌های چت.

ب) رسانه‌های شخصی: مانند انواع وبلاگ‌ها.

ج) جماعت‌های اطلاعی: مانند سایت‌های فرامحلی، جماعت‌های دارای هویت خاص، سایت‌های تولید جمعی محتوا، سایت‌های نهادهای جامعه مدنی و نظایر این‌ها.

د) شبکه‌های اجتماعی و سایت‌های اشتراک لینک: در شبکه‌های اجتماعی مانند فیس‌بوک، توئیتر، فرندفید و در سایت‌های اشتراک لینک.

ه) اشتراک محتوا: سایت‌هایی مانند رپیدشیر، فلیکر، یوتیوب که می‌توانند از طریق آن‌ها به رایگان عکس و فیلم بارگذاری نمود (الوندی، ۱۳۸۸: ۱۲۲-۱۲۱).

به این ترتیب وقتی بناست به مقوله «سلامت روان و رسانه» در حوزه سایبرسایکولوژی پرداخته شود، باید سطح جدیدی از مطالعات ارتباطی بر پایه فرایندها، مؤلفه‌ها و رسانه‌های نو مد نظر

۶. Mass- self communication

قرار گیرد: در این سطح به طور خاص مهم‌ترین پرسش‌ها معطوف به نگرش‌ها و اطلاعاتی است که از فضای مجازی حاصل شده و در آن به اشتراک گذارده می‌شود. در این سطح باید به پرسش‌هایی از این دست پرداخت که:

- رابطه میان رسانه‌های شخصی و جماعت‌های گفت‌وگویی و اطلاعی، شبکه‌های اجتماعی و اشتراک محتوا با سامانه‌ها و ناسامانی‌های روانی و نگرش‌های اجتماعی چیست؟
- حضور بیماران و مبتلایان به اختلال‌های روانی در فضای مجازی و بهره‌مندی از اطلاعات پراکنده در این فضا چه آثاری بر خود آنان و فضاهای پیرامون آنان (درمان، مناسبات اجتماعی، روابط شهری و...) دارد؟
- آیا میان فضاهای مجازی و واقعی برای تأمین سلامت روانی شکاف‌ها و فاصله‌هایی وجود دارد؟
- چه همسازی‌ها و ناهمسازی‌هایی میان ارتباطات جمعی و رسانه‌های جدید در حوزه روان و رسانه به وجود آمده است؟

### ۳. ارتباطات سلامت:

ارتباطات سلامت حوزه‌ای جدید و در حال تحول است که دو مقوله ارتباطات و سلامت را به هم مرتبط ساخته و از دل آن رویکردی چندوجهی و میان‌رشته‌ای به وجود آورده است. این حوزه رشته‌های متعددی از جمله آموزش سلامت، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات کلامی، بازاریابی، بازاریابی اجتماعی، روانشناسی، مردم‌شناسی و جامعه‌شناسی را در برمی‌گیرد و به این لحاظ اکنون با حوزه‌های عملی و فعالیت‌های مختلف ارتباطی از جمله ارتباطات بین فردی، روابط عمومی، حمایت عمومی، بسیج اجتماعی و ارتباطات حرفه‌ای ارتباط دارد.

در واقع برخورداری از یک زمینه سلامت همگانی مستلزم وجوه ارتباطات مؤثر و کارآمد در تمامی سطوح و مدل‌های زیست‌محیطی است. در این میان ارتباطات درون فردی، بین فردی، گروهی، سازمانی و اجتماعی حائز اهمیت‌های فراوان هستند. به این ترتیب ارتباطات سلامت در مقیاسی وسیع، عرصه‌های اجتماعی زندگی شهروندی، نهادهای آموزشی و فرهنگی حوزه اشتغال و نظایر آن‌ها را پوشش می‌دهد.

با این تعاریف می‌توان ارتباطات سلامت را حوزه نوینی دانست که تمرکز خود را بر نقش قدرتمندی نهاده است که ارتباطات انسانی و رسانه‌ای در ارائه مراقبت‌های بهداشتی و ارتقاء سطح سلامت ایفا می‌کنند. (Kreps, ۱۹۹۲).

در سطح فردی، ارتباطات سلامت می‌تواند آگاهی فرد را از خطرات سلامت افزایش دهد و محرک‌های ترغیب‌کننده و

مهارت‌های مورد لزوم را برای کاهش این خطرات فراهم کند. همچنین ارتباطات سلامت این قابلیت را دارد که پشتیبانی و مساعدت کسانی را که در شرایط مشابه هستند، دریافت کند و باورهای آنان را تحت تأثیر قرار دهد.

در سطح اجتماعی نیز ارتباطات سلامت می‌تواند در جهت اصلاح برنامه‌های جمعی در حمایت از سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت، افزایش تغییرات مثبت در محیط اجتماعی اقتصادی و فیزیکی جامعه، بهبود کیفیت ارائه خدمات درمانی و سرویس‌های مراقبت‌های بهداشتی و سلامت جمعی و در نهایت تشویق به رعایت هنجارهای اجتماعی که برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت جامعه مفید هستند، به کار گرفته شود.

بنابراین ارتباطات سلامت ظرفیت مشارکت در همه جنبه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و نیز ارتقای سلامت را دارد و به این اعتبار می‌توان آن را در حوزه‌هایی عملی به کار برد. برخی از این حوزه‌ها عبارتند از:

- برقراری روابط میان بیماران با متخصصان بهداشت و سلامت.
- ارائه اطلاعات سلامت‌مدار به مخاطبان.
- ترغیب افراد به پذیرش توصیه‌های بالینی.
- انتشار اطلاعات در مورد تهدیدکننده‌های سلامت در مقیاس‌های جمعی و فردی (ارتباطات مخاطره).
- طراحی و ارائه پیام‌های سلامت جمعی.
- ترویج سلامت در رسانه‌های جمعی و فرهنگ‌های مختلف در سطح کلان.
- آموزش مخاطبان در زمینه دستیابی به سیستم‌های مراقبت سلامت و بهداشت عمومی.
- گسترش کاربرد سلامت از راه دور<sup>۷</sup> (Krepe, ۱۹۹۲).

به این ترتیب ارتباطات سلامت حوزه‌ای مسئله‌محور است که بر شناسایی، بررسی و ارائه راهکارهای عملی برای حل معضلات و ارتقای سطح سلامت تمرکز دارد. در حقیقت فرایندهای ارتباطات سلامت با تمرکز بر مسئله و پرسش آغاز می‌شوند و چشم‌انداز آن ارائه راه‌حل و رفع موانع موجود بر سر راه دستیابی آحاد جامعه به سلامت تن و روان است.

به اعتبار تعاریف «برنامه مردم سالم ۲۰۱۰»<sup>۸</sup> ارتباطات سلامت هنر و تکنیک اطلاع‌رسانی، تأثیر و ترغیب افراد، نهادها و مخاطبان عمومی درباره موضوع‌های مهم سلامت محور است. این حوزه شامل پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، ارتقای سطح سلامت و

۷. Telehealth application

۸. Healthy People ۲۰۱۰

سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی و مشاغل مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی نظیر بهبود کیفیت زندگی و سلامت افراد جامعه است (۲۰-۱۱: Health communication, ۲۰۱۰).

برای مطالعه نسبت میان «روان و رسانه» در سطح ارتباطات سلامت، به نظر می‌رسد که تأثیر رسانه‌ها را بر انگ‌زدایی از بیماری‌ها و آسیب‌های روانی باید با سوگیری در جهت جلب مشارکت و کنشگری مخاطبان در همه فرایندهای پیشگیری و درمان دنبال کرد. در واقع ارتباطات سلامت وقتی به حد مطلوب کارآمدی می‌رسد که به تغییر نگرش مخاطبان اکتفا نکند بلکه بتواند رفتار آنان را در قبال مسائل سلامت تن و روان اصلاح کند. این سطح از ارتباطات سلامت به جای «وجه سلبی» بر «وجه ایجابی» تکیه دارد و به جای آن‌که به مسأله سلامت از منظر «ارتباطات مخاطره» و تمرکز بر وضعیت‌های بحرانی بنگرد، این مقوله را از زاویه «ارتباطات سلامت» مد نظر قرار می‌دهد.

به این ترتیب مهم‌ترین پرسش‌ها کاربرد رسانه‌ها در ارتقای سلامت روان اولاً بررسی وضعیت «پیام‌های سلامت» در رسانه‌های مختلف و ثانیاً مطالعه خوانش و فهم آن‌ها از سوی شهروندان است. در واقع هم زبان رسانه و هم درک پیام دو مسأله اساسی در ارتباطات سلامت است که در فرایند انگ‌زدایی از بیماری‌ها و آسیب‌های روانی نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

#### ۴. رسانه‌ها، داغ ننگ و نظریه برچسب زنی

اصطلاح «داغ ننگ»<sup>۹</sup> یا «انگ» که در مطالعات اجتماعی حاکی از «هویت ضایع شده» به تعبیر اروینگ گافمن<sup>۱۰</sup> است، بار معنایی کهنی دارد. اولین بار این اصطلاح را یونانی‌ها برای نشان دادن علائمی به کار بردند که با سوزاندن یا بریدن پوست افراد، ایجاد می‌شد و دال بر این بود که حامل آن، برده، مجرم و یا خیانتکار است و باید از او پرهیز کرد (گافمن، ۱۳۸۶: ۲۹).

در فرایندهای جامعه‌شناختی، داغ ننگ تفاوت خاصی بین هویت اجتماعی بالفعل و بالقوه فرد به وجود می‌آورد و این اصطلاح غالباً برای اشاره به ویژگی یا صفتی به کار برده می‌شود که شدیداً بدنام کننده یا ننگ‌آور است (گافمن، ۱۳۸۶: ۳۰ و ۳۲).

از نظر گافمن سه نوع داغ ننگ متفاوت را می‌توان در جامعه مشاهده کرد: اولین نوع زشتی‌ها و معایب مربوط به بدن هستند (انواع بدشکلی‌های جسمانی)، نوع دوم، نواقص و کمبودهای مربوط به شخصیت فرد را شامل می‌شوند (مثل متقلّب، ضعیف‌النفس و...) این صفات با توجه به شواهد موجود به کسانی

مربوط می‌شوند که برای مثال دچار اختلالات روانی، زندان، اعتیاد به مواد مخدر، اعتیاد به الکل، همجنس‌خواهی، بیکاری، اقدام به خودکشی و رفتارهای افراطی سیاسی هستند و بالأخره نوع سوم، داغ ننگ قومی و قبیله‌ای است که منظور از آن داغ ننگ‌های مربوط به نژاد، ملیت و مذهب است. این گونه داغ ننگ‌ها می‌توانند در سیر نسل‌ها انتقال یافته و تمام اعضای یک خانواده را یکسان آلوده سازند (گافمن، ۱۳۸۶: ۳۴).

در برابر این مفهوم که بر ساخته‌ای متأثر از کلیشه‌ها و تصورات قالبی است، نظریه «برچسب‌زنی»<sup>۱۱</sup> که یکی از فرایندهای نظری برای مطالعه کجروی‌های اجتماعی است، می‌تواند نقش رسانه‌ها را در این زمینه تبیین کند.

بر اساس این نظریه، فرد صرفاً با تخطی از برخی هنجارهای رفتاری کجرو نمی‌شود، بلکه کجرو برچسبی است که به فرد زده می‌شود (مهدی‌زاده، ۱۳۸۹: ۲۰۲).

هوارد بکر<sup>۱۲</sup> کجروی را محصول نوعی ساخت اجتماعی می‌داند که به وسیله گروه‌های خاص به منظور طرد و حذف و کجرو شناختن دیگران ساخته می‌شود. بنابراین کجروی ویژگی ذاتی رفتاری نیست که شخص مرتکب شده باشد، بلکه پیامد اعمال قواعد و تحریم نسبت به شخص کجرو به وسیله دیگران است (مهدی‌زاده، ۱۳۸۹: ۲۰۳).

این نظریه که قائل به خلق گفتمانی کجروساز در بافت اجتماعی است، چنین تفسیری را از تصورات پیشین دارد که وقتی دیگران تصویری منفی از کنش‌های ما داشته باشند و اساساً درباره ما و کنش‌های ما با لحن منفی سخن بگویند آن‌گاه خود ما نیز در همین چارچوب خود را تجسم خواهیم کرد.

نظریه برچسب زنی بکر وقتی در کنار نظریه (هراس اخلاقی)<sup>۱۳</sup> استانیلی کوهن<sup>۱۴</sup> قرار می‌گیرد، می‌تواند به نقش اجتماعی رسانه‌ها در مسأله انگ و داغ ننگ بپردازد.

«هراس اخلاقی» وضعیتی است که در آن یک وضعیت، رویداد، شخص یا گروهی از اشخاص به عنوان خطر و تهدیدی برای منافع و ارزش‌های اجتماعی تعریف می‌شوند. وضعیتی که رسانه‌ها آن را به طور کلیشه‌ای و رسمی تعریف می‌کنند «در این وضعیت سردبیران و سیاستمداران به عنوان نگهبانان مرزها و حریم‌های اخلاقی جامعه تعریف می‌شوند.»

۱۱. Labelling

۱۲. H. Becker

۱۳. Moral Panic

۱۴. Stanly Cohen

۹. Stigma

۱۰. Erving Goffman



در واقع هراس اخلاقی محصول گزارش رسانه‌ها، تمرکز بر رویدادهای سطحی و کم اهمیت اغراق و برجسته‌سازی است، نه وجوه مخاطره‌هایی جدی برای حیات اخلاقی جامعه. در چنین وضعیتی اهمیت برجسب‌هایی که توسط رسانه‌های جمعی زده می‌شود در شیوه‌های برخورد مخاطبان آن‌ها و یا رمزگشایی برجسب‌ها به وسیله مخاطبان بروز می‌کند (سولیران و همکاران به نقل از مهدی‌زاده، ۱۳۸۹: ۲۰۴).

به این ترتیب در فرایند انگ‌زایی یا انگ‌زدایی رسانه‌ها از بیماری‌های روانی باید مسأله کانونی را در سوء‌بازنمایی رسانه‌ها و اهمیت برجسب‌هایی دانست که توسط رسانه‌ها زده می‌شود، علاوه بر آن باید به سازوکارهای رمزگشایی مخاطبان - اعم از بیماران و غیر بیماران - به این برجسب‌ها نیز توجه کرد.

تحقیقات گوناگونی که در ایران انجام گرفته‌اند، نشان می‌دهند که مسأله ضعف‌ها و ناکارآمدی‌های رسانه‌ها در هر سه سطح روانشناسی رسانه، سایبرسایکولوژی و ارتباطات سلامت در خور توجه است و در این میان فاصله معناداری میان نظر کارشناسان ارتباطی و متخصصان بهداشت و سلامت با شکل و محتوای پیام‌های تولید شده وجود دارد. برای نمونه پژوهشی که تحت عنوان «بررسی دیدگاه دانشجویان آموزش بهداشت نسبت به ارتباطات سلامت و تلویزیون» توسط روشنگ عاطفی‌منش در سال ۱۳۸۹ در تهران انجام گرفته است، نشان می‌دهد که با افزایش مقطع تحصیلی دانشجویان، ارزیابی آنان از میزان موفقیت برنامه‌های سلامت‌محور تلویزیون کاهش می‌یابد. این به آن معناست که این قبیل برنامه‌ها از داورهای مثبت کارشناسانه کمتر برخوردار هستند (عاطفی‌منش، ۱۳۸۹).

تحقیق دیگری که در همین سال از سوی حبیب رانی‌تهرانی زیر عنوان «سنجش نگرش مخاطبان تلویزیون نسبت به تأثیر پیام‌های سلامت» به انجام رسیده است، حاکی از آن است که پیام‌های سلامت تلویزیون برای تغییر رفتار مخاطبان کافی نبوده و ارتباطات میان‌فردی نقش مکمل را در انجام این مهم به عهده دارند (رانی‌تهرانی، ۱۳۸۹).

### جمع‌بندی و نتیجه‌گیری:

همان‌طور که گفته شد رفتارهای بهداشتی در بستری از هنجارها، باورها و رفتارهای پذیرفته شده اجتماعی مشخص شکل می‌گیرند و در این میان شبکه‌های اجتماعی از جمله رسانه‌ها از مهم‌ترین ابزارها در اصلاح تصویر بیماری‌ها و بیماران روانی به حساب می‌آیند.

البته رسانه‌ها در این میان نقشی دوگانه دارند، یعنی هم می‌توانند تصویری منفی از این بیماری‌ها و بیماران ارائه دهند و هم در تعدیل این تصویر منفی، تأثیرگذار باشند. آثار پیام‌ها و برنامه‌ها و تصاویر ارائه شده رسانه‌ای، در قبال گروه‌های اجتماعی نقش دیگری نیز دارند و آن تفسیر و تشریح پیام‌ها در محیط اجتماعی است. گفت‌وگوهای بین فردی درباره موضوعات بهداشتی و تصاویر ارائه شده در تلویزیون و رسانه‌های دیگر ممکن است منجر به برجسته شدن یک موضوع سلامت شود که در پی آن میزان ارزیابی اطلاعات توسط مخاطبان بالا رود و آگاهی مردم درباره آن موضوع بیشتر شود. در این حالت ممکن است شهروندان درگیر «همگرایی بازتابی»<sup>۱۵</sup> شوند. همگرایی بازتابی وقتی رخ می‌دهد که مردم تمعماً بر اطلاعات خاصی متمرکز می‌شوند و درباره آن با دیگران صحبت می‌کنند.

به اتکاء این رویکرد می‌توان راه‌حلهایی را برای ارائه تصویری معقولانه و معتدل‌تر بیماری‌ها و بیماران روانی در رسانه‌ها ارائه داد و به نوعی از آن‌ها انگ‌زدایی کرد که از آن جمله است:

۱. استفاده از بیماران روانی در پیام‌های حاوی جاذبه‌های چندگانه و مثبت، به طوری که از بیماران روانی نجات یافته برای منبع پیام سلامت و ارائه تصویری مثبت از بیماران روانی استفاده شود.

۲. به دلیل استفاده مکرر از بیماران روانی در نقش‌های منفی، رسانه‌ها می‌توانند بی‌خطر بودن، آرامش و همانندی این افراد را با سایر افراد جامعه از طریق اعطای نقش‌های اصلی در برنامه‌ها و پیام‌های نمایشی و دراماتیزه سلامت به تصویر بکشند.

۳. از آن‌جا که یکی از راه‌های تأثیر بیشتر پیام، استفاده از افراد همسان و متشابه با مخاطبان است، اعطای نقش قهرمان به افرادی که در نهایت ابتلای به «بیماری روانی» نیز برای او مشخص می‌شود، می‌تواند در بهبود تصویر آن‌ها کمک کند.

۴. به دلیل این‌که ارائه تصاویر این بیماران در رسانه‌های ما اغلب با غلو و بزرگنمایی همراه است، ارائه تصویر واقعی و عادی از زندگی روزمره و فعالیت‌های طبیعی مبتلایان به بیماری روانی و همچنین سیر ابتلای آنان به این گونه بیماری‌ها می‌تواند به واقعی ساختن و ملموس کردن هویت، موقعیت و شخصیت این بیماران کمک شایانی کند. در واقع اگر مخاطبان رسانه‌ها با تصاویر واقعی این گونه بیماران آشنا شوند و این نکته برایشان مشخص شود که افراد بیمار مبتلا به حتی یک سرماخوردگی ساده ممکن است از بیماران روانی برای سلامت آنان خطرناک‌تر باشد، دیگر امکان

جهت‌گیری رسانه‌ها در ارائه تصویرهایی منفی از بیماران روانی تا میزان زیادی کاهش خواهد یافت.

۵. می‌توان و باید بر اصول اخلاقی در دفاع از حقوق بیماران و آسیب‌دیدگان روانی تأکید کرد. حداقل نتیجه این کار، حفظ فاصله از بازیگران و یا گروه‌های انگ‌زن و بهره‌مندی از نظرهای نهادهای مدنی و انجمن‌های تخصصی نظیر نهادهای علمی وابسته به پزشکان، روانپزشکان و روانشناسان است.

۶. مسأله مهم ارتباطی تدوین و تبیین ارزش‌های خبری در انعکاس مسائل مربوط به بیماری‌ها و بیماران روانی است در این باب توجه به «روزنامه‌نگاری روایی»<sup>۱۶</sup> توصیه می‌شود که خود نوعی روزنامه‌نگاری فرایندگراست.

۷. باید رسانه‌ها را فراتر از وسایل ارتباط جمعی قدیم یعنی رادیو، تلویزیون و مطبوعات دید و رسانه‌های جدید را در مطالعات و تحقیقات انگ‌زدایی از بیماری‌ها و بیماران روانی وارد کرد.

چکیده همه این رویکردها در دو وجه «اصلاح فهم» و «اصلاح زبان» رسانه‌ای خلاصه می‌شود، یعنی به گفته سهراب سپهری:

چشم‌ها را باید شست

چور دیگری باید دید

منابع:

۱. فارسی

- لوندی، پدram (۱۳۸۸)، «رسانه‌های شهروندی در ایران، الگوها و روندهای شکل‌گیری روزنامه‌نگاری شهروندی در فضای مجازی» پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته ارتباطات، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.

- خانیکی، هادی (۱۳۸۶)، «وبلاگی شدن فرهنگ، چشم‌انداز و ویژگی‌ها»، مجموعه مقالات فرهنگ و فناوری اطلاعات، مؤسسه تحقیقات و توسعه علوم انسانی

- رائی تهرانی، حبیب (۱۳۸۹)، «سنجش نگرش مخاطبان تلویزیون نسبت به تأثیر پیام‌های سلامت» پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبایی.

- روحانی، ریحانه سادات (۱۳۸۹)، «رابطه میان بهره‌مندی از وبلاگ با نگرش افراد نسبت به روابط مجازی و احساس تنهایی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبایی

- سورین، ورنر و تانکارد، جیمز (۱۳۸۱)، نظریه‌های ارتباطات، ترجمه علیرضا دهقان، انتشارات دانشگاه تهران

- عاطفی‌منش، روشنگر (۱۳۸۹)، «بررسی دیدگاه دانشجویان آموزش بهداشت نسبت به ارتباطات سلامت و تلویزیون» پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبایی.

- کاستلز، مانوئل (۱۳۸۴): عصر اطلاعات، ظهور جامعه شبکه‌ای، جلد اول، ترجمه احد علیقلیان و افشین خاکباز، طرح نو.

- گافمن، اروینگ (۱۳۸۶)؛ داغ ننگ، چاره‌اندیشی برای هویت ضایع شده ترجمه مسعود کیانپور، نشر مرکز

- مهدی‌زاده، سیدمحمد (۱۳۸۹)؛ نظریه‌های رسانه، انتشارات همشهری

۲. انگلیسی

- Castells, Manuel (۲۰۰۷), "Communication Power and Counter Power in the Network Society", International Journal of Communication.

- Fishoff, Stuart (۲۰۰۵), "Media Phsycology, A Personal Essay in Definition & Purview", Journal of Media Sycology, Vol. ۱۰, No. ۱, Febuary ۸.

- Giles, David (۲۰۰۳), Media Phsycology, New Jersey, London, Lawrence Erl baum Associaties, Publishers Mahwah.

- Health Communication, Heal thy People (۲۰۱۰), Lead Agency, Office of Disease Prevention and Heath Promotion.

- Kreps, G.L and Thornton, B.c (۱۹۹۲): Health communication, Theory and Practice, (۲<sup>nd</sup> ed), Waveland Press.

## انگ زدایی (Destigmatization)

بهاءالدین خرمشاهی

نویسنده، مترجم و شاعر

سلام به جمع دوستان. همه دوستان متخصص هستند الا بنده. به مناسبت این ایام، سلام هم به حضرت سید الشهداء که ایشان هم با یک ننگ اجتماعی در افتاد. ننگی که بنی امیه ایجاد کرده بودند. درباره استیگما، در واقع شما باید برای من بگویید، نه من برای شما. اما من از یک نگاه خاصی نگاه می کنم. بد نیست که بگویم. داشتم فکر می کردم که بویژه امروز با هورمون هایی که در مواد غذایی است، موی زائد در خانم ها زیاد شده است. خوب، مو داشتن ناخواسته خانم ها استیگما است و مو نداشتن ناخواسته آقایان هم مثل آن هایی که سرشان طاس است، استیگما است. دو چیز نقطه مقابل هم. یا اگر خانمی در تهران مثلا جلوی دانشگاه تهران بی حجاب باشد، استیگما است. اما اگر همین خانم جلوی یکی از دانشگاه های فرانسه با حجاب باشد، آن هم استیگما است. پس می فهمیم استیگما یک مقدار هم اجتماعی است. یک پدیده اجتماعی است. یکی از دوستان از من پرسید که خرمشاهی رنج بزرگ تو در زندگی چیست؟ آن رنجی که همیشه رهایت نمی کند. گفتم یک فرهنگی را نزدیک به ده هزار ساعت رویش کار کردم و ناتمام ماند. چون جوان ها را به کار گرفتم و می گویند که نباید از جوان ها غافل بود و واقعا سخت است پرورش دادن جوان ها. مگر این که خودشان به راه بیایند. ولی او گفت که من از قد کوتاهم بیشترین رنج را می برم. وقتی این را گفت، اولین بار بود که من نگاه کردم که این فرد قدش چقدر است. تا آن زمان که ۲۰ سال با هم دوست بودیم، به نظر من عادی می آمد. یک نفر ممکن است از قد بلندش استیگما باشد و باید هر جا می رود سرش را بدزد که قامتش کوتاه تر به نظر برسد. این یک اشاره بود. اشاره دیگر این که ما مشکلات رفتاری را فکر می کنیم اخلاقی هستند. اشتباه می کنیم. ۹۵ درصد این ها مشکلات روانی با ریشه عصبی و قابل علاج است. مثلا ما عادت داریم می گوییم فلانی عصبانی است. مواظبش باش. اصغر ترقه است. می ترکد. داد می زند سرت. این آقا فقط مشکل اخلاقی ندارد. از نظر اخلاقی هم مشکل دارد. ولی این آقا بیماری دارد. می شود او را معالجه کرد به طوری که دیگر ترقه نباشد. یا یک نفر مغرور است. هی خودستایی می کند. این خلقتش نیست. دوستانش هم به عذاب

آمدند. آخرش هم تحمل کردند و می گویند شخصیتش اینطور است. نه این ها هنوز در شخصیت نیست. اگرچه شخصیتی شده است و دیگر خیلی درونی شده است. ولی می شود این نابسامانی های اخلاقی را بیرون کشید. تا برسد به میل دزدی. میل دزدی که دیگر در فهرست بیماری ها باید آمده باشد. که جزء نابسامانی های روانی است. Kleptomania که نوع خاصش هم در رشته ما به نام Bibliokleptomania است: میل به کتاب دزدی. بزرگانی داشتیم که آن ها را به محاکمه کشیدند. بی اختیار کتاب می دزدیدند. این ها را می شد لا اقل در دو مرحله معالجه کرد. مرحله اول شناخت درمانی است که در انواع مکتب های درمانی حرف اول را می زند. همان شناخت درمانی که دوستان هم اشاره کردند. بک مبتکر آن بوده است. و در شناختن استیگماها یا نابسامانی ها یا انگ ها یا ننگ ها بسیار به کار می آید. در فرهنگ ما یک عده بودند که دیوانه را خیلی هم خوب می دانستند. یک عده بودند که ملامتی بودند. این ها یک مقدار کارشان درست بود و یک مقدار درست نبود. از آنجایی که خلاف عرف عمل می کردند، درست نبود. از آنجایی که می توانستند تاثیر عرف را نادیده بگیرند و رفتار خودشان را پیش ببرند، قابل توجه بود. که حافظ هم یکی از بزرگان ملامتی است. "از ننگ چه پرسى که مرا نام ز ننگ است، وز نام چه پرسى که مرا ننگ ز نام است." باری، انواع رفتارها در جامعه نسبت به زدن استیگما، زدن انگ، به کار می بردیم تا اینکه بعد روانپزشکان می آیند و انگ زدایی می کنند. مثلا حروف AD را بر روی لباس زنی که مرتکب زنا شده بود می نوشتند. یا اقلیت های مذهبی بایستی نشانه هایی با خودشان حمل می کردند. صلیب یا ستاره داوود یا نظیر این ها. در جامعه گتو هم بوده که اقلیت ها؛ در جامعه اروپا تا همین اواخر هم بوده است. من نشستم یک روزی فهرستی تهیه کردم از نشانگان های بیماری هایی که می گویند اخلاقی یا مربوط به خلق است، اما این ها باید تحت درمان در بیایند. آدمی که مجال حرف زدن به دیگران نمی دهد، یعنی چه که می گوییم اخلاقش این است؟ او اصلا حق ندارد. حق دیگران را دارد ضایع می کند. به غیر از این که خودش را هم دارد ضایع می کند. خوب این را باید در یابند. حالا چه کسی باید دریابد؟ معمولا این بیماری ها را پنهان می کنند. البته مقداری از آن که آشکار است. مقدار دیگرش هم است که می گوییم فلانی چقدر خجول است، چقدر ماه است، یک کلمه حرف نمی زند، لام تا کام حرف نمی زند. این هم ۱۸۰ درجه مقابل آن یکی است. این هم درمان پذیر است. وقتی که وسواس ها که دشوارترین بیماری های روانی بود، امروزه

تا بیش از ۸۰ درصد و در بعضی موارد تا ۱۰۰ درصد قابل درمان است، موارد دیگر آسان تر قابل درمان هستند. بله، من فهرست مفصلی نوشته بودم. شاید ۶۰ تا از نشانگان هایی که این ها وقتی در کسی دیده بشوند، بایستی به او رسید. یا خودش اگر اهل شناخت درمانی است، اگر می تواند در حال انجام کاری است، خودش را نگاه کند، یعنی انتقاد از خود داشته باشد، من برترش رشد کرده باشد، با من برترش آشتی کرده باشد، از آن پیام بگیرد. بله، مفصلش این نیست. مفصلش را انشاء.. می شود مقاله کنم. من همیشه آرزوی نشریه انجمن روانپزشکان را دارم که به خوبی و آبرومندی با حمایت استاد بزرگ همه ما استاد جلیلی انشاء... تاسیس شود. خوب، من نیم وقتم گذشته است. در نیمه بعد، حال که من همتای شما در دانش شما نیستیم، همپای شما که هستم و آن case study است. من یک مقاله نوشتم تحت عنوان "افسردگی نگاهی از درون". حضرت استاد جلیلی این مقاله را تحویل گرفتند و در آغاز کتابی که درباره شناساندن بیماری های روانی بود، آن را از سر لطف آوردند. من در آنجا افسردگی را توضیح داده بودم. از لغتش که از افسردگی می آید. عرفای ما خودشان را راحت کرده بودند. وقتی که دوقطبی می شدند می گفتند ما قبض و بسط داریم. می گفتند بسط از بالا می آید، فیض است، تجلی است. قبض هم غرامتی است که لابد باید برای آن بسط پردازند. بنده در آنجا نگاهی از درون را که گفته بودم، یک نگاهی به شرح حال خودم کرده بودم که بعد از نشر آن مقاله خیلی به من تلفن زدند یا واکنش نشان دادند. مقاله های من در می آمد و هیچ خبری هم نبود که کسی خوانده یا نه. من هم که زیاد مقاله می نویسم. اما خیلی ها هم گفتند که آقا ما هم مثل شما هستیم. گفتیم شما هم برای معالجه همان راهی را که من رفتم بروید. یک دوستی داشتیم که تب داشت و می گفت با غیرت خوب می شوم. گفتیم تو نوپر آوردی، کدام تب است که با غیرت خوب شود؟ تازه باید غیرت را هم ثابت کنی. بله، بنده خودم نشانه ها را نمی شناختم. آدم چون غرق خودش است، اگر جورابش بوی عرق بدهد یا نفسش بویناک باشد، خودش نمی فهمد. چون خودش با خودش است دیگر. از خودش فاصله ندارد. اگر ما بتوانیم فاصله انتقادی بین خودمان بگذاریم، رستگار شدیم و در جامعه هم بتوانیم این را دامن بزینم که خودتان را هم نگاه نکنید. یک کمی از بیرون. اگر تمرین کنید، می شود. خلع جسد نکنید. من این را نمی گویم. اما از بیرون به خودتان نگاه کنید. وقتی که ساعت نشان می دهد که یک ساعت و نیم حرف زدید، بروید حتما بستری بشوید. مساله از درمان

ساده هم گذشته است. باری، نشانگان بنده را عیالم شناخت. و آن چه بود؟ خندیدن و خنداندن بی اندازه و یک مقدار هم بی قاعده. من مثلا در مجلس ختم قبل از رفتن به داخل یا بیشتر بعد از پایان ختم که همه جمع می شوند و چاق سلامتی می کنند، جوک می گفتم. این خیلی هم بد بود. چون صاحب عزا می دید یک عده جمع شده اند و دارند قه قه می خندند. خیلی بد بود. شیفته آن خنداندن بودم. آدم احساس قدرت می کند از این که یک عده را می خنداند. اصلا پرحرفی نوعی سلطه جویی است. یکی از یافته های اخیر بنده این است: هر کسی را که دیدید دارد در خانه شما پرحرفی می کند، به او مجال بدهید. چون مهمان است. به او تفقد بکنید. او می خواهد سلطه جویی کند. بگذارید بکند. طفلی احساس کرده است که سلطه اش به خطر افتاده است. از همین حق ساده که پرگویی ولی سلطه جویی است. دیدید به بعضی ها تلفن می زنید، مجال نمی دهند که شما حرف بزنید؟ می گویم شما اگر انقدر حرف دارید شما چرا تلفن نزدی؟ خوب من تلفن زدم من باید حرفم را بزینم یا شاید پیامی دارم. یک شب در منزلمان مهمان داشتیم. باز من در قطب هایبری بودم. در قطب مانیک بودم. هم هایپر اکتیو بودم، هم پرگو و ظاهرا هم پر بخند و پر بخندان. اول شب گفتم دوستان چند تا لطیفه برایتان بگویم خوب است؟ گفتند حالت خوب به نظر می رسد. گفتم بله. یکی گفت ۵ تا. یکی گفت ۱۰ تا. یکی گفت ۱۵ تا. بعد از ۴ ساعت که می رفتند، یک آقای که تسبیح دستش بود، گفت آقا شما ۱۵۰ تا جوک گفتید. خوب این هم برای بستری شدن کافی است. در این شرایط انسان خطوط را رعایت نمی کند. آدم هایپر مانیک بی شرم می شود. حرف های زشت را خیلی راحت می زند. جوک های جنسی را راحت می گوید. شاید حضرت مولانا هم که انقدر راحت این مسائل را می آورد و از داخل آن یک عالمه عرفان هم در می آورد، همین حالت را داشته است. مولانا بی شک دوقطبی بوده است. هایبری اش هم که از این که یک جهان کار انجام داده است، معلوم است. البته اصلا کسر شان او نباشد. خیلی از هنرمندان و شخصیت های بزرگ جهان به نوعی گرفتاری اعصاب و روان دارند. خوشبختانه توانسته اند به کار خوب تبدیل کنند. این مهم است که توانسته اند در خدمت جامعه باشند. بله از آنجا، یک روز دیگر که باز هم من بگو بخند می کردم، همسرم گفت باید برویم دکتر، این خندیدن و خنداندن تو غیر عادی است. من هم اولین بار بود که کسی تو ذوقم می زد. گفتم راست می گوید. آن زمان، ۲۰ سال پیش، هنوز جامعه روانپزشکی ایران را خوب نمی شناختم. رفتیم پیش دکتر لطفی که بعد از سفر

طولانی اخیرا برگشتند تهران ، انشاء... زیارتشان کنیم. ایشان گفتند که دارو بهت می دهم، بازی در نیاور. ولی ضمنا من پزشک معالجت نیستم. تو باید به روانپزشک مراجعه کنی. که حضرت استاد جلیلی را معرفی کردند. بنده هم خدمتشان رفتم. دکتر لطفی به من یک هالوپریدول داد. هالوپریدول برای بسیاری از بیماران حتی اگر خود درمانی کنند جایز است. برای این که زود تعادل می آورد. برای بعضی ها هم خواب می آورد. همان پرحرف هایی که آب افشان هم حرف می زنند. تف هم می پاشند به اطراف، این ها دو تا هالوپریدول نیم در روز بخورند، به تعادل می آیند تا خودشان را به روانپزشک برسانند. بله، ایشان گفتند که "بازی در نیار". بعد هم شروع کردند به جوک گفتن. من هم باز حالم خوش بود. من هم جوک گفتم. ۲۰ دقیقه سرپا با هم جوک گفتیم. بعد گفتم که دکتر جان هر چیزی به من می دهی باید خودت هم بخوری. من مراجعه کردم به حضرت استاد جلیلی. با توضیحاتی که دادم ایشان تشخیص دادند و تایید کردند که من بیمار افسرده دوقطبی هستم. بعد هم با درمانشان بهبود یافتم. اگر شما قبول کنید که بهبود یافتم. و اگر شما قبول کنید که از تعادل خارج نشدم. اما همه ما یک مسئولیت داریم. و آن این است که بکشیم که به انسانی که نابسامانی رفتاری و لاجرم روانی دارد، چگونه بفهمانیم؟ این زنگوله را چه کسی گردن گریه ببندد؟ با ملایم ترین بیان ها به کسی بگوییم که ببخشید بیا با هم برویم. همه می روند. تو هم بیا برویم. بیا آقای دکتر شما را هم ببیند. آخرش می گوید خودتی. مگه من خلم؟ مثلا استرسی دارد یا وسواس دارد. تا ساده ترین چیز ها را بگوییم زود می گویند مگه من خلم؟ من هم در پاسخ آن ها می گویم: ببینید، نزدیک ۲۰۰ بیماری جسمی و نزدیک ۲۰۰ بیماری اعصاب و روان شناخته شده است. گفتم یکی از آن ها این است که دیگر از خط می گذری. ولی خوب نگذارید که از خط بگذرید.

## نقش مطبوعات در انگ زدایی از بیماریهای

### روانی

دکتر امیرعباس فتاحزاده، مدیرمسئول هفته نامه

### سلامت

ما در رسانه‌ها در رواج انگ زدن به بیماران و بیماری‌ها، نقش بسیار مهمی داریم. هم می‌توانیم وضع را بهتر کنیم و هم بدتر. می‌توانیم وضع را شفاف کنیم و به مردم آموزش دهیم. تاثیر رسانه‌ها در تغییر دیدگاه‌ها در مورد بیماری‌های روانی، به این بستگی دارد که چه رفتاری داشته باشند. تجربه‌ای که خود ما چند بار ما در هفته‌نامه سلامت داشتیم، این بود که بارها خواستیم از حوادثی که در جامعه اتفاق می‌افتد، استفاده کنیم و در مورد موضوعات مربوط به روان که در پشت آن وجود داشته، بگوئیم، اما خیلی از مخاطبان تماس می‌گرفتند و می‌گفتند مسائل منفی را در «سلامت» بیان نکنید. اجازه بدهید «سلامت» فضایی شاد و مثبت داشته باشد و ما سعی کردیم به نظر مخاطبان احترام بگذاریم.

به عقیده من، بخشی از انگی که در جامعه در مورد بیماری‌های روانی وجود دارد و انتقال پیدا می‌کند، به دلیل این است که رسانه‌ها گاهی صرفاً نکات و جنبه‌های منفی روانی را که اغلب منجر به خشونت یا بروز رفتارهای ضداجتماعی می‌شود، بیان می‌کنند؛ اما در مقابل نمی‌گویند جناب مولانا محمد مولوی هم در بخشی از زندگی پر بارش جنبه‌های دوقطبی داشت یا استاد آقای بها الدین خرمشاهی زمانی ابتلا به نوعی از این بیماری را تجربه کرده‌اند و درمان شده‌اند. اگر این نکات در رسانه‌ها بیان شود و مردم واقعیت را در مورد شخصیتی مثل دکتر خرمشاهی بدانند، بسیار موثر خواهد بود ولی رسانه‌های ما اینها را نمی‌گویند، بیشتر به این می‌پردازند که فلان اتفاق در میدان کاج افتاد و فرد خاطی مشکل روانی داشت.

ما در هفته‌نامه «سلامت» به دنبال اصلاح رفتار مردم و جامعه در ۴ حوزه و سطح هستیم:

(۱) حوزه اول «شیوه زندگی و پیشگیری» است. یعنی رفتارهای مربوط به سبک زندگی و پیشگیری را برای

مردم بیان می‌کنیم. از همین منظر هم اگر بخواهیم نگاه کنیم، بسیاری از پیش زمینه‌ها و نکات وجود دارد که اگر به آنها بپردازیم، می‌توانیم «انگ زدن» در بیماری‌های روانی را کاهش دهیم.

(۲) حوزه دوم، «رفتار جستجوی درمان» است. یعنی سعی می‌کنیم واقعا به مردم درست آموزش دهیم که بیماری‌ای وجود دارد، نشانه‌هایش چیست و باید با مشاهده این نشانه‌ها، دنبال پزشک و درمان مناسب بگردید. ما سعی می‌کنیم زمان مناسب، فرد مناسب و مراکز درمانی مناسبی که افراد می‌توانند به آن مراجعه کنند، معرفی کنیم. همین جا بحث مربوط به رسانه‌ها خیلی مهم می‌شود. گاهی در «سلامت» وقتی مطلبی را از یکی از دوستان کار می‌کنیم، فردایش تماس می‌گیرد و می‌گوید از بس مطبعم شلوغ شد، خسته شدم. خواهش می‌کنم فعلا دیگر از من مطلب کار نکنید. در خیلی از رسانه‌های دیگر هم این اتفاق می‌افتد.

(۳) گروه سوم، رفتار گروه‌های پزشکی به عنوان گروه‌های مورد اطمینان مردم است. مردم اطمینان زیادی به این گروه‌ها دارند. نوع کاری که رسانه‌ها باید در این مورد انجام دهند، انتقال اطلاعات و آگاهی در مورد دانش، نگرش و عملکرد به گروه‌های مرجع پزشکی است که از طریق اصلاح رفتار این گروه‌ها می‌تواند بر رفتار جامعه تاثیر بگذارد.

(۴) حوزه چهارم، بحث پذیرش بیمار است. ما به بیماران می‌گوییم اگر به پزشک مراجعه کردید و به شما توصیه‌ای کرد، به آن عمل کنید یا اگر فلان تجویز برای شما شد، آن را انجام دهید. اینکه بیمار پذیرش داشته باشد و بتواند فرایند درمانی را دنبال کند و آن را پیش ببرد، خیلی مهم است، بنابراین این موضوع برای ما اهمیت دارد.

حالا در تک تک این موارد، ما به عنوان رسانه، هم می‌توانیم انتقال‌دهنده بازاریابی اجتماعی باشیم و هم انتقال‌دهنده بازاریابی تجاری. آنچه در حال حاضر در رسانه‌ها با آن مواجه هستیم (مثلا بعضی تبلیغاتی که در رسانه‌ها و صدا و سیما انجام می‌شود)، جنبه تجاری دارد که انگ زایی می‌کند. با مشاهده بعضی از سریال‌ها، آدم احساس می‌کند به همه آدم‌ها یک برچسب و انگ چسبانده شده است.

پیش‌بینی و ضداجتماعی بودن داشته باشند. رسانه‌ها باید فضا سازی بکنند و از طریق بیان این موارد مخاطب جذب کنند.

آنچه در این میان مشکل می‌نماید این است که ما کمتر به انتشار شرح حال نمونه‌های مثبت و داستانهای افراد مولد، کارآفرین و شخصیت‌های اجتماعی و علمی که در برهه‌ای از زندگی دچار درجات یا گونه‌هایی از بیماریهای روانی بوده‌اند می‌پردازیم. در مورد بیماری‌های روانی درست صحبت نمی‌کنیم. مدام می‌گوییم که فلانی دوقطبی بود، رفت فلان جرم و جنایت را کرد و فلان آدم را کشت، ولی نمی‌گوییم فلان آقای دکتر هم به اختلال دوقطبی مبتلا بود. درمان شد و مثلاً این پیشرفت پزشکی و این ابداع را انجام دادند و توانست نقش‌سازنده و کارآمدی در جامعه ایفا نماید. وقتی بیوگرافی برندگان جایزه نوبل را بررسی می‌کنیم؛ متوجه می‌شویم بعضی از آنها مشکلات روانی داشته‌اند و برنده جایزه نوبل هم شده‌اند و به نظر من چنین نکاتی را باید پررنگ کرد. موضوع بهبود و بازتوانی بیماران روانی و اینکه بالاخره بیماری‌های جدی روانی درمان می‌شوند یا نه نیز مهم است.

پدیده‌ای به اسم «سایکومدیا» در ۵۰ سال گذشته در آمریکا اتفاق افتاده است. ۳۸ درصد مردم در یک بررسی گفته بودند دوست نداریم با افرادی که از اختلالات روانی رنج می‌برند، رفاقت کنیم. ۶۴ درصد اصلاً تمایل نداشتند با فرد مبتلا به «اسکیزوفرنی» یا یک بیماری روانی دیگر همکار نزدیک باشند و ۶۸ درصد گفته بودند اصلاً دوست ندارند اقوام نزدیکشان با کسی که افسردگی دارد، ازدواج کند. این موضوعی است که در آنجا به آن پرداخته می‌شود و ما هم باید به آن توجه کنیم.

نکته دیگری که وجود دارد این است که در جامعه، به هیچ‌وجه نمی‌توانیم از اخبار بد فرار کنیم و رسانه‌ها ناچارند آنها را انتقال بدهند. هیچ‌گیزی از آن نیست. اگر ما انتقال ندهیم، دیگران انتقال می‌دهند و جامعه انتظار دارد که اخباری که اتفاق می‌افتد، مثلاً حادثه میدان کاج، مطرح شود و رسانه‌ها آن را تحلیل کنند. انتظاری که به نظر من می‌شود از رسانه‌ها داشت، این است که فقط به نکات منفی نپردازند و به جنبه‌های اطلاع‌رسانی هم توجه کنند تا بتوانند بخشی از انگ زنی که هر روز شاهد آن هستیم، خنثی کنند. به نظر من اگر بتوانیم افرادی را که در زندگی‌شان موفق بوده‌اند و در جامعه توانسته‌اند خدمات بزرگی انجام دهند و بیماری‌های روانی داشته یا دارند، از طریق رسانه‌ها معرفی کنیم، کار بسیار بزرگی انجام داده‌ایم. وظیفه بزرگی هم بر دوش روان‌پزشکان و روان‌شناسان است ولی متأسفانه موضوعات

می‌توان از طریق بازاریابی اجتماعی و بازاریابی تجاری این تفکر را اصلاح کرد، اما نکته‌ای که وجود دارد و من فکر می‌کنم باید آن را مرور کنیم، این است که به عنوان رسانه، باید تفکیکی بین درمان<sup>۱۷</sup> و علاج<sup>۱۸</sup> قائل بشویم. چیزی که در محافل علمی وجود دارد و در رسانه‌ها نه. این مفهوم درمان، مفهومی شده است که گاهی انتظار داریم یک مفهوم علاج قطعی از آن بگیریم، در صورتی که مفهوم، مفهوم درمان و حتی شاید درمان علامتی است. باید رسانه‌ها در بحث بیماری‌های روانی، موضوع درمان را واقعاً جدی بگیرند چون تا رسیدن به علاج قطعی، ممکن است مدت زیادی طول بکشد.

من فکر می‌کنم با این کار تا حد زیادی بتوانیم مشکلات مردم را حل کنیم. نمی‌دانم در فارسی مثلاً کلمه «شفا» یا «علاج قطعی» را واقعاً می‌توانیم برای «cure» به کار ببریم یا نه؟ اگر نه، چه معادلی به کار ببریم؟ الان معادل cure و treatment شده است «درمان». در «نشریه سلامت»، وقتی منظورمان درمان است، می‌گوییم درمان و وقتی منظورمان cure هم است باز می‌گوییم درمان و من احساس می‌کنم مخاطبانمان فکر می‌کنند «درمان» یعنی اینکه دیگر خوب شده‌اند و یک پایانی دارد. آنها در پذیرفتن درمان بیماری‌هایی مانند دیابت و فشار خون و بیماری‌های مزمن مشکلی ندارند و می‌پذیرند که مثلاً باید در طول دوره زندگی دارو مصرف کنند، ولی در مورد بقیه بیماری‌ها نه.

نکته مهم این است که رسانه‌ها باید مردم را به درمان، تشویق کنند تا بتوان آنها را برگرداند به یک زندگی مولد. همین باعث می‌شود که بتوانند به فضای عمومی اعتماد پیدا کنند و مراجعه به قصد درمان داشته باشند. در غیر این صورت ما دچار «کم‌تشخیصی» در جامعه می‌شویم و این در صورتی است که مردم مراجعه نکنند و بترسند که اصلاً موضوعشان را مطرح کنند. شجاعت اینکه آدم مشکلش را بیان کند، خودش موضوع مهمی است و باید این شجاعت را به وجود آورد. به هر حال رسانه‌ها می‌خواهند بفروشند، می‌خواهند مخاطب جلب کنند. موضوع این است که آنها داستان‌سرای می‌کنند و داستان‌هایشان را از طریقی جذاب نشان می‌دهند. گاهی جذابیت این داستان‌ها به خصوصیات منفی افرادی که مرتکب آن اعمال مجرمانه شده‌اند، برمی‌گردد و بسیاری از این افراد ممکن است مشکلاتی مانند غیرقابل

۱۷ Treatment

۱۸ Cure

بیماری‌های روان و موضوعات روانی را عده‌ای محدود از روان‌شناسان و روان‌پزشکان و سیاست‌گذاران مطرح می‌کنند. این خود یک نوع دامن زدن به همین انگ است. باید افراد مثبت دچار بیماری‌های روانی را در عرصه رسانه آورد تا حرف‌هایشان را بزنند و به آنها بگوییم واقعیت درونی‌شان را بیان کنند. خیلی از ما الان فکر می‌کنیم کدام آدم افسرده می‌آید در رسانه بگوید من مشکل افسردگی داشتم و دوست داشتم که درمان بشوم؟ اگر بدانیم واقعا مشکلات روان‌پزشکی یک جنبه انسانی و یک ظاهر انسانی دارند، به نظر من می‌توانیم بخش زیادی از انگ موجود در جامعه را برطرف کنیم. باید افرادی زیادی که به بیماری‌های روانی مبتلا بوده‌اند و موفقیت‌های زیادی داشته‌اند، را ببینیم و فقط در مورد بخش کوچکی که از بیماران روانی که ممکن است مرتکب برخی از خطاها و مخصوصا خطاهایی که عنوان مجرمانه یا ضداجتماعی دارد، شوند، صحبت نکنیم.

من به عنوان کسی که در رسانه کار می‌کند، واقعا احساس می‌کنم باید دانشگاهیان و دیگر اقدار علمی، در وهله اول از رسانه‌ها انتظار آموزش نداشته باشند و بدانند وظیفه ما در رسانه آگاهی دادن است. گاهی بعضی از دوستان با من صحبت می‌کنند و می‌گویند فلان موضوع آموزشی را کار کنید، در حالی که وظیفه ما در رسانه آگاهی دادن است، اطلاعات دادن است و بعد از آن می‌توانیم وارد بحث آموزش شویم. این هدف دوم ماست. یعنی اول باید اطلاعات و اخبار را انتقال بدهیم و بعد به بحث آموزش بپردازیم. نکته دیگری که وجود دارد این است که باید دوستان روان‌پزشک نقش پررنگ‌تر و جدی‌تری در این موضوع ایفا کنند. بخش‌های حوادث روزنامه‌ها در آخر همه جرم و جنایت‌ها به این اشاره می‌کنند که این فرد مجرم مشکل روانی هم دارد. با این وضع چگونه انتظار داریم که انگ‌ها در جامعه حذف شود؟

به هر حال رسانه‌ها بین موضوعات و داستان‌های ارزشمند، به سمت داستان‌های ارزشمندی می‌روند که جنبه خبری هم داشته باشد، یعنی به روز باشد. اگر فکر کنیم می‌توانیم نکته‌های ارزشمند به آنها بگوییم تا منتشر کنند، به نظرم بخشی از قضیه را درک کرده‌ایم. همه ما می‌خواهیم بالاخره از موج خبر استفاده کنیم، بنابراین به نظر می‌رسد که اگر به اتفاق دوستان روان‌پزشک، روان‌شناس و جامعه روان‌شناسی کشور بتوانیم توجه ویژه‌ای به این موضوع نشان بدهیم، شاید بتوان بخشی از آسیب این قضیه را کم کرد.