

بررسی انتقادی سیاست‌های مربوط به بیماری‌های روانی در ایران از منظر اجتماعی

نوح منوری^۱

آیدا نوابی^۲

چکیده:

طرح مسئله و ضرورت آن: نظر به اهمیت در نظر گرفتن بیماری‌های روانی به عنوان یک مسئله اجتماعی که خود می‌تواند یکی از نشانه‌های بحران‌های اجتماعی باشد، این مقاله توجه به ابعاد اجتماعی بیماری‌های روانی را در سیاست‌گذاری‌های مربوط بررسی می‌کند.

روش‌شناسی: در این پژوهش با استفاده از روش تحلیل مضمون، متن سیاست‌ها و برنامه‌های مربوط به سلامت روان بررسی شده است. مقولات به کار رفته در تحلیل اسناد با استراتژی قیاسی-استقرایی و با در نظر گرفتن تئوری‌های موجود در روان‌شناسی مبتنی بر جامعه و استفاده از ادبیات انتقادی جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی استخراج شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که خلأهایی چون ابهام در تعریف بیماری روانی، سیطره‌ی نگاه پزشکی، کم توجهی به موضوع بر ساخت اجتماعی بیماری‌های روانی، بی‌توجهی به عاملیت بیماران، ابهام در نقش‌های سازمانی، ضعف تدوین قوانین حمایتی و اختصاصی، و نگاه تک‌ساحتی به مسئله‌ی درمان و بستری در اسناد مربوط به چشم می‌خورد.

نتیجه‌گیری: سیاست‌های سلامت روان نمی‌توان صرفاً بر اساس نگاه پزشکی و درمانی تدوین شود و نیاز است تا بینش‌های عمیقی که علوم اجتماعی در این حوزه شکل می‌دهد بهره‌مند شود. در ایران لزوم به‌روزرسانی سیاست‌های سلامت روان کاملاً حس می‌شود و قوانین و سیاست‌های این حوزه نیازمند بازنگری اساسی به ویژه بر مبنای مطالعات بین‌رشته‌ای است. بر این اساس باید آمار و اطلاعات و پایگاه‌های داده‌ای قوی از مسائل حوزه‌ی سلامت روان شکل بگیرد و در دسترسی پژوهشگران قرار بگیرد. نگاه پژوهش‌محور بین‌رشته‌ای به سلامت روان کمک می‌کند که به امور چون توسعه‌ی امکان‌های اجتماعی مشاوره، جلوگیری از برچسب خوردن، روش‌های درمانی غیر از بستری و غیره به طور جدی‌تر در دستور کار قرار بگیرد.

کلمات کلیدی: جامعه‌شناسی، مسئله اجتماعی، سیاستگذاری، سلامت روان، بی‌ثباتی

^۱ استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، پست الکترونیک: monavary@ut.ac.ir

^۲ دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه از دانشگاه تهران، پست الکترونیک: aida.navabi@ut.ac.ir

۱- مقدمه و طرح مسئله

بیماری‌های روانی را بی‌شک باید مسئله‌ای «اجتماعی» تلقی کنیم. «مسئله‌ی اجتماعی وضعیت اظهارشده‌ای است که با ارزش‌های شمار مهمی از مردم مغایرت دارد و معتقدند باید برای تغییر آن وضعیت اقدام کرد» (رایبینگتن و واینبرگ^۱، ۱۳۸۶: ۱۲). این تعریف شامل بیماری‌های روانی و به طور کلی سلامت روان نیز می‌شود. نشانه‌ی آن را می‌توان در پرداختن همیشگی رسانه‌ها و مطبوعات به موضوعاتی چون اضطراب، افسردگی، و غیره و همچنین لزوم حفظ سلامت روان در شرایط دشوار اقتصادی و اجتماعی مشاهده کرد. از این رو هر وضعیتی که به نوعی سلامت روان انسان‌ها را به مخاطره بیندازد و آن‌ها را از مسیر معمول زندگی دور کند مغایر با ارزش‌های زندگی جمعی تلقی می‌شود و لزوم تغییر آن مطرح می‌شود.

مطابق برخی تقسیم‌بندی‌ها از مسائل اجتماعی بیماری‌های روانی در زمره‌ی مسائل خُرد قرار می‌گیرد که در رویکردهای سنتی مسائل اجتماعی، این مسائل خُرد را رفتارهای منحرف می‌نامیدند (نیوبک^۲، ۲۰۰۶: ۱۳). اما دیر زمانی است که اطلاق چنین لفظی در مورد مسائل اجتماعی خرد مورد انتقاد قرار گرفته است. این کلمه به این معنی است که مردم به عنوان منحرف ارزیابی شوند و باید با جامعه و هنجارهایش هماهنگ شوند. اما از آنجایی که علت خیلی از رفتارها خود جامعه و سازمان‌هایش است نباید از کلمه منحرف استفاده شود. به جای اینکه از افراد بخواهیم با شرایط اجتماعی که باعث صدمه آنها شده عادت کنند باید آن شرایط را عوض کنیم. به همین دلیل است که ما این رفتارها را به عنوان مسائل اجتماعی در نظر می‌گیریم.

تلقی بیماری‌های روانی به مثابه مسئله اجتماعی «خُرد» نباید منجر به آن شود که مسئله سلامت روان را به تعبیر سی رایت میلز^۳ گرفتاری شخصی^۴ و صرفاً ناشی از شخصیت فرد و رابطه‌ی نزدیک او با دیگران بدانیم؛ بلکه بیماری‌های روانی یک مشکل عمومی^۵ است (میلز، ۱۳۶۰: ۱۲). از نظر میلز مشکلات عمومی به اموری اطلاق می‌شود که حاکم بر شرایط خاص و زندگی خصوصی افراد است و آنها نیز به سازمان و شرایط موجود در درون نهادهای یک جامعه و چگونگی ساخت وسیع اجتماعی و زندگی تاریخ افراد مربوط است. راه حل مشکلات عمومی، تغییر رفتار فردی نیست. این مسائل از سازماندهی جامعه ناشی می‌شوند و برای حل آن ویژگی‌های اصلی سازمان جامعه باید تغییر کند.

تعریف و مواجهه با «بیماری روانی» در تمام ابعاد آن همواره نشانی از جامعه بر خود دارد. دولت‌های مدرن ذیل رفتارهای سیاست‌گذارانه‌ی خود ناگزیر از طرح مسئله بیماری‌های روانی و سلامت روان هستند. به تعبیر گیدنز، بیماری روانی دومین حوزه‌ی مهم رفتار کجروانه است که دولت با آن در ارتباط است، و نیز متضمن استفاده از سازمان‌های بازداشتگاهی است (گیدنز^۶، ۱۳۸۴: ۱۸۱). علاوه بر این موضوع سلامت روانی یکی از عرصه‌های تولید و بازتولید نابرابری در جوامع است. شکاف درمانی^۷ برای ناهنجاری‌های روانی در تمام کشورها بسیار زیاد است؛ یعنی شکافی عمیق میان شیوع بیماری‌های روان‌پزشکی از یک سو و تعداد افراد دریافت‌کننده مراقبت‌های اولیه درمانی از سوی دیگر (صابری زفرقندی، ۱۳۹۰).

¹ Rubington & Weinberg

² Neubeck

³ C. Wright Mills

⁴ Personal Troubles

⁵ Public Issues

⁶ Anthony Giddens

⁷ Treatment gap

داده‌های بار بیماری بر اساس شاخص سال‌های عمر تطبیق شده برای ناتوانی^۱ نشان می‌دهد که در ایران بیماری‌های روانی از سال ۱۳۹۴ تاکنون در بین ۲۲ گروه بیماری، رتبه دوم را به خود اختصاص داده است و داده‌های سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد که بیماری‌های روانی ۱۰.۳۱٪ از کل این شاخص را سهم‌بری می‌کند. در ایران تاکنون چهار پیمایش ملی در حوزه سنجش اختلالات و مشکلات روانی اجرا شد که آخرین مطالعه نشان داد ۲۳.۴٪ مردم ایران از مشکلات روانی رنج می‌برند (نوربالا و رجبی و دیگران، ۱۴۰۰).

هدف مقاله این است که با نگاهی «اجتماعی» به نقد سیاست‌های سلامت روان در ایران بپردازیم و در پایان از این منظر توصیه‌های سیاستی خود را ارائه می‌دهیم. بنابراین پرسش اصلی مقاله این است که کدام معیارها و نظرگاه‌های اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی است که در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با سلامت روان در ایران نادیده گرفته شده است.

۲- ملاحظات نظری و مفهومی

رویکرد جامعه‌شناختی در برخورد با مسئله‌ی سلامت روان به مجموعه‌ای از معیارها متوسل می‌شود که ماحصل آن تقویت نگاه اجتماعی در این حوزه است؛ نگاهی که ضمن تأیید وجوه پزشکی و درمانی، بر این امر تأکید می‌کند که بیماری‌های روانی و سلامت روان مملو از وجوه اجتماعی و جمعی است که بدون توجه به آنها مواجهه با سلامت روان ابتر و ناکافی خواهد بود. در ادامه به برخی از این معیارها اشاره می‌کنیم.

۲-۱- تعریف بیماری روانی

مسئله تعریف بیماری روانی و تعیین بیمار روانی، یکی از مسائل مناقشه‌برانگیز در ادبیات مربوط به بیماری‌های روانی بوده است. مطابق آن چیزی که به آن مدل درمانی^۲ گفته می‌شود، بیماری روانی یک بیماری در ردیف بیماری‌های جسمی است که می‌توان آن را از روی علائم و نشانه‌های شناخت و در نهایت بر مبنای این علائم برای آن درمان مناسب تجویز کرد. از قرن نوزدهم این مدل رفته رفته گسترش پیدا کرد. مفاهیم و اصطلاحات جدیدی برای دسته‌بندی بیماری‌های روانی به وجود آمد و سعی شد تا روش‌های تشخیصی استاندارد به دست آید. در حال حاضر انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ راهنمای تشخیص بیماری‌های روانی را منتشر می‌کند و موارد بیماری‌های روانی را فهرست می‌کند (نیوبک و دیگران، ۲۰۰۶: ۵۱۴).

اگرچه انجمن روان‌پزشکی آمریکا، طبقه‌بندی مشخص و با جزئیات فراوان از بیماری‌های روانی و علائم آنها منتشر کرده است اما در عمل این طبقه‌بندی چندان مورد توافق قرار نگرفته است. کما اینکه همین نظام طبقه‌بندی هم به کرات مورد تغییر و بازبینی قرار گرفته است. باید به این نکته توجه کرد که بیماری‌های روانی حد و مرز مشخصی ندارند و به همین دلیل تهیه فهرستی کامل از همه‌ی بیماری‌های روانی غیرممکن است. در واقع بین سلامت و بیماری تداوم وجود دارد. به عنوان نمونه اضطراب در

^۱ Disability-adjusted life years (DALYs)

^۲ Medical Model

^۳ American Psychiatric Association (APA)

شرایط خاصی مثل امتحان طبیعی است اما اضطراب شدید در زندگی حالت بیماری به خود می‌گیرد. همین وضعیت درباره افسردگی نیز صادق است.

سوال اساسی که در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی ایجاد می‌شود، نه لزوماً مربوط به نظام تقسیم‌بندی بیماری‌ها بلکه اساساً مربوط به کارایی مدل درمانی است. مدل درمانی مورد انتقادات فراوانی قرار گرفته است چرا که در این مدل اطلاق لفظ بیمار خیلی وقت‌ها بدون دقت انجام می‌شود. مطالعه معروف روزنهان^۱ درباره‌ی پذیرش بیماران در بیمارستان‌های روانی، دلیل بر این مدعاست. در این تحقیق، هشت فرد سالم خود را به واحدهای پذیرش بیمارستان‌های مختلف روانی در امریکا معرفی کردند و ادعا کردند که صداهایی می‌شنوند. بیماری همه‌ی آنها اسکیزوفرنی تشخیص داده شد و سرانجام هر یک با تشخیص اسکیزوفرنی در حال تسکین موقتی از بیمارستان مرخص شدند (گیدنز، ۱۳۸۴: ۱۸۴). در واقع آزمایش روزنهان خصلت مبهم مدل درمانی را نشان داد.

سیطره‌ی مدل درمانی به تعبیری دیگری تحت عنوان «پزشکی شدن» مورد اشاره قرار می‌گیرد که آن نیز به معنای استفاده از واژگان پزشکی در تعریف حالات و تجربیاتی است که قلمرو غیرپزشکی قرار دارند و اغلب از عناوینی چون ناخوشی و اختلال استفاده می‌شود که زمینه‌ساز مداخله‌ی پزشکی برای درمان آن می‌شود (ودادهیر، ۱۳۹۴).

اگرچه سلامت روان در مکاتب مختلف تعاریف متفاوتی دارد (ن.ک. نجات، ۱۳۷۸؛ لطافتی، ۱۳۸۹) اما به طور کلی با عبور از رویکرد بیماری‌انگار، «سلامت» دیگر فقط در برابر بیماری تعریف نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش باشد و دوم، افراد و گروه‌ها و اجتماعات و محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند و سوم، با رویکردی کلان‌نگر، به نقش شاخص‌ها و عوامل موثر و تعیین‌کننده اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در کنار عوامل خطر ساز و عوامل محافظت‌کننده در سلامت روان، توجه خاص شود. به این ترتیب سلامت روان را باید اینگونه تعریف کرد: «فرایند افزایش قابلیت افراد و اجتماعات، برای کنترل زندگی خود و بهبود بخشیدن به سلامت روان‌شان که با استفاده از راهبردهایی اعم از تقویت تاب‌آوری فردی، حمایت‌های محیطی با توجه به فرهنگ، برابری، عدالت اجتماعی، تعاملات و احترام به شرافت فردی صورت می‌گیرد.» (بهزاد، ۱۳۸۱).

۲-۲- برچسب‌زنی و برساخت‌گرایی اجتماعی

ساز^۲ به عنوان یکی از منتقدان اصلی مدل درمانی می‌گوید: بیماری‌های روانی بیشتر کارکردی هستند نه ارگانیک. این اختلالات کارکردی، انحراف شخصی از فرهنگ، جامعه، اخلاق است و در واقع متضمن داوری‌های اخلاقی و ارزشی است و این با درمان دارویی تناقض دارد. از نظر ساز مدل درمانی یک ایدئولوژی به حساب می‌آید که بخش زیادی از مردم را محروم می‌کند (نیوبک و دیگران، ۲۰۰۶: ۵۱۷). منتقد دیگر مدل درمانی، لایینگ^۳ می‌گوید که بشریت با توانایی‌های خودش بیگانه شده است. همه‌ی روابط خانوادگی، جنسی، طبقاتی، نسلی، نژادی دچار از خودبیگانگی است. اکثریتی که مثل هم رفتار می‌کنند عادی و

^۱ David Rosenhan

^۲ Thomas Szasz

^۳ R.D Laing

بهنجار و بقیه دیوانه و نابہجار خوانده می‌شوند. بیماری‌های روانی تلاشی برای فرار از مناسبات بیگانه‌کننده حاکم بر جامعه است، پس باید آن را نشانه‌ای از سلامت به حساب آورد نه بیماری. راه حل پیشنهادی لایینگ همدلی و درک است (نیوبک و دیگران، ۲۰۰۶: ۵۱۹).

از نظر روزنهان، ساز، و لایینگ (هر سه روان‌شناس و روان‌پزشک) بیماری روانی برچسبی است که رفتار و اندیشه‌هایی را غیرقابل قبول ارزیابی می‌کند. این اتفاق از اقتدار پزشکی، حقوقی و اخلاقی کسانی که «برچسب» می‌زنند ناشی می‌شود. جامعه‌شناسان اغلب در مورد گرایش روان‌درمانی نسبت به جستجوی شالوده‌ی فیزیکی آشفتگی‌های روانی مشکوک بوده‌اند و برای تبیین ماهیت بیماری روانی از نظریه‌ی برچسب‌زنی سود جستہ‌اند. شف^۱ عقیده دارد که آشفتگی روانی، به ویژه اسکیزوفرنی را می‌توان بر حسب «قانون‌شکنی ماندگار» درک کرد. ہنجارهای ماندگار قواعد نہفته‌ای هستند که زندگی هر روزی را تنظیم می‌کنند. به گفته‌ی شف، نقض این ہنجارها اساساً همان چیزی است که اسکیزوفرنی نامیده شده است. همین که چنین برچسبی به فرد زده شد محتمل است تجربیات بعدی فرد، کجروی را تقویت کند، یعنی منجر به انجام رفتار به شیوه‌ی مورد انتظار شود (گیدنز، ۱۳۸۴: ۱۸۴).

در همین ارتباط در یک پژوهش، دیده شده است که بیشتر تولیدات رسانه‌ای، به‌ویژه فیلم‌های سینمایی و مجموعه‌های تلویزیونی، تصویری تحریف شده و مخدوش از بیماری روانی و افراد مبتلا به اختلالات روانی ارائه می‌دهند. نمایش چنین تصویری، نہ تنها باعث شکل‌گیری نگرش‌های منفی به بیماران روانی و حتی متخصصان این حوزه می‌شود بلکه بر فرایند درمان بیماری‌های روانی و امنیت روانی جامعه تأثیر منفی می‌گذارد (رضایی، ۱۳۸۶).

بنابراین می‌بینیم که مجادله‌ی دائمی وجود دارد که آیا کسانی که از نظر روانی مشکل دارند آیا واقعاً «بیمار» هستند. بر این نکته تأکید می‌کنیم که همین عدم توافق در تعریف پزشکی بیماری روانی فضای بزرگی را برای جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی باز می‌کند؛ به طوری که از کارهای صرفاً آماری مثل بررسی میزان شیوع یا تعیین عوامل همبسته با این نوع بیماری‌ها فاصله می‌گیرد و به ساز و کارهای اجتماعی برچسب‌زنی بیماری روانی می‌پردازد. بهترین شیوه فهم مسائلی همچون برچسب‌زنی و درک چگونگی تعریف و شکل‌گیری آن، توجه به الگوهای اندیشیدن و عمل کردن در مورد داغ و برچسب و جنبه‌های میان‌ذهنی، تعریف‌محور و برساخت‌گرایانه‌ای است که این تجربه می‌تواند برای بیماران داشته باشد (ودادهیر، ۱۳۹۴).

بسیاری از کسانی که بیمار روانی خوانده می‌شوند، مسائلی در زندگی دارند و از مناسبات اجتماعی بیگانه شده‌اند. بنابراین مدل درمانی که درمان شخصی را تجویز می‌کند برای مشکلات اجتماعی چندان به کار نمی‌آید. اما از سوی دیگر نمی‌توان کاملاً مشکل ارگانیک را نفی کرد. در اینجا ما با مسئله‌ای روبرو هستیم که مثل تمام مسائل اجتماعی است؛ بدون آنکه لازم باشد تا مدعی شویم تمام عوامل بیماری روانی یکسره مربوط به سازمان جامعه است، نقش مهم عوامل اجتماعی را در تعریف بیماری‌های روانی نشان می‌دهیم. مثلاً گیدنز (۱۳۸۴: ۱۸۵) در مورد نظریه‌ی جامعه‌شناختی شف می‌گوید که این نظریه توضیح نمی‌دهد که چرا بعضی از افراد قانون‌شکن ماندگار می‌شوند. ممکن است احتمالاً عوامل ژنتیکی در این امر دخالت داشته باشند. مطالعات

¹ Thomas Scheff

جامعه‌شناسی و نظریه‌های بیماری روانی این امکان یا حتی احتمال را رد نمی‌کنند، که یک درون‌نهاد زیست‌شناختی در مورد برخی از انواع آشفتگی روانی وجود دارد.

۲-۳- سنجش حدود بیماری‌های روانی

برای ارزیابی شیوع بیماری روانی (تعداد کل بیماران در یک زمان) و وقوع بیماری روانی (موارد جدید در طول زمان) تلاش‌های زیادی صورت گرفته و می‌گیرد. اما نتایج به دست آمده چندان دقیق نیست. معمولاً برای به دست آوردن تعداد بیماران روانی نمونه‌ای از مردم انتخاب می‌شوند، روی آنها پیمایش انجام شده و سپس نتایج تعمیم داده می‌شود. پیمایش‌های این چنین نتایج متفاوت و متعارضی تولید می‌کند. دلیل اصلی عدم وجود توافق بین محققان بر سر معیارهای تشخیص است. اینکه چه چیزی بیماری روانی است، عمیقاً متأثر از فرضیات فرهنگی و اجتماعی است که بین محققان مختلف متفاوت است. برای همین واقعاً کسی نمی‌تواند رقم دقیقی از بیماران روانی را به دست بیاورد.

در بازنگری پژوهش‌های انجام شده در زمینه همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در سال ۱۳۸۰، یافته‌های پژوهشی ۲۹ بررسی انجام شده در ایران بازبینی شد. این بازنگری نشان داد که شیوع اختلال‌های روانی در بررسی‌های مختلف بسیار متفاوت گزارش شده است. در این بررسی‌ها که با به‌کارگیری ابزار مختلف و روش‌های پژوهشی متفاوت انجام شده و بر روی جمعیت‌های گوناگون با شرایط اقتصادی - اجتماعی مختلف اجرا شده، میزان شیوع اختلال‌های روانی را در جمعیت‌های مورد بررسی از ۸ درصد تا ۵۳ درصد در نوسان نشان داده‌اند. شاید بتوان شیوع مقطعی قابل قبول را بین ۱۸ تا ۲۳ درصد جمعیت عمومی دانست که رقمی بالاتر از کشورهای غربی است. شیوع بیشتر اختلال‌های روانی در زنان که گاهی به ۲ تا ۳ برابر میزان شیوع آن در مردان است از نکات مهم مورد اشاره در بررسی‌ها بوده است (احسان‌منش، ۱۳۸۰).

یافتن تعداد موارد جدید بیماری‌های روانی بیشتر بر اساس آمار دریافت کمک‌های بهداشتی و درمانی صورت می‌گیرد؛ هم کسانی که بستری می‌شوند و هم کسانی که به صورت سرپایی درمان می‌شوند. تعداد کسانی که کمک‌های درمانی دریافت می‌کنند هر سال در حال افزایش است. این می‌تواند به این معنی باشد که وقوع بیماری‌های روانی هر سال در حال افزایش است. اما همچنین می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که ترس مردم از مراجعه به روان‌پزشک نسبت به قبل کمتر شده است. همین‌طور اینکه افراد بیشتری خودشان را بیمار تعریف می‌کنند، چرا که راه دیگری برای صحبت در مورد مشکلات خود ندارند. سهولت دسترسی به درمان هم می‌تواند در این آمار تاثیرگذار باشد. موارد دیگری نیز هست که آمار را غیردقیق می‌کنند. مثلاً اینکه همه بیماران، درمان دریافت نمی‌کنند. دیگر اینکه خیلی از درمان‌ها شمرده نمی‌شود؛ مثل مشاوره‌های مذهبی، مشاوره‌ها در مدرسه، و درمان‌های خصوصی. حتی گاهی پزشکان عمومی داروهای روانی تجویز می‌کنند. عواملی مثل هزینه‌ی بالای بستری شدن و استفاده‌ی بیشتر از مراقبت‌های خارج از محیط بیمارستان هم آمار افراد بستری شده را کمتر می‌کند. همه‌ی این ملاحظات نشان می‌دهد که راجع به وقوع نیز مثل شیوع نمی‌توان حرف دقیق زد.

۲-۴- عوامل اجتماعی موثر در وقوع و شیوع بیماری‌های روانی و حکمرانی برای سلامت

وقتی بیماری‌های روانی به عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی مورد مطالعه قرار می‌گیرد، باید دنبال عوامل اجتماعی بروز بیماری‌های روانی هم بود. در تحلیل جامعه‌شناختی نه بر نمونه‌های بالینی که بر گستره‌ای از نمونه‌های تصادفی یا نمونه‌های که به صورت نظری انتخاب شده‌اند مطالعه صورت می‌گیرد؛ به این ترتیب بین متغیرهای کلان اجتماعی و نرخ وقوع بیماری‌های روانی رابطه‌ای قابل تعمیم به دست می‌آید.

هرچند با این روش نمی‌توان جزئیات ریز اطلاعات بالینی را فراهم کرد، اما شناخت اپیدمولوژیک حاصل از این روش بسیار عمیق است. در رویکرد اپیدمولوژیک با توزیع اختلالات در یک جمعیت معین از لحاظ مقوله‌های اجتماعی مهمی نظیر جنسی، سن، شغل، نژاد و پایگاه اقتصادی فرد سر و کار داریم (تاسیگ^۱ و دیگران؛ ۱۳۸۶: ۱۳). پنج عامل طبقه، شکست اقتصادی، تبعیض قومیتی و نژادپرستی، تبعیض جنسی، و جنگ عواملی هستند که بیشترین تاثیر را بر بیمار روانی شدن می‌گذارند (نیوبک و دیگران، ۲۰۰۶: ۵۲۵-۵۲۸). در ایران هم تحقیقات متعدد نسبت میان وضعیت اشتغال و سلامت روان را بررسی کرده‌اند (محرابی، ۱۳۸۹؛ شاهپوری، ۱۳۹۷) و همچنین در جهان موضوع تاثیر بی‌ثباتکاری بر سلامت روان (بوسمانز^۲ و دیگران، ۲۰۱۶؛ ویوس^۳ و دیگران، ۲۰۲۱). همچنین می‌توان به تاثیر شهرنشینی و چشم‌اندازهای شهری روی سلامت روان اشاره کرد (پوراحمد و دیگران، ۱۳۹۷). توجه به عوامل اجتماعی بیماری‌های روانی دلیلی برای فرارفتن از مدل درمانی است که در نهایت فقط فرد را خطاب قرار می‌دهد. در حالیکه بیماران روانی بر مبنای کاستی‌های خود تعریف می‌شوند، ویژگی‌های اصلی جامعه‌ای که در زندگی افراد ایجاد مشکل می‌کند، کمتر به پرسش گرفته می‌شود. منطق متأخر سیاستگذاری سلامت با فاصله گرفتن از مدل درمانی (زیست‌پزشکی) به پارادایم «حکمرانی برای سلامت» ورود پیدا کرده است. مفروضات پارادایم متأخر این است که اولاً سلامت فقط به وسیله بخش بهداشت و درمان خلق نمی‌شود و ثانیاً، سلامت قلب توسعه‌ی پایدار است. از این رو حکمرانی برای سلامت، لزوماً مداخله‌ای نیست، بلکه نظامی ارزشی و دیدگاه سیاسی-اجتماعی-فرهنگی است (وحدانی و وثوق‌مقدم، ۱۳۹۷). حکمرانی برای سلامت مبتنی بر این بینش است که سلامت روان روی بخش‌های دیگر سلامت تأثیرگذار است و اهمیت آن را نباید فرعی تلقی کرد.

۲-۵- بستری و درمان

مطابق مدل درمانی که مدل مسلط بر حرفه روان‌پزشکی است، کسانی که از نظر روانی مشکل دارند «بیمار»ند. روان‌پزشکان و بیمارستان‌ها سعی می‌کنند آنها را به حالت تطابق با وضع موجود برگردانند. بسیاری از کسانی که بیمار روانی معرفی می‌شوند در نهادهای عمومی بستری می‌شوند. گافمن^۴ بیمارستان‌های روانی را سازمان تامه^۵ می‌نامد، جایی که خوردن، خوابیدن، کار و بازی در یک زمان‌بندی مشخص شده و همه باید آن را انجام دهند. از نظر گافمن بستری‌شدگان دچار فرآیند دلمردگی^۶ می‌شوند. حاصل اینها از بین رفتن حس استقلال است. بیمار در حالت وابستگی کودکانه به کارکنان قرار می‌گیرد. فرآیند دلمردگی بسیار شبیه مدل

¹ Mark Tausig

² Bosmans

³ Vives

⁴ Erving Goffman

⁵ Total Institutions

⁶ Mortification

درمانی است که زندانی را بیمار فرض می‌کند (نیوبک و دیگران، ۲۰۰۶: ۵۳۰). در این حالت بیماران چندین نوع واکنش از خود نشان می‌دهند: اول اینکه کناره‌گیری کنند اما همه کارها را انجام دهند؛ دوم اینکه از رفتار کارکنان با بیماران تقلید کنند؛ سوم اینکه مقاومت کنند؛ چهارم همیشه علائم بیماری از خود نشان دهند تا بستری باقی بمانند؛ و اینها نتیجه‌ی بستری شدن است نه بیماری. به علت عوارض بستری شدن طولانی در سال‌های اخیر در کارکرد این آسایشگاه‌ها اصلاح صورت گرفته است.

در همه‌ی کشورها قوانینی وجود دارد که برای بستری اجباری بیماران روانی به خاطر خطری که برای خود یا دیگران دارند به کار می‌رود. این قوانین مجادلات زیادی را در مورد آزادی شهروندان برانگیخته است. شروع فرآیند بستری شدن می‌تواند توسط بستگان یا پلیس باشد، کسانی که اطلاعاتی راجع به بیماری روانی ندارند و تلقی آنها از نابهنجار بودن و انحراف می‌تواند کاملاً ارزشی باشد. اگر پلیس کسی را بگیرد و بعد دکتری بخواهد او را آزمایش کند معمولاً حکم به بستری شدن می‌دهد. پزشک تمایل دارد که اینگونه فرض کند که هر فردی که بازداشت شده حتماً مشکلی داشته است. معمولاً تصور می‌شود که بستری شدن کمک‌کننده است اما دیدیم که اینگونه نیست و داغ بیماری روانی حتی بعد از مرخصی باقی می‌ماند. در اینجا پای قدرت سیاسی و اقتصادی و حتی طبقاتی به میان می‌آید. در چنین مواقعی نه تنها مقاومت بیهوده است بلکه حتی نشانه‌ی بیشتری برای بیماری به حساب می‌آید (نیوبک و دیگران، ۲۰۰۶: ۵۳۳).

همچنین احتمال بیشتر بستری مربوط به قربانیان فقر، بی‌قدرتی، تبعیض است. علاوه بر این قربانیانی هستند که به دلخواه نقش دیوانه را بازی می‌کنند تا مشکلات زندگی را از این طریق حل کنند. از دهه ۶۰ جنبش بستری‌زدایی در بیشتر کشورهای غربی ایجاد شد. افرادی که از نظر روانی بیمار بوده‌اند به تعداد زیاد مرخص شدند، با این هدف که زندانی کردن با مراقبت اجتماع و درمان‌های انجمن‌محور جانشین شود. محرک این اصلاحات تا اندازه‌ی زیادی انگیزه‌های انسان‌دوستانه بوده است و تا حدی تمایل به کاهش هزینه‌ها؛ زیرا هزینه حفظ نهادهای نگاهبان^۱ برای دولت بسیار زیاد است. گذشته از فشار از سوی اصلاح‌گران برای برداشتن دیوارهای آسایشگاه، دو عامل دیگر در دهه‌های ۵۰ و ۶۰ در درمان بیماران روانی موثر بود. یک عامل که نخستین بار در بریتانیا معمول شد توسعه‌ی روش‌های درمان روانکاوان بود که بر نیاز افراد به ارتباط با گروه‌ها و اجتماعات تاکید می‌کرد. عامل دوم، ورود داروهای جدید به بازار بود که ظاهراً پیشرفتی غیرمنتظره در درمان و کنترل بیماری روانی، و نیز شکل‌های عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات روانی دوران پیری پدید آورد (گیدنز، ۱۳۸۴: ۱۸۶).

البته نباید درباره‌ی «رهايش» اغراق کرد. بسیاری از بیماران روانی در واقع بدتر از آنچه پیشتر بودند به نظر رسیدند. افرادی که از آسایشگاه‌ها مرخص شدند غالباً خود را در شرایطی یافتند که دیگران نسبت به مراقبت از آنها بی‌میل یا ناتوان هستند. بسیاری از افرادی که از بیمارستان‌های روانی مرخص شدند، به علت نداشتن امکانات کافی برای تامین زندگی به نواحی مخروبه درونی شهر رانده شدند (گیدنز، ۱۳۸۴: ۱۸۶) در نهایت خیلی از بیماران به بیمارستان‌ها بازگشتند زیرا در غیر این صورت قربانی بی‌خانمانی و زندگی مصیبت‌بار و خشونت‌های محلی، ترس، استهزا و جنایت می‌شدند (نیوبک و دیگران، ۲۰۰۶: ۵۳۴).

موضوع مهم دیگر در درمان بیماری‌های روانی این است که روان‌درمانی تبدیل به صنعت درآمدزایی شده است. روان‌پزشکان پول زیادی برای مشاوره می‌گیرند. شرکت‌های داروسازی هم درخواست‌های زیادی برای تولید داروهای روانی دارند. از سوی

^۱ Custodial Institutions

دیگر شرکت‌های بیمه هم تجویز دارو را ترجیح می‌دهند. بنابراین باید توجه داشت که تغییرات وسیع، شغل و منافع خیلی‌ها را به خطر می‌اندازد. اما منتقدان می‌گویند که دارو فقط علائم را پنهان می‌کند. هزینه داروهای روانی سالانه رقم بسیار بالایی می‌شود. علاوه بر هزینه درمان، بیماران روانی قادر به ادامه کار خود نیستند و این هزینه‌ی مضاعفی برای جامعه است.

درست است که جدا کردن بیماران روانی از جامعه موضوعی مناقشه برانگیز بوده است و همچنین باید بیشتر بر عوامل اجتماعی و زمینه‌ساز ایجاد بیماری‌های روانی متمرکز بود، اما نمی‌توانیم منتظر بمانیم تا تغییرات بزرگی رخ دهد و به کسانی که مشکل دارند کمک نکنیم. پیشنهاد «گروه‌های خودیاری» پیشنهادی است که مقبول افتاده است. در این گروه‌ها تجربه و دانش به اشتراک گذاشته می‌شود. این گروه‌ها خارج از مدل درمانی کار می‌کند. در آنها روابط صمیمی و مثبتی جریان دارد که از خود بیگانه‌کننده نیستند. چیزی که افراد درگیر با مشکلات روانی نیاز دارند مراقبت اجتماع است. این امر مستلزم فراهم ساختن سرپناه و خدمات کافی، و پشتیبانی با فرصت‌های اشتغال برای کسانی است که از آسایشگاه‌ها و بیمارستان‌های روانی مرخص می‌شوند. در چنین زمینه‌ای است که ما می‌توانیم از پیشرفت حقیقی در درمان و درک افرادی که از اضطراب و ناتوانی روانی رنج می‌برند سخن بگوییم. در نهایت، باید با عوامل اجتماعی - از فقر تا تبعیض جنسی - مبارزه کرد تا بیماری‌های روانی از جامعه رخت ببرند.

۳- روش‌شناسی

روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش روش اسنادی است، بنابراین مهمترین اسناد سیاستگذاری راجع به سلامت روان در ایران را بررسی می‌کنیم. این اسناد عبارتند از:

- لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی (برگرفته از وبسایت مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۳۹۹)
- برنامه‌ها و شاخص‌های مورد انتظار حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد برای سال ۱۳۹۹ (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
- برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۴-۱۳۹۰)
- بسته‌ی آموزشی ارتقای سلامت روان (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۹۸)
- راهنمای بالینی و فنی برنامه‌های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ویژه‌ی پزشکان خانواده، مجتمع‌ها و مراکز سلامت جامعه (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۹۵)
- بسته‌ی پیشنهادی سلامت روان در سیاست‌های کلی برنامه‌ی پنجم توسعه (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸)
- طرح کشوری بهداشت روانی (وزارت بهداشت، ۱۳۶۵)

روش تحلیل داده‌ها، تحلیل مضمون است. در تحلیل مضمون، مطالعه اسناد و داده‌های کیفی به شکلی نظام‌مند و به قصد یافتن مهمترین الگوها و نظم‌های مفهومی متون انجام می‌شود. در این روش داده‌های به ظاهر پراکنده و غیرمنسجم تبدیل به نظم مفهومی می‌شود.

استراتژی این پژوهش، استراتژی قیاسی-استقرایی است؛ به این معنی که علاوه بر معیارهایی که در بخش نظری و مفهوم برای مطالعه اسناد استخراج کرده‌ایم، در مراجعه به اسناد نیز ممکن است برخی مضامین دیگر به دست آید که در بخش یافته‌ها آورده می‌شود.

۴- یافته‌ها

مهمترین یافته‌های مطالعه و بررسی اسناد مرتبط با سیاستگذاری سلامت روان در ایران را می‌توان به شرح ذیل معرفی کرد.

۴-۱- /بها/م در تعریف

در فصل یک لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی، شاهد تعریفی تقلیل‌گرایانه از اختلال روانی هستیم که آن را صرفاً به برخی نشانه‌ها فروکاسته است. در واقع تعریف مشخصی از اختلال روانی در اسناد و سیاست‌های بهداشت روان موجود نیست و تعاریف موجود در این اسناد صرفاً حاصل همان نگاه پزشکی است. در بندهای دیگر نیز از اصطلاحات مبهم «فقدان» و «کمبود» استفاده شده است. در این تعاریف هیچ‌گونه بُعد اجتماعی در نظر گرفته نشده است. نقش پررنگ حوزه‌های قضایی و پزشکی در شکل دادن به این تعاریف، علت‌شناسی و معالجه را به سطح فردی فروکاسته و سطوح نهادی، گروهی و اجتماعی نادیده گرفته شده است. حتی در سطوح نهادی تنها با تکیه بر پزشکی قانونی و بیمارستان و حوزه قضائی، نقش افراد و کنش‌های آنها نادیده گرفته شده است.

این نوع تعاریف کلی و مبهم متکی بر نشانه‌ها (هذیان، توهم، و غیره) علاوه بر این که جنبه برساخت‌گرایانه‌ی بیماری‌های روانی را نادیده می‌گیرد، دست مجری این اسناد را برای اجرا شدن در هر گونه موقعیتی علیه بیمار باز می‌گذارد. تولید این دانش به شکلی آمرانه، تکرار مفاهیمی است که تنها پشتوانه‌ی قانونی و اجرایی دارد و در آن به مشارکت و پیوند با جامعه اشاره‌ای نشده است. گویی تنها هدف تدوین این لایحه، روشن شدن تکلیف برخی از کلمات و مفاهیم در حوزه‌ی قانون بوده است. این وضعیت دست روان‌پزشکان از یک سو و دستگاه قضائی و حتی نیروی انتظامی را برای مداخله در وضعیت و زندگی افراد باز می‌گذارد.

۴-۲- سیطره نگاه پزشکی

در ایران اولین و مهم‌ترین اقدامی که پس از انقلاب در حوزه سیاست‌گذاری بهداشت روان صورت گرفته است ادغام برنامه بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱ بود (عاطف وحید، ۱۳۸۳). اگرچه انجام این طرح به نوعی ارائه خدمات بهداشت

^۱ PHC = Primary Health Care

روان در بسیاری از مناطق روستایی و دور افتاده و بالابردن توجه به تحت پوشش قرار گرفتن افراد در خدمات بهداشتی بود (بوالهري و ديگران، ۱۳۹۰) اما در عمل نشان‌دهنده قدرت گفتمان پزشکی و سیطره‌ی آن در حوزه سلامت روان بود. حتی در برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۰-۱۳۹۴) به شکل مستقیم به ادغام مراکز سلامت جامعه‌نگر با نظام شبکه بهداشتی و برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع اشاره شده است. مراکز سلامت جامعه‌نگر با هدف ارائه‌ی خدمات جامع برای پیشگیری، تشخیص، درمان، و بازتوانی بیماران بدون اتکا بر بیمارستان‌های روانپزشکی ایجاد شده است. اما قرار دادن برنامه‌ی این مراکز در شبکه‌ی بهداشت عمومی در حقیقت تغییر دادن مسیری است که این مراکز جدا از سیستم درمان و بیمارستان شروع کرده‌اند.

عطف به مضمون قبلی، یعنی ابهام در تعریف، باید بگوییم که در مهمترین اسناد بالادستی موجود درباره‌ی سیاست‌های سلامت روان، بدون تعریف مشخصی از بیماری روانی و بیمار روانی، فقط به نوعی به آن ارجاع داده شده و یا درباره‌ی آن گفتمان‌سازی شده است. در واقع مشکلات و درگیری‌های روانی و ذهنی از نظر کارگزاران این حوزه، امری بدیهی و محرز است. بنابراین مسئله‌ی سیاست‌های سلامت روان به نوعی بر سر پذیرش فرآیندهای درمانی و پذیرش فرد بیمار روانی است یا به عبارت دیگر اعتبار بخشیدن به فرآیندهای بالینی - پزشکی است.

بسیاری از اسنادی که در حوزه‌ی سلامت روان منتشر شده است پیرامون اشاره به فرصت‌هایی است که می‌توان در اختیار مردم برای افزایش سلامت روان قرار داد، اما در خود اسناد برای نمونه در بسته‌ی پیشنهادی سلامت روان در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، باز همه‌ی این موارد از جمله خدمات پس از ترخیص مبتنی بر جامعه تنها با ارجاع به وزارت بهداشت به رسمیت شناخته شده است. بر اساس سند برنامه‌ها و شاخص‌های مورد انتظار حوزه‌ی سلامت روانی اجتماعی و اعتبار برای سال ۹۹ نیز بر ارزیابی کمی از میزان خودکشی‌ها و فوت ناشی از خودکشی و همچنین میزان مراجعان به مراکز درمانی بر اثر مصارف دارویی تمرکز شده است. راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان که در این سند به آن اشاره شده است، چیزی جز یک دوره‌ی درمانی و پزشکی - بالینی نبوده و این راهنما به نوعی بر وضعیت کمی بیماری‌های روانی متمکز است.

۴-۳- کم‌توجهی به موضوع برساخت اجتماعی بیماری‌های روانی

در برنامه جامع ارتقای سلامت کشور، گویی فرض بر این است که مواردی چون خشونت یا خودکشی، وضعیتی فردی و صرفاً روانی و خالی از وجوه اجتماعی است. این در حالی است که مسائل روانی را باید در درجه اول بر اساس برساخت اجتماعی تحلیل کرد. حتی در مورد حمایت روانی اجتماعی در بلایا و یا به عبارتی وضعیت ترومایی که برای جامعه در اثر جنگ، سانحه و یا اپیدمی‌ها ایجاد می‌شود، در این سند ربط و بسط مستقیمی با وضعیت اجتماعی به چشم نمی‌خورد و در این مورد توضیحات و راه‌حل‌هایی نیز در این اسناد دیده نمی‌شود.

گویی سیاست‌گذاران این حوزه تصور می‌کنند که مسئله انگ و برچسب در حوزه‌ی بیماری‌های روانی با ایجاد بسترهای پزشکی در این حوزه قابل رفع است. برای نمونه در بند ۱۷ و ۱۸ پیشگیری سطح دوم در برنامه‌ی جامع، برنامه‌ی توسعه‌ی تخصصی بهداشت روان در قالب نظام درمانی کشور و همچنین قابل کاربرد در برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع قرار گرفته

است. این دیدگاه نافی نگاه انگ زدا نسبت به بیماری‌های روانی و افراد دارای این وضعیت و همچنین نافی نگاه همه‌جانبه اجتماعی و مشارکتی است.

در ارتباط با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان، برنامه مدونی برای مواجهه با عوامل اجتماعی در اسناد در نظر گرفته نشده است. برای نمونه در راهنمای بالینی و فنی برنامه‌های سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اگرچه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان (درآمد، شبکه‌های حمایتی، آموزش و سواد، محیط اجتماعی- فرهنگی، جنسیت و غیره) نام برده شده است اما گویی کسانی که این شیوه‌نامه‌ها را مدون کرده‌اند، تنها به ذکر مفاهیم اکتفاء کردند و برنامه و بسته‌ای مجزا برای آن در نظر نگرفته‌اند. به علاوه در فصل مربوط به سلامت اجتماعی مجموعه ارزیابی‌های تشخیصی برای برخی از موارد همچون کودک‌آزادی و یا همسرآزاری و خشونت خانگی در نظر گرفته شده است. این نوع ارزیابی بر اساس ملاک‌های مشخصی در جداول نشان داده شده است که ملاک عمل مجریان و پزشکان قرار گیرد. این در حالی است که در حوزه سلامت اجتماعی، موضوع آزار، خشونت و آسیب در ارتباط با جامعه‌ی بزرگتر و به شکل فرآیندی در نظر گرفته می‌شود.

باید اشاره کرد که در بسته‌ی آموزشی ارتقای سلامت روان، به مولفه‌ها و ابعاد اجتماعی موضوع خودکشی اشاره شده است؛ از جمله نشاط اجتماعی، نقش رسانه‌های اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی دیگر و همچنین موضوع مهم تاب آوری اجتماعی. اما بومی‌سازی و عملیاتی شدن این شاخص‌ها نیازمند بازنگری در نظام تصمیم‌گیری سلامت است.

۴-۴- بی‌توجهی به عاملیت بیماران

در برنامه جامع ارتقای سلامت کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰)، سه سطح مداخلات در حوزه‌ی بهداشت روان در نظر گرفته شده است. در پیشگیری سطح اول، علی‌رغم در نظر گرفتن برنامه‌های ارتقای سلامت روان، به خصوص تاکید بر سلامت روان خانواده، مدارس و دانش‌آموزان، به شکل عملیاتی تاکیدی بر نقش بیمار یا عاملیت وی نشده است. در حقیقت پیشگیری در این سیاست‌ها نوعی راه‌حل ایستا و هماهنگ برای برخی از دستگاه‌های اجرایی است که پشتوانه قانونی دارند. در سطح پیشگیری اولیه یعنی جلوگیری از بیماری‌های روانی، اقدامات مشارکتی پیرامون سلامت روان افراد جامعه ارائه نمی‌شود.

۴-۵- ابهام در نقش‌های سازمانی

در برنامه‌ی جامع ارتقای سلامت کشور، موضوع پیشگیری در قالب برنامه‌های سیاستی در حد سازمان‌ها عنوان شده است که جزئیات مشخصی نیز ندارد. نقش سمن‌ها و یا برخی از نهادهای اجتماعی همچون مدارس به شکل کلی عنوان شده است. به علاوه امکان ایجاد شرایط لازم برای پیشگیری‌های اجتماعی و توجه به سطوح اجتماعی و گروه‌ها منوط به نقش نهادی سازمانی وزارت بهداشت یا نوعی پروتکل بهداشتی و پزشکی شده است.

سازمان‌های مربوط همچون آموزش و پرورش، وزارت علوم و بسیاری از سازمان‌های مردم‌نهاد و غیردولتی، به شکل شفاف نقش اثرگذاری در پیشگیری از بیماری‌های روانی در اسناد ندارند. برای نمونه در بند ۸ پیشگیری اولیه، همچنان بر ادغام برنامه‌های

سلامت روان در برنامه‌های بهداشتی تاکید می‌شود. به علاوه در عمل فعالیت بسیاری از نهادها همچون بهزیستی، به نوعی با عملکرد وزارت بهداشت در زمینه‌ی بهداشت روان متناسب نبوده است.

۴-۶- ضعف تدوین قوانین حمایتی و اختصاصی

اگرچه سال‌ها صحبت از این است که جای خالی یک قانون در حوزه‌ی سلامت روان وجود دارد و لایحه‌ای نیز برای این منظور تدوین شده است، اما حتی همین لایحه نیز نشانه‌ی ضعف قانونی در این حوزه است. این لایحه در اصل با هدف حمایت از جامعه و مسئولیت‌پذیری اجتماع در برابر بیماری‌های روانی تدوین شده و حمایت از حقوق بیمار به عنوان مهمترین انگیزه و هدف این لایحه است. در حقیقت بخش مهمی از بهداشت و یا سلامت روان در ایران در گرو قوانین دیگری اعم از قانون مدنی، قانون مجازات اسلامی، قانون خانواده و غیره است. این رویکردها نشان می‌دهد که موضوع سلامت روان حتی پیش از آنکه در حوزه‌ی روان‌شناسی و روان‌پزشکی موضوعیت داشته باشد در حوزه‌ی جرائم، حقوق و دادرسی به بحث گذاشته می‌شود.

در لایحه، توسعه‌ی امکان‌های عمومی مشاوره برای افراد در نظر گرفته نمی‌شود، و تنها حضور روان‌پزشک را منوط به انجام معاینه پس از فرآیند شروع بستری قرار داده است. این رویکرد نشان می‌دهد که نگرش موجود نسبت به بیماران روانی، بیش از آنکه حتی سویه‌های اجتماعی و روانی داشته باشد، با اعمال قانون و مسئله‌ی قضایی و امنیتی همراه است. این شرایط خود وضعیت داغ و ننگ را در افراد دارای شرایط روانی افزایش می‌دهد؛ به این معنی که با باز بودن دست قانون‌گذار و امنیتی شدن وضعیت بیماران روانی، فشارهای زیادی از جنبه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، و ارتباطی بر افراد تحمیل می‌شود.

به تعبیر مرکز پژوهش‌های مجلس (۱۴۰۰) مشکل دیگر این لایحه این است که بیشتر از حقوق روان‌پزشکان حمایت کرده است تا حقوق بیماران. در واقع به رغم اینکه عنوان لایحه و مقدمه توجیهی، هدف اساسی لایحه را حمایت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی قلمداد کرده است، اما مواردی که در لایحه وجود داشته که بیشتر نشان‌دهنده‌ی حمایت از ارائه‌دهندگان خدمت است تا بیماران.

۴-۷- نگاه تک‌ساحتی به مسئله درمان و بستری

در فصل سوم لایحه، به روش‌های خاص درمان اشاره شده است. روش‌های خاص درمان اگرچه دایره‌ی وسیعی در حوزه‌ی روان‌پزشکی دارند، اما چند روش در این سند نام برده شده است. از جمله روش «درمان اجباری جامعه‌نگر» که به عنوان یکی از دوره‌های اصلی دستیاری روان‌پزشکی در نظر گرفته شده است (شریفی، ۱۳۹۰)، دیگر روش‌ها شامل مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی است که مجدداً بر وضعیت درمانی و پزشکی بیمار تاکید می‌کند. از این نظر لایحه، چیزی جز مشخص کردن وضعیت حقوقی بیماران روانی، با رویکردی قضائی و امنیتی نیست.

در ایران در تدوین قوانین مربوط به بستری اجباری، دوگانگی دیدگاه پزشکی و دیدگاه «رعایت آزادی‌های شهروندی» مورد توجه بوده است. این دوگانگی خود سبب ایجاد دوگانه‌ی دیگری چون نیاز به درمان و وجود خطر آسیب به خود یا دیگران را به همراه داشته است (نصر اصفهانی و دیگران، ۱۳۸۷). در بخش بستری اجباری لایحه، تصمیم‌گیری پیرامون بستری شدن افراد به

عهده‌ی مرجع قضایی و قانون‌گذار قرار داده شده است. در واقع تشخیص وضعیت بیمار، بر عهده پزشکی قانونی و قاضی است. همچنین ایجاد کنترل و نظارت بر بستری شدن کامل افراد نیز تحت نظر نیروی انتظامی خواهد بود.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که در بخش یافته‌ها دیدیم، سیاست‌های سلامت روان در ایران هنوز تحت سیطره مدل پزشکی است و در این حوزه شاهد پزشکی شدن هستیم. این سیاست‌ها معمولاً به آخرین حلقه از زنجیره‌ی سلامت روان می‌پردازد؛ منظور مقابله با علائم بیماری‌های روانی است. از این رو سیاست‌های سلامت روان در ایران هنوز شکل جامعی ندارد که بتواند در کلیت خود طیفی از مسائل و مشکلات مربوط به سلامت روان را در بر بگیرد.

در واقع مواجهه‌ی نظام سلامت با امر روانی، مواجهه‌ای از نوع سلبی است که در آن برای براندازی وضعیتی که بیماری روانی یا اختلال روانی نام دارد، نیروهای بسیج می‌شوند یا پروتکل‌هایی در نظر گرفته می‌شود. گویی مواجهه با امر روانی همان مواجهه با شرایط بیماری‌های اپیدمیک است. در برنامه‌ها و اسناد مربوط به سلامت روان، امر روانی به امری پزشکی فروکاسته شده است و ارتباط آن با سایر برنامه‌ها از جمله برنامه‌های رفاهی قطع شده است.

علاوه بر سیطره‌ی رویکرد درمانی و پزشکی و بالینی، سیطره‌ی نگاه قضایی را هم باید جزئی از سیاست‌های کلان حوزه‌ی سلامت روان در ایران دانست. در این حوزه هنوز با کاستی قوانین اختصاصی و تخصصی و حمایتی روبرویم تا جایی که نهادهای قضایی و حتی انتظامی نیز در نهایت بر سرنوشت افراد مبتلا تأثیرگذار هستند.

همه‌ی این موارد مانع از بازشناسی عاملیت خود افراد درگیر در مسائل روانی و همچنین مانع از جلب مشارکت اجتماعی فراگیر در برخورد با چنین مسائلی می‌شود. به عبارت دیگر بیماری‌های روانی در نهایت مسئله‌ای فردی انگاشته می‌شود که باید درمان شود و نگاه اجتماعی چه در قالب مقابله با برچسب‌ها و چه استفاده از ظرفیت‌های اجتماعی در درمان و چه مطالعه و در دستور کار قرار دادن عوامل اجتماعی زمینه‌ساز بروز بیماری‌های روانی حذف یا تضعیف می‌شود. به همین دلیل امکان‌های کمی برای مشاوره‌های عمومی و مقابله با برچسب خوردن افراد درگیر، و به کارگیری گروه‌های خودیاری و درمان‌های مبتنی بر مشارکت شکل می‌گیرد. به طور کلی روان‌پزشکی و روان‌شناسی مبتنی بر جامعه به مثابه یکی از خلاءهای مهم اسناد و سیاست‌های سلامت روان در ایران محسوب می‌شود.

۶- توصیه‌های سیاستی

با محوریت رویکرد اجتماعی در این مقاله و بر اساس بررسی و نقد اسناد فعلی سیاست‌گذاری در حوزه‌ی سلامت روان در ایران می‌توانیم برخی موارد را به عنوان توصیه‌های سیاست‌گذارانه پیشنهاد دهیم:

- همانطور که اشاره کردیم در ایران هنوز هیچ قانون جامعی در مورد بیماری‌های روانی وجود ندارد. همچنین هیچ سند سیاست‌گذاری فراگیر و قابل اتکا و به‌روزی که در آن تکلیف تمام نهادهای مرتبط با موضوع سلامت روان مشخص شده باشد تهیه نشده است. بنابراین اولین توصیه، برداشتن گام‌های جدی در راه تصویب قانون و تدوین سیاست‌گذاری در این حوزه است.

زیرا وضعیت فعلی طرح‌های سلامت در مورد سلامت روان بسیار ناقص است. بر اساس نتایج حاصل از یک پژوهش، تحلیل محتوای طرح تحول نظام سلامت نشان می‌دهد که پیشگیری از بیماری‌ها بیشترین فراوانی و کمترین مقدار با فراوانی صفر به تحرک بدنی، سلامت روانی، پیشگیری از رفتارهای پرخطر و معلولیت مربوط است (عظیمی، ۱۳۹۸).

- باید به این نکته توجه داشت که کشوری که در معرض تغییرات و تحولات سریع است به طور قطع نیازمند بازنگری در برنامه‌های بهداشت روانی خود است (عاطف وحید، ۱۳۸۳). این در حالی است که طرح کشوری بهداشت روانی مصوب سال ۱۳۶۵ تاکنون متناسب با تغییر ساختار جمعیتی، تحول اقتصادی و سیاسی و توسعه‌ی شهرنشینی مورد بازبینی قرار نگرفته است (ربیعی، ۱۳۹۷). بازنگری‌ها و اصلاحات در سیاستگذاری سلامت روان در ایران باید حتماً مبتنی و متکی بر تحقیقات اجتماعی در این حوزه باشد. علیرغم اینکه در برخی منابع مطالعه عوامل اجتماعی وظیفه وزارت بهداشت دانسته شده است (نوربالا و لاجوردی، ۱۳۹۷) اما باید این موضوع را امری بین‌رشته‌ای و بین‌سازمانی با مشارکت تمام ذی‌نفعان و صاحب‌نظران به ویژه اصحاب علوم اجتماعی دانست. بنابراین دومین توصیه سیاستی استفاده هر چه بیشتر از ذخیره‌ی دانش و تجربه‌ی علوم اجتماعی در ایران در حوزه‌ی سلامت روان است. تلاش برای درک وضعیت بیماران و افراد دارای تجربه‌ی های روانی، منجر به پر شدن شکاف اطلاعاتی پیرامون بیماری‌های روانی می‌شود. اطلاعات مبتنی بر شواهد به مخاطبان و تصمیم‌گیران کمک می‌کند تا با توجه به پیامد سلامت روانی که قصد دارند با آن مقابله کنند، عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی مرتبط را به کار گیرند (کری و کراموند، ۲۰۱۵). در مطالعات و پژوهش‌های مربوط به شناخت بیشتر بیماری‌های روانی از مطالعات طولی، روندهای زمانی و همچنین اثرات مداخله‌ی عوامل اقتصادی و اجتماعی در جامعه‌ی امروز در سیاست گذاری‌ها استفاده می‌شود (گروبنر و دیگران، ۲۰۱۷).

- آنچه می‌تواند تحقیقات حوزه‌ی سلامت روان را به جایگاه قابل قبولی برساند، تهیه و ایجاد دیتابیس‌های ملی است و همچنین امکان دسترسی آسان پژوهشگران به آن دیتابیس‌هاست. در حال حاضر به واسطه‌ی بسته بودن نظام‌های پزشکی و درمانی، حتی در دانشکده‌های علوم اجتماعی نیز کمتر علاقه‌ای به مطالعه در زمینه‌ی بیماری‌های روانی به وجود آمده است. فقدان تعاریف و میزان اطلاعات در برنامه‌ریزی برای مداخلات در این حوزه اثر به‌سزایی داشته است. دستیابی به تعاریف و معیارهایی بر اساس زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی، به پژوهش‌گران و سیاست‌گذاران این حوزه امکان می‌دهد که سازوکارهای تغییر در پیامدهای سلامت روان را بهتر تفسیر کنند (آلگیا و دیگران، ۲۰۱۸).

- در ایران فقدان یک نهاد سیاست‌گذار فرابخشی در حوزه‌ی سلامت روان به چشم می‌خورد. همانطور که در متن اشاره کردیم در غیاب چنین نهاد فرابخشی، تمام مسائل مربوط به سلامت روان ذیل سیطره‌ی گفتمان پزشکی و درمانی قرار می‌گیرد. همانگونه که تحقیقات متعدد نشان می‌دهد بیماری‌های روانی از عوامل اجتماعی و فرهنگ ناشی می‌شوند و بنابراین پیشگیری و درمان آنها مستلزم بازنگری در تمام ابعاد جوامع انسانی است و روایت صرفاً پزشکی از بیماری نمی‌تواند کافی و درست باشد زیرا مهم معناهای اجتماعی و فرهنگی است که در زمینه‌ی اجتماعی شکل می‌گیرند (ودادهیر، ۱۳۹۴).

- در حال حاضر در ایران تنها راه درمان اجباری بیماران بستری کردن آنهاست (مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۴۰۰). همچنین ایجاد مراکز مشاوره‌ی اجتماعی به خاطر اختلافات میان سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت از کار افتاده است. در مسیر اندیشیدن به راه‌های درمانی غیر از بستری، باید تشکلهای مدنی شامل متخصصان مختلف مددکاری اجتماعی، حقوق، علوم اجتماعی،

روانپزشکی، روانکاوی و غیره شکل بگیرد که نه لزوماً به شکل ایستا، بلکه به شکل فرایند به تشخیص بیماری‌های روانی اقدام کنند. نگاه متکی بر «بسته‌ی درمانی» باید کنار گذاشته شود. در راستای سیاست‌های جامعه‌محور باید به کارگیری انواع سازمان‌های مردم‌نهاد در دستور کار قرار بگیرد (وطن‌دوست و آرمند، ۱۳۹۷).

- «سلامت اجتماعی» باید به موضوع بحث‌ها و گفتگوهای اجتماعی تبدیل شود. متخصصان «سلامت اجتماعی» باید در ارتباط مستقیم با مردم قرار بگیرند. و از همه زیرمجموعه‌های سلامت اجتماعی مثل هنردرمانی و غیره استفاده شود. همچنین انجمن بیماران و خانواده‌ها یکی از معیارهای جهانی ارزیابی سیاست‌های سلامت روان در جهان است (رهبری و دیگران، ۱۳۹۷) که در ایران هنوز شکل نگرفته است.

- تضمین دسترسی برابر همه به فرصت‌های آموزشی، درمانی، و مشاوره‌ای سلامت روان باید جزو اهم محورهای سلامت روان قرار بگیرد. به ویژه به این دلیل که طبق برخی ارزیابی‌ها کمبود امکانات سلامت روان در مناطق روستایی و عدم توزیع مناسب و با کیفیت خدمات از مشکلات حوزه‌ی سلامت روان در ایران است (نیسی و دیگران، ۱۳۹۶).

- «آموزش» در تمام سطح مدرسه، دانشگاه‌ها، کانون‌های محلی و غیره باید در دستور کار قرار بگیرد. آموزش یکی از سه رکن اساسی ارتقای سلامت است. هدف آموزش نه فقط آموزش رفتارهای پیشگیرانه، بلکه به دست دادن یک درک عمومی نسبت به سلامت و سلامت روان است (رفیعی‌فر، ۱۳۸۳). مخاطب آموزش نه تنها مردم یا بیماران، بلکه به طور ویژه دست‌اندرکاران سلامت روان باید باشند که نسبت به مسائل سلامت روان در جامعه و زمینه‌های آن به درک بیشتر و عمیق‌تری برسند.

- برخی گروه‌های خاص در اولویت مسائل سلامت روان قرار بگیرند. این اولویت به ویژه در نیازهای پیشگیرانه و ارتقای آنهاست. در میان جمعیت‌های خاص دارای اولویت می‌توان به کودکان و نوجوانان، زنان آسیب‌پذیر، و فقرا اشاره کرد (رحیمی موقر، ۱۳۹۳).

۷- منابع

احسان‌منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده. فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۶ (۴). ۵۴-۶۹.

بوالهری، جعفر و دیگران (۱۳۹۰). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷ (۴). ۲۸۷-۲۷۱.

بهزاد، داود (۱۳۸۱). سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقای سلامت روان. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۲ (۶). ۴۳-۵۳.

پوراحمد، احمد و دیگران (۱۳۹۷). تأثیر چشم‌اندازهای شهری بر سلامت روان شهروندان. فصلنامه شهر پایدار، ۱ (۳). ۱۷-۳۳. تاسیگ، مارک و میکلو، جانت و سوبدی، سری (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی. ترجمه احمد عبداللهی. تهران: انتشارات سمت: چاپ اول.

راینگتن، ارل و واینبرگ، مارتین (۱۳۸۶). رویکردهای نظری هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی. ترجمه رحمت‌اله صدیق سروستانی. انتشارات دانشگاه تهران: چاپ سوم.

- ربیعی، محمدسعید (۱۳۹۷). *آسیب‌شناسی و راهکارهای ارتقاء نظام سلامت روانی در ایران*. پنجمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران.
- رحیمی موقر، آفرین و دیگران (۱۳۹۳). *تعیین اولویت‌های سلامت روان کشور*. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۲۰ (۳). ۱۸۹-۲۰۰.
- رضایی، محمدرضا (۱۳۸۶). *بازنمایی بیماری روانی و افراد مبتلا به اختلالات روانی در رسانه‌ها*. فصلنامه پژوهش‌های ارتباطی. ۱۴ (۵۰). ۳۲-۴۷.
- رفیعی‌فر، شهرام (۱۳۸۳). *از آموزش سلامت تا سلامت*. اداره ارتباطات و آموزش سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی.
- رهبری، شهروز و دیگران (۱۳۹۷). *مقایسه مدیریت خدمات سلامت روان در ایران و کشورهای منتخب*. مدیریت ارتقای سلامت. ۷ (۳). ۱۰-۱۸.
- شاهپوری، سمیرا (۱۳۹۷). *فرا تحلیل رابطه بین فرسودگی شغلی و سلامت روان در ایران: طی سال‌های ۷۹ تا ۹۲*. رویش روانشناسی. ۷ (۱۰). ۳۱۹-۳۳۴.
- شریفی، ونداد (۱۳۹۰). *مروری بر برنامه‌های آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر برای دستیاران روان‌پزشکی در کشورهای مختلف*. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۱۷ (۲). ۹۹-۱۰۵.
- صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۰). *برخی از چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد در ایران*. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۷ (۲). ۱۵۷-۱۶۱.
- عاطف وحید، محمدکاظم (۱۳۸۳). *بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها*. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۴ (۱۴). ۲۹-۴۵.
- عظیمی، محمد (۱۳۹۸). *ارزیابی طرح تحول سلامت و طرح تحول بنیادین آموزش و پرورش بر اساس مفروض‌های نظام سلامت با تاکید بر آموزش*. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران. ۷ (۲). ۱۵۴-۱۷۱.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی*. ترجمه منوچهر صبوری. تهران: نشر نی: چاپ پانزدهم.
- لطافتی، رامین (۱۳۸۹). *معیارهای سلامت روان*. رشد مشاور مدرسه. ۶ (۴). ۳۲-۳۶.
- محرابی، حسین (۱۳۸۹). *اشتغال و تاثیر آن بر سلامت روان*. فصلنامه بهداشت روان. شماره ۳۱. ۴۱-۴۸.
- مرکز پژوهش‌های مجلس (۱۴۰۰). *اظهارنظر کارشناسی درباره لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی*. شماره مسلسل: ۲۱۰۱۷۵۶۶.
- میلز، چارلز رایت (۱۳۶۰). *بینش جامعه‌شناختی*. ترجمه عبدالمعبود انصاری. تهران: شرکت سهامی انتشار.
- نجات، حمید (۱۳۷۸). *مفهوم سلامت روان در مکاتب روان‌شناسی*. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۱ (۳). ۱۶۰-۱۶۶.
- نصر اصفهانی، مهدی و دیگران (۱۳۸۷). *بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان*. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۱۴ (۱). ۱۶-۴.

- نوربالا، احمدعلی و رجبی، قاسم و رحمانی، حجت (۱۴۰۰). بازاندیشی سیاستگذاری سلامت روان در ایران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۷۹ (۱۱). ۹۱۳-۹۱۴.
- نوربالا، احمدعلی و لاجوردی، سیاوش (۱۳۹۷). سلامت روان، شاخص‌ها و چگونگی ارتقای آن‌ها. نشریه فرهنگستان علوم پزشکی. ۲ (۲). ۱۶۹-۱۶۰.
- نیسی، لیلا و دیگران (۱۳۹۶). مروری بر ابزار ارزیابی نظام سلامت روان سازمان بهداشت جهانی: *WHO-AIMS*. فصلنامه مدیریت پرستاری. ۶ (۶). ۶۶-۷۶.
- وحدانی‌نیا، ولی‌اله و وثوق‌مقدم، عباس (۱۳۹۷). فهم منطق متأخر سیاست‌گذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت. نشر پایش. ۱۷ (۶). ۶۳۱-۶۴۶.
- ودادهیر، ابوعلی و دیگران (۱۳۹۴). داغ‌نگ‌سازی و پزشکی‌شدن مسائل روانی: مطالعه‌ای بر ساخت‌گرایانه درباره‌ی مسئله افسردگی در شهر تبریز. بررسی مسائل اجتماعی ایران. ۶ (۱). ۲۷-۵۰.
- وطن‌دوست، حجت و آرمند، محمدعلی (۱۳۹۷). رویکرد اجتماع‌محور در پیشگیری از اعتیاد نوجوانان و جوانان: نقش تسهیلگری مرکز سلامت روان محلی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد. ۵ (۱۸). ۷۵-۱۰۴.
- Alegria M, Nemoyer A, Falgas I, Wang Y, Alvarez k (2018), *Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go*, Curr Psychiatry Rep. 2018 Sep 17; 20(11): 95.
- Bosmans, K., Hardonk, S., De Cuyper, N., & Vanroelen, C. (2016). *Explaining the relation between precarious employment and mental well-being*. A qualitative study among temporary agency workers. Work, 53(2), 249-264.
- Carey G, & Crammond B (2015). *Systems change for the social determinants of health*. BMC public health 2015;15(1):662
- Gruebner O, Lowe SR, Sykora M, Shankardass K, Subramanian S, Galea S. *A novel surveillance approach for disaster mental health*. PLoS one 2017;12(7):e0181233
- Neubeck, Kenneth & Neubeck, Mary & Glasberg, Davita (2006). *Social Problems: A Critical Approach*. McGraw-Hill. 5th edition.
- Vives, A., Vanroelen, C., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., ... & Benach, J. (2011). *Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health*. International Journal of Health Services, 41(4), 625-646.

A Critical Study of Mental Illness Policies in Iran from a Social Perspective

Nooh Monavvary¹

Aida Navabi²

Abstract:

The issue and its necessity: Given the importance of considering mental illness as a social issue that can be one of the signs of social crises, this article examines the social dimensions of mental illness in related policies.

Methodology: In this research, the text of policies related to mental health has been reviewed using the content analysis method. The categories used in the thematic analysis have been extracted by deductive-inductive strategy, taking into account the theories in community-based psychology and using the critical literature on the sociology of mental illness.

Findings: The findings show that gaps such as ambiguity in the definition of mental illness, the dominance of the medical view, lack of attention to the social structure of mental illness, inattention to patients' agency, ambiguity in organizational roles, weakness of supportive and specific laws, and one-sided view of treatment are seen in the relevant documents.

Conclusion: Mental health policies cannot be developed solely on the basis of medical and therapeutic perspectives, and need to benefit from the in-depth insights that the social sciences form in this area. In Iran, the need to update mental health policies is fully felt, and laws and policies in this area need to be fundamentally revised, especially on the basis of interdisciplinary studies. Accordingly, strong statistics, information, and databases on mental health issues should be developed and made available to researchers. An interdisciplinary research perspective on mental health helps to put issues such as the development of social counseling opportunities, prevention of labeling, outpatient treatment, etc. More seriously, on the agenda.

Keywords: Sociology, Social Issue, Policy Making, Mental Health, precariousness

¹ Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran. monavvary@ut.ac.ir

² PhD in Economic Sociology and Development, University of Tehran. aida.navabi@ut.ac.ir