خلاصه گزارش تهیه و تدوین راهنمایی مدیریتی توانبخشی روانی– اجتماعی جامعه محور بیماران روان پزشکی

چکیده

زمینه: پژوهش‌های توانمندسازی روانی ـ اجتماعی آسیب‌دیدگان از جنگ نشان داده که خدمات اگر منجر به توانبخشی، بازگشت به جامعه و احساس استقلال نشود، منجر به توان‌زدایی، وابستگی، ایجاد بار زیاد بیماری و هزینه بر سازمان، بیمه‌ها و کشور می‌شود.

هدف: این مطالعه در نظر دارد با مصاحبه با خبرگان و ذینفعان و مروری به منابع پژوهشی و راهنماهای مرتبط داخلی و خارجی به راهنما و متون آموزشی دیگر در جهت ارائه روش‌های ارتقای توانبحشی روانی اجتماعی جامعه‌محور برای جانبازان اعصاب و روان دست یابد.

روش کار: روش پژوهش شامل روش کیفی سنجش وضعیت موجود و بررسی مشکلات و نیازهای سلامت روان ایثارگران و چگونگی مراقبت از آن‌ها و نیز تدوین متون آموزشی و راهنما از طریق مصاحبه و بحث گروهی عمیق با کادر درمانی در تعدادی بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی و دیگر مراکز ارائه‌دهنده خدمات مشاوره و سرپایی بنیاد شهید، همچنین با ایثارگران، همسر و برخی همسایه‌های آن‌ها بود. این مرحله شامل ۳۵ نفر از گروه‌های گوناگون در دسترس و با معرفی کتبی اداره کل سلامت روان بنیاد بود. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۵ پرسشنامه و پرسش‌های باز و پس از تعیین اعتبار صوری و محتوایی آن‌ها انجام شد. سپس با جستجویی جامع، در پایگاه‌های علمی معتبر و پیشینه پژوهش در پایگاه‌های علمی و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، و پایگاه اطلاع‌رسانی بنیاد شهید جستجوی نظام‌مند شدند. در مرحله بعد، دو بسته آموزشی برای سیاست‌گذاران و مراقبین سلامت روان و توانبخشی روانی اجتماعی جانبازانِ اعصاب و روان در دو متن آموزشی نگارش شد. این متون ابتدا برای ۱۲ نفر از صاحب‌نظران و متخصصین ارسال گردید، سپس در پنل گروهی در یک کارگاه مشورتی در پژوهشکده بنیاد توسط مدیران و کارشناسان برجسته بنیاد و دانشگاهی بررسی شد و نظرات و اجماع عمومی آنان اخذ شذ و با نهایی نمودن راهنماها بر اساس بازخوردهای دریافت شده، متون آموزشی نهایی گردید.

یافته و نتیجه‌گیری: یافته‌ها و بحث در نتایج نشان داد که نیازها و مشکلات جانبازان و ایثارگران در سطوح گوناگون دیده می‌شود. بیشتر برنامه‌ها و فعالیت‌های موجود مبتنی به رویکردها و سلیقه‌های پراکنده بوده و بیشتر درمانی و تک بعدی است. پایین بودن آگاهی عمومی و سواد سلامت روان، و نیز کاستی در فرهنگ ارتباط و حمایت؛ موجب آسیب و رنج خدمت‌گیرندگان، و خانواده‌های آن‌ها شده است. انگ و برچسب بیماری روانی یا اعصاب روان، موجب کاهش حرمت و ارزش‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی، دینی و معنوی و اجتماعی ـ اقتصادی گردیده است. در مواردی تبعیض، طرد و بی عدالتی موجب افزایش معلولیت و ناکارآمدی شده است. راه‌اندازی و ارتقای توانبخشی روانی ـ اجتماعی جانبازان اعصاب و روان الزامی است و نیازمند سیاست‌ها، راهبردها و توصیه‌هایی می‌باشد که ضرورت دارد در اولویت سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیران و مدیران کشوری و بنیاد شهید قرار گیرد و موجب کسب حمایت‌های وسیع کشوری گردد. نتیجه نهایی این پژوهش تدوین متون راهنما و آموزشی برای سیاست‌گذاران، مدیران و ارائه‌دهندگان مدیریت مورد در توانبخشی روانی ـ اجتماعی جانبازان اعصاب و روان و خانواده‌های آن‌هاست تا بتوانند این راهکارها را در برنامه‌های پایش سلامت، مشاوره و مددکاری، و برنامه‌های کلینیک‌های سرپایی و مراکز بیمارستانی اعصاب و روان ادغام نمایند.

کلیدواژه: توانبخشی روانی ـ اجتماعی، جانباز اعصاب روان، توانمندسازی، آسیب روانی ناشی از جنگ، جانبازان.

مقدمه

توانبخشی به مجموعه اقدامات و تدابیری گفته می‌شود که جهت کسب و استفاده‌ی حداکثر از تمامی یا بخشی از عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و حرفه‌ای و با رویکردهای نوین علمی " ارزشی و معنوی" از دست رفته‌ی فرد معلول برای انجام وظایف معمول یا ساده شده و در نهایت یافتن یک نقش مفید و موثر در جامعه صورت می‌گیرد. به عبارتی توانبخشی شامل معالجه، درمان و آموزش فرد معلول با استفاده از کلیه‌ی امکانات درمانی اعم از اقدامات پزشکی، روان‌شناختی، آموزشی، حرفه‌آموزی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جهت کاهش ناتوانی ناشی از معلولیت و برگشت دادن سریع وی به زندگی عادی و یا نزدیک به آن است. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت توانبخشی فرایندی پیشرونده، پویا، هدفمند و غالباً دارای بازۀ زمانی مشخص است که به افراد دارای آسیب، توانایی رسیدن به سطح عملکرد مطلوبشان را از نظر فیزیکی، ذهنی، روانی، شناختی و اجتماعی و معنوی می دهد.

توانبخشی روانی برای توانبخشی به افرادی که دارای اختلالات روانی هستند، استفاده می‌شود. اختلالات روانی به شرایطی اطلاق می‌گردد که بیماری روانی فرد، شروع و پیشرفت تدریجی داشته باشد، به مدت طولانی (حدود دو سال) دوام یابد و تمایل به عود داشته، منجر به افت عملکرد و ایجاد ناتوانی یا معلولیت شود. بیمار به دلیل بیماری روانی سابقه بستری شدن در بیمارستان به مدت بیش از یک بار در طی ۲ سال گذشته را داشته و در حال حاضر از نظر عملکرد اجتماعی و شغلی و یا هر دو دچار مشکل باشد.

برنامه توانبخشی جامعه‌محور اولین بار توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) به منظور توانبخشی جامعه‌محور افراد معلول جسمی و به دنبال آن در کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های اولیه بهداشت در سال ۱۹۷۸ و با اعلام نتایج آلما آتا[۱]آغاز شد . برطبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، توانبخشی اجتماع‌محور، که از آن به عنوان انقلابی در توانبخشی معلولین یاد می‌کنند، عبارت از راهبرد توسعه اجتماعی برای بازتوانی برابرسازی فرصت‌ها و یکپارچه‌سازی اجتماعی برای کلیه افراد معلول است.

امروزه فرایند درمان و توانبخشی بیماران روانی مانند گذشته محدود به مراکز بستری یا سرپایی روان‌پزشکی نبوده و با توجه به به اهمیت اجتماع، مراقبین و به عبارتی محیط فیزیکی و انسانی علاوه بر خود بیمار در افزایش سطح بهبودی و کاهش عود اختلال، تعدیل، کسب مجدد یا فراگیری مهارت‌های اساسی زندگی و نهایتاً به دست آوردن حداکثر استقلال مورد انتظار، اغلب از روش‌های نسبتاً جدیدتری که در روان‌پزشکی تحت عناوین روان‌پزشکی اجتماع‌محور (Community based psychiatry)، توانبخشی روانی (Psychiatric Rehabilitation)، روانشناسی جامعه‌محور (Community psychology) و یا توانبخشی روانی ـ اجتماعی (Psychosocial Rehabilitation)، کاردرمانی روانی اجتماعی (Psychosocial Occupational Therapy) عنوان گردیده استفاده می‌شود.

در سال ۱۹۸۹ استرول چهارچوب مفهومی برای سیستم‌های حمایتی جامعه برای افرادی که طولانی‌مدت از بیماری‌های روانی رنج می‌برند را بررسی کرد. او مطالعه خود شنای مراجعین ، درمان‌های سلامت روان، خدمات دندان‌پزشکی، خدمات پاسخگویی اضطراری، تامین مسکن، تامین درآمد و حقوق فرد، حمایت دوستان، حمایت جامعه و خانواده، خدمات توانبخشی، حفاظت و حمایت و مدیریت مورد را عوامل موثر می‌شمارد. همچنین اصولی که باید در ارائه خدمات مدیریت شود را نیز تعیین می‌کند.

---

[1] Alma-Ata

در کشورهای مختلف برنامه‌های متفاوتی برای توانبخشی روانی جامعه‌محور افراد دارای معلولیت جسمی و یا مشکلات سلامت روان انجام شده است. در این مرور منابع سعی شده است تا به ذکر چهارچوب برنامه‌های اجتماع‌محور، مسیرهایی که بیماران به واسطه آن‌ها به برنامه دسترسی پیدا می‌کنند، هزینه‌ها، خدمات ارائه شده در برنامه‌ها و همچنین بررسی اثرگذاری آن‌ها در مقایسه با سایر مدل‌ها و تاثیر برنامه‌ها و خدمات گوناگون جامعه‌محور پرداخته شود.

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۱ توسط آماندئو و همکاران در ایتالیا در ورونا صورت گرفت، دسترسی و مسیرهای مراقبت‌های روانی در سیستم‌های سلامت روان جامعه‌محور را مورد بررسی قرار داد. هدف از این پژوهش توصیفِ مسیرهایی که توسط بیماران دنبال می‌شود تا یک دوره جدید درمانی بر اساس خدمات سلامت روان جامعه‌محور شروع شود، مدت زمان بین شروع مشکل تا اولین تماس با خدمات و سپس ارجاع به متخصص (دسترسی) و هزینه‌های کوتاه‌مدت در مسیرهای مختلف بود. در این مطالعه از داده‌های روان‌پزشکی مربوط به بیماران جدیدی که در هریک از بخش‌های مربوط به تسهیلات خدمات روان جامعه جنوب ورونا در طول دوره ۶ ماهه ثبت نام کرده بودند، استفاده شد. با بیماران به صورتی تلفنی مصاحبه شد. هزینه مراقبت‌ها در پیگیری ۳ ماهه برای همه بیماران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد مرسوم‌ترین مسیر برای خدمات سلامت روان از طریق پزشک عمومی (۴۰٪) و پس از آن ارجاع به پزشکان بیمارستان (۲۶٪) و سپس خود ارجاعی (۲۳٪) است. فاصله زمانی متوسط از شروع تماس مستقیم به مراکز خدماتی جامعه‌محور سلامت روان (۱۲ هفته) کوتاه‌تر از فاصله زمانی متوسط از آغاز تماس با ارائه‌دهندگان خدمات بود (فاصله زمان متوسط برای تماس با پزشک عمومی یا پزشکان بیمارستان ۲۴ هفته بود). فاصله زمانی از یک هفته (برای تلاش به خودکشی) تا ۱/۵ سال (برای رفتارهای مزاحم) متفاوت بود. نتایج حاصل از مدل رگرسیون وارونه نشان داد بین ویژگی‌های بیمار و هزینه‌های جامعه و هزینه‌های کلی مربوط به سلامت روان، ارتباط قابل توجهی وجود دارد. مقایسه داده‌ها با داده‌های مربوط به مطالعات پیشتر در جنوب ورونا نشان داد بین سال ۱۹۹۱ و ۱۹۹۹ تعداد بیماران مبتلا به بی‌خوابی و اختلالات سوماتیک که در ابتدا به پزشک عمومی مراجعه می‌کردند، زیاد شده است در حالی که نسبت بیماران که در طول سال درمان‌های اختصاصی دریافت می‌کردند، کاهش یافته است. همچنین پررنگ‌تر شدن نقش پزشکان عمومی به عنوان گشاینده مسیر مشاهده می‌شد. تشخیص سریع مشکلات موجود بیماران بواسطه سیستم‌های سلامت روان جامعه‌محور جنوب ورونا تایید شد و این می‌توانست رویکرد خدمات گذری در مراکز سلامت روان، جایی که بیماران بدون ملاقات پزشک عمومی مستقیما به سراغ متخصص می‌رفتند را توضیح دهد.

در مطالعه چاترجی و همکاران در سال ۲۰۱۴ نیز تاثیر مداخلات جامعه‌محور بر بیماران اسکیزوفرنی و مراقبین آن‌ها (COPSI) در هند بررسی شد. مطالعه ایشان پژوهش تصادفی بالینی بود. آن‌ها ۳ بررسی تصادفی بالینی را در چند مرکز، به طور موازی و در ۳ منطقه هند بین ژانویه ۲۰۰۹ تا دسامبر ۲۰۱۰ انجام دادند. شرکت‌کنندگان افرادی بین سنین ۱۶ تا۶۰ سال با تشخیص اولیه اسکیزوفرنی بودند که به طور تصادفی در دو گروه قرار می‌گرفتند؛ گروه مداخله، آن‌هایی بودند که مراقبت‌های جامعه‌محور مبتنی بر همکاری را در کنار خدماتی که در مراکز درمانی[۲]ارائه می‌شد دریافت می‌کردند و گروه کنترل شامل افرادی بودند که فقط مراقبت‌های درمانی در مراکز درمانی[۳]را دریافت می‌کردند

مداخلات در ۳ فاز ارائه می‌شدند: فاز تعامل فشرده (۰ تا ۳ ماه) شامل ۶ تا ۸ جلسه ملاقات خانگی توسط کارکنان سلامت جامعه، فاز تثبیت (۴ تا ۷ ماه) با جلساتی برای ارائه هر ۱۵ روز خدمات و فاز نگهدارنده (۸ تا ۱۲ماه) با جلسات ماهانه‌ی ارائه خدمات.

مراقبت‌های مبتنی بر تسهیلات، مراقبت‌های معمول که توسط پزشکان عمومی و متخصصان روان‌پزشکی به مبتلایان به اسکیزوفرنی و خانواده‌های آن‌ها در هند ارائه می‌شد، را در بر می‌گرفت. جنبه‌های مختلف تسهیلات در مناطق مختلف متفاوت بود.

---

[۲] collaborative community-based care plus facility-based care

[۳] facility-based care

در گوآ[۴] کلینیک خصوصی بود که درمان سرپایی ارائه می‌داد، در ساتارا[۵] روان‌پزشک بودند که همگی به صورت یک گروه از یک مجموعه امکانات استفاده می‌کردند و خدمات سرپایی ارائه می‌دادند. در تامیل نادو[۶] مراقبت‌ها به شکل تیم‌های بالینی شامل روان‌پزشکان و دستیاران ارائه می‌شد و تسهیلات طراحی شده با اکثر بیماران فاصله داشت. این خدمات مشابه آنچه در اکثر مناطق روستایی هند اتفاق می‌افتاد بود.

اگرچه مداخلات در گروه کنترل متفاوت بود اما اجزایی که برای کنترل درمان استفاده می‌شد یکسان بود. جلسات معمولا بین ۱۰تا ۱۵ دقیقه بود و برای همه افراد مبتلا به اسکیزوفرنی داروهای آنتی‌سایکوتیک تجویز می‌شد. روان‌پزشکان اطلاعات را در مورد بیماری بدست آورده، تشویق می‌کردند تا داروهای تجویز شده را مصرف کنند و درباره نگرانی‌های خاص آن‌ها صحبت می‌کردند.

۱۸۷ شرکت‌کننده به طور تصادفی در گروه مراقبت‌های جامعه‌محور مشترک به همراه مراقبت‌های مبتنی بر تسهیلات قرار گرفتند و ۹۵ نفر به طور تصادفی مراقبت‌های مبتنی بر تسهیلات را دریافت می‌کردند. ۲۵۳ شرکت‌کننده، دوره را همراه با ۱۲ ماه پیگیری به اتمام رساندند. نمره کل PANSS و IDEAS در بیماران در گروه مداخله پایین‌تر از گروه کنترل بود. اگرچه، تفاوتی در نسبت کل شرکت‌کنندگان که علائم کلی ایشان بیش از ۲۰٪ کاهش یافته بود، مشاهده نشد. بررسی نتایج نشان داد که مداخلات مراقبت جامعه‌محور به همراه مراقبت مبتنی بر تسهیلات به میزان متوسطی موثرتر از مداخلات مبتنی بر تسهیلات بویژه در کاهش ناتوانی و علائم روان‌پریشی است.

برک و همکاران در سال ۲۰۰۹ به بررسی بزرگی تغییرات شناختی ـ عصبی در طول یک سال از مداخلات روانی ـ اجتماعی جامعه‌محور پرداختند که آیا تغییرات شناختی ـ عصبی و تغییرات عملکردی به هم مرتبط می‌شوند یا خیر و چطور تغییرات عصبی ـ شناختی با شدت خدمات ادغام می‌شود تا تغییرات عملکردی را تسهیل کند. از ۴ برنامه توانبخشی روانی جامعه‌محور در مجموع ۱۳۰ فرد مبتلا به اسکیزوفرنی شناخته شدند. عملکرد و علائم در ابتدا، پس از ۶ ماه و پس از ۱۲ ماه ارزیابی شد. عملکرد شناختی ـ عصبی در ابتدا و بعد از ۱۲ ماه ارزیابی شد. شدت خدمات، تعداد روزهای درمانی شرکت‌کننده در طول دوره مطالعاتی بود. تست‌های تفاوت میانگین پنهان[۷] و مدل‌های منحنی رشد پنهان[۸] برای بررسی فرضیات مطالعه استفاده شد. نتایج نشان داد که به طور آماری و بالینی بهبود عملکردی قابل توجهی در طول ۱۲ ماه مشاهده شد. مشکلات شناختی ـ عصبی به طور قابل توجهی در طول زمان بهبود پیدا کرد. ۷۶ نفر (۵۸٪) بهبود شناختی ـ عصبی را نشان دادند اما در ۵۴ نفر بهبودی حاصل نشد. نرخ قابل توجهی از پیشرفت عملکردی در گروه‌هایی که بهبود شناختی ـ عصبی داشتند، دیده شد. تغییرات عملکردی در افرادی که بهبود شناختی عصبی نداشتند، قابل توجه نبود. پیشرفت شناختی عصبی بهبود عملکرد را نشان داد که ۳۵٪ بیشتر از افرادی بود که بهبودی شناختی ـ عصبی نداشتند. شدت خدمات بین این دو گروه متفاوت نبود اما ارتباط قوی بین توسعه شناختی ـ عصبی، شدت خدمات و میزان بهبود عملکرد برای بهبودیافتگان شناختی ـ عصبی وجود داشت. در این مطالعه درمان دارویی و استفاده تشخیصی از علائم بیماری، عوامل مخدوش‌کننده نبودند. این یافته‌ها نشان داد که پیشرفت شناختی ـ عصبی ممکن است پایه و اساسی برای تغییرات عملکرد و پاسخ به درمان در طول دوره‌های توانبخشی روانی جامعه‌محور برای مبتلایان به اسکیزوفرنی باشد..

---

[۴] Goa

[۵] Satara

[۶] Tamil Nadu

[۷] Latent mean difference tests

[۸] Latent Growth Curve Models

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۸ در کشور آمریکا صورت گرفت، تلاش گردید تا برنامه کامپیوتری مدیریت اضطراب[۹] (CALM) که برای درمان شناختی ـ رفتاری[۱۰] مبتلایان به اختلالات افسردگی و اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای ارائه در مراکز درمان سرپایی جامعه‌محور[۱۱] جانبازان مبتلا به اختلالات روانی در مناطق روستایی آماده گردد. این برنامه علاوه بر تطبیق برنامه کامپیوتری موجود برای مراکز درمان سرپایی جامعه‌محور جانبازان بر اساس بازخوردهای ذینفعان، آن را ارتقاء داده و امکان اجرای آن را در این مناطق مورد سنجش قرار داد. بدین منظور فرایند بحث گروهی متمرکز ۳ بار به جریان افتاد و در طی آن طرح اولیه‌ای که در مرحله اول از جمع‌آوری داده‌ها بدست آمده بود مورد بررسی دقیق ذینفعان قرار گرفت و بر اساس نظرات آن‌ها طراحی و اصلاح گشت. نسخه نهایی بدست آمده بر اثر اصلاحات گروه ذینفعان و گروه طراحی مورد آزمایش قرار گرفت تا قابلیت اجرای آن در جامعه هدف مورد سنجش قرار گیرد. این مطالعه نشان داد که باوجود تغییرات ظاهری که در برنامه اصلی مدیریت اضطراب CALM ایجاد شده بود، اما تطبیق آن منجر به پاسخگویی بهتر آن به شرایط دموگرافیک جانبازان مناطق روستایی گردیده بود و به همین دلیل اشتیاق آن‌ها را به مشارکت در درمانشان افزایش داده بود .

دپارتمان امور جانبازان در دولت استرالیا، چهارچوبی ده ساله برای استراتژی‌های سلامت روانی جانبازان در سال ۲۰۱۳ تهیه کردند. هدف این استراتژی‌های حمایت از سلامت روان و بهزیستی جانبازان بود. اولین استراتژی در نظر گرفته شده شناسایی اصول و یک منظر برای سلامت روانی و بهزیستی جانبازان و نظامیان بازنشسته بود. استراتژی دوم، ایجاد شرایط و زمینه‌های لازم برای فراهم آوردن خدمات سلامت روانی که پاسخگوی نیازهای جانبازان و نظامیان بازنشسته باشد. سوم، ایجاد شش هدف راهبردی؛ شامل ارتقاء سلامت روانی و بهزیستی، تقویت ظرفیت نیروی کار، اطمینان از کیفیت مراقبت‌های سلامت روان، فراهم آوردن فرهنگ بهبود (ریکاوری)، ایجاد شواهد و مدارک پایه و تقویت مشارکت بود که با رویکرد فردمحور برای هدایت سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت روان در نظر گرفته شده بود. در برنامه عملیاتی جزئیات موضوعات مشخص شده بود .

مطالعات در ایران نیز اثربخشی توانبخشی جامعه‌محور را تأیید کرده است. سلامتی و همکاران در سال ۱۳۸۵ به بررسی آموزش در خانواده به عنوان راهبرد اصلی توانبخشی جامعه‌محور در ایران پرداختند. در یک مطالعه مقطعی ۶۱۴ معلول روستایی که از زمان آغاز طرح برنامه "آموزش در خانواده" را دریافت کرده بودند، در ۲۱ شهرستان به صورت پایلوت توسط کارشناسان طرح توانبخشی جامعه‌محور ارزیابی شدند. مجموعه آموزشی "آموزش در خانواده" حاوی سی و چهار کتابچه برای هفت نوع معلولیت ازجمله معملولیت بینایی، شنوایی و گویایی، جسمی و حرکتی، یادگیری، رفتاری، صرع و ترکیبی می‌باشد. بهورز کتابچه آموزشی را با توجه به نوع معلولیت در اختیار مربی (ترجیحا از اعضای خانواده، بهورز یا خود فرد) قرار داده و آموزش‌های مورد نیاز را به او می‌دهد. مربی بر اساس نکات آموزشی در کتابچه به توانبخشی فرد معلول می‌پردازد و بهورز به راهنمایی مربی و پایش فرایند آموزش نظارت دارد. خدمات دیگری علاوه بر آموزش در خدمات جامعه‌محور ارائه می‌شود از قبیل خدمات تشخیصی، درمانی، تحصیلی، حرفه‌آموزی و ارائه تجهیزات کمک توانبخشی. هدف این برنامه پیشرفت توانائی‌های اکتسابی معلولین و افزایش توانایی‌های مراقبتی با پررنگ‌تر کردن نقش خانواده و مهارت خانواده و فرد معلول است. بعد از اتمام آموزش هر کتابچه، پیشرفت معلول توسط پرسشنامه در سه سطح مفید، نسبتا مفید و غیرمفید ارزشیابی شد. نتایج نشان داد "آموزش در خانواده" روشی موثر برای برخی گروه‌های انتخابی در جهت برنامه توانبخشی جامعه‌محور بود.

نصیری‌پور و همکاران در سال ۱۳۹۰ در یک مطالعه مقایسه‌ای به " بررسی تاثیر اجرای برنامه توانبخشی جامعه‌محور (CBR) بر وضعیت زندگی معلولان در ایران" پرداختند. با نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای ۱۰۵۳ معلول از میان ۵۰ شهرستان از بین شهرستان‌هایی که مجری طرح توانبخشی جامعه‌محور (CBR) بودند، انتخاب شد. CBR برنامه‌ای مبتنی بر آموزش خانگی است

---

[۹] The Coordinated Anxiety Learning Management (CALM)

[۱۰] cognitive behavioral therapy (CBT)

[۱۱] community-based outpatient clinics (CBOCs)

که به جهت افزایش و بهبود کیفیت زندگی افراد معلول از طریق ارتقاء خدمات ارائه شده، ایجاد فرصت‌های مساوی و حمایت از حقوق انسانی افراد معلول اجرا می‌گردد و به عنوان راهبردی برای توجه به نیازهای افراد کم توان می‌باشد. وظیفه کارکنان شاغل در CBR تشخیص و رفع نیازهای آموزشی، تحصیلی، شغلی، درمانی و توانبخشی افراد معلول می‌باشد. نتایج جمع‌آوری اطلاعات بر اساس پرسشنامه تیزون نشان داد، توانبخشی جامعه‌محور (CBR) تاثیرات مثبتی بر بهبود وضعیت زندگی معلولین داشته است و در تمام حیطه‌های توانایی‌های روزمره زندگی، توانایی‌های حرکتی، ارتباطات اجتماعی، توانایی‌های شغلی، کیفیت زندگی، منبع درآمد، وضعیت استخدام، مشارکت در زندگی اجتماعی و وضعیت آموزش پس از اجرای برنامه CBR بهبود قابل توجه در عملکرد معلولین وجود دارد.

شریفی و همکارانش در سال ۲۰۱۲ در شیراز به بررسی اثربخشی مداخلات روانی ـ آموزشی برای اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بر کاهش علایم بیماری و کاهش اثرات نامطلوبی که مراقبت کنندگان از بیماران متحمل می‌شوند پرداختند. ۷۰ بیمار سرپایی مبتلا به اسکیزوفرنی و مراقبت کنندگان ایشان به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بیماران در گروه مداخله، داروهای آنتی‌سایکوتیک دریافت کردند و مراقبت‌کنندگان ایشان در طی ۵ هفته در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. بلافاصله پس از اتمام جلسات و همچنین یک ماه بعد از آن با ابزارهای استاندارد، وضعیت کلینیکی بیماران و شرایط مراقبت کنندگان آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد شدت علایم بیماری و اثرات نامطلوب مراقبت بر مراقبت کنندگان از بیماران به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود. این نتایج نشان داد حتی مداخلات کوتاه‌مدت روانی ـ آموزشی برای اعضای خانواده بیماران ایرانی مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است در بهبود شرایط بیمار و خانواده‌اش موثر باشد.

بوالهری نیز در سخنرانی خود در سال ۱۳۹۰ تحت عنوان «آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر در ایران: تاریخچه، طراحی برنامه، چالش‌ها» با اشاره به تجربیاتی که منجر به تجدید نظر برنامه‌های آموزشی دستیاران روان‌پزشکی در ابتدای دهه ۱۳۸۰ و اختصاص سه ماه آموزش روان‌پزشکی به آموزش جامعه‌نگر به عنوان اولین تحول رسمی و قانونی در کشور در آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر، به بیان نقاط قوت و ضعف این برنامه می‌پردازد. بوالهری اظهار می‌دارد که با وجود ارزشیابی موفق این برنامه اما توجه به مشکلات و چالش‌های پیش رو من جمله: یکسان نبودن و ناهمگنی و ناهمگامی این آموزش در مراکز آموزشی دانشگاه‌ها، نبود روش واحد و ابزار معتبر کشوری برای ارزشیابی برنامه، کوتاه بودن ۳ ماه برای این دوره و حجم بالای موضوعات آموزشی و نیازهای جامعه، اجرای برنامه در سال سوم یا چهارم و بیگانگی دستیاران سال‌های اولیه با اصول و روش برنامه، نرسانیدن خدمت به جامعه با اجرای این دوره، لذا عدم استقبال جامعه و فیلدهای آموزشی از حضور دستیاران در فیلد، مشکلات اجرایی و قانونی حضور در فیلد آموزشی در برابر سادگی کار در بخش‌های بیمارستانی و سرپایی، نبود مربیان و اساتید آموزش جامعه‌نگر و بی میلی حضور در فیلد از اهمیت زیادی برخوردار است و باید برای رفع این چالشها و ارتقاء برنامه تلاش‌های بسیاری نمود.

در جمع با نیازسنجی و مطالعه تجارب ملی و جهانی نشان داده شد که جانبازان اعصاب و روان کشور محروم از توانبخشی روانی اجتماعی و مراقبت‌ها و حمایت‌های مبتنی بر جامعه، محله و خانه هستند و رنج ناشی از نبود چنین مراقبت‌هایی- از نیازسنجی گرفته یا تدوین سند سیاست، راهنما و متون آموزشی و برنامه اجرایی، موجب ایجاد نارضایتی بسیاری در زمینه مراقبت‌های سرپایی و بستری شده و همچنین در مواردی جانبازان اعصاب و روان و خانواده‌هایشان از ارتقای ارزش‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی محروم مانده‌اند. از این رو این مطالعه بر آن است که با توجه به این تعاریف نوین و دقیق و جامع با توجه به ماتریس گفته شده پس از نیازسنجی، الگو، سیاست و راهنماهایی را تدوین کند تا جانبازان اعصاب و روان و خانواده‌هایشان با اجرا شدن آن از آلام بسیاری که درگیرند مطابق با آخرین الگوهای توانبخشی روانی اجتماعی جامعه‌محور کشور و جهان رهایی یابند.

سیاستهای کلی و راهبردهای دولت

بند ۱۲ محور امور اجتماعی-سیاسی و دفاعی سیاست های کلی نظام در برنامه چشم انداز:

بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، تقویت بدنی، رفع فقر و حمایت از گروههای آسیب پذیر و تحقق عدالت اجتماعی

بند ۲۵ محور امور اجتماعی-سیاسی و دفاعی سیاست های کلی نظام در برنامه چشم انداز:

تقویت مبانی جامعه مدنی، مشارکت همگانی، اخلاق و روحیه کار گروهی و سازگاری و رقابت پذیری در کلیه روابط اجتماعی و سیاسی

بند ۲ محور امور فرهنگی سیاست های کلی نظام در برنامه چشم انداز:

ایجاد جامعه ای سالم، اخلاقی، مبتنی بر ارزشهای اسلامی، فرهنگ مدارو شهروندانی آگاه، عزت مند و برخوردار از ملاک های درستکاری و احساس رضایتمندی

هدف پژوهش

هدف کلی این پژوهش بدون داشتن فرضیه‌ای دستیابی به نیازهای مراقبتی، چالش‌ها در ارائه خدمات روان و توانبخشی روانی اجتماعی به جانبازان اعصاب و روان و تهیه راهنما و بسته آموزشی مرتبط با رویکرد توانبخشی جامعه‌محور است.

الف: اهداف فرعی یا سوالاتی که این پژوهش به آن پاسخ خواهد داد به شرح زیر است:

۱. چالش‌های مراقبتی و خدماتی شایع در سطوح ارائه سیاستگذاری، ارائه خدمت، جامعه و خانواده چیست؟
۲. کدام راهنمای مداخلاتی و مراقبتی می‌تواند پاسخگوی برنامه‌ریزی برای دستیابی به حل این چالش‌ها باشد؟
۳. سیاست‌ها، راهبردها، الگوها، و نوع مراقبت‌های موثر چیست؟
۴. بازخورد متخصصان، صاحب‌نظران، مربیان، مدیران و سیاست‌گذاران بنیاد در راهنمای آموزشی چیست؟

ب: سوالات اساسی که راهنمای مراقبتی به آن‌ها پاسخ خواهد داد نیز به این شرح است:

۱. گروه هدف این بسته آموزشی چه کسانی هستند؟
۲. اجزایِ اصلی (محتوای) مداخلات توانبخشی روانی اجتماعی جامعه‌محور کدامند؟
۳. چه افرادی کاندید دریافت اینگونه مراقبت و مداخلات طراحی‌شده هستند؟
۴. چه افرادی کاندید دریافت این مراقبت‌ها نیستند؟
۵. چه کسانی مراقبت‌های و مداخلات توانبخشی روانی اجتماعی جامعه‌محور را ارائه می‌دهند؟
۶. در چه عرصه‌هایی ارائه این مراقبت‌ها امکان‌پذیر است؟

هدف نهایی و کاربردی این مطالعه ارائه متونی آموزشی و به روز است که اجرای آن موجب مراقبت موثر، مراجع محور، جامعه‌محور در توانبخشی روانی اجتماعی جانبازان شود.

روش و مراحل پژوهش

برای رسیدن به اهداف پژوهش ابتدا (مرحله اول) با استفاده از طرح کیفی نیازسنجی با مدل تصمیم‌گیری تحلیل وضعیت و بررسی رضایت‌مندی و نیازهای مراقبتی با روش مصاحبه و بحث گروهی عمیق بعمل آمد. پس از مرور منابع در مرحله دوم ، سرفصل‌ها و متون آموزشی پاسخگو به نیازهای مراقبتی، در مرحله سوم، تدوین و اعتبار یابی گردید. مراتب به تفصیل در پی خواهد آمد:

مرحله اول: شامل تحلیل وضعیت و بررسی مشکلات و نیازهای ایثارگران از طریق مصاحبه و بحث گروهی عمیق با کادر درمانی در تعدادی بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی بنیاد شهید و با خانواده و خود ایثارگران و برخی همسایه‌ها است (فرم مصاحبه در بخش ضمیمه). گروه‌هایی که مورد مصاحبه عمیق یا بحث گروهی متمرکز قرار گرفتند عبارت بودند از :

- گیرنده‌گان خدمات شامل: ایثارگران اعصاب و روان، خانواده‌های آن‌ها و افراد محل و در همسایگی.
- ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز درمانی مخصوص ایثارگران شامل :رئیس مرکز، پزشکان، روان‌شناس یا مشاور، روان‌پزشک، از کارکنان و مسئولین بخش.
- تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران شامل ریاست پژوهشکده، مدیر کل بهداشت روان بنیاد، و دیگر موارد.

جامعه مورد مطالعه و نمونه، در این مرحله تعداد ۳۲ نفر از گروه‌های گوناگون مرتبط با مشکلات جانبازان اعصاب و روان که فهرست اسامی آن‌ها و هماهنگی صورت گرفته برای جلسه، نه بر مبنای افرادی که در پروپوزال نوشته شده بود، بلکه در دسترس و با معرفی کتبی اداره کل سلامت روان انجام شده بود، شرکت داشتند. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و همراه با پرسش‌های بازی که توسط گروه علمی اجرایی پژوهش و نماینده بنیاد نهایی و اعتبار صوری و محتوایی آن تعیین شده بود (پیوست شماره ۱) صورت گرفت. سپس پیاده‌سازی مصاحبه، کدگذاری، استخراج و تحلیل داده‌ها و نگارش فصل یافته‌ها نیز توسط گروه برجسته‌ای از کارشناسان ارشد و بالاتر و زیر نظر و تایید اساتید همکار طرح انجام شد.

درمرحله دوم: روش پژوهش شامل جستجویی جامع، بر اساس استراتژی تدوین‌شده جستجو، بر اسناد سازمان‌های بین‌المللی و پروژه‌هایی در سایر نقاط جهان در مورد برنامه‌های توانبخشی روانی اجتماعی جامعه‌محور بیماران اعصاب و روان که شواهد، جامع و موثر بودن آن‌ها را تایید می‌نماید. در این مرحله به منظور بررسی و مطالعه تحقیقات صورت گرفته در این زمینه با جستجوی منابع در پایگاه‌های علمی معتبر انجام شد. ابتدا پایگاه‌های Magiran, SID , Google scholar و کتابخانه ملی با کلید واژه‌های جانبازان، ایثارگران، توانبخشی مبتنی بر جامعه/ جامعه‌محور، توانبخشی روانی اجتماعی، سلامت روان، معنویت و مراقبت معنوی مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر این مجلات روانشناسی نظامی و نشریه طب جانباز به صورت اختصاصی هدف مطالعه گرفتند. سایت سازمان‌های مرتبط: سازمان جهانی بهداشت، NICE، APA، وزارت دفاع آمریکا، سازمان بهزیستی، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، و پایگاه اطلاع‌رسانی بنیاد شهید و امور ایثارگران با هدف اطلاع از نتایج تحقیقات و انتشارات آن‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. در ادامه جستجوها بویژه برای دستیابی به شواهد مرتبط با مداخلات دینی معنوی، با کلید واژه‌های Veteran، pastoral Care، spiritual care، spirituality، Military Chaplaincy، faith based انجام شد. همچنین پایگاه‌های راهنمای منابع بالینی و سایت‌های مرتبط از جمله انجمن ملی کشیشان امور رزمندگان، انجمن ملی رزمندگان آمریکا، انجمن کشیشان نظامی مورد بررسی قرار گرفت. به منظور کسب برخی اطلاعات و منابع، مکاتباتی از طریق ایمیل با صاحب‌نظران در این حوزه نیز صورت پذیرفت.

در مرحله سوم: روش پژوهش شامل طراحی و تدوین نسخه اولیه دو بسته آموزشی برای سیاست‌گذاران و مراقبین سلامت روان و توانبخشی روانی اجتماعی جانبازان اعصاب و روان بود که بر اساس نیازها و مشکلات موجود که در تحلیل نهایی مصاحبه‌ها نگارش شد، تدوین گردید (فصل ۴ پژوهش). همچنین به منظور دریافت نظرات به روش پنل گروهی اقدامات زیر صورت پذیرفت؛

۱- ارسال ویرایش اولیه دو نسخه تدوین شده به کلیه متخصصان و کارشناسان ارشد کمیته علمی، مشاوران و ناظر طرح و تنی چند از علاقمندان به موضوع و اعمال نظرات آن‌ها.
۲- سپس ارائه ویرایش دوم در کارگاه آموزشی مشورتی خرداد ماه ۱۳۹۸ در پژوهشکده بنیاد جهت دریافت نظرات و اجماع عمومی مدیران و کارشناسان برجسته بنیاد و دانشگاهی.

در پایان متون بر اساس بازخوردهای دریافت شده اصلاح نهایی شد.

تحلیل داده‌ها با توجه به کیفی بودن مطالعه به روش کدگذاری، استخراج داده‌ها و تحلیل کیفی داده‌ها صورت گرفت.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش در کمیته اخلاق پژوهشکده تصویب شده است. مصاحبه‌کننده نیز در مصاحبه‌ها پس از اخذ رضایت مصاحبه‌شونده برای مصاحبه، توضیحاتی را در زمینه بردن نام و یا محرمانه ماندن نام، و ترک مصاحبه در صورت عدم تمایل وی توضیح داد.

نتایج تحلیل کیفی

چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر سیاست‌گذاران

در مجموع با ۹ تن از سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان برای ایثارگران با مشکلات روان‌پزشکی در پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان مصاحبه یا بحث گروهی صورت گرفت. تحلیل محتوای بحث گروهی به صورت چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح سازمانی، چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح جامعه، چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح خانواده و چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در سطح فردی طبقه‌بندی شد.

<u>چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح سازمانی از نظر سیاست‌گذاران :</u> نظر سیاست‌گذاران در مورد چالش‌های موجود در سطح سازمانی در سه موضوع اصلی طبقه‌بندی شد: قوانین، روش‌ها و سیاست‌گذاری‌ها. سیاست‌گذاران معتقد بودند قوانین، سیاست و راهبردهای مناسب در ارتباط با جانبازان اعصاب و روان وجود ندارد. نگاه نابرابر (نبود عدالت در خدمات) نسبت به بیماران اعصاب و روان در فعالیت‌ها و برنامه‌های سازمانی بنیاد شهید و امور ایثارگران وجود دارد. از جمله حکم محجوریت برای بیماران روان‌پزشکی پیش‌بینی نشده است که در مواردی لازم است که این قانون وجود داشته باشد. یکی از سیاست‌گذاران با بیان اینکه "در قانون حکم محجوریت برای این افراد در نظر گرفته نشده است به این مهم تاکید کرد که این افراد می‌توانند چک و اسناد بهادار امضا کنند یا راننده تاکسی باشد و به دلیل مشکلاتی که دارد به سایر افراد جامعه آسیب بزنند، اما قانونگذار این موارد را لحاظ نکرده است". همچنین بیان شد که در مورد قوانین ممیزات قانونی برای دریافت خدمات در مورد تعیین اختلالات روان‌پزشکی که ناشی از جنگ بوده و آن‌ها که از قبل وجود داشته، دیده نمی‌شود. این مورد سبب شده است افرادی بتوانند به اسم ایثارگر جنگ، درصد بگیرند.

در مورد روش‌ها، سیاست‌گذاران معتقد بودند شناسایی گروه هدف در جامعه توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران چالش‌هایی را با خود به همراه داشته است. به علاوه بانک اطلاعات مورد نیاز برای برنامه‌ریزی عملیاتی و سیاست‌گذاری در مورد گروه هدف توسط بنیاد تهیه نشده است. در دسته سیاست‌گذاری‌های موجود عدم وجود نگرش توانبخشی روانی در بین مسئولین کشور و بنیاد، عدم وجود نگرش جامعه‌نگر برای درمان بیماران اعصاب و روان درمیان مسئولین، عدم وجود معیار دقیق برای اندازه‌گیری میزان آسیب وارده به بیمار اعصاب و روان برای دریافت خدمات مناسب از بنیاد، تقلیل ارزش‌های والای دینی، معنوی،انسانی و وجودی فرد ایثارگر اعصاب و روان به بیماری و معلولیتش، نبود نهاد مسئول در زمینه جانباز اعصاب و روان در بنیاد، عدم تخصیص منابع کافی به سلامت روان، عدم پیش‌بینی و عدم توجه به پیامدهای ناشی از بیماری‌های اعصاب و روان ـ نبود مطالعه و رویکرد هزینه اثر و هزینه فایده ـ برای افراد و خانواده‌ها در سیاست‌گذاری، ضعف درتبدیل پژوهش به راهبرد و سیاست‌گذاری، عدم وجود سیستم ارجاع‌دهی برای بیماران اعصاب و روان، عدم پیش‌بینی ساختارهای مناسب در سیستم سلامت برای ایثارگران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی، نگاه نابرابر به بیماران اعصاب و روان در سیاست‌گذاری که منجر به فرصت‌های نابرابر در اشتغال و دیگر موارد می‌شود، عدم تربیت نیروی انسانی متخصص برای کمک به ایثارگران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی، عدم وجود دایره پزشکی قانونی و محجوریت در بنیاد، عدم وجود بیمه در خدمات جامعه‌محور و توانبخشی همچنین توانمندسازی (empowerment) بویژه در

خدمات مددکاری، کاردرمانی، و مراقبت در خانه، وجود رقابت ناسالم بین بخش‌های مختلف درمانی برای جلب منابع بدون لحاظ هزینه اثربخشی، عدم وجود بودجه که منجر به عدم توانایی برای استخدام افراد آموزش دیده و باانگیزه و اجرای برنامه‌های موثر برای بیماران اعصاب و روان می‌شود و عدم همکاری‌های بین‌بخشی به عنوان چالش‌های موجود در سطح سازمانی مطرح شد.

۲- نتایج بدست آمده در خصوص چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها را در سطح جامعه نشان می‌دهد. از جمله چالش‌های موجود به نظر سیاست‌گذاران عدم وجود آگاهی کافی در جامعه است و درنتیجه انگ و برچسب نسبت به این بیماران زیاد است. همچنین به نظر یکی از شرکت‌کنندگان یکی از چالش‌های موجود وجود نگرش تقدس‌گرا در جامعه است. یعنی مردم به آن‌ها با دید امر مقدس نگاه می‌کنند و این در مسیر توانبخشی مشکل ایجاد می‌کند. همچنین عدم آگاهی کافی در جامعه سبب شده است که سازمان‌های غیردولتی و مردم‌نهاد برای این گروه تشکیل نشود. از دیگر مشکلات ایثارگران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی عدم ارتباط صحیح در همه‌جا بویژه در جامعه و محله است که این افراد را آن‌طور که هستند نمی‌پذیرند و با آن‌ها مرتبط نمی‌شوند.

یکی دیگر از مشکلات موجود القاء نقش بیمار و معلول و ناتوان به این گروه موجب خودباوری شده و خود جانبازان نیز این نقش را بپذیرند که چالش بزرگی در مسیر توانبخشی آن‌ها می‌باشد. چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها را در سطح خانواده نشان می‌دهد. از جمله چالش‌های موجود در خانواده برای ایثارگران اعصاب و روان به نظر سیاست‌گذاران، چالش ارتباط است. در مواردی این افراد در خانواده به عنوان عضو خانواده پذیرفته نمی‌شوند و یا چون نمی‌توانند نقش پدری یا همسری خود را صحیح انجام دهند، طرد می‌شوند.

از دیگر چالش‌های موجود که در سطح خانواده با جامعه مشترک است عدم وجود آگاهی کافی از شرایط مبتلا به بیماری روان‌پزشکی است که در نتیجه آن خانواده نمی‌تواند برخورد مناسب با بیماران اعصاب و روان داشته باشد. همچنین خانواده در بسیاری مواقع با آسیب‌های متعدد مستقیم و غیرمستقیم مواجه است، و این در حالی است که به دلیل وجود انگ و برچسب، بیماری و صدمات را پنهان نگه میدارد. زیرا در مواردی نگران هستند ازدواج فرزندان به خطر بیفتد. این خانواده‌ها نیازمند ایمنی و احساس امنیت هستند زیرا خانواده مدام نگران است که فرد ایثارگر به خود و خانواده خویش آسیب نرساند. همچنین امکان این آسیب برای خانواده ایثارگر وجود دارد که خود را قربانی احساس کنند. زیرا "ایثارگر خود راه زندگی خود را انتخاب کرده است اما خانواده او این مسیر را انتخاب نکرده‌اند. بنابراین ممکن است احساس قربانی شدن داشته باشد". از دیگر آسیب‌هایی که خانواده جانباز اعصاب و روان با آن روبرو است بحران هویت در اعضای خانواده است. زیرا به خاطر شرایط خاص ایثارگر نقش‌ها جابجا می‌شود. همسر این جانبازان در طول زمان فرسوده می‌شوند. این جریان سبب می‌شود که از سمت خانواده نیز به جانباز آسیب وارد می‌شود. زیرا سایر اعضای خانواده تمام مسئولیت‌ها را برعهده می‌گیرند و ایثارگر توان‌زدایی می‌شود. حتی اختیارات مالی از بیمار اعصاب و روان به طور کامل سلب می‌شود.

نتایج بدست آمده در خصوص چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در سطح فردی را از نظر سیاست‌گذاران نشان می‌دهد. احساس ناتوانی خود جانباز از جمله چالش‌های موجود است. ایثارگر اعصاب و روان اعتمادبه‌نفس کافی ندارد و احساس حمایت روانی و اجتماعی را خودشان نیز نتوانستند با تشکیل سازمان‌های مدنی برای خویش ایجاد کنند. همچنین این افراد نقش بیمار را که جامعه به ایشان القاء کرده است پذیرفته‌اند و احساس معلولیت و ناتوانی می‌کنند.

ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی معمولا با پیامدهای جسمی مزمن، بیماری‌های دهان و دندان و اعتیاد به مواد مواجه هستند. همچنین این گروه معمولا با پیامدهای اجتماعی مانند ضعیف شدن نقش‌های اجتماعی، اختلال در ارتباط با افراد، جامعه، طبیعت و امر معنوی و کاهش فرصت‌های شغلی و تحصیلی به دلیل برچسب مواجه هستند که روند معمول زندگی ایشان و جریان توانبخشی را دچار اختلال می‌کند.

پیامدهای اقتصادی از جمله فقر نیز در ایثارگران مبتلا به بیماری‌های مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بالا است. به دلیل شیوع فقر در این بیماران استفاده از خدمات کم است و احساس امنیت اقتصادی ندارند.

چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر ارائه‌دهندگان خدمات در مجموع با ۷ تن از ارائه‌دهندگان خدمات به ایثارگران که مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بودند، مصاحبه صورت گرفت. بحث عمیق با پنج تن در بیمارستان روان‌پزشکی صدر برگزار شد و با یک مددکار اجتماعی و روانشاس بالینی و دکترای روان‌شناسی سلامت در بنیاد شهید و امور ایثارگران مصاحبه انجام شد.تحلیل محتوا بحث گروهی و مصاحبه‌های عمیق به صورت چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح سازمانی، چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح جامعه، چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح خانواده و چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در سطح فردی طبقه‌بندی شد.

نتایج بدست آمده در خصوص چالش‌های توانبخشی روان و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح سازمانی از نظر ارائه‌دهندگان خدمات در این حوزه را نشان می‌دهد. از نظر ارائه‌دهندگان خدمات چالش‌های موجود در سطح سازمانی در چهار موضوع اصلی طبقه‌بندی می‌شوند. اقتصادی، قوانین، عملکرد و سیاست‌گذاری‌ها. ارائه‌دهندگان خدمات معتقد بودند که " مهمترین چالشی که [ایثارگران] دارند مشکلات اقتصادی هست". ناتوانی اقتصادی و مالی، سختی در دسترسی و تامین دارو همچنین نارضایتی از بیمه‌های تکمیلی ازجمله اصلی‌ترین چالش‌هایی است که جانبازان اعصاب و روان با آن مواجه می‌شوند.

در مورد قوانین، عدم حمایت بنیاد جانبازان و نبود حمایت یا راهنمای قانونی در موارد اورژانس و نیاز به بستری اجباری و مداخله در بحران ذکر شده‌اند. به گفته یکی از ارائه‌دهندگان خدمات " در واقع مواقعی که علائم شخص جانباز عود می‌کند و مریض همکاری نمی‌کند، بنیاد شهید آنقدری این حمایت را ندارند که بروند جانباز را بردارد و بستری کند، خیلی وقت‌ها می‌گویند ما اجازه نداریم و نمی‌توانیم. باید خودشون بیاورند. "از دیگر مواردی که ذکر شد، عدم وجود ارزیابی مناسب بود که یکی از ارائه‌دهندگان خدمات توضیح داد "قانون بدون درنظر گرفتن تمهیدات لازم تصویب می‌شود ... که فایده‌ای ندارد و این مورد را درنظر نمی‌گیرند".

در دسته عملکرد، عدم پیگیری و اجرایی شدن پژوهش‌ها- شعار بر عمل و خدمت به جانباز در پژوهش‌ها ارجحیت دارد، همانطور که یکی از ارائه‌دهندگان بیان کرده‌است: "در پیگیری و اجرایی شدن پژوهش‌ها مشکل وجود دارد. فقط حرف زده می‌شود". همچنین مطرح شد که توجهات به کارهای عینی است "به کارهای عینی بیشتر توجه می‌شود" مثلا بخواهیم ویلچر بخریم بیشتر توجه می‌شود تا بخواهیم به جانباز آموزش بدهیم. ....خیلی وقت‌ها بودجه می‌رود سمت موراد عینی و چیزی برای موارد دیگر نمی‌ماند". علاوه بر این دو مورد مطرح گردید که نگاه نابرابر به بیماران اعصاب و روان در سیاست‌گذاری وجود دارد و یکی از ارائه‌دهندگان خدمات ذکر کرد: "به جانبازان اعصاب و روان چون اثبات ۲۵ درصد آسیب سخت است، غرامتی پرداخت نشده است و احساس می‌کنند نادیده گرفته شده‌اند". در کنار این موارد عدم وجود خدمات پیوسته و ۲۴ ساعته نیز مطرح گردید و بیان شد که "خدمات پیوسته نیست در تمام ساعات نیست... توانبخشی اجتماعی روانی یک طیف در حقیقت گسترده‌ای از خدمات می‌شود که ترتیب مفصل‌تر از این می‌خواهد و هم امکانات مفصل‌تری می‌خواهد و هم اینکه یک زنجیره‌ای از خدمات می‌خواهد که در تمام ساعات روز باشه و در تمام روزهای هفته باشه". در ارتباط با سیاست‌گذاری‌ها، نگاه نابرابر به بیماران اعصاب و روان در سیاست‌گذاری و نبود شاخص معتبر در کمیسیون پزشکی که منجر به فرصت‌های نابرابر در درصد جانبازی، تسهیلات و پرداخت‌ها می‌شود، وجود دارد. به گفته یکی از ارائه‌دهندگان خدمات "هنوز راهی برای تعیین دقیق میزان آسیب‌دیدگی آن‌ها وجود ندارد و

همین امر موجب می‌شود در تعیین درصد جانبازی برای آن‌ها مشکلاتی به وجود آید و در نتیجه میزان بهره‌مندی این افراد از تسهیلات بنیاد شهید و امور جانبازان کاهش پیدا می‌کند". همچنین در سیاست‌گذاری‌ها جدا کردن بیماران اعصاب و روان از سایر جانبازان و کل جامعه-ایزوله و ناتوان کردن آن‌ها وجود دارد. بوروکراسی، تبعیض بین دریافتی و بهره مدیران و کارکنان با جانبازان هم وجود دارد"ما هم اعتقادمان بر این است که در بودجه‌بندی این وسط اونقدر که یک فرد نفع می‌برد به عنوان مدیر، جانباز نفع نمی‌برد"، و مراکز خدماتی محدود و دور از دسترس جانبازان هستند، علاوه بر این موارد، سیستم ارزیابی صحیح وجود ندارد به گفته‌ی یکی از ارائه‌دهندگان خدمت "...چند تا کار پژوهشی انجام شده است..."، همچنین تیم مداخله در بحران برای جانبازان وجود ندارد و هم برای خانواده‌های جانبازان و هم برای جامعه هیچگونه آموزش موثری صورت نگرفته است.

چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها را در سطح جامعه ارائه‌دهندگان خدمات

Error! Reference source not found.چالش‌های توانبخشی روان و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح جامعه از نظر ارائه‌دهندگان خدمات در این حوزه را نشان می‌دهد. به نظر ارائه‌دهندگان خدمات چالش‌های موجود در سطح جامعه در سه موضوع اصلی آگاهی، ارتباط و تبعیض طبقه‌بندی می‌شوند. در مورد آگاهی وجود انگ و برچسب "موجی"، " روانی"، " معتاد" و "دیوانه" در محله و محیط کار، خانواده و جامعه - Stigma –زیاد شده نسبت به بیماران اعصاب و روان-موجب شرمندگی و گوشه‌گیری آن‌ها شده‌است، همانطور که یکی از ارائه‌دهندگان خدمات بیان می‌کند: "بعد از عوارض جنگ با استیگما روبرو شدیم و جانبازان در محله‌ها با نام ممد موجی یا علی قاطی و ... نام گرفته‌اند و این انگ بسیار سنگین است"، یا "آگاهی و شناخت مردم نسبت به این نوع جانبازان محدود است ممکن است به آن‌ها انگ معتاد بزنند در حالی‌که جانباز فقط دارو مطابق دستور پزشک دریافت می‌کند"، و "بسیاری از فرزندان جانباز و شاهد گفته که اصلا از این که بگویند فرزند جانباز هستند احساس خوبی ندارند و بیشتر مردم آن‌ها را از جمله کسانی که استفاده از امکانات دولتی می‌کنند می‌شناسند".

در بحث ارتباط، عدم پذیرفته شدن توسط جامعه و محله وجود دارد همانند "خانواده ایثارگر بیان کرده است که همسایه‌ها استشهاد جمع کردند که فرد خیلی پرخاشگری کرده باید از منزلی که زندگی می‌کنند تغییر محل دهند". علاوه بر این جانبازان اعصاب و روان در ارتباطات خود با اجتماع دیده نمی‌شوند "یکی از نیازهای هر فرد انسانی دیده شدن است. جانباز اعصاب و روان دیده نمی‌شود و این نیاز مغفول مانده است ... نیازهای جسمانی و روانی‌اش دیده شود و توجه شود".

در دسته تبعیض، این موضوع وجود دارد که وجود انگ و برچسب زیاد در جامعه موجب کاهش کارکرد ایثارگران اعصاب و روان در جامعه شده و تبعیض اجتماعی وجود دارد. همانطور که یکی از ارائه‌دهندگان خدمات می‌گوید: "اَنگ و تبعیض چه از طرف خانواده‌هایشان چه از طرف اجتماع می‌تواند عوارض جدی طبی و روان‌پزشکی داشته باشد که به هر حال یک مقدار کارکرد ایثارگران مبتلا به اعصاب و روان و اشتغال‌شان را دچار مشکل می‌کند".

. چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها را در سطح خانواده از نظر ارائه‌دهندگان خدمات

نتایج بدست آمده در خصوص چالش‌های توانبخشی روان و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح خانواده از نظر ارائه‌دهندگان خدمات در این حوزه را نشان می‌دهد. به نظر ارائه‌دهندگان خدمات چالش‌های موجود در سطح جامعه در شش موضوع اصلی ارتباط، اقتصادی، آگاهی، آسیب، قوانین، عدم وجود اوقات فراغت و بعد معنوی طبقه‌بندی می‌شوند. از لحاظ ارتباط، بیکاری و حضور دائمی فرد در منزل- مصرف مواد و سیگار و درگیری مداوم در خانواده و نبود انواع مشاوره توانبخشی و مداخلات روانی اجتماعی در خانواده و لذا عدم ارتباط صحیح با فرزندان از علل‌های اصلی هستند. در این

زمینه یکی از ارائه‌دهندگان خدمات می‌گوید: "من چون خودم فرزند جانباز هستم ولی هیچ کس در این ۲۰ سال به عنوان روان‌شناس با ما که خانواده جانباز بودیم صحبت نکرد و ما را از نوع بیماری پدرم آگاه نکرد و این باعث شد که من از پدرم فاصله بگیرم و رابطه سردی بین ما حاکم باشد".

از دید اقتصادی، زندگی در مناطق دوردست و روستایی و وجود جانباز در اقشار محروم و دور از بیمارستان و عدم تامین مالی موجب نبود دسترسی به خدمات توانبخشی و درمانی و نیز توسعه فقر و بی پولی شده- بیکاری بسیار زیاد و هر ۱۰ جانباز بیمار ۹ نفر بیکار است. در این مورد یکی از سیاست‌گذاران بیان می‌کند که "بعضی جانبازان قشر محروم هستند و دسترسی کمی دارند مثلا کسانی که در روستاها هستند، راه و چاه را بلد نیستند و به علت ناآگاهی هنوز نتوانسته‌اند در لیست جانبازان قرار بگیرند و از خدمات پزشکی و دیگر خدمات بنیاد بهره مند گردند" و یا "در منطقه تقریباً محروم زندگی می‌کنند و در پرداخت پول آب و برق و گاز خیلی مشکل دارند".در بحث آگاهی، آگاه نبودن خانواده از نحوه برخورد با بیمار اعصاب و روان و نبود خودمراقبتی و توانمندسازی و خودآگاهی – توصیه‌های درمانی نادرست مثل تجویز تریاک وجود دارد. در این زمینه یکی از سیاست‌گذاران می‌گوید: "باید به اعضای خانواده آموزش داده شود که با فرد جانباز چگونه رفتار شود. معمولا از آن‌ها توقع فرد سالم را دارند و چون برآورده نمی‌شود افراد در خانواده دچار مشکل می‌شوند".

در دسته آسیب، استرس شدید و مداوم موجب ایجاد بیماری‌های روانی، آسیب‌های خانوادگی و اجتماعی، تحصیلی و شیوع بالای بیماری در همسر و فرزندان-این در حالی است که پنهان می‌کنند- می‌شود. همانطور که یکی از سیاست‌گذاران می‌گوید: "خانواده‌های آنان دچار استرس ناشی از PTSD هستند. ۶۸ تا ۷۰ درصد مشکلات جدی روان‌پزشکی نیازمند به مداخله مصرف دارو، روان‌درمانی فردی و مداخلات آموزشی و خانواده‌درمانی نیاز دارند، مخصوصا با توجه به بالا رفتن سن جانبازان. تعداد قابل توجهی از فرزندان را به‌صورت سرپایی داریم که تحت درمان هستند" و یا "فرزندان جانبازان به علت بیماری پدر افت تحصیلی پیدا می‌کنند. دچار مشکل اعصاب و روان می‌شوند. بعضا فرار از خانه در خانواده این نوع جانبازان دیده می‌شود". در بحث آسیب، همچنین عدم حمایت همسران جانبازان اعصاب و روان، احساس حقارت و پنهان کردن فرزند جانباز بودن وجود دارد، در این زمینه یکی از سیاست‌گذاران بیان می‌کند که "بسیاری از فرزندان جانباز و شاهد گفته‌اند که اصلا از این که بگویند فرزند جانباز هستند احساس خوبی ندارند و بیشتر مردم آن‌ها را از جمله کسانی که استفاده از امکانات دولتی می‌کنند می‌شناسند. پس فرزند جانبازان نمی‌گویند که فرزند جانباز هستند و آموزش و فرهنگ‌سازی برای رفتار با این عزیزان خوب عمل نکرده و آن‌ها احساس حقارت می‌کنند".در حیطه قوانین، عدم حمایت بنیاد جانبازان- نبود حمایت و مداخله مبتنی بر خانه و جامعه و تیم مداخله در بحران وجود دارد.

در مورد عدم وجود اوقات فراغت، از انواع حمایت‌های روانی اجتماعی مدرن مانند تفریح‌درمانی، مرکز روزانه، کاردرمانی در جامعه و خانواده، پانسیون شبانه‌روزی یا موقت و ساعتی و مدیریت موارد مشابه محروم هستند.

از لحاظ بعد معنوی، عدم پذیرش بعد معنوی، دینی، ملی و ایثارگری ایشان نزد خانواده و سرزنش آن‌ها با تفاوت ارزش‌ها در خانواده و جامعه وجود دارد.

. چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح فردی از نظر ارائه‌دهندگان خدمات

نتایج بدست آمده در خصوص چالش‌های توانبخشی روان و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها در سطح فردی از نظر ارائه‌دهندگان خدمات در این حوزه را نشان می‌دهد. به نظر ارائه‌دهندگان خدمات چالش‌های موجود در سطح فردی شامل شش موضوع اصلی احساس ناتوانی، عدم آگاهی، پیامدهای جسمی، پیامدهای اجتماعی، پیامدهای اقتصادی و کم‌رنگ شدن بعد معنوی می‌شوند. از دید احساس ناتوانی، حس بی‌مصرفی و احساس انزوا و گوشه‌گیری اجتماعی وجود دارد،

همانطور که یکی از ارائه‌دهندگان خدمات می‌گوید: " انزوا و گوشه‌نشینی از علائم PTSD است در نتیجه توان ارتباط درست و موثر با محیط اجتماعی را ندارند".

از لحاظ عدم آگاهی، عدم پذیرش درمان طولانی‌تر در بیمارستان و اصرار به ترخیص (البته این درست‌تر است، بیمارستان روانی جای درمان و توانبخشی جانباز نیست) وجود دارد.در زمینه پیامدهای جسمی، احتمال دچار شدن به بیماری‌های همبود پسیکوز یا افسردگی وجود دارد.

در مورد پیامدهای اجتماعی، طرد اجتماعی و خانوادگی و حمایت ضعیف دیگر نهادها چون شهرداری‌ها و سازمان‌های حمایتی و رفاهی و عدم وجود امنیت روانی و جسمی به دلیل پرخاشگری جانباز یا اطرافیان- درگیری و آسیب در محله و شهر، وجود دارد. در این خصوص یکی از ارائه‌دهندگان خدمات مطرح می‌کند که "در خصوص فضای فیزیکی برای زندگی جانباز باید گفت جانبازان افرادی هستند که خانواده آن‌ها را طرد کرده و به حال خود رها شده‌اند. چالش‌های زیادی وجود دارد امکانات رفاهی و رایزنی‌هایی هست که شهرداری ترتیب داده و امکاناتی مثل استخر و پارک استفاده می‌کنند، ولی این هم زیاد سازمان‌یافته نیست".از پیامدهای اقتصادی می‌توان عدم داشتن شغل و نبود حمایت‌های مالی را نام برد، برای مثال یکی از ارائه‌دهندگان خدمات می‌گوید که "تا مدتی خانواده‌ها حمایت می‌کنند، اما با بزرگ شدن فرزندان، خواسته‌هایشان نیز بزرگ می‌شود، از سویی خانواده دیگر حمایت نمی‌کند و از سویی تازه ایثارگر متوجه می‌شود که کار ندارد".

در مورد کم‌رنگ شدن بعد معنوی، مشکل پاشیدگی و پوچی در باورهای دینی و معنوی- درگیری و جرو بحث با دیگران وجود دارد، یکی از ارائه‌دهندگان خدمات در این زمینه بیان می‌کند که "نگرش معنوی که قبل داشتند به علت عدم توجه سیستم و مردم نسبت به آن‌ها کمرنگ شده و اعتقادات خود را گاها از دست داده‌اند".

چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر خود ایثارگران

در مجموع با ۹ فرد ایثارگر مصاحبه شد. تحلیل محتوا مصاحبه‌های عمیق انجام شده به صورت مشکلات ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر ایثارگران و راهکارهای پیشنهادی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر ایثارگران دسته‌بندی شد و به صورت دو جدول در ادامه آمده است. تحلیل محتوا مربوط به چالش‌ها در این بخش و تحلیل محتوا راهکارهای پیشنهادی در بخش مربوطه آورده شده است.

<u>چالش‌های ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر خود ایثارگران</u>

نتایج بدست آمده در خصوص چالش‌های ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر ایثارگران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی را نشان می‌دهد. از جمله مشکلاتی که بیان گردید برخورد نامناسب سایرین با این افراد بود. البته یکی از ایثارگران مطرح کرد که برخورد خود فرد تعیین‌کننده واکنش سایرین است و ایشان برخورد نامناسب سایرین را مربوط به رفتارهای نامناسب و پرخاش‌جویانه خودشان می‌دانستند. البته قدرنشناسی مردم در جامعه نیز دلیلی برای برخورد نامناسب بیان شد. یکی از جانبازان این حس را داشت که خانواده از وی متنفر است و آرزوی مرگ وی را دارد. ارتباط محدود ایثارگران اعصاب و روان یکی دیگر از مشکلات این گروه بود اکثرا بیان می‌کردند که حوصله جمع را ندارند و تنهایی را ترجیح می‌دهند.

مشارکت ایثارگران اعصاب و روان در خانواده و جامعه محدود بود. از آنجایی‌که ایثارگر نمی‌توانست نقش خود در خانواده را چه به عنوان پدر و یا همسر به صورت مناسب ایفا کند، احساس ضعف و پوچی می‌کرد. به گفته ایثارگران مشارکت در جامعه هم برای فرد ایثارگر مقدور نیست. به بیان خود ایشان از آنجایی که تحمل صدا و شلوغی را ندارند، با وجود تمایل به بودن در جامعه نمی‌توانند مشارکت موثر داشته باشند.

عدم حمایت مناسب از جانب دولت، جامعه و در مواردی خانواده از دیگر مشکلاتی بود که بیان شد. یکی از ایثارگران بارها اقدام به خودکشی کرده بود وی بیان می‌کرد: "من سال ۶۴ مجروح شدم و الان ۲ سال هست که دارم حقوق از بنیاد دریافت می‌کنم وقطعا از سمت خونواده حمایت شدم وگرنه مثل خیلی از کسای دیگه زندگی من هم از هم پاشیده بود من اگر حمایت میشدم پنج بار قصد خودکشی نمی‌کردم". همچنین بیان شد که حمایت دولت هم نهایتش دادن حقوق است. در بحران و سختی حمایتی نمی‌کنند. بستگان هم مدتی می‌توانند حمایت کنند اما برای ایشان نیز مشکل می‌شود. در یک مورد فرد ایثارگر بیان کرد که "از من مغازم رو گرفتن حمایت نشدم .من خیلی فعالیت سیاسی برای این نظام انجام دادم ولی از من حمایت نشد ... بعد از این همه سال تازه از سال ۹۱ به من حقوق دادن هر چند ناچیز بود ولی دستم جلوی کسی دراز نشد. وقتی مغازه ام رو گرفتن دلسرد شدم و خونه نشین شدم".وجود انگ و تبعیض نسبت به ایثارگران اعصاب و روان یکی دیگر از مشکلات این گروه می‌باشد که به اعتقاد ایشان فقط از جانب مردم نیست، بلکه از جانب دولت نیز است. یکی از ایثارگران معتقد بود که دولت با برچسب جانباز اعصاب و روان این گروه را نادیده گرفته است. وی بیان کرد: " مردم به ما کاری ندارن دولت به ما انگ زده و ما رو نادیده گرفته و انگ و تبعیض همیشه بوده و ما نادیده گرفتیم".

جانبازان مصاحبه‌شونده معتقد بودند اگرچه پیشتر مردم به جانبازان دید مثبتی داشتند اکنون با ازدیاد مشکلات اقتصادی و معیشتی دید منفی دارند و جانبازان را اسباب این مشکلات می‌دانند. مردم فکر می‌کنند ایثارگران در شرایط خوبی هستند. البته یکی از جانبازان قدرنشناسی و ازدیاد ارزش پول را عامل قدرنشناسی مردم می‌دانستند. در مواردی حتی مردم فرد جانباز را مورد توهین قرار می‌دادند. عدم وجود احساس امنیت و آسایش در منزل از جمله مشکلاتی بود که برخی ایثارگران اعصاب و روان با آن مواجه بودند. در یک مورد شلوغی و تردد زیاد محله‌ای که منزل در آن واقع شده است و در موردی وجود منزل در یک منطقه دورافتاده سبب ایجاد احساس عدم امنیت و آسایش شده بود.

فرایند درمانی نامناسب ایثارگران اعصاب و روان از جمله مشکلات دیگر این گروه می‌باشد. معمولا درمان‌ها منفعل‌کننده است. یکی از جانبازان بیان کرد که در بیمارستان وی را درک نمی‌کنند و اجازه پیاده‌روی و خروج از اتاق را به وی نمی‌دهند "... ولی در کل جانباز اعصاب و روان رو خوب درک نمیکنن میبرن ما رو تو یه اتاق تک وتنها و میگن اینجا بمون من برام یه جا موندن سخته میخوام راه برم اجازه نمیدن میگن فقط باید داخل اتاقتون باشید".

تغییر در باورها نیز از مشکلات ایثارگران است که در گفتگوها به آن اشاره شده بود. به نظر می‌رسید به علت وجود مشکلات از جمله دزدی، پولشویی، گرونی و فقر در جامعه اسلامی و به واسطه افرادی که خود را وابسته و نماینده حکومت اسلامی می‌کنند اعتقاد افراد به اسلام کم شده است. یکی از جانبازان بیان می‌کرد که " من اعتقاداتی که اون زمان داشتم الان ندار.م من داوطلبانه رفتم با دل و جان جنگیدم به خاطر کشورم، مردمم و غیرتم. ولی الان کی داره با غیرت و وجدان کار میکنه این همه دزدی، این همه دروغ و پولشویی و به اسم جامعه اسلامی. ببینید چه بلایی داره سر مردم میاد. گرونی و فقر و..... ". یا فرد دیگری ابراز می‌کرد:" من پدر بزرگم مجتهد بودن وخانواده مذهبی داشتیم. قدیما اعتقادات بالا بود خیلی حرف‌ها حرف بود قسم‌ها راست بود و به هر بهانه‌ای قسم دروغ نمیخوردن انقدر زیاد. من هم خیلی اعتقاداتم رو از دست دادم وقتی میبینم یه معمم یه روحانی تو لباس دین چقدر دروغ میگه برام باور کار درست سخت شده...".

و نهایتا یکی از مشکلاتی که شاید ازجمله نتایج سایر آن‌ها باشد وجود حس مزاحمت برای سایرین در جانبازان است. ایشان نه‌تنها خود را در زندگی‌هایشان مفید نمی‌دانند بلکه سربار و مزاحم هم می‌دانند.

چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر خانواده‌های ایثارگران در مجموع با ۱۱ عضو از اعضای خانواده ایثارگران اعصاب و روان مصاحبه شد. با همسران همه ایثارگران مصاحبه انجام شد. به‌علاوه فرزند یکی از ایثارگران مایل بود تا به همراه مادر در مصاحبه شرکت کند، ایشان نیز به سئوالات پاسخ دادند. تحلیل محتوای

مصاحبه‌های عمیق به صورت مشکلات ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی از نظر خانواده ایثارگران و راهکارهای پیشنهادی برای حل مشکلات ایثارگران و خانواده‌های آن‌ها از نظر خانواده‌های ایشان انجام شد. تحلیل محتوا مربوط به چالش‌ها در این بخش و تحلیل محتوای راهکارهای پیشنهادی در بخش مربوطه آورده شده است.

چالش‌های ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر خانواده ایثارگران

نتایج بدست آمده در خصوص چالش‌های ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر خانواده ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی نشان می‌دهد. یکی از مشکلات عمده اکثر ایثارگران اعصاب و روان عدم برقراری ارتباط صحیح و مناسب چه با اطرافیان نزدیک شامل همسر و فرزندان و چه افراد دورتر شامل بستگان و خویشاوندان بود. تحلیل داده‌ها نشان داد معمولا ایثارگران اعصاب و روان نمی‌توانند با همسر و فرزندان خود ارتباط مناسبی برقرار کنند. خیلی زود عصبانی می‌شوند. این افراد عصبی و پرخاشگر هستند و مشاجره مکرر با اعضای خانواده رایج است. در نتیجه محیط خانواده برای فرزندان محیطی پر استرس می‌باشد. برای مثال در یک مورد یکی از فرزندان یک فرد جانباز، به دلیل برخورد نامناسب پدر، و توهین و تحقیر فرزند در مقابل غریبه و آشنا و بدگویی‌های مکرر شماره منزل را با نام « کلبه وحشت» در گوشی خود ذخیره نموده است. و نامزد فرزند دیگر خانواده به خاطر بدگویی‌ها و ارتباط نادرست پدر، منصرف شده بود. مادر خانواده معتقد بود فرزندانش از شرایط موجود در منزل، در رنج هستند و فشار زیادی را متحمل می‌شوند. از سوی دیگر، به دلیل مصرف داروهای تجویزشده و همچنین شرایط فرد ایثارگر، حضور در جمع و مهمانی برای فرد عذاب‌آور است. همچنین داروها فرد را گوشه‌گیر و کم‌حوصله و در مواردی بدبین می‌نماید و مجموع این عوامل سبب کاهش رفت‌وآمد اطرافیان با ایشان و خانواده جانباز با دیگران می‌شود. در واقع در مواردی عدم حضور فرد در مهمانی و بازدیدهای یکطرفه بستگان نهایتا به عدم ادامه رابطه با بستگان می‌انجامد و در مواردی خودِ فرد ایثارگر به دلیل بدبینی به خانواده اجازه رفت‌وآمد را نمی‌دهد. مواردی هم وجود دارد که عدم وجود درآمد کافی سبب می‌شود به جهت پایین آوردن هزینه‌ها، خانواده از رفت‌وآمد با سایرین صرف نظر کند. در مجموع یکی از مشکلات عمده خانواده ایثارگران اعصاب و روان محدود شدن ارتباطشان با محیط خارج از منزل، دوستان و بستگان می‌باشد.

ارتباط فرد ایثارگر اعصاب و روان با همسر خود نیز دچار مشکلات می‌شود. فرد به دلیل داروهای اعصاب و روان دچار کاهش میل جنسی نیز می‌شود.تقریبا همه خانواده‌های ایثارگران اعصاب و روان مشکلات اقتصادی را از جمله اساسی‌ترین مشکلات بیان کردند. به گفته اعضای خانواده جانبازان اعصاب و روان، شرایط بیماری فرد ایثارگر سبب می‌شود به دلیل عدم تحمل محیط شلوغ و یا عدم کنترل خشم، حساس بودن و عصبانی شدن سریع، فرد نتواند در یک محیط کاری باقی بماند. در مواردی نیز حس کنترل و بدبینی فرد ایثارگر سبب شده بود که افراد خانواده شغل خود را از دست دهند یا با وجود مشکلات حاد اجازه اشتغال به همسر خود را ندهد. در یک مورد نیز خانواده ایثارگر اعصاب و روان کاملا ابراز کردند که مشکلات عصبی فرد سبب شده اعضای خانواده با یکدیگر (مادر با فرزندان و فرزندان با یکدیگر و همه در مقابل پدر) مشکلات ارتباطی جدی داشته باشند. به صورتی که مدام از یکدیگر متوقع بوده و با هم دعواها و بحث‌های جدی کنند.

مشکل دیگری که خانواده‌های بیماران اعصاب و روان با آن درگیر هست ایجاد اختلال در نظم روزمره زندگی است. همسر یکی از جانبازان بیان می‌کرد که چون فرد ایثارگر "تمام روز در منزل هستند و همه چیز تحت نظرشان هست، خیلی پرس و جو از کارهای اعضای خانواده می‌کنند ..." و در واقع فرد در تلاش است که بر همه رفت‌وآمدها کنترل داشته باشد. همسر ایثارگر دیگری بیان می‌کرد "تعاملات و رفت‌وآمدهای دخترم را بسیار تحت کنترل دارد. بعد از دانشگاه باید سریع به منزل بیاید و با کسی تعامل نداشته باشد". همسر دیگری ذکر کرد که " بارها هم بخاطر بهانه گیری‌های ایشان (فرد ایثارگر) بچه‌ها شغل‌شان را ازدست داده‌اند" و همسر جانباز دیگر گفت "بچه‌ها با هم نیستند (اختلاف بین آن‌ها است). ... همش اختلاف بینشونه. ... من الان یه زن تو اجتماع شدم ... دوست نداره. ... پشت سر من می‌شینه یه حرف‌هایی می‌زنه".

یکی دیگر از مشکلات خانواده‌های ایثارگران اعصاب و روان تاثیرات مستقیم و غیرمستقیم فرد بر سلامت روانی و جسمانی سایر اعضای خانواده است. در مواردی پزشک، بیماری همسر فرد جانباز را مربوط به استرس او تشخیص داده و تجویز قرص آرام‌بخش کرده بود. و حتی در یک مورد همسر فرد جانباز هم برای مدت یک هفته در بیمارستان اعصاب و روان بستری شده بود. همسر یکی از ایثارگران، فشارهای روانی موجود در خانواده را عامل کیست سینه و مشکلات قلبی خود می‌دانست. همچنین در موردی همسر فرد ایثارگر به بیماری ام اس مبتلا شده بود. در اکثر خانواده‌های ایثارگران فرزندان نیز دچار مشکلات روانی شامل استرس، اضطراب و خشونت بودند. در یک مورد اعتیاد و قمار نیز ذکر شد. معمولا همسر و فرزندان (در دوران کودکی) فرد ایثارگر، بارها مورد آسیب دست و زبان وی قرار گرفته بود. برای مثال در یک مورد همسر ایثارگر بیان کرد: " من را تهدید به پرت کردن از پنجره کرد که هنگامی بود که پسرم کوچک بود و می‌دید و دچار ترس و وحشت می‌شد. یکبار هم پسرم را تهدید به کشتن کرد". فرد ایثارگر علاوه بر آسیب‌های روانی به فرزندان و همسر خود، آسیب‌های مستقیم جسمانی به خود نیز زده بود. کتک و خشونت مکرر، شکستن و پرتاب کردن اشیا از جمله این موارد بود. همسر یکی دیگر از جانبازان بیان کرد که " یکبار دندان مرا شکست و یکبار با سوئیچ ماشین روی ابروی مرا سوراخ کرد".

از دیگر مشکلاتی که برای ایثارگران اعصاب و روان ذکر شد وجود درمان‌های دارویی نامناسب است. درمان‌های دارویی معمولا فرد را منفعل، حواس پرت و گوشه‌گیر می‌کرد. این سبب می‌شد فرد نتواند کوچکترین نقش موثری که در توان دارد را نیز در خانواده بازی کند. همسر یکی از ایثارگران بیان می‌کرد: " وقتی دارو مصرف می‌کنه نمی‌تونه کارکنه ... کار نکنه چه جوری تامین کنیم ..." همسر فرد دیگر ابراز کرد: "دارو مصرف می‌کرد یه مدت ...، اصلا حواس پرت، انگار عقب افتاده یه آدم خیلی مریض بود".

یکی دیگر از مشکلاتی که ذکر شد مصرف مواد و اعتیاد فرد جانباز اعصاب و روان بود. اگرچه این مورد را فقط یکی از مصاحبه‌شوندگان ابراز کرد اما در مصاحبه مشخص شد از سوی پزشک گفته‌شده این به دلیل شرایط فرد است و تقریبا از نظر پزشک معالج توجیه شده بوده است. و از سوی دیگر این خانواده هزینه‌های زیادی از جنبه‌های گوناگون (روانی و اقتصادی) به دلیل مصرف مواد پرداخت می‌کنند.

چالش‌های توانبخشی روانی و اجتماعی ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها از نظر همسایگان ایثارگران در مجموع فقط مصاحبه‌گران موفق شدند با سه فرد از همسایگان سه جانباز مصاحبه کنند. تحلیل محتوای مصاحبه انجام گرفته به صورت یک جدول شامل مشکلات همسایه‌های ایثارگران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و راهکارهای پیشنهادی برای رفع آن نوشته شد. تعداد اندک مصاحبه‌های انجام شده یا به علت عدم تمایل خانواده جانباز بود و یا اینکه همسایه‌ها اصلا ایشان را نمی‌شناختند و در یک مورد خانه‌ای در اطراف منزل ایثارگر وجود نداشت.

چالش‌های همسایه‌های خانواده ایثارگران اعصاب و روان و راهکارهای پیشنهادی ایشان به منظور حل مشکلات ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و خانواده‌های آن‌ها

نتایج بدست آمده در خصوص چالش‌های همسایه‌های خانواده ایثارگران اعصاب و روان و راهکارهایی که به نظرشان می‌رسد را نشان می‌دهد. همسایه‌ی یکی از جانبازان با حضور یکی از اعضای خانواده جانباز وقت دادند. به نظر می‌رسید خانم همسایه به دلیل نگرانی ذهنی سئوالات را به صورت مختصر و رفع تکلیفی پاسخ دادند.

همسایه یکی از جانبازان که خود در خانواده‌اش جانباز داشت، جانبازان و ایثارگران را افتخار ایران می‌دانست. وجود مشکلات را انکار نکرده اما بیان می‌کرد فرد ایثارگر در همسایگی ایشان مشکلی برای افرادی غیر از خانواده خودش تا بحال ایجاد نکرده است. وی بیان می‌کرد حمایت ما از این فرد به صورت درک شرایط ایشان است. به عقیده وی همسایه‌ها " همین که درکشان می‌کنند خودش خیلی مهم است، اینکه رعایتشان می‌کنند، می‌توانند بفهمند این افراد جانباز هستند، دست خودشون نیست" اهمیت

دارد.همسایه یکی دیگر از جانبازان نیز در خانواده‌اش جانباز داشت. وی معتقد بود مهم است که مردم فرد جانباز را تشویق کنند و به او روحیه دهند. همچنین رسیدگی به جانبازان و ایثارگران را وظیفه دولت می‌دانست.

همسایه یکی دیگر از جانبازان که حاضر به مصاحبه شد خیلی مختصر و کوتاه جواب داد. مصاحبه‌گر احساس کرد به دلیل اینکه خانواده ایثارگر افرادی بودند که دعوا زیاد می‌کردند، شاید به نوعی نگران دردسرهای بعدی بود که حاضر به مصاحبه دقیق نشد. وی به طور مختصر اشاره کرد مشکل موجود دعواهای مکرر خانواده جانباز است که وقتی فرد ایثارگر در خانواده وجود دارد اتفاق می‌افتد و صداهای ناشی از آن برای همسایگان هم ایجاد مزاحمت می‌کند. وی همراهی خودش با این خانواده را کنار آمدن با تاخیر در پرداخت اجاره بیان کرد: "دیگه کمک بیشتر که الان چند ماه هست اجاره ندادن و من حرفی نزدم".

نظر ایثارگران و اعضای خانواده ایثارگران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در مورد معنویت
نتایج بدست آمده در خصوص نظر ایثارگران و خانواده ایثارگران در مورد معنویت را نشان می‌دهد. برخی از ایشان معنویت را درک نمی‌کردند و آن را با شعائر مذهبی یکی می‌دانستند. بر این اساس بیشتر افراد تلاش می‌کردند واجبات فردی را انجام دهند اگرچه، در مواردی بیان می‌کردند که اعتقاداتشان نسبت به قبل کم شده است.
برخی از مصاحبه‌شوندگان نیز معنویت را درک نکرده و آن را با پذیرش سیاست‌های نظام جمهوری اسلامی و موافقت با آن یکی می‌دانستند. در دو مورد افراد اشاره کردند که فقط به سبب اعتقادات معنوی که دارند توانسته‌اند شرایط بسیار سخت زندگی با یک ایثارگر اعصاب و روان را مدیریت کنند. برای مثال همسر یکی از جانبازان بیان کرد: "خودم خیلی خودمو تقویت می‌کنم می‌گم بالاخره این دنیا زود گذره می‌گذره، اینور اگه ندیدیم شاید خدا اونور جوابشو بهمون داد". ایثارگری حمایت دینی معنوی از اجتماع کوچک اطراف خود را در زندگی‌اش بسیار مفید می‌دانست و به دلیل حمایت موجود در محله حتی حاضر به تغییر محل سکونت خود نبود "چون اینجا مسجد نزدیکمون هستش ما با تعدادی از نمازگذاران مسجد بسیج اینجا هستیم، آدمایی که چند ساله می‌شناسم می‌رن مسجد، احساس آرامش می‌کنم وقتی مسجد می‌رم".

شرکت‌کننده‌ای به عشق و ایمان وسیع به دوستان شهید شده‌اش اشاره کرد. او در این عشق معنا را یافته بود و برای آرامش و حل مشکلات به آن متوسل می‌شد "ایشون منو هدایت می‌کنه. من خیلی ارادت دارم به ابراهیم هادی، حتی اربعین من به عشق این پیاده رفتم. عکساشو بردم صحن حضرت ابوالفضل امام حسین زدم، عکسای بزرگی داشتم ازش، تو همایشاش می‌رم همیشه".

اما از سویی دیگر به نظر می‌رسید مشکلات موجود سبب شده افراد در اعتقادات خود سست شوند. یکی از ایثارگران بیان کرد: "من اعتقاداتی که اون زمان داشتم الان ندارم من داوطلبانه رفتم با دل و جان جنگیدم به خاطر کشورم مردمم وغیرتم. ولی الان کی داره با غیرت و وجدان کار میکنه این همه دزدی این همه دروغ و پولشویی و به اسم جامعه اسلامی ببینید چه بلایی داره سر مردم میاد. گرونی و فقر و ...". یکی از فرزندان ایثارگران نیز به سست شدن اعتقاد خود اشاره کرد: "ولی واقعا می‌گم من کسی هستم به این چیز، به این جنگ و به این دین اصلا اعتقاد ندارم، من قبلا خیلی اعتقاد داشتم، ولی اصلا اعتقادم از بین رفته. حضرت علی می‌گه، فقر که از در بیاد تو، ایمان از پنجره می‌ره". همسر یکی از ایثارگران نیز بیان کرد: "از لحاظ اعتقادات مذهبی متوسط هستیم. من و پسرم اهل واجبات هستیم. اما همسرم و خانواده ایشان به خصوص یکی از برادرانشان خیلی مذهبی هستن. پدر شوهرم هم معمم بود اما من احساس می‌کنم اعتقادات همسرم نسبت به قبل خیلی کمتر شده و سست شدند". حتی همسر یکی از ایثارگران ادامه زندگی با ایثارگر و جدا نشدن از همسرش را بی معنا می‌دانست و معتقد بود که اشتباه کرده است: " چرا من وایسادم؟ چرا من باید... اشتباه کردم من، بچه بودم ازدواج کردم، خب حالا چهارتا بچه هم دارم. می‌خواستم گفتم اینا حالا پدر ندارن لا اقل مادر داشته باشن، الان پشیمونم، الان می‌گم من جوونیمو برا چی به باد دادم".

بحث و نتیجه‌گیری

این بسته آموزشی ابزاری برای ظرفیت‌سازی و کمک به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، ارائه‌دهندگان خدمت در حوزه مراقبت از جانبازان اعصاب و روان، همچنین خود این افراد و خانواده‌هایشان در ایران است که هدف نهایی و کاربردی آن ارائه مراقبت موثر، مراجع‌محور، جامعه‌محور و به روز در بحث توانبخشی روانی اجتماعی است. در این بخش به ترتیب اهداف و پرسش‌های پژوهش به بحث و نتیجه‌گیری در یافته‌ها پرداخته می‌شود.

الف- در بحث اهداف ۱ و ۲ و بررسی نیازها و چالش‌های پاسخگویی به آن‌ها در حوزه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی این جانبازان یافته‌ها نشان می‌دهد که: سیاست‌گذاران، خبرگان و مدیران معتقد بودند قوانین، سیاست و راهبردهای مناسب در ارتباط با جانبازان اعصاب و روان وجود ندارد، نگاه نابرابر به آن‌ها و نبود عدالت در خدمات از جمله نیاز به بودجه و حمایتی که پاسخگوی خدمات و فقر بیماران اعصاب و روان باشد دیده می‌شود. نیاز به بانک اطلاعات در مورد اهداف حمایتی گروه، نیاز به درک جانبازان و نگرش توانبخشی روانی در بین مسئولین کشور و توجه به ارائه خدمات در جامعه و در دسترس آن‌ها، توجه به ارزش‌های والای دینی، معنوی، انسانی و وجودی فرد ایثارگر اعصاب و روان و نیاز به فرد مسئولی که پاسخگوی چنین مواردی باشد و حرمت و ارزش جانباز را رعایت نماید از دیگر نیازهای مطرح شده توسط سیاست‌گذاران، مدیران و بسیاری از آزمودنی‌ها بود. نیاز به وجود سیستم ارجاع و ساختارهای مناسب سلامت موجب فرصت‌های نابرابر در اشتغال و دیگر موارد شده، عدم تربیت نیروی انسانی متخصص برای ارائه خدمات در جامعه و توانبخشی روانی اجتماعی بویژه در خدمات مددکاری، کاردرمانی، و مراقبت در خانه که رایگان و ارزان بوده یا مورد قبول بیمه‌ها باشد از چالش‌های مطرح شده دیگر بود. چنین نیازهای ابتدایی که همراه چالش‌های بسیاری باشد نباید ویژه این مطالعه یا در بخش مراقبت‌ها و خدمات سلامت روان بنیاد شهید تلقی شود بلکه در پژوهش‌ها و تجارب گوناگونی در کشورهای در حال توسعه و پیشرفته‌ای از یک طرف و در ایران در سایر بخش‌های سلامت روان و توانبخشی نیز گزارش و تایید شده است. در نیازسنجی و ارزیابی اولیه برای ارجاع افرادی که به توانبخشی نیازمندند؛ دیده شد که به این موارد تاکید شده است: اینکه برای بستری جانباز از قبل باید نیاز او در خانه و خانواده، مراقبت پس از ترخیص تا مستقل شدن، مشکلات ناشی از سالمندی، زوال عقل، زندان، مراکز نگهداری و موارد مشابه، در نظر گرفته شود. همچنین برای معلولین و بویژه جانبازان ناشی از جنگ نیاز به مراقبت‌های جایگزین و تدابیر و تجهیزات ویژه برای مراقبت در خانه است؛ بویژه بیماران با وخامت حال و در بحران جسمی یا روانی در خانه باید در اولویت مراقبت‌ها قرار بگیرند. باید در یک الگوی مراقبتی موثر توجه به بیماری‌های جسمی یا مزمن و در مواردی نظیر اعتیاد به مواد و حتی امکانات تزریق، مراقبت‌های دهان و دندان و وجود علایم PTSD و فقری که ناشی از این موارد است و یا این موارد را تشدید می‌کند،، قرار بگیرد. محرومیت جانبازان از یک برنامه فردی و گروهی آموزش مهارت‌ها، خدمات مشاوره فردی و خانواده، غربالگری آسیب‌ها و اختلال‌ها، و مداخلات پیش از بروز آسیب در بیشتر موارد روشن است. نیاز به مشارکت موثر ایثارگران و خانواده‌ها و دیگر ذینفعان در برنامه‌ریزی، پاسخگویی و کاهش آلام دیگران نیز در یافته‌های گوناگون دیده شده است. حمایت‌های کارآفرینی، شغلی، تفریحی و حرکتی با هدف توانبخشی روان در خانه و جامعه با بکارگیری توان فیزیکی، روانی، مهارتی و انگیزشی معلولین، ایثارگر یا خانواده‌اش بویژه در قالب کار، اشتغال، فعالیت فیزیکی، و حمایت اقتصادی دیده شده که برای کمک به کاهش معلولیت روانی و فقر اقتصادی مطرح شده است.

ب- در هدف و سوال سوم پژوهش اینکه کدام راهنمای مداخلاتی و مراقبتی می‌تواند پاسخگوی برنامه‌ریزی برای دستیابی به حل این چالش‌ها باشد؟ عمده‌ترین یافته مصاحبه این بود که سند سیاست، برنامه راهبردی، برنامه‌های عملیاتی، ضوابط و قوانین و دستورالعمل‌ها در بخش‌های گوناگون بنیاد و در رابطه با جانبازان اعصاب و روان و ارائه خدمات به آن‌ها با کاستی‌هایی مواجه است. در این موارد تحقیقات و راهنماهای مداخلاتی گوناگون نشان داده است که اکتفا کردن به تنها راهنمای بالینی و مدیریتی نمی‌تواند کمک‌کننده باشد و نیاز به سیاست، راهبرد، برنامه و دیگر الزامات اولیه برای تحول در

نظام سلامت و سلامت روان است. با این یافته برنامه‌ها، متون آموزشی و راهنماهای بسیاری مورد مطالعه قرار گرفت و با بهره‌گیری از ویژگی‌های مرتبط با شرایط موجود در بنیاد تدوین متون آموزشی و راهنماهای ترکیبی تکمیلی با الگوی ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت و نیز توسط انستیتوی ملی سلامت و مراقبت ممتاز در کشور انگلستان در دسترس بود (The National Institute for Health and Care Excellence: NICE) در سه نسخه ویژه سیاست‌گذاران و مدیران، ویژه ارائه‌دهندگان خدمات بنام "مدیریت مورد" و ویژه سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای خدمات مراقبتی توانبخشی روانی اجتماعی به جانبازان اعصاب و روان نگارش یافت (هر سه متن آموزشی و دو نسخه نمونه‌های ترجمه شده از نایس پیوست گزارش آمده است).

از آنجا که دیگر پرسش‌ها و اهداف پژوهش آموزشی است در متون آموزشی و راهنماها پاسخ داده شده و به منظور کوتاهی گزارش از ارائه تکراری آن خودداری می‌شود.

محدودیت‌های مطالعه

این پژوهش با محدودیت‌های گوناگون روبرو بود: نمونه و جامعه مورد مطالعه محدود بود، در نمونه مورد مطالعه از جامعه بیرون بخش اعصاب و روان بنیاد افراد کمی حضور داشتند و لذا منابع کشور در جهت توانبخشی جانبازان کمتر مورد مطالعه قرار گرفت؛ پیش‌بینی اولیه در پروپوزال جهت تدوین سیاست و برنامه صورت نگرفته بود و لذا تدوین راهنماها بدون برنامه توانبخشی جامعه‌محور با مشکلات و محدودیت‌ها مواجه شد؛ روش مطالعه کیفی بود و تعمیم آن نیازمند احتیاط در همه جوانب بود؛ امکان مشارکت جانبازان مبتلا به بیماری اعصاب و روان در تدوین و نهایی کردن راهنماها فراهم نشد.

پیشنهادات اجرایی

کمبود پژوهش در مشکلات گوناگون مراقبت موثر و با کیفیت توانبخشی روانی اجتماعی جامعه‌محور نیازمند پژوهش‌های کاربردی در نظام سلامت بویژه پژوهش‌های نظام سلامت (health system research: HSR) است.

۱- ارتقای راهنماها و برنامه راهبردی و عملیاتی توانبخشی روانی اجتماعی جامعه‌محور نیز ضرورت دیگری است. در کمبود بودجه و هزینه‌های گزاف درمان، پژوهش‌های هزینه- اثر و هزینه- فایده الزامی است.

۲- برای داشتن تعادل بین کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایت‌مندی خدمت‌گیرنده، چه زمانی و در مورد چه افرادی باید برنامه مراقبت در منزل، بیمارستان، مراکز توانبخشی روزانه یا دایم را برقرار نمود؟

۳- مراقبت در خانه و جامعه در چه زمانی و برای کدام خدمت و توسط چه متخصص یا کارشناسی و با چه درجه‌ای از دانش و مهارت ارائه گردد؟

۴- به هنگام فوریت‌های خانوادگی و اجتماعی و یا هر بحرانی کدام مراقبت موثر و ایمن می‌تواند کمترین هزینه و بیشترین خدمت را که نه‌تنها سلامت و ایمنی بلکه ارزش‌های گوناگون و بویژه معنوی بهره‌گیرنده از خدمات را شامل می‌شود، تامین کند؟

۵- موارد پیچیده‌ای چون مصرف مواد و الکل، آزار جنسی، بی وفایی به همسر، دمانس، و موارد مشابه با کدامیک از نظام‌های خدماتی موجود بهترین مراقبت را دریافت خواهند کرد و طراحی برنامه درازمدت چگونه است؟

۶- مراقبت توانبخشی و توانمندسازی جامعه‌محور از مراقبت در منزل گرفته تا مددکاری، پرستاری، مشاوره و روان‌درمانی و حمایت در مراکز روزانه و برنامه‌های تفریحی؛ در هر فردی برای چه مدتی ادامه یابد تا هزینه- اثر آن برای سازمان یا بیمه و دولت قابل تامین باشد؟

۷- تعادل مراقبت‌ها در ادغام برنامه توانبخشی روانی اجتماعی با خدمات سنتی و جاری درمانی کجاست؟

۸- گرچه ارزش‌های دینی معنوی جامعه ما همراه با قداست بالاست، ولی آمیختگی آن با مبانی دین‌داری سنتی موجب شده ارائه آن توسط جامعه دینی و روحانی نتواند پاسخگوی نیاز معنوی بسیاری از جانبازان باشد. در این راستا چگونه می‌توان مشاوره، آموزش و حمایت موثری برای جانبازان ارائه داد؟

۹- راهنماهای آتی باید نیازهای برآمده از این نظام نوین توانبخشی روانی اجتماعی را پاسخگو باشد. نوآوری، شناسایی فرصت‌ها و موانع، خلاصه کردن پیشرفت‌های احتمالی حاصل از تکنولوژی و نوآوری، رویکرد یکپارچه، برجسته کردن پیشرفت در طول زمان، برجسته کردن داده‌ها برای پیشرفت در توسعه پایدار، برجسته کردن شاخص‌های اندازه‌گیری در توانبخشی روانی اجتماعی چگونه باید باشد؟

۱۰- برای پیشنهاد دادن نیازهای آتی، ساخت سرمایه اجتماعی در نظام سلامت روان و توانبخشی، و اینکه جانباز و نظام سلامت و مراقبت برای او چگونه می‌تواند ارزش اجتماعی را بین سازمان‌ها و جوامع توسعه دهد؛ از جمله دیگر موارد و پرسش‌هایی است که راهنماهای مبتنی بر پژوهش‌های آتی باید پاسخگو باشند.