

نقد و ارزیابی محتواهای سلامت اجتماعی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تهیه شده در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بنفشه آل یاران^۱، زهرا دلاوری^۲، فاطمه فیاض^۳، حامد مصلحی^{۴*}

۱- دانشجوی دوره دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۳- استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۴- دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

*نویسنده رابط: H.MOSLEHI@HEALTH.GOV.IR

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۶

چکیده

زمینه و هدف: سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای بهزیستی اجتماعی و عامل موثر در ارتقای کیفیت زندگی هر جامعه‌ای است. در کشور ایران، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وظیفه اصلی برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت و ارزشیابی برنامه‌های سلامت اجتماعی را عهده‌دار است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، نقد و ارزیابی محتواهای ارائه شده، در راستای بازنگری متون حاضر بود. روش کار: روش استفاده شده جهت نیل به هدف مذکور، روش پژوهش و اسازی می‌باشد. محیط پژوهشی مطالعه حاضر، تمامی محتواهای حوزه سلامت اجتماعی ارائه شده توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بود که جهت دستیابی به داده‌های دقیق، کل جامعه آماری به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شد.

نتایج: به طور کلی، نتایج حاصل از پژوهش نقد بر غربال نامناسب، متناسب سازی فرهنگی، تک بعد نگری، متناسب سازی نقش و مسئولیت، ارجحیت درمان بر پیشگیری، بهنگام سازی، جامعیت و کفایت مطالب بنیادی و جامعیت و کفایت پیشنهادات کاربردی را روشن می‌سازد. نتیجه‌گیری: از نتایج پژوهش حاضر چنین استنباط می‌شود که بازنگری در محتواهای حوزه سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، در زمینه‌های سیر ارائه خدمات و محتوای مطالب نگاشته شده، ضروری است. واژگان کلیدی: نقد و ارزیابی، سلامت اجتماعی، نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، روش پژوهش و اسازی

مقدمه

(WHO)، سلامت، رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و صرفاً به معنای فقدان بیماری یا معلولیت نیست (۲). بنابراین در سال ۱۹۴۸، سازمان جهانی بهداشت، سلامت اجتماعی را به‌عنوان یکی از مولفه‌های اصلی سلامت فرد معرفی کرد. سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای بهزیستی اجتماعی و عامل موثر در ارتقای کیفیت زندگی هر جامعه‌ای است و بهزیستن و خوب نگرستن به زندگی و

سلامت، به عنوان حق اساسی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. تمامی کشورها نیز از این حق به‌عنوان اساسی‌ترین حق مردم کشور خود نام برده‌اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقای آن را جزء مهمترین تلاش‌های روزمره‌شان محسوب نموده‌اند. در جمهوری اسلامی ایران نیز سلامت به‌عنوان یک حق، در قانون اساسی شناخته شده است (۱). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی

وقوع می‌پیوندد و عموماً میان افرادی رخ می‌دهد که به سبب صمیمیت و ارتباط خونی یا قانونی به هم گره خورده‌اند (۱۳) که مواردی همچون همسرآزاری، کودک آزاری و سالمند آزاری را شامل می‌شود. خشونت نسبت به همسر به عنوان هر رفتار خشونت آمیز یا پرخاشگرانه که در یک رابطه ی نزدیک بین شرکای صمیمی سابق یا فعلی رخ می‌دهد، از جمله صدمات و آسیب‌های جسمی، روانشناختی و جنسی که شدت و فراوانی آن متفاوت است، تعریف می‌شود (۱۴، ۱۵، ۱۶). خشونت نسبت به همسر فقط توسط مردان اعمال نمی‌شود بلکه زنان هم نسبت به مردان رفتار خشونت‌آمیز نشان می‌دهند. بنابراین عاملان یا قربانیان خشونت نسبت به همسر، ممکن است از هر جنسیتی باشند؛ اگرچه بیشتر قربانیان، زن و بیشتر عاملان آن، مردان هستند (۱۷).

درگیری‌ها و نزاع‌های بین زوجین، تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت جسمانی و روانشناختی قربانیان گذاشته و عواقب منفی آن از مرزهای شخصی فراتر رفته و کودکان و نظام خانواده را تا چندین نسل تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). بسیاری از محققین بر این باورند که خشونت زناشویی، ناشی از ترکیبی از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی است (۱۹). گزارش‌ها حاکی از آن است که همسر آزاری، رویدادی گسترده و معمول در سراسر جهان می‌باشد (۲۰، ۱۴). اگرچه آمار دقیق ملی از میزان و شیوع همسرآزاری در ایران به ثبت نرسیده است، اما توجه به یافته‌های پژوهش‌های همه گیر شناسی (اپیدمیولوژی) که در طی سالیان اخیر اجرا شده‌است، شیوع بالای همسرآزاری را در کشور نمایان می‌سازد. به‌طورمثال، کشاورز محمدیان، دماری، مهربان و شکبیا (۱۴۰۱)، شیوع کلی همسرآزاری در دوران بارداری را ۷۱/۳٪ اعلام کرده‌اند که در این میان، شایع‌ترین شکل خشونت، مربوط به خشونت عاطفی با میانگین ۶۹/۵٪ و پس از آن به ترتیب، خشونت جسمی و جنسی با میانگین ۳۲/۲٪ و ۱۵/۱٪ گزارش شده‌است (۲۱). همچنین، کردی و همکاران (۱۳۹۸)، خشونت جسمی و روانی علیه زنان مراجعه‌کننده به سازمان

معیشت جمعی را برای فرد فراهم می‌کند (۳). همچنین سلامت اجتماعی، نقش مهمی در حصول اطمینان از پویایی و کارایی هر جامعه ایفا می‌کند (۴). در این راستا، دماری، امامی رضوی و حاجبی در پژوهشی کیفی متمرکز بر بررسی متون و نظرات خبرگان، تحت عنوان رفتارهای اجتماعی مطلوب، ضرورت ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان، ضمن شناسایی رفتارهای اجتماعی مطلوب به ضرورت تغییر سبک زندگی در راستای به‌کارگیری این رفتارها و در نتیجه، ارتقای سلامت اجتماعی مردم ایران، متذکر شدند (۵).

بنابه تعریف لارسون (۱۹۹۶)، سلامت اجتماعی گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی عضو آن، می‌باشد (۶). بنابراین سلامت اجتماعی را می‌توان به‌عنوان ارزیابی یک فرد از روابط اجتماعی خود، نحوه واکنش دیگران به آنها و نحوه تعامل آنها با نهادهای اجتماعی و جامعه تعریف کرد (۷، ۸). کیز، ۵ شاخص اساسی را برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده‌است: پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی و انطباق اجتماعی (۹). سلامت اجتماعی مفهومی چندبعدی و پیچیده است که در دو بعد خرد و کلان، قابل بررسی است. منظور از سلامت اجتماعی در سطح خرد، کمیت و کیفیت تعامل افراد و در بعد کلان، منظور همان جامعه سالم است که در آن شاخص‌هایی همچون کاهش فقر، مبارزه با جرم، کاهش آلودگی‌های زیست محیطی و آموزش برای جامعه مطرح است (۱۰). در ایران نیز ۷ شاخص سلامت اجتماعی معرفی شده است که عبارتند از: فقدان فقر، فقدان خشونت، رشد کنترل‌شده جمعیت، آموزش رایگان، توزیع عادلانه درآمدها، پوشش همگانی بیمه و نبود بیکاری (۱۱).

از جمله آسیب‌های اجتماعی مهم در حیطه خرد، خشونت می‌باشد. خشونت در روابط انسانی، مشکل اساسی و دیرینه‌ای است که فضای خانه و محیط خانواده یکی از بسترهای اصلی آن است (۱۲). خشونت خانوادگی به خشونتی اطلاق می‌شود که در محیط خصوصی خانواده به

آزارجنسی، ۲۲/۶٪ آزارجنسی و ۳۶/۳٪ آزار عاطفی است (۳۱).

علاوه بر آسیب‌های اجتماعی که در حیطه کلان سلامت اجتماعی قابل بررسی است، سلامت اجتماعی در سطح خرد و فردی را می‌توان در دو جنبه سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی بررسی کرد (۳۲). سازگاری اجتماعی به رضایت ذهنی از روابط یا اجرای نقش‌های اجتماعی اشاره دارد و منظور از حمایت اجتماعی، کیفیت و تعداد افرادی که یک فرد به آنها اعتماد دارد، می‌تواند به آنها تکیه کند و همچنین به میزان اهمیت دادن به دیگران و جامعه اشاره دارد (۸). بنابراین حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مولفه‌های اصلی سلامت اجتماعی محسوب شده و به انواع عاطفی (احساس دریافت همدلی، توجه و علاقه از جانب دیگران در هنگام نیاز)، ابزاری (دریافت کمک‌های مادی، عینی و واقعی از دیگران) و حمایت اطلاعاتی (بدست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعاملات اجتماعی با دیگران) قابل تقسیم است (۳۳). همچنین حمایت اجتماعی در دو بعد حمایت اجتماعی ادراک شده و حمایت اجتماعی دریافتی قابل ارزیابی است (۳۴). حمایت اجتماعی ادراک شده به ارزیابی شناختی ارتباط با دیگران اشاره دارد درحالی که حمایت اجتماعی دریافتی شده به عنوان رفتارها و اقدامات خاصی تعریف می‌شود که نمود واضحی از وجود حمایت است (۳۵).

حمایت اجتماعی یکی از منابع اجتماعی برای مقابله با رویدادهای استرس‌زای زندگی محسوب شده و به عنوان یک عامل محافظتی در برابر مشکلات سلامت جسمی و روانی متعاقب رویدادهای منفی زندگی در نظر گرفته می‌شود (۳۶-۳۸). در حقیقت وقتی افراد با بحران‌های زندگی مواجه می‌شوند، در مرحله اول ارزیابی می‌کنند که آیا عوامل بالقوه استرس‌زا برای خود و افراد مهم زندگی، مهم است یا خیر و اگر رویداد تهدیدآمیز تلقی شود، فرآیند ارزیابی ثانویه آغاز می‌شود که در طی آن افراد منابع روانشناختی (مثل عزت نفس، خوشبینی، خودکنترلی و غیره)، منابع شخصی (همچون درآمد، تحصیلات و موقعیت حرفه‌ای) و منابع اجتماعی

پزشکی قانونی شهر اهواز در طی سالهای ۱۳۹۵ الی ۱۳۹۶ را به ترتیب، ۷۳/۱ و ۲۶/۹٪ اعلام کردند (۲۲).

یکی دیگر از اشکال خشونت خانگی که از جمله آسیب‌های مهم اجتماعی به‌شمار می‌رود، کودک‌آزاری است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، بد رفتاری در دوران کودکی، سوءاستفاده یا غفلت در برابر فرد زیر ۱۸ سال است که منجر به آسیب واقعی یا احتمالی به سلامت کودک، بقا، رشد، پیشرفت و عزت نفس کودک شود (۲۳). در حقیقت بد رفتاری در دوران کودکی به‌عنوان مسئله‌ای جهانی، اجتماعی، قانونی، حقوق بشر و همچنین یک موضوع عمیق سلامت عمومی است که شامل آزارجنسی، عاطفی، جنسی و غفلت و بی‌توجهی در مراقبت کودک و همچنین سوءاستفاده جنسی تجاری و قاچاق خردسالان می‌باشد (۲۴). کودکان به دلایل مختلف از جمله سن کم و نداشتن مهارت‌های کافی، همواره آسیب‌پذیرترین قشر جامعه هستند. بنابراین قادر به محافظت از خود نبوده و نیاز به حمایت بزرگسالان و بخصوص والدین خود دارند و در صورت عدم کفایت و ناشایستگی والدین، مسائل و مشکلاتی از جمله کودک‌آزاری رخ می‌دهد (۲۵).

وقایع خشونت‌آمیز و آسیب‌زا در دوران کودکی، عواقب عمده‌ای بر سلامت جسمی و روانی داشته و منجر به آسیب‌های آنی و طولانی‌مدت بر کودک می‌شود (۲۳). علاوه بر آسیب‌های جسمانی که در نتیجه بد رفتاری فیزیکی با کودک ایجاد می‌شود (۲۶)، نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای روان‌شناختی عدیده‌ای بر افراد قربانی بد رفتاری در دوران کودکی است که از جمله آن می‌توان به پرخاشگری، اضطراب، افسردگی (۲۷)، علائم اختلال فشار روانی پس از آسیب (۲۸، ۲۹)، تعارضات و مشکلات بین فردی (۳۰) اشاره کرد. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بد رفتاری با کودک، ۲۵ تا ۵۰٪ از کودکان در سراسر جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۳). همچنین نتایج یک فراتحلیل حاکی از آن است که شیوع جهانی بد رفتاری در دوران کودکی (تجربه قبل از ۱۸ سالگی) ۱۲/۷٪

کشور، فرهنگ ایرانی اسلامی است و همچنین با توجه به اینکه دین اسلام به سلامتی در ابعاد مختلف و داشتن سبک زندگی سالم توصیه نموده است (۴۷) و پژوهش‌های مختلف نقش تعهد دینی و فرهنگ اسلامی بر جنبه‌های مختلف سلامت را تایید کرده‌اند (۵۲-۴۸)، بنابراین توجه به این مهم، گام ارزشمندی در راستای ارتقای سلامت اجتماعی خواهد بود. علاوه بر این با توجه به لزوم کاربردی و مکفی بودن محتوای ارائه شده متناسب با شرایط و مسائل عصر حاضر، به روز بودن مطالب هم از بعد علمی و هم از بعد فرهنگی و اجتماعی حائز اهمیت است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، نقد و ارزیابی محتواهای ارائه شده در زمینه سلامت اجتماعی، توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، در راستای بازنگری متون حاضر می‌باشد.

روش کار

با توجه به اینکه هدف از پژوهش حاضر، نقد محتوای سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور می‌باشد، روش استفاده شده جهت نیل به هدف مذکور، روش پژوهش واسازی می‌باشد. واسازی روشی برای تحلیل انتقادی است که متضمن شیوه‌هایی از مطالعه‌ی متن بوده که با فرض مراکز اقتدار، در پی مرکز زدایی و افشای چهره مداوم دگرگون قدرت و ایدئولوژی درون متن مذکور است. دریدا (۲۰۰۴) متذکر می‌شود که واسازی، اساساً یک روش مشخص قابل تعریف نیست؛ بلکه فرآیندی است در حال اجرا که روزانه در قبال همه آنچه که در اطراف افراد وجود دارد، رخ می‌دهد. به عبارت دیگر، در واسازی دلالت مفروضات همیشگی، اصول ثابت و فضای غالب و طرح بنیادین متن، بی‌اثر شده تا از این طریق، وجوه دیگر آن آشکار شود (۵۳). ذکر این نکته ضروری است که این روش صرفاً درصد تهدید ساختارها و شکستن مبانی حوزه‌های مورد مطالعه نیست؛ بلکه نوعی تفکیک و بازگرداندن عمارت پژوهشی به مصالح اولیه و ارائه‌ی ساختی نوین با بازنگری عمیق و نقادانه براساس درک صحیح، در اوج تردید و رها شده از شرایط تاریخی و حاکم

(حمایت اجتماعی، تاب‌آوری خانواده و غیره) را ارزیابی می‌کند (۳۹).

هرساله میلیون‌ها نفر تحت تاثیر بلایای ناشی از مخاطرات طبیعی و فعالیت‌های انسانی قرار می‌گیرند و شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد بلایا می‌توانند منجر به طیف وسیعی از مشکلات سلامت روان همچون اختلال استرس پس از آسیب، افسردگی و اضطراب شوند (۴۴-۴۰). منابع و فرآیندهای روانی و اجتماعی بسیاری وجود دارد که موجب انعطاف‌پذیری و بهبودی موفقیت‌آمیز از بلایا می‌شود که مهمترین آنها عبارتند از: ظرفیت‌های فردی و جمعی، ادراک بازماندگان از حمایت و همچنین تعلق داشتن به یک گروه اجتماعی منسجم (۴۵). به‌طورکل، فرض بر این است که حمایت اجتماعی پس از وقوع بلایا ممکن است پیامدهای منفی ناشی از بلایا را خنثی کند (۴۶).

با توجه به مطالب ارائه شده در زمینه سلامت اجتماعی در سطوح خرد و کلان، اهمیت توجه به آن و تلاش در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی در جامعه به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت، برجسته می‌شود. در کشور ایران، دفتر سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد، تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وظیفه اصلی برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت و ارزشیابی برنامه‌های سلامت اجتماعی را در راستای پیشگیری و درمان آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی در جامعه عهده‌دار است. مروری بر اقدامات سالیان اخیر دفتر سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد، در زمینه سلامت اجتماعی حاکی از تهیه محتواهای آموزشی پیشگیرانه و مداخله‌ای در جهت استفاده کارشناسان سلامت روان، روانشناسان، پزشکان، مراقبان سلامت خانواده و بهورزان در قالب محتواهای کتبی و چندرسانه‌ای می‌باشد. با توجه به اینکه محتواهای ارائه شده، اغلب براساس محتواهای موجود نگاشته و یا ترجمه شده است، بنابراین مبرهن است که بومی سازی مطالب بر مبنای مسائل فرهنگی جامعه اسلامی ایران، مورد توجه قرار نگرفته باشد. با در نظر گرفتن این موضوع که فرهنگ غالب

نتایج

نقدهای وارد شده به محتوای حوزه سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی، سلامت اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، در قالب ۸ مفهوم ارائه شده است:

غربال نامناسب: بر طبق دستورالعمل ابلاغ شده از جانب معاونت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، تمامی مراجعه کنندگان به شبکه بهداشت کشور، مورد غربالگری اولیه قرار خواهند گرفت. بدین منظور لازم است کارشناس مراقب سلامت خانواده و یا بهورز، سوالات فرم غربالگری اختلال روانپزشکی، غربالگری اولیه مصرف الکل، سیگار و مواد و اطلاعات جمعیت شناختی (عوامل خطر مشکلات اجتماعی) را از تک تک اعضای خانوارها سوال کنند.

اولین نقد وارد شده به این فرآیند، بدین شرح است که به نظر می‌رسد استفاده از پرسشنامه و سوالات بسته پاسخ، برای غربال اولیه روش مناسبی نمی‌باشد. برخی از مشکلاتی که در این زمینه وجود دارد می‌توان به پرهیز از بیان حقایق، بخصوص وقتی فرد شاهد وارد شدن اطلاعات گفته شده به سامانه و یا ثبت اطلاعات در پرونده است، اشاره نمود. در این صورت، شاهد افزایش موارد غربال منفی و در نتیجه عدم شناسایی افراد نیازمند خدمات خواهیم بود. همچنین عدم اختصاص زمان کافی برای پاسخ‌دهی به سوالات بدلیل کمبود وقت و تعداد زیاد مراجعین، از دیگر مشکلات مطرح در این زمینه است. به عبارت دیگر، گاهی بدلیل کمبود وقت و زیاد بودن مسئولیت کارشناس، پرسش سریع سوالات فرم غربالگری از مراجعین و عدم ارائه توضیحات کافی، مانعی در راستای صحت اطلاعات دریافتی می‌شود. در حالی که با افزایش تعداد کارشناسان مراقب سلامت خانواده و یا بهورزان در مراکز سلامت و اجرای غربالگری به روش مصاحبه و استفاده از سوالات بازپاسخ، منجر به افزایش دقت و صحت فرایند غربالگری اولیه خواهد شد.

از دیگر نقدهای وارد شده به فرآیند غربال اولیه این است که در راهنمای ارائه خدمات سلامت اجتماعی، عنوان شده است: «غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک، باهیچ ابزاری

بر عرصه پژوهش است. لذا روش پژوهش واسازی، با روحیه‌ی تفکر انتقادی آمیخته است و جرأت و جسارت آن در ایجاد شکاف یا خراشی عمیق در مسلمات و مقبولات یافته‌ها و ارائه‌ی تحلیل نوین و گاه چندبعدی و پیش‌بینی ناپذیر موضوع است. تمایز اصلی روش پژوهش واسازی با سایر روش‌های کیفی در درک عمیق از حوزه‌ی مورد مطالعه به جای توصیف و یا بررسی کمی و حتی کیفی معمول، نفی حقیقت و تقدیس تردید در شرایط پیش‌روی مورد پژوهش و جرات و جسارت نقادی می‌باشد (۵۴).

محیط پژوهشی مطالعه حاضر، تمامی محتوای حوزه سلامت اجتماعی ارائه شده توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور می‌باشد که در قالب ۴۴ فایل متنی ذیل عناوین خلاصه برنامه‌های اداره سلامت اجتماعی، برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث و بلایا، برنامه پیشنهادی مدلی اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی، برنامه ادغام شده پیشگیری و کنترل خشونت خانگی و برنامه پیشنهادی مشاوره روانشناختی در فرزندآوری، در مجموع حدود ۱۵۰۰ صفحه در اختیار پژوهشگران قرار داده شد. که از این میان، ۸ فایل بدلیل متناسب نبودن محتوای ارائه شده با هدف پژوهش، از بررسی خارج گردید. بجز محتوای اختصاصی حوزه سلامت اجتماعی، ۸ فایل محتوای مشترک سه حوزه سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد نیز در اختیار پژوهشگران قرار داده شد که در مجموع حدوداً ۳۴۰ صفحه از ۴ فایل، مرتبط با حوزه سلامت اجتماعی تشخیص داده شد و مورد نقد قرار گرفت. اطلاعات محتوای مورد بررسی، در جدول ۱ ارائه شده است.

لازم به ذکر است که باتوجه به ماهیت و هدف پژوهش و همچنین بدلیل محدود بودن جامعه آماری، از نمونه‌گیری صرف نظر و جهت دستیابی به داده‌های دقیق، کل جامعه آماری به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شده و از حیث علمی، فرهنگی و فرآیندی مورد نقد و ارزیابی قرار گرفت.

راه انداختن، نافرمانی غیر متعارف کودک در برابر همراه، عدم تناسب پختگی عقلانی و هیجانی با سن او و علائمی ناشی از سوء تغذیه و یا کمبود وزن شدید در کودک.

همچنین در قسمت غربالگری همسرآزاری، پوشش سوالات فقط در برگیرنده‌ی خشونت نسبت به زنان است (در فرم، ذکر شده است که فقط از زنان متاهل سوال شود). این درحالی است که همسر آزاری به جز خشونت نسبت به زنان، در برگیرنده‌ی خشونت نسبت به مردان نیز می‌باشد. بنابراین لازم است تغییرات لازم در فرم غربالگری، اعمال شود.

متناسب سازی فرهنگی: شاید بتوان فرهنگ را مجموعه‌ای از هنجارها، ارزش‌ها و قوانینی که در یک جامعه یا گروهی خاص رفتار افراد را هدایت می‌کنند، تعریف نمود. آداب و رسوم و قواعد و قوانینی که از آن در قالب فرهنگ یاد می‌شود نیز محصول انسان‌های آن جامعه یا فرهنگ است، لذا می‌توان این‌گونه بیان کرد که فرهنگ هر جامعه، امتداد شخصیت‌ها یا افراد آن جامعه است. از جمله ویژگی‌های یک محتوای مناسب، جامع و کاربردی توجه به اینگونه ویژگی‌های فرهنگی و بومی است. در واقع متناسب سازی فرهنگی به این معنا است که در تهیه، تنظیم، تدوین و ترجمه یک محتوا، ارزش‌های فرهنگی، هنجارها، آداب و رسوم و سایر تناسبات فرهنگی جامعه با آن محتوا ادغام شود تا هم جامعیت محتوا بالاتر رود و هم مخاطب ارتباط بهتری با آن برقرار کند. ضمن اینکه در صورت ادغام تناسبات فرهنگی در محتوا، اثر گذاری آن محتوا نیز چند برابر خواهد شد.

یکی از نقد های مهم به برخی از محتواهای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت، عدم توجه به متناسب سازی آن محتوا با فرهنگ ایرانی بود. بخش اعظم این محتواها به ارائه اقدامات و راهکار های موثر جهت پیشگیری و درمان در مسائل مختلف اعم از آسیب های اجتماعی، بیماری ها و بلايا پرداخته است. از آنجا که فرهنگ کشور ایران، فرهنگ ایرانی اسلامی است، لذا توجه به راهکارها و اقدامات مذهبی و متناسب با دین اسلام حائز اهمیت به نظر می‌رسد اما این راهکارها و اقدامات در محتواهای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت، کم رنگ است (کتاب‌های حمایت‌های

صورت نمی‌گیرد و صرفا هر نوع شک به بدرفتاری، به‌عنوان غربال اولیه مثبت تلقی می‌شود. بنابراین هیچ سوالی در این زمینه از کودک و یا خانواده، به‌صورت عمومی پرسیده نمی‌شود.) (ص ۱۵۹ بسته آموزشی و راهنمای عمل بهورز در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد). باتوجه به پیامدهای ناگواری که به‌دنبال انواع مختلف کودک‌آزاری محتمل است و با در نظر گرفتن این نکته که همه انواع بدرفتاری لزوما با نمود ظاهری همراه نیست، بنابراین شک به بدرفتاری با کودک در غربال اولیه کافی نبوده و لازم است غربالگری در این مورد، به شیوه دقیق و از طریق منابع مختلف (والدین، خود کودک و سایر اعضای خانواده) صورت پذیرد.

با وجود اینکه محدود بودن تعداد سوالات، اقتضای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه **Primary Health Care (PHC)** است ولی با بررسی فرم غربالگری اولیه عوامل خطر سلامت اجتماعی، در وهله اول، نقد به محدود بودن تعداد سوالات مربوط به غربال همسرآزاری و کودک‌آزاری، مطرح است. همچنین در عوامل خطر سلامت اجتماعی، زیر ۷ سال تا ۱۸ سال، فقط علائم مربوط به بدرفتاری جسمانی که نمود ظاهری (همچون علائم سوختگی، کبودی و یا اثر گازگرفتگی، خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن، عنوان شده است! در این صورت، بدرفتاری‌های جسمانی که در زمان غربالگری، نمود ظاهری از آن وجود ندارد و یا سایر اشکال کودک‌آزاری (عاطفی، جنسی و غفلت عاطفی و جسمی)، از ارزیابی کارشناس، خارج می‌باشد. اگر صرفا شک به بدرفتاری، مطرح است، می‌توان علاوه بر علائم ذکر شده، به سایر علائم ظاهری و روانشناختی نیز توجه نمود. از جمله عدم تناسب پاکیزگی و آراستگی ظاهر کودک و میزان آراستگی ظاهری همراه کودک (متناسب با سطح اقتصادی و اجتماعی)، وجود علائم و نمادهای فرقه‌های انحرافی در جامعه در ظاهر کودک و یا همراه او، واکنش‌های شدید و آسیب‌زای همراه کودک نسبت به کودک، ترس و اضطراب شدید کودک، علائم مربوط، به خلق پایین در کودک، قشوق

روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه ویژه معلمان و مشاوران مدارس، کاردان بهداشت، بهورزان، متخصصین سلامت روان و مدیران بهداشت، کتابچه آموزشی متخصصین بهداشت روان (روانپزشکان و روانشناسان بالینی)، بسته آموزشی مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (ویژه کارکنان سلامت روان، ۱۳۹۵)، برنامه پیشگیری از کودک آزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده، ۱۳۹۷)، کتاب اقدامات تشخیصی و درمانی کودک‌آزاری (ویژه پزشکان عمومی و اورژانس، ۱۴۰۰)، برنامه عملیاتی حمایت اجتماعی در بلایا، بسته آموزشی و راهنمای عمل بهورز (۱۳۹۴)، محتوای آموزشی روانشناختی در ترویج فرزندآوری، دستورالعمل استقرار مدل مداخلاتی سلامت اجتماعی، دستورالعمل مشاوره روانشناختی و تلفنی ویژه کرونا).

به عنوان نمونه در بخشی از محتوای "بسته آموزشی مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (ویژه کارکنان سلامت روان، ۱۳۹۵)" به بیان راهکارها و نکاتی جهت مهار و کنترل خشم پرداخته است؛ به نظر می‌رسد در این قسمت بیان نکات مربوط به اهمیت کنترل خشم و راهکارهای ارائه شده در دین اسلام و همچنین ارائه الگوهای مذهبی در این راستا، ضروری است. به عنوان نمونه‌ای دیگر، در بخشی از محتوای کتاب "حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه (ویژه معلمان و مشاوران مدارس، ۱۳۹۰)" راه‌حل قصه‌گویی را به عنوان راهکار حمایتی روانی- اجتماعی برای دانش‌آموزان در حوادث و بحران‌ها بیان کرده است. با در نظر گرفتن فرهنگ ایرانی- اسلامی مردم ایران، بیان داستان‌های قهرمانان ایرانی و اسلامی و همچنین بیان داستان‌های قرآن و مصائب ائمه و نیز تأسی جسستن به الگوهای موفق ایرانی- اسلامی که شرایط مشابه را داشته‌اند می‌تواند از جمله راهکارهای موثر برای برون رفت از مشکلات به نظر می‌رسد که لازم است در این قسمت بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

در بخشی از محتوای "حمایت‌های روانی- اجتماعی در زلزله و حوادث غیر مترقبه، کتابچه آموزشی متخصصین بهداشت روان (روانپزشکان و روانشناسان بالینی ۱۳۹۰)" به ارائه راهکارهایی جهت تسهیل روند سوگواری بازماندگان حوادث پرداخته شده. استفاده از راهکارهای مذهبی و دینی متناسب با فرهنگ ایرانی- اسلامی همچون برگزاری مراسم هفتم و چهلم، خیرات دادن، تلاوت قرآن و دعا می‌تواند به تسهیل روند سوگواری کمک کند؛ همچنین برای کمک به تسهیل روند سوگ، در بخش بیان جنبه‌های مختلف مرگ و مردن برای بازماندگان، می‌توان از تعاریف دینی برای مرگ استفاده کرد (انتقال از جهان ماده به جهان غیر ماده)؛ به طوری که جای اینگونه تعاریف و راهکارها در این محتوا خالی است. همچنین در نقد "برنامه ارتقا سلامت روانی اجتماعی کادر بهداشت و درمان در شرایط کوید-۱۹" می‌توان بیان کرد به دلیل اینکه کادر درمان بسیار شاهد مرگ همکاران یا بیماران هستند و موضوع مرگ یک پدیده با ابعاد دینی در جامعه ما محسوب می‌شود، استفاده از متخصصین دینی و آشنا با مباحث روانشناختی، کمک کننده خواهد بود. مشابه نقدهای ذکر شده پیرامون عدم ادغام سازی فرهنگ اسلامی در محتوا را می‌توان در "برنامه پیشگیری از کودک آزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده، ۱۳۹۷)"، مشاهده کرد. به عنوان مثال آشنایی با باورهای دینی در خصوص نحوه تعامل با فرزند و احکام مربوط به حقوق فرزندان بر والدین در دین اسلام می‌تواند از جمله عوامل بازدارنده موثر بر کودک‌آزاری باشد که خوب است به آن پرداخته شود.

یکی دیگر از ابعاد توجه به متناسب سازی فرهنگی در محتوا، توجه به بومی سازی مطالب است. بومی سازی مطالب به معنای منطبق کردن محتوا و مطلب با بوم، زبان، فرهنگ، تمدن و آیین آن جامعه است. استفاده از واژگان غیربومی، بیان مطالب ضد فرهنگی، عدم توجه به عوامل فرهنگی جامعه و استناد دهی صرف به پژوهش‌های خارجی، نمونه‌هایی از عدم توجه به بومی سازی محتوا هستند. به عنوان مثال در کتاب "برنامه پیشگیری از کودک آزاری در نظام نوین مراقبت

های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده، ۱۳۹۷)، "ارزیابی کودک آزاری صرفاً بر مبنای یک مدل نظری (مدل فرود) ارائه شده است. در حالی که لازم است ضمن در نظر گرفتن عوامل فرهنگی و بومی در ارزیابی کودک آزاری، جهت نگارش یک کتاب کاربردی، مدل‌های مختلف و نزدیک به فرهنگ ایرانی مطالعه گردد و آنچه در عمل کارسازتر است، ارائه شود. همچنین در صفحات ۲۳ و ۲۵ "بسته آموزشی مداخلات توانمند سازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (ویژه کارکنان سلامت روان، ۱۳۹۵) " مطالعات انجام شده توسط اداره سلامت اجتماعی که نتایج آن در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است، بر مبنای مرور مطالعات داخلی و خارجی است، که اینجا این سوال مطرح می‌گردد که تا چه اندازه نتایج به دست آمده از تحقیقات خارجی قابل استفاده برای آسیب‌های اجتماعی جامعه ایران است؟! نمونه‌های دیگر از عدم توجه به بومی سازی مطالب اعم از استفاده از واژگان نامناسب و غیربومی، عدم توجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه در محتواهای برنامه‌پیشگیری از کودک آزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده، ۱۳۹۷)، بسته آموزشی مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (ویژه کارکنان سلامت روان، ۱۳۹۵)، بسته آموزشی و راهنمای عمل بهروز (۱۳۹۴) و محتوای آموزشی روانشناختی در ترویج فرزند آوری، نیز مشاهده می‌شود. ذکر این نکته ضروری است که اساساً الگوی ارتباطی اسلامی در خصوص روابط والدین و فرزندان، مبتنی بر تساوی دو طرف نیست و رابطه‌ی ولایت پدر و حقوق ویژه‌ی مادر حاکم است؛ نه اینکه این افراد در یک حدود باشند. اگر یک مرتبه بر خشونت علیه کودک تاکید شد، ده مرتبه باید بر ولایت پدر و حقوق ویژه‌ی مادر تاکید شود. درحقیقت مسئله‌ی اساسی این است که رابطه‌ی والدین و فرزندان و همچنین رابطه‌ی همسران در یک الگوی صحیح و متناسبی با ضرورت‌های فرهنگ کشور قرار گیرد. تک بعدی نگری: گرایش به در نظر گرفتن تنها یک جنبه از مسئله مورد بحث و نادیده گرفتن جوانب احتمالی دیگر،

در برخی از محتواهای ارائه شده در حوزه سلامت اجتماعی به چشم می‌خورد. به طور مثال در کتاب "اقدامات تشخیصی و درمانی در کودک آزاری (ویژه پزشکان عمومی و اورژانس، ج ۳، ۱۴۰۰)، عامل کودک‌آزاری را صرفاً از جانب والد و یا سرپرست عنوان می‌کند. بدین ترتیب در فصل ۲ این کتاب (اصول ارتباط و مصاحبه بالینی)، به این نکته اشاره نشده است که اگر شخص آزارگر، فردی غیر از والدین و یا سرپرست کودک باشد، وظیفه پزشک به‌عنوان اولین مرجع تماس، جهت آگاهی بخشی به والدین چیست. همچنین در "بسته آموزشی مداخلات توانمند سازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (ویژه کارشناس سلامت روان، ۱۳۹۵)"، به باورهایی که لازم است در قربانیان همسرآزاری تغییر یابد اشاره شده است که دو مورد از آن نیاز به توجه دارد: عدم پذیرش بهانه‌های همسر مبنی بر اینکه مریض است، مشکلات روانشناختی دارد، معتاد است، بی‌کار است و یا تحت فشار و استرس زیادی قرار دارد و این باور که زن مقصر است، مثلاً زن بدی است و یا همسرش را تحریک و عصبانی می‌کند. ذکر این نکته ضروری است که خشونت، تحت هیچ شرایطی صحیح و قابل پذیرش نیست ولی باید این نکته را مدنظر داشت که گاهی فرد مرتکب، بر رفتار خود، هیچگونه کنترلی ندارد (مثل خشونت در افراد مبتلا به اعتیاد و مصرف الکل و یا فرد مبتلا به برخی از اختلالات روانی و شخصیتی) و همچنین گاهی رفتارهای فرد قربانی در ایجاد و یا شدت یافتن خشونت همسر نقش بسزایی دارد. در بررسی مشکلات اجتماعی (همچون همسرآزاری) لازم است همه جوانب، مدنظر قرار گیرد؛ چراکه گاهی تک‌بعدنگری منجر به تشدید مشکل مربوطه می‌شود (این نقد بر محتوای "برنامه پیشگیری از همسر آزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه ویژه پزشک خانواده (۱۳۹۷)" و "برنامه پیشگیری از کودک آزاری از محتوای خلاصه برنامه‌های اداره سلامت اجتماعی" نیز مطرح است) نقد به انحصارگرایی، در محتوای آموزشی "مشاوره سوگ در بازماندگان متوفیان کووید-۱۹، فصل ۳ کتاب "اقدامات تشخیصی و درمانی در کودک آزاری" و

سطحی نگری در بیان مطالب و ارائه پیشنهادات، از دیگر نقدهای وارد شده به محتوای حوزه سلامت اجتماعی است. به طور مثال، برنامه‌های پیشگیری توصیه شده در "محتوای برنامه پیشگیری از همسرآزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده، ۱۳۹۷)"، مشتمل بر آموزش اقدامات محافظت کننده و طراحی ایمنی در خانه برای حفظ ایمنی در آینده، از بروز خشونت، ممانعت به عمل نمی‌آورد و صرفاً رویکرد کاهش آسیب دارد. بنابراین در مرتبه اول، لازم است به رفع علل زیربنایی خشونت (همچون اعتیاد و مصرف لکل، اختلالات شخصیت و اختلالات روانی، وضعیت شغلی نامناسب، تعارضات شدید زناشویی و غیره) پرداخته شود (همچنین محتوای "مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (۱۳۹۵)" و "بسته آموزشی و راهنمای عمل بهورز در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد"). نقد مطرح شده، در مورد راهکارهای ارائه شده در راستای کاهش کودک‌آزاری (محتوای "مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (۱۳۹۵)" و رفع مشکلات خواب (محتوای "مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (۱۳۹۵)" نیز مطرح است.

متناسب سازی نقش و مسئولیت: از جمله اقداماتی که در راستای طراحی و استقرار طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت انجام گرفت، قرار گرفتن کارشناس سلامت روان به عنوان یکی از ارکان اصلی مداخله، در جهت ارائه خدمات روانشناختی در سطح اول ارائه خدمات سلامت در کنار پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت در مراکز جامع سلامت بود. مطالعه محتوای سلامت اجتماعی و فلوجارت‌های ارائه شده، حاکی از نقش حضور کمرنگ خدمات روانشناختی و کارشناس سلامت روان و در اولویت قرار داشتن درمان پزشکی و دارویی، عدم اختصاص زمان کافی به اقدامات روانشناختی و عدم تخصیص مسئولیت به متخصص مربوطه بود.

طبق دیاگرام ارائه شده توسط دفتر سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد جهت ارائه خدمات سلامت

فصل ۲ محتوای "مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی" نیز مطرح است.

با توجه به اینکه انسان، موجودی پیچیده و چندبعدی است (ابعاد جسمانی، روانشناختی، اجتماعی، معنوی و اخلاقی)، بنابراین در صحبت از انسان و ادعا در مورد وی و امور مربوط به او باید جانب احتیاط را رعایت نموده و از علیت‌گرایی محض، درمورد او پرهیز نمود. به طور مثال در محتوای "مداخلات توانمند سازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (۱۳۹۵)"، در توضیح مرحله پس از انفجار خشم، عنوان شده است: «این مرحله شامل نتایج و پیامدهای انفجار خشم است. این نتایج ممکن است احساس گناه، شرم و پشیمانی، تخریب روابط، از دست دادن موقعیت کاری، دستگیر شدن و زندانی شدن باشد». ذکر این نکته ضروری است که مرحله پس از خشم، لزوماً با هیجانات منفی همراه نیست؛ گاهی فرد از اینکه خشم خود را با پرخاشگری برون ریزی کرده است، احساس رضایت دارد و نوع هیجانات تجربه شده در این مرحله، در تمایل فرد برای مدیریت خشم، نقش بسزایی دارد.

همچنین در قسمت پیشگفتار محتوای "اقدامات تشخیصی و درمانی در کودک‌آزاری (ویژه پزشکان عمومی و اورژانس، ج ۳، ۱۴۰۰)، اشاره شده است: «شواهد نشان می‌دهد که مشکلات ناشی از بدرفتاری با کودکان، پیامدهای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زیادی را برای آنها در تمام طول عمر ایجاد می‌کند.» و در ادامه متن، به بیان برخی از پیامدهای کودک‌آزاری پرداخته شده است. اگرچه بدرفتاری در دوران کودکی پیوند شدیدی با آسیب‌شناسی روان‌شناختی بعدی دارد، ولی همه کودکانی که مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، به سمت پیامدهای منفی پیش نمی‌روند (۵۵). نقد مربوط به تک بعد نگری در ادعا و علیت‌گرایی محض درمورد انسان، به محتوای "برنامه پیشگیری از کودک‌آزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده، ۱۳۹۷، ص ۲۰)" و محتوای "مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی" نیز مطرح است.

اول، (۱۴۰۰)" به بیان اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین اقدامات پیشگیرانه برای آسیب‌های بعدی، بعد از وقوع کودک‌آزاری پرداخته است. این درحالی است که یکی از مهم‌ترین اقدامات در زمینه کودک‌آزاری، اقدامات پیشگیرانه قبل از وقوع کودک‌آزاری است (به‌عنوان مثال آموزش مهارت‌های فرزندپروری، آموزش‌های لازم به والدین و کودکان در زمینه تربیت جنسی (با در نظر گرفتن مسائل فرهنگی و فراهم سازی زیرساخت‌های لازم)، اقدامات مددکاری اجتماعی جهت رسیدگی به مشکلات بیکاری و مشکلات اقتصادی خانواده‌ها، ارائه اطلاعات لازم در زمینه ویژگی‌های مراحل مختلف رشد روانی، اجتماعی و عاطفی کودکان و تفهیم نیازهای کودکان در هر یک از مراحل رشدی). لازم است پزشکان عمومی تا حد امکان راهنمایی‌های اولیه ای در این زمینه انجام داده و جهت آموزش‌های بیشتر، مقدمات ارجاع به بخش سلامت روان و یا سایر بخش‌های مربوطه را فراهم آورند.

مشابه همین نقد به محتوای کتاب‌های آموزشی مربوط به برنامه ادغام شده حمایت‌های روانی - اجتماعی در بلایا و ابزار غربالگری سلامت اجتماعی وارد است. به عنوان مثال در کتاب "حمایت‌های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه (ویژه معلمان و مشاوران مدارس، ۱۳۹۰)" نیز اقدامات مطرح شده جهت آموزش به معلمان و مشاوران مدارس در زمان وقوع حوادث و بلایا، از نوع تشخیصی و درمانی بوده، درحالی که توجه به مقوله آگاهی سازی دانش آموزان و والدین آنها در خصوص انواع بلایا، بحران‌ها و پیامدهای آنها در مدارس و قبل از وقوع حوادث نیز حائز اهمیت به نظر می‌رسد.

به‌روز رسانی مطالب: یکی از ویژگی‌های مهم یک محتوای مناسب و کاربردی، به روز بودن و استفاده از مطالب جدید یا به بیان عامیانه، امروزی است. توجه به مطالب نو، منابع جدید و مثال‌های به‌روز، باعث می‌شود مخاطب ارتباط بهتری با محتوا برقرار کند و اعتبار و روایی محتوا نیز بالاتر برود. از جمله نقدهایی که به برخی از محتواهای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت وارد است، همین عدم توجه به

اجتماعی، پس از غربال اولیه توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده، در صورت منفی بودن نتیجه غربالگری، مراجعین در صورت تمایل به کارشناس سلامت روان جهت دریافت آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری و آموزش‌های خودمراقبتی، ارجاع می‌یابد و اگر غربالگری مراجع مثبت باشد، ابتدا به پزشک مرکز جهت ارزیابی تکمیلی و دریافت دارو و در صورت نیاز، پزشک مراجع را جهت دریافت خدمات روانی و اجتماعی به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد! در محتوای مربوط به "دستورالعمل مشاوره روانشناختی تلفنی ویژه کرونا (۴۰۳۰)" اشاره شده است: «اگر تکنیک‌های مختصر مشاوره تلفنی، موثر نبود و یا در طی زمان، علائم شدت گرفت، حتماً به پزشک یا روانپزشک ارجاع داده‌شود.» (ص ۷). این اولویت بر درمان پزشکی و دارویی، در محتوای "فلوچارت خدمات جسمی، روانشناختی و اجتماعی در شرایط بحران (۱۳۹۸)"، "بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناس مراقب سلامت خانواده (۱۳۹۹)"، "بسته آموزشی و راهنمای عمل بهورز در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، راهنمای سبک زندگی سالم برای گروه‌های آسیب پذیر"، محتوای "برنامه ارتقاء سلامت روانی اجتماعی کادر بهداشت و درمان در شرایط کووید" و "مشاوره سوگ در بازماندگان متوفیان کووید ۱۹"، نیز مشاهده می‌شود. به‌طور کل لازم است در صورت مثبت بودن فرم غربالگری، مراجع به کارشناس سلامت روان جهت دریافت خدمات روان‌درمانی و در صورت نیاز، ارجاع مراجع به روانپزشک و یا پزشک عمومی توسط روانشناس جهت دریافت دارو.

اولویت درمان بر پیشگیری: یکی از نقد‌های وارد شده به محتواهای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت، به ویژه محتواهای مربوط به آسیب شناسی توجه ویژه به اقدامات تشخیصی و درمانی و یا به نوعی درمان محور بودن و عدم توجه به اهمیت پیشگیری است. به عنوان مثال در فصول مختلف کتاب "اقدامات تشخیصی و درمانی در کودک‌آزاری (ویژه پزشکان عمومی و اورژانس، ج ۳، چاپ

سال‌های بعد حوادث و بحران‌های دیگری نیز اتفاق افتاده است (به عنوان مثال حادثه پلاسکو و متروپل و سیل بهار ۹۸ در مناطق جنوب کشور). بهتر است برای در نظر گرفتن جزئیات بیشتر و تفکیک دقیق‌تر شرایط افراد در حوادث و موقعیت‌های استرس‌زا، برنامه آمادگی در بحران، برای بحران‌ها و حوادث مختلف و جدیدتر مورد بازبینی قرار گیرد.

جامعیت و کفایت مطالب بنیادی: محتوایی که از جانب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور برای اجرای مداخلات مربوط به حوزه سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد، به مراکز سلامت و بهداشت سراسر کشور، ارائه و ابلاغ می‌شود، لازم است از جامعیت و کفایت علمی و بنیادین برخوردار باشد؛ چراکه مطالب بنیادین و نظری، پایه پیشنهادات و اقدامات کاربردی را تشکیل می‌دهد. بنابراین، در صورت جامع و مکفی نبودن، کفایت و اثربخشی مداخلات ارائه شده را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. به طور کل، نقد مطرح شده در این زمینه به محتوای سلامت اجتماعی سلامت روان، سلامت اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، در زمینه‌های عدم جامعیت و کفایت علمی مطالب، مبهم گویی و کلی گویی، عدم پیروی از خط مشی مشخص در نگارش محتوا، لزوم ارائه دقیق، علمی و مبتنی بر منابع معتبر از مفاهیم ارائه شده در متن، نگارش محتوا با توجه به هدف و مخاطب متن، متناسب سازی محتوا با عناوین ارائه شده و ذکر آمار بدون منبع، مطرح است.

به طو رمثال در محتوای ارائه شده در زمینه کودک آزاری ("برنامه پیشگیری از کودک آزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده، ۱۳۹۷)، "اقدامات تشخیصی و درمانی در کودک آزاری (ویژه پزشکان عمومی و اورژانس، ج ۳، ۱۴۰۰)، "فصل سوم محتوای "مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (۱۳۹۵)" و فصل ۷ "بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناس مراقب سلامت خانواده (۱۳۹۹)" و "بسته آموزشی و راهنمای عمل بهورز در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد" مواردی همچون اختصاص مطالب صرفاً به کودک آزاری جسمانی و نادیده گرفتن سایر اشکال کودک‌آزاری

بهنگام سازی مطالب است. به عنوان مثال، منابع استفاده شده در تمامی محتوای مربوط به برنامه ادغام شده حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا شامل کتاب‌های آموزشی مخصوص معلمان، مدیران بهداشت، متخصصین سلامت روان، کاردان بهداشتی، پزشکان و بهورزان، از منابع نسبتاً قدیمی است (منابع فارسی، نهایتاً تا سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ و منابع انگلیسی تا سال ۲۰۱۰)، ضمن اینکه سال چاپ محتوای ذکر شده مربوط به سال ۱۳۹۰ است. همچنین مطالب بیان شده در فصل‌های ۱ و ۳ "بسته آموزشی مداخلات توانمند سازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (ویژه کارکنان سلامت روان، ۱۳۹۵)" بر مبنای منابع به روزی نگاشته نشده است.

از دیگر نقدهای وارده به محتوای ذکر شده، عدم توجه به مثال‌های به روز و جدید است. به عنوان نمونه در "برنامه ادغام شده حمایت‌های اجتماعی- روانی در بلایا"، حوادث و بلاهایی که به عنوان مثال ذکر شده، از جمله حوادث قدیمی کشور ایران همچون زلزله بم است، ضمن اینکه بیشتر اقدامات و مداخلات مطرح شده برای آموزش به مخاطبان این محتواها نیز با حوادث و بلایایی که به عنوان مثال ذکر شده، مرتبط است. در صورتی که مخاطب این کتاب‌ها با مثال حوادث و بلایایی که در سال‌های اخیر در کشور رخ داده (به عنوان مثال سیل سال ۹۸) آشنا تر است و شاید ارتباط بهتری با اقدامات و مداخلات به روز انجام شده در حوادث اخیر کشور برقرار کند.

لازم به ذکر است که در ابتدای برخی از محتوای مربوط به برنامه ادغام شده حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا همچون کتاب آموزشی معلمان و کتاب آموزشی پزشکان، در بخش تاریخچه بیان شده است که پیش‌نویس‌های برنامه آمادگی در بحران، به ترتیب پس از زلزله‌های اردبیل، قزوین و بم، و حادثه آتش‌سوزی منطقه بانه، اراک و زلزله بندرعباس تهیه و تدوین گردید. به نوعی حوادث بیشتر از یک نوع (زلزله) بودند، در حالی که برنامه مختص به آمادگی در انواع بحران‌ها است نه فقط یک یا دو بحران. ضمن اینکه پس از بحران‌های ذکر شده، در کشور ایران در

مطالب به گونه‌ای مطرح شده‌است که تمامی مزایا در تک فرزند نبودن و تمامی معایب و مشکلات در تک فرزند بودن است! ارائه متن بدین شکل، که نشان از عدم توجه منطقی به همه جوانب می‌باشد، متنی تصنعی ایجاد کرده که اثربخشی لازم را برای ترویج فرزندآوری به همراه ندارد. همچنین محتوای مذکور، صرفاً به بیان یکی از موانع، یعنی نگرانی والدین از تربیت فرزندان پرداخته‌است. پیشنهاد می‌شود در نگارش متن، به بیان همه موانع و ارائه راهکار در جهت رفع آن پرداخته شود. مواردی همچون: دغدغه های اقتصادی، تحصیلی و شغلی والدین، عدم آینده‌نگری و باورهای منفی در مورد فرزندآوری، گرایش خانواده‌ها به سمت فردگرایی و خارج شدن تدریجی از دامنه حمایتی خانواده ها.

جامعیت و کفایت پیشنهادات کاربردی: علاوه بر آن که اصل متن محتوا باید جامعیت و کفایت لازم به لحاظ علمی، فرهنگی، نگارشی و دقیق بودن را داشته باشد، توجه ویژه به ارائه پیشنهادات متناسب با محتوا و کاربردی، می تواند یک محتوا را به مطلوبیت و جامعیت بیشتر نزدیک کند. یکی از نقدهایی که می‌توان به برخی از محتواهای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت وارد کرد، عدم توجه به ارائه پیشنهادات مفید و کاربردی است. در برخی از محتواها نیز پیشنهادات از کفایت لازم برخوردار نیستند. در برخی از محتواها نیز پیشنهادات مطلوبی بیان شده ولی این پیشنهادات متناسب با شرایط دریافت کننده آن پیشنهاد نیست (به عنوان مثال "بسته آموزشی مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی روان، ۱۳۹۵"، "بسته آموزشی و راهنمای عمل بهورز روان، ۱۳۹۴"، "فلوچارت فرایند خدمات جسمی و روانشناختی اجتماعی در شرایط بحران (۱۳۹۸)", "محتوای آموزشی روانشناختی در ترویج فرزندآوری" و برنامه توانمندسازی فردی، پیشگیری از همسرآزاری و کودک آزاری از سری محتواهای اداره سلامت اجتماعی، کتاب های حمایت های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه ویژه معلمان و مشاوران مدارس، کاردان بهداشت، پزشکان و بهورزان، متخصصین سلامت روان و مدیران بهداشت، "برنامه

ارائه مطالب صرفاً در مورد گروه سنی کودک (درحالی که در منابع معتبر، کودک‌آزاری در مورد افراد زیر ۱۸ سال مطرح است. بنابراین گروه سنی نوجوان را نیز در بر می‌گیرد)، کلی گویی (مثلاً اشاره به حضور پارتنر در منزل به عنوان دلیلی بر کودک آزاری توسط مادر!) ("اقدامات تشخیصی و درمانی در کودک آزاری (ویژه پزشکان عمومی و اورژانس، ج ۳، ۱۴۰۰"، فصل ۴) و عدم پیروی از خط مشی مشخص در بیان مطالب، مطرح است.

عدم اشاره به برخی از علل مهم و ریشه‌ای زمینه ساز خشونت (همچون برخی از اختلالات شخصیت و اختلالات روانی، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف الکل)، توجه بیشتر به همسرآزاری جسمی و نادیده گرفتن اهمیت سایر اشکال همسرآزاری و همچنین بیان مطالب صرفاً در مورد خشونت نسبت به زنان ("برنامه پیشگیری از همسرآزاری در نظام نوین مراقبت های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده، ۱۳۹۷)", بخش دوم "راهنمای عملی مداخله در بدرفتاری با همسر"، فصل ۴ محتوای "مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی (۱۳۹۵)" و فصل ۷ "بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناس مراقب سلامت خانواده (۱۳۹۹)" و "بسته آموزشی و راهنمای عمل بهورز در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد").

در مورد محتوای آموزشی مربوط به برنامه‌های حمایت روانی اجتماعی در حوادث و بلایا (ویژه معلمان (۱۳۹۰)، مدیران اجرایی، متخصصین سلامت روان (۱۳۹۰)، کاردان‌های بهداشتی (۱۳۹۰)، پزشکان عمومی (۱۳۹۰) و بهورزان و رابطین بهداشتی (۱۳۹۰) مواردی همچون کلی گویی و مبهم‌گویی متن، عدم تناسب محتوای ارائه شده با عناوین و اهداف ذکر شده در فصول، عدم ارائه مثال‌های مرتبط با محتوا و همچنین عدم ارائه تعاریف دقیق مفاهیم ذکر شده در متن، می‌باشد.

همچنین در محتوای ارائه شده در مورد آموزش روانشناختی در ترویج فرزندآوری، عدم جامعیت و کفایت مطالب، به وضوح مشاهده می‌شود. در تمام طول محتوا،

درمان، ایجاد گروه‌هایی از اعضای خانواده کادر درمان برای بیان مشکلات و یا حمایت از یکدیگر تحت نظارت کارشناس روانشناس، تعمیم آموزش‌ها و غربالگری به اعضای خانواده کادر درمان و غیره به کاهش فرسودگی شغلی کادر درمان کمک کرده و پیشنهاد می‌شود که برای شرایط مشابه در آینده در محتوا گنجانده شود.

از دیگر نقدهای مرتبط با این بخش که می‌توان به کتاب های حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه ویژه معلمان و مشاوران مدارس، کاردان بهداشت، پزشکان و بهورزان، متخصصین سلامت روان و مدیران بهداشت، اشاره کرد، عدم توجه به جزئیات عملی سازی محتوای نظری ارائه شده است به عنوان مثال، بیشتر محتوای کتاب‌های حاضر شامل ارائه اطلاعات در خصوص واکنش های روانی به هنگام حوادث و حمایت‌های روانی اجتماعی به بازماندگان بلایا بود؛ و از آنجا که این کتاب‌ها به جهت آموزش حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا تهیه و تنظیم شده است، لکن پیشنهاد می‌شود روش‌های آموزش عملی اطلاعات ذکر شده نیز در این محتوا گنجانده شود تا مخاطبین کتاب‌ها اعم از معلمان، مشاوران، پزشکان، مدیران بهداشتی، بهورزان و کاردانان بهداشت، بهتر بتوانند وظیفه خود به هنگام حوادث را در عمل انجام دهند و همچنین با استفاده از این راهکار های دقیق آموزشی، بر عملکرد کارکنان نیز نظارت کنند.

بحث

موضوع سلامت از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی، مطرح بوده است؛ اما عموماً بعد جسمانی آن مد نظر قرار گرفته و به سایر ابعاد سلامت، از جمله بعد اجتماعی، کمتر توجه شده است (۱۰). این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت، در سال ۱۹۴۸، سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از مولفه های اصلی سلامت معرفی کرده است. به طور کل هر سه بعد سلامت، اثرات پیشگیرانه بر دو بعد جسمانی و روانی دارد (۵). علاوه بر این، سلامت اجتماعی، نقش مهمی در تضمین پویایی و کآمدی هر جامعه ایفا کرده و

پیشگیری از همسرآزاری در نظام نوین مراقبت های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده) و "راهنمای عملی مداخله در بدرفتاری با همسر". برای نمونه در صفحه ۱۶۴ بسته آموزشی مداخلات توانمندسازی در پیامد های نامطلوب سلامت اجتماعی"، عنوان شده است که آرام ماندن در شرایطی که از جانب همسر مورد اهانت و تحقیر قرار می‌گیرد، سخت است، بنابراین لازم است محتوایی جهت آموزش مدیریت خشم به مراجعین آموزش داده شود. در واقع آموزش مدیریت خشم به عنوان یک پیشنهاد کاربردی مناسب در این قسمت خالی بود. به عنوان نمونه ای دیگر در صفحه ۲۹ کتاب "حمایت های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه ویژه معلمان و مشاوران مدارس"، به بیان اصول بنیادی برنامه های حمایت روانشناختی در حوادث و بلایا پرداخته است. یکی از مهمترین برنامه‌های حمایت روانشناختی، شناسایی سریع و به موقع نیازهای اولیه و ضروری پس از وقوع آسیب همچون لوازم اولیه زندگی، خوراک و پوشاک و پزشک متخصص می‌تواند از اصول بنیادی اجرای برنامه های حمایت روانشناختی برای دانش آموزان باشد. در همین محتوا نیز راهکارهای حمایت‌های روانی- اجتماعی در حوادث به دانش آموزان توسط معلمین ارائه گردیده است که یکی از آنها، انجام بازی‌های تجسمی همچون نقاشی و مجسمه سازی است. به نظر می‌رسد این راهکار پیشنهادی برای دانش آموزان در حوادث و بحران ها، بیشتر مناسب کودکان است تا نوجوانان. در حقیقت این پیشنهاد متناسب با شرایط همه دریافت کنندگان آن پیشنهاد نیست.

در بخش‌های مختلف محتوای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت، وظایف سنگین مربوط به متخصصین و امدادگران آن حوزه به خوبی شرح داده شده است؛ اما توجه به اقدامات پیشگیری از فرسودگی شغلی آنها، به نوعی مورد غفلت قرار گرفته است. به عنوان مثال در نقد برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث و بلایا می‌توان به این پیشنهاد مهم و کاربردی اشاره نمود که ایجاد حمایت های روانی- اجتماعی از اعضای خانواده کادر

یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف محسوب می شود. با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی در سطح فردی و در سطح جامعه، هدف از پژوهش حاضر، نقد و ارزیابی محتواهای سلامت اجتماعی و دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت بود.

به طور کلی، نتایج حاصل از پژوهش نقد بر غربال نامناسب، متناسب سازی فرهنگی، تک بعد نگر، متناسب سازی نقش و مسئولیت، ارجحیت درمان بر پیشگیری، بهنگام سازی، جامعیت و کفایت مطالب بنیادی و جامعیت و کفایت پیشنهادات کاربردی را روشن می سازد. در یک تقسیم بندی می توان، مفاهیم حاصل از نقد های مذکور را در دو حوزه بازبینی در سیر ارائه خدمات و بازبینی در مطالب نگاشته شده، عنوان نمود.

نقد به بازبینی سیر ارائه خدمات در اولین مرحله، یعنی غربالگری اولیه توسط بهورز و یا کارشناس مراقبت سلامت خانواده وارد است. این غربال در قالب سوالات بسته پاسخ و ثبت سامانه ای اطلاعات انجام می گیرد. اولین نکته این است که با توجه به تعدد مسئولیت های در نظر گرفته شده برای بهورزان و کارشناسان مراقبت سلامت خانواده و در نتیجه حجم بالای کاری، تعداد بالای سوالات کلی در نظر گرفته شده برای این مرحله غربالگری، محدود بودن زمان برای هر مراجع و همچنین تعداد بالای مراجعین در هر روز، این احتمال دور از انتظار نیست که غربال اولیه، با دقت، صحت و با اختصاص زمان کافی انجام نگیرد. این درحالی است که غربالگری اولیه مرحله مهمی است که ادامه سیر دریافت خدمات را تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین، اگر این مرحله به درستی انجام نگیرد، ممکن است افرادی که به واقع نیازمند دریافت خدمات هستند، از این امکان محروم گردند. بنابراین اولین قدم در راستای بهبود فرایند غربالگری، کاهش تعداد مسئولیت های بهورزان و کارشناسان مراقبت سلامت خانواده و اختصاص مسئولیت هایی همچون اقدامات بازتوانی و مداخلات اجتماع محور، ارائه اطلاعات حقوقی و همچنین برخی از مسئولیت های کارشناس سلامت روان به تخصص مربوطه می باشد. بدین

منظور لازم است با افزایش تعداد بهورزان و کارشناسان مراقبت سلامت خانواده، ملزم دانستن حضور کارشناس سلامت روان در مراکز، به خصوص در مراکز روستایی و همچنین حضور مددکار اجتماعی در مراکز، اقدامات لازم در راستای متناسب سازی نقش و مسئولیت انجام پذیرد. در این زمینه، محمدی بلبل آباد و همکاران (۱۳۹۷)، Paluska (۲۰۰۰) و Espinosa and Normand (۲۰۱۹) در پژوهش های خود به کمبود کمی و کیفی نیروی انسانی در مراکز بهداشتی اشاره کرده اند (۵۸-۵۶). همچنین در پژوهش شیرجنگ و همکاران (۱۳۹۹) اشاره شده است که نیروی انسانی در PHC، همسو با نیازهای جدید رشد نکرده و وظایف بیش از توان به آن ها تحمیل شده است (۵۹). در پژوهش مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۹) نیز به کمبود روانشناسان خبره و همچنین عدم حضور مددکار اجتماعی در مراکز اشاره شده است (۶۰).

پس از کاهش مسئولیت های بهورزان و کارشناسان مراقبت سلامت خانواده و افزایش تعداد افراد مذکور در مراکز بهداشتی، می توان در راستای افزایش کیفیت و دقت فرایند غربالگری، شیوه غربالگری را از سوالات بسته پاسخ به مصاحبه شفاهی و سوالات بازپاسخ تغییر داد؛ چراکه غربالگری مشکلات روانشناختی و اجتماعی، نیازمند وجود محیط مناسب برای پوشش سوالات، برقراری ارتباطات اولیه مناسب با مراجعین و موشکافی و در نظر گرفتن عوامل و شرایط مختلف می باشد. در این راستا کریمی و همکاران (۱۴۰۱) نیز به برخی از این چالش ها همچون ضعف در غربالگری مراقبین و پرسشگری نامناسب و عدم اعتماد مراجعین به مراقبین سلامت اشاره کرده اند (۶۱). علاوه بر این، سوالات مربوط به مسائل سلامت اجتماعی (همچون کودک آزاری و همسر آزاری) در فرم غربالگری، به تعداد محدود سوال صرفاً به برخی از اشکال خشونت (کودک آزاری جسمی و خشونت نسبت به زن) بسنده شده است. این درحالی است که سایر اشکال خشونت خانگی (کودک آزاری عاطفی، جنسی و غفلت عاطفی و جسمی و خشونت نسبت به مردان و سالمند آزاری) نیز از جمله مشکلات اجتماعی

(۱۴۰۱) در پژوهش خود به برخی از چالش‌های ارجاعی درون مرکز (همچون همکاری ضعیف مراقب سلامت در ارجاع به روانشناس به دنبال حجم کاری بالا و کم اهمیت انگاشته شدن سلامت روان و کاهش تمایل مراجعین به ویزیت روانشناس بدلیل طولانی و خسته کننده بودن مسیر ارجاع) اشاره کردند (۶۱). همچنین گل‌علیزاده و همکاران (۱۳۹۰)، محمدی بلبان آباد و همکاران (۱۳۹۸)، Paskula (۲۰۰۰) و شیرجنگ و همکاران (۱۳۹۹) به مشکلات ارجاع در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اشاره کرده‌اند (۶۴، ۵۹، ۵۷، ۵۶).

محدود بودن تعداد جلسات و زمان در نظر گرفته شده جهت مداخلات روانشناختی، از جمله نقد‌های دیگر در راستای بازبینی سیر ارائه خدمات می‌باشد. به طورکلی، حتی اگر تمرکز این جلسات بر مهارت آموزی و آموزش‌های روانشناختی باشد و نه اقدامات روان‌درمانی، برای بهبود کیفیت ارائه خدمات، به تعداد جلسات بیشتر نیاز است. درحقیقت با توجه به اینکه مشکلات اجتماعی در حوادث و بلاها، از جمله مسائل مهم با علل ریشه‌ای و چندگانه هستند، صرف ارائه آموزش کافی نیست بلکه اطمینان از کیفیت و اثربخش بودن آموزش‌ها در زندگی و دنیای واقعی، از جمله اصول مهم و آموزش‌های روانشناختی است. در این راستا سلیمانی کبریا و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی به لزوم افزایش زمان و تعداد جلسات مشاوره اشاره کردند (۶۵).

یکی دیگر از نقدهایی که در حوزه سیر ارائه خدمات محتوای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت وارد بود، مبحث ترجیح درمان بر پیشگیری است. پرواضح است که اقدامات درمانی و مداخله‌ای در بحث آسیب‌های اجتماعی چون کودک‌آزاری و همسرآزاری نقشی پررنگ و غیر قابل انکار دارند؛ اما با توجه به اینکه پیشگیری از وقوع آسیب، یک اقدام کم هزینه، آسان و اطمینان بخش است و عوارض جانبی و هزینه‌های مالی و روانشناختی درمان را به همراه ندارد، لذا لازم است بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. ضمن اینکه یکی از اصول مهم PHC نیز، اصل اهمیت و ضرورت پیشگیری از وقوع آسیب‌ها است. بنابراین لازم

مهمی هستند که نیازمند تشخیص و مداخله بهنگام می‌باشند. بنابراین به جای درمان منقطع و زمان‌بر در مراحل مختلف توسط بهورز، پزشک و کارشناس سلامت روان، غربال ابتدایی به طور دقیق و عمیق انجام پذیرد. در این راستا مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود به برخی از چالش‌های مرحله غربالگری همچون نبود فضای مناسب برای صحبت با مراجعین، کمبود زمان و زیاد بودن تعداد سوالات اشاره کرده‌است (۶۰).

پس از گذراندن مرحله غربالگری، طبق فلوچارت ارائه شده، ارجاع مراجع به متخصصین، توسط بهورزان و کارشناسان مراقبت سلامت خانواده، انجام می‌گیرد. بدین روند که در صورت مثبت بودن نتیجه غربالگری، مراجع به پزشک مرکز ارجاع داده می‌شود. اگر هدف از بازبینی و اصلاح فرایند، متناسب سازی نقش و مسئولیت در راستای بهبود کیفیت ارائه خدمات، بدین شرح است که درمورد مشکلات روانشناختی و اجتماعی، لازم است ارجاع به کارشناس سلامت روان صورت گیرد؛ چراکه ارائه خدمات توسط پزشکان عمومی در زمینه مشکلات روانشناختی و مسائل اجتماعی دارو محور است. این درحالی است که همه مشکلات مذکور، نیاز به دارو برای درمان ندارند و ارائه خدمات روان‌درمانی و آموزش‌های روانشناختی، به غیر از اثربخشی بیشتر و طولانی‌تر، عوارض جانبی ناشی از مصرف دارو‌های روانپزشکی را نداشته و احتمال بازگشت به بیماری نیز کمتر است (۶۲). علاوه بر این، در برخی از منابع اشاره شده است که میزان آگاهی پزشکان در تشخیص و درمان اختلالات روانی پایین است (۶۳). همچنین شیرجنگ و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این نکته اشاره کردند که متولیان پزشک خانواده با اهداف برنامه‌آشنایی کامل نداشته و توجه بیشتر بر کمیت برنامه دارند (۵۹). بنابراین لازم است در مشکلات روانشناختی و اجتماعی، در مرحله اول ارجاع به کارشناس سلامت روان انجام گیرد و در صورت نیاز به درمان دارویی، کارشناس سلامت روان مقدمات ارجاع به روانپزشک یا پزشک عمومی را فراهم سازد. در این راستا کریمی و همکاران

محتوای انتشار یافته از جانب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، راهنمای عمل تمامی مراکز بهداشتی سراسر کشور می‌باشد؛ بنابراین لازم است این محتواها جامع و کافی (هم از بعد بنیادین و هم از بعد پیشنهادات عملی و کاربردی)، همه جانبه نگر، ادغام شده با فرهنگ ایرانی - اسلامی و همسو با مسائل روز باشد. از جمله نقد های وارده به محتواهای ارائه شده توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت در حوزه سلامت اجتماعی، عدم جامعیت و کفایت مطالب بنیادین متون، کلی گویی و مبهم گویی، عدم پیروی از خط و مشی مشخص در نگارش محتوا، عدم ارائه تعاریف دقیق، علمی و مبتنی بر منابع معتبر از مفاهیم ارائه شده در متن، عدم ارائه محتواهای نگاشته شده با توجه به هدف و مخاطب متن، عدم تناسب محتوای ارائه شده با عناوین و همچنین ذکر آمار در محتواها بدون ارجاع به منبع معتبر و مشخص می‌باشد. علاوه بر این، برخی از پیشنهادات ارائه شده در محتواهای سلامت اجتماعی، از کفایت و جامعیت لازم برخوردار نبود؛ حتی برخی از پیشنهادات ارائه شده، با سن، جنس و شرایط دریافت کننده خدمت، تناسب نداشت. در برخی از موارد نیز محتواهای ارائه شده، فاقد پیشنهادات کاربردی بود. انتظار می‌رفت محتواهای مداخله‌ای و کاربردی منتشر شده از جانب وزارت بهداشت برای استفاده تمامی مراکز بهداشتی و درمانی کشور، از پیشنهادات جامع و کافی، غنی می‌بود.

از دیگر نقدهایی که به نحوه نگارش محتواهای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت وارد بود، مسئله به روز بودن و یا به عبارت بهتر بهنگام سازی است. استفاده از مطالب جدید و به‌روز، موجب افزایش اعتبار و روایی یک محتوای آموزشی می‌گردد. لذا می‌توان با بازنگری در درون مایه محتواها، جایگزینی مطالب جدید به جای مطالب قدیمی، ویراستای متن و استفاده از مثال های تازه، به این امر مهم دست یافت. همچنین با توجه به اینکه در هر دوره زمانی مسائل و معضلات خاصی مطرح می‌گردد، لذا ضرورت بازنگری کوتاه مدت در محتواها احساس می‌شود.

است به جای آنکه محتواهای ارائه شده در بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت بیشتر حول محور درمان و مداخله باشند، برنامه‌ریزی‌ها در درجه اول حول محور پیشگیری صورت پذیرد، چراکه پیشگیری جدای از آنکه از وقوع آسیب جلوگیری می‌کند، می‌تواند از شدت پیامد های به وجود آمده نیز بکاهد. همچنین یادگیری و آموزش اصول و روش های پیشگیری از نواح روش‌ها و مداخلات درمانی نیز سهل تر است. در این راستا، دماری و وثوق مقدم (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان " بسته خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری " به این نتیجه رسیدند که رویکرد دستورالعمل‌ها و برنامه های موجود در زمینه سلامت اجتماعی، بیشتر درمان محور و مبارزه با بحران و آسیب‌های اجتماعی بوده است (۶۶). همچنین اسمعیلی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود تحت عنوان " آینده نگری نظام سلامت در سطح ملی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی - ایرانی بر اساس شناسایی اهداف و کنش بازیگران کلیدی " نشان دادند که ساختار حاکم بر نظام سلامت به دلیل رویکرد بیمار - سلامت گرا، جوابگوی مبارزه با نسل جدید بیماری‌ها نیست و لازم است وزارت بهداشت به دلیل دارا بودن وظیفه تولید نظام سلامت، به تغییر پارادایم فعلی حاکم بر نظام سلامت بپردازد (۶۷). نتایج پژوهش شیرجنگ و همکاران (۱۳۹۹) نیز با این بخش از یافته‌های پژوهش حاضر، همسو است. طبق نتایج این پژوهش، پزشکان درمانگر، توانمندی فعالیت به عنوان پزشک خانواده را نداشتند و به برنامه پیشگیری و مراقبتی رغبتی ندارند (۵۹). همچنین نصیری‌پور و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان " طراحی الگوی بومی مدیریت منابع مراکز مشاوره بیماری های رفتاری در ایران " نشان دادند که در صورت استفاده از توان سیستم شبکه بهداشت و ادغام مراکز مشاوره در این سیستم، دسترسی ها به خدمات مشاوره افزایش یافته، هزینه های هنگفت درمان کاهش می‌یابد و با اجرای فرایند توانمند سازی و استمرار آموزش کارکنان پیش از درمان، بهتر می‌توان به اهداف سازمان دست یافت (۶۸).

گردیده است. لذا توجه به اقدامات، راهکارها و ارائه مطالب در محتواهای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت بسیار حائز اهمیت به نظر می‌رسد. در این راستا، دیوید هیوم بیان می‌کند که اگر در پژوهش مسائل اجتماعی عامل دین را از یاد ببریم، بخش مهمی از تاریخ تمدن و میراث فرهنگی جامعه را باید کنار بگذاریم (۷۳).

از آنجا که دین، نقشه سعادت بشر و برنامه جامع کمال آدمی در ابعاد فردی، خانوادگی، اجتماعی، ملی و فرا ملی در دنیا و آخرت است، بی شک برای تمامی نیازهای جسمی، روحی و روانی انسان دین مدار نیز، گزاره و آموزه‌ای تأثیرگذار در خود مندرج دارد. آموزه‌های دین مبین اسلام که شامل مفاهیم قرآن کریم، روایات و سیره اهل بیت (ع) است، به سلامت روانشناختی و اجتماعی تک تک افراد جامعه دینی و کلیت جامعه عنایت ویژه دارد. با اندکی تفحص در آیات و روایات، به فراوانی آموزه‌های دینی در حوزه سلامت روان و سلامت اجتماعی پی برده می‌شود. لذا شایسته است که پژوهشگران، اندیشه ورزان و برنامه‌ریزان حوزه سلامت اجتماعی در برنامه‌ها، پژوهش‌ها و طراحی‌های خویش به آموزه‌های دین مبین اسلام، عنایت ویژه داشته باشند.

در این راستا، پژوهش‌های مختلفی رابطه بین باورهای مذهبی و معنوی را با سلامت مورد بررسی قرار داده‌اند. به عنوان مثال فتحی و امرانی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که دین و معنویت از طریق ایجاد یک نظام نگرشی مناسب و ایده‌آل، زمینه را برای آرامش روان فراهم کرده و در سطح فردی، خشنودی و رضایت از زندگی را به دنبال دارند (۷۴). درخصوص اهمیت و ضرورت ادغام تناسبات و ارزش‌های فرهنگی در محتواهای آموزشی، شهرکی پور (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان "بررسی محتوای کتب درسی دوره راهنمایی تحصیلی در گسترش فرهنگ ایثار و شهادت" به این نتیجه رسیدند که محتوای کتب درسی دوره راهنمایی، درونی نمودن ارزش‌های ایثار و شهادت را افزایش می‌دهد؛ این بدان معنا است که در محتوای کتب درسی دوره راهنمایی، مقوله‌های ایثار و شهادت که در فرهنگ ایرانی از ارزش بالایی برخوردار هستند، گنجانده شده است (۷۵).

بجز این موارد، در برخی از قسمت‌های محتواهای مذکور، انحصارگرایی، قاطعیت در ادعا، علیت‌گرایی محض و سطحی‌نگری مشاهده می‌شود. ذکر این نکته ضروری است که محتواهای ارائه شده، بخشی از آموزش تیم درمانی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی است. بنابراین در صورت عدم توجه به نقد‌های اشاره شده و کوتاهی در بازبینی محتواها، نقد به آموزش ناکافی را وارد می‌سازد. در این راستا بوالهروی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود به ضرورت آموزش و توانمندسازی تیم بهداشتی و درمانی برای اجرای برنامه‌ها تأکید کردند (۶۹). همچنین شیرجنگ و همکاران (۱۳۹۹) اشاره کردند که دانشگاه‌های علوم پزشکی با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) هماهنگی نداشته و نظام آموزش علوم پزشکی، متناسب با نیازها طراحی نشده است و نیز محتواهای آموزشی به روز نمی‌باشد (۵۹). رحیمی، حق‌دوست و نوری حکمت (۲۰۲۲) به لزوم بهبود و اصلاح محتوای آموزشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اشاره کرده‌اند (۷۰). نقد به آموزش ناکافی و نیاز به تقویت آموزشی به سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه سایر کشورها همچون چین (۷۱)، ترکیه (۵۸) و برزیل (۷۲) نیز وارد شده است.

در طی بازبینی‌هایی که صورت گرفت، یکی از نقدهای قابل توجهی که به نحوه نگارش محتواهای حاضر وارد بود، بحث متناسب سازی فرهنگی می‌باشد. همانگونه که در قسمت یافته‌های پژوهش به طور مفصل توضیح داده شد، ادغام سازی تناسبات فرهنگ ایرانی- اسلامی در محتواهای بخش سلامت اجتماعی وزارت بهداشت، کم‌رنگ به نظر می‌رسد. استفاده از واژه‌های غیر بومی در محتواها، توجه بیش از حد به پژوهش‌های خارجی به جای پژوهش‌های داخلی و بعضاً بیان مطالب ضد فرهنگ ایرانی، نمونه‌هایی از بی توجهی به تناسبات فرهنگ ایرانی در محتواها بود. ضمن اینکه باید این مسئله مهم را نیز در نظر داشت که فرهنگ غالب مردم کشور ایران، فرهنگ اسلامی است. در حقیقت آموزه‌های اسلام در فرهنگ ایرانی ادغام

اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، در زمینه‌های سیر ارائه خدمات و محتوای مطالب نگاشته شده، ضروری است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان ارزیابی مدون برنامه‌های سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری و درمان اعتیاد وزارت بهداشت از منظر انطباق با فرهنگ ایرانی اسلامی، در حوزه‌های ۶ گانه است که به سفارش و تحت حمایت مالی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است. کد اخلاق این پژوهش از دانشگاه الزهراء، در سال ۱۴۰۲، به شماره IR.ALZAHRA.REC.1402.062 از کمیته ملی اخلاق در پژوهش اخذ شده است. از دانشگاه علوم پزشکی گلستان و دانشگاه الزهراء بابت مشارکت در اجرای طرح، قدردانی می‌گردد.

در پایان، ذکر این نکته ضروری است که برخی از نقدهای وارد شده بر محتواهای سلامت اجتماعی وزارت بهداشت، همچون تغییر شیوه‌ی غربالگری، متناسب سازی فرهنگی، تغییر اولویت‌های ارائه خدمات در مراکز بهداشتی و متناسب سازی نقش و مسئولیت، نیاز به فراهم سازی زیرساخت‌های لازم (همچون نیروی انسانی کافی، ارائه آموزش‌های لازم، استفاده از نظرات صاحب نظران و متخصصین حوزه‌های مرتبط) بوده و عملیاتی سازی این تحول، فرآیندی است که به یک باره و با صرف زمان اندک حاصل نمی‌شود؛ اما امید است که با در نظر گرفتن نقدهای ذکر شده در این مقاله، گام مهمی در راستای بهبود ارائه خدمات، کاهش مسائل و معضلات اجتماعی و در نتیجه ارتقای سلامت اجتماعی مردم و جامعه برداشته شود.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه تشخیص و مداخله مسائل اجتماعی در راستای کاهش آسیب و افزایش سلامت اجتماعی از اهمیت بالایی برخوردار است، از نتایج پژوهش حاضر چنین استنباط می‌شود که بازنگری در محتواهای حوزه سلامت

جدول ۱- اطلاعات نمونه مورد پژوهش در مطالعه نقد و ارزیابی محتواهای سلامت اجتماعی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تهیه شده در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

| ردیف | عنوان برنامه | عنوان محتوا | قالب محتوا | نویسندگان | سال انتشار | تعداد صفحات |
|------|---|---|------------|---|------------|-------------|
| ۱ | | برنامه پیشگیری از همسرآزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده) | متن | سپیده حبیب و مریم رسولیان | ۱۳۹۷ | ۱۷ |
| ۲ | | برنامه پیشگیری از کودک‌آزاری در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ویژه پزشک خانواده) | متن | دکتر بهروز جلیلی و سیدعباس باقری یزدی | ۱۳۹۷ | ۲۶ |
| ۳ | | اقدامات تشخیصی و درمانی در کودک‌آزاری (ویژه پزشکان عمومی و اورژانس) | متن | فریبا عربگل، جواد محمودی قرایی، رزیتا داودی آشتیانی، مژگان خادمی، فیروزه درخشان‌پور و کتایون رازجویان | ۱۴۰۰ | ۷۸ |
| ۴ | | راهنمای سبک زندگی سالم برای گروه‌های آسیب‌پذیر | متن | دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی | ۱۳۹۵ | ۱۴ |
| ۵ | برنامه جامع ادغام شده پیشگیری و کنترل خشونت خانگی | راهنمای آموزشی توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه (ویژه کارشناسان سلامت روان) | متن | دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی | ۱۳۹۵ | ۳۲ |
| ۶ | | بخش دوم راهنمای عملی مداخله در بدرفتاری با همسر بسته آموزشی مداخلات توانمندسازی در پیامدهای نامطلوب سلامت اجتماعی | متن | دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی | ۱۳۹۵ | ۳۰ |
| ۷ | | برنامه توانمندسازی فردی گزارشی از برنامه جامع پیشگیری و کنترل خشونت خانگی (همسرآزاری) در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی | متن | سهیلا امیدنیا، دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی و دکتر کامبیز عباچی‌زاده | ۱۳۹۵ | ۱۸۲ |
| ۸ | | برنامه توانمندسازی فردی | متن | - | - | ۱ |
| ۹ | | گزارشی از برنامه جامع پیشگیری و کنترل خشونت خانگی (همسرآزاری) در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی | متن | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | ۱۳۹۹ | ۱ |
| ۱۰ | | گزارشی از برنامه جامع پیشگیری و کنترل خشونت خانگی (پیشگیری از کودک‌آزاری) در نظام نوین مراقبت‌های بهداشتی | متن | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | ۱۳۹۹ | ۲ |
| ۱۱ | برنامه پیشنهادی مدل اجتماعی محور ارتقای سلامت اجتماعی | دستورالعمل اجرایی مدل اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی | متن | دکتر حبیب اله مسعودی فرید، سهیلا امیدنیا، مهرو محمدصادقی و شهلا حقیقت | ۱۳۹۱ | ۲۹ |
| ۱۲ | | الزامات و استانداردهای ادغام در نظام سلامت کشور (برنامه‌های جاری و برنامه‌های پابلوت) | متن | مرکز مدیریت شبکه گروه مدیریت برنامه‌های سلامت | - | ۴۹ |

| | | | | | |
|-----|------|---|-----|--|----|
| ۲۳ | ۱۳۹۹ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | محتوای آموزشی مشاوره سوگ در بازماندگان متوفیان ناشی از بیماری COVID-19 | ۱۳ |
| ۱ | - | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | فلوچارت فرآیند مشاوره سوگ در بازماندگان متوفیان ناشی از بیماری COVID-19 | ۱۴ |
| ۵ | ۱۳۹۹ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | دستورالعمل فرآیند اجرایی مشاوره سوگ در بازماندگان متوفیان ناشی از بیماری COVID-19 | ۱۵ |
| ۳ | ۱۳۹۹ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | راهنمای گزارش‌گیری ماهانه خدمات ارائه شده به بهبودیافتگان کووید ۱۹ | ۱۶ |
| ۲ | ۱۳۹۹ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | فرآیند ارائه خدمات مشاوره روانشناختی از طریق سامانه تلفنی ۴۰۳۰ وزارت بهداشت | ۱۷ |
| ۲۹ | ۱۳۹۹ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | دستورالعمل مشاوره روانشناختی تلفنی ویژه کرونا | ۱۸ |
| ۳۴ | ۱۴۰۱ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | برنامه ارتقاء سلامت روانی اجتماعی کادر بهداشت و درمان در شرایط کووید-۱۹ | ۱۹ |
| ۴ | ۱۴۰۱ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | دستورالعمل متمم برنامه ارتقاء سلامت روانی اجتماعی کادر بهداشت و درمان در شرایط کووید-۱۹ | ۲۰ |
| ۵۳ | ۱۳۹۰ | دکتر یاسمن متقی پور، علی بهرام نژاد، دکتر جواد محمودی قرائی، دکتر محمد تقی یاسمی و دکتر معصومه امین اسماعیلی | متن | حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه (ویژه معلمان و مشاوران مدارس) | ۲۱ |
| ۱۲۹ | - | دکتر شهرزاد علیزادگان، دکتر معصومه امین اسماعیلی، دکتر احمد حاجبی، دکتر مهدیه وارث وزیریان و دکتر محمد باقر صابری زفرقندی | متن | حمایت‌های روانی- اجتماعی پس از حوادث غیر مترقبه راهنمای مدیران اجرایی | ۲۲ |
| ۱۰۹ | ۱۳۹۰ | دکتر شهرزاد علیزادگان، دکتر محمد تقی یاسمی، دکتر معصومه امین اسماعیلی، دکتر شاهرخ سردارپورگودرزی، دکتر ستاره محسنی فر و دکتر جمال شمس | متن | حمایت‌های روانی- اجتماعی در زلزله و حوادث غیرمترقبه، کتابچه آموزشی متخصصین بهداشت روان (روانپزشکان و روانشناسان بالینی) | ۲۳ |
| ۴۲ | ۱۳۹۰ | دکتر محمد تقی یاسمی، سیدعباس باقری یزدی و دکتر معصومه امین اسماعیلی | متن | حمایت‌های روانی اجتماعی در بلا یا و حوادث غیرمترقبه (متن آموزشی کاردانه‌های بهداشتی) | ۲۴ |
| ۱۰۲ | ۱۳۹۰ | دکتر محمد تقی یاسمی، دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه، دکتر بهزاد قربانی، دکتر لاله کوهی | متن | حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه (کتابچه پزشکان عمومی) | ۲۵ |

| | | | | | |
|---------------|------|-----------------|---|---|----|
| | | | حبیبی، دکتر معصومه امین اسماعیلی و دکتر ستاره محسنی فر | | |
| ۴۹ | ۱۳۹۰ | متن | دکتر محمد تقی یاسمی، سیدعباس باقری یزدی، دکتر معصومه امین اسماعیلی، دکتر یاسمن متقی‌پور، دکتر شهرزاد علیزادگان و علی بهرام نژاد | حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث (متن آموزشی به‌روزان و رابطین بهداشتی) | ۲۶ |
| ۱ | ۱۳۹۸ | متن | - | فلوچارت فرایند خدمات جسمی/روانشناختی و اجتماعی در شرایط بحران (سال ۱۳۹۸) | ۲۷ |
| ۶ | ۱۳۹۸ | متن | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | دستور العمل بازنگری شده (۱۳۹۸) در فرآیند غربالگری و ارائه خدمات بازتوانی جسمی، روانی و اجتماعی در شرایط بحران (ویرایش اول) | ۲۸ |
| ۲۱ | ۱۳۹۲ | متن | دکتر احمد حاجبی، علی اسدی و دکتر عباسعلی ناصحی | کارکرد عملیات پاسخ حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و فوریت‌ها | ۲۹ |
| ۲۲ | - | متن | دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا | برنامه مدیریت عملیات پاسخ به حوادث و بلایا در ستاد معاونت بهداشت وزارت (پیوست برنامه ملی عملیات پاسخ نظام سلامت به حوادث و بلایا-EOP) | ۳۰ |
| ۲۲ | - | متن | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | خلاصه برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا | ۳۱ |
| اسلاید | | (پاورپ وینت) | | | |
| ۴۱ | ۱۳۹۰ | متن | دکتر علی اردلان و همکاران | برنامه ملی عملیات پاسخ بهداشت عمومی در بلایا و فوریت‌ها | ۳۲ |
| صفحه مرتبط | | | | | |
| ۳۴ | ۱۳۹۰ | متن | دکتر مهدیه وارث وزیریان، علی اسدی، دکتر سمانه کریمیان و دکتر احمد حاجبی | برنامه عملیاتی حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و فوریت‌ها | ۳۳ |
| ۲۱ | ۱۴۰۱ | متن | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | محتوای آموزش روانشناختی در ترویج فرزندآوری (ویژه کارشناسان سلامت روان) | ۳۴ |
| | | | | برنامه پیشنهادی مشاوره روانشناختی در فرزندآوری | |
| ۸ | ۱۳۹۵ | متن | آرزو سجادیپور، نیلوفر پیماندار، سهیلاامیدینیا، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | دیاگرام و راهنمای ارائه خدمات سلامت اجتماعی در مرکز خدمات جامع سلامت. | ۳۵ |
| ۲۰ | ۱۳۹۵ | متن | آرزو سجادیپور، نیلوفر پیماندار | فرآیند ابزار غربالگری سلامت اجتماعی | ۳۶ |

| | | | | | |
|-----|------|--|-----|---|----|
| ۲۲۰ | ۱۳۹۵ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | بسته آموزشی و راهنمای عمل بهورز در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد | ۳۷ |
| ۱ | ۱۳۹۵ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | شرح وظایف و مسئولیت‌های کارشناس سلامت روان | ۳۸ |
| ۱ | ۱۳۹۴ | دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد | متن | خلاصه عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت اجتماعی | ۳۹ |
| ۲۰۳ | ۱۳۹۴ | دکتر احمد حاجبی، علیاسدی، دکتر علیرضا نوروزی، سهیلا امید نیا، صدیقه خادم، طاهره زیادلو، معصومه قاسمزاده، سمیه یزدانی و مهرو محمد صادقی | متن | بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد | ۴۰ |

References

1. Karimi Nodehi H, Khalesi N, Nasiripour A, Raeisi P. Designing a conceptual model of community participation in providing primary health care in health networks of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Department of Health Services Management Ph. D. Degree on Health Services Management Islamic Azad University Semnan Branch, 2020. [Persian]
2. World Health Organization. World Health Organization Constitution. Basic documents. Geneva, 1948.
3. Ghorbani S, Jahanizadeh MR, Mirbod M, Omid L. Investigation the relation of psychological and social capitals with social health, with regards to the, mediator variable of social support. Social Psychology Research. 2021; 10(38): 83-100. [Persian]
4. Vugt D, Dröes R. Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse. Aging Ment Health. 2017; 21(1): 1-3.
5. Damari B, Emami Razavi SH, Hajebi A, Elahi E. The Pro-Social Behaviors: Necessity of the Promotion of Social Health of Iranians. Sjsph. 2021; 19(2):123-136. URL: <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6021-fa.html>, [Persian]
6. Larson JS. The World Health Organization's Definition of Health: Social versus Spiritual Health. Social Indicators Research. 1996; 38:181-92.
7. Keyes CLM. Social well-being. Social psychology quarterly. 1998; 61(2):121-140.
8. Larson JS. The measurement of social well-being. Social Indicators Research. 1993; 28:285-296.
9. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. How healthy are we. 2004; 15(3):350-372.
10. Sepahmansour M. The role of social health on physical and psychological health. Health psychology and social behavior. 2021; 1(3):103-106. [Persian]
11. Niazi M, Zolfaghari A, Abshirin S, Rezaei E. Meta-Synthesis of Compiling and Designing a New Model of Factors Affecting the Social Health of Iranians. Strategic Studies of Culture. 2023; 2(4):111-136. doi: 10.22083/scsj.2023.381872.1084, [Persian].
12. Ghazizadeh H, Zaharakar K, Kiamanesh A, Mohsenzadeh F. Identification of underlying

- factors of marital violence. Ph. D. Degree on counseling, Kharazmi university, 2017. [Persian]
13. Jazayeri R, Etemadi O, Mortazavi M, Fatehizadeh M. Marital Violence (Theory and Treatment, First Edition). Yazd: Golbang Tarbiat, 2013. [Persian]
 14. World Health Organization. Global and Regional Estimates of Violence against Women Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence. World Health Organization, Geneva, 2013.
 15. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002; 359:6-1331.
 16. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. The world report on violence and health. *The Lancet*. 2002; 359:8-1083.
 17. Sugg N. Intimate partner violence prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics*. 2015; 99(3):497-629.
 18. Burnette CE, Cannon C. It will always continue unless we can change something: consequences of intimate partner violence for indigenous women, children, and families. *European Journal of Psychotraumatology*, 2014; 5(1).
 19. Rodriguez-Menes J, Safranoff A. Violence against women in intimate relations: a contrast of five ories. *Eur J Criminol*. 2012; 9:188-206.
 20. Devries KM, Mak JYT, GarcíaMoreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 2013; 340(6140):1527-1528.
 21. Keshavarz Mohammadian S, Damari B, Mehrabian F, Shakiba M. The Prevalence of Spouse Abuse During Pregnancy and Its Related Factors in Guilan Province in 2019. *SJKU*. 2022; 27 (3):66-76, URL: <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-6646-fa.html>. [Persian]
 22. Kordi R, Jamshidi F, Limoei F, Hosseinibehbahani SF. Assessment of the causes of wife abuse referred to legal medicine organization in khozestan between the years 2016_2017. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2019; 18(1): 59-69. doi: 10.22118/jsmj.2019.165346.1555, [Persian]
 23. World Health Organization (WHO). Child maltreatment factsheet Geneva. 2016.
 24. Diehl A, Clemente J, Pillon SC, Santana PRH, Desilva CJ, Mari JJ. Early childhood maltreatment experience and later sexual behavior in Brazilian adults undergoing treatment for substance dependence. *Braz J psychiatry*. 2019; 41:199-207.
 25. Bazrafkan M, Akrami N, Sajjadian I. The relationship between early maladaptive schemas and child abuse with personality disorders in women 20-40 years old in Shiraz. Master Thesis in Psychology, Clinical Orientation, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan), 2014. [Persian]
 26. Hampton RL, Galt TP. Family violence, prevention and treatment. (first edition). translated by Davood Karbalaei Mohammad Migoeei, Tehran: Afarinesh, 2009. [Persian]
 27. Kothapalli J, Munikumar M, Kena T, Chaturvedi A, Sujir N, Kodumuri PK, Lourebam D, Tagum T. Childhood abuse and anxiety depression- An interpersonal approach to optimize; knowledge and awareness among young adult health professions students of Arunachal Pradesh, India, *Acta psychologica*. 2023; P:233.
 28. Lansford JE, Johnson MS, Berlin LJ, Dodge KA, Bates JE, Pettite GS. Early

- physical abuse and later violent delinquency: A prospective longitudinal study. *Childhood maltreatment*. 2007; 12(3):233-245.
29. Kendall-Tackett KA, Marshall R. Sexual victimization of children in R.K. Bergen(Ed). *Issues in intimate violence*. 1998; 47-63.
30. Christ C, DeWaal MM, Dekker JJM, VanKuijk I, VanSchaik DJF, Kikkert MJ, Messman-Moore TL. Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: the role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLOS*. 2019; 14(2).
31. Stoltenborg M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, IJ Zendroon MH. The prevalence of child maltrwatment across the globe:review of a series of meta-analyses.child abuse review. 2015; 24:37-50.
32. McDowell I, Newell C. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford. 1987.
33. Karamkhani Sh, Shekarbeigi A, Rahmani E. Social support in the Kermanshah earthquake based on the lived experience of women heads of households. *Journal of Iranian Social Development Studies*, 2021; 13(3). [Prsian]
34. Panayiotou G, Karekla M. Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013; 48(2):283-294. doi:10.1007/s00127-012-0533-6.
35. Bokszczanin A. Social support provided by adolescents following a disaster and perceived social support, sense of community at school, and proactive coping. *Anxiety, Stress & Coping*. 2012; 25(5): 575-592. doi:10.1080/ 10615806. 2011.622374.
36. Grills-Taquechel AE, Littleton HL, Axsom D. Social support, world assumptions, and exposure as predictors of anxiety and quality of life following a mass trauma. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25(4), 498-506.doi:10.1016/j.janxdis.2010.12.003.
37. Kaniasty K. Predicting social psychological well-being following trauma: The role of postdisaster social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012, 4(1), 22-33. doi:10.1037/a0021412.
38. Prati G, Pietrantonio L. The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*. 2010; 38(3):403-417. doi:10.1002/jcop.20371.
39. McCauley M, Minsky S, Viswanath K. The H1N1 pandemic: Media frames, stigmatization and coping. *BMC Public Health*. 2013; 13(1): 1116. doi:10.1186/1471-2458-13-1116.
40. Bonanno GA, Brewin CR, Kaniasty K, La Greca AM. Weighing the costs ofdisaster consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychol. Sci. Public Interest*, 2010; 11: 1-49. <https://doi.org/10.1177/1529100610387086>.
41. Cofini V, Carbonelli A, Cecilia MR, Binkin N, di Orio F. Post traumatic stressdisorder and coping in a sample of adult survivors of the Italian earthquake. *Psychiatry Res*. 2015; 229: 353-358. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.041>.
42. Minardi V, Gigantesco A, Mancini C, Quarchioni E, D'Argenio P, Cofini V. Behavioural risk factors in L'Aquila (Central

- Italy) 3-5 years after the 2009 earthquake(in Italy). *Epidemiol. Prev.* 2016; 40: 34-41. <https://doi.org/10.19191/EP16.2S1.P034.045>.
43. Xu J, Wang Y, Tang W. Posttraumatic stress disorder in Longmenshan adolescents at three years after the 2013 Lushan earthquake. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2018; 54:45-51. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.05.009>.
44. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry.* 2002; 65: 207-239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>
45. Kaniasty K. Social support, interpersonal, and community dynamics following disasters caused by natural hazards. *Current Opinion in Psychology* 2020; 32:105-109. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.026>
46. Shang F, Kaniasty K, Cowlshaw S, Wade D, Ma H, Forbes D. Social support following a natural disaster: A longitudinal study of survivors of the 2013 Lushan earthquake in China. *Psychiatry Research.* 2019; 273: 641-646. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.085>.
47. Tabrizchi N, Shahedi M, Hajifaraji M. Iranian Islamic Healthy Lifestyle. *Journal of Culture and health promotion (Academy of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran.* 2021; 4(4). [Persian]
48. Goudarzi M, rezaie S. The effectiveness of Iranian Islamic lifestyle on cohesion, marital satisfaction and family mental health Staff of Kermanshah University of Medical Sciences in the Corona crisis. *Islamic-Iranian Family Studies Journal,* 2022; 1(2): 56-71. doi: 10.30495/iifs.2022.1947520.1020. [Persian]
49. Bagheri S, Hemmati Afif A, Naderinasab M. The causality test of Islamic Iranian lifestyle on the physical and mental health of girls' school students. *Journal of School Administration,* 2020; 8(3). [Persian]
50. Pakzad M, Dolatian M, Jahangiri Y, Emami Zeydi A. Relationship between Islamic Lifestyle and Mental Health in Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *Bangladesh Journal of Medical Science.* 2020; 19: 394-400.
51. Mohamadian F, Faryadi MH, Borji M. Investigating the relationship between Islamic lifestyle and general health in adolescents. *Int J Adolesc Med Health.* 2019; 33(4).
52. Abdel-Khalek AM, Lester D. Subjective well-being and religiosity: significant associations among college students from Egypt and the United Kingdom. *International Journal of Culture and Mental Health.* 2018; 11(3): 332-337. doi:10.1080/17542863.2017.1381132.
53. Sarfaraz H, Amin M. Critical Evaluation of Thinking and Media Literacy Textbook: Deconstructing the Contradictory Meaning of Audience. *Pizhuhish nāmāh-i intiqādī-i mutūn va barnāmāh hā-yi 'ulūm-i insāni (Critical Studies in Texts & Programs of Human Sciences).* 2019; 19(10):137-157. doi: 10.30465/crtls.2020.4867. [Persian]
54. Khanifar H, Moslemi N. Basic and principles of qualitative research methods. Tehran: Negah e danesh, 2019. [Persian]
55. Brown MP. Developmental path ways from childhood maltreatment to adolescent psychopathology, substance use and revictimization. A dissertation for the degree

- of doctor of philosophy, University of Minnesota, 2019.
56. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study. *Irje*. 2019; 15(1):47-56, URL: <http://irje.tums.ac.ir/article-1-6281-fa.html>. [Persian]
57. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health. *Sports medicine*. 2000; 29(3):167- 80.
58. Espinosa-González A B, Normand CH. Challenges in the implementation of primary health care reforms: a qualitative analysis of stakeholders' views in Turkey. *BMJ Open* 2019; 9:e027492. doi:10.1136/bmjopen-2018-027492.
59. Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. Iran's primary health care challenges in realizing public health coverage: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Journal* 2020; 18 (2): 166-179, URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3935-fa.html>. [Persian]
60. Mehrolhasani MH, Rafiee N, Ghasemi S. The Package for Mental and Social Health Promotion and Drug Abuse Prevention in the Health Transformation Plan: Executive Leadership Challenges and Suggestions. 2020; 18(3): 245-260, URL: <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5926-fa.html>. [Persian]
61. Karimi F, Memaryan N, Lotfi M, Ghahari Sh. Referral Challenges in the Mental Health Program in the Primary Health Care System: A Qualitative Study. *Depiction of Health*, 2022; 13(3): 347 -360. [Persian]
62. Ganji M. Abnormal psychology based on DSM 5. Tehran: Savalan, 2012. [Persian]
63. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al . Evaluation of Mental Health Program Integration into the Primary Health Care System of Iran. *IJPCP*. 2012; 17(4): 271-278. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1450-fa.html>. [Persian]
64. Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili MR, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: A qualitative research. *Journal of Medical Council of Iran*. 2012; 29(4). [Persian]
65. Soleimani Kebria F, Sum S, Tirgar A, Pourhadi S, Delbari A, Shati M, et al. Explanation of the Structural-functional Challenges of Comprehensive Health Centers in Babol City, Iran, Based on the Guidelines of the World Health Organization's Elderly-friendly Centers. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2023; 18(1):14-31. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2361-fa.html>. [Persian]
66. Damari B, Vosoogh Moghaddam A. Social Health Service Packages, A Model for Urban Health System Interventions. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2013; 12:297-304. [Persian]
67. Esmaeili A, Izadi M, Azad E, Sanaeinasab H. Foresight of the health system at the national level based on the Islamic-Iranian lifestyle and by identifying the goals and actions of key actors. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2021; 8 (4): 378-389. URL: <http://journal.ihepsa.ir/article-1-1537-fa.html>. [Persian]
69. Nasiripour AA, Raeissi P, Tabibi SJ, Majidpour A, Safipour M. Designing a Domestic Model for Resource Management at Counseling Centers for Behavioral

- Illnesses in Iran. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2012; 12(2): 190-203. URL: <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-142-fa.html>. [Persian]
69. Bolhari J, Kabir K, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Rafiei H, Ahmadzad Asl M, et al. Revision of the Integration of Mental Health into Primary Healthcare Program and the Family Physician Program . *IJPCP*. 2016; 22 (2): 134-146. URL: <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2603-fa.html>. [Persian]
70. Rahimi H, Haghdoost A, Noorihekmat S. A qualitative study of challenges affecting the primary care system performance: learning from Iran's experience. *Health Sci Rep*. 2022; 5:e568. doi:10.1002/hsr2.568
71. Li X, Krumholz M, Yip W, Cheng K, Maeseneer, JD, Meng Q, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *The Lancet*. 2020; 395 (10239):1802-1812.
72. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchant-Hamann E. The benefits and challenges of the family health strategy in Brazilian Primary Health Care: literature review. *Ciencia & saude coletiva*. 2016; 21: 1499-1510.
73. Rafiei H, Radi A. Medical ethics in Islamic culture and civilization. *Journal of Research in dental sciences*. 2012; 27(3). [Persian]
74. Fathi A, Amrani E. The Role of Religion and Spirituality in Employee's Mental Health. *Journal of Insight and Islamic Education*. 2016; 13(37): 45-66. [Persian]
75. Shahrakipou H. Review of Middle Schools Textbooks Content in Development of the Culture of Self-sacrifice and Martyrdom. *Research in Curriculum Planning*. 2013; 10(37): 99-107. [Persian]

Criticism and Evaluation of Social Health Contents of the Primary Health Care Prepared in the Office of Mental, Social and Addiction Health of the Ministry of Health and Medical Education

Banafsheh Aleyaran¹, Zahra Delavari², Fatemeh Fayyaz³, Hamed Moslehi^{4*}

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Science, Esfahan University, Esfahan, Iran

2. MSc. Department of Psychology, School of Psychology and Educational Science, Yazd University, Yazd, Iran

3. Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran

4. Ph.D. Educational Psychology, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Science, Tehran University, Tehran, Iran

*Corresponding Author: H.MOSLEHI@HEALTH.GOV.IR

Received: Oct 27, 2023

Accepted: Nov 27, 2023

ABSTRACT

Background and Aim: Social health is one of the most basic criteria of social well-being and an effective factor in improving the quality of life of any society. In Iran, the Office of Mental Health, Social Health and Addiction (OMSHA) is responsible for planning, implementing, monitoring and evaluating social health programs. The purpose of this research was to criticize and assess the contents of the social health component of the primary health care (PHC) system in an attempt to revise the contents.

Materials and Methods: The method used in this study was the deconstruction method. The research environment was all the contents of the social health component provided by OMSHA, and in order to obtain precise data the entire statistical population was taken as the study sample.

Results: In general, data analysis indicated the following: inappropriate screening, cultural adaptation, unidimensionality, role and responsibility adaptation, the preference of treatment to prevention, updating, comprehensiveness and adequacy of basic contents, and comprehensiveness and adequacy of practical suggestions.

Conclusion: It can be concluded that revision of the contents of the social health component of the Office of Mental health, Social Health and Addiction is a necessity in order to improve the delivery of mental health services..

Key words: Criticism and Assessment, Social Health, Primary Health Care, Office of Mental Health, Social Health and Addiction, Deconstruction.

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.