

ویکرام پاتل: سلامت روان برای همه و با مشارکت همه



عکس: Ted

می‌خواهم که این موقعیت را لحظه‌ای تصور کنید. دو مرد با نامهای راثول و راجیو، که در یک محله زندگی می‌کنند، سابقه تحصیلی و شغل یکسان دارند و هر دو به اورژانس تصادفات محلی مراجعه می‌کنند و از درد حاد قفسه سینه شکایت دارند. راثول باید زیر عمل قلب برود، اما راجیو به خانه فرستاده می‌شود.

چه چیزی ممکن است تفاوت در تجربه از این دو مرد تقریباً یکسان را توضیح دهد؟ راجیو به یک بیماری روحی مبتلاست. تفاوت در کیفیت مراقبت‌های پزشکی برای کسانی که بیماری روحی دارند، یکی از دلایل کوتاهی عمرشان در مقایسه با افرادی است که بیماری روحی ندارند. حتی در غنی‌ترین کشورهای دنیا، فاصله امید به زندگی به اندازه ۰۲ سال است. در کشورهای در حال توسعه، این فاصله حتی بیشتر است.

البته، بیماری‌های روانی می‌توانند از راههای ساده‌تری هم افراد را بکشند که بارزترین نمونه آن خودکشی است. ممکن است برخی از شما در اینجا مثل من تعجب کنید، وقتی که کشف کردم خودکشی در بالای لیستی از علل اصلی مرگ و میر در جوانان در تمام کشورهای دنیا، از جمله فقیرترین آنهاست.

اما فراتر از تاثیر سلامت بر امید به زندگی، ما همچنان نگران کیفیت زندگی هستیم. در حال حاضر، به منظور بررسی تاثیر کلی سلامت بر امید به زندگی و کیفیت زندگی، لازم است از یک سیستم متریک به نام DALY استفاده کنیم، که مخفف ناتوانی در تعدیل سالیانه زندگی است. حالا با استفاده از آن، چیزهای شگفت‌انگیزی در مورد بیماری‌های روانی از دیدگاه جهانی کشف می‌کنیم. به عنوان مثال، کشف می‌کنیم که بیماری‌های روانی در میان علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان هستند. مثلاً، افسردگی سومین دلیل اصلی ناتوانی در کنار مشکلاتی مثل اسهال و التهاب ریه در کودکان است. هنگامیکه تمام بیماری‌های روانی را کنار هم می‌چینیم، آنها به طرز بیرحمانه‌ای ۵۱ درصد از کل بار جهانی بیماری را به خود اختصاص می‌دهند. در واقع بیماری‌های روانی برای زندگی مردم بسیار مخرب هستند، اما فراتر از بار بیماری، اجازه دهید اعداد مطلق را در نظر بگیریم. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که نزدیک به ۰۰۴ تا ۰۰۵ میلیون نفر روی کره کوچک ما زندگی می‌کنند که تحت تاثیر بیماری‌های روانی واقع شده‌اند. حالا تعدادی از شما در اینجا از این عدد کمی شوکه به نظر می‌رسید، اما برای یک لحظه، تنوع باورنکردنی بیماری‌های روانی را از اوتیسم و ناتوانی فکری در کودکی تا افسردگی و اضطراب، سوء استفاده از مواد مخدر و جنون در بزرگسالی، و زوال عقل در سنین پیری را در نظر بگیرید، و تقریباً مطمئنم که هر کدام از ما که اینجا هستیم، می‌توانیم به یاد حداقل یک نفر که در شبکه‌های اجتماعی بسیار نزدیکمان تحت تاثیر بیماری روانی است، بیفتیم دارم میبینم که برخی از شما سرتان را به علامت تایید تکان می‌دهید.

اما فراتر از این اعداد گیج‌کننده، چیزی که از منظر سلامت جهانی، مهم و نگران‌کننده است، این است که اکثریت قریب به اتفاق این افراد مراقبتی دریافت نمی‌کنند که بدانیم زندگیشان را تغییر می‌دهد، و به یاد داشته باشید، شواهد محکمی داریم که طیفی از مداخله‌ها از جمله مداخلات روانشناختی و پزشکی، و مداخله اجتماعی، می‌تواند تفاوت بزرگی به وجود آورد. اما هنوز، حتی در بهترین کشورها، مانند اروپا که در آنیم، ۰۵ درصد از افراد درگیر، چنین چیزی را دریافت نمی‌کنند. در بعضی کشورها که در آنها کار می‌کنم، این شکاف درمانی به عدد تکان‌دهنده ۰۹ درصد نزدیک است. پس تعجب‌آور نیست که اگر مجبور باشید با چنین فرد مبتلایی صحبت کنید، مواردی از رنج پنهان، شرم و تبعیض را تقریباً در هر بخش از زندگیش بشنوید. اما شاید دردناکترین آنها مواردی از سوء استفاده است که حتی در

ساده‌ترین حقوق انسانی، همه روزه رخ می‌دهند. مانند این زن جوانی که در این تصویر می‌بینید حتی در جاهایی که برای مراقبت از افراد مبتلا به بیماریهای روانی ساخته شده‌اند، یعنی آسایشگاهها و بیمارستانهای روانی.

همین بی‌عدالتی است که ماموریت من را برای ایجاد اندک تحولی در زندگی افراد مبتلا به بیماریهای روانی و بخصوص اقدام فوری جهت ایجاد ارتباط بین دانشی که برای ایجاد این تحول یعنی دانش درمان موثر، و چگونگی استفاده از آن در زندگی روزمره داریم، به جلو می‌راند. و چالش مهمی که با آن روبرو بودم کمبود افراد حرفه‌ای در این زمینه، یعنی روان‌پزشکان و روانشناسان، بویژه در دنیای در حال توسعه است.

در هند پزشکی خواندم و پس از آن روانپزشکی را به عنوان تخصص خود برگزیدم. گرچه مادرم و سایر اعضای خانواده با ناراحتی فکر می‌کردند که جراحی مغز و اعصاب گزینه قابل احترام‌تری برای پسر با استعدادشان بوده است. در هر مورد که پیش رفتم، خود را وقف روانپزشکی کردم، و خودم را در یکی از بهترین بیمارستانهای انگلستان مشغول تحصیل یافتم که به آن می‌بالم. من در یک تیم فوق‌العاده با استعداد، دلسوز، و مهمتر از همه، بسیار آموزش دیده و حرفه‌ای از متخصصان سلامت روانی کار کردم.

بلافاصله پس از کارآموزی، برای اولین بار در زیمبابوه و پس از آن در هند، کار کردم و با یک واقعیت کاملاً جدید مواجه شدم. که این واقعیت، وجود دنیایی بدون حضور هیچ متخصص سلامت روان بود. برای مثال در زیمبابوه تنها دوازده روانپزشک وجود دارند که در شهر حراره زندگی و کار می‌کنند، و تنها یک زوج خدمات بهداشت روان به نه میلیون نفر ساکن در این کشور ارائه می‌کنند.

در هند هم، اوضاع بهتر از این نیست. برای اینکه چشم‌اندازی در این زمینه داشته باشید، اگر لازم باشد نسبت روانپزشکان موجود در انگلستان تا هند را توضیح دهم، کسی ممکن است انتظار داشته باشد که ۰۰۰/۰۵۱ روانپزشک در هند موجود باشد. اما در واقعیت، خودتان حدس بزنید. عدد واقعی ۰۰۰/۳ روانپزشک، یعنی دو درصد آن عدد است.

به سرعت برایم روشن شد که نمی‌توانم از انواع مدل‌های سلامت روان که آموزش دیده‌ام، پیروی کنم، چرا که به شدت وابسته به متخصصان کارآمد و گران است که در کشورهایی مثل هند و زیمبابوه خدمات سلامت روان ارائه می‌دهند. پس مجبور شدم به یک مدل دیگر از این خدمات مراقبتی فکر کنم.

پس از آن بود که به این کتابها برخورد کردم، و در این کتابها ایده جابجایی وظیفه را در سلامت جهانی کشف کردم. این ایده بسیار ساده و به این شکل است، وقتی فرد متخصص کم دارید، از افراد موجود در جامعه استفاده کنید، آنها را آموزش دهید تا بتوانند خدمات سلامت روان ارائه کنند، در کتابهایی که خواندم، مثالهای الهام بخشی وجود دارند، مثلاً اینکه چطور افراد عادی برای تشخیص و درمان التهاب ریه با اثربخشی خوب در کودکان، آموزش دیده‌اند. من باور پیدا کردم که اگر میتوانیم افراد عادی را برای انجام این خدمات بهداشتی پیچیده آموزش دهیم، پس شاید در مورد خدمات سلامت روان هم بتوانند به ما کمک کنند.

خرسندم که امروز به اطلاع شما برسانم که تعداد زیادی آزمایش ایده جابجایی وظیفه در سلامت روان جهان در حال توسعه و در طول دهه گذشته انجام شده است که مايلم یافته‌های سه آزمایش خاص از این آزمایشها را که هر سه در مورد افسردگی که شایعترین بیماری روانی است، با شما به اشتراک بگذارم. در مناطق روستایی اوگاندا، پل بولتون و همکارانش، با کمک روستاییان، نشان دادند که می‌توانند با یک شاخص کنترل تصادفی روان‌درمانی فردی برای افسردگی ارائه کنند که نشان داد ۰۹ درصد از افرادی که این خدمات را در این مناطق روستایی دریافت کردند بهبود پیدا کرده‌اند. به طور مشابه، با استفاده از یک شاخص کنترل اتفاقی در روستاهای پاکستان، عاطیف رحمان و همکارانش نشان دادند، که بازدیدکنندگان سلامت زنان، که برای جامعه سلامت مادران در سیستم بهداشت پاکستان کار می‌کنند، قادرند درمانهایی بر اساس رفتارشناسی به مادرانی که افسرده هستند ارائه کنند که آمار بالایی از بهبودی ارائه می‌کند. تقریباً ۵۷ درصد این مادران در مقایسه با سایر مادران در مناطق روستایی بهبود پیدا کردند. و در آزمایش خودم در گواي هند، دوباره نشان دادیم که مشاورانی از جامعه محلی را می‌توان برای ارائه خدمات روانشناسی برای افسردگی و اضطراب آموزش داد که نزدیک به ۰۷ درصد از افراد گیرنده بهبود می‌یابند که این آمار در مراکز درمانی ابتدایی ۰۵ درصد است.

حالا اگر تمام این آزمایشها را که با جابجایی وظیفه انجام شدند کنار هم جمع کنم که البته موارد بسیار دیگری هم وجود دارد و سعی کنم تا موارد کلیدی برای موفقیت در این برنامه را شناسایی و مشخص کنم باید بگویم که یک مخفف برای این کلیدها درست کرده‌ام SUNDAR که در زبان هندی نمایه کلمه جذاب است. برای من ۵ درس کلیدی برای یک برنامه اثربخش‌تر وجود دارد که در این اسلاید نشان داده‌ام. نخست اینکه لازم است پیام مورد استفاده را ساده کنیم و تمام باورهای نادرست پزشکی را از آن دور کنیم. باید خدمات پیچیده پزشکی را به بسته‌های کوچکتر تبدیل کنیم که قابل انتقال به افرادی با آموزش و دانش کمتر باشند. باید سلامت عمومی را نه در موسسات بزرگ بلکه در نزدیکی خانه‌های مردم ارائه کنیم. و باید در این راه از تمام افراد موجود و توانا در جوامع محلی بهره ببریم. و مهمتر از همه اینکه، باید تعدادی از افراد متخصص موجود را برای ایفای نقشهایی مثل ظرفیت سازی و نظارت به کار بگیریم.

حالا، جابجایی وظیفه برای من، ایده ای با اهمیت جهانی‌ست، چون با اینکه در شرایطی از عدم وجود منابع در کشورهای در حال توسعه بوجود آمده است، فکر می‌کنم اهمیت خاصی در کشورهایی با منابع بهتر هم دارد. چرا؟ خب چون خدمات بهداشتی و هزینه‌هایش در

کشورهای توسعه یافته به سرعت و خارج از کنترل در حال افزایش است و مقدار زیادی از این هزینه ها برای منابع انسانی است. و همینطور اهمیت دیگر این است که سلامت و بهداشت در این کشورها به مفهومی بسیار تخصصی و دور تبدیل شده که آنرا از جوامع محلی پاک کرده است. چیزی که جابجایی وظیفه را برای من جذاب می کند، تنها این نیست که خدمات بهداشتی را قابل دسترس تر و دست یافتنی تر، بلکه اساس آن را قدرتمندتر می کند. این روش، افراد عادی را توانا می کند که برای ارائه خدمات سلامت در جامعه خود، اثربخش تر شوند، و در نتیجه برای حفظ سلامت خود نگهدارنده بهتری باشند. در حقیقت این روش برای من، نمونه نهایی دموکراتیزه شدن دانش پزشکی و در نتیجه قدرت آن است.

حدود ۰۳ سال پیش، ملتهای دنیا در آلمانی گرد هم آمدند و این بیانیه نمادین را بوجود آوردند. فکر می کنم همه شما می توانید حدس بزنید که بعد از ۲۱ سال، هنوز به نزدیکی هدف هم نرسیدیم. امروز با وجود داشتن این آگاهی که افراد عادی در جامعه قابل آموزش هستند و با نظارت و پشتیبانی کافی، می توانند خدمات سلامت را به طور موثر ارائه کنند، شاید آن پیمان قابل دستیابی باشد. به راستی، برای دستیابی به سلامت برای همه لازم است همه را در این مسیر خاص مشارکت دهیم، و بویژه در مورد سلامت روان، لازم است به طور خاص از افرادی که خود درگیر آن بودند و یاریگران آنها کمک بگیریم.

چرا که، چند سال قبل جنبش جهانی سلامت روان به صورت یک خطمشی مجازی تاسیس شد که در آن متخصصانی مثل خودم و افراد درگیر با بیماریهای روانی توانستند شانه به شانه کنار هم بایستند، و از حقوق افرادی که درگیر بیماری روانی هستند، دفاع کنند، تا خدمات مناسبی که می دانیم زندگی آنها را دگرگون می کند تا بتوانند با احترام و عزت زندگی کنند، دریافت کنند.

و در پایان، زمانی که یک لحظه از صلح و آرامش در این روزهای شلوغ یا پس از آن به دست آوردید، به فرد یا افرادی ببینید که در نظر شما بیماری روانی دارد یا دارند و به خود جرئت دهید که از آنها مراقبت کنید. متشکرم

منبع: <http://goo.gl/kLqM3f>