عدالت در سلامت با تمرکز بر سلامت روان: یک نامه به سردبیر
Health Equity with a Focus on Mental Health: a letter to editor

سردبیر محترم

سلامت به‌عنوان پیش‌شرط اساسی رشد و توسعه پایدار، نقشی تعیین‌کننده در شکوفایی ظرفیت‌های انسانی و بالندگی جوامع ایفا می‌کند، از این‌رو، ارتقای وضعیت سلامت در تمامی ابعاد آن، همواره در صدر اولویت‌های حکمرانی قرار دارد. دولت‌ها تولیت سلامت را بر عهده نظام‌های سلامت قرار داده‌اند تا از این رهگذر، بستر مناسبی برای ارتقای رفاه عمومی فراهم آورند.[1] در میان مولفه‌های متنوع سیستم سلامت، سلامت روان جایگاهی بنیادین دارد، چراکه بهزیستی روانی، زیربنای اصلی عملکردهای شناختی، هیجانی و اجتماعی افراد است و فقدان آن می‌تواند کارکردهای اساسی جامعه را در ابعاد مختلف با اختلال مواجه سازد.

با این‌حال، پاسخگویی به نیازهای فزاینده سلامت، تنها در گرو گسترش کمی خدمات نیست، بلکه تحقق واقعی آن در آیینه عدالت در سلامت معنا می‌یابد. عدالت در سلامت را می‌توان سنجه‌ای برای ارزیابی میزان پایبندی دولت‌ها به اصول اخلاقی و اجتماعی در جهت کاهش نابرابری‌های قابل اجتناب در سلامت دانست که در سه بعد کلیدی عدالت در بهره مندی از خدمات سلامت، عدالت در تامین مالی سلامت و عدالت در سطح یا وضعیت سلامت تحلیل می‌گردد.[2] مقاله حاضر در پی ایجاد پیوند موضوعی میان دو حوزه تخصصی علوم مدیریت در سلامت و سلامت روان است تا با محوریت عدالت در سلامت، چالش‌های ساختاری موجود در این عرصه حیاتی را کالبدشکافی کرده و افق‌های روشنی را برای اصلاحات سیاستی ترسیم نماید (در این نوشتار، منظور از سلامت روان، طیفی از خدمات پایه، تخصصی و فوق تخصصی مددکاری اجتماعی، مشاوره، روانشناسی، روانپزشکی و اعصاب و روان در سطوح مختلف سیستم سلامت است):

۱- موانع فرهنگی: در جوامعی که مراجعه به روان درمانگر، نشانه‌ای از ضعف شخصیتی تلقی می‌شود، انگ اجتماعی همراه با سواد سلامت روان ناکافی، نیاز واقعی جامعه را به تقاضایی سرکوب شده بدل می‌کند. در چنین شرایطی، بخشی از افراد علیرغم نیاز به خدمات سلامت روان، از جستجوی کمک تخصصی خودداری کرده و از چرخه بهره‌مندی از خدمات خارج می‌شوند، وضعیتی که عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت را با چالش مواجه می‌سازد. برای رفع این مانع، ادغام آموزش مهارت‌های پایه سلامت روان در کتب درسی مدارس و راه اندازی کمپین‌های رسانه‌ای همگانی برای عادی سازی دریافت خدمات روان شناختی پیشنهاد می‌شود.

۲- دسترسی جغرافیایی: تمرکز بخش قابل‌توجهی از متخصصان و مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان در کلان‌شهرها، ساکنان مناطق روستایی و شهرهای کوچک را از دریافت خدمات استاندارد محروم می‌سازد. در چنین شرایطی، جغرافیای محل سکونت به یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی بهره‌مندی از خدمات سلامت روان تبدیل می‌شود. برای رفع این نارسایی، تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، توسعه مراکز ارائه خدمات در مناطق کمتر برخوردار و گسترش زیرساخت‌های سلامت دیجیتال و دوراسلامت (به ویژه تله تراپی) شایسته توجه است.

۳- سرمایه انسانی: حتی در صورت توزیع عدالت محور مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان، دسترسی نامتوازن به نیروی انسانی واجد صلاحیت و باانگیزه می‌تواند پاسخگویی به نیازهای سلامت روان جامعه را محدود ساخته و کیفیت، تداوم و حتی امکان دریافت خدمات تخصصی سلامت روان را برای بخشی از جمعیت با تنگنا روبرو سازد.[3] برای کاهش این شکاف، توانمندسازی بهورزان و مراقبان سلامت شاغل در شبکه مویرگی بهداشت برای غربالگری مشکلات سلامت روان، ارائه مداخلات کوتاه‌مدت روان‌شناختی و ارجاع به‌موقع افراد نیازمند به سطوح تخصصی‌تر خدمات، اختصاص سهمیه‌های آموزشی هدفمند به داوطلبان بومی مناطق محروم و طراحی مشوق‌های حرفه‌ای و رفاهی برای جذب و ماندگاری نیروی انسانی متخصص در مناطق کمتر برخوردار قابل تجویز است.

۴- تامین مالی: در کشورهای با درآمد کم و با درآمد متوسط رو به پایین، محدودیت‌های اقتصادی خانوارها در کنار تعرفه‌های بالای خدمات سلامت روان و محافظت مالی ناکافی از گیرندگان این خدمات از سوی دستگاه‌های مختلف، می‌تواند سهم پرداخت مستقیم از جیب افراد را در تامین مالی این خدمات (حلقه جمع‌آوری منابع) به‌صورت معناداری

[Downloaded from tumj.tums.ac.ir on 2026-11-04]

افزایش دهد. در چنین شرایطی، توانایی پرداخت به یکی از عوامل تعیین‌کننده دریافت خدمات تبدیل شده و بخشی از جمعیت ناچار به صرف‌نظر از دریافت مداخلات مورد نیاز خود می‌شوند. افزون‌براین، خانوارهایی که اقدام به دریافت خدمات می‌کنند، ممکن است در معرض هزینه‌های کمرشکن سلامت و هزینه‌های فقرزای سلامت قرار گیرند.[۴و۵] برای مقابله با این مسئله و فراهم نمودن تامین مالی پایدار سلامت (با در نظر گرفتن هر سه حلقه از چرخه تامین مالی شامل جمع‌آوری منابع، انباشت منابع و خرید خدمات)، بازنگری در بسته‌های خدمتی بیمه‌های پایه با تمرکز بر افزایش سطح و عمق پوشش بیمه‌ای، ورود فعال‌تر بیمه‌های تکمیلی به این عرصه و خرید راهبردی خدمات سلامت روان با تاکید بر گروه‌های دارای نیاز بالا و آسیب‌پذیر اقتصادی توصیه می‌گردد.

۵- سازماندهی خدمات: برخورداری از زیرساخت‌ها، منابع و ظرفیت‌های مورد نیاز، اگر با سازماندهی مطلوب خدمات سلامت روان همراه نباشد، لزوما به بهره‌مندی موثر گروه‌های مختلف جمعیتی از این خدمات منجر نخواهد شد. در چنین شرایطی، پیچیدگی فرآیندهای دریافت خدمات، نبود مسیرهای شفاف ارجاع و پیگیری، گسست در زنجیره مراقبت و ضعف هماهنگی میان سطوح مختلف ارائه خدمات، می‌تواند دسترسی به مداخلات سلامت روان را با کاستی مواجه سازد، به‌گونه‌ای که صرف دسترسی بالقوه به خدمات، لزوما به بهره‌مندی واقعی از خدمات سلامت روان منجر نشود. برای بهبود این وضعیت، استقرار مسیرهای استاندارد ارجاع و پیگیری مراجعان، تقویت پیوستگی میان ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح مختلف نظام سلامت، پیشگیری از موازی کاری، ایجاد سازکارهای همکاری میان نهادهای متولی دولتی و غیردولتی و توسعه برنامه‌های آمادگی و پاسخگویی در شرایط بحرانی توصیه می‌گردد.

٦- پیامدهای سلامت: همه برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های صورت‌بندی شده باید در روند شاخص‌های سلامت روان افراد جامعه بازتاب یابد. با این‌حال، عوامل تعیین‌کننده اجتماعی-اقتصادی می‌توانند موجب شوند برخی گروه‌ها از سطح پایین‌تری از سلامت روان برخوردار گشته و بار بیشتری از اختلالات روانی را تحمل نمایند.[٦] فقر، بیکاری، ناامنی شغلی، حاشیه نشینی، آسیب‌های اجتماعی، مواجهه با بحران‌ها و حوادث ناگهانی و ضعف حمایت‌های خانوادگی و عاطفی، از جمله عواملی هستند که خطر تشدید یا بروز مشکلات سلامت روان را افزایش می‌دهند. در چنین شرایطی، حتی در صورت برقراری سایر مولفه‌ها، تفاوت در شرایط زندگی می‌تواند به تداوم بی‌عدالتی در پیامدهای سلامت روان منجر شود. برای کاهش این شکاف، لازم است رویکردهای بین‌بخشی در حکمرانی سلامت تقویت شود، آثار سیاست‌های اجتماعی، اقتصادی و رفاهی بر سلامت روان به‌صورت نظام‌مند مورد توجه قرار گیرد و تخصیص منابع و اولویت‌بندی مداخلات سلامت روان متناسب با نابرابری‌های موجود میان مناطق و گروه‌های مختلف جمعیتی صورت پذیرد.

در مجموع، تحقق عدالت در سلامت روان را نمی‌توان منحصرا به افزایش عددی سرمایه‌های انسانی و مراکز و گسترش خدمات تقلیل داد. این هدف در قالب تفکر سیستمی نیازمند توجه همزمان به مجموعه‌ای از عوامل به‌هم پیوسته در سطوح فردی، اجتماعی و نظام سلامت است. همان‌گونه که در این نوشتار نشان داده شد، موانع گوناگون موجود می‌توانند مسیر دستیابی به عدالت را تحت‌الشعاع قرار دهند. افزون‌براین، بخش مهمی از تعیین‌کننده‌های سلامت روان خارج از مرزهای نظام سلامت قرار دارند و متاثر از سیاست‌های اقتصادی، اشتغال، کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی هستند، از این‌رو، دستیابی به عدالت در این حوزه مستلزم تقویت رویکردهای بین‌بخشی و توجه ساختارمند به پیامدهای سلامت محور سیاست‌های کلان کشورها است. در کشورهایی که از تنوع فرهنگی، قومی و زبانی بالایی برخوردارند، ارتقای سواد سلامت روان، کاهش انگ اجتماعی، جلب اعتماد عمومی از طریق رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای و حفظ محرمانگی اطلاعات مراجعان و بهره‌گیری از ظرفیت نهادهای مرتبط برای عادی‌سازی استفاده از خدمات سلامت روان اهمیت دوچندان می‌یابد. سرمایه‌گذاری موثر در سلامت روان نه تنها یک ضرورت اخلاقی و حقوق بشری، بلکه ابزاری کلیدی برای حفظ و تقویت سرمایه انسانی، تقویت تاب‌آوری اجتماعی، افزایش بهره‌وری اقتصادی و تحقق رشد و توسعه پایدار به شمار می‌رود. از این‌رو، انتظار می‌رود راهبران و متولیان امر با اتخاذ رویکردهای مبتنی بر شواهد و متاثر از شواهد و تقویت همگرایی بین‌بخشی، اصلاحات ساختاری مورد نیاز را در دستور کار قرار دهند تا زمینه برای کاهش شکاف‌های موجود و ارتقای عدالت در سلامت روان فراهم شود. بی‌تردید، پیچیدگی و چندبعدی بودن این موضوع، ضرورت انجام مطالعات عمیق‌تر و تولید شواهد بومی بیشتر را برای پشتیبانی از سیاست‌گذاری‌های آینده بیش از پیش آشکار می‌سازد. این نوشتار را می‌توان گامی در جهت جلب توجه بیشتر به مفهوم عدالت در سلامت روان و ضرورت توسعه ادبیات

[Downloaded from tumj.tums.ac.ir on 2026-11-04]

پژوهشی این حوزه دانست، از این‌رو، پیشنهاد می‌شود ابعاد سه گانه عدالت در سلامت روان بیش از پیش در کانون مطالعات و پژوهش‌های آتی قرار گیرد.

محمدرضا شیخی چمان[۱و۲]، امین قاسم بگلو[۱و۲*]

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

[*] نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت.
تلفن: ۰۲۱-۲۶۶۰۲۶۴۲

Mohammadreza Sheikhy-Chaman[1,2], Amin Ghasem Begloo[1,2*]

1- Department of Health Services Management, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Health Economics Policy Research Center, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

[*] Corresponding author: Health Economics Policy Research Center, Islamic Azad University, TeMS.C., Tehran, Iran. Tel: +98-21-26602642
E-mail: a.begloo@iautmu.ac.ir

References

1. Sheikhy-Chaman M, Mousavi Shahidi SM, Vahdaninia V. Social equity and distribution of human resources in health system. *Payesh*. 2025;24:143-5. [In Persian]
2. Alipour V, Hamidi H, Souresrafil A, Bagheri Faradonbeh S, Sheikhy-Chaman M. Home Care Services during the COVID-19 Pandemic: Justice-Oriented Perspective. *EBHPME*. 2021;5:153-6.
3. Sheikhy-Chaman M, Danaei N, Sani'ee N. Education and distribution of human capital in the health system. *Zanko J Med Sci*. 2022;22:1-4. [In Persian]
4. Sheikhy-Chaman M, Rezapour A, Aryankhesal A, Aboutorabi A. Catastrophic Health Expenditure among Iranian Households: Evidence from the COVID-19 Era. *Med J Islam Repub Iran*. 2024;38:318-26.
5. Darvishi A, Yazdi-Feyzabadi V, Bahrampour M, Bayati M, Mehrolhassani MH, Sheikhy-Chaman M. Impoverishing Health Expenditure in Iran before and after the COVID-19 Pandemic: A National Cross-Sectional Study. *Health Tech Ass Act*. 2025;9:13-23.
6. Sheikhy-Chaman M, Fazaeli AA, Darvishi A, Hadian M, Hamidi H. Social determinants of health with an emphasis on slum population. *Soc Determinants Health*. 2022;8:1-3.

[Downloaded from tumj.tums.ac.ir on 2026-11-04]