

Review Paper:

Urban Mental Health Initiative: Developing Interdisciplinary Collaboration, the Role of the Family Physician in Management of Severe Mentally Ill Patients



Seyed Kazem Malakouti¹, Amirabbas Keshavarz Akhlaghi², Fatemeh Shirzad³, Vahid Rashedi⁴, Mitra Khlafbeigi⁵, Maziar Moradi Lakeh⁶, *Ahmad Hajebi⁷

1. Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Spiritual Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Family Health Research Center, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
7. Department of Psychiatry, Research Center for Addiction and Risky Behaviors (ReCARB), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Malakouti SK, Keshavarz Akhlaghi A, Shirzad F, Rashedi V, Khlafbeigi M, Moradi Lakeh M, et al. Urban Mental Health Initiative: Developing Interdisciplinary Collaboration, the Role of the Family Physician in Management of Severe Mentally Ill Patients. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(1):104-119. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.2987.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.2987.1>



Received: 23 Nov 2019
Accepted: 20 Jun 2020
Available Online: 01 Apr 2021

Key words:

Mental health,
Community-based
services, Urban
mental health, Family
physician

ABSTRACT

Objectives Mental health program in Iran has been approved since 1988 and has been integrated into the primary care system especially in rural areas, and has been developed greatly over the past few decades. Due to demographic changes in the country's population and the rapid expansion of cities, there is a need for a coherent plan to provide mental health services in urban areas. This study aims to provide a practical model for mental health services in patients with severe psychiatric disorders in urban areas.

Methods This study was conducted based on reviewing literature, using the experiences of other countries, the model of the World Health Organization, the services available in Iran, description of the responsibilities of beneficiary organizations, collaboration between the Ministry of Health and various organizations responsible for providing mental health, and using the opinions of national and international experts. In this model, urban mental health services are estimated for a population of 100,000 people.

Results The developed model proposed to provide immediate psychiatric services with more coherence, increase the training and skills of the staff of 110, 115, 1480, and 123 hotlines, and determine a space for hospitalization of 3-5 emergency patients next to the public hospital. Depending on the number of patients per 100,000 population, there would be a need for community-based health service providers, including 2-3 rehabilitation teams for home visits (each cover 80 patients), and 3 daycare centers to provide services to 40 patients. In case of providing community-based services, there would be a need for 12 beds for acute psychiatric patients and 5 beds for mid and long term rehabilitation. Moreover, vocational rehabilitation services should provide to 50 patients, and two apartments with an area of about 80 m² would be needed to accommodate about 8 patients. The provision of above mentioned services would require equal participation of beneficiary organizations. The family physician would play an essential role in follow-up of patients under the constant supervision of specialists.

Conclusion To achieve the desired model of urban mental health services so that it can provide comprehensive services to patients at different levels from prevention and care to treatment and rehabilitation, there is a need for collaboration between organizations providing these services. In this model, the use of existing services imposes lower financial burden on the country's mental health management system

* **Corresponding Author:**

Ahmad Hajebi, MD.

Address: Department of Psychiatry, Research Center for Addiction and Risky Behaviors (ReCARB), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (915) 5120609

E-mail: hajebi.a@iums.ac.ir

Extended Abstract

1. Introduction

Studies on the integration of mental health into primary health care in Iran have been conducted since 1986, which was later implemented successfully within the Rural Family Physician Program in 1988. In urban areas, there is no structured mental health care system and the private sector provides health care services mostly focused on the biomedical model of care. Due to demographic changes in Iran's population, urban sprawl, and the changes in the urban/rural proportion, the need for a coherent plan to provide mental health services in urban areas is felt more than ever. This study aims to investigate the feasibility of establishing the urban mental health care system for patients with severe psychiatric diseases based on collaboration between organizations in Iran.

2. Materials and Methods

The study reviews the integrated plan for urban mental health services in Iran. First, a systematic review was conducted to get acquainted with the models of providing urban mental health services worldwide, including the World Health Organization (WHO)'s model in the field of mental health care. Then, the situational analysis of the services provided in Iran was carried out using the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Legal duties of beneficiary organizations, and the Inter-sectoral collaboration of the Ministry of Health and beneficiary organizations were reviewed along with seeking for the opinions of international and national experts using the Delphi method. The model estimates the need for mental health services in cities with 100,000 population.

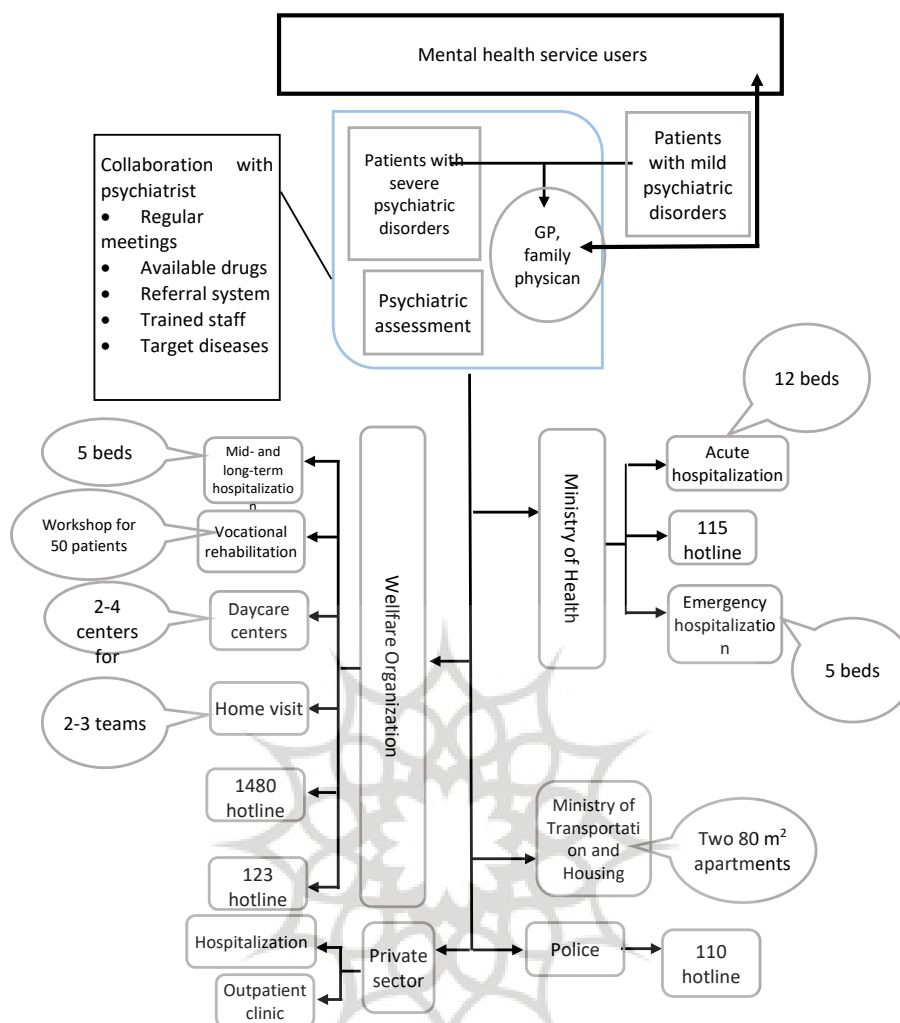
3. Results

The prevalence of mental diseases in Iran was similar to the global rate. The most prevalent mental disease was major depressive disorder followed by substance abuse. The number of male and female patients with mental diseases was not equal. The proposed model was mainly for severe mental diseases such as severe depression, bipolar mood disorder, and the spectrum of psychotic disorders that account for the highest number of admissions to psychiatric hospitals. According to the results of the literature review and based on the opinions of experts, the urban mental health care system should provide the following services to psychiatric patients: (a) Integrated emergency psychiatric services in the form of crisis hotlines, mobile crisis intervention teams, and inpatient wards. Some of the crisis

hotlines that are currently operational in Iran are the Police (Dial 110), Medical Emergency (Dial 115), and Social Emergency (Dial 123). There is no need to provide more similar services, especially new crisis hotlines and mobile crisis intervention teams; (b) Short- and long-term hospitalization services. Considering a point prevalence of 22% for psychiatric disorders in Iran according to the results of the systematic review and meta-analysis, a minimum estimate of 3% for the annual prevalence of severe psychiatric disorders was considered as the criterion for calculating the number of beds and providing other future services. Based on the made calculations, there was a need for 12 beds for acute psychiatric diseases and 5 beds for short- and long-term hospitalization for a population of 100,000 in case of providing community mental health services; (c) Home visit services. The psychiatric patients can be classified into two groups according to their disease severity: a group requiring more follow-up care and a group with the need for less follow-up care. For the first group, home visit services are currently provided by the welfare organization and community-based mental health care centers. For the second group, family education services, psychosocial rehabilitation, and emergency services can be provided by dialing 110 or 115; (d) Daycare and rehabilitation services. For a population of 100,000, about 100 people would be eligible for receiving daycare services, which requires the establishment of 2-4 daycare centers so that each center can provide services to 30-50 people; (e) Vocational rehabilitation services: According to various studies, an unemployment rate of 70% seems reasonable for psychiatric patients. Based on the calculation results, for 750 patients with severe mental diseases, there would be a need for providing vocational rehabilitation service to 52 people, which can be met through supportive/productive workshops and training of business owners, industries, and non-governmental organizations; (f) Accommodation services. In Iran, according to the cultural situation and extended families, the number of homeless psychiatric patients is 1%. In other words, for 750 severe psychiatric patients per 100,000 population, there would be about 8-10 homeless patients. On the other hand, for a typical family of four in Iran, there would be a need for an 80-m² apartment; i.e. per 100,000 population, they can be accommodated in two 80-m² apartments each with a capacity of 4 people.

4. Discussion and Conclusion

This study aimed to provide an optimal model of comprehensive urban mental health services and rehabilitation for patients with severe psychiatric diseases, based on collaboration between family physicians and the organizations that provide health care services. Since the current health system allocates a very small amount of budget to psychi-



Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Figure 1. Inter-organizational cooperation and the contribution of each to provide services to the world of critically ill patients in the urban mental health model

atric hospitals which provide services to acute psychiatric patients for hospitalization, a coherent system can be useful for optimal management of at least one-fifth of the mental health needs of the community. There is a need for coordination between the organizations providing these services to plan carefully, eliminate similar services, and prevent the waste of human capital and resources.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All included studies would be cited in all reports and in all future publications.

Funding

This project was supported by the Ministry of Health, the Office of Mental Health and Addiction, and the Vice-Chan-

cellor for Research and Technology of Shahrekord University of Medical Sciences.

Authors contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

We want to thanks the Mental Health Office Social and addiction Ministry of Health and Medical Education, and the Vice-Chancellor for Research and Technology of Shahrekord University of Medical Sciences.

مقاله مروری:

طرح سلامت روان شهری: توسعه همکاری بین‌بخشی، نقش محوری پزشک خانواده برای مدیریت بیماران شدید روان‌پزشکی

سید کاظم ملکوتی^۱، امیرعباس کشاورز اخلاقی^۲، فاطمه شیرزاد^۳، وحید راشدی^۴، میترا خلف بیگی^۵، مازیار مرادی لاکه^۶، احمد حاجبی^۶

۱. مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۵. گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۶. مرکز تحقیقات سلامت خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۷. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲ آذر ۱۳۹۸
تاریخ پذیرش: ۳۱ خرداد ۱۳۹۹
تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۰

اهداف: برنامه بهداشت روان در کشور ایران از سال ۱۳۶۷ تصویب و در نظام مراقبت‌های اولیه به‌ویژه در مناطق روستایی ادغام شد. این برنامه طی چند دهه گذشته توسعه زیادی یافته است. با توجه به تغییرات جمعیت‌شناختی در کشور و گسترش زیاد شهرها نیاز به برنامه‌های منسجم برای ارائه خدمات سلامت روان در مناطق شهری احساس شده است. هدف از انجام این مطالعه ارائه الگویی کاربردی برای خدمات سلامت روان در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید در مناطق شهری بود.

مواد و روش‌ها: این طرح بر اساس مرور منابع، استفاده از بهترین شواهد الگوی سازمان جهانی بهداشت، خدمات موجود در کشور، همکاری بین‌بخشی، شرح وظایف سازمان‌های ذی‌نفع، برخورداری از نظرات متخصصان و صاحب‌نظران ملی و بین‌المللی تدوین شد. در این الگو خدمات بهداشت روان شهری برای جمعیت صد هزار نفری برآورد شده است.

یافته‌ها: الگوی تدوین‌شده برای ارائه خدمات فوری روان‌پزشکی انسجام بیشتر و افزایش ظرفیت آموزشی و مهارتی میان کارکنان سرویس‌های ۱۱۰، ۱۱۵، ۱۲۳ و ۱۴۸۰ و نیز فضایی برای بستری سه تا پنج بیمار اورژانسی در جنب بیمارستان عمومی را پیشنهاد می‌کند. نظر به بیماردهی جمعیت صد هزار نفری، به خدمات جامعه‌نگر شامل دو تا سه تیم ویزیت در منزل برای پوشش هشتاد بیمار برای هر تیم و سه مرکز روزانه برای ارائه خدمات به چهل بیمار نیاز خواهیم داشت. در صورت ایجاد خدمات جامعه‌نگر، برای ارائه خدمات بستری به دوازده تخت حاد روان‌پزشکی و پنج تخت برای بستری میان‌مدت توان‌بخشی نیاز داریم. از نظر اشتغال و اسکان نیز به ترتیب پنجاه بیمار نیاز به اشتغال حمایت‌شده خواهند داشت و دو آپارتمان به مساحت حدود ۸۰ متر برای اسکان حدود هشت نفر نیاز خواهد بود. تهیه و ارائه خدمات گفته‌شده نیاز به مشارکت همسو میان سازمان‌های ذی‌نفع دارد. پزشک خانواده در استمرار خدمات درمانی به بیماران شدید و خفیف روان‌پزشکی تحت نظارت مستمر متخصصین نقش مهمی ایفا خواهد کرد.

نتیجه‌گیری: برای رسیدن به الگوی مطلوب خدمات سلامت روان در شهرها به گونه‌ای که بتواند خدمات جامع به بیماران در سطوح مختلف از پیشگیری و مراقبت تا درمان و بازتوانی را ارائه کند، نیاز به هماهنگی بین سازمان‌های ارائه‌دهنده این خدمات دارد. برای ایجاد چنین شبکه‌ای، استفاده از خدمات موجود، بار مالی و ساختاری کمی را به سیستم مدیریتی سلامت روان کشور تحمیل خواهد کرد.

کلیدواژه‌ها:

سلامت روان، خدمات مبتنی بر جامعه، سلامت روان شهری، پزشک خانواده، خدمات بستری روان‌پزشکی

مقدمه

اجرائی آن آغاز شد و تا پایان دهه ۶۰ برنامه مزبور به صورت کامل تحقق یافت [۱-۲]. این شبکه برای کاهش شکاف بین سطح بهداشت و درمان میان مناطق شهری و روستایی ایجاد شد که هدف نهایی آن بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ بود [۳، ۴]. نقش

مطالعات مربوط به ایجاد شبکه مراقبت بهداشت اولیه در ایران برای نخستین بار در سال ۱۳۵۳ انجام و در سال ۱۳۵۸ مراحل

* نویسنده مسئول:

دکتر احمد حاجبی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، گروه روانپزشکی.

تلفن: ۰۲۱-۵۱۲۰۶۰۹ (۹۱۵) ۹۸+

پست الکترونیکی: hajebi.a@iums.ac.ir

شهری در کشور در گزارش سال ۱۳۸۵ سازمان جهانی بهداشت نیز منعکس شده است [۱۱].

در پی چالش‌های مطرح‌شده، سال ۱۳۸۳ موضوع ایجاد خدمات جامع شهری در وزارت بهداشت، دفتر بهداشت روان، مطرح شد [۱۲] و پروتکل جدید برای مراقبت از بیماران روان در شهرها ایجاد شد [۱۳] که این پروتکل جدید در غالب مراکز CMHC اجرا شد [۱۰]. در این مراکز نیز پزشک عمومی نقش کلیدی در ارائه خدمات دارد. اولین مرکز CMHC در سال ۱۳۸۹ در مناطق جنوب تهران را دکتر شریفی و همکاران راه‌اندازی کردند [۱۰]. همچنین پژوهش‌های متفاوتی درباره خدمات سلامت روان شهری در کشور انجام شده است [۱۴-۱۶]. دکتر امینی و همکارانشان در سال ۲۰۱۰ در پژوهشی روی ۱۳۰ بیمار شدید روان‌پزشکی تحت خدمات جامع مرکز، روزانه به مدت یک‌سال نشان دادند که علائم بیماری و نیز دفعات بستری کاهش یافته است [۱۷]. دکتر بوالهروی و همکاران نیز در سال ۱۳۹۰، آموزش مفاهیم بهداشت روان و درگیری رابطان و پزشکان متخصص در یک الگوی مشارکتی در محله‌ها را روش مؤثری برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشت روان در شهرها معرفی کردند [۱۸]. در مطالعه‌ای که دکتر حاجبی و همکاران انجام دادند، هشت چالش عمده بر سر راه بهداشت روان معرفی و راه‌کارهایی برای گذر از این چالش‌ها در سه سطح اولیه، ثانویه و توان‌بخشی ارائه شده است. سواد کم در حوزه بهداشت روانی، همکاری بین بخشی ضعیف، کمبود خدمات، کیفیت نامطلوب در ارائه خدمات به بیماران مزمن روانی، نقص در بهداشت روان شهری از جمله این موارد بود [۱۹].

برای رهیافت به یک برنامه جامع بهداشت روان شهری، دفتر بهداشت روان و اعتیاد طراحی و تدوین برنامه جامع بهداشت روان شهری برای بیماران روان‌پزشکی با رویکرد همکاری بین بخشی، کاهش برنامه‌های موازی بین سازمان‌های ذی‌نفع، استفاده از خدمات موجود در بخش دولتی و خصوصی، در نظر گرفتن اصول نظام مراقبت‌های اولیه سازمان جهانی بهداشت و پزشک خانواده را از مجریان طرح درخواست کرد [۲۰]. این مقاله به تشریح نتایج حاصل از تدوین طرح جامع بهداشت روان شهری پرداخته است.

روش

این مطالعه با روش مطالعه کتابخانه‌ای، بررسی وضعیت موجود^۱ و استفاده از نظرات متخصصان^۲ انجام شد.

روش اجرا: برای تدوین طرح بهداشت روان شهری اقداماتی انجام شد که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود. این اقدامات از تیر ماه سال ۱۳۹۰ تا خرداد ماه ۱۳۹۱ بوده است. مروری بر

محوری ارائه خدمات در این سیستم بر عهده پزشکان عمومی بود. در آن زمان بیش از ۷۰ درصد از جمعیت ایران در مناطق روستایی ساکن بودند و دسترسی آنان به خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب نبود. وظایف این سیستم ثبت و حفظ داده‌های بهداشتی، آموزش بهداشت جامعه، مشارکت جامعه، مراقبت قبل از دوران بارداری، مراقبت از کودکان زیر ۵ سال و دوران دبستان، ایمنی و تزریق واکسن بود [۲، ۵].

در این سیستم، اولین سطح خدمات برعهده بهورزان خانه بهداشت با پوشش دو تا سه روستا و جمعاً هزار تا سه هزار نفر است. در سطح دوم مرکز بهداشت قرار دارد که در آن پزشک عمومی جمعیتی بالغ بر ده تا پانزده هزار نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد و در سطح سوم بیمارستان‌های دارای پزشک متخصص و خدمات موجود در شهرستان قرار دارند. میان سطوح بالا بیماران نیازمند به صورت فعال به خدمات سطح بالاتر ارجاع می‌شوند [۶، ۲]. این سیستم مربوط به روستا بوده و طی سال‌های گذشته مناطق شهری فاقد چنین خدماتی بودند. برای کاهش این نقص، در سال ۱۳۷۴ تحقیقاتی درباره کارایی داوطلبان در محلات شهری انجام شد و تا ۱۳۸۴ ۳۰ درصد از مناطق شهری تحت پوشش داوطلبان بهداشت با سطح تحصیلات در حد دبیرستان به کار گرفته شدند که اثربخشی مناسبی در کشف بیماری‌ها نشان داد [۷].

از سال ۱۳۶۵ مطالعه مقدماتی ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه در شهرکرد انجام شد [۸] و وزارت بهداشت به دلیل نتایج موفق در سال ۱۳۶۷ آن را تأیید کرد و مراقبت روانی در مراقبت‌های اولیه ادغام شد [۳]. با گذشت ۳۰ سال ارائه خدمات بهداشت روان در مجموعه PHC و تمرکز جمعیت در مناطق شهری اثربخشی آن را با ابهام و تردید مواجه کرده است. این تغییرات جمعیتی امروزه در سراسر جهان دیده می‌شود. به طوری که بر اساس نتیجه آخرین پیمایش‌ها، امروزه جمعیت شهری در دنیا رو به افزایش است (از ۲/۹ میلیارد نفر در سال ۲۰۰۰ به پنج میلیارد نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید). این رشد بیشتر در مناطق کمتر توسعه‌یافته حاشیه شهرهاست که با مشکلات متعدد تهدیدکننده سلامت روان (فقر، بیکاری و خشونت) روبه‌رو هستند [۹].

کشور ما نیز با تغییرات مهم جمعیتی و شهرنشینی مواجه شده است. جمعیت کشور از ۳۴ میلیون در سال ۵۵ به ۸۰ میلیون در سال‌های اخیر رسیده است و جمعیت شهری از ۳۰ به ۷۰ درصد افزایش یافته است [۲]. در نتیجه این تغییرات علی‌رغم اینکه ۹۵ درصد مناطق روستایی تحت پوشش نظام مراقبت‌های اولیه بهداشت قرار دارند ولی تنها ۳۶ درصد از مناطق شهری از این خدمات بهره‌مند هستند [۱۰] و در شهرها خدمات دولتی و خصوصی به صورت پراکنده و بدون ارتباط منسجم و نظام‌مند به مردم ارائه می‌شود. متأسفانه این نقص در خدمات بهداشت روان

1. Situational analysis
2. Expert opinion

نسخه اول در پائل تخصصی با حضور متخصصان صاحب‌نظر برای دریافت نظرات و پس‌خوراند مطرح و جمع‌بندی شد و پس از اصلاح نظرات نسخه نهایی به دست آمد.

یافته‌ها

برای جمعیت صد هزار نفری نیاز به خدمات اورژانس روان‌پزشکی، خدمات بستری، خدمات مبتنی بر جامعه، توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، اشتغال‌زایی و اسکان به شرح زیر برآورد شد. همچنین سیستم یکپارچه اورژانس روان‌پزشکی، خدمات فوری روان‌پزشکی به صورت‌های گوناگون خدمات تلفنی، تیم‌های سیار و بخش بستری ارائه می‌شود.

خط تلفنی بحران

این خدمت شامل انواع مداخله در بحران به صورت تلفنی، ارجاع، مشاوره و ارسال تیم سیار مداخله در بحران در موارد شدید است و بر اساس مطالعات گذشته در کاهش معنادار شدت افسردگی، دیسترس بیماران و کاهش میزان خودکشی آنان و همچنین افزایش اطلاعات افراد درباره مشکلات روان‌پزشکی مؤثر بوده است [۲۷-۳۰].

تیم‌های سیار مداخله در بحران

جمع‌بندی نتایج نشان داد که استفاده از این خدمت بستری مجدد و فشار بر خانواده‌ها را کاهش داده است و رضایت خانواده‌ها را افزایش می‌دهد [۳۱] و نهایتاً از نظر هزینه و اثربخشی نیز مقرون‌به‌صرفه است [۳۲، ۳۳]. از طرفی این خدمات احتمال قطع تماس بیماران با سیستم بهداشتی درمانی را کاهش می‌دهد.

در جمع‌بندی نهایی این طرح با توجه به اینکه در کشور ما خدمات پلیس ۱۱۰، اورژانس ۱۱۵، اورژانس اجتماعی ۱۲۳ و صدای مشاور ۱۴۸۰ وجود دارند و خدمات مناسبی را در شهرهای حتی با جمعیت کم فراهم می‌کنند، بررسی کارایی و اثربخشی، میزان رضایت خدمت‌گیرندگان، سطح پوشش و کیفیت خدمات ارائه‌شده از جمله مواردی است که نیاز به بررسی دارد تا کیفیت خدمات فوق ارتقا یابد. کارکنان مراکز یادشده باید دوره‌های آموزشی شامل موارد زیر را سپری کنند: آموزش مداخله در بحران، آموزش علائم بیماری‌های روان‌پزشکی و اعتیاد، آموزش درباره داروهای روان‌گردان و عوارض آن‌ها، آموزش نحوه دسترسی به سرویس‌های بهداشت روان و انتخاب مناسب آن‌ها، آموزش ملاک‌های ارجاع و روش‌های آن، آموزش توجه به اختلافات فرهنگی و آموزش آشنایی با قوانین.

خدمات فوری روان‌پزشکی مبتنی بر بیمارستان

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، بستری کوتاه‌مدت در بخش اورژانس بیمارستان‌های عمومی یا تک‌تخصصی روان‌پزشکی در موارد حاد از پیشرفت بیماری جلوگیری می‌کند و منجر به کاهش

مقالات و نتایج آخرین پیمایش‌های سلامت روان در ایران و بار بیماری‌ها برای آشنایی با مدل‌های ارائه خدمات سلامت روان شهری در سطح جهان به صورت بررسی سیستماتیک انجام شد. بدین‌منظور با استفاده از کلیدواژه‌های «Mental Health، Net- work Urban Mental Health و Community Mental Health» در پایگاه اطلاعاتی گوگل اسکالر، پابمد و اسکوپوس جست‌وجو انجام شده و مدل سازمان جهانی بهداشت در حوزه مراقبت سلامت روان نیز ارزیابی شد.

تحلیل وضعیت موجود^۳ شامل نیازها، سرویس‌های موجود و همه امکانات مرتبط با خدمات بهداشتی و درمانی است. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار ارزیابی سیستم سلامت روان سازمان جهانی بهداشت (WHOAIMS)^۴ استفاده شد.

مرور اسناد بالادستی ملی و بین‌المللی

الف) دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت در حوزه سلامت روان [۲۱-۲۳]؛

ب) دستورالعمل خدمات مراقبت اولیه مبتنی بر پزشکی عمومی؛

ج) برنامه‌های ملی وزارت بهداشت و درمان، برنامه‌های ملی و دستورالعمل‌های مربوط به سازمان بهزیستی در حوزه سلامت روان و بیماران مزمن روان‌پزشکی [۲۴-۲۶، ۲۰]؛

بهره‌مندی از نظرات مشورتی متخصصان بین‌المللی، شامل: ۱. مشورت با کارشناسان بهداشت روان کشور ایتالیا و کارشناسان مرکز بهداشت Trieste^۵، ۲. استفاده از کارشناسان بین‌المللی: پروفیسور راش^۶ از دانشگاه تورنتو، دکتر خالد سعید (مستول بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت در منطقه EMRO).

تشکیل تیم‌های تخصصی برای مطالعه و تدوین بخش‌های گوناگون خدمات سلامت روان شهری که پس از جمع‌بندی مطالعات و نظرات متخصصین به دست آمد.

برای برآورد میزان نیاز به خدمات متفاوت سلامت روان در شهرها، یک جمعیت صد هزار نفری با شیوع اختلالات روان‌پزشکی ۲۲ درصد در افراد بالای ۱۵ سال و ۳ درصد اختلالات روانی شدید ملاک محاسبه خدمات قرار گرفت. بدین‌ترتیب برای ۲۲ هزار نفر دچار اختلال روانی و سه هزار نفر مبتلا به اختلال شدید و مزمن روانی خدمات محاسبه و طراحی شد.

3. Situational analysis

4. World Health Organization-Assess important component of the mental health(WHO-AIMS)

5. WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Trieste (Italy)

6. Rush

جدول ۱. تعداد بیماران مد نظر بر اساس آمار بیماران بالای ۱۵ سال (۷۵ هزار نفر)

اختلالات	شیوع (درصد)	تعداد کل مدنظر در جمعیت	درصد مدنظر موارد شدید	تعداد مدنظر موارد شدید
اسکیزوفرنیا	۰/۵	۳۷۵	۱۰۰	۳۷۵
اختلال دوقطبی	۰/۵	۳۷۵	۱۰۰	۳۷۵
اختلال افسردگی عمده	۵	۳۷۵۰	۲۰	۷۵۰
سایر	۱	۷۵۰	۲۰	۱۵۰
جمع	۷	۵۲۵۰	-	۱۶۵۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

۱. دفعات بستری در بخش می‌شود [۳۴، ۳۵]. ایجاد واحدهای فوری روان‌پزشکی در اورژانس بیمارستان عمومی یا در کنار آن‌ها با گماردن پرسنل مستقل با ظرفیت سه تا پنج تخت برای بیماران حاد روان‌پزشکی می‌تواند به بیماران در شرایط بحران روانی کمک کند.

خدمات بستری کوتاه و طولانی مدت

بر اساس یافته‌های مطالعه مرور نظام‌مند و متاآنالیز شیوع نقطه‌ای اختلالات روان‌پزشکی در ایران، در افراد بالای ۱۵ سال ۲۲ درصد است؛ از این رو کمترین تخمین یعنی سه درصد برای شیوع سالانه بیماری‌های شدید روان‌پزشکی ملاک محاسبه تخت و سایر خدمات آتی در نظر گرفته شد [۳۶]. بنابراین برای جمعیت صد هزار نفری ۲۲ هزار نفر دچار انواع اختلالات روان‌پزشکی و سه هزار نفر دچار اختلال شدید و مزمن روان‌پزشکی خواهند بود.

تعیین تعداد تخت بر حسب میزان بیمارپذیری

نرخ پذیرش بیمار بر حسب ملاک‌های وزارت بهداشت، ۱/۰۳ به ازای یک هزار نفر جمعیت در یک سال است (فرمول شماره ۱).

جدول ۲. تخت‌های مورد نیاز برای مراقبت روان‌پزشکی حاد

اختلال	درصد نیاز برای بستری در یک سال	طول متوسط بستری (روز)	تعداد تخت بدون خدمات مبتنی بر جامعه	تعداد تخت بر حسب نرخ تعدیل شده نیاز به بستری در مدت یک سال با وجود خدمات مبتنی بر جامعه
اسکیزوفرنیا	۵۰	۲۱	۱۲	۲۰٪ (۵)
اختلال دوقطبی	۵۰	۲۱	۱۲	۲۰٪ (۵)
اختلال افسردگی عمده	۵	۲۱	۲/۵	۲٪ (۱)
سایر	۳۰	۲۱	۳	۱۲٪ (۱/۲)
جمع			۳۰/۵	۱۲/۲

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

(تعداد بستری در مدت یک سال برای جمعیت صد هزار نفری)

حال اگر این را برای سه هزار بیمار روان‌پزشکی شدید تعمیم دهیم در این صورت نرخ بستری برای این گروه به صورت فرمول شماره ۲ می‌شود. و اگر پارامترهای دیگر را در نظر بگیریم فرمول زیر به دست می‌آید که بر حسب آن به ازای هر صد هزار نفر جمعیت ۷/۵ تخت برای بیماران روان‌پزشکی حاد نیاز خواهیم داشت.

$$\frac{103 \times 100}{1000} = 10.3$$

۲.

$$\frac{103 \times 100}{3000} = 3.5 \%$$

از تعداد کل بیماران شدید روان‌پزشکی (سه هزار نفر) بر حسب بیمارپذیری جاری در جامعه در مدت یک سال بستری خواهند شد. حال اگر مدت بستری بر حسب روز را در هر بار بستری ۲۱ روز فرض کنیم (بر حسب آمارهای موجود در وزارت متبوع) و نیز ضریب اشغال را ۸۰ درصد تخت‌های موجود در مراکز روان‌پزشکی در نظر بگیریم، فرمول شماره ۳ به دست می‌آید.

جدول ۳. تعداد بیماران مدنظر بر اساس آمار بیماران بالای ۱۵ سال (۷۵ هزار نفر)

اختلالات	شیوع (درصد)	تعداد کل مدنظر در جمعیت	درصد مدنظر موارد شدید	تعداد مدنظر موارد شدید	درصد نیاز برای بستری در یک سال	تعدادی از بیماران که نیاز به خدمات ویزیت در منزل خواهند داشت %
اسکیزوفرنیا	۰/۵	۳۷۵	۱۰۰	۳۷۵	۳۰	۱۱۲
اختلال دوقطبی	۰/۵	۳۷۵	۱۰۰	۳۷۵	۳۰	۱۱۲
اختلال افسردگی عمده	۵	۳۷۵۰	۲۰	۷۵۰	۳	۲۲
سایر	۱	۷۵۰	۲۰	۱۵۰	۱۰	۱۵
جمع	۷	۵۲۵۰	-	۱۶۵۰		۲۶۱
						۱۶%

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

۳. طول سال در دسترس باشد. فرمول محاسبه تخت برای بیماران حاد روان‌پزشکی به صورت فرمول شماره ۴ خواهد بود.

$$\frac{\text{تعداد بیمار در جامعه} \times \text{درصد ضریب بستری (روز بستری در هر بار بستری)}}{\text{درصد ضریب اشغال}}$$

۴.

$$\frac{\text{تعداد موارد شدید} \times \text{نیاز به بستری} (\%) \times \text{فاکتور چرخش}}{\text{متوسط اقامت (به روز)}} \times ۳۶۵$$

$$\frac{۳۰۰۰ \times ۳/۵\% \times ۲۱ \text{ (روز بستری در هر بار بستری)}}{۳۶۵ \times ۸۰\%} = ۷/۵$$

بر اساس یافته‌های مطالعات انجام‌شده در ایران با فرض نبود خدمات پیگیری و ویزیت در منزل نیاز به سی تخت برای بستری بیماران حاد به ازای صد هزار نفر جمعیت خواهد بود و با فرض وجود چنین خدماتی ۱۲ تخت نیاز است [۳۷] (جدول شماره ۲).

تخت‌های متوسط و طولانی مدت

فرض بر این است که در یک شهر صد هزار نفری با وجود حمایت‌های گسترده خانواده ۲ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نیاز به بستری متوسط و طولانی مدت دارند و متوسط اقامت ۱۸۰ روز در یک سال خواهد بود. فاکتور چرخش نیز ۵ درصد (۱/۰۵) خواهد بود (فرمول شماره ۵).

۵.

$$\frac{\text{تعداد موارد شدید} \times \text{نیاز به بستری} (\%) \times \text{فاکتور چرخش}}{\text{متوسط اقامت (به روز)}} \times ۳۶۵ = 375 \times 2\% \times \frac{180}{365}$$

در صورتی که روند کاهش نیاز به تخت با وجود خدمات جامعه‌نگر را برای این گروه از بیماران نیز تعمیم دهیم این میزان حدود ۵ تخت کاهش می‌یابد.

به طور خلاصه: برای جمعیت صد هزار نفری در صورت وجود

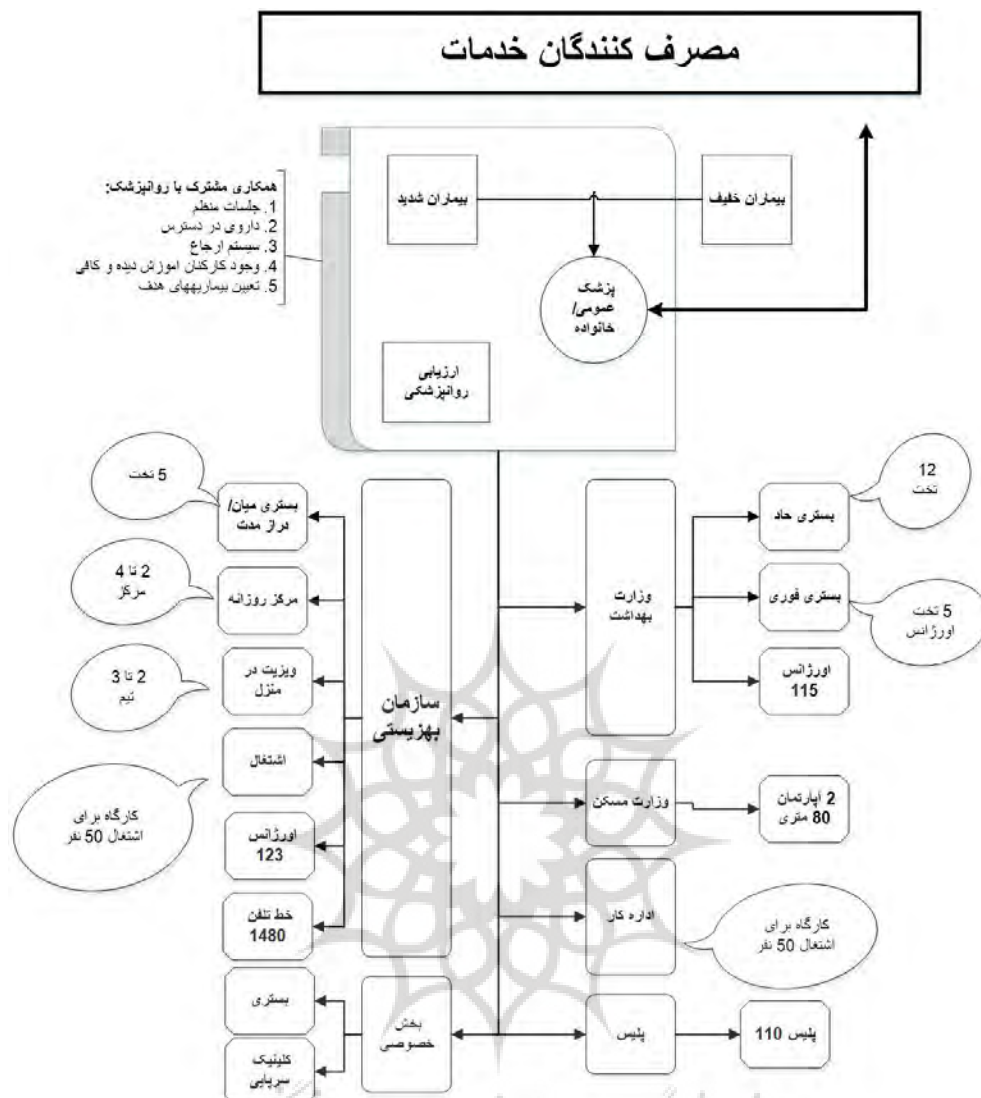
تخت مورد نیاز برای صد هزار نفر

این تعداد کمینه و حداقل برآورد خواهد بود، زیرا نرخ بستری در برخی مراکز بیش از ۸۰ درصد و گاهی نزدیک به ۱۰۰ درصد است. از سوی دیگر این فرمول بر حسب بیمارپذیری محاسبه شده است، در حالی که اگر به علت ضریب اشغال ۱۰۰ درصد و وجود لیست انتظار برای بستری و یا کافی نبودن مراکز روان‌پزشکی برای بیماران اورژانس، از ضریب بیماردهی به جای ضریب بیمارپذیری استفاده شود، می‌تواند نرخ صحیح‌تری را ارائه کند. نظر به اینکه بیمارپذیری بستگی به عواملی مانند ظرفیت خدمات موجود، همکاری بیماران با درمان، در دسترس بودن خدمات و غیره دارد؛ تخمین خدمات مورد نیاز بر حسب بیمارپذیری برآورد صحیحی را ارائه نخواهد داد.

محاسبه تخت مورد نیاز برای بیماران حاد بر حسب بیماردهی

فرض بر این است که در یک جامعه با صد هزار نفر، ۷۵ هزار نفر بالای ۱۵ سال و ۲۵ هزار نفر زیر ۱۵ سال است (بر این اساس که ۷۵ درصد جمعیت ایران ۱۵ سال یا بالاتر هستند؛ مرکز آمار ایران <http://www.amar.org.ir>) بر این اساس تخمین جمعیت بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در جدول شماره ۱ آمده است.

بدین ترتیب در منطقه‌ای با صد هزار نفر خدمات بستری برای بیماران حاد باید برای حداقل یک جمعیت ۱۶۵۰ نفری در تمام



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تصویر ۱. همکاری بین‌سازمانی و سهم هریک برای تأمین خدمات موردنیاز بیماران شدید روان‌پزشکی در مدل بهداشت روان شهری

دانشگاه‌ها دایر کرده است. می‌توان از همین ظرفیت در این طرح استفاده کرد و همچنین می‌توان در گروه دوم از خدمات آموزش خانواده، بازتوانی روانی اجتماعی و اورژانس به صورت برقراری ارتباط با اورژانس ۱۱۵ و یا پلیس ۱۱۰ استفاده کرد.

فرض شده است که همه بیمارانی که نیاز به بستری داشته باشند، نیاز به خدمات ویزیت در منزل نیز داشته باشند.

در شهرهای با جمعیت صد هزار نفر حمایت خانوادگی نقش مهمی در مراقبت از بیمار دارد و نیز برخی مطالعات در درمان معمول میزان بستری را هر سه سال یکبار پیش‌بینی می‌کنند، از این رو درصد نیاز به بستری ۳۰ درصد فرض شده است.

طبق جدول شماره ۳ تعداد بیمارانی که در هر صد هزار نفر نیاز به خدمات ویزیت در منزل خواهند داشت ۲۶۰ بیمار است که برآورد شد دو تا سه تیم که هریک هشتاد تا نود بیمار را

خدمات جامعه‌نگر سلامت روان به دوازده تخت برای بیماران حاد روان‌پزشکی و پنج تخت برای بستری میان و بلندمدت نیاز خواهیم داشت.

خدمات ویزیت در منزل

مطالعات گوناگون داخلی و بین‌المللی اهمیت این خدمت در کاهش نیاز به بستری‌های مکرر و کاهش میزان عود کردن بیماری و بستری با ترکیب مختلف تیمی را نشان داده است [۳۸-۴۳]. بیماران شدید روان‌پزشکی را بر حسب شدت آن می‌توان به دو گروه طبقه‌بندی کرد: نیازمند مراقبت‌های پیگیرانه جدی‌تر و گروه با شدت کمتر که نیاز به پیگیری‌های کمتر از گروه قبلی دارند.

برای گروه اول در حال حاضر خدمات ویزیت در منزل از سوی سازمان بهزیستی و بخش خصوصی و نیز مرکز سلامت روان جامعه‌نگر ارائه می‌شود؛ این خدمت را وزارت بهداشت در برخی از

می‌شود [۶۰-۵۷]. با توجه به مطالعات متفاوت، نرخ بیکاری ۷۰ درصد برای بیماران روانی منطقی است. اگر در یک جمعیت صد هزار نفری ۷۵۰ بیمار شدید روانی (اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی دو قطبی) داشته باشیم، به سرویسی برای اشتغال ۵۲ نفر احتیاج خواهیم داشت که این نیاز را می‌توان از طریق کارگاه‌های تولیدی حمایتی و آموزش صاحبان حرف، صنایع، مراکز غیردولتی و NGOها تأمین کرد [۵۸].

خدمات اسکان بیماران مزمن روان‌پزشکی

الگوهای متفاوتی برای اسکان این بیماران از اقامت اجباری تا اسکان حمایتی (بر اساس ترجیح و نقاط قوت بیمار) وجود دارد [۶۳-۶۱]. تعداد بیماران بی‌خانمان در منابع غربی تا ۵ درصد بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی ذکر می‌شوند، در کشور ما با توجه به وضعیت فرهنگی، حمایت اجتماعی و خانواده‌های گسترده این میزان یک درصد حدس زده می‌شود. به عبارتی در یک جمعیت صد هزار نفری ۷۵۰ بیمار شدید روان‌پزشکی (شامل اسکیزوفرنیا و خلقی دو قطبی) و حدود هشت تا ده بیمار بی‌خانمان خواهیم داشت. از طرفی برای هر خانواده چهار نفری معمولی در ایران نیاز به یک آپارتمان ۸۰ متری است؛ یعنی اسکان به ازای هر صد هزار نفر می‌تواند در قالب دو آپارتمان ۶۰ تا ۸۰ متری با گنجایش هر آپارتمان چهار نفر در نظر گرفته شود.

همکاری بین‌بخشی برای تأمین خدمات پیش‌بینی‌شده

همان‌طور که قبلاً بیان شد، برای طراحی این الگو از اصول برنامه‌سازمان جهانی بهداشت و پتانسیل همکاری بین‌بخشی برای تأمین خدمات استفاده شد و برای کاهش اقدامات موازی سازمان‌های ذی‌نفع و مسئول در نظر گرفته شد. از این رو خدمات پیش‌بینی‌شده در تصویر شماره ۱ و نحوه همکاری و مسئولیت هر یک از سازمان‌ها در یک مجموعه دیده می‌شود.

بحث

هدف از تدوین «الگوی جامع بهداشت روان شهری» معرفی‌شده در این مقاله استفاده بهینه از خدمات بهداشت روان موجود با رویکرد همکاری بین‌بخشی با هدف کاهش برنامه‌های موازی بین سازمان‌های مسئول است. این مدل بر اساس الگوی معرفی‌شده سازمان جهانی بهداشت و معرفی پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی و یا پزشک خانواده (در صورت تحقق) بوده است. همان‌طور که در طرح دیده می‌شود تقسیم کار بین سازمان‌های اصلی و ذی‌نفع یعنی وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و بخش خصوصی که در حال حاضر مهم‌ترین منابع ارائه خدمات بهداشت روان به جامعه هستند، در نظر گرفته شده است. در این میان فعالیت‌های موازی مانند خدمات مراکز روانه، خدمات ویزیت در منزل، خط تلفن فوری بین سازمان بهزیستی و

تحت پوشش قرار دهند، می‌تواند به نیاز این جمعیت پاسخ دهد. تخمین زده شد که ممکن است ۱/۳ این بیماران فقط به خدمات تلفنی نیاز داشته باشند. در شهرهای بزرگ‌تر از صد هزار نفر می‌توان برای یک‌سوم بیماران تیم پیگیری تلفنی در نظر گرفت.

خدمات مراکز روزانه و توان‌بخشی

بر اساس یافته‌ها این مراکز در بازتوانی روانی پس از کنترل فاز حد مؤثرند. این مراکز باعث می‌شود که بیماران روزهای کمتری بستری شده و همکاری بیشتر با درمان داشته باشند [۴۹-۴۴]. دامنه فعالیت این مراکز از بازتوانی شناختی و اجتماعی تا بازتوانی‌های شغلی گسترده است.

وجود مراکز روزانه منافع زیر را دربر دارد: کاهش طول مدت بستری در سرویس‌های روان‌پزشکی، ارجحیت سرویس‌های روزانه بیمارستانی بر سرویس‌های سرپایی و مراقبت‌های بستری درباره بیماری‌های روان‌پزشکی شدید و یا بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی، توان‌بخشی و مراقبت از بیماران دچار اختلال روانی طولانی‌مدت و فراهم کردن زمینه لازم برای بستری کردن بیمارانی که به درمان سرپایی پاسخ نمی‌دهند. این سرویس‌ها نه تنها جایگزین سرویس‌های بستری بلکه جایگزین درمان‌های سرپایی هستند.

همچنین مراکز روزانه روان‌پزشکی هزینه بیماران را ۲۰ تا ۳۷ درصد نسبت به افرادی که بستری شده‌اند کاهش می‌دهد [۴۹، ۴۸]. به علاوه اینکه فاصله زمان بستری شدن مجدد به طور قابل توجهی در مراکز روزانه طولانی‌تر است [۵۱، ۵۰]. هرچند میزان استفاده از این خدمات در تمام دنیا خیلی کم است؛ به طوری که بر اساس مطالعات قبلی در چین فقط ۱۷ درصد بیماران از این خدمات استفاده می‌کنند و در سایر کشورهای پیشرفته نیز این میزان ۱۰-۴۰ درصد بوده است؛ همچنین میزان استفاده از بازتوانی روانی نیز در این کشورها پایین بوده است [۵۳، ۵۲].

در این طرح، در صورتی که ۱۷ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (۱۲۷ نفر) و اختلال خلقی دو قطبی (۷۵۰ نفر) از روزانه خدمات مرکز استفاده کنند و هر مرکز به ۳۰ تا ۵۰ بیمار خدمت ارائه کند، به حدود دو تا چهار مرکز روزانه برای یک جمعیت صد هزار نفری نیاز خواهیم داشت.

خدمات بازتوانی شغلی

پس از بازتوانی روانی، خدمات شغلی برای برگرداندن بیمار به زندگی اجتماعی مدنظر است. تیم تحقیقاتی روش‌های گوناگونی را که در نقاط متفاوت دنیا انجام شده است، بررسی کرد. مانند مؤسسات اجتماعی در ژاپن و خانه‌های باشگاهی که بیماران را برای اشتغال و اسکان حمایت می‌کند [۵۶-۵۳] و مدل اشتغال حمایت‌شده (بر اساس شغل‌یابی حمایتی و رقابتی) که باعث افزایش اشتغال و رضایت بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان

روانی شامل روان‌شناس و روان‌پزشک شاغل در مراکز بهداشتی پیشنهاد می‌کند.

این الگو از بستری مکرر بیماران در بیمارستان و الگوی «درب گردان»^۸ و افت^۹ توانایی روانی بیماران به صورت بارزی می‌کاهد. نگاهی به بودجه تخصیص‌یافته به سلامت به‌ویژه به سلامت روانی اهمیت خدمات شهری معرفی شده را بهتر روشن می‌کند. از کل بودجه سلامت تنها ۳ درصد به بهداشت روان تعلق می‌گیرد، از آن میان نیز ۱۸ درصد بودجه به بیمارستان‌های روان‌پزشکی اختصاص می‌یابد که خدمات لازم برای بستری فاز حاد تنها به بیماران شدید روان‌پزشکی ارائه می‌شود [۱۲]. این در حالی است که بیماران و مراقبین آن‌ها به خدمات آموزشی، توان‌بخشی و اشتغال بیشتری نیاز دارند [۶۴]. از این رو داشتن یک نظام منسجم که بتواند با هماهنگی سایر سازمان‌ها به بیماران شدید روان‌پزشکی خدمات لازم را ارائه کند در مدیریت بهینه حداقل یک پنجم از نیاز بهداشت روان جامعه مفید خواهد بود.

پس از پایان تدوین «الگوی بهداشت روان شهری» اجرا پایلوت آن در دو شهرستان با جمعیت کم در برنامه‌های اجرایی این طرح قرار داشت. هم‌زمان با تدوین این طرح «طرح تحول سلامت» در سطح کشور به صورت جامع مطرح شد و به اجرا درآمد. با اجرای «طرح تحول سلامت» ساختار جدید شبکه بهداشت روان در مناطق شهری طراحی و به تدریج در بیشتر استان‌ها به مرحله اجرا رسید. در مدل شهری «طرح تحول سلامت»، در مقابل «خانه بهداشت روستای»، «پایگاه بهداشتی» وجود دارد که شش تا دوازده هزار جمعیت شهری را تحت پوشش خود قرار داده است و وظیفه اصلی آن غربالگری اختلالات روان‌پزشکی، خشونت خانگی، خودکشی و اعتیاد است. در تناظر با «مرکز بهداشت روستایی» در منطقه شهری نیز «مرکز جامع خدمات سلامت» در نظر گرفته شد که بیست تا پنجاه هزار نفر جمعیت را تحت پوشش خود قرار داده است. در هر مرکز پزشک عمومی و روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد، برای اولین بار، فرصت حضور پیدا کردند. روان‌شناس به خدمات مشاوره و آموزش اشتغال دارد. در این برنامه نیز پزشکان عمومی نقش محوری در ارائه خدمات بهداشت روان دارند. در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر پزشک عمومی بیماران را به متخصص در سطح سوم ارجاع می‌دهد. در حال حاضر حدود شش هزار مرکز جامع سلامت و پایگاه شهری در کشور دایر شده است.

در پی اقدامات مذکور و با هدف همکاری مشترک با نهادهای دولتی و غیردولتی، برنامه نوینی برای توسعه و ارتقای سلامت روان در مناطق شهری با مشارکت نهادهای دولتی و غیردولتی در سال ۹۵-۹۴ طراحی شد. دفتر بهداشت روان وزارت بهداشت این

وزارت بهداشت وجود دارند که شاید بتوان با مدیریت بهتر، منابع را در مسیر ایجاد خدمات جدید صرف کرد. اورژانس اجتماعی ۱۲۳ و خط تلفن فوری ۱۴۸۰ سازمان بهزیستی ظرفیت مناسبی را برای ارائه خدمات فوری مهیا می‌کند. استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات مبتنی بر جامعه مانند ویزیت در منزل و ایجاد خدمات توان‌بخشی مواردی هستند که سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت آن‌ها را با الگوهای متفاوتی در دسترس قرار می‌دهد. تقسیم کار مناسب می‌تواند از ارائه خدمات موازی جلوگیری کند.

ایجاد مراکز بستری اورژانس در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و یا بیمارستان‌های عمومی که دارای بخش روان‌پزشکی هستند حائز اهمیت بسیار است. در سال گذشته هزار تخت روان‌پزشکی در کشور ایجاد شد.^{۱۰} در کنار آن‌ها ایجاد چند تخت محدود فوریت روان‌پزشکی بار بستری بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر همکاری بین خدمات ۱۱۵ و ۱۲۳ و خط تلفن مشاوره ۱۴۸۰ و نیز پلیس ۱۱۰ می‌تواند به بیماران و خانواده‌ها در شرایط بحرانی کمک بسیاری کند. در حال حاضر این خدمات به صورت مجزا و گسسته وجود دارند و هماهنگی مطلوب و دستورالعمل مشخصی وجود ندارد.

ماهیت بیماری‌های شدید روان‌پزشکی به گونه‌ای است که تعداد معدودی از آن‌ها نیاز به مراقبت و اسکان خواهند داشت. مشارکت سازمان مسکن و شهرسازی و شهرداری در اسکان این بیماران تحت سرپرستی سازمان بهزیستی از بی‌خانمان شدن آن‌ها جلوگیری می‌کند.

موضوع اشتغال این بیماران نیز در صورت مدیریت مناسب درمانی و توان‌بخشی موضوعی است که از طریق وزارت کار و امور اجتماعی به روش اشتغال حمایت‌شده امکان‌پذیر و عملی است. در حال حاضر ۳۰ تا ۵۰ درصد بیماران که در مراکز توان‌بخشی روانی خدمات بازتوانی دریافت می‌کنند آمادگی ورود به باز کار مناسب را دارند.

نقش پزشک عمومی به منزله پزشک خانواده در ادامه درمان این گروه از بیماران در درون شبکه بهداشت روان شهری حائز اهمیت است. به این ترتیب بیمار پس از سپری کردن دوره حاد بیماری به صورت بستری و یا سرپایی تحت نظر خدمات تخصصی بیمار به چرخه خانواده مرکز بهداشت باز می‌گردد و درمان وی زیر نظر پزشک این مراکز ادامه خواهد یافت. مشارکت و سوپرویزن مستمر میان گروه تخصصی و پزشکان خانواده، توانایی آنان را برای ارائه خدمات بهداشت روانی به بیماران خفیف و شدید روان‌پزشکی افزایش می‌دهد. این الگویی است که سازمان جهانی بهداشت برای دسترسی بیماران خفیف و شدید روان‌پزشکی به خدمات مستمر و جامع هم‌زمان با توانمندسازی کارکنان بهداشت

8. Revolving door

9. Downward drift

۷. بنابر گزارش دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

است، پیشنهاد می‌شود دو طرح «تحول سلامت» و طرح «مرکز جامع سلامت روان» که در حال حاضر در کشور اجرا می‌شود با رویکرد مشارکت بین بخشی و به منظور هم‌افزایی سازمانی و کاهش کارهای موازی و صرفه‌جویی در هزینه‌ها بازبینی شوند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به دلیل نوع مقاله نیازی به اخذ تأیید اخلاقی نبوده است. تمام مطالعات گنجانده شده در تمام گزارش‌ها و سایر نشریات آینده ذکر خواهد شد.

حامی مالی

این طرح با حمایت مالی وزارت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و نیز معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری وزارت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و نیز معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تشکر و قدردانی می‌کنیم.

طرح را به نام «طرح خدمات جامع سلامت روانی و مراقبت‌های اجتماعی سراج» طراحی و در سه شهر قوچان، بردسیر و اسکو اجرایی کرد [۶۵]. حوزه‌های مداخله در این طرح رشد و تکامل کودکان، ارتقای سواد، افزایش درآمد سرانه، بهبود امنیت غذایی، توسعه تفریحات، بهبود محیط زیست، ارتقای ایمنی کار، ارتقای حمل‌ونقل عمومی، خدمات اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد و الکل در نظر گرفته شد. در حال حاضر طرح سراج (به صورت طرح آزمایشی) در سطح کشور در حال اجراست.

الگوی مشارکتی^{۱۰} و نیز ظرفیت‌های موردنیاز پیش‌بینی‌شده در «طرح جامع بهداشت روان شهری» در اجرای طرح سراج موفقیت بیشتری را برای تحقق بهداشت روان شهری به همراه خواهد داشت.

نگاهی به فرایند تحولات و ارتقای ایجاد شبکه بهداشت روان در سطح روستا در سال ۱۳۶۷ و هم‌زمان با تغییرات جمعیتی، طراحی الگوهای بهداشت روانی شهری شامل «طرح جامع بهداشت روان شهری» (سال ۱۳۹۰)، اجرا «طرح تحول سلامت» (سال ۱۳۹۲) در کشور و طراحی «طرح خدمات جامع سلامت روانی و مراقبت‌های اجتماعی سراج» (در سال ۱۳۹۴) فرایند مثبت و نویدبخشی را برای تحقق خدمات سلامت روان در شهر و روستا داشته است.

نتیجه‌گیری

طی ۳۰ سال گذشته مدیریت سلامت روان کشور در سطح روستا فرایندهای مؤثری را طی کرده و تجربیات و الگوی مناسبی را برای کشور و همچنین کشورهای منطقه و دنیا معرفی کرده است. طی ده سال گذشته مدل‌های مناسبی برای بهداشت روان شهری معرفی شده و به اجرا درآمده است که در پاسخ به چالش‌های جدی تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک کشور بوده و هر کدام دستاوردهای مطلوب علمی و اجرایی برای توسعه بهداشت روان در مناطق شهری داشته است. جمع‌بندی این تجربیات چشم‌انداز مناسبی را برای توسعه خدمات بهداشت روان شهری و روستایی ترسیم می‌کند.

در این مطالعه به دلیل ضیق وقت، دشواری در دسترسی به مدیران کلان سازمان‌ها، طرح موضوع تفاهم‌نامه بین سازمانی برای کار مشترک و مشکلات انجام امور اداری برقراری این تفاهم‌نامه و توجیه مدیران سازمان‌ها در ضرورت این تفاهم‌نامه، امکان همکاری مشترک در سطح طرح موضوع در سطح مدیران کلان سازمان‌ها ممکن نشد. نمایندگان سازمان‌های ذی‌نفع هماهنگ‌کننده و انتقال‌دهنده نظر مدیرانشان بودند.

برای مشارکت حداکثری بین سازمانی که هدف اصلی این طرح

10. Intersectoral collaboration

References

- [1] Mehrdad R. Health system in Iran. *Japan Medical Association Journal*. 2009; 52(1):69-73. https://www.researchgate.net/profile/Ramin-Mehrdad/publication/232426386_Health_System_in_Iran/links/0c9605281d9d29d0bc000000/Health-System-in-Iran.pdf#page=71
- [2] Naeli J, Mogimi D. Primary care health promotion policy document. Tehran: Ministry of Health; 2007.
- [3] Bagyani-Mogadam H, Ehraampoosh M. Principles of health services. Tehran: Cherag-E Danesh; 2003.
- [4] Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. Jabalpur, Madhya Pradesh: Bhanot Publishers; 2017. <https://books.google.com/books?id=SymHtAEACAAJ&dq=Park%E2%80%99s+textbook+of+preventive+and+social+medicine&hl=en&sa=X&ved=2ahUKewiyq7Ojp8nxAhWox4UKHYyOA3gQ6AEwAHoECAsQAQ>
- [5] Funk M. Integrating mental health into primary care: A global perspective [Internet]. 2008 [Updated 2008]. Available from: https://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintoprimarycare/en/
- [6] Asadi-Lari M, Sayyari A, Akbari M, Gray D. Public health improvement in Iran-lessons from the last 20 years. *Public Health*. 2004; 118(6):395-402. [DOI:10.1016/j.puhe.2004.05.011] [PMID]
- [7] Bagheri-Yazdi S, Malek-Afzali H, Shahmohammadi D, Naghavi-Ravandi M, Hekmat S. Evaluation of functions of auxiliary health workers (Behvarzes) and health volunteers in mental health care delivery in the framework of PHC system in Brojen city, Chaharmahal and Bakhtiary province. *Hakim Research Journal*. 2001; 4(2):100-9.
- [8] Shahmohammadi D, Bayanzadeh S A, Ehssanmanesh M. [Pathways to psychiatric care in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP)*. 1998; 3(4):4-14. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1706-en.html>
- [9] Caracci G. Urban mental health: An international survey. *International Journal of Mental Health*. 2006; 35(1):39-45. [DOI:10.2753/IMH0020-7411350103]
- [10] Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. Community Mental Health Centers in Iran: Planning evidence-based services. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2013; 19(3):163-76. <https://web.aebcohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=>
- [11] Rashedi V, Malakouti K, Rudnik A. Community mental health service for older adults in Iran. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2018; 22(2):e78947. [DOI:10.5812/jkums.78947]
- [12] WHO and AIMS. A report of the assessment of the mental health system in Uttarkhand, India, using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Geneva: WHO 2006. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206158/B0768.pdf?sequence=1>
- [13] Sharifi V. [Urban mental health in Iran: challenges and future directions (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2009; 3(1):9-14. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=143475>
- [14] Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. [Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009) (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 16(4):479-83. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1212-en.html>
- [15] Noorbala AA, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 184(1):70-3. [DOI:10.1192/bjp.184.1.70] [PMID]
- [16] Ministry of Health and Medical Education. A national report on registration of case with psychiatric disorder in integration of mental health in primary care program. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2008. [Linke not Found]
- [17] Amini H, Sharifi V, Nejatisafa A, Arbabi M, Tabatabaie M, Alimadadi Z, et al. [One year follow-up of patients with bipolar disorder admitted to Roozbeh Hospital (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 15(2):168-74. http://ijpcp.iums.ac.ir/browse.php?a_id=699&slc_lang=fa&sid=1&ftxt=1
- [18] Bolhari J, Zojaji A, Karimi-Kisomi I, Nazari-Jeirani M, Tabae S. [Urban mental health service: Primary health care model with community participation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 17(2):110-5. http://irisweb.ir/files/site1/rds_journals/21/article-21-85192.pdf
- [19] Hajebi A, Damari B, Moghaddam AV, Nasehi A, Nikfarjam A, Bolhari J. What to do to promote mental health of the society. *Iranian Journal of Public Health*. 2013; 42(Suppl1):105-12. [PMCID] [PMID]
- [20] Khayat-zadeh A, Takian A. Family physician program in Iran: Considerations for adapting the policy in urban settings. *Archives of Iranian Medicine*. 2014; 17(11):776-778. [PMID]
- [21] World Health Organization. Improving health systems and services for mental health [Internet]. 2009 [Updated 2009]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf?sessionid=A91BCF97C36BA33024CAF66A5A1881BE?sequence=1
- [22] World Health Organization. Integrating mental health into primary care: A global perspective [Internet]. 2008 [Updated 2008]. Available from: https://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintoprimarycare/en/
- [23] World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823>
- [24] State Welfare Organization of Iran. Social emergency program (Persian) [Internet]. 2020 [Updated 2020 September 27]. Available from: <https://www.behzisti.ir/news/23534/>
- [25] Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare. Social emergency program (Persian) [Internet]. 2021 [Updated 2021 July 04]. Available from: <https://asibha.mcls.gov.ir/fa/ghorop/mariageanddirorce/manabejtemaei/barname>
- [26] State Welfare Organization of Iran. Executive instructions of the Crisis Intervention Center (individual, family and social) "Social Emergency Center" (Persian) [Internet]. 2008 [Updated 2008]. Available from: <http://hormozganbeh.ir/attachments/article/2311/>
- [27] Gould MS, Kalafat J, HarrisMunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007; 37(3):338-52. [DOI:10.1521/suli.2007.37.3.338] [PMID]

- [28] Kalafat J, Gould MS, Munfakh JLH, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 1: Nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007; 37(3):322-37. [DOI:10.1521/suli.2007.37.3.322] [PMID]
- [29] Gilat I, Shahar G. Emotional first aid for a suicide crisis: comparison between Telephonic hotline and internet. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007; 70(1):12-8. [DOI:10.1521/psyc.2007.70.1.12] [PMID]
- [30] Bennett L, Riger S, Schewe P, Howard A, Wasco S. Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence: A statewide evaluation. *Journal of Interpersonal Violence*. 2004; 19(7):815-29. [DOI:10.1177/0886260504265687] [PMID]
- [31] Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *The BMJ*. 2005; 331(7517):599. [DOI:10.1136/bmj.38519.678148.8F] [PMID] [PMCID]
- [32] Irving CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; 4. [DOI:10.1002/14651858.CD001087.pub3]
- [33] Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *The British Journal of Psychiatry*. 2011; 199(1):71-6. [DOI:10.1192/bjp.bp.110.079830] [PMID]
- [34] Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis resolution and home treatment in mental health. Johnson S, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. [DOI:10.1017/S003329170999170X]
- [35] McGlynn P, editor. Crisis resolution and home treatment: A practical guide. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2006.
- [36] Farhoudian A, Sharifi V, Amini H, Basirnia A, Mesgarpour B, Mansouri N, et al. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2007; 2(4):137-50. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=165135>
- [37] Malakouti SK, Nojomi M, Panaghi L, Chimeh N, Mottaghipour Y, Joghatai MT, et al. Case-management for patients with schizophrenia in Iran: a comparative study of the clinical outcomes of mental health workers and consumers' family members as case managers. *Community Mental Health Journal*. 2009; 45(6):447-52 [DOI:10.1007/s10597-009-9197-4] [PMID]
- [38] Mansouri N, Malakouti SK, Chimeh N, Rezvanifar S, Mohseni M, Mansouri E. Chronic hospitalized and household maintained consumers; characteristics and differences among referees to the Iranian society supporting individuals with Schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2014; 8(1):5-12. [PMCID] [PMID]
- [39] Mansouri N, Chimeh N, Dehghani M, Malakouti SK, Taherkhani H, Abarashi Z. Risk factors associated with psychiatric hospitalization among Iranian schizophrenic patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2013; 7(2):16-23. [PMCID] [PMID]
- [40] Malakouti SK, Mirabzadeh A, Nojomi M, Tonkaboni AA, Nardarkhani F, Mirzaie M, et al. Clinical outcomes and cost effectiveness of two aftercare models provided by general physicians and nurses to patients with severe mental illness. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015; 29:196. [PMCID] [PMID]
- [41] Khaleghparast S, Ghanbari B, Kahani S, Malakouti K, SeyedAlinaghi S, Sudhinaraset M. The effectiveness of discharge planning on the knowledge, clinical symptoms and hospitalisation frequency of persons with schizophrenia: a longitudinal study in two hospitals in Tehran, Iran. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23(15-16):2215-22. [DOI:10.1111/jocn.12499] [PMID]
- [42] Moradi-Lakeh M, Yaghoobi M, Hajebi A, Malakouti SK, Vasfi MG. Cost-effectiveness of aftercare services for people with severe mental disorders: An analysis parallel to a randomised controlled clinical trial in Iran. *Health & Social Care in the Community*. 2017; 25(3):1151-9 [DOI:10.1111/hsc.12416] [PMID]
- [43] Sharifi V, Amini H, Tehrani DM, Yasami M, Jalali RM, Sobh BP, et al. Roozbeh home care program for severe mental disorders: A preliminary report. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2006; 1(1):31-4. <https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/400/395>
- [44] Glick ID, Fleming L, DeChillo N, Meyerkopf N, Jackson C, Muscara D, et al. A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *The American Journal of Psychiatry*. 1986; 143(12):1551-6. [DOI:10.1176/ajp.143.12.1551] [PMID]
- [45] Linn MW, Caffey EM, Klett CJ, Hogarty GE, Lamb HR. Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients: A veterans administration cooperative study. *Occupational Therapy in Mental Health*. 1980; 1(1):77-106. [DOI:10.1300/J004v01n01_06]
- [46] Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ, Rüphan M, Giel R. Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*. 1991; 17(3):411-9. [DOI:10.1093/schbul/17.3.411] [PMID]
- [47] Creed F, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomenson B. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *The BMJ*. 1990; 300(6731):1033-7. [DOI:10.1136/bmj.300.6731.1033] [PMID] [PMCID]
- [48] Štrkalj-Ivezić S, Vrdoljak M, Mužinić L, Agius M. The impact of a rehabilitation day centre program for persons suffering from schizophrenia on quality of life, social functioning and self-esteem. *Psychiatria Danubina*. 2013; 25(2):194-9. http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol25%20Suppl%202_no/dnb_vol25_noSuppl%202_194.pdf
- [49] Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2001; 5(21):1-75. [DOI:10.3310/hta5210] [PMID]
- [50] Lloyd C. Vocational rehabilitation and mental health. Hoboken: John Wiley & Sons; 2010. [DOI:10.1002/9781444319736]
- [51] Williams A, Fossey E, Harvey C. Sustaining employment in a social firm: use of the Work Environment Impact Scale v 2.0 to explore views of employees with psychiatric disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010; 73(11):531-9. [DOI:10.4276/030802210X12892992239279]
- [52] Warner R. The diffusion of two successful rehabilitation models. *World Psychiatry*. 2006; 5(3):160-1. [PMCID] [PMID]
- [53] Kubiak S, Roddy J, Comartin E, Tillander E. Cost analysis of long-term outcomes of an urban mental health court. *Evaluation and Program Planning*. 2015; 52:96-106 [DOI:10.1016/j.evalprogplan.2015.04.002] [PMID]

- [54] Wells R, Kite B, Breckenridge E, Sunbury T. Community mental health center integrated care outcomes. *Psychiatric Quarterly*. 2018; 89(4):969-82. [DOI:10.1007/s11126-018-9594-3] [PMID]
- [55] McKay C, Johnsen M, Stein R. Employment outcomes in Massachusetts clubhouses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2005; 29(1):25-33. [DOI:10.2975/29.2005.25.33] [PMID]
- [56] Auerbach ES. The individual placement and support model vs. the menu approach to supported employment: Where does Occupational Therapy fit in? *Occupational Therapy in Mental Health*. 2002; 17(2):1-19. [DOI:10.1300/J004v17n02_01]
- [57] Moll S, Huff J, Detwiler L. Supported employment: Evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2003; 70(5):298-310. [DOI:10.1177/000841740307000506] [PMID]
- [58] Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. *The BMJ*. 2001; 322(7280):204-8. [DOI:10.1136/bmj.322.7280.204] [PMID] [PMCID]
- [59] Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*. 2002; 59(2):165-72. [DOI:10.1001/archpsyc.59.2.165] [PMID]
- [60] Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach. New York: Guilford Press; 2012.
- [61] Rogers ES, Anthony W, Kash M, Olschewski A. Systematic review of supported housing literature 1993-2008. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston: Boston University; 2010.
- [62] Tsemberis S. Housing first: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. *European Journal of Homelessness*. 2011; 5(2):235-40. <https://www.researchgate.net/publication/47669330>
- [63] Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (4):CD000453 [DOI:10.1002/14651858.CD000453.pub2] [PMID] [PMCID]
- [64] Malakouti SK, Noori R, Naghavi M, Ahmad Abhari A, Nasr M, & Afagh S, Salehi P, et al. [The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services (Persian)]. *Hakim*. 2003; 6(2):1-10. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=62559>
- [65] Damari B, Alikhani S, Riazi-Isfahani S, Hajebi A. Transition of mental health to a more responsible service in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2017; 12(1):36-41. [PMCID] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank

پښتونستان د علومو او انساني مطالعاتو مرکز
پرتال جامع علوم انساني