

Research Paper

Evaluating the Performance of Community Mental Health Centers in Iran: Strengths and Challenges



Mozhgan Taban¹, Ahmad Hajebi², Mehri Gholami³, *Morteza Naserbakht¹

1. Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Psychiatry, Research Center for Addiction and Risky Behaviors (ReCARB), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Clinical Research Development Unit, Emam Ali Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.



Citation Taban M, Hajebi A, Gholami M, Naserbakht M. Evaluating the Performance of Community Mental Health Centers in Iran: Strengths and Challenges Iranian. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2021; 27(2):204-215. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.747.4>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.747.4>



Received: 14 Sep 2020
Accepted: 14 Oct 2020
Available Online: 01 Jul 2021

Key words:

Program evaluation, Community-mental health centers, Qualitative study

ABSTRACT

Objectives This study aims to evaluate the performance of Community-based Mental Health Centers (CMHCs) in Iran and identifying the strengths and challenges in the provision of mental health services.

Methods This is a qualitative study, conducted using 36 individual interviews and 13 focus group discussions. Content analysis was performed and data were categorized.

The findings were presented in terms of the needs for program implementation, achieving the expected goals and outcomes, and the findings of program evaluation. First, the points related to the provision of infrastructure and setting up the centers were mentioned, and then, the features, strengths and challenges facing the program were discussed.

Results Significant successes were achieved in providing infrastructure and implementing the community-based mental health program. Challenges in the implementation of this program included the barriers to attracting more general physicians and the impact of culture and attitudes in each city on the effectiveness of the program.

Conclusion To improve the performance of CMHCs, more attention should be paid to psychiatry and mental health educational programs in the general medicine curriculum, public education about the mental health and providing solutions for better implementation of the program.

Extended Abstract

1. Introduction

More than half a century has passed since the first change in planning and providing mental health services from individual-based to the community-based approach. Consequently, Community-Based Mental Health Centers (CMHCs) were established in catchment areas for public access, cross-sectoral cooperation, and continuing provision of care services, with the aim of providing comprehensive mental health

services. In Iran, first CMHC was established in 2010. Although there is an evidence of successful implementation of these programs in various countries (e.g. Canada, the United States, Australia, and Southeast Asia), mental health programs still need to be designed and implemented based on the needs of each community. The burden of mental disorders and their prevalence are important indicators for planning mental health services. The results of a study conducted in the Eastern Mediterranean region in 2013 showed that the burden of mental disorders increased by 10.8% from 1990 to 2013. The results of the 2015 Mental

* Corresponding Author:

Morteza Naserbakht, MD.

Address: Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66506862

E-mail: naserbakht.m@iums.ac.ir; mnaserbakht@gmail.com

Health Survey in Iran reported the prevalence of mental disorders as 23.6%.

One of the most important indicators of the desirability of a service delivery system is the evaluation and use of its results in future planning. After several years of implementation, it is necessary to evaluate the achievements, opportunities and challenges to continuing the program. This study aims to evaluate the community-based mental health care program in Iran for its continuation and improvement of its implementation.

2. Methods

This is a qualitative study that evaluates the performance of CMHCs in the two areas of participatory care and home visits. We conducted 36 individual interviews and 13 focus group discussions with the participation of project implementers at the Ministry of Health, psychiatrists in the CMHCs, psychologists and physicians collaborating with the project, patients using receiving services and their families. The CMHCs belonged to medical universities in Tehran (Iran University of Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, and Shahid Beheshti University of Medical Sciences), Tabriz, Zanjan, Kerman and Yazd. Participants were selected by a purposive sampling method. According to the obtained concepts, new samples entered the study and this process continued until data saturation.

Data analysis was performed using qualitative content analysis method of Graneheim and Lundman (2004). Guidelines were designed for the interviews and group discussions to ensure that the researchers obtain same information, which included open-ended key questions focusing on the extent to which the objectives are achieved. If necessary, additional questions were added following the creation of categories. MAXQDA v.10 software was used to manage and organize the data.

3. Results

The strengths of community-based mental health care program in Iran included: The transparency of the protocol, joining of physicians in private sectors to the public sector, change in the attitude of general physicians towards the treatment of mentally-ill patients, defining the role of Case Manager and adding it to the program, reducing the stigma of disease and making people more aware of mental illness, reduced recurrence and hospitalization of psychiatric patients and family satisfaction. The challenges in implementing and coordinating between the project components included: Lack of access to a regular list of physicians in the private sector, employment of general physicians in some

areas such as beauty and slimming and establishing addiction treatment centers, lack of cooperation of some physicians due the project's low income, delays in payment of salaries due to delay in budget payment by the universities and the centers' financial problems, and the cultural differences of each region. The challenges related to the role of Case Manager included: Assigning multiple tasks without closing a contract, existence of no medical receptionist for some physicians, and the unwillingness of some physicians about giving the patients' information to the receptionist. Another challenge was related to the paradoxical design of the continuation of the referral cycle from the physician to the psychiatrist (providing free services to the patients by the psychiatrist and unwillingness of patients to return to the physician). Some challenges were related to entering information in the registration system. A lot of time was needed to record information. There was no system guide, and no ability to receive reports.

4. Discuss and Conclusion

The evidence showed the community-based mental health care program's success in the community and the satisfaction of service providers and recipients. The CMHCs facilitated the people's access to mental health services and reduced the stigma of psychiatric diseases. This program, like other new programs, made a change in the system which required a lot of effort. A strength of this program was the use of capable staff. The role of all staff, especially psychologists and psychiatrists, was one of the most important factors in achieving the goals of the project, which raises hopes for the implementation of the program at the national level. Almost none of the CMHCs were satisfied with following the instructions and did their best to provide the service even more than the recommended level; in case of any problem, they attempted to solve the problem. These centers held supervision meetings for the physicians and communicated with charity centers to provide services to the families of patients in their home. Patients quickly applied for additional services such as social works, occupational therapy, pediatric psychiatry, rehabilitation, and day care. Satisfaction of service recipients indicates the need to pay more attention to CMHCs and their empowerment, as well as the centers' high capacity to continue to provide community-based mental health services. We recommend:

Paying more attention to psychiatry and mental health educational programs in the general medicine curriculum;

Familiarizing the general physicians more with the community-based mental health services;

Providing public information about the services;

- Providing public education and culturalization;
- Partnership with other organizations;
- Upgrading the information registration system;
- Examining the existing ways to attract funds from other sources such as charity organizations and influential people;
- Evaluation of physicians based on functional indicators;
- Strengthening internal monitoring and evaluation of the system and exchange the experiences between the centers.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them. The study was approved by the Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.REC.1398.865).

Funding

This study received financial support from the Mental, Social and Addiction Health Office of the Ministry of Health and Medical Education.

Authors contributions

Conceptualization, investigation, software, validation, formal analysis, investigation: All authors; Methodology: Morteza Naserbakht, Mozghan Taban; Writing – original draft: Mozghan Taban; Writing – review & editing: Morteza Naserbakht; Resources: Morteza Naserbakht, Mozghan Taban, Mehri Gholami; Supervision: Morteza Naserbakht, Mozghan Taban.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgement

The authors would like to thank the the Mental, Social and Addiction Health Office of the Ministry of Health and Medical Education.

مقاله پژوهشی:

ارزشیابی خارجی مراقبت‌های سلامت روان در مراکز جامعه‌نگر: قوت‌ها و چالش‌ها

مزگان تابان^۱، احمد حاجبی^۲، مهری غلامی^۳، مرتضی ناصربخت^۱

۱. مرکز تحقیقات بهداشت روان، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان امام علی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.



تاریخ دریافت: ۲۴ شهریور ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: ۲۳ شهریور ۱۳۹۹
تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۰

اهداف: هدف این پژوهش ارزیابی تأثیر ارائه خدمات سلامت روان در مراکز خدمات جامعه‌نگر (CMHC) با چشم‌انداز بررسی فرصت‌ها و چالش‌های موجود برای استمرار و ارتقای ارائه خدمات سلامت روان بود.

مواد و روش‌ها: این مقاله بخش کیفی پژوهشی بزرگ‌تر است که با انجام ۳۶ مصاحبه و ۱۳ بحث گروهی متمرکز به اجرا درآمد. متن مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی پس از پیاده‌سازی چندین بار مطالعه شد. تحلیل محتوا به صورت متعارف انجام شد و داده‌ها طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش در دو بخش شامل نیازها برای اجرای برنامه و دست‌یابی به اهداف و پیامدهای مورد انتظار طرح و نیز یافته‌های حاصل از ارزشیابی برنامه ارائه شده است. در بخش اول به نکات مربوط به تأمین زیرساخت‌ها و راه‌اندازی مراکز اشاره شده و در بخش دوم به ویژگی‌ها، نقاط قوت و چالش‌های پیش روی طرح پرداخته شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد در تأمین زیرساخت‌ها و اجرایی کردن طرح، موفقیت‌های قابل توجهی کسب شده است. از چالش‌های مطرح‌شده در اجرای طرح می‌توان به موانع موجود در جلب مشارکت بیشتر پزشکان عمومی و تأثیر فرهنگ و نگرش موجود در هر شهر برای اثربخشی برنامه اشاره کرد. برای بهبود اثربخشی و کارآمدی طرح، توجه بیشتر به برنامه‌های آموزشی روان‌پزشکی و سلامت روان در کوریکولوم رشته پزشکی عمومی، آموزش‌های همگانی درباره سلامت روان و ارائه راهکارهایی برای اجرای بهتر برنامه از پیشنهادات حاصل از نتایج ارزشیابی بود.

کلیدواژه‌ها:

ارزشیابی، مراکز جامعه‌نگر، مطالعه کیفی

مقدمه

در پی تحولات جهانی در نظام ارائه خدمات سلامت روان، کشور ما ایران نیز با اجرای برنامه‌های مختلف در سطح ملی از چهار دهه قبل، در همراه شدن با این جریان برای ارتقای ارائه خدمات سلامت روان تلاش کرده است. در همین راستا، در سال ۱۳۸۹ در اجرای برنامه‌های پیشگیری سطح دوم در کشور، راه‌اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در تهران به صورت آزمایشی انجام شد. پس از آن بسته به شرایط موجود در شهرهای دیگر، مراکز جامعه‌نگر دیگری تأسیس شد و مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

اهمیت این مراکز و خدماتی که ارائه می‌دهند در دسترسی به خدمات محلی و تداوم مراقبت است. پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی این الگو پرداخته‌اند. با وجود اینکه در کشورهای مختلف از جمله کانادا، ایالات متحده، استرالیا و همچنین کشورهای آسیای جنوب شرقی شواهد طراحی و اجرای موفق

بیش از نیم قرن از ارائه اولین اقدامات خدمات سلامت روان جامعه‌نگر در دنیا می‌گذرد. شروع این اقدامات با تغییر رویکرد در برنامه‌ریزی و ارائه خدمات از سیستم فردی به جامعه‌نگر همراه بوده است. در پی این جریان مراکز سلامت روان جامعه‌نگر^۱ با هدف ارائه خدمات جامع سلامت روان، هماهنگ با نیازهای جامعه، در نواحی تحت پوشش^۲ (محلی) برای دسترسی ساده و همگانی و در عین حال با همکاری بین‌بخشی و استمرار مراقبت راه‌اندازی شد [۱]. تأکید این سیستم بر پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران با کاهش بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی است [۲، ۳].

1. Community Mental Health Center (CMHC)
2. Catchment area

* نویسنده مسئول:

دکتر مرتضی ناصربخت

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت روان.

تلفن: ۰۶۶۵۰۶۸۶۲ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: naserbakht.m@iums.ac.ir; mnaserbakht@gmail.com

مصاحبه فردی و ۱۳ بحث متمرکز گروهی از مجریان طرح در ستاد وزارت بهداشت، روان‌پزشکان مسئول مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و پزشکان همکار طرح و بیماران استفاده‌کننده از خدمات و خانواده‌های ایشان است. مراکز مورد بررسی شامل مراکز دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران (ایران، تهران و شهید بهشتی)، تبریز، زنجان، کرمان و یزد بود. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به پژوهش وارد شدند. با توجه به مفاهیم به‌دست‌آمده، برای تکمیل ابعاد آن‌ها افراد جدیدی به پژوهش وارد شدند. این فرایند تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد یعنی تا زمانی که داده جدیدی از سخنان مشارکت‌کنندگان استخراج نشد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی گرانهیم و لاندمن انجام شد [۱۱]. به منظور اطمینان پژوهشگران از کسب اطلاعات همسان، جلساتی با اعضای تیم پژوهش برگزار شد و راهنمایی برای مصاحبه‌های فردی و بحث‌گروهی متمرکز طراحی شد که شامل سؤالات کلیدی بازپاسخ با تمرکز بر موضوع میزان دستیابی به اهداف مورد نظر بود. این سؤالات به صورت سؤال از ارائه‌دهندگان خدمت (به عنوان مثال، آیا CMHC در بخش خدمات مراقبت مشارکتی و ویزیت در منزل مطابق اهداف برنامه پیش می‌رود؟ از نظر شما برنامه در رسیدن به اهداف موفق بوده‌است؟ برای ارتقای سیستم مراقبت مشارکتی و خدمات پس از ترخیص چه پیشنهاداتی دارید؟) و سؤال از خانواده‌ها (به عنوان مثال، فکر می‌کنید این سیستم چقدر توانسته به شما در مراقبت از بیمارتان کمک کند؟ ارائه خدمات در این سیستم را چطور ارزیابی می‌کنید؟ آیا از آن رضایت دارید؟) طراحی شد.

مصاحبه‌ها به شیوه نیمه‌ساختاریافته اجرا شد. متناسب با شرایط گفت‌وگو توالی سؤالات می‌توانست تغییر کند و در صورت لزوم با شکل‌گیری طبقات، سؤالات دیگری اضافه می‌شد. بعد از بازدید از هر مرکز و مصاحبه با افراد منتخب، پیاده‌سازی و تحلیل اولیه انجام شد و در صورت نیاز تغییرات لازم در مورد سؤالات به عمل آمد.

در مرحله اول هرچه سریع‌تر سخنان مشارکت‌کنندگان دست‌نویس شد. بعد از انجام هر مصاحبه برای درک محتوای مصاحبه‌های نوشته‌شده در راستای سؤال پژوهش، متن چندین بار خوانده شد و سپس واحدهای معنی توسط اعضای تیم پژوهش استخراج شدند. در مرحله بعد کدها خلاصه شده و بر اساس شباهتشان طبقه‌بندی شدند. برای مدیریت و سازمان‌دهی داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از ارزش‌یابی این برنامه در دو بخش نیازهای اجرای برنامه و دستیابی به اهداف و پیامدهای طرح ارائه شده است. در بخش نیازهای اجرای برنامه به تأمین زیرساخت‌ها و

این برنامه مشهود است [۸-۴]، اما همچنان لازم است برنامه‌های ارائه خدمات سلامت روان، مبتنی بر نیازهای هر جامعه طراحی و اجرا شود. بار بیماری‌های روان‌پزشکی و شیوع آن‌ها از جمله موارد قابل توجه برای برنامه‌ریزی خدمات است. نتایج مطالعه‌ای که در منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۳۹۲ انجام شد، نشان داد بار بیماری‌های روانی ۵/۶ درصد از بار کل بیماری‌ها را دربر داشته و از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳، ۱۰/۸ درصد افزایش یافته است. همین‌طور جایگاه دوم علل سال‌های ازدست‌رفته به سبب ناتوانی ناشی از بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است [۹]. در ایران این رقم ۱۴ درصد گزارش شده است. همچنین نتایج پیمایش سلامت روان در سال ۱۳۹۴ نشان داد در ایران، به ازای هر چهار نفر، یک نفر از اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برد و نرخ شیوع این اختلالات ۲۳/۶ درصد است که نشان‌دهنده روند صعودی اختلالات روان‌پزشکی در ایران است [۱۰].

یکی از اصلی‌ترین و مهم‌ترین شاخص‌های مطلوب بودن یک سیستم ارائه خدمات، ارزش‌یابی و استفاده از نتایج آن در برنامه‌ریزی‌های آتی است. پس از گذشت چند سال از اجرای این برنامه، نیاز به ارزش‌یابی آن در راستای بررسی نحوه اجرای پروتکل ارائه‌شده توسط وزارت بهداشت در مراکز CMHC، هماهنگ با نیازهای جامعه وجود دارد. علاوه بر ارزش‌یابی فرایند اجرای طرح و ثبت آن، ارزیابی دستاوردها، فرصت‌ها و چالش‌ها، همچنین چگونگی دستیابی به پیامدهای مورد انتظار برای ادامه این روند و احیای آن ضروری است. این پژوهش با هدف ارزیابی این برنامه با چشم‌انداز تداوم و بهبود اجرای آن به نحو مطلوب انجام شد.

روش

این مقاله بخش کیفی از یک پژوهش است که با هدف ارزش‌یابی عملکرد مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در دو بخش مراقبت مشارکتی و ویزیت در منزل انجام شد. مراکز جامعه‌نگر باید حداقل دارای یک روان‌پزشک مجری طرح، روان‌شناس و کارشناس امور اداری باشند. در بخش مراقبت مشارکتی، پزشکان عمومی بخش خصوصی همکاری دارند. پزشکان از طریق فراخوان به طرح دعوت شده، آموزش می‌بینند و به تشخیص و درمان بیماران نوروتیک می‌پردازند. در صورتی که در تشخیص یا درمان بیمار با مشکل روبه‌رو شوند، از روان‌پزشک طرح سوپرویزن دریافت می‌کنند. و در صورت نیاز بیمار را به روان‌پزشک ارجاع می‌دهند و عملکرد ایشان مورد ارزیابی و پایش قرار می‌گیرد. رسالت اصلی این بخش، بیماریابی و کاهش انگ بیماری روانی با مراجعه به غیرمتخصص است. در بخش ویزیت در منزل یک پزشک عمومی به همراه روان‌شناس برای ویزیت بیماران سایکوتیک که واجد شرایط هستند ماهانه یک‌بار به منزل بیماران مراجعه می‌کنند.

این ارزش‌یابی به روش کیفی و با استفاده از تجربه مجریان، همکاران و گیرندگان خدمت صورت گرفت. نتایج، حاصل ۳۶

فضای فیزیکی

تأمین فضای فیزیکی یکی از چالش‌برانگیزترین موارد برای اجرای این طرح بود. برای اجرای طرح، علاوه بر مطب پزشکان عمومی، برای استقرار هر مرکز به فضای فیزیکی نیاز بود که روان‌پزشک همکار، روان‌شناس و کارشناس اداری در آنجا به اجرا و اداره طرح بپردازند. همچنین به اعتقاد همکاران طرح در صورت وجود فضای بیشتر می‌توانستند به گروه‌های دیگر هم ارائه خدمت داشته باشند، مانند خدمات سلامت روان برای اطفال. فضاهای مورد نیاز که مطرح شد عبارت بودند از اتاق ویزیت بیشتر، فضای مناسب برای بستری موارد شدید یا مراکز نگهداری روزانه. «تو پروتکل حداقل فضا رو در نظر گرفتن که الان در دسترس نداریم.. مثلاً گاهی هم روان‌شناس و هم روان‌پزشک در طرح نیاز به اتاق برای ویزیت دارن». خیلی از مراکز فقط یک اتاق یا فضای نامناسب مانند زیرزمین داشتند و در بقیه موارد هم فضای موجود ناکافی بود. روان‌پزشک همکار طرح: «برای ارتقا اگر اتاق‌های بیشتری باشد ما خدمات بیشتری می‌توانیم بدهیم. ما الان فقط یک اتاق ویزیت داریم... ارجاع‌ها زیاد است، اما فضا مناسب نیست».

ثبت وقایع و اطلاعات

در بخش مراقبت مشارکتی ثبت اطلاعات بیماران در یک نرم‌افزار تحت وب انجام می‌شد. در واقع این سیستم ثبت باید شبکه ارتباطی بین پزشکان و روان‌پزشکان و سایر اعضای تیم درمان باشد و امکاناتی را در اختیار تیم قرار دهد تا بتوانند تمام اطلاعات بیماران را ثبت کنند و تمام نظام ارجاع را در خود جای دهند. ثبت اطلاعات بیماران در این سیستم و مطب مورد بحث زیادی قرار گرفت. نقش رابطان درمان یا پزشکان برای ثبت و روان‌شناسان برای نظارت، در بهبود فرایند ثبت مؤثر بود. پزشک عمومی همکار: «سامانه، سوالات زیادی داره و برای ثبتش باید زمان زیادی بذاریم. گاهی وقت نمیشه». روان‌شناس طرح: «خیلی براشون اولش سخت بود. نیاز به توضیح زیادی داشت. به ثبت کاغذی عادت کرده بودن».

دست‌یابی به اهداف و پیامدهای مورد انتظار

ویژگی‌ها و نقاط قوت

شفافیت پروتکل، پیوستن پزشکان بخش خصوصی به بخش دولتی، تغییر نگرش پزشکان عمومی در درمان بیماران روان، تعریف نقش و افزودن رابط درمان به برنامه، کاهش انگ بیماری و شناخت بیشتر مردم از بیماری‌های روان، کم شدن عود مجدد و بستری بیماران روان‌پزشکی و رضایت‌مندی خانواده‌ها در زمره موفقیت‌های طرح ارزیابی شد.

راه‌اندازی مراکز اشاره شده است و بخش دست‌یابی به اهداف و پیامدهای طرح به ویژگی‌ها و نقاط قوت و چالش‌ها در دست‌یابی به اهداف و پیامدهای مورد انتظار پرداخته است.

نیازهای اجرای برنامه

تأمین زیرساخت‌ها و راه‌اندازی مراکز

جذب، آموزش و به‌کارگیری نیروهای مورد نیاز، جلب مشارکت گروه‌های هدف، فضای فیزیکی و ثبت وقایع و اطلاعات در این مبحث جای گرفت.

جذب نیروی انسانی علاقه‌مند و متعهد

جذب نیروی انسانی علاقه‌مند و متعهد به طرح، هم در بخش مراقبت مشارکتی و هم ویزیت در منزل در پیشبرد اهداف طرح بسیار مؤثر و بدون این آیت‌م در برخی موارد حتی غیرممکن بود. روان‌پزشک طرح: «داشتن دید جامعه‌نگر و علاقه‌مندی به این حوزه بسیار در ایجاد و استمرار این طرح مؤثر است». مجری مرکز دیگر: «بدون اینکه عشق این کار رو داشته باشی کار پیش نمیره... خب یک سری کمبودها هست که داره بهتر میشه... راه حل‌هایی جدید به ذهنمون می‌رسه». مجری یکی از مراکز: «قبل از هر چیز دو تا کارشناس ازجان گذشته داریم که کارشناس سلامت روان و کارشناس امور اداریمون هستند».

جلب مشارکت پزشکان عمومی در بخش خصوصی

نقش پزشکان عمومی در موفقیت طرح، بسیار پررنگ و اساسی دیده می‌شد. پزشکان به دلیل ارتباط مستقیم با بیماران و نحوه جذب آنان برای آشنایی با بیماری روان و دریافت خدمت، در بخش مراقبت مشارکتی نقش مهمی داشتند. پزشک عمومی همکار طرح: «سیستم، دانشگاهیه در حقیقت و خب اطمینان بیشتری می‌کنم... یه کار علمی‌تری هست و راحت‌تر ارتباط برقرار می‌کنم». پزشک همکار دیگر: «برای بیماران این خیلی خوبه که می‌دونن به سیستم دانشگاه وصل هستیم، حس بهتری دارن». نقش آموزش پزشکان نیز در پیشبرد اهداف طرح مهم بود. تأکید ویژه بر آموزش مداوم که مورد توجه پزشکان نیز بود و باعث به‌روزرسانی اطلاعات پزشکان و جلب مشارکت ایشان بود. یکی از مجریان طرح: «الان دیگه تقاضای برگزاری کارگاه‌های گسترده‌تر و عمیق‌تر را دارند. هم در مباحث فعلی و هم در مباحث دیگر مثل اختلالات جنسی، کودک و نوجوان». اهداف جزئی در این قسمت شامل جلب مشارکت پزشکان عمومی، آموزش و آماده‌سازی آن‌ها و پیگیری عملکرد آن‌ها در سیستم ارجاع بود.

روان بودن و شفافیت پروتکل

کاهش انگ بیماری و شناخت بیشتر مردم از بیماری‌های روان

به گفته پزشکان حتی بعضی از مریض‌های قبلی آن‌ها نیز مشکلات مربوط به روان داشتند و سال‌ها به این پزشک مراجعه داشتند، اما مطرح نکرده بودند. بعد از آگاهی از امکان بیان موضوع راحت‌تر مراجعه می‌کنند و مسائل خودشان را بیان می‌کنند و هدف مهم در این حوزه انتقال دانش از خود مراجعان به هم، این است که طرح را به بقیه نیز معرفی می‌کنند. پزشک عمومی همکار طرح: «قبلاً اصلاً مراجعه نمی‌کردن یا اگر موردی بود که خودم احساس می‌کردم نیاز به درمان داره سخت بود بیان موضوع. الان خودشون میان و به بقیه هم معرفی می‌کنن».

کم شدن عود مجدد و بستری بیماران روان‌پزشکی و رضایت‌مندی خانواده‌ها

نتایج نشان داد بهترین پیامدها در اجرای طرح در بخش ویزیت در منزل بوده است. ویزیت در منزل سبب کم شدن قطع درمان، عود بیماری و بستری بیماران شده بود و آموزش خانواده‌ها در مورد بیماری و داروها رضایت خانواده‌ها را دربر داشت. همراه بیمار: «الان فرزند من هشت‌بار بستری شده است. به خاطر ویزیت‌هایی که مرتب انجام میشه، فاصله بین بستری‌ها بیشتر شده است». «قبلاً می‌گفت یه چیزایی می‌شنوم می‌خندیدم. الان فهمیدیم توهمه». در مطب نیز بیماران از خدمات راضی بودند و یکی از دلایل رضایت ایشان در دسترس بودن درمان و امکان پنهان بودن بیماری به دلیل مراجعه به مطب پزشک عمومی به جای روان‌پزشک بود.

*چالش‌های پیش رو

چالش‌های موجود در دستیابی اهداف، در دو بخش قابلیت اجرا و هماهنگی بین اجزای طرح و روش‌های متفاوت در اجرای طرح در ادامه توضیح داده خواهد شد.

قابلیت اجرا و هماهنگی بین اجزای فرایند

برنامه پیش‌بینی شده در همه مراکز اجرایی شده بود و این از موفقیت‌های طرح است. اما در این بین مسائل پیش‌بینی نشده‌ای هم وجود داشت؛ مواردی از قبیل عدم دسترسی به لیست منظم پزشکان در بخش خصوصی برای اعلان فراخوان و دعوت به مشارکت آن‌ها در طرح. دلیل این موضوع به روز نبودن اطلاعات نظام پزشکی و وزارت بهداشت عنوان شد. روان‌پزشک مجری طرح: «خیلی تلاش کردیم برای گرفتن لیست، اما موفق نشدیم. نامه‌نگاری کردیم و مراجعه حضوری داشتیم، اما نشد». روان‌پزشک دیگر: «ما چون لیست پزشکان رو نداشتیم دیگه روان‌شناس و کارشناس اداری ما کوچه به کوچه رفتن و هر جا تابلوی مطب بود، رفتن و به طرح دعوت شدن».

شفاف و روان بودن پروتکل اجرایی در هر دو بخش مراقبت مشارکتی و ویزیت در منزل وجود دارد. در بخش مراقبت مشارکتی، مسیر فراخوان دعوت به همکاری پزشکان، آموزش، درمان، پیگیری و ارجاع بیمار، شفاف، روان و با دقت توضیح داده شده بود. آشنایی پزشکان عمومی با طرح از طریق آموزش روان‌پزشک و روان‌شناس اتفاق می‌افتد. پزشک همکار طرح: «آموزش‌هایی که میدن خیلی خوبه، مشخص هست که چه کاری باید بکنیم و اینکه اگه به مشکل برخوردیم یک روان‌پزشک در دسترس هست به نظرم عالیه». همین‌طور در بخش ویزیت در منزل نیز، هم روان‌شناس و هم پزشک عمومی این فرایند را دقیق و شفاف ارزیابی می‌کردند. دستیارانی که دوره خود را در این مراکز می‌گذراندند از آن به عنوان تجربه‌ای موفق یاد کردند. پزشک همکار طرح: «مشخصه همه چیز از اول، در صورتی که موردی هم باشه، روان‌پزشک هست».

پیوستن پزشکان بخش خصوصی به بخش دولتی (دانشگاهی حوزه سلامت)

این امر موجب توانمندی پزشکان عمومی در تشخیص و درمان بیماران روان‌پزشکی شد. پزشک عمومی همکار طرح: «قبلاً فکر می‌کردم خیلی سخت می‌شود بیماران را مداوا کرد. الان فکر می‌کنم راحت‌تر است. اما هنوز هم بعضی بیماران هستند که سخت درمان می‌شوند. اما حدود ۹۶ درصد بیماران به نظر من نتیجه می‌گیرند».

تغییر نگرش پزشکان عمومی در درمان بیماران روان

نگرش پزشکان همکار طرح در درمان بیماران روان تغییر کرد و اعتماد به نفس بیشتری در مدیریت بیماری پیدا کردند. روان‌پزشک طرح: «خیلی‌هاشون باور نداشتن که این بیماران درمان می‌شوند، ولی الان یکی از فعال‌ترین پزشک‌های ما هستن». روان‌پزشک دیگر طرح: «خودشون هم میگن نمی‌دونن که چطور این اتفاق افتاده، اما به مرور که آموزش‌ها افتاده و خودشون مریض دیدن، الان به خوبی می‌تونن بیماران رو درمان کنن».

تعریف نقش و افزودن رابط درمان به برنامه

مفهوم رابط درمان در بخش‌های مختلف نظام سلامت وجود داشته است. در این طرح نیز نیاز به این نقش وجود داشت و منشی پزشک عمومی به عنوان رابط طرح معرفی شد. وظیفه پیگیری بیماران در بخش مراقبت مشارکتی، برعهده رابط درمان است. وجود یک رابط برای تسهیل فرایند کار ضروری به نظر می‌رسد. تکمیل برخی فرم‌های تخصصی و پرسش سؤال‌های حرفه‌ای به منشی پزشک سپرده شد و آموزش این موارد عملاً به خود پزشک واگذار شده بود.

خدمات رایگان می‌گیرد، یک سطح تخصصی‌تر است. ... به محض اینکه من برمی‌گردونم مریض رو مثلاً هفته بعد زنگ می‌زند که حال من بدتر شده است. در نهایت تمام تلاش ما این است که طوری با پزشک عمومی تعامل داشته باشیم که احساس اینکه بیمار ازش گرفته شد اتفاق نیفته».

ورود اطلاعات در سیستم ثبت

بستر مناسب سیستم ثبت اطلاعات که به صورت نرم‌افزار تحت وب بوده، در این سیستم فراهم شده بود. اما ثبت اطلاعات با مسائل زیادی روبه‌رو بود که توسط اکثر پزشکان، رابطان و روان‌شناسان طرح بیان شد. به عنوان مثال برای ثبت اطلاعات زمان زیادی لازم بود و این با حجم بالای کار افراد، به خصوص در بعضی مطب‌های شلوغ قابل اجرا نبود و اکثراً ثبت اطلاعات در زمان دیگری غیر از زمان مقرر باید انجام می‌شد. موارد دیگر، عدم وجود راهنمای سامانه، مشکل در نحوه ثبت اطلاعات شخصی بیمار، دارو و تمدید آن و عدم امکان گزارش‌گیری بود. پزشک همکار طرح: «یکی از موارد نیازمند اصلاح در مورد نرم‌افزار فرم‌های طولانی با واژه‌های تخصصی بود که انتظار وجود داشت منشی بدون هیچ آموزش تخصصی آن‌ها را پر کند که خیلی باز کار رو سخت می‌کنه». همچنین یکی از مسائل، مشکلات خود سیستم بود که رفع آن نیز بعضاً زمان زیادی را دربر می‌گرفت و باعث به تعویق افتادن ثبت پرونده‌ها می‌شد. پزشک عمومی همکار طرح: «یک سری اشکالات سیستمی که پیش میاد مثلاً حدود چهار ماهه فکر می‌کنم ما پرونده‌ها رو نمی‌تونیم ثبت کنیم به دلیل اینکه دچار اشکال‌های نرم‌افزاری شدیم. الان پرونده‌ها انبار شدن و قرار شده بعد از عید این مشکل حل شه».

روش‌های متفاوت در اجرای طرح

در عین شفافیت پروتکل، نکته حائز اهمیت در این بخش یکسان نبودن روند اجرای طرح در همه کشور بود. به عنوان مثال در هر مرکز روی یک بخش تمرکز شده بود؛ در یک مرکز بر بخش مراقبت مشارکتی و در یک مرکز بر بخش درمان ویزیت در منزل. در برخی نقاط آموزش‌های پزشکان عمومی بسیار خوب و عامل موفقیت و در برخی موارد بسیار سطحی بود، به طوری که خود پزشک به خوبی با روال اجرای طرح آشنا نبود. فیدبک دادن از روان‌پزشک به پزشکان نیز در همه کشور یکسان نبود. پزشک همکار طرح در یکی از شهرستان‌ها: «برای ما همون اول یک کارگاهی برگزار کردند. بعد دیگه هیچ برنامه‌ای نبود». روان‌پزشک همکار طرح: «خانه‌های سلامت که اینجا هستند با ما همکاری دارند. شاید این فرق ما با بقیه شهرها باشد».

بحث

سیستم خدمات سلامت روان جامعه‌نگر در ایران، بر اساس

اشتغال پزشکان عمومی به برخی تخصص‌ها مانند ارائه خدمات زیبایی، لاغری و تأسیس مراکز ترک اعتیاد به خصوص در شهرهای بزرگ مثل تهران باعث شده بود به خصوص در حوزه انتخابی بعضی مراکز، مشارکت پزشکان با چالش‌هایی روبه‌رو شود. «ما برای پیدا کردن پزشک عمومی در این منطقه خیلی به مشکل برخوردیم. پزشکان عمومی اساس اجرای این طرح بودند و ارتباط آن‌ها با بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بود». «اصلاً دیگه ناامید شده بودیم گفتیم حتماً کسی نیست».

موضوع دیگر، نقش مسائل مالی در جلب همکاری پزشکان بود. در شهرهای بزرگ و مخصوصاً تهران، پزشکان عمومی بخش خصوصی به دلیل درآمدزا نبودن طرح و مشکلات مالی آن کمتر تمایل به همکاری داشتند. از طرفی پرداخت پزشکان و حتی در برخی موارد حقوق کارکنان با فاصله‌های زمانی طولانی انجام می‌شد که علت آن واریز بودجه طرح به دانشگاه‌های علوم پزشکی بود و در برخی مراکز فرایند دریافت بودجه را با چالش زیادی روبه‌رو کرده بود. روان‌پزشک مجری طرح: «لان حدود یک سال هست که پول از وزارت‌خونه به دانشگاه ارسال شده، اما هنوز دست ما نرسیده».

چالش‌های موجود در پیگیری و نقش رابط درمان

اگرچه وجود رابطین درمان از نقاط قوت طرح است، اما در این مورد چالش‌هایی وجود داشت. به رابطین درمان وظایف متعددی واگذار شده بود، اما عملاً هیچ‌گونه رابطه قراردادی و مالی با آن‌ها وجود نداشت. این موضوع در بخش‌های متعددی از مصاحبه‌ها مورد توجه قرار گرفت. وظایف واگذار شده به رابطین درمان نیاز به مهارت‌های حرفه‌ای و آموزش دارد. این امر لزوم توجه بیشتر به این گروه را نشان می‌داد. پزشک همکار طرح: «مهمه که پیگیری انجام بشه توسط رابط و خود اون هم آموزش داده شه». از طرفی تعدادی از پزشکان منشی نداشتند و باید پیگیری را خودشان انجام می‌دادند. همچنین در برخی موارد، به خصوص در شهرهای کوچک، مراجعان و همین‌طور پزشکان تمایل نداشتند منشی از اطلاعات بیماران خبر داشته باشد و عدم رازداری به عنوان نقض مسائل اخلاقی در درمان مطرح بود. روان‌پزشک طرح: «لان ما دو تا از پزشکان عمومی خانوم که دارن خودشون انجام میدن خیلی راضی هستن و میگن ما خودمون ارتباط برقرار می‌کنیم».

طراحی متناقض استمرار چرخه ارجاع در فرایند تعریف‌شده

زمانی که بیمار توسط پزشک عمومی ویزیت می‌شد، مبلغی را پرداخت می‌کرد. در موارد شدید که برای مشاوره بیشتر به روان‌پزشک مراجعه می‌کرد ویزیتی پرداخت نمی‌کرد. دریافت خدمات تخصصی رایگان باعث می‌شد که بیمار دیگر تمایلی به بازگشت نزد پزشک عمومی ارجاع‌دهنده نداشته باشد. روان‌پزشک همکار طرح: «بیمار اینجا می‌آید دیگر دوست ندارد برگردد، چون

بیماری در ارتقای سلامت روان خود و خانواده هایشان به گونه‌ای مؤثر عمل کرده است. از سویی کاهش عود و عدم بستری‌های مکرر در کاهش بار بیماری نقش بسزایی دارد [۱۷].

اگرچه نقش مثبت و موفقیت طرح مشهود بود، اما روند اجرا و موفقیت آن در همه مراکز یکسان نبود. در این مسیر چالش‌هایی وجود داشت که موجب ایجاد نتایج متفاوت در هر بخش می‌شد. شکاف قابل توجهی که در سیستم ارائه خدمات سلامت روان وجود دارد، فاصله بین آرمان‌ها و پیامدهای مورد انتظار از اجرای یک برنامه تا برنامه موجود است و همین‌طور عدم بازبینی و طراحی مجدد برنامه‌های جاری مشکل دیگر در ارائه خدمات است [۱۸]. توجه به چالش‌های مطرح‌شده در یافته‌ها و ارائه راهکارهای مناسب در راستای حل و فصل آن‌ها می‌تواند در استمرار اجرای طرح و برنامه‌ریزی برای به اجرا درآمدن آن در کل کشور مؤثر باشد. در ادامه، به نکاتی که در بررسی چالش‌های موجود قابل توجه است و در پایان، به پیشنهادها حاصل از ارزش‌یابی این فرایند پرداخته خواهد شد.

نقش فرهنگ و بومی‌سازی در اجرای برنامه

در برخی موارد، به نظر می‌رسد برای اثربخشی بیشتر برنامه، توجه به نقش فرهنگ اعم از باورها و اعتقادات و سنت، در اجرای برنامه ضروری است؛ توجهی فراتر از بومی‌سازی اولیه برنامه که مجریان مدنظر قرار داده‌اند. در واقع انطباق افراد با مسائل مختلف، بسته به بافت و شرایط فرهنگی آنان، گوناگون است. در همین راستا می‌توان به عدم رضایتمندی برخی خانواده‌ها از پیگیری تلفنی اشاره کرد. این در حالی است که در پژوهش‌های زیادی به نقش تسهیل‌کننده پیگیری تلفنی در دستیابی به اهداف برنامه‌های خدمات سلامت روان جامعه‌نگر اشاره شده است و حتی گاه بخشی از خدمات به صورت غیرحضور آرائه شده است [۱۶، ۱۹-۲۱]. در مصاحبه‌های انجام‌شده دو دلیل مختلف در این راستا بازگو شد؛ مورد اول نگرانی برخی از مراجعان از تماس تلفنی با منزل آنان بود. در حالی که افراد خانواده از علت مراجعه آنان به پزشک مطلع نبودند و مورد دوم عدم توجه برای تماس یک فرد غریبه با مراجعان بود. پزشک عمومی همکار طرح: «یک سری از افراد همسرانشان بعد از تماس مخالفت کردند. اجازه ندادند بیایند. گفتند چرا به تو زنگ می‌زنه». این موضوع از مهم‌ترین موانع برای اجرای طرح در شهرهای کوچک بوده است. همچنین نقش جنسیت رابط درمان در رضایتمندی مراجعان مؤثر گزارش شده است. مراجعین خانم با رابطین خانم (همجنس) ارتباط راحتی داشته‌اند.

انعطاف در تغییر پروتکل بدون از بین بردن ساختار اصلی

در هر مرکز دستورالعمل‌های داخلی منطبق با شرایط شهرستان فراهم شد که با تیم اجرایی هماهنگ بوده و در پیشبرد کار مؤثر

نمونه‌های اجراشده در کشورهای دیگر طراحی شده و برای قابلیت اجرا، با شرایط کشور تطبیق داده و بومی‌سازی شده است. طرح فعلی محصول این اقدامات است. با وجود بار بالای بیماری روان، بودجه اختصاص داده‌شده به آن، درصد کمی از کل بودجه‌های بهداشتی است. یک روش برای کاهش شکاف درمانی از جانب سیاست‌گذاری‌های جهانی است [۱۲]. مراکز جامعه‌نگر با هدف دسترسی بیشتر خدمات سلامت روان، محصول تغییر در نگرش ارائه خدمات است.

در مجموع، با نگاهی به برون‌دادها و پیامدهای مورد انتظار که از یافته‌های این ارزش‌یابی حاصل شده، شواهد موجود نشانگر موفقیت طرح در جامعه و رضایت ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت است. این مراکز دسترسی مردم به خدمات سلامت روان را تسهیل کرده و نیز انگ بیماری‌های روان‌پزشکی را کاهش داده بود که از اهداف مهم ارائه خدمات سلامت روان است [۱۳]. این امر نشان می‌دهد اگرچه هنوز برای رسیدن به اهداف کلی طرح تلاش زیادی لازم است، اما اجرای طرح، همگام با پژوهش‌های مشابه [۱۵، ۱۴، ۸-۵، ۶]، در راستای اهداف اولیه راه‌اندازی مراکز CMHC که تغییر نگاه فردنگر به جامعه‌نگر و چشم‌انداز سیستمی در ارائه خدمات است، گام‌هایی برداشته و توانسته است در مسیر مشارکت ارائه‌دهندگان خدمت در برنامه‌ریزی، اجرای ارائه خدمات سلامت روان جامعه‌نگر، همکاری بین‌بخشی و نیز تداوم مراقب موفق باشد. از مهم‌ترین ارکان این موفقیت توانایی در جلب مشارکت بخش خصوصی است، خلأیی که در نظام سلامت وجود داشت. به گفته مجریان طرح دلیل انتخاب بخش خصوصی، مشکلات موجود در راه‌اندازی طرح در بخش دولتی و نیز مهم‌تر از آن عدم دسترسی به پزشکان عمومی بخش دولتی، به خصوص در شهرهای بزرگ بود. همچنین از آنجا که پزشکان عمومی بخش خصوصی برای مدت طولانی کمتر مورد توجه بودند، در این طرح تلاش شد ضمن انجام آموزش‌های لازم در حیطه سلامت روان، از ظرفیت‌های بالقوه‌ای که به سبب حضور قابل توجه این عزیزان در مناطق تعیین‌شده حاصل شده است، استفاده شود. در این ارزش‌یابی با بیماران و خانواده‌های ایشان، هم در بخش مراقبت مشارکتی شهرهای تعیین‌شده و هم در بخش ویزیت در منزل، مصاحبه شد و نتایج آن رضایتمندی بالا از اجرای طرح بود. خانواده‌ها در بخش ویزیت در منزل، مراکز CMHC را پایگاه امنی برای بیان مسائل و مشکلات خود می‌دانستند. بیشترین رضایتمندی در خانواده‌هایی مشاهده شد که در جلسات آموزش خانواده شرکت داشتند. با اینکه منابع مالی کمی در بخش خدمات جامعه‌نگر محدود است [۱۶] و بار بیماری‌های روانی مزمن نیز بسیار زیاد، به نظر می‌رسد این جلسات موفقیت بسیاری در جهت فراهم نمودن آموزش‌های روان‌شناختی مورد نیاز خانواده‌ها و نیز کاهش بار بیماری در آنان داشته و نیز آن‌ها را به نوعی در شرایط همراهی و قرار گرفتن در یک گروه درمانی حمایتی یا شبکه‌ای اجتماعی قرار داده است، بنابراین با کاهش بار

بررسی شد، آنان معتقد بودند با وجود امکان این قابلیت، به دلیل ریسک سرمایه‌گذاری و نبود حمایت‌های مناسب در حال حاضر خصوصی‌سازی ممکن نیست. در عین حال یکی دیگر از راهکارهای پیشنهادی استفاده از ظرفیت سایر نهادهای افراد ذی‌نفوذ و مؤسسات خیریه محلی بود.

پیشنهادات

- لزوم آشنایی پزشکان عمومی خدمات سلامت روان

توجه بیشتر به برنامه‌های آموزشی روان‌پزشکی و سلامت روان در کوریکولوم رشته پزشکی عمومی

- اطلاع‌رسانی عمومی

به‌طور کلی، مراقبت مشارکتی در ارائه خدمات همواره نقش مؤثری داشته است. اما علاوه بر جلب مشارکت پزشکان عمومی در بخش خصوصی، که نقش مهمی در این بخش دارند، نیاز به اطلاع‌رسانی عمومی درباره ارائه خدمت نیز دیده می‌شود و می‌تواند در تسریع دستیابی به اهداف طرح مؤثر باشد. در همین طرح، مراکزی که در اطلاع‌رسانی بیشتر فعالیت داشتند و به عنوان مثال بیلبوردها و اطلاع‌رسانی‌های بیشتری را در شهر داشتند، مراکز فعال‌تری داشتند. می‌توان برای این اطلاع‌رسانی از رسانه‌ها و فضای مجازی استفاده کرد.

- آموزش همگانی و فرهنگ‌سازی

با اینکه در راستای معرفی مشکلات روان‌شناختی و کاهش انگ آن، از طرف متولیان سلامت روان کشوری تلاش شده است، اما همچنان در این زمینه نیاز به فرهنگ‌سازی و آموزش‌های همگانی در سطح کلان وجود دارد. لزوم برنامه‌ریزی بیشتر برای آموزش به جمعیت عمومی، خودمراقبتی، آموزش افراد ذی‌نفوذ یا روش‌های دیگر دیده می‌شود.

- مشارکت با دیگر سازمان‌ها

درگیر کردن سازمان‌ها و مؤسسات دیگر از این جنبه اهمیت دارد که با افزایش آگاهی در مسئولان، آن‌ها راه را برای شناسایی و درمان کارکنان دارای اختلال فراهم می‌کنند. چه بسا به دلیل نبود آگاهی در مسئولان افراد دارای اختلال روانی در مؤسسات حتی دولتی بدون درمان مشغول به کار هستند.

- ارتقای سیستم ثبت اطلاعات

این بخش هم از لحاظ زیرساخت مورد نظر و هم از لحاظ حجم سؤالاتی که باید در هر ویزیت برای فرد تکمیل شود، می‌تواند ارتقا یابد.

- بررسی راه‌های موجود برای جذب بودجه از سایر منابع

یکی از مهم‌ترین چالش‌های این طرح مشکلات مالی و تعویق

بوده است. به عنوان مثال تشکیل جلسات سوپرویزن به صورت مجازی یا حضوری در آموزش و همراهی پزشکان عمومی در بخش مراقبت مشارکتی نتیجه خوبی به همراه داشت. همچنین در بخش ویزیت در منزل حضور فعال روان‌پزشک و نیز برگزاری منظم جلسات آموزش خانواده در افزایش تعداد بیماران تحت پوشش و اثربخشی بالاتر طرح مؤثر بوده است.

مراکز جامعه‌نگر، فرصت یا تهدیدی برای روان‌پزشکان؟

به گفته روان‌پزشکان طرح در برخی مراکز، آموزش پزشکان عمومی و نیز ویزیت در منزل بیماران، برای عده‌ای از همکاران ایشان باعث ایجاد نوعی حس ناامنی شغلی و کاهش فرصت‌های درمانی آنان شده بود. بنابراین نگرش خوبی به مراکز CMHC نداشتند. به عنوان مثال لیست بیماران ترخیص‌شده بیمارستان‌های روان‌پزشکی تحت پوشش دانشگاه‌ها، برای انتخاب بیماران بخش ویزیت در منزل، به سهولت در دسترس CMHC قرار نمی‌گرفت. همچنین برخی دستیاران نیز نگرانی‌هایی بابت تعرفه کمتر ویزیت پزشکان عمومی و ارائه خدمات مشابه توسط آنان داشتند. با توجه به اینکه بار بیماران مزمن روان‌پزشکی زیاد است و هزینه‌های سنگینی بر دوش شبکه درمان دارند، در صورت کنترل عودهای مکرر که هدف درمان ویزیت در منزل است، این بار از دوش کادر درمان نیز برداشته می‌شود. همین‌طور دسترسی افراد به خدمات نزدیک‌تر و محلی از اهداف بخش مراقبت مشارکتی است و در صورت اجرای درست طرح، نه تنها تهدیدی برای متخصصین نیست، بلکه می‌تواند فرصتی برای شناسایی بیمار و ارجاع به سطوح تخصصی فراهم آورد. بنابراین به نظر می‌رسد نیاز به معرفی بیشتر طرح وجود دارد.

مشکلات مالی (بودجه و هزینه‌های) طرح

برنامه مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در قالب یک طرح در حال اجراست و با منابع مالی اختصاص داده‌شده توسط وزارت بهداشت اداره می‌شود. تأخیر در پرداخت‌ها و نیز عدم امکان ادامه طرح در صورت تغییرات در سطوح مدیریتی که بسیار محتمل نیز به نظر می‌رسد از موانع قابل توجه این طرح است و روان‌پزشکان همکار نیز در این موضوع اتفاق نظر داشتند: «برای تأخیر در پرداخت‌ها من نتوانستم قانع بشم. از طرف دانشگاه علوم پزشکی این تأخیر اتفاق افتاد... درست نیست کاری که از طریق یک سیستم انجام می‌شود پرداختی‌های آن از طریق سیستم دیگری باشد که هیچ اشرافی روی موضوع ندارد».

خصوصی‌سازی

خصوصی‌سازی یکی از راه‌های ارائه خدمت است، با این وجود زمانی که نظر ارائه‌دهندگان در مورد خصوصی‌سازی و استفاده از سرمایه‌های بخش خصوصی در انجام این طرح

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفته است (کد: IR.IUMS.REC.1398.865). کلیه اصول اخلاقی در این مطالعه رعایت شده است. از همه مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه دریافت شد و این اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت بی‌نام و محرمانه مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

حامی مالی

این پژوهش با حمایت مالی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، تحقیق، نرم افزار، اعتبارسنجی، تجزیه و تحلیل، تحقیق: همه نویسندگان؛ روش‌شناسی: مرتضی ناصربخت، مژگان تابان؛ نگارش - پیش‌نویس اصلی: مژگان تابان؛ نگارش - مرور و ویرایش: مرتضی ناصربخت؛ منابع: مرتضی ناصربخت، مژگان تابان، مهری غلامی؛ سرپرستی: مرتضی ناصربخت، مژگان تابان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت‌کنندگان در طرح از جمله مجریان طرح در ستاد وزارت بهداشت، مسئولین و کارکنان مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، پزشکان عمومی همکار در طرح و بیماران و خانواده‌های ایشان صمیمانه سپاسگزاریم.

در پرداخت به پزشکان و حقوق کارکنان بود. بخشی از این مشکل عدم موجودی کافی برای طرح نبود، بلکه عدم امکان پرداخت مستقیم به مراکز بود و باید بودجه سالانه به حساب دانشگاه‌های علوم پزشکی واریز می‌شد که لازم است به این نکته توجه شود و همچنین مسیرهای جذب بودجه از سایر منابع نیز مورد توجه قرار گیرد.

- ارزیابی پزشکان بر اساس شاخص‌های عملکردی

پزشکان همکار طرح معتقد بودند برای مشخص شدن میزان کار انجام‌شده و همچنین بالا بردن انگیزه و تشویق کسانی که همکاری بهتری در طرح داشتند، علاوه بر تعداد بیمار، تعیین شاخص‌های عملکردی و کیفیت خدمات لازم است.

- تقویت پایش و ارزش‌یابی درونی سیستم و انتقال تجارب مراکز به یکدیگر

با اینکه در طرح، پایش و ارزش‌یابی درونی دیده شده بود، روان‌پزشکان همکار طرح به هر دو بخش مراقبت مشارکتی و ویزیت در منزل نظارت داشتند و از طرف مجریان پایش و ارزش‌یابی انجام می‌شد. اما نیاز است این بخش به صورت جدی‌تر انجام و مکتوب شود تا برای رفع موانع و تقویت فرصت‌ها برنامه‌ریزی صورت گیرد. همچنین تجربیات مراکز در ارائه خدمت به اشتراک گذاشته شود.

نتیجه‌گیری

این طرح نیز مثل هر برنامه جدیدی تغییراتی در سیستم ایجاد کرد و تغییر نیازمند تلاش بسیار است. نکته ارزشمند این برنامه وجود نیروی انسانی توانمند شاغل در این حوزه بود. نقش همه کارکنان به خصوص روان‌شناسان و روان‌پزشکان طرح از مهم‌ترین عوامل مؤثر دستیابی به اهداف طرح بود که امید به اجرای طرح در سطح کشوری را بالا می‌برد. با تمام مشکلات موجود، تقریباً همه مراکز فقط به انجام دستورالعمل قانع نبودند و تلاش خود را برای ارائه خدمت حتی بیش از موارد قیدشده در راهنما انجام داده بودند و در صورت بروز مشکل با چشم‌انداز حل مسئله پیش رفته بودند. از جمله مواردی که می‌توان به آن اشاره کرد برگزاری جلسات سوپرویزن برای پزشکان و برقراری ارتباط با خیریه‌ها برای دریافت کمک به خانواده‌های بیماران نیازمند در بخش ویزیت در منزل بود. خدمت‌گیرندگان به سرعت درخواست برای دریافت خدمات بیشتر از قبیل مددکاری، کاردرمانی، بخش روان‌پزشکی اطفال، توانبخشی و مرکز نگهداری روزانه بیماران را داشتند. رضایتمندی دریافت‌کنندگان خدمت نشان‌دهنده نیاز به توجه بیشتر به مراکز CMHC و توانمندتر کردن آن و همچنین ظرفیت بالای آن برای ادامه ارائه خدمات سلامت روان به صورت جامعه‌نگر است.

References

- [1] Dowell DA, Ciarlo JA. Overview of the community mental health centers program from an evaluation perspective. *Community Mental Health Journal*. 1983; 19(2):95-125. [DOI:10.1007/BF00877603]
- [2] 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]
- [3] Meadows GN. Establishing a collaborative service model for primary mental health care. *The Medical Journal of Australia*. 1998; 168(4):162-5. [DOI:10.5694/j.1326-5377.1998.tb126770.x]
- [4] Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: Contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expectations*. 2016; 19(1):152-69. [DOI:10.1111/hex.12338]
- [5] McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry*. 2012; 11(2):129-32. [DOI:10.1016/j.wpsyc.2012.05.010]
- [6] Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry*. 2012; 11(3):186-90. [DOI:10.1002/j.2051-5545.2012.tb00129.x]
- [7] Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry*. 2012; 11(1):47-51. [DOI:10.1016/j.wpsyc.2012.01.007]
- [8] Semrau M, Barley EA, Law A, Thornicroft G. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*. 2011; 10(3):217-25. [DOI:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00060.x]
- [9] Charara R, Forouzanfar M, Naghavi M, Moradi-Lakeh M, Afshin A, Vos T, et al. The burden of mental disorders in the Eastern Mediterranean region, 1990-2013. *PLoS One*. 2017; 12(1):e0169575. [DOI:10.1371/journal.pone.0169575] [PMID] [PMCID]
- [10] Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MI, et al. Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. *Archives of Iranian Medicine*. 2017; 20(3):128-34. [PMID]
- [11] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2):105-12. [DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001]
- [12] Copeland J, Thornicroft G, Bird V, Bowis J, Slade M. Global priorities of civil society for mental health services: Findings from a 53 country survey. *World Psychiatry*. 2014; 13(2):198-200. [DOI:10.1002/wps.20133]
- [13] Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, Helpman L, Mootz JJ, Johnson KA, et al. Challenges and opportunities in global mental health: A research-to-practice perspective. *Current Psychiatry Reports*. 2017; 19(5):28. [DOI:10.1007/s11920-017-0780-z]
- [14] Sunderji N, Ion A, Zhu A, Perivolaris A, Rodie D, Mulsant BH. Challenges in conducting research on collaborative mental health care: A qualitative study. *CMAJ Open*. 2019; 7(2):E405-14. [DOI:10.9778/cmajo.20180172]
- [15] Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: Current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016; 15(3):276-86. [DOI:10.1002/wps.20349]
- [16] Kaya Y, Öz F. [Global social functioning of patients with schizophrenia and care burden of caregiving relatives (Turkish)]. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2019; 10(1):28-38. [DOI:10.14744/phd.2018.43815]
- [17] Han KS, Hong YS, Kang H, Roh YH, Choi MS, Moon HJ. [Developing a prediction model for family health in families of patients with schizophrenia (Korean)]. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019; 28(4):309-20. [DOI:10.12934/jkpmhn.2019.28.4.309]
- [18] Jones A, Hannigan B, Coffey M, Simpson A. Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. *PLoS One*. 2018; 13(6):e0198427. [DOI:10.1371/journal.pone.0198427]
- [19] Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, Abebe KZ, Karp JF, Lenze EJ, et al. Telephone-delivered stepped collaborative care for treating anxiety in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*. 2017; 32(3):245-55. [DOI:10.1007/s11606-016-3873-1]
- [20] Hudson JL, Bower P, Kontopantelis E, Bee P, Archer J, Clarke R, et al. Impact of telephone delivered case-management on the effectiveness of collaborative care for depression and anti-depressant use: A systematic review and meta-regression. *PLoS One*. 2019; 14(6):e0217948. [DOI:10.1371/journal.pone.0217948]
- [21] Noee Z, Abolhassani F, Sharifi V, Amine-Esmaeili M, Mosavi-neia SJ. [Patients satisfaction of the role of case manager in Community Mental Health Center (CMHC) (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013; 19(2):134-8. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2033-en.html>