

## مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در ایران: طراحی خدمات مبتنی بر شواهد

دکتر ونداد شریفی<sup>(1)</sup>، دکتر فرید ابوالحسنی<sup>(2)</sup>، دکتر علی فرهودیان<sup>(3)</sup>، دکتر معصومه امین اسماعیلی<sup>(4)</sup>

### چکیده

**هدف:** ارائه خدمات در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC)، راهبردی با هدف ارتقاء سلامت روان شهری است. مقاله حاضر چگونگی طراحی ساختار و برنامه خدمات این مراکز، با روشی مبتنی بر شواهد، را ارائه می‌کند. **روش:** با مرور نظام‌مند شواهد علمی، نیازها و خدمات سلامت روان موجود در مناطق شهری، و اثربخشی و هزینه- اثربخشی خدمات بهداشتی- درمانی برای مناطق شهری، در قالب مراکز سلامت روان مبتنی بر شاخص‌هایی اولویت‌بندی شدند و بر اساس آن، برنامه خدمات بهداشتی- درمانی برای مناطق شهری، در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، طراحی شد. **یافته‌ها:** در کشور، افسردگی، اسکیزوفرنیا و دیگر اختلالات سایکوتیک، اختلالات دوقطبی و اختلالات اضطرابی در رتبه‌های اول تا چهارم بار بیماری‌های روانپزشکی قرار دارند. مناطق شهری، از نظر منابع غنی‌تر از سایر مناطق کشور هستند، ولی عملاً خدمات خارج از بیمارستان‌ها و مطب پزشکان وجود ندارد و به دلیل محدودیت‌های موجود، نظام شبکه و مراقبت‌های اولیه برای ارائه خدمات سلامت روان ناکارآمد است. به این ترتیب، مقرر شد خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر به دو گروه از بیماران ارائه شود: بیماران دچار اختلالات نوروتیک (شامل اختلالات افسردگی و اضطرابی) و بیماران دچار اختلالات شدید و سایکوتیک روانپزشکی. ارائه خدمت به بیماران نوروتیک با روش بهبود شناسایی و درمان این اختلالات توسط پزشکان عمومی، با مدل مراقبت مشارکتی و شکل‌گیری واحدهای همکار صورت می‌گیرد. خدمات برای بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی، به صورت ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی، همراه با آموزش روان‌شناختی بیمار و خانواده خواهد بود که توسط تیم‌های تخصصی مراکز ارائه می‌شود. **نتیجه‌گیری:** خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر بر اساس شواهد علمی موجود در سطح جهان و تجربیات و امکانات داخلی برای دو گروه از اختلالاتی که بار بیماری زیادی دارند، طراحی شد. این خدمات، به صورت آزمایشی، در شهرهای تهران و زنجان در حال اجراست.

**کلیدواژه:** سلامت روان؛ خدمات بهداشتی؛ اختلالات روانی

[دریافت مقاله: 1391/1/27؛ پذیرش مقاله: 1391/9/19]

### مقدمه

برنامه‌ریزی و اجرا، ارائه خدمات جامع در محل زندگی افراد، تأکید بر پیشگیری علاوه بر درمان، مشارکت بین بخشی، و تداوم مراقبت (1). این رویکرد به تغییراتی بنیادی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بسیاری از کشورها منجر شد و اکنون رویکرد غالب سلامت روان در جهان تلقی می‌شود. کشور ما نیز همگام با این تحول در سه دهه گذشته سعی داشته خدمات خود را از نظامی سنتی و ناکارآمد به نظامی

از حدود 40 سال پیش، راهبردهای ارائه خدمات سلامت روان به افراد نیازمند در جهان تحول چشمگیری یافته است؛ چنانکه آن را انقلاب دیگری در روانپزشکی و سلامت روان می‌دانند. این جنبش سلامت روان جامعه‌نگر<sup>1</sup> بوده است. اصول این جنبش عبارتند از تغییر دیدگاه از فردنگری به جامعه‌نگری، مشارکت و نظارت دریافت‌کنندگان خدمات در

(1) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی. تهران، خیابان کارگر، پایین‌تر از چهارراه لشگر، بیمارستان روزبه. دورنگار: 021-55419113 (نویسنده مسئول) E-mail: vsharifi@tums.ac.ir (2) متخصص داخلی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت؛ (3) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد؛ (4) روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات ایدز.

مبتنی بر سلامت روان جامعه‌نگر تغییر دهد. برنامه کشوری بهداشت روان (2) که راهبرد اصلی آن، ادغام خدمات سلامت روان در شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور (نظام مراقبت اولیه) بوده است، اوج این تحول محسوب می‌شود. این طرح در روستاها به موفقیت چشم‌گیری دست یافته، اما در شهرها و به‌ویژه شهرهای بزرگ نتایج قابل قبولی نداشته است. میزان بیماریابی اندک و درصد پوشش ادغام در شهرها بسیار پایین‌تر از روستاها بوده است و شاید یک علت مهم آن ضعف کلی عملکرد نظام شبکه در شهرها است (3).

اما ضعف در ادغام بهداشت روان در شبکه تنها بخشی از مشکل موجود است. دیگر ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که با وجود تعداد زیادی روانپزشک و روان‌شناس در شهرها، مسؤلیت آنها مشخص نیست. در واقع هم اینک، بخش‌های خصوصی، دولتی و خیریه به‌طور جداگانه عرضه‌کننده خدماتی ناکافی و ناهماهنگ هستند. با وجود ناهماهنگی بین‌بخشی و عدم پیگیری فعال بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی، مکرراً بیمار پس از بستری به حال خود رها می‌شود تا اینکه اختلال دوباره عود کند و در همان بیمارستان یا جایی دیگر بستری شود. در این موارد، هیچ مرکزی از خدمات مرکز دیگر خبر ندارد و این مراکز معمولاً بیمار را به یکدیگر ارجاع نمی‌دهند. از سوی دیگر، بخش خصوصی بسیار قوی است، اما در سطح جامعه خود را مسؤول نمی‌داند. بسیاری از بیمارستان‌های دولتی هم رسالت اصلی خود را در آموزش می‌بینند و بیشتر آنها اصلاً بخش روانپزشکی ندارند. فعالیت‌های پیشگیری و ارتقاء بهداشت روان هم بسیار ناچیز است. هرچند شهرها از نظر منابع خدماتی (شامل کارکنان و تخت‌های بیمارستانی) غنی‌تر از مناطق روستایی کشورند؛ عملاً فاقد خدمات خارج از بیمارستان‌ها و مطب پزشکان هستند و اساساً خدمات جامعه‌نگر در این میان جایی ندارد.

در دهه‌های اخیر، کشور ما شاهد تغییر الگوی سکونت از روستاها به شهرها بوده است و به همین دلیل، ارائه سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای ارائه مطلوب خدمات سلامت روان در شهرها، با رویکردی جامعه‌نگر، اهمیت روزافزونی می‌یابد (4).

در چند دهه اخیر، الگوهایی برای ارائه خدمات سلامت روان جامعه‌نگر مطرح و به‌شکلی فراگیر در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه اجرا شده‌اند (5). یکی از این الگوها ادغام سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه

است که در بالا به عدم موفقیت آن در شهرهای بزرگ کشور اشاره شد. اما الگوی دیگر، جنبش مراکز سلامت روان جامعه‌نگر<sup>1</sup> (CMHC) است. خصوصیت اصلی این جنبش، ارائه خدمات جامع برای پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران، بدون اتکا به بیمارستان‌های روانپزشکی، است (6). هدف اولیه، جایگزینی این بیمارستان‌ها با مراکز سلامت روان جامعه‌نگر بوده است؛ اما این خدمات لزوماً در نظام بهداشتی عمومی کشور ادغام نمی‌شوند (7). مفاهیم اصلی این جنبش عبارتند از محلی بودن خدمات برای دسترس آسان، جامع بودن خدمات، تداوم مراقبت، ارتباط بین‌بخشی کارآمد و تأکید بر پیشگیری علاوه‌بر درمان (8). مهم‌ترین امتیاز و برتری این مراکز، متمرکز کردن خدمات روانپزشکی و دسترسی آسان خدمات برای مناطق تحت پوشش است که استفاده بهینه را میسر می‌سازد. نمونه طراحی و اجرا موفق این الگو را می‌توان در ایالات متحده آمریکا، ایتالیا و استرالیا یافت (9-13).

با توجه به جمعیت عظیم و روزافزون نیازمند خدمات بهداشت روان در شهرها از یک سو، و ضعف شدید ادغام بهداشت روان در شبکه مراقبت‌های اولیه در شهرها و فقدان یک نظام ارائه خدمات کارآمد از سوی دیگر، شکاف عمیقی بین نیاز و منابع موجود برای ارائه خدمات مطلوب وجود دارد. از این رو، با هدف بهبود وضعیت و ایجاد تحولی در سلامت روان شهری، راهبرد استفاده از ارائه خدمات در مناطق شهری در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، در سال 1383، در اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطرح شد. بر اساس این راهبرد، مراکز سلامت روان جامعه‌نگر مسؤلیت ارائه خدمات سلامت روان را در شهرها بر عهده دارند. طرح حاضر با هدف طراحی دقیق جزئیات ساختار و خدمات این مراکز، به روشی مبتنی بر شواهد<sup>2</sup> انجام شده است. در این روش، شواهد موجود درباره نیازها و مشکلات موجود سلامت روان و نیز خدمات موجود بررسی شده‌اند و تصمیم‌گیری در مورد انتخاب و طراحی مدل و ساختار خدمات، به‌جای آنکه صرفاً بر اساس تجربه، نظر شخصی افراد یا امکانات موجود باشد، بر مبنای شواهد برخاسته از پژوهش‌های همه‌گیرشناختی و نظام سیستم سلامت نیز هست (9). لازم به ذکر است که هدف از طرح حاضر،

1- Community Mental Health Center

2- evidence-based service planning

## الف) نیازسنجی

برای نیازسنجی سلامت روان در جمعیت مناطق شهری از داده‌های ثانویه استفاده شد. به این منظور، یک بررسی متون جامع در مورد مسائل سلامت روان (از جمله شیوع و بار اختلالات روانپزشکی) انجام شد. این بررسی مبتنی بر مقالات و گزارش‌های منتشر شده و منتشر نشده داخلی و خارجی بود. برای بررسی میزان شیوع اختلالات روانپزشکی، از بخش مقالات پژوهشی بانک اطلاعات پژوهش بهداشت روان کشور (IranPsych) استفاده شد (15). همچنین مقالاتی که به مرور سیستماتیک اطلاعات مربوط به شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور پرداخته بودند، بررسی شدند.

## ب) بررسی خدمات موجود

برای این کار، با استفاده از داده‌های ثانویه، اطلاعاتی درباره خدمات موجود سلامت روان در کل کشور و مناطق شهری از منابع زیر کسب شد: الف) اطلس بهداشت روان سازمان بهداشت جهانی و اطلاعات ثبت شده در WHO-AIMS<sup>4</sup> که ابزاری برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به نظام و خدمات سلامت روان است. این ابزار را سازمان بهداشت جهانی طراحی کرده و اطلاعات آن درباره ایران را اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه کرده است (10)؛ ب) بانک اطلاعات بهداشت روان: کلیه مقالاتی که کد تحقیقات خدمات بهداشت روان داشتند، بررسی شدند؛ ج) سایر اطلاعات مورد نیاز که در منابع یادشده موجود نبود، از طریق مذاکره با مسئولان اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کسب شد.

## ج) تعیین اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات

برای پاسخ دادن به نیازهای سلامت روان و دستیابی به خدمات موجود در سطح جهان، ضمن مرور متون موجود و برنامه‌های سلامت روان جامعه‌نگر در کشورهای مختلف، شواهد اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات بررسی شد. خدمات در قالب اختلالات روانپزشکی مهم و شایع بررسی شدند. به این منظور، شواهد در مورد مطالعات اثربخشی و هزینه - اثربخشی ارایه خدمات، به طور غیرسیستماتیک، مرور

طراحی خدمات سلامت روان به غیر از خدمات مربوط به سوء مصرف مواد است.

نظام خدمات برخاسته از این طراحی در راه‌اندازی آزمایشی اولین مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در منطقه 16 تهران، در سال 1389، به کار گرفته شد (نوعی و همکاران، مقاله ارسال شده). در حال حاضر، این الگوی ارائه خدمات در قالب سه مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در تهران و یک مرکز دیگر در زنجان در دست اجراست. بالطبع، آموخته‌های به دست آمده از اجرای این الگو در بازنگری و اصلاح آن بسیار مفید خواهد بود.

## روش

برای طراحی خدمات مورد نیاز از یک الگوی طراحی خدمات مبتنی بر شواهد استفاده و اقدامات زیر انجام شد (شکل 1): الف) تعیین نیازهای سلامت روان در مناطق شهری بر اساس شواهد موجود (داده‌های ثانویه<sup>1</sup>)؛ ب) تعیین خدمات سلامت روان موجود برای مناطق شهری و اثربخشی و کارایی آنها بر اساس شواهد موجود (داده‌های ثانویه<sup>2</sup>)؛ ج) تعیین اثربخشی و هزینه - اثربخشی<sup>3</sup> خدمات بهداشتی و درمانی برای پاسخ به نیازهای سلامت روان بر اساس شواهد موجود در سطح جهان و ایران؛ د) اولویت‌بندی و انتخاب خدمات بر اساس معیارهای بار بیماری<sup>3</sup>، اثربخشی و هزینه - اثربخشی، هزینه‌بری، امکانات و قابلیت اجرا؛ و ه) طراحی ساختار و برنامه خدمات بهداشتی - درمانی در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر برای مناطق شهری.



شکل 1- مراحل طراحی مبتنی بر شواهد خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر

1- secondary data

2- cost effectiveness

3- burden of disease

4- World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems

شد. برای این کار، بررسی‌های مروری سیستماتیک مربوط به گروه کوکران<sup>1</sup> و نیز سایر مقالات مروری (سیستماتیک و غیر سیستماتیک) نمایه‌شده در بانک‌های اطلاعاتی مدلاین<sup>2</sup> و الزویر<sup>3</sup> بررسی شدند. در مواردی که مقالات مروری مناسب یافت نشد، کارآزمایی‌های تصادفی‌شده معیار اطلاعات قرار گرفتند. در این مطالعات، هدف، بررسی اثربخشی و هزینه- اثربخشی مدل‌های ارائه خدمات<sup>4</sup> بود، و نه بررسی یک روش خاص درمانی (مانند یک دارو یا یک روان‌درمانی خاص).

#### (د) اولویت‌بندی و انتخاب خدمات

اولویت‌بندی و انتخاب برنامه‌های خدماتی بهداشتی و درمانی بر اساس این معیارها انجام شد: معیارهای بار بیماری، اثربخشی، هزینه- اثربخشی، هزینه‌بری<sup>5</sup>، امکانات و قابلیت اجرا. هزینه- اثربخشی نشان می‌دهد که یک برنامه خدماتی برای رسیدن به یک اثر خاص<sup>6</sup> تا چه حد هزینه در بر دارد و این هزینه در قیاس با خدمات معمول بیشتر است یا کمتر. هزینه‌بری به این مفهوم است که صرف نظر از اینکه یک برنامه خدماتی هزینه- اثربخش هست یا نه، اجرای آن چه مقدار بودجه نیاز دارد و این بودجه تا چه حد قابل تأمین<sup>7</sup> است. پس از تعیین هزینه و اثربخشی خدمات برای هر یک از اختلالات و مشکلات، و برای بررسی جنبه‌های دیگر، پروتکل‌های مقدماتی آن دسته از مداخلاتی که شواهد حکایت از اثربخشی آنها داشتند، تهیه و تنظیم شد. پروتکل‌ها در واقع برنامه کلی ارائه خدمات هر مداخله‌اند که شامل اجزائی، مانند دریافت کنندگان و ارائه‌کنندگان خدمات، شیوه ارائه خدمات و امکانات و تخمین هزینه لازم برای ارائه به یک جمعیت مشخص است. تنظیم این پروتکل‌ها امکان بررسی روشن‌تر قابلیت اجرا و امکانات موجود و تصمیم‌گیری برای اجرای آنها را فراهم می‌کند. در این مرحله، نشستی با حضور متخصصان برگزار شد و در آن، ضمن مرور مراحل انجام‌شده، پروتکل‌ها بررسی و بر اساس شاخص‌های مختلف، مقایسه شدند و در نهایت، در مورد انتخاب خدمات تصمیم‌گیری شد.

#### (ه) طراحی برنامه خدمات

پس از تعیین اولویت‌های خدماتی و انتخاب آنها، ساختار و اجزای برنامه‌های ارائه خدمات در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر طراحی شد. این طراحی شامل اجزاء برنامه‌های ارائه خدمات، آموزش، پایش و ارزیابی است.

#### یافته‌ها

##### (الف) نیازسنجی

##### شیوع اختلالات

شیوع اختلالات روانپزشکی، بر اساس شیوع کلی و شیوع هر یک از اختلالات در کل کشور و مناطق شهری، بررسی و طبقه‌بندی شد. جامع‌ترین و جدیدترین مرور انجام‌شده، مرور سیستماتیک در مورد شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور بود (11، 12). این بررسی نشان داد که تحقیقات مختلف همه‌گیرشناختی شیوعی بین 1/9 تا 58/8 درصد را گزارش کرده‌اند. میانه شیوع نقطه‌ای بر اساس غربالگری 28/7 درصد و میانه شیوع نقطه‌ای بر اساس مصاحبه تشخیصی 18/6 درصد و میانه شیوع طول عمر (بر اساس دو مطالعه تشخیصی) 20/85 درصد بوده است.

دو مطالعه بزرگ کشوری نیز انجام شده است: نوربالا و همکاران (13) شیوع مقطعی کل اختلالات روانپزشکی در 35014 نفر جمعیت بالای 15 سال را به‌روش غربالگری با پرسشنامه 28 سؤالی سلامت عمومی<sup>8</sup> (GHQ) بررسی کردند. شیوع اختلال احتمالی در این مطالعه 21 درصد (25/9 درصد در زنان و 14/9 درصد در مردان) بود. محمدی و همکاران (14) شیوع در طول عمر کل اختلالات در جمعیت بالای 18 سال را برای چند اختلال شایع با استفاده از مصاحبه بالینی 10/8 درصد به‌دست آوردند که در این مطالعه نیز شیوع اختلالات در زنان بیش از مردان بود. در این دو مطالعه تفاوت عمده‌ای بین شیوع کل اختلالات در ایران، تهران و مناطق شهری یا روستایی دیده نشد. مطالعه کشوری جدیدی نیز، با عنوان پیمایش ملی سلامت روان، در دست انجام است که نتایج آن هنوز منتشر نشده است.

بر اساس مطالعات مختلف انجام‌شده، هر یک از اختلالات خاص روانپزشکی شیوعی کمتر از 10 درصد داشته‌اند. در مرور سیستماتیک مطالعات همه‌گیرشناختی اختلال افسردگی اساسی، شیوع فعلی<sup>9</sup> این اختلال در کشور 4/1 درصد گزارش شده است (15). از بین اختلالات خاص، شایع‌ترین آنها افسردگی اساسی (3/1 تا 5/1 درصد) (15) و اختلال اضطراب منتشر (1/4 تا 8/8 درصد) است. شیوع اختلالات شدید (اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک

1- Cochrane  
2- Medline  
3- Elsevier  
4- service delivery  
5- budget impact  
6- effect  
7- affordable  
8- General Health Questionnaire  
9- current prevalence

دهه 1340 و با تأسیس نخستین مراکز سرپایی سلامت روان در تهران آغاز شد (19). پس از آن، سلامت روان در نظام مراقبت بهداشتی اولیه ادغام شد. در سال 1365، طرح کشوری سلامت روان تدوین و از سال 1367 اجرا شد (2). راهبرد محوری همان ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت بهداشتی اولیه و به عبارت دیگر، در شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور بود. این ادغام واجد ویژگی‌های زیر بود: تمرکززدایی در فعالیت‌ها، اولویت دادن به پیشگیری، کاربرد سطوح خدماتی و نظام ارجاع، پیگیری مستمر، و تأکید بر مراقبت سرپایی تا بستری بیماران (20).

برنامه کشوری سلامت روان در سال 1367، به‌طور آزمایشی در مناطق روستایی شهرکرد و شهرهای اصفهان و در سال 1370، در هشتگرد تهران، به‌طور موفقیت‌آمیزی اجرا شد (20-22). به دنبال این اجرا، در سال 1369، سلامت روان به‌عنوان جزء نهم مراقبت‌های بهداشتی اولیه قلمداد شد و به‌تدریج به مناطق دیگری از کشور گسترش یافت (23). در سال 1374، اجرای برنامه کشوری با همکاری سازمان بهداشت جهانی مستقلاً ارزیابی شد (23). نتایج این تحقیق نشان داد که ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی مناطق مورد بررسی، موجب شناسایی بیش از 6 هزار بیمار روانپزشکی توسط بهورزان و پزشکان عمومی شده است که نزدیک به 80 درصد آنان در مراکز روستایی مورد درمان، آموزش یا پیگیری قرار گرفته‌اند و نگرش و آگاهی بهورزان درباره سلامت روان رشد چشمگیری نشان داده است.

بر اساس گزارش رسمی اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال 1387، در حدود 95 درصد مراکز بهداشتی-درمانی روستایی، برنامه بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه ادغام یافته است، در حالی که، این میزان برای جمعیت شهری، حدود 36 درصد است (24). برنامه ادغام هم روستاها و هم شهرها را در برمی‌گیرد. در مناطق روستایی، خانه بهداشت اولین واحد ارائه خدمات است که اداره آن را بهورز بر عهده دارد. در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی که بر چند خانه بهداشت نظارت دارند، یک پزشک عمومی و چند کاردار آموزش دیده فعالیت می‌کنند. پزشکان موارد ارجاعی از خانه‌های بهداشت را می‌پذیرند و موارد مشکل را به سطح بالاتر ارجاع می‌دهند. سطح بالاتر سطح تخصصی شهرستان است که در آن روانپزشک یا

خلقی یا غیرخلقی) در مجموع کمتر از یک درصد (0/2 تا 0/7 درصد) است. البته با افزودن آمار سایکوزهای ناشی از مصرف مواد، این ارقام ممکن است افزایش قابل توجهی داشته باشند.

در آماری که توسط اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شد، میزان خودکشی در سال 1379، 6/2 در هر صد هزار نفر (6 در هر صد هزار مرد و 6/4 در هر صد هزار زن) ذکر شده است (16). یک مرور سیستماتیک نشان داد آسیب‌های ناشی از خودسوزی عمدی 1/7 در 100 هزار نفر از جمعیت عمومی گزارش شده و مطالعات مختلف میزان بروز خودسوزی را در ایران، در استان‌های مختلف از 2 تا 27/2 در 100000 گزارش کرده‌اند (17).

در کل، به‌نظر می‌رسد شیوع فعلی کل اختلالات روانپزشکی در کل کشور و در تهران و سایر مناطق شهری حدود 20 درصد باشد و شایع‌ترین اختلالات شامل طیف اختلالات افسردگی و اضطرابی است. این اختلالات در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شوند و تفاوت عمده‌ای بین شیوع در مناطق شهری و روستایی وجود ندارد.

#### بار بیماری‌ها

در بررسی انجام‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر روی بار بیماری‌ها، در سال 1382، مشخص شد که اختلالات روانپزشکی در حدود 10/25 درصد از کل بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند و از این نظر، پس از حوادث و همراه با بیماری‌های قلب و عروق، در رتبه دوم قرار دارند (18). از بین اختلالات روانپزشکی، افسردگی رتبه اول (DALY<sup>1</sup> معادل 35529/8)، اسکیزوفرنیا و دیگر اختلالات سایکوتیک رتبه دوم (DALY معادل 13232/2) و اختلالات دوقطبی و اضطرابی، به ترتیب، رتبه سوم و چهارم (به ترتیب، DALY معادل 9400/2 و 2099/9) را دارند.

#### ب) بررسی خدمات موجود

##### برنامه کشوری ادغام سلامت روان در مراقبت‌های اولیه

تا حدود 60 سال پیش، ارائه خدمات در قالب مراکز نگهداری و بیمارستان‌های روانی بود. این مراکز غالباً پرجمعیت بودند و وضعیت نامطلوبی داشتند. دوره برنامه‌های سلامت روان جامعه‌نگر و خارج از مراکز نگهداری از اواخر

پزشک عمومی دوره‌دیده و کارشناس سلامت روان، علاوه بر آموزش و نظارت بر مراکز بهداشتی - درمانی روستایی، موارد ارجاعی را می‌پذیرند و موارد مشکل را به سطح بالاتر ارجاع می‌دهند (25).

اما در مناطق شهری، اولین واحد ارائه خدمات، مراکز بهداشتی - درمانی شهری هستند که در آن، پزشکان عمومی بیماران را می‌پذیرند و در صورت نیاز آنها را به مراکز بالاتر ارجاع می‌دهند. از آنجا که موقعیت این مراکز و جمعیت تحت پوشش به گونه‌ای است که امکان دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد، پیگیری توسط کارکنان این مراکز صورت نمی‌گیرد و قرار بوده است از همکاری و مشارکت مردمی استفاده شود و به این جهت، تأسیس پایگاه‌های بهداشتی و استفاده از رابطان داوطلب بهداشتی پیش‌بینی شده است. این رابطان وظیفه آموزش، شناسایی خانواده‌ها، جلب مشارکت مردم، تشویق و ارجاع خانوارهای دارای بیمار به مراکز و پیگیری وضعیت بیماران تحت پوشش را بر عهده دارند.

به دنبال اجرای طرح ادغام سلامت روان در شهرها با استفاده از رابطان بهداشتی از بهمن 1374، در شهرستان بروجن، باقری یزدی و همکاران (3) عملکرد بهورزان و رابطان بهداشتی را در مناطق روستایی و شهری این شهرستان ارزیابی کردند. نتایج نشان داد که هم در مناطق روستایی و هم در مناطق شهری، بهورزان و رابطان توانستند آگاهی جمعیت تحت پوشش را افزایش دهند؛ اما در زمینه بیماریابی، در حالی که بهورزان توانسته بودند 61/9 درصد بیماران را در مناطق روستایی شناسایی کنند، رابطان تنها 19/2 درصد از بیماران شهری را شناسایی کرده بودند. تا سال 1384، حدود 30 درصد از جمعیت شهرنشین کشور تحت پوشش طرح ادغام قرار گرفتند، اما از چگونگی ارائه خدمات در قالب این طرح در شهرها و میزان موفقیت آنها اطلاع دقیقی در دست نیست. با توجه به ضعف نظام مراقبت‌های اولیه در شهرهای بزرگ، به نظر نمی‌رسد که ارائه خدمات سلامت روان در این شهرها در قالب این نظام به موفقیت قابل ملاحظه‌ای دست یافته باشد. حتی در شهر نسبتاً کوچکی چون بروجن - چنانکه ذکر شد - رابطان بهداشتی نتوانسته بودند در بیماریابی موفقیت مطلوبی کسب کنند. از دلایل ناکامی طرح ادغام می‌توان به رشد روزافزون جمعیت، ضعف مشارکت مردمی، مشکل عرضه فعالانه خدمات و ضعف اطلاع‌رسانی اشاره کرد (5). از دیگر سو، در شهرها نظام مراقبت‌های اولیه در سطح بهداشت

عمومی (غیر از سلامت روان) ناکارآمد بوده است. از این رو، روشن است که ادغام سلامت روان در این نظام ناموفق نتیجه مطلوبی در بر نخواهد داشت. یک مشکل دیگر در شهرهای بزرگ مقاومت ناشی از رویکرد سنتی «مراکز نگهداری» و بیمارستان‌های بزرگ روانپزشکی است (26)؛ تغییر این رویکرد «بیمارستان - محور» که در حال حاضر در شهرهای بزرگ روش غالب ارائه خدمات است، دشوار است. از این رو، سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد کرده که به سلامت روان در شهرها به‌طور ویژه‌ای توجه شود (27). ضرورت تجدید نظر در برنامه کشوری پس از گذشت سال‌ها از اجرای آن و با توجه به نیازمندی‌های جدید جامعه احساس می‌شود. هرچند مقرر شده برنامه پزشک خانواده در شهرها جایگزین نظام مراقبت‌های اولیه شود، هنوز اطلاعاتی در مورد نحوه سازمان‌دهی، گسترش و ارزشیابی آن ارائه نشده و مشخص نیست وضعیت ارائه خدمات سلامت روان در آن چگونه است.

#### خدمات سلامت روان در مناطق شهری

به منظور بررسی شاخص‌های درونداد و فرایند خدمات سلامت روان بررسی جامعی انجام شد. نخستین یافته این بررسی فقدان یک نظام جامع جمع‌آوری اطلاعات خدمات سلامت روان برای مناطق مختلف کشور و ناقص و به‌روز نبودن اطلاعات موجود بود و هیچ مطالعه جامع و کشوری درباره استفاده از خدمات<sup>1</sup> نیز نیافتیم. البته در حال حاضر، پیمایش ملی سلامت روان برای پاسخ به این نوع سوالات در دست اجراست.

مطالعات محدود انجام‌شده درباره مسیر مراجعه بیماران<sup>2</sup> کشور نشان می‌دهد که بیشتر بیماران (51 تا 85 درصد) برای اولین بار به پزشکان و مراکز درمانی و کمتر از 14 درصد به درمانگران سنتی و درمان‌های جایگزین مراجعه کرده‌اند و میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به نخستین درمانگر، حدود 5 سال بوده است (28-32). شواهد بیانگر شیوع قابل توجه مشکلات و اختلالات روانپزشکی در درمانگاه‌ها و مطب‌های عمومی هستند و طبق برخی مطالعات، تا یک سوم مراجعان را افراد مبتلا به انواع مشکلات روانپزشکی تشکیل می‌دهند (33).

در حال حاضر، در بیشتر شهرهای کشور، به‌ویژه شهرهای متوسط و بزرگ، عمده خدمات سلامت روان خارج از شبکه مراقبت‌های اولیه و در چهارچوبی ناهماهنگ توسط بیمارستان‌ها و مراکز و درمانگاه‌های وابسته به وزارت

1- service utilization

2- pathway to care

مراقبت‌های مشارکتی و مراقبت‌های ارائه‌شده با استفاده از اینترنت بوده است. کاهش علائم بیماری، رضایتمندی بیمار و کاهش بار اقتصادی تحمیل‌شده بر خانواده از جمله شاخص‌های مورد بررسی بود.

در مورد اختلالات شدید روانپزشکی، شواهدی برای الگوهای چون درمان جامعه‌نگر پیگیرانه<sup>3</sup>، تدبیر بیمار<sup>4</sup>، ویزیت در منزل، مداخله در بحران<sup>5</sup>، یادآوری<sup>6</sup>، آموزش روان‌شناختی خانواده<sup>7</sup>، آموزش روان‌شناختی بیمار<sup>8</sup> و اشتغال حمایت‌شده<sup>9</sup> ارائه شده است. اثربخشی و هزینه- اثربخشی درمان جامعه‌نگر پیگیرانه و آموزش روان‌شناختی خانواده قوی‌ترین شواهد را داشتند که نشان می‌داد این خدمات بر شاخص‌هایی چون میزان بستری، مدت بستری، و تداوم ارتباط با سیستم درمانی اثر گذاشته است. سایر مدل‌ها اگرچه از نظر برخی پیامدها مؤثر بودند، شواهد مربوط به هزینه- اثربخشی آنها ناکافی یا متناقض بود.

در زمینه پیشگیری از خودکشی هم مداخلات مختلفی وجود داشت. برای آموزش پزشکان عمومی و جلوگیری از تکرار اقدام به خودکشی شواهد مؤثری موجود است. مقایسه مداخلات مختلف در جداول 1 تا 3 آمده است.

#### جدول 1- مقایسه اثربخشی و هزینه- اثربخشی خدمات موجود برای اختلالات نوروتیک (افسردگی و اضطرابی)

مدل خدمات	اثربخشی	هزینه- اثربخشی
غربالگری اختلالات در مراقبت‌های اولیه	?	-
برنامه‌های آموزش مداوم برای پزشکان عمومی	-	-
ارائه راهنماهای بالینی	-	-
مراقبت تلفنی بیماران	+	†
ارجاع/ خدمات رابط - مشاور	?	-
برنامه‌های مبتنی بر اینترنت	+	+
مراقبت مشارکتی در مراقبت‌های اولیه	+	+
پیشگیری مبتنی بر مدارس	+	?

(+) وجود مرور سیستماتیک با نتایج مثبت؛ (†) وجود کارآزمایی بالینی تصادفی با نتایج مثبت؛ (-) وجود مرور سیستماتیک با نتایج منفی؛ (?) اطلاعات ناکافی یا نتایج متناقض

- |                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| 1- consultation-liaison          | 2- collaborative care     |
| 3- assertive community treatment |                           |
| 4- case management               | 5- crisis intervention    |
| 6- prompting                     | 7- family psychoeducation |
| 8- patient psychoeducation       | 9- supported employment   |

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نهادهای دیگر دولتی و بخش‌های خصوصی و خیریه، مانند سازمان بهزیستی و سازمان ملی جوانان (سابق)، ارائه می‌شود که دسترسی به اطلاعات دقیق درباره آنها محدود است.

تعداد زیادی مرکز مشاوره مربوط به سازمان‌های مختلف (مانند سازمان ملی جوانان) وجود دارد که خدمات روان‌شناختی و گاه روانپزشکی را ارائه می‌کنند. طبق آمار منتشرشده، در حال حاضر 174 مرکز مشاوره با مجوز سازمان ملی جوانان در سطح کشور فعالیت دارند که از این تعداد، 84 مرکز در تهران هستند (34). خدمات جامعه‌نگر، مانند ویزیت در منزل، نیز به‌طور پراکنده در چند مرکز شهری ارائه می‌شود (35). به برخی اطلاعات دیگر، از جمله میزان بیماران درمان‌نشده، چگونگی پیوستگی مراقبت و میزان بیماران تحت پوشش بیمه، دسترسی حاصل نشد. تمام تخت‌های روانپزشکی در شهرهای بزرگ واقع شده‌اند و تمام روانپزشکان در شهرها سکونت دارند.

در مجموع می‌توان گفت که در شهرهای بزرگ با اینکه میزان شیوع اختلالات روانی در آنها مانند سایر مناطق کشور است، از نظر منابع خدماتی (شامل کارکنان و تخت‌های بیمارستانی) بسیار غنی‌تر از باقی مناطق هستند. در عین حال، شهرها عملاً فاقد هرگونه خدمات خارج از بیمارستان‌ها و مطب پزشکان و خدمات جامعه‌نگر هستند و عمده خدمات سرپایی سلامت روان در شهرها به بخش خصوصی و نهادهای مستقل نیمه‌دولتی و غیردولتی سپرده شده است.

#### ج) تعیین اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات

گزارش کامل‌تر این بخش در مقاله دیگری آمده است (امین اسماعیلی و همکاران، مقاله منتشرنشده). در اینجا به ذکر خلاصه این بررسی اکتفا می‌شود.

در مورد اختلالات نوروتیک، الگوهای متنوعی از ارائه خدمات شامل غربالگری اختلالات در سطح پزشکان عمومی و ارائه بازخورد صرف به پزشک، برنامه‌های آموزش مداوم برای پزشکان، استفاده از راهنماهای بالینی، ارائه مداخله و مراقبت از طریق تلفن، سیستم ارجاع و استفاده از خدمات مشاوره- رابط<sup>1</sup>، برنامه‌های پیشگیری و درمان اختلالات افسردگی و اضطراب از طریق اینترنت، برنامه‌های ارائه‌شده در مدارس برای پیشگیری و مداخله زودرس و «مراقبت مشارکتی»<sup>2</sup> وجود دارد. مؤثرترین و کم‌هزینه‌ترین الگوها،

جدول 2- مقایسه اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات موجود برای اختلالات شدید روانپزشکی

اثربخشی: بستری مجدد	اثربخشی: حیطه‌های دیگر	هزینه - اثربخشی	
+	+	+	درمان جامعه‌نگر پیگیرانه
-	+	-	تدبیر بیمار
+	+	؟	ویزیت در منزل
+	+	؟	مداخله در بحران
؟	+	؟	یادآوری
+	+	+	آموزش روان‌شناختی خانواده
+	+	؟	آموزش روان‌شناختی بیمار
-	+	؟	آموزش مهارت‌های اجتماعی
-	+	؟	اشتغال حمایت‌شده

(+) وجود مرور سیستماتیک با نتایج مثبت؛ (+) وجود کارآزمایی بالینی تصادفی با نتایج مثبت؛ (-) وجود مرور سیستماتیک با نتایج منفی؛ (؟) اطلاعات ناکافی یا نتایج متناقض

جدول 3- مقایسه اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات پیشگیرانه موجود

اثربخشی	هزینه - اثربخشی	
+	؟	پیشگیری از خودکشی: آموزش پزشکان عمومی
-	؟	پیشگیری از خودکشی: آموزش همگانی
؟	؟	پیشگیری از خودکشی: محدود کردن دسترسی به مواد و وسایل خطرناک
؟	؟	پیشگیری از خودکشی: غربالگری افراد در معرض خطر
+	؟	پیشگیری از خودکشی مکرر
؟	؟	آموزش مهارت‌های زندگی برای پیشگیری از اختلالات روانپزشکی
؟	؟	پیشگیری از بروز اختلالات خاص نوروتیک
؟	؟	پیشگیری از بروز اختلالات خاص سایکوتیک

(+) وجود مرور سیستماتیک با نتایج مثبت؛ (+) وجود کارآزمایی بالینی تصادفی با نتایج مثبت؛ (-) وجود مرور سیستماتیک با نتایج منفی؛ (؟) اطلاعات ناکافی یا نتایج متناقض

#### د) انتخاب خدمات مرکز سلامت روان جامعه‌نگر

بر اساس شواهد، تجربیات و برآوردهای انجام‌شده، تصمیم گرفته شد که خدمات در مرکز سلامت روان جامعه‌نگر به دو گروه از جمعیت بیماران ارائه شود: الف) بیماران دچار اختلالات نوروتیک (شامل اختلالات افسردگی و اضطرابی)، و ب) بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی (شامل اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی). این دو گروه بیشتر بیماران را تشکیل می‌دهند. طبق بررسی‌ها، این اختلالات یا در کشور شیوع زیادی دارند یا بار زیادی را تحمیل می‌کنند و در عین حال مداخلات مؤثری برای هر یک از آنها وجود دارد.

برای هر یک از دو گروه، یکی از مدل‌های مداخلاتی در نظر گرفته شد: برای اختلالات اضطرابی و افسردگی، بهبود درمان این اختلالات توسط پزشکان عمومی با روش مراقبت مشارکتی انتخاب شد؛ زیرا شواهد قابل توجهی برای اثربخشی آن وجود دارد و اجرای آن نیز امکان‌پذیر است. این مدل در واقع همکاری تنگاتنگ نظام مراقبت اولیه (پزشکان عمومی) با یک تیم تخصصی است و شناسایی و درمان بهینه اختلالات شایع روانپزشکی را در سطح مراقبت‌های اولیه تحقق می‌بخشد. در این مدل، پزشکان عمومی با همکاری یک رابط درمان<sup>1</sup> و با مشارکت، آموزش و نظارت تیم تخصصی

1- case manager



آنها بسیار شدید است و لازم است پیگیری فعال تری در منزل بیمار انجام گیرد. اما برای بیمارانی که پیگیری و پذیرش درمان آنها چندان ضعیف نیست و احتمال مراجعه منظم آنها به مراکز درمانی وجود دارد، می توان از پیگیری درمان با یادآوری تلفنی استفاده کرد. هرچند درباره اثربخشی و هزینه- اثربخشی این روش در کاهش میزان عود و بستری مجدد شواهد کافی در دست نیست، خدمتی ارزان است و برای بسیاری از بیماران به آسانی قابل اجراء است و تجربه آن در کشور وجود دارد. از سوی دیگر، می توان آن را در کنار سایر خدمات درمانگاهی مؤثر (شامل آموزش روان شناختی خانواده و بیمار) اجرا کرد و از این طریق ممکن است باعث بهبود پیامد بیماری شود.

شواهد قابل توجهی برای اثربخشی مداخلات برای خانواده (مانند آموزش روان شناختی خانواده) وجود دارد و در کشور ما که خانواده نقش مهمی در حمایت از بیمار دارد و بیشتر بیماران همراه با خانواده خود زندگی می کنند، ممکن است بسیار مفید باشد. تجربه اجرای این روش نیز در کشور وجود دارد و روشی کم هزینه است. از این رو می توان این مداخلات را در مداخلات پیگیری درمانی بیمار (شامل ویزیت در منزل یا ویزیت در درمانگاه) ادغام کرد و از این راه باعث بهبود اثربخشی این مداخلات شد. آموزش روان شناختی بیمار نیز روشی اثربخش است که در کنار آموزش خانواده برای بیماران به کار می رود.

### ه) طراحی ساختار و برنامه خدمات

#### مدل ارائه خدمات

مرکز سلامت روان جامعه نگر (CMHC)، به دو گروه بیماران نوروپتیک و مبتلا به اختلال روان پزشکی شدید خدماتی ارائه می کند. این خدمات با هدف بهبود شناسایی و درمان توسط پزشکان عمومی و با روش مراقبت مشارکتی و به صورت راه اندازی واحدهای همکار CMHC به بیماران نوروپتیک ارائه می شود. هر یک از این واحدها در واقع شامل یک پزشک عمومی و یک رابط درمان هستند که پس از جلب مشارکت، تحت آموزش و نظارت CMHC به شناسایی و درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی در بین مراجعان می پردازند.

ارائه خدمت به بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان پزشکی شامل پیگیری فعال خدمات توسط تیم های

روانپزشکی به شناسایی و درمان افسردگی و اختلالات اضطرابی در بین مراجعان خود می پردازد. در ضمن، این مدل هم زمان برای دو دسته از اختلالات (افسردگی و اضطرابی) مؤثر و قابل اجراء است، به خصوص که این دو گروه از اختلالات هم ابتلایی و شیوع فراوانی در سیستم مراقبت های اولیه دارند. از سوی دیگر، شواهد برای مداخلات دیگر، مانند روش غربالگری افسردگی، ضعیف تر است و اجرای آن (برای مثال، تکمیل پرسشنامه ها برای تمام مراجعان مطب ها یا درمانگاه پزشکان) دشوار است. در ضمن، با روش مراقبت مشارکتی امکان غربالگری بیماران، البته بدون پرسشنامه، نیز وجود دارد. شواهد برای پشتیبانی روش های پیشگیرانه برای این اختلالات نیز قوی نیست. در عین حال، برای پیشگیری از خودکشی نیز یکی از قوی ترین شواهد مربوط به آموزش پزشکان عمومی است که می توان آن را در مدل مراقبت مشارکتی ادغام کرد.

برای بیماران دچار اختلالات شدید روان پزشکی، مدل ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی همراه با ادغام آموزش بیمار و خانواده پیشنهاد شد. روش های مؤثری، مانند درمان جامعه نگر پیگیرانه، مدل هایی فوق تخصصی و بسیار پرهزینه هستند و امکانات، زیرساخت و تجربه کافی برای اجرای آن در کشور وجود ندارد. هم چنین، در حال حاضر هنوز فرم های ساده تر خدمات پس از ترخیص در دست نیست. تدبیر بیمار نیز توصیه نمی شود؛ زیرا شواهد قوی و کافی برای اثربخشی آن موجود نیست. در ضمن، با توجه به آنکه این مدل نیازمند هماهنگی با بخش های مختلف جهت ارائه خدمات و نظام بهداشتی منسجم و نظام ارجاع قوی به نهادهای بهداشتی و اجتماعی است، در وضعیت فعلی و در نظام بهداشتی موجود ممکن است کارآمد نباشد. اشتغال حمایت شده مداخله ای مؤثر است، اما باید این نکته را در نظر داشت که نتیجه آن در شرایطی که کارایی برای افراد غیر بیمار نیز دشوار است، ممکن است مشابه نتایج آن در کشورهای غربی نباشد. از سوی دیگر، تأثیر این مداخله، غیر از پیامد شغلی، بر روی دیگر پیامدها، مانند بستری مجدد، مشخص نیست.

ویزیت بیمار در منزل (پیگیری درمان در منزل) مدلی اثربخش است. چند سالی است که تجربه این مدل در کشور وجود دارد و شواهد پژوهشی هم برای آن موجود است. اما با توجه به آنکه این مدل نسبتاً هزینه بر است، بهتر است برای بیمارانی اجرا شود که پذیرش مطلوب درمان ندارند یا بیماری

تخصصی مرکز CMHC است که به صورت‌های مختلف ارائه خواهد شد: برای آنها که نیاز به مراقبت‌های پیگیرانه‌تر دارند، مانند پذیرش ضعیف درمان، مراجعه نامناسب، بیماری بسیار شدید و بستری‌های مکرر، خدمات ویزیت در منزل ارائه می‌شود. آموزش خانواده و بیمار نیز به صورت ادغام‌شده در خدمات ویزیت در منزل بیمار صورت می‌گیرد. خدمات برای آنهایی که پذیرش درمان بهتری دارند و بستری مکرر ندارند، شامل پیگیری تلفنی، همراه با آموزش خانواده و بیمار است.

### برنامه ارائه خدمات مرکز سلامت روان جامعه‌نگر

#### مراقبت مشارکتی برای بیماران دچار اختلالات نوروپیک

مراقبت مشارکتی برای بیماران دچار اختلالات نوروپیک گام اول فعال‌سازی واحدهای همکار CMHC در منطقه است که عوامل آن پزشکان عمومی همکار و رابطان درمان هستند. پس از اعلام تأسیس و فعالیت مرکز در منطقه، از تمام پزشکان عمومی علاقه‌مند در آن منطقه برای همکاری دعوت می‌شود. این کار از راه تماس تلفنی با واحدهای درمانی، ارسال بروشور و معرفی اهداف و فعالیت‌های CMHC و برگزاری همایشی برای دعوت به همکاری صورت می‌گیرد. سپس پزشکان داوطلب در دوره آموزشی شرکت خواهند کرد. آموزش اولیه پزشکان عمومی شامل یک کارگاه سه روزه است که در آن مهارت‌های تشخیصی و درمانی درباره اختلالات نوروپیک، بر اساس دستورالعمل‌های استاندارد و راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد، تقویت می‌شود. آموزش مداوم پزشکان نیز از راه دوره‌های بازآموزی، شامل یک کارگاه یک روزه، در هر سه ماه انجام می‌شود. در ضمن، در این جلسات تجارب میان واحدها در هر منطقه به اشتراک گذاشته و گزارش سه‌ماهه مطرح می‌شود. هم‌چنین، به‌منظور ارتقاء آموزش در سه‌ماهه اول شروع فعالیت هر واحد، جلسات مشاوره‌ای، با فواصل 2-1 هفته و با حضور روانپزشک CMHC در هر مطب برگزار خواهد شد که در آن فعالیت‌های انجام‌یافته مرور و اشکالات مرتفع می‌شوند. در طول این همکاری، پزشکان عمومی می‌توانند با روانپزشک از طریق مشاوره تلفنی و حضوری ارتباط داشته باشند.

پزشکان عمومی بر اساس آموزش دریافت‌شده و راهنماهای استاندارد، بیماران دچار اختلالات نوروپیک را شناسایی و درمان می‌کنند. ویزیت بیمار به‌طور ماهیانه صورت می‌پذیرد و در صورت عدم تغییر تشخیص در طی درمان و

تحت کنترل بودن اختلال، بیمار تا پایان مدت درمان دارویی که حداقل 12-6 ماه است، در سیستم باقی می‌ماند. سیر درمان بیمار توسط رابط و به‌صورت تلفنی پیگیری می‌شود. پیگیری تلفنی سه‌ماه اول هر دو هفته و پس از آن هر ماه خواهد بود. طی تماس‌های تلفنی رابط درمان، بر اساس دستورالعمل، مواردی مانند مصرف دارو، شدت بیماری و عوارض جانبی را بررسی و در صورت لزوم وقت ویزیت نزدیک‌تری را تنظیم می‌کند و در غیر این صورت تاریخ ویزیت بعدی بیمار را یادآوری می‌کند. هم‌چنین، وی قادر خواهد بود به پرسش‌های بیمار در مورد نحوه مصرف دارو پاسخ دهد و در صورت نیاز از پزشک راهنمایی بگیرد.

پزشک عمومی در مواردی مانند عدم بهبود بیمار، تشدید علائم، بروز عوارض غیرقابل کنترل، تغییر تشخیص یا مواجهه با هرگونه مشکل در پیگیری و درمان بیمار با روانپزشک مرکز مشاوره می‌کند. علاوه‌بر جلسات منظم مشاوره با روانپزشک که ذکر شد، مشاوره به‌صورت تلفنی یا ارجاع در قالب برگه درخواست مشاوره نیز انجام می‌شود.

برای پایش واحدها، علاوه‌بر گزارش‌های ارائه‌شده در گردهمایی‌های سه‌ماهه و جلسات حضوری با روانپزشک، پزشکان همکار CMHC موظفند هر روز اطلاعات مربوط به بیماران خود را از طریق نرم‌افزاری که به همین منظور طراحی شده، ارسال کنند. هم‌چنین، هر واحد ماهانه توسط کارشناس سلامت روان و هر سه ماه توسط روانپزشک مرکز بازدید می‌شود. CMHC نیز به‌طور سالانه فعالیت‌ها را به واحد ناظر در دانشگاه مربوطه گزارش می‌کند.

#### ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی برای بیماران مبتلا به

##### اختلالات شدید روانپزشکی

برای ارائه خدمات به بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی، تیم‌های ارائه‌کننده خدمات تخصصی مرکز فعالیت خواهند داشت که شامل یک روانپزشک، یک پزشک عمومی و یک پرستار یا روان‌شناس یا مددکار خواهد بود که به‌صورت ویژه آموزش دیده‌اند. بیماران توسط بیمارستان‌های روانپزشکی و روانپزشکان ارجاع می‌شوند یا خود مراجعه می‌کنند.

بیماران به دو دسته دارای نیاز متوسط (جهت پیگیری تلفنی و آموزش روان‌شناختی خانواده و بیمار) و نیاز زیاد (جهت ویزیت در منزل) تقسیم می‌شوند. بیماران دارای نیاز متوسط آنهایی هستند که پذیرش درمان ضعیف یا مراجعه

دچار اختلالات نوروتیک (شامل اختلالات افسردگی و اضطرابی)، با روش بهبود شناسایی و درمان توسط پزشکان عمومی با روش مراقبت مشارکتی؛ و ب) بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی (شامل اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی)، به صورت‌های مختلف پیگیری فعال، شامل ویزیت در درمانگاه همراه با پیگیری تلفنی و آموزش گروهی خانواده و بیمار (برای بیماران دچار اختلال شدید روانپزشکی با نیاز متوسط) و ویزیت در منزل (برای بیماران دچار اختلال شدید روانپزشکی با نیاز زیاد) توسط تیم‌های تخصصی خود مرکز.

این خدمات به صورت آزمایشی در دو منطقه 16 و 17 تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران و مرکزی در زنجان با حمایت اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شبکه تحقیقات سلامت روان در دست اجرا است و در طی این اجرای آزمایشی، علاوه بر سنجش قابلیت اجرا و شناخت نقاط ضعف و قوت آن، اثربخشی و هزینه- اثربخشی خدمات نیز بررسی می‌شود. در ضمن، پیش‌بینی شده است که دیگر مداخلاتی که شواهد اثربخشی آنها در دست است و در این برنامه نیامده‌اند، به شکل جداگانه به خدمات اضافه شوند و در مورد آنها تحقیق شود. امید است در صورت اجرای موفقیت‌آمیز خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، از آن به عنوان رویکردی مؤثر برای ارتقای سلامت روان شهری بهره گرفته شود.

### سپاسگزاری

این پژوهش در قالب یک تحقیق نظام سلامت (HSR) و با حمایت مالی معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. نویسندگان از تلاش ارزشمند دکتر عمران محمد رزاقی، دکتر مژگان مستوفیان و دکتر بهنوش دشتی در اجرای این پروژه قدردانی می‌کنند. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

### منابع

1. Murthy RS, Burns BJ, editors. Community mental health: Proceedings of Indo-US Symposium Bangalore: Nimhans; 1992.
2. Ministry of Health. National Mental Health Programme [In Persian]. In: Mental Health Office MoH, editor. Tehran 1986.

نامنظم و بستری‌های مکرر ندارند. این بیماران را منشی مرکز به صورت تلفنی پیگیری می‌کند. تماس‌های تلفنی به صورت ماهانه صورت می‌پذیرد و طی آن مصرف دارو، عوارض، شدت علائم و موارد مشابه بر اساس دستورالعملی بررسی می‌شود، زمان ویزیت یادآوری می‌شود و پس از آن زمان، انجام یا عدم انجام ویزیت پیگیری و بیمار برای مراجعه تشویق می‌شود. در صورت نیاز، وقت ویزیت نزدیک‌تری، نسبت به زمان ویزیت از پیش تعیین شده، تنظیم می‌شود. آموزش روان‌شناختی بیمار و خانواده از راه برگزاری جلسات گروهی در مرکز CMHC انجام می‌شود. پیگیری بیماران دارای نیاز زیاد (آنها که پذیرش درمان و مراجعه مناسبی ندارند، عود یا بستری مکرر دارند یا خانه‌نشین هستند) به صورت ویزیت در منزل خواهد بود که هر ماه توسط یک پزشک عمومی همراه با پرستار، روان‌شناس یا مددکار تیم، تحت نظارت روانپزشک مرکز، صورت می‌پذیرد. طی این پیگیری، پزشک عمومی بر اساس دستورالعمل‌هایی شدت علائم، عوارض دارویی و درستی مصرف دارو را بررسی، داروهای لازم را تجویز و در صورت نیاز وقت ویزیت نزدیک‌تری را تنظیم می‌کند. آموزش خانواده‌های این بیماران در جلسات ویزیت در منزل صورت می‌گیرد. در این مرحله، علاوه بر پیگیری درمان، اطلاعات لازم و کتابچه آموزشی در اختیار خانواده قرار می‌گیرد و بیمار نیز آموزش داده می‌شود. در صورت عدم کنترل بیمار به صورت سرپایی یا نیاز به بستری، بیمار با خلاصه پرونده‌ای از اقدامات انجام‌شده در مرکز و فرم ارجاع به بیمارستان مرتبط فرستاده می‌شود. بیمار پس از ترخیص با خلاصه پرونده رسمی از بیمارستان در CMHC دوباره پذیرش خواهد شد.

جلسات هفتگی مرور بیماران تحت ویزیت در منزل یا پیگیری تلفنی با حضور روانپزشک و تیم‌های پیگیری انجام می‌شود. هر CMHC موظف خواهد بود هر سه ماه اطلاعات مربوط به بیماران روانپزشکی شدید خود را از طریق نرم‌افزاری که به همین منظور طراحی شده است، به واحد ناظر در دانشگاه بفرستد.

### بحث

بر اساس شواهد علمی در سطح جهان و نیز تجربیات و امکانات موجود تصمیم گرفته شد که خدمات مرکز سلامت روان جامعه‌نگر به دو گروه از بیماران ارائه شود: الف) بیماران

3. Bagheri Yazdi SA, Malek Afzali H, Shah Mohammadi D, Naghavi 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 Res J.* 2001;4(2):100-9.
4. Sharifi V. Urban mental health in Iran: Challenges and future directions. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2009;3(1):9-14.
5. Shadpour K. Primary Health Care System in Iran. Tehran: Ministry of Health 1981.
6. Keegan J. Community-based mental health care: bridging the gap between community care and primary care. *Aust N Z J Ment Health Nurs.* 1998 Sep;7(3):95-102.
7. Mohit A. Psychiatry and mental health for developing countries, challenges for 21st century. 13th Congress of Pakistan Psychiatric Society; Islamabad 2001.
8. Grunebaum H. The Practice of Community Mental Health. Boston: Little, Brown, and Co.; 1970.
9. Goldman HH, Thelander S, Westrin CG. Organizing mental health services: an evidence-based approach. *J Ment Health Policy Econ.* 2000 Jun 1;3(2):69-75.
10. Organization WH. Mental health systems in selected low-and middle-income countries: a WHO-AIMS crossnational analysis. Geneva: World Health Organization 2009.
11. Farhoudian A, Sharifi V, Amini H, Basirnia A, Mesgarpour B, Mansouri N, et al. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review. *Iran J Psychiatry.* 2007;2(4):137-50.
12. Sharifi V, Farhoudian A, Tavakoli M. A systematic review on primary prevention intervention in mental health, final report. Tehran: Tehran University of Medical Sciences: 2007.
13. Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry.* 2004 Jan;184:70-3.
14. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malek Afzali H, Naghavi HR, Pour Etemad HR, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran, 2001 *Hakim Res J.* 2003;6(1):55-64.
15. Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaeili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med.* 2010 Spring;1(2):81-91.
16. Ministry of Health and Medical Education. *Simaye Salamat*, Tehran: Tabalvor. Pub. 1381.
17. Panaghi L, Malakouti SK, Hakim Shoushtari M, Rahimi-Movaghar A, Yousefi-Nooraie R, Abarashi Z. Prevalence of self-inflicted burn and the related factors in Iran: A systematic review. *Iran J Psychiatry.* 2007; 2(4):174-80.
18. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Popul Health Metr.* 2009;7:9.
19. Milanifar B. *Mental Health*. Tehran: Ghoomes; 1989.
20. Bolhari J, Mohit A. Mental health integration in primary health care system, Hashtgerd, I.R.Iran, 1991-93. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 1995;12(1-2):16-24.
21. Mohit A, Shah Mohammadi D, Bolhari J. Independent national evaluation of mental health, Iran, 1995. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 1987;3(11):4-16.
22. Hasanzadeh SM. Evaluation of Integration of Mental Health Programme in Primary Health Care System in Shahreza. *Daroo va Darman.* 1982;10(11).
23. Yasamy MT, Shah mohammadi D, Bagheri-Yazdi SA, Layeghi H, Bolhari J, Razzaghi EM, et al. Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need. *East Med Health J.* 2001;7(3):381-91.
24. Office MH. A national report on registration of cases with psychiatric disorders in integration of mental health in primary care program. Tehran: Ministry of Health and Medical Education 2008.
25. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT. An overview of mental health in Iran [In Persian]. Tehran: Moallef; 2001.
26. Murthy RS. The role of psychiatrists in rural areas: an international perspective. 9th Annual Cherry Blossom Psychiatric Symposium 1997.
27. Davidian H. A short discussion about mental health in Islamic Republic of Iran. Tehran: Moallef; 1987.
28. Masoudzadeh A, Khalilian AR, Sefeedchian AR. Study of the first referring path way in psychiatric patients in Zareh Hospital Sari, 2001. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 11(33):63-72.

29. Shah Mohammadi D, Bayan Zadeh SA, .., Ehssan Manesh M. Pathways to psychiatric care in Iran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 1988;3(12):4-14.
30. Omidvari S, Bina M, Yasamy MT. Pre-hospitalization pathways among psychiatric patients in Imam Hossein Hospital in 1999. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2001;6(24):4-12.
31. Derakhshan Poor F, Abootaleb Poor B, Zare S. Pathways of patients to psychiatric centers in Bandar Abbas. *J Hormozgan Univ Med Sci.* 2003;7(3):105-10.
32. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran city. *Hakim Res J.* 2000;4(2):212-23.
33. Sharifi V, Daliri S, Amini A, Mohammadi MR. Psychiatric problems in general outpatient clinics: Prevalence and reasons for help seeking. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2011;16(4):484- 9.
34. Youth MoSa. A report on performance of consultation services of the National Youth Organization. 2012 [cited 2012 2012/15/4]; Available from: [http://62.193.12.206/index.php?module=cdk&func=loadmodule&system=cdk&sismodule=user/content\\_view.php&cnt\\_id=1681&ctp\\_id=146&id=4&sisOp=view](http://62.193.12.206/index.php?module=cdk&func=loadmodule&system=cdk&sismodule=user/content_view.php&cnt_id=1681&ctp_id=146&id=4&sisOp=view).
35. Sharifi V, Amini H, Tehranidoost M, Yasamy MT, Jalali-Roudsari M, Sobhebidari P, et al. Roozbeh Home Care Program for Severe Mental Disorders; A preliminary report. *Iran J Psychiatry.* 2006;1(1):31-4.

## Original Article

## Community Mental Health Centers in Iran: Planning Evidence-based Services

### Abstract

**Objectives:** Service delivery through Community Mental Health Centers (CMHCs) is a strategy for improving urban mental health. The current paper presents the process of designing structure and planning the services for CMHCs through an evidence-based approach. **Method:** Using a systematic review approach, the needs and available mental health services in urban areas, and effectiveness and cost-effectiveness of mental health services for addressing those needs were identified and accordingly urban mental health services plan was devised as CMHCs. **Results:** Depression, schizophrenia and other psychotic disorders, bipolar disorders and anxiety disorders respectively comprise the top four psychiatric disorders, according to burden of diseases, in Iran. Urban areas have richer resources than rural areas in the country, though there are no out-of-hospital and out-of-office mental health services and the network system and the primary care for presenting mental health services are ineffective due to the current restrictions. Therefore, it was arranged that the CMHCs' services being delivered to two groups of patients including patients with neurotic (depressive and anxiety) disorders and patients with severe mental and psychotic disorders. The services for neurotic patients were presented according to improving recognition style and the management of neurotic disorders conducted by general practitioners (GP) using collaborative care model and forming collaborative units. The services for patients with severe psychiatric disorders included home visiting and telephone follow up accompanied with the patient and the family psychological education provided by specialized team from the CMHCs. **Conclusion:** The CMHCs' services based on scientific evidence available across the world and using national experiences and infrastructures was designed for two groups of disorders which comprised a large burden of disease in the country. These services are currently being piloted in Tehran and Zanjan.

**Key words:** *mental health; health services; mental disorders*

[Received: 15 April 2012; Accepted: 9 December 2012]

**Vandad Sharifi\***, **Farid Abolhasani**<sup>a</sup>,  
**Ali Farhoudian**<sup>b</sup>, **Masoumeh Amin-**  
**Esmaeili**<sup>c</sup>

\* Corresponding author: Roozbeh Hospital,  
Tehran University of Medical Sciences, Tehran,  
Iran, IR.

Fax: +9821-55419113

E-mail: [vsharifi@tums.ac.ir](mailto:vsharifi@tums.ac.ir)

<sup>a</sup> National Institute of Health Research, Tehran  
University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>b</sup> University of Social Welfare and Rehabilitation  
Sciences, Tehran, Iran; <sup>c</sup> Iranian Research Center  
for HIV/AIDS, Tehran University of Medical  
Sciences, Tehran, Iran.

176  
176