

بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده

دکتر جعفر بوالهروی⁽¹⁾، دکتر کوروش کبیر⁽²⁾، دکتر احمد حاجبی⁽³⁾، سید عباس باقری یزدی⁽⁴⁾، دکتر حسن رفیعی⁽⁵⁾،
دکتر مسعود احمدزاد اصل⁽⁶⁾، دکتر نیلوفر مهدوی هزاهو⁽⁷⁾، دکتر محمدرضا رهبر⁽⁸⁾، دکتر سید عباس متولیان⁽⁹⁾، دکتر حسین کاظمینی⁽¹⁰⁾

چکیده

هدف: سلامت روان در ایران فراز و نشیب‌های زیادی را گذرانده است. ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه با ایجاد دسترسی بخصوص در روستاها، نتایج قابل توجهی داشته است. با گذشت نزدیک به سه دهه از اجرای برنامه ادغام، با توجه به تغییرات جمعیتی، نیازها و اولویت‌ها تغییر کرده است و در ارزشیابی‌های انجام شده، بازنگری آن ضروری بیان شده است. با توجه به اجرا و گسترش برنامه پزشک خانواده، و به منظور بهبود خدمات اولیه سلامت روان در چارچوب آن، بازنگری برنامه جاری مد نظر قرار گرفت. این مقاله به معرفی اهداف و راهبردها و اقدامات لازم تنظیم شده در این بازنگری می‌پردازد. **روش:** در طرح «بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده» ترکیبی از مطالعات مروری و روش‌های کیفی استفاده شد و منابع، تجارب و اسناد معتبر در دنیا و کشور مرور شد. از بحث گروهی و پانل خبرگان و روش دلفی برای تعیین نارسایی‌ها، اهداف و راهکارها و رسیدن به اجماع استفاده شد. **یافته‌ها:** ارزش‌های مورد نظر برنامه در چند محور و با تعیین اهداف کلی شکل گرفت و برای دستیابی به این اهداف راهکارهایی در حیطه‌های مختلف شامل: ارائه خدمت، آموزش، نظام اطلاعات و ارزشیابی، جلب مشارکت، تدارک داروهای اساسی، بهبود کیفیت و مسائل مالی و اداری طراحی شد و برای هر راهکار، اهداف و اقدامات لازم مشخص گردید. **نتیجه‌گیری:** در ارائه خدمات، علاوه بر افزایش پوشش، خدمات باید بیشتر جامعه نگر شوند و خدمات روانشناختی و ارتقای سلامت روان با دستورالعمل‌های مشخص در نظام ارائه خدمات استقرار یابند و به تمرکز برنامه باید از گسترش پوشش خدمات به سمت ارتقاء سوق پیدا کند. تقویت نظام جمع‌آوری اطلاعات با هدف تحقیقات کاربردی، و ایجاد نظامی برای حمایت از بیماران دچار اختلال‌های مزمن شدید و مراقبان آن‌ها، باید مد نظر قرار گیرد و تأمین نیروی انسانی توانمند و مشارکت سازمان‌ها، ارائه دهندگان خدمات و دریافت کنندگان آن مورد توجه قرار گیرد و شاخص رضایت دریافت کنندگان خدمات برای بهبود کیفیت به کار گرفته شود. اجرای راهکارها و مداخلات سلامت روان با حفظ نقاط قوت برنامه‌های قبلی در بستر برنامه پزشک خانواده و در هر بستر دیگر، برای ارائه مراقبت‌های بهداشت روان، با تغییرات جزئی قابل اجرا است که وجود اراده لازم در تصمیم‌گیرندگان و جدیت و ثبات در تأمین منابع لازم برای اجرای برنامه لازمه آن است.

کلیدواژه: بازنگری خدمات سلامت روان؛ مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ طراحی خدمات سلامت؛ ارائه خدمات سلامت؛ برنامه‌های ملی سلامت؛ طرح‌های نظام سلامت

[دریافت مقاله: 1394/2/1؛ پذیرش مقاله: 1394/11/24]

(1) روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران، قطب علمی روانپزشکی و روانشناسی بالینی؛ (2) متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی البرز، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی. کرج، باغستان، خیابان گلستان یکم، خیابان اشتراکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز. دورنگار: 02634302090 (نویسنده مسئول) E-mail: kabir.kourosh@yahoo.com (3) روانپزشک، دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، گروه روانپزشکی؛ (4) کارشناس ارشد سلامت روان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ (5) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ (6) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ (7) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی؛ (8) پزشک، مرکز مدیریت شبکه، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ (9) متخصص اپیدمیولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت؛ (10) متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز مدیریت شبکه، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

بیمارستان‌های روانی را ابتدا گشوده و سپس با مبادرت به توسعه خدمات در جامعه، ارائه خدمات را از بیمارستان‌های روانپزشکی به سمت خدمات جامعه‌نگر سوق داده است (6). دانشگاه تورنتو¹ در ایالت اونتاریو²، خدمات اعتیاد و سلامت روان را در مراقبت‌های اولیه و پزشک خانواده ادغام نموده است، طوری که اینک به سمت تبدیل شدن به یک الگوی جهانی پیش می‌رود (7). کشور کره برنامه سلامت روان را با هدف تغییر سیستم بهداشت روان به سوی مبتنی بر جامعه شدن، بازمینی کرده است (8). ارائه خدمات بهداشتی در برزیل، در حال حاضر، ملی است و تغییر جهت به سمت مراقبت جامعه‌نگر در آن اهمیت دارد. در برزیل تعداد تخت‌های روانپزشکی در حال کاهش و تعداد مراکز جدید روانی اجتماعی جامعه‌نگر (موسوم به CAPS³) در حال افزایش است (9).

با این وجود موانعی نیز در گسترش خدمات بهداشت روان در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین آن در اولویت قرار نداشتن سلامت روان در بین اولویت‌های بهداشت عمومی و در نتیجه عدم تخصیص بودجه به آن به صورت مجزا است. سایر موانع عبارتند از: نحوه سازماندهی خدمات به صورت تمرکز منابع و نیروهای خدمات بهداشت روان در نزدیک شهرهای بزرگ و در موسسات بزرگ، پیچیدگی ادغام موثر سلامت روان در خدمات مراقبت‌های اولیه (در شرایطی که خود وظایف متعددی دارند و نظارت کافی و سیستم ارجاعی کارا ندارند)، محدودیت نیروی انسانی برای گسترش خدمات، و در نهایت نبود متولی و راهبر بهداشت روان در بسیاری از کشورها (که معمولاً ناشی از دید درمانی اغلب مدیران بهداشت و مقاومت روانپزشکان در برابر رهبری دیگران است) (10). البته باید اذعان نمود که این موانع را می‌توان با ایجاد اراده سیاسی، استفاده از منابع و نیروهای غیر رسمی در جامعه، ایجاد سطح دوم خدمات سلامت روان جامعه‌نگر همراه با کاهش مسئولانه اندازه بیمارستان‌های روانی و توجه به سیاست، رهبری، برنامه‌ریزی، جلب حمایت، و مشارکت، از میان برداشت (10).

در مسیر ارائه خدمات، شواهد نشان داده‌اند که مداخلات مختلف جهت درمان اختلال‌های روانپزشکی و روش‌های پیشگیری از این اختلال‌ها اثربخش بوده‌اند. برای این که بتوان

مطالعات نشان می‌دهند که فراوانی اختلال‌های روانی در کشور رو به افزایش است (1). در یک دسته بندی کلی، اختلال‌های روانپزشکی در رده دوم، پس از حوادث قرار دارد و 15% از کل بار بیماری در کشور ما را شامل می‌شود (2). اگرچه بالاترین میزان مرگ و میر در بین بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، آلزایمر و دمانس است ولی بیشترین میزان سال‌های از دست رفته به دلیل ناتوانی به ترتیب مربوط به اختلال‌های افسردگی یک قطبی، سوء مصرف مواد، اسکیزوفرنیا، اختلال دو قطبی و سپس آلزایمر و دمانس است که در رده‌های سنی مختلف، تفاوت‌های قابل توجهی دارد (2).

در حالی که فراوانی و بار این گروه از بیماریها در کشور در حال افزایش است، پوشش خدمات بهداشت روان به خصوص در شهرها ناکافی است. در سال 1386 حدود 97% از جمعیت روستایی و 41/4% از جمعیت شهری تحت پوشش برنامه‌های سلامت روان قرار داشته‌اند (3) و این در حالی است که توزیع منابع انسانی (روانپزشک و روانپرستار) نسبت به جمعیت تحت پوشش در شهرهای بزرگ و مناطق اطراف آن به صورت مشخصی بالاتر از سایر مناطق کشور است (3). بررسی‌ها در کشور نشان می‌دهند که اکثر بیماران به صورت سرپایی خدمات بهداشت روان را دریافت می‌کنند. اگرچه این موضوع می‌تواند نشان دهنده جامعه‌نگر بودن نسبی خدمات باشد، اما در کشور ما می‌تواند به دلیل کمبود تخت‌های بیمارستان باشد (4). با این وجود با توجه به فراوانی اختلال‌های روانی در جامعه (1)، به نظر می‌رسد که بسیاری از بیماران خدمات دریافت نمی‌کنند (3).

رویکرد کشورهای مختلف در زمینه بهداشت روان با یکدیگر متفاوت و در بسیاری از موارد در حال تغییر است. حرکت به سمت خدمات جامعه‌نگر و ارابه خدمات در نظام مراقبت بهداشتی اولیه در اکثر کشورها دیده می‌شود و هر کشور متناسب با وضعیت موجود و در راستای اهداف و سیاست‌های خود در این مسیر در حال برنامه‌ریزی است. استرالیا رویکردی برای تسهیل پیشگیری، شناسایی زودرس بیماران، تضمین دسترسی تمام افراد به درمان مناسب و موثر، بهبودی و حمایت اجتماعی برای توانمند کردن آن‌ها برای مشارکت کامل در جامعه در نظر گرفته است (5). ایتالیا نیز با تکیه بر خدمات ارزان و انسانی مبتنی بر جامعه، درهای

¹ Toronto

² Ontario

³ Centros de Atención Psicosocial-CAPS

در جامعه به صورت موثری از بیماری‌ها و اختلالات روانی پیشگیری کرده و از بیماران مراقبت نمود، لازم است از بین مداخلاتی که هزینه اثر بخشی آنها مورد تأیید قرار گرفته است، تعدادی را انتخاب کرده و آنها را با پوشش بالایی در جمعیت هدف ارایه داد (11). برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی نظیر برنامه اقدام جهانی بهداشت روان¹ (mhGAP) (12، 13) و افزایش پوشش خدمات² برای بهداشت روان (14) نیز با این رویکرد ارایه شده‌اند.

تغییر و اصلاح نظام ارایه خدمات سلامت، تغییر در اولویت‌ها و نیازهای جامعه و نیز محدودیت‌ها و نارسایی‌های برنامه جاری مشخص شده در ارزشیابی‌های انجام شده از برنامه ادغام بهداشت روان (4، 15-17)، متخصصین و کارشناسان وزارت بهداشت را متقاعد ساخت تا برای انجام اصلاحات در برنامه مراقبت‌های اولیه و مناسب‌سازی آن برای اجرا در نظام پزشکی خانواده اقدام نمایند. مقاله حاضر گزارشی است از چشم انداز، ارزش‌ها، اهداف، راهبردها و اقدامات لازم برای رسیدن به این اهداف که در طرح «بازنگری در برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشکی خانواده» تدوین شده است. این طرح به سفارش وزارت بهداشت و با هدف بهبود خدمات اولیه سلامت روان در چارچوب برنامه پزشکی خانواده، انجام شده است.

روش

پس از تصویب طرح توسط اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه طرح بازنگری، در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روان پزشکی تهران استقرار یافت. سپس با هماهنگی دبیرخانه، کمیته علمی از اعضای هیئت علمی رشته‌های روانشناسی، روانپزشکی و پزشکی اجتماعی، نمایندگان از واحدهای مرکز مدیریت شبکه و دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و نماینده‌ای از سازمان بهزیستی شکل گرفت و سپس مراحل زیر به اجرا درآمد.

مروری بر اسناد بالادستی کشور: در مرحله اول، سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق 1404 (18)، برنامه پنجم توسعه کشور (19)، سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم (20)، نقشه جامع علمی سلامت کشور (21)، سند سلامت روان کشور (22) و پیش نویس قانون بهداشت روان در

ایران (23) مورد بررسی قرار گرفت و مباحث مرتبط استخراج گردید.

مرور منابع موجود در زمینه سلامت روان: علاوه بر مرور اسناد بالادستی، مستندات و انتشارات سازمان جهانی بهداشت و بخصوص اولین پیش نویس برنامه عملیاتی سلامت روان برای سال‌های 2013 تا 2020 (24)، نتایج بررسی‌ها و ارزشیابی‌های برنامه ادغام بهداشت روان (25، 26)، اسناد بالا دستی و دستورالعمل‌ها در اجرای برنامه پزشکی خانواده (27-29)، اطلاعات بار بیماری‌ها و پیش‌بینی آن در آینده (30-32)، برنامه‌های سایر کشورها (5، 17، 33، 34) و مستندات مداخلات موثر در زمینه سلامت روان (14، 35-37) مطالعه و مرور شد.

تبیین نارسایی‌های موجود و علل آن: در مرحله بعد برای تبیین نارسایی‌های موجود و علل آن، هشت جلسه بحث گروهی تخصصی با شرکت اعضای کمیته علمی تشکیل شد. علاوه بر اعضای کمیته علمی، گروهی از مشاوران علمی (از اساتید صاحب‌نظر در موضوع مراقبت‌های بهداشتی و سلامت روان) و کارشناسان با تجربه در بهداشت روان نیز در جلسات موضوعی (یازده جلسه) در مراحل مختلف مشارکت نمودند.

تدوین ارزش‌ها، اهداف و راهکارها: در مرحله بعد بر اساس اسناد بالادستی، مرور منابع و نتایج به دست آمده و جمع بندی نظرات کمیته، پیش نویس ارزش‌ها، اهداف و راهکارها تدوین شد. روش دلفی برای رسیدن به اجماع (موافقت 70 درصدی) به کار رفت و موضوعات در چندین نوبت برای اعضای کمیته علمی ارسال و نسخه نهایی تهیه گردید.

اهداف عملیاتی و اقدامات لازم: در این مرحله، پنج کارگروه با موضوعات پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت روان؛ پیشگیری نوع دوم و سوم سلامت روان؛ تدوین برنامه‌های آموزش و پشتیبانی؛ پایش و ارزشیابی خدمات سلامت روان و تدوین نظام داده‌ها؛ و کارگروه ضوابط استقرار برنامه سلامت روان جهت ادغام در پزشکی خانواده تشکیل شد. بر اساس اهداف و راهکارهای تدوین شده، مداخلات مناسب در گروه‌های سنی و جنسی و نیز گروه‌ها و مکان‌های خاص طراحی و جزئیات خدمات و فعالیت‌ها (شامل فعالیت‌های اصلی و فعالیت‌های پشتیبان و استانداردهای آن) مشخص و ترسیم گردید.

نتایج در بیست و یک جلسه مختلف بررسی و ویرایش شد و در نهایت به صورت یک مجموعه در اختیار اعضای کمیته علمی، صاحب‌نظران و کارشناسان سلامت و بهداشت روان در سراسر کشور قرار گرفت و در یک جلسه با حضور

¹ Mental Health Gap Action Programme

² Scale up services

با توجه به چشم انداز و ارزش های مورد نظر، برنامه سه هدف اصلی را دنبال می کند که عبارتند از: 1) کاهش بار اختلال های روانی عمده 2) رعایت شئون انسانی و احترام به بیماران و افزایش رضایت دریافت کنندگان خدمات و 3) افزایش عدالت در ارائه خدمات

لازم به ذکر است که در برنامه بازننگری، اگرچه ارائه خدمات درمانی برای تمامی افراد دچار اختلال های روانی مد نظر قرار دارد ولی سه گروه از بیماری ها در اولویت قرار دارند. گروه اول شامل اختلال های دارای فراوانی بالا از جمله اختلال های خلقی، اضطرابی، عقب ماندگی ذهنی، اختلال های رفتاری کودکان (بیش فعالی کودکان)، اختلال خواب و دمانس در سالمندان است. گروه دوم شامل اختلال هایی است که به علت شدت عوارض و مرگ و میر ناشی از آن دارای اهمیت هستند مانند اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی و گروه سوم سایر مواردی است که به دلایل مختلف دارای اهمیت هستند از جمله ایدز، خشونت خانگی، خودکشی و حوادث غیرمترقبه که نیازمند به کارگیری خدمات روانشناختی هستند. اختلال های ناشی از سوء مصرف مواد و اعتیاد نیز یک اولویت محسوب می شود، اگرچه بازمینی آن در پروژه مجزای دیگری انجام گرفته است.

ب. راهکارها و اهداف ذیل راهکارهای ارایه شده

برای رسیدن به اهداف یاد شده، راهکارهای زیر در نظر گرفته شده است:

1. راهکارهای ارایه خدمت

1-1. گسترش ارایه خدمات سلامت روان همزمان با برنامه پزشک خانواده (ادغام یافته در نظام ارایه خدمات سلامت کشور)

هدف از این راهکار فراهم کردن خدمات بهداشت روان از طریق برنامه پزشک خانواده در کلیه روستاها و شهرها و افزایش دسترسی و بهره مندی جمعیت منطقه به خدمات است. برای این منظور، اقدامات توسعه پوشش برنامه پزشک خانواده، اطلاع رسانی، سازماندهی و تشکیل تیم های سیار ارایه خدمات سلامت روان برای حاشیه نشین ها در نظر گرفته شده است.

هدف دیگر در این راهکار کاهش مدت زمان انتظار افراد ارجاع شده به سطوح بالاتر و ارایه پسخوراند به سطح ارجاع دهنده است. اقدامات لازم در این زمینه، طراحی سیستم مشخص و شفاف برای ارتباط بین سطوح مختلف، جلب حمایت سازمان های بیمه گر از نظام ارجاع در خدمات سلامت روان، برگزاری جلسات منظم (با حضور ارایه دهندگان

این افراد ویرایش های نهایی انجام و گزارش طرح به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارایه گردید. لازم به ذکر است که در این مقاله به صورت کلی و خلاصه به اهداف عملیاتی و اقدامات پرداخته شده است.

یافته ها

در بخش اول، چشم انداز و ارزش های مورد نظر برنامه در چند محور ارایه گردیده و سپس اهداف کلی بیان شده است. برای دستیابی به این اهداف راهکارهایی در حیطه های مختلف، شامل: راهکارهای ارایه خدمت، راهکارهای آموزشی، راهکارهای نظام اطلاعات و ارزشیابی، راهکارهای جلب مشارکت، راهکارهای تدارک داروهای اساسی، راهکارهای بهبود کیفیت و راهکارهای مالی و اداری ارائه گردیده و سپس به صورت خلاصه به اهداف و اقدامات لازم برای هر راهکار اشاره شده است.

الف. چشم انداز و ارزش های برنامه

در چشم انداز برنامه بیان شده است که «با اجرای برنامه در سال های آتی، مردم ایران در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه به خدمات جامع، با کیفیت، اثربخش و جامعه نگر سلامت روان شامل پیشگیری اولیه، ارتقای سلامت روان، درمان و بازتوانی ضروری اختلال های روانی شایع و مهم دسترسی خواهند داشت. بیماری های روانی در جامعه پیشگیری شده و افراد دچار اختلال های روانی بهبود می یابند و بار اختلال های روانی، شیوع، ناتوانی و مرگ و میر ناشی از آن کاهش خواهد یافت». به علاوه ارزش های زیر برای برنامه در نظر گرفته شده است:

- انگ زدایی از بیماری ها و اختلال های روانی
- برخورد شایسته و انسانی با بیماران دچار اختلال های روانی و حفظ حرمت آنها
- حفظ ایمنی بیماران و نیروی انسانی بخش سلامت
- رشد و تعالی نیروی انسانی برنامه
- عدالت در ارایه خدمات سلامت روان
- هماهنگی با سیاست های کلی عمومی و سلامت کشور از جمله برنامه پزشک خانواده
- جامعه نگر و همکاری های بین بخشی در ارایه خدمات
- استفاده از برنامه های هزینه اثربخش ارتقاء، پیشگیری، درمان و بازتوانی
- توجه به ارزش های دینی و مذهبی، بومی و فرهنگی در ارایه خدمات سلامت

خدمت) برای مرور و ارتقاء سیستم ارجاع و ارزیابی نیازهای بیماران و نظارت و پایش منظم است.

2-1. گسترش ارایه خدمات سلامت روان به صورت ادغام یافته با سایر خدمات

هدف از این راهکار آن است که کلیه خدمات سلامت روان اولیه در همان محل‌های ارایه خدمات سلامت و توسط کلیه پرسنل ارایه دهنده خدمات سلامت به مراجعان ارایه شود. برای رسیدن به این هدف باید خدمات بهداشت روان قابل ادغام، بر اساس مکان و ارایه دهنده خدمت، در سایر برنامه‌های گروه‌ها شناسایی شود و شرح وظایف ارایه دهندگان در مورد خدمات سلامت روان تعیین و نیروی انسانی برنامه آموزش لازم را دریافت کند.

3-1. ارایه خدمات سلامت روان با رویکرد خدمات مبتنی بر جامعه و جامعه نگر

یکی از اهداف این راهکار، راه‌اندازی مراکز خدمات جامعه نگر در سطح دوم، برای حمایت و تداوم خدمات سطح اول است. در این زمینه لازم است که آیین نامه تاسیس مراکز تدوین گردد و در هر منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی، حداقل یک مرکز در مرحله مقدماتی راه‌اندازی شود و سپس این مراکز در تمام کشور گسترش یابند (به ازای هر 250 هزار نفر جمعیت، یک مرکز).

هدف دیگر این راهکار، راه‌اندازی برنامه‌هایی برای حمایت از خانواده‌ها برای مراقبت از بیماران دچار اختلال‌های روانی (بخصوص موارد شدید) است. اقدامات لازم در این زمینه تدوین، بررسی مقدماتی و راه‌اندازی برنامه‌هایی نظیر گروه‌های حمایتی، کارگاه‌های بازتوانی و انجام کار تحت نظارت، برای گروه‌های خاصی از بیماران است.

4-1. تقویت رویکرد خودمراقبتی

هدف از این راهکار آموزش افراد دچار اختلال‌های روانی و یا خانواده‌ی آن‌ها (مراقبان)، برای خودمراقبتی است. برای رسیدن به این هدف باید برنامه، محتوی و مواد آموزشی مناسب در زمینه خودمراقبتی طراحی گردد و با تدوین آیین نامه‌های لازم، مشارکت گروه‌ها و سازمان‌های غیر دولتی در آموزش بیمار و خانواده بیمار ایجاد شود.

5-1. تقویت رویکرد جامع زیستی- روانی- اجتماعی در خدمات بهداشت روان شامل درمان‌های غیر دارویی و مداخلات اجتماعی

یکی از اهداف این راهکار، ایجاد دسترسی و افزایش بهره‌مندی افراد نیازمند به خدمات روانشناسی (با تاکید بر

اختلال‌های افسردگی اساسی و اختلال‌های اضطرابی) از این خدمات، در برنامه پزشک خانواده است. برای تحقق این هدف لازم است که نقش خدمات روان‌شناختی و روانشناس در نظام ارایه خدمات سلامت مشخص گردد و روانشناس به عنوان یکی از اعضای تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده معرفی شود.

هدف دیگر، فراهم آوردن خدمات بازتوانی در مراکز خدمات جامعه نگر و افزایش بهره‌مندی افراد دچار اسکیزوفرنی از این خدمات است. برای رسیدن به این هدف لازم است ارایه خدمات بازتوانی در مراکز خدمات جامعه نگر انجام شود و راهنمای بالینی و دستورالعمل‌ها تدوین و اجرا گردد.

6-1. ارائه خدمات سلامت روان مبتنی بر شواهد و موثر در سطوح مختلف پیشگیری، درمان و بازتوانی

هدف از این راهکار، ارائه خدمات بر اساس دستورالعمل‌های تدوین شده است. بنابراین لازم است که دستورالعمل‌های طبابت بالینی برای بیماری‌های هدف، با هماهنگی دفتر سلامت روان تهیه، به روز و ابلاغ گردند. نیروی انسانی برای به کارگیری این راهنماها باید آموزش ببیند و به کارگیری آن‌ها باید تحت نظارت و پایش باشد.

پیشگیری و ارتقاء سلامت روان در سراسر دوران زندگی با راهبردهای عمومی و هدفمند

هدف اول این راهکار، ایجاد و افزایش دانش و درک عمومی جامعه در خصوص بیمارهای روانی و کاهش انگ و تبعیض ناشی از آن؛ افزایش آگاهی‌های جامعه در مورد مزایای زندگی سالم، خطرات مصرف مواد و الکل و موضوع خودکشی است.

در این زمینه لازم است که مداخلات آموزش سلامت و روش‌های آن مشخص شود، مشارکت گروه‌های مختلف در اجرای برنامه جلب و هزینه‌های آن تامین گردد.

هدف دوم این راهکار، راه‌اندازی برنامه پیشگیری از اختلال در حداقل سه گروه آسیب پذیر (فرزندان طلاق، آسیب دیدگان بلاای طبیعی و خشونت‌ها و خانواده افراد معتاد) است. برای رسیدن به این هدف لازم است که نحوه شناسایی این افراد و به کارگیری مداخله در مورد آن‌ها تعیین گردد و حمایت سایر سازمان‌ها برای همکاری در اجرای در آن جلب شود.

آگاهی و نگرش صحیح در مورد خدمات بهداشت روان در کلیه نیروهای بخش سلامت، در برنامه پزشک خانواده است. برای رسیدن به این هدف، لازم است که ساختار آموزشی مناسب و سرفصل‌های آموزشی طراحی و تدوین گردد و مطالب مورد نظر بهداشت روان در برنامه پزشک خانواده، در سرفصل‌ها گنجانده شود. به علاوه یک دوره آموزش اولیه بهداشت روان (در برنامه پزشک خانواده) در بدو ورود و سپس به عنوان بخشی از آموزش مداوم کلیه پزشکان خانواده، اجرا شود.

3. راهکارهای نظام اطلاعات و ارزشیابی

1-3. استقرار نظام جمع‌آوری اطلاعات در خدمات اولیه بهداشت روان در نظام پزشک خانواده

هدف این است که شاخص‌های اصلی و اطلاعات مورد نیاز سلامت روان، بر طبق برنامه زمانبندی شده، شناسایی، جمع‌آوری، تلفیق و گزارش شود. در این راستا لازم است که، تدوین شاخص‌های پایش و ارزشیابی و اطلاعات مورد نیاز خدمات اولیه بهداشت روان، تعیین اینکه چه داده‌هایی و در کدام سطح شبکه باید به نظام اطلاعات وارد شوند، آموزش کارکنان نظام سلامت، ادغام نظام جمع‌آوری اطلاعات بهداشت روان در پرونده الکترونیک سلامت، انجام گیرد.

2-3. تقویت نظام جمع‌آوری اطلاعات سلامت روان

هدف از این راهکار، جمع‌آوری اطلاعات و شاخص‌های تکمیلی از جمله عوامل خطر اختلالات روانی و ناتوانی حاصل از آن، از طریق مطالعات کشوری (سرشماری، مطالعه سلامت و جمعیت و ...) است. برای این منظور، لازم است که اطلاعات و شاخص‌های مورد نیاز تکمیلی بهداشت روان تعیین شود و هماهنگی‌های لازم برای استفاده از پیمایش‌های کشوری، در جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، صورت گیرد و در صورت لزوم پیمایش انجام شود. سپس اطلاعات به دست آمده جمع‌آوری و جهت تکمیل اطلاعات برنامه سلامت روان مورد بهره‌برداری قرار گیرد.

3-3. ارزشیابی دوره‌ای برنامه بهداشت روان

هدف آن است که ارزشیابی برنامه سلامت روان به طور منظم (هر سه سال) انجام شود. در این راستا لازم است که شاخص‌ها و دستورالعمل ارزشیابی دوره‌ای برنامه تعیین شود، انتخاب مجری از طریق ساز و کارهای بررسی کیفی و کمی

هدف سوم این راهکار، استقرار برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت در گروه‌های خاص، مدارس و محیط‌های کار است. برای دستیابی به این هدف لازم است برنامه‌های موجود در زمینه پیشگیری و حفظ سلامت روان برای گروه‌هایی نظیر مادر، کودک و سالمندان (برنامه‌های مبتنی بر حمایت اجتماعی و مشارکت) بازنگری یا تدوین شده و اجرا گردد. همچنین برنامه‌های ارتقایی و پیشگیری مبتنی بر مدارس و محیط‌های کار لازم است بازنگری و اجرا شود.

هدف چهارم این راهکار، ارتقای عوامل حفاظت‌کننده و کنترل عوامل خطر ساز در جامعه، خانواده و فرد است. برای رسیدن به این هدف، برنامه پیشگیری از مصرف الکل و مواد (مخدر و روانگردان) در نظام ارائه خدمات اولیه و پزشک خانواده و شناسایی و تعیین عوامل حفاظت‌کننده و خطر ساز (پنج عامل اصلی) در کشور، تدوین و اجرا می‌گردد.

هدف پنجم این راهکار، گسترش برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور است. در این زمینه لازم است که ارزشیابی و بازنگری سامانه ثبت و برنامه پیشگیری از خودکشی و گسترش برنامه در سطح کشور، در نظام ارائه خدمات اولیه و پزشک خانواده صورت گیرد.

7-1. استقرار نظام پیگیری افراد دچار اختلال‌های روانی

هدف از این راهکار، افزایش میزان پیگیری افراد دچار اختلال اسکیزوفرنیا و افسردگی اساسی توسط اعضای تیم سلامت است. در این مسیر لازم است که مقررات لازم برای همکاری مراکز بستری با تیم سلامت تدوین و مشخص گردد که داده‌های افراد دچار اختلال‌های روانی چگونه و از چه مسیرهایی به سطح اول ارائه شود و برنامه پیگیری بیماران تدوین گردد. همچنین در زمان اجرا، پایش و نظارت بر فعالیت کارکنان سلامت انجام گیرد.

2. راهکارهای آموزشی

1-2. آموزش نیروهای تیم سلامت

هدف از این راهکار، افزایش دانش و مهارت‌های ارائه‌کنندگان (پزشک خانواده، روانشناس، پرستار و سایر نیروها) در زمینه بهداشت روان است که باید طی برنامه‌های تربیت نیروی انسانی بخش سلامت، در شروع خدمت و نیز ضمن خدمت انجام شود. از جمله موارد مهم، افزایش مهارت پزشکان در تشخیص و درمان اختلال‌های روانی، افزایش مهارت روانشناسان در ارائه خدمات روانشناختی و افزایش

معین انجام گیرد، و نتایج طبق برنامه زمانبندی منتشر و بر اساس نتایج به دست آمده بازنگری‌های لازم انجام شود.

3-4. اجرا و حمایت از اجرای تحقیقات کاربردی بهداشت روان در نظام ارایه خدمات بهداشتی اولیه (میزان استفاده از خدمات، هزینه اثربخشی خدمات)

هدف اول از این راهکار این است که سهم تحقیقات کاربردی نظام ارایه خدمات، از بودجه تحقیقات سلامت روان افزایش یابد (تخصیص 50 درصد بودجه به تحقیقات کاربردی نظام ارایه خدمات). در این زمینه لازم است که هر ساله اولویت‌های تحقیقاتی کاربردی در نظام ارایه خدمات سلامت روان تعیین شود، بودجه مورد نیاز تخصیص گردد و بر تصویب و اجرای طرح‌های مربوطه نظارت شود.

هدف دوم، افزایش توانمندی ارایه دهندگان خدمات و کارشناسان در بخش بهداشت روان، برای انجام تحقیقات کاربردی است. برای تحقق این هدف، طراحی و اجرای دوره‌های روش تحقیق، در برنامه‌های آموزش برای کارکنان، لازم است.

هدف سوم این راهکار، افزایش مشارکت بخش‌های غیردولتی در انجام طرح‌های کاربردی بهداشت روان است که برای تحقق آن باید محققین بخش‌های دانشگاهی و غیردولتی شناسایی شوند و فراخوان عمومی برای مشارکت در اجرای طرح‌های کاربردی همراه با نظارت صورت گیرد.

4. راهکارهای جلب مشارکت

4-1. اجرای برنامه‌های مشارکتی با سازمان‌های خارج از بخش سلامت

هدف این است که حداقل سه برنامه‌ی ارتقایی، پیشگیری و بازتوانی مشارکتی راه‌اندازی شود (برای مثال با مشارکت وزارت آموزش و پرورش و یا سازمان بهزیستی). در این زمینه تدوین و احیای برنامه همکاری‌های بین بخشی در ارتقای سلامت روان جامعه، جلب مشارکت و همکاری سازمان‌ها و تشکیل کمیته بین بخشی، برقراری منظم جلسات کمیته بین بخشی و تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشت روان مشترک و نظارت بر آن‌ها لازم است.

4-2. مشارکت کارشناسان و متخصصین سطح دوم ارایه خدمات در نظارت بر خدمات اولیه در نظام پزشک خانواده

هدف این است که تعداد بیشتری از کارشناسان و متخصصین بهداشت روان سطح دوم در آموزش و ارزیابی و

نظارت بر سطح اول، فعالیت کنند. به این منظور تدوین دستورالعمل اجرایی برای مشارکت سطح دوم در پایش و نظارت بر خدمات اولیه و اجرای این دستورالعمل لازم است.

3-4. توانمندسازی دریافت کنندگان خدمت و خانواده‌های آن‌ها برای مشارکت در برنامه‌ریزی و ارزشیابی خدمات سلامت روان

هدف این است که در هر یک از دانشگاه‌های کشور، گروه‌هایی متشکل از دریافت کنندگان خدمت، برای مشارکت در برنامه‌ریزی و تدارک خدمات توانمند شوند. برای این هدف لازم است که تعدادی از دریافت کنندگان خدمت و خانواده‌های آن‌ها انتخاب شده و ضمن توانمندسازی، در برنامه‌ریزی خدمات مشارکت داده شوند.

5. راهکارهای تدارک داروهای اساسی

5-1. دسترسی به داروهای اساسی در درمان افسردگی، اضطراب و روانپریشی، در نظام ارایه خدمات بهداشتی اولیه و پزشک خانواده

در این راهکار، هدف این است که در مدت اجرای برنامه، داروهای اساسی در کلیه داروخانه‌های همکار با برنامه پزشک خانواده وجود داشته باشد. برای تحقق این هدف، بازنگری لیست داروهای اساسی روانپزشکی در برنامه، رایزنی‌های لازم با شرکت‌های بیمه در خصوص پوشش قرار دادن داروهای لیست و تامین هزینه و بودجه لازم برای در دسترس قرار گرفتن داروهای اساسی روانپزشکی، و نیز نظارت برای اطمینان از وجود داروهای اساسی، لازم است.

6. راهکارهای بهبود کیفیت

6-1. استانداردسازی مراقبت‌های بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه و پزشک خانواده

هدف اول این راهکار، تدوین راهنمای طبابت بالینی مراقبت‌های بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه و پزشک خانواده است. برای این هدف لازم است که دفتر سلامت روان راهنماهای طبابت بالینی در بیماری‌های هدف برنامه را توسط مراکز تحقیقاتی سلامت روان تهیه و به روز نماید و برای اجرا به کار گیرد.

هدف دوم این راهکار، ارایه کلیه مراقبت‌های بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه و پزشک خانواده بر اساس

جبران هزینه‌ها انجام شود. و در نهایت آیین نامه نحوه رایانه حمایت مالی تدوین و اجرا شود.

2-7. تامین نیروی انسانی کافی و متناسب برای اجرای برنامه

هدف اول از این راهکار، تخصیص و تعیین جایگاه شغلی برای روانشناس در تیم سلامت است. برای این منظور لازم است شرح وظایف روانشناس در تیم سلامت تعیین شده و بودجه لازم برای به کارگیری روانشناس در تیم سلامت تخمین زده شود و سپس ریزنی و جلب حمایت برای به کارگیری روانشناس در تیم سلامت انجام گیرد.

هدف دوم، تامین نیروهای مورد نیاز در تیم سلامت جهت اجرای برنامه است. در این مسیر لازم است شرح وظایف نیروهای مورد نیاز بهداشت روان در تیم سلامت مشخص شده و ریزنی و جلب حمایت برای تامین و تکمیل نیروی انسانی لازم در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پزشک خانواده انجام شود. سپس برنامه زمانبندی برای تامین نیرو و اجرای برنامه با استفاده از منابع انسانی موجود و به کارگیری ظرفیت‌های قابل واگذاری به داوطلبین و بخش خصوصی تدوین و اجرا شود.

بحث

اهداف و راهکارهایی برای بازنگری برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشت روان به صورت خلاصه رایانه شد. چشم انداز و اهداف رایانه شده مبتنی بر سند چشم انداز در افق 1404 (18) است که عدالت در سلامت و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران را مورد تاکید قرار داده و نظام سلامت را به سمت مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمت گیرندگان نظام سلامت جهت دهی نموده است و در نقشه سلامت نیز کاهش بار بیماری‌های روانی، با تاکید بر کاهش افسردگی و اعتیاد، مورد توجه قرار گرفته است.

اگر چه اجرای برنامه پزشک خانواده در سال‌های اخیر به خوبی پیش نرفته است، که نقایص آن را می‌توان بیشتر ناشی از نحوه استقرار و اجرای برنامه دانست (38)، با این وجود بر اساس سند سلامت در برنامه پنجم توسعه (20) مبنی بر تاکید بر افزایش دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه، اجرای آن لازم به نظر می‌رسد. اهداف و راهکارهای تدوین شده نه تنها در برنامه پزشک خانواده بلکه در هر بستر دیگر برای رایانه مراقبت‌های بهداشت روان، با تغییرات جزئی، قابل اجرا به نظر

استاندارد است. برای این منظور لازم است که دفتر سلامت روان، استانداردهای رایانه خدمات در مراقبت‌های بهداشت روان را تعیین نموده و پس از ابلاغ بر رعایت آن نظارت نماید.

2-6. تمرکز بر رضایت دریافت کنندگان خدمت به عنوان یکی از شاخص‌های کیفیت رایانه خدمت

هدف این است که رضایتمندی دریافت کنندگان خدمت (به عنوان یک شاخص اصلی در رایانه مراقبت‌های بهداشت روان) به صورت نظام مند مورد بررسی قرار گیرد. در این زمینه لازم است که روش بررسی رضایتمندی از رایانه خدمات تعیین شود، داده‌ها از نظام رایانه خدمت جمع آوری، تفسیر و تحلیل گردد و بر اساس آن اقدام لازم صورت گیرد.

7. راهکارهای مالی و اداری

1-7. حمایت از افراد مبتلا به اختلال‌های مزمن روانی و خانواده‌های آن‌ها، در برابر هزینه‌های مراقبت

هدف اول این راهکار، دسترسی گروه‌های خاصی از بیماران (افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی) به خدمات رایگان، در برنامه پزشک خانواده است.

برای این هدف لازم است که تعیین سرانه جهت رایانه خدمات به بیماران، جلب حمایت سازمان‌های بیمه گر و سایر سازمان‌های مرتبط برای جبران هزینه‌ها و تامین منابع لازم، انجام و دستورالعمل اجرایی تهیه و ابلاغ شود.

هدف دوم این راهکار نیز دسترسی بیماران مبتلا به اختلال‌های مزمن روانی (افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی)، به داروی رایگان در برنامه پزشک خانواده است. دستیابی به این هدف نیازمند ریزنی‌های لازم با سازمان‌های بیمه گر و سایر سازمان‌های مرتبط در خصوص نحوه جبران هزینه‌ها و تامین منابع و تدوین و ابلاغ آیین نامه‌ها برای اجرایی شدن آن است.

هدف سوم این راهکار، این است که خانواده‌های افراد مبتلا به اختلال‌های مزمن روانی (افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی)، یا افراد مراقبت کننده از آن‌ها، در صورت همکاری در مراقبت از بیمار مورد حمایت مالی قرار گیرند. در این زمینه لازم است که ابتدا خدمات مورد انتظار از خانواده‌ها و مراقبین مشخص شود، سپس سرانه کمک مالی به مراقبین این بیماران تعیین گردد و ریزنی‌های لازم با سازمان‌های بیمه گر، بهزیستی و سایر سازمان‌های مرتبط در مورد تامین منابع لازم برای

می‌رسد و می‌تواند با سیاست‌های اخیر وزارت بهداشت در گسترش پوشش خدمات منطبق شود.

وجود چشم انداز، ارزش‌ها و اهداف کلان، چارچوب مناسبی برای حرکت به سمت ارتقای سلامت و هماهنگ کردن خدمات و فعالیت‌های سلامت روان است (39) و افزایش رضایت دریافت کنندگان خدمت در آن دارای اهمیت است.

متناسب با چشم انداز مطرح شده، اهداف مورد نظر برنامه علاوه بر ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات، به بهبود کیفیت و رعایت شئون انسانی بیماران، رضایتمندی آن‌ها و کاهش بار بیماری از طریق پیشگیری و بهبود بیماران، معطوف شده است.

در راهکارهای ارائه خدمات، گسترش ارائه خدمات و افزایش پوشش آن، حرکت به سمت جامعه‌نگر شدن خدمات، استفاده از خدمات روانشناختی و ارتقای سلامت روان جامعه، مدنظر قرار گرفته است که در این مسیر، خدمات باید به صورت دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد اجرا شود. در حال حاضر شواهد برای مداخلات موثر در تمامی سطوح پیشگیری وجود دارد (11) و استفاده از آن‌ها باید با تجارب داخلی هماهنگ باشد و بر اساس نیازها و امکانات جامعه صورت گیرد و باید تلاش شود که این خدمات موثر با پوشش گسترده (14)، توسط نظام ارایه خدمات ارایه گردد. بسیاری از کشورها در طول زمان رویکرد خود را در ارایه خدمات تغییر داده‌اند و به سمت خدمات جامعه‌نگر حرکت کرده‌اند (5, 8, 9) و در این مسیر به موفقیت‌های چشمگیری دست یافته‌اند (6). علاوه بر این بسیاری از آنها هدف خود را از ارایه خدمات و ایجاد دسترسی به سمت بهبودی بیماران تغییر داده‌اند و الزامات آن را فراهم آورده‌اند (5). در برنامه عملیاتی جامع سلامت روان در کشورهای اروپایی برای تضمین دسترسی مناسب به خدمات سلامت روان در چیدمان مراقبت‌های اولیه بهداشتی، ایجاد مراکز توانمندی¹ و فراهم ساختن مراقبت‌های سلامت روان در سایر خدمات اولیه بهداشت در نظر گرفته شده است (40).

برنامه سلامت روان ایران در گذشته، بر افزایش پوشش و دسترسی با استفاده از راهکار ادغام تمرکز داشته است. در راهکارهای ارایه شده سعی شده است با حفظ مزایای برنامه

ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه، جهت حرکت به سمت بهبودی بیماران باشد.

مطالعات ارزشیابی سلامت روان، نقص نظام اطلاعات و ارزشیابی را مورد تاکید قرار داده و به نامنظم بودن زمانبندی ارزشیابی‌ها اشاره کرده است (25، 26). تقویت این سیستم و استفاده از تحقیقات در جهت جمع آوری داده‌های مورد نظر برای ارتقاء نظام سلامت روان (با تاکید بر تحقیقات کاربردی) مد نظر قرار گرفته است.

حمایت از بیماران و افراد مراقبت کننده از آنها، به خصوص بیماران دچار اختلال‌های مزمن روانی که نیازمند مراقبت‌های طولانی و پرهزینه هستند، چالش برانگیز است (41، 42). مواردی مثل حمایت از این بیماران و مراقبان آن‌ها، بازتوانی و پیدا کردن شغل و حمایت در برابر هزینه‌ها از آن جمله‌اند (43) و در راهکارهای ارایه شده مد نظر قرار گرفته است تا امکان بهبودی بهتر را برای بیماران فراهم آورد.

چالش‌های زیادی در تامین نیروی انسانی وجود دارد (3)، (44، 45) و گسترش برنامه، بدون وجود نیروی انسانی توانمند می‌تواند منجر به کاهش کارایی و کیفیت برنامه گردد. علاوه بر تامین نیروی انسانی لازم، آموزش و توانمندسازی آن‌ها برای اجرای برنامه‌ها نیز باید در نظر گرفته شود. ارزشیابی‌های گذشته نشان می‌دهد که در بعضی از حیطه‌های ارایه خدمات از جمله تشخیص و درمان، کارکنان نظام مراقبت‌های اولیه با مشکلاتی روبه‌رو هستند (25) که با آموزش و به کارگیری دستورالعمل‌های مناسب، قابل حل است. جلب مشارکت سازمان‌ها، ارایه دهندگان خدمات در سطح دوم و سوم و نیز گیرندگان خدمات اعم از بیماران و خانواده‌های آن‌ها اهمیت به سزایی در موفقیت برنامه‌ها دارد. راهکارهای ارایه شده می‌تواند با همگرایی در خدمات، منابع بیشتری برای ارایه خدمات با پوشش بالاتر فراهم آورد و نیز با جلب همکاری نیروهای سطوح تخصصی (سطوح دوم و سوم خدمات) در نظارت، بر تقویت نظام ارجاع به عنوان یکی از مشکلات نظام ارایه خدمات، تاثیر مثبت داشته باشد (45).

شاخص رضایت دریافت کنندگان خدمات، به عنوان یکی از معیارهای کیفیت خدمات شناخته شده است (46). تاکید بر استفاده از این شاخص در کنار استاندارد سازی خدمات، امکان سنجش کیفیت و ارتقای خدمات را فراهم می‌آورد.

¹ Centers of competence

2. 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.
3. Ahmadzad Asl M SA, Hajebi A, Naserbakht M, Saberi Zafarghandi M, Davoudi F. Geographical Distribution of Human Resources in Mental Health Provision System in 2007. *IJPCP.* 2011;17(2):143-50. [Persian]
4. WHO-AIMS Report on Mental Health System in The Islamic Republic of Iran, WHO and Ministry of Health and Medical education, Tehran, the Islamic Republic of Iran, 2006. [Persian]
5. Fourth National Mental Health Plan-An agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014: Commonwealth of Australia; 2009.
6. Ferrannini L, Ghio L, Gibertoni D, Lora A, Tibaldi G, Neri G, et al. Thirty-five years of community psychiatry in Italy. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(6):432-9.
7. Advancing our vision. Toronto, Canada: Camh Annual Report To The Community 2008-2009.
8. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Republic of Korea, WHO and Ministry of Health and Welfare, Gwacheon City, Republic of Korea, 2007.
9. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil, WHO and Ministry of Health, Brasília, Brazil, 2007.
10. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2007;370(9593):1164-74.
11. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2007;370(9591):991-1005.
12. World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.
13. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* 2007;370 (9594): 1241-52.

طرح بازنگری در برنامه بهداشت روان با مساعدت و همکاری گروه قابل توجهی از دست اندرکاران، متخصصین و کارشناسان از سراسر کشور و بخصوص افراد دارای سابقه در طراحی و اجرای برنامه‌های قبلی سلامت روان صورت گرفته است که از نقاط قوت آن محسوب می‌شود. با وجود این عدم حضور مستمر بعضی از صاحب‌نظران در جلسات، گاهی رسیدن به اجماع را دچار اشکال می‌نمود. عدم استفاده از نظرات بعضی از ذینفعان بخصوص بیماران و افراد مراقبت‌کننده از آن‌ها، از نقاط ضعف پروژه بود.

بازنگری ارایه شده، بر اساس شواهد موجود و نقائص تعیین شده در ارزشیابی‌های برنامه و نظرات کارشناسان تدوین شده است. جهت اجرایی شدن این برنامه، لازم است که وزارت بهداشت مراحل اجرایی آن را دنبال کرده و طرح‌های عملیاتی آن را تدوین و به اجرا گذارد. بدیهی است که اجرای برنامه‌ها مشروط به اراده تصمیم‌گیرندگان و جدیت و ثبات آن‌ها در تامین منابع لازم برای اجرای برنامه است.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران) انجام شده است. بدینوسیله از دکتر عباسعلی ناصحی، دکتر احمد محیط، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، دکتر مرتضی ناصربخت، دکتر انوشه صفرچراتی، دکتر فرنوش داودی، مهرداد کاظم زاده عطوفی، معصومه افسری، صدیقه خادم، دکتر مژگان خادمی، شهناز باشتی، دکتر هستی ثنایی، دکتر ناهید نوائیان، دکتر لیلا قالیچی، دکتر آتوسا ایران‌پور، دکتر آمیندا امین‌الهی، محمد شمس و کلیه عزیزانی که در نگارش این مجموعه، اعضای تدوین‌کنندگان را یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد. در سیر تدوین طرح از راهنمایی‌های استاد گرانقدر، شادروان دکتر کامل شادپور بهره‌مند شدیم. یادشان را گرامی می‌داریم و برای ایشان علو درجات را از خداوند خواستاریم.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Noorbala AA, Akhondzadeh S. Mental health study process into prevalence of mental disorders in iran. *Arch Iran Med.* 2015;18(2):74-5.

15. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Bagheri Yazdi S, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I et al . Evaluation of Mental Health Program Integration into the Primary Health Care System of Iran. *IJPCP*. 2012; 17 (4) :271-278. [Persian]
16. Razzaghi EM, Yasamy, M.T., Bagheri Yazdi, S.A., Hadjebi, A., Rahimi Movaghar, A. WHO-AIMS Report on mental health system in Iran: World Health Organization; 2006.
17. World Health Organization. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. Geneva: World Health Organization; 2009.
18. Islamic republic of Iran vision on 1404. 2003. [Persian]
19. Ghanoon barnameh panjome toseah(1390-1394): Moavenate tadvin, tanghah va enteshar ghavanin va moghararat. 2010. [Persian]
20. Salamte jomhoori eslami dar barnameh panjome tosea eghtesadi, ejtemayee va farhangi.In: council P, editor.: Ministry of Health and Medical Education; 1388. [Persian]
21. Naghsheh jameye elmi salamat. Specialized comitee on health and biological sciences, shoraye alie enghelabe farhangi: Ministry of Health and Medical Educaion; 1388. [Persian]
22. Damari B. Sanad salamat ravan keshvar. Ministry of health and Medical Education; 1390. [Persian]
23. Nasre esfahani M. Tahiah va tanzime pishnevis ghanoon behdasht ravan dar Iran. 1385. [Persian]
24. Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2013-2020: Version dated 27 August 2012: World Health Organization.2012.
25. Bolhari J, Ahmadkhaniha HR, Naserbakht M, Hajebi A, Karimi-Kaisomi I, Bagheri Yazdi SA, et al. Evaluation of the program of integration of mental health in primary health care and strategies to improve the program. Unpublished report of Mental Health Research Center and Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences; 2009. [Persian]
26. Bolhari J, Mohit A. Integration of mental health into primary health care in Hashtgerd. *Andeeshe va Raftar* .1995, 2:16–24. [Persian]
27. Sharhe Khadamate teame salamat va pezeskhe khanevade. In: Center for Network Development and Health Promotion RCoHP, editor. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. [Persian]
28. Dastoorolamal barnameh pezeskhe khanevade va nezam erja dar manategh shahri noskhe 02. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011. [Persian]
29. Dastoorolamal ejraye barnameh pezeskhe khanevade va bimeh roostayee noskhe 11. Tehran: Ministry of health and medical education; 2010. [Persian]
30. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization. 2008.
31. Murray, C. Lopez, A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997, 349:1498-1504.
32. Wiseman V, Mooney G. Burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited. *J Health Policy*. 1998; 43: 243–251.
33. Bobadilla,J.L. Searching for Essential Health Services in Low- and Middle-Income Countries. A Review of Recent Studies on Health Priorities. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1998.
34. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M SS, Mari J, Sreenivas V, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*. 2007;370:1061-77.
35. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report: World Health Organization. 2004. Report No: 92 4 159215 X.
36. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi Manal A, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. 2008; (4): Available from:<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005471/frame.html>.
37. Gitlin LN, Harris LF, McCoy M, Chernett NL, Jutkowitz E, Pizzi LT. A community-integrated home based depression intervention for older African Americans: descripton of the Beat the Blues randomized trial and intervention costs. *BMC Geriatr*. 2012;12:4.

38. Majdzadeh R. Family physician implementation and preventive medicine; opportunities and challenges. *Int J Prev Med.* 2012; 3(10):665-9.
39. World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Dependence. Mental health policy, plans and programmes. Updated ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
40. World Health Organization. Regional Office for Europe. Mental health action plan for Europe : facing the challenges, building solutions : First WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. 12 p. p.
41. Mason A. Support services for carers of people with mental health problems: building an evidence base to inform policy decisions. *Appl Health Econ Health Policy.* 2003;2(1):37-42.
42. Rinaldi M, Miller L, Perkins R. Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(2):163-72.
43. Schneider J, Slade J, Secker J, Rinaldi M, Boyce M, Johnson R, et al. SESAMI study of employment support for people with severe mental health problems: 12-month outcomes. *Health Soc Care Community.* 2009;17(2):151-8.
44. Murthy SR. Human resources for mental health care in India-challenges and opportunities. *Indian J Psychiatry.* 2004;46(4):361-6.
45. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet.* 2011;378(9803):1654-63.
46. McCabe MP, Leas L. A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychol Health Med.* 2008;13(3):303-12..

Original Article

Revision of the Integration of Mental Health into Primary Health care and the Family Physician Program

Abstract

Objectives: Mental health in Iran has gone through a lot of ups and downs. Integration of mental health into primary healthcare system has increased access, particularly in rural areas. This has achieved remarkable results. After nearly three decades of the implementation of the program, due to demographic changes, needs and priorities changed and hence evaluative studies addressed the necessity of revising the program. Due to the expansion of the family physician program and improvement of primary mental healthcare within its framework, the program was subjected to revision. This paper reports on goals, strategies, and required actions within this revision. **Method:** In revising the Integration of Mental Health Services into Primary Health Care Program and the Family Physician Program, a combination of review literature and qualitative methods were used; and the national and international resources, experiences and reliable documents were reviewed. Group discussion, expert panels and Delphi technique were used to determine the shortcomings, goals, strategies, and hence reaching a consensus. **Results:** The program's intended values in several domains and with specifying the general goal, were formed, and to achieve these goals, strategies in various areas including service delivery, training, information system, evaluation, advocacy, provision of essential medicines, quality improvement, and financial and administrative affairs were designed. For each strategy, objectives and measures were identified. **Conclusion:** In delivering the services, in addition to widening the coverage, they must be more community-based and the psychological services and promotion of mental health should be implemented in accordance with specific guidelines. The program's focus must shift from widening the coverage to enhancement of the program. Strengthening information gathering system with the aim of conducting applied researches and designing a system for supporting patients with severe chronic disorders and their caregivers must be taken into consideration. Attention should be paid to recruiting competent staff, involvement of organizations, services providers and service users; and clients' satisfaction indices should be used to improve the quality of care. Implementation of the strategies and the mental health interventions with the preservation of the strengths of the previous plans is possible within the family physician or any other program for delivering mental health care with minimal modifications. However, it requires the decision makers' will and seriousness, and the stability in the provision of necessary resources for the implementation of the program.

Key words: revision of mental health services; primary health care; designing health services; delivery of health care, national health programs, health systems plans

[Received: 21 April 2015; Accepted: 13 February 2016]

Jafar Bolhari ^a, Kourosh Kabir^{*}, Ahmad Hajebi ^b, Seyed Abas Bagheri Yazdi ^c, Hasan Rafiei ^d, Masoud Ahmadzad Asl ^b, Nilofar Mahdavi Hazave ^e, Mohamadreza Rahbar ^f, Seyed Abbas Motevalian ^g, Hosein Kazemini ^f

* Corresponding author: Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran, IR.

Fax: +98263-25633486

E-mail: kabir.kourosh@yahoo.com

^a Center of Excellence in Psychiatry and Clinical Psychology, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

^b Research Center for Addiction & Risky Behavior (ReCARB), Psychiatric Department, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^c Mental Health in MHME Department of Mental Health, Tehran, Iran; ^d University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; ^e Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^f Center for network management of MHME, Tehran, Iran;

^g School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.