

## Studying the Performance, Achievements, and Challenges of Providing Community-Oriented Mental Health Services: A Case Study

Ali Fakhari<sup>1</sup>, Jafar Sadegh Tabrizi<sup>2</sup>, Abbasali Dorosti<sup>3</sup>, Vahab Asl-Rahimi<sup>4</sup>, Mostafa Farahbakhsh<sup>5</sup>,  
Habibeh Barzegar<sup>1</sup>, Laleh Ghaem Magami<sup>1</sup>, Hosein Azizi<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Tabriz Health Services Management Research Center, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>3</sup> Department of Anesthesiology, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> Department of Mental Health, Office of Health Vice-chancellor, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>5</sup> Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

### ARTICLE INFO

**Article Type:**  
Original Article

**Article History:**  
Received: 21 Jul 2021  
Accepted: 5 Apr 2022  
ePublished: 12 Sep 2022

**Keywords:**  
Community Mental  
Health Center,  
Mental Health,  
Case Study

### Abstract

**Background.** Primary health care system provides appropriate prevention and primary mental care services only for rural population. Therefore, the Community Mental Health Center (CMHC) was developed to provide mental health services in urban areas. The present study aimed to outline the performance, achievements, and challenges of CMHC in Tabriz, Iran.

**Methods.** This was a qualitative pilot study with in-depth interview approach. The outcomes, implications, and challenges of CMHC in Tabriz city were evaluated from 2015 to 2019 using three methods, including conducting in-depth interviews with two executive managers, holding focus group discussion (FGD) with managers and mental healthcare providers, and collecting mental health care indicators from the patients' health records. After evaluating the challenges, appropriate recommendations to improve mental health services in urban areas were presented.

**Results.** A total of 17 specialists and general medical doctors collaborated in this study. During the study, 1053 initial visits and/or screenings and 2313 patients with psychological disorders were identified and recorded. Moreover, a total of 988 mental training sessions were held for patients and their families. Five main themes, including the necessity for establishment and objectives, implementation process, achievements, challenges, and recommendations, were identified during in-depth interviews and FGDs.

**Conclusion.** It seems that CMHC is an appropriate strategy and model for providing basic mental health services, especially in metropolitan cities. Longitudinal studies with a randomized controlled trial design as well as cost-effectiveness evaluation studies are required to confirm CMHC in the Iranian context.

Fakhari A, Tabrizi JS, Dorosti A, Asl-Rahimi V, Farahbakhsh M, Barzegar H, et al. Studying the Performance, Achievements, and Challenges of Providing Community-Oriented Mental Health Services: A Case Study. *Depiction of Health*. 2022; 13(3): 311-321. doi: 10.34172/doh.2022.36. (Persian)

\* Corresponding author; Azizi H, E-mail: [aziziepid@gmail.com](mailto:aziziepid@gmail.com)



## Extended Abstract

### Background

Mental health disorders are the first cause of the disability-adjusted life year (DALY). In Iran, primary health care (PHC) system has provided appropriate prevention and primary mental healthcare services to the rural population. However, this need is not met yet in urban areas, especially in metropolitan cities.

The Community Mental Health Centers (CMHC) was developed to provide and promote mental health services in urban areas. The CMHC was established in the United States in 1963 and performed successfully. The similar results regarding the outcomes of CMHC have been reported from Italy, Australia, and Denmark. In 2010, the Iranian model of CMHC was also established in Tehran, Tabriz, Sanandaj, Zanjan, and Kerman. Accordingly, the objective of this study was to outline the performance, achievements, and challenges of CMHC in Tabriz.

### Methods

This was a pilot study with mix-method approach. The CMHC outcomes, implications, and challenges were evaluated using three methods from 2015 to 2019.

#### 1) *In depth-interviews (two executive managers)*

The interviews lasted for at least one hour. The questions were prepared in advance and the interview session was pre-arranged with the interviewees. The interview took place in a private room with the presence of the interviewee and the interviewer. A tape recorder was used to record and save the interviews.

#### 2) *Focus group discussion (managers and mental healthcare providers)*

A focus group discussion (FGD) was held with the presence of seven participants (two executives, two psychiatrists, one psychologist, one expert, and one general practitioner) to elicit their comprehensive opinions through discussing pros and cons and comparing them with the results of in-depth interviews. The meeting was held at the Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences. The FGD lasted for three hours and the same questions in the in-depth interview section were utilized. Content analysis was performed for data analysis.

#### 3) *Mental health care indicators*

To evaluate the outcomes and practices of CMHC, we used the indicators related to mental health services provided for outpatients with mental disorders. Health indicators and practices were extracted by reviewing CMHC records and monitoring patient records. The indicators and/or practices included the number of physicians working in the center, the number of visits done by psychiatrists and psychologists, the number of clients, the number and percentage of screening for psychological disorders, the number/percentage of the identified patients, the percentage of referrals to the center by the first level of PHC system, number/percentage of training sessions, percentage of home cares, and follow-up of the identified patients.

### Results

A total of 17 specialists and general medical doctors collaborated in conducting the study. During the study, 1053 initial visits or screenings and 2313 patients with psychological disorders were identified and recorded. Moreover, a total of 988 mental training sessions were held for patients and their families.

Five main themes, including the necessity for establishment and objectives, implementation process, achievements, challenges, and recommendations, along with subthemes were identified during in-depth interviews and FGDs. The study results and in-depth interviews indicated that the CMHC center not only provided specialized psychiatric and psychological services, but also provided the availability of recognition, screening, caring, treatment, and home care of mental health disorders for the general people at the first line. It could also improve connections between the first and second referral systems. The CMHC center could provide an appropriate context to enhance psychiatric and psychological students' skills and mental health education.

### Conclusion

It seems that CMHC is an appropriate strategy and model for providing basic mental health services, especially in metropolitan cities. Longitudinal studies with a randomized controlled trial design as well as cost-effectiveness evaluation studies are required to confirm CMHC in the Iranian context.

## مطالعه عملکردها، دستاوردها و چالش‌های مرتبط با طراحی و اجرای مرکز سلامت روان جامعه‌نگر: یک مطالعه موردی

علی فخاری<sup>۱</sup>، جعفرصادق تبریزی<sup>۲</sup>، عباسعلی درستی<sup>۳</sup>، وهاب اصل رحیمی<sup>۴</sup>، مصطفی فرح‌بخش<sup>۵</sup>، حبیبه بزرگر<sup>۱</sup>، لاله قائم مقامی<sup>۱</sup>، حسین عزیزی<sup>۱\*</sup>

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۳</sup> گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۴</sup> گروه سلامت روان، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۵</sup> مرکز تحقیقات مدیریت و پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

### چکیده

**زمینه.** مراکز سلامت روان جامعه‌نگر با هدف ارتقاء و ارایه خدمات سلامت روان به جمعیت شهری طراحی شد. هدف از مطالعه حاضر توصیف عملکردها، دستاوردها و چالش‌های مرتبط با طراحی و اجرای مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در شهر تبریز می‌باشد.

**روش کار.** این یک مطالعه موردی با رویکرد ترکیبی کیفی و کمی بود. مطالعه به صورت موردی در مرکز ارائه خدمت سلامت روان جامعه‌نگر شهر تبریز (CMHC) طی سال‌های ۹۴ الی ۹۸ انجام شده است. در این مطالعه از سه روش: الف) مصاحبه عمیق با دو نفر از مدیران اجرایی ب) بحث گروهی با مدیران مرکز و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ج) شاخص‌های مرتبط با سلامت روان، استفاده شد برای داده‌های کمی توصیفی از پرونده‌های بیماران و مستندات بیمارستان استفاده شد. بعد از ارزیابی نهایی، چالش‌ها و پیشنهادات لازم برای بهبود ارایه خدمات سلامت روان در مناطق شهری ارایه شد.

**یافته‌ها.** در کل تعداد ۱۷ پزشک متخصص و عمومی در طول اجرای این طرح همکاری کردند. تعداد ۱۰۵۳ ویزیت اولیه یا غربالگری و تعداد ۲۳۱۳ بیمار دارای اختلال روانشناختی شناسایی و ثبت گردید. تعداد ۹۸۸ جلسه آموزش برای بیماران و خانواده‌های آنها برگزار گردید. مصاحبه عمیق و بحث گروهی، پنج تم اصلی شامل ضرورت تاسیس و اهداف، فرآیند اجرا، دستاوردها، چالش‌ها، و پیشنهادات و هرکدام با مضامین فرعی متعدد را شناسایی نمود. **نتیجه‌گیری.** به نظر می‌رسد مراکز سلامت روان جامعه‌نگر یک استراتژی و مدل مناسب برای ارایه خدمات اولیه سلامت روان به‌ویژه در شهرهای بزرگ است. مطالعات طولی با طراحی کارآزمایی تصادفی شده و نیز مطالعات ارزیابی هزینه-اثربخشی برای تایید در جمعیت ایرانی مورد نیاز است.

### اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۳۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۱۶

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱

کلیدواژه‌ها:

مرکز سلامت روان جامعه‌نگر،

سلامت روان،

مطالعه موردی

### مقدمه

اختلالات روانی در اغلب اوقات مشکلاتی در بروز و مدیریت هیجان فرد ایجاد می‌نمایند. ممکن است فرد بیمار با استفاده از مکانیزم‌های جبرانی به‌طور موقت این نقص‌های هیجانی را بیوشاند که این امر در دراز مدت، باعث مشکلات بزرگتری برای فرد خواهد شد.<sup>۲</sup> اغلب افراد مبتلا به اختلالات روانی در زندگی روزانه مشکلاتی را تجربه می‌نمایند. علایم بیماری و استیگمای ناشی از آن اعتماد به

سازمان بهداشت جهانی سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند. با توجه به تعریف ارائه شده، سلامت روان یکی از مولفه‌های اصلی سلامت جامعه محسوب می‌گردد. سلامت روان در تعریف سازمان بهداشت جهانی سطحی از سلامت است که در آن فرد باید قادر به تشخیص توانایی خود، مقابله با استرس‌های معمولی زندگی، کار موثر، مشارکت در جامعه باشد.<sup>۱</sup>

\* نویسنده مسئول: حسین عزیزی، آدرس ایمیل: [aziziepid@gmail.com](mailto:aziziepid@gmail.com)



حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (CC-BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>))

منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

عوامل مؤثر در ناتوانی اختلالات روانی شروع درمان با تأخیر ماه‌ها و حتی سال‌ها پس از شروع بیماری می‌باشد. یکی از چالش‌های نظام سلامت شکاف درمان در اختلالات روانی است. در ناتوانی حاصله از اختلالات روانی علاوه بر ماهیت بیماری و علائم آن، سن شروع پایین، تأخیر در شروع درمان، دریافت درمان مناسب توسط درصد کمی از بیماران نیز نقش دارند.<sup>۹</sup>

اختلالات روانی اولین علت سال‌های از دست‌رفته عمر همراه با ناتوانی است. با استقرار و شکل‌گیری نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران، ادغام سلامت روان در آن، سال‌ها بعد شروع شد.<sup>۱۰</sup> این ادغام با هدف سوق دادن خدمات سلامت روان از بیمارستان محوری به خدمات سرپایی انجام و خدمات پیشگیری و مراقبت اولیه (روان) مناسبی در جمعیت روستایی ارایه شد ولی در جمعیت شهرها به‌ویژه کلان شهرها این نیاز به خدمات سلامت روان همچنان باقی ماند یا موفقیت چندانی نداشته است.<sup>۱۱</sup> مراکز سلامت روان جامعه‌نگر با هدف ارتقاء و ارایه خدمات سلامت روان به جمعیت شهری طراحی شد.<sup>۱۲</sup> در آمریکا در سال ۱۹۶۳ مراکز سلامت روان جامعه محور تاسیس شد و موفقیت‌هایی هم به‌دست آورد. تجربه‌های مشابه در ایتالیا، استرالیا و دانمارک هم گزارش شده است.<sup>۱۳-۱۵</sup> مدل ایرانی مراکز سلامت روان جامعه‌محور در سال ۲۰۱۰ در تهران، تبریز، سنج، زنجان و کرمان راه‌اندازی شد.<sup>۱۶، ۱۷</sup>

بنابراین به نظر می‌رسد مدل مراکز سلامت روان جامعه‌نگر روش مناسبی برای ارایه خدمات سلامت روان در سطح جامعه و روان‌پزشکی جامعه‌نگر باشد لذا هدف از مطالعه حاضر توصیف عملکردها، دستاوردها و چالش‌های مرتبط با راه‌اندازی مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در شهر تبریز طی سالهای ۱۳۹۴ الی ۱۳۹۸ می‌باشد.

## روش کار

این مطالعه موردی با رویکرد کیفی و کمی بر روی "مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شهر تبریز" (CMHC) انجام شده است. مطالعه به منظور توصیف اهداف، دستاوردها و چالش‌های مربوط به راه‌اندازی و اجرای مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شهر تبریز (در طی سال‌های ۱۳۹۴ الی ۱۳۹۸) انجام شد. برای شناسایی و توصیف پیامدهای مرتبط با طراحی و اجرای مرکز سلامت روان جامعه‌نگر از سه روش

نفس فرد، ارتباطات و حیطه‌های آموزشی و شغلی فرد را متاثر می‌سازد. پیشگیری در سلامت روان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هوسمان (Hosman) ارتقای سلامت روان را ایجاد وضعیت محیطی، اجتماعی و فردی که منجر به توسعه مطلوب روان‌شناختی و فیزیولوژیکی می‌گردد، تعریف کرده است. این فرآیندها فرد را در دستیابی به سطوح بالای سلامت روان، افزایش کیفیت زندگی و کاهش فاصله گروه‌های اجتماعی قادر می‌سازد. ارتقای سلامت روان یک فرآیند تواناسازی است که با مشارکت مردم و برای آنها آماده می‌شود. پیشگیری از اختلالات روانی به‌عنوان یک پایه برنامه‌های ارتقای سلامت روان در نظر گرفته می‌شود.<sup>۲</sup>

اختلالات روانی در سرتاسر جهان شایع بوده و از مشکلات و معضلات پیچیده در نظام سلامت تلقی می‌گردند. ۲۵ درصد جمعیت جهان مبتلا هستند. تخمین زده می‌شود تقریباً ۶۵۰ میلیون نفر از اختلالات روانی رنج می‌برند. ۱۴ درصد بار جهانی بیماری‌ها به اختلالات روانی نسبت داده می‌شود.<sup>۴</sup> بیش از ۱۵۴ میلیون نفر در جهان مبتلا به افسردگی و ۲۵ میلیون نفر از اسکیزوفرنیا رنج می‌برند.<sup>۵</sup> مونس (Munce) و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که غیبت از کار ناشی از اختلال افسردگی در آمریکا سالانه بیش از ۳۰ میلیارد دلار خسارت مالی ایجاد می‌نماید.<sup>۶</sup> فرهودیان و همکاران او در متاآنالیز خود میزان شیوع لحظه‌ای اختلالات روانی در جمعیت بالای پانزده سال را در ایران براساس ابزارهای غربالگری ۲۹/۱ درصد (مردان ۲۲/۲ درصد و زنان ۳۱/۶ درصد)، براساس مصاحبه بالینی ۲۱/۹ درصد (مردان ۱۴/۷ و زنان ۲۹/۱ درصد) تخمین زدند.<sup>۷</sup> شیوع اختلال روان پزشکی در مطالعه مروری میرقاند و همکاران در استفاده از ابزارهای غربالگری ۳۱ درصد و در مصاحبه‌های بالینی ۲۵/۴ درصد بوده است. براساس بررسی سلامت روان ایرانیان در ۲۰۱۱ از هر چهار نفر یک نفر به اختلال روانی مبتلا بودند.<sup>۸</sup>

براساس پروژه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۰ اختلالات روانی و استفاده از مواد ۱۸۳/۹ میلیون DALY بود که ۱۷۵/۳ میلیون آن ناشی از ناتوانی ایجاد شده بود (۲۲/۹ درصد کل YLD). در بین اختلالات روانی، افسردگی (۴۰/۵ درصد)، استفاده از مواد و الکل (۲۰/۵ درصد)، اضطراب (۱۴/۶ درصد)، اسکیزوفرنی (۷/۴ درصد) و اختلال دو قطبی (۷ درصد) شایع‌ترین علل ایجاد DALY بودند.

اصطلاحات اصلی در هر سوال استخراج و در یک توضیح مختصر و تفسیر خلاصه شد. مصاحبه‌ها خطبه‌خط خوانده و مقایسه شد و سپس به دسته تقسیم شد. مضامین و تم اصلی با مقایسه بین دسته‌ها استخراج شد. در مواردی که مضامین یا مطالب برای شنونده مبهم بود، مجدد از مصاحبه‌گر سوال گردید (Member check) تا به صحت اطلاعات اطمینان حاصل شود.

یک جلسه بحث گروهی با حضور دو نفر از مدیران اجرایی، دو نفر روانپزشکان، یک نفر روانشناس، یک نفر کارشناس و یک نفر پزشک عمومی به منظور دریافت نظرات کامل و تعامل نظرات موافق و مخالف و مقایسه با مصاحبه‌های عمیق برگزار گردید (جدول ۱). جلسه در مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز با حضور ۷ نفر برگزار گردید. بحث گروهی حداقل ۳ ساعت طول کشید و محتوای سوالات بحث گروهی شامل همان سوالات بخش "مصاحبه عمیق" بود.

یک نفر مسئول هماهنگی جلسه و دعوت از شرکت‌کنندگان و نقش تسهیل‌گر را بر عهده داشت. یک نفر هم مسئول ثبت و ضبط و یادداشت نمودن بحث‌ها و نظرات شرکت‌کنندگان را برعهده داشت. به منظور پیشگیری از مباحث حاشیه‌ای و عدم طولانی‌شدن پاسخ‌ها، جلسه توسط فرد تسهیل‌گر مدیریت و شرایطی ایجاد شد تا تمامی شرکت‌کنندگان بتوانند نظرات خود را ارایه و در مباحثه شرکت نمایند.

برای ارزیابی پیامدها و عملکردهای مرتبط با راه‌اندازی مرکز سلامت روان جامعه‌نگر، از شاخص‌های مرتبط با ارایه خدمات سلامت روان به مراجعان و مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی استفاده شد. شاخص‌ها و اطلاعات سلامت از طریق بررسی اسناد مرکز سلامت روان جامعه‌نگر CMHC (نتایج پایش‌ها، گزارش‌ها) ۵۰۱ پرونده بیمار، ۱۰۵۳ ویزیت و پیگیری بیماران استخراج شد و به صورت توصیفی با توجه به اهداف آنالیز گردید. این شاخص‌ها شامل تعداد پزشکان شاغل در مرکز، تعداد ویزیت‌های روانپزشکان و روانشناسان، تعداد بار مراجعان، تعداد و درصد غربالگری اختلالات روان‌شناختی، تعداد/ درصد بیماران شناسایی شده، درصد ارجاع به مرکز توسط سطح اول نظام مراقبت بهداشتی اولیه، تعداد/ درصد جلسات آموزشی، درصد ویزیت در منزل و پیگیری بیماران شناسایی شده بود.

الف) مصاحبه عمیق با دو نفر از مدیران اجرایی، ب) بحث گروهی با مدیران مرکز، و ارائه‌دهندگان خدمات، ج) جمع‌آوری شاخص‌های مرتبط با سلامت روان از پرونده‌های بیماران، استفاده شد. شاخص‌های مرتبط با سلامت روان از طریق پرونده‌های سلامت بایگانی شده در طی ۴ سال (از سال ۹۴ الی ۹۸) جمع‌آوری و گزارش شده است.

مراقبت مشارکتی برای بیماران دچار اختلالات روان‌پزشکی گام اول راه‌اندازی واحدهای همکار مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در منطقه تحت مطالعه بود. پس از اعلام تأسیس و فعالیت مرکز در منطقه، از تمام پزشکان عمومی علاقه‌مند در آن منطقه برای همکاری دعوت گردید. این کار از راه تماس تلفنی با واحدهای درمانی، و ارسال بروشور و معرفی اهداف و فعالیت‌های برگزاری همایشی برای دعوت به همکاری صورت گرفت. سپس پزشکان داوطلب در دوره آموزشی شرکت نمودند. آموزش اولیه پزشکان عمومی شامل یک کارگاه سه روزه بود که در آن مهارت‌های تشخیصی و درمانی درباره اختلالات نوروتیک، براساس دستورالعمل‌های استاندارد و راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد، تقویت شد. آموزش مداوم پزشکان نیز از راه دوره‌های بازآموزی، شامل یک کارگاه یک روزه، در هر سه ماه انجام گردید.

مصاحبه‌های عمیق با دو نفر از شرکت‌کنندگان (یک نفر مدیر اجرای با مدرک متخصص روان‌پزشکی و یک نفر روانشناس با مدرک دکتری تخصصی) انجام شد. مصاحبه‌ها حداقل یک ساعت طول کشید. سوالات از قبل آماده و با فرد مصاحبه شونده هماهنگی قبلی به عمل آمد. مصاحبه در یک اتاق اختصاصی که فقط مصاحبه‌شونده و مصاحبه‌گر حضور داشتند انجام شد. از ضبط صوت برای ذخیره مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان استفاده شد. مصاحبه شامل سوالات زیر بود:

- ۱) ضرورت راه‌اندازی و اهداف مرکز سلامت روان جامعه‌نگر
  - ۲) فرآیند اجرا و نحوه ارایه خدمات سلامت روان
  - ۳) دستاوردهای مرکز سلامت روان جامعه‌نگر
  - ۴) چالش‌ها و نکات ضعف اجرای برنامه
  - ۵) پیشنهادات برای بهبود و رفع موانع
- پس از ضبط صدا و رونویسی مصاحبه‌ها، فایل‌های ضبط شده صوتی با دقت گوش داده شده و متن‌ها به فارسی نوشته شده‌اند. پس از آن، مضامین، مباحث و



## یافته‌ها

پیشگیری سطح اول را فراهم نمود. ارائه خدمات روان پس از ترخیص بیماران و ترویج مراقبت مشارکتی نیز نظر یکی دیگر از شرکت‌کنندگان بود. موارد فوق از مضامین اصلی مربوط به "ضرورت تاسیس" مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شناسایی شد. افزایش شناسایی و تشخیص بیماران، مراقبت از بیماران و اختلالات روان‌پزشکی، ایجاد محیطی برای آموزش دانشجویان روان‌پزشکی و کسب تجربه در فیلدکاری، ارائه خدمات سطح دو نظام ارجاع، برگزاری برنامه‌های آموزشی برای عموم مردم، مدارس، خانواده‌های بیماران، سازمان‌ها، مراقبت در منزل، مراقبت بعد از ترخیص، ترویج مراقبت مشارکتی از مضامین فرعی مربوط به دستاوردهای اجرای مرکز سلامت روان جامعه‌نگر توسط پنل خبرگان شناسایی شد.

جدول ۱ خصوصیات و سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در بحث گروهی را نشان می‌دهد. به‌طور کلی ۲ نفر روان‌پزشک، ۳ نفر روانشناس، یک نفر مدیر اجرایی و یک نفر کارشناس سلامت مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در مصاحبه‌ها یا جلسات شرکت نمودند. جدول ۲ خلاصه جلسات بحث گروهی و مصاحبه‌های عمیق با مدیران اجرایی، روان‌پزشکان و پزشکان شاغل در مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شهر تبریز در ۵ حیطه ضرورت تاسیس و اهداف، فرآیند اجرا، دستاوردها، چالش‌ها، و پیشنهادها نشان می‌دهد. براساس نظر گروه خبرگان، پنج مضمون اصلی شامل ضرورت تاسیس، فرآیند اجرا، دستاوردها، چالش‌ها، و پیشنهادها شناسایی شد.

مطابق نظر یک از مدیران اجرایی، مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شهر تبریز علاوه بر ارائه خدمات تخصصی روان‌پزشکی سطح ۲، ایجاد بستری مناسب برای ارائه خدمات وسیع و رایگان پیشگیری، آموزشی و درمانی برای بیماران و نیز برای دانشجویان فراهم نمود. براساس نظر یکی دیگر از شرکت‌کنندگان جلسه مراکز سلامت روان جامعه‌نگر بستری برای در دسترس قراردادن خدمات سلامت برای عموم مردم و ارائه خدمات آموزشی و

جدول ۱. مشخصات و تحصیلات شرکت‌کنندگان در بحث گروهی

تخصص	تعداد	سطح تحصیلات
روان‌پزشک	۲	دکتری تخصصی
روانشناس	۳	دکتری تخصصی
مدیر اجرایی	۱	کارشناسی ارشد
کارشناس سلامت	۱	کارشناسی ارشد

جدول ۲. موضوعات و مضامین به‌دست آمده از مصاحبه‌های عمیق و بحث گروهی مرتبط با راه‌اندازی و اجرای مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شهر تبریز

حیطه اصلی	مضامین فرعی یا زیرشاخه‌ها
ضرورت تاسیس و اهداف	ارائه خدمات تخصصی روان‌پزشکی (سطح ۲ نظام ارجاع) ایجاد بستری مناسب برای ارائه خدمات وسیع پیشگیری، آموزشی و درمانی برای بیماران، جامعه هدف مدارس، دانشجویان و رزیدنت‌ها ایجاد بستری مناسب برای شناسایی بیماران دارای انواع اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی
فرآیند اجرا	ارائه رایگان و در دسترس خدمات سلامت روان برای جمعیت عموم و بیماران عقد قرارداد و تفاهم‌نامه با دانشگاه علوم پزشکی تبریز تامین نیروی انسانی (روان‌پزشک، روانشناس، پزشک عمومی، کارشناس سلامت) با عقد قرارداد استفاده از مطب‌های خصوصی برای شناسایی و مراقبت بخشی از بیماران هدف برگزاری دوره‌های آموزش و بازآموزی برای پرسنل پرداخت مبتنی بر خدمت (عملکرد) پایش و نظارت
دستاوردها	افزایش شناسایی و تشخیص بیماران مراقبت از بیماران و اختلالات روان‌پزشکی ایجاد محیطی برای آموزش دانشجویان روان‌پزشکی و اجاد تجربه در فیلدکاری ارائه خدمات سطح دو نظام ارجاع برگزاری برنامه‌های آموزشی برای عموم مردم، مدارس، خانواده‌های بیماران، سازمان‌ها مراقبت در منزل مراقبت بعد از ترخیص ترویج مراقبت مشارکتی

حیطه اصلی	مضامین فرعی یا زیرشاخه‌ها
چالش‌ها	پرداخت مبتنی بر تعداد خدمت برای پزشکان مشارکت و ارتباط ضعیف با معاونت بهداشت، درمان و مرکز درمانی رازی همپوشانی خدمات ارائه شده با مرکز درمانی رازی انصراف پی‌درپی پزشکان عقد قرارداد شده و انگیزه پایین آنها بالابودن درصد ارجاع از سطح یک ضعف در مراقبت‌های بعد از ترخیص عدم شناخته شدن مرکز برای جمعیت عموم، بخش خصوصی و حتی دولتی عدم استفاده از یک سیستم الکترونیکی متصل به دانشگاه و مرکز درمانی رازی وجود بخش‌های خصوصی قوی در بدنه سیستم سلامت کشور بار مراجعه بالای بیماران و مراجعان الکترونیکی شدن خدمات مراقبتی و درمانی و مراقبت پس از ترخیص یکپارچه سازی و وحدت رویه با معاونت بهداشت و درمان دانشگاه بهینه کردن خدمات سلامت روان تقویت ارتباط پزشکان و بیماران با مرکز
پیشنهادها	

به طور کلی تعداد ۱۷ پزشک متخصص و عمومی در طرح مرکز سلامت روان جامعه‌نگر تبریز از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۸ همکاری کردند. تعداد ۱۰۵۳ ویزیت اولیه یا غربالگری و تعداد ۲۳۱۳ بیمار دارای اختلال روان‌شناختی تحت مراقبت ثبت گردید. تعداد ۹۸۸ جلسه آموزش چهره‌به‌چهره برای بیمار و خانواده‌های آنها برگزار گردید. سایر شاخص‌ها و عملکردهای مرکز در جدول ۳ آورده شده است.

**جدول ۳.** خدمات پیشگیری و مراقبت مرتبط با سلامت روان ارائه شده برای بیماران و مراجعان سرپایی در مرکز سلامت روان جامعه‌نگر تبریز

خدمات پیشگیری و مراقبت از اختلالات روان‌پزشکی	بخش خصوصی	بخش دولتی	کل تعداد (درصد)
پزشکان همکار یا قرارداد خدمت	۱۷	-	۱۷
جلسات آموزشی برگزار شده توسط پزشکان عمومی	۲۵	-	۲۵
ویزیت اولیه یا غربالگری	۱۰۵۳	-	۱۰۵۳
بیماران تحت مراقبت	۱۶۲	۲۲۰۰	۲۳۶۲
ارجاعات دریافت شده از سطح یک یا پزشکان عمومی	۱۱۳	۲۲۰۰	۲۳۱۳
ویزیت یا مراقبت روان‌پزشکان	۳۳۹	۲۲۰۰	۲۵۳۹
ویزیت یا مراقبت روانشناس	۲۱۰	۶۰۰	۸۱۰
جلسات آموزش چهره‌به‌چهره برای بیمار و خانواده	۹۸۸		۹۸۸
ویزیت در منزل	۸	-	۸
پیگیری بیماران	۲۰۰	۱۵۰	۳۵۰

## بحث

سلامت مطلوب داشته است. اولین اقدام، ایجاد نظام شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۱۹۷۸ و سپس طرح تحول سلامت و ادغام برنامه سلامت روان و مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در سال‌های اخیر بود. هدف برنامه‌های تحول در سلامت، افزایش عدالت در سلامت، کاهش پرداخت از جیب و کاهش هزینه‌های کمرشکن و نیز افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت برای جمعیت‌های شهری، حاشیه شهرها و روستاها بوده است.

مطالعه حاضر با هدف توصیف و شناسایی عملکردها و چالش‌های مرتبط با طراحی و اجرای مرکز سلامت روان جامعه‌نگر شهر تبریز انجام شد.

ساختار و نحوه طراحی و عملکرد مرکز جامعه‌نگر تبریز نیز متناسب و همسو با مرکز سلامت روان جامعه‌نگر تهران بود (۱۸). مراکز بود<sup>۱۸</sup> نظام سلامت ایران در طول چندین دهه گذشته تغییرات اساسی در ارائه خدمات

با وجود تعداد زیادی روانپزشک و روانشناس در شهرها، مسؤولیت آنها مشخص نیست. به طوری که، بخش‌های خصوصی، دولتی و خیریه به‌طور جداگانه عرضه‌کننده خدماتی ناکافی و ناهماهنگ هستند. با وجود ناهماهنگی بین بخشی 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 مسئول سلامت روان تلقی نمی‌کند. 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. هر چند شهرها از نظر منابع خدماتی شامل کارکنان و تخت‌های بیمارستانی بهتر از مناطق روستایی کشور هستند؛ عملاً فاقد خدمات خارج از بیمارستان‌ها و مطب پزشکان هستند و اساساً خدمات جامعه‌نگر در این میان ارایه نمی‌شود.<sup>۲۸،۲۶</sup>

همچنین پیشنهادات ذیل جهت بهبود ارایه خدمات سلامت روان جامعه‌نگر پیشنهاد می‌گردد:

(۱) جداسازی سلامت روان از نظام ارائه شبکه خود به انگ بیماری‌ها دامن می‌زند. بهتر است به‌عنوان بخشی از خدمات سلامت در مراکز موجود و در کنار سایر بیماری‌های قابل مراقبت ادغام صورت پذیرد.

(۲) به‌منظور شناسایی، تشخیص و درمان مطلوب بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در اولین سطح از نظام سلامت (به‌ویژه پزشکان خانواده)، الگوریتم، خطوط بالینی و راهنمای تشخیص و مراقبت بیماری‌های با بار بیماری بالا و اولویت‌دار مثل افسردگی تدوین گردد.

(۳) ادغام خدمات جامع سلامت روان در نظام یکپارچه پرونده الکترونیک سلامت (سامانه سیب)

(۴) اصلاح نظام ارائه خدمات سلامت با در نظر گرفتن ماهیت مزمن و طولانی بیماری روانی و ایجاد تعامل مناسب سطوح مختلف ارایه خدمات (نظام ارجاع). در این روش با قراردادن روانپزشک در کنار مراکز سلامت بیمار می‌تواند به‌طور مستقیم در خانه بهداشت، مراکز سلامت به‌طور آسان و مناسب در گردش باشد. این کار می‌تواند

اما علی‌رغم این تغییرات هنوز شکاف‌های اساسی در ارایه خدمات سلامت روان مطلوب برای گروه‌های متعدد جامعه احساس می‌شود. از طرفی تمرکز اصلی سیستم سلامت و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت بر ارایه خدمات مادر و نوزاد، بیماری‌های واگیر و بیماری‌های شایع غیرواگیر مثل دیابت و پرفشاری خون است.<sup>۲۰،۱۹،۱۲</sup>

با توجه به جمعیت عظیم و روزافزون و افزایش نیاز به خدمات بهداشت روان در شهرها از یک‌سو و ضعف شدید ادغام بهداشت روان در شبکه مراقبت‌های بهداشتی 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، از ارائه خدمات سلامت روان در مناطق شهری در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر با هدف بهبود وضعیت و ایجاد تحولی در سلامت روان شهر راهبرد بسیار اثربخشی تلقی می‌شود.<sup>۱۶</sup>

مطالعات بسیار متعدد داخلی و خارجی در خصوص هزینه-اثربخشی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر انجام شده است. در مورد اختلالات روان‌پزشکی، 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، برنامه‌های پیشگیری و درمان اختلالات افسردگی و اضطراب از طریق اینترنت، برنامه‌های ارائه شده در مدارس برای پیشگیری و مداخله زودرس وجود دارد. مراقبت‌های مشارکتی و مراقبت‌های ارائه‌شده با استفاده از اینترنت، موثرترین و اثربخش‌ترین الگو را داشته‌اند.<sup>۲۱، ۲۲</sup> رضایتمندی بیمار و کاهش بار اقتصادی تحمیل شده بر خانواده از جمله شاخص‌های مورد بررسی بود.

در مورد اختلالات شدید روان‌پزشکی اثربخشی و هزینه-اثربخشی درمان جامعه‌نگر پیگیرانه و آموزش روان‌شناختی خانواده قوی‌ترین شواهد را داشتند<sup>۲۳</sup> که نشان می‌دهد این خدمات بر شاخص‌هایی چون میزان بستری، مدت بستری و تداوم ارتباط با سیستم درمانی اثر گذاشته است. الگوهای دیگری مانند تدبیر بیمار،<sup>۲۴</sup> ویزیت در منزل،<sup>۲۵</sup> مداخله در بحران، یادآوری،<sup>۲۶</sup> آموزش روان‌شناختی خانواده، آموزش روان‌شناختی بیمار<sup>۲۷</sup> و اشتغال حمایت شده ارائه شده است که هزینه اثربخشی آنها در اولویت بعد از "درمان جامعه‌نگر پیگیرانه و آموزش روان‌شناختی خانواده" گزارش شده است.



### قدردانی‌ها

بدین‌وسیله از مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری برای هماهنگی و برگزاری جلسات بحث گروهی و مصاحبه‌های عمیق، مرکز سلامت جامعه‌نگر تبریز جهت همکاری در جمع‌آوری داده‌ها، و نیز گروه روان‌پزشکی تبریز تشکر و قدردانی می‌گردد.

### مشارکت پدیدآورندگان

علی فخاری ایده پردازی مطالعه، مصطفی فرح بخش، علی فخاری و جعفرصادق تبریزی نوشتن پروتکل اولیه مطالعه، تفسیر داده‌ها، جذب و اجرای مطالعه، لاله قائم مقامی، حبیبه برزگر، وهاب اصل رحیمی و عباسعلی درستی و حسین عزیزی مشارکت در اجرا و جمع‌آوری داده‌ها، حسین عزیزی آنالیز داده‌ها و استخراج نتایج از مصاحبه‌ها، هماهنگی و انجام مصاحبه‌های فردی و گروهی، آماده‌کردن نسخه اولیه دستنوشته و پاسخ به کامنت‌ها را بر عهده داشتند. کلیه نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه، نقد و بررسی و تایید کرده‌اند.

### منابع مالی

این مطالعه منبع مالی نداشت.

### ملاحظات اخلاقی

پروتکل مطالعه حاضر مصوب شورای پژوهشی مرکز تحقیقات خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره ۵/۷۷/۸۵۸ مورخ ۱۳۹۳/۲/۲۷ می‌باشد. نویسندگان صحت اطلاعات مستخرج از پرونده‌ها و مصاحبه‌ها را اعلام می‌دارند و متعهد هستند اطلاعات بدون هیچ کم و کاست یا بزرگ‌نمایی گزارش شده است.

### تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که تعارض منافی از تالیف و یا انتشار این مقاله وجود ندارد.

به‌صورت اصلاح ارتباط بین سطح اول و دوم باشد و یا از قرارگیری این دوسطح در محل مشترک ایجاد شود.

(۵) تاکید بر روی مراقبت مشارکتی و مدیریت مورد (Case Manager) (آموزش و توانمندسازی افرادی از خانواده یا اطرافیان یا محله برای مراقبت و پذیرش مراقبت، درمان و پیگیری‌ها)

(۶) توسعه و پایش فعالیت‌های خودمراقبتی در حیطه سلامت روان

لازم به ذکر است که در این مطالعه به‌علت ناکافی و کم‌عمق بودن اطلاعات پرونده‌ها، دسترسی عمیق و جامع به داده‌ها ممکن نشد که می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه حاضر محسوب شود.

### نتیجه‌گیری

بنظر می‌رسد مراکز سلامت روان جامعه‌نگر مدلی مناسب برای ارائه خدمات سلامت روان بویژه برای دو گروه از اختلالات روان‌پزشکی شامل اضطراب و افسردگی، و اختلالات روانی شدید که بار بیماری زیادی دارند، مناسب است.

### پیامدهای عملی پژوهش

براساس یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعات کشوری، بنظر می‌رسد راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر یک استراتژی و برنامه اثربخش و موثری است که مبتنی بر شواهد طراحی و اجرا شده است. لذا می‌توان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و سیستم سلامت برای بهبود خدمات سلامت روان جامعه بهره گرفت. اما موفقیت آن مستلزم رعایت استانداردهای معین بر پایه هدف از اجرای آن، پشتیبانی فنی، مالی، نیروی انسانی و ساختاری بوده و نیازمند یک تعهد در سطح برنامه ریزی کلان است. برای تعیین تاثیر و کارایی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر پژوهش‌های بزرگ با طراحی کارآزمایی تصادفی شده و نیز مطالعات ارزیابی هزینه-اثربخشی برای تایید در جمعیت ایرانی مورد نیاز است.

### References

1. Saracci R. The world health organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ*. 1997; 314: 1400-1410. doi:10.1136/bmj.314.7091.1409
2. Hertel J, Schütz A, Lammers CH. Emotional intelligence and mental disorder. *J Clin Psychol*. 2009; 65(9): 942-954. doi: 10.1002/jclp.20597

3. Mann MM, Hosman CM, Schaalma HP, De Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res.* 2004; 19(4):357-372. doi:10.1093/her/cyg041
4. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet (London, England).* 2007; 370(9590):859-877. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0
5. Walt G. Who's world health report 2003. 2004; 328(7430):6. doi:10.1136/bmj.328.7430.6
6. Munce SE, Stansfeld SA, Blackmore ER, Stewart DE. The role of depression and chronic pain conditions in absenteeism: Results from a national epidemiologic survey. *J Occup Environ Med.* 2007; 49(11):1206-1211. doi: 10.1097/JOM.0b013e318157f0ba
7. Farhoudian A, Sharifi V, Amini H, Basirnia A, Mesgarpour B, Mansouri N, et al. Prevalence of psychiatric disorders in iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry.* 2007; 2(4):137-150. (Persian)
8. Mirghaed MT, Gorji HA, Panahi S. Prevalence of psychiatric disorders in iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med.* 2020;11(21):1-7 doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_510\_18
9. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *The lancet.* 2013;382(9904):1575-1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
10. Azizi H, Davtalab-Esmaili E. Iranian first-line health care providers practice in covid-19 outbreak. *Iran J Public Health.* 2020; 49(Suppl 1):119-121. doi: 10.18502/ijph.v49iS1.3681
11. Malakouti SK, Keshavarz Akhlaghi A, Shirzad F, Rashedi V, Khlafbeigi M, Moradi Lakeh M, et al. Urban mental health initiative: Developing interdisciplinary collaboration, the role of the family physician in management of severe mentally ill patients. *Iran J Psychiat Clin Psychol.* 2021; 27 (1) :104-119. doi:10.32598/ijpcp.27.1.2987.1 (Persian)
12. Doshmangir L, Moshiri E, Farzadfar F. Seven decades of primary healthcare during various development plans in iran: A historical review. *Arch Iran Med.* 2020; 23(5):338-352. doi: 10.34172/aim.2020.24
13. Parry-Jones WL, Queloiz N. Mental health and deviance in inner cities. WHO. 1991. 128 pp. *British J Psychiatry.* 1992; 160(6): 883-884. doi: 10.1192/S000712500013884X
14. Whiteford HA. Australia's national mental health policy. *Psychiatric Services.* 1993; 44: 963-966.
15. Vendsborg P. Community psychiatry in copenhagen. Adaptation to increased needs. *Ugeskr Laeger.* 1998; 160(23): 3387-3393.
16. Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaili M. Community mental health centers in iran: Planning evidence-based services. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology.* 2013; 19 (3) :163-176. (Persian)
17. Damari B, Alikhani S, Riazi-Isfahani S, Hajebi A. Transition of mental health to a more responsible service in iran. *Iran J Psychiatry.* 2017;12(1):36-41.
18. Sharifi V, Hajebi A, Damari B, Mohammadjafari A. Specialized outpatient services: Community mental health centers (cmhcs). *Iranian J Psychiatry.* 2021; 16: 87. (Persian)
19. Farahbakhsh M, Fakhari A, Davtalab Esmaili E, Azizi H, Mizapour M, Asl Rahimi V, et al. The role and comparison of stressful life events in suicide and suicide attempt: A descriptive-analytical study. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2020;14(2):1-7. doi: 10.5812/ijpbs.96051
20. Azizi H, Delpisheh A, Sayehmiri K, Asadollahi K, Esmaili ED, Sharbafi J. Risk of colorectal cancer in type2 diabetic patients. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences.* 2016; 38(4): 56-65. (Persian)
21. Community mental health: proceedings of the Indo-US symposium; editors, Srinivasa Murthy, R. and Burns, B.J. Bangalore: National Institute of Mental Health and Neurosciences; 1992.
22. Sharifi V, Hajebi A, Damari B, Mohammadjafari A. Specialized outpatient services in the seraj program: Community mental health centers (cmhcs). *Iranian J Psychiatry.* 2020; 15: 32-38.

23. Bagheri YS, Malek AH, Shahmohammadi D, Naghavi RM, Hekmat S. Evaluation of functions of auxiliary health workers (behvarzes) and health volunteers in memal health care delivery in the framework of phc system in brojen city, chaharmahal and bakhtiary province. *Hakim Research Journal*. 2001; 4(2): 100-109.
24. Sharifi V. Urban mental health in iran: Challenges and future directions. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2009; 3(1): 9-14.
25. Shadpour K. Primary health care system in iran. *East Mediterr Health J*. 2000; 6(4): 822-825.
26. Keegan J. Community-based mental health care: Bridging the gap between community care and primary care. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 1998; 7(3): 95-102.
27. Whittington H. The practice of community mental health. *JAMA*. 1970; 214(4): 764-764. doi: 10.1001/jama.1970.03180040066032
28. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Yazdi SAB, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al. Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of iran. *Iranian J Psychiatry Clinic Psycho*. 2012; 17 (4) :271-278.