QUALITATIVE RESEARCH

Barriers, Challenges, and Facilitators to Implementing the Triple Screening Programme for Mental Health, Social Health, and Addiction: A Qualitative Study

Leila Hassannia[1]
Seyed Abdullah Khavari2
Seyedeh Mohaddeseh Hosseini[3]
Maysam Rezapour[4]
Aqeel Barzegar[5]
Hadith Gardkoli[6]
Azadeh Fathi Dooky [7]
Kamal-eddin Alaal-edini[8]
Mahmoud Reza Hashemvarzi[9]
Nader Ahangar[10]
Elaheh Fathi Dooky[11]
Seyedeh Roghayeh Mir-Shojaei[12]

[1] PhD in General Psychology, Mental, Social Health and Addiction Unit, Health Deputy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] PhD in Higher Education Management, Addiction Research Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Internal Medicine Specialist, Health Deputy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor of Epidemiology, Department of Paramedicine, Amol Faculty of Paramedical Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
[5] General Practitioner, Health Deputy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] Educational Physician, Executive Deputy to the Deputy for Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
7 PhD Student in Educational Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran
[8] Assistant Professor of Addiction Studies,# Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Research Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[9] PhD in Educational Psychology, Social Health and Addiction Unit, Health Deputy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[10] General Practitioner, Director of Network and Health Promotion, Health Deputy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[11] MA in Educational Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran
[12] MSc in Gerontology, The Middle-aged and Elderly Health Unit, Health Deputy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received April 18, 2026; Accepted September 29, 2026)

Abstract

Background and purpose: Primary health care (PHC) is the first point of contact between individuals and the health system and is a cornerstone of health equity and universal health coverage. Integrating mental health, social health, and addiction services into PHC can facilitate early identification of problems and help reduce the treatment gap. Despite the implementation of the triple screening programme in Iran, structural, educational, and cultural challenges remain. This study aimed to explore the barriers, challenges, and facilitators associated with the initial implementation of the triple screening programme for mental health, social health, and addiction, from the perspective of frontline healthcare staff at Mazandaran University of Medical Sciences.

Materials and methods: This qualitative study used a grounded theory approach. Participants included community health workers, healthcare providers, and midwifery care providers in Mazandaran Province, Iran. Purposive maximum-variation and snowball sampling were used to recruit participants from 10 counties until theoretical saturation was achieved. In total, 45 semi-structured interviews were conducted. Data were analysed using open, axial, and selective coding, following the Strauss and Corbin framework, with MAXQDA version 24 used to support data management and analysis.

Results: Structural barriers included high workloads and time constraints, problems with the Parsa system, insufficient incentives and motivation, slow internet connections in rural areas, and lengthy delays in editing screening records. Social and cultural barriers included stigma, concerns about personal information being recorded, and low participation among men and adolescents. Educational barriers included inadequate training and an overly theoretical approach to training. Facilitators included the presence of psychologists at health centres, training in communication skills, opportunities for client follow-up, improvements to the information system and screening questionnaire, staff motivation, and the opportunity to provide further care when new problems arose.

Conclusion: Effective implementation of the triple screening programme requires addressing structural, educational, and cultural barriers, strengthening staff skills and motivation, improving access to psychological support at the primary care level, and raising public awareness to reduce stigma. These findings provide context-specific evidence that may inform improvements to screening policies and implementation strategies in Iran.

Keywords: primary health care, screening, mental health, social health, addiction, Mazandaran

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (Supple 1): 169-179 (Persian).

Corresponding Author: Seyedeh Mohaddeseh Hosseini - Deputy Director of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: mmmmvm.64@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ویژه نامه مهر سال ۱۴۰۵ (۱۷۹-۱۶۹)

تعیین موانع، چالش‌ها و عوامل تسهیل کننده اجرای برنامه غربالگری اولیه سه گانه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد توسط مراقبین سلامت، مراقبین ماما و بهورزان: یک مطالعه کیفی

لیلا حسن نیا[۱]
سید عبدالله خاوری[۲]
سیده محدثه حسینی[۳]
میثم رضاپور[۴]
عقیل برزگر[۵]
حدیث گردکلی[۶]
آزاده فتحی دوکی[۷]
کمال‌الدین علاالدینی[۸]
محمودرضا هاشم‌ورزی[۹]
نادر آهنگر[۱۰]
الهه فتحی دوکی[۱۱]
سیده رقیه میر شجاعی[۱۲]

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) نخستین سطح تماس مردم با نظام سلامت و محور دستیابی به عدالت و پوشش همگانی سلامت است. ادغام خدمات سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در این سطح می‌تواند شناسایی زود هنگام مشکلات و کاهش شکاف درمانی را فراهم کند. با وجود اجرای برنامه غربالگری سه‌گانه در کشور، چالش‌های ساختاری، آموزشی و فرهنگی همچنان وجود دارد. این مطالعه با هدف شناسایی موانع، چالش‌ها و عوامل تسهیل کننده اجرای برنامه غربالگری اولیه سه‌گانه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد از دیدگاه کارکنان خط مقدم دانشگاه علوم پزشکی مازندران، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش کیفی مبتنی بر نظریه داده بنیاد است. جامعه مورد مطالعه شامل بهورزان، مراقبین سلامت و مراقبین ماما استان بود. نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع و گلوله برفی در ۱۰ شهرستان تا اشباع نظری ادامه یافت و ۴۵ مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انجام شد. داده‌ها با کدگذاری باز، محوری و گزینشی بر اساس چارچوب اشتراوس و کوربین تحلیل و با نرم‌افزار MAXQDA 24 پردازش شدند.

یافته‌ها: موانع ساختاری شامل فشار کاری بالا و محدودیت زمان، مشکلات سامانه پارسا، نبود مشوق و انگیزه، سرعت پایین اینترنت در روستاها و فاصله زمانی طولانی برای ویرایش غربالگری بود. موانع فرهنگی و اجتماعی شامل انگ اجتماعی، ترس از ثبت اطلاعات و مشارکت پایین مردان و نوجوانان گزارش شد. آموزش ناکافی و تمرکز بر مباحث نظری نیز از موانع آموزشی بود. عوامل تسهیل کننده شامل حضور روان شناس در مراکز، آموزش مهارت‌های ارتباطی، امکان پیگیری مجدد مراجعین، اصلاح سامانه و پرسشنامه، ایجاد انگیزه و قابلیت ارائه مجدد مراقبت در صورت بروز مشکل جدید شناسایی شد.

استنتاج: اجرای مؤثر غربالگری سه‌گانه نیازمند رفع محدودیت‌های ساختاری، آموزشی و فرهنگی، تقویت مهارت و انگیزه کارکنان، استقرار روان شناس در سطح مراقبت اولیه و فرهنگ‌سازی برای کاهش انگ اجتماعی است. این یافته‌ها شواهد بومی‌سازی شده‌ای برای باز طراحی سیاست‌های ملی غربالگری ارائه می‌دهد.

واژه های کلیدی: مراقبت‌های بهداشتی اولیه، غربالگری، سلامت روان، سلامت اجتماعی، اعتیاد، مازندران

مولف مسئول: سیده محدثه حسینی- ساری- معاون بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران **Email:** mmmmvm.64@gmail.com
۱. دکتری تخصصی روان شناسی عمومی، واحد سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دکتری تخصصی مدیریت آموزش عالی، محقق موعو پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. پزشک متخصص داخلی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیار اپیدمیولوژی، گروه پیراپزشکی آمل، دانشکده پیراپزشکی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. پزشک عمومی، معاون فنی معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران ساری، ایران
۶. پزشک تربیتی، معاون اجرایی معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران ساری، ایران
۷، دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۸. استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۹. دکتری تخصصی روان شناسی تربیتی، واحد سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۱۰. پزشک عمومی، مدیر شبکه و ارتقای سلامت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۱۱. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۱۲. کارشناسی ارشد سالمندی، واحد میانسالان و سالمندان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۱/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۲/۶ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۷/۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary Health Care – PHC) به‌عنوان نخستین سطح تماس مردم با نظام سلامت، یکی از پایه‌های اصلی دستیابی به عدالت و پوشش همگانی سلامت محسوب می‌شود. این سطح از خدمات با رویکرد جامعه محور و با تأکید بر پیشگیری، تشخیص زودهنگام و مراقبت مداوم، بنیانی برای ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد فراهم می‌آورد. اصول راهنمای PHC شامل دسترسی همگانی، پوشش عادلانه، مشارکت فعال جامعه، مراقبت جامع و مستمر و اقدام بین‌بخشی است که با کاهش هزینه‌ها و ارتقای کیفیت زندگی، سلامت جمعیت را بهبود می‌بخشد(۱).

اختلالات روانی و رفتاری یکی از چالش‌های اصلی سلامت عمومی در سراسر جهان هستند و بار بیماری بالایی را به خود اختصاص داده‌اند. براساس شواهد جهانی، حدود یک چهارم جمعیت جهان در طول زندگی خود نوعی اختلال روان پزشکی را تجربه می‌کنند (۲). این اختلالات نه‌تنها منجر به کاهش کیفیت زندگی فردی می‌شوند، بلکه پیامدهای اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی گسترده‌ای به‌دنبال دارند. از سوی دیگر، در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، شکاف درمان (treatment gap) بین نیاز به خدمات سلامت روان و دسترسی واقعی به آن‌ها بسیار زیاد است و گاهی بیش از ۷۵ درصد افراد مبتلا هیچ نوع خدماتی دریافت نمی‌کنند(۳). این شکاف درمانی سبب تشدید عوارض، افزایش ناتوانی، افت بهره‌وری، و در نهایت افزایش هزینه‌های اجتماعی می‌شود.

یکی از راهکارهای مؤثر برای کاهش این شکاف، ادغام خدمات سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در نظام مراقبت‌های اولیه است. چنین ادغامی امکان شناسایی زودهنگام اختلالات، ارائه درمان‌های اولیه، و ارجاع به‌موقع بیماران را فراهم می‌کند. مرور نظام‌مند پژوهش‌ها در سطح جهانی نشان داده است که اگر چه ادغام سلامت روان در PHC با موفقیت‌هایی همراه بوده است، اما در مسیر اجرا با چالش‌هایی مواجه است. نگرش منفی نسبت به بیماران روانی، کمبود دانش و مهارت ارائه دهندگان خدمات، ضعف در مدیریت و نبود حمایت کافی مالی از مهم‌ترین موانع هستند(۱، ۴). در عین حال، آموزش‌های مستمر، پشتیبانی تخصصی روان شناسان، تأمین نیروی انسانی و منابع مالی و وجود ساختار مشخص ارجاع از عوامل کلیدی تسهیل کننده اجرای موفق این برنامه محسوب می‌شوند(۱، ۴).

مطالعات متعددی در کشورهای مختلف، از جمله در جمهوری دموکراتیک کنگو، نشان داده‌اند که اجرای برنامه‌های ادغام سلامت روان در PHC با چالش‌های مشابهی مواجه است. در این کشور، موانعی چون کمبود نیروی متخصص، انگ اجتماعی نسبت به بیماران، ضعف نظام ارجاع و کمبود منابع دارویی از عوامل مؤثر بر اجرای ضعیف برنامه معرفی شدند(۴). با این حال، تجربیات بین‌المللی تأکید دارند که زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و ساختاری کشورها متفاوت است و راهکارهای موفق در یک کشور الزاماً قابل تعمیم به سایر کشورها نیست. بنابراین، شناخت دقیق موانع و تسهیل کننده‌ها در بستر هر کشور، گامی ضروری برای اجرای اثربخش این برنامه‌ها است(۵، ۶).

در ایران، برنامه ادغام سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه از اوایل دهه ۱۳۶۰ با هدف افزایش دسترسی و کاهش انگ اجتماعی آغاز شد. نخستین برنامه پایلوت آن در شهرکرد و شهرضا اجرا گردید و پس از اثبات اثربخشی، در دهه ۱۳۷۰ به‌عنوان نهمین جزء PHC به‌صورت ملی گسترش یافت. در این برنامه، مراقبین سلامت، بهورزان و مراقبین مامان نقش کلیدی در غربالگری، شناسایی و ارجاع مراجعین دارند. با وجود گذشت بیش از سه دهه از اجرای این طرح، هنوز ارزیابی‌های ملی نشان می‌دهد که بخشی از جمعیت نیازمند خدمات سلامت روان از این خدمات بهره‌مند نمی‌شوند(۷).

بر اساس پیمایش ملی سلامت روان ایران (۱۳۸۹)، ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور در سال پیش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

از مطالعه دست‌کم یک اختلال روان پزشکی را تجربه کرده بودند و دو سوم از آن‌ها هیچ‌گونه مداخله درمانی یا روان شناختی دریافت نکردند. در پیمایش اخیر ملی (۱۴۰۱ – ۱۴۰۰) نیز ۲۵/۱ درصد از جمعیت در همین بازه سنی دچار یک یا چند اختلال روانی گزارش شدند، اما تنها حدود یک چهارم آن‌ها درمان کافی دریافت کرده بودند(۸). این اعداد نشان می‌دهد که با وجود برنامه ادغام سلامت روان، چالش‌های قابل توجهی در سطح اجرا وجود دارد.

در ایران، غربالگری سلامت روان و اجتماعی بر اساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت در چهار گروه سنی (کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان) انجام می‌شود. طبق این پروتکل، مراقبین سلامت، ماماها و بهورزان موظفند با استفاده از فرم‌های استاندارد وزارتی، اختلالات روانی، رفتارهای پرخطر و مشکلات اجتماعی نظیر همسرآزاری، کودک‌آزاری و مصرف مواد را شناسایی کنند(۷، ۹). اما میزان تکمیل صحیح این فرم‌ها و دقت در غربالگری در سطح کشور متفاوت است و مطالعات محدودی به بررسی دلایل این تفاوت پرداخته‌اند.

مطالعه زرکش و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که شناسایی به‌موقع گروه‌های آسیب‌پذیر و آموزش خانواده‌ها می‌تواند در پیشگیری از بروز اختلالات روانی نقش مؤثری داشته باشد(۷). با این حال، اجرای کامل غربالگری به دلایلی مانند کمبود زمان، افزایش حجم کار، ضعف آموزش در مراقبین، دیدگاه‌های ناقص و بی‌انگیزگی پرسنل با مشکلاتی همراه است(۹، ۱۰). همچنین مطالعه کیفی کریمی و همکاران (۲۰۲۲) درباره چالش‌های ارجاع در نظام سلامت روان ایران بیان کرد که همکاری ناکافی پزشکان، نبود هماهنگی بین سطوح ارجاع، کمبود نیروی انسانی متخصص و نبود نظام بازخورد از مشکلات عمده نظام ارجاع هستند(۹).

در استان مازندران، با توجه به پوشش گسترده سامانه الکترونیک پرونده سلامت خانوارها (پارسا)، شرایط مناسبی برای ارزیابی اجرای واقعی برنامه‌های غربالگری فراهم است. این سامانه امکان ثبت داده‌های غربالگری، پیگیری ارجاع‌ها و بررسی عملکرد مراقبین سلامت را به‌صورت منظم ایجاد کرده است. با وجود این زیرساخت، هنوز مشخص نیست که در سطح عملی، چه عواملی باعث تسهیل یا مانع اجرای کامل غربالگری سه‌گانه (سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد) می‌شوند. بررسی این عوامل در استان مازندران می‌تواند ضمن شناسایی نقاط ضعف و قوت، راهنمایی برای بهبود اجرای برنامه در سطح ملی فراهم کند(۷، ۹).

از سوی دیگر، مطالعات بین‌المللی نیز تأکید دارند که عوامل اجتماعی و شبکه‌های حمایتی جامعه می‌توانند مسیر دسترسی به خدمات سلامت روان را شکل دهند. برای مثال، پژوهش گرین و پسکوسولیدو (۲۰۲۴) نشان داد که روابط اجتماعی و پیوندهای جامعه محور می‌توانند الگوی مراجعه و دریافت خدمات روانی را بهبود بخشند(۶). همچنین، میراندا و همکاران (۲۰۰۸) بیان کردند که سیاست‌های کاهش نابرابری‌های سلامت از جمله برابری در پوشش بیمه‌ای و حمایت اجتماعی، تأثیر مثبتی بر سلامت روان دارد(۵). این یافته‌ها اهمیت نگاه چند بُعدی به سلامت روان را در سطوح اجتماعی، ساختاری و خدماتی برجسته می‌سازد.

با وجود این شواهد، در ایران تاکنون پژوهش جامعی که روند اجرای غربالگری اولیه سه‌گانه را از دیدگاه مراقبین سلامت، ماماها و بهورزان بررسی کند، انجام نشده است و از آنجا که دستیابی به اطلاعات صحیح لازمه ارائه خدمات متناسب در حوزه بهداشت و درمان است، شناخت موانع، چالش‌ها و عوامل تسهیل کننده اجرای برنامه در سطح عملی می‌تواند مبنایی برای تصمیم‌گیری و بهبود کیفیت خدمات در نظام PHC کشور فراهم آورد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی موانع، چالش‌ها و عوامل تسهیل کننده اجرای برنامه غربالگری اولیه سه‌گانه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در سیستم مراقبت‌های اولیه (PHC) توسط مراقبین سلامت، ماماها و بهورزان طراحی شده است. تمرکز بر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

تجربه عملی این گروه‌ها در استان مازندران است تا با استخراج عوامل بومی و ساختاری، راهکارهایی برای بهبود اجرای برنامه ارائه گردد و در نهایت، موجب ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه شود.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش کیفی و بر اساس نظریه داده‌بنیاد (Grounded Theory)، با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1404.275، انجام شد تا موانع، چالش‌ها و عوامل تسهیل کننده اجرای برنامه غربالگری اولیه سه‌گانه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد توسط مراقبین سلامت، مراقب ماما و بهورزان در استان مازندران شناسایی شود. جامعه آماری شامل مراقبین سلامت، مراقب ماماها و بهورزان در استان مازندران بود. نمونه‌گیری در این مطالعه به‌صورت ترکیبی هدفمند با حداکثر تنوع (Purposive Maximum Variation Sampling) و گلوله برفی (Snowball Sampling) در دو مرحله متوالی انجام شد.

مرحله اول (نمونه‌گیری هدفمند): ابتدا ارائه دهندگان خدمت شامل مراقبین سلامت، بهورزان و مراقبین ماما بر اساس معیارهای ورود (شامل حداقل ۳ سال سابقه اجرای برنامه غربالگری، تجربه ثبت داده در سامانه سیب، و تنوع از نظر محیط جغرافیایی شهری و روستایی) به‌صورت هدفمند انتخاب شدند تا گستره متنوعی از تجربیات ثبت شود.

مرحله دوم (نمونه‌گیری گلوله برفی): در ادامه، از مشارکت‌کنندگانِ مجرب خواسته شد تا همکاران، کارشناسان مسئول ستادی یا مدیران مراکز بهداشتی را که دارای تجربیات غنی، چالش‌های منحصربه‌فرد یا بینش‌های عمیق در خصوص موانع سیستمی و ساختاری غربالگری بودند، معرفی نمایند. این فرایند تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاری و انفرادی جمع‌آوری شد. بعد دریافت کد اخلاق، طی نامه‌ای از طریق معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران از شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها درخواست شد که ۶ نفر از خبرگان شامل ۲ بهورز، ۲ مراقب ماما بخش خصوصی و ۲ مراقب سلامت بخش دولتی بر اساس معیارهای ورود و خروج و یک رابط برای ایجاد هماهنگی در امر مصاحبه را معرفی شوند. با توجه به ترتیب پاسخ نامه‌ها ۱۰ شهرستان در این پژوهش شرکت کردند که شامل، شهرستان‌های گلوگاه، کلاردشت، چالوس، رامسر، محمودآباد، جویبار، قائم‌شهر، بابلسر، سیمرغ و سوادکوه شمالی می‌باشد که با حضور ۴۵ نفر مصاحبه برگزار شد. مصاحبه‌ها با محوریت بررسی موانع، چالش‌ها و عوامل تسهیل کننده اجرای برنامه غربالگری سه‌گانه طراحی شدند و شامل سوالات اصلی و فرعی به تناسب پاسخ مصاحبه شوندگان بود. هر مصاحبه به طور متوسط در مدت ۳۰ دقیقه انجام شد و در طول مصاحبه، پژوهشگر صحت برداشت خود را از گفته‌های شرکت کنندگان بررسی و تصحیح کرد.

معیارهای ورود، شامل، صاحب نظرانی که در حوزه معاونت بهداشتی فعالیت دارند، کارکنانی که تحت عنوان مراقب سلامت، مراقب ماما یا بهورز فعالیت می‌کنند، افرادی که فرم‌های غربالگری سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد را تکمیل می‌کنند و یا بر عملکرد مراقبین سلامت نظارت دارند و سابقه فعالیت حداقل سه سال در عنوان شغلی مورد نظر، بوده است. معیارهای خروج شامل، کارکنان مراکز خصوصی غیر وابسته به معاونت بهداشتی یا غیر مرتبط با پزشک خانواده، افرادی که وظیفه نظارت یا تکمیل فرم‌های سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد را بر عهده ندارند و کارکنانی با سابقه کاری کم‌تر از سه سال، بود.

نمونه سوالات محوری شامل، وضعیت موجود برنامه غربالگری سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد را چگونه ارزیابی می‌کنید؟، مهم‌ترین عواملی که می‌تواند اجرای صحیح برنامه غربالگری را به خطر بیاندازد چیست؟، موانع انسانی، فرهنگی، سیاستی، اقتصادی، محیطی و تکنولوژیکی چگونه بر اجرای برنامه تأثیر می‌گذارد؟، و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

برای بهبود برنامه، چه روش‌ها یا تعاملاتی با ذی‌نفعان و شرکای اجتماعی-سیاستی می‌توان اتخاذ کرد؟، بوده است.

تجزیه و تحلیل

داده‌های کیفی با استفاده از فرایند کدگذاری باز، محوری و گزینشی بر اساس چارچوب نظری اشتراوس و کوربین (۱۹۶۷) تحلیل شدند.

کدگذاری باز: مفاهیم و ویژگی‌ها از متن مصاحبه‌ها استخراج شد.

کدگذاری محوری: مقوله‌های مرتبط با هر مفهوم شناسایی و به هم مرتبط شدند.

کدگذاری گزینشی: پالایش و ادغام مقوله‌ها برای شکل‌دهی چارچوب نظری انجام شد.

اعتبار و روایی

برای تضمین اعتبار پژوهش کیفی، تعامل طولانی مدت با داده‌ها و شرکت کنندگان انجام شد، بازگشت به مصاحبه شوندگان برای تأیید مفاهیم و پالایش مقوله‌ها انجام گرفت و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۴ کدگذاری و تحلیل شدند.

به منظور اطمینان از ثبات کدگذاری، دو پژوهشگر که دارای دانش تخصصی در زمینه روش‌شناسی کیفی و آشنایی با حوزه سلامت عمومی بودند، فرآیند تحلیل را به‌طور مستقل انجام دادند، میزان توافق بین دو کدگذار بر اساس ضریب کاپا محاسبه گردید که مقدار آن ۰/۸۶ (هشتادو شش صدم) به‌دست آمد، این عدد نشان دهنده توافق عالی و ثبات قابل اتکای فرایند کدگذاری است. همچنین، در موارد بروز اختلاف در کدگذاری، موضوع در جلسات هم‌اندیشی مورد بحث قرار گرفت و تا حصول اجماع کامل، کدها بازنگری شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۴۵ مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاری با خبرگان حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در ۱۰ شهرستان استان مازندران انجام شد. مصاحبه شوندگان شامل بهورزان، مراقبین سلامت بخش دولتی و مراقب ماما بخش خصوصی بودند. داده‌ها پس از کدگذاری باز، محوری و گزینشی بر اساس چارچوب نظری اشتراوس و کوربین (۱۹۶۰) تحلیل شد و موانع و عوامل تسهیل کننده اجرای برنامه غربالگری اولیه سه‌گانه استخراج گردید. جدول شماره ۱، فراوانی نمونه آماری را به تفکیک شهرستان‌ها نشان می‌دهد و در جدول شماره ۲ به موانع و عوامل تسهیل کننده بعد سلامت روان به تفکیک اشاره شده است.

جدول شماره ۳، به موانع و عوامل تسهیل کننده بعد سلامت اجتماعی اشاره می‌کند و در جدول شماره ۴ نیز به موانع و تسهیل کننده های غربالگری اعتیاد و تعداد فراوانی اشاره به آن ذکر شده است.

بحث

یافته‌های این پژوهش حاصل تحلیل محتوای مصاحبه‌های مراقبین سلامت درباره اجرای برنامه غربالگری سه‌گانه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد در استان مازندران بود. نتایج نشان داد اجرای این برنامه با مجموعه‌ای از موانع چند سطحی (ساختاری/ اجرایی، فرهنگی و اجتماعی و آموزشی) مواجه است. این بخش، بر اساس مضامین اصلی و با تلفیق تحلیل و تفسیر پژوهشگر از موانع و تسهیل کننده ها ارائه می‌شود.

جدول شماره ۱: اسامی شهرستان‌های شرکت کننده به تفکیک نمونه آماری

گلوگاه	۲	۱	۱	۴
کلاردشت	۲	۰	۱	۳
رامسر	۲	۲	۲	۶
محمودآباد		۲	۲	۶
جویبار	۲	۲	۲	۶
قائم‌شهر	۲	۱	۱	۴۵
بابلسر	۲	۲	۱	۵
سیمرغ	۲	۱	۱	۴
سوادکوه شمالی	۲	۰	۲	۴
چالوس	۲	۰	۱	
۲۰	۱۱	۱۴	۴۵	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

جدول شماره ۲: فراوانی ذکر موانع و عوامل تسهیل کننده بر اساس بعد سلامت روان

بعد	ریز مضمون	نمونه جمله	تعداد(درصد)	نوع
	حجم بالای کار و محدودیت زمان	"بسته‌ها زیاد است و وقت کافی برای دقت روی سوالات روان و ایجاد ارتباط موثر باقی نمی‌ماند ".	۴۱(۹۱)	مانع
	مشکلات سامانه پارسا	با این که بیمار علامت دارد ولی سامانه برای مراجع ارجاع منفی ثبت می‌کند. به نظر سوالات مناسب یا کافی نیست.	۳۰(۷)	مانع
	فاصله زمانی برای ویرایش غربالگری	برای نوجوانان و کودکان آیتم غیر روتین وجود ندارد و سه سال یک بار می‌توان ثبت کرد.	۲۹(۴۴)	مانع
	پایین بودن سرعت اینترنت در روستا	پر کردن یک بسته خیلی وقت گیر است و اینترنت پر سرعت نداریم.	۳۲(۷۰)	مانع
	آموزش ناکافی، تمرکز روی تئوری، نیاز به مهارت عملی	آموزش‌ها وجود دارد ولی کافی نیست. ما نیاز داریم در زمینه‌ی فنون مصاحبه، مهارت همدلی و طرز گفت‌وگو با مراجع آموزش عملی ببینیم.	۳۱(۷۰)	مانع
	نبود مشوق	اگر بیماریابی انجام دهی نیاز به پیگیری دارد که علی‌رقم زمان بربودن جز خدمت ثبت نمی‌شود.	۴۰(۸۹)	مانع
	نبود انگیزه	فرقی بین فردی که فقط غربالگری منفی انجام می‌دهد و یا کسی که بیماریابی می کند وجود ندارد.	۴۰(۸۹)	مانع
	مراجعه کم نوجوانان و جوانان	"نوجوانان در تابستان هم مراجعه نمی‌کنند ".	۹(۲۰)	مانع
	نگرانی از ثبت اطلاعات	"می‌ترسند اطلاعاتشان جایی دیگر دیده شود ".	۱۶(۳۵)	مانع
	مشارکت پایین مردان	"آقایان کمتر مراجعه می‌کنند ".	۹(۲۰)	مانع
	محدودیت فضا	"نبود اتاق خصوصی باعث می‌شود مراجع اطلاعات واقعی ندهد ".	۱۰(۲۲)	مانع
	توجه به کمیت و فشار برای ارتقای آن در زمان محدود	فشار برای ثبت غربالگری و اقدام ، افراد را مجبور به دروغ و غربالگری منفی می‌کند.	۱۶(۳۵)	مانع
	مشکل در سوالات کودکان	سوالات منطبق با اختلالات کودکان نیست.	۱۲(۲۴)	مانع
	مشکل در سوالات سالمندان	در سالمندان فقط افسردگی ملاک تشخیص است و سایر اختلالات دیده نمی شود.	۱۷(۳۷)	مانع
	شاخص گیری های متعدد و نادرست سامانه	شاخص گیری درستی توسط سامانه ارائه نمی شود.	۱۷(۳۷)(	مانع
سلامت روانی	انجام مراقبت های تلفنی	مراقبت های تلفنی موجب کاهش غربالگری مثبت می شود.	۲۹(۴)	مانع
	انجام مراقبت در روز ویزیت پزشک	روز ویزیت شلوغ است و گرفتن اطلاعات صحیح از مراجعین ممکن نیست.	۶(۱۳)	مانع
	انگ اجتماعی	مردم در خصوص مشکلات سلامت روان خود را کتمان می‌کنند.	۴۰(۸۹)	مانع
	محدود بودن تشخیص	سوالات سامانه فقط مربوط به اختلال افسردگی و اضطراب می باشد.	۲۷(۶۰)	مانع
	کم اهمیت بودن شناسایی	وقتی روانپزشک و روانشناس نداریم و ارائه خدمات مطلوب درمانی نداریم چرا شناسایی کنیم.	۲۳(۵۱)	مانع
	ارائه خدمات نامطلوب سایر سازمانها	"حضور خودرو ۱۲۳ تنش خانواده را زیاد می‌کند و آبروی خانواده را می‌برد و اعتماد به ما را از بین می‌برد ".	۵(۱۱)	مانع
	آموزش و مهارت پرسشگری	"آموزش مهارت‌های ارتباطی به مراقبین سلامت کمک می‌کند ".	۱۵(۳۳)	تسهیل کننده
	حضور روانشناس در مراکز	"حضور روانشناس در محل باعث افزایش شناسایی می‌شود ".	۳۱(۶۸)	تسهیل کننده
	توجه به پیگیری به عنوان خدمت	پیگیری را نیز به عنوان خدمت در نظر بگیرند.	۳۰(۶۶)	تسهیل کننده
	ایجاد مشوق و انگیزه	بین افرادی که غربالگری مثبت دارند و یا ندارد تمایز وجود داشته شود و عملکرد مثبت مورد تقدیر قرار گیرد.	۱۲(۲۷)	تسهیل کننده
	تسهیل در رویت پسخوراند پزشک یا روانشناس توسط مراقب	بازخورد ها راحت تر دیده شود تا پیگیری تسهیل گردد و انگیزه برای ادامه پیگیری و خروجی مثبت افزایش یابد.	۱۰(۲۲)	تسهیل کننده
	اضافه کردن بازه زمانی در لیکرت	به عنوان مثال لیکرت گاهی اوقات بازه زمانی داشته باشد.	۳(۶)	تسهیل کننده
	ویرایش تشخیص در همه گروه‌های سنی با حفظ تشخیص قبلی	بتوانیم با توجه به علائم جدید مجدد غربالگری را برای نوجوانان و سایر گروه ها انجام دهیم.	۳۰(۶۶)	تسهیل کننده
	اهمیت و مشاهده غربالگری روان در صفحه اصلی	آمار سلامت روان هم در صفحه اصلی بخش داشبوردهای سامانه پارسا دیده شود.	۱۷(۳۸)	تسهیل کننده
	حذف بسته های مشابه	"برخی بسته ها سوالات تکراری دارند که اگر با یک بار تکمیل هر دو جا لحاظ شود در وقت صرفه جویی می‌شود ".	۱۷(۳۸)	تسهیل کننده

جدول شماره ۳: فراوانی ذکر موانع و عوامل تسهیل کننده بر اساس بعد سلامت اجتماعی

بعد	ریز مضمون	نمونه جمله	تعداد(درصد)	نوع
	ترس از ثبت سامانه	خانواده هایی که اختلاف دارند از ثبت سامانه می‌ترسند.	۳۵/(۷۷)	مانع
	گرفتن اطلاعات از والدین	کودک آزاری از پدر و مادر پرسیده می‌شود که ممکن است اطلاعات درست داده نشود.	۱۶(۳۷)	مانع
	حضور والدین به همراه کودک	همراهی والدین با کودک موجب می‌شود تا کودک به سوالات پاسخ درست داده نشود.	۱۷(۳۸)	مانع
	سه ساله بودن مراقبت ها	کلیه اقدامات سلامت اجتماعی قابلیت تکرار ندارد.	۴۲(۹۳)	مانع
	وجود خدمات نامطلوب سایر ارگان ها	مداخله ۱۲۳ موجب افزایش تنش خانواده و بی اعتمادی و حتی درگیری با مراقب سلامت می‌شود.	۱۰(۲۲)	مانع
	عدم دسترسی به روانشناس	مراجع مسافت زیادی را برای دسترسی به روانشناس باید طی کند.	۳۵/(۷۷)	مانع
	ایجاد حساسیت	وجود پیامک بعد از مراقبت سلامت اجتماعی موجب واکنش و افزایش تنش خانواده می‌شود.	۸/(۱۷)	مانع
	دسته بندی خانواده معلول به عنوان خانواده آسیب پذیر	با توجه عدم درمان و یا غیر قابل تغییر بودن عقب ماندگی ذهنی و یا جسمی در هر بار ارزیابی باید سوالات تکراری را بپرسیم و پر کنیم که وقت گیر و از نظر خانواده بی مورد است.	۸/(۱۷)	مانع
	بافت فرهنگی	در برخی مناطق حتی ضرب و شتم را پذیرفته‌اند و آن را کودک آزاری و همسر آزاری نمی دانند.	9(۲۰/۹	مانع
سلامت اجتماعی	قابلیت ارائه مجدد مراقبت و خدمت	هر زمان که تشخیص داده شد بتوان مراقبت جدید ارائه داد با توجه به مشکلات جدید (به‌صورت مراقبت غیرروتین یا ارزیابی تکمیلی)	۴۳/(۹۶)	تسهیل کننده
	استفاده از روانشناسان مرکز	به ادارات دیگر مثل ۱۲۳ ارجاع ندهیم زیرا موجب بی اعتمادی به مراقب سلامت می‌شود در مراکز خودمان روانشناس داشته باشیم.	۲۳/(۵۱)	تسهیل کننده
	تفکیک سوالات	در یک سوال تعداد زیادی گزینه وجود دارد تا خانواده پر خطر شناسایی شود. بهتر است سوالات تفکیک گردد.	۱۰(۲۲)	تسهیل کننده
	حفظ حریم خصوصی کودکان و نوجوانان	سوالات از آنها در تنهایی و در فضای خصوصی صورت گیرد.	۱۰(۲۲)	تسهیل کننده
	آموزش برقراری ارتباط مناسب به صورت عملی	دوره های آموزشی نحوه ارتباط به صورت کارگاهی و عملی باشد.	۱۷(۳۸)	تسهیل کننده

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

جدول شماره ٤: موانع و تسهیل کننده های غربالگری اعتیاد

بعد	ریز مضمون	نمونه جمله	تعداد (درصد)	نوع
	ترس از ثبت سامانه	می‌ترسند در کار یا ازدواج آن ها مورد استفاده قرار گیرد	(۹۳)۴۲	مانع
	دادن اطلاعات دروغ	با اینکه بوی سیگار می دهند ولی برخی آن را نمی پذیرند یا انکار می کنند.	(۹۶)۴۳	مانع
	نداشتن مراقب مرد	مردان به مراقب جنس مخالف اطلاعات درست نمی‌دهند.	(۳۳)۱۵	مانع
	عدم ارائه خدمات مطلوب	روان شناسان خدمات مطلوبی در حوزه اعتیاد نمی دهند و این افراد هم تمایلی به ترک ندارند.	(۲۲)۱۰	مانع
اعتیاد	فاصله زمانی طولانی غربالگری	هر سه سال قابلیت ثبت وجود دارد که غیر قابل تکرار است.	(۴۴)۲۰	مانع
	به بهورز اعتماد نمی کنند	به افراد آشنا اطلاعات درستی در خصوص اعتیاد نمی دهند.	(۷۳)۳۳	مانع
	حساسیت به سوالات اعتیاد	سوالات اعتیاد حساسیت بر انگیز است. وقتی ارجاع برای اعتیاد می‌گیرند افراد گارد می‌گیرند و واکنش تندی نشان می دهند و پیگیری روانشناس نیز اوضاع را بدتر می‌کند.	(۵۱)۲۳	مانع
	نبود غربالگری اعتیاد در سالمندان	برای سالمندان سوالات اعتیاد وجود ندارد.	(۲۲)۱۰	مانع
	عدم توجه به معنای وابستگی	سامانه اعتیاد را مشخص نکرده است و معنای وابستگی ندارد.	(۶)۳	مانع
	عدم ثبت تشخیص برای نوجوان	با تکمیل پرسشنامه هیچ خروجی تشخیص برای نوجوان منظور نمی شود و سامانه مشکل دارد.	(۹۶)۴۳	مانع
	پیگیری با رضایت	اگر بیمار تمایل به خدمات و یا ترک دارد مداخله صورت گیرد وگرنه مشکل ساز می‌شود.	(۴۴)۲۰	تسهیل گر

درصد = تعداد بیان کننده مشکل ÷ تعداد کل شرکت کنندگان × درصد

موانع ساختاری و اجرایی

بیش‌ترین فراوانی در میان موانع، مربوط به حجم بالای کار و محدودیت زمان بود که ۴۱ نفر (۹۱ درصد) از مراقبین سلامت به آن اشاره داشتند. مراقبین بیان کردند که حجم زیاد بسته‌ها و محدودیت زمانی، فرصت لازم برای دقت در پاسخ‌ها و ایجاد ارتباط مؤثر با مراجع را از آنان می‌گیرد. این یافته با نتایج مطالعه Wakida EK و همکاران (۲۰۱۸) هم‌راستا است که فشار کاری بالا را از موانع کلیدی در اجرای خدمات سلامت روان می‌دانند(۱).

در کنار فشار کاری، نبود مشوق و نبود انگیزه نیز از موانع اصلی گزارش شد (هرکدام ۴۰ نفر، ۸۹ درصد). مراقبین اظهار داشتند که میان افرادی که تنها غربالگری منفی انجام می‌دهند و افرادی که بیماریابی فعال دارند تفاوتی در نظام تشویقی وجود ندارد. این مسئله احساس بی‌پاداشی و کاهش انگیزه شغلی را به‌دنبال دارد. مشابه این یافته، Olfson M (۲۰۱۶) تأکید می‌کند که نبود نظام انگیزشی مناسب یکی از دلایل اصلی فرسودگی نیروی انسانی در نظام سلامت است(۲).

مشکلات سامانه پارسا (۳۰ نفر، ۶۷ درصد) و فاصله زمانی طولانی برای ویرایش غربالگری (۲۹ نفر، ۶۴ درصد) نیز از موانع سیستمی پرتکرار بودند. مراقبین گزارش کردند که سامانه گاهی ارجاع‌ها را اشتباه ثبت می‌کند یا اجازه ویرایش اطلاعات را در زمان مناسب نمی‌دهد. این موضوع با یافته‌های مطالعه Karimi F و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد که چالش‌های ارجاع و خطاهای سامانه را یکی از موانع مؤثر بر کیفیت داده‌های سلامت روان معرفی کرده‌اند(۹).

از سوی دیگر، پایین بودن سرعت اینترنت در روستاها (۳۲ نفر، ۷۱ درصد) و نبود فضای خصوصی مناسب برای مصاحبه (۱۰ نفر، ۲۲ درصد) نیز در زمره موانع زیرساختی قرار گرفتند. مراقبین اشاره کردند که ضعف اینترنت موجب طولانی شدن فرآیند ثبت و کاهش تمرکز می‌شود و نبود اتاق خصوصی مانع گفت‌وگوی صادقانه مراجعان است. یافته حاضر با نتایج مطالعه Republic ofthe Congo (۲۰۲۴) همسو است که بر اهمیت فراهم بودن زیرساخت‌های فنی و فضاهای محرمانه در موفقیت برنامه‌های سلامت روان تأکید دارد(۴).

همچنین، «ارائه خدمات نامطلوب سایر سازمان‌ها» (۵ نفر، ۱۱ درصد) مانند مداخلات ناهم‌سو از سوی نهادهایی نظیر خدمات اجتماعی (خودرو ۱۲۳)، موجب افزایش تنش خانوادگی و بی‌اعتمادی به مراقبین سلامت شد. این مسئله نیازمند هماهنگی بین‌بخشی در ارائه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

خدمات است، موضوعی که miranda J و همکاران (۲۰۰۸) نیز بر آن تأکید کرده است(۵).

موانع فرهنگی و اجتماعی

نگرانی از ثبت اطلاعات (۱۶ نفر، ۳۵ درصد) و انگ اجتماعی (۴۰ نفر، ۸۸ درصد) از موانع فرهنگی شایع بودند. بسیاری از مراجعان از افشای اطلاعات روانی خودداری می‌کردند زیرا از انتشار آن در سامانه یا قضاوت اجتماعی بیم داشتند. این یافته با پژوهش Green HD Jr و Pescosolido BA (۲۰۲۴) همخوانی دارد که نشان می‌دهد پیوندهای اجتماعی و انگ می‌تواند مسیر مراجعه به خدمات سلامت روان را محدود کند(۶).

در میان گروه‌های خاص، مشارکت پایین مردان (۹ نفر، ۲۰ درصد) و مراجعه اندک نوجوانان و جوانان (۹ نفر، ۲۰ درصد) به‌دلیل نگرش‌های فرهنگی، ترس از برچسب خوردن و شرم اجتماعی برجسته بود. یافته مشابهی در National MentalHealthSurvey (Iran) (۲۰۲۴) نیز گزارش شده است(۸).

در حوزه اعتیاد، پنهان‌کاری و حساسیت موضوع (۱۲ نفر، ۲۸ درصد) موجب می‌شد نوجوانان تنها مصرف سیگار را بپذیرند و سایر مواد را انکار کنند. این مسئله که ناشی از ترس از قضاوت و پیامدهای اجتماعی است، در مطالعات Zarkesh A و همکاران (۲۰۲۴) نیز مشاهده شده است(۷). همچنین کمبود اطلاعات و داده ها، فقدان نظام پیشگیری متناسب و یا درمان مطلوب از دیگر موانع در این جوزه می‌باشد که با مطالعه Mirzaei S و MahdavianFar همسو بوده است(۱۱، ۱۲).

موانع آموزشی

در سطح فردی، آموزش ناکافی و تمرکز بر آموزش نظری (۳۱ نفر، ۷۰ درصد) از مهم‌ترین موانع ذکر شده بود. مراقبین سلامت بیان کردند که آموزش‌های فعلی بیش‌تر جنبه تئوریک دارد و مهارت‌های ارتباطی و مصاحبه عملی کم‌تر تمرین می‌شود. مطالعه Miranda و همکاران (۲۰۰۸) و همچنین Long A (۱۹۹۸) نیز نشان داده‌اند که توسعه مهارت‌های عملی در مراقبین سلامت نقش اساسی در ارتقای کیفیت خدمات سلامت روان دارد(۳، ۵).

عوامل تسهیل کننده

یافته‌ها نشان دادند که چند عامل کلیدی اجرای بهتر برنامه را تسهیل می‌کنند. آموزش مهارت‌های ارتباطی و پرسشگری (۱۵ نفر، ۳۳ درصد) نقش مهمی در ارتقای اعتماد مراجعان و افزایش دقت غربالگری داشت. مراقبین معتقد بودند که آموزش عملی مهارت‌های گفت‌وگو و گوش دادن فعال می‌تواند کیفیت مصاحبه‌ها را بهبود بخشد.

حضور روان شناس در مراکز سلامت (۳۱ نفر، ۶۸ درصد) یکی از مهم‌ترین عوامل تسهیل کننده بود. حضور متخصص در محل موجب افزایش اعتماد، دقت ارجاع و پشتیبانی حرفه‌ای مراقبین شد، این یافته با مطالعه Rahman A و همکاران (۲۰۰۸) همسو است(۱۳).

همچنین توجه به پیگیری به عنوان خدمت ثبت شده (۳۰ نفر، ۶۶ درصد) و قابلیت ویرایش تشخیص و مراقبت مجدد (۳۰ نفر، ۶۶ درصد) از عوامل ساختاری مؤثر بودند که می‌توانند انگیزه مراقبین را افزایش دهند و برنامه را انعطاف‌پذیرتر کنند.

در حوزه سلامت اجتماعی، قابلیت ارائه مجدد مراقبت در صورت بروز مشکل جدید (۴۳ نفر، ۹۶ درصد) و استفاده از روان شناسان مرکز به‌جای ارجاع به سازمان‌های دیگر (۲۳ نفر، ۵۱ درصد) از تسهیل کننده‌های مهم گزارش شد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه Republic of the Congo (authors collective) (۲۰۲۴) مطابقت دارد که هماهنگی بین‌بخشی را از عوامل کلیدی موفقیت در ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های اولیه معرفی کرده‌اند(۴).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

در زمینه اعتیاد نیز پیگیری فعال توسط روان شناس (۸ نفر، ۱۸ درصد) در مواردی که رضایت به دریافت مداخلات درمانی داشتند، موجب افزایش هماهنگی خدمات و تداوم درمان شد، مشابه یافته‌های World Health Organization (۲۰۲۰) درباره نقش پیگیری تخصصی در کاهش ریزش درمان، بوده است(۱۴).

ویژگی‌های بومی استان مازندران

برخی موانع به شرایط بومی استان مازندران مرتبط بود، که می توان به سرعت پایین اینترنت در مناطق روستایی (۷۱ درصد)، کمبود فضای خصوصی (۲۲ درصد)، مشارکت پایین مردان (۲۰ درصد) و حساسیت فرهنگی نسبت به اعتیاد (۲۸ درصد)، اشاره کرد. این ویژگی‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌های ملی باید با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی، اجتماعی و زیرساختی هر منطقه بومی‌سازی شوند.

می توان گفت که ارتقای اثربخشی برنامه نیازمند اقداماتی چون، تقویت آموزش‌های مهارتی مراقبین سلامت از طریق کارگاه‌های عملی، ایجاد نظام تشویقی و انگیزشی برای مراقبین فعال در بیماریابی، بهبود سامانه پارسا و افزایش انعطاف در ثبت و ویرایش داده‌ها، توسعه زیرساخت‌های فنی (اینترنت، فضاهای مصاحبه خصوصی)، حضور مستمر روان‌شناس و متخصص اعتیاد در مراکز منتخب و فرهنگ‌سازی برای کاهش انگ اجتماعی و تشویق مراجعه گروه‌های کم مشارکت، می باشد.

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش مؤید آن است که ارتقای سلامت روان در نظام مراقبت اولیه نیازمند رویکردی چند سطحی است که هم‌زمان به ابعاد انسانی، فنی و فرهنگی توجه داشته باشد، رویکردی که همسو با پیشنهادهای مطالعات Wakida EK (۲۰۱۸)، KarimiF (۲۰۲۲) و Green HD Jr (۲۰۲۴) بر یکپارچگی، انگیزش و توانمندسازی نیروی انسانی تأکید دارد(۱، ۶،۹).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم لحاظ مستقیم دیدگاه‌های گیرندگان خدمت (مراجعان و خانواده‌های آنان) بود. این تصمیم عمدتاً به دلیل ملاحظات اخلاقی ناظر بر خطر برچسب‌زنی و رعایت محرمانگی اطلاعات مربوط به اختلالات روان و اعتیاد اتخاذ شد تا امنیت روانی و اجتماعی مراجعان حفظ گردد، به‌علاوه، تمرکز اصلی مطالعه بر واکاوی چالش‌های عملیاتی و ساختاریِ ارائه دهندگان خدمت تعریف شده بود. به‌منظور جبران نسبی این محدودیت، تجارب زیسته و بازخوردهای ثبت شده مراجعان از دو مسیر مکمل استخراج و در قالب مثلث سازی داده‌ها با روایت‌های مراقبین سلامت، چون(۱) روایت‌های غیرمستقیم مراقبین از مقاومت‌ها و مطالبات خانواده‌ها و(۲) بازخوانی اسناد نظارتی و سوابق بازخوردی مراجعان، ترکیب شد. با این حال، این رویکرد غیرمستقیم، جایگزین پذیر واکاوی عمیق ذهن مراجعان نیست.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که کارآمدی برنامه غربالگری سه‌گانه در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نیازمند گذار از رویکردهای تک بعدی و اتخاذ یک استراتژی یکپارچه چند سطحی است. تحقق اهداف این برنامه مستلزم ارتقای شایستگی‌های بالینی و ارتباطی کارکنان، استقرار روان شناسان در سطح یک مراقبت‌ها، بازطراحی سامانه‌های الکترونیک، به منظور پیگیری فعال، و کاهش موانع فرهنگی و انگ اجتماعی از طریق اطلاع رسانی هدفمند است. این یافته‌ها شواهد کاربردی و بومی‌سازی شده‌ای را در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار می‌دهد تا نسبت به بازنگری دستورالعمل‌های اجرایی و تخصیص بهینه منابع در سطح ملی اقدام نمایند. در این راستا، پیشنهاد می‌شود سازوکارهای اجرایی در قالب ایجاد و فعال‌سازی کارگروه‌های نظارتی چند رشته‌ای در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی طراحی شود، به‌گونه‌ای که این کارگروه‌ها با مشارکت مستقیم نمایندگان مراقبین سلامت، روان‌شناسان، کارشناسان فناوری اطلاعات و مدیران برنامه، به‌صورت ادواری (بر مبنای داده‌های تحلیلی سامانه) نسبت به پایش شاخص‌های اجرا و بازنگری مستمر چرخه یادگیری اقدام نمایند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

References

1- Wakida EK, Talib ZM, Akena D, Okello ES, Kinengyere A, Mindra A, et al. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. Syst Rev 2018; 7(1): 211. PMID: 30477492

2- Olfson M. Building the mental health workforce capacity needed to treat adults with serious mental illnesses. Health Aff (Millwood) 2016; 35(6): 983-990. PMID: 27269013

3- Long A. The healing process, the road to recovery and positive mental health. J Psychiatr Ment Health Nurs 1998; 5(6): 535-543. PMID: 10076284

4- Mukala Mayoyo E, Chenge F, Sow A, Criel B, Michielsen J, Van den Broeck K, et al. Health system facilitators and barriers to the integration of mental health services into primary care in the Democratic Republic of the Congo: a multimethod study. BMC Prim Care 2024; 25(1): 21. PMID: 38872119

5- Miranda J, McGuire TG, Williams DR, Wang P. Mental health in the context of health disparities. Am J Psychiatry 2008; 165(9): 1102-1108. PMID: 18765491

6- Green HD Jr, Pescosolido BA. Social pathways to care: how community-based network ties shape the health care response of individuals with mental health problems. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2024; 59(3): 431-442. PMID: 37072564

7- Zarkesh A, Jalali R, Rostami F. Screening is the problem (Duties of health workers and caregivers in mental, social and addiction health programs). Behvarz Q 2024; 35(120): 26-30.

8- Rahimi-Movaghar A, Motavalian SA, Hajebi A, Gholami Z, et al. National Mental Health Survey (2021–2022). Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2025.

9- Karimi F, Memaryan N, Ghahari S, Lotfi M. Referral challenges in the mental health program in the primary health care system: a qualitative study. Depict Health 2022; 13: 347-360.

10- Alipour F, Arabkari Z, Mardani M, Ahmadi S, Afsharpouya H, Shoaa Kazemi M. Exploring challenges and obstacles in psychosocial rehabilitation for individuals with chronic mental disorders: a qualitative study. Arch Rehabil 2024; 25(3): 476-499.

11- MahdavianFar M, Masoudnia H, Yazdani Z, Mohammad R. Implementation barriers to the Islamic Republic of Iran's policy-making on primary addiction prevention (1996–2016). Addict Res 2019; 13(51): 55-70.

12- Mirzaei S, Yazdi-Feyzabadi V, Mehrolhassani MH, Nakhaee N, Oroomiei N. Unveiling the roadblocks: exploring substance use disorder treatment policies in Iran through a qualitative lens. Addict Sci Clin Pract 2024; 19(1): 80. PMID: 39533439

13- Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2008; 372(9642): 902-909. PMID: 18790313

14- World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. Geneva: WHO & UNODC; 2020.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]