

## خدمات مؤثر جامعه‌نگر برای مبتلایان به اختلال‌های روانپزشکی کدامند؟ مروری بر شواهد

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

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مرور شواهد اثربخشی و هزینه- اثربخشی انواع خدمات جامعه‌نگر به بیماران مبتلا به اختلال‌های روانپزشکی بود. **روش:** بانک‌های اطلاعاتی کاکرین و پاب‌مد و فهرست منابع پژوهش‌های مرتبط بررسی شد. بررسی‌های مروری نظام‌دار و کارآزمایی‌های بالینی شاهد دار تصادفی ارزیابی شدند. معیار ورود شامل دربرگرفتن شاخص‌های اثربخشی و هزینه- اثربخشی مدل‌های ارائه خدمات بود. این شاخص‌ها در مورد خدمات ارائه‌شده به بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید و خفیف روانپزشکی مقایسه شدند. **یافته‌ها:** خدمات ارائه‌شده شامل درمان جامعه‌نگر پیگیرانه، مدیریت بیمار، ویزیت در منزل، مداخله در بحران، یادآوری، آموزش خانواده و بیمار و اشتغال حمایت‌شده بود. اثربخشی و هزینه- اثربخشی درمان جامعه‌نگر پیگیرانه و آموزش خانواده قوی‌ترین شواهد را داشتند و بر شاخص‌هایی چون میزان بستری، مدت بستری و تداوم تماس با سامانه درمانی اثربخش بودند. شواهد مربوط به هزینه- اثربخشی سایر مدل‌ها ناکافی یا متناقض بود. در مورد اختلال‌های خفیف روانپزشکی، الگوهای ارائه خدمات شامل غربالگری و ارائه بازخورد صرف، آموزش پزشکی پیوسته، رهنمودهای بالینی، مداخله/مراقبت مبتنی بر تلفن، سامانه ارجاع و مشاوره-رابط، برنامه پیشگیری و درمانی مبتنی بر اینترنت، برنامه پیشگیری مبتنی بر مدرسه برای افسردگی و/یا اضطراب و مراقبت مشارکتی بود. مؤثرترین و هزینه- اثربخش‌ترین الگوها، مراقبت‌های مشارکتی و مراقبت‌های ارائه‌شده اینترنتی بود. کاهش نشانه‌های بیماری، رضایت‌مندی بیمار و کاهش بار اقتصادی ناشی از بیماری تحمیل شده بر خانواده از جمله پیامدهای مثبت مداخله‌ها بود. **نتیجه‌گیری:** شواهد در مورد الگوهای ارائه خدمات به بیماران مبتلا به اختلال‌های روانپزشکی خفیف‌تر به‌طور عمده از مدل‌های مشارکتی برای ارائه خدمات و در مورد اختلال‌های شدیدتر از مدل‌های پیگیری فعال و آموزش خانواده حمایت می‌کنند. این مدل‌ها روی پیامدهای بالینی اثربخشند، قابل اجرا هستند و هزینه- اثربخشی مطلوبی دارند.

**کلیدواژه:** اختلال‌های روانپزشکی؛ مراقبت مشارکتی؛ خدمات سلامت روان جامعه‌نگر؛ اثربخشی؛ هزینه- اثربخشی

[دریافت مقاله: 1391/4/5؛ پذیرش مقاله: 1391/9/6]

### مقدمه

دو بررسی تشخیصی، 20/85 درصد بوده است (1، 2). همچنین در مرور نظام‌مند بررسی‌های همه‌گیرشناختی اختلال افسردگی اساسی، شیوع فعلی<sup>3</sup> این اختلال 4/1 درصد گزارش شد (3). بررسی بار بیماری‌ها در ایران نیز نشان داد اختلال‌های روانپزشکی پس از حوادث، رتبه دوم و افسردگی در زنان پس از اختلال‌های قلب و عروق، بالاترین بار بیماری‌ها را

شیوع بالا و بار قابل توجه اختلال‌های روانپزشکی در کشور در بررسی‌های بسیاری تأیید شده است. یافته‌های جامع‌ترین و جدیدترین مرور نظام‌مند نشان داد میانه شیوع نقطه‌ای<sup>1</sup> بر پایه غربالگری و مصاحبه تشخیصی، به ترتیب، 28/7 درصد و 18/6 درصد و میانه شیوع طول عمر<sup>2</sup>، بر پایه

(1) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی؛ (2) متخصص داخلی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت؛ (3) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد؛ (4) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات ایدز. تهران، بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، مرکز تحقیقات ایدز. دورنگار: 021-66918899 (نویسنده مسئول) E-mail: dr.m.a.esmaeeli@gmail.com

1- point prevalence                      2- lifetime prevalence  
3- current prevalence

دارند (4). اختلال‌هایی با این شیوع بالا، که ناتوانی قابل توجهی نیز ایجاد می‌کنند، ضرورت برنامه‌ریزی سامانه بهداشتی برای پاسخ‌گویی به نیازهای بهداشتی و درمانی جمعیت تحت پوشش را می‌نمایاند.

گذری بر تاریخچه خدمات روانپزشکی در ایران نشان می‌دهد تا حدود 70 سال پیش ارائه این گونه خدمات در قالب مراکز نگهداری و تیمارستان‌های روانی، که «دارالمجانین» نام داشت، انجام می‌شده است. بیشتر این مراکز پرجمعیت و دارای وضعیت نامطلوبی بودند. در دوره‌ای که از دهه 20 هجری شمسی آغاز شد و با تأسیس دانشکده‌های پزشکی در کشور هم‌زمان بود، به روانپزشکی هم‌به‌عنوان شاخه‌ای از علوم طبی توجه شد. تأسیس نخستین بیمارستان دانشگاهی در سال 1330 و سپس توسعه دپارتمان روانپزشکی و آموزش دستیاران رشته روانپزشکی در دهه 60 به ارتقای ارائه مراقبت‌های روانپزشکی به بیماران مبتلا، دست کم در شهرهای بزرگ، منجر شد (5). پس از آن، سلامت روان در سامانه مراقبت بهداشتی اولیه<sup>1</sup> (PHC) ادغام شد. در سال 1365، طرح کشوری سلامت روان تدوین و اجرای آن از سال 1367 آغاز شد (6). راهبرد محوری، همان ادغام خدمات سلامت روان در سامانه PHC و به بیان دیگر، در شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور بود. این امر، برنامه تحولی مراقبت‌های بهداشت روان و سنگ بنای خدمات جامعه‌نگر بهداشت روان در ایران محسوب می‌شود. رشد کمی و کیفی این برنامه سبب شد که در هفتمین اجلاس میان‌کشوری بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت<sup>2</sup> (WHO) در کازابلانکا<sup>3</sup>، در سال 1995، پیشنهاد ارزشیابی مستقل و جامع این برنامه ارائه شود (7). از آن زمان، این برنامه دو بار ارزشیابی شده است (8، 9). میزان بیماری‌های به‌روزان در این دو پژوهش 12/59 و 8/25 نفر در هر هزار نفر جمعیت تحت پوشش گزارش شده است. یافته‌های این دو ارزشیابی نشان داد نگرش و آگاهی به‌روزان درباره سلامت روان رشد چشمگیری داشته است. اما این برنامه در شهرها و به‌ویژه شهرهای بزرگ اقبال زیادی پیدا نکرد. یکی از مهم‌ترین دلایل موفق نشدن طرح ادغام در شهرها، به‌ویژه شهرهای بزرگ، ناکارآمد بودن کلی سامانه PHC در سطح شهرها بود و بدیهی است ادغام هر برنامه‌ای در یک سامانه ناکارآمد، با موفقیت همراه نخواهد شد (10).

دو پژوهش بزرگ کشوری نشان داد تفاوت عمده‌ای در شیوع اختلال‌های روانپزشکی در مناطق شهری و روستایی وجود ندارد (11، 12). از سویی دیگر، شواهد نشان می‌دهد جمعیت شهری در دهه‌های اخیر توسعه یافته است (13). توسعه جمعیت شهری با چنین نیاز بالایی به خدمات، به برنامه‌ریزی دقیق‌تری احتیاج دارد و این امر اهمیت ارائه سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای ارائه مطلوب خدمات سلامت روان در شهرها، با رویکردی جامعه‌نگر را، بیشتر مشخص می‌کند (14). از سوی دیگر، در شهرها برای تغییر ارائه خدمات از رویکرد سنتی «مراکز نگهداری» و بیمارستان‌های بزرگ روانپزشکی، هم در ارائه‌کنندگان خدمات و هم در گیرندگان خدمات، مقاومتی وجود دارد (15) که تغییر رویکرد بیمارستان‌محور را در شهرهای بزرگ دشوار می‌سازد.

در چند دهه اخیر، الگوهایی برای ارائه خدمات سلامت روان جامعه‌نگر مطرح شده است و یکی از این الگوها ارائه خدمات جامع در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر<sup>4</sup> (CMHC) است. ویژگی اصلی این الگو، ارائه خدمات جامع برای پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران، بدون اتکا بر بیمارستان‌های روانپزشکی، است. نمونه طراحی و اجرای موفق این الگو را می‌توان در ایالات متحده آمریکا، ایتالیا و استرالیا یافت (16-19). مشخص شدن اثربخشی و هزینه-اثربخشی این گونه خدمات برای برنامه‌ریزان بهداشتی ضروری است. افزون بر آن، این مراکز ظرفیت ارائه الگوهای متنوعی از انواع خدمات را دارند. اما لازم است بررسی شود که کدام الگو، با چه تنوعی از خدمات، مؤثرتر و قابل‌اجراتر است.

پژوهش حاضر بخشی از سلسله بررسی‌هایی است که برای طراحی خدمات در سطح شهرها و اجرای آزمایشی خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر و بررسی اثربخشی آنها طراحی شده است (20). هدف از پژوهش حاضر، مروری بر شواهد اثربخشی و هزینه-اثربخشی ارائه خدمات به بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی (مانند اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی) و اختلال‌های روان‌رنجوری<sup>5</sup> (افسردگی و اضطراب) بود، به‌طوری‌که بتوان بر پایه یافته‌های آن، الگویی برای ارائه خدمات در شهرهای کشور طراحی کرد.

1- Primary Health Care

2- World Health Organization

3- Casablanca

4- Community Mental Health Centers

5- neurotic

## روش

کاردرمانگر) مسئول ارائه کل خدمات به بیماران در محل کار و زندگی آنان است و بیماران فعالانه پیگیری می‌شوند. در ضمن، خدمات در تمام ساعت‌های روز و تمام روزها ارائه می‌شود. تعداد بیماران هر گروه محدود است (به‌طور معمول، 10 بیمار به ازای هر پرسنل). این روش مداخله، نسبت به سایر مراقبت‌های جامعه‌نگر رایج، موجب می‌شود بیماران تماس خود را با خدمات بهداشتی بیشتر حفظ کنند (نسبت شانس<sup>4</sup> برابر 0/51؛ 99% فاصله اطمینان 0/70-0/37) و رضایت بیشتری از درمان داشته باشند. از سوی دیگر، این روش می‌تواند میزان بستری بیماران را در بیمارستان کاهش دهد و به کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش احتمال اشتغال بیماران کمک کند (21-23). اثربخشی این روش مداخله بر بهبود وضعیت روانی بیماران و عملکرد اجتماعی آنان نشان داده نشده است (21، 22). در مقایسه با خدمات بازتوانی بیمارستانی، این خدمات موجب کاهش روزهای بستری در بیمارستان (نسبت شانس 0/2؛ 99% فاصله اطمینان 0/09-0/46) و افزایش توانایی بیماران در داشتن زندگی مستقل شده است (21-23). در یک فراتحلیل و یک مرور غیرنظام‌مند که این روش را با مدیریت بیمار<sup>5</sup> (CM) مقایسه کرده بود، نشان داده شد هر دو روش به‌صرفه بودند، توانستند بار تحمیل شده به خانواده را کاهش دهند و موجب رضایت بیشتر خانواده بیماران از درمان باشند. افزون بر این، درمان جامعه‌نگر پیگیرانه توانسته بود تعداد روزهای بستری در بیمارستان را نیز کاهش دهد. دو روش درمانی از نظر اثربخشی بر کاهش نشانه‌های بیماری، بهبود عملکرد اجتماعی و رضایت بیماران تفاوتی نداشتند (21، 24). هماهنگ با یک مرور غیرنظام‌مند (25)، تلفیق دو روش درمان جامعه‌نگر پیگیرانه و مدیریت بیمار می‌تواند موجب کاهش مدت بستری در بیمارستان، استفاده و تماس بیشتر با خدمات درمانی، بهبود نشانه‌های بیماری، افزایش کیفیت زندگی و افزایش عملکرد اجتماعی و شغلی شود. البته این آثار مثبت با قطع درمان کاهش خواهد یافت. استفاده از این روش برای خانواده موجب کاهش عود<sup>6</sup> نشانه‌ها و بستری در بیمارستان می‌شود، ولی اثربخشی آن در بهبود عملکرد اجتماعی و شغلی نشان داده نشده است (26).

جست‌وجو در منابع الکترونیک برای دست‌یابی به بررسی‌های مرتبط، در دو بانک اطلاعاتی کاکرین<sup>1</sup> و پاب‌مد<sup>2</sup> انجام و فهرست منابع پژوهش‌های مرتبط نیز بررسی شد. ابتدا بررسی‌های مروری نظام‌مند و در درجه بعدی، کارآزمایی‌های بالینی شاهددار تصادفی بررسی شدند. پژوهش‌هایی که با هدف بررسی اثربخشی و هزینه- اثربخشی مدل‌های ارائه خدمات انجام شده بود، ارزیابی شدند و پژوهش‌هایی که به بررسی یک روش خاص درمانی (مانند یک دارو یا یک روان‌درمانی خاص) پرداخته بودند، حذف شدند. تمام الگوهای خدمات پیشگیرانه و درمانی یا توان‌بخشی بررسی شدند. پژوهش‌ها در دو دسته ارزیابی شدند: الف) خدمات ارائه‌شده به بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی (اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی) و ب) خدمات ارائه‌شده به بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌رنجور (افسردگی و اضطرابی). در نهایت، 411 بررسی با روش‌های مختلف جست‌وجو گردآوری و ارزیابی شد. این تعداد، شامل 44 بررسی مروری (که 30 مورد آن مرور نظام‌مند بود) و 15 کارآزمایی بالینی تصادفی مستقل بود.

## یافته‌ها

## الف - الگوهای ارائه خدمات برای بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی

در این بخش شواهد مربوط به الگوهای مختلف ارائه خدمات به بیماران شدید روانپزشکی (اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی) به‌طور مستقل بررسی شد و این الگوها از نظر وجود شواهد اثربخشی بر میزان بستری دوباره بیماران در بیمارستان، اثربخشی بر سایر پیامدهای بیماری و هزینه- اثربخشی با یکدیگر مقایسه شدند (جدول 1). شواهد هر یک از این الگوها به‌طور مستقل بدین شرح است:

**درمان جامعه‌نگر پیگیرانه<sup>3</sup> (ACT):** این روش درمانی از ابتدای دهه 1970 به‌عنوان راه‌حلی برای کاهش میزان بستری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شد. هدف از این درمان گروهی، حفظ ارتباط و همکاری بیماران با خدمات درمانی، کاهش میزان بستری بیماران و بهبود عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران است. در این روش، یک گروه (شامل روانپزشک، یک یا چند روان‌شناس، پرستار، مددکار و

1- Cochrane 2- Pubmed  
3- Assertive Community Treatment  
4- odds ratio 5- Case Management  
6- relapse

جدول 1- مقایسه خدمات موجود برای اختلال‌های شدید روانپزشکی

| مدل خدمات                | اثر بخشی: بستری دوباره | اثر بخشی: هر حیطه دیگر | هزینه - اثر بخشی |
|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------|
| درمان جامعه‌نگر پیگیرانه | +                      | +                      | +                |
| مراقبت از بیمار          | -                      | +                      | -                |
| ویزیت در منزل            | +                      | +                      | ؟                |
| مداخله در بحران          | +                      | +                      | ؟                |
| یادآوری                  | ؟                      | +                      | ؟                |
| آموزش خانواده            | +                      | +                      | +                |
| آموزش بیمار              | +                      | +                      | ؟                |
| آموزش مهارت‌های اجتماعی  | -                      | +                      | ؟                |
| اشتغال حمایت‌شده         | -                      | +                      | ؟                |

(+) وجود مرور نظام‌مند با یافته‌های اثربخش؛ (-) وجود مرور نظام‌مند بدون یافته‌های اثربخش؛ (؟) داده‌های ناکافی یا یافته‌های متناقض

اجتماعی تفاوتی میان دو گروه دیده نشد. یافته‌های یک مرور نظام‌مند دیگر (29) نشان داد که هر چند این روش مداخله، نسبت به درمان‌های استاندارد، موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌ها نمی‌شود و عملکرد اجتماعی بیماران را بهبود نمی‌دهد، ولی ممکن است موجب کاهش مرگ بر اثر خودکشی، کمتر شدن ترک درمان، کاهش مدت بستری در بیمارستان و افزایش رضایت بیماران شود.

**مدیریت بیمار (CM):** در این مدل، یک نفر که همان مراقب بیمار<sup>4</sup> نام دارد، مسئول هماهنگی مراقبت است و خدمات به صورت ارزیابی، برنامه‌ریزی، ارجاع، پایش و جلب حمایت<sup>5</sup> است. این خدمات در دو مدل ارائه می‌شود: در مدل واسطه‌گری<sup>6</sup> تنها هماهنگی برای ارجاع بیمار به خدمات مورد نیاز انجام می‌شود و در مدل بالینی، افزون بر خدمات مدل واسطه‌گری، برخی ارزیابی‌ها و مداخله‌های بالینی (از جمله برخی انواع مشاوره و روان‌درمانی) هم ارائه می‌شود. در هر دو مدل بر تداوم مراقبت تأکید می‌شود و تعداد بیمار به ازای ارائه‌کننده خدمات، بیشتر از مدل درمان جامعه‌نگر پیگیرانه است.

در مورد اثربخشی این مداخله همچنان تردید وجود دارد و به نظر می‌رسد هنوز شواهد کافی برای آنکه بتوان آن را یکی از اصول مداخله‌ها دانست، وجود ندارد (30). در یک مرور نظام‌مند نشان داده شد که این روش با آنکه باعث افزایش تعداد موارد بستری می‌شود، مدت بستری را کم می‌کند و

**مدیریت گروهی سلامت روان جامعه‌نگر<sup>1</sup> (CMHT):** این روش شامل هر گونه خدمات مبتنی بر جامعه است که در برگیرنده ویژگی‌های زیر است: 1- دامنه گسترده و کاملی از خدمات (دارویی و غیردارویی و بیشتر به شکل ویزیت در منزل) ارائه می‌شود؛ 2- خدمات توسط گروه‌های چندرشته‌ای به بیماران ساکن در یک ناحیه تحت پوشش<sup>2</sup> ارائه می‌شود؛ 3- گروه‌ها دست کم دربرگیرنده روانپزشک، روان‌پرستار جامعه‌نگر، مددکار اجتماعی و به‌طور معمول، کاردرمانگر و روان‌شناس و در مواردی پزشک عمومی است؛ 4- یک نفر از گروه مسئول هماهنگی مراقبت است. این روش محدودیت‌های خاص اجرایی درمان جامعه‌نگر پیگیرانه (مانند تعداد بیمار به ازای هر پرسنل) را ندارد.

در یک فراتحلیل که به وسیله تایر<sup>3</sup> و همکاران در سال 2000 منتشر و در سال 2007 به‌روز رسانی شد (27، 28)، نشان داده شد که روش ارائه خدمات جامعه‌نگر توسط گروه‌های سلامت روان جامعه‌نگر، در مقایسه با روش‌های استاندارد درمانی، موجب کاهش مرگ بر اثر خودکشی نمی‌شود (نسبت شانس 0/49؛ 95% فاصله اطمینان 0/1-2/2)، اما مرگ ناشی از خودکشی در این روش کمتر گزارش شده است. در ترک زودهنگام درمان تفاوتی میان دو روش وجود نداشت، ولی نارضایتی بیماران از روش درمان به‌وسیله گروه‌های سلامت روان جامعه‌نگر کمتر بود (نسبت شانس 0/37؛ 95% فاصله اطمینان 0/2-0/59). میزان بستری شدن در بیمارستان در درمان به‌وسیله گروه‌های سلامت روان جامعه‌نگر کمتر بود (نسبت شانس 0/81؛ 95% فاصله اطمینان 0/7-1/0)، ولی در مورد مراجعه به خدمات اورژانس و حوادث و تماس با سامانه مراقبت اولیه و خدمات

1- Community Mental Health Team Management  
2- catchment area  
3- Tyrer  
4- case manager  
5- advocacy  
6- brokerage

در فراتحلیل انجام شده در زمینه خدمات سیار (ویزیت در منزل) نشان داده شد این مداخله‌ها در 45 درصد موارد نتوانستند مانع بستری بیماران در بیمارستان شوند. با این حال، این مراقبت می‌تواند مانع ترک زودرس درمان (خطر نسبی<sup>5</sup> 0/74؛ 95% فاصله اطمینان 0/98-0/56)، کاهش بار ناشی از بیماری بر افراد خانواده و افزایش رضایت بیماران و خانواده آنان، نسبت به روش‌های معمول درمان، شود (34). این روش تفاوتی در وضعیت روانی بیماران یا میزان مرگ و میر آنها، در مقایسه با درمان در بیمارستان، ندارد و دست کم بدتر از درمان در بیمارستان نیست. به بیان دیگر، اثربخشی این روش مشابه درمان بیماران در بیمارستان است. در ضمن، به نظر می‌رسد این روش درمانی هزینه-اثربخشی بیشتری نسبت به درمان‌های مرسوم دارد.

**بیمارستان‌ها/ مراکز روزانه<sup>6</sup> (DH/C):** در بیمارستان‌ها/ مراکز روزانه به بیمارانی خدمات ارائه می‌شود که نیاز مراقبتی آنها بیش از آن است که در درمانگاه‌ها و مراکز سرپایی معمولی ارائه می‌شود. خدمات در ساعت‌هایی از روز (نوبت‌های صبح یا بعدازظهر، و نه به صورت شبانه‌روزی) ارائه می‌شود و بقیه اوقات روز، بیمار در منزل خود خواهد بود. خدمات به یکی از این روش‌ها ارائه می‌شود: توان‌بخشی، درمان‌های پیگیرانه برای بیماران تازه ترخیص شده از بیمارستان و ارائه درمان برای بیماران حاد.

در بدبینانه‌ترین تخمین‌ها 23 درصد از افراد در مراحل حاد بیماری می‌توانند به جای بستری در بیمارستان، از بستری موقت در درمانگاه‌های روزانه استفاده کنند (35). این روش موجب کاهش قابل توجه هزینه درمان می‌شود (35، 36) و هرچند تعداد کل روزهای بستری ممکن است در این مراکز افزایش یابد (تفاوت میانگین وزنی<sup>7</sup> 27/47؛ 95% فاصله اطمینان 50/98-3/96)، از نظر میزان بستری دوباره، کیفیت زندگی یا رضایت از درمان، تفاوتی با بستری در بخش ندارد (37، 38). در صورتی که انتخاب بیماران برای بستری در این مراکز به صورت مناسب انجام شود، این روش می‌تواند موجب بهبود وضعیت روانی، هم نسبت به بیماران بستری در بیمارستان و هم نسبت به جمعیت شاهد شود، ولی اثربخشی آن روی عملکرد اجتماعی نشان داده نشده است (36). در

از لحاظ متغیرهای بیماری، بسیار شبیه درمان جامعه‌نگر پیگیرانه عمل می‌کند (31). اما در فراتحلیل دیگری نشان داده شد این روش ممکن است موجب افزایش تماس بیماران (نسبت شانس 0/7؛ 99% فاصله اطمینان 0/98-0/50) و میزان بستری در بیمارستان (نسبت شانس 1/84؛ 99% فاصله اطمینان 57/2-1/33) شود و روی متغیرهای دیگر روانپزشکی و اجتماعی مؤثر نیست و همین مسأله استفاده از آن را در خدمات سلامت روان زیر سؤال می‌برد (32).

**مدیریت متمرکز بیمار<sup>1</sup> (ICM):** در این مدل، خدمات سیار<sup>2</sup> (بیشتر ویزیت در منزل) به صورت فعال، روزانه تا هر چند روز یا هر چند هفته یک بار، ارائه می‌شود. به ازای هر پرسنل، 10-15 بیمار خدمات 24 ساعته دریافت می‌کنند. در کل، این مدل به درمان جامعه‌نگر پیگیرانه، البته با شدت کمتر ارائه خدمات، شباهت نسبی دارد. این مداخله یکی از انواع مداخله‌های میان‌رشته‌ای است که از مجموع روش‌های دارویی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و کمک به خانواده بیماران استفاده می‌کند. مروری نظام‌مند بر کارآزمایی‌های بالینی انجام شده برای این مدل نشانگر آن است که مدیریت متمرکز بیمار، مانند درمان جامعه‌نگر پیگیرانه، ممکن است میزان بستری را کاهش دهد و بر بهبود عملکرد اجتماعی مؤثر است (33).

**خدمات مداخله در بحران<sup>3</sup> (CIS):** این خدمات به یکی از شکل‌های زیر ارائه می‌شود: الف) ویزیت‌های سیار (مانند ویزیت در منزل) و گروه‌محور، به صورت ارزیابی و مداخله رودررو در جامعه و 24 ساعته (گاه فقط در شب‌ها و روزهای تعطیل) و ارجاع در صورت نیاز و مداخله‌هایی شامل درمان دارویی، مشاوره و آموزش. تعداد ویزیت‌ها از چند بار در روز تا هر چند روز یک بار متغیر است و پرسنل به‌طور معمول شامل روانپزشک، روان‌پرستار، روان‌شناس و مددکار اجتماعی است که به صورت گروهی کار می‌کنند؛ ب) خط بحران<sup>4</sup> تلفنی 24 ساعته برای غربالگری، ارزیابی، ارائه مشاوره و اطلاعات و ارجاع در صورت نیاز؛ ج) خدمات اورژانس در مراکز درمانی (به صورت بستری یا سرپایی) و درمان توسط کادر پزشکی با مشاوره روانپزشک (بیشتر تلفنی) و ارجاع به مراکز دیگر در صورت نیاز؛ د) خدمات اقامتی اورژانس در مراکز غیربیمارستانی (محیط‌های امن، آرام و تحت نظارت یک کارمند غیر از کادر درمانی) و اقامت به صورت فردی یا همراه خانواده برای چند روز تا چند هفته، همراه با ویزیت روزانه کادر درمان برای ارزیابی و ارائه درمان.

1- Intensive Case Management  
2- outreach  
3- Crisis Intervention Services  
4- hotline  
5- relative risk  
6- Day Hospital/Centers  
7- weighted mean difference

**مداخله خانوادگی<sup>7</sup> (FI):** این مداخله که شامل آموزش روان‌شناختی خانواده است، بهبود بیمار را هدف اصلی خود قرار داده است. البته بهبود سلامت خانواده یک هدف بینابینی مهم است. در این مداخله، به‌طور معمول مسائل زیر پوشش داده می‌شود: ماهیت بیماری و عود، درمان دارویی، نقش خانواده و مسائل اجتماعی در بیماری، آموزش مهارت‌ها به خانواده (مانند حل مسئله) و حمایت خانواده. آموزش به‌صورت مدل‌های چندخانواده‌ای، تک‌خانواده‌ای یا ترکیبی از این دو است. مدت آموزش بین چند ماه تا چند سال است (به‌طور معمول ۳ تا ۶ ماه تا در نهایت پنج سال) و محل آن یا مرکز درمانی یا منزل بیماران است. انواع رویکردهای این مداخله عبارت است از: آموزشی صرف، درمان شناختی- رفتاری<sup>8</sup> و نظام‌یافته.

مداخله خانوادگی ممکن است بر کاهش عود اسکیزوفرنی (خطر نسبی 0/55؛ 95% فاصله اطمینان 0/5-0/6) و بستری دوباره (خطر نسبی 0/78؛ 95% فاصله اطمینان 0/6-1/0) و افزایش پذیرش درمان مؤثر باشد و این تأثیر تا دو سال ادامه دارد (42-44). هر چند این روش درمانی ممکن است میزان پذیرش درمان را افزایش دهد، تأثیری بر میزان ترک درمان توسط بیماران ندارد. این روش موجب بهبود عملکرد اجتماعی و کاهش میزان هیجان ابرازشده در خانواده می‌شود (44). در یک مقاله مروری، گروه درمانی خانوادگی بیماران همراه با آموزش روان‌شناختی به‌صرفه‌ترین درمان، پس از داروهای ضدروان‌پریشی، معرفی شده است. حمایت خانوادگی همراه با دیگر حمایت‌های اجتماعی موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود (45). در صورتی که مداخله خانوادگی با روش آموزش روان‌شناختی انجام پذیرد، نسبت به روان‌درمانی فردی بیماران، در طولانی‌مدت موجب کاهش عود نشانه‌ها و بستری در بیمارستان و افزایش پذیرش درمان و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران می‌شود (46).

**یادآوری<sup>9</sup> (Pr):** یادآوری شامل تمام روش‌هایی است که با هدف تشویق بیمار برای حضور بیشتر در درمانگاه‌ها و مراکز درمانی صورت می‌گیرد و به‌طور معمول شامل روش‌های زیر است: یادآوری تلفنی، یادآوری با ارسال نامه و ارائه مشوق‌های مالی. این مداخله به‌طور معمول به‌وسیله

مقایسه اثربخشی این روش درمانی در جوامع غربی با ژاپن نشان داده شد که این روش در جامعه ژاپنی موجب کاهش نشانه‌های منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود، ولی انجام آن در کشورهای غربی روی طیف وسیع‌تری از اختلال‌های شدید روانی، ممکن است اثربخشی بیشتری روی جنبه‌های دیگر بیماری نیز داشته باشد (39). در هر صورت، این بررسی نشان داد اثربخشی این مداخله در کشورها و فرهنگ‌های متفاوت، محدودیت‌هایی دارد.

**مراقبت در منزل<sup>1</sup> (HC):** وجه مشترک مدل‌های مختلف این روش، ارائه خدمات توسط یک فرد درمانگر (پزشک، پرستار و...) در منزل بیمار (و نه در محیط‌های درمانی) است. رایج‌ترین و معروف‌ترین این روش‌ها که بیش از بقیه بررسی شده است، درمان جامعه‌نگر پیگیرانه و مدیریت گروهی سلامت روان جامعه‌نگر هستند که در بالا به آنها اشاره شد. این خدمات به‌صورت مراقبت در مراحل حاد<sup>2</sup>، مراقبت پس از ترخیص<sup>3</sup> و یا مراقبت در مراحل مزمن<sup>4</sup> بیماری ارائه می‌شود. در نوع نخست، گروه‌های ویزیت در منزل، بیشتر شامل پرستار، پزشک عمومی و روانپزشک هستند که ویزیت‌ها را تا سه بار در روز، همراه با تماس‌های تلفنی مکرر انجام می‌دهند. خدمات به‌صورت ارزیابی و درمان دارویی و غیردارویی و ارجاع در صورت نیاز است که در عمل با خدمات مداخله در بحران مشابهت دارد. در نوع دوم، گروه‌های ویزیت در منزل، بیشتر شامل روان‌پرستار و در مواردی شامل پزشک، مددکار و روان‌شناس هستند که ویزیت‌ها را هر 2-4 هفته یک بار در منزل، تحت نظارت روانپزشک انجام می‌دهند. خدمات شامل ارائه درمان دارویی و غیردارویی است. جامعه هدف بیشتر بیماران دارای بستری‌ها و عودهای مکرر و نیز بیمارانی هستند که پذیرش درمانی مناسب یا مراجعه منظمی ندارند.

با توجه به تنوع و ناهمگنی خدماتی که واجد ویزیت در منزل هستند، جمع‌بندی آن‌ها دشوار است. یک فراتحلیل نشان داد مداخله‌هایی که جزء اصلی آن ویزیت در منزل است، ممکن است تا حدی میزان عود و بستری در بیمارستان را کاهش دهد (خطر نسبی 0/8؛ 95% فاصله اطمینان 0/7-0/9) (40). کارآزمایی‌های تصادفی با گروه شاهد<sup>5</sup> (RCT) در کشور نشان می‌دهد مداخله‌های ویزیت در منزل برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی ممکن است میزان بستری دوباره، نشانه‌های روان‌پریشی<sup>6</sup> و افسردگی بیماران را کاهش دهد و این کاهش در مورد میزان بستری دوباره 40-50 درصد است (41).

1- Home Care  
2- acute care  
3- aftercare  
4- chronic care  
5- randomized controlled trial  
6- psychotic  
7- Family Intervention  
8- cognitive-behavioral therapy  
9- Prompting

## ب- الگوهای ارائه خدمات برای بیماران مبتلا به اختلال های روان رنجور

شواهد نشانگر وجود الگوهای متنوعی از ارائه خدمات به بیماران مبتلا به اختلال های افسردگی و اضطرابی بود. این خدمات شامل غربالگری و ارائه بازخورد صرف<sup>5</sup> (SFA)، آموزش پزشکی پیوسته<sup>6</sup> (CME)، رهنمودهای بالینی<sup>7</sup> (PG)، مداخله/مراقبت مبتنی بر تلفن<sup>8</sup> (TBI/C)، سامانه ارجاع و مشاوره-رابط<sup>9</sup> (RSC-L)، برنامه پیشگیری و درمانی مبتنی بر اینترنت<sup>10</sup> (I-BPTP)، برنامه پیشگیری مبتنی بر مدرسه برای افسردگی و/یا اضطراب<sup>11</sup> (SBPPDA) و مراقبت مشارکتی<sup>12</sup> (CC) است. این الگوها از نظر وجود شواهد اثربخشی، سطح شواهد و هزینه-اثربخشی آنها با یکدیگر مقایسه شدند (جدول 2). شواهد هر یک از این الگوها به طور مستقل بدین شرح است:

**غربالگری و ارائه بازخورد صرف به پزشک (SAF):** در این دسته از خدمات، آزمون های غربالگری/بیماریابی به طور عمده به صورت پرسش نامه های خودایفا در جمعیت های مراجعه کننده به درمانگاه ها و مراکز مراقبت اولیه و بیمارستان ها ارائه می شود و نتیجه غربالگری به کادر درمانی بازخورد داده می شود.

پژوهش های متعددی به بررسی اثربخشی غربالگری افسردگی در مراکز مراقبت های اولیه پرداخته و بیشتر آنها غربالگری صرف را توصیه نکرده اند. یافته های پژوهش مروری پینون<sup>13</sup> و همکاران درباره اثربخشی استفاده از روش غربالگری در سطح مراقبت های اولیه برای شناسایی و درمان افسردگی و پیامدهای آن، نشان داد غربالگری و ارائه بازخورد به کادر درمانی، اگرچه به طور کلی شناسایی اختلال افسردگی را در افراد بالغ افزایش می دهد، اثر یکسانی بر میزان درمان و پیامد بالینی افسردگی در بیماران ندارد (54). این بررسی نشان داد، در مقایسه با درمان معمول، غربالگری افسردگی، در صورتی که با تغییر در سامانه ارائه خدمات همراه شود و درمان و پیگیری مناسبی به دنبال داشته باشد،

مراقبان درمانی بیمار، مانند پرستار، مددکار و پزشک انجام می شود. ارسال یادآور برای بیمار به وسیله کادر درمان، یک یا دو روز پیش از قرار ویزیت، احتمال حضور بیمار برای ویزیت را افزایش می دهد و در صورتی که این اطلاع رسانی با تماس تلفنی همراه شود، این اثر بیشتر خواهد بود (خطر نسبی 1/9؛ 95% فاصله اطمینان 0/98-3/8). با این حال، احتمال حضور بیمار با یادآوری تلفنی به تنهایی، در مقایسه با نبود یادآوری، تفاوتی نداشت (47).

**آموزش روان شناختی<sup>1</sup> (Ps):** این روش شامل آموزش ماهیت بیماری و عود، درمان دارویی، عوامل مؤثر بر عود و مسائل روان شناختی و اجتماعی مرتبط با خود بیمار است. در این روش پرسنل سلامت روان (مانند پزشک، پرستار و روان شناس) اطلاعات را ارائه و راهکارهای مقابله ای را، به صورت فردی یا گروهی، آموزش می دهند. آموزش روانی موجب کاهش عود (خطر نسبی 0/55؛ 95% فاصله اطمینان 0/5-0/6)، کاهش بستری در بیمارستان (خطر نسبی 0/78؛ 95% فاصله اطمینان 0/6-1/0)، بهبود بیشتر در عملکرد اجتماعی و کلی و احساس بهبودی بیشتر در نشانه های بالینی بیمار می شود و پذیرش درمان را در بیماران افزایش می دهد (42).

**خدمات توان بخشی<sup>2</sup> (RS):** این خدمات که با هدف بهبود عملکرد بیمار انجام می شود، بسیار متنوع است. برخی از خدمات بیان شده در بالا، مانند درمان جامعه نگر پیگیرانه و مدیریت گروهی سلامت روان جامعه نگر، اجزای توان بخشی دارند. در عین حال، برخی خدمات خاص توان بخشی نیز وجود دارد. از میان انواع مداخله هایی که برای بازتوانی شغلی بیماران صورت می گیرد، ادبیات پژوهشی اثربخشی اشتغال حمایت شده<sup>3</sup> را در ارتباط با پیامدهای شغلی (کسب مهارت های شغلی، اشتغال تمام وقت به همراه کسب دستمزد، رضایتمندی از شغل و افزایش بازده شغلی) و درمانی (افزایش پذیرش برنامه های درمانی، کاهش نشانه ها و عود بیماری، کاهش بستری دوباره و بهبود کیفیت زندگی) تأیید کرده است (48). آموزش مهارت های اجتماعی<sup>4</sup> یکی دیگر از این نوع مداخله هاست. فراتحلیل ها نشانگر تأثیر این مداخله بر عملکرد اجتماعی بیماران است (49-52). آموزش مهارت های زندگی به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، یکی از انواع توان بخشی است که با هدف افزایش مهارت های زندگی مستقل ارائه می شود. با این حال یک مرور نظام مند نشان داد این نوع مداخله ها با درمان های معمول تفاوتی ندارند (53).

- 1- Psychoeducation
- 2- Rehabilitation Services
- 3- supported employment
- 4- social skill training
- 5- Screening and Feedback Alone
- 6- Continuous Medical Education
- 7- Practice Guidelines
- 8- Telephone Based Intervention/ Care
- 9- Referral System and Consultation-Liaison
- 10- Internet-Based Prevention and Treatment Program
- 11- School-Based Prevention Program for Depression and/or Anxiety
- 12- Collaborative Care
- 13- Pignone

جدول 2- مقایسه خدمات موجود برای اختلال‌های نوروتیک (افسردگی و اضطرابی)

| مدل خدمات  | اثربخشی بر میزان شناسایی | اثربخشی بر پیامدهای بالینی | هزینه - اثربخشی |
|--|--------------------------|----------------------------|-----------------|
| غربالگری و ارائه باز خورد صرف                          | +                        | ؟                          | -               |
| آموزش پزشکی پیوسته                                     | +                        | ؟                          | -               |
| رهنمودهای بالینی                                       | -                        | -                          | -               |
| مداخله / مراقبت مبتنی بر تلفن                          | ؟                        | +                          | +               |
| سامانه ارجاع و مشاوره-رابط                             | ؟                        | ؟                          | -               |
| برنامه پیشگیری و درمانی مبتنی بر اینترنت               | ؟                        | +                          | +               |
| مراقبت مشارکتی   | +                        | +                          | +               |
| برنامه پیشگیری مبتنی بر مدرسه برای افسردگی و/یا اضطراب | ؟                        | +                          | ؟               |

(+) وجود مرور نظام‌مند با یافته‌های اثربخش؛ (+) وجود کارآزمایی بالینی تصادفی شده با یافته‌های اثربخش؛ (-) وجود مرور نظام‌مند بدون یافته‌های اثربخش؛ (؟) اطلاعات ناکافی یا یافته‌های متناقض

درصد بود. میزان توافق میان تشخیص پزشک عمومی و ابزار، به نوع ابزار بستگی داشت و وقتی بالاتر بود که 1- ارزیابی بالینی نشانگر ناتوانی شدید روانی باشد، و 2- چند ابزار نتایج هماهنگی داشته باشند. وقتی تنها از یکی از ابزارهای SPHERE و CIDI, GHQ-12 استفاده شد، میزان توافق فقط 17 درصد بود. بنابراین دانستن اینکه از چه ابزار واحدی برای غربالگری اختلال‌های روانی استفاده کنیم که بتواند استاندارد طلایی برای این منظور باشد، نیاز به دقت بیشتری دارد (58). از سوی دیگر، اگرچه استفاده از ابزارهای غربالگری در طبابت بالینی، در تمام مراحل غربالگری، تشخیص و پایش اختلال افسردگی قابل اجرا است، استفاده از این گونه ابزارها در مقیاس وسیع، هزینه بالایی در بر دارد (59). بررسی‌هایی که به ارزیابی هزینه-اثربخشی این رویکرد پرداخته‌اند، گزارش کرده‌اند غربالگری به‌تنهایی نمی‌تواند شناسایی، درمان و پیامد افسردگی در مراکز مراقبت اولیه را بهبود بخشد و حتی اگر غربالگری افسردگی، توانایی پزشک مراقبت اولیه را در شناسایی افسردگی، در سطح مراقبت از فرد افزایش دهد، نسبت هزینه به اثربخشی غربالگری افسردگی در سطح جمعیت عمومی، منفی خواهد بود (60). از آنجا که لازم است ابزار غربالگری حساسیت بالایی برای شناسایی اختلالی که هدف غربالگری است، داشته باشد، بدیهی است که اجرای

باعث بهبود پیامد بیماری می‌شود (54). این یافته‌ها در دو بررسی مروری دیگر نیز تأیید شد (55، 56). یافته‌های این دو بررسی نشان داد غربالگری افسردگی فقط در صورتی که با برنامه و همکاری پرسنل آموزش دیده در مراکز مراقبت اولیه همراه باشد، میزان پاسخ به درمان و بهبود را افزایش می‌دهد و اگر نه، منفی نخواهد داشت. فراتحلیل پژوهش‌های کارآزمایی بالینی شاهده‌دار در مراکز درمانی غیرروانپزشکی نشان داد ابزارهای غربالگری یا بیماریابی به میزان به نسبت کمی، شناسایی افسردگی به وسیله پزشک را افزایش می‌دهد (خطر نسبی 1/27؛ 95% فاصله اطمینان 1/02-1/59) و شواهدی که نشان دهد صرف شناسایی بیمار، میزان تجویز درمان ضد افسردگی و پیامد درمان را افزایش می‌دهد، وجود ندارد (57).

حتی اگر غربالگری بیماران افسرده، میزان شناسایی این اختلال را افزایش دهد، شواهدی وجود ندارد که بهترین ابزار غربالگری برای این منظور را نشان دهد. در پژوهش سلامت روان و طب عمومی<sup>1</sup> که در نیوزیلند انجام شد، در یک نمونه تصادفی از مراجعان پزشکان عمومی، مقایسه‌ای میان ارزیابی بالینی پزشک عمومی از وضعیت سلامت روان بیماران و روش‌های دیگر، از جمله استفاده از ابزارهایی مانند پرسش‌نامه 12 گویه‌ای سلامت عمومی<sup>2</sup> (GHQ-12)، گزارش سلامت جسمی و روان‌شناختی<sup>3</sup> (SPHERE)، مصاحبه تشخیصی بین‌المللی جامع<sup>4</sup> (CIDI) و نسخه دوم برنامه ارزیابی ناتوانی سازمان جهانی بهداشت<sup>5</sup> (WHODAS-II)، صورت گرفت. میزان شناسایی این اختلال توسط پزشکان عمومی 56/4

1- Mental Health and General Practice Investigation  
2- General Health Questionnaire-12  
3- Somatic and Psychological Health Report  
4- Composite International Diagnostic Interview  
5- World Health Organization's Disability Assessment Schedule-Version II



روش دیگر وجود ندارد (64). به نظر می‌رسد آموزش پزشکان عمومی برای تشخیص و درمان اختلال افسردگی و اضطراب لازم است، اما کافی نیست. این گونه مداخله‌ها دانش و نگرش پزشکان را درباره این اختلال‌ها ارتقا می‌دهد، ولی اثر آنها روی عملکرد پزشکان ناچیز است. گیلبدی<sup>1</sup> در یک بررسی مروری نشان داد استفاده ساده از راهبردهای آموزشی بر بهبود وضعیت درمان و مراقبت از بیماران افسرده غیر مؤثر بود و تنها راهبردهایی بر بهبود پیامد بیماری مؤثر بود که مداخله‌های پیچیده‌تری را در آموزش بالینگران گنجانده باشند، نقش پرستار یا مراقب بیمار را پررنگ‌تر کرده و مراقبت‌های اولیه و ثانویه را ادغام کرده باشند (64). مداخله‌هایی که از راهبردهای آموزش به صورت صرف استفاده کرده بودند، اگرچه از روش‌های مرسوم آموزشی، شامل استفاده از فیلم‌های آموزشی، مواد آموزشی نوشتاری، جلسه‌های آموزش گروهی کوچک و ایفای نقش استفاده کرده بودند، چون حمایت سازمانی برای ارتقا و تداوم مراقبت از بیمار در آنها وجود نداشت، هیچ اثری بر میزان شناسایی افسردگی یا در بهبود بالینی بیماری نداشتند. یافته‌های مشابه در بررسی‌های مروری دیگر نیز تأیید شد (63، 64، 66). از سوی دیگر، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد استفاده صرف از آموزش، از نظر هزینه - اثربخشی هم به صرفه نیست. گیلبدی و همکاران در یک بررسی مروری درباره هزینه و پیامدهای مراقبت‌های اولیه ارتقا یافته برای افسردگی، به دو بررسی تصادفی شده ارزیابی اقتصادی اشاره کردند که تنها از رویکرد آموزشی استفاده کرده بودند و یافته‌های آنها نشان داده بود که این روش هیچ اثری بر بهبود افسردگی و پیامدهای آن ندارد و فقط هزینه‌ها را افزایش می‌دهد (67).

**رهنمودهای بالینی (PG):** سازمان‌های متولی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل‌های متعددی را تولید می‌کنند که به طور عام به تمام بیماری‌های مهم در طب می‌پردازد و در برخی از آنها به اختلال‌های روانپزشکی، از جمله اختلال‌های روان‌رنجور، هم اشاره می‌شود. در کل، در مورد کفایت و کیفیت اطلاعات کاربردی در مورد این اختلال‌ها تردید وجود دارد. پژوهشی که به بررسی 199 رهنمود بالینی که برای انواع وضعیت‌های طبی تدوین شده بود، پرداخت، نشان داد تنها در 83 مورد به درمان افسردگی اشاره شده، در بیشتر آنها فقط به غربالگری افسردگی بسنده

این روش در سطح وسیع، به منظور ارائه مداخله‌های درمانی، هزینه بالایی دارد. در یک بررسی که به مدت یک سال هزینه - اثربخشی استفاده از ابزارهای غربالگری در طی شش هفته پس از زایمان و مراقبت‌های معمول را مقایسه کرد، نشان داده شد استفاده از برنامه شناسایی افسردگی در زنان پس از زایمان با یک ابزار غربالگری، ارزش معادل پولی مناسبی نداشته، با هر تخمینی از هزینه برای سیستم ملی سلامت آمریکا قابل اجرا نیست. هزینه اضافی بالقوه تحمیل شده، ناشی از درمان افسردگی در زنانی است که به غلط تشخیص افسردگی گرفته‌اند (61).

**آموزش پزشکی پیوسته (CME):** بدیهی است توانایی پزشکان برای تشخیص و درمان یک بیماری در گرو آموزش آنهاست، ولی آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد آموزش به تنهایی برای تشخیص صحیح و مدیریت بیماری به شیوه‌ای که به آثار مثبتی بر پیامد بیماری منجر شود، کافی است؟ در مورد اثربخشی آموزش پزشکی پیوسته روی توانایی پزشکان در تشخیص صحیح و درمان بیماری‌های مختلف، پژوهش‌های بسیاری انجام شده است، ولی تعداد کمی از آنها به اثربخشی این رویکرد روی پیامد بیماری پرداخته‌اند. در یک بررسی مروری درباره ارزیابی اثر آموزش پزشکی پیوسته بر پیامدهای بیماری، از 50 پژوهش دارای معیار ورود، 18 پژوهش به ارزیابی اثر آموزش پزشکی پیوسته بر پیامدهای بیماری پرداخته بودند و از این تعداد تنها هشت بررسی آثار مثبت روی پیامد بیماری را گزارش کرده بودند (62). در بررسی مروری دیگری که به ارزیابی استفاده از روش‌های آموزشی کوتاه (سمینارهای دو تا سه ساعته با استفاده از روش‌های کلامی و نوشتاری) بر ارتقای مهارت‌های ارتباطی پزشکان عمومی، درک مشکلات بیمار توسط پزشک و افزایش حس اعتماد پرداخته بود، فقط یک بررسی از هفت بررسی دارای معیار ورود، آثار مثبتی را گزارش کرده بود و در شش بررسی دیگر اثر مثبت گزارش نشد (63). بررسی دیگر به ارزیابی شباهت‌ها و تفاوت‌های آموزش پیوسته پزشکان عمومی، در مقایسه با روش‌هایی چون ارائه راهنماهای بالینی در مورد افسردگی و یا روش استفاده از سامانه مراقبت مشارکتی - که مراقبت‌های اولیه و ثانویه را به هم مرتبط می‌کند - پرداخت تا چگونگی درمان افسردگی در مراکز مراقبت‌های اولیه بررسی شود. یافته‌ها نشان داد دلایل روشنی برای ارجحیت روش درمان مشارکتی در مقایسه با دو

به صورت نظام‌مند استفاده می‌شود و قابلیت اجرای آن در پژوهش‌های مختلف سنجیده شده است. در یک پژوهش که با هدف ارزیابی خدمات مشاوره-رابط در سامانه مراقبت‌های اولیه صورت گرفت، پزشک عمومی قادر بود از مشورت و در صورت نیاز، ارجاع بیمار افسرده به یک روانپزشک سامانه خصوصی استفاده کند و این خدمات توسط سامانه بیمه‌ای مدی‌کیر<sup>2</sup> پوشش داده می‌شد. یافته‌ها نشان داد هم پزشک عمومی و هم روانپزشک نظر مثبتی نسبت به تجربه خود داشتند و استفاده از خدمات تخصصی روانپزشکی به تناسب صورت گرفته بود. در طول بررسی، میزان ارجاع از شش مورد در هفته به 10 مورد رسید و 55 درصد روانپزشکانی که به سیستم پیوسته بودند، به صورت منظم به کار خود ادامه دادند. در نتیجه، این روش به عنوان روشی قابل اجرا و ساده برای افزایش دسترسی بیماران به ارزیابی تخصصی و برنامه درمانی تخصصی در نظر گرفته شد (72). با این حال، یافته‌های اثربخشی این گونه خدمات مناقشه‌برانگیز است. در یک فراتحلیل که به مقایسه درمان معمول در سامانه مراقبت‌های اولیه و مدل مشاوره-رابط پرداخت، با بررسی 10 کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار (که بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل یا افسردگی را ارزیابی کرده بودند) مدل خدمات مشاوره-رابط را مؤثر دانست. میانگین اثر ترکیبی این مدل روی بار بیماری (خطر نسبی 0/313؛ 95% فاصله اطمینان 0/437-0/190) بیشتر از گروه شاهد بود و این میزان در مورد اختلال جسمانی شکل بالاتر از افسردگی بود. بر پایه یافته این بررسی، مشاوره روانپزشکی خارج از سیستم پزشک خانواده که همراه با نامه ارجاع باشد، بالاترین اندازه اثر را داشت (73). یافته‌های یک پژوهش مروری نظام‌مند دیگر درباره استفاده از سیستم مشاوره-رابط در سامانه مراقبت‌های اولیه، نشان داد وجود چنین خدماتی، میزان استفاده از داروهای ضد افسردگی را افزایش نمی‌دهد و اثری بر پیامد افسردگی در کوتاه‌مدت و درازمدت ندارد. در هر حال، در این بررسی مروری، فقط پنج پژوهش معیار ورود را پیدا کرده بودند و نویسندگان بر این باور بودند که به شواهد بیشتری برای نتیجه‌گیری نیاز است (74).

این مدل در مورد اختلال اضطرابی نیز در یک کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار ارزیابی شد، ولی یافته‌های مربوط به هزینه-اثربخشی خوب نبود. در این بررسی، 46 پزشک

شده بود و توصیه‌های درمانی خاص برای درمان و مراقبت از این بیماران در آنها وجود نداشت (68). در دسترس بودن رهنمودها به تنهایی تضمین‌کننده اثربخشی آنها برای مراقبت از فرد مبتلا به یک بیماری و بهتر شدن پیامدهای آن نیست. برای مثال، در منطقه مدیترانه شرقی، راهنمایی مشابه آنچه در کشورهای غربی برای درمان افسردگی استفاده می‌شود، در دسترس است و اگرچه این راهنماها توصیه کرده‌اند که داروی ضدافسردگی خط اول درمان است، شواهد نشان می‌دهد که تعداد زیادی از پزشکان عمومی از بنزودیازپین‌ها برای درمان افسردگی استفاده می‌کنند (69).

**مداخله/مراقبت مبتنی بر تلفن (TBI/C):** مداخله‌های مبتنی بر تماس تلفنی با هدف‌هایی مانند ارائه اطلاعات مرتبط با سلامت، راهنمایی‌های بهداشتی، مداخله در بحران، ارزیابی و غربالگری، پیگیری بیمار و یا ارزیابی تبعیت از درمان تجویز شده انجام می‌شود. شواهد در مورد اثربخشی این گونه مداخله‌ها محدود، ولی نشانگر اثر مثبت بر مراقبت از بیماران است. در یک پژوهش مروری که به بررسی اثربخشی مدیریت بیمار تلفنی<sup>1</sup> برای بیماران مبتلا به افسردگی پرداخته بود، 10 کارآزمایی بالینی تصادفی شده شاهددار بررسی شد که این روش را با درمان معمول مقایسه کرده بودند. یافته‌ها مؤید مؤثر بودن این روش بر کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش رضایتمندی از خدمات بود، ولی اثر آن بر بهتر کردن تبعیت از درمان دارویی مناقشه‌برانگیز بود. نتیجه نهایی این بود که اثربخشی این روش به ساختار سامانه سلامتی وابسته است که این برنامه در آن ادغام شده است (70). یک کارآزمایی تصادفی شده که به مقایسه هزینه و ارزش افزوده مراقبت تلفنی برای بیماران افسرده پرداخت، دو نوع مداخله را با وضعیت فعلی هزینه سامانه مراقبت اولیه مقایسه کرد: 1- ارائه مراقبت با تماس تلفنی تا پنج بار برای پایش، نظارت، حمایت و ارائه بازخورد به درمان پزشک و هماهنگی درمان، و 2- اضافه کردن روان‌درمانی با تلفن با هشت جلسه درمان شناختی-رفتاری و چهار بار تماس تلفنی اضافه برای تقویت درمان (71). یافته‌ها نشان داد در مقایسه با درمان معمول، برنامه ساختاریافته پی‌گیری تلفنی که شامل مراقبت به همراه روان‌درمانی تلفنی بود، در برابر هزینه به‌نبت کم، منافع بالینی به همراه داشت.

**سامانه ارجاع و مشاوره-رابط (RSC-L):** سامانه ارجاع و مشاوره-رابط به عنوان سطح بالاتر ارائه خدمات تخصصی

(78). در هر حال، شواهد مربوط به هزینه-اثربخشی این گونه مداخله‌ها محدود است. یافته‌های یک پژوهش در ارزیابی هزینه- اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کامپیوتری<sup>4</sup> (CCBT)، در مقایسه با درمان معمول، نشان داد هزینه در گروه مداخله پایین تر بود، ولی تفاوتی در اثربخشی درمان و کیفیت زندگی دو گروه وجود نداشت (79).

**برنامه پیشگیری مبتنی بر مدرسه برای افسردگی و/یا اضطراب (SBPPDA):** یک بررسی مروری که شامل برنامه پیشگیرانه و تشخیص و مداخله زودرس برای افسردگی و اضطراب در مدارس استرالیا بود، نشان داد بیشتر برنامه‌ها بر پایه درمان‌های شناختی- رفتاری، درمان میان‌فردی یا آموزش روان‌شناختی انجام شده بودند. برنامه‌هایی که بر پایه درمان شناختی- رفتاری طراحی شده بودند، بر توسعه مهارت‌های حل مسأله، بازسازی ساختار شناختی، آرام‌سازی<sup>5</sup> و جرأت‌مندی<sup>6</sup> متمرکز بودند. تعداد محدودی از بررسی‌های مبتنی بر درمان میان‌فردی، بر بهبود شبکه‌های اجتماعی، انتقال نقش<sup>7</sup>، داشتن چشم‌انداز<sup>8</sup> و حل تعارض متمرکز بودند. اگرچه این مدل ارائه خدمت، نیاز به ارزیابی بیشتری دارد، در این مرور بیشتر پژوهش‌ها نشان‌دهنده بهبود در کوتاه‌مدت و کاهش نشانه‌ها در پیگیری درازمدت بودند (80). در بررسی مروری دیگری که برای ارزیابی اثربخشی برنامه پیشگیری مبتنی بر مدرسه برای افسردگی انجام شده بود، 42 کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار که 28 برنامه مبتنی بر مدارس را بررسی کرده بودند، بررسی شدند. در بیشتر پژوهش‌ها درمان شناختی- رفتاری به وسیله متخصص بهداشت روان (36 درصد موارد) یا دانش‌آموز فارغ‌التحصیل (40 درصد موارد)، طی 8 تا 12 جلسه، ارائه می‌شد. برنامه‌های پیشگیرانه هدفمند<sup>9</sup> که برای دانش‌آموزان با سطوح بالاتر افسردگی ارائه می‌شد، اثربخش تر بودند و برنامه‌هایی که به وسیله معلمان ارائه می‌شد، کمترین اثربخشی را داشتند (81). شواهد هزینه- اثربخشی این گونه خدمات در دسترس نیست.

**مراقبت مشارکتی (CC):** برنامه‌های مراقبت مشارکتی، ساختار طب بالینی را طوری تغییر می‌دهند که شامل راهبردهای خاص برای مراقبت از بیمار باشد و ویژگی آن

عمومی مراقبت اولیه به دو گروه تقسیم شدند؛ در گروه مداخله، پزشکان برای تشخیص و درمان اختلال‌های اضطرابی در دوره آموزشی شرکت کردند و می‌توانستند به مدت شش ماه از خدمات مشاوره- رابط روانپزشکی استفاده کنند. گروه شاهد درمان معمول خود را ارائه داد. بین دو گروه در کیفیت زندگی و نمره اضطراب تفاوتی دیده نشد و هزینه کلی در گروه مداخله بالاتر بود. میزان هزینه- اثربخشی افزوده کمتر از 50000 یورو به ازای هر واحد سال زندگی تعدیل شده بر اساس کیفیت<sup>1</sup> (QALY)، کمتر از 10 درصد بود و هزینه- اثربخشی این مدل تأیید نشد (75).

**برنامه پیشگیری و درمانی مبتنی بر اینترنت (I-BPTP):** برنامه‌های متنوعی برای ارائه مداخله‌های پیشگیرانه، شناسایی زودرس و درمان اختلال‌های اضطراب و افسردگی به صورت رو در رو تدوین شده است، ولی در سال‌های اخیر ارائه خدمات اینترنتی مورد توجه قرار گرفته است که می‌تواند به صورت گسترده‌تری در تمام مناطق، در دسترس باشد. از نقاط قوت این مداخله‌ها این است که خدمات به صورت انعطاف‌پذیرتر و بدون نیاز به بیان نام و هویت فرد ارائه می‌شود. در یک مرور نظام‌مند درباره اثربخشی این گونه مداخله‌ها در کودکان و نوجوانان، هشت پژوهش که چهار برنامه اینترنتی را ارزیابی کرده بود، بررسی شد. همه مداخله‌ها بر پایه درمان شناختی- رفتاری بود و در شش بررسی از هشت بررسی، کاهش یا بهبود نشانه‌های اضطراب یا افسردگی گزارش شده بود. در سه بررسی در مرحله پیگیری نیز این بهبود باقی مانده بود (76). یافته‌های مشابهی نیز در مورد بزرگسالان به دست آمده است (77). این پژوهش‌ها از اثربخشی برنامه پیشگیری و درمانی مبتنی بر اینترنت برای اختلال‌های افسردگی و اضطراب حمایت می‌کند، ولی به نظر می‌رسد که به پژوهش‌های بیشتری برای بررسی اثربخشی این گونه برنامه‌ها نیاز است. این برنامه‌ها بیشتر به عنوان روشی کمکی و نه برای شناسایی، بلکه بیشتر برای تداوم مراقبت از بیمار و پیروی او از توصیه‌های درمانی و برای دسترسی آسان بیمار به گروه مراقبتی به کار رفته است. یک کارآزمایی بالینی غیرکور<sup>2</sup> برای ارزیابی قابلیت اجرای خدمات سلامت الکترونیکی<sup>3</sup> برای مراقبت و درمان افسردگی انجام شده بود، یافته‌های قابل قبولی داشت و نشان داد این روش از طرف بیماران پذیرفته شده و به آنان کمک کرده است. این روش بر پیروی از درمان و بهبود پیامدهای درمان نیز مؤثر بوده است

1- Quality-Adjusted Life Year                      2- non-blind  
3- e-health services  
4- Computerized Cognitive-Behavioral Therapy  
5- relaxation    6- assertiveness  
7- role transition                                        8- perspective-taking  
9- indicated

نداشت. آن دسته از برنامه‌های مشارکتی موفق‌تر بودند و تأثیر مستقیمی روی کارکرد بالینگران داشتند که از سامانه‌های متعدد تعاملی در سامانه مراقبت اولیه استفاده کرده بودند. در نهایت، بررسی مروری فولر و همکاران نشان داد در طولانی مدت، هماهنگی بالینی و استفاده از یک مراقب درمان با تجربه در زمینه سلامت، که تحت نظر یک متخصص کار کند، بهترین منافع را به دنبال دارد (82).

پژوهش‌هایی که روی شاخص‌های اقتصادی این برنامه‌ها متمرکز شده بودند، چون در مقاطع زمانی متفاوتی انجام شده بودند و شاخص‌های مختلف اقتصادی را ارزیابی کرده بودند، نتایج قاطعی نداشتند، ولی بر اساس نیمی از بررسی‌های اقتصادی، هزینه برنامه‌های مشارکتی، در مقابل منافع بالینی و خدماتی که به دست می‌دهد، مقرون به صرفه است و در مواردی که هزینه بالاتر بوده، میزان آن قابل قبول بوده است (38).

بررسی مروری کیتون<sup>15</sup> و همکاران (83) نیز نشان داد برنامه‌های مراقبت مشارکتی، در مقایسه با درمان‌های معمول، تا 30 درصد پیامد اختلال افسردگی اساسی را بهتر می‌کند، اثر بالقوه‌ای روی بار مالی بیماری دارد، پذیرش و تداوم درمان را افزایش می‌دهد و اثربخشی درازمدتی روی بهبود نشانه‌ها و عملکرد بیمار دارد.

## بحث

شواهد بررسی شده در مورد الگوهای ارائه خدمات هم در مورد بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی و هم در مورد بیماران مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی، بیشتر از مدل‌هایی که رویکرد تعاملی و چندجانبه به مراقبت داشتند، حمایت می‌کند. شواهد مربوط به خدمات ارائه شده برای اختلال‌های خفیف‌تر روانپزشکی، بیشتر اختلال‌های با شیوع و ناتوانی بیشتر را که به‌طور عمده افسردگی بود، هدف قرار داده بودند. اثر این الگوها بر میزان شناسایی بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌رنجور، میزان پیروی و پایبندی به درمان و

هدف‌های از پیش تعیین شده و اجرای یک برنامه درمانی، آموزش پزشکی پیوسته، پیگیری مستمر بیمار و حمایت از سوی روانپزشک برای اجرای تصمیم‌های درمانی است. اجزای کلیدی برنامه‌هایی که بیشترین اثربخشی را داشتند، استفاده از مراقب بیمار و نظارت منظم توسط روانپزشک بود. در یک پژوهش مروری که فولر<sup>1</sup> و همکاران به ارزیابی اثربخشی انواع مدل‌های تعاملی خدمات در سامانه مراقبت‌های اولیه پرداختند، تعریفی از این مدل ارائه کردند که به شرح زیر است: 1- تعامل<sup>2</sup> فرایندی است که برای ارتباط دو یا بیش از دو نوع خدمت با هدف مراقبت اولیه بالینی سلامت روان<sup>3</sup> استفاده می‌شود؛ 2- یک سوی سیستم تعاملی را پزشک عمومی مراقبت‌های اولیه تشکیل می‌دهد و سوی دیگر ممکن است هر گونه خدمات بهداشتی یا خدمات اجتماعی، شامل بیمارستان، متخصصان روانپزشکی جامعه‌نگر، پزشکان عمومی بخش خصوصی، یا سازمان‌هایی باشند که به مسائلی چون محل اسکان، آموزش و رفاه بیماران می‌پردازند. تعامل باید دو طرفه باشد و سیستم ارجاع بدون ارائه بازخورد یا ارتباط مداوم را شامل نمی‌شود (82). در این پژوهش مروری، 119 بررسی که به اثربخشی 10 مدل مختلف مراقبت تعاملی پرداخته بودند، ارزیابی شد. بیشتر بررسی‌ها از نوع کارآزمایی انواع خدمات روی بیماری شایع افسردگی بود. این نخستین پژوهشی بود که انواع مداخله‌های مشارکتی را در 4 دسته اصلی و 10 گروه طبقه‌بندی کرد: 1- فعالیت‌های مشارکتی مستقیم<sup>4</sup> که شامل برنامه‌های کاری تعاملی<sup>5</sup>، استقرار در محلی مشترک<sup>6</sup>، خدمات مشاوره-رابط<sup>7</sup>، ومدیریت بیمار است؛ 2- رهنمودهای بالینی مورد توافق<sup>8</sup> که شامل پروتکل‌های اختصاصی برای درمان بیماری و درمان‌های قدم به قدم است؛ 3- سیستم‌های ارتباطی<sup>9</sup> که شامل ارتباط تسهیل شده<sup>10</sup>، ارجاع تسهیل شده<sup>11</sup> و سیستم ارتباط الکترونیک<sup>12</sup> است؛ و 4- قرارداد ارائه خدمت<sup>13</sup>.

گروهی از مداخله‌ها که ترکیبی از چند طبقه درمان مشارکتی را در برنامه خود داشت و دست کم یکی از اجزای آن، یکی از انواع درمان‌های مشارکتی (مانند فعالیت‌های مشارکتی مستقیم، رهنمودهای بالینی مورد توافق و سیستم‌های ارتباطی) بود، قوی‌ترین شواهد اثربخشی را داشت و با پیامدهای مثبت بالینی، ارائه خدمت<sup>14</sup> بهتر و پیامدهای مثبت از نظر اقتصادی همراه بود. شواهدی به نفع استفاده از قرارداد ارائه خدمت به تنهایی یا در ترکیب با سایر راهبردها وجود

1- Fuller  
2- linkage  
3- clinical primary mental health care  
4- direct collaborative activities  
5- link working  
6- co-location  
7- consultation liaison  
8- agreed guidelines  
9- communication systems  
10- enhanced communication  
11- enhanced referral  
12- electronic communication system  
13- service agreement  
14- service delivery  
15- Katon

مؤثری، مانند درمان جامعه‌نگر پیگیرانه یا مدیریت متمرکز بیمار، مدل‌هایی فوق تخصصی و بسیار پرهزینه هستند و به امکانات، زیرساخت و تجربه کافی برای اجرا نیاز دارند. شواهد قوی و کافی برای اثربخشی مدل مدیریت بیمار موجود نبود. این مدل نیازمند هماهنگی با بخش‌های مختلف، برای ارائه خدمات و سامانه بهداشتی منسجم و سیستم ارجاع قوی به نهادهای بهداشتی و اجتماعی است. اشتغال حمایت‌شده مداخله‌ای مؤثر است، ولی باید این نکته را در نظر داشت که پیامد آن در شرایطی که کارایی برای افراد غیربیمار نیز دشوار است، ممکن است مشابه نتایج آن در کشورهای غربی نباشد. از سوی دیگر، اثر این مداخله غیر از پیامد شغلی، روی دیگر پیامدها مانند بستری دوباره، مشخص نیست.

ویزیت بیمار در منزل (پیگیری درمان در منزل) مدلی اثربخش است، اما با توجه به آن که به نسبت هزینه‌بر است، شاید بهتر باشد برای بیمارانی اجرا شود که پذیرش درمانی مطلوبی ندارند یا بیماری‌شان بسیار شدید است و لازم است پیگیری فعال‌تری در منزل انجام گیرد.

شواهد قابل توجهی برای اثربخشی مداخله‌های خانوادگی وجود دارد. این نوع مداخله‌ها به‌ویژه برای کشور ما که خانواده نقش مهمی در حمایت از بیمار دارد و به تقریب تمام بیماران همراه اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند، می‌تواند بسیار مفید باشد. آموزش بیمار نیز روشی اثربخش است که در کنار آموزش خانواده برای بیماران کاربرد دارد.

در کل، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد شواهد در مورد اثربخشی و به‌ویژه هزینه-اثربخشی در انواع مدل‌های خدماتی، محدود و بیشتر مربوط به کشورهای توسعه‌یافته است. به نظر می‌رسد انجام کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شاهددار که در ایران و در محیط‌های مختلف بالینی انجام شود، ضرورت دارد. چنانکه بیان شد، از یافته‌های پژوهش حاضر برای طراحی الگوی ارائه خدمات سلامت روان در سطح شهرها استفاده خواهد شد.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

## منابع

1. Farhoudian A, Sharifi V, Amini H, Basirnia A, Mesgarpour B, Mansouri N, et al. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review. *Iran J Psychiatry*. 2007; 2(4):137-50. [Persian]

مراقبت، میزان کاهش نشانه‌ها و بهبود بیماری، ارتقای کیفیت زندگی بیماران، بهبود مهارت‌های ارتباطی پزشکان عمومی و ارتقای دانش و نگرش آنان، افزایش رضایتمندی بیماران، قابلیت اجرا، افزایش دسترسی و پیامدهای اقتصادی الگوها و اثر آن بر بار مالی بیماری شاخص‌های بررسی شده در پژوهش‌ها بودند. شواهد قوی‌تر از نظر هزینه-اثربخشی، که تعداد بیشتری از شاخص‌های مرتبط با بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهند، به مدل‌هایی مربوط بودند که از سامانه مشارکتی و تعاملی استفاده می‌کردند (مانند مراقبت مشارکتی) و به‌ویژه بر توسعه مشارکت در سطوح مختلف ارائه خدمات و پرهیز از باقی ماندن تعامل در سطح مدیریت تأکید زیادی داشتند. ترکیبی از مشارکت مستقیم میان سامانه مراقبت اولیه و ارائه راهنماهای استاندارد شده و ایجاد ساختاری برای تسهیل ارتباط میان سامانه مراقبت‌های اولیه و پزشکان عمومی با سطوح بالاتر تخصصی، با شواهد قوی‌تری از نظر بهبود پیامدهای بالینی و بار کمتر اقتصادی همراه بود.

شواهدی به نفع مؤثر بودن غربالگری صرف بیماران به‌وسیله ابزارهای شناسایی بیماری وجود نداشت و بررسی‌هایی نیز وجود داشت که نشان می‌داد در بهترین حالت و با بهترین ابزارها، هزینه این مدل بالا و ناشی از شناسایی افرادی است که به اشتباه بیمار تلقی شده‌اند. بررسی‌ها همچنین از الگوهای حمایتی می‌کردند که پیگیری تلفنی، توسط فردی با پیشینه بهداشتی-درمانی را در برنامه‌های مشارکتی خود گنجانده بودند. این نوع خدمات که به‌طور عمده برای ارزیابی پیروی از درمان و پیگیری وضعیت بیمار و عوارض درمان به کار می‌رود، اثربخش شناخته شده است. شواهد مربوط به اثربخشی مدل‌های ارائه خدمات در قالب خدمات اینترنتی که بیشتر در سطح آموزش، پیشگیری اولیه و حداکثر پی‌گیری مراقبت بود، محدود بود، اما نتایج مثبتی را نشان داد. متأسفانه این بررسی‌ها بیشتر در کشورهای توسعه‌یافته انجام شده بود که دسترسی به این‌گونه خدمات محدود و خاص قشر خاصی از جامعه نیست. در کشورهای در حال توسعه، حتی در صورت دسترسی به این‌گونه خدمات، استفاده از اینترنت در افراد باسواد ولی با شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی پایین محدودتر است.

برای بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی، شواهد قوی‌تر مربوط به مدل‌هایی بود که یا در آن پیگیری فعالی وجود داشت یا نوعی آموزش مهارت، و به صرف ارائه اطلاعات اکتفا نشده بود. شواهد نشان می‌دهد روش‌های

2. Sharifi V, Farhoudian A, Tavakoli M. A systematic review on primary prevention intervention in mental health, final report. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2007. [Persian]
3. Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med*. 2010; 1(2):81-91.
4. 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.
5. Davidian H. History of psychiatry in Iran. Tehran: Arjmand Publication; 2008. [Persian]
6. Ministry of Health. National mental health programme. Tehran: Mental Health Office, Ministry of Health; 1986. [Persian]
7. Mohit A, Shah Mohammadi D, Bolhari J. National evaluation of mental health. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 1987; 3(11):4-16. [Persian]
8. Yasamy MT, Shahmohammadi D, Bagheri Yazdi SA, Layeghi H, Bolhari J, Razzaghi EM, et al. Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need. *East Mediterr Health J*. 2001; 7(3):381-91.
9. Bolhari J, Ahmadkhanlari 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. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2012; 17(4) 271-8. [Persian]
10. Shadpour K. Primary health care system in Iran. Tehran: Ministry of Health; 1981. [Persian]
11. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malek Afzali H, Naghavi HR, Pour Etamad HR, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran, 2001. *Hakim Res J*. 2003; 6(1):55-64. [Persian]
12. Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004; 184:70-3.
13. Statistical center of Iran. Population estimation of all provinces of Iran by rural and urban population in 2004-2005. Tehran: Vice-Presidency of Strategic Planning and Supervision; 2004 [2-16-2012]; Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=260>.
14. Sharifi V. Urban mental health in Iran: Challenges and future directions. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2009; 3(1):9-14. [Persian]
15. Murthy RS. The role of psychiatrists in rural areas: An international perspective. 9<sup>th</sup> Annual Cherry Blossom Psychiatric Symposium; 1997.
16. Burns BJ. Community mental health in USA. In: Murthy RS, Burns BJ, editors. *Community mental health: Proceedings of Indo-US symposium*. Bangalore: Nimhans; 1992.
17. Whiteford HA. Australia's national mental health policy. *Hosp Community Psychiatry*. 1993; 44(10): 963-6.
18. Kemali D, Maj M, Crepet P. Hospital and community psychiatric care in Italian cities after the reform law. In: Parry-Jones WL, Queloz N, editors. *Mental health and deviance in inner cities*. Geneva: World Health Organization; 1991.
19. de Girolamo G, Cozza M. The Italian psychiatric reform. A 20-year perspective. *Int J Law Psychiatry*. 2000; 23(3-4):197-214.
20. Sharifi V, Abolhassani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeeli M. Community mental health centers in Iran: An evidence base service planning. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*, In press. [Persian]
21. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD001089.
22. Lehman AF. Public health policy, community services, and outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin North Am*. 1998; 21(1):221-31.
23. Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: An update of randomized trials. *Psychiatry Serv*. 1995; 46(7):669-75.
24. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatry Serv*. 2000; 51(11):1410-21.
25. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull*. 1998; 24(1):37-74.

26. Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(2):163-75.
27. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000270.
28. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(3):CD000270.
29. Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P. Community mental health team management in severe mental illness: A systematic review. *Br J Psychiatry*. 2001; 178:497-502.
30. Holloway F, Carson J. Case management: An update. *Int J Soc Psychiatry*. 2001; 47(3):21-31.
31. Zatzick D, Roy-Byrne P, Russo J, Rivara F, Droesch R, Wagner A, et al. A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(5):498-506.
32. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000050.
33. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(10):CD007906.
34. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(4):CD001087.
35. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 12:CD004026.
36. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess*. 2001; 5(21):1-75.
37. Roy-Byrne PP, Katon W, Cowley DS, Russo J. A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58(9):869-76.
38. Katon WJ, Roy-Byrne P, Russo J, Cowley D. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(12):1098-104.
39. Yoshimasu K, Kiyohara C. Comparison of the effectiveness of psychiatric day care treatment between Japan and western countries: A review. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2003; 50(6):485-94.
40. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: A systematic review. *Health Technol Assess*. 2001; 5(15):1-139.
41. Sharifi V, Tehranidoost M, Yunesian M, Amini H, Mohammadi M, Jalali Roudsari M. Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: A 12-month randomized controlled study. *Community Ment Health J*. 2012; 48(6):766-70.
42. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(12):CD000088.
43. Mino Y, Tsuda T, Shigemi J, Tanihara S, Aoyama H, Babazono A. Family intervention for schizophrenia based on expressed emotion (EE) research: A review of the technique and evaluation. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 1995; 42(5):301-12.
44. Tarrrier N, Barrowclough C. Family interventions for schizophrenia. *Behav Modif*. 1990; 14(4):408-40.
45. McFarlane WR. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv*. 1994; (62):13-22.
46. Bentsen H. Does psychoeducational family intervention improve outcome of schizophrenia? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003; 123(18):2571-4.
47. Rowett M, Reda S, Makhoul S. Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness. *Schizophr Bull*. 2010; 36(5):910-1.
48. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008; 31(4):280-90.

49. Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol.* 1990; 58(6):741-7.
50. Corrigan PW. Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1991; 22(3):203-10.
51. Dilk MN, Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64(6):1337-46.
52. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med.* 2002; 32(5):783-91.
53. Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(1):CD000381.
54. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Int Med.* 2002 May; 136(10): 765-76.
55. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: A systematic evidence review. *Ann Int Med.* 2009; 151(11):793-803.
56. Mitchell AJ. Systematic review: Depression screening and management programmes with staff assistance in primary care increase response and remission rates, but programmes without staff assistance do not show benefits. *Evid Based Med.* 2010; 15(2):49-50.
57. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: A meta-analysis. *CMAJ.* 2008; 178(8):997-1003.
58. Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe) Research Group. General practitioner recognition of mental illness in the absence of a 'gold standard'. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004; 38(10): 789-94.
59. Gelenberg AJ. Using assessment tools to screen for, diagnose, and treat major depressive disorder in clinical practice. *J Clin Psychiatry.* 2010; 71(Supple E1):e01.
60. Barbui C, Tansella M. Identification and management of depression in primary care settings. A meta-review of evidence. *Epidemiol Psichiatri Soc.* 2006; 15(4):276-83.
61. Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: Cost effectiveness analysis. *BMJ.* 2009; 339:b5203.
62. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA.* 1992; 268(9): 1111-7.
63. Cheraghi-Sohi S, Bower P. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:179.
64. Agius M, Vyas V. Differences between training GPs to manage depression in primary care and issuing them with guidelines, and a system of collaborative care in the treatment of depression between primary and secondary care. *Psychiatr Danub.* 2011; 23(Suppl 1):S79-82.
65. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. *JAMA.* 2003; 289(23):3145-51.
66. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: A systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract.* 2008; 9:25.
67. Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: Systematic review of randomised economic evaluations. *Br J Psychiatry.* 2006; 189:297-308.
68. Kilbourne AM, Daugherty B, Pincus HA. What do general medical guidelines say about depression care? Depression treatment recommendations in general medical practice guidelines. *Curr Opin Psychiatry.* 2007; 20(6):626-31.
69. Karamustafalioglu O. Major depressive disorder, mental health care, and the use of guidelines in the Middle East. *J Clin Psychiatry.* 2010; 71: e07.



70. Lehmann S, Domdey A, Bramesfeld A. Telephone case management: is it beneficial for the care of depression patients in Germany? A systematic literature survey. *Gesundheitswesen*. 2010; 72(5):e33-7.
71. Simon GE, Ludman EJ, Rutter CM. Incremental benefit and cost of telephone care management and telephone psychotherapy for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(10):1081-9.
72. Sved-Williams A, Poulton J. Primary care mental health consultation-liaison: A connecting system for private psychiatrists and general practitioners. *Aust Psychiatry*. 2010; 18(2):125-9.
73. van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res*. 2010; 68(6):521-33.
74. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32(3):246-54.
75. Konig HH, Born A, Heider D, Matschinger H, Heinrich S, Riedel-Heller SG, et al. Cost-effectiveness of a primary care model for anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2009; 195(4):308-17.
76. Calcar AL, Christensen H. Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med J Aust*. 2010; 192(Suppl 11): S12-4.
77. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS One*. 2010; 5(10):e13196.
78. Meglic M, Furlan M, Kuzmanic M, Kozel D, Baraga D, Kuhar I, et al. Feasibility of an eHealth service to support collaborative depression care: Results of a pilot study. *J Med Internet Res*. 2010; 12(5):e63.
79. Gerhards SA, de Graaf LE, Jacobs LE, Severens JL, Huibers MJ, Arntz A, et al. Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2010; 196(4):310-8.
80. Neil AL, Christensen H. Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: A systematic review. *Med J Aust*. 2007; 186(6):305-8.
81. Calcar AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolesc*. 2010; 33(3):429-38.
82. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11:72.
83. Katon W, Guico-Pabia CJ. Improving quality of depression care using organized systems of care: A review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011; 13(1):pii: PCC.10r01019blu.

## Review Article

## Which of Community-Based Services are Effective for People with Psychiatric Disorders? A Review of Evidence

### Abstract

**Objectives:** The study aimed at reviewing evidence of effectiveness and cost-effectiveness of community-based services for psychiatric disorders. **Method:** Cochrane and PubMed bibliographic databases and reference lists of relevant studies were investigated. Systematic reviews and controlled randomized clinical trials were analyzed. The inclusion criteria were having effectiveness and cost-effectiveness scales for community-based services models. These scales were compared for services delivered to patients with mild severe and mild psychiatric disorders. **Results:** Provided services were assertive community treatment, case management, home visit, crisis intervention services, prompting, patient and family education and supported employment. The effectiveness and cost-effectiveness of assertive community treatment and family education had the strongest evidence and were effective on hospital admission rate, duration of hospital stay and maintaining contact with treatment system. The evidence for other services were insufficient or contradictory. For the mild psychiatric disorders, the service models included screening of disorders and feedback alone, continuous medical education, using practice guidelines, telephone-based intervention/care, referral system and consultation-liaison service, internet-based prevention and treatment programs, school-based prevention program and collaborative care. The most effective and cost-effective models were collaborative and internet-based care programs. Some of the positive outcomes of interventions were symptom reduction, patient's satisfaction and decrease in economic burden of disease on family. **Conclusion:** The evidence for the models of delivering services to patients with mild psychiatric disorders mainly support collaborative models for delivering services and for more severe disorders support active follow-up and family education. These models are effective and feasible to clinical outcomes with a desirable cost-effectiveness.

**Key words:** *psychiatric disorders; collaborative care; community mental health services; effectiveness; cost-effectiveness*

[Received: 25 June 2012; Accepted: 26 November 2012]

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

\* Corresponding author: Iranian Research  
Center for HIV/AIDS, Tehran University of  
Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-66918899

E-mail: [dr.m.a.esmaeeli@gmail.com](mailto:dr.m.a.esmaeeli@gmail.com)

<sup>a</sup> Roozbeh Hospital, Tehran University of  
Medical Sciences, Tehran, Iran; <sup>b</sup> National  
Institute of Health Research, Tehran  
University of Medical Sciences, Tehran, Iran; <sup>c</sup>  
University of Social Welfare and  
Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

96  
|  
96