

بسته "ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد" در طرح تحول سلامت: چالش های اجرایی و ارائه پیشنهادات

محمد حسین مهرانحسینی: دانشیار، گروه مدیریت، اقتصاد و سیاستگذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نورا رفیعی: دانشجوی دوره دکتری، گروه مدیریت، اقتصاد و سیاستگذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

سارا قاسمی: دانشجوی دوره دکتری، گروه مدیریت، اقتصاد و سیاستگذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران - نویسنده رابط: sara.ghasemi8692@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۵

چکیده

زمینه و هدف: بسته ارتقا سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد در پاسخ به اهمیت بالای سلامت روانی و اجتماعی در جامعه شکل گرفت. از آنجایی که هر سیاست و برنامه ای برای اجرای موفق، نیازمند بررسی و ارزیابی نقاط ضعف و قوت و چالش ها می باشد؛ این مطالعه با هدف بررسی چالش های اجرایی این بسته خدمتی از دیدگاه ارائه دهنده انجام شد.

روش کار: مطالعه به روش کیفی، با انجام مصاحبه و بررسی اسناد اجرا گردید. جامعه پژوهش این مطالعه شامل افراد صاحب نظر در دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مسئولین اجرای بسته، مسئولین مراکز سلامت جامعه شهری و مراقبین سلامت بود. انتخاب مصاحبه شوندهگان بصورت هدفمند صورت گرفت.

نتایج: یافته ها در چهار دسته اصلی طبقه بندی گردید: سطح پایین همکاری مردم، مشکل در برقراری ارتباط، حلقه های مفقوده در اجرای بسته و نحوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمت. یافته های حاصل از بررسی اسناد نیز به صورت اهداف، برنامه ها، فعالیت ها، گروه ها هدف و مداخلات مربوط به این بسته ی خدمتی مشخص گردیدند.

نتیجه گیری: چالش های اجرایی بسته سلامت روان در سه دسته ی سیاستگذاری، تسهیلاتی و فردی قرار می گیرند. ایجاد تغییرات و اصلاحاتی در سطح سیاستگذاری عمومی و طراحی بسته، ایجاد آگاهی های فردی و تسهیلات و امکانات مناسب برای اجرای بسته می توانند در جهت رفع این چالشها راهگشا باشند.

واژگان کلیدی: سلامت روان، پیشگیری از اعتیاد، طرح تحول سلامت، چالش ها

مقدمه

نه تنها نبود بیماری و نقص عضو دانسته (۱) و بعد روانی سلامت را وضعیتی تعریف می نماید که در آن "فرد توانایی- های خود را درک نموده، به صورت متمر ثمر عمل کرده و قادر به رویارویی با فشارهای عادی زندگی و کمک به جامعه خود

سلامت روانی و اجتماعی: سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت دارای ابعاد مختلفی بوده و تنها محدود به بعد جسمانی نمی گردد. این سازمان سلامت را به صورت برخورداردی کامل از بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی و

انجمن پزشکان آمریکا (JAMA) منتشر شده است، تقریباً ۵۰٪ از افراد با اختلال روانی شدید، تحت تاثیر نوعی از وابستگی و یا سوء مصرف مواد هستند و ۳۷٪ از افرادی که دچار سوء مصرف الکل و ۵۳٪ از افرادی که دچار سوء مصرف مواد مخدر هستند؛ حداقل از یک نوع از اختلالات روانی شدید رنج می‌برند (۹).

موسسه ملی سوء مصرف مواد در گزارش خود در سال ۲۰۱۸ اعلام کرده است که افراد دارای اختلالات سلامت روان بیش از سایر جمعیت، در معرض خطر مصرف مواد مخدر و اعتیاد می‌باشند (۱۰). بنابر آنچه در فوق در رابطه با سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد گفته شد، می‌توان گفت رفتارها، عوامل اجتماعی، محیطی، سلامت، اختلالات روانی و اعتیاد به صورت پیچیده‌ای با یکدیگر مرتبط و در تعامل هستند.

بسته مداخلات سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد: به منظور ارتقا سلامت روان در ایران، در دهه ۱۳۷۰، ادغام این بعد از سلامت در شبکه‌های بهداشت و درمان کشور صورت گرفت. این عمل به عنوان تحولی بزرگ در زمینه سلامت روان محسوب شده و سلامت روان را در واقع از امری پیچیده و لوکس به امری ساده و قابل اجرا و تبدیل نمود. با این وجود در سال‌های اخیر و با افزایش سریع شهرنشینی در کشور و تغییرات اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، تغییر ساختار جمعیتی و نیازهای جامعه، پیچیده‌تر شدن جوامع انسانی و تغییر نگرش‌ها و دیدگاه‌ها، ضرورت ایجاد تغییراتی در ارائه خدمات سلامت روان و بازنگری در اهداف و زیرساخت‌های آن احساس گردید (۱۱).

یک گزارش علمی که حاصل یک نشست تخصصی در سال ۱۳۹۰ بود و به چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد در ایران پرداخت، مواردی همچون نارسایی در برنامه‌ریزی و شیوه اجرای خدمات سلامت روان، پوشش ناکافی برنامه‌ها برای حل نارسایی‌ها و اختلال‌ها، عدم انجام به موقع بازنگری در برنامه‌ها و برخی موارد دیگر را به عنوان چالش‌های بهداشت روان کشور، مطرح نمود (۱۲). در مقاله‌ای تحت عنوان سلامت

می‌باشد" (۲). بنابراین می‌توان گفت سلامت و بیماری‌های روانی، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی بوده و عوامل اجتماعی، می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ، و ارتقاء سلامت روان ایفا نمایند (۳).

بعد دیگر سلامتی که در ارتباط نزدیک با بعد روانی می‌باشد؛ بعد اجتماعی است؛ سلامت اجتماعی، توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب به دیگران تعریف شده است (۴). ارتقا سلامت اجتماعی سبب افزایش سرمایه و انسجام اجتماعی خواهد شد. از طرفی بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، و آسیب‌های اجتماعی می‌گردد. بنابراین سلامت اجتماعی چیزی بیش از پیشگیری از مشکلات اجتماعی و بیماری‌های روان به تنهایی می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که روابط اجتماعی خوب، با افزایش ۵۰ درصدی شانس بقا همراه است (۵، ۶).

لذا با توجه به موارد پیشگفت، می‌توان اینگونه ابراز داشت که ابعاد روانی، اجتماعی و جسمانی سلامت، از یکدیگر جدا نیستند. وضعیت سلامت روان در تمامی مراحل زندگی، با چگونگی رفتار در ارتباط است. شواهد زیادی نشان داده‌اند که عوامل اجتماعی مرتبط با بیماری‌های روان با رفتارهایی همانند سوء استفاده از مواد مخدر، الکل، جرم و جنایت و ترک تحصیل در ارتباط هستند. در واقع تعامل پیچیده‌ای میان عوامل اجتماعی، رفتارها و سلامت روان وجود دارد (۷).

سوء مصرف مواد، نوعی رفتار بوده که به عنوان یکی از انواع آسیب‌های اجتماعی شناخته شده است و سلامت را در تمامی ابعاد آن تهدید می‌کند. بر اساس گزارش دفتر ملل متحد در زمینه مواد مخدر و جرم (United Nation Office on Drug and Crime) در سال ۲۰۱۹، ۳۵ میلیون نفر در دنیا از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند در حالی که تنها یک نفر از هر هفت نفر به درمان دسترسی دارد (۸). همچنین بر طبق گزارشی که در مجله

ارجاع به مراکز تخصصی و بستری در بیمارستان ها ارائه می-گردد. بنابراین وجود این بسته خدمتی سبب کاهش هزینه‌ها و افزایش دسترسی به خصوص در مناطق شهری گردیده است. اگرچه مطالعات بسیاری چالش‌های سلامت روان و برخی سیاست‌ها در این رابطه را مطرح کرده اند، مطالعه ای که به صورت خاص به بررسی چالش‌های اجرایی بسته سلامت روانی اجتماعی پرداخته باشد، وجود ندارد. با توجه به پیچیدگی و گستردگی این بسته و با وجود دستاوردهای چشم‌گیر بسته سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در کشور، و نیز با توجه به اهمیت بحث سلامت روان و به خصوص با توجه به شیوع گسترده بیماری کرونا در کشور و آسیب‌های احتمالی روانی ناشی از آن (۱۵)، شناسایی چالش‌های بهداشت روان و برنامه‌ریزی برای بهبود این چالش‌ها اهمیت بسیاری دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین و بررسی چالش‌های اجرایی این بسته از دیدگاه ارائه دهنده و ارائه پیشنهاداتی به منظور اجرای بهتر آن انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر با روش کیفی و به صورت مصاحبه و بررسی اسناد انجام شد. جامعه پژوهش این مطالعه شامل افراد صاحب نظر در دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مسئولین اجرای بسته در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مسئولین مراکز سلامت جامعه شهری و مراقبین سلامت روان بود. همچنین اسناد مرتبط با اهداف، برنامه‌ها، فعالیت‌ها و مداخلات در این بسته نیز برای شناخت بهتر بسته و چالش‌های موجود، مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت. با توجه به آنکه در نمونه‌گیری هدفمند سعی بر جمع‌آوری داده‌ها از مطلع‌ترین افراد است، انتخاب مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه، بصورت هدفمند صورت پذیرفت. نمونه‌گیری تا آنجائی ادامه پیدا کرد که داده‌های حاصل از مصاحبه، تکراری و اشباع گردیدند. معیارهای انتخاب شرکت‌کنندگان در این مطالعه عبارت بودند از: داشتن خبرگی، اشتغال و یا سابقه اجرا در رابطه با بسته

روانی اجتماعی و راهکارهای بهبود آن، نیز به برخی چالش‌های سلامت روانی اجتماعی اشاره و راهکارهایی جهت بهبود ارائه شد. این مقاله بیان می‌کند که اهمیت سلامت روانی اجتماعی در نظام سلامت کشورها و نیز ایران تا حدودی نادیده گرفته شده است و آگاهی‌بخشی به تمامی جامعه و مسئولین را از اولویت‌های مهم معرفی می‌کند (۱۳).

در همین راستا، و در پاسخ به نقاط ضعف ارائه خدمات اولیه بهداشتی در سطح شهرها و حاشیه شهرها و همچنین اهمیت موضوع سلامت روان و اشاره به آن در اسناد بالادستی همچون نقشه جامع علمی سلامت کشور که مطابق سند چشم‌انداز ۲۰ ساله تدوین یافته است. بسته ارتقا سلامت روانی و اجتماعی به عنوان یکی از برنامه‌های ارزشمند طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت، توسط وزارت بهداشت مطرح شد. در واقع یکی از مهمترین اتفاقاتی که در سال ۱۳۹۳ و در طرح تحول نظام سلامت صورت گرفت، ادغام برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود که به صورت بنیادین و مبتنی بر شواهد صورت گرفت. ورود کارشناس سلامت روان در جهت پوشش خدمات روان‌شناختی و با هدف ارائه خدمات حرفه‌ای از اقدامات منحصر به فرد در این فرآیند بود.

هدف کلی بسته‌ی مداخلات سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد "تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روانی اجتماعی جامعه و کاهش بار ناشی از اختلالات مصرف مواد" ذکر شده است. به منظور تأمین این هدف، اهداف اختصاصی نظیر پیشگیری از بروز اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی؛ کاهش شیوع اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی؛ کاهش مرگ‌ها و ناتوانی‌های ناشی از اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی؛ کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد تدوین شده است (۱۴). با ظهور این بسته خدمات سلامت روان به صورت ارزان و بدون نیاز به داروها و تجهیزات پزشکی پیچیده و حتی در مواردی بدون نیاز به

موجود در این بسته شناسایی شدند. این موارد به صورت خلاصه در جدول شماره ۲ آورده شده اند.

پس از انجام مصاحبه‌ها و پیاده سازی و تحلیل آنها، یافته های حاصل بیانگر آن است که چالش های اصلی در ارتباط با این برنامه، عبارتند از: سطح پایین همکاری و مشارکت مردم، مشکل در برقراری ارتباط، حلقه های مفقوده در طراحی و اجرای بسته و نحوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمت (جدول ۳).

سطح پایین همکاری مردم: سطح پایین همکاری مردم، اولین و مهمترین کد شناسایی شده می باشد. یکی از افراد مصاحبه شونده در این باره می گوید:

"مردم میگویند نکنه اینا که اینجا ثبت میشه بعدا برامون بد بشه؟ آقا ما میخواهیم استخدام بشیم. یا مثلا میگویند قوم و خویشمون اینجا کار میکنه نمیفهمه؟؟" (م۳).

ترس از برملا شدن رازهای سلامتی زندگی سبب می شود افراد در مورد اعتیاد، مصرف مواد، افکار خودکشی و یا افسردگی خود بسیار کمتر از آنچه که واقعیت دارد صحبت کنند. در بسیاری موارد ارائه دهندگان سلامت این اطمینان را به مردم می دهند که این اطلاعات کاملا محرمانه می ماند، اما به گفته مصاحبه شونده‌گان، اغلب مردم باز هم باور نمی کنند.

ترس دیگر مردم مربوط به برچسب و انگ بیمار روانی و یا داشتن اعتیاد می باشد. یکی از مصاحبه شونده ها در این باره می گوید:

"از بعضی مراجعه کننده ها که در مورد سوالات روان میپرسیم، من دیوونه نیستم خانوم! اما گاهی ممکنه از زندگی خسته بشم. و یا اینکه قیافه طرف داد میزنه معتاده میگه من سیگارم نمیکشم!" (م۳).

زیر کد بعدی عدم همکاری برخی مردم، مربوط به تردید به مفید بودن و سودرسانی برنامه است. مصاحبه شونده ای می گوید:

"مردم میان میگویند فقط به مشت دفتر دستکه و ثبت میشه اما چه فایده، من مریضی خودمو خودم میدونستم شما فقط ثبتش

سلامت روان، تصدی‌گری اجرای این بسته در قالب مراقبین سلامت روان، داشتن مسئولیت در مراکز سلامت جامعه. در این مطالعه، در مجموع ۱۳ مصاحبه از گروه‌های مختلف شناسایی شده، صورت گرفت. مصاحبه‌ها در یک دوره دو ماهه انجام شد. جدول ۱ مشخصات مصاحبه شونده‌گان را نشان می دهد:

ابزار جمع آوری داده‌ها، راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته بود که با بررسی متون مرتبط، تدوین گردید. کلیه مصاحبه‌ها با اطلاع و کسب اجازه از مصاحبه‌شونده‌گان ضبط شدند و سپس در نرم افزار Word پیاده سازی شدند. مدت جلسات مصاحبه به طور متوسط ۲۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها در مصاحبه شانزدهم متوقف شد. علت ادامه ندادن مصاحبه با تعداد بیشتری از افراد، اشباع اطلاعاتی در مرحله جمع آوری داده‌ها بود.

به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوی استفاده شد. در ابتدا غوطه‌وری در داده‌های حاصل از مصاحبه، خواندن و بازخوانی (Read and re-read) توسط دو نفر صورت گرفت. سپس ایده‌های کلیدی و درون‌مایه‌های تکرار شونده یادداشت شدند (یادداشت‌ها و یادآورنویسی‌ها تهیه شدند). در مرحله بعد، درون‌مایه‌های اصلی از یادداشت‌ها استخراج شد و مطالبی که از نظر محتوایی به هم نزدیک بودند، در یک دسته قرار گرفتند. در نهایت چندین دسته کد و زیرکدهای مرتبط به وجود آمدند. برای تأمین اعتمادپذیری، مطالعه از روش ارزیابی لینکولن و گوبا استفاده گردید (۱۶). بدین منظور بر پایه این روش چهار معیار "موثق بودن و قابلیت اعتبار"، "قابلیت انتقال"، "قابلیت وابستگی" و "قابلیت تأیید" جهت ارزیابی در نظر گرفته شد.

نتایج

با بررسی و مطالعه اسناد مرتبط با بسته مداخلات سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد، اهداف، برنامه‌ها، مداخلات، گروه‌های هدف مداخلات و راهنماهای

چالش رو به رو می شوند. چرا که این موضوع برای پدر و مادر برخوردارنده محسوب می گردد. مصاحبه شونده ای در این رابطه بیان کردند که:

"من اینو به چشم خودم دیدیم، از مادر درباره ی پسر ۱۵ سالش سوال می کردیم و می گفت همه چی خوبه، پسر پشت سر مادر به ما میخ دستشو نشون میداد که یعنی قبلا رگ دستشو زده و اقدام به خودکشی کرده اما مادر نمیخواست در این باره حرفی بزنه" (م۲).

کمبود زمان مساله مهمی است که بر کیفیت روابط اجتماعی در حیطه و زمینه اجرای برنامه تاثیر به سزایی دارد. زمان کم مراقب سلامت سبب می شود برای هر فرد مراجعه کننده وقت کافی نداشته و ارتباط مناسبی که شاید می توانست در ایجاد اعتماد بین مراجعه کننده و ارائه دهنده تاثیر بگذارد؛ شکل نگیرد. مصاحبه شونده ای می گوید:

" ما اصلا زمان نداریم این همه سوالو پرسیم و برای همین مجبوریم سریع سوالات رو پرسیده و رد بشیم" (م۳).

این کمبود زمان سبب عدم توجه به عناصر غیر کلامی ارتباط (همانند ارتباط چشمی و سر تکان دادن) که به خصوص در بحث غربالگری، تشخیص و درمان بیماران دارای اختلالات روان و اعتیاد اهمیت زیادی دارد؛ می گردد.

از نظر ارائه دهنده تعداد پرسش ها بسیار زیاد خسته کننده عنوان شد. این موضوع نیز در کیفیت ارائه خدمت و نحوه ارتباط تاثیر گذار است. مصاحبه شونده ای در این رابطه بیان میکند:

"ما از شماره کفش مریض باید پرسیم تا اعتیاد و اینکه به خودکشی فکر کرده یا نه. اینا زیادن هم وقت نمی کنیم هم واسه ما و واسه مراجعه کننده خسته کنندس. به نظرم بهتره چکیده سوالات و اصل کاری ها پرسیده بشه" (م۲).

حلقه های مفقوده در طراحی و اجرای بسته حلقه های مفقوده در طراحی و اجرای بسته بود. یکی از این موارد کمبود وجود روانشناسان خبره در کشور می باشد. مصاحبه کننده ای بیان کردند که:

کردی؛ الان پول داری به من بدی برم بیمارستان؟؟ واسه درمان من چیکار میکنی؟" (م۳).

مشکل در برقراری ارتباط: کد بعدی، مربوط به مشکل در برقراری ارتباط بود. نبود فضای کافی برای صحبت با مراجعه کننده، یکی از عوامل چالش زا در برقراری ارتباط صحیح بین ارائه دهنده و گیرنده خدمت می باشد. افراد در فضای شلوغی که حس کنند چندین نفر به حرف های آنها گوش می دهند، احساس راحتی نکرده و واقعیات را کتمان خواهند کرد. مصاحبه شونده ای در این باره می گوید:

"وقتی دور تا دور مراقب سلامت نشسته و اتاق شلوغه، خوب معلومه طرف سم هم توی کفیش باشه، میگه تا حالا به خودکشی فکر نکردم!" (م۲).

مراقب سلامت در این فضا خود تمرکز درستی برای برقراری ارتباط مناسب با فرد نداشته و حتی اگر بتواند ارتباط صحیحی برقرار کند؛ مراجعه کننده از حضور افراد زیاد در اتاق، معذب خواهد شد.

موضوع دیگری که در این دسته مطرح می شود، آن است که معمولا زن و شوهر و والدین و فرزندان با هم مورد پرسش قرار می گیرند. به همین دلیل بسیاری از موارد ممکن است بصورت بیان نشده باقی بماند و از نظر مراقبین سلامت مغفول گردد. مصاحبه شونده ای در این مورد بیان کرد که:

"ما از زن و شوهری سوال کردیم آیا مواد مخدر مصرف می- کنید؟ خانم جواب داد بله هر دو اعتیاد داریم، یهو شوهرش با حالت خیلی بدی زنشو برد بیرون و دیگه نمیدونم زدش یا نه؟ ولی دیگه بزرگشتن!" (م۳)

"خوب معلومه وقتی زن و شوهر باهم میان، از خانوم می- پرسیم تا حالا شوهرت باهات بد رفتاری کرده حتی اگه کتکم خورده باشه جلو شوهره جرات نداره بگه و میگه نه!" (م۳).

در این برنامه، کودکان در حضور والدین مورد پرسش قرار می گیرند و برخی کودکان جرات پاسخ به بسیاری از سوالات را در حضور والدین ندارند. به علاوه برای معاینه بدن کودک برای بررسی خشونت و بدرفتاری، اغلب مراقبین سلامت با

رسانه ها نقش بسیار پررنگی در مقبولیت این اقدامات نزد مردم و همکاری و مشارکت جامعه در طرح های این چنینی دارند (۱۵). اما در رابطه با خدمات این برنامه و وجود این مراکز اطلاع رسانی صحیحی صورت نمی پذیرد.

مصاحبه شونده ای در این باره می گوید:
 "من فکر میکنم مردم زیاد از وجود مراکز اطلاع ندارن. رسانه ها، به خصوص تلویزیون، شبکه های استانی می تونن برای معرفی و ایجاد وجهه مثبت این مراکز و مقبولیت خدماتش نقش پررنگی داشته باشن" (م ۴).

نحوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمت: نحوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمت در این بسته آخرین کد شناسایی شده بود که تاثیر مستقیمی بر نحوه کارکرد ارائه دهندگان و ارتباط آنها با بیماران و حتی برداشت های خود ارائه دهندگان از برنامه دارد. دستمزد کم و عدم پرداخت به موقع به ارائه دهندگان خدمت و نحوه پرداخت مبتنی بر تعداد موارد ثبت شده در سامانه می تواند بر نحوه تعامل آنها با مراجعه کنندگان تاثیر مستقیم بگذارد. مصاحبه شونده ای می گوید:

"من و خانمم الان چند ماهه که حقوق نگرفتیم، تازه خانمم که همیشه سعی میکنه خوب باشه و به همه مراجعه کننده ها آموزش کافی بده و وقت بذاره اما چون به خاطر زمانی که میذاره، تعداد موارد کمتری رو ثبت میکنه؛ عملکردش خوب ارزیابی نمیشه" (م ۳)

مصاحبه شونده دیگری که در حاشیه شهر فعال است نیز در این رابطه می گوید:

"نیروهایی که اینجا کار میکنن، نیروهای شرکتی هستن دیگه و بعضا سروقت حقوق نمیگیرن. از طرفی اینا از راه دور میان حاشیه شهر و هیچگونه هزینه رفت و آمدی بهشون داده نمیشه" (م ۳).

"من الان پنج ساله دارم کار میکنم افزایش حقوق زیادی نداشتم، چه انگیزه ای میمونه؟" (م ۳).

"مشکل اصلی ما اینه که به طور کلی در کشور به بحث روان اونقدر که باید، اهمیت داده نمیشه و فارغ التحصیلان روانشناسی خبره کم داریم" (م ۴).

در برنامه ارتقاء سلامت روان و اجتماعی ارجاع از سوی مراقب سلامت به روانشناس و سپس پزشک و بعد روانپزشک صورت می گیرد. در این روند ارجاع جایی برای مددکار اجتماعی برای رسیدگی به مواردی همانند کودکان کار و ارجاع به بهزیستی وجود ندارد. مصاحبه شونده ای بیان می کند که:

"واقعا برای مواردی که نیاز به همکاری با بهزیستی هست، مثل همین کودکان کار و یا معلولیت های خاص، جایی به مددکار اجتماعی خالیه" (م ۱).

در مورد اعتیاد نیز امکان ارجاع به اورژانس های اجتماعی و مراکز ترک اعتیاد وجود دارد اما در این زنجیره امکان ارجاع فرد به مراکزی همانند کار و رفاه اجتماعی، بهزیستی و فنی حرفه ای برای بهبود شرایط زندگی و ایجاد اشتغال پس از بهبودی، دیده نشده است.

صحبت های یک مصاحبه شونده در رابطه با نحوه ارجاع در مورد اعتیاد:

"در مورد اعتیاد برای هر سطح خطری به سری مداخلات انجام میشه، ما برای سطوح خطر پایین بعد از شناسایی خودمون اقدام میکنیم و بیشتر رویکرد انگیزشیه اما اگر خطر متوسط باشه، افراد باید مصرفشونو کم کم کنن، راجع به ضررهای مصرف بهشون اطلاعات میدیم و مهارت های نه گفتن رو یاد میدیم، خطر بالا رو هم به اورژانسهای اجتماعی ارجاع میدیم" (م ۳).

گرچه شاید این سطح از مداخلات در حیطه کار مراقبین سلامت پایگاه ها ننگجد اما ایجاد چنین همکاری های بین بخشی قطعا در عدم بروز دوباره مشکلاتی همچون اعتیاد در یک فرد می تواند کمک کننده باشد. از طرفی این همکاری ها باید دو طرفه و به صورت فعال انجام گردد.

بحث

با تعریف بسته های سلامت روانی اجتماعی توجه بیشتری به جنبه روانی سلامت جامعه در کشور شد؛ با توجه به نوظهور بودن این بسته ها، ممکن است نظام سلامت در این مقوله با برخی کاستی ها مواجه گردد که از جمله این کاستی ها، در نحوه اجرای این بسته و چگونگی سودرسانی افراد جامعه از خدمات تعریف شده می باشد. مطالعه حاضر به موانع و چالش هایی پرداخته است که ممکن است موجبات اثربخشی پایین تر از حد انتظار بسته خدمتی را برای ارتقاء سلامت روان را فراهم آورند.

با جمع بندی صحبت های مصاحبه شوندگان و بررسی موارد مرتبط با طراحی و اجرای بسته که در اسناد و گزارشات مختلف وجود دارند؛ این مطالعه چالش های اجرای این بسته را، در قالب موانع بهره وری از خدمات سلامت روان، طبق چارچوب بیان شده در مطالعه Munakampe (۱۷)، در سه سطح فردی (انگ زایی از سمت دوستان، خانواده و جامعه - ناآگاهی فرد)، تسهیلاتی (کمبود نیروی انسانی و دارو در مراکز مراقبتی، شلوغی این مراکز و عدم انجام غربالگری مناسب) و سیاستگذاری (فقدان قوانین مناسب، تامین ناکافی بودجه مورد نیاز، پوشش نامناسب بیمه ها، آماده نبودن بستر جامعه برای پذیرش برخی خدمات، موانع فرهنگی، وجود یا عدم وجود برخی شرایط در سطح کلان) دسته بندی نمود.

به دلیل پیچیدگی موضوعات اجتماعی هر یک از دسته های اصلی و یا زیرگروه ها می توانند مرتبط با دو یا هر سه سطح از موانع باشند. با توجه به سطح بندی فوق از موانع استفاده از خدمات سلامت، اگر اولین دسته شناسایی شده یعنی " سطح پایین همکاری مردم" را به صورت کلی و شامل تمام زیرکدهای شناسایی شده آن (اعتماد پایین به حفظ محرمانگی اطلاعات ثبت شده، اعتماد پایین به مفید بودن و سود رسانی برنامه و ترس از انگ و برچسب زنی) در نظر بگیریم؛ این دسته در سطح سیاستگذاری قرار می گیرد اما هر یک از زیرکدها به صورت جداگانه می توانند در سطح فردی

قرار بگیرند. بنابراین به طور کلی این تم، در سطح موانع فردی و سیاستگذاری قرار می گیرد (شکل ۱).

یافته ها نشان دادند که در رابطه با بسته خدمات سلامت روان و اعتیاد، افراد ممکن است در ارتباط با حفظ محرمانگی این اطلاعات و ثبت آنها در یک سامانه دولتی تردید داشته و این موضوع خود سبب مقبولیت پایین این بسته و تاثیر منفی بر نتایج آن گردد. همچنین تردید به سودرسانی این برنامه از سوی مردم و ارائه دهندگان خدمت، می تواند سبب مراجعه کمتر و اجرای ضعیف تر برنامه های موجود در این بسته خدمتی گردد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت نیز، عدم پذیرش و مقبولیت یک سیاست از سوی مردم، یکی از موانع اصلی اجرای موفق سیاست و یا برنامه محسوب می گردد (۱۸).

به طور کلی ظرفیت اجرا و پیاده سازی یک سیاست عمومی که از سوی دولت وضع می گردد، تا حدود زیادی به میزان اعتماد مردم به آن سیاست و اعتماد به دولت بستگی دارد. اعتماد به دولت چند وجهی و بر مبنای ترکیبی از تعاملات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بین مردم و دولت است. اگر این اعتماد در سطح پایین باشد؛ حمایت از طرح های دولتی به خوبی انجام نگرفته و مانع سیاستگذاری موفق می گردد. عدم اعتماد عنصری است از حوزه سیاست های عمومی که تاثیر بسیاری بر حوزه سلامت می گذارد (۱۹، ۲۰).

از طرفی، برخی از افراد به این موضوع که در جریان استفاده از این بسته خدمتی و تشکیل پرونده، برچسب و انگ به ایشان زده نشود؛ مطمئن نبوده و در نتیجه برای دادن اطلاعات خود، اعتماد نمی کنند. در رابطه با اعتیاد، در مطالعه آسمانی و همکاران بیان شده است که خانواده های افراد معتاد نیز به دلیل انگ ناشی از اعتیاد یکی از افراد خانواده، به انکار کردن اعتیاد فرد پرداخته و واقعیات را بیان نمی کنند (۲۱). ترس از انگ به صورت غیرمستقیم (از طریق افزایش بیماران درمان نشده) ممکن است سبب افزایش هزینه های بهداشتی گردد. این موضوع می تواند در نتیجه ناآگاهی فردی بوده و یا در اثر سیاستگذاریهای نادرست باشد. در حیطه سلامت و بیماری های

آنچه در این بسته به عنوان حلقه مفقوده اصلی نمایان است، نقص در همکاری مناسب با سایر دستگاه ها و وزارتخانه اعم از وزارت کار رفاه و امور اجتماعی، سازمان بهزیستی، سازمان زندان ها، سازمان ورزش و جوانان، آموزش و پرورش و سازمان نظام وظیفه می باشد. این موضوع می تواند در نتیجه به حاشیه رانده شدن تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت روان و در نتیجه حضور کم رنگ ذینفعان مختلف در طراحی این بسته خدمتی ایجاد شده باشد. شناسایی ذینفعان پیش از آغاز یک سیاست یا برنامه، از بروز سوء تفاهم های احتمالی کاسته، همکاری را ارتقا داده و بر اجرای موفقیت آمیز برنامه/سیاست تاثیر مثبت می گذارد (۲۳). لذا وجود ذینفعان مختلف در طراحی بسته سلامت روان، می تواند در ایجاد همکاری موثرتر و ایجاد زنجیره ارجاع به دیگر سازمان ها موثر باشد. از جمله دستاوردهای مهم ایران در زمینه همکاری با سازمان های دیگر، تهیه سند سیاستی همکاری بین بخشی در حوزه ارتقای سلامت روان، پایلوت نمودن پروژه های مختلف در شهرها و استان های مختلف ایران با مشارکت سازمان های غیر سلامت، امضا نمودن تفاهم نامه های مشارکت متقابل میان وزارت بهداشت و سازمان های غیر سلامت بوده است (۲۴).

در همین راستا و در تایید نقش تعیین کننده عوامل اجتماعی به عنوان علت العمل مشکلات روان، نتایج مطالعات در کشور پیشرفته ای همچون استرالیا نشان داده که بین سلامت روان و وضعیت اقتصادی اجتماعی زندگی افراد رابطه وجود دارد به طوری که هرچه شرایط اجتماعی و اقتصادی نامساعدتر باشد؛ بروز اختلالاتی همچون افسردگی حاد بیشتر خواهد بود (۲۵). نقش شرایط خاص اجتماعی نظیر: درآمد ناکافی، نداشتن مسکن امن، آموزش ناکافی، بیکاری و عدم امنیت شغلی و حمایت اجتماعی ضعیف با برخی مشکلات سلامت روان را نمی توان انکار نمود (۲۶، ۲۷).

رسانه می تواند نقش بسیار پررنگی در آگاهی مردم و افزایش اعتماد آنها به سودرسانی برنامه ها، حفظ محرمانگی، انگ زدایی و همکاری تمامی اقشار جامعه داشته باشد. رسانه

روان نیز، برای کاهش انگ و برجسب افزایش آگاهی از نقش تخریبی کلماتی مانند دیوانه و روانی در گفت و گوهای عادی، رسانه ها و به ویژه در متون قانونی و حقوقی باید مورد توجه قرار گیرد (۲۲).

مشکل در برقراری ارتباط که گاهاً به دلیل عدم تخصیص مکان و زمان مناسب و کافی برای معاینه و صحبت با مراجعه کننده رخ می دهد، موضوع دیگری است که ممکن است به دلیل انگیزه پایین مجریان برنامه، توجه ناکافی به امر تخصیص مکان و زمان مناسب در طراحی یا اجرای بسته و یا کمبود امکانات و بودجه ناکافی باشد. این موضوع مانع دیگری در استفاده از خدمات سلامت روان است که با توجه به چارچوب فوق، در حیطه سیاستگذاری و تسهیلاتی قرار می گیرد (شکل ۱).

بنابراین پیشنهاد می گردد به منظور تخصیص مکان مناسب و زمان کافی از سوی طراحان سیاست برنامه الزاماتی تعیین گردد. از طرفی مجریان برنامه و کارکنان بایستی این الزامات را رعایت کرده و در جهت اختصاص زمان کافی برای هر مراجعه کننده بکوشند. از منظر سازمان جهانی بهداشت نیز، ضعف در عملکرد کارکنان یکی از موانع دسترسی و استفاده از خدمات سلامت می باشد که در زیرمجموعه قابلیت استفاده یا فراهم بودن خدمات قرار می گیرد (۱۸).

حلقه های مفقوده در بسته سلامت روان، دسته اصلی دیگریست که در رابطه با چالش های اجرای این بسته شناسایی شده است. این دسته اصلی که دارای زیرمجموعه هایی مثل سطح پایین همکاری رسانه ها، کمبود روانشناس خبره و نقص در همکاری با سایر بخش ها می باشد، در ارتباط با سطح سیاستگذاری و تسهیلاتی مطرح گردد (شکل ۱). اگرچه در طراحی این بسته برای ارتقا سلامت روانی و اجتماعی، راهبردهایی همانند تهیه مسکن، افزایش دسترسی به آموزش و کاهش ناامنی اقتصادی ذکر شده است اما اجرای موثر این راهبردها به صورت همکاری سازمان ها و بخش های مختلف در این بسته کمتر دیده شده است.

نتیجه گیری

بسته ارتقاء سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، در پاسخ به اهمیت بالای سلامت روان و اجتماعی در جامعه شکل گرفت. گرچه ایجاد و اجرای این بسته گامی اساسی در جهت ارتقا سلامت روان در کشور می باشد؛ اما در رابطه با اجرای این بسته چالش هایی وجود دارد که عمده آنها برخاسته از سطوح پایین همکاری و مشارکت ذینفعان اصلی یعنی مردم، رسانه ها، بخش ها و سازمان های مرتبط و مجریان برنامه ها در سطوح مختلف می باشند که هر کدام از این موارد نیز به نوبه خود می توانند در اثر مسائل اجتماعی کلی حاکم بر جامعه و یا مسائلی در تدوین و طراحی یا اجرای این بسته خدمتی ایجاد گردند. لذا در ارتباط با هر گروه از موانع یاد شده -سیاستگذاری، فردی، تسهیلاتی- راهکارهای زیر جهت افزایش بهره وری و اثربخشی برنامه، پیشنهاد می گردند (جدول ۴):

(برخی موارد ذکر شده در هر سطح می توانند به سطوح دیگر نیز مرتبط گردند)

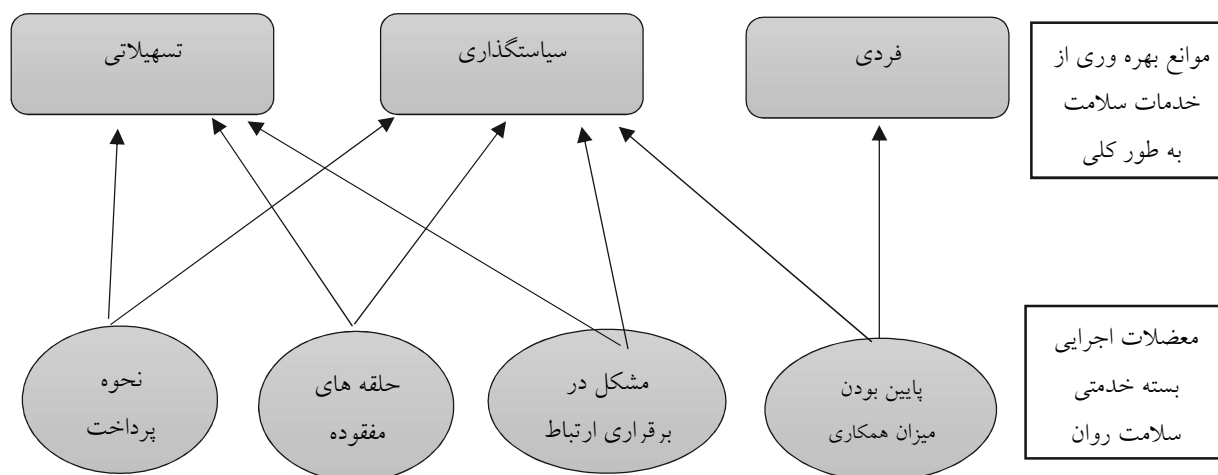
محدودیت ها: با وجود آنکه برخی چالش های شناسایی شده در این مطالعه، مرتبط با ماهیت کلی بسته می باشد؛ اما از آنجایی که مطالعه حاضر تنها در یک شهر انجام شده است؛ چالش های اجرایی ممکن است در سایر شهرها کمی متفاوت باشد. پیشنهادات: انجام مطالعه ای در سطح کشوری و با همکاری طراحان و مجریان بسته و همچنین خدمت گیرندگان این بسته خدمتی پیشنهاد می گردد. این مطالعه می تواند به شناسایی موثرتر مشکلات و چالش ها و در نهایت بهبود و ارتقاء بسته سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد، کمک شایانی نماید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از مسئول محترم و کارشناسان گروه سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و به خصوص خانم مریم

همچنین می تواند در جهت پررنگ تر کردن اهمیت سلامت روان در بین افراد جامعه و سیاستگذاران قدم های موثری بردارد. متأسفانه بیماری های روان بصورت یک اپیدمی ساکت بصورت پیشرونده در حرکت است. تا زمانی که به بحث سلامت روان به اندازه کافی در رسانه ها پرداخته نشود، آمار بیماری ها و اختلالات روان برای عموم بدرستی بیان نشود، آموزش ارتقای فرهنگ سلامت روان رسانه ای نگردد، دیدگاه منفی جامعه نسبت به افراد دارای اختلال و بیماری های روان و برنامه ها و سیاست های ارتقا سلامت روان مرتفع نخواهد شد و مقبولیت این بسته ها همچنان پایین خواهد بود (۲۸،۲۹). از این منظر می توان دسته اصلی شناسایی شده با عنوان "سطح پایین همکاری مردم" را در ارتباط با زیر کد همکاری پایین رسانه ها قرار داد. آخرین دسته اصلی شناسایی شده مربوط به نحوه پرداخت به ارائه دهندگان سلامت می باشد که عامل ایجاد نارضایتی در کارکنان بوده و در سطح تسهیلاتی و سیاستگذاری قرار می گیرد (شکل ۱). رضایت ارائه دهندگان خدمات سلامت مساله ای است که کمتر بدان توجه می گردد. نارضایتی کارکنان بر کیفیت ارائه خدمات اثر منفی خواهد گذاشت. منابع انسانی کارآمد و با انگیزه پایه و اساس ایجاد و ارائه خدمات با کیفیت و در نهایت تامین سلامت آحاد جامعه است. یکی از عوامل مهم و تعیین کننده در ایجاد رضایت کارکنان، انگیزاننده های مالی می باشد (۳۰). در نظام های پرداخت مختلف، انگیزه های متفاوتی برای افزایش یا کاهش کمیت و کیفیت خدمات وجود دارد. نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد ارائه کنندگان خدمات سلامت را در جهت دست یابی به اهداف از پیش تعیین شده توسط انگیزاننده های مالی، تشویق می کند (۳۱). نحوه پرداخت به مراقبین سلامت به صورت حقوق و مبتنی بر عملکرد می باشد. اما حقوق پایین و ارزیابی عملکردی که بیشتر نشان از پایش کمیت و تعداد خدمات دارد تا کیفیت آنها، می تواند موجبات انگیزه پایین ارائه دهنده خدمت برای افزایش کیفیت خدمات را فراهم آورد.

صالحیان کارشناس سلامت اجتماعی گروه به دلیل همکاری ارزشمند ایشان در تامین داده‌های مطالعه قدردانی مینمایند.



شکل ۱- مشکلات شناسایی شده در اجرای بسته "ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد" در طرح تحول سلامت: چالش های اجرایی و ارائه پیشنهادات

جدول ۱- مشخصات مصاحبه شوندگان بسته "ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد" در طرح تحول سلامت: چالش های اجرایی و ارائه پیشنهادات

کد	تعداد	مشخصات افراد مصاحبه شونده
۱	۳	کارشناس مسئول برنامه سلامت روان در معاونت بهداشتی
۲	۲	مسئول مرکز سلامت جامعه شهری
۳	۹	مراقبین سلامت و کارشناسان بهداشت روان
۴	۲	از مقامات معاونت بهداشتی دانشگاه

جدول ۲- موارد مربوط به مطالعه بسته "ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد" در طرح تحول سلامت:

توضیحات	موارد مربوط به بسته سلامت روان
	اهداف
	<ul style="list-style-type: none"> • پیشگیری از بروز اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی • کاهش شیوع اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی • کاهش مرگ و ناتوانی های ناشی از اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی • کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد
	برنامه ها
	<ul style="list-style-type: none"> • سلامت روان شامل سه برنامه اصلی: خودکشی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا سلامت روان • سلامت اجتماعی شامل: ارتقا سلامت، همسرآزاری، خشونت، سوء استفاده از کودکان • برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد شامل دو برنامه اصلی: پیشگیری از مصرف الکل، پیشگیری از مصرف مواد مخدر
	فعالیت ها
	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش و شناسایی و ارزیابی گروه های هدف و ارزیابی خانوار • برقراری ارتباط با گروه های هدف • انجام مداخلات لازم • مراقبت و پیگیری بیماران • پایش و ارزشیابی برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد گزارش دهی
	گروه های هدف
	<ul style="list-style-type: none"> • مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد، • خانواده ها و افراد در معرض عوامل خطر مشکلات اجتماعی، • خانواده بیماران روانی • در پاره ای از موارد عموم جامعه که باید کلیه خدمات لازم به این گروه ها ارائه شود (در این میان گروه های آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل مشکلات فردی، خانوادگی و اقتصادی بیشتر از سایر افراد مستعد ابتلا به اختلالات و مشکلات این حوزه می باشند و توان مقابله آنها با استرس های روزمره زندگی کمتر است؛ بیشتر در معرض توجه هستند)
	مداخلات
	<ul style="list-style-type: none"> • برخی از گروه های سنی یا اقشار خاص مانند کودکان، نوجوانان، سالمندان، مادران باردار و شیرده • آموزش به بیمار، خانواده های آنان، • دارو درمانی و مشاوره • مداخلاتی در جهت پیشگیری (برنامه های پیشگیری مبتنی بر خانواده، مدرسه و اجتماع و پیشگیری از بدرفتاری با کودکان)
	بسته ها
	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش به پزشک • آموزش به کارشناس سلامت روان، • آموزش به کارشناس مراقبت سلامت
	(راهنمای عمل برای هریک از گروه های ذکر شده)

جدول ۳- کدهای استخراج شده از مصاحبه ها در مطالعه بسته "ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد" در طرح تحول سلامت: چالش های اجرایی و ارائه پیشنهادات

زیر کدها	کدهای اصلی
<ul style="list-style-type: none"> ▪ اعتماد پایین به حفظ محرمانگی اطلاعات ثبت شده ▪ اعتماد پایین به مفید بودن و سودرسانی برنامه ▪ ترس از نسبت ناروا و برچسب زنی 	سطح پایین همکاری و مشارکت مردم
<ul style="list-style-type: none"> ▪ معذب بودن مراجعین به دلیل حضور مراقبین سلامت دیگر در اتاق و نبود فضای مجزا برای هر مراجعه کننده ▪ معذب بودن مراجعین به دلیل حضور همسر، پدر یا مادر در زمان پاسخگویی به سوالات ▪ پرسش از کودکان در حضور والدین و معاینه کودک مورد آزار/خشونت واقع شده در حضور والدین 	مشکل در برقراری ارتباط
<ul style="list-style-type: none"> ▪ کمبود زمان ارائه دهندگان خدمت برای پاسخگویی مناسب به هر مراجعه کننده و پرسش ها بسیار زیاد و خسته کننده 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ سطح پایین همکاری رسانه ها و اطلاع رسانی ضعیف در مورد مراکز سلامت جامعه ▪ همکاری پایین با سایر بخش ها و وجود کاستی هایی در سیستم ارجاع مناسب ▪ کمبود تعداد روانشناسان خبره 	حلقه های مفقوده در اجرای بسته
<ul style="list-style-type: none"> ▪ دستمزد کم و گاهی عدم پرداخت به موقع به ارائه دهندگان خدمت ▪ ارزشیابی عملکرد کارکنان مبتنی بر کمیت و نه کیفیت 	نحوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمت در این بسته

جدول ۴- پیشنهادات برای رفع چالش ها در مطالعه بسته "ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد" در

طرح تحول سلامت: چالش های اجرایی و ارائه پیشنهادات

-آموزش ملی، ایجاد اعتماد و تغییر باورهای مردم درباره ی محرمانگی ثبت اطلاعات سلامت آنها به صورت کلی - این موارد یکی از زیرساختهای ایجاد پرونده الکترونیک سلامت خانوار می باشد-	سیاستگذاری
-افزایش سطح عمومی اعتماد به دولت و برنامه های دولتی	در رابطه با
-تلاش برای جلب مشارکت بخش های مختلف در برنامه های ارتقای سلامت روان و ایجاد شاخص هایی برای همکاری بین بخشی در سلامت روان	ایجاد بستر
-تغییر گفتمان انگ و برچسب زنی از مسائل مربوط به سلامت روان و صحبت در رابطه با اعتیاد	مناسب اجرا
-تلاش برای شناساندن اهمیت سلامت روان به کل جامعه، در سطح سیاستگذاران، سیاستمداران و مردم	و در رابطه با
-توجه بیشتر به تربیت نیروهای خبره در بحث سلامت روان	طراحی بسته
-در طراحی بسته ی سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، با حضور ذینفعان در بخشها و سازمانهای مرتبط و به صورت بین رشته ای اصلاحاتی در جهت همکاری بین بخشی صورت گیرد.	تسهیلاتی (امکانات برای تسهیل
-در طراحی بسته، منابع مالی مورد نیاز در جهت اجرای مناسب (در رابطه با مواردی همانند تخصیص مکان مناسب برای مراجعه کنندگان، پرداختی مکفی و به موقع به کارکنان، تبلیغات گسترده در رابطه با وجود و فواید این خدمات و ایجاد اعتماد در مردم) دیده شود.	اجرا، نیروی انسانی)
-ایجاد یک نظام تشویقی و ایجاد انگیزه برای ارائه کنندگان خدمات	
-توجه بیشتر به نقش و مشارکت مردم در طراحی و اجرای بسته	
-تخصیص مکان مناسب برای پذیرش مراجعین به صورت جداگانه و فردی	فردی (آگاهی، انگیزه و کاهش
-آموزش به نیروی انسانی برای مدیریت زمان در هنگام پذیرش مراجعه کنندگان	تفکر انگ)
-حذف سوالات و پرسشهای اضافه از بسته و گنجاندن پرسشهای کلیدی تر (اصلاحات مربوطه با پیشنهاد خود کارکنان و روانشناسان مجری بسته صورت گیرد)	
- ایجاد برنامه هایی برای توانمندسازی بیشتر نیروهای کنونی	
-افزایش آگاهی مردم در رابطه با بسته ی سلامت روان	
-ایجاد انگیزه برای مردم برای استفاده از این بسته به صورت پیگیری های مستمر پس از شناسایی مشکلات آنها برای حل مشکلات (به صورت همکاری با سایر بخش ها)	
- برگزاری همایش ها و سمینارهای آموزش بهداشت روان به منظور کاهش تفکر انگ و برچسب زنی	
-افزایش سطح فرهنگ استفاده از خدمات سلامت روان در جامعه از طریق رسانه	

References

1. World Health Organization (WHO). Constitution of the world health organization. 1995. [https:// apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1)
2. World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response. Fact sheet. 2010; 220. Available at: [https:// www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)
3. Riahi ME, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between Social Support and Mental Health .Social Welfare J. 2011; 10(39):85-121. [Persian]
4. J WS. Theorizing Class, Class, Health and Lifestyle: Can Bourdieu Help Us? *Sociology of Health and Illness*. 1995;7(5):577-604.
5. Parsamehr M, Rasoulinezhad SP. The Study of the Relationship between Lifestyle and Social Health among People of Talesh City. *Journal of Social Development*. 2015;10(1):35-66.
6. Holt-Lunstad J, B. Smith T, Layton J.B. Social relationships are key to health, and to health policy. *PLoS medicine*. 2010; 7(8). e1000316. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?type=printable&id=10.1371/journal.pmed.1000316>
7. World Health Organization (WHO). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne: World Health Organization; 2005. [https:// www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
8. United Nation Office on Drug and Crime. World Drug Report 2019. Pre-release to Member States. UNDC research; 2019. [https:// wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/pre-launchpresentation_WDR_2019.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/pre-launchpresentation_WDR_2019.pdf)
9. National Alliance on Mental Illness. Mental Illness and Substance Abuse. (6264) NiH-N; 2010. [https:// azdhs.gov/documents/az-state-hospital/nami-mental-illness-substance-abuse.pdf](https://azdhs.gov/documents/az-state-hospital/nami-mental-illness-substance-abuse.pdf)
10. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. NIH; 2018. Contract No.: 18-DA-5605. <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa.pdf>
11. Saberi Zafarghandi M. Some of the Challenges of Mental Health and Addiction in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;17(2):161-57. [Persian]
12. Mansouri N, Seyed Vahid SV, Mirzaie M, Daroshaffa Y, Bolhari J. Challenges of Mental Health and Addiction: Report of an Expert Panel. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;17(2):177-84. [Persian]
13. Noorbala A. Psychosocial Health and Strategies for improvement. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;17(2):151-6. [Persian]
14. Ministry of Health and Medical Education(MoH). Educational package and action guide for Family health care provider in Social and Mental Health and Addiction scope. Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health. Social and Mental Health and Addiction Office; 2015. <https://health.sbmu.ac.ir/uploads/amoom-oragheb.pdf>
15. Shahyad S, Mohammadi MT. Psychological Impacts of Covid-19 Outbreak on Mental Health Status of Society Individuals: A Narrative Review. *Journal Mil Med*. 2020 Apr 10;22(2):184-92.
16. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. 1994;2(163-194):105.
17. Munakampe MN. Barriers to the Utilisation of MentalHealth Services in Zambia: University of Zambia.(thesis) 2016. URI:

- <http://dspace.unza.zm/handle/123456789/4871>
18. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health policy and planning*. 2012;27(4):288-300.
 19. Llewellyn S, Brookes S, Mahon A. Trust and Confidence in Government and Public Services: *Business & Economics*; 2013. 282 p. https://www.researchgate.net/publication/275032599_Trust_and_Confidence_in_Government_and_Public_Services
 20. Bouckaert G, Walle SVd. *Government Performance and Trust in Government: Public Management Institute, K.U. Leuven*; 2001
 21. Asemani kenari M, Changi Ashtiyani J, Jalali A. The experience of the addicted families from the stigma of disease: A qualitative study. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019;26(6):127-36. [Persian]
 22. Roth Edney D. Mass media and mental illness: A literature review. Ontario: Canadian Mental Health Association. 2004. https://ontario.cmha.ca/wp-content/files/2012/07/mass_media.pdf
 23. Schmeer K. Stakeholder analysis guidelines. Policy toolkit for strengthening health sector reform. 1999:1-33.
 24. Damari B, Mafimoradi S. Intersectoral expectations for promoting mental health: A qualitative case study of Islamic Republic of Iran. *International journal of preventive medicine*. 2019;10.
 25. Australian Government Department of Health. Accessibility and quality of mental health services in rural and remote Australia. 2018. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/response-accessibility-and-quality-of-mental-health-services-in-rural-and-remote-australia.pdf>
 26. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological medicine*. 2008;38(10):1485-93.
 27. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2005;1(1):14.
 28. Smith B. Mental illness stigma in the media. *The Review: A Journal of Undergraduate Student Research*. 2015;16(1):50-63.
 29. Edney DR. Mass media and mental illness: A literature review. *Canadian Mental Health Association*. 2004:1-27.
 30. Aghajani M, Olyaeemanesh A, Manavi S, Ronasian R, Yusefvand M, Poraghasi L, et al. Evaluating the Effectiveness and Process of Implementation of the New Payment-Based Performance Model in Compared to the New System of Hospitals Administration in the Health Transformation Plan. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2018;20(4):213-25 [Persian]
 31. Hajimahmoudi H, Zahedi F. Justice in the healthcare system: payment and reimbursement policies in Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(3):1-16. [Persian]

The Package for Mental and Social Health Promotion and Drug Abuse Prevention in the Health Transformation Plan: Executive Leadership Challenges and Suggestions

Mehrohasani MH: PhD. Associate Professor, Department of Health Management and Policy and Economics, Faculty of Management and Medical Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Rafiee N: PhD. Student, Department of Health Management and Policy and Economics, Faculty of Management and Medical Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Gasami S: PhD. Student, Department of Health Management and Policy and Economics, Faculty of Management and Medical Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran-
Corresponding Author: sara.ghasemi8692@gmail.com

Received: Sep 12, 2020

Accepted: Sep 26, 2020

ABSTRACT

Background and Aim: The “Package for mental and social health promotion and drug abuse prevention” was developed in response to the importance of, and concerns relate to, the mental and social health in the population. Since any policy and plan needs to be assessed to find its weaknesses, strengths and challenges to ensure its successful implementation, this study aimed to find and explain the executive leadership challenges of this service package from the service provider's perspective.

Materials and Methods: This study was a qualitative research, the data being collected through interviews and reviewing the relevant documents. The research population included experts from Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, those in charge of the package implementation, urban community health center officials and health care providers. The interviewees were selected using a targeted sampling method.

Results: Based on the interviews, the findings were categorized into four main themes: low public cooperation, difficulty in communication, missing links in design and implementation of packages, and methods of payment to service providers. In addition, the findings based on reviewing the documents were grouped as objectives, plans, activities, target groups, and interventions related to this service package.

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that the implementation challenges of the mental health care package fall into three categories, namely, policy-making, facilities, and personal challenges. Proper changes and reforms at the public policy-making level, creating individual awareness and providing proper facilities for the implementation of the package can help overcome these challenges.

Keywords: Mental Health, Addiction Prevention, Health Transformation Plan, Challenges