Psychiatric Social Work and Effective Strategies to Reduce the Care Gap in Mental Health Services

A Comprehensive, Cross-Sectoral, and Community-Oriented Look

Maryam Zabihi Poursaadati: Ph.D. student of social work, department of social work, University Of Social Welfare And Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Jafar Bolhari*: Professor, spiritual health research center, Iran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran. bolharij@yahoo.com

Abstract

Introduction: Despite the significant prevalence of psychiatric disorders and the high global burden of these, a large proportion of people with severe psychiatric disorders do not receive the services they need, which is called the care gap, and one of the goals of world health organizations is to reduce this gap. The purpose of this study is to review the most important global and regional strategies to reduce the care gap.

Methods: This was a review method study. The search had done in following databases in the period 2010-2020: pubmed, science direct, proquest in English as well as sid, magiran, and noormags in Persian with the following keyword: mental health services, treatment gap, and accessibility, care gap, remote care, and long-distance intervention in English and also mental health services, remote care, treatment gap and access to services in Persian. A total of thirty-seven documents were studied and the findings of the strategies were summarized.

Results: These studies pointed four general strategies to reduce the care gap. Includes integration of mental health services in primary health care; distance care; capacity building and useing trained non-specialists; and community-based care. These strategies are especially recommended for low and middle income countries, and various studies have examined their effectiveness.

Conclusions: Integrating mental health care into the primary health care is the most important macro strategy in mental health system. Limiting psychiatric treatment to medication neglects other aspects that affect the incidence, relapse, and exacerbation. Psychiatric social workers need new approaches in working with these people. Psychosocial support and social workers are the missing link in the mental health care system.

Keywords

Mental Health, Care Gap, Community-Based, Psychiatric Social Work, Virtual Care, Remote Psychosocial Support, Integration

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 10 May 2021
Accepted: 19 Jun 2022

Please cite this article as follows: Zabihi Poursaadati M, and Bolhari J. Psychiatric social work and effective strategies to reduce the care gap in mental health services; a comprehensive, cross-sectoral, and community-oriented look. Quarterly journal of social work. 2022; 11 (2); 30-40

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

مددکاری اجتماعی روانپزشکی و راهبردهای موثر در کاهش شکاف مراقبتی در خدمات سلامت روان نگاهی جامع، بین بخشی و اجتماع محور

مریم ذبیحی پورسعادتی: دانشجو دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
جعفر بوالهری*: استاد، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. bolharij@yahoo.com

واژگان کلیدی

سلامت روان، شکاف مراقبتی، اجتماع محور، مددکاری اجتماعی روانپزشکی، مراقبت مجازی، حمایت‌های روانی اجتماعی از راه دور، یکپارچه‌سازی

* نویسنده مسوول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

چکیده

مقدمه: به رغم شیوع قابل توجه اختلالات روانپزشکی و بار جهانی بالای این بیماری‌ها، بخش زیادی از افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی خدمات مورد نیاز خود را دریافت نمی کنند که از آن به شکاف مراقبتی یاد می‌شود و یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی کاهش این شکاف مراقبتی است. هدف از این مطالعه مرور مهمترین راهبردهای جهانی و منطقه ای برای کاهش شکاف مراقبتی است.

روش: این مطالعه به روش مروری و با جستجو در پایگاه‌های پاب مد، ساینس پروکوست و نیز اس ای دی، مگ ایران و نور مگ در بازه زمانی ۲۰۲-۲۰۱۰ با کلیدواژه‌های mental health services، treatment gap،accessibility،care gap ،remote care و long distance intervention به زبان انگلیسی و نیز خدمات سلامت روان، مراقبت از راه دور، شکاف درمانی و دردسترسی خدمات به زبان فارسی انجام شد. در مجموع سی و هفت سند مطالعه شدند و یافته‌های مربوط به راهبردها خلاصه شد.

نتایج: در این مطالعات به چهار راهبرد کلی برای کاهش شکاف مراقبتی اشاره شده است که شامل ادغام و یکپارچه‌سازی خدمات سلامت روان در سیستم مراقبت اولیه؛ مراقبت‌های از راه دور؛ ظرفیت‌سازی و به‌کارگیری نیروهای غیرمتخصص آموزش دیده؛ مراقبت‌های مبتنی بر اجتماع می‌باشد. این راهبردها به‌ویژه به کشورهای با درآمد پایین و متوسط توصیه شده‌اند و مطالعات مختلف اثربخشی آن‌ها را بررسی کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: ادغام یا یکپارچه‌سازی مراقبت سلامت روان مهمترین راهبرد کلان در سلامت روان است. چرا که درمان در بیمارستان های روانپزشکی، درمان دارویی صرف، رواندرمانی و مشاوره بدون پرداختن به عوامل اجتماعی موثر در اختلالات سلامت روان به ناکارآمدی رسیده است. مددکاران اجتماعی در نظام سلامت و به‌ویژه مددکاران اجتماعی روانپزشکی در کار با بیماران روان نیازمند این رویکرد نوین می‌باشند. حمایت روانی اجتماعی و مددکاران اجتماعی دو حلقه مفقود در نظام مراقبت سلامت روان هستند.

نحوه استناد به مقاله:
مریم ذبیحی پورسعادتی و جعفر بوالهری. مددکاری اجتماعی روانپزشکی و راهبردهای موثر در کاهش شکاف مراقبتی در خدمات سلامت روان، نگاهی جامع، بین بخشی و اجتماع محور. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۱؛ ۱۱ (۲): ۴۰-۳۰

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

مقدمه

اختلالات روانپزشکی یکی از چالش‌های جوامع از دیرباز بوده و دیدگاه‌های مختلفی به‌دلایل ایجاد آن و درمان آن وجود داشته است. طی قرن بیستم رویکرد زیستی-درمانی حاکم موجب گسترش دانش نسبت به مشکلات روانپزشکی و ظهور داروهای آنتی سایکوتیک نسل اول و دوم در درمان این اختلالات شد. به تدریج رویکردهای زیستی-روانی-اجتماعی و پس از آن رویکرد فرهنگی، دینی- معنوی منجر به تکامل و جامعیت نه تنها در درمان، بلکه پیشگیری از عود، بازگشت به خانواده، جامعه و توانمندسازی افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی و اهمیت درمان‌های غیردارویی به‌عنوان درمان‌های اساسی این اختلالات شد.[۱]

با وجود گسترش درمان‌های دارویی-روانی- اجتماعی شیوع این اختلالات در جهان بالاست و سازمان جهانی بهداشت در آخرین بررسی خود در خصوص بار جهانی بیماری‌ها شیوع اختلالات روانپزشکی در جهان را در سال۲۰۱٦ یک میلیارد و صد و یازده میلیون نفر گزارش کرده است.[۲] در ایران طبق گزارش پیمایش ملی سلامت روان در سال۱۳۸۹، شیوع اختلالات روانپزشکی بیست و سه و شش دهم درصد می‌باشد؛ یعنی تقریبا از هر چهار ایرانی در سن پانزده تا شصت و چهار ساله، یک نفر از یک یا بیشتر از یک مورد اختلال روانپزشکی رنج می‌برد.[۳] این در حالی است که مطالعات نشان داده بین چهل و چهار تا هفتاد درصد افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی هیچ درمانی را از متخصصین دریافت نمی‌کنند. [٤تا۸] که این آمار در کشورهای با درآمد پایین و متوسط برای افراد مبتلا به اختلال شدید روانپزشکی بین هفتاد و شش تا هشتاد و شش درصد می‌باشد.[۹]

این شکاف بین تعداد افرادی که نیاز به خدمات روانپزشکی دارند و تعداد افرادی که خدمات روانپزشکی را دریافت می‌کنند، شکاف درمانی نامیده می‌شود.[٤] این امر دلایل مختلفی مانند ضعف آگاهی در خصوص اختلالات روانپزشکی، در دسترس نداشتن خدمات روانپزشکی به‌دلیل فاصله جغرافیایی، پیش داوری و انگ، تبعیض، مشکلات جسمی، ضعف پوشش بیمه‌ای و هزینه‌های بالای درمان دارد.[٤،۷،۱۰تا۱۲] مددکاران اجتماعی به‌عنوان یکی از اعضای تیم درمان و توانبخشی روانپزشکی هستند که به‌دلیل رویکردهای اجتماعی که به بیماری‌ها و اختلالات دارند نقش مهمی را در کاهش عوامل اجتماعی موثر در ایجاد ناتوانی، بازگشت بیماری، افزایش بازگشت به جامعه و توانمندسازی و از بین بردن انگ و تبعیض اجتماعی برای افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ایفا می‌کنند. بنابراین لازم است از راهبردها و سیاست‌های موثر در کاهش شکاف درمانی آگاه شوند.

یکی از راه‌های کاهش این شکاف درمانی که در دیدگاهی جامعتر می‌توان آن را «شکاف مراقبت» نامید، شناسایی راهبردهای اثربخش و از نظر اقتصادی به صرفه است.[۸] از سال‌های دور و بیشتر پس از اعلامیه آلماآتا در سال۱۹۷۹ و به دنبال آن طی چند دهه اخیر سازمان جهانی بهداشت تلاش کرده با استفاده از رویکردهای بین بخشی، جامع و جامعه محور، نهادهای مختلف را در عرضه خدمات جامع، فراگیر و یکپارچه به افراد نیازمند به خدمات روانپزشکی بسیج کند.[۵،۱۳تا۱۵] جنبش‌های موسسه‌زدایی نقش مهمی در تغییر رویکرد از مدل‌های زیستی به مدل‌های زیستی روانی اجتماعی داشت به نحوی که امروزه فرایند درمان و توانبخشی بیماران روانپزشکی مانند گذشته محدود به مراکز بستری یا سرپایی روانپزشکی نیست و نمی‌توان نقش مهم سازمان‌ها، اجتماع، خانه، محیط کار، محله، مراقبین و به‌عبارتی محیط فیزیکی و انسانی را که توان گیرنده یا مراجع در آن به سر می‌برد، نادیده گرفت.[۱٦تا۱۹] توجه به عرضه مراقبت‌های سلامت روان در بافتاری که مراجع حضور دارد و استفاده از ظرفیت محیط برای مراقبت از جمله راهکارهایی بوده که ضمن کاهش هزینه‌ها افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان را در پی داشته است.[۱۳،٤و۲۰] در چنین مداخلات اجتماع محور، حضور مددکار اجتماعی، روانشناس اجتماعی، پرستار اجتماعی و پزشک اجتماعی و گاه موفقتر از آن‌ها مراقب سلامت چندمنظوره بوده است که در ایران به نام‌های به‌ورز، کاردان و کارشناس بهداشتی موجب موفقیت‌های بسیاری شده‌اند.

دسترسی به خدمات سلامت روان و بهره‌مندی از مراقبت مناسب و به موقع از زمان شروع پاندمی کرونا در هاله‌ای از ابهام قرار گرفته است. در روزهایی که افراد موظف به رعایت پروتکل‌های بهداشتی مانند کاهش تردد در شهر و رعایت فاصله اجتماعی هستند یا بسیاری به‌دلیل شدت نشانه‌های جسمی و روانی اجازه خروج از خانه را ندارند، نگرانی‌ها از بابت کاهش مراجعه افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی به مراکز درمانی افزایش یافته و نیاز به راهبردهایی نوین برای پاسخگویی به این

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

شرایط را بیشتر کرده است.[۲۱]
در این مقاله سعی شـده به این سوال پاسخ داده شود چه رویکردها و چشم‌اندازهایی در مراقبت سلامت روان می‌تواند کاهش شکاف مراقبتی و افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان را در پی داشـته باشـد. پاسـخ به این سـوال برای سیاستگذاران، تصمیمگیـران، مدیران اجرایی و متخصصین سـلامت روان و نیز برای مخاطبان اصلی این مقاله مددکاران اجتماعی و مشـتاقان کار در جامعه و کار با نیازمندان سلامت روان راهگشا خواهد بود.

روش

این مطالعه یک مرور ادبیات به‌منظور شناسایی سیاست‌ها، رویکردها و چشم اندازهایی است که در کاهش شکاف مراقبتی در مراقبت سـلامت روان نقش اساسـی بازی می‌کند. بدین منظور جسـتجو در پایگاه‌های اطلاعاتـی ،Science Direct ،Pubmed ،Proquest و نیز Magiran ،Sid و Noormags در بازه زمانی ۲۰۱۰-۲۰۲۰ با کلیدواژه‌های Mental Health ،Remote Care ،Care Gap ،Accessibility ،Treatment Gap ،Services و Long Distance Intervention بـه زبان انگلیسـی و نیز خدمات سلامت روان، مراقبت از راه دور، شکاف درمانی و دردسترسی خدمات به زبان فارسی انجام شد و مقالاتی که به بیان چالش‌ها، چشم اندازها، سیاست‌ها، برنامه‌های اقدام و مداخلاتی در این راستا پرداخته بودند و متن کامل آن‌ها دردسترس بود، مرور شدند.

یافته ها

در این مطالعه به مرور ادبیات موجود در خصوص راهبردهای موثر در کاهش شـکاف مراقبتی در خدمات سـلامت روان پرداخته شـد. در مجموع سی و هفت سند مرور شـد که پنج سند مربوط به گزارش‌ها و بیانیه‌های سازمان بهداشت جهانی و سـی و دو سند مقاله‌های منتشر شده می‌باشـد. به‌طور کلی خدماتی که از سوی سازمان‌های جهانی یا نظام‌های سلامت به‌کار گرفته می‌شـوند تا شـکاف مراقبتی را کاهش دهند به چهار دسته می‌توان تقسیم کرد که به‌ترتیب پرتکرارترین عبارتند از: -ادغام و یکپارچه‌سـازی مراقبت‌های سـلامت روان در سیسـتم مراقبت اولیه به نحوی که خدمات سلامت جسمی و روان در مراکز سـلامت محلی عرضه شـوند. -مراقبت‌های از راه دور که عمدتا از طریق تلفن، تلفن همراه، نرم افزارهای گوشی‌های هوشمند و یا مبتنی بر صفحات وب انجام می‌شوند. -ظرفیت‌سازی و به‌کارگیری نیروهای غیرمتخصص آموزش دیده که عمدتا در مراکز خدمات سـلامت محلی و در مراکز و شـهرهای بزرگ به‌صورت کار تیمی به‌کار گرفته می‌شوند. -مراقبت‌هـای مبتنی بر اجتماع . اگرچه این چهار راهبرد ارتبـاط تنگاتنگی با یکدیگر دارند ولی در زیر به هر یک از آن‌ها به‌طور جداگانه پرداخته می‌شود.

ادغام مراقبت‌های سلامت روان در مراقبت اولیه: منظور از مراقبت یکپارچه ادغام مراقبت‌های سلامت روان در شبکه بهداشت اولیه است که هدف از آن مواجه با نیازهای چندگانه سلامتی از طریق عرضه خدمات چندوجهی و درهم تنیده در یک مرکز درمانی محلی می‌باشـد[۱۰] و به‌دلیل نقش آن در افزایش سـطح رضایت بیمار، کیفیت مراقبت و هزینه اثربخشی مراقبت[۲۲] مورد توجه نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف بوده است.[۲۳] مراقبت یکپارچه رویکردی برای غلبه بر مراقبت‌های جزیره‌ای است به‌ویژه درخصوص افرادی که نیازهای سلامتی چندگانه دارند و به مراقبت طولانی مدت نیاز دارند.[۲۴] ویژگی‌هایی مانند تماس دردسـترس، هماهنگی خدمات، جامعیت و استمرار مراقبت[۲۵] در شبکه مراقبت اولیه، موجب توصیه سـازمان بهداشـت جهانی به‌ویژه در کشـورهای با درآمد پایین و متوسط برای ادغام خدمات سلامت روان در این شـبکه شده.[۲۶و۲۷] کشور ما نیز که پیشگام این برنامه در کشورهای منطقه و بسیاری از کشورهای دنیاست، اثربخشی آن در مطالعات مختلف سنجیده شده و نشان از افزایش سطح دسترسی و کاهش شکاف مراقبتی دارد.[۲۸تا۳۲] متخصصین معتقدند این ادغام مزیت‌های بسـیاری مانند افزایش دسترسـی به خدمات سـلامت روان برای افراد نیازمند به مراقبت، ایجاد فرصت برای کاهش انگ مشـکلات سلامت روان و کاهش هزینه‌ها را در پی دارد.[۶، ۹، ۱۴و۳۳] همچنین این ادغام، میزان تشخیص و درمان اختلالات روانی را بهبود می‌بخشد و دسترسی و مراقبت جامع را برای همبودی اختلالات جسمی و روانی افزایش می‌دهد.[۳۴]
باتوجـه بـه این‌که این مدل در مراکز مراقبتی محلی عرضه می‌شـود، حساسـیت‌های فرهنگی آن مـکان نیز درنظر گرفته

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]
DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

می‌شوند، مشکلات دسترسی به خدمات و خدمات پرهزینه کاهش می‌یابد و از سوی دیگر انگ ناشی از مراجعه به متخصص روان کاهش پیدا می‌کند. به‌این ترتیب مدل ادغامی بالقوه این ظرفیت را دارد که کیفیت مراقبت را افزایش دهد و رفتار جستجوگر کمک را در افراد مبتلا بهبود بخشد و بدین طریق شکاف مراقبت را کاهش دهد.[۳۵] گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد هماهنگی مراقبت اولیه و سلامت روان این فرصت را فراهم می‌کند که مراقبت از بیمار بیشتر به‌صورت جامع و کمتر به‌صورت جزیره‌ای باشد. همچنین در این گزارش به ضرورت آموزش افراد غیرمتخصص محلی و انجام نظارت دقیق بر آن‌ها توسط افراد متخصص تاکید شده است تا این افراد بتوانند به درستی مهارت‌های خود را در تشخیص، غربالگری، تشخیص و مدیریت اختلالات روانپزشکی توسعه دهند.[۳۶] مطالعات مختلفی به اثربخشی ادغام سلامت روان و مراقبت اولیه پرداخته‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که این مدل در کشورهای با درآمد پایین و اقلیت‌ها اثربخش است. این مدل‌ها ضمن کاهش تبعیض و دسترس نبودن به خدمات، کیفیت خدمات را بهبود بخشیده‌اند و منجر به ارتقا سطح آگاهی نسبت به اختلالات روانی شده‌اند.[۲۸، ۳۰، ۳۷تا۴۰] موانعی نیز در راه این ادغام وجود دارد. مساله‌های مانند آموزش ناکافی به عرضه کنندگان مراقبت در سطوح اولیه، نگرش ضعیف آن‌ها در مورد اختلالات روانپزشکی، مهارت‌های اندک مراقبین سلامت در ارزیابی و تشخیص اختلال، بی‌توجه‌ای به سطوح اولیه مراقبت توسط سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت از جمله این موانع هستند.[۲۷]

مراقبت‌های از راه دور: مراقبت‌های از راه دور گرچه در گذشته با تیم سیار، آمبولانس، پرواز و پست انجام می‌شد، اما در دهه اخیر عمدتا از طریق فناوری‌های نوین امکان‌پذیر است. فناوری‌های نوین این ظرفیت را دارند که دسترسی به خدمات موثر را به شیوه مقرون به صرفه‌ای افزایش دهند، به گروه متنوع‌تر و وسیعتری از مراجعین خدمت‌دهی کنند و انگ بیماری را کاهش دهند.[۳۵و۴۱] بخشی از دسترسی نداشتن به خدمات سلامت روان که به‌دلیل محل جغرافیایی گیرنده خدمت، هزینه‌های بالای حمل و نقل، ناتوانی در جابه‌جایی به‌دلیل بیماری جسمی یا روانی جدی اتفاق می‌افتاد، با استفاده از مداخلات از راه دور کاهش می‌یابد و خدمات از راه دور در ارزیابی شیوع و وضعیت عمومی بیماری، غربالگری، تشخیص، مدیریت، پژوهش، پایش، ارزشیابی و جمع‌آوری داده، آموزش، همچنین درمان، پیگیری و توانبخشی نقش موثری ایفا می‌کند.[۳۵و۴۲]

شکل اولیه خدمات از راه دور به‌صورت خدمات تلفنی بوده است که در سلامت روان تحت عنوان روانپزشکی تلفنی یا خدمات سلامت روان تلفنی انجام می‌شد و اثربخشی آن برای رواندرمانی، مشاوره و آموزش سلامت روان در مطالعات مختلف بررسی شده است.[۳۵، ۴۳و۴۴]

پیام تلفنی نیز یکی دیگر از اشکال فناوری است که به‌دلیل دسترسی گسترده جهانی، هزینه کم، قابلیت ارتباط فوری و نیاز کم به مهارت‌های فناوری دسترسی به خدمات را افزایش داده و کاهش شکاف مراقبتی را به دنبال دارد.[۴۵تا۴۸] برنامه‌های کاربردی در تلفن‌های همراه هوشمند یکی دیگر از اشکال مراقبت از راه دور هستند که نشان داده‌اند می‌توانند پایبندی به درمان را افزایش داده و تغییر رفتار را موجب شوند و پذیرش بیشتری از سوی گیرندگان خدمت داشته‌اند.[۴۸و۴۹] در نهایت برنامه‌های روان درمانی مبتنی بر وب که بیشتر خدمات سلامت روان را به بیماری‌های خفیف و متوسط عرضه می‌کنند و در کشورهای توسعه یافته یکی از گزینه‌های محبوب شمرده می‌شود و می‌توان با تمهیداتی به صرفه یا ارزان این راهبرد را در کشورهای با درآمد پایین و متوسط نیز گسترش بخشید.[۳۵] این مداخلات باوجود مزیت‌هایی همچون افزایش دسترسی به خدمات یا برابری در مراقبت، کاهش اتلاف وقت درمانجو و درمانگر، کاهش هزینه‌های حمل و نقل و نیز کاهش انگ بیماری[۵۰و۵۱] چالش‌هایی را نیز ایجاد می‌کند. اول، این مدل نیاز نیروی انسانی متخصص با مهارت برای توسعه و به‌کارگیری این ابزارها دارد. اگرچه استفاده از فناوری در بلندمدت هزینه‌های خدمات را کاهش می‌دهد ولی هزینه‌های اولیه برای راه اندازی و به‌کارگیری آن می‌تواند مانع جدی برای دریافت خدمات باشند. حریم خصوصی بیمار و امنیت داده‌ها یکی از مساله‌ها مهم در این مدل است که نیاز به توجه ویژه و سیاستگذاری در حوزه کلان دارد.[۳۵]

تفویض وظیفه به نیروی کار غیر متخصص آموزش دیده: فقدان نیروهای متخصص سلامت روان یکی از مهمترین عوامل مرتبط با شکاف مراقبتی درکشورهای با درآمد پایین و متوسط است.[۳۵]

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

سازمان بهداشت جهانی با طراحی برنامه اقدام برای سلامت روان شکاف مراقبتی ایجاد شده را در این کشورها کاهش داد.[۱۵،۵۲و۵۳] در این برنامه که شامل مداخلاتی یکپارچه برای شناسایی و درمان نه مورد از اختلالات روانپزشکی است، ضمن ساده‌سازی خدمات سلامت روان از نیروی غیرمتخصص آموزش دیده که در نقاط دورافتاده قابل دسترسی بودند، استفاده شده است.[٥٤] خدمات مبتنی بر جامعه در مناطق محروم از نظر منابع و امکانات، با استفاده از افراد غیرمتخصص آموزش دیده می‌تواند ارتقا یابد.[۳٤و٥٥]

در مدل تفویض وظیفه یا به اشتراک گذاری وظیفه، مسوولیت تامین غربالگری سلامت روان، ارجاع، مدیریت و پیگیری بین نیروهای سلامت غیرمتخصص و متخصصان حوزه سلامت تقسیم می‌شود. این مدل با مدل مراقبت مشارکتی در یک راستا بوده و شامل آموزش پزشکان عمومی، پرستاران، مراقبین اجتماع و بهورزان بوده و گروه همتایان را نیز در بر می‌گیرد.[۳۵]

در حقیقت این مدل، شیوه‌ای برای تقویت و گسترش نیروی انسانی در بخش مراقبت سلامت از طریق باز توزیع وظایف بین نیروی متخصص و نیروی با آموزش و صلاحیت کمتر می‌باشد که منجر به افزایش شمار مراقبین سلامت می‌گردد.[٥٦] مطالعات مختلفی به بررسی اثربخشی خدمت‌دهی مبتنی بر مدل تفویض وظیفه بر اختلالات مختلف روانپزشکی مانند اسکیزوفرنیا، اضطراب و افسردگی پرداخته[۱٦،٥٥،٥٧تا٥٩] و ارزیابی‌های تجربی نشان می‌دهد که تفویض وظیفه سرعت دسترسی به خدمات سلامت روان را افزایش می‌دهد، به شمار بیشتری از افراد نیازمند به مراقبت سلامت روان، خدمت رسانی می‌کند و نتایج خوب سلامتی و رضایت بالای بیمار و مشاور را در پی دارد.[١٤] عنصر کلیدی این مدل، آموزش افراد غیرحرفه‌ای برای ارزیابی و مداخله می‌باشد.

سازمان بهداشت جهانی کلید موفقیت این مدل را آموزش درست و باکیفیت افراد غیرحرفه‌ای و نظارت موثر بر آنان می‌داند.[۳٥]

مراقبت‌های اجتماع محور: بیمارستان‌های روان در اوایل قرن هجده و نوزده تحول بزرگی در برابر تیمارستان‌ها و محبس‌ها و سیاه چال‌ها بودند. نیمه دوم قرن نوزده عوارض دردناک تیمارستان‌های به ظاهر لوکس به‌نام بیمارستان‌های روانی بزرگ با پانصد، هزار، و دوهزار تخت روان، فاجعه بزرگ غیراخلاقی و غیرانسانی را رقم زد و تزریق مددکار اجتماعی و روانشناس و پرستار هم نتوانست موجب کاهش رنج بیماران، خانواده‌های آن‌ها و حتی نارضایتی کارکنان این بیمارستان‌ها شود. با توجه به این‌که مدل‌های سنتی مراقبت شامل مداخلات مبتنی بر بیمارستان به‌طور معمول مراقبت‌های بستری و سرپایی دسترسی کافی برای افراد نیازمند به خدمات مورد نیاز را فراهم نمی‌کند و استمرار خدمات و پیگیری‌های پس از ترخیص را مهیا نمی‌سازد، مدل‌های دیگر خدمات عرضه گردیدند.[۲۰] یکی از این مدل‌ها، خدمات مبتنی بر اجتماع هستند. منظور از مراقبت‌های اجتماع محور، آن دسته خدماتی است که مشارکت چند بخشی را شامل می‌شود، اعضای اجتماع مانند مراقبین سلامت محلی در آن نقش فعال دارند و عرضه خدمات در محیط اجتماع انجام می‌شود.[۱۳]

جنبش مداخلات مبتنی بر جامعه، به‌صورت بیمارستان زدایی، مراقبت در خانه و جامعه، کوچک کردن و بستن بیمارستان‌ها، توانبخشی در جامعه، درمان، مددکاری اجتماعی روان و مراقبت در مراکز سرپایی نه در بیمارستان، خانه‌های بین راهی، پانسیون بیماران، مراکز روزانه، مراکز شبانه، ایجاد پاتوق و باشگاه برای بیماران، مراکز کار و صنعت درمانی، تعاونی‌های بیماران روان برای تولید، هتل داری، رستوران و در آخر الگوی برنامه مدیریت مورد، چهره انسانی به این حرفه داد. این خدمات می‌تواند قابلیت دسترسی، مقبولیت، مقرون‌به‌صرفه بودن و مقیاس‌پذیری خدمات را افزایش داده و همچنین پایبندی به درمان را بهبود بخشیده و احتمال نتایج مثبت بالینی را ارتقا دهد. همچنین خدمات مبتنی بر اجتماع نقش حیاتی در ارتقا آگاهی سلامت روان و کاهش انگ و تبعیض ایفا می‌کند و مانع جدی برای طرد اجتماعی افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی به‌شمار می‌رود.[٦۰]

ویژگی‌های اصلی مراقبت سلامت روان اجتماع محور شامل تمرکز بر سلامت عمومی، موردیابی مبتنی بر اجتماع، تصمیم‌گیری مشارکتی، حمایت همتایان و خودیاری، ابتکارات درمانی باتوجه به تسهیلات مراقبتی اولیه، مراقبت مرحله‌ای، سوپروایزری متخصصان و همکاری با سازمان‌های غیردولتی می‌باشد.[۲۰و٦۱] عناصر اصلی مراقبت‌های مبتنی بر اجتماع را می‌توان چنین عنوان کرد: آموزش نیروهای برای شناسایی زودهنگام و عرضه حمایت‌های روانی اجتماعی اولیه، استقرار گروه‌های حمایتی خانواده و همتایان، کاربست برنامه‌های کاهش

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

استرس، حمایت توانبخشی مبتنی بر جامعه و استقرار برنامه‌های اجتماع محور برای کودکان و جوانان مبتلا به اختلال روانپزشکی.[٦٢]

مطالعات مختلفی هزینه اثربخشی مراقبت‌های اجتماع محور را ارزیابی کرده‌اند[٦٣و٦٤] و نشان داده‌اند هرچه در عرضه خدمات مشارکت اعضای محلی اجتماع در تصمیم‌گیری و مداخلات بیشتر شود، اثربخشی این مداخلات افزایش می‌یابد.[١٦، ٦٥و٦٦] با وجود این اثربخشی، برخی موانع و چالش‌ها می‌توانند موفقیت این برنامه را به خطر بیاندازند. در سطح جامعه، وجود نگرش منفی نسبت به اختلالات روانپزشکی و انگ زنی به این افراد منجر به نقض حقوق این بیماران شده و آن‌ها را در معرض تبعیض قرار می‌دهد. این نگرش منفی در سطوح تصمیم‌گیری و سیاستگذاری خود را نشان می‌دهد و باعث فقدان یا ضعف سیاست‌های سلامت روان، قوانین ناکافی در حوزه سلامت روان، تخصیص منابع مالی ناکافی به خدمات اجتماع محور، نداشتن پوشش بیمه‌ای برای این خدمات و تخصیص نیروی انسانی ناکافی در این حوزه می‌گردد. از سوی دیگر آموزش ناکافی پرسنل، فرسودگی بالای آن‌ها به‌دلیل حجم کار، نظارت ناکافی و بی‌توجه به مهارت کارکنان در به‌کارگیری و فعال‌سازی ظرفیت‌های اجتماع می‌توانند منجر به شکست در این برنامه‌ها شوند.[٢٠]

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه مقالات منتشر شده در سال‌های ٢٠١٠ الی ٢٠٢٠ که به مساله شکاف مراقبتی در عرضه خدمات سلامت روان پرداخته بودند، مورد بررسی قرار گرفتند و تعداد سی و هفت مقاله مرور شد. بخش عمده مقالات به ادغام و یکپارچه‌سازی خدمات سلامت روان در شبکه مراقبت اولیه پرداخته بودند و آن را راهکاری موفق در افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان برشمرده بودند. تجربه موفق کشورهایی مانند ایران در استقرار و گسترش شبکه مراقبت اولیه در سال‌های دهه شصت و نقش موثر آن در پیشگیری اولیه از بسیاری از بیماری‌های مسری و عفونی مرگبار و افزایش دسترسی مردم در دورترین نقاط به سطح نخست درمان و مراقبت باعث شد تا سازمان بهداشت جهانی مهمترین راهکار کاهش شکاف مراقبتی سلامت روان در جهان را افزودن آن به شبکه مراقبت اولیه بداند.[٥، ١٤و٣٦] تجربه موفق این ادغام در ایران در مطالعات مختلف گزارش شده.[٢٨تا٣١] بر اساس آن‌ها تجدید نظر برنامه کشوری بهداشت روان، توسعه برنامه، تدوین دستورالعمل‌های مشخص و اجرای بازآموزی‌ها برای کارکنان خدمت دهنده در سطوح مختلف پیشنهاد شده است.[٢٨] به‌عبارت دیگر می‌توان گفت این راهبرد، تنها راهبرد کلان در سلامت روان و عادلانه‌ترین، در دسترس‌ترین، انگ‌زداترین، ارزانترین، ساده‌ترین، وابسته به فرهنگترین، مردمی‌ترین(مشارکت)، و یکپارچه‌ترین الگوهای مراقبت سلامت و سلامت روان شناخته شده است؛ چرا که درمان در بیمارستان‌های روانپزشکی، درمان دارویی صرف، روان‌درمانی و مشاوره بدون پرداختن به عوامل اجتماعی موثر در اختلال‌های سلامت روان به ناکارآمدی رسیده است. باید اذعان داشت مددکاران اجتماعی و نظام مددکاری اجتماعی در سلامت و به‌ویژه مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌های روانپزشکی و در کار با این بیماران نیازمند این رویکرد نوینند که رهبری این جنبش اجتماعی را عهده‌دار شوند.

از سویی دیگر شبکه مراقبت اولیه با استقرار در اجتماع محلی زمینه مناسبی را برای عرضه مداخلات در بستر اجتماع فراهم کرده و می‌تواند نقش موثری در جلب مشارکت اعضای محلی در برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت داشته باشد.[١٣،٤و٥٨] در مراقبت‌های اجتماع محور اعضای اجتماع محلی به‌طور فعال در شناسایی مشکلات سلامتی اجتماع، هدف‌گذاری، تصمیم‌گیری و اجرای مداخله نقش دارند[٣٨، ٦٠و٦٥] و به‌عنوان یکی از اعضای تیم‌های درمان و توانبخشی محسوب می‌شوند. مشارکت افراد در تصمیم‌گیری‌ها می‌تواند ضمن تغییر نگرش نسبت به اختلالات روانپزشکی و تغییر رفتار، کاهش انگ اجتماعی بیماری را در پی داشته باشد. شواهد نشان داده از جمله مهمترین موانع دسترسی به درمان نگرش منفی جامعه و انگ نسبت به بیماری روانی است.[٤، ١٠تا١٢] مددکاران اجتماعی با رویکردهای اجتماعی به حوزه سلامت روان می‌توانند نقش موثری در فعال‌سازی اجتماع در مراقبت سلامت روان داشته باشند. آن‌ها با تسلط بر الگوهای کار جامعه‌ای و جلب مشارکت اعضای اجتماع محلی و ذی‌نفعان، فرایند توانمندسازی اجتماع را هدایت می‌کنند و تلاش می‌کنند تا زمینه دسترسی عادلانه به منابع حمایتی و مراقبتی در اجتماع محلی برای فرد مبتلا به اختلال روانپزشکی و اعضای خانواده‌اش فراهم گردد.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

از جمله راهبردهای مهم سازمان بهداشت جهانی در کشورهایی که به‌دلیل کمبود نیروی متخصص شکاف مراقبتی بالا را تجربه می‌کنند، راهبرد تفویض وظیفه است که طی آن نیروی انسانی غیرمتخصص از طریق آموزش و سرپرستی بخشی از وظایف کارد متخصص را برای ارزیابی، غربالگری، تشخیص و عرضه مراقبت‌های لازم و نیز پیگیری برعهده می‌گیرد.[۹، ۱۴، ۳۸، ۵۲و ۵۴] در زنجیره ارجاع به روانپزشک، فوق تخصص روانپزشکی و روانشناس بالینی و مشاور، ابتدا به‌کارگیری داوطلب‌های بهداشتی، بهورزان، همیاران سلامت، مددکاران اجتماعی، کارشناس‌های بهداشت، روانشناس‌ها و پزشکان عمومی مراقبت اولیه را ارایه می‌دهند. نیروهای غیرمتخصص با هدایت انجمن‌های غیردولتی، خیریه‌ها، جنبش‌های داوطلب، پیراپزشکان، شبکه‌های کشوری حمایتی و بخش خصوصی وارد مراقبت سلامت روان شده‌اند؛ در این راستا بخش عمده‌ای از سرمایه و برنامه‌های آموزشی به تربیت و ظرفیت‌سازی نیروی انسانی غیرمتخصص اختصاص و برای شبکه سلامت روان و بیماران روان به‌کار گرفته می‌شود.

این راهبرد را حلقه متصله به دو راهبرد قبلی دانست. چرا که ادغام مراقبت‌های سلامت روان در شبکه بهداشت اولیه و خدمت‌دهی در بستر اجتماع نیاز جدی به نیروی انسانی کافی دارد و اعضای اجتماع محلی و شبکه حمایتی فرد مبتلا به اختلال روانپزشکی بهترین و دردسترس‌ترین افراد برای آموزش و عرضه مراقبت به موقع و مناسب هستند.[۱۶] این رویکرد با دیدگاه‌های مددکاری اجتماعی که افراد را متخصص مشکلات خود می‌دانند، نیز همسو می‌باشد. مددکاران اجتماعی در مدل توسعه محلی با حضور در اجتماع، به‌عنوان تسهیلگر تلاش می‌کنند تا افراد اجتماع را برای حل مشکلات خود بسیج کنند.

با وجود این‌که راهبردهای فوق بر ساده‌سازی مراقبت‌های سلامت روان تمرکز دارد با این حال نیاز به خدمات تخصصی سلامت روان بر کسی پوشیده نیست. از جمله موانع دیگر برای دسترسی به خدمات به موقع هزینه‌های بالای درمان، مشکلات حمل و نقل و نیز انگ ناشی از مراجعه به مرکز درمانی است. یکی دیگر از راهبردهای جهانی که می‌تواند بر این موانع غالب شود، خدمات از راه دور می‌باشد.[۳۵، ۴۱، ۴۴، ۴۹و ۵۱] با گسترش خطوط تلفن و شبکه گوشی‌های همراه و در نظر گرفتن ضریب نفوذ اینترنت در نقاط مختلف کشور می‌توان برای استفاده از خدمات از راه دور در مراقبت سلامت روان نیز برنامه‌ریزی کرد. به‌ویژه در شرایط فعلی که به‌دلیل پاندمی شیوع کرونا نگرانی‌ها از مراجعه نکردن افراد نیازمند به خدمات روانپزشکی افزایش یافته،[۲۱] مراقبت‌های از راه دور از طریق تلفن، گوشی همراه، برنامه‌ها و نرم افزارهای تحت وب برای غربالگری، تشخیص و درمان به موقع و نیز پیشگیری از عود بسیار راهگشا خواهد بود.

پیشنهادها: در آخر پیشنهاد می‌شود با هدف راهبردی چون عدالت در سلامت، شفاف‌سازی و پیشگیری از فساد و روابط ناکارآمد سازمانی، مشارکت اجتماعی، کاهش هزینه‌ها، پاسخگویی، مشتری مداری؛ برنامه‌هایی برای اطلاع رسانی، مددکاری اجتماعی، حمایت روانی اجتماعی، مداخله در بحران، راهنمایی و مشاوره تحت وب باید طراحی گردد. با وجود این راهبردهای جهانی، نیاز به برنامه‌ریزی در سطوح کلان کشور در خصوص این راهبردها و تحول و به‌سازی ساختارهای موجود به‌ویژه از نظر حمایت‌های مالی و قانونی بسیار احساس می‌شود. پوشش ضعیف بیمه‌ای برای خدمات درمانی روانپزشکی و پوشش ندادن بیمه‌ای برای خدمات پیشگیری و توانبخشی از جمله موانع بزرگ در این مسیر است که می‌تواند بر اثربخشی این خدمات تاثیرگذار باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در این زمینه سیاستگذاران کلان تسهیلاتی در نظر گیرند.

منابع

References:

1. Farreras IG. History of mental illness. In R. Biswas-Diener, & E. Diener (Eds.), Noba Textbook Series: Psychology. DEF Publishers. 2019. 244 p.
2. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. The Lancet. 2017;390(10100):1211-59.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

3. Vandad Sharifi M, Hajebi A, Radgoodarzi R. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian mental health survey, 2011. Archives of Iranian medicine. 2015;18(2):76.
4. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. American Journal of Public Health. 2013;103(5):777-80.
5. World Health Organization. (2003). Investing in mental health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823. Geneva, WHO.
6. Patel V, Maj M, Flisher AJ, De Silva MJ, Koschorke M, Prince M, et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: A WPA survey. World Psychiatry. 2010;9(3):169-76.
7. Rowan K, McAlpine DD, Blewett LA. Access and cost barriers to mental health care, by insurance status, 1999–2010. Health Affairs. 2013;32(10):1723-30.
8. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. The Lancet. 2007;370(9590):841-50.
9. Lund C, Tomlinson M, De Silva M, Fekadu A, Shidhaye R, Jordans M, et al. PRIME: A programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low-and middle-income countries. PLoS Med. 2012;9(12):e1001359.
10. Crowe A, Mullen PR, Littlewood K. Self-stigma, mental health literacy, and health outcomes in integrated care. Journal of Counseling & Development. 2018;96(3):267-77.
11. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. BMC Psychiatry. 2010;10(1):113.
12. Jack-Ide IO, Uys L. Barriers to mental health services utilization in the Niger Delta region of Nigeria: service users' perspectives. The Pan African Medical Journal. 2013;14.
13. Castillo EG, Ijadi-Maghsoodi R, Shadravan S, Moore E, Mensah MO, Docherty M, et al. Community interventions to promote mental health and social equity. Current Psychiatry Reports. 2019;21(5):35.
14. World Helath Organization. Integrating mental health in primary care: A global perspective. Geneva, WHO. 2008.
15. World Health Organization. Task shifting: Global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization. 2008.
16. Malakouti SK, Nojomi M, Panaghi L, Chimeh N, Mottaghipour Y, Joghatai MT, et al. Case-management for patients with schizophrenia in Iran: A comparative study of the clinical outcomes of mental health workers and consumers' family members as case managers. Community Mental Health Journal. 2009;45(6):447. [Persian]
17. Mechanic D, Rochefort DA. Deinstitutionalization: An appraisal of reform. Annual Review of Sociology. 1990;16(1):301-27.
18. Shen GC, Snowden LR. Institutionalization of deinstitutionalization: A cross-national analysis of mental health system reform. International journal of mental health systems. 2014;8(1):47.
19. Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: Lessons from a systematic review of European experience. Health & Social Care in the Community. 2011;19(2):113-25.
20. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: Current status and further developments. World Psychiatry. 2016;15(3).86-276.
21. Chobineh H, Noorbala AA, Bagheri-Yazdi SA, Bolhari J, Golmakani MM, Haghani E. Effectiveness of online stress management intervention on mental health status of tehran municipality employees with covid-19 2021;8(3):209-214. DOI: 10.29252/jech.8.3.209
22. Norfleet KR, Ratzliff AD, Chan Y-F, Raney LE, Unützer J. The role of the integrated care psychiatrist in community settings: A survey of psychiatrists' perspectives. Psychiatric Services. 2016;67(3):346-9.
23. Curtis R, Christian E. Integrated care: Applying theory to practice: Taylor & Francis; 2012.
24. Goodwin N. Understanding integrated care. International Journal of Integrated Care. 2016;16(4).
25. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. Health Policy. 2002;60(3):201-18.
26. World Health Organization. The world health report 2008–primary health care, now more than ever. Geneva: WHO; 2008. Google Scholar. 2017.
27. Wakida EK, Talib ZM, Akena D, Okello ES, Kinengyere A, Mindra A, et al. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: A systematic review. Systematic Reviews. 2018;7(1):211.
28. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Yazdi SAB, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al. Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of Iran. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2012;17(4).[Persian]
29. Bolhari J, Kabir K, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Rafiei H, Ahmadzad Asl M, et al. Revision of the

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

integration of mental health into primary healthcare program and the family physician program. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2016;22(2):134-46.[Persian]
30. Shahmohammadi S, Yaghobi H, Bolhari J, Moshirpour S. Integration of mental health care in primary health care program in Iran: A systematic review. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2013;19(1):3-8.[Persain]
31. Shariat SV, Mansouri N, Gharraee B, Bolhari J, Yousefi Nourai R, Rahimi Movaghar A. Attitude, knowledge, and satisfaction of health personnel and general population about the program of integration of mental health in PHC in Iran: Systematic review. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;17(2):85-98.[Persian]
32. Tairi F, Asgharnejad Farid A-a, Bolhari J, Ghazizade A. Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of Sanandaj district. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2007;12(4):403-9. [Persian]
33. Lancet Global Mental Health Group; Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, Tomlinson M. Scale up services for mental disorders: A call for action. The Lancet. 2007;370(9594):1241-52.
34. Saraceno B, Gater R, Rahman A, Saeed K, Eaton J, Lvbijaro G, et al. Reorganization of mental health services: From institutional to community-based models of care. Eastern Mediterranean Health Journal. 2015;21(7):477-85.
35. Rebello TJ, Marques A, Gureje O, Pike KM. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. Current Opinion in Psychiatry. 2014;27(4):308-14.
36. Greenhalgh T. WHO/WONCA report–integrating mental health in primary care: A global perspective. London Journal of Primary care. 2009;2(1):81.
37. Jenkins R, Kiima D, Njenga F, Okonji M, Kingora J, Kathuku D, et al. Integration of mental health into primary care in Kenya. World Psychiatry. 2010;9(2):118.
38. Kauye F, Jenkins R, Rahman A. Training primary health care workers in mental health and its impact on diagnoses of common mental disorders in primary care of a developing country, Malawi: A cluster-randomized controlled trial. Psychological medicine. 2014;44(3):657-66.
39. Petterson S, Miller BF, Payne-Murphy JC, Phillips Jr RL. Mental health treatment in the primary care setting: Patterns and pathways. Families, Systems, & Health. 2014;32(2):157.
40. Sadik S, Abdulrahman S, Bradley M, Jenkins R. Integrating mental health into primary health care in Iraq. Mental Health in Family Medicine. 2011;8(1):39.
41. Lopez A, Schwenk S, Schneck CD, Griffin RJ, Mishkind MC. Technology-based mental health treatment and the impact on the therapeutic alliance. Current Psychiatry Reports. 2019;21(8):76.
42. Rangaswamy T. Using mobile telepsychiatry to close the mental health gap. Current Psychiatry Reports. 2012;14(3):167-8.
43. Bahloul HJ, Mani N. International telepsychiatry: A review of what has been published. Journal of Telemedicine and Telecare. 2013;19(5):293-4.
44. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. What about telepsychiatry? A systematic review. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. 2010;12(2).
45. Ainsworth J, Palmier-Claus JE, Machin M, Barrowclough C, Dunn G, Rogers A, et al. A comparison of two delivery modalities of a mobile phone-based assessment for serious mental illness: native smartphone application vs text-messaging only implementations. Journal of Medical Internet Research. 2013;15(4):e60.
46. Ben-Zeev D, Kaiser SM, Brenner CJ, Begale M, Duffecy J, Mohr DC. Development and usability testing of FOCUS: A smartphone system for self-management of schizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2013;36(4):289.
47. Mall S, Sibeko G, Temmingh H, Stein D, Milligan P, Lund C. Using a treatment partner and text messaging to improve adherence to psychotropic medication: A qualitative formative study of service users and caregivers in Cape Town, South Africa. African Journal of Psychiatry. 2013;16(5):364-70.
48. Naslund JA, Marsch LA, McHugo GJ, Bartels SJ. Emerging mHealth and eHealth interventions for serious mental illness: A review of the literature. Journal of Mental Health. 2015;24(5):321-32.
49. Zhao J, Freeman B, Li M. Can mobile phone apps influence people's health behavior change? An evidence review. Journal of Medical Internet Research. 2016;18(11):e287.
50. Erbe D, Eichert H-C, Riper H, Ebert DD. Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. Journal of Medical Internet Research. 2017;19(9):e306.
51. Tucker B. Telepsychiatry 2019; Available from: https://insighttelepsychiatry.com/tag/white-paper/.
52. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention guide: A systematic review of evidence from low and middle-income countries. Evi-

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]

dence-Based Mental Health. 2018;21(1):30-4.
53. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, Helpman L, Mootz JJ, Johnson KA, et al. Challenges and opportunities in global mental health: A research-to-practice perspective. Current Psychiatry Reports. 2017;19(5):28.
54. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. World Health Organization. 2016:1-173.
55. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial. The Lancet. 2010;376(9758):2086-95.
56. Kazdin AE, Rabbitt SM. Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness. Clinical Psychological Science. 2013;1(2):170-91.
57. Abdulmalik J, Kola L, Fadahunsi W, Adebayo K, Yasamy MT, Musa E, et al. Country contextualization of the mental health gap action programme intervention guide: A case study from Nigeria. PLoS Med. 2013;10(8):e1001501.
58. Balaji M, Chatterjee S, Koschorke M, Rangaswamy T, Chavan A, Dabholkar H, et al. The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. BMC Health Services Research. 2012;12(1):42.
59. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial. The Lancet. 2008;372(9642):902-9.
60. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJ, Mutamba BB, et al. The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: A meta-review of components and competencies. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(6):1279.
61. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA, Barley E, Drake RE, Gregorio G, et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry. 2010;9(2):67.
62. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from disease control priorities. The Lancet. 2016;387(10028):1672-85.
63. Shidhaye R, Murhar V, Gangale S, Aldridge L, Shastri R, Parikh R, et al. The effect of VISHRAM, a grass-roots community-based mental health programme, on the treatment gap for depression in rural communities in India: A population-based study. The Lancet Psychiatry. 2017;4(2):128-35.
64. Winkler P, Koeser L, Kondrátová L, Broulíková HM, Páv M, Kališová L, et al. Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: An economic analysis. The Lancet Psychiatry. 2018;5(12):1023-31.
65. Joag K, Shields-Zeeman L, Kapadia-Kundu N, Kawade R, Balaji M, Pathare S. Feasibility and acceptability of a novel community-based mental health intervention delivered by community volunteers in Maharashtra, India: the Atmiyata programme. BMC Psychiatry. 2020;20(1):48.
66. Zanin AC, Piercy CW. The structuration of community-based mental health care: A duality analysis of a volunteer group's local agency. Qualitative Health Research. 2019;29(2):184-97.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-24]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.4.3]